



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة السانبا وهران  
كلية العلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس

ماستر 02 علاجات نفسية

## دور التوجيه العلائقي كعلاج وقائي في تخفيف اضطراب التوحد

تحت إشراف الأستاذة:

سبع فاطمة الزهراء

من إعداد:

بن بوشعيب سارة

أعضاء لجنة التحكيم

الأستاذة محرزى مليكة

الأستاذة كبداني خديجة

2016/2015

# الاهداء

. اهدي مجهود هذا العمل الى كل اطفال العالم المتوحدين و خصوصا أطفال  
الجزائر; متمنين في هذا بادرة خير.. في تحسين ظروف التكفل بهذه الشريحة .

الى الوالدة الغالية

و التي افسحت لي دائما الواجهة في اتمام دراستي و لم تعق لي ابدا الطريق في  
سبيل العلم .. بل بالعكس كانت هي من يشجعني على ذلك وتشجعني و تنصحي  
باستمرار .. و لولا سعة صبرها معي ما كنت لأحقق امنيتي بإتمام شهادة الماستار  
لما بعد التدرج .

و إلى الوالد العزيز:

و الذي نعترف له بكل تضحياته و مجهداته في ذات السياق .. والدي وقف دوما  
بجانبنا محفزا ايانا على مواصلة الدراسة .

إلى كل إخوتي عبد الرحمن و سناء و محمد .. اتقاسم معكم عملي هذا عربون محبة  
و اخوة دائمين .

الى كل دفعة التخرج ماستار علاجات نفسية .. و كل الصديقات اللاتي وقفنا  
بجانبي وساعدوني اخص بالذكر العزيزة هاجر بو عيشة و الاهتمام البالغ من  
طرف الأخت الكبرى بن صاق أسمهان و حبيبتي العسري سمية .

## الشكر

- . نتقدم بالشكر و قبل كل شيء إلى الأستاذة المشرفة و المحاضرة بكلية العلوم الاجتماعية و علم النفس السيدة سبع فاطمة الزهراء , و التي تابعتنا و الهمتنا بصبرها و خبرتها طيلة مدة انجاز المذكرة .
- . كما نتقدم أيضا بعرفاننا الكبير إلى الأستاذة المحاضرة بكلية علم النفس و العلوم الاجتماعية و رئيسة مشروع ماستار علاجات السيدة محرزى مليكة و التي ستشرفنا بحضورها كعضوة في لجنة التحكيم .
- . و كذلك بكل احترام نشكر الأستاذة كبداني خديجة المحاضرة بكلية علم النفس و العلوم الاجتماعية والتي قبلت ان تكون من ضمن اعضاء اللجنة و تشرفنا بحضورها .
- . و لا ننسى وحدة الطب النفسي المتواجدة بالعيادة المتعددة الخدمات الصحية ببئر الجير و التابعة لمستشفى سيدي الشحمي للأمراض العقلية .
- . وكل الشكر و الامتان الكبيرين لعائلة الطفل المتوحد " أنور" و التي قبلت بكل صدر رحب العمل معنا في اطار انجاز هذا البحث الاكاديمي و كانت صبورة الى غاية فترة انهاءه .
- . و الى كل من ساعدني و وقف بجاني من بعيد او قريب ... إلى دفعة ماستار علاجات نفسية و التي حظينا من طرفها باسمى و ارق مشاعر الود و المحبة و الانسانية .

## الفهرس

.....	- الشكر
.....	-الاهداء
.....	-فهرس المحتويات
01.....	- مقدمة

## الفصل الاول : مدخل الى الدراسة

03.....	1 طرح الاشكالية
05.....	2 اهمية الموضوع
05.....	3 مبررات اختبار الموضوع
05.....	4 اهداف البحث
06.....	5 تحديد المصطلحات

## الجانب النظري

### الفصل الثاني التوحد

10.....	تمهيد
11.....	1 - لمحة تاريخية
14.....	2 - تعريف التوحد
15.....	3 -اسباب التوحد
21.....	4 -انتشار اضطراب التوحد
22.....	5 -تشخيص اضطراب التوحد

## الفصل الثالث

### المقاربة العلاجية العلاج العائلي

- تمهيد ..... 27
- 1- تعريف الصحة النفسية ..... 27
- 2- تعريف العلاج النفسي ..... 28
- 3- التكفل النفسي لأطفال التوحد ..... 28
- 4- التشخيص المبكر و ضرورته ..... 33
- 5- ادوات التشخيص المبكر ..... 34
- 6- احتمالات التحسن و اغراض التوحد ..... 35
- 7- طرق التدخل المبكر المتعلقة بدور الوالدين ..... 37
- 8- الاستراتيجيات المستخدمة و التوجيه العلائقيلوالدي الطفل المتوحد ..... 40
- 9- المفاهيم الاساسية و برامج التكفل بالأطفال المتوحدين ..... 41
- 10- المهارات والقدرات الاساسية ..... 42
- 11- مسؤولية الاسرة تنمية قدرات الطفل ..... 43

## الجانب الميداني

### الفصل الرابع الدراسة الاستطلاعية

- 1- الدراسة الاستطلاعية ..... 46
- 2- الدراسة الاساسية ..... 46
- 3- منهج الدراسة ..... 47
- 4- ميدان الدراسة ..... 48
- 5- ادوات البحث ..... 49
- 6- التقنية المستعملة التوجيه: العلائقيكأداة علاجية ..... 51
- 7- عينة الدراسة ..... 51
- 8- حدود العينة ..... 53
- 9- صعوبات البحث ..... 53
- 10- طريقة اجراء الحصص ..... 53
- 11- عرض الحصص ..... 54

12- برنامج تطبيق العلاج العلائقي.....55

## الفصل الخامس الدراسة الاساسية

تمهيد

- 1-الوضعية العائلية.....58
- 2-تاريخ الطفل.....58
- 3-التقييم النفسي الاولى لحالة الطفل.....58
- 4-M-CHAT - تمرير الاختبار.....62
- 5-استنتاج حالة الوالدين.....62
- 6-تطبيق برنامج التكفل بالطفل المتوحد -التوجيه العلائقي.....63
- 7-الخطة العلاجية.....65
- 8-جدول ملخص الحصص العلاجية.....65

## الفصل السادس عرض النتائج ومناقشتها

- 1- عرض النتائج وتحليلها.....71
- 2- مناقشة الفرضيات.....75
- 3- ملخص لمناقشة الفرضيات.....76
- 4- الاقتراحات والتوصيات.....76
- 5-الخاتمة.....78

## قائمة المراجع

- الملاحق.....81
- اختبار القياس M-CHAT.....81

## المقدمة

الضرورة تقتضي دائما منا أن نعالج المواضيع من جوهرها وأصلها ألا وهي الطفولة وما يحيط بها من براءة و تبعية شبه تامة لمحيطه. فهو بمثابة عجينة يدوية نصنع بها ما نشاء.

فكيف هو الحال إذا كانت تعاني هذه البراءة في صلب وجودها وهي العلاقة النفس حركية و العاطفية . حيث عادة ما تتسم بالانعزال و الوحدة و نقص العلاقة و التواصل.

الأكيد أن اضطراب التوحد هو الأقرب لهذه السمات و هو الذي أخذ اهتماما واسعا وكبيرا في الآونة الأخيرة... ليس في بلدنا وحسب بل في كل ربوع العالم و لأنه ولحد الساعة يبقى لغزا يحير الكثيرين في الأسباب وراء ظهوره و التي تبقى مجهولة إلا ان من جهة و من جهة أخرى العدد مازال متزايد و بشكل رهيب. وبالرغم من تطور و تحسن طرق التكفل وبل تنوعها أيضا إلا أنها تتطلب مجهود مادي و نفسي كبيرين بالإضافة إلى التفرغ الشبه التام و المستمر و الطويل المدى. ومن اجل هذا اردنا أن نحيط الاهتمام من جانب الوقاية و العلاج في نفس الوقت وهذا من اجل ربح الوقت و تفادي السوء .

ومحاولة جلب انتباه الأولياء من خلال علاج علائقي يجمع الطفل و الأم معا. حيث انه أثبتت عديد الدراسات انه وان تعددت أماكن العناية بمثل هذه الحالات إلا انه عمل الآباء يبقى المستحسن لا وبل أساسي و ضروري من اجل استرجاع إمكانيات الطفل النفسية والعاطفية و تقويتها.حيثأن هذه العملية لا تسقط الذنب على الأولياء وإنما تفرض وجودهم تعطي لهم الحق في إبراز قدراتهم الأبوية.

# الفصل الأول

## مدخل إلى الدراسة



## 1- طرح الإشكالية

إن نسبة التوحد كما قد اشرنا هي في تزايد مستمر و هذا ما جعلنا نتساءل انه و لا ربما قد يكون ناتج من تأخر التشخيص من جهة و سوء اختيار التقنيات الملائمة في الوقت المطلوب و لحالات معينة. حيث لا يمكن أن تكون طرق العلاج كلها على نحو واحد.

وقد أثبتت الدراسات فعالية دور الأسرة لطفلهم المتوحدون بينها:

. تعددت الدراسات التي اهتمت بإيضاح دورالاسرة في علاج طفلها المتوحد , فنجد " شورت " و " اندراو" سنة 1980 حاولا التعرف على نتائج علاج الأطفال المتوحدين عن طريق إبتائهم , حيث أشارت نتائجهم إلى زيادة التفاعل بين الآباء و أطفالهم ; من حيث ظهور سلوكيات اجتماعية في مواقف ( التفاعل الاجتماعي , اللعب أو العمل , التواصل الهادف ) , إضافة إلى اختزال للسلوكيات غير الاجتماعية مثل استثارة الذات , النمطية في اللعب , الميل إلى عدم التفاعل, ازدياد تكيف الأسرة مع الضغوط المترتبة عليهم .

. و قدم" ميكانتهان " و آخرون ( 1982- 1984 ) نموذجين لتدريب آباء الأطفال كمعالجين لأطفالهم , و أشارت نتائج البرنامجين إلى فاعلية التدريب العملي للآباء و الأطفال في اكتساب مهارات الحياة الوظيفية و مهارات رعاية الذات , و اعتمد الآباء على جداول الأنشطة اليومية المصورة في تعليم أطفالهم , في حين اعتمد معدي البرامج على فنيات التدعيم و التغذية الرجعية في تدريب الآباء على أساليب العلاج الصحيح .

. و تشير نتائج دراسة " لوف " و آخرون ( 1990 ) بان الأمهات ساهمن في علاج مخاوف أطفالهم باستخدام أساليب العلاج السلوكي .

. و قام " كرانتز " و آخرون بتدريب الآباء على كيفية حث أطفالهم على المشاركة في أنشطة الأسرة من خلال مواقف وقت الفراغ , التفاعل الاجتماعي , رعاية الذات , القيام

ببعض الأعمال المنزلية, باستخدام فنيات النمذجة - الملاحظة الجيدة - التعديدية الرجعية ,  
إما الآباء فقد استخدموا جداول الأنشطة المصورة في تدريب الأطفال على المشاركة في  
أنشطة الأسرة, و أشارت النتائج إلى نجاح الآباء في تعليم أطفالهم أتباع تلك الجداول المصورة  
للأنشطة, و ترتب على هذه المتابعة اختزال حدة السلوك المضطرب, وازدياد التفاعل  
الاجتماعي مع الآخرين. Krantz,ets autres,1993,137,138.

وعلى هذا الأساس طرحنا الإشكال التالي :

ما هو دور العلاج العلائقي في الوقاية المبكرة من اضطراب التوحد ?

-والتي تفرعت منها المتغيرات التالية :

. هل للعلاج العلائقي علاقة ب :

-التشخيص المبكر.

-الوقاية المبكرة.

وللإجابة عن هذا الاشكال فرضنا الفرضية الاتية :

**الفرضية العامة:**

إن للعلاج العلائقي دور كبير في التقليل من حدة اضطراب التوحد

**الفرضيات الثانوية :**

1. نتوقع أن يكون للعلاج العلائقي دور في التشخيص المبكر .

2. نتوقع أن يكون للعلاج العلائقي دور في الوقاية المبكرة .

