جامعة يحيى فارس بالمدية
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

الاضطرابات الحسية و السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين

دراسة لـ 6 حالات بالمدية

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين:
مجاجي وجدان
سرير مريم

إشراف الأستاذة:
د/ ياسمين باشا

السنة الجامعية: 2018\2019م

شكر

الحمد لله الذي أعاننا ووفقنا لإتمام هذا العمل، فلك الحمد ياربي كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك.

ويشرفنا أن نتقدم بشكرنا وتحيتنا تقدير الأستاذة الفاضلة التي تكرمت بالإشراف. الدكتورة "ياسمين باشا" على ما قدمته لنا من توجيهات وملاحظات والتي زودتنا بخبرتها ومنحتنا من وقتها وجهدها لإتمام هذا العمل المتواضع. هذا من جانب كما أشكرها من جانب آخر على سخاءها ومرونة التعامل وعلى الوجه البشوش الذي رافقنا طيلة هذا العمل فنشكرها كل الشكر ونقول لها جزاك الله خيرا.

كما نخص بالذكر الأخصائية النفسانية "العربي بن حورة ع" التي لم تبخل علينا بمساعدتنا فلقد منحتنا من وقتها وجهدها.

الشكر والتقدير إلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل من قريب ومن بعيد.

الإهداء

إلى من أرضعتني الحب والحنان، إلى رمز الحب وبلسم الشفاء، إلى القلب الناصع البياض والدتي الحنونة

إلى من حصد الأشواك عن دربي ليمهد لي طريق العلم إلى القلب الكبير والدي العزيز

إلى من جرع الكأس فارغا ليسقيني نظرة حب، إلى من كلت أنامله ليقدم لي لحظة سعادةإلى القلوب الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة إلى رياحين حياتي إخوتي: أحمد، خديجة، أسيا، هاجر، فاطمة، عبد النور، وإلى البراعيم الصغار أنيس، ريتاج، محمد، يونس.

إلى شريك حياتي وزوجي الغالي "منور" الذي كان سندا لي طوال المشوار الدراسي.

الآن تفتح الأشرعة وترفع المرساة لتنطلق السفينة في عرض بحر واسع مظلم هو بحر الحياة وفي هذه الظلمة لا يضيئ إلا صديقاتي: مسعودة، جميلة، صارة، وجدان،أمينة

إلى عمي وعماتي وأخوالي وخالاتي.

إلى كل الأقارب من قريب وبعيد الذين لم يسعهم قلمي

إلى كل أساتذتي في كل الأطوار أهدي نجاحي خاصة للأستاذة "باشا ياسمين"

مريم

إهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى من كان لهما الفضل في وصولي إلى هذه الدرجة من العلم والمعرفة، إلى منبع إعتزازي وكرامتي، إلى من أعز وأرق وأغلى والدين، اللذان ربياني على الفضيلة والأخلاق، واللذان تطلعا إلى نجاحي بنظرات أمل، ولم ينسياني يوما بنصائحهما ودعواتهما، إلى أمي حبيبتي منبع الحنان والعطف والنور الذي أضاء لي دربي والتي لا أخذل أملها ووفيت بوعدي لها.

إلى حبيبي أب الغالي الذي كابد الآلام والصعاب وتدمل عبء الحياة لينير حياتي، حفظهما الله لي وأطال في عمرهما.

إلى رموز عزتي وافتخاري إخوتي وأخواتي.

إلى رفيقة دربي التي لم تدع الابتسامة تفارقني وأشعرتني بأخوتها زميلتي وأختي العزيزة مريم.

وجدان

فهرس محتويات الدراسة

كلمة شكر

آية قرآنية

إهداء

ملخص الدراسة

فهرس المحتوى

فهرس الجداول

فهرس الملاحق

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

مقدمة..... ا- ب- ت

1- الإشكالية.....04

2- الفرضيات.....11

3- أهمية الدراسة.....12

4- أهداف الدراسة.....12

5- تحديد مصطلحات الدراسة.....13

الفصل الثاني: اضطراب التوحد

تمهيد.....15

1- خلفية تاريخيه حول التوحد.....16

2- تعرف اضطراب التوحد.....17

3- نسبة انتشار التوحد.....20

4- أنواع اضطراب التوحد.....21

5- أسباب التوحد.....24

6- خصائص التوحد.....28

7- أعراض التوحد.....33

8- تشخيص التوحد.....36

9- أساليب علاج الأطفال التوحديين.....44

خلاصة.....50

الفصل الثالث: المشكلات الحسية

تمهيد.....51

1- خلفية نظرية عن المشكلات الحسية.....52

2- تعريف المشكلات الحسية.....54

3- مظاهر المشكلات الحسية.....55

4- أعراض المشكلات الحسية.....59

5- تفسير المشكلات الحسية.....60

6- تشخيص المشكلات الحسية.....67

7- أساليب علاج المشكلات الحسية.....68

خلاصة.....72

الفصل الرابع: الاضطرابات السلوكية

تمهيد.....73

1- تعريف الاضطرابات السلوكية.....74

2- نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية.....76

3- أبعاد سلوك الطفل المضطرب سلوكيا.....77

4- أنواع الاضطرابات السلوكية.....78

5- النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية.....84

6- علاج الاضطرابات السلوكية.....88

7- الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي.....90

خلاصة.....95

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

تمهيد.....96

1- منهج الدراسة.....96

2- الدراسة الاستطلاعية.....97

3- حدود الدراسة.....98

4- عينة الدراسة.....99

5- أدوات الدراسة.....99

خلاصة.....103

الفصل السادس: عرض الحالات

1- عرض الحالات.....104

- عرض الحالة الأولى.....104
- عرض الحالة الثانية.....112
- عرض الحالة الثالثة.....119
- عرض الحالة الرابعة.....126
- عرض الحالة الخامسة.....134

- عرض الحالة السادسة.....141

2- الاستنتاج العام..... 148

الاقتراحات

خاتمة

المراجع

الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	وصف خصائص عينة الدراسة	99
02	نتائج تطبيق الحالة الأولى لمقياس المشكلات الحسية	107
03	نتائج تطبيق الحالة الأولى لمقياس الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي	109
04	نتائج تطبيق الحالة الثانية لمقياس المشكلات الحسية	115
05	نتائج تطبيق الحالة الثانية لمقياس الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي	117
06	نتائج تطبيق الحالة الثالثة لمقياس المشكلات الحسية	122
07	نتائج تطبيق الحالة الثالثة لمقياس الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي	124
08	نتائج تطبيق الحالة الرابعة لمقياس المشكلات الحسية	129
09	نتائج تطبيق الحالة الرابعة لمقياس الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي	131
10	نتائج تطبيق الحالة الخامسة لمقياس المشكلات الحسية	137
11	نتائج تطبيق الحالة الخامسة لمقياس الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي	139
12	نتائج تطبيق الحالة السادسة لمقياس المشكلات الحسية	144
13	نتائج تطبيق الحالة السادسة لمقياس الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي	146

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق
ملحق رقم(1)	إذن تربص
ملحق رقم(2)	دليل المقابلة نصف الموجهة
ملحق رقم(3)	مقياس المشكلات الحسية
ملحق رقم(4)	مقياس الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

الفصل الثاني: اضطراب التوحد

الفصل الثالث: المشكلات الحسية

الفصل الرابع: الاضطرابات السلوكية

مقدمة

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم مراحل التي يمر بها الإنسان في حياته، ففيها تتحدد المعالم الرئيسية لشخصيته، وفيه يكتسب الاتجاهات والعادات والسلوكات والقيم، وفيها تشتد قابليته للتأثر بالعوامل التي تحيط به، فتظهر في جوانب شخصيته أنماط من السلوك السوي أو السلوك الدال على سوء التوافق.

والإنسان منذ ولادته ينمو ويتطور منتقلا بذلك من طور إلى آخر، حيث يرى **كمال مرسي** أن الفترة من ثمانية أشهر إلى ثلاثة سنوات مرحلة هامة في النمو العقلي المعرفي، الحسي والحركي، والجانب الانفعالي والاجتماعي للأطفال العاديين وغير العاديين، وأنه لا بد من الاهتمام بهذه الفترة لعدم حدوث إعاقة في نموهم العقلي وانحرافاتهم السلوكية فيسوء توافقهم في مراحل حياتهم المقبلة. **(كمال مرسي، 1995، ص 25)**

ومن أكثر الاضطرابات التي تواجه جميع المجتمعات هي اضطراب التوحد الذي أثار العديد من التساؤلات والاستفسارات عند اكتشافه منذ خمسين عام حتى الآن حول كيفية الإصابة به وأسبابه ومظاهره وطرق التعامل معه، ولقد بدأ المجتمع العربي بالاهتمام من خلال الندوات والمؤتمرات التي شارك فيها العديد من المهتمين في هذا المجال، نجحت نسبيا في تنوير المجتمع بوجود مشكلة اسمها التوحد، وهذه نقطة البداية للمساعدة على تشخيصه والبدء في إنشاء المراكز المتخصصة له.

وعرف على أنه تشويش عقلي يؤثر على قدرة الأفراد على الاتصال، وإقامة علاقات مع الآخرين والاستجابة بطريقة غير مناسبة مع البيئة المحيطة بهم، يواجهون مشكلات اجتماعية ومشكلات حسية تتصل بالإدراك ومشكلات اتصالية وكل هذه المشكلات تؤثر على سلوكهم وبالتالي قدرتهم على التعلم ومن ثم قدرتهم على التكيف مع الحالات.

(نصر سهى أحمد أمين، 2002، ص 18)

فمعرفتنا بمشكلة الطفل التوحدي والاضطرابات السلوكية التي يعاني منها يسهل علينا التعامل معه ووضع الخطط العلاجية والتدريبية، مما يجعله فردا فاعلا في مجتمعه، من خلال العمل كفريق واحد من المتخصصين مع العائلة من خلال برنامج خاص للطفل يلائم قدراته ومعوقاته.

ومن أهم وأصعب المعوقات هي خلل في المعالجة الحسية على مستوى الحواس (البصر السمع، الذوق، اللمس، الشم) كما أنه يعاني من مشكلات سلوكية التي تتصف بسوء التكيف وعدم التوافق وهذا يعتبر مشكل لابد من النظر والبحث فيه للوصول إلى حلول أو تخفيض في المعاناة.

وانطلاقا من هذا، سنتناول في هذه الدراسة اضطراب التوحد من جميع الجوانب ومراعاة لدراستنا سنتناول المشكلات الحسية والاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الطفل التوحدي تحقيقا لذلك فقد قسمنا الدراسة إلى جانبين: الجانب النظري والجانب التطبيقي.

فالجانب النظري تضمن أربعة فصول وهي:

الفصل الأول: (الإطار العام للدراسة) حيث تم فيه طرح الإشكالية مرفوقة بدراسات سابقة حول متغيرات الدراسة مع طرح التساؤلين، كما تضمن طرح فرضيتين، إضافة إلى أهميتها وأهدافها المسطرة، وكذا تحديد مصطلحات الدراسة تعريفا اصطلاحيا وإجرائيا.

الفصل الثاني: وجاء بعنوان اضطراب التوحد حيث تم التطرق فيه إلى خلفية تاريخية حول التوحد، تعريف التوحد، نسبة انتشاره، أنواع اضطراب التوحد وأسبابه، خصائص التوحد والتشخيص أساليب العلاج.

الفصل الثالث: تحت عنوان المشكلات الحسية الذي احتوى على خلفية نظرية عن المشكلات الحسية، تعريف المشكلات الحسية ومظاهرها، تفسير المشكلات الحسية وأعراضها، إضافة إلى تشخيص المشكلات الحسية وأساليب علاجها.

الفصل الرابع: تحت عنوان الاضطرابات السلوكية وتطرقنا في هذا الفصل إلى تعريف الاضطرابات السلوكية، نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية وأبعادها، أنواع الاضطرابات السلوكية، بعض النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية، طرق العلاج، إضافة إلى الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الطفل التوحدي.

الفصل الخامس: حيث سنتناول فيه أولا المنهج المستخدم، الدراسة الاستطلاعية، حدود الدراسة (المكانية، الزمانية)، عينة الدراسة بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة وهي المقابلة النصف موجهة، إضافة إلى مقياس المشكلات الحسية ومقياس الاضطرابات السلوكية عند الطفل التوحدي.

الفصل السادس: تضمن هذا الفصل عرض الحالات وفي النهاية تطرقنا إلى الاستنتاج العام.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية

2- الفرضيات

3- دوافع اختيار موضوع الدراسة

4- أهمية الدراسة

5- أهداف الدراسة

6- تحديد مصطلحات الدراسة

1- الإشكالية:

تعددت الاضطرابات واختلفت باختلاف تصنيفاتها وأعراضها فنجد في السنوات الأخيرة انتشار اضطراب التوحد، فالأطفال التوحديين هم أطفال معاقون بشكل واضح في مجال استقبال المعلومات أو توصيلها للآخرين، وبصفة عامة لديهم مشكل في التواصل وهذه الإعاقة تؤدي بهم إلى القيام ببعض أنماط السلوك غير المناسب للبيئة أو الوسط الاجتماعي المحيط بهم.

إذ يعتبر من أصعب الإعاقات التطورية التي تصيب الطفل في السنوات الأولى من عمره حيث يتميز بإعاقة مستمرة في التفاعل الاجتماعي وانحراف في التواصل اللغوي والسلوك النمطي المتكرر. **(فراج عثمان لبيب، 2002، ص 52)**

فالتوحد اضطراب نمائي يظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل وهو يعوق المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي، اللعب التخيلي والإبداعي ويحدث نتيجة اضطراب عصبي ويؤثر على الطريقة التي من خلالها يتم جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات اجتماعية وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ والتصور والبناء والتخيل، ويؤدي أيضا إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي الارتباطات بالعالم الخارجي.

(القمش مصطفى والإمام، 2006، ص 14)

بحيث تشير الإحصائيات أن اضطراب التوحد ينتشر من (4- 15 حالة) في كل عشرة آلاف من مجموع سكان العالم، في حين أظهرت بعض الدراسات معدلات أعلى من (20 حالة) لكل عشرة آلاف بمعدل عند الذكور أكثر من الإناث نسبة أربع ذكور مقابل بنت، لكن إذا أصيب هذا الاضطراب الإناث تكون درجته عميقة وأكثر حدة من الذكور. حيث أشار معهد أبحاث التوحد إلى زيادة حالات التوحد بشكل كبير حيث

أصبحت (75 حالة) في كل 10000 من عمر (5- 11 سنة) وهي نسبة أكبر بكثير من النسبة التي يعتقدها كثير من المختصين وهي (4- 15 حالة) في كل 10000. ومنذ اكتشاف اضطراب التوحد قبل 73 سنة لحد اليوم لا تعرف الأسباب الحقيقية الكامنة وراء ظهوره وكل التفسيرات المتوفرة حاليا والتطور العلمي والطبي والأبحاث التي أجريت في هذا المجال لم يجزم بصحتها.

ويرى " ليوكانر" أن لهذا الاضطراب بعض المظاهر الإكلينيكية كاضطراب الانتباه والإدراك والفهم واللغة وعدم القدرة على التواصل وإقامة علاقات مع الآخرين والنشاط الحركي المفرط. **(أحمد سليم النجار، 2008، ص 74)**

ويعد تصنيف اضطراب التوحد من الاضطرابات الشاملة للنمو التي تمس الجانب اللغوي والاجتماعي والمعرفي، ومن أهم الجوانب المشكلات الحسية أو ما يعرف باضطراب التكامل الحسي الذي يشير إلى اختلال وظيفي لا يتكامل ولا ينتظم فيه المدخل الحسي على نحو ملائم في المخ، ومن الممكن أن يؤدي إلى درجات مختلفة من مشكلات في النمو وفي معالجة المعلومات وفي السلوك.

(Ross, 1974, p 22)

تعتبر هذه الاضطرابات الحسية من أهم المشكلات التي تناولتها الدراسات في السنوات الأخيرة لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد. حيث يوصف بأنه اضطراب عصبي بسبب قصور في معالجة الدماغ للمعلومات الصادرة من المثيرات الخارجية، والتي يترتب عليها صعوبة في إدراك المواقف الحسية التي يتعرض لها الطفل، وبالتالي يصبح هناك عجز في توفير استجابات مناسبة لمتطلبات البيئة. **(ليلى عبد الكريم ربحاوي، 2017، ص 03)**

إن معالجة المعلومات بشكل تكاملي تبدأ من الإحساس بالمؤثرات الخارجية ثم نقل المعلومات إلى مراكز الإحساس بالدماغ عن طريق الجهاز العصبي حيث تتحول هذه

الإحساسات إلى معاني ورموز تمكن من تدعيم الاستجابات الناجحة للفرد وتساعده على التكيف مع متطلبات البيئة بينما نجد الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد تكمن مشكلته في عدم ترابط الحواس وعمل كل حاسة بشكل منفصل بشكل لا يسمح بإدراك حسي سليم. وذلك يؤدي إلى خلل في استقبال المعلومات ومن ثم ترجمتها إلى استجابات

غير متلائمة مع متطلبات المدخل الحسي أو البيئة، وكل ذلك يؤدي إلى خلل في العمليات العقلية وعملية التعلم الصحيح. **(نعمات عبد المجيد موسى، 2013، ص 13)**

إلا أن هذه الاضطرابات انتشرت بصورة واسعة لدى نسبة كبيرة من الأشخاص التوحديين حيث نجد لديهم استجابات حسية غير عادية وغير ثابتة للمثيرات العادية، فقد يعتقد أن البعض من الأطفال التوحديين لا يسمعون لأنهم لا يردون عندما ينادى عليهم في حين نجد البعض منهم يبالغون في ردود أفعالهم اتجاه أصوات معينة، كذلك الحال فيما يخص البصر حيث نجد بعضهم لا ينظرون إلى آبائهم أو إلى الأشياء التي تجذب الأشخاص العاديين، في حين نجدهم يحملقون في الأضواء والأشياء التي تلمع أو ذات البريق لفترات طويلة، كذلك بالنسبة لحواس اللمس أو الشم فقد يتخذ التوحديين اللمس والشم طريقة الاكتشاف لتفحص البيئة من حولهم فنجدهم يتعرفون على كل شيء عن طريق لمسه عدة مرات أو وضعه في الفم أو شمه، كما أن البعض لديه الحساسية الشديدة لتغيرات الجو (البرد والحر) أو للألم وقد يستجيبون لهذه المثيرات بردود فعل تتسم بالبرود والضعف كذلك نجد بعضهم يقاوم اللمس والاتصال الجسدي. **(عكاشة أحمد، 1982، ص 15)**

فقد أشار جلال (2016) أنه لم يتم حتى الآن تحديد السبب الدقيق لاضطرابات المعالجة الحسية، بينما تشير بعض الدراسات والأبحاث الأولية أن اضطراب التكامل الحسي في كثير من الأحيان له أسباب بيولوجية. الجدير بالذكر أن هذه الاضطرابات إما أن تظهر على شكل حساسية مفرطة اتجاه المثيرات تجعلهم أكثر حساسية للمثيرات الحسية من

معظم العاديين أو على شكل حساسية منخفضة فتكون استجاباتهم للمثيرات الحسية أقل من معظم العاديين ولا يستجيبون للمثيرات الشديدة ولا يتأثرون بها.

(سهى أحمد نصر،2014، ص 285)

كما تؤثر هذه الاضطرابات الحسية عند أطفال التوحد على الأجهزة الحسية المستقبلة للمثيرات الخارجية أو جميعها فقد تظهر أعراض المشكلات الحسية في حاسة البصر من خلال تغطية الطفل العينين لتجنب رؤية بعض الألوان والأشياء، إضافة إلى صعوبات في التواصل البصري والانتباه. كما تظهر في حاسة السمع على شكل تغطية الأذنين لتجنب بعض الأصوات الطبيعية، الصراخ، أو البحث عن مثيرات سمعية عالية، في حين تؤثر تلك المشكلات على حاسة اللمس على شكل بعض السلوكيات الشاذة مثل رفض الاحتضان واستجابات مفرطة كلمس بعض الأقمشة، واستجابات مضطربة في بعض مهارات الحياة اليومية مثل قص الشعر وغسل الأسنان والاستحمام، وبالإضافة إلى ظهور بعض الأعراض على بعض جوانب الدوران مثل صعوبة القدرة على ضبط التوازن وظهور حركات نمطية متكررة كالدوران ورفرفة اليدين. **(مرجع سابق، ص 287)**

ومن الدراسات التي تناولت المشكلات الحسية لدى الأطفال التوحديين أهمها دراسة ميلر وآخرون (2007) التي كان هدفها مدى انتشار العملية الحسية لدى أطفال التوحد حيث أظهرت النتائج أن أفراد العينة لديهم اضطراب في العملية الحسية 15% في النظام السمعي (بكاء- صراخ)، 9% في النظام البصري(تحديق في الأضواء اللامعة، التحديق بأصابع اليد)، 25 % في النظام اللمسي (عدم تقبل الحضن، التقبيل، المشي على الأصابع)، 25% في النظام الدهليزي (الحركة الدائمة، الخوف من نزول وصعود الدرج).

أما دراسة لاين وآخرون (2009) فقد هدفت إلى تحقيق من فاعلية العلاج الوظيفي في علاج اضطراب التكامل الحسي والتي تمثلت في الاستجابات غير العادية للمثيرات

الحسية وكذلك الاستجابة غير العادية للمثيرات الدهليزية، وقد أظهرت نتائج الدراسة تحسن في التفاعل من خلال اللعب أو الأنشطة اللمسية، زيادة الانتباه والتركيز واختفاء سلوك العدوانية. **(قاسم، 1994، ص 112)**

كما يعاني أطفال التوحد مجموعة من السلوكيات والتي تمثل أهم المشكلات التي تواجه الوالدين ألا وهي الاضطرابات السلوكية، فالطفل التوحدي هو طفل تصعب ارادته وذلك بسبب العديد من الاضطرابات السلوكية التي تواجهه والتي تعتبر عقبة ثانوية للتوحد وهي ليس فقط مجموعة من السلوكيات الغريبة والشاذة لكنها مجموعة من نواقص خطيرة تجعل الطفل قلقا، غاضبا، مفرط الحساسية. ومن بين هذه السلوكيات المصاحبة للتوحد (السلوك النمطي) والمتمثل في نشاطات وحركات غير عادية كالتعلق غير الطبيعي بالأشياء إضافة إلى حركات نمطية متكررة كرفرفة اليدين، وهز الجسم والانشغال المفرط بأجزاء الأشياء، كذلك اضطراب فرط الحركة الملاحظ على العديد من الأفراد المصابين بالتوحد وذلك من خلال تصرف بعض التوحديين بطريقة تلحق الأذى بأنفسهم مثل ضرب الرأس في الأرض أو على الحائط.

فالاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي تعتبر من أكثر الضغوطات التي تواجه جهود الأولياء في توفير الخدمات المناسبة، كما أن تشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة

ومثل هذه السلوكيات تؤدي بالأطفال التوحديين لأن يكونوا عرضة للعزلة من الأنشطة الاجتماعية، التربوية، الأسرية و المجتمعية. **(ياسر يوسف اسماعيل، 2009، ص15)**

فقد تعرف هذه الاضطرابات السلوكية على أنها نوع من السلوك غير المرغوب فيه يصدر عن الطفل ويسبب إزعاجا وقلقا للمحيطين به، ويؤثر على تقديره لذاته وعلى علاقته بالآخرين، ويأخذ هذا السلوك طابعا ثابتا، ويظهر بشكل متكرر، ولا يمكن للوالدين أو

المدرسين علاج هذه الاضطرابات دون مساعدة من المتخصصين في مجال العلاج النفسي. **(نبيلة الشوريجي، 2003، ص 118)**

وهي أيضا جميع التصرفات والأفعال غير المرغوبة التي تصدر عن الطفل بصفة متكررة ولا يتفق مع معايير السلوك السوي المتعارف عليه في البيئة الاجتماعية والتي تنعكس على كفاءة الطفل الاجتماعية والنفسية. **(ياسر يوسف اسماعيل، 2009، ص12)**

فالاضطرابات السلوكية تتضمن عدة أنواع من بينها الانسحاب الاجتماعي الذي هو سلوك انفعالي يتضمن الهرب من مواقف الحياة، بحيث أنها من وجهة نظر إدراك الفرد ممكن أن تسبب له صداعا نفسيا وعدم الراحة، ويوصف بأنه (منعزل، خجول خمول....الخ). **(خوله أحمد يحي، 2000، ص 99)**

أما بالنسبة للنوع الثاني العناد هو سلوك يعبر عن نزعة عند الفرد إلى مخالفة الوالدين والكبار وتأكيد مواقف تتنافى مع مواقفهم ورغباتهم و أوامرهم ونواهيهم حيث يتخذ شكل المعارضة لإرادتهم. **(نبيلة الشوريجي، 2003، ص 122)**

إضافة إلى النشاط الزائد الذي هو نشاط جسدي زائد مستمر وطويل البقاء يتصف بعدم التنظيم وهو غير متنبأ به وغير موجه، فالأطفال ذوي النشاط الزائد يكون ردة فعلهم للمثيرات البيئية شديدة، ويتصف سلوكهم بأنه عصبي وعدواني.

(خوله أحمد يحي، 2000، ص 99)

ومن بين الدراسات التي تناولت الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين: دراسة القمش (1994) التي كان هدفها التعرف على الاضطرابات السلوكية الشائعة لدى أطفال التوحد داخل الأسرة، بحيث كشفت نتائج الدراسة أن أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعا لدى أطفال التوحديين: الحركة الزائدة، الانسحاب الاجتماعي، العدوان، إيذاء الذات، كما نجد

دراسة أيمن سالم عبد الله محسن (2014) كانت بهدف التعرف التشخيصي الفارق على مقياس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم ذوي الإعاقة الحركية، بحيث أظهرت النتائج وجود سلوك نمطي، إيذاء الذات، والنشاط الزائد لدى أطفال ذوي اضطراب التوحد بمعدل أعلى من أقرانهم المعاقين حركيا. دراسة أشنباح وآخرون (1991)، كانت بهدف التعرف على المشكلات السلوكية التي يعاني منها التوحديين هي الانسحاب الاجتماعي، عدم القدرة على الانتباه، العدوان.

(خوله أحمد يحي، 2000، ص 20)

ومن خلال كل ما سبق ذكره سنحاول الوقوف ضمن هذه الدراسة الوقوف على المشكلات الحسية والاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الطفل التوحدي، نظرا لصعوبة الوضع أملا في المساعدة إذا طرحنا التساؤلات التالية:

1- هل يعاني الطفل التوحدي من مشكلات حسية؟

2- هل يعاني الطفل التوحدي من اضطرابات سلوكية؟

2- الفرضيات:

1- يعاني الطفل التوحدي من المشكلات الحسية.

2- يعاني الطفل التوحدي من الاضطرابات السلوكية.

3- أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية دراستنا في كونها تسلط الضوء على التعرف على المشكلات الحسية والاضطرابات السلوكية لدى أطفال التوحديين.

يمكن أن تساهم هذه الدراسة في وضع تشخيص دقيق للمشكلات الحسية والاضطرابات السلوكية، كما أنها تساهم أيضا في بناء برامج علاجية لأطفال التوحد.

تساعد هذه الدراسة كل من الأولياء والمختصين في علم النفس على فهم أفضل لهذه الفئة وتزويدهم بالطريقة الصحيحة للتعامل معهم.

4- أهداف الدراسة:

- تحديد المشكلات الحسية التي يعاني منها الأطفال التوحديين.
- تحديد الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين.
- تحديد مدى تأثير المشكلات الحسية والاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين.

5- تحديد مصطلحات الدراسة:

5-1- اضطراب التوحد: يعرفه "**أحمد سليم النجار**" بأنه من الإعاقات التطورية التي تصيب الأطفال وهو من أكثر الاضطرابات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته ويظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، ويعوق عمليات الاتصال والتعلم والتفاعل الاجتماعي، ويتميز بقصور في النمو الاجتماعي والإدراكي والكلامي عند الطفل.

(أحمد سليم النجار، 2008، ص 6)

5-2- المشكلات الحسية: هو الخلل أو القصور في عضو من أعضاء الحواس(العين، الأنف، الأذن، اللسان، الجلد) في الخلايا العصبية الحسية المسؤولة عن توصيل المنبهات أو المثيرات الحسية الخارجية.

(عبد الحليم محمد عبد الحليم، 2005، ص 03)

تعريف آخر: هو اختلال وظيفي لا يتكامل ولا ينتظم فيه المدخل الحسي على نحو ملائم في المخ، ومن الممكن أن يؤدي غلى درجات مختلفة من مشكلات في النمو وفي معالجة المعلومات وفي السلوك. **(أحمد عكاشة، 1982، ص 15)**

✓ **التعريف الإجرائي:** هو اضطراب في العملية أو المعالجة الحسية وهي الدرجة التي تتحصل عليها الحالة على مقياس المشكلات الحسية المتعدد المحاور والمتمثلة في كل من (بعد الحركة/ بعد الإبصار/ التواصل البصري مع الأشخاص والأشياء/ اللمس/ التغذية/ الاستماع/ الشم/ النوم).

5-3- الاضطرابات السلوكية: هو نمط من الأفكار والانفعالات السلوكية التي تتصف بالابتعاد عن السلوك المقبول وعد وجود مبرر له يصاحب سوء تكيف ويسبب ضيقا وتوترا للفرد ويتحدد الاضطراب بعد تكرار السلوك، وله القدرة على تغيير اتجاهات الأفراد حول أوجه الحياة المختلفة ويقاوم التغيير. **(الجبوري وآخرون، 1996،ص 52)**

✓ **التعريف الإجرائي:** هي مجموعة من الاضطرابات تأخذ صفة التكرار وتظهر في أعراض سلوكية يتم ملاحظتها والمتمثلة في (الانسحاب الاجتماعي- العناد- النشاط الزائد) وهي الدرجة التي تتحصل عليها الحالة من خلال مقياس الاضطرابات السلوكية.

الفصل الثاني: اضطراب التوحد

تمهيد

1- خلفية تاريخية عن التوحد

2- تعريف التوحد

3- نسبة انتشار التوحد

4- أنواع التوحد

5- أسباب التوحد

6- خصائص التوحد

7- أعراض التوحد

8- تشخيص التوحد

9- أساليب علاج الأطفال التوحديين

خلاصة

تمهيد:

يعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية تأثيرا على المجالات الرئيسية للقدرات الوظيفية حيث جذب هذا الاضطراب اهتمام الكثير من الباحثين والمختصين من عدة تخصصات، ورغم كل الجهود المبذولة إلا أنه يزال مثير الجدل من حيث تشخيصه وتحديد أسبابه وأساليب علاجه.

فالتوحد حالة من الحالات التي تندرج تحت الفئات الخاصة أو ذوي الاحتياجات الخاصة كما أن دراستها تعتبر من الدراسات غير السهلة التي تستلزم المزيد من البحث والدقة والمتابعة المستمرة بين الأشخاص الفاعلين كالأخصائي النفساني و العيادي والتربوي والوالدين، فهو ظاهرة من الظواهر النفسية التي لا بد أن تدرس بصورة متعددة الجوانب حتى يكون العلاج والتكفل بهذه الفئة ناجح وفعال.

1-الخلفية التاريخية عن التوحد:

لقد أثار موضوع التوحد اهتمام الباحثين من القدم وحاولوا تفسيره حيث أشارت الروايات والخرافات والسجلات الطبية القديمة إلى وجود أشخاص مصابين بالتوحد عبر التاريخ، فقد وصف الأشخاص الذين لديهم أعراض التوحد بأنهم تسكنهم الشياطين في حين برز آخرون بوجود الملائكة ولقد كانوا يشار إليهم بضعيفي العقل، أو أشخاص متوحشين أو مجانين. **(محمد الباطنية، 2007، ص547)**

في عام 1880 اكتشف مزارعون في الغابة ولد صغير في العاشرة من عمره ينتقل على أطرافه الأربعة من دون أي لغة، الوصف الذي قدمه لافيرون الذي كان يتميز بسمات التوحد حيث يقول (ايتارد) لا يظهر أي مودة للذين يخدمون، لا ينتبه لشيء ولا يقبل أي تغيير ولا يظهر ردة فعل لصوت المسدس لكنه يستجيب لصوت تكسير الجوز. **(frith, 2003, p20)**

ويأتي بعد ذلك في 1911 بلولر بعد تصميم مفهوم الفصام وضحه بإدخال مفهوم التوحد كعرض أساسي في الفصام و يعني به قطع الصلة مع الواقع و صعوبة العلاقة مع الغير. **(بدرة معتصم ميموني، 2003، ص65)**

ولم تلقى حالات التوحد الاهتمام إلا القليل منه إلى أن جاء الطبيب النفسي ليوكانر من مركز جون هوبكنز إذ يعتبر أول من أشار إلى الذاتوية كاضطراب يحدث في الطفولة.

(سليمان عبد الرحمان السيد، 2002، ص7)

حيث لاحظ وجود 11طفلا مضطربا يتصرفون بطرق غير شائعة لدى الأطفال المصابين بالتخلف العقلي أو الفصاميين، لقد سمي كارنر تلك الأعراض بالوحدة الذاتوية وهي من الأعراض الأساسية ولكن وجد أيضا أن أولئك الأطفال كانوا عاجزين منذ بداية

حياتهم عن التواصل مع الآخرين وكانوا محدودي اللغة ولديهم رغبة حوارية كبرى أن يضل كل شيء حولهم كما هو دون تغيير. **(محمد أحمد الخطاب، 2005، ص9)**

وفي عام **1944** توصل النمساوي هانس اسبر جر إلى زمرة من الخصائص مشابهة إلى حد ما توصل إليه " كارنر" وتتبع الطبيب النفسي I.Wing خصائص مجموعتي اسبرجر وكارلن ووجد أن خصائصها تنطبق تماما على ابنته في الوقت الذي لم تدرج خصائصها في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسيةDSM إلا أنه مع الاهتمامات و بروز أوجه الاختلافات بين أعراض أسبرجر و أعراض حالات كارنر مما استدعى ردودهم في أواخر الثمانينات و في الطبعة الثالثة المعدلة DSM3 ، كما وردت أيضا عام 1944 في الطبعة الرابعة DSM 4 و التي تضم خمس اضطرابات: التوحد،أسبرجر، ريت، اضطرابات النمو غير المحددة، اضطرابات الطفولة التحليلية.

