وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة يحي فارس بالمدية
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

الاستراتيجيات التعليمية لأطفال التوحد ودورها في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية لديهم

- دراسة ميدانية بوحدة الطب العقلي بقصر البخاري -

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر في علوم التربية

تخصص: إرشاد وتوجيه

إعداد الطالبتين:

- بتيل ريمة
- موالدية مريم

تحت إشراف الأستاذة:

د/ باندو صفية

السنة الجامعية 2021/2020



كلمة شكر وعرفان

الحمد لله رب العالمين، والصلاة على أشرف الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد وعلى آله وأصحابه أجمعين، اما بعد

فإننا نحمد الله تعالى على نعمه العظمى ومننه الكبرى، ومن ذلك امتنانه علينا بإكمال هذه الرسالة

ونشكر الشكر العظيم لعائلتينا اللاتي كانتا لنا نعم العون والسند في إنجاز هذا العمل.

كما نتقدم بالشكر الخالص إلى الأستاذة د/ باندو صفية على إشرافها على مذكرتنا وعلى توجيهها لنا.

كما نتوجه بالشكر الجزيل إلى أطباء ونفسانيي وحدة الطب (حي الوئام) على رأسهم الطبيب النفساني مازوز، وعلى تسهيلهم لأعمالنا طوال فترة التربص وعلى كل ما علمونا إياه.

كما نجد لزاما علينا أن نتوجه بالشكر الكثير والدعاء بالشفاء العاجل إلى كل الأطفال التوحديين الموجودين بالوحدة، وخاصة الذين كانت حالاتهم مادة لبحثنا، ونشكر شكرا خاصا لأوليائهم.

كما ندين بكلمات الشكر والتقدير لجميع أساتذة قسم علوم التربية الذين ساهموا في تعليمنا طوال فترة الدراسة.

كما لا يفوتنا أن نتقدم بأسمى عبارات الشكر والعرفان إلى كل العلماء الذين كانت مراجعهم نعم الزاد لنا لإنجاز هذا العمل المتواضع.

إلى كل هؤلاء نتقدم بالشكر الخالص سائلين الله لنا ولهم الفوز بسعادتي الدنيا والآخرة.

إهداء

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك...

ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك ولا تطيب الجنة إلا برؤيتك الله جل جلاله

أهدي عملي هذا :

الى من كلله الله بالهبة والوقار... إلى من علمني العطاء بدون انتظار...أرجو من الله أن يمد في عمرك لترى ثمارا قد حان قطافها بعد طول انتظار والدي العزيز.

الى التي رعتني حق الرعاية وكانت سندي في الشدائد وكانت دعواها لي بالتوفيق إلى من ارتحت كلما تذكرت ابتسامتها في وجهي أمي الحبيبة جزاها الله عني خير الجزاء في الدارين.

الى النجوم التي أهتدي بها وأسعد برؤيتهم إخوتي وأخواتي سهام، أمين، كوثر، نورين وأولادهم.

كما أهدي ثمرة جهدي للأساتذة د/باندو التي كلما تظللت الطريق أمامي لجأت إليها.

إلى رفيقة الدرب ومعينتي على هذا العمل صديقتي مريم موالدية.

ريمة

الإهداء

لك الحمد ربي على عظيم فضلك وكثير عطائك أهدي ثمرة جهدي إلى من قال فيهما الله عز وجل: "واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل ربي ارحمهما كما ربياني صغيرا" الإسراء الآية -24-.

إلى الذي أحمل اسمه بكل فخر إلى سندي وملاذي إلى الذي رافقني بالحب والرعاية والدعاء..... أبي الغالي أطال الله في عمره.

إلى التي لا يطيب النهار إلا برؤيتها ولا تحلو الأيام إلا بوجودها إلى التي حملتني وهنا على وهن..... أمي الحبيبة أطال الله في عمرها.

إلى من كانوا معي في السراء والضراء إخوتي حفظهم الله أسماء- نسيبة- نور- عبد الرحمان.

إلى من ساعدوني وساندوني وكانوا بجنبي عمي مولود – زوجته عائشة وخالتي زهرة..... جزاهم الله كل خير.

إلى رفيقة دربي ومن تقاسمت معها شقاء هذا العمل صديقتي ريمة.

مريم

الفهرس

شكر وتقدير

الإهداء

مقدمة..... 1

الإشكالية..... 4

2- فرضيات الدراسة: 6

3- أهمية الدراسة: 7

تكمن أهمية الدراسة في مجموعة من النقاط تتمثل في ما يلي: 7

4- أهداف الدراسة: 7

5- أسباب اختيار الموضوع: 8

6-مفاهيم الدراسة: 8

7-الدراسات السابقة: 10

7-1- تعليق على الدراسات السابقة: 20

تمهيد: 25

1- التطور التاريخي لاضطراب التوحد:..... 25

2- مفهوم اضطراب التوحد:..... 27

3- خصائص اضطراب التوحد: 30

4- نسبة انتشار اضطراب التوحد:..... 34

5- أعراض اضطراب التوحد: 35

6- تشخيص اضطراب التوحد: 37

7- التشخيص الفارقي بين إعاقة التوحد وبعض اضطرابات الطفولة: 44
8- النظريات المفسرة لاضطراب التوحد: 47
9- البرامج العلاجية لاضطراب التوحد: 50
خلاصة 57
تمهيد 59
1/ تعريف الاضطرابات السلوكية: 59
2 – تصنيفات الإضطرابات السلوكية: 62
3 – الخصائص العامة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا على مختلف فئاتهم: 64
4 . أسباب الإضطرابات السلوكية: وتنقسم إلى : 66
5/ محددات الاضطرابات السلوكية: 69
6/ أبعاد الإضطرابات السلوكية: 71
7 – نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية: 80
8 – أساليب التدخل التربوي والعلاجي مع الأشخاص المضطربين سلوكيا: 81
9 – المشكلات السلوكية عند الطفل التوحدي: 83
خلاصة الفصل: 94
تمهيد: 96
1/ الدراسة الاستطلاعية: 96
2/ منهج الدراسة: 96
3/ مجتمع الدراسة وعينته: 97
4/ طريقة اختيار العينة: 97
5/ أدوات الدراسة: 98
6/ حدود الدراسة 108

7/ طريقة جمع البيانات: 108
8/ الأساليب الاحصائية لتحليل البيانات:.....109
01/ مناقشة وتحليل الفرضة الأولى: 129
2/ مناقشة وتحليل الفرضية الثانية: 132
3/ مناقشة وتحليل الفرضية الثالثة: 133
الاستنتاج العام: 135
خاتمــة 1
خاتمة.....138
توصيات واقتراحات الدراسة: 138

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	حجة التوحد	114-115
02	المشكلات النمائية للتوحد	115-118
03	خصائص افراد العينة من حيث الجنس	125
04	خصائص افراد العينة من حيث العمر العقلي	126
05	بعض انشطة برنامج شوبلر schopler	127-131
06	مقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الاولى على اختبار CARSوECAN	140
07	مقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية على اختبار CARSوECAN	143
09	مقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثالثة على اختبار CARSوECAN	146
10	مقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الرابعة على اختبار CARSوECAN	148

11	مقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الخامسة على اختبار CARSو ECAN	151
12	مقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة السادسة على اختبار CARSو ECAN	153
13	مقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة السابعة على اختبارCARSو ECAN	156
14	مقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثامنة على اختبار CARSو ECAN	158
15	نتائج حساب اختبارات T-TEST لافراد مجموعة البحث بين القياس القبلي والقياس البعدي	166
16	الفرق بين الجنسين في الاختبار القبلي والبعدي	169-170
17	الفرق بين الاختبار القبلي والبعدي لمتغير السن(العمر العقلي)	171

مقدمة

مقدمة:

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان في حياته فيها يتم تشكيل شخصيته، ومن خلال عملية التكيف تظهر قابلية الطفل للتأثر بالعوامل التي تحيط به، فتظهر في جوانب شخصيته أنماط من السلوك السوي أو السلوك الدال على عدم التوافق.

ويرى **(كمال مرسي، 1990)** أن الفترة من ثمانية شهور إلى ثلاث سنوات مرحلة هامة في النمو المعرفي والانفعالي 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.

حيث نجد أن بعض الأطفال في السنوات الأولى من حياتهم يعانون من اضطرابات جسمية أو عقلية أو نفسية مثل: اضطرابات حادة من التعبير عن انفعالاتهم أو غير قادرين على التفاعل الاجتماعي ولديهم أنماط سلوكية شاذة بالإضافة إلى زملة من الأعراض أطلق عليها الطبيب النفسي الأمريكي (ليوكانر leo kanner) بالتوحد.

حيث قام (ليوكانر) في هذا السياق بإجراء دراسة على (11) طفلا ومن خلال ملاحظته قدم وصفا لسلوكهم في دراسته التي نشرت عام (1943)، وكان أول من أطلق عليهم مصطلح (الأويتيزم autism)، وهو مشتق عن الكلمة اليونانية (auto) وهي تعني الذات (self)، للتعبير عن العزلة الشديدة لهؤلاء الأطفال، حيث يتصفون بالعزلة الاجتماعية والعجز في التواصل والسلوك النمطي والاهتمامات المقيدة.

كما يعتبر التوحد من الفئات الخاصة التي بدأ الاهتمام بها بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة، وذلك لما يعانيه أطفال هذه الفئة من إعاقة نمائية عامة تؤثر على مظاهر النمو المتعددة للطفل وتؤدي إلى انسحابه وانغلاقه على نفسه، كذلك الآثار السلبية تمس مستويات نمو الطفل من حيث الاتصال اللغوي، اللفظي وغير اللفظي والتواصل الاجتماعي وهذا ما ينجر عنه عدة سلبيات تظهر على الطفل، بالإضافة إلى السلوك الطقوسي والنمطي والاستحواذي والاهتمامات المقيدة، هذه الخصائص السلوكية تجعل من إمكانية تعلمهم عملية صعبة، فهم لا يتكيفون جيدا مع التغير، كما أن عزلتهم واضطراباتهم السلوكية تتداخل مع فاعلية العلاج بالإضافة إلى الصعوبات في إيجاد طرق لإثارة دافعية الطلبة المتوحدين.

وعلى الرغم من وجود هذه الصعوبات إلا أن هناك عدة برامج رعاية وتدريب وتأهيل خاصة بأطفال التوحد، حيث يؤدي ذلك إلى زيادة تركيزهم وكفاءتهم وتحسن سلوكهم من أجل التمهيد لعودتهم مرة أخرى للتفاعل مع أقرانهم العاديين والتأقلم مع حالتهم ومواصلة تعليمهم.

ومن هنا تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على الاستراتيجيات التعليمية لأطفال التوحد ودورها في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية لديهم.

ولتحقيق هذا الغرض، تم تقسيم الدراسة الحالية إلى ثلاثة فصول نظرية وفصلين تطبيقين، بحيث شمل الجانب النظري على فصل تمهيدي أو الإطار العام للدراسة تضمن المقدمة وإشكالية الدراسة وفروض الدراسة والأهمية وأهداف الدراسة بالإضافة إلى أسباب اختيار الموضوع ومفاهيم الدراسة وبعدها الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

أما الفصل الثاني فقد تناول تمهيد ثم التطور التاريخي لاضطراب التوحد ومفهومه، خصائصه، نسبة انتشاره، ثم أعراضه وكذا تشخيصه وبعدها الفرق بينه وبين اضطرابات الطفولة ثم النظريات المفسرة له واخيرا البرامج العلاجية لاضطراب التوحد.

أما الفصل الثالث تناولنا فيه الاضطرابات السلوكية عند الطفل التوحدي فقد استهل بتمهيد ثم تعريف للاضطرابات السلوكية وتصنيفاتها وبعدها الخصائص العامة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا على مختلف فئاتهم ثم أسبابها ومحدداتها وبعدها أبعاد الاضطرابات السلوكية ثم نسبة انتشارها وكذا أساليب التدخل التربوي والعلاجي مع الأشخاص المضطربين سلوكيا وبعدها المشكلات السلوكية عند الطفل التوحدي ثم الخلاصة.

أما الجانب التطبيقي فقد قسم لفصلين: فصل منهجي يحتوي على تمهيد ثم المنهج المستخدم للدراسة وبعدها مجتمع الدراسة وعينته ثم طريقة اختيار العينة وبعدها الأدوات المستخدمة ثم حدود الدراسة، والاساليب الاحصائية لتحليل البيانات، صعوبات الدراسة واخيرا عرض نتائج الحالات.

أما الفصل الأخير فخصص لتفسير النتائج ومناقشتها استهل بتقديم الحالات ثم تقديم نتائج الفرضيات وبعدها تطرقنا لمناقشة النتائج بالتحليل الكمي والكيفي وتفسيرها السيكولوجي.

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية.

2- الفرضيات.

3- أهمية الدراسة.

4- أهداف الدراسة.

5- مفاهيم الدراسة.

أ- اضطراب التوحد.

ب- الإضطرابات السلوكية.

ج- الاستراتيجيات التعليمية.

6- الدراسات السابقة.

7- التعليق على الدراسات السابقة.

الإشكالية:

بدأ في الآونة الأخيرة الاهتمام بالاضطرابات النمائية التي تؤثر على الأطفال، وعلى نموهم بشكل طبيعي وعلى مستقبلهم في الحياة، وانطلق هذا الاهتمام من افتراض مفاده أن سرعة التشخيص والتدخل وإيجاد الحلول والأساليب المناسبة لرفع كفاءة هؤلاء الأفراد وهم في سن مبكرة تمكنهم من مواجهة مختلف الصعوبات بصورة أفضل.

ويعتبر التوحد من بين هذه الاضطرابات ومن أكثر الإعاقات النمائية صعوبة وشدة بالنسبة للطفل من حيث تأثيرها على سلوكه **(غزال، 2007 ،ص.1)**.

كما أنه يعد من أصعب اضطرابات النمو على الطفل مما يفرضه على المصاب به من خلل وظيفي يظهر على معظم جوانب سلوكه مثل: التواصل، اللغة، التفاعل الاجتماعي، الإدراك الحسي والانفعالي، مما يعيق عمليات النمو واكتساب المعرفة وتنمية القدرات والتفاعل مع الآخرين، إذ يتميز الأطفال التوحديون بضعف التفاعل الاجتماعي وبمشكلات في تكوين الأصدقاء أو إقامة علاقات اجتماعية والمحافظة عليها **(DSM- 4-TR, APA, 2000)**.

ويقدر انتشار التوحد بنسبة (1) من بين (110) أشخاص (barnard, et a1, 2002, 11) وترتفع نسبة الإصابة به بين الذكور بمقدار (1،4) عن الإناث **(المهدي، 2008،ص. 1)**، ومنتشر في جميع بلدان العالم **(الخطيب، 2009،ص. 13)**، وأسبابه غير معروفة بوجه قطعي (Hill e frith, 2002, 281 ، فطوم 2010:1) ولا يوجد شفاء تام منه، وأنه باق مع الطفل مدى الحياة **(كيفوركيان، 2011: ص.1)**.

وفي السياق ذاته عرفت الجمعية الأمريكية للطلب النفسي التوحد بأنه إعاقة من أعاقات النمو المركبة أو المعقدة تظهر على الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره نتيجة اضطراب في الجهاز العصبي يؤثر على الوظائف المختلفة بالمخ. **(بدوي، 2006: ص.75)**.

وتؤدي الإصابة بالتوحد في أغلب الأحيان إلى جعل الطفل انعزالي ومنطوي على نفسه ولا يشعر بالآخرين وكأنه أصم ولا يميل إلى اللعب الابتكاري والجماعي ولا يشعر بالأخطار الطبيعية

والتي من المفترض أن يخاف منها، واضطرابه به هذا جعله أحيانا يضحك ويبكي بدون سبب وغيرها من الأعراض والاضطرابات والتي أصبحت تنطوي تحت اسم التوحد **(فراج، 2002)**.

وفي السياق ذاته يعتبر سلوك الطفل التوحدي سلوك معقد وفي أغلب الأحيان ليس من اليسير أن يعرف لماذا يصدر هذا السلوك أو ماذا يريد من وراءه، والسبب أن الطفل لا يستطيع أن يعبر بشكل بطبيعي عن السلوك المطلوب وليس لديه وسيلة تعبير واتصال طبيعي يمكن أن يدير شؤون حياته ومتطلباته واحتياجاته الضرورية.

حيث تعتبر الاضطرابات السلوكية والانفعالية من أعقد المشكلات النفسية التي تظهر عند الفرد بصورة واضحة ويمكن الاستدلال عليها مقارنة بالسلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه، ويمكن ملاحظتها وحكم عليها من قبل الأفراد الذين لهم علاقة بالفرد كما عرفها (روس، 1974) على أنها اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكا منحرفا بصورة واضحة عن السلوك، أما (هويت، 1963) يرى أن الطفل المضطرب انفعاليا هو الفاشل اجتماعيا والذي لا يتوافق سلوكه مع السلوك السائد في المجتمع الذي يعيش فيه. **(مصطفى القمش ، 2010، ص.16)**.

وتعتبر الاضطرابات السلوكية من المظاهر العامة التي تميز الأطفال التوحديين وتجمع الدراسات على أن هذه الاضطرابات تتمثل في نوبات الغضب والهيجان وصعوبة في التواصل مثل دراسة **(عبد العظيم ،2015)** التي هدفت للتعرف على المظاهر السلوكية الأكثر شروعا عند أطفال التوحد وتمثلت نتائجها في مشكلات سلوكية في مجال التواصل الاجتماعي وإيذاء الذات وضعف التعبير عن الاحتياجات وكذلك دراسة دراكة وخزاعة (2016) تمثلت نتائجها في وجود مشكلات سلوكية في مجالات التواصل والتفاعل الاجتماعي، التشتت وضعف القدرة على التذكر، والافتقار إلى وسائل التواصل اللفظي وغير اللفظي.

ومن هنا نبرز ظاهرة التوحد كمشكلة عامة تتطلب المزيد من الدراسات والبحوث لعثور على الأسباب والمساعدة في وضع الحلول الناجحة للظاهرة أو التخفيف منها.

وانبثاقا من الفلسفة التربوية التي تعني بذوي الاحتياجات الخاصة والمرتكزة على أن كل طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة قابل للتعلم والتقدم، نجد أن هناك الكثير من البرامج التربوية الخاصة التي تتناسب مع احتياجات كل فئة.

لذلك عكف الباحثين والمختصين على إجراء دراسات للتعرف على الخصائص والمشكلات التي يعاني منها الأفراد التوحديين بهدف تقديم الاستراتيجيات التعليمية والبرامج العلاجية الملائمة للحد من السلوكيات الغير مرغوبة التي تؤثر على اندماجهم في البيئة المحيطة بهم بشكل ملائم، والتعرف على الخصائص السلوكية للطفل التوحدي من الركائز الأساسية في تشخيص حالة الطفل بشكل أفضل حيث يتم تشخيص اضطراب التوحد بناءا على سلوك الطفل **(جابر، 2018)**.

بناءا على ما سبق تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على أثر الاستراتيجيات التعليمية المقدمة للطفل التوحدي ودورها في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية لديه حيث انطلقنا من السؤال الرئيسي التالي:

– هل للاستراتيجيات التعليمية المقدمة للطفل التوحدي أثر في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية لديه؟

التساؤلات الفرعية:

– هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي في الاضطرابات السلوكية تعزى لمتغير الجنس؟

– هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي في الاضطرابات السلوكية تعزى لمتغير السن (عمر الطفل)؟

2- فرضيات الدراسة:

– يوجد أثر للاستراتيجيات التعليمية المقدمة لأطفال التوحد في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية لديهم.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج الاختبار القبلي ونتائج الاختبار البعدي في الاضطرابات السلوكية تعزى لمتغير الجنس.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي في الاضطرابات السلوكية تعزى لمتغير السن (عمر الطفل).

3- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في مجموعة من النقاط تتمثل في ما يلي:

– نتناول بالبحث العلمي اضطراب من أشد الاضطرابات التي تعوق النمو الطبيعي لدى الأطفال وهو اضطراب التوحد.

– تسليط الضوء على أهم الجوانب التي يعاني منها الطفل التوحد والمتمثلة في بعض الاضطرابات السلوكية.

– إبراز أثر التوحد على الأسرة وما يسببه لها من ضغوط نفسية واقتصادية واجتماعية، وأهمية علاجية للتخفيف من هذه الضغوطات.

– الوقوف على أهمية السنوات الأولى من حياة الطفل، فهي السنوات التي يتم فيها تشكيل شخصيته وأهم المشكلات النمائية في هذه الفترة.

– التعرف على البرامج المقدمة للأطفال التوحد والتي تساعدهم في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية التي يعانون منها.

4- أهداف الدراسة:

– الكشف على اضطراب التوحد بالتعرف على خصائص ومميزات الطفل التوحدي وكل ما يخص إعاقته غير ظاهرة.

– التعرف على المظاهر السلوكية المضطربة في عينة الدراسة.

– التعرف على الاستراتيجيات التي تساعد في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية.

– التعرف على استراتيجيات وانشطة برنامج (ايريك شوبلر) المقدمة لأطفال التوحد في وحدة الطب العقلي.

5- أسباب اختيار الموضوع:

5-1-أسباب ذاتية:

– الكشف عن الاستراتيجيات التي تساهم في مساعدة أطفال التوحد.

– ندرة البحوث والدراسات التي تعالج هذا الموضوع.

– البحث واكتشاف كل ما يخص هذه الإعاقة.

5-2-أسباب موضوعية:

– انتشار ظاهرة التوحد عند الأطفال بصورة متزايدة مما قادنا إلى التوغل في مثل هذه المواضيع.

– حاجة مكتبتنا الجزائرية لمثل هذه الدراسات.

– البحث في البرامج الفعالة في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية للطفل التوحدي.

6-مفاهيم الدراسة:

6-1-التوحد:

التعريف الاصطلاحي: تعرفه جمعية علم النفس (2013) الأمريكية على أنه: "اضطراب تطوري يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، يؤثر هذا الاضطراب على وظائف المخ، وبالتالي ينعكس سلبا على مجالات التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي ويستجيب الأطفال للأشياء أكثر من الاستجابة للأشخاص، والانزعاج ومقاومة أي تغيير يحدث في بيئتهم، بالإضافة إلى التكرار النمطي لبعض الحركات والسلوكيات أو تكرار بعض الكلمات والمقاطع بطريقة آلية".(الجمعية الأمريكية للتوحد 2013 American psycrological ASS ociation)

المفهوم الإجرائي: هو أحد الاضطرابات النمائية تصيب بعض الأطفال منذ الولادة أو خلال مرحلة الطفولة والتي تؤدي إلى قصور في التواصل الاجتماعي واللغوي ووجود أنشطة غير سوية في السلوكات النمطية ولديهم مدى محدود من الأنشطة والاهتمامات وأنماط شاذة من السلوك.

6-2- الاضطرابات السلوكية:

المفهوم الاصطلاحي: يعرف محمود إبراهيم الاضطرابات السلوكية بأنها: "أنماط من السلوك اللاسوي الظاهر والثابت أو المتكرر الذي يميل إلى الخروج على القيم الدينية والخلقية والمعايير والعادات الاجتماعية، وهو ينشأ نتيجة التعليم والتربية الاجتماعية الخاطئة مما يؤدي إلى سوء التوافق النفسي الاجتماعي"**(خديجة فريجي، 2017-ص.11)**.

المفهوم الإجرائي: هو السلوك الأكثر حدوثا وتكرارا لدى الطفل التوحدي يعيق نموه واندماجه وتواصله مع الآخرين مثل: الصراخ، فقدان القدرة على التواصل البصري، عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي.

6-3- الاستراتيجيات التعليمية:

المفهوم الاصطلاحي: هو برنامج تعليمي خاص بالأطفال التوحديين ومن يعانون من مشكلات التواصل، وقد طوره إريك شوبلر (Eric shopler)في عام 1972م في جامعة كارولينا، كما يعتبر برنامجا معتمدا من قبل جمعية التوحد الأمريكية، من مزاياه بالإضافة إلى التدخل المبكر فهو يعتمد على تنظيم البيئة الخاصة.

يهدف هذا البرنامج إلى دمج الطفل التوحدي قدر الإمكان في المجتمع مع احترام خصوصيته وتعليمه المهارات التي يحتاجها وكذا مساعدته على أن يكون أكثر استقلالية من خلال مساعدته على تحقيق فهم أفضل للعالم من حوله.**(إبراهيم فرج عبد الله الزريقات ،2004، ص.314)**.

المفهوم الإجرائي: هو عملية مخططة ومنظمة في ضوء أسس علمية ونظريات لتعديل السلوك، وتتضمن مجموعة من المهارات والممارسات خلال فترة زمنية محددة بهدف إكساب الطفل التوحدي بعض المهارات السلوكية مثل: التقليد: الإدراك البصري، الحركة العامة.

7-الدراسات السابقة:

7-1-الدراسات العربية:

7-1-1- الدارسات الخاصة بالاضطرابات السلوكية:

1- دراسة الكيكي (2011):

هدف الدراسة: التعرف على أبرز المظاهر السلوكية من وجهة نظر أباء وأمهات أطفال التوحد.

عينة البحث: إختيرت عينة البحث اختيار عشوائيا، بلغت (46) أبا وأما لأطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة في مركز محافظة نينوي.

أدوات الدراسة: استبيانا يتألف من (32) فقرة في المظاهر السلوكية، وتم التحقق من الصدق الظاهري للاستبيان بعرضه على مجموعة من الخبراء، وكذلك تم حساب ثبات الاستبيان بطريقة جتمان، واستخدام الوسط المرجع لترتيب الفقرات.

نتائج الدراسة: وجود العديد من المشكلات السلوكية حيث احتلت عدم القدرة على الحديث والتعبير في المرتبة الأولى وقلة النشاط الحركي والخمول في المرتبة الأخيرة كما أظهرت عدم وجود فروق دالة بين متوسط درجات المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر الآباء والأمهات.

2- دراسة الخميسي السيد (2012):

هدف الدراسة: التعرف على شدة السلوك وأبعاده وفقا لمتغير الجنس والعمر.

عينة الدراسة: تكونت من (25) طفلا و(17) طفلة ملتحقين في مراكز ومعاهد التربية الخاصة في مدينة جدة السعودية. وشملت المرحلة العمرية الأولى عمر (4-7) سنوات على 23 فردا والمرحلة العمرية الثانية من (8-11) سنة على 19 فردا.

أدوات الدراسة: مقياس مقسم على خمسة مجالات هي: التفاعل الاجتماعي، التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، المجال الحسي والمجال النمطي.

3- دراسة القراز (2015):

هدف الدراسة: التعرف على المشكلات النمائية الأكثر شيوعا.

عينة الدراسة: أسر (44) طفل توحدي بمراكز التوحد ومراكز التربية الخاصة وبعض الحالات المنزلية في الأردن عند المرحلة العمرية الأولى (3) سنوات.

ادوات الدراسة : استبيان يخص المشكلات النمائية يشمل مجموعة من الفقرات .

نتائج الدراسة: تجنب التواصل البصري مع الآخرين بنسبة (93.2%) كانت الأكثر شيوعا يليها مشكلة صعوبة التفاعل مع المحيطين به (84.1)، ثم يليها مشكلتي تجنب الطفل للمثيرات السمعية والبصرية بالإضافة إلى ميل الطفل للعب وحده بنسبة متساوية بلغت (79.5%) يليها مشكلة اللعب النمطي بالألعاب والأشياء بنسبة (75%) في حين كان تأخر الطفل في الكلام بنسبة (70.5%) أقل المشكلات انتشارا. كما لم تكن هناك فروقا دالة إحصائيا وفقا لمتغير الجنس.

ظهور أكثر الاضطرابات شيوعا كانت في المجال الاجتماعي وأقلها في المجال الحسي، وإن الذكور في المرحلة العمرية (4-7) أكثر اضطرابا في مجالات التفاعل والتواصل اللفظي والسلوك النمطي والمجال الحسي، بينما لم تكن هناك فروقات بين المرحلتين في مجالي التواصل الغير اللفظي والمجال الاجتماعي، كما أظهرت النتائج بأن الإناث كانوا أكثر اضطرابا في مجالات التفاعل والتواصل الغير اللفظي والخصائص الحسية على عكس الذكور الذين أظهروا اضطرابا أكثر في التواصل اللفظي، في حين لم يؤثر متغير الجنس على السلوك النمطي.

4- دراسة عبد العظيم (2015):

هدف الدراسة: التعرف على المظاهر السلوكية الأكثر شيوعا لأطفال التوحد في مدينة المرج في ليبيا.

عينة الدراسة: (59) معلما ومعلمة لذوي الحاجات الخاصة.

ادوات الدراسة :استبيانا حول المظاهر السلوكية لاطفال التوحد .

نتائج الدراسة: المشكلات السلوكية في مجال التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي هي الأكثر شيوعا من بين مجالات الجمود والتلبد العاطفي، تكرار السلوك، وإيذاء الذات، كما ظهرت المشكلات السلوكية في أربعة مجالات هي: مجالات التواصل الاجتماعي حيث ظهر عليهم ضعف التعبير عن احتياجاته، وفي مجال السلوك النمطي ظهر لديهم كثرة ترديد الأسماء وكثرة الاهتزازات وفي مجال الجمود والتلبد واللامبالاة كانوا قليلو الاهتمام بمن حولهم، وأقل المشاكل السلوكية ظهرت في مجال العدوانية وإيذاء الذات والآخرين.

5- دراسة الدليمي وحسين (2016):

عينة الدراسة: (31) طفلا و(21) طفلة في معهد الإمام الحسين للتوحد في محافظة بابل في العراق.

هدف الدراسة: التعرف على قدرات كل من الذكور والإناث في التواصل الاجتماعي.

أدوات الدراسة: مقياس للتواصل الاجتماعي مكون من (50) عبارة.

نتائج الدراسة: كلا الجنسين بشكل عام يعانون من قلة التواصل الاجتماعي، لكن قدرات التواصل عند الذكور أقل منه عند الإناث المصابين بالتوحد.

6- دراسة الخرعان (2016):

عينة الدراسة: (66) طفل توحدي في مدينة جدة في المملكة العربية السعودية.

هدف الدراسة: التعرف على أبرز مشكلات الأطفال من وجهة نظر أولياء الأمور.

ادوات الدراسة : مقياس يخص ستة مجالات و هي: العدوانية، الانتباه، الانفعالية، إيذاء الذات، السلوكيات النمطية، والتفاعل الاجتماعي.

نتائج الدراسة: قلة التفاعل الاجتماعي حصل على أعلى متوسط بمتوسط قدره (35.88) في حين كان إيذاء الذات أقل المشكلات أقل بنسبة (21.61)، كما أظهرت الدراسة أن المشكلات السلوكية تظهر بشكل أكبر عند فئة الإعاقة الشديدة، كما أظهرت الدراسة إلى عدم وجود فروقا ذات دلالة تعزى

إلى جنس الطفل التوحدي، ولكن أظهرت فروقا تعزى لصالح عمر الأطفال من عمر (1–5) سنوات في المشاكل السلوكية.

7- دراسة دراكة وخزاعة (2016):

هدف الدراسة: التعرف على المظاهر السلوكية لأطفال اضطراب طيف التوحد وعلاقتها بالتواصل الاجتماعي في مدينة عجلون في المملكة الأردنية الهاشمية.

عينة الدراسة: (39) معلما ومعلمة في مراكز التربية الخاصة.

ادوات الدراسة : استمارة ملاحظة .

نتائج الدراسة: وجود مشكلات سلوكية في مجالات التواصل والتفاعل الاجتماعي، التشتت وضعف القدرة على التذكر، والافتقار إلى وسائل التواصل اللفظي وغير اللفظي، كما أوجدت الدراسة علاقة عكسية بين اضطراب طيف التوحد وبين مهارات السلوك الاجتماعي، فكلما زادت حدة الاضطراب لدى الفرد التوحدي قلت قدرته على تأدية السلوكيات الاجتماعية.

8- دراسة حمدان (2017):

هدف الدراسة: التعرف على خصائص اللعب الشائعة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد من قبل المعلمين وعلاقتها ببعض المتغيرات.

عينة الدراسة: (39) ذكر و(25) أنثى من ستة مراكز ومؤسسات للتربية الخاصة في مدينة عمان.

ادوات الدراسة : اسلوب الملاحظة في جمع المعلومات والتسجيل لسلوك الطفل قبل واثناء وبعد التدريب على مهارات اللعب .

نتائج الدراسة: المشكلات السلوكية لديهم المتمثلة بالسلوك النمطي والمقيد والسلوكيات المحددة أدت إلى انخفاض خصائص ومهارات اللعب بين كافة فئات اضطراب التوحد بغض النظر عن شدة الإعاقة.

9- دراسة درويش والبيلي (2017):

هدف الدراسة: التعرف على العلاقة بين بعض المشكلات السلوكية وعلاقتهما بمهارات التواصل لدى أطفال التوحد من وجهة نظر الأمهات.

عينة الدراسة: (107) أسرة في مدينة الدمام بالمملكة العربية السعودية.

ادوات الدراسة : قائمة تشخيص المشكلات السلوكية ، قائمة ملاحظة مهارات التواصل للطفل التوحدي .

نتائج الدراسة: وجود مشاكل سلوكية تؤثر بشكل كبير على التواصل كالصراخ، النمطية، الانسحاب الاجتماعي، كما أظهرت الدراسة عدم وجود أثر لمتغيرات نوع الطفل التوحدي، ترتيب الطفل التوحدي في الأسرة، المستوى الاقتصادي، الحالة الصحية للأم، أو المستوى التعليمي للأمهات.

10- دراسة السيد (2018):

هدف الدراسة: التعرف على مشكلات تناول الطعام.

عينة الدراسة: (62) طفل و(38) طفلة من ذوي اضطراب التوحد الملتحقين في مدينة الرياض تراوحت أعمارهم بين (8-13).

ادوات الدراسة : برنامج التوحد في التربية الفكرية .

نتائج الدراسة: مشكلات متعددة لذوي اضطراب التوحد تؤثر في تناول الطعام تتمثل في رفض الطعام ثم يليها الانتقائية المفرطة للطعام، أيضا ظهر لديهم سلوكيات معينة مثل رفض تناول الطعام، كثر الحركة، البصق، والصراخ، بالإضافة إلى ظهور مشاكل سلوكية أثناء تناول الطعام كالإسهال، القيء، أو الحساسية تجاه بعض أنواع الطعام، كما أظهرت الدراسة عدم وجود فروق في مشكلات تناول الطعام بين الأطفال الصغار أو الكبار.

7-1-2-الدراسات الأجنبية:

1- دراسة جرين وجوي وفين، وروبينز ووتوهاوس 2003: greem, joy, frin, robins e waterhouse:

هدف الدراسة: التعرف على خصائص الأفراد ذوي اضطراب التوحد.

عينة الدراسة: (250) أخصائي في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية.

ادوات الدراسة :

نتائج الدراسة: الأشخاص التوحديين يعانون من ضعف واضح في التفاعل الاجتماعي، وأنهم اعتبروا التفاعل الاجتماعي من الخصائص الأساسية في تشخيص التوحد ومن الركائز الأساسية المرتبطة به.

وبسبب ضعف التفاعل الاجتماعي بعجز التوحديين عن تكوين صداقات ولديهم قصور في التواصل البصري كما يفتقرون القدرة على النظر المباشر على وجوه الآخرين والبرود وعدم الاهتمام بردة فعل اتجاه أقرانهم في أي موقف اجتماعي.

2- دراسة سيمنوف، وبيكلز، وتشارمن، ولوكس 2008: (simonoff, pickles, charmen, loncas)

عينة الدراسة: (112) طفلا تتراوح أعمارهم من (10 إلى 14) عاما ملتحقين بمراكز في بريطانيا من خلال مقابلة الوالدين.

أدوات الدراسة: استخدم التقييم النفسي للأطفال والمراهقين.

مقياس التشخيص DSM-IV لاضطرابات القلق في مرحلة الطفولة واضطرابات الاكتئاب، واضطرابات التحدي واضطرابات السلوك واضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط.

نتائج الدراسة: كشفت النتائج أن (70%) لديهم اضطراب مرضي واحد على الأقل و (41%) لديهم اثنان أو أكثر، وأكثر الأعراض شيوعا هي اضطرابات القلق الاجتماعي (29.2%)، اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط (28.2%)، وإضراب التحدي المعارض (28.1%).

3- دراسة أوي، تان، ليم، غوه، وسانغ (oai, tam, lim, goh, sung 2010)

هدف الدراسة: التعرف على انتشار المشاكل السلوكية والعاطفية لدى أطفال التوحد.

عينة الدراسة: (56) طفلا و(25) طفلة تتراوح أعمارهم من (6-18) من ذوي اضطراب التوحد ذوي الأداء الوظيفي العالي الملتحقين في عيادة إرشاد الكفل في سنغافورة، وكان منهم (86.1%) من الصين (9.7%) من مالي، و(4.2%) جنسيات أخرى.

وتم تقسيم المشاكل السلوكية على أربعة مجالات: مجال الانسحاب الاجتماعي والاكتئاب، مجال المشاكل الاجتماعية، وفي المجال الإدراكي والمعرفي، وفي مجال الانتباه.

نتائج الدراسة: (672) إلى (686) لديهم على الأقل مشكلة سلوكية أكثر المشاكل السلوكية انتشارا ظهرت في المجال الاجتماعي بنسبة (60.6%) يليه في مجال الإدراك والتفكير بنسبة (50.7%) ثم في مجال الانتباه (48.3%) ثم مشكلة الانسحاب والاكتئاب بنسبة (40.8%).

7-2-الدراسات الخاصة بالبرامج التعليمية:

7-2-1- الدراسات العربية

1- دراسة صادق والخميس (2004):

عنوان الدراسة: دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

هدف الدراسة: التعرف على فعالية برنامج أنشطة اللعب الجماعية المستخدم في تنمية التواصل لدى الأطفال التوحديين.

عينة الدراسة: 3 أطفال مصابين بالتوحد وتراوحت أعمارهم بين (9-11 سنة).

أدوات الدراسة: استمارة البيانات الأولية ومقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي وتم استخدام اختبار "ويكوكو سن" للعينات الصغيرة لحساب دلالة فروق المتوسطات المرتبطة.

نتائج الدراسة: أنشطة اللعب الجماعية قد أدت إلى تنمية التواصل لدى الأطفال التوحديين.

2- دراسة الثمري (2007):

هدف الدراسة: تقييم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية من قبل الكادر العامل في تلك البرامج وبيان ما إذا كان التقييم سواء كان حكوميا أم أهليا، يختلف باختلاف طبيعة البرامج أو باختلاف الخبرة التعليمية، أو من ناحية جنس الفئة المستهدفة.

