



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران 2 – محمد بن أحمد-

كلية العلوم الاجتماعية

قسم: علوم التربية

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر

تخصص: تربية خاصة



واقع التكفل النفسي المؤسساتي لأطفال اضطراب التوحد لولاية وهران

أ. شارف جميلة

شعيب خيرة

أمام لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة	الصفة
أ. غياة حياة	أستاذة	رئيسا
أ. شارف جميلة	أستاذة	مشرفا ومقررة
أ. مرياح فاطمة الزهراء	أستاذة. م. أ	مناقشا

السنة الجامعية: 2026/2025

إِهْدَاء

الحمد لله الذي هدانا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله وصلاة والسلام

على نبينا محمد وأشرف المرسلين وعلى صحبه أجمعين

ومن سار على منهجه إلى يوم الدين أما بعد

أهدي ثمرة عملي هذا إلى من قال فيهما الله عزوجل:

الإسراء الآية 24 ""وَخَفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا

إلى الذي أحمل اسمه بكل فخر إلى سندي وملاذي

إلى الذي رافقني بالحب والرعاية والدعاء

إلى الذي كافح ليضمن لنا البقاء

أبي الغالي أطل الله عمره

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

إلى لؤلؤة التي أضاءت لي المسار وأعطتني الحب والحنان

إلى التي حملتني وهنا على وهن أُمي الحبيبة أطل الله عمرها

إلى من كانوا معي وساندوني إخوتي أطل الله في عمرهم

إلى من ساعدتني وساندتني وكانت بجانب رفيقات دربي

إلى من تقاسمت معهم شقاء هذا العمل صديقاتي

إلى كل أساتذتي طيلة مشواري الدراسي

الطالبة شعيب خير

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 " شارف جميلة "

لتفضلها بالإشراف على هذه الرسالة وتوجيهاتها التي لم تبخل على بها وصبرها وحرصها على متابعتي في

المذكرة وأتوجه بالشكر لكل أساتذة شعبة التربية الخاصة على مجهوداتهم القيمة

كما أتوجه بالشكر إلى أساتذة لجنة مناقشة، الذين تحملوا أعباء قراءة هذا البحث، والطاقم الإداري

والمدرء بكل من المركز البيداغوجي النفسي لدوي الاحتياجات الخاصة، أيضا إلى أمهات وأطفال طيف

التوحد اللواتي أتحن لي الفرصة لإجراء المقابلة وتطبيق المقياس

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

وأخردعائي الحمد لله رب العالمين

ونسأل الله السداد والتوفيق



فهرس المحتويات

أ.....	إهداء
ب.....	شكروعرفان
ج.....	فهرس المحتويات
د.....	قائمة الجداول
ذ.....	ملخص باللغة العربية
و.....	ملخص باللغة الإنجليزية
01.....	مقدمة

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

04	الإشكالية
04	فرضيات الدراسة
04	أسباب اختيار الموضوع
07	أهمية الدراسة
07	أهداف الدراسة
08	التعاريف الإجرائية
09	الدراسات السابقة

الجانب النظري

الفصل الأول: التوحد

17	تمهيد
18.....	نبذة تاريخية عن التوحد
19	تعريف التوحد
20	نظريات المفسرة للتوحد
24	أسباب اضطراب التوحد
28	أشكال اضطراب التوحد
29	مقارنة بين أشكال اضطرابات التوحد
30	أعراض التوحد
31	خصائص التوحد
34	أنواع التوحد
35	تشخيص التوحد
40	صعوبات التشخيص
41	علاج اضطراب التوحد
45	أهم البرامج التربوية الموجهة لأطفال التوحد
48	رعاية الطفل التوحدي

الفصل الثاني: التكفل

53.....	تمهيد
54.....	أولاً: تعريف التكفل
55.....	ثانياً: أهداف التكفل
56.....	ثالثاً: أهمية التكفل
57.....	رابعاً: أنواع التكفل
58.....	خامساً: تكفل الأسرة بطفل داخل المنزل
59.....	سادساً: دور الأسرة في عملية التكفل داخل المركز
60.....	خلاصة الفصل

القسم الثاني: الجانب الميداني

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

73.....	تمهيد
74.....	1 . الدراسة الاستطلاعية
75.....	2-الهدف من الدراسة الاستطلاعية
76.....	3 . عينة الدراسة الاستطلاعية
77.....	4 . أدوات الدراسة
78.....	5 . وصفها
79.....	6- الخصائص السكومترية
80.....	7 . نتائج الدراسة الاستطلاعية
81.....	ثانياً: الدراسة الأساسية
82.....	1 . منهج الدراسة
83.....	02- عينة الدراسة
84.....	2 . أدوات الدراسة وتطبيقها
85.....	3 . الأساليب الإحصائية المستعملة

الفصل الخامس عرض النتائج ومناقشتها

86.....	أولاً: عرض النتائج
---------	--------------------

89.....	تانياً: مناقشة النتائج.....
90.....	مناقشة عامة
93.....	التوصيات والاقتراحات.....
96.....	قائمة المصادر والمراجع
103.....	الملاحق.....

قائمة الجداول

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

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على واقع التكفل المؤسساتي لأطفال التوحد لولاية وهران، حيث أجريت الدراسة على عينة تتكون من 3 أطفال موجودون بالمركز النفسي البيداغوجي عالم فريال -بير الجير لولاية وهران كما تم اعتمد المنهج دراسة حالة واما الأدوات المستخدم في الدراسة الملاحظة والمقابلة واستخدام مقياس كارز ومن تحليل النتائج:

1. أظهرت نتائج الدراسة أن المؤسسات البيداغوجية الخاصة بأطفال اضطراب التوحد تسعى إلى توفير أشكال متنوعة من التكفل النفسي والتربوي، من خلال برامج علاجية تعتمد على تعديل السلوك، وتنمية التواصل، والتعزيز الإيجابي، والأنشطة الاجتماعية والرياضية .

2. بينت النتائج أن التكفل النفسي يساهم نسبياً في تحسين بعض الجوانب السلوكية والاجتماعية لدى الأطفال، مثل التقليل من نوبات الغضب والسلوك العدواني، وتحسين التفاعل الاجتماعي والانتباه داخل القسم .

3. كشفت الدراسة أن عملية التشخيص والقياس داخل المؤسسات تعتمد غالباً على الملاحظة والوصف السلوكي، مع ضعف استخدام المقاييس والاختبارات النفسية المقننة والحديثة الخاصة باضطراب التوحد .

4. أظهرت النتائج على توفر الوسائل والمعدات المتخصصة داخل بعض المراكز، خاصة الوسائل التكنولوجية الحديثة وغرف التكامل الحسي وأدوات التواصل البديل .

5. أكدت الدراسة أن فريق التكفل لا يواجه صعوبات أثناء العمل مع الأطفال المصابين بالتوحد، أبرزها مشكلات التواصل، السلوكيات النمطية، نقص الإمكانيات، وضعف التدخل المبكر والتعاون الأسري أحياناً .

توصلت الدراسة إلى أن فعالية التكفل النفسي بأطفال اضطراب التوحد تتطلب تكاملاً بين المؤسسة والأسرة والمختصين، إضافة إلى ضرورة تطوير البرامج العلاجية والتكوين المهني للأخصائيين

الكلمات المفتاحية: التكفل النفسي؛ أطفال التوحد؛ المركز النفسي البيداغوجي

ملخص باللغة الإنجليزية

1. The study results showed that pedagogical **institutions for children El aleme Fareyal BIR EL DJIR /ORAN** with autism strive to provide various forms of psychological and educational care through therapeutic programs that rely on behavior modification, communication development, positive reinforcement, and social and sports activities.
2. The results indicated that psychological care relatively contributes to improving some behavioral and social aspects in children, such as reducing tantrums and aggressive behavior, and improving social interaction and attention within the classroom.
3. The study revealed that the process of diagnosis and assessment within institutions often relies on observation and behavioral description, with limited use of standardized and modern psychological scales and tests specific to autism.
4. The results showed a limited availability of specialized tools and equipment within some centers, especially modern technological tools, sensory integration rooms, and alternative communication devices.
5. The study confirmed that the care team faces several difficulties when working with children with autism, most prominently communication problems, stereotypical behaviors, lack of resources, and sometimes weak early intervention and family cooperation.

The study concluded that the effectiveness of psychological care for children

ملخص باللغة الفرنسية:

1. Les résultats de l'étude ont montré que les institutions pédagogiques pour enfants atteints **Alem Fareyal BIR EL DJIR ORAN** de troubles du spectre de l'autisme s'efforcent de fournir diverses formes de prise en charge psychologique et éducative, à travers des programmes thérapeutiques basés sur la modification du comportement, le développement de la communication, le renforcement positif, et les activités sociales et sportives.
 2. Les résultats ont indiqué que la prise en charge psychologique contribue relativement à améliorer certains aspects comportementaux et sociaux chez les enfants, tels que la réduction des crises de colère et des comportements agressifs, ainsi que l'amélioration de l'interaction sociale et de l'attention en classe.
 3. L'étude a révélé que le processus de diagnostic et d'évaluation au sein des institutions repose généralement sur l'observation et la description comportementale, avec un faible usage des échelles et tests psychologiques normés et modernes spécifiques aux troubles du spectre de l'autisme.
 4. Les résultats ont montré la disponibilité limitée des moyens et équipements spécialisés dans certains centres, en particulier les outils technologiques modernes, les salles d'intégration sensorielle et les outils de communication alternative.
 5. L'étude a confirmé que l'équipe de prise en charge rencontre plusieurs difficultés lors du travail avec des enfants atteints d'autisme, notamment les problèmes de communication, les comportements stéréotypés, le manque de ressources, et parfois la faiblesse de l'intervention précoce et de la coopération familiale.
- L'étude a conclu que l'efficacité de la prise en charge psychologique des enfants

مقدمة

مقدمة:

يعتبر اضطراب التوحد ، من بين الاضطرابات النمو العصبية ، و لم يستطيعوا الكشف عنه و عن أسبابه فكان أول من أشار إليه هو الطبيب " ليوكانر " **Lio-kanner** " : على أنه اضطراب يحدث في الطفولة حيث صنف في وقتها على أساس تخلف عقلي "الذي قام بإجراء دراسة على 11 طفل و من خلال دراسته قدم وصف سلوكيات أطفال التوحد ، و نشرت هذه الدراسة عام 1943 و أطلق عليها اسم **التوحد الطفولي** حيث يتصف الأطفال بالعزلة ، الاجتماعية و عجز في التواصل و سلوك النمطي و اهتمامات مقيدة (بشير ، 2014 ، ص 213)و مع زيادة الاهتمام بأطفال التوحد أصبح ينظر إليه كإعاقة منفصلة و يظهر ذلك واضح من خلال القانون الأمريكي لتربية و تعليم الأفراد المعاقين (رزيقات ، 2014 ، ص 36)

فاضطراب 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 والديه 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 واضطرابها إلى التنازل عن أشياء من أجل تحصيل نوع من التوفيق الأسري.

ونظرا لأهمية الموضوع قمنا بهذه الدراسة حول واقع التكفل المؤسساتي بدوي الاحتياجات الخاصة أطفال التوحد نموذجاً وتم تقسيم البحث إلى:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة الذي يمثل مدخل الدراسة وهو بمثابة تقديم البحث تم فيه عرض الإشكالية الفرضيات أسباب الدراسة أهمية الدراسة أهداف الدراسة ثم تحديد المفاهيم وينقسم البحث إلى جانب نظري ويشمل على:

الفصل الثاني: التوحد مفهوم التوحد إحصائيات حول نسبة انتشار اضطراب التوحد النظريات المفسرة أسباب وأشكال وأعراض وخصائص وأنواع التوحد بإضافة إلى تشخيص وصعوبات التشخيص للتوحد وعلاج اضطراب التوحد وأهم البرامج التربوية الموجهة لأطفال التوحد

الفصل الثالث: تعريف التكفل، أهداف التكفل ثالثاً: أهمية التكفل رابعاً: أنواع التكفل التكفل الطبي، التكفل النفسي، التكفل البيداغوجي، التكفل التربوي، التكفل الاجتماعي تكفل الأسرة بطفل داخل المنزل، دور الأسرة في عملية التكفل داخل المركز **الفصل الرابع:** تطرقت فيه إلى دراسة استطلاعية والتي فحواها تقديم المركز البيداغوجي لذوي الاضطرابات عليا ، وعرض دورها وأهدافها وكيفية التكفل بالأطفال.

أما الفصل الخامس: جاء بعنوان الإجراءات الميدانية للدراسة وعرضت فيه مجال الدراسة، منهج الدراسة، أدوات جمع البيانات وعرض الحالات معرض النتائج ومناقشتها على ضوء الفرضيات.

الفصل الأول

- الإشكالية
- فرضيات الدراسة
- أسباب اختيار الموضوع
- أهمية الدراسة
- أهداف الدراسة
- التعاريف الإجرائية

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 والرعاية والتكفل، باعتبارهم أطفال يختلفون اختلافاً ملحوظاً عن الأفراد العاديين سواء في نموهم العقلي الانفعالي، أو الاجتماعي مما يتطلب اهتمام خاص لهذه الفئة ومراعاتها من قبل مختصين وهذا من أجل إعداد طرق التشخيص ووضع برامج تربوية تتناسب مع كل إعاقة.

ويعتبر طيف التوحد أو اضطراب التوحد كلاهما من المصطلحات العامة، لمجموعة من الاضطرابات المعقدة لنماء الدماغ تتميز هذه الاضطرابات بصعوبة في التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي والغير لفظي، وسيطرة السلوكيات النمطية بدرجات متفاوتة.

يظهر التوحد بوضوح في السنوات الثلاثة الأولى من الحياة، ويعرف بأنه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ المسببة للمشكلات والمهارات الاجتماعية، تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد، وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ، وعدم القدرة على تصور البناء والملائمة التخيلية.

هذا وتشير العديد من الدراسات إلى أنه رغم توفير وتخصيص مؤسسات ومراكز خاصة بهذه الفئة إلى أن هناك عدة معوقات وتحديات تقف حاجزا أمام التكفل الفعال بهم، ولقد أشارت دراسة أمال بوثلجي (2015): "التقنيات المستخدمة لتشخيص اضطراب التوحد لدى الأخصائيين النفسيين" والتي هدفت إلى التعرف على واقع التكفل بالطفل المتوحد من الناحية التشخيصية في المراكز البيداغوجية المتواجدة في الجزائر العاصمة، و اعتمدت الباحثة على طرح استبيان على الأخصائيين النفسيين القائمين بالتكفل بفئة أطفال التوحد و أسفرت نتائج الدراسة إلى وجود نقص كبير في مجال التوحد و لا بد من تدعيم تقنيات التكفل بهذه الفئة .

كما أكدت دراسة سمير وآخرون 2020 بعنوان " التحديات في إدارة اضطراب طيف التوحد في البيئة التعليمية والتي استعرضت التحديات التي تواجه المراكز التعليمية في تقديم الدعم للأطفال ذوي اضطراب التوحد وأكدت على أهمية التدريب المناسب للمعلمين وتعاون الأسر وأظهرت النتائج أن 85 % من المشاركين أشاروا إلى وجود صعوبات كبيرة في التكفل بهم، مما أثر سلباً على دمج الأطفال في المدارس (سمير جمال، وعبد الله أحمد 2020، ص 234)

فيما تؤكد دراسة فاطمة الزهراء العمراني 2021، بأنه يستوجب إنشاء مراكز بيداغوجية الهدف منها التكفل بهؤلاء الأطفال تحت طاقم طبي ونفسي متخصص ومتمكن.

وفي ذات السياق كشفت دراسة ناصر صبرينة و لكحل ريان 2020 حول " المراكز البيداغوجية و دورها في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة -دراسة ميدانية بالمراكز البيداغوجية لولاية جيجل جامعة محمد الصديق 2020 : " دراسة وصفية اهتمت بدراسة فئة ذوي الاحتياجات الخاصة ،و التي تعتبر فئة خاصة في المجتمع تقتضي على المجتمع ضرورة الاهتمام و الرعاية اللازمة من أجل تحقيق قدر من التكيف والاندماج داخل المجتمع ، لذلك قامت الطالبتين بصياغة هذا الموضوع و كان التساؤل المطروح هل للمراكز النفسية البيداغوجية دور في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة ؟

وتكمن أهمية هذه الدراسة في إبراز أهمية الأنشطة و برامج المراكز النفسية البيداغوجية و التي تساعد في تأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، و إدماجهم في المجتمع اهتمام الشعوب و المجتمعات بذوي الاحتياجات الخاصة و إظهار ما تتعرض له هذه الفئة من صعوبات أما بالنسبة إلى مجتمع الدراسة فتمثل في المسح الشامل الذي اشتمل على مجموعة من المعلمين ،الأخصائيين ، التربويين و قامت الباحثتين من جمع البيانات و المعلومات اللازمة ، لموضوع الدراسة باستخدام كل من أداة الملاحظة و الاستمارة كما بينت هذه الدراسة التي أقيمت في المراكز البيداغوجية ، دور الفعال لهذه المراكز من التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة و قد

توصلت إلى نتيجة مهمة و هي ان المراكز البيداغوجية تساهم في التأهيل المهني كما تساعد الطفل مستقبلا الاندماج داخل المجتمع و الاعتناء بالجانب النفسي للطفل . ومن خلال هذا يبرز الدور الفعال للأنشطة الجماعية والبيداغوجية في تقديم المساعدة الضرورية لذوي اضطراب التوحد.

فقد قام علوان (2006) بدراسة حول " تقييم البرامج التربوية والعلاجية المقدمة لذوي طيف التوحد جرت الدراسة على عينة من أطفال اضطراب التوحد في الأردن وتكونت عينة الدراسة من 120 فرد تم توزيعهم على النحو التالي، 60 شخص يمتلكون أولياء أمور الأطفال، طيف التوحد و60 معلم من مراكز التربية الخاصة وأشارت نتائج الدراسة إلى فعالية البرامج الاجتماعية والترفيهية المقدمة لطفل طيف التوحد من وجهة نظرا أولياء الأمور والمعلمين وإلى عدم فعالية البرامج التربوية (لغريز 2016، ص98)

أما دراسة أحمد الصادق و الخمسي (2003) فكانت حول: " 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 لإحداث نتائج على كافة جوانب سلوك طيف التوحد من خلال فعالية الحركة وأنشطتها كما أشارت إلى أن إثارة فعالية الطفل و انتباه و تقديم المعززات و أساليب البحث لمناسبة هو الذي يؤدي إلى التحسين في الأداء الحركي و علاقات تفاعل الاجتماعي للطفل، بينما لم يوجد تأثير دال لهذه الأنشطة على التواصل اللفظي لدى تلاميذ المصابين باضطراب التوحد (احمد الصادق ، 2003 . ص 231)

وتؤكد دراسة وهيبة طيطي وأمال عتوسي 2020 دور سياسة الرعاية الاجتماعية في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر دراسة حالة مدرسة المعوقين بصريا جامعة الشهيد حمه لخضر الوادي (2021/2020) وتناولت مختلف السياسات الحكومية والتشريعات القانونية المتعلقة بحماية الأشخاص المعوقين وترقيتهم، والذي كرس الأطر القانونية المؤسساتية

لحماية وإدماجهم اجتماعياً حيث تسعى الدراسة إلى إبراز الواقع وظروف التكفل بهذه الفئة، خاصة في الجزائر.

حيث تتم التدخلات من طرف فريق متعدد التخصصات ووفق معايير محددة عالمياً تتضمن فريقاً من المتخصصين مؤهلين في التوحد، وضرورة توفير بيئة تعليمية مهيأة بكيفية حسب احتياجات الطفل التوحيدي مع التقييم الدوري باستخدام أدوات تقييم مقننة وبرامج تدريبية متخصصة، بالإضافة إلى مشاكل الأسرة فيما يتعلق بالتكلفة واختيار المؤسسات المتخصصة حسب نوع الإعاقة، والتي تكون لها سياسة ورؤية واضحة لعملية التكفل.

وأيضاً وضع برامج علاجية ونشاطات تدريبية للتقليل من هذا الاضطراب حيث هدفت دراسة **الخطيب "2001"** بوضع تصور لمدخل التخطيط الاستراتيجي لبرامج تدريب تأهيل المعاقين في فلسطين والذي راعى فيه الباحث التنبؤ باحتياجات المعاقين المستقبلية في ضوء إمكانيات المجتمع الفلسطيني الحاضرة والمستقبلية. و من أهم نتائج هذه الدراسة وضع تصور لحاجات المعاقين ، و وضع برنامج يشمل تخطيط على مستوى الأهداف و على مستوى المدربين و المحاضرين و المركز التدريبي، لأن التكفل النفسي مجموعة من الطرق التدريبية و البرامج العلاجية التي يعتمد عليها أخصائون قائلون على العمل معهم و هم مجموعة من الأشخاص الحاصلين على شهادات في علم النفس العيادي و الأرطوفونيا ، الذين يعملون في المراكز النفسية البيداغوجية ، في إطار الوظيف العمومي، كأخصائيين حيث يلتزمون بأداء واجباتهم المهنية أهمها التكفل النفسي بالأطفال ذوي الإعاقات، و الاضطرابات المختلفة المقبلين على النفسية البيداغوجية التي يعملون بها بغية مساعدة هذه الفئة ، على التحسن الايجابي مع التركيز على الأعراض و الأحداث الراهنة و البيئة المحيطة و مثيراتها

حيث تهدف دراسة قاسم عبد الرحمن 2006 " تحقق من فاعلية برنامج ترويجي والتعرف

على تأثيره على بعض المهارات الحياتية والنفسية والقدرات الحركية لدى الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن البرنامج الترويجي المقترح له تأثير إيجابيا على تحسين بعض المهارات الحياتية والنفسية والحركية.

وقد أشارت ابتسام بوشلاغم (2016) أن هناك أكثر من 80000 طفل مصاب بالتوحد حسب البحث الذي قامت به الدكتوراه اسماء أو صديق وهي طبيبة نفسية للأطفال مستشفى شراكة بالجزائر العاصمة

وعليه جاءت هذه الدراسة الحالية لتسليط الضوء على واقع التكفل المؤسساتي للأطفال التوحد في الجزائر، وسعيا منا للكشف عن طبيعة هذه الخدمات ومدى فعاليتها. ويمكن صياغة إشكالية دراستنا الحالية في السؤال التالي:

- ما هو واقع التكفل النفسي للأطفال التوحد في المراكز البيداغوجية؟

الأسئلة الفرعية:

- هل يستخدم فريق التخصص تقنيات حديثة ومناسبة ومتطورة في مجال التشخيص والقياس للتكفل بأطفال التوحد؟

- هل يستخدم فريق التخصص بروتوكول علاجي يعتمد على علاجات الحديثة؟
- هل يعاني فريق التخصص من التكوين الكافي ومن مشاكل تساهم في التقصير في عملية التكفل بأطفال المصابين بالتوحد؟

02-فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

01-يوجد تكفل نفسي يراعى فيه الشروط الأساسية والعامة داخل المؤسسات البيداغوجية لأطفال اضطراب التوحد.

الفرضيات الجزئية:

01-يستخدم فريق التخصص التقنيات الحديثة والمناسبة في التشخيص والقياس للتكفل بأطفال التوحد

02- يستخدم فريق التخصص بروتوكول علاجي حديثة.

03- تتوفر المراكز البيداغوجية على جميع الوسائل والمعدات للتكفل النفسي لأطفال التوحد.

04- لا يعاني فريق التخصص من مشاكل في التكفل بأطفال المصابين بالتوحد

03/ 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، العمومية بوهرانو ما له تأثير فعال على تحسين قدرات الطفل.

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

- كون هذه الفئة مهمشة من طرف المجتمع

04- أهداف الدراسة:

- معرفة وإعطاء مفهوم واضح لفئة مضطربين التوحد من خلال البحث في المفاهيم الشاملة عنها:

- الكشف عن الظاهرة محل الدراسة
- إثراء السيكلوجية حول موضوع اضطراب التوحد
- التعرف أكثر على هذه الفئة من مجتمع.
- الكشف عن الواقع الذي يعيشه الطفل طيف التوحد

05- أهمية الدراسة:

- حث الأخصائيين والمربين العاملين في الإطار النفسي والتربوي للتكفل بهذه الفئة.
- تساهم هذه الدراسة في إلقاء الضوء على أهمية التكفل النفسي والبيداغوجي لأطفال اضطراب التوحد قد تخفف اضطراباتهم.

06- التعاريف الإجرائية:

01- التكفل:

التكفل لغة: التكفل هو التضامن والكافل والكفيل والجمع كفل

اصطلاحا: التكفل بأنه نظام خدمات التربية والعلاجية والوقائية واستراتيجيات مدروسة تقدم لطفال ممن لديهم احتياجات خاصة سواء نمائية وتربوية أو الطفال المعرضون للخطر الاصابة بإعاقات، حيث يركز على تنمية وتعزيز قدرات الأطفال الشخصية بحيث يكونوا قادرين مع الاندماج مع الأسر بعد خروجهم من المركز.

التكفل:

يتمثل في القيام بمجموعة من العمليات لصالح الأطفال، المتخلفين عقليا والذين تتراوح أعمارهم من 0 إلى 5 سنوات يعانون من اضطرابات نفسية وحركية، تأثر لغوي، اضطرابات سلوكية بغرض تنمية إمكانيات الطفل على مستوى النفسي والحركي واللغوي وتقليل من حدة الاضطراب الذي يعاني منه الطفل ومساعدته على تحقيق ذاته، بالتواصل مع الآخرين وتحقيق الاستقلالية وتنمية قدراته الفكرية والعاطفية والاجتماعية حيث يستطيع الطفل الاندماج والتعايش داخل المجتمع (الابلاش والآخرين، 1985، ص 375).

- **التكفل النفسي اصطلاحا:** هي مجموعة من التقنيات التي يستخدمها المختص النفسي في المراكز الطبية النفسية البيداغوجية من أجل العلاج أو التخفيف، من الاضطرابات النفسية عند أطفال التوحد، ومن أجل الوصول إلى تحقيق الراحة النفسية.

إجرائيا: ويعبر عن التدخلات النفسية والإجراءات الخاصة ضمن المركز النفسي البيداغوجي بوهران، والتي تقدم لأطفال التوحد ضمن المركز من أجل تطوير مهاراتهم التواصلية والتقليل من السلوكيات غير السوية لديهم، والتي تسعى الباحثة إلى الكشف عنها في الدراسة الحالية، من خلال ما يدلي به المختصين خلال المقابلات.

-التوحد:

لغة: تَوَحَّدَ ، يَتَوَحَّدُ ، تَوَحَّدَ بِالشَّيْءِ أَي تَفَرَّدَ بِهِ.

التَّوَحُّدُ: كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة والانعزال.

اصطلاحاً: التَّوَحُّدُ هو إعاقة متعلقة بالنمو، وعادة تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى بين عمر الطفل وهي ناتجة في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ.

كما عرف الباحث 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 والتي قد تظهر في النواحي الاجتماعية والتواصلية والعقلية والانفعالية والعاطفية.

إجرائياً:

هو اضطراب نمائي سلوكي يظهر بشكل متزامن من خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، يتميز بالعزلة والانغلاق على الذات، ويظهر لديه ضعف شديد في إقامة أي نوع من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين وحتى مع أقرب الناس وهم الوالدين بالإضافة إلى سلوكيات إيذاء الذات والآخرين ونوبات الغضب، ويظهر هذا الاضطراب من خلال المعاينة التشخيصية والنفسية داخل المركز وفق معايير DSM-5 أو ICD-11

المركز النفسي البيداغوجي:

أنها مؤسسات بيداغوجية نفسية تهتم بتنمية القدرات العقلية والجسمية لأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، ومن بينهم أطفال اضطراب التوحد من خلال برامج تربوية وعلاجية منظمة وتوفير خدمات صحية ونفسية وتربوية وتأهيلهم ليصبحوا قادرين على الاندماج في المجتمع وتوصيل حاجاتهم الأساسية والتعبير عنها ومن أهدافه توفير الحياة الكريمة لهم والتكيف الاجتماعي (عمورعيني، 2021، ص 725)

الفصل الثاني: 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.

-نبذة تاريخية عن التوحد:

- يعتقد أن أول من قدمه هو الطبيب النفسي السويسري ايجنبلولر **BLEULER EUGEN** عام 1911 حيث استخدم التوحد ليصف به الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي والمنسحبين عن الحياة الاجتماعية.

- * في عام 1943 نشر الدكتور **ليو كانر** ورقته الشهيرة عن التوحد لكون بذلك أول من ذكره كاضطراب محدد في العصر الحديث.

* في عام 1944 نشر الدكتور **هانراسبرخر** من فينيا ورقة الشهيرة ايضا تصف حالة مشابهة للتوحد

- * في عام 1964 في عام اكتشفت د. **برنارد ريملاند RIMLAND BERNARD** انه تؤكد أن التوحد هو الحالة بيولوجية **CONDITION BIOLOGICAL**.

* في عام 1966 اكتشفت د. اندرياس رت (صاحبة متلازمة رت) SYNDROME RETT دليلا آخر يؤكد أن التوحد حالة بيولوجية.

* في عام 1977 نشر كل من الدكتورة سوزان فلورستين و الدكتور مايكل روتر DR. MICHAEL.DR. ANDFOLSTEIN SUSAN على التوأمين مصابين بالتوحد مما أوحى لهما بأن هذا دليل على احتمالية وجود عامل جيني يقف خلف الإصابة بالتوحد.

* في عام 1991 نشر كل من الدكتور مايكل رتر و الدكتورة كاترين لورد و الدكتورة أن كوتشر لي أول استبيان لتشخيص التوحد.

- * في عام 1992 نشرت جمعية الطب النفسي الأمريكية الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعايير مقننة لتشخيص اضطراب التوحد.

* في عام 1993 أصدرت المنظمة الصحة العالمية دليلا مشابها لدليل جمعية الطب النفسي الأمريكية عرف بالتصنيف الدولي للأمراض و ذكرت فيه تعريفا للتوحد ضمن فئة الاضطرابات النمائية.

1- مفهوم اضطراب التوحد:

لغة: تعود كلمة اوتيزم إلى أصل إغريقي هي كلمة اوتوس AUTUS وتعني الذات وتعبر عن مجملها عن حال من الاضطراب النمائي الذي يصيب الأطفال. (فكري لطيف متولي، 2005.ص12)

اصطلاحا: قدمت الجمعية الأمريكية للطلب النفسي تعريفا ورد الدليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات العقلية الطبيعية الرابعة المعدلة.

- (DSM- IV) سنة 2000:

- على انه اضطراب نمائي يصيب الأطفال قبل ثلاثة سنوات و حددت المعايير الرئيسية في التشخيص:

- قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي، قصور نوعي في التواصل واللغة، السلوكيات النمطية وممارسة الأنشطة والاهتمامات المحددة (خالد محمد عسل، 2012.ص279)

- حيث جلب الدليل جديد تغيرات الجديدة في تشخيص بعض الأمراض النفسية تختلف عنها في الإصدار الرابع المعدل السابق من الدليل (DSM - IV -TR) الصادر العام 2000 و اهم هذه التغيرات كانت للاضطراب التوحد ، فقد اتفق كثير من العلماء و الأطباء النفسيين بأن زيادة التي حصلت في العقدين الماضيين في معدل انتشار اضطراب التوحد كان احد أسبابها المهمة الصفات التشخيصية غير الدقيقة في إصدار الرابع من الدليل التشخيصي ، وقد وضع بعض بان الصفات التشخيصية السابقة لو اتبعت حرفيا لتم تشخيص أي شخص في العالم بأنه مصاب باضطراب اسبرجر او بالاضطرابات النمائية غير المحددة و المتعلقة باضطراب التوحد.(وسام الذنون ، 2014).

- (DSM -V) سنة 2013:

- الدليل التشخيصي الإحصائي الطبعة المتوقعة، أن لتشخيص الفرد بالاضطراب الطيف التوحد يتضمن انطباق المحاكاة التشخيصية عليه:

- وجود قصور أو عجز ثابت في التواصل الاجتماعي والتفاعلات الاجتماعية ويظهر:

- قصور أو عجز في التواصل اللفظي وغير اللفظي.

- نقص في التفاعل الاجتماعي المتبادل الذي يتضمن الأخذ والعطاء.

- الفشل في تطوير العلاقات المناسبة على المستوى النمائي مع الرفاق والحفاظ عليها. (د.

فتحيجروان، 2013.ص224)

- تعريف كانر التشخيصي:

- 1943 يعد كانر أول من حاول تعريف التوحد، وعرفه انه اضطراب يظهر خلال الثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل ويعاني الأطفال المصابون من الصفات التالية مركزا على الصفتين الأولى والثانية في كمعيار التشخيص التوحد: نقص شديد في التواصل العاطفي مع الآخرين، الحفاظ على الروتين ومقاومة التعبير، تمسك غير مناسب بالأشياء، ضعف قدرة على التخيل والعزلة الشديدة. (عسيلة، 2006. ص 15)

- تعريف آخر:

إعاقة النمائية تطويرية تتضح قبل ثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتتميز بقصور في التفاعل الاجتماعي و الاتصال ،و الأفراد التوحديين يبدون سلوكيات نمطية متكررة و مقيدة.(الشريينيمصطفى ، 2011 ص 23).

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 أية متغيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه وأحاسيسه وأصبح الطفل يعيش منعقلا على ذاته في عالمه الخاص فيما عدا أنه ماحه 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 (عثمان فراج 2002، ص 52)

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

يعاني مما يوصف باللعب النمطي **Mannerismeplyim** ووصف 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 واللغة والسعة المعرفية واضطرابات في التعلق والانتماء للأشياء والموضوعات والناس والأحداث (الزراع، 2010، ص29)

أما الجمعية الامريكية لتصنيف الامراض العقلية 1996 تعرفه هو فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثرا بذلك على الاتصالات اللفظية والغير اللفظية والتفاعل الاجتماعي وهو عادة ما يظهر قبل ثلاث سنوات ويؤثر بدوره على الأداء في التعلم وفي تغلب الحالات تكون مرتبطة بتكرار ألي لمقاطع معينة ويظهر هؤلاء الأطفال مقاومة شديدة لأن تغيير الروتين اليومي وكذلك 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 (1000 و 500) يمكن وصفها بأن توحد حالة أو أحد أشكال التوحد (مصطفى نوري القمش 2013، ص 238) وقد أجرى كل من شاكر وبارتي 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 آخرون ، 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 هذه الحالة تصبح السنة (1-2) أنثى مقابل ذكرين ، 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 للإصابات 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 شذوذا في جهاز رسم المخ الكهربائي وهذا الشذوذ 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 للمثيرات البصرية والسمعية علاوة على التحكم في حركة العينين والتأزر 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 والأقارب 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 وقاموا بالعديد من التجارب المختلفة لمعرفة هذه الأسباب ومن بين هذه الدراسات والبحوث التي تناولت هذا الجانب هي:

*جاميز 1996 James، كانر kanner

*واترسون 1996 waterthose، 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 إحصائية بين شخصيات الآباء الذين أبنائهم مصابين بالتوحد و شخصيات الآباء الذين أبنائهم أسوياء و هذا ما يؤكد خطأ النظرية " البرود العاطفي " (سوسن الجبلي ،ص38)

ترى الباحثة أن هناك تناقض بين الدراسة التي تقول إن 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 وبين الآباء الذين أولادهم أسوياء، لذا نستطيع القول إن 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 وشذوذ الكروموزومات ووضحت هذه الدراسة أن هناك اتصالا ارتباطيه وراثية مع التوحد وهذا الكروموزوم يكون شائع بين البنين أكثر من البنات ويؤثر هذا الكروموزوم في حوالي 7 إلى 10% من حالات التوحد" (سهى أحمد أمين ناصر، 2002، ص19)

وأوضحت دراسة 1996Smith Triston أن الفروق الجينية بين البنين والبنات في معدل الإصابة ومداها وقد توصلت الدراسة إلى:

* البنات التوحيديات أقل من الأولاد في الإصابة بالاضطرابات الارتقائية بشكل عام والاضطراب التوحيدي بشكل خاص وتتراوح النسبة 4 ذكور مقابل أنثى واحدة.

* البنات التوحيديات يظهرون مستوى أقل من الأولاد التوحيدين في نسبة الذكاء بفارق لا يقل عن 5 درجات خاصة فيما يتعلق باختلاف القدرات اللفظية ومهارات الرؤية المكانية

* البنات أقل ميلا لوجود اضطرابات وراثية ولكن البنات يتطلبن فحصا نيورولوجيا دقيقا أكثر من الأولاد.

* لا توجد ملاحظات مباشرة تدل على التفرقة بينهم في مجال الاضطرابات العصبية "

(نفس المرجع السابق، ص 21)

ترى الباحثة أن البنات التوحيديات أقل من الأولاد بأربعة أضعاف أي كل بنت توحدية يقابلها 4 أولاد توحيدين، كما أن البنات التوحيديات أقل ذكاء من الولد التوحيدي ب 5 درجات وخاصة في المهارات اللفظية ومهارات الرؤية المكانية، وإن البنات التوحيديات 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 1996 waterthose 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 التوحيدين.

إلا أن هناك أيضا عوامل مناعية بين الأم والجنين 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. (هناك شحاته، 2015، ص36)

ترى الباحثة أن المناعة لها دور كبير في حدوث اضطراب التوحد وإن 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 واستعمال أدوات حادة تضر بالجنين، كما أشير هنا إلى سبب وهو اختلاف شكل مخ الطفل التوحيدي مقارنة بشكل مخ الطفل السوي، ويمكن 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 إن أسباب التوحد كثيرة وتختلف من باحث إلى آخر، 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 تذكر 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.

5/ أشكال اضطراب التوحد:

يعتبر التوحد اضطراب منتشر، 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 التوحيدي ويعرف ذلك باضطراب طيف التوحد:

١/متلازمة اسبرجر Asperger 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 أولى 75% من الحالات على الأقل جوانب التأثير تظهر وتكون بارزة في ثالث الأعمار تتراوح النتائج بين ضعيفة وممتازة
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 6 أشهر إلى ولى يتلوه تراجع وفقدان للمهارات وتوقف التطور في عدة مجالات قصور في التبادل الاجتماعي تتحسن مع النمو وحركة النمطية المتكررة وصعوبة في الحركة والتنفسو النوم وصرير الاسنان النتائج الضعيفة
الانتكاس	يظهر بأكثر من ثلاث سنوات
الطفولي	تأخر ذهني شديد تطور طبيعي في النمو حتى عمر 5.3 سنوات وأحيانا حتى 10 سنوات يتلوه تراجع وفقدان للمهارات جوانب التأثير تظهر في عنصران من الثالثو 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 آخر من الثالثو تتراوح النتائج ما بين جيد جدا إلى ممتاز

7/ أعراض التوحد:

من أهم الأعراض لدى أطفال التوحد نجد:

الاضطرابات الكلامية: إن أكثر المشكلات اللغوية المرتبطة باستخدام وفهم اللغة عند التوحيدي تبدو في:

- مشكلات لتعبير اللغوي وتبدو في شكلين هما
- التعارضين استخدام وفهم اللغة
- الحرفية: يميل التوحيدي إلى تفسير ما يقال له حرفياً
- ترديد الكلام سواء في الحال أو فيما بعد
- استخدام التكرار أو ترديد الكلام: حيث يكرر الكلام أو الاسئلة التي توجه إليه
- **الاضطرابات الانفعالية:** 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 الآخرين، ولا يستطيع التفاعل أو الاستجابة مع الآخرين، إضافة إلى صعوبة في الاندماج في اللعب الجماعي، إضافة إلى اللعب التخيلي
- **المظاهر السلوكية النمطية:** مثل المشي على الأصابع
- 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 (طار، 2008، ص 37)

أعراض مظاهر سلوكية من أهم وأبرز الأعراض السلوكية للتوحد ما يلي:

- اضطراب في نمو المهارات الجسمية والاجتماعية واللغوية
- وجود استجابات غريبة وشاذة 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 العدوانى والانزعاج 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 1988 suiliam

أنه من الممكن في الوقت الحالي أن تقدم وصف سلوكيا فقط لحالات التوحد من أهم الملامح
الرئيسية للتوحد نذكر ما يلي:

- الوحدة الشديدة وعدم 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 بالذراعين والنقر بالأصابع

- استجابات وردود أفعال غير مناسبة للمثيرات الإدراكية فمثلا يبدو الطفل التوحدي وكأنه 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 ثابتة دون التغيير وبعضهم لا
يستطيع اكمال حديثه أو كلامه على الاطلاق

-عدم الحساسية لظاهرة الالم (على سبيل المثال قد يمشي بعضهم حافي القدمين على الثلج وبعضهم يمارس شد وخلع الشعر والأظافر (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 مثلاً طريقة خاصة في الوقوف ففي معظم الأحيان فإن الأطفال الاحترزيون يكررون حركات معينة مرات و مرات فمثلاً 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 طولاً من أقاربهم المساوين لهم في العمر وغير مصابين بالتوحد كما نجدهم، يستخدمون اليد اليمنى فقط أو اليسرى فقط ولا يتبادلون استعمال اليمنى مع اليسرى نظراً 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 والسعال (نفس المرجع، ص30، 31)

الخصائص العقلية المعرفية:

يذكر حسن مصطفى أن حوالي 40% من الأطفال المصابين بالتوحدية الطفلية نسب ذكائهم أدنى من 50-55 (تخلف عقلي متوسط الشديد أم عميق)، و 30% نسب ذكائهم 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 الاستظهار من الذاكرة.

الخصائص الاجتماعية:

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

-قلة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين (نفس المرجع السابق، ص 33، 35)

والخصائص الانفعالية:

لدى الطفل التوحيدي 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 التوحيدين من لا يبتسم ولا يضحك لوقوع شخص أمامه، هناك من الأطفال التوحيدين من لا يبتسم ولا يضحك وإذا ضحك يعبر ذلك عن المرح لديه والبعض لا يعانق حتى أمه، وقد يقلد الآخرين في بعض التعبيرات الانفعالية دون فهم أو تفاعل (نفس المرجع السابق، ص 37)

09/ 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 التوحيدين، فعلى سبيل المثال اقترح البعض تصنيفات مختلفة اعتمادا على المستوى الوظيفي الذكاء والعمر عند

الإصابة وعدد الأعراض وشدتها، ويرى البعض الآخر أن الأعراض المختلفة يمكن أن تكون نتيجة للأنماط المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ

واقترح من «تسيفن و» ماتسون" و"، كووفي" تصنيفا من أربع مجموعات كما يلي:

-المجموعة الشاذة **AtypicalGroupe**: يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء

-المجموعة التوحدية البسيطة **Mildlyautisticgroupe**: يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية وحاجة قوية للأشياء والأحداث لتكون روتينية، كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا والتزاما بالغة الوظيفية.

-المجموعة التوحدية المتوسطة **Moderatelyautisticgroupe**: ويمتاز أفراد هذه المجموعة الخصائص التالية:

استجابات محددة وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية مثل التأرجح والتلويح باليد، لغة وظيفية محدودة وتخلف عقلي

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

(أسامة فاروق 2011، ص32)

وفيما يلي شرح لأشكال التشخيص والتقييمو الأدوات المستخدمة:

10/ تشخيص التوحد:

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

التاريخ التطوري والمرضي للأسرة والطفل: حيث يشمل هذا الجانب على معرفة التاريخ المرضي ومتابعة عملية الحمل والولادة وتطور الطفل في المراحل الأولى، وطبيعة المشكلات التي يمكن

أن يكون قد تعرض لها الطفل وتحديدًا 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 والبولو 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 والسلوك 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 مبدئياً.

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

التشخيص والتقييم 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 توحيدي ، كما يلعب الوالدين دوراً حيوياً 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 والممارسون أهمية تعريف السلوكيات التوحدية بأسلوب يتصف بالموضوعية والإجرائية، والقدرة على الملاحظة مما يؤدي إلى فهمها من قبل الآخرين، وعلى سبيل المثال فإن وصف الطفل على أنه عدواني يقدم القليل من الفائدة، وفي المقابل فإن وصفاً مثل: إن الطفل يقرص الكبار في باطن سواعدهم بين الراسخ والنوع 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 وذلك 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 فلا بد 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 العدوانى 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، والسلوك وتوابعه يعتبر محاولة لتحديد الوظيفة المدركة للسلوك وهو أمر ضروري لتطوير سلوك مكافئ وظيفيا ولعل أكثر الوظائف أو الأسباب شيوعا والمرتبطة بظهور سلوك معين تتضمن الحاجة إلى ما يلي:

الحصول على الانتباه أو على الشيء المرغوب.

الهروب من متطلب محدد والهروب 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 للآخرين ، ومن الممكن أن لا تمثل هذه 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 والسلوك.

* **طيف التوحد (AutismspectrumDisorder):** 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 والتفاعل الاجتماعية، كما انه يوجد ضعف واضح في المهارات اللفظية وغير 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: (Childhood Disintegrative Disorder): 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 والسلوك التكيفي ومشكلات في التواصل من خلال فقدان أو ضعف في اللغة المنطوقة

ثانياً: اضطراب التوحد والاضطرابات 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 أقاربهم الذين يعانون من بعض الاضطرابات

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

التشخيص التكاملي:

إن عملية التشخيص عملية صعبة و معقدة تشمل على أكثر من جانب وبجاجة 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 المعين بتربية الطفل، مروراً بفترة المراقبة والملاحظة المباشرة والغير مباشرة، ومن ثم التطبيق لبعض القوائم والمقاييس المناسبة لحالة الطفل، وبناء على طبيعة الخصائص والسمات التي يظهرها الطفل.

لذلك يتكون عادة فريق التشخيص من طبيب مختص (طبيب الأطفال، طبيب أعصاب، طبيب نفسي...الخ). الاختصاصي النفسي، اختصاصي التربية الخاصة، الاختصاصي الاجتماعي، المعالج الوظيفي، معلم التربية الخاصة، اختصاصي النطق واللغة، الأسرة... الخ ويمكن الاستعانة ببعض التخصصات حسب ما تقتضيه حالة طفل التوحد (مصطفى بنوري القمش ووخلي لعبد الرحمن المعاينة، 2012 ص 311-312)

11/ صعوبات التشخيص:

التشابه بين أعراض التوحد والإعاقات الأخرى مثل التخلف العقلي والفهم واضطرابات التواصل والصرع

-انخفاض نسبة انتشار اضطراب الأوتيزم بين الاطفال

-يوجد تباين واضح في الأعراض الأوتيزم من طفل لآخر وأحيانا لدى نفس الطفل، ويؤدي الخطأ في تشخيصه إلى صعوبة تأهيل ورعايته

-عدم توفر أدوات والقياس الصالحة لهذه البيئة ماعدا بعض محاولات لتصميم وبناء مقاييس تشخيصه لهذه البيئة

ندرة انتشار الحالات الأوتيزم التي يكشف الفحص الدقيق عنها.
حداته البحوث التي تجري على هذه الفئة مقارنة بغيرها من الإعاقات
عدم تحديد الدقيق للعوامل المسببة لاضطراب التوحد

حدوث تغيير في شدى بعض الأعراض واختفاء بعض الآخر مع التقدم الطفل في العمر

12/علاج اضطراب التوحد:

إن التوحد اضطراب يختلف من طفل لآخر، كما يختلف في الشدة والحدة 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 التوحيدي وأسرته، وكذلك التعديل من سلوكه وعلاج مشكلات اللغة والتواصل، نقترح مجموعة من الطرق العلاجية منها:

العلاج النفسي:

هو الأسلوب السائد حتى السبعينات والهدف الأساسي لهذه الطريقة العلاجية هو إقامة علاقة قوية بين الطفل والنموذج 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 نيفنزيور: 1998 ترى أن العلاج النفسي للطفل التوحيدي ينبغي أن يبدأ بإخراجه من قوقعته الذاتية (إعاقة التوحد) وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن أنشطة إيقاعية مثل الموسيقى.

كما أن الكفالة المبكرة للأطفال التوحيدين لابد أن تكون مبكرة قدر الإمكان، حيث يجب أن تأخذ الطابع الفردي، وكذا 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 السلوكيات المصاحبة للتوحيدي 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 وغيرها أو مشاركة الآخرين 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 ألا 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 أحيانا، 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 مثلاً تقبيل الطفل أو ضمه أو احتضانه حيث تنجح المكافأة المعنوية عن غيرها. (وليد السيد خليفة، 2008 ص 161، 162)

العلاج الدوائي (الطبي):

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

ومن أهم العقاقير التي تستخدم في فحص هذه الأعراض نذكر:

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

-الفينيتولورمان (Fenhlouromane): يعمل على خفض نسبة السير تونين بالدم ويساعد على خفض النشاط الزائد غير المناسب إضافة إلى تحسين الوظائف العقلية والاجتماعية.

-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، ص 167)

العلاج بالموسيقى:

وفيه يتم استخدام الموسيقى كعلاج إضافي للعلاج الطبي النفسي والتأهيل، وبرنامج العلاج الموسيقي يتم تحت توجيه المعالج المتخصص ومتدرب على هذا النوع ويوفر تنوعاً من خبرات

الاستماع والمشاركة تلائم حاجات المرضى، وتمثل في هذه الخبرات فرصة للتواصل غير اللفظي، والخبرة المشتركة والتعبير الانفعالي والاسترخاء والاستمتاع 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 تكيفية. (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 غذاء 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 استشارة 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 ك فقر الدم والسمنة وزيادة الوزن وتسوس الأسنان وبعض الاضطرابات المعوية كالإمساك أو الإسهال والحساسية الغذائية، وتؤكد العديد من

الدراسات أهمية التغذية الجيدة في تحقيق حدة أعراض التوحد. (نادية عبد الرحمن بن ويلح اللهبي، 2009، ص 50)

13/ أهم البرامج التربوية الموجهة لأطفال التوحد:

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

1 برامج تيتش TEACH

يهدف هذا البرنامج التدريبي لخدمة الأطفال وتنمية قدراتهم وذلك من خلال مراكز تيتش المنتشرة في أمريكا حيث يهدف إلى تدريب الأهالي في كيفية التعامل مع أطفالهم، وأيضاً 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 والاجتماعية.
 - تدريس الجوانب المعرفية الأكاديمية.
 - تنمية مهارات الحركات الدقيقة والتنظيمية.
 - تنمية الاتصال اللغوي التعبيري والاستقبالي.
 - تنمية مهارة الرعاية الذاتية.
- ولذلك فإن برنامج تيتش قائم على إيجاد الحلول للنهوض بالطفل المتوحد إلى أعلى مستوى لقدراته وإمكانياته، 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 واختيار 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: الاستجابة للطلب: حيث يتم تعليم الطفل المتدرب على الإجابة عن سؤال "ماذا تريد..."

المرحلة السادسة: التعليق والتلقائية: 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 سلوكيات الطفل القوية والضعيفة، ثم نقوم بتشكيل المهارات الجديدة من خلال تنظيم المثيرات وتقديم التعزيز الفوري وهو ما يعرف بنموذج A.B.C كما يلي:

A يصف الأحداث السابقة.

B السلوك.

C النواتج.

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

مهارات الحضور والانتباه

1. أن يجلس بمفرده بطريقة مستقلة.
2. أن يتواصل ببصره استجابة لسماع اسمه.
3. أن ينظر ويتصل ببصره عند سماع أمر أنظر إلى.
4. أن يستجيب للأمر ارفع يديك.

مهارات التقليديّة:

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

مهارات اللغة التعبيرية:

1. أن يشير بأصبعه إلى ما يريد.
2. أن يقلد الاصوات والكلمات.
3. يعبر حركياً بنعم أو لا (باستعمال اليد أو الرأس)
4. تسمية الأشخاص المؤلفين. (الزراع، ص 34_40)

14/ رعاية الطفل التوحد:

اولا: الخدمات التربوية والنفسية 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 وطبيعة الإعاقة لدى التلميذ
- 3 تبني الخطة التربوية وتفعيلها.
- 4 تقييم مستوى اداء التلميذ قبل واثناء التحاقه بالبرنامج لمعرفة مستوى أدائه الحالي والذي على ضوءه يتم تصميم وتعديل البرنامج التربوي والتدريبي الفردي له.
- 5 إعطاء الاولوية لتدريب التلميذ على المهارات الاستقلالية والاجتماعية والتواصلية.
- 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 والترفيهية المختلفة كالزيارات الميدانية ببعض المنشآت والجهات والمؤسسات العامة والخاصة وتقديم الخدمات التربوية والتدريبية له في البيئة الطبيعية قدر المستطاع.
- التخطيط المنظم للحفاظ على ما اكتسبه التلميذ من مهارات بهدف زيادة فعاليتها واستخداماتها الوظيفية.
- 10 توفير خدمات وبرامج أثناء الإجازة الصيفية.
- 11 تقسيم الأطفال إلى مجموعات أو مستويات متقاربة حسب معايير العمر الزمني والعقلي والسلوك ومهارات التواصل

كما هناك المتطلبات المكانية والتجهيزية 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 التوحد

9 توفير زجاج عاكس للأطفال من الخارج.

(طارق، 2008، ص 195، 196)

ثانيا: بعض المقترحات لرعاية الطفل التوحد:

هناك بعض المقترحات من أهمها ما يلي:

1 وصل أولياء الأمور بالمصادر المفيدة سواء 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 تم 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 ذوي الاحتياجات الخاصة.

4 ضرورة المحافظة على استمرارية وجود الطفل في المدرسة والعمل على تدعيم الاتجاهات نحو الإداريين والفنيين لمتابعة البرنامج

5 إعادة النظر في المشكلات السلوكية من قبل المدرسة والعمل قدر الإمكان على التقليل من احتمالية ظهورها في المستقبل

6 تنسيق الجهود بين المدرسة والعيادة للمحافظة قدر الإمكان على المستوى الذي وصل إليه الطفل.

7 إجراء بعض التعديلات في بنود المنهاج، وذلك من خلال العمل إعداد الدروس بشكل يسمح للطفل يفهمها واكتسابها بناءً على قدراته ويكون ذلك مرتبطاً بشكل مباشر بالخطة التربوية الفردية والعمل بها من خلال المدرسة.

8 تعيين لجنة خاصة للطفل لأعداد الاستجابات والإشراف عليها حتى يتسنى لنا الوصول إلى تقييم فعلي وتحقيق لقدرات الطفل وما تم اكتسابه من المنهاج، وكذلك وجود لجنة خاصة لامتحانات يساعد الطفل في إعطائه فرصة كبيرة في الإجابة على الأسئلة بشكل أفضل

9 العمل من خلال مثل هذه الحالات على حث الإداريين المسؤولين والذين يرسمون السياسية التعليمية والفلسفة القائمة عليها.

إذ يأخذوا 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 التوحد:

1 توفير المعلومات الضرورية لأسرة التلميذ حول إعاقته وطبيعة احتياجاته.

2 مشاركة الأسرة في إعداد وتصميم وتنفيذ وتقييم 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 المصحبة عن حجم الأوتيزم في مجتمعنا العربي والمصري والخدمات المقدمة لهؤلاء الأطفال حيث لها معلومات أساسية في وضع سياسات واستراتيجيات العمل لمخططات وبرامج الرعاية والتأهيل وتدريب الكوادر العاملة في المجال ولتوفير الاعتمادات المالية اللازمة لتمويل الخدمات التي تنص عليها موثيق 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 تكيفيه التعرف على هذا الطفل وكيفية التعامل معه (طارق، 2008، ص207 حتى ص212)
- الأطفال المصابون بأمراض التوحد لهم احتياجات جماعية خاصة ترتبط باحتياجاتهم الفردية بجانب الاحتياجات العامة المشتركة.
- أساليب طرق تدريس الخاصة بالمصابين بالتوحد يمكن أن تستفيد منها مجموعات أخرى برغم من أنها لا تقيد جميع الاطفال.
- المنهج الدراسي:** رفض نموذج تصميم المنهج الدراسي العالمي حيث يؤدي التصميم الى التعديلات ترتبط بالاحتياجات التعليمية الخاصة، والتساؤل حول تحديد ماهو المنهج الدراسي العام لان حلول تحتاج الى ماهو أكثر من ادخال تعديلات وارتباط ذلك بصفات المدرس، وتهميش النموذج العلاجي للتعلم.

المنهج الدراسي العام لا يمكن صياغته الا بمعنى العام بحيث يحجب الفروق الحقيقية ويخفيها الاطفال المصابون بأمراض التوحد يكونون مهينين لتلقي منهج دراسي عام ووثيق الصلة بهم، وليس متوازنا بالضرورة.

- أسلوب المنهج الدراسي يعوض مشكلات الوصول ويعمل في الوقت نفسه على تطوير أساليب علاجية.

- المعرفة: معارف المدرس ومهارات هو اتجاهاته تعتبر عناصر مهمة في المناهج الدراسية المناسبة للمصابين بالتوحد.

يحتاج المدرسون الى معرفة الاختلافات والفروق المميزة للمصابين بأمراض التوحد لتحديد احتياجات الفردية لأطفال.

- الفروق الفردية مقابل الفروق الجماعية كأساس لطرق التدريس:

تم تبني حالة الفروق العامة، يحتاج التلاميذ أحيانا تم تبني حالة الفروق العامة، يحتاج التلاميذ أحيانا الى أساليب مختلفة وليس الى أساليب كثيرة مماثلة والاطفال المصابون بالتوحد لهم احتياجات فردية يتم التعرف عليها من خلال الفروق الجماعية ولكننا لا تحددها (بهاء شاهين، 2008.ص200).

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 النفسي

تمهيد

أولاً: تعريف التكفل النفسي

ثانياً: أهداف التكفل النفسي

ثالثاً: أهمية التكفل النفسي

رابعاً: أنواع التكفل

التكفل الطبي

التكفل النفسي

التكفل البيداغوجي

التكفل التربوي

التكفل الاجتماعي

خامساً: تكفل الأسرة بطفل داخل المنزل

سادساً: دور الأسرة في عملية التكفل داخل المركز

خلاصة الفصل

-تمهيد:

يعاني الكثير من الأطفال المصابين بإضطراب التوحد بمشاكل لاسيما على المستوى الذهني والتي تسهم وبشكل ملحوظ في تعود الطفل لإضطرابات مختلفة سلوكية وانفعالية ولتخفيف من هذه المشكلات لا بد من وجود نظام تكفلي متكامل لكتساب الطفل مختلف المهارات .

فالرعاية النفسية للمعاق لا تنحصر في مفهوم إنساني مبني على الصبر والشفقة، بل تعتبر من خطط التنمية البشرية، لكل الأفراد، السوي منهم والمعوق على أحد سواء وبنفس القوة والمقدار .

فالرعاية هي إحدى الضمانات الأساسية لترقية المجتمع وتحويل طاقاته المعطلة إلى طاقات منتجة ومن ثم لا مناص من منظور متكامل لتفريز عملية التكفل الشامل من ضوء التعرف على حجم المعوقين ونوعيتهم، وأهم الأعراض والخصائص الذاتية التي يمتازون بها، وذلك لتوفير برامج خاصة وخطط علاجية مناسبة فلا بد من تسطير أهداف عامة، تتم من خلالها سير البرامج.

01-تعريف التكفل:

﴿ لغة:

نقل، يكفل، تكفيلا " أو كفالة فلان في حالة واتفق عليه وقام بأموره وحافظ عليها.

(المعيري، 1989 ص.210).

﴿ اصطلاحا:

التكفل وظيفة ذات طابع تعديلي يسعى إلى تعديل السلوك وفق للمعايير، أي هي عملية لفهم إمكانيات الفرد واستعداد هو استخدامها في حل مشكلاته ووضع خطط لحياته من خلال فهمه لواقعة وحاضر هو مساعدته في تحقيق أكبر قدر من السعادة والكفاية وتحقيق ذاته وصولا إلى درجة التوافق (أحمد، 199 ص9).

أو هو مجموعة من الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكانياته وقدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق تصوره لذاته ويتضمن ميادين متعددة أسرية شخصية مهنية وهو عادة يهدف إلى الحاضر والمستقبل مستقيما من الماضي وخبراته. (جودت عزت عبد الهادي، 1999 ص14).

﴿ الكفالة النفسية:

هي مجموعة التقنيات العلاجية والحيل الذهنية التي يستعملها الفاحص من أجل علاج أي اضطراب نفسي أو التخفيف منه وذلك بالاعتماد على الاختبارات النفسية ودراسة تاريخ الحالة المرضية وقد تحمل الكفالة النفسية معنى الاهتمام والمساعدة اتجاه شخص عاجز عن القيام بأموره. (عباس، 1997 ص184)

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 استقلاليتهم وتنمية القدرات الفكرية والعاطفية والاجتماعية حتى يستطيع الطفل الاندماج داخل المجتمع (الابلانش واخرون 1985، ص 375)

هو عملية 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 بداته و بانه قادر على التواصل مع الآخرين 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 علة التأخر و الإعاقة

02-أهداف التكفل النفسي :

يهدف التكفل النفسي إلى حل المشاكل النفسية والسلوكية للمفحوص ونذكر من أهم أهدافه ما يلي:

- السعي إلى رفع مستوى الوعي والمشاركة في رعاية المتخلفين عقليا والتعريف بحقوقهم القانونية.

- اكتشاف قدرات الطفل وتنميتها سواء كانت معرفية نفسية، اجتماعية حركية لتعليم الطفل.

- تعليم المهارات اليومية. طريقة الأكل وكيفية الجلوس.
- تقديم الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية والثقافية والقانونية الخاصة بالمتخلفين عقليا والتنسيق مع الجهات المعنية.
- العمل على إيجاد شراكة حقيقية فاعلة مع شتى الجمعيات الحكومية والغير حكومية والنقابات ومختلف المؤسسات والهيئات داخل الوطن لدعم المتخلفين عقليا من الناحية التعليمية والصحية والاجتماعية.
- تعزيز وتدعيم نواحي القوة والتعرف على القدرات وتمييزها.
- إزالة أسباب المرض وعلاج أعراضه.
- تعديل السلوك غير السوي للمريض وتعلم السلوك السوي والتوافقي للمريض وتحويل الخبرات المؤهلة إلى خبرات معلمة.
- إعطاء فرصة للمريض أن يتعلم أساليب متنوعة من السلوك المتوافق.
- زيادة قبول الفرد لذاته.
- تدعيم كفاءات خاصة بالطفل.

03-أهمية التكفل:

- تكمُن أهمية التكفل في كونه:
- ضرورة إنسانية وأخلاقية ودينية.

- ضرورة اجتماعية تتمثل في صيانة الأسرة وحمايتها وتدعيمها والمحافظة على العلاقات الاجتماعية الايجابية بين الناس وحماية المرضى وأولادهم من خطر التشرد والضياع.
- دواعي سياسية، تتمثل في ضرورة حفاظ المجتمع على الفكر الإيديولوجي المطلوبة وتربية أبناء المجتمع على القيم والمبادئ والأفكار والنظريات الموالية للمجتمع.

04-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 استسقاء الدماغ،
اتباع غذائي

خاص البروتين في حالات البول الفينيكيتوني، 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.

• **البول الفينيلكتيتوني:** الذي هو مرض وراثي وهي حالة ضعف عقلي نادر جدا ينتج عن وجود الفينيلكتيتون في الدم.

• **عامل الريزيسي:** هو جزء من أجزاء الدم ويوجد لدى معظم الناس ويطلق عليهم RH. يجب استعمال الأدوية بحذر عند ظهور أعراض حصر واكتئاب أو اضطرابات طبع الأدوية المهدئة تستعمل من أجل مراقبة الاضطرابات الحادة للسلوك، فيجب أولاً تقديم كميات قليلة ثم تدريجياً يتم رفع 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 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 (ميموني 2005، ص126)

3. التكفل البيداغوجي:

-وضع الطفل في مدارس متخصصة مكيفة حسب إمكانياته مع أطفال من نفس المستوى كي لا ينمو لديه

-شعور بالدونية و الفشل .

-الدروس تركز على أعمال واقعية تستدعي كمال النشاط الخاص بالطفل أي نشاطه الحسي الحركي مثلما تستدعي العمليات الفكرية يبحث بمفرده، يكتشف ويجرب لتطوير حركته، ومهاراته اليدوية هام مساعدته على الاستقلالية على الأقل في حاجاته الأولى.

-التدريب على السلوك الاجتماعي السوي والمقبول وتصحيح السلوك الخاطئ أو المضاد للمجتمع لمساعدته للحفاظ على حياته وحمايته من استغلال الآخرين . المتخلفين عقليا قادرين على العمل والحصول على استقلالية اقتصادية واجتماعية.

الشيء الذي ينقص في الجزائر هو عدم وجود ورشات محمية للتكوين المهني وورشات عمل تجعل المتخلفين عقليا قادرين على العمل و الحصول على إستقلالية إقتصادية و إجتماعية .

4. التكفل التربوي:

إن الجزائر كباقي دول العالم تأثرت بالتجاهات المعاصرة في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة فأنشأت المراكز النهارية ودور الإيواء للتكفل بهم إذ يتوسع على المستوى الوطني أزيد من 20 مركز طبي بيداغوجي بنظامين داخلي و نصف داخلي,قصد تحقيق كفاءة شخصية و الإجتماعية و مهنية للأطفال المصابين بمختلف إعاقات سواء العقلية أو الحسية ، يوجه اليها الأطفال عن طريق المراكز الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي بمختلف الولايات والمدارس وينقسم التكفل على مرحلتين:

1. من ثالث سنوات الى ستة سنوات تكفل مؤقت

2. من ستة فما فوق يمكن للطفل ان يقيم بهذه المراكز .

5. التكفل الأسري:

إن المبدأ الأولي في التكفل والتدخل المبكر هي أن تركز 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 ابنها من خلال إشراكها في عملية التكفل سواء في العيادة أو في المنزل (حسن عسيلة 2006 ص 75).

6. التكفل الاجتماعي:

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 وآخرون 2012، ص 273)

7. أنواع التكفل الاجتماعي:

- أ- **البحث الاجتماعي:** وهذه المرحلة تعني اجراء دراسة تشمل جميع الأحوال الاجتماعية للمعوق فتشمل الدراسة بيانات عن الإعاقة والظروف والآثار النفسية والاجتماعية التي تنشأ عن الإعاقة. كما تشمل الدراسة بيانات عن الأسرة، حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي بدراسة علاقة الطفل المتخلف ذهنيا بأسرته لتشخيص الاجتماعي (القمش وآخرون 2012 ص 64).
- ب- **الخدمات 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 وآخرون 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 وآخرون، 2012، ص64)

06- أعيان التكفل النفسي

الأخصائي النفسي:

هو ذلك الشخص المتخصص الذي يستخدم الأسس والتقنيات والطرق والإجراءات السلوكية، ويتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق الإكلينيكي مثل الطبيب النفسي، الأخصائي التربوي والممرضة النفسية، كل في حدود إعداده وتدريب هو إمكانياته في تفاعل إيجابي بقصد فهم ديناميات شخصية العميل (المريض) وتشخيص مشكلاته والتنبؤ باحتمالات تطور حالته ومدى استجابته لمختلف أساليب العلاج، تم العمل على الوصول إلى أقصى درجة تمكنه من التوافق الشخصي والاجتماعي.

7- سمات الأخصائي النفسي

لقد أصدرت لجنة التدريب الإكلينيكي في جمعية علم النفس الإكلينيكي السمات التالية للأخصائي النفسي:

- القدرة العلمية والأكاديمية الممتازة.

- الأصالة واسعة الحيلة.

- حب الاستطلاع.

- الاهتمام بالأشخاص كأفراد.

- الاستبصار.

- الحساسية لتعقيدات الدوافع.

- التحمل والعبر والمثابرة.

- القدرة على تكوين علاقات طيبة مؤثرة مع الآخرين والمسؤولية.

- اللياقة والمرونة.

- الإحساس بالقيم الأخلاقية والمثل العليا. (رأفت عسكر، 2009، ص 40).

دور الطبيب النفسي:

يقوم بالإشراف الطبي على الحالة فهو يقوم بمهام التشخيص والعلاج الطبي بالعقاقير فهو يقوم بإعطاء الفيتامينات والأدوية اللازمة قصد التخفيف من شدة وحدة المشاكل الجسمية ومختلف الأمراض التي قد تصاحب هذه العاهة.

- دور المختص الأروطوفوني: يقوم بعلاج مشكلات الكلام والنطق وذلك لتمكن الطفل من التواصل الكلامي.

- دور المربي: يحتل المربي المرتبة الثانية بعد المختص النفسي فهو الشخص الذي يقضى معه الطفل المعوق ذهنيا معظم وقته لذلك أوكلت له مهام أساسية في عملية التكفل المعوق الذهني من التعامل مع من حوله والتحاور معهم بسهولة أي التسهيل عليه عملية النفسي فهو يقوم بعملية الملاحظة المستمرة لسلوك الطفل وتقييم مكتسباته أولية والمعرفية و هو عيانه عن واسطة المختص النفسي والطفل المعاق. (نفس المرجع السابق، أحمد وادي، 2009، ص 44-45).

دور الأخصائي النفسي في رعاية الأطفال التوحد:

دائما ما يواجه الطفل المتخلف الكثير من المشكلات ولا شك أن المتخصص النفسي يستطيع أن يلعب دورا مهما في تقليل حدة هذه المشكلات وإن اختلفت طبيعة الدور الذي يلعبه من مشكلة لأخرى وبصفة عامة يمكن تقييم الدور الذي يمكن أن يقوم به إلى عدة أدوار متداخلة ومتراطة ومتفاعلة ويؤثر كل منها في الآخر

أ) - دور الوقاية:

الهدف منه المبادرة باكتشاف أسباب المشكلة والعمل على توفير الإمكانيات التي تجول دون وقوعها أم التقليل منها تحقيقا للقول المأثور (الوقاية خير من العلاج) ويستطيع أن يحقق ذلك من خلال العمل التالي:

- 1 - العمل على توفير الصحة النفسية للأم أثناء الحمل فهي من أهم العوامل المؤثرة على سلامة الجنين.
- 2 - نشر فلسفة الطب النفسي بين العملاء بضرورة تعقيم بعض ناقص العقول أو الحد من الزواج منهم.
- 3 - الاهتمام بنصح الأم وإرشادها إلى قواعد التغذية السليمة أثناء فترة الحمل خاصة وإن سوء التغذية الشديدة يؤثر على سلامة الجنين.
- 4 - نشر الوعي الثقافية الصحي بين المواطنين بحسن معاملة هؤلاء الفئات والمبادرة بسرعة تحويلهم إلى المختص في وقت مبكر لأن هناك بعض الحالات من التخلف العقلي يمكن إحداث بعض التحسينات لها عقب الاكتشاف المبكر لها.

ب) - دوره العلاجي:

يختلف الدور العلاجي الذي يستطيع المتخصص النفسي القيام به وفقا لطبيعة موقفه في ممارسة العلاج.

ففي بعض الحالات قد يعمل المتخصص النفسي مع الطفل المتوحد، من خلال الأسرة الطبيعية التي ينتمي إليها وفي بعض الأحوال الأخرى قد يعمل معه في المؤسسات الإبداعية لرعاية هذه الفئة ومؤسسات التنقيف الفكري ومدارس، وفصول التربية الفكرية

التابعة لوزارة التربية والتعليم ومما لا شك فيه أن هذا الدور يختلف باختلاف طبيعة المشكلات التعليمية. (أشرف سعد نخلة، 2013. ص 93-94).

دور الأخصائي النفسي مع الطفل وأسرته:

يتمثل دوره في حالة ما إذا كان الطفل في حالة تسمح له بالبقاء في الأسرة أو في حالة ما يقوم به الوالدان بمعارضة إيداع ابنهما في إحدى المؤسسات فيكون دور الأخصائي هنا مزدوجا مع الطفل نفسه ومع الوالدين إلا أن الدور الأكثر فاعلية مع الوالدين لأنهما يمثلان التفاعل المستمر مع الطفل بينما تكون جهود الأخصائي ولقاءاته تتمثل فيما يلي:

1 - مساعدة الوالدين على تقبل الوضع الراهن لحالة الطفل مع بذل الجهود اللازمة لإقناعهم ومحاولة تقليل مشاعر الذين لديهم.

2 - توجيه الوالدين لأسلوب معاملة الطفل وتعريفهما باحتياجاته الخاصة في العادات التعليمية البسيطة المتعلقة بالمأكل والملابس و ممارسة الأعمال التي لا تحتاج إلى ذكاء.

3 - يجب أن يركز الأخصائي النفسي في تعامله مع الطفل على التدريب والتأهيل خاصة وإن الطفل المتوحد لا يستطيع الاستمرار في المرحلة الابتدائية أكثر من السنة الرابعة أو الخامسة على الأكثر ويراعي ربط الجوانب التأهيل باتجاهاته الذاتية ، أي ميوله لممارسة نوع معين من النشاط.

4 - العمل على تشجيع الوالدين على إلحاق الطفل بمدارس التنقيف الفكري في محاولة لاستغلال القدرات العقلية المتاحة له.

5 - عليه أن يشجع الأسرة و الطفل نفسه على شغل أوقات فراغه بالأسلوب الذي يتلاءم وحدود قدراته بالأسلوب الذي يلائمه و في حدود قدراته مع أخوته الأسوياء و العمل على تقبلهم له بتقديم النصيحة لهم و تخطيط ألعاب جماعية يشترك هو معهم فيها.

6 - حماية الطفل المتوحد من المشكلات القضائية التي يتعرض لها ضمن المعروف إنه يكون ذا إدراك محدود بالإضافة إلى سهولة الإيحاء و الاستهواء.

7 - يجب أن يبحث عن فرص عمل لإلحاق هؤلاء الأشخاص بالأعمال التي تناسبهم و تكون في حدود قدراتهم. (أشرف سعد نخلة، 2013، ص 95-96)

دور اتجاه الطفل المصاب : يمكن تلخيص مهام المختص النفسي على الطفل المصاب من خلال مراحل و محتوى التكفل حسب درجة إعاقة الطفل.

دور المختص النفسي: هو المحور الجوهري والأساسي في عملية التكفل النفسي فهو يقوم بوضع برنامج علاجي خاص لمتابعة الحالة وذلك بعد تقييم الميزانية التي قام بجمعها من الملاحظات، الاختبارات، المقابلات مع المفحوص والأسرة وذلك باختبار نوع العلاج وفي الأخير يقوم بإجراء ميزانية نفسية لتقييم الحالة وما أدت.

التكفل النفسي :

تختلف طريقة العلاج النفسي من صنف لآخر ذلك حسب درجة الإعاقة فكل صنف من الأصناف التوحد برنامج خاص به.

العلاج النفسي لا يهدف إلى شفاء بقدر ما يهدف إلى مساعدتهم على تكوين نمط جديد للسلوك المقبول اجتماعيا والتخلص من الصراعات النفسية ومشاعر الإحباط ومعاونتهم على مسايرة المجتمع الذين يعيشون فيه. وقد أشارت تجارب الباحثين ودراساتهم إلى تحسين الكثير من حالات التوحد المتوسط والبسيط بالعلاج النفسي.

حيث تحسنت أحوالهم الذهنية، النفسية، الشخصية في مدة تراوحت بين 06 إلى 13 شهرا من مدة التكفل النفسي.

ويتكفل العلاج النفسي في علاج المتوحد، في تكوين علاقات طيبة، وهدم الحواجز بينه وبين المجتمع، وإعادة بناء أو تكوين علاقات طيبة مع الطفل، وكذا إعادة تكوين روابط بينه وبين المجتمع على أساس من العطف والحنان وإزالة المخاوف. (زهران، 2005، ص45).

خلاصة الفصل:

من خلال ما قدم في هذا الفصل تمكنا من الوقوف على أن التكفل عامل أساسي في حياة الطفل عبر مراحل حياته المختلفة، وأن المتلازمة والتخلف الذي يعاني منه يشكل صعوبات في حياتهم وهذا ما يستلزم التكفل بالطفل لتقليل من أثار إصابته بالمتلازمة، والوقوف على حالة الطفل من جميع الجوانب، كما تطرقنا إلى دور التكفل في التخفيف من الإضطرابات لمعالجة الإعاقة الذهنية.

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

- الدراسة الاستطلاعية
- الدراسة الأساسية

تمهيد:

تتناول الباحثة في هذا الجزء وصف مجتمع الدراسة وعينتها وطريقة اختيارها، بالإضافة إلى تحديد متغيرات الدراسة وأدوات قياسها، كما تحاول الباحثة عرض الإجراءات الميدانية التي قامت بها في هذه الدراسة لتطبيق الأدوات وأساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة لتحليل البيانات، بغية الإجابة عن الفرضيات التي انطلقت منها الدراسة والتحقق من صحتها.

1. الدراسة الاستطلاعية.

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أحد المراحل الأساسية في الجانب التطبيقي لأي بحث علمي، وتعد نقطة انطلاق للباحث من أجل التعرف على ظروف المحيط الذي سيتناوله في دراسته، والاطلاع وانتقاء العينة الملائمة مع أهداف الدراسة.

1.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية.

تسعى الباحثة من خلال قيامها بالدراسة الاستطلاعية إلى تحقيق جملة من الأهداف، يمكن تحديدها فيما يلي:

- التعرف على الظروف والإمكانيات المتاحة ضمن المحيط الخاص بالظاهرة محل الدراسة، والمتمثل في مراكز التكفل البيداغوجية بأطفال التوحد
- التأكد من فهم العينة الاستطلاعية لمفردات الدراسة، وبغية توضيح الهدف من تطبيق أدوات الدراسة، من خلال التقرب منهم وشرح أهداف الدراسة.
- رصد بعض المشكلات أو الصعوبات التي قد تعترض الباحثة أثناء الدراسة الأساسية وتحول دون نجاحها.
- التحقق من صلاحية أدوات الدراسة (صدق وثبات) لتحقيق الأهداف المرجوة، وضبطها بما يتناسب وخصائص العينة.

2.1. حدود الدراسة الاستطلاعية.

الحدود الزمنية: امتدت الفترة الزمنية التي استغرقتها الدراسة الاستطلاعية:

– ما بين (12 أبريل_16 أبريل 2026) خصصت للتعرف على مكان الدراسة وملائمة أدواتها مع خصائص العينة المقصودة.

– الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة الاستطلاعية بمراكز العناية بأطفال التوحد بوهران.

3.1. عينة الدراسة الاستطلاعية.

تم تطبيق الدراسة الاستطلاعية على عينة قوامها (3 أطفال) تم اختيارهم بطريقة عشوائية من خلال تطبيق اختبار كارز للتوحد

جدول (2): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس

الجنس	عدد المربين	النسبة المئوية
ذكر	03	%100
أنثى	00	%100
المجموع	30	%100

نلاحظ من خلال الجدول (2) أن كل الأطفال ضمن الدراسة الاستطلاعية هم ذكور (100%).

4.1. أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية.

أولاً. مقياس كارز للتوحد

هو أداة لتشخيص التوحد يمكن الاعتماد عليه في المقابلات النصف موجهة، كما يمكن تطبيقه على الأطفال الأقل من 24 شهر حيث يمكن جمع المعلومات من المقابلة مع العائلة وكذا ملاحظة سلوك (Roge, 2003, 98) الطفل ويتكون من 15 بنداً كل بند يمكن تنقيطه من 1 إلى 4

ويركز مقياس تقدير التوحد الطفولي على المعلومات السلوكية والتجريبية بدلا من الاعتماد (Shopler et al,1988) الكلي على الحكم الاكلينيكي ومن أهم ما يميز هذا المقياس ما يلي:

- 1- يتضمن المقياس بنودا مستمدة من معايير تشخيصية مختلفة مثل قائمة Crak et Kanner
 - 2- إمكانية استخدامه مع ألف ارد من ذوي الفئات العمرية المختلفة (أطفال و كبار)
 - 3 - تطوير المقياس وتعديله وتقويمه على أساس استخدامه مع أكثر من (1500) حالة لمدة تجاوزت العشر سنوات.
 - 4 - اعتماده على الأحكام الموضوعية المعتمدة على الملاحظة السلوكية بدال من الأحكام النظرية البحتة وغير الموضوعية
 - 5- تعريف كل بند من بنود المقياس ووصف السلوك المستهدف بالملاحظة وكيفية وضع التقديرات المناسبة
 - 6 - وضع التقديرات على بنود المقياس المختلفة من مصادر معلومات ومواقف مختلفة وعدم الاكتفاء بموقف واحد لوضع تلك التقديرات
- يتكون هذا المقياس من خمسة عشر بند تعتبر محصلة استخدام أنظمة تشخيصية مهمة مثل معايير كانر (1943) ونقاط كريك (1961) وتعريف روتر (1978) وتعريف الجمعية العالمية للأطفال التوحديين (1978) .
- كما يوضحه الجدول التالي:

جدول (3):مقياس تقدير التوحد الطفولي (كارز): أداة لتقييم السمات التوحدية للعيادي المتمرس ومن خلال الملاحظة الإكلينيكية.

الاسم العلمي ومرجعته	تقييم التوحد للطفولة (كارز)
الفئة العمرية	مقياس (كارز) يستخدم المقياس للأطفال من سن 2-6 سنوات ممن لديهم عجز في التواصل بشكل واضح.
نموذج القياس	مقياس (كارز) يتم جمع المعلومات بشكل أساسي من الملاحظة المباشرة ثم من الوالدين. وهذه الاداة مصممة للممارس النفسي المتخصص، وليست مقياس يقيم به الاباء أطفالهم.
تحذير الاستخدام	مقياس: (كارز) فقط الممارسين المتدربين على الفئة التوحدية يمكنهم تنفيذ التقييم. لم يصمم هذا المقياس ليكون أداة تقييم لعينات من الجمهور. كما أن تكييف المقياس في الصورة الحالية تم ليكون تحت مظلة الممارسة السيكومترية من تحذير الاستخدام المتخصصين فقط

تعليمات: مباشرة وبعد إتمام تقييم الحالة وفق قائمة مقياس (كارز)، يتم تحويل النتائج إلى نموذج التصحيح في الأسفل.

صدق وثبات مقياس كارز:

بناء على الدراسة التي قام بها الهواري شريف وبلهوم كلثوم بعنوان " دراسة الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير التوحد الطفولي اللذان قما بدورهما بالعمل على النسخة المترجمة الى العربية قام بدراسة خصائصها السيكومترية جلال الدين بهاء (2013) بالكويت. كما استخدمنا عدة أساليب إحصائية لتحليل النتائج والتعرف على الصدق والثبات منها معاملات تشبع الفقرات وبعض مؤشرات الصدق البنائي الموجودة في برنامج SPSS وكذلك برنامج AMOS.

1 - الثبات: للتحقق من ثبات مقياس تقدير التوحد الطفولي تم استخدام طريقة تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار حيث تحسلا على معامل الثبات بقيمة (0.790)، وهي قيمة مقبولة.

2 - الصدق العاملي:

أراد الباحثين يتأكد من شروط التحليل العاملي قبل استخدامه من خلال معرفة مصفوفة الارتباطات وكذلك اختبار كفاية العينة KMOS لدلالة على أن العينة مناسبة لإجراء التحليل العاملي وقد تحسلا على النتائج التالية:

-هناك تباين بين معاملات الارتباط.

-قيمة كفاية العينة تساوي (0, 86) و هي مقبولة.

بعدها قام الباحثان بإجراء التحليل العاملي التوكيدي لفقرات المقياس بطريقة المكونات الأساسية وفق المؤشرات المستخرجة باستخدام SPSS و AMOS

بينت قراءة النتائج تأثير الفقرات أو ارتباطها أو مشاركتها في متغير الدراسة (التوحد) بدرجة قوية ومقبولة ومعظمها تؤثر أو تساهم في المفهوم بنسبة أكثر من 70% وقد كانت أعلى قيمة للتشعب للفقر K بقيمة (0, 89) و أقل تشعب للفقر Z بمقدار 0, 52

وتوصل الباحثان من خلال التباين و النسبة التراكمية أن الحل العاملي اسفر على وجود عامل واحد يفسر مفهوم طيف التوحد بنسبة 69% من التباين الكلي وهي قيمة مقبول.

واستنادا لعدة مؤشرات مستخرجة من برنامج SPSS وكذلك برنامج AMOS تعمل كلها للدلالة على صدق وثبات المقياس، يمكن أن نحكم على مقياس تقدير التوحد الطفولي بالصدق والثبات بثقة أكبر،

يمكننا القول بأن المقياس محل الدراسة يتمتع بقدر كبير من الصدق في تمثيل البيانات وكذلك بمستوى مرتفع من الثبات. بالإضافة الى ذلك يمكن الاستفادة منه ليصبح ذا قيمة في تشخيص التوحد وتحديد نوعه.

2 الدراسة الأساسية

1.2 حدود الدراسة.

الحدود الموضوعية: تم تنفيذ الدراسة باستخدام استمارة حول دور المراكز البيداغوجية في التكفل النفسي والاجتماعي بأطفال ذوي اضطراب التوحد

الحدود البشرية: أجريت الدراسة على عينة من الأطفال (03 حالات).

الحدود المكانية: أجريت الدراسة في المؤسسة البيداغوجية الخاصة عالم فريال بمدينة وهران.

الحدود الزمنية: أجريت الدراسة في الفترة الممتدة من (19 أبريل 2026) إلى غاية (27 أبريل 2026) أي خلال الموسم 2025/ 2026م.

2.2 منهج الدراسة.

تقوم الدراسات والأبحاث العلمية على إتباع منهج معين، يستطيع من خلاله الباحث تنظيم أفكاره ووضع الخطوات وتحديد الإجراءات المناسبة لتحقيق أهداف الدراسة، وبما أن دراستنا الحالية تسعى إلى الكشف عن دور المراكز البيداغوجية في التكفل النفسي لرعاية أطفال ذوي التوحد، فإنه يتطلب منا الاعتماد على المنهج الوصفي، لملائمته موضوع الدراسة، فهو يصف الظاهرة كما هي ويساعدنا على فهم الأسباب والعوامل المؤدية لها.

3.2 عينة الدراسة.

اختيرت عينة الدراسة الأساسية من أطفال بمؤسستين لرعاية أطفال التوحد: ومركز عالم فريال ببر الجير بمدينة وهران. تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة، وقد بلغ عدد أفراد العينة (3 حالات) ، وفيما يلي نوضح مواصفات عينة الدراسة:

جدول (4): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس

الجنس	عدد	النسبة المئوية
ذكر	03	100%
أنثى	00	00%

المجموع	100	%100
---------	-----	------

1.التعريف بالمؤسسة البيداغوجية الخاصة

- أجريت الدراسة في المركز البيداغوجي الخاص " العيادة النفسية عالم فريال لدوي الاحتياجات الخاصة- بير الجير "

هي مؤسسة تربوية وتعليمية خاصة تقع في بئر الجير (وهران)، تأسست سنة 2022 وهي أول مدرسة خاصة معتمدة من طرف دولة بتقديم خدمات التعليم والدعم التربوي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، من خلال برامج بيداغوجية وأنشطة مكيفة تهدف إلى تنمية قدراتهم المعرفية والاجتماعية والنفسية.

كما يسعى المركز إلى توفير بيئة تعليمية دامجة تساعد على إدماج هذه الفئة داخل المجتمع، عبر اعتماد أساليب تربوية متخصصة تراعي الفروق الفردية، وتعمل على تحسين مهارات التعلم والتواصل والاستقلالية لديهم.

◆ ويُركز هذا النوع من المراكز على:

_تقديم مرافقة تربوية فردية وجماعية

_تكييف البرامج التعليمية حسب قدرات كل طفل

_دعم الجوانب النفسية والاجتماعية

_تعزيز الإدماج المدرسي والاجتماعي

3_أقسامه:

-قسم المكيف: هذا قسم يكون فيه فقط الأرطفوني وطفل ويستخدم فيه عدة أنشطة وفيه اضاء مختلفة لمعرفة مدى تركيز طفل.

-قسم فارغ: لتعديل السلوك.

-قسم اخر يسمى ب فوج السلام ويوجد فيه اطفال التوحد.

-قسم اخر يسمى بفوج الأمل: وهو قسم لأطفال لديهم نقص في اللغة وفرط الحركة وهذا قسم يعمل على الاستقلالية.

-فوج البسمة وهو قسم لأطفال التوحد.

-فوج السعادة: للكبار يتراوح اعمارهم من 14 الى 15 سنة وهم اطفال التوحد.

-قسم يسمى بفوج النجوم: وهو لأطفال متلازمة داون للصغار يتراوح اعمارهم من 3 الى 8 سنوات.

-مطبخ+ قاعة طعام.

-قاعة رياضة.

-فوج النور لمتلازمة داون جانب الدراسي

-فوج التميز من 6 الى 18 سنة وهو قسم لأطفال التوحد يدرس جانب الأكاديمي.

-فوج الإبداع وفيه اطفال يعانون من صعوبات التعلم ذو سن 15 الى 18 سنة.

تحت إشراف مديرة المؤسسة السيدة بودالية زهرة وتقدم العيادة خدمات في مجال التوحد: العلاج النطقي واللغوي المعتمد على " منهاج تيتش

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

تسعى المؤسسة جاهدة لتطوير والرقي والاهتمام بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة وأطفال التوحد بصفة خاصة، وأساسية لأنها 90 % تولي اهتمام كبير لهذه الفئة.

05- وسائل البحث:

اعتمدنا في دراستنا على استمارة دراسة حالة، بحيث تعتبر وسيلة لتقديم صورة مجمعة للشخصية ككل وهي تشمل دراسة مفصلة للفرد في حاضره وماضيه وهي بذلك تقدم تصورا فعليا لحالة الفرد.

وتهدف دراسة الحالة:

فهم أفضل للعميل وتشخيص مشكلاته وطبيعتها وأسبابها واتخاذ التوصيات الارشادية والتخطيط للخدمات الارشادية الازمة، تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتنظيمها، مساعدة العميل في حل مشكلاته وصراعاته، وإيجاد حلول مناسبة للتغلب على هذه المشكلات وكذا اختيار أفضل الحلول

كما تعتمد دراسة الحالة على مجموعة من الخطوات هي:

- 01- مرحلة الدراسة: ويتم فيها جمع المعلومات والبيانات عن الحالة من مصادر مختلفة
- 02- مرحلة التشخيص: وفيها يتم وصف شخصية الحالة التي ندرسها وصراعاتها النفسية ومستوى دكائها وقدراتها وتهدف هذه المرحلة إلى الفهم الكامل لشخصية الحالة التي ندرسها ومن ثم تساعد في رسم خطة العلاج المناسبة لها

03- مرحلة العلاج: تلي مرحلة التشخيص، حيث إن التشخيص الدقيق يساعد المرشد على فهم الصراعات النفسية التي يعاني منها العميل والوقوف على أسبابها ومن ثم مساعدته على تقديم الطرق الارشادية والعلاجية التي تناسب المرشد

04-متابعة الحالة ويعني تتبع الحالة لمعرفة مدى التحسن من عدمه

كما لدراسة الحالة مزايا أهمها:

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

بالإضافة إلى استمارة دراسة الحالة، ومقياس كارز للتوحد توجد بعض الأدوات الأخرى أهمها:

. شبكة الملاحظة

تعتبر الملاحظة وسيلة لجمع الحقائق عن ظاهرة موضوع الدراسة، إذ تعتمد على مشاهدة الباحث المنظمة للسلوك كما هو في الواقع، وملاحظة الظاهرة في تغيرها ونموها عند إخضاعها لمتغيرات جديدة، تقوم على تحديد جوانب السلوك المراد ملاحظته (سيد سليمان، 2014، ص217-218).

وتعتمد الباحثة في هذه الدراسة على رصد المظاهر السلوكية الخاصة، بالإضافة إلى تسجيل أعراض التوحد وتدوين النتائج بموضوعية، **الملاحظة المباشرة:**

استعملت كأداة تقييمية أساسية لمراقبة ورصد سلوك الحالات داخل المركز بشكل مباشر بهدف تحليل انفعالاتهم، تصرفاتهم وتفاعلاتهم وأهم خصائصها:

التوقيت والبيئة: تتم في الوقت الفعلي لحدوث السلوك.

الموضوعية: توفر منظورا خارجيا ومباشرا لسلوك الحالة وتحد من التحيز الشخصي.

والهدف من الملاحظة المباشرة كان وصف وتحليل وتقييم سلوك الحالات لوضع التشخيص واكتشاف أسباب السلوكيات وتوثيق ردود الفعل الانفعالية، خاصة عندما تواجه الحالات صعوبة في التعبير عنها لفظيا.

. المقابلة العيادية :

ويؤكد عبد الرحمن سعد (2010) أنها أداة جمع بيانات تقوم على تفاعل لفظي منظم بين الباحث والمبحوث أو من ينوب عنه، من خلال وضع أسئلة تخدم الهدف من الدراسة، وتكون لأجل الحصول على معلومات حول الخبرات، الاتجاهات وحتى السلوكيات...، وفي دراستنا الحالية استعانة الباحثة بالمقابلة مع الوالدين أو أحدهما للطفل ذوي اضطراب التوحد، لجمع معلومات حول التواصل اللفظي ومهاراته والتغيرات السلوكية.

وهي أداة لفحص وتشخيص رئيسية تهدف إلى جمع معلومات شاملة عن الحالة، تاريخها، أعراضها بهدف التشخيص والعلاج، ففي دراستنا خصصت ثمن (03) مقابلات للوصول إلى التشخيص، فالمقابلة الأولى خصصت لجمع المعلومات الأولية للحالات والمقابلة الثانية خصصت لتاريخ الحالة.

في المقابلة قمنا بتطبيق اختبار GARS-3 (مقياس تصنيف التوحد للأطفال) بهدف تقييم السلوك في 6 مقاييس فرعية (تفاعل اجتماعي، سلوكيات متكررة....) بناءً على معايير DSM-5

الحالة الأولى

1- المعلومات الشخصية عن الحالة الأولى

- اسم الحالة: ا.ع
- تاريخ الميلاد: 2011/07/13
- الجنس: ذكر
- مكان الإقامة: وهران
- المستوى المعيشي: متوسطة
- عدد الإخوة: 01
- الرتبة: 01
- بيانات عن الأسرة: لا توجد صلة قرابة
- مهنة الأب: متوفي
- السن: /
- مهنة الام: سونطراك
- السن: 40
- المستوى التعليمي: جامعي
- ظروف الحمل: حمى
- عدد مرات الحمل: 2
- عدد مرات الإجهاض: 0
- ظروف الولادة: عادية
- صحة الطفل عند الولادة: جيدة
- الحمل: يوجد مشاكل
- الرضاعة: عادي
- الولادة: لا يوجد صعوبة
- تاريخ الحالة: 2022
- 3- التشخيص: حالة عبد الله يبلغ من العمر 15 سنة، يعاني من الصرع، طفل مريض، طفل مدلل جدا لدرجة أن الأم والجدة يقوموا أعمال عنه من غسل وتمشيط شعر وأكل كل شيء هادئ، جميل، أبيض البشرة، وطويل القامة

4- البرنامج العلاجي المتبع: مكثف نظرا لإثكاله على عائلته كثيرا، تعزيز المهارات الحسية والادراكية عن طريق الصور واللعب، أنشطة رياضية، أنشطة تربوية، أنشطة حركية

5- العلاج: اقتراح خطط علاجية: التعامل مع الطفل بأسلوب تعزيز من الأجل الاعتماد على نفسه، تدريب الطفل على التواصل، (صعوبة الكلام، النطق، التعبير)، جلسات دعم نفسي نظام التعزيز الإيجابي، مكافئته بأشياء يحبها مثل الرسم واللعب. تعديل السلوك من قبل المدربين

2 الحالة

2.المعلومات الشخصية عن الحالة الثانية

- اسم الحالة: ع. إياد
- تاريخ الميلاد: 2011/06.08
- الجنس: ذكر
- مكان الإقامة: وهران
- المستوى المعيشي: جيد
- عدد الإخوة: 02
- الرتبة: 01
- حالته الصحية: صرع
- بيانات عن الأسرة: لا توجد صلة قرابة
- مهنة الأب: شركة رخام
- السن: 52
- مهنة الام: لا تعمل
- السن: 35
- المستوى التعليمي: جامعي
- ظروف الحمل: عادية
- عدد مرات الحمل: 2

- عدد مرات الإجهاض: 0
- ظروف الولادة: قيصرية
- صحة الطفل عند الولادة: جيدة
- الحمل: لا يوجد مشاكل
- الرضاعة: عادي
- الولادة: صعوبة لأنها قيصرية مع التخدير الكلي

2- تاريخ الحالة: 2024

- 3- التشخيص: إياد يبلغ من العمر 15 سنة، طفل عنيد مع عدم الانصياع للأوامر، مشكل في النطق، يقوم بأفعال وسلوكيات من أجل لفت النظر، اجتماعي
- 4- البرنامج العلاجي المتبع: تعزيز المهارات الحسية والادراكية عن طريق الصور واللعب، أنشطة رياضية، أنشطة تربوية
- 5- العلاج: اقتراح خطط علاجية: التعامل مع الطفل بأسلوب تعزيز من أجل الوقوف من العناد مساندة الاجتماعية من أجل الكف عن السلوك غير مرغوب فيه مكافئته بأشياء يحبها مثل الرسم واللعب. تعديل السلوك من قبل المعلمين

3 الحالة

3. المعلومات الشخصية عن الحالة الثالثة :

- اسم الحالة: ب . م
- تاريخ الميلاد: 2013/6/16
- الجنس: ذكر
- مكان الإقامة: وهران
- المستوى المعيشي: عادي
- عدد الإخوة: 03
- الرتبة: 02
- حالته الصحية: يعاني من الربو
- بيانات عن الأسرة: لا توجد صلة قرابة

- مهنة الأب: عامل في شركة لبيع زيت زيتون

- السن: 37

- مهنة الام: لا تعمل

- السن: 30

- المستوى التعليمي: جامعية

- ظروف الحمل: عادية

- عدد مرات الحمل: 3

- عدد مرات الإجهاض: 0

- ظروف الولادة: عادية

- صحة الطفل عند الولادة: جيدة

- الحمل: لا يوجد مشاكل

- الرضاعة: عادي

- الولادة: لا توجد صعوبة

2- تاريخ الحالة: 2022

3- التشخيص: مولود يبلغ من العمر 13 سنة، طفل مريض مرض مزمن ربو، لا

يتكلم، هادئ في العموم،

4- البرنامج العلاجي المتبع: تعزيز المهارات الحسية والادراكية واللغوية، عن طريق

الصور واللعب، أنشطة رياضية، أنشطة تربوية ن تدريب الطفل على التواصل البديل

5- العلاج: اقتراح خطط علاجية: التعامل مع الطفل بأسلوب تعزيز المهارات اللغوية

مكافئته بأشياء يحبها مثل الرسم واللعب. تعديل السلوك من قبل المعلمين

الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

1. عرض نتائج الدراسة لكل حالة حسب المحاور الأربعة للدراسة

2. مناقشة وتفسير نتائج الدراسة في ضوء فرضيات الدراسة والدراسات السابقة

خاتمة.

مقترحات الدراسة.

1. عرض نتائج الدراسة لكل حالة حسب المحاور الأربعة للدراسة

تحليل وتفسير الحالة رقم (01)

أولاً: واقع التكفل النفسي في المؤسسات البيداغوجية الخاصة بذوي اضطراب التوحد

تُظهر معطيات الحالة وجود اهتمام واضح بالتكفل النفسي والتربوي بالطفل داخل المؤسسة، من خلال إعداد برنامج علاجي متكامل يركز على تعديل السلوك، وتنمية المهارات الحياتية والمعرفية، وتعزيز الاستقلالية. كما اعتمدت الأخصائية على عدة أساليب نفسية وتربوية مثل التعزيز الإيجابي، والتوجيه الهادئ، وإثارة الدافعية عبر الأشياء المفضلة لدى الطفل، وهو ما يدل على وجود وعي بأهمية مراعاة الخصائص النفسية للأطفال ذوي اضطراب التوحد.

وتبرز فعالية هذا التكفل من خلال التحسن الملحوظ في سلوك الطفل مقارنة بالسنوات السابقة، حيث انتقل من الإفراط الحركي وعدم الاستماع للأوامر إلى الهدوء النسبي وتحسن التركيز والتفاعل الاجتماعي. كما أن إدماجه في الأنشطة الرياضية والاجتماعية ساهم في تنمية تواصله الاجتماعي وتعزيز ثقته بنفسه.

إلا أن الحالة تكشف في المقابل بعض النقائص، منها غياب الدقة والتنظيم في بعض البيانات، وتكرار المعلومات بصورة متناقضة أحياناً، ما قد يدل على محدودية التوثيق المهني أو غياب ملف متابعة منظم للحالة.

ثانياً: واقع تقنيات التشخيص والقياس

تعكس الحالة اعتماد المؤسسة على الملاحظة المباشرة والمقابلة وجمع المعلومات الأسرية والسلوكية كأساس لتشخيص الحالة وفهم مشكلاتها، حيث تم التركيز على السلوكيات الظاهرة مثل السلوك التخريبي، لفت الانتباه، ضعف التركيز، والمشكلات اللغوية والحسية.

كما يظهر وجود متابعة تشخيصية مستمرة من خلال إعادة تقييم سلوك الطفل ومقارنة وضعه الحالي بالماضي، وهو ما يساعد على قياس مدى التحسن الناتج عن البرنامج العلاجي.

غير أن الحالة لا تشير إلى استخدام أدوات قياس وتشخيص مقننة أو اختبارات نفسية متخصصة في اضطراب التوحد، مثل مقاييس السلوك التكيفي أو اختبارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، مما يدل على أن عملية التشخيص تعتمد بدرجة كبيرة على التقدير الذاتي والملاحظة الإكلينيكية أكثر من اعتمادها على أدوات علمية معيارية.

ثالثاً: الوسائل والمعدات المستخدمة في التكفل النفسي

توضح الحالة اعتماد المؤسسة على وسائل تربوية ونفسية متنوعة تتناسب مع خصائص الطفل التوحيدي، مثل:

- جلسات تعديل السلوك.
- أسلوب التكرار في التعليم.
- التعزيز الإيجابي.
- التدريب الحسي.
- الأنشطة الرياضية والترفيهية.
- تنمية المهارات الحياتية والاستقلالية.

كما تم استثمار ميول الطفل واهتماماته مثل الرياضة، ركوب الخيل، التلوين، والكتابة في العملية العلاجية، وهو ما يعكس توظيف وسائل داعمة لزيادة التفاعل والانتباه.

لكن في المقابل، لا تظهر الحالة وجود تجهيزات متخصصة أو وسائل تكنولوجية حديثة موجهة للتكفل بالأطفال ذوي اضطراب التوحد، مثل غرف التكامل الحسي أو الوسائل الرقمية التعليمية، مما قد يشير إلى محدودية الإمكانيات المادية أو التقنية داخل المؤسسة.

رابعاً: مشاكل التكفل بالطفل التوحدي

تكشف الحالة عن عدة صعوبات تواجه عملية التكفل، من أهمها:

- السلوكيات التخريبية والتكرارية.
- ضعف الدافعية للتعلم.
- مشكلات الانتباه والتركيز.
- السلوكيات الهادفة إلى لفت الانتباه.
- صعوبات التواصل والنطق.
- التأثير بالأساليب السلبية أو المهينة من الأسرة أو المعلمين.

كما أن استمرار بعض المشكلات منذ المرحلة الابتدائية يدل على أن التكفل يحتاج إلى مدة زمنية طويلة واستمرارية في المتابعة النفسية والتربوية.

ورغم التحسن الملحوظ في سلوك الطفل وتكيفه الاجتماعي، إلا أن الحالة تؤكد أن التكفل بالأطفال ذوي اضطراب التوحد يبقى عملية معقدة تتداخل فيها الجوانب النفسية والتربوية والأسرية والاجتماعية.

خلاصة تحليل الحالة (01)

تشير هذه الحالة إلى أن التكفل النفسي داخل المؤسسات البيداغوجية الخاصة بذوي اضطراب التوحد يساهم بشكل واضح في تحسين السلوك والتفاعل الاجتماعي وتنمية بعض المهارات المعرفية والحياتية لدى الطفل، خاصة عند اعتماد أساليب التعزيز والتوجيه الفردي. غير أن الحالة أبرزت أيضاً محدودية استخدام أدوات التشخيص المقننة، إضافة إلى بعض الصعوبات المرتبطة بالسلوك والتواصل ونقص الوسائل المتخصصة، مما يؤكد حاجة هذه المؤسسات إلى دعم أكبر على مستوى الإمكانيات التقنية والتكوين المهني للأخصائيين.

تحليل وتفسير الحالة رقم (02)

أولاً: واقع التكفل النفسي في المؤسسات البيداغوجية الخاصة بذوي اضطراب التوحد

تُبرز هذه الحالة وجود اهتمام نفسي وتربوي بالحالة من خلال تدخل المؤسسة عبر برنامج علاجي يهدف إلى تحسين التواصل، وتنمية التفاعل الاجتماعي، والتخفيف من السلوكيات العدوانية والانفعالية. وقد ركزت الخطة العلاجية على تدريب الطفل على التواصل التدريجي باستخدام كلمات بسيطة، وتعليمه بدائل سلوكية مناسبة بدل الصراخ والضرب، بالإضافة إلى استخدام التعزيز الإيجابي والدعم النفسي عبر اللعب.

كما يتضح أن المؤسسة تحاول إشراك الأسرة في عملية التكفل من خلال توجيه الوالدين إلى ضرورة المتابعة المستمرة، وهو ما يعكس إدراكاً لأهمية التكامل بين الأسرة والمؤسسة في رعاية الطفل التوحدي.

إلا أن الحالة تكشف في الوقت نفسه أن التكفل ما يزال يواجه محدودية في تحقيق الاندماج الاجتماعي الكامل للطفل، حيث بقي يعاني من العزلة وضعف العلاقات الاجتماعية وصعوبة التعبير عن مشاعره، مما يدل على أن التحسن كان جزئياً ويحتاج إلى متابعة مستمرة ومتخصصة.

ثانياً: واقع تقنيات التشخيص والقياس

تشير الحالة إلى اعتماد المؤسسة على التشخيص النفسي الأولي والملاحظة السلوكية كأساس لفهم حالة الطفل، حيث تم التركيز على أعراض مثل:

- ضعف التواصل اللفظي.
- الانعزال الاجتماعي.
- القلق والانفعال.
- السلوك العدواني.

– اضطراب التفاعل الاجتماعي.

كما تم تحويل الطفل إلى جهات مختصة ومستشفى متخصص من أجل التشخيص والمتابعة العصبية، خاصة مع وجود مرض الصرع المصاحب لاضطراب التوحد، وهو ما يدل على محاولة الاستعانة بجهات طبية داعمة.

لكن رغم ذلك، لا تظهر الحالة استخدام اختبارات أو مقاييس نفسية معيارية دقيقة لتقييم شدة اضطراب التوحد أو مستوى الأداء الوظيفي والمعرفي، بل يغلب على عملية التشخيص الطابع الوصفي والملاحظات الذاتية، مما يعكس نقصاً في أدوات القياس العلمية المتخصصة داخل المؤسسة.

ثالثاً: الوسائل والمعدات المستخدمة في التكفل النفسي

اعتمدت المؤسسة في هذه الحالة على مجموعة من الوسائل النفسية والتربوية، أهمها:

– جلسات الدعم النفسي والاجتماعي.

– العلاج باللعب.

– التعزيز الإيجابي.

– تنظيم الروتين اليومي.

– التدريب على التواصل اللفظي.

– تعليم البدائل السلوكية المناسبة.

كما يظهر توظيف البيئة الأسرية ضمن العملية العلاجية من خلال محاولة تعديل أساليب المعاملة الأسرية والتقليل من الضغوط والانفعالات المحيطة بالطفل.

إلا أن المعطيات لا تشير إلى وجود وسائل تقنية أو تجهيزات متخصصة في علاج أطفال التوحد، مثل الوسائط التعليمية البصرية أو قاعات التكامل الحسي، وهو ما قد يدل على محدودية الإمكانيات المادية والتقنية المتوفرة بالمؤسسة.

رابعاً: مشاكل التكفل بالطفل التوحدي

تكشف الحالة عن عدة صعوبات تعيق عملية التكفل، من أبرزها:

- ضعف التواصل اللفظي وعدم القدرة على التعبير.
- العزلة الاجتماعية وغياب العلاقات مع الأقران.
- الحساسية والانفعال الزائد.
- السلوك العدواني والصراخ.
- اضطراب الإحساس بالأمان نتيجة الضغوط الأسرية.
- الحماية الزائدة والتدليل داخل الأسرة.
- وجود اضطراب صحي مصاحب وهو الصرع.

كما يظهر أن البيئة الأسرية غير المستقرة انفعالياً تساهم في زيادة حدة الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الطفل، خاصة مع وجود شخصيات ضاغطة ومستبدة حسب ما ورد في الحالة. وتؤكد هذه المعطيات أن التكفل بالطفل التوحدي لا يقتصر على الجانب التربوي فقط، بل يتطلب تدخلاً نفسياً وأسياً وطبياً متكاملًا.

خلاصة تحليل الحالة (02)

توضح هذه الحالة أن المؤسسات البيداغوجية الخاصة بذوي اضطراب التوحد تبذل جهوداً في التكفل النفسي والسلوكي بالأطفال عبر برامج علاجية قائمة على التعزيز والتدريب على التواصل والدعم النفسي، غير أن هذه الجهود تبقى محدودة بسبب تعقد الحالة ووجود اضطرابات مصاحبة مثل الصرع، إضافة إلى تأثير الظروف الأسرية والانفعالية على استقرار الطفل النفسي. كما أبرزت الحالة محدودية استخدام أدوات التشخيص المقننة وضعف الإمكانيات التقنية المتخصصة، مما يؤثر على فعالية التكفل وجودته.

تحليل وتفسير الحالة رقم (03)

أولاً: واقع التكفل النفسي في المؤسسات البيداغوجية الخاصة بذوي اضطراب التوحد

تكشف هذه الحالة عن وجود تكفل نفسي وتربوي موجّه للطفل التوحدي داخل المؤسسة، حيث تم إعداد برنامج علاجي يركز على تعديل السلوك، وتنمية مهارات التواصل، والتقليل من نوبات الغضب والبكاء. كما اعتمدت المؤسسة على أنشطة يومية ومنزلية تهدف إلى تحسين التفاعل والانتباه وتنمية المهارات الشخصية.

وتُظهر الحالة أن التكفل النفسي لا يقتصر فقط على الجلسات الفردية، بل يشمل أيضاً توجيه الطفل نحو أنشطة عملية وترفيهية مثل الرياضة والرسم والتلوين، وهي وسائل تساعد على التخفيف من التوتر والانفعالات وتحقيق نوع من الاندماج الاجتماعي.

كما يتبين أن المؤسسة تسعى إلى التعامل مع الجوانب الانفعالية والسلوكية للطفل من خلال تدريبه على التحكم في نوبات الغضب وتنظيم السلوك الانفعالي، وهو ما يعكس فهماً لطبيعة اضطراب التوحد وخصائصه السلوكية.

ورغم هذه الجهود، فإن الحالة تشير إلى استمرار بعض المشكلات الأساسية المتعلقة بالتواصل واللغة والسلوك النمطي، مما يدل على أن التكفل يحتاج إلى استمرارية وتدخلات أكثر تخصصاً.

ثانياً: واقع تقنيات التشخيص والقياس

تعتمد المؤسسة في تشخيص الحالة على الملاحظة المباشرة والوصف السلوكي، حيث تم تحديد مجموعة من الأعراض المرتبطة باضطراب التوحد، مثل:

- غياب اللغة المنطوقة.
- الحركات النمطية التكرارية.

- ضعف التواصل الاجتماعي.
- نوبات الهيجان والانفعال.
- صعوبات الإدراك والتعلم.

كما تم تحديد الأسباب الذاتية للمشكلة باعتبارها ناتجة عن اضطراب في النمو العصبي يؤثر على مراكز التواصل الاجتماعي، إضافة إلى الإشارة إلى العوامل البيئية المرتبطة بضعف الوعي والتدخل المبكر.

وقد تم تحويل الحالة إلى قسم العلاج النفسي، ما يدل على وجود تنسيق مع جهات مختصة من أجل المتابعة والتكفل.

إلا أن الحالة، مثل الحالات السابقة، لا تشير إلى استخدام مقاييس أو اختبارات نفسية مقننة لتحديد درجة اضطراب التوحد أو قياس مستوى الأداء اللغوي والاجتماعي، وهو ما يعكس اعتماداً أكبر على التشخيص الوصفي والسلوكي.

ثالثاً: الوسائل والمعدات المستخدمة في التكفل النفسي

أبرزت الحالة استخدام مجموعة من الوسائل التربوية والسلوكية، منها:

- أنشطة الجلسات اليومية.
- أدوات التعزيز الإيجابي.
- التدريب على التواصل البديل.
- الأنشطة المنزلية.
- إثارة الانتباه أثناء المواقف المختلفة.
- توجيه الطفل نحو المهارات الشخصية والاجتماعية.

كما تم استثمار اهتمامات الطفل مثل الرسم والتلوين والرياضة في العملية العلاجية، باعتبارها وسائل تساعد على التعبير والتفاعل

غير أن الحالة لم تُظهر وجود وسائل تقنية متطورة أو تجهيزات متخصصة كغرف التكامل الحسي أو الوسائل الرقمية المساندة للتواصل، مما يشير إلى محدودية الإمكانيات المادية والتقنية المتوفرة داخل المؤسسة.

رابعاً: مشاكل التكفل بالطفل التوحدي

تكشف هذه الحالة عن عدة صعوبات تعيق عملية التكفل، من أهمها:

- غياب اللغة والتواصل اللفظي.
- السلوكيات النمطية والتكرارية.
- نوبات الغضب والهيجان.
- ضعف الإدراك وصعوبات التعلم.
- عدم الانضباط السلوكي.
- صعوبة دمج الطفل اجتماعياً.
- غياب التدخل المبكر والوعي الأسري بطبيعة الاضطراب.

كما أن وجود اضطرابات انفعالية وسلوكية متكررة يجعل عملية التكفل أكثر تعقيداً، خاصة مع الحاجة إلى تواصل بديل ومستمر مع الطفل.

ورغم ذلك، تُظهر الحالة بعض الجوانب الإيجابية، مثل وجود علاقات جيدة نسبياً مع المعلمين والطلاب ومشاركته في بعض الأنشطة، وهو ما يساعد على تحسين تكيفه النفسي والاجتماعي تدريجياً.

2. مناقشة وتفسير نتائج الدراسة في ضوء فرضيات الدراسة والدراسات السابقة

مناقشة الفرضية العامة:

"يوجد تكفل نفسي يراعى فيه الشروط الأساسية والعامة داخل المؤسسات البيداغوجية للأطفال اضطراب التوحد".

أظهرت نتائج دراسة الحالات الثلاث وجود اهتمام واضح بالتكفل النفسي والتربوي بالأطفال ذوي اضطراب التوحد داخل المؤسسات البيداغوجية، حيث تبين اعتماد برامج علاجية وسلوكية متنوعة تضمنت تعديل السلوك، تنمية مهارات التواصل، التعزيز الإيجابي، التدريب على الاستقلالية، وتنمية المهارات الاجتماعية والانفعالية. كما ظهر حرص فريق التكفل على متابعة الحالات من خلال الجلسات الفردية والإحالات إلى الجهات المختصة.

وقد انعكس ذلك إيجابياً على بعض الحالات من خلال تحسن السلوك، انخفاض نوبات الهيجان، زيادة الاندماج الاجتماعي، وتحسن التفاعل داخل القسم وخارجه، خاصة في الحالة الأولى التي أظهرت تطوراً ملحوظاً في التركيز والتواصل والمشاركة الاجتماعية.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة ناصر صبرينة ولكل ريان (2020) التي أكدت أن المراكز البيداغوجية تساهم في التكفل النفسي والاجتماعي بذوي الاحتياجات الخاصة، وتساعد على إدماجهم داخل المجتمع من خلال الأنشطة والبرامج التأهيلية. كما تتفق مع دراسة وهيبة طيطي وأمال عتوسي (2020) التي أبرزت أهمية الرعاية الاجتماعية والمؤسساتية في حماية ودمج ذوي الاحتياجات الخاصة.

كما دعمت دراسة علوان (2006) هذه النتائج، حيث أشارت إلى فعالية البرامج الاجتماعية والترفيهية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد في تحسين التفاعل والتواصل الاجتماعي لديهم.

وتتفق نتائجنا مع ما أشارت إليه دراسة (Baig & Ahmad, 2025) إلى أن التدخل المبكر باستخدام تحليل السلوك التطبيقي (ABA) يساهم في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي واللغوي لدى الأطفال المصابين بالتوحد، كما أكدت على أهمية وجود مختصين مدربين والتكفل الفردي المستمر.

إلا أن النتائج أظهرت أن التكفل ما يزال يحتاج إلى تطوير أكبر من حيث التنظيم المهني، التخصص الدقيق، واستمرارية المتابعة النفسية، خاصة مع استمرار بعض المشكلات اللغوية والسلوكية والانفعالية لدى الأطفال.

وبذلك يمكن القول إن الفرضية العامة تحققت جزئياً، إذ يوجد تكفل نفسي داخل المؤسسات البيداغوجية، لكنه لا يصل دائماً إلى المستوى المثالي الذي يراعي جميع الشروط العلمية والتقنية الحديثة.

الفرضية الجزئية الأولى: يستخدم فريق التخصص التقنيات الحديثة والمناسبة في التشخيص والقياس للتكفل بأطفال التوحد".

أظهرت نتائج الحالات الثلاث أن التشخيص المعتمد داخل المؤسسات يركز أساساً على الملاحظة المباشرة والوصف السلوكي والمقابلة وجمع المعلومات الأسرية، حيث تم التركيز على الأعراض الظاهرة مثل ضعف التواصل، الحركات النمطية، العدوانية، العزلة الاجتماعية، ونوبات الغضب.

كما تم توجيه بعض الحالات إلى مختصين أو مراكز علاجية من أجل التشخيص والمتابعة، وهو ما يعكس وجود محاولات للاستعانة بجهات متخصصة.

غير أن النتائج لم تُظهر استخدام أدوات تشخيص وقياس مقننة وحديثة خاصة باضطراب التوحد، مثل اختبارات السلوك التكيفي أو مقاييس التواصل والتفاعل الاجتماعي، بل غلب الطابع الوصفي والذاتي على عملية التشخيص.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة أمال بوثلجي (2015) التي توصلت إلى وجود نقص كبير في تقنيات تشخيص اضطراب التوحد داخل المراكز البيداغوجية الجزائرية، وأكدت ضرورة تدعيم تقنيات التشخيص والتكفل بهذه الفئة.

كما يمكن تفسير ذلك بنقص التكوين المتخصص، وضعف الإمكانيات التقنية داخل بعض المؤسسات، إضافة إلى محدودية توفر المقاييس النفسية المقننة باللغة العربية.

وعليه، فإن هذه الفرضية لم تتحقق بشكل كامل، لأن فريق التخصص لا يعتمد بصورة كافية على التقنيات الحديثة والمقننة في التشخيص والقياس.

"الفرضية الجزئية الثانية: "يستخدم فريق التخصص بروتوكولات علاجية حديثة".

أظهرت نتائج الحالات وجود برامج علاجية متعددة تعتمد على:

- التعزيز الإيجابي .
- تعديل السلوك .
- التدريب على التواصل .
- العلاج باللعب .
- الأنشطة اليومية والرياضية .
- تنظيم الروتين اليومي .
- التدريب على التحكم الانفعالي .

كما تم توظيف اهتمامات الأطفال مثل الرسم، التلوين، الرياضة، والأنشطة الحركية ضمن عملية التكفل، وهو ما يدل على محاولة تطبيق أساليب علاجية حديثة نسبياً تراعي خصائص الطفل التوحدي.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة أحمد الصادق والخمسي (2003) التي أكدت فعالية الأنشطة الجماعية والرياضية في تحسين التواصل غير اللفظي والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين بالتوحد، من خلال إثارة الانتباه وتقديم المعززات المناسبة.

كما تتفق مع دراسة علوان (2006) التي أشارت إلى فعالية البرامج الاجتماعية والترفيهية في تحسين الجوانب السلوكية والاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب التوحد.

وأكدت أيضا دراسة Hancock & Kaiser (2002) التي تناولت أثر برنامج Enhanced Milieu Teaching في تحسين التواصل الاجتماعي واللغوي لدى الأطفال المصابين بالتوحد، وأظهرت النتائج وجود تحسن واضح في مهارات اللغة والتفاعل الاجتماعي بعد تطبيق الجلسات العلاجية، في إشارة منهم إلى أهمية الجلسات الفردية المكثفة.

إلا أن النتائج أظهرت أن هذه البروتوكولات تبقى في كثير من الأحيان تقليدية وغير مبنية على برامج علاجية عالمية متخصصة بشكل كامل، مثل برامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA) أو نظام التواصل بتبادل الصور (PECS)، كما أن بعض التدخلات ظلت عامة وغير دقيقة.

وعليه، يمكن القول إن هذه الفرضية تحققت جزئياً، حيث توجد بروتوكولات علاجية وأساليب حديثة نسبياً، لكنها ما تزال تحتاج إلى تطوير وتحديث أكبر.

"الفرضية الجزئية الثالثة: تتوفر المراكز البيداغوجية على جميع الوسائل والمعدات للتكفل النفسي لأطفال التوحد".

بينت نتائج الدراسة أن المؤسسات تعتمد على وسائل متنوعة في التكفل، مثل:

- الأنشطة الرياضية .
- الجلسات النفسية .

- التعزيز الإيجابي .
- الأنشطة الحسية والحركية .
- التدريب على التواصل .
- الأنشطة الفنية .

غير أن الحالات الثلاث لم تُظهر توفر تجهيزات متخصصة وحديثة، مثل:

- غرف التكامل الحسي .
- الوسائل الرقمية التعليمية .
- الأجهزة التكنولوجية الخاصة بالتواصل البديل .
- القاعات العلاجية المتخصصة .

كما لوحظ اعتماد المؤسسات بشكل كبير على الجهود البشرية أكثر من اعتمادها على الوسائل التقنية الحديثة.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة فاطمة الزهراء العمرابي (2021) التي أكدت أن صعوبات دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ترجع جزئياً إلى نقص المراكز والتجهيزات البيداغوجية المتخصصة.

كما تدعمها دراسة سمير وآخرون (2020) التي أوضحت أن نقص الإمكانيات والتكوين يشكل تحدياً كبيراً أمام المؤسسات التعليمية في التكفل بأطفال اضطراب التوحد.

وبناءً على ذلك، فإن هذه الفرضية لم تتحقق، لأن المراكز لا تتوفر على جميع الوسائل والمعدات المتخصصة اللازمة للتكفل النفسي الفعال.

"الفرضية الجزئية الرابعة: "لا يعاني فريق التخصص من مشاكل في التكفل بأطفال المصابين بالتوحد".

أظهرت نتائج الدراسة وجود عدة صعوبات تواجه فريق التكفل، من أهمها:

• صعوبة التواصل اللفظي مع الأطفال .

• السلوكيات العدوانية والنمطية .

• نوبات الغضب والانفعال .

• ضعف التفاعل الاجتماعي .

• نقص التدخل المبكر .

• تأثير البيئة الأسرية وأساليب التنشئة .

• نقص الوسائل والإمكانات المتخصصة .

كما كشفت الحالات أن بعض الأطفال يعانون من اضطرابات مصاحبة مثل الصرع والربو وصعوبات النطق، مما يزيد من تعقيد عملية التكفل.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة سمير وآخرون (2020) التي أكدت وجود تحديات كبيرة تواجه فرق التكفل داخل المؤسسات التعليمية، خاصة فيما يتعلق بنقص التدريب والتعاون الأسري.

كما تتفق مع دراسة محمد عيسى إسماعيل الفلكاوي (2007) التي أوضحت أن الاضطرابات الأسرية وصعوبة التفاعل الأسري تؤثر سلباً على استقرار الطفل النفسي والسلوكي.

وتفسر هذه النتائج بأن التكفل بأطفال اضطراب التوحد يُعد من أكثر مجالات التربية الخاصة تعقيداً، بسبب تداخل العوامل النفسية والسلوكية والأسرية والطبية.

وعليه، فإن هذه الفرضية رُفِضَتْ، لأن فريق التخصص يعاني فعلاً من عدة مشاكل وصعوبات أثناء التكفل بالأطفال المصابين بالتوحد.

خلاصة الدراسة

1. أظهرت نتائج الدراسة أن المؤسسات البيداغوجية الخاصة بأطفال اضطراب التوحد تسعى إلى توفير أشكال متنوعة من التكفل النفسي والتربوي، من خلال برامج علاجية تعتمد على تعديل السلوك، وتنمية التواصل، والتعزيز الإيجابي، والأنشطة الاجتماعية والرياضية .
2. بينت النتائج أن التكفل النفسي يساهم نسبياً في تحسين بعض الجوانب السلوكية والاجتماعية لدى الأطفال، مثل التقليل من نوبات الغضب والسلوك العدواني، وتحسين التفاعل الاجتماعي والانتباه داخل القسم .
3. كشفت الدراسة أن عملية التشخيص والقياس داخل المؤسسات تعتمد غالباً على الملاحظة والوصف السلوكي، مع ضعف استخدام المقاييس والاختبارات النفسية المقننة والحديثة الخاصة باضطراب التوحد .
4. أظهرت النتائج محدودية توفر الوسائل والمعدات المتخصصة داخل بعض المراكز، خاصة الوسائل التكنولوجية الحديثة وغرف التكامل الحسي وأدوات التواصل البديل .
5. أكدت الدراسة أن فريق التكفل يواجه عدة صعوبات أثناء العمل مع الأطفال المصابين بالتوحد، أبرزها مشكلات التواصل، السلوكيات النمطية، نقص الإمكانيات، وضعف التدخل المبكر والتعاون الأسري أحياناً .
6. توصلت الدراسة إلى أن فعالية التكفل النفسي بأطفال اضطراب التوحد تتطلب تكاملاً بين المؤسسة والأسرة والمختصين، إضافة إلى ضرورة تطوير البرامج العلاجية والتكوين المهني للأخصائيين

خاتمة

في ختام هذا البحث، يتضح أن اضطراب التوحد يعد من الاضطرابات النمائية المعقدة التي تؤثر بشكل كبير على مختلف جوانب شخصية الطفل وسلوكه، خاصة ما يتعلق بالتواصل والتفاعل الاجتماعي والإدراك. وقد بينت الدراسة أن الطفل التوحدي يعاني من صعوبات في الإدراك، وانخفاض في مستوى التواصل الاجتماعي، إضافة إلى نقص في القدرات الإبداعية وظهور سلوكيات نمطية متكررة تعيق تكيفه مع محيطه.

كما تبين أن أبرز الأعراض التي تظهر لدى الطفل التوحدي تتمثل في ضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي، وصعوبة التفاعل والمشاركة الاجتماعية، إلى جانب الاهتمامات والأنشطة المحدودة والمتكررة. وهو ما يستدعي تدخلاً تربوياً ونفسياً مبكراً يهدف إلى تنمية مهاراته وتحسين قدرته على الاندماج في المجتمع.

ومن خلال ما تم التوصل إليه، تتأكد أهمية تدريب أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد على مهارات وأساليب التواصل الفعال، لما لذلك من دور كبير في تعزيز التفاعل الإيجابي بين الطفل وأسرته وتحسين نموه النفسي والاجتماعي. كما أن نجاح أي برنامج أو خطة تربوية موجهة للطفل التوحدي يتطلب الانطلاق أولاً من معرفة قدراته وخصائصه الفردية وتحديد المعززات المناسبة له قبل الشروع في العمل معه، بما يضمن تحقيق أفضل النتائج الممكنة.

وعليه، فإن الاهتمام بفئة الأطفال التوحديين وتوفير الرعاية والتأهيل المناسبين لهم يعد مسؤولية مشتركة بين الأسرة والمؤسسات التربوية والمجتمع، بهدف مساعدتهم على تنمية قدراتهم وتحقيق أكبر قدر ممكن من الاستقلالية والتوافق الاجتماعي.

مقترحات الدراسة

1. ضرورة توفير برامج تكوين متخصصة ومستمرة لفريق التكفل النفسي والتربوي حول أحدث أساليب تشخيص وعلاج اضطراب طيف التوحد.
2. دعم المؤسسات البيداغوجية بالوسائل والتجهيزات الحديثة، مثل غرف التكامل الحسي، والوسائط الرقمية، وأدوات التواصل البديل المناسبة للأطفال غير الناطقين.
3. اعتماد اختبارات ومقاييس نفسية مقننة وحديثة في تشخيص اضطراب التوحد وقياس تطور الحالات بشكل علمي ودقيق.
4. تعزيز التعاون بين الأسرة والمؤسسة من خلال تنظيم جلسات إرشاد وتوعية للأولياء حول طرق التعامل السليم مع الطفل التوحد داخل المنزل.
5. الاهتمام بالتدخل المبكر للأطفال المصابين بالتوحد لما له من دور كبير في تحسين التواصل والسلوك والاندماج الاجتماعي.
6. تشجيع الأنشطة الرياضية والفنية والاجتماعية داخل المؤسسات لما لها من أثر إيجابي في تنمية التفاعل الاجتماعي والتخفيف من الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

قائمة المراجع والمصادر:

- إبراهيم، ط. (1995). أساليب وأدوات البحث العلمي. دار غريب للطباعة والنشر.
- أبو دلهوم، ج. (2007). فاعلية استخدام نظام التواصل لتبادل الصور في تنمية مهارات التواصل عند الأطفال التوحديين (رسالة دكتوراه منشورة). جامعة عمان.
- الحديدي، م.، والخطيب، ج. (2005). استراتيجيات تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة. دار الفكر.
- الحيلة، م. م. (2000). تصميم وإنتاج الوسائل التعليمية التعلمية (ط1). دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- الزريقات، إ. ف. (2004). التوحد: الخصائص والعلاج. دار وائل للنشر.
- السليم، إ. ع. (2000). التدريس بتكنولوجيا الوسائط المتعددة للفئات الخاصة: المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم (ط1). دار الوفاء الدنيا للطباعة والنشر.
- الشخص، ع. ا. ا. (2006). اضطرابات النطق والكلام: خلفيتها، تشخيصها، أنواعها، علاجها (ط1). كلية التربية، جامعة الملك سعود.
- العيسوي، ع. ا. م. (1999). علم النفس الشواذ والصحة النفسية (ط1). دار الراتب.
- الغزالي، س. ك. ع. ا. (2009). التوحد: الإعاقة الغامضة، تعريف التوحد وأعراضه (ط1).
- العزة، س. ا. (2002). التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية (ط1). دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- خفاجة، ص. ف. ع.، وعلي، م. (2002). أسس ومبادئ البحث العلمي. مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية.

- زرواتي، ر. (2002). تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية (ط1). دار هومة للنشر.
- سليمان، ع. ا. س. (2000). الذاتية: إعاقة التوحد لدى الأطفال (ط1). مكتبة زهراء الشرق.
- سليمان، ع. ا. س. (2002). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة (ط1). مكتبة زهراء الشرق.
- عبد الرزاق، إ. خ. (2000). الشامل في الوسائل التعليمية (ط1). دار المناهج للنشر والتوزيع.
- عبد الفتاح، خ. (1992). أزمة البحث العلمي (ط3). مكتبة الصلاح.
- عبد الله، م. ق. (2001). الطفل التوحيدي أو الذاتي: الانطواء حول الذات ومعالجته، اتجاهات حديثة. دار الفكر العربي.
- عبيدات، م.، وآخرون. (1999). منهجية البحث العلمي. دار وائل للنشر.
- عسيلة، ك. ح. (2006). التوحد (ط1). دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- لطيفة، س. (2012). دور أنشطة اللعب في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي عند الأطفال التوحيدين (رسالة ماستر غير منشورة). جامعة المسيلة.
- مرتضى، ر. م. (2010). فاعلية برنامج العلاج بالعمل لخفض درجة الاضطرابات الجنسية لدى عينة من التوحيدين ذوي المستوى الوظيفي المرتفع (رسالة دكتوراه). معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.
- مرهج، ر. (2001). التوحد: تعريف، وقاية، علاج، تأهيل. وزارة الشؤون الاجتماعية في لبنان والجمعية الوطنية لحقوق المعاق.
- يسر، ف. م. (2008). الخدمات الإرشادية لأسرة الطفل التوحيدي. ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر الرابع للإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية: "معاً من أجل التوحد"، جامعة أسيوط، مصر.

- Baig, T. H., Ahmad, I., & Baig, I. H. (2025). Effect of applied behavioral intervention on social communication skills among children with autism. *Journal of Psychology, Health and Social Challenges*, 3(2), 29.
- Catherine Lord And James P. McGee, Eds Rivion (of Behavioral And Social Sciences and Education. Washington. Dc :National Academy Press.
- Donnellan, A., Kilman, B. (1986); Behavioral Approaches to Social Skill Development Un 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 Students With Autism Accurate Social Information, Focus on Autistic Behavior*,
- Hancock, T. B., & Kaiser, A. P. (2002). The effects of trainer–implemented enhanced milieu teaching on the social communication of children with autism. *Topics in Early Childhood Special Education*, 22(1), 39–54.
- National Research Council, (2001) *Education Chidren of Autism Committee And Educational Intervention for Children with Autism*.

- 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

الملاحق

ملاحق رقم 1

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

الاسم: السن:

تاريخ الميلاد: التاريخ:

الفاحص: المتكفل الأطفونيا المكان:

كيفية التقييم والتسجيل

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

1. إقامة العلاقة مع الناس.

(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 بصورة مبالغها لا

(2.5) يتجاوب، ملتصق بالوالدين أكثر من الطفل الذي بنفس عمره

غير طبيعي بدرجة متوسطة، انطوائي، يحب العزلة، لا يوجد اهتمام بالتفاعل مع المحيطين، مقفول على نفسه،

(3.5) تستطيع الحصول منه على القليل من التواصل

غير طبيعي بدرجة شديدة عزلة تامة افتقاد القدرة على الاستجابة

2. القدرة على التقليد والمحاكاة.

(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 المفردة

(2.5) ويحتاج وقت لترديد الكلمة عند سماعها

(3.5) غير طبيعي بدرجة متوسطة يقلد الطفل بعض السلوكيات البسيطة ولكن يحتاج إلى وقت كبير ومساعدة

غير طبيعي بدرجة شديدة نادرا ما يقوم الطفل بالتقليد او لا يقلد نهائيا الأصوات أو الكلمات، أو الحركات حثب وجود مساعدة.

03- الاستجابة العاطفية.

(1.5) طبيعي يتفاعل الطفل للمواقف السارة والغير سارة

(2.5) غير طبيعي بدرجة طفيفة تظهر عليه احيانا تصرفات غير مرغوب فيها كاستجابة منفصلة عن الواقع

(3.5) غير طبيعي بدرجة متوسطة مثال الضحك الشديد بدون معنى أو بدون سبب وليس له علاقة مع الواقع

غير طبيعي بدرجة شديدة استجابة منفصلة نهائيا عن الواقع وأن كان مزاجه في شيء معين من الصعب جدا أن يتغير.

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 او الانشطة

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، تحريك اليدين وفرفرتها (3.5)

. غير طبيعي بدرجة شديدة، فهو يستمر في الحركات المكررة المذكورة في الاعلى حتى لو شارك في نشاط اخر

5. استخدام الاشياء

(1.5) طبيعي يهتم بالألعاب والاشياء من حوله والتعامل معها واستخدامها بالطريقة الصحيحة

(2.5) غير طبيعي بدرجة طفيفة يهتم بلعبة واحدة فقط ويتعامل معها بطريقة غريبة كأن يطرقها بالأرض

غير طبيعي بدرجة متوسطة يظهر عدم اهتمامه بالاشياء وان اظهرتكون بطريقة غريبة مثال يلف اللعبة طول الوقت وينظر لها من زاوية واحدة فقط. (3.5)

غير طبيعي بدرجة شديدة تكرر ما سبق ولكن بطريقة مكثفة ومن المستحيل أن ينفصل عنها إذا كان مشغولا بها..

6. التكيف والتأقلم

(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 التغير

7. الاستجابة البصرية

(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 الضوء، النظر الى

(2.5) .على، أو الفضاء ويتحاشى النظر في الاشخاص

غير طبيعي بدرجة متوسطة يحتاج للتذكير المستمر للتواصل البصري للشيء الذي يفعله وتظهر نفس

(3.5) السلوكيات السابقة

غير طبيعي بدرجة شديدة الامتناع عن التواصل البصري مع الاشخاص وبعض الاشياء وتظهر نفس

السلوكيات السابقة

ملاحظات

8. استجابة الانصات (الاستماع)

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

9. استجابات استخدام التذوق والشم واللمس

- (1.5) طبيعي يستجيب الطفل لمثيرات الحواس كالألم وغيرها
(2.5). غير طبيعي بدرجة طفيفة يضع اشياء في فمه يشم ويتذوق أشياء لا تؤكل يتجاهل الألم أو يبالغ به
(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

10. الخوف والعصبية

- (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
لهاردالك للمواقف الخطرة والمواقف الغير خطرة
ملاحظات

11. التواصل اللفظي

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

12- التواصل الغير اللفظي

- (1.5). طبيعي يستخدم تعبير الوجه أو تغير الملامح والاضاع وحركات الجسم والراس

غير طبيعي بدرجة طفيفة تواصل غير لفظي ناقص مثال يمسك اليد من الخلف لطلب المساعدة والوصول للشيء
(2.5). بطريقة تختلف عن الطرق التي يستعملها الطفل في مثل عمره

غير طبيعي بدرجة متوسطة لا يستطيع ان يعبر عن احتياجه بالتواصل غير اللفظي ولا يستطيع فهم لغة التواصل
(3.5). غير اللفظي

غير طبيعي بدرجة شديدة يستخدم سلوكيات غريبة غير مفهومة للتعبير عن احتياجاته مع عدم الاهتمام
بالإيماءات وتعابير وجوه الآخرين

13. مستوى النشاط

(1.5). طبيعي نشاطه عادي مناسب لعمره

(2.5). غير طبيعي بدرجة طفيفة يظهر نشاط زائد أو كسل زائد ويكون خاص بذاته

غير طبيعي بدرجة متوسطة نشاط زائد لا يهدء يصعب التحكم به هائم لا ينام الا قليلا فوضوي غير منتظم، أو

(3.5). خامل لا يتحرك من مكانه ويحتاج الى جهد كبير ليتفاعل مع نشاط معين

غير طبيعي بدرجة شديدة هائم، نوبات غضب حركة مستمرة لا يجلس ساكنا فوضوي يرمي كل شيء على
الارض، يفتح ويقرب الاشياء

ملاحظات

14. مستوى وثبات الاستجابات الذهنية

(1.5). طبيعي في أداء 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 احدى المهارات

(3.5). وتأخر في باقي المهارات

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

ملاحظات

15. الانطباعات العامة

ليس توحيد لا تظهر فيه صفات التوحيد

. توحيد بسيط لديه بعض الصفات

توحيد متوسط لديه صفات واضحة من التوحيد

توحيد شديد لديه معظم الصفات التوحيدية

تدون من الأسرة او الملفات او البنود الس

الملحق رقم 2

استمارة دراسة حالة فردية رقم الحالة (01)

1- المعلومات الشخصية عن الحالة:

- اسم الحالة:
- تاريخ الميلاد:
- الجنس:
- مكان الإقامة:
- المستوى المعيشي:
- عدد الإخوة:
- الرتبة:
- بيانات عن الأسرة:
- مهنة الأب:
- السن:
- مهنة إلام:
- السن:
- المستوى التعليمي:
- ظروف الحمل:
- عدد مرات الحمل:
- عدد مرات الإجهاض:
- ظروف الولادة:
- الطفل:
- الحمل:
- الرضاعة:
- الولادة:
- 2- تاريخ الحالة:
- 3- التشخيص:
- 4- المآل:
- 5- العلاج: اقتراح خطط علاج

الملحق رقم 3 ترخيص المؤسسة

جمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
كلية العلوم الاجتماعية
Faculté des sciences sociales

جامعة وهران 2019

قسم علوم التربية
كلية العلوم الاجتماعية - ماستر
تخصص : تربية خاصة

إلى السيد (ة) : عالم بن بلال بن الجي

تحية طيبة :

في إطار تحضير مذكرة التخرج إنهاء الدراسة في ماستر تربية خاصة ، فإن الطلبة مطالبون
بتربصات ميدانية تتناسب مع موضوع مذكراتهم .
لهذا نرجوا منك السماح بقبول الطالب (ة) عالم بن بلال بن الجي
في مصطلحتكم و ذلك لتأذيه تربص مدته : 15 يوما
تحت إشراف الأستاذ (ة) : عالم بن بلال بن الجي

تقبلوا سيدي فائق التحية و الاحترام.

بودالية زهرة
أخصائية نفسانية
الديرة

رئيس قسم علوم التربية

الدكتور فوزاني مولاي
رئيس قسم علوم التربية
جامعة وهران 2019