(نوري القمش،2007، ص ص293-294)

يرى كل من كارنر و اسبرجر بأن اضطراب التواصل موجود على مستوى شديد و أكد على التواصل و الصعوبات في التكيف الاجتماعي للأطفال المصابين بالتوحد ، كما ركز الباحثين إلى الانتباه للحركات المتكررة و إلى نماذج للإنجازات الفكرية .

(،مرجع سابق، ص295)

2- تعريف اضطراب التوحد:

2-1- مصطلح التوحد AUTISME من أصل كلمة إغريقية تعني autos والتي تعني النفس أو الذات، وتستخدم عدة مصطلحات عربية للتعبير عن كلمة التوحد وهي الإجترارية و الذاتوية و التوحدية والمنغلق على ذاته و الذاتوي.

(سميرة عبد اللطيف السعد،1997، ص11)

2-2- تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد (2009):

هو نوع من الاضطرابات النمائية المركبة تظهر بمظاهره الأساسية في ثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل وينتج عن اضطرابات عصبية تؤثر في وظائف الدماغ تمس الاضطرابات كل من:

- التفاعل الاجتماعي.
- التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- نشاطات اللعب.
- القدرات المرتبطة بالناس والأحداث والأشياء.

(نايف بن عابد بن إبراهيم الزارع، 2010، ص30)

2-3- وترى " نادية أبو السعود" أن اضطراب التوحد إعاقة أو ارتقاء غير طبيعي مختل يتضح قبل ثلاث سنوات من عمر الطفل ويتميز بفساد التفاعل الاجتماعي والاتصال الشفوي والنشاط التخيلي، مرتبطا مع أعراض مرضية من السلوك بشكل خاص في النشاط الزائد والنمطية والإصرار على الروتين والكثير من الحركات.

(نادية أبو السعود، 2002، ص7)

2-4-تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي(APA 1994) :

عرفته بأنه ضعف عام في النمو اللغوي والاجتماعي واللفظي، ونقص شديد في التواصل والسلوك الحركي فيؤثر على قدرته على التعليم والتدريب.

فترى أن التوحد يظهر بمظاهره الأساسية في ثلاثين الأشهر الأولى من العمر وتمس الاضطرابات كل من:

1- نسبة التطور والنمو وما يتبعها.

2- الاستجابة للمثيرات الحسية.

3- النطق واللغة والقدرات المعرفية.

(الخطيب الحديدي جمال،2005، ص320)

2-5- يعد اضطراب التوحد اضطرابا نمائيا عاما، ويستخدم مصطلح الاضطراب العام للإشارة إلى المشكلات النفسية الحادة والتي تظهر في مرحلة مبكرة من العمر والتي تتضمن قصورا حادا في نمو الطفل المعرفي والاجتماعي والانفعالي والسلوكي مما يؤدي ذلك إلى تأخر عام في العملية النمائية.

(موسى، محمد السيد، 2007، ص125)

2-6- كما يعرف" أحمد سليم النجار" بأنه من الإعاقات التطورية التي تصيب الأطفال وهو من أكثر الاضطرابات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته، ويظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ويعوق عمليات الاتصال والتعلم والتفاعل الاجتماعي، ويتميز بقصور وتأخر في النمو الاجتماعي والإدراكي والكلامي عند الطفل.

(أحمد سليم النجار، 2008، ص6)

2-7- يعتبر التوحد اضطرابا معقدا يمكن النظر إليه على أنه اضطراب نمائي عام يؤثر سلبا على العديد من جوانب نمو الطفل ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التقوقع حول ذاته، فضلا عن وجود سلوكيات واهتمامات نمطية وتكرارية. **(الجرواني هالة إبراهيم صديق، 2013، ص15)**

3- نسبة انتشار التوحد:

يعتبر التوحد من الإعاقات الأقل انتشارا وظلت النسبة التقليدية مسيطرة لفترة طويلة نسبية حيث تراوحت النسبة ما بين (4-5) لكل عشرة ألاف مولود إلا أن تغير تعريف التوحد وامتداد العمر من 36 شهرا بدلا من 30 شهرا. إضافة إلى توسع مفهوم التوحد الذي أصبح لا يقتصر على فئة التوحد التقليدي التي وصفها " كانر" أدى إلى ازدياد النسبة حيث يمكن تقديرها مابين(15-20) لكل عشرة ألاف مولود وكما أن التوحد ينتشر عند الذكور بمعدل ثلاثة إلى أربعة أضعاف مقارنة مع الإناث.

(القمش مصطفى نوري، المعايطة خليل عبد الرحمان، 2009، ص170)

وقد أشار معهد أبحاث التوحد إلى ازدياد حالات التوحد بشكل كبير، كما أصدر مركز الأبحاث في جامعة " كامبرج " تقريرا بازدياد نسبة التوحد حيث أصبحت 75 حالة في كل 10000 من عمر(5-11) سنة وهي نسبة أكبر بكثير من النسبة التي يعتقدها الكثير من المختصين وهي 5 حالات في كل 10000. **(أحمد قحطان الظاهر،2009، ص33)**

إلا أن نسبة الانتشار المشار إليها في ازدياد بشكل كبير وذلك وفق الدراسات والإحصائيات الرسمية خلال السنوات الأخيرة، حيث تم اعتبار التوحد ثالث الاضطرابات الشخصية حدوثا في الولايات الأمريكية، رغم تباين الإحصائيات في الدول والبلدان الأخرى إلا أن نسبة الانتشار هي ازدياد مستمر كل عام.

(الجلامدة فوزية، 2016، ص74)

4- أنواع التوحد:

بما أن كل الأطفال المصابين بالتوحد لا يظهرون الخصائص نفسها أو يظهرون خصائص متشابهة مع نفس الشدة، فقد اتجه الباحثون إلى البحث عن طرق لتصنيف التوحد فقد ظهر عدد من الاتجاهات لتصنيف الأطفال المتوحدين، فعلى سبيل المثال اقترح البعض تصنيفات مختلفة اعتمادا على المستوى الوظيفي الذكائي، العمر وعدد الأعراض وشدتها، كما يرى البعض الأخر أن الأعراض المختلفة يمكن أن تكون نتيجة الأنماط المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ.

4-1- النوع الأول (type1):

المتلازمة التوحدية الكلاسيكية: يظهر على الأطفال في هذه المجموعة أعراضا مبكرة تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة، كما تقول "كولمان" إن الأطفال في هذه المجموعة يبدؤون بالتحسن تدريجيا مابين الخامسة إلى السابعة.

إذ تبدأ ملاحظة هذا المرض في الثانية والنصف من عمر الطفل ويتميز ب3 أنواع رئيسية:

- ضعف العلاقات الاجتماعية.
- ضعف من الناحية اللغوية.
- الاهتمامات والنشاطات المتكررة. **(إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2004، ص 158)**

4-2- النوع الثاني (type2):

متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحدية: يشبه أطفال هذه المجموعة النوع الأول ولكن العمر عن الإصابة يتأخر، تقول كولمان بأن أطفال الفئة الثانية يظهرون أعراض نفسية أخرى إضافة إلى متلازمة التوحدية الكلاسيكية التي عرضها كانر.

4-3- النوع الثالث(type3):

المتلازمة التوحدية المعاقة عصبيا:

يظهر لدى أطفال المجموعة الثالثة مرض دماغي عضوي بالإضافة إلى اضطرابات أيضية ومتلازمات فيروسية مثل الحصبة الألمانية.

(محمد عادل عبد الله، 2002، ص 65)

فن وماتسون وكوو(Sevin.Matson.coe) فقد اقترحوا نظاما تصنيفيا من أربع مجموعات وهي كما يلي:

المجموعة الشاذة Typical Group: يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية الأعلى من الذكاء كما أنهم يعانون من تخلف عقلي بسيط ومن مشكلات اجتماعية.

المجموعة التوحدية البسيطة Mildy Autistic Group: يظهر أفراد هذه المجموعة حاجة قوية للأحداث والأشياء، لتكون روتينية والتزاما باللغة الوظيفية.

- **المجموعة التوحدية المتوسطة Moderately Autistic Group :** ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة، أنماط شديدة من السلوكات
- النمطية مثل التأرجح والتلويح باليد)، لغة وظيفية محددة وتخلف عقلي.
- **المجموعة التوحدية الشديدة Sevetly Autistic Group :** أفراد هذه المجموعة
- معزولون اجتماعيا، لا ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، وتخلف عقلي على
- مستوى ملحوظ. **(ابراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2004، ص49)**

هناك اضطرابات عديدة ترتبط بالتوحد وتنحدر تحت العنوان الرئيسي الاضطراب النمائي أو الشامل وهذا حسب الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1994:

1- اضطراب أو متلازمة أسبرجر: يتميز بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية ووجود اهتمامات وأنشطة محدودة مع وجود تأخر في اللغة، وتتراوح نسبة الذكاء بين المتوسطة إلى فوق المتوسطة ، كما أنهم يوصفون بإعاقة ملحوظة في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة، مثل التحديق بالعين، تعبير الوجه، وضع الجسم، استخدام الإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي.

وصف هذا الاضطراب لأول مرة من قبل " أندريا ريت" وهو اضطراب عصبي يتميز بالتخلف وإعاقة في المهارات الحركية وتظهر ما بين (5-48 شهرا) وعدم السيطرة على الحركات كالمشي الصحيح وفقدان في الجانب اللغوي سواء الاستيعابي أو التعبير، كما تتدهور الحالة بتقدم العمر. **(القمش مصطفى نوري والمعايطة، 2009، ص310)**

اضطراب الطفولة التحليلي: يحدث هذا العارض المرضي بعد نمو وتطور الفرد بعد والسنة الثانية وأحيانا بعد العاشرة ي الأعراض في الظهور والتي تبرز بصورة ضعف المهارات الاجتماعية والانفعالية بشكل مباشر، كما تصبح لديه حركات غير عادية وضعف في اللغة المنطوقة وتكرار النشاطات، ويصاحبه عادة تخلف عقلي شديد.

(خطاب محمد أحمد، 2009، ص69)

5-أسباب التوحد:

يختلف الباحثون حول الأسباب التي قد تسبب التوحد ومازالت الأبحاث تتوالى يوما بعد يوم محاولة اكتشاف الأسباب التي قد تؤدي إلى إجراءات مستقبلية في الوقاية من هذا الاضطراب. لذلك يعتبر كل من قدم إسهامات عملية في هذا المجال مجرد نظريات في الموضوع لم يثبت مسؤولية سبب إحداها بمعزل عن الآخر وتقسم هذه النظريات إلى مجموعتين:

5-1- النظرية القديمة:

اعتقد كانر بأن الوالدين يتحملان المسؤولية وخاصة الأم بإصابة طفلها بالتوحد بعدم تزويده بالحنان والدفء الكافيين، كما اعتقد بانتشاره في الطبقات الغنية ويذكر البلشة (1994) أن التنشئة التي ينشأ بها الأطفال التوحديين لم تكن تسمح لهم بتفاعلهم مع أبائهم لذلك فالتوحد هو وسيلة الدفاع التي يستخدمها الطفل ضد عدم قبوله عاطفيا من قبل الوالدين، وقال أن الأم تلعب دور أساسيا في حدوث هذا الاضطراب، وفسر ذلك لعدم قرب الأم من الطفل في الأشهر والسنوات الأولى من عمر الطفل وعدم تفاعلها معه بشكل طبيعي.

كما يذكر البلشة أن سبب التوحد هو عدم حصول هؤلاء الأطفال على معززات ايجابية كافية لتشكيل سلوكهم، وعدم توفير الانتباه الكافي للطفل مما نتج عن ذلك عدم تعلم الطفل الاستجابة للأشكال المعتادة من المعززات الاجتماعية.

ونتيجة لهذه الفرضيات عانت الأسرة معاناة كبيرة لاعتقادها بأنها هي السبب في إعاقة طفلها وأثبتت نتائج البحث العلمي عدم صحة هذه الفرضيات، وأصبح يشار إلى

هذه الفرضيات بأنه جزء من تاريخ التوحديين فقط.

(القمش مصطفى نوري، المعايطة خليل عبد الرحمان،2009، ص171)

5-2- النظريةالحديثة:

هناك مجموعة من النظريات التي تحاول تفسير التوحد في الوقت الحاضر لعل أبرزها ما يلي:

5-2-1-العوامل الوراثية والبيولوجية:

يعتبر الطبيب العقلي الأمريكي « Leo kanner » أول من اكتشف التوحد الطفولي سنة(1943) حيث جمع المميزات العيادية لإحدى عشر طفلا فلاحظ أن أوليائهم لديهم أيضا نقاط مشتركة فهم ينتمون إلى طبقة اجتماعية و اقتصادية راقية. لهم ذكاء فائق ووجد عندهم أيضا نقص في الدفء العاطفي والعائلي وأنهم انطوائيون وأقل إظهارا للعطف، فركز على جوانب كثيرة غير سوية في التوظيف العائلي، وافترض أن التوحد ناتج عن أسباب نفسية مرضية.

لكن في سنة (1955) تخلى عن هذه الفرضية بعد قيامه بتحاليل الديناميكية العلائقية مع الآباء والأبناء وتبنى وجهة نظر بيولوجية حيث يقول : نستطيع أن نفترض أن هؤلاء الأطفال يولدون بعدم قدرة فطرية لتكوين بيولوجي لعلاقة وجدانية مع الأشخاص تماما كباقي الأطفال الذين يولدون بإعاقات جسدية أو عقلية فطرية.

(grand berquez, 1993, P31)

5-2-2- العوامل الجينية:

هناك ثلاث دراسات أجريت على توأم مصابين بالتوحد، الدراسات المبكرة التي أجراها روتر ورفاقه 1977 بينت أن معدل التوافق بلغ 36 % بين التوائم المتماثلة و 0% بين التوائم المختلفة.

أما الدراسة الثانية فقد بلغ عدد المصابين بالتوحد 91% بين التوائم المتماثلة و0% بين التوائم المختلفة(1994)

في حين الدراسة الثالثة توصلت إلى معدل توافق يبلغ 69% بين التوائم المتماثلة و0% بين التوائم المختلفة (1995).

لقد أثبتت هذه الدراسات دور العوامل الوراثية والإصابة بالتوحد لكن هناك العديد من القضايا يجب النظر فيها قبل أن نحكم على هذه العوامل، فيمكن لهذه النتائج أن تكون قد حصلت نتيجة لعوامل ولادية وخاصة أن هذا الاحتمال قد حصل في الدراسة الأولى لروتر السابقة الذكر قد أشار إلى وجود تعقيدات ومشكلات ولادية عند أفراد عينات البحث المصابين بالتوحد. **(باشا ياسمين،2017، ص167)**

5-3- الأسباب الأيضية:

بعض الأفراد التوحديين غير قادرين على الهضم الكامل للبروتينات خصوصا البروتين الموجود في مادة القمح ومشتقاته المسمى بالجلوتين، والبروتين الموجود في الحليب المسمى بالكارين، بحيث يؤدي استمرارية عدم الهضم الكامل لهذين الروتينين إلى تكوين مادة البيتيد وهي مادة تشبه المورفين، وتؤثر على الجهاز العصبي بشكل

يشبه تأثير المورفين أو الأفيون لدرجة أن الجزيء الواحد من البيتيد له تأثير أكبر من 10 إلى 30 مرة من جزيء المورفين.

وقد أثبتت الدراسات هذه العلاقة السببية بين اضطراب هضم البروتينات واضطراب التوحد عن طريق نجاح الأغذية الخالية من بروتين الكارين والجلوتين في تخفيض أعراض التوحد.

(القمش مصطفى نوري، المعايطة عبد الخليل الرحمان، 2009، ص172)

5-4- التلوث البيئي:

على الرغم من وجود الدليل الكافي الذي يثبت أن التلوث البيئي أحد أسباب التوحد إلا أنه يتنامى في الوقت الحاضر اهتمام الباحثين بمادة التكسين وهي مادة سامة تؤثر على الدماغ وجهاز المناعة بأكمله، حيث تبين ازدياد نسبة انتشار التوحد في المدن الصغيرة التي تكثر في المصانع، وبالتالي ازدياد مادة التكسين المنتشرة في مداخن المصانع ويجب التذكر أيضا بأن المصانع ليست الوحيدة التي تسبب التوحد فهناك أيضا السيارات والزئبق، والمبيدات المختلفة التي تؤثر على جهاز المناعة.

(قاسم عبد الله،2001، ص68)

5-5- التطعيم :

يشتبه ريملاند وآخرون بوجود علاقة مابين السعال الديكي وبين الإصابة بالتوحد وذلك اعتمادا على مقابلاته للآباء أثناء تعبئة القائمة التشخيصية، ويشير كل من ريملاند وكولتر في كتابهما الصادر في 1985 أن ظهور التوحد لأول مرة كان في الأربعينات وهي بعد سنوات قليلة من الانتشار الكبير لمطعوم السعال الديكي في

الولايات المتحدة الأمريكية. **(مرجع سابق، ص173)**

6- خصائص التوحد:

يتصف الأطفال التوحديين بعدد من الخصائص الأساسية ذات العلاقة بجوانب النمو اللغوي والتواصلي والسلوكي والاجتماعي والانفعالي والمعرفي، فنجد بعض التوحديين انعزاليين تماما وبعضهم يظهر سلوكا اجتماعي وفي بعض المواقف هناك من لديهم قدرات لغوية متوسطة بينما البعض الآخر لم تتطور لديه اللغة.

كما يختلف الطفل التوحدي عن الطفل العادي في مرحلة الرضاعة حيث يقوس ظهره عند حمله محاولا تجنب الاتصال الجسدي، كما أنه طفل متهيج وغامض بسبب نوبات البكاء، وفي بعض الأحيان يصل الطفل التوحدي إلى المهام النمائية مثل الزحف، المشي أبكر من العمر المتوسط ، فيلاحظ سلوكات أخرى مثل إصرار الطفل على إتباع نفس الروتين وعدم تطور اللغة بشكل جيد. **(مدلل شهرزاد،2015، ص23)**

هناك عدد من الخصائص العامة التي تميز الأفراد المصابين بالتوحد تتمثل فيما يلي:

6-1- الخصائص السلوكية:

بداية عند المقارنة بين السلوك التوحدي وغير التوحدي حيث نجد المتوحد يتصف بمحدودية السلوكيات وسذاجتها والقصور الواضح في التفاعل مع المتغيرات البيئية بشكل سليم وناضج.

(الظاهر أحمد قحطان،2009، ص45)

ومن أبرز سلوكيات المتوحدين:

- يظهر الطفل سلوكيات لاإرادية (رفرفة اليدين، هز الجسم ذهابا وإيابا).

– يظهر الطفل قصورا واضحا في دافعتيهم إزاء المثيرات الموجودة في البيئة المحيطة

– يميل التوحديين إلى انتقاء مثير محدد بصورة مفرطة.

– السلوك العدواني ، ويظهر لدى التوحديين بطريقة تلحق الأذى والضرر بأنفسهم.

– اضطرابات الأكل، كما يرفضون مضغ الطعام الصلب ولديهم حساسية زائدة للطعم أو الرائحة.

– اضطرابات النمو من أشكاله (هز الرأس، مص الإبهام ،حركات الأصابع ، التلويح باليد، الصراخ، القهقهة.

يستغل الطفل التوحدي حواسه في تكرار السلوك النمطي ومن أمثلة ذلك:

حاسة الإبصار: كالتحديق في شيء معين ورعشة العين المتكررة وتحريك الأصابع أمام العينين.

حاسة السمع: طقطقة الأصابع، إحداث صوت معين باستمرار.

حاسة اللمس: الحك، مسح الجسم باليد.

حاسة التذوق: وضع الأصبع في الفم، عض القلم أو ما شابه باستمرار.

حاسة الشم: شم الناس والأشياء. **(مصطفى أسامة فاروق، 2011، ص73)**

6-2- الخصائص الاجتماعية: يتجنب الأطفال التوحديين التواصل البصري مع الآخرين كما يتصف بضعف في اللعب مع الأقران مما يؤدي إلى فشلهم في تطوير الصداقات وعدم القدرة على فهم مشاعر الآخرين، كما يشار إلى معاناة الأطفال التوحديين من القصور في الإدراك، فهم لا يدركون مشاعر الآخرين الخاصة أو

أفكارهم وخططهم، ويجدون صعوبات في فهم معتقدات وعدم القدرة على التنبؤ بأفعال وأقوال الآخرين. وتصنف الصعوبات الاجتماعية التي يواجهونها إلى ثلاث مجموعات:

1- الانعزال الاجتماعي: مثل الغضب والهروب وانحناء الظهر لتجنب الاحتكاك مع الأشخاص وقد يعود ذلك للحساسية الزائدة التي يعانون منها.

2- عدم المبالاة الاجتماعية: وتتضح بعدم المبادرة إلى إقامة علاقات مع الأشخاص الآخرين، وقد يعود ذلك إلى كمية مادة بيتا- أندروفين التي تزداد عند التفاعل الاجتماعي تشعر الفرد بالسعادة وهي موجودة عند التوحديين بشكل كبير.

3- السلوك غير الملائم اجتماعيا: ويتمثل بعدم القدرة على الاحتفاظ بالصداقات لفترات طويلة بسبب عدم إتقانهم للمهارات الاجتماعية وعدم احترامهم لقرارات المجموعة.

(القمش مصطفى نوري، المعايطة خليل عبد الرحمان، 2009، ص175)

6-3- الخصائص اللغوية:

يتصف هؤلاء الأطفال **في** أنهم لا يستخدمون اللغة المنطوقة وغير المنطوقة، **وإن** تكلموا فغالبا يرددون ما يقال دون فهم وهذا ما يسمى بالبغائية، كما يتأخر النمو اللغوي لهؤلاء الأطفال في سن الثلاثة وفيما يلي نوجز أهم الخصائص اللغوية لدى التوحديين:

- في بداية تعلمه فإنه يتعلم لغة الأشياء ولكن ذلك يكون محدودا، باستثناء ذوي الأداء العالي فيمكنهم تطوير مفردات كثيرة واستخدامها في الحديث.
- يعاني التوحدي من صعوبات في النطق ناتجة عن تأخر التطور الذهني لديهم.
- يلاحظ على لغة التوحدي تنمو ببطيء وفي أغلب الأحيان يستخدم الإشارات بدل الكلمات.

– يستخدمون كلمات خاصة بهم حيث يستخدمونها للدلالة على أشياء معينة.

– قلب الضمائر يستخدم ضمير أنت بدلا من أنا والعكس.

– المصاداة أي ترديد الكلام حيث تعتبر من أكثر السمات اللغوية شيوعا في التوحد.

– الاستخدام المتقطع للغة بحيث أنهم يمتلكون رصيدا كبيرا من الكلمات لكن لا يملكون القدرة على استخدامها في محادثات ذات معنى.

(الظاهر أحمد قحطان، 2009، ص52)

6-4- الاستجابات الحسية:

يظهر الأفراد التوحديين أشكال غير متناسقة من الاستجابات الحسية حيث يبدو الطفل التوحدي كالأصم فهو في الوقت الذي لا يستجيب للأصوات المرتفعة قد يتألم بشكل كبير لبعض الإزعاجات اليومية مثل المكنسة الكهربائية أو نباح الكلب ونجده أحيانا يظهر حساسية عالية جدا للألم، وأحيانا لا يحس بالبرودة أو الحرارة أو يستجيب أي منها بشكل كبير. **(الشمري طارش،1996، ص،65)**

ويظهر بعض التوحديين خاصية الانتقائية الزائدة والتي تشير إلى تركيز الفرد التوحدي على جزء واحد من الشكل أو المحيط، ربما جزء غير مهم وترك الأجزاء الأخرى (ربما الأكثر أهمية، مثل التركيز الطفل في زر قميص الشخص وعدم التركيز في ملامح وجهه الرئيسية، أو سماع الطفل لفتح شخص غلاف قطعة الحلوى وعدم سماعه الصوت المرتفع وهذا السلوك يجعل الوالدين يشكان في إصابة ولدهم بالصمم.

وتزيد هذه الصفة من صعوبة تعليم الطفل التوحدي. فعلى سبيل المثال عند تعليم الطفل

التوحدي تمييز الشوكة من الملعقة قد يركز الطفل على الفرق في اللون، أكثر من تركيزه على تمييز الشكل وذلك يجد الطفل صعوبة كبيرة في محاولة تحديد الأداة.

المطلوب استخدامها وافتراض الباحث نظرتين لتفسير هذه الخاصية.

أولا: تمنع هؤلاء الأطفال بتركيز شديد جدا منذ الولادة مما يصعب عليهم توسيع مجال انتباههم.

ثانيا: عدم قدرة هؤلاء الأفراد على المتابعة أو الانتباه للشكل كاملا لأنه مربك ومشتت فيحاولون التركيز على جزء صغير فقط. **(مدلل شهرزاد، 2015، ص40)**

6-5- القدرات الخاصة: على الرغم من أن معظم الأشخاص التوحديين لديهم إعاقة عقلية بدرجات مختلفة، فبعضهم يمتلكون مهارة فائقة في الموسيقى والحساب وغيرها من المهارات وقد يصل بعضهم إلى المراحل النمائية كالكلام والزحف والمشي بعمر مبكر ويوجد لدى الطفل التوحدي التقليدي بعض الحواس التي يكون أدائها بشكل جيد بغض النظر عن المشكلة التي لديه وهي على نوعين:

- المهارات الاستقلالية غير اللفظية كالتي تشاهد عند الأطفال البكم وقد تتضمن تجميع الأجزاء الميكانيكية والكهربائية أو ألعاب الألغاز إلا أنه قد يجمعها بشكل مقلوب رغم صحة التجميع، وتكون هذه المهارات جيدة عند الطفل إلا أنها دون مستوى الطفل العادي ومعظم هؤلاء يحبون الموسيقى، وبعضهم يمكنه الغناء بشكل جيد، وتختفي هذه القدرة أو تقل في الطفولة المتأخرة كما أن القليل من الأطفال التوحديين من يتعلمون العزف على آلة موسيقية .

- المهارات التي تعتمد على الذاكرة التي يمكن إظهارها بسهولة لدى الأطفال

الذين يستطيعون الكلام حيث يبدو الطفل الذي يظهر نمط التوحد التقليدي أنه قادر على تخزين بنودا في ذاكرته فبعضهم يمكن أن يتذكروا كلمات الأغاني والأشعار، ويبدي بعضهم قدرة على إجراء عمليات الجمع في ذاكرتهم ولكن لا يستطيعون توظيف هذه القدرات بطريقة ملائمة فقط يستطيع كتابة الجداول ولكن لا يستطيع إيجاد الناتج.

(القمش مصطفى نوري، المعايطة خليل عبد الرحمان، 2009، ص15)

7- أعراض التوحد:

إن أعراض اضطراب التوحد مختلفة في شدتها وعددها من طفل إلى آخر بحيث تمس الجانب اللغوي والعلاقات الاجتماعية والسلوك، إذا ما تحدثنا عامة فإنها تكون واضحة في الجوانب التالية: التواصل، التفاعل الاجتماعي، المشكلات الحسية، اللعب والسلوك. وإن مجموعة الأعراض السلوكية للتوحد وهي على النحو التالي:

- يتصرف الطفل وكأنه لا يسمع ولا يهتم بمن حوله.
- لا يحب أن يحضنه أحدا.
- لا يخاف من الخطر.
- يكرر كلام الآخرين.
- نشاط زائد ملحوظ أو خمول مبالغ فيه.
- لا يلعب مع الأطفال الآخرين.
- بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة.
- يقاوم تغيير الروتين.
- التعلق غير الطبيعي بالأشياء الغريبة.

– يستمتع بلف الأشياء.

– وجود حركات متكررة وغير طبيعية مثل هز الرأس والجسم واليدين.

– قصور أو غياب القدرة على التواصل والاتصال.

(محمد علي كامل ،2003، ص10)

فأعراض سلوك التوحدي تكون عادية نسبيا حتى يبلغ من العمر عامين ونصف يلاحظ الوالدان بعد ذلك تأخر في النمو اللغوي ومهارات اللعب بالإضافة إلى التواصل والتفاعل الاجتماعي. والأطفال التوحديين الذين لديهم نفس الدرجة والشدة من الاضطرابات ، فالتوحد قد يكون لعلامات بسيطة وقد يكون شديدا باضطراب في كل مجالات التطور عامة.

حيث ترى خالدة نسيان(2009) أن الأطفال التوحديين تظهر لديهم أعراض كصعوبة الاتصال وبطئ نمو اللغة أو توقفه تماما ويستخدم لغة الإشارة.

(خالدة نسيان، 2009، ص 122)

يتشابه الأطفال التوحديين مع الأطفال العاديين في خصائص المظهر العام بل إنهم كثيرا ما يكونون أكثر جاذبية كما يذكر لويس مليكه 1998 أن الأطفال التوحديين في مراحل حياتهم المبكر من صعوبات في الجهاز التنفسي ونوبات الحس وحركات غير منضبطة.

(خليل خوله، 2003، ص7)

لقد وصف أحد أباء الأطفال الذين راقبهم كانر لابنه قائلا يبدو مقتنع بذاته لا يظهر انفعالات عندما يؤنب لا يلاحظ حقيقة أي شخص يأتي أو يذهب لا يبدو سعيدا برؤية والده أو أمه أو زميله باللعب يبدو أنه منسحب ومتقوقع على نفسه.

كما يشير كوجال وكوفرت 1972 أن التوحد يشير إلى ظهور مؤشرات الانسحاب الاجتماعي وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية متكافئة بالإضافة إلى الاضطرابات في اللغة والقدرات الإدراكية والمعرفية. **(عامر طارق، 2008، ص 17)**

إعاقة في التفاعلات التبادلية :

- لا يطور مودة وصداقة للآباء وأعضاء الأسرة.
- نادرا ما يلاحظ الانفعالات مثل العطف و الغضب.
- الميل إلى استعمال الإشارات غير اللفظية مثل الابتسامة، الإيماءات، التواصل.
- لا يوجد تواصل بالعين.
- يظهر نقص الإيماءات التواصلية الاجتماعية والنطق خلال الأشهر الأولى قدرات تواصل ضعيفة:
- اللغة الوظيفية غير مكتسبة بشكل كامل أو غير مقننة.
- محتوى اللغة غالبا غير مرتبط بالأحداث الفورية.
- سلوك نطقي نمطي وتكراري.
- محادثات التلقائية نادرا ما يبدأها.
- عكس الضمائر.
- الكلام بأنه لا معنى له و تكراري.
- الإصرار على التماثل.
- التضايق الواضح عند تغيير البيئة مظاهر الروتين اليومي يصبح طقوسا.
- ظهور سلوك تكراري.
- سلوكيات نمطية (التأرجح و التلويح باليد) صعب إيقافها.

أنماط السلوك غير الاعتيادية:

- الاعتداء على الآخرين.
- سلوك إيذاء الذات.
- ظهور مخاوف اجتماعية اتجاه الآخرين والمواقف غير الاعتيادية والبيئات الاجتماعية.

إن أعراض التوحد قد تتباين من البسيط إلى الشديد لأن هذا الاضطراب يمس كل

جوانب نمو الشخصية للطفل ومنها الجانب الجسمي والحركي والعقلي وكذا الاجتماعي من حيث الاتصال والسلوك عامة ما يعيقه عن الحياة الطبيعية والتكيف مع مختلف ظروف الحياة. **(فرج الزريقات، 2004، ص44)**

8- تشخيص التوحد:

إن تشخيص اضطراب التوحد ليس بالأمر السهل باعتباره اضطراب ذو أعراض مختلفة من فرد لأخر وكذا لعدم وجود اختبارات طبية التي تطبق لتشخيصه حيث يتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة مختص معتمد، وعادة ما يكون اختصاصي في نمو الطفل أو طبيب وذلك قبل عمر ثلاث سنوات ففي نفس الوقت، فإن تاريخ نمو الطفل تتم دراسته بعناية عن طريق جمع المعلومات الدقيقة من الوالدين ويمر تشخيص التوحد على عدد من المختصين منهم طبيب الأطفال (مختص في أعصاب المخ) طبيب نفسي، طبيب عام، مختص قياس تربوي، مختص اجتماعي، حيث يتم عمل تخطيط المخ والأشعة المقطعية وبعض الفحوصات اللازمة وذلك لاستبعاد الإصابة بمرض عضوي وعصبي.

وتشخيص اضطراب التوحد مر بعدة محاولات أوليا كانت ل كانر 1943 الذي وضع معايير لتشخيصه، كما جاء أيضا كل من العالمان بولان و سبسر اللذان وضعا مقياس أعراض التوحد في المراحل العمرية الأولى.

(شهرزاد مدلل، 2015، ص 43)

8-1 الملاحظة السلوكية التشخيصية:

يولى الباحثون الملاحظة السلوكية التشخيصية أهمية كبرى في تشخيص التوحد حيث من الممكن أن تزود الأخصائيين بملاحظات قيمة ومعلومات تؤكدها الاختبارات والمقاييس.

ويجب الاهتمام بظهور أكبر عدد من الصفات السلوكية بشكل حاد مقارنة مع الفئة العمرية التي ينتمي إليها الطفل ولفترة طويلة نسبيا.

تعتبر ملاحظة المعلم الدقيقة والمباشرة للطفل ذات أهمية كبيرة، كونه يقضي عدد كبير من الساعات مع الطفل خلال اليوم الدراسي، والبعض يعتبر دور المعلم ذا أهمية كبيرة من أهمية دور الآباء للأسباب التالية:

- المعلمون مدربون عادة لفهم تطور الشخصية ومراحل النمو المختلفة لدى الأطفال.
- الخبرة الميدانية الكبيرة التي تلقاها المعلم في غرفة الصف مما يتيح له الفرصة للحكم على السلوك غير العادي.
- زيادة الاحتكاك والتفاعل بين المعلم و الطلبة نظرا للساعات الطويلة التي يقضيها المعلم مع الطلبة.

