الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران2 – محمد بن أحمد-
كلية العلوم الاجتماعية
قسم: علوم التربية

واقع التكفل المؤسساتي لأطفال اضطراب التوحد في ولاية وهران

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر

تخصص: تربية خاصة

إعداد الطالبة:
بوجنان فتيحة إيناس

إشراف الأستاذة:
أ. لصقع حسنية

أمام لجنة المناقشة:

الاسم و اللقب	الرتبة	الصفة
أ. د. شارف جميلة	أستاذة	رئيسا
أ.د. لصقع حسنية	أستاذة	مشرفا و مقررة
أ . قورارة سماعين	أ. م .أ	مناقشا

السنة الجامعية: 2025/2024



أهدي ثمرة عملي هذا إلى من قال فيهما الله عزوجل:

"وَاخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُل رَّبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا "

الإسراء الآية 24

إلى الذي أحمل اسمه بكل فخر إلى سندي وملاذي

إلى الذي رافقني بالحب والرعاية والدعاء

أبي الغالي أطال الله عمره

إلى التي لا يطيب النهار إلا برؤيتها ولا تحلو الأيام إلا بوجودها

إلى التي حملتني وهنا على وهن أمي الحبيبة أطال الله عمرها

إلى من كانوا معي وساندوني إخوتي

إلى من ساعدتني وساندتني وكانت بجانبي رفيقة دربي

إلى من تقاسمت معهم شقاء هذا العمل صديقاتي

إلى كل عائلتي كبير و صغير

إلى كل أساتذتي طيلة مشواري الدراسي

شكر وعرفان

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله صلى الله عليه وسلم

الشكر الأول والأخير لله سبحانه وتعالى الذي أعانني ووهبني القدرة على إنجاز هذا العمل المتواضع

والشكر والتقدير لأستاذتي المشرفة " لصقع حسنية "

لتفضلها بالإشراف على هذه الرسالة وتوجيهاتها التي لم تبخل علي بها وصبرها وحرصها على متابعتي في المذكرة وأتوجه بالشكر لكل أساتذة شعبة التربية الخاصة على مجهوداتهم القيمة

كما أتوجه بالشكر إلى أساتذة لجنة مناقشة ، والطاقم الاداري و المدراء بكل من المركز البيداغوجي و العيادة الخاصة الفضاء النفسي أيضا إلى أمهات و أطفال طيف التوحد اللواتي أتحن لي الفرصة لإجراء المقابلة وتطبيق المقياس

إلى أسرتي الكريمة وكل من مد لي يد العون لإنجاز هذا البحث العلمي

وآخر دعائي الحمد الله رب العالمين

فهرس المحتويات

أ.....إهداء
ب.....شكر وعرفان
ج.....المحتويات
د.....قائمة الجداول
ه.....ملخص بالغة العربية
و.....ملخص بالغة الإنجليزية
ز.....مقدمة

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

الإشكالية.....04
فرضيات الدراسة.....04
أسباب اختيار الموضوع.....05
أهمية الدراسة.....05
أهداف الدراسة.....05
التعاريف الإجرائية.....05
الدراسات السابقة.....06

الجانب النظري

الفصل الأول: التوحد

تمهيد.....10
تعريف التوحد.....10
إحصائيات حول نسبة انتشار التوحد.....10
نظريات المفسرة للتوحد.....11
أسباب اضطراب التوحد.....12
أشكال اضطراب التوحد.....14
مقارنة بين أشكال اضطرابات التوحد.....15
أعراض التوحد.....16
خصائص التوحد.....18
أنواع التوحد.....18
تشخيص التوحد.....19
صعوبات التشخيص.....20
علاج اضطراب التوحد.....23
أهم البرامج التربوية الموجهة لأطفال التوحد.....26
رعاية الطفل التوحدي.....28
خلاصة.....30

الفصل الثاني واقع التكفل

تمهيد.....34
أولا: تعريف التكفل.....35
ثانيا: أهداف التكف.....36

ثالثا: أهمية التكفل.....36
رابعا: أنواع التكفل.....36
خامسا: تكفل الأسرة بطفل داخل المنزل.....39
سادسا: دور الأسرة في عملية التكفل داخل المركز.....39
خلاصة الفصل.....40

الفصل الرابع : الجانب التطبيقي

تمهيد 42
الدراسة الاستطلاعية 43
الأهداف 43
منهج الدراسة.....43
تعريف دراسة حالة 44
الحدود الدراسة.....44
الحدود الزمنية.....45
الحدود المكانية.....45
تلخيص عن المؤسسة العامة 45
تلخيص عن المؤسسة الخاصة.....45
وسائل البحث.....45
العينة 45

الفصل الرابع: عرض و تحليل النتائج

01-الدراسة الأساسية.....47
تعريف بالتفصل المؤسسة الحكومية.....92
دراسة الحالة 01.....48
دراسة الحالة 02.....48
دراسة الحالة 03 47
استنتاج.....98
مراحل التكفل في المؤسسة العامة 46
إستنتاج عام للتكفل في المؤسسة العامة 64
تعريف بالتفصل المؤسسة الخاصة 92
دراسة الحالة 01.....94
دراسة الحالة 02 96
دراسة الحالة 03 98
استنتاج 98
مراحل التكفل في المؤسسة الخاصة 98
إستنتاج عام للتكفل في المؤسسة الخاصة 67
اقتراحات و توصيات 97
خاتمة 97
المراجع 103

الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	أشكال اضطراب التوحد	29
02	خصائص عينة البحث الأساسية	81

ملخص بالغة العربية :

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على واقع التكفل المؤسساتي لأطفال التوحد في وهران حيت أجريت الدراسة على عينة تتكون من 6 أطفال موجودون بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا و العيادة الخاصة الفضاء النفسي كما تم اعتمد المنهج دراسة حالة و اما الأدوات المستخدمة في الدراسة الملاحظة و المقابلة و استخدام مقياس كارز و من تحليل النتائج :

1. يوجد تكفل بيداغوجي، نفسي واجتماعي لأطفال طيف التوحد سواء المنتمين للمؤسسات الحكومية أو الخاصة.
2. تتنوع أدوات التشخيص المبكر ضمن المؤسسات الحكوميةوالخاصةدراسة الحالة شبكات الملاحظة، الاختبارات النفسية واختبارات تشخيصية كاستخدام DMS5و استخدام تقنية DTT للتدخل المبكر.
3. تتبع كل من المؤسسات الحكومية أو الخاصة بروتوكولا علاجيا متكاملا يتضمن:

التشخيص الدقيق للحالة. ،وضع برنامج علاجي فردي ،خدمات الرعاية الصحية والنفسية.

العلاج السلوكي ،العلاج الوظيفي ، العلاج النطقي(التواصل اللفظي) ،تنمية التفاعلات الاجتماعية.

تقديم الخدمات الإرشادية للأولياء والأطفال والمختصين ،المتابعة المستمرة وتقديم الدعم.

4. يتوجه الآباء إلى المؤسسات الحكومية خاصة عند التشخيص المبكر لطيف التوحد، فيما يتوجهون إلى المؤسسات الخاصة في حالة التأخر في اكتشاف الاضطراب.
5. يعتبر الوعي بمظاهر طيف التوحد واحتياجات الطفل التوحدي أمر مهم وضروري لتحقيق التدخل الفعال في الوقت المحدد.
6. يوجد تباين في تقبل الأسرة لوجود ابن من طيف التوحد، وإن عدم تقبلهم لذلك ينعكس سلبا على علاقاتهم مع أبنائهم ويزيد من أثر الإصابة على الطفل، في ظل احتياجه للشعور بالحب والاحتواء من طرف الوالدين خاصة.
7. تثبت النتائج وجود تحسن في الوظائف العقلية لدى المبحوثين على غرار الوظائف العاطفية وهو ما يوضح لنا امتلاك المؤسسات العامة والخاصة للاستراتيجيات التعليمية المناسبة والفعالة في مجال تنمية النمو المعرفي والإدراكي لأطفال طيف التوحد، رغم وجود قصور في مجال تنمية مهاراتهم الحسابية.

08- تشير النتائج إلى ضعف في تنمية التفاعل الاجتماعي والعاطفي لدى أطفال طيف التوحد في ظل ضعف التكوين التخصص للمختصين ونقص الإمكانيات لتنفيذ البرامج العلاجية الخاصة بذلك

مقدمة

مقدمة:

تعيش الإنسانية اليوم عصر كثرت فيه الصعاب والأزمات النفسية وأصبحت الضغوط النفسية السمة البارزة عند المجتمعات المعاصرة والتي لها الأثر البالغ على صحة الأفرادوتوافقهم النفسي والاجتماعي.

ومن بين هذه الأزمات النفسية نجد المعاش النفسي الذي يعتبر من أهم المصطلحات الواسعة والحديثة في مجال علم النفس التي تصف لنا الإحساس الباطني الخفي للفرد، فالمعاش النفسي يرتبط بالحالات النفسية التي تنتاب الشخص لمدة غير محددة ناتجة عن انفعالات وأحداث أو ظروف ضاغطة حادة يواجهها في حياته كالأمراض أو الاضطرابات المزمنة مؤثرة بذلك على علاقاته، و طموحاته، وانجازاته المستقبلية .

ومن بين هذه الاضطرابات اضطراب التوحد الذي يعد اضطراب عصبي نمائي يظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من العمر يتميز بقصور في النمو التفاعل الاجتماعي وعملية الاتصال اللفظي وغير اللفظي وتكرار الحركات عند الطفل، حيث أن الطفل المتوحد يواجه صعوبة التواصل والاستجابة مع أقرانه والمحيط الذي يعيش فيه ووالديه خاصة ويعود هذا بسبب حاجر العزلة المكون حول الطفل أو عدم فهم وترجمة سلوكياته التي يقوم بها ، وهذا ما يجعل الأم في حيرة دائمة بين المسؤوليات الملقاة على عاتقها واهتمامها الزائد واضطرارها إلى التنازل عن أشياء من اجل تحصيل نوع من التوفق الأسري.

ونظرا لأهمية الموضوع قمنا بهذه الدراسة حول واقع التكفل المؤسساتي للمصاب بالتوحد وتم تقسيم البحث إلى:

الفصلالأول: الإطار العام للدراسة الذي يمثل مدخل الدراسة و هو بمثابة تقديم البحث تم فيه عرض الإشكالية الفرضيات أسباب الدراسة أهمية الدراسة أهداف الدراسة ثم تحديد المفاهيم و ينقسم البحث إلى جانب نظري ويشمل على:

الفصل الثاني : التوحد مفهوم التوحد إحصائيات حول نسبة انتشار اضطراب التوحد النظريات المفسرة أسباب وأشكال وأعراض و خصائص وأنواع التوحد بإضافة إلى

تشخيص وصعوبات التشخيص للتوحد وعلاج اضطراب التوحد وأهم البرامج التربوية الموجهة لأطفال التوحد

الفصل الثالث : التكفل بأطفال التوحد ، مفهومه ، اهمية التكفل ، أنواع التكفل ، مراحل التكفل ، استراتيجية التكفل .

الفصل الرابع : و يحتوي على الجانب الميداني .

الفصل الأول

- **الإشكالية**
- **فرضيات الدراسة**
- **أسباب اختيار الموضوع**
- **أهمية الدراسة**
- **أهداف الدراسة**
- **التعاريف الإجرائية**
- **الدراسات السابقة**

1/ الإشكالية :

تعد العملية التربوية من أصعب المهام التي تواجه المجتمعات إذ تتعامل مع النفوس البشرية متباينة تتكون من فئات مختلفة ، من بينها ذوي الاحتياجات الخاصة التي تعد من أكثر الفئات الحاجة للمساعدة و الرعاية و التكفل ، باعتبارهم أطفال يختلفون اختلافا ملحوظ عن الأفراد العاديين سواء في نموهم العقلي الانفعالي أو الاجتماعي مما يتطلب اهتمام خاص لهذه الفئة و مراعاتها من قبل مختصين و هذا من أجل إعداد طرق التشخيص ووضع برامج تربوية تتناسب مع كل إعاقة.

وان طيف التوحد واضطراب التوحد كلاهما من المصطلحات العامة لمجموعة من الاضطرابات المعقدة لنماء الدماغ تتميز هذه الاضطرابات بصعوبة في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي والغير لفظي والسلوكيات النمطية بدرجات متفاوتة .

يظهر التوحد بوضوح في السنوات الثلاثة الأولى من الحياة ويعرف التوحد انه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية ,وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد , وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ و التفاعل الإجتماعي.

حيث يستلزم التدخل من طرف فريق متعدد التخصصات ووفق معايير محددة عالميا تتضمن فريقا من المتخصصين مؤهلا في التوحد والبيئة التعليمية مهيأة مكيفة حسب احتياجات الطفل التوحدي مع التقييم الدوري باستخدام أدوات تقييم مقننة وبرامج تدريبية متخصصة بالإضافة إلى مشاكل الأسرة في العملية التكلفة ومؤسسات المتخصصة في هذا النوع من التكفل تكون له سياسة ورؤية واضحة لعملية التكفل.

و قد أشارت إبتسام بوشلاغم (2016) أن هناك أكثر من 80000طفل مصاب بالتوحد حسب البحث الذي قامت به الدكتوراه اسماء أو صديق و هي طبيبة نفسية لأطفال مستشفى شراقة بالجزائر العاصمة

و عليه جاءت هذه الدراسة الحالية لتسليط الضوء على واقع التكفل المؤسساتي لأطفال التوحد في الجزائر من أجل الاجابة على التساؤلات التالية :

- هل يستخدم فريق التخصص تقنيات التشخيص و القياس للتكفل بأطفال التوحد؟
- هل يستخدم فريق التخصص برتوكول علاجي يعتمد على علاجات الحديثة للتكفل بأطفال التوحد ؟

02-فرضيات الدراسة :

-يستخدم فريق التخصص تقنيات التشخيص و القياس للتكفل بأطفال التوحد
يستخدم فريق التخصص برتوكول علاجي يعتمد على علاجات حديثة بأطفال التوحد

أسباب اختيار الموضوع:

السبب المباشر الذي دفعنا إلى القيام بإنجاز هذا البحث هو معرفة إذا كان التكفل النفسي بالأطفال اضطراب التوحد داخل المراكز النفسية البيداغوجية حكومي بوهران و ما له تأثير فعال

- الرغبة في إضافة المعلومات جديدة تفتح أفاق جديدة للأبحاث العلمية.
- الميل في البحث وزيادة التعرف على هذا الموضوع.
- كون هذه الفئة مهمشة من طرف المجتمع

4- أهداف الدراسة:

- معرفة وإعطاء مفهوم واضح لفئة مضطربين التوحد من خلال البحث في المفاهيم الشاملة عنها:
- الكشف عن الظاهرة محل الدراسة
- إثراء السيكولوجية حول موضوع اضطراب التوحد
- التعرف أكثر على هذه الفئة من مجتمع.
- الكشف عن الواقع الذي يعيشه الطفل طيف التوحد
- 5- أهمية الدراسة:
- حث الأخصائيين والمربيين العاملين في الإطار النفسي والتربوي للتكفل بهذه الفئة.
- تساهم هذه الدراسة في إلقاء الضوء على أهمية التكفل النفسي و البيداغوجي لأطفال اضطراب التوحد قد تخفف اضطراباتهم.

6/ التعاريف الإجرائية :

- **التوحد :**

لغة : توحد ، يتوحد ، توحد بالشيء أي تفرد به .

التوحد كلمة مترجمة عن اليونانية و تعني العزلة و الانعزال .

اصطلاحا : التوحد هو إعاقة متعلقة بالنمو و عادة تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى بين عمر الطفل و هي ناتجة في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ .

عرف فاروق صادق (2003) التوحد على أنه نوع من الاضطرابات في النمو والتطور يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر فيؤثر على مختلف جوانب النمو بالسالب و التي قد تظهر في النواحي الاجتماعية و التواصلية و العقلية و الانفعالية والعاطفية .

إجرائيا : هو اضطراب نمائي سلوكي يظهر بشكل متزامن من خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ، يتميز بالعزلة و الانغلاق على الذات ، و يظهر لديه ضعف شديد في إقامة أي نوع من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين و حتى مع أقرب الناس و هم الوالدين بالإضافة إلى سلوكيات إبداء الذات و الآخرين و نوبات الغضب ، و يظهر هذا الاضطراب من خلال المعاينة التشخيصية و النفسية داخل المركز

التكفل لغة :التكفل هو التضامن و الكافل و الكفيل و الجمع كفل .

اصطلاحا : التكفل بأنه نظام خدمات التربوية و العلاجية و الوقائية و استراتيجيات مدروسة تقدم لطفال ممن لديهم احتياجات خاصة سواء نمائية و تربوية أو الطفال المعرضون للخطر الاصابة بإعاقات ، حيث يرتكز على تنمية و تعزيز قدرات الأطفال الشخصية بحيث يكونوا قادرين مع الاندماج مع الأسر بعد خروجهم من المركز

المركز النفسي البيداغوجي : هو مركز يقوم على استيعاب أشخاص ذوي الاعاقة الذهنية و من بينهم اضطراب التوحد من خلال تأهيلهم ليصبحوا قادرين على الاندماج في المجتمع و توصيل حاجاتهم الأساسية و التعبير عنها و من أهدافه توفير الحياة الكريمة لهم

7/ الدراسات السابقة :

01- دراسة علوان 2006 " تقييم برامج التربوية العلاجية المقدمة لدوي طيف التوحد جرت الدراسة على عينة من اطفال اضطراب التوحد في الأردن و تكونت عينة الدراسة من 120 فرد تم توزيعهم على النحو التالي ، 60شخص يمتلون اولياء أمور الأطفال ، طيف التوحد و 60معلم من مراكز التربية الخاصة و أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية البرامج الاجتماعية و الترفيهية المقدمة لطفل طيف التوحد من وجهة نظرا اولياء الأمور و المعلمين و إلى عدم فعالية البرامج التربوية (لغرير 2016 ، ص98)

02- دراسة سمير و اخرون 2020 التحديات في إدارة اضطراب طيف التوحد في البيئة التعليمية :

استعرضت هذه الدراسة التحديات التي تواجه المراكز التعليمية في تقديم الدعم للأطفال ذوي اضطراب التوحد و أكدت على أهمية التدريب المناسب للمعلمين و تعاون الأسر و اظهرت النتائج أن 85 %من المشاركين اشاروا غلى وجود صعوبات كبيرة في التكفل مما أثر سلبا على دمج الأطفال في المدارس) سمير جمال ، و عبد الله أحمد 2020 ، ص 234)

03- دراسة أحمد الصادق و الخمسي 2003 دور الأنشطة الجماعية في تنمية التواصل لدى أطفال المصابين بالتوحد و التلاميذ العاديين في مصر و توصلت النتائج الدراسة إلى وجود أثر للعب الجماعي على التواصل الغير اللفظي ، لدى تلاميذ المصابين بطيف التوحد من

خلال الأنشطة الرياضية المختلفة التي تعمل ن لإحداث نتائج علة كافة جوانب سلوك طيف التوحد من خلال فعالية الحركة و أنشطتها كما اشارت إلى أن إثارة فعالية الطفل و أنتباه و تقديم المعززات و أساليب البحث لمناسبة هو الذي يادي إلى التحسين في الأداء الحركي و علاقات تفاعل الاجتماعي للطفل ينما لم يوجد تأثير دال لهذه النشطة على التواصل اللفظي لدى تلاميذ المصابين باضطراب التوحد (احمد الصادق ، 2003

الدراسات السابقة هي ركن أساسي من أركان البحث العلمي ، و لن يكون البحث العلمي بحثنا كاملا و ناجحا من دون وجود الدراسات السابقة . و هو الأمر الذي دفعني لاختيار دراسة مرتبطة ارتباط وثيقا بموضوع بحثي رغم قلتها خاصة على المستوى المحلي هذا من جهة ، بالإضافة إلى عدم توفري على دراسات مست في عنوانها نفس المتغير الذي اخترته من جهة أخرى ، و هذا في حدود بحثي و معرفتي العلمية زيادة على أنني حاولت قدر الإمكان أن أختار دراسات أقرب نوعا ما إلى موضوعي

الفصل الثانـي :التوحد

- تمهيد
- تعريف التوحد
- إحصائيات حول نسبة انتشار التوحد
- أسباب اضطراب التوحد
- أشكال اضطراب التوحد
- مقارنة بين أشكال اضطرابات التوحد
- أعراض التوحد
- أنواع التوحد
- تشخيص التوحد
- صعوبات التشخيص
- علاج اضطراب التوحد
- أهم البرامج التربوية الموجهة لأطفال التوحد
- خلاصة

تمهيد:

يعد التوحد إحدى الاضطرابات النمائية الشاملة الذي تؤثر على الجوانب المختلفة من شخصية الفرد منها الجانب المعرفي و الجانب السلوكي و الجانب اللغوي إضافة إلى جانب الانفعالي منها يؤدي إلى تأخر عام في العملية النمائية بأسرها للطفل إذا ظلت الأسباب مجهولة إلى حد كبير و لحقبة زمنية طويلة فلم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية و السبب المباشر و الرئيسي له ، يتوقف تأثير الاضطرابات على الطفل فقط و على جوانب حياته المختلفة بل يمتد إلى الام التي تحاول أن تتكيف من الموضع إلى المجتمع الذي يسعى لتوفير كل الإمكانيات التي يحتاج إليها الطفل ولتمكن من فهم أكثر لهذه الاضطرابات سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على مفهوم التوحد وكذا تطور دراسة التوحد و أنواعه وكذا أسبابه أعراضه أما فتالي التشخيص والعلاج وكذا برامج العلاجية ورعاية الطفل التوحدي

1/ تعريف التوحد :

لقد تعددت تعاريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ومن أهمها ما يلي :

يعرف هولين Holowin

1995 بأنه مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي و اللغوي وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي وتصاحب ذلك فزعة انسحابيه انطوائية وانطلاق على الذات مع جمود عاطفي و انفعالي فيصبح وكأنه الجهاز العصبي قد توقف تماما عن العمل وكما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال آية متغيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه وأحاسيسه وأصبح الطفل يعيش منغلقا على ذاته في عالمه الخاص فيما عدا أنه ماجه في اعمال او حركات نمطية عشوائية غيرها دقة لفترة طويلة أو في تواتر غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير و ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص

(عتمان فراج 2002، ص 52)

ويعرفه كانر 1943 التوحد بأنه حالة من العزلة و الانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم و يوصف أطفال التوحد بأن لديهم اضطرابات لغوية حاذه (والتحليل ، 2011 ص 13)

ويرى كريك بأن التوحد حالة من الاضطراب تصيب الأطفال في السنوات الثلاثة الاولى من العمر حيث يشمل الإضطراب قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ذات معنى وإنه يعاني من إضطراب في الإدراك ومن ضعف ولديه خلل في تطور الوظائف المعرفية و عدم القدرة على فهم المفاهيم الزمنية والمكانية ولديه عجز شديد في استعمال اللغة وتطورها

وأنه يعاني من ما يوصف باللعب النمطي Mannerismeplyim وصف القدرة على التحليل ويقاوم حدوث تغيرات في بيئته(رائد خليل ،2011 ص 13)
وعرفت الجمعية البريطانية للأطفال التوحد عام 2008 التوحد على أنه اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكيا ، وان المظاهر الاساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل الطفل إلى السن (30 شهرا)
من العمر واضطراب حسي في الاستجابة للميزات اضطرابات في الكلام و اللغة والسعة المعرفية واضطرابات في التعلق والانتماء للأشياء والموضوعات والناس والأحداث (الزراع ، 2010، ص29)
أما الجمعية الامريكية لتصنيف الامراض العقلية1996 تعرفه هو فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثرا بذلك على الاتصالات اللفظية و الغير اللفظية و التفاعل الاجتماعي وهو عادة ما يظهر قبل تلات سنوات ويؤثر بدوره على الأداء في التعلم وفي تغلب الحالات تكون مرتبطة بتكرار ألي لمقاطع معينة و يظهر هؤلاء الأطفال مقاومة شديدة لأن تغيير الروتين اليومي و كذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة. (حسام ، 2011، ص 15)

2/ إحصائيات حول نسبة انتشار اضطراب التوحد:

نتيجة للاهتمام المتزايد بهذا الاضطراب، ونتيجة ظهور أكثر من أداة لتشخيص حالات التوحد فإن هناك اتفاق على أن نسبة ظهور هذا الاضطراب في تزايد، فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن النسبة تصل إلى (20/15 حالة توحد- 1000) لكل حالة ولادة حية.
وقد أشارت دراسات أخرى إلى أن نسبة تكاد تصل إلى (1-500) حالة ولادة حية كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية و التي أشارت إلى أن حالات التوحد بأنماطها المختلفة وأشكالها تصل إلى (1000و 500) يمكن وصفها بأن توحد حالة أو أحد أشكال التوحد (مصطفى نوري القمش 2013، ص 238) وقد أجرى كل من شاكر بارتي وفومبون دراسة مسجلة في بريطانيا لمرحلة ما قبل الدراسة ضمن عمر (4-6) سنوات حيث أظهرت النتائج أن نسبة انتشار الاضطرابات النمائية واسعة الانتشار بلغت(58.7) لكل (1000) طفل وذلك من خلال استخدام أدوات التشخيص المقننة المتعددة بصفة خاصة توجد أن نسبة انتشار هي (22) لكل (10.000)طفل
وقد أشارت ولبامزوأحزون في دراستهم إلى أن متوسطة نسبة انتشار اضطراب التوحد AD واضطراب طبق التوحد ASD سنة (2005) هي (35) لكل (10000) وفوق (90) لكل (10000) على الترتيب ، كما أكدت على ارتفاعه المدن وفي الأطفال الأصغر سناً (يوسف محمد العابد و أخرون ، 2012، ص 296)ومن ناحية أخرى فإن اضطراب التوحد يظهر لدى الذكور من الإناث وتصل النسبة إلى (4-1) ولكن التوحد يظهر في الغالب بدرجات شديدة لدى الإناث ويكون مصحوبا بتأخر عقلي شديد و في هده الحالة تصبح السنة (1-2) أنثى مقابل دكران وليس الذكر كالأنثى فالبنات يتطلبن فحص بيولوجي أكثر من

الأولاد فقد أوضحت الدراسات عديدة إلى أن الإناث اللواتي يعانينا من التوحد أقل من الأولاد في التعرض للإضرابات الارتقائية بشكل عام و الاضطراب التوحد بشكل خاص
ويظهر التوحد في مختلف الطبقات الاجتماعية و المستويات الثقافية والعرفية كما بينت بعض الدراسات أن نسبة الأطفال الذين يعانون من التوحد تصل إلى 10٪ إلى 80 ٪ و هؤلاء يظهرون شدودا في جهاز رسم المخ الكهربائي وهذا الشدود لدى البنين والبنات ولا توجد فروق دالة بينهم مما يشير خلل في الدماغ الأوسط (Midbraim) والذي يتكون من مراكز التنشيط الشبكي (réticulaire) ويلعب دورا خاص في الانتباه للمتيرات البصرية والسمعية علاوة على التحكم في حركة العينين والتأرز والتوازن بين و الضبط الشعوري والوعي والنوم و اليقظة وتنظيم ضربات القلب و التنفس ، وهناك دلائل كبيرة على ان مدى انتشار التوحد في تزايد (مصطفى نوري القمش ، 2013 ، ص 238، 239)
ولا يلاحظ بأن التوحد أكثر انتشارا بين الأخوة و الأقارب من الدرجة الثانية الذي يوجد بينهم حالات التوحد منه في المجتمع العام (رضا الواقعي 2004 ص 496)

3/ أسباب اضطراب التوحد:

حاول الباحثون التعرف على أسباب التوحد و قاموا بالعديد من التجارب المختلفة لمعرفة هذه الأسباب ومن بين هذه الدراسات و البحوث التي تناولت هذا الجانب هي:
*جاميز James 1996 ،كانرkanner
*واترسون waterthose 1996 , عمر الخطاب 1994
١/**العوامل النفسية** : " أشار إلى دور العوامل النفسية كسبب في حدوث اضطراب التوحد ووصف والدي الطفل ذو اضطراب التوحد بالذكاء و الميل إلى الاستحواذ و الرغبة في الكمال على وضع قواعد جامدة كما يتسم الوالدان بالبرود العاطفي و القلق وأطلق على هذه النظرية البرود العاطفي ، وفي المقابل تتفق العديد من الدراسات على أنه ليس للوالدين دخل في إصابة طفلهم بالتوحد ومن بين هذه الدراسات دراسة عمر الخطاب 1994 حيث توصلت نتائجها إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين شخصيات الآباء الذين أبنائهم مصابين بالتوحد و شخصيات الآباء الذين أبنائهم أسوياء و هذا ما يؤكد خطا النظرية" البرود العاطفي" (سوسن الجبلي ،ص38)
ترى الباحثة أن هناك تناقض بين الدراسة التي تقول أن البرود العاطفي للوالدين هو سبب من أسباب التوحد أما دراسة عمر الخطاب التي أثبت أنه لا توجد علاقة دالة بين الآباء الذين أولادهم مصابين بالتوحد و بين الآباء الذين أولادهم أسوياء ، لذا نستطيع القول أن الجانب النفسي ليس لديه تأثير قوي أي يمكن أن ترجع الأسباب إلى عوامل جينية أو عوامل بيولوجية .
ب/العوامل الجينية :" أثبتت الدراسات الحديثة أن هناك ارتباطا بين التوحد و شذوذ الكروموزومات و أوضحت هذه الدراسة أن هناك اتصالا ارتباطيه وراثية مع التوحد و هذا

الكروموزوم يكون شائع بين البنين أكثر من البنات ويؤثر هذا الكروموزوم في حوالي 7إلى 10٪ من حالات التوحد"(سهى أحمد أمين ناصر ، 2002، ص19)
وأوضحت دراسة Smith Triston 1996 أن الفروق الجينية بين البنين و البنات في معدل الإصابة و مداها وقد توصلت الدراسة إلى:
* البنات التوحديات أقل من الأولاد في الإصابة بالاضطراباتالارتقائية بشكل عام والاضطراب التوحدي بشكل خاص و تتراوح النسبة 4ذكور مقابل أنتى واحدة.
*البنات التوحديات يظهرون مستوى أقل من الأولاد التوحديين في نسبة الذكاء بفارق لا يقل عن 5درجات خاصة فيما يتعلق باختلاف القدرات اللفظية و مهارات الرؤية المكانية
*البنات أقل ميلا لوجود اضطرابات وراثية ولكن البنات يتطلبن فحصا نيورولجيا دقيقا أكثر من الأولاد.
*لا توجد ملاحظات مباشرة تدل على التفرقة بينهم في مجال الاضطرابات العصبية "
(نفس المرجع السابق،ص21)
ترى الباحثة أن البنات التوحديات أقل من الأولاد بأربعة أضعاف أي كل بنت توحدية يقابلها 4 أولاد توحديين ، كما أن البنات التوحديات أقل ذكاء من الولد التوحدي ب 5 درجات وخاصة في المهارات اللفظية ومهارات الرؤية المكانية ، وان البنات التوحديات لديهم مظاهر الاضطرابات الوراثية أقل من الذكور .
ج/ العوامل البيولوجية: وتنحصر هذه العوامل في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة أو إثناءها أو بعدها ، ونعني بذلك إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل أو نزيف أو حادثة أما بالنسبة للولادة فتتعرض إلى مشكلات نقص الأكسجين واستخدام أدوات حادة ....وأيضا كبر سن الأم فكل هذه العوامل قد تكون سبب متداخل في الحالة التوحدية .
كما أشارت الدراسة waterthose 1996 أن هناك شذوذ لدى أطفال التوحد على جهاز رسم المخ الكهربائي والتي توصلت إلى حوالي من 10٪ إلى 80٪ من الأطفال غالبا ما يظهرون شذوذا في جهاز رسم المخ الكهربائي وهذا الشذوذ يشير إلى فشل في التجنب المخي ، والاستجابة السمعية المستشارة من جزء المخ لدى الأطفال التوحدين.
إلا أن هناك أيضا عوامل مناعية بين الأم و الجنين قد تساهم في حدوث اضطراب التوحد كما أن الكريات اللمفاوية لبعض أطفال التوحد تتأثر وهم أجنيه بالأجسام المضادة لدى الأمهات، وهي حقيقة تشير إلى احتمال أن أنسجة الأجنبية قد تتلف أثناء مرحلة الحمل .(هناء شحاته ،2015،ص36)
ترى الباحثة أن المناعة لها دور كبير في حدوث اضطراب التوحد وان المرض أو استهلاك الكحول والتدخين من طرف الأم مضرين بصحة الجنين ، وأيضا حدوث النزيف أثناء الحمل والمشاكل التي تتعرض لها الأم أثناء الولادة مثل نقص الأكسجين أو صعوبة الولادة و استعمال أدوات حادة تضر بالجنين ، كما أشير هنا إلى سبب وهو اختلاف شكل مخ الطفل

التوحدي مقارنة بشكل مخ الطفل السوي ، وممكن أن يكون هذا الاختلاف هو السبب الرئيسي لظهور هذه الأعراض.