عينة الدراسة: جميع المراكز التي تقدم الخدمة للتلاميذ التوحديين.

ادوات الدراسة : برنامج للاطفال التوحد في الجوانب التالية :ابعاد اساليب التقييم ،والخطة التعليمية الفردية ودورالاسرة والدرجة الكلية لصالح القطاع الاهلي .

نتائج الدراسة: وجود تأثير دال إحصائيا بين تقديرات العاملين في المراكز الحكومية والعاملين في المراكز الخاصة لبرامج التوحد .

في حين أشارت النتائج إلى عدم وجود تأثير دال إحصائيا لمتغير الخبرة على الآراء التي بيدها العاملون حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية، كذلك أشارت النتائج إلى وجود تأثير دال إحصائيا لمتغير جنس العاملين في آرائهم التقيمية حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في أبعاد أساليب التقييم والخطة التربوية الفردية ودور الأسرة (لصالح الإناث)، كما لم تظهر النتائج وجود تأثير دال إحصائيا لمتغير جنس العامل على آرائهم التقيمية حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية في أبعاد الخطة التربوية الفردية والخدمات المساندة، وأساليب تعديل السلوك والدرجة.

3- دراسة غزال (2008):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي في تنمية الماهرات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين في مدينة عمان.

هدف الدراسة: اختبار فعالية برنامج تدريبي لتطوير المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد.

عينـة الدراسـة: مجموعتين (تجريبيـة وضـابطة) تألفت كل منهـا من (10) أطفال ذكور يعانون من التوحد تراوحت أعمارهم (5-9 سنوات).

أدوات الدراسة: برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية.

نتـائج الدراسـة: يوجـد فـروق ذات دلالـة إحصـائية فـي المـارات الاجتماعيـة بـين أفـراد المجمـوعتين التجريبية والضابطة على القياس البعدي وقياس المتابعة لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

7-2-2-الدراسات الأجنبية :

1- دراسة بانيرال وفيرنتي وزينقال (2002) (pamerail, fervante e zingal)

هدف الدراسة: تقييم فاعلية برنامج التدريس المنظم.

Treatment and education of autistic and related communication handicappad (Teacr).

عينة الدراسة: (16) طفلا توحديا موزعين بالتساوي إلى مجموعتين أحدهما ضابطة والأخرى تجريبية، وبمتوسط عمري (9) سنوات.

أدوات الدراسـة: مكـان الدليل الإحصـائي والتشخيصـي للاضـطرابات العقليـة، الطبعـة الرابعـة -DSM) (IV ومقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) تلقت المجوعة التجريبية برنامج التدريس المنظم الذي يتبنى فلسفة الإقامة الدائمة بينما تلقى أفراد المجموعة الضابطة التعلم حسب الطريقة التقليدية بوجود معلـم ومسـاعد معلـم، وتعرضـت المجموعتـان لعـدد السـاعات التدريبيـة نفسـها وتـم تقيـيم أداء أفـراد المجموعتين باستخدام بروفيل الرسم البياني التعليمي ومقياس النضج التعليمي.

نتائج الدراسة: تحسن ذا دلالة إحصائية عند المجموعة التجريبية في جميع مجالات الاختبار القبلي ما عادا مجال المهارات الحركية الدقيقة كما أظهرت الدراسة تحسنا في الأداء على مقياس فلندا للنضج ما عادا الاتصال والمعاملات الاجتماعية.

2- دراسى ألكساندرا سالزار 2004 (Alexcandra salazar):

عنوان الدراسة: رفع المبادأة الاجتماعية لدى الأطفال ما قبل المدرسة ذوي التوحد.

هدف الدراسة: تحسين مهارات التواصل الاجتماعي والمحافظة علة الانتباه وتعديل السلوكيات اللاتكيفية عند الأطفال التوحديين ما قبل المدرسة.

عينة الدراسة: ثلاث أولاد توحديين وثلاثة نموذجيين كمشاركين اجتماعيين ولقد كونوا أزواج مع كل طفل توحدي.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة لعب الأدوار، قصص مصورة نماذج مصورة، استمرار جلسات للعلاج لمدة عشر أسابيع بمعدل ثلاث جلسات كل أسبوع.

نتائج الدراسة: أشارت إلى زيادة في الانتباه والمحافظة عليه وزيادة في سلوكيات الاحتياجات الاجتماعية، وذلك بالنسبة لثلاثة المشاركين جميعهم كما أشارت أيضا إلى انخفاض في السلوكيات اللاتكيفية ولقد علق المشاركين ونظائرهم خبرتهم بخصوص مشاركتهم في الدراسة ودعمت الدراسة الحالية الفكرة القائلة بأن الأطفال التوحديين يمكن أن يتعلموا مهارات التواصل الاجتماعي المتاحة عن نظائرهم النموذجيين ولم يتم تعليم هذه المهارات فقط ولكن تم تطبيق في بيئات أخرى.

3- دراسة كرسينا واهلن وآخرون (2006) wahlen kristina etal:

التأثيرات الغير مباشرة (المصاحبة) لتدريب الانتباه المتواصل على التداخل الاجتماعي الإيجابي تأثير التقليد والحديث التلقائي لدى الأطفال ذوي التوحد.

هدف الدراسة: دراسة مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الانتباه المشترك وأثره على التلقين الاجتماعي والتقليد الكلامي لدى عينة من الأطفال التوحديين.

عينة الدراسة: 10 من الأطفال التوحديين.

أدوات الدراسة: البرنامج التدريبي، مقياس الانتباه، استمارة ملاحظة.

نتائج الدراسة: يقترح الباحثين أن تعليم الأطفال الصغار التوحديين أن ينشغلوا في الانتباه المشترك يؤدي إلى زيادات في سلوكيات التواصل الاجتماعي الغير مستهدفة وبعد الشاكة هؤلاء في البرنامج وتم تغيير السلوكيات الغير مستهدفة ثم ملاحظة تغيرات إيجابية في كل من: التلقين الاجتماعي والتقليد واللعب والحديث التلقائي وتدعيم النتائج، الافتراضات التي تقول بأن تعليم مهارات الانتباه المشترك يؤدي إلى تحسين وتطور في العديد من المهارات الأخرى.

7-1- تعليق على الدراسات السابقة:

من خلال عرض الدراسات السابقة لاحظنا أنها تنوعت في تناولها لموضوع البرامج الإرشادية للتوحد:

1- من حيث الموضوع:

تنوعت الدراسات التي استخدمت البرامج الإرشادية والعلاجية والتدريبية مع الأطفال التوحديين حيث ارتبطت بالعديد من المتغيرات والموضوعات مثل: (دراسة صادق والخميسي، 2004) التي تناولت تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

ودراسة (الثمري، 2007) التي تناولت تقييم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين، ودراسة (غزال، 2008) التي تناولت فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لأطفال التوحد.

ودراسات هدفت للتعرف على أبرز المظاهر السلوكية لأطفال التوحد مثل دراسة (الكيكي، 2011) ودراسة (عبد العظيم ،2015) ودراسة (دراكة وخزاعلة ،2016).

ودارسات هدفت للتعرف على المشكلات النمائية لأطفال التوحد مثل (دراسة القزاز ،2015) ودراسة (الخزعان ،2016).

2- من حيث الهدف:

تنوعت أهداف الدراسات وذلك بسبب تنوع المشكلات السلوكية فمنها دراسة (السيد ،2018) الذي ناقش مشكلات الطعام ودراسة (حمدان ،2017) التي تناولت خصائص اللعب.

وهناك دراسات في المشكلات السلوكية وعلاقتها بالتواصل والتفاعل الاجتماعي والسلوك النمطي مثل (دراسة درويش والبيبلي 2017) ودراسة (الديلمي وحسين ،2016)، ودراسة (دراكة وخزاعلة ،2016) كما أجريت دراسات بهدف التعرف على المشكلات السلوكية الأكثر شيوعا مثل: (دراسة الغزاز ،2015 والكيكي ،2011 ودراسة الخزعان ،2016)، (الخميس السيد ،2012).

كما هدفت دراسة (غزال ،2008) إلى اختيار فعالية برنامج تدريبي لتطوير المهارات الاجتماعية لدى عينة أطفال التوحد.

3- من حيث العينة (الحجم، العمر الجنس):

حجم العينة: تبين لنا من خلال استعراض الدراسات السابقة: وجود تباين في حجم العينات المستخدمة في هذه الدراسات فهناك دراسات استخدمت عينات كبيرة مثل: دراسة (جرين وجوي وفين، وروبينز ووتوهاس ،2003) التي استخدمت 250 أخصائي في مجال الرعاية الصحية، دراسة (سيمنوف وبيكلز وتشارمن ولوكس ،2008) استخدمت 112 طفل، ودراسة (درويش والبيبلي ،2017) استخدمت 107 أسرة.

أما أغلب الدراسات ركزت على عينات متوسطة تراوحت بين (42 إلى 100) مفحوص مثل: (دراسة الخميسي السيد ،2012)، دراسة (الديلمي وحسين ،2016)، دراسة (الفزعان ،2016)، دراسة (حمدان ،2017)، دراسة (السيد ،2018)، دراسة (سيمنوف، وبيكلز وتشارمن، ولوكس ،2008).

وهناك دراسات استخدمت عينات صغيرة مثل (دراسة صادق والخميسي ،2004) استخدمت 3 أطفال.

ودراسة (بانيرال وفيرنتي وزينقال ،2002) استخدمت 16 طفل. ودراسة (ألكساندرا سالزار ،2004) استخدمت 6 أولاد. ودراسة (كرستينا واهلين وآخرون ،2006) استخدمت 10 من أطفال التوحد.

وهناك دراسة استخدمت نظام المجموعتين الأولى تجريبيه والثانية ضابطة مثل (دراسة بانيرال وفيرنتي وزينقال ،2002) ودراسة (ألكساندار سالزار ،2004).

من حيث الجنس:

هناك دراسات شملت عينتها من الذكور والإناث مثل: (دراسة الخميسي، السيد 2012)، دراسة (الديلمي وحسين ،2016)، دراسة (حمدان ،2017)، دراسة (أوي، تان، ليم، غوه وسانغ ،2010).

بينما اقتصر بعضها الآخر على فئة دون أخرى مثل دراسة (القزاز ،2015)، دراسة (الخرعان، 2016)، دراسة (صادق والخميس 2004)، دراسي (سيمنوف وبيكلز وشارمن ولوكس ،2008)، دراسة (بانيرال وفيرنتي وزينقال ،2002)، دراسة (ألكساندار سالزار ،2004)، ودراسة (كرستينا واهلن وآخرون ،2006) كلهم اقتصروا على الذكور فقط، ربما لأن الذكور أكثر إصابة بالتوحد من الإناث.

من حيث المرحلة العمرية:

تباينت العينة التي استخدمتها في الدراسات السابقة نذكرها من حيث المرحلة العمرية حيث أن غالبية الدراسات تناولت مرحلة الطفولة الأولى والثانية.

مثل (دراسة الخميس، السيد، 2012) 4 إلى 11 سنة، دراسة (القزاز، 2015) 3 سنوات، دراسة (الخرعان، 2016)، 1–5 سنوات، دراسة (السيد، 2018) 8–13 سنة، دراسة (صادق والخميسي، 2004) 9 إلى 11 سنة، دراسة (غزال، 2008) 5–9 سنوات.

دراسة (يانيرال وفيرنتي وزينقال، 2002) 9 سنوات وهناك دراسة أخرى مزجت بين الطفولة والمراهقة من سن 6 إلى 18 سنة هي دراسة (أوي، تان، ليم، غوه وسانغ، 2010).

من حيث الأدوات:

لوحظ أن هناك دراسات استعملت مقياس التواصل الاجتماعي مثل دراسة (الديلمي وحسين، 2016) ودراسة (صادق والخميسي، 2004).

وهناك دراسات استعملت مقياس التشخيصي DSM مثل دراسة (سيمنوف وبيكلز وتشارمن ولوكس، 2008)، ودراسة (بانيرال وفيرنتي وزينقال، 2002).

أما(دراسة ألكساندار سالزار،2004) استعملت لعب الأدوار وقصص مصورة.

ودراسة(كرستينا واهلن وآخرون ،2006)استعملت البرنامج التدريبي مقياس الانتباه، استمارة ملاحظة.

من حيث النتائج:

أكدت نتائج الدراسات السابقة فاعلية البرامج المقترحة سواء علاجية أو إرشادية أو تدريبية رغم اختلاف التقنيات المستعملة في هذه البرامج مثل: (دراسة ألكساندرا سالزار،2004) التي استخدمت نماذج مصورة ولعب الأدوار أدت إلى زيادة في الانتباه والمحافظة عليه.

ودراسة (كرستينا واهلن وآخرون ،2006) باستخدام برنامج تدريبي وكانت نتائجه إيجابية في كل من التلقين الاجتماعي والتقليد واللعب والحديث التلقائي.

7-4- موقع الدراسة الحالية من هذه الدراسات:

هناك دراسات استعملت نفس برنامج التدريب الذي اعتمدناه على عينة الدراسة في البحث والذي يتمثل في برنامج (teach) مثل دراسة بانيرال وفيرنتي وزينقال (2002).

ودراسات تناولت نفس متغيرات موضوع الدراسة مثل دراسة (الكيكي، 2011) ودراسة (عبد العظيم، 2015) ودراسة (دراكة وخراعلة، 2016).

أما من حيث حجم العينة هناك دراسات متقاربة مع دراستنا وهي دراسة صادق والخميس 2004، استخدمت 3 أطفال ودراسة (ألكساندرا سالزار، 2004) استخدمت 6 أولاد ودراسة (كرستينا واهلن وآخرون، 2006) استخدمت 10 من أطفال التوحد.

ومن حيث المرحلة العمرية فهناك تقارب مع أعمار عينة الدراسة التي تناولناها مثل دراسة (الخميسي السيد، 2012) 4 إلى 11 سنة، دراسة (القزاز، 2015) 3 سنوات، دراسة (الخرعان، 2016) 1-5 سنوات، دراسة (غزال، 2008) 5-9 سنوات.

ولقد أكدت الدراسات السابقة فاعلية البرامج المقترحة سواء علاجية أو إرشادية أو تدريبية وهذا ما أكدته دراستنا الحالية من خلال النتائج المتحصل عليها في البحث.

الفصل الثاني:

التوحد

تمهيد

1- التطور التاريخي لاضطراب التوحد

2- مفهوم اضطراب التوحد

3- خصائص اضطراب التوحد

4- نسبة انتشار اضطراب التوحد

5- أعراض اضطراب التوحد

6- تشخيص اضطراب التوحد

7- التشخيص الفارقي بين اضطراب التوحد وبعض اضطرابات الطفولة

8- النظريات المفسرة لاضطراب التوحد

9- البرامج العلاجية لاضطراب التوحد

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد اضطراب التوحد من أكثر الإعاقات النمائية تأثيرا وصعوبة، ولقد بدأ الاهتمام به بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة، حول كيفية الإصابة به وأعراضه وخصائصه وكيفية التعامل معه والاستراتيجيات التعليمية المقدمة للتخفيف منه، وهذا ما يتم التطرق إليه في هذا الفصل.

1- التطور التاريخي لاضطراب التوحد:

تم وصف هذه الحالة للمرة الأولى بواسطة الطبيب النفسي الانجليزي (هنري مودزلي عام 1867 moudesly)، ثم جاءت تسمية الاضطراب بالتوحد من قبل الطبيب النفسي البارز (إيجون يلولر عام 1911 eugen bleule)، والذي وصف به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي، والانشغال بالذات من وجهة نظره هو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة فيفكر الجائع في الطعام.**(عبد المنعم الحنفي، 1978، ص80-81)**

غير أن الفضل الأكبر في التعرف على التوحد والاهتمام به يرجع للطبيب النفساني الأمريكي (ليوكانر leo kanner) والذي قام بإجراء دراسة وصف فيها 11 طفلا اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أية اضطرابات عرفت آنذاك، ولذا اقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيص جديد ومنفصل أطلق عليه اسم (التوحد الطفولي) وبهذه الدراسة وبهذا التشخيص ابتدأ تاريخ اضطراب التوحد عام (1943).

وقد أورد (كانر) الخصائص التالية للطفل التوحدي:

- عجز الطفل عن إقامة علاقات مع الآخرين.
- التأخر في اكتساب اللغة.
- يتمتع الأطفال التوحديين بذاكرة استظهارية جيدة.
- المصاداة (تكرار أصوات محددة).
- يلتزم الطفل بالمعنى الحرفي للكلمات.
- تستخدم الضمائر الشخصية على نحو غير دقيق (عكس الضمائر).
- يبدي الطفل التوحدي ردود فعل غير عادية أو شاذة للمثيرات الحسية.
- يبدي الطفل التوحدي رغبة جارفة في رؤية العالم من حوله على أنه ثابت.

- الانزعاج من التغير.
- اللعب بطريقة تكرارية **(وليد محمد علي، ب س، ص.01)** .

وعلى الرغم من أن (كانر) قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها التي تميزها من غيرها من الإعاقات، ولكن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها اسم (التوحد Autisme) لم يتم إلا في عقد الستينات، حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي وذلك وفق ما ورد في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية (DSM,2) ولم يتم الاعتراف بخطأ التصنيف إلا في عام (1988) حينما نشرت الطبعة المعدلة (DSM,3) والتي فرقت بوضوح بين الفصام وإعاقة التوحد، حيث أكدت أن إعاقة التوحد ليست حالة مبكرة من الفصام وربما يرجع هذا الخلط إلى وجود بعض الأعراض المشتركة مثل الانطواء والانكفاء على الذات والانعزالية، ولكن في الواقع إن الاختلاف في الأعراض أكثر من التشابه بينهما، ذلك أن حالات إعاقة التوحد تخلو تماما من الهلوسة أو الهذاءات، **(سليمان، 2000، ص.09)**.

وبذلك قد عرفت إعاقة التوحد على أنها اضطراب نمائي وليس انفعالي، أما الدليل الإحصائي الرابع لتشخيص الاضطرابات العقلية الذي صدر عام (1994) (DSM-IV,1994)، فقد وضع اضطراب التوحد واضطرابات أخرى مثل متلازمة (Retts)، اضطراب أسبيرجر، اضطرابات الطفولة التراجعي ضمن الاضطرابات النفسية، وحدد ثلاث محكات لاضطراب التوحد الطفولي وأشار إلى أن ظهور ستة أو أكثر من المظاهر المذكورة أدناه فإنه يعد أن الطفل يعاني من علامات التوحد، وهي ما يأتي:

1- الخلل في التفاعل الاجتماعي ويتضمن العلامات الآتية:

ضعف كبير في استخدام السلوك غير اللفظي ونقص التواصل بالعينين والوجه، وعدم التمايز أو كراهية العواطف، والافتقار إلى نمو وتطور علاقات الأصدقاء وضعف استجابته لهم واهتمامه بهم، ضعف الاستجابة للسلوك الاجتماعي والانفعالي للآخرين.

2- خلل في التواصل والنشاط التخيلي ومن مظاهره:

التأخر في التواصل اللفظي وغير اللفظي، فقد تغيب الكلمة كليا وقد تنمو ولكن من دون نضج وبتركيب لغوي ركيك مع ترديد الكلمات النمطية والإعادة في استخدام اللغة، الاستعمال الخاطئ للضمائر وعدم القدرة على تسمية الأشياء، عدم القدرة على استخدام المصطلحات المجردة ويكون للطفل نطق خاص به، ولقد أسماها (كانر) لغة مجازية ويكون الكلام على وتيرة واحدة، أما التواصل غير اللفظي كتعبيرات الوجه والإيماءات فغائبة أو نادرة، أما خلل النشاط التخيلي فقد يشمل غياب الترميز أو اللعب الخيالي، غياب لعب الأدوار أو يكون اللعب التخيلي مقصورا أو متكررا بصورة آلية مثل محاكاة شخصية تلفزيونية.

3- ضعف الأنشطة والاهتمامات والتكرار في السلوك ومن مظاهره:

تكرار عمل ونشاط معين، التكرار في الحركات، الاهتمام بنوع معين من الأشياء ويظهر التوحد بوضوح بعد قليل من الأسابيع، حيث نجد أن الأطفال يفتقرون إلى الاتصال مع أمهاتهم حتى عند تغذيتهم وقليل ما يبتسمون، وعندما يصلون إلى عمر (2-3) سنوات يبدأون في التواصل مع عائلاتهم **(سوسن شاكر، 2010، ص.20-22).**

2- مفهوم اضطراب التوحد:

اختلف الباحثون في استخدام مصطلح واحد للتعبير عن اضطراب التوحد، فالبعض يطلق عليه (التوحد) والبعض يسميه (أوتيزم) والبعض الآخر بدا لهم نوع من انشغال للطفل بذاته قسموه (الذاتوية الطفلية)، وآخرون بدا لهم أنه اجترار لأنماط سلوكية خاصة بالطفل فأطلقوا عليه مصطلح (الاجترارية أو التكرارية) **(علا عبد الباقي إبراهيم، 2011، ص.11).**

واعتمدت الباحثتان مصطلح التوحد لكونه أكثر المصطلحات اتفاقا والأكثر دقة لفظيا.

تشتق كلمة (التوحد Autisme) من الكلمة الإغريقية « aut» وتعني النفس أو الذات وكلمة (ism) وتعني الانغلاق، والمصطلح ككل يمكن ترجمته على أنه الانغلاق على الذات. (فاروق الشربيني، 2011، ص26) وتقترح هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالب ما يندمجون أو يتوحدون مع أنفسهم، ويبدون قليلا من الاهتمام بالعالم الخارجي، وتصف الطفل التوحدي بأنه عاجز عن إقامة علاقات اجتماعية، ويفشل في استخدام اللغة بغرض التواصل مع الآخرين، ولديه رغبة ملحة

للاستمرارية في القيام بنفس السلوك، ومرتبط بالأشياء، ولديه إمكانيات معرفية جيدة، كما أن أفراد التوحديين يبدون سلوكات نمطية متكررة ومفيدة وتحدث هذه الصفات قبل عمر الثلاثين شهرا من الطفل.**(قواسمة كوثر، 2011)**.

وسيتم عرض مجموعة من التعاريف العربية والأجنبية حول مفهوم التوحد والذي يعد أحد أشكال الاضطرابات النمائية التي تحدث في مرحلة الطفولة على النحو التالي:

يشير "وولف wolf" في تعريفه للأطفال الذين يعانون من الاضطراب التوحدي على أنهم: "الذين ينقصهم الاتصال الانفعالي والاجتماعي، وينقصهم الاتصال اللغوي وشذوذ في اللعب والتخيل، والنمطية والإصرار على الروتين اتجاه أي تغير مع وجود الكثير من الحركات الآلية غير الهادفة مثل هز الرأس، واليدين، الأصابع ...إلخ **(wolf, 2000, p555)**

ويتفق كل من "**باري وآخرون**" " **barryet all**" **(2003، ص.85)** على أن: "التوحد ما هو إلا إعاقة في جوانب النمو المختلفة، حيث يعاني الأطفال ذو التوحد من إعاقات واضحة في استخدام غير اللفظية المتنوعة مثل الاتصال بالعين، والتغيرات الوجهية والتغيرات البدنية والإشارات المستخدمة، كما أنهم يفشلون في مراقبة تأثير سلوكياتهم على الآخرين، مما يتضح أثره في صعوبة اكتساب المهارات".

ويتفقه **داوسون وآخرون Dawson et all (2004 ,p271)** على أن: "الأطفال التوحديين لديهم قيود في السلوك ويظهر ذلك في النمط الروتيني المحكم والانشغال بالجزء أكثر من الكل والاهتمامات بأشياء محددة لفترة طويلة والإصرار على الذاتية، كما أن لديهم جمودا في الروتين حيث يصبحون قلقين عندما يتوقع منهم أن يضمنوا التغيير داخل الروتين وليكون رد فعلهم سلبيا".

وتذكر **(كرستين نصالا، جانيت يونس ،2009، ص.20)** أن التوحد حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهني (DSMIV) هو: "اضطراب يغزو النمو ويؤدي إلى انفصال مرضى عن الواقع يتزامن مع انطواء على الذات، ولكن وجود عدد من المتوحدين يملكون حياة اجتماعية شبه عادية أدى لنشوء مفهوم يأخذ مؤشرات أخرى غير المؤشر الطبي بالاعتبار ويشمل تعبير "يغزو النمو"

(زملة أسبيرجر syndoreme d.Asperger،وزملة ريت syndorme de ret واضطراب التفكك في الطفولة disintegrative de l'enfance le trouble واضطراب النمو غير المحدد).

ويعرف (سليمان عبد الواحد يوسف، 2010، ص.155) التوحد بأنه "أحد الاضطراب بأن النمائية المعقدة التي تظهر خلال السنوات الأولى من حياة الطفل ويؤثر تأثيرا شاملا على كافة جوانب نموه العقلية الانفعالية، الاجتماعية مع قصور واضح في التواصل اللفظي مع مصاحبة الطفل التوحدي بسلوكيات نمطية شديدة ومتواترة ويظهر عادة نسبة كبيرة في الذكور عن الإناث"

وتعرفه منظمة الصحة العالمية بأنه "اضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويؤدي إلى عجز في التحصيل اللغوي والاجتماعي" **(عصام النمر، 2015، ص.225).**

وتعرفه الجمعية الأمريكية بأنه: "نوع من الاضطرابات النمائية التطويرية التي لها دلائلها ومؤشراتها في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، حيث تظهر نتيجة خلل ما في كيمائية الدم أو إصابة في الدماغ، والتي تؤثر على مختلف نواحي النمو ويضطرب فيه السلوك والتواصل والتفكير" **(ASA,2016).**

ويعرف الدليل التشخيصي الخامس اضطراب التوحد بأنه: "قصور نوعي يظهر في مجالين نمائيين هما التفاعل والتواصل الاجتماعي وأنماط متكررة ومحدودة السلوك والاهتمامات والنشاطات التي يجب أن يكتمل ظهورها قبل السنة الثانية من العمر" **(الحميدان عمر، 2016).**

وختاما نستنتج من التعريفات السابقة اضطراب التوحد يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهو أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة، تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، مما ينتج عنه تلف في الدماغ (خلل وظيفي في المخ) يتميز بمظاهر نمائية تميزه عن غيره كالانشغال الزائد بالذات، قلة الاهتمام بالآخرين، ضعف الاستجابة للمثيرات الحسية من حوله، روتيني في أدائه للأعمال، يفضل العزلة، أنشطة محدودة جدا، يعتمد على الآخرين ومتعلق بهم ونشاطه الحركي زائد عن المعتاد.

3- خصائص اضطراب التوحد: للطفل التوحدي خصائص متنوعة تميزه عن أي طفل آخر من بين هذه الخصائص:

3-1/ الخصائص السلوكية: بداية عند المقارنة بين سلوك الطفل التوحدي وغير التوحدي نجد أن المتوحد يتصف بمحدودية السلوكيات وسنداتها والقصور الواضح في التفاعل مع المتغيرات البيئية بشكل سليم وناضج، فضلا على أنها تبتعد عن التعقيد **(قحطان الظاهر، 2008، ص.45)**.

ومن أبرز سلوكيات التوحديين:

- يظهر الطفل قصورا في دافعيته إزاء المثيرات الموجودة في البيئة المحيطة.

- يظهر الطفل سلوكيات لا إرادية كرفرفة اليدين، هز الجسم ذهابا وإيابا.

- يميل التوحديين إلى انتقاء مثير محدد بصورة مفرطة.

- بفضل التوحديين على أن تسير الأمور على نمط محدد دون تغيير ويشعرون بتعلق زائد إزاء أي تغيير.

- السلوك العدواني ويظهر لديهم بطريقة تلحق الأذى والضرر بأنفسهم.

- اضطرابات الأكل، رفضهم لمضغ الطعام الصلب.

- اضطرابات الإخراج كالتبول اللاإرادي.

- اضطرابات النوم من أشكاله الأرق والكوابيس، كما أنهم حساسون للمثيرات البيئية (الضوء، الصوت، ... إلخ).

- السلوك النمطي والطقوس من أشكاله هز الرأس، مص الإبهام، حركات الأصابع، هز الجسم، التلويح باليد، الصراخ والقهقهة والتصفيق والحملقة في الفراغ، الدوران في مكان نفسه.

- ويستغل الطفل التوحدي حواسه في تكرار السلوك النمطي ومن أمثلة على ذلك:

* حاسة الإبصار: مثل التحديق في شيء ورعشة العين المتكررة، تحريك الأصابع أمام العينين.

* حاسة السمع: طقطقة الأصابع، إحداث صوت معين باستمرار، سد الأذن بالإصبع.

* حاسة اللمس: الحك، مسح الجسم باليد.

* حاسة الذوق: عض القلم أو ما شابهه باستمرار، وضع الإصبع في الفم، لحس الأشياء.

* حاسة الشم: شم الأشياء **(مصطفى الشربيني، 2011، ص.73)**.

3-2/ الخصائص الاجتماعية:

الاضطراب الأساسي الذي يعاني منه الطفل التوحدي يتركز في قصور علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، يمكن أن نوجز أهم النقاط فيما يلي:

* النمو الاجتماعي: من حيث التواصل البصري، كذلك العجز عن فهم الطبيعة التبادلية في مواقف التفاعل الاجتماعي، وعجزه عن فهم وتحليل مشاعر الآخرين من خلال السلوك غير اللفظي.

* التواصل الاجتماعي: مصحوب بقلة الانتباه وعدم التفاعل الاجتماعي داخل المحيط الأسري.

* الرغبة في تكوين صداقات: وتكون مبينة على المشاركة في نشاط معين يستحوذ على اهتمام التوحديين.

* العزلة الاجتماعية: يظهر في العجز عن تكوين علاقات مع المحيط وعدم الاستجابة الانفعالية مما نجدهم يتصرفون وكأنهم في عالم خاص في غياب التواصل البصري.

* العلاقة الوسيلية مقابل العلاقة التعبيرية: أي أن التوحدي يتخذ من الآخرين وسيلة لتنفيذ مل يريد في غياب اللغة الكلامية.

* اللعب: بحيث يظهر اللعب كصف الأشياء في صفوف، كما سيتم بقصور في اللعب الخيالي، **(مصطفى الشريبيني، 2011، ص.85)**.

وتشير **(سوسن شاكر الحلبي، 2005)** إلى أن القصور في السلوك الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين يمكن تحديده في ثلاثة مجالات هي:

* التجنب الاجتماعي: يتجنب الأطفال التوحديين كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الذين يريدون التفاعل معهم.

* اللامبالاة الاجتماعية: وصف الأطفال التوحديين بأنهم غير مبالين، ولا يريدون التفاعل مع الآخرين، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.

* الإرباك الاجتماعي: يعاني الأطفال التوحديين من صعوبة في الحصول على الأصدقاء، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي وإقامة علاقات اجتماعية والمحافظة عليها، كما أن الطفل التوحدي لا يتضايق من البقاء بمفرده.

3-3/ الخصائص اللغوية:

يتصف الطفل التوحدي بعدد من الخصائص اللغوية التي تميزه عن غير التوحدي المضطرب لغويا كما يشير (جاردان) وهي:

* صعوبة في تكوين جملة كاملة للتعبير هن الأشياء المحيطة به.

* التحدث بمعدل أقل بكثير من الطفل العادي.

* صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام، وفي استخدام حروف الجر.

* عدم القدرة على استخدام اللغة في التواصل مع الآخرين **(نايف بن عايد إبراهيم الزراع، 2010، ص.23-24)**.

ويشير **(محمد فتيحة، 2001)** إلى أهم الخصائص اللغوية للطفل التوحدي وهي:

1- استخدام اللغة:

- صعوبة في البدء بالمحادثة أو الاستمرار فيها.

- محادثة قصيرة جدا.

- التحدث في موضوعات خارجية عن السياق.

- جمل روتينية.

- استخدام الأسئلة بكثرة.

2- المفردات:

- عدم القدرة على استعادة الكلمات من الذاكرة.

- الإجابة على الأسئلة بطريقة غير مناسبة.

- ضعف في العلاقة التي تربط بين المعاني.

3- الصرف:

- صعوبة في التصريف خصوصا في استخدام الضمائر والأفعال.

- التركيز على ترتيب معين للجملة.

4- التطور الصوتي:

- الإبدال في نفس الصوت بأخطاء لفظية.

- التطور الصوتي عادة ما يكون جزء أقل تأثرا في اللغة.

5- الاستيعاب:

- تأخر الاستيعاب بشكل عام خصوصا في الحديث المتصل.

3-4/ الخصائص الحركية:

يشير (عثمان فراج، 2002) إلى أن الأطفال التوحديين غالبا ما يكون مظهرهم مقبولا إن لم يكن جذابا مع ملاحظة أنهم من حيث طول القامة وخاصة في المرحلة من عمر سنتين إلى سبع سنوات (2-7 سنوات) يكونون أقصر طولا من أقرانهم الأسوياء المساوين لهم من نفس العمر، ويختلف الطفل التوحدي عن الطفل العادي في عدم الثبات على استخدام يد معينة بحيث يتردد أو يتبادل استعمال اليد اليمنى مع اليد اليسرى، مما يدل على وجود اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأيمن والأيسر،

كذلك يوجد اختلاف عن الطفل العادي من حيث خصائص الجلد وبصمات الأصابع، وفي نمو طبقة الجلد المغطية للجسم، كما يتعرض أطفال التوحد منذ طفولتهم المبكرة لأمراض الجهاز التنفسي ونوبات ضيق التنفس والسعال، وأيضا يعانون من اضطرابات معوية وحالات الإمساك أو شلل في حركة الأمعاء أكثر من حدوثها بين الأطفال العاديين.

وإجمالا فإن أبرز خصائص شخصية الطفل التوحدي تتمثل في احتفاظ بروتين واحد، اللعب بشكل متكرر وغير معتاد، تجنب النظر في الآخرين واللامبالاة، الرغبة في اللعب منفردا، الانسحاب من المواقف الاجتماعية والانفعالية.

4- نسبة انتشار اضطراب التوحد:

بدأ مرض التوحد ينتشر بصورة كبيرة مؤخرا حسب ما جاء في التقرير الذي ينشره معهد أبحاث التوحد، فقد لوحظ زيادته بنسبة كبيرة. وقد صدرت في نهاية عام 2009 دراسة حديثة أعدها مركز مكافحة ومراقبة الأمراض 2009 CDC)) تتعلق بنسبة انتشار اضطراب التوحد لعام 2006 حيث وجدت الدراسة أن (1) من كل (110) أطفال ضمن عمر ثماني سنوات يعاني من اضطراب التوحد، وهذه النسبة تفوق النسبة التي أكدها ذات المركز، في دراسة له عام (2002، 2000) والتي توصلت إلى أن النسبة هي (1) من كل (150).**(اللا لا وآخرون، 2011، ص.397)**.

ومن ناحية أخرى فإن معدلات انتشار اضطراب التوحد لدى الذكور تفوق انتشاره لدى الإناث، بحيث تتراوح النسبة (1، 4) وربما يعزى ذلك إلى وجود دليل على أن الأجنة والرضع الذكور يكونون بيولوجيا أكثر تعرضا للضغوط قبل الولادة مقارنة بالإناث فتشير النتائج دراسة (marcoen 2004) إلى أن التعرض قبل الولادة للضغوط ارتبط على نحو دال بأعراض التوحد مع تأثير قوي وأكبر وجد في الذكور عن الإناث **(فاروق الشربيني، 2011، ص.31)**.

ويذكر المؤتمر الدولي للتوحد الذي أجرى في وهران يوم 26 -27- 28 سبتمبر 2013 لإحصائيات التي قدمتها وزارة التضامن الوطني، أنه يوجد 8000 شخص مصاب بالتوحد في الجزائر، و5000 طفل مصاب في مدينة وهران **(dupuiselise, canalbloge.com, 10/12/2014, 23 :57)** .

5- أعراض اضطراب التوحد:

هناك عدة أعراض نقسمها كما يلي:

5-1/ الأعراض المميزة خلال الشهور الستة الأولى من عمر الطفل:

- يبدو وكأنه لا يريد أمه، ولا يحتاج إليها ولا إلى وجودها معه.

- لا يبالي بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين، ويقوم بحمله حتى وإن كان هذا التخصص وثيق الصلة به.

- تكون عضلاته رخوة أو منهزلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال التخطيط الخاص بتلك العضلات.

- لا يبكي إلا قليلا ومع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير.

- لا يبتسم إلا نادرا.

- لا يبدي الطفل أي اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه **(محمود عبد الرحمان عيسى الشرقاوي، 2018، ص80-81)**.

5-2/ الأعراض المميزة للطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من عمر:

- لا يبدي الطفل أي اهتمام بالألعاب الاجتماعية.

- لا يبدي الطفل أي انفعال نتيجة حدوث أي شيء أمامه.

- يفتقر الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي.

- تكون ردود للمثيرات مختلفة إما مفرطة أو قليلة جدا **(عادل عبد الله، 2004)**.

5-3/ أعراض اضطراب التوحد حسب (DSM-IV-R):

أ- خلل نوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل كما يظهر في:

* نقص ملحوظ في استخدام العديد من أشكال السلوك غير اللفظي مثل التعبير الوجهي، الأوضاع الجسمية والإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي.

* العجز عن إقامة علاقات بالأقران المناسبة لمستوى نموه.

* لا يسعى تلقائيا إلى مشاركة الآخرين في الترفيه أو الاهتمام أو الإنجازات.

* الافتقار إلى تبادل العلاقات الاجتماعية والانفعالية.

ب- خلل نوعي في التواصل، كما يظهر في:

* تأخر أو انعدام نمو اللغة المنطوقة.

* بالنسبة للأطفال القادرين على الكلام، نقص ملحوظ، في القدرة على بدء محادثة مع شخص آخر ومواصلتهما.

* الترديد أو التكرار الآلي في الكلمات أو استخدام لغة شخصية شاذة.

* نقص اللعب الخيالي التلقائي بمختلف أشكاله أو لعب أدوار الكبار.

ج- التكرار الآلي لأنماط محدودة من السلوك والاهتمامات والأنشطة، كما يظهر من خلال:

* الانشغال التام بواحد أو أكثر من أنماط الاهتمام المكررة والمحدودة والشاذة.

* التمسك المتصلب بروتينات وطقوس معينة ليست لها ضرورة عملية.

* مطية حركية تتم بالمعاودة والتكرار الآلي.

د- تأخر أو شذوذ الأداء في واحد على الأقل من المجالات التالية، يبدأ قبل سن الثالثة:

* التفاعل الاجتماعي المتبادل.

* اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي.