لذا يجب على المعلم والأخصائي النفسي أن تكون لديه خبرة واسعة حول التوحد والتأكيد على تشخيص اضطراب الطفل.

تعتبر النقاط الرئيسية التي وصفها كانر أول دراسات لأعراض التوحد حيث لها فائدة كبيرة في التشخيص وهذه الأعراض هي:

1- ضعف شديد في التواصل الفعال مع الأشخاص الآخرين.

2- رغبة مفرطة في المحافظة على الروتين والرتابة.

3- الإعجاب بالأشياء التي تمسك باستخدام العضلات الدقيقة.

4- نمط من اللغة يبدو كأنه لا يخدم عملية الاتصال.

5- مستوى من الذكاء وقدرة معرفية جيدة معتمدة على الذاكرة و تتمظهر من خلال مهاراتهم على الاختبارات الأدائية.

وصدر تقرير عن الجماعة البريطانية العامة سنة (1971) مكون من قائمة من 9 نقاط عرفت باسم نقاط كريك التسعة لاستخدامها في تشخيص الأطفال التوحديين وهذه النقاط هي:

1- اضطراب العلاقات الاجتماعية مع الآخرين.

2- عدم إدراك الهوية الشخصية بشكل يناسب العمر الزمني.

3- إنهاك غير طبيعي بموضوعات محددة.

4- مقاومة التغيير في الألبسة والمحافظة على الروتين.

5- خبرات إدراكية غير طبيعية.

6- قلق متكرر غير مبرر منطقيا.

7- عدم اكتساب الكلام أو فقدانه أو الفشل في تطويره بشكل يناسب العمر الزمني.

8- اضطراب الأنماط الحركية.

9- تأخر واضح في بعض المحاولات أو وظائف عقلية غير عادية.

إلا أن(Rutter) و(lokear) وجها انتقادا لهذه النقاط التسعة واستبدلوها بقائمة شطب، شملت العلاقات والكلام والحركة والتركيز وإيذاء الذات والاستجابة للألم والمشكلات السلوكية. **(القمش مصطفى، المعايطة خليل، 2009،ص ص 179- 180)**

8-2- الأدوات والمقاييس: ظهر العديد من الأدوات والمقاييس التي حاولت تشخيص التوحد ولعل أبرزها:

- **الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع للاضطرابات العقليةdsm4:**

ظهر الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية في عام 1944 وقد تم في هذا الدليل إعادة تعريف التوحد وذلك لإغفال الدليل الإحصائي الثالث dsm3 للاضطرابات المتشابهة للتوحد مثل متلازمة اسبرجر. وبالتالي حرمان الأطفال الذين يظهرون نمط التوحد غير التقليدي من الخدمات في المدارس العامة وحسب حسب الدليل الإحصائي الرابع تم وضع التوحد في المحور الأول ضمن الاضطرابات النمائية الشاملة التي يمكن أن تتطور وتتحسن بالتدخل بينما كانت في الدليل الإحصائي الثالث ضمن المحور الثاني الذي يشمل التخلف العقلي واضطرابات الشخصية التي تستمر لفترة طويلة ويتم في الدليل الإحصائي الرابع تخفيض أعراض التوحد إلى 12 عرض بدلا من 16 عرض كانت في الدليل الإحصائي الثالث.

ويشترط الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية وجود ثلاثة محكات رئيسية:

المجموعة الأولى: صعوبات في التفاعل الاجتماعي وتظهر في اثنان ما يلي:

1- عجز في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل تحديق العينين والإيماءات والأوضاع الجسمية وتعبيرات الوجه.

2- الفشل في إقامة علاقات اجتماعية مع الأقران ممن هم من نفس العمر الزمني.

3- افتقار الرغبة في مشاركة الآخرين والاستمتاع والاهتمامات والتحصيل.

4- الافتقار لتبادلية السلوكات الاجتماعية والانفعالية.

المجموعة الثانية: صعوبات في التواصل تتضح في واحد على الأقل مما يلي:

1- افتقار أو تأخر اللغة المنطوقة(مع عدم مصاحبتها لتعويض من خلال وسائل الاتصال الأخرى والإشارات والإيماءات).

2- في حالة وجود اللغة هناك صعوبات في المناقشة أو الاستمرار في الكلام.

3- النمطية والتكرار في استخدام اللغة.

4- قصور في اللعب أو التقليد الاجتماعي المناسب.

المجموعة الثالثة: النمطية والمحدودية في السلوك والنشاطات والاهتمامات تتضح في واحد على الأقل مما يلي:

1- الانشغال بواحدة أو أكثر من السلوك والاهتمامات غير العادية.

2- الالتزام بطقوس روتينية محددة غير وظيفية.

3- حركات جسمية نمطية متكررة مثل: رفرفة اليدين، لولبة الخيط، حركات معقدة لكامل الجسم.

4- الانشغال المستمر بأجزاء الموضوعات.

المحك الثاني: تأخر في وظيفة واحدة على الأقل من الوظائف التالية على أن يكون التأخير قبل 3 سنوات.

المحك الثالث: أن لا تكون هذه الأعراض عائدة إلى اضطراب ريت.

(تيسير حسون، 2004، ص ص، 49- 50)

8-3- حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل للاضطرابات النفسية dsm5:

A- عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال ما يلي:

1- عجز عن التعامل العاطفي مثال الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل الأخذ والرد في المحادثة إلى تدني في المشاركة بالاهتمامات والعواطف أو الانفعالات، كما يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

2- العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات، إلى انعدام التعابير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3- العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح مثلا من صعوبات تعديل السلوك لتلاؤم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

(أنور الحمادي، 2014، ص 28)

- **تحديد الشدة الحالية:**

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة المتكررة.

B- أنماط متكررة محددة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة)

1- نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء أو الكلام مثلا (أنماط حركية بسيطة، صنف الألعاب أو تقليب الأشياء، الصدى اللفظي، وخصوصية العبارات).

2- الإصرار على التشابه، والالتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي مثلا (الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة، والصعوبات عند التغيير، وأنماط التفكير الجامدة وطقوس التحية والحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).

3- اهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز مثلا (التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة مفرطة المواظبة).

4- فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو الاهتمام غير العادي في الجوانب الحسية من البيئة مثلا (عدم الاكتراث الواضح للألم، درجة الحرارة، والاستجابة السلبية للأصوات أو لأنسجة محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركة).

- **تحديد الشدة الحالية:**

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة.

C- تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي، القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقا في الحياة).

D- تسبب الأعراض تدنيا سريريا هاما مجالات الأداء الاجتماعي والمهني الحالي أو في غيرها من المناحي المهمة.

E- لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل. إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معا في الكثير من الأحيان، ولوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

(مرجع سابق، ص 29)

8-4- القائمة التشخيصية للأطفال ذوي اضطرابات السلوك(E-2):

وهي استبانه استرجاعية يجيب عليها الوالدين، يجيب عليها الوالدين، صممت للمساعدة في تشخيص الأطفال التوحديين أو الذين يظهرون صفات توحديه أو أولئك الأطفال الذين لديهم تأخر نمائي أو اضطرابات مشابهة أو اضطرابات لها علاقة بالتوحد

وذلك بالتركيز على السلوك واللغة للأطفال مابين (3-5) سنوات نشرت قائمة (E-2) في عام 1964 على يد ريملاند وطبقت على أكثر من 35 ألف حالة في أكثر من 4 بلدان في العالم.

وتتراوح الدرجات على قائمة (E-2) مابين 45 كحد أدنى و +45 كحد أعلى ويبلغ متوسط درجات الأطفال الذين تم تشخيصهم بأنهم توحديين على امتداد العالم(2-) ونميز القائمة بين ثلاث أنواع من التوحد هي:

1- التوحد التقليدي(الكلاسيكي) متلازمة كانر: وهم أولئك الأطفال الذين تتراوح درجاتهم على القائمة 20+ فما فوق. وتعتبر نسبة هؤلاء الأطفال نادرة، حيث تتراوح مابين (5-10) من الأطفال التوحديين فقط.

2- التوحد: وتقع ضمن هذه الفئة أغلبية الأطفال التوحديين والذين تتراوح درجاتهم مابين(15إلى+19).

3- الصفات التوحدية:

وينظر إلى هؤلاء الأطفال أنهم ليسو توحديين تماما وإن لديهم بعض خصائص توحديين درجتهم(16-) فما دون.

وتشير القائمة أن الأطفال الذين تتراوح درجاتهم مابين (25- إلى 30-) لا تناسبهم البرامج التعليمية المنظمة للأطفال التوحديين.

8- 5- قائمة تقدير التوحد الطفولي: (the childhood autis rating scale)

واختصارها cars وتتكون هذه القائمة من 15 بعد. ومن بين هذه الأبعاد: العلاقات مع الآخرين، التقليد، العاطفة، التكيف لتغيرات البيئة، الاستجابات البصرية، التواصل اللفظي وغير اللفظي، مستوى النشاط والوظائف المعرفية والانطباعات العامة.

وتكون ملاحظة هذه السلوكيات بشكل مباشر، ويتكون المقياس من سلم تقديري يحتوي على سبع درجات، ويمكن من خلال هذه القائمة تحديد الأطفال غير التوحديين، والأطفال الذين لديهم درجات بسيطة ومتوسطة وشديدة من التوحد.

(القمش مصطفى، المعايطة خليل، 2009، ص 182)

8-6- قائمة السلوك التوحدي: (the autisme behavior checklis)

واختصارها Abc وتعتبر هذه القائمة جزء من أداة شاملة لتمييز التوحد لغياب التخطيط التربوي والذي يرمز له بالرمز ASIEP والذي يشمل إضافة لمقياس ABC أربعة مقاييس أخرى:

1- عينة من السلوك النمطي.

2- قياس التفاعل.

3- القياس التعليمي.

4- تشخيص معدل التعلم.

تعتبر قائمة السلوك التوحدي ABC مقياس نفسي، عمري، وتتكون من 57 فقرة موزعة على خمسة أبعاد رئيسية هي: البعد الحسي، الارتباط، استخدام الجسم والأشياء، اللغة، البعد الاجتماعي والعناية بالذات. ويتراوح وزن الفقرة الإحصائي من (0-4) ويعطي الأعمار(18 شهر- 35 سنة). **(مرجع سابق، ص 183)**

9- علاج التوحد:

يتنوع علاج التوحد من علاج طبي، غذائي، كما سيتم عرضه:

9-1- التكفل الطبي البيولوجي: على الرغم من التركيز على الأساس البيولوجي للإصابة بالتوحد وزيادة الاقتناع بهذا الاتجاه، إلا أنه يوجد عقار أو مجموعة أدوية تقدم علاج ناجح متفق عليه، ومازالت المحاولات الجادة لاكتشاف الأدوية الملائمة لعلاج

اضطراب التوحد، فالأدوية المتوفرة في الوقت الراهن تستخدم للتخفيف من حدة بعض أعراض وحالات التوحد، فمن هذه الأدوية ما يساند عملية التعليم ومنها ما يحد من النشاط الزائد، ومنها ما يخفف السلوك العدواني، ومن بين العقاقير المستخدمة في علاج أعراض التوحد: هرمون السكريتين(Secretin)، الأدوية المضادة للصرع، مضادات الخمائر(Anti yeasttherapey)، الأدوية المهدئة(الفنفلورامين) و(النالتريكسونو) وغيرها.

9-2- العلاج الطبي: يوجد تدخلات غذائية قد تساهم في علاج التوحد، التدخل الغذائي: أكدت الكثير من الدراسات أن هناك علاقة قوية بين النظام الغذائي و اضطراب التوحد، فقد ثبت لديهم أن الغذاء يقلل من سلوكيات التوحدية كما أن العلاج بالغذاء آمن ولا ضرر منه. وأهم الحميات المتبعة في علاج التوحد هي الامتناع عن تناول المأكولات التي تحتوي على بروتينات الكازيين و الجلوتين. فالكازيين هو البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته أما الجلوتين فيوجد في الشعير والقمح. فتستند هذه الحمية على أساس أن الطفل المصاب بالتوحد تنقصه القدرة على هضم هذين النوعين من البروتينات.

(مصطفى أسامة فاروق، 2011، ص 56)

9-3- التكفل النفسي:

طريقة (lovaas) وتسمى بالعلاج السلوكي وتعتبر واحدة من طرق العلاج السلوكي، حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، حيث يعتبر كل سلوك استجابة لمؤثر ما، مبتكرها هو لوفاس (lovaas) حيث يتم مكافئة الطفل عند قيامه بأي سلوك جيد وهذه الطريقة تعتمد على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف.

9-4- العلاج بالمسك والاحتضان: يقوم العلاج بالاحتضان على فكرة أن هناك قلق مسيطر على الطفل الذاتوي ينتج عنه عدم توازن انفعالي مما يؤدي إلى انسحاب

اجتماعي وفشل في التفاعل الاجتماعي، وهذا الانعدام في التوازن ينتج من خلال نقص ارتباط بين الأم والرضيع وبمجرد استقرار الرابطة بينهما فإنه يرجع النمو الطبيعي، وهذه الطريقة تؤدي بالطفل إلى قبول الاحتضان، وقد أشار بعض الأهالي الذين جربوا هذه الطريقة بأن أطفالهم بدؤوا في التدقيق في وجوههم، وأن تحسنا ملحوظا طرأ على قدرتهم في التواصل البصري، كما أن هذه الطريقة تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل والتفاعل الاجتماعي، ولكن ما يجدر إشارة إليه هو أن جدوى استخدام أسلوب العلاج بالاحتضان في علاج التوحد لم يتم إثباتها علميا.

(مرجع سابق، ص ص 56 – 57)

9-5- دور الأسرة في رعاية الطفل التوحدي:

هناك دور مهم للوالدين لأنهما متواجدان مع الطفل وقتا أكثر، وإن عملية تفهم الأسرة تقود إلى التقبل، وعلى الأسرة بذل جهود لتربية ولدها وتدريبه وعمل الوالدين في البيت مع الطفل التوحدي كجزء من البرنامج العلاجي وذلك من خلال التعاون مع المدرسة والمشاركة في بعض برامج الرعاية من خلال القيام بمهام داخل المدرسة.

إن أهمية الأسرة وأثرها العميق في ارتقاء شخصية الطفل التوحدي وعلى أهمية دور كل فرد من أفراد الأسرة في عملية النمو النفسي والاجتماعي والعقلي للطفل خاصة في سنواته الأولى.

كما أن علاقاته بأخوته لها أيضا تأثير في نمو شخصيته، فالعلاقات الأسرية تعمل على تطبيع الطفل فلها دور في تكوين شخصيته وأسلوب حياته وتوافقه النفسي.

(طارق عامر، 2008، ص 175)

9-6- العلاج بالموسيقى:

هو نوع من أنواع التدخل يستخدم في مساعدة الأطفال على التعامل أكثر فعالية مع حياتهم والصعوبات التي تواجههم ولهذا التدخل أهمية خاصة مع الأطفال التوحديين

بسبب طبيعة الموسيقى كمادة غير لغوية، ويتم تصميم الأنشطة الموسيقية الموازية لأنشطة الطفل تبعا لما يشير له المعلم أو الولي وتسهيل عملية تعلم الجمل ذات المعنى والأغاني المقدمة مع إشارات مرئية ومسموعة أكثر.

(كريستين نصار، جانيت يونس، 2012، ص86)

يمكن للتدخل الموسيقي أن يوفر العديد من الفرص اللازمة للتفاعل الايجابي، وإقامة العلاقات المختلفة بين أعضاء الأسرة والطفل التوحدي، والطفل وزملائه وأقربائه سواء من نفس الفئة أو العاديين، فضلا عن توفير بدائل جديدة لقضاء وقت الفراغ أمام أعضاء الأسرة، وإيجاد مخرج انفعالي مقبول للتعبير عن الذات والتنفيس عن الانفعالات.

(محمد عادل عبد الله، 1999، ص 124)

وتتضمن فائدة العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين فيما يلي:

- العلاج بالموسيقى ينمي ويطور المهارات الاجتماعية والانفعالية والإدراكية والإدراك الحسي.
- اللعب بآلة موسيقية بجوار الطفل ينمي الانتباه لديه.
- العلاج بالموسيقى يساعد على تعديل السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي مثل الجلوس على مقعد بهدوء أو الالتزام بوجود مع مجموعة من الأطفال الآخرين في دائرة مثلا. يساعد الطفل التوحدي على الشعور والإحساس بقيمته وسط المجموعة وذلك من خلال مشاركته مع الآخرين.

(ربيع شكري سلامة، وليد السيد أحمد، 2010، ص21)

9-7- العلاج باللعب:

من الأمور الثابتة أن اللعب يكسب أطفال التوحد قيمة بارزة في نموهم الاجتماعي و يمنحهم بالإضافة إلى تلك الثقة بالنفس ويمدهم بعمليات التواصل مع الآخرين سواء كان

ذلك في محيط الأسرة أو المدرسة، أو ذلك المحيط هو الذي يكتسب الطفل التوحدي من خلال الاستقلال الذاتي.

وتشكل مجموعة الألعاب والأنشطة الرياضية الحركية والجسمية جميعها فائدة كبيرة في إزالة ظاهرة الانطواء والعزلة التي تميزه عن الأطفال العاديين وإن الحرص على ذلك من خلال توفير الألعاب الهادفة لو يكون قد تحقق الطفل نوعا من التوافق الاجتماعي مع أسرته وأقاربه وأفراد مدرسته. **(أحمد النجار، 2008، ص 84)**

9-8- العلاج الوظيفي: هو طريقة لعلاج الأطفال الذين يعانون من مشكلات معالجة التنبيهات الحسية ويركز هذا النوع من العلاج على تحسين قدرة دماغ الأطفال(التوحدي- متلازمة داون) ويساعدهم على دمج المعلومات الحسية القادمة من الدماغ من تنظيم هذه المعلومات الحسية ومعالجتها بشكل صحيح مما يجعل الطفل قادرا بشكل أفضل أن يقوم بالاستجابة الملائمة للمعلومة الحسية التي يتلقاها دماغه، وبالتالي تحسين أداء الوظائف ومهارات العيش وتحسين الانتباه وتشمل الأدوات اللازمة لعلاج العديد من الأنواع (صلصال- دمى) أما أساليب المعالجة تشمل (التأرجح- الضغط الشديد).

(Lynn, 2006, P135)

9-9- العلاج بالتكامل الحسي:

هي عملية عصبية يتمكن بها الدماغ من دمج تفسير التنبيه الحسي الوارد من البيئة. وأول من بحث في هذا العلاج هي الدكتورة "جين آثرز" عام (1979)، والتي رأت أن بعض الأطفال يجدون صعوبة في تنظيم توجيه المعلومات الحسية الصادرة عن أجسامهم وعن البيئة كالسمع، النظر، اللمس، وهذا الخلل في الدمج الحسي قد يؤدي إلى المشكلات التالية: قلق، توتر، عدم القدرة على تحمل لمس الغير، وضعف مهارات التركيز.

تهدف المعالجة بالدمج الحسي إلى التقليل من هذه الأعراض، وتشمل الأدوات والأساليب اللازمة للعلاج من خلال الدمج الحسي ما يلي:

- التدليك، اللمس برفق.
- تحريك أشياء ثقيلة.
- التأرجح على الأرجوحة.
- القفز وغيرها من النشاطات المماثلة. **(وفاء شامي علي، 2004، ص298)**

خلاصة:

من خلال ما سبق يبدو أن التنوع الكبير في الأساليب العلاجية يدل على مدى الاهتمام من جانب عدد كبير من المختصين في المجالات المختلفة، ونجاح بعض الأساليب مع حالة من الحالات الأطفال التوحديين لا يعني بالضرورة نجاحها في كل الحالات المماثلة وذلك لأن لكل طفل توحدي خصائصه المحددة التي تميزه عن غيره من الأطفال، باعتباره أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الاجتماعي واللفظي وغير اللفظي، ويظهر هذا الاضطراب خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، وتكون أعراضه واضحة تماما في الثلاثين شهرا من عمر الطفل ويمكن أن تكون أعراضه متداخلة مع ظروف واضطرابات أخرى، وللتعرف على هذا الاضطراب أكثر تطرقنا في هذا الفصل إلى لمحة تاريخية حول التوحد ونسبة انتشاره، كما تطرقنا إلى أعراضه تشخيصه، وأساليب علاجه.

الفصل الثالث: المشكلات الحسية

تمهيد

1- خلفية نظرية عن المشكلات الحسية

2- تعريف المشكلات الحسية

3- مظاهر المشكلات الحسية

4-أعراض المشكلات الحسية

5- تفسير المشكلات الحسية

6- تشخيص المشكلات الحسية

7- أساليب علاج المشكلات الحسية

خلاصة

تمهيد:

مدخلات التكامل الحسي عبارة عن أنشطة حركية وحسية تساعد الأطفال على تنظيم المعلومات الحسية التي يتلقونها، وأي اضطراب في العملية الحسية التي تتضمن الدمج التعديل والتنسيق، أو التنظيم وترتيب الأحداث بحيث تؤدي إلى صعوبات في التعلم وتنمية السلوك المناسب للعمر الزمني للطفل.

تستخدم نظرية التكامل الحسي لتوضيح العلاقة بين المختص و بيان لماذا يستجيب الأفراد للمدخلات الحسية، وكيف تؤثر الحواس على السلوك وتوجد خمسة حواس أساسية هي حاسة السمع، حاسة البصر، حاسة اللمس، التذوق، إضافة إلى حاسة الشم.

1- خلفية نظرية عن المشكلات الحسية:

تبحث نظرية المشكلات الحسية في تفسير المشكلات الخاصة بالتعلم والسلوك والتي لا ترجع إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي، وأول من وضع أسس نظرية المشكلات الحسية هي المعالجة الوظائفية الأمريكية جين آيرس(Ayres) وقد أضافت إلى الحواس الخمس المعروفة لدينا حواسا خفية أخرى هي الحاسة الدهليزية المرتبطة بالأذن الداخلية التي توفر معلومات عن الجاذبية (الفراغ، التوازن، الحركة) وذلك عن طريق وضع الرأس والجسم بالنسبة إلى سطح الأرض، والمثيرات الحسية العميقة المرتبطة للعضلات والمفاصل والتي توفر المعلومات الحسية المستقبلة من المفاصل والعضلات والأربطة من أجزاء الجسم.

وقد ساعد تركيز جين آيرس على الوظيفة العصبية وعمليات التعلم على التقدم بفهم الذكاء كنتيجة للإدراك الحسي والمعالجة الحسية، وأدى عملها في ذلك المجال إلى العديد من الدراسات لتحسن قدرات التعلم من خلال علاج التكامل الحسي الذي يساعد الأطفال على التقدم نحو توظيف أعلى من القدرات العقلية وتتم عملية التكامل الحسي العصبي نتيجة استقبال الإنسان للمعلومات من الحواس المختلفة وإرسالها إلى الدماغ ثم معالجتها وإعطاء استجابات ملائمة لها.

ويوجد تنوع في الإدراك الحسي والقدرات التكاملية بين الناس، وأي إنسان لا يمكن أن يكون لديه تكامل حسي تام أو لا يوجد لديه تكامل حسي على الإطلاق. فبعض الناس لديهم تكامل حسي جيد بصورة خاصة وآخرين لديهم تكامل حسي بسيط أو متوسط أو ناقص.

وتفترض نظرية التكامل الحسي أن المخ يتفاعل مع البيئة من خلال أجهزته الحسية ويشيد عملية من (الاستجابة، التفاعل، التعلم) وهذه العملية لها خاصيتين أولها لها دورية

وثانيها أنها تراكمية كما في بناء عملية التفاعل أو تراكم المعلومات من أجل التعلم، وتتمثل عناصر الدورة في: المدخلات الحسية، التكامل الحسي، التخطيط والتنظيم، السلوك التكيفي والتعلم، التغذية الراجعة، ويستثير علاج التكامل الحسي عملية التعلم ويجعلها عملية أكثر كفاءة بصورة متزايدة ومتنامية بشكل مستمر، وهكذا يمكن أن نعتبر على المتعلم الجيد لديه كفاءة عصبية، أما المتعلم الضعيف لديه نقص كفاءة عصبية.

(Miller, 1993, P 482)

ويبنى التكامل الحسي على خمس افتراضات في التطور العصبي:

الافتراض الأول: المرونة العصبية ويعني أن الدماغ يتغير بصورة مستمرة ويمكن أن يستثار حتى يتغير أو يتطور.

الافتراض الثاني: التتابع النمائي هو كل سلوك متعلم يصبح الأساس لسلوك أكثر تعقيدا في تسلسل النمو والتطور.

الافتراض الثالث: هرمية الجهاز العصبي المركزي تعمل وظيفة المخ كوحدة واحدة فإن تكامل وظائف المراكز العصبية العليا في القشرة الدماغية تستمد وتعتمد على صحة وسلامة بناء المراكز العصبية السفلى في النخاع الشوكي.

الافتراض الرابع: السلوك التكيفي حيث أن تحفيز السلوك التكيفي يعزز ويطور التكامل الحسي وبالتالي يطور القدرة على الإنتاج ويتضح التكامل الحسي في السلوك التكيفي.

الافتراض الخامس: الدافع الداخلي حينما تتعلم مهارة بنجاح يؤدي ذلك بنجاح يؤدي ذلك إلى تكوين دافعية بالرغبة في زيادة التعلم.

وتشير نظرية التكامل الحسي إلى وجود مرونة داخل النظام العصبي المركزي لأن الدماغ يحتوي على الأنظمة التي تنظم بشكل طبقات، وهي تزيد تحفيز وتحسين العمليات النيروفيسيولوجية وعلاجها وتكاملها. وبذلك زيادة قدرتها على التعلم.

(فتحي الزيات، 1998، ص 474)

2- تعريف المشكلات الحسية: هو الخلل أو القصور في أي عضو من أعضاء الحواس (العين، الأذن، الأنف، اللسان، الجلد) في الخلايا العصبية الحسية المسؤولة عن توصيل المنبهات أو المثيرات الحسية الخارجية. **(عبد الحليم محمد عبد الحليم، 2005، ص 03)**

وهذه الاضطرابات تنتشر بصورة واسعة لدى نسبة كبيرة من الأشخاص التوحديين حيث نجد لديهم استجابات حسية غير عادية وغير ثابتة للمثيرات العادية والمؤلمة فقد يعتقد أن البعض من الأطفال التوحديين لا يسمعون لأنهم لا يردون عندما ينادي عليهم، في حين نجد البعض منهم يبالغون في ردود أفعالهم اتجاه أصوات معينة. كذلك الحال فيما يخص البصر حيث نجد بعضهم لا ينظرون إلى آبائهم أو إلى الأشياء التي تجذب الأشخاص العاديين في حين نجدهم يحملقون في الأضواء والأشياء التي تلمع أو ذات البريق لفترات طويلة.

كذلك بالنسبة لحواس اللمس أو الشم فقد يتخذ التوحديين اللمس والشم طريقة لاكتشاف لتفحص البيئة من حولهم فنجدهم يتعرفون على كل شيء عن طريق لمسه عدة مرات أو وضعه في الفم أو شمه.

كما أن البعض لديه الحساسية الشديدة لتغيرات الجو (البرد والحر) أو للألم وقد يستجيبون لهذه المثيرات بردود فعل تتسم بالبرود والضعف كذلك نجد بعضهم يقاوم اللمس والاتصال الجسدي ولكنهم من جهة أخرى يحبون الدغدغة.

تعد المشكلات الحسية اختلال وظيفي لا يتكامل ولا ينتظم فيه المدخل الحسي على نحو ملائم في المخ، ومن الممكن أن يؤدي إلى درجات مختلفة من مشكلات في النمو وفي معالجة المعلومات وفي السلوك.

(عكاشة أحمد، 2003، ص 15)

كما تعرف على أنها صعوبة في استخدام المعلومات التي تأتي من الحواس(الرؤية، السمع، اللمس، الذوق، الشم، الحركة، إدراك الجسم) في الحياة اليومية فالعديد من الأطفال لا يكونون قادرين على أن يقدموا استجابة ملائمة أو فعالة لبعض الأشكال للمدخل الحسي، فقد يكون بحاجة ماسة لمدخل حسي أكثر من الطفل العادي.

(Wilbarger, 1991, P 120)

وتحدث المشكلات الحسية عندما لا يقوم دماغ الطفل بتنظيم المعلومات الحسية مما يجعله غير قادر على الاستجابة بشكل فعال كما أن دماغه يعمل بشكل مختلف عن دماغ الطفل العادي، وتؤثر هذه المشكلات على التطور الإجمالي للطفل كما أن مشاركته في تجاربه الطفولية ستكون ناقصة وغير متناسقة أو غير فعالة، كما أن انجاز نشاطات الحياة العادية يمكن أن تكون شاقة لأن دماغه غير قادر على التنظيم ومعالجة المعلومات الحسية.

(Smith, 2005, P 41)

تعريف آخر: هو خلل في معالجة المدخلات أو تنظيم المخرجات الخاصة بالمعلومات الحسية حيث يستقبل المدخل الحسي المعلومات بصورة عالية جدا أو بصورة منخفضة جدا، فعندما يكون استقبال المعلومات بصورة عالية جدا فإن المخ يكون واقعا تحت تحمل زائد مما يتسبب في أن يتجنب الفرد المثير الحسي، وعندما يكون استقبال المعلومات

بصورة منخفضة جدا فإن المخ يبحث عن مزيد من المثيرات الحسية. وعدم التنظيم العصبي من الممكن أن يحدث في ثلاثة أشكال مختلفة:

الشكل الأول: حيث لا يستقبل المخ الرسائل وذلك بسبب تفكك الخلية العصبية.

الشكل الثاني: حيث يستقبل المخ الرسائل الحسية بشكل متناقض.

الشكل الثالث: حيث يستقبل المخ الرسائل الحسية على نحو متناسق لكنها لا تترابط مع الرسائل الحسية الأخرى بشكل مناسب.

فالحركة المفرطة أو اضطراب اللغة، أو المخرجات الوجدانية غير الفعالة تحدث عندما يعالج المخ الرسائل بصورة مضطربة، تلك التي تعوقنا عن الاستجابة الحركية المناسبة من أجل أن نسلك بطريقة هادفة.

(فراج عثمان لبيب، 2001، ص 143)

3- مظاهر المشكلات الحسية: تتجلى العديد من مظاهر المشكلات الحسية لدى التوحديين ومن مظاهر الحس المختلفة السمعية، البصرية، اللمسية، الشمية، التذوقية منها:

3-1- مظاهر المشكلات الحسية السمعية: يظن الناس عادة أن الطفل التوحدي مصاب بالصمم لأنه يتجاهل أصوات مرتفعة جدا كصوت الانفجار ولا يبدي استجابة لتلك الأصوات، ومن أمثلة مظاهر المشكلات الحسية السمعية ما يلي:

- حب سماع أغاني معينة ذات رنيم وإيقاع مرتفع أو منخفض.
- التعلق بسماع الأذان أو موسيقى ونشرات الأخبار.
- الهمهمة مع النفس كثيرا.

- البكاء والصراخ عند استخدام الطباشير أو أقلام السبورة أمامه.
- الصراخ والفزع عند سماع صوت مفاجئ.
- الرعب والهلع عند الاقتراب من شاطئ البحر.
- الصراخ والبكاء عند قص الشعر.
- البكاء والصراخ في الأماكن المزدحمة والحفلات وأعياد الميلاد.
- تغطية الأذنين باليدين أو وضع الأصابع فيها.
- الانتباه الشديد للأصوات الضعيفة والرتيبة مثل بندول الساعة.
- سماع صوت الآلات والمحركات.
- صدي صوت تساقط الماء.
- فتح وغلق الأبواب بشكل متكرر.

3-2- مظاهر المشكلات الحسية البصرية: قد يتجاهل الطفل التوحدي الأشياء التي يفضل جميع الأطفال رؤيتها في حين يظل لفترات طويلة ينظر ويحملق في شيء يدور أو في جزء من لعبة خاصة به كعجلة السيارة مثلا.

ومن الأشياء الغريبة والمثيرة أن بعض التوحديين يجدون طريقهم في الظلام ويستطيعون الحصول على أغراضهم في الغرفة المظلمة بسهولة ومن أمثلة الاضطرابات الحسية البصرية ما يلي:

- النظر والحملقة في الأضواء بشكل شديد.
- متابعة الظل بشكل قهري.
- تلمس أوجه الآخرين أجسادهم.
- تقريب الأشياء من أعينهم بشكل مبالغ فيه.
- النظر إلى الأشياء بشكل جانبي.
- الخوف من التأرجح أو ركوب الألعاب التي تدور بسرعة.

- الخوف من صب الماء أو العصير في الكوب.
- ضرب الأرجل بقوة أثناء المشي.
- ذر الرمال أو الأشياء الدقيقة في الهواء والنظر إليها باهتمام.

(حسن صلاح الدين إسماعيل، (ب س)، ص 19)

3-3- المشكلات الحسية اللمسية: يلاحظ على بعض التوحديين أنهم غير حساسين للبرد أو الألم فقد يخرج الطفل التوحدي في البرد القارس دون ملابس ولا يشعر بالألم اذا ما وقع على الأرض أثناء الجري أو اللعب، وقد يضرب الطفل رأسه بالحائط أو الطاولة أو الكرسي ويظهر رغم ذلك وكأنه لا يشعر بالألم أثناء فعله ذلك. ومن أمثلة مظاهر المشكلات الحسية اللمسية ما يلي:

- رفض العناق.
- رفض التلامس الجسدي.
- التلذذ باللعب العنيف.
- خلع الثياب أمام الناس.
- الشعور بالبرد في طقس دافئ.
- كراهية غسل الأسنان.
- خلع الحذاء باستمرار.
- الصراخ عند أخذ حمام.
- هز الأجسام إلى الأمام.