د/ العوامل النيورولوجية :" أثبتت الدراسات أن هناك ارتباط بين بعض الحالات التوحدية والتغيير في كيميائية الدم لدى هؤلاء الأطفال"

(سهى أحمد أمين نصر .ص21)

وبناء على ما سبق نستطيع القول أن أسباب التوحد كثيرة و تختلف من باحث إلى أخر، إلا أنها مازالت افتراضات فلا يوجد سبب محدد هو الذي يرجع إليه هذا الاضطراب ، إنما هذه العوامل تتضارب فيما بينها وتؤدي إلى ظهور عوامل أخرى، وقد يكون راجع إلى وقد يكون السبب الرئيسي هو الولادة القيصرية التي لم تدكر من قبل ، لأن المخدر يؤثر سلبا على الأم فنلاحظ بعد ولادتها ظهور أعراض مثل الآلام الشديدة ومستمرة لرأس والظهر فكيف سيكون أثره على الجنين ، لأن التوحد ظهر مؤخرا بكثرة في الجزائر أي مع زيادة الولادات القيصري.

د/ العوامل النيورولوجية :" أثبتت الدراسات أن هناك ارتباط بين بعض الحالات التوحدية والتغيير في كيميائية الدم لدى هؤلاء الأطفال (سهى أحمد أمين نصر .ص21)

وبناء على ما سبق نستطيع القول أن أسباب التوحد كثيرة و تختلف من باحث إلى أخر، إلا أنها مازالت افتراضات فلا يوجد سبب محدد هو الذي يرجع إليه هذا الاضطراب ، إنما هذه العوامل تتضارب فيما بينها وتؤدي إلى ظهور عوامل أخرى، وقد يكون راجع إلى وقد يكون السبب الرئيسي هو الولادة القيصرية التي لم تدكر من قبل ، لأن المخدر يؤثر سلبا على الأم فنلاحظ بعد ولادتها ظهور أعراض مثل الآلام الشديدة ومستمرة لرأس والظهر فكيف سيكون أثره على الجنين ، لأن التوحد ظهر مؤخرا بكثرة في الجزائر أي مع زيادة الولادات القيصرية.

عوامل متعددة ، عوامل بيولوجية ،عوامل نفسية ،عوامل نيولوجية ،عوامل أخرى ،عوامل جينية

إصابة المخ تؤدي إلى:

الأسباب النهائية ،صعوبات التعلم ،الشلل الدماغي ،التوحدية ، واضطرابات أخرى

5/ أشكال اضطراب التوحد :

يعتبر التوحد اضطراب متشعب ، حيث تتداخل أعراضه فيما بينها وبين الإعاقات الأخرى، وتتداخل بين إصابة شديدة أو متوسطة أو بسيطة ، وهناك اختلاف في السلوك ، بمعنى أنه ليس هناك نمط واحد للطفل التوحدي ويعرف ذلك باضطراب طيف التوحد:

١/متلازمة اسبرجرAsperger syndrome : أحد اضطرابات التطور، وعادة يتميز بوجود ذكاء طبيعي ولا يوجد تأخر في المهارات اللغوية، ولكن هناك صعوبة في فهم الدعابة و السخرية ، ويتميز أيضا بنقص المهارات الاجتماعية، وصعوبة في التعامل الاجتماعي مثل عدم القدرة على بناء صداقات وقلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب ،

ضعف في التواصل النظري وتعبيرات الوجه وحركة الجسم والإيماءات بالإشارة وعادة ما يكون لهم طقوس وروتين معين في حياتهم ، لديهم حساسية بشكل كبير من الأصوات، أيضا بعض هؤلاء الأطفال عندهم قدرات فائقة في بعض النواحي مثل: قدرة غير عادية على الحفظ.

(ثامر فرح سهيل ، ص 40)

6/ مقارنة بين أشكال اضطرابات التوحد:

جدول رقم (01):يوضح اشكال اضطراب التوحد

الاضطراب	أعراضه
التوحد	يظهر قبل السنة الثالثة
	يتراوح الذكاء من فوق المتوسط إلى تخلف ذهني شديد تأخر واضح من السنة اولى 75٪ من الحالات على الأقل جوانب التأثير تظهر وتكون بارزة في ثالوث الأعراض تتراوح النتائج بين ضعيفة و ممتازة
اسبرجر	يظهر قبل أو بعد السنة الثالثة
	درجة الذكاء متوسط فما فوق لا يتأخر الطفل في تعلم الكلام أو المهارات الإدراكية جوانب التأثير تظهر في الجانب الاجتماعي تتراوح النتائج من جيد جدا إلى ممتاز
ريت	يظهر قبل 18 شهر
	تأخر ذهني شديد
	تطور طبيعي في النمو حتى 6أشهر إلى ولى يتلوه تراجع وفقدان للمهارات وتوقف التطور في عدة مجالات
	قصور في التبادل الاجتماعي تتحسن مع النمو و حركة النمطية المتكررة وصعوبة في الحركة و التنفس و النوم وصرير الاسنان
	النتائج الضعيفة
الانتكاس	يظهر بأكثر من ثلاث سنوات
الطفولي	تأخر ذهني شديد
	تطور طبيعي في النمو حتى عمر 5.3 سنوات واحيانا حتى 10سنوات يتلوه تراجع وفقدان للمهارات
	جوانب التأثير تظهر في عنصران من الثالوث النتائج تكون ضعيفة
النمائي	ظهور غير محدد
الشامل	يتفاوت بين تأخر ذهني بسيط إلى درجة ذكاء فوق المتوسط
غير	النمو الأولي والتطور غير محدد
محدود	قصور في التبادل الاجتماعي وعنصر أخر من الثالوث تتراوح النتائج مابين

جيد جدا إلى ممتاز

7/ أعراض التوحد:

من أهم الأعراض لدى أطفال التوحد نجد:

الاضطرابات الكلامية : إن اكثر المشكلات اللغوية المرتبطة باستخدام وفهم اللغة عند التوحدي تبدو في:

-مشكلات لتعبير اللغوي وتبدو في شكلين هما

- التعارضين استخدام وفهم اللغة

-الحرفية : يميل التوحدي إلى تفسير ما يقال له حرفيا

-ترديد الكلام سواء في الحال او فيما بعد

-استخدام التكرار أو ترديد الكلام: حيث يكرر الكلام أو الاسئلة التي توجه إليه

-**الاضطراباتالانفعالية:** لدى هؤلاء الأطفال سلوكيات انفعالية تميزهم منها نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية ، وقد يشعر بالذعر من الأشياء الغير السارة أو يتعرض لنوبات البكاء دون سبب واضح أي لدى هؤلاء الأطفال قلب مزاجي مرتفع

- **الاضطرابات الاجتماعية**: تعتبر العزلة الاجتماعية أهم سمة لدى هؤلاء الأطفال إضافة إلى تجنب الاتصال مع الأخرين، ولا يستطيع التفاعل أو الاستجابة مع الأخرين، إضافة إلى صعوبة في الاندماج في اللعب الجماعي، إضافة إلى اللعب التخيلي

-**المظاهر السلوكية النمطية:** مثل المشي على الاصابع

النمطية الزائدة في تناول الأشياء وبشكل وسواسي قهري من حيث أنه يصر على ذلك ويحزن لتغيرها.

يميل إلى جمع الأشياء بشكل أناني ، ورغبة شديدة في تملكها بدون هدف (طارت ، 2008، ص 37)

أعراض مظاهر سلوكية من أهم و أبرز الأعراض السلوكية للتوحد ما يلي:

-اضطراب في نمو المهارات الجسمية و الاجتماعية و اللغوية

-وجود استجابات غريبة و شاذة في الخبرات الحسية ، وقد تتأثر حاسة واحدة أو استجابة واحدة أو أكثر لدى الطفل مثل حاسة السمع أو البصر أو اللمس أو التوازن أو الاستجابة للألم طارق عامر ، الطفل التوحدي، 2008، دار الشروق للنشر والتوزيع عمان، الأردن

-ظهور سلوك وإيذاء الذات عند الطفل اضافة الى سلوك العدواني و الانزعاج من التغيرات التي قد تحدث في بيئتهم

-السلوك النمطي لحركات غير هادئة ليس لها معنى تظهر على سلوك الطفل مثل هز الجسم (سعيد، 2009،ص54، 55)

8/ خصائص الطفل التوحدي :

أ **الخصائص السلوكية:**
الطفل التوحدي سلوكه محدود وضيق ، كما أنه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة إذ يرى روت تبولفيان suiliam 1988
أنه من الممكن في الوقت الحالي أن تقدم وصف سلوكيا فقط لحالات التوحد من أهم الملامح الرئيسية للتوحد نذكر ما يلي:
- الوحدة الشديدة و عدم الاستجابة للناس الآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم
-الاحتفاظ بروتين معين
-الاستخدام الغير مناسب للعب والأشياء واللعب بشكل متكرر غير المعتاد
-الحركات الجسمية الغريبة مثل الهز المستمر للجسم والرفرفة بالدراعين والنقر بالأصابع
-استجابات و ردود أفعال غير مناسبة للمتيرات الإدراكية فمثلا يبدو الطفل التوحدي و كأنه لا يسمع الأصوات من حوله
-ينظر من خلال الناس أو يتجنب النظر إلى العيون
-قصور شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام وبعض الأطفال التوحدين يهمسون عندما يريدون الكلام والبعض يتكلم بشكل رجعي احترافي أو بنغمة تابته دون التغيير وبعضهم لا يستطيع اكمال حديثه أو كلامه على الاطلاق
-عدم الحساسية لظاهرة الالم (على سبيل المثال قد يمشي بعضهم حافي القدمين على التلجج وبعضهم يمارس شد و خلع الشعر و الأظافر (محمد أحمد ،2009 ، ص25 ، 28)
ب **الخصائص الحركية** :يصل الطفل التوحدي إلى مستوى من النمو الحركي يكاد يماثل الطفل العادي من نفس عمره مع وجود تأخر بسيط في هذا النمو إلا أن هناك بعض الجوانب النمو الحركي تبدو غير عادية ، فالأطفال التوحديين لهم مثلا طريقة خاصة في الوقوف ففي معظم الأحيان فإن الأطفال الاحترازيون يكررون حركات معينة مرات و مرات فمثلا يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام وإلى الخلف بشكل متكرر وفي بعض الأحيان قد يحركون أيديهم و أرجلهم في شكل حركة طائر كما يعد فرط الحركة Huperkimes مشكلة حركية شائعة لدى الأطفال الصغار في حين أن نقص الحركة Huperkimes أقل تكرار إضافة إلى ذلك يوجد قصور في مدى الانتباه وانعدام القدرة الكاملة للتركيز على مهمة ما (نفس المرجع السابق، ص 29، 30)
الخصائص البدنية :
ما يلاحظ على الأطفال المصابين بهذا الاضطراب أنهم أقصر طولا من أقرابهم المساوين لهم في العمر وغير مصابين بالتوحد كما نجدهم ، يستخدمون اليد اليمنى فقط أو اليسرى فقط ولا يتبادلون استعمال اليمنى مع اليسرى نظرا إلى وجود اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأبيض مع الأيسر كما نجد اختلاف من حيث خصائص الجلد وبصمات الأصابع فهم لديهم فعل في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم .

يتعرض أطفال التوحد منذ طفولتهم المبكرة لأمراض الجزء العلوي من الجهاز التنفسي وحالات الربو والحساسية ونوبات ضيق التنفس و السعال (نفس المرجع ، ص30، 31)

الخصائص العقلية المعرفية:

يذكر حسن مصطفى أن حوالي 40٪ من الأطفال المصابين بالتوحدية الطفلية نسب دكائهم أدنى من 50-55(تخلف عقلي متوسط الشديد أم عميق)، و 30٪ نسب دكائهم 70 أو أكثر وحوالي 5/1 خمس الأطفال إلا أن تعكس لديهم دماء غير لفظي عادي، إذ تميل درجات أو معاملات الذكاء لدى هؤلاء الأطفال إلى أن تعكس في مهارات التسلسل اللفظي أكثر من المهارات البصرية المكانية أو مهارات الإستظهار من الذاكرة.

الخصائص الاجتماعية:

من الخصائص الاجتماعية المتداولة عن الطفل التوحدي هي الانسحاب من المواقف الاجتماعية ، وهده الخاصة لا تطبق على جميع الأطفال ، كما نجد خاصة عدم الاهتمام بوجود الآخرين وإضافة إلى قصور في توافق سلوكهممع حاجات الأخرين ، كما يلاحظ على طفولتهم غياب الابتسامة الاجتماعية مع حاجات الأخرين

-قلة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين (نفس المرجع السابق، ص33 ، 35)

والخصائص الانفعالية :

لدى الطفل التوحدي مجموعة من ردود الأفعال منها ,: نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية وقد يشعر بالذعر من الأشياء غير الضارة أو مواقف معينة ليس لديه القدرة على فهم مشاعر الأشخاص من حوله فقد يضحك لوقوع شخص أمامه ، هناك من الأطفال التوحدين من لا يبتسم و لا يضحك لوقوع شخص أمامه ، هناك من الأطفال التوحدين من لا يبتسم ولا يضحك وإذا ضحك يعبر ذلك عن المرح لديه و البعض لا يعانق حتى أمه ، وقد يقلد الآخرين في بعض التعبيرات الانفعالية دون فهم أو تفاعل (نفس المرجع السابق، ص 37)

9/ أنواع التوحد:

بما أن الأطفال المصابين بالتوحد لا يظهرون الخصائص نفسها أو خصائص مشابهة مع نفس الشدة فقد اتجه الباحثون إلى البحث عن طرق لتصنيف الأطفال التوحدين، فعلى سبيل المثال اقتراح البعض تصنيفات مختلفة اعتمادا على المستوى الوظيفي الذكائي و العمر عند الإصابة وعدد الأعراض و شدتها ، ويرى البعض الأخر أن الأعراض المختلفة يمكن أن تكون نتيجة للأنماط المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ

واقتراح من " تسيفن و" ماتسون" و"،كووفي" تصنيفا من أربع مجموعات كما يلي:

-**المجموعة الشاذة Atypical Groupe** :يظهر أفراد هده المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية و المستوى الأعلى من الذكاء

-**المجموعة التوحدية البسيطةMildlyautistic groupe** : يظهر أفراد هده المجموعة مشكلات اجتماعية و حاجة قوية للأشياء و الأحداث لتكون روتينية، كما يعاني أفراد هده المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا و التزاما بالغة الوظيفية.

-**المجموعة التوحدية المتوسطةModeratelyautistic groupe** : ويمتاز أفراد هده المجموعة الخصائص التالية:

استجابات محددة و أنماط شديدة من السلوكيات النمطية مثل التأرجح والتلويح باليد ، لغة وظيفية محدودة و تخلف عقلي

-**المجموعة التوحدية الشديدة SeverelyAutistic**: أفراد هده المجموعة معزولون اجتماعيا ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ .

(أسامة فاروق 2011,ص32)

وفيما يلي شرح لأشكال التشخيص و التقييم و الأدوات المستخدمة:

10/ تشخيص التوحد:

التشخيص الطبي:ونقصد به فحص حالة الطفل من جوانب متعددة يمكن إجمالها على النواحي التالية:

التاريخ التطوري و المرضي للأسرة و الطفل: حيث يشمل هدا الجانب على معرفة التاريخ المرضي ومتابعة عملية الحمل و الولادة وتطور الطفل في المراحل الأولى ، وطبيعة المشكلات التي يمكن أن يكون قد تعرض لها الطفل وتحديدها زمنيا مع الاهتمام بأصول الوراثة ، ومشاكل التفاعل الاجتماعي.

-**الكشف السريري** : وهو الكشف الذي يقوم به الطبيب بشكل مباشر للطفل ، وهو كشف مبدئي بهدف التعرف على الوضع الصحي الأول للطفل.

-**الفحوصات الطبية** : وتشمل على فحوصات متنوعة مثل: التصوير الطبقي ، الرنين المغناطيسي فحص السمع ، النظر ، فحوصات الدم و البول و لبراز... الخ، وهدف هذه الفحوصات هو التأكد من وظائف الجسم والدماغ لدى الطفل وهل يوجد أي اضطراب أو خلل عضوي واضح لديه.

-ملاحظة الوضع العام و السلوك العام للطفل : وذلك من خلال الزيارات الأولى في العيادة ، وكذلك تطبيق القائمة الخاصة بالدليل التشخيصي للإضرابات العقلية ، الذي يمكن من خلالها جمع المعلومات الخاصة به عن طريق أسرة الطفل مبدئيا .

ومن الجدير بالذكر بأن عملية التشخيص للجانب الطبي يمكن أن يشارك فيها أكثر من طبيب مثل: طبيب الأطفال، طبيب الأعصاب، الطب النووي، اختصاصي الأدن والأنف والحنجرة ، وذلك يتوقف على طبيعة المشكلات الموجودة لدى الطفل(مصطفى نوري القمش،2013, ص 241-242)

التشخيص و التقييم السلوكي :

يعتمد الأخصائيون في تشخيص التوحد على ملاحظة الخصائص السلوكية لكل طفل وعلى أية حال يمكن القول أنه كلما زادت المؤشرات و الأعراض التي يبديها الطفل ازدادت احتمالات تشخيص حالته كطفل توحدي ، كما يلعب الوالدين دورا حيويا في عملية التشخيص، وذلك من خلال تقديم المعلومات عن التاريخ التطوري الإنمائي للطفل و أنماطه السلوكية لأن اضطراب التوحد يتم سلوكيا ، وكلما زاد عدد الأخصائيين الذين يلاحظون سلوك الطفل في أوقات مختلفة ومواقف معينة ازدادت احتمالات تشخيص التوحد، وفي سبيل الوصول إلى تشخيص سلوك دقيق للسلوك التوحدي فإن هناك 5 محاور يجب أن يشملها هذا التشخيص وهي على النحو التالي:

(سليمان عبد الواحد يوسف ابراهيم،2010، ص199)

- **وصف السلوكيات التوحدية:**

لقد ناقش الباحثون و الممارسون أهمية تعريف السلوكيات التوحدية بأسلوب يتصف بالموضوعية و الإجرائية ، والقدرة على الملاحظة مما يؤدي إلى فهمها من قبل الأخرين ، وعلى سبيل المثال فإن وصف الطفل على أنه عدواني يقدم القليل من الفائدة ، وفي المقابل فإن وصفا مثل : إن الطفل يقرص الكبار في باطن سواعدهم بين الراسخ و النوع يقدم صورة واضحة للعدوانية التي يظهرها الطفل.

(بلال أحمد عودة وأحمد دابل الغرير ،2009،ص118)

-درجة كل سلوك ومقداره:

يعني أن القوة أو الدرجة التي يظهر فيها السلوك ، ويتم ذلك بتحديد تكرير السلوك أو مقداره على سبيل المثال: استثارة الذات أو نوبات الغضب فقد يتم قياسها بتحديد المدة ، كأن تحدد فترة نوبة الغضب أو عدم ظهورها و ذلك بذكر عدد الثواني التي انقضت بين ظهور السلوك من جانب الطفل أو تركه لهذا السلوك .

-البيئات التي يظهر فيها السلوك المستهدف:

من غير المنطقي النظر إلى السلوكيات بشكل منفصل، بل يجب النظر إليها على أنها جزء من البيئة التي يظهر فيها، وللمساعدة في فهم وتوقع السلوك فلابد من تحليل وتقييم البيئة التي يظهر فيها وكذلك الفعل الذي عادة يلي السلوك في البيئة Conséquence Antécédents وهو ما يطلق عليه سوابق السلوك وهذا التحليل يرجع إلى النموذج المعرفي وهو ما يطلق عليه توابع السلوك مثال: الطفل الذي يلجأ إلى الفرص ، حيث يسبق السلوك الوصفي التالي، يظهر السلوك عادة خلال ثوان ، ويتبعه ، أما النتائج يؤخذ الطفل إلى المكتب المسؤول ويتم استدعاء الوالدين لأخذ الطفل إلى المنزل ، ومن هنا نحصل على فكرة محددة بالنسبة للظروف المحيطة بالسلوك غير المقبول أو العدواني أو الفوضوي .

(سليمان عبد الواحد ،يوسف ابراهيم ، 2010، ص 200-201)

-الوظيفة المقصودة:

إن كثير من السلوكيات التي يمارسها الطفل إنما تستخدم كشكل من أشكال التواصل ومن هنا فإن السلوك الوظيفي ممكن أن يكون وسيلة فعالة للتواصل ،إن اتباع تقييم سوابق السلوك، و السلوك وتوابعه يعتبر محاولة لتحديد الوظيفة المدركة للسلوك وهو أمر ضروري لتطوير سلوك مكافئ وظيفيا ولعل أكثر الوظائف أو الأسباب شيوعا و المرتبطة بظهور سلوك معين تتضمن الحاجة إلى ما يلي:

الحصول على الانتباه أو على الشيء المرغوب.

الهروب من متطلب محدد و الهروب من طلب أو نشاط أو من شخص

تتجنب نشاط محدود مثل تجنب مهمة صعبة ، أو الانتقال أو الاعتراض على نشاط معين ، (بلال أحمد عودة وأحمد نايل الغرير، 2009، ص118).

-الاستثارة الذاتية:

إن سلوك الاستثارة الذاتية أو ما يدعى السلوك النمطي يعود إلى السلوكيات المتكررة مثل ضرب اليد ، تحريك الأشياء أمام العينين وهز الجسم والتي تمتد فترة طويلة من الوقت ، كما يبدو أنها تزود الأطفال التوحدين بتغذية راجعة حسية حركية ، والتعبير عن سلوكيات الاستثارة الذاتية بطرق مختلفة قد تكون أحيانا من قبل حركات العينين عند تعرضها للضوء ، وعند القيام بتعبيرات الوجه غير مناسبة ومعظم هذه السلوكيات تظهر وكأنها تحمل القليل من المعاني الاجتماعية الواضحة للأخرين ، ومن الممكن أن لا تمثل هده المعاني أبدا ، كما أنها قد تؤثر في العلاقات الاجتماعية وفي التعلم وفي النمو العصبي ، وما يكسب هذه السلوكيات علاقات عكسية مع كثير من السلوكيات المناسبة ، فإن ذلك يؤدي إلى زيادة تلقائية من الاستجابات الأكاديمية و يكون اللعب واضحا وذلك في الوقت الذي تكون فيه أنماطه قد ازدادت وتطورات .(سليمان عبد الواحد يوسف ابراهيم،2010، ص201)

التشخيص الفارقي:

عند العمل على تشخيص حالات التوحد فإنه لابد من الأخذ بعين الاعتبار الاضطرابات المشابهة لحالات التوحد، وذلك بسبب التشابه في الأعراض و الخصائص السلوكية التي يمكن أن تظهر لدى الأطفال الذين لديهم إعاقات أخرى مثل : فصام الطفولة ، الإعاقة العقلية، العصاب ، الإعاقة الانفعالية مثل تلك الاضطرابات يمكن أن يظهر فيها الطفل نفس الخصائص أو بعضها بما لتوحد ، والهدف الرئيسي من تلك العملية ليس إعطاء تسمية لنوع الاضطراب بشكل أساسي ، ولكن الأهم هو العمل على اختيار البرنامج السلوكي و التربوي المناسب لحالة الطفل. وكذلك فإنه يمكن التطرق إلى مجالين في التشخيص الفارقي.

أولهما : التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد أو ما يسمى بالاضطراب طيف التوحد (ASD) حيث أنه يتكون من خمسة أنماط أو أشكال يمكن أن يظهر فيها الاضطراب وهي:

* **التوحد التقليدي(Autisme)** : وهو ما يظهر لدى الأطفال في الثلاث سنوات الاولى ويكون لديهم مشكلات في التفاعل الاجتماعي، والتواصل ، واللعب و السلوك .

***طيف التوحد(AutismspeetrumDisorder)**: ويشتمل على:

-**اضطراب النمو الشامل غير المحدد (PDD- NOS)** : والذي يشمل على العديد من مظاهر التوحد ، ولعل أهم الجوانب التي يظهر فيها الاضطراب لدى هؤلاء الأطفال هي الجوانب الاجتماعية و التفاعل الاجتماعية ، كما انه يوجد ضعف واضح في المهارات اللفظية و غير اللفظية

-**ملازمة ريت (Rett syndrome)**: حيث يكون النمو طبيعيا من حيث الجوانب الحركية ومحيط الرأس، بعدها يظهر في نمو الرأس (بين 5-48 شهرا) ، وفقدان بعض القدرات مثل: استخدام اليدين بالطريقة الصحيحة، وعدم السيطرة على الحركات مثل المشي الصحيح ، وفقدان في الجانب اللغوي سواء الاستيعابي أو التعبيري

-**متلازمة اسبريجر (Asperger Syndrome)** : يكون لدى الطفل ضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي، ولديه سلوكيات نمطية وتكرارية وفي المقابل لا يوجد تأخر في اللغة أو التطور المعرفي أو مهارات العناية الذاتية

اضطراب الطفولة التحللي: ChildhoodDisintegrativeDisorder) :عادة لا يظهر إلا بعد عمر السنتين من عمر الطفل، بعدها يبدأ بفقدان المهارات الأساسية وتصبح لديه حركات غير عادية وتظهر مشكلات في المهارات الاجتماعية و السلوك التكيفي ومشكلات في التواصل من خلال فقدان أو ضعف في اللغة المنطوقة

ثانيا: اضطراب التوحد و الاضطرابات المتشابهة فقد أجريت العديد من الدراسات التي حاولت أن تقارن بين الأعراض التي تظهر لدى أطفال التوحد وبعض الإعاقات مثل: فصام الطفولة والإعاقة العقلية الانفعالية الشديدة وخلصت معظم الدراسات إلى وجود فروق في الخصائص بها أطفال التوحد عن أقرابهم الذين يعانون من بعض الاضطرابات

وبالنسبة للتوحد و الفصام فقد وجد أن أهم ما يميز أطفال التوحد لديهم بشكل عام مهارات اجتماعية أقل من الأطفال المتخلفين عقليا كما أن لأطفال التوحد مهارات حركية و حسية وأداء أفضل في بعض الجوانب مثل : الموسيقى، الرياضيات من الأطفال المتخلفين عقليا. (مصطفى نوري القمش، 2013 ، ص252-255)

التشخيص التكاملي :إن عملية التشخيص عملية صعبة و معمقة تشمل على أكثر من جانب وبحاجة إلى العديد من المختصين للقيام بها ، ولعل ذلك يساعد بشكل مباشر على الوصول إلى التشخيص الدقيق من جهة ، ومن جهة أخرى فإنه يسمح لنا بالتعرف على طبيعة الخصائص السلوكية و التربوية والشخصية التي يتصف بها أطفال التوحد قبل الشروع في إعداد البرامج السلوكية و التربوية التي سوف يتم العمل بها معه، حيث يساعد هذا الإجراء على اختيار البرامج السلوكية و التربوية المناسبة لحالة الطفل، لضمان تحقيق القدر الأكبر من الاستفادة بالنسبة للطفل التوحد والمختصين العاملين معه وكذلك الأسرة.

