الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران 2 محمد بن احمد
قسم علم النفس والأرطفونيا

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص : الصحة النفسية

الموسومة بـ :

التربية العلاجية لأولياء الأطفال المصابين بطيف التوحد لتعديل سلوكيات أبنائهم

- السلوك النمطي والسلوك العدواني كنموذج -

إعداد الطالبة :
جبريط مليكش فريدة

تحت إشراف :
د. مليكة محرزي

أعضاء لجنة المناقشة

د. ملال خديجة	جامعة وهران 2	رئيسا
د. محرزي مليكة	جامعة وهران 2	مشرفا
د. بن شدة مليكة	جامعة وهران 2	مناقشا

الموسم الجامعي:
2020/2019

الإهداء

هـذا الإهـداء أخـص بـه أشـخاص عـدة، مـنهم مـن سـاعدني عمليـا و وقـف إلى جانبي، ومنهم من ساندني وشجعني لكي لا أتراجع.

وهـذا لكثـرة مسـؤولياتي ومـنهم مـن أخصـهم بالإهـداء لأنهـم أعـزاء على قلبي.

في الأول أهديـه لزوجي العزيـز لأنـه سـاعدني عمليـا وصـبرعلي و على قلقي طيلة فترة التكوين.

وأهديـــه لعمـــاد وســـامية وصـــونية، لأن لهـــم الفضـــل فـــي صـــمودي و مواصلة المشوار.

وأهديـه للوالـدين الأعـزاء على قلبي، أبـي ونانـا، لأنهمـا لـم يتوقفـا عـن إمدادي بالطاقة الإيجابية.

كمـا لا أنسـى اليـاس وأميـر نـبض الحيـاة ، وروزة ، ليـنـدة ، فريـد وسـفيان أخوتي الأعزاء.

فـريـــــدة

شكر و تقدير

الحمد لله حميدا كثيرا يليق بجلاله و عظمته، الذي وفقني و أعانني على إتمام هذه الدراسة، و الصلاة و السلام على النبي محمد بعده.

أتقدم بالشكر الجزيل و العرفان و التقدير إلى الأستاذة محرزي مليكة.

ليس فقط كونها المشرفة على هذه المذكرة، بل كونها السبب في عودتي إلى الجامعة و تحقيق حلمي في مواصلة الدراسة. فهي من فتحت لي الآفاق و ساندتني طيلة فترة التكوين.

كما لا أنسى أن أتقدم بالشكر إلى كل الأساتذة الذين أشرفوا على تكويني في هذا الماستر، دون أن أنسى أن أتقدم بالشكر إلى أعضاء لجنة المناقشة على تكرمهم لمناقشة هذه المذكرة.

الحمد و الشكر لله قبل و بعد كل شيء

فريدة

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى مدى فاعلية برنامج تدريبي لتعليم فنيات تعديل السلوك العدواني و النمطي موجه لآباء الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد في روضة خاصة في إطار التربية العلاجية، و قد تألفت عينة الدراسة من ستة أزواج، آباء لطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد و الذي تراوحت أعمارهم ما بين 3 إلى 5 سنوات، مكونين مجموعة تجريبية واحدة.
و لتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بإعداد برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك و على اللعب.
و لقياس مدى فعالية البرنامج المقترح، استعملت الباحثة كل من مقياسي شدة السلوك النمطي و مقياس السلوك العدواني المصممان على التوالي من قبل الباحثة لملومة ابتسام، و الثاني صمم من قبل الباحث أحمد ورغي. قامت الباحثة بتطبيق المقياسين قبل و بعد خضوع العينة للتدريب لمعرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي.
أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 في الأداء على كلا المقياسين، و هذا يشير إلى فعالية البرنامج التدريبي الذي خضع له الآباء.

الكلمات المفتاحية :
اضطراب طيف التوحد، السلوك العدواني، السلوك النمطي، التربية العلاجية.

Abstract:
This study aimed to identify the effectiveness of a training program based on behavioral modification techniques in providing parents of children with autism spectrum with behavioral skills for dealing with aggressive and stereotypic behaviors. The study sample consisted of 6 couples of children with autism spectrum disorder between the ages of (3-5) years.
To achieve the objectives of the study, the researcher prepared a training program based on behavioral modification techniques and play therapy.
To measure the effectiveness of the proposed program, the researcher used both the two measures of the severity of the typical behavior and the measure of aggressive behavior, which were designed respectively by the researcher, Lamma Ibtisam, and the second was designed by the researcher Ahmed Wergi. The researcher applied the two scales before and after the sample was subjected to training to find out the extent of the presence of statistically significant differences between the pre and post-measurement.
The results indicated that there were significant differences at (0.01) in the performance on the two scales This indicates an improvement in the parents coping skills with the aggressive and stereotypic behaviors of their autistic spectrum children, as well as the effectiveness of the training program, which was given to parents.

Keywords :
Autism Spectrum Disorder, Therapeutic patient education, Stereotypic behavior, Aggressive behavior.

الفهرس

الإهداء ..... أ
شكر و تقدير ..... ب
ملخص الدراسة ..... ج
قائمة الجداول ..... ح
قائمة الأشكال ..... ط
المقدمة 1
الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة 3
1. اشكالية الدراسة : 3
2. فرضيات الدراسة : 6
3. أهمية الدراسة : 6
4. أهداف الدراسة : 7
5. حدود الدراسة : 7
6. التعاريف الاجرائية : 7
الفصل الثاني : اضطراب طيف التوحد 9
تمهيد : 9
1. الجذور التاريخية للتوحد : 9
2. تعريف اضطراب التوحد : 12
3. معدلات انتشار التوحد : 14
4. أسباب التوحد : 14
5. النظريات المفسرة للتوحد : 15
6. أنواع التوحد : 17
7. خصائص أطفال التوحد : 19
8. تشخيص التوحد : 20
9. أعراض التوحد حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للأمراض العقلية : DSM-5 الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب العقلي (2013) 21
10. تحديد الشدة الحالية : 22
11. البرامج التدريبية لذوي اضطرابات التوحد: 23
12. أسس نجاح برامج خدمات الطفل ذو اضطراب التوحد : 24
13. العوامل المؤثرة على تطبيق البرامج التربوية والعلاجية : 25

14. إرشادات تدريب وتعليم الأفراد ذوي اضطراب التوحد : 25
15. أهم البرامج التربوية والعلاجية الموجهة للأطفال ذوي اضطراب التوحد :..... 26
1.15. أولا : برنامج تيتش 26
2.15. ثانيا: مدخل تحليل السلوك التطبيقي (ABA)..... 27
3.15. ثالثا: برنامج نظام تبادل الصور PECS..... 29
16. دور الأسرة في رعاية الطفل التوحدي :..... 30
الخلاصة :..... 31
الفصل الثالث : الاضطرابات السلوكية المصاحبة لاضطراب طيف التوحد 32
تمهيد:..... 32
1. أولا : السلوكات العدوانية 32
1.1. تعريف السلوك العدواني : 32
2.1. أسباب السلوك العدواني عند الطفل : 33
3.1. مظاهر السلوك العدواني عند الطفل : 34
4.1. النظريات المفسرة للسلوك العدواني : 35
5.1. أشكال السلوك العدواني :..... 36
6.1. أنواع السلوك العدواني : 37
7.1. السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين : 37
2. ثانيا : السلوكات النمطية 39
1.2. تعريف السلوك النمطي :..... 39
2.2. أنواع السلوك النمطي :..... 41
3.2. أشكال السلوك النمطي عند الطفل المتوحد : 41
4.2. تفسير السلوك النمطي : 42
5.2. السلوك النمطي عند أطفال التوحد : 42
6.2. علاج السلوك النمطي : 44
الخلاصة :..... 44
الفصل الرابع : التربية العلاجية 45
تـمهـيد :..... 45
1. تعريف التربية العلاجية L'éducation thérapeutique : 45
2. أهداف التربية العلاجية :..... 46
3. طرق و مراحل برنامج تربوي علاجي : 47
4. مستويات التربية العلاجية :..... 48
5. لمن تتوجه التربية العلاجية و من يمكنه تقديمها : 48
6. فئات التربية العلاجية :..... 49
7. التربية العلاجية لأولياء الأطفال المصابين بطيف التوحد :..... 49
الخلاصة :..... 51

الفصل الخامس : الإجراءات الميدانية للدراسة..... 52

تمهيد : 52
1. منهج الدراسة : 52
2. مجتمع الدراسة : 52
3. عينة الدراسة : 52
4. أدوات الدراسة : 53
1.4. مقياس السلوك العدواني للأطفال المعاقين إعاقة عقلية بسيطة 53
2.4. استبيان الحركات النمطية : 55
3.4. البرنامج التدريبي : 56

الفصل السادس : دراسة الحالة..... 63

1. أولاً : البيانات الأولية عن الحالة..... 63
1.1. ملخص تاريخ حالة الطفل : 63
2. ثانياً : بيانات عن السلوك غير المرغوب فيه..... 64
1.2. السلوك المستهدف بالتعديل : عض اليد..... 64
2.2. السلوك المستهدف بالتعديل : رفرفة اليدين 66
3. ثالثاً : الملاحظة القبلية 67
1.3. سلوك عض اليد :..... 67
2.3. سلوك رفرفة اليدين : 68
4. رابعاً : بيانات الخطة العلاجية..... 70
1.4. سلوك عض اليد :..... 70
2.4. رفرفة اليدين : 73
5. خامساً : ملاحظة السلوك بعد التعديل (ملاحظة بعدية) 79
1.5. سلوك عض اليد :..... 79
2.5. رفرفة اليدين : 80
6. سادساً : تفسير النتائج 81

الفصل السابع : عرض و تحليل و مناقشة النتائج 83

تمهيد : 83
1. عرض النتائج الإحصائية للدراسة : 83
1.1. عرض و تحليل التساؤل الأول :..... 83
2.1. عرض و تحليل التساؤل الثاني :..... 84
3.1. عرض و تحليل التساؤل الثالث : 85
4.1. عرض و تحليل التساؤل الرابع : 86
2. مناقشة نتائج الدراسة و تفسيرها : 87
3. الاستنتاج العام : 89
توصيات و اقتراحات 90

الخاتمـــة 91
قائمة المراجـــع 92
المراجع العربية : 92
المراجع الأجنبية : 94
الملاحـــق 95

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1	الجدول رقم (1) : أهم التواريخ لتطور دراسة اضطرابات تخيف التوحد	11
2	الجدول رقم (2) : أوجه الاختلاف بين أنواع اضطراب طيف التوحد	18
3	الجدول رقم (3) توزيع افراد عينة الدراسة	52
4	الجدول رقم (4) محتوى جلسات البرنامج التدريبي	61
5	الجدول رقم (5) : تكرار حدوث سلوك عض اليد خلال مدة الملاحظة القبلية	67
6	الجدول رقم (6) : تكرار حدوث سلوك رفرفة اليدين خلال مرحلة الملاحظة القبلية	68
7	الجدول رقم (7) : تكرار حدوث سلوك عض اليد أثناء التدخل العلاجي الأول في الأسبوع الأول.	71
8	الجدول رقم (8) : تكرار حدوث سلوك عض اليد أثناء التدخل العلاجي الأول في الأسبوع الثاني.	72
9	الجدول رقم (9) : تكرار حدوث سلوك رفرفة اليدين أثناء التدخل العلاجي الأول في الأسبوع الأول.	75
10	الجدول رقم (10) : تكرار حدوث سلوك رفرفة اليدين أثناء التدخل العلاجي الأول في الأسبوع الثاني.	75
11	الجدول رقم (11) : تكرار حدوث السلوك عض اليد أثناء التدخل العلاجي الثاني في الأسبوع الأول.	77
12	الجدول رقم (12) : تكرار حدوث السلوك عض اليد أثناء التدخل العلاجي الثاني في الأسبوع الثاني.	78
13	الجدول رقم (13) : تكرار سلوك عض اليد خلال الملاحظة البعدية.	79
14	الجدول رقم (14) : تكرار سلوك رفرفة اليد خلال الملاحظة البعدية.	80
15	الجدول رقم (15) : المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لمقياس السلوك العدواني	83
16	الجدول رقم (16) : قيمة "ت" للفرق بين متوسطات درجات العينة في مقياس السلوك العدواني من وجهة نظر الآباء في القياسين القبلي و البعدي	84
17	الجدول رقم (17) : المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لمقياس السلوك النمطي	85
18	الجدول رقم (18) : قيمة "ت" للفرق بين متوسطات درجات العينة في مقياس السلوك العدواني من وجهة نظر الآباء في القياسين القبلي و البعدي	86

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
1	الشكل رقم (1) : اتجاهات العدوان.	54
2	الشكل رقم (2) : مراحل بناء برنامج تربية علاجية.	59
3	الشكل رقم (3) : الرسم البياني لفترة الملاحظة القبلية لعدد مرات حدوث سلوك عض اليد.	68
4	الشكل رقم (4) : الرسم البياني للفترة الثانية من الملاحظة القبلية لسلوك عض اليد.	69
5	الشكل رقم (5) : الرسم البياني للتدخل.	72
6	الشكل رقم (6) : الرسم البياني للتدخل.	76
7	الشكل رقم (7) : الرسم البياني للتدخل الثاني.	78
8	الشكل رقم (8) : الرسم البياني للملاحظة البعدية.	79
9	الشكل رقم (9) : الرسم البياني للملاحظة البعدية.	80

المقدمة

يعد التوحد من أكثر الإعاقات النمائية غموضا لعدم الوصول للأسباب الحقيقية علي وجه التحديد من ناحية، وكذل كشدة غرابة أنماط سلوكه غير التكيفي من ناحية اخرى.
فهو حالة تتميز بمجموعة أعراض يغلب عليها انشغال الطفل بذاته و انسحابه الشديد، إضافة الى عجز مهاراته الاجتماعية، و قصور تواصله اللفظي و غير اللفظي، الذي يحول بينه وبين التفاعل الاجتماعي البناء مع المحيطين به (يحيى، 2006).

و يشير الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية DSM V الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية إن اضطراب التوحد يتضمن ثلاث خصائص أساسية هي : القصور في التواصل الاجتماعي، قصور في اللغة و المحادثة، وجود أنماط متكررة و ثابتة من السلوك (حلاوة، 1997).

فالتوحد في ظل تلك الخصائص يشكل إزعاجا لكل المحيطين بالطفل، وتنعكس آثاره بصورة مباشرة على الطفل مما يؤثر بالتالي على تواصله العام واكتسابه للغة و الأنماط السلوكية، و القيم و الاتجاهات، و أسلوب التعبير عن المشاعر و الأحاسيس، إضافة إلى أن الطفل التوحدي يظهر أنماط سلوكية قليلة جدا بالمقارنة مع الأطفال الذين لديهم تقبل اجتماعي جيد، كما أنه يعاني من أنماط سلوكية شاذة و غير مقبولة، كعدم النضج الاجتماعي و العدوان، و السلوكات النمطية، و لذا فقد أبرزت العديد من الدراسات الضرورة القصوى لتهيئة محيط الطفل بما في ذلك تدريب أفراد الأسرة على التعامل مع خصوصية هذا الاضطراب (جمال، 2011).

تمحورت الدراسة الحالية في اختبار مدى فعالية برنامج تدريبي للآباء على فنيات تعديل السلوك العدواني و النمطي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

احتوت الدراسة على سبعة فصول كالآتي :

تضمن الفصل الأول مدخل إلى الدراسة جاءت فيه الإشكالية و الفرضيات ، أهمية الدراسة و أهدافها و كذلك حدود الدراسة و التعاريف الإجرائية.

أما الفصل الثاني فقد تناول اضطراب طيف التوحد و عرض من خلاله الجذور التاريخية للتوحد، مدى انتشاره، أسبابه، أنواعه، آليات تشخيصه والبرامج التربوية و العلاجية المستخدمة للتكفل باضطراب طيف التوحد.

و تلاهما الفصل الثالث و الذي تطرقنا من خلاله إلى الاضطرابات السلوكية المصاحبة لاضطراب طيف التوحد من خلال ا سلوكيات النمطية و السلوكيات العدوانية حيث تم تعريف هذين السلوكيين و أشكالهما و سبل التكفل بكليهما.

أما الفصل الرابع فخصص للتربية العلاجية، بدءا بتعريفها و تحديد أهدافها، فئات التربية العلاجية و التربية العلاجية في مجال التكفل بالأطفال المصابين بطيف التوحد.

أما الجانب المنهجي فقد تناول ثلاثة فصول خصص الفصل الخامس للإجراءات المنهجية من خلال تحديد منهج الدراسة،مجتمع الدراسة مع تحديد عينة و أدوات الدراسة.

أما الفصل السادس فقد تناول عرض دراسة الحالة و شرح كيفية تطبيق البرنامج العلاجي على الأطفال و أولياءهم.

أما الفصل السابع فشمل عرض النتائج و تفسيرها.

كما شملت الدراسة على خاتمة و جملة من التوصيات و الاقتراحات.

الباب الأول
الجانب النظري

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

1. اشكالية الدراسة :

تعاني الأسر التي لديها أطفال من ذوي اضطراب التوحد من صعوبات كثيرة على الصعيد النفسي، الجسدي و المالي (Higgins, 2005).

تختلف ردود أفعال الأسر عند إخبارهم بالتشخيص النهائي لأبنائهم و ما ينتج عنه من وضعيات خاصة. كما تختلف حاجات الأسر حسب اختلاف خصائص الطفل المصاب (مثل السن عند اكتشاف الاضطراب، المصادر الداعمة المتاحة للأسرة و مدى فعاليتها، ...). في الدول المتقدمة يتم تقديم الدعم على الأصعدة المختلفة لأسر الأطفال المصابين بطيف التوحد.

في فرنسا، تُقدم الدولة برنامج تربوي علاجي لمرافقة الآباء بعد تقديم التشخيص النهائي. هذا البرنامج يقدم من قبل فريق التكفل بالطفل، حيث يتم توجيه الآباء إلى جماعات تدريبية و علاجية مصممة من ذات فريق التكفل.

أما في البلدان الأنجلوساكسونية، التكفل بالأسر يكون أكثر تنظيما و فعالية. و يتضمن جماعات النقاش (Groupes de parole)، الجماعات الداعمة Groupes de soutien)) تدريبات تربوية موجهة للآباء بشكل فردي أو جماعي، تهدف هذه الأخيرة إلى تكوين الآباء و إمدادهم بالمعلومات المهمة و المهارات اللازمة لمواجهة أسلوب الحياة الجديد (Baghdadli، 2015، صفحة 29).

الدور الأساسي الذي تلعبه هذه التدريبات يتلخص في قدرتها الفعالة على مساعدة الآباء على تقبل الوضعية الجديدة، حيث تصبح أكثر ألفة و تعطي الأمل في إمكانية اكتساب أطفالهم لمهارات من شأنها أن تجعل الاضطراب مُتقبل (Baghdadli، 2015، صفحة 33).

صعوبة التواصل مع أطفال التوحد هي أكبر التحديات التي تقابل الآباء ، فكثير ما يسيء الطفل فهم ما يطلبه والديه عند محاولتهما تعديل سلوكياته ، مما يؤثر على جودة العلاقة الأبوية ، فتضعف الفعالية الكلية للأسرة (Baghdadli، 2015، صفحة 58).

تتأثر الحالة النفسية لأفراد الأسرة جراء التوتر المستمر الذي تتميز به التفاعلات اليومية. لذلك نجد أن أغلب الأسر التي لديها طفل توحدي تعاني من اضطرابات داخلية و خارجية مثل العزل الاجتماعي (Wolfberg & Burno, 2008).

أشارت عدة دراسات أن هذه العلاقات الأسرية غير الفعالة تعزز الممارسات التربوية الخاطئة و بالتالي تأزم الوضع بدلا من التقليل من السلوك غير التكيفي و ذلك لعدم امتلاك الآباء المهارات اللازمة للتعامل مع سلوكات أطفالهم (Preece, 2014).

تعلُم استخدام استراتيجيات التكيف الفعالة لإدارة التوتر و المواقف الأسرية المعقدة من شأنه أن يُحدث نتائج هامة لكل من الآباء و أفراد الأسرة ، و تعديل أنماط معيشتهم و كذا جودة التفاعل بين الآباء و الأبناء . هذا ما يبين أهمية تقديم الدعم و المساندة و التدريب للأسر ذوي أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد (Florian, 2009).

هناك الكثير من الدراسات التي تثبت أن العمل مع الأطفال المصابين بالتوحد دون إشراك آباءهم لا يكون فعالا ، لأن سلوكات الطفل كيفما كانت تتأثر بالتفاعلات مع بيئته لذلك فمن الضروري العمل على توفير مصادر تعليمية و تثقيفية لكسب مهارات عاطفية ، اجتماعية و تربوية من أجل تفاعل صحيح و فعال مع الطفل (Mcgree, Lord, 2001).

تعليم الآباء الاهتمام بالسلوكات الإيجابية لأبنائهم و إيلاء المزيد من التركيز عليها خلال التدريب على الفنيات و الاستراتيجيات الفعالة في التعامل مع الأنماط السلوكية غير التكيفية يشكل عنصرا هاما في التكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد و يمثل أيضا شكلا من أشكال الوقاية (Majszak, 2001).

حتى يفهم الآباء المشكلات السلوكية لأبنائهم المصابين بالتوحد و يحولون دون ظهور مشاكل أخرى في مراحل لاحقة من الحياة يجب تكييف البرامج التدريبية حسب حاجات الأسر و حسب شدة الإعاقة (Baghdadli, 2015).

و من بين البرامج التي أثبتت فعاليتها مع الأسر التي تعاني من مشكلات متعددة ، برامج التربية العلاجية المتكاملة التي تقدم تدريب نفسي بيداغوجي ، إضافة إلى الدعم النفسي و العلاج الجماعي للآباء (Baghdadli, 2015).

و ضمن برامج التدريب النفسي البيداغوجي ، أثبتت برامج التدريب القائمة على النموذج السلوكي أكثر فعالية من غيرها عند مساندة هذه الفئة من الأسر (Mehta, Crone, 2016). يرتكز التدريب على تغيير الأنماط السلوكية للأسرة و ذلك لفهم و تصحيح السلوك غير التكيفي الذي يقوم به الطفل. و هذا ما بينته الدراسات في فعالية تدخلات معينة في تقليل السلوك غير التكيفي لدى أطفال يعانون من اضطرابات نمائية مقارنة بالطرق التقليدية . حيث ركزت بشكل رئيسي على التقنيات الإيجابية كتعزيز السلوك المناسب، التثقيف الملائم ، التواصل الفعال ، و في المقابل التقليل من استعمال التقنيات المستندة على العقاب (Magyar, 2015).

تعتبر الممارسات التربوية العقابية أو غير المتسقة ذات تأثير سلبي على الحياة النفسية للأطفال في مرحلة مبكرة ، حيث تتسبب في ظهور السلوكات العدوانية ، القلق و الفشل في التعلم (Waters & Healy, 2012).

لذلك فإن التدريب السلوكي للآباء يساعدهم على معرفة كيفية التفاعل بطريقة أكثر فعالية و التكيف بطريقة بناءة . إضافة إلى تعلم طرق تعديل السلوكات الخاطئة يسهم في تمكين الآباء من التفاعل بشكل إيجابي مع أطفالهم و يسهم في تعزيز الالتزام طويل الأمد بالنسبة للتغيرات الهامة في نظام الأسرة (الخطيب، الحديدي، 2010).

تتفق الدراسات العلمية على كون الآباء التأثير البيئي الأساسي في حياة الأطفال عامة و المصابين باضطراب التوحد خاصة لذلك فإنه من الضروري إشراك الآباء في برامج التدخل و التربية العلاجية باعتبار تدريب الآباء وسيلة خاصة و فعالة من حيث التكلفة و باعتبارهم أيضا عنصرا أساسيا و فارقا في برامج التربية العلاجية (National Research Center, 2001).

ومن خلال ما سبق يمكننا القول أن تعديل السلوكين النمطي و العدواني لدى الأطفال المصابين بالتوحد يستدعي أولا العمل مع الآباء لمساعدتهم على فهم السلوك ثم معرفة مختلف استراتيجيات تعديله ، كما أنه لا يمكننا إلغاء أهمية التواصل بين آباء الأطفال التوحديين فيما بينهم و لهذا الغرض

تم تصميم برنامج تدريبي في إطار التربية العلاجية يهدف إلى تزويد الآباء بمختلف فنيات تعديل السلوك العدواني و السلوك النمطي.

تمثلت إشكالية الدراسة الحالية فيما يلي :

- ما مدى فعالية البرنامج المصمم في إطار التربية العلاجية في تدريب الآباء على فنيات تعديل السلوك العدواني و النمطي ؟

ومنها انبثقت التساؤلات التالية:

1. ما هو نمط السلوك العدواني الساند لدى أطفال أفراد العينة ؟
2. ما هو نمط السلوك النمطي السائد لدى أطفال أفراد العينة ؟
3. هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي و متوسط درجاتهم في القياس البعدي على مقياس السلوك العدواني ؟
4. هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس الحركات النمطية ؟

2. فرضيات الدراسة :

إثبات أهمية تزويد أباء الأطفال التوحديين ببرامج التربية العلاجية. مما يسمح لهم بمساعدة وفهم أطفالهم.

1. يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي و متوسط درجاتهم في القياس البعدي على مقياس السلوك العدواني ؟
2. يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس الحركات النمطية ؟

3. أهمية الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من أثر تدريب آباء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الملتحقين بروضة خاصة في على فنيات تعديل السلوك العدواني و النمطي، من خلال توضيح استراتيجيات عمل للآباء تتضمن مجموعة من الاجراءات تحسن التواصل مع الطفل من جهة ، و تساعد على فهم السلوكات غير التكيفية للقدرة على تعديلها.

4. أهداف الدراسة :

تقدم الدراسة برنامج تدريبي المقترح المبني على احتياجات الآباء حسب الفحص القبلي، وعليه من الممكن تحديد أهداف هذه الدراسة :

1. تحديد مدى فاعلية برنامج تدريبي لآباء الأطفال التوحد يين في الحد من السلوك النمطي و السلوك العدواني لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر آباءهم.
2. زيادة وعي أولياء الأطفال التوحديين بالاضطرابات التي يعاني منها أطفالهم .
3. إشراك الأولياء في عملية دمج أطفالهم والمساهمة في التخفيف من حدة السلوك العدواني و النمطي لديهم.
4. التحقق من مدى فاعلية البرنامج التدريبي الجماعي كجزء من برنامج التربية العلاجية لأولياء الأطفال التوحديين.
5. تزويد أولياء أطفال طيف التوحد بجملة من الاستراتيجيات لموجهة سلوكات أطفالهم وكذلك التدرب على طرق فعالة للتواصل معهم.

5. حدود الدراسة :

- الحدود المكانية : روضة خاصة بالأطفال ذوي اضطراب التوحد بمدينة وهران.
- الحدود الزمانية : بدأ البرنامج من 2020/01/01 انتهى بتاريخ 2020/04/01.
- الحدود البشرية : تم تطبيق البرنامج من قبل أخصائية نفسية أرطفونية و مربية متخصصة في مجال التوحد.

6. التعاريف الاجرائية :

أطفال ذوي طيف التوحد :

هم الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد و الذين يظهرون اضطرابات سلوكية منها السلوكيات النمطية و السلوكيات العدوانية و الذين يشاركون في هذه الدراسة

السلوك النمطي :

السلوك النمطي هو السلوك الذي يعتمده الطفل المصاب بطيف التوحد و يستعمله يوميا و الذي يهدف من خلاله التعبير عن شيئ أو وضعية معينة.

السلوك العدواني :

و هو السلوك الذي يلجأ إليه الطفل المصاب بطيف التوحد سواء نحو ذاته أو نحو الآخرين و يكون كردة فعل أو كوسيلة لجلب انتباه المحيطين به. و يعتبره الأولياء سلوك مزعج يهدد سلامة الطفل والمحيطين به.

البرنامج التدريبي :

مجموعة من الخطوات العلمية و العملية المنظمة التي استندت عليها الباحثة بغرض تحسين المهارات السلوكية النمطية منها و العدوانية لدى الطفل التوحدي و هو موجه لكل من الأولياء و الأطفال .

التربية العلاجية :

التربية العلاجية هي برنامج تثقيفي تربوي يمد الطفل التوحدي و أوليائه بالمعلومات اللازمة و المهارات التي تتطلبها تحسين السلوكيات النمطية و العدوانية .

الفصل الثاني

اضطراب طيف التوحد

تمهيد :

تعد الإعاقة بوجه عام من القضايا المهمة التي تواجه المجتمعات باعتبارها قضية ذات أبعاد متعددة، قد تؤدي إلى عرقلة مسيرة التنمية و التطور في المجتمع.

و من هذا المنطلق فإن رعاية الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة أصبح أمرا ملحا، تحتمه الضرورة الاجتماعية و الإنسانية، حيث يتوجب إيلاء الفئات الخاصة القدر المناسب من الرعاية و الاهتمام، حتى يتسنى لهم الاندماج في المجتمع على أقصى حد تسمح به قدراتهم.

و يعتبر التوحد من الفئات الخاصة التي بدا الاهتمام و العناية بها بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة، و ذلك لما يعانيه الأطفال في هذه الفئة من إعاقات نمائية عامة تؤثر على مظاهر النمو المتعددة للطفل و تؤدي إلى انسحابه و انغلاقه على نفسه. كما يعتبر التوحد من اشد الفئات النمائية تأثيرا (غزال، 2007، صفحة 1).

