



جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا

رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي

تخصص: وسائل التقصي وتقنيات العلاج في علم النفس الإكلينيكي والباثولوجي

أثر برنامج علاجي (تيتش) في تحسين حالة الطفل المتوحد

دراسة عيادية لحالات التوحد بولاية الشلف

إشراف الدكتور:

مكي محمد

إعداد الطالبة:

علي زروقي خولة

لجنة المناقشة:

اسم الأستاذ	الرتبة	الصفة	الجامعة
د/ حديبي محمد	أستاذ محاضر (أ)	رئيسا	جامعة وهران "2"
د/ مكي محمد	أستاذ محاضر (أ)	مشرفا وقررا	جامعة وهران "2"
د/ كبداني خديجة	أستاذة محاضرة (أ)	عضوة مناقشة	جامعة وهران "2"
د/ سبع فاطمة الزهراء	أستاذة محاضرة (أ)	عضوة مناقشة	جامعة وهران "2"

السنة الجامعية: 2015-2016

## الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى من لو أهديتهما الدنيا بما فيها لن أوّفيهما حقهما والديّ  
الغاليين الحبيبين أطال الله في عمرهما وبوأهما من جنّة الفردوس مقعدا.

إلى كل أفراد العائلة الكريمة وما احتوت من إخوة وأخوات وأهل وأقارب وأصهار

إلى كل الأصدقاء والصديقات خاصة " عائشة بن مولاي "

إلى عبد الباسط، عبد الصمد، عبد الواحد وعبد الرحمان، إلى رؤيا، رتاج، رحمة  
وتسنيم.

إلى كل أطفال التوحد ومن يعمل معهم بإخلاص وهدوء وصبر وصمت لاختصار  
المسافة والوصول إلى النتيجة المرغوبة.

إلى عينة البحث بصفة خاصة.

## شكر وتقدير

بسم الله القائل في محكم تنزيله " الحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله " صدق الله العظيم.

اللهم لك الحمد والشكر حتى ترضى والحمد والشكر لك ربي إذا رضيت والحمد والشكر لك ربي بعد الرضى.

أتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير للأستاذ الفاضل " الدكتور مكي محمد " على كل ما قدم من معلومات وتوضيحات وتوجيهات وصبر خلال المسار الدراسي كله، وكذلك على قبوله الإشراف على هذا البحث ومتابعته بكل جدية، كما أدين له بالشكر الجزيل والعرفان الجميل على كل ما عَقَّبَ وفنَّدَ وانتقد من أجل الوصول إلى أحسن صورة لهذا البحث.

ويطيب لي أن أتقدم بخالص الشكر و عظيم التقدير والعرفان ووافر الثناء للأساتذة الكرام المحترمين أعضاء لجنة المناقشة الذين تحملوا أعباء مراجعة هذه الرسالة وتقييمها.

الشكر الخاص لكل عمّال المركز النفسي البيداغوجي "أمال" للأطفال المعاقين ذهنيا بحي السلام الشلف، خاصة السيد المدير " مختار رحمانى العربي " والسيد رئيس الجمعية "داود بلقاسم".

والشكر موصول أيضا إلى كل أفراد الأسرة الكريمة وكل من ساعدنا من قريب أو بعيد في انجاز هذا العمل.

خولة علي زروقي.

## مستخلص الدراسة

هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على فئة الأطفال المصابين باضطراب التوحد، حيث تم الانطلاق من إشكالية عامة للموضوع تتمثل فيما يلي:

هل تطبيق برنامجا علاجي مكثف (تيتش) بإشراك الوالدين يساعد على تحسين حالة الطفل المتوحد من حيث: الاتصال، التفاعل الاجتماعي والاستقلالية؟

وبناء على هذا التساؤل كانت الفرضية العامة للدراسة كالتالي: إن تعامل الوالدين بجدية مع طفلهم المتوحد وفق برنامج مخطط ومنظم (تيتش) حسب قدراته بالإمكان أن يسهل عملية الاتصال والتفاعل الاجتماعي معه وتحقيق قدر من الاستقلالية مهما بلغ عجزه.

وللوصول إلى الهدف الأساسي للدراسة والمتمثل في معرفة أثر البرنامج العلاجي (تيتش) في تحسين حالة الطفل المتوحد، تم استخدام المنهج التجريبي بالاعتماد على الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية، مع تطبيق مقياس CARS على الحالات.

وقد بينت نتائج الدراسة مايلي:

- المعينات البصرية وتنظيم البيئة التعليمية يحسنان من أداء الطفل المتوحد.
- تكثيف العمل مع الطفل المتوحد يعطي نتيجة ايجابية.
- ضرورة التكفل المبكر بالطفل المتوحد.

## **Abréviations**

**ABC** : **A**utistic **B**ehaviour **C**hecklist.

**AAP** : **A**ssociation **A**méricaine de **P**sychiatrie.

**ASA** : **A**utisme **S**ociété d'Américaine.

**CARS**: **C**hildhood **A**utism **R**ating **S**cale.

**CHAT**: **C**hecklist for **A**utism in **T**oddlers.

**CIM** <sup>10</sup>: **C**lassification **I**nternationale des **M**aladies (Dixième révision)

**DSM**<sup>4</sup>: **M**anuel **D**iagnostics et **S**tatistique des **T**roubles **M**entaux.  
Quatrième Edition. Texte Révisé.

**F** : **F**orme.

**F48.1**: **A**utisme **A**typique.

**F84 .0**: **A**utisme **I**nfantile.

**F84 .2**: **S**yndrome de **R**ette.

**F84**: (**TED**) : **T**roubles **E**nvahissants du **D**éveloppement.

**IRM**: **I**magerie par **R**ésonance **M**agnétique.

**OMS**: **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté.

**OPU**: **O**ffice des **P**ublications **U**niversitaires.

**PDD–NOS: Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified**

**TEACCH: Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children**

**TED: Troubles Envahissants du Développement.**

# أثر برنامج علاجي (تيتش) في تحسين حالة الطفل المتوحد

دراسة ميدانية لحالات التوحد بولاية الشلف

## قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
إهداء.....	أ
شكر وتقدير.....	ب
ملخص الدراسة.....	ت
المختصرات.....	ث
قائمة المحتويات.....	1
قائمة الجداول.....	10
مقدمة.....	12

### الجانب النظري

#### الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

1- التأسيس للإشكالية وتعريف بموضوع الدراسة.....	15
2- طرح الإشكالية.....	24
3- صياغة الفرضيات.....	24

25.....	IV-الكلمات المفتاحية للدراسة.
26.....	V- المفاهيم الإجرائية للكلمات المفتاحية.
26.....	VI- دوافع وأسباب الدراسة.
26.....	VII- الهدف من الدراسة.
27.....	VIII- أهمية موضوع الدراسة.
28.....	IX- خطة البحث.
29.....	X- أصالة البحث.

### الفصل الثاني: اضطراب التوحد

33.....	I-تعريف اضطراب التوحد.
33.....	1. حسب القاموس علم النفس.
34.....	2. حسب بعض العلماء.
35.....	3. تعريف التوحد حسب بعض القوانين والجمعيات العالم.
36.....	II -طيف التوحد.
38.....	III - مفهوم اضطرابات النمو الشامل.
38.....	IV- الخصائص المميزة لأطفال التوحد.

1. الخصائص الاجتماعية.....38
  2. الخصائص الحركية.....39
  3. الخصائص السلوكية.....39
  4. الخصائص التواصلية.....40
  5. المصاداة(التصدية).....41
  6. الخصائص الانفعالية.....41
  7. علامات عيادية أخرى.....42
- V - أسباب اضطراب التوحد.....42**
1. وجهة النظر النفسية والسيكودينامية.....45
  2. العوامل العصبية.....46
  3. التفسيرات البيولوجية.....46
- VI - ترميز وأهداف التشخيص ومحكّاته وأدواته في اضطراب التوحد.....46**
1. ترميز الاضطراب حسب CIM 10.....46
  2. أهداف التشخيص.....46
  - للتشخيص حسب الدليل الإحصائي الرابع المراجع ( DSM IV<sub>TR</sub> ).....48
  4. الأدوات المستخدمة في تشخيص التوحد.....50

- 50.....ا. مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال (CARS)
- 50.....ب. قائمة سلوك التوحد (ABC)
- 51.....ت. مقياس (CHAT)
- 52.....ث. قائمة الملاحظة التشخيصية للتوحد
- 53.....VII - أصناف اضطراب التوحد
- 54.....تصنيف التوحد حسب DSM IV
- 55.....VIII - التشخيص الفارقي
- 55.....1. التوحد والإعاقة الذهنية
- 56.....2. التوحد والإعاقة السمعية الشديدة
- 57.....3. التوحد واضطراب اللغة الاستقبالية
- 58.....IX - علاجات التوحد
- 58.....1. العلاج الطبي
- 59.....2. العلاج باللعب
- 60.....3. العلاجات السلوكية المعرفية ( التربوية، التعليمية )
- 60.....أ. تحليل السلوك التطبيقي (ABA)

61.....ب. برنامج صن رايز (SON RISE).....

61.....ت - برنامج تيتش (TEACCH).....

### الفصل الثالث: البرنامج العلاجي تيتش (TEACCH)

64.....I-بداية البرنامج.....

67.....II-التعريف بالبرنامج.....

68.....III-المنطلقات والخلفية النظرية.....

68.....IV- مميزات البرنامج.....

70.....V- هدف البرنامج.....

71.....VI- مبادئ طرق التعليم بالبرنامج.....

74.....VII- تبني المنحيين السلوكي والمعرفي في التعليم.....

75.....VIII- فعالية البرنامج.....

76.....IX- أهمية ومبررات المشاركة الوالدية في البرنامج.....

77.....X- الاعتبارات الأساسية للمشاركة الوالدية.....

78.....XI- العوامل ذات الصلة بالمشاركة الوالدية.....

## الجانب التطبيقي

### الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة

- I- منهج الدراسة.....81
- II- حالات الدراسة.....82
- III- شروط ومواصفات اختيار الحالات.....83
- IV- الدراسة الاستطلاعية.....83
- V- الدراسة الأساسية.....84
- VI- الأساليب الإكلينيكية المستخدمة في الدراسة.....85
- VII- برنامج الدراسة.....96
- VIII- الفنيات المستخدمة في البرنامج.....99

### الفصل الخامس: تقديم الحالات و البرنامج العلاجي المطبق معها

- I- تقديم الحالات.....107
- II- الاختبار المطبق على المجموعتين (التجريبية والضابطة).....110
- III- لمحة عن مقياس CARS.....111

113.....	IV- نتائج الاختبار القبلي للمجموعة الضابطة
114.....	V- نتائج الاختبار القبلي للمجموعة التجريبية
116.....	VI- البرنامج العلاجي المطبق على المجموعة التجريبية
136.....	VII- نتائج الاختبار البعدي للمجموعة التجريبية
138.....	VIII- نتائج الاختبار البعدي للمجموعة الضابطة
<b>الفصل السادس: مناقشة فرضيات البحث في ظل النتائج المتوصل إليها</b>	
141.....	I- عرض النتائج المتوصل إليها مع كل حالة
151.....	II- خلاصة
152.....	III- مناقشة فرضيات البحث
153.....	IV- استنتاج عام حول الدراسة
154.....	V- خاتمة
155.....	VI- توصيات الدراسة
156.....	VII- المراجع
165.....	VIII- الملاحق

## قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	الفرق بين التوحد والإعاقة الذهنية	55
02	الفرق بين التوحد واضطراب اللغة الاستقبالي	57
03	دور كل من الأخصائية النفسانية والوالدين في الأبعاد المختلفة خلال تطبيق البرنامج	102
04	حاصل المجموع النسبي للفئات	112
05	حاصل جمع المقاييس كما هو موجود في المقياس	112
06	نتائج المقياس للحالة الأولى من المجموعة الضابطة ( الاختبار القبلي )	113
07	نتائج المقياس للحالة الثانية من المجموعة الضابطة ( الاختبار القبلي )	113
08	نتائج المقياس للحالة الثالثة من المجموعة الضابطة ( الاختبار القبلي )	114
09	نتائج المقياس للحالة الرابعة من المجموعة الضابطة ( الاختبار القبلي )	114
10	نتائج المقياس للحالة الأولى من المجموعة التجريبية ( الاختبار القبلي )	115
11	نتائج المقياس للحالة الثانية من المجموعة التجريبية ( الاختبار القبلي )	115
12	نتائج المقياس للحالة الثالثة من المجموعة التجريبية ( الاختبار القبلي )	116
13	نتائج المقياس للحالة الرابعة من المجموعة التجريبية ( الاختبار القبلي )	116
14	نتائج المقياس للحالة الأولى من المجموعة التجريبية	136

	( الاختبار البعدي )	
136	نتائج المقياس للحالة الثانية من المجموعة التجريبية ( الاختبار البعدي )	15
137	نتائج المقياس للحالة الثالثة من المجموعة التجريبية ( الاختبار البعدي )	16
137	نتائج المقياس للحالة الرابعة من المجموعة التجريبية ( الاختبار البعدي )	17
138	نتائج المقياس للحالة الأولى من المجموعة الضابطة ( الاختبار البعدي )	18
138	نتائج المقياس للحالة الثانية من المجموعة الضابطة ( الاختبار البعدي )	19
139	نتائج المقياس للحالة الثالثة من المجموعة الضابطة ( الاختبار البعدي )	20
139	نتائج المقياس للحالة الرابعة من المجموعة الضابطة ( الاختبار البعدي )	21

### قائمة الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
01	مقياس CARS	165

## مقدمة

التوحد اضطراب ذو تاريخ قديم إلا أن الاهتمام به في الآونة الأخيرة أفضل من السابق، وبالرغم من هذا يوجد الكثير من الناس وحتى المتخصصين لم يسمعوا عنه؟! إلا إن الاعتراف به من قبل الجميع أصبح حقيقة ضرورية وحتمية لا مفر منها نظرا للانتشار المرعب لهذا الاضطراب وظهوره مبكرا عند الأطفال، ويطلق على هذا الاضطراب اسم الأوتيزم **autisme** حيث يرجع الأصل في هذه الكلمة إلى الكلمة الإغريقية **autos** التي تعني الذات أو النفس، ويعد **اجون بلولر** أول من أشار إلى هذا الاضطراب عام 1911 وبعده **ليو كاتر** 1943 أول من عرف التوحد كمتلازمة أعراض سلوكية واقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي جديد أطلق عليه **التوحد الطفولي**.<sup>1</sup>

ويعد هذا الأخير من الاضطرابات النمائية المعقدة التي تؤثر سلبا على العديد من جوانب النمو وهو اضطراب مزمن ويوضح الدكتور أحمد عكاشة أكثر في هذا المجال حيث يعرفه بأنه نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر ويعرف بوجود ارتقاء غير طبيعي أو مختل يتضح وجوده قبل عمر ثلاث سنوات، ونوع مميز من الأداء غير الطبيعي في المجالات الثلاث: التفاعل الاجتماعي، التواصل والسلوك المحدود المتكرر بالإضافة إلى

<sup>1</sup>لورا شريمان: التوحد بين العلم والخيال، ترجمة فاطمة عياد، عالم المعرفة، الكويت، 2010، ص: 39.

هذه السمات التشخيصية المحددة يشيع وجود مشكلات أخرى متعددة وغير محددة مثل

الرهاب، اضطراب النوم، الأكل ونوبات الهياج والعدوان الموجه نحو الذات.<sup>2</sup>

وقد أطلقت مسميات عديدة ومتنوعة على هذا الاضطراب نذكر منها دون الحصر:

الأوتيزم، الأوتيسم، الإجترارية، التوحد، الذاتوية، ونلاحظ أن هناك تداخل بين هذه

المصطلحات وبعض الأمراض الأخرى المختلفة تماما عن هذا الاضطراب على سبيل

المثال كلمة الاجترارية المستخدمة لوصف التوحد والمستعملة لوصف الوسواس القهري

سواء في صورة أفكار أو أفعال، لذا ارتأت الطالبة الباحثة اعتماد مصطلح التوحد في

دراستها هاته لتجنب التداخل بين المصطلحات. ومن خلال الأبحاث السابقة اتضح وجود

اتفاق بين جل الباحثين على ما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع ( DSM

IV) 1994 حول الملامح الأساسية وأعراض التوحد والمجالات التي تضطرب، وبالرغم

من التطور الحادث في تشخيص هذا الاضطراب والأساليب العلاجية الحديثة والأجهزة

الطبية المتطورة إلا أن السبب الرئيسي وراء هذا الاضطراب مازال غير معروف ! وهذا

ما دفع كل نظرية إلى تفسيره على حسابها ووفق اتجاهها، فالنظرية النفسية جعلت من

الآباء وسلوكهم سببا مباشرا لإصابة ابنهم بهذا الاضطراب، كما وصف كانر\* هؤلاء

الآباء بأنهم متحفّظون وانطوائيين، جامدون عاطفيا، مفرطون في النظام والروتين،

منعزلون اجتماعيا ومنسحبون عاطفيا، إلا أنه من العدل أن العالم ليو كانر صرّح بأن

<sup>2</sup> أحمد عكاشة: الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 1992، ص: 39.

والوالدين ليسوا السبب الوحيد للإصابة بل عبارة عن محصلة للتفاعل بين العامل الجيني والعوامل البيئية، وفيما يخص برونو بتلهائم\* من أكثر المؤيدين لكانر وركز بشكل كلي على الآباء واستخدم تعبير كانر "الأم الثلجة" ليعبر به عن البرود العاطفي والعزلة الاجتماعية التي تميز أمهات الأطفال المتوحدين.<sup>3</sup> وهناك من أرجع هذا الاضطراب إلى العوامل البيولوجية المتعلقة بالجهاز العصبي، والعوامل البيوكيميائية والوراثية.<sup>4</sup> وبالرغم مما قيل حول هذه الأسباب تبقى مجرد احتمالات وفرضيات.

ويعتبر التوحد من أصعب الاضطرابات من حيث فهمه وكيفية التعامل مع الطفل المصاب به، نظرا لاختلاف الأعراض لدى الأطفال والتداخل مع بعض الأمراض وتعدد أنواعه، وبالتالي صعوبة التشخيص مما حير أولياء أمورهم وعائلاتهم وجعل فهمهم للطفل ومعرفة كيفية التعامل والتواصل معه مهمة صعبة. وهذا ما دفعنا للبحث في موضوع التوحد ومحاولة التقرب أكثر من الطفل ووالديه وذلك ومن خلال تقديم برنامج علاجي يتمثل في برنامج تيتش ( TEACCH ) لهذه الفئة عن طريق إشراك الوالدين في العملية العلاجية وتدريبهم على البرنامج ثم تطبيقه مع أطفالهم في المنزل.

<sup>3</sup> لورا شريمان : التوحد بين العلم والخيال، ترجمة فاطمة عياد، مرجع سبق ذكره، ص ص:90-91.

\* برونو بتلهائم: عالم نفس نمساوي ينتمي إلى المدرسة التحليلية.

<sup>4</sup> مصطفى نوري القمش: اضطراب التوحد الأسباب، التشخيص، العلاج، دراسات علمية. دار المسيرة، الأردن، ط1، 2011، ص: 38.

\* كانر: طبيب نفسي أمريكي - جامعة هوكنز متخصص في الأطفال اشتهر بدراساته في الذاتوية.

## الفصل الأول

### مدخل إلى الدراسة

I- التأسيس للإشكالية

II- الإشكالية

III- الفرضيات

IV- الكلمات المفتاحية

V- التعريف الإجرائي للكلمات المفتاحية

VI- دوافع وأسباب الدراسة

VII- الهدف من الدراسة

VIII- أهمية موضوع الدراسة

IX- خطة البحث

X- أصالة البحث

## الفصل الأول: مدخل للدراسة

### 1- التأسيس للإشكالية وتعريف بموضوع الدراسة

يعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية غموضا نظرا لعدم الوصول إلى أسبابه الحقيقية على وجه التحديد من جهة، وغرابة أنماط سلوكه غير التكيفي من جهة أخرى فهو حالة تتميز بمجموعة من الأعراض؛ حيث يغلب عليها انشغال الطفل بذاته وانسحابه الشديد إضافة إلى عجز في المهارات الاجتماعية والاتصالية التي تعتبر من المشكلات الأساسية والمركزية المؤثرة على مختلف المظاهر الطبيعية لنمو الطفل، وبالتالي يمكن لأي واحد منا أن يتخيل ويتوقع صورة أسرة الطفل المتوحد بكل ما تعانيه من ضغوط قاسية فرضتها عليها حالة طفلهم المصاب بهذا الاضطراب الغامض والمزمن، ونظرا لهذه الظروف الصعبة المعاشة فقد حاولت أسر هؤلاء الأطفال البحث عن وسيلة لحل مشاكلهم أو التخفيف منها خاصة فيما يتعلق برعاية الذات، التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين، وكان الحل الأمثل هو مشاركة الوالدين مشاركة فعالة في تدريب طفلهم وتعلم كيفية التعامل معه بطريقة علمية وممنهجة وذلك بحضور جلسات علاجية و دورات تدريبية متخصصة في مختلف البرامج العلاجية .

نحاول في دراستنا هاته الانطلاق من حيث وصل الباحثين الأوائل في هذا المجال وسوف نعرض بعض الدراسات السابقة التي تتشابه مع موضوعنا في بعض الجوانب وتختلف في جانب أخرى ومن هذه الدراسات نذكر:

(1) دراسة تشرتشيل وكونتال Churchil & Contel 1997 حول برنامج تدريبي شامل قصير المدى لأطفال التوحد، أجري البرنامج في الولايات المتحدة الأمريكية على طفلين: سوني وبيكي (Sonny & Becky) واستغرق مدة ثلاثة أسابيع، كان الطفل سوني يبلغ من العمر 06 سنوات ويصرف معظم وقته في اللعب بأصابعه والأشياء والتراب والرمل، أما الطفلة تبكي فقد كانت بعمر 05 سنوات وكانت تقضي معظم وقتها في التأرجح، اشتمل البرنامج على وضع الطفلين في غرفة مساحتها 08 × 15 متر ولمدة 24 ساعة وخلال هذه الفترة كان الطفلان يزودان بالغذاء والماء والتواصل الاجتماعي مع الكبار وحدد متدريان من الكبار لسوني و06 متدربين لبيكي وقد تعرف المتدريون إلى التفاصيل الدقيقة لسلوك الطفلين، واستخدم أسلوب المحاكاة كنموذج للتعلم، فاكتمب الطفلان معرفة بأجزاء الجسم وبعض المهارات الحياتية والاستقلالية كتفريش الأسنان، ورمي الكرة والرسم والركض والقفز والتقطيع بالمقص والاستجابة للأصوات مثل تقليد الأصوات والكلمات، يبدأ البرنامج بحصر الطفل على كرسي خاص من قبل المدرب الأول ووضعه بشكل يقابل وجه المدرب ويبدأ المدرب بتعليم الطفل الأصوات وتقليدها خلال النفخ في إحدى الآلات الموسيقية (المزمار) وكان الطفل سوني يقلد المدرب بعد

أن يقوم هذا الأخير بوضع الآلة الموسيقية في يد الطفل ويطلب منه تقليده وبعد انتهاء الحصة التي كانت لا تتجاوز 80 دقيقة فإن المدرب الأول يترك القاعة ويدخل المدرب الثاني ليتبادل نماذج التدريب ويبدأ بالنفخ في لعبة أخرى ( الصفارة ) ولوحظ أن سوني أصبح أكثر تهيجا خلال هذه الفترة وبدأ بتجنب تقليد السلوك وأصبح يصرخ ويبكي ويضرب نفسه من أجل أن يتجنب تقليد المدرب الثاني ولكن المدرب الثاني كان يقوم بشد وحصر الطفل في الكرسي ويطلب من الطفل تقليده في النفخ وعندما يقوم الطفل بتقليد المدرب تتم مكافأته بإطلاق حريته، بعد ذلك يدخل المدرب الأول الغرفة مرة أخرى بعد انسحاب المدرب الثاني ويحاول تعليمه استجابة النفخ وبعد 10 دقائق من بكاء الطفل سوني فإن المدرب يقوم بمحاصرة جسم الطفل في الكرسي وبعد ذلك يقوم الطفل بالنفخ بشكل جيد ويتم مكافأته بتخفيف الحصر وإطلاق حريته خلال 05 دقائق تمكن سوني من النفخ 33 مرة بتقليد المدرب الأول ثم جاء المدرب الثاني وبعد 05 دقائق تمكن سوني من النفخ 32 مرة، كان المدربان لا يستخدمان الطعام كمكافأة للطفل وإنما كانت مكافأة الطفل هو إطلاق سراحه وتعزيز وجوده الاجتماعي، أما بيكي فقد تم تعليمها تقليد استخدام الأشياء ومنها (المقص) وتدريبها على كيفية غلق وفتح يديها مع بعض المساعدة تمكنت الطفلة من قص قطع الورق والكرتون.

الفرق بين هذه الدراسة ودراستنا الحالية هو أن المدرب هو من قام بالعمل مع الطفل، وكانت المكافآت تتمثل في إعطاء الحرية للطفل، أما في دراستنا فستقوم الأخصائية

النفسية بمتابعة الحالة، وتدريب والدي الحالة أو أحدهما على العمل مع الطفل، فالأم أو الأب هما من يتكفلا بالطفل، أما المكافئة فهي عبارة عن أشياء مادية محببة للطفل مثل المأكولات والألعاب وكذلك ستكون مكافأة معنوية تتمثل في الحضان والتشجيع وغيرهما.

## 2) دراسة تضمنت مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوي

**التوحد:** أجريت الدراسة عام 1997 من قبل إسماعيل محمد بدر من جمهورية مصر العربية، وكان الهدف منها تطبيق برنامج علاجي تربوي هو العلاج بالحياة اليومية وهو نوع من البرامج المطبقة في مدارس التربية الخاصة في اليابان، أمريكا، كندا واندونيسيا وقد أثبتت فعاليته تماما مع أطفال التوحد والبرنامج يسير وفق خمسة مبادئ هي: التعليم الموجه للمجموعة، تعليم الأنشطة الروتينية، التعليم من خلال التقليد، تقليل مستويات النشاط غير الهادف بالتدريب الصادم، المنهج يركز على الموسيقى والرسم والألعاب الرياضية ( الحركة )، تكونت عينة الدراسة من أربعة أطفال ذكور يعانون من التوحد وتراوحت أعمارهم ما بين 5,6 و 7,8 سنة، وكانت قائمة المظاهر السلوكية لأطفال التوحد مقسمة إلى أربعة أبعاد رئيسية تعبر عن اضطرابات في الجوانب التالية: الاضطرابات الانفعالية، الاضطرابات الاجتماعية، اضطرابات في اللغة، اضطرابات في السلوك. وقد اتضح من الدراسة مدى فاعلية برنامج العلاج بالحياة اليومية ... ويرجع ذلك إلى أن فنية العلاج بالحياة اليومية كمنهج تربوي لمساعدة الأطفال ذوي التوحد وهذا بمبادئه الخمسة يسهم في تحسين حالة هؤلاء الأطفال ويجعلهم قادرين على الاعتماد على

أنفسهم، هناك بعض النقاط المشتركة بين دراستنا وهذه الدراسة وهو: الاعتماد على التقليد والتعليم الموجه في تطبيق البرنامج العلاجي وهناك اختلاف بيننا مثل البرنامج المطبق وعينة البحث.

(3) دراسة لـ: شورت أندريو Short Andrew (1980) الذي هدف إلى اختبار فاعلية البرنامج العلاجي الذي قدمه شوبلر (Schopler)، وقد افترض الباحث أن قيام الآباء بدور المعالجين يساعد على زيادة التفاعل بين الآباء وطفلهم، وأيضا ظهور سلوكيات اجتماعية في مواقف التفاعل الاجتماعي، اللعب، والتواصل الهادف. إختزال السلوكيات غير الاجتماعية مثل استثارة الذات، النمطية في اللعب، الميل إلى عدم التفاعل، ازدياد تكيف الأسرة مع الضغوط المترتبة على إعاقة الطفل. وتوصل الباحث إلى التحقق من فرضياته. إذن تتشابه هذه الدراسة مع دراستنا في محاولة تطبيق نفس البرنامج العلاجي أما الإختلاف فيمكن في أننا نريد التركيز في برنامجنا على المثيرات البصرية وجوانب القوة للطفل.

(4) - دراسة حول تطوير السلوك اللغوي لأطفال التوحد باستخدام الاتصال : أجريت الدراسة من قبل 1981 Morries & Cohen والتي أكدت على استخدام استراتيجيات العلاج التربوي في تطوير النطق والكلام لدى أطفال التوحد مثل ( النمذجة، التعزيز، التشكيل، التعليم من السلوك الخاطيء، ضبط المثيرات )، واشتملت الدراسة على مكونة أربعة أطفال، واستمرت لمدة أربع سنوات وركزت الدراسة على الاتصال العيني والتفاعل

الاجتماعي، السلوك، الإثارة، الذات، التأخر في النمو اللغوي، ركز البرنامج على تدريب الأطفال ولمدة ثلاث مرات في الأسبوع وبمعدل 20 دقيقة للجلسة الواحدة، وخلالها يتم تعليم الطفل 10 أسماء انطلاقاً من استخدام الصور ويعطي للطفل 05 ثواني للاستجابة ويمكن للطفل أن يلاحظ استجابته من خلال الفيديو ثم يقوم المعالج برفع الصور ويعلم للطفل 10 أسماء أخرى ويطلب من الطفل أن يلاحظ ذلك ويعطي له 05 ثواني لغرض نمذجة سلوك المعالج وبعد المتابعة المستمرة للطفل لوحظ أن الأطفال انخفض عندهم تكرار الكلام وزيادة المثيرات والإيماءات وتمكن الأطفال من تسمية المواقع والأشياء.

ركزت هذه الدراسة على جانب واحد فقط وهو اللغة أما دراستنا تركز على كل من اللغة والاستقلالية والتفاعل الاجتماعي، كما أن هناك اختلافاً في حالات الدراسة من حيث العدد. أما الشيء المشترك هو الاضطراب.

(5) - دراسة بعنوان "فعالية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال المتوحدين" لـ رضا عبد الستار رجب عبده كشك، جامعة الزقازيق، 2007.

انطلق من إشكالية: 1- هل توجد فروق دالة بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسات المتعددة أثناء تطبيق البرنامج المستخدم؟

2- هل توجد فروق دالة بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمهارات التواصل الوظيفي؟

والنتائج المتوصل لها هي عبارة عن إجابة للتساؤلين السابقين هذا يدل على أن الشيء المشترك بين هذه الدراسة ودراستنا الحالية هو تنمية التواصل للطفل المتوحد أما طريقة الوصول إلى هذه التنمية مختلف تماما حيث اعتمد هو على نظام تبادل الصور (PECS) أما أنا باستعمال برنامج (TEACCH).

6) - دراسة ل عبد الله بن مرشود السلمي "فاعلية استخدام أساليب الاشتراط الكلاسيكي لدى ثورندايك في تنمية السلوك التكيفي لدى أطفال التوحد" جامعة أم القرى- مكة المكرمة 2009. هدفت الدراسة إلى تصميم برنامج تدريبي يقوم على أساليب الاشتراط ومعرفة أثر وفاعلية استخدام البرنامج التدريبي المقترح على تنمية السلوك التكيفي لدى عينة من أطفال التوحد. باستخدام المنهج التجريبي، ومن بين النتائج مايلي:- توجد فروق دالة بين متوسطات رتب العينة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في تنمية السلوك التكيفي لصالح القياس البعدي.

-توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات أطفال التوحد بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى أداء الأدوار الأسرية على مقياس السلوك التكيفي لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

اعتمد هذا البحث على السلوك التكيفي أما بحثنا يكون فيه تكيف السلوك ضمنى وهناك تباين بين الأساليب العلاجية المستخدمة في كلا البحثين. هذه الدراسة تبحث في تطبيق

برنامج تدريبي مقترح باستخدام أساليب الإشراف الكلاسيكي وعملنا يعتمد على البرنامج العلاجي المعروف اختصاراً ب: تيتش.

7 - أما دراسة لمفون رفاه بنت جمال يحيى "تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لعينة من المراهقين ذوي اضطراب التوحد" 2011. هدفت دراستها إلى تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب بالتركيز على مهارتي الاستماع والحديث لـ اثنين من المراهقين ذوي اضطراب التوحد بتطبيق المنهج شبه التجريبي، من بين النتائج التي توصلت لها: لا توجد فروق بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي للحالتين (ع،ص) في اللغة الاستقبالية والتعبيرية كما تقيسها قائمة تقدير التواصل اللغوي المستخدمة في الدراسة. العامل المشترك بيننا هو جانب التواصل أما الاختلاف فيبيننا شاسع من حيث التقنية المستخدمة والمنهج المتبع حيث فضل إتباع المنهج التجريبي. وكذلك الحالات فهي درست المراهقين ودراستنا تتركز على الأطفال.

8 - دراسة لآسيا خلدومي موسومة ب: أثر استخدام اللعب الجماعي المصحوب بالموسيقى في تنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية لدى الطفل والمراهق التوحدي" جامعة سعد دحلب البليدة- الجزائر. 2012. استخدمت الباحثة اللعب الجماعي المصحوب بالموسيقى في تنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية لدى مجموعة من الأطفال والمراهقين التوحديين، حيث اعتمدت على برنامج يحتوي على مجموعة من الألعاب الاجتماعية والأنشطة الموسيقية، وأنشطة تعمل على زيادة التركيز حيث انطلقت

من إشكالية عامة للموضوع مفادها: هل توجد فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة

التجريبية في المهارات الاجتماعية في القياس القبلي والبعدي للبرنامج العلاجي؟

هل توجد فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في المهارات التواصلية

في القياس القبلي والبعدي للبرنامج العلاجي؟

كما اتبعت الباحثة المنهج التجريبي في الدراسة على فئة حجمها 07 أطفال وتوصلت إلى

النتائج التالية:

توجد فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في المهارات الاجتماعية بما

في ذلك الأدب الاجتماعي والمشاركة الاجتماعية والمهارات التواصلية في القياس القبلي

والبعدي، بينما لا توجد فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في مهارة

الاستعداد للتعلم ومهارة التواصل اللفظي وغير اللفظي وحتى مهارة التعبير الانفعالي

للطفل التوحدي في القياس القبلي والبعدي، كما لا توجد فروق بين متوسطي درجات أفراد

المجموعة التجريبية في المهارات الاجتماعية والتواصلية للطفل التوحدي في القياس القبلي

والتتبعي. نشترك في العمل من حيث فئة ( الأطفال ) ومن حيث المنهج المستخدم ومن

حيث استعمال قياسين قبلي وبعدي، والاختلاف بيننا متمثل في البرنامج المطبق.

ما يلفت الانتباه في الدراسات المذكورة آنفا أنها ركزت على دراسة جانب واحد أو جانبين

فقط إما التواصل أو التفاعل الاجتماعي أو العناية بالذات أو السلوك أما جوهر دراستنا

يتمثل في الجمع بين كل هذه الجوانب بتطبيق برنامج علاجي ألا وهو (تيتش) وذلك بتدخل والدي الطفل. إضافة إلى أن كل هذه الدراسات التي تطرقنا إليها لم تدخل الوالدين كشركاء في العمل مع الطفل عكس ما نسعى للقيام به نحن. وهذا ما دفعنا إلى بلورة إشكالية الدراسة فيما يلي:

## II- طرح الإشكالية:

هل تطبيق برنامج علاجي مكثف تيتش (TEACCH) بإشراك الوالدين يساعد على تحسين حالة الطفل المتوحد من حيث الاتصال، والتفاعل الاجتماعي والاستقلالية؟

## التساؤلات الفرعية:

هل استخدام المعينات البصرية وتنظيم البيئة التعليمية يحسن أداء الطفل المتوحد؟

هل تكثيف العمل مع الطفل المتوحد يعطي نتيجة إيجابية؟

من خلال الاطلاع على بعض أدبيات البحث وانطلاقاً من الدراسة الاستطلاعية الأولية للموضوع يمكننا أن نفترض ما يلي:

## III-الفرضية الرئيسية:

إن تعامل الوالدين بجدية مع طفلهما المتوحد وفق برنامج مخطط ومنظم (تيتش) حسب قدراته بالإمكان أن يسهل عملية الاتصال والتفاعل الاجتماعي معه وتحقيق قدر من الاستقلالية رغم عجزه.

### الفرضيتان الجزئيتان:

بالتركيز على نقاط القوة للطفل واستخدام دلائل بصرية وتوفير بيئة داعمة ومناسبة يمكن تحسين مهارات الطفل المتوحد.

الطفل المتوحد بحاجة إلى عمل مكثف بحيث يكون العمل هادفا ومنظما للوصول إلى نتائج إيجابية.

### IV-الكلمات المفتاحية للدراسة: الطفل المتوحد، البرنامج العلاجي ( TEACCH )

#### المفاهيم الإجرائية:

**الطفل المتوحد:** هو ذلك الطفل الذي يعاني من صعوبة أو قصور في المهارات الاجتماعية المعرفية والتي تتمثل في مهارات: الانتباه، التفاعل الاجتماعي والتواصل والاستقلالية والقصور اللغوي كما يعاني من سلوكيات نمطية متكررة غير مرغوبة حيث تظهر هذه الأعراض خلال مرحلة الطفولة المبكرة وقبل أن يتجاوز الطفل العام الثالث.

## البرنامج العلاجي (TEACCH):

### Treatment and Education of Autistic and related : TEACCH Communication Handicapped Children .

تعني الكلمة: علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإِعاقات التواصل المشابهة له.

#### ٧-التعريف الإجرائي للبرنامج العلاجي: هو عبارة عن مجموعة من التمارين

التطبيقية المنظمة والمكيفة حسب الطفل، تعتمد على أدوات بسيطة لا تمثل أي خطورة على الطفل وبإمكان أي عائلة توفيرها، حيث يقوم الوالدان بتطبيق هذه التمارين مع طفلهم داخل المنزل بطريقة منظمة ومستمرة وبكل جدية في فترة زمنية محددة، وكل تمرين له هدف محدد يسعى لتحقيقه.

#### ٦- دوافع وأسباب الدراسة:

أولاً: الإحساس بمعاناة والدي الطفل المتوحد وكل أفراد عائلته من حيث تعقد وغموض الاضطراب من جهة ومن حيث صعوبة فهم الحالة وإيجاد الطريق المناسب للتعامل معها من جهة أخرى.

ثانياً: محاولة إعطاء فرصة للآباء لفهم اضطراب فلذة كبدهم والتعرف والتدريب على البرنامج التعليمي العلاجي (تيتش) ثم تطبيقه في المنزل وفق أهداف مسطرة مسبقاً.

## VII- الهدف من الدراسة:

تهدف الدراسة إلى التعرف على مدى أثر البرنامج العلاجي (TEACCH) المطبق بكل جدية من طرف الوالدين في المنزل في تحسين الطفل المتوحد من ناحية الاتصال، التفاعل الاجتماعي و من حيث الاستقلالية.

## VIII- أهمية موضوع الدراسة:

أما عن أهمية تناول هذا الاضطراب بالدراسة هو السعي وراء الفهم، فإن أهمية دراسة اضطراب التوحد تأتي من أنها تلقي الضوء على مرحلة طبيعية في نمو الطفل وهي الفترة التي يتمركز فيها الطفل حول ذاته، مع وجود فارق مهم هو أن أغلب الأطفال يتجاوزون هذه المرحلة بينما المضطرب ( المتوحد ) يثبت عندها.

بالإضافة إلى قلة المراكز الخاصة باضطراب التوحد على المستوى الوطني مقارنة بالانتشار المتزايد لهذا الأخير مع العلم أن هذه الفئة محرومة من دخول الروضات بسبب أعراض الطفل المتمثلة خاصة في: العدوانية، الحركة المفرطة، عدم التفاعل مع أقرانه وعدم الاستجابة لأوامر المربية، العزلة، إضافة إلى عدم تخصص المربيات وجهل اضطراب الطفل وكيفية التعامل معه ، زيادة على هذا حتى المدارس العادية لا توفر أقساما خاصة بهم وبالتالي ترفض التحاقهم بها. بمعنى أن هذا الطفل لا يتمتع بأي حق من حقوقه ماعدا وجود بعض الجمعيات الخيرية أو مراكز خواص لكن ثمن الحصوص

العلاجية مرتفع و موعد الحصص متباعد ومن المعروف أن التعامل مع هذا الاضطراب يتطلب تكثيف الجهد زائد الاستمرارية في العمل من أجل الوصول إلى نتائج أحسن، لهذا فالحل الأمثل هو تدريب الوالدين على طريقة علاجية معينة وإشراكهم في البرنامج العلاجي والبدء مباشرة في العمل مع أطفالهم داخل المنزل بدلا من البقاء مكتوفي الأيدي والانتظار في فتح مراكز مستقبلية ومواعيد بعيدة مع تضييع وقت كبير من دون فائدة.

### IX- خطة البحث:

نحاول في هذا البحث الاعتماد على خطة علمية منظمة من أجل الوصول إلى الهدف المنشود، وتتمثل خطتنا في ما يلي:

سنتناول في دراسة هذا الموضوع جانبين أساسيين أولهما الجانب نظري وسيتضمن ثلاثة فصول وهي على التوالي: مدخل إلى الدراسة، اضطراب التوحد والبرنامج العلاجي تيتش. كما سيحتوي الجانب التطبيقي أو الميداني على فصل حول منهجية البحث وأدواته وفصل آخر سنتطرق فيه إلى عرض الحالات والبرنامج المطبق معها، أما الفصل الأخير فسنخصصه لمناقشة فرضيات البحث في ظل النتائج المتوصل إليها.

### X-أصالة البحث:

تتمثل أصالة هذه الدراسة في تدريب الوالدين على برنامج تيتش ومساعدتهما على تطبيقه مع الطفل داخل المنزل.

محاولة الوصول بالوالدين إلى الاعتماد على أنفسهما في معالجة مختلف السلوكيات السلبية للطفل، والتعامل بطريقة صحيحة مع المواقف الصعبة التي يواجهونها من جراء هذا الاضطراب.

معرفة تأثير هذا البرنامج على الطفل المصاب بالتوحد خاصة في الجوانب الثلاثة: التواصل، التفاعل الاجتماعي والاستقلالية.

## الفصل الثاني

### اضطراب التوحد

#### I - تعريفه

1. حسب بعض العلماء والقواميس
2. حسب بعض القوانين والجمعيات في العالم

#### II - طيف التوحد

#### III - مفهوم اضطرابات النمو الشاملة

#### IV - الخصائص العامة المميزة لأطفال التوحد

1. الخصائص الاجتماعية
2. الخصائص الحركية
3. الخصائص السلوكية
4. الخصائص التواصلية
5. الخصائص الانفعالية
6. علامات عيادية أخرى

#### V - أسباب اضطراب التوحد

1. وجهة النظر النفسية والسيكودينامية.
2. العوامل العصبية
3. التفسيرات البيولوجية

#### VI - محددات تشخيص التوحد

VII-التشخيص حسب الدليل الإحصائي الرابع المراجع ( DSM IV<sub>TR</sub> )

VIII- ترميز الاضطراب حسب CIM10

IX- أهداف التشخيص

X-الأدوات المستخدمة في تشخيص التوحد

1. مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال (CARS)

2. قائمة سلوك التوحد (ABC)

3. مقياس (CHAT)

4. قائمة الملاحظة التشخيصية للتوحد

XI- أصناف اضطراب التوحد

XII- تصنيف التوحد حسب DSM IV

XIII- التشخيص الفارقي

1. التوحد والإعاقة الذهنية

2. التوحد والإعاقة السمعية الشديدة

3. التوحد واضطراب اللغة الاستقبالية

XIV- علاج التوحد

1-العلاج الطبي

2-العلاج باللعب

3-العلاجات السلوكية المعرفية ( التربوية، التعليمية )

## الفصل الثاني: اضطراب التوحد

### 1-تعريف اضطراب التوحد

يرى الدكتور مكي محمد (بقسم علم النفس بجامعة وهران): " أن استخدام مصطلح التوحد الدال على ما يعرف باللغة الفرنسية بـ Autisme خطأ، فالتوحد في اللغة العربية يعني التقمص: وهو مرادف لكلمة Identification ونظرا لشيوع مصطلح (التوحد) في جل أدبيات البحث فقد أذن لنا باستعمالها واعتمادها في دراستنا هذه، مع أن العبارة الأكثر دقة في هذا المجال هي الانكفائية أو الذاتوية."

عرف التوحد على أنه إعاقة نمائية معقدة تستمر طوال العمر، تظهر عادة خلال الأعوام الثلاثة الأولى وتؤثر على الطريقة التي يتواصل بها الشخص مع غيره، وهذا ما يدعمه قول الدكتور علي عبد الرحيم صالح على أنه إعاقة نمائية تبقى مصاحبة للمصاب به طوال حياته وينتج عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي ويؤثر على تعلم الأطفال وفهمهم واستخدام اللغة وعلى التكيف والتفاعل مع الأحداث والخبرات الحياتية اليومية.<sup>(1)</sup>

لفظ التوحد أطلق لأول مرة من طرف العالم اوجين بلولر Eugène Bleuler سنة 1911 ليشير إلى صعوبات التواصل والتفاعل مع الغير وذلك عند بعض حالات الفصام.<sup>(2)</sup>

<sup>1</sup> صالح علي عبد الرحيم: نظرية العقل لدى الأطفال، التنظير الحديث في النمو المعرفي، مراجعة سناء مجول فيصل، دار صفاء، ط1، عمان/الأردن، 2013، ص:134.

<sup>2</sup> M . Ould-Taleb : Manuel de pédopsychiatrie, OPU, Alger, 2012, p :107.

ومنذ عام 1943 قام ليو كانر Leo kanner بوصفه بـ: "التوحد الطفولي" واسبرجر Hans Asperger عام 1944 وصفه "بالمريض التوحدي" لقد شخّص كل من كانر واسبرجر التوحد على أنه اضطراب نمائي مختلف ومتفرد بشكل ملحوظ<sup>(1)</sup>. كما أن التوحد يؤثر على النمو الطبيعي للمخ في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل.<sup>(2)</sup> مع العلم أنه يحدث في كل المجتمعات بصرف النظر عن اللون والأصول العرقية أو الطائفية أو الخلفية الاجتماعية، وحسب معلوماتي لم تكتشف حتى الآن عوامل سيكولوجية أو بيئية مسببة للإصابة بالتوحد بل يغلب الظن أن العوامل المسببة ذات جذور عضوية في المخ .

**1- التوحد حسب قاموس علم النفس:** هو انطواء مفرط على الذات، منفصل عن الواقع وتعزيز الحياة التخيلية.<sup>(3)</sup>

## 2- التوحد حسب بعض العلماء:

أ- ليو كانر Leo Kanner: يعرف كانر التوحد على أنه حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم، إضافة إلى وصفه أن لهم اضطرابات لغوية حادة.

<sup>1</sup> الإمام محمد صالح و الجوالده فؤاد عيد: التوحد ونظرية العقل، دار الثقافة، عمان، ب ط، 2010، ص: 19.

<sup>2</sup> مجدي محمد أحمد عبد الله: الطب النفسي للأطفال بين النظرية والتطبيق، دار المعرفة الجامعية، ط1، الإسكندرية/ مصر، 2010، ص:324.

<sup>3</sup>Sillamy Norbert :Dictionnaire de psychologie , IN EXTENSO, Paris, 2003, p :31.

ب-كريك **krek**: يرى بأنه حالة من الاضطراب تصيب الأطفال في السنوات الثلاث الأولى من العمر، حيث يشمل الاضطراب عدم قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ذات معنى، وأنه يعاني من اضطراب في الإدراك وضعف الدافعية كما لديه خلل في تطور الوظائف المعرفية وعدم القدرة على فهم المفاهيم الزمنية والمكانية، ولديه عجز شديد في استعمال اللغة وتطورها، وأنه يعاني من ما يوصف باللعب النمطي وضعف القدرة على التخيل ومقاومة التغيرات في بيئته.

ت-روتر **Rutter** : حدد ثلاث خصائص رئيسية للتوحد وهي: إعاقة في العلاقات الاجتماعية، نمو لغوي متأخر أو منحرف، سلوك طقوسي أو استحواذي أو الإصرار على التماثل. (1)

ث-مريكا **Marika**: تعرفه بأنه مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على الانتباه والتواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، فضلا عن وجود النشاط الحركي الزائد. (2)

### 3-تعريف التوحد حسب بعض القوانين والجمعيات في العالم:

أ- تعريف القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين: التوحد هو إعاقة تطويرية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي، التفاعل الاجتماعي، وتظهر

<sup>1</sup> العبادي رائد خليل: التوحد، مكتبة المجتمع العربي، عمان، ط1، 2006، ص،ص: 12،13.

<sup>2</sup> محمد عادل عبد الله: الأطفال التوحديون، دار الرشاد، القاهرة، ط1، 2002، ص: 16.

الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر كما تؤثر سلباً على أداء الطفل التربوي، ومن الخصائص والمظاهر الأخرى التي ترتبط بالتوحد هو انشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومة التغيير البيئي أو مقاومته للتغيير في الروتين اليومي، إضافة إلى الاستجابة غير الاعتيادية أو غير الطبيعية للاستجابات الحسية.<sup>(1)</sup>

**ب-تعريف جمعية التوحد الوطنية في بريطانيا**

**National Autistic Society (N A S)**

التوحد عبارة عن إعاقة تؤثر على الطريقة التي يتواصل بها الطفل مع الناس من حوله، وعلى الرغم من أنه حالة تتميز بدرجات واسعة النطاق من الشدة، إلا أن جميع الذين يعانون من التوحد يتميزون بثالوث من الإعاقات في:

التفاعل الاجتماعي ، الاتصال الاجتماعي ، التخيل،

بالإضافة إلى هذا الثالوث تعتبر النماذج السلوكية المتكررة خاصة ملحوظة لديهم.

<sup>1</sup> الزريقات عبد الله فرج : التوحد، الخصائص والعلاج، دار وائل، الأردن، ب ط، 2004، ص:33.

## ج-تعريف جمعية التوحد في أمريكا:

تعتبر التوحد إعاقة نمائية شديدة تستمر طوال الحياة وتظهر عادة خلال الأعوام الثلاثة الأولى من العمر، ويؤثر التوحد في النمو السوي للدماغ في المجالات التي تتحكم بالثلاثية التالية:

الاتصال اللفظي وغير اللفظي، التفاعل الاجتماعي، التطور الحسي. (1)

د-تعريف مركز دبي للتوحد: هو عجز يصاحب الشخص طوال مراحل تطوره فيؤثر على طريقة اتصاله بالآخرين وعلى علاقاته بالناس المحيطين به ويكون لديه صعوبة في التعلم ويكون قادرا على القيام ببعض المهارات بصورة أفضل من غيرها. (2)

II-طيف التوحد: تشير كلمة طيف إلى وجود تباين واسع في سلوك الطفل المتوحد يكون على شكل طيف يمتد من حالات معتدلة إلى حالات حادة، وغالبا ما يصف الأطباء المرض بأنه اضطراب نمائي واسع الانتشار، وهو ما يعني أنه يصيب كل نواحي حياة الطفل اليومية. (3) ويستخدم هذا المصطلح في وصف مجموعة من الاضطرابات والتي تشترك في ضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي والتخيل، ويطلق

<sup>1</sup>الإمام محمد صالح و الجوالده فؤاد عيد: التوحد ونظرية العقل، مرجع سبق ذكره، ص:21.

<sup>2</sup> مجدي أحمد عبد الله: طيف التوحد واستراتيجيات التدخل المبكر التشخيص والعلاج، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية/مصر، 2013، ص:27.

<sup>3</sup> كولين تيريل و تيري باسينجر: التوحد، فرط الحركة، خلل القراءة والأداء، ترجمة: مارك عبود، مرجع سبق ذكره، ص:48.

عليها أيضا اسم الاضطرابات النمائية الشاملة، ويعتبر التوحد من أشد الاضطرابات النمائية الشاملة والمعترف به من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي<sup>(1)</sup>

يشتمل اضطراب الطيف التوحدي على مايلي:

1. متلازمة اسبرجر: يطلق عليه التوحد من المستوى العالي أو زملة أسبرجر أطلق

هذا الوصف هانز اسبرجر عام 1944 Hans Asperger وهم أطفال لهم مشكل

حاد في التفاعل الاجتماعي، ليس لديهم تأخر في المكتسبات اللغوية لكنها مركزة

على أنشطة قليلة جدا إنتقائية وكثيفة، كما لديهم قدرات عقلية عالية وواضحة،

علاقاتهم غير وظيفية مع صعوبة دمجهم في المجتمع.<sup>(2)</sup>

هو اضطراب شبيه بالتوحد البسيط وغالبا المصابون به يظهرون تأخرا ملحوظا في

المعرفة واللغة.

2. اضطراب ريت: يمتاز بتطور طبيعي من خمسة أشهر إلى أربع سنوات متبوعا

بانحدار و إعاقة عقلية.

3. اضطراب انحلال أو تفكك الطفولة:

يتصف بتطور طبيعي على الأقل من سنتين حتى عشر سنوات متبوعا بفقدان

ملحوظ في المهارات.

<sup>1</sup> آل إسماعيل حازم رضوان: التوحد واضطرابات التواصل، دار مجدلاوي، عمان، ط1، 2011-2012، ص:12.  
<sup>2</sup>AMY Marie-Dominique:comment aider l'enfant autiste, approche psychothérapique et éducative, DUNOD, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, 2009, p :24.

4. الاضطراب النمائي العام غير المحدد: هو تأخر عام في النمو غير موجود في

المعيار التشخيصي.<sup>(1)</sup>

بما أن التوحد مدرج ضمن اضطرابات النمو الشاملة واجب علينا توضيح معناها

### III- مفهوم اضطرابات النمو الشاملة:

"هي اضطرابات تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي

أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات." <sup>(2)</sup>

### IV- الخصائص المميزة لأطفال التوحد

توجد خصائص عديدة تميز الطفل التوحدي عن غيره من الأطفال العاديين وأيضاً

الأطفال غير العاديين في فئات ذوي الاحتياجات الخاصة الأخرى كالإعاقة العقلية،

السمعية أو البصرية على سبيل المثال حيث يصعب علينا الحكم على أطفال التوحد أو

وصفهم بالإعاقة قبل التأكد من ذلك كما أن جلمهم ببنية جسمية جيدة ومظهر جميل، فقد

أجمعت أدبيات البحث في التربية الخاصة على تميز أطفال التوحد بخصائص متعددة

نورد منها مايلي:

<sup>1</sup> عواد أحمد أحمد و البلوي نادية صالح: *الاتجاهات المعاصرة في تشخيص وعلاج التوحد*، مجلة الطفولة والتربية الاردن، ع 06، السنة الثالثة، 2011، ص، ص:148-149.

<sup>2</sup> طارق عامر: *الطفل التوحدي*، دار اليازوري العلمية، الأردن، ط4، 2008، ص: 15.

## 1- الخصائص الاجتماعية: يواجه هؤلاء الأطفال قصورا في المهارات الاجتماعية

والتي بدورها تظهر في الحد من قدرتهم على التفاعل الاجتماعي والتواصل وقد أشار **كانر** إلى هذه الخصائص حيث أكد أن السمة الرئيسية في هذا الاضطراب هي الضعف والانحراف الاجتماعي وقارن بين السلوك الاجتماعي للأطفال العاديين والأطفال التوحديين، حيث يعتبر انحراف النمو الاجتماعي عن مساره الطبيعي من أكثر وأشد الملامح المميزة لهذا الاضطراب، ومعظمهم قليلو التفاعل الاجتماعي لذلك يوصفون بأنهم منعزلون عن الآخرين، كما أنهم يتسمون بقصور بالنسبة لسلوك التعلق الطفلي وفشل مبكر في الارتباط النوعي بشخص ما وهم غالبا لا يهتمون بالتعرف أو التمييز بين الأشخاص المحيطين به كالأباء والإخوة وغيرهم إضافة إلى هذا عدم القدرة على التواصل البصري، الذي يعتبر أحد أشكال التفاعل مع الآخرين؛ لأنه يساعد على فهم أفكار الآخرين ورغباتهم واحتياجاتهم وهو أساس لتطور المجالات الاجتماعية والعاطفية واللغوية التي تستمر في تطورها طيلة حياة الإنسان.

## 2- الخصائص الحركية: توصف هاته الفئة من الأطفال ببعض جوانب النمو الحركي

غير الطبيعية فهم يقفون بطريقة خاصة حيث يقفون ورؤوسهم منحنية للأسفل كما أنهم ينظرون ويحملقون تحت أقدامهم وتبدوا أذرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع كما تبدوا الحركات التي يقومون بها متكررة في معظم الأحيان؛ فقد يضربون

الأرض بأقدامهم أو يحركون أيديهم بشكل حركة الطائر وهذا بشكل متكرر وهذه السلوكيات المتكررة مرتبطة بأوقات يكون فيها الطفل مبتهج أو مستغرق في بعض الخبرات الحسية كمشاهدة مصدر للنور يضيء و يطفى<sup>(1)</sup>.

**3-الخصائص السلوكية:** للطفل التوحدي سلوك محدود وضيق المدى فيظهر في سلوكه نوبات انفعالية حادة، وهذا السلوك لا يؤدي إلى نمو الذات ويكون مصدر إزعاج للآخرين، حيث أن معظم سلوكهم يبدو بسيطا كتدوير قلم بين أصابعه أو فك وربط رباط حذائه مما يجعل الملاحظ لهذا السلوك يرى الطفل التوحدي وكأنه مرغم على هذا الأداء أو أن هناك نزعة قسرية لتحقيق التشابه في كل شيء وأن التغيير في أي سلوك يؤدي إلى مشاعر مؤلمة لدى هذا الطفل.

**4-الخصائص التواصلية:** خاصية التواصل مشكلة كبيرة لدى هاته الفئة حيث تظهر في صورة انخفاض في مهارات الاتصال وعجز في التعبير عن المشاعر و الانفعالات، فتظهر لديهم بعض السلوكيات الدالة على الغضب ويتمثل ذلك في قذفهم لبعض الأشياء التي تكون بأيديهم بهدف جذب انتباه الآخرين إلى حدث أو موضوع معين غير قادرين على التعبير عنه لغويا، كما قد يقوم بإيذاء الذات للفت أنظار من حوله.

توجد لدى هذه الشريحة من الأطفال ما يسمى بـ:

<sup>1</sup> عواد أحمد أحمد و البلوي نادية صالح: الاتجاهات المعاصرة في تشخيص وعلاج اضطراب التوحد، ، مرجع سبق ذكره ، ص،ص: 151،152.

5-المصاداة (ترديد الكلام) وتعتبر من أكثر السمات اللغوية شيوعا عندهم وتصيب

حوالي 75% منهم حيث يكرر الطفل الكلام بنفس الطريقة وتنقسم المصاداة إلى

ثلاثة فئات:

أ- المصاداة الفورية: تحدث مباشرة بعد سماع الكلمات التي قيلت خلال ثوان من

العبارة المسموعة، وهي تكرار لنفس الكلمات المنطوقة وتتكون من مقطع أو أكثر

وهي ترديد جامد لنفس الكلمات أو الجمل المنطوقة.

ب-المصاداة المتأخرة: تحدث بعد دقائق أو عدة أيام حيث يسترجع الطفل الجمل أو

الكلمات من الذاكرة طويلة المدى.

ج- المصاداة المخففة: ترديد الكلمات أو الجمل بعد حدوث تعديلات فيها حيث يغير

الطفل أو يبدل أو يضيف في نبرة الصوت، وهذا يدل على فهم الطفل للغة الاستقبالية

وهي قد تكون متأخرة في بعض الأحيان وقد تكون فورية.<sup>(1)</sup>

6-الخصائص الانفعالية: "هناك مجموعة من ردود الفعل الانفعالية لدى الطفل

التوحيدي مثل عدم الخوف من الأشياء الخطيرة وقد يشعر بالذعر من الأشياء

غير الضارة، ليس لديه القدرة على فهم مشاعر الأشخاص من حوله وقد يتعرض

<sup>1</sup> سالم أسامة فاروق مصطفى: اضطرابات التواصل بين النظرية والتطبيق، دار المسيرة، ط1، عمان/ الأردن، 2014، ص: 304.

لنوبات من البكاء والصراخ من دون سبب واضح، أي أن هناك تقلب مزاجي مرتفع لدى هذا الأخير." (1)

أما بالنسبة لقدرات التخيل عند هذه الفئة من الأطفال فهي غالباً محدودة، التطور في اللعب الاجتماعي والعمل الظاهر هو في أغلب الأحيان قليل وهذا راجع إلى الصعوبة في فهم عواطف ومقاصد الآخرين أو التكيف ودمج أحداث الماضي أو توقع المستقبل. (2)

### 7-علامات عيادية أخرى:

تأخر في النمو، اضطراب النوم، اضطراب الأكل، مشاكل في اكتساب النظافة، مشاكل في الحركة، مشاكل حسية، اضطرابات انفعالية. (3)

### V-أسباب اضطراب التوحد:

يعتبر التوحد من الإعاقات النمائية التي مازال يحيطها الكثير من الغموض في كافة جوانبها لاسيما الاتفاق على تحديد العوامل المسببة لها فهل هي نفسية، عضوية، وراثية، بيوكيميائية أم هي نتيجة لتفاعل هذه العوامل؟ أم أنها ليست هذا ولا ذلك، ولكنها نتيجة لعوامل مسببة أخرى ما زلنا نجهلها تماماً؟

<sup>1</sup> خطاب محمد أحمد: سيكولوجية الطفل التوحدي، دار الثقافة، ب ط، الأردن، 2009، ص:36.

<sup>2</sup> Barthélémy Catherine et al :**Les personnes atteintes d'autisme . Identification, compréhension, intervention**, Autisme europ aisbl,brussels , belgium, 2006, p : 04.

<sup>3</sup> Rogé Bernadette : **Autisme comprendre et agir, santé , éducation, insertion**, DUNOD , Paris, 2003, pp : 23-30.

ونتيجة لتباين وجهات النظر التي اهتمت بتحديد أسباب التوحد وتباين الأنساق الفكرية والوحدات التفسيرية والأطر النظرية التي تبنتها كل وجهة، يمكن أن نصف وجهات النظر هذه في الأطر النظرية الآتية:

### 1-وجهة النظر النفسية والسيكودينامية: تعتبر النظرية السيكودينامية من أقدم

النظريات في تفسير الأسباب المتوقعة للتوحد، حيث يرى أنصار هذه النظرية :

كانر، اسبرجر، جولد فارب، بتلهيم، ريملاندد... أن التوحد ينشأ عن خبرات مبكرة

غير مشبعة وتهديدية، فينشأ الأساس المرضي نتيجة فشل "أنا" الطفل في تكوين

إدراكه نحو الأم، والتي تكون بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي، وبالتالي لم

تسمح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر

منفصل عنه، وقد قدم كانر وصفا تفصيليا لآباء الأطفال التوحديين فوصفهم

بالتبльд الانفعالي، البرود العاطفي، الرغبة في الاستحواذ، العزوف عن الآخرين،

أكثر قلقا ولديهم ضعف في دفء العلاقات الأبوية، ضعف عام في ملامح

الشخصية ويميلون إلى الآلية في كل شيء، كما أن لديهم ذكاء ملحوظا وأكد أن

الوالدين لا يرغبان في وجود هذا الطفل.كما وافقت ميللر ما وصفه كانر وأكدت

عليه إلا أنها أضافت أن آباء وأمهات هؤلاء الأطفال كانوا من ذوي المستويات

والمراكز التربوية العالية. مع العلم أنهم أطلقوا على الأم اسم الأم الثلجة للتعبير عن عواطفها نحو طفلها.<sup>(1)</sup>

2-العوامل العصبية: اضطراب التوحد حالة لها أصول عصبية نمائية حيث يعزى التوحد إلى حدوث أمراض في المخ وأوضحت دراسات وفحوصات الرنين المغناطيسي أن حجم المخ عند الأطفال التوحديين أكبر من الأطفال الأسوياء على الرغم من أن التوحديين المصابين بتخلف عقلي شديد تكون رؤوسهم أصغر حجماً، والنسبة الكبيرة من الزيادة في الحجم حدثت في كل من الفص القفوي والفص الجداري وأظهر الفحص العصبي للأطفال الذين يعانون من التوحد انخفاضاً في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ التي تحتوي على الفص الجداري مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية والاستجابة السوية واللغة، أما باقي الأعراض تتولد نتيجة اضطراب في الفص الأمامي ويضع الباحثون احتمالاً بنشوء مشكلات تتجم عن هذا التطور النوعي والكمي المعقد للدماغ الذي يحوي بلايين الخلايا كأن تذهب بعض الخلايا إلى أماكن أو مواقع خاطئة في الدماغ، أو عطل يصيب المسالك العصبية أو خلل في المرسلات أو النواقل العصبية التي تمرر الإشارة

<sup>1</sup> القمش مصطفى نوري: اضطرابات التوحد، مرجع سبق ذكره، ص،ص: 31 - 33.

من خلية إلى أخرى.<sup>1</sup> وحديثاً فإن صور الرنين المغناطيسي (IRM) قد كشفت عن افتراض مظاهر شاذة في فصوص المخ ولحائه (قشرة المخ).<sup>(2)</sup>

3-التفسيرات البيولوجية: خلال العقود القليلة الماضية حاول الباحثون تحديد دور العوامل البيولوجية في التوحد وقد كانت التفسيرات البيولوجية شائعة لسببين وهما أولاً: أن الاضطراب يكتشف مبكراً غالباً عند الميلاد حيث أن العوامل البيئية لها وقت قليل نسبياً للتأثير.

ثانياً: أن العوامل البيولوجية تبدو أحياناً أنها تقدم التفسير الممكن الوحيد للأعراض المتنوعة والمتناقضة، رغم ذلك فإن البحث لم يقدم حتى الآن فهماً بيولوجياً واضحاً لهذا الاضطراب ويقترح بعض الباحثون وجود صلة بين التوحد وصعوبات ما قبل الولادة أو الولادة المتعثرة وحسب الكاتب حسين فايد يقترح بعض الباحثين وجود قصور في الفص الصدغي الذي يعتقد أنه متعلق بالتلفيات اللغوية والاجتماعية الموجودة لدى الأفراد التوحديين، كما يقترح عدد من المنظرين أن جميع العوامل البيولوجية ( جينية، قبل الولادة، أثناء و بعد الولادة ) تؤدي في النهاية إلى مشكلة في الدماغ مما يؤدي إلى التوحد وتتمثل المشكلة في الشذوذ في

<sup>1</sup> مصطفى أسامة فاروق و الشربيني السيد كامل: التوحد الأسباب، التشخيص، العلاج، دار المسيرة، الأردن، ط1،

2011 ص: 43.

<sup>2</sup> عبد المعطي حسن مصطفى: الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة الأسباب التشخيص- العلاج، دار القاهرة، ط1، القاهرة/ مصر، 2003 ص: 558.

لحاء المخ والشذوذ في النظام المنشط المشبكي واختلال التوازن الخاص بالناقلات

العصبية مثل زيادة نشاط السيروتونين أو الدوبامين.<sup>(1)</sup>

## VI- ترميز وأهداف التشخيص ومحكّاته وأدواته في اضطرابات التوحد

### 1- ترميز الاضطراب حسب CIM10:

الاضطرابات المجتاحة للنمو (F84).

التوحد الطفولي (F84.0).

التوحد الشاذ (F84.1).

زملة ريت (F84.2).<sup>(2)</sup>

### 2- أهداف التشخيص:

" يعد تشخيص التوحد من الأمور الصعبة التي يواجهونها المختصون والأهل لأن تشخيص الطفل التوحدي يعتمد بشكل كبير على السلوكيات التي تظهر عليه لأنه لا توجد علامات جسدية أو دلالات بيولوجية تشير إلى إصابة الطفل بالتوحد لذلك من المهم أن يكون هناك دقة في تقييم وتشخيص الطفل على أنه مصاب بالتوحد".<sup>3</sup>

<sup>1</sup> فايد حسين: علم النفس المرضي (السيكوباتولوجي)، حورس الدولية للنشر والتوزيع ومؤسسة طبية للنشر والتوزيع، القاهرة/مصر، ط1، 2004، ص، ص: 334-335.

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : **classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes**, CIM10 , 2<sup>o</sup> version , institut canadien d'information sur la santé, 2009, p :277.

<sup>3</sup> محسن محمود أحمد الكيكي: المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهد الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، المجلد 11، العدد 01.

يعتبر التشخيص المرحلة الأكثر أهمية في تحديد حالة الطفل و تقرير فيما إذا كان يعاني من التوحد أم لا هذا بالإضافة إلى اعتماد أنواع الخدمات المرشح للطفل تلقياها، وعلى نحو عام فإن أهداف التشخيص تتمثل فيما يلي:

وضع أهداف علاجية.

تحديد كثافة العلاج والمجالات التي يحققها العلاج.

توفير للأسرة معلومات حول التغيرات النمائية المتوقعة بسبب طبيعة الاضطراب.

التشخيص يساعد الأخصائي على مناقشة خصائص التوحد غير الموجودة في القياس.

التشخيص يساعد في تقرير التطور في الاضطراب والعلاج.

وضع فرضيات حول طبيعة الاضطراب وتحديد طرق العلاج المناسبة.<sup>(1)</sup>

بالرغم من الصعوبات التي واجهت عملية تشخيص حالات التوحد فإن العلماء والباحثين

حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير والمحكات الأساسية التي تشخص على

أساسها حالات التوحد، ومن أقدم وأول هذه المعايير التي وضعها ليو كانر **kanner**

**Leo** وكررها في كتاباته وهي كالتالي:

1. سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين.

<sup>1</sup> الزريقات إبراهيم عبد الله فرج: التوحد السلوك والتشخيص والعلاج، دار وائل للنشر، الأردن، ط1، 2010،

2. التمسك الشديد بمقاومة أي تغيير في البيئة الفيزيائية المحيطة به من حيث

المأكل، الملبس، ترتيب الأثاث وروتين الحياة اليومية.

3. يفضل التعلق والارتباط بالأشياء والتعاطف معها أكثر من الارتباط بالناس جميعا

ومنهم أبواه وإخوته.

4. عدم القدرة على الكلام ويظهر كأنه أصم وأبكم أو يتكلم بلغة مجازية أو همهمة

غير مفهومة لا جدوى منها في تحقيق الاتصال بالآخرين.

5. عدم ظهور الهلوسات والهلذات في سلوكه، كما أنه يتمتع بصحة جيدة.

6. رغم كل جوانب القصور التي تميز الطفل التوحدي فإنه أحيانا يأتي ببعض

الأعمال التي تدل على قدرات غير عادية كأن يقوم بعملية حسابية معقدة أو يبدي

مهارة في الرسم والموسيقى أو الغناء بشكل طفرات فجائية، أو يتذكر خبرة قديمة

حتى لو كانت بلغة أجنبية لا يتقنها.<sup>(1)</sup>

### 3-التشخيص حسب الدليل الإحصائي الرابع المراجع (DSM IV TR)

يتضمن هذا الدليل ثلاث مجموعات رئيسية تدرج منها عدة عناصر:

أولاً: أن تتطابق على الأقل 06 أعراض من المجموعات التالية على أن تتوزع

كالتالي: 02 على الأقل من المجموعة الأولى، 01 من المجموعة الثانية، 01 من المجموعة

الثالثة.

<sup>1</sup> القمش مصطفى نوري: اضطرابات التوحد، مرجع سبق ذكره، ص، ص: 104 - 105.

### المجموعة الأولى: عجز واضح في التفاعل الاجتماعي يظهر في:

1. قصور واضح في استخدام وسائل التواصل غير اللفظي مثل التواصل البصري وتعبيرات الوجه ووضع الجسد والإيماءات.
2. عدم القدرة على تكوين علاقات صداقة مع الآخرين.
3. عدم القدرة على مشاركة الآخرين اهتماماتهم وانجازاتهم.
4. عدم القدرة على التبادل العاطفي أو الاجتماعي.

### المجموعة الثانية: قصور نوعي في التواصل ويظهر في أحد هذه العناصر:

1. تأخر في تطور الكلام أو فقدانه كلياً.
2. بالنسبة للقادرين على الكلام يظهر لديهم عجز واضح في القدرة على المبادرة إلى الحديث أو الاستمرار فيه مع الآخرين.
3. استخدام متكرر وثابت للغة<sup>(1)</sup>.
4. عدم القدرة على ممارسة اللعب التمثيلي التلقائي والمتنوع واللعب من خلال التقليد الاجتماعي مما يتناسب مع مستوى النمو.

### المجموعة الثالثة: محدودية الأنشطة والاهتمامات ويظهر في أحد العناصر التالية:

<sup>1</sup> A .P.A.DSM<sup>IV-R</sup> (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux .) 4<sup>e</sup> Edition, Française par : GUEIFI Julier Daniel et al. Masson. Paris : 1989 , p :87 .

1. انشغال متواصل باهتمام نمطي غير طبيعي من حيث شدته ومدى التركيز عليه.
2. تعلق غير طبيعي ببعض العادات أو الأمور الروتينية التي لا معنى لها.
3. حركات جسدية نمطية ومتكررة مثل ررفة اليدين.
4. الانشغال المفرط بأجزاء الأشياء.

ثانياً: قبل سن الثالثة يظهر على الطفل تأخر أو سلوك غير طبيعي في أحد الجوانب التالية: التفاعل الاجتماعي، استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي، اللعب الرمزي أو التخيلي.<sup>(1)</sup>

4-الأدوات المستخدمة في تشخيص التوحد: إن حالة الطفل التوحدي تتطلب تضافر جهود مجموعة من المختصين أو المهتمين بحالة الطفل وتوجد العديد من الأساليب التشخيصية التي يمكن استخدامها مع الحالة نذكر على سبيل المثال لا الحصر مايلي:

#### أ- مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال (CARS):

ينسب للعالم "شوبلر" في أوائل السبعينيات ويعتمد على ملاحظة سلوك الطفل بمؤشر به 15 درجة ويقيم المختصون سلوك الطفل من خلال:علاقته بالناس، التعبير الجسدي، التكيف مع الغير، استجابة الاستماع لغيره، الاتصال الشفهي.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> A .P.A.DSM<sup>IV-R</sup> (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux) , ( OP.cit)-p :87.

<sup>2</sup> السلمي عبد الله بن مرشود: فاعلية استخدام أساليب الاشراف الكلاسيكي لدى ثرونديك في تنمية السلوك التكيفي لدى أطفال التوحد بمكة المكرمة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، 2008-2009، ص:26.

## ب- قائمة سلوك التوحد (A B C):

قام ثلاثة من علماء النفس المهتمين بإعاقاة التوحد وهم كرج، أريك، ألموند (krug, Arik Almond) (1980) بإعداد هذه القائمة للتعرف على أطفال التوحد واتسمت هذه القائمة بالبساطة والدقة في التشخيص وإمكانية استخدامها في تصنيف الأطفال ذوي الإعاقات الخاصة ، كما أنها تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات وقد استخدمها مورجان Morgan(1988) في مجال التعليم تحت اسم استمارة فرز حالات الأوتيزم في مجال التخطيط التعليمي.

(ASIEP): للتعرف على خصائص بروفيل المجموعات العمرية المختلفة، وتكونت

(ABC) من (58) سلوكا موزع على 05 أبعاد تتمثل في:

1. تقييم التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ورعاية الذات.
2. تقييم الاستجابات على المثيرات الحسية والصوتية والمرئية.
3. تقييم الاحتياجات التعليمية في المجال اللغوي.
4. تقييم القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي.
5. تقدير القدرات العقلية والقابلية للتعلم وسرعة اكتساب الخبرات. (1)

<sup>1</sup> سهام علي عبد الغفار عليه: فعالية كل من برنامج ارشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية (الأوتيزم)، أطروحة دكتوراه، جامعة طنطا، مصر، 1999، ص: 63.

## ت - مقياس (CH .A.T):

هذا المقياس أعده كوهن وآخرون (Baron-Cohen & al) سنة 1992 للكشف المبكر عن التوحد البسيط سهل الإستعمال من طرف الوالدين والمختصين، الإجابة تكون بنعم أولاً وهو يتكون من 14 سؤال يمكن استعماله بدءاً من 18 شهراً، تسعة أسئلة تطرح على الوالدين أما الخمسة المتبقية يجيب عليهم المختص وذلك من خلال ملاحظته المباشرة حضور وغياب السلوكات الحاسمة، هذه الأسئلة تكشف عن الميادين الدقيقة مثل الصعوبات عند الطفل المتوحد، التفاعل الاجتماعي، التواصل، التقليد، اللعب، الانتباه المتصل البصري، استعمال الإشارة لطلب شيء ما.<sup>(1)</sup>

ث- قائمة الملاحظة التشخيصية للتوحد: يتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة أخصائي وذلك قبل عمر ثلاث سنوات وإذا اجتمعت ثلاث أنواع من السلوكيات سويًا لدى الطفل يتم تشخيصه بالتوحد والقائمة التالية يمكن أن تساعد على الكشف عن وجود التوحد عند الأطفال علماً أنه لا يوجد بند يمكن أن يكون جوهري لوحده وفي حالة اختبار طفلاً ما وأظهر سبعة أو أكثر من هذه السمات فإن تشخيص التوحد يجب أن يؤخذ في الاعتبار بصورة جادة وبنود هذه القائمة هي:

<sup>1</sup>Tourette Catherine: *Évaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement*, DUNOD, Paris, 2006, p :248 .

الصعوبة في الاختلاط والتفاعل مع الآخرين، يتصرف كأنه أصم، يقاوم التعلم، يقاوم تغيير الروتين، ضحك وقهقهة غير مناسبة، لا يبدي خوفا من المخاطر، يشير بالإيماءات، لا يحب العناق، فرط الحركة، انعدام التواصل البصري، تدوير الأجسام واللعب بها، ارتباط غير مناسب بالأجسام والأشياء، يطيل الفناء في اللعب الانفرادي، أسلوب متحفظ وفاتر المشاعر.<sup>(1)</sup>

## VII-أصناف اضطراب التوحد

تم تصنيف هذا الأخير إلى أشكال مختلفة حيث أن ماري كولمان قسمته إلى ثلاثة مجموعات وهي كالتالي:

**المجموعة الأولى: ظاهرة التوحد الكلاسيكي:** يظهر لدى الأطفال في هذه المجموعة علامات من ضعف الجهاز العصبي يمكن ملاحظتها في وقت مبكر، ويمكن تحسن وضعهم ما بين 5-7 سنوات.

**المجموعة الثانية: ظاهرة انفصام في الطفولة مع علامات التوحد:** تشبه المجموعة الأولى لكن لا يظهر في وقت مبكر إنما يظهر في وقت متأخر بعد 30 شهرا وتظهر عليهم علامات نفسية بالإضافة إلى النوع الكلاسيكي الذي عرفه ليو كانر.

<sup>1</sup> وليد خليفة وآخرون: التوحد بين النظرية والتطبيق، دار الفكر، ط1، عمان/الأردن، 2013، ص:ص: 43-44.

المجموعة الثالثة: ظاهرة التوحد بتلف الدماغ: يظهر عليهم مرض في الجهاز العضوي مثل العمى أو الصمم.

يمكن تقسيمه تبعاً لمستوى التفاعلات الاجتماعية إلى ثلاث مجموعات:

أولاً المجموعة المنعزلة: هي المجموعة الكلاسيكية للتوحد ويتميز الأطفال في هذه المجموعة أنهم منعزلين غير قادرين على الاتصال والتفاعل الاجتماعي ويرفضون أي نوع من أنواع الاتصال الاجتماعي من قبل الآخرين.

ثانياً المجموعة الإيجابية النشطة: هي مجموعة اسبرجر حيث يتميز هؤلاء الأطفال بالنشاط والفعالية ولكنهم غريبو الأطوار.

ثالثاً المجموعة السلبية: لا يقومون الأطفال في هذه المجموعة بأي محاولة اتصال اجتماعي تلقائية للتقرب من الآخرين لكنهم يقبلون محاولات الآخرين للاتصال بهم والتفاعل معهم.<sup>(1)</sup>

-تصنيف التوحد حسب الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM IV 1994): وضعت هذه الرابطة تصنيفين للتوحد وهما:

التوحد الطفولي بوجود الأعراض كاملة.

<sup>1</sup> لمفون رفاه بنت جمال يحي: تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لعينة من المراهقين ذوي اضطراب التوحد، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، السعودية، 2011-2012، ص: 26.

التوحد الطفولي بالأعراض المتبقية.

المحكات التشخيصية ذات الأعراض الكاملة تتمثل في:

بدء المرض قبل 36 شهرا، عدم القدرة على الاستجابة للآخرين ، اضطراب لغوي شديد، أنماط كلام غريب مثل تقليد الكلام وقلب الضمائر، استجابات غريبة، غياب الأوهام والهالوس وفقدان الترابط وغياب الكلام كما في الفصام.<sup>(1)</sup>

### VIII-التشخيص الفارقي:

ليس من السهل وضع تشخيص التوحد لأن هناك سلوكيات وميزات للتوحد موجودة في أشكال مختلفة من الأمراض العقلية، هذا التشخيص الفارقي أضاف فوائد جوهرية للعلاج الطبي والنفسي.<sup>(2)</sup>

#### 1-الفوارق التشخيصية بين التوحد والإعاقة الذهنية ( التخلف العقلي): هناك خلط بين

التوحد والإعاقة العقلية كون بعض خصائص الإعاقة العقلية تشبه السلوكيات التي يبديها الطفل التوحدي لذا لابد التفريق في عدد من النقاط المهمة والتي نوضحها في الجدول التالي:<sup>3</sup>

<sup>1</sup> فران تهاني موسى عبد الله: الاتجاهات الوالدية نحو الطفل التوحدي وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية، 2002-2003، ص:33.

<sup>2</sup>DALLA PIAZZA Serge et DAN Bernad :Handicaps et Déficiences de l'enfant, de boeck université, 1<sup>er</sup> édition, Belgique, 2003, p :213 .

<sup>3</sup> المغلوث فهد بن حمد: التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه؟، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر، الرياض/ السعودية، ط1، 2006، ص:85.

جدول رقم (01) يوضح الفرق بين التوحد والإعاقة الذهنية.

أطفال الإعاقة الذهنية	أطفال التوحد
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ يتعلقون بالآخرين ولديهم نسبية وعي اجتماعي.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ لا يوجد لديهم تعلق بالآخرين حتى مع وجود ذكاء متوسط لديهم.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ غير موجود لديهم.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ لديهم قدرة على المهمات غير اللفظية وخاصة الإدراك الحركي والبصري .</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ كمية اللغة واستخدامها للتواصل مناسبة لذكائهم.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ كمية اللغة واستخدامها للتواصل غير موجودة وان وجدت فإنها تكون غير عادية.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ العيوب الجسمية كثيرة لديهم.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ نسبة وجود العيوب الجسمية لديهم قليلة.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ يختلفون في نوع السلوك النمطي الذي يظهرونه.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ توجد لديهم سلوكيات نمطية شائعة تشمل حركات الذراعين، اليدين، التأرجح...الخ.</li> </ul>

## 2- الإعاقة السمعية الشديدة أو الصمم الفطري (الخلقي):

أطفال التوحد غالبا ما يكونوا صامتين أو يظهرون لامبالاة انتقائية في اللغة الشفهية، فغالبا ما يعتقد أنهم صم...والعوامل الفارقة تشتمل على ما يأتي:

الأطفال التوحيديون نادرا ما يناغون بصورة واضحة بينما الأطفال الصم يكون لديهم تاريخ من المناغاة والأصوات العادية نسبيا والتي تتدهور وتتوقف من ستة شهور إلى عام من العمر، الأطفال الصم يستجيبون للأصوات العالية أما التوحيديون يتجاهلون الأصوات العالية أو العادية ويستجيبون للأصوات الناعمة الهادئة أو المنخفضة، والأهم من هذا كله تظهر الوسائل السمعية الحديثة فقدان السمع الواضح لدى الأطفال الصم على عكس أطفال التوحد كذلك الأطفال الصم عادة ما يرتبطون بوالديهم ويسعون إلى محبتهم وهم كأطفال يستمتعون بأن يحملوا على غرار الفئة الثانية.<sup>(1)</sup>

## 3- جدول رقم (02) يوضح الفرق بين اضطراب التوحد واضطراب اللغة الاستقبالية

### التعبيرية المختلط<sup>(2)</sup>

المحك	اضطراب التوحد	اضطراب اللغة الاستقبالية التعبيرية
الصمم	نادر جدا	ليس نادرا

<sup>1</sup> عبد المعطي حسن مصطفى: الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة الأسباب التشخيص- العلاج، مرجع سبق ذكره ص: 572.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص: 571.

التواصل اللفظي(بالإشارات وغيرها )	غير بدائي غير متطور	موجود
شذوذ اللغة (مثل التكرار، قولبية الضمائر والجمل خارج السياق)	أكثر شيوعا	أقل شيوعا
مشكلات النطق	أقل تكرارا	أكثر تكرارا
مستوى الذكاء	غالبا ما يوجد ضعف حاد	خلالها يمكن أن يحدث ضعف أقل تكرارا في الحدة
ضعف الحياة الاجتماعية، الأنشطة الطقوسية	أكثر شيوعا وأكثر حدة	تغيب أو إذا وجدت تكون أقل حدة
اللعب التخيلي	غائب أو طقوسي	موجود بصورة غير عادية

## IX-علاجات التوحد

1-العلاج الطبي: يصف الأطباء بعض العقاقير الطبية لمعالجة هذا الاضطراب

وتستخدم الأدوية عادة لمواجهة الأسباب البيولوجية والفيزيولوجية المسؤولة عن حدوثه،

ولأن هذه الأسباب غير محددة بدقة في كل الحالات فإنه لا يوجد حتى الآن عقارا

طبيا شافيا لهذا الاضطراب، وإنما توجد عدة أنواع من العقاقير الطبية التي تخفف

من أعراضه عند بعض الحالات، ويوصي الأطباء بالحد من استخدام تلك العقاقير وعدم إعطائها للطفل إلا بعد الفحص الدقيق بمعرفة الطبيب المختص والالتزام بالقدرة الذي يحدده وحجم الجرعة والمدة التي يستمر في تعاطيها، وتؤكد الدراسات أنه لا توجد مجموعة من الأدوية المقررة يمكن أن توصف لكل الأفراد المصابين بالتوحد برغم تشابه الأعراض عند الكثير منهم، فالبعض يحتاج للمهدئات لمواجهة السلوك التدميري والعصبية الزائدة، والبعض يحتاج لأدوية مضادة للصرع، وآخرون يحتاجون للعقاقير المساعدة على التركيز وتحسين الذاكرة والقدرة على الانتباه، وقد يحتاج آخرون إلى أدوية مساعدة لخفض القلق، أو العنف المرتبط بإيذاء الذات، ويحذر المتخصصون من الإسراف في استخدام الأدوية مع أطفال التوحد مهما كانت النتائج الإيجابية المرجوة منها لأن بعض العقاقير الطبية بما تحمله من مواد كيميائية لها تأثيرات سلبية معاكسة على الطفل بسبب التفاعلات الكيميائية للجسم مع تلك المواد مما قد يؤدي إلى مشكلات خطيرة للجهاز العصبي للطفل أو الإضرار ببعض الأعضاء الداخلية للجسم مثل الكبد. ونوصي أن يكون العلاج الدوائي عنصراً محورياً ضمن خطة علاجية شاملة تتضمن أنواع العلاجات الأخرى مثل العلاج النفسي والبيئي والاجتماعي ... وغيرها. (1)

<sup>1</sup> إبراهيم علا عبد الباقي: اضطراب التوحد "الأوتيزم" أعراضه أسبابه وطرق علاجه، عالم الكتب، القاهرة/مصر، 2011، ص، ص: 114-115.

## 2-العلاج باللعب: يختار الأهل والمعلمين لأطفال التوحد في كيفية اختيار ألعاب هؤلاء

الأطفال وما هي نوعيتها وهل يتم اختيارها حسب سلوك الطفل أو مستواه العقلي أم مستوى النضج أم التكيف العلاجي وكل ذلك بسبب التداخل المتشابك في السلوكيات المتنوعة والأعراض المختلفة، والإجابة العلمية والسليمة على جميع هذه التساؤلات مسألة ضرورية للأسرة التي لديها طفل توحيدي فاللعب يعتبر أمراً لازماً للطفل عموماً وضرورياً للطفل التوحيدي، لهذا يصنف ضمن الحاجات النفسية والجسمية له ونظراً لأهمية اللعب في حياة الطفل التوحيدي فقد ارتكزت أكثر الاختبارات لتشخيص التوحد في عمر 18 شهراً على عدة ألعاب يمكن للوالدين لعبها مع الطفل ومن هذه الاختبارات (CHAT) وبنيت الألعاب في هذا الاختبار على البحث الذي أظهر أن الطفل المصاب بالتوحد يفشل في تطوير مهارتين في اللعب عكس الطفل السوي، المهارة الأولى هي اللعب التمثيلي والمهارة الثانية هي أنه لا يؤشر حتى يجذب انتباه من حوله الطفل التوحيدي لا يقوم باللعب التخيلي أو التمثيلي، فهناك ألعاب ذات آثار خاصة مثل تمارين خاصة بالعضلات الدقيقة للأصابع والوجه والعضلات الكبيرة لليدين والرجلين ومن هذه الألعاب: قذف الكرة، التسلق، السباحة، الركض، المشي، شد الحبل، ألعاب الفك والتركيب، ألعاب الضغط على العجين، القص واللصق، ويستهدف من وراء هذا اللعب تقويم عيب بدني أو الحد إعاقه جسدية معينة عند الطفل المصاب بالتوحد أو تخفيف قصور نمائي يعاني منه.<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup> زمام عبد اللطيف مهدي: التوحد الذاتي عند الأطفال، دار زهران، ط1، عمان/الأردن، 2012، ص، ص: 76-78.

### 3- العلاجات السلوكية المعرفية (التربوية، التعليمية) منها:

#### أ- تحليل السلوك التطبيقي (ABA):

يطلق على هذا الأسلوب أحيانا "طريقة لوفاس" وهي تركز بشكل رئيسي على التدخل المبكر ( سنوات ما قبل المدرسة) وكان ايفار لوفاس **Ivar Lovaas** رائدا في التدخل السلوكي للأطفال التوحديين في الستينات، وترتكز المبادئ الأساسية لل (ABA) على التعلم الشرطي لسكينر ومحاولات سلوكية منفصلة وتشمل الطريقة تدريبات متكررة ومنظمة ومكثفة بشكل عال حيث يتم إعطاء الطفل من خلالها أمرا ثم تتم مكافئته في كل مرة يستجيب فيها بشكل صحيح وتبدأ برامج المحاولات السلوكية المنفصلة بتحقيق الأوامر السلوكية المرغوب فيها أي الامتثال العام لتحقيق أهداف التدريب، وهو عبارة عن برنامج بيئي مكثف (40 ساعة أسبوعيا).<sup>(1)</sup>

#### ت- برنامج صن رايز (SON-RISE-Programme):

هذا البرنامج لكوفمان وهو برنامج منزلي يهتم بتقوية التواصل الاجتماعي للطفل ومن الأساسيات التي يتبناها هذا البرنامج: المشاركة واستخدام رغبات الطفل أساسا للتعليم والتعلم من خلال اللعب المشترك واستعمال عامل الإثارة والمتعة فمثلا الطفل يقوم برفرفة

<sup>1</sup> الإمام محمد صالح و الجوالده فؤاد عيد: التوحد ونظرية العقل، مرجع سبق ذكره، ص: 213.

اليد فبدلاً من أن نوقف هذه الحركات بالقوة نشاركه فعل هذه الحركات ونقف أمامه كي يرانا وبذلك أصبحت هناك مشاركة اجتماعية بدلاً من أن يقوم بها لوحده.<sup>(1)</sup>

ج- برنامج تيتش (TEACCH): أسس هذا البرنامج Eric shopler عام

1964 بجامعة نورث كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية ويعتبر من البرامج المهمة في مجال التوحد حيث يطبق بشكل كبير في الولايات المتحدة الأمريكية، أوروبا وبعض البلدان العربية، كما يقوم هذا البرنامج على ضرورة الاعتماد على المثيرات البصرية كوسيلة تساعد الطفل على الاستجابة بالتدريب بشكل أفضل من المثيرات اللفظية لذلك يهتم هذا البرنامج بضرورة ترتيب الغرف الصفية بحيث تتسم بالأمان والراحة والجاذبية.<sup>(2)</sup>

وهذا ما سنفصل فيه لاحقاً لأنه ركن أساسي في دراستنا.

<sup>1</sup> المغلوث فهد بن حمد: التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه؟، مرجع سبق ذكره، ص، ص: 135-136.  
<sup>2</sup> أدافر لامية: دراسة الفهم للغة الشفهية لدى الطفل المصاب بالتوحد بعد إخضاعه لإعادة التربية الصوتية، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2، الجزائر، 2011-2012، ص: 95.

## الفصل الثالث

### البرنامج العلاجي

- I- بداية البرنامج.
- II- تعريف البرنامج.
- III- المنطلقات والخلفية النظرية للبرنامج.
- IV- مميزات البرنامج.
- V- هدف البرنامج.
- VI- مبادئ وطرق التعليم بالبرنامج.
- VII- تبني المنحيين السلوكي والمعرفي في التعليم.
- VIII- فعالية البرنامج.
- IX- أهمية ومبررات المشاركة الوالدية في البرنامج.
- X- الاعتبارات الأساسية للمشاركة الوالدية.
- XI- العوامل ذات الصلة بنجاح المشاركة الوالدية.

1- بداية البرنامج: خلال السنوات الماضية أعلن تيتش عن ميلاد إجراءات لتقييم وتطوير برامج التعليم الفردية الموجهة لهذه المجموعة من الأطفال فعملية التعليم هذه تضمنت ثلاث مراحل أساسية :

1. في البداية يكون العمل على تقييم التطور الحاصل في المؤهلات والعجز عند الطفل في مختلف نطاقات العمل التوجيهي.

2. على أساس هذا العمل التقييمي يتم تحديد الإستراتيجيات التعليمية لتحقيق الغايات والأهداف الآجلة.

3. تحقيق الأهداف باستعمال برامج تربوية فردية ونشاطات تعليمية خاصة .

هذه المراحل الثلاثة توافق الأجزاء الثلاثة من السلسلة " التقييم والمعالجة الفردية للأطفال التوحديين أو الذين يعانون اضطرابات النمو " .

الجزء الأول تحت عنوان " The Psychoeducational Profile " أو " PEP " الذي ألفه

Eric schopler و Reichler سنة 1997 يعطي لمحة عن المؤهلات والمشاكل

التعليمية عند الطفل ويتضمن سبعة فصول أساسية للنشاط التعليمي: التقليد، الحواس

الحركة الدقيقة، الحركة العامة، التنسيق بين العين واليد، الإدراك المعرفي والكفاءة

اللغوية.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Schopler Eric et al : **Activités d'enseignement pour enfants autistes**,( op cit ) -p :07.

في الجزء الثاني " Teaching Strategies for Parents and Professionals " يعالج عملية نقل معطيات التقييم نحو برنامج تربوي ويعرض بالتفصيل كيفية عمل برامج تعليمية فردية للبيت والمدرسة، حيث أن التعاون مابين الأولياء و المربين ضروري للحصول على تسيير منطقي للسلوك ولتطوير برامج تعليمية فردية بصفة حسنة، ليأتي بعدها العمل على صياغة برامج خاصة بكل طفل.

الجزء الثالث هو مجموعة من النشاطات التعليمية التي طبقت بطريقة فردية على الأطفال المنضوين تحت برنامج تيتش والتي أثبتت نجاعتها علما أن تفاصيل كل تمرين وكل التوجيهات موجهة لطفل محدد ولا يمكن تطبيقها على طفل آخر دون إجراء تعديلات عليها، هذا الجزء موجود في كتاب مجزأ إلى عشرة فصول، سبعة منها مذكورة في الجزء الأول من السلسلة بالإضافة إلى فصل خاص بالاستقلالية وفصل الاندماج الاجتماعي وفصل لتسيير السلوكيات.<sup>1</sup>

يرى شوبلر Schopler (1994) أن هناك ستة مبادئ رئيسية يعتمد عليها برنامج تيتش وهي على النحو التالي:

1. يمثل التوحد تحديا طويل الأمد لذلك يكون الهدف تحسين تكيف الفرد من خلال تحسين مهاراته بأفضل الطرق المتوفرة، وأيضا من خلال توفير بيئة داعمة ومناسبة.

<sup>1</sup> Schopler Eric et al : **Activités d'enseignement pour enfants autistes,**( op cit ) -p :07.

2. تقييم كل طفل بإجراءات التقييم الرسمية باستخدام أفضل الاختبارات المتوفرة وإجراءات التقييم غير الرسمية من خلال الملاحظة التي يقوم بها المعلمون والآباء والآخرين بتفاعلهم الطبيعي مع الطفل.
3. استعمال جوانب القوة للطفل التوحدي في معالجة المعلومات البصرية لتجاوز الصعوبات في معالجة المعلومات السمعية والتنظيم والذاكرة وهي تعتبر من أفضل الطرق في تعليم التعلم<sup>1</sup> المستقل وتعديل السلوكيات غير المرغوبة، ويمكن استخدام هذا الأسلوب في المدرسة، المنزل والبيت.
4. أفضل برنامج تعليمي هو البرنامج الذي ينمي مهارات الأطفال ويدرك جوانب ضعفهم.
5. أفضل البرامج المفيدة هي تلك التي تستند إلى النظرية السلوكية والنظرية المعرفية، وهي تأخذ بعين الاعتبار الفروق في النمو وتسمح بالعمل مع الدافعية والتواصل التلقائي والتفاعل الاجتماعي.
6. تدريب المهنيين يعني القدرة على التعامل مع المشكلات الناتجة عن التوحد ويزيد من تحمل المسؤولية.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> الزريقات إبراهيم عبد الله فرج: التوحد ( السلوك، التشخيص والعلاج )، مرجع سبق ذكره، ص: 358.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص: 359.

## II- تعريف البرنامج العلاجي:

تم تأسيس برنامج تيتش TEACCH (علاج وتعليم الأطفال التوحديين والمعاقين اتصاليا) في جامعة نورث كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية وهو أسلوب منظم يركز على تعلم بصري وتخطيط للبيئة والزمن والأنشطة لتكون مفتاحا للسلوك، الهدف الرئيسي له توفير استمرارية في تقديم الخدمات طوال حياة الفرد.

وترتكز فلسفة البرنامج على معرفة أن التوحديين يدكون العالم بشكل مختلف ويستخدمون أساليب تفكير مختلفة، لذلك فهم يمتلكون نمطا مختلفا من التفكير.

يشبه برنامج ABA برنامج TEACCH من حيث أنه يطبق أساليب سلوكية ومع ذلك هناك فروق هامة بين هذين البرنامجين.

الفلسفة الأساسية التي بنيت عليها أساليب ABA تكمن في أن الحالة الطبيعية ممكنة لأن جميع المهارات يمكن تعلمها، وعلى العكس من ذلك فإن TEACCH يركز على أن هناك صعوبات معينة مثل ( الاستيعاب اللغوي ) تبقى مدى الحياة، وبذلك يجب أن يكون التركيز على المهارات الوظيفية ( الاتصال غير اللفظي والمهارات الذاتية والمهنية ).

ولا يشبه TEACCH طريقة لوفاس (ABA) من حيث أنه أقل كثافة وينظر إليه على أنه تعلم يستمر طوال العمر. (1)

<sup>1</sup> الإمام محمد صالح و الجوالده فؤاد عيد: التوحد ونظرية العقل، مرجع سبق ذكره ، ص، ص: 214-215.

"يرتكز تيتش على التربية وإعادة تدريب الأشخاص التوحديين انطلاقاً من فحص مستوى النمو ويشدد على عمل هيكلية من أجل خلق معالم وعلى فردية البرامج لكل شخص وتعاون الآباء والأمهات في مشروع طفلهم والمقاربة الايجابية للطفل ( عدم وضعه في مواقف حرجة، تقوية قدراته، تشجيع نجاحاته وتعزيز النتائج المحصل عليها)."<sup>1</sup>

**III- المنطلقات والخلفية النظرية:** كان برنامج TEACCH لعلاج وتربية أطفال التوحد وغيرهم ممن يعانون إعاقة في مجال التواصل أكبر المؤسسات الحكومية وأكثرها تأثيراً في ولاية كارولينا الشمالية، وقد وضع هذا البرنامج لمواجهة النظرية النفسية لتفسير التوحد ففي الوقت الذي حملت فيه تلك النظرية الآباء «مسؤولية إصابة أبنائهم بالتوحد» وأبعدتهم عن المشاركة في العلاج سعى هذا البرنامج إلى جعل الآباء ركناً أساسياً ومهماً من أركان العلاج وليسوا مشاركين فقط.<sup>(2)</sup>

#### IV- مميزات البرنامج:

إضافة إلى التدخل المبكر هو يعتمد على نظام التعليم المنظم و المرئي ويستعمل النقاط التي يتميز بها الطفل التوحدي مثل حبه للروتين وقوة الإدراك البصري لديه ويقوم بتصميم برنامج خاص له حسب قدراته معتمداً على التعليم المنظم المرئي، فمثلاً بيئة الطفل تنظم بشكل معين من خلال وضع صور على الأماكن التي يرتادها الطفل سواء كان في البيت

<sup>1</sup> ماضي ليلي: سمات الاتصال لدى الطفل التوحدي، رسالة ماجستير، جامعة 20 أوت 1955، سكيكدة، 2010-

2011، ص:80.

<sup>2</sup> شريمان لورا: التوحد بين العلم والخيال، مرجع سبق ذكره، ص: 203.

أو المركز مثل صورة حمام (عند باب الحمام) وصورة مكتب (عند المكتب المخصص له) وهكذا، فالهدف هو تنظيم المكان بشكل إرشاد نظري حتى يسهل على الطفل التعرف على الأماكن، أما بالنسبة للصور المستخدمة فد تكون صوراً فوتوغرافية أو بطاقات مرسومة وطبعاً هذا يعتمد على درجة ذكاء الطفل؛ فالطفل ذو الذكاء المنخفض قد لا يتعرف على البطاقات المرسومة للمكتب لأنها بعيدة عن الشكل الحقيقي لمكتبه ولكن قد يتعرف على الصورة الفوتوغرافية لمكتبه. كما يجب تنظيم البيئة لمنع أي تشويش أو أي تدخل خارجي يؤثر على أداء الطفل بإبعاد الطاولات عن النوافذ ومداخل الأبواب ، كذلك وجود مكان خاص للطفل لحفظ أغراضه والألعاب التي يستخدمها. أيضاً يستخدم برنامج تيتش البطاقات المصورة لقيام الطفل بنشاطات معينة تحدد له من قبل المعلم أو الأهل وذلك كله يدخل ضمن التعليم المنظم المرئي حيث يصمم للطفل جدول نشاط مكون من عدد من الأنشطة التي يجب أن يقوم بها خلال اليوم، والنشاطات في الجدول ترتب على شكل صور وفي بعض الأحيان يكون نسبة الذكاء منخفضة نستعمل المجسمات.مثل صورة مكتب تعني وقت مخصص للعمل على المكتب، صورة ألعاب تعني وقت مخصص للعب...الخ، ترتب الصور في شكل أفقي أو عمودي على الجدار وفي كل مرة يبدأ نشاط يسحب البطاقة الخاصة بالنشاط ويضعها في المكان المخصص للعمل. (1)

<sup>1</sup> مجدي أحمد عبد الله: طيف التوحد واستراتيجيات التدخل المبكر التشخيص و العلاج، مرجع سبق ذكره، ص: 253

إضافة إلى هذا فإن ما يميز هذا البرنامج عن غيره من أساليب العلاج الأخرى للتوحد هو شموليته وطبيعته المجتمعية فالتعاون هو ركيزته الأساسية إذ يسعى التنسيق والتعاون بين كل المختصين والمؤسسات التي تقدم الخدمات له وعائلته وغيرهم يشكلون فريقا علاجيا يعمل على مساعدة هذا الطفل للوصول إلى أقصى ما يستطيع.<sup>(1)</sup>

#### V- هدف البرنامج:

الهدف على المدى الطويل لبرنامج تيتش هو تحسين العمل الملائم حتى يصبح المصاب بالتوحد راشدا ويندمج في المجتمع على عكس البرامج الأخرى، ويسمح باستمرارية مساعدة المتوحدين وعائلاتهم والمتكلفين بهم طوال حياتهم.<sup>(2)</sup>

أيضا التركيز على نقاط القوة لدى الطفل والعمل على تنميتها وتطويرها من خلال التعليم المخطط والمقنن، ومساعدة الطفل على الاعتماد على نفسه وذلك لإيصاله إلى أقصى درجة من التكيف يستطيع الوصول إليها عند البلوغ، ولم يكن الهدف بالطبع إرجاع الطفل إلى حالة طبيعية ويتحقق ذلك من خلال دمج أكثر من أسلوب أو منهج علاجي معا مثل: التدريب والتعليم الإجرائي، المنهج السلوكي والأساليب التعزيزية.<sup>(3)</sup>

<sup>1</sup> شريمان لورا: التوحد بين العلم والخيال، مرجع سبق ذكره، ص: 203.

<sup>2</sup> Baghdadli Amaria et Noyer Magali : **Interventions Educatives pédagogiques et thérapeutiques proposes dans l'autisme**, Paris,2007 - p : 38.

<sup>3</sup> لورا شريمان: التوحد بين العلم والخيال، مرجع سبق ذكره، ص: 203.

## VI- مبادئ وطرق التعليم للبرنامج:

1-التعليم المنظم: تتسم البيئة التعليمية لبرنامج تيتش بطابع مميز فهي مليئة

بمعينات ودلائل بصرية مثل الصور والكلمات المكتوبة والمواد بهدف تمكين

الطفل من التكيف مع البيئة، فالشخص الذي يعاني التوحد قد يبدي السلوكيات

التالية:

القلق والتوتر في بيئات تعليمية اعتيادية مما يعيق تعلمه وتقدمه.

التعلق بالروتين، صعوبات في فهم بداية ونهاية الأنشطة وتسلسل الأحداث اليومية بشكل

عام، صعوبات في الانتقال من نشاط إلى آخر أو من مكان إلى آخر، صعوبات في فهم

الكلام، صعوبات في فهم الأماكن والمساحات في البيئة، تفضيل التعلم من خلال الإدراك

البصري عوضا عن اللغة الملفوظة، ولعلاج مثل هذه الصعوبات التي يغلب ظهورها في

بيئات تعليمية اعتيادية طور الدكتور اريك شوبلر مفهوم التعليم المنظم للأشخاص

التوحيدين وتم ذلك بعد دراسة أجراها عام 1971 أثبتت نتائجها أن الأداء العام لهؤلاء

الأطفال ودرجة تقدمهم يرتفعان ويتحسنان عندما يكونون في بيئات منظمة والعكس

صحيح، كما أشار شوبلر أن درجة تنظيم البيئة التي يحتاجها الطفل تختلف باختلاف

العمر الزمني والعقلي فكلما انخفض العمر الزمني والعقلي ازدادت الحاجة إلى درجة

مرتفعة من التنظيم وكلما ازداد التطور الإدراكي واللغوي لديه انخفضت درجة التنظيم التي

يحتاجها وبناءا على هذه الدراسة أصبح التعليم المنظم طابعا مميزا لهذا البرنامج وهناك

خمس ركائز أساسية للتعليم<sup>(1)</sup> وهي: تكوين روتين محدد، تنظيم المساحات، الجداول اليومية، تنظيم العمل، التعليم البصري.

2-تكوين روتين محدد: يشمل ما يلي: تسلسل الأحداث خلال اليوم، كيفية البدء

بنشاط ما خطوات النشاط، الانتقال من نشاط إلى آخر، ما يتعلق بالنشاط من

مواد وأشخاص وكيفية عرضه، الأمكنة التي ستمارس فيها النشاطات.

من المعلوم أن الشخص التوحدي يجد صعوبة في فهم تسلسل الأحداث خلال اليوم

بأكمله لذا يقوم المسؤول عن تعليمه بتوضيح تسلسل الأحداث من خلال إتباع روتين

معين يشمل العناصر التي ذكرت أعلاه إلا أن هذا لا يعني تطبيقه بشكل حازم وبدون

تغيير بل في حالة تغيير شيء معين يجب تحضيره لهذا التغيير من خلال عرض صور

عليه ولا ينبغي تغيير عدة أمور في وقت واحد.<sup>(2)</sup>

3-تنظيم المساحات: ينبغي تنظيمها بشكل يفهمه الطفل من خلال تحديد بداية

ونهاية المسارات مثل: مساحة اللعب الحر، مساحة الانتظار، مساحة

الكرسي،...الخ وينبغي التنبه هنا إلى أنه ليس جميع الأشخاص التوحيديين

يواجهون مثل هذه الصعوبة، إلا أن هناك دلائل تشير إلى وجود مثل هذه

<sup>1</sup> الشامي وفاء علي: علاج التوحد الطرق التربوية والنفسية والطبية، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر، ط1، الرياض، 2004، ص:38.

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص:40.

الصعوبات فإن لاحظ المختصون أيا من الأمور التالية فقد يدل هذا على احتياج

الطفل لتنظيم المساحات في البيئة:

يكثر تجوله دون اتجاه معين فيدور وكأنه في حالة ضياع.

يكثر تعثره على الأشياء والوقوع على الأرض.

يعاني تأخرا ذهنيا شديدا أو أنه لازال صغير السن.

يصعب عليه التنقل من مكان نشاط إلى آخر فقد يتوقف في مكانه أو يتوجه إلى مكان غير مطلوب.

يستمر في فتح وغلق الأبواب بشكل متكرر.

في التعامل مع هؤلاء الأطفال يمكن تحديد مساحات العمل من خلال تنظيم الأثاث، الملصقات، السجاجيد...الخ، على سبيل المثال يمكن وضع شريط لاصق لتحديد مساحة أماكن الأنشطة كالعب الحر، يمكن وضع سجادة بحجم مكان النشاط...الخ.<sup>(1)</sup>

4- الجداول اليومية: نظرا للصعوبة التي تواجهها هذه الفئة في فهم الوقت وتسلسل

الأحداث اليومية كان من الضروري استخدام جداول فردية تدلهم على تسلسل

الأحداث، هذه الجداول تساعد على تنظيم وقتهم وفهم البيئة ومعرفة الأحداث

اليومية.

<sup>1</sup> الشامي وفاء علي: علاج التوحد الطرق التربوية والنفسية والطبية، مرجع سبق ذكره، ص:41.

فحين يعرفون تسلسل الأحداث يتمكنون من التنبؤ بما سيقومون به خلال يومهم وتتخفف درجة التوتر لديهم مما يساعدهم إلى حد كبير على التعلم.

**5-تنظيم العمل:** يصعب على الطفل التوحدي فهم بداية ونهاية كل نشاط ولمعالجة

هذه الصعوبة ينبغي تنظيم العمل بشكل يوضح للطفل مايلي:

ما هو المطلوب؟ كم هي كمية العمل؟ كيف يعرف الطفل أن العمل انتهى؟ ما هو النشاط الذي سيلبي؟.

**6-التعليمات البصرية:** المقصود بها إعطاء الطفل إرشادات من خلال استخدام

دلائل بصرية كالصور والكلمات المكتوبة مثلا: كي يتعلم خطوات غسل اليدين

يقوم معلمه بعرض عدد من الصور تدل كل صورة على خطوة معينة (1)

**VII- تبني المنحيين السلوكي والمعرفي في التعليم:** يقوم هذا الاتجاه على افتراض مفاده

أن السلوكيات التي تصدر عن الأفراد ذوي اضطراب التوحد هو نتاج عن قصور في

القدرة على معالجة وتفسير المعلومات الموجودة في البيئة المحيطة وأن السلوكيات التي

يؤديها الطفل إنما هي سلوكيات هادفة للتعبير عن حاجة أو رغبة لدى الطفل بهدف

توجيهه نحو ممارسة السلوك الايجابي بدلا من السلوك السلبي وذلك باستخدام إجراءات

تحليل السلوك التطبيقي (تعديل السلوك)، فهذا البرنامج يستخدم العلاج السلوكي والعلاج

<sup>1</sup> الشامي وفاء علي: علاج التوحد الطرق التربوية والنفسية والطبية، مرجع سبق ذكره، ص،ص: 41-47.

المعرفي بشكل متواز تقريبا في تعليم هؤلاء الأطفال وتدريبهم وذلك بشكل مكثف يراعي حاجات الطفل وأسرته.<sup>(1)</sup>

**VIII - فعالية البرنامج:** تم تقييم فعالية هذا البرنامج عن طريق عدة دراسات متواصلة من قبل الباحثان ozonoff و cathract سنة 1998 حيث تمت مقارنة إحدى عشر طفلا توحديا استفاد من طريقة تيتش في المنزل لمدة أربعة أشهر ومتابعة إحدى عشر طفلا توحديا لم يخضع للعلاج بطريقة تيتش، وأظهرت النتائج تحسن ملحوظ عند الأطفال الخاضعين للعلاج ببرنامج تيتش من طرف تقارير مجموعة من المختصين كانوا مراقبين للمجموعتين حيث ظهر التحسن في مجال التقليد، الحركة الدقيقة، الحركة العامة والمهارات اللفظية.<sup>2</sup>

من خلال أدبيات البحث اتضح لنا أنه لا بد من التأكيد على أهمية و دور الأسرة وبالتحديد الوالدين من خلال توجيه الخدمات العلاجية والتدريبية ليس للطفل التوحد فحسب ولكن لتشمل جميع أفراد الأسرة بما في ذلك الإخوة والأشخاص المتواجدين ضمن أسرة طفل توحد، حيث أن تفعيل دور الوالدين على اعتبار أنهما الأكثر تعاملًا بشكل مباشر ويومي مع الطفل يعود بالفائدة عليهما وعلى الطفل والاختصاصيين لذا فإنه يمكن اعتبار المشاركة الوالدية بكافة أشكالها عاملا مهما وفعالا لنجاح البرنامج الفردي للطفل.

<sup>1</sup> الزارع نايف بن عابد: المدخل إلى اضطراب التوحد المفاهيم الأساسية وطرق التدخل، دار الفكر، عمان، ط1، 2010، ص:163.

<sup>2</sup> Lenoir Pascal et al : **L'autisme et les troubles du développement psychologique**, 2<sup>e</sup>édition, Masson, Paris, 2007, p :213 .

إن احتضان الأسرة لطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يعتبر نقطة تحوّل، وتغير لمسار الحياة الأسرية بكاملها وإعادة تنظيم حياتها وأولوياتها لتتلاءم مع الظروف الجديد، ولعل وجود طفل توحدي داخل أسرة ما يؤثر بالتأكيد على مختلف جوانب الحياة الاجتماعية والنفسية والاقتصادية للأسرة، لما ينتج عنه من ضغوط وآثار سلبية على الأسرة بأكملها وليس على الطفل نفسه أو الوالدين وقد ظهر تزايد ملحوظا واتجاها إيجابيا نحو تفعيل دور الأسرة والمشاركة الوالدية في برامج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ومن بينها المشاركة الوالدية لآباء أطفال التوحد في مختلف مراحل إعداد البرنامج الفردي للطفل التوحدي.

### IX- أهمية ومبررات المشاركة الوالدية في البرنامج

كان في السابق يعتقد أن سبب التوحد هو الوالدين وقد وصف آباء الأطفال التوحيديون بأنهم يميلون إلى عدم إظهار العاطفة وأنهم سلبيون وباردون عاطفيا إلا أن البحث العلمي التجريبي أثبت عكس ذلك، فأصبح دور الوالدين كشركاء وأعضاء في فريق العمل المتخصص واضحا وله تأثير إيجابي على مستوى تقدم الطفل وإكسابه الخبرات والمهارات السلوكية والتربوية الموجودة في البرنامج ولعل واحدا من العوامل الهامة التي أصبح الوالدين من خلالها أعضاء في فريق العمل هو أن البرنامج الفردي ليس برنامجا مقتصرا أو محددًا بمكان أو جهة تقدم له خدمات تأهيلية وتربوية بل يعكس في الواقع الاحتياجات والأولويات للأسرة والطفل في نفس الوقت، لذا فلا بد من تنظيم الجهود والأنشطة

وتوجيهها بشكل مباشر إلى معالجة نقاط الضعف الموجود لدى الطفل سواء في المؤسسة أو المنزل.

### X- الاعتبارات الأساسية للمشاركة الوالدية:

- الهدف من المشاركة هو تحقيق التكامل بين استجابات الطفل خارج وداخل المنزل، القدرة على تعميم الاستجابات ونقل وتوظيف الخبرات التعليمية في المواقف الحياتية الجديدة.
- إتاحة الفرصة للوالدين للعمل مع الطفل بشكل مباشر ومنظم وضمك ظروف محددة مسبقاً.
- العمل على إكساب الوالدين بشكل خاص الكفاءات والقدرات لتعليم الطفل مهارات حياتية ونقل أساليب التعليم لجميع أفراد الأسرة.<sup>(1)</sup>
- هذه المشاركة تتيح للاختصاصيين والوالدين العمل ضمن بدائل وليس على طريقة أو منهجية واحدة فقط.

<sup>1</sup> البليشة أيمن محمد محمود: ورقة عمل بعنوان: تفعيل دور الآباء ( الوالدين ) في البرامج السلوكية والتربوية للأطفال التوحديين ( من النظرية إلى التطبيق )، المؤتمر العربي التاسع للاتحاد: رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي [ الحاضر-المستقبل ]، مصر/ القاهرة، 5-7/ 12/ 2006.

## XI - العوامل ذات الصلة بنجاح المشاركة الوالدية:

أولاً - الأخصائي: تمتعه بالخصائص والمهارات التي يتم التواصل والتعامل مع الأسرة بشكل فعال مثل:

1. احترام الأسرة وعدم إهمال الدور الذي تقوم به والخبرات التي تمتلكها في رعاية وتربية الأطفال.
2. التقدير الموضوعي للمواقف: وأن لكل أسرة صفات وخصائص ويجب التعامل معها كما هي.
3. المشاركة الوجدانية: تفهم مشاعر وانفعالات الأسرة.
4. الإصغاء الفعال والاستماع الجيد والايجابي لما يتم استقباله من الأسرة وبالتحديد الوالدين.
5. الفهم والتوضيح للمعلومات التي يتم طرحها مع الأسرة وخصوصا الوالدين.
6. تقديم المعلومات الخاصة بوضع الطفل سواء كانت ايجابية أو سلبية للوالدين فقط.
7. تعديل وتغيير الطريقة التي يتم النظر بها إلى المشكلة.

ثانياً - الوالدين: توافر بعض الخصائص والصفات لضمان المشاركة الوالدية الفعالة  
مثل:

1. الوصول إلى درجة من الفهم والإدراك لطبيعة المشكلات التي يعاني منها الطفل.

2. وجود مستوى عال من الصحة النفسية وتقبل لمشكلات الطفل والسعي لإيجاد

حلول مناسبة.

3. الرغبة الحقيقية والإصرار على تغيير الصورة الحالية الموجودة لدى الطفل

التوحيدي.

4. التعاون المستمر والدائم مع فريق العمل والاختصاصي الذي يقوم بتدريب الطفل.

5. المتابعة الحثيثة ( الملحة ) للمستوى الذي يصل إليه الطفل التوحيدي داخل وخارج

المنزل.

6. إبداء المشاعر الوالدية والانفعالات المناسبة أثناء التعامل مع الطفل.

7. وجود روابط عائلية قوية تساعد بشكل كبير على تكامل الجهود لتحقيق الرعاية

المناسبة.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> البلشة أيمن محمد محمود: ورقة عمل بعنوان: تفعيل دور الآباء ( الوالدين ) في البرامج السلوكية والتربوية للأطفال التوحيديين ( من النظرية إلى التطبيق )، مرجع سبق ذكره.

## الفصل الرابع

### الإطار المنهجي للدراسة

- I - منهج الدراسة
- II - عينة الدراسة
- III - شروط اختيار العينة
- IV - الأساليب الإكلينيكية المستخدمة في الدراسة
  1. المقابلة العيادية
  2. الملاحظة العيادية
  3. دراسة الحالة
  4. DSM IV
  5. مقياس CARS
- V - برنامج الدراسة
- VI - الفنيات المستخدمة في البرنامج
  1. التعزيز
  2. أسلوب تحليل السلوك
  3. التقليد
  4. النمذجة
  5. مساعدة جسمية جزئية
  6. أسلوب التشجيع
- VII - دور كل من الأخصائية النفسانية والوالدين في مختلف الأبعاد خلال تطبيق البرنامج

## 1- منهج الدراسة

بما أن هذه الدراسة تبحث في أثر برنامج علاجي (تيتش) في تحسين حالة الطفل المتوحد من ناحية التواصل، التفاعل الاجتماعي والاستقلالية فإنني استخدمت المنهج التجريبي الذي يتناسب مع طبيعة البحث إذ يقوم على إجراء ما يسمى التجربة العلمية (تطبيق البرنامج) وذلك لاختبار هذا البرنامج مع هذه الفئة، وعليه تم استخدام التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة ذات الدراسة القبليّة والبعدية، الذي تقوم الباحثة من خلاله بدراسة أثر المتغير المستقل في أفراد المجموعة الواحدة، وأعتد هنا على ملاحظة سلوك أفراد المجموعة تحت تأثير البرنامج العلاجي لملاحظة التغير الحادث في سلوك كل فرد نتيجة المعالجة التجريبية، ومن أجل أن تكون الدراسة دقيقة وموضوعية أكثر تم الاعتماد على مجموعة ضابطة إلى جانب المجموعة التجريبية.

نقصد بالدراسة القبليّة هنا دراسة الحالات قبل تطبيق البرنامج أي رصد كل الأعراض للأطفال والتعرف على سلوكياتهم قبل بدء العمل معهم، معرفة كيفية معاملة الوالدين والإخوة لهؤلاء الأطفال وذلك للتعرف فيما بعد على الأعراض المختفية والتغير الذي يطرأ على الحالات بعد تطبيق البرنامج، بمعنى تكون دراسة للطفل قبل خضوعه للبرنامج وبعد تطبيق البرنامج معه لمعرفة هل هناك تحسن أم لا.

## II- عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من 08 أطفال لهم اضطراب التوحد، 05 ذكور و 03 إناث سنهم يتراوح بين عامين و 09 أشهر -05 سنوات،

هؤلاء الأطفال لهم مشاكل على مستوى كل من التواصل، التفاعل الاجتماعي والاستقلالية.

اتسمت العينة بالحجم الصغير الذي قدر بثمانية أطفال وذلك بسبب كثرة الفروق الفردية بينهم.

### طبيعة اختيار العينة:

اختيار العينة كان مقصود ( عينة مقصودة من حيث الاضطراب ومن حيث المعايير ).

تم الاتفاق مع فريق العمل بالمركز على عدم تقديم أية برامج علاجية مع الحالات المختارة في فترة تطبيقنا للبرنامج العلاجي، حتى يتسنى لنا التعرف على مدى أثر هذا الأخير، والاتفاق مع الأولياء على عدم إدخال هؤلاء الأطفال إلى الروضة وذلك من أجل العمل المكثف للبرنامج داخل المنزل. (هذا بالنسبة للمجموعة التجريبية).

### III- شروط اختيار عينة الدراسة:

1. أن يكون للوالدين إرادة قوية لمساعدة ولدهما وأن لا تكون هذه الإرادة مجرد كلام ينطق بل عمل يجسد على أرض الواقع.
  2. تواجد الوالدين مع الطفل وتفرغ أحدهما للتكفل به وخصوصا الأم.
  3. أن يكون أحد الوالدين متفرغ للعمل مع طفله ولا يمارس أي وظيفة خارج البيت. و ذلك لتوفير الوقت الكافي للطفل والعمل معه بكل أريحية.
  4. أن يلتزما الوالدين بالبرنامج العلاجي وما يطلب منهما من قبل الطالبة الباحثة وتطبيقه بكل جدية داخل المنزل (هذا لا يعني الخضوع الكامل وإنما احترام البرنامج وتخصيص وقت كبير للعمل مع للطفل).
  5. أن يكون عمر الطفل أقل من 05 سنوات. تم اختيار هذا السن من باب أن كلما كان التكفل مبكرا كلما كانت النتائج أفضل.
- أن لا يكون الطفل يعاني من أي مرض عضوي مما يؤثر على الحالة وعلى العائلة في نفس الوقت وهذا لإبعاد كل ما يعيق سير الدراسة.

الدراسة الاستطلاعية: من 08 أكتوبر إلى غاية 30 نوفمبر 2015. بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً بحى السلام- الشلف، وكذلك بجمعية أولياء و أحباب أطفال التوحد بحى الشرفة بولاية الشلف.

وهذا للتعرف على الحالات المصابة بالتوحد وانتقاء العينة من خلال القيام بمقابلات عيادية لحالات خارجية غير متكفل بها في المركز، ومعرفة إن كان المكان ملائم للدراسة أم لا.

وكذلك القيام بدراسة استطلاعية بالجمعية، هذه الجمعية يتردد عليها يوميا أولياء وأطفال التوحد من الولاية وكذلك من الولايات المجاورة وهذا ما يدل على التزايد الرهيب لهذا الاضطراب وقلق أولياء هؤلاء الأطفال وإلحاحهم على التكفل المبكر بهم والأمل في علاجهم.

الدراسة الأساسية: من 01 ديسمبر 2015 إلى غاية 02 جوان 2016.

### الحصص الأولى من الدراسة:

تم فيها التعرف على الأولياء والحالات، التحدث عن الوضع العائلي لكل منهم على حدى، لمعرفة هل العائلة تعاني من مشاكل معينة التي يمكن أن يكون لها تأثير سلبي على البرنامج وبالتالي على نتائجه على سبيل المثال: ( مشاكل زوجية، طلاق، أمراض مزمنة...الخ). في حالة وجود شيء من هذا القبيل نلجأ إلى تغيير الحالة بحالة أخرى

تخدم بحثنا هذا. وهذا بغية إبعاد أي شيء من المحتمل أن يؤثر سلبا على الدراسة حتى نتوخى النزاهة في العمل.

تعريفهم باضطراب التوحد والإجابة عن تساؤلات الأولياء فيما يخص هذا الاضطراب.

التركيز على البرنامج التعليمي العلاجي تينش وتحفيزهم على تطبيقه بكل جدية وهذا من أجل تحسين حالة أطفالهم مما يؤدي حتما إلى تحسين الحالة النفسية والمهنية وغيرهما للوالدين.

التعرّف الدقيق على الحالات وذلك باستدعائهم إلى الجمعية (يوم السبت) أو المركز (في باقي أيام الأسبوع) ومقابلة كل طفل مع والديه على حدا من أجل جمع المعلومات وتنظيمها، ثم تسجيل المعلومات والتركيز أكثر على الأعراض وهذا للتأكد من أن الطفل مصاب بالتوحد ولا يعاني من أي مرض آخر ولا يأخذ أي دواء قد يعيق سير البرنامج، معرفة نقاط القوة والضعف للطفل، التركيز على الجوانب التالية: التفاعل الاجتماعي، التواصل والاستقلالية للطفل ومعرفة النقص في كل جانب.

#### IV- الأساليب الإكلينيكية المستخدمة في الدراسة:

في فهم ودراسة أي حالة من أجل مساعدتها يجب أن تتعدد وسائل جمع المعلومات ونحن نعلم أن وسيلة واحدة لا تؤدي جميع الأغراض وغير كافية لجمع البيانات

المطلوبة لإنجاح العمل، فتعدد هذه الوسائل يجعلها تكمل بعضها بعضا وتؤكد بعضها بعضا.

صحيح أن هناك وسائل ممتازة وتصلح الواحدة منها لجمع معظم المعلومات اللازمة لكن هذا الامتياز يزداد حين يستخدم معها وسائل أخرى كما نلاحظ أن الوسيلة الممتازة في موقف أو مع حالة أو في يد أخصائي قد لا تكون كذلك في موقف آخر أو مع حالة أخرى أو في يد أخصائي آخر، ومن هذا المنطلق لجأنا إلى استخدام كل من المقابلة العيادية، الملاحظة العيادية، من أجل دراسة الحالة جيدا، وكذلك من أجل الإلمام بالمعلومات.

#### 1-المقابلة العيادية: تعد المقابلة العيادية إحدى الأدوات المهمة والأساسية في جمع

البيانات وتنظيمها، كما تهدف إلى فهم الحالة والتعرف عليها مباشرة من خلال الملاحظة المباشرة للحالة ومقابلتها وجها لوجه بحيث تكون هذه المقابلة هادفة وموضوعية، وجمع المعلومات عن الحالة كان عن طريق مقابلة الوالدين لأنهما أفضل وأقرب شخص يتتبع تطورات الطفل ويهتم به، زيادة على هذا؛ فإن الحالات المستهدفة للعلاج أطفال صغار في السن، مصابون بالتوحد، وليس لديهم لغة للتواصل وبالتالي صعب علينا الوصول إلى المعلومات اللازمة عن طريق الطفل نفسه ماعدا الأعراض الملاحظة مباشرة لذا يجب الاستعانة بالوالدين للحصول

على المعلومات الضرورية و خاصة عن حالة الطفل من قبل ( تاريخه المرضي)،  
حالته داخل وخارج المنزل وكيفية التعامل معه.

وقد عرفت المقابلة" على أنها مواجهة بين اثنين أو أكثر يدور فيها حوار أو محادثة  
موجهة للحصول على معلومات من المريض أو للتعديل في سلوكه وعلاجه وتختلف  
أنواع المقابلات في المجال الإكلينيكي باختلاف أهدافها وهذه الأنواع هي: مقابلة  
التشخيص المبدئي، المقابلة التشخيصية، المقابلة التي تجري بهدف الالتحاق بالمؤسسة،  
أو العلاج أو بهدف دراسة الحالة أو التاريخ الاجتماعي أو المقابلة مع أقرباء المريض أو  
أصدقائه، أو المقابلة بهدف العلاج النفسي، وأخيرا المقابلة الخاصة بتطبيق الاختبارات  
والمقاييس النفسية، إضافة إلى ما ذكر تعد المقابلة الإكلينيكية إحدى الأدوات المهمة في  
التشخيص وتهدف إلى فهم المعالج لديناميات سلوك المريض وفهم المؤثرات التي كونت  
الصورة التي يظهر عليها المريض في حياته وممارسته. " 1

في الدراسة الحالية المقابلة الإكلينيكية تمثلت في المواجهة الشخصية بين الأخصائية  
النفسانية (الباحثة) والأطفال مع أوليائهم في مكان محدد وهو جمعية أولياء وأحباب  
أطفال التوحد بالشلف و المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بحي السلام -  
الشلف، حيث كانت هذه المقابلات لفترات زمنية ممتدة ما بين 45دقيقة إلى 01ساعة ذلك  
من أجل الهدف الأساسي الذي يسعى هذا البحث لتحقيقه ألا وهو محاولة الفهم الجيد

<sup>1</sup> شيهان عبد المالك: أثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في الامتناع عن الإدمان على المخدرات عند المراهق،  
رسالة ماجستير، جامعة وهران، 2014/2013، ص: 209.

للحالة و العمل على إعداد برنامج متنوع في نشاطاته ومكثف وذلك بمشاركة الوالدين، وقد أخذت هذه المقابلة أشكالاً مختلفة وذلك حسب الهدف المسطر من طرف الطالبة الباحثة وتتمثل فيما يلي:

أ- **المقابلة المبدئية أو الأولية:** تم فيها التعرف على الحالة ومعرفة الشخص الذي يتكلف بالعمل مع الطفل خلال هذه الدراسة (الأم أو الأب) وجمع أكبر كم من المعلومات عن الطفل وتسجيل مباشر للمعلومات يدويا ( ورقة وقلم ) وذلك بعد إعلام الوالدين وتعريفهم بالمختصة ودورها والهدف من تسجيل هذه المعلومات والهدف من القيام بهذه الدراسة ككل.

أول ما انطلقت به الباحثة مع أولياء الأطفال هو توضيح كل شيء من البداية والتوضيح تمثّل فيما يلي: أننا بصدد القيام ببحث ميداني تجريبي من أجل مساعدة هذه الفئة ومساعدة الأولياء في نفس الوقت وهذا الأمر يتطلب جهد وصبر وجدية في العمل من طرف العائلة ككل، مع إعلامهم أنه في حالة اكتشاف المختصة بأن العائلة لا تعمل مع الطفل يتم تغيير الحالات مباشرة لأنه يوجد عدد كبير من الأولياء يرغبون في العمل مع طفلهم لكن لم يجدوا من يساعدهم على ذلك، إضافة إلى أننا ملزمون بوقت، إضافة إلى أن العائلة هي من تعمل مع الطفل أما المختصة تقدم لهم ما يجب أن يقوموا به بمعنى توفر لهم طريقة العمل معهم، تم قبول هذه الشروط من طرف الأولياء، وكل عائلة تقول بأنها تعمل كل ما بوسعها من أجل ولدها، لكن الميدان هو الذي يثبت أو ينفي ذلك.

إضافة إلى إعطاء الحرية التامة للوالدين في إبداء رأيهما في مختلف تمارين البرنامج دون خجل أو إحساس بالنقص لأن هناك شراكة في العمل وليس الأخصائية تأمر والوالدين يطبقون.

ب-المقابلة التشخيصية للحالة: تم فيها التركيز كثيرا على أعراض الحالات وتطبيق كل من الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM IV)، مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال (CARS)، من أجل التأكد من أن الحالة لها اضطراب التوحد.

ج- المقابلة العلاجية للحالة: تتضمن تطبيق البرنامج العلاجي بحيث كل مرة يطلب من الأم تطبيق عمل معين مع الطفل ويتم تتبعها ومناقشة كل خطوة يتم القيام بها.

د- المقابلة الإرشادية للوالدين: تم فيها التركيز على الوالدين وبالأخص الأم وإرشادها إلى طريقة التعامل مع الطفل في حالة قلقها أو عدم استجابة الطفل لما تطلبه منه، أو عدم مساعدة الزوج زوجته في العمل مع الطفل داخل البيت في هذا المقام قمنا بما يلي: في حالة قلق الأم يجب ألا تعمل مع الطفل لأنها حتما لا تتعامل معه بهدوء ولا تصبر معه بل تحب استجابة فورية وصحيحة من طفلها وإن لم تحصل على ما تريد سوف يزيد غضبها وتؤثر سلبا على الطفل وربما تلجأ إلى العدوانية سواء اللفظية أو الجسدية.

أغلب المقابلات المقامة مع الحالات (الطفل وأمه) كانت فردية وقليلًا ما لجأنا إلى المقابلة الجماعية التي تتضمن حالتين مع بعض في نفس الوقت وهنا عندما يقتضي الأمر ذلك؛ هنا عندما نجد أن الأم قلقة جدا على ابنها نقوم باستدعاء حالة وصلت إلى بعض النتائج الايجابية لكي تتأكد من أن هناك أمل في تحقيق نتائج مع هذه الحالات ومن أجل رفع معنوياتها وبالتالي تكون لها قابلية للعمل مع ابنها ( أي تجديد الإرادة للأم للعمل مع طفلها بنوع من الأريحية ).

**التركيز على أن :** هذا النوع من الاضطراب يحتاج إلى راحة نفسية وصبر لمن يتعامل معه لأنه ممكن النتيجة تظهر بسرعة وممكن تأخذ وقت طويل لكي يتعلم شيء بسيط والسبب يعود إلى وجود عدة عوامل تؤثر في الاستجابة من بين العوامل درجة اضطراب الطفل بسيط أم شديد، الوقت المخصص للطفل كبير أو ليس له وقت، تعاون العائلة وتكاتف الجهود من أجل الطفل، طبيعة العمل معه مخطط ومنظم وهادف أو غير ذلك... الخ.

لذا يجب التكرار وتكثيف العمل مع هؤلاء الأطفال والصبر على ظهور النتيجة وعدم الفشل.

2-الملاحظة العيادية: هذه الأداة ضرورية جدا للحصول على المعلومات اللازمة في

دراسة الحالة وقد اعتمدنا على نوعين من الملاحظة وهما:

أ- الملاحظة المباشرة: هي ملاحظة الطفل مباشرة بالمكتب أو في ساحة المركز أو

قاعة الألعاب، ملاحظة انفعالات وسلوكيات الطفل موضع الدراسة.

ب- الملاحظة غير المباشرة: تتمثل في ملاحظة الطفل من خلال صور وفيديوهات

تؤخذ له خلال العمل معه داخل المنزل.

3- دراسة الحالة: يقوم أسلوب دراسة الحالة على جمع بيانات ومعلومات كثيرة وشاملة

عن حالة فردية واحدة أو عدد محدود من الحالات وذلك بهدف الوصول إلى فهم أعمق

للاضطراب المدروس ( التوحد) حيث يتم جمع البيانات عن الوضع الحالي للحالة وكذلك

ماضيها وعلاقتها بعائلتها، وذلك لمعرفة أو تحديد العوامل المختلفة التي تؤثر في

الاضطراب المراد دراسته.

" إن دراسة الحالة هي الطريقة التقليدية في معظم بحوث علم النفس الإكلينيكي وهي

أساسا استطلاعية في منهجها كما أنها تركز على الفرد، وتهدف إلى التوصل إلى

الفروض باعتبارها الوعاء الذي ينظم ويقيم فيه كل المعلومات الإكلينيكي كل المعلومات

والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد عن طريق المقابلة والملاحظة والتاريخ الاجتماعي

والطبي والفحوص الطبية والاجتماعية والسيكولوجية"<sup>1</sup>

اعتمدنا في بحثنا هذا في دراسة الحالة ما يسمى بـ: تصميمات بحث الحالة الواحدة.

<sup>1</sup>لويس كامل مليكة: علم النفس الإكلينيكي، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ط2، القاهرة/مصر، 1985، ص:65.

تصميمات بحث الحالة الواحدة: حسب (جمال الخطيب 1987) " إن في تصميمات بحث الحالة الواحدة نقارن بين أداء الفرد نفسه في مرحلة ما قبل العلاج أو ما يسمى الخط القاعدي (Baseline phase) وبين أدائه في مرحلة العلاج بهدف إيضاح العلاقات الوظيفية بين طريقة العلاج والسلوك.

### المميزات الأساسية لبحث الحالة الواحدة:

1. يقوم الباحث بدراسة وملاحظة السلوك قبل البدء في العلاج، وهذا يساعد في التعرف على طبيعة المشكلة والمتغيرات ذات العلاقة باضطراب التوحد ويعين هذا الإجراء في العلاج المستخدم وما هو أساسي في هذه المرحلة ( مرحلة الخط القاعدي ) هو قياس السلوك لمدة كافية.
2. يعمل الباحث عادة على متغير واحد مستقل ( البرنامج العلاجي تيتش ) وهو ما يجعل النتائج المتوصل إليها مرتبطة بطريقة العلاج المستخدمة.
3. المعايير المستخدمة في الحكم على السلوك المعالج هي:

- المعيار العلمي: وهو تقديم الأدلة التي توضح أن التغيير الذي حدث في السلوك قيد المعالجة كان وظيفة المتغير المستقل ( البرنامج العلاجي )

وليس متغير آخر.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>شيهان عبد المالك: أثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في الامتناع عن الإدمان على المخدرات عند المراهق، مرجع سبق ذكره، ص:181.

• **المعيار الإكلينيكي:** هو أقل موضوعية من المعيار العلمي لأنه يتم الحكم

على أهمية التغير الذي حدث في السلوك من الشخص المعالج نفسه

والأشخاص المشاركين في حياته وفي العملية العلاجية.

دراسة الحالة الواحدة تهتم بالصدق الداخلي وذلك من خلال تكرار البحث على عدة

أشخاص والتحقق من فاعلية طريقة العلاج في تغيير سلوك أكثر من شخص واحد.<sup>1</sup>

تناولت دراسة الحالة هذه جوانب مختلفة نذكر منها معلومات عامة عن الأسرة مثل عدد

أفراده ، مستوى تعليم الوالدين، طبيعة العلاقة بين الوالدين، معلومات عن شخصية الطفل

مثل المظهر الخارجي، السلوك، الحالة الانفعالية، وجود أية عاهات أو مشاكل صحية،

ومعلومات عن الحالة المعرفية للطفل...الخ.

في عملنا هذا يتم استقبال كل حالة على حدى (نقصد بالحالة هنا الطفل مع عائلته)،

وذلك لإشعار العائلة أن المختصة ( الطالبة الباحثة) متفرغة لها تماما ومستعدة للتجاوب

والتعاون معها لأن:

" الممارسة النفسية هي عملية مشاركة وتفاعل بين الطرفين وليست سلسلة من المقابلات

يتلقى فيها بعض النصائح والتوجيهات فقط." (2)

<sup>1</sup>المرجع نفسه، ص: 182.

<sup>2</sup>عباس فيصل: التحليل النفسي والاتجاهات الفرويدية المقاربة العيادية، دار الفكر العربي، بيروت/ لبنان، ط1،

1996، ص: 15.

## الأدوات المستخدمة في تشخيص الحالات:

DSMIV TR

مقياس كارس CARS.

الأدوات المستخدمة مع الحالات : لكي تتأكد الطالبة الباحثة من العينة تم الاعتماد على DSM IV ومقياس CARS، إضافة إلى الملاحظة بنوعيتها بالمشاركة وبدون مشاركة وكذلك المقابلة العيادية.

يعتبر دور الأسرة أساسيا في تطبيق البرامج التربوية والعلاجية للطفل التوحدي فالأسرة هي التي تقضي أكبر وقت مع الطفل وهي التي تراقب وتلاحظ على الأغلب وجود أي مشكلة أو تطورات في سلوكه وهي التي تنقل المعلومات والملاحظات عن جوانبه غير العادية، والوالدين هما أول من يلتقي الصدمة والمفاجأة بعد مرحلة التشخيص، ويعيشان مراحل الرفض والإنكار للحالة والتنقل من طبيب لآخر إلى أن يصل الأمر بهما لتقبل الحالة والبحث عن البرامج التربوية والعلاجية المناسبة فهما يلعبان دورا كبيرا في نجاح هذه البرامج، ويجب أن تكون الأسرة أحد أهم أعضاء فريق العمل فليديها من المعلومات التي تؤهل أفرادها من الناحية العملية لأخذ دور هام في اختيار الأهداف وتحديد الأولويات ومتابعة التدريب وتسجيل التقدم الذي يطرأ على طفلهم في المنزل وتدريبه على تعميم المهارات التي تعلمها. هذا ما دفعنا إلى ضرورة مشاركة الوالدين في العمل.

ما يمكن استخلاصه من الأدوات المستخدمة في البحث:

هذه الأدوات ضرورية جدا للقيام بأي بحث علمي ولا يمكن الاستغناء على أي أداة منها لأن كل واحدة تكمل الأخرى، وكلما كثرت الأدوات العلمية كلما كان ذلك أفضل وكان التوصل إلى المعلومات المرغوبة، بشكل موضوعي ومنظم.

خلال البحث الميداني تم التركيز على ما يلي:

عدم الشعور بالذنب تجاه وجود هذا الطفل في الأسرة.

محاولة الابتعاد عن الانفعالات النفسية السلبية كالقلق والغضب والاكئاب أثناء العمل مع الطفل.

التفؤل والأمل بإمكانية تطور مهارات الطفل.

الصبر والمثابرة في العمل مع الطفل وعدم اليأس.

محاولة الاطلاع على كل ما يستجد في عالم التوحد لأن هذا الاضطراب لا يزال يلفه الغموض.

محاولة التكيف مع المشكلات السلوكية للطفل.

ملاحظات هامة:

لا يهدف استخدام الصور إلى إلغاء التواصل باللغة المنطوقة إن وجدت لدى الطفل .

تستخدم المعينات البصرية كوسيلة تواصل بديلة مع الطفل في البداية من أجل تعريفه على الفعل أو السلوك المطلوب منه (ويشكل مزوج مع استخدام الكلام) وتدرجيا ومع الوقت يتم الاستغناء عنها واستخدام الكلمات فقط .

**V-برنامج الدراسة:** اتجهت الطالبة الباحثة إلى استخدام برنامج تيتش لتعليم وعلاج مجموعة من أطفال التوحد بهدف تحسين التواصل والتفاعل الاجتماعي والاستقلالية، هذا التحسين نقصد به تحقيق قدر من التواصل والتفاعل الاجتماعي والاستقلالية مع الطفل مهما بلغ قصوره في هذه المجالات الثلاث. ومن أجل هذا تم استخدام أسلوبين هما:

#### الأسلوب الأول: توعية الأولياء بما يلي

مشاركة الوالدين في تخطيط و تصميم وتنفيذ البرنامج العلاجي للطفل يؤدي إلى تفهم أكبر لحاجاته.

مشاركة الوالدين في العلاج تسمح بحصول الأخصائي على تغذية راجعة ومعلومات مفيدة تساعد في تحسين وتطوير البرنامج المقدم للطفل.

إن مشاركة الوالدين الفاعلة توفر بعض الوقت للأخصائي مما يوفر لهم فرصة ثمينة لتدريب الأطفال على المهارات ذات الأولوية.

أما الأسلوب الثاني هو تطبيق البرنامج العلاجي ( تيتش).

لكي تتمكن الأسرة من المشاركة الفعالة في تعليم ابنها تم إتباع ما يلي:

حددت الأخصائية مع الأولياء مواعيد تتناسب الطرفين ( الوالدين والأخصائية ) لتقديم ومناقشة العمل المقام داخل البيت ودراسته جيدا وذلك بهدف إما الاستمرار في العمل أو تعديله أو تغييره كاملا.

التواصل اليومي بين الأخصائية والوالدين يكون من خلال الكتابة في دفتر خاص بالطفل وتدوين فيه كل الملاحظات في كل يوم عند إعطاء الطفل تمرين معين، أو الطلب منه شيء ما وحتى في حالة عدم إعطائه أي شيء. تدوين كل الملاحظات سواء سلبية أو ايجابية.

التقاء الطالبة الباحثة صباح كل سبت مع الطفل ووالديه لمتابعة سير العمل، تم اختيار هذا اليوم لأنه يوم عطلة يساعد كل الحالات وذلك بموافقته، وهذا بالجمعية. دامت الفترة بهذه الجمعية مدة شهر ثم تم تغيير المكان إلى المركز لأنه أقرب إلى جميع الحالات مقارنة بالجمعية إضافة لذلك وجدنا الأمهات هن من يأتين مع أطفالهن ولهن الوقت كل أيام الأسبوع لذا تم اختيار أيام : الأحد، الاثنين والخميس من كل أسبوع صباحا حيث هناك من تأتي مرتين خلال الأسبوع وهناك من تأتي مرة واحدة وذلك حسب قدرات الأم.

القيام بأخذ فيديوهات للطفل من قبل أسرته وهو يقوم بمختلف نشاطاته وذلك حتى يتسنى لنا معرفة كيفية العمل مع الطفل داخل البيت هل بطريقة صحيحة أو خاطئة، مدى تجاوب الطفل مع والديه وإخوته وكذلك أشخاص آخرين خارج البيت، معرفة مدى ملائمة التمارين المقدمة من طرف الأخصائية لقدرات لطفل.

**ملاحظة:** تعتمد الطالبة الباحثة في تطبيق البرنامج على أسلوب التقليد كثيرا وذلك من باب أن: "التقليد يعتبر الركيزة الأساسية في التعليم والتطور وبدونه الطفل لا يتعلم الكلام ولا يكتسب السلوكيات الأساسية."<sup>(1)</sup>

إضافة إلى التركيز كثيرا على محور التواصل في البرنامج بكل أنواعه ( التواصل البصري بمعنى الانتباه المشترك والتواصل عبر الصور وكذلك باستعمال الكلمات) لأنه هو أساس التفاعل والاندماج والتعلم وهذا ما يتوافق مع دراسة رضا عبد الستار رجب كشك التي تطرق فيها إلى أن اضطرابات التواصل لدى الطفل التوحدي تعد من الاضطرابات المركزية والاساسية التي تؤثر بدورها في ظهور اضطرابات أخرى مثل التفاعل الاجتماعي الذي يتأثر مباشرة باكتساب اللغة ويعاني هؤلاء الأطفال من مشكلات لغوية عديدة منها أن قدراتهم على فهم اللغة محدود وأن حصيلتهم اللغوية منخفضة وأنهم يعانون من مشكلات في التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم.<sup>(2)</sup>

<sup>1</sup> Eric Schopler et al: **Activités d'enseignement pour enfants autistes**, Masson, Paris, 2001, p:01.

<sup>2</sup> كشك رضا عبد الستار رجب عبده:فاعلية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحدين، أطروحة دكتوراه، جامعة الزقازيق، مصر، 2008، ص:90.

## VI- الفنيات المستخدمة في البرنامج:

قمنا في بحثنا هذا باستخدام بعض الفنيات التي تساعد على تحقيق الهدف الأساسي للبرنامج ألا وهو تحسين حالة الطفل المتوحد من ناحية: التواصل، الاستقلالية و التفاعل الاجتماعي. سنشرح كل فنية على حدة فيما يلي:

**1-التعزيز:** ينص مبدأ التعزيز على أن الإنسان يميل إلى تكرار السلوك الذي يعود عليه بنتائج إيجابية أو يخلصه من نتائج سلبية وهذه حقيقة علمية أوضحتها البحوث التطبيقية وعلى ذلك فالتعزيز "هو أي فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث سلوك معين أو تكرار حدوثه"<sup>1</sup>

استخدمنا في دراستنا هاتين نوعين من التعزيز وهما التعزيز الإيجابي و التعزيز السلبي

**أ-التعزيز الإيجابي:** هو إثابة الفرد على السلوك السوي المرغوب مما يعززه ويثيبه ويدفعه إلى تكرار السلوك المطلوب إذا تكرر الموقف، والتعزيز المعتمد في دراستنا هو التعزيز المادي يتمثل في:

(المأكولات، المشروبات، الألعاب) والتعزيز المعنوي متمثل في (الحضن، التقبيل، الابتسام، التصفيق، المدح واللعب مع الطفل). مع العلم أنه تم التركيز أكثر على التعزيز المعنوي من منطلق أن هؤلاء الأطفال لهم مشكل في التغذية وبالتالي لا يعيرون

<sup>1</sup>بيومي لمياء عبد الحميد: فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحيديين، أطروحة دكتوراه، جامعة قناة السويس، مصر، 2008، ص: 73.

اهتماما كبيرا للمأكولات، إضافة إلى أن التعزيز يعتبر من أكثر الأساليب استخداما في تعديل السلوك ويؤدي إلى نتائج جيدة حيث يفضل استخدامه مباشرة بعد السلوك المرغوب فيه من قبل الطفل التوحدي وهذا لغرضين أساسيين هما: أن هذا الطفل لا يعرف الانتظار ولا يفهم معناه وكذلك ليكون رابطا بين السلوك والمعزز بمعنى أنه عندما يقوم بأي سلوك مرغوب سيحصل مباشرة على التعزيز.

**ب-التعزيز السلبي:** يقصد به إيقاع العقاب على الطفل لأن سلوكه مرفوض أو أنه فشل في أداء السلوك المرغوب وتمثل العقوبة في أي شكل من أشكال عدم الرضا لأن التعزيز السلبي ممكن أي يكون دافعا للتعلم.

التعزيز السلبي المطبق في برنامجنا هو ( التجاهل، إبداء الغضب على وجوه الوالدين وعدم استخدام أي نوع من التعزيز الإيجابي )

**2-أسلوب تحليل السلوك:** يقصد به تجزئة السلوك إلى خطوات صغيرة ثم ترتيب هذه الخطوات في نظام حتى يصل إلى المهارة الأساسية وذلك بهدف تسهيل عملية التدريب والفهم والتقليد في نفس الوقت وبالتالي الحصول على خبرات ناجحة، كما تسهل هذه العملية الملاحظة والقياس للجزء الذي لا يتقنه الطفل حتى يستطيع تعلمه وبالتالي ينتقل إلى الجزء الذي يليه إلى أن يصل إلى السلوك الكلي.

**3- أسلوب التقليد والنمذجة:** ترى الطالبة الباحثة أن التقليد والنمذجة من الفنيات الأساسية في تعليم وعلاج أطفال التوحد ونحن نعتمد هذا الأسلوب في كل تمارين البرنامج.

**4- النمذجة:** بمعنى أحد أفراد العائلة يكون نموذجا للطفل يقوم بالتمارين أمام الطفل وعادة ما تكون الأم لأنها تتميز بالصبر مع طفلها وكذلك تقضي معه كل الوقت على عكس الأب أو أحد الإخوة، ويطلب من الطفل أداء نفس العمل بنفس الطريقة الذي يقوم به النموذج ويكون في نفس الوقت أي أن أدوات التمرين تكون مضاعفة ونفس الأدوات التي تكون لدى النموذج (الأم) تعطى للطفل ويطلب منه القيام بما تقوم به خطوة بعد خطوة.

**5- مساعدة جسمية جزئية:** هنا تتضمن توجيه الطفل إلى الاستجابة أو السلوك الصحيح بلمسة خفيفة على اليد أو الذراع أو الرجل وخاصة عند بداية النشاط لأن الطفل أحيانا يجد صعوبة في البدء بنشاط ما مع العلم أن هذه المساعدة يجب أن تتناقص تدريجيا إلى أن تزول تماما ( مثلا: عند القيام بتمرين نستخدم فيه اليدين تقوم الأم بشد الطفل من الأصابع ثم المعصم ثم وسط الذراع ثم المرفق إلى أن تنتزع يدها دون أن يشعر الطفل ) حتى يصبح الطفل قادر على القيام بتلك النشاط بمفرده دون مساعدة وهذا ما يندرج تحت عنصر الاستقلالية سواء في الأكل أو اللباس أو الغسيل...الخ.

مثلا خلال الأكل في البداية تقوم الأم بمساعدة ابنها على حمل الملعقة وذلك بوضع يدها على يده وتساعدته على الأكل وبعدها تضع يدها فوق معصم الطفل وبعدها تضع

يدها فوق ذراعه إلى أن تنزعها تماما وكأنها تسحب يدها بطريقة غير مباشرة ودون أن ينتبه الطفل وذلك مع المدح و التحفيز دائما.

**6-أسلوب التشجيع:** تشجيع وتحفيز الطفل على القيام بالنشاط المطلوب منه ومكافأته عند المحاولة فقط أو عند القيام به كاملا.

**VII-الجدول رقم (03) يوضح دور كل من الأخصائية النفسانية والوالدين في الأبعاد المختلفة خلال تطبيق البرنامج:**

البعد	دور الأخصائية	دور الوالدين
المقابلات العيادية	الحصول على معلومات خاصة بالتاريخ المرضيو التطوري للأسرة والطفل نفسه من خلال نموذج دراسة الحالة	إعطاء أكبر قدر من المعلومات المتوفرة عن الأسرة والطفل في مختلف المراحل النمائية
مرحلة التشخيص	إعطاء معلومات عن جوانب التشخيص والطرق التي سوف يتم تشخيص الحالة من خلالها	تقديم معلومات للأخصائية بهدف المساعدة في معرفة جوانب الاضطراب والأدلة على ذلك

	<p>والفحوصات الطبية</p> <p>والسلوكية والتربوية التي</p> <p>ستطبق على الطفل</p>	
<p>تسجيل الملاحظات</p> <p>والمعلومات التي لا يمكن</p> <p>مشاهدتها في المهارات</p> <p>الحياتية والسلوكيات التي</p> <p>يظهرها الطفل في المنزل</p> <p>بشكل أكبر</p>	<p>الحصول على معلومات</p> <p>وملاحظات خاصة</p> <p>بالجوانب السلوكية والتربوية</p> <p>لدى الطفل وكذلك التعرف</p> <p>على نقاط القوة والضعف</p> <p>وذلك من خلال تسجيل</p> <p>الملاحظات وتطبيق مقاييس</p> <p>خاص بأطفال التوحد</p>	<p>الملاحظة والتقييم السلوكي</p> <p>والتربوي</p>
<p>تحديد أهداف العمل مع</p> <p>الطفل وإطلاع الوالدين على</p> <p>محتوى البرنامج وإبداء الرأي</p> <p>للوصول إلى الموافقة عليه،</p> <p>أو تعديله أو تغييره.</p>	<p>تحديد الأولويات لنقاط القوة</p> <p>والضعف لدى الطفل</p> <p>وتحديد الأهداف العامة</p> <p>والتعليمية وأساليب وطرق</p> <p>التدريب والتعامل التي سوف</p> <p>تستخدم مع الطفل</p>	<p>إعداد البرنامج العلاجي</p>

<p>العمل المنظم مع الطفل والمتابعة الدائمة مع التركيز على مستوى التقدم أو التراجع الذي يطرأ على الطفل في البرنامج</p>	<p>نقل الملاحظات الخاصة بأداء الطفل للمهارات التي يتدرب عليها، متابعة النتائج سواء كانت ايجابية أو سلبية بشكل دوري</p>	<p>تطبيق البرنامج</p>
<p>المراجعة والتأكد من الأهداف المنتهية عن طريق تجربتها وإيصال المعلومات الخاصة بهذه المهارات على أنه تم تحقيقها ويمكن أن تظهر عند الطلب من الطفل القيام بها في المنزل مع الوالدين أو لم يتم تحقيقها وبالتالي تغيير طريقة الوصول إليها بالاستعانة بالأخصائية</p>	<p>إيصال المعلومات حول انتهاء الطفل من المهارة المطلوبة منه، إعادة تنظيم واختبار الأهداف الجديدة على ضوء الملاحظات الوالدية للمهارات المنتهية ومستوى التعميم التي وصل إليها الطفل</p>	<p>الأهداف المتبعة والتغذية الراجعة</p>

<p>يقوم الوالدين بعرض عدد من الاستجابات للطفل بمواقف مختلفة بالمنزل وذلك عبر صور وفيديوهات</p>	<p>تقوم الأخصائية النفسانية بالتأكد من التمكن من أداء المهارة أو النشاط المطلوب منه بطرق وأشكال مختلفة مثل إعطائه علبة ياغورت وملعقة صغيرة والطلب منه الأكل بمفرده، معرفة الألوان الأساسية، الكلام، الذهاب إلى المراض...</p>	<p>التسجيل و التحقق من الاستجابة بالمركز</p>
--	--	--

## الفصل الخامس

### تقديم الحالات والبرنامج العلاجي المطبق عليها

#### I-تقديم الحالات

1. الحالة الأولى

2. الحالة الثانية

3. الحالة الثالثة

4. الحالة الرابعة

#### II-الاختبار المطبق على المجموعتين

1. لمحة عن مقياس كارس

III-نتائج الاختبار القبلي للمجموعة الضابطة

IV-نتائج الاختبار القبلي للمجموعة التجريبية

V-البرنامج العلاجي المطبق على المجموعة التجريبية

VI-نتائج الاختبار البعدي للمجموعة التجريبية

VII-نتائج الاختبار البعدي للمجموعة الضابطة

## 1-تقديم الحالات

### 1-الحالة الأولى:

الاسم: ر- ن. الجنس: أنثى، السن: 04 سنوات، الترتيب بين الإخوة: رقم 02 ما قبل الأخيرة.

هذه الحالة الأب مصر على العمل معها على غرار الأم وعكس باقي الحالات وذلك أن الأب متقاعد ومتفرغ لها أما الأم فهي عاملة. لذا تم قبول الحالة.

**الأعراض الدالة على الاضطراب:** قصور واضح في استخدام وسائل التواصل غير اللفظي مثل التواصل البصري وتعبيرات الوجه (الإيماءات)، انعدام اللغة تصدر أصوات فقط، كثرة الدوران كثرة الجري، الضحك والبكاء دون سبب، حركات نمطية، اصطفاة الألعاب، لعب نمطي. العزلة، تفاعل اجتماعي قليل جدا، عدم القدرة على تكوين علاقات صداقة مع الآخرين، اضطراب النوم، لا تعرف الخطر، الحالة تخاف كثيرا من عمها. تطيل في اللعب الانفرادي وتلعب بطريقة غريبة.

( لعب خال من الخيال)، تتصرف كأنها صماء.

**نقاط القوة للحالة:** الهدوء لبعض الوقت، تحب بعض المأكولات مثل: الياغورت، الشكولاتة، الشيبس، الكوكاو، البطاطا المقلية. بعض الأحيان تقوم بحضن والدها دون طلب منه. حبها للروتين.

## 2- الحالة الثانية:

الاسم: ش - م، الجنس: ذكر، السن: 04 سنوات و 09 أشهر، الطفل الوحيد لدى العائلة،  
الأم مأكثة بالبيت.

الأعراض الدالة على الاضطراب: صعوبة التعبير عن احتياجاته، عندما يريد شيء ما  
يمسك بيد أمه أو أبيه ويأخذه إلى ذلك الشيء، نقص التركيز، كثرة الدوران، لا يعرف  
الخطر، حركات نمطية متمثلة في فتح وغلق الأبواب، مشكل في التواصل اللفظي وغير  
اللفظي. ليس لديه استقلالية سواء الأكل أو النظافة، لا يوجد لديه تفاعل اجتماعي، عدم  
القدرة على مشاركة الآخرين اهتماماتهم، له مشكل في اليدين (الأصابع) لا يستطيع  
حمل ملعقة أو كأس بمفرده رغم أنها سليمتين وكذلك المضغ (يفضل الغذاء الذي لا  
يمضغ)، نستطيع القول أن الجهاز سليم لكن الوظيفة معطلة، ربما الطفل يتوهم أن ليس  
بمقدوره مضغ الغذاء. يطيل البقاء في اللعب الانفرادي بطريقة غريبة ونمطية، يخاف  
كثيرا من الأدوات الكهربائية التي تصدر أصوات مزعجة مثل مجفف الشعر وآلة الحلاقة.  
قلب الضمائر استعمال الضمير "هو" و"أنت" بدلا من "أنا"

نقاط القوة: الهدوء بعض الأحيان، يطلب بعض المأكولات أحيانا، ينطق بعض الكلمات.  
يطلب من الأم القيام له ببعض الحركات الرياضية.

### 3- الحالة الثالثة:

الاسم: ع-ح-ع، الجنس: ذكر، السن: 05 سنوات، الترتيب بين الإخوة: الطفل الثالث وهو الأصغر. الأم مأكثة بالبيت.

الأعراض الدالة على الاضطراب: انعدام التواصل البصري، يقوم بحركات نمطية، لا يعرف أحد من أفراد عائلته سواء الأم أو غيرها، لا يوجد تواصل لفظي، اضطراب النوم

( عندما ينام في النهار لفترة قصيرة ولو 15 دقيقة يضطرب نومه ليلا ويقوم بالسلوكيات الغريبة النمطية دون كلل أو ملل)، لا يعرف الخطر، الضحك والبكاء دون سبب واضح، انشغال متواصل باهتمام نمطي غير طبيعي من حيث شدته ومدى التركيز عليه، الحركة النمطية المفضلة له هي تدوير الأشياء طوال اليوم (أي شيء يكون أمامه يقوم بتدويره سواء أواني أو أدوات مدرسية أو حتى شيء صغير جدا مثل زر اللباس يقوم بتدويره وفي نفس الوقت يقوم بضرب رجليه على الأرض وإخراج بعض الأصوات إلى أن يتوقف الشيء الذي يدور ثم يكرر نفس الفعل)، عندما يجد الباب مفتوح يخرج من دون رجعة، انعدام التفاعل الاجتماعي، يتصرف كأنه أصم لا يستجيب لأي شخص، لا يريد أن يحضن أحد ولا أحد يحضنه، يطيل في اللعب الانفرادي بطريقة غريبة ونمطية.

نقاط القوة: طفل غير عدواني، عندما يقوم بتدوير الأشياء يكون في حالة تركيز، يحب الروتين.

#### 4- الحالة الرابعة:

الاسم: ر-ع-ر، الجنس: ذكر، السن: سنتين و09 أشهر، الترتيب بين الإخوة: يحتل المرتبة الرابعة وهو ما قبل الأخير. الأم مأكثة بالبيت.

الأعراض الدالة على الاضطراب: قصور واضح في استخدام وسائل التواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي، يقوم بحركات نمطية، يمشي على أصابع رجليه، ليس لديه تفاعل اجتماعي، لا يعرف الخطر، في حالة القلق يظهر عدوانية نحو الذات وأيضاً نحو الآخر، ليس لديه استقلالية في النظافة، يستعمل البكاء كوسيلة للتعبير عن حاجاته، لديه العزلة الاجتماعية، عدم القدرة على مشاركة الآخرين اهتماماتهم، الضحك والبكاء أحياناً دون سبب واضح. تعلق غير طبيعي ببعض العادات أو الأمور الروتينية التي لا معنى لها ( يشد في يده شيئاً ما ولا يقبل أي أحد يأخذ هذا الشيء ولا يرميه بنفسه وإذا نزع منه غضباً عنه يثور غضباً )، عدم القدرة على ممارسة اللعب من خلال التقليد الاجتماعي مما يتناسب مع مستوى نموه.

نقاط القوة: الهدوء بعض الوقت، يحب اللعب بالماء، التركيز مع الشيء الذي يكون بيده.

#### II- الاختبار المطبق على المجموعتين:

تتكون عينة الدراسة من 08 أطفال مقسمين إلى مجموعتين، 04 أطفال يمثلون المجموعة الضابطة و04 أطفال يمثلون المجموعة التجريبية.

طبقتنا على المجموعتين مقياس CARS . اخترنا هذا المقياس لأنه يعطي نتائج كمية، إضافة إلى أنه بإمكان الوالدين تطبيقه بمفردهما على الطفل، وينسب للعالم اريك شوبلر في أوائل السبعينات صاحب البرنامج المطبق في دراستنا، كما يعتمد هذا المقياس على ملاحظة سلوك الطفل.

### 1-مقياس تقدير التوحد في الطفولة (CARS):

**التعريف بالمقياس:** المقياس يحتوي على 15 محوراً مرتباً كالتالي: إقامة العلاقة بين الناس، القدرة على التقليد والمحاكاة، الاستجابة العاطفية، استخدام الجسم، استخدام الأشياء، التكيف والتأقلم، الاستجابة البصرية، استجابة الإنصات (الاستماع)، استجابات استخدام التدنوق والشم واللمس، الخوف والعصبية، التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، مستوى النشاط، مستوى وثبات الاستجابة الذهنية، الانطباعات العامة.

يقدر كل بند كمي متصل بين قطبين من السواء و الاضطراب الشديد وتوضع علامة في المربع المناسب، حيث أن:

1= السلوك العادي أو الطبيعي ومناسب مع سن الطفل.

2= السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة خفيفة.

3= السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة متوسطة.

4= السلوك غير طبيعي وغير مناسب ومعوق بدرجة شديدة.

جدول رقم (04) يمثل حاصل المجموع النسبي للفئات:

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

جدول رقم (05) يوضح حاصل جمع المقاييس كما هو موجود في المقياس

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

### III-المجموعة الضابطة:

الجنس: أنثيين وذكرين، سنهم يتراوح بين 3-6 سنوات. تم الأخذ في الحسبان نفس

شروط اختيار العينة التي اعتمدنا عليها في المجموعة التجريبية.

### الاختبار القبلي للمقياس

طبقتنا على هؤلاء الأطفال مقياس كارس واحتفظنا بالنتائج وهي مدونة كما يلي:

## نتائج المقياس للحالات الأربع

جدول رقم ( 06 ) يوضح نتائج الحالة الأولى: س-م

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	4	3	3	4	43

حسب ما هو موضح بالجدول أعلاه الحالة لها توحد شديد.

جدول رقم ( 07 ) يوضح نتائج الحالة الثانية: ف-ي.

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	36

حسب الجدول الحالة لها توحد بسيط.

جدول رقم ( 08 ) يوضح نتائج الحالة الثالثة: ت-هـ.

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	3	3	3	4	2	4	3	4	3	4	3	4	3	3	3	49

حسب النتائج الكمية الموضحة بالجدول أعلاه الحالة لها توحد شديد.

جدول رقم ( 09 ) يوضح نتائج الحالة الرابعة: ج-س.

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	2	3	3	2	3	3	4	3	2	3	4	4	3	3	3	44

حسب النتائج الموضحة بالجدول أعلاه الحالة لها توحد شديد.

هذه المجموعة تبقى ضابطة للدراسة حيث لم نطبق عليها البرنامج العلاجي ولم نعمل معها أي شيء.

**IV- المجموعة التجريبية:** ثلاثة ذكور وأنثى واحدة، علما أن جنس هذه العينة لم يكن

مقصود بل جاء بمحض الصدفة.

نتائج الاختبار القبلي للمقياس على هذه المجموعة:

جدول رقم ( 10 ) يبين نتائج الحالة الأولى: ر-ن.

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	3	2	3	2	2	3	1	1	1	2	3	3	2	3	3	34

حسب نتائج الجدول الحالة لها توحيد بسيط.

جدول رقم (11) يبين نتائج الحالة الثانية:ش،م.

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	3	3	3	2	3	2	3	2	3	4	3	3	2	3	3	42

حسب نتائج الجدول الحالة لها توحيد بسيط.

جدول رقم (12) يبين نتائج الحالة الثالثة: ع- ح - ع

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	4	3	3	2	3	2	4	4	3	4	3	3	3	3	3	47

حسب النتائج الحالة لها توحد شديد.

جدول رقم (13) يبين نتائج الحالة الرابعة: ر-ع-ر.

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3	4	3	3	3	4	51

حسب النتائج الكمية الموضحة بالجدول أعلاه الحالة لها توحد شديد.

V- البرنامج العلاجي المطبق مع المجموعة التجريبية:

يتضمن هذا البرنامج العلاجي شقين أساسيين وهما:

الشق الأول: خاص بالوالدين وإخوة الطفل والمتعاملين معه في المنزل، ويهدف إلى

تعديل الأفكار والمعارف المتعلقة باضطراب التوحد، والطفل المصاب وأساليب التعامل

معه، وكيف يمكن مشاركتهم عالمه والتعرض للمهارات والمشكلات الخاصة به، وكيفية مواجهة الاضطراب في السلوك وتدريب هؤلاء الأطفال على مهارات رعاية الذات والتواصل والتفاعل الاجتماعي، وتدريب الوالدين على أساليب التعامل مع الطفل.

**الشق الثاني:** خاص بالطفل التوحدي، نظرا إلى أن كل طفل من الأطفال المصابين هو حالة فردية خاصة، سواء في مظهر الاضطراب السلوكي، درجة الانعزال، الاضطراب في التفاعل الاجتماعي ومشكلات اللغة والتواصل. لذا ارتأينا أن يكون البرنامج به تمارين متعددة ومتنوعة تخدم كل الحالات.

### خلال المقابلات الأولى من الدراسة الأساسية

تم طلب من الوالدين ما يلي:

1. الاتفاق مع الوالدين وتحديد يومي الاثنين والخميس من كل أسبوع للالتقاء ومناقشة العمل مع الطفل، وذلك بالمركز.
2. وضع دفتر خاص بالطفل تدون فيه كل الملاحظات الخاصة بالطفل داخل المنزل وخارجه، خاصة عند القيام بمختلف الأنشطة المبرمجة له، وذلك من أجل الاطلاع على كل ما يحدث للطفل، وكيف يتصرف هذا الأخير في مختلف المواقف.

3. إحصار بعض الصور ( من الانترنت ) التي تعبر عن مختلف النشاطات التي ترغب الأم في تحسينها والتي تمثل عائق بالنسبة لها ولطفلها ( في مجال التواصل والاستقلالية وكذلك التفاعل الاجتماعي )، بحيث تكون هذه الصور بسيطة وجميلة ومعبرة وتحتوي على أطفال، ذكور وإناث من أجل تسهيل عملية التقليد من طرف الطفل، وتستطيع الأم من خلالها إيصال الرسالة إلى الطفل موضع الدراسة بطريقة سهلة وصحيحة.

4. تنظيم البيئة التعليمية لهذه الحالات وذلك عن طريق: إعداد جدول يومي خاص بالطفل يحتوي على كل التمارين أو النشاطات التي سوف تقوم بها الأم مع طفلها في اليوم، وهذا من أجل الوصول إلى تنبؤ الطفل بما هو مطلوب منه عن طريق الصور، بمعنى أن بيئته الخاصة تكون منظمة لتنظيم خاص به مثلا: تعبر تلك الصور عن وقت القهوة، العمل، الأكل، دخول المرحاض، الغسيل، النوم... الخ

حيث أننا أخذنا في الحسبان تكثيف العمل مع الحالة من أجل منعها من النوم في النهار حتى لا يضطرب نومها في الليل (هذا بالنسبة للحالات التي لها نوم مضطرب)، وكذلك تكثيف التمارين وتنوعها بهدف إخراج الطفل من عزلته وإبعاده عن مختلف الحركات النمطية التي يقوم بها طوال يومه، ونحن نعلم أن أطفال التوحد يشعرون بالملل بسرعة عند إلزامهم بالقيام بشيء ما لذا على الأم أن تحترم ذلك الملل لطفلها وتغير له التمرين

بتمرين آخر ومن الأفضل أن يكون تمرين يحتوي على لعب هادف وذلك لأمرين أساسيين وهما:

1- إخراج الطفل من روتين العمل الذي يعتمد على كرسي وطاولة.

2- لعب الأم أو الأب وحتى بقية الأولاد مع الطفل يساعد على التفاعل والتواصل

بينهما.

ولمساعدة الأولياء للحصول على الصور المناسبة لأطفالهم قامت الطالبة الباحثة بتحضير تلك الصور وانتقائها جيدا من الانترنت، فهناك صور تحتوي على ذكور وأخرى تحتوي على إناث بهدف تعليم الإناث بالصور التي تحمل نفس الجنس ونفس الشيء بالنسبة للذكور وهذا من أجل تسهيل عملية التقليد للطفل وجلب انتباهه أكثر، علما أن هذه الصور المحضرة مسبقا محتفظ بها عند زميلة تعمل بالطباعة الرقمية بالقرب من المركز، وهي موجودة بجهاز الكمبيوتر وليست ورقية بحيث عند حاجة الوالدين لهذه الصور يتم توجيههم عند الزميلة للحصول عليها مع إعطائهم الحرية التامة في تغيير الصور أو الألوان أو الشكل إلا أنه لا يتم العمل بها إلا بعد رؤيتها من طرف الطالبة الباحثة ومناقشتها جيدا وتوضيح لهم كيفية استخدامها.

لم يتم إجبار الوالدين لأخذ هذه الصور بالضبط بل لهم الحرية في الحصول عليها من أي مكان يرغبون، فقط تم القيام بهذا من باب مساعدتهم وتوفير الوقت لهم.

تم العمل في البداية مع 04 حالات ( أي المجموعة التجريبية ) وبعد حوالي شهر تم تغييرها وذلك بعد تقصي المعلومات اتضح أن كل حالة لها بعض الأسباب التي تعيق سير البرنامج وتؤثر عليه سلباً من بينها: الطفل له مشاكل صحية ( نوبات الصرع ) الأم تصنع الحلويات بالمنزل وتبيعها لإعانة العائلة وبالتالي ليس لديها الوقت الكافي للعمل مع ابنتها، الأب يريد علاج سريع وفعال لابنه ولا يفضل العمل معه وفق برنامج علاجي تعليمي (الأب يفضل العلاج الكيميائي رغم أنه تم إعلامهم في بداية الأمر أنه لا يوجد علاج كيميائي معين لهذا الاضطراب) فكان أفضل حل لهذا هو تغيير العينة. وقد تم تضييع حوالي مدة شهر لأن الوالدين لم يصرّوا بالمعلومات بل تم اكتشافها بعد تلك المدة.

تم إعلام أولياء هؤلاء الأطفال أن أفضل برامج التدريب والعلاج للأفراد ذوي التوحد هي برامج عالية التنظيم، فالصعوبات التي يعاني منها أفراد هذه الفئة في مجال التفاعل الاجتماعي والتواصل يحتمّ على الأب أو الأم أن يبادر في التفاعل مع الطفل ويزوده بالإرشادات والتوجيهات وإلاّ فإن الطفل سوف ينسحب ويتبع السلوك الاستحواذي المتكرر، ويبقى بنفس الأعراض ويمكن تزيد حالته سوءاً، كما تعتمد هذه البرامج بشكل كبير على تجزئة النشاط التعليمي إلى خطوات سهلة واضحة ذات أهداف محددة، وهذا الأسلوب له عائده على الطفل وعلى والديه.

بصفة عامة ينبغي أن يتسم البرنامج المراد تطبيقه مع هذه الفئة المستهدفة بالمرونة والتنظيم لأن المعروف أن الطفل التوحدي يشعر بالملل بسرعة ولا يستطيع التركيز في النشاط أو التمرين المقدم له لمدة طويلة.

في إطار التفاعل الاجتماعي للطفل نقوم بما يلي: محاولة دمج الطفل في مجتمعه المحلي، من خلال الأنشطة التعليمية والترفيهية المختلفة، كالزيارات الميدانية لبعض المنشآت والمؤسسات وتقديم الخدمات التربوية والتدريبية له في البيئة الطبيعية قدر المستطاع.

نعتمد كثيرا في برنامجنا هذا على التعليم من خلال الصور لإثارة دافعية الطفل نحو التعلم وتحقيق الغرض المنشود، علما انه اعتماد عمدي من اجل استخدام المعينات البصرية والتركيز عليها وهو عنصر أساسي في البرنامج.

**برنامج العمل مع هذه الحالة:** انطلاقا من الأعراض ونقاط القوة لكل طفل تم تصميم البرنامج وذلك بمشاركة الوالدين.

**ملاحظة:** تم الاستعانة بكتاب النشاطات التعليمية لأطفال التوحد لإريك شوبلر من إعداد نور الدين شيباني في عدة تمارين في البرنامج، وذلك لمعرفة الطريقة الصحيحة في العمل مع الطفل، لكن لم نأخذ التمرين كما هو موجود في الكتاب بل كان تغيير أو تعديل في التمرين وذلك لمراعاة المستوى التعليمي للأم وأيضا قدراتها في تحضير التمرين

( الأدوات الخاصة بكل تمرين ) وهذا كي لا نشق على الوالدين وإعطائهما الحرية التامة في اختيار الوسائل التعليمية للطفل شرط أن لا تكون تضر به.

### خلال هذا البرنامج العلاجي قمنا بما يلي:

أول ما بدأنا به هو: ضرورة تنظيم بيئة العمل مع الطفل وذلك بوضع جدول يومي يحتوي على كل ما سيقوم به خلال يومه. وهذا لمحاولة تنبؤ الطفل بما هو مطلوب منه في يومه عن طريق الصور. مثلا: الجدول يحتوي على صور مرتبة كما يلي: طفل يشرب القهوة، طفل على كرسي أمام طاولة ( دليل على العمل مع الأم أو الأب)، طفل أو مجموعة أطفال في حالة لعب، طفل أمامه غذاء متنوع ويأكل بطريقة صحيحة،...الخ، علما أن هذا الجدول يلصق على جدران الغرفة. يتم تنظيم بيئة العمل بوضع جدول يومي يحتوي على مختلف التمارين التي سوف يقوم به الطفل وهذا الجدول يكون في أي شكل تختاره الأم أو الأب لإيصال الرسالة للطفل.

وذلك بوضع صور واضحة وذات ألوان جميلة لجلب انتباه الحالة تشمل على كل خطوات النشاط المراد الوصول إليه مثل غسل الأسنان وتلصق هذه الصور في مكان الغسيل بحيث تقوم الأم بتوضيح كل خطوة للبت مع التركيز على التحفيز وتعزيز السلوك الصحيح عند قيامها به ومكافأتها سواء ماديا أو معنويا خاصة استخدام الأشياء المحببة لها.

بالاعتماد على نقاط القوة لكل طفل نقوم بالعمل على كل من: الاستقلالية والتمثلة في الأكل بالملعقة بحيث يأكل الطفل بمفرده، غسل الأسنان والذهاب إلى المرحاض، التواصل اللفظي وغير اللفظي (التعبير عن طريق الإشارة)، والتفاعل الاجتماعي.

تم التطرق إلى نقاط القوة لكل طفل وتدوينها لأنها تُعتمد كأساليب تعزيز حين يقوم الطفل بما هو مطلوب منه.

### بالنسبة للتواصل البصري:

طلب من الأم الجلوس على الأرض ووضع طفلها على ركبتيها بحيث تكون مقابلة له وجها لوجه والتحدث معه، ومداعبته ومحاولتها قدر المستطاع جلب انتباهه إلى أن ينظر في عينيها ولو لزمان قصير جدا.

### بالنسبة للتواصل اللفظي وغير اللفظي:

هؤلاء الأطفال لديهم صعوبة في التواصل اللفظي وغير اللفظي فهم يجدون صعوبة في فهم دور اللغة كوسيلة لتبادل المعلومات والمشاعر وطلب الاحتياجات وإن كانت لديهم مهارات لغوية فإنهم غالبا ما يستخدمونها بطريقة ناقصة أو خاطئة، كما يجدون صعوبة في فهم تعابير الوجه أو نبرات الصوت.

## بالنسبة للحالة ر-ن

من اجل التقليل أو إنفاص الخوف الصادر عن العم والذي يمثل مشكل لها فالحالة بمجرد رؤية العم تخاف وتبكي كثيرا لأنه في أحد الأيام حاول اللعب معها وربما بطريقة خاطئة حيث قام بتخويفها، فهو يمثل لها مصدر خوف فبمجرد رؤيته تبكي بكاء شديد.

لهذا طلبنا من العم تغيير طريقة معاملته للحالة وذلك من خلال محاولة جلبها وإعطائها بعض الهدايا والمأكولات المفضلة لها بدلا من تخويفها، ونحن نعلم أن طفل التوحد عندما يبدأ في البكاء لا يسكت ويقوم ببعض الحركات العنيفة كما يستمر في سلوكياته النمطية التي يرغب الوالدين في تغييرها وإبدالها بسلوكيات ايجابية لذا يجب على أفراد العائلة محاولة تغيير طريقة تعاملهم مع الطفل، ومحاولة فهم هذا الاضطراب ومعرفة كيفية التصرف مع المواقف الصعبة.

**التمارين الخاصة بالاستقلالية:**

**بالنسبة لاستخدام المراض:**

أول شيء يتم القيام به هو إصاق تلك الصور الخاصة بالمراض على جدران المراض، بحيث تكون في مكان مناسب لرؤية الحالتولا تكون في أعلى الجدران، ويصعب على الطفل رؤيتها جيدا وأن لا تكون قريبة منه وبالتالي يسهل لها تمزيقها، لذا على الوالدين أن يعتمدوا على الوسطية في استخدام الأشياء و التعامل مع الطفل.

**ثاني شيء:** قيام الأم أو الأب بتخصيص أوقات لإدخال الطفل المرحاض وذلك كل 20 دقيقة، وطلب منه تقليد ما هو موجود في الصور خطوة بعد خطوة، وهذا من أجل تعويد الحالة على دخول المرحاض وعلى تنظيم وقته مع تحفيزه وتشجيعه في كل مرة.

### تمرين خاص بغسل اليدين:

في المكان المخصص للغسيل تُلصق صور خاصة بغسل اليدين تحتوي على ألوان جميلة وأطفال، حيث تقوم الأم أو الأب بلفت انتباه الحالة لتلك الصور والطلب منها تقليد ما هو موجود في الصور وشرح له ما هو مطلوب منه، مع مساعدتها على الغسيل وذلك عن طريق وضع يدين المعلم (الأم أو الأب) فوق يدين الطفل وإدخالهما في إناء به ماء وتوضيح طريقة الغسيل الصحيحة، مع التركيز على المداعبة بين المعلم والطفل أثناء القيام بهذا العمل، وأيضا التحفيز على الغسيل، تم اختيار هذه الطريقة من أجل تعليم الحالة عن طريق التسلية، ثم تقليل المساعدة شيئا فشيئا كما ذكرنا في الفصل السابق

( تقليل المساعدة الجسمية إلى غاية الوصول بالطفل القيام بالنشاط دون مساعدة ). مع تكرير هذه العملية عدة مرات في اليوم وذلك بهدف تنظيم البيئة التعليمية حيث نعلم الطفل أنه يجب أن يغسل يديه قبل و بعد الأكل، عند الخروج من المرحاض.

**تمارين خاصة بزيادة التركيز البصري والقدرة على التشبيه.**

**الغرض:** تشبيه رسومات بسيطة.

الأدوات: ورق، قلم لباد.

الإجراء: استعمال قلم لباد لرسم رسومات بسيطة بخط واضح عريض على ورق، ويكون رسم واحد فقط على كل ورقة مع جعل لكل رسم رسم آخر مماثل له، قيام الأم بوضع الأوراق على الطاولة ليراها الطفل كلها وترك الرسومات الأخرى المماثلة بجانب، أعطي للطفل احد الرسومات المتواجدة عندك وقولي له " ابحث عن مثله " أمسكي بيده ووجهيه ليقارن بين ذلك الرسم والرسومات الأخرى الموضوعه على الطاولة، إذا قارن بصورة غير مماثلة قولي له " خطأ " وعندما يصل إلى الصورة المماثلة قولي له " صحيح " وكافئيه ماديا أو معنويا مثلا بالتصفيق والمدح...، وضعي الصورتين بجانب بعضهما، تأكدي من أن الطفل يبصرك عندما تقارنين بين الصورتين، كرري العملية حتى تكون جميع الرسومات متماثلة، ابدئي بثلاث رسومات فقط ثم أضيفي رسومات أخرى.

بالنسبة للاستقلالية: تم اختيار كل من الأكل بالملعقة، غسل الأسنان و قضاء الحاجة بالمرحاض. وهذا الاختيار كان من طرف الأم لأن هذه السلوكيات تمثل لها صعوبة وتراها مشكل لها ولطفها، تم الطلب من الوالدين انتقاء صور خاصة بنزع الملابس داخل المرحاض، وأخرى بكيفية الأكل بالملعقة و أخرى تتضمن طريقة غسل الأسنان حيث هذه الصور تحتوي على كل المراحل مثلا في غسل الأسنان: الصور توضح كيفية مسك قارورة المعجون والفرشاة ، طريقة فتح قارورة المعجون، وضع المعجون فوق الفرشاة، إدخال الفرشاة في الفم وتحريكها يمينا ويسارا، ثم الغسيل بالماء. هذه الصور تلتصق في

مكان الغسيل وتكون مرتبة عموديا الواحدة بعد الأخرى ترتيبا صحيحا وتكون الصور بألوان جميلة للفت انتباه الطفل ومن الأفضل تكون صور للفرشاة والمعجون الخاصة به ثم تقوم الأم بأخذ الطفل إلى مكان الغسيل وتعريفه بما سيقوم به وشرح له كل مرحلة على حدا وذلك بالكلمات والصور في نفس الوقت وكذلك هي تقوم بالفعل أي تقوم بغسل أسنانها في نفس الوقت لكي يقلدها الطفل وتسهل عليه العملية وعند قيام الطفل بأي محاولة يجب أن تكون مكافأة مباشرة من طرف الوالدين سواء مادية أو معنوية مع أخذ الوقت الكافي في القيام بالتمارين. ويجب أن يكون المعجون المستعمل من طرف الطفل غير مضر في حالة ابتلاعه. هذا التمرين تقوم به الأم مرتين في اليوم بعد الغداء وبعد العشاء.

نفس الطريقة نستخدمها بالنسبة للمرحاض والأكل. وتسجل المعلومات يوميا في الدفتر الخاص بالطفل لمعرفة التطور أو التراجع الذي يطرأ على الطفل.

**تمارين خاصة بالفكين واليدين: (هذا التمرين خاص بالحالة ش-م).**

بما أن الطفل لا يعاني أي مشكل عضوي سواء على مستوى اليدين أو الفكين السفلي والعلوي أي الطفل له مشكل وظيفي على مستوى التجويف الفمي وحركة اليدين، وفي هذا المقام يقول الدكتور عبد الرحمان العيسوي " أن الأمراض الوظيفية يكون فيها العضو سليما ومع ذلك لا يؤدي وظيفته فالعطب يصيب وظيفة العضو وليس العضو في حد

ذاته كأن تكون العين سليمة ومع ذلك لا ترى كما هو الحال في العمى الهستيري<sup>1</sup> لذا ارتأت الطالبة الباحثة أن تطلب من الأم أن تقوم ببعض التمارين لطفلها والمتمثلة في القيام بالتدليك (massage) على مستوى اليدين والفكين وهذا قبل النوم ليلا .

**تمارين الحركة الدقيقة :** تمارين بالعجين بحيث يكون عجين طبيعي المصنوع بالبيت لأن الطفل مشكلته أنه يأكل العجين وعلمنا أن العجين الاصطناعي يحتوي على مواد كيميائية قد تؤدي إلى أضرار صحية بالطفل تم استبداله بالعجين الطبيعي تقاديا لأي مشاكل.

الخريشة، الألعاب التركيبية ( تركيب الألعاب للحصول على أشكال معينة وإعادة

تفكيكها )

**تمرين الاسفنجة:**

الأدوات المستعملة: وعاء به ماء دافئ ( لأننا في فصل الشتاء وتقاديا للبرد نستعمل

الماء الدافئ )، وعاء فارغ، إسفنجة.

**الهدف من التمرين:** الحركة الدقيقة بأصابع اليد، التركيز.

<sup>1</sup> عبد الرحمان العيسوي: الوعي السيكلوجي، دار الراتب الجامعية، بيروت/ لبنان، ب س، ب ط، ص:20.

## الإجراء:

وضع هذه الأدوات أمام الطفل وتطلب الأم من الطفل حمل الماء بالاسفنجة من الوعاء المملوء ووضعه في الإناء الثاني الفارغ وذلك بالضغط على الإسفنجة هذا من أجل استخدام الأصابع في الضغط مع تكرير التمرين عدة مرات في اليوم.

بعد مرور أسبوعين تم تغيير تمرين الاسفنجة وذلك بسبب مص الطفل للإسفنجة في كل مرة يتم العمل بها بدلا من العمل بها.

تم استبدال التمرين بآخر تمثل في:

**تمرين المشابك وهو كما يلي:**

**الأدوات المستعملة:** علبة من الكرتون صغيرة الحجم، ملاقط أو مشابك الملابس.

**الهدف من هذا:** التقليد، الحركة الدقيقة، التنسيق عين يد، التركيز.

**الإجراء:** تجلس الأم مقابل طفلها وتضع العلبة أمام الطفل على طاولة وتقوم بإصاق

المشابك على العلبة ثم نزعها مع تبين له جيدا طريقة فتح المشبك وغلقه.

**تمرين الأشكال:**

**الأدوات:** علبة ذات حجم متوسط من الكرتون، ( بوليستير )

يتم فتح أشكال هندسية على سطح العلبة ( الدائرة، المثلث، المربع، المستطيل) وصنع نفس الأشكال بنفس المحيط من البوليستر وتلوينها بألوان مختلفة من أجل لفت انتباهه.

**الهدف من التمرين:** التركيز تعلم الأشكال والألوان.

**الإجراء:** تجلس الأم مقابل الطفل وتضع العلبة أمامه مع وضع تلك الأشكال أمامه أيضا وتشرح له ما هو موجود أمامه من أدوات وما هو مطلوب منه بكل هدوء وببطء، حيث تقوم هي أولا بالتمرين والمتمثل في وضع كل شكل في مكانه المناسب أي وضع المثلث مع المثلث والمربع مع المربع...

تعريف الطفل بمختلف أدوات المنزل وكذلك الخضار والمأكولات من أجل إثراء رصيده المعرفي وتحسين التواصل اللفظي وذلك من خلال عمل الأم بالبيت وإدخال الطفل ضمن عملها سواء في إعداد الأكل أو تحضير أي شيء وهذا العمل يخدم طرفين وهما أولا: عدم إحساس الأم بالقيام بأعمال المنزل على حساب الطفل وبالتالي يكون الطفل يشاركها أي عمل تقوم به ولو بجزء بسيط جدا، ثانيا: ملء كل وقت الطفل بمختلف الأنشطة لإخراجه من روتينه و تعليمه بعض الأمور التي تساعده في حياته مثل تعليمه تسمية الأشياء، مساعدة الأم مثل الإتيان بشيء ما أو أخذ شيء ما. علما أن هذا العمل مقام مع الحالات الأربع و كل حالة يتم التعامل معها حسب قدراتها.

## تمرين الصورة الجسمية:

الأدوات : مرآة كبيرة بحيث يستطيع الطفل رؤية كامل جسمه.

الهدف من التمرين: التعرف على مختلف أعضاء الجسم.

الإجراء: وقوف الطفل مقابل المرآة والأم خلف الطفل مباشرة وتقوم بتعريفه على مختلف أعضاء جسمه، بلمسها إياهم ولفت انتباهه لرؤيتها في المرآة، بحيث يرى صورته في المرآة ويحاول لمس أعضاء جسمه. مع العلم أن الأم تعرفه بمختلف أعضاء جسمها أولاً ثم تنتقل إلى جسمه هو، ذلك من أجل التكرار والتعلم عن طريق الأم النموذج وباستعمال اللغة المنطوقة.

## التفاعل الاجتماعي:

المعروف على هؤلاء الأطفال أنهم يجدون صعوبة في بدء أو استمرار علاقة اجتماعية وعندما يقومون بذلك فإن علاقاتهم غالباً ما تكون ضعيفة وخالية من النشاط الذي يميز العلاقات الإنسانية لذا ارتأينا أن نقوم بما يلي:

يجب إعطاء الأب بعض الوقت للطفل للتحدث معه وحضنه ومداعبته بمعنى الأب هو الذي يبادر في التفاعل مع الطفل، كذلك إخراجهم معه خارج المنزل للعب مع الأطفال، أخذه لحديقة التسلية وأماكن أخرى للاحتكاك بأشخاص آخرين.

التنزه مع الطفل في الغابات أو في الطبيعة لأن هؤلاء الأطفال لا يرغبون في الأماكن الضيقة وينزعجون منها كثيرا.

أخذ الطفل إلى أماكن متعددة متنوعة وعدم إبقائه في البيت وذلك لإثراء معارف الطفل.

هنا نستخدم هذه الطريقة من أجل إدخال الأب ضمن البرنامج العلاجي ولو لوقت قصير، كذلك توفير فرصة للطفل للاحتكاك بالأب بدلا من البقاء بمفرده في المنزل لأن المعروف أن الأب يضل طوال الوقت في العمل وبالتالي وقته مع ابنه قليل مقارنة مع الأم، إضافة إلى هذا توفير قسط من الراحة للأم وتحسيسها أن هناك مساعدة لها من طرف الزوج من أجل حالة الطفل بمعنى تقاسم هذه المشقة.

توعية الوالدين لإخوة الطفل بضرورة اللعب مع هذا الأخير ولو لفترة قصيرة.

السماح للطفل باللعب مع أطفال آخرين ( أولاد العم، الجيران... ) مع العلم أن الطفل يظل طوال الوقت بمفرده مع تحفيز هؤلاء الأطفال وجلبهم للعب معه وذلك عن طريق تقديم لهم بعض الحلويات والأشياء البسيطة المفضلة لهم من أجل صبرهم عليه.

**التفاعل الاجتماعي** يساعد على النمو الاجتماعي الذي يقصد به "اكتساب الطفل السلوك الذي يساعده على التفاعل والتكيف مع أعضاء جماعته داخل الأسرة وخارجها، يتأثر نجاح الطفل في التكيف مع العلاقات الاجتماعية الخارجية بنوع الخبرات الاجتماعية التي

يتلقاها داخل المنزل، فالأطفال الذين يتم تنشئتهم اجتماعيا داخل المنزل يحققون تكيف اجتماعي خارجي.<sup>2</sup>

### تمرين ساعة تيتش

ومن أجل التنظيم الجيد لوقت الطفل نستخدم ساعة تيتش لمعرفة البرنامج اليومي كالوقت وما هو الشيء أو العمل الذي في انتظاره، من خلال هذه الساعة يتم تصميم روتين يومي للطفل في المنزل وتحديد مجموعة من المهام على مدار اليوم مع عدم نسيان المكافأة، فالصورة هي أسهل طريقة لتفهيم الطفل.

هذه الساعة يتم تصميمها من طرف الوالدين بمساعدة الطالبة الباحثة بحيث توضح لهما كيفية التصميم وانتقاء الصور والألوان المناسبة، مع عرض عليهما عدة نماذج من الصور تحتوي على ساعات تيتش مصممة من طرف عائلات لأطفال التوحد للتسهيل عليهما مع إعطاء لهما الحرية التامة في التصميم، وتكون الساعة بحجم كبير تحتوي على ألون جذابة، أرقام و صور وهذه الصور تعبر عن مختلف الأنشطة التي يجب على الطفل القيام بها مع العلم أن هذه الساعة تصنع من مواد بسيطة غير مكلفة تستطيع أي عائلة توفيرها، أيضا هذا العمل يعتمد على خيال المصمم، وتثبت هذه الساعة في الحائط ويتم تعليم الطفل من خلالها ما يقوم به الآن ما ينتظره من عمل.

<sup>2</sup>اللهيبي نادية بنت عبد الرحمان بن صويلح: فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الوعي الغذائي لأمهات ومشرفات أطفال التوحد، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية، 2009، ص:35.

هذا العمل يهدف إلى تنظيم الوقت للطفل، التعرف على الألوان، التعرف على الأرقام في نفس الوقت ومعرفة النشاط الذي يجب عليه أن يقوم به في ذلك الوقت.

هذه الساعة معمول بها في الدول الخارجية وحقت نتائج مع هؤلاء الأطفال لذا ارتأت الطالبة الباحثة تطبيقها في دراستها علما أننا أخذنا فكرة الساعة فقط والتصميم هو من إعداد الطالبة مع الوالدين وذلك حسب قدرات كل عائلة وحسب احتياجات الطفل.

**ملاحظة:** قبل القيام بأي شيء في البرنامج يتم البحث جيدا وخاصة تطبيق البرنامج في الدول الخارجية وهذا عبر شبكة الانترنت إضافة إلى استشارة مختصين في التوحد من دولة: الكويت، مصر و تركيا وهذا عبر شبكة التواصل الاجتماعي ( فيس بوك )، وذلك لتبادل الأفكار والتوضيح عبر صور أو فيديوهات واقعية.

**تمرين يخدم التفاعل الاجتماعي والتواصل:**

**مكان العمل مع الطفل: في المركز بقاعة الألعاب ( La ludothèque ):**

إدخال الطفل قاعة اللعب مع الأخصائية النفسانية والأم وإعطاء له الحرية في اختيار اللعبة التي يريد، بمعنى انتظار المبادرة من الطفل ثم مشاركته اللعب، علما أن هذه الحالات لها سرعة الملل.

## تمرين الألعاب التركيبية:

الأدوات : لعبة بيداغوجية متمثلة في لوحة خشبية على شكل مربع تحتوي على ثقب محيط أربع أشكال هندسية وهي: المربع، المثلث، المستطيل والدائرة وكل شكل يحتوي على أربع ثقب وهي مرتبة من الأكبر إلى الأصغر، كما أن هذه الأشكال بألوان جميلة وهي الأحمر، الأخضر، الأصفر والأزرق أي أن كل شكل فيه أربعة ألوان ( دائرة كبيرة حمراء، وأخرى اصغر منها صفراء وأخرى اصغر خضراء والأخرى زرقاء ).

**الهدف من التمرين:** زيادة التركيز، التنسيق عين يد، معرفة الألوان. التفرقة بين مختلف الأشكال من خلال حجمها.

**الإجراء:** تجلس الأم أمام طاولة مقابلة لابنها وتحاول جذب انتباهه للعبة بحيث تقوم بتوضيح له ما سيقوم به، علما أنها تضع في الأول شكل واحد فقط أمامه ( مثلا المثلث ونحن نعلم أن كل شكل يحتوي على أربعة أشكال مختلفة في الحجم ) وتخبئ الأشكال الأخرى حتى لا يختلط الأمر على الطفل وتكون الأم هي النموذج لطفلها، ثم تطلب منه وضع الشكل في مكانه المناسب ( في حالة صعوبة القيام بهذا بإمكانها مساعدته جزئيا كما وضحنا في الفصل السابق وذلك بتوجيه يده نحو المكان المناسب ) وذلك دون نسيان التحفيز والتشجيع دائما، إن استطاع القيام بهذا تقدم له باقي الأشكال وتطلب منه وضع كل شكل في الفراغ الخاص به.



حسب نتائج الجدول الحالة لها توحد بسيط. بقي توحد بسيط لكن الدرجة نقصت كثيرا عن ما كانت من قبل حيث كانت الدرجة قبل تطبيق البرنامج 42 وأصبحت بعد تطبيق البرنامج 31، الفارق بـ 11 درجة.

### جدول رقم (16) يبين نتائج الحالة الثالثة: ع- ح - ع

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	4	3	3	2	3	2	4	4	3	4	3	3	3	3	3	47

حسب النتائج الحالة لها توحد شديد.

### جدول رقم (17) يبين نتائج الحالة الرابعة: ر-ع-ر.

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	4	3	3	4	4	3	4	4	3	3	4	4	3	3	4	53

حسب النتائج الكمية الموضحة بالجدول أعلاه الحالة لها توحد شديد.

## VII- نتائج الاختبار البعدي للمجموعة الضابطة

جدول رقم (18) يبين نتائج الحالة الأولى: س-م.

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	4	3	3	4	43

الحالة لها توحيد شديد

جدول رقم (19) يبين نتائج الحالة الثانية: ف-ي.

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	3	1	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	33

الحالة لها توحيد بسيط بحيث نقص المجموع بـ ثلاث درجات.

جدول رقم (20) يبين نتائج الحالة الثالثة: ت-هـ.

المجموع	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	رقم المستوى
45	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	2	3	3	2	3	الدرجة

الحالة لها توحيد شديد. لكن نقص القيمة بـ أربع درجات عن القياس القبلي

جدول رقم (21) يبين نتائج الحالة الرابعة: ج-س.

المجموع	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	رقم المستوى
44	3	3	3	4	4	3	2	3	4	3	3	2	3	3	2	الدرجة

الحالة لها توحيد شديد.

## الفصل السادس

مناقشة فرضيات البحث في ظل النتائج المتوصل إليها

أ- عرض النتائج المتوصل لها مع كل حالة.

ب- مناقشة الفرضيات حسب النتائج المتوصل إليها.

ج- استنتاج حول الدراسة.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر استخدام البرنامج العلاجي (تيتش) في تحسين حالة الطفل المتوحد، حيث ركزت الدراسة على ثلاث مجالات رئيسية وهي: التواصل، التفاعل الاجتماعي والاستقلالية، وللتحقق من هدف الدراسة تم إتباع تصميمات بحث الحالة الواحدة أي فحص الطفل قبل وبعد تطبيق البرنامج، وخلال جمع المعلومات تم الاعتماد على كل من DSM IV في الدراسة الاستطلاعية ومقياس CARS في الدراسة الأساسية.

وفيما يلي سنعرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة بما في ذلك مناقشة فرضيات البحث.

#### 1- عرض النتائج المتوصل لها مع كل حالة:

##### النتائج الكمية للمجموعة التجريبية

الحالة : ر-ن بقيت كما هي في القياسين القبلي والبعدي وبلغت 34 درجة.

الحالة : ش-م تغيرت النتائج للأحسن حيث كانت الدرجة في القياس القبلي 42

وأصبحت في القياس البعدي 31 وهذا هو ما كنا نهدف إليه من الدراسة.

الحالة: ع-ح-ع بقيت الحالة كما هي خلال القياسين والنتيجة هي 47 درجة.

الحالة: ر-ع-ر تغيرت نتائج الحالة تغير غير مرغوب فيه حيث ارتفعت الدرجة عن ما كانت عنه من قبل، القياس القبلي 51 والقياس البعدي 53.

### الحالة الأولى: ر-ن.

رغم الإصرار من طرف الوالدين في البداية على العمل مع الحالة وأنه بإمكانهما عمل كل ما في وسعهما من أجل تحسين حالة البنت، إلا أن بمرور الوقت اكتشفت الأخصائية النفسانية أنه مجرد إصرار وإرادة خيالية وشفوية فقط لا فائدة منها، والدليل على ذلك الاتفاق على المواعيد وإخراج الصور المطلوبة والعمل كثيرا مع الوالدين من أجل رفع معنوياتهما ومحاولة تجديد الإرادة من أجل العمل مع البنت، لكن دون جدوى

إضافة إلى عدم إحضار الصور والفيديوهات الخاصة بالعمل مع الحالة داخل البيت،

وهذا ما يعكس عدم تخصيص وقت للحالة وعدم العمل معها، إضافة على التغيب الكثير

عن الحصص المقامة مع الأخصائية النفسانية بالمركز.

الحالة لم تحصل على أي تحسن ماعدا في الاستقلالية بالنسبة لدخول المرحاض وذلك

بتعويدها دخول هذا الأخير في أوقات منظمة باليوم ولعدة مرات متتالية.

لم تتوصل الحالة على أي تحسن سواء في التواصل أو التفاعل الاجتماعي أو الاستقلالية في الأكل واللباس وغيرها، الحالة بقيت كما هي لأنها لم تخضع للعلاج من طرف الوالدين.

### الحالة الثانية: ش-م

أم هذه الحالة جديّة للغاية وتعمل مع طفلها بطريقة منظمة وهادئة ويومية، لم تغيب أبداً عن الحصص العلاجية المبرمجة مع الحالة منذ بداية البرنامج، وهذا ما أتى بثماره وهي كالتالي:

بالنسبة للاستقلالية: توصل الطفل إلى غسل أسنانه بمفرده فهو يعرف جميع الخطوات الواجب إتباعها ويقوم بها الواحدة تلو الأخرى ( فتح علبة المعجون، شد الفرشاة جيداً، تفريغ المعجون فوق الفرشاة، إدخال الفرشاة في فمه وتحريكها ) ثم يقوم بغسل فمه بالماء.

توصل الطفل إلى الأكل بالملعقة بمفرده ولكن ليس بطريقة صحيحة مئة بالمائة.

استطاع خلال هذه الفترة الوجيزة من نزع الملابس داخل المرحاض لكن قليلاً ما يقوم بلبسها وذلك بمساعدة الأم.

الطفل أصبح يحاول لبس ونزع حذائه بمفرده علماً أن الحذاء يحتوي على خيط لربطه.

**التواصل:** توصلت الحالة إلى استعمال بعض الكلمات للتواصل اللفظي.

تمثل في استعمال الكلمات للتواصل خاصة اسمه، تسمية مختلف أفراد العائلة، تسمية بعض الحيوانات، تسمية بعض الألوان.

قبل تطبيق البرنامج عند تعليمه شيء ما يبقى يوم أو أكثر لإعادة ما قيل له وقد لا يعيدها، أما خلال تطبيق البرنامج وبعد مرور أكثر من ثلاثة أشهر أصبح يعيد ما تعلمه بعد مدة جد قصيرة وعند مجيء الأب من العمل يعيد له كل ما قام به.

أصبح يستخدم الضمير أنا عوضا عن الضمير ( هو وأنت ) كما كان من قبل.

تسمية كل أعضاء جسمه ( الأعضاء الكبرى والصغرى )

وبعض الأحيان يجلس بمفرده ويقول كلام غير مفهوم.

يقلد كل ما هو موجود في ساعة تينتش من ألوان وصور ويقول لأمه وأبيه أن هذه الساعة ملكه، أحيانا يبكي ويطلب إعطائها له لكن ترفض الأم ذلك خوفا من إفسادها.

أحيانا تكون الأم مرهقة فتتسى القيام له بالتدليك فيطلب الطفل ذلك وفي وقته المخصص له وهذا دليل على أن الطفل يرتاح للتدليك ويعرف وقته جيدا. هذا ما يعكس برمجة الطفل على تنظيم بيئته التعليمية ( وقت الأكل، وقت الغسيل، وقت اللعب، وقت الخروج مع الأب ووقت التدليك )

الأم تقول أن هناك نتيجة ايجابية للتدليك حيث أنها تتفقد ابنها دائما ليلا فقبل استخدام التدليك (قبل بداية البرنامج العلاجي) كانت تجد اليدين في حالة تصلب أم الآن بعد

عملية التدليك اليدين ارتخت وأصبح يستخدمهما بطريقة صحيحة مثلا في كيفية حمل الكأس، الملعقة أو شيء آخر.

فيما يخص الغذاء وحسب قول الأم الطفل لا يحب أكل اللحم أو الدجاج ولم يأكله أبدا في حين أن مؤخرا نظر إلى الصورة الخاصة بالغذاء وطلب من أكل اللحم فكانت أول مرة يتناول فيها اللحم من دون أي مشاكل سواء المضع أو القيء أو أي شيء آخر وهذا ما أرجعته الأخصائية النفسانية إلى سببين ألا وهما:

أولاً: إمكانية تأثر الحالة بالصورة وتقليد الطفل الموجود فيها علما أننا استخدمنا صورة لطفل ذكر في وضعية غذاء ( الصورة تحتوي على غذاء متنوع ).

ثانياً: قد يكون الطفل تأكد أنه بإمكانه مضغ الغذاء بصورة عادية من دون أي ضرر وذلك نتيجة لتمارين التدليك ( le massage ) التي يخضع لها يوميا.

يقوم بتسمية بعض الخضار والمواد الغذائية مثل القهوة، الحليب، السكر... الخ.

أصبح الطفل يعبر عن ما يريد عن طريق اللغة وقد لا حظنا تحسن ملحوظ خلال هذه الأشهر في مجال اللغة حيث بدأ بنطق بعض الكلمات وأصبح الآن ينطق جملة كاملة صحيحة، أصبح يسأل عن الأشياء المحببة لديه وكذلك يسأل عن بعض الأطفال من أفراد عائلته، وهذا إن دل إنما يدل على الإدراك المعرفي من طرف الطفل لهذه الأمور.

**التفاعل الاجتماعي:** يلعب مع بعض الأطفال، يأتي بأي شيء يطلب منه وبسرعة وذلك عند تحفيزه بعلب الياغورت لأنها محببة لديه.

تفاعل الطفل بطريقة جيدة مع الأخصائية والأم بقاعة الألعاب بالمركز وهذا ما يعبر عن عدم خوف الطفل وفرحه أثناء اللعب وهذا العمل مسجل بالفيديو.

أصبح الطفل مبرمج على ضرورة خروجه مع أبيه في المساء وفي حالة عدم خروجه لظرف معين يعبر الطفل عن قلقه ورغبته في الخروج وذلك من خلال البكاء ومسك أحد الوالدين من اليد وتوجيههما إلى الباب.

عند مجيئه إلى المركز يصافح العمال ويتفاعل مع الطلبة المتربصين، لا يخاف منهم لأنه تعود على رؤيتهم ويلعب بمختلف الألعاب.

تفاعله مع والديه في البيت وخارجه.

الطفل يقلد كثيرا ما هو موجود في الصورة الموضوعه على ساعة تيتش الخاصة به.

الطفل أنقص من السلوك النمطي المتمثل في فتح وغلق الأبواب وذلك قد يعود إلى ملء وقت الطفل بمختلف الأنشطة وبالتالي قليلا ما يكون في وقت فراغ لا يجد ما يقوم به فيعود إلى تلك السلوك لكن بنسبة قليلة مقارنة بما كان عليه قبل تطبيق البرنامج العلاجي. أي تكثيف العمل مع الطفل أنسأه نوعا ما تلك السلوكيات النمطية والعزلة الاجتماعية.

المعينات البصرية المستخدمة في البرنامج ساعدت الحالة كثيرا على تعلم عدة أشياء منها: تناول بعض الأغذية التي لم يكن يتناولها من قبل مثل السلطة، اللحم.

الغسيل لأسنانه حيث أصبح يقول « هذاك محمد راه يغسل » بمعنى أن الصورة تعبر عنه هو، حيث أننا أخذنا في الحسبان أن الذكر وضعنا له صور تحتوي على ذكور والأنثى وضعنا لها صور تحتوي على إناث، وذلك لتسهيل عملية التقليد وكان الأمر صائبا بالنسبة لهذه الحالة.

الحالة تحضن أمها كثيرا ولا تحضن أباهها وذلك نتيجة لحضن الأم لطفلها في اليوم عدة مرات خاصة عند نجاحه في أداء تمرين معين، على غرار الأب الذي لا يحضن الابن. رغم أننا أخذنا عملية الحضن عنصرا أساسيا في التعامل مع الطفل إلا أن الأب لم يقم بذلك بحجة تعب من العمل وغيرها.

أصبح الطفل يعرف حالة الأم عندما تكون فرحة أو حزينة.

التوصل إلى هذه النتائج مع هذه الحالة كان بفضل الدور الكبير للأم التي تقوم به مع طفلها، فمنذ بداية العمل لم يغيب ولا مرة ولم تضيع ولا فرصة للعمل مع الطفل، حتى في حالة مرضها تأتي وتقوم بما يطلي منها من قبل الأخصائية النفسانية على أحسن وجه، فهذه الأم ذلت كل الصعوبات والعوائق التي تأتي في طريقها من أجل الوصول إلى نتائج أحسن.

### الحالة الثالثة: ع-ح-ع

رغم أن الحالة لها توحيد شديد وهذا ما توصلنا له من خلال مقياس CARS فهذا يعني أن هذا النوع يجب العمل معه بطريقة مكثفة ومنظمة، خاصة أن الحالة همّها الوحيد هو تدوير الأشياء، ورغم تصميم برنامج خاص بالحالة يتماشى مع قدراته إلا أنه لم يتم التوصل إلى أي نتيجة مع هذه الحالة وذلك راجع لعدم العمل مع الحالة من طرف الوالدين ولم يتم تخصيص أي وقت للطفل، كما أن الأخصائية لم تحصل على أي صورة أو فيديو يبرهن على العمل مع الطفل.

الحالة بقيت كما هي لم يختفي أي عرض من الأعراض المذكورة سابقا.

### الحالة الرابعة: ر-ع-ر

الحالة لم يطرأ عليها أي تحسن في المجالات الثلاث ( التواصل، الاستقلالية والتفاعل الاجتماعي )، بقيت الأعراض التي تم رصدها على الحالة قبل بداية البرنامج العلاجي، وزادت بعض الأعراض حدةً وذلك بسبب عدم العمل مع الحالة بالمنزل من قبل الأم والأب، والتغيب الكثير عن الحصص المبرمجة إضافة إلى البحث عن الأعذار التي تعيق الأم أو الأب عن العمل مع الحالة.

رغم أن الأم كانت لها إرادة قوية للعمل مع ولدها في البداية، وكانت تقطع مسافة بعيدة للمجيء إلى المركز والاستفادة من ما تقدمه لها الأخصائية النفسانية. وفي نفس الوقت

عند حضور هذه الجلسات كانت أحيانا تعبر عن تشاؤمها من حالة ابنها وقد قامت الأخصائية ببعض الحصص الجماعية حيث تم إحضار أم الحالة (ش-م) التي تعمل مع طفلها بكل جدية وأم الحالة (ر-ع-ر) من أجل تبادل المعلومات، ورفع المعنويات حيث أن الوالدين لهما عامل مشترك وهو الطفل المتوحد، وبالتالي يكون لهما تفهم للمشاعر والصعوبات التي يواجهونها تجاه هذا الاضطراب أكثر من شخص آخر. رغم كل هذا إلا أننا لم نصل إلى الهدف المرغوب فيه مع هذه الحالة.

الأم تشتكي كثيرا عدم مساعدة الزوج لها في العمل مع الحالة أو التكفل بالأطفال الآخرين لبعض الوقت حتى تستطيع هي العمل مع الحالة بكل راحة.

الابن الرضيع يعيق الأم كثيرا وبالتالي لم يكن لديها الوقت الكافي للتكفل بطفلها المتوحد هذا حسب قول الأم.

هذه الحالة لم تحصل على أي تحسن في أي مجال من المجالات الثلاثة المذكورة من قبل، بسبب عدم عمل الوالدين معها.

هذه الحالة زادت عندها العدوانية كثيرا وأيضا العزلة والحركات النمطية، كما دل على هذا التغير السلبي النتائج الكمية للقياس البعدي.

## أهم النتائج المتوصل إليها:

النقاط الأساسية التي تم التوصل إليها من خلال الأولياء الذين لم يطبقوا البرنامج مع أطفالهم انطلاقاً من هذه الدراسة الميدانية:

1. يمكننا القول أن الحالات الثلاث ليس لهم تقبل لهذا الاضطراب.
2. الأولياء يبحثون عن علاج سريع وفعال لأطفالهم رغم أننا وضحنا في بداية العمل أن هذا الاضطراب ليس لديه علاج كيميائي، ولازال يحيطه الغموض من حيث الأسباب والعلاج.
3. الوالدين لم يتقبلوا فكرة هم من يعمل مع الطفل داخل المنزل بل يبحثون عن الأخصائي النفسي أو أي شخص آخر يعمل مع طفلهم، رغم أننا أكدنا كثيراً خلال هذه الدراسة أن معدل حصة واحدة في الأسبوع بزمناً 45-01 ساعة التي يطبقها الأخصائي مع الطفل قليلة جداً بالنسبة لهذا الاضطراب، والأحسن أن يكون العمل بالبيت والوالدين هما من يقومان بالتكفل الصحيح بالطفل.
4. كثرة الأولاد بالبيت وخاصة عندما يكونوا صغار السن وبالتالي هم بحاجة لرعاية أكثر ووقت أطول، وبهذا الأم لا تستطيع أن تعطي الوقت اللازم للطفل المتوحد.
5. عدم مساعدة الزوج للزوجة في التكفل بالأطفال. وهذا ما اشتكت منه كل أمهات الحالات.

عدم توفر البيئة الداعمة والمناسبة لعلاج الطفل.

### بالنسبة للمجموعة الضابطة:

كانت نتائج مختلفة قليلا في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي وذلك بالنسبة

لحالتين فقط، وهذا التغير كان نتيجة لما يلي:

منع هذين الحاليتين من مشاهدة التلفاز.

وأیضا إدخالهما إلى روضة خاصة بأطفال التوحد.

### خلاصة:

من خلال هذه الدراسة الميدانية المجرات مع هذه العينة تم التوصل إلى أن الطفل المتوحد أكثر نشاطا في الاكتشاف البصري وهو ما أثبتته النتائج المتوصل لها مع الحالة (ش-م) وهذا ما يتوافق مع ما أشارت إليه الدراسة الكندية " أن الأشخاص الذين يعانون من التوحد يركزون بشكل أفضل في المناطق المتعلقة بالاكتشاف والتحديد البصري من الدماغ بينما يقل نشاطهم في المناطق المرتبطة بأفكار التخطيط والتحكم، وذكرت مجلة « سانيتس ديلي » إن الدراسة التي أجراها باحثون في مركز مونتريل للتمييز في اضطرابات التطور الشاملة، اعتمدت على جمع بيانات من 15 عاما تغطي الطرق التي تفسر من خلالها أدمغة المتوحدين الوجوه والأشياء والكلمات المكتوبة وشملت هذه البيانات صور للدماغ من 26 دراسة مستقلة أجريت على 357 من مرضى التوحد و 370 من أشخاص لا يعانون التوحد، يقول الدكتور « لوران مونترول » أستاذ في المركز الكندي" من خلال إجراء تحليل موسع لهذه البيانات تمكنا من ملاحظة أن المتوحدين أكثر نشاطا في مناطق

الفص الصدغي والقفوي، بينما يكونون أقل نشاطا في القشرة الدماغية مقارنة بغير المتوحدين.

قد تتوافق هذه الدراسة مع دراستنا مع الحالة ش-م الذي أحرز تعلم كثير من خلال المعينات البصرية سواء الصور أو ساعة تيتش.

الشيء الملفت للانتباه خلال هذه الدراسة الميدانية سواء مع هذه الحالات أو حالات أخرى التي تم متابعتها في المركز، فمن خلال جمع المعلومات تم التوصل إلى أن معظم حالات التوحد كانوا يبقون أمام شاشة التلفزيون لفترة طويلة جدا خلال اليوم الواحد، وذلك منذ الأشهر الأولى من عمر الطفل وهذا ما يؤثر حتما على كل من: اللغة، التواصل، التفاعل الاجتماعي وسلوك الطفل، حيث يصبح التلفاز العالم الخاص بالطفل فبإمكاننا أن نفسر هذا الأمر بمايلي:

عمل الأم وبالتالي يتم البحث عن مكان يوضع فيه الطفل وهو الروضة التي لا تستغني عن التلفاز وهو حلها الوحيد في تلهية الطفل وإسكاته، كذلك أم الأم أو أم الأب.

## II-مناقشة الفرضيات:

الفرضية العامة التي تنص على مايلي:

إن تعامل الوالدين بجدية مع طفلهم المتوحد وفق برنامج مخطط ومنظم (تينتش) حسب قدراته بالإمكان أن يسهل عملية الاتصال والتفاعل الاجتماعي معه وتحقيق قدر من الاستقلالية مهما بلغ عجزه.

الفرضية محققة مع الحالة ش-م، حيث تعاملت الأم بكل جدية مع طفلها وفق البرنامج العلاجي (تينتش) المصمم له حسب قدراته وقد توصل إلى التواصل مع الغير والتفاعل الاجتماعي والاستقلالية في بعض الأشياء.

هذه الفرضية غير محققة مع الحالات الباقية، وذلك راجع للأسباب المذكورة سابقا ضمن النتائج.

### الفرضيتين الجزئيتين:

**الفرضية الأولى:** بالتركيز على نقاط القوة للطفل واستخدام دلائل بصرية، مع توفير بيئة داعمة ومناسبة يمكن تحسين مهارات الطفل المتوحد.

الفرضية تحققت مع الحالة ش-م ولم تتحقق مع باقي الحالات الثلاث.

**الفرضية الثانية:** الطفل المتوحد بحاجة إلى عمل مكثف بحيث يكون العمل هادف ومنظم للوصول إلى نتائج إيجابية.

هذه الفرضية محققة مع الحالة ش-م وغير محققة مع الحالات الأخرى.

كل الفرضيات تحققت مع الحالة (ش-م) ولم تتحقق مع الحالات الأخرى.

### III-استنتاج حول الدراسة:

تم استنتاج أن آباء الأطفال المصابين بالتوحد لديهم دور فعال ومهم جدا في البرامج التعليمية، التربوية والعلاجية، ولا يمكن أن تحقق الأهداف ما لم يكن هناك تعاون بين الأسرة والمختصون ولا يمكن تقديم البرامج العلاجية ما لم يشترك فيها الوالدين وخاصة الأم.

**ملاحظة:** تم تكريم والدة الطفل ش-م وتقديم لها شهادة شكر وعرفان بالمركز، وذلك اعترافا بمجهوداتها المبذولة ورفع معنوياتها في نفس الوقت من أجل الاستمرار في العمل مع الطفل وعدم اليأس.

## خاتمة الدراسة

من خلال هذه الدراسة وما تضمنت من معلومات في الجانب النظري والجانب التطبيقي وبناء على المقابلات المجرات مع الوالدين، وأطفالهم الذين يعانون من اضطراب التوحد واعتمادا على التحليل والتفسير الكيفي للنتائج المتوصل إليها، فإن هذا الاضطراب يجب دراسته من كل الجوانب دراسة ميدانية، تجريبية، معمقة ولفترة طويلة وذلك عن طريق فريق كامل متخصص، كل حسب تخصصه؛ ( مختص في الطب العقلي للأطفال، مختص في الطب العصبي، مختص في التغذية، البيولوجيا، في علم الوراثة، في علم النفس العيادي، في اضطرابات اللغة والنطق...) وذلك من أجل الوصول إلى الأسباب الحقيقية وراء هذا الأخير ومعرفة الطريقة المثلى للتعامل معه من أجل إخراجه من عالمه ودمجه في المجتمع، وهذا ما يتطلب التكفل المبكر لهؤلاء الأطفال، والتكفل بأوليائهم خاصة في السنوات الأولى التي يطلق عليها البعض بالسنوات السوداء، حيث يجد أولياء هذه الحالات أنفسهم تائهين لا يعرفون إلى أين يذهبون ومن هو المختص الذي يعالج طفلهم، وما هي العوامل التي أدت إلى إصابة الطفل بهذا الاضطراب، كما يكون لهم نوع من الرفض لهذا الاضطراب أو لهذا الطفل المضطرب.

كما يجب على وسائل الإعلام أن تتطرق لمثل هذه الاضطرابات وأن تعرض الجوانب الايجابية فيه، لأن مهما يكن عجز الطفل واضطرابه إلا وله نقاط قوة وخصائص تميزه عن غيره.

## بعض التوصيات والاقتراحات:

- ضرورة التكفل المبكر بهذه الفئة فكلما كان التكفل مبكر كلما كانت النتائج أفضل.
- ضرورة المرافقة العائلية للأسر التي لها طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة وخاصة اضطراب التوحد.
- العمل على مساعدة الوالدين على تقبل الطفل مهما كان.
- القيام بدورات تدريبية للأخصائيين والوالدين في مختلف البرامج التدريبية للأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- القيام بدراسات ميدانية معمقة حول الاضطراب.

## قائمة المراجع

### الكتب بالعربية:

1. إبراهيم علا عبد الباقي: اضطراب التوحد "الأوتيزم" أعراضه أسبابه وطرق علاجه، عالم الكتب، القاهرة/مصر، 2011.
2. آل إسماعيل حازم رضوان: التوحد واضطرابات التواصل، دار مجدلاوي، عمان، ط1، 2011-2012.
3. الإمام محمد صالح و الجوالده فؤاد عبد : التوحد ونظرية العقل، دار الثقافة، عمان، ب ط، 2010.
4. خطاب محمد أحمد: سيكولوجية الطفل التوحدي، دار الثقافة، ب ط، الأردن، 2009.
5. الزارع نايف بن عابد: المدخل إلى اضطراب التوحد المفاهيم الأساسية وطرق التدخل، دار الفكر، عمان، ط1، 2010.
6. الزريقات إبراهيم عبد الله فرج: التوحد السلوك والتشخيص والعلاج، دار وائل للنشر، الأردن، ط1، 2010.
7. الزريقات إبراهيم عبد الله فرج: التوحد، الخصائص والعلاج، دار وائل، الأردن، ب ط، 2004.

8. زمام عبد اللطيف مهدي: التوحد الذاتي عند الأطفال، دار زهران، ط1، عمان/الأردن، 2012.
9. سالم أسامة فاروق مصطفى: اضطرابات التواصل بين النظرية والتطبيق، دار المسيرة، ط1، عمان/الأردن، 2014.
10. الشامي وفاء علي: علاج التوحد الطرق التربوية والنفسية والطبية، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر، ط1، الرياض، 2004.
11. صالح علي عبد الرحيم: نظرية العقل لدى الأطفال، التنظير الحديث في النمو المعرفي، مراجعة سناء مجول فيصل، دار صفاء، ط1، عمان/الأردن، 2013.
12. طارق عامر: الطفل التوحدي، دار اليازوري العلمية، الأردن، ط4، 2008.
13. العبادي رائد خليل: التوحد، مكتبة المجتمع العربي، عمان، ط1، 2006.
14. عباس فيصل: التحليل النفسي والاتجاهات الفرويدية المقاربة العيادية، دار الفكر العربي، بيروت/لبنان، ط1، 1996.
15. عبد الرحمان العيسوي: الوعي السيكولوجي، دار الراتب الجامعية، بيروت/لبنان، ب س، ب ط.
16. عبد المعطي حسن مصطفى: الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة الأسباب التشخيص - العلاج، دار القاهرة، ط1، القاهرة/مصر، 2003.
17. عكاشة أحمد: الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 1992.

18. فايد حسين: علم النفس المرضي (السيكوباتولوجي)، حورس الدولية للنشر والتوزيع ومؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة/مصر، ط1، 2004.
19. القمش مصطفى نوري: اضطرابات التوحد الأسباب، التشخيص، العلاج، دراسات علمية، دار المسيرة، الأردن، ط1، 2011.
20. كولين تيرين وتيري باسينجر: التوحد، فرط الحركة، خلل القراءة والأداء، ترجمة: مارك عبود، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر، الرياض، ط1، 2013.
21. لورا شريمان: التوحد بين العلم والخيال، ترجمة فاطمة عياد، عالم المعرفة، الكويت، 2010.
22. لويس كامل مليكة: علم النفس الإكلينيكي، الهيئة المصرية العامة للكتاب ط2، القاهرة/مصر، 1985.
23. مجدي محمد أحمد عبد الله: طيف التوحد واستراتيجيات التدخل المبكر التشخيص والعلاج، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية/مصر، 2013.
24. مجدي محمد أحمد عبد الله: الطب النفسي للأطفال بين النظرية والتطبيق، دار المعرفة الجامعية، ط1، الإسكندرية/مصر، 2010.
25. محمد عادل عبد الله: الأطفال التوحديون، دار الرشاد، القاهرة، ط1، 2002.
26. مصطفى أسمة فاروق والشرييني السيد كامل: التوحد الأسباب، التشخيص، العلاج، دار المسيرة، الأردن، ط1، 2011.

27. المغلوث فهد بن حمد: التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه؟، مكتبة الملك فهد

الوطنية للنشر، الرياض/ السعودية، ط1، 2006.

28. وليد خليفة وآخرون: التوحد بين النظرية والتطبيق، دار الفكر، ط1،

عمان/الأردن، 2013.

رسائل الماجستير والدكتوراه:

29. أداقر لامية: دراسة الفهم للغة الشفهية لدى الطفل المصاب بالتوحد بعد

إخضاعه لإعادة التربية الصوتية، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر2، الجزائر،

2011-2012.

30. بيومي لمياء عبد الحميد: فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية

بالذات لدى الأطفال التوحديين، أطروحة دكتوراه، جامعة قناة السويس، مصر ،

2008.

31. السلمي عبد الله بن مرشود: فاعلية استخدام أساليب الاشارات الكلاسيكي لدى

ثرونديك في تنمية السلوك\_التكفي لدى أطفال التوحد بمكة المكرمة، رسالة

ماجستير، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، 2008-2009.

32. شيهان عبد المالك: أثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في الامتناع عن

الإدمان على المخدرات عند المراهق، رسالة ماجستير، جامعة وهران،

2013/2014.

33. عليه سهام علي عبد الغفار: فعالية كل من برنامج ارشادي للأسرة وبرنامج

للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية (الاولتيزم)،

أطروحة دكتوراه، جامعة طنطا، مصر، 1999.

34. فران تهاني موسى عبد الله: الإتجاهات الوالدية نحو الطفل التوحدي وعلاقتها

ببعض المتغيرات الديمغرافية، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، المملكة العربية

السعودية، 2002-2003.

35. كشك رضا عبد الستار رجب عبده: فعالية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور

في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين، أطروحة دكتوراه، جامعة الزقازيق،

مصر، 2008.

36. لمفون رفاه بنت جمال يحي: تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لعينة من

المراهقين ذوي اضطراب التوحد، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، السعودية،

2011-2012.

### المؤتمرات:

37. البلشة أيمن محمد محمود: ورقة عمل بعنوان: تفعيل دور الآباء ( الوالدين ) في

البرامج السلوكية والتربوية للأطفال التوحديين ( من النظرية إلى التطبيق )،

المؤتمر العربي التاسع للاتحاد: رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن

العربي [ الحاضر-المستقبل ]، مصر/ القاهرة، 5-7 /12/ 2006.

## المجلات:

38. عواد أحمد أحمد و البلوي نادية صالح: *الاتجاهات المعاصرة في تشخيص وعلاج*

*التوحد، الأردن، 2011. مجلة الطفولة والتربية.*

39. محسن محمود أحمد الكيكي: *المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهد الغسق*

*وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية،*

*المجلد 11، العدد 01.*

## الكتب بالفرنسية:

40. A .P.A.DSM<sup>IV-R</sup> (**Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux .**) 4<sup>o</sup>Edition Française par : GUELFY Julier Daniel et al, Masson. Paris : 1989 .

41. AMY Marie–Dominique :**comment aider l'enfant autiste ?**,  
approche psychothérapique et éducative, DUNOD, 2<sup>ème</sup> édition  
, Paris, 2009.

42. Baghdadli Amaria et Noyer Magali : **Interventions**  
**Educatives pédagogiques et thérapeutiques proposes dans**  
**l'autisme**,Paris,2007 .

43. Barthélémy Catherine et al :**Les personnes atteintes d'autisme, Identification, Compréhension, Intervention,** Autisme europ aisbl,brussels , Belgium, 2006.
44. DALLA PIAZZA Serge et DAN Bernad :**Handicaps et Déficiences de l'enfant,** de boeck université, 1<sup>er</sup> édition, Belgique, 2003.
45. Lenoir Pascal et al : **L'autisme et les troubles du développement psychologique,** 2<sup>e</sup>édition, Masson, Paris, 2007.
46. M . Ould-Taleb : **Manuel de pédopsychiatrie,** O P U, Alger, 2012.
47. Organisation Mondial de la Santé(OMS) :**classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes,** CIM10 , 2<sup>e</sup> version , institut canadien d'information sur la santé, 2009.
48. Rogé Bernadette: **Autisme comprendre et agir, santé , éducation, insertion,** DUNOD , Paris, 2003 .
49. Schopler Eric et al: **Activités d'enseignement pour enfants autistes,** Masson, Paris, 2001 .

**50.** Sillamy Norbert :**Dictionnaire de psychologie** ,INEXTENSO,  
Paris, 2003.

**51.** Tourrette Catherine :**Évaluer les enfants avec déficiences  
ou troubles du développement**, DUNOD, Paris, 2006.

## مقياس تقدير التوحد في الطفولة

( C . A . R . S )

الاسم : _____	السن : _____
تاريخ الميلاد _____	التاريخ : _____
الفاحص : _____	المكان : _____

### كيفية التقدير والتسجيل :

يقدر كل بند كمي متصل بين قطبين من السواء ، أو الطبيعية والاضطراب الشديد ، وتوضع علامة في المربع المناسب .

- 1 = السلوك العادي أو الطبيعي والمناسب مع سن الطفل .
- 2 = السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة طفيفة .
- 3 = السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة متوسطة .
- 4 = السلوك غير طبيعي وغير مناسب ومعوق بدرجة شديدة .

### 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

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

ملاحظات الفاحص وتوصياته :

---



---



---

التوقيع

## 1. إقامة العلاقة مع الناس .

- ① طبيعي لا يوجد أي اختلاف بإقامة العلاقة بالناس وتصرفاته بمثل عمره.  
(1.5)
- ② غير طبيعي بدرجة طفيفة يمتنع من التواصل بالبصر، يتجنب عندما يجبر على التواصل، الخجل بصورة مبالغ بها، لا يتجاوب، ملتصق بالوالدين أكثر من الطفل الذي بنفس عمره.  
(2.5)
- ③ غير طبيعي بدرجة متوسطة، انطوائي، يحب العزلة، لا يوجد اهتمام بالتفاعل مع المحيطين، منغلق على نفسه، تستطيع الحصول منه على القليل من التواصل.  
(3.5)
- ④ غير طبيعي بدرجة شديدة عزلة تامة، افتقاد القدرة على الاستجابة.

## 2. القدرة على التقليد والمحاكاة.

- ① طبيعي يقلد الطفل الأصوات ، الكلمات ، الحركات بحيث تكون بحدود قدراته .  
(1.5)
- ② غير طبيعي بدرجة طفيفة يقوم الطفل بتقليد بعض السلوكيات البسيطة مثال يصفق ، بعض الكلمات المفردة ويحتاج وقت لترديد الكلمة عند سماعها  
(2.5)
- ③ غير طبيعي بدرجة متوسطة يقلد الطفل بعض السلوكيات البسيطة ولكن يحتاج إلى وقت كبير ومساعدة .  
(3.5)
- ④ غير طبيعي بدرجة شديدة نادرا ما يقوم الطفل بالتقليد او لا يقلد نهائيا الأصوات أو الكلمات ، أو الحركات حتى بوجود مساعدة .  
ملاحظات

### 3. الاستجابة العاطفية .

① طبيعي يتفاعل الطفل للمواقف السارة والغير سارة .  
(1.5)

② غير طبيعي بدرجة طفيفة تظهر عليه احيانا تصرفات غير مرغوب فيها  
كاستجابة منفصلة عن الواقع .  
(2.5)

③ غير طبيعي بدرجة متوسطة مثال الضحك الشديد بدون معنى أو بدون سبب  
وليس له علاقة مع الواقع .  
(3.5)

④ غير طبيعي بدرجة شديدة إستجابة منفصلة نهائيا عن الواقع وأن كان  
مزاجه في شيء معين من الصعب جدا أن يتغير .  
ملاحظات .

### 4. استخدام الجسم .

① طبيعي تشمل تناسق وتآزر وتوازن لطفل بمثل عمره .  
(1.5)

② غير طبيعي بدرجة طفيفة، له بعض السلوك النمطي المكرر مثل التكرار في  
اللعب او الانشطة .  
(2.5)

③ غير طبيعي بدرجة متوسطة له سلوكيات غير مرغوب فيها واضحة لطفل  
في عمره مثال حركات لف الأصابع ، الاهتزاز ، الدوران ، الحملقة ، إيذاء  
النفس ، المشي على اطراف الأصابع ، خبط الدماغ ، الاستمنا ، تحريك  
اليدين ورفرفتها .  
(3.5)

④ غير طبيعي بدرجة شديدة، فهو يستمر في الحركات المكررة المذكورة في  
الاعلى حتى لو شارك في نشاط اخر .  
ملاحظات .

### 5. استخدام الاشياء

- ① طبيعي يهتم باللعب والاشياء من حوله والتعامل معها واستخدامها بالطريقة الصحيحة .  
(1.5)
- ② غير طبيعي بدرجة طفيفة يهتم بلعبة واحدة فقط ويتعامل معها بطريقة غريبة كأن يتركها بالارض .  
(2.5)
- ③ غير طبيعي بدرجة متوسطة يظهر عدم اهتمامه بالاشياء وان اظهر، تكون بطريقة غريبة كأن يلف اللعبة طول الوقت وينظر لها من زاوية واحدة فقط  
(3.5).
- ④ غير طبيعي بدرجة شديدة، تكرر ماسبق و بطريقة مكثفة ومن المستحيل أن ينفصل عنها إذا كان مشغولا بها .  
ملاحظات.

### 6. التكيف والتأقلم

- ① طبيعي يتكيف مع الموقف والتغير للروتين .  
(1.5)
- ② غير طبيعي بدرجة طفيفة يقاوم التغير والتكيف للموقف بعد تغير النشاط الذي تعود عليه.  
(2.5)
- ③ غير طبيعي بدرجة متوسطة يقاوم التغير والتكيف للموقف بعد تغير النشاط الذي تعود عليه .  
(3.5)
- ④ غير طبيعي بدرجة شديدة الاصرار على ثبات الظروف والروتين وعدم التغيير.  
ملاحظات.

### 7. الاستجابة البصرية

- ① طبيعي يستخدم التواصل البصري مع الحواس لاكتشاف الشيء الجديد أمامه .  
(1.5)
- ② غير طبيعي بدرجة طفيفة يحتاج للتذكير لكي يتواصل وينظر الى الشيء ، يهتم في النظر بالمرآة و الضوء ، النظر الى اعلى ، أو الفضاء ويتحاشى النظر في الأشخاص .  
(2.5)
- ③ غير طبيعي بدرجة متوسطة يحتاج للتذكير المستمر للتواصل البصري للشيء الذي يفعله، وتظهر نفس السلوكيات السابقة .  
(3.5)
- ④ غير طبيعي بدرجة شديدة: الامتناع عن التواصل البصري مع الاشخاص وبعض الاشياء وتظهر نفس السلوكيات السابقة .  
ملاحظات

### 8. استجابة الانصات (الاستماع )

- ① طبيعي ويستمتع باهتمام مع عدم وجود أي مؤثرات صوتيه مستخدما حواسه .  
(1.5)
- ② غير طبيعي بدرجة طفيفة، رد فعل متاخر للاصوات، يحتاج تكرار الاصوات لشد انتباهه، يبالغ قليلا في رد فعل لبعض الاصوات .  
(2.5)
- ③ غير طبيعي بدرجة متوسطة، متنوع في رد الفعل، مثال يتجاهل الصوت مرارا، يقلل أذنيه لبعض الاصوات، و منها الاصوات الانسانية المكررة يوميا .  
(3.5)
- ④ غير طبيعي بدرجة شديدة، مبالغ في رد الفعل للاصوات والتجاهل نهائيا للاصوات بصورة واضحة .

### 9. استجابات استخدام التذوق والشم واللمس

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

### 10. الخوف والعصبية

- 1 **طبيعي**: يتصرف الطفل مع الموقف المناسب لعمره .  
(1.5)
- 2 **غير طبيعي** بدرجة طفيفة: يتصرف الطفل بصورة مبالغة أو يتجاهل الحدث قليلا بالنسبة لطفل في مثل عمره.  
(2.5)
- 3 **غير طبيعي** بدرجة متوسطة: يتصرف بصورة مبالغة واضحة أو تجاهل واضح بالنسبة لطفل في مثل عمره.  
(3.5)
- 4 **غير طبيعي** بدرجة شديدة: خوف مستمر حتى عند إعادة المواقف غير الخطرة. ومن الصعب جدا تهدئته، وليس له ارداك للمواقف الخطرة والمواقف الغير خطيرة.  
ملاحظات

### 11. التواصل اللفظي

① طبيعي: يظهر الطفل كل مظاهر النطق والكلام واللغة المناسبة لعمره.  
(1.5)

② غير طبيعي بدرجة طفيفة: تأخر في الكلام ظهور بعض الكلام المبهم ،  
ترديد كلام، لا يستخدم الضمانر أنا أنت هو ، الهمهمة ، الخروج عن الحديث  
المألوف ، عكس المقاطع أو الكلمات .  
(2.5)

③ غير طبيعي بدرجة متوسطة: صمت، وعند وجود نطق هناك ترديد كلام  
واضح ، همهمة .  
(3.5)

④ 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 طبيعي: يستخدم تعبير الوجه أو تغير الملامح والايوضاع وحركات الجسم  
والراس .  
(1.5)

② غير طبيعي بدرجة طفيفة: تواصل غير لفظي ناقص، مثال: يمسك اليد من  
الخلف لطلب المساعدة والوصول للشئء بطريقة تختلف عن الطرق التي  
يستعملها الطفل في مثل عمره.  
(2.5)

③ غير طبيعي بدرجة متوسطة: لا يستطيع ان يعبر عن احتياجه بالتواصل  
غير اللفظي، ولا يستطيع فهم لغة التواصل غير اللفظي .  
(3.5)

④ غير طبيعي بدرجة شديدة: يستخدم سلوكيات غريبة، غير مفهومة للتعبير  
عن احتياجاته مع عدم الاهتمام باللايماءات وتعابير وجوه الاخرين .  
ملاحظات

### 13. مستوى النشاط

- 1 **طبيعي:** نشاطه عادي مناسب لعمره .  
(1.5)
- 2 **غير طبيعي** بدرجة طفيفة: يظهر نشاطا زائدا أو كسلا زائدا ويكون خاصا بذاته .  
(2.5)
- 3 **غير طبيعي** بدرجة متوسطة: نشاط زائد لا يهدء، يصعب التحكم به، هائم لا ينام الا قليلا، فوضوي غير منتظم، أو حامل لا يتحرك من مكانه، ويحتاج الى جهد كبير ليتفاعل مع نشاط معين .  
(3.5)
- 4 **غير طبيعي** بدرجة شديدة: هائم، نوبات غضب، حركة مستمرة لا يجلس ساكنا، فوضوي يرمي كل شيء على الارض ، يفتح ويقطب الاشياء .  
ملاحظات .

### 14. مستوى وثبات الاستجابات الذهنية

- 1 **طبيعي** في اداء المهارات في المواقف المختلفة المناسبة لعمره .  
(1.5)
- 2 **غير طبيعي** بدرجة طفيفة: يظهر تأخرا في أداء المهارات المختلفة .  
(2.5)
- 3 **غير طبيعي** بدرجة متوسطة: تأخر في أداء المهارات ومن الممكن ان يتفاعل حسب أطفال في عمره في احدى المهارات، وتأخر في باقي المهارات .  
(3.5)
- 4 **غير طبيعي** بدرجة شديدة: يكون أفضل من الطفل الطبيعي في مهارتين وتكون مبالغ فيها ولكن يتأخر بباقي المهارات .  
ملاحظات .

### 15. الانطباعات العامة

- 1 ليس توحدًا و لا تظهر فيه صفات التوحد.
  - 2 توحد بسيط لديه بعض الصفات .
  - 3 توحد متوسط لديه صفات واضحة من التوحد .
  - 4 توحد شديد لديه معظم الصفات التوحدية .
- \* تدون من الاسره او الملفات او البنود السابقة في التقييم .  
ملاحظات .

ملخص الدراسة: هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على فئة الأطفال المصابين باضطراب التوحد، حيث تم الانطلاق من إشكالية عامة للموضوع تمثلت فيما يلي: هل تطبيق برنامجا علاجي مكثف (تيتش) بإشراك الوالدين يساعد على تحسين حالة الطفل المتوحد من حيث: الاتصال، التفاعل الاجتماعي والاستقلالية؟

تم استخدام المنهج التجريبي بالاعتماد على الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية، مع تطبيق مقياس CARS.

أهم النتائج المتوصل إليها: المعينات البصرية وتنظيم البيئة التعليمية يحسنان من أداء الطفل المتوحد، تكثيف العمل مع الطفل المتوحد يعطي نتيجة ايجابية، ضرورة التكفل المبكر بالطفل المتوحد.

الكلمات المفتاحية: الطفل المتوحد، البرنامج العلاجي (تيتش).

**Abstract :** The study aimed to shed light on the category of children with autism, and identify the impact of a treatment program (TEACCH) in improving the autistic child. the general problem of the subject: Is the application of intensive therapeutic program (TEACCH) parental involvement helps to improve the state of the autistic child in terms of: communication, social interaction and independence?

I use experimental approach with tools: a clinical observation and clinical interview, and apply the CARS scale on cases. Results of the study showed the following:

visual aids, educational environment increases the quality of the autistic child's performance. intensify work with the autistic child gives a positive result. the need to provide an early guarantees for autistic child.

**Key words:** the autistic child, therapeutic program TEACCH .

**Résumé :**

L'objectif de cette étude est d'apporter un éclairage thérapeutique (TEACCH) sur l'amélioration des cas de l'enfant autiste dans les domaines la : communication, interaction sociale, et son autonomie. La problématique de cette étude est :

Si on applique le programme thérapeutique (TEACCH) intensivement en impliquant les parents aide à améliorer l'état de l'enfant autiste en se basant sur : la communication, l'interaction sociale et son autonomie ?

On a utilisé la méthode expérimentale par ses différents outils : l'observation clinique et l'entretien clinique en appliquant le test de CARS

Les résultats : Les aides visuelles et l'organisation de l'environnement éducatif améliorent la performance de l'enfant autiste. Intensifier le travail avec l'enfant autiste donne de bons résultats. La prise en charge précoce est nécessaire pour l'enfant autiste.

**Les mots clés :** Enfant autiste, programme thérapeutique (TEACCH).