* اللعب الرمزي والخيالي. **(APA, 2005, P81,82)**

الشكل الأساسي للطفل التوحدي يشمل الفشل التام أو شبه التام في العلاقات الاجتماعية وتحديدا في التفاعل الاجتماعي، ويرجع ذلك إلى مشاكل في اللغة والكلام لدى الطفل التوحدي، حيث أن لغته تكون مضطربة فهي إما متأخرة أو إنها غير موجودة بالمرة، أو بها عجز في ناحية ما، وخلاصة القول أن هذا الطفل يعاني من مشاكل في اللغة ويتبعها مشاكل في التفاعل الاجتماعي وما تجده أيضا بوضوح في الطفل التوحدي هو السلوك التكراري، بمعنى أنه يكرر ما يفعله في كل مرة ويصر على روتين يومي معين وثابت، ويواجه تغيير هذا الروتين بالثورة والغضب.

6- تشخيص اضطراب التوحد:

تعتبر جهود (كانر) هي البداية الأولى التي اعتمد عليها كثير من الباحثين في التعرف على اضطراب التوحد وتشخيصه، فقد أشار في مقالته الأساسية عن التوحد على خصائص (11) طفلا كانوا يعانون من مرض غير معروف، وأن هذه النتائج اعتمدت الملاحظة الدقيقة والمنظمة، وكان الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على الخصائص السلوكية للمفحوصين والتمييز بينها وبين الصفات التي يظهرها الأطفال المرضى بأمراض نفسية أخرى، وتشمل الصفات التي أوردها (كانر) فقدان القدرة على التعلق والانتماء إلى الذات والآخرين والمواقف منذ الولادة، تأخر اكتساب الكلام، وعدم استخدام الكلمة في عملية التواصل، إعادة الكلام بشكل نمطي، سلوك لعب نمطي، رغبة شديدة في المحافظة على الروتين، ضعف القدرة على التخيل.

وبعدها ظهرت عدة بحوث ودراسات لوضع معايير تشخيصية لإعاقة التوحد.

6-1/ صعوبات التشخيص:

ترجع الصعوبة في تشخيص الطفل التوحدي إلى التشابه في بعض الأعراض مع بعض الحالات الأخرى.

يرى **(إبراهيم محمود بدر، 2004،ص. 47)** إلى أنه بسبب تشابك وتعقد الصور الإكلينيكية للتوحد نتيجة لارتباطه باضطرابات نمائية أخرى فإنه يلزم تشخيص اضطراب التوحد عن الاضطرابات المرتبطة والأمراض المصاحبة.

ويشير **(عبد الرحمان سليمان، 2001، ص.36)** إلى أن صعوبة تشخيص إعاقة التوحد لا يزال من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال مشكلات الطفولة وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسية والاجتماعيين وإخصائي التخاطب والتحليلات الطبية وغيرهم

وتذكر **(كريمان بدير، 2004،ص. 167-168)** أن ما يزيد من صعوبة التشخيص لاضطراب التوحد أن الكثير من سلوكيات التوحديين توجد في اضطرابات أخرى ولذلك يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة.

ويشير **(رشاد موسى، 2002، ص402)** أن من صعوبات التشخيص اضطراب التوحد هو عدم الوصول إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة لهذا الاضطراب.

ويمكن القول أن من أهم الصعوبات التشخيص لاضطراب التوحد هي:

* التباين الواضح في الأعراض من حالة لأخرى من حالات الذاتوية.

* اختلاف الآراء وعدم الاتفاق على العوامل المسببة لهذه الإعاقة.

* تشابه أعراض التوحد مع أعراض إعاقات أخرى كالصرع، الذهان وغيرها.

* عدم وجود أدوات أو اختبارات مقننة للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات.

6-2/ معايير التشخيص:

بالرغم من الصعوبات التي واجهت عملية تشخيص حالات الذاتوية، إلا أن العلماء، والبحثين حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير والمحكات الأساسية التي تشخص على أساسها حالات الذاتوية.

6-2-1/ معايير ليوكانر (1949): لقد حدد (كانر) بعض المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد عام (1949) تمثلت في:

* سلوك انسحاب انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين.

* المسك الشديد لحد الهوس، بمقارنة أي تغيير يحدث في البيئة المحيطة به.

* شدة الارتباط بالأشياء والتعاطف معها أكثر من الارتباط بالأشخاص بما في ذلك أبويه وإخوته.

* مهارات غير عادية مثل خبرة قديمة أو حادث أو صوت أو جملة أو يقوم بعملية حسابية صعبة أو يبدي مهارة في الرسم أو الغناء بشكل طفرات هجائية.

يبدو عليهم البكم، وإذا تكلموا فالكلام في شكل همهمة وغير ذي معنى، ولا يحقق جدوي في الاتصال مع الآخرين. **(المغلوث، 2006، ص.94).**

6-2-2/ الدليل الدولي العاشر الصادر عن منظمة الصحة العالمية (ICD-10) (1993): صدر عن منظمة الصحة العالمية عام (1993) الدليل الدولي العاشر (ICD-10) الذي أعطاه قدر كبير من الاهتمامات للذاتوية وصنفها تحت اسم الذاتوية الطفلية ويحدد المؤشرات التشخيصية على النحو التالي:

* عادة لا توجد مرحلة سابقة من الارتقاء الطبيعي وإن وجدت لا تتجاوز عمر ثلاث سنوات.

* الطفل التوحدي لديه اختلالات كيفية في التعامل الاجتماعي المتبادل تأخذ شكل غير مناسب للتلميحات الاجتماعية والعاطفية.

* خلل في ألعاب تصديق الخيال والتقليد الاجتماعي، وضعف المرونة في التعبير اللغوي.

* فقدان القدرة على الابتكار والخيال في عمليات التفكير.

* فقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية.

* صعوبة استخدام الإشارات المصاحبة التي تساعد في تأكيد أو توضيح التواصل الكلامي.

* النمطية المتكررة في السلوك والاهتمامات والنشاطات.

* التصلب والروتين على نطاق واسع من أوجه الأداء اليومي.

* الإصرار على أداء بعض الأعمال الروتينية من خلال طقوس خاصة لا تؤدي وظيفة معينة.

* الاهتمام بعناصر وظيفية في الأشياء.

* كثيرا ما يظهرون نطاقا من المشكلات غير معينة مثل الفزع والخوف، اضطرابات النوم والأكل، نوبات المزاج العصبي والعدوان وإيذاء الذات.

* صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية واتخاذ القرار في العمل.(**الإمام محمد صالح والجوالدة فؤاد، 2010، ص.67**).

6-2-3/ قائمة تشخيص إعاقة التوحد في الدليل الإحصائي الرابع لتشخيص الأمراض العقلية:

أولا: لا بد من التأكد من وجود ستة (6) عناصر أو أكثر من البنود الثلاثة التالية:

على شرط وجود عنصرين من البند الأول على الأقل، وعنصر واحد من البند الثاني، وعنصر واحد من البند الثالث، والبنود الثلاثة هي:

البند الأول: القصور النوعي في التفاعل الاجتماعي ويشتمل على العناصر التالية:

1- قصور واضح في استخدام التواصل غير اللفظي مثل التواصل البصري، وتعبيرات الوجه وحركات الجسم، والإيماءات المختلفة في التفاعل الاجتماعي.

2- قصور في نمو العلاقات الملائمة بالنسبة لمستوى النمو.

3- نقص التلقائية في المشاركة والاستمتاع والتشوق للعمل مع الآخرين كما يبدو في نقص ظهور أو وضوح الأهداف الخارجية الجذابة.

4- نقص التبادل الاجتماعي أو العاطفي.

البند الثاني: القصور النوعي في الاتصال ويشتمل على العناصر التالية:

1- تأخر أو نقص كلي في نمو أو تطور اللغة (لا يتم تعويضه بواسطة الطرق البديلة للاتصال كالإيماءات).

2- قصور في القدرة على المبادرة في المحادثة مع الآخرين والاستمرار فيها.

3- التكرار المتواصل والترديد اللغوي لبعض الألفاظ (الاجترارية).

4- نقص في اللعب الاجتماعي المناسب لمستوى نمو الطفل.

البند الثالث: القصور في السلوك والأنشطة، ويشتمل على العناصر التالية:

1- الاستغراق الكامل مع واحد أو أكثر من النماذج التكرارية، والتي تكون غير سوية في الشدة والقوة.

2- الالتصاق الجامد غير الهادف بالروتين أو الطقوس.

3- حركات تكرارية (حركات اليد وحركات الأصابع وحركات الجسم).

4- الانشغال المتواصل بأجزاء الأشياء.

ثانيا: القصور النمائي لواحد على الأقل من الوظائف التالية في عمر ثلاث سنوات:

1- التواصل الاجتماعي.

2- استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.

3- اللعب الخيالي أو الرمزي.

4- يشترط ألا يكون الاضطراب وصفا لاضطراب ريت **(ماجد السيد علي عمارة، 2005، ص.33).**

6-3/ أدوات تشخيص وقياس اضطراب التوحد: من الأدوات التي كثر استخدامها في الدراسات التشخيصية ما يلي:

6-3-1/ قائمة سلوك التوحد Autistic behavoir checkliste (ABC)

قام بإعدادها كل من (كروج، إريك، ألموند) (kruj, Arik, Almond) (1980) من أجل التعرف على الأطفال الذاتويين، وكذلك يمكن استخدامها في تصنيف الأطفال ذوي الإعاقة الخاصة، تتكون القائمة من (57) سلوكا موزعا على أربعة أبعاد رئيسية وهي:

* البعد الحسي.

* الارتباط.

* استعمال الجسم والأشياء.

* البعد الاجتماعي واللغة.

وتهدف هذه الأبعاد السلوكية إلى تزويد المدرسين والقائمين على تخطيط البرامج التعليمية بالمعلومات اللازمة لوضع برامج مناسبة لاحتياجات الأطفال التوحديين.

6-3-2/ نظام الملاحظة السلوكي (B,O,S) behavior observation

أعد هذه الأداة (فريمان، رتيفو، سكروز) (freeman, ritvo, schroth) (1984) لتشخيص حالات التوحد على أسس موضوعية فيقوم الأخصائي بملاحظة (24) سلوكا هادفا من أعراض الذاتوية من خلال مناهدة شريط فيديو للسلوك اليومي للحالة، ثم يقوم بتسجيل معدل تكرار كل سلوك لفترة من الوقت تتيح التعرف على مدى ثبات سلوكيات الحالة (**القمش مصطفى نوري، 2011، ص.125**).

6-3-3/ جدول المراقبة التشخيصية للتوحد ما قبل تطور اللغة: (PM-ADOS)

وهو مقياس شبه منظم لتشخيص حالات الأطفال الذين لم يستخدموا جمل لغوية والذين يحتمل إصابتهم بالتوحد، ويتم تطبيق هذا المقياس على الطفل بحضور أحد والديه، وهو يعطي المختص فرصة مراقبة لبعض الجوانب المحددة في سلوك الطفل الاجتماعي مثل الانتباه والتقليد ومشاركة المختص والوالدين في مشاعرهم، وقد تم مؤخرا دمج كل من جداول المراقبة التشخيصية للتوحد قبل تطور اللغة وجدول المراقبة التشخيصية للتوحد في جدول واحد أطلق عليه جدول المراقبة العام (ADQSG) ويستغرق إجراؤه من (30-45) دقيقة، ويتطلب تدريبيا خاصا كما هو في المقابلة التشخيصية للتوحد (ADI) ويقرر العلماء والباحثون أن هذا الاختبار له درجة عالية من المصداقية وثبات النتائج (**وفاء علي الشامي، 2004، ص.318**).

6-3-4/ قائمة التوحد عند الأطفال الصغار (CHAT):

طوره بارون (كوهن، وألن جليرغ) (1992) وهذه القائمة صممت لملاحظة السلوكيات الإنذارية المبكرة للإصابة بالتوحد ابتداءا من عمر (18) شهرا، وتساعد هذه القائمة في مسح حالات التوحد قبل أشهر وأسابيع من ظهور معظم الأعراض الأخرى كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، ولقد

استخدمت هذه القائمة على أساس دراسات كشفت عن وجود بعض السلوكيات المنذرة لوجود حالة توحد في سن (18) شهرا، ومن أهم هذه السلوكيات: عدم قدرة الطفل على الإشارة إلى الأشياء، عدم اهتمامه بالاختلاط مع الآخرين باللعب الاجتماعي، غياب الانتباه المشترك.

6-3-5/ (Echelle d'évaluation de l'autisme) (la cars)

أعد من طرف (ايريك شوبلار Eric shopler)هي أداة تستخدم أولا لملاحظة الأطفال، ثم تستخدم المواضيع كجدول مقابلة نصف موجهة، يكون جمع المعلومات بطريقتين:

- مقابلة مع الأسرة.

- ملاحظة الطفل.

تتكون من (14) بند التي تسمح باكتشاف كل اضطرابات السلوك في مجالات العلاقات الاجتماعية، التقليد، الاستجابات الانفعالية، استعمال الجسم، استعمال الأشياء، التكيف مع التغيير، الاستجابات المرئية، استجابات سمعية، الذوق الشم واللمس، استجابات الخوف والقلق، التواصل اللفظي وغير اللفظي، مستوى النشاط والمستوى الفكري.

إضافة إلى بند خاص بالمعالج والذي يسمح له بإعطاء رأي عام، فنتحصل على (15) بندا.

كل من (15) بند له تنقيط من (1) إلى (4) نقطة، من أجل الإشارة إلى درجة انحراف سلوك الطفل مقارنة بالسلوك العادي لسنه.

La cars أداة معروفة ومستعملة في تشخيص التوحد، يستغرق تمريرها حوالي (30) إلى (45) دقيقة.

يتضح مما سبق أي تشخيص التوحد من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا لأنها تتطلب تعاون فريق من الأخصائيين والأطباء النفسانيين والاجتماعيين وذلك لأن أعراض التوحد تظهر بدرجاته متفاوتة فأيضا تتشابه مع اضطرابات نمائية أخرى، ومن الملاحظ أنه في النوات الأخيرة حدث تزايد في المحكات والمعايير التشخيصية لاضطراب التوحد كان من أهمها التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (1993) والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (1994) (DSMIV) الذي يتم عن طريقها تحديد سمات اضطراب التوحد بدقة وموضوعية.

أما بالنسبة لأداة التشخيص في مرحلة الطفولة (CARS) لتشخيص اضطراب التوحد، أما بالنسبة لتشخيص شدة الاضطرابات السلوكية فقد تم استخدام اختيار (ECAN) للقياس القبلي والبعدي لأفراد العينة.

7- التشخيص الفارقي بين إعاقة التوحد وبعض اضطرابات الطفولة:

إن معظم الباحثين المهتمين بتشخيص الذاتوية يشيرون دائما إلى قضية مهمة وهي تشابه السلوك المرتبط بالتوحد مع أعراض إعاقات أخرى عديدة.

7-1/ التخلف العقلي: يكمن الفرق بينهما في

* المتخلف العقلي ذكائه قد يكون بسيطا أو متوسطا أو شديدا، أما نسبة الذكاء لدى فئة الذاتويين فتصل إلى مستوى ذكاء العاديين وأحيانا إلى مستوى العباقرة.

* المتخلف العقلي لديه اضطراب واضح في الذاكرة، بينما الذاتوي يتمتع بذاكرة آلية جيدة للمكان والزمان، ولكنه لديه اضطراب واضح في الإدراك.

* يستطيع المتخلف العقلي أن يتواصل مع الآخرين لفظيا وغير لفظيا بعكس الذاتوي فلديه قصور في هذه المهارات.

* يستطيع المتخلف العقلي تقليد ومحاكاة الآخرين، يعكس الذاتوي ولديه قصور في هذه المهارة.

* يستطيع المتخلف العقلي تكوين علاقات اجتماعية فهو لا يرفض التفاعل الاجتماعي مع الآخرين عكس الطفل التوحدي فلديه قصور في مهارة التفاعل الاجتماعي.

* يتمتع الذاتوي بمهارة عالية في القدرات الحركية الدقيقة بعكس المتخلف عقليا فيعاني من قصور في هذه المهارات **(القمش نوري صالح، 2011، ص.114)**

7-2/ زملة ريت (Rett):

* زملة (ريت) تصيب الإناث فقط، أما الذاتوية فتصيب الذكور والإناث بنسبة (4) ذكور مقابل أنثى.

* حدوث تشجنات للمصابين بزملة (ريت) أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة، وحدوث نوبات صرعية في معظم الحالات قبل ثماني سنوات، أما الذاتوية فقد تحدث لهم نوبات صرعية عظمى في وقت ما في حياتهم ولا سيما في مرحلة البلوغ.

* حالات الإصابة بزملة (ريت) مرتبطة دائما بالإعاقة العقلية الشديدة أما في حالات الذاتوية فنسبة ضئيلة فقط تقع في فئة التخلف الشديد أما الفئة الأخرى تتراوح بيم التخلف البسيط والمتوسط إلى مستوى العاديين وحتى العباقرة.

* سلوك إيذاء الذات المعتمد والحركات النمطية غير الهادفة سمة بارزة في التوحديين ولكنها نادرة جدا في حالات الإصابة بزملة (ريت).

* العوامل المسببة لزملة (ريت) تنحصر في تلف المخ أو النخاع الشوكي، المخيخ أو الجهاز العصبي بصفة عامة، أي أنها عوامل عضوية، أما العوامل المسببة لاضطراب التوحد فهي غير محددة (**القمش نوري صالح، 2011، ص.119**).

7-3/ زملة الإعاقة السمعية:

* معدلات الذكاء في حالات الإصابة بالإعاقة السمعية أعلى من حالات الذاتوية.

* المعاقين سمعيا لعدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية عكس حالات الذاتوية.

* حالات الإعاقة السمعية نستطيع تتحقق تواصل غير لفظي أفضل من الذاتوية.

* سهولة في تشخيص ذوي الإعاقة السمعية بالفحص الطبي لأجهزة السمع والكلام، بينما توجد صعوبة تشخيص الذاتوية نظرا لعدم وجود أدوات مقننة لهذا الغرض.

* يميل الذاتوي للانسحاب الاجتماعي والانزعاج من الروتين بشكل أساسي مقارنة بالمعاق سمعيا (**بيومي لمياء عبد الحميد ، 2008، ص.24**).

7-4/ الاضطرابات الذهانية:

* تدهور واضح واضطراب في الانتباه لدى الذاتوي مقارنة بالذهاني.

* نقص التواصل وغير اللفظي لدى الذاتوي مقارنة بالذهاني.

* نشاط حركي مفرط لدى الذاتوي مقارنة بالذهاني.

* نسبة الإعاقة لدى الذاتويين الذكور أكثر من الإناث (1/4)، بينما تتساوى لدى الجنسية في الذهان (الفصام).

* الطفل الذاتوي يعاني من اضطراب نمائي وسلوكي وانفعالي، بينما يعاني الذهاني من اضطراب عقلي **(بيومي لمياء عبد الحميد ، 2008، ص.25)**.

7-5/ اضطراب التواصل:

* العجز عن استخدام اللغة كأداة للتواصل لدى الطفل الذواتي، بينما يتعلم مضطرب التواصل مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين.

* يحاول ذوي الاضطرابات اللغوية التواصل مع الآخرين بالإيماءات، وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام، بينما لا يظهر الأطفال الذاوتيين أية تعبيرات انفعالية مناسبة، أو رسائل غير لفظية.

* قد تظهر الفئتان إعادة الكلام وترديده، غير أن الأطفال الذاوتيين مميزين بترديدهم للكلام (المصاداة)، وخاصة ترديد أواخر الكلمات **(سيد سليمان، 2000، ص.78)**.

7-6/ اضطراب أسبيرجر:

المصابين بمتلازمة أسبيرجر لا يعانون من إعاقة فكرية بل وقد يتمتعون بقدرات ذكاء طبيعية أو ما يفوق ذلك وفي المقابل يعاني نحو (75-77%) من المصابين بالتوحد تأخرا فكريا.

* الطفل التوحدي يواجه تأخر ملحوظ في النمو اللغوي، وهي مشكلة لا تواجه ذوي متلازمة أسبيرجر.

* صعوبات التواصل، التفاعل الاجتماعي أكثر شدة لدى الطفل التوحدي.

* الاضطرابات العصبية أقل شيوعا لدى ذوي مثلا زمة أسبيرجر.

* أن النتائج المتوقع تحقيقها مع ذوي مثلا متلازمة أسبيرجر أكثر إيجابية **(إبراهيم العثمان إيهاب البيلاوي، 2012)**.

ويعد عرض الفروق التشخيصية بين اضطراب التوحد والإعاقات التي تتشابه معها في بعض الأعراض، يمكن بالملاحظة الدقيقة المتأنية التمييز بين هذه الإعاقات وعدم الخلط بينها، وهذا التشخيص الفارقي يجب أن يقوم به فريق فني من المختصين.

8- النظريات المفسرة لاضطراب التوحد:

يعد "التوحد" من الإعاقات التطورية التي مازال يحيطها كثير من الغموض في كافة جوانبها، وخاصة الإنفاق على العوامل المسببة لها، فهي تسمى (بالإعاقة الغامضة) حيث لم يتوصل العلماء إلى الآن لتحديد سبب حقيقي لحدوث التوحد.

وهذه أهم وجهات النظر التي استعرضت أسباب التوحد:

8-1/ أسباب نفسية: ترى نظرية التحليل النفسي أن أسباب ظهور الذاتوية يكمن في عنصرين أساسيين: الخبرات المكبوتة في اللاشعور، وشخصية أباء الأطفال الذاتويين، فأما الخبرات المكبوتة في اللاشعور، فهي تعود إلى مرحلة الطفولة المبكرة، وبالتالي فالوالدان المؤثران الأساسيان في الخبرات الاجتماعية، وبالتحديد الأم، فقد وصف (ليوكانر) leo kanner هؤلاء الآباء بأنهم متحفظون يعانون من الجمود العاطفي مغرطون في النظام والروتين، أذكياء جدا وعقلانيون، فهم جادون لا يعرفون المزاح، يعانون من العزلة الاجتماعية، منظمون جيدا في تربيتهم لأبنائهم لدرجة الميكانيكية **(بيومي لمياء ،2008،ص. 32)**

8-2/ أسباب فيتريولوجية:

8-2-1/ الاستعداد االوراثي: يعتبر العامل الوراثي أحد فرضيات الإصابة بالذاتوية، وذلك بعدما أظهرته دراسات أجريت على التوائم حيث تزيد الإصابة بهذا الاضطراب عند التوائم المتماثلة، أكثر منه من التوائم غير المتماثلة **(الامام صالح والجوالدة فؤاد، 2010،ص. 94)**.

8-2-2/ الإصابة في الجهاز العصبي المركزي خلال وأثناء وبعد الولادة: حيث أن أية إصابة خلال وأثناء وبعد الولادة تعطل تطور نمو الدماغ ومنه تتأثر الحواس كما تتأثر لغة الطفل والأداء العقلي والاجتماعي بشكل مستمر، ومن هذه الإصابات: نقص الأكسجين الناتج عن الاختناق التهاب الدماغ ... إلخ (**عبد المالك، عيسى تواتي، 2015، ص.55**).

8-2-3/ العدوة الفيروسية: توصل الباحثون إلى وجود دليل على أن العدوة الفيروسية في المراحل المبكرة للحمل تؤدي إلى مجموعة من الاضطرابات النمائية والتي منها اضطراب التوحد ومن هذه الفيروسات: الحصية الألمانية، الهيبرس البسيط (القوباء)، فيروس تؤدي إلى تكاثر الخلايا وتزايد عددها، فطرية المبيضية.

إلا أنه في الأخير ازداد الشك حول الطعومات من حيث كونه للتوحد، خاصة المطوعون الثلاثي (الحصية، النكاف، الحصية الألمينية) والمعروفة ب MMR) (**عبد المالك، عيسى تواتي، 2015 ص.55**)

8-2-4/ الخلل في الجهاز العصبي المركزي: توصلت دراسة (بالوتين) الكلي للمخ لدى الأطفال الذاتويين يتزايد مقارنة بالأشخاص العاديين كما فحص (إيدلسون) Edelson أدمغة الموتى من التوحديين حيث وجد أن كل من اللذرة والخصيتين من الدماغ كانت أقل تطورا، وهاتان المنطقتان مسؤولتان عن العواطف والعدوان والمدخل للإحساس والتعلم (**بيومي لمياء عبد الحميد، 2008،ص. 35**)

8-2-5/ المتاعة الذاتية: يعتبر الخطأ في تنظيم رد الفعل المناعي أحد الأسباب الممكنة للإصابة بالتوحد حيث وجد أن عدد الأشخاص المصابين بالتوحد أضداد ذاتية دماغية لبروتين الميالين (ANTI-MBP) وبروتين خيط محور العصبون (ANTI-NAFP) (**العلي رسلان ، 2008،ص. 33**).

8-3/ عوامل بيوكيمائية:

أشارت بعض الدراسات إلى أنه توجد علاقة بين الأجهزة العصبية البيوكيميائية والإصابة بالتوحد، كما أن المستويات المرتفعة لعدد من أجهزة الإرسال العصبية في دم أطفال التوحديين نتج عنها تأخر في

النضج والقصور في الفهم، كما أكدت دراسة أخرى ل (young) أن أطفال التوحد يعانون من ارتفاع نسبة السيروتين في الدم **(القمش، 2011،ص. 38)**.

8-4/ عوامل إدراكية وعقلية (نظرية العقل):

يرى أصحاب وجهة النظر هذه أن التوحد سببه إدراكي نمائي، حيث أشارت بعض الدراسات أن أطفال التوحد لديهم انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة والتي ترجع بدورها إلى انخفاض قدرتهم على الإدراك، فضلا عن اضطرابات النطق واللغة، حيث وجدت الباحثة leslie (1987) أن المشكلة الرئيسية لأطفال التوحد هي اقترافهم للقدرة على فهم الناس، وفهم أنفسهم، وأنهم ليس لديهم عالم حسي، فضلا عن افتقارهم للجانبين الاجتماعي والتواصل مع الآخرين، وأن لديهم مشاكل في الجانب المعرفي والاجتماعي **(الجلبي سوسن شاكر، 2005، 50)**.

8-5/ النظريات المعرفية:

نفترض النظريات المعرفية أن المشكلات المعرفية هي مشكلات أولية وتسبب مشكلات اجتماعية، ومن خلال هذه النظريات المعرفية فإن العلماء المعرفيين يحاولون تسليط الضوء على العيوب المعرفية عند الأطفال التوحديين، وهناك عدة فرضيات معرفية منها:

- أن هناك من يرى أن الأطفال التوحديين هم انتقائيون في انتباههم لأسباب تعود إلى عيب إدراكي، فهم يستطيعون الاستجابة لمثير واحد فقط في وقت واحد.

- وهناك نظريات أو فرضيات معرفية أخرى تبرهن على أن التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب إدراكية رئيسية، ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة. **(فهد أحمد المغلوث، 2006، ص.94)**.

وإجمالا يمكن القول بأن هذه الفرضيات والنظريات تبقى كلها احتمالات، ويبقى التوحد لاضطراب غامض ومجهول السبب لأنه لم يتم تحديد السبب الرئيسي في حدوثه فهو راجع لعدة عوامل مختلفة ومتنوعة.

9- البرامج العلاجية لاضطراب التوحد:

تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب الذاتوية، ومع تعدد هذه النظريات تعددت أيضا الأساليب العلاجية المستخدمة في التخفيف من آثار الذاتوية العديدة والمتنوعة، ومن هذه الأساليب العلاجية ما هو قائم على الأسس النظرية للتحليل النفسي ومنها ما هو قائم على مبادئ النظريات السلوكية وهناك تدخلات علاجية قائمة على استخدام العقاقير والأدوية كما توجد بعض التدخلات القائمة على تناول الفيتامينات أو على الحمية الغذائية.

9-1/ أساليب التدخل النفسي:

العلاج النفسي هو الأسلوب السائد، والهدف الأساسي من هذا العلاج هو إقامة علاقة قوية بين الطفل والنموذج الذي يمثل الأم في محاولة لتزويد الطفل بما تقدمه له أمه من خيرات مشيعة معه كالحب والأمان والتفاعلات الإيجابية، حيث يفترض نقص الارتباط العاطفي بينها وأن الأم لم تستطيع تزويده بتلك الخبرات.

ويتفق كل من **(عبد الرحمان سليمان، 2001، ص.142)** و**(رشاد موسى، 2002،ص. 410)** على أن الهدف الأساسي للعلاج بالتحليل النفسي هو إقامة علاقة قوية بعيدة عن الوالدين وذلك مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة، وهذا مالم تقدر القيام به أم الطفل المصاب بالتوحد، وعدم استطاعتها إعطاء الطفل الحب والحنان والدفئ اللازم له، وهذه العلاقة تحتاج عدة سنوات حتى تتطور عملية العلاج وتشير **(هالة فؤاد، 2001، ص.71)** إلى أن القائم على العلاج يقوم بعمل علاقة حب وحنان بين الطفل المصاب بالتوحد وبين والديه، هذه العلاقة تتسم بالتساهل والمحبة والدفئ وذلك بهدف تشجيع الطفل على الدخول (في العالم المحيط به).

9-2/ العلاج السلوكي: يشير **(إبراهيم بدر، 2004)** إلى أن العلاج السلوكي يعد من أفضل العلاجات النفسية التي ظهرت فاعليتها في علاج وتعديل سلوكيات أطفال التوحديين، ويوضع الطفل التوحدي وفقا لهذا النوع من العلاج في فصل منظم للتدريب على السلوكيات المقبولة ورعاية الذات واكتساب اللغة كما يلزم تدريب الوالدين على مساعدة الطفل على كتاب مفاهيم لغوية، وتنمية السلوك في المنزل حيث يعتمد العلاج السلوكي على نظرية التعلم والثواب والعقاب، ويستخدم للتخلص من

السلوكيات المصاحبة للتوحد كالعنف، ونوبات الغضب وإيذاء الذات وغيرها من المشاكل السلوكية التي تمثل ضغطا على الوالدين والمتعاملين مع الطفل يهدف تحسين العلاقات والتفاعلات.

وانطلاقا من مفاهيم نظرية التعلم بأن السلوك متعلم وان ما تعلمه يمكن أن يتم محوه أو تغييره ويمكن تعلم سلوك جديد ويتبنى هذا الاتجاه معالجة السلوكيات المشكلة ، وتدريب الطفل وإكسابه سلوكيات جديدة، وقد تبين العلاج السلوكي مع الأطفال المصابين بالتوحد في تشجيع اكتساب المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل ورعاية الذات والمهارات المعرفية وتتميز البرامج النمائية التي تقوم على طرق تعديل السلوك بأنها غير قاصرة من حيث الإعداد لها والتدريب عليها وتطبيقها على المهنيين فقط، وإنما يمكن تدريب الوالدين والمدرسين وغيرهم على استخدام هذا الأسلوب بشرط أن يكون الصدق من استخدامه واضحا.

وقد أظهرت نتائج دراسات عديدة نجاح العلاج السلوكي في تحقيق أهدافه في علاج الأطفال المصابين بالتوحد، وأقره الباحثون والمتخصصون كأحد أهم أساليب علاج هؤلاء الأطفال بسبب قيامه على أسس منطقية مقبولة، وما أحرزه من نتائج إيجابية عملية وتطبيقية أوضحت تحسين مسار النمو لدى الكثير من هؤلاء الأطفال وإكسابهم مهارات سلوكية شخصية واجتماعية فضلا عن خفض سلوكياتهم غير المرغوبة.

9-3/ أنواع التدخلات العلاجية:

9-3-1/ برنامج لوفاس (yap) young autistic program :ويسمى أحيانا بالعلاج التحليلي السلوكي، أو تحليل السلوك، ومبتكر هذا الأسلوب العلاجي ivor lovaas في عام (1978)، وهذا النوع من التدخل قائم على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية بشكل مكثف ومبكر لمدة (40) ساعة في الأسبوع، ويمتد من سنتين إلى ثلاث سنوات، ويركز هذا البرنامج على أهمية الساعات الأولى للعلاج لإقامة العلاقة الإيجابية التي تسمح بتنفيذه بنجاح، ويؤكد على المعالج أن يضمن أن الطفل سوف ينجح في تحقيق ما يطلبه منه، بمعنى أن يعرف قدراته جيدا ثم يحدد ما يطلب منه وتقليل فرض الخطأ بأن تكون المهمة المطلوبة بسيطة بحيث يستحيل الفشل فيها، مع مكافأته عندما ينجح في أداء ما يطلب منه.**(محمود عبد الرحمان، 2018،ص. 297).**

وتعتبر هذه الطريقة مكلفة جدا نظرا لارتفاع العلاج، كما أن كثير من الأطفال يؤدون بشكل جيد في المدرسة أو العيادة، لكنهم لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية، وبالرغم من ذلك فهناك بعض البحوث التي أشارت إلى النجاح الكبير الذي حققه استخدام هذا البرنامج في مناطق كثيرة من العالم.

9-3-2/ برنامج معالجة وتعليم الذاتويين وذوا إعاقات التواصل (TEACCH) Treatment and education of autistic and related communication children handicapped: وهذا البرنامج من إعداد (إيريك شوبلر) وزملائه في ولاية نورت كارولينا في أوائل السبعينات، ويشمل البرنامج مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية ويتم التعامل مع كل منها بشكل فردي.

كما يقدم أيضا هذا البرنامج خدمات التشخيص، والتقييم لحالة الذاتويين وكذلك يقدم المركز القائم على هذا البرنامج Teach Division في جامعة نورث كالورنيا خدمات استشارية فنية للأسر والمدارس والمؤسسات التي تعمل في مجال الذاتوية والإعاقة المشابهة، ويعطي برنامج Teaach اهتماما كبيرا للبناء التنظيمي للعملية التعليمية Structured learning الذي يؤدي إلى تنميت مهارات الحياة اليومية، والاجتماعية عن طريق الاكثار من استخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الشخص الذاتوي. وتعتبر أهم الوحدات البنائية القائم عليها البرنامج هي:

تنظيم الأنشطة التعليمية، تنظيم جدول العمل، استغلال وظيفي متكامل للوسيلة التعليمية.

ويمتاز برنامج Teaach بأنه طريقة تعليمية شاملة، لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك فقط بل تقدم تأصيل متكامل للطفل، كما تمتاز بأنها طريقة مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل حيث يتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل **(عادل جاسب شبيب، 2008، 42-43)**.

9-3-3/ برنامج بتحقيق التواصل بتبادل الصور (PECS) picture exchange communication system : يعد من أنوسع البرامج الحديثة انتشارا والذي أعده (بوندي فرونست) عام 1994 الأطفال التوحديين الذين يعانون من قصور لغوي، حيث يبدأ التواصل عن

طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه المدرس أو الوالد الذي يتواصل معه ويعمل على تحقيق رغباته بعد أن يحضر الصورة التي تتضمن ما يريد أن يفعل.**(محمود عبد الرحمان، 2018،ص. 299).**

9-3-4/ العلاج بالتكامل الحسي (slt) sensory intergrtion therapy أول من بحث في هذا النوع من العلاج هي (Jane Ayres) وهذا العلاج مأخوذ من علم العلاج المهني، ويعتمد على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم وبالتالي فإن خللا في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس (حاسة الشم، السمع، البصر، اللمس، الذوق) قد يؤدي إلى أعراض ذاتوية، وهذا النوع من العلاج قائم على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها ولكنه ما يجدر الإشارة إليه هو أنه ليس كل الأطفال الذاتويون يظهرون أعراضا تدل على خلل في التوازن الحسي، كما أنه ليس هناك أبحاث لها نتائج واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال الذاتويين.

وتشير دراسة قامت بها (أمل الدورة 2010) بعنوان "فعالية برنامج للتكامل الحسي والعلاج الوظيفي في تحسين تعلم الذاتويين لعينة بلغت (6) أطفال تتراوح أعمارهم من (4-7) سنوات و استخدمت في الدراسة مجموعة من المقاييس التشخيصية للذاتوية، وقد أظهرت نتائج التحليل الكيفي للحالات المشاركة في في هذا البرنامج حدوث تحسن نوعي في سلوكيات الأطفال في الجوانب الحركية، والمشاركة الباحثة سبب قلة حدوث تحسن في الجانب اللغوي إلى تعقد النمو اللغوي ومشاركة العديد من الحواس في حدوثع، وحاجته إلى زمن أطول في تطبيق البرنامج.**(فكري لطيف متولي، 2015، ص.201).**

9-3-5/ التدريب على التكامل السمعي Auditroy intergration training (AIT): تعمل هذه الطريقة على تحسين قدرة السمع لدى الأطفال التوحديين عن طريق فحص السمع أو يتم وضع السماعات على آذانهم بحيث يستمعون للموسيقى ثم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) والتي تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حالة نقصها، وهذا البرنامج يمكن تطبيقه مرتين في اليوم وبمعدل نصف ساعة ولمدة 10 أيام متواصلة، إن هذا البرنامج غير نؤذ وأنه ليس من الواضح ما إذا كان الإصغاء إلى الأصوات العشوائية هو أفضل من الإصغاء إلى الموسيقى.**(سوسن شاكر مجيد، 2010،ص. 144).**

9-3-6/ التواصل الميسر Facilitated communication (FC) :

تشير العالمية (روز ماري كروسلي) من استراليا إلى إستراتيجية في تعليم حالات التوحد الشديد، وتعتمد طريقة التواصل المسير على وجود شخص مساعد يساعد الطفل التوحدي عن طريق وضع اليد ويقوم الشخص التوحدي بالطباعة على الآلة الكاتبة أو الجهاز الخاص بالتواصل الصوتي وبمساعدة الشخص الآخر، وقد حظيت هذه الطريقة على اهتمام إعلامي مباشر، وتناولها كثير من وسائل الإعلام الأمريكية **(سوسن شاكر مجيد، 2010،ص. 144، 145).**

9-3-7/ العلاج بالمسك والاحتضان holding therapy (HT) :

هذا النوع من العلاج يتم عن طريق مسك الطفل بإحكام حتى يكتسب الهدوء، وعلى المعالج أن يقف أمام الطفل ويمسكه في محاولة لأن يؤكد التلاقي بالعين وتستمر الجلسة مدة (45) دقيقة، وفي هذا الأسلوب يتم تشجيع الآباء والأمهات على احتضان أطفالهم لمدة طويلة حتى وإن كان الطفل باستمرار يؤدي بالطفل إلى قبول الاحتضان في النهاية وعدم الممانعة، وقد أشار بعض الأهالي الذين جربوا هذه الطريقة بأن أطفالهم بدأوا في التدقيق في وجوهم وأن تحسنا ملحوظا طرأ على قدراتهم على التواصل البصري كما أفادوا أيضا بأن هذه الطريقة تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل والتفاعل الاجتماعي.**(فكري لطفي متولي، 2015،ص. 204).**

9-3-8/ العلاج بالموسيقى Music therapy (MT):

درست التأثيرات العملية والعلاجية للموسيقى على أطفال التوحد فوجدوا أن للموسيقى تأثيرا كبيرا لانخفاض النشاط الزائد عند الأطفال وانخفاض مستوى القلق لديهم، وأنها أفضل بكثير من استخدام الكلام إذ أنها تساعد الطفل على تذكره للأغاني، كما أن هذا البرنامج يعد بسيطا وسهلا في تدريب الطفل عليه وليس له أية أثار جانبية، ومن أساليب العلاج بالموسيقى نجد:

- جهاز الأشعة الصوتية الموسيقية أو ال Sound Bean وأول من استعمله الدكتور (فيليب إليس) من جامعة وارك في انجلترا.