1. الجذور التاريخية للتوحد :

تم وصف هذه الحالة لأول مرة من طرف الطبيب الانجليزي هنري مودسيلي عام 1867، و جاءت تسمية الاضطراب بالتوحد كانت من قبل "ايجون بلولر Eugen Bleule" , حيث وصف به إحدى السمات الأولية للفصام و الانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي, و هكذا اعتبر التوحد نوعا من الاضطرابات الذهانية التي تحدث في الطفولة المبكرة فسمي بالذهان الذاتوي و فصام الطفولة.

و يعتبر "كانر Kanner" أول من قدم وصفا علميا للتوحد(1943) باعتباره اضطرابا يحدث في مرحلة الطفولة ووضع الخصائص الرئيسية للتوحد التقليدي. حيث نشر دراسة وصف فيها 11 طفل اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أي اضطرابات عرفت آنذاك.

و لذا اقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي جديد و منفصل أطلق عليه اسم التوحد الطفولي و بهذه الدراسة وهذا التشخيص بدأ تاريخ التوحد (مصطفى و الشربيني:2011، 22).

و بنفس الوقت اعد الطبيب الألماني "أسبرجر Asperger" بحثا علميا وصف من خلاله مجموعة من الأعراض المرضية التي تتشابه مع الأعراض التي وصفها كانر, و ظهر في أدبيات التربية الخاصة مصطلح متلازمة اسبرجر لتصف الطفل التوحدي الأكثر قدرة.

في حين "بندر Bender"(1955) في دراسته للطفل الفصامي قال بان الطفل التوحدي يعاني من اضطراب في جميع مظاهر التآزر العصبي البيولوجي (القمش و المعايطة،169،2009).

و على الرغم من وصف كانر و آخرون مثل ريملاند 1694 للاضطراب , إلا أن اسم الاضطراب أي مصطلح اضطراب التوحد أو الاوتيزم لم يتم قبوله في الاصطلاحات التشخيصية حتى نشر التصنيف التشخيصي و الإحصائي الثالث للأمراض العقلية عام 1980 و في التصنيف التشخيصي الإحصائي الرابع تم تصنيف الاضطراب التوحدي على انه احد اضطرابات النمو المنتشرة (سليمان،2010: 21).

و تم تصنيفه في عام 1981 و وضعه ضمن فئة الإعاقات الصحية، حيث اعتمد التصنيف بناءا على توصيات مقدمة من قبل عدة منظمات دولية مثل الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين و المعهد الوطني للاضطرابات العصبية و اضطرابات التواصل.

و في صيف عام 1994 تم اعتبار التوحد في الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية، بأنه أحد أشكال الاضطرابات النمائية الشاملة، والتي تضم إضافة للتوحد متلازمة ريت و اضطراب فصام الطفولة و متلازمة أسبرجر (القمش و المعايطة، 2009: 169).

الجدول رقم (1) : أهم التواريخ لتطور دراسة اضطرابات طيف التوحد.

التاريــخ	الإنــجــاز
1943	يعد الدكتور ليو كانر Leo Kanner أول من وصف اضطرابات التوحد.
1944	يعد الدكتور هانز أسبرجر أول من وصف الاضطرابات التي سمي باسمه "متلازمة اسبرجر" في النمسا.
1953	تم الكشف عن تركيبة سلسلة الحمض النووي في جسم الإنسان من قبل جيمس، واطسون، وفرانسيس كريك (Watson & Crick)، وكان لاكتشافهما الأهمية العظيمة، وخاصة في علم الجينات، وما يرتبط بها من إعاقات.
1961	اقترحت كريك Crick تسعة سلوكيات اعتبرها معايير أساسية لتشخيص اضطرابات التوحد، إلا أن هذه المعايير غير دقيقة، في وقتنا الحالي، لأنها لا تنطبق على كل من يعاني اضطراب التوحد، كما أن البعض منها قد ينطبق على من يعاني الإعاقة الفكرية.
1964	قدم الدكتور برنارد ريملاند Bernard Rimland معلومات مهمة حول طبيعة التوحد من خلال البحث العلمي الذي أشار فيه إلى أن التوحد هو: اضطراب عشوي، وليس كما قدم بعض المختصين أن التوحد يعزي إلى أسباب سيكولوجية من أمثال برونو بتلهايم Bruno Betleheim
1966	قدم الدكتور اندرياس ريت Andreas Rett أول وصف لمتلازمة ريت Rett's Syndrome الذي سمي باسمه حيث اكتشف حالات تختلف في أعراضها، وخصاصها عن التوحد، وقام بمتابعة لهذه الحالات لعدة سنوات، وكتب عنها باللغة الألمانية لكن لم تحظ باهتمام الآخرين كما أنه غادر إلى أمريكا، وعمل مع طبيب سويدي اسمه "بينيغيت هاجبرغ".
1977	نشر "ميشال روتر" و"سوزان فولستين" MichRutter and Susan Folstein أول دراسة حول توأم من التوحديين، والذي قدما الدليل على أن اضطراب التوحد السبب فيه أساس جيني، وكان لما قدماه من أثر كبير في التعرف على اضطراب التوحد، وما يرتبط به من حالات.
1978	اعترف رسمياً باضطراب التوحد كفئة تشخيصية، وذلك عندما ظهر لأول مرة في الطبعة التاسعة من الدليل العالمي لتصنيف الأمراض (ICD-9) الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية (WHO, 1977).
1978	استمر عمل "روتر" Rutter مع ايريك سكويلر في نشر معلومات حول التوحد ومظاهره.
1988 - 1991	نشرت عدة دراسات، وأظهرت أدلة على أن هناك أسباب جينية للتوحد.
1991	صمم كل من "كاثرين لورد" و"ميشال روتر" و"أنليكوتر" Catherine Lord, MichealRutter, and Ann Le Couteur مقياس المقابلة لتشخيص التوحد.
1992	نشرت الجمعية الأمريكية للأمراض النفسية (American Psychiatric Association) معايير تشخيص اضطراب التوحد.

التاريـخ	الإنـجـاز
1994	حصلت متلازمة اسبرجر على الاعتراف الرسمي لأول مرة عند وضعها في الدليل التشخيصي العالمي العاشر (ICD-10).
1991 – 1997	أشارت عدة تقارير علمية إلى ارتباط اضطراب التوحد لدى الأطفال يخلل في الكروموزوم (5).
1998	نشر أول تقرير عن ارتباط الكروموزوم (7) باضطراب التوحد، وكذلك أول مسح تشخيصي جيني.
1999 – 2001	نشرت خمسة تقارير حول المسح الجيني أظهرت الدليل على أن مجموعة من الجينات ترتبط باضطراب التوحد، ومن تلك التأثيرات للجينات على الكروموزومات ذات الأرقام 2، 3، 5، 19، وكذلك الكروموزوم X الهش.

2. تعريف اضطراب التوحد :

تعني كلمة التوحد في اللغة العربية "بقي وحده منفردا و لا يخالط الناس و لا يجالسهم". و في اللغة الإنجليزية تعني كلمة « Autism » " الاسترسال في التخيل هروبا من الواقع".

و قد جاءت من اللغة الإغريقية "Aut" بمعنى النفس أو الذات و "Ism" تعني الإنغلاق، و المصطلح ككل يمكن ترجمته على أنه الانغلاق على الذات، و قد اختلفت الترجمات العربية لمصطلح "Autisme" منذ التعرف على هذه الإعاقة في البيئة العربية و حتى الآن.

حيث يشير غالبية الباحثين إلى هذا المصطلح بلفظ التوحد بينما يفضل البعض تعريفه كما هون، ليكون "أوتيزم" كما أطلقت عليه عدة تسميات و مفردات مثل "الذاتوية، الانشغال بالذات، الاجترارية،..الخ (عثماني،2018: 18) و (مصطفى و الشربيني:2011، 26).

و يعني مصطلح التوحد أن الطفل التوحدي غالبا ما يندمج أو يتوحد مع نفسه و يبدي قليلا من الاهتمام بالعالم الخارجي.

كما يتصف بأنه عاجز على إقامة علاقات اجتماعية، و يفشل في استخدام اللغة لغرض التواصل مع الآخرين، لديه تعلق شاذ بأشياء معينة، مقاومة التغيير و رغبة ملحة للاستمرار في نفس السلوك، و تظهر هذه الصفات و السلوكات النمطية المتكررة و المقيدة قبل 30 شهر من عمر الطفل (مصطفى و الشربيني:2011، 26).

و يرى أرونز و بيتنز "Aarons & Bittens" أن التوحد يمثل اضطرابا أو متلازمة من المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر على الطفل, قبل أن يصل عمره إلى 30 شهر، و يتضمن عددا من الاضطرابات كالتالي :

- اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.
- اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.
- اضطراب في الكلام و اللغة و السعة المعرفية.
- اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس و الأحداث و الموضوعات (سليمان، 2010: 12).

و من أكثر تعريفات اضطراب التوحد قبولا لدى المتخصصين، هو تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي الوارد في الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الرابعة المنقحة (2000)، حيث تم تعريف التوحد بأنه اضطراب نمائي عصبي يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، و يؤثر على عدة مجالات تشمل قصورا في التفاعل الاجتماعي، و قصورا في التواصل اللفظي و غير اللفظي، و ظهور الحركات النمطية و محدودية في الأنشطة و الاهتمامات، و يظهر بشكل واضح في الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل (اللاد و آخرون، ص392).

و حددت معايير يمكن من خلالها الحكم على وجود التوحد و هي :

- بداية ظهور الاضطراب قبل 30 شهر من عمر الطفل.
- العجز الواضح و عدم القدرة على الاستجابة للآخرين.
- صعوبة في تطوير اللغة، و في حالة وجود اللغة فإنها تأخذ أشكال شاذة مثل ترديد ما يقوله الآخرون و عكس الضمائر و السرعة في الكلام.
- الاستجابات الشاذة للتغيرات المختلفة التي تحدث في البيئة.
- عدم وجود الأوهام و الهلاوس و فقدان الترابط و التفكك في الأفكار كما هو الحال في الفصام (القمش و المعايطة، 2009: 170).

أما الجمعية البريطانية للأطفال التوحديين (1978)فهدفت من تعريف التوحد إلى رسم سياسة اجتماعية وقانونية بخصوص اضطراب التوحد و كذلك توعية الرأي العام به.

و حسب هذا التعريف، يشمل اضطراب التوحد على المظاهر التالية:

- اضطراب في معدل النمو و سرعته.
- اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات.
- اضطراب التعلق بالأشياء و الموضوعات و الأشخاص .
- اضطراب في التحدث و الكلام و اللغة و المعرفة (الشربيني و مصطفى ص 27).

3. معدلات انتشار التوحد :

أشارت الدراسات التي أجريت في كل من انجلترا و أمريكا باستخدام دلالات تشخيصية متشابهة أن معدل انتشار اضطراب التوحد (4-5) أطفال في كل عشرة آلاف، و إذا وجد التخلف العقلي الشديد مع بعض ملامح التوحد يمكن ان يرتفع المعدل إلى (20) في كل عشرة آلاف (مصطفى، 2011: 252).

و من بين 14-20 حالة اسبرجر ذو كفاءة عالية، كما انه أكثر شيوعا في الأولاد من الإناث بنسبة 1:4. و للتوحديين دورة حياة طبيعية كما أن بعض أنواع السلوك المرتبطة بالمصابين قد تتغير أو تختفي بمرور الوقت و هو موجود في كل أنحاء العالم و في جميع الطبقات العرقية و الاجتماعية (متولي،2015: 15).

أما الإحصائيات في الجزائر، حسب وزير الصحة فإن اضطراب التوحد يمس 3 ذكور مقابل أنثى واحدة.

اضطراب التوحد يمس 80 ألف مصاب بالجزائر، حسب النتائج التي توصل إليها البروفيسور ولد الطالب [اخصائي الطب العقلي في العاصمة].

و قدر عدد المصابين بالتوحد بالغرب الجزائري حوالي 5000 طفل توحدي، و لكن هذه النتائج ليست دقيقة، و هذا راجع إلى التشخيص.

و مع هذا لا توجد إحصائيات رسمية نظرا للأخطاء التي تقع أثناء التشخيص، و أيضا لغفلة بعض الأولياء بخصوص سلوك أطفالهم فلا يقومون بإجراء فحوصات تشخص اضطراب التوحد (عثماني،2018: 22).

4. أسباب التوحد :

اختلف الباحثون حول الأسباب التي قد تؤدي للتوحد، و مازالت الأبحاث مستمرة في محاولة لاكتشاف هذه الأسباب والتي تسمح لنا باتخاذ إجراءات وقائية لتجنب الوقوع في اضطراب التوحد.

لذلك يعتبر كل ما قدم من إسهامات علمية في هذا المجال مجرد نظريات في الموضوع لم يثبت بعد مسؤولية سبب إحداها بمعزل عن الآخر. سواء كانت أسباب و عوامل بيولوجية أو نفسية و اجتماعية (القمش و المعايطة،2009: 171).

5. النظريات المفسرة للتوحد :

هناك افتراضات و وجهات نظر متعددة حاولت تفسير التوحد، فالنظرية الاجتماعية ترى انه اضطراب في التواصل الاجتماعي نتيجة لظروف التنشئة الاجتماعية غير السوية التي ينتج عنها إحساس الطفل بالرفض من الوالدين مما يؤدي إلى انسحابه من التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط (سليمان،2010: 13).

في حين يركز النموذج السيكوديناميي على الوضع الطبيعي للطفل التوحدي من الجانب العضوي، و يؤكد على حدوث مؤثرات قوية في مرحلة مبكرة تسفر عن إصابة الطفل بالاضطراب النفسي الشديد, و يضع أصحاب هذه النظرية المسؤولية على المعاملة الوالدية الشاذة و بالأخص معاملة الأم، التي قد تستعمل طفلها لملء فراغها و تعتبره شيئا تمتلكه و موجود لها، لا لأجل نفسه.

كما يرون أن رابطة التعلق بين الطفل التوحدي و والديه معطلة أو معوقة، و أن الطفل يعاني من خوف و انسحاب من الجو الأسري و انطواء على نفسه، و يضيفون أيضا تعرض الطفل للحرمان الشديد داخل الأسرة مع تدني العلاقات العاطفية بين الطفل و أسرته و شعوره بالفراغ الحسي و العاطفي, مما يشجعه على الانغلاق على نفسه و عزلته عمن حوله (الشربيني و مصطفى، 2010 :56).

و قد نالت نظرية برونو بتلهايم (Bruno Bettelhiem) في الستينات اهتمام الكثيرين، حين كان تركيزه منصبا على منهج التحليل النفسي، فقد أكد أن ردود الأفعال التكيفية للرضع و الأطفال الصغار ما هي إلا نتيجة لمشاعر الرفض و المشاعر السلبية من الآباء، فالأطفال ينسحبون و يعزلون أنفسهم (البطاينة و عرنوس، 2011: 302-303).

حيث كان بتلهايم ينقل الأطفال التوحديين للعيش مع عائلات بديلة كأسلوب لعلاج الإصابة بالتوحد، و كان ذلك يبعث على الارتياح عند الأولياء (محمد العطار،2013: 117).

لكن نتيجة لهذه الفرضيات عانت أسر المتوحدين معاناة كبيرة لاعتقادها بأنها السبب في إعاقة أطفالهم و أثبتت نتائج البحث العلمي عدم صحة هذه الفرضيات و أصبح يشار إلى هذه الفرضيات بأنه جزء من تاريخ التوحديين فقط (القمش و المعايطة، 2009: 171).

و الواقع أن هذه النظرية استبدلت بالنظريات البيولوجية القائمة على وجود خلل في بعض أجزاء المخ نتيجة لعوامل بيولوجية (مثل الجينات، صعوبات فترة الحمل و الولادة، أو الالتهابات الفيروسية، متلازمات التشوهات الخلقية، الاضطرابات الأيضية). حيث غالبا ما يكون التوحد مصحوبا بأعراض عصبية، أو إعاقة عقلية أو مشكلات صحية محددة مثل الصرع (محمد العطار، 2013: 117).

وأيضا النظريات المعرفية، و منها نظرية العقل التي تشير إلى الكيفية التي يتعامل بها الفرد مع أفكار و معتقدات و مشاعر الآخرين من فهم و إدراك و تنبؤ من خلال الإشارة إلى صعوبة قدرة الأطفال التوحديين على الاستنتاج و تقدير الحالات العقمية.
وبالتالي ضعف مهارات التقمص العاطفي و صعوبة التكهن بما قد يفعله الآخرون (عثماني، 2018: 26).

في حين ترى نظرية التكامل الحسي و التي أعدها "فيشر و موراي" المبنية على فهم علاقات السلوك و المخ، والتي تحاول تفسير الأداء الحسي العادي و عمليات اختلال التكامل الحسي، و إرشادات فنية للتدخل نابعة من العلوم العصبية.

حيث أن الخبرات التي يتعرض لها المخ تعدل في بناء المخ و الأداء من الممكن أن تكون تكيفية أو لا تكيفية (الشربيني و مصطفى،2010: 61).

6. أنواع التوحد :

يعتبر التوحد اضطرابا متشعبا، يحدث ضمن نطاق Specturm (نمط) حيث تتعدد الأنماط و المظاهر، و تتداخل بين إصابة خفيفة أو حادة.

وهناك تباين و اختلاف في السلوك، بمعنى أنه ليس هناك نمط واحد للطفل التوحدي لذا يعرف باضطراب طيف التوحد (محمد العطار، 2013: 111).

من جهتها اقترحت "ماري كولمان" تصنيفات للتوحد هي :

- **المتلازمة التوحدية الكلاسيكية** : و يحدث تحسن لها ما بين سن الخامسة و السابعة.
- **متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحد** : تكون مثل الأولى إلا أنه يحدث تأخر لمدة شهر.
- **المتلازمة التوحدية المعوقة عصبيا** : و يظهر لدى المصابين بها مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيضية.
- **متلازمات فيروسية** : مثل الحصبة.
- **متلازمة الحرمان الحسي**.

في حين اقترح سيفين"Sivin"وآخرون تصنيفا من أربع مجموعات هي :

- المجموعة التوحدية الشاذة.
- المجموعة التوحدية البسيطة.
- المجموعة التوحدية المتوسطة.
- المجموعة التوحدية الشديدة (الشربيني و مصطفى، 2010 :31).

و من خلال الاضطلاع على الأدبيات بالإضافة إلى "توحد كانر" نجد أيضا :

- **<u>توحد أسبرجر</u>:** متلازمة اسبر جر هي إحدى إعاقات مجموعة اضطرابات النمو ذات الأصول التكوينية البنيوية و الخلقية الولادية، أي تكون موجودة عند الميلاد و لكنها لا تنكشف مبكرا بل بعد فترة نمو عادي على معظم محاور النمو, قد تمتد إلى عمر 04-06 سنوات.

و تصيب الأطفال ذوي الذكاء العالي أو العادي, و نادرا ما يصاحبها تخلف عقلي بسيط, و بدون تأخر لغوي أو معرفي , و تتميز بقصور كيفي واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي مع سلوكيات شاذة و اهتمامات محدودة غير عادية, و غياب القدرة على التواصل غير اللفظي و على التعبير عن العواطف و الانفعالات أو المشاركة الوجدانية (التعاطف) (مصطفى،2011 :277).

- **متلازمة ريت" Rett " :** تصيب الإناث فقط, سميت بريت نسبة لمكتشفها الطبيب النمساوي Andreas Rett , الذي اكتشف وجود حالات تختلف في أعراضها و سماتها عن التوحد , قام بمتابعتها لعدة سنوات , ثم نشر مقالا علميا عنها عام 1965 باللغة الألمانية و تمت ترجمته للإنجليزية عام 1985.

و بعد انتقاله لأمريكا مع زميله الطبيب السويدي Bengt Hagberg و مواصلتهما للأبحاث هناك، تكونت الجمعية الدولية لمتلازمة ريت، التي استهدفت الكشف عن حالاتها و توعية الآباء و الأمهات و إجراء البحوث العلمية للكشف عن العوامل المسببة , و البحث عن أساليب العلاج و إيقاف التدهور الذي يميزها (محمد العطار،2013: 154).

الجدول رقم (2) : أوجه الاختلاف بين أنواع اضطراب طيف التوحد.

الاضطراب	عمر الظهور	الذكاء العملي	مراحل النمو الأولى	جوانب التأثر	نتائج العلاج
اضطراب التوحد	قبل السنة الثالثة	يتراوح بين فوق المتوسط إلى إعاقة فكرية شديدة	تأخر واضح من السنة الأولى على 75% من الحالات الأقل	ثالوث الأعراض	تتراوح بين ضعيفة إلى ممتاز
متلازمة اسبرجر	قبل أو بعد السنة الثالثة	معامل الذكاء من متوسط إلى ما فوق	لا يتأخر الطفل في تعلم الكلام أو المهارات الإدراكية	صعوبات على صعيد التواصل الاجتماعي ونطاق اهتمامات محدود	جيد جداً أو ممتاز
متلازمة ريت	قبل الشهر الثامن عشر	إعاقة فكرية شديدة	تطور طبيعي في النمو حتى الستة أشهر الأولى ثم تراجع وفقدان للمهارات وتوقف التطور في عدة مجالات	قصور في التواصل الاجتماعي يتحسن مع النمو وصعوبة الحركة نمطيتها والتنفس والنوم وصرير الأسنان	ضعيف

الاضطراب	عمر الظهور	الذكاء العملي	مراحل النمو الأولى	جوانب التأثر	نتائج العلاج
اضطراب الانتكاس الطفولي	بعد السنة الثالثة	إعاقة فكرية شديدة	تطور طبيعي في النمو حتى عمر 3 إلى 5 سنوات وأحياناً إلى 10 سنوات يتلوه تراجع وفقدان للمهارات	عنصران من الثالوث	ضعيف
الاضطراب النمائي	غير محدد	يتفاوت بين إعاقة فكرية بسيطة إلى شديدة	غير محدد	قصور في التواصل الاجتماعي وعنصر آخر من الثالوث	جيد جداً أو ممتاز

7. خصائص أطفال التوحد :

يوصف التوحد بأنه اضطراب فريد, يضم مجموعة غير متجانسة من القدرات و الخصائص، لدرجة أن الطفلين المتشابهين في التشخيص و القدرات و الظروف الأسرية يختلفان أكثر مما يتشابهان.

فنجد بعضهم انعزالي تماما, في حين يظهر آخر سلوك اجتماعي في بعض المواقف, و البعض لديه قدرات لغوية متوسطة , بينما البعض الآخر لم تتطور لديه اللغة (القمش و المعايطة،2009: 171).

و لقد أورد "هوارد و أورولنسكي" (1980)، ست خصائص للأطفال التوحديين نوجزها كما يلي :

1) العجز الجسمي الظاهري.
2) البرود العاطفي الشديد.
3) الإثارة الذاتية.
4) سلوك إيذاء الذات و نوبات الغضب.
5) الكلام النمطي.
6) قصور السلوك (السيد عبيد،2015: 170-173).

كما نجد أيضا مجموعة أخرى من الخصائص نوردها فيما يلي :

- القصور الشديد في العلاقات الاجتماعية .
- فقدان الإحساس بالهوية الشخصية.
- الانشغال المرضي بموضوعات معينة.
- مقاومة التغير في البيئة.
- خبرات إدراكية غير سوية.
- الشعور بنوبات قلق حاد و مفرط, و يبدو غير سوي.
- التأخر في الكلام و اللغة.
- الحركات الشاذة الغير عادية.
- انخفاض في مستوى التوظيف العقلي (سليمان ،2000: 30-34).

8. تشخيص التوحد :

يتم تشخيص التوحد حاليا من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة متخصصين في المجال.

ويمر تشخيص التوحد على عدد من المتخصصين منهم :

- طبيب الأطفال.
- طبيب نفساني.
- أخصائي نفساني.
- أخصائي اجتماعي.
- أخصائي نطق و تخاطب.
- أخصائي علاج طبيعي.
- أخصائي العلاج المهني.
- أخصائي سمعيات.
- أخصائي عيون.
- طبيب مخ و أعصاب.
- معلم التربية الخاصة.

ومن الأدوات المستخدمة في تشخيص التوحد نجد :

1) مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال (CARS) لإريك سكوبلر Eric Schopler.
2) قائمة التوحد للأطفال عند 18 شهر (CHAT) لسيمون براون كوهين Simun Baron Cohen.
3) استطلاع الرأي: المكون من 40 سؤال لاختبار أطفال من 04 سنين و ما فوق.
4) اختبار التوحد للأطفال في سن العامين وضعه ويندي ستون.
5) القائمة التشخيصية للتوحد (مصطفى،2011: 260).

9. أعراض التوحد حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للأمراض العقلية : DSM-5 الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب العقلي (2013)

يشار إلى اضطراب التوحد باضطراب طيف التوحد و يرمز له بـ (F84.0) و يشمل الأعراض التالية :

عجز ثابت في التواصل و التفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ و ذلك من خلال ما يلي (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة) :

- عجز عن التعامل العاطفي بالمثل : يتراوح،على سبيل المثال، من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل الأخذ و الرد في المحادثة، إلى تدني في المشاركة بالاهتمامات و العواطف، أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.
- العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي : يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي و غير اللفظي، الى الشذوذ في التواصل البصري و لغة الجسد أو العجز في فهم و استخدام الإيماءات، إلى انعدام تام للتعابير الوجهية و التواصل غير اللفظي.
- العجز في تطوير العلاقات و المحافظة عليها و فهمها : يتراوح، مثلاً من صعوبات تعديل السلوك لا يلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

10. تحديد الشدة الحالية :

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي و أنماط السلوك متكررة محددة و الاهتمامات أو الأنشطة و ذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ :

1- نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام :

مثلاً : أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب أو تقليب الأشياء، و الصدى اللفظي، و خصوصية العبارات.

2- الإصرار على التشابه، و الالتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي :

مثلاً : الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة، و الصعوبات عند التغيير، و أنماط التفكير الجامدة و طقوس التحية، و الحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم.

3- اهتمامات محددة بشدة و شاذة في الشدة أو التركيز :

مثلاً : التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة مفرطة المواظبة.

4- فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة :

مثلاً : عدم الاكتراث الواضح للألم / درجة الحرارة، و الاستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركة.

تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو. (و لكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المُتعلمة لاحقاً في الحياة)، تسبب الأعراض تدنياً سريرياً هاماً في مجالات الأداء الاجتماعي و المهني الحالي، أو في غيرها من المجالات المهمة.

لا تُفسر هذه الاضطرابات بشكلٍ أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل. إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معاً في كثير من الأحيان، و لوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية و اضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

ملاحظة :

الأفراد الذين لديهم تشخيصات ثابتة حسب الدليل الرابع لاضطراب التوحد، و اضطراب اسبر جر، أو اضطراب النمو الشامل غير المحدد في مكان آخر، ينبغي منحهم تشخيص اضطراب طيف التوحد. الأفراد الذين لديهم عجز واضح في التواصل الاجتماعي، و لكن أعراضهم لا تلبي المعايير لاضطراب طيف التوحد، ينبغي تقييمهم لاضطراب التواصل الاجتماعي (الحمادي، 27-28).

11. البرامج التدريبية لذوي اضطرابات التوحد:

إن اضطراب التوحد يمكن أن يحدث في أي مستوى معيشي أو ثقافي أو مجتمع عرقي. وذوي اضطراب التوحد يتمتعون بأعمار عادية مثل العاديين وتظل لديهم اضطراب التوحد حتى في حالة تحسن بعض الأعراض أو حتى اختفائها، وذلك لأن إعاقتهم تستمر مدى الحياة مما يتطلب وجود أنظمة اجتماعية تضمن لهم الخدمات الملائمة وتساندهم طوال حياتهم.

وسيظل كثير من الأفراد ذوي اضطراب التوحد معتمدين على الآخرين طوال حياتهم وبحاجة إلى خدمات متواصلة مدى الحياة , حيث تشير بعض التقديرات إلى أن :

- من (5- 10 %) من الأطفال ذوي اضطراب التوحد يصبحون مستقلين في مرحلة الرشد .
- من(25-30 %) منهم تتحسن حالتهم بشكل ملحوظ لكنهم يظلون بحاجة إلى دعم ومساندة ومتابعة.
- حوالي (60%) منهم معتمدين على الآخرين (National Autistic Society Uk 1997).

ونظرا لعدم وجود علاج ناجح للأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد , فان أفضل ما يمكن تقديمه لهم في الوقت الراهن الخدمات التربوية والتدريبية والتأهيلية الخاصة , وهناك العديد من برامج الخدمات التي يمكن تقديمها للأطفال الذين لديهم اضطراب التوحد , والتي تقوم على فلسفات ونظريات مختلفة وتستخدم استراتيجيات خاصة بكل واحد منها.

وعلى هذا الأساس تسعى البرامج والأساليب العلاجية المتبعة مع هذه الفئة من الأطفال إلى تحقيق هدفين رئيسين هما :

1- دفع الطفل إلى مزيد من النمو في سياق محاولات تعديل سلوكه.
2- معاونة الوالدين في تعليم طرق التواصل مع الطفل والإسهام في علاجه خلال وجودة في المنزل.

مما تجدر الإشارة إليه أن الهدفين السابقين ينطلقان من وجهة نظر مفادها أن الطفل ذو اضطراب التوحد يعاني من مجموعة من المشكلات السلوكية , وأوجه القصور التي تجعل من الصعب إن لم يكن من المستحيل أن يتعلم بدون تدخل من الآخرين, وذلك بسبب عدم استجابة للمواقف الاجتماعية واضطراب سلوكه.