3-4- مظاهر المشكلات الحسية الشمية: يلاحظ بعض الآباء على أطفالهم التوحديين أنهم يفحصون العالم من حولهم من خلال الشم فهم يشمون أجساد آبائهم أو ألعابهم ومن أمثلة مظاهر المشكلات الحسية الشمية ما يلي:

- رفض استخدام الصابون.
- شم الأطعمة قبل أكلها.
- رفض بعض الأطعمة.
- شم الأدوات والأشياء التي تطالها يديه.
- الاحتفاظ بالأشياء البالية.

3-5- مظاهر الاضطرابات الحسية التذوقية: توجد لدى بعض الأطفال التوحديين خصائص تتعلق بالتذوق حيث نجد لدى البعض منهم تفضل الأطعمة الحمضية أو العكس أو رفض بعض الأطعمة ذات طعم معين أو وضع كل شيء في الفم لفحصه سواء كان هذا الشيء لعبة أو أداة من الأدوات الموجودة حوله ومن أمثلة مظاهر المشكلات الحسية التذوقية ما يلي:

- وضع الأشياء في الفم.
- تفضيل الأطعمة الحريفة.
- كراهية بعض أنواع الأطعمة ذات القوام الهلام.

(مرجع سابق، ص20)

4- أعراض المشكلات الحسية: توجد العديد من المشكلات الحسية لدى أطفال التوحد منها:

- يعانون من دوار الحركة (والتي ليست لها أي تفسيرات طبية أخرى).
- يتجنبون الحشود والأماكن المزدحمة.
- لا يرضيهم أي نوع طعام.
- يرفضون القيام بأي نشاطات طبيعية كالتقبيل والحضن أو المعانقة.
- يشعرون بعدم الراحة أو بالتهديد من قبل أصوات طبيعية وحركات.

- لديهم اضطرابات في النوم (يستيقضون بسبب أصوات طفيفة، لديهم مشاكل في الدخول في حالة النوم بسبب الحمل الحسي الزائد).
- يكونون غير مدركين للألم أو الأشخاص الآخرين.
- قد يظهرون أصماء على الرغم من اختبار وظيفة السمع.
- انخفاض مستوى التحكم بوضعية الوقوف.
- ضعف في التنسيق الحركي.
- ضعف في التوازن التكاملي وردود فعل يمينية.
- لديهم عادة مص الأصابع والملابس.... الخ.
- الأطفال قد يتأخرون في الزحف والوقوف والمشي أو الجري.
- يتململون بشكل مفرط.
- يبدون متسرعين ويظهرون خاملين وبطيئين.

(فراج السيد توفيق، 2014، ص 50)

5- تفسير المشكلات الحسية: بعض ذوي التوحد لا يسمعون ولا يرون الأشياء التي نراها نحن ونسمعها ولا يحسون ويتذوقون ويشمون كما نفعل نحن وهذا هو السبب الأساسي والرئيسي الذي يجعل العالم الحقيقي الذي نعيش فيه مربكا بالنسبة لهم حيث يأخذون المعلومات من خلال حواسهم بطريقة مختلفة عما نأخذها نحن وسوف نحاول من خلال السطور القادمة تفسير كل نوع من الاضطرابات على حدا:

5-1- المشكلات الحسية السمعية:

غن عملية السمع تتم ليس بالأذن فحسب وإنما بكيفية ذهاب الصوت إلى الأذن ثم إلى المخ وقد اعتدنا على وصول الصوت إلى عقولنا بالطريقة الصحيحة ولا نفكر أبدا أن الصوت من الممكن أن يذهب إلى عقولنا بطريقة خاطئة. إلى أن ما يحدث مع ذوي التوحد عكس ذلك فالصوت قد ينتق غلى المخ بطريقة ناقصة أو بطريقة مبالغ فيها.

لذلك لا يجب أن نعتقد أن الشخص ذو التوحد يحصل على نفس المعلومات عن طريق السمع كما نحصل عليها نحن فها هي (تمبل جراندان) وهي امرأة من الأشخاص ذوي التوحد الذين تقدموا في حياتهم العلمية والعملية بشكل كبير تقول "تعتريني الدهشة مرارا وتكرارا مما يقول الناس أنهم يسمعون لأنه لا يكون هو نفس الشيء الذي سمعته أنا" لذلك فإنما تسمعه أنت هو الشيء الصحيح أما ما يسمعه ذو التوحد هو الشيء الخاطئ أو الناقص ومع ذلك فهو لا يعتقد بأن ما يسمعه هو الشيء الخاطئ.

والشخص العادي عندما يرى ويسمع شيئا فإن الصوت والصورة يمضيان معا في ذات الوقت بشكل متوازن وهو بفعل الأمرين (السمع والرؤية) بصورة تلقائية دون جهل، أما ذو التوحد فيدخل مخه شيئا واحدا فقط فإذا دخلت الرؤية أو الصورة أولا فإن عليها أن تتلاشى خارجة حتى يدخل الصوت وعندما تتلاشى الرؤية يبقى الصوت فقط أو على العكس يدخل الصوت أولا ثم يخرج لتدخل الصورة فقط وبذلك تكون هي الشيء الوحيد الذي يحصل الشخص ذو التوحد عليه.

(Ayres, 1972, P 105)

5-1-1- الأشخاص ذوي التوحد ذوي الحساسية السمعية المفرطة: تنتشر مظاهر المشكلات الحسية السمعية لدى ذوي التوحد بأشكال متنوعة فهذا الطفل ذو التوحد يغطي أذنيه بيديه لأن أصوات معينة تؤذيهم، وهذا الطفل ذو التوحد آخر منزعج بدرجة تصل إلى البكاء والصراخ عندما يسمع صوت المكنسة الكهربائية أو صوت مجفف الشعر وذاك شخص آخر لا يستطيع التركيز في مكان به أشخاص آخرين يتكلمون فيصبح أصوات الناس حوله كصوت المحرك، وتذكر (تمبل جراندن) أن مربيتها كانت تعاقبها بتفجير كيس بلاستيكي أو ورقي أمامها وكان صوت هذا الانفجار بالنسبة لها كتعذيب وهؤلاء الأشخاص ذوي التوحد يواجهون صعوبة بالغة في معالجة ما يسمعونه بشكل ملائم حيث تكون العصاب الذاهبة من الأذن إلى الدماغ لديهم بها حساسية شديدة جدا، بحيث أن

هذه الأصوات المرتفعة أو المفاجئة تسبب لهم ألما شديدا الأمر الذي يجعلهم يصرخون أو يحاولون الهرب من المكان الذي يحدث فيه هذا الصوت أو أنهم ينهمكون في القيام بحركات نمطية ليشغلوا أنفسهم بها حتى لا يسمعون تلك الأصوات لأنهم لا يستطيعون التركيز إلا على مثير واحد فقط أو حاسة واحدة فقط.

وهناك من الأشخاص ذوي التوحد من لديهم حساسية سمعية مرتفعة جدا لدرجة أنهم يقضون وقتا طويلا وهم ينصتون إلى نبضات قلوبهم وتنفسهم وقد يقلبون رؤوسهم ليسمعوا تدفق الدم بآذانهم أو يهمهمون بصوت ضعيف جدا يصل غلى حد الهمس مع أنفسهم.

5-1-2- الأشخاص ذوي التوحد ذو الحساسية السمعية الضعيفة: وهم على نقيض من ذوي التوحد ذو الحساسية المرتفعة أو المفرطة حيث نجد منهم من يحاول دائما تقريب أذنه من الأشياء ليسمع الأصوات بشكل قوي، وهناك من يظل فترات طويلة داخل الحمام ليس بهدف النظافة وإنما بهدف الاستماع إلى صدي صوت المياه وهي ترتطم بالأرض أو بوعاء وهناك من يجد سماع أصوات الصافرات أو أصوات السيارات ذات المحركات الضخمة. أو أصوات ارتطام الأمواج مع الصخور أو إغلاق الأبواب بعنف مرات عديدة بغية سماع صوتها القوي عند الإغلاق.

وهذا النوع من الأشخاص ذوي التوحد تكون الأعصاب الذاهبة من الأذن إلى الدماغ بالغة النقص في الحساسية السمعية لذلك فقد ترد الأصوات عبر الأعصاب بمنتهى الضعف وهم يحاولون بصعوبة الحصول على المعلومات من تلك الأصوات الضعيفة.

وبشكل عام لا يستطيع الشخص ذو التوحد بتحديد ما يجب أن يركز عليه ولذلك فعليه إما أن يسمع كل الأصوات الداخلة إلى أذنه وإما أن يغلق سمعه(من خلال شغل نفسه بحركات نمطية أو بالنظر إلى شيء) فلا يسمع أي شيء مما يدور حوله فهاهي (تمبل جراندن) تقول "قد أكون مستمعة لأغنية مفضلة لدي في الراديو ثم أكشف بعد ذلك أنني أضعف نصفها حتى ينغلق سمعي في بعض الفترات".

5-2- المشكلات الحسية البصرية: فقد ترى حصانا جميلا يسير أمامك وتسأل الشخص ذو التوحد ما رأيك في هذا الحصان ولكنه يتعجب لسؤالك بأنه لم يرى حصانك كما رأيته ولم يرى حصانا كما رأيته أنت. لذا ينبغي عليك أن لا تظن أن ما يبدو لك أو ما يجذب انتباهك قد يجذب الشخص ذو التوحد لأنه ينظر إلى الجزء في الشيء ويركز على هذا الجزء ويراه بوضوح تام ولكن كل شيء حوله يكون باهتا ومشوها.

(مرجع سابق، ص ص 106- 107)

5-2-1- ذوي التوحد ذو الحساسية البصرية المفرطة: بعض ذوي التوحد تشغلهم الأشياء الدقيقة الصغيرة فنجد أحدهم يظل ناظرا إلى ذرة غبار لساعات طويلة، قد نجد أحدهم يحب رؤية الأشياء من خلال انعكاسها في الماء والبعض منهم يستطيع الحصول على كثير من المعلومات وحفظها من خلال أعينهم لدرجة يستطيعون معها تذكر تفاصيل الصور كتاب كامل بمجرد رؤيته مرة واحدة. بعض ذوي التوحد قد لا يتحملون بعض الأضواء والألوان السنفورية فنجدهم يرفرفون بأيديهم أمام أعينهم أو يغمضون ويفتحون أعينهم بطريقة سريعة أو يضعون أيديهم عليها. مثل هؤلاء الأشخاص يكون مسار الرؤية لديهم عالي الحساسية حيث تكون الأعصاب الذاهبة من العين إلى المخ شديد الحساسية.

5—2-2- الأشخاص ذوي التوحد ذو الحساسية البصرية المفرطة: على عكس النوع السابق بعض ذوي التوحد الذين لديهم حساسية بصرية منخفضة حيث تأتي بعض المشاهد عبر الأعصاب بشكل ضعيف جدا لذلك نجد بعضهم يبذلون جهدا خارقا لرؤية شيء واضح جدا، وقد نجد بعضهم يتلمسون بأيديهم الأشخاص لأن الأشخاص والأجسام تظهر لهم كخطوط عريضة ذات حواف مشوشة ولذلك يلجئون غلى تحسس هذه الأجسام حتى يتبينوا ماهي.

ونجد هناك من يضع الأشياء بقرب من عينيه أو يحركها باتجاهات متعددة أمام العين أو يميل برأسه ليرى ما إذا كانت الأشياء لا تزال كما تبدو عليه ذاتها. وبعض هؤلاء الأطفال

يتمكن من تبين الارتفاعات لذا لا يكون متأكدين عند نزولهم السلم أو مضيهم في الأنفاق وقد يخافون من الأشياء التي تدور بسرعة لأن كل شيء يبدو لهم ضبابا غير واضح وقد يخشون صب الماء في الكوب لأنهم لا يستطيعون رؤية حواف الكوب.

وهناك بعض الأشخاص ذوي التوحد نجد لديهم النوعين السابقين من الحساسية البصرية المفرطة والضعيفة فقد تكون لديهم حساسية بصرية شديدة جدا في بعض الأحيان وتكون منخفضة في أحيانا أخرى فنجد بعضهم وضع الأشياء بالقرب من عينيه مباشرة لتفحصها (حساسية ضعيفة) في حين يكره رؤية الأشياء التي تدور بسرعة (حساسية مفرطة).

(محمد صلاح الدين اسماعيل، (ب س)، ص 85)

5-3- المشكلات الحسية اللمسية: من الأمور المنتشرة لدى ذوي التوحد سوء معالجة اللمس فغما أن نجد بعضهم يكره التلامس وإما أن نجد بعضهم يفضل اللعب الجسدي العنيف.

5-3-1- الأشخاص ذوي التوحد ذو الحساسية اللمسية المفرطة: وهناك بعض ذوي التوحد الذين تكون أعصابهم الذاهبة من جلودهم إلى الدماغ حساسة جدا الأمر الذي يؤدي أحيانا إلى أن بعضهم يقفزون هربا من لمسة رقيقة أو حضن من أحد ذويهم لأن هذا اللمس الجسدي يؤذي جلودهم وترى بعضهم يشعر بالبرد في جو حار والبغض الآخر قد يشعر بارتفاع درجة حرارة جسمه في جو شديد البرودة.

وبعضهم يسيء التصرف والسلوك ولا يعلم الآخرين سبب ذلك إلا أنه قد يكون مرتديا ملابس ضيقة أو ذات ملمس لا يريح جلده وبعضهم يخشى ارتداء أنواع جديدة من الثياب بسبب ذلك ولذلك يكون هناك صعوبة لديهم في التأقلم مع الملابس الجديدة. ولذا نجد أن المنبهات التي يكون لها تأثير بسيط على معظم الناس يكون تأثيرها سيء ويصل إلى حد التعذيب بالنسبة لذوي التوحديين ذوي الحساسية اللمسية المفرطة ولذلك نجد تنبيه تمبل

جراندن تشير إلى ذلك بقولها"لقد أردته أن أشعر بإحساس جيد لكوني محضونة لكنني عندما كنت احضن من قبل الناس كانت المنبهات تغرقني كموجة بحرية هائجة. وقد استغرقت وقتا طويلا كي أتعلم قبول الإحساس في أن أظل ممسوكة ولا أحاول الهروب ".

5-3-2- الأشخاص ذوي التوحد ذو الحساسية اللمسية المنخفضة: مثل هؤلاء الأشخاص تكون الأعصاب الذاهبة من جلودهم إلى الدماغ قليلة الحساسية وبذلك يأتي الحسي باللمس عبر تلك الأعصاب ضعيفا جدا لذا يجب عليهم أن يحاولوا جاهدين الحصول على المعلومات من تلك اللمسات الضعيفة ولذلك قد نجد البعض منهم يضرب نفسه على رأسه أو يلطم وجهه. وبعضهم يهزون أجسادهم للأمام والخلف أو يضعون أنفسهم بين قطع الأثاث المتجاورة أو يضعون أنفسهم تحت وسائل الأريكة ويجعل شخص آخر يقف عليها.

5-4- المشكلات الحسية الشمية: هناك بعض ذوي التوحد الذين ينزعجون من معالجة الروائح النفاذة أو القوية وبعضهم يضع كل شيء على أنفه ويشم كل شيء تصل يده إليه. **(مرجع سابق، ص 86)**

5-4-1- الأشخاص ذوي التوحد ذو الحساسية الشمية المفرطة: هناك بعض الأشخاص ذوي التوحد الذين تكون الأعصاب الذاهبة من أنوفهم إلى أدمغتهم حساسة جدا ولذلك تأتي الروائح قوية جدا عبر تلك الأعصاب الأمر الذي يغضبهم ويجعلهم يبكون أو يصرخون أحيانا، فقد نجد بعض ذوي التوحد يكرهون دخول الحمام وبعضهم يكره دخول المطبخ وبعضهم يكره الجلوس بجوار أي شخص يضع عطرا فنجد أن بعض الأطفال يهربون عند اقتراب آبائهم أو أمهاتهم منهم ليس لأنهم لا يحبونهم وإنما يرجع ذلك لأنهم لا يستطيعون تحمل رائحة الأب أو الأم وليس معني ذلك أن رائحة الأب أو

الأم نفاذة أو سيئة وإنما أن أعصاب الشم لدى هؤلاء ذوي التوحد حساسة جدا، وبعض هؤلاء الأطفال يكره بعض الأطعمة لأن لها رائحة نفاذة وحادو وقوية.

5-4-2- الأشخاص ذوي التوحد ذو الحساسية الشمية المنخفضة: ومثل هؤلاء الأشخاص نجدهم يشمون كل شيء تقع عليه أيديهم أو يحبون بعض الأطعمة ذات الروائح النفاذة والقوية أو تجدهم يحبون الاقتراب من الأفراد الآخرين وشم أجسامهم وذلك لأن أعصاب الحس الشمي لديهم أي الأعصاب الذاهبة من الأنف إلى المخ ضعيفة جدا ولذلك فإن الروائح تصل بصعوبة وبشكل ضعيف.

5-5 المشكلات الحسية التذوقية: المشكلات الحسية التذوقية شأنها شان المشكلات الحسية الأخرى فيقسم المصابون بها إلى قسمين إما ذوي حساسية مفرط أو مرتفعة وإما حساسية منخفضة أو ضعيفة.

5-5-1- الأشخاص ذوي التوحد ذو الحساسية التذوقية المفرطة: بعض ذوي التوحد تكون الأعصاب الذاهبة من الفم إلى المخ حساسية جدا نجدهم يرفضون تناول بعض الأطعمة مثل: الطحنة التي يصعب مضغها كاللحم أو الدجاج أو بعض الأطعمة تولد لديهم إحساس سيء في الفم واللسان والأسنان.

5-5-2- الأشخاص ذوي التوحد ذو الحساسية التذوقية الضعيفة: هنا نجد أن بعض التوحديين يفضلون أكل الأطعمة الحريفة وبعضهم يأكل بعض المواد والأشياء غير الصالحة للأكل مثل التراب أو الخشب وبعضهم يلجأ إلى عض أي شيء تطاله يده وهناك من هؤلاء الأطفال من يضع الأشياء في فمه كمحاولة لاستكشاف الشيء عن طريق طعمه وقوامه وسمكه وهؤلاء الأشخاص تكون الأعصاب الذاهبة من الفم إلى المخ ضعيفة جدا.

أسباب المشكلات الحسية: يتضح لنا من العرض السابق أن جميع المشكلات الحسية السابقة السمعية، البصرية، اللمسية، الشمية، التذوقية تحدث نتيجة أحد الأسباب الثلاثة التالية:

- أعصاب حسية مفرطة أو شديدة تصل بين الحواس والمخ.
- أعصاب حسية ضعيفة تصل بين الحواس والمخ.
- أعصاب حسية سيئة في الاتجاهين فأحيانا تكون شديدة الحساسية وأحيانا تكون ضعيفة الحساسية.

(عبد الحليم محمد عبد الحليم، 2005، ص 30)

6- تشخيص المشكلات الحسية:

حاليا يتم أخذ اضطراب المعالجة الحسية بعين الاعتبار عند إجراء التصنيف التشخيصي للصحة العقلية واضطرابات النمو في الرضع والطفولة المبكرة حيث يتم الوصول إلى التشخيص في المقام الأول عن طريق استخدام الاختبارات والاستبيانات القياسية، وجداول الرصد المخصصة ومراقبة اللعب الحر والأنشطة الوظيفية ربما يتم إجراءها في المدرسة والبيت، كذلك بعض الموازين التي لا يتم استخدامها لتقييم الاضطرابات الحسية حيث يتم استخدامها لقياس الإدراك البصري، والوظيفة البصرية وعلم الاعصاب حيث يتم التشخيص من قبل أخصائيين مختلفين مثل أخصائي العلاج الوظيفي، علماء النفس والمتخصصين في التعلم. **(هدى أمين، 2011، ص 35)**

الاختبارات القياسية:

- اختبار التكامل الحسي والتطبيق العملي للتجارب.
- اختبار ديغانجي بيرك للتكامل الحسي.

استبيانات معيارية:

- الملف الشخصي الحسي.
- الملف الشخصي الحسي للطفل الصغير.

(لورنا وينج، 1996، ص 20)

7- **علاج المشكلات الحسية:** كما أن هناك طريقتان للعلاج أو التعامل مع المشكلات الحسية:

- **الطريقة الأولى:** هي أن نحاول تهيئة الواقع المحيط بالطفل ذو التوحد وفقا لحالته، فمثلا بالنسبة للأشخاص ذوي التوحد ذو الحساسية السمعية المفرطة من الأفضل أن نقلل من حدوث المثيرات أو المنبهات الصوتية المرتفعة أو المفاجئة، وإذا كان سيحدث صوتا عاليا يمكنك أن تنبه ذو التوحد إلى حدوثها ومن الممكن أن تحدث لها صوتا خفيفا يحل محل الصوت العالي.

أم الأفراد ذوي الحساسية السمعية المنخفضة يمكن إشغالهم بمشاهدة مظاهر وسماع أصوات وبذلك لا تجعلهم يحاولون سماع صوت واحد ومن الممكن أن توجه انتباههم إلى الأشخاص أو الأشياء التي تصدر هذا الصوت ولا تجعلهم يوجه انتباههم فقط لتلك الأصوات وإنما إلى الناس والأجسام التي تصدر تلك الأصوات.

أما بالنسبة لذوي الحساسية البصرية المفرطة يكون من المجدي عدم تعريضهم للأضواء البراقة المبهرة أو الأشياء ذات الألوان السنفورية أو تحاول تحويل انتباههم عن رؤية تلك الأضواء أو الألوان بأن تعطيه أشياء تدور أو تضع على أعينهم نظرات شمسية وبالنسبة لذوي الحساسية البصرية الضعيفة فيكون الأمر عكس ذلك فيجب جع الأضواء أكثر بريقا أو تجعلهم يستخدمون عدسات مكبرة أو أن تعلمهم أن يحاولوا اكتشاف الشيء بأيديهم بدلا من وضعه على العين مباشرة.

وفي حالة الأشخاص ذوي الحساسية اللمسية المفرطة يجب عدم تعريضهم للملامس الخشنة وبدلا من ذلك يتم إعطائهم أشياء ناعمة الملمس وإذا شعروا بالبرد في شهور الصيف فيجب أن نلبسهم ملابس ثقيلة وأن تعطيهم معاطف ولا يجب إلباسهم ملابس ضيقة.

وفي حالة الأشخاص ذوي الحساسية اللمسية الضعيفة فيكون العكس تماما فيمكن تعريضهم للأشياء والملابس الخشنة واللعب العنيف معهم وتعريضهم دائما للضغط الجسدي (فتمبل جراندن) التي اخترعت آلة للضغط تقول"بعد استخدامي للآلة تعلمت أن ألمس القط بشكل أكثر لطاقة بحيث قرر البقاء معي بعد أن كان يهرب مني وتعين عليا أن أكون مرتاحة قبل أن أوفر الراحة للقط"، وقد أعطتني الآلة هذه الراحة وكان للآلة تأثير مهدئ عن الجهاز العصبي لدي وكذلك على السلوك المفرط في ردة الفعل. **(ابراهيم صادق أحمد، 2005، ص 58)**

أما ذوي الحساسية الشمية المفرطة فيحتاجون عدم تعرضهم للروائح النفاذة كالعطور والصابون ومعجون الأسنان وإذا كانوا في غرف مغلقة فيجب فتح نوافذ الغرفة له لتجديد الهواء الجديد المنعش أو تقوم بإخراجه من الغرفة.

والأشخاص ذوي الحساسية الشمية الضعيفة يحتاجون إلى روائح نفاذة وشديدة وقوية حتى يشعر بحاسة الشم لديهم ومن الأفضل لديهم إذ أنت جعلتهم ينشغلون بحاسة أخرى غير الشم فأن تجعلهم ينظرون للشيء أو يستمعون لموسيقى أو أي أصوات أخرى أثناء تناولهم أو تعرضهم للأشياء ذات الروائح الضعيفة بالنسبة لهم.

والأشخاص ذوي الحساسية التذوقية المفرطة يجب عليك تغيير ما قد يؤذي أفواههم ويعطيهم شعورا غير سار فقد يتناولون طعاما ذات طبيعة هلامية أو يحتاج مضغ فترة طويلة كاللحم أو الدجاج فيكون من الأفضل إذ أنت أعطيتهم هذا النوع من

الطعام في شكل قطع صغيرة جدا ورقيقة، أو تعطيهم ماء كي يشربوا أقطعا من الشكولاطة.

أما الأشخاص ذوي الحساسية التذوقية الضعيفة والذين يضعون كل شيء في أفواههم أو لا يأكلون إلا الأطعمة الحريفة ليكون من الأفضل صرف انتباههم لفتح قنوات حس أخرى غير التذوق ومحاولة وضع الأشياء في أيديهم و أمام أعينهم ويجب تقليل تناولهم للأطعمة الحريفة بالتدريج.

- **الطريقة الثانية:** تهيئة الشخص ذو التوحد للتعامل مع الواقع، تعتبر هذه الطريقة هي

الأجدى والأنفع والأكثر واقعية، تتلخص هذه الطريقة في الإصرار على تعريض الطفل لكل المثيرات القوية والضعيفة وتهيئته للتعامل مع كل المثيرات المختلفة وتقبلها كسماع الأصوات القوية والمفاجئة، وفي نفس الوقت الأصوات الخفيفة أو تعريضهم لجميع أنواع الملابس المختلفة والإصرار على أن تجعله يتعامل مع كل المثيرات التي ينفر منها، ومن الممكن تهيئة الواقع للشخص ذو التوحد للحساسية السمعية المفرطة بحيث لا تحدث أصوات قوية أو لا تجعله يتعرض لهذه الأصوات لأننا إذا أمكننا توفير ذلك في البيت والمدرسة فلا يمكن توفير ذلك في الشارع والنادي والسوق والحفلات وغيرها من المناسبات الأخرى وبالتالي يمكن قياس ذلك على باقي الحواس الأخرى.

(مرجع سابق، ص 60)

- ✓ فيتم العلاج أو التدريب للمشكلات الحسية وفقا لضوابط ومعايير تتمثل فيما يلي:
- ➢ يتم التدريب وفقا لتصميم خطة علاجية منظمة يتم فيها تحديد المشكلة الحسية من خلال الملاحظة والتقييم.
- ➢ بناء جداول حول الأنماط المحتملة للمشكلات الحسية.

- تحديد المثيرات السابقة واللاحقة لهذه المشكلة الحسية.
- وضع إطار زمني للخطة العلاجية.
- تحديد الأدوات والوسائل المستخدمة والخاصة بالعلاج الحسي ضمن فريق العمل متعدد التخصصات.
- تحديد الأنشطة العملية الخاصة في الإدراك الحسي، تطوير الوعي الإدراكي.
- التقييم المستمر أثناء وبعد العلاج للمشكلات الحسية.

(هدى أمين عبد العزيز أحمد،2011، ص 45)

خلاصة:

يتضح مما سبق أن المشكلات الحسية هي اختلال في تنظيم ومعالجة المعلومات الحسية

حيث يعاني التوحديين من قصور في الاستجابة الحسية بكل أشكالها السمعية، اللمسية، البصرية، الشمية ، التذوقية وبالتالي تؤدي إلى خلل في البرمجة.

فتطرقنا في هذا الفصل إلى تعريف المشكلات الحسية وخلفية نظرية عنها ومظاهرها إضافة إلى أعراضها وتشخيصها وطرق علاجها.

تمهيد:

إن ما نشاهده باستمرار من أطفالنا هو السلوك الظاهري الذي نلاحظه باهتمام أحيانا وبعدم الاكتراث أحيانا في البيئة (المنزل– المجتمع) لكن نفكر في القوى الكامنة لدى الطفل والتي تعتبر الطاقة المحركة لذلك السلوك. والتي بدورها تؤدي إلى اضطرابات سلوكية كونها متعددة بتعدد مظاهرها فقد حاولنا حصرها في بعض التعاريف وسنوضح أبعادها وأهم النظريات المفسرة لها إضافة غلى الاضطرابات السلوكية لدى التوحديين وأساليب علاجها.

1- تعريف الاضطرابات السلوكية:

لقد تعددت التعاريف حول الاضطرابات السلوكية بتعدد وجهات نظر الباحثين والأطر النظرية التي تبناها كل باحث والمتمثلة فيما يلي:

1-1- تعريف"بهادر" أن الاضطرابات السلوكية هي جميع الأفعال والتصرفات التي تصدر عن الطفل بصفة متكررة أثناء تفاعله مع البيئة والمدرسة بحيث لا تتماشى مع معايير السلوك السوي المتعارف عليه والمعمول به في البيئة، وتشكل خروجا ظاهرا عن السلوك المتوقع من الفرد العادي وتصف من تصدر عنه بالانحراف وعدم السواء.

(قاسم، 1994، ص 112)

1-2- تعريف" جروبر" الاضطرابات السلوكية من أنها مجموعة من أشكال السلوك المنحرف والمتطرف بشكل ملحوظ، وتتكرر باستمرار وتخالف توقعات الملاحظ وتتمثل في الاندفاع والعدوان والانسحاب والاكتئاب. **(جمعة يوسف، 2000، ص 31)**

1-3- تعريف "**روس**" أن الاضطراب السلوكي هو سلوك مختلف أو شاذ عن السلوك الاجتماعي السوي وله مساس بالمعيار الاجتماعي للسلوك والذي يقع بصورة متكررة وشديدة بحيث يحكم عليه من قبل أشخاص بالغين وأسوياء بأنه عمل لا يناسب عمر فاعله.

(Ross, 1974, P 63)

1-4- ويعرفه" **كوفمان**" على أن الاضطراب السلوكي "بأنه استجابة الفرد للبيئة المحيطة بشكل غير مقبول اجتماعيا أو غير متوقع وله مقاومة للتعلم السوي، ويتكرر بشكل غير مقبول". **(Kaufman, 1977, P23)**

1-5- ويرى " **مورغان**" أن الاضطراب السلوكي هو نمط من الأفكار والانفعالات السلوكية غير الطبيعية التي تؤدي إلى سوء التكيف لمتطلبات الحياة وتسبب الضيق له وللآخرين عادة. **(الجبوري وآخرون مي يوسف عبود، 1996، ص 51)**

1-6- ويعرف "**محمود إبراهيم**" الاضطرابات السلوكية بأنها أنماط من السلوك اللاسوي الظاهر والثابت أو المتكرر الذي يميل إلى الخروج عن القيم الدينية والخلقية والمعايير والعادات الاجتماعية وهو ينشأ نتيجة التعلم والتربية الاجتماعية الخاطئة مما يؤدي إلى سوء التوافق النفسي الاجتماعي. **(محمود إبراهيم، 1998، ص 80)**

1-7- أما "**بور**" يرى أن الطفل يمكن أن يكون مضطربا سلوكيا إذا أظهر واحد أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة واضحة وعلى مدى فترة زمنية نسبيا وهذه الخصائص هي:

- عدم القدرة على التعلم لا يمكن تفسيرها على أساس عوامل عقلية أو حسية أو صحية.
- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية متبادلة على مستوى مرضي أو القدرة على الاحتفاظ بمثل هذه العلاقات مع الأقران الكبار.
- عدم ملائمة سلوك الفرد المضطرب لأفراد وأقران تحت ظروف اعتيادية.
- وجود حالة مزاجية عامة من عدم الشعور بالسعادة أو الشعور بالاكتئاب.
- ميل إلى تطوير أعراض جسمية أو آلام ومخاوف ترتبط بمشكلات شخصية أو مدرسية.

ومن خلال هذه التعاريف للاضطرابات السلوكية نستنتج بأن أغلبها مشتركة في بعض النقاط تمثل استجابة الفرد لمظاهر السلوك والمتمثلة فيما يلي:

- سوء التكيف الاجتماعي.

- تكرار السلوك غير المرغوب فيه وغير المقبول اجتماعيا.
- كل سلوك لا يتناسب مع عمر فاعله.

(القمش مصطفى والإمام، 2006، ص 267)

2- نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية:

إن الحد الفاصل بين السواء والشذوذ وغير واضح تماما لذلك فإن نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية متفاوتة إلى درجة كبيرة وتشير الدراسات إلى نسب تتراوح مابين 1-15% إلا أن النسبة المعتمدة في كل الدول هي 2%، وفيما يتعلق بنسبة توزيع هذه الاضطرابات حسب متغير الشدة فإن معظم الحالات هي من النوع المتوسط وأن هناك حالات قليلة جدا تعتبر من النوع الشديد، أما من حيث العمر والجنس فتشير الدراسات بأن نسبة انتشارها لدى الذكور هي أكثر مما عليه عند الإناث وهي قليلة الحدوث نسبية في المرحلة الأساسية وترتفع بشكل ملاحظ في فترة المراهقة وتنخفض بعد ذلك، والجدير بالذكر بأن لكل اضطراب سلوكي نسب معينة تختلف عن نسب سلوك آخر.

(حسني العزة، 2009، ص 34)

لا توجد تقديرات مؤكدة حول انتشار اضطرابات السلوك حيث تشير الدراسات إلى اختلاف واضح في تقديرات انتشار اضطرابات السلوك تعزى للتباين في التعريفات المستخدمة وكذلك للتباين في تفسير التعريف الواحد بين الباحثين. بالإضافة إلى اختلاف المنهجية المستخدمة من قبل الباحثين لتحديد أعداد الأفراد المضطربين. فالتقديرات المنخفضة تشير إلى نسبة أقل من 1 % في حين أن التقديرات غير المنخفضة تشير إلى أكثر من 20 % من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات السلوك، إن هذا التباين في نسب التقديرات يعكس مدى الاختلاف في الأسس المستخدمة لتحديد المضطربين في السلوك.

وباستعراض مختلف الدراسات حول مدى انتشار اضطرابات السلوك يمكن الإشارة إلى أن نسبته 2 % إلى 3 % من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات السلوك وهذه الاضطرابات بدرجة متوسطة أو شديدة أما إذا أخذت الاضطرابات البسيطة أيضا فإن النسبة تزيد وقد تصل إلى 10% من الأطفال في سن المدرسة.

