



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية
الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية و الارطفونيا

تخصص علم النفس العيادي و الشواذ

مذكرة تخرج نيل شهادة الماستر الموسومة

دور التشخيص المبكر في فعالية التكفل بالطفل التوحدي دراسة ميدانية

إشراف الأستاذة :

لصقح حسنية

من اعداد الطالبة :

جويار رزقية

أعضاء لجنة المناقشة

د . كحلولة سعاد

د . طباس نسيمة

السنة الجامعية

2017-2016

شكـر وعرفان

يسعدني أن أتقدم بشكري الجزيل

إلى

الأستاذة المؤطرة

"لصقح حسنية"،

والى

مديرة عيادة المجيد

" مليكش فريدة"

الى

اعز اخت لي بكل ما للكلمة من معنى "ايت

موهوب نادية"

على

دعمهم وتوجيههم

والله اعلم

بسم الله الرحمن الرحيم
وقدم تحية أمل

لى كل طفل توحدى يصارع الاضطراب بصمت.

لى كل اخصائى يمد يد المساعدة عن ظهر قلب.

الىكم وتم طلبة الماستر، علم النفس المرضى و الشواف،

مع احتراماتى وتقديرى.

رزقفة

الفهرس

ص		
	الشكر والاهداء	
	ملخص الدراسة	
	الفهرس	
3	المقدمة	
	الجانب النظري	
	الفصل الأول الإشكالية	
5	إشكالية البحث	1
7	الفرضية	2
7	أهداف الدراسة	3
8	دوافع وأسباب الدراسة	4
8	أهمية الدراسة	5
8	الكلمات المفتاحية	6
8	التعاريف الإجرائية لمصطلحات البحث	7
	الفصل الثاني	
	التوحد	
11	تمهيد	1
12	لمحة تاريخية عن التوحد	2
13	تعريف التوحد	3
15	تطور دراسة التوحد	4
16	نسبة انتشار التوحد	5

17	خصائص وسمات أطفال التوحد	6
19	العلامات المبكرة لاضطراب التوحد	7
21	النظريات المفسرة للتوحد	8
22	البرامج العلاجية لأطفال التوحد	9
الفصل الثالث		
التشخيص		
29	مقدمة في معنى التشخيص	1
29	التشخيص المبكر للاضطراب التوحد	2
30	تمهيد	3
30	التشخيص	4
31	التشخيص المبكر	5
33	المساهمون في تشخيص التوحد	6
33	أهداف التشخيص	7
34	صعوبات الشخيص المبكر	8
34	إجراءات التشخيص	9
35	وسائل وأدوات تشخيص التوحد	10
35	اختبارات التقييم التشخيص	11
36	إشكالية التشخيص في اضطراب التوحد	12
37	محكات تشخيص التوحد	13
40	التشخيص الفارقي للتوحد	14
43	الفرق في السلوكيات بين أطفال التوحد وأقرانهم العاديين	15
44	طرق التشخيص النفسي للطفل	16

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع الدراسة الاستطلاعية

48	تمهيد	1
49	الدراسة الاستطلاعية	2
49	منهج ووسائل البحث	3
49	المنهج العيادي	4
50	المقابلة العيادية	5
50	الملاحظة العيادية	6
50	دراسة الحالة	7
51	الاختبارات	8
51	ترجمة المقياس	9
51	عينة الدراسة	10
51	مكان وزمان الدراسة	11
<h3>الفصل الخامس الدراسة الأساسية</h3>		
55	التقرير السيكولوجي للحالة	1
56	الدراسة الأساسية	2
56	سير العمل التشخيص	3
56	الحصة الأولى: ملاحظة عيادية	4
57	الحصة الثانية: مقابلة الأم	5
58	الحصة الثالثة: تطبيق الاختبار الأول	6
59	تفسير الاختبار الأول	7

59	ملخص لحصص التكفل في الشهر الأول	8
60	الحصة الرابعة: تطبيق الاختبار الثاني	9
60	تفسير وتحليل الاختبار الثاني	10
61	ملخص حصص التكفل للشهر الثاني والثالث	11
61	تطبيق الاختبار الثالث	12
62	تفسير وتحليل الاختبار الأخير	13
62	حصة تقييمية	14
63	التعليق عن النتائج	15
63	التقييم الأنّي للحالة	16
الفصل السادس مناقشة الفرضيات		
64	نص الفرضية	1
66	مناقشة الفرضيات	2
68	الاستنتاج	3
69	التوصيات والاقتراحات	4
71	الخاتمة	
74	قائمة المراجع	

ملخص الدراسة:

يعتبر التوحد من الاضطرابات النمائية الشاملة ينتج عنها اضطرابات في الجوانب المعرفية، اللغوية، الانفعالية، مصحوبة بأنماط سلوكية شاذة، كما أن هذه الأعراض تظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل، لكن هناك حالات لا تشخص، إلا في الطفولة المتأخرة وهذا قد يؤثر على فعالية العلاج، يظهر عند الطفل اضطرابات أخرى كالتأخر اللغوي وهذا ما أدى بنا إلى طرح الإشكالية التالية:

هل للتشخيص المبكر دور في فعالية التكفل؟

والفرضية التي تم العمل عليها هي ان للتشخيص المبكر دور في فعالية التكفل بالطفل التوحد.

وقد اتبعنا في دراستنا المنهج العيادي الذي يعتمد بدوره على المقابلة العيادية والملاحظة العيادية ودراسة الحالة، كما استخدمنا مقياس (ECAN) لتقييم المؤشرات المبكرة للطفل التوحد، كوسيلة للتشخيص، وقد كانت الدراسة الاستطلاعية في عيادة المجيد أين تعرفنا على فئة الدراسة وفي الأخير تم اختيار حالة واحدة، وقمنا بعرضها في الفصل الخامس للدراسة الأساسية من هذا البحث، وتوصلنا إلى نتيجة مفادها أن التشخيص المبكر له دور فعال في التكفل بالطفل التوحد.

مقدمة:

يعتبر التوحد من الاضطرابات النمائية الشاملة المنتشرة عندالأطفالويغلب فيها الانسحاب والانطواء على الذات واضطرابات في الاستجابة للمثيرات الحسية، بالإضافة إلى شذوذ في التفاعل والتواصل مع الآخرينوتظهر عليهسلوكات شاذة مثل السلوكات الطقوسية والسلوكات النمطية والضعف في مهارات اللعب،ويظهر في السنوات الأولى من العمر.

وتبدأ هذه الاختلالات الكيفية تغزو الطفل إلى أن تعيق نموه في جميع الجوانب النفسية المعرفية والاجتماعية، كما أن هذه المظاهرأو الاختلالات تستمر مع الطفل وتتفاقم وتؤدي إلى عزله الاجتماعية وضياع مستقبله الدراسي في ضل غياب التشخيص المبكر والتدخل لاسترجاع الحالة.

من هنا يتضح لنا أن الخطوة الأولى لوقف غزو التوحد هو الحصول على تشخيص مبكر يسمح لنا بتقييم المؤشرات الإكلينيكية الأولية للتوحد وهذه العملية تتم من طرف اختصاصي في المجال الذي يعتمد بصورة أساسية على ملاحظة سلوك الطفل بالإضافة إلى ملاحظات الأولياء وبعدها تطبيق الاختبارات الخاصة بالتشخيص على النحو الصحيح والدقيق وبعدها يمكن تحديد طريقة ونوعية التكفل.

ومن الدراسات الأجنبية التي اهتمت بالتشخيص المبكر للتوحد نجد التي ميزها "ليو كانر" للمرة الأولى عن الامراض الذهانية في عام 1943م كانت ،حدث ذلك حين كان يقوم بفحص مجموعة من الاطفال المتخلفين عقليا ولفت اهتمامه وجود انماط غير عادية لاحدى عشر طفلا فسلوكاتهم تتميز بما اطلق عليه بعد ذلك مصطلح التوحد الطفولي المبكر وحدد سن ظهور الاعراض بين (14،18) شهرا .

وكانت اول مرة يدرج التوحد في (DSM3) الدليل التشخيصي والاحصائي للامراض العقلية الذي يصدره الاتحاد الامريكي للطباء النفسيين للامراض العقلية سنة(1952) ميز فيها محكات تشخيص التوحد وحدد ظهور الأعراض قبل بلوغ الطفل ثلاثين شهر،اما بالنسبة للدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD10) فذهب الى

وجود شذوذ واضح في النمو وحدد ظهور الأعراض في السنوات الأولى الثلاثة من عمر الطفل .

وفي الدراسات العربية يشير احمد عكاشة (1969،653) فيما يتعلق بالمؤشرات التشخيصية للتوحد انه عادة لا تكون هناك مرحلة سابقة اكيدة من الارتقاء الطبيعي، ولكنها ان وجدت لا تتجاوز عمر الثلاث سنوات وان هناك دائما اختلالات كيفية في التفاعل والتواصل الاجتماعي المتبادل .

وفي هذا الصدد تشير " فضيلة الراوي وايمان البلته" (1999،29) الى ان عدم تشخيص التوحد مبكرا وعلاجها يجعل حياة الطفل والاسرة نوعا ما في الجحيم الغير محتمل، ويتفق "محمود حمودة مع العديد من الباحثين على ان التوحد يبدأ قبل الثالثة من العمر في الغالبية العظمى من الحالات ،وقليلا ما تبدأ بعد ذلك اي في الخامسة او السادسة من العمر ،وغالبا ما يصعب تحديد السن الذي بدأ فيه الاضطراب ما لم يكن هؤلاء الذين يعتنون بالاطفال قادرين على اعطاء معلومات دقيقة عن نمو اللغة والتفاعل الاجتماعي.

ونظرا لأهمية هذا الموضوع سنحاول في هذا البحث مستهدفين فئة المتوحدين في الطفولة المبكرة ان نتعرف على دور التشخيص المبكر في فعالية التكفل بالطفل التوحيدي، وقد قمنا بتقسيم هذا البحث الى جانبين نظري واخر تطبيقي ،اما الجانب النظري فيشمل الى فصل كمدخل للدراسة وفيه اشكالية البحث وفرضيته،اهمية الدراسة وأهدافها ،وتحديد المصطلحات الاجرائية ،وفصل ثاني عن التوحد وفيه البدايات التاريخية لدراسة التوحد ،تعريف التوحد،نسبة انتشار التوحد،اسبابه ووسائل تشخيصه وطرق علاجه،اما الفصل الثالث فكان عن التشخيص وفيه مقدمة عن التشخيص وتعريفه واجراءاته وصعوباته ، وبعدها تكلمنا عن خصوصية التشخيص عند الأطفال،اما الجانب التطبيقي فقد احتوى على ثلاث فصول فصل للدراسة الاستطلاعية وفيه منهج الدراسة وحدودها وفصل للدراسة الأساسية حالة او هو لتقديم الحالة العيادية وفصل أخير لمناقشة الفرضيات على ضوء النتائج.

إشكالية البحث:

يتعلم الطفل منذ الميلاد من الظواهر المختلفة الموجودة في البيئة من خلال التفاعل معها، وهذا يجعله يكتسب خبرات ومهارات تساعده في رعاية الذات والتواصل مع الغير ليحقق مستوى من الاستقلالية ويدخل في مرحلة التمايز، عكس الطفل التوحدي الذي يبحث عن الانسحاب والانعزال إلى عالم خاص به، غير قادر على الانضمام إلى الجماعة، ويعاني من قصور لغوي وسلوكيات نمطية، وكلما تأخرنا في التشخيص يمكن أن تظهر سمات وخصائص أكثر تعقيداً، فإذا كان التوحد خاص بالأطفال فإننا نتوقع وجود دلائل أو مؤشرات على هذا الاضطراب في السنوات الأولى من عمر الطفل وان احتمال وجود اضطراب نمائي يجب أن يأخذ بعين الاعتبار.

لهذا حاول بعض العلماء والباحثين وضع مجموعة من المعايير والمحكات الأساسية التي تمكننا من تشخيص حالات التوحد، ولقد كان الاختلاف الواضح في تحديد العمر الزمني الذي تظهر فيه هذه الأعراض، ومن أقدم هذه الدراسات تلك التي قام بها "ليوكانر" سنة 1943م حين نشر دراسة وصف فيها إحدى عشر طفلاً اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أية اضطرابات عرفت آنذاك، ولذا اقترح وصفاً جديداً أطلق عليه اسم التوحد الطفولي والتشخيص يكون في الفترة من (14-18) شهراً.

ومع كثرة الأبحاث والدراسات لكشف أعراض التوحد فقد قدم الدليل التشخيصي والأحصائي للأمراض العقلية الذي يصدره الاتحاد الأمريكي للأطباء النفسيين في طبعته الثالثة (1952 م) (DSM3) محكات تشخيص التوحد وحدد ظهور هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل ثلاثين شهراً، أما الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD10) فذهب إلى وجود شذوذ واضح في النمو يتضح وجوده في السنوات الثلاثة الأولى من العمر.

أما دراسة "سيلان وبانيت" التي تم نشرها في دورية بحوث الطفولة عام (1960 م).

فذكر أن بداية ظهور الأعراض يكون في العامين الأول والثاني من العمر، وهو اضطراب واضح في الشخصية يتسم بالانغلاق على الذات وعدم الانتماء الاجتماعي.

ومن الدراسات العربية التي اهتمت بالتشخيص المبكر للتوحد نجد دراسة "هدى أمين عبد العزيز سنة (1999 م) في دراسة الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين بالتوحد، كان هدف الدراسة معرفة تاريخ الارتقاء للأطفال المصابين للوصول إلى المظاهر الأولية للاضطراب ومشاركة الوالدين في عملية تشخيص الطفل.

تكونت العينة من 37 طفل وطفلة من المصابين بالتوحد وأمهاتهم وكذلك 37 طفل وطفلة من الأسوياء وأمهاتهم مع مراعاة العمر –الجنس-ترتيب الطفل داخل الأسرة ... في كلتا المجموعتين، ولقد أشارت النتائج لوجود مظاهر أولية للتوحد تظهر خلال الشهور الأولى من الحياة يمكن للأسرة ملاحظتها ومن ثم عرض الطفل على المختصين للتشخيص المبكر والتدخل المبكر. (الزريقات – 2010 م 29).

ومن خلال ما سبق نجد أن تشخيص اضطراب التوحد أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا، فيرى "فريت" 1992 م أن القدرة على تفسير أهمية أو دلالة انحراف الطفل وتفسير غياب أو تأخر مظاهر سلوكية معينة إنما يعتمد على الخبرة الإكلينيكية السليمة للاختصاصي وخصوصا في المراحل الأولى لوجود اختلافات في الأعراض.

فيجب أن تتم هذه العملية ضمن برنامج متكامل يعد من قبل فريق من المختصين بحيث يشمل جوانب النمو المختلفة، الجسمية والحسية، الحركية والعقلية والانفعالية والاجتماعية حتى تظهر جوانب القصور والضعف بدقة، و في هذه المرحلة التشخيصية يعتبر المختص التوحد كفرضية يقوم باختبارها اعتمادا على المعلومات التي يتحصل عليها من الاولياء (المؤشرات، الارمات، الامراض) والملاحظة العيادية للحالة (الاعراض الاكلينيكية)والقيام باختبارات نفسية وتحليل نتائجها هذا كله يفتح المجال للقيام بعملية التشخيص .

الا ان عدم او الفشل في تشخيص حالات التوحد وعلاجها مبكرا يجعل حياة الطفل والاسرة غير طبيعية، فيصعب التواصل معه ويخلق لديه تاخر لغوي وهذا كله يمنعه بالالتحاق بمدرسة عادية .

ومن هنا نتطرق إلى الإشكالية التالية:

هل التشخيص المبكر للطفل التوحدي يساعد على نجاح التكفل؟

الفرضية:

للتشخيص المبكر دور فعال في نجاح التكفل بالطفل التوحدي.

أهداف الدراسة:

من خلال هذه الدراسة نسعى للوصول إلى الأهداف التالية:

- توعية وتحسيس الأولياء بأهمية العراض التي تظهر عند الرضيع.
- الكشف عن دور التقييم والتشخيص المبكر في التكفل بالتوحد.
- التعرف على طرق التشخيص المختلفة.

دوافع وأسباب الدراسة:

- انتشار التوحد في الآونة الأخيرة.
- محاولة تسليط الضوء على أهمية التشخيص المبكر لإخراج الطفل من التوحد.
- توعية الأولياء للأعراض الأولى التي يظهرها الطفل وإجبارية أخذها بعين الاعتبار.

أهمية الدراسة:

يعد التوحد من الاضطرابات التي شغلت العديد من الباحثين، نظرا لنسبة انتشاره وعدم وضوح أسبابه، ويعتبر أكثر إلما لأنه يصيب الطفل في السنوات المبكرة ويخرب الوظيفة الأكثر حيوية وهي العلاقات الإنسانية، والتواصل بأنواعه (اللفظي-البصري-الجسدي....).

وراء كل هذا يوجد طفلا يستلزم إخراجهم من قلعتهم قبل تفاقم الأعراض، وتقدمه في السن لأنه بعدها يصبح التشخيص والتكفل فقط من أجل التكيف.

وهنا تظهر وتكمن أهمية الدراسة التي تكمن في تسليط الضوء على أهمية ودور التشخيص المبكر في التكفل بالتوحد، وإخراجه من سجنه إلى عالم الطفولة.

الكلمات المفتاحية:

التوحد – التشخيص .

التعريف الإجرائية لمصطلحات البحث:

التوحد:

يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات شدة وصعوبة فهو اضطراب نمائي عصبي شامل يتمثل في خلل في نمو المحاور اللغوية، المعرفية، الاجتماعية وحتى النفسية منها، او عدم القدرة على تعلم أداء بعض الأعمال التي يقوم بها نظيره السوي، وفي المستقبل يؤثر على تكوين الشخصية، ويتم تشخيصه من خلال الاختبارات .

التشخيص المبكر للتوحد:

ظهور العلامات المبكرة التي قد تشير إلى التوحد عند الطفل في السنوات الأولى، وان وجود علامة واحدة يجب أن يثير انتباه الأهل، وذلك من اجل تشخيصه بالرجوع الى الاختبارات التشخيصية، ويستلزم المشورة المتخصصة، حتى يبدأ التدريب المبكر مع الطفل.....وقد ينفي هذا التوحد مستقبلا.

التعريف الإجرائي للتوحد:

الطفل التوحدي هو الطفل الذي سبق تشخيصه بالتوحد من قبل طبيب أمراض نفسية وعصبية وتنطبق عليه معايير تشخيص التوحد كما حددها الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام (1994 م) مع أربع عشر بندا على الأقل من بنود مقياس الطفل التوحدي.

تمهيد:

تعرف اضطرابات النمو الشاملة بأنها اضطرابات تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات، وتشمل هذه الاضطرابات التوحد الذي يظهر بدرجات متفاوتة تتراوح من الشديد إلى البسيط ويكون في واحدة على الأقل من مهارات التواصل اللفظي والغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي واللعب...، وسنتطرق في هذا الفصل إلى تعريف التوحد وخصائصه، أعراضه، والأسباب والنظريات المفسرة له، ومختلف طرق التكفل به.

لمحة تاريخية عن التوحد:

أول من وصف هذه الحالة هو الطبيب النفسي الإنجليزي "هنري مدزلي" "Maudsly" عام 1867م حيث اهتم بمثل هذه الاضطرابات الشديدة وكان يعتبرها ذهانات وذلك في كتابه "The insanity of early life"، وفي سنة 1985م (كرابلين) وصف العتة الذي يتحول إلى فصام في المستقبل (Pascal lenoir -2003-4)، أن تسمية الاضطراب بالتوحد كانت من قبل الطبيب النفسي "ايجوننبلولي" "Eugen bluele" والذي كان معروفا في الطب النفسي، وقد وصف به إحدى السمات الأولية للفصام. (عبد المنعم الحنفي. 1978م-80).

وفي عام 1943م أشار الطبيب النفسي "ليوكانر" "Leo knner" إلى هذا الاضطراب حينما قدم بحثه الشهير "Autistic Disturbances OF Affective Contact"، حيث شد انتباهه أنماط سلوكية غير عادية لإحدى عشر طفلا كانوا مصنفيين على أنهم من ذوي التخلف العقلي، ووجد ان سلوكهم يتسم بخصائص معينة لا تتطابق مع خصائص فصام الطفولة، ولا تتشابه مع التخلف العقلي في صورته التقليدية، بل هي زملة اعراض اكلينيكية مميزة لهؤلاء الأطفال فاطلق عليها "زملة كانر" أو "توحد الطفولة المبكرة" وقد اختار كلمة "اوتيزم" لأنها منفردة في معناها ولا تستعمل كثيرا في اللغة الإنجليزية.

توالى بعد ذلك العديد من الدراسات حول اضطراب التوحد ففي سنة (1961م) قدم "كريك" (Creak) محكات تشخيصية لما كان يسمى آنذاك التوحد الطفولي مكونة من تسع نقاط إلا أن هذه الدراسة تعرضت لنقد شديد، كون هذه النقاط غامضة وغير واضحة.

عام (1967م) "لوتر" "Lotter" قام بدراسة لمجموعة من الأطفال اظهروا صفات توحدية حسب وصف "كانر" وأشارت دراسته إلى احتمالية مرافقة الإعاقة العقلية البسيطة لاضطراب التوحد. (الزراع، 2010-24).

وفي عام (1977م) حصل اضطراب التوحد على اول اعتراف رسمي، كفتة مستقلة من قبل منظمة الصحة العالمية وكان ذلك من خلال الإصدار التاسع للتصنيف العالمي للأمراض.

وعام (1979م) نشرت "وينغ وغولد" "Wing-Gould" دراسة اجريهاها في جنوب لندن على الأطفال دون (15 عاما) يعانون بضعف في المهارات، فتوصلت الدراسة الى ثلاثة اعراض رئيسية لاضطراب التوحد وهذا ما أطلقوا عليه "ثالوث التوحد" وهي:

-قصور في التفاعل الاجتماعي.

-قصور في اللغة والتواصل.

-قصور في القدرة على التخيل.

وفي عام (1980م) صنفت الجمعية الامريكية للطب النفسي، من خلال الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية -الإصدار الثالث-(DSM-3) التوحد من الاضطرابات النمائية الشاملة واشترط ظهور الاعراض قبل (30 شهرا).

وفي عام (1992م) أوردت منظمة الصحة العالمية في تصنيفها الدولي العاشر للأمراض (ICD-10) تحت اسم "التوحد الطفولي". (الزراع، 2010-26).

وفي عام (1994م) أصدرت الجمعية الامريكية للطب النفسي (APA) الإصدار الرابع للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-4) موسعة مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة تجاوبا لاعتراض الكثير من الباحثين حول استخدام مصطلح الاضطرابات

النمائية الشاملة غير المحددة التي لا تساعد في تقديم اقتراحات علاجية.(الزراع -

2010-27).

تعريف التوحد:

لغة:

التوحد (Autism) هو كلمة لاتينية بمعنى انغلاق او انعزال الطفل على ذاته. (عامر، 2008م-19).

اما في قاموس علم النفس "المدحت عبد الرزاق الحجازي" (2012م) فالتوحد هو الاسترسال في التخيل تهربا من الواقع، وانغلاق الفرد على ذاته، واقتصار تفكيره وادراكه على حاجاته ورغباته الذاتية. "يقال: كان رجلا متوحدا أي منفردا لا يخالط الناس ولا يجالسهم"، متوحد = منفرد.

مصطلح التوحد في الوطن العربي:

لقد استخدم هذا المصطلح في الوطن العربي تحت مسميات عديدة (الذهان – التوحد - الذاتوية-الاجترارية)

وتتفق هذه المسميات مع الاتجاه انه يعتبر مرضا عقليا (نوري القمش، 2011م-18)

اصطلاحا:

✓ تعريف "كانر" للتوحد:

يعرف "كانر" التوحد بانه حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم ويوصف أطفال التوحد بانه لديهم اضطرابات لغوية حادة. (رائد خليل العبادي، 2011 م-13).

✓ تعريف الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية 1994 م: " هو فقدان

القدرة على التحسن في النمو مؤثرا بذلك على الاتصالات اللفظية والغير اللفظية والتفاعل الاجتماعي وهو عادة ما يظهر قبل ثلاث سنوات ويؤثر بدوره على الأداء في التعلم وفي بعض الحالات تكون مرتبطة بتكرار آلي لمقاطع معينة ويظهر هؤلاء الأطفال مقاومة شديدة

لأي تغيير في الروتين اليومي وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة
(د. حسام أبو زيد، 2011-15)

✓ **ويعرف في الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض في طبته العاشرة (-ICD 10)** بأنه مجموعة من الاضطرابات تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل، ومخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات، وتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة في أداء الفرد في كل المواقف. (نوري القمش، 2011م-23)

✓ **تعريف كريك krek للتوحد:**

انه حالة من الاضطراب تصيب الاطفال في السنوات الثلاث الاولى من العمر حيث يشمل الاضطراب عدم قدرة الطفل على اقامة علاقات اجتماعية ذات معنى، وانه يعاني من اضطراب في الادراك ومن ضعف الدافعية ولديه خلل في تطور الوظائف المعرفية و عدم القدرة على فهم المفاهيم الزمنية والمكانية ولديه عجز في استعمال اللغة وتطورها وانه يعاني مما يوصف باللعب النمطي **Mennerism playing** وضعف القدرة على التخيل ويقاوم حدوث تغييرات في بيته (عبد الله، 2013، 24)

من خلال التعاريف السابقة يظهر لنا التباين والاختلاف في التعاريف وذلك من حيث تحديد الأعراض والملامح الأولى لهذا الاضطراب فكل حسب دراسته، ولكنها تتفق في الجوهر بان التوحد حالة من الاضطراب تزرع كيان الطفل في السنوات الأولى وتضرب بالوظائف الحيوية المختلفة، وتدفعه إلى الانسحاب والانعزال من العالم الذي يعيش فيه إلى عالم خاص به.

تطور دراسة التوحد:

يمكن القول بان الدراسات التي تناولت التوحد مرت بمراحل وذلك منذ أن أوضح "كارنر" اللثام عن أعراضه في الاربعينيات، فكل دراسة كانت تضيف او تنفي معلومة الى سجله الخاص بالأعراض او الأسباب وذلك على النحو التالي:

المرحلة الأولى: يمكن ان يطلق عليها مرحلة الدراسات الوصفية الأولى، وهي تلك الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين أواسط واواخر الخمسينات من هذا القرن وكان الهدف منها هو الوصول الى وصف واضح لسلوك أطفال التوحديين، حيث اهتمت هذه الدراسات بأطفال ذوي "ذهان الطفولة المبكرة" حيث كان التوحد يشخص على انه احدى ذهانات الطفولة، فتم الكشف عن خصائص التوحد التي تميزه عن بقية الاضطرابات غير انه لوحظ عدم التجانس بين المجموعات او الافراد من حيث العمر الزمني او المستوى العقلي او أساليب التشخيص او تفسير الأسباب، ويمكن ان نذكر بعض الأسماء أمثال "ليون ايزنبرج" (1956 م) "Leon Eisenberg" "ليوكانر" (1943 م) "Leo kanner".

المرحلة الثانية: وكانت امتدادا واستمرارا للمرحلة الأولى وفي هذا يقرر احد الباحثين، وهو "فيكتور لوتر" (1978 م) "Victor Lotter" أن الدراسات التي أجريت في هذه المرحلة وكانت منذ أواخر السبعينات لا تزال في طور التقارير المبدئية للأثار الناجمة عن التوحد وتركز على التطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدى الأطفال التوحديين نتيجة التدريب ومن بين هذه الأسماء التي شاركت في دراسات هذه المرحلة نجد "مايكل روتر" (1960 م) "Mckael Rutter"، "ميتلر" (1966 م) "Mittler" وأخرون. (عامر، ط، 2008 م، 23).

المرحلة الثالثة: ويشار اليها في ادبيات البحث العلمي وفي مجال علم النفس وبالتحديد في مجال اضطراب التوحد، بانها شهدت تيارا من التقارير المتتابعة والكثيرة واستغرقت هذه الفترة عقد الثمانينيات وبداية التسعينيات، ومن الأسماء التي برزت في هذه المرحلة "شيف ولي" (1990 م) و"كوباتشي" (1992 م)، وان الدراسات خاصة في الفترات الأخيرة ركزت على أهمية تطور اللغة خاصة في الطفولة المبكرة لدى الطفل التوحدي، واهمية التشخيص والتدخل المبكر من طرف المتخصصين. (العبادي، ر، 2011، 18).

نسبة انتشار التوحد:

ان معدلات انتشار التوحد تتباين بدرجة كبيرة، اذ تدل الاحصائيات الحديثة على ان (% 0.15) أي (15 حالة من كل 10.000) ولادة حية تحت اسم اضطراب التوحد، وفي 5 أكتوبر (2009 م) صدرت نتائج دراسة قام بها بعض الباحثين من إدارة الخدمات والمصادر الصحية بمركز ضبط الامراض والوقاية النان نسبة انتشار اضطراب التوحد هو حالة واحدة لكل 100 طفل (100/1)، وفي الولايات المتحدة الامريكية تقدر ب (100/4) حالة، اما من الدول العربية نجد في المملكة العربية السعودية (4-6) حالة من كل (1000) ولادة حية سنة (2005 م). (الزراع،ن، 2010-32).

اما في الجزائر تقدر الاحصائيات التي تمت في (2004 م) بأربعين ألف حالة، ولقد تضاعف العدد في سنة (2008 م) إلى ثمانين ألف. (منصوري ، 2017 م ، 10:05).

حسب رأي الباحثة تبقى هذه النسب المحصل عليها في الدراسات اقل بكثير مما نصادفه في الواقع، ولربما يرجع السبب الى قلة الدراسات الإحصائية في هذا المجال من جهة، وعدم تصريح الأولياء بالحالات وهذا يرجع الى عدم التقبل لهذا الاضطراب من جهة أخرى.

خصائص وسمات أطفال التوحد:

يقول "كانر" لقد لفت انتباهنا عدد من الأطفال الذين تتباين ظروفهم بشكل ملحوظ وذلك عن أي شيء عرفناه حتى الآن، ذلك أن كل حالة تستحق أن تؤخذ بعين الاعتبار وبتفاصيلها الخاصة الفاتنة (الزريقات، 2010 م ، 36).

من هذا القول نفهم انه لا يمكن تحديد خصائص التوحد تحديدا دقيقا وذلك لاختلاف: العمر، الجنس، الرعاية، النمو، التعلم، لكن هناك خصائص وسمات اتفق عليها العلماء بعد دراسات عميقة لحالات التوحد وسنتطرق إليها.

■ التواصل اللفظي والغير اللفظي.

- ضعف استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين أو انعدامها.
- المصاداة (Echolalic) ترديد الكلام.

- استخدام الضمائر بصورة مشوشة وخاطئة.
- الحديث التلغرافي الذي يتم فيه حذف بعض الكلمات الصغيرة.
- عدم القدرة على تسمية الأشياء.
- عدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة.
- الخلط في ترتيب الكلمات ولغة مجازية، لا يفهمه إلا من يعيش معه.
- غياب التعبيرات الوجهية والإيماءات.
- النمطية اللفظية في تكرار الكلمات أو الجمل ويمكن أن تكون لسنوات. (سوس شاكرا مجيد، 2010 م ، 48).

■ الجانب السلوكي:

- عدم القدرة على تقليد الآخرين.
 - فرط النشاط الحركي أو الجمود.
 - عدم استعمال كلتا اليدين.
 - المشي على أصابع القدم.
 - النمطية الزائدة في الأكل مثلاً.
 - الاستخدام الغير وظيفي للأشياء.
 - عدم القدرة على اللعب التخيلي.
 - تكرار الإصابة بالأمراض البدنية، مثل عدوى الجهاز التنفسي، الإمساك، الحمى.
 - الميل إلى جمع الأشياء وتملكها.
 - مقاومة التغيير بشدة، وقد يسبب حدوث التغيير مشاعر الإحباط والحزن الشديد.
- (عامر، ط، 2008 م – 38).

■ الجانب الاجتماعي:

- صعوبة في فهم العلاقات الاجتماعية أو توظيفها على نحو ملائم.
- يفضل قضاء أطول وقت وحده أكثر من وجوده مع الآخرين.

- صعوبة في الاندماج في اللعب الجماعي أو الاشتراط في الأنشطة مع نظيره.
- تفضيل الأنشطة الانعزالية معظم الوقت.
- صعوبة في تقليد أفعال الآخرين.
- الفشل في تنمية العلاقات مع الآخرين ونقص الاستجابة.
- التجنب الاجتماعي ولكل أشكال التفاعل.
- اللامبالاة الاجتماعية والإرباك الاجتماعي. (عامر، ط، 2005 م-45).

■ الجانب الانفعالي:

- نقص المخاوف من المخاطر الحقيقية.
- الشعور بالذعر من الأشياء الغير الضارة.
- عدم القدرة على فهم الأشخاص من حوله.
- نوبات من البكاء والصراخ دون سبب واضح.
- عدم الاستجابة لمحاولة العناق أو إظهار مشاعر العطف.
- قصور وإخفاق في تطور علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين.
- النفور من العاطفة والمودة. (سوس شاكر مجيد، 2010 م ، 34).

■ خصائص أخرى:

يرى "روث سوليفان"، 1988م انه من الممكن أن نقدم وصفا سلوكيا للتوحد وان الملامح الرئيسية تتمثل في الوحدة الشديدة، التأخر في قدرات ومجالات معينة، والحركات الجسمية الغريبة. (د.محمد احمد خطاب، 2009 م -25)

أ. إيذاء الذات:

يذكر إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2010 م ، 30) ان من خصائص الأطفال التوحديين الانشغال بسلوكيات مؤذية لأنفسهم قد تشتمل على ضرب الراس العض وحك الجلد وغيرها ولا يظهرون الألم أثناء انشغالهم بهذه السلوكيات.

يضيف عبد الرحمان العسوي (2005 م، 103)، أن هذا الإيذاء الجسدي يتراوح من مجرد كدمات بسيطة إلى كسر في العظام وتنتج من حالات الضيق والإثارة المنخفضة أو الزائدة التي يمر بها الطفل.

العلامات المبكرة لاضطراب التوحد:

1. التعبير عن المشاعر سلوكيا وليس لفظيا كال بكاء والصراخ ونوبات الغضب.
2. نقص في طور النطق أو تأخره.
3. قلة الكلام.
4. التحدث بنغمة غير طبيعية أو بإيقاع غير طبيعي.
5. قلة المبادرة في التواصل.
6. التعبير عن المشاعر بطريقة غير مناسبة.
7. عدم الاستجابة لمناداته باسمه. (آل إسماعيل، ح، 2011 م ، 41).

النظريات المفسرة للتوحد:

لقد ظلت أسباب التوحد مجهولة إلى حد كبير منذ حقبة طويلة من الزمن فلم تتوصل البحوث التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر لحدوثه، وبالرغم من ذلك يعتمد بعض العلماء على نظريات واتجاهات لتفسير أسباب التوحد وذلك من اجل التحديد الدقيق لمسبباته والخفض من معدلات انتشاره.

I. النظرية النفسية والسيكو ديناميكية:

تعتبر النظرية السيكو ديناميكية من أقدم النظريات في تفسير الأسباب المتوقعة للتوحد حيث كان يعتقد أن شذوذات معينة في شخصية الأم وطريقة تربية الطفل تهيئ لحدوث هذا

الاضطراب، ونظرا لأهمية العلاقة بين الطفل وأمه في الشهور الأولى من حياته ودورها في الإصابة بالاضطرابات فقد تم تصنيف مكونات هذه العلاقة على النحو التالي:

أ. ميكانزمات العلاقة النفسية بين الطفل والام:

يرى أنصارها "كانر، جولد، ريملاندر" أن التوحد ينشأ عن خبرات مبكرة غير مشبعة وتهديدية، فينشأ الأساس المرضي نتيجة "أنا" الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم والتي تكون بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي، وبالتالي لم تسمح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص منفصل عنه.

ويشير "اوجرمان" إلأن فشل العلاقة العاطفية بين الأم والطفل قد يكون مرتبطا ببعض أنواع الانفصال عن الأم سواء كان طبيعيا (الانشغال عنه) أو عاطفيا (اضطراب بالعلاقة). (أسامة فاروق مصطفى، الشريني، 2014 م ، 37).

ب. الانسحاب الجزئي:

هنا يوصف الأطفال بالهدوء، وذلك لأنهم لا يبديون أي حركة تعاونية تشير إلى الرغبة في التقرب من الأم كما انهم لا يستجيبون لرؤية الأم سواء بالبكاء أو الضحك، فينسحب الطفل جزئيا من العلاقة.

ت. الانسحاب الاختياري:

يظهر الطفل التوحدي تمردا أو انسحابا اختياريا فمثلا يتحدث لوحد فقط من الناس ويظهر تجنبا بصريا، وصمما اختياريا. (القمش، 2011 م ، 34).

II. النظرية البيولوجية (الأسباب المتعلقة بالجهاز العصبي)

يرى أنصار هذه النظرية أن العوامل البيولوجية التي تنتج عنها الإصابة بالتوحد تتمثل في إصابة المخ أو الخلل الوظيفي في أحد أجزاء المخ أو عدوى الفيروسات أو إصابة جهاز المناعة في الجسم.

العوامل الوراثية:

الدراسة أوضحت وجود توحد في التوأم بنسبة أكبر من غير التوأم من خلية واحدة وهذا اثبت أن للوراثة دور كبير أيضا، هنا العديد من الدراسات تقوم بعمل مقارنة بنسبة حدوث التوحد بين التوأم المتطابقة في الجنس والتوعم الغير متطابقة، والنظرة الحالية لهؤلاء الباحثين في جينات التوحد هي فكرة الوراثة المركبة بمعنى أن هناك عدد من العوامل الجينية لها دخل في وجود التوحد وبالرغم من وجود تشوهات في الكروموسومات لدى % 3-5 من إجمالي المصابين بالتوحد إلا أن ذلك لا يعد دليلا كافيا لاعتبار التوحد اضطرابا جينيا. (أبوزيد، 2011 م، 23)

البرامج العلاجية لأطفال التوحد:

تتحد البرامج العلاجية الخاصة بالتوحد وربما ذلك يعود إلى خاصية هذا الاضطراب في انه يمس كل الجوانب المعرفية السلوكية، النفسية، لذلك وجب الاهتمام والتكفل بكل جانب من الجوانب على حدى.

1) العلاج النفسي للطفل والأسرة:

استخدم هذا المدخل العلاجي أصحاب النظرية التحليلية، الذين يعتبرون أن التوحد اضطراب انفعالي عاطفي ناشئ عن رفض الوالدين علاقة مع هذا الطفل وبرودة مشاعرهما. ويشجع هذا المدخل ضرورة عزل الطفل من منزل أسرته وإدخاله إلى احدى المصحات، ويقدم العلاج المناسب للطفل ثم يتم إعداده للعودة إلى الأسرة بالتدرج بعد إحداث تغيير في البيئة التي يعيش فيها الطفل.

لكن القول بان التوحد اضطراب انفعالي لوحده لا يمكن الجزم به، واتهام الأسرة عامة والأم خاصة بعدم حبها لطفلها يعتبر إجحافا بحقها.

وقد فشلت هذه الطرق في إحداث أي تحسن في حالات التوحد. (القمش، 2010 م،
(139).

(2) العلاج الطبي:

استخدم هذا المدخل أصحاب النظرية العضوية التي تعتبر ان التوحد ناشئ عن خلل عضوي داخل الطفل ومنهم وينج (1966 م)، روتز (1967 م)، كامبل (1978 م) وقد تعددت الأساليب:

أ. العلاج الجسدي: يتضمن محاولة علاج أي مرض يصيب الخلايا الحية او الخلل الوظيفي الذي يصيب الهرمونات مثل السمات لتحسين حالة السمع، علاج الحول.
ب. العلاج الكيماوي: ويشتمل على أدوية فيتامينات، مضادات خمائر، ومن العقاقير التي تم استخدامها.

• هالبيروبول: Haloperidol.

• انتدوبامينرجيك Antidopaminergic.

ونستخدم في اختزال السلوكات النمطية.

وقد نساهم على تحسين القدرة على الكلام إذا تم استخدام العلاج السلوكي بجانبها.

ج. العلاج بالصدمات الكهربائية:

في بعض الحالات يكون استخدام الصدمات الكهربائية مفيدا بشرط أن يكون مركزا ولفترات طويلة بمعدل أربع أو خمس جلسات في الأسبوع الواحد، ويذكر "اوجرمان" انه استخدم في الأطوار الأكثر حدة لدى المراهقين. (القمش، 2010 م، 140).

(3) العلاج السلوكي:

يعتبر تعديل السلوك من اهم الاستراتيجيات التي سجلت نجاحا ملموسا في تعليم وتدريب الأطفال التوحديين ولما كان تدريب الأطفال التوحديين يتطلب تغييرا لعدد كبير من السلوكات فقد حرص المتخصصين على فحص السلوكات الأساسية.

وتمكن "كوجل" وآخرون من التغلب على سلبية الأطفال التوحديين والمتمثلة في عدم إظهار أية ردود أفعال تجاه الآخرين، واستطاعوا تعليمهم مهارات التواصل غير اللفظي الممثلة في اتصال العيون، واللعب بالألعاب المختلفة.

وقد استخدم فريق من العلماء استراتيجيات التدريب والتوجيه في تعليم اللغة للتوحديين. (القمش، 2010 م، 142).

-تحليل السلوك التطبيقي (ABA)

يطلق على هذا الأسلوب أحيانا "طريقة لوفاس" وهي تركز بشكل رئيسي على التدخل المبكر (سنوات ما قبل المدرسة) وكان إيفار لوفاس Ivar Iovaas رائدا في التدخل السلوكي للأطفال التوحديين في الستينات وترتكز المبادئ الأساسية للسلوك التطبيقي على التعلم الشرطي " لسكينر " وتشمل الطريقة تدريبات متكررة ومكثفة ومنظمة بشكل عال، ويتم إعطاء الطفل من خلالها أمرا ثم تتم مكافاته في كل مرة يستجيب فيها بشكل صحيح، وتبدأ برامج المحاولات السلوكية المنفصلة بتحقيق الأوامر السلوكية المرغوبة فيها أي الامتثال العام لتحقيق أهداف التدريب.

والتدريب لجعل الطفل يجلس على كرسي ويقوم بالتواصل البصري وتقليد سلوك غير لفظي في استجابة لأوامر لفظية، كما يتم تعليمه على أنه سلوك لفظي غير التقليد اللفظي الذي يتبع أوامر مؤلفة من خطوة واحدة، تمييز تقبلي للأشياء والصور، وتصنيف تعبيرية في استجابة لاسئلة مطروحة.

فالهدف من هذا البرنامج هو مساعدة الطفل على التحكم في سلوكياته المشكلة و تعويضها بسلوكيات أخرى مكية بطريقة تمكنه من الاندماج في المجتمع حيث يتم تعليم الطفل المهارات التالية : النباه ،التقليد،تطوير اللغة التكرارية والتعبيرية ،المهارات المدرسية والاستقلالية الشخصية. (N ,Boulekras,2011,61)

-برنامج تيتش TEACCH:

تم تاسيس Teacch (علاج وتعليم الاطفال التوحديين والمعاقين اتصاليا) في جامعة "نورث كازولينا " عام 1972 وهو اسلوب منظم يركز على تعلم بصري و تخطيط للبيئة والزمن و الانشطة لتكون مفتاحا للسلوك.

وهذا البرنامج شائع ومصمم للاطفال والبالغين التوحديين وخيرهم ممن يعانون اضطرابات في التواصل ، ويتمثل الهدف الرئيسي للبرنامج توفير الخدمات لحياة الفرد ويرتكز على معرفة ان التوحديين يدركون العالم بشكل مختلف ويستخدمون اساليب تفكير مختلفة ولذلك فهم يمتلكون نمطا مختلفا من التفكير .

وتمتاز طريقة تينش بانها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة او السلوك، بل تقدم تاهيلا متكاملا للطفل ، كما انها تمتاز بان طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل حيث لا يتجاوز عدد الاطفال في الفصل الواحد خمسة الى سبعة اطفال مقابلة مدرسة ومساعدة مدرسة ، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات الطفل (خليفة ، وهدان ،س، 2014، 39)

نظام تبادل الاتصال باستخدام الصور PECS

قام "اندرو بوندي" وهو عالم نفس و"لوري فروست" اخصائي علاج نطق ولغة (1994) في برنامج ديلوير للتوحديين بتطوير PECS لمساعدة الافراد الذين يعانون من التوحد وغيره من الاضطرابات النمائية في اكتساب مهارات اتصالية .

ويرتكز هذا النظام على مبادئ الاتصال القصدي و الوسائل البصرية في تطوير الاتصال، وعلى الرخم من ان هذه المبادئ حسابها قبل تقديم PECS بوقت طويل، الا ان PECS تقدمها على انها حزمة تدريبية بديلة ومتزايدة يمكن استخدامها الاطفال ذوي التوحد والاضطرابات الاتصالية الاخرى بطريقة منهجية موصوفة .

ويرتكز المبدأ الاساسي لهذا النظام على تعليم المهارات الاتصالية والاجتماعية للتواصل والتفاعل مع شخص اخر بشكل عفوي، وذلك باستخدام صور و رسومات لتنمية

القدرة على التواصل ،ويقوم البرنامج على مبادئ المدرسة السلوكية مثل التشكيل والتعزيز والتلقين والتسلسل العكسي والانطفاء .(خليفة ،و،وهدان ،س،2014،53-54)

العلاج بالدمج الحسي:

المعالجة بالتكامل الحسي هي علاج حسي حركي للأطفال المصابين بالتوحد وقد طورتها "جين آيرز" 1979 م "Jean Ayres"، التي تؤكد فيها على العلاقة بين الخبرات الحسية والأداء السلوكي الحركي، والتدخل واستراتيجيات التدخل، ويكون الهدف من خلال الدمج الحسي لتحسين النظام العصبي لتنظيم ودمج وتكامل المعلومات من البيئة التي تزود باستجابات تكيفية وتعلم على نحو جيد.

ونجد فيها:

- العلاج بالفن والموسيقى.

- العلاج بالاحتضان.

(القمش، 2010 م، 148).

4) علاج الاضطرابات السلوكية:

يتم فيها تعديل السلوك مثل علاج إيذاء الذات والسلوك العدوانى، علاج المشكلات الغذائية والهضمية، علاج اضطرابات الإخراج، علاج اضطرابات النوم، والسلوكات النمطية، وذلك من خلال الطرق التالية:

1- المتنافرات: وهي بتوضيح الفرق بين السلوك وضده للطفل، وبين السلوك الحسن والسلوك السيئ، ولكن يعارض الكثير من الناس أسلوب المتنافرات.

2- تصحيح كمياء الجسم: وذلك باستعمال المكملات الغذائية او بإزالة السموم الجسدية الناتجة عن العناصر السامة مثل الزئبق، وهذه الطريقة هي بديل قيد الاستعمال.

3- باستخدام فنيات تعديل السلوك في إطار الأشرط الكلاسيكي أو الأشرط الإجرائي أو في ضوء فنيات التعلم الاجتماعي أو المعرفي.

(القمش، 2010 م، 140، 141)

خلاصة الفصل:

لقد سعت البحوث والدراسات السابقة الى معرفة الاسباب التي تؤدي الى التوحد، والى تحديد الاعراض والخصائص التي تدل عليه، ثم ذهبت الى اقامة برامج للتكفل به وعلاجه، لكن رغم هذا التقدم في الابحاث يبقى التوحد لغز نبحت عن اجابته .

مقدمة في معنى التشخيص:

يقصد بالتشخيص تحديد نوع المشكلة أو الاضطراب أو المرض أو الصعوبة التي يعاني منها الفرد ودرجة حدتها، وهو مصطلح بدأ في الطب ثم استخدم في العلاج النفسي والإرشاد النفسي والتعليم العلاجي.

في التربية الخاصة، يقصد به:

أولاً:

1- عملية التعرف على مرض أو حالة ما عن طريق تحديد أعراضها أو عن طريق الاختبار.

2- هو ما يتم التوصل إليه من حكم بعد معاينة وفحص دقيقين، ويتم التشخيص عادة في التربية الخاصة عن طريق فريق ينتمي أفراده إلى أنظمة عديدة متخصصة، حيث يقوم بتحليل أسباب الحالة أو الوضع أو المشكلة التي يعاني منها المريض.

ثانياً:

فحص المريض بواسطة القابلات الشخصية وملاحظة سلوكه، وتطبيق الاختبارات عليه بهدف تقييم توافق شخصيته، وقدراته، وميوله، وأداء وظائفه في الجوانب الهامة والمراحل الهامة في حياته، وهدف الفحص النفسي قد يكون تحديد حاجاته، والصعوبات التي يواجهها ومشكلاته، والإسهام في تشخيص الاضطراب العقلي والتوصل إلى نمط العلاج المطلوب. (سمير أبو معلي، 2010م، 55).

التشخيص المبكر للاضطراب التوحد:

تشير الأبحاث الحديثة أن العلامات أو الأعراض الأولى لدى الطفل التوحد تمس ثلاث مستويات: الوجدان، الانتباه، التقليد وهذا ما تؤكد التدخلات المبكرة منذ سن 18 شهراً فبالاكتفاء المبكر للتوحد والتشخيص الدقيق يكون للمتوحدين حظوظ أكبر في الحصول على

المساندة التربوية المناسبة والتدخلات الضرورية، ويسمح الجدول الاتي بالتعرف على سمات الطفل التوحدي من 0-18 شهرا.

بين 0-12 شهرا	بين 0-18 شهرا	بين 18-24 شهرا
- تبادلات وردود أفعال غير كافية.	- لا يرى الأشياء. Ne montre pas les objets.	- يتجاهل الآخرين.
- غياب الابتسامة.	- لا ينظر إلى الآخرين.	- لا يتشارك العواطف مع الآخرين.
- غياب التعابير الوجهية. Les mimiques	- لا يلتفت عند النداء باسمه.	- لا يقلد حركات وأصوات الآخرين.
- صعوبة التركيز والانتباه.	- لا يشير بإصبعه.	- عدم الاستعمال المناسبة للأشياء.
- يرفض قبض اليد.	- يفضل الوحدة.	- لا يفرق بين الأشخاص.

(N. Boulehras, 2011, 27-28)

تمهيد:

إن صعوبة تشخيص التوحد تنشأ من تعقيد الاضطراب نفسه فهو اضطراب متنوع الصفات والخصائص، وهذه الخصائص ليس بالضرورة ان تظهر كلها في الطفل المصاب بالتوحد، فقد تظهر سلوكيات شبيهة بالتوحد في اضطرابات أخرى، ولذلك يتعين على الذين يقومون بتشخيص وتقييم حالات التوحد التوسع في الاطلاع وممارسة العمل الفعلي مع حالات التوحد، والتعرف على نطاق السلوكيات التوحدية، والتطرق على معايير التشخيص ومعرفة مقاييسه وادواته.

التشخيص:

يقصد بالتشخيص فحص الاعراض المرضية واستنتاج الأسباب وتجميع الملاحظات في صورة متكاملة ثم نسبتها الى مرض معين ومحدد.

فالتشخيص هو فهم للمرض وبيان العلاقة بين الاعراض المرضية في زملة مرضية. (مجدي أحمد مجد عبد الله، 2010 م – ص 523).

التشخيص المبكر:

يعتبر التشخيص المبكر حيويًا حيث ان العلاج المبكر يكون أفضل، إذا كان التشخيص أفضل، ومع ذلك من الصعب تشخيص التوحد قبل سن الثالثة لان السلوكيات التشخيصية - اعاقات في التفاعل الاجتماعي والاتصال - لا تتطور بشكل كامل حتى وقت متأخر من مرحلة الطفولة المبكرة، ولكن هذا لا يفي ان بؤادر هذه السلوكيات قد تظهر.

وفي بعض الأحيان يكون بعض الأطفال التوحديين متباينين منذ الميلاد، ويبدو اخرون وكأنهم ينمون بشكل طبيعي حتى يصلوا الى عمر زمني ما بين عام ونصف الى ثلاثة أعوام عندما تبدأ الاعراض التوحدية بالظهور.

ولقد كانت هناك محاولات لتطوير أدوات تشخيص التوحد في المراحل المبكرة خصوصاً قبل السن الثالثة من حيث بعض السلوكيات التي اجمع عليها بعض العلماء أنها

تشير بخصوصية إلى حالة التوحد في معظم الحالات أو تنذر بوجود إعاقة اجتماعية محتملة مثل غياب:

- اللعب التخيلي.

- التقليد الحركي.

- الانتباه الانتقائي.

وهناك مثال على هذه الأدوات وهي قائمة التوحد "CHAT" والتي قام بتطويرها "بارون-كوهين"، "البن وجيلبيرج". (Baron-Cohen, Allen & Gillberg, 1992).

وتعتبر قائمة الشطب هذه أداة صممت للتعرف على الأطفال ممن هم في عمر عام ونصف ويواجهون صعوبات في تطور الاضطرابات الاجتماعية والتواصلية، وهي عبارة عن أسئلة قصيرة وسهلة يتم الاستجابة عليها من قبل الوالدين، وأخصائي الرعاية الصحية في سن 18 شهرا. (محمد صالح الإمام، 2010 م-78).

وهناك قياس بسيط آخر يطبق عند الميلاد يذكره كل "كورشييسن، كاربرواكشوموف". (Courchesne, Corper & Akshoomof, 2003).

بانه ينفذ أثناء فحص الأطفال ويوفر إمكانية الإشارة إلى الاكتشاف المبكر لحالات التوحد، حيث يكون محيط راس الأطفال الذين يعانون حالة التوحد، أصغر من محيط راس الطفل العادي عند الولادة 35 سم، وعند عمر 6 شهور 43 سم وعندما يبلغ عاما يكون 47 سم، وعند عمر عامين 49 سم، أي أن حجم الطفل العادي وعمره الزمني علاقة عكسية بمعنى يقل معدل حجم الراس بزيادة العمر الزمني، وهذا يبين أن حجم الراس يزداد في السنة الأولى بعد الولادة، لان النمو الأساسي للمخ يحدث خلال هذه السنة.

وعندما يبلغ الطفل الذي يعاني من حالة التوحد عمر 6-14 شهرا يحدث هناك نمو مفاجئ ومؤثر في محيط الراس بمعدل 84 %، واستخدم "كوشيسن" ورفقائه المسح الدماغي العالي التردد لمراقبة نمو الدماغ، ووجد انه كلما ازداد محيط الراس ازدادت حالة التوحد

بشدة، وان 41 % من أطفال التوحد لم يكن محيط نمو الراس سويا. (محمد صالح الإمام، 2010 م – 79).

المساهمون في تشخيص التوحد

يشير (رائد خليل العباد، 2005 م، 21) إلى أن تشخيص التوحد يتم من خلال فريق متكامل من تخصصات مختلفة حيث يضم كل من:

- أخصائي أعصاب.
- أخصائي نفسي.
- طبيب أطفال متخصص في النمو.
- أخصائي علاج لغة وأمراض نطق.
- أخصائي علاج مهني.
- أخصائي تعليمي.

أهداف التشخيص:

يعتبر التشخيص المرحلة الأكثر أهمية في تحديد حالة الطفل وتقرير فيما إذا كان يعاني من التوحد أم لا.

وكما كان التشخيص مبكرا كان أفضل فهو يهدف إلى:

- 1- تحقيق التشخيص للأطفال الصغار وأطفال دون سن المدرسة والوصول إلى التكفل المناسب.
- 2- وضع أهداف علاجية.
- 3- تحديد كثافة العلاج والمجالات التي سوف يحققها العلاج.
- 4- التشخيص يوفر للأسرة معلومات حول التغيرات النمائية المتوقعة بسبب طبيعة الاضطراب.
- 5- التشخيص يساعد في تقرير المآل في الاضطراب والعلاج.

6- تحديد طرق العلاج التي سوف تستخدم للأحداث التغيير في خصائص الاضطراب.
(الزريقات، 2010 م، 180).

صعوبات الشخيص المبكر:

- 1- عدم ملاحظة العلامات والمؤشرات في السنوات المبكرة.
- 2- عدم تقبل الإباء للملاحظات الأولى وحاجتهم للوقت لإجراءات التشخيص.
- 3- التباين في الخصائص الرئيسية أي تباين في العرض الإكلينيكي بين الأفراد.
- 4- التباين في الخصائص المصاحبة للتوحد مثل الذكاء، إيذاء الذات، المخاوف.
- 5- والاضطرابات العضوية.
- 6- التباين السببي فال فشل في تحديد أسباب التوحد أدى إلى مزيد من الصعوبات في التشخيص.
- 7- تواجد لأنواع فرعية للتوحد والاختلاف في المعايير والتصنيف. (الزريقات، 2010م، 192).

إجراءات التشخيص

التوحد اضطراب سلوكي، وهذا يعني وجود خلل في منظومة الأنماط السلوكية ولا يتم تشخيص التوحد إلا إذا كانت منظومة الأنماط السلوكية الثلاثة واضحة على الطفل وهي على النحو التالي:

- خلل في علاقات الطفل بمحيطة الاجتماعي.
 - فشل الطفل في تطوير قدرات التواصل بشكل طبيعي.
 - اهتمامات الطفل في ونشاطاته تكون محدودة ومكررة وليست إبداعية.
- ولابد من التأكد على أن تشخيص التوحد لا يتم لمجرد أن الطفل يعاني مشكلات تواصلية أو لان لدى الطفل صعوبات في التفاعل الاجتماعي، أو لعدم قدرة الطفل على

ممارسة النشاطات الإبداعية بل لابد أن يظهر الطفل قصور في كل الجوانب. (انشرح الشرفي، 2010 م، 229).

وسائل وأدوات تشخيص التوحد:

1) اختبارات التقييم التشخيص.

- قائمة تشخيص التوحد.
- استمارة الملاحظة لتشخيص التوحد قبل الكلام.

2) تقويم النمو:

- المخطط النفسي التعليمي.
- المقاييس الرئيسية للنمو.
- قائمة النمو المبكر لبركانس.

3) تقويم التكيف.

- مقياس فاينلاند للتكيف السلوكي.

4) تقويم التواصل.

- قائمة تطور التواصل.
- مقياس اللغة لما قبل المدرسة.
- مقاييس رنبييل للتطور اللغوي.
- التقويم الإكلينيكي لأساسيات اللغة ما قبل المدرسة.
- اختبار اليونويس للقدرات اللغوية.

5) تقويم مراحل الطفولة المبكرة:

- مقياس بايلي للتطور الطفولي.

- مقياس ملن للتعلم المبكر.

(6) اختبارات لقياس الذكاء.

- مقياس وكسلر لذكاء الأطفال.

- مقياس كولومبيا للنضج العقلي.

(7) التقييم الأكاديمي.

- اختبار المدى الواسع.

(8) التقييم السلوكي.

- قائمة سلوك الطفل.

- قائمة التحليل السلوكي للحواس.

(9) التقييم العائلي.

- اختبار قوة السلوك.

- مقياس الفئاعة الوالدية.

- مقياس الضغوط العائلية.

إشكالية التشخيص في اضطراب التوحد:

على الرغم من أن التوحد يعتبر أحد أكثر الاضطرابات حدة لتكيف الطفل مع بيئته، إلا أن عزله وتحديد **كعر** في مستقبل كان ولا يزال أمرا يتسم بالكثير من الصعوبة والتعقيد، إن التشخيص الحالي والمبني على تعددية المعايير يعتمد على نمط أداء سلوكي لمجموعات من الأطفال الذين يظهرون خصائص وحاجات متباينة بصورة كبيرة، هذا خلق العديد من المشكلات في مجال التقويم وإعداد برامج التكفل.

يمكن لأعراض التوحد أن توجد بمفردها أو متلازمة مع حالات أخرى كالتخلف العقلي، الصمم، كف البصر، والصرع.

خلال مرحلة الطفولة يظهر التوحد كاضطراب في النمو، وبعض الأعراض تكون خفية أو متأخرة.

إن توسيع مفهوم التوحد كان له ميزة إمكانية شموليته لمجموعة واسعة من المظاهر إلا أنه في نفس الوقت له جانب سلبي في أنه أصبح شاملاً بصورة يصعب معها التمييز بين الأطفال الذين تتطلب حالاتهم حاجات تربوية، تدريبية وبيئية مختلفة.

إن معظم الخلط والإرباك حول تشخيص الاضطرابات النمائية عامة والتوحد خاصة لدى الأطفال الصغار جداً يرتبط بعدم تحديد الحد الأدنى الذي يعتبر خارج نطاق مدى تباين النمو العادي، ويستخدم المتخصصون تعريفات مختلفة للإشارة إلى التوحد فالبعض قد يشير إلى ما يسمى بالتوحد التقليدي وبعض الإباء يسمعون مفهوم الاضطراب النمائي المتداخل، أو المظاهر السلوكية الشبيهة باضطراب التوحد، أو الاضطراب النمائي المتداخل غير المحدد. (كوترجس عملية، 2006 م، 67).

محكات تشخيص التوحد:

بالرغم من الصعوبات التي واجهت عملية تشخيص حالات التوحد، فإن العلماء والباحثون حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير والمحاكات الأساسية التي تشخص حالات التوحد على أساسها.

(1) من أقدمها "ليوكانر" (1943م-1970م)

- سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين.

- التمسك الشديد بمقاومة أي تغيير في البيئة الفيزيائية المحيطة به من حيث المأكل،

الملبس وترتيب الأثاث وروتين الحياة اليومية.

-يفضل التعلق والارتباط بالأشياء والتعاطف معها خلال الفترة من (14-18) شهرا من العمر أكثر من الارتباط بالناس ومنهم أبواه وإخوته.

- عدم القدرة على الكلام ويظهر كأنه أصم وأبكم أو يتكلم بلغة مجازية أو مبهمه غير مفهومة لا جدوى منها في تحقيق الاتصال بالآخرين.

- عدم ظهور الهلوسات والهذات في سلوكه، كما انه يتمتع بصحة جيدة.

- رغم كل جوانب القصور التي تميز الطفل التوحدي، فانه أحيانا يأتي ببعض الأعمال التي تنم عن قدرات غير عادية كان يقوم بعملية حسابية معقدة أو يبدي مهارة في الرسم والموسيقى أو الغناء بشكل طفرات فجائية، أو يذكر خبرة قديمة حتى لو كانت بلغة اجنبيه لا يتقنها. (نوري القمش، 2010م – 105).

(2) أما الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD.10)

فتتمثل المحاكات الشخصية فيما يلي:

-قصور نوعي في التواصل.

- نماذج محدودة ومكررة ونمطية من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة.

- شذوذ واضح في النمو يتضح وجوده في السنوات الثلاثة الأولى من العمر. (نوري

القمش، 2010 م – ص110).

(3) معايير التشخيص طبقا ل DSM-5:

مع ظهور الإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي DSM-5 تمت بعض

التغيرات في معايير تشخيص التوحد التي ظهرت مع هذه الطبعة الأخيرة في ماي (2013

م) بحيث يتم التشخيص طبقا لفتنين من الأعراض بدلا من ثلاثة، وهي كما يلي:

أ. صعوبات مستمرة في التواصل والتبادلات الاجتماعية والتي تتجلى في التظاهرات التالية:

1. عجز في التباين الاجتماعي الانفعالي (Socio-émotionnelle) في الإجابات الاجتماعية، الحوار، مشاركة الاهتمامات والانفعال).

2. عجز في التواصل الغير اللفظي (في التنسيق بين التواصل اللفظي والغير اللفظي، إدخال وسائل لفظية و غير لفظية في السياق، استعمال وفهم التواصل البصري، الإيماءات، التعبيرات الوجهية).

3. صعوبة في تطوير وفهم العلاقات الاجتماعية المناسبة لمرحلته العمرية (صعوبة تكييف سلوكه لمختلف السياقات الاجتماعية، صعوبة في مشاركة اللعب الرمزي والتخيلي مع الآخرين، غياب الاهتمام نحو الآخرين).

ب. مجموعة من السلوكيات والاهتمامات أو النشاطات المقيدة والمتكررة والتي تتجلى في اثنين على الأقل من التظاهرات التالية:

1. أسلوبية حركية متكررة ونمطية في استعمال اللغة "مصاداة Echolalie" والأشياء "تصنيف أو تدوير الأشياء".

2. الإلحاح على الروتين والطقوس اللفظية والغير اللفظية (طبق مهام اتجاه ابسط تغيير، أفكار متصلبة، طقوس جامدة لإلقاء التحية).

3. انشغال كلي بموضوع واهتمامات مقيدة تكرارية ونمطية (التعلق المفرط بالأشياء).

4. الحساسية المفرطة أو المنخفضة تجاه المنبهات الحواسية في المحيط (الألم، الطقس، الأصوات).

التشخيص الفارقي للتوحد:

يرى نوري القمش، 2010م، انه بالرغم من تحديد محاكات دقيقة لتشخيص التوحد، وتحديد السمات والعلامات المميزة للنمو المبكر لهؤلاء الأطفال، إلا أن هناك صعوبة للوصول إلى تشخيص دقيق للتوحد، وان السبب الرئيسي لذلك هو التشابه بين أعراض التوحد وإعاقات أخرى مثل التخلف العقلي، اسبرجر، ريت، الإعاقة السمعية... .

ولقد لخصا المعلومات في الجداول التالية:

الأوجه	التوحد	الفصام
التشابه	<ul style="list-style-type: none"> - فقدان الاتصال بالواقع. - الانغلاق على النفس. - النقص في التعاطف والمشاعر. - الفشل في تكوين علاقات. - الاضطراب الانفعالي. 	<ul style="list-style-type: none"> - فقدان الاتصال بالواقع. - الانغلاق على النفس. - النقص في التعاطف والمشاعر. - الفشل في تكوين صداقة مع الآخرين. - الاضطراب الانفعالي.
الاختلاف	<ul style="list-style-type: none"> - غياب الهلوس والهذينات. - الظهور في الأعوام الأولى. - اضطراب نمائي. - قصور لغوي، وغياب القدرة على التعبير. 	<ul style="list-style-type: none"> - ظهور الهلوس والهذينات. - الظهور عند البلوغ. - مرض عقلي. - القدرة على التعبير اللغوي والاتصال والتخاطب.

الأوجه	التوحد	الفصام
التشابه	<ul style="list-style-type: none"> - تكرار السلوكيات النمطية والقهرية. - صعوبات في الكلام والتخاطب. 	<ul style="list-style-type: none"> - تكرار السلوكات النمطية والقهرية. - صعوبات في الكلام والتخاطب.

الاختلاف	<ul style="list-style-type: none"> - يتمتع بذاكرة آلية جيدة، مع اضطراب في الإدراك. - غياب التواصل اللفظي والغير لفظي. - غياب التقليد والمحاكاة. - غياب التفاعل الاجتماعي. 	<ul style="list-style-type: none"> - اضطراب واضح في الذاكرة. - لديه تواصل لفظي وغير لفظي. - لديه مهارات التقليد والمحاكاة. - تكوين علاقات اجتماعية.
-----------------	---	---

جوانب التشابه والاختلاف بين التوحد واسبرجر

وقد حدد عكاشة جوانب التشابه والاختلاف بين التوحد واسبرجر، فيما يلي:

(1) أوجه التشابه:

- وجود نوع من الخلل الكيفي في التفاعل الاجتماعي وتكوين العلاقات الاجتماعية السلمية.
- غياب التواصل الغير اللفظي.
- مخزون محدود من الأنشطة النمطية المتكررة.
- قصور في الحركات الدقيقة.

(2) أوجه الاختلاف:

- عدم ظهور أعراض أسبرجر، إلا خلال مرحلة الطفولة المتأخرة، بينما تظهر أعراض التوحد في مراحل مبكرة.
- نسبة ذكاء أسبرجر تقترب من الطبيعي، ولكن لديه تباين بين نتائج الاختبار اللفظي والأدائي.

- الطفل الأسبر جر لا يوجد لديه تأخر عام في اللغة، ونموه اللغوي يقترب من الطبيعية في سنواته الأولى، ولكنه يبدي صعوبة في استخدام الضمائر بشكلها الصحيح، كما يعاني من اضطرابات تكوين الجمل.

كما أشار عكاشة إلى أوجه التشابه والاختلاف بين "الوحد" و"ريت":

(1) أوجه التشابه:

- النمو الطبيعي في السنتين الأولى والثانية، يليه حالة من فقدان الكلي أو الجزئي للمهارات.

- عدم التواصل.

- قصور في النمو المعرفي واللغوي.

(2) أوجه الاختلاف:

- زملة ريت تصيب البنات فقط، أما التوحد فيصيب الذكور والإناث.

- العجز الرئيسي في زملة "ريت" يتمثل في التخبط والترنح في المشي، وفقدان الاتزان الحركي للأطراف والحركات اليدوية النمطية عكس التوحد فلا تظهر فيه هذه الأعراض.

- حدوث ضمور في العضلات الفقرية مع العجز الحركي ويصيب الأطراف السفلية أكثر من العلوية يؤدي إلى فقدان القدرة على المشي عكس التوحد فلا تظهر عليه هذه الأعراض.

- حالات الإصابة بزملة "ريت" مرتبطة دائما بالتخلف العقلي، أما حالات التوحد هناك فئة من العاديين أو العباقرة.

الفرق في السلوكيات بين أطفال التوحد وأقرانهم العاديين:

الأطفال العاديين	الأطفال التوحديين
التواصل	
<ul style="list-style-type: none"> - يتفحصون وجه الأم. - يسهل إثارتهم بالأصوات. - تزداد حصيلتهم اللغوية، ويتسم بالتدرج استخدامهم لقواعد اللغة 	<ul style="list-style-type: none"> - تجنب التواصل البصري. - يبدون كما لو كان صما أو لا يسمعون. - تنمو لديهم اللغة في البداية، ثم يتوقفون عن الكلام بصورة مفاجئة.
العلاقات الاجتماعية	
<ul style="list-style-type: none"> - يكون عندما تغادر الأم الحجرة ويخافون من الغرباء. - يتضايقون انفعاليا عندما يجوعون أو يحبطون. - يدركون الوجوه المألوفة والابتسامة. 	<ul style="list-style-type: none"> - يتصرفون كما لو كانوا لا يدركون مجيء أو ذهاب الآخرين. - يعتدون بدنيا أو يؤذون الآخرين بدون استقزاز أو تحريض مسبق. - يتعذر التفاهم معهم إذ يبدون كما لو انهم يعيشون في قوقعة.
استكشاف البيئة	
<ul style="list-style-type: none"> - يتحركون أو ينتقلون بسلاسة من موضوع أو نشاط إلى آخر. - يستخدمون الجسد بوعي للوصول أو الحصول على الأشياء. - يستكشفون ويلعبون بالدمى. - ينشدون اللذة ويتجنبون الألم. 	<ul style="list-style-type: none"> - يظلون مركزين على نشاط أو موضوع واحد. - يمارسون أفعال غريبة مثل أرجحه الجسد أو رفرقة الأيدي بصورة متكررة وشاذة ولمدة طويلة. - يشمون أو يلعبون اللعاب. - لا يظهرون أي حساسية للحروق أو الكدمات (شدوذ أو قصور عتبة الإحساس بالألم) ويندمجون في سلوك أو تشويه

طرق التشخيص النفسي للطفل:

يلاحظ أن طرق التشخيص النفسي التي تستخدم في فهم وتفسير ما يعاني منه الطفل من اضطرابات مرضية إنما تختلف عن تلك التي تستخدم في دراسة سيكولوجية البالغين وفهم وتفسير ما يعانون منه من اضطرابات مرضية وذلك أن الطفل صعب الوصول إليه، ولذلك نعتمد على مصادر التشخيص التالية:

1- تاريخ الطفل:

يتم تقصي تاريخ الطفل بدءاً من وقت ميلاده مع الإشارة إلى التطورات الجسمية، والعقلية والانفعالية خلال تطوره، المعلومات عن اللعب ضرورية في هذا الصدد سواء أكان الطفل يسمح له باللعب مع الآخرين، أم انه يفضل اللعب بمفرده، وكذلك نوع اللعب التي يفضلها.

2- تاريخ العائلة:

يجب أن تجمع معلومات عن علاقات العائلة وتشمل:

أ. ترتيب الطفل في العائلة: هل هو وحيد أم الأكبر أم الأصغر، وقد وجد ان الأطفال الذين يأتون من بيوت محطمة يكونون أكثر عرضة للاضطرابات النفسية.

ب. ترتيبات النوم المعتادة: سواء أكان الطفل ينام وحده أم مع أشقائه أم مع والديه.

ج. معلومات عن الإباء: هل لهم علاقات جيدة ببعضهم البعض، طرق التربية، العقاب.

د. حالة العائلة الاقتصادية: وتأثيرها على الطفل، شخصيته وسلوكه... (مجدي احمد

محمد عبد الله، 2006 م، 23).

3- فحص الطفل:

أ- الطريقة اللفظية: وتعتمد على الكلام مع الطفل خاصة عندما يكون عمر الطفل فوق 6 سنوات، ونستخدم بسؤال الطفل عن أحلامه وخیالاته أو تصوراته اليومية.

ب- الطريقة الغير اللفظية: وتعتمد على مشاهدة أو ملاحظة الطفل أثناء اللعب، وان كان يوفر له لعبا تختلف في طبيعتها، ينتظر حدوث السلوك فيقوم بتسجيله وتسجيل الظروف التي يحدث فيها. (مجدي احمد محمد عبد الله، 2006 م، 24).

يلاحظ مما سبق اختلاف وسائل التشخيص النفسي بالنسبة للطفل عنها لدى الراشد، فعند الطفل يجب الإلمام بكل الجوانب واستعمال عدة وسائل لنلقي الضوء على المشكل أو الاضطراب.

تمهيد:

تطرقنا في هذا الفصل إلى المنهج المستخدم في الدراسة وادواته والحدود الزمانية والمكانية للدراسة، والتعرض بشكل مفصل إلى الحالات التي تطرقنا إليها ومنها الحالة التي قمنا بتتبعها في الدراسة الأساسية.

1) الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أساسية للقيام بأي بحث علمي لأنها المرحلة التحضيرية، جمع المعلومات.

تعتبر الدراسة الاستطلاعية دراسة مسحية استكشافية، إذ هي مرحلة هامة في البحث العلمي نظرا لارتباطها المباشر بالميدان مما يضيفي صفة الموضوعية على البحث، كما تهدف الدراسة الاستطلاعية اي استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها والتعرف عليها. (مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000، ص 38)

كانت الدراسة الاستطلاعية في "عيادة المجيد" عيادة للتكفل باضطرابات النطق والكلام أين قابلنا عينة الدراسة ولا يخفى انه من النظرة الأولى للعدد يوحى بان هذا الاضطراب يجتاح الطفولة وبراءتها.

وقمنا في هذه الحصة الاستطلاعية بتحديد الحالة التي سنقوم بتتبعها تبعا لشروط الفرضية، مع مراعاة عمر الحالة أن تكون في الطفولة المبكرة.

2) منهج ووسائل البحث:

• المنهج العيادي:

اعتمدنا على المنهج العيادي لتناول متغيرات البحث، وذلك وفقا للفرضية التي نسعى للتحقق منها، وهي: هل للتشخيص المبكر دور في التكفل بالطفل التوحدي؟

وتم اختيار المنهج العيادي لأنه يعتمد على دراسة الحالة وتفسير ظواهرها وخصوصا تحديد أعراضها وذلك لمحاولة تقديم تشخيص مبكر قد يساعدنا في التكفل والوقاية.

ويعرف "لاقاش" المنهج العيادي على انه تناول السيرة من منظورها الخاص ، و كذلك التعرف على بنيتها وتركيبها ، كما يكشف الصراعات التي تحركها ، ومحاولات الفرد لحلها (Chahraoui et Benony ,2003 ,16).

● المقابلة العيادية:

نظرا لعمر الحالة، وشروط التشخيص في أن يكون ملما وبما أن الأم هي الأدرى بحالة ابنتها، فقمنا بمقابلة خاصة بالأم لجمع أكبر قدر من المعلومات، إضافة إلى مقابلة المريية والحصص المخصصة للحالة.

فالمقابلة العيادية تعتبر الوسيلة الأساسية في الفحص والتشخيص، وهي علاقة مهنية بين المعالج والمريض في مناخ نفسي آمن تسوده الثقة المتبادلة والسرية التامة بين الطرفين بهدف تبادل المعلومات والخبرات والمشاعر والاتجاهات، وتكون العلاقة خالية من الشك والخوف والتهديد والأمر والنهي. (اجلال محمد سري، 1997 م).

● الملاحظة العيادية:

اعتمدنا في هذه الدراسة على الملاحظة العيادية، كون التشخيص الدقيق يعتمد على الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل وعلاقته بالآخرين والتعرف على قدراته وإمكانياته المجازية والحركية.

ولقد عرف كمال بكداش (1959م) الملاحظة العيادية أنها التي تسمح بملاحظة سلوك الفرد في ظل الوضعية الواقعية التي يتبناها الفحص وتتناول الملاحظة عدة جوانب منها ملاحظة (المظهر الجسماني، الملابس، أسلوب الكلام، الاستجابات الحركية والانفعالية) أي ملاحظة المفحوص: حديثه وخصائص سلوكه، والملاحظة تبين أن سلوكيات الفرد ذات معنى والتي تعبر عن أمور كامنة قد لا يمكن الحصول عليها عن طريق الكلام.

● دراسة الحالة:

وتعد هذه المرحلة الرئيسية في التعرف على مظاهر التوحد لدى الحالة، تزودنا بالمعلومات الجديدة عن نموها، خلال مرحلة الطفولة المبكرة وتطورها من الجانب الحركي، النفسي، المعرفي، والأمراض التي أصيبت بها الحالة وأنشطتها الحالية.

يرى محمود عبد الحليم منسي (2000،507) انه عندما يراد دراسة الحالة للطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة لتشخيصه ولوضع برنامج فردي له لابد من أن يدرس من خلال منهج شامل عن طريق المقابلات مع الطفل نفسه، ومقابلات مع الأسرة وكذلك التعرف على نتائج الفحص السيكولوجي، والتقارير المدرسية، والدراسة الاجتماعية بمعنى أن يساهم كل جانب في إعطاء صورة كلية عن خلفيته.

• الاختبارات:

تسمى كذلك بالروائز وهي مجموعة منظمة من المثيرات أعدت لتقيس بطريقة كمية أو كيفية بعض العمليات العقلية أو سمات معينة في الشخصية أو دراسة الشخصية ككل، بمختلف جوانبها الديناميكية. (عباس، 1996 م، 9).

وقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على أداة القياس (ECAN) لتقييم المؤشرات المبكرة للطفل التوحد، ولقد استخدمنا طريقة القياس القبلي والقياس البعدي والقياس التتبعي للحالة وذلك قبل وأثناء التكفل.

ترجمة المقياس:

قامت الباحثة بالترجمة الأولية للمقياس من اللغة الفرنسية إلى العربية وقد عرضت الترجمة على الأستاذة المؤطرة، "الصقع حسنية" وبدورها على قائمة من الاساتذة منهم الاستاذة "محرزي مليكة" وبعد إبداء ملاحظتهم على الترجمة قامت الباحثة بتعديل صياغة العبارات التي يجب تغييرها، وأعيدت صياغة العبارات مرة أخرى.

تعريف المقياس:

- مكان و زمان الدراسة:

✓ زمان الدراسة:

5 فيفري 2017 الى ماي 2017 (04 اشهر)

✓ مكان الدراسة:

عيادة المجيد المختصة في علاج النطق والكلام (Cabinet d'orthophonie et)
depsychologie, Mme DJEBRIT née MELLIKECHE.F والتي تقع في شارع
سيدي شحمي، تم افتتاحها بشهر أفريل سنة 2006 م، وتظم العيادة قاعة انتظار-مكتب
استقبال-3 غرف للعمل مع الأطفال-مكتب الأخصائية النفسانية والأرطفونية "مدير العيادة"،
ومطبخ به التجهيزات الضرورية، تحتوي العيادة على فريق علاجي نسائي مكون من
أخصائيات نفسائيات ومربيات وارطفونيات، يتشاركن التكفل بالأطفال التوحديين من السبت
إلى الخميس إضافة إلى منظمة وموظفة استقبال.

تسعى العيادة إلى الوصول بالطفل إلى درجة من الاستقلالية وتحسين القدرات اللغوية
والمعرفية والمهارات الاجتماعية.

عينة الدراسة:

طبقا للفرضية والإشكالية، حددنا عينة الدراسة وهي الطفل التوحدي ومن اجل ملاحظة
أهمية التشخيص المبكر اخترنا حالة من الطفولة المبكرة لمعرفة زملة الأعراض التي
اكتملت وتعد مشيرا للاضطراب ومساعدنا على التنبؤ به.

لاحظنا أثناء الدراسة الاستطلاعية "العيادة المجيد" المختصة في اضطرابات النطق
والكلام أن معظم الحالات تظهر عليها أعراض التوحد من رفرقة الأيدي وعدوانية،
الاهتزاز، الدوران حول الذات، لكن الأطفال الرضع (الطفولة المبكرة)، نجد صعوبة في
تحديد الأعراض.

لفت انتباهنا في الحصة الثانية للدراسة، طفل في عمر الثلاثة سنوات يقوم بالصراخ بلا
سبب فأردنا أن نقوم بمتابعة له، بعد أن أذنت لنا مديرة العيادة بذلك.

كان الطفل "أيوب" قوي البنية متوسط القامة، يبادر إلى الضحك، لا يوحى بالتوحد، لكن بعد التدقيق في تصرفاته تظهر لنا مؤشرات واعراض تجعلنا نتساءل، فنجده يرفض بشدة التواصل معنا ، ويقابل محاولتنا بعنف ، وكان يصدر بعض الاصوات تختلف في شدتها ولا يمكن فهم معناها، ويمضي معظم وقته في حركات نمطية مثل التصفيق و رفرقة الايدي.

طلبنا منه الجلوس ولم يفعل حاولنا إجلاسه في طاولة متخصصة بدا بالصراخ ولم يتوقف، لما افلته وتركته بدا بالضحك ثم بدا بأخذ اللعب الموجودة بالغرفة ويضربها في الجدران، ثم وقف على الكرسي بقدميه محاولا إسقاط نفسه، تدخلنا بطريقة صارمة مع القول لكلمة "لا"، في الأول لم يستجب لكن بعد ذلك بدا يهدأ، كان التواصل البصري ضعيفا، عندما كان مع امه كانت تشده من حنكه وتدور وجهه إليها عندما تكلمه، بالنسبة للنمو اللغوي كان ضعيف جدا بالمقارنة مع اقرانه.

بالنسبة لقدراته المعرفية كانت ضعيفة جدا وتحتاج الى محفز فالانتباه مثلا يكون بلعبة تضعها في نصب عينيه ولا يستغرق اكثر من ربع دقيقة و يعود الى التشتت، وعندما تناديه باسمه لا يلتفت اليك وكانت عيناه و راسه لا يتوقفان عن الحركة .

وضعنا اللعب امامه لملاحظة طريقة تركيبه او تصنيفه لها ولقد اخفق في ذلك ، وركبناها امامه ليعيد تركيبها لكنه لم ينجح في ذلك فقد كان لعبه غير هادف وعشوائي كل ما يقوم به هو رميها او ادخالها الى فمه .

اما ما يخص الجانب العاطفي فقد كان يتجنب الملامسة والمداعبة ولما كان مع امه كي تقنعه بتقبيلها تعطي له حلوة ، وعندما تعانقه كان يصرخ.

كانت المقابلة صعبة بالنسبة إلينا، لان التعامل مع عدوانية الطفل تحتاج إلى الصرامة، أما بالنسبة للأعراض، كانت خفية لا تظهر من الوهلة الأولى، فتلك الضحكات لم تكن للتفاعل، وذلك الصراخ لم يكن بسبب معين لهذا وجب التركيز في كل سلوك، فبعد التمعن في سلوكات الحالة وتصرفاته وجدنا انه يحتاج الى حصص اخرى لتشخيص حالته.

نظرا لان الحالة "أيوب" لا يحضر دائما، وغالبا ما يتغيب عن حصص التكفل، اخترنا "ياسمين".

و هي طفلة في سنتها الثالثة،متوسطة القامة والوزن ،نظيفة الملبس ،من اسرة ميسورة الحال ،ابوين متعلمين وعاملين ،تعتبر الحالة الابنة الوحيدة لهما .

لاحظت الام علامات لعدم تواصل ابنتها معها اثناء الرضاعة وعدم تجاوبها لاسمها عند مناداتها ،وعندما مشت كانت تمشي على اطراف الاصابع ،وكلما كبرت تظهر عليها علامات اخرى مثل الصراخ والبكاء بلا سبب وهنا قررت الام ان تحضرها الى العيادة بعد ان استنزفت باقي التشخيصات ،وسنتطرق الى هذه الحالة بالتفصيل في الدراسة الاساسية .

التقرير السيكولوجي للحالة:

الطفلة "ياسمين" من جنس أنثى، تبلغ من العمر ثلاث سنوات، متوسطة القامة والوزن، نظيفة الملابس، هادئة.

تعتبر الحالة الابنة الوحيدة لوالديها، الأم عاملة كمعلمة في المتوسطة والأب تاجر، مراحل الحمل والرغبة بها كانت عادية وطبيعية وكذلك ولادتها.

أما فيما يخص مراحل النمو فقد لاحظت الأم أنها في أوقات الرضاعة لا تتحرك ولا تتجاوب معها، وكانت لا تنظر إليها، وبعد ذلك أصبحت لا تتجاوب مع اسمها عند مناداتها، وبدا يظهر عليها الإفراط في الحركة، أما فيما يخص المشي فقد مشت بسرعة حتى أنها لم تحبو، لكنها كانت تمشي على أطراف أصابعها وكانت تصرخ بدون سبب معين.

تميزت الأوضاع العلائقية للوالدين بالتوتر والشجار دون سبب معين، فكان بحكم عمله يغيب كثيرا عن المنزل أما حضوره فتميز بشجاره مع أم الحالة وبالنسبة للام بعد إكمالها ثلاثة أشهر الأمومة اضطرت للعودة إلى العمل.

وهنا كانت تترك الحالة مع المربية، وبالتالي لم يكن هناك إشباع كافي للجانب العاطفي للطفل وخاصة أن الشجارات تطورت إلى طلب الطلاق والحالة في عمر (18) شهرا.

لوحظ على الحالة اضطرابات منذ الستة أشهر من ولادتها، لكن الظروف العائلية والشجارات الدائمة وعدم تأكد الأم من هذه الاضطرابات وظنها أنها ستزول آخرها قليلا إلى عامين من سن الحالة وحينها بدأت تبحث عن تشخيص.

التحقت الحالة بعيادة المجيد في شهر سبتمبر 2017 م وهي تعاني من بعض أعراض التوحد، اضطرابات في السلوك، كالاكتزاز ورفرفة الأيدي، اضطرابات التواصل اللفظي والغير اللفظي كعدم الاستجابة عند مناداتها أو مناغاتها أو التحدث إليها، مع الدوران حول نفسها.

بعد تشخيص الحالة عين لها برنامج تكفلي مكثف، أربعة حصص في الأسبوع لمدة 45

د.

• الحصة الأولى:

كانت الحصة الأولى خاصة بالملاحظة المباشرة للحالة "ياسمين" وذلك لاستخراج المؤشرات المبكرة للتوحد.

تمت خلال المقابلة مراقبة الطفلة لحظة انفصالها عم أمها لحظة دخولها إلى القاعة العلاجية، ونجدها تبدي رفضا ومقاومة وتشد في يد أمها، وبعد أن أجلسنا الحالة في طاولة مخصصة، وحصلنا على انتباهها أخذنا نشير إلى أشياء وألعاب موجودة في الغرفة لكنها كانت لا تتبع الاتجاه، وكانت ترفع أعينها في السقف أو تدير راسها في اتجاه آخر متفادية بذلك التواصل البصري، حاولنا حضان الحالة ومداعبتها وملاستها لكنها كانت تنزعج من ذلك، جربنا معها ترديد بعض الكلمات مثل ماما، أو بابا، لم تقدر على ذلك، فقد كانت تتمتع بأصوات غير مفهومة، كانت الحالة من حين لآخر تتشابك أصابعها أو تصفق بيديها فطغت هذه الحركات على سلوكها لتصبح نمطية.

نادينا باسمها مرارا وتكرارا ولم تلتفت إلينا، عند إنهاء الحصة أشرنا باليد لتوديعها ولم تقلد الإشارة.

ركزنا في هذه المقابلة على استخراج المؤشرات التوحيدية التي تظهر على الحالة رغم أنها تبدو عادية في الوهلة الأولى بالنسبة لعمرها وبالنسبة لشخص غريب عليها، لكن تبقى هذه المؤشرات تقاس بالشدة والتكرار والمدة التي بدأت بالظهور، لهذا وجب مقابلة الأم.

• الحصة الثانية: مقابلة الأم

بعد الملاحظة العيادية للحالة، ارتئينا مقابلة الأولياء، بحكم العمل، والوضعية الاجتماعية (مطلقين)، جاءت الأم لوحدها.

كانت المقابلة نصف موجهة، استفسرنا فيها عن شهور الحمل، فقالت إنها كانت صعبة من الناحية الجسدية فقد عانت كثيرا، لكني كنت مرتاحة من الناحية النفسية، وحملت برغبة مني ومن زوجي بعد ثمانية أشهر من الزواج وكان عمري حينها 25 سنة، لكن ما أتعبني هو الذهاب إلى العمل كل صباح.

فسألنا الأم عن الولادة وصعوباتها، فأجابت إنها كانت ولادة طبيعية، وفرحنا كثيرا بمجيئها، لكني تعرضت بعدها إلى حالة نفسية صعبة فالزوج كان غائبا عني وترك مسؤولية الابنة كلها علي، فهو يغيب طوال الوقت عن البيت ويتحجج بالعمل، وعندما يدخل واشتكي إليه لا يتفهمني، فهو متوتر وقلق وعصبي جدا، ويبدأ بالشجار ويخرج من البيت.

سكنت الأم قليلا ثم واصلت الحديث، إنني أظن أن السبب وراء مرض "ياسمين" هو إنني كنت ارضعها والدموع تغمرني، وهنا بدا حليبي يقل واضطرت إلى الرضاعة الاصطناعية.

سالنا الأم متى بدأت تنتبهي إلى أن الحالة ليست طبيعية، قالت من الأشهر الأولى، عندما وصلت ستة أشهر وكانت كل ما تقوم به هو الرضاعة ولا تتفاعل معي أبدا، وإضافة إلى ذلك كانت تعاني من نزلات البرد المتكررة أو الإسهال، فكنت أخذها إلى طبيب أطفال كل شهر، حتى انه طلب مني إن عاودها المرض (نزلات البرد، أو الإسهال) أن أعطيها من هذا الدواء (وأشار إلي بالدواء اللازم).

بعد أن أكملت العام ظهر عليها إفراط في الحركة، وخاصة انه في هذه الفترة كنا نفكر في الطلاق أنا وأبوها، وبدانا بالإجراءات لأنه انعدمت الثقة بيننا وأصبح يدخل للبيت وقت ما يشاء، بعدما أكملت "ياسمين" 18 شهرا تطلقنا، وهنا تفرغت لها وبدأت استفسر مع صديقات عن هذه السلوكيات وأسباب التأخر في النمو الحسي الحركي، ولما مشت كانت تمشي على أطراف الأصابع وتدور حول نفسها هنا قررت أن استشير أخصائيين.

● الحصة الثالثة: تطبيق الاختبار الأول.

بعد الملاحظة التشخيصية التشابكية ومقابلة الأم لجمع المعلومات التي تساعد في تشخيص الحالة، اخترنا تطبيق مقياس (ECAN) لتقييم المؤشرات المبكرة للتوحد عند الرضع، وذلك لأنه المناسب لعمر الحالة، ولأنه من اهم الوسائل التشخيصية للتوحد.

أحضرنا الحالة إلى غرفة خاصة وحاولنا أن نجلسها على كرسي خاص، لكنها رفضت ذلك وبدأت تدور حول نفسها، واعدنا المحاولة فجلست وكانت تضرب يديها فوق الطاولة حيناً وترفرف بهما حيناً آخر، قمنا بتربيع يديها لكنها لم تتحمل ذلك وبذات بالصراخ.

نادينا الحالة باسمها لم تلتفت إلينا ولم تنتبه إلى الصوت، حاولنا أن نكلمها كان نقول (ماما، بابا) لكن بدون جدوى فكل ما تقوله هو أصوات غير مفهومة.

أعطينا لها لعبة الحلقات وهي مفككة وطلبنا منها جمعها فرمتها وأخذت واحدة وأدخلتها إلى فمها.

حاولنا حضنها أو ملامستها ومداعبتها كانت ترفض ذلك بشدة، وتقوم بالصراخ وتحاول النهوض من مكانها.

كانت الحالة معظم الوقت تتجنب التواصل البصري فكانت تنظر في السقف ولا تتواصل معنا.

قمنا في هذه الحصة بتأكيد السلوكات الموجودة على الحال، وترقيمها في المقياس المدرج هنا.

تفسير الاختبار الأول:

من النظرة الأولى للاختبار نجد ان معظم المؤشرات المبكرة موجودة عند الحالة،
فمنها:

- 19 عرضا موجودو دائما.

- 07 أعراض تظهر غالبا.

- 03 أعراض تظهر أحيانا.

- عرضين موجودين نوعا ما.

- عرضين لا يظهران على الحالة ابدأ.

وبالنسبة إلى هذه القائمة أن تواجد 19 عرضا يؤكد تشخيص التوحد، وخاصة البنود (1،2،3،4،5،6،7،8،9،10،13،14،18،21،22،31،32،33)، ومن نتائج الاختبارات وبالعودة إلى الملاحظات العيادية والمعلومات التي حصلنا عليها من المقابلات، نجد أن الحالة تعاني من اضطرابات في السلوك التي تعتبر أعراضا للتوحد.

- ملخص لحصص التكفل في الشهر الأول:

بعد تشخيص الحالة "ياسمين" باضطرابات في السلوكيات وتواجد أعراض التوحد لديها، عرضت الحالة على فريق متخصص في التكفل في العيادة.

ورغبة منا في تتبع الحالة استفسرنا على طرق التكفل التي يتبع اتباعها، فكانت مزيج من "Teach" و"ABA" وذلك لتحسين القدرات المعرفية واللغوية والمهارات الاجتماعية.

كان العمل في الحصص الأولى حول الثبات، لان ذلك يسمح بالتعلم، وكانت الحالة تعاني من الاهتزاز وفرط الحركة، فالعمل على تعليمها الثبات، وتعليمها الجلوس في طاولة مخصصة ووضع الأشياء المحببة لديها كالحلويات كوسيلة لإقناعها وإجلاسها على الطاولة، ثم يتم إحضار اللعب إليها وهي هادفة لتعليم التركيب والتجزئة، وكذلك العمل على التثبيت السمعي والبصري، وذلك من خلال تعليم الحالة اسمها وتحقيق التواصل البصري بينها وبين من يناديها، وذلك باستعمال فقاقيع الماء وتقوم بتتبعها.

في الحصص الأولى لن ينتبه لذلك لكن شيئا فشيئا سيتعلم التواصل البصري وينتبه إلى وجه الشخص الذي يناديه ويتبعه، يكون في البداية التواصل والاستجابة للنداء مرتبطا بالفقاقيع لكن بالتكرار ستستجيب الحالة إلى النداء بدون أية وسائط.

تعلمت الحالة الثبات، وبدأت السلوكيات الغير مرغوبة تنقص مثل الدوران حول نفسها والاهتزاز وذلك بالتكرار، وبدأت تقلل من الحركة وتنتبه عند مناداتها، وهنا يتم تكوين علاقة وطيدة بين الطفل والمعالجة.

- الحصة الرابعة: تطبيق الاختبار الثاني.

بعد مرور مدة شهر أي ما يعادل (16) حصة عن التكفل بالحالة أردنا القيام بتقييم للمؤشرات المبكرة للتوحد لـ (ECAN).

بعد دخول الحالة إلى القاعة، وطلبنا منها الجلوس، فجلست بشكل عادي وساعدناها في ذلك، ولم تصرخ أو ترفض، ناديناها باسمها والتفتت إلينا وابتسمت، تحدثنا إليها قليلا فكانت تنتظر إليها ولكن بين الحين والآخر كانت تنظر إلى السقف، لما نقوم بإشارات مثل لا، الوداع باليد لا تقلدها، لكنها كانت تستجيب لما يطلب منها كأن تعطينا اللعبة التي في يدها، ولما لامسناها وحضناها لم تمنع ذلك نوعا ما، ووضعنا لعبة الحلقات أمامها وطلبنا منها تركيبها فقامت بذلك وبشكل صحيح.

تفسير وتحليل الاختبار الثاني:

من خلال مقياس (ECAN)، يظهر لنا أن مؤشرات التوحد التي كانت تظهر عند الحالة بصفة دائمة تراجعت إلى أحيانا، أي تظهر بين الحين والآخر.

وهناك 11 سلوكا، اختفت تماما (لا تظهر أبدا عند الحالة)، وهذا يعود إلى التكفل المبكر وفعاليته، فقد أدى إلى انطفاء السلوك واختفائه ومن بينها: فرط النشاط الحركي، الاعتداء على الذات، البكاء والضحك الغير مبرر، صعوبة الانتباه والتركيز... الخ.

ملخص حصص التكفل للشهر الثاني والثالث:

طبقت المعالجة نوعان من خطط التدخل العلاجي، الأولى كان على أساس العمل على زيادة معدل حدوث السلوك الجيد والمرغوب فيه أو تأسيس سلوك جيد غير موجود لدى الطفل، مثلا العمل على الجانب المعرفي والاستجابة للأوامر والعمل على تطبيقها، مثلا الإشارة إلى شيء باسمه والطلب منها اخذ ه أو العكس، مثال، هذه حلوى، خديها، في الأول الحالة لا تستجيب، لكن بالتكرار ستأخذها ثم يطلب منها أن تعيدها.

والعمل أيضا على الجانب اللغوي وذلك بقول الأصوات بشكل واضح للحالة والطلب منها تكرارها، ويكون عن طريق التعزيز.

الخطوة الثانية، على أساس التقليل من السلوكيات الغير مرغوبة، وكان العمل على تقليل الصراخ ونوبات الغضب عند الحالة، مثلا، في الصراخ كانت المعالجة تتجاهل ذلك في الأول لكيلا يستمر فيه بعد انتباهها لها، ثم عادة ما تقوم بالدعم الجسدي، كحضانها أو الضرب برفق على كتفيها ثم إظهار حلوى في مجال نظرها كوعدها عند إكمال النشاط.

تطبيق الاختبار الثالث:

بعد التكفل بالحالة لمدة أكثر من 04 أشهر، أردنا معرفة أثر التكفل المبكر للحالة، فطبقتنا عليها مقياس (ECAN).

تفسير وتحليل الاختبار الأخير:

يظهر على القائمة أن معظم السلوكيات اختفت وتم التخلص منها، وبقيت 06 سلوكيات تظهر نوعا ما وهي سلوكيات تظهر حتى عند الأطفال العاديين بين الحين والآخر، أما المؤشرات القوية للتوحد فقد اختفت وتم علاجها وهذا يعود إلى فعالية العلاج المتبع الذي كان مزيجا من (Teach,ABA).

حصة تقييمية:

بعد نهاية الشهر الثاني والثالث أردنا إجراء تقييم للحالة وتطبيق مقياس (ECAN). من الملاحظة الأولى للحالة يظهر عليها التأقلم والتكيف، وأصبحت مثل أقرانها تقريبا، هذا لا

يعني أن أعراض التوحد اختفت، لكن هذا دليل على أن التكفل المبكر بدأ يأتي بنتائجه، وهذا ما سيظهر من خلال المقياس التالي:

نتائج الحصص التشخيصية			
الاختبار	التكفل	الحصص ومدتها	النتائج
الاختبار الأول: مقياس ECAN	قبل التكفل	/	<ul style="list-style-type: none"> ✓ سلوكيات نمطية، الدوران حول النفس. ✓ الصراخ. ✓ الاهتزاز. ✓ المشي على أطراف الأصابع. ✓ غياب التواصل السمعي والبصري. ✓ غياب التفاعل.
الاختبار الثاني: مقياس ECAN	<ul style="list-style-type: none"> ✓ العمل على الثبات. ✓ العمل على التواصل السمعي والبصري. 	<ul style="list-style-type: none"> لمدة شهر بمعدل 12 حصة، لمدة 45 د لكل حصة. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ غياب السلوكيات النمطية مثل الدوران حول النفس. ✓ غياب الاهتزاز. ✓ تحقيق التواصل البصري. ✓ الاستجابة عند المناداة.
الاختبار الثالث:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ العمل على التخلص من السلوكيات الغير مرغوبة. ✓ العمل على زيادة معدل حدوث السلوكيات المرغوبة. 	<ul style="list-style-type: none"> لمدة شهرين بمعدل 24 حصة، لمدة 45 د لكل حصة. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ التفاعل مع الآخرين بشكل نوعا ما جيد. ✓ تواجد التواصل البصري. ✓ التقليد. ✓ انعدام الحركات النمطية. ✓ الاهتمام بالتواصل الجسدي. ✓ والتركيز. الانتباه. ✓ التمييز للاصوات

التعليق عن النتائج:

نلاحظ من خلال الجدول أن هناك فرق في نتائج تقييم المؤشرات العيادية المبكرة عند التوحديين بين اختبار وآخر، ويظهر هذا الاختلاف بعد حصص التكفل المبكر وكثافتها، التي كانت تعمل على التخلص من السلوكات الشاذة واستبدالها بسلوكات سوية وهادفة.

ويرجع هذا إلى التشخيص المبكر للحالة، وذلك قبل تفاقم السلوكات وتثبيتها في شخصية الحالة وتعودها عليها والى حسن اختيار طرق التكفل بها.

التقييم الآني للحالة:

الطفلة "ياسمين" مقبلة على الثلاث سنوات، متوسطة الوزن والقامة، نظيفة الملبس، هادئة، تحسنت أثناء التكفل، تخلصت من عدة أعراض للتوحد، أصبح لديها ابتسامة تعبر بها عن حالتها العاطفية، لا تهرب بنظرها وإنما تتواصل بصريا، تفهم بالإشارة مثلا للرفض والوداع وترد عليها، لديها حركات متناسقة، عند تفكيك اللعبة تعود تركيبها ولا تعاني من اضطرابات النوم.

تم إحضار الحالة وهي في حالة عدم الاستجابة لاسمها عند مناداتها، وإفراط في الحركة، تدور حول نفسها، تمشي على أطراف الأصابع، الاهتزاز (الذهاب إلى الأمام ثم إلى الوراء)، الصراخ بلا سبب.

بفضل التشخيص المبكر للحالة وبطبيعة الحال التدخل المبكر والمكثف تم استدراك نقائصها خاصة فيما يخص التواصل البصري والتفاعل مع الآخر، فأصبحت ترد على اسمها وتلتفت إلى الشخص الذي يناديها، هادئة، تمشي بشكل عادي، وقل صراخها، وتوقفت عن الاهتزاز، ولعبها أصبح هادفا، وتعرف كيف تجمع أجزاء اللعب.

والآن بدأ العمل على إدخالها في روضة "ليوكانر" التابعة للعيادة، والعمل معها ضمن الجماعة، مع تخصيص حصص تكفليه انفرادية لها، فهي لا تزال بحاجة إلى الدعم والسند والتعليم لتتخطى التوحد.

نص الفرضية:

للتشخيص المبكر دور فعال في التكفل بالتوحد.

مناقشة الفرضيات:

الطفلة "ياسمين" التي تبلغ من العمر ثلاث سنوات ،الابنة الوحيدة لوالديها ،انتبهت امها اثناء الرضاعة الى غياب التواصل البصري وعدم تحركها وتجاوبها معها ،وفي عمر السنة لا تلتفت لاسمها عند مناداتها ،وظهر عليها الافراط في الحركة والبكاء والصراخ بلا سبب ، اما فيما يخص المشي فكانت تمشي على اطراف اصابع اقدامها.

هذا ما دفع بالام الى البحث عن اجابة لاسئلتها ،فاحضرتها الى عيادة "المجيد" وبعد التشخيص المبكر للحالة والتكفل المبكر بها ظهرت تغييرات عليها .

إن كون الحالة "ياسمين" تتواصل بصريا حاليا، ولديها قدرات على التكيف بين الجماعة وتتقبل أشخاصا غرباء وتشارك اللعب مع أقرانها والأخرين وبدأت لفظ كلمات، وتتجاوب مع المداعبة والملامسة، كل هذا يوحي بفاعلية التكفل المبكر الذي لا يمكن أن يكون لولا التشخيص المبكر، وهذا ما أظهرته الاختبارات التي قمنا بها لتتبع الحالة.

وبالتالي فان التشخيص المبكر له دور فعال في التكفل بالطفل التوحد، فقد حققت الحالة تطورات ملحوظة في مختلف المجالات التواصلية، الاجتماعية والمعرفية.

ويلخص الجدول التالي اهم التطورات التي طرأت على الحالة أثناء التكفل.

المجال	قبل التكفل	في سير التكفل
التواصل اللفظي	- غياب الإيماءات التعبيرية. - غياب الابتسامة.	- ظهور الإيماءات التعبيرية. - تقليد بعض الإيماءات أو

والغير اللفظي.	- غياب التقليد. - أصوات غير مفهومة.	الإشارات. - وجود بعض الكلمات: ماما، لا.
التكيف مع البيئة	- انخفاض في النشاط الحركي. - الاستخدام الغير ملائم للأشياء. - لا تحب التغييرات.	- نشاط حركي. - استخدام اللعب بشكل ملائم نوعا ما. - تتقبل التغييرات.
التواصل والتفاعل الاجتماعي	- تفضل أن تكون وحدها. - تتجاهل الآخرين. - غياب التواصل البصري.	- لا تمنع أن تكون مع الآخرين. - تتفاعل مع الآخر إلى حد ما. وجود التواصل البصري.
المهارات الحركية.	- لا تحب اللمس والمداعبة. - حركة نمطية مثل التصفيق.	- تتقبل اللمس والمداعبة. - غياب الحركات النمطية.
ردود الأفعال الانفعالية.	- غياب العدوانية. - البكاء الغير المبرر.	- غياب العدوانية. - اختفاء حالات البكاء دون سبب.
الانتباه والتركيز.	- اللامبالاة، عدم الانتباه إلى الأصوات. - لا يفرق بين الناس.	- الانتباه أحيانا إلى بعض الأصوات. - التفريق نوعا ما بين الناس.

الاستنتاج:

انطلاقا من النتائج المتوصل إليها يمكن القول إن للتشخيص المبكر دور فعال في التكفل بالطفل التوحدي، وذلك يظهر لنا من خلال النتائج التي توصلنا إليها حيث نلاحظ تراجع في المؤشرات المبكرة للتوحد، واصبحت الحالة قادرة على التفاعل مع الآخر والتواصل معه

،وظهرت عليها ايماءات تعبيرية وتتقبل اللمس والمداعبة وبين اختبار واخر يظهر على الحالة تحسنا وهذا يؤكد لنا صحة الفرضية التي تقول إن للتشخيص المبكر دور فعال في التكفل بالطفل التوحدي.

التوصيات والاقتراحات:

- 1- الأخذ بعين الاعتبار الأعراض الأولى للطفل والأخذ به إلى المختصين في المجال.
- 2- تنمية وتطوير الوعي على مستوى الأسرة ويتم ذلك من خلال حضور الاجتماعات والندوات ومشاهدة البرامج الموجهة عن طريق وسائل الإعلام.
- 3- إجبارية ومجانية الفحص النفسي دوريا (كل ستة أشهر) أو عند كل تلقيح لمراقبة ظهور الأعراض أو نكوص في النمو لدى الطفل.
- 4- إدراج ورقة خاصة للتشخيص المبكر لأعراض التوحد للدفتر الصحي مثله مثل سلم النمو الجسدي (الوزن، الطول).
- 5- إقامة دورات توعوية للتعريف بالتوحد وأعراضه للأولياء وخاصة للأمهات.
- 6- توفير السند النفسي للام لمساعدتها على تقبل اضطراب وليدها وإدخالها لتكون عضوا في البرنامج العلاجي.
- 7- نشر الوعي بين طبقات المجتمع بأسباب التحكم فيها، مثل الاتصال، التربوية، علاقة أم طفل/ الولادة، الأمراض.
- 8- التوعية بالمراحل الأولى للنمو الحسي الحركي للطفل والتنبيه عند أي تأخر أو نكوص في النمو.
- 9- إقامة برامج وقائية للأمومة والطفولة مع الحرص على ممارسة هذه البرامج.
- 10- التوعية والتحسيس بأهمية التشخيص المبكر.

الخاتمة:

إن التوحد عالم بحد ذاته له أعراضه وأسبابه وخصائصه، ويقتضي علاجه برمجة لكل المراحل التي يمر بها الطفل، وذلك لتحقيق استقلاليته، وتطوير مهاراته الاجتماعية والتواصلية.

ويعتبر التشخيص المبكر قوة هائلة يمكن ان يحدد المؤشرات المبكرة للتوحد ويفسح مساحة مشرقة في هذا العالم ويملاه دفنا وتفاعلا مع الذات والمجتمع، والأخذ بيده إلى طريق التكفل المبكر للتخلص من التوحد والخروج للحياة من جديد.

فكلما كان التشخيص في المراحل الأولى من الطفولة المبكرة للطفل التوحدي كان التكفل به فعالا، لان السلوكيات تكون مرنة، وفي طور التعلم فيمكن تعليمه حسب الرغبة والتخلص من السلوكيات الغير مرغوبة، ولان الطفل يكون في قمة استعداداه وقابليته للنمو والتغيير وهذا يسمح لنا التكفل بالطفل و باضطراباته.

وهنا يمكن القول بان التشخيص المبكر له دور فعال في التكفل بالطفل التوحدي، لكن في نفس الوقت يفتح المجال لعدة دراسات و اشكاليات اخرى فمثلا هل هذه البرامج العلاجية توفر التكيف او العلاج للطفل التوحدي ؟ فهل هي تعمل على التكيف والتاقلم مع المجتمع ام انها تسعى الى علاجه النهائي واستقلاليته الكاملة؟ وهل التوحد ازمة الطفولة يمكن حلها؟.....

هذه الاسئلة وغيرها تفتح لنا افاقا جديد في عالم الطفولة والتوحد للبحث عن اسراره ومكوناته وامكانية علاجه.

❖ المراجع العربية:

1. إبراهيم، مروان عبد المجيد، (2000)، أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل. عمان-الأردن: مؤسسة الوراق.
2. أبو زيد، حسام، (2011)، التوحد: لغز نبحت عن أجابته، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
3. أبو مغلي، سمير. سلامة، عبد الحافظ، (2010)، القياس والشخصية في التربية الخاصة، عمان-الأردن: دار البازوزي.
4. إسماعيل، حازم رضوان، (2011)، التوحد واضطرابات التواصل (ط1)، عمان: دار مجد لاوي للنشر والتوزيع.
5. الإمام، محمد صالح، عبد الجوالد، فؤاد، (2010)، التوحد ونظرية العقل (ط1)، عمان: دار الثقافة.
6. الحجازي، مدحت عبد الرزاق، (2012)، معجم مصطلحات علم النفس (ط1)، بيروت: دار الكتب العلمية.
7. الخطيب جمال، منى الحديدي، (2007)، التدخل المبكر-التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، عمان دار الفكر للنشر والتوزيع.
8. خطاب، محمد احمد، (2009)، سيكولوجية الطفل التوحد (ط1)، عمان: دار الثقافة.
9. خير الزراد، فيصل محمد، سعد، مراد علي عيسى، (2014)، تعديل السلوك المبادئ والإجراءات (ط1)، عمان: دار الفكر.
10. الزراع، نايف بن عابد، (2010)، المدخل إلى اضطراب التوحد، المفاهيم الأساسية وطرق التدخل (ط1)، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
11. الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج، (2010)، التوحد، السلوك، التشخيص والعلاج (ط1)، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

12. سرى، أحلام محمد، (1997)، علم النفس العلاجي (ط1)، القاهرة: عالم الكتب.
13. سيد سليمان، عبد الرحمان، (2011)، سيكولوجية ذوي الحاجيات الخاصة (اساليب التعرف والتشخيص)، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
14. شاكر، سوس، (2010)، التوحد، عمان-الأردن: دار البازوزي.
15. عابد، رائد خليل، (2010)، التوحد (ط1)، عمان: مكتبة المجتمع العربي.
16. عامر، طارق، (2008)، الطفل التوحد، عمان: دار البازوزي العلمية للنشر والتوزيع.
17. عباس، فيصل، (1994)، أضواء على المعالجة النفسية (ط1)، بيروت: دار الفكر.
18. عليوات، محمد عدنان، (2007)، الأطفال التوحديون، الأردن: دار البازوزي للنشر والتوزيع.
19. القمش، مصطفى النوري، (2015)، اضطراب التوحد (ط2)، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
20. محمد عبد الله، مجدي احمد، (2010)، علم النفس المرضي-دراسة في الشخصية بين السواء والشواذ، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
21. المشرفي، انشراح، (2009)، الاكتشاف المبكر، الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
22. مصطفى، أسامة فاروق، الشرييني كامل، التوحد (ط1)، عمان: دار المسيرة.
23. منسى، محمود عبد الحليم، كامل احمد سهير، (2002)، أسس البحث العلمي في المجالات النفسية والاجتماعية والتربوية، مركز الإسكندرية للكتاب.

❖ المراجع الفرنسية:

1. Boulebras, Nadia, (2010), **Petit guide sur l'autisme**, 'révisée par Rachida Merad' Boudia', Alger : office des publications universitaires.
2. Marie-Mominique, Amy, (2009), **Comment aider l'enfant autiste approche psychothérapeutique et éducative (2 ed)**, Paris : Dunod.
3. Pascal Le noir - Joelle Malvey – Chrystèle Bodier, (2003), **L'autisme et les troubles du développement psychologique**, Paris.
4. Schopler E ,Lansing M,& waters L.(1993).**Activités D'enseignement pour Enfant Autistes**.(traduit par Marie D,&Georges van H).paris :édition Masson.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع بالعربية (الكتب):

- *1 إبراهيم سليمان المصري، الإرشاد النفسي أسسه وتطبيقاته. عالم الكتب الحديث ، الأردن، الطبعة الأولى 2010.
- *2 بشير معمريه، بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، منشورات الحبر، جامعة باتنة -الجزائر-، 2007
- *3 حسن سليمان قورة، دراسات تحليلية ومواقف تطبيقية في تعليم اللغة العربية والدين الإسلامي ، دار المعارف القاهرة، د.ط 1980
- *4 خلف الله سلمان، تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية دار وائل للطباعة والنشر، عمان الطبعة الأولى ، 2004
- *5 صالح حسن أحمد الداھري ، علم النفس الإرشادي، نظرياته و أساليبه الحديثة ، دار وائل للنشر، الأردن، الطبعة الأولى ، 2005
- *6 فتحي مصطفى الزيات، صعوبات التعلم ، الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية دار النشر، الجامعات، القاهرة د.ط ، 1998
- *7 قحطان أحمد الظاهر ، تعديل السلوك، دار وائل، الأردن، الطبعة الثانية، 2004
- *8 محمد النوبي، محمد علي، مقياس اضطرابات اللغة اللفظية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم ، دار صفاء، عمان ، الطبعة الأولى، 2010
- *9 منذر الضامن، الإرشاد النفسي أسسه الفنية و النظرية، مكتبة الفلاح، الكويت للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2003
- *10 مراد علي عيسى ووليد السيد خليفة، كيف يتعلم المخ ذو صعوبات القراءة والعسر القرائي ، دار الوفاء، الإسكندرية، الطبعة الأولى، 2007
- *11 محمد علي كامل، سيكولوجية الفئات الخاصة، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الأولى، مصر 1996
- *12 يحي محمد نبهان، الفروق الفردية وصعوبة التعلم، دار اليازوري عمان، د. ط 2008
- *13 هجرس مهدي صالح، تصميم البرامج الإرشادية، دار دمشق للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، 2006
- *14 محمود عوض الله سالم، أحمد حسن عاشور، مهدي أحمد الشحات، صعوبات التعلم، التشخيص و العلاج، دار الفكر، عمان، الطبعة الثالثة، 2008.

- 15* يحي خولة أحمد، الاضطرابات السلوكية و الانفعالية، دار الفكر، عمان، د.ط ، 2000.
- 16* مراد علي عيسى سعد، الضعف في القراءة وأساليب التعلم، دار الوفاء، الإسكندرية، الطبعة الأولى 2006.

-53-

- 17 * عبد الحفيظ مقدم، الإحصاء والقياس النفسي التربوي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، الطبعة الثانية 1993.

ثانيا: شهادة الليسانس:

- 1* بوخبزة فاطمة، الصعوبات اللغوية، أسباب وطرق العلاج للطور الابتدائي مذكرة الليسانس، وهران 2005-2006- ص 34

ثالثا: رسالة الماجستير:

- 1* نعيمة مزرارة، أثر صعوبة تعلم القراءة، على تقدير الذات عند تلاميذ التعليم الابتدائي رسالة الماجستير، الجزائر، 2008-2009.

رابعا: المجالات و الموسوعات:

- 01* زيد بن محمد البتان، إستخدام أساليب التفاوت بين القدرات العقلية والتحصيل الأكاديمي في تعرف صعوبات التعلم لدى الأطفال، المجلة التربوية، مجلس النشر العلمي جامعة الكويت، العدد 58، 2001، ص 179-180
- 02* سيسالم كمال سالم، موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي، دار الكتاب الجامعي، العين، الطبعة الأولى، 2002، ص 53.