وعلى ذلك فان هناك هدف أساسي من تعليمه وتدريبه وهو تنمية مهاراته الاجتماعية حتى يمكن إعادة الطفل الى المجتمع وقيامه بالمشاركة في الأنشطة الحياتية اليومية التي تدور حوله.

12. أسس نجاح برامج خدمات الطفل ذو اضطراب التوحد :

ولكي تكون برامج الخدمات فعالة وناجحة ومناسبة للأطفال ذوي اضطراب التوحد وأسرهم فلابد لها أن تقوم على أسس وضوابط ومبادئ أساسية مستمدة من الأبحاث العلمية والتطبيقات الميدانية ومن أهم هذه الأسس والمقومات ما يلي :

- الاكتشاف والتدخل المبكر لتقديم الخدمات المناسبة للطفل التوحدي تشخيص وقياس.
- تبني مبدأ الخطة التربوية الفردية وتفعيلة من خلال إعداد وتصميم برنامج خدمات فردي لكل طفل على حده.
- استخدام وتطبيق برامج تعديل السلوك المستمدة من التحليل السلوكي التطبيقي من خلال إعداد وتنفيذ برنامج تعديل سلوك فردي حسب احتياج الطفل وطبيعة السلوك لديه.
- تقييم مستوى أداء الطفل قبل وأثناء التحاقه بالبرنامج لمعرفة مستوى أدائه الحالي والذي على ضوئه يتم تصميم البرنامج التربوي والتدريب الفردي للطفل.
- توفر الخدمات المساندة في البرنامج مثل: علاج النطق والإرشاد النفسي والتربية الفنية والبدنية وغيرها.

عند دخول الطفل للمراكز هناك مدة ملاحظة تدوم شهرا تقريبا يقيم بعدها من خلال :

- قدرته على إقامة العلاقات والتواصل.
- قدراته الاستقلالية (الأكل و اللبس والنظافة).
- كيفية تعرفه على جسمه.
- تحديده المكاني و الزماني (الملغوث 2005).

13. العوامل المؤثرة على تطبيق البرامج التربوية والعلاجية :

ومن العوامل والمتغيرات التي قد تؤثر سلبا على تطبيق البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للطفل التوحدي ما يلي :

1- حجم الأسرة وعدد أفرادها مما يؤثر سلبا على الوقت الذي يمكن أفرادها لتخصيصه في متابعة الطفل.

2- عمل الوالدين وغيابهما فترات زمنيه طويلة عن المنزل لذلك تأتي هنا أهمية ترتيب الأدوار التي سيقوم بها الوالدان تجاه الطفل وفقا لطبيعة الظروف الأسرية.

3- اعتماد هذه البرامج في تطبيقها ومتابعتها على الأم فقط ,دون إشراك بقية أفراد الأسرة، لذلك ينبغي أن تتحمل الأسرة كاملة مسؤولية التفاعل مع الطفل التوحدي والتعاون في حل مشكلاته والتعامل معه بطريقه مماثله من الجميع.

4- مدى تقبل أفراد الأسرة للطفل ورغبتهم وحماسهم لتغيير سلوكه وكذلك طبيعة الروابط الأسرية ودرجة متانتها.

ومن الأمور العامة التي يجب ان تدركها أسرة الطفل التوحدي , هو قابليته للتعلم وللتدريب وللتواصل مع الآخرين مهما كانت شدة إعاقته ,وأن تضع الأسرة نصب عينيها التفاؤل بنجاح طرق التعامل معه والصبر والمثابرة في العمل.

14. إرشادات تدريب وتعليم الأفراد ذوي اضطراب التوحد :

قدمت جراندين عددا من الإرشادات التي تساعد في تدريب وتعليم الأفراد ذوي اضطراب التوحد وهي :

- يفكر كثير من الأشخاص المصابون بالتوحد باستخدام التفكير المرئي بدلا من اللغة والكلمات.

- حاول تجنب استخدام كلمات كثيرة حيث يواجه الأشخاص المصابون بالتوحد مشكلات في تذكر تسلسل الكلمات.
- لدى كثير من الأطفال المصابين بالتوحد موهبة الرسم والفن أو الكمبيوتر, حاول تشجيع هذه الموهبة وتطويرها.
- قد يركز الأطفال المصابون بالتوحد على شيء ما ويرفضون التخلي عنه كلعب القطارات أو الخرائط.

قد لا يدرك بعض الأشخاص المصابون بالتوحد أن الكلام يستخدم كوسيلة للتواصل ولذلك فان تعلم اللغة يجب أن يركز على تعزيز التواصل.

15. أهم البرامج التربوية والعلاجية الموجهة للأطفال ذوي اضطراب التوحد :

هناك العديد من البرامج المقدمة لأطفال التوحديين من أهمها :

1.15. أولا : برنامج تيتش

هو برنامج تربوي للأطفال ذوي اضطراب التوحد ومن يعانون من مشكلات في التواصل وقد طوره الدكتور "اريك شويلر" في عام 1972م في جامعة نورث كارولينا ويعد أول برنامج تربوي مختص بتعليم ذوي اضطراب التوحد وكان يعد برنامجا معتمدا من قبل جمعية التوحد الأمريكية.

ويرتكز منهج تيتش التربوي على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية ومهارات للتكيف في المجتمع والمهارات الحركية والمهارات الأكاديمية.

ويذكر ميسيبوي 1998 أن هذا البرنامج يعتمد على مجمعة من المبادئ وهي :

- تدعيم المهارات.
- العلاج المعرفي والسلوكي.
- التقييم من اجل علاج فردي.
- تدريب الأخصائيين العموميين.
- تعاون الآباء وذلك بهدف أن تستمر الأساليب في المنزل نفسها.

2.15. ثانيا: مدخل تحليل السلوك التطبيقي (ABA)

- *تحليل السلوك التطبيقي* : هو مصطلح من المدرسة السلوكية.

ويعني تطبيق مبادئ سلوكية معينة لخلق ارتباطات تؤدي إلى حدوث التعلم و تحليل السلوك و يشير إلى ملاحظة و تحليل السلوك من اجل تغييره أو خلق ارتباطات جديدة أما التطبيق يشير إلى تطبيق كل ذلك في الحياة الواقعية و التعامل مع مشكلات الأطفال السلوكية إلا انه مع الأطفال ذوي اضطرابات التوحد و ذوي اضطرابات النمو غالبا ما يستخدم كإستراتيجية تدريس فإذا ذكر ABA فان ذلك يشير في نظر البعض إلى إستراتيجية التدريس.

ومن مرادفات البرنامج برنامج لوفاس و التدخل السلوكي المنزلي و العلاج السلوكي المكثف و التحليل السلوكي التطبيقي و التدريب من خلال المحاولات المنفصلة.

يحاول برنامج ABA أن يساعد الأطفال ذوي اضطرابات التوحد على التعلم و التغلب على ما يوجهوه من صعاب أو تحديات تعليمية و تسمى كذلك بالعلاج السلوكي أو علاج التحليل السلوكي . وتعد واحدة من طرق العلاج السلوكي و لعلها تكون الأشهر، حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس انه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث فيها و التحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك حيث يعد كل سلوك عبارة عن استجابة لمؤثر ما.

مبتكر هذه الطريقة هو "افار لوفاس" أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس انجلوس بكاليفورنيا حيث يدير الآن مركزا متخصصا لدراسة و علاج التوحد والعلاج السلوكي قائم على نظرية السلوكية و الاستجابة الشرطية في علم النفس . حيث يتم مكافأة الطفل على كل سلوك جيد، أو على عدم ارتكاب السلوك السيئ كما يتم عقاب كقول : قف أو عدم إعطائه شيئا يحبه على كل سلوك سيئ .

تعد البرامج القائمة على تعديل السلوك و تحليله ذات فعالية عالية كطريقة لا تقف عند حد خفض أو إيقاف السلوك غير المرغوب فيه , بل تتعداه إلى تدريس و تعليم الطفل الكثير من المهام و المهارات و من الأساليب المستخدمة في مثل هذه البرامج طريقة المحاولة المنفصلة التي تبناها لوفاس و فريقه في جامعة كاليفورنيا في لوس انجلوس بالولايات المتحدة الأمريكية.

ومن خلال هذه الاستراتيجيات تتم تجزئة المهمة إلى عدة أجزاء منفصلة ومن ثم تدريسها للطفل و تكرار التدريب عليها إلى أن يتم إتقانها ومن ثم ربطها بالأجزاء الأخرى إلى أن يتم تعليم المهنة المهارة المطلوبة بشكل متكامل و قبل الشروع في تدريب المهارات و المهام للطفل تتم عملية ملاحظة السلوك المستهدف و تحليله و قياس وضعه الراهن ومن ثم اختيار أسلوب التعديل المناسب و متابعة الملاحظة و جمع المعلومات عن التغيير الذي يطرأ على السلوك المستهدف و مدى فعاليته و يعد أسلوب التدخل السلوكي أفضل الأساليب المدعمة بالأبحاث و الدراسات العلمية إلى الوقت الراهن.

ويعتمد هذا المدخل على الفنيات السلوكية كما أشار لوفاس إلى أن التدريب يجب أن يبدأ في مرحلة مبكرة قبل أربع سنوات من عمر الطفل ذي اضطرابات التوحد.

حيث يفترض تحليل السلوك التطبيقي أن الأسباب التي تفسر حدوث أو عدم حدوث السلوك يمكن أن توجد بشكل أساسي في البيئة و يرتكز هذا المدخل على حقيقة مفادها أن السلوك يكتسب من خلال التفاعل مع البيئة وأن تغيير الأحداث البيئية يمكن أن يغير السلوك.

و يتضمن تحليل السلوك التطبيقي تحليل أو تجزئة المهارة بشكل منظم لكي يتم تعلمها في خطوات صغيرة و بسيطة و تعزيز الطفل على كل خطوة عندما يؤديها على نحو صحيح ويتم تعليم الأجزاء البسيطة في البداية ثم الانتقال إلى السلوكيات الأكثر اتساعا و الأكثر تعقيدا بما يتناسب مع العمر.

وأهم المجالات التي يركز عليها لوفاس :

- الانتباه.
- التقليد.
- لغة الاستقبال.
- لغة التعبير.
- ما قبل الأكاديمي.
- الاعتماد على الذات.

ومع تقدم الطفل و تطور قدراته تزداد صعوبة الأهداف لكل مجال من المجالات السابقة وتضاف لها أهداف للمجالات الاجتماعية و الأكاديمية و التحضير لدخول المدرسة.

طريقة لوفاس هذه تعتمد على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف, حيث يجب أن لا تقل مدة العلاج السلوكي عن (40) ساعة في الأسبوع بمعدل (8) ساعات باليوم.

حيث يبدأ الطفل في بداية الالتحاق بالتدريب لمدة (20) ساعة و تزداد تدريجيا خلال الشهور القادمة حتى تصل إلى 40 ساعة أسبوعيا.

3.15. ثالثا: برنامج نظام تبادل الصور PECS

يعد برنامج نظام تبادل الصور جداول النشاط المصورة أحد الأساليب الحديثة والشيقة التي يمكن أن تؤدي دورا مهما في سبيل مواجهة القصور التي يعاني منها الأطفال ذوي اضطراب التوحد، فيمكن من خلالها أداء العديد من المهام والأنشطة بشكل مستقل.

وهي بمثابة مجموعة من الصور أو الكلمات التي تعطي الإشارة للطفل ذو اضطراب التوحد بالانغماس في أنشطة متتابعة أو تتابع معين للأنشطة والجداول يتكون من عدد من الصفحات تتضمن إما صورا أو كلمات بحيث تعمل ما تتضمنه على تحفيز الأطفال للقيام بواحد أو أكثر مما يلي:

1- أداء المهام المتضمنة.
2- الانغماس في الأنشطة المستهدفة.
3- التمتع بالمكافأة المخصصة.

و إذا ما كان جدول النشاط يعتمد على الصور فقط دون الكلمات فإنه يعرف بجدول النشاط المصور، أما إذا كان يعتمد على الكلمات فقط دون الصور فانه يعرف في مثل هذه الحالة بجداول النشاط المكتوبة.

فجداول النشاط تعد وسيلة تعليمية حديثة تهدف إلى تدريب الطفل ذو اضطراب التوحد على اكتساب مهارة الاعتماد على النفس أو الاستقلالية من خلال إتباع بعض الخطوات المرتبة لتأدية بعض الأنشطة دون تدخل من الآخرين, بعد تدريبه على كيفية استخدام هذه الجداول.

وجداول النشاط المصورة تفيد الطفل ذو اضطراب التوحد في تعليم الاستقلالية والاعتماد على النفس والتفاعل الاجتماعي وتعليم مهارة المبادرة, وأيضا تفيده في زيادة الحصيلة اللغوية ,وتعد علاج مساعد للسلوك النمطي التكراري عند الطفل ذو اضطراب التوحد, وتوفر على ولي الأمر دخول الطفل ذو اضطراب التوحد في طلب الأشياء دون توقف, وأيضا هي وسيلة لتعديل السلوك.

وترى كلاناهان وكرانتز 1999 أن برنامج نظام تبادل الصور يعمل على إكساب الأطفال ذوي اضطراب التوحد السلوك الإيجابي , كما يساعدهم على تنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي.

كما أن استخدام الصور تساعد الأطفال ذوي اضطراب التوحد في تنمية التفاعلات الاجتماعية.

16. دور الأسرة في رعاية الطفل التوحدي :

للوالدين دور مهم في رعاية الطفل التوحدي، لأنهما يتواجدان مع الطفل و يمضيان معه وقتا أطول من تواجده بالمركز، كما أن تفهم الأسرة تقود إلى التقبل، و إلى بذل المزيد من الجهود في تربية الطفل و تدريبه، و البحث عن أفضل السبل لمنع مضاعفات الحالة.

و عمل الوالدين في البيت مع الطفل التوحدي يعتبر جزء من البرنامج العلاجي، حيث يدعم ما يقوم به المدرب العلاجي و يسرع بتحسن الطفل، حيث يؤدي أولياء الأطفال التوحديين، دورا كبيرا جدا في نجاح أطفالهم في برامج الرعاية و ذلك من خلال التعاون مع المركز و المشاركة في بعض برامج الرعاية.

لكن لكل أفراد الأسرة أهمية و أثر عميق في ارتقاء شخصية الطفل التوحدي، و في عملية النمو النفسي و الاجتماعي و العقلي للطفل و خاصة في سنواته الأولى.

فرغم أهمية التفاعلات بين الوالدين و الطفل و سلوكهم نحوه في تشكيل نموه، إلا أن علاقته بإخوته لها أيضا تأثير في نمو شخصيته، حيث تعمل العلاقات الأسرية على تطبيع الطفل و تنشئته على الخصائص الاجتماعية السائدة في الأسرة و لها دور هام في تكوين شخصيته و أسلوب حياته و توافقه النفسي (باسي هناء،2016: 37).

الخلاصة :

اضطراب طيف التوحد هو الاضطراب الأكثر شيوعا في الآونة الأخيرة، و قد بذلت الدول المتقدمة جهودا كبيرة و صرفت أموالا باهظة لكي تضع يدها على السبب الحقيقي للإصابة.

و بالتالي إيجاد الدواء المناسب، لكنه تعدد الفرضيات و الاحتمالات و يبقي السبب مجهول، و يبقي العلاج الوحيد العلاجات السلوكية و برامج التربية العلاجية و ذلك لتنمية و تحسين التواصل و التفاعل الاجتماعي و بالتالي الاندماج في المجتمع.

الفصل الثالث

الاضطرابات السلوكية المصاحبة لاضطراب طيف التوحد

تمهيد:

يعاني الأطفال ذوي طيف التوحد من عدة اضطرابات تكون شدتها و حدتها حسب درجة الإصابة باضطراب طيف التوحد. و من ابرز هذه الاضطرابات نجد الاضطرابات السلوكية و منها السلوكيات العدوانية و السلوكيات النمطية و هذه السلوكيات من أهم المظاهر المميزة التي يظهرها العديد من أطفال ذوي طيف التوحد، ومن أهم الأعراض التي يعتمد عليها في التشخيص، فهي تعد مشكل سلوكي أساسي يؤثر سلبا على حياة الطفل، و يعيق تطوره و اكتسابه و حتى تواصله الاجتماعي، وسيسمح لنا هذا الفصل التطرق لهذه السلوكيات و أثارها على نمو و تكيف الطفل و عائلته.

1. أولا : السلوكات العدوانية

السلوك العدواني من أكثر أنماط السلوك المضطرب انتشارا لدى الأطفال و يصنف ضمن السلوكات الموجهة نحو الخارج و ضمن اضطرابات المسلك (القمش و المعايطة،2007: 222).

المشكلة في السلوك العدواني ليس العدوان المباشر الذي يُمَكِن صاحبه من مواجهة الموقف الصعب، بل العدوان الغير مباشر الذي يوجه الفرد إلى هدف غير سبب الإعاقة، و يكون معبرا عن خوف من مواجهة المشكلة أو هروبا منها.(بطرس، 2010: 155).

1.1. تعريف السلوك العدواني :

- يعرف العدوان بأنه سلوك مقصود يستهدف إلحاق الضرر أو الأذى بالغير (الهمشري و عبد الجواد،2000: 09).
- يعرفه بندورا (Bandura, 1963) بأنه :

"سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة أو إلى السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخر ين و هذا السلوك يعرف اجتماعيا على أنه عدواني" (بن حليلم ،2014: 26).

- يعرفه "بيركوفيس" (1962)بأنه :

"أي نوع من السلوك سواء كان بدنيا أو لفظيا و الذي يصدر بقصد إصابة شخص ما بالأذى" (قادري و صافي، 2017: 342).

- و يعرف أيضا بأنه سلوك يظهر على شكل اعتداء على الآخرين بأشكال مختلفة، كالاعتداء الجسدي و إلحاق الأذى المادي، الاعتداء اللفظي كالسباب و الشتائم، أو حتى بالعدوان الرمزي بإظهار التذمر و المخاصمة (القمش و المعايطة، 2007: 222).
- كما يعرف العدوان بأنه مظهر سلوكي يظهر أحيانا في التعبير الفردي كإيقاع الأذى بالأفراد و الجماعات و الأشياء، و أحيانا في التعبير الجماعي بسلوك الجماعة المشترك في إيقاع الأذى بغيرها من الجماعات أو الأفراد.(الهمشري و عبد الجواد،2000: 09).
- هو سلوك غير مقبول اجتماعيا يمكن ملاحظته و قياسه و يظهر في صورة عدوان بدني أو لفظي و تتوفر فيه الاستمرارية و التكرار، و هو أي رد فعل يهدف إلى إلحاق الأذى بالذات و بالآخرين أو بالممتلكات (بن حليلم و ياسين،2017: 07).

أشار كل من "ميلر و دنفر" إلى أن هنا كخمس محاكاة أساسية نستطيع من خلالها تعريف السلوك العدواني و تحديده و هذه المحاكاة هي :

1- نمط السلوك.
2- شدة السلوك.
3- درجة الألم أو الأذى.
4- خصائص المعتدي.
5- نوايا المعتدي (يحي، 2000: 186).

2.1. أسباب السلوك العدواني عند الطفل :

يرجع السلوك العدواني لعدة أسباب، نذكر منها :

- الإحباط و الحرمان و القهر الذي يعيشه الطفل.
- التقليد و الاقتداء بالسلوك العدواني(الوالدين، الإعلام..الخ).
- النظرة السلبية للوالدين اتجاه سلوك الطفل.
- الأفكار الخاطئة التي تصل لذهن الطفل عندما يفهم أن الشخص القوي الشجاع هو الذي يصرع الآخرين و يأخذ حقوقه بالقوة.
- عزل الطفل في مراحله الأولى عن الاحتكاك و التفاعل الاجتماعي، و قلة تشجيعه على مخالطة الغير (بطرس، 2010 : 155).
- أساليب التنشئة التي تتسم بالقسوة أو التذبذب أو الإهمال.

- الأسباب البيولوجية و العضوية كالعوامل الوراثية، اضطراب وظيفة الدماغ، شذوذ الصبغيات الوراثية، الولادة المبسترة (الطفل الخديج).
- التعرض لكثير من الحوادث و الإصابات في الطفولة و التي تعكس نقص الضبط الداخلي و إهمال الأسرة في حماية أطفالها.
- العوامل و الظروف الأسرية ككبر حجم الأسرة، المستوى الاقتصادي و الاجتماعي للأسرة، عمر الطفل و ترتيبه بين إخوته.
- فقدان الشعور بالأمن نتيجة للحرمان و الإحباط.
- غياب العدالة و غياب الحرية و غياب السلطة الضابطة أو اضطرابها.
- غياب أو ندرة الفرص للتعبير عن العدوان الحميد باعتباره نشاطاً إيجابيا (دحلان،2003 : 32).

3.1. مظاهر السلوك العدواني عند الطفل :

غالبا ما يظهر السلوك العدواني للأطفال مظاهر شتى منها :

- البكاء أو الصراخ.
- استخدام القوة الجسدية و العضلية في الشجار و المقاتلة.
- التلويح باليد و التعبير بحركات الجسم و الوجه.
- استخدام ألفاظ التهديد و القذف.
- استخدام الحيل و المؤامرات التي تحط من كيان الخصم.(الهمشري و عبد الجواد، 2000: 10).

أما باترسون و آخرون (Paterson et al,1986)فذكروا المظاهر التالية :

- السب و الاستهزاء كذكر الوقائع أو المعلومات بلهجة سلبية.
- تحقير الآخر و جعله موضح سخرية و ضحك
- الاستفزاز بالحركات، كالركض في الغرفة أو الخبط على الأرض بقوة.
- السلبية الجسدية كمهاجمة الآخر لإلحاق الأذى به.
- تدمير أشياء الآخرين و تخريبها.
- التزمت بالآراء و التعنت و طلب الإذعان الفوري من الأخر دون مناقشة.(يحي، 2000: 186).

4.1. النظريات المفسرة للسلوك العدواني :

السلوك العدواني من المواضيع التي حظيت باهتمام كبار علماء النفس لكن رغم ذلك يوجد اختلاف في تفسيره حسب المنطلقات النظرية التي ينطلق منها كل منهم.
فالسلوك العدواني من وجهة النظر التحليلية ما هو إلا تعبير عن غريزة الموت، أين يسعى الفرد إلى تدمير نفسه أو الآخرين، حيث يولد الطفل بدافع عدواني لا يمكن تجنبه أو إنقاصه بل يمكن فقط تحويله و توجيهه نحو أهداف بناءة وغير تخريبية (يحي، 2000: 189).

كما يعتبر حيلة دفاعية تتخذها الأنا اللاشعورية لخفض توترها الناجم أو عن الإحباط أو الفشل في تحقيق الإشباعات و الأهداف، غالبا ما يكون شديدا و موجها نحو سبب إعاقة الإشباع.(بطرس، 2010: 155).

نظرية الإحباط – العدوان (Théorie de Frustration Agression) يطلق عليها البعض فرض الإحباط – العدوان و من أنصار هذه النظرية فرويد أيضاً ثم تلاه دولارد (Dollard) و آخرون و الذين افترضوا أن السلوك العدواني يسبقه دائماً حدوث إحباط أي أن الإحباط سبب العدوان، و أن العدوان تزداد شدته كلما اشتد الشعور بالإحباط، و أن الظروف الخارجية التي تحدث الإحباط هي التي تفجر العدوان وتولده, سواءا كان العدوان مباشرا في مواجهة مع العامل المحبط، أو غير مباشر في صورة انتقامية أخرى. فالإنسان ليس عدوانياً بطبعه و إنما يصبح كذلك نتيجة الإحباط (دحلان، 2003: 56 و 57).

في حين تنظر المدرسة السلوكية إلى السلوك العدواني على انه سلوك متعلم يقوم به الطفل ليحصل على شيء ما (يحي، 2000: 189).

حيث تعتبر أن العدوانية متغيرا من متغيرات الشخصية، كما أنها نوع من الاستجابات المتنحية والسائدة، ووفقا لهذا الاتجاه تلعب العادة دورا أساسيا في العدوانية ، ومن هنا تكون العدوانية هي عادة الهجوم وتتحدد قوة الاستجابات العدوانية في الاتجاه السلوكي وفق أربع متغيرات وهي:مسببات العدوان، تاريخ التعزيز، التدعيم الاجتماعي و المزاج (السلوك العدواني الفصل الثالث جامعة بسكرة).

كما أن ظهور السلوك العدواني لدى الإنسان يعد دليلا على عدم نضجه بالدرجة الكافية التي تسمح له بتنمية الضبط الذاتي اللازم للتوافق المقبول مع نظام المجتمع و أعرافه و قيمه، و انه عجز عن تحقيق التكيف و المواءمة المطلوبة للعيش في المجتمع، و لم يتعلم بالدرجة الكافية أنماط السلوك اللازمة لتحقيق هذا التكيف و التوافق (الهمشري و عبد الجواد، 2000: 08).

أما النظرية البيولوجية فترى أن السلوك العدواني ينبع من نزعة فطرية موروثة أو خلقية تستهدف محافظة الكائن الحي عموما، و الإنسان خصوصاً على استمرار مقومات حياته و تطورها و نموها، ويرى كينث موير (Kenneth Moyar) أن هناك أربعة متغيرات تؤثر على العدوان و هي الجينات و المورثات، و الأجهزة العصبية الأخرى، و كيمياء الدم خصوصاً هرمونات الجنس و التعلم.

و سواء كانت النزعة العدوانية ذات أساس وراثي أو تكويني فإن كورنز (Kornez) يراها طاقة تتكون في التنظيم العصبي المركز، و عندما تتراكم تشكل عتبة الاستثارة للعدوان فتزداد احتمالية وقوعه (دحلان، 2003: 51).

5.1. أشكال السلوك العدواني :

1. **العدوان الإيجابي :** هو المحرك الأمثل للإنسان في أداء وظائفه مثال في حالة الضغط أثناء القيام بعمل ما أين يوجد أجل محدد لإنجازه هنا تكون العدوانية ايجابية، و أحيانا يطلق عليها اسم التوكيد أو السلوك التوكيدي (بن حليلم، 2014: 26).
2. **العدوان السلبي :** نقول على سلوك عدواني أنه سلبي إذا كان يقود إلى التدمير و تخريب الأشياء أو يشكل تهديد للآخر أو يوجه نحو الذات (بن حليلم، 2014: 26)
3. **العدوان الجسدي :** هو السلوك الجسدي الذي يسبب الأذى للذات أو الآخر و يهدف إلى إلحاق الأذى أو التخويف.
4. **العدوان اللفظي :** و يقف عند حدود الكلام الذي يرافق الغضب و الشتم و السخرية و التهديد الموجه للذات أو الآخرين.
5. **العدوان الرمزي :** و يشمل التعبير بطرق غير لفظية عن احتقار الآخر أو إهانته، كالامتناع عن النظر إليه أو الامتناع عن تناول ما يقدمه، أو النظر بطريقة ازدراء و احتقار (يحي،2000: 189).

6. **العدوان نحو الممتلكات :** بقصد به تخريب ممتلكات الآخرين و إتلافها مثل تكسير و حرق أو سرقة الممتلكات و الاستحواذ عليها (قادري و صافي، 2017: 342).
7. **العدوان الاجتماعي :** يشمل الأفعال المؤذية التي تهدف إلى إيقاف ومنع اعتداء الآخرين.
8. **العدوان اللااجتماعي** : يشمل الأفعال المؤذية التي يظلم بها الفرد نفسه أو الآخرين (يحي، 2000: 189).

6.1. أنواع السلوك العدواني :

- **العدوان نحو الذات :** و يتضمن تعريض الطفل نفسه للأذى و يأخذ هذا النوع من العدوان أشكالاً متعددة مثل تمزيق الطفل ملابسه و كتبه، أو لطم وجهه و شد شعره، أو ضرب رأسه بالحائط، أو جرح جسمه بأظافره، أو عض أصابع يديه أو حرق أجزاء من جسمه أو كيها بالنار (غراب و حجازي،124:2012).
- **العدوان نحو الآخرين:** و تشمل سب الأطفال الآخرين أو ضربهم أو تدمير ممتلكات الآخرين، أو معاكسة الأطفال الآخرين و غير ذلك، و هو يعبر عن مجموع الاستجابات التي يحصل من خلالها على درجات مرتفعة في بعد عدوانية الطفل نحو الآخرين (دحلان، 2003: 40).
- **العدوان المباشر :** و هو العدوان الموجه نحو الشخص الذي أغضب المعتدي فتسبب في سلوك العدوان.
- **العدوان الغير مباشر :** الذي يتضمن الاعتداء على شخص بديل، و عدم توجيهه مباشرة نحو الشخص المسبب لغضب المعتدي و غالبا ما يطلق على هذا العدوان اسم العدوان البديل (يحي، 2000: 189).

7.1. السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين :

التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية تعقيدا، و صعوبة للطفل و والديه و أفراد أسرته و للعاملين في مجال التربية الخاصة (البطاينة و عرنوس، 2011: 301).

إذ اتضح من خلال الدراسات المختلفة أن مشكلة الأطفال التوحديين الأساسية هي معاناتهم من حدة بعض الاضطرابات السلوكية، كإيذاء النفس و نوبات الغضب و السلوك العدواني و النشاط الحركي المفرط، كما ان وجود طفل توحدي يتسم سلوكه بالاضطراب يؤثر في العلاقات داخل الأسرة و

يجعلها مضطربة و ذلك نتيجة معاناة الآباء و الأمهات من سلوك أطفالهم المضطرب، ما يؤثر على البناء الداخلي للأسرة فتصبح شبه منطوية على نفسها (علي حسين، 2015: 157).