أما فيما يتعلق بالمقارنة بين انتشار اضطرابات السلوك عند الذكور وانتشارها عند الإناث وتشير الدراسات إلى أن نسبة انتشار اضطرابات السلوك لدى الذكور تفوق بشكل واضح نسبة انتشارها لدى الإناث. إذ أنها عند الذكور ضعف الإناث وقد تصل أحيانا إلى 5:1 كما تختلف طبيعة اضطرابات السلوك عند الذكور مقارنة بالإناث، إذ يميل الذكور إلى السلوك الموجه نحو الداخل كالخجل والحساسية والقلق، والانسحاب الاجتماعي.

أما فيما يتعلق بالعلاقة بين انتشار اضطرابات السلوك والعمر تشير الدراسات إلى أن هذه الاضطرابات تكون قليلة في الصفوف الابتدائية الأولى وأن هذه الاضطرابات تزداد في الصفوف المتوسطة ثم تميل إلى الانخفاض في الصفوف العليا.

(القريوني وآخرون، 1995، ص ص 231 233)

3- أبعاد سلوك الطفل المضطرب سلوكيا:

يمكن تحليل أبعاد سلوك الطفل المضطرب سلوكيا بالاعتماد على ما يأتي:

3-1- المعدل:

ويعني عدد مرات وقوع السلوك عند الطفل ويمكننا الاعتماد عليه للتميز بين الطفل المضطرب والطفل السوي، فالطفل ضمن هذه الفئة قد يظهر سلوكا وحركات غير مقبولة اجتماعيا، بحيث يكون تكرار هذه الحركات والسلوك أكثر عما يظهر للأطفال الأسوياء.

3-2- الشدة:

إن شدة السلوك الصادر من الطفل المضطرب سلوكيا عملية مهمة لتصنيفها ضمن هذه الفئة فقد يصدر سلوكا يتصف بالشدة والحدة في وقت تنتفي الحاجة لمثل هذا السلوك، أو العكس فقد يقوم بسلوك ضعيف جدا في وقت يتطلب الموقف فيه شدة أو قوة أي أن ردود فعل الشخص لا تتناسب مع طبيعة المثير الذي أثار ذلك السلوك.

3-3- فترة بقاء السلوك:

يشير هذا المصطلح إلى الفترة الزمنية التي يقع بها السلوك عند الطفل وهنا يجب أن يعرف الفرد المهتم بملاحظة الطفل أي أن بعض أنواع السلوك السلبي قد تحدث عن الأفراد الأسوياء والذي يميز الطفل المضطرب عن غيره من الأسوياء في الفترة الزمنية التي فيها السلوك السلبي. **(Hall ahan Kaufman, 1982, P 202)**

- ويمكن الاعتماد على هذه الأبعاد في تحليل سلوك الطفل من خلال تكرار السلوك الملاحظ وكيف يصدر هذا السلوك وفترة بقاءه.

4- أنواع الاضطرابات السلوكية:

4-1- الانسحاب الاجتماعي: هو سلوك انفعالي يتضمن الهرب من مواقف الحياة بحيث أنها من وجهة نظر إدراك الفرد ممكن أن تسبب له صداعا نفسيا أو عدم الراحة ويوصف الطفل الانسحابي بأنه (منعزل،خمول، خجول، خائف، مكتئب، قلق، لديه أحلام اليقظة). **(خوله أحمد يحي، 2000، ص 99)**

- ✓ هو الهروب من المواقف عندما يجد الطفل نفسه غير مقبول اجتماعيا ومنبوذ من الآخرين، ويعاني من صدهم وهجرانهم، فيميل إلى العزلة والانطواء.

(حسام الداهري، وآخرون، 1999، ص 66)

✓ **تعريف عادل عبد الله(2002):** سلوك لا توافقي يعني تحرك الطفل بعيدا عن الآخرين وانعزاله عنهم وانغلاقه على ذاته، وعدم رغبته في إقامة علاقات أو صداقات تربطهم بهم أو تجعله يندمج معهم واجتنابه للمواقف التي تجمعه بهم، وابتعاده عنها.

(محمد عادل عبد الله، 2002، ص 81)

4-1-1- مظاهر الانسحاب الاجتماعي: تتمثل في العزلة، انشغال البال، تجنب المبادرة إلى التحدث مع الآخرين أو أداء نشاطات مشتركة معهم، وقد يشمل الشعور بعدم الارتياح لمخالطة الآخرين والتفاعل معهم وهذا السلوك يصاحبه أحيانا عدم الشعور بالسعادة، ومعاناة تصل غلى حد الاكتئاب، كما قد ينطوي على سلوكات أخرى مثل: القلق، الكسل، الخمول والخوف من التعامل مع الآخرين والخوف من العقاب وعدم الوعي بالذات وإدراكها.

ويكون الأفراد المنسحبين عادة طفوليين في سلوكهم وتصرفاتهم وأصدقائهم قليلون، نادرا ما يلعب هؤلاء مع الأطفال الذين هم من نفس أعمارهم كما تنقصهم المهارات الاجتماعية اللازمة للاستمتاع بالحياة الاجتماعية. **(مرجع سابق، ص 82)**

4-1-2- أشكال الانسحاب الاجتماعي: صنفه جرين ودو وآخرون (1977) الانسحاب الاجتماعي إلى صنفين:

- **الانسحاب الاجتماعي:** ويتمثل في الأطفال الذين لم يسبق لهم أن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين أو أن تفاعلاتهم كانت محدودة، مما يؤدي غلى عدم نمو مهاراتهم الاجتماعية والخوف من التفاعلات الشخصية.
- **العزل الاجتماعي أو الرفض:** وهو يتمثل في الأطفال الذين سبق لهم أن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين في المجتمع، ولكن تم تجاهلهم أو معاملتهم بطريقة سيئة مما يؤدي إلى انسحابهم وانعزالهم. **(خوله أحمد يحي، 2000، ص 197)**

4-1-3- أسباب الانسحاب الاجتماعي:

- الخجل: هو أكثر أسباب الانسحاب الاجتماعي شيوعا.
- وجود نقص في المهارات الاجتماعية وعدم معرفة الطفل للقواعد الأساسية لإقامة علاقات مع الآخرين.
- عدم احترام الطفل وتجاهله من قبل الآخرين.
- الخوف من الآخرين فالتفاعل معهم يصبح مساويا للألم بالنسبة للطفل.
- الخبرات المبكرة القاسية مع الإخوة يصبح الطفل شديد الحساسية والمراقبة لذاته.

(شيفر وملمان، 1989، ص 390)

4-2- العناد:

4-2-1- تعريفه: هو سلوك يعبر عن نزعة عند الفرد إلى مخالفة الوالدين أو الكبار وتأكيد مواقف له تتنافى مع مواقفهم ورغباتهم وأوامرهم ونواهيهم، إنه تأكيد للذات يحمل إلى حد ما طابعا عدوانيا اتجاه الوالدين أو الكبار، ويتخذ شكل المعارضة لإرادتهم.

(نبيلة الشوربجي، 2003، ص 122)

- **تعريف أخر:** تعرفه" منى البيطار" (2002) على أنه العصيان على ما يواجه الطفل من طلبات وأوامر فيظهر احتجاجه عليها ويظهر ذلك سواء في المدرسة على مدرسيه أو المنزل على أسرته، حيث يكون في صورة جدال ومعارضة عل كل الأوامر. **(محمود السعيد راوي حسن، 2013، ص 57)**

4-2-2- أنواع العناد: للعناد ثلاثة أنواع:

❖ **العناد العرضي:** وهو آني يحدث على فترات متقطعة وهذا النوع الطبيعي جدا يحدث للجميع حينما ينقلب المزاج.

❖ **العناد المتكرر:** وهو العناد الذي نحن بصدده وفي هذه الحالة يكون الرفض والإصرار للتوجيهات بشكل متكرر ودون مبرر مقنع.

❖ **العناد المرضي:** هذا قليل جدا وهو العناد الذي يصاحبه حالات نفسية وعصبية وهذا يحتاج إلى أخصائيين و نفسانيين لمعالجة الحالة. **(بدر محمد وآخرون(ب،س) ص 2)**

4-2-3- مظاهر العناد:

- رفض الأوامر والنواهي.
- الإصرار على ممارسة سلوكيات غير لائقة ومتصادمة مع مصلحة الأسرة.
- انتهاك حقوق الآخرين.
- التفرد في الرأي.
- يمتنع عن الطعام أو الكلام ليفرض رأيه على والديه.
- كثرة المشاكسة لاسيما الطلبات غير المعقولة وليست في مقدوره.
- الغضب لأتفه الأسباب.
- التأخر في انجاز المهام وعدم تأديتها بإتقان.

(مرجع سابق، ص 6)

4-2-4- أشكال العناد:

- **التحدي الظاهر:** بحيث يكون الطفل مستعدا لتوجيه إساءة لفظية أو الانفجار في ثورة غضب للدفاع عن موقفه.
- **شكل المقاومة السلبية:** حيث يتأخر الطفل في امتثاله ويصبح حزين أو يشكو ويتذمر من أن عليه أن يطيع أو يمتثل لحرفية التعليمات.
- **نمط العصيان الحاقد:** ويؤدي إلى قيام الطفل لعمل عكس ما طلب منه تماما.

(محمود السعيد راوي حسن، 2013، ص 85)

4-2-5- أسباب عناد الطفل:

- رغبة الطفل في تأكيد لذاته.
- تغيير حركة الطفل ومنعه من اللعب ومزاولة ما يحب من نشاط.

- إرغام الطفل على إتباع نظم معينة في المعاملة وآداب الأكل والحديث وغير ذلك.
- نتيجة فرض قيود مشددة على سلوكيات الطفل وأكله وملبسه.....الخ.
- الأسلوب المتذبذب بين اللين والقسوة المتبع من قبل الوالدان مما يجعل الطفل في حيرة من أمره، فلا يعد يستطيع التمييز بين ما هو حق له، وما ليس له به حق، فيعبر عن هذا الاستقرار النفسي بالعناد والرفض.

(محمد أيوب شحيمي، 1994، ص ص 85- 86)

4-3- النشاط الزائد:

4-3-1- تعريفه: هو النشاط الجسدي الزائد المستمر وطويل البقاء يتصف بعدم التنظيم وهو غير متنبأ به وغير موجه، فالأطفال ذوي النشاط الزائد يكون رد فعلهم للمثيرات البيئية شديدة، ويتصف سلوكهم بأنه متواصل وعصبي وعدواني.

(خوله أحمد يحي، 2000، ص 99)

- **تعريف آخر:** يعرف على أنه مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالبداية المبكرة وتتشابك بين مفرط في النشاط وقليل التهذيب مع عدم انتباه شديد وفقدان القدرة على الاندماج. **(عكاشة أحمد، 2003، ص 759)**

4-3-2- مظاهر النشاط الزائد:

السلوك الفوضوي، إصدار أصوات غير مفهومة، الضحك بطريقة غير مناسبة، اللعب بممتلكات الغير. كما ترافق النشاط الزائد خصائص سلوكية منها: عدم التنظيم، التهور والاندفاع، القابلية للإثارة، عدم القدرة على الانتباه وضعف شديد في التركيز، نوبات الغضب الشديد، تصرفات غير متوقعة، تغيرات ملحوظة في المزاج، علاقات اجتماعية مضطربة، اضطرابات في الوظائف الحركية. **(خوله أحمد يحي، 2000، ص 180)**

لا يقوم بانجاز ما يطلب منه بشكل كامل، من السهل شد انتباهه لأشياء أخرى غير التي يقوم تدني مستواه الدراسي، مشوش التركيز دائما ويضيع أشياءه الشخصية، يجيب على الأسئلة بسرعة ودون تفكير ويتكلم بأوقات غير مناسبة، يجد صعوبة في إتباع التعليمات المعطاة له يلعب بطريقة عدوانية، يجد صعوبة في الانتظار في الدور، غير قادر على التكيف أو غارق في أحلام اليقظة، الطفل غير ناضج اجتماعيا وأصدقاءه قليلون وسمعته سيئة. **(خالدة نسيان، 2009، ص 147)**

4-3-3- أسباب النشاط الزائد: حاولت نظريات متعددة تفسير النشاط الزائد وتحديد أسبابه وتشير النظريات إلى جملة من الأسباب المفترضة للنشاط الزائد منها:

1- العوامل العضوية: أشارت مجموعة من الدراسات أن الأطفال الذين يظهرون نشاطا زائدا هم أطفال تعرضوا أكثر من غيرهم للعوامل التي قد تسبب تلفا دماغيا ومن الأسباب نشاط الجزء تحت القشري في الدماغ، أو نتيجة ضعف نمائي يعود لأسباب متباينة مثل: الأورام أو نقص الأكسجين في الأنسجة، ولكن دراسات أخرى وجدت أن النشاط الزائد ليس عرضا ضروريا أو شائعا من أعراض التلف الدماغي. **(مرجع سابق، ص 148)**

2- العوامل النفسية:

- **المزاج:** قد تقود المشكلات في المزاج لدى الأطفال إلى اضطرابات سلوكية أكثر صعوبة فالنشاط الزائد لدى الطفل هو طريقة للدفاع عن الذات في وجه الرفض، وبالتالي إلى انخفاض تقدير الذات وزيادة مستوى التهيج لدى الطفل.
- **التعزيز:** قد يؤدي التعزيز الاجتماعي إلى تطوير النشاط الزائد أو إلى استمراريته ففي مرحلة ما قبل المدرسة وتفرض عليه القيود والتعليمات، فالطفل في هذه الحالة لم يعتد على هذا الموقف، ومن هنا يصبح أكثر نشاطا ليحظى بالتعزيز الاجتماعي الذي كان يحصل عليه في مرحلة ما قبل المدرسة.

❖ **التعلم بالملاحظة أو النمذجة:** أشارت نتائج الدراسات إلى أن الطفل الأقل نشاطا يزيد من مستوى نشاطه ويصبح قريبا من الطفل الأكثر نشاطا. وقد يكون الوالدان بمثابة نموذج لمستوى نشاط الطفل قد يعملان على تعزيزه.

(خوله أحمد يحي، 2000، ص 182)

3- الأسباب البيئية: تسبب الأسباب البيئية إثارة كبيرة للجهاز العصبي المركزي مما يؤدي إلى سلوك النشاط الزائد ومن هذه العوامل:

- التسمم بالرصاص: إن وجود نسبة عالية من الرصاص في دم الطفل يؤدي إلى النشاط الزائد وعجز الانتباه.
- المواد الحافظة للطعام: قد أثبتت دراسة فاين قولد fain gold (1973) أن الإضافات الغذائية كالألوان والمواد الحافظة والنكهات تثير الجهاز العصبي المركزي مما تؤدي إلى زيادة النشاط. **(جمعة يوسف، 2000، ص 34)**

5- النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية:

تمهيد: تساعد النظريات في فهم قضايا ونمو وتطور الأطفال الذي يصاحبه اضطرابات في السلوك، كما تفيد نظريات أخرى في فهم دور الثقافة والبيئة المباشرة والتفاعل بين الفرد والموقف الاجتماعي، والبعض الآخر من النظريات يركز على فهم المشكلة، وللنظريات إجراءات قيمة في تحديد السلوك المضطرب وتشكيل السلوك السوي، ولكل نظرية جوانب قوة وجوانب ضعف لكنها تقدم عملا أساسيا في فهم السلوك. وهذه النظريات متمثلة في:

5-1- النظرية السلوكية:

تهتم هذه النظرية بالسلوك الظاهر غير الملائم وتصميم برنامج التدخل المناسب للعمل على تغيير السلوك الملاحظ وتعديله ومن مكوناتها:

- نمو الشخصية وتطويرها: ويعرف السلوكيين الشخصية كدالة كلية لسلوك الأفراد ويعتبرونها احتمالا قويا للفرد كي يسلك طرقا أو سلوكات متشابهة في مواقف مختلفة والتركيز على ما يقوم به الفرد في المواقف المختلفة دون الرجوع لسمات شاملة تجعل الفرد يتصرف بطريقة شخصية، ويتباين هذا التصور مع التصورات التقليدية للشخصية التي تفترض أن سلوك الفرد هو تعبير لمحركات أولية محددة تتمثل في الحاجات والرغبات والسمات والاندفاعية.

السلوك السوي والسلوك غير السوي: معظم السلوكات متعلمة باستثناء الانعكاسات وعندما تحدث العلاقة الوظيفية بين المثير في البيئة واستجابة الفرد يحدث التعلم مثلا(يتعلم الطفل أن البكاء يخلصه من الألم والجوع)، من وجهة نظرهم أن السلوك السوي وغير السوي متعلم وهناك معايير للحكم على السلوك السوي فالمعيار الاجتماعي والذاتي ومعايير أخرى كالشدة والتكرار. **(خولة أحمد يحي، 2000، ص ص 39- 40)**

أشكال التعلم:

الاشتراط الاستجابي: ومن الأمثلة على المعالجات السلوكية التي تعتمد على الاشراط الاستجابي: تقليل الحساسية التدريجي- تعديل السلوك المعرفي- العلاج السلوكي- التدريب على التغذية الراجعة.

الاشتراط الإجرائي: والمتمثل في التعزيز الايجابي، العقاب، التعزيز السلبي، التعزيز التفاضلي، الإشباع.

ومن الفرضيات التي ترتكز عليها النظرية السلوكية ما يلي:

1- معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب سواء كان السلوك سويا أو مضطرب.

2- السلوك المتعلم يمكن تعديله.

3- السلوك المضطرب يتعلمه الفرد نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي به وحدوث ارتباط شرطي بين تلك الخبرات وبين السلوك المضطرب. **(زهران حامد ، 2002، ص 334)**

5-2- النظرية البيوفسيولوجية:

يعتقد بعض المختصين أن كل الأطفال يولدون ولديهم الاستعداد البيولوجي ومع أن هذا الاستعداد البيولوجي قد لا يكون السبب في اضطراب السلوك إلا أنه قد يدفع الطفل إلى الإصابة بالاضطراب، فالأدلة على الأسباب البيولوجية واضحة أكثر في الاضطرابات السلوكية، وفي كثير من سلوكات الأطفال العاديين بعض الاضطرابات البيولوجية وبالنسبة للاضطراب البسيط والمتوسط ليس هناك دلائل على أن العوامل البيولوجية وحدها تشكل جذور المشكلة، أما في حالة الاضطراب الشديد فإن هناك بعض الدلائل تشير إلى أن العوامل البيولوجية يمكن أن تساهم في حدوث الحالة منها:

5-2-1- العوامل الوراثية: والمتمثلة في:

- وجود استعداد وراثي لهذا الاضطراب لا يعني أنه سوف يظهر.
- إذا ظهر الاضطراب فليس بالضرورة أن تكون الوراثة السبب الرئيسي والمباشر.
- ليس كل من يحمل الخلية الوراثية(المصابة) يحصل لديه اضطراب.

5-2-2- العوامل النمائية: يعود هذا المجال إلى دراسات نمو الجنين والأطفال، وقد ورد في تقرير (Bender 1968) أن عوامل وجود الاضطراب في تصرفات الطفل ينشأ منذ الطفولة، وهذه النظرية تؤكد على أن هذا الاضطراب مهمة في تكون الاضطرابات السلوكية لدى الفرد.

5-2-3- العوامل الإدراكية: تشير إلى أن السبب الرئيسي لنشوء هذه الاضطرابات الشاذة وعدم معرفة الشخص المصاب بما حوله من أمور وعدم إدراك المصاب ينتج السلوك غير الثابت ويولد عدم الاستمرارية والثبات في السلوك الايجابي، ومن أعراضه (الخلل في الإدراك، اضطراب في الجهاز العصبي) فعدم إدراك الطفل تسبب الحركة الزائدة التي تولد التصرفات غير الطبيعية. **(خوله أحمد يحي، 2000، ص 63)**

5-3- النظرية التحليلية: تهتم هذه النظرية بالسبب الذي أدى بالطفل لأن يسلك بالطريقة التي يسلك بها حيث يختلف الأطفال المضطربون من حيث الدرجة لا من حيث النوع، وينظر للاضطراب على أنه صفات عادية مبالغ فيها.

إن مثل هذه المشكلات يمكن أن تكون متسببة عن ألم أو صدمة أو حدث خلال المرحلة النمائية، أو تنتج عن علاقة سيئة أ و غير مناسبة مع الوالدين التي يمكن أن تكون قد تركت الفرد دون إشباع لحاجاته، أو يمكن أن يكون الاضطراب ناتجا عن عوامل تكوينية.

يظهر السلوك المضطرب نتيجة عدم التوازن بين نزعات الطفل واندفاعاته ونظام الضبط لديه، وعندما يكون الضبط غير مناسب فإن سلوك الطفل يصبح عدوانيا ومشتتا وغير متنبأ به، وعندما يكون الضبط صارما جدا فإن الطفل سيكف سلوكه باستمرار ولن يقوم بالسلوك ويكون غير قادر على التعبير عن نفسه. **(مرجع سابق، ص ص 66- 68)**

5-4- النظرية البيئية: تقوم هذه النظرية على مبدأ أن الاضطرابات السلوكية التي تحدث للطفل لا تحدث من العدم أو من الطفل وحده بل هي نتيجة التفاعل الذي يحدث بين الطفل والبيئة المحيطة به.

ويقول البيئيون إن حدوث الاضطراب السلوكي لدي الأفراد يعتمد على نوع من البيئة التي ينمو بها، فالبيئة السليمة لا تؤدي إلى حدوث الاضطراب لدى الطفل. والنظرية البيئية تميل لربط الفرد في البيئة في مفهوم واحد فالفرد لا ينفصل عن بيئته وبالتالي فإن مشاكل الفرد تصبح شائعة لدى المجتمع، ولا يتم التعامل مع المشاكل بشكل فردي، وكنتيجة إذا كان هناك اضطرابا لدى المجتمع فإن الفرد سيتأثر بالبيئة. ومن الافتراضات المتعلقة بالنظرية البيئية هي:

- إن كل طفل هو جزء لا ينفصل من نظام اجتماعي صغير.
- الاضطراب ليس مرضا يصاب به الطفل، بل هو نتيجة لعدم التوازن بين الفرد والبيئة.

- الاضطراب يمكن أن يتحدد من عدم التكافؤ بين قدرات الأفراد وتوقعات البيئة ومتطلباتها.

6- علاج الاضطرابات السلوكية:

أولا- النمذجة:

يرى بان دورا أن هناك 03 عمليات متضمنة في النمذجة هي:

- العمليات الانتباهية وهي تنظم المدخل الحسي وإدراك الحدث المندمج ويشمل ذلك خصائص النموذج التي تجذب الانتباه والحوافز مثل التدعيم المحتمل للانتباه للحدث.
- عمليات الاحتفاظ: وهي تشير إلى عمليات الترميز والتي يترجم فيها الحدث الملاحظ إلى دليل للأداء مستقبلا.
- عمليات إعادة الإنتاج الحركي: فهي تشير إلى تكامل مختلف الأفعال المكونة في أنماط استجابة جديدة، بينما تحدد عملية الحافز أو العمليات الدافعية ما إذا كانت الاستجابة مكتسبة من خلال الملاحظة سوف تؤدى، وطبقا لبان دورا فإن دور التدعيم والحوافز هو تيسير الانتباه إلى الحدث المندمج وتشجيع المراد والترجمة إلى سلوك ظاهري. **(لويس كامل مليكه، 1990، ص 104)**

ثانيا- التحصين التدريجي أو التدريب العكسي:

ويستند إلى استخدام الكف بالنقيض ومن أشكاله التحصين الجماعي، الآلي، الخيالي، الذاتي، الواقعي، الفعلي، فيبدأ التحصين التدريجي بمثيرات أقل وعلى النقيض منه يوجد الغمر فإن هذا الأسلوب يبدأ بمثيرات أكثر حساسية وفيه يتم تقديم المثير أو وضع الطفل المضطرب أمام الأمر الواقع في الخبرة دفعة واحدة مما يثير التوتر ويرفع القلق عنه ويكون

خياليا أو حيا والحي هو الأفضل والأكثر استخداما في ممارسة العلاج وفي جدواه وغالبا ما يستخدم في معالجة المخاوف.

ثالثا: التدريب على تأكيد الذات: وفيه يعمل المعالج على تعزيز علاقة الطفل بذاته، وتدريبه على المواقف الاجتماعية المختلفة من خلال لعب الأدوار المشاركة الاجتماعية الفعالة وإبداء الرأي، تعليم الطفل السلوك التأكيدي المناسب والفعال وفقا للمعايير الثقافية والاجتماعية. **(مرجع سابق، ص ص 110- 113)**

رابعا- الاسترخاء:

وأساسه العمل على تنشيط الاستجابة للاسترخاء والتي تصيب الفرد عند شعوره بالراحة ويعتمد على استخدام أجهزة الجسم التي يستطيع الفرد التحكم فيها لتأثير في الأجهزة الأخرى التي لا يستطيع السيطرة عليها. **(هيريون كريستين، 2005، ص ص 15- 16)**

خامسا- الطرح:

هو أحد أساليب التحليل النفسي العلاجية ويعتمد على تصفية الصراعات الطفلية الأساسية أثناء تحليل العصاب الرئيسي، مما يؤدي بصورة آلية إلى تصفية أو التخلص من مشاعر الدونية العصابية. **(عسكر عبد الله، 2001، ص 148)**

سادسا- العلاج المعرفي:

وهنا يقوم المعالج بالتعرف على تقويم تلك الأفكار التي تسببت في ظهور الاضطراب ومدى وعي الطفل بها والعمل على تقويم تلك الأفكار ومساعدته في التخلص من مشاعر الإحباط والنقص أو الصراع الناجمة عنها، ويستند إلى نظرته عن ذاته وعالمه الخاص في تحديد سلوكه. **(مرجع سابق، ص 149)**

سابعا- الممارسة السالبة:

وفيه يطلب من الطفل أن يمارس السلوك غير المرغوب بتكرار حتى يصل إلى درجة تشبع لا يستطيع عندها ممارسته ولا يمكن استخدامه في علاج أنماط السلوك المضطرب، بينما تبرز فعاليتها في اللازمات العصبية.

ثامنا- الكف المتبادل:

يقوم على أساس وجود بعض الأنماط من الاستجابات المتنافرة وغير المتوافقة مع بعضها البعض، ويهدف الكف بين نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخلهما وإحلال استجابة متوافقة مكان أخرى غير توافقية. **(زهران حامد، 1995، ص 247)**

7- الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي:

يوجد لدى الأطفال التوحديين اضطرابات سلوكية من بينها:

7-1- النمطية والتكرارية:

7-1-1- تعريف السلوك النمطي: هو إحدى السلوكيات التي يعاني منها أطفال التوحد تمثل مشكلة من أهم المشكلات التي تواجه الآباء والأمهات، فنلاحظ أن الأطفال التوحديين يقضون معظم يومهم في تكرار نشاطات نمطية من نوع واحد، وتتضمن هذه النشاطات اللمس المتكرر لأشياء معينة أو وضعها في خط لا نهائي.كما أن هناك سلوكيات روتينية التي من الممكن أن يمارسها الطفل التوحدي فالدوران حول النفس، لف الأشياء بشكل دائري، رفرفة اليدين. **(عثمان لبيب فراج، 2002، ص 15)**

7-1-2- أسباب السلوك النمطي:

- المحاولة في الحصول على الإثارة فهو يعوض عن النقص في الإثارة البيئية أو الحصول على أكبر من الإثارة الموجودة في البيئة الطبيعية.
- محاولة لتخفيض مستوى إثارة القلق والإحباط لديه.
- إنه نتيجة خلل شديد في العلاقات الطبيعية بين الأم والرضيع.
- إنه ناتج عن اضطراب في العمليات الفيزيولوجية أو تلف في الجهاز العصبي.
- عدم تعلم الطفل التوحدي أنماط سلوكية تكيفية.

7-1-3- أشكال السلوك النمطي والتكراري:

- نشاطات نمطية متكررة.
- الروتين اللفظي.
- مقاومة التغيير.
- النوم والأكل.
- سوء التكيف عند الارتباط بالأشياء. **(مرجع سابق، ص 16)**

7-1-4- الأساليب العلاجية للسلوك النمطي:

تعتبر أساليب تعديل السلوك أكثر الأساليب العلاجية فعالية في خفض السلوك النمطي لدى التوحديين ويمكن تصنيف هذه الأساليب إلى أربعة أنواع أساسية وهي:

1- إعادة تنظيم الوضع البيئي أو استخدام العقاقير الطبية حيث تهدف هذه الطريقة إلى ضبط الأحداث القبلية بهدف التحكم في الظروف البيئية التي تهيئ الفرصة لحدوث السلوك النمطي.

2- العقاقير الطبية: تعتبر واحدة من الطرائق العلاجية المستخدمة لمعالجة السلوك النمطي، بحيث يعطى هؤلاء الأطفال علاج الميلاريل (mellaril) لخفض هز الجسم، وعقار الدكسدرين (dexedrine)، ولكن بالرغم من فعالية بعض العقاقير الطبية إلى أنها جميعها تؤدي إلى تأثيرات جانبية سلبية.

3- التفاعلات البيئية: وتشمل هذه الاستراتيجيات ما يلي:

- ممارسة الألعاب والتمارين الرياضية.
- الاشتراك في المناسبات الاجتماعية.

4- التعليمات والتوجيهات: يعطي الطفل تعليمات محددة ويطلب منه تأدية مهمات معينة بهدف منعه من القيام بالسلوك النمطي.

(عبد الحليم محمد، 2005، ص 106)

7-2- السلوك العدواني:

7-2-1- تعريفه: يعتبر السلوك العدواني أحد الخصائص التي يتصف بها الكثير من الأطفال التوحديين ومع أن العدوانية تعتبر سلوكا مألوفا في كل المجتمعات تقريبا إلا أن هناك درجات من العدوانية، فبعضها مقبول ومرغوب كالدفاع عن النفس، وبعضها غير مقبول ويعتبر سلوكا مزعجا في كثير من الأحيان.

(يحي قبلي، 2001، ص 155)

تعريف أبو حطب العدوان "هو كل قول أو فعل أو تقرير لفعل أو إشارة يقصد به إلحاق الأذى، أو الدمار بالآخرين أو بذات الإنسان نفسه."

(أبو حطب، 2002، ص 08)

- كما تعرفه موسوعة علم النفس بأنه كل فعل يتسم بالعداء اتجاه الموضوع أو الذات ويهدف للهدم أو التدمير و أنه هجوم أو فعل موجه نحو شخص ما، كما يعني الرغبة في الاعتداء على الآخرين أو إيذائهم أو السخرية منهم بغرض إنزال عقوبة أو إظهار تفوق عليهم.

7-2-2- أسباب السلوك العدواني لدى التوحديين:

عند الحديث عن تعريف السلوك العدواني يذكرنا أن هناك تعدد للتعاريف وهذا التعدد ناتج عن تعدد وجهات نظر هذا السلوك، ومن هذا المنطلق نجد أن تحديد أسباب السلوك العدواني يختلف بتعدد الآراء والمنطلقات التي يعتمد عليها كل باحث في تفسير السلوك العدواني، ومن هذه الأسباب ما يلي:

1- يسلك أطفال التوحد هذا السلوك لكي يفرض ذاته ويعادل المجتمع.

2- وسيلة يستخدمها لجذب الانتباه واستعراض قوته، قد يكون تعبيرا عن الغيرة قد ينتج عن عدم توافقه اجتماعيا مع أقرانه وغيرهم.

3- فشل الآباء في إعطاء الطفل الاهتمام والعطف.

(مرجع سابق، ص 10)

7-2-3- أشكال السلوك العدواني:

أولا- من حيث الأسلوب:

- عدوان لفظي، سلوك لفظي مباشر أو غير مباشر يستهدف إلحاق الأذى أو الضرر بالآخرين.
- عدوان رمزي حيث يمارسه لتوجيه الاهانة باستخدام الإشارات باليد واللسان..... الخ

- عدوان جسدي بحيث تستخدم أشياء مادية لإلحاق أذى بدني بالآخر أو الذات.

ثانيا- من حيث الهدف:

- عدوان موجه نحو الذات يتخذ صورا متعددة كلطم الوجه وضرب الرأس.... الخ.
- عدوان موجه نحو الآخرين، وفيه يوجه العدوان نحو الآخرين وما يرمز لهم.

(أبو رياح، 2007، ص 35)

ثالثا- التنمر: قد يوجه الطفل التوحدي سلوكه نحو شخص بهدف التلذذ مثل استخدام هؤلاء الأطفال بعض الأساليب العدوانية كشد الشعر أو الأذنين أو العض أو غير ذلك.

(الجبالي أشرف، 2009، ص 83)

7- 2-4- أساليب التغلب على السلوك العدواني:

توجد عدة أساليب فعالة لعلاج وضبط السلوك العدواني لدى التوحديين ومنها:

- تعليم المهارات الاجتماعية: تعليمهم مهارات الاتصال والتواصل مع الآخرين.
- اكتشاف الميول العدوانية: يمكن اكتشاف الميول العدوانية لدى الأطفال بملاحظتهم أثناء ممارسة النشاط الحر كاللعب أو الرسم.

خلاصة:

مما سبق التطرق إليه نستنتج بأن كل سلوك غير مرغوب به يعبر عن اضطراب وهي من أكثر الاضطرابات شيوعا لدى التوحديين وأكثرها تأثيرا على حياتهم وتفاعلهم وتواصلهم مع المحيطين بهم.

فتطرقنا في هذا الفصل إلى تعريف الاضطرابات السلوكية وأبعادها وبعض أنواعها والنظريات المفسرة لها وبعض المشكلات السلوكية لدى التوحديين إضافة إلى أساليب علاجها.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

الفصل السادس: عرض الحالات

تمهيد:

يعتبر الجانب التطبيقي أهم جانب من جوانب البحث فمن خلاله نتأكد من صحة الفرضيات المطروحة، والمنهج المتبع وأدوات الدراسة، فبعد الإلمام بالجانب النظري الذي تناولنا فيه تحديد الإشكالية، الفرضيات، دوافع اختيار أهداف وأهمية الدراسة، سنتطرق في هذا الفصل من الجانب التطبيقي الذي يعتبر جانبا مهما في أي بحث، سنتناول فيه: أولا المنهج المستخدم والدراسة الاستطلاعية، حدود الدراسة (المكانية، الزمانية) إضافة إلى الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة.