## 2- أهمية الموضوع:

الأكيد انه اضطراب أصبح يأخذ رقعة اتساع كبيرة . حيث انه يسجل طفل في كل 150 طفلا وهذا حسب احصاءيات المنظمة العالمية للصحة.  
"كلما اهتمينا بالطفل كلما احتفظنا بالراشد علنا أحسن وجه". و خصوصا اذا كان فرحة الوالدين الأولى فسيقومون بكل ما بوسعهم لعلاجهم أو على الأقل إخراجه مما يعرف بالوضعية الحرجة في بعض الأحيان .  
كما انه و باعتقادي و بخلاف الاضطرابات الأخرى فانه هذا الأخير يتطلب وقت كبير و مجهود نفسي و بدني كبيرين.  
ولهذه الأسباب كلها صوبنا اهتمامنا نحو العناية المبكرة و ذات العلاقة أم-طفل.

## 3-مبررات اختيار الموضوع:

كثيرا ما نصب كل اهتماماتنا نحو الحالة فقط و ننسى أو نتغاضى عن محيطها.  
أيالأشخاص الذين يعايشون الحالة و هم الأولياء بالتحديد أي أب و أم.  
. حيث تبقى العلاقة الأبوية طفل و أم-طفل –أب ذات الحظ الأوفر في تحسن حالة طفلهم.والتشخيص المبكر يتطلب التقنيات التي تستعمل العناية بدلا من التقنيات التربوية التي تستغل في وقت لاحق.

## 4-أهداف البحث:

إن هذه الدراسة تنبثق من رغبة جادة في البحث عن حلول وهذا لا يكون إلا من خلال عمل منظم و متسلسل حسب ما هو متعارف عليه و الافتراض يستوجب الخطأ أو الصواب و هكذا نتدارك أنفسنا و نتعود على التدقيق و التمعن في العمل أكثر.حيث انه هذا كله يتطلب منهجية واضحة و سليمة و بالتالي الأهداف تكون على

النحو التالي:

التشخيص المبكر و السليم أو على الأقل الوقاية المبكرة وهذا بتدارك الحالة بمجرد إحصاء أهم الأعراض أو تشبيهها.

الوقاية الأولية و المبكرة والتي عادة ما تجنب الكثير من الضرار و التكاليف المادية و المعنوية.

إعادة ما قد فقد أو يفقد و هي مكانة الأبوة ( أمأوب) حيث هي فرصة لإعادة تكوين و تشكيل هذه الصورة من جديد.

## 5-تحديد المصطلحات :

### 1- المتغير التابع الذي يقع عليه التأثير:

**اضطراب التوحد :** هو اضطراب دماغي - نمائي يظهر بوضوح في السنوات الثلاثة الأولى

من الحياة , ويعرف التوحد بأنه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية و التواصل اللفظي

وغير اللفظي و اللعب التخيلي و الإبداعي وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة

التي يتم من خلالها جمع المعلومات و معالجتها بواسطة الدماغ مسببة المشكلات الآتية :

**1 . في المهارات الاجتماعية:** تتمثل في عدم القدرة على الارتباط و خلق علاقات مع

الأفراد , وعدم القدرة على التصور البناء .

**2 . في مهارات التواصل:** فهي تكمن في عدم القدرة على التعبير عن الذات تلقائياً و

بطريقة وظيفية ملائمة , وعدم القدرة على فهم ما يقوله الآخرون , عدم القدرة على استخدام

مهارات أخرى بجانب المهارات اللفظية لمساعدة الفرد في القدرة على التواصل .

3 . مشاكل التأقلم مع البيئة :فهي تكمن في عدم القدرة على القيام بعمل و أداء وظيفي

بفاعلية في البيئة , وعدم القدرة على مسايرة و تحمل التغيرات في البيئة و التعامل معها  
بالإضافة إلى عدم القدرة على تحمل تدخلات الأفراد الآخرين.

### ب. المتغير المستقل المؤثر:

1.التوجيهالتفاعلي:هو علاج وجيز, يركز على تفاعلات آباء - طفل ; حيث يعتمد على

توجيههم خلال الحصص العلاجية و من تم مواصلة نفس العملية بمفردهم خارج  
الإطارالعلاجي.

1.1 أساس التوجيه العلائقي : يقتضي تقوية قدراتهم الأبوية ; حيث تمكن من تفاعل

أحسن و تعديل بعض الأهداف المختلفة في وظائفها و المرتبطة باضطرابات الطفل .

1.2 أهدافه: هي تعليم الآباء إستراتيجية كيفية تعامل الآباء مع اضطرابات أطفالهم و

محاولة الاندماج و التأقلم معهم .

2. الوقاية المبكرة : حيث انه نوعي الأولياء بحالة الطفل ; و هذا من خلال التوضيح لهم

بدقة لما نلاحظه سواء عند الطفل من علامات مغيرة مقارنة مع أطفالآخرين في نفس سنه و

نوعية معاملة الآباء له في نفس الوقت و مدى تأثيرها عليه ; فيمكننا وضع خطة للتكفل

باضطرابات الطفل دون انتظار التشخيص .

3. التشخيص المبكر: حيث انه يختلف عن الوقاية المبكرة ; و لكنهم في تسلسل حيث أن

الوقاية المبكرة هي التي تحدد لنا مصير التشخيص إن كان الطفل متوحد أم لا , بالإضافة

إلى مدى كفاءة التشخيص باعتبار أننا نكون قد أخذنا الوقت الملائم لذلك و بالطريقة الأكثر  
نجاحة .

الجانب النظري

الفصل الثاني

التوط

## تمهيد:

يعد اضطراب التوحد نوع من الاضطرابات الارتقائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهورها و إلى مدى حياته , تؤثر على جميع جوانب نموه الطبيعي , يظهر في خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل .

وهو من الاضطرابات النمائية الأكثر شيوعا في الوقت الحاضر , حيث تتزايد الصعوبات نظرا لما يحيط بهذه الإعاقة من غموض سواء على مستوى التشخيص أو على مستوى فهم الأسرة , وأسلوب التعامل مع الطفل الداتوي .

و للتمكن من فهم أكثر لهذا الاضطراب سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على مفهوم التوحد و كذا التعرف على أسبابه , خصائصه و أهم أعراضه.

### 1- لمحة تاريخية :

حتى أواخر القرن XIX , الأطفال ذوي الإعاقة العقلية كانوا يعتبرون تقريبا كلهم متخلفين عقليا , ولم يسبق لأحد في ذلك الحين إن وصف التواصل خارج نطاق الصم أو البكم , حيث إن نقص المعلومات الإكلينيكية يجعلنا نطرح عدت أسئلة في وجود اضطراب التوحد خلال هذه الفترة .

و هنا لنكتفي بالقول إن الطب قد أبدى اهتمام متأخر بالطفل, ولكن هناك فرضيات أخرى و هي انه لما كان التوحد غير مشخص عند الأطفال في سن جد مبكرة و دون تكفل يذكر , تطور إلى حالات مستعصية مبكرا (Pascal Lenoir et autres ; 2007, 03).

و بالتالي عدت ملاحظات تاريخية , تبين وجود اضطرابات السلوك ذات منحى توحدي عند الأطفال , و أشهرها تجربة الطبيب الفرنسي " جون مارك جابرايتارد " ( 1775- 1831 ) الذي



حاول تعليم الصبي " فيكتور " ; حيث كان قد عاش وحيدا بين الغابات بمعزل عن أهله و  
مدينته , فتعلم الصبي على يد الطبيب " ج .ايتارد" و لأنه لم يتمكن من الاستقلال بدأته و  
استمرت لديه العديد من سمات التوحد ( سليمان , 2010 , 14)

. وقام " جون هاسلم " عام 1809 بملاحظة حول طفل بعد تعرضه للحصبة انه أصبح  
عدواني , اندفاعي و يقوم بنشاطات متكررة , و توالت ملاحظات مثل هذه الأخيرة و ظهر ذلك  
في كل من أعمال " سانكتي دي سانكتيس" و الي وصف عام 1906 مجموعة من الاطفال من  
سن 4 إلى 10 سنوات و أطلق عليهم ما يعرف ب " الجنون المبكر " , و أعمال كل من "  
روتر" في عام 1933 , " لاتز" في 1937 و " ديسبارت" في 1938 و كان التعامل به في هذه  
الحقبة هو الفصام الطفولي .

Nathalie Julien et Danièle Langlays, 2009, 09

أما عن مصطلح " التوحد " فتداول و لأول مرة من قبل طبيب الأمراض العقلية السويسري "  
براير " و الذي استخدم هذا المفهوم ليصف زملة من اعراض الفصام و هذا كان في بدايات  
القرن XX سنة 1911

Serge Dalla Piazza , Bernard Dan , 2006, 204

## 1.2 التوحد عند الأطفال :

يعود الإسهام الحقيقي الذي ميز التوحد كحالة منفردة إلى الطبيب النفسي الأمريكي " ليو كانر "  
( 1849 - 1981 ) و الذي يعد أول من حدد الخصائص الرئيسية لاضطراب التوحد و ذلك

سنة 1943 حيث نشر 11 إحدى عشر حالة طفل , و كانت لديهم صفات مشتركة و خاصة المتعلقة باضطرابات في التواصل و شرح " كانر " الأعراض الرئيسية لدى هؤلاء الأطفال , كالانعزال , الانسحاب , والرغبة في التماثل وعدم القدرة على احتمال التغيير .  
 . ففي البداية لاحظ عليهم الذكاء على الرغم من اضطراب اللغة , و بتتبعه لفئة من هؤلاء الأطفال تبين له إن البعض منهم يعاني من اضطراب الصرع .  
 و هو يعتبر أول من أطلق تسمية " توحّد الطفولة المبكر " على هذا الاضطراب .

Nathalie Julien et Danièle Langlays , 2009, 09

و في السنة الموالية للسنة التي نشر فيها " كانر " أعماله ; أي عام 1944 نشر الطبيب النفسي الألماني " هانس اسبرجر " مقلة تخص 06 حالات ظهرت عليها مجموعة من الأعراض مشابهة لأعراض أطفال " كانر " كالقصور في التفاعل الاجتماعي , و القصور في التواصل مع الآخرين و فهم مشاعرهم و أطلق على أطفاله مصطلح " التوحّد اللااجتماعي " .  
إلأن الشيء المختلف هو أنأطفال " اسبر جار " كان يتكلمون على عكس عينة أطفال " كانر " , حيث كان ثلاثة من 11 إحدى عشر طفلا من عينة " كانر " لا يتكلمون تماما و البقية نادرا ما يتكلمون .

BernadettesRogé, 2003, 09– 10

و هكذا كانت كل منشورات " ليو كانر " في 1943 و " هانس اسبرجر " في 1944 أول المحاولات النظرية لشرح اضطراب التوحّد والتي اشتملت على وصف مفصل , لتتوالى بعد ذلك

الدراسات كدراسة " ايسنبرج " 1956 الذي حاول من خلالها تقديم بعض المعايير التشخيصية " مايكل رويتر " عام 1960 ; حيث تم في هذا البحث دراسة تفصيلية ل 63 فرد تم تشخيص حالاتهم على أنها حالات توحد في مستشفى " مدلسي " بلندن , هناك أيضا إعمالا لأخصائي النفسي " بارنارريمولوندي " و الذي كان ابنه يعاني من التوحد لذلك قام بتأسيس الجمعية الأمريكية الوطنية للأطفال المتوحدين .

( ابراهيم عبد الله فرج الزريقات , 2004 , 19 )

. كما يعود الفضل الكبير أيضا لطبيبة الامراض النفسية " لورنا وينج " و التي كان لها الاثر الكبير في اثراء مصطلحات هذا الاضطراب , بتحديد مفهوم " ثلاثية " الاعراض و التي توضح التوحد في ثلاثة سمات اساسية و هي : السلوك . التواصل . الاجتماعية , كما ادخلت مصطلح " طيف " التوحد و هذا في سنوات الثمانينات 80 , و هي التي لها ايضا ابنة تعاني من اضطراب التوحد الحاد , حيث انشأت هي الاخرى جمعية للمتوحدين في سنوات الستينات 60 .

Pdf ,arapi, association pour la recherche sur l'autisme et la prévention des inadaptations .