- استعمال مكرفون ومكبرات صوت في حصص الغناء **(فكري لطيف، 2015، ص214).**

9-3-9/ التعلـــــــــيم الملطـــــــــف (GT) teaching gentle :

استخدم هذا النوع من العلاج بواسطة (MC GEE) في عام (1985) كنوع من العلاج، وقد أشار إلى أنه ناجح مع أفراد ذوي صعوبات التعلم، والسلوكيات التي تتسم بالعتاد، وتهدف هذا الطريقة إلى تقليل سلوكيات المعاندة باستخدام اللطف والاحترام وتقوم على افتراضين أساسين هما: أن سلوكيات المعاندة أو العناد هي رسائل تواصلية قد تشير إلى الاضطراب أو عدم راحة أو قلق أو غضب والاساس الثاني ان يتعلم المعالج الاحترام للحالة الانفعالية للطفل ويتعرف على طبيعة اعاقته بكل ابعادها . **(جاسب شبيب، 2008، ص.49).**

9-4/ أساليب التدخل الطبي (الدوائي):

يشير **(محمد قاسم عبد الله، 2001، ص.193)** إلى أن العلاج الدوائي يستخدم لتنظيم وتعديل المنظومة الكيماوية العصبية التي تقف خلف السلوك الشاذ وبالرغم من أن البحوث الحديثة قد أثبتت تنوع وتعدد العوامل التي تسبب التوحد إلا أن الكثير من الاتجاهات المباشرة وغير المباشرة قد أثبتت أهمية العلاج الدوائي في الاضطراب التوحدي، ومع أنه لا يوجد دواء واحد، ويحذر (ماوك) للتوحد أنه يجب أن يتكامل هذا النوع من العلاج الطبي مع برنامج العلاج الشامل بحيث يساعده في تحسين قدرات المريض.

ويذكر **(رشاد علي موسى، 2002،ص. 409-410)** العقاقير التي تستخدم في خفض أعراض التوحد وهي:

1- الهالوبيريدول (Haloperidol): يفيد في خفض النشاط الزائد والانسحاب والحركات النمطية التكرارية.

2- الفينفورمان (fenphlirmane): يعمل على خفض نسبة السيروتين في الدم، كما يساعد على خفض خفض النشاط الزائد غير المناسب، كما يساعد على تحسين الوظائف العقلية والاجتماعية.

3- نالتركسون (naltrescne): يساعد على خفض العدوان، وسلوك إيذاء الذات.

4- كلوميبرامين (clominpryamina): يعمل على خفض السلوك القسري والنشاط الزائد، والاضطراب والانفعالي ونوبات الغضب، والعدوانية لدى الأطفال التوحديين.

وهناك عدد من العقاقير الأخرى التي تحدث التأثير نفسه في الناقل العصبي الدوباميني، والتي درست فعاليتها في معالجة التوحد منها عقار ل-دوبا (L-DOPA) الذي درس مفعوله باستعمال جرعات متنوعة منه لدى عدد من التوحديين ذكورا وإناثا ومن أعمار مختلفة وعقار ريسبريدون (risperidone)، وعقار آميسولبريل (Amisulprile)، وعقار باسبيرون (buspirone)، وعقار فلوفكسامين (fluvoscamine) وغيرها.

9-5/ التدخل الغذائي:

أعد الكثير من الدارسين أن هناك علاقة قوية بين النظام الغذائي واضطراب التوحد، حيث قد ثبت لديهم أن الغذاء يقلل من سلوكيات التوحدية، وأن للغذاء علاقة بالمزاج والقلق، كما أن العلاج بالغذاء آمن ولا ضرر منه، وأهم الحميات المتبعة في علاج التوحد هي الامتناع عن تناول المأكولات التي تحتوي بروتينات الكازين والجلوتين، فالكازيين هو البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته، أما الجلوتين فيوجد في الشعير والشوفان والقمح وجميع مشتقاته، وتستند هذه الحمية على أساس أن الطفل المصاب بالتوحد تنقصه للقدرة على هضم هذين النوعين ومن البروتينات وبالتالي ينشأ عن ذلك، ما يسمى (البيتايد الأفيونية) التي تمتص عن طريق الأمعاء وتسير في الدم وتؤثر على المخ (**أسامة فاروق، 2000، ص56**).

وختاما يمكن القول بأن طرق العلاج أو الاستراتيجيات التعليمية المقدمة لأطفال التوحد تختلف من طفل إلى آخر وذلك حسب شدة ودرجة الاضطراب لديه. أما بالنسبة للدراسة الحالية فقد تم استخدام الأنشطة التدريبية (لاريريك شوبلار) في التخفيف من اضطرابات السلوك لدى الأطفال التوحديين.

خلاصة:

من خلال ما تم ذكره واستعراضه نستخلص أنه لحد الآن لا يوجد علاج قاطع للتوحد، بالرغم من البحوث المتراكمة والمجهودات المتواصلة من طرف الباحثين والعلماء المختصين في المجالات النفسية والطبية، لكن التدخل المبكر وتقديم العون والمساعدة في الإمكان أن يقلل من الاضطرابات السلوكية التي قد يتعرض لها المصاب بالتوحد، مع تنمية مهارات التواصل لديه، ويتوقف نجاح المعالجة على كفاءة المعالج ودقة البرامج التعليمية والعلاجية، كما أن للوالدين دور في مساعدة الطفل التوحدي وذلك بتدريبه على بعض المهارات اللازمة في حياته اليومية.

الفصل الثالث:

الاضطرابات السلوكية عند الطفل التوحدي

تمهيد

1- **تعريف الاضطرابات السلوكية.**

2- **تصنيفات الاضطرابات السلوكية.**

3- **الخصائص العامة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا على مختلف فئاتهم.**

4- **أسباب الاضطرابات السلوكية.**

5- **محددات الاضطرابات السلوكية.**

6- **أبعاد الاضطرابات السلوكية.**

7- **نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية.**

8- **أساليب التدخل التربوي العلاجي مع الأشخاص المضطربين سلوكيا.**

9- **المشكلات السلوكية عند الطفل التوحدي.**

خلاصة الفصل

تمهيد:

الاضطراب السلوكي مفهوم يتصف بالنسبية حيث أن الأطفال المضطربين سلوكيا قد يظهرون أنماط سلوكية طبيعية، والأطفال العاديون قد يظهرون أنماط سلوكية مضطربة، وتجدر الإشارة بأن تعريفاته مختلفة بالرغم من إجماع أدبيات التربية الخاصة على تعريفات معينة، الحقيقة أن هناك اختلافات بين الباحثين تتعلق بهذه الإضطرابات من حيث تعريفها وتصنيفها وتحديد أسبابها وطرق علاجها ومدى انتشارها.

والمحور الذي يتفقون عليه هو أن الطفل المضطرب سلوكيا يسلك بشكل يجعل الآخرين يعرفون بأنه يعاني من مشكلة معينة وويتصف هؤلاء الأطفال بعجزهم في بناء علاقات عادية مع الأطفال الآخرين أو الراشدين، ويعيشون في صراع مستمر مع الآخرين ومع أنفسهم، وغالبا ما يتسم سلوكهم بالعدوانية والإزعاج بشكل يجعل الآخرين ينفرون منهم، ويميل البعض إلى سلوك الانسحاب الاجتماعي والعيش في عالم خاص بهم، الأمر الذي قد يحول دون اكتسابهم لمهارات النمو والمعرفة.

وفي هذا الفصل سنقوم بعرض لأهم المشكلات السلوكية عند الطفل التوحدي، ولكن قبل ذلك نود أن نقدم عرضا عاما حول الإضطرابات السلوكية بصفة عامة.

1/ تعريف الاضطرابات السلوكية:

يشير أدب اضطرابات السلوك إلى وجود عدة تسميات لهذه الإضرابات منها الإعاقة الانفعالية وسوء التوافق الاجتماعي والسلوك غير التكيفي واضطرابات الشخصية أي أن للاضطرابات السلوكية تعريفات متباينة وذلك للأسباب التالية:

1 – 1/ مشكلات التعريف المختلفة:

من المشكلات التي تواجه وجود تعريف جامع مانع لهذه الإضطرابات هو ما يلي:

– عدم توافر تعريف مجمع عليه لمفهوم الصحة النفسية إلا أن معظم الأخصائيين يجمعون على أن الطفل الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة هو طفل سعيد قادر على بناء علاقات إيجابية تتصف بالاستمرارية مع الآخرين، ولديه إدراك صحيح للواقع، وينظم أفكاره وأفعاله ويسعى لتحقيق أهدافه،

ولديه قدرة جيدة على التحصيل الأكاديمي يتناسب مع قدراته ومشاعره نحو نفسه وعادة يكون جيدا على نحو ما يتوقع الآخرون منه ذلك وفق عمره وجنسه، أما الطفل الذي يتصرف بشكل مخالف فهو يفتقر إلى الصحة النفسية.

– صعوبة قياس السلوكات والانفعالات، حيث لا تتوفر اختيارات تستطيع تزويدنا ببيانات موضوعية ودقيقة عن تلك السلوكات والانفعالات، ولا تتوافر مقاييس لتقييم الشخصية بعكس ما هو عليه الحال في قياس البصر والذكاء، إن تشخيص الاضطراب السلوكي يتم في ضوء الأحكام العيادية (clinical وليس بناءا على المعلومات (**سعيد حسني، 2002**)

– تباين السلوك والعواطف، إن الأطفال العاديين قد يظهرون سلوكا مضطربا أحيانا كما يظهر الأطفال المضطربون سلوكات عادية أحيانا، ولذلك لابد من الحكم على السلوك المضطرب من خلال شدته وتكراره مع مراعاة الظروف والمواقف التي يحدث فيها السلوك وعمر الطفل وجنسه.

– تنوع الأطر الفلسفية والخلفيات المستخدمة في تعريف الإضطراب السلوكي وذلك بسبب تعدد المختصين من أخصائيين نفسيين واجتماعيين وأطباء ورجال قانون وشرطه وكل منهم ينظر إلى المشكلة من وجهة نظره، وهناك وجهات نظر متباينة في التعريف تعتمد على الاتجاهات السلوكية والإنسانية والتحليل النفسي والنظرية البيئية والبيولوجية ولهذه النظريات أسس مختلفة في التشخيص والعلاج (**سعيد حسني، 2002**)

– اختلاف وجهات النظر إزاء الاضطراب من مجتمع لآخر ومن ثقافة لثقافة ودين لدين وعرق لعرق، حيث أن المعايير نسبية وبالرغم من ذلك كله فإن الإضطراب السلوكي يعني انحراف السلوك عن العادي أو ما يعتبر عاديا بشكل ملحوظ ولعل تعريف باور (Bower 69) يعتبر مقبولا حيث يعرف باور الأطفال المضطربين سلوكيا على أنهم:" الأطفال الذين يظهرون واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة ملحوظة ولفترة زمنية طويلة نسبيا ومنها ما يلي:

.عدم مقدرة على التعليم لا يمكن تفسيرها في ضوء خصائص هؤلاء الأطفال الحسية والعقلية والصحية.

. عجز هؤلاء الأطفال عن بناء علاقات اجتماعية مع غيرهم من الأطفال أو الراشدين والمعلمين.

. ظهور أنماط سلوكية وعواطف لديهم غير مناسبة في الظروف العادية لديهم شعور بالإكتئاب.

. المعاناة من أعراض جسمية وآلام ومخاوف فيما يتعلق بالمشاكل الصحية والمدرسية (**سعيد حسني، 2002**)

1 – 2/ تعريف الإضطرابات السلوكية:

1 – 2 – 1/ مجموعة التعريفات ذات المنحى الاجتماعي:

ـ تعريف هارنجو فليس (1962):" إن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية هم أولئك الذين لديهم مشاكل خطيرة قليلة وكثيرة مع الأفراد الآخرين الأقران، الأهل المدرسين ".

ويشير التعريف إلى: أولئك الأطفال غير السعداء أو غير القادرين على تقديم أنفسهم بطريقة تتناسب مع قدراتهم أو اهتماماتهم وبشكل عام فإنه يمكن القول بأن الطفل المضطرب انفعاليا هو الذي يتعرض للفشل بشكل كبير في حياته بدلا من النجاح (**غالب محمد، 2012، ص.36**).

بينما عرفها **زكي (1985)** على أنها:" هي جميع التصرفات والأفعال غير المرغوبة التي تصدر عن الطفل بصفة متكررة ولا تتفق مع معايير السلوك السوي المتعارف عليه في البيئة الاجتماعية والتي تنعكس على كفاءة الطفل الاجتماعية والنفسية " (**الظاهر، 2004، ص75**).

1 – 2 – 2 التعريفات ذات المنحى النفسي – الاجتماعي:

تعريف العمران وعبادة (1993): المشكلات السلوكية هي: " تلك المشكلات التي يعاني منها الأطفال في الجانب السلوكي كما يدركها الوالدان، وهذه المشكلات هي: العناد، التمرد، العدوانية، السرحان، أحلام اليقظة، الغضب، النشاط الزائد، الإنطواء، اضطراب النوم، الكذب، السرقة، الغيرة، الأنانية، قضم الأظافر والتحصيل المتدني ".

تعريف قمر (2002): " مشاكل السلوك بوجه عام هي اضطرابات السلوك التي تحدث للفرد وتسبب إزعاجا له وللمحيطين به وتحتاج إلى علاج سلوكي لإزالة أسباب الاضطرابات وإعادة التعليم والتكيف " (**الظاهر، 2004، ص.77**).

1 – 2 – 3 / التعريفات ذات المنحى التربوي:

ـ تعريف وودي (1969): " إن الطفل المضطرب انفعاليا هو ذلك الطفل الذي لا يستطيع أن يتكيف مع معايير السلوك المقبولة اجتماعيا، مما يؤدي إلى تدهور تقدمه الدراسي والتأثير على زملائه في الفصل، كذلك تدهور علاقاته الشخصية مع الآخرين ".

. تعريف محمود وأحمد (2002): " يقصد بالمشكلات السلوكية نواحي عجز أو قصور في طرق استجابة التلميذ للمثيرات المقدمة إليه، تلك التي تعبر عن نفسها في صورة عجز التلميذ عن التعلم " **(القاسم والآخرون، 2000، ص 18، 19).**

1 – 2 – 4/ التعريفات ذات المنحى القانوني:

تعريف كازدين (2000 Kasdin): استخدم كازدين العديد من المصطلحات للدلالة على الإضطرابات السلوكية منها: السلوكيات المضادة للمجتمع واضطرابات السلوك والجنوح، ويعرف الإضطراب السلوكي بأنه: " أي نمط سلوكي يمثل أو يعكس خرقا لقاعدة اجتماعية ما أو أفعال معينة توجه ضد الآخرين أو كليهما معا مثل: العراك أو الشجار والكذب وغيرها من السلوكيات مع الآخرين سواء كانت تتسم بالحدة أولا " **(القاسم والآخرون، 2000، ص.20).**

ونستخلص من التعريفات السابقة أن الإضطراب السلوكي هو اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكا منحرفا بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع، والإضطراب السلوكي بشكل خاص عند الطفل التوحدي هو مجموعة من المشكلات السلوكية التي تتمركز حول خاصية القصور الشديد في التفاعل الاجتماعي والتواصل الذي ينعكس على قدراته.

2 – تصنيفات الإضطرابات السلوكية:

يتغير مفهوم تصنيف الإضطرابات السلوكية إلى المساعدة في تنظيم المعوقات التي من شأنها أن تساهم في وصف الظاهرة السلوكية وتحدد أبعادها مما يؤدي إلى إمكانية تقديم الخدمات العلاجية المناسبة للطفل الذي يعاني من اضطراب في السلوك **(القاسم وآخرون، 2000، ص.71).**

ومن بينن التصنيفات التي انتشرت في مجال المشكلات السلوكية والتي اخترنا منها حسب ما يتماشى وموضوع بحثنا هي:

2 – 1 – التصنيف حسب شدة الإضطراب: قام وودي (1969) Woody بتصنيف الإضطرابات السلوكية إلى:

- الإضطرابات السلوكية البسيطة: وتضم الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية يمكن للمعلم في المدرسة أن يقدم لهم المساعدة من خلال برامج إرشادية.
- الإضطرابات السلوكية المتوسطة: وتضم الأطفال الذين يعانون من مشاكل ولكن يحتاجون إلى مساعدة شخص واحد أو أكثر، وهم بحاجة إلى خدمات إرشادية خاصة.
- الإضطرابات السلوكية الشديدة: وتضم الأطفال الذين يعانون من مشكلات انفعالية، ويحتاجون إلى خدمات فريق التقييم المختص وإلى معلم مختص في التربية الخاصة لمساعدتهم **(الظاهر، 2004، ص79)**

2 – 2 التصنيف النفسي – التربوي: يعتمد هذا التصنيف على وجود مشاكل في مجالات الحياة المختلفة للطفل، ومن هذه المجالات:

- الأسرة والتفاعل مع أفرادها والآخرين.
- مشكلات في الانفعال (الهياج، الغضب ..... الخ).
- مشكلات في المدرسة مثل: هروب، تشتت، تدني مستوى التحصيل الدراسي.
- تعاطي المخدرات والتدخين وغيرها.
- مشكلات تكيفية مثل: الاكتئاب، القلق، العدوان.
- مشكلات مع الرفاق والإخوة بشكل متكرر وغير طبيعي.
- عدم القدرة على تكوين صداقات.
- عدم المعرفة بطرق الاتصال والتواصل.
- عدم القدرة على تعلم مهارات حل المشكلات وتدني مفهوم الذات.
- ظهور المشكلات الانسحابية (العزلة والانطواء).
- ظهور مشكلات عدوانية متكررة في السلوك.

- عدم القدرة على اختيار مهنة ومع عدم تقبل التجديد والتغيير.
- وجود صراعات وقلق.
- الأنانية والاعتمادية والفوضوية. **(حسني العزة، 2002، ص.40)**

3 – الخصائص العامة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا على مختلف فئاتهم:

تتمثل هده الخصائص في:

3 – 1/ الفهم والاستيعاب:

بعضهم غير قادر على فهم المعلومات التي ترد من البيئة، يستطيع هؤلاء الأطفال فهم الكلمات وسلسلة من الكلمات المكونة لجملة من قصة معينة، ولكن لديهم فهم قليل لمعنى القصة ويستطيعون حل مسائل حسابية بسيطة.

3 – 2/ الذاكرة:

هي القدرة على استرجاع المعرفة المنظمة المتعلقة سابقا، ببعض الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة فلا يستطيعون تذكر موقع ممتلكاتهم الشخصية مثل: الملابس والأدوات.

3 – 3/ القلق:

يظهر القلق في السلوك الملاحظ الذي يوجد الخوف والتوتر والإضطراب وهذا السلوك يمكن أن يكون نتيجة لخطر متوقع مصدره مجهول وغير مدرك من قبل الفرد، ويوصف عادة بأنهم خائفون وخجولين وانسحابيين ولا يشاركون سلوكياتهم.

3 – 4/ السلوكيات الهادئة في جذب الانتباه:

هو أي سلوك لفظي أو غير لفظي، بحيث يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين والسلوك عادة ما يكون غير مناسب للنشاط الذي يكون الطفل بصدد إعداده، عادة يقوم هؤلاء الأطفال بأنماط من السلوكيات بجذب الانتباه تتضمن الصراخ أو المرح الصاخب أو التهريج أو الآخر حرف من

الكلمة في أي تعامل لفظه، والبعض يقومون بحركات جسدية باليدين أو الرجلين (**خليل عبد الرحمان، 2007، ص.55**)

مثل هؤلاء الأطفال غالبا يوصفون بذوي الحركة الزائدة ولكن ما يميزهم هو جذب الانتباه.

3 – 5/ السلوك الفوضوي:

هو السلوك الذي يتعارض مع السلوكيات الفرد والجماعة ويتمثل في السلوك الفوضوي في غرفة الصف بالكلام غير الملائم، والضحك، أو التصفيق أو الضرب بالقدم أو الغناء أو الصغير وسلوكات أخرى تعيق النشاطات القائمة وتتضمن هذه النشاطات واستخدام الأنماط السيئة.

3 – 6/ العدوان الجسدي:

عبارة عن القيام بسلوكيات جسدية عدائية ضد الذات والآخرين بهدف إيذائهم وخلق المخاوف والعدوان الجسدي ضد النفس يوصف بنشاطات تحطيم الذات مثل الضرب، والعض، والخدش، والإلقاء بالنفس على سطح قاسية مثل الجدران والأرض وهكذا والهدف من مثل هذا السلوك هو إلحاق الأذى الجسدي بالذات.

3 –7 / العدوان اللفظي:

هو سلوك عدائي ضد الذات أو الآخرين للإيذاء أو خلق المخاوف والعدوان اللفظي ضد الذات يوصف بعبارات تحكيم الذات مثل قول أنا غبي، أحمق، أنا سيء والهدف من هذا هو إلحاق الأذى النفسي بالذات.

3 – 8/ انعدام الاستقرار:

يعود إلى المزاج المتقلب المتصف بالتعبير السريع ويتضمن في المزاج من إلى سرور، ومن السلوك العدواني إلى السلوك المتغير والانسحاب ومن الهدوء إلى الحركة من كونه مقارنا معاونا إلى غير متعاون.

وهكذا هذا التقلب في مزاج هو غير مناسب ويحدث دون وجود سبب ظاهر يوصف هؤلاء دائما بأنهم سريعي التهيج وسلوكهم غير قابل لأن يتنبأ به.

3 – 9/ التنفس الشديد:

عبارة عن سلوك لفظي أو غير لفظي يكون للفوز بالمنافسة أي يكون والفرد الأول أو الأحسن في نشاط معين أو مهمة معينة وهذه المنافسة يمكن أن تكون مع الذات أو الآخرين وروح المنافسة واحدة، من أكثر الصفات الملاحظة في مدارسنا هو هذه المنافسة تكون موجودة في الأحداث الرياضية، وفي المدرسة إما المنافسة الشديدة تؤثر تأثيرا كبيرا على مفهوم الذات لدى الطفل.

وخاصة إذا كانت المنافسة واقعية، وهذه بعض مظاهر المنافسة الشديدة التي تؤثر على الطفل في المدرسة.

1 – رد فعل عدائي أو غير مناسب عندما لا يكون في نشاط معين.

2 – رد فعل عدائي للفشل في نشاط معين.

3 – الشعور بالإحباط عند التعرض لنشاط غير مألوف.

4 – الاهتمام الزائد بالقوانين والأنظمة.

5 – عدم الرغبة بالإنخراط بنشاطات جديدة (**خليل عبد الرحمان، 2007، ص.58**).

4 . أسباب الإضطرابات السلوكية: وتنقسم إلى :

4 – 1/ العوامل الجسمية والبيولوجية:

ظهر الاعتقاد بأن أسباب الاضطرابات وراثية وذلك من ملاحظة ارتفاع معدل حدوثها في عائلات معينة دون الأخرى، إن أفضل الأساليب للبحث في الكشف عن مدى تأثير العوامل الوراثية لظهور مثل هذه الإضطرابات وهو دراسة التوائم المماثلة التي تنشأ كل منهما بعيدا عن الآخر لتجنب تأثير النشأة الأسرية وقد أجرى الكثير من الباحثين مثل الدراسة وأظهرت نتائجها أنه لو حدث وأصيب أحد التوأم المتماثلة لمرض الفصام فإن الآخر سوف يصاب في وقت ما بنسبة (35 %) حتى لو

نشأ كل منهما بعيدا عن الآخر وهذا يدل على أن معدل حدوث هذه الإضطرابات يصل تقريبا إلى أربعين صنف معدل حدوثه بين سائر الأفراد.

ـ كما ثبت وجود علاقة موجبة بين هذه الإضطرابات مثل الهوس والإكتئاب وبين أمراض القلب أو تصلب الشرايين وارتفاع ضغط الدم وبعض الإلتهاب مثل الأنفلونزا والتيوفيد والتغيرات الهرمونية أثناء الولادة والطمث وسن اليأس، كما أن ارتفاع كمية الأملاح في الجسم كالصوديوم وتزيد من الإضطرابات الانفعالية وترفع كمية السوائل فيه كذلك اضطرابات القدرة الدرقية والغدة الكنظرية. (**محمد السيد، 2003، ص.13**)

4 – 2/ العوامل العائلية والأسرية:

تتخلل العلاقات الشخصية والاجتماعية نشاطات الإنسان طيلة حياته وتلعب العلاقات الأسرية دورا بالغا الأهمية في تشكيل شخصية وسلوك الأطفال حيث تحدد العديد من السمات التي تتعلق بالتفاعل بين الوالدين والأطفال، ومن الضروري أن تكون علاقة الطفل بوالديه جيدة أو في حدود الوضع الأسري الطبيعي فأغلب الأخصائيين ينظرون إلى أسباب الإضطرابات السلوكية والانفعالية في المقام الأول إلى علاقة الطفل بوالديه حيث أن الأسرة ذات تأثير كبير على التطور النمائي المبكر للطفل وأن معظم الاضطرابات السلوكية والانفعالية ترجع إلى تفاعل سلبي بين الطفل وأمه لذلك إن علاقة الطفل مع اخوته وتفضيل الوالدين أحد الأطفال على إخوته مشكلا سلوكيا بين أفراد العائلة، أما إذا عاملت الأسرة أطفالها بقسوة وشدة وتجاهلت حاجاتهم ومطالبهم وتقدم لهم الحب والعطف والرعاية المناسبة فمن المتوقع أن ينعكس سلبا على سلوك أطفالها في شكل سلوك منحرف.

. إن البيوت غير المنظمة والمحصنة تعتبر صالحة لظهور هذه الإضطرابات بين الأطفال والسب هو صعوبة أن تقوم الأم بدون الزوج بوظيفة رعاية أطفالها، كما تمت دراسة تأثير الخبرات الأسرية المبكرة من جانب عدد كبير من الباحثين حيث أظهرت هذه الدراسات أن العدد من العوامل السائدة في المحيط الأسري وبصفة خاصة علاقة الأم مع الطفل، وعلاقة الأب بالطفل وعلاقة الطفل بإخوته بانحرافات السلوك.

4 – 3 / عوامل مدرسية:

تعتبر المدرسة المكان المناسب لتعليم الأطفال وتوزيدهم بالمعلومات والمهارات الضرورية لذلك يجب أن تتمتع المدرسة بوضع خصائص مناسبة كموقع مناسب للإدارة التربوية الجيدة التنظيم للمعلمين والمناهج وهذا يساعد على تقديم أفضل الخدمات التعليمية.

ويبدو أن خصائص المدرسة قد تساهم في حدوث الإضطرابات السلوكية وتزيد من احتمال التعرض لها، كما أن المنهج غير المدروس يتسبب في إيجاد مشكلات سلوكية لأنه لا يلبي حاجات الطلاب بجميع مستوياتهم العقلية وينكر أن الكثير متخصصي التربية يميلون إلى الاهتمامات بصورة متزايدة بالصغار الذين يقومون بتجاوزات سلوكية داخل الصف ومن الأمثلة على السلوكيات التي يجد الكبار أنها تعوق مواقف التعلم داخل الصف ما يلي:

. القيام بضوضاء كبيرة من الشجار بصورة مفرطة، والتلفظ بعدد كبير من العبارات العدوانية والتحرك داخل الصف لفترات طويلة.

ولعل الكثير من المعلمين يشعرون بالارتباطات عندما يتحدثون مع الأطفال ذوي الإضطرابات السلوكية، وقد يكون وراء ذلك هو خوفهم من رفض الأطفال لهم أو رفضهم للأطفال، وقد يسبب المعلمين في بعض الأحيان السلوكيات، أو يزيدون من حدتها، ويحدث هذا عندما يدير المعلم غير مدرب الصف أو عندما لا يراعي الفروق الفردية، وقد يلجأ بعض الأطفال إلى القيام بالسلوكيات المضطربة لتغطية قضية أخرى مثل صعوبة التعلم مع أنه من الصف العادي، ويصبح السلوك مشكلة عندما ينحرف كثيرا عن الأطفال العاديين في غرفة الصف بحيث يعيق هذا السلوك التطور النمائي للطفل أو الأطفال العاديين (**محمد سيد، 2003، ص.51**).

4 – 4/ عوامل المجتمع:

تعتبر العوامل الاقتصادية ذات تأثير نافذ في حياة كل أسرة أو فرد ومن الصعب تجاهلها أو التقليل من شأنها، فيذكر أن ما يقارب (7 %) من الأطفال يظهرون مشكلات تعليمية في المدرسة ويخفقون في التكيف والتوافق مع المؤسسات في المجتمع.

ومن المسلم به أن المستوى الاقتصادي من أهم العوامل التي تبنى بسوء الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة والمجتمعات والفقر، ازدحام الزائد داخل منزل والبطالة والعيش على المعنويات الاجتماعية والظروف المنزلية السيئة تعد من أهم العوامل التي تزيد من مخاطر تعرض الأبناء للاضطرابات السلوكية (**محمد السيد، 2003، ص.51**).

ومن خلال ما تطرقنا إليه لنا أسباب عديدة ومختلفة تساهم في ظهور الإضطرابات السلوكية بشكل مباشر عند الطفل وخاصة عند الطفل التوحدي لها تأثير كبير عليه.

5/ محددات الاضطرابات السلوكية:

ليس من السهل إعطاء محددات ثابتة للإضطرابات السلوكية يمكن من خلالها الحكم على السلوك، حيث أن لكل مجتمع محدداته ولكل مدرسة رأيها ونظرتها الخاصة في هذا المضمار، كما أن لكل مختص أو باحث وجهة نظر يستند إليها اتجاهه، وللاقتراب أكثر من المحددات الأساسية للإضطرابات السلوكية كان لابد من عرض بعض الآراء للباحثين والمختصين نحوها، بغية الوصول إلى صورة قد يتفق عليها معظم من أورد تلك المحددات ويكون من شأنها المساعدة في إرساء قواعد سليمة يرتكز عليها ضمن الدراسة الحالية، وذلك على النحو التالي:

فقد أشار (Kirk) إلى أنها تتألف من أفعال لها أثر معوق لتوافق الطفل أو تتدخل وتعطل حياة الآخرين، وأوضح " Pate " أن الطفل يكون مضطربا حين يبلغ درجة من عدم الملائمة والانتظام في حجرة الدراسة العادية فيشتت بقية التلاميذ ويعطل المدرس ويعرضه لضغط مفرط وغير ضروري و يؤدي لمزيد من اضطراب وانزعاج الطفل ذاته، وأضاف " Bower " إلى تلك المحددات بعض السمات التي قد تظهر عند الطفل ومنها تدني مستواه العلمي دون أسباب عقلية أو حسية أو صحية، عجزه عن تكوين علاقات بين شخصية جيدة أو مستمرة مع من حوله، عدم ملاءمة سلوكه ومشاعره مع مواقف حياته.

ويرى (ثابت، 1998: 78) أنه ثمة بعض السمات المحكية للاضطرابات السلوكية وتشمل ظهور السلوك بشكل متكرر قد يتسبب في تأخر نمو الطفل، ويصاحبه شعور بالتعاسة الواضحة، انتهاك حقوق الآخرين، ويصعب تعليم الطفل السواء في المجتمع.

أما " دافينوس ونيل " فيؤكدان على أنها تتحدد في الحدوث المتكرر وانتهاك المعايير والتعاسة الشخصية والعجز أو سوء التوظيف وعدم التوقع. (**يوسف جمعة، 2000،ص. 24)** .

وبنفس الاتجاه أشار (**عبد الخالق، 2001: ص. 152 – 153**)إلى أن كل من القصور الاجتماعي والتحكم الذاتي وعدم تحمل الإحباط والألم الذاتي أو الضيق، وظهور علامات وأعراض وعدم تناسب السلوك مع الموقف وغرابة السلوك وعدم معقوليته وصعوبة التنبؤ به هي المحددات الأساسية للإضطرابات السلوكية.

وأورد (دافيدوف، 1980) أن محددات السلوك المضطرب (الشاذ) تتمثل في قصور واضطراب العمليات العقلية المعرفية والانحرافات السلوكية وقصور السلوك الاجتماعي والتوجيه والتحكم الذاتي واضطرابات الإرادة والتعطل الحسي والحركي والمعاناة بطريقة حادة وغير مألوفة من مشاعر القلق والضيق والأسى وعدم الارتياح والحزن والاضطراب الانفعالي وعدم تحمل الإحباط وانعدام القدرة على مواجهة مطالب الحياة وضغوطها ومواقفها العصيبة أو ضعفها.

وأكد (**موسى، 2001، ص.34 – 35**) أن الاختلاف في النمط والشدة والمدة هي محددات لابد من أخذها بعين الاعتبار عند تحديد الإضطرابات السلوكية.

وذكرت (**كازدين، 2003،ص. 33**) أن ثمة سمات تميزها وتشمل حدة واستمرارية وتكرار السلوك وحدوث العديد منها معا وتعطيل الأداء الوظيفي اليومي.

هذا ويفيد (**القاسم وآخرون، 2000،ص. 21**) بأن هناك ثلاث محكات أساسية لها وهي انحراف السلوك عن المعايير الاجتماعية ودرجة ومدة تكرار السلوك واختلاف معايير الحكم على السلوك باختلاف المجتمعات والثقافات.

بينما لخص (**يوسف، : 2000،ص. 35**) المحددات التي يمكن أخذها بعين الاعتبار عند الحكم على الإضطرابات السلوكية فيما يأتي:

- أن تظهر هذه الاضطرابات – عادة – في مرحلة مبكرة من حياة الفرد، خاصة مرحلة الطفولة والمراهقة سواء استمرت أو اختفت فيهما أو تعد تهما لمراحل تالية.
- أن تكون وظيفية وليست عضوية.

- أن تكون أولية وليست ثانوية كأعراض لإضطرابات أخرى.
- أن تكون ذات ثبات وبقاء نسبي.
- ألا تقتصر على الأشكال العدوانية والعنيفة.
- ألا تحدد بانتهاكها للقيم والمعايير السائدة.
- أن تكون قابلة للملاحظة والقياس.
- أن تكون من أشكال السلوك الإرادي الخاضع للتحكم والمرشد بالبصيرة والذكاء.

ومما سبق يتضح مدى التقارب أحيانا والاختلاف الكبير أحيانا أخرى في آراء الباحثين نحو محددات الإضطرابات السلوكية وبالمقاربة الموضوعية بين كل منها وبين ما نرغب في التركيز عليه وتناوله ضمن هذه الدراسة وجد أنها تميل بشكل كبير إلى تلك المحددات والمحكات التي عرضها (**يوسف جمعة، 2000 :ص. 35**)، لكونها أكثر موضوعية ودقة مقارنة بما أوردها غيره.

6/ أبعاد الإضطرابات السلوكية:

وتعتمد الدراسة الحالية إلى الإبحار في ميدان الإضطرابات السلوكية انطلاقا من أبعاد ثمانية متمثلة في اضطراب المسلك والإكتئاب واضطراب التفكير والنشاط الزائد والانسحاب الانفعالي والقلق واضطرابات الواصل والأزمات العصبية، وللإطلاع أكثر على طبيعة تلك الأبعاد فسيتم تناول كل منها بقدر من التفصيل الموجز، وذلك كالتالي:

6 – 1/ اضطراب السلوك:

ويحوي هذا البعد بين طياته العديد من السلوكيات التي تنعكس بشكل أساسي على علاقة الطفل مع ذاته والآخرين وكل ما في البيئة من حوله على حد سواء، ولذا فهو غالبا ما يحمل (كمجموعة سلوكيات) الصبغة العامة للإضطرابات السلوكية، ويتحلى باسمها بينما يطلق عليه المختصين مسمى " اضطرابات المسلك والتصرف "، وللإقتراب منه بشكل مناسب كان لابد من عرض شيئا مما أعطاه المختصين له وإن كان ذلك تعريفا أو أعراض أو مسببات، وغير ذلك مما يمكن إجماله من خلال عرض بعضا من آرائهم على النحو التالي:

فيحدد (شيفر وميلمان، 1989: 353 – 424) مظاهره في العدوان وتنافس الأشقاء والعصيان ونوبات الغضب وحدة الطبع باعتباره السلوكيات المؤذية للآخرين نفسيا أو جسديا، وقد تكون إحباطات الحياة اليومية والشعور بالغيرة دافعا لظهوره.

وتذكر (**فهيم، 1993:ص. 177 – 268**) أن نوبات الغضب والبكاء والعصبية والشجار والعناد والسرقة والكذب والهروب والتخريب اضطرابات سلوكية تنشأ نتيجة الغيرة، أو الشعور بالقلق أو النقص أو الإضطهاد وفقد الثقة بالنفس وعدم الإحساس بالأمن أو حب السيطرة والتملك والرغبة في الظهور أمام الآخرين أو القسوة والعنف الوالدي والخلافات الأسرية المتكررة وعدم التوافق بين الوالدين.

ويعبر عنه (**ثابت، 1998:ص. 78**) بمصطلح السلوكيات السيئة غير الاجتماعية، لأن تصرف الطفل لا يكون مقبول بأي مقياس اجتماعي، فتكون علاقاته سيئة مع الأصدقاء والأهل، ومن أمثلته العدوانية وانتهاك حقوق الغير وتدمير الممتلكات.

واعتبر (**شاذلي، 1999:ص. 227**) الكذب والسرقة والعدوان من مظاهره السلوكية أما الغيرة والغضب والعصبية من مظاهره الانفعالية الخارجية.

والطفل فيه يصر عند (**حقي، 2000:ص. 112**) على التصرف بطريقة غير اجتماعية أو عدوانية أو متحدية، ويرجع غالبا لأسباب بيئية، ويستثنى منه من يسوء مسلكه سبب اضطرابات وجدانية أو فصاصية.

ويتضمن عند (**باظه، 2001:ص. 13**) العدائية وعدم التعاون والسلبية والمقاومة للتعامل والغضب والمعارضة أو المخالفة.

ويضم عند (**عبد الخالق، 2001:ص. 380**) أنواع من السلوك السلبي كالعنا والتحايل الذي يعبر عن عدوان دفين، والإشكالية ونفس الثقة بالنفس والإكتئاب وتسويق الأمور وتأجيلها للإضرار بالآخرين وليس بالنفس وانتقاد السلطة ورفض الاقتراحات المثمرة.