1)- منهج الدراسة:

المنهج: هو الطريقة أو الأسلوب الذي ينتهجه العالم في بحثه أدراسة مشكلته والوصول إلى حلول لها أو إلى بعض النتائج. **(عبد الفتاح محمد العيسوي وآخرون، 1998، ص 12)**

كما يعرف المنهج على أنه الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة واكتشاف الحقيقة والإجابة عن الأسئلة والاستفسارات التي يثيرها موضوع البحث وطبيعته ونوع المشكلة المدروسة والتي تحدد نوع المنهج المتبع بين المناهج المختلفة.

إن مناهج البحث العلمي عديدة ومختلفة وهذا راجع لاختلاف طبيعة الموضوع ومشكلة البحث. **(مرفت علي خفاجة وآخرون، 2002، ص 129)**

- وقد قمنا في دراستنا الحالية باستخدام المنهج العيادي لكونه يتناسب مع طبيعة ومتغيرات الدراسة القائم على دراسة حالة ولأنه يمكننا من الإحاطة الشاملة لتفاصيل الدراسة الدقيقة، فدراسة حالة تتيح لنا جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات وإعطاء صورة دقيقة ومتكاملة عن الشخصية.

ويعرف المنهج العيادي:

المنهج الذي يتجه إلى الدراسة العميقة لحالة الفرد وسلوكه العام حيث يستخدم في دراسة حالة فردية بعينها، كما نقصد بها الدراسة المعمقة للحالات الفردية بصرف النظر عن انتسابها إلى السواء أو المرض. **(محمود شقير، 2002،ص 21)**

- ويقوم هذا المنهج على دراسة حالة باعتبارها الطريقة الأنسب للفهم الشامل للحالة الفردية والحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن المفحوص.

وتعرف دراسة حالة على أنها مصطلح يستخدم للإشارة إلى عملية البيانات وإلى استخدامها إكلينيكيا. **(أحمد سليم النجار، 2008، ص 10)**

ويعرفها لوفيل ولوسون(1986) بأنها كل المعلومات التي تجمع عن الحالة والحالة قد تكون فرد أو أسرة أو جماعة، وهي تحليل دقيق للموقف العام للحالة ومنهجا لتنسيق وتحليل المعلومات التي جمعت عنها. **(نايفة قطامي وآخرون، 1989، ص 40)**

- وقد استخدمنا دراسة حالة من خلال جمع البيانات باستخدام المقابلة نصف الموجهة من أجل معرفة التاريخ المرضي للحالة، ولمعرفة المشكلات الحسية وبعض الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الطفل التوحدي، ثم تطبيق مقياس المشكلات الحسية ومقياس الاضطرابات السلوكية.

2)- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية "مرحلة تجريب الدراسة" بقصد استطلاع إمكانيات التنفيذ، ويقصد بها اختبار مدى سلامة الأدوات المستخدمة في البحث ومدى صلاحيتها.

فالدراسة الاستطلاعية تعد من أهم مراحل البحث العلمي، فعلى أساسها يتعرف الباحث على ميدان الدراسة ويمطن اعتبارها صورة مصغرة للبحث. **(محمد بركات، 1984، ص 73)**

❖ **أهداف الدراسة الاستطلاعية:**

- التعرف على ميدان الدراسة.
- الكشف عن الصعوبات التي يمكن مصادفة الباحث بها في الدراسة.
- التأكد المباشر من مدى استجابة العينة مع أداة الدراسة.
- التدريب على استخدام أداة الدراسة والتأكد من صحتها والمتمثلة في المقابلة، بالإضافة إلى مقياس المشكلات الحسية ومقياس الاضطرابات السلوكية.

في ظل هذه المعلومات توصلنا إلى إمكانية إجراء الدراسة في جمعية التكفل بأطفال التوحد:

- لحصولنا على الموافقة من طرف رئيس الجمعية ومن طرف الأخصائية النفسانية.
- لتوفر الأطفال التوحديين بأعمار مناسبة ومن كلا الجنسين ووجود عينة منهم يعانون من مشكلات حسية كما يعانون من اضطرابات سلوكية.
- الاتفاق بين الباحثتان والأخصائية النفسانية على العمل والالتزام بالمواقيت.

3)- حدود الدراسة:

3-1- الحدود المكانية:

تم إجراء الجانب الميداني لهذه الدراسة بجمعية التحدي للتكفل بأطفال التوحديين بولاية المدية وبمكتب الأخصائية النفسانية.

3-2- الحدود الزمانية:

طبقت هذه الدراسة في شهر فيفري 2019.

3-3- الحدود البشرية:

تكونت عينة الدراسة من 6 حالات (4 ذكور و2 إناث).

4- عينة الدراسة:

يشمل مجتمع الدراسة جميع الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد ويعالجون بمكتب الأخصائية النفسانية من كلا الجنسين وبمختلف الأعمار.

أما عينة الدراسة فنقصد بها الحالات الجزئية التي يتوفر لكل منها الخصائص التي حددها الباحث. **(معطي عبد الحسن، 1999، ص 20)**

وانطلاقا من الدراسة الاستطلاعية تم اختيار عينة البحث بطريقة قصدية إذ اخترنا (6) أطفال توحديين منهم 4 ذكور و 2 إناث، تتراوح أعمارهم مابين (6- 12 سنوات)، والجدول الآتي يوضح خصائص عينة الدراسة:

الاسم	العمر	الجنس	درجة الإعاقة
م- ب	6 سنوات	ذكر	متوسطة
ل- ح	11 سنة	أنثى	متوسطة
ف- ز	7 سنوات	ذكر	متوسطة
ي- م	9 سنوات	ذكر	متوسطة
إ- ج	10 سنوات	أنثى	متوسطة
م- م	12 سنة	ذكر	متوسطة

جدول رقم (01) يوضح لنا خصائص عينة الدراسة

يتبين من الجدول أن العينة ككل ذات درجة متوسطة كما تتميز العينة بوجود (4 ذكور و 2 إناث) ومتوسط عمر يتراوح بين 6 سنوات و 12 سنة.

5- أدوات الدراسة: وقد استخدمنا في دراستنا:

1- المقابلة نصف الموجهة: يعرفها **محمد خليفة بركات** على أنها تلك التي تعتمد على دليل المقابلة والتي ترسم خطتها مسبقا بشيء من التفاصيل ووضع تعليمة يتبعها جميع من

يقوم بالمقابلة وفيها تتحدد الأسئلة، صيغتها، توجيهها، وطريقة إلقائها، حيث يكون في ذلك بعض المرونة بعيدا عن أي تكلفة. **(خليفة بركات، 1984، ص 126)**

والهدف من اختيار المقابلة نصف موجهة هو جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات حول أفراد عينة الدراسة الذين يعانون من مشكلات حسية و اضطرابات سلوكية.

فقد قمنا بالمقابلة مع أم الحالة المصابين بالتوحد حول مجموعة من المحاور والمتمثلة في:

- أسئلة عن البيانات الشخصية للطفل.
- أسئلة عن التاريخ المرضي للحالة والذي يضم كل من (ظروف الحمل والولادة/ التغذية/ التطور الحسي الحركي/ السوابق المرضية/ الوضعية العائلية والاجتماعية والاقتصادية للطفل/ الوضعية السكنية)
- أسئلة خاصة بالمشكلات الحسية والاضطرابات السلوكية.

2- مقياس المشكلات الحسية:

2-1- تعريف:

تم تصميم المقياس من طرف باحث دكتوراه أحمد محمد عبد الفتاح الذي يهدف غلى معرفة مستوى المشكلات الحسية للتوحديين، يتألف من ثمانية أبعاد: البعد الأول يقيس الحركة، البعد الثاني يقيس الإبصار، البعد الثالث التواصل البصري مع الأشخاص والأشياء، البعد الرابع اللمس، البعد الخامس التغذية، البعد السادس الاستماع، البعد السابع الشم، البعد الثامن النوم.

2-2- تصحيح المقياس: يتم تصحيح بنود المقياس وتحديد الدرجات على النحو التالي:

تعطى الدرجة 3 عندما يكون البند يحمل العبارة (كثيرا)، والدرجة 2 عندما يكون البند يحمل العبارة (أحيانا)، والدرجة 1 عندما يكون البند يحمل العبارة (نادرا).

تفسير الدرجات:

- من (117- 195)= اضطراب المعالجة الحسية بدرجة بسيطة.
- من (196- 273)= اضطراب المعالجة الحسية بدرجة متوسطة.
- من (274- 351)= اضطراب المعالجة الحسية بدرجة شديدة.

3- مقياس الاضطرابات السلوكية:

3-1- تعريف:

تم تصميم المقياس من طرف الباحثة خديجة فريحي استنادا من الدراسات السابقة (دراسة عادل عبد الله محمد (2002) ودراسة آمنة عبد الله بطوش (2007))، حيث بلغ عدد الأبعاد ثلاثة أبعاد (الانسحاب الاجتماعي، العناد، النشاط الزائد). الذي يهدف إلى معرفة مستوى سلوك الطفل التوحدي ويتألف من 43 بند (الانسحاب الاجتماعي 19 بند، العناد 11 بند، النشاط الزائد 13 بند)، بحيث يوجد أمام كل منها ثلاث اختيارات (دائما، أحيانا، أبدا)، تحصل على الدرجات (2، 1، 0) درجة، تعني الدرجة المرتفعة زيادة معدل سلوك هذه الاضطرابات لدى الطفل التوحدي بحيث يقل معدل السلوك المضطرب كلما قلت درجته على المقياس.

تصنيف الحالات حسب درجات المقياس:

لتحديد مستوى درجات المقياس تم حساب ما يلي:

بم أن المجموع الكلي للدرجات يساوي 86 درجة من خلال (43 بند في 2 أعلى بديل).

قسمت الدرجة الكلية للمقياس على ثلاث مستويات (3/86)= 28.66.

ومنه كل مجال يحتوي على فرق 28 درجة من خلال ما يلي:

- درجة منخفضة (0- 28).
- درجة متوسطة (29- 57).
- درجة مرتفعة (58- 86).

4-2- طريقة التطبيق:

يطبق المقياس فرديا على أم الحالة أو الأخصائي المتابع لحالة الطفل.

4-3- طريقة التصحيح:

بعد الإجابة على بنود المقياس يتم المجموع الكلي للدرجات المتحصل عليها وبالتالي يكون المجموع الكلي للمقياس 86 نقطة.

تعطى الدرجة 2 عندما يكون البند يحمل العبارة (دائما)، والدرجة 1 عندما يكون البند يحمل العبارة (أحيانا)، والدرجة 0 عندما يكون البند يحمل العبارة (أبدا).

يتم جمع الدرجات المتحصل عليها من خلال الاستجابات المقدمة في المقياس ككل، علما أن الدرجة المرتفعة تعتبر مؤشرا للاضطرابات السلوكية، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى اضطرابات سلوكية منخفضة.

4-4- الصدق والثبات:

تم التحقق من صدق وثبات المقياس من طرف الباحثة خديجة فريحي بعرضه على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم الإجمالي (5). وتم حساب عدة أشكال لصدق وثبات المقياس من التطبيق على ذات عينة الصدق والثبات. وأسفرت نتائج الدراسة على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات وبالتالي يصلح الاستخدام بدرجة عالية من الثقة.

خلاصة:

تقتضي طبيعة الدراسة تحديد منهج يتلاءم معها ويخدمها في تحليل نتائجها، وفي هذه الدراسة قمنا باختيار المنهج العيادي القائم على دراسة حالة باعتباره ملائما لطبيعة الموضوع ومتغيرات الدراسة لأنه يمكننا الإحاطة الشاملة لتفاصيل الدراسة فدراسة حالة تتيح لنا جمع أكبر قدر من المعلومات والبيانات، فالمنهج العيادي يتجه إلى الدراسة المعمقة لحالة الفرد وسلوكه العام، كما تطرقنا في هذا الفصل إلى الدراسة الاستطلاعية وحدود الدراسة (المكانية- الزمانية- البشرية) وكذلك إلى الأدوات المستعملة (المقابلة- المقاييس النفسية).

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

تمهيد

1- منهج الدراسة

2- الدراسة الاستطلاعية

3- حدود الدراسة

4- عينة الدراسة

5- أدوات الدراسة

خلاصة

الفصل السادس: عرض الحالات

1- عرض الحالات.

2- الاستنتاج العام.

1)- عرض الحالات:

عرض الحالة الأولى:

1/ تقديم الحالة:

- الاسم: (م- ب)
- الجنس: ذكر
- السن: 06 سنوات
- شدة الإعاقة: متوسطة

2/ تاريخ الحالة:

1/2 ظروف الحمل وما بعد الولادة: مدى تقبل الأم للحمل: عادي.

- ظروف الحمل من ناحية الصحة الجسمية: كانت عادية.
- ظروف الحمل من ناحية الصحة النفسية: علاقة توتر مع الزوج وظروف غير مستقرة بينها وبين أهل الزوج.
- تاريخ الولادة: في وقتها.
- نوع الولادة: عادية.
- المكوث في المستشفى: ليلة واحدة.
- مدى تقبل مظهر الطفل: عادي.

2/2 التغذية- الرضاعة: طبيعية.

الفطام: كان بعد عامين.

3/2 التطور الحسي الحركي:

- الابتسامة الأولى: 5 أشهر.
- التحكم أو شد الرأس: 7 أشهر.
- الانقلاب: 7 أشهر.
- وضعية الجلوس: 11 شهر.
- الزحف أو الحبو: لم يلاحظ عليه.
- المشي: 21 شهر.

يلاحظ أن هناك تأخر حسي حركي.

4/2 السوابق المرضية الشخصية:

- أمراض جسمية: لا توجد.
- عمليات جراحية: لا توجد.
- الختان: 3 سنوات.
- اضطرابات سلوكية: الضحك بلا سبب- الصراخ عند الغضب- نظراته تبدو غريبة.
- اضطرابات في التواصل: عدم الاستجابة لمناداته- لا ينظر مع من يحادثه.

5/2 السوابق المرضية العائلية: لا توجد.

الوضعية العائلية والاجتماعية والاقتصادية للطفل:

- سن الوالدين: - الأب: 55 سنة. - الأم: 50 سنة.
- الوضعية المهنية للوالدين: - الأب: موظف. - الأم: معلمة.

الوضعية العائلية:

- عدد الأخوة: 3. - مرتبة الطفل بين أخوته: الثاني.
- علاقة الطفل بعائلته: - مع الأم: جيدة/ مع الأب: جيدة/ مع الإخوة: حسنة.
- الأسرة: ممتدة.

6/2 تشخيص الحالة:

شخصت الحالة (م- ب) من طرف الفرقة الطبية والنفسية لمستشفى الطب العقلي للأطفال - دريد حسين- بالعاصمة في سن 4 سنوات.

3- تحليل المقابلة النصف موجهة مع الأم:

كان حمل الأم للطفل (م- ب) عادية ومدة الحمل 9 أشهر، علاقة متوترة بين الزوجين

مرت الأم بظروف غير مستقرة نظرا للخلافات التي كانت بينها وبين أهل الزوج، أما من الناحية الصحية كانت عادية تمت الولادة في المستشفى، ومكثت ليلة واحدة، وكان تقبل الطفل، كانت الرضاعة عادية والفطام بعد عامين.

وفيما يخص التطور الحسي الحركي فإن الحالة (م- ب) فقد ابتسم في الشهر الخامس والتحكم في الرأس كان في الشهر السابع، والانقلاب في الشهر السابع، ووضعية الجلوس في الحادي عشر شهرا، والحبو لم يلاحظ عليه، والمشي في 21 شهر تأخر بسبب نقص فيتامينD.

تقول الأم: بدأت ملاحظتها للأعراض غير العادية (لا ينظر عندما أتكلم معه- عدم الاستجابة لمناداته باسمه معتقدة بأن لديه مشكل في السمع- الضحك بلا سبب- الصراخ عند الغضب- مشاهدة التلفاز)، وبعد مرور العامين بدأت هذه الأعراض تقلقها ففكرت بأخذ طفلها للفحص والاستشارة النفسية وتم التشخيص في 4 سنوات من طرف مستشفى الطب العقلي للأطفال- دريد حسين- بالعاصمة. لكن لم يطرأ عليه أي تحسن، فالأم مستعدة لكي تساعد ابنها قدر المستطاع، فهي تعتقد بأن ابنها لن يعيش حياة عادية مثل أقرانه، كما أنها تدعو له بالشفاء.

من خلال مقابلتنا مع الطفل لاحظنا أن الطفل يعاني من مشاكل حركية من خلال المشي المترنخ، ويبدي نشاطا مفرطا في الحركة فيميل بسرعة من نشاط وينتقل إلى نشاط آخر إضافة إلى حركات نمطية كهز الرأس والتلويح باليدين كما أنه لا يستجيب للمناداة حتى بعد التكرار ورفع الصوت وعند التكلم معه لا ينظر مع من يحادثه، كما أن نظراته تبدو غير عادية.

نستخلص من خلال تحليل المقابلة – نصف الموجهة– مع الأم بأن الطفل (م– ب) يعاني من تأخر حسي حركي وظهر ذلك في تأخر المشي 21 شهر، واضطرابات سلوكية المتمثلة في الحركات النمطية– نشاط مفرط.

4– عرض وتحليل نتائج مقياس المشكلات الحسية للحالة الأولى:

الأبعاد	الدرجة	المستوى
1– الحركة	56	متوسط
2– الإبصار	31	منخفض
3– التواصل البصري	20	منخفض
4– اللمس	50	متوسط
5– التغذية	29	منخفض
6– الاستماع	25	منخفض
7– الشم	15	منخفض
8– النوم	10	منخفض
الدرجة الكلية	236	متوسطة

جدول رقم (02) يوضح نتائج مقياس المشكلات الحسية.

من خلال النتائج المحصل عليها بعد تطبيق مقياس المشكلات الحسية الموضحة في الجدول أعلاه- نلاحظ أن الحالة (م- ب) تحصل على درجة بلغت (236) درجة وهي تعبر عن مستوي متوسط في المشكلات الحسية قد ظهر ذلك في معظم الأبعاد التالية:

1- الحركة: تحصل الطفل على (56) درجة وهي تعبر عن مستوى متوسط والمتمثلة في البنود (يجد صعوبة في الاستمرار في الجلوس فترة طويلة، يخاف إذا رفعت قدميه عن الأرض، يحب الحركة الكثيرة، فمثلا يقف يتحرك ويجلس باستمرار).

2- الإبصار: تحصل الطفل على (31) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (يحب إضاءة النور وإطفاءه، يحب تتبع الظل أو مشاهدة الأشياء تدور أو الأضواء المنعكسة، يجد صعوبة في نقل تركيزه من شيء لآخر).

3- التواصل البصري: تحصل الطفل على (20) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (يستخدم سلوكيات التنبيه الذاتي بشكل رئيسي مثل رفرفة اليدين، تحول عينيه عند النظر إلى الأشخاص أو الأشياء).

4- اللمس: تحصل الطفل على (50) درجة وهي تعبر عن مستوى متوسط والمتمثلة في البنود (يكره الفوضى أو التشويش، لا يحب قبضات اليد أو إمساك شخص بالغ له من يده، يجد صعوبة في تحمل التغيرات في درجات الحرارة).

5- التغذية: تحصل الطفل على (29) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (يفضل الأطعمة المقطعة لأجزاء صغيرة، يحب وضع الأشياء في الفم لفترة طويلة، يتردد كثيرا عند تجريب أطعمة جديدة).

6- الاستماع: تحصل الطفل على (25) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (يصرخ عند سماع أصوات عالية، يكره الأماكن الصاخبة مثل الملاعب، يتصرف انتباهه بسهولة بفعل الضوضاء).

7- الشم: تحصل الطفل على (15) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (ينزعج حينما يتم طهي الطعام، يبدو غير قادر على شم الروائح القوية، يحب رائحة منتجات التنظيف).

8- النوم: تحصل الطفل على (10) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (يفضل أن ينام مع والديه، ينام في أماكن غير معتادة).

ومن خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن الحالة (م- ب) له قصور أو مشكلات في المعالجة الحسية بدرجة متوسطة.

وبهذا يمكن القول بأن الطفل التوحدي يعاني من مشكلات حسية.

5- عرض وتحليل نتائج مقياس الاضطرابات السلوكية للحالة الأولى:

البعد	الدرجة الكلية للبعد	المستوى
الانسحاب الاجتماعي	35	مرتفع
العناد	17	متوسط
النشاط الزائد	09	منخفض
المجموع	61	مرتفعة

جدول رقم (03) يوضح نتائج مقياس الاضطرابات السلوكية.

من خلال النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن الحالة لديه بعض الاضطرابات السلوكية بدرجة مرتفعة تقدر ب 61 درجة جاء في المرتبة الأولى الانسحاب الاجتماعي بدرجة 35 والمتمثلة في البنود التي تقيس الانسحاب من المواقف الاجتماعية (لا يرغب في تكوين صداقات مع الآخرين، يشعر بالارتباك عندما يقبل عليه أقرانه، عندما يتحدث أحد أقرانه معه فإنه يتركه ويذهب بعيدا

عنه، يرفض تلبية مبادرات الآخرين، يشعر بالارتباك عندما يقدم عليه أقرانه، عندما يتحدث أحد أقرانه معه فإنه يتركه ويذهب بعيدا عنه، يرفض تلبية مبادرات الآخرين للعب معهم يميل إلى اللعب بمفرده بمعزل عن الآخرين، عند وجوده مع أقرانه تبدو عليه أعراض اللامبالاة، ينسحب من أنشطة الجماعة ويرفض الاستمرار فيها، يتجنب مسايرة أقرانه والتواجد معهم). والبنود التي تقيس الانسحاب من التفاعلات بصورها المختلفة (يقضي معظم الوقت وحيدا، يتجنب تقريبا كل أشكال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين). وفي المرتبة الثانية العناد بدرجة 17 والمتمثلة في البنود التي تقيس مظاهر العناد (رفض الأوامر، عدم تقبل رفض طلباته، التفرد في الرأي) وأقل درجة متمثلة في النشاط الزائد بدرجة 09، هذا ما يدل على أن الحالة يظهر لديه الانسحاب الاجتماعي والعناد بشكل واضح.

6- ملخص الحالة:

الحالة (م- ب) طفل يبلغ من العمر 6 سنوات من جنس ذكر مصاب بالتوحد من الدرجة المتوسطة، تم تشخيصه من طرف الفرقة الطبية والنفسية لمستشفى الطب العقلي للأطفال بدريد حسين بالعاصمة.

من خلال تحليلنا للمقابلة- نصف الموجهة- مع الأم تبين أن للطفل له تاريخ مرضي متمثل في تأخر في النمو الحسي الحركي، وظهر ذلك في كل من تأخر في الجلوس والتأخر الواضح في المشي، وكثرة النشاط والمشي المترنخ.

ومن خلال مقياس المشكلات الحسية. أظهرت النتائج أن الطفل يعاني من مشكلات حسية حيث حصل الطفل على درجة كلية بلغت (236) درجة، وهذه الدرجة تعبر عن مستوى متوسط في المشكلات الحسية، وبهذا يمكننا القول بأن فرضية البحث الأولى القائلة أن الطفل التوحدي يعاني من مشكلات حسية قد تحققت جزئيا كما أظهرت النتائج أن الطفل يعاني من اضطرابات سلوكية، حيث حصل الطفل على درجة كلية بلغت (61) درجة، وهذه

الدرجة تعبر عن مستوى مرتفع في الاضطرابات السلوكية مما يؤكد تحقق الفرضية الثانية وهي أن الطفل التوحدي يعاني من اضطرابات سلوكية.

عرض الحالة الثانية:

1- تقديم الحالة:

- الاسم: (ل- ح).
- الجنس: أنثى.
- السن: 11 سنة.
- شدة الإعاقة: متوسطة.

2- تاريخ الحالة:

1/2 ظروف الحمل وما بعد الولادة: مدى تقبل الأم للحمل: عادي.

- ظروف الحمل من ناحية الصحة الجسمية: كانت عادية.
- ظروف الحمل من ناحية الصحة النفسية: بعض الخلافات مع الزوج.
- تاريخ الولادة: في وقتها.
- نوع الولادة: عادية.
- المكوث في المستشفى: ليلة واحدة.
- مدى تقبل مظهر الطفل: عادي.

2/2 التغذية- الرضاعة: طبيعية.

الفطام: بعد سنة ونصف.

3/2 التطور الحسي الحركي:

- الابتسامة الأولى: 4 أشهر.
- التحكم أو شد الرأس: 8 أشهر.
- الانقلاب: 6 أشهر.
- وضعية الجلوس: 11 شهر.
- الزحف أو الحبو: 15 شهر.
- المشي: 22 شهر.
- يلاحظ تأخر حسي حركي.

4/2 السوابق المرضية الشخصية:

- أمراض جسمية: لا توجد.
- عمليات جراحية: لا توجد.
- اضطرابات في النوم: لديها صعوبة في النوم– تفضل أن تنام مع أهلها.
- اضطرابات في التواصل البصري: تغطية عينيها– تقريب رأسها لرؤية الأشياء.
- اضطرابات سلوكية المتمثلة في: اللعب لوحدها، حركات نمطية، الصراخ، تقوم بعض يدها.
- اضطراب في النطق وتأخر في اللغة.

5/2 السوابق المرضية العائلية: لا توجد.

- الوضعية العائلية والاجتماعية والاقتصادية للطفل:
- سن الوالدين: – الأب: 50 سنة. – الأم: 43 سنة.
- الوضعية المهنية للوالدين: – الأب: عامل يومي. – الأم: ماكثة بالبيت.
- الوضعية العائلية:
- عدد الأخوة: أخت واحدة. – مرتبة الطفل بين أخوته: الأخيرة.
- علاقة الطفلة بعائلتها: – مع الأم: وطيدة/ مع الأب: جيدة/ مع الأخت: عادية.
- الأسرة: ممتدة.

6/2 تشخيص الحالة:

شخصت الحالة (ل– ح) من طرف البيدو بسكياتر في سن 6 سنوات.

3- تحليل المقابلة النصف موجهة مع الأم:

كان حمل الأم للطفلة (ل- ح) عاديا ومدة الحمل 9 أشهر، خلافات مع الزوج، أما من الناحية الصحية كانت عادية تمت الولادة في المستشفى، ومكثت ليلة واحدة، وكان تقبل مظهر الطفل عاديا، كانت الرضاعة عادية والفطام بعد سنة ونصف.

وفيما يخص التطور الحسي الحركي فإن الحالة (ل- ح) فقد ابتسمت في الشهر الرابع والتحكم في الرأس كان في الشهر الثامن، والانقلاب في الشهر السادس، ووضعية الجلوس في الحادي عشر شهرا، والحبو في الشهر الخامس عشر، والمشي في 22 شهرا.

تقول الأم بدأت ملاحظتها للأعراض غير العادية (الصراخ وعض يدها، ورفض الغرباء عن طريق إغماض عينها، فتقوم بمشاهدة التلفاز وترفض إطفاءه، ونشاط مفرط كما أنها تتجنب اللعب مع أختها).

بعد ثلاث سنوات بدأ الأمر يقلقها ففكرت بأخذها للفحص والاستشارة النفسية حيث تم التشخيص من طرف البيدو بسكياتر، فالأم لم تتقبل الأمر في البداية أن ابنتها مصابة بالتوحد فهي فاقدة الأمل في الشفاء، فهي تشعر بالذنب لأنها تأخرت عن علاجها.

من خلال مقابلتنا مع الطفلة لاحظنا أن الطفلة تعاني من مشاكل حركية من خلال الحركات النمطية كالتصفيق المتكرر، عند التكلم معها تضع يدها على عينها، كما أنها تعاني من تأخر كلامي واضح يظهر عليه الصراخ، تكون نظرتها دائما نحو الأسفل.

نستخلص من خلال تحليل المقابلة- نصف الموجهة- مع الأم بأن الطفلة (ل- ح) تعاني من تأخر حسي حركي وظهر ذلك من خلال التأخر الحبو في 15 شهر والمشي في 22 شهر، إضافة إلى اضطرابات سلوكية المتمثلة في النشاط الزائد، الحركات النمطية، الصراخ وعض يدها.

4- عرض وتحليل نتائج مقياس المشكلات الحسية للحالة الثانية:

الأبعاد	الدرجة	المستوى
1- الحركة	48	متوسط
2- الإبصار	35	منخفض
3- التواصل البصري	45	متوسط
4- اللمس	55	متوسط
5- التغذية	30	منخفض
6- الاستماع	30	منخفض
7- الشم	26	منخفض
8- النوم	11	منخفض
الدرجة الكلية	280	مرتفعة

جدول رقم (04) يوضح نتائج مقياس المشكلات الحسية.

من خلال النتائج المحصل عليها بعد تطبيق مقياس المشكلات الحسية الموضحة في الجدول أعلاه- نلاحظ أن الحالة (ل- ح) تحصلت على درجة بلغت (280) درجة وهي تعبر عن مستوى مرتفع في المشكلات الحسية وقد ظهر ذلك في معظم الأبعاد التالية:

1- الحركة: تحصلت الطفلة على (48) درجة وهي تعبر عن مستوى متوسط والمتمثلة في البنود (يبدو قلقا إذا تحرك فجأة أو غير اتجاه حركته، يتجنب أنشطة التوازن، يكره العنف وألعاب القفز).

2- الإبصار: تحصلت الطفلة على (35) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (لا يحب ألوان معينة أو يفضل لون محدد، يحب مشاهدة الماء(يتقاطر أو يجري)، لديه صعوبة في توصيل وتصنيف الأشياء).

3- التواصل البصري: تحصلت الطفلة على (45) درجة وهي تعبر عن مستوى متوسط والمتمثلة في البنود (لا يهتم بالألعاب، يقري رأسه جدا من الأشياء لرؤيتها، يهدف في الفضاء أو الفراغ).

4- اللمس: تحصلت الطفلة على (55) درجة وهي تعبر عن مستوى متوسط والمتمثلة في البنود (يضغط أكثر أو أقل من اللازم عندما يمسك الأشياء، يحب العناق أو الضغط بشدة، يسقط دائما على الأرض).

5- التغذية: تحصلت الطفلة على (30) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (يأكل فقط مجموعة صغيرة من الأطعمة، التقيؤ عند الطعام، يعض نفسه، يحب وضع الأشياء في الفم لفترة طويلة).

6- الاستماع: تحصلت الطفلة على (30) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (لا يظهر أي استجابة للضوضاء أو الكلام، يضع أصابعه في أذنيه أو يغطي أذنيه، يصرخ عندما يسمع أصوات عالية).

7- الشم: تحصلت الطفلة على (26) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (يتقرب دائما من الأشخاص أو الأشياء لشمها، يكره معجون الأسنان، يحب استنشاق الأشياء أو الأشخاص أو الأطعمة).

8- النوم: تحصلت الطفلة على (11) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (لديه صعوبة في النوم، ينام مرتدي ملابس محددة، يفضل أن ينام مع والديه).

ومن خلال النتائج المحصل عليها نستنتج أن الحالة (ل- ح) لها قصور أو مشكلات في المعالجة الحسية بدرجة مرتفعة.

وبهذا يمكن القول بأن الطفل التوحدي يعاني من مشكلات حسية.

5- عرض وتحليل نتائج مقياس الاضطرابات السلوكية للحالة الثانية:

البعد	الدرجة الكلية للبعد	المستوى
الانسحاب الاجتماعي	18	متوسطة
العناد	17	متوسطة
النشاط الزائد	28	مرتفعة
المجموع	63	مرتفعة

جدول رقم (05) يوضح نتائج مقياس الاضطرابات السلوكية.

من خلال النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن الحالة لديه بعض الاضطرابات السلوكية بدرجة مرتفعة تقدر ب 63 درجة وجاء في المرتبة الأولى الانسحاب الاجتماعي بدرجة 18 والمتمثلة في البنود التالية (يبتعد عن أي شخص يحاول الاقتراب منه، يرفض تلبية مبادرات الآخرين للعب معهم، يميل إلى اللعب بمفرده بمعزل عن الآخرين، يتجنب مسايرة أقرانه والتواجد معهم).

وفي المرتبة الثانية العناد بدرجة 17 (يتفرد في رأيه، يغضب لأتفه الأسباب مع احتجاجه، لا يتقبل رفض طلباته) والدرجة المرتفعة تقدر ب 28 درجة في النشاط الزائد تظهر في (يصدر أصوات غير مفهومة، يقحم نفسه في نشاطات الآخرين، يضحك بطريقة غير ملائمة).

وهذا ما يدل على أن الحالة تظهر لديه اضطرابات سلوكية بدرجة مرتفعة، بصفة ظاهرة في النشاط الزائد.

6- ملخص الحالة:

الحالة (ل- ح) طفلة تبلغ من العمر 11 سنة من جنس أنثى، مصابة بالتوحد من الدرجة المتوسطة تم تشخيصه من طرف البيدو بسكياتر.

من خلال تحليلنا للمقابلة- نصف الموجهة- مع الأم تبين أن للطفلة لها تاريخ مرضي المتمثل في تأخر في النمو الحسي الحركي، وظهر ذلك في كل من تأخر في الحبو أو الزحف، والتأخر واضح في المشي وحركات نمطية ونشاط زائد.

ومن خلال مقياس المشكلات الحسية، أظهرت النتائج أن الطفلة تعاني من مشكلات حسية حيث حصلت الطفلة على درجة كلية بلغت (280) درجة، وهذه الدرجة تعبر عن مستوى مرتفع في المشكلات الحسية وبهذا يمكننا القول بأن فرضية البحث الأولى القائلة أن الطفل المصاب بالتوحد يعاني من مشكلات حسية قد تحققت.

كما أظهرت النتائج أن الطفلة تعاني من اضطرابات سلوكية، حيث حصلت الطفلة على درجة كلية بلغت (63) درجة، وهذه الدرجة تعبر عن مستوى مرتفع في الاضطرابات السلوكية مما يؤكد تحقق الفرضية الثانية وهي أن الطفل التوحدي يعاني من اضطرابات سلوكية.