وللوصول إلى ذلك لابد من قيام فريق متعدد التخصصات بعملية التشخيص، وذلك تبعا لمرحلة التشخيص التي يمر بها الطفل والتي تتضمن مقابلة الأسرة والأشخاص المقربين أو المعنين بتربية الطفل، مرورا بفترة المراقبة والملاحظة المباشرة و الغير مباشرة، ومن ثم

التطبيق لبعض القوائم و المقاييس المناسبة لحالة الطفل، وبناء على طبيعة الخصائص و السمات التي يظهرها الطفل.
لذلك يتكون عادة فريق التشخيص من طبيب مختص (طبيب الأطفال ، طبيب أعصاب، طبيب نفسي...الخ). الاخصائي النفسي، أخصائي التربية الخاصة، الأخصائي الاجتماعي، المعالج الوظيفي ، معلم التربية الخاصة، أخصائي النطق و اللغة، الأسرة... الخ ويمكن الاستعانة ببعض التخصصات حسب ما تقتضيه حالة طفل التوحد(مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن المعايطة ، 2012 ص311-312)

11/ صعوبات التشخيص:

التشابه بين أعراض التوحد و الإعاقات الأخرى مثل التخلف العقلي والفهم وإضطرابات التواصل و الصرع
-انخفاض نسبة انتشار اضطراب الأوتيزم بين الاطفال
-يوجد تباين واضح في الأعراض الأوتيزم من طفل لآخر واحيانا لدى نفس الطفل ، ويؤدي الخطأ في تشخيصه إلى صعوبة تأهيل ورعايته
-عدم توفر أدوات والقياس الصالحة لهذه البيئة ماعدا بعض محاولات لتصميم و بناء مقاييس تشخيصه لهذه البيئة
ندرة انتشار الحالات الأوتيزم التي يكشف الفحص الدقيق عنها .
حداتهالبحوث التي تجري على هذه الفئة مقارنة بغيرها من الإعاقات
عدم تحديد الدقيق للعوامل المسببة لاضطراب التوحد
حدوث تغيير في شذى بعض الأعراض و اختفاء بعض الأخر مع التقدم الطفل في العمر

12/علاج اضطراب التوحد:

إن التوحد اضطراب يختلف من طفل لآخر، كما يختلف في الشدة و الحدة ولذا لا يوجد علاج مناسب لتخلص من أعراضه بطريقة كلية ، فالعديد من الدراسات أشارت إلى أن التوحد اضطراب ليس له علاج شاف مادام السبب الرئيسي غير معروف ورغم كل ذلك توجد عدة برامج علاجية تحاول تخفيف حجم المعاناة التي يتعرض لها الطفل التوحدي وأسرته، وكذلك التعديل من سلوكه وعلاج مشكلات اللغة والتواصل، نقترح مجموعة من الطرق العلاجية منها:

العلاج النفسي:

هو الأسلوب السائد حتى السبعينات والهدف الأساسي لهده الطريقة العلاجية هو إقامة علاقة قوية بين الطفل و النموذج الذي يمثل الأم في محاولة لتزويد الطفل بما لم تقدمه له أمه من خبرات مشبعة معه كالحب والأمن والتفاعلات الإيجابية حيث يفترض نفس الارتباط العاطفي بينهما
إذ أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين:

وهناك من الباحثين نيفن زيور : 1998 ترى أن العلاج النفسي للطفل التوحدي ينبغي أن يبدأ بإخراجه من قوقعته الذاتوية (إعاقة التوحد) وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن أنشطة ايقاعية مثل الموسيقى.
كما أن الكفالة المبكرة للأطفال التوحديين لابد أن تكون مبكرة قدر الإمكان ، حيث يجب أن تأخذ الطابع الفردي ، وكدا الطابع الاجتماعي (جماعة) وذلك في مراكز متخصصة تعد لهذا الغرض بهدف تحسين الجانب اللغوي والحركي
(وليد السيد ، خليعة 2010، ص204)

العلاج السلوكي:

يعد هذا العلاج من أفضل العلاجات و أنجعها والتي أوضحت فعاليتها في العلاج حيث يعتمد العلاج على نظرية التعليم والثواب والعقاب ويستخدم للتخلص من السلوكات المصاحبة للتوحدي لعنف ونوبات الغضب وإيذاء الناس وغيرها من المشاكل السلوكية التي تمثل ضغطا على الوالدين والمتعاملين مع الطفل بهدف تحسين العلاقات والتفاعلات وانطلاقا من مفاهيم نظرية التعليم أن السلوك متعلم وأن ما تم تعلمه يمكن أن يتعلم من سلوك جديد وينبغي حسب هذا الاتجاه معالجة السلوكيات المضطربة و تدريب الطفل وإكسابه سلوكيات جديدة ، ويجب إعداد نظام استجابته متتالية ومتتابعة تدريجيا عن طريق استخدام معززات قوية ، ولضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب يستلزم الاهتمام بالخطوات التالية:

-**تحديد الهدف** : إذ لابد من العمل على اختيار الهدف المرغوب في تكوينه بشكل محدود وواضح مثل: الرغبة في تعليم الطفل الابتسام و غيرها أو مشاركة الأخرين في اللعب، أو نطق كلمة معينة أو القيام بسلوك حركي معين.

- **سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل** :

حيث يكون توجيه التعليمات بشكل سهل لا يتحمل ازدواج المهمة ، كما يجب أن لا يكون مطولا ولا يجب أن يؤدي إلى صعوبة المتابعة والأمثلة التالية تعطينا نظرة عن ذلك (ارفع يديك، امسك القلم، اجلس المس اللون الاحمر....)

-حث الطفل على الاستجابة : عن طريق الملائمة بين المطلوب تأديته وبين خبرات الطفل الحاضرة إذ قد لا يستجيب الطفل أحياناً، لأن الإجابة ليست حاضرة لديه.

- عملية تشكيل السلوك : عن طريق تقسيم الهدف إلى وحدات صغيرة متتالية مع استمرار إثابة ومكافأة الخطوات الصغيرة جميعها إلى أن يتم تحديد الهدف ، فإن كان الهدف هو حث الطفل على نطق كلمة "بابا" مثلا وأن الطفل قام بنطق الحرف "ب" في المرة الأولى تم نطق "با" في المرة الثانية فيتم مكافأة الخطوتين السابقتين كل في وقتها .

-نوعية المكافأة: من الضروري أن تكون المكافأة ذات تأثير على الطفل فتكون مثلا تقبيل الطفل أو ضمه أو احتضانه حيث تنجح المكافأة المعنوية عن غيرها . (وليد السيد خليفة ،2008 ص161، 162)

العلاج الدوائي (الطبي):

يستخدم هذا العلاج لتنظيم وتعديل المنظومة الكيميائية العصبية التي تقف خلف السلوك الشاذ وبالرغم من أن البحوث الحديثة قد أتبتث تنوع وتعدد العوامل التي تسبب الاضطراب إلا أن الكثير من الاتجاهات المباشرة و غير المباشرة قد أتبتث أهمية العلاج الدوائي في تحسين قدرات المريض.

ومن أهم العقاقير التي تستخدم في فحص هذه الأعراض ندكر:

-الهالوبير يدول(Halopendol) :يفيد خفض النشاط الزائد والانسحاب والحركات النمطية والتكرارية.

-الفيتفلورمان(Fenhltouromane): يعمل على خفض نسبة السير تونين بالدم ويساعد على خفظ النشاط الزائد غير المناسب إضافة إلى تحسين الوظائف العقلية و الاجتماعية.

-تالتركسون (Naltrexane) : يساعد على خفض العدوان وسلوك إيذاء الذات .

-كلوميرامين (Clompryamine): يعمل على خفض السلوك القسري والنشاط الزائد والاضطراب الانفعالي ونوبات الغضب والعدوانية لدى الأطفال.

وهناك عدة عقاقير أخرى والتي تحدث نفس التأثير في الناقل العصبي الدوباميني والتي درست فعاليتها في معالجة التوحد منها عقار (L-Dopa) والذي درست مفعوليته باستعمال جرعات متنوعة منه أدت إلى فعالية نفسها مقارنة بالأدوية السابقة . (مرجع سابق، ص167)

العلاج بالموسيقى:

وفيه يتم استخدام الموسيقى كعلاج إضافي للعلاج الطبي النفسي و التأهيل ، وبرنامج العلاج الموسيقي يتم تحت توجيه المعالج المتخصص ومتدرب على هذا النوع ويوفر تنوعا من خبرات الاستماع و المشاركة تلائم حاجات المرضى، وتمثل في هذه الخبرات فرصة للتواصل غير اللفظي، والخبرة المشتركة والتعبير الانفعالي والاسترخاء و الاستمتاع الذي يخلو من التهديد.

وقد بدأت هذه الطريقة تشق طريقها في علاج الأطفال المصابين بالتوحد في العقد الأخير، وفي العلاج بالموسيقى أعدت خصيصا لهذا الغرض ، يستمتع إليها الطفل عبر سماعات ذات حساسية عالية ، وقد ساهمت هذه الطريقة في علاج أطفال مصابين بالتوحد وساعدتهم على التخلص من سلوكيات غير تكيفييه. (محمد سيد موسى ،ص 149)

العلاج بالنظام الغذائي :

اقترح عدد من الباحثين أن عدم تحمل الغداء أو الحساسية للغداء قد تكون مسؤولة عن بعض الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين، وقد لاحظ كثير من الآباء أن هناك تغييرات درامية لحد ما بعد إزالة معينة من غداء أطفالها.

كما تعاني بعض حالات التوحد من حساسية لبعض أنواع الأطعمة لكنها ليست في نفس سبب من أسباب الإصابة بهذا المرض وتؤثر بشكل ما على السلوك ، لذا فقد يساعد استبعاد بعض المواد الغذائية من النظام على تحسن الحالة وهذا ما يلجأ إليه الآباء و المتخصصون وخاصة البروتينات لأنها تحتوي على الجلوتين والكازين والتي لا تهضم بسهولة أو بشكل غير كامل

، وامتصاص العصارة الهضمية بشكل زائد عن الحدود يؤدي إلى خلل في الوظائف الحيوية و العصبية بالمخ، وعدم تناول البروتينات يجنب مرض التوحد تلف الجهاز الهضمي والعصبي على أ لا يتم الامتناع عنها بشكل مفاجئ ولكن تدريجيا مع استثارة المتخصصين. (وليد السيد خليفة، 2008 ، ص 137، 198)

لذا تعتبر التغذية الجيدة مهمة في المحافظة على صحة الطفل، وعادة ما يصاب أطفال التوحد بالعديد من الأمراض الناتجة عن سوء التغذية كفقر الدم و السمنة و زيادة الوزن و تسوس الأسنان و بعض الاضطرابات المعوية كالإمساك أو الإسهال و الحساسية الغذائية، وتؤكد العديد من الدراسات أهمية التغذية الجيدة في تحقيق حدة أعراض التوحد .(نادية عبد الرحمن بن ويلح اللهيبي ، 2009، ص 50)

13/ أهم البرامج التربوية الموجهة لأطفال التوحد:

لتنمية المهارات الاجتماعية لدى طفل التوحد صممت برامج تربوية تدريبية لخدمتهم خاصة فئة ذوي السنتين من أعمارهم ونسبة ذكائهم بين (10و 146)

1 **برامج تيتشTEACH**

يهدف هذا البرنامج التدريبي لخدمة الأطفال وتنمية قدراتهم وذلك من خلال مراكز تيتش المنتشرة في أمريكا ، حيت يهدف إلى تدريب الأهالي في كيفية التعامل مع أطفالهم ، وأيضا يهتم المختصين فيقوم بإعطائهم تدريبات خاصة عن التشخيص وكيفية تقديم خطة تعليمية خاصة للطفل ، ومن المجالات التي يتضمنها البرنامج نذكر:

- الإقلال من المشاكل السلوكية.
- التحكم البيئي المناسب للأطفال في المراحل العمرية.
- تنمية السلوك الاتصال و الاجتماعية.
- تدريس الجوانب المعرفية الأكاديمية.
- تنمية مهارات الحركات الدقيقة و التنظيمية .
- تنمية الاتصال اللغوي التعبيري و الاستقبالي.
-تنمية مهارة الرعاية الذاتية.

ولذلك فإن برنامج تيتش قائم على إيجاد الحلول للنهوض بالطفل المتوحد إلى أعلى مستوى لقدراته و إمكانياته ، حيث يركز على خمس ركائز هي :

1.تكوين روتين محدد.
2.تنظيم المساحات المتواجد فيها الطفل.
3. الجداول اليومية المحددة للأنشطة الممارسة.
4.تنظيم العمل وبداية ونهايته .
5.التعليمات البصرية بالصور التوضيحية والرموز.

2 **برنامج نظام تبادل الصور :PECS**

نظام التواصل بتبادل الصور Picture Exchange Communication system
هو النظام الذي يستخدم من قبل المعالج لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد من خلال فنيات وآليات هذه البرامج. وهو أيضا نظام تبادل الاتصال عن طريق تبادل الصور مكون من ست مراحل:
المرحلة الأولى: بناء التواصل: يتم من خلال هذه المرحلة تدريب الطفل على المبادرة من خلال تبادل صور بمعزز عال.
المرحلة الثانية: التنقل: تشمل هذه المرحلة تعليم الطفل على الاستمرارية في التواصل من خلال البحث عن الصورة والذهاب بها إلى الشخص شريك التواصل لطلب المعزز.
المرحلة الثالثة: تمييز الصورة: يقوم المدرب بتعليم الطفل تمييز الصور و اختيار الصورة التي تمثل المعزز الذي يريده.
المرحلة الرابعة: بناء الجملة: يقوم المدرب بتدريب الطفل على تكوين جمل لإجراء الطلب من خلال نموذج للجملة. أريد..."
المرحلة الخامسة: الاستجابةللطلب : حيث يتم تعليم الطفل المتدرب على الإجابة عن سؤال" ماذا تريد..."
المرحلة السادسة: التعليق و التلقائية: يتم من خلال هذه المرحلة تدريب طفل التوحد على التعليق على الأشياء الموجودة في محيطه أو بيئته إما وحده أو بطريقة عفوية.

3 **برنامج لوفاس**:

برنامج Lovas هو برنامج مطول للتدريب على المهارات المكثفة المختلفة مبني بشكل منظم ومنطقي ، ومعتمد بشكل كبير على التحليل السلوكي لعادات الطفل واستجاباته للمثيرات ، يبدأ البرنامج بتحديد المثيرات السابقة والمثيرات اللاحقة بعد التعرف على استجابة الطفل ، ثم تحدد سلوكات الطفل القوية والضعيفة، ثم نقوم بتشكيل المهارات الجديدة من خلال تنظيم المثيرات وتقديم التعزيز الفوري وهو ما يعرف بنموذجA.B.C كما يلي:

A يصف الأحداث السابقة.

Bالسلوك.

Cالنواتج.

فكل محاولة تدريبية تتألف من مثير تميزي لفظي لاستجابة الطفل ومن المعزز وقد يكون إيجابياً مثل الطعام أو ألعاب .

مهارات الحضور و الانتباه

1. أن يجلس بمفرده بطريقة مستقلة.
2. أن يتواصل ببصره استجابة لسماع اسمه.
3. أن ينظر و يتصل ببصره عند سماع أمر أنظر إلى.
4. أن يستجيب للأمر ارفعيديك.

مهارات التقليدية:

1. أن يقلد حركات الجسم الكبرى.
2. أن يقلد الحركات الدقيقة.
3. أن يقلد حركات الفم و الشفاه.

مهارات اللغة التعبيرية:

1. أن يشير بأصبعه إلى ما يريد .
2. أن يقلد الاصوات و الكلمات.
3. يعبر حركيا بنعم أو لا (باستعمال اليد أو الرأس)
4. تسمية الأشخاص المألوفين. (الزراع ، ص34_40)

14/ رعاية الطفل التوحدي:

اولا : الخدمات التربوية و النفسية التي يجب أن نقدمها لأبنائنا ذوي التوحد:

1 الاكتشاف والتدخل المبكر لتقديم الخدمات المناسبة للتلميذ ذوي التوحد.

2 تقديم الخدمة في أقل البيئات عدلا قدر المستطاع مع مراعاة درجة و طبيعة الإعاقة لدى التلميذ

3 تبني الخطة التربوية وتفعيلها.

4 تقييم مستوى اداء التلميذ قبل واثناء التحاقه بالبرنامج لمعرفة مستوى أدائه الحالي والذي على ضوئه يتم تصميم وتعديل البرنامج التربوي والتدريبي الفردي له.

5 إعطاء الاولوية لتدريب التلميذ على المهارات الاستقلالية و الاجتماعية و التواصلية.

6 تدريس مهارات التكامل الحسي الحركي ،المهارات الاكاديمية الأساسية مهارات الأمن والسلامة مهارات التهيئة المهنية.

7 تنظيم بيئة التعليم واستخدام المثيرات الحسية مع التركيز على المثيرات البصرية بشكل مكثف اثناء عملية التدريس وتصميم الجداول المنظمة للمهام التعليمية والترفيهية للتلميذ تنظيما جيدا (التدريس المنظم)

8 دمج التلميذ في مجتمعه المحلي من خلال الانشطة التعليمية و الترفيهية المختلفة كالزيارات الميدانية ببعض المنشآت والجهات و المؤسسات العامة و الخاصة و تقديم الخدمات التربوية و التدريبية له في البيئة الطبيعية قدر المستطاع .

التخطيط المنظم للحفاظ على ما اكتسبه التلميذ من مهارات بهدف زيادة فعاليتها و استخداماتها الوظيفية .

10 توفير خدمات وبرامج أثناء الإجازة الصيفية.

11 تقسيم الأطفال إلى مجموعات أو مستويات متقاربة حسب معايير العمر الزمني والعقلي و السلوك ومهارات التواصل

كما هناك المتطلبات المكانية و التجهيزية التي ينبغي توافرها داخل برامج التوحد تشمل على ما يلي:

1 صالة حسية ، صالة فنية، صالة رياضية، صالة تهيئة مهنية.

2 حمام السباحة.
3 وحدة مصادر التعلم.
4 كافيتريا
5 حديقة خارجية.
6 قاعة تدريبية.
7 وسائل تعليمية مثل فيديو، تلفزيون ، مسجل ، طاولات....الخ
8 أن تكون دورات المياه مهيأة للأطفال التوحدين
9 توفير زجاج عاكس للأطفال من الخارج.
(طارق ،2008، ص 195،196)
تانيا: بعض المقترحات لرعاية الطفل التوحدي:
هناك بعض المقترحات من أهمها ما يلي:
1 وصل أولياء الأمور بالمصادر المفيدة سواءا كانت على الصعيد التعليمي أو التربوي أو ما يستجد من أبحاث بالدعم النفسي أو ببعض الاقتراحات المفيدة
2 توفير قاعدة معلومات دائمة ومتجددة عن المؤشرات والندوات وورش العمل التي تعقد والتي يمكن للأولياء الأمور والمختصين من خلالها التزويد بأخر ما ثم التوصل إليه من مجال التوحد .
3 دعم وتعزيز الأسرة في صنع القرارات المتعلقة بمستقبل ولدها ومشاركة المؤسسات والمدارس في رسم السياسة العامة والبرامج المقدمة لأولادهم والانخراط بالأنشطة المختلفة التي تظهر كفاءة دوي الاحتياجات الخاصة.
4 ضرورة المحافظة على استمرارية وجود الطفل في المدرسة و العمل على تدعيم الاتجاهات نحو الإداريين و الفنيين لمتابعة البرنامج
5 إعادة النظر في المشكلات السلوكية من قبل المدرسة و العمل قدر الإمكان على التقليل من احتمالية ظهورها في المستقبل
6 تنسيق الجهود بين المدرسة و العيادة للمحافظة قدر الإمكان على المستوى الذي وصل إليه الطفل.
7إجراء بعض التعديلات في بنود المنهاج، وذلك من خلال العمل إعداد الدروس بشكل يسمح للطفل يفهمها واكتسابها بناءا على قدراته ويكون ذلك مرتبطا بشكل مباشر بالخطة التربوية الفردية والعمل بها من خلال المدرسة.
8 تعيين لجنة خاصة للطفل لأعداد الاستجابات و الاشراف عليها حتى يتسنى لنا الوصول إلي تقييم فعلي وتحقيق لقدرات الطفل وما تم اكتسابه من المنهاج ، وكذلك وجود لجنة خاصة للامتحانات يساعد الطفل في إعطائه فرصة كبيرة في الإجابة على الأسئلة بشكل أفضل
9العمل من خلال مثل هذه الحالات على حث الإداريين المسؤولين والذين يرسمون السياسية التعليمية والفلسفة القائمة عليها.

إذيأخذوا بعين الاعتبار طبيعة المشكلات السلوكية والتربوية والخصائص والسمات الشخصية التي تميز أطفال التوحد بعين الاعتبار عند قبولهم في المدارس العادية وأن يوجهوا الجهود المطلوبة للوصول بالطفل إلى الأهداف التربوية العامة المرجوة من التعليم أسرة بالأطفال العاديين.

كما يجب توفير المتطلبات التالية لرعاية الطفل التوحدي:

1 توفير المعلومات الضرورية لأسرة التلميذ حول إعاقته وطبيعة احتياجاته.

2 مشاركة الأسرة في إعداد وتصميم وتنفيذ وتقويم البرنامج التربوي الفردي للتلميذ.

3 توفير برامج تدريبية لأسرة التلميذ.

4 توفر خدمات التقييم والتشخيص المتخصص.

5 تشجيع البحث في أسباب مرض التوحد.

6 ترفع الوعي وتخلق فهما أفضل من مرض التوحد.

7 تعاون وزارة الصحة والتعليم وأقسام الطب النفسي المحلية وأقسام علم النفس لتشكيل الأساس لفريق يقوم بالتشخيص

8 إجراء الدراسات المسحبة عن حجم الأوتيزم في مجتمعنا العربي والمصري و الخدمات المقدمة لهؤلاء الأطفال حيث لها معلومات أساسية في وضع سياسات واستراتيجيات العمل لمخططات وبرامج الرعاية والتأهيل وتدريب الكوارد العاملة في المجال ولتوفير الاعتمادات المالية اللازمة لتمويل الخدمات التي تنص عليها مواثيق حقوق الطفل المعاق والتي أصبحت الان تستخدم كأحد مؤشرات تقدم المجتمع

9 عمل دورات تدريبية عن الأوتيزم للأطباء ومدرسي التربية الخاصة والإخصائيين النفسيين وأخصائي اللغة والكلام في العيادات والمدارس ووحدات رعاية الأطفال تكيفيية التعرف على هذا الطفل و كيفية التعامل معه (طارق ، 2008،ص207 حتى ص212)

خلاصة الفصل:

من خلال ما سبق عرضه نستخلص أن التوحد هو أحد الاضطرابات النمائية المعقدة، أو ذلك يرجع إلى تعدد أسباب حدوثه ، وكذا التداخل خصائصه مع الاضطرابات الأخرى وتعتبر عملية تشخيص الطفل المتوحد من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا لأنها تعتمد على فريق من الأخصائيين والأطباء التي تتطلب تعاون كبير بين أعضاء هذا الفريق.

الفصل الثاني: التكفل

تمهيد

أولا: تعريف التكفل

ثانيا: أهداف التكفل

ثالثا: أهمية التكفل

رابعا: أنواع التكفل

التكفل الطبي

التكفل النفسي

التكفل البيداغوجي

التكفل التربوي

التكفلالاجتماعي

خامسا: تكفل الأسرة بطفل داخل المنزل

سادسا: دور الأسرة في عملية التكفل داخل المركز

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعاني الكثير من الأطفال المصابين بمتلازمة داون بمشاكل لاسيما على المستوى الذهني والتي تسهم

وبشكل ملحوظ في تعوض الطفل لإضطرابات مختلفة سلوكية وانفعالية ولتخفيف من هذه المشكلات لا بد من وجود نظام تكفلي

متكاملللكتسابالطفللمختلفالمهاراتالمتعلقةبجوانبالنموالمختلفةحيثأنالوصولإلىتكفلناجحيعتمدعلىحل بعضالمشكلاتوالاضطراباتكمايعتمدأيضاعلىكفاءة

الفريقالقائمبعمليةالتكفلوعلىهذاالأساسينبغيأنيهدفالتكفلإلىمساعدةالطفلوأسرتهبكلبساطةوفعاليةمهما كنةبهدفتحسينحالةالطفل

1) تعريف التكفل

يتمثل في القيام بمجموعة من العمليات لصالح الأطفال المتخلفين عقليا، واللذين تتراوح أعمارهم من 0 إلى 5 سنوات يعانون من اضطرابات نفسية حركية وتأخر لغوي واضطرابات سلوكية والطابع وفق مقاربات متعددة التخصصات بغرض تنمية إمكانيات الطفل على المستوى النفسي الحركي واللغوي. كما تحظى الأسرة بمرافقة نفسية لتمكينها من مواجهة إعاقة طفلها والسماح لها بأداء دورها كشريك لا يستغنى عنه في التكفل المبكر. (عواق واخرون،2002، ص 10).

يتضمن التقليل من حدة الاضطرابات التي يعاني منها الطفل ومساعدته على تحقيق ذاته بالتواصل مع الآخرين وتحقيق استقلاليته وتنمية القدرات الفكرية والعاطفية والاجتماعية حتى يستطيع الطفل الاندماج داخل المجتمع(الابلانش واخرون 1985، ص375)

هوعملية يقوم بها المجتمع كهيئة لتحقيق مجموعة من الأهداف للوصول بالفرد إلى ضمان حقوقه والإحساس بالعدالة في وسط المجتمع، وهو أيضا وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته و بانه قادر على التواصل مع الاخرين لتحقيق الاستقلالية من خلال تنمية القدرات و المهارات و استغلالها احسن استغلال (الدهراوي 2008، ص 124).

هو عبارة عن مجموعة شاملة من الخدمات الطبية الاجتماعية والتربوية والنفسية تقدم للأطفال الذين يعانون من الإعاقة أو الذين لديهم قابلية لتأخر في النمو كما أنه العمل على التعرف

المبكر علىالتأخروالاضطراباتوالإعاقاتالموجودةعندالطفلومنومنتقديمالبرامجالتربويةالفاعلةله، والخدماتالمناسبةلحالتهللعملعلىزيادةكفاءتهوقدرتهومهارته،كذلكالتقليلمننتائجالاضطراباتوالإعا قةإضافةإلىالخدماتالمقدمةلأسرتهلزيادةكفاءتهاوقدرتها (أحمديحي 2006 ص369)

يعرف كذلكبأنهبرنامجمتكاملومتخصصمعدللكشفمعدالقدراتوالمهاراتلذويالاحتياجاتالخاصة (أوليد السيد وآخرون 2006 ص 59

2) أهداف التكفل

إنالهدفالعاممنالتكفلهومساعدةالفردعلىأنيفهمنفسهمنجهةوأنيفهمالعالمالمحيطمن جهةثانيةليكونقادرعلىالتكيفالمناسبنتيجةهذاالفهموتتلخص في :

مساعدةالشخصالمتخلفعلىفهموتقديرخصائصهالنفسيةومعرفةإمكانيتهالجسميةوالعقلية والاجتماعيةوالمهنيةوتطويرالاتجاهاتالإيجابيةالسليمةنحوالذات

تخفيفالتوترالكبتوالقلقالذييعانيومنالشخصوضبطعواطفهوانفعالاته

تعديلبعضالعاداتالسلوكيةالخاطئة.

تنميةوتطويرالاتجاهاتالإيجابيةنحوالحياةوالعملوالمجتمعوتدريبيةالمتخلفعلىتسيرأمورهوادراكه لإمكاناته المحدودةوكيفيةاستغلالهاوالاستفادةمنها(عبيد 2012 ص 58)

3) أهمية التكفل:

تكمن أهمية التكفل في كونه:

- وسيلة لإدماج الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة من الناحية النفسية الاجتماعية والمهنية.
- توعية أفراد المجتمع بضرورة النظر بموضوعية وبعدل لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة للقضاء على نظرة السلبية لهم.
- منح الفرد فرصة العيش وتنمية قدراته الحركية والاجتماعية والعاطفية فيصبح قادر على العيش في المجتمع.