بينما يظهر الأطفال في رأي (**جلال، 1986:ص. 202**) عدوانا وعنفا يرتبط بأفعال كالسرقة والتخريب والإنحراف، وغالبا ما تكون هذه السلوكيات على حساب حقوق الآخرين، ومما يؤرق مهنيي الصحة النفسية أن ما نسبته (35 – 40 %) من أولئك الأطفال يصبحون فيما بعد مجرمون.

وهم عند (**عبد الرحمان وحسن، 2003:ص. 23**) يظهرون نمطا مستمرا من انتهاك حقوق الآخرين والمبادئ والقواعد المتفق عليها، إما بمهاجمة الآخرين بالعدوان والاعتداء الجنسي، أو سلوكيات عدم القدرة على المواجهة كالسرقة والهروب والإدمان وهي أقل تأثيرا على الآخرين، والبعض منهم لديه خليط من هذين النمطين.

ومع تعدد مظاهر اضطراب السلوك أو المسلك والتصرف، إلا أن العدوان بكافة أشكاله كان من أبرز تلك المظاهر، ولذا فقد عمدت للتركيز على بعض الآراء التي أثيرت نحوه من قبل المهتمين بهذا الميدان، وذلك كما يلي:

فيرى " Scott " بأنه النزعة إلى ابتداء المقاتلة، وهو استجابة مرهونة بعدة عوامل تشمل الوراثة والسمات الفسيولوجية والأخلاقية والاجتماعية والحضارية وطبيعة السلوك المثالي والواقعي. (**موسى رشاد علي، 2000:ص. 52، 56**)

وتعتبره (**يونس،2000:ص. 386**) من الأعراض الأولية للاضطراب النفسي، وهو عام ومستمر دون سبب، ويمثل استجابات عنيفة تضم الشعور بالغضب والعداء، وقد يكون وسيلة لتعويض الشعور بالنقص أو فقدان احترام الذات وعدم الأمن.

وعرفه (**سعفان، 2001:ص. 215**) بأنه سلوك يهدف لإيذاء شخص آخر، وقد يكون موجها للآخرين أو للممتلكات أو للذات، أو للحيوانات، وثمة اضطرابات سلوكية أخرى ترتبط به كالسرقة وتجاهل حقوق الآخرين والكذب الناتج عن الكراهية والحقد والذي يظهر بشكل واضح مع بداية الطفولة المتأخرة.

وقد أكد (**فايد، 2001: ص.13**) على أنه أي سلوك يتم بالأذى أو التدمير أو الهدم سواء كان موجها من الآخرين أو الذات، وإن عبر عنه بشكل بدني أو لفظي.

ويعزي (**الخطيب، 2004:ص. 592**) ظهوره لتقليد الآخرين ومحاكاة الأقران، وهو أي سلوك يحاول به الطفل إيقاع الأذى أو الضرر المادي أو المعنوي لهدف ما، ويتوقف نوعه على عوامل عدة منها الحكم الاجتماعي والثقافي والبيئي والاقتصادي والصحي والإحباط النفسي هو المسؤول الأول في نشأته لدى الطفل.

6 – 2/ الاكتئاب Depression:

إن طبيعة الحياة وما فيها من تباينات يجعل من وجود المتناقضات في المشاعر سمة لحياة الإنسان، فكما يمكن أن تمر عليه أوقات من السعادة فيمكن أن ترد في مذكراته لحظات من الحزن والكدر (مما يدل على سلامة بناؤه النفسي)، ولكن الخطر في امتداد تلك اللحظات لتصبح بكل تبعاتها سمة مميزة لسلوكه، فتراه يتهاوى بين أنياب داء الاكتئاب فيظهر إما بسيطا كمشكلة توسم سلوكه أو اضطراب يلازمه إلى حد كبير وفي أسوء الأحوال مرضا لا ينفك عنه بسهولة فيؤدي بحياته إن استسلم له ولم يقاومه، وقد يكون الاكتئاب في حد ذاته عرضا لإضطرابات سلوكية أخرى أو أمراض نفسية أو عقلية، ومن الملاحظ أنه يرتبط في عقول عالية الناس بالمراهقين، فيعتقدون أنه من الصعب الربط بينه وبين الأطفال، وفي الحقيقة إن معظم صغار السن يعانون منه، ولا يدرك أي من الآباء والأمهات والأطفال أنفسهم شيئا مما يتعلق به. (**مود فيكي، 2004:ص. 7**)

فمن تعريفه أفاد (**مراد، 2004:ص. 5**) بأنه حالة من الحزن والهم ينسحب معها الفرح والسرور تدريجيا ويصيب الفكر حالة من البلادة والسكون ويقل النشاط والحيوية ويبعد الإنسان عن المجتمع والناس.

وفي نفس الاتجاه أشار (**الخطيب، 2004:ص. 574**) إلى أنه حالة من الحزن الشديد تنتاب الفرد لإحساسه بالذئب والعجز والدونية واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي، لتراكم العديد من الإضطرابات النفسية في سنوات الطفولة المتأخرة والمتمثلة في تحقيق رغباته وإحساسه بالعجز والتشاؤم.

واكتئاب الأطفال (Amactitic Depression) في رأي (**العيسوي، 2000:ص. 62**) نوع من الاكتئاب العصابي الذي يظهر عندما يحرم الطفل من الاتساع والتأييد العاطفي.

وبالنسبة لأغراضه فقد اتفق معظم الباحثين عليها فأشاروا إلى أن من يعاني من خمس من أصل تسعة سمات (مع التأكيد على ضرورة ظهور أول سمتين) اعتبر مكتئبا وهي تغير في المزاج العام للأسوء، فقد الرغبة أو الاهتمام بمعظم أو كل الأشياء، قلة النشاط والحركة، نقص أو زيادة واضحة للوزن، اضطراب النوم، الهياج أو الهدوء النفسي والحركي، الشعور بالإجهاد والتعب وعدم القدرة على

العمل، الإحساس بالسوء وعدم الراحة والقلق وزيادة الإحساس بالذئب مع عدم وجود أسباب لذلك قلة الرغبة في التفكير أو التركيز بصورة مستمرة توالي وتكرار التفكير في الموت.

وذكرت (**باضة، 2001**) أنه يشتمل على اكتئاب المزاج والشعور بالنقص وإضطرابات الشهية والنوم وانخفاض الثقة بالنفس والتفكير أو التهديد وحتى محاولة الانتحار.

ويرى (**آدم، 2003:ص. 294**) بأنه عبارة عن مجموعة من السلوكيات تتضمن (إضافة إلى ما سبق ذكره) الشعور بالملل والمخاوف، والتي تنجم عن شعور الطفل بفقدها إما لإصابة جسمية، أو فقد أحد مصادر الحب وما علاجه إلا بإزالة أسبابه.

وينظر " Strongman " إليه على أنه يتضمن مجموعات خمسة من السمات هي مزاج حزين وفتور الشعور، مفهوم ذات سلبي، رغبة في تجنب الأشخاص الآخرين، فقدان الشهية، تغير في مستوى النشاط عادة في اتجاه الكسل وأحيانا في شكل استثارة. (**فاير،2001:ص. 36**)

6 – 3/ اضطرابات التفكير Thinking Disorder:

لقد منح الله تعالى الإنسان عقلا ميزه به عن سائر المخلوقات، وعززه بقدرات متنوعة يعد التفكير إحداها (والذي يعلب دورا هاما في ترتيب الأفكار وتسلسلها وترابطها وتناسبها مع المواقف الحياتية المختلفة)، وأي اضطراب فيها مهما كان نوعه يمكن أن يؤثر بشكل أو بآخر على أي من وظائفه، ومع أنه قد يظهر لدى الإنسان مظهر من من مظاهر الإضطراب نتيجة لمروره بخبرات صادمة أو التعرض لضغوط الحياة بألوانها المختلفة، فإن الارتفاع في حدة ذلك الإضطراب قد يلقي بالناس عامة والطفل بشكل خاص في دائرة الصراع النفسي بما يحد من قدرته على التعبير عما يجول بداخله من أفكار وبالتالي انحصار محاولاته المستمرة لإشباع رغباته، لما تتركه تلك الإضرابات من تأثير واضح على علاقة الطفل ببيئته، فهي تطبع سلوكه بجملة من السمات التي تؤثر بشكل سلبي على أدائه وقدرته على التناغم مع مكونات البيئة من حوله، وتعد كل من الهلاوس (الإدراكات والخبرات الحسية غير الواقعية) والهذاءات (الأفكار والادراكات الخاصة بالعظمة والذات) والتخيلات الخاصة بالإضراب الفصامي من أبرز أشكالها. (**باظه، 2001:ص. 14**)

أشارت (**يونس، 2000:ص. 381**) إلى أن التفكير فيها يتميز بتأثره بحياة الطفل الداخلية فتسيره العقد والرغبات المكبوتة والدوافع غير المرغوب فيها اجتماعيا وتتصف أفكاره بعدم الاتصال والبلادة الفكرية، وقد تتسلط عليه أفكار لا يتمكن من التخلص منها، ويغلب على تفكيره الناحية الانفعالية لا المنطقية إضافة إلى الهذيان، وتمثل عند (**موسى، 2000:ص. 173**) مظاهر ثلاث هي اللغة والأوهام والهلوسات.

ولها عند (**عبد الخالق، 2001: ص.147 – 150**) دروب شتى تتخلص في اضطراب محتوى التفكير ومجراه وشكله وحيازته (الوسواس واغتراب الأفكار أو سحبها).

ويؤكد (**آدم، 2003:ص. 254 – 257**) على أن من أبرز أشكالها لدى الأطفال التوقعات الكوارثية، الأفكار اللامنطقية، وتنجم غالبا عن سوء المعاملة الوالدية، والتعرض للقسوة والعنف سواء الجسدي أو النفسي، والتعرض للإحباط أو الخبرات الصادمة.

6 – 4/ النشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder:

كم يشعر الوالدين بالسعادة عندما يرون صغيرهم يتمتع خلال سنوات عمره الأولى بالحركة والنشاط والحيوية على نحو منقطع النظير، ولكن في سن المدرسة غالبا ما تتحول تلك النشاطات إلى سبب ازعاج لهم وللمدرسين ولأداء الطفل المدرسي على حد سواء، فما يكون مقبولا في مرحلة عمرية ما قد لا يقبل في أخرى، وهذا هو الحال في النشاط الزائد والذي يعتبر في عالم المدرسة أحد الأسباب التي يمكن أن تؤدي بالطفل إلى هاوية قصور الانتباه وتدني التحصيل الدراسي، وبالتالي فهي تشكل مشكلة سلوكية يمكن تهذيبها في أحسن الأحوال، أو اضطرابا سلوكيا يحتاج من الجهد والوقت الكثير لخفضه أو التقليل من آثاره على أداء الطفل المدرسي في أفضل الظروف، حيث يتميز بنقص مدى الانتباه والاندفاعية الزائدة وفرط الحركة، وفيه يفشل الطفل في توجيه يقظته نحو مثير معين لفترة مناسبة بدرجة تجعله موضوع شكوى من الآخرين خصوصا في الموقف التعليمي الذي يستدعي درجة كافية من الإنتباه لاستقبال المعلومة وفهمها وتشتت أفكاره بسهولة ولا يتمكن من إنهاء مهامه ولا يتمتع بمهارات الاستماع الجيد ويجد صعوبة في التركيز في النشاطات الذهنية، مع أنه لا يعاني من نقص في مستوى الذكاء وهو بحاجة لإشراف مكثف لإنجاز واجباته وكثيرا ما يلجأ إلى أسلوب النداء العلني

والحديث المستمر مع زملائه في الفصل ويحاول التحرك باستمرار ولا يكف عن الحركة إلا عندما يشعر بالإعياء. (**الخطيب، 2004:ص. 565 – 566**)

كما أن لديه زيادة فيما لا طائل من ورائه وقلق وتململ وعجز عن التفكير وعصبية وتهور واندفاع وراء نزواته ولحوح ويتصف بالعدوانية في أغلب سلوكياته ولا يشعر بالسعادة ويصعب عليه تكوين أصدقاء، وقد يتصف بالإنسحابية والرفض والخوف الشديد والتقوقع داخل نفسه خوفا من حدوث شيء ما. (**وولكر، 2003:ص. 22 – 23**)

ورأت (**رضوان، 2004:ص. 205**) أنه أحد أنواع اضطراب السلوك الفوضوي، ويضم اضطراب التواصل Conduct disorder والتحدي المتضاد Opppositional Defiont ويتطلب تشخيصه فقد حاد في الانتباه أو فرط في النشاط والاندفاعية.

في حين اعتبر (**بوشيل وآخرون، 2004:ص. 107**) بأنه الأعراض والمظاهر الآلية لقلة الانتباه ويتمثل في النشاط الزائد والاندفاع.

ويعتبر (**عبد الرحمن وحسن، 2003:ص. 13**) أن المشكلة الأساسية لدى الأطفال الذين يعانون منه هي عدم قدرتهم على ضبط سلوكهم والمحافظة عليه، ولذا فهم عادة لا يظهرون سلوكا ملائما يناسب البيئة التي يعيشون فيها.

6 – 5/ الانسحاب الانفعالي:

وما إن تمتلك الصراعات فؤاد الطفل، أو يشعر بعجزه عن تحقيق رغباته أو تأخذ مشاعر النقص والشعور بالذنب منه أي مأخذ، وعندما يهمله من حوله، أو يحيطونه بحسر من الحماية الزائدة، تراه يتقوقع حول نفسه ويضرب طوقا منيعا بينه وبين المجتمع، فتغيب مشاعره ويجمد سلوكه إما لفترة وجيزة ريثما يستعيد نشاطه، أو تمتد لشكل خطرا قد يهدد سلوكه وعلاقته مع أقرانه ومجتمعه، ويميزه سلبا عمن سواه وهذا ما يطلق عليه الانسحاب الانفعالي، والذي تفيد (**باظة، 2001:ص. 14**) بأنه يشتمل على فتور العاطفة واضطراب التجنب والصمت الاختياري.

ويتميز الأطفال المنسحبين انفعاليا بعدم القدرة على التواصل والخجل والحزن والفشل في المشاركة في الأنشطة المدرسية وفي تكوين علاقة مع الآخرين، وهم عادة ما يكونوا طفوليين في سلوكهم

وتصرفاتهم، ويميلون للتمرد في التفاعل معهم، وهم منعزلون اجتماعيا وأصدقائهم قليلون، وقد يلجؤون إلى الخيال وأحلام اليقظة أو يعانون من مخاوف لا أسباب لها (**القاسم وآخرون، 2000:ص 123** .)

وهو عند (**العزة، 2001:ص. 111**) انعزال الفرد عن التفاعل مع الآخرين مما يقود لعزلته، ويظهر نتيجة اضطرابات اللغة والكلام أو الإفتقار إلى مهارات الاتصال أو اللعب المناسبة وعدم النضج الانفعالي والاجتماعي الاكتئاب، القلق، الخوف.

6 – 6/ القلق Aniscety:

يعد الشعور بالقلق أمرا طبيعيا إن كان لسبب واضح ينتهي بانتهائه، ولكن قد ينتاب الفرد قلقا دون سبب محدد يتملك كيانه ويشل أدائه و تفكيره، مما يشكل لديه اضطرابا " يعتبر من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا في أي مجتمع، والبعض يقول أن الحضارة الحديثة مسؤولة عن كثرة حالات الإصابة به ". (**كمال، 2005:ص. 54**)

وبالنسبة لمفهومه فيرى (**الخطيب، 2003:ص. 360**) أنه شعور غامض غير سار يستثير الضيق والكدر والتوتر وتوقع تهديد الذات والخوف ويجعل الفرد في صراع نفسي.

ويعرفه (**موسى، 2000:ص. 49**) بأنه حالة من الخوف الدائم غير معروف السبب والحدود يؤدي إلى حدوث استجابات سلوكية وفسيولوجية تؤثر في النشاط العام للفرد.

وفي الاتجاه الإكلينيكي اعتبره (**البيلاوي، 2001:ص. 31**) حالة وجدانية غير سارة قوامها الخوف الذي ليس له مبرر موضوعي من طبيعة الموقف الذي يواجهه الشخص مباشرة، وغالبا ما ينطبع هذا الخوف على الحاضر والمستقبل معا، ويكون مصحوبا في المادة بعدد من مظاهر الاضطراب في السلوك.

ويضيفه كل من (**شحادة والنجار، 2003:ص. 239**) إلى خصائص مختلف الاضطرابات النفسية ويعرفانه بأنه حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث في المستقبل.

ويظهر غالبا في رأي (**بن علو، 2003:ص. 86**) إذا فشل الطفل في تحقيق أهدافه، وذلك أكثر من كونه يتأثر بعدم قدرته على إشباع حاجاته البيولوجية.

ويعد كل من رهاب الخلاء Agoraphobia والوسواس القهري Disorder obsessive compulsive من أنواعه الشديدة، إضافة للهلع Panic Disorder الذي قد يتشابه مع أمراض القلب أو المشكلات الطبية الأخرى، ولذا فلابد من الدقة في التشخيص. (**رضوان، 2004:ص. 223**)

أما أعراضه عند (**آدم، 2003:ص. 293**) فضمت كثرة الحركة وعدم الاستقرار وتشتت الانتباه وسرعة التعب وعدم المثابرة وسوء العلاقة مع الزملاء واضطراب واضح في النوم، ويظهر عادة عند شعور الطفل بالخطر مع تهديد خارجي (الخوف من فقدان شيء) وتتسم تلك الأعراض بالاستمرار والشدة.

وتؤكد (**رضوان، 2004:ص. 223**) على أن نسبة إصابة الفرد به أثناء حياته تصل إلى حوالي (15%).

6 – 7/ اضطرابات التواصل والكلام:

يرى (**العزة، 2001:ص. 165**) أن اضطراب التواصل هو عبارة عن اضطراب ملحوظ في النطق أو الصوت أو طلاقة الكلام أو التأخر اللغوي أو في عدم تطور اللغة التعبيرية أو الاستيعابية الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى البرامج التربوية.

وتضم في رأي (**بوشيل وآخرون، 2004:ص. 143**) كل العوامل المؤثرة على النمو اللغوي والقدرة على تبادل المعلومات اللفظية وغير اللفظية.

وتشمل عند (**شحادة والنجار، 2003:ص. 53**) عدة أنواع من بينها اضطرابات النطق كالحذف Omission، الإبدال Substitution ، والإضافة Addition، والتحريف Distortion، اضطرابات الصوت Voice Disorders وفيها اضطرابات طبقة الصوت Pitch، وارتفاعه Loudness، ونوعيته Quality، ورنينه Resonance ، واضطرابات الطلاقة Fluency Disorders ومنها السرعة الزائدة في الكلام Coluttering Speec، واللجلجة Stuttering.

6 – 8/ اللازمات العصبية:

وما إن يحاول الطفل تعويض شعوره بالحرمان حتى يبدأ في تجريب سلوكيات شعر للحظات أنها تساهم في خفض حدة توتره، فنراه يعيد استخدامها أملا في التغلب على ما يواجهه في مراحل عمره المختلفة من صراعات وإحباطات، لتتحول فيما بعد تدريجيا إلى لازمات عصبية أو عادات غير سوية لا تنفك عنه، فتوسم أدائه وفقا لطبيعتها مما يجعلها اضطرابا ذا أثر سلبي على شخصيته، وتأخذ في الاستمرار والشدة إن لم تجد رادعا لها، وذلك لكونها ذات طابع نكوصي لا إرادي وغير مرغوب فيه.

واعتبرها (**العزة، 2001:ص. 101 – 102**) مظهر سلوكي شاذ يبدو على هيئة استجابات متباينة من الناحية الشكلية وتتشابه في كونها غير وظيفية، وتشيع لدى الأطفال المعاقين

7 – نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية:

وبمقدار الصعوبة التي واجهت الباحثين والمختصين في إعطاء تعريف موحد والاتفاق على محددات دقيقة للاضطرابات السلوكية كانت إمكانية الوصول لنسب ثابتة توضح مدى انتشارها في أي مجتمع حتى في ظل التطور الواضح في أساليب وأدوات القياس النفسي.

فتحديد مدى انتشارها يعتمد في قلته وكثرته بين الأطفال على طبيعة كل منهما، بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة في تقويم التلاميذ والأفراد الذين يقومون بالتقويم. (**هنلي وآخرون، 2004:ص. 201 – 203**)

ومع ذلك فقد كانت هناك عدة محاولات من قبل المختصين لإعطاء نسب تقريبية لتوضيح مدى انتشارها، يعد الاستناد إليها فرصة ملائمة لوضع تصور أولي عن ذلك في فلسطين، وقد كان أبرزها على النحو التالي:

فيثير تقرير (مؤتمر هيئة الصحة النفسية للأطفال، 1970) إلى أن شكلا من أشكال الرعاية النفسية مطلوب نسبة تصل بين (10 – 12 %) من أي مجتمع طفولة أو شباب، بينهم مالا يقل عن (2 %) بحاجة لرعاية أخصائيين ومعالجين نفسيين، وما نسبته (8 – 10 %) يمكن رعايتهم بواسطة أفراد متخصصين مثل الأخصائي النفسي في المدرسة أو بمعرفة مدرس متخصص للمعوقين. (**القاسم وآخرون، 2000:ص. 67**)

وأظهرت دراسة " Tuna " أن نسبة (11 %) من الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية يعانون اضطرابات نفسية وعقلية. (**يوسف، 2000:ص. 49**)

ويقرر المعهد القومي للصحة العقلية أن هناك ما نسبته (10 %) من الأطفال في مدارس المراحل العامة بالولايات المتحدة تتصف بالإضطراب الانفعالي وهم بحاجة إلى إرشاد سيكاتري، وهناك ربع مليون طفل على الأقل يعانون اختلالات سيكاترية أقل خطورة ويتلقون الخدمات سنويا في عيادات الصحة العقلية. (**سوين، 1988:ص. 660**)

وأكدت (**كازدين 2003:ص. 25**) على أن نسبة انتشارها بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (1 – 15 سنة)، في حين تعد نسبة (2 %) هي المعتمدة في كل الدول، ومعظم المضطربين سلوكيا تكون درجتها لديهم من المدى المتوسط ونادرا ما تكون شديدة أو شديدة جدا ويكثر ظهورها لدى الذكور، ويقل حدوثها نسبيا لدى طلاب المرحلة الأساسية وتبلغ ذروتها في فترة المراهقة لتنخفض بعد ذلك، ولكل نوع منها نسب خاصة به.

وفقا لما أورده كل من (**العزة، 2002:ص. 34**) وتقرير (مؤتمر هيئة الصحة النفسية للأطفال، 1970) عن نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية في أي مجتمع، وتبعا لما أفاد به الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عن عدد سكان الأراضي الفلسطينية حتى نهاية العام (2005) والمقدرة بحوالي (3986813) فردا، فإن عدد المواطنين الذين يعانون نوعا أو أكثر من الاضطرابات السلوكية قد يصل إلى (79736) فردا تقريبا.

8 – أساليب التدخل التربوي والعلاجي مع الأشخاص المضطربين سلوكيا:

بالرغم من حداثة الاهتمام بالمشكلات السلوكية، إلا أنه قد تعددت الأساليب المستخدمة في التعامل مع الأفراد الذين يعانون من المشكلات السلوكية، وذلك وفقا للاتجاهات المتعددة في تفسير وفهم أسباب السلوك، وبالرغم من تعدد هذه الأساليب إلا أنه لا يمكن الجزم بأفضلية إحدى الطرق على الأخرى ولكن أغلب الدراسات أجمعت على أن أفضل هذه التدخلات هي:

8 – 1/ الأسلوب السلوكي:

يعتمد هذا الأسلوب على مفاهيم النظرية السلوكية، حيث يعتبرون السلوك الإنساني السوي منه واللا سوي يمكن تعديله ومحوه و إعادة تشكيله، ومن الأساليب العلاجية والإرشادية التي يعتمد عليها هذا الأسلوب هي: التعزيز الإيجابي والسلبي، تشكيل السلوك، خفض الحساسية التدريجي، النمذجة، الإطفاء والتصحيح الزائد.

8 – 2/ الأسلوب السيكوديناميي (القوى النفسية):

يستند هذا الأسلوب على نظرية التحليل النفسي التي وضعها فرويد والتحليليون الجدد من بعده، ومن الأسباب التي يعتمد عليها هذا الاتجاه: التداعي الحر، التبصير، تفسير الأحلام، المقاومة والتحويل.

8 – 3/ الأسلوب النفس تربوي:

يعتمد هذا الأسلوب على الإجراءات التربوية والنفسية في التعامل مع الإضطراب السلوكي، يركز على الأساليب التربوية للآباء والأسرة والمدرسة، ويشمل هذا الأسلوب على طرق تنشئة الأطفال وطرق تدريبهم ومناهجهم التعليمية بهدف تقديم الخدمة الإرشادية والعلاجية لهم، والتي يقوم بتقديمها المرشد النفسي أو أخصائي التربية الخاصة أو الطبيب النفسي أو طبيب الصحة العامة ورجل قياس ومختص في الخدمة العمومية. **(امحمد عزات عبد المجيد جمعة، 2005، ص .82، 83)**

8 – 4/ الأسلوب البيئي:

يستند هذا الأسلوب إلى البيئة التي تحيط بالإنسان والتي تلعب دورا أساسيا في تشكيل سلوكه النفسي والاجتماعي، حيث أن السلوك هو نتاج تفاعل الفرد مع البيئة، لذلك كلما عاش الإنسان في بيئة سليمة تفاعل معها وكان هذا التفاعل إيجابيا ونتج عنه سلوك إيجابي والعكس صحيح.

لذلك يرى العزة 2002 أن العلاج البيئي يقوم على دراسة جميع المؤثرات البيئية التي قد تكون مسؤولة عن حدوث الإضطراب لدى الطفل ثم القيام بالتحكم فيها، وذلك عن طريق إزالة هذه المؤثرات وإضافة

مؤثرات مناسبة لتحسين سلوكات الطفل المضطرب. (**أمجد عزات عبد المجيد جمعة، 2005،ص. 84**)

9 – المشكلات السلوكية عند الطفل التوحدي:

وقد أشارت الكثير من الدراسات إلى أن أهم المشكلات السلوكية التي تميز الطفل التوحدي هي ما يلي:

9 – 1/ الإعاقة في التفاعل الاجتماعي:

يرى (**جلسون Gillson 2000**) أن الخاصية الأساسية للتوحد هي اختلال الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي، كذلك يوصف الأطفال التوحديون بأن لديهم إعاقة في تطوير واستخدام السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري المتعارف عليه، كما أن الأطفال التوحديون يفضلون البقاء لوحدهم ولا يرغبون في الاحتضان.

وفي السياق ذاته إن الطفل التوحدي لا يستجيب عندما ينادى باسمه، يميل إلى الانعزال ويتجنب التواصل البصري كما أن لديه صعوبة في إدراك ما يفكر فيه الآخرون وما يشعرون به، لأنه لا يفهم الإشارات الاجتماعية مثل نبرة الصوت أو تعبيرات الوجه، كما أنه يتصف بغياب الإشارات التفاعلية ويضعف أو غياب كلي للتقليد. (**Lisa ouss – Ryngerte, 2008, p11**)

كما أن الطفل التوحدي يعاني من مشاكل في اللعب التخيلي ولا يمتاز لعبه بالابتكار أو التجديد، فمثلا قد يلعب التوحدي بمجموعة من السيارات من خلال صفها بخط مستقيم. (**وفاء الشامي، 2004**)

والأطفال التوحديون لا يرفعون أيديهم لوالديهم من أجل حملهم كما يفعل أقرانهم، بل يظهرون غير مبالين وبدون عاطفة، وقيلا ما يظهرون أي تعبيرات على الوجه، ونتيجة لذلك يعتقد الوالدان بأن طفلهم أصم، وعادة ما تبدأ مراجعة ذوي الطفل بشكوى الصمم.

ومن أبرز مشاكل التفاعل الاجتماعي أيضا هو عدم استطاعتهم إقامة علاقات اجتماعية والمحافظة عليها، حيث يلاحظ أنهم ينسحبون من الكثير من أشكال التفاعل والتواصل الاجتماعي مما يؤدي إلى

صعوبة في تكوين وإقامة علاقات اجتماعية، كما أن الطفل التوحدي لا يتضايق من بقائه لوحده. (**جبل فوزي محمد، 2000**).

2/9– الإعاقة في التواصل:

يوصف الأطفال التوحديون بأن لديهم مشكلات في التواصل سواء كان لفظيا أو غير لفظي، كما يوجد لديهم تأخر أو قصور كلي في تطوير اللغة المنطوقة وتعتبر الخصائص الكلامية لديهم شاذة، مثل: طبقة الصوت والتنغيم والإيقاع ونبرة الصوت، وتوصف اللغة القواعدية لديهم بأنها تكرارية أو نمطية مثل: تكرار كلمات أو جمل، ولغتهم لها خصوصية غريبة بحيث لا يفهمهم إلا الأشخاص الذين يألفونهم مثل الأب أو الأم أو المعلم. (**ابراهيم عبد الله فرج، 2004، ص.37**)

ومن الأمور التي تعتبر مشكلة لديهم هو أن فهم اللغة عندهم متأخر جدا، وهناك مشاكل شديدة في التواصل حيث أن (50 %) منهم لا يكتسبون كلاما مفيدا، و (25 %) منهم يستطيعون الكلام لكن تواصلهم يكون غير عادي حيث يكررون بعض الكلام وتوجد لديهم أيضا صعوبة في استعمال الضمائر، فمثلا لا يقول الطفل التوحدي: " أنا أريد أن أشرب " بل يقول: " عامر يريد أن يشرب " – وعندما تقول له: " مرحبا اسمي عامر، ما هو اسمك؟ يقول لك: " عامر ما هو اسمك ".

كما أن بعض الأطفال التوحديون الناطقون يكون التواصل اللفظي عندهم غير عادي حيث يكررون الكلمات التي يعرفونها بشكل غير وظيفي، وهذه الحالة تسمى المصاداة الكلامية (Esolalia) وهذا الترديد المرضي للكلام لا يساعد الطفل على استخدام الكلام سياقات أو مواقف اجتماعية وتفاعلية مختلفة.

كما أن بعضهم تبقى محصورة في الأشياء المحسوسة فقط والمتعلقة بحاجات الحياة اليومية (الأكل، –المرحاض .....). (**Lisa ouss – Ryngaert, 2008, p11**)

3/9–المهارات الحسية الحركية:

يستكشف الأطفال المتوحدون البيئة المحيطة من خلال الشم واللمس والأصوات بشكل أطول من أقرانهم العاديين، وبدون إدراكات مناسبة فإن هؤلاء الأطفال لديهم افتقار في القدرة على التقليد

والتعلم من عالمهم، وبالنتيجة فقد يفقدون مهارات كلامية واجتماعية وحركية كبيرة وصغيرة هامة، وقد يؤدي عدم القدرة على استقبال وسائل دقيقة من البيئة بالطفل التوحدي إلى الهيجان والبكاء لساعات.

ومع سنة أو سنتين من العمر، فإن العديد من الأطفال المتوحدين يصبحون أسيرين لإثاراتهم الجسمية، وقد تصل إلى درجة إيذاء الذات، يظهر هؤلاء الأطفال سلوكات تكرارية، والتركيز على الأضواء أو التحرك الإيقاعي لزيادة الإثارة، إن بعض الأطفال يفتحون الباب ويغلقونه بقوة بشكل متكرر بهدف إحداث الصوت المرتفع فقط، يدير بعض الأطفال أجسامهم أو يديرون الأشياء، بهدف الإحساس أكثر من اكتشاف البيئة إن التفاعلات الممتعة مع الكبار تشتمل على الدغدغة والدوامة (المشي كالدوامة) لإثارة الحواس. **(ابراهيم عبد الله فرج، 2004، ص. 179).**

4/9– المساعدة الذاتية:

خلال النمو الطبيعي، فإن معظم الأطفال يتحملون المسؤولية بشكل تدريجي حول رعاية أنفسهم وقد يتأخر الطفل التوحدي في تحقيق مهارات المساعدة الذاتية ويتجنب أي تغيرات ويرفض محاولات تعديل الروتين في استخدام التواليت والغذاء واللباس.

يبدأ الطفل الطبيعي بتناول الطعام بعمر ستة أشهر واستخدام التواليت وربما يتأخر إلى سن الخامسة لدى الأطفال المتوحدين، يستطيع الأطفال المتوحدون تعلم رعاية أنفسهم من خلال برامج تعديل السلوك.

والجانب الهام في هذه البرامج هو الصبر على ضبط و تحقيق الأهداف.

تؤثر الحماية الزائدة وتتداخل مع النمو، لذلك على الآباء ضبط ميولهم للقيام بعمل الأشياء بدلا من الأطفال وبدلا من ذلك راقب تطور الطفل وزوده بفرص للإثارة وشجع نضجه ونموه وحاول أن لا تفكر دائما بتوحد الطفل، وبدلا من ذلك فكر بأنه إنسان وأنه طفلك، واعمل على تعديل خصائص التوحد لديه، واعمل أكثر على تقوية جوانب القوة لديه في النمو. **(ابراهيم عبد الله فرج، 2004، ص. 180).**

5/9- السلوك والاهتمامات والنشاطات المحددة:

من الخصائص الأخرى التي ترى بشكل متكرر في التوحد والإضطرابات ذات الصلة هي الإنشغال والانهماك بأشياء محدودة وضيقة المدى.

يلعب الأطفال المتوحدون بشكل طقوسي بأشياء لساعات في الوقت نفسه، أو إظهار اهتمام مفرط من نوع محدد، وهم ينزعجون لأي تغيير يحدث في البيئة، أو أي تغيير في الروتين ويحافظ الأفراد المتوحدون على التماثل ولديهم مقاومة شديدة للتغير أو النقل.

مثال: علقت إحدى الأمهات بأن ابنها المتوحد يحب نوعا واحدا خاصا من الطائرات وبالتالي أحضرت له 50 طائرة من نفس النوع، ويبقى لساعات في ترتيبها، وقالت الأم أنه يعرف حالا إذا تحركت إحدى تلك الطائرات من مكانها.

غالبا ما يمضي الأشخاص المتوحدون الساعات نمطية وطقوسية Stereotyped et Ritualiotics Behaviors وما هو معروف وشائع لدى هؤلاء الأشخاص هو قيامهم بحركات معادة مثل: تلويح أيديهم أمام أعينهم أو عض أيديهم، بعض السلوكات الطقوسية تكون معقدة فبعض الأفراد يجب أن يلمس كل باب وهو يمشي والبعض الآخر يلمس كل مقعد في الصف. وإذا تم منعهم من أداء تلك الطقوس أو السلوكات النمطية أو مقاطعتهم فسوف يصابون بنوبة غضب. **(ابراهيم عبد الله فرج، 2004، ص.38).**

6/9- عيوب حسية ظاهرة:

يستجيب بعض الأفراد المتوحدين أو ذوي الإضطرابات النمائية العامة إلى الإحساسات السمعية واللمسية والبصرية الدهليزية والسمعية بطريقة غريبة وشاذة، فإما أن يكونوا شديدي الحساسية، أو لديهم قصور في الاستجابة الحسية وهذا بسبب مشكلات في معالجة المدخلات الحسية لدى الأطفال المتوحدين، وأيضا تظهر صعوبة في المشاركة في المواقف الطبيعية، فهم مثلا يتجنبون أشكال التواصل اللمسي والجسمي ويكونوا دفاعيين في ذلك.

حوالي (40 %) من الأطفال المتوحدين لديهم حساسية عالية الأصوات محددة عندما يتعرضون لها، فنجدهم يغطون آذانهم أو يظهرون الغضب كردة فعل بعد سماع الأصوات ولأنهم لا يستجيبون إلى

الأصوات فإن بعض الآباء يعتقدون أن طفلهم أصم، والشخص نفسه الذي لا يستجيب للأصوات نجده يقوم بردة فعل للأصوات الناعمة مثل صوت الطباشير عند الكتابة، إن عدم الاتساق هذا في الاستجابات إلى المثيرات السمعية قد يكون ناتجا عن مشكلات الإدراك والاحساس.

7/9– نوبات الغضب أو الهيجان:

من الملامح المميزة للأطفال المتوحدين هي الصراخ والبكاء كاستجابة للإنزعاج أو الإحباط وفي بعض الحالات قد تتجه نوبات الغضب هذه إلى سلوك عدواني نحو الآخرين، وهذه السلوكات تتداخل مع التفاعل الاجتماعي المناسب وتساهم في إحداث صراعات بين هؤلاء الأطفال. **(ابراهيم عبد الله فرج، 2004، ص.40).**

8/9 – الاندماج الطويل في سلوك نمطي متكرر:

كثيرا ما يقوم الطفل الإجتراري لفترات طويلة بأداء حركات معينة يستمر في القيام بها كهز هزة رجليه أو جسمه أو رأسه أو تكرار إصدار نغمة أو صوت أو همهمة، وقد يمضي الساعات محلقا في اتجاه معين أو نحو مصدر الضوء، ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استشارة ذاتية تبدأ أو تنتهي بشكل فجائي وتلقائي. **(عبد الرحمان سليمان، 2000، ص. 52).**

9/9– سلوك إيذاء الذات:

من خصائص الأطفال التوحديون الانشغال بسلوكات مؤذية لأنفسهم، وهذه السلوكات قد تشمل ضرب الرأس، العض وغيرها، ولا يظهر الأطفال المتوحدون الألم أثناء انشغالهم بهذه السلوكات ويثير هذا السلوك الرعب لدى الآخرين ويؤدي إلى صعوبات اجتماعية، ويعالج من خلال إجراء تعديل السلوك. **(ابراهيم عبد الله فرج، 2004، ص .40، 41).**

10/9 – الإنتقائية الزائدة للمثير:

تعد الإنتقائية الزائدة للمثير من الملامح المحيرة والمميزة للأطفال المتوحدين وتعود هذه السمة إلى الإستجابة إلى جزء محدد من الإشارات ذات الصلة عند تعلم تمييز عناصر البيئة بينما يتعلم

الأطفال ذوو النمو الطبيعي بسرعة تمييز الأشياء، إن فشل الإستجابة إلى الخصائص المتعددة للأشياء في البيئة له تأثير شديد على الأطفال المتوحدين وأسرهم، فالسلوك الإجتماعي واكتساب وتعميم السلوكات الجديدة تتأثر بالفشل في الإستجابة للإشارات المتعددة ذات الصلة في البيئة. (**ابراهيم عبد الله فرج، 2004، ص.41**).