حيث يغلب على أطفال اضطراب التوحد التبلد الانفعالي و عدم الاكتراث بمن حولهم, و يفضلون الانعزال و الانسحاب و عدم اكتراثهم بالمعايير الاجتماعية و سهولة الانقياد و سرعة الاستهواء، و الشعور بالدونية و الإحباط و ضعف الثقة بالنفس، وهو ما يقودهم إلى السلوك العدواني سواء تمثل ذلك بإيذاء الذات أو الآخرين، و الذي غالبا ما يظهر بدرجات متفاوتة وقد يكون السبب هو عدم اكتمال النضج العقلي و الانفعالي لهؤلاء الأطفال (الرحامنة، 2019).

و يشكل السلوك العدواني للطفل مشكلة هامة تعترض المربين بالمدرسة و الأهل على حدٍ سواء، حيث يجدون أنفسهم في حيرة من أمرهم أمام طفل لا يعرفون سبب تصرفاته العدوانية بالرغم من هدوء من حوله و مساعدتهم له (غراب و حجازي، 2012: 121).

فغالبا ما يذكر الأولياء أن الطفل يعض نفسه في بعض الأحيان بشدة لدرجة ينزف دمه، أو انه يضرب وجهه بقبضة يده، أو قد يضرب رأسه بالحائط أو بقطع أثاث حادة حتى يتورم رأسه و يصبح لونه اسود أو ازرق.

و أحيانا يوجه الطفل عداوته نحو الآخرين في الأسرة أو المدرسة على شكل عض أو خربشة أو رفس، وقد يقضي بعضهم الليل مستيقظا يصدر أصوات، أو يمزق الأوراق و يلقي بها من النافذة و يسكب الماء على الأرض، الخ...

و غالبا ما يكون الوالدين عاجزين أمام هذه السلوكيات (سيد سليمان، 2000: 40).

و من هنا تأتي أهمية مساعدة الأولياء في التعامل مع مثل هذه السلوكيات وتزويدهم بأهم الاستراتيجيات و التقنيات العلاجية.

2. ثانيا : السلوكات النمطية

السلوك النمطي من بين أهم المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال التوحديون، و التي تؤثر سلبا على حياة الطفل و أوليائه.

1.2. تعريف السلوك النمطي :

- **السلوك :**

"هو أي نشاط أو لغة أو حركة تصدر عن الكائن الحي، سواء كان سلوك مرغوب فيه أو غير مرغوب فيه، و هو أيضا مجموعة من الحركات المنسقة التي تعود إلى وظيفة ما فتمكن صاحبها من الوصول إلى غاية أو غرض مادي أو معنوي" (اليازوري، 10:2012).

- **السلوك النمطي "Stéréotypie" :**

هو ميل لتكرار نفس الإيماءات أو الكلمات أو السلوكيات، و يعود أصل كلمة "Stéréotypie" إلى اليونانية حيث "Stéreos" معناها "Solide"متين و تشير إلى المتانة و الصلابة, في حين "Tupos"معناها البصمة" Empreinte " و تشير إلى النموذجية " Modéliser".(J Perrin, T Maffre 2019, p321.) .

و يذكر "بورو" (Y.Bourreau,2008:28) أن العديد من المؤلفين قد أشاروا إلى عدم وجود توافق في الآراء بشأن المصطلحات التي يستخدمها الأطباء والباحثون لوصف السلوكيات النمطية المختلفة المتكررة والمقيدة التي لوحظت في العيادة (Bodfish وآخرون، 2000)، (Carcan i-Rathwell وآخرون، 2006)، (لويس Bodfish & ، 1998)، (Lovaas و آخرون، 1987)، McDougle) وآخرون، 1995).

إذ تم استخدام العديد من المصطلحات الأكثر أو الأقل تفسيرا مثل : السلوك المتكرر، و الصور النمطية، و المصالح المقيدة، و الطقوس، و الإصرار على الحفاظ على الثبات، و مقاومة التغيير، و السلوكيات، و التحفيز الذاتي، والإكراه...

لا يوجد مصطلح واحد لوصف كل هذه المظاهر السلوكية. و من المرادفات نجد : آلي، كاريكاتوري، تقليدي، ثابت، رسمي، غير متغير، ثابت، مهذب، مطلي، نموذجي.

و السلوك النمطي هو احد أهم المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد، و تمثل الجانب الظاهر (visible) للإعاقة (J Perrin, T Maffre 2019, p321).

و هو "سلوك جامد غير مرن، أي يتبع نمطا واحدا متكررا يحدث لدى الطفل المتوحد في أوقات مختلفة مع التمايز بالشدة" (المطيري و آخرون، 2019 :32).

و يعرف "لاجرو و ريب" (LaGrow & Repp, 1984) السلوك النمطي بأنه أفعال متكررة، و أداء غير هادف (الربيعة و الزريقات، 2010 :490).

فالسلوك النمطي يتوافق مع الاستنساخ المتطابق لنفس الإيماءات أو المواقف أو الكلمات, دون أي تعديل للوضع الحالي, لذا فكرتان أساسيتان لتعريف المصطلح هي الطابع التكراري و نقص تعديل السلوك, وبالتالي ثباته (Y. Bourreau, 2008:29).

في حين عرفته وفاء الشامي (2004) نقلا عن المطيري و آخرون (2019 :32) بأنه "استجابات متكررة تصدر من الطفل المتوحد دون هدف واضح، كهز الجسم أو الرجلين و لف الشعر".

كما يشار إلى السلوكات النمطية على أنها استجابات متكررة صادرة عن الطفل المعوق بمعدل مرتفع دون أن يكون لها أي هدف واضح و يطلق على هذا النوع من السلوك تسميات مختلفة منها :

- الإثارة الذاتية.
- السلوك الموجه نحو الذات.
- السلوك غير الوظيفي.
- السلوك التوحدي.
- السلوك الطقوسي.

2.2. أنواع السلوك النمطي :

يصنَّف السلوك النمطي إلى خمس فئات هي :

1. السلوك النمطي في وضع الجسم.
2. السلوك النمطي في طريقة المشي.
3. السلوك النمطي في التعبيرات الوجهية.
4. السلوك النمطي في الصوت.
5. السلوك النمطي السلبي (الربيعة و الزريقات، 2010 :490).

3.2. أشكال السلوك النمطي عند الطفل المتوحد :

هناك عدة أشكال :

- **الصور النمطية الحركية :**

حيث نجد حركات مثل الرفرفة، وحركات التمايل في الجسم، وحركات الأصابع المتكررة، والتقلبات والانعطافات الحركية التي تكون حركات أو مواقف جسدية ثابتة أو متوترة عن المعتاد.

- **الصور النمطية المرتبطة بالأشياء:**

يستخدم الشخص شيئا بشكل متكرر دون مراعاة وظيفته (يأخذها، ينقرها، يدورها، وما إلى ذلك). يتم هذا الارتباط بجسم معين (ساعة، سيارة صغيرة، لعبة، وما إلى ذلك) التي يأخذها الشخص دائمًا معه أو جزء من شيء ما بينما يهتم فقط بتفاصيل الشيء (مثل عجلات السيارة على سبيل المثال).

- **الصورة النمطية الصوتية:**

النسخ المتكرر للأصوات أو الكلمات أو الجمل التي يسمعها من الآخرين أو أي مصدر صوت (فيديو,راديو..إلخ) هذا الاستنساخ المتطابق (مع نفس التجويد) يسمى Echolalie.

- **النمطية الحسية:**

حيث يبحث الشخص بشكل متكرر عن تحفيز معين و يمكن أن يركز عليه لفترة طويلة، هذه المحفزات يمكن أن تكون مرئية (أضواء، ألوان معينة. الخ) , وسمعية (ضوضاء المروحة، وتواتر الأصوات..الخ), لمسية (شم بعض الأشياء، تحمل أشياء في الفم، تبحث عن مواد معينة. الخ). كما يمكن أن تكون شمية أو ذوقية.

https://spectredelautisme.com/particularites-autisme-tsa/stereotypies/

- **السلوك النمطي المتعلق بالأفكار:**

مثل الأفكار المتكررة أو التساؤل المستمر. الاهتمام بموضوع أو اثنين و الذي يستحوذ على فكر الطفل التوحدي .إضافة إلى المصاداة و هي تكرار المقطع الأخير أو الكلمة الأخيرة من كلام المتحدث (الكويتي و الخميسي،2014 : 284).

4.2. تفسير السلوك النمطي :

تعددت التفسيرات للسلوكيات النمطية، نختصرها فيما يلي :

- نقص في الإثارة الحسية المطلوبة تجعل الطفل يميل إلى استخدام جسمه للإثارة الحسية والحركة، و لأن حركته الجسدية محدودة ومقيدة فإنه لا يستطيع أن يغير ما حوله من خلال الانتقال إلى مكان آخر من أجل حاجته إلى المحافظة على نشاطاته الجسدية والقيام بها.
- الحرمان من الحياة الاجتماعية بسبب الإقامة لمدة طويلة في المستشفى حيث يكون التواصل مع الآخرين محدداً جدا.
- عندما تكون العلاقات الأساسية الخاصة بكيفية العناية بالطفل غير ملائمة، أو لا تمنحه الفرص لإتباع أي سلوك ملائم.
- عدم قدرة الطفل على تقليد الآخر ينفي المحيط الذي يعيش فيه و عدم قدرته على تعلم أية سلوكيات اجتماعية مقبولة.
- اضطراب في العمليات الفسيولوجية أو تلف في الجهاز العصبي أو عدم تعلم المعاق للأنماط السلوكية التكيفية (الربيعة و الزريقات، 2010 :490).

5.2. السلوك النمطي عند أطفال التوحد :

السلوك النمطي من السلوكات الشائعة لدى أطفال التوحد, و يعتبر سلوكا غير توافقي, لأن السلوكات النمطية على اختلاف أشكالها تعيق قدرة الطفل المتوحد على الانتباه و التعلم و التفاعل مع الآخرين.

لذا يشكل احد المحاكاة التشخيصية الثلاث الرئيسية المستخدمة في تشخيص التوحد, و رغم ذلك البحوث قليلة نسبيا حول السلوك النمطي مقارنة مع السلوك الاجتماعي و مجالات الاتصال التشخيصية (المطيري و آخرون، 2019)، و (الكويتي و آخرون، 2013: 235).

تنتشر السلوكات النمطية في اضطرابات التوحد بنسبة تتراوح بين 60% و 70 % (Martin Valet, 2019:48).

ففي تجربة للكشف عن مدى تكرار حدوث السلوك النمطي لدى الغير توحديين من خلال دراسة مقارنة بين مجموعتين: ضمت الأولى (185) فرد ذو توحد مع تأخر ذهني شديد. و المجموعة الثانية (1060) فرد ذو تأخر ذهني شديد دون توحد.

فوجد أن تكرار السلوك النمطي لدى مجموعة التوحد كان 75% في حين وجد بنسبة 07 % فقط لدى المجموعة الثانية، إذ يقوم طفل التوحد بسلوك نمطي كل دقيقتين تقريبا (البطاينة و عرنوس، 2011: 302).

و تأخذ السلوكات النمطية أشكالا متعددة يرتبط بعضها بالجلوس و الآخر بحركة الأطراف (اليدين و الأرجل)، و منها ما يرتبط بحركة الجسم، أو بالتفكير أو بطقوس محدودة، و هناك سلوكيات تتعلق بالأشياء و سلوكيات لا تتعلق بها (الكويتي و آخرون، 2013: 235).

كثيرا ما يقوم الطفل التوحدي بأداء حركات معينة يكررها لفترات طويلة: كهز الأرجل أو الجسم, أو الرأس, أو ضرب إحدى يديه على كف اليد الأخرى, أو تكرار نغمة أو صوت أو همهمة, كما قد يمضي ساعات مركزا نظره في اتجاه معين, أو نحو مصدر ضوء أو صوت ..الخ, بحيث لا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لأي مثير بل استثارة ذاتية تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ و تلقائي (الكويتي و آخرون، 2013: 235).

بالنسبة لجوهل J-C.JUHEL ، يمكن للأطفال المصابين بالتوحد استخدام أجسادهم لطمأنت الحلقات الحسية مثل التنصت وحركات اليدين أمام العينين أو التبول اللاإرادي, لذلك يستخدمون باستمرار الرابط بين الأحاسيس وردود الفعل الحركية (Martinvalet, 2019:48).

هذه السلوكات تؤثر سلبا على اكتساب الطفل للمهارات الأساسية الضرورية للتكيف النفسي و الاجتماعي و الاعتناء بنفسه، و تخلق صعوبات و عوائق للقائمين على رعايته و بالأخص الوالدين بالتالي يجب إيجاد برامج علاجية للأولياء لمساعدتهم في التخفيف من هذه السلوكات.

6.2. علاج السلوك النمطي :

يحد السلوك النمطي من تفاعل الطفل مع بيئته و استجابته للمثيرات مما يؤثر سلبا على قدرته على التعلم، و مع أن السلوك النمطي لا يهدد سلامة الطفل إلا أنه من الأهمية بمكان خفض هذا السلوك، أو إيقافه و ذلك لجذب انتباه الآخرين مما يؤدي إلى تطور اتجاهات سلبية لديهم عن الطفل المتوحد الذي يظهر السلوك النمطي (فواز، 2008: 09).

حقيقة أن السلوك النمطي هو نوع من السلوك الغير تكيفي كانت وراء إجماع الباحثين و المعالجين في التربية الخاصة على أهمية إيقاف هذا السلوك قبل الشروع في تعليمه أنماط السلوك التكيفي، فقد أكد "رسلي Rasly" أن السلوك النمطي والسلوك الاجتماعي التكيفي نقيضان؛ هذا وقد دعمت عدة بحوث هذا الافتراض حيث أشارت إلى وجود علاقة عكسية بين السلوك النمطي والتفاعل التكيفي مع البيئة (http://abasudan.blogspot.com/2014/11/blog-post_62.html).

و قد أشار "شول" (Scholl, 1986) بأنه يجب تحديد الأسباب المؤثرة على الطفل، و تغيير المحيط الذي يعيش فيه الطفل بهدف منعه من الحاجة إلى ممارسة السلوكيات النمطية، و يشتمل العلاج على إجراءات تعديل السلوك، و إعطاء العقاقير الطبية، و توفير الفرص لممارسة التفاعلات الاجتماعية و البيئية المناسبة لممارسة الألعاب و التمارين الرياضية، و الاشتراك في المناسبات الاجتماعية، و إعطاء الطفل تعليمات محددة و الطلب منه تأدية مهمات معينة بهدف منعه من القيام بالسلوك النمطي (الربيعة و الزرقات، 2010: 492).

الخلاصة :

بعد التطرق للاضطرابات السلوكية بنوعيها النمطية و العدوانية عند طفل طيف التوحد و ما ينجر عنها من صعوبات يواجهها الأولياء في التكفل بالطفل من اجل دمجه اجتماعيا، يتجلى لنا ضرورة التكفل بكل من الطفل و عائلته من خلال إيجاد تقنيات علاجية واستراتيجيات موجهة لكل من الطفل و عائلته.

الفصل الرابع

التربية العلاجية

تـمهـيد :

موضوع التربية العلاجية من الموضوعات الحديثة في ميدان التربية وعلم النفس كغيره من الموضوعات, و ترجع بداياته إلى النصف الثاني من القرن العشرين (القمش و المعايطة، 2007، ص19).

و في هذا الفصل سنحاول تناول هذا الموضوع من حيث تعريفه, أهدافه, مراحله, مستوياته و الفئات التي تتوجه إليها التربية العلاجية وأخيرا التربية العلاجية لأولياء الأطفال المصابين بطيف التوحد.

1. تعريف التربية العلاجية L'éducation thérapeutique :

التعريف الأكثر شيوعًا للتربية العلاجية هو تعريف "دوكاش Deccache" الذي اعتبرها سيرورة مخططة، مدمجة في عملية الرعاية، بما في ذلك مجموعة من الأنشطة المنظمة للتوعية و إعطاء المعلومات والتعليم، و أنشطة المساعدة النفسية و الاجتماعية.

فيما يتعلق بالمرض والعلاج والرعاية, و تنظيم الإجراءات الاستشفائية، السلوكيات الصحية وتلك المتعلقة بالمرض, وتهدف إلى مساعدة المريض (وعائلته) على فهم المرض والعلاجات, والتعاون في الرعاية, وتولي مسؤولية حالته الصحية, وتشجيع العودة إلى الأنشطة العادية (Fournier (2002.p17.

وقد ورد في تقرير الهيئة العليا للصحة الفرنسية la haute autorité de la santé أن التربية العلاجية جزء لا يمكن الاستغناء عنه في العلاج و التكفل بالمريض.

فيما يخص الحياة اليومية للمريض و بيئته النفسية و الاجتماعية, و تشمل قدر الإمكان العائلة و المقربين,وهي جزء من التكفل على المدى الطويل لذلك يجب أن تكون مهيكلة و منظمة, تتم بوسائل تعليمية مختلفة, يقوم بها مهنيون مدربون. (لكحل، 2011: 88).

حيث تعتبر التربية العلاجية "مجموعة من الممارسات الهادفة إلى مرافقة و مساعدة العميل على اكتساب مهارات من اجل التسيير النشط لمرضه بنفسه بمساعدة المختصين، حيث تهدف أيضا إلى جعل العميل ماهرا في مساهمته في الحفاظ أو تحسين نوعية حياته، و من بين محاسنها تأخير ظهور تعقيدات المرض إلى أقصى حد و التخفيف من تبعيته للمعالجين و تعلم التعايش اليومي مع الظرف الجديد" (سايل ،2016: 135).

كما تعرف أيضا بأنها "مجموعة البرامج التربوية المتخصصة التي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين، و ذلك بهدف مساعدتهم في تنمية قدراتهم إلى أقصى مستوى ممكن، إضافة إلى مساعدتهم في تحقيق ذواتهم، و مساعدتهم في التكيف" (القمش و المعايطة، 2007، ص19).

فالتربية العلاجية تسمح للمريض باكتساب المهارات العلاجية لتطبيقها على حالته. و التدريب هو عملية نشيطة تسمح بتغيير و تحول يترجم بتغير في السلوك (لكحل،2011: 88).

2. أهداف التربية العلاجية :

بشكل عام, تهدف التربية العلاجية إلى خدمة الأفراد الذين ينحرفون انحرافا ملحوظا عن المتوسط العام للأفراد العاديين في نموهم العقلي و الحسي و الانفعالي و الحركي و اللغوي. مما يستدعي اهتماما خاصا من المربين بهذه الفئة من الأفراد من حيث طرائق تشخيصهم ووضع البرامج التربوية و اختيار طرائق التدريس المناسبة لهم (القمش و المعايطة،2007، ص19).

حيث تهدف التربية العلاجية إلى تحسين التكفل بالمريض من خلال تدعيم استقلاليته, و اكتساب مهارات تمكنه من التكيف أو التعايش مع مرضه.

بالإضافة لذلك ترمي التربية العلاجية إلى تحقيق عدة أهداف من بينها :

- تحسين الحالة الصحية للمريض وخاصة جودة و نوعية حياته.
- تحسين العلاقة بين مقدم الرعاية والمريض.
- النظر للمريض بشكل مختلف وأخذه بكل أبعاده.
- جعل المريض ناشط في التكفل به و بالتالي تعزيز استقلاليته.
- تحسين الالتزام العلاجي.

بالنسبة لمقدمي الرعاية، تعتبر التربية العلاجية فرصة للخروج من منطق الفشل العلاجي المرتبط غالبًا بإدارة الأمراض المزمنة (https://www.fondation-dermatite-atopique.org/fr/).

أما خبراء منظمة الصحة العالمية (1998) فأشاروا إلى أن أهداف التربية العلاجية هي :

1. اكتساب و تحسين قدرات و مهارات المريض على الرعاية الذاتية :

منها ما يختص بالحفاظ على حياة الحالة, هذا الاكتساب يكون مكيف حسب الاحتياجات الخاصة لكل عميل.

2. اكتساب مهارات التكيف النفسي الاجتماعي :

و التي تعتمد على الخبرة و التجربة السابقة للحالة و هي جزء من المهارات النفس اجتماعية (لكحل،2011: 94).

و تشير إلى "المهارات الشخصية والمعرفية والجسدية التي تمكن الأفراد لإتقان وجودهم وتوجيهه.

واكتساب القدرة على العيش في بيئتهم وتعديلها (Derguy et Al ,2017 :p03).

3. طرق و مراحل برنامج تربوي علاجي :

يمكن للتربية العلاجية أن تتم بطريقتين :

- إما فردية : مثلا مع الحالة لوحده أو أوليائه أو القائمين برعايته كل منهم على حدا.
- إما بطريقة جماعية : مثلا بجمع عدد من الحالات مع بعض أو من خلال إشراك أكثر من فرد في جلسة جماعية مثلا الحالة و القائمين برعايته مع بعض.

و يمر البرنامج العلاجي التربوي بـ 04 مراحل أساسية نختصرها فيما يلي :

1. إجراء تشخيص تربوي تعليمي: يعد خطوة أساسية تجعل من الممكن, تقييم احتياجات الشخص بهدف تحديد أولويات التربية العلاجية والأهداف التعليمية الشخصية و يسمح بالتبادل والاستماع مما يؤدي إلى شراكة حقيقية (Derguy et Al ,2017 :p03).
2. تحديد برنامج تربوي علاجي متخصص.
3. تخطيط و تنفيذ الجلسات العلاجية.
4. إجراء تقييم المهارات المكتسبة.

أثناء وضع و تخطيط برنامج التربية العلاجية, يجب أن تؤخذ الخصائص التالية بعين الاعتبار :

- صعوبات التعلم(القراءة - فهم اللغة ـ الإعاقة الحسية ـ الإعاقة الذهنية ـ ضعف الإدراك ـ عسر القراءة،.. الخ).
- الوضع الاجتماعي، الاقتصادي, المستوى الثقافي و التعليمي و مكان الحياة, و ذلك من أجل تكييف البرنامج من حيث سهولة الوصول الجغرافي والثقافي, و المرونة في الاستجابة للاحتياجات و التوقعات, واختيار تقنيات وأدوات التدريس الأكثر ملائمة للفئة المستهدفة.

4. مستويات التربية العلاجية :

أشار "دكرس Dekkers" إلى أربع مستويات للتربية العلاجية نذكرها فيما يلي :

- تقديم معلومات مركزة للحالة مثلا عن طبيعة المرض و التدابير العلاجية و التكاليف. الخ.
- تدريب الحالة حيث يتم التركيز على نقل خبرة المعالج للحالة.
- تعليم الحالة حيث يتم التركيز على تعليمه إدارة المرض و علاجه و تغيير نمط حياته و التعامل مع المضاعفات المحتملة.
- دعم الحالة و الاهتمام بالجوانب النفسية و الاجتماعية و الإنسانية للعلاج و المرض و نتائجه و التواصل مع العائلة ..الخ (لكحل،2011: 101).

5. لمن تتوجه التربية العلاجية و من يمكنه تقديمها :

التربية العلاجية نهج متعدد التخصصات يمكن أن يشارك فيه العديد من المتخصصين عن طريق نقل معارفهم أو درايتهم لمرضاهم (Thom ,2016).

و تشير "الهيئة العليا للصحة بفرنسا" (HAS.2007) أن التربية العلاجية يتم اقتراحها مبدئيا للمريض في وقت قريب من الإعلان عن تشخيص مرضه المزمن أو في أي وقت آخر لتطور مرضه، و تقدم :

- لأي شخص (طفل وأبوين, مراهق, بالغ) مصاب بمرض مزمن, بغض النظر عن سنه ونوعه ومرحلته ومساره.
- المقربين من المريض (إذا رغبوا في ذلك), وإذا كان المريض يرغب في إشراكهم في المساعدة على إدارة مرضه.

فمثلا في حالة اضطراب التوحد من المهم جدا أن يحظى أولياء الطفل ببرنامج تربوي علاجي لتكون استجاباتهم لاحتياجات طفلهم أكثر ملائمة, و أيضا ليكتسبوا المهارات اللازمة للتكيف مع خصائص طفلهم.

كما تقدم التربية العلاجية للمتابعة المنتظمة(أو التعزيز) و للمتابعة المتعمقة (أو التعافي) إذا لزم الأمر طوال المرض المزمن: بناءً على التقييم الفردي وتحديث التشخيص التربوي (HAS.2007).

6. فئات التربية العلاجية :

حسب هالاهان و كوفمان (Hallahan & Kauffman, 1991) تشمل التربية العلاجية الفئات التالية :

- الاضطرابات الانفعالية و السلوكية. ما هي الفئات التي تشملها التربية العلاجية ؟
- الإعاقة العقلية.
- الإعاقة البصرية و الإعاقة السمعية و الإعاقة الحركية.
- صعوبات التعلم و اضطرابات النطق أو اللغة.
- الموهبة و الإبداع (القمش و المعايطة، 2007، ص20).

7. التربية العلاجية لأولياء الأطفال المصابين بطيف التوحد :

اضطرابات طيف التوحد هي اضطرابات في النمو العصبي المبكر عند الأطفال الصغار, وهي المسؤولة عن الاضطرابات الطويلة الأمد والشديدة في الاتصالات والعلاقات.

مما يؤثر على الأطفال و على القائمين برعايتهم و بالأخص الأولياء, إذ يجدون صعوبة كبيرة في الحصول على المعلومات المناسبة (من المهنيين الصحيين) التي تمكنهم من فهم أطفالهم بشكل أفضل وإنشاء الدعم المنزلي (Baghdadli Et Al.2015).

فهناك العديد من تقارير الآباء التي تشير الى عدم تلقيهم معلومات عن رعاية أطفالهم و تدبر الصعوبات و العوائق التي تواجههم في الحياة اليومية، بالإضافة إلى عدم وجود وسائل منظمة و مناسبة بما فيه الكفاية لمساندة الأسر التي يتم تشخيص أطفالها باضطراب طيف التوحد (Alcaraz).

حيث يحتاج الوالدين بشكل خاص إلى أجهزة لتعزيز فهمهم وقبولهم للتشخيص, والذي سيتدخل في تعبئة قدرتهم على التكيف.

فبعد الإعلان عن التشخيص, يصف عدد كبير منهم فترة صعبة بشكل خاص حيث لا يجب أن يكونوا جزءًا فقط من نهج قبول إعاقة طفلهم, ولكن عليهم أيضًا التعامل معها و مع صعوباتها - خاصة في التواصل معه - وهذا في كثير من الأحيان دون معرفة أو وسائل أو مساعدة مناسبة (Baghdadli Et Al.2015).

و بالنظر للطبيعة المزمنة لاضطراب التوحد و الصعوبات اليومية التي يطرحها فان ذلك يستدعي وجوب دعم الأولياء و مساعدتهم لأداء دورهم الوالدي، و من البرامج المقترحة في هذا المجال نجد التربية العلاجية.

حيث يُنظر إلى الوالدين على أنهما شريكين أساسين في العملية العلاجية لذا يتم العمل على جعلهما محترفين "Professionnaliser" بإعطائهما "المعرفة والأدوات" اللازمة للتكيف مع إعاقة ابنهما (اضطراب التوحد), إذ تؤكد أحدث خطة للتوحد 2013-2017 على الحاجة إلى تدريب العائلات، خاصة لتجنب حالات الإرهاق وضمان نمو الأسرة بأكملها.

فمن ناحية، يتطلب وجود التوحد من الوالدين تطوير معارف ومهارات جديدة من أجل إدارة صعوبات الطفل بشكل أفضل وتعزيز نموه، و من ناحية أخرى، فإن التحدي الآخر الذي يواجه الوالدين هو النجاح في تنظيم حياته وخططه مع مراعاة إعاقة الطفل.

و التربية العلاجية تستجيب لهذه الاحتياجات من خلال اقتراح نهج شامل يغطي احتياجات كل من الطفل و والديه, و يعمل على تطوير مهارات الرعاية الذاتية ومهارات التكيف النفسي الاجتماعي. مع توفير الدعم الفني و العاطفي اليومي بما يضمن مراعاة أفضل للبيئة والتداعيات التي يواجهانها (Derguy et Al ,2017 :p03).

و قد أوصت كل من منظمة الصحة العالمية (عام 1996) و الهيئة العليا للصحة بفرنسا بتطوير برامج التربية العلاجية لمساعدة المرضى وأسرهم على فهم مرضهم وعلاجه، و اكتساب أو الحفاظ على المهارات التي يحتاجونها لإدارة حياتهم بأكبر قدر ممكن من الفعالية، بالتركيز على مهارات الرعاية الذاتية، و مهارات التكيف النفسي و الاجتماعي (Derguy et Al ,2017 :p03).

الخلاصة :

الهدف من التربية العلاجية للأولياء و للمرضى ليس أن نجنبهم المشاكل فقط بل أن نساعدهم ليتكيفوا و يتأقلموا و يكونوا أكثر سعادة و تقبلا لأطفالهم المرضى و ليكون سلوكهم صحيا أكثر اتجاه أبنائهم و يعود بنتائج ايجابية عليهم و على أبنائهم. لذلك للتربية العلاجية أهمية كبرى لدى أولياء الأطفال المضطربين و خصوصا ذوو اضطراب التوحد. فهي تصل إلى جودة الحياة.