ومنه فالهدف العام من التكفل هو تحقيق ودمج الشخص المعاق مهنيا واجتماعيا وتحقيق استقلاليته(عبيد ص 59)

4) أنواع التكفل

1. التكفل الطبي:

تقديم العلاج الطبي حسب الحالة، والرعاية الصحية العامة، وخاصة عندما يكون التخلف العقلي مصحوبا

بأمراض جسمية وعلاج أي خلل في أعضاء الحسية، علاج حالات افراز الغدد الصماء مثل: إعطاء

هرمون الثيروكسين في حالات القزامة، علاج الام والطفل في حالات استفساء الدماغ، اتباع غدائي

خاص البروتين في حالات البول الفينيكتيتوني، نقل الدم في حالات العامل الريزيسي (الوراثي)،

استخدام الأدوية المهدئة لتحكم في السلوك المضطرب والنشاط الزائد والتنمية الوعي الصحي واكتساب

العادات الصحية السليمة(زهران 1997، ص (415)

شرح لبعض المصطلحات:

- **استسقاء الدماغ**: هو مرض يتميز بتراكم السائل النخاعي في جيوب والتجاويف الداخلية للدماغ مما قد يتسبب في ارتفاع الضغط داخل القحف وقد يؤدي ذلك إلى تضخم الرأس، اختلاجات واختلالات عقلية.
- **البولالفينيكتيتوني**: الذي هو مرض وراثي وهي حالة ضعف عقلي نادر جدا ينتج عن وجود الفينيلكيتون في الدم.
- **عامل الريزيسي**: هو جزء من أجزاء الدم ويوجد لدى معظم الناس ويطلق عليهم RH.

يجب استعمال الأدوية بحدر عند ظهور أعراض حصر واكتئاب أو اضطرابات طبع الأدوية المهدئة تستعمل

من اجل مراقبة الاضطرابات الحادة للسلوك، فيجب أولا تقديم كميات قليلة ثم تدريجيا يتم رفع 2-6 التكفل

النفسي يتم هذا العلاج من أجل التوافق النفسي واكتساب الطفل المتخلف استقلالية، فحسب الظروف التي

يعيش بالقصور واللاقيمة، وتنمية إحساس موجب نحو الذات ومساعدته على تقبل ذاته. استعمال نشاطات

وتقنيات متنوعة مثل (مسرح بسيكو، درام، رسم، طلاء بالأيدي) لمساعدة الطفل على التعبير، والتكيف،

وتطوير إمكانياته العضوية النفسية والعقلية، ابداع، الحس الجمالي

2. التكفل النفسي:

يتم هذا العلاج من أجل التوافق النفسي واكتساب الطفل المتخلف استقلالية، فحسب الظروف التي يعيش

فيها المتخلف يضطرب انفعاليا وتظهر لديه الأعراض العصابية التي تزيد في كفه وعدم توازنه

يجب التكفل بهؤلاء الأطفال عن طريق علاج نفسي على شكل علاج بالمساندة) يتمثل في إقامة أفواج

للتعبير عن طريق اللعب، الرسم، لعب الأدوار. علاجات نفسية تتوجه نحو المحيط العائلي تتمثل في

مساندته وتوجيهه وارشاده كي يغير من مواقفه العلائقية والتربوية، والتي تنعكس بدورها على الطفل

مما يساعده على تخفيض القلق والتوتر والشعور بالقصور واللاقيمة، وتنمية إحساس موجب نحو الذاتومساعدته على تقبل ذاته.

استعمال نشاطات وتقنيات متنوعة مثل (مسرح، بسيكو، درام، رسم طلاء بالأيدي) لمساعدة الطفل على
التعبير، والتكيف، وتطوير إمكانياته العضوية النفسية والعقلية ابداع الحس الجمالي (ميموني 2005، ص126)

3. التكفل البيداغوجي:

وضعالطفلفيمدارسمتخصصةمكيفةحسبإمكانياتهمعأطفالمننفسالمستوىكيلاينمولديه شعوربالدونية و الفشل .

الدروسترتكزعلىأعمالواقعيةتستدعيكمالالنشاطالخاصبالطفلأينشاطهالحسيالحركيمثلماتستدعيال عملياتالفكريةيبحثبمفرده،يكتشفويجربلتطويرحركته،ومهاراتهاليدويةهام مساعدتهعلىالاستقلاليةعلىالأقلفيحاجاته الأولي.

التدريبعلىالسلوكالاجتماعيالسويوالمقبولوتصحيحالسلوكالخاطئأوالمضادللمجتمعلمساعدته للحفاظعلىحياتهوحمايتهمناستغلالالآخرين .

المتخلفينعقلياقادرينعلىالعملوالحصولعلىاستقلاليةاقتصاديةواجتماعية.

الشيءالذييقصفيالجزائرهوعدموجودورشاتمحميةللتكوينالمهنيوورشاتعمل تجعل المتخلفين عقليا قادرين على العمل و الحصول على إستقلالية إقتصادية و إجتماعية .

فيأوروباهناكمحاولاتدماجعددمنالمتخلفينهنيافيالمدارس العادية.

4. التكفل التربوي:

إن الجزائر كباقي دول العالم تأثرت باإلتجاهات المعاصرة في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة

فأنشات المراكز النهارية ودور اإليواء للتكفل بهم إذ يتوسع على المستوى الوطني أزيد من 2 مركز

طبي بيداغوجي بنظامين داخلي و نصف داخلي,قصد تحقيق كفاءة شخصية و الإجتماعية و مهنية

لألطفال المصابين بمختلف اإلعاقات سواءا العقلية أو الحسية ، يوجه اليها الأطفال عن طريق المراكز

الصحية وهيئات الضمان :

1. الاجتماعي بمختلف الولايات والمدارس وينقسم التكفل الى مرحلتين
2. من ثالث سنوات الى ستة سنوات تكفل مؤقت
3. من ستة فما فوق يمكن للطفل ان يقيم بهذه المراكز

يستفيد الاطفال المصابون بالتريزومية 12 من تكفل متعدد نفسي بيداغوجي وطبي بالمراكز المختلفة دون وجود مشروع تربوي مناسب ما أدى الى فشل الدمج المدرسي في غياب المختصين والمتابعة وقبل التسعينات من القرن الماضي كان الطفال المصابين بالتريزومية 12 يتلقون خدمات علاجية في المراكز الطبية البيداغوجية او في المدارس العادية عشوائيا

أما المراكز البيداغوجية فإنها تركز على تحقيق استقلالية الطفل دون تركيزها على الجانب المعرفي، وبالتالي ال تعتبر مراكز للمتمدرس ولكن للرعاية الطبية.
وبعد التسعينيات حاول الأولياء دمج أبنائهم في المدارس اهتداء بما يجري في العالم وذلك بمدرسة التعليم المكيف "بن عكنون) "على رملي (بالعاصمة والتي وافقت على دمج المصابين بالتريزومية 12 بتوفير 3 شروط الإلحاق بالأقسام

- العمر من 7_8 سنوات
- الاستفادة من تكفل مبكر.
- النجاح في اختبار يجرى في المدرسة.

ومنذ سنة1993 تم دمج حوالي 41 طفل مصاب بالتريزومية 12 في الاقسام التي تحوي اطفال عاديين ذوي صعوبات التعلم ولكن حاليا لم تعد المدرسة تقبل هذا النوع من فئات الاطفال وهذه التجربة رغم عيوبها الى أنها أظهرت امكانية تعليم المصابين بالتريزومية 12 وإكتساب الكتابة والقراءة والحساب واستعمال اللغة العربية الفصحى في التعليم. (بن قيدة 2009 ص 59)

5. التكفل الأسري:

إنالمبدأ الأولي في التكفل والتدخل المبكر هي أن ترعى الأسرة أبنائها لأنها من أنسب البيئات لرعاية وحماية الطفل حيث يتم إشباع الحاجات النفسية والجسمية والاجتماعية وبشعر فيها الطفل بالمحبة والأمان وان تكون شريكا في عملية التكفل ويبرز دور الأسرة في علاج إبنها من خلال إشراكها في عملية التكفل سواء في العيادة أو في المنزل **(**حسن عسيلة 2006 ص 75**).**

6. التكفل الإجتماعي:

يعرف بأنه تلك الجهود الحكومية والأهلية والدولية المنظمة والهادفة لاستغلال طاقات الفرد المعوق إلى أقصاها، ليتم له أنسق توافق ممكن بينه وبين بيئته الاجتماعية بما يحفظ له كرامته وحقه كإنسان في الحياة.(المليحي واخرون 2012، ص 273)

7. **أنواع التكفل الاجتماعي:**

أ- **البحث الاجتماعي:** وهذه المرحلة تعني اجراء دراسة تشمل جميع الأحوال الاجتماعية للمعوق فتشمل الدراسة بينات عن الإعاقة والظروف والآثار النفسية والاجتماعية التي تنشأ عن الإعاقة. كما تشمل الدراسة بيئات عن الأسرة، حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي بدراسة علاقة الطفل

المتخلف ذهنيا بأسرته لتشخيص الاجتماعي (القمش واخرون 2012 ص 64).

ب-**لخدمات الاجتماعية**: يقدم الأخصائي الاجتماعي خدمات للمعاقين ذهنيا حيث بعد هناك استبعاد للأطفال والبالغين من المعاقين ذهنيا من المجتمع المحلي، بل أصبحوا ذوي

قدرات وإمكانات وطاقات كامنة لابد من الاستفادة منها داخل المجتمع المحلي (المليحي واخرون 2012 ص 64)

ت- **التأهيل الاجتماعي** ويقصد بذلك تأهيل الطفل المعاق من الناحية الاجتماعية، وذلك من خلال مساعدته على التكيف الاجتماعي ويعتبر العلاج بالعمل من البرامج الاجتماعية التي تعمل على تنمية ما تبقى لدى الفرد من القدرات العقلية والجسمية تمكنه من القيام بعمل ما، وبالتالي مساعدته في عملية التكيف الاجتماعي. (القمش واخرون، 2012، ص64)

5) تكفلالأسرةبالطفلداخلالمنزل

إنالأسرةتلعبدورالمعالجلطفلهاالمضطربفيالمنزلبتقبلحالةطفلهاوالتسليمبأنالتحسنمرتبط باتباعبرنامجتدريبيوتأهيليييساعدعلىتخفيفمنالاضطراباتالتييعانيمنهاولىشفاءه.

تنفيذخطةتربويةوعلاجيةمصممةمنطرفالمختصينبالتكفل .

المتابعةالصحيةلطفلهاعندالأطباءالمختصين.

ويقدملطفلالبرامجالمناسبةوهوداخلنطاقالأسرةمنخلالأخصائينفسييشرف على متابعة الحالة ويوجهالأسرةومنالعواملالمساعدةفينجاحهذهالطريقةهيمدىرغبةالوالدينفي رعايةالطفل و مدى كفاءتهمفيتنفيذتعليماتالأخصائيالرعايةفيالمركز) عطية1995 ،ص(84

6) دورالاسرةفيعمليةالتكفلداخل المركز

عندماتجدالأسرةأنهمنالعسيرعليهامتابعةحالةالطفلمعالأخصائي والعملللوالدينفيهذهالحالةتقومبرعايةالطفلمنخلالمركزلرعايةالنهاريةوهولايعنيأندورالأسرةسلبي يفيهذاالأسلوببلمنالمفيدللطفلأنتظلالأسرةمسؤولةعنتكاملالعملمعمركزالرعايةولدمجبينالرعايةا لأسريةالمنزليةوالمشاركةفيالأنشطةوالخبرات الجديدة

فيالمركزوهوأكثرفائدةلطفلحيثيستفيدمنكلتاالطريقتينن)عطية1995 ،ص(48

إذيجبعلىالأسرةتزويدمؤسسةالتكفلبجميعالمعلوماتالخاصةبتاريخحالةطفلهاوكذلكالاضطراباتالتي يعانيمنهاوالاشتراكفيوضعالخططالفرديةالتيتقوممؤسسةالتكفل

بتصميمهاوالخاصةبالطفلوكذلكالمساهمةفيتنفيذها،وضرورةالإعلامبأيجديدقديطرأعلىحالةابنها وتنفيذالتوصياتوالاقتراحاتالتييقدمهافريقالعملالخاصبالمؤسسةفيمايخصطريقةالتعاملمعالطفل) حسن1992 ،ص(12

خلاصة الفصل:

منخلالماقدمفيهذاالفصلتمكنامنالوقوفعلىأنالتكفلعاملأساسيفيحياةالطفلعبر مراحلحياتهالمختلفة،وانالمتلازمةوالتخلفالذييعانيمنهيشكلصعوباتفيحياتهموهذاما يستلزمالتكفلبالطفللتقليلمنأثارإصابتهبالمتلازمة،والوقوفعلىحالةالطفلمنجميعالجوانب،كما تطرقنا إلى دور التكفل في التخفيف من الإضطرابات لمعالجة الإعاقة الذهنية التي تندرج منها

متلازمة داون و هذا ما سوف نتناوله في الفصل الموالي

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

- **الدراسة الاستطلاعية**
- **الدراسة الأساسية**
- **منهج البحث**
- **تعريف دراسة الحالة**
- **عينة البحث وخصائصها**
- **مكان وزمان إجراء البحث**
- **الأدوات المستخدمة في البحث**

تمهيد :

في هذا الفصل سنعرض إجراءات الدراسة الميدانية التي قمنا بها لفهم واقع التكفل باضطراب التوحد في ولاية وهران نبدأ هذه الاجراءات بالدراسة الاستطلاعية التي تعتبر خطة اساسية في البحث العلمي اعتمدنا في بحثنا على منهج دراسة الحالة و هو المنهج المناسب لموضوع بحثنا كما تناولنا الحدود الزمانية و الحدود المكانية و العنة و كذا أدوات الدراسة و الأساليب الاحصائية المستخدمة.

1-الدراسة الاستطلاعية:

إن البحث العلمي يقوم على عدة مراحل وتعتبر الدراسة الاستطلاعية من أهمها لأنها تساعد الباحث على المنهج المستخدم للدراسة وكذا ملائمة أدوات الدراسة وجمع أكبر قدر من المعلومات حول موضوع البحث وتحديد كل ما يتعلق بعينة البحث من عمر و جنس و قياس موضوع.

لقد قمنا باختيار موضوع الدراسة انطلاقا من الواقع المعاش والمشاكل التي نلامسها في الميدان من خلال التربص الذي قمنا به والمعاناة والصعوبات التي يوجهها المربين المختصين مع هذه الفئة من خلال الدراسة الاستطلاعية توصلنا إلى النتائج التالية:

*تحديد موضوع الدراسة وضبط فرضياتها

*تحديد متغيرات الدراسة وضبطها

*تقييم واقع التكفل في المراكز البيداغوجية سواء اكانت عامة أو خاصة

02-أهداف الدراسة:

أجريت الدراسة الحالية بعد جملة من المقابلات مع المربين و المربيات داخل المركز النفسي البيداغوجي عن موضوع البحث متمثل (دور المراكز البيداغوجية في التكفل النفسي بطفل اضطراب التوحد بهدف:

*الاهتمام بالتصور الشامل للبحث

*استكشاف ميدان الدراسة الاستطلاعية

*التزود بالمعلومات عن عينة الدراسة

*تصميم و بناء أداة بحث و المتمثلة في (استمارة دراسة حالة)

03-منهج الدراسة :

لقد اعتمدنا في بحثنا هذا على منهج دراسة حالة ، فهو المنهج المناسب لموضوع بحثنا و يعتبر وسيلة علم ووسيلة بحث العلمي وهو الطابع المميز للموضوع ، وذلك من خلال السبل الفنية التي تتبع من قبل الباحث أثناء تجميع المعلومات والبيانات وتصنيفها وتحليلها وتفسيرها وعرض نتائجها في شكلها النهائي.

ونجد ان منهج دراسة حالة يهدف الى جمع أوصاف علمية دقيقة عن الحالة المدروسة كما هي عليه في واختيار المنهج أمر تحدده طبيعة المشكلة المراد دراستها للوصول إلى نتيجة معينة ونظرا لطبيعة الدراسة فقد تم الاعتماد على المنهج دراسة حالة .

04-الحدود الدراسة :

الحدود الزمانية : أجريت الدراسة من 16أفريل 2025 إلى غاية 16 ماي 2025 في حدود 10 حصص

الحدود المكانية :أجريت الدراسة في كل من المؤسسة العامة المركز النفسي البيداغوجي لأطفال المعاين ذهنيا إيسطو وهران

و المؤسسة الخاصة العيادة النفسية الفضاء لذوي الاحتياجات الخاصة لسيدة " تيغزة نوال "

05-ملخص عن المؤسسة العامة :

-تعريف بالمؤسسة الحكومية :

الموقع الجغرافي :

يقع المركز النفسي البيداغوجي لأطفال المعاقين ذهنيا بمنطقة المقرات أحمد مدغري "ايسطو "وهران

مرسوم الانشاء :

المرسوم التنفيذي رقم 267/90 المؤرخ في 1990/09/15

المرسوم التنفيذي رقم 05/12 المؤرخ في 01/04/ 2012 يتضمن القانون الأساسي

تاريخ افتتاح المركز : 2006/10/22

الوصاية المركزية : وزارة التضامن و الأسرة و قضايا المرأة

الوصاية المحلية : مديرية النشاط الاجتماعي و التضامن الوطني لولاية وهران

طاقة الاستيعاب النظري 100 طفل

عدد الأطفال المتكفل بهم : 122 طفل و 8 تكفل جزئي

سن التكفل : من 3 سنوات إلى غاية نهاية المسار الدراسي 18 سنة

النظام الداخلي للمركز : يهدف المركز إلى التكفل بالأطفال المعاقين ذهنيا

رقم الهاتف : 041706502

-أهداف التكفل :

الاستقلالية ، التربية و التعليم ، الدمج الاجتماعي

ملخص عن المؤسسة الخاصة

تعريف بالمؤسسة الخاصة :

العيادة النفسية الفضاء لذوي الاحتياجات الخاصة يقع مقرها ب بلقايد – بئر الجير –

تعني بتقديم خدمات نفسية و بيداغوجية لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، أنشأت سنة 2015 ، تعمل على معالجة و متابعة الحالات الصعبة من أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و

كذا الاضطرابات الوظيفية ، تتكون المؤسسة من 5 اقسام كل قسم تقوم الاخصائية بمهام محددة ، تتكون المؤسسة من 5 أقسام و 8 أخصائيين من بينهم أخصائيين نفسانيين يقومون بالتشخيص و العلاج السلوكي و أخصائيين النطق و التخاطب ، يقومون بمعالجة مشاكل النطق و الكلام ، حيث تحتوى على مساحة مخصصة للنشاطات الترفيهية و يوجد مختلف ألعاب التسلية ، لتخفيف من حالة الطفل و تهدئته ، و تفريغ شحناته كما يوجد قسم مخصص للرسم و اللعب وقاعة للتأهيل الحركي ، دوام 8 ساعات تحث إشراف مديرة المؤسسة تيغزة نوال و تقدم العيادة خدمات في مجال التوحد : العلاج النطقي و اللغوي المعتمد على" منهاج تيتش

التدخل السلوكي (ABA) ، تقنيات التدخل المبكر (Denverو Help) تقنيات التواصل البديل و المعزز (CAA) ، تدريب نظرية العقل ، الدعم التكنولوجي و اللوحات الرقمية من خلال خدمات المتابعة الخاصة ، ورشة تدريب الأطفال ،

06- وسائل البحث :

اعتمدنا في دراستنا على استمارة دراسة حالة ، بحيث تعتبر وسيلة لتقديم صورة مجمعة للشخصية ككل و هي تشمل دراسة مفصلة للفرد في حاضره و ماضيه و هي بذلك تقدم تصورا فعلياً لحالة الفرد .

وتهدف دراسة الحالة :

فهم أفضل وسيلة للعميل و تشخيص مشكلاته و طبيعتها و أسبابها و اتخاذ التوصيات الارشادية و التخطيط للخدمات الارشادية الازمة ، تجميع المعلومات و مراجعتها و دراستها و تحليلها و تنظيمها ، مساعدة العميل في حل مشكلاته و صراعاته ،و إيجاد حلول مناسبة للتغلب على هذه المشكلات و كذا اختيار أفضل الحلول .

كما تعتمد دراسة الحالة على مجموعة من الخطوات هي :

01-مرحلة الدراسة : و يتم فيها جمع المعلومات و البيانات عن الحالة من مصادر مختلفة

02-مرحلة التشخيص :و فيها يتم وصف شخصية الحالة التي ندرسها و صراعاتها النفسية و مستوى ذكائها و قدراتها وتهدف هذه المرحلة إلى الفهم الكامل لشخصية الحالة التي ندرسها و من تم نساعد في رسم خطة العلاج المناسبة .

03-مرحلة العلاج : تلي مرحلة التشخيص ، حيث إن التشخيص الدقيق يساعد المرشد على فهم الصراعات النفسية التي يعاني منها العميل و الوقوف على أسبابها و من تم تساعده على تقديم الطرق الارشادية و العلاجية التي تناسب المسترشد .

04-متابعة الحالة و يعني تتبع الحالة لمعرفة مدى التحسن من عدمه .

كما لدراسة الحالة مزايا أهمها :

- تعطي للشخصية صورة أوضح وأشمل .
- تيسر فهم وتشخيص و علاج الحالة على أساس دقيق غير متسرع مبني على دراسة حالة .
- تفيد بالتنبؤ بمستقبل العميل او المفحوص من خلال دراسة ماضيه وحاضره .

07-عينة الدراسة :

وتتمثل عينة البحث المراد دراسته من ذوي الإعاقة ، أطفال التوحد ، تتكون عينة الدراسة من 6أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .

03 أطفال تابعين لمؤسسة حكومية جنس ذكر.

03 أطفال تابعين لمؤسسة خاصة جنس ذكر.

الرقم	نوع المؤسسة	الجنس	العدد
01	عامة	ذكر	03
02	خاصة	ذكر	03
المجموع			06

الفصل الخامس :الدراسة الأساسية

01-تعريف بالتفصل المؤسسة الحكومية
02- ذكر الحالات التابعة للمؤسسة العامة
دراسة الحالة 01
دراسة الحالة 02
دراسة الحالة 03
03-استنتاج
04-مراحل التكفل في المؤسسة العامة
05-إستنتاج عام للتكفل في المؤسسة العامة
01- تعريف بالتفصل المؤسسة الخاصة
02- ذكر الحالات التابعة للمؤسسة العامة
دراسة الحالة 01
دراسة الحالة 02
دراسة الحالة 03
03-استنتاج
04-مراحل التكفل في المؤسسة الخاصة

05-استنتاج عام للتكفل في المؤسسة الخاصة

الفصل الخامس :الدراسة الأساسية

I. الدراسة الأساسية :

01-تعريف بالمؤسسة بالتفصيل :

يقع المركز النفسي البيداغوجي لأطفال المعاقين ذهنيا بمنطقة المقرات أحمد مدغري "ايسطو "وهران

مرسوم الانشاء

01- المرسوم التنفيذي رقم 267/90 المؤرخ في 1990/09/15

02- المرسوم التنفيذي رقم 05/12 المؤرخ في 01/04/ 2012 يتضمن القانون الأساسي

03- تاريخ افتتاح المركز : 2006/10/22

04- الوصاية المركزية : وزارة التضامن و الأسرة و قضايا المرأة

05- الوصاية المحلية : مديرية النشاط الاجتماعي و التضامن الوطني لولاية وهران

06- طاقة الاستيعاب النظري 100 طفل

07- عدد الأطفال المتكفل بهم : 122 طفل و 8 تكفل جزئي

08- سن التكفل : من 3 سنوات إلى غاية نهاية المسار الدراسي 18 سنة

09- النظام الداخلي للمركز : يهدف المركز إلى التكفل بالأطفال المعاقين ذهنيا

10-041706502 : رقم الهاتف

11-أهداف التكفل :-

12-الاستقلالية ، التربية و التعليم ، الدمج الاجتماعي

02- مهام المركز :

يهتم المركز باستقبال فئة الأطفال المتخلفين ذهنيا ومتلازمة داون واضطراب التوحد ،قصد تحقيق الاستقلالية والتعلم والتوجيه الاكاديمي والاجتماعي

المصالح الإدارية للمركز

ـ الأمانة العامة ، مصلحة المالية (الميزانية) ،مصلحة المستخدمينـ التموين ـ التقنية ـ التنظيف ـ المطبخ ـ الغسيل ـ

الطاقم البيداغوجي : رئيسة المصلحة التقنية البيداغوجية ،مراقب عام ،مختص نفيس مختص تربوي.

مختص أرطفوني ، معلم مختص رئيسي ،مربي مختص رئيسي ،مربون مختصون رئيسيون مربون مختصون.

الهيئة المقررة : مجلس الإدارة ،المجلس النفسي البيداغوجي.

الشركاء الاجتماعيون :الجامعات المستشفيات ،مراكز التكوين المهين دار الشباب والرياضة المراكز المخصصة الجمعيات ،مرتكز تكوين المستخدمين.

03-نشاطات المؤسسة :

اجتماعات بيداغوجية ،اجتماعات تنسيقية بين مختلف المصالح اجتماعات فصلية تقييمية ،اجتماعات سنوية ،اجتماعات مع الأولياء.

البرامج البيداغوجية: نشاطات التربية الاعتيادية ،النشاطات الفكرية ،نشاطات إدراك الذات

النشاطات النفسية الحركية ،النشاطات الترفيهية، الورشات الرياضة ،فضاءات ثقافية و ترفيهية رياضية.

ملعب كبير من أجل اللعب وممارسة الرياضة وقضاء فترة الاستراحة ،مكتبة من أجل المطالعة قاعة مجهزة من أجل التربية النفس حركية ، فضاء للعب به الألعاب المختلفة .

04- مهام وطريقة عمل الأخصائية النفسية :

تقديم الخدمات النفسية التي تهتم بتكيف الشخص المعاق مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط به من جهة أخرى ليتمكن من اتخاذ قرارات سليمة في علاقته مع هذا العالم ، كما يساعد في الوصول بالفرد إلى أقصى ،درجة ممكنة من درجات النمو والتكامل في شخصيته وتحقيق ذاته وتقبل إعاقته. **05-مهام الأخصائية النفسية في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين في النقاط التالية:**

- مساعدة المعاق على فهم وتقدير خصائصه النفسية.

- مساعدة المعاق على معرفة إمكانيته الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية.
- تخفيض التوتر والكبت والقلق وضبط عواطفه وانفعالاته.
- تعديل العادات السلوكية غير المرغوبة.
- المساعدة في تنمية الشعور بالقيمة وتقدير الذات واحترامها.
- تنمية اتجاهات إيجابية نحو الحياة والعمل والمجتمع.
- تدريب المعاق على غرس ثقته بنفسيه و بالآخرين.
- ممارسة تقنية الاسترخاء مع الطفل المتخلف ذهنيا ومع الأولياء خاصة الأمهات.
- حيث تلتزم الأخصائية النفسية أثناء أداء مهامها بالسرية والموضوعية، والالتزام بالوقت إتقان العمل .
- إجراء المقابلات العياديه وتطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية.

***وفيما يلي المراحل التي تمر بها الأخصائية النفسية خلال أداء مهامها في المركز:**

ـدراسة الحالة : تعتبر أول المراحل التي يقوم بها الأخصائي النفسي و هي دراسة حالة للأطفال بمعرفة المعلومات الأولية عن الطفل عن طريق الأم مثل؛ التاريخ العائلي للإصابة أسباب الإعاقة، إصابة الشخص ببعض الأمراض العضوية، العلاج المستخدم.

ـ تشخيص الحالة :

يتم تشخيص وتحديد حالة الطفل من خلال معرفة إذا كان هذا الطفل يعاني من تخلف عقلي كامل أو لا ومعرفة نسبة التخلف العقلي أو توحد الموجودة لديه ، كلما كان تشخيص الحالة في وقت مبكر كلما كان هذا الأمر يجيد في عالج الحالة وفي إنقاذها من التدهور .

تقوم الأخصائية النفسية ب التشخيص اعتمادا على التقرير الطبي المرافق لملف الطفل حتى يكشف الطبيب على الجهاز العصبي لدى الطفل ويكتب تقريرا مفصلا عن حالته كما تقوم

الأخصائية النفسية بالملاحظة العلمية الدقيقة للطفل وتدوين المعلومات في شبكة الملاحظة وتطبيق العديد من الاختبارات والمقاييس التي تساعد على تشخيص إعاقة الطفل وتحديد مستوى الإعاقة

- قياس نسبة الذكاء : وتحديد العمر العقلي للطفل المعاق.

تقيس الأخصائية النفسية نسبة ذكاء الطفل وحساب عمره العقلي، من خلال تطبيق بوضع لاختبارات كاختبار رسم الرجل

إعداد تقرير نفسي عن الطفل : يشتمل هذا التقرير على وصف حالة المريض من الناحية السلوكية ومدى احتياجه لبرامج تعديل السلوك .

برامج لتعديل السلوك : إن تعديل السلوك مصطلح عام يشير إلى مجموعة من الإجراءات التي انتقت من قوانين السلوك وهي القوانين التي تصف العلاقة الوظيفية بين المتغيرات البيئية والسلوك وهو عملية منظمة تشمل على تطبيق إجراءات معينة الهدف منها ضبط التغيرات المسؤولة.

عن السلوك الخطوات الأساسية في عملية تعديل السلوك هي تحديد السلوك المستهدف حيث تقوم الأخصائية النفسية بتحديد السلوك المراد تعديله وتعريفه اجرائيا ويقاس بشكل مباشر وذلك لتصميم

خطة العلاج المناسبة له وإيصالها إلى المربيات من أجل المباشرة في تطبيقها وتنفيذها من خلال استخدام أساليب تعديل السلوك في تطبيق الإجراءات العلاجية للسلوكيات غير المرغوب فيها ، ومن أفضل أساليب تعديل السلوك هو استخدام أسلوب التعزيز لتثبت السلوكيات المرغوب فيها والتخلص من السلوكيات الغير مرغوب فيها .ثم تقوم الأخصائية النفسية بتحليل النتائج وتلخيصها وتقييم فعاليتها ومدى نجاحها.