عرض الحالة الثالثة:

1- تقديم الحالة:

- الاسم: (ف- ز).
- الجنس: ذكر.
- السن: 7 سنوات.
- شدة الإعاقة: متوسطة.

2- تاريخ الحالة:

1/2 ظروف الحمل وما بعد الولادة: مدى تقبل الأم للحمل: مرغوب فيه.

- ظروف الحمل من ناحية الصحة الجسمية: كانت عادية.
- ظروف الحمل من ناحية الصحة النفسية: كانت في ظروف غامضة نوعا ما (حزن قلق مع أهل الزوج).
- تاريخ الولادة: في وقتها.
- نوع الولادة: عادية.
- المكوث في المستشفى: يومين.
- مدى تقبل مظهر الطفل: عادي.

2/2 التغذية – الرضاعة: طبيعية في الشهر الأول ثم لجأت إلى الرضاعة الاصطناعية.

3/2 التطور الحسي الحركي:

- الابتسامة الأولى: 5 أشهر.
- التحكم أو شد الرأس: 5 أشهر.
- الانقلاب: 4 أشهر.
- وضعية الجلوس: 10 أشهر.
- الزحف أو الحبو: 7 أشهر.
- المشي: 15 شهر.

4/2 السوابق المرضية الشخصية:

- أمراض جسمية: لا توجد.
- عمليات جراحية: لا توجد.
- الختان: 6 سنوات.
- اضطرابات سلوكية: الجلوس في الزاوية، الدوران، انهيار عصبي، حركات نمطية الصراخ أحيانا بدون سبب.
- اضطراب في التواصل: عدم الاستجابة لمناداته، لا ينظر مع من يحادثه.

5/2 السوابق المرضية العائلية: لا توجد.

- الوضعية العائلية والاجتماعية والاقتصادية للطفل:
- سن الوالدين: – الأب: 40 سنة. – الأم: 35 سنة.
- الوضعية المهنية للوالدين: – الأب: عامل يومي. – الأم: ربة بيت.
- الوضعية العائلية:
- عدد الأخوة: أخت واحدة. – مرتبة الطفل بين أخوته: الطفل الأكبر.
- علاقة الطفل بعائلته: – مع الأم: جيدة/ مع الأب: جيدة/ مع أخته: حسنة.
- الأسرة: نووية.

6/2 تشخيص الحالة:

شخصت الحالة (ف– ز) من طرف أخصائية نفسانية في سن 4 سنوات.

3– تحليل المقابلة النصف موجهة مع الأم:

كان حمل الأم للطفل (ف– ز) عاديا ومدة الحمل 9 أشهر، علاقة حزن وتوتر ومشاكل مع أهل الزوج، مرت الأم بظروف غير مستقرة نظرا للمشاكل التي كانت تحدث بينها وبين أهل

الزوج، أما من الناحية الصحية كانت عادية تمت الولادة في المستشفى ومكثت يومين وكانت تقبل مظهر الطفل والرضاعة في ظروف غامضة ومشاكل، والفطام كان في الأشهر الأولى من عمر الطفل.

وفيما يخص التطور الحسي الحركي فإن الحالة (ف– ز) فقد ابتسم في الشهر الخامس والتحكم في الرأس كان في الشهر الخامس، والانقلاب لم يلاحظ عليه، ووضعية الجلوس في الشهر العاشر، والحبو في الشهر السابع، والمشي في 15 شهر.

تقول الأم بدأت ملاحظتها للسلوكيات غير العادية وغير المشابهة لأخته في عمر العامين ونصف، نظرا لتأخر الكلام لحد الآن لا يتكلم، من بين السلوكيات الظاهرة (الجلوس في الزاوية لوحده، يقوم بترتيب الأحذية، الدوران، حركات نمطية، انهيار عصبي، الصراخ أحيانا بدون سبب، عدم الاستجابة لمناداته، سماعه للموسيقى بكثرة، عدم إمساك القلم جيدا، عدم الأكل ولديه أطعمة مفضلة يحب تناولها، فرط في الحركة، اندفاعي ومتهور، لا يحب العنف أو ضرب شخص آخر، كما أنه يقوم بتغطية الأذنين باليدين، ويضع كل الأطعمة في الفم).

4- عرض وتحليل نتائج مقياس المشكلات الحسية للحالة الثالثة:

الأبعاد	الدرجة	المستوى
1- الحركة	45	منخفض
2- الإبصار	30	منخفض
3- التواصل البصري	20	منخفض
4- اللمس	33	منخفض
5- التغذية	30	منخفض
6- الاستماع	50	متوسط
7- الشم	12	منخفض
8- النوم	7	منخفض
الدرجة الكلية	227	متوسطة

جدول رقم (06) يوضح نتائج مقياس المشكلات الحسية.

من خلال النتائج المحصل عليها بعد تطبيق مقياس المشكلات الحسية الموضحة في الجدول أعلاه- نلاحظ أن الحالة (ف- ز) تحصل على درجة بلغت (227) درجة وهي تعبر عن مستوى متوسط في المشكلات الحسية وقد ظهر ذلك في معظم الأبعاد التالية:

1- الحركة: تحصل الطفل على (45) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (يتجنب استخدام أدوات اللعب مثل الأرجوحة والمزلجة، يحب الحركة الكثيرة. فمثلا يقف ويجلس ويتحرك باستمرار، يدور حول نفسه ولا يشعر أبدا بالدوار، يبدو متحمسا في الغرفة المليئة بالحركة).

2- الإبصار: تحصل الطفل على (30) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في لبنود (يبدو حساسا في تغيرات الإضاءة، لا يحب النظر إلى التلفزيون أو الكمبيوتر، يحب مشاهدة الماء(يتقاطر أو يجري)).

3- التواصل البصري: تحصل الطفل على (20) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (لا يهتم بالألعاب، يحدق في الفضاء أو الفراغ، يقرب رأسه جدا من الأشياء ورؤيتها).

4- اللمس: تحصل الطفل على (33) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (يتجنب أن تكون قدميه حافيتين، يرفض ارتداء الأحذية والجوارب، يصبح مستاء عندما يغسل شعره أو يمشطه).

5- التغذية: تحصل على (30) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (يفضل الأطعمة المقطعة لأجزاء صغيرة، لا يمضغ الطعام، يتردد كثيرا عند تجريب أطعمة جديدة).

6- الاستماع: تحصل الطفل على (50) درجة وهي درجة تعبر عن مستوى متوسط والمتمثلة في البنود (لا يظهر أي استجابة للضوضاء أو الكلام، يستمتع بالأصوات مرارا وتكرارا، مثل تدفق مياه الحمام، لديه حاسة سمع قوية فيمكنه سماع أصوات لا يمكننا سماعها).

7- الشم: تحصل الطفل على (12) درجة وهي درجة تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (يحب استنشاق الأشياء أو الأشخاص أو الأطعمة، يقترب دائما من الأشخاص أو الأشياء ليشمها).

8- النوم: تحصل الطفل على (7) درجات وهي درجة تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (ينام مرتديا، يفضل أن ينام مع والديه).

ومن خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن الحالة (ف- ز) لها قصور أو مشكلات في المعالجة الحسية بدرجة متوسطة.

وبهذا يمكن القول بأن الطفل التوحدي يعاني من مشكلات حسية.

5- عرض وتحليل نتائج مقياس الاضطرابات السلوكية للحالة الثالثة:

البعد	الدرجة الكلية للبعد	المستوى
الانسحاب الاجتماعي	35	مرتفع
العناد	10	منخفض
النشاط الزائد	7	منخفض
المجموع	52	مرتفعة

جدول رقم (07) يوضح نتائج مقياس الاضطرابات السلوكية.

من خلال النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن الحالة لديه بعض الاضطرابات السلوكية بدرجة مرتفعة تقدر 52 درجة وجاء في المرتبة الأولى الانسحاب الاجتماعي بدرجة 30 والمتمثلة في البنود التي تقيس الانسحاب من المواقف الاجتماعية (لا يرغب في تكوين صداقات مع الآخرين، يميل إلى اللعب بمفرده بمعزل عن الآخرين، يرفض تلبية مبادرات الآخرين للعب معهم، ينسحب من أنشطة الجماعة، يرفض الاستمرار فيها). وفي المرتبة الثانية العناد بدرجة 10 والمتمثلة في البنود التي تقيس مظاهر العناد (عدم تقبل رفض طلباته، التفرد في الرأي) وأقل درجة متمثلة في النشاط الزائد بدرجة 7. وهذا ما يدل على أن الحالة يظهر لديه الانسحاب الاجتماعي، والعناد بشكل واضح.

6- ملخص الحالة: الحالة (ف- ز) طفل يبلغ من العمر 7 سنوات من جنس ذكر مصاب بالتوحد تشخيصه من طرف الأخصائية النفسانية بولاية المدية.

من خلال تحليلنا للمقابلة – نصف الموجهة- مع الأم تبين أن للطفل له تاريخ مرضي متمثل في تأخر النمو الحسي الحركي، وظهر ذلك في كل من تأخر في المشي وتأخر واضح في الجلوس وكثرة الحركة.

ومن خلال مقياس المشكلات الحسية أظهرت النتائج أن الطفل تحصل على درجة كلية بلغت (227) درجة وهذه الدرجة تعبر عن مستوى متوسط في المشكلات الحسية وبهذا يمكننا القول بأن فرضية البحث الأولى القائلة أن الطفل التوحدي يعاني من مشكلات حسية قد تحققت جزئيا.

كما أظهرت النتائج أن الطفل يعاني من اضطرابات سلوكية حيث حصل الطفل على (52) درجة، وهذه الدرجة تعبر عن مستوى مرتفع في الاضطرابات السلوكية مما يؤكد تحقق الفرضية الثانية وهي أن الطفل التوحدي يعاني من اضطرابات سلوكية.

عرض الحالة الرابعة:

1- تقديم الحالة:

- الاسم: (ي_ م).
- الجنس: أنثى.
- السن: 9 سنوات.
- شدة الإعاقة: متوسطة.

2- تاريخ الحالة:

1/2 ظروف الحمل وما بعد الولادة: مدى تقبل الأم للحمل: غير مرغوب فيه.

- ظروف الحمل من ناحية الصحة الجسمية: ارتفاع ضغط الدم في الشهر السابع.
- ظروف الحمل من ناحية الصحة النفسية: مشاكل مع أهل الزوج.
- تاريخ الولادة: في الشهر الثامن.
- نوع الولادة: عادية.
- المكوث في المستشفى: أسبوعين.
- مدى تقبل مظهر الطفل: عادي.

2/2 التغذية- الرضاعة: طبيعية.

- الفطام: بعد 8 أشهر.

3/2 التطور الحسي الحركي:

- الابتسامة الأولى: 5 أشهر.
- التحكم أو شد الرأس: 9 أشهر.

- الانقلاب: 7 أشهر. - وضعية الجلوس: 12 شهر.

- الزحف أو الحبو: 16 شهر. - المشي: 21 شهر.

- يلاحظ تأخر حسي حركي.

4/2 السوابق المرضية الشخصية:

- أمراض جسمية: نقص الأكسجين في الرأس.

- عمليات جراحية: لا توجد.

- الختان: 3 سنوات.

- اضطرابات سلوكية: مص الأصبع- التلويح باليدين- طأطأة الرأس.

- اضطرابات في التواصل الاجتماعي: عند المناداة لا يستجيب ولا يفهم.

- اضطرابات في النمو اللغوي: غياب اللغة التعبيرية والتواصلية.

5/2 السوابق المرضية العائلية: إصابة الأم بتخثر الدم مما أدى إلى الإجهاض في السنوات الأولى من زواجها.

- **الوضعية العائلية والاجتماعية والاقتصادية للطفل:**

- سن الوالدين: - الأب: 50 سنة. - الأم: 42 سنة.

- الوضعية المهنية للوالدين: - الأب: عامل يومي. - الأم: ربة بيت.

- الوضعية العائلية:

- عدد الأخوة: 2 - مرتبة الطفل بين أخوته: آخر عنقود العائلة.

- علاقة الطفل بعائلته: - مع الأم: جيدة/ مع الأب: جيدة/ مع الأخوة: حسنة.

- الأسرة: نووية

6/2 تشخيص الحالة:

شخصت الحالة (ي- م) من طرف أخصائي نفسي في أحد المستشفيات العمومية بولاية المدية في سن 4 سنوات.

3- تحليل المقابلة النصف موجهة مع الأم:

كان حمل الأم للطفل (ي- م) غير مرغوب فيه ومدة الحمل 8 أشهر، تميزت فترة حملها بمشاكل مع أهل الزوج، أما من الناحية الصحية فأصيبت بارتفاع ضغط الدم في الشهر السابع، تمت الولادة في المصلحة الاستشفائية ومكثت أسبوعين لنقص الأكسجين في الرأس كانت الرضاعة عادية والفطام بعد 8 أشهر.

وفيما يخص التطور الحسي الحركي فغن الحالة (ي- م) فقد ابتسم في الشهر الخامس والتحكم في الرأس في الشهر التاسع، والانقلاب في الشهر السابع، ووضعية الجلوس في الشهر الثاني عشر، والحبو في الشهر السادس، والمشي في 21 شهر.

فتقول الأم: بدأت ملاحظتها للأعراض غير الطبيعية (العناد، طأطأة الرأس وهزه من حين لآخر، مص الأصبع، صعوبة في طريقة الجلوس، حركات نمطية، إيماءات الوجه، التلويح باليدين، البكاء بلا سبب).

أما عن العلاقات والاتصالات الاجتماعية فهي ضعيفة فالطفل له قصور في التفاعلات الاجتماعية ولا يتواصل مع الآخرين ولا يلعب مع أقرانه وإخوته، وبعد مرور 3 سنوات بدأت هده السلوكيات تقلقها ففكرت بأخذه للطبيب حيث تم تشخيصه في عمر 4 سنوات من قبل الأخصائي النفسي بولاية المدية في أحد المستشفيات العمومية، فتمت متابعته لكنه لم يلقى تحسن كبير، فتقول الأم أحاول قدر المستطاع مساعدته على التواصل وأتعامل معه بصبر فأنا أساعده قدر الإمكان، الأم تعتقد بأن حالة ابنها ستكون صعبة في المستقبل، فأمنيتي شفاء ابني بإذن الله وأن يكون مثل أقرانه.

ومن خلال مقابلتنا مع الطفل لاحظنا أن الطفل يعاني من مشاكل حركية من خلال الحركات النمطية (التلويح باليدين- إيماءات الوجه).

4- عرض وتحليل نتائج مقياس المشكلات الحسية للحالة الرابعة:

الأبعاد	الدرجة	المستوى
الحركة	58	متوسطة
الإبصار	38	منخفض
التواصل البصري	30	منخفض
اللمس	57	متوسط
التغذية	30	منخفض
الاستماع	28	منخفض
الشم	24	منخفض
النوم	11	منخفض
الدرجة الكلية	276	مرتفعة

جدول رقم (08) يوضح نتائج مقياس المشكلات الحسية.

من خلال النتائج المحصل عليها بعد تطبيق مقياس المشكلات الحسية الموضحة في الجدول أعلاه- نلاحظ أن الحالة (ي- م) تحصل على درجة بلغت (276) درجة وهي تعبر عن مستوى مرتفع في المشكلات الحسية وقد ظهر ذلك في معظم الأبعاد التالية:

1- الحركة: تحصل الطفل على (58) درجة وهي تعبر عن مستوى متوسط والمتمثلة في البنود التالية (يبدو متحمسا في الغرفة المليئة بالحركة، يدور حول نفسه ولا يشعر أبدا بالدوار، يتعب بسهولة لأقل نشاط).

2- الإبصار: تحصل الطفل على (38) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في (يبدو حساسا للتغيرات في الإضاءة، لا يحب النظر إلى التلفزيون أو الكمبيوتر، يحب إسقاط أو رمي الأشياء مرارا وتكرار).

3- التواصل البصري: تحصل الطفل (30) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في (ينظر بتدقيق للناس أو يحدق في الأشياء، يجد صعوبة في التتبع البصري، لا يهتم بالألعاب).

4- اللمس: تحصل الطفل على (57) وهي تعبر عن مستوى متوسط والمتمثلة في (يسقط دائما على الأرض، يحب أن يكون ملفوفا بقوة في بطانية أثناء النوم، يميل إلى اللمس المفرط للأشخاص والأشياء، يتجنب أن تكون قدميه حافيتين).

5- التغذية: تحصل الطفل على (30) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (يتردد كثيرا عن تجريب أطعمة جديدة، يأكل مواد غير مناسبة، يشرب مجموعة محددة من المشروبات).

6- الاستماع: تحصل الطفل على (28) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض، والمتمثلة في (يضع أذنيه بالقرب من الضوضاء للاستماع إليه، يبدو منزعجا من سماع الأصوات الصاخبة أو المفاجئة).

7- الشم: تحصل الطفل على (24) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في (يمسك أنفه ويكتم أنفاسه عندما يشم رائحة، ينزعج حينما يتم طهي الطعام، يكره الروائح القوية كالعطور).

8- النوم: تحصل الطفل على (11 درجة) وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في (ينام مرتديا ملابس محددة، لديه صعوبة في النوم، ينام في أماكن غير معتادة على الأرض/ أمام الحائط).

ومن خلال النتائج المحصل عليها نستنتج أن الحالة (ي- م) لها قصور أو مشكلات في المعالجة الحسية بدرجة مرتفعة.

وبهذا يمكن القول بأن الطفل التوحدي يعاني من مشكلات حسية.

5- عرض وتحليل نتائج مقياس الاضطرابات السلوكية للحالة الرابعة:

البعد	الدرجة الكلية للبعد	المستوى
الانسحاب الاجتماعي	31	مرتفع
العناد	18	مرتفع
النشاط الزائد	10	متوسط
المجموع	59	مرتفعة

جدول رقم (09) يوضح مقياس الاضطرابات السلوكية.

من خلال النتائج المحصل عليها بعد تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن الحالة لديه بعض الاضطرابات السلوكية بدرجة مرتفعة تقدر ب 59 درجة وجاء في المرتبة الانسحاب الاجتماعي بدرجة 31 والمتمثلة في البنود التي تقيس الانسحاب من المواقف الاجتماعية (لا يرغب في تكوين صداقات مع الآخرين يشعر بالارتباك عندما يقدم عليه أقرانه، عند وجوه مع أقرانه تبدو عليه أعراض اللامبالاة ينسحب من أنشطة الجماعة ويرفض الاستمرار فيها). والبنود التي تقيس الانسحاب من التفاعلات بصورها المختلفة(يقضي معظم الوقت وحيدا، لا يتضايق من وجوده بمفرده عندما يرى شخص غريب لا يبدي أي اهتمام به) وفي المرتبة الثانية العناد بدرجة 18 (يقدم على ممارسة سلوكيات غير لائقة ومتصادمة مع مصلحة الآخرين، لا يكترث لما يقال له). وأقل درجة في النشاط الزائد هي 10 (يصعب عليه الاندماج من أقرانه الآخرين سلوكيات غير لائقة لمضايقة الآخرين، يواجه صعوبة في الانتباه).

هذا ما يدل على أن الحالة تظهر لديه اضطرابات سلوكية بدرجة مرتفعة، بصفة ظاهرة متمثلة في الانسحاب الاجتماعي والعناد

6- ملخص الحالة:

الحالة (ي- م) طفل يبلغ من العمر 9 سنوات من جنس ذكر، مصاب بالتوحد من الدرجة المتوسطة تم تشخيصه من طرف الأخصائي في أحد المستشفيات العمومية بولاية المدية.

من خلال تحليلنا للمقابلة- نصف الموجهة- مع الأم تبين أن للطفل تاريخ مرضي المتمثل في تأخر النمو الحسي الحركي، وظهر ذلك في كل من تأخر في الحبو أو الزحف والتأخر الواضح في المشي والعناد ومص الأصبع وهز الرأس من حين لآخر ورفض العناق والتلامس الجسدي.

ومن خلال مقياس المشكلات الحسية، أظهرت النتائج أن الطفل يعاني من مشكلات حسية بحيث حصل الطفل على درجة كلية بلغت (276) درجة، وهذه الدرجة تعبر عن مستوى مرتفع في المشكلات الحسية، وبهذا يمكننا القول بأن فرضية البحث الأولى القائلة بأن الطفل التوحدي يعاني من مشكلات حسية قد تحققت.

كما أظهرت النتائج أن الطفل يعاني من اضطرابات سلوكية، حيث حصل الطفل على درجة كلية بلغت (59) درجة، وهذه الدرجة تعبر عن مستوى مرتفع في الاضطرابات السلوكية مما يؤكد تحقق الفرضية الثانية وهي أن الطفل التوحدي يعاني من اضطرابات سلوكية.

عرض الحالة الخامسة:

1- تقديم الحالة:

- الاسم: (إ- ج). - الجنس: أنثى.

- السن: 10 سنوات. - شدة الإعاقة: متوسطة.

2- تاريخ الحالة:

1/2 ظروف الحمل و ما بعد الولادة: مدى تقبل الأم للحمل: عادي.

- ظروف الحمل من ناحية الصحة الجسمية: كانت عادية.

- ظروف الحمل من ناحية الصحة النفسية: علاقة توتر مع أهل الزوج.

- تاريخ الولادة: 9 أشهر.

- نوع الولادة: قيصرية.

- المكوث في المستشفى: 3 أيام.

- مدى تقبل مظهر الطفل: مقبول بشكل عادي.

2/2 التغذية- الرضاعة: اصطناعية.

- الفطام: كان بعد عام و 3 أشهر.

3/2 التطور الحسي الحركي:

- الابتسامة الأولى: 4 أشهر. - التحكم أو شد الرأس: بعد 7 أشهر.

-الانقلاب: 7 أشهر. – وضعية الجلوس: 10 أشهر.

الزحف أو الحبو: 6 أشهر. – المشي: 18 شهر.

4/2 السوابق المرضية الشخصية:

– أمراض جسمية: لا توجد.

– عمليات جراحية: لا توجد.

– اضطرابات سلوكية: العزلة (الانطواء) إيذاء الذات– الصراخ لأتفه الأسباب.

–اضطرابات الأكل: عدم مضغ الطعام جيدًا– رفض الأطعمة ذات طعم معين.

5/2 السوابق المرضية العائلية: لا توجد.

– **الوضعية العائلية و الاجتماعية و الاقتصادية للطفل:**

– سن الوالدين: – الأب: 50 سنة – الأم: 40 سنة.

– الوضعية المهنية للوالدين: – الأب: معلم – الأم: ربة بيت.

– الوضعية العائلية:

– عدد الأخوة: 4 – مرتبة الطفل بين إخوته: 3.

– علاقة الطفل بعائلته: – مع الأم: جيدة / مع الأب: عادية / مع الأخوة: عادية.

– الأسرة: نواة.

6/2 تشخيص الحالة: شُخصت الحالة(إ–ج) من طرف أخصائية نفسية في سن 3 سنوات.

3- تحليل المقابلة النصف موجهة مع الأم:

كان حمل الأم للطفلة (إ-ج) عادية و مدى الحمل 9 أشهر، علاقة متوترة مع أهل الزوج مرت الأم بظروف صعبة نظرًا للمشاكل و الخلافات التي كانت تحدث بينها و بين أهل الزوج، أم من الناحية الصحية كانت عادية، تمت الولادة في المستشفى و مكثت 3 أيام، و كان تقبل مظهر الطفل بشكل عادي، كانت الرضاعة اصطناعية و الفطام بعد عام و 3 أشهر.

و في ما يخص التطور الحسي الحركي فإن الحالة (إ-ج) فقد ابتسمت في الشهر الرابع، و التحكم في الرأس كان في الشهر 7، و الانقلاب في الشهر السابع، و وضعية الجلوس في الشهر العاشر، و الحبو في الشهر السادس، و المشي في الشهر الثامن عشر.

تقول الأم: بدأت ملاحظتها للأعراض غير العادية (تحب الانعزال و الجلوس لوحدها- اللعب بمفردها و لا تحب الاختلاط بالآخرين- عدم الاستجابة لمناداتها باسمها- الصراخ لأتفه الأسباب- عدم تحمل الأصوات العالية- صعوبة في التزام الهدوء- عدم تقبل العناق).

4- عرض وتحليل نتائج مقياس المشكلات الحسية للحالة الخامسة:

الأبعاد	الدرجة	المستوى
الحركة	58	متوسط
الإبصار	30	منخفض
التواصل البصري	22	منخفض
اللمس	52	متوسط
التغذية	28	منخفض
الاستماع	27	منخفض
الشم	20	منخفض
النوم	15	منخفض
المجموع	252	متوسط

جدول رقم (10) يوضح مقياس المشكلات الحسية.

من خلال النتائج المحصل عليها بعد تطبيق مقياس المشكلات الحسية الموضحة في الجدول أعلاه- نلاحظ أن الحالة (إ- ج) تحصلت على درجة بلغت (252) درجة متوسطة وهي تعبر عن مستوى متوسط في المشكلات الحسية وقد ظهر ذلك في معظم الأبعاد التالية:

1- الحركة: تحصلت الطفلة على (58) درجة وهي تعبر عن مستوى متوسط والمتمثلة في البنود التالية (تخاف إذا رفعت قدميها عن الأرض-تبدو خائفة إذا تحركت فجأة أو غيرت اتجاه حركته-نشطة و تتحرك باستمرار- تدور حول نفسها و لا تشعر بالدوار).

2- الإبصار: تحصلت الطفلة على (30) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (لا تحب النظر إلى التلفزيون أو الكمبيوتر- لا تحب ألوان معينة أو تفضل لون محدد- تحب إضاءة النور و إطفائه).

3- التواصل البصري: تحصلت الطفلة على (22) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود التالية (يغطي وجهه أو عينيه بالأشياء- تحول عينيه عند النظر إلى الأشخاص أو الأشياء).

4- اللمس: تحصلت الطفلة على (52) درجة وهي تعبر عن مستوى متوسط والمتمثلة في البنود (تستمتع بالاصطدام بالأشخاص أو الأشياء- تحب العناق القوى أو الضغط بشدة - تتجنب أن تكون قدميها حافيتين).

5- التغذية: تحصلت الطفلة على (28) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (تأكل مجموعة صغيرة محددة من الأطعمة-تتردد كثيرًا عند تجريب أطعمة جديدة- تشرب مجموعة محددة من المشروبات كالحليب فقط).

6- الاستماع: تحصلت الطفلة على (27) درجة وهي درجة تعبر عن مستوى منخفض، والمتمثلة في البنود (تضع أصابعها في أذنيها أو تغطي الأذنين- لديها حاسة سمع قوية، فيمكنها سماع أصوات لا يمكننا سماعها-تستمتع مرارًا و تكرارًا، مثل تدفق مياه الحمام).

7- الشم: تحصلت الطفلة على (20) درجة وهي درجة تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (تحب رائحة منتجات التنظيف- تقترب دائمًا من الأشخاص أو الأشياء لشمها- تكره معجون الأسنان).

8- النوم: تحصلت الطفلة على (15) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (تفضل أن تنام مع والديها- تنام مرتدية ملابس محددة).

ومن خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن الحالة (إ- ج) لها قصور أو مشكلات في المعالجة الحسية بدرجة متوسطة.

5- عرض وتحليل نتائج مقياس الاضطرابات السلوكية للحالة الخامسة:

البعد	الدرجة الكلية للبعد	المستوى
الانسحاب الاجتماعي	30	مرتفع
العناد	07	منخفض
النشاط الزائد	04	منخفض
المجموع	41	متوسطة

جدول رقم (11) يوضح نتائج مقياس الاضطرابات السلوكية.

من خلال النتائج المحصل عليها بعد تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن الحالة لديها بعض الاضطرابات السلوكية بدرجة متوسطة تقدر ب 41 درجة وجاء في المرتبة الأولى الانسحاب الاجتماعي بدرجة 30 والمتمثلة في البنود التي تقيس الانسحاب من المواقف الاجتماعية المختلفة (لا ترغب في تكوين صداقات مع الآخرين عندما يتحدث أحد أقرانها معها،فإنها تتركه و تذهب بعيدًا عنه- تشعر بالارتباك عندما يقدم عليها أقرانها- ترفض تلبية مبادرات الآخرين باللعب معهم، تميل إلى اللعب بمفردها- تنعزل عن الآخرين عند وجودها مع أقرانها تبدو و علها أعراض اللامبالاة). والبنود التي تقيس الانسحاب من التفاعلات بصورها المختلفة(لا تتضايق من وجودها بمفردها- ترفض الحديث عند لقائها بأحد أقرانها عندما ترى شخص غريب لا تبدي أي اهتمام بهم) وفي المرتبة الثانية العناد بدرجة 07 (تغضب لأتفه الأسباب مع احتجاجها- لا تكترث لما يقال لها- تجادل الآخرين و تعارضهم). و أقل درجة متمثلة في النشاط الزائد بدرجة 04 هذا ما يدل على أن الحالة (إ) لديها الانسحاب الاجتماعي بشكل واضح.

6- ملخص الحالة:

الحالة (إ- ج) طفلة تبلغ من العمر 10 سنوات من جنس أنثى، مصابة بالتوحد من الدرجة المتوسطة تم تشخيصها من طرف الأخصائية النفسانية بولاية المدية.

من خلال تحليلنا للمقابلة- نصف الموجهة- مع الأم تبين أن للطفلة لها تاريخ مرضي المتمثل في تأخر النمو الحسي الحركي وظهر ذلك في كل من تأخر في الجلوس والمشي وإيذاء الذات ورفض الأطعمة ذات طعم معين وعدم مضغ الطعام جيدا.

ومن خلال مقياس المشكلات الحسية، أظهرت النتائج أن الطفلة تعاني من مشكلات حسية بحيث حصلت الطفلة على درجة بلغت (252) درجة، وهي تعبر عن مستوى متوسط في المشكلات الحسية وبهذا يمكننا القول بأن فرضية البحث الأولى القائلة أن الطفل التوحدي يعاني من مشكلات حسية قد تحققت جزئيا.

كما أظهرت النتائج أن الطفلة تعاني من اضطرابات سلوكية، حيث حصلت الطفلة على درجة كلية بلغت (41) درجة وهي تعبر عن مستوى متوسط في الاضطرابات السلوكية.

مما يؤكد تحقق الفرضية الثانية جزئيا وهي أن الطفلة المصابة بالتوحد تعاني من اضطرابات سلوكية.

عرض الحالة السادسة:

1/- تقديم الحالة:

- الاسم: (م-م).
- الجنس: ذكر.
- السن: 12 سنة.
- شدة الإعاقة: متوسطة.

2- تاريخ الحالة:

1/2 ظروف الحمل وما بعد الولادة: مدى تقبل الأم للحمل: عادي.

- ظروف الحمل من ناحية الصحة الجسمية: كانت عادية.
- ظروف الحمل من ناحية الصحة النفسية: مشاكل مع الزوج.
- تاريخ الولادة: في وقتها.
- نوع الولادة: عادية.
- المكوث في المستشفى: يوم واحد.
- مدى تقبل مظهر الطفل: عادي.

2/2 التغذية- الرضاعة: طبيعية.

3/2 التطور الحسي الحركي:

- الابتسامة الأولى: 4 أشهر.
- التحكم أو شد الرأس: 6 أشهر.
- الانقلاب: 5 أشهر.
- وضعية الجلوس: 11 أشهر.

- الزحف أو الحبو: 7 أشهر. - المشي: 18 شهر.

- الختان: 5 أشهر.

4/2 السوابق المرضية الشخصية:

- أمراض جسمية: لا توجد.

- عمليات جراحية: لا توجد.

- الختان: 5 أشهر.

- اضطرابات سلوكية: (الانطواء- البكاء بدون سبب- اللعب لوحده- كثير الحركة).

- اضطرابات في التواصل: عدم الاستجابة لمناداته.

5/2 السوابق المرضية العائلية: (داء سكري للأب).

- **الوضعية العائلية و الاجتماعية و الاقتصادية للطفل:** عادي

- سن الوالدين: - الأب: 45 سنة - الأم: 40 سنة.

- الوضعية المهنية للوالدين: - الأب: موظف - الأم: حلاقة.

- الوضعية العائلية:

- علاقة الطفل بعائلته: - مع الأم: ممتازة / مع الأب: جيدة / مع الأخوة: جيدة.

- الأسرة: نووية.

6/2 تشخيص الحالة:

شُخصت الحالة(م–م) من طرف أخصائي نفساني في سن 3 سنوات.

3- تحليل المقابلة النصف الموجهة مع الأم:

كان حمل الأم للطفلة (م–م) عادية و مدة الحمل 9 أشهر، علاقة مشاكل و خلافات مع الزوج، مرت الأم بظروف غير عادية في المنزل، أم من الناحية الصحية كانت عادية، تمت الولادة في المستشفى و مكثت يوم واحد، و كان تقبل مظهر الطفل بشكل عادي، كانت الرضاعة في ظروف غير عادية و الفطام كان عام و نصف من عمر الطفل، الانقلاب كان في 5 أشهر.

و في ما يخص التطور الحسي الحركي فإن الحالة (م–م) فقد ابتسمت في الشهر الرابع، و التحكم في الرأس كان في الشهر 6، و وضعية الجلوس في الشهر 11، و الحبو في الشهر السابع، و المشي في الشهر الثامن عشر.

تقول الأم: بدأت ملاحظتها للسلوكيات غير العادية في عمر 3 سنوات نظرًا لتأخر الكلام و العزلة فمن بين السلوكيات الظاهرة (الانطواء– انهيار البكاء بدون سبب– عدم الاستجابة لمناداته– فرط في الحركة– عنيف أثناء اللعب).

4- عرض وتحليل نتائج مقياس المشكلات الحسية للحالة السادسة:

الأبعاد	الدرجة	المستوى
الحركة	60	مرتفع
الإبصار	30	منخفض
التواصل البصري	23	منخفض
اللمس	53	متوسط
التغذية	29	منخفض
الاستماع	28	منخفض
الشم	22	منخفض
النوم	33	منخفض
المجموع	260	متوسطة

جدول رقم (12) يوضح نتائج مقياس المشكلات الحسية.