11/9– الإنتباه المشترك:

يعود الإنتباه المشترك إلى سلوك الإشتراك في النظر إلى نفس الشخص ونفس الشيء، فالعقل الطبيعي ينظر إلى أين ينظر الشخص الآخر أو يثير. إن الإنتباه إلى الشيء الذي ينتبه إليه الشخص الآخر يعد من الملامح النمائية الرئيسية التي يعرض الطفل إلى تعدد فرص التعلم.

إن الطفل الطبيعي بعمر العشر شهور، يبدأ بالإشارة إلى الأشياء حتى قبل استعمال الكلمات الأولى، وهذا كما تقول (Frith, 2003) نشاط يتضمن الوعي بالحالات العقلية للأشخاص الآخرين، فهم يوجهون انتباه الأشخاص الآخرين للشيء الذي في عقلهم.

أما الأطفال المتوحدون فإنهم لا يشاركون في الإشارة والرؤية، إن القصور أو ضعف الانتباه المشترك في التوحد من الدلائل القوية في سنوات ما قبل المدرسة.

وكما تقول (فريثFrith) فإنه غير معروف كيف تظهر التغيرات مع التقدم في العمر، يستطيع الأطفال المتوحدون الإشارة إلى الأشياء عندما يريدونها وهذا شكل آخر من الإشارة يدعى الإشارة الوسيلية instrumental Pointing وتفترض (فريث) بأن الأطفال المتوحدين غير قادرين على التمييز بين ما هو في عقلهم وما هو في عقل أي شخص آخر، لذلك بالنسبة لهم فإن سؤال مشاركة المحتوى غير مثار، ولهذا السبب فإن أم الطفل المتوحد عليها أن تعمل جاهدة لمشاركة عالم طفلهما الداخلي. (**ابراهيم عبد الله فرج، 2004، ص. 41، 42**).

12/9– مشكلات أخرى:

يظهر الأطفال المتوحدون الغضب أو الخوف فجأة وبدون سبب واضح، وقد يظهرون سلوك نوم سيء أو غير جيد، وتبليل أنفسهم، وحوالي (25 %) منهم يطورون نوبات صرع في مرحلة المراهقة.

وقد طورت فرجينيا نلسون (Virginia Nelson) حجة التوحد Puzzle Autism، والتي تشتمل على ست بطاقات متداخلة تعرض من خلالها المشكلات السلوكية للطفل التوحدي كما هو مبين في الجدول رقم (01). (**ابراهيم عبد الله فرج، 2004، ص.43**).

جدول رقم (01): يمثل حجة التوحد

الاهتمام بالمواد	الإستجابات الحسية	الإرتباط والتأثير
- يلف ويدور الأشياء. - يطور تعلقا غير مناسب بالأشياء. - يستجيب بشكل غير مألوف للأشياء المألوفة.	- رد فعل مبالغ أو مكثف للمثيرات. - يتصرف وكأنه أصم. - يركز على المثيرات البصرية والسمعية واللمسية. - غير مستجيب للألم. - يتجنب التفاعل الجسدي مع الآخرين. - يشم الأشياء. - يطقطق أصابعه. - يصفح كفيه.	- يبكي أو يضحك بشكل غير ملائم. - يستخدم استجابات وجهية سطحية. - يعاني من صعوبة في التواصل بالعيون. - استجابته العاطفية لا تتناسب والموقف. - يعاند مع الانتقال. - يعاند بمقاطعات. - يحتاج لجدول زمني ثابت. - يحتاج لبيئة ثابتة. - لا يستوعب علاقات السبب والنتيجة. - يظهر سلوكات طقوسية متكررة.

(ابراهيم عبد الله فرج، 2004، ص47)

اللغة	المهارات الحركية الكبرى	اللعب
- يظهر إعاقة في الكلام. - – يظهر لغة استقبالية ضعيفة. - تكرار لغة الآخرين (المصاداة) - يظهر صعوبة في المفاهيم المجردة.	- يتحرك باستخدام حركات منسقة. - يعاني من صعوبات في الانتقال من حركة لأخرى. - يعاني من صعوبات في تعميم الحركات من بيئة لأخرى. - يعاني من صعوبات في التخطيط الحركي.	- نادرا ما يبدأ اللعب مع الآخرين. - يظهر ممارسة متكررة للعبة ما. - ينشغل باللعب الإنعزالي. - يستخدم أدوات اللعب بطرق غير مألوفة.

(ابراهيم عبد الله فرج، 2004، ص167)

13 – المشكلات النمائية للتوحد:

يظهر الأطفال المتوحدون بعض العلامات التالية والتي تزداد بازدياد العمر، ويبين الجدول التالي هذه العلامات:

جدول رقم (02): المشكلات النمائية للتوحد

الأعراض	من الميلاد – 18 شهر	1.5 – 4 سنوات	4 + سنوات
المهارات الاجتماعية	تجنب التواصل البصري. مقاومة الإحتضان من قبل مقدم الرعاية. يبتسم متأخرا أو لا	تجنب التواصل البصري. يرفض الجهود لإراحته. . يفضل اللعب وحيدا.	ـ الافتقار إلى مهارات التقليد. . معاملة الأفراد كأشياء. يظهر عدم وعي أو عدم إدراك للافراد أو

	يبتسم. يرفض الجهود لإراحته. تصلب أو انقباض الجسم عند حمله. . يلعب وحده. غير مهتم بألعاب الأطفال.	الافتقار إلى مهارات التقليد. يبدو غير مدرك للأفراد الآخرين. . الفشل في أخذ دوره.	مشاعرهم. . يختار اللعب وحده. يقاوم العاطفة الجسمية. . الافتقار إلى استجابات انفعالية واجتماعية مناسبة.
التواصل	ـ الافتقار إلى التواصل غير اللفظي. رفض محاولات الآخرين للتواصل. لا يوجد تقليد للإيماءات. . الإفتقار أو ضعف في القوقوة والمناغاة والكلمات الأولى.	. إظهار لغة متأخرة. عدم القدرة على فهم اللغة. نقص الإيماءات المناسبة. نطق كلمات أولى غير مألوفة. . لغة مصاداة أو ترديد. الحديث بكلام غير مألوف.	. إظهار لغة متأخرة. استعمال قليل للغة التعبيرية. الفشل بالمبادرة في المحادثة. . تعلم أصوات وتعليقات غير مألوفة. يكرر أصوات وتعليقات غير مألوفة. يكرر ما يقوله الآخرون. استعمال الضمائر بشكل غير مناسب (معكوس). التحدث بنوعية صوت وطبقة صوت غير مألوفة.
الحركي	الإنتصاب بخشونة	معاملة الأشياء والجسم	الانشغال باهتمامات

الحسي	لفترة طويلة. تكرار حركات الجسم مثل: التلويج بالأيدي. ـ إعادة إنتاج أفعال بسيطة مع الأشياء. مقاومة التغيير في الروتين أو المحيط. ـ تأخر في النمو الحركي. ـ نشط بشكل زائد أو سلبي بشكل متطرف. الإستجابة بشكل غير مألوف للمثيرات الحسية.	بشكل غير مألوف. التعلق بشكل غير مناسب بالأشياء. ـ التوتر لسبب غير واضح. ـ مقاومة التغير البسيط في الروتين.	محددة. يحتاج بشكل متطرف للتماثل. الإصرار على إشباع الروتين. التعلق غير المألوف بالأشياء. الانشغال بالأشياء الدورانية.
المساعدة الذاتية	إظهار مشكلات في الأكل والنوم. ـ نشط بشكل زائد أو سلبي بشكل متطرف. الإستجابات غير مألوفة للمثيرات الحسية. . يستكشف القليل. يرفض المضغ للأطعمة الجامدة أو الصلبة.	ـ إظهار مخاوف متطرقة. . مقاومة النوم. ـ لديه مشكلات في التدرب على التواليت. لا يظهر خوفا من المخاطر الحقيقية.	. إيذاء الذات. ـ إظهار استقلالية غير مناسبة في اللباس وفرشاة الأسنان واستعمال دورة المياه. الأكل الزائد للأطعمة المفضلة. رفض الأطعمة الجديدة.

المعرفية			ـ إظهـار ذاكـرة حرفيـة غير مألوفة. ـ إظهـار معنـى قليـل خلـف مهـارات غيـر مألوفة إظهار عدم القدرة على تعميم التعليم.

(ابراهيم عبد الله فرج، ص. 182، 183).

وبعد عرض مجموعة من المشكلات السلوكية عند الأطفال التوحديون سنتطرق إلى أهم المشكلات السلوكية التي يعاني منها أفراد عينة الدراسة الحالية المتمثلة في: اضطراب اللغة، الإضطرابات السلوكية (الإنفعال، نوبات الغضب، كثرة البكاء).

خلاصة الفصل:

ومن خلال ما تطرقنا إليه اتضح لنا أن الإضطرابات السلوكية هي مجموعة متنوعة من السلوكيات الغير مقبولة اجتماعيا.

وتضع الطفل في حالة صراع مع ذاته والمجتمع، ومن خلال هذه المشكلات السلوكية لا يستطيع الطفل التكيف مع معايير السلوك المقبولة وتساهم في تدهور علاقاته مع الآخرين، وكذلك لها تأثير كبير للطفل التوحدي بصفة خاصة لما تسببه له هذه المشكلات السلوكية من قصور شديد في التفاعل الاجتماعي والتواصل، الشيء الذي ينعكس على قدراته في التعلم والاكتساب ويحد مساهماته بالمقارنة مع غيره من مرضى سنه، حيث تغيب لديه القدرة على تحمل المسؤولية الذاتية ورعايته لنفسه، وهذا الأمر يتطلب تكفلا خاصا به ويتوزع على العديد من المستويات (الأسرية والمتخصصة أيضا كبرامج إرشادية).

الفصل الرابع:

الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- منهج الدراسة

3- مجتمع الدراسة وعينته

4- طريقة اختبار العينة

5- أدوات الدراسة

5-1- البرنامج العلاجي "لإيريك شوبلر Eric shopler"

5-1-1 المحور التربوي

5-1-2 المحور التقييمي

5-1-3 طريقة تطبيق برنامج "شوبلر shopler" في الوحدة الطبية (حي الوئام)

6- حدود الدراسة

7- طريقة جمع البيانات

8- الأساليب الاحصائية لتحليل البيانات

9- صعوبات الدراسة

10- عرض نتائج الحالات الثمانية التي مثلت أفراد العينة.

تمهيد:

تهدف الدراسة الميدانية إلى الإجابة على إشكالية البحث: "أثر الاستراتيجيات التعليمية المقدمة لأطفال التوحد في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية" ومن أجل نجاح هذه الدراسة الميدانية قمنا بإتباع الخطوات التالية:

1/ الدراسة الاستطلاعية:

قامت الباحثتان بإجراء دراسة استطلاعية استغرقت شهر، وذلك قصد التقرب من مركز البحث والمشرفين عليه من أطباء عقليين وأخصائيين نفسانيين، وأرطفونيات وقد تم التعرف على عينة من الأطفال التوحديين وأسرهم، وطبيعة الخدمات المقدمة بدءا من التشخيص ثم جلسات التوجيه الخاصة بأولياء الأطفال المتوحدين إلى الحصص التدريسية التي يقدمها المركز للطفل التوحدي.

كما حضرت الباحثتان جلستين تقييميتين تم فيهما تقييم مدى تقدم الحالات وتحسنهم بعد تلقي العلاج.

2/ منهج الدراسة:

إن مناهج الدراسة تختلف باختلاف المواضيع، حيث أن لكل منهج وظائف وخصائص يستخدمها الباحث تبعا لطبيعة موضوع دراسته، وعلى هذا الأساس تم اختيار "المنهج الوصفي" للدراسة التي بين أيدينا.

وتجمع الكتب إلى أن البحوث الوصفية هي بحوث تقريرية في جوهرها، وأن معظم البحوث التربوية المنشورة في الكتب والدوريات المتخصصة هي بحوث وصفية وهي تحقق هدفين: هدف تطبيقي وهدف علمي، وتعتمد على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلا كافيا ودقيقا لاستخلاص دلالتها والوصول إلى نتائج أو تعميمات عن الظاهرة أو الموضوع قيد الدراسة.

ويذكر **(ربحي مصطفى عليان وآخرون، 2008، ص. 44)** أن المنهج الوصفي يستخدم في دراسته الأوضاع الراهنة للظواهر من حيث خصائصها، أشكالها، علاقاتها والعوامل المؤثرة في ذلك، وهذا يعني أن المنهج الوصفي يهتم بدراسة حاضر الظواهر والأحداث، مع ملاحظة أنه في الكثير من الأحيان يشمل على عمليات تنبؤ لمستقبل الظواهر والأحداث التي يدرسها.

وقد قمنا بالاعتماد على هذا المنهج لأنه مناسب لطبيعة موضوعنا والمتمثل في دراسة حالات من الأطفال التوحديين ومدى استفادتهم من البرامج العلاجية للتحقيق من حدة الاضطرابات السلوكية لديهم.

3/ مجتمع الدراسة وعينته:

تكون مجتمع البحث من جميع الأطفال التوحديين المتواجدين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية "حي الوئام" بقصر البخاري والذين تقع أعمارهم ما بين (02-12) سنة والذي بلغ عددهم (43) طفلا لكلا الجنسين.

أما عينة البحث فقد شملت (08) أطفال توحديين والذين تتراوح أعمارهم ما بين (03) و(07) سنوات.

4/ طريقة اختيار العينة:

تكونت عينة الدراسة من (08) أطفال توحديين تراوحت أعمارهم ما بين (03) و(07) سنوات، وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية من الوحدة الطبية "حي الوئام" بقصر البخاري، والتي تقدم الخدمات والبرامج التربوية التعليمية لأطفال التوحديين وأسرهم بشكل مجاني.

وقد تم اختيار أطفال العينة ممن تلقوا التدريبات والنشاطات الخاصة ببرنامج (شوبلر shopler)، لمدة زمنية لا تقل عن سنة مما يعانون من انخفاض في الاضطرابات السلوكية. وفيما يلي سنعرض خصائص أفراد العينة من حيث الجنس، ومن حيث العمر العقلي:

4-1/ من حيث الجنس:

جدول رقم (03) يوضح خصائص أفراد العينة من حيث الجنس

الجنس	عينة البحث	النسبة المئوية
ذكور	06	%75
إناث	02	%25
المجموع	08	%100

يظهر من خلال الجدول أن عدد أفراد العينة الذكور (06 ذكور) وبنسبة مئوية قدرت حوالي (75%)، أما الإناث فكانت بعدد (02) وبنسبة (25%)، أي نسبة الذكور اكثر من الاناث ويمكن تفسير هذه النتائج إلى أن نسبة التوحد تكون منتشرة عند الذكور أكثر من الإناث، وهذا ما أقرته العديد من الدراسات والبحوث، فتشير دراسة (Marcoen 2004) أن التعرض قبل الولادة للضغوط ارتبط على نحو دال بأعراض التوحد مع تأثير قوي وأكبر وجد في الذكور عن الإناث.

4-2/ خصائص العينة من حيث العمر العقلي:

جدول رقم (04) يوضح خصائص أفراد العينة من حيث العمر العقلي

العمر العقلي	عينة البحث	النسبة المئوية
من 03 إلى 04 سنوات	03	%37.5
من 04 إلى 07 سنوات	05	%62.5
المجموع	08	%100

يتضح من خلال الجدول ان فئة العمر العقلي من (03) الى (04) سنوات قدرت ب(03) افراد وبنسبة مئوية قدرت ب(37.5%)،وان فئة العمر العقلي من (04) الى (07) سنوات قدرت ب(05) افراد وبنسبة مئوية (62.5%).

5/ أدوات الدراسة:

5-1/ البرنامج العلاجي لإيريك شوبلر Eric shopler:

يحتوي هذا البرنامج من الناحية التطبيقية على محورين: المحور التربوي الذي يضم مجموعة أنشطة وتمرينات مقدمة لعلاج الطفل التوحدي، بالإضافة إلى المحور التقييمي الخاص بالاختبارات النفسية الخاصة بتشخيص ومتابعة وتقييم مستوى أداء الطفل التوحدي الذي يخضع للبرنامج.

5-1-1/ المحور التربوي:

وهو يضم التمرينات المبرمجة حسب الميادين العشر (10) التي عددها (شوبلر Shopmer) والجدير بالذكر أن هذه الميادين هي العمليات المضطربة عند الطفل المتوحد وهي منظمة حسب العمر العقلي لهذا الطفل والجدول التالي يوضح بعض من هذه الأنشطة:

جدول رقم (05) يوضح بعض أنشطة برنامج شوبلر shopler

الميدان	العمر العقلي	بعض الأنشطة	الهدف من النشاط
1/ التقليد	0-1 سنة	الضرب عن طريق التقليد	تعليم تقليد استعمال الأشياء
	1-2 سنة	تقليد لمس أجزاء الجسم	تعليم ملاحظة شخص وتقليده
	2-3 سنة	تقليد أصوات الحيوانات	تحسين النطق والانتباه لحركات الفم وتقليدها
	3-4 سنة	لعبة اليدين الموسيقية	نسخ حركات ووضعيات اليد بالغناء
	4-5 سنة	لعبة التمثال	تحسين مؤهلات التقليد الحركي العام
	5-6 سنة	تقليد تغيير السرعة وحجم الصوت	زيادة التركيز وتلقين مصطلحات (قوي، خفيف، سريع، بطيء)
	0-1 سنة	اتباع شيء بالعينين	تحسين الانتباه البصري
	1-2 سنة	إعادة تركيب المكعبات	تحسين الإدراك البصري وتركيب الأشياء
	2-3 سنة	التمييز بين مصادر الأصوات	تحسين الانتقاء السمعي
	3-4 سنة	تمييز الأشكال المتطابقة	زيادة التركيز والقدرة على

2/ الإدراك			المطابقة
	5-4 سنة	استقبال سلسلة من الأصوات	تحسين حاسة السمع وتشجيع السماع المتأني
	6-5 سنة	القراءة البصرية	قراءة بصرية ل 5 كلمات من 10 كلمات
3/ الحركات الدقيقة	1-0 سنة	استكشاف محتوى علبة	تحسين القدرة على إمساك الأشياء دون رأيتها
	2-1 سنة	فتح .....أو التي لولبية	تحسين التحكم في الحركة الدقيقة والتنسيق بين اليدين
	3-2 سنة	مساكة ملابس	زيادة التحكم في الحركة الدقيقة وقوة اليدين
	4-3 سنة	التخطيط بالأصبع	زيادة التحكم في اليدين والأصابع
	5-4 سنة	قنينة ثلج	تحسين الدقة في الطبي وزيادة القوة العضلية باستعمال المقص
	6-5 سنة	لعبة الدبابيس	تطوير الحركة الدقيق وقوة الأصابع
4/ الحركات	1-0 سنة	تمديد اليدين لأخذ شيء ما	تحسين قدرة الفرد لأخذ حاجاته دون مساعدة
	2-1 سنة	دحرجة الكرة نحو جدار	تحسين وتطوير استعمال اليدين
	3-2 سنة	الوقوف على أصابع الأرجل	تحسين قوة الساق والتوازن
	4-3 سنة	المشي على شريط	تحسين التوازن وتعلم

العامة			مختلف طرق المشي
	4-5 سنة	التقلب إلى الأمام	زيادة التنسيق، التوازن والوعي الجسدي
	5-6 سنة	جذب الحبل	تقوية اليد والعضلات
5/ التنسيق بين الرؤية وحركة اليد	0-1 سنة	التحضير للتصفيف (التكديس)	تطوير عملية التحكم في الأشياء
	1-2 سنة	خشبة بها ثقوب	اتجاه هدف محدد
	2-3 سنة	التسطير بالإصبع (التحضير للرسم)	تحسين استعمال اليد وتطوير قابلية التحضير للرسم
	3-4 سنة	تشكيل العجينة	تحسين التنسيق وزيادة القدرة على الأشياء
	4-5 سنة	تقطيع الصور	القص بدقة باستعمال المقص
	5-6 سنة	المتاهة	تحسين التحكم بالسيالة أو القلم وتطوير القدرة على الرسم
	0-1 سنة	التعرف على صورته في المرآة	تحسين فهمه لصورته، والتعرف على اسمه
	1-2 سنة	الفرز البسيط	القدرة على فهم الفرز والانتباه البصري اللفظي
	2-3 سنة	التمييز بين الغذاء والشراب	معرفة المواد الغذائية وتطوير القدرة على التفكير في التصنيف

6/ الإدراك المعرفي	3-4 سنة	ترتيب الصور في صنف (فئة)	تطوير القدرة على الفرز، والتصنيف حسب الفئات
	4-5 سنة	تجميع أجزاء الجسم	تحسين فهم أسماء أعضاء الجسم
	5-6 سنة	ترتيب الصور حسب التسلسل	تحسين فهم التتابع الزمني وتطوي ر مصطلحات "الأول، التالي، الأخير"
7/ القدرا اللغوية الاستقبالية	0-1 سنة	الكلمات الأولى	تطوير التقليد الصوتي إلى الكلمات التي لها معنى
	1-2 سنة	أصوات المحيط	تحسين النطق المستقل وتطوير أحسن القدرات للعب
	2-3 سنة	تسمية الحيوانات	تطوير رصيد الكلمات
	3-4 سنة	الجمع	تطوير استعمال المسح للجمع
	4-5 سنة	تسمية الألوان	تطوير استعمال الصفات التعريفية وتحسين فهم الألوان
	5-6 سنة	مفاهيم الزمن	تحسين عدد المفردات وفهم مصطلحات الزمن
	0-1 سنة	تعجبات بسيطة	تطوير القدرات السابقة في النطق
	1-2 سنة	تسمية أفراد العائلة	تنمية اللغة التعبيرية والقدرة على الاتصال

8/ القدرات اللغوية التعبيرية	2-3 سنة	الملكية (كل شيء خاص بشخص معين)	تحسين التعبير اللفظي (الشفوي) وتعلم استعمال الملكية
	3-4 سنة	تحت، فوق	تحسين قدرة التعبير في استعمال الصفات وفهم المكانية
	4-5 سنة	تسمية الأشكال	تحسين لغة التعبير وتعيين الأسماء
	5-6 سنة	رواية قصة	تحسين قدرات المحادثة ومؤهلات الاجتماعي
9/ الاستقلالية	0-1 سنة	الشرب في الكوب	مسك الكوب والأكل بطريقة مستقرة
	1-2 سنة	نزع الثياب	نزع الثياب ذاتيا
	2-3 سنة	تعلم النظافة	تحسين النظافة الشخصية
	3-4 سنة	السكب (إفراغ)	تحسين القدرة على التغذية الذاتية والتحكم في الحركة الحقيقة
	4-5 سنة	ارتداء الثياب بسرعة	ارتداء الثياب بسرعة واستقلالية
	5-6 سنة	أخذ حمام بصورة مستقلة	أخذ حمام دون مساعدة
10/ التفاعل الاجتماعي	0-1 سنة	دغدغة	تحسين التفاعل الاجتماعي
	1-2 سنة	لعبة الشاحنة	تحفيز التفاعل وتطوير القدرة على العمل
	2-3 سنة	اللعب بكتل	رفع "قدرة الادماج وتطوير

			مفهوم" انتظار الدور
	3-4 سنة	لعبة الأخذ والعطاء	رفع الوعي والرغبة في الأخذ والعطاء
	4-5 سنة	أعمل التنظيف	تحسين القدرة على العمل باستقلالية في المنزل
	5-6 سنة	ألعب بلعبي	التفريق بين الأشخاص وأغراضهم

5-1-2/ المحور التقييمي: ويضم الاختبارات التالية:

5-1-2-1/ قائمة التوحد عند الأطفال الصغار: (CHAT)

هو مقياس تشخيصي يستعمل للكشف عن الأطفال الصغار المصابين بالتوحد من عمر (18) شهرا، وهو عبارة عن مجموعة من الأسئلة (نعم، لا) التي توجه للآباء وأخرى يلاحظها الفاحص خلال جلسة الفحص، ثم يقرر الباحث احتمال وجود اضطراب التوحد من عدمه، وذلك حسب نسبة الإجابة على البنود بنعم. **(أنظر الملحق رقم (1)).**

5-1-2-2/ الملمح النفسي التربوي: (PEP)

هي أداة يستعملها برنامج شوبلر shopler لتحديد المجالات اللازمة للعلاج، وهو عبارة عن جدول يحوي الميادين العشر للبرنامج يندرج كل منها إلى 7 درجات، كل درجة تمثل العمر العقلي للطفل ابتداء من (0-6 أشهر) إلى (5-6 سنوات) يتم ملؤه من طرف الأخصائية النفسية عن طريق أسئلة مرفقة بهذا الاختبار توجه إلى الأم ومنها يحدد العمر العقلي للطفل في كل ميدان من الميادين العشر. (أنظر الملحق رقم 02).

5-1-2-3/ مقياس تقدير التوحد الطفولي: (CARS)

هو مقياس من إعداد إيريك شوبلر، وريشلر، ورونر، يعمل هذا المقياس على التفريق بين درجات التوحد المختلفة من بسيطة، متوسطة، شديدة ويشمل هذا المقياس على 15 بند، وهي على النحو التالي:

- إقامة علاقة مع الناس.
- القدرة على التقليد والمحاكاة.
- الاستجابة العاطفية.
- استخدام الجسم.
- استخدام الأشياء.
- التكيف والتأقلم.
- الاستجابة البصرية.
- الانصات.
- استجابات استخدام الذوق والشم واللمس.
- الخوف والعصبية.
- التواصل اللفظي.
- التواصل غير اللفظي.
- مستوى النشاط.
- مستوى ثبات الاستجابة الذهنية.
- الانطباعات العامة.

ولكل بند من البنود المذكورة يعطي تقديرا من (01 إلى 04) بحيث أن (01) يعني أن السلوك في المجال العادي أو الطبيعي، بينما التقدير (04) يشير إلى السلوك الملاحظ غير عادي بدرجة شديدة، وحسب هذا المقياس فإن الأطفال الذين تقع درجاتهم من (15) إلى (30) درجة يضفون على أنهم لديهم توحد بسيط أو خفيف بينما الذين يتحصلون ما بين (30) إلى (39) فهم لديهم توحد متوسط، أما الذين يعانون من توحد شديد فهم الذين يقعون بين درجة (39) و(60). **(أنظر الملحق رقم (03)**.

5-1-2-4/ سلم (ECAN) (Echelle des comportements autistique du Nourrisson)

هو سلم مخصص لتقييم شدة الأعراض أو الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين، وهو نسخة مكيفة من سلم (ECA).

Echelle des comportements autistique كيف سنة ((1982) يتناسب مع خصوصية أعراض التوحد لدى الأطفال الصغار مثل غياب الابتسامة، غياب الاتصال عن طريق العين، عدم استجابته لاسمه عند مناداته وغيرها من الأعراض.

وهو يحتوي على (32 بندا) تندرج تقديرات كل بند من (1) إلى (3)، والعلامة المرتفعة تدل على وجود الغرض بشدة.

تفسير نتائج سلم (ECAN): مابين (32) و(64) أعراض خفية للتوحد.

(64) درجة: أعراض متوسطة للتوحد. ما بين (64) و(96): أعراض توحد شديدة (**أنظر الملحق رقم04**)

وفي دراستنا الحالية ثم التشخيص القبلي والبعدي لشدة اضطراب التوحد لدى أفراد العينة باستخدام مقياس (CARS).

أما بالنسبة لتشخيص شدة الاضطرابات السلوكية لديهم القبلية والبعدية، فتم استخدام مقياس (ECAN) لأن الوحدة تستخدم هذين المقياسين فقط.

5-1-3/ طريقة تطبيق برنامج (شوبلر) في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بحي الوئام:

بعد تشخيص الطبيعة العقلية للحالة على أنها توحد عن طريق (DSM-IV) يقوم بتطبيق اختبار (CARS) لتحديد درجة التوحد لهذه الحالة، ثم يحيلها إلى الأخصائي النفساني الذي يقوم بتطبيق اختبار (ECAN) لتحديد شدة الاضطرابات السلوكية للتوحد، وبعدها تعقد الجلسات الآتية:

5-1-3-1/ الجلسات الارشادية التوجيهية: يقدم الأخصائي النفساني لوالدي الطفل جلسة إرشادية يعرفهما فيها بمرض التوحد، أسبابه، أعراضه، علاجه، ويقدم لهما نسخة من برنامج (شوبلر shopler) ويوصيهما بضرورة تخصيص حصة يومية مدتها نصف ساعة يدربان فيها طفلهما على تمارين وأنشطة البرنامج وعليهما تسجيل كل المشكلات والصعوبات المواجهة أثناء كل حصة ليتم إرشادهما إلى كيفية علاج هذه المشكلات.

5-1-3-2/ الجلسات الارشادية العلاجية: تخصص حصة أسبوعية للطفل يحضر فيا للمركز ليقوم الأخصائي النفسي بتدريبه على أنشطة البرنامج في جلسة علاجية واحدة مدتها 45 دقيقة، ويركز في هذه الجلسة على الميادين المضطربة لديه مع الأخذ بعين الاعتبار الأعراض المصاحبة مع الإشارة إلى تدوين كل جلسة وأرقام التمارين المقدمة في كل منها.

5-1-3-3/ مكان إجراء الجلسات: تقدم الجلسات في غرفة هادئة لا تحتوي على مثيرات بصرية تشتت انتباه الطفل، بها طاولتان (طاولة خاصة بالطفل وطاولة خاصة بالأخصائي النفسي) وكرسيان ووسائل عمل مثل: بطاقة الحروف، ألعاب، علب، بطاقة بها حيوانات...الخ.

يركز المعالج في الحصص الأولى على تعليم الطفل كيفية الجلوس، ويحاول تدريبه على البقاء جالسا لأطول فترة ممكنة.

5-1-3-4/ الجلسة النهائية (التقييمية) في آخر جلسة يتم مقابلة أولياء الطفل ويطبق القياس البعدي عن طريق اختبار (CARS) و(ECAN) وبعدها تجري الجلسة النهائية التقييمية بحضور الطبيبة المختصة في الأمراض العقلية والنفسية المشرفة على المؤسسة، وكذا الأخصائيات النفسانيات بالمركز وكذلك الطفل المهني بالتقييم ووالديه تقوم الأخصائيات المشرفات على الطفل بإجراء بعض التمارين عليه ليتم ملاحظة سلوكه ومن ثم إصدار حكم من طرف الأطباء (مع الأخذ بعين الاعتبار نتائج القياسات القبلية المطبقة عليه) إما بتحويل الطفل إلى مدرسة عادية أو إلى مركز طبي بيداغوجي أو بإبقائه في المركز ليستمر في العلاج في حالة عدم تحسن حالته.

6/ حدود الدراسة

6-1/ المكانية: قمنا بإجراء بحثنا هذا في الوحدة الطبية التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية (حي الوئام) بقصر البخاري حيث تستقبل الأطفال المصابين بالتوحد والذين تتراوح أعمارهم ما بين (02) إلى (12) سنة. وتتكون هذه المؤسسة من طابق نجد فيه 6 مكاتب، قاعة جلوس، مرحاض.

تعمل هذه المؤسسة تحت إدارة مختصة في الأمراض العقليةوالنفسية للأطفال وطاقم متعدد التخصصات يتمثل في:

- 03 مختصين في علم النفس الإكلينيكي.
- مختصة أرطفونية (01).
- طبيبة مختصة في الأمراض العقلية والنفسية (01).
- سكرتيرة (01).
- عاملة نظافة (01) و04 حراس.

ويعتمد المختصون في هذه الصحة الجوارية على متابعة برنامج شوبلر shopler في التكفل بالحالات المصابة بمرض التوحد.

6-2/ الزمانية: تمت الدراسة في الفترة الممتدة بين (30 مارس 2021) إلى (30 أفريل 2021) وكان يتم الذهاب إلى المركز في حدود يومين في الأسبوع لمدة (3إلى 4) ساعات في اليوم.

6-3/ البشرية: شملت الدراسة الحالية (08) حالات توحديين متواجدين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بحي الوئام قصر البخاري بواقع (بنتان) و(06) ذكور وتراوحت أعمارهم ما بين (03) سنوات إلى (07) سنوات.

7/ طريقة جمع البيانات:

لقد قمنا بجمع البيانات عن الحالات الثمانية عن طريق دراسة ملف كل حالة، ويشمل هذا الملف:

- المعلومات الخاصة بالحالة وعائلتها.
- تقارير الطبيب العقلي المتتبع للحالة.
- تقارير الأخصائيات النفسيات المتكفلات بالحالة.
- الجلسات التدريبية المقدمة للحالة.
- الاختبارات والمقاييس النفسية المطبقة على الحالة.

كما قمنا بمقابلة الطبيبة المختصة في الأمراض العقلية والنفسية، وكذلك المختصين النفسيين بالوحدة للاستفسار عن بعض المعلومات الواردة في هذه الملفات.

8/ الأساليب الاحصائية لتحليل البيانات:

من أجل الإجابة على أسئلة الدراسة وفرضياتها قامت الباحثتان باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

*نظام الحزمة الإحصائية الاجتماعية SPSS.

*المتوسط الحسابي.

*اختبارات للفروق T-Test.

*اختبارات للفروق T-Test لمجموعتين مختلفتين وغير متساويتين.

*الانحرافات المعيارية.

عادة ما تواجه الباحث صعوبات في دراسته، وبالنسبة لهذه الدراسة فقد واجهتنا بعض الصعوبات في الجانب الميداني، تمثلت في:

*صعوبة جمع حالات عن أطفال التوحد بسبب فترة وباء "كورونا".

*أغلب الحالات بمجرد تحسنها قليلا لن تعد لتكمل علاجها وهذا ما جعلنا نتأخر قليلا في الجانب التطبيقي.

*عدم التحاق الأطفال التوحديين بالمراكز والمؤسسات بسبب صعوبة تقبل الأولياء لحالة طفلهم التوحد.

10- عرض الحالات: وفيما يلي عرض لنتائج الحالات الثمانية التي مثلت أفراد العينة:

10-1 / عرض نتائج الحالة الأولى:

تقديم الحالة:

الاسم: محمود

السن: 5 سنوات ونصف

الرتبة بين الإخوة: الثالث

الأب: 47 سنة

الأم: 40 سنة

ظروف الحمل والولادة: ولادة طبيعية

التطور الحسي الحركي:

أول ابتسامة: (3)أشهر

شد الرأس: (3) أشهر

الجلوس: (5) أشهر

أول خطوة: (9) أشهر

التشخيص: تاريخ أول فحص كان يوم 2018/07/03، حيث تم إحالة محمود إلى الوحدة من طرف طبيب (ORL) نظرا لاظطراب لغته، وتم بعد الفحص تشخيص حالة محمود على أنها توحد.

عرض نتائج الاختبارات القبلية: طبقت على الحالة الأولى الاختبارات القبلية (ECAN) و(CARS) فكانت النتائج كالتالي:

- نتائج اختبار (CARS): شدة التوحد 57 درجة

- نتائج اختبار (ECAN): شدة الاضطرابات السلوكية 84 نقطة.

تعليق على نتائج الاختبارات القبلية للحالة الأولى:

أظهرت النتائج أن لدى محمود درجة شديدة في التوحد، وأن شدة الأعراض لديه حادة.

عرض نتائج الاختبارات البعدية المطبقة على الحالة الأولى: بعد عامين ونصف من التدريب، أجرى محمود (الي كان يبلغ من العمر عامين ونصف) جلسة تقييمية بتاريخ 13-02-2021 وكانت نتائج الاختبارات كالتالي:

- نتائج اختبار (CARS): 24 درجة.

- نتائج اختبار (ECAN): 52 درجة.

تعليق على نتائج الاختبارات البعدية المطبقة على الحالة الأولى:

أظهرت النتائج أن محمود أصبح لديه درجة خفيفة من التوحد والتي قدرت بـ24 درجة على سلم (CARS) وأن شدة الأعراض لديه أصبحت أقل مما كانت عليه.

مناقشة نتائج الحالة الأولى:

الدرجة / الاختبار	قبلي	بعدي
ECAN	84	52
CARS	57	24

جدول رقم (06): يقارن بين نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الأولى على اختباري CARS – ECAN

يلاحظ من خلال الجدول أن حدة الأعراض السلوكية قد انخفضت بـ32 درجة أي من درجة شديدة إلى درجة منخفضة على سلم (ECAN).

وبالمقابل نجد أن درجة التوحد قد انخفضت بـ33 درجة وأصبحت لديه درجة خفيفة من التوحد بعدما كانت شديدة.

ونرجع هذا التحسن إلى أن الحالة قد استفادت من أنشطة البرنامج العلاجي التربوي (شوبلر shopler)، وقد جاء في تقرير الطبيبة العقلية بعد الجلسة التقييمية النهائية أن محمود قد قدم تقييما حسنا عياديا ونفسيا وتربويا.

وذكر أنه أصبح يتعرف على الألوان، يهتم بالألعاب، يكون جملة من ثلاث كلمات، يحسب حتى 20.

وقد وجه محمود إلى المدرسة العادية للسنة تحضيري وهو يذهب للمدرسة ويعود للبيت لوحده مع الإشارة إلى أنه مزال يحتفظ ببعض النمطية اللغوية.

10-2 / عرض نتائج الحالة الثانية:

تقديم الحالة:

الاسم: عفاف

السن: 4 سنوات

الرتبة بين الإخوة: الثالثة

الأب: 36 سنة

الأم: 30 سنة

ظروف الحمل والولادة: ولادة عادية

التطور الحسي الحركي:

أول ابتسامة: شهرين

شد الرأس: 3 أشهر

الجلوس: 5 أشهر

أول خطوة: 10 أشهر

التشخيص: أول فحص كان بتاريخ 2018/11/26، حيث تمت إحالتها إلى الأخصائي النفساني نظرا لاضطراباتها السلوكية فكان يبدو عليها الانفعال بشكل كبير وسريع وكذلك عدم تفاعلها من خلال الابتسامة أو الضحك وغيرها من الاضطرابات.

عرض نتائج الاختبارات القبلية للحالة الثانية:

طبقت على الحالة الاختبارات القبلية (CARS) و(ECAN) فكانت النتائج كالتالي:

- نتائج (CARS): 45 نقطة.

- نتائج (ECAN): 71 نقطة.

تعليق على نتائج الاختبارات القبلية: أظهرت النتائج القبلية أن لدى عفاف درجة شديدة من التوحد، وأن شدة الأعراض لديها شديدة كذلك.

عرض نتائج الاختبارات البعدية للحالة الثانية: بعد ثلاث (03) سنوات من التدريب أجري تقييم لعفاف (التي بدأت تلقي العلاج في عمر 22 شهر) وكانت نتائج الاختبارات كالتالي:

- نتائج اختبار (CARS): 21 درجة.

- نتائج اختبار (ECAN): 46 درجة.