* **العامل النفسي** : ويعني الاهتمام بالعوامل النفسية التي تساعد على التكيف والتعايش مع

.الإعاقة وتنمية الشخصية التعليمية من خلال عقد مجموع اللقاءات التي تتم بين الأخصائية

النفسية والطفل المعاق ذهنيا ويكون العلاج فردي أو جماعي ، يطبق المعالج النفسي عن طريق الفن من خلال رسم بعض الصور أو القيام بممارسة بعض الأعمال الفنية مثل الفخار

أو المنتجات اليدوية، كذلك يمكن تطبيق العلاج النفسي عن طريق مجموعة من الصور التي يتم بها اللعب بطرق مختلفة كما يمكن تطبيق العلاج النفسي ، عن طريق السيكو دراما وهي عبارة عن أداء الأدوار المختلفة بنوع من التمثيل مثل ما يتم في مسرح العرائس.

الإرشاد الأسري :

الإرشاد الأسري هو جزء لا يتجزأ من برامج العلاج السلوكي ، وهو يعتبر من أهم الجوانب المؤثرة في علاج الطفل وذوي الاحتياجات الخاصة .حيث تساعد المختصة النفسية الأولياء في تخطي مرحلة الصدمة لديهم وتقبل طفلهم المعاق وتعلم كيفية التعامل الصحيحة مع هذا الطفل من خلال جلسات إرشادية والمشاركة في تعليم

أولياء الأمور وتدريبهم بغية زيادة كفاءتهم في تحمل مسؤولياتهم إزاء الحالة . كما تقوم

باستقبال الأولياء وتزويدهم بالمعلومات اللازمة حول هذه الإعاقة وطبيعة التكفل والمتابعة في المركز

كما تشمل خدمات الإرشاد الأسري اشتراك كل من الوالدين في عملية الإرشاد وتوفير الدعم

والفهم لهما لمواجهة المشاكل المتوقعة وتشمل كذلك تقديم النصح للولدين بشأن خدمات البيئة

التي يحتاج لها الطفل المعاق عقليا بالإضافة إلى إشراك الأهالي في الاجتماعات التي تعد في هذا الإطار طرق الوقاية من الإعاقة وكيفية التعامل مع الإعاقة ووضع البرامج الخاصة وتدريب المعاقين عقليا

تقوم الأخصائية النفسية بمتابعة الحالات ذات التكفل الداخلي بالنسبة للأطفال المنتسبين للمركز

والمسجلين فيه، كما تقوم بمتابعة الحالات ذات التكفل الخارجي بالنسبة للأطفال غير المنتسبين

للمركز ومسجلين في قائمة الانتظار لدخول المركز، في حالة توفر المقاعد كما تشارك الأخصائية النفسية في مختلف اجتماعات المؤسسة كالمجالس البيداغوجية

.والاجتماعات الفصلية التقييمية وكذا الاجتماعات مع الأولياء

المشاركة في اتخاذ القرارات بشأن قبول الأطفال داخل المركز أو قرار إدماج الأطفال في المدارس العادي

أما التقنيات التي تعتمدها الأخصائية النفسية فهي الملاحظة والمقابلة

في مختلف المقاييس النفسية بالإضافة إلى مجموعة من الاختبارات مثل اختبارات الذكاء وكذلك دراسة الحالة

- مهام وطريقة عمل المختص التربوي :

تتقاسم الأخصائية النفسية العيادية والأخصائية النفسية التربوية نفس المهام ، إلا أن الأخصائي النفسي التربوي يهتم أكثر بالتخطيط لوضع البرامج التربوية التعليمية ، حيث يقوم بعدة مراحل مرتبة ومتناسقة للوصول إلى وضع برنامج تربوي خاص بكل طفل أول هذه المراحل هي القيام بالملاحظة العلمية الدقيقة في القسم أو في الملعب أو في الورشات ، ثم عملية التشخيص انطلاقا من بيانات الملاحظة وتطبيق الاختبارات المقننة والمقاييس بالإضافة إلى الملف الطبي الخاص بالحالة ، ثم يقموا بإعداد برنامج خاص بالحالة يتدرج حسب 4 : مستويات كالتالي

*فئة ببطيء التعلم وتتراوح نسبة الذكاء بين 70 و 90 درجة

*فئة القابلين للتعلم وتتراوح نسبة الذكاء بين 50 – 70او 55 - 79 درجة

* فئة القابلين للتدريب وتكون نسبة الذكاء ما بين 30 - 50 او 35 - 55 درجة

* فئة الاعتماديين وتكون نسبة الذكاء لديهم أقل من 25

كما يشمل البرنامج العلاجي المجالات التالية:

- الاستقلالية ، التربية الحركية العامة والدقيقة ،الجانب النفسي (ويتضمن المجال الاجتماعي والتواصل - الوظائف ا لتنفيذية والمعرفة مثل التخطيط التنظيم ومجال الانفعالات السلوكية

يعمل الأخصائي النفسي التربوي على توضيح وشرح برنامج التكفل للمربية من أجل الشروع في تطبيقه ويتابع الأخصائي التطورات عن كثب ليتمكن من تقييم تحسن الحالة من

خلال تقييم البرنامج وطريقة العمل بالإضافة إلى تقييم أداء الطفل عن طريق إجراء الاختبارات اللازمة.

- مهام وطريقة عمل الأخصائي النفسي الأرطفوني :

تقوم الأخصائية الأرطوفونية بمتابعة العمل الجماعي المتكامل مع الأخصائية النفسية العيادية والأخصائية النفسية التربوية للتكفل بالحالات في المركز النفسي البيداغوجي لأطفال المتخلفين عقليا من خلال عدة مراحل تقوم بها للوصول إلى تسطير البرنامج العلاجي الخاص بالحالة حيث تقوم الأخصائية الأرطوفنية بتشخيص الحالات عن طريق تطبيق " لتشخيص اضطراب **CARS**وإجراء الاختبارات المقننة والمقاييس اللازمة مثل مقياس بالإضافة للاختبارات الفارقة في فحوص الجهاز النطقي O52التوحد اختبار الفهم الشفهي وإجراء المقابلة مع الحالة أو مع الأولياء والملاحظة الدقيقة انطلاقا من ذلك واعتمادا على الملف الطبي للطفل تقوم الأخصائية الأرطفونية بوضع خطة علاجية لتصحيح النطق من خلال حصص وتمارين مقترحة بما يناسب الحالة، ومتابعة تطورات الحالة في بطاقة المتابعة وتسجيل الملاحظات اللازمة ، كما تساعد المربيات في العلاج من خلال خطة علاجية مبسطة تضعها الأخصائية الأرطوفنية ليتم تطبيقها داخل القسم خلال الحصص التعليمية.

لقد تم خلال فترة بقائي بالمؤسسة بمرافقة الأخصائية النفسية في المكتب الخاص بها أثناء إجراء المقابلة مع أولياء الأطفال المعاقين سواء مقابلة من أجل التسجيل في قوائم الانتظار أو كيفية التحاق الطفل بالمركز أو مقابلة الأولياء ، والطفل الخاضع للتكفل الخارجي من أجل إجراء جلسات علاجية ومحاولة تدريب الطفل المعاق على التأقلم والتكيف مع البيئة في المركز و مقابلة مع أولياء الأطفال للتكفل الداخلي من أجل إجراء جلسات علاجية مع الطفل أو جلسة إرشادية مع الأم من أجل توعيتها حول إعاقة طفلها ، ودورها في التكفل النفسي للطفل لكي يكون العمل جماعي ومن أجل مواصلة التمارين المقترحة من طرف الأخصائية في المنزل بالإضافة للحضور والمشاركة في البرامج والنشاطات اليومية مع المربيات في الأقسام ،مشاركة الأطفال المتخلفين ذهنيا في فترة الاستراحة واللعب الحر . يتقدم أولياء الطفل المعاق إلى المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين من أجل إلحاق الطفل بأقسام المركز، حيث تقوم الإدارة بتحديد موعد للأولياء مع الأخصائي النفسي من أجل إجراء مقابلة أولية والاطلاع على الملف الطبي للطفل.

البرامج المعتمدة من قبل المؤسسة العامة:

البرامج التربوية والعلاجية المطبقة و المعتمدة للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ونحاول من Davison&Neale 2001في المؤسسات العامة : ،قد حققت نتائجاً إيجابية (خلال ما يأتي الوقوف على بعض البرامج الأكثر انتشاراً وفاعلية.

أولاً : برنامج والدن:Walden Toddler program

يعد برنامج Walden Toddler أحد البرنامج الشاملة المقدمة للأطفال الصغار الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد ، قام بإصداره الأول كلا من (McGee, Daly,2001&Morrier) ، حيث أصبح نموذجا للكثير من البرامج اللاحقة له ، ويحرص على تقديم منهج شامل لتأهيل جميع المجالات التنموية لدى الطفل ، وكذلك يتميز بتوفير معالجين لتدريب الطفل داخل المنزل وتثقيف الوالدين لمدة تصل إلى 4 ساعات في الأسبوع .(Kevin A. Pelphrey, 2014:160)

صمم البرنامج خصيصاً للأطفال الصغار المصابين باضطراب طيف التوحد. ويستند البرنامج على تقديم طراز للرعاية اليومية النموذجية للطفل، مع التركيز على استخدام فرص التعلم في إطارها الطبيعي والاندماج الاجتماعي، حيث يشترك في ذلك مع برنامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA) الذي يستخدم المبادئ السلوكية ضمن سياقات التعلم الطبيعية. ويهدف لتحقيق مفردات أكثر لدى الطفل ، وتواصل اجتماعي وانضباط انفعالي ، ونموذج للتعاملات اليومية وتطوير للعلاقات الاجتماعية ، وتعلم الاستجابات الصحيحة للمواقف المختلفة ،وتتضمن بيئة تطبيق البرنامج الألعاب والأنشطة التي تعد جذابة للأطفال الصغار، والتهيئة للطفل لتعلم الطلب، والتفاعل مع الكبار، ويقضي الأطفال في برنامج والدن حوالي 30 ساعة أسبوعيا وما يقرب من 10 ساعات في التدريس بالمنزل مع والديه، ويتميز البرنامج بانه منظم جدا ويركز على الأهداف الفردية ضمن أنشطة مخطط لها مسبقا .

صمم البرنامج ليناسب الأعمار بين (15: 36) شهر، ورغم عدم وجود دراسات تجريبية لتقييم هذا البرنامج ، غير أن هناك بيانات تشير إلى أن حوالى 82% من الأطفال الذين تعرضوا للبرنامج استطاعوا استخدام كلمات ذات معنى KatarzynaChawarska,

ثانياً : برنامج تيتش: The TEACCH Program

يمثل برنامج **تيتش** من خلال اسمها لعلاج والتربية الخاصة في آن واحد للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، وهو تدريب للوالدين للتعامل مع الطفل من اجل تطوير مهاراتهً على المستوى الاجتماعي، وبالتالي حثه على المشاركة الاجتماعية ، حيث يركز البرنامج على فهم بيئة الطفل .

وكلمة **تيتش** هي اختصار للكلمات التي تعنى علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المرتبطة به وهذا البرنامج له شهرة عالمية ، وهناك عدة أبحاث أثبتت فعالية هذا البرنامج الذي وضعه الدكتور إيريک شولبرEric Shopler من جامعة شمال كالورلينا بالولايات المتحدة الأمريكية ويعد أول برنامج تربوي معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية .

ويقوم برنامج **تيتش** على أساس تكييف البيئة والمواد التعليمية لتلائم طبيعة الطفل التوحدي، وتلبي احتياجاته الخاصة وتنظيم عناصرها بما يحقق له أقصى درجات الأمن والطمأنينة والاستقلالية ، ويُعنى المنهج التعليمي ببرنامج **تيتش** بالتأهيل المتكامل والشامل للطفل المصاب باضطراب التوحد من خلال العمل على تنمية كل من:

- مهارات التواصل الإستقبالية والتعبيرية

المهارات الاجتماعية

مهارات اللعب

المهارات المعرفية والأكاديمية

المهارات الحركية الدقيقة والتآزر بين العين واليد

مهارات رعاية الذات

ويطلق على طريقة TEACCH أيضا التعليم المنظم ويحتاج الطلاب إلى استخدام للإشارات البصرية لمعرفة أي نشاط سيقام في الأجزاء المختلفة من الفصول الدراسية ويشمل البرنامج عناصر مثل:

تنظيم البيئة الصفية ، تسلسل وتقسيم الأنشطة ، الجداول البصرية ، الروتين مع المرونة

تمتاز طريقة تيتش(TEACCH) بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلا متكاملا للطفل، كما أنها تمتاز بان طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل ، حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد 5-7 أطفال مقابل معلم ومساعدة معلم ، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل، ويعد برنامج **تيتش** تطبيقا لنظريات المدرسة السلوكية أيضا ، وهو من أكثر البرامج استخداما في العديد من الدول، ويهدف لعلاج الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد باستخدام أساليب التعزيز الإيجابي والسلبي، ويساعد هذا البرنامج

أيضا هؤلاء الأطفال في تحسين تواصلهم مع الآخرين، واكتساب المهارات اللغوية والمفاهيم غير اللفظية.

ثالثاً : نظام التواصل بتبادل الصور (PECS) Picture Exchange Communication System

يعد برنامج التواصل باستخدام الصور (**بيكس**) من أفضل البرامج التي أعدت للتعامل مع المصابين باضطراب طيف التوحد، وهو أحد أشكال وسائل التواصل البديلة المعروفة (ACC) Augmentative Alternative Communication ، والذي صمم خصيصا للأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد (ASD) ويستخدما حاليا مع بعض الحالات ذات القدرات المحدودة ، ويتطلب نظام **بيكس** تدريبا مكثفا في جميع مراحله الست والهدف الأساسي لهذا النظام أن يتعلم الطفل الطلب من خلال رمز ومن ثم تقدمه في باقي المراحل ليتم تهيئته لاستخدام الطلب من خلال سلسلة من الرموز ليتم بناء جملة للطلب ، وبنهاية المرحلة الخامسة والسادسة للبرنامج يستجيب الطفل لسؤاله عما يريده أو يراه أو يمسكه ..الخ، من خلال وضع جملة على الشريط المخصص لذلك تتكون من بطاقة الطلب (أريد) وبطاقة تدل على الشيء الذى يحتاجه (المعزز) (ManinaUrgoloHuckvale, Irene Van Riper,2016: P138)

ووفقا لدليل PECS فهناك ست مراحل، يتعلم الطفل في المرحلة الأولى تبادل البطاقة ، وفي المرحلة الثانية يتعلم الطفل تبادل البطاقة عبر مجموعة متنوعة من المدربين ومسافات أبعد بين المدرب والطفل، وبالمرحلة الثالثة يتعلم الطفل التمييز بين البطاقات ، وبالمرحلة الرابعة يتعلم الطفل الطلب باستخدام الجملة ، وبالمرحلة الخامسة يتعلم الطفل الرد على مجموعة متنوعة من الأسئلة بما في ذلك "ماذا تفعل؟ ماذا تريد؟"، وأخيرا بالمرحلة السادسة يتعلم الطفل التوسع في المهارات السابقة.

وأشارت العديد من الدراسات التي تناولت المكاسب التي تحققت جراء تطبيق برنامج **بيكس** على الأطفال وبخاصة ممن تتراوح أعمارهم بين 4: 6 سنوات ، أنه بعد ستة أشهر من التدريب باستخدام نظام تبادل الصور **بيكس**، لم يتمكن هؤلاء الطلاب من استخدام مئات الصور وحسب ، بل زادت اللغة المنطوقة لديهم من متوسط 10 كلمات لتصل متوسط 68 كلمة ، وهذا يشير لتحسن اللغة التعبيرية بجاب استخدام الرموز والعبارات اللفظية وتحسن في المهارات الاجتماعية.

رابعاً : تحليل السلوك التطبيقي: AppliedBehaviorAnalysis " ABA"

يركز تحليل السلوك على المبادئ التي تشرح كيف يحدث التعلم. ويعد التعزيز الإيجابي أحد هذه المبادئ وذلك عندما يتبع السلوك نوعا من المكافأة، بحيث يتكرر حدوث السلوك المستهدف، ولقد وضع تحليل السلوك العديد من الفنيات لزيادة السلوكيات المفيدة والحد من

تلك التي قد تسبب الضرر أو تؤثر على التعلم، ما يعني استخدام هذه الفنيات لإحداث تغيير حقيقي وإيجابي في سلوك الطفل ، ولقد خلص تقرير الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال عام

2007 إلى أن الفائدة العائدة من التدخل باستخدام فنياتABA في اضطرابات طيف التوحد (ASDs) "تم توثيقه جيدا" حيث ثبت أن الأطفال الذين يتلقون التدخل في وقت مبكر شكلت لديهم سلوكيات إيجابية ودائمة وتحققت مكاسب في معدل الذكاء واللغة والأداء الأكاديمي، و السلوك التكيفي ، فضلا عن بعض التدابير للسلوك الاجتماعي:

ويتضمن تحليل السلوك التطبيقي تحليل أو تجزئة المهارة بشكل منظم لكي يتعلمها في خطوات صغيرة وبسيطة وتعزيز الطفل على كل خطوة عندما يؤديها على نحو صحيح . ويتم تعليم الأجزاء البسيطة في البداية ثم الانتقال إلى السلوكيات الأكثر اتساعا والأكثر تعقيدا بما يتناسب مع العمر (محمد السيد عبد الرحمن وآخرون ٢٠٠٥- ٢٠٨)

والمدخل السلوكي القائم على تحليل السلوك التطبيقي الخاص بأطفال اضطراب طيف التوحد يتضمن بروتوكولا يحوي العناصر التالية:

1- التحليل والقياس ويتضمن تحديد السلوك المراد وتعريفه ومن ثم بناء نظام موضوعي لقياس تكرار أو مدة الحدوث.

2- تقييم حالة الطفل : ويتضمن التقييم الوظيفي بعناية والذي يشير بدوره إلى عملية التأكد التجريبي للمتغيرات الضابطة التي تدعم او تعوق التعبير عن السلوك.

3- تطوير المنهج الفردي ويتضمن تسلسل للأهداف طويلة المدى وقصيرة المدى نتيجة للتقييم ، والذي يعكس الأولويات الجماعية لكل الأفراد المشتركين في التدخل العلاجي(الوالدين، الطفل، مقدم العلاج)وتطبيقه على مستوى النمو الحالي للطفل.

4- انتقاء المعززات واستخدامها: وتتضمن تنفيذ تقييم مستمر لتحديد المعززات الوظيفية التي تزيد من الدافعية للتعلم.

5- دعم التعميم: ويتضمن وضع خطة تفصيليه محددة حتى يتم التعبير عن المهارات الجديدة المكتسبة في ظل ظروف معينة وأماكن مختلفة وفي غياب العلاج.

6- انتقاء أساليب التدخل : ويتضمن انتقاء الأسلوب والمدخل العلاجي الخاص بالمهارات المحددة والسلوكيات الخاصة بكل فرد على حدة ،ويعمل تحليل السلوك التطبيقي على افتراض ماهيته أن العديد من السلوكيات الشاذة الصراخ والضرب العنيف يمكن أن تؤخذ لمحاولات للتواصل أو إثارة للسلوك المرغوب والنجاح لتشكيل سلوكيات مرغوبة من خلال التعزيز المتزامن ،بحيث يتم التركيز على اتجاهات الدافعية للطفل وكيف يمكن أن تدعم وتزداد دافعيتها.

خامساً : برنامج **صن رايز**:Son-Rise Program

في أواخر الستينات وأول السبعينات صمم برنامج **صن رايز** من قبل Barry Samahria Kaufman&Neil لمساعدة طفلهم الذي شخص بأنه اضطراب طيف توحد من الدرجة الشديدة، أعد البرنامج انطلاقا من فرضية أن التوحد اضطراب عصبي يؤثر على قدرة الطفل على التواصل وليس مجرد كونه اضطراب سلوكي ، ويعتمد البرنامج اعتمادا كبير على مشاركة أولياء الأمور ، لذلك يعد تدريب الآباء عنصراً رئيسيا في برنامج صن رايز ، يركز البرنامج على اللعب وبناء العلاقات الاجتماعية ، حيث يتم تحديد المحفزات للطفل ومن ثم استخدامها لتشجيع مشاركة الطفل

في أواخر عام 2013 نشرت أول دراسة تقدم الدليل على فعالية برنامج صن رايز والتي أجراها باحثون في جامعة NorthwesternUniversity ، حيث وجدت الدراسة أن الأطفال الذين تعرضوا لبرنامج صن رايز ظهرت لديهم زيادة المشاركة والتفاعل الاجتماعي ، وأسندت الاختلاف في نتائج التعرض للبرنامج لمدى فعالية تدخل الوالدين بصفتهم عنصر أساسي في نجاحه ، وأوصت الدراسة بمزيد من البحوث لتقييم الفرق بين المواقف الأبوية بالبرنامج وارتباطها بفعالية التدخل (Houghton,et al ,2013:pp506-495))

سادساً : برنامج (LEAP)

learningexperiences : an alternative program for preschoolers and parent

يعد برنامج ليب أحد افضل برامج التدخل المبكر للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، ويرجع ظهور البرنامج للعام 1981 في بنسلفانيا ، حيث يقدم للأطفال في عمر الثلاث إلى الخمسة أعوام في صورة برنامج شامل يستهدف مرحلة ما قبل المدرسة وكذلك ،المهارات السلوكية للوالدين ويضم كذلك عدة أنشطة مجتمعية ، يتميز برنامج ليب أنه من البرامج التي تجمع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مع أقرانهم العاديين ويمتاز أيضا المنهاج في البرنامج باستخدامه للرفاق في تدريبات اكتساب المهارات الاجتماعية ، كذلك تشتمل الأهداف على مجالات النمو اللغوية والاجتماعية والانفعالية والتكيفية والمجالات الأخرى نحو الجوانب النمائية المعرفية (National Research Council,2001).

يقوم البرنامج على تقديم خدمات التدخل المبكر بشكل نوعي لمدارس والمؤسسات المختلفة ، من خلال زيارات ميدانية وورش عمل وتقديم استشارات حسب كل حالة على حدها وتقديم الوسائل التعليمية المناسبة ، ويضم التدريب المقدم كيفية القيام بضبط وتنظيم البيئة الصفية ، و كيفية زيادة فرص التعلم للطفل خلال يومه ، كذلك تريب رفاقه على مهارات اجتماعية مختلفة ، وتكوين فريق إشراف على الطفل ، و مشاركة الفعالة للأسرة، مع التركيز على تحقيق أهداف خاصة بكل طفل تشبع احتياجاته الخاصة ، مع التركيز على التعميم كونه احد خصائص المصابين باضطراب طيف التوحد

سابعاً : القصص الاجتماعية: Social stories

تهدف القصص الاجتماعية المصممة خصيصا لذوي اضطراب طيف التوحد لتوصيف مواقف اجتماعية وتبادل أحاديث ورموز مجتمعية طبيعية تدور بين الأفراد ، وتساعد في تنمية التواصل الاجتماعي في مجالات ومواقف متعددة في الحياة اليومية ، والعلاقات الشخصية ،كما تسهم في التعريف بما يدور في كل موقف من أحاديث ومجاملات، و في تفسير سلوكيات الآخرين والدوافع المحركة له سواء كانت إيجابية أو سلبية .

وفي هذا الصدد، أشار كل من (Grand, 1993&Gray) إلى فاعلية القصص الاجتماعية عند استخدامها مع ذوي اضطراب طيف التوحد، كما أكد (Swaggart, 1995) على الدور الهام للقصص الاجتماعية في تنمية المهارات الاجتماعية لدى المصابين باضطراب طيف التوحد بكافة درجات الإصابة.

ويشار هنا أن القصة الاجتماعية تعد فقط وفق الهدف الذي يأمل المعلم تحقيقه ووفق ما لدى الطفل من قصور ، فقد تستهدف القصة الاجتماعية فهم المشاعر او السلوكيات الخاطئة ، وغالبا ما تتكون القصة الاجتماعية من جملتين إلى خمس جمل، وقد يزيد عدد هذه الجمل. وتعد القصة الاجتماعية باستخدام صور فتوغرافية أو خطيه أو رسومات (Richord, 1998&Juane) مع مراعاة أن تكزن الجمل المستخدمة في القصص مختصرة وغير مجردة بقدر الإمكان.

ثامناً : برنامج ماكتون : Makaton Program

صممت السيدة مارجريت ووكر (Walker Margaret) مفردات ماكتون اللغوية في أوائل السبعينيات ،وتم تأسيس مشروع ماكتون في تطوير المفردات في عام 1978م كمؤسسة بريطانية خيرية وقد أدخل البرنامج إلى (40) دولة منها الكويت والمملكة العربية السعودية

ويشار لماكتون أنه برنامج لغوي تم تصميمه خصيصاً لتطوير عملية التواصل واللغة ومهارات القراءة والكتابة للأطفال والبالغين الذين يعانون من صعوبات في التواصل نحو ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي صعوبات اللغة .

يخصص لكل اسم أو فعل أو مفهوم أو انفعال إشارة مقابلة ومن المزايا المحددة لهذا النوع من التواصل أنه يستخدم أشياء أو صور مثل برنامج التواصل من خلال تبادل الصور غير أن الشخص الذي يؤدي الإشارات لاحقا لا يحتاج إلى حمل ألبومات أو صور، بل كل ما يحتاج إليه يداه، ومن هذه الناحية فإن لغة الإشارة تعتبر اكثر تعميما من برنامج التواصل من خلال تبادل الصوربيكس

02- الحالات التابعة لمؤسسة العامة :

*** الحالة الأولى**

الاسم :عبد الصمد ، اللقب : ج

تاريخ و مكان الازدياد : 2011/10/23بوهران

سبب الاستشارة : تربص في إطار إنجاز مذكرة ماستر

مشكلة الإستشارة : مشكلة سلوكية ، طيف توحد

***تقديم المفحوص :**

عبد الصمد طفل من عائلة متكونة من أربعة أشخاص، أب و أم و أخت، الحالة الاجتماعية متوسطة مكان العيش فردي، أم تعاني من مرض القلب تتناول أدوية، عند الحمل كانت تعاني من بعض المشاكل العائلية، كانت الولادة قيصرية ، عند ولادته لم تكن لديه أي أعراض كان طفل عادي ، و عند بلوغه6 أشهر بدأت تظهر عليه بعض الأعراض لكن الأم لم تكن واعية بحالة ابنها بسبب المرض الذي تعاني منه (مرض القلب)، لم تتمكن الأم من الاهتمام الجيد بابنها و هذا ما جعله يتأخر في النطق و تزداد حالته ، كان عبد الصمد يقضي معظم وقته في الغرفة وحيدا يشاهد التلفاز وخاصة قناة الأطفال ، بعد بلوغه 03سنوات بدأ الأب يكتشف أن ابنه تأخر في النطق و بدأت تظهر عليه بعض أعراض التوحد من خلال السلوكيات الغريبة التي كان يقوم بها، بدأ الوالدين بملاحظة محمد مما جعلهم يستشيرون بعض الأخصائيين، وفي هذا وقت تأزمت حالة الأم و لم تتمكن من رعاية ابنها.

بدأ يتابع عند أخصائية نفسانية في المركز في سنة 2018 من خلال متابعتي للطفل عبد الصمد لاحظت أنه اصبح هادئ لا يقوم بتصرفات و سلوكيات كثيرة و غريبة لديه بعض السلوكيات النمطية كشد الأشياء لفترة طويلة ، ينطق ببعض الكلمات مثل : بابا و بعض اسماء أفراد العائلة لكن ليس لديه نطق صحيح و لا يزال لحد الأن لم ينطق كلمة واحدة.
عبد الصمد هو طفل في 14 من عمره يعاني من اضطراب طيف التوحد، ما يُسبب له صعوبات ملحوظة في مجالات التواصل، التفاعل الاجتماعي، والسلوك. يُظهر الطفل تأخرًا في اللغة، محدودية في المبادرة الاجتماعية، سلوكيات نمطية متكررة، وعدم القدرة على التكيف مع التغيرات في بيئته. لم يتلقَ إلى الآن تدخلًا تربويًا أو علاجيًا متخصصًا.
يظهر الطفل بمظهر جسدي سليم يتناسب مع سنّه الزمني (14 سنوات). يتمتع ببنية جسدية متوسطة، ويبدو نظيفًا ومرتبًا من حيث اللباس والمظهر الخارجي، ما يدل على عناية أسرية مقبولة. أثناء الملاحظة، يُلاحظ أن الطفل غالبًا ما يتجنب التواصل البصري، ولا يُبادر

بالتفاعل مع المحيطين به. يجلس في وضعيات متكررة، ويقوم بحركات نمطية مثل التأرجح أو تحريك اليدين باستمرار.