الباب الثاني
الجانب الميداني للدراسة

الفصل الخامس

الإجراءات الميدانية للدراسة

تمهيد :

بعد تطرقنا في الجانب النظري لأهم المفاهيم التي تخص دراستنا، جاء هذا الفصل ليعرض الجانب الميداني لها و سنتناول في هذا الفصل المنهج المتبع و الأدوات السيكولوجية، كيفية تطبيق البرنامج و سنتناولها بشيء من التفصيل.

1. منهج الدراسة :

لتحقيق أهداف الدراسة تم إتباع المنهج الكمي التجريبي بالاعتماد على تصميم المجموعة الواحدة باختبار قبلي واختبار بعدي للوقوف على أثر برنامج التربية العلاجية للآباء على تعديل السلوك العدواني و السلوك النمطي لدى أطفالهم لمصابين باضطراب طيف التوحد.

2. مجتمع الدراسة :

تكون مجتمع الدراسة من أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد الملتحقين بروضة خاصة بأطفال التوحد متواجدة بمدينة وهران، الذين تتراوح أعمارهم ما بين (3-5) سنوات.

3. عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة الفعلية من (6) أزواج (آباء و أمهات) لـ (6) أطفال، ممن أبدو رغبة وموافقة للخضوع لبرنامج التدريبي.

وأجاب جميع الأزواج في العينة على جميع فقرات الأداة، ويوضح الجدول رقم (3) توزيع أفراد عينة الدراسة.

الجدول رقم (3) : توزيع أفراد عينة الدراسة.

المتغير	الفئة	العدد
جنس الطفل	ذكر	3
	أنثى	3
المجموع		**6**

4. أدوات الدراسة :

اعتمدت الباحثة في دراستها على :

1.4. مقياس السلوك العدواني للأطفال المعاقين إعاقة عقلية بسيطة (من إعداد الباحث ورغي سيد أحمد)

لبناء مقياس السلوك العدواني للأطفال المعاقين عقليا إعاقة بسيطة، قام الباحث ورغي سيد أحمد بما يلي من خطوات :

- مراجعة الأدب التربوي و الدراسات السابقة من خلال جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات من خلال الاطلاع على الأدب التربوي المتضمن السلوك العدواني، وقد شمل ذلك بعض الكتب والمراجع من بينها :

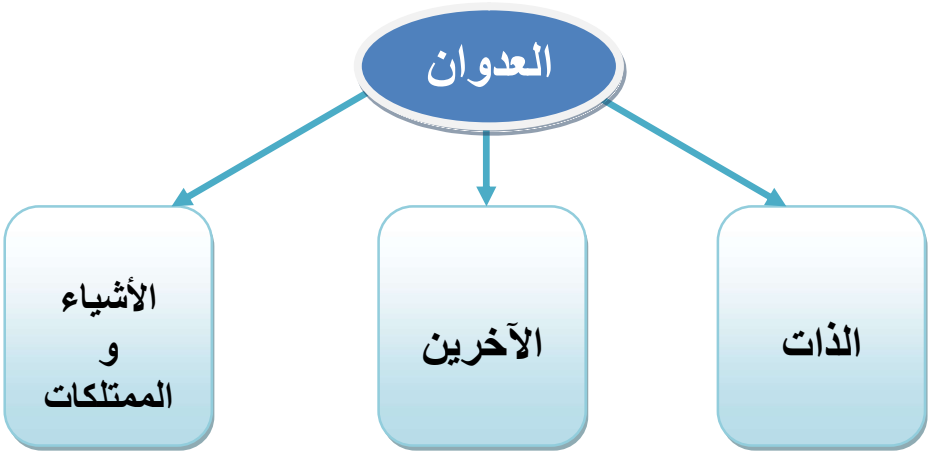
مرسي (1985) ،الوابلي (1993) ،العقاد (2001) ،عز الدين(2010)

- مراجعة بعض الدراسات العربية و الأجنبية التي تناولت موضوع السلوك العدواني وبصورة خاصة عند ذوي الاعاقة العقلية عموما، من أجل تكوين صورة أولية عن المقاييس التي اعتمدت فيها، ونذكر من هذه الدراسات :

عفاف (1991)، دبيس (1998)، سعيد مرشد (2006)، الحارثي (2007)، صالح والبنا (2008)، شعبان (2009)، عشري وآخرون (2011)، بدوي (2011)، القرني (2012)، جريج وأبو فخر (2013)، "Dodge" (1980).

- مقابلة بعض المربين والمشتغلين في مجال التربية الخاصة، وجمع آرائهم حول السلوك العدواني لدى هذه الفئة.
- جمع و تأليف عبارات المقياس.

بعد الاضطلاع على الأدب التربوي في موضوع السلوك العدواني، استنتج الباحث مقتنعا أن العدوان يكون موجها نحو ثلاث اتجاهات وفقا للشكل التالي :



الشكل رقم (1) : اتجاهات العدوان.

و في محاولة لتحديد مفهوم "العدوان"، لاحظ الباحث بأن أغلب التعريفات تشترك في اعتباره "سلوك هدفه إلحاق الضرر بالذات، أو بالغير أو بالأشياء" و عليه حدد الباحث ثلاث أبعاد للمقياس و هي : العدوان على الذات، العدوان على الآخرين، و العدوان على الأشياء و الممتلكات.

يشتمل المقياس في صورته النهائية على 35 فقرة ، تقيس كلها السلوك العدواني للأطفال المعاقين عقليا إعاقة بسيطة، مرفق بتعليمات تقدم للمفحوصين شرحا وافيا عن كيفية الإجابة على فقراته، بالإضافة إلى بعض البيانات الشخصية المتعلقة بمتغيرات : العمر، والجنس، والمستوى التعليمي، وتصنيف الإعاقة العقلية، والمستوى الاقتصادي و الاجتماعي للأسرة.

يشتمل المقياس كما ذكرنا سابقا على ثلاثة أبعاد :

- العدوان نحو الذات، 10 فقرات.
- العدوان على الآخرين، و يشتمل على 15 فقرة.
- أما العدوان على الأشياء و الممتلكات، فيشتمل على 10 فقرات.

يرافق الفقرات التسعة الممثلة للمقياس, خمسة بدائل أجوبة تتوزع بدرجاتها كما يلي :

- دائما (04) درجات.
- غالبا (03) درجات.
- أحيانا (02) درجتان.
- نادرا (01) درجة واحدة.
- أبدا (00) صفر درجة.

كما يشار بأن قيمة السقف النظري تتحدد بالمجال بين [0-156] كما تعتبر درجة (78) كمتوسط حسابي للحكم على وجود سلوك عدواني، و تزداد حدته بارتفاع الدرجة إلى قيمة أكبر من المتوسط الحسابي.

قام الباحث بعرض المقياس في صورته الأولية على 9 من المحكمين يتمثلون في أساتذة جامعيين في علم النفس و علوم التربية، كما قام بكامل الإجراءات للتحقق من صدق و ثبات المقياس و كذا ملاءمته للبيئة الجزائرية (سيد أحمد، 2017).

2.4. استبيان الحركات النمطية :

يهدف الاستبيان إلى معرفة شدة الحركات النمطية لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الآباء.

تم بناء الاستبيان بالاعتماد على الدليل التصنيفي و الإحصائي للأمراض العقلية DSM V و الذي يتضمن البنود التالية :

- البند المتعلق بحركات الجسم : 11,15,17,21.
- البند الخاص بحركات الأطراف : 2,6,8,20.

أما بقية البنود فتم الاعتماد في تصميمها على التراث النظري المتعلق بالحركات النمطية لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

يتكون الاستبيان من 36 فقرة موزعة كالآتي :

- البعد الخاص بحركات الجسم : الحركات النمطية التي يقوم بها الطفل من خلال جسمه بالكامل و من خلال جزأ من جسمه عدا الأطراف تمثلت في 19 فقرة.
- البعد الخاص بحركة الأطراف : الحركات النمطية التي يقوم بها الطفل من خلال يديه و رجليه و عددها 17 فقرة.

يتم تصحيح الاستبيان وفقا للتدرج (دائما، أحيانا، نادرا)، تمنح لها الدرجات (1،2،3) على التوالي و يتم حساب الدرجة الكلية بجمع درجاته على الأبعاد ، تتراوح الدرجة الكلية بين (36-108)، و تدل الدرجة المرتفعة على وجود مستوى عال من الحركات النمطية.

قامت الباحثة المصممة للاستبيان بعرضه على محكمين من الجامعة الجزائرية و كذا باقي الإجراءات لدراسة صدقه و ثباته و مواءمته مع البيئة الجزائرية (لملومة، 2018).

3.4. البرنامج التدريبي :

بعد الاضطلاع على دراسات كل من (Baghdadli، 2015) **و** (سيدأحمد، 2017) **و**(غزال، 2007) ، وضعت الباحثة تصورا لبرنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك العدواني و السلوك النمطي موجه للآباء في إطار التربية العلاجية.

يقدم البرنامج المعد في الدراسة الحالية قاعدة معرفية و عملية ترتكز على القاعدة القائلة بأن كل طفل قابل للتعلم مهما كانت ظروفه أو شدة إعاقته.

من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة التي تتضمن إجراءات إرشادية و تأهيلية خاصة برعاية الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، و تحديدا تلك الإجراءات الإرشادية التي تأخذ في اعتبارها إرشاد و تدريب الأسر، تم تصميم البرنامج الحالي.

تقوم معظم برامج التربية العلاجية الخاصة بالتوحد على جوانب معرفية و أخرى سلوكية، بحيث يتم العمل على تعديل الأفكار و المعارف الخاطئة لدى الأسرة و المتعلقة باضطراب التوحد. ثم يُعمد بعد ذلك إلى إعداد الأسرة لتدريب طفلها التوحدي على مهارات رعاية الذات و التواصل و التفاعل الاجتماعي (Matson, 2009).

وأظهرت نتائج هذه الدراسات بعد تطبيقها على أهالي أطفال التوحد انخفاضا في درجة الانفعالات السلبية للوالدين تجاه الطفل التوحدي و انخفاض درجة الأطفال التوحديين فيما يتعلق بالانفعالات السلبية، و اضطراب التفاعل الاجتماعي و العزلة العاطفية و المشكلات السلوكية. كما أشارت نتائج الدراسات التي قامت على مشاركة الوالدين في البرامج العلاجية إلى وجود تفاعل أفضل بين الوالدين و طفلهما التوحدي و تواصل غير لفظي أفضل لدى الأطفال، و اكتساب الطفل لبعض

المهارات الاجتماعية، و رعاية الذات و المهارات الحسية و الحركية. كذلك ظهر أن العامل النفسي و زيادة الألفة بين الأبوين و الطفل التوحدي هو أساس العلاج الناجح (Gal, 2009).

يتضمن البرنامج التدريبي قسمين :

- **القسم الأول :** وقد خصص لآباء الطفل التوحدي، و يهدف إلى تعديل الأفكار و المعارف المتعلقة بالاضطرابات السلوكية لطفلهما، و تقديم أساليب التعامل معها و بالأخص مع السلوك العدواني و السلوك النمطي.

إضافة إلى إتاحة الفرصة للآباء للتعرف على آباء أطفال آخرين و تبادل الخبرات و المساندة بين بعضهم البعض.

- **القسم الثاني :** من البرنامج فهو خاص بالطفل التوحدي، فنظراً إلى أن كل طفل من الأطفال المصابين بالتوحد، و هو حالة فردية خاصة في مظاهر الاضطراب السلوكي، فقد تم تصميم قسم من البرنامج بشكل فردي، على شكل حصص تطبيقية لمتابعة تطبيق الأبوين لما تعلماه في الحصص الجماعية ليتناسب كل هذا مع قدرات كل طفل و طبيعة المشكلات المصاحبة.

تقوم آليات تنفيذ البرنامج على ست جلسات تدوم ثلاثة منها يوما كاملا، تحتوي كل جلسة على ثيمة محددة مسبقا و على عدد معين من الحصص (حسب ثيمة اليوم).

الحصة الأولى هي حصة تعارف و إجراء تشخيص تربوي الخاص بكل عائلة وتحديد الأهداف ومشكلات الآباء مع أطفالهم وعرض لمحتوى البرنامج التدريبي.

أما خلال الحصة الثانية نقوم بتطبيق كل من مقياس السلوك العدواني و استبيان شدة السلوك النمطي و ذلك لتحديد مستوى الاضطراب السلوكي لدى الأطفال من وجهة نظر آباءهم.

الجلسات الثالثة و الرابعة، فهي عبارة عن حصص تطبيقية و تدريب يومية تحتوي على محاضرات، فعاليات و حلقات نقاش بين الآباء بعضهم البعض، و بين الآباء و المنشطين و المتدخلين.

- **الحصص التطبيقية :** هي حصص متابعة منزلية تتنقل فيها الباحثة لمنزل كل طفل لمتابعة تطبيق الآباء للفنيات التي تعلموها خلال البرنامج التدريبي.

الجلسة الخامسة وما قبل الأخيرة هي جلسة قياس بعدي لاختبار مدى فعالية البرنامج التدريبي، و كذا مناقشة الآباء و إتاحة الفرصة لهم لتقييم البرنامج و إعطاء اقتراحات لتطويره.

الجلسة السادسة هي عبارة عن حصص تقييمية لمعرفة مدى فعالية البرنامج وتمكن الآباء من تطبيقه.

1.3.4. الهدف العام للبرنامج :

يهدف البرنامج التدريبي إلى تزويد الآباء بالمعارف العلمية والعملية وجملة من الاستراتيجيات للتعامل مع السلوك العدواني و النمطي لأطفالهم المصابين باضطراب طيف التوحد .

2.3.4. الأهداف الإجرائية :

1- تقديم تفسير يؤصل السلوك العدواني و السلوك النمطي لدى أطفال التوحد لغرض فهمه.
2- تقديم مرجع نظري حول فنيات تعديل السلوك العدواني و النمطي.
3- متابعة عمل الآباء مع أبناءهم من خلال حصص تطبيقية.
4- توفير جو من الدعم المتبادل و الخبرات بين الآباء و الذي كان الهدف الأساسي وراء تصميم برنامج تدريبي جماعي.

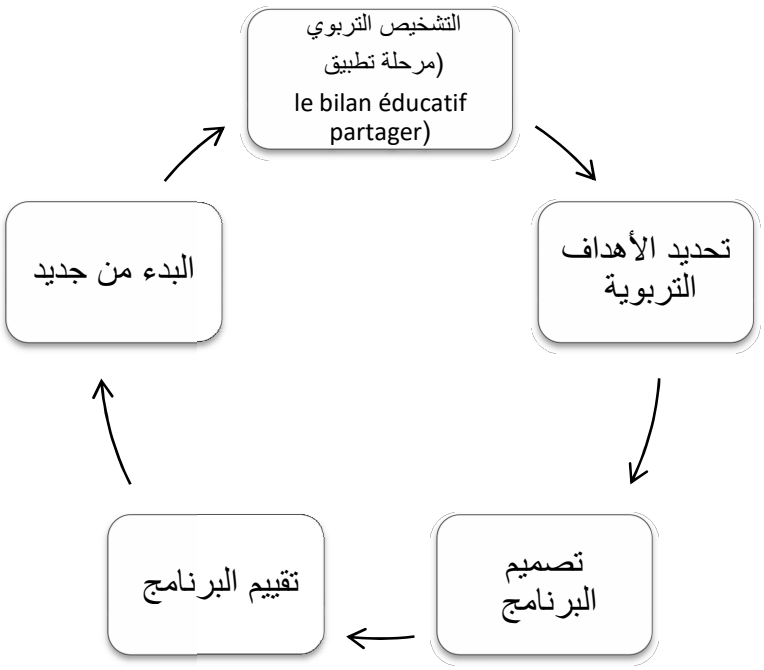
3.3.4. خطوات بناء برنامج التربية العلاجية :

يجب على البرنامج أن يغطي الحاجات الأساسية للاضطراب و الحاجات الأساسية للفرد المصاب بهذا الاضطراب.

قبل تصميم البرنامج العلاجي يجب إجراء تقييم كامل للحالة المرضية بواسطة ما يسمى بالتشخيص التربوي Le bilan éducatif partagé.

يمكننا هذا التقييم من معرفة الحالة الخاصة للمريض و كذا معرفة معاشه النفسي و ذلك ليستجيب لبرنامج التربية العلاجية الموجه له .

الشكل التالي يبين مختلف المراحل التي يمر بها برنامج تربية علاجية.



الشكل رقم (2) : مراحل بناء برنامج تربية علاجية.

4.3.4. بنية المجموعة التدريبية:

يتفق المختصون أن الحجم المثالي لمجموعة النقاش هو بين 5 إلى 12 فرد (Duchesne & Haegel, 2008).

أقل من هذا العدد يحتمل أن يكون النقاش أقل ثراء بسبب قلة وجهات النظر، أكثر من هذا العدد يصعب التحكم في النقاش.

بالنسبة للدراسة الحالية, اختارت الباحثة أن تحدد عدد الآباء المشاركين إلى 6 أزواج، دون التحكم في ما إذا حضر كلا الأبوين أو أحدهما.

تبنى ديناميكية المجموعة في اللقاء الأول , لذلك قررت الباحثة إتباع نظام المجموعة المغلقة , بما معناه أنه لا يمكن لأي فرد الالتحاق بالمجموعة إذا لم يحضر أول لقاء.

5.3.4. المنشطون و المتدخلون :

تم تأطير المجموعة من قبل ثلاث أخصائيات نفسانية أرطفونية، و مربيتين أطفال لهما خبرة في تدريب أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد :

- يجب على المؤطرين حضور كل الجلسات.
- يكمن دور المؤطرين في إدارة الحوار في جلسات النقاش إلى جانب إمداد المتدربين بالمعلومات الصحيحة حول اضطراب طيف التوحد، و لهذا الغرض يجب أن يكون المؤطرين متمكنان من كل ما يرتبط باضطراب طيف التوحد و التربية العلاجية و أيضا التدخلات المهنية المختلفة المرتبطة بهذا الاضطراب (HAS, 2012).
- من المهم أن يتم تكييف التجارب المهنية للمتدخلين حسب حاجات الآباء المشاركين.
- يمكن استضافة متدخلين آخرين حسب ثيمة الجلسات بهدف إثراء المعلومات المقدمة للآباء.

6.3.4. الأدوات البيداغوجية :

ترتبط الأدوات المستخدمة في التدريب ثيمة كل جلسة الحديث هنا عن المراجع المختلفة، الوثائق، الكتب و المقالات أو أي دليل تربوي مرتبط بثيمة الجلسة.

استخدمت الباحثة في البرنامج الحالي دليل تثقيفي حول الاضطرابات السلوكية لأطفال التوحد. إضافة إلى فيديوهات مسجلة لحصص تعديل سلوك قامت بها المربيات مع أطفال تمت متابعتهم داخل روضة الأطفال وقد نجحت في تعديل سلوكات الأطفال الذين تمت متابعتهم على مستوى الروضة.

7.3.4. مدة البرنامج :

كانت بداية تطبيق البرنامج من 2020/01/05 و انتهى يوم 2020/03/08.

ثلاث جلسات تدريبية إضافة لحصتين الأولى للتعارف و الثانية لختم البرنامج و قياس مدى فعاليته. تتخلل هذه الجلسات حصص تطبيقية يتم من خلالها مرافقة الآباء خلال تطبيقهم لما تعلموه في الدورة التدريبية.

8.3.4. التقديم العام لسير البرنامج :

- تتم الجلسات بشكل تدريجي لتحقيق الأهداف ابتداء بتلقين الآباء المعلومات الأساسية حول التوحد وأيضا حول السلوك بشكل عام ثم اضطرابات السلوك ، كيفية تحديدها و فهم الأسباب الكامنة وراءها.
- الجلسات الثانية و الثالثة و الرابعة، كل منها مقسمة لحصتين : الحصة الأولى هي عبارة عن محاضرة تتم فيها عرض المعلومات أما الحصة الثانية فهي عبارة عن جلسات نقاش.
- الجلسة الخامسة هي عبارة عن حصص تطبيقية (من الأحد إلى الخميس من كل أسبوع) تتنقل فيها كل مؤطرة عند أسرة لمتابعة تنفيذ برنامج تعديل السلوك . يتم متابعة أسر في الوقت نفسه و كرست الباحثة لذلك مجموعة من المربيات ذوات الخبرة في مجال تعديل سلوك الطفل التوحد.
- الجلسة الخامسة و هي عبارة عن جلسة تقييمية يتم فيها توزيع مقياسي السلوك العدواني و شدة السلوك النمطي لمعرفة ما إذا كان التدريب الذي تلقاه الآباء فعال أم لا.
- الجلسة السادسة وهي جلسة تقييمية لمدى نجاح الأولياء في تطبيق البرنامج.

9.3.4. محتوى الجلسات :

الجدول رقم (4) : محتوى جلسات البرنامج التدريبي.

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة في الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الأولى	▪ التعارف المتبادل بين الباحثة والآباء و بين الآباء بعضهم البعض. ▪ كسر الجليد وبناء الثقة. ▪ خلق بيئة آمنة للآباء. ▪ الاتفاق على مكان و زمان الجلسات التدريبية وآلية المتابعة بين الباحثة والآباء.	طرح الأسئلة، الإيضاح، التفاعل المتبادل، الإصغاء والحوار، المناقشات.	120 دقيقة
الجلسة الثانية	الحصة الأولى : ▪ شرح محتوى الدليل التثقيفي(الملحق رقم 3). ▪ نبذة حول الاضطرابات السلوكية لدى أطفال التوحد. ▪ شرح كيفية تحديد السلوكات غير التكيفية. ▪ معرفة أسبابها و طرق تقييمها. ▪ تطبيق القياس القبلي.	التفسير والايضاح، العصف الذهني، المحاضرة، فلم قصير حول كيفية تصحيح السلوكات.	120 دقيقة
	حلقة نقاش حول كيفية التعامل مع السلوكات غير التكيفية (كل زوج من الآباء يتكلم عن الطرق و الإجراءات التي يستخدمونها للتعامل مع سلوكات الأبناء). الغرض من جلسة النقاش هو إتاحة الفرصة للآباء لسرد خبراتهم و الإنصات لخبرات غيرهم .	المناقشة الجماعية، الإصغاء و الحوار.	120 دقيقة

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة في الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الثالثة	الحصة الأولى : ورقة العمل رقم (1) في الدليل التثقيفي. محاضرة حول السلوكات العدوانية لدى أطفال التوحد، أسبابها. فنيات تعديل السلوك العدواني لدى أطفال التوحد. شرح و إيضاح طرق تطبيق كل من أسلوب التعزيز التفاضلي للسلوكات الأخرى و التصحيح الزائد لدى حالات العدوانية لدى طفل التوحد. شرح و إيضاح أهمية الأنشطة الحركية الجماعية في خفض السلوكات العدوانية لدى أطفال التوحد. عرض فيديو لحصص تعديل سلوك عدواني تقوم بها المربية مع أحد الأطفال المسجلين في الروضة.	طرح الأسئلة، التفاعل، التفسير و الإيضاح، الإصغاء، المناقشة الجماعية، العصف الذهني، المحاضرة.	120 دقيقة
	الحصة الثانية : حلقة نقاش حول أثر السلوك العدواني للطفل التوحدي على الحياة الأسرية.	لعب الأدوار، تصحيح الأفكار الخاطئة، المساندة، النقاش الجماعي	120 دقيقة
الجلسة الرابعة:	الحصة الأولى : ورقة العمل رقم (2) في الدليل التثقيفي. محاضرة حول السلوكات النمطية لدى أطفال التوحد ، أسبابها. فنيات تعديل السلوك النمطي لدى أطفال التوحد. شرح و إيضاح طرق تطبيق كل من : ▪ دور العلاج الوظيفي في تنمية العضلات الدقيقة و بالتالي خفض السلوكات النمطية. ▪ كيف نستعمل أنشطة اللعب في تعديل السلوك السابقة في خفض شدة السلوك النمطي؟ عرض فيديو لحصص تعديل سلوك نمطي تقوم بها المربية مع أحد الأطفال المسجلين في الروضة.	الحوار، المناقشة الجماعية، عرض البوربوينت، أسلوب الخرائط الذهنية، العصف الذهني، المحاضرة، طرح الأسئلة، التفسير والإيضاح.	90 دقيقة
	ورقة العمل رقم (3) الحصة الثانية : حلقة نقاش حول تأثير السلوكات النمطية على الإخوة (التقليد). كيف نشرح للإخوة السلوكات التي يقوم بها الطفل التوحدي ؟	لعب الأدوار، تصحيح الأفكار الخاطئة، المساندة، النقاش الجماعي.	90 دقيقة
الجلسة الخامسة:	تطبيق مقياسي السلوك العدواني و السلوك النمطي لمعرفة مدى فعالية البرنامج.	الملاحظة و ومناقشة نتائج البرنامج.	كل حصة تدوم 120 دقيقة
الجلسة السادسة:	حصة تقييمية تكون بعد حوالي شهر و نصف من أول حصة. اختتام البرنامج التدريبي.	الحوار، المناقشة الجماعية، طرح الأسئلة، التفسير والإيضاح.	90 دقيقة

الفصل السادس

دراسة الحالة

1. أولاً : البيانات الأولية عن الحالة

- **اسم الطفل :** ز. و
- **العمر :** 04 سنوات ونصف.
- **نوع الإعاقة :** اضطراب التوحد بالإضافة إلى فرط الحركة وتشتت الانتباه.
- **درجة التوحد :** متوسطة وذلك حسب مقياس La CARS.

1.1. ملخص تاريخ حالة الطفل :

1.1.1. تقديم الحالة :

الطفل وسيم البالغ من العمر أربعة سنوات و ثمانية أشهر، له أب عمره 35 سنة – مهندس موظف في شركة عمومية و الأم عمرها 28 سنة موظفة في بنك، ميسوري الحال، ياسين عمره 3 سنوات و الأخ الأصغر لوسيم و هو لا يعاني من أي اضطراب لكنه دائما في صراع مع وسيم، و تعيش مع وسيم جدته من الأب و هي تتكفل بهما في غياب الوالدين.

2.1.1. تاريخ الحالة :

في مرحلة الحمل بوسيم الأم لم تعاني من أية مضاعفات أو أمراض معدية أو مشكلات نفسية , مدة الحمل كانت طبيعية أي أشهر كاملة و كانت الولادة طبيعية لم تظهر عليه أية أعراض في البداية.

انشغالات الأولياء تمركزت حول عدم نطق وسيم – صعوبة التواصل معه، سلوكاته التي لا يستطيعون التحكم فيها و لا فهمها و لا تسييرها و كذلك نظرة العائلة لوسيم حيث لا يتوقفون عن السؤال لماذا يتصرف هكذا، ثم توجيه وسيم إلى الروضة من طرف أخصائي في الطب العقلي للأطفال بمركز الصحة الجوارية بعد وضع التشخيص النهائي.

و قد أعدت له حصص تقييمية Des évaluation لتقييم نفسي و كذلك تقييم أرطفوني Bilan orthophonique من طرف الفريق المختص بالروضة : أخصائي أرطفوني، أخصائي اكلينيكي، مربية متخصصة، أخصائي نفسي حركي، و ذلك بالاستعانة بأدوات التشخيص كالاختبارات الأرطفونية و السلاليم التقييمية للتوحد.

تبين في الأخير أن وسيم يعاني من توحد بدرجة متوسطة و ذالك حسب مقياس La cars. و هنا كانت الصدمة للأولياء، تمحورت أسئلتهم في :

- هل سيتطور وسيم كغيره من الأطفال ؟
- هل سيتمكن من النطق ؟
- هل هناك إمكانية لمعالجته ؟ كيف ؟
- كم من الوقت سيستغرق ذالك ؟

هنا ظهرت ضرورة اقتراح برنامج علاجي على وسيم، وبعد إجراء التشخيص التربوي تم تحديد ما يزعج والدي وسيم و كذلك رغباتهم و ما ينظرونه من الفريق المتخصص. تم بناء برنامج التربية العلاجية، حيث تم التركيز على سلوكين هامين و هما سلوك رفرفة اليدين و سلوك عض اليد، حيث يد وسيم مشوهة.

2. ثانياً : بيانات عن السلوك غير المرغوب فيه

1.2. السلوك المستهدف بالتعديل : عض اليد.

1.1.2. تعريف السلوك المستهدف إجرائياً :

سلوك حركي يقوم به الطفل وسيم عند وضع يده داخل فمه و يقوم بالضغط عليها بأسنانه محدثا في بعض الأحيان جرحا (أنظر الصورة1 الملحق الرابع).

تكرار السلوك ينتج عنه جفاف جلدي في المنطقة المعرضة للعض. يحدث السلوك عندما يتوتر وسيم، عند سماعه لصراخ شخص، أو عند طلب مهمة جديدة منه أو عند الغضب، الخوف، عند إحساسه بالضغط أو حرمانه من شيء يريده.

2.1.2. الهدف من التعديل السلوكي :

أن يقلل وسيم من سلوك عض يده في المنزل.

3.1.2. مبررات اختيار السلوك: (تربوي – اجتماعي – طبي)

- **تربـوي :**

يمثل هذا السلوك إعاقة للعملية التعليمية لوسيم عند التحاقه بروضة الأطفال ، وبالتالي تأثير ذلك على مستوى الطفل و على تقدم عملية التكفل.

- **اجتمـاعي :**

سلوك الذي يقوم به وسيم هو سلوك عنف نحو الذات و هو مرفوض اجتماعيا ويؤدي إلى ابتعاد الآخرين عنه ويقلل من قدرته على التفاعل مع إخوانه، المربية ومع زملائه في الروضة وبالتالي يؤثر على توافقه الاجتماعي وهو سلوك غير مقبول، وقد يسبب للأهل الإحراج خارج المنزل.