تعليق على نتائج الاختبارات البعدية: أصبحت درجة التوحد لدى عفاف تقدر بـ21 درجة حسب ما توضحه نتائج اختبار (CARS) أما شدة الأعراض فقد انخفضت إلى 46 درجة حسب ما توضحه نتائج سلم (ECAN).

مناقشة نتائج الحالة الثانية:

الدرجة / الاختبار	قبلي	بعدي
ECAN	71	46
CARS	45	21

جدول رقم (07) يقارن بين نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية على اختباري –ECAN CARS

يلاحظ من خلال الجدول أن حدة الأعراض السلوكية بالنسبة للحالة الثانية قد انخفضت بـ25 درجة أي من درجة شديدة إلى درجة خفيفة على سلم (ECAN).

وبالمقابل فإن درجة التوحد قد انخفضت بـ24 درجة وأصبحت لديه درجة خفيفة بعدما كانت شديدة.

نرجع هذا التحسن إل أن الحالة قد استفادت من البرنامج العلاجي التربوي شوبلر shopler، وقد جاء في تقرير الطبيبة العقلية بعد الجلسة التقييمية النهائية أن عفاف قد تحسنت بشكل ملحوظ في عدة مستويات، فأصبحت تتسم بالهدوء، تجلس لمدة 40 دقيقة دون القيام، تتفاعل مع الآخرين خاصة مع الأطفال من نفس عمرها.

3/ عرض نتائج الحالة الثالثة:

تقديم الحالة

الاسم: سامي

السن: 5 سنوات

الرتبة بين الإخوة: الرابع

الأب: 45 سنة

الأم: 37 سنة

ظروف الحمل والولادة: ولادة طبيعية

التطور الحسي الحركي:

أول ابتسامة: شهرين

شد الرأس: 3 أشهر

الجلوس: 6 أشهر

أول خطوة: 14 شهر

التشخيص: تاريخ أول فحص 2019/09/20، حيث تم إحالة سامي من طرف المختص الأرطفوني في الروضة لملاحظته أنه يعاني من اضطراب في اللغة، واضطراب في السلوك كعدم به للعناق والحضن حتى من الأقربين وغيرها من الاضطرابات.

عرض نتائج الاختبارات القبلية للحالة الثالثة: طبقت على الحالة الاختبارات القبلية (ECAN) (CARS) فكانت النتائج كالتالي:

- نتائج اختبار CARS: 42 درجة.
- نتائج اختبار ECAN: 67 درجة.

تعليق على نتائج الاختبارات القبلية للحالة الثالثة: أظهرت النتائج أن لدى سامي درجة فوق المتوسط من التوحد على سلم (ECAN)، أما شدة الاضطرابات السلوكية فكانت فوق المتوسط على سلم (CARS).

عرض نتائج الاختبارات البعدية للحالة الثالثة: بعد عام من تعرض سامي للتدريب أجرى تقييم له (الذي بدأ علاجه في عمر 3 سنوات) جلسة تقييمية بتاريخ 2019/07/25 وكانت نتائج الاختبارات كالتالي:

- نتائج اختبار CARS: 27 درجة.
- نتائج اختبار ECAN: 57 درجة.

تعليق على نتائج الاختبارات البعدية للحالة: أصبحت درجة التوحد لدى سامي منخفضة بعدما كانت فوق المتوسط، أما حدة الأعراض السلوكية فقد انخفضت بـ10 درجات أي منخفضة.

مناقشة نتائج الحالة الثالثة:

الدرجة / الاختبار	قبلي	بعدي
ECAN	67	57
CARS	42	27

جدول رقم (08) يقارن بين نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية على اختباري –ECAN CARS

يلاحظ من خلال الجدول أن درجة التوحد انخفضت بـ(15) درجة أما شدة الاضطرابات السلوكية فقد انخفضت بـ(10) درجات.

ونرجع هذا التحسن إلى أن الحالة استفادت من البرنامج العلاجي التربوي (شوبلر shopler)، وهذا ما أكده تقرير الطبيبة العقلية بعد الجلسة التقييمية النهائية أن سامي أصبح يتفاعل أكثر مع الآخرين ويبدي اهتماما لهم، بالإضافة إلى تحسن ملحوظ في لغته حيث أصبحت كلماته مفهومة وواضحة مقارنة بما كان.

10-4 / عرض نتائج الحالة الرابعة:

تقديم الحالة

الاسم: أنس

السن: 4 سنوات ونصف

الرتبة بين الإخوة: الثاني

الأب: 30 سنة

الأم: 26 سنة

ظروف الحمل والولادة: ولادة طبيعية

التطور الحسي الحركي:

أول ابتسامة: 4 أشهر

شد الرأس: 4 أشهر

الجلوس: 7 أشهر

أول خطوة: 13 شهر

التشخيص: تاريخ أول فحص كان يوم 2019/2/10، بعد شكوك الوالدين

عرض نتائج الاختبارات القبلية للحالة الرابعة: طبقت على الحالة الاختبارات القبلية (ECAN)، (CARS) وكانت النتائج كالتالي:

- نتائج اختبار CARS: 51 نقطة.

- نتائج اختبار ECAN: 70 نقطة.

تعليق على النتائج القبلية للحالة الرابعة: أظهرت النتائج أن لدى أنس درجة شديدة من التوحد، وأن شدة الاضطرابات السلوكية شديدة لديه.

عرض نتائج الاختبارات البعدية المطبقة على الحالة الرابعة: بعد عامين من التعرض للتدريب، أجري تقييم لأنس (الذي بدأ علاجه في عمر السنتين ونصف) بتاريخ 2021/02/15، وكانت نتائج الاختبارات كالتالي:

- نتائج اختبار CARS: 21 نقطة.

نتائج اختبار ECAN: 53 درجة.

تعليق على نتائج الاختبارات البعدية: انخفضت درجة التوحد لدى أنس حيث قدرت بـ(21) درجة أي منخفضة وهذا حسب ما وضحته نتائج اختبار CARS، أما شدة الاضطرابات السلوكية فقد انخفضت بـ17 درجة وذلك بعد إعادة تطبيق اختبار ECAN.

مناقشة نتائج الحالة الرابعة:

الدرجة / الاختبار	قبلي	بعدي
ECAN	70	53
CARS	51	21

جدول رقم (09) يقارن بين نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية على اختباري –ECAN CARS

يلاحظ من خلال الجدول أن نتائج درجة التوحد انخفضت من الشديد إلى المنخفض بدرجة قدرت 17 نقطة. أما شدة الأعراض السلوكية انخفضت بدرجة 21 نقطة أي من الشديد إلى المنخفض.

ونرجع هذا التحسن إلى أن الحالة استفادة من تمارين البرنامج العلاجي (شوبلر shopler) وهذا مما أكده التقرير الخاص به، حيث أصبح يهتم بالألعاب، يرسم بطريقة مستقلة، يمسك القلم، بالإضافة إلى تحسن لغته.

10-5 / عرض نتائج الحالة الخامسة:

تقديم الحالة

الاسم: أيوب

السن: 3 سنوات

الرتبة بين الإخوة: الأول والوحيد

الأب: 29 سنة

الأم: 22 سنة

ظروف الحمل والولادة: ولادة عادية لكن الطفل حرم دماغه من الأكسيجين.

التطور الحسي الحركي:

أول ابتسامة: 3 أشهر

شد الرأس: 4 أشهر

الجلوس: 6 أشهر

أول خطوة: 13 شهر

التشخيص: تاريخ أول فحص 2019/12/26، تم إحالة الطفل أيوب من طرف المختصة الأرطفونية بسبب اضطراب في السلوك كنوبات الغضب وكثرة البكاء.

عرض نتائج الاختبارات القبلية للحالة الرابعة: طبقت على الحالة الاختبارات القبلية (ECAN)، (CARS) وكانت النتائج كالتالي:

- نتائج اختبار CARS: 54 نقطة.

- نتائج اختبار ECAN: 72 نقطة.

تعليق على نتائج الاختبارات القبلية: أظهرت النتائج أن لدى أيوب درجة شديدة من التوحد قدرت بـ72 درجة، وأن شدة الأعراض السلوكية لديه 54 درجة أي بدرجة شديدة.

عرض نتائج الاختبارات البعدية المطبقة على الحالة الخامسة: بعد مرور عام ونصف من التدريب، أجرى تقييم لأيوب (الذي بدأ علاجه مبكرا وذلك في سن 20 شهرا) بتاريخ 2021/04/15 وكانت النتائج كالتالي:

- نتائج اختبار (CARS): 18 درجة.

- نتائج اختبار (ECAN): 50 نقطة.

نتائج على نتائج الاختبارات البعدية: أصبحت درجة التوحد لدى الحالة تقدر بـ18 درجة حسب ما توضحه نتائج اختبار (CARS) أما شدة الأعراض فقد انخفضت إلى 50 نقطة بعد إعادة تطبيق اختبار (ECAN).

مناقشة نتائج الحالة الخامسة:

الدرجة / الاختبار	قبلي	بعدي
ECAN	72	50
CARS	54	18

جدول رقم (10) يقارن بين نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية على اختباري –ECAN CARS

نلاحظ من نتائج الجدول أن حدة الأعراض السلوكية انخفضت من الشديد إلى المنخفض على سلم (ECAN)، أما بالنسبة لاختبار (CARS) فقد أصبح لديه درجة خفيفة من التوحد بعدما كانت شديدة.

ونرجع هذا التحسن إلى الأنشطة والتمارين التدريسية المقدمة له من برنامج (شوبلر shopler).

وهذا ما تؤكده الباحثتان في حضورهما للجلسات الأخيرة له، حيث تم ملاحظة تراجع ملحوظ في الأعراض السلوكية التي كان يعاني منها أيوب عند دخوله للمركز، حيث أصبح يجلس لمدة طويلة في الكرسي، يتفاعل مع الآخرين، بالإضافة إلى تراجع في السلوك النمطي.

10-6 / عرض نتائج الحالة السادسة:

تقديم الحالة

الاسم: عبد الحفيظ

السن: 7 سنوات

الرتبة بين الإخوة: الثاني

الأب: 31 سنة

الأم: 35 سنة

ظروف الحمل والولادة: ولادة عادية

التطور الحسي الحركي:

أول ابتسامة: 4 أشهر

شد الرأس: 4 أشهر

الجلوس: 6 أشهر

أول خطوة: 11 شهر

التشخيص: تاريخ أول فحص كان يوم 2018/07/05، حيث تمت إحالته إلى المركز نظرا لاضطراب لغته وكذلك اضطرابات في السلوك كعدم استجابته لاسمه عند مناداته، عدم اهتمامه بالأطفال من نفس عمره.

عرض نتائج الاختبارات القبلية للحالة السادسة: طبقت على الحالة الاختبارات القبلية (ECAN)، (CARS) وكانت النتائج كالتالي:

- نتائج اختبار CARS: 48 نقطة.

- نتائج اختبار ECAN: 79 نقطة.

تعليق على نتائج الاختبارات القبلية: أظهرت النتائج أن لدى عبد الحفيظ درجة شديدة من التوحد قدرت بـ48 درجة، أما شدة الاضطرابات السلوكية قدرت بـ79 درجة أي شديدة.

عرض نتائج الاختبارات البعدية للحالة السادسة: بعد مرور عامين ونصف من التدريب، أجرى تقييم الحالة لحالة عبد الحفيظ (الذي تلقى أول علاج بعمر 3 سنوات ونصف) بتاريخ 2021/01/08 فكانت النتائج كالتالي:

- نتائج اختبار CARS: 24 درجة.

- نتائج اختبار ECAN: 54 درجة.

تعليق على نتائج الاختبارات البعدية: نلاحظ أن درجة التوحد عند عبد الحفيظ انخفضت بـ24 درجة أي من الشديد إلى البسيط، أما شدة الأعراض فقد انخفضت بـ14 درجة بعد إعادة تطبيق سلم (ECAN).

مناقشة نتائج الحالة السادسة:

الدرجة / الاختبار	قبلي	بعدي
ECAN	79	54
CARS	48	24

جدول رقم (11) يقارن بين نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية على اختباري ECAN- CARS

يلاحظ من خلال الجدول أن درجة التوحد انخفضت من الشديد إلى المنخفض بدرجة 24، أما شدة الاضطرابات السلوكية فقد انخفضت إلى 54 درجة أي بسيطة بعدما كانت 79 درجة أي شديدة.

ونرجع هذا التحسن إلى استفادة الحالة من البرنامج العلاجي التربوي (شوبلر shopler)، وهذا ما أكده التقرير الخاص بالحالة، حيث أصبح سلوكه أفضل مما كان عليه وذلك في جوانب عدة منها اهتمامه بالآخرين خاصة الأطفال الأقران، بالإضافة إلى تحسن ملحوظ في لغته.

10-7 / عرض نتائج الحالة السابعة:

تقديم الحالة

الاسم: عبد الرحمان

السن: 7 سنوات

الرتبة بين الإخوة: الثالث

الأب: 47 سنة

الأم: 40 سنة

ظروف الحمل والولادة: ولادة عادية

التطور الحسي الحركي:

أول ابتسامة: شهرين

شد الرأس: 3 أشهر

الجلوس: 5 أشهر

أول خطوة: 12 شهر

التشخيص: تاريخ أول فحص كان يوم 2016/03/04، حيث تم إحالة عبد الرحمان إلى المركز بسبب شكوك الوالدين وبعض الاضطرابات السلوكية الواضحة عليه كإيذاء نفسه خاصة في حالات نوبات الغضب.

عرض نتائج الاختبارات القبلية للحالة السابعة: طبقت على الحالة الاختبارات التالية (ECAN)، (CARS) وكانت النتائج كالتالي:

- نتائج اختبار ECAN: 80 درجة.

- نتائج اختبار CARS: 57 درجة.

تعليق على نتائج الاختبارات القبلية: أظهرت نتائج اختبار (CARS) أن لدى عبد الرحمان درجة شديدة من التوحد قدرت بـ57 درجة، أما اختبار (ECAN) فقد أظهر درجة شديدة من الاضطرابات السلوكية قدرت بـ80 درجة.

عرض نتائج الاختبارات البعدية للحالة السابعة: بعد مرور عام من التدريب، أجرى تقييم لحالة عبد الرحمان (الذي بدأ علاجه في عمر 3 سنوات) بتاريخ 2017/03/08، فكانت النتائج كالتالي:

- نتائج اختبار ECAN: 64 درجة.

- نتائج اختبار CARS: 30 درجة.

تعليق على نتائج الاختبارات البعدية: نلاحظ أن درجة التوحد على سلم (CARS) انخفضت إلى 30 درجة أي من الشديد إلى المتوسط، أما درجة الاضطرابات السلوكية فقد انخفضت إلى 64 درجة أي من الشديد إلى المتوسط على سلم (ECAN).

مناقشة نتائج الحالة السابعة:

الدرجة / الاختبار	قبلي	بعدي
ECAN	80	64
CARS	57	30

جدول رقم (12) يقارن بين نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية على اختباري –ECAN CARS

يلاحظ من خلال نتائج الجدول القبلية والبعدية أن درجة التوحد انخفضت من الشديد إلى المتوسط بدرجة 17، أما الاضطرابات السلوكية فانخفضت بـ16 درجة أي من الشديد إلى المتوسط.

ونرجع هذا التحسن إلى أنشطة البرنامج العلاجي شوبلر shopler المقدمة للحالة، وهذا ما أكده التقرير الخاص به من قبل الطبيعة العقلية، فأظهر عليه تحسن ملحوظ في سلوكه حيث أصبح يجلس لمدة طويلة، يتصف بالهدوء، يستخدم كلمات مفهومة وذات معنى.

10-8/ عرض نتائج الحالة الثامنة:

تقديم الحالة

الاسم: مرام

السن: 3 سنوات

الرتبة بين الإخوة: الأولى والحيدة

الأب: 28 سنة

الأم: 24 سنة

ظروف الحمل والولادة: ولادة طبيعية

التطور الحسي الحركي:

أول ابتسامة: شهرين

شد الرأس: 3 أشهر

الجلوس: 5 أشهر

أول خطوة: 9 شهر

التشخيص: تاريخ أول فحص كان بتاريخ 2020/02/18، حيث تمت إحالتها إلى الوحدة بسبب شكوك الوالدين.

عرض نتائج الاختبارات القبلية للحالة الثامنة: طبقت على الحالة الاختبارات التالية (ECAN)، (CARS) وكانت النتائج كالتالي:

- نتائج اختبار CARS: 45 نقطة.

- نتائج اختبار ECAN: 69 درجة.

تعليق على نتائج الاختبارات القبلية للحالة: أظهرت النتائج القبلية لاختباري (CARS) و(ECAN) لحالة مرام، أن درجة التوحد قدرت بـ45 درجة أي فوق المتوسط، أما درجة الاضطرابات السلوكية فقدرت بـ69 درجة أي فوق المتوسط.

عرض نتائج الاختبارات البعدية للحالة الثامنة: بعد مرور من التدريب، أجرى تقييم لحالة مرام (التي بدأت علاجها في سن عامين) بتاريخ 2021/04/20 فكانت النتائج كالآتي:

نتائج اختبار CARS: 21 درجة.

نتائج اختبار ECAN: 48 درجة.

تعليق على نتائج الاختبارات البعدية: نلاحظ أن درجة التوحد عند مرام انخفضت إلى 21 درجة أي بسيطة، أما شدة الاضطرابات السلوكية فقد انخفضت إلى 48 درجة أي بسيطة.

مناقشة نتائج الحالة الثامنة:

الدرجة / الاختبار	قبلي	بعدي
CARS	45	21
ECAN	69	48

جدول رقم (13) يقارن بين نتائج القياس القبلي والبعدي للحالة الثانية على اختباري –ECAN CARS

نلاحظ من خلال أن درجة التوحد انخفضت بـ14 درجة أي من فوق المتوسط إلى البسيط، أما الاضطرابات السلوكية فقد انخفضت بـ21 درجة، أي من فوق المتوسط إلى الخفيف.

ويرجع هذا التحسن إلى استفادة الحالة من أنشطة وتمارين البرنامج العلاجي المقدم (شوبلر shopler).

وهذا ما أكده القياس البعدي لاختباري (CARS) و(ECAN) لدرجة التوحد والاضطرابات السلوكية وهذا التقييم تم بحضورنا حيث لاحظنا أن مرام تحسنت أكثر من لغتها وأصبحت تشكل كلمات مفهومة، تستجيب لابتسامة من حولها، تستمتع بألعابها وباللعب مع الأطفال الصغار.

11/ تعليق عام على الحالات الثمانية لأفراد العينة:

وبعد عرض الحالات الثمانية لأفراد العينة نستنتج انه:

- نسبة التوحد وشدة الاضطرابات السلوكية كانت مرتفعة عند الذكور أكثر من الإناث.
- التدخل المبكر للحالة سواء ذكر أو أنثى يكون ذو فعالية أكثر وأفضل، وتلقي علاج أحسن، ويسهم إلى حد كبير في تأهيل وتطوير الحالة التوحدية وهذا ما تؤكده حالة محمود الذي بدأ علاجه في سن عامين ونصف، وحالة عفاف التي بدأت علاجها في سن 22 شهر أنهما استفادا من أنشطة البرنامج العلاجي المقدم لهما، بعدما كان يعانيان من توحد شديد وبعدها انخفضت الشدة إلى البسيط وهذا بناء على القياس البعدي لاختبار (CARS)، وكذا شدة الاضطرابات السلوكية التي أصبحت خفيفة بعدما كانت شديدة وهذا بناء على مقياس (ECAN) في القياس البعدي.
- أنشطة وتمارين البرنامج العلاجي (لإيريك شوبلر Eric shopler) المقدمة لأفراد العينة والمتمثلة في (انظر الجدول رقم 05) أعطت فاعلية وأثر في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية لديهم، وهذا ما تبين بعد تقييمهم من خلال تطبيق القياس البعدي بناءا على اختبار (ECAN)

الفصل الخامس:

عرض ومناقشة النتائج

01-مناقشة وتحليل الفرضية الأولى.

02-مناقشة وتحليل الفرضية الثانية.

03-مناقشة وتحليل الفرضة الثالثة.

الاستنتاج العام.

تمهيد :

يتناول الفصل الخامس عرض ومناقشة الفرضيات في ضوء الواقع الميداني للبحث الحالي ، وفما يلي عرض مفصل لنتائج اسئلة البحث وتفسيرها.

فيما يلي مناقشة لفرضيات البحث في ضوء النتائج المتوصل إليها:

01/ مناقشة وتحليل الفرضة الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه "يوجد أثر للاستراتيجيات التعليمية المقدمة لأطفال التوحد في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (T-Test) لعينتين متطابقتين، وذلك للبحث عن دلالة الفروق بين متوسطات أفراد المجموعة بين القياس القبلي والبعدي على مقياس الاضطرابات السلوكية (ECAN) والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (14) يبين نتائج حساب اختبارات (T-Test) لأفراد مجموعة البحث بين القياس القبلي والقياس البعدي:

مقياس	العينة	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفرق بين القيم	الانحراف المعياري للفروق (SD)	اختبار للفروق (T-Test)	الدلالة الاحصائية
مقياس الاضطرابات السلوكية	08	القبلي	74	6.14120	21	6.71884	8.840	0.012
	08	البعدي	53	5.63154				

يتضح من الجدول رقم (14) أن قيمة المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة في القياس القبلي يقدر بـ(74) بانحراف معياري بلغ (6.14120)، وهو أكبر من قيمة المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة في القياس البعدي والذي قدر بـ(53) وبانحراف معياري بلغ (5.63154)، وأن قيمة متوسط الفرق بين

القيم بلغ (21) وبانحراف معياري للفروق (6.71884)، أما قيمة اختبار (T-Test) قدرت بـ(8.840) وبدلالة إحصائية قدرت بـ(0.012) وهي دالة.

وبالتالي توجد فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في الاضرابات السلوكية المطبق على أطفال التوحد.

ومنه نستنتج أن هناك أثر للاستراتيجيات التعليمية المقدمة لأطفال التوحد في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية. حيث وتتفق هذه النتيجة مع ما جاء به دراسة (بانيرال وآخرون) والتي هدفت إلى تقييم فاعلية برنامج التعليم المنظم (Teach) في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية، وقد أظهرت نتائجها فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم.

بالإضافة إلى دراسة غزال (2008) والتي هدفت إلى اختبار فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد حيث تكونت عينة الدراسة من (10) أطفال ذكور، وجاءت نتائجها مدعمة لفرضية دراستي حيث أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات الاجتماعية بين القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد المجموعة.

وتتفق أيضا هذه النتائج مع نتائج دراسة كريستينا واهلن وآخرون (2006) التي هدفت إلى دراسة مدى فاعلية برنامج تدريبي للتخفيف من حدة السلوكيات المضطربة لدى الطفل التوحدي والتي أكدت فاعلية البرنامج المستخدم.

كما أن نتائج دراستنا اتفقت مع نتائج دراسة صادق والخميسي (2004) والتي هدفت إلى التعرف على فعالية برنامج أنشطة اللعب في تنمية التواصل لدى الأطفال التوحديين، والتي أثبتت نتائجها فاعلية البرنامج الإرشادي المتبع حيث أن البرنامج المعتمد في الدراسة الحالية يركز على بعد التواصل البصري والتواصل اللغوي في أنشطته.

وكذلك دراسة ألكساندرا سالزار (2004) والتي تهدف إلى تحسين مهارات التواصل الاجتماعي وتعديل السلوكيات اللاتكيفية عند الأطفال التوحديين ما قبل المدرسة، والتي أوضحت نتائجها زيادة في سلوكيات الاحتياجات الاجتماعية وانخفاض في السلوكيات اللاتكيفية.

حيث ان برنامج شوبلر المقدم لعينة البحث يمس كل جوانب القصور في شخصية الطفل التوحدي والتي اكدتها الدراسات التي ذكرنها حيث يركز على الجانب اللغوي والاجتماعي والتواصل اللفظي والجسدي إضافة الى الاستقلالية والحركات العامة والدقيقة.

كما وترجع الباحثتان هذه النتائج إلى الميزات التي يختص بها برنامج (شوبلر shopler)، فهو يمتاز بمجموعة من الخصائص المحددة لبرنامج التدخل المبكر الفعالة، من بينها:

– تطابق منظم لإجراءات تقييم مقننة.

– أن يشتمل محتوى المنهاج المحدد للتوحد على تقليد الآخرين، القدرة على فهم واستعمال اللغة، القدرة على التفاعل الاجتماعي وإشراك الأسرة (**إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2004، ص 409**).

وهذه الخصائص يتوفر عليها برنامج (شوبلر shopler) كما أن أنشطة برنامج شوبلر تمتاز بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك مثلا: بل تقدم تأهيلا متكاملا للطفل (أنظر الجدول رقم 05) وهي مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل فرد، وهذا ما يزيد من فاعلية البرنامج.

وقد لاحظنا من خلال تقارير الطبيبة العقلية وجود التحسن، حيث جاء في التقارير النهائية لهؤلاء الأطفال أن منهم من أصبح يحفظ الأرقام والحروف والألوان، يكون جمل مفهومة ويتعرف على نفسه وعلى أفراد عائلته ويسمي الأشياء المحيطة، يتسم بالهدوء ويهتم بالألعاب...الخ. وهذا كدليل على استفادة هذه الحالات من أنشطة البرنامج العلاجي (شوبلر sopler).

ومن الملاحظ من نتائج أفراد العينة أن البرنامج العلاجي (لإيريك شوبلر) كان له تأثير في شدة اضطراب التوحد بين القياس القبلي والبعدي للحالات وذلك بناء على اختبار (CARS) فمنهم من انخفضت درجة التوحد لديه من الشديد إلى البسيط، ومنهم من انخفضت من الشديد إلى المتوسط، وهذا ما يؤكد فاعلية أنشطة وتمارين البرنامج المستخدم.

الأكيد أن هذه النتائج تعود إلى فاعلية برنامج شوبلر لأنه يعتمد على دور الأولياء أو الوالدين بدرجة كبيرة وربما هذا يعتبر عامل من عوامل أثر البرنامج الإيجابي على الأطفال.

2/ مناقشة وتحليل الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج الاختبار القبلي ونتائج الاختبار البعدي في الاضطرابات السلوكية تعزى لمتغير الجنس"

جدول رقم (15) يبين الفرق بين الجنسين في الاختبار القبلي والبعدي

الجنس	العينة	الإجراء	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدلالة المعنوية	الدلالة الإحصائية
ذكور	06	القبلي	75.33	6.62	0.012	دالة عند 0.05
	06	البعدي	55	4.98		
إناث	02	القبلي	70	1.41	0.043	دالة عند 0.05
	02	البعدي	47	1.41		

من خلال الجدول رقم (15) يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي فيما يخص الاضطرابات السلوكية لفئة جنس الذكور في القياس القبلي قدرت بـ(75.33) وبانحراف معياري بلغ (6.62) وأكبر من قيمة المتوسط الحسابي في القياس البعدي والذي بلغ (55) وبانحراف معياري قدر بـ(4.98) وبدلالة معنوية قدرت بـ(0.012) وهي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (0.05).

بينما قيمة المتوسط الحسابي فيما يخص الاضطرابات السلوكية لفئة جنس الإناث في القياس القبلي قدرت بـ(70) وبانحراف معياري قدر بـ(1.41) وهي أكبر من قيمة المتوسط الحسابي لفئة جنس الإناث في القياس البعدي والذي بلغ (47) وبانحراف معياري قدر بـ(1.41) وبدلالة معنوية قدرت بـ(0.043) وهي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (0.05).

وبالتالي توجد فروق مشاهدة بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى الذكور والإناث فيما يخص مستوى الاضطرابات السلوكية لدى أطفال التوحد أي أن البرنامج المستخدم قد خفف من حدة الاضطرابات السلوكية بين الجنسين ولصالح القياس البعدي وهذا ما يعني أن الفرضية الثانية تحققت.

واعتمدنا في عينة بحثنا على الذكور أكثر من الإناث لأن أغلب الحالات في الوحدة محل التربص هم من فئة الذكور حيث بلغ عددهم في مجتمع البحث (35) ذكر أما بالنسبة للإناث فبلغ عددهم (08).

كذلك تعود نتائج الفرضية الثانية إلى أن الذكور تحصلوا على نتائج مرتفعة في شدة الاضطرابات السلوكية في القياس القبلي ومع ذلك استفادوا من البرنامج المقدم، ومثال على هذه الحالة محمود حيث كان القياس القبلي للاضطرابات السلوكية (84) درجة، وبعد تطبيق أنشطة البرنامج العلاجي شوبلر انخفضت حدة الاضطرابات إلى (52) درجة بعد القياس البعدي وذلك بناء على مقياس (ECAN)، ويمكن ارجاع هده النتائج الى ان برنامج شوبلر صالح للذكور والاناث على حد سواء أي ان نشاطات البرنامج ساعدت على تحسن الحالات للجنسين وبدرجات متفاوتة.

3/ مناقشة وتحليل الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي في الاضطرابات السلوكية تعزى لمتغير السن".

جدول رقم (16) يبين الفرق بين القياس القبلي والبعدي لمتغير السن

السن	العينة	الإجراء	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدلالة المعنوية	الدلالة الاحصائية
3	2		70.50	2.12		
4	2		70.50	0.71	0.42	غير دالة
5	2	قبلي	75.50	12.02		
6	1		80.00			
7	1		79.00			
3	2		49.00	1.41		
4	2		49.50	4.95	0.071	غير دالة
5	2	بعدي	54.50	3.54		
6	1		64.00			
7	1		54.00			

من خلال الجدول رقم (15) يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي فيما يخص الاضطرابات السلوكية في القياس القبلي تراوحت ما بين (70.50-80.00) لمختلف أعمار أطفال عينة التوحد، وبدلالة معنوية قدرت بـ(0.42) وهي غير دالة احصائيا.

بينما قيمة المتوسط الحسابي فيما يخص الاضطرابات السلوكية في القياس البعدي تراوحت ما بين (49.00-64.00) لمختلف أعمار أفراد عينة التوحد، وبدلالة معنوية قدرت بـ(0.071) وهي غير دالة إحصائيا وبالتالي لا توجد فروق مشاهدة في القياس القبلي لمختلف أعمار عينة التوحد، وكذا لا توحد فروق مشاهدة في القياس البعدي لمختلف أعمار التوحد، أي أن الفرضية الثالثة لم تتحقق.

ومنه نستنتج أنه لا توجد فروق مشاهدة بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى الأطفال التوحديين فيما يخص مستوى الاضطرابات السلوكية تعزي لمتغير السن.

إذن أثبتت النتائج عدم وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي فيما يخص متغير السن وترجع الباحثتين هذه النتائج إلى: أن العمر الزمني لا يعبر عن عمر الطفل وإنما يتم التدخل التعليمي عن طريق حساب العمر العقلي للطفل حيث أن برنامج شوبلر يحدد نوع الأنشطة بما يتطابق مع العمر العقلي الذي يحدده مقياس (PEP) وهو أداة يستعملها برنامج شوبلر shopler لتحديد المجالات اللازمة للعلاج وهو عبارة عن جدول يحوي على الميادين العشر للبرامج ويتم التدخل وفقه بحساب العمر العقلي للطفل حيث ان الفلسفة التي تنطلق منها التربية الخاصة تشير الى ان فاعلية البرامج المقدمة لهده الفئة تنطلق من التدخل المبكر مع مراعاة العمر العقلي للطفل وهدا من بين الأسباب التي اشارت الى عدم وجود فروق في الاضطرابات السلوكية تعزي لمتغير السن كما ان أطفال التوحد لا يكتسون أي مهارات بدون التدريب والبرامج التعليمية حتي في مراحل عمرية متقدمة وهدا ما اشارت اليه العديد من الدراسات.

الاستنتاج العام:

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من "مدى فاعلية البرنامج التعليمية في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي"، وقد تألفت عينة الدراسة من (08) أطفال توحديين تتراوح أعمارهم من 03 إلى 07 سنوات متواجدين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية "حي الوئام" قصر البخاري، ثم تدريبهم على برنامج (شوبلر shopler) من عام إلى 3 سنوات.

وقد قمنا بالتحقق من مدى فاعلية البرنامج عن طريق المقارنة بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد العينة على سلم (ECAN) الذي يقيس شدة الاضطرابات السلوكية لدى أفراد عينة الدراسة وصيغت فرضيات بحثنا بالشكل التالي:

– يوجد أثر للاستراتيجيات التدريبية المقدمة لأطفال التوحد في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية لديهم.

– توجد فروق ذات دلالة احصائية بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس العدي تعزى لمتغير الجنس.

– توجد فروق ذات دلالة احصائية بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس العدي تعزى لمتغير السن

وللتحقق من فرضيات الدراسة قمنا باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياس القبلي والبعدي، وللتحقق من دلالة الفروق استخدمنا اختبار (T–Test) لمجموعتين متشابهتين، واختبار (T–Test) لمجموعتين مختلفتين وغير متساويتين، فكانت النتائج كالتالي:

نتائج الفرضية الأولى: من خلال النتائج المتوصل إليها يتبين أن الفروق ذات دالة بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي في حدة الاضطرابات السلوكية لصالح القياس البعدي، وهذا يعني أن الاستراتيجيات التعليمية المقدمة لأطفال التوحد فاعلية في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية.

نتائج الفرضية الثانية: من خلال النتائج المتوصل إليها يتبين أن الفروق دالة بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي في حدة الاضطرابات السلوكية والتي تعزى لمتغير الجنس.

نتائج الفرضية الثالثة: من خلال النتائج المتوصل إليها يتبين أن الفروق غير دالة بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي في حدة الاضطرابات السلوكية والتي تعزى لمتغير السن (عمر الطفل).

إذن فالنتائج التي تم الوصول إليها في الدراسة الحالية، تؤكد فاعلية وأثر الاستراتيجيات التعليمية المقدمة للطفل التوحدي في التخفيف من الاضطرابات السلوكية لديه، وتؤكد أيضا هناك فروق بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي في حدة الاضطرابات السلوكية تعزى لمتغير الجنس، أما بالنسبة لمتغير السن فلا توجد فروق دالة بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي في حدة الاضطرابات السلوكية. ما يؤكد فاعلية برنامج شوبلر في التعامل من حالات التوحد.

هذا وتبقى هذه النتائج في حدود عينة الدراسة والتي تأمل أن تكون بداية لدراسات مستقبلية تتناول عينات أكبر من هذه العينة.

خاتمـــــة

خاتمة:

يعتبر التوحد من الفئات الخاصة التي بدأ الاهتمام والعناية بها بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة، وذلك لما يعانيه الأطفال من هذه الفئة من إعاقة نمائية عامة تؤثر على مظاهر النمو المتعددة للطفل وتؤدي إلى انسحابه وانغلاقه على نفسه، كما أن التوحد يعد من أكثر الإعاقات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل.

ولقد طرحت الكثير من التساؤلات حول تدريب وتعليم هؤلاء الأطفال الموحدين وما هي الطرق الأكثر فاعلية في تعليمهم، وفي هذا السياق ظهرت العديد من البرامج لعلاج الأطفال التوحديين، ومن بينها برنامج (شوبلر Shopler) المستخدم في داستنا هذه والذي أثبت فاعليته في تدريب وعلاج الأطفال التوحديين في العديد من الدول.

وما تجدر الإشارة إليه، أن البرامج العلاجية لكي تنجح أو تعطي آثارا إيجابية ملموسة في تحسن حالة الطفل التوحدي، لابد أن تبدأ في وقت مبكر وبشكل مكثف ما أمكن، وأن تدار من قبل أخصائيين مدربين بشكل جيد كل حسب تخصصه، وبطريقة متناسقة وشاملة، بالإضافة إلى ضرورة مراعاة مرونة الخدمة المقدمة وتغييرها بتغير حالة الطفل التوحدي، وأن يعتمد على تشجيع الطفل وتحفيزه بكل الأساليب الممكنة، وأن تقيم تلك البرامج من حين لآخر وبشكل منتظم، مع محاولة مراعاة عوامل التغير البيئية بين المنزل والمدرسة والمجتمع، ولابد أن نشير كذلك إلى ضرورة أن يكون للوالدين دور واضح وملموس في البرنامج العلاجي المقدم لطفلهما، ومحاولة تدريب هؤلاء الوالدين للمساعدة في البرنامج وتوفير الجو والدعم النفسي والاجتماعي لهما.

توصيات واقتراحات الدراسة:

بناء على ما تم التوصل إليه من خلال الدراسة الحالية، والتي تناولت موضوعا هاما على البرامج العلاجية المقدمة لأطفال التوحد وأثرها في تخفيف الاضطرابات السلوكية لديهم، تبين ضرورة تقديم مجموعة من الاقتراحات وهي كالتالي:

01- القيام بمسح عام للأطفال المصابين بالتوحد في الجزائر، وإعداد كوادر متخصصة في التشخيص والآلية التي يتم بما المسح، خاصة لعدم وجود إحصائيات دقيقة حول نسبة انتشار التوحد في الجزائر.

02- ضرورة إجراء المزيد من البحوث والدراسات في مجال التوحد، وتناوله بشكل دقيق ومعمق في رسائل الدكتوراه، لما يتطلبه هذا الموضوع من جهد ووقت لا تتوفر عليه رسائل الماستر.

03- تقترح الطالبتان ضرورة توعية والدي الطفل التوحدي في كيفية التعامل معه وفق لخطط وبرامج إرشادية معدة من قبل الأخصائيين النفسيين.

04- ضرورة التكوين النوعي للقائمين على تطبيق البرامج الخاصة بتربية وعلاج الأطفال التوحديين حتى نضمن فاعلية هذه البرامج.

05- ضرورة تحلي القائمين على تطبيق البرامج الخاصة بالتوحديين بالالتزام والصبر والمثابرة، نظرا لصعوبة التعامل مع الطفل التوحدي من جهة، ولأن النتائج المرجوة لا تظهر إلا بعد وقت طويل.

06- من المهم أن يكون الكشف عن الطفل التوحدي والتدخل العلاجي مبكرين وذلك لتسهيل عملية العلاج والحصول على نتائج إيجابية في السنوات القادمة من حياته.

07- دعم عائلات أطفال التوحد من أجل تجاوز الأزمنة التي يجتازونها، وحمايتهم من الضغوط.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية:

1- إبراهيم العثمان، إيهاب الببلاوي (2012) مدخل إلى اضطرابات التوحد ط1، دار الزهراء، الرياض.

2- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2004) التوحد الخصائص والعلاج، دار وائل للطباعة والنشر، جامعة الأردن.

3- إبراهيم محمود بدر (2004) الطفل التوحدي تشخيص وعلاج، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.

4- آدم، حاتم محمد (2003)، الصحة النفسية للطفل من الميلاد حتى 12 سنة، ط1، مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة، مصر.