من خلال النتائج المحصل عليها بعد تطبيق مقياس المشكلات الحسية الموضحة في الجدول أعلاه- نلاحظ أن الحالة (م-م) تحصلت على درجة بلغت (260) درجة متوسطة وهي تعبر عن مستوى متوسط في المشكلات الحسية وقد ظهر ذلك في معظم الأبعاد التالية:

1- الحركة: تحصل الطفل على (60) درجة وهي تعبر عن مستوى متوسط والمتمثلة في البنود التالية (نشط و يتحرك باستمرار- يخاف إذا رفع قدميه عن الأرض-يحب الحركة الكثيرة مثلاً: يقف و يجلس و يتحرك باستمرار).

2- الإبصار: تحصل الطفل على (30) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (يلتفت للتفاصيل الصغيرة و لا يرى الأشياء بأكمله- لا يحب النظر إلى التلفزيون أو الكمبيوتر- لا يحب ألوان معينة أو يفضل لون محدد).

3- التواصل البصري: تحصلت الطفلة على (23) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود التالية (يحب العناق القوي أو الضغط الشديد- يقرب رأسه جدًا من الأشياء لرؤيتها- يجد صعوبة في التتبع البصري).

4- اللمس: تحصل الطفل على (53) درجة وهي تعبر عن مستوى متوسط والمتمثلة في البنود (يرفض ارتداء الأحذية و الجوارب- يتجنب أن تكون قدميه حافيتين- يعض يديه).

5- التغذية: تحصل الطفل على (29) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (يتردد عند تجريب أطعمة جديدة).

6- الاستماع: تحصل الطفل على (28) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض، والمتمثلة في البنود (لديه حاسة سمع قوية، فيمكنه سماع أصوات لا يمكننا سماعها-يصرخ عند سماع أصوات عالية يستمتع بالأصوات مرارًا و تكرارًا).

7- الشم: تحصل الطفل على (22) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (يقترب دائمًا من الأشخاص أو الأشياء ليشمها- يحب استنشاق الأشياء أو الأشخاص أو الأطعمة).

8- النوم: تحصل الطفل على (15) درجة وهي تعبر عن مستوى منخفض والمتمثلة في البنود (يفضل أن ينام مع والديه).

ومن خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن الحالة (م-م) لها قصور أو مشكلات في المعالجة الحسية بدرجة متوسطة.

وبهذا يمكن القول بأن الطفل التوحدي يعاني من مشكلات حسية.

5- عرض وتحليل نتائج مقياس الاضطرابات السلوكية للحالة السادسة:

البعد	الدرجة الكلية للبعد	المستوى
الانسحاب الاجتماعي	37	مرتفع
العناد	14	متوسط
النشاط الزائد	10	متوسط
المجموع	61	مرتفع

جدول رقم (13) يوضح نتائج مقياس الاضطرابات السلوكية.

من خلال النتائج المحصل عليها بعد تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن الحالة لديها بعض الاضطرابات السلوكية بدرجة مرتفعة تقدر ب 61 درجة وجاء في المرتبة الأولى الانسحاب الاجتماعي بدرجة 40 والمتمثلة في البنود التي تقيس الانسحاب من المواقف الاجتماعية المختلفة (يشعر بالارتباك عندما يقدم عليه أقرانه يميل إلى اللعب بمفرده- ينسحب من أنشطة الجماعة و يرفض الاستمرار فيها). وفي المرتبة الثانية العناد بدرجة 14 و المتمثلة في البنود التي تقيس مظاهر العناد (التفرد في الرأي يجادل الآخرين و يعارضهم- لا يكترث لما يقال له). و أقل درجة متمثلة في النشاط الزائد بدرجة 10هذا ما يدل على أن الحالة لديه الانسحاب الاجتماعي و العناد بشكل واضح.

6- ملخص الحالة:

الحالة (م-م) طفل يبلغ من العمر 12 سنة من جنس ذكر، مصاب بالتوحد من الدرجة المتوسطة تم تشخيصه من طرف أخصائي نفساني.

من خلال تحليلنا للمقابلة- نصف الموجهة- مع الأم تبين أن للطفل لديه تاريخ مرضي المتمثل في تأخر النمو الحسي الحركي، وظهر ذلك في كل من تأخر واضح في المشي و تأخر في الجلوس.

ومن خلال مقياس المشكلات الحسية، أظهرت النتائج أن الطفل يعاني من مشكلات حسية وبهذا يمكننا القول بأن فرضية البحث الأولى القائلة أن الطفل التوحدي يعاني من مشكلات حسية قد تحققت جزئيا.

كما أظهرت النتائج أن الطفل يعاني من اضطرابات سلوكية، حيث حصل الطفل على درجة كلية بلغت (64) درجة، وهذه الدرجة تعبر عن مستوى مرتفع في الاضطرابات السلوكية مما يؤكد تحقق الفرضية الثانية وهي أن الطفل التوحدي يعاني من اضطرابات سلوكية.

الاقتراحات:

- معرفة أهمية المرحلة الأولى من النمو (المرحلة الحسية الحركية) وتأثيره على باقي حياة الطفل.

- ضرورة الكشف المبكر لهذا الاضطراب للتكفل بالمصابين في وقت مبكر.

- البحث أكثر في أسباب الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي.

- مراعاة الفروق الفردية في علاج كل حالة على حدا لأن كل حالة فريدة من نوعها.

- دراسة المشكلات التي يعاني منها الأطفال التوحديين والعمل على حلها من طرف الأخصائي النفساني والأرطوفوني.

- ضرورة زيادة الاهتمام بفئة التوحديين ووضع برامج خاصة لها.

- الاهتمام بالإرشاد الأسري وتدريب والدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لكيفية التعامل معهم وكيفية تطبيق البرامج الخاصة في المنزل.

- دعم عائلات أطفال التوحد من أجل تجاوز الأزمة نتيجة وجود الطفل التوحدي في العائلة.

- توعية الأولياء في ظهور الأعراض التي تظهر على هذه الفئة ومنها المشكلات الحسية وكذلك بهذا يكون التدخل مبكر وفعال وتفادي العواقب.

- ضرورة توفير مدارس خاصة بالأطفال التوحديين لاستدراك أي قصور أو خلل.

- ضرورة توفير دراسات حول اضطراب التوحد والمشكلات الحسية وأعراضه وضرورة التكفل به.

- توفير مراجع خاصة بالتوحد، ودراسات أكثر حول هذا الاضطراب.

خاتمة

لقد حاولنا من خلال هذه الدراسة أن نلقي الضوء على موضوع نعتبره مهما في علم النفس وهو موضوع اضطراب التوحد الذي يعتبر من المشكلات التي حيرت العلماء والباحثين على اختلاف اختصاصهم عن السبب الحقيقي له والعوامل المؤدية لحدوثه فالتوحد اضطراب نمائي يؤثر سلبا على العديد من جوانب نمو الطفل فيؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي والاتصال سواء كان لفظيا أو غير لفظي اضافة إلى حركات نمطية.

وقد خصصنا جانب من جوانب التي يعاني منها الأطفال التوحديين التي تمس القصور أو المشكلات الحسية والاضطرابات السلوكية، وبالتالي يجب التكفل من خلال البرامج العلاجية التعليمية والتدريبية، ومن خلال الأدوات المستعملة مقابلة نصف موجهة ومقياس المشكلات الحسية ومقياس الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي، حيث أظهرت النتائج أن الطفل التوحدي يعاني من مشكلات حسية واضطرابات سلوكية.

وأخيرا نتمنى أن تتوصل الأبحاث إلى حقيقة هذا الاضطراب للتقليل من حدته.

المراجع

1- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2004، **التوحد التشخيص الخصائص والعلاج** الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.

2- أحمد سليم النجار، 2008، **التوحد واضطراب السلوك**، بدون طبعة، دار أسامة المشرق الثقافي، الأردن.

3- أنور الحمادي، 2014، **الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل للاضطرابات النفسية**، الطبعة الأولى، ركن الدين، دمشق، سوريا.

4- أسامة محمد الباطنية وآخرون، 2007، **علم النفس العيادي**،الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.

5- الجلامدة فوزية بنت عبد الله، 2016، **قياس وتشخيص اضطرابات طيف التوحد**، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.

6- الجرواني هالة إبراهيم محمد، 2013، **مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين**، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، مصر.

7- الخطيب الحديدي جمال، 2005، **استراتيجيات تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة**، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

8- الداهري حسام، 1999، **الشخصية والصحة النفسية**، الطبعة الأولى، دار الكتب والوثائق، جامعة بغداد.

9- الشامي وفاء علي، 2004، **سمات التوحد**،الطبعة الأولى، مكتبة الفلك، فهد الوطنية للنشر والرياض، السعودية.

10- الظاهر أحمد قحطان، 2009، **التوحد**، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.

11- الشمري طارش، 1996، **المهارات الاجتماعية لدى التلاميذ الذين لديهم اضطراب التوحد**، مركز الكويت.

12- القمش مصطفى والإمام، 2006، **الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (أساسيات التربية الخاصة)** الطبعة الأولى، مصر.

11- القريوني وآخرون، 1995، **أساسيات التربية الخاصة**، بدون طبعة، دار القلم، الإمارات.

12- تيسير حسون، 2004، **الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية**، ركن الدين، دمشق، سوريا.

13- بدر محمد ملك ولطيفة حسن الكندري، (ب- س)، **التغلب على العناد عند الطفل** الطبعة الأولى، سلسلة تربية الأبناء والبنات، وزارة التربية، يونسكو.

14- بشناق، رأفت محمد، 2001، **دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية**، الطبعة الأولى، دار النفاس، لبنان.

15- بدرة معتصم ميموني، 2003، **الاضطرابات النفسية العقلية عند الطفل والمراهق**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

16- جون كونجر وآخرون، 1987، **سيكولوجية الطفولة والشخصية**، دار النهضة العربية القاهرة.

17- جمعة سيد يوسف، 2002، **الاضطرابات السلوكية وعلاجها**، الطبعة الأولى، دار الغريب، القاهرة.

18- خالدة نسيان، 2009، **سلوكيات الأطفال بين الاعتدال والإفراط**، الطبعة الأولى، عمان.

19- خليل خوله، 2003، **التوحد والإعاقة العقلية**، الطبعة الأولى، مؤسسة طيبة للنشر، القاهرة.

20- خوله أحمد يحي، 2000، **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان.

21- سميرة عبد اللطيف السعد، 1997، **معاناتي والتوحد**، دار السلاسل للطباعة والنشر الكويت.

22- سليمان عبد الرحمان، 1998، **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة**، الطبعة الأولى مكتبة الزهراء الشروق، القاهرة.

23- شيفر شارلز، 1989، **مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها**، الطبعة الأولى، عمان، الأردن.

24- رشيد زرواتي، 2007، **مناهج أدوات البحث العلمي للعلوم الاجتماعية**، دار الهدى للطباعة والنشر، الجزائر.

25- زهران حامد عبد السلام، 2002، **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**،الطبعة الأولى، دار غريب، القاهرة.

26- عامر طارق، 2008، **الطفل التوحدي**، الطبعة الأولى، دار البازوري للنشر والتوزيع، الأردن.

27- عسكر عبد الله، 2001، **الاكتئاب النفسي**، الطبعة الأولى، مكتبة الانجلو مصري القاهرة.

28- علاء الدين كفافي، 1998، **رعاية نمو الأطفال**، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

29- عكاشة أحمد، 2003، **الطب النفسي المعاصر**، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.

30- فراج عثمان لبيب، 2001، **الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة**، الطبعة الأولى، المجلس العربي للطفولة والتنمية، مصر.

31- كمال مرسي، 1995، **التخلف العقلي وأثر الرعاية والتدريب فيه**، دار النهضة العربية، القاهرة.

32- كريستين نصار و جانيت يونس، 2012، **التوحد**، الطبعة الثالثة، شركة المطبوعات للنشر والتوزيع، عمان.

33- كمال الدسوقي، 1988، **ذخيرة علم النفس**، الطبعة الأولى، دار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة.

34- لويس مليكه، 1990، **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**، الطبعة الأولى، دار القلم، الكويت.

35- محمد علي كامل، 2003، **الأوتيزم الإعاقة الغامضة بين المفهوم والعلاج**، الطبعة الأولى، مركز الإسكندرية، مصر.

36- محمد قاسم، 2001، **الطفل التوحدي أو الذاتوي ومعالجته اتجاهات حديثة**، الطبعة الأولى، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق.

37- محمد أيوب الشحيمي، 1994، **مشاكل الأطفال كيف نفهمها**، الطبعة الأولى، دار الفكر اللبناني، بيروت.

38- محمد عادل عبد الله، 2002، **الإعاقة الحسية**، الطبعة الأولى، دار الرشاد، القاهرة.

39- محمود السعيد راوي حسن، 2013، **خفض مستوى انحرافات السلوك لدى الأطفال** الطبعة الأولى، دار الكتب، الإسكندرية.

40- محمد بركات، 1984، **التربية ومناهج البحث العلمي في علم النفس**، الطبعة الثانية، الكويت.

41- محمود شقير زينب، 2002، **علم النفس العيادي والمرضي للأطفال والراشدين**، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.

42- محمد العيسوي، 1998، **مناهج البحث العلمي**، الطبعة الأولى، دار الراتب الجامعية الإسكندرية.

43- محمد أحمد الخطاب، 2005، **سيكولوجية الطفل التوحدي**، دار الثقافة للنشر، الأردن.

44- نايفة قطامي وآخرون، 1989، **طرق دراسة الطفل**، الطبعة الأولى، دار الشروق، عمان.

45- نبيلة الشريجي، 2003، **المشكلات النفسية للأطفال أسبابها وعلاجها**، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة.

46- نادية أبو السعود، 2002، **الطفل التوحدي في الأسرة**، دار الكتاب العربي للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية.

47- نايف بن عابد بن إبراهيم الزارع، 2010، **مدخل إلى اضطراب التوحد، المفاهيم الأساسية وطرق التدخل**، الطبعة الأولى، دار الفكر ناشرون وموزعونن الأردن.

48- نصر سهى أحمد أمين، 2002، **الاتصال اللغوي للطفل التوحدي**، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن.

49- وليد السيد أحمد، ربيع شكري سلامة، 2010، **الإعاقة الغامضة التوحد**، الطبعة الأولى، دار الوفاء للطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر.

50- يحي قبلي، 2001، **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، الطبعة الأولى، الطريق للنشر والتوزيع، عمان.

المذكرات:

51- أبو حطب، 2002، **فعالية برنامج مقترح للسلوك العدواني لدى طلاب الصف التاسع أساسي بمحافظات غزة**، رسالة ماجستير غير منشورة، غزة.

52- أبو رياح، 2007، **المشكلات السلوكية لدى التلاميذ**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، القاهرة.

53- الجبوري وآخرون مي يوسف عبود، 1996، **انتهاك حرمة الطفل وعلاقتها بظهور الاضطرابات السلوكية**، رسالة ماجستير غير منشورة، المستنصرين.

54- الجبالي أشرف، 2009، **المشكلات السلوكية لدى الأطفال بعد حرب غزة**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربة، غزة، فلسطين.

55- باشا ياسمين، 2017، **فاعلية برنامج إرشادي جماعي معرفي سلوكي في تخفيض الضغوط النفسية لدى أمهات التوحديين**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه العلوم في الصحة النفسية والإرشاد، غير منشورة، جامعة الجزائر2- الجزائر.

56- حسني العزة، 2009، **العلاج السلوكي لمظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد**، رسالة دكتوراه، الأردن.

57- سليمة سايحي، 2000، **واقع مشكلة النشاط الزائد لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية،** رسالة لقسم النفس، بسكرة.

58- عبد الحليم محمد عبد الحليم، 2004، **الذاكرة لدى المصابين بالتخلف العقلي،** مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة عين الشمس، مصر.

59- محمود ابراهيم، 1998، أثر الإرشاد النفسي في خفض الاضطرابات السلوكية، رسالة دكتوراه، جامعة عين الشمس.

60- مدلل شهرزاد، 2015، **الخصائص النفسية والاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المربيات،** مذكرة لنيل شهادة المستر في علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.

61- ياسر يوسف اسماعيل، 2010، **المشكلات السلوكية لدى الأطفال المحرومين من بيئتهم الأسرية،** رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.

المقالات:

62- ابراهيم صادق أحمد، 2005، **الاضطرابات الحسية وكيفية علاجها لدى الأطفال ذوي التوحد.**

63- هدى أمين عبد العزيز أحمد، 2011، **المشكلات الحسية مفهومها ومظاهرها.**

64- فراج السيد توفيق، 2014، **تربية خاصة في مركز دبي التوحد.**

65- محمد صلاح الدين إسماعيل، (ب- س)، **التكامل الحسي مقدمة ومفهوم.**

المراجع باللغة الأجنبية:

66- Ayres, 1972, **sensory integration and learning disorders**. Los angles : western psychological services.

67- Ferrari, 2001, **L'autisme infantile,** Presses universitaire de France.

68 - Frith, 1977, François, **la syntaxe de l'enfant avant,** cinquans, edition larouss**el.** Grand berquez, 1993, **l'autisme infantile**, **introduction a une clinique relationnellr selon kanner**, presse universitaire de France.

69 - Hallahan, kauffman, 1982**, exceptional children, introduction to special education**, englewood cliffsm, prince hall.

70 - Kauffman, 1977, **characteristics of childrem behaviors disorders,** columbus, ohaios.

71- Ross, 1974, **psychological disorders of children,** New York.

72 - Smith, 2005, **the sensory- sensitive child :** practica solutions for out- of bounds behavior, wilbarger, 1991, **sensory defensiveness in.**

.

الفصل الرابع: الاضطرابات السلوكية

تمهيد

1- تعريف الاضطرابات السلوكية

2- نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية

3- أبعاد سلوك الطفل المضطرب سلوكيا

4- بعض أنواع الاضطرابات السلوكية (الانسحاب الاجتماعي- العناد- النشاط الزائد)

5- النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية

6- الوقاية من الاضطرابات السلوكية وعلاجها

7- الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي

خلاصة

الملاحق

ملحق رقم (02) دليل المقابلة نصف الموجهة

المحور الأول: (بيانات عامة حول الأم)

- الاسم: – المستوى الدراسي:
- سن الحمل بالطفل: – المستوى الدراسي للزوج:
- المهنة: – مهنة الزوج:

المحور الثاني: (بيانات عامة حول الطفل التوحدي)

- اسم الطفل: – عمره:
- الجنس: – سن التشخيص:
- رتبته بين الأخوة: – درجة التوحد:
- متى بدأت هذه الأعراض تقلقك؟
- متى فكرت بأخذ طفلك للفحص؟
- متى أدركت أن طفلك يعاني من اضطراب التوحد؟
- من أخبرك بذلك؟
- كيف تتعاملين مع الوضع في الوقت الحالي؟
- هل تجدين الوقت الكافي للاعتناء بطفلك؟
- كيف هي علاقتك مع طفلك؟
- هل تعاملينه بنفس طريقة تعاملك مع إخوته؟
- هل تعتقدين أن ابنك سيكون وضعه صعب في المستقبل؟

تاريخ النمو:

الحمل:

مدى تقبل الأم للحمل:

مدة الحمل:

علاقة الأم مع الزوج وأهله:

الحالة الصحية للأم أثناء الحمل:

الحالة النفسية للأم أثناء الحمل:

الأحداث التي تعرضت لها الأم أثناء الحمل:

الولادة:

الظروف المحيطة بالولادة:

تاريخ الولادة:

نوع الولادة:

وزن الطفل أثناء الوضع:

أين تمت الولادة:

مدة الاستشفاء:

الصحة النفسية والجسمية للأم أثناء وبعد الولادة:

الصحة الجسمية للطفل أثناء وبعد الولادة:

مدى تقبل الأم لمظهر وجنس الطفل:

التغذية:

نوع الرضاعة:

الفطام:

التاريخ الطبي:

ماهي الأمراض العضوية التي يعاني منها الطفل:

هل سبق أن أجري عملية جراحية:

هل هناك إصابات أو حوادث:

الفحوص الطبية التي قام بها التي تخص السمع والابصار:

الختان:

التاريخ النفسي السابق:

هل توجد اضطرابات وراثية:

هل توجد سوابق مرضية عائلية:

هل توجد أمراض مزمنة:

التاريخ الأسري الاجتماعي:

نوع الزواج بين الأب والأم:

هل توجد قرابة بين الأب والأم:

نوع الأسرة التي يعيش فيها الطفل:

الوضع الاقتصادي للأسرة؟

الوضع الثقافي للأسرة؟

المحور الثالث: التطور الحسي الحركي

الانقلاب:

الزحف:

شد الرأس:

الجلوس:

الوقوف:

المشي:

بداية الكلام:

اضطرابات سلوكية مثل العناد– الغضب– النشاط الزائد

اضطرابات في الأكل

اضطرابات في التواصل والتفاعل الاجتماعي

هل لديه مشاكل مع الأضواء والأصوات؟

ملحق رقم (03): مقياس المشكلات الحسية

بيانات الحالة:

اسم الطفل:

التاريخ:

القائم بالتطبيق:

تعليمات المقياس:

- يطبق هذا المقياس على ولي الأمر أو الأخصائي المتابع لحالة الطفل.
- ينصح بعدم إهدار الكثير من الوقت على كل عبارة، اذهب مع الإجابة الأولى.
- إذا كنت غير متأكدا من الإجابة السليمة للعبارة من الأفضل أن تتركها بدون اختيار.
- عبارات المقياس مقسمة إلى ثمانية أبعاد رئيسية تمثل جوانب ظهور المشكلات الحسية لدى الأطفال وهي: (بعد الحركة، بعد الإبصار، بعد التواصل البصري مع الأشخاص والأشياء، بعد اللمس، بعد التغذية، بعد الاستماع، بعد الشم، بعد النوم).

	البعد الأول: بعد الحركة			
م	**السلوك الملاحظ**	**كثيرا**	**أحيانا**	**نادرا**
1	يكره تغيير وضعه، فمثلا يحب الاستلقاء على الظهر باستمرار.			
2	يخاف إذا رفعت قدميه عن الأرض.			
3	يجد صعوبة في الاستمرار في الجلوس فترة طويلة.			
4	يبدو قلقا إذا تحرك فجأة أو غير اتجاه حركته			

5	يتجنب الميل نحو الأمام.			
6	لا يمكنه الاتزان، فمثلا عندما يخلع ملابسه يجلس على الأرض.			
7	يكره اللعب العنيف وألعاب القفز.			
8	يتجنب استخدام أدوات اللعب مثل الأرجوحة والمزلجة.			
9	يتجنب ألعاب النشاط الحركي.			
10	يصاب بالغثيان عند ركوب السيارات والمصاعد والخيل.			
11	يتجنب أنشطة التوازن.			
12	يبدو قلقا في البيئة المليئة بالحركة، فينتقل إلى جانب الغرفة.			
13	يحب الحركة الكثيرة، فمثلا يقف ويجلس ويتحرك باستمرار.			
14	يميل إلى ممارسة أنشطة الحركة السريعة، مثل التأرجح.			
15	يبدو متحمسا في الغرفة المليئة بالحركة.			
16	يدور حول نفسه ولا يشعر أبدا بالدوار.			
17	يدير الأشياء بيديه باستمرار.			
18	يتأرجح دائما (بجسمه كله، أو بجزء منه).			
19	نشط ويتحرك باستمرار.			
20	يبدو خائفا من المرتفعات والآلات المتحركة.			
21	يمشي على أطراف أصابعه.			
22	يتعب بسهولة لأقل نشاط.			

	البعد الثاني: بعد الإبصار			
1	يبدو غير مرتاحا عند وجوده في أشعة الشمس القوية (يشعر بالحول، أو يغلق عينيه، أو يفضل الظلام).			
2	يبدو حساسا للتغيرات في الإضاءة (كالخروج من موقف سيارات مظلم إلى إضاءة ساطعة في محل تجاري).			
3	لا يحب النظر إلى التلفزيون أو الكمبيوتر.			
4	لا يحب ألوان معينة أو يفضل لون محدد.			
5	يحب تتبع الظل أو مشاهدة الأشياء تدور أو الأضواء المنعكسة.			
6	يحب مشاهدة الماء (يتقاطر أو يجري).			
7	يلعب بالبصاق أو يضرب فقاعات البصاق.			
8	يحب إضاءة النور وإطفاءه.			
9	يصف الأشياء في صفوف.			
10	يحب إسقاط أو رمي الأشياء مرارا وتكرارا.			
11	يحب اللعب بالرمل ومشاهدته يسقط من يديه.			
12	يجد صعوبة في نقل تركيزه من شيء لآخر.			
13	يبدو وكأنه لا يرى الأشياء عندما تكون على خلفية مشغولة.			
14	يلتفت للتفاصيل الصغيرة ولا يرى الشيء بأكمله.			
15	لديه صعوبة في توصيل وتصنيف الأشياء.			
	البعد الثالث: بعد التواصل البصري مع الأشياء والأشخاص			

1	يغطي وجهه، أو عينيه بالأشياء.			
2	ينظر بتدقيق للناس، أو يحدق في الأشياء.			
3	يحدق في الفضاء أو الفراغ			
4	تحول عينيه عند النظر للأشخاص أو الأشياء.			
5	ينظر إلى الناس أو الأشياء بطرف عينيه.			
6	لا يهتم بالألعاب.			
7	يجد صعوبة في التتبع البصري.			
8	يستخدم سلوكيات التنبيه الذاتي بشكل رئيسي مثل رفرفة اليدين.			
9	يقرب رأسه جدا من الأشياء لرؤيتها.			
10	تحول عينيه عند النظر للأشياء.			
	البعد الرابع: بعد اللمس			
1	يضغط أكثر أو أقل من اللازم عندما يمسك الأشياء.			
2	يسقط دائما على الأرض.			
3	يستمتع بالسقوط من على الكرسي أو المرتفعات.			
4	يصطدم بالأشياء ويبدو غير قادر على ملاحظتها.			
5	يستمتع بالاصطدام بالأشخاص أو الأشياء.			
6	يميل إلى لعب الألعاب العنيفة أو ألعاب التشقلب.			
7	يحب أن يكون ملفوفا بقوة في بطانيته أثناء النوم.			

8	يحب العناق القوي أو بالضغط بشدة.			
9	يحب تدليك القوي.			
10	يحب أن يلمس الأشياء و أن يتحسسها.			
11	يضرب رأسه بعنف.			
12	يعض يديه.			
13	يتأثر إذا مسه أحد، ولا يحب الاصطفاف مع الآخرين.			
14	لا يحب قبضات اليد أو إمساك شخص بالغ له من يده.			
15	يميل إلى استخدام الفم بدلا من اليد لاستكشاف الأشياء.			
16	يستخدم المعصمين لالتقاط الأشياء بدلا من الأصابع.			
17	يميل إلى اللمس المفرط للأشخاص أو الأشياء.			
18	لديه ملابسه المفضلة (ويصرخ إذا ارتدى ملابس جديدة).			
19	يرتدي فقط ملابس من أقمشة معينة كالقطن أو الصوف.			
20	يرى أن خلع الملابس عملية مرهقة جدا.			
21	يحب الملصقات المقتطعة من ملابسه.			
22	يتجنب أن تكون قدميه حافيتين.			
23	يرفض ارتداء الأحذية والجوارب.			
24	يحب أن يكون عاريا.			

25	يصبح مستاء عندما يغسل شعره أو يمشطه.			
26	يشعر بالضيق من حلاقة شعره.			
27	يشعر بالضيق عند غسل أسنانه.			
28	يتجنب أو يشعر بالاستياء عند اللعب بالمواد الرطبة كالعجين.			
29	يكره الفوضى أو التشويش.			
30	يبدي الحمى (دائما ساخنا، ويرتدي ملابس محدودة).			
31	يجد صعوبة في تحمل التغيرات في درجات الحرارة.			
32	يظهر دلائل على انخفاض الوعي بالألم.			
	البعد الخامس: بعدالتغذية			
1	يأكل فقط مجموعة صغيرة محددة من الأطعمة.			
2	يتقيأ عند تناول الطعام.			
3	يفضل الأطعمة المقطعة لأجزاء صغيرة (لا يمضغ الطعام).			
4	يفض الأطعمة ذات درجات الحرارة الثابتة كالباردة فقط.			
5	يتردد كثيرا عند تجريب أطعمة جديدة.			
6	يلعق الأشياء أو الأشخاص.			
7	يحب وضع الأشياء في الفم لفترة طويلة.			
8	يعض نفسه.			
9	يعض الآخرين.			

10	يتقيأ الطعام.			
11	يأكل مواد غير مناسبة.			
12	يشرب مجموعة محدودة من المشروبات كالحليب فقط.			
13	يشرب فقط من خلال الشاليمون.			
14	يشرب فقط من كوب خاص أو زجاجة خاصة.			
	البعد السادس: الاستماع			
1	لا يظهر أي استجابة للضوضاء أو الكلام.			
2	يستمتع بالأصوات مرارا وتكرارا، مثل تدفق مياه الحمام.			
3	يضع أذنيه بالقرب من الضوضاء بالاستماع إليها.			
4	لديه حاسة سمع قوية، فيمكنه سماع أصوات لا يمكننا سماعها.			
5	ينصرف انتباهه بسرعة بفعل الضوضاء.			
6	يخاف من الأجهزة الكهربائية مثل المكنسة الكهربائية أو الخلاط.			
7	يبدو منزعجا من سماع الأصوات الصاخبة أو المفاجئة			
8	يهمهم أو يدندن لحجب الضوضاء.			
9	يضع أصابعه في أذنيه أو يغطي الأذنين.			
10	يصرخ عند سماع أصوات عالية.			
11	يكره الأماكن الصاخبة، مثل الملاعب والاجتماعات.			
	البعد السابع: الشم			

1	يحب استنشاق الأشياء أو الأشخاص أو الأطعمة.			
2	يقترب دائما من الأشخاص أو الأشياء ليبشمهم.			
3	يحب رائحة منتجات التنظيف.			
4	ينزعج حينما يتم طهي الطعام.			
5	يكره الروائح القوية، مثل العطور، أو معطر الحمام.			
6	يكره معجون الأسنان.			
7	يمسك أنفه ويكتم أنفاسه عندما يشم رائحة.			
8	يبدو غير قادرا على شم الروائح القوية.			
	البعد الثامن: النوم			
1	لديه صعوبة في النوم.			
2	يفضل أن ينام مع والديه.			
3	ينام في أماكن غير معتادة (على الأرض، أمام الحائط).			
4	ينام مرتديا ملابس محددة.			
5	ينام بدون ملابس.			

الملحق الرابع: مقياس الاضطرابات السلوكية

جامعة الدكتور يحي فارس بالمدية

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

تخصص علم النفس العيادي

بيانات شخصية:

الجنس: **ذكر ( )** **أنثى ( )**

السن: ( )

التعليمة:

في إطار دراسة ميدانية في انجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستير علم النفس العيادي نتقدم بمجموعة من الفقرات تتناول ما يمكنك الإجابة عنها حول سلوك الطفل والمطلوب منك قراءة كل عبارة بتمعن ثم الإجابة عنها بدقة وموضوعية وذلك بوضع علامة ( ) في المكان المناسب علما أن المعلومات تستخدم لغرض البحث العلمي وفقط.

العبارة	دائما	أحيانا	أبدا
يميل إلى العزلة والبقاء وحيدا			
يقضي معظم الوقت وحيدا			
يتجنب تقريبا كل أشكال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين			
يبتعد عن أي شخص يحاول الاقتراب منه			
لا يتضايق من وجوده بمفرده			
وجوده وسط أقرانه لا يشعره بالسعادة			
لا يرغب في تكوين صداقات مع الآخرين			

عندما يتحدث أحد أقرانه معه فإنه يتركه ويذهب بعيدا عنه			
يشعر بالارتباك عندما يقدم عليه أقرانه			
يرفض تلبية مبادرة الآخرين للعب معهم			
عدم رغبته في إقامة علاقات مع الآخرين			
يميل إلى اللعب بمفرده بمعزل عن الآخرين			
عدم وجوده مع أقرانه تبدو عليه أعراض اللامبالاة			
ينسحب من أنشطة الجماعة ويرفض الاستمرار فيها			
يتجنب مسايرة أقرانه والتواجد معهم			
يشعر بالخوف من الآخرين ويعمل جاهدا عن الابتعاد عنهم			
يأبى القيام بأي مهام يشترك فيه أقرانه			
تنعدم استجابته تقريبا لأي إشارات أو إيماءات اجتماعية تصدر عن الآخرين			
يرفض الحديث عند لقاء أحد أقرانه			
عندما يرى شخص غريب لا يبدي أي اهتمام			
يرفض الأوامر بالقيام بعكس ما طلب منه			
لا يتقبل رفض طلباته			
يقوم على ممارسة سلوكيات غير لائقة ومتصادمة مع مصلحة الآخرين			
لا يكترث لما يقال له			
بتفرد في رأيه			
يغضب لأتفه الأسباب مع احتجاجه			
يجادل الآخرين ويعارض			
يرفض الذهاب إلى المدرسة			
يميل إلى المشاكسة مع أقرانه وفرض رأيه			

يمتنع عن تناول الطعام بالرغم من شعوره بالجوع			
كثير الحركة والنشاط الزائد			
يستفز الآخرين بسلوكهم لجذب الانتباه			
عدم قدرته على الانتباه/ يواجه صعوبة في الانتباه			
يصعب على الاندماج مع زملائه الآخرين			
عدم استقراره في مكانه			
يواجه صعوبة في الالتزام بالهدوء			
متهور ومندفع			
يتمتع بالقابلية للاستثارة			
يعاني ضعف شديد في التركيز			
سلوك فوضوي (سريع التحول من نشاط لآخر)			
يصدر أصوات غير مفهومة			
يضحك بطريقة غير ملائمة			
يقحم نفسه في نشاطات الآخرين			
يمارس سلوكيات غير ملائمة لمضايقة الآخرين			