- **طبـي :**

إضافة إلى أنه يلحق الضرر بأسنانه، فإن الجلد يتضرر أكثر و يصعب على الجروح أن تلتئم، تكون تشوه.

4.1.2. رأي مصممي البرنامج في السلوك المستهدف: (المربية و الأخصائية النفسية)

يعتبر الطفل وسيم سلوك العض كنوع من التواصل عند الإحساس بالضغط أو إبداء ضغط على الآخرين لتنفيذ ما يريده أو تعبيره عن رغبته في التوقف عن طلب قيامه أو مشاركته في نشاط ما. أو عند سماع صوت يصيبه بالتوتر. هدف البرنامج تعليمه سلوك آخر يعتبر كوسيلة أخرى للتعبير عن إحساسه بالضغط أو الرفض بحيث نتيح له بدائل أخرى (مثل مساعدة أكثر، أهداف قصيرة، بدائل لما يريده ولا يفشل في الحصول عليه).

وذكرت الأم أن وسيم يعض يده أحيانا من أجل الحصول على الاهتمام ، وعند قيام وسيم بشيء يحبه مثل الأنشطة البدنية أو الحاسوب ، و تضطر الأم إلى إيقافه انه يعض يده بعدها مباشرة ويدل ذلك على غضبه و رفضه للتوقف عن القيام بأنشطة يحبها.

5.1.2. الأسباب المؤدية لحدوث السلوك :

- **المثير القبلي :**

التعبير عن شعوره بالغضب، التوتر، الرفض، و رغبته في إيصال فكرة عن الوضعية التي يريدها.

2.2. السلوك المستهدف بالتعديل : رفرفة اليدين

1.2.2. تعريف السلوك المستهدف إجرائياً :

سلوك حركي يقوم به الطفل وسيم عند تحريك أطرافه العلوية بشكل متكرر. يحدث السلوك عندما يجد نفسه لوحده بدون نشاط.

2.2.2. الهدف من التعديل السلوكي :

أن يقلل أو يتوقف وسيم عن سلوك رفرفة اليدين.

3.2.2. مبررات اختيار السلوك : (تربوي – اجتماعي – طبي)

- **تربوي :**

يمثل هذا السلوك إعاقة للعملية التعليمية لوسيم عند التحاقه بروضة الأطفال ، وبالتالي تأثير ذلك على مستوى الطفل و على تقدم عملية التكفل .

- **اجتماعي :**

سلوك الذي يقوم به وسيم قد يسبب للأهل الإحراج خارج المنزل ، فالناس في الخارج ل يفهمون سبب قيامه بهذه الحركات بشكل نمطي ، كما إن الحركات النمطية تعتبر استثارة ذاتية قد تجعل سامي ينغلق أكثر فأكثر على ذاته و يقل تواصله ببيئته.

- **طبي :**

لا تشكل الحركات النمطية أية تهديد على حياة الطفل غير أنها يمكن أن تسبب له آلام في الأطراف أحيانا.

4.2.2. رأي مصممي البرنامج في السلوك المستهدف : (المربية و الأخصائية النفسية)

يعتبر الطفل وسيم سلوك الرفرفة سلوكا نمطي يعبر إما على التحفيز العالي للبيئة الخارجية حيث يقوم به وسيم أحيانا عند وجود العديد من الأشخاص حوله و لا يعرفهم. كما يعتبر أيضا استثارة ذاتية يقوم بها وسيم عندما يجد نفسه وحده دون أية نشاط يقوم به أو بشكل أدق عند الإحساس بفراغ بيئته المحيطة.

الهدف الأساسي الذي وضعته الباحثة نصب عينيها خلال تصميمها لخطة علاجية للتخفيف من شدة الحركات النمطية لدى وسيم هي محاولة إعطاء حركاته هذه معنا، عكس السلوك العدواني الذي حاولنا إطفاءه.

وبالتالي تستعمل الباحثة في هذا الجزء من الخطة العلاجية أنشطة لعب تعمل على تنمية المهارات الحركية الدقيقة.

5.2.2. الأسباب المؤدية لحدوث السلوك :

- **المثير القبلي :**

وجود محفزات خارجية عالية أو غيابها بشكل كلي و إحساس الطفل بالفراغ.

3. ثالثاً : الملاحظة القبلية

1.3. سلوك عض اليد :

- تاريخ بدء الملاحظة : 2020-01-12
- تاريخ الانتهاء: 2020-01-16

الأسبوع الأول :

مستوى آداء السلوك المستهدف الحالي (مرحلة الخط القاعدي) تم تحديد المستوي للأداء الحالي من خلال ملاحظة المباشرة لمدة خمسة أيام.

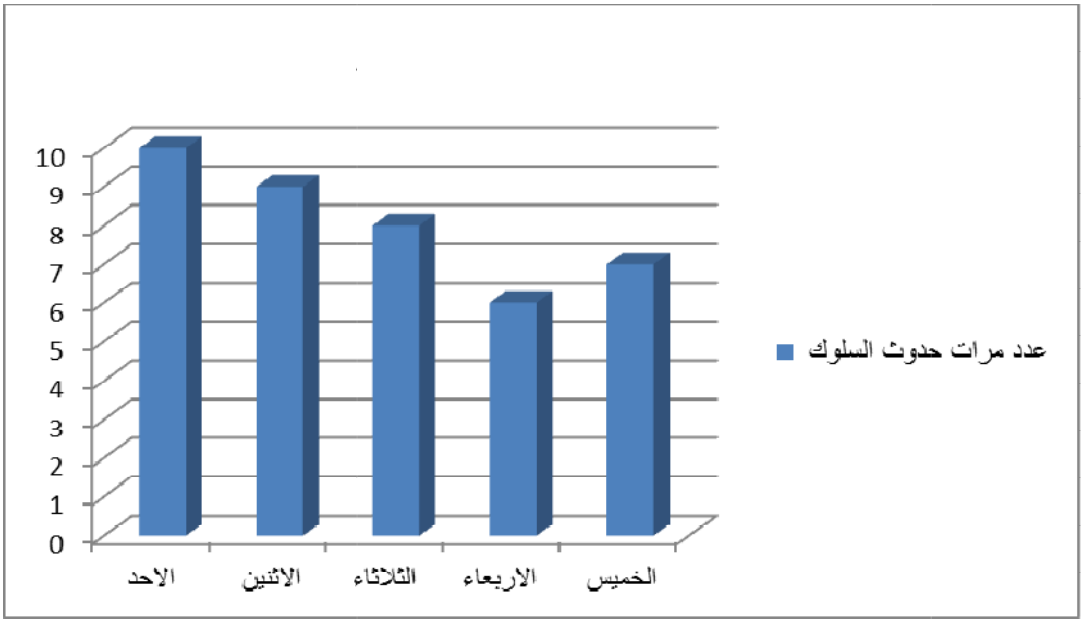
الجدول رقم (5) : تكرار حدوث سلوك عض اليد خلال مدة الملاحظة القبلية.

الأيام	التاريخ	التكرار	المجموع
الاحد	01/12	𝍸 𝍸	**10**
الأثنين	01/13	//// 𝍸	**9**
الثلاثاء	01/14	/// 𝍸	**8**
الأربعاء	01/15	/ 𝍸	**6**
الخميس	**01/16**	// 𝍸	**7**

أسلوب القياس:

تم حساب عدد مرات حدوث السلوك = مجموع تكرارات حدوث السلوك ÷ عدد ايام الملاحظة :

- عدد مرات حدوث السلوك = 40÷ 5 = 8مرات يوميا.



الشكل رقم (3) : الرسم البياني لفترة الملاحظة القبلية لعدد مرات حدوث سلوك عض اليد.

موجز لمستوى أداء الطفل وسيم في مرحلة الخط القاعدي :

تبين من خلال مرحلة الملاحظة لسلوك وسيم, وهو عض اليد لمدة خمسة أيام , بلغ 8 مرات يومياً ويدل على ثبات وجود السلوك لدى الطفل, لذلك لابد من التدخل للبدء في برنامج تعديل لإطفاء ذلك السلوك.

2.3. سلوك رفرفة اليدين :

- تاريخ بدء الملاحظة : 2020/01/12
- تاريخ الانتهاء: 2020/01/16

الأسبوع الأول :

مستوى آداء السلوك المستهدف الحالي (مرحلة الخط القاعدي) تم تحديد المستوى للأداء الحالي من خلال الملاحظة المباشرة لمدة ستة أيام.

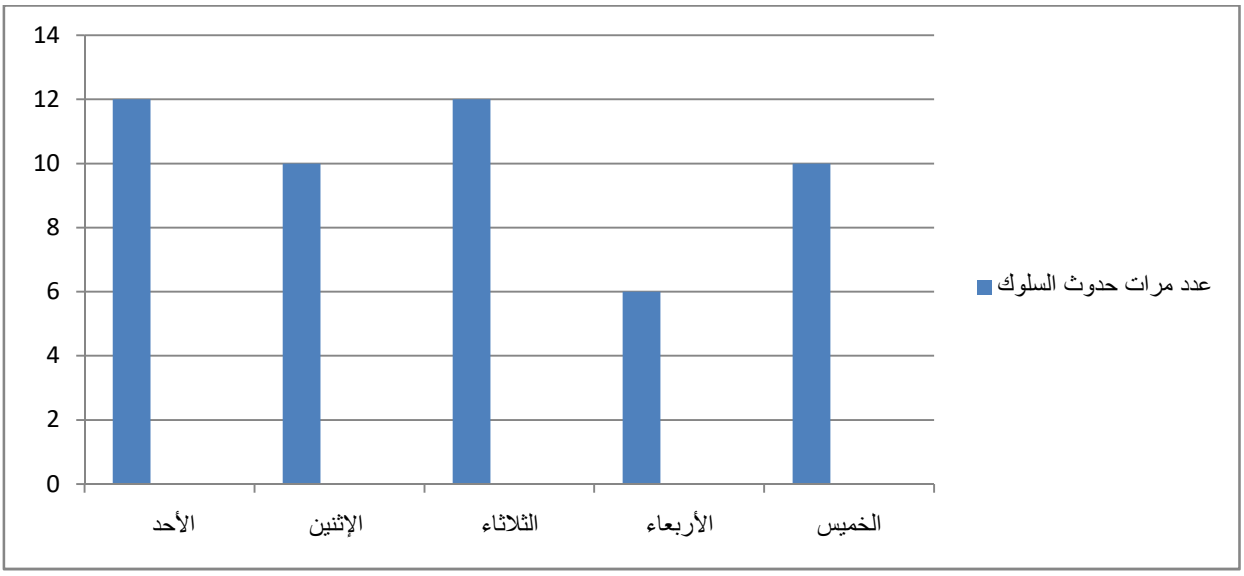
الجدول رقم (6) : تكرار حدوث سلوك رفرفة اليدين خلال مرحلة الملاحظة القبلية.

الأيام	التاريخ	التكرار	المجموع
الاحد	01/12	𝍸 𝍸	12
الأثنين	01/13	𝍸 𝍸	10
الثلاثاء	01/14	𝍸 𝍸	12
الأربعاء	01/15	// 𝍸	6
الخميس	**01/16**	𝍸 𝍸	10

أسلوب القياس:

تم حساب: عدد مرات حدوث السلوك = مجموع تكرارات حدوث السلوك ÷ عدد أيام الملاحظة :

- عدد مرات حدوث السلوك = 50 ÷ 5 = 10مرات يومياً



الشكل رقم (4) : الرسم البياني للفترة الثانية من الملاحظة القبلية لسلوك عض اليد.

موجز لمستوى أداء الطفل وسيم في مرحلة الخط القاعدي :

تبين من خلال مرحلة الملاحظة لسلوك وسيم وهو رفرفة اليدين لمدة خمسة أيام لديه بلغ 10 مرات يومياً ويدل على ثبات وجود السلوك لدى الطفل، لذلك لابد من التدخل و البدء في برنامج تعديل السلوك لإطفاء ذلك السلوك.

4. رابعاً : بيانات الخطة العلاجية

1.4. سلوك عض اليد :

1.1.4. التدخل العلاجي :

- يبدأ من تاريخ : 2020/01/19
- وحتى تاريخ : 2020/02/06

واستخدمت فيه الأساليب التالية : التوبيخ، التعزيز التفاضلي للسلوكيات الاخرى، التصحيح الزائد.

أ. الأسلوب الأول: التوبيخ

- **تعريفه :**

وهو التعبير عن عدم الموافقة على سلوك الآخرين وقد يكون التوبيخ لفظيا أو غير لفظي من خلال الايماءات المختلفة .

ومن حسنات التوبيخ سهولة تطبيقه بعد حدوث السلوك غير المقبول وهو غير مؤلم جسديا , و هو ذو فعالية إذا استخدم بشكل منظم, و أكثر فعالية إذا استخدم في البداية مع إجراءات عقابية أخرى (الخطيب، 2011, ص 217).

- **تطبيقه :**

يتم التوبيخ اللفظي كقول (سامي خطأ لا أعض يدي) ،وأضيف إلى ذلك التوبيخ الغير لفظي (تعبيرات الوجه) مع إبراز بطاقة التواصل (بطاقة مرسوم عليها طفل يعض يده وإشارة خطاء بالأحمر عليها ومكتوب لا أعض يدي) ، ويتم ذلك بعد حدوث السلوك مباشرة وهو عض اليد.

ب. الأسلوب الثاني : التعزيز التفاضلي للسلوكيات الاخرى

- **تعريفه :**

تعزيز الفرد حال امتناعه عن القيام بالسلوك غير المقبول الذي يراد تقليله لفترة زمنية معينة. و يراعى عند استخدام التعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى , إطالة الفترة الزمنية التي يفترض عدم حدوث السلوك المستهدف فيها بصورة تدريجية, وعدم التعزيز بعد مرور الفترة الزمنية المحددة (الخطيب، 2011, ص 198).

- **تطبيقه :**

بعد مرور فترة الجلسة وتكون مدتها (30دقيقة)، ولم يُحدث فيها وسيم سلوك عض اليد عند توتره في الجلسة، أقوم بإعطائه معزز غذائي (بسكويت جاف).

ج. الأسلوب الثالث : التصحيح الزائد

- **تعريفه :**

إجراء يعمل على تقليل السلوك غير المرغوب. ويشتمل على توبيخ الفرد بعد قيامه بالسلوك غير المقبول ، وتذكيره بما هو مقبول وغير مقبول، ومن ثم يطلب منه إزالة الأضرار التي نتج عن سلوكه غير المقبول ، أو تأدية سلوكيات نقيضه للسلوك غير المقبول الذي يراد تقليله بشكل متكرر لفترة زمنية محددة (الخطيب، 2011, ص 209).

- **تطبيقه :**

أطلب من وسيم في كل مرة يقوم بعض يده أن يرتب قطع الليغو وأن يضع يده على الطاولة لفترة زمنية معينة , وأن يبقى قريبا من أخوه الذي كان يصرخ.

2.1.4. جدول الملاحظة للسلوك أثناء التدخل :

- تاريخ البدء : 2020/01/19
- تاريخ الانتهاء : 2020/02/06

الجدول رقم (7) : تكرار حدوث سلوك عض اليد أثناء التدخل العلاجي الأول في الأسبوع الأول.

الأيام	التاريخ	التكرار	المجموع
الاحد	01/19	// 𝍸	**7**
الأثنين	01/20	/ 𝍸	**6**
الثلاثاء	01/21	𝍸	**5**
الأربعاء	01/22	////	**4**
الخميس	**01\24**	𝍸	**5**

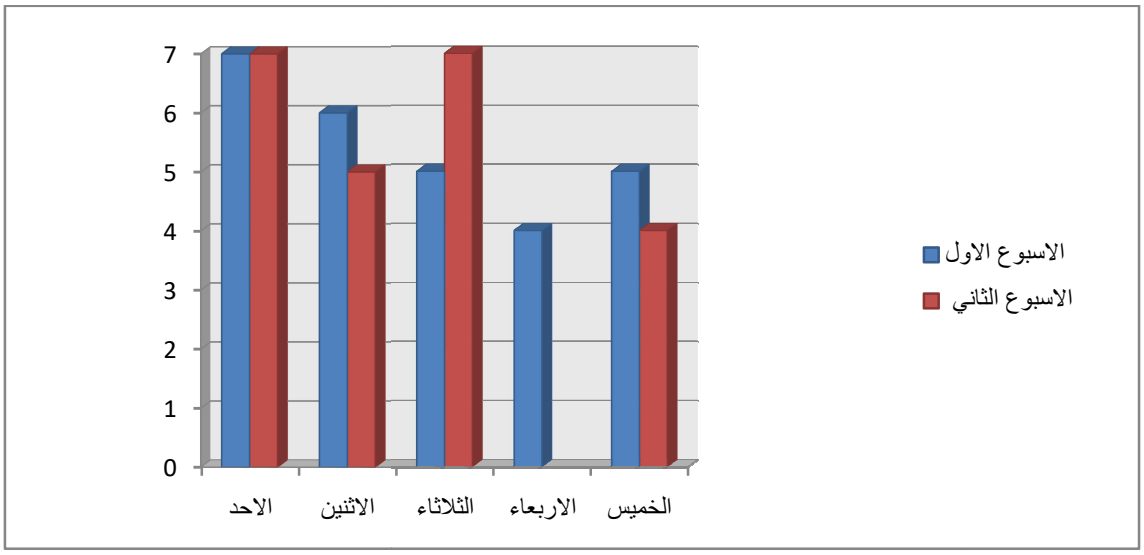
الجدول رقم (8) : تكرار حدوث سلوك عض اليد أثناء التدخل العلاجي الأول في الأسبوع الثاني.

الأيام	التاريخ	التكرار	المجموع
الاحد	02/02	// ++++	**7**
الأثنين	02/03	/ ++++	**5**
الثلاثاء	02/04	// ++++	**7**
الأربعاء	02/05	غياب	
الخميس	**02/06**	////	**4**

أسلوب القياس :

تم حساب عدد مرات حدوث السلوك = مجموع تكرارات حدوث السلوك ÷ عدد أيام الملاحظة :

- عدد مرات حدوث السلوك = 50 ÷ 10 = 5 مرات يوميا.



الشكل رقم (5) : الرسم البياني للتدخل.

تلخيص مستوى الأداء أثناء مرحلة التدخل :

تبين من خلال الملاحظة السلوكية المباشرة لسلوك عض اليد لدى الطفل وسيم أن معدل السلوك قد انخفض من 8 مرات يومياً إلى 5 مرات يومياً بعد التدخل الأول مما يدل على فعالية الإجراءات المستخدمة في البرنامج العلاجي.

2.4. رفرفة اليدين :

1.2.4. التدخل العلاجي :

- يبدأ من تاريخ : 2020/02/16
- وحتى تاريخ : 2020/02/27

واستخدمت فيه الأساليب التالية: التعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى، أنشطة تنمية الحركات الدقيقة، أنشطة لتعليم التنسيق بين العين و اليد.

أ. الأسلوب الأول :المهارات الحركية الدقيقة

- **تعريفه :**

تتضمن مجموعة العضلات الصغيرة الموجودة فى اليد والعين، وكذلك مجموعة العضلات الصغيرة التي تصدر من الأصابع، و بالتنسيق مع العينين. كما تتواجد هذه العضلات في أصابع القدمين، الفم، اللسان و حول العين. فنجد أن هذه العضلات تساعد في :

- الاستخدام الجيد لليدين و الأصابع.
- أخذ الأشياء باليد دون الحاجة لمساعدة .
- تحريك الأجسام باليد.
- استعمال اليدين مع بعضهما .

- **تطبيقه :**

من بين الأنشطة التي تساعد على تنمية هذه المهارة :

- نشاط مساكات الملابس :

تقوم الباحثة بتجهيز مساكات ملابس سهلة الفتح و تمسكها أم وجه الطفل موضحة له كيفية الضغط على الأطراف كي ينفتح المساك و تنغلق ، ثم تقول انظر منادية باسمه. تشد مساكة من علبة ثم تضعها في يده ، مستعملة يدها لمساعدته على فتحها و توجيه يده لكي يلصقها بالعلبة ، يتم تشجيع الطفل و التقليل من مساعدته تدريجيا.

- نشاط القص باستعمال المقص :

تحضر الباحثة قطعة ورق و قبل بداية التمرين تقطع الباحثة قطع صغيرة من الورق حتى يسهل على الطفل تقطيعها. تثير الباحثة انتباه الطفل ، تأخذ المقص

و تحركه في مجاله البصري، ثم تمسك بيده و تضع المقص بيده في الوضع الصحيح مستعملة يدها لإغلاق قبضة الطفل و التحكم في يده كما تساعده على مسك الورقة ، ثم تقوم بتدريبه عدة مرات على استعمال المقص . تقلل الباحثة من مساعدتها بشكل تدريجي كلما أحست بأنه بدء يتجاوب معها.

ب. الأسلوب الثاني : التعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى

- **تعريفه :**

تعزيز الفرد حال امتناعه عن القيام بالسلوك غير المقبول الذي يراد تقليله لفترة زمنية معينة. و يراعى عند استخدام التعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى , إطالة الفترة الزمنية التي يفترض عدم حدوث السلوك المستهدف فيها بصورة تدريجية, وعدم التعزيز بعد مرور الفترة الزمنية المحددة (الخطيب، 2011, ص 198).

- **تطبيقه :**

بعد مرور فترة الجلسة وتكون مدتها (30دقيقة)، ولم يُحدث فيها وسيم سلوك رفرفة اليد عند توتره في الجلسة، أقوم بإعطائه معزز غذائي (بسكويت جاف).

ج. الأسلوب الثالث :أنشطة لتعليم التنسيق بين العين و اليد

- **تعريفه :**

ترتبط أنشطة التنسيق بين العين و اليد من التمارين الحركة الدقيقة بشكل وثيق بحيث تهدف الحركة الدقيقة إلى تعليم الطفل طريقة إمساك الأشياء و معالجتها، و تهدف تمارين الأخرى إلى تنسيق مؤهلات الحركة الدقيقة مع كفاءة الإدراك مثلا استعمال القلم للخربشة هو تمرين الحركة الدقيقة بينما استعمال نفس القلم في الرسم هو بمثابة الربط بين الحركة الدقيقة والإدراك.

- **تطبيقه :**

من بين الأنشطة المرتبطة بهذا الأسلوب :

- Ressort magique :

تقوم الباحثة بتقديم لعبة اللولب السحري للطفل و تحاول شد يده و توجيهه لتحريك اللعبة و تشكيل حركات تموجية, بما يشد انتباه الطفل. الهدف من هذا النشاط هو الدخول في تواصل مع الطفل و جلب انتباهه و تعليمية كيفية تحريك يديه و الحد من رفرفتها.

- لعبة الفقاعات :

تقوم الباحثة بإطلاق الفقاعات لمحاولة جلب انتباه الطفل نحوها، و من ثم تحاول تحريك يديه نحو الفقاعات ليقوم بملاحقتها. يهدف هذا النشاط إلى الدخول في تواصل مع الطفل و تنمية التنسيق بين حركة اليد و العين.

2.2.4. جدول الملاحظة للسلوك أثناء التدخل :

- تاريخ البدء : 2020/02/16
- تاريخ الانتهاء : 2020/02/27

الجدول رقم (9) : تكرار حدوث سلوك رفرفة اليدين أثناء التدخل العلاجي الأول في الأسبوع الأول.

الأيام	التاريخ	التكرار	المجموع
الاحد	02/16	/ // 卌	**8**
الأثنين	02/17	//// 卌	**9**
الثلاثاء	02/18	/// 卌	**8**
الأربعاء	02/19	/////	**5**
الخميس	**02/20**	/// 卌	**8**

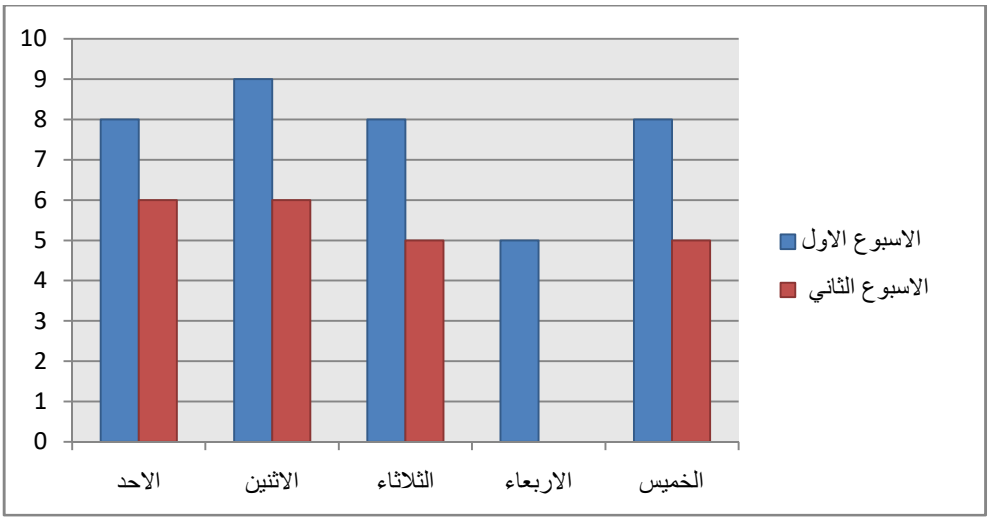
الجدول رقم (10) : تكرار حدوث سلوك رفرفة اليدين أثناء التدخل العلاجي الأول في الأسبوع الثاني.

الأيام	التاريخ	التكرار	المجموع
الاحد	02/23	/ 卌	**6**
الأثنين	02/24	/ 卌	**6**
الثلاثاء	02/25	// 卌	**5**
الأربعاء	02/26	غياب	
الخميس	**02/27**	/////	**5**

أسلوب القياس :

تم حساب عدد مرات حدوث السلوك = مجموع تكرارات حدوث السلوك ÷ عدد أيام الملاحظة :

- عدد مرات حدوث السلوك = 60 ÷ 10 = 6 مرات في أسبوعين.



الشكل رقم (6) : الرسم البياني للتدخل.

تلخيص مستوى الأداء أثناء مرحلة التدخل :

تبين من خلال الملاحظة السلوكية المباشرة لسلوك رفرفة اليد لدى الطفل وسيم أن معدل السلوك قد انخفض من 10 مرات يومياً إلى 6 مرات يومياً بعد التدخل الأول مما يدل على فعالية الإجراءات المستخدمة في البرنامج العلاجي .

3.2.4. التدخل العلاجي الثاني :

- يبدأ من تاريخ :2020/03/01
- وحتى تاريخ : 2020/03/12

واستُخدمت فيه الأساليب التالية: التقليد، تنسيق بين العين و اليد.

أ. الأسلوب الأول :التقليد

- **تعريفه :**

مهارة التقليد هي إحدى المهارات الأساسية التي يجب تنميتها لدى الطفل التوحدي، و هي محاكاة شخص يمارس فعلا معينا . و يعتمد أساسا على التكرار المباشر كالنطق و الإشارة. أما تقليد السلوكيات الدقيقة يأتي مع الوقت .

- **تطبيقه :**

عند التأكد أن الطفل أصبح يستجيب للأوامر بشكل أفضل، تقوم الباحثة بتشجيع الطفل على التكرار في أنشطة ضرب الأيدي ، التصفيق ، طرق الطاولة ، لمس أعضاء الجسم ...

ب. الأسلوب الثاني :التنسيق بين حركة اليد و العين

- **تعريفه :**

ترتبط أنشطة التنسيق بين العين و اليد من التمارين الحركة الدقيقة بشكل وثيق بحيث تهدف الحركة الدقيقة إلى تعليم الطفل طريقة إمساك الأشياء و معالجتها، و تهدف تمارين الأخرى إلى تنسيق مؤهلات الحركة الدقيقة مع كفاءة الإدراك مثلا استعمال القلم للخربشة هو تمرين الحركة الدقيقة بينما استعمال نفس القلم في الرسم هو بمثابة الربط بين الحركة الدقيقة والإدراك.

- **تطبيقه :**

نشاط الدعسوقة : تقوم الباحثة بتقديم لعبة الدعسوقة للطفل و تطلب منه إدخال البراغي في الثقوب . تساعده أولا ثم تتركه يعمل بمفرده . عندما ينجح الطفل نقوم بتشجيعه بالتصفيق، و أو بقول كلمة برافو. يجب تكرار التمرين حتى يتمكن الطفل من إدخال كل البراغي في الثقوب.

4.2.4. جدول الملاحظة للسلوك أثناء التدخل الثاني :

- تاريخ البدء : 2020/03/01
- تاريخ الانتهاء : 2020/03/12

الجدول رقم (11) : تكرار حدوث السلوك عض اليد أثناء التدخل العلاجي الثاني في الأسبوع الأول.