5- أسامة فاروق مصطفى، السيد كمال الشربيني (2011) التوحد أسبابه التشخيص العلاج، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.

6- الإمام محمد صالح والجوالدة فؤاد عيد (2010) التوحد ونظرية العقل، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع.

7- باظه، آمال عبد السميع، (2001) مقياس الاضطرابات السلوكيةوالوجدانية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

8- بدوي، عبير مصطفى رفعت (2006) مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات النمائية لدى عينة من الأطفال التوحدين رسالة دكتوراه جامعة المثينا، كلية التربية.

9- بيومي لمياء عبد الحميد (2008) فاعلية برنامج تدريسي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة قناة السويس، مصر.

10- جابر، شريف، (2018)، الخصائص السيكومترية لقياس اضطراب التوحد لدى الأطفال، المجلة السعودية للتربية الخاصة، جامعة الملك سعود، السعودية.

11- جبل فوزي محمد (2000)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية امكتبة الجامعية الإسكندرية، مصر.

12- الحديدي، منى والخطيب جمال (2004) برنامج تدريبي للمعوقين ط1، عمان، دار الفكر.

13- حقي ألفت (2000) الاضطراب النفسي الشخصي والعلاج والوقاية مركز الإسكندرية للكتاب مصر.

14- الحميدان عمر (2016) فاعلية برنامج تدريبي قائم على النظرية السلوكية في تنمية المهارات اللغوية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مؤتمر التدخل المبكر، مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، دولة الإمارات العربية المتحدة.

15- الخطيب، رندا (2009) الطفل التوحدي براءة لا يتسع لها فضاء الحياة، الملف....أطفالنا، 19 مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد

16- خليل عبد الرحمن، المعايطة ومصطفى نوري، لقمش (2007) الاضطرابات السلوكية والانفعالية عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

17- رشاد علي عبد العزيز موسى (2002) علم النفس الإعاقة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

18- ربحي مصطفى عليان وآخرون (2008) أساليب البحث العلمي وتطبيقاته في التخطيط والإدارة، الطبعة الأولى، عمان، دار صفاء.

http://www.kfshrc.edu-sa/atfalouna/Issue19/Atfa 4-2-4.pdf

19- الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج (2003) الإعاقة السمعية، دار وائل عمان الأردن.

20- سعيد حسن العزة (2009) التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، الطبعة الأولى، دار الثقافة، عمان.

21- سليمان عبد الرحمن سيد (2000)، الذاتوية "إعاقة التوحد عند الأطفال ط1، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

22- سليمان عبد الواحد يوسف (2010) اضطرابات النطق والكلام واللغة لدى المعوقين عقليا والتوحديين، ط1، القاهرة، ايثراك للطباعة والنشر.

23- سوسن شاكر الجلبي (2005) التوحد الطفولي أسبابه - خصائصه - تشخيصه -علاجه، سوريا، دمشق، متوسطة علاء الدين للطباعة والنشر والتوزيع.

24- سوسن شاكر مجيد (2010) التوحد أسبابه-خصائصه-تشخيصه-علاجه-الطبعة الثانية، دار ديبونو للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

25- شحادة، حسن والنجار، زينب (2003)، معجم المصطلحات التربوية والنفسية عربي-انجليزي الدار المصرية اللبنانية القاهرة، مصر.

26- عادل جاسب شبيب (2008)، " ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال التوحديين من وجهة نظر الآباء" رسالة ماجستار، الجامعة الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح..بريطانيا.

27- عادل عبد الله (2004) الإعاقة العقلية، سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة، دار الرشاد.

28- عبد الخالق، أحمد (2001)، أصول الصحة النفسية، ط2، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

29- عبد الرحمان سليمان (2001) إعاقة التوحد، ط2، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

30- عبد الرحمان سيد سليمان (2000)، محاولة لفهم الذاتوية مكتبة زهراء الشرق، الطبعة الأولى مصر.

31- عبد الله، محمد قاسم (2001) الطفل التوحدي أو الذاتوي الانطواء حول الذات معالجته "اتجاهات حديثة" عمان دار الفكر.

32- عبد المالك حبى، عيسى تواتي إبراهيم (2015) اضطراب الذاتوية بين الصعوبات التشخيصية والآفاق العلاجية، مجلة.

33- عبد المنعم الحفني (1978)، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي القاهرة، مكتبة مدبولي.

34- عثمان لبيب فراج (2002) الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة "تعريفها-تصنيفها-أغراضها-تشخيصها-أسبابها-التدخل العلاجي" المجلس العربي للطفولة والتنمية- القاهرة.

35- العزة السعيد حسني (2001) الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة، عمان الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.

36- عصام النمر (2015)، الأسرة وأطفالها ذوي الاحتياجات الخاصة، اليازوري للنشر والتوزيع، ط2، عمان، الأردن.

37- علا عبد الباقي إبراهيم (2011) اضطراب التوحد "الأوتيزم" ط1، القاهرة، عالم الكتب.

38- العلي رسلان (2008) متلازمة الصبغي X الهش، رسالة ماجستار غير منشرة، جامعة دمشق، سوريا.

39- غالب محمد، الحياري، (2012) خصائص الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأطفال والمراهقين، دار الفكر.

40- فايد، حسين علي، (2001)، العدوان والاكتئاب في العصر الحديث (نظرة تكاملية) ط1، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع الإسكندرية مصر.

41- فطوم، هبة نوفل (2010) مركز التوحد، الجمهورية العربية السعودية، جامعة دمشق، كلية الهندسة المعمارية.

42- فكر لطيف متولي (2015) استراتيجيات التدريس لذو اضطراب الأوتيزم (اضطراب التوحد)، الطبعة الأولى، مكتبة الرشد فلسطين.

43- الفوزات محمد أحمد عبد العزيز (2002) طيف التوحديين الحقيقة والغموض، مرشد إلى الوالدين والمهنيين، عالم الكتب الرياض.

44- فوقيه، حسن رضوان (2004) الاضطرابات المعرفية المزاجية القاهرة، دار الكتاب الحديث.

45- القاسم جمال وعبيد، ماجدة والزعبي، عمار (2000) الاضطرابات السلوكية دار الصفاء للنشر والتوزيع عمان، الأردن.

46- قحطان أحمد الظاهر (2008) التوحد، ط1، دار وائل للنشر والطباعة، عمان.

47- القمش مصطفى توري (2011) اضطرابات التوحد، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

48- قواسمة كوثر (2011) أثر برنامج التدخل المبكر في تحسين االمهارات الأساسية لدى أطفال التوحد، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية.

49- كازدين، ألان، ترجمة: عادل عبد الله محمد (2003) الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين ط2، دار الإرشاد القاهرة مصر.

50- كريستين نصار، جانيت يونس (2009) التوحد، ط1، بيروت، المطبوعات للتوزيع والنشر.

51- كريمان بدير (2004) الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة، عالم الكتاب.

52- كيفوركيان، جابي (2011) التوحد.....اضطراب يزداد باضطراد القدس الطبية، 46، الإثنين، 2011/1/10.

53- اللالا وآخرون (2011) أساسيات التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الرياض، السعودية.

54- ماجد السيد علي عمارة (2005) إعاقة التوحديين والتشخيص الفارقيمكتبة زهرة الشرق، الطبعة الأولى القاهرة.

55- محمد أحمد خطاب (2005) سيكولوجية الطفل التوحدي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، جامعة عين شمس.

56- محمد السيد، عبد الرحمن منى خليفة، علي حسن، (2003)، تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية على المهارات النمائية، القاهرة، دار الفكر.

57- محمد علي فتيحة (2001) "معا لنتواصل لحياة أفضل" حلقة نقاشية حول التوحد، الإمارات العربية المتحدة، الشارقة في الفترة من 5-7 يونيو.

58- محمود عبد الرحمان الشرقاوي (2018) التوحد ووسائل علاجه، ط1، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

59- محمود فيكي (2004) الضغط العصبي والاكتئاب عند الأطفال والمراهقين، ط1، قسم الترجمة، دار الفاروق للنشر والتوزيع القاهرة، مصر.

60- مراد عصام (2004)، الاكتئاب مرض العصر الحديث، دار الطلائع للنشر والتوزيع والتصدير، القاهرة، مصر.

61- المفلوث فهد بن أحمد (2006) التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه، السعودية، مؤسسة الملك خالد الخيرية.

62- منال متفال قاسم (2000) الاضطرابات السلوكية، ط1، عمان دار الصفاء.

63- المهدي خالد (2008) المعاق طاقة لا إعاقة، الأنباء، 15.

64- موسى، رشاد علي (2000)، الصحة النفسية دار النهضة العربية، القاهرة مصر.

65- نايف عابد الزارع (2010) المدخل لاضطراب التوحد، دار الفكر للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.

66- نصر، سهى أحمد أمين (2002) الاتصال اللغوي للطفل التوحدي التشخيص، البرامج. عمان: دار الفكر.

67- هثلي مارتن ورامزي، روبرتا وألجوزين، روبورت، ترجمة جابر عبد الحميد جابر (2004)، خصائص التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة واستراتيجيات تدريسهم، 16 دار الفكر العربي القاهرة مصر.

68- هلا فؤاد كمال الدين (2001)، تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي.

69- وفاء الشامي (2004) خفايا التوحد أشكاله وأسبابه وتشخيصه، مركز جدة للتوحد، الطبعة الأولى جدة.

70- وفاء علي الشامي (2004) سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها، جدة مركز جدة للتوحد.

71- ولكر، سيدني، ترجمة: علي شعيب وسيد فرحات (2003)، النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال الأسباب والعلاج (دراسات حالة) ط1 مكتبة زهراء الشرق، القاهرة مصر.

72- وليد محمد علي (د.س) التوحد المفهوم وطرق العلاج، أطفال الخليج، ذوي الاحتياجات الخاصة. www.gulf kids.com.

73- يوسف جمعة (2000) الاضطرابات السلوكية وعلاجها، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

74- يونس انتصار (2000)، السلوك الإنساني، المكتبة الجامعية الإسكندرية، مصر.

المراجع باللغة الأجنبية:

1- Hill,E,L& Frith.U (2002) Understondiy Autism, insight from mind and brain in : the royal society.N.8.pp :281-289.

Htt://concience.rix.cnrs.fr/articles pdf/frith 2003.pdf.

2- Bornard , J et al (2002) Autism in schools the National Autistic society.

3- Wolf-shemine, Enide (2000) : Teaching Autistic children speech with smile paper in ference Autism 99, http://www .Autism99/orgl.

4- Barry, T, Klinger, L, M, hee, j, palardry, N, Gilmore, et Bodin (2003) : Exsamining the effectivenesse of on outpatient clinic based sosical joumal of autism and devlopmental disorders, 33(6).

5- Dawson,G, Toth, K,ostiling, j, A et hiaw, j (2004) : Early social attention impairments in autism, social orienting joint attention et attention to distress , Devlopméntal psycology, 40 (2). 27.

6- Autism society of Amirica (2016), Departement of consumer and regulatury affairs, Governement of the district of clombia retrieved from http://www.autusme-society.org.

7- American psychiatrique association, 2005 manual diagnostique et statistique des troubles mentaux 4 éme édition, MASSON.

8- Gabriel, Robin L (2003) : Art thrapy with children who have autismand their families malochidi, cathya, (ED) hand bookof Art Therapy, 193-206, Newyork, US : Gilford XVSI, 64.

9- Lisa ouss-Ryngaert, L'enfant autiste. Editions jhon Libbey Eurotexte, France, 2008.

10- www.dupuiselise-Ganalblog.com .10/12/2001.

الملاحـــق

الملاحق

الملحق رقم 01:

M-CHAT
EMACAPAP 2006
قائمة استبيان التوحد عند الأطفال

الرجاء الاجابه على كل الأسئلة التالية (نعم / لا) موضحا كيف يكون تصرف الطفل دائما. و إذا كان التصرف نادرا (مثال: رأته الأم مرة أو مرتين)؛ الرجاء الإجابة كما لو كان الطفل لا يقوم به.

	لا	نعم
1- هل يستمتع طفلك بالأرجحة أو بالهدهدة (يهزهز) على ركبتيك (فوق حجرك) ؟		
2- هل لطفلك اهتمام بالأطفال الآخرين ؟		
3- هل يحب طفلك التسلق(التشعبط) على الأشياء مثل صعود السلم (الدرج)؟		
4- هل يستمتع طفلك بلعبة الاختباء والاختفاء(ألغميضه / الأستغمايه)؟		
5-هل يتظاهر طفلك بالحديث في التليفون (الهاتف) أو الاعتناء بالدمى (ألعروسه) أو التظاهر بأشياء أخرى ؟		
6-هل يستخدم طفلك إصبعه (سبابته) للإشارة أو السؤال عن شيء؟		
7-هل يستخدم طفلك إصبعه (سبابته) للتعبير عن اهتمامه بشيء معين ؟		
8-هل يلعب طفلك كما ينبغي باللعب الصغيرة مثل السيارات، المكعبات (الكراهب أو الليجو)بدون أن يضعها في فمه أو يعبث بها أو يرميها؟		
9-هل يحاول طفلك أن يجلب أشياء لكي يريك شيء ما؟		
10-هل يمكن لطفلك أن ينظر(يخزر، يحدق) في عينيك لأكثر من ثانية؟		
11-هل يبدو طفلك حساسا للضوضاء و الأصوات (مثال يغلق أو يسد أذنيه ؟)		
12-هل يتجاوب طفلك لابتسامتك أو نظرتـــــــــك بابتسامه ؟		
13-هل يقلدك طفلك (مثل يقوم بتقليد وجهك معبرا عن الفرح أو الحزن		

1

14-هل يستجيب (يلتفت أو يتلفتشي) الطفل عندما تناديه باسمه ؟

15- عندما تشير(اتوري) إلى لعبة في الغرفة، هل ينظر طفلك إليها ؟

16- هل يمشي طفلك ؟

17-هل ينظر(يخزر) طفلك إلى الأشياء التي تنظر(تخزر) إليها؟

18-هل يقوم طفلك بحركات غير اعتيادية بأصابعه أمام وجهه؟

19-هل يحاول طفلك جذ ب(لفت) انتباهك إلى ما يقوم به (يفعله) ؟

20- هل تساءلت يوما" إذا كان طفلك أصم(لا يسمع)؟

21- هل يفهم طفلك ما يقوله الآخرون (الناس) ؟

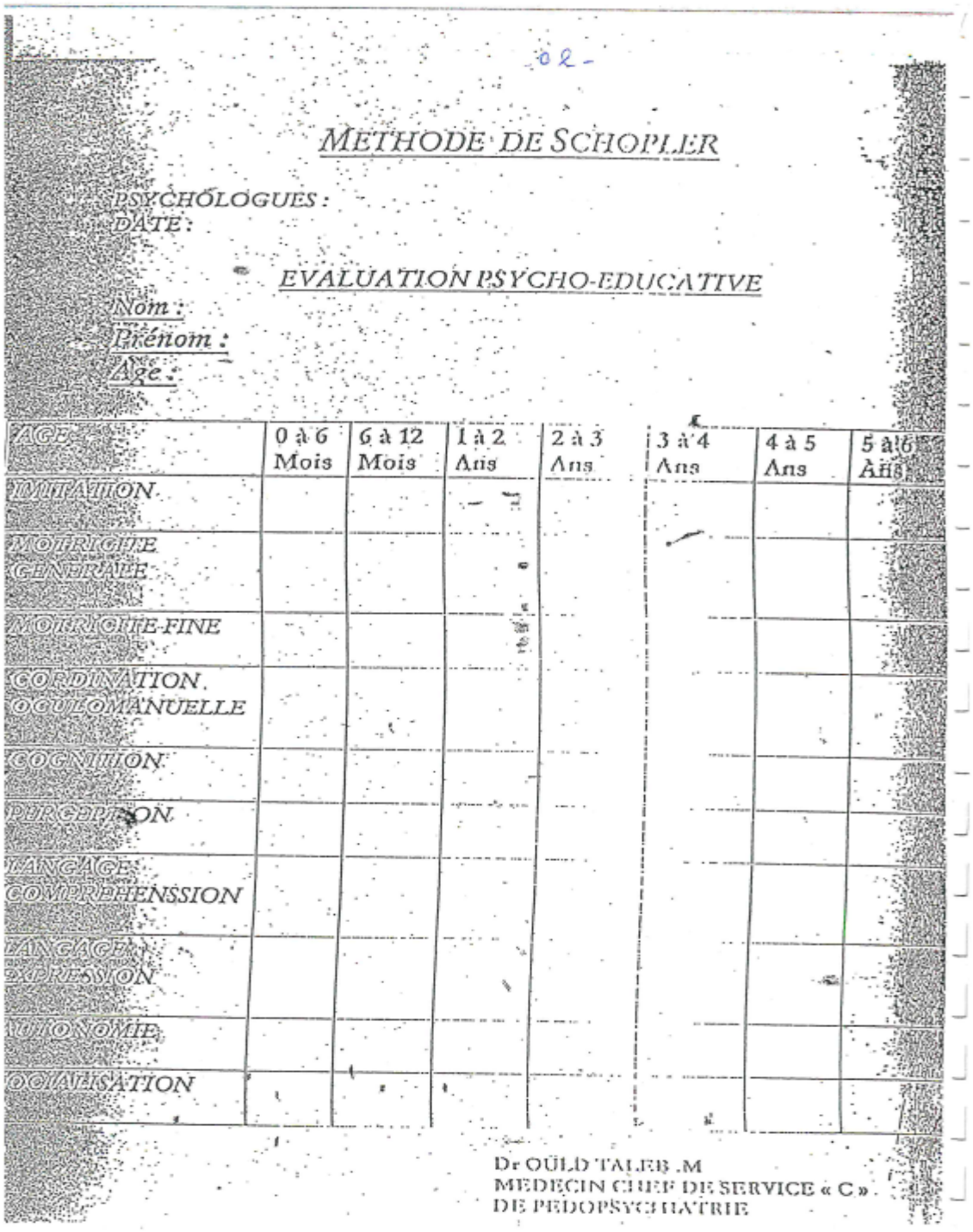
22- هل يحدق (يخزر) طفلك أحيانا في شيء غير معين أو يتجول بدون هدف ؟

23- هل ينظر(يخزر) طفلك إلى وجهك لمعرفة إحساسك أو رد فعلك عندما يواجه شيئا غير مألوف (معتاد عليه)

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton

2

الملحق رقم 02:



02-

METHODE DE SCHOPLER

PSYCHOLOGUES :
DATE :

EVALUATION PSYCHO-EDUCATIVE

Nom :
Prénom :
Age :

AGE	0 à 6 Mois	6 à 12 Mois	1 à 2 Ans	2 à 3 Ans	3 à 4 Ans	4 à 5 Ans	5 à 6 Ans
IMITATION							
MOTRICITE GENERALE							
MOTRICITE FINE							
COORDINATION OCULOMANUELLE							
COGNITION							
PERCEPTION							
LANGAGE COMPREHENSSION							
LANGAGE EXPRESSION							
AUTONOMIE							
SOCIALISATION							

Dr OUILD TALEB .M
MEDECIN CHEF DE SERVICE « C »
DE PEDOPSYCHIATRIE

الملحق رقم 03:

CARS – T

ECHELLE D'EVALUATION DE L'AUTISME INFANTILE

Eric SCHOPLER et Col.
Traduction et adaptation française : Bernadette ROGE

CAHIER DE NOTATION

NOM .....

N° D'IDENTIFICATION .....

DATE DE L'EXAMEN ANNEE ..... MOIS ..... JOUR .....

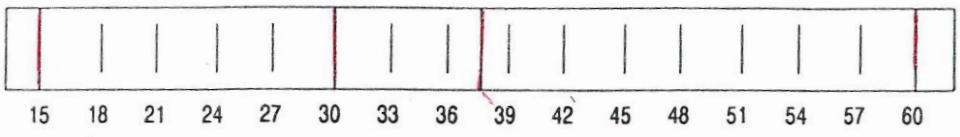
DATE DE NAISSANCE : ANNEE ..... MOIS ..... JOUR .....

AGE CHRONOLOGIQUE ANNEES ..... MOIS .....

EXAMINATEUR : .....

SCORES AUX DIFFERENTES CATEGORIES

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	SCORE TOTAL



autisme léger

LEGEREMENT A MOYENNEMENT AUTISTIQUE

SEVEREMENT AUTISTIQUE

EDITIONS ET APPLICATIONS PSYCHOLOGIQUES
95, boulevard de Sébastopol • 75002 PARIS

PHOTOCOPIE INTERDITE • Tous droits de traduction, de reproduction [illegible]

INSTRUCTIONS :

Pour chaque catégorie, utiliser l'espace prévu en dessous de chaque item pour prendre des notes sur les comportements à évaluer. Lorsque l'observation est terminée, coter les comportements correspondant à chaque item. Pour chaque item, entourer le nombre qui correspond le mieux à la description du comportement de l'enfant. Il est possible de nuancer la description en utilisant les notes intermédiaires, 1,5 – 2,5 – 3,5. Pour chaque item des critères de cotation abrégés sont fournis. Se reporter au chapitre 2 du manuel pour prendre connaissance des critères de cotation détaillés.

I – RELATIONS SOCIALES :

1,5 — ***1 – Pas de difficulté ou d'anomalie dans les relations avec les personnes.*** Le comportement de l'enfant est approprié à l'âge. Un certain degré de timidité, de gêne ou de contrariété lié au fait d'être guidé dans les activités peuvent être observées mais pas davantage que chez les enfants normaux du même âge.

2,5 — ***2 – Anomalies mineures dans les relations.*** L'enfant peut éviter de regarder l'adulte dans les yeux, peut éviter le contact avec l'adulte ou se montrer réticent si l'interaction est initiée de manière forcée, être excessivement timide, être moins sensible à la présence de l'adulte qu'il ne serait normal ou s'aggriper plus souvent aux parents que la plupart des enfants du même âge.

3,5 — ***3 – Anomalies moyennes dans les relations.*** L'enfant présente parfois des comportements de retrait, il paraît insensible à la présence de l'adulte. Une intervention importante et durable peut parfois être nécessaire pour obtenir l'attention de l'enfant. Le contact initié par l'enfant lui – même est minime.

4 – Anomalies sévères dans les relations. L'enfant est constamment en retrait et insensible à ce que fait l'adulte. Il ne répond pratiquement jamais et ne cherche presque jamais le contact avec l'adulte. Seuls les efforts les plus prolongés pour attirer l'attention de l'enfant peuvent avoir un effet.

OBSERVATIONS :

II – IMITATION :

1,5 — ***1 – Imitation appropriée.*** L'enfant peut imiter des sons, des mots et des mouvements qui correspondent à son niveau.

2,5 — ***2 – Imitation légèrement anormale.*** La plupart du temps, l'enfant imite des comportements simples tels que taper des mains ou reproduire des sons. Occasionnellement, il n'imite qu'en y étant poussé ou après un délai.

3,5 — ***3 – Imitation moyennement anormale.*** L'enfant n'imite que de temps à autre et l'adulte doit insister et l'aider pour qu'il le fasse. Fréquemment, l'enfant n'imite qu'après un délai.

4 – Imitation sévèrement anormale. L'enfant n'imite que rarement ou jamais des sons ou des mouvements même quand il y est poussé ou aidé par l'adulte.

OBSERVATIONS :

III – REPONSES EMOTIONNELLES :

1 – *Réponses émotionnelles appropriées à l'âge et à la situation.* L'enfant présente un type et une intensité de réponse normaux. Cela se manifeste par un changement au niveau de l'expression faciale, la posture et la façon de se comporter.

1,5

2 – *Réponses émotionnelles légèrement anormales.* L'enfant présente parfois un type et un degré de réaction émotionnelle inappropriés. Les réponses ont parfois peu de liens avec les objets ou les événements présents.

2,5

3 – *Réponses émotionnelles moyennement anormales.* L'enfant présente des signes d'inadéquation dans le type et l'intensité des réponses émotionnelles. Les réactions peuvent être relativement inhibées ou excessives, peuvent être sans rapport avec la situation. L'enfant peut grimacer, rire, ou se raidir même si rien dans l'environnement ne semble devoir provoquer une émotion.

3,5

4 – *Réponses émotionnelles sévèrement anormales.* Les réponses sont rarement appropriées à la situation. Lorsque l'enfant est dans un état émotionnel déterminé, il est difficile de le faire changer d'humeur. Inversement, il peut présenter des émotions très différentes alors que rien n'a changé dans la situation.

OBSERVATIONS :

IV – UTILISATION DU CORPS :

1 – *Utilisation du corps normale pour l'âge.* L'enfant bouge avec la même aisance, la même habileté et le même niveau de coordination qu'un enfant du même âge.

1,5

2 – *Utilisation du corps légèrement anormale.* De légères particularités tels que maladresse, mouvements répétitifs, pauvreté des coordinations, sont observées. Des mouvements plus inhabituels peuvent apparaître mais rarement.

2,5

3 – *Utilisation moyennement anormale du corps.* Des comportements qui sont nettement étranges ou inhabituels pour un enfant de cet âge sont relevés : mouvements bizarres des doigts, posture particulière des doigts ou du corps, fixation du regard sur une partie du corps, manipulation du corps, auto-agression, balancement, tournoiement, agitation des doigts ou marche sur la pointe des pieds.

3,5

4 – *Utilisation sévèrement anormale du corps.* Des mouvements tels que ceux décrits ci-dessus apparaissant avec une intensité et une fréquence importante correspondent à une utilisation sévèrement anormale du corps. Ces comportements peuvent persister en dépit des tentatives pour les éliminer ou pour impliquer l'enfant dans d'autres activités.

OBSERVATIONS :

V – UTILISATION DES OBJETS :

1 – Intérêt normal pour les jouets et autres objets, utilisation appropriée. L'enfant manifeste un intérêt normal pour les jouets et les autres objets adaptés à son niveau d'habileté et les utilise d'une manière appropriée.

1,5

2 – Intérêt légèrement anormal pour les jouets et les autres objets, utilisation légèrement inappropriée. L'enfant peut présenter un intérêt atypique pour les objets ou jouer avec d'une manière immature (par exemple, tape avec le jouet ou le suce).

2,5

3 – Intérêt moyennement anormal pour les objets, utilisation moyennement inappropriée. L'enfant peut manifester peu d'intérêt pour les jouets ou d'autres objets, ou peut les utiliser d'une manière étrange. Il peut localiser son attention sur une partie insignifiante du jouet, être fasciné par le reflet de la lumière sur l'objet, mobiliser de manière répétitive une partie de l'objet ou jouer avec un seul objtet à l'exclusion de tous les autres.

3,5

4 – Intérêt sévèrement anormal pour les objets, utilisation sévèrement inappropriée. L'enfant peut s'engager dans les comportements décrits ci-dessus, avec une fréquence et une intensité plus marquée. L'enfant est plus difficile à distraire de ses activités inappropriées.

OBSERVATIONS :

VI – ADAPTATION AU CHANGEMENT :

1 – Réponse au changement appropriée pour l'âge. L'enfant peut remarquer les changements de routine et faire des commentaires, mais il accepte ces modifications sans signes de détresse.

1,5

2 – Réactions légèrement anormales au changement. Quand un adulte essaie de changer les tâches, l'enfant peut continuer la même activité ou utiliser le même matériel.

2,5

3 – Réaction moyennement anormale au changement. L'enfant résiste activement aux changements de routine, essaie de continuer l'ancienne activité et il est difficile de le distraire. Il peut se mettre en colère et se montrer perturbé quand une routine établie est modifiée.

3,5

4 – Réaction sévèrement anormale au changement. L'enfant présente des réactions sévères au changement. Si un changement est imposé, il peut se fâcher, refuser de coopérer et manifester de la colère.

OBSERVATIONS :

VII – REPONSES VISUELLES :

1 – Réponses visuelles appropriées pour l'âge. Le comportement visuel de l'enfant est normal et approprié pour l'âge. La vision est utilisée avec les autres sens pour explorer un nouvel objet.

1,5

2 – Réponses visuelles légèrement anormales. Il faut rappeler de temps en temps à l'enfant de regarder les objets. L'enfant peut être plus intéressé par les miroirs ou les lumières que par ses pairs, il peut parfois fixer dans le vide. Il peut aussi éviter de regarder les gens dans les yeux.

2,5

3 – Réponses visuelles moyennement anormales. Il faut fréquemment rappeler à l'enfant de regarder ce qu'il fait. Il peut fixer dans le vide, éviter de regarder les gens dans les yeux, regarder les objets sous un angle inhabituel, ou tenir les objets très près des yeux.

3,5

4 – Réponses visuelles sévèrement anormales. L'enfant évite constamment de regarder les gens ou certains objets et peut présenter les formes extrêmes des particularités visuelles décrites ci – dessus.

OBSERVATIONS :

VIII – REPONSES AUDITIVES :

1 – Réponses auditives normales pour l'âge. Les réponses auditives sont normales et appropriées pour l'âge. L'audition est utilisée avec les autres sens.

1,5

2 – Réponses auditives légèrement anormales. Un certain manque de réponse ou une réaction légèrement excessive à certains bruits peuvent être relevés. Les réponses aux sons peuvent être différées. Il peut être nécessaire de reproduire un son pour attirer l'attention de l'enfant. L'enfant peut être distrait par des bruits extérieurs.

2,5

3 – Réponses auditives moyennement anormales. La réponse de l'enfant au bruit peut varier. Il ignore souvent un bruit lors de sa première présentation. Il peut sursauter ou se couvrir les oreilles en entendant des bruits entendus auxquels il est pourtant confronté quotidiennement.

3,5

4 – Réponses auditives sévèrement anormales. L'enfant répond trop ou trop peu aux bruits. La réponse est excessive quelque soit le type de stimulus sonore.

OBSERVATIONS :

IX – GOUT – ODORAT – TOUCHER (REPONSES ET MODES D'EXPLORATION) :

1 – Réponses normales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles ; utilisation normale de ces sens. L'enfant explore de nouveaux objets d'une manière appropriée pour l'âge, généralement en les touchant et en les regardant. Le goût et l'odorat peuvent être utilisés quand cela est adapté. Lorsqu'il réagit à des douleurs minimes et courantes, l'enfant exprime l'inconfort mais n'a pas de réaction excessive.

1,5

2 – Réponses légèrement anormales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles ; utilisation légèrement anormale de ces sens. L'enfant peut continuer à porter les objets à la bouche, renifler ou goûter des objets non comestibles, ignorer une petite douleur ou présenter une réaction excessive par rapport à la simple réaction d'inconfort d'un enfant normal.

2,5

3 – Réponses moyennement anormales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles ; utilisation moyennement anormales de ces sens. L'enfant peut être moyennement préoccupé par le fait de toucher, de sentir, de goûter les objets ou les personnes. L'enfant peut réagir trop fortement ou trop peu à la douleur.

3,5

4 – Réponses sévèrement anormales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles ; utilisation sévèrement anormale de ces sens. L'enfant est préoccupé par le fait de renifler, goûter ou toucher les objets davantage pour la sensation que par soucis d'explorer ou d'utiliser les objets. L'enfant peut ignorer complètement la douleur ou réagir très fortement à un léger inconfort.

OBSERVATIONS :

X – PEUR, ANXIETE :

1 – Peur ou anxiété normale. Le comportement de l'enfant est approprié à la situation compte tenu de l'âge.

1,5

2 – Peur ou anxiété légèrement anormale. L'enfant présente de temps à autre une peur ou une angoisse trop intense ou trop faible comparée à la réaction d'un enfant normal de même âge dans la situation semblable.

2,5

3 – Peur ou anxiété moyennement anormale. L'enfant présente une peur trop intense ou trop faible par rapport à la réaction d'un enfant même plus jeune dans une situation identique.

3,5

4 – Peur ou anxiété sévèrement anormale. Les peurs persistent même après l'expérience répétée de situations ou d'objets sans danger. Il est extrêmement difficile de calmer ou de réconforter l'enfant. A l'inverse, il peut ne pas réagir de manière appropriée à des dangers que les enfants du même âge évitent.

OBSERVATIONS :

XI – COMMUNICATION VERBALE :

1 – **Communication verbale normale pour l'âge et la situation.**

1,5

2 – **Communication verbale moyennement anormale.** Le langage présente un retard global. L'essentiel du discours a une signification, cependant l'écholalie ou l'inversion pronominale peuvent apparaître Des mots particuliers ou un jargon peuvent être utilisés occasionnellement.

2,5

3 – **Communication verbale moyennement anormale.** Le langage peut être absent. Lorsqu'elle est présente, la communication verbale peut être un mélange de langage doté de sens et de particularités telles que jargon, écholalie ou inversion pronominale. Le langage peut comporter aussi des particularités comme les questions répétées ou une préoccupation excessive pour des sujets spécifiques.

3,5

4 – **Communication verbale sévèrement anormale.** L'enfant n'utilise pas un langage fonctionnel. Il peut émettre des cris infantiles, des sons étrangers ou ressemblant à des cris d'animaux, des bruits complexes se rapprochant du langage, ou peut faire un usage bizarre et persistant de certains mots ou phrases.

OBSERVATIONS :

XII – COMMUNICATION NON VERBALE :

1 – **Communication non verbale normale pour l'âge et la situation.**

1,5

2 – **Communication non verbale légèrement anormale.** La communication non verbale est immature. L'enfant peut pointer vaguement du doigt ou touche ce qu'il veut dans les situations où un enfant normal du même âge montre du doigt ou présente des gestes spécifiques pour indiquer ce qu'il veut.

2,5

3 – **Communication non verbale moyennement anormale.** L'enfant est généralement incapable d'exprimer ses besoins ou désirs par gestes. Il est également incapable d'indiquer ce qu'il veut par des gestes.

3,5

4 – **Communication non verbale sévèrement anormale.** L'enfant n'utilise que des gestes bizarres ou particuliers qui n'ont pas de signification apparente. Il n'intègre pas la signification des gestes et des expressions faciales des autres.

OBSERVATIONS :

XIII – NIVEAU D'ACTIVITE :

1 – **Niveau d'activité normal pour l'âge et la situation.** L'enfant n'est ni plus actif, ni moins actif qu'un enfant normal du même âge dans une situation semblable.

1,5

2 – **Niveau d'activité légèrement anormal.** L'enfant est parfois légèrement agité ou plutôt ralenti. Le niveau d'activité de l'enfant n'interfère que très légèrement avec sa performance

2,5

3 – **Niveau d'activité moyennement anormal.** L'enfant peut être très actif et difficile à contrôler. Il peut dépenser de l'énergie sans limite et ne pas aller volontiers au lit le soir. A l'inverse, il peut être apathique et une stimulation importante est alors nécessaire pour le faire bouger.

3,5

4 – **Niveau d'activité sévèrement anormal.** L'enfant présente des niveaux d'activité extrêmes allant de l'hyperactivité à l'apathie. Il peut même passer d'un extrême à l'autre.

OBSERVATIONS :

XIV – NIVEAU INTELLECTUEL ET HOMOGENEITE DU FONCTIONNEMENT INTELLECTUEL :

1 – **Intelligence normale et fonctionnement intellectuel homogène.** L'enfant est aussi intelligent qu'un enfant du même âge et ne présente ni habileté exceptionnelle ni problème.

1,5

2 – **Fonctionnement intellectuel légèrement anormal.** L'enfant n'a pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant du même âge, ses capacités sont également retardées dans tous les domaines.

2,5

3 – **Fonctionnement intellectuel moyennement anormal.** En général, l'enfant n'a pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant normal du même âge. Cependant, il peut présenter une performance proche de la normale dans un ou plusieurs domaines du fonctionnement intellectuel.

3,5

4 – **Fonctionnement intellectuel sévèrement anormal.** Alors que l'enfant n'a généralement pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant normal du même âge, il se montre capable de fonctionner à un niveau supérieur par rapport aux enfants de son âge dans un ou plusieurs domaines.

OBSERVATIONS :

XV – IMPRESSION GENERALE :

1,5 1 – **Pas d'autisme.** L'enfant ne présente aucun des symptômes caractéristiques de l'autisme.

2,5 2 – **Autisme léger.** L'enfant présente seulement quelques symptômes ou un léger degré d'autisme.

3,5 3 – **Autisme moyen.** L'enfant présente un certain nombre de symptômes ou un degré moyen d'autisme.

4 – **Autisme sévère.** L'enfant présente beaucoup de symptômes ou un degré extrême d'autisme.

OBSERVATIONS :

الملحق رقم 04:

Echelle -Ecan

الرقم	السلوك	نعم	لا	احيانا	ملاحظات
1	هل يستجيب لاسمه عند مناداته				
2	هل يحرص على التواصل البصري " عين – عين "				
3	هل يحب الطفل العناق				
4	هل يحب الجلوس بالحضن				
5	هل يهتم بالأطفال من نفس عمره				
6	هل يحب المرح				
7	هل الطفل قليل البكاء				
8	هل الطفل سريع الغضب				
9	هل الطفل سريع الانفعال بشكل كبير				
10	هل يميل إلى ظواهر العناد كعدم تلبيته للنداء				
11	هل يؤشر إلى شيء يريده أو يهمه مثل: لعبة معينة .				
12	هل يلعب بالعابه الصغيرة مثل: سيارة رميها .				
13	هل يحرص الطفل بالعب بعجلة السيارة بشكل ملفت للنظر				
14	هل يظهر حساسية بالغة من بعض المثيرات مثل أصوات معينة(كأن يضع أصابعه بأذنه حتى لا يسمعها)				
15	هل يتفاعل من خلال الابتسامة أو الضحك				
16	هل يفضل العزلة والوحدة				

17	هل إذا أشرت إلى لعبة أو شيء في الغرفة هل ينظر إليها أيضا ويركز عليها .				
18	هل يحاول جلب الانتباه لبعض نشاطاته				
19	هل يطلب التعزيز على مهارة حققها – أي هل تعبيراته الفسيولوجية تنتظر الدعم المعنوي أو المادي –				
20	هل يتفحص تعابير وجهك ان تمت مواجهته بشيء عمله أو أخطأ به				
21	هل يحب الارتباط بلعبة معينة أو شيء معين .				
22	هل يميل الى النظر الى شيء في الغرفة أو لعبة لفترة طويلة				
23	هل يتصرف وكأنه أصم أو أبكم				
24	هل يكون احيانا شارد الذهن				
25	هل يتجول احيانا دون هدف				
26	هل يهز جسده أو رأسه كثيرا				
27	هل يمانع تغيير وضع العابه أو اغراضة في غرفته				
28	هل يميل الى ترداد ما تقولينة " جملة معينة " له بشكل ملفت للنظر .				
29	هل يظهر عليه علامات المتعة في اللعب مع إخوته أو الآخرين .				
30	هل يستعمل كلمات مفهومة وذات معنى				
31	هل لديه مبالاة تجاه ما يجري حوله .				
32	هل ينفعل عند ذهاب امه أو عند عودتها				