. اضافة الى دراسات كل من " وولف شيس " في 1964 , و " كونينغهام " في 1968 , و كل من " شارشل و برايسن " في 1972 .

M, Rutter, E, Schopler, 1991, 10

### 3. تعريف التوحد :

. يرجع اصل مصطلح التوحد الى كلمة اغريقية " اوتوس " و هي النفس - الذات ;التوحد هو اعاقه نمائية تظهر عادة في السنوات الثلاث الاولى من عمر الطفل و هي نتيجة لاضطرابات عصبية تؤثر سلبا على عمل الدماغ , و يمثل ضعف شديد في اقامة اي نوع من العلاقات مع الاخرين في المجتمع و حتى مع الوالدين او المقربين له , و الفشل في تطوير اللغة بشكل طبيعي , يصل الى حالة من الانسحاب و الانعزال .

### 2.1 . تعريف " كانر " :

. لقد كان " كانر " ( 1943 ) اول من قدم معيار تشخيص للتوحد الطفولي و كتب كل ما كان يعتقد به كأعراض لهذه المتلازمة غير المعروفة و من خلال ملاحظته لاحدى عشر 11 حالة اشار " كانر " الى السلوكيات المميزة و التي تشتمل على عدم القدرة لتطوير علاقات مع الاخرين , و تاخر في اكتساب الكلام او الاستعمال الغير تواصلية له , و مصاداتمتاخرة و تكرار , نشاطات لعب نمطية و غير متوافقة , ضعف التحليل مع ذاكرة حرفية جيدة بالاضافة الى ظهور جسمي طبيعي و سليم .

#### 4. اسباب التوحد :

#### 1-5 . النظريات المفسرة لاسباب التوحد :

. ما هي مسببات التوحد , و هل هو مرض عصبي ام نفسي او هو ناتج عن جروح او مشاكل في الرحم اثناء الولادة , او بسبب رفض الام لابنها , او خلل في الجينات , او بسبب نقص في بعض المعادن اللازمة للجسم في الطعام .

. اختلفت النظريات و تعددت التفسيرات للعوامل الحقيقية الكامنة وراء اضطراب التوحد , اد لا يمكن ارجاع سبب هذا الاضطراب لتوجه او لآخر , لذلك سنعرض اهم النظريات و الفرضيات التي فسرت هذه الاسباب مع اعتبار ان ما ذهبوا اليه يظل افتراضات مازالت قيد البحث .

#### 2-5 . النظريات القديمة ( النظريات السيكلوجية ) :

. حيث اعتقد " كانر " ان الوالدين خصوصا الام يتحملان المسؤولية لاصابة ابنهما بالتوحد بسبب قلة تزيدهما له بحنان و دفء عاطفي قدر الكفاية , و اهمالهما لطفلهما و قلة حرصهما في تربيته , ما يؤدي لاضطراب العلاقة الانفعالية أم - طفل و الرفض المتبادل بينهما , بكل ما يترتب على ذلك من اثار سلبية في النمو اللغوي باعتباره

وسيلة للتواصل و التفاعل الاجتماعي

. وهذا ما يوافق عليه " برونو بتلهاميم " الذي يرى ان اباء المتوحدين باردون و قاسون و  
كامنين لعدائية لاشعورية اتجاه ابنهم التوحدي , الا ان هذه المزاعم تلاشت و لم يعد لديها اي  
مصادقية .

Christine Philip , 2009, 38

ان المقاربة السيكوديناميكية ترجع في محتواها الى دراسة الدهان حيث لم تكن لها خصوصية  
بالنسبة للتوحد , الذي غالبا ما يربطه التحليليون بمصطلح " الدفاع " و بالنسبة لهم هو دهان ,  
و من اشهر الباحثين الذين اقتربو من حقيقة مسألة التوحد هم اتباع : " ميلاني كلاين " ,  
توستن " , " ملترز ; الا ان " بتلهاميم " و " ماهرل " كانا بلا شك اكثر الاعمال الضخمة نجاحا  
من خلال نظرياتهم السيكوديناميكية التي نالت شهرة واسعة في و.م.ا .

Philippe Mazet, Serge Stoléru , 2003, 278, 280

الا انه سرعان ما انتفض الاولياء ازاء هذه النظريات و الاتهامات , و اثبتت دراسات اقيمت  
من طرف اطباء للصحة النفسية للاطفال في سنوات الستينات و الثمانينات 1960 - 1980  
حقيقة ما يعيشه هؤلاء الاولياء من معانات و معاشهم اليومي الصعب , حيث يصرحون ان  
حياتهم تتغير بالكامل الى مشهد درامي ; حيث يصرحو بالقول : يجب ان تاتو لبيوتنا و ترو ما  
نعيشه لتحكمو علينا بهذه الطريقة .

Chapireau.F, Constant.J, Durand.B, 1997, 116.

### 3-5 . النظريات الحديثة ( النظريات البيولوجية )

#### 3-1.5 . النظرية الوراثية :

. وقد اشارت الابحاث الى ان اسباب الاصابة باضطراب التوحد هي نتيجة الاختلال الحيوي او العصبي في الدماغ ; اي انه اضطراب وراثي و تتنامى في الاوساط العلمية فكرة وجود اسس وراثية للتوحد و تدور الأبحاث للتقصي عن وجود جين معين يرتبط بوجود التوحد ; و من بين هذه الأمراض الوراثية نذكر منها :

. الخلل الكيماوي الحيوي الموروث

. التشوه الجيني الموروث

. العوق الجيني الموروث

. متلازمة اكس فراجيل

طارق عامر 100, 99, 2008

#### 1.4.5 النظرية الكيماوية الحيوية :

. و تفترض حدوث خلل في بعض النواقل العصبية مثل : السيروتونين و الدوبامين و البيبيدات العصبية ; حيث ان الخلل البيوكيميائي في هذه النواقل من شأنه ان يؤدي الى اثار سلبية في المزاج و الذاكرة , و في افراز الهرمونات و تنظيم حرارة الجسم و ادراك الالم , لكن العلاقة مازالت غير واضحة تماما مع التوحد لحد الان .

مجدي احمد عبد الله, 2013, 51

### 1.5.5 نظرية التطعيم او اللقاحات :

. تشير دراسة حديثة اجريت مؤخرا في بريطانيا تحت اشراف جمعية التوحد الوطنية الى ان عدد الاطفال المتوحدين تضاعف عشرات المرات ما بين 1984 و 1994 , و تقدر الجمعية ان هناك 500 الف شخص متوحد في بريطانيا , 120 الف منهم من الاطفال .  
. و تقوم عدت فرق من الباحثين في امريكا والسويد حاليا بالبحث في نظريات مشابهة تقول انه من بين العوامل المشتركة لازدياد حالات التوحد التاثيرات التراكمية لزئبق اللقاحات .

احمد نايل الغرير , بلال احمد عودة , 67.68.2009,

### 1.6.5 النظرية العصبية :

هناك عدت اصابات و اضطرابات في الدماغ تختلف في درجتها من البسيطة الى الشديدة مما يؤدي الى تاثيرات متباينة على الجهاز العصبي , و البعض منها قد يوصلنا الى اعراض التوحد , و لها تاثيرها ايضا على الجانب المعرفي للطفل .

Serge Dalla Piazza, Bernard Dan, 2006, 208

### 1.7.5 نظرية الاضطراب الايضي :

برزت فرضية ان التوحد يحدث بسبب اضطراب في الايض ( التمثيل الغذائي ) للجلوتين و هو البروتين الموجود في " الحنطة " اي الدقيق و " الكازيين " وهو البروتين الاساسي في الحليب و مشتقاته .



. و هناك نظرية تقول ان العديد من اطفال التوحد ادا لم يكونو جميعا لديهم امعاء و معدة بها خلل او تلف و هذا الخلل ربما يكون منذ الولادة و غالبا من بعض الاصابات المناعية , لكن يجب ان ناخذ بعين الاعتبار ان هذا معظمه نظري و افتراضي .

احمد نايل الغرير , بلال احمد عودة , 2009,63

### 1.8.5 نظرية التلوث البيئي :

. قامت دراسة بحساب نسبة المعادن الثقيلة في دم 18 طفل توحيدي , ووجدو ان عدد 16 منهم لديه معدن ثقيلة في الدم , تزيد عن ما يقدر ان يتحمله الشخص البالغ , و السبب في ذلك يرجع الى تلوث البيئة بهذه المعادن و دخولها الجسم سواء كان عن طريق الفم او الاستنشاق او غيره , و يكون ايضا بسبب عدم قدرة الطفل من التخلص من هذه السموم نتيجة ضعف عملية الكبرته .

مجدي احمد عبدالله, 2013,51

### 1.9.5 نظرية العقل او المعرفة :

. تختلف نظرية العقل او المعرفة عن النظريات و الفرضيات السابقة في كونها لا تتبنى الجانب الفيزيولوجي , بل ان نظرية العقل تتبنى الجانب النفسي المعرفي المتعلق بعدم اكتمال نمو الافكار بشكل يواكب النمو الطبيعي لمختلف النظم الادراكية و المعرفية التي تنمو بشكل طبيعي جنبا لجنب مع هذه الافكار , و ان عدم اكتمال نموها يؤدي بدوره الى عدم القدرة على حل المشكلات التي يواجهها الفرد في حياته الاجتماعية و المواقف اليومية , و عليه فانه لا

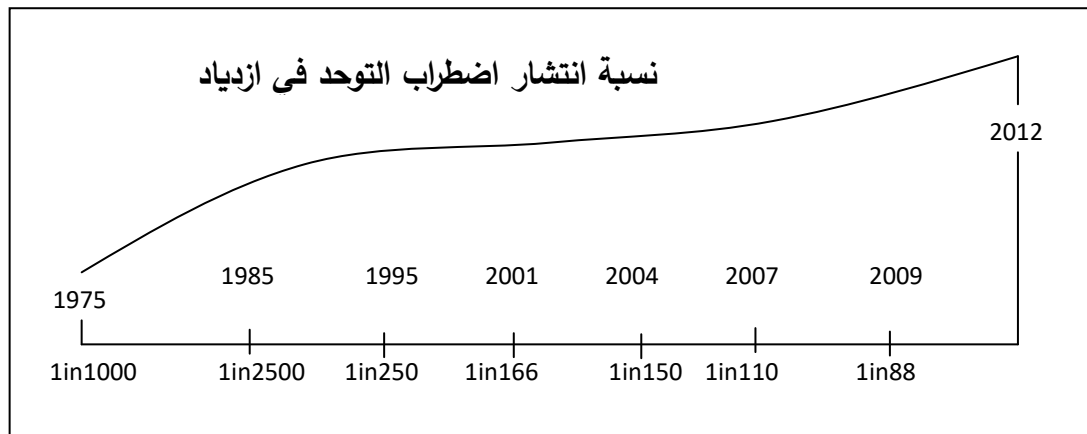
يستطيع فهم ان لدى الاخرين افكارا و مشاعر يمكن قراءتها من خلال الاشارات و الايماءات و اوضاع الجسم .

Peter Vermeulen, 50, 2011

## 6. انتشار اضطراب التوحد :

من الصعب تحديد نسبة انتشار اضطراب التوحد وذلك لاختلاف الدراسات واختلاف معايير التشخيص وتعدد الأخصائيين الذين درسوا هذا الاضطراب وفقا لخلفياتهم الطبية والتربوية والنفسية، حيث ينتشر هذا الاضطراب بين جميع السكان بغض النظر عن الناحية العرقية أو الدينية أو الاجتماعية أو الثقافية أو الاقتصادية، وتقدر نسبة إنتشاره (2-12) من كل 10000 طفل مولود، كما تقدر نسبة حالات الإصابة باضطراب التوحد بين الذكور والاناث الى 4 ذكور مقابل انثى واحدة .

. إلا أن نسبة الانتشار المشار إليها أعلاه في إزدياد بشكل كبير وذلك وفق الدراسات والاحصائيات الرسمية خلال السنوات الأخيرة، حيث تم اعتبار اضطراب التوحد ثالث الاضطرابات الشخصية حدوثا في الولايات المتحدة الأمريكية، ورغم تباين الاحصائيات في الدول والبلدان الأخرى إلا أن نسبة الانتشار هي في إزدياد مستمر كما يوضح الشكل رقم (01) التالي :



الشكل رقم (08) نسبة انتشار اضطراب التوحد ( الجلامدة,2015,74)

و يضيف " كומר " (2010) الى ان 80 من حالات التوحد تظهر لدى الاطفال الذكور و أن 90 من الاطفال التوحديين تبقى اعاقتهم شديدة حتى مرحلة الرشد .

الزريقات,2010,52

اما عن معدلات انتشار اعاقه التوحد بالمجتمعات العربية , فانه لم توجد دراسات احصائية محددة و دقيقة بهذا الشأن , و معظم الدراسات التي اجريت - في الوطن العربي - على عينات من الاطفال التوحديين , كانت تهدف الى التشخيص , او دراسة الاسباب المؤدية الى حدوث الاعاقه , او تطبيق بعض البرامج , او دراسة الاسباب المستخدمة في التعامل مع حالات التوحد , وقد اعتمدت على النسب العالمية للانتشار لدا فإننا في حاجة ملحة في مجتمعاتنا العربية بصفة عامة ( وفي الجزائر بصفة خاصة) الى كثير من الدراسات المسحية التي يمكن ان تزودنا بمعلومات تفيد في وضع برامج لرعاية و تأهيل الاطفال التوحديين.

مجدي احمد عبدالله,2004,18

. احصائيات في الجزائر صرحت الدكتورة أسماء أوصديق خلال ندوة علمية عن التوحد يوم الأربعاء 27 فيفري 2013 إلى أن الأرقام الرسمية تفيد بإحصاء ما لا يقل عن 80 ألف توحدي بالجزائر .

**6. تشخيص اضطراب التوحد :**

. و هو يعني تحديد الفئة التي ينتمي اليها الطفل , و التشخيص له حدوده ; اد يفترض ان كل الافراد في الفئة المعنية متشابهون , رغم انه احيانا لا يوجد اساس نظري متفق عليه للتصنيف و للفئات كل على حدة , و رغم انه لا يوجد علاج واحد يصلح لكل الافراد في الفئة الواحدة , ومن عيوب التشخيص ايضا ما قد يرتبط بالتسمية من وصمة اجتماعية .

. الا ان ما سبق ذكره لا ينفي اهمية التشخيص , فهو يسهل الاتصال بين الاخصائيين و قد ييسر ذلك ايضا حصول الطفل على الخدمات و منها العلاج مثلا .

### 1.6 دور الوقاية المبكرة :

. ضرورة إجراء مسح لجميع الأطفال دون استثناء خلال الفترة العمرية من 18 إلى 24 شهر، سواء أكانت هناك علامات تحذيرية للاضطرابات النمائية أم لا، ما يساعد على توفير خدمات مبكرة للأطفال لمن لديهم الإعاقة بغض النظر عن نوعها .

مجدي احمد عبدالله, 2013, 143

تشخيص التوحد حسب دليل التصنيف التشخيصي للاضطرابات النفسية و العقلية :

ملخص لأهم الفروق بين المعايير التشخيصية القديمة و المعايير التشخيصية الجديدة

DSM V (2013)	DSM IV-TR (2000)	معيار المقارنة
اضطراب طيف التوحد (ASD)	الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD)	مسمى الفئة
متصلة لثلاثة فئات ممتدة وفقاً لمستوى شدة الأعراض	مقطعة لخمس اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض	بنية الفئة
فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف بـ: التوحد، واسبرجر، و الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط	خمس اضطرابات هي: التوحد، اسبرجر، ريت، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفولي	مكونات الفئة
محكين: التفاعل و التواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية	ثلاثة محكات: التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوكيات النمطية	محكات التشخيص
تحديد مستوى الشدة وفقاً لثلاثة مستويات ضمن فئة واحدة	خمس اضطرابات منفصلة تمثل اختلافاً في شدة الأعراض	مستوى الشدة
محددة: الإعاقة العقلية- اضطرابات اللغة، الحالات الطبية و الجينية، اضطرابات السلوك، الكانتونيا	غير محددة	المصاحبة لإعاقات أخرى
الطفولة المبكرة (8 سنوات)	3 سنوات	المدى العمري لظهور الأعراض

Kristine M, and all ; 2014, 10

## 2.6 التشخيص الفارقي :

. هو عملية رصد للسمات و الصفات التي تتوافر في الشخص و التي تؤكد انتمائه لفئة

اكلينيكية محددة , و كذلك التي تنفي انتمائه للفئات الاكلينيكية المشابهة .

و يعد تفريق التوحد عن بعض الاضطرابات والمشكلات النفسية لدى الأطفال أمرا صعبا

ومشكلة رئيسية ذلك لغياب معياري تفريقي واضح إلى جانب إشتراك التوحد مع تلك

الاضطرابات في مظاهر وخصائص محددة .

مجدي احمد عبدالله, 2013 , 143

### 3.6 فريق عمل اكلينيكي للتشخيص :

. لقد اكدت الابحاث الحديثة انه لا بد من وجود فريق عمل متكامل لتشخيص حالة الطفل

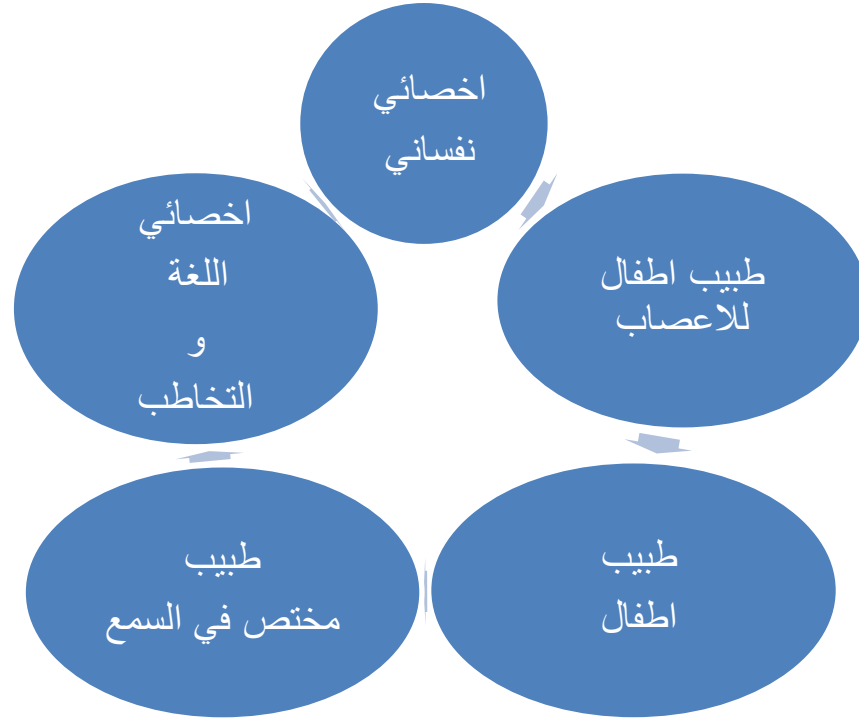
التوحدى ; اي لا ينجح طرف واحد فقط في وضع التشخيص بمفرده ; و ذلك بغية الوصول

الى تشخيص اقرب للحقيقة فان الطفل يحتاج الى تقييم من قبل مجموعة من المتخصصين و

دوي الخبرة في هذا المجال ; ليقوم كل طرف بتقييم الطفل من نواحي معينة و بطرق متعددة ,

و من تم تجمع هذه المعلومات و النتائج لتحليلها , لنقرر في الاخير ما اذا كان الطفل مصاب

باضطراب التوحد ام لا , و يحتوي فريق العمل على كل من :



احمد نايل الغرير, بلال احمد عودة , 136, 2009

### 3.6 دور التشخيص المبكر :

بناء على عمل الفريق المتكامل يمكن التوصل الى حقائق اكثر دقة و اكثر شمولية مع التركيز على التشخيص المبكر و هو القاعدة الاساسية الهامة في تشخيص الاعاقات لامكانية التدخل المبكر ايضا

كون الاتجاهات الحديثة في التشخيص تعتمد على التدخل المبكر او الكشف المبكر ; لابد من تدوين مجموعة من الملاحظات و الاعراض من اجل تكوين فكرة شمولية تساهم في التشخيص الدقيق و الاسرع

احمد نايل الغرير, بلال احمد عودة , 92, 2009

الفصل الثالث

المقاربة العلاجية

العلاج العلائقي



## تمهيد :

. في البداية يمكن الإشارة الى انه من الامور المتفق عليها ان الاطفال الذين يعانون من الداتوية " اضطراب التوحد " ; لديهم عائق او صعوبة كبيرة في استقبال المعلومات او توصيلها للآخرين , كما يؤدي بهم هذا الاضطراب الى القيام ببعض انماط السلوك غير المناسب للبيئة و الوسط الاجتماعي المحيط بهم ,و الذي يجعل من الصعب ان لم يكن من المستحيل ان يتعلم بدون تدخل من الاخرين و ذلك بسبب عدم استجابته للمواقف الاجتماعية و اضطراب سلوكه .

. و على هذا الأساس تسعى طرق العلاج و التكفل الحديثة الى البدء اولا بإخراجه من قوقعته الداتوية ; و ذلك باستخدام اساليب علاجية تدفع الطفل الى مزيد من النمو في سياق المحاولة الى تعديل سلوكه و تنمية مهاراته الاجتماعية لكسر حاجز العزلة و حتى نعيد دمج الطفل بالمجتمع و قيامه بالمشاركة في الانشطة الحياتية اليومية التي حوله . كما نعلم ان الاطفال المتوحدين غالبا ما يصابوبهذا الاضطراب في سن جد مبكر من الولادة ; و بعد تطور التقنيات في الاستقصاء و التشخيص ; اضافة الى وعي و تقطن الالباء بالدرجة الاولى باعراض هذا الاضطراب مبكرا بفضل كثرت الحملات التوعوية و التحسيسية التي اصبحت تاخذ اقبالا واسع من طرف شريحة المجتمع بصفة عامة.

## 1. تعريف الصحة النفسية:

هي تجمع جوانب عدة متداخلة في ما بينها و متكاملة : الجانب الجسمي ( البدني ) , النفسي والوجداني , و الجانب الاجتماعي .

. و الصحة لا تعني مطلقا خلو الإنسان من الأمراض , بل هي أيضا القدرة على التوافق و التكافؤ .

الصحة النفسية تجعل الفرد قادرا على معاملة الناس معاملة واقعية لا تتأثر بما تصوره له أفكاره و أوهامه عنهم كما يحدث عند المريض النفسي . حيث تلعب الصحة دورا هاما في كل مجال من مجالات المجتمع .

عبد المجيد الخليدي . كمال حسن وهبي. 28.27.1997

## 2.تعريف العلاج النفسي :

. العلاج النفسي و كما يعرفه البعض عبارة عن نوع من علاج المشكلات دات الطبيعة الانفعالية الحادة , و فيه يقوم شخص مؤهل و مدرب بايجاد علاقة مهنية مع المريض بقصد معاونته , لازالة الاعراض النفسية الموجودة لديه او تعديلها او منع ظهورها , و ذلك لتغيير اساليب السلوك المضطربة التي يعبر بها عن مشكلاته الانفعالية و العمل على نمو شخصيته و تطورها .

غزوان نصيف. 41. 2012

## 3.التكفل النفسي لأطفال التوحد :

. بسبب عدم الاستطاعة لحد الان الى ايجاد اسباب واضحة لاضطراب التوحد وحالاته الاكلينيكية المنفردة لكل طفل , لا يوجد الى يومنا علاج شافي لهذا الاضطراب .  
. إلا انه و في هذه السنوات الاخيرة , عدت مقاربات حول التوحد اخدت مجرى اخر و مغاير .

Serge Dalla Piazza, Bernad Dan, 215,2006

.و مقارنة بالمراحل الاولى من تاريخ التكفل النفسي بالأطفال المتوحدين و الذي كان العلاج النفسي ان داك يعتمد بالدرجة الاولى على مدرسة علم النفس التحليلي و كان من ابرز

روادها " برونو بتلهاميم " حيث كان يرجع سبب اضطراب التوحد الى برودة الام وقساوتها وكان يوصي في بعض الاحيان الى فصل الطفل عن والديه , وهذا ما اثار ضغينة و شعور اهاليهم , و بفضل تضافر جهود اباء اطفال التوحد تمكنوا من وضع حد لهذه النظريات و دافعوا عن انفسهم بان اسسوا جمعيات فيما بينهم و ندوات تكوينية خاصة بهم .

. و عمد عميد العلاج النفسي " اريك شوبلر " ابتداءا من سنة 1965 الى دمج الاولياء في تقنيته العلاجية " تيتش " و الاخذ بارائهم بحيث حاز على مساندهم له .

.و كما يقول كل من " شابيرو" و " كونستو " و " دوروند " في كتابهم " الاعاقة العقلية " في صل مخصص للتوحد انه اعطي الاهتمام الاكبر للجانب الاجتماعي و اهمل الجانب التربوي و الاجتماعي .

Autisme et parentalité, 41, 42,2009.

### 4.3 انواع طرق التكفل باطفال التوحد :

#### 1. الطرق العلاجية القائمة على اسس علمية :

#### 1.4.3. المدرسة السلوكية :

. و فيها تقنيات تعديل السلوك عن طريق الاشراف و وضع التعزيز الايجابي في حال حدوث سلوك مرغوب فيه و سلبي في عكس ذلك ; و هنا تقنيتين في هذا الصدد :

#### 1 . تقنية تيتش:

. هذه التقنية وضع العمل بها لأول مرة كلية الامراض العقلية بجامعة كارولين الشمالية في بداية سنوات السبعينات 70 . و هي تستعمل المعلومات على النمو المعرفي للطفل المتوحد لوضع في ما بعد طرق و اليات تربوية و تعليمية جيدة ; و ذلك باستعمال مؤهلاته

الاجتماعية , وداكرته عوض العقلانية فقط . هذه التقنية عرفت شهرة كبيرة ; و هي قديمة و نالت عدت ترجمات . و دخلت في ما بعد المجال المدرسي حيث عرفت ب " اقسام تيتش " و ذلك بدءا بالولايات المتحدة الامريكية ثم كندا , و لم تصل القارة الاوروبية الا في اواخر التسعينات ( في 1997 فتح 34 قسم لاستقبال 115 طفل متوحد و هذا كان في بلجيكا ) . و تستخدم عدت و ساء لمبسطة كالصور و الرموز و الاشكال التربوية الهادفة , و هي تحفز كذلك اكتساب او تطور اللغة , و العمل يكون جنبا بجنب مع الاولياء .

Serge Dalla Piazza, Bernard Dan, 2006, 219

### **ب. تقنية لوفاس Lovass**

. و هي تقضي بان يتكيف الطفل مع محيطه , و بهذا تكون مخالفة تقنية تيتش التي تسعى الى تكييف المحيط للطفل المتوحد , حيث ان لوفاس و تقنيته اخذا ايضا ترحيبا واسعا . و نجاحها اكتسب مكانته في الولايات المتحدة الامريكية و كذلك في كندا . و اول ما ظهرت كان سنة 1981 . و هي تقنية مكثفة بما انها تستدعي عمل انفرادي لما يقارب 40 ساعة في الاسبوع , الا ان المختصين يرون ان 20 ساعة تكفي للغرض . و هي تتميز بصفات انتقدتها البعض : اعطاء الاوامر باستمرار للطفل, و دعوة الطفل باستمرار الى ملاحظة المختص و هي سلوكات مكررة و معززة باستمرار , و لها طابع توجيهي محظ .

Mary Lynch Barbera, 30, 2012

### **ج. تقنية البرنامج الالكتروني " فاست فور وورد " :**

. و هو يعمل بالحاسوب ( الكمبيوتر ) , هدفه تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد . و قد تم تصميم البرنامج بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة " بولا طلال " على مدى 30 سنة تقريبا , حتى قامت بتصميم هذا البرنامج سنة 1996 و نشرت نتائج بحوثها في مجلة " العلم " , احدى اكبر المجالات العلمية في العالم .

. و نظرا للضجة التي عملها هذا الابتكار فقد قامت بولا طلال بتأسيس شركة بعنوان " التعليم العلمي " , و قامت بتطوير و ابتكار برامج اخرى مشابهة , كلها تركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الاطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي .

احمد نايل الغرير . بلال احمد عودة. 2009.14

## II. طرق العلاج الغير مبنية على أسس علمية واضحة :

### 2. تقنية التكامل الحسي :

. و جد ان هناك مشكلة في تكامل الحواس و المعلومات داخل الجهاز العصبي , و على الاخص في المعلومات المنقولة عن طريقة اللمس و الحس المجازي ( مسؤول عن الاتزان و الحركة و النغمة العضلية ) و الحس التقبلي الذاتي ( منبه او مثير ناشئ ضمن عضلات الشخص ) لذا يصمم لهم ما يسمى بالوجبة الحسية , و هي تشمل تدريبات للحواس الثلاث المذكورة متكررة لمدة دقائق قليلة يوميا .

طارق عامر. 2008.129

### 3. الحمية الغذائية :

. و هي بالطبع ليست تقنية علاجية , بقدر ما هي وقائية و أصبحت شكلا من الموضة من وقت مضى و صداها مازال باقيا ( و هي منع مادة الغلوتان و الكاسيين مثلا ) . بالإضافة الى النصح بتناول فيتامين ب6 و لكن تبقى بدون دليل علمي يذكر .

#### **4. تقنية السنوزيلان :**

. و هي تقنية اوروبية , هولندية بالخصوص ( هالج.فارهل. 1989 ) . هو خلق محيط او عالم خاص بهم من ( فرشاة مائية و اعمدة فقاعات دات انارة . موسيقى ... ) . و كل متغير فيزيائي هم مقاس بدقة و المثيرات الحسية ايضا متوازنة . كما يضاف الى هذا طرق تدليك الجسد , و لا يوجد دراسات علمية تثبت مصداقيتها .

Serge Dalla Piazza. Bernard Dan.2006.217

#### **III. الة تثبيط الاعصاب :**

. الة الضغط هذه كانت من فكرة المتوحدة بزملة اسبرجر " تومبلغراندان " و التي بإمكانها ان تساعد الاطفال المتوحدين ; و المراهقين و الكبار ايضا ; حيث تمتص افراطهم في حاسة اللمس , و كذلك التقليل من فرط الحركة و شدة انفعال الجهاز العصبي و التوتثر. و ملا حظات اكلينيكية تشير الى ان المثيرات اللمسية المعززة تقلل من افراط الحركة , و المتوحدون ينسجمون لذلك .

Temple Grandin,2001,221,222.

#### **VI. التمارين الجسدية او الرياضة :**

. حيث تعتبر دائما دات منفعة كبيرة من حيث التنظيم و شغل وقت الطفل المتوحد ;  
فبعضهم يتمكن من التخلص من السلوكات النمطية والتكرارية و الروتين . و هذه التقنيات  
كانت مدرجة بالدرجة الاولى من قبل اليابانيين و صدرو هذه الطرق فيما بعد الى و.م. ا ( بوسطن ) . و هذه التمارين قد تجرى على افراد او في جماعة .

Serge Dalla Piazza, Bernard Dan, 2006, 216,217

### 1.التشخيص المبكر و ضرورته :

. لا يمكن تحري و تشخيص التوحد عند الولادة او خلال الحمل و لكن يجب ان تعلم ان  
الابحاث اثبتت انه اذا كان لديك طفل مصاب بالتوحد فهناك احتمال بنسبة 10 / . لان  
يكون لديك طفل اخر مصاب بالتوحد او بمرض مشابه , و بشكل عام فان تشخيص التوحد  
ليس سهلا و لذلك من المهم عند الاشتباه به ان يقوم الوالدين بطلب راي الاختصاصي و  
الخبير في هذا المجال , فيجب على الام او الاب ان لا يتاخرو في طلب راي الطبيب اذا  
كان لديهم طفل عمره سنة ولا يقوم باي ايماءات و لا يجب الانتظار حتى يصبح عمره سنة  
و نصف مثلا ! و لا يوجد فحص واحد مشخص للتوحد ,بل عدت فحوص لاستبعاد امراض  
اخرى قبل ان يضع تشخيص مرض التوحد و قد يحتاج الامر لاستشارة طبيب امراض  
الاطفال او الامراض العصبية .

. و هنا نلخص اهم العلامات المبكرة التي قد تشير للتوحد عند الطفل الصغير وفقا لبرنامج  
الاكاديمية الامريكية لطب الاطفال للتحري المبكر عن التوحد لعام 2007 :

- . لا يقوم الطفل الدارج ( اول المشي ) بالالتفات لمصدر لفظ اسمه .
- . لا يقوم الطفل الصغير بالنظر الى ما يشير اليه احد الوالدين بالقول : انظر الى ...
- . لا يقوم الطفل بتقديم نفسه للاهل عند قيامه بعمل ما او بحمل شيء ما .
- . تاخر اكتساب الطفل لمهارة الابتسامة .

. فشل الطفل في التواصل البصري .بالعينين مع الاهد .

. وطبعاً هنا الاهتمام بالتشخيص المبكر في عمر صغير مهم جداً حتى يبدأ مع الطفل التدريب المبكر ... و الذي يساعد الطفل بشكل كبير جداً ... و قد ينفي عنه التشخيص بالتوحد مستقبلاً .

مجدى احمد عبدالله. 2013.128

## 2. أدوات التشخيص المبكر:

. يبدأ التشخيص المبكر بملاحظة الطفل و ذلك من 18 شهراً الى 4 سنوات , و اول هذه الأدوات :

1. اسئلة الاطباء للاباء عما اذا كان طفلهم :

. يعنى من تاخر في النمو النفس حركى و المنعكسات الاولى للطفل .

. لكن هذا لا يعنى بالضرورة في حال عدم توافرها ان الطفل يعانى من التوحد , لانه لا بد و ان تكون هناك تقييمات من جانب متخصصين في مجال الاعصاب , الاطفال , الطب النفسى , التخاطب .

2. قائمة استمارة " تشات " للتشخيص المبكر :

.تنسب الى العالم " سيمون بارون كوهن " في اوائل التسعينات و هي تحدد ما بين 18 الى 36 شهر للطفل , و من خلالها توجه اسئلة قصيرة من القسم الاول يعده الاباء و الثانى من قبل الطبيب المعالج .

محمد عدنان عليوات.2007.10.12

3.خدمات و برامج التدخل المبكر للاطفال دون السادسة و انعكاساتها :



في خلال العقدين الاخيرين , تم التوسع في خدمات و برامج التدخل العلاجي المبكر للاطفال دون السادسة من العمر , و نتج عن ذلك :

1. تزايد الوعي باهمية الخبرات المبكرة في المراحل الاولى من العمر في نمو و ارتقاء الانسان , و تضاعف هذه الاهمية للاطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة .
2. و من حيث التدخل المبكر و الخدمات العلاجية و غيرها لاطفال ذوي الحاجات الخاصة , فانه يقوم على اساس ان الاهداف العامة للتربية الخاصة من سن الميلاد الى سن الالتحاق بالمدرسة الابتدائية , و يقوم على تدعيم الاطفال الصغار عن طريق التدخل في الوقت المناسب, قبل ان يؤدي العوق في ظروف الخطر النمائي الى تغيير او اعاقاة النمو , و تعثر بالاستفادة باستعداداتهم و قدراتهم في المستقبل , بل ان الهدف ايضا منع ظهور العوق الثانوي .

مجدي احمد عبدالله.2013.177

#### 4.احتمالات التحسن في اعراض التوحد :

- . اوضحت مقالة " روتر " ( 1977 ) - ان حوالي 1/2 من المتوحدين يظهرون تحسنا في السلوكيات الاجتماعية في مرحلة ما قبل المدرسة, و يمكن لهؤلاء الافراد ان يحصلو على وظائف في مرحلة الرشد بالرغم من عدم خلوها تماما من كافة اعراض التوحد, بينما حوالي 60/ من المتوحدين يعانون بشكل واضح من اعراض التوحد حتى بعد سن البلوغ .
- . اما " لوثر " ( 1987 ) فيشير بان ( 5 - 17 ) / من اعراض التوحد يحدث لها تحسن نسبي, و يدكر " ديمير " ( 1979 ) ان 60/ من كبار المتوحدين يوضعون داخل مؤسسات علاجية . و ان الاباء الذين تحملو صعوبات قاسية في السنوات الاولى مع اطفالهم, غالبا ما يجدون ان باقي فترة الطفولة تتسم بالهدوء النسبي للاعراض و تعتبر افضل سنوات الحياة

لدى المتوحدين نتيجة للسيطرة على بعض السلوكيات مثل : مقاومة التغيير - المخاوف الشادة - القدرة على التواصل - المشكلات السلوكية .

. اما مرحلة المراهقة فتزداد اعباؤها بسبب التغيرات الجسدية المصاحبة لهذه المرحلة , الضغوط الناشئة عن السنوات العديدة لتربية طفلهم, و الاحساس الظاهر بالاستقلالية لدى الشخص الذي يفقد الكثير من متطلبات ارشاد داته و التحدي الذي يعبر عنه بشكل صريح, فالمراهق المتوحد لا يجد له مكانا في مجتمع المراهقين, و بالتالي ينسحب لشعوره بالارتباك و الاحباط و ربما يصبح مؤديا لنفسه او عدوانيا كما يكون اكثر رفضا للمجتمع من دي قبل .

. و بالرغم من هذه الصعوبات فان البعض منهم يتحسن في المراهقة, و القليل يستطيع الاعتماد على داته في الكبر .

. و تشير دراسات " لوفاس " ( 1971 ) و " روتر " ( 1977 ) ,بان الطفل المتوحد يتحسن ادا كان التشخيص و التدريب المناسب قد قدم له في سن مبكرة, كما ان مفتاح تحسن اعراض التوحد هو تعديل السلوك النمطي و استبداله بسلوكيات هادفة, و تكوين علاقات وطيدة مع الطفل.

. و في الاخير تبقى افضل الطرق لمساعدتهم للوصول الى الى مستوى افضل هي :

. التدخل المبكر - استخدام اساليب التربية الخاصة - تاييد الاسرة و مسانبتها- و في بعض الحالات تكون هناك حاجة ضرورية للعلاج الطبي كي تستطيع الحالة ان تعيش حياة طبيعية

. كما ان الاساليب التدخل الخاصة و برامج التربية تهدف جميعها الى مساعدة هؤلاء الافراد على التعلم - التواصل - الارتباط بالآخرين و اختزال حدة السلوكيات النمطية .

. على انه يبقى التدخل المبكر من اهم العوامل التي تساعد على تنمية هؤلاء الاطفال لمدى طويل و استقلاليتهم و نجاحهم في حياتهم .

. الفصل الثاني : العلاج النفسي للطفل و الاسرة .

يعتبر علاج الطفل المتوحد عملا صعبا للغاية , و ربما يرجع ذلك الى صعوبة فهم السبب الذي اصبح من اجله الطفل متوحدا .

و يشار الى ان تفاعل المعالج او المدرب مع الطفل المتوحد و الطرق التي يستخدمها في علاجه او تدريبه يجب ان تكون بقدر الامكان قائمة على ادراكه لطبيعة هذا الطفل .

### 3. طرق التدخل المبكر المتعلقة بدورالوالدين :

#### 3.1 دور الاسرة في علاج و تدريب طفلها المتوحد :

. في خلال العقد الاخير ظهر تغير ملحوظ في فهم دور الاسرة في مساعدة الطفل المتوحد , و ابتعد البحث العلمي و الاساليب العلاجية من التركيز على استكشاف التفسيرات ذات المنشأ النفسي فقط الى الاهتمام بدور الاسرة في تقديم المساعدة و العلاج ايضا و التاكيد على الاستراتيجيات المشتركة التي يمكن استخدامها للتغلب على المشكلات الناشئة .

. و بعد ان ادرك المتخصصون ان سبب الاضطرابات يكمن داخل الطفل , و ليس للابوين دخل به , تغيرت العلاقة بين الاباء و المتخصصين , و اهتم المدربون باعطاء الاباء دورا هاما في تصميم و تنفيذ اي برنامج علاجي او تدريبي للطفل المتوحد ; حيث انه لا يوجد من يعرف الطفل , و يحبه و يحرص عليه اكثر من والديه .

عادل الاشول.1992.888

#### 3.2 ارشاد والدي الطفل المتوحد قبل التكفل بالطفل :

. لاشك ان وجود طفل معاق في الاسرة ليس بالشيء الهين , يجعل الوالدين و الاسرة يتحملان ضغوطا متعددة و جميعها مرتبطة بالحاجات الخاصة لهذا الطفل , و القلق على مستقبله و حياته القادمة , و ما يزيد من حدة هذه الضغوط اعتماده الكامل عليها الذي يترتب عليه تحمل اعباء كثيرة داخل المنزل و خارجه , فنجد بعض الاسر تبالغ في حماية و رعاية طفلها المعاق و البعض الاخر يرفض هذا الطفل و يتجاهله تماما .

محمد الشناوي. محمد التويجري. 1995.568.569

. اما اسرة الطفل المتوحد فهي تتحمل الكثير و الكثير جدا من الصعوبات خاصة في الفترة السابقة لتشخيص حالة الطفل تشخيصا دقيقا , فهي اصعب مرحلة تمر بها الاسرة بسبب الغموض الذي يحيط بحالة الطفل , بمعنى هو كان طبيعيا عند الميلاد على الاقل , اي انه لا تظهر عليه بوادر الشدود في بادئ الامر , و بعد ان تظهر عليه علامات الاختلاف و التميز , مما يثار اهتمام الالباء و يدركون انه يوجد شيئا خطيرا حدث للطفل , فيبدأون رحلة طويلة مع الاطباء المتخصصون و غير المتخصصين من اجل التعرف على وصف دقيق لحالة طفلهم .

. و استخلص انا كباحثة ومن خلال فترة عملي المتواضعة هذا الوصف في اطار الحوارات التي تجرى مع اولياء الاطفال المتوحدين , حيث تختلف الاسر في ردود افعالها تجاه اعاقه طفلها , فمنهم من يواجه هذه الازمة من خلال المرور بالمراحل التالية :

.و التي تبدأ بالصدمة : و هي المرحلة التي تكتشف فيها الاسرة ان طفلها لديه اعاقه مزمنة فيصاب الابوين بالدهول و العجز التام عن فعل اي شيء , و غالبا ما يرفضان تصديق الواقع , لتبدأ بعد ذلك مرحلة الانفعالات العنيفة المليئة بالحزن و الالم و عدم الرضى و الاحساس بالدنب , فقد تشعر الام انها السبب لانها عادت الى العمل بعد ولادة الطفل بوقت قصير و كان ينبغي عليها ان تمكث معه لوقت اطول , و احيانا يكون التانيب لكلا الوالدين

عن الوراثة التي ورثها لطفه ,و احيانا شعور بالاحباط و الفشل يجعل اي من الوالدين يطرح تساؤلات عديدة .

و اسر اخرى تعيش في حالة حزن دائم و كان اولادهم يحتضرون ,و اخرون يواجهون الازمة بصبر و احتساب .

. و الاسر التي لا تستطيع مواجهة الازمة تلجا الى استخدام مجموعة من الحيل الدفاعية اللاشعورية و التي تخفف عليها وطأة المشكلة لانها تخفي الجزء المؤلم من المشكلة عن الوعي و الادراك و من اهم هذه الحيل الدفاعية :

. الانكار - رد الفعل - الاسقاط ( ... ) .

### **3.3 دور المرشد النفساني في حياة اسرة الطفل المتوحد :**

. يقوم بها اخصائي كفو في العمل مع اولياء امور الاطفال المعاقين في اطار جلسات انفرادية او جماعية تساعدهم في تخفيف مشاعر الذنب و الاهمال و الانسحاب التي قد تتتابههم عند التعامل مع الاطفال المعاقين .

. على ان يتفهم المرشد النفساني دينامية العلاقات الاسرية .

. ان يشرح للأسرة الحقائق و الاسباب المرتبطة باعاقة طفلهم المتوحد بكل صدق و وضوح , مع مراعات الحالة النفسية للابوين .

. يوضح لهما ان وجود طفل معاق في الاسرة ممكن ان يحدث لاي اسرة و في اي مكان رغم كل الاحتياطات .

. و ان نعطي فرصة للوالدين للتحدث عن مشكلة ابنهم بكل طلاقة و دون خوف .

.يبدل قصارى جهده في تهدئة مشاعرهم المنهارة و السلبية .

. يقدم لهم الاساليب اللازمة لاساليب التعامل الصحيحة مع طفلهم .

محمد الشناوي. محمد التويجري

.1995.585.587

#### 4.الاستراتيجيات المستخدمة في التوجيه العلائقي لوالدي الطفل المتوحد :

معظم الدراسات السابقة حددت هذه الاستراتيجيات كالتالي :

ا.برامج المعلومات التي تزود الاباء بالحقائق حول حالة طفلهم .

ب. برامج العلاج النفسي لمساعدة الوالدين على التعامل مع مشكلاتهم الشخصية .

ج. برامج تدريب الوالدين لمساعدتهما على التعامل مع تطوير مهارات فعالة في تدريب

طفلها المتوحد .

أسرة الطفل المتوحد بحاجة للدمج بين هذه الاستراتيجيات الثلاث كي تكون البرامج المقدمة

بهذه الكيفية أكثر فعالية للطفل و الاسرة معا ; على ان حسب الخبرات السابقة فان هذا

النموذج يكون مدخلا علاجيا فعالا في تغيير سلوك الاطفال وتوليد المشاعر الابوية الدافئة

و الحفاظ عليها .

و بالرغم من اختلاف نماذج التدخل من حيث الطريقة او المحتوى الا انه لم يعد هناك جدالا

في اهمية دور الاباء لتعليم اطفالهم المتوحدين .

5. الدراسات التي اثبتت فعالية دور الاسرة لطفلهم المتوحد :

تعددت الدراسات التي اهتمت بإيضاح دورالاسرة في علاج طفلها المتوحد , فنجد " شورت "

و " اندراو" سنة 1980 حاولا التعرف على نتائج علاج الاطفال المتوحدين عن طريق ابائهم

, حيث اشارت نتائجهم الى زيادة التفاعل بين الاباء و اطفالهم ; من حيث ظهور سلوكيات

اجتماعية في مواقف ( التفاعل الاجتماعي , اللعب او العمل , التواصل الهادف ) , اضافة الى اختزال للسلوكيات غير الاجتماعية مثل استثارة الدات , النمطية في اللعب , الميل الى عدم التفاعل , ازدياد تكيف الاسرة مع الضغوط المترتبة عليهم .

و قدم " ميكانتهان " و اخرون ( 1982-1984 ) نموذجين لتدريب اباء الاطفال كمعالجين لاطفالهم , و اشارت نتائج البرنامجين الى فاعلية التدريب العملي للاباء و الاطفال في اكتساب مهارات الحياة الوظيفية و مهارات رعاية الدات , و اعتمد الاباء على جداول الانشطة اليومية المصورة في تعليم اطفالهم , في حين اعتمد معدي البرامج على فنيات التدعيم و التغذية الرجعية في تدريب الاباء على اساليب العلاج الصحيح .

و تشير نتائج دراسة " لوف " و اخرون ( 1990 ) بان الامهات ساهمن في علاج مخاوف اطفالهم باستخدام اساليب العلاج السلوكي .

. و قام " كرانترز " و اخرون بتدريب الاباء على كيفية حث اطفالهم على المشاركة في أنشطة الاسرة من خلال مواقف وقت الفراغ , التفاعل الاجتماعي , رعاية الدات , القيام ببعض الاعمال المنزلية , باستخدام فنيات النمذجة - الملاحظة الجيدة - التغذية الرجعية , اما الاباء فقد استخدموا جداول الانشطة المصورة في تدريب الاطفال على المشاركة في أنشطة الاسرة , و اشارت النتائج الى نجاح الاباء في تعليم اطفالهم اتباع تلك الجداول المصورة للأنشطة , و ترتب على هذه المتابعة اختزال حدة السلوك المضطرب , وازدياد التفاعل الاجتماعي مع الاخرين .

Krantz,ets autres,1993,137,138

**6. المفاهيم الاساسية في برامج التكفل بالاطفال المتوحدين :**

. رغم اختلاف برامج التدريب التي تقدم للطفل المتوحد من حيث المحتوى و الاستراتيجيات المستخدمة , الا انها تشترك جميعها في المفاهيم الاساسية و التي حددت كما يلي :

1. مشاركة الاباء كعالمجين او مدربين لاطفالهم المتوحدين :

. ان اتاحة الفرصة لمشاركة الاباء في برامج التدريب تجعلهم اكثر فهما لحالة طفلهم مما يساعدهم على اتخاذ القرارات الحاسمة بخصوص طفلهم, كما ان التدريب العملي الذي يتلقونه على يد المدربين يمكنهم من مساعدة اطفالهم على الاندماج في الحياة الاسرية .

### 7.المهارات و القدرات الاساسية :

. ان البؤرة الاساسية التي يركز عليها التدخل السيكولوجي للاطفال المتوحدين هي التركيز على تطوير و بناء القوى الكاملة لدى الطفل, اكتساب المهارات اللازمة للمعيشة في حدود قدرات الطفل و الاسرة, و يجب ان تركز البرامج على الاساليب الواقعية العملية في حل المشكلات اكثر من التركيز على التفاعل اللفظي .

### 3.التقييم الشامل للطفل و الاسرة و المجتمع :

. يجب ان يوضع في الاعتباران هذا الطفل جزء من بيئة اجتماعية كبيرة, فمن الضروري زيادة فرص النجاح امام الطفل في حياته الجماعية, و مساعدة الاسرة على مواجهة الضغوط التي يفرضها عليها المجتمع, و يتم قياس هذه المتغيرات من خلال عملية التقييم, فهي متطورة باستمرار و تناقش موضوعات مختلفة منها: الحاجات الناشئة لدى الاسرة, و ظروفها و التغيرات الحادثة في المجتمع و هذا التقييم يجب ان يتلاءم مع نظام القيم داخل الاسرة و حسب اولوياتها و اهتماماتها .

### 8.مسؤولية الاسرة نحو تنمية قدرات الطفل :



. تلعب الاسرة كما سبق الذكر دورا اوليا و جوهريا , ذلك لان الطفل لا يتربى في الاشهر الاولى الا في كنف عائلته , فتقوم بتقدير الطفل و تنمية قدراته فالطفل يمر في اسرته بخبرات تعده للاستجابة بطبقة ايجابية او سلبية للخبرات القادمة في حياته .

. فهو يتدرب منذ وقت مبكر على تنظيم بعض وظائفه الحيوية و يصحب هذا التدريب جو انفعالي خاص .

. للاسرة تاثير قوي فيما يتعلمه الطفل و نتيجة توقعات البالغين و اسلوبهم في توجيه سلوكه و الامثلة التي يقدمونها ليفتدي بها الطفل كل ذلك يؤثر فيما يدركه الطفل و ما يكسبه من مهارات و عادات و اتجاهات .

. من المفروض ان يضم الوالدين و المدرسين قواهم ليساعدوا الطفل و يتبادلا المعلومات و الخبرات حتى يدفعوا بالطفل الى ان يحقق اقصى طاقاته .

. يبقى الغرض من اشراك الوالدين في عملية التدريب لأبنائهم هو تمكنهم من مواصلة تدريبهم بمنزلهم بعد تعودهم على المهارات المختلفة حيث يحتاج الطفل الى رعاية مستمرة و مساعدة دائمة كما سيحتاج الاباء الى مشورة من حين الى اخر حيث ان الاسرة التي تمكث مع طفلها اكثر تصبح اكثر تفهما لمشكلات طفلها و يتقبلونهم و يندمجون مهم في حياتهم و يتعرفون على طرق علاجهم و كيفية التعامل معهم .

. ان تعرض الطفل في سن مبكرة لأي برنامج يساعد كثيرا في تنمية قدرات و مهارات الطفل , حيث ان للوالدين دورا هاما في تكوين صورة ايجابية للذات لدى الطفل من خلال الاساليب التي يعامل بها الوالدين الطفل لتعطي في النهاية صورة تقريبية لنمو قدرات الطفل.

الجانب الميداني

الفصل الرابع

# الدراسة الاستطلاعية

## 1. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية دراسة مسحية إستكشافية، إذ هي مرحلة هامة في البحث العلمي نظرًا لإرتباطها المباشر بالميدان مما يضيف صفة الموضوعية على البحث .

مصطفى عشوي. 1994.135

. كما لها أهمية كبيرة في مساعدة الباحث على صياغة أسئلة دليل المقابلة و جعله يتأكد من سلامة مستوى الأسئلة و صياغتها .

مجدي عزيز. 1981.187

. و لقد قمنا بالدراسة الاستطلاعية بوحدة الطب النفسي في العيادة الصحية المتعددة الخدمات ببئر الجير بولاية وهران , و التابعة لمستشفى الأمراض العقلية سيدي الشامي , و

ذلك في اطار البحث عن افراد مجموعة البحث و كان الاستقبال يوم : 2015/11/01 الى  
2016/04/20 .

## 2. الدراسة الاساسية :

كانت الدراسة الاساسية بوحدة الطب النفسي في العيادة الصحية المتعددة الخدمات ببيئر  
الجير بولاية وهران , و هذه الخدمة وان كانت موجودة منذ عقود في مستشفى الامراض  
العقلية سيدي الشامي , الا انه لم يكن هناك طاقم طبي متخصص في ذلك , و في سنة  
2010 استفادت كافة ربوع الوطن من مرسوم وزاري كونو اول دفعة من اطباء و  
نفسانيين و ممرضين في ما يعرف بالطب النفسي و العقلي للاطفال, و القصد منها تحسين  
الخدمات لهذه الشريحة .

## 3. منهج الدراسة :

. المنهج هو مجموعة منظمة من العمليات تسعى لبلوغ الهدف .

موريس انجرس.2004.99

. و يعد المنهج العيادي احد المناهج المهمة و الاساسية في مجال الدراسات النفسية , ولقد  
اعتمدنا عليه لكونه المنهج الملائم لطبيعة فرضياتنا و موضوع الدراسة من جهة , و  
لفردانية الحالات من جهة اخرى .

. و يعرفه " D.Lagache " ( 1949 ) المنهج العيادي على انه : تناول السيرة من  
منظورها الخاص , و كذلك التعرف على مواقف و تصرفات الفرد اتجاه وضعيات معنة  
محاولا بذلك التعرف على بنيتها و تركيبها , كما يكشف الصراعات التي تحركها و  
محاولات الفرد لحلها .

. تختلف مناهج البحث باختلاف المواضيع المدروسة للوصول الى الحقيقة الظاهرة و الكشف عنها , و بما ان موضوع البحث هو الذي يحدد المنهج المناسب له فان موضوع بحثنا يدور حول " التوجيه العلائقي كعلاج وقائي مبكر للاطفال ذوي القابلية لاضطراب التوحد " , و حتى نصل الى تشخيص هذه الظاهرة لابد من ان نغوص في اعماق الالباء و طفلهم المتوحد , و بالتالي فان موضوع بحثنا يفرض علينا اتباع المنهج العيادي في دراستنا و الذي يعرفه " Witmen " : " منهج في البحث يقوم على استعمال نتائج فحص اشخاص غير عاديين و دراستهم الواحد تلو الاخر من اجل استخلاص مبادئ عامة توحى بها ملاحظة كفاءتهم و قصورهم .

**حسن مصطفى عبد المعطي.31.2005**

#### **4.ميدان الدراسة :**

. هو عبارة عن ملحقة صغيرة في وحدة تطعيم الاطفال في الطابق العلوي من العيادة , حيث بدأنا العمل فيها منذ حوالي سنة تقريبا ; على انه بدأت العمل مع الاطفال منذ سنة 2012, و كانت في بادئ الامر في عيادة الخدمات الصحية ب " Cave Guy " , ثم انتقلنا نهاية سنة 2013 الى عيادة الخدمات الصحية ب " العقيد لطفي 02 " , لننتقل مؤخرا في عيادة بئر الجير و التي تحتوي على مكتبين و سكرتيرة و ممرضة و عون امن .

. المكان مضاء جيدا و به كل ظروف العمل الملائمة ; و المكتبين مطلين باللوان زاهية و به ملصقات و العاب للاطفال,بالاضافة الى انه جد امن .

. و نقوم فيه بدا بالتشخيص الاولي و مرورا الى التكفل النفسي والطبي و حتى الاجتماعي بالولدين و الطفل ; و السن هو من الطفولة الجد مبكرة الى غاية سن المراهقة ; و ناخذ على عاتقنا كل انواع الاضطرابات و المشاكل و الامراض النفسية بكل درجاتها ; و كل

حسب قدرته و خبرته و تخصصه الذي ينتمي اليه من حيث الكفاءة في التكفل باضطراب او اخر .

. واصبحت تتوافد الحالات من مختلف ربوع الوطن ; رغبة في البحث عن حل لمعاناتهم النفسية التي داقوا بها سبلا .

#### 4.1 عمل الباحثة في الوحدة:

. تعمل الباحثة منفردة ، مرة في الاسبوع في هذه الوحدة , و تخصصها يشمل الطفولة المبكرة , و يتضمن عملها التكفل بالوالدين والطفل في نفس الوقت , و بناءا على التكوينات العديدة التي اخذتها في مجال اضطراب التوحد ,فاصبحت خبرتها تقتضي العمل اكثر مع هذه الشريحة و التي عددها في تزايد مستمر .

#### 5. ادوات البحث :

. تعتبر ادوات البحث ذات اهمية فهي بمثابة مفاتيح يلجا اليها الباحث لجمع المعلومات , و قد تم الاستعانة بالادوات التي تخدم موضوع الدراسة و المتعلقة في المقابلة النصف موجهة ,بالاضافة الى مقياس تشخيص التوحد " M-Chat " , و اختبار التقييم ( A.B.C AutisticBehaviorChecklist).

#### 1.5 المقابلة العيادية النصف موجهة :

. المقابلة العيادية من الادوات الأكثر شيوعا لجمع المعلومات التي تستخدمها الباحثة العيادية للإتصال مع المفحوص ، و تعني بالمقابلة العيادية تبادل الأقوال بينا المفحوص والمفحوص ، و على الفا حصان يكون ذو أذن صاغية ويسهل دائما الكلام مأخذا بعيننا لا اعتبار الإتصال غير الشفوي .

(Chilland collette, 1989, 22 )

والمقابلة العيادية أنواع بحيث تعتمدنا في بحثنا على المقابلة العيادية تصف موجهة بحيث يعرفها "بركات خليفة محمد "على أنها"  
: تلك المقابلة التي تعتمد على دليل للمقابلة التي ترسم خططها بشيء من التفصيل وتوضع لها  
اتعليمات محددة يتبعها جميع من يقوم بالمقابلة نفسها لغرض توفيرها لتحديد الأسئلة توصيا  
غتها وترتيب توجهها وطريقة القائها، بحيث يكون في ذلك بعض المرونة بعيدا عن التكلفة .

بركات خليفة محمد. 1976.126

ولإجراء هذه المقابلة فمن باب صياغة مجموعة من الأسئلة ووضعها في صورة أدلة للمقابلة الذي يحت  
وي على محاور بحيث كل محور يضم مجموعة من الأسئلة وذلك لجمع أكبر معلومات حول الطفل ككل  
و حددت على شكل محاور :

. بيانات عامة حول الطفل التوحدي .

. الحالة النفسية للوالدين قبل و بعد اكتشاف الاضطراب .

. تعامل الوالدين مع الوضعية .

. الحياة العائلية .

. استراتيجيات التكفل المستخدمة مع الطفل .

## 2.5 المقاييس النفسية المستخدمة :

- تعريفه :

. يحدد العمل بها ما بين 18 شهر و 36 شهرا , اي الى غاية 03 سنوات ;

. تنسب الى العالم " سيمون بارون كوهين " Simon Baron – Cohen , و كان هذا في

اوائل التسعينات و هي لاكتشاف ما اذا كان يمكن معرفة هذه الاعاقة في سن 18 شهرا .

-التطبيق :

. من خلاله توجه مجموع 23 اسئلة قصيرة مقسمة الى قسمين ; القسم الاول يوجه الى الوالدين و القسم الثاني يملا من خلال ملاحظات المعالج لسلوكيات الطفل ; حيث تكون الاجابة عليها ب نعم او لا

-التصحيح :

. يحتوي على جدول للتصحيح , حيث ان الطفل يعتبر متوحد اذا كان يشير في النتائج الى اكثر من 02 او 03 اسئلة حادة مندررة باهم اعراض التوحد ; و الاسئلة المعبر عنها لالون الاسود الغامق هي التي توحى بناقوس الخطر .

. حيث ان الهدف من مقياس التشخيص هذا لا يدل ان كل الاطفال المشخصين فعليا بالتوحد هم متوحدين , حيث انه من الضروري ان يكفل بهم على انهم كذلك حتى يتخلصو من الاعراض التي كانت نتيجة ظروف ما اثرت على حالتهم .

## 6. التقنية المستعملة : التوجيه العلائقي كأداة علاجية :

. و هو علاج وجيز **thérapie brève** يركز على التفاعلات القائمة ما بين الوالدين و الطفل الملاحظة من خلال الحصص العلاجية .

. اساس التوجيه التفاعلي :

. يقتضي تقوية قدراتهم الابوية حيث تمكن من تفاعل احسن و تعديل الاهداف المختلفة في وظائفها المرتبطة باضطرابات الطفل .

## 7. عينة الدراسة :

. مواصفات العينة تم اختيارها على هذا الاساس :



. ان يكون افراد العينة اباء اطفال متوحدين .

. على ان يكونو في المرحلة الاولية من التخوف على حالة الطفل متجاهلين سبب ذلك .

### ا-اختيار العينة :

قامت الباحثة باختيار عينة الدراسة من خلال و حدة مكان العمل المخصصة في اضطرابات الاطفال النفسية بالعيادة المتعددة الخدمات في بئر الجير / و لاية وهران , و الباحثة بصفتها تعمل في هذه الوحدة , تم اختيار الحالة من بين مجموع الحالات التي تتوافد هناك , حيث توفرت فيهم الشروط و تقبلو فكرة العمل معهم في اطار بحث اكاديمي و الذي يستلزم منهم الحضور و بانتظام الى عين المكان و الصبر كذلك في ما يطلب منهم , و ذلك لهدف تتبع الحالة و التكفل بهم .

و كان الاختيار قصدي على العموم , و يستخدم هذا النوع من العينات عموما في الدراسات الاستطلاعية التي تتطلب القياس , او اختيار فرضيات محددة و بخواة اذا كان مجتمع البحث غير مضبوط الابعاد , و بالتالي لا يوجد اطار دقيق يمكن من اختيار فرضيات محددة , و بخاصة اذا كان مجتمع البحث غير دقيق و لا يمكن من اختيار العينة عشوائيا , ففي مثل هذه البحوث يلجا الباحث لاختيار الحالة من الوحدات التي تتلائم و اغرض البحث , و يسمى هذا النوع من العينات بالعينة القصدية او الغرضية .

### ب. عدد الحالات : حالة واحدة 01.

### ج. صفة العينة :

. عائلة متكونة من اب و ام يعيشو في بيت انفرادي .

. عدد الاطفال : الابن المتوحد هو الاكبر و معه اخت ثانية ( مولودة جديدة ) .

. على العموم لم ناخذ سوى شرط واحد في الاختيار و هو سن الطفل الذي يجب ان لا يتعدى او يفوق 03 سنوات و كذلك ان لا يكون فيه كل اعرض التوحد او كل السمات الاكلينيكية .

## د. خصائص العينة :

سن الطفل :	الوالدين :		الحالة :
	الام :	الاب :	
02 سنتين و نصف .	ثانوي	ثانوي	المستوى الدراسي :
	31 سنة	42 سنة	السن :
	تاجر حر	ماكتة في البيت	المهنة :
	من متوسط الى لابس به		المستوى المعيشي :

## 8 . حدود الدراسة :

### 8.1 الحدود البشرية :

. تتمثل عينة البحث في حالة واحدة متكونة من الوالدين و ابنهم المتوحد .

### 8.2 الحدود المكانية:

. وحدة الطب النفسي للاطفال بالعيادة المتعددت الخدمات بدائرة بئر الجير / ولاية وهران .

### 8.3 الحدود الزمانية :

. من 01 / 11 / 2015 الى 2016/04/20.

## 9. صعوبات البحث :

تكن بطبيعة الحال في محدودية هذه التقنية من حيث المراجع .

و كذلك حالة الطفل الميزاجية التي قد تطرا عليه من فترة لآخرى, و كذا بصفتهم اطفال متوحدون فهم في عرضة مستمرة الى امراض جسمية او وعكات صحية تفقد عندهم الحيوية و النشاط .

## 10. طريقة اجراء الحصص :

. كان تنظيم مجريات الحصص كالتالي :

-المرحلة الاولى:

. و هي المقابلة الاولى اين يتم التعرف على الوالدين و حالة طفلهما و ذلك بغرض جمع المعلومات الكافية و التعرف عليهم اكثر و وضعهم في جو ملائم يدعو للاطمئنان و الرغبة في مواصلة البحث .

. ثم المقابلة الثانية و تكون اكثر شمولا و دقة و تخص البيانات الكلية و الشاملة للطفل منذ بداية الحمل الى غاية هذه اللحظة .

. و في المقابلة الثالثة حدد كيوم لتمرير مقياس التشخيص لاضطراب التوحد .

-المرحلة الثانية :

. و كانت في سبيل البدئ في العمل مع الاسرة بغرض تطبيق البرنامج العلاجي مع طفلهم و من خلال المقابلات و مقياس التشخيص اظهر اهم النقاط التي يجب العمل عليها , و في اخر الحصص تعرفنا على نتيجة العمل و حالة الطفل و الوالدين في نفس الوقت بعد تطبيقه .

## 11. عرض الحصص :

. كان معدل الحصص الاسبوعي ما بين حصة كل اسبوع في الشهر الاول ; اي اربع  
حصص ثم بدانا نباعد الحصص المتبقية لنعطي فرصة اكثر للوالدين و الطفل في تطبيق  
البرنامج العلاجي اي حصة كل 21 يوم و هذا في سبيل نجاح العملية العلاجية و تلقي  
النتائج المرجوة .

. حيث قيمت الحصص ب 08 حصص من 01 / 11 / 2015 الى 20 / 04 / 2016

. جدول توقيت الحصص و المواعيد .

الحالة :	اليوم :	التوقيت :
01	الاحد	صباحا

. برنامج تطبيق العلاج العلائقي :

. لقد قمنا باستعمال هذه التقنية مع والدي الطفل المتوحد – العلاج العلائقي - من خلال  
طريقة لوفاس LOVASS و ما تحتويه من نصائح في تحسين سلوك الطفل اللااجتماعي  
و المنعزل و المتضمنة ايضا اشراك الوالدين في هذه العملية ; حيث يتقرب الوالدين اكثر  
بطفلهم و يفهمو وضعه بصورة اوضح .

. حصص التوجيه الابوي بحضور الوالدين معا و طفلهم و ذلك بغرض الاحساس  
بالمسؤولية اتجاه ابنهم معا .

. و كذلك من اجل تحمل مسؤولية الاعتناء بابنهم في وقت واحد .

. الهدف من التوجيه الابوي :

. عادة ما تكون حالة الطفل اقل حدة و خطورة مقارنة مع قلق الوالدين و اهتمامهم البالغ لطفلم و في نفس الوقت لابد من الاسراع في التكفل بالطفل في اقرب الاجال حتى لا تزيد حالته سوءا .

. و هذه الطريقة لها المنافع الكثيرة حيث انه:

-تنزع عنهم المخاوف و الهواجس التي تكون تدور في لاشعور الوالدين و الافكار السوداوية لمستقبل طفلم .

-التخفيف من تانيبالدات و الضمير ; و تصغير صورتهم الابوية على انهم ليسوا بوالدين كفوؤ .

. ايضا نظرا لقلّة المراكز او المختصين في هذا المجال ; على انه و ان وجدت تبقى باهضة الثمن و ليست في متناول الجميع و كذلك نظرا للطلب المتزايد و العرض المحدود فموعد الفحص يبقى في الانتظار الى حين ..

. و في الاخير و مقارنة مع سن الطفل يبقى الخيار الافضل و الامثل هو التكفل الابوي بابنهم الذي يبدي راحة لهم و له .

## **.12. تطبيقه :**

. نقوم بمرافقة الوالدين في الحصص العلاجية بالتحفيز الكلامي و كذلك تطبيق بعض الامثلة على طفلم اثناء الحصص ثم نطلب منهم اعادة نفس الشيء اثناء الحصة لتصحیحهم و مساندتهم و تشجيعهم في نفس الوقت , حيث تبقى تطبق بشكل شبه عادي و بالتدریج في حياتهم اليومية .

# الفصل الخامس الدراسة الأساسية

تمهيد :

. الجانب التطبيقي هنا يشرح محتوى الحالة و الظروف التي مر بها العلاج بكل تفاصيلها .

دراسة الحالة : المقابلة الاولى .

. الحالة : الطفل انور , عمره سنتين و نصف .

. الطفل متابع في الوحدة من طرف الباحثة منذ 2015/11/01 في العيادة المتعددت

الخدمات ببئر الجير / و لاية وهران , بغرض تشخيص الحالة و التكفل بها .

التقرير النفسي للطفل :

### 1.الوضعية العائلية:

. الطفل انور هو الاكبر و الولد الاوحد رفقة اخته الحديثة الولادة عمرها 06 اشهر و التي

هي في حالة صحية جيدة ; الوالدين لديهم صلة قرابة حيث يعتبر الزوج ابن عمه اب

الزوجة ; و هم ينحدران من مدينة وهران و يقطنون فيها ; لهم نفس المستوى الدراسي

الثالثة ثانوي , الاب يعمل كتاجر و الام كانت تعمل في السابق كمربية مختصة في روضة

اما الان و بعد ان تزوجت مكنت في البيت , ليس لديهم تشابه في فصيلة الدم , و لا يوجد

اي تشابه مرضي في العائلة , فقط حاليا الجدة للاب تعاني من بعض اعراض الخرف .

### 2. تاريخ الطفل :

. الحمل : كان دون خصوصية تذكر ; سوى بعض التغيرات النفسية التي كانت تطرا من

حين لآخر, و القليل من التوتر و هذا بسبب انها كانت تعيش مع عائلة الزوج في بادئ

الامر ( و هذا حسب اقوال الام ) .

### .الولادة :

. الولادة بدورها كانت عسيرة , و ذلك بسبب انها تصادفت بيوم الجمعة و الذي يكون فيه

عدد الطاقم الطبي جد محدود و و يكون فيه العمل بالمناوبة فقط , فبقيت تنتظر لعدت

ساعات على طاولة الولادة , مما استدعى في الاخير برمجة ولادة قيصرية .

. حالة الطفل اثناء الولادة :

. غياب صراخ الازدياد , حيث ان الطفل يمثل تعسر الولادة و صعوبة التنفس ,بالاضافة الى لون البشرة الذي كان يميل الى قليل من الزرقة Cyanosé .

. حالة الطفل بعد الولادة :-

. بعد يومين من الولادة اصيب بحمى التهاب السحايا و اخذ على جناح السرعة الى وحدة طب الاطفال بالمستشفى الجامعي لوهران , حيث بقي هناك لمدة 04 ايام .  
. و بعدها اصبح يعاني من نوبات تنفس خفيفة و عولج على اثرها .

### 3. تطور الطفولة الصغرى :

. الرضاعة : كانت طبيعية لمدة 06 اشهر , ثم توقفت و ادخلت الرضاعة الاصطناعية و هذا بسبب جفاف حليب الام , و تلاحظ على انه كان دو توتر عضلي منخفض اثناء حمله .  
. النوم: كان صعب و متقلب في البداية , ثم تحسن و استقام تدريجيا بدءا من سن الثانية (سنتين) .

. سلوك الاكل : لديه تفضيل للعجائن بالخصوص , و شهيته للاكل محدودة