الأيام	التاريخ	التكرار	المجموع
الاحد	03/01	////	**4**
الأثنين	03/02	///	**3**
الثلاثاء	03/03	//	**2**
الأربعاء	03/04	///	**2**
الخميس	**03/05**	**غياب**	

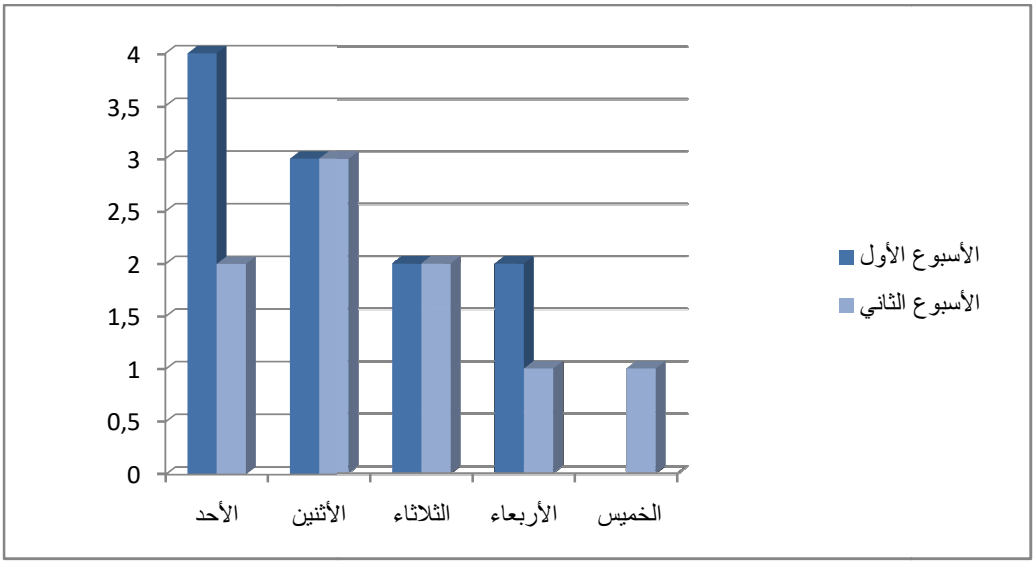
الجدول رقم (12) : تكرار حدوث السلوك عض اليد أثناء التدخل العلاجي الثاني في الأسبوع الثاني.

الأيام	التاريخ	التكرار	المجموع
الاحد	03/08	//	**2**
الأثنين	03/09	///	**3**
الثلاثاء	03/10	//	**2**
الأربعاء	03/11	/	**1**
الخميس	**03/12**	/	**1**

أسلوب القياس :

تم حساب عدد مرات حدوث السلوك = مجموع تكرارات حدوث السلوك ÷ عدد أيام الملاحظة :

- عدد مرات حدوث السلوك = 20÷ 10 = مرتين يوميا في أسبوعين.



الشكل رقم (7) : الرسم البياني للتدخل الثاني.

تلخيص مستوى الأداء أثناء مرحلة التدخل الثاني :

تبين من خلال الملاحظة السلوكية المباشرة لسلوك رفرفة اليد لدى وسيم أن معدل السلوك قد انخفض من 6 مرات يومياً إلى مرتين يومياً بعد التدخل الثاني مما يدل على فعالية الإجراءات المستخدمة في البرنامج العلاجي .

5. خامساً : ملاحظة السلوك بعد التعديل (ملاحظة بعدية)

1.5. سلوك عض اليد :

- تاريخ البدء: 2020/03/15
- تاريخ الانتهاء :2020/03/19

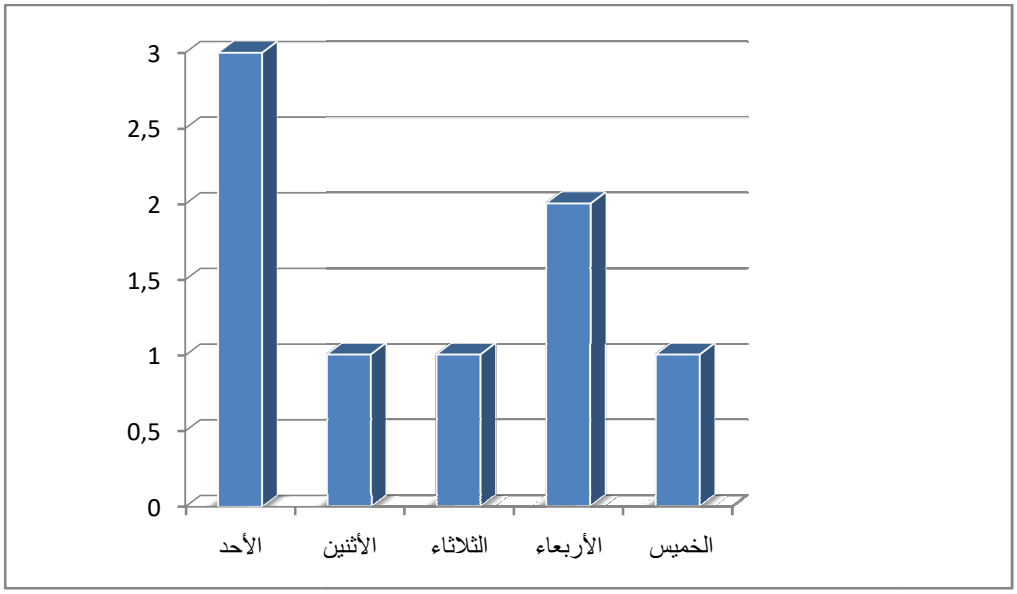
الجدول رقم (13) : تكرار سلوك عض اليد خلال الملاحظة البعدية.

الأيام	التاريخ	التكرار	المجموع
الاحد	03/15	///	**3**
الأثنين	03/16	/	**1**
الثلاثاء	03/17	/	**1**
الأربعاء	03/18	//	**2**
الخميس	**03/19**	/	**1**

أسلوب القياس :

تم حساب عدد مرات حدوث السلوك = مجموع تكرارات حدوث السلوك ÷ عدد أيام الملاحظة :

- عدد مرات حدوث السلوك = 8÷ 5 = 1مرة يوميا.



الشكل رقم (8) : الرسم البياني للملاحظة البعدية.

تلخيص مستوى الأداء أثناء مرحلة التدخل الثاني :

تبين من خلال الملاحظة السلوكية المباشرة لسلوك عض اليد لدى وسيم أن معدل السلوك قد انخفض من 2 مرات يومياً إلى مرة واحدة يومياً و هذا يدل على نجاح هذه الخطة في التقليل من السلوك غير المرغوب بنسبة 80 %.

2.5. رفرفة اليدين :

- تاريخ البدء : 2020/03/15
- تاريخ الانتهاء :2020/03/19

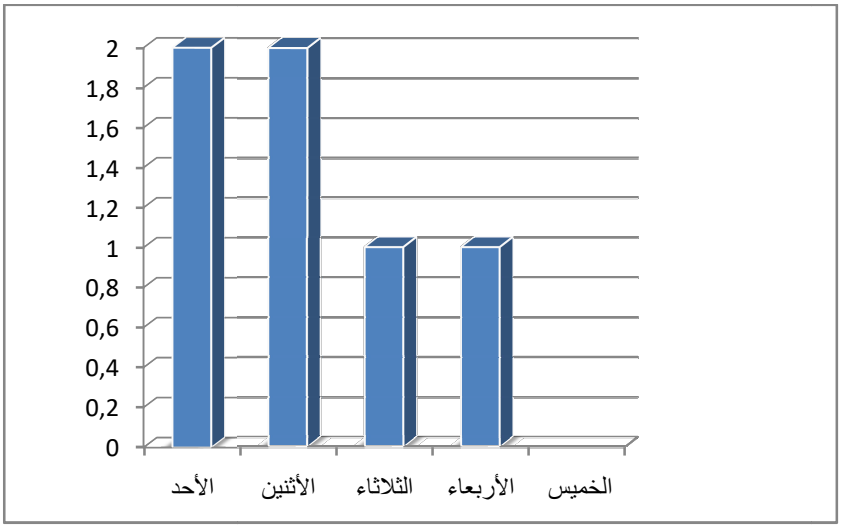
الجدول رقم (14) : تكرار سلوك رفرفة اليد خلال الملاحظة البعدية.

الأيام	التاريخ	التكرار	المجموع
الاحد	03/15	///	**2**
الأثنين	03/16	//	**2**
الثلاثاء	03/17	/	**1**
الأربعاء	03/18	/	**1**
الخميس	**03/19**	/	**غياب**

أسلوب القياس :

تم حساب عدد مرات حدوث السلوك = مجموع تكرارات حدوث السلوك ÷ عدد أيام الملاحظة :

- عدد مرات حدوث السلوك = 6÷ 5 = 1 مرة يوميا.



الشكل رقم (9) : الرسم البياني للملاحظة البعدية.

تلخيص مستوى الأداء أثناء مرحلة التدخل الثاني :

تبين من خلال الملاحظة السلوكية المباشرة لسلوك رفرفة اليد لدى وسيم أن معدل السلوك قد انخفض من 2 مرات يومياً إلى مرة واحدة يومياً، و هذا يدل على نجاح هذه الخطة في التقليل من السلوك غير المرغوب بنسبة 80 %.

6. سادساً : تفسير النتائج

من خلال متابعة سلوك عض اليد لدى الطفل وسيم، و تطبيق الأساليب العلاجية في تعديل هذا السلوك فقد انخفض من 8 مرات يومياً حتى أصبح يتكرر بمعدل 5 مرات بعد التدخل العلاجي الأول ثم انخفض في التدخل الثاني بمعدل 2 مرات يومياً و من ثم إلى مرة واحدة فقط خلال ملاحظته ملاحظة بعدية.

فلابد من الاستمرار في تنفيذ البرنامج داخل الصف في الروضة ومن قبل الأسرة ومراعاة ظروف الطفل عند التعامل معه, أثبت أسلوب التصحيح الزائد لثبات فاعليته مع وسيم في حين أن أسلوب التعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى أخذ وقت أطول معه.

أما بالنسبة لأسلوب التوبيخ فقد أثبت فعاليته إذا استخدم بشكل منظم مثل إرفاقه.

استخدام بطاقات التواصل مع وسيم كان الأسلوب الوحيد الذي أثبت فعاليته في التواصل معه.

والتركيز على السلوكات الإيجابية للطفل مهما كانت بسيطة (حتى لو مجرد الجلوس) تسرع في تقدم الخطة العلاجية و تساعد في إعطاء نتائج إيجابية.

من المهم إشغال الطفل طوال الوقت بالأنشطة المحببة له، وإشراكه طوال الوقت في اللعب مع أصدقاءه في الفصل أو إخوانه في المنزل، و من خلال متابعة سلوك رفرفة اليد لدى الطفل وسيم و تطبيق الأساليب العلاجية في تعديل هذا السلوك باستخدام اللعب والأنشطة الموجهة، فقد انخفض من 10 مرات يومياً حتى أصبح يتكرر بمعدل 6 مرات بعد التدخل العلاجي الأول ثم انخفض في التدخل الثاني بمعدل 2 مرات يومياً و من ثم إلى مرة واحدة فقط خلال ملاحظته ملاحظة بعدية.

فلابد من الاستمرار في تنفيذ البرنامج داخل الصف في الروضة ومن قبل الأسرة ومراعاة ظروف الطفل عند التعامل معه.

أثبتت أنشطة تنمية الحركات الدقيقة مع وسيم فعاليتها في حين أن أسلوب التعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى أخذ وقت أطول معه.

أما بالنسبة لأنشطة التنسيق بين العين و اليد فقد أثبتت فعاليتها في انتشال وسيم من عزلته و حثه على المشاركة في الأنشطة الموجهة إليه.

استخدام نشاط الفقاعات أثبت فعاليته في فتح مجال للتواصل مع وسيم.

و أسلوب التعزيز باستخدام المعززات التي يحبها ساعد على إعطاء نتائج إيجابية. من بين أساليب التعزيز المستخدمة : أسلوب التعزيز التفاضلي للسلوكات الأخرى.

من المهم متابعة الأنشطة مع وسيم ليُظهر تطورا أكبر، و اللعب مع أصدقاءه في الفصل أو إخوانه في المنزل يساعد بشكل كبير لإبقاء وسيم متواصلا مع بيئته الخارجية.

و نتيجة لهذا التقدم نوصي بأهمية الاستمرار على الخطة العلاجية وذلك بالتعاون بين الأسرة و الروضة حتى يتم التخلص من هذا السلوك بشكل نهائي، وعدم إهمال الأسرة لان هذا يؤثر على تقدمه في التخلص من السلوك.

الفصل السابع

عرض و تحليل و مناقشة النتائج

تمهيد :

تعد النتائج و التفسير هما محصلة البحث و الإسهام العلمي المتوقع من الدراسة، و تقدم الباحثة في هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها و التفسير الذي يقدم لهذه النتائج على ضوء الإطار النظري و الدراسات السابقة كما يتضمن هذا الفصل التوصيات التربوية و الإرشادية التي يجب أخذها في مجال تطبيق برامج تعديل السلوك النمطي و العدواني الموجهة لآباء فئة أطفال التوحد.

1. عرض النتائج الإحصائية للدراسة :

1.1. عرض و تحليل التساؤل الأول :

- ما هو نمط السلوك العدواني السائد لدى أطفال العينة ؟

و لغرض فحص هذا التساؤل, قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للأبعاد الثلاثة لمقياس السلوك العدواني كما هو مبين في الجدول :

الجدول رقم (15) : المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لمقياس السلوك العدواني.

الأبعاد	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العدوان على الذات	06	1.65	1.02
العدوان على الآخرين	06	1.03	0.81
العدوان على الأشياء و الممتلكات	06	1.2	1.01

من خلال الجدول يتضح أن البعد الأول المتمثل في العدوان على الذات هو السائد لدى أفراد العينة حيث جاء بمتوسط حسابي مرتفع مقارنة بالأبعاد الأخرى و هذا ما تؤكده دراسة Edelson & Johnson (Edelson, 2006).

حيث أوردت أن سلوك إيذاء الذات هو السلوك السائد بدرجة جد مرتفعة لدى 50 % من الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد حيث يظهر خلال مجموعة من الاستجابات التي تؤدي إلى جرح بعض الأعضاء والأنسجة، عض أطراف الجسم، ضرب الأيدي و الأرجل، ...

ويرى رامدين (Ramdeen, 2008, pp. 34-35) أن الأطفال التوحديين يعانون العديد من السلوكيات السلبية، يأتي في مقدمتها سلوك إيذاء الذات الذي يعتبر نوع من اضطراب التواصل، يقوم به الطفل التوحدي في محاولة منه لجذب انتباه الآخرين، لافتقاره مهارات التكيف و التفاعل الاجتماعي، لذلك فهو بحاجة إلى تعلم أساليب أكثر فاعلية تيسر التعبير عن حاجاته و رغباته و تحد من سلوكه غير المرغوب و تحقق له جودة الحياة. و في هذا الصدد فإن الضرر الناجم عن هذا النوع من السلوك يظهر بصورة فورية و يتضمن إيذاء الطفل جسدياً لنفسه على نحو متكرر و مزمن و بفترات متعددة و مواقف متنوعة، كما أنه يهدد حياته و سلامته و يحرمه الاستفادة من البرامج التربوية و التأهيلية المقدمة له (شقير، 2006، صفحة 5).

لذلك يولي العديد من المعالجون اهتماماً كبيرا لتطوير الأساليب العلاجية الفعالة سعياً لخفضه أو حتى الحد منه (الخطيب، 2009، صفحة 70).

2.1. عرض و تحليل التساؤل الثاني :

- هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي و متوسط درجاتهم في القياس البعدي على مقياس السلوك العدواني من وجهة نظر الآباء المشاركين في البرنامج ؟

و هذه نتائج تطبيق مقياس السلوك العدواني قبل و بعد الخضوع للبرنامج :

الجدول رقم (16) : قيمة "ت" للفرق بين متوسطات درجات العينة في مقياس السلوك العدواني من وجهة نظر الآباء في القياسين القبلي و البعدي.

المقياس	العينة	المتوسط الحسابي		قيمة ت المحسوبة	قيمة ت الجدولية	مستوى الدلالة	اتجاه الفروض
		القياس القبلي	القياس البعدي				
السلوك العدواني	6	3.14	1.71	5.91	3.14	0.01	توجد فروق لصالح القياس البعدي

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه و انطلاقا من نص الفرضية القائلة :
يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي و متوسط درجاتهم في القياس البعدي على مقياس السلوك العدواني من وجهة نظر الآباء المشاركين في البرنامج.

و للتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "ت" للمجموعات المرتبطة و ذلك لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات لدرجات أفراد العينة في السلوك العدواني من وجهة نظر الآباء في القياسين القبلي و البعدي.يتضح وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياسين القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي مما يعني وجود تحسن على مستوى السلوك العدواني بعد تدريب الآباء على أساليب تعديل السلوك العدواني.

3.1. عرض و تحليل التساؤل الثالث :

- ما هو نمط السلوك النمطي السائد لدى أطفال العينة ؟

و لغرض فحص هذا التساؤل ، قمنا ب بحساب المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للبعدين الممثلين لاستبيان قياس شدة السلوك النمطي كما هو مبين في الجدول :

الجدول رقم (17) : المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لمقياس السلوك النمطي.

الأبعاد	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
بعد الحركات النمطية الخاصة بالأطراف	06	0.69	0.21
بعد الحركات النمطية الخاصة بالجسم	06	0.59	0.1

من خلال الجدول يتضح أن بعض الحركات النمطية الخاصة بالأطراف جاء بمتوسط حسابي قدره 0.69 و هو السائد لدى أفراد العينة، أما الحركة النمطية الخاصة بالجسم جاء بمتوسط حسابي أقل قدره 0.59.

4.1. عرض و تحليل التساؤل الرابع :

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي و متوسط درجاتهم في القياس البعدي على مقياس السلوك النمطي من وجهة نظر الآباء المشاركين في البرنامج ؟

و هذه نتائج تطبيق مقياس شدة السلوك النمطي قبل و بعد الخضوع للبرنامج :

الجدول رقم (18) : قيمة "ت" للفرق بين متوسطات درجات العينة في مقياس السلوك العدواني من وجهة نظر الآباء في القياسين القبلي و البعدي.

المقياس	العينة	المتوسط الحسابي		قيمة ت المحسوبة	قيمة ت الجدولية	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق
		القياس القبلي	القياس البعدي				
السلوك النمطي	6	2.63	1.13	3.62	3.14	0.01	توجد فروق لصالح القياس البعدي

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه و انطلاقا من نص الفرضية القائلة :

يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي و متوسط درجاتهم في القياس البعدي على مقياس السلوك النمطي من وجهة نظر الآباء المشاركين في البرنامج.

و للتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "ت" للمجموعات المرتبطة و ذلك لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات لدرجات أفراد العينة في السلوك العدواني من وجهة نظر الآباء في القياسين القبلي و البعدي.

يتضح وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 بين متوسطات درجات أفراد العينة في القياسين القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي مما يعني وجود تحسن على مستوى السلوك العدواني بعد تدريب الآباء على أساليب تعديل السلوك النمطي.

2. مناقشة نتائج الدراسة و تفسيرها :

هدفت الدراسة الحالية إلى قياس مدى فعالية برنامج تدريبي في إطار التربية العلاجية موجه لآباء أطفال التوحد بهدف تعليمهم فنيات تعديل السلوك النمطي و السلوك العدواني ، حيث شملت الدراسة عينة من 6 أزواج من آباء أطفال تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد، تقدموا إلى روضة خاصة لطلب المساعدة مع الأخذ بعين الاعتبار أنهم لا يمكنهم إحضار أطفالهم يوميا للروضة.

اقترحت الباحثة تطبيق البرنامج التدريبي الوارد في الدراسة بهدف مد الآباء بالفنيات اللازمة للتخفيف من الأنماط السلوكية غير التكيفية لأطفالهم.

و للتحقق من مدى فعالية هذا البرامج التدريبي، طرحت الباحثة الإشكالية التالية :

- هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي و متوسط درجاتهم في القياس البعدي لكل من مقياس السلوك العدواني و استبيان شدة السلوكات النمطية من وجهة نظر الآباء المشاركين في البرنامج؟

وللإجابة على تساؤل الدراسة تم استخراج المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للمجموعتين، ثم استخدام اختبار" ت" للمجموعات المترابطة و بعد تحليل بيانات الدراسة إحصائيا أظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي المطبق لتدريب الآباء على فنيات تعديل السلوك النمطي و السلوك العدواني على عينة الدراسة.

و من خلال عرض نتائج التطبيق المقياسين على أفراد العينة قبل و بعد تطبيق البرنامج المعد، أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0,01) بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي. و استنادا إلى قيمة "ت" المحسوبة حيث بلغت 5.91 و "ت" المجدولة المقدرة بـ 3.14 مما يدل على أن البرنامج قد أثبت فعاليته.

و تتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما جاء في كل من (Ozonoff.S, 1998) التي أشارت نتائج دراستهم تحسنا في العديد من المهارات لدى الآباء الذين تم تدريبهم على استخدام طرق التدريس المستخدمة مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

و دراسة كل من (Juneja،Mukherjee ، Sharma ، Jain ،Das،Sabou; 2012) التي أشارت إلى أن برامج التدخل السلوكي القائم على الوالدين تلعب دورا واعدا في التدبير العلاجي للأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد ضمن إعدادات الموارد المنخفضة.

إضافة إلى دراسة (Al-ShaikDeeb، Raid ، 2010) التي أشارت نتائجها إلى حاجة الأمهات لمزيد من التدريب على فنيات تعديل السلوك و في رأي الباحث أن هذا الجانب أسهم في فعالية البرنامج.

و قد اتفقت أيضا مع دراسة (Serketich& Dumas ,1996)، التي هدفت إلى تقييم ما مجموعه 26 دراسة، تبين أن الأطفال الذين شارك أولياء أمورهم في برامج تدريب الوالدين تم تعديلهم بشكل أفضل بنسبة 80 ٪ من الأطفال الذين شاركوا في علاج آخر أو لم يتلقوا أي علاج على الإطلاق. كما تم تعميم الآثار على البيئة المدرسية. و بالإضافة إلى ذلك، فقد قوم الوالدين أنفسهما بشكل أفضل أنفسهم بعد المشاركة في برنامج تدريب الوالدين و أظهرت كثير من الدراسات المشمولة عن استمرار الحفاظ على السلوك المحسن لدى الأطفال مع بعض المتابعة التي تحدث سنة بعد العلاج.

و مع كل من (Crone & Mehta; 2016) و (Kwan; 2015)، و التي أظهرت نتائجهم أن استخدام لاستراتيجيات التدريب، و تعزيز التعميم أثناء تناول الطعام، و خفض المشكلات السلوكية عند أبنائهم. كما أسهمت في انخفاض المشكلات السلوكية عند الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بنسبة 02 % لدى مجموعة الآباء الذين تلقوا التدريب من أولياء الأمور.

و لإعطاء عمق أكثر للدراسة إضافة إلى ضيق وقت التدريب الراجع لظروف الآباء ، حيث لا يمكنهم التنقل يوميا لمكان التدريب، حاولت الباحثة على التركيز على تدريب الآباء في جانب محدد من السلوكات النمطية و العدوانية. و بعد ملاحظة أفراد العينة و تطبيق كل من مقياسي السلوك العدواني و لسلوك النمطي، اتضح أن أكثر السلوكات ظهورا كان العدوان نحو الذات، حيث ثبت أن المتوسط الحسابي للقيم المرتبطة ببعد العدوان نحو الذات كان الأعلى بين القيم المرتبطة بالأبعاد الأخرى. و لهذا و بعد مقابلة الآباء تم سؤالهم عن السلوك العدواني الموجه نحو الذات المتكرر باستمرار لدى طفلهم . ليظهر لنا أن سلوك عض اليد هو الأكثر انتشارا لدى أفراد العينة . اتبعت الباحثة نفس الإجراءات بالنسبة للسلوك النمطي ، الذي ظهرت نتائج المتوسط الحسابي المرتبط

ببعد الحركات النمطية المرتبطة بالأطراف أكبر من المتوسط الحسابي الخاص بالحركات النمطية للجسم كله. و هذا ما ساقنا للبحث عن أكثر سلوك نمطي شائع لدى أطفال العينة لنكتشف أن سلوك رفرفة اليدين هو السائد. و بناءا على ما سبق، اختارت الباحثة تحديد الهدف من الحصص التطبيقية في تعديل كل من سلوكي العض اليد و رفرفة اليدين. لتدعم الآباء لمنهجية تعديل السلوك بشكل عام و تمدهم أيضا بدليل تثقيفي (الملحق رقم 3) يحتوى كل ما يجب معرفته عن تعديل السلوك و أوراق عمل (الملحق رقم 4) تحتوي على الخطوات الواجب إتباعها في حصص تعديل السلوك.

3. الاستنتاج العام :

بعد عرض نتائج الدراسة، تحققت الباحثة من فعالية البرنامج التدريبي المقترح لتدريب الآباء على فنيات تعديل السلوك النمطي و السلوك العدواني، ذلك يتفق مع دراسة (Baghdadli, 2015) التي أكدت على ضرورة تدريب آباء أطفال التوحد استكمالا لبروتوكول التربية العلاجية المقترح على الأسرة ككل و ليس على الطفل وحده. و دراسة (الحياري، 2018) أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى $\alpha=0.05$ في الأداء على مقياس مستوى امتلاك أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لفنيات تعديل السلوك، تعزى للمجموعة في الدرجة الكلية و الأبعاد الفرعية، وذلك لصالح المجموعة التجريبية، و هذا يشير إلى تحسن مهارات تعامل الأمهات مع سلوكيات أطفالهن ذوي اضطراب طيف التوحد، و هذا يشير إلى فعالية البرنامج التدريبي، الذي خضعت له الأمهات في المجموعة التجريبية، مقارنة بالمجموعة الضابطة. و تعتبر الدراستان السابقتان أهم الدراسات التي استندت عليها الباحثة في بناء البرنامج التدريبي الحالي.

حقق البحث الحالي الأهداف التالية :

1. إثبات مدى فاعلية البرنامج التدريبي لآباء الأطفال التوحديين في الحد من السلوك النمطي و السلوك العدواني لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر آباءهم.
2. توعية آباء الأطفال التوحديين لاضطراب أطفالهم و ما يرافقه من سلوك.
3. وعيهم على دمج أطفالهم و تخفيف حدة السلوك العدواني و النمطي لديهم.
4. التحقق من مدى فاعلية البرنامج التدريبي الجماعي كجزء من برنامج التربية العلاجية لآباء الأطفال التوحديين.

توصيات و اقتراحات

و استكمالا لنتائج هذه الدراسة، نقدم بعض التوصيات و الاقتراحات :

- ضرورة إشراك الأسرة في برامج تدريبية جماعية و توجيههم لأفضل السبل التي يمكنهم بموجبها الأخذ بأيدي أبنائهم و الفك من عزلتهم و مساعدتهم على اكتساب المهارات الاجتماعية و التواصل مع الآخرين مما قد يسهم في الحد من الكثير من المشكلات.
- ضرورة الاهتمام بالأساليب و الطرق التي يتم تقديم البرامج التدريبية الخاصة بتعديل السلوك حتى يؤدي ذلك إلى زيادة كم التفاعلات الاجتماعية لديهم و يحقق لهم التواصل و التفاعل مع الآخرين مما يسهل انخراطهم في الحياة اليومية.
- ضرورة تقديم البرامج التدريبية الملائمة لحاجات الآباء و حاجات أبناءهم، مع الأخذ بعين الاعتبار المستوى الاجتماعي، التعليمي، و كذا الحاجات التدريبية لكل أسرة
- الاهتمام بالتربية العلاجية لا يقتصر على المريض فقط بل من الضروري أن يعنى البرنامج التربوي بتثقيف الأسرة لضمان تكفل ناجح بالطفل.
- إجراء دراسات أوسع و على عينات أكبر.

الخاتمـــة

تعتبر الأسرة أحد أهم أعضاء فريق التكفل بالطفل المصاب باضطراب التوحد، فلديها من المعلومات التي تؤهل أفرادها من الناحية العملية لأخذ دور هام في اختيار الأهداف و تحديد الأولويات، و متابعة التدريب وتسجيل التقدم الذي يطرأ على طفلهم في المنزل، و تدريبه على تعميم المهارات التي تعلمها في المدرسة، أو المركز و نقلها للمنزل.

فالعديد من أولياء الأمور وصلوا لمرحلة الابتكار في العمل مع طفلهم التوحدي، و توليد خيارات و بدائل جديدة لحل بعض المشكلات السلوكية التي تواجههم في المنزل و بالتالي التغلب عليها عن طريق التجريب و الملاحظة، و إصرارهم على تغيير سلوك طفلهم نحو الأفضل، وإشراكه في النشاطات الاجتماعية و الزيارات و التفاعل مع الآخرين.

تهدف عملية تدريب الآباء في إطار برامج التربية العلاجية إلى تعليم الآباء المهارات اللازمة للتنشئة السليمة و التي تمكن الطفل من اكتساب المهارات النمائية و المساعدة على تعديل السلوكات غير التكيفية في إطار أنشطة منزلية روتينية تطور المهارات اللازمة لديهم و تشجعهم على التفاعل مع محيطهم.

قائمة المراجـــع

المراجع العربية :

1- أحمد, ا. أ. (2011). أثر برنامج تعديل سلوك مقترح في خفض الأنما السلوكية لدى أطفال التوحد. مجلة العلوم التربوية و النفسية.

2- أسماء, ب. ح. (s.d.). السلوك العدواني لدى الطفل و علاقته بالإساءة اللفظية و الإهمال من طرف الأم. مجلة الدراسات و البحوث التربوية جامعة الوادي.

3- الجوالدة, م. ص. (2010). التوحد و نظرية العقل.عمان: دار الثقافة للنشر و التوزيع.