***سبب الاستشارة:**

تمت إحالة الطفل للملاحظة والتقييم بسبب ملاحظات الأسرة حول تأخره في الكلام، وضعف تواصله مع من حوله، وعدم استجابته عند مناداته. كما لاحظت الأم أنه يفضل العزلة، ويقوم بحركات متكررة مثل تحريك اليدين أو التأرجح، ولا يتفاعل مع الأطفال الآخرين. كل هذه السلوكيات دفعت الأسرة للبحث عن استشارة تربوية ونفسية للتأكد من حالته والحصول على توجيه مناسب لكيفية التعامل مع الآخرين

وجهه عادة خالٍ من التعبيرات الانفعالية، ونبرة صوته منخفضة أو غير واضحة عند محاولة الكلام. يُظهر سلوكًا انعزاليًا، ويفضل البقاء وحده بعيدًا عن الأطفال الآخرين أو الأشخاص البالغين. لا يبدو عليه الاضطراب أو القلق الشديد، لكن سلوكياته تشير إلى ضعف في التواصل.

***معلومات عن أسرة الطفل:**

الطفل عبد الصمد ينتمي إلى أسرة تتكون من أربعة أفراد: الأب، الأم، أخ، وأخت، وهو الابن الثالث في الترتيب. توجد صلة قرابة مباشرة بين الوالدين، حيث أن الأب والأم هما أولاد عم، مما قد يكون له دلالة في الجوانب الوراثية المرتبطة بنمو الطفل وتطوره.

من حيث المستوى الثقافي، الأب حاصل على مستوى السنة الأولى من التعليم الثانوي، ويعمل موظف، في حين أن الأم حاصلة على شهادة التعليم الابتدائي ولا تزاول عملًا، بل تتكفل بشؤون المنزل ورعاية الأبناء. تعيش الأسرة في ظروف اقتصادية متوسطة، لكنها تواجه بعض الضغوط النفسية والمادية المرتبطة بحالة الطفل الصحية وتكاليف الرعاية الخاصة.

لدى عبد الصمد شقيقًا أكبر يُدعى ضياء الدين، يدرس في الجامعة، وشقيقة تُدعى أنفال، تتابع دراستها في السنة الأولى ثانوي. يلقى بهاء اهتمامًا من والدته بشكل خاص، في ظل غياب الأب المتكرر بسبب ظروف العمل.

في حالة عبد الصمد، يُتوقع – في حال تم تطبيق تدخلات مبكرة ومكثفة ذات جودة عالية – أن يُحرز تحسنًا تدريجيًا في مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، لا سيما إذا تم دعم أسرته وتوفير بيئة تعليمية متخصصة. ومع ذلك، فإن احتمال احتياجه لدعم طويل الأمد في بعض المجالات، مثل المهارات الاجتماعية وتنظيم الذات، يبقى قائمًا. كما أن التنبؤ يجب أن يُبنى بشكل ديناميكي، ويُراجع دوريًا بحسب تطوّره واستجابته المستمرة للعلاج.

لذلك، يُوصى بإجراء تقييم شامل متعدد التخصصات كل 6 إلى 12 شهرًا، مع توجيه التدخلات نحو تعظيم نقاط القوة الفردية، وتقليل الفجوات النمائية، ما يمنح بهاء أفضل فرصة ممكنة لتحقيق تقدم وظيفي يُعزز من نوعية حياته على المدى البعيد.

تُعتبر مشاركة الأسرة عنصرًا محوريًا في الخطة، من خلال تدريب الوالدين على استراتيجيات التواصل وتعزيز السلوك الإيجابي داخل البيئة المنزلية. تؤكد الأدبيات الحديثة أن الدمج بين هذه التدخلات، بشكل فردي ومنظم ومستمر، يُمكن أن يُحدث فروقًا جوهرية في مستوى أداء الطفل، ويزيد من فرص تطوّره الاجتماعي واللغوي والإدراكي بشكل فعّال.

***التاريخ الصحي للمفحوص (عبد الصمد):**

وُلد الطفل عبد الصمد بتاريخ 09 جانفي 2020 عن طريق عملية قيصرية، بعد حمل طبيعي نسبيًا تخللته إصابة الأم بسكري الحمل. لم يُسجّل عند الولادة أية مضاعفات صحية حادة، ونموه الجسدي كان في المعدلات الطبيعية خلال السنوات الأولى من عمره.

بحسب إفادة الأم، لم يُعانِ بهاء من أمراض مزمنة أو إصابات عضوية خطيرة، ولم يخضع لأي عمليات جراحية بعد الولادة. ومع ذلك، بدأت تظهر عليه منذ سن مبكرة مؤشرات لاضطراب في النمو النفسي والعصبي، تمثلت في تأخر الكلام، ضعف التواصل الاجتماعي، والسلوكيات النمطية، ما استدعى اللجوء إلى استشارة مختصة لتقييم حالته.

مرحلة الحمل:

تفيد الأم أن حملها بعبد الصمد كان في المجمل طبيعيًا من حيث المتابعة الطبية وعدد الزيارات، إلا أنها أُصيبت بـسكري الحمل خلال الثلث الثاني من الحمل، مما تطلّب مراقبة مستمرة لنسبة السكر في الدم واتباع نظام غذائي خاص.

التشخيص :

الحالة يدعى ع . عبد الصمد يبلغ من العمر 14 سنة يعاني من اضطراب توحد متوسط لديه أعراض حسب

DSM5 لديه سلوكيات نمطية و تكرارية يقوم بحركات برأسه ، من الأمام للخلف و إصدار بعد الأصوات .

نتائج إختبار الكارس :المجموع الكلي 35.5 درجة أعراض متوسطة ،

الحالة الثانية :

الاسم : إسلام ، اللقب ، ي

تاريخ ومكان الازدياد : 2016/03/18

سبب الاستشارة : تربص في إطار إنجاز مذكرة ماستر

مشكلة الاستشارة :مشكلة سلوكية ، طيف التوحد

تقديم المفحوص :

الطفل إسلام مصاب باضطراب التوحد في سن العامين عاني في صغره من مرض فقر الدم ، دام 6 أشهر و لديه فرط حركة و تشتت انتباه ، يحب استكشاف الأشياء بلمسها ، يحب اللعب ، يضحك بدون سبب و يمشي احيانا على أطراف أصابعه ، لا يحب الأجانب ، معتمد على أمه كثيراً ، كما يحب التحديق في الفراغ كثير.

التاريخ الشخصي و العائلي :

أم إسلام لم تكن تعاني من أية مرض ، لا قبل الحمل أو بعده ولادة طبيعية ، للمولود خلال الأشهر السنة الأولى عانى الطفل من فقر دم و تم علاجه و كانت مرحلة الرضاعة طبيعية وعند بلوغه السنتين بدأ تظهر عليه سلوكيات التي تلفت الأنظار من ابرزها نشاط حركي زائد ، ميل إلى الوحدة غياب واضح للغة و تجنب التواصل البصري حيث يرتكز نظره في الفضاء لفترة طويلة ، لا توجد صلة قرابة بين الوالديين بحيث تربى الطفل في أسرة مكونة من أب و أم و الخ الأكبر و الأخت الصغرى ، الأب موظف و ذو مستوى جامعي و الأم مستوى ثانوي .

التاريخ التطوري :

يظهر الطفل تطور حركي سليم ، حبى و مشى بشكل طبيعي و بدون تأخر ، يتمتع بدرجة عالية من الاستقلالية في أنشطة حياته اليومية يعتمد على نفسه في الأكل و الشرب و و اللبس ، يستجيب لأوامر و يفهم التوجيهات و التعليمات ، كما يعبر عن احتياجاته بالإشارة ، عن طريق الاشارة بأصبعه ، و يظهر معرفة بالأشياء و الحيوانات من خلال تميزها عن طريق الصور و الصوت .

المشكلات السلوكية :

يعاني من فرط حركة

الدوران الكثير في مكانه

تشتت الانتباه

يعبر عن الأشياء بالإشارة

يلمس الأشياء

ليس له تفاعل اجتماعي يتواصل فقط مع والدته

القراءة : لا يجيد قراءة الجمل و الحروف و التفكيك و التركيب ، كذلك صعوبة في الحساب ،الكتابة ، يكتب بصعوبة

ملاحظات حول المستوى وظائف العقلية و العاطفية :

الوظائف العاطفية :

لا يظهر الطفل تعبير واضح عن مشاعره ، مبتسما دائما ، لا يظهر إرتباط عاطفي

لديه تشتت انتباه ، قصور في اللغة ، لديه مهارات محدودة

نتيجة اختبار كارز

المجموع الكلي 35.5 درجة أعراض متوسطة ،

التشخيص :

لإسلام طفل يعاني من اضطراب التوحد من سن الثانية ، يبلغ من العمر 9 سنوات ، يتابع في المركز و لديه أعراض التوحد حسب DSM5بسبب صعوبة التواصل و التبادل الاجتماعي .

الحالة الثالثة :

الاسم : أسامة ، اللقب : ج

تاريخ و مكان الميلاد : 2014/06/18 بوهران

السن : 11 سنة

سبب الاستشارة : تربص في إطار إنجاز مذكرة ماستر

مشكلة الاستشارة : مشكلة سلوكية " طيف التوحد

ملخص عن مشكلة المفحوص :

شُخص الطفل أسامة في سن 3 من عمره ، باضطراب التوحد الطفل لا يعاني من أمراض جسدية ، يتمتع بصحة جيدة ، طويل القامة ، ابيض البشرة يتجنب التواصل البصري و يميل للعزلة يصدر أصوات متكررة ، يقاوم بشدة .

التاريخ التطوري :

كانت مرحلة الطفولة عند أسامة عادية ، حبى و مشى مبكرا و ووقف في سن 10 أشهر و في سن 3 سنوات ظهر عليه الاضطراب من خلال التصرفات التي يقوم بها ، من بقاء

منعزلا ، تأخر لغوي ، لا يستطيع تناول الطعام بمفرده و لا يشرب لوحده و لا يلبس لوحده إلا بمساعدة والدته و لا يتكلم مع الناس .

المشكلات السلوكية :

البكاء بدون سبب ، تشتت الانتباه و عدم التركيز ، العدوانية اتجاه الذات ، التعلق المفرط بأغراضه ،

لا يجيد القراءة إلا بعد الحروف ، لا يجيد الحساب و لا يجيد الكتابة

الحياة الاجتماعية :

لديه الاستقلالية في حياته اليومية ، و لكن لا يندمج في الجماعة ، عدواني مع نفسه و غيره ، صعوبة في التعبير عن مشاعره ، لا يظهر ارتباط عاطفي مع أي أحد .

نتيجة اختبار كارز : المجموع الكلي 31.5 متوسط الشدة

التشخيص :

أسامة يبلغ من العمر 11 سنة يتابع في المركز النفسي البيداغوجي لأطفال معاقين ذهنيا ، يعاني من توحد متوسط الشدة ، و لديه أعراض حسب DSM5، عجز مستمر في التواصل و التبادل الاجتماعي مثل صعوبة في التحدث و صعوبة التواصل اللغوي و اللفظي ، يصر على الإيماء برأسه ، لا يحب الأصوات المرتفعة ، يحب الصور و الغناء في الهاتف.

03-إستنتاج :

أولا.واقع التكفل في المؤسسات البيداغوجية للحالة الأولى

تنتمي الحالة الأولى إلى المؤسسة الحكومية و نلاحظ من خلال عرض الحالة أنه قد تم الكشف وتشخيص الحالة بالتوحد منذ عامين ونصف من عمره ،وهو يعاني من اضطرابات سلوكية، كما تشير الدراسة إلى حرص المؤسسة على تقديم الخدمات الضرورية لمساعدته على تنمية الجوانب المعرفية من خلال تنمية مهاراته في مجال الحفظ وحل المشكلات فيما يتعذر تنمية المهارات الحسابية والعد لديهم.

ثانيا.تقنيات التشخيص

- حسب نتائج التشخيص من خلال DSM5: اضطرابات سلوكية مع تقليد الكلام.

ثالثا.البروتوكول العلاجي

- يرتكز البروتوكول العلاجي للحالة على تحليل السلوك الوظيفيABA ثم وضع خطة علاجية فردية

- تعزيز التواصل والتفاعل الاجتماعي ومشاركة الأقران .
- العلاج الوظيفي لتعزيز التواصل والمعالجة الحسية وتنمية التركيز والانتباه.
- تنمية القدرات المعرفية خاصة حل المشكلات والتذكر لتعويض النقص المعرفي لديه.
- تنظيم ورش تدريبية وإرشادية للوالدين لتعليمهم أساليب المعاملة السليمة للطفل التوحدي.وسبل تصحيح سلوكياته.

واقع التكفل في المؤسسات البيداغوجية للحالة الثانية :

تنتمي الحالة الثانية إلى المؤسسة الحكومية و نلاحظ من خلال عرض الحالة أنه قد تم الكشف وتشخيص الحالة بالتوحد منذ عامين من عمره ،وهو يعاني من اضطرابات سلوكية وفرط الحركة، كما تشير الدراسة إلى حرص المؤسسة على تقديم الخدمات الضرورية لمساعدته على تنمية الجوانب المعرفية من خلال تنمية مهاراته في الكتابة على السطرفيما يتعذر تنمية المهارات الحسابية والعد لديهم.

ثانيا.تقنيات التشخيص

- حسب نتائج التشخيص باختبار DSM5: قصور في التفاعلات الاجتماعية والعاطفية وصعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، كما سجل ضعف في التواصل البصري .

ثالثا.البروتوكول العلاجي

- يرتكز البروتوكول العلاجي للحالة على تحليل السلوك الوظيفيABA ثم وضع خطة علاجية فردية . تعزيز التواصل والتفاعل الاجتماعي للطفل من خلال تطوير اللغة الاستقبالية والتعبيرية.
- العلاج الوظيفي لتعزيز التواصل والمعالجة الحسية.
- العلاج النطقي باستخدام تقنية التواصل بالصورPECS.
- المتابعة وتقديم الإرشادات الوالدية.

أولا.واقع التكفل في المؤسسات البيداغوجية للحالة الثالثة :

تنتمي الحالة الثالثة إلى المؤسسة الحكومية و نلاحظ من خلال عرض الحالة أنه قد تم الكشف وتشخيص الحالة بالتوحد منذ 6 أشهر، وهو يعاني من اضطرابات سلوكية وفرط التعلق، كما تشير الدراسة إلى حرص المؤسسة على تقديم الخدمات الضرورية لمساعدته

على تنمية الجوانب المعرفية من خلال تنمية مهاراته في الكتابة على السطروتنمية مهارات المطابقةفيما يتعذر تنمية المهارات الحسابية والعد لديهم.

ثانيا.تقنيات التشخيص

- حسب نتائج التشخيص باختبار DSM5: قصور في التفاعلات الاجتماعية والعاطفية وصعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، كما سجل ضعف في التواصل البصري .

ثالثا.البروتوكول العلاجي

- يرتكز البروتوكول العلاجي للحالة على تحليل السلوك الوظيفيABA ثم وضع خطة علاجية فردية
- تعزيز التواصل والتفاعل الاجتماعي للطفل من خلال تطوير اللغة الاستقبالية والتعبيرية.
- العلاج الوظيفي لتعزيز التواصل والمعالجة الحسية.
- التأهيل وتشجيع مشاركة الأقران

نتائج الدراسة من خلال التطور التاريخي للحالات

أما بالنسبة للمبحوثين ضمن المؤسسات الحكومية فقد تم تسجيل أن لديهم قصور في اللغة رغم تمكنهم من تكوين جملة بسيطة بشكل متدرج، كما يدركون معنى الكلام فليس لديهم صعوبة في الفهم، ولا صعوبات في التذكر، فرغم أن أحد المبحوثين لا يتكلم كليا إلى أنه يفهم التعليمات والتوجيهات المقدمة له ويلتزم بها، كما يعبرون عن احتياجاتهم بالإشارة، ويظهر قدرته على التمييز بين الأشياء والأسماء دون النطق بها. وكباقي الحالات فإن هؤلاء المبحوثين لا يقدمون على التفاعل الاجتماعي، ولا يتقبلون الحديث مع الغرباء. ويتمتعون بالاستقلالية في قضاء حاجاتهم اليومية

نتائج الدراسة من خلال صعوبات التعلم :

أما ضمن المؤسسات الحكومية، فإن المبحوثين قادرين على قراء بعض الكلمات والجمل البسيطة وكتابتها بتدرج، كما تجدر الإشارة إلى أن طفل طيف التوحد الذي لا يتكلم كليا(إسلام) يتمتع بميزة حسن الكتابة على السطر عكس أقرانه، فيما لم يسجلوا أية مهارات فيما يخص قدرتهم على العد والحساب

نتائج الدراسة من خلال عرض وتحليل محور الوظائف العقلية والعاطفية

تشير نتائج دراسة الحالة بالنسبة للمبحوثين ضمن المؤسسات الحكومية فيم يخص الوظائف العقلية أنهم يتمتعون بالقدرة على فهم التعليمات والتوجيهات، ويمتلك بعضهم لمهارات عقلية كالمطابقة والتمييز والتركيب، وكذلك قوة التذكر والحفظ وحل التمارين

05استنتاج عام للتكفل في المؤسسة العامة :

الاستنتاج العام :

من خلال عرض وتحليل دراسة الحالة حول عينة الدراسة، توصلنا إلى جملة من النتائج يمكن ذكرها فيما يلي:

1-يوجد تكفل بيداغوجي، نفسي واجتماعي لأطفال طيف التوحد سواء المنتمين للمؤسسات الحكومية أو الخاصة.

2-تنوع أدوات التشخيص المبكر ضمن المؤسسات الحكومية والخاصة:دراسة الحالة شبكات الملاحظة، الاختبارات النفسية واختبارات تشخيصية كاستخدام DMS5و استخدام تقنية DTT للتدخل المبكر.

3-تتبع كل من المؤسسات الحكومية بروتوكولا علاجيا متكاملا يتضمن:

- التشخيص الدقيق للحالة.
- وضع برنامج علاجي فردي.
- خدمات الرعاية الصحية والنفسية.
- العلاج السلوكي.
- العلاج الوظيفي.
- العلاج النطقي(التواصل اللفظي).
- تنمية التفاعلات الاجتماعية.
- تقديم الخدمات الإرشادية للأولياء والأطفال والمختصين.
- المتابعة المستمرة وتقديم الدعم.

تعريف بالمؤسسة الخاصة :

01- العيادة " النفسية الفضاء " لذوي الاحتياجات الخاصة يقع مقرها ب بلقايد – بئر الجير –

تعني بتقديم خدمات نفسية و بيداغوجية لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، أنشأت سنة 2015 ، تعمل على معالجة و متابعة الحالات الصعبة من أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و

كذا الاضطرابات الوظيفية ، تتكون المؤسسة من 5 اقسام كل قسم تقوم الاخصائية بمهام محددة ، تتكون المؤسسة من 5 أقسام و 8 أخصائيين من بينهم أخصائيين نفسانيين يقومون بالتشخيص و العلاج السلوكي و أخصائيين النطق و التخاطب ، يقومون بمعالجة مشاكل النطق و الكلام ، حيث تحتوى على مساحة مخصصة للنشاطات الترفيهية و يوجد مختلف ألعاب التسلية ، لتخفيف من حالة الطفل و تهدئته ، و تفريغ شحناته كما يوجد قسم مخصص للرسم و اللعب وقاعة للتأهيل الحركي ، دوام 8 ساعات تحث إشراف مديرة المؤسسة تيغزة نوال و تقدم العيادة خدمات في مجال التوحد : العلاج النطقي و اللغوي المعتمد على" منهاج تيتش "

التدخل السلوكي (ABA) ، تقنيات التدخل المبكر (Denverو Help) تقنيات التواصل البديل و المعزز (CAA) ، تدريب نظرية العقل ، الدعم التكنولوجي و اللوحات الرقمية من خلال خدمات المتابعة الخاصة ورشة تدريب الأطفال ،

تسعى المؤسسة جاهدة لتطوير و الرقي و الاهتمام بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة و أطفال التوحد بصفة خاصة ، و أساسية لأنها 90 % تولي اهتمام كبير لهذه الفئة .

ب .الأخصائيين الموجودين في المؤسسة:

- أخصائية نفسانية: تقوم بالتشخيص والعلاج السلوكي
- أخصائية النطق و التخاطب: معالجة مشاكل النطق والكلام

كما تقدم العيادة خدمات متخصصة في مجال التوحد :العلاج النطقي و اللغوي المعتمد عل منهاج Teacchالتدخل السلوكي (ABA)و تقنيات DTTتقنيات التدخل المبكر باستعمال نموذج .DENVER وhelpتقنيات تواصل البديل و المعززCAA

تدريب نظرية العقل ، الدعم التكنولوجي و اللوحات الرقمية من خلال خدمات المتابعة الخاصة ، ورشة تدريب أولياء الأمور و المعالجين.

تقنيات حديثة معتمدة من أجل تحسين جودة رعاية أطفال المصابين.

مهام فريق المختصين النفسانيين في العيادة الخاصة " الفضاء " :

يستخدم الفريق متعدد التخصصات نظاما علاجياً موحداً لكل مستوى من مستويات الإصابة بالتوحد (الخفيف، المتوسط، الشديد) ليكون جميع أعضاء الفريق على دراية تامة بالخطة العلاجية للطفل التوحدي في أي وقت خلال فترة التكفل، وهذا من شأنه أن يقلل درجة الخطأ ويساعد على سير التكفل بدقة أنه ضرورة لا غنى عنها في المؤسسات والمراكز الخاصة التي

تستقبل الأطفال التوحديين (مراكز خاصة بالتوحديين)

يتيح الفرصة لأكثر من تخصص (العيادي، الارطفوني، التربوي، الطبي...الخ) للمشاركة في عملية التكفل – تشخيص وعلاج.

توفير الخدمات التربوية الخاصة للأطفال التوحديين يتطلب قيام فريق متعدد التخصصات بذلك حيث يعمل كل اختصاصي على تزويد الطفل بالخدمات ذات العلاقة بتخصصه

التكفل الشامل والمتكامل والمستمر لحالات التوحديين، ومتابعتهم في جميع مجالات نموهم

أما العراقيل التي بوجهها فريق العمل في تطبيق الرعاية في المركز الخاصة هو :

- عدم قدرة جل أولياء الأمور على تدريب أطفالهم بشكل فعال باعتبار انهم شريك في عمل هذا الفريق، بالإضافة الى عدم قدرتهم على مواكبة خطة التكفل التي يرسمها الفريق داخل المراكز

عدم تفهم الأهل للتعليمات الموجهة لهم من طرف فريق المركز بالشكل المناسب

.عدم كفاءة بعض الاختصاصيين المشكلين للفريق يقلل من كفاءة العمل الجماعي

عدم تجانس أعضاء الفريق المتعدد التخصصات في الكفاءة المهنية، والجنس والسن والخبرة يضعف من روح العمل الجماعي

دراسة الحالات التابعة للمؤسسة الخاصة:

الحالة الأولى :

الاسم : رياض

اللقب : ب

تاريخ و مكان الميلاد :2016/09/08بوهران

السن : 9 سنوات

سبب الاستشارة : تربص في إطار إنجاز مذكرة ماستر

مشكلة الاستشارة : مشكلة سلوكية " طيف التوحد

ملخص عن مشكلة المفحوص :

تمت ولادة الطفل ولادة طبيعية ، بعد استكمال فترة الحمل دون مضاعفات خطيرة. لم تُسجّل أي صعوبات أثناء الولادة، وكانت حالة الطفل مستقرة عند الولادة من حيث المؤشرات الحيوية. لم يحتج إلى إنعاش أو رعاية خاصة في الحاضنة.
الطفل رياض شخص بالمرض في سن 18شهر باضطراب التوحد خفيف و عند ولادته أصيب بكسر في فخضه عندما حاول الأطباء سحبه من بطن أمه فشخصوه على أنه صدمة و زادت شدتها و هو الأن يعاني من مشاكل في السلوك و مشاكل اجتماعية و لا يتواصل مع أحد و عنيد و لا يرفض له طلب يقوم بكسر الأشياء التي أمامه ، لديه إستقلالية في حياته اليومية .

02-تقديم المفحوص :

من حيث المظهر و الهندام و اللباس ، لباسه عادي مرتب و الوان فاتحة و بشرته فاتحة و شعره طويل لا يعاني من أي مرض تعرض لحادث أثناء ولادته بسحبه بقوة من بطن أمه ما سبب في كسر في فخده ، و هو الأن يعاني من تقلبات مزاجية و يصرخ بدون سبب و يقوم بكسر الأشياء التي أمامه فهو عدواني و كان تشخيصه في الأول توحد خفيف و لكن تطور إلى توحد متوسط

03-التاريخ الشخصي و العائلي :

إن عمر الأم عند الولادة 25 سنة فترة حملها 9 اشهر عادية لا تعاني من أية اضطراب أو أمراض لا قبل الحمل ولا بعد الحمل و لا أثناء الحمل ولادة طبيعية و عند الولادة تعرض لكسر على مستوى الفخذ.

04-التاريخ التطوري :

يُظهر التاريخ التطوري للحالة تأخرًا ملحوظًا في مختلف مجالات النمو. على الصعيد الحركي، تمكن من حبو في الوقت المعتاد، وقف ومشي بعد سن 3 سنوات، وهو ما يُعد مؤشرًا على تأخر في النمو الحركي. أما من الناحية اللغوية، فقد لوحظ تأخر كبير في اكتساب اللغة، حيث لم يبدأ بنطق كلمات مفهومة في السن المتوقع، ويعاني من ضعف في التعبير والفهم. كما يُلاحظ قصور في التواصل الاجتماعي، إذ يُفضّل العزلة ولا يبادر بالتفاعل مع الآخرين، مع وجود صعوبات في التواصل البصري.
تُشير هذه المؤشرات إلى اضطراب في النمو الشامل، وتدعم احتمالية وجود اضطراب نمائي مثل طيف التوحد، ما يتطلب متابعة وتدخلاً تخصصيًا مبكرًايُظهر التاريخ التطوري للحالة تأخرًا ملحوظًا في مختلف مجالات النمو. على الصعيد الحركي، تمكن من حبو في الوقت المعتاد، وقف ومشي بعد سن 3 سنوات، وهو ما يُعد مؤشرًا على تأخر في النمو الحركي. أما من الناحية اللغوية، فقد لوحظ تأخر كبير في اكتساب اللغة، حيث لم يبدأ بنطق كلمات مفهومة في السن المتوقع، ويعاني من ضعف في التعبير والفهم. كما يُلاحظ قصور في

التواصل الاجتماعي، إذ يُفضّل العزلة ولا يبادر بالتفاعل مع الآخرين، مع وجود صعوبات في التواصل البصري.
تُشير هذه المؤشرات إلى اضطراب في النمو الشامل، وتدعم احتمالية وجود اضطراب نمائي مثل طيف التوحد، ما يتطلب متابعة وتدخلاً تخصصيًا مبكرًا

القراءة :

يعرف الحروف ، لا يكتب الكلمات ، لا يكتب الكلمات و الجمل كذلك يعرف الأشياء و الحيوانات ينطقها بصعوبة و يتأنى في التكرار

الحساب : يعرف الأرقام فقط لا يستطيع الحساب

يقف عادي يتمشى عادي بصره جيد ليس لديه مشاكل في السمع و لا بصر صحته جيدة لديه مرونة و لديه قصور شديد في حاسة الشم

الحياة الاجتماعية :لديه الاستقلالية في حياته اليومية ،يتناول طعامه بمفرده و يلبس بمفرده يربط حزامه بمفرده ، و يلبس بمفرده ، يربط حزام حدائه ، لوحده ، لا يتواصل مع أحد ، لا يحب أي شخص مشاركته مكانه ،

الحياة الوجدانية :

يشعر الطفل .ر. بالتوتر و القلق في المواقف الجديدة ، يجد صعوبة في التعرف على مشاعره و التعبير عنها لا يحب التواصل العاطفي

لديه تشتيت الانتباه و التركيز، قصور في اللغة ، لديه مشكل في حفظ الحروف و الأرقام و التفاصيل البصرية

ب الوظائف عاطفية :

له صعوبة عن التعبير عن مشاعره و لا يبالي بالعالم الخارجي

10-نتيجة اختبار كارز : المجموع الكلي 46 إدن أعراض بسيطة إلى متوسطة للتوحد

11- التشخيص :

الحالة س. ر يبلغ من العمر 9 سنوات شخص مصاب بطيف التوحد بدرجة خفيفة ، إلى متوسطة يعاني من مشاكل سلوكية و لغوية عنيد جدا و أحيانا يضرب ، يحب أمه ويرفض أية أحد يتعامل معه ، لا يحب أن يضمه أحد لديه أعراض حسب DSM_5قصور في التبادل الاجتماعي و العاطفي صعوبات في التواصل الغير اللفظي ،

دراسة الحالة 2 :

الاسم : محمد

اللقب : ع

تاريخ ومكان الازدياد : 2011/04/10 وهران

السن : 14 سنة

سبب الاستشارة : تربص في إطار إنجاز مذكرة ماستر

مشكلة الاستشارة : مشكلة سلوكية " طيف التوحد

تلخيص عن مشكلة المفحوص :

شخص الطفل محمد تشخيص مبكر في سن 4 سنوات بإضطراب التوحد نظرا لمشاكل في السلوك ، قصور ي اللغة ، و قصور في التواصل الاجتماعي ، بكاء بدون سبب ، إصدار أصوات إماءات صادرة من رأسه من الأمام إلى الخلف و يقوم بضرب نفسه أحيانا ، مصاب بالحساسية عند تغير الجو .

02 – تقديم المفحوص :

ولد الطفل محمد 2011/07/10 بوهران هو طفل عادي الشكل و ذو بشرة فاتحة اللون ، شعره مجعد أسود ، طويل القام عنده حساسية عند تغير الجو ، لديه اضطراب في السلوك ، يقوم بإماءات براسه من الخلف لأمام ، كلامه يقتصر على التكرار ، لديه قصور في مهارات التواصل .

التاريخ الشخصي العائلي :

كان عمر الأم عند الولادة 26 سنة لم تكن تعاني من أي مرض لا قبل الحمل و لا بعد كانت ولادته طبيعية ، ووزنه طبيعي ، طوله طبيعي ، رضاعة طبيعية ، في سن 4 سنوات لاحظت أن الطفل يتواصل مع الأم فقط و يتجنب النظر لأشخاص الأخرين و لا يضحك مع وجود تأخر في تنمية الحركية حيث لا يبدي الطفل قدرة مستقرة على استخدام الملعقة أثناء تناول الطعام و لا يحب الأصوات العالية أو الأصوات المرتفعة .

التاريخ التطوري :

كانت ولادته طبيعية مشى و جلس في السن العادي، مثله مثل الأطفال العاديين ،يعاني الطفل من التأخر ملحوظ في مهارات اللغة و التواصل حيث يفتقر إلى القدرة على التعبير اللفظي عن احتياجاته و مشاعره و تظهر لديه صعوبات واضحة في النطق ، لا يستجيب بشكل كافي للحديث الموجه إليه باستثناء عندما يكون موجها من والدته أو المعلمة مما يشير من محدودية تواصله مع الأخرين خارج دائرة الأمان العاطفي ، كما نلاحظ وجود ارتباط بين ضعف التواصل وبين سلوكيات أخرى مثل صعوبة دخول الحمام بالإضافة إلى

اضطرابات في النوم ، حيت ينام لفترات طويلة ، بشكل غير معتاد مما قد يؤثر على توازنه اليومي ، وقدرته على التفاعل مع محيطه .

المهارات الحركية :

يتمتع الطفل بمهارات حركية كبرى جيدة حيث يستطيع المشي الجري ، و الصعود و النزول و القفز دون صعوبات تذكر مما يدل على تطور سليم في هذا الجانب أما من حيث المهارات الحركية الدقيقة فيظهر أداء جيد في استخدام الادوات اليومية ، مثل إمساك الأكواب و فتح الأبواب ، و تقليب صفحات الكتاب و كذاك استخدام الملعقة و الشوكة و الأكل بطريقة صحيحة .

معلومات حول الأسرة و الوالدين :

ينحدر الطفل من الأسرة مستقرة من الناحية الاجتماعية و الاقتصادية ، يحمل الأب مؤهل علمي ثانية ثانوي بنما الأم مستوى جامعي ليسانس و تتمتع الأسرة بدخل مستقر يوفر لها احتياجاتها الأساسية ما يساهم في بيئة معشيه مستقرة .

و بعد الطفل الثاني في ترتيب الأبناء بعد أخته ، و تربطه بها علاقة جيدة تتسم بالاهتمام المتبادل

، و من إحدى نقاط قوته البارزة إن أن سلوكياته المزعجة كالصراخ و البكاء و نوبات الغضب الشديدة المصحوبة أحيانا بإيذاء الذات تعد من ابرز الجوانب ضعف التي تقلق الوالدين مع ذلك تظهر الأسرة وعيا و تفهما لطبيعة التحديات التي يوجهها الطفل كما تعبر عن استعدادها لمشاركتها الفعالة في برامج التأهيل و الدعم بما يخدم مصلحة الطفل و يسهم في تحسين حالته .

الحياة الوجدانية :

تتسم الحياة الوجدانية للطفل بوجود انطواء شديد على الذات، حيث يُفضّل العزلة ولا يُبدي اهتمامًا بمن حوله، مما يُعبّر عن ضعف في الروابط العاطفية والتفاعلات الاجتماعية. يُلاحظ عليه الخوف أو التوتر في وجود الغرباء، وأحيانًا حتى أفراد العائلة، وهو ما يُترجم بانسحاب سلوكي أو نوبات بكاء عند التعرّض لمواقف جديدة أو غير مألوفة.

يُظهر نقصًا في التعبير عن مشاعره، سواء الإيجابية أو السلبية، ويصعب عليه التفاعل العاطفي مع المواقف أو الأشخاص، مما يدل على تأخر في النمو الوجداني. كما أن عدم قدرته على التواصل اللفظي والضعف في المهارات الاجتماعية يؤديان إلى تدنٍ في ثقته بنفسه، حيث يتجنّب المبادرة، ويعتمد اعتمادًا مفرطًا على الأم.

غياب المبادرة، الانسحاب، والرفض المتكرر للتفاعل، كلها مؤشرات على وجود اضطراب وجداني يتطلب دعماً نفسياً وتربوياً لتعزيز الشعور بالأمان والثقة بالنفس.

تُشير الملاحظات إلى وجود قصور واضح في الوظائف العقلية العليا لدى الطفل ، من حيث الانتباه، التركيز، التذكر، وحل المشكلات. يظهر لديه تشتت سريع، صعوبة في التوجيه الذهني، وضعف في الفهم والاستيعاب. كما يواجه صعوبات في التقليد، والتفكير الرمزي، مما يؤثر على أدائه في التعلّم والمواقف اليومية.
أما من الناحية العاطفية، فيُلاحظ ضعف في التعبير الوجداني، سواء عبر اللغة أو الإيماءات. غالبًا ما يكون بهاء غير مستقر وجدانيًا، ويميل إلى الانغلاق والانسحاب. تظهر عليه حالات من القلق أو الغضب المفاجئ كردود فعل على مواقف غير مفهومة، مما يعكس عدم نضج انفعالي وضعفًا في تنظيم مشاعره.
بصفة عامة، تتطلّب حالته تقييمًا دقيقًا للوظائف النفسية والمعرفية، ومتابعة تربوية-علاجية مكثفة لتنمية قدراته العقلية وتوازنه.
التاريخ الاجتماعي والمهارات النمائية:
يُظهر الطفل تأخرًا واضحًا في التطور الاجتماعي، إذ يُفضّل العزلة ولا يُبادر بالتفاعل مع المحيطين به، كما يفتقر إلى مهارات اللعب التفاعلي أو الرمزي مع أقرانه أو البالغين. لا يُظهر استجابات عاطفية مناسبة للمواقف الاجتماعية، ويُلاحظ ضعف في التواصل البصري والتشاركي، وهي من السمات الشائعة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد.
فيما يخص مهارات الاستقلالية، يعتمد بدرجة كبيرة على والدته في تلبية احتياجاته اليومية، مثل الأكل، النظافة، واللباس، ويُظهر صعوبة في تنفيذ المهام الروتينية بشكل ذاتي.
من الناحية اللغوية، يعاني من تأخر كبير في تطور اللغة التعبيرية والاستقبالية، حيث يقتصر تواصله على أصوات غير مفهومة أو إشارات جسدية، دون استخدام كلمات ذات معنى وظيفي. لا يستوعب التعليمات اللفظية المعقدة، وتظهر لديه صعوبات واضحة في الفهم.
أما من الجانب السلوكي، يقوم بسلوكيات نمطية متكررة مثل التأرجح أو رفرفة اليدين، ويُظهر مقاومة للتغيير، ونوبات غضب عند الانتقال من نشاط لآخر أو عند منعه من سلوك يرغب به. يُلاحظ أيضًا تشتت الانتباه وضعف القدرة على التركيز.
على المستوى المعرفي، لا تظهر مؤشرات واضحة على استخدام التفكير الرمزي أو حل المشكلات، ويبدو أن مستوى تطوره العقلي أقل من عمره الزمني، مما يستدعي تقييمًا أعمق لقدراته العقلية

نتيجة اختبار كارز :

درجة الاختبار 46 درجة منخفضة من أعراض التوحد

التشخيص :

من خلال تحليل نتائج المقابلة ، و الأجوبة من قبل جدته و التشخيص الدي أجري له عن طريق اختبار فهو يعاني من توحد خفيف و لديه اضطراب في السلوك لا يتواصل مع أي

أحد ا يحب الجماعة بفضل العزلة لديه إماءات و تعابير على وجهه كرفع حاجبيه ، و صعوبة في التواصل و حسب DSM5
لع عدة أعراض مثل العجز عن التبادل الاجتماعي و العاطفي و عجز في سلوكيات لفظية و غير لفظية

دراسة حالة الثالثة:

الاسم :توفيق

اللقب : أ

تاريخ و مكان الميلاد :2014/09/20وهران

السن : 11 عام

سبب الاستشارة : تربص في إطار إنجاز مذكرة ماستر

مشكلة الاستشارة : مشكلة سلوكية " طيف التوحد

ملخص عن مشكلة المفحوص :

شخص الطفل توفيق في سن 7 سنوات ، باضطراب التوحد بسيط، يعاني من صعوبات في التواصل الاجتماعي و سلوكيات غير مستقرة ، يواجه تحديات في مهارات التعبير و فهم المشاعر يهر اهتمام مفرط بمواقع محددة و يظهر أيضا حساسة اتجاه الأصوات العالية.

02-تقديم المفحوص :

ولد الطفل توفيق 20 /2011/09 بوهران هو طفل عادي مقبول الشكل ، قصير القامة ، شعر مجعد أسود يتمتع بصحة جيدة ، و جسم سليم لا يعاني من أي أمراض له مشاكل في السلوك ، ينجزع من الأصوات العالية ، يحب العزلة له تشتت في الانتباه و التركيز

التاريخ الشخصي و العائلي :

عند ولادة الطفل توفيق كان في عمر أمه 28 عام و كانت ولادة طبيعية و لم تعاني الأم من اية أمراض كانت ولادة الطفل طبيعية ، وزن الطفل عند الولادة عادي ، طول الطفل عادي ، و الطفل كان لا يعاني من أمراض.

- المشكلات السلوكيات :

- الصراخ و عدم الانصياع لأوامر ،

- مهارات الاعتناء بالنفس :

- لا يستعمل الحفاضات مند سن 4 سنوات ، يأكل لوحده

*المهارات الاجتماعية :

- وصف علاقة الطفل مع والديه جيد جدا

- وصف علاقة الطفل مع إخوته جيدة جداً

- وصف علاقته مع الأطفال و المعلمة جيدة جدا مع الغرباء عادية

- لا يلعب الطفل مع غيره من الأطفال بسبب حبه للعزلة

* مهارات اللغة و التواصل :

- هل لدى الطفل قدرات لغوية تعبيرية عن نفسه ؟ نعم

- هل يعاني الطفل مشكلات في النطق أو اللغة ؟نعم

- هل للطفل مشكلة في الأكل ؟لا

- هل للطفل مشكلة في النوم ؟ نعم

- هل للطفل مشكلة في دخول الحمام ؟ لا

- هل يستجيب للحديث الموجه له ؟ نعم

*المهارات الحركية :

المشي نعم ، الركض نعم ، صعود الدرج نعم ، القفز ، مسك القلم ، مسك الأكواب ، مسك الأبواب نعم ، تقليب صفحات الجريدة أو الكتاب نعم ، مسك ملعقة ، نعم ،

*الجانب الحسي :

- هل يتجاهل الطفل المثيرات البصرية ؟ لا

- هل يتجاهل الطفل المثيرات السمعية ؟ لا

- يتجاهل الطفل الاحساس الألم أو الحرارة ؟ لا

- هل يستخدم الطفل الشم في التعرف على الناس أو الأشياء ؟ نعم

- هل يستخدم التذوق ؟ لا

* المهارات الأكاديمية :

مهارات القراءة لا

مهارات الكتابة لا

مهارات الحساب لا

مهارات الاملاء لا

التحصيل الدراسي بشكل عام سيئ و غير مقبول

القراءة : صعوبة في القراءة ، بعض الحروف بصعوبة

الكتابة : لا يجيد الكتابة على السطر ، و لا يستطيع تركيب او تفكيك الجمل

الحساب : لا يستطيع الحساب

ملاحظات حول محتوى الوظائف العقلية و العاطفية :

وظائف عملية :

لديه ذاكرة قوية، لديه تفوق في مهارات الرسم ، يفهم التعليمات و يحل التمارين ،

الوظائف العاطفية :

له صعوبة في التعرف على مشاعره و مشاعر الأخرين

نتيجة الاختبار كارز :

المجموع الكلي 30درجة أعراض متوسطة من طيف التوحد

التشخيص :

الحالة يدعى ع. توفيق يبلغ من العمر 14 سنة يتابع من قبل المركز يعاني من اضطراب التوحد لديه أعراض حسب DSM5 لديهمن خلال حصص المقابلات الفردية و تشتت الانتباه بالإضافة لصعوبة في التواصل ، اللفظي و غير اللفظي و صعوبة في التفاعل الاجتماعي و تكرر السلوكيات كالهز براسه و جسمه لأمام و الخلف

استنتاج :

والتي تنص على أن: واقع التكفل في المؤسسات البيداغوجية مناسب

من خلال عرض دراسة الحالة للمبحوثين نلاحظ أن هم سواء كانوا ضمن المؤسسات الحكومية أو الخاصة فإن عمرهم يتراوح ما بين(9-14 سنة)، كما سجلنا أن سن تشخيص الحالات بالتوحد بالنسبة للحالات ضمن المؤسسات الحكومية كان مبكرا (ما بين عامين إلى عامين ونصف)أما بالنسبة للحالات ضمن المؤسسات الخاصة فإن تشخيص الأطفال(الحالات) بالتوحد جاء متأخرا نوعا ما (مابين 18 شعر و7 سنوات).

ويمكن تفسير هذا الاختلاف في تأخر اكتشاف الإصابة ونقص الوعي لدى الأولياء فيما يخص أعراض التوحد ومظاهره، وكذلك ضعف التوجيه الطبي والتعاون بينهم و بين المتخصصين في مجال التكفل بأطفال طيف التوحد.

كما نلاحظ أن هناك تقارب كبير فيما تعانيه الحالات من مظاهر التوحد، فبالنسبة للحالات ضمن المؤسسات الحكومية ،ورغم اختلاف حالاتها وما تعرضت إليه من اضطرابات صحية قبل التشخيص(الإسهال،الحمى،فقر الدم)إلى أن هذه الحالات تعاني من اضطرابات سلوكية ظاهرة كتقليد الأصوات والحركات، والصراخ وفرط الحركة أو النشاط وهو ما يؤثر في الانتباه والتركيز لدى الحالات المدروسة، فيما تم تسجيل ضعف التواصل الاجتماعي ، إضافة إلى مزاجية السلوك وحب العزلة، خاصة مع الحالة(التي تعرضت للحمى) حيث سجلنا تعلق مفرط له بالأشياء وسلوكيات عنيفة إزاء نفسه واتجاه الغير كأسلوب حماية وتمسك بأشيائه ورفض التخلي عنها.

وهو ما تم تسجيله أيضا بالنسبة للمبحوثين ضمن المؤسسات الخاصة، من حيث ضعف التواصل الاجتماعي والتعبير وفهم المشاعر من قبل المبحوثين، ومظاهر تكرار السلوك والحركات اللاإرادية، كما تم تسجيل ضعف التواصل اللغوي ومزاجية السلوك لدى المبحوثين، العناد وممارسة العنف ضد الممتلكات للتعبير عن الانزعاج أو في حالات الرفض، كما أن هؤلاء لديهم حساسية اتجاه الأصوات العالية.

إن التاريخ العائلي للمبحوثين يثبت أنه ليس هناك قرابة بين الوالدين وأن الحالة الاقتصادية والاجتماعية للأسرة لا باس بها، وأن فترة الحمل للأم مرت بشكل طبيعي لدى جميع الحالات دون وجود أعراض مرضية أو مشاكل صحية لدى الأم أو لدى الطفل، فيما تم تسجيل تباين في تقبل حالات طفل التوحد داخل العائلة ، فبالنسبة للحالات ضمن المؤسسات الحكومية نجد أن الأسرة تتقبل الطفل وتسعى لتقديم الدعم المادي والمعنوي ومساعدته كما

يجب، فيما إن أحد المبحوثين ضمن المؤسسات الخاصة لاحظنا عدم تقبل الوالدين للوضع وإحالته عند جدته لتقدم له الرعاية اللازمة مع زيارته أحيانا. وهو ما انعكس على علاقته مع الوالدين بشكل سلبي.

02-نتائج الدراسة من خلال التاريخ التطوري للحالة

يظهر من خلال دراسة المبحوثين ضمن المؤسسات الخاصة أن هؤلاء قد قاموا بالمشي والحبو والوقوف بشكل عادي وفي الزمن المحدد لذلك دون تسجيل تأخر حركي أو وجود اضطرابات حركية، في حين تم تسجيل ضعف التواصل اللغوي وتأخر الكلام لديهم ، وانعدام التفاعل الاجتماعي ورفض التقرب منهم خاصة من الغرباء، وكذلك ضعف التواصل البصري، وأنه بعد جلسات أرطوفونية كبيرة حتى تمكنوا من معرفة الحروف والأرقام دون التمكن من نطقها بشكل صحيح، وتشكيل بعض الكلمات دون القدرة على تشكيل الجمل، كما لا يفهمون الأسئلة التي تطرح عليهم.

فيما يتمتعون بالاستقلالية فيما يخص ارتداء الملابس وتناول الطعام واستخدام المرحاض دون مساعدة الغير.

ثالثانتائج الدراسة من خلال محور صعوبات التعلم لدى أطفال طيف التوحد(مهارات التعلم)

بالنسبة للأطفال بالمدارس الخاصة: رغم تعرفهم على الحروف وتمكنهم من نطقها بشكل جيد إلى أنهم غير قادرون على قراءتها ككلمة أو جملة ، وفي بعض الأحيان ينطقون الكلمة بصعوبة بالغة وبجهد كبير وتحت ضغط المدرس من خلال التكرار،ويملكون الذاكرة الصورية ومهارات المطابقة وفهم المعاني، فيما يعانون من صعوبات في الكتابة على السطر

فيما تبين أن هؤلاء المبحوثين ورغم معرفتهم للأرقام وقدرتهم على كتابتها ولو بصعوبة إلى أنهم لا يملكون المهارات الأساسية للحساب وغير قادرون على فهم العمليات الحسابية أو إجراءها..

رابعا. نتائج الدراسة من خلال عرض وتحليل محور الوظائف العقلية والعاطفية

أماالمبحوثين ضمن المؤسسات الخاصة، فلقد سجلنا وجود صعوبة لديهم في فهم السياقات الاجتماعية والتفوق في مهارات حفظ الحروف والأرقام وقوة الذاكرة البصرية والقدرة على إنجاز التمارين أيضا.

ويمكن تفسير هذه الفروقات الطفيفة بين المبحوثين بالعودة إلى التقارب في الاستراتيجيات التعليمية التي تعتمدها كل من المؤسسات الخاصة والحكومية في مجال تعليم أطفال طيف التوحد، والسعي إلى تحقيق النمو المعرفي والتوافق لديهم بالقدر الذي يسمح لهم بالاندماج الايجابي والفعال ضمن المجتمع.

وبالتالي فإن: **المؤسسات سواء العامة أو الخاصة تتوفر على برامج التكفل بطفل التوحد**

وهو ما يفسر تحسن في الوظائف العقلية لدى الحالات المدروسة، خاصة ضمن المؤسسات الحكومية.

أما فيما يخص الوظائف العاطفية أو الحالة الوجدانية للمبحوثين،فتلاحظ أنهم يعانون من صعوبات في التعبير عن مشاعرهم، ولا يظهرون الاهتمام بمن حولهم من الأفراد أو أي ارتباط عاطفي(ما عدا مع الأم لدى بعض الحالات)، كما ليس لديهم القدرة على التفاعل مع المواقف التي تحدث أمامهم، ويعانون من مشاعر الخوف من الغير ومن الصراخ، وكذلك الشعور بالتوتر والقلق في المواقف الجديدة.

ورغم سعي المختصين لمساعدة الأطفال في هذا المجال إلى أنه لا تظهر نتائج فعالة في تعزيز التواصل العاطفي لديهم، وهو ما يؤكد الصعوبات التي يجدها هؤلاء خاصة فيما يتعلق بتصميم وتنفيذ البرامج العلاجية التي من شأنها مساعدة أطفال التوحد وتحقيق التوافق العاطفي والنفسي الملائم .

كما قد يكون ضعف التكوين المتخصص لهم سببا رئيسيا في عجزهم عن احتواء طفل طيف التوحد خاصة في حالات النوبة العصبية التي يتعرض لها الطفل في كثير من الأحيان جراء خوفه أو كتعبير عن رفضه لموقف معين أو حرمانه من شيء ما.

وبالتالي : **يواجه المختصون صعوبات كبيرة تتعلق بنقص التكوين المتخصص وتحديات تطبيق البرامج العلاجية سواء في المؤسسات العامة أو الخاصة.**

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

والتي تنص على أن: يستخدم فريق التخصص تقنيات التشخيص والقياس للتكفل بأطفال التوحد

بعد إجراء اختبار كارز للمبحوثين نلاحظ تصنيف الحالات ضمن المؤسسات الخاصة والحكومية ضمن نوع التوحد البسيط إلى المتوسط، حيث بلغت درجاتهم على الاختبار ما بين(30 إلى 36درجة).

وبالتالي فالمبحوثين يعانون من التوحد بدرجة متوسطة ، ولديهم أعراض بسيطة يمكن التعامل معهم وفق استراتيجيات مناسبة لنوع وشدة الاضطراب، وبناء على المشكلات التي يعانون منها، لتقديم أنجع الخدمات.

جيث يؤكد القائمون على المركز الحكومي والمؤسسة الخاصة أنهم يستخدمون أهم تقنيات التشخيص التي يعتمدونها مع حالات التوحد، هي دراسة الحالة وذلك للاطلاع على التاريخ الشخصي والعائلي للطفل ، وللكشف عما إذ كانت هناك إعاقات أخرى أو صعوبات أكاديمية. ، و الإختبارات المختلفة منها مقياس الكارز و الذي لاحظنا إستعماله من طرف المؤسستين و يتضح ذلك من خلال دراسة الحالات المعروضة في الدراسة الأساسية .

والتي تنص على أن: واقع التكفل في المؤسسات البيداغوجية مناسب

من خلال عرض دراسة الحالة للمبحوثين نلاحظ أن هم سواء كانوا ضمن المؤسسات الحكومية أو الخاصة فإن عمرهم يتراوح ما بين(9-14 سنة)، كما سجلنا أن سن تشخيص الحالات بالتوحد بالنسبة للحالات ضمن المؤسسات الحكومية كان مبكرا (ما بين عامين إلى عامين ونصف)أما بالنسبة للحالات ضمن المؤسسات الخاصة فإن تشخيص الأطفال(الحالات) بالتوحد جاء متأخرا نوعا ما (مابين 18 شعر و7 سنوات).

ويمكن تفسير هذا الاختلاف في تأخر اكتشاف الإصابة ونقص الوعي لدى الأولياء فيما يخص أعراض التوحد ومظاهره، وكذلك ضعف التوجيه الطبي والتعاون بينهم و بين المتخصصين في مجال التكفل بأطفال طيف التوحد.

كما نلاحظ أن هناك تقارب كبير فيما تعانيه الحالات من مظاهر التوحد، فبالنسبة للحالات ضمن المؤسسات الحكومية ،ورغم اختلاف حالاتها وما تعرضت إليه من اضطرابات صحية قبل التشخيص(الإسهال،الحمى،فقر الدم)إلى أن هذه الحالات تعاني من اضطرابات سلوكية ظاهرة كتقليد الأصوات والحركات، والصراخ وفرط الحركة أو النشاط وهو ما يؤثر في الانتباه والتركيز لدى الحالات المدروسة، فيما تم تسجيل ضعف التواصل الاجتماعي ، إضافة إلى مزاجية السلوك وحب العزلة، خاصة مع الحالة(التي تعرضت للحمى) حيث سجلنا تعلق مفرط له بالأشياء وسلوكات عنيفة إزاء نفسه واتجاه الغير كأسلوب حماية وتمسك بأشيائه ورفض التخلي عنها.

وهو ما تم تسجيله أيضا بالنسبة للمبحوثين ضمن المؤسسات الخاصة، من حيث ضعف التواصل الاجتماعي والتعبير وفهم المشاعر من قبل المبحوثين، ومظاهر تكرار السلوك والحركات اللاإرادية، كما تم تسجيل ضعف التواصل اللغوي ومزاجية السلوك لدى المبحوثين، العناد وممارسة العنف ضد الممتلكات للتعبير عن الانزعاج أو في حالات الرفض، كما أن هؤلاء لديهم حساسية اتجاه الأصوات العالية.

إن التاريخ العائلي للمبحوثين يثبت أنه ليس هناك قرابة بين الوالدين وأن الحالة الاقتصادية والاجتماعية للأسرة لا باس بها، وأن فترة الحمل للأم مرت بشكل طبيعي لدى جميع الحالات دون وجود أعراض مرضية أو مشاكل صحية لدى الأم أو لدى الطفل، فيما تم تسجيل تباين في تقبل حالات طفل التوحد داخل العائلة ، فبالنسبة للحالات ضمن المؤسسات الحكومية نجد أن الأسرة تتقبل الطفل وتسعى لتقديم الدعم المادي والمعنوي ومساعدته كما

يجب، فيما إن أحد المبحوثين ضمن المؤسسات الخاصة لاحظنا عدم تقبل الوالدين للوضع وإحالته عند جدته لتقدم له الرعاية اللازمة مع زيارته أحيانا. وهو ما انعكس على علاقته مع الوالدين بشكل سلبي.

يا. عرض وتحليل محور التاريخ التطوري للحالة

يظهر من خلال دراسة المبحوثين ضمن المؤسسات الخاصة أن هؤلاء قد قاموا بالمشي والحبو والوقوف بشكل عادي وفي الزمن المحدد لذلك دون تسجيل تأخر حركي أو وجود اضطرابات حركية، في حين تم تسجيل ضعف التواصل اللغوي وتأخر الكلام لديهم ، وانعدام التفاعل الاجتماعي ورفض التقرب منهم خاصة من الغرباء، وكذلك ضعف التواصل البصري، وأنه بعد جلسات أرطوفونية كبيرة حتى تمكنوا من معرفة الحروف والأرقام دون التمكن من نطقها بشكل صحيح، وتشكيل بعض الكلمات دون القدرة على تشكيل الجمل، كما لا يفهمون الأسئلة التي تطرح عليهم.

فيما يتمتعون بالاستقلالية فيما يخص ارتداء الملابس وتناول الطعام واستخدام المرحاض دون مساعدة الغير.

أما بالنسبة للمبحوثين ضمن المؤسسات الحكومية فقد تم تسجيل أن لديهم قصور في اللغة رغم تمكنهم من تكوين جملة بسيطة بشكل متدرج، كما يدركون معنى الكلام فليس لديهم صعوبة في الفهم، ولا صعوبات في التذكر، فرغم أن أحد المبحوثين لا يتكلم كليا إلى أنه يفهم التعليمات والتوجيهات المقدمة له ويلتزم بها، كما يعبر عن احتياجاته بالإشارة، ويظهر قدرته على التمييز بين الأشياء والأسماء دون النطق بها.
وكباقي الحالات فإن هؤلاء المبحوثين لا يقدمون على التفاعل الاجتماعي، ولا يتقبلون الحديث مع الغرباء. ويتمتعون بالاستقلالية في قضاء حاجاتهم اليومية.

ثالثا.عرض وتحليل محور صعوبات التعلم لدى أطفال طيف التوحد(مهارات التعلم)

بالنسبة للأطفال بالمدارس الخاصة: رغم تعرفهم على الحروف وتمكنهم من نطقها بشكل جيد إلى أنهم غير قادرون على قراءتها ككلمة أو جملة ، وفي بعض الأحيان ينطقون الكلمة بصعوبة بالغة وبجهد كبير وتحت ضغط المدرس من خلال التكرار،ويملكون الذاكرة الصورية ومهارات المطابقة وفهم المعاني، فيما يعانون من صعوبات في الكتابة على السطر

فيما تبين أن هؤلاء المبحوثين ورغم معرفتهم للأرقام وقدرتهم على كتابتها ولو بصعوبة إلى أنهم لا يملكون المهارات الأساسية للحساب وغير قادرون على فهم العمليات الحسابية أو إجراءها.

أما ضمن المؤسسات الحكومية، فإن المبحوثين قادرين على قراء بعض الكلمات والجمل البسيطة وكتابتها بتدرج، كما تجدر الإشارة إلى أن طفل طيف التوحد الذي لا يتكلم كليا(إسلام) يتمتع بميزة حسن الكتابة على السطر عكس أقرانه، فيما لم يسجلوا أية مهارات فيما يخص قدرتهم على العد والحساب.

رابعا. عرض وتحليل محور الوظائف العقلية والعاطفية

تشير نتائج دراسة الحالة بالنسبة للمبحوثين ضمن المؤسسات الحكومية فيم يخص الوظائف العقلية أنهم يتمتعون بالقدرة على فهم التعليمات والتوجيهات، ويمتلك بعضهم لمهارات عقلية كالمطابقة والتمييز والتركيب، وكذلك قوة التذكر والحفظ وحل التمارين.

أماالمبحوثين ضمن المؤسسات الخاصة، فلقد سجلنا وجود صعوبة لديهم في فهم السياقات الاجتماعية والتفوق في مهارات حفظ الحروف والأرقام وقوة الذاكرة البصرية والقدرة على إنجاز التمارين أيضا.

ويمكن تفسير هذه الفروقات الطفيفة بين المبحوثين بالعودة إلى التقارب في الاستراتيجيات التعليمية التي تعتمدها كل من المؤسسات الخاصة والحكومية في مجال تعليم أطفال طيف التوحد، والسعي إلى تحقيق النمو المعرفي والتوافق لديهم بالقدر الذي يسمح لهم بالاندماج الايجابي والفعال ضمن المجتمع.

وبالتالي فإن: **المؤسسات سواء العامة أو الخاصة تتوفر على استراتيجيات التكفل بطفل التوحد**

وهو ما يفسر تحسن في الوظائف العقلية لدى الحالات المدروسة، خاصة ضمن المؤسسات الحكومية.

أما فيما يخص الوظائف العاطفية أو الحالة الوجدانية للمبحوثين،فتلاحظ أنهم يعانون من صعوبات في التعبير عن مشاعرهم، ولا يظهرون الاهتمام بمن حولهم من الأفراد أو أي ارتباط عاطفي(ما عدا مع الأم لدى بعض الحالات)، كما ليس لديهم القدرة على التفاعل مع المواقف التي تحدث أمامهم، ويعانون من مشاعر الخوف من الغير ومن الصراخ، وكذلك الشعور بالتوتر والقلق في المواقف الجديدة.

ورغم سعي المختصين لمساعدة الأطفال في هذا المجال إلى أنه لا تظهر نتائج فعالة في تعزيز التواصل العاطفي لديهم، وهو ما يؤكد الصعوبات التي يجدها هؤلاء خاصة فيما يتعلق بتصميم وتنفيذ البرامج العلاجية التي من شأنها مساعدة أطفال التوحد وتحقيق التوافق العاطفي والنفسي الملائم .

كما قد يكون ضعف التكوين المتخصص لهم سببا رئيسيا في عجزهم عن احتواء طفل طيف التوحد خاصة في حالات النوبة العصبية التي يتعرض لها الطفل في كثير من الأحيان جراء خوفه أو كتعبير عن رفضه لموقف معين أو حرمانه من شيء ما.

وبالتالي : **يواجه المختصون صعوبات كبيرة تتعلق بنقص التكوين المتخصص وتحديات تطبيق البرامج العلاجية سواء في المؤسسات العامة أو الخاصة.**

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

والتي تنص على أن: يستخدم فريق التخصص تقنيات التشخيص والقياس للتكفل بأطفال التوحد

بعد إجراء اختبار كارنرللمبحوثين نلاحظ تصنيف الحالات ضمن المؤسسات الخاصة والحكومية ضمن نوع التوحد البسيط إلى المتوسط، حيث بلغت درجاتهم على الاختبار ما بين(30 إلى 46 درجة).

وبالتالي فالمبحوثين يعانون من التوحد بدرجة متوسطة ، ولديهم أعراض بسيطة يمكن التعامل معهم وفق استراتيجيات مناسبة لنوع وشدة الاضطراب، وبناء على المشكلات التي يعانون منها، لتقديم أنجع الخدمات.

كما تشير هذه الدراسات إلى اعتماد المؤسسات الخاصة بالتكفل بذوي اضطراب طيف التوحد على اختبار DSM5 في التشخيص.

كما يؤكد القائمون على المركز الحكومي والمؤسسة الخاصة أن أهم تقنيات التشخيص التي يعتمدونها مع حالات التوحد، هي دراسة الحالة وذلك للاطلاع على التاريخ الشخصي والعائلي للطفل ، وللكشف عما إذ كانت هناك إعاقات أخرى أو صعوبات أكاديمية.

وبالتالي: **لا توجد فروق بين المؤسسات الحكومية والمركز الخاصة فيما يخص تقنيات التشخيص**

مناقشة فرضيات الدراسة ضمن نتائج دراسة الحالة الأولى:

أولا.واقع التكفل في المؤسسات البيداغوجية

تنتمي الحالة الأولى إلى المؤسسة الخاصة و نلاحظ من خلال عرض الحالة أنه قد تم الكشف وتشخيص الحالة بالتوحد منذ 18 أشهر الأولى ، كما تشير الدراسة إلى حرص المؤسسة على تقديم الخدمات الضرورية لمساعدته على تنمية الجوانب المعرفية من خلال تنمية مهاراته الكتابية ونطق الحروف والكلمات وقراءتها بشكل صحيح، فيما يتعذر تنمية المهارات الحسابية والعد لديهم.

ثانيا.تقنيات التشخيص

- التشخيص المبكر للحالة
- استخدام اختبار DSM5: قصور في التبادلات الاجتماعية والعاطفية وصعوبات في التواصل الغير لفضي، كما سجل قصور في استخدام الحواس كاللمس والشم.

ثالثا.البروتوكول العلاجي

- يرتكز البروتوكول العلاجي للحالة على فهم العوامل التي تؤدي إلى السلوكات غير السوية التي يمارسها الطفل ودوافعه، ثم وضع خطة علاجية فردية .
- استخدام تقنية DTT للتدخل المبكر.

التركيز على تنمية الحواس

- ب الحسية (اللمس والشم خاصة).
- تعزيز التواصل والتفاعل الاجتماعي للطفل (التأهيل الاجتماعي).
- تقديم الخدمات النفسية كالتخفيف من القلق والتوتر موازاة مع الخدمات البيداغوجية والاجتماعية.
- تنمية القدرات المعرفية خاصة القدرات البصرية لتعويض النقص المعرفي لديه.

تنظيم أنشطة لتنمية الانتباه والتركيز لدى الحالة

مناقشة فرضيات الدراسة ضمن نتائج دراسة الحالة الثانية:

أولا.واقع التكفل في المؤسسات البيداغوجية

تنتمي الحالة الثانية إلى المؤسسة الخاصة و نلاحظ من خلال عرض الحالة أنه قد تم الكشف وتشخيص الحالة بالتوحد منذ السن الرابعة ، كما تشير الدراسة إلى حرص المؤسسة على تقديم الخدمات الضرورية لمساعدته على تنمية الجوانب المعرفية من خلال تنمية مهاراته في تركيب الصور والمطابقة.

كما تبرز نتيجة الخدمات المقدمة له في تحسن كتابته على السطر وحتى قدرته على كتابة جمل قصيرة في بعض الأحيان، فيما يتعذر تنمية المهارات الحسابية والعد لديهم.

ثانيا.تقنيات التشخيص

- التشخيص من خلال تحليل نتائج شبكة الملاحظة و إجاباته على اختبار +MCHA
- حسب نتائج التشخيص باختبار DSM5: قصور في التبادلات الاجتماعية والعاطفية وصعوبات في إظهار العواطف وعجز في السلوكات اللفظية وغير اللفظية، كما سجل ضعف في التواصل البصري والحساسية الزائدة اتجاه الأصوات العالية.

ثالثا.البروتوكول العلاجي

- يرتكز البروتوكول العلاجي للحالة على تحليل السلوك الوظيفيABA ثم وضع خطة علاجية فردية .
- تعزيز التواصل والتفاعل الاجتماعي للطفل من خلال تطوير اللغة الاستقبالية والتعبيرية.
- العلاج الوظيفي لتعزيز التواصل والمعالجة الحسية.
- تنمية القدرات المعرفية خاصة القدرات البصرية لتعويض النقص المعرفي لديه.

تنظيم أنشطة جماعية لتنمية السلوكات الايجابية

فرضيات الدراسة ضمن نتائج دراسة الحالة الثالثة:

أولا.واقع التكفل في المؤسسات البيداغوجية

تنتمي الحالة الثالثة إلى المؤسسة الخاصة و نلاحظ من خلال عرض الحالة أنه قد تم الكشف وتشخيص الحالة بالتوحد منذ سن السابعة ،وهو يعاني من مشاكل سلوكية وتعبيرية، كما تشير الدراسة إلى حرص المؤسسة على تقديم الخدمات الضرورية لمساعدته على تنمية الجوانب المعرفية من خلال تنمية مهاراته في مجال التذكر واالقدرات الإدراكية وحل المشكلات.فيما يتعذر تنمية المهارات الحسابية والعد لديهم.

ثانيا.تقنيات التشخيص

- حسب نتائج التشخيص باختبار DSM5: قصور في التواصل الاجتماعي ، كما سجل ضعف في التواصل البصري والحساسية الزائدة نحو أي اقتراب جسدي من الغرباء.

ثالثا.البروتوكول العلاجي

- يرتكز البروتوكول العلاجي للحالة على تحليل السلوك الوظيفيABA ثم وضع خطة علاجية فردية .
- تعزيز التواصل والتفاعل الاجتماعي للطفل من خلال تطوير اللغة الاستقباليةوالتعبيرية والاعتماد على برنامجTeach.
- العلاج الوظيفي لتعزيز التواصل والمعالجة الحسية.
- تنمية القدرات المعرفية خاصة القدرات الإدراكية والتذكر لتعويض النقص المعرفي لديه.
- تنظيم أنشطة جماعية لتنمية السلوكيات الايجابية والتفاعل وتنمية التواصل البديل والمعززْCAA

مناقشة فرضيات الدراسة ضمن نتائج دراسة الحالة الرابعة:

أولا.واقع التكفل في المؤسسات البيداغوجية

تنتمي الحالة الرابعة إلى المؤسسة الحكومية و نلاحظ من خلال عرض الحالة أنه قد تم الكشف وتشخيص الحالة بالتوحد منذ عامين ونصف من عمره ،وهو يعاني من اضطرابات سلوكية، كما تشير الدراسة إلى حرص المؤسسة على تقديم الخدمات الضرورية لمساعدته على تنمية الجوانب المعرفية من خلال تنمية مهاراته في مجال الحفظ وحل المشكلاتفيما يتعذر تنمية المهارات الحسابية والعد لديهم.

ثانياتقنيات التشخيص

- حسب نتائج التشخيص باختبار DSM5: اضطرابات سلوكية مع تقليد الكلام.

ثالثاالبروتوكول العلاجي

- يرتكز البروتوكول العلاجي للحالة على تحليل السلوك الوظيفيABA ثم وضع خطة علاجية فردية .
- تعزيز التواصل والتفاعل الاجتماعي ومشاركة الأقران .
- العلاج الوظيفي لتعزيز التواصل والمعالجة الحسية وتنمية التركيز والانتباه.
- تنمية القدرات المعرفية خاصة حل المشكلات والتذكر لتعويض النقص المعرفي لديه.
- تنظيم ورش تدريبية وإرشادية للوالدين لتعليمهم أساليب المعاملة السليمة للطفل التوحديوسبل تصحيح سلوكياته.

مناقشة فرضيات الدراسة ضمن نتائج دراسة الحالة الخامسة:

أولا.واقع التكفل في المؤسسات البيداغوجية

تنتمي الحالة الخامسة إلى المؤسسة الحكومية و نلاحظ من خلال عرض الحالة أنه قد تم الكشف وتشخيص الحالة بالتوحد منذ عامين من عمره ،وهو يعاني من اضطرابات سلوكية وفرط الحركة، كما تشير الدراسة إلى حرص المؤسسة على تقديم الخدمات الضرورية لمساعدته على تنمية الجوانب المعرفية من خلال تنمية مهاراته في الكتابة على السطرفيما يتعذر تنمية المهارات الحسابية والعد لديهم.

ثانياتقنيات التشخيص

- حسب نتائج التشخيص باختبار DSM5: قصور في التفاعلات الاجتماعية والعاطفية وصعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، كما سجل ضعف في التواصل البصري .

ثالثاالبروتوكول العلاجي

- يرتكز البروتوكول العلاجي للحالة على تحليل السلوك الوظيفيABA ثم وضع خطة علاجية فردية .
- تعزيز التواصل والتفاعل الاجتماعي للطفل من خلال تطوير اللغة الاستقبالية والتعبيرية.
- العلاج الوظيفي لتعزيز التواصل والمعالجة الحسية.
- العلاج النطقي باستخدام تقنية التواصل بالصورPECS.
- المتابعة وتقديم الإرشادات الوالدية.

مناقشة فرضيات الدراسة ضمن نتائج دراسة الحالة السادسة:

أولا.واقع التكفل في المؤسسات البيداغوجية

تنتمي الحالة السادسة إلى المؤسسة الحكومية و نلاحظ من خلال عرض الحالة أنه قد تم الكشف وتشخيص الحالة بالتوحد منذ 6 أشهر، وهو يعاني من اضطرابات سلوكية وفرط التعلق، كما تشير الدراسة إلى حرص المؤسسة على تقديم الخدمات الضرورية لمساعدته على تنمية الجوانب المعرفية من خلال تنمية مهاراته في الكتابة على السطر.وتنمية مهارات المطابقةفيما يتعذر تنمية المهارات الحسابية والعد لديهم.

ثانيا.تقنيات التشخيص

- حسب نتائج التشخيص باختبار DSM5: قصور في التفاعلات الاجتماعية والعاطفية وصعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، كما سجل ضعف في التواصل البصري .

ثالثاالبروتوكول العلاجي

- يرتكز البروتوكول العلاجي للحالة على تحليل السلوك الوظيفيABA ثم وضع خطة علاجية فردية .
- تعزيز التواصل والتفاعل الاجتماعي للطفل من خلال تطوير اللغة الاستقبالية والتعبيرية.
- العلاج الوظيفي لتعزيز التواصل والمعالجة الحسية.
- التأهيل وتشجيع مشاركة الأقران.

خاتمة و إقتراحات :

في الأخير توصلنا من خلال بحثنا إلى النتائج التالية

- الطفل التوحدي يعاني من صعوبة في الإدراك و انخفاضا في التواصل الاجتماعي و نقصا في القدرات الإبداعية و السلوكيات النمطية المتكررة.
- أهم الأعراض التي نراه في الطفل التوحدي تكمن في التواصل و التفاعل و المشارك الاجتماعية و الاهتمامات والأنشطة.
- تدريب أسر الأطفال ذوي اضطرابات التوحد على مهارات التواصل لكي يتفاعلوا بشكل جيد مع أبنائهم.
- البدء في وضع أي خطة لطفل التوحد ابتداء من قدراته، و معرفة خصائصه و معززاته بشكل مسبق قبل البدء بالعمل معه.

- تنظيم ملتقيات وندوات وجلسات للتعرف أكثر على هذا الاضطراب وكيفية التعامل مع المضطرب

قائمة المراجع

قائمة المراجع

- ابراهيم عبد الله السليم(2000) : التدريس بتكنولوجيا الوسائط المتعددة للفئات الخاصة "المعاقين ذهنيا القابلين للتعلم" ، ط1، دار الوفاء الدنيا للطباعة والنشر، الاسكندرية.
- ابراهيم فرج الزريقات(2004): التوحد الخصائص والعلاج، دار وائل ، الاردن.
- ايناس خليفة عبد الرزاق(2000): الشامل في الوسائل التعليمية،ط1، دار المناهج للنشر والتوزيع ، عمان ، الاردن.
- خضر عبد الفتاح(1992): ازمة البحث العلمي ،ط3،مكتبة الصلاح،السعودية ..
- ريتا مرهج(2001): التوحد تعريف ، وقاية، علاج، تأهيل، وزارة الشؤون الاجتمناعية في لبنان، الجمعية الوطنية لحقوق المعاق في لبنان.

زرواتي رشيد (2002):تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية ، ط1،دار هومة للنشر، الجزائر.

سعيد الحسني العزة(2002): التربية الخاصة للاطفال ذوي الاضطرابات السلوكية ، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع.

سعيد كمال عبد الحميد الغزالي(2009) : التوحد(الاعاقة الغامضة)، تعريف التوحد وأعراضه ط1.

صابر فاطمة عوض خفاجة، ميرفت علي (2002): اسس ومبادئ البحث العلمي،مكتبة ومطبعة الاشعاع الفنية.

طلعت ابراهيم (1995): اساليب وأدوات البحث العلمي، درا غريب للطبعة والنشر، القاهرة.

عبد الرحمن سيدسليمان (2000): الذاتوية -اعاقة التوحد لدى الاطفال - ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

عبد الرحمن سيدسليمان (2002): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، مكتبة زهراء الشرق.

عبد الرحمن محمد العيسوي (1999): علم النفس الشواذ والصحة النفسية،ط1، دار الراتب.

عبد العزيز السيد الشخص(2006): اضطرابات النطق والكلام(خلفيتها - تشخيصها-انواعها -علاجها)، ط1، كلية التربية، جامعة الملك سعود.

عبيدات محمد وآخرون(1999):منهجية البحث العلمي، دار وائل للنشر ، عمان.

كوثر حسن عسيلة (2006): التوحد ، ط1، دار الصفاء، عمان ، الاردن.

محد قاسم عبد الله (2001): الطفل التوحدوي او الذاتي -الانطواء حول الذات ومعالجتها اتجاهات حديثة ،دار الفكر العربي ، عمان.

محد محمود الحيلة(2000):تصميم وانتاج الوسائل التعليمية التعلمية، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان ، الاردن.

منى الحديدي ، جمال الخطيب(2005): استراتيجيات تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة ، دار الفكر ، عمان الاردن.

جمال ابو دلهوم(2007): فاعلية استخدام نظام التواصل لتبادل الصور في تنمية مهارات التواصل عند الاطفال التوحديين، دكتوراه منشورة ، جامعة عمان، الاردن.

رانيا محمد مرتضى (2010): فاعلية برنامج العلاج بالعمل لخفض درجة الاضطرابات الجنسية لدى عينة من التوحديين ذوي المستوى الوظيفي المرتفع، رسالة دكتوراه، معهد دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس

ساحلي لطيفة(2012): دور انشطة اللعب في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي عند الاطفال التوحديين ، رسالة ماستر غير منشورة، جامعة المسيلة.

فتيحة مساعد يسر (2008): ورقة عمل الخدمات الارشادية لاسرة الطفل التوحدي ، المؤتمر الرابع للاعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية "معا من أجل التوحد"16-04-2008 ، جامعة أسيوط.

Donnellan, A., Kilman, B. (1986); Behavioral Approaches to Social Skill DevelopmentUn Autism: Strengths Despoliations, and Alternatives, In Schopler&.B. Mesibov(Eds.), Social Behavior in Ant/Sin New York: Plenum.

- Gray, C.A., & Grand, J.D.; (1993) Social Stories: Improving Responses Of StudentsWith Autism Accurate Social Information, Focus on Autistic Behavior,
- National Research Council, (2001) Education Chiidren of Autism Committee AndEducational Intervention for Children with Autism.
- Catherine Lord And James P. MsGee, EdsRivion (of Behavioral And Social Sciences And Education. Washington. Dc :National Academy Press.
- .Rutter, M. And Schopler, E. (1987) Autism And Pervasive Disorders: ConceptualAnd Diagnostic Issues. Journal of Autism and Developmental Disorders.

- Simpson, R.. Regan, M.. (1998); Management If Autistic Behavior. Autism ,TX:PRO-ED

ملاحق

(C . A .R .S)مقيـــــاس تقدير التوحد في الطفولة

الاسم : السن :
تاريخ الميلاد : التاريخ :
الفاحص : ـالمتكفل الأرطفوني المكان : عيادة
:كيفية التقيـيـــــم و التسجيل
يقدر كل بند على كمي متصل بين قطبين من السواء ، أو الطبيعية والاضطراب الشديد ، وتوضع علامة في المربع
. المناسب
السلوك العادي أو الطبيعي ومناسب مع سن الطفل = صفر = 1
السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة طفيفة = 1.5 = 2
السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة متوسطة . = 2.5 = 3
السلوك غير طبيعي وغير مناسب ومعوق بدرجة شديدة . =3.5 = 4

حاصل المجموع النسبي للفئات

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة			×													

حاصل جمع المقياس

15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60
ليس توحد					× توحد متوسط					توحد شديد					

: ملاحظات الفاحص وتوصياته

. إقامة العلاقة مع الناس 1.
.(1.5)طبيعي لا يوجد أي اختلاف بإقامة العلاقة بالناس وتصرفاته بمثل عمره
غير طبيعي بدرجة طفيفة يمتنع من التواصل بالبصر ، يتجنب عندما يجبر على التواصل ، الخجل
(2.5) .بصورة مبالغبها لا يتجاوب ، ملتصق بالوالدين أكثر من الطفل الذي بنفس عمره
غير طبيعي بدرجة متوسطة ، انطوائي ، يحب العزلة ، لا يوجد اهتمام بالتفاعل مع المحيطين ، مقفول
.(3.5) علىنفسه ، تستطيع الحصول منه على القليل من التواصل
. غير طبيعي بدرجة شديدة عزلة تامة افتقاد القدرة على الاستجابة
.القدرة على التقليد والمحاكاة 2.
. (1.5)طبيعي يقلد الطفل الأصوات ، الكلمات ، الحركات بحيث تكون بحدود قدراته
غير طبيعي بدرجة طفيف يقوم الطفل بتقليد بعض السلوكيات البسيطة مثال يصفق ، بعض الكلمات
(2.5)المفردةويحتاج وقت لترديد الكلمة عند سماعها
. غير طبيعي بدرجة متوسطة يقلد الطفل بعض السلوكيات البسيطة ولكن يحتاج إلى وقت كبير ومساعدة
(3.5)
غير طبيعي بدرجة شديدة نادرا ما يقوم الطفل بالتقليد او لا يقلد نهائيا الأصوات أو الكلمات ، أو
. الحركات حتىبوجود مساعدة

. **الاستجابة العاطفية**-03
.(1.5) طبيعي يتفاعل الطفل للمواقف السارة والغير سارة
غير طبيعي بدرجة طفيفة تظهر عليه احيانا تصرفات غير مرغوب فيها كاستجابة منفصلة عن
. (2.5) الواقع
غير طبيعي بدرجة متوسطة مثال الضحك الشديد بدون معنى أو بدون سبب وليس له علاقة مع
. (3.5)الواقع
غير طبيعي بدرجة شديدة استجابة منفصلة نهائيا عن الواقع وأن كان مزاجه في شيء معين من الصعب
. جدا أنيتغير

.4.استخدام الجسم
(1.5) . طبيعي تشمل التناسق والتوازن لطفل بمثل عمره
(2.5) غير طبيعي بدرجة طفيفة له بعض السلوك النمطي المكرر مثال التكرار في اللعب اوالانشطة
غير طبيعي بدرجة متوسطة له سلوكيات غير مرغوب فيها واضحة لطفل في عمره مثال حركات لف
الاصابع ،الاهتزاز ، الدوران ، الحملقة ، إيذاء النفس ، المش على الاطراف ، خبط الدماغ ، الاستمناء ،
(3.5) . تحريك اليدينورفرفتها
غير طبيعي بدرجة شديدة ، فهو يستمر في الحركات المكره المذكورة في الاعلى حتى لو شارك في نشاط
. اخر
استخدام الاشياء 5.
.(1.5) طبيعي يهتم بالألعاب والاشياء من حوله والتعامل معها واستخدامها بالطريقة الصحيحة
. غير طبيعي بدرجة طفيفة يهتم بلعبة واحدة فقط ويتعامل معها بطريقة غريبة كأن يطرقها بالأرض
(2.5)
غير طبيعي بدرجة متوسطة يظهر عدم اهتمامه بالأشياء وان اظهر تكون بطريقة غريبة مثال يلف
)اللعبة طول الوقتوينظر لها من زاوية واحدة فقط .(3.5
غير طبيعي بدرجة شديدة تكرار ما سبق ولكن بطريقة مكثفة ومن المستحيل أن ينفصل عنها إذا كان
.. مشغولا بها
التكيف والتأقلم 6.
. (1.5)طبيعي يتكيف مع الموقف والتغير للروتين
.(2.5) غير طبيعي بدرجة طفيفة يقاوم التغير والتكيف للموقف بعد تغير النشاط الذي تعود عليه
(3.5) . غير طبيعي بدرجة متوسطة يقاوم التغير والتكيف للموقف بعد تغير النشاط الذي تعود عليه
.غير طبيعي بدرجة شديدة الاصرار على ثبات الظروف والروتين وعدم التغيير
الاستجابة البصرية 7.
(1.5) .طبيعي يستخدم التواصل البصري مع الحواس لاكتشاف الشيء الجديد أمامه
غير طبيعي بدرجة طفيفة يحتاج للتذكير لكي يتواصل وينظر الى الشيء ، يهتم في النظر بالمرآة
(2.5) . الضوء ، النظر الداعلى ، أو الفضاء ويتحاشى النظر في الاشخاص
غير طبيعي بدرجة متوسطة يحتاج للتذكير المستمر للتواصل البصري للشيء الذي يفعله وتظهر
. (3.5)نفس السلوكياتالسابقة
غير طبيعي بدرجة شديدة الامتناع عن التواصل البصري مع الاشخاص وبعض الاشياء وتظهر نفس
. السلوكياتالسابقة
ملاحظات
) استجابة الانصات(الاستماع 8.
(1.5) .طبيعي ويستمع باهتمام مع عدم وجود أي مؤثرات صوتيه مستخدما حواسه
غير طبيعي بدرجة طفيفة رد فعل متأخر للأصوات يحتاج تكرار الاصوات لشد انتباهه يبالغ قليلا
(2.5)في رد فعللبعض الاصوات

غير طبيعي بدرجة متوسطة متنوع في رد الفعل مثال يتجاهل الصوت مرارا، يقفل أذنيه لبعض الاصوات منهاالاصوات الانسانية المكررة يوميا(3.5).
غير طبيعي بدرجة شديدة مبالغ في رد الفعل للاصوات والتجاهل نهائيا للاصوات بصورة واضحة
ملاحظات

استجابات استخدام التذوق والشم واللمس 9.

(1.5)طبيعي يستجيب الطفل لمثيرات الحواس كالألم وغيرها
غير طبيعي بدرجة طفيفة يضع اشياء قي فمه يشم ويتذوق أشياء لا تؤكل يتجاهل الألم أو يبالغ به. (2.5)
(3.5) . غير طبيعي بدرجة متوسطة يبالغ باستخدام الشم والتذوق واللمس ويتجاهل الألم
غير طبيعي بدرجة شديدة فهو يبالغ كثيرا أو يتجاهل نهائيا ولا تظهر أي نوع من الشعور بالألم أو المبالغة الشديدة لحدث بسيط جدا.
ملاحظات

الخوف والعصبية10.

(1.5) . طبيعي يتصرف الطفل مع الموقف مناسب لعمره
غير طبيعي بدرجة طفيفة يتصرف الطفل بصورة مبالغة أو يتجاهل الحدث قليلا بالنسبة لطفل في مثل عمره . (2.5)
غير طبيعي بدرجة متوسطة يتصرف بصورة مبالغة واضحة أو تجاهل واضح بالنسبة لطفل في مثل عمره. (3.5)
غير طبيعي بدرجة شديدة خوف مستمر حتى عند إعادة المواقف غير الخطرة ومن الصعب جدا تهدئته وليس لهارداك للمواقف الخطرة والمواقف الغير خطرة.
ملاحظات

التواصل اللفظي 11.

(1.5) .طبيعي يظهر الطفل كل مظاهر النطق والكلام واللغة لعمره
غير طبيعي بدرجة طفيفة تأخر في الكلام ظهور بعض الكلام المبهم ، ترديد كلام ، لا يستخدم الضمائر أنا أنت و، المهمة ، الخروج عن الحديث المألوف ، عكس المقاطع أو الكلمات (2.5) .
غير طبيعي بدرجة متوسطة صمت ، وعند وجود نطق هناك ترديد كلام واضح ، فهمه (3.5) .
غير طبيعي بدرجة شديدة لا يستخدم اللغة في التواصل فقط همهمة واصوات غريبة أشبه بصوت الحيوان واظهار اصوات مزعجة.
ملاحظات

12-التواصل الغير للفظي

(1.5) . طبيعي يستخدم تعبير الوجه أو تغير الملامح والاوضاع وحركات الجسم والراس
غير طبيعي بدرجة طفيفة تواصل غير لفظي ناقص مثال يمسك اليد من الخلف لطلب المساعدة والوصول للشيء بطريقة تختلف عن الطرق التى يستعملها الطفل في مثل عمره .(2.5)
غير طبيعي بدرجة متوسطة لا يستطيع ان يعبر عن احتياجه بالتواصل غير اللفظي ولا يستطيع فهم لغة التواصل غير اللفظي(3.5) .
غير طبيعي بدرجة شديدة يستخدم سلوكيات غريبة غير مفهومة للتعبير عن احتياجاته مع عدم الاهتمام بالإيماءات وتعابير وجوه الاخرين .

مستوى النشاط 13.

(1.5) . طبيعي نشاطه عادي مناسب لعمره
غير طبيعي بدرجة طفيفة يظهر نشاط زائد أو كسل زائد ويكون خاص بذاته(2.5) .
غير طبيعي بدرجة متوسطة نشاط زائد لا يهدء يصعب التحكم به هائم لا ينام الا قليلا فوضوي غير منتظم ، أو خامل لا يتحرك من مكانه ويحتاج الى جهد كبير ليتفاعل مع نشاط معين (3.5) .
غير طبيعي بدرجة شديدة هائم ، نوبات غضب حركة مستمرة لا يجلس ساكنا فوضوي يرمي كل شيء على الارض ، يفتح ويقلب الاشياء .

.ملاحظات

مستوى وثبات الاستجابات الذهنية14.

(1.5) .طبيعي في اداء المهارات في المواقف المختلفة المناسبة لعمره

(2.5) . غير طبيعي بدرجة طفيفة يظهر تأخر في أداء المهارات المختلفة

غير طبيعي بدرجة متوسطة تأخر في أداء المهارات ولكن من الممكن ان يتفاعل لنفس عمره في

(3.5) .احدى المهارات وتأخر في باقي المهارات

غير طبيعي بدرجة شديدة يكون أفضل من الطفل الطبيعي في مهارتين وتكون مبالغ فيها ولكن يتأخر بباقي

. المهارات

. ملاحظات

الانطباعات العامة15.

ليس توحد لا تظهر فيه صفات التوحد

. توحد بسيط لديه بعض الصفات

. توحد متوسط لديه صفات واضحة من التوحد

. توحد شديد لديه معظم الصفات التوحدية

تدون من الأسرة او الملفات او البنود السابقة