4- الحياري, ه. ع. (2018). فاعلية برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك في تنمية معرفة أمهات الأطفال ذوي االضطراب طيف التوحد في التعامل مع سلوكيات أطفالهم في دولة الإمارات العربية. المجلة التربوية الأردنية, 271-238 .pp.

5- الخطيب, ج. م. (2009). تعديل سلوك الأطفال المعوقين (دليل الآباء و المعلمين).مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

6- الرحامنة, ع. ا. (2019). فاعلية برنامج ارشادي في خفض السلوك العدواني لدى اطفال اضطراب التوحد. مجلة البحث العلمي في التربية .

7- السيد, س. أ. (2010). تعديل سلوك الأطفال التوحديين النظرية و التطبيق .الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.

8- السيد, س. ع. (2000). محاولة لفهم الذاتوية إعاقة التوحد لدى الأطفال.القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

9- بطرس, ب. ح. (2010). تعديل و بناء سلوك الأطفال. عمان: دار الميسرة.

10- حفصة, ع. (2018). فاعلية برنامج تدريبي موجه للوالدين قائم على برنامج أبلز في تنمية التنوعات الصوتية عند الطفل التوحدي بين 04 إلى05 سنوات دراسة شبه تجريبية لخمسة حالات(عيادة خاصة "MOT A MOT")، مذكرة ماستر تخصص أرطوفونيا. كلية العلوم الاجتماعية. جامعة مستغانم.

11- رفيقة, ل. (2011). تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم. رسالة ماجستير في علم النفس العيادي تخصص علم النفس الصحة. جامعة الحاج خيضر، باتنة.

12- سيدأحمد, و. (2017). فعالية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في تعديل السلوك العدواني.وهران: أطروحة للحصول على شهادة دكتوراه في علوم التربية .
13- شبيب, ع. ج. (2008). الخصائص النفسية و الاجتماعية و العقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة.مذكرة ماجستير. الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح بريطانيا.
14- شقير, ز. م. (2006). مقياس تشخيص سلوك إيذاء الذات للأطفال العاديين وغير العاديين.مكتبة الأنجلو المصرية.
15- عبدالرحمان, م. م. (1998). العلاج السلوكي الحديث.القاهرة: دار قباء للنشر و الطباعة و التوزيع.
16- عليوه, س. ع. (1999). فعالية كل من برنامج إرشادي للأسرة و برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية.طنطا : رسالة دكتوراه،جامعة طنطا.
17- غزال, م. ف. (2007). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال.مذكرة ماجستير ، جامعة عمان .
18- فاروق, م. أ. (2011). مدخل غلى الاضطرابات السلوكية و الانفعالية .الأردن: دار الميسرة.
19- فكري, م. (2015). استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب التوحد .مكتبة الرشد ناشرون.
20- كامل, م. أ. (2011). التوحد أسباب التشخيص و العلاج .عمان: دار الميسرة.
21- لملومة, ا. (2018). اضطراب التكامل الحسي و علاقته بالحركات النمطية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .بسكرة: مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي .
22- ماجدة, ا. ع. (2015). الاضطرابات السلوكية.عمان: دار الصفاء للطباعة و النشر.
23- محمد, ه. (2000). بحث مقدم لندوة الإعاقات النمائية : قضاياها النظرية و مشكلاتها العملية. منشورات جامعة الخليج.
24- نيللي, م. ا. (2013). دور الموسيقى في علاج أطفال التوحد.القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.
25- هناء, ب. (2016). أساليب المعاملة الوالدية لأطفال ذوي اضطراب التوحد (دراسة استكشافية ببعض ولايات الجنوب الشرقي)، مذكرة ماستر إرشاد وتوجيه .ورقلة: جتمعة قاصدي مرباح .

المراجع الأجنبية :

26- Baghdadli, A. ,. (2015). Education thérapeutique des parents d'enfant avec trouble du spectre autistique. Informer, former, accompagner. Elsevir.

27- Céline, A. (2007). L'éducation thérapeutique au service des familles après l'annonce diagnostique des TSA. . Centre de ressource autisme et centre hospitalier universitaire Montpelier.

28- Derguy C, P. S. (2017). L'éducation thérapeutique : un modèle pertinent pour accompagner les parents d'enfant avec un Trouble du Spectre de l'Autisme. EDUC THER.

29- Edelson, S. J. (2006). Understanding and Treating Self-Injurious Behavior in Autism: A Multi-Disciplinary Perspective. United Kingdom: Jessica Kingsley Publishing.

30- Gal, E. ,. (2009). Enhancing social communication of children with high-functioning autism through a co-located interface. AI & Society, pp. 75-84.

31- Higgins, D. B. (2005). factors associeted with functionning style and coping stategies of families with childwith an autism spectrum disorder. autism , 125-137.

32- Matson, L. ,. (2009). The effect of Autism Spectrum Disorders on adaptive independent living skills in adults with severe intellectual disability. Research in Developmental Disabilities, pp. 1203-1211.

33- Ozonoff.S, C. &. (1998). Effectiveness of a Home Program Intervention for Young Children with Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders.

34- Ramdeen, T. (2008). Sign Language Versus Picture Exchange Communication System in Language Acquisition in Young Children with Autism. United State of America: PhD, Capella University.

الملاحـــق

الملحق رقم (1)

الملحق رقم (1)

مقياس السلوك العدواني (من إعداد الباحث أحمد ورغي)

البيانات الشخصية :

- **الاسم و اللقب :**
- **العمر :** **الجنس :**

تصنيف الإعاقة:

الرقم	السلوك	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
1	يرطم جسده بالجدار					
2	يتشابك مع الآخرين بالأيدي					
3	يكسر الأشياء في المنزل					
4	يلعب ألعابا عنيفة تؤذيه					
5	يكسر ألعاب إخوانه					
6	يمزق ملابسه عمدا					
7	يضرب الآخرين					
8	يخرمش جدران البيت					
9	يخدش أجزاء من جسمه بأظافره					
10	يشتم الآخرين					
11	يرمي الأشياء بشدة على الأرض					
12	يعض أصابعه باستمرار					
13	يتعمد إيذاء الآخرين					
14	يكسر الألعاب في البيت					
15	يشد شعره بقوة عندما يغضب					
16	يمزق أو يكسر ألعاب إخوانه باستمرار					
17	يلطم أو يصفع وجهه باستمرار					

الرقم	السلوك	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
18	يستعمل أدوات حادة في شجاره مع الآخرين					
19	يغلق الأبواب بشدة					
20	يؤذي نفسه بأداة حادة					
21	يفرض رأيه على إخوانه بقوة					
22	يخربش دفاتر إخوانه					
23	يضرب رأسه على الطاولة					
24	يركل الأشخاص عند الغضب					
25	يتلف أثاث البيت					
26	ينعت الآخرين بألفاظ قبيحة					
27	يضرب جسده بعنف					
28	يعض إخوانه عند العراك معهم					
29	يقرص أجزاء من جسده					
30	يدفع إخوانه بقوة					
31	يشد شعر إخوانه					
32	يعتدي بالضرب على أمه حين يغضب					
33	يمزق كتب إخوانه					
34	يسب الآخرين حين يغضب يعتدي على ممتلكات الآخرين					
35	يسرق ممتلكات الآخرين					

الملحق رقم (2)

الملحق رقم (2)

استبيان شدة الحركات النمطية (من إعداد الباحثة لملومة ابتسام)

البيانات الشخصية :

- **الاسم و اللقب :**
- **العمر :** **الجنس :**

تصنيف الإعاقة:

العبارة	دائما	أحيانا	نادرا
1- يهتز بجسمه أثناء الجلوس			
2- يرفرف بيديه			
3- يقفز إلى الأعلى في المكان ذاته			
4- ينقر بأصابعه على الأشياء			
5- يضغط على أسنانه			
6- يقوم بتدوير الأشياء			
7- يمشي ذهابا و ايابا دون سبب			
8- يرتب الأشياء في صفوف			
9- يدور حول محور جسمه دون سبب			
10- يصفق دون سبب			
11- يحدق في الضوء			
12- يحرك أصابعه أمام عينيه			
13- يتأرجح أثناء الوقوف			
14- يضرب اليدين فوق الطاولة			
15- يكرر آليا النشاطات دون هدف			
16- يلوح بالذراعين			
17- يلمس ملابس الآخرين أو أي جزء من جسمهم			

العبارة	دائما	أحيانا	نادرا
18- اهتزاز الرجلين أثناء الجلوس			
19- يحك جسمه باستمرار			
20- يحرك الأشياء أمام عينيه			
21- يحدق في الفراغ			
22- يضرب القدمين بالأرض			
23- يضرب الرأس باليدين			
24- يتحرك من وضعية لأخرى أثناء الوقوف			
25- يحرك رأسه و يديره إلى الأمام و الخلف			
26- يضغط بأحد اليدين تحت الذقن			
27- يلف شعره			
28- يطرق بأحد اليدين على راحة اليد الأخرى			
29- الإيماء بالرأس كأنه يقول نعم			
30- يحرك الأشياء بنفس الطريقة			
31- صرير الأسنان			
32- يحرك يديه بشكل دائري			
33- التربيت على الوجه			
34- يعض أحد اليدين			
35- وضع الأصابع على الأذنين			
36- التربيت على الجسم باليد			

الملحق رقم (3)

الدليل التثقيفي
الخاص بالبرنامج التدريبي الموجه
لآباء الأطفال المصابين باضطراب
طيف التوحد

عزيزي المشارك في برنامج التربية العلاجية لآباء أطفال التوحد

يُعتبر هذا الدليل بمثابة مدخل لفهم السلوك غير التكيفي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد . حيث حاولنا إمدادك بمجموعة من الاستراتيجيات و بالمعلومات المهمة و سهلة التطبيق دون أن نثقل عليك أو نخرج عن موضوع البرنامج التدريبي الذي ينحصر في تقنيات تعديل السلوك العدواني و السلوك النمطي . في آخر الدليل تجد مجموعة من أوراق العمل التي تستعمل في كل حصة من الحصص (حسب توجيه المدربين و حسب موضوع كل جلسة). تحتوي هذه الأوراق على التعليمات اللازم إتباعها للتعامل مع كل من السلوك العدواني و السلوك النمطي

المقدمة :

تمكننا الحواس الخمس من تلقي المعلومات عن العالم الخارجي و بالتالي التأقلم معه. أما بالنسبة للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد فمجالهم الحسي مختلف كليا عنا ، و هذا ما يساهم في زيادة اضطراباتهم السلوكية و ظهور السلوكات غير التكيفية . لديهم مشكلة في تفسير المعلومات الحسية.

يفضل الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد كل ما هو مرئي ، لأنهم يحللون المعلومات المرئية بسهولة أكثر، في المقابل المعلومات المسموعة صعبة جدا بالنسبة إليهم ، في الواقع يظهر بعض الأطفال فرط التحسس من بعض أو كل المعلومات الحسية التي يستقبلها من العالم الخارجي . لهذا كله يجب معرفة الخصوصية الحسية للأطفال المصابين باضطراب التوحد لفهم سلوكاتهم ثم بعد ذلك وضع خطة تعديل السلوكات غير التكيفية.

ماهية الاضطرابات السلوكية :

قبل معرفة الاضطرابات السلوكية من المهم أخذ سن الطفل مستوى نموه في عين الاعتبار .

الاضطرابات السلوكية يمكن أن تمثل علامة معاناة لدى الطفل ، لذلك من المهم التأكد من أن الطفل لا يعاني من أي مرض عضوي . كما يمكن أن تمثل انزعاج و ملل . يمكن أن تمثل فرط الحساسية الحسية ، و يمكن أن تمثل أيضا طريقة للتعبير عن الغضب و عدم الرضا أو بكل بساطة التعبير عن حاجة معينة .

إذن يمكن أن تصبح الاضطرابات السلوكية وسيلة تواصلية للطفل مما يستدعي التدخل لتعديل هذه الأساليب التواصلية و استبدالها بأساليب أخرى.

أسباب الاضطرابات السلوكية :

لمعرفة أسباب الاضطرابات السلوكية يجب على الآباء طرح الأسئلة التالية :

- هل يعاني طفلي من ألم ما ؟
- هل يفهم طفلي ما يدور حوله و ما نحاول قوله له ؟
- هل لديه القدرة للتواصل معنا ؟
- هل أستعمل الوسائل التواصلية التي يفهمها عندما أحاول التواصل معه ؟

كيفية تحديد و تقييم السلوك المضطرب :

لمعرفة سبب السلوك المضطرب سواء السلوك النمطي أو العدواني يجب ملاحظة ظهور السلوك لفترة محددة. الجدول أدناه يساعد في تصميم شبكة ملاحظة لتسليط الضوء على السلوك الذي يمثل المشكلة.

اليوم	الساعة	التردد	المكان	قبل	خلال	بعد

في حالة ظهور السلوكين معا ، يجب البدء في ملاحظة و تقييم السلوك الذي يمثل عائقا أكبر.

حاول الإجابة على الأسئلة التالية :

- متى ظهر السلوك ؟
- منذ متى بدأ يشكل مشكلة حقيقية ؟
- هل السلوك يتحسن أحيانا أم الأحوال تزداد سوءا ؟
- في أية وضعية بالتحديد و أين يحدث السلوك ؟
- وصف الوضعية قبل و بعد حدوث السلوك
- هل يوجد تردد معين يزداد بعده الوضع سوءا؟

الخصوصية الحسية لأطفال التوحد :

- حاسة السمع :

الأصوات العالية تمثل تحديا على اغلب المصابين باضطراب طيف التوحد ، حتى تلك المنخفضة مثل أصوات خشخشة الورق... في هذه الحالات نرى الطفل قد بدأ يقوم ببعض التصرفات كالانعزال، الصراخ و غلق الأذنين ... في المقابل يبحث بعض الأطفال عن شكل من أشكال المحفزات الصوتية .

- حاسة النظر :

بعض الأطفال يبحثون عن محفزات بصرية مثل النظر بشكل مستمر مثلا للضوء ، حركة جسم ما مثل فتح و غلق الباب ، حركة اليدين مما يولد لديهم سلوكات نمطية . في المقابل قد تمثل بعض الألوان أو الأشياء مدعاة للهرب و الانسحاب لدى عينة من الأطفال .

- حاسة اللمس :

غالبية الأطفال يفضلون الضغط القوي الممارس على بشرتهم في مقابل كل ما يمس سطح البشرة مثل الماء المسح على الرأس ....

التوازن :

بعض الأطفال يلجئون إلى الهز أو الدوران حول النفس لإيجاد شيء من التوازن .

حاسة الشم و الإحساس بالحرارة:

بعض الأطفال يبحثون بشكل مستمر فيما حولهم عن روائح معينة أو ملمس معين.

الإحساس بالألم :

لوقت طويل اعتبر الأشخاص المصابون باضطراب طيف التوحد أنهم لا يحسون بالألم في حين أن الحقيقة أنهم يحسون به لكن يعبرون عنه بشكل مختلف. يجب ملاحظة علامات مثل: صراخ مستمر و موجات غضب, أو الانسحاب و الانعزال.

من المهم ملاحظة التغيرات المفاجأة في السلوك و البحث عن سبب هذا التغير و الأخذ بعين الاعتبار أنه يمكن أن يكون الألم سببا في ذلك.

السلوك النمطي و السلوك العدواني :

السلوك النمطي هو سلوك متكرر متعلق بالجسم كله، أطراف الجسم أو باستعمال جسم خارجي. أما السلوك العدواني لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد فيتمثل في العدوان نحو الذات أو الآخرين أو الأشياء ، أو في بعض الأحيان سلوكات معارضة كالصراخ ، تكسير الأشياء...

السلوك النمطي الأكثر ملاحظة لدى الأطفال هو الاهتزاز بالجسم. يظهر هذا السلوك إما في فترات معينة مثلا قبل النوم، أو في ظروف معينة مثلا عندما يُترك الطفل وحده.

تفسر هذه السلوكات بفرضيتين : يقوم به الطفل لغياب محفزات خارجية أو العكس تماما وجود محفزات كثير تزعجه .

قبل التفكير في تعديل السلوك النمطي يجب على الآباء أولا :

- معرفة سبب قيام الطفل بالسلوك النمطي .
- تعديل المحيط بما يتناسب و احتياج الطف و مراعاة الأشياء التي تحفزه بشكل مفرط مثلا استعمال سماعات حامية من الأصوات الخارجية FILTRE AUDITIF.
- الحفاظ على البيئة الخارجية كما هي و تجنب التغيير لأن هذا الأخير يحفز السلوكات غير التكيفية لدى الطفل.

منهجية تطبيق البرنامج :

قبل البدء في تطبيق مع تعلمه الآباء في برنامج التربية العلاجية ، يجب عليهم تطبيق استراتيجيات التواصل مع الطفل ، و كذا إحصاء المعززات التي يتم استعمالها و التي في هي أشياء أو أطعمة أو أنشطة يحبها الطفل . و إلى جانب ذلك يجب وضع الطفل تحت المراقبة و ملء الجدول الموضح أدناه لفهم السلوك بشكل جيد.

كيفية تحديد و تقييم السلوك المضطرب :

لمعرفة سبب السلوك المضطرب سواء السلوك النمطي أو العدواني يجب ملاحظة ظهور السلوك لفترة محددة. الجدول أدناه يساعد في تصميم شبكة ملاحظة لتسليط الضوء على السلوك الذي يمثل المشكلة.

اليوم	الساعة	التردد	المكان	قبل	خلال	بعد

في حالة ظهور السلوكين معا ، يجب البدء في ملاحظة و تقييم السلوك الذي يمثل عائقا أكبر .

حاول الإجابة على الأسئلة التالية :

- متى ظهر السلوك ؟
- منذ متى بدأ يشكل مشكلة حقيقية ؟
- هل السلوك يتحسن أحيانا أم الأحوال تزداد سوءا ؟
- في أية وضعية بالتحديد و أين يحدث السلوك ؟
- وصف الوضعية قبل و بعد حدوث السلوك
- هل يوجد تردد معين يزداد بعده الوضع سوءا؟

شروط تطبيق البرنامج:

ما يجب أن يعرفه الآباء قبل البدأ في البرنامج :

في أول حصة تطبيقية نقوم بتقديم المعلومات حول السلوك النمطي المستهدف و نشرح للأم بأن طفلهما لا يعرف كيف يتواصل مع الآخرين , لا يعرف كيف يشاركهم اللعب , لا يفهم كثيرا ما يدور حوله , طفلك لا يستطيع تحمل كل المؤثرات الحسية المحيطة به , عليك أن تشعر بهذا أو تتفهمه , يجب أن تصرخ بوجهه طوال اليوم مستعملة العبارات التالية : " توقف " , "أصمت" , كما يجب أن تطمئنها بأن هذه الحركات النمطية لا تشكل خطرا على حياته

و يجب توفير الظروف التالية :

1- السكينة Le silence : أن يكون محيط الطفل هادئا خاليا من الضجيج و الأصوات المزعجة ليتمكن الطفل من الانتباه ، خاصة و أن الطفل التوحدي يجد صعوبة في تحديد مصادر الصوت .
2- الحضور La disponibilité: و هو الحضور التام و الدائم للأم أو الأب ، أي الحضور الجسدي و النفسي من أجل توفير تحفيز أكثر للطفل أثناء الجلسة .
3- المبادلة La réciprocité: القدرة على التحليل و التفسير الصحيح لانفعالات الطفل التوحدي و التمكن من فهم رغباته ، فعندما يرغب الطفل في شيء ما يأخذ يد الأم للإشارة إليه .
4- المكان و الزمان : إن اختيار مكان و زمان العمل التحفيزي يعتبر أساسي ، فمن المهم جدا أن يكون العمل في نفس الوقت المعتاد حتى يسهل على الطفل استيعاب المعالم الزمنية و المكانية ، خاصة في البيت (حيث يعتبر كل من الأب و الأم شريكان أساسيان في تطبيق البرنامج و تكون مدة تطبيقه مدة 30 دقيقة) و تعتبر هذه المدة كافية شرط عدم تعريض الطفل في باقي الأوقات إلى نشاطات غير مفيدة كالتلفاز لساعات طويلة أو اللعب بالألعاب الإلكترونية.
5- بداية و نهاية الحصة التحفيزية بلعبة : حتى يحس الطفل بلذة أثناء الحصة .
6- ترك وقت بين التحفيزات : ينبغي ترك من 3 إلى 5 دقائق بين كل تحفيز حتى لا يحس الطفل بالضغط و الملل ، مع تعزيز الطفل و مكافئته كلما قام بالسلوك المطلوب .

العوامل و المتغيرات التي قد تؤثر سلباً على تطبيق البرامج التربوية و العلاجية المقدمة للطفل التوحدي مع وجوده في الأسرة ما يلي :

1. حجم الأسرة و عدد أفرادها، مما يؤثر سلباً على الوقت الذي يمكن لأفرادها تخصيصه في متابعة الطفل.
2. عمل الوالدين و غيابهما فترات زمنية طويلة عن المنزل، لذلك تأتي هنا أهمية ترتيب الأدوار التي سيقوم بها الوالدين تجاه الطفل وفقاً لطبيعة الظروف الأسرية.
3. اعتماد هذه البرامج في تطبيقها و متابعتها على الأم فقط دون بقية أفراد الأسرة، لذلك ينبغي أن تتحمل الأسرة كاملة مسئولية التفاعل مع الطفل التوحدي و التعاون في حل مشكلاته و التعامل معه بطريقة مماثلة من الجميع و هذا ما يقتضيه البحث الحالي (محمد، 2000).

تعليمات يجب أخذها بعين الاعتبار قبل تطبيق البرنامج :

- توجيه حركات الطفل بغرض التواصل الجسدي المباشر.
- مساعدته بطريقة مباشرة من خلال إعطاءه الوسائل و مساعدته أيضا في إنهاء التمرين.
- القيام بالتمرين أمام الطفل و هو يلاحظ ثم الطلب منه إعادته.
- خلق عادة عند الطفل من خلال إعادة التمرين عدة مرات
- إعطاء التعليمات شفهية ترفقها التعليمات العلاجية.

ألعاب تعليمية :

هذه الألعاب من شأنها أن تجعل طريقة التواصل مع الطفل التوحدي أكثر سلاسة كما أنها تنشط مختلف الجوانب الحسية و المعرفية.

ألعاب لتنمية الحركات الدقيقة

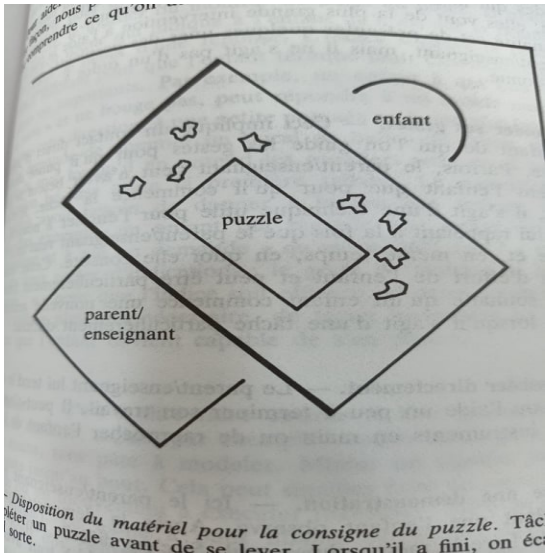
ألعاب لتنمية التنسيق بين اليد و العين

بطاقات التواصل و التعبير عن الانفعالات

ورقة العمل رقم (01)

استراتيجيات تساعدك على الحد من السلوكات غير التكيفية :

- تكييف بيئته الحسية و تهيئة محيطه لإيجاد معالمه المكانية.
- وضع برنامج يسمح له بإدارة وقته و إيجاد معالمه الوقتية .
- بمجرد معرفة سبب السلوك يجب تعليم الطفل طريقة مناسبة للتعبير عن احتياجاته .
- تسهيل المهام المطلوبة حتى لا يحس الطفل بالعجز.
- القيام بنشاطات تعليمية مع الطفل خارج مواقع حدوث الاضطراب.
- استعمال مدعمات بصرية Supports visuels كالصور المعبرة عن وضعيات التواصل.
- استعمال les pictogrammesللتعبير عن الانفعالات.
- استعمال الاسترخاء للتقليل من القلق ، و الضم لامتصاص الانفعالات .
- محاولة فهم السلوك باستخدام الجدول المذكور في الدليل، و ذلك بتسجيل ما يحدث قبل و بعد السلوك.
- وضع وسائل التواصل التي تختلف من طفل لآخر أهم شيء أن تكون فعالة.
- تدريب الطفل على التواصل اللفظي و غير اللفظي .
- إشراك باقي أفراد العائلة بتعليمات البرنامج .



Disposition du matériel pour la consigne du puzzle. Tâc
éter un puzzle avant de se lever. Lorsqu'il a fini, on éc
sorte.

صور توضح ترتيب البيئة و الوضعية التعليمية

ورقة العمل رقم (02)

إجراءات أسلوب التوبيخ :

- إظهار عدم الرضا بالفعل الذي قام به الطفل.
- عدم الرضا يكون لفظي أو غير لفظي.
- يمكن الاستعانة ببطاقات التواصل.
- لا يشتمل التوبيخ على أي إيذاء جسدي.

إجراءات أسلوب التصحيح الزائد :

- إظهار عدم الرضا اللفظي أو غير اللفظي.
- تقريبه من محفز سلبي.
- يُطلب من الطفل القيام بترتيب قطع الليغو مثلا.

إجراءات أسلوب التعزيز التفاضلي لغياب السلوك العدواني :

- عند مرور فترة معينة و لم يقم الطفل بالسلوك المرفوض نقوم بتقديم معزز غذائي يحبه كمكافئة.

ورقة العمل رقم (03)

أنشطة لتنمية المهارات الدقيقة :

نشاط مساكات الملابس :

- تقوم بتجهيز مساكات ملابس سهلة الفتح و تمسكها أمام وجه الطفل, موضحة له كيفية الضغط على الأطراف كي ينفتح المساك و تنغلق.
- ثم تناديه باسمه وتقول له أنظر.
- تشد مساكة من علبة ثم تضعها في يده, مستعملة يدها لمساعدته على فتحها و توجيه يده لكي يلصقها بالعلبة، يتم تشجيع الطفل و التقليل من مساعدته تدريجيا.

صورة توضح أنشطة مساكات الملابس

إجراءات التعزيز التفاضلي لغياب السلوك النمطي :

- الثناء و التربيت على اليدين أو الكتفين أو المسح على الظهر أو الرأس ، الضم ... على حسب الوضعيات التي يفضلها الطفل.
- إعطاءه معزز غذائي يحبه.
- نقوم بزيادة الفترة الزمنية لغياب السلوك بشكل تدريجي.

تابع - ورقة العمل رقم (03)

أنشطة لتنمية التنسيق بين اليد و العين :

Ressort magique :

- تقوم بتقديم لعبة اللولب السحري للطفل و تحاول شد يده و توجيهه لتحريك اللعبة و تشكيل حركات تموجية، بما يشد انتباه الطفل.
- الهدف من هذا النشاط هو الدخول في تواصل مع الطفل و جلب انتباهه و تعليمية كيف تحيك يديه و الحد من رفرفتها.

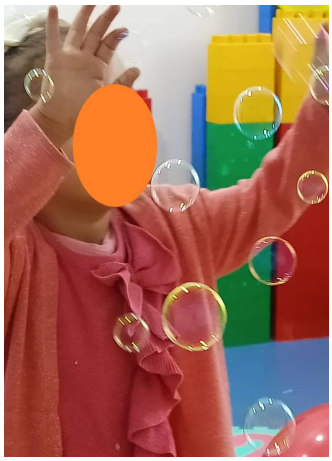
صور توضح نشاط اللولب السحري

تابع - ورقة العمل رقم (03)

أنشطة لتنمية التنسيق بين اليد و العين :

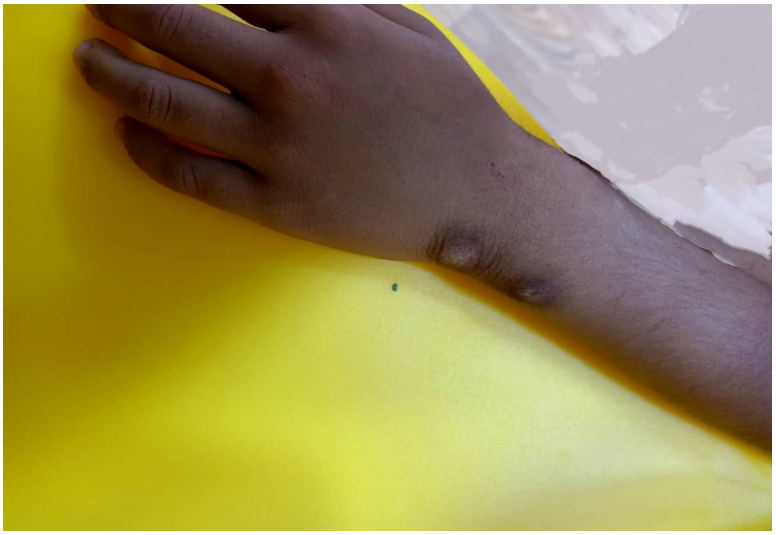
لعبة الفقاعات :

- تقوم الباحثة بإطلاق الفقاعات لمحاولة جلب انتباه الطفل نحوها، و من ثم تحاول تحريك يديه نحو الفقاعات ليقوم بملاحقتها.
- يهدف هذا النشاط إلى الدخول في تواصل مع الطفل و تنمية التنسيق بين حركة اليد و العين.



صور توضح نشاط لعبة الفقاعات

الملحق رقم (4)



صورة توضح سلوك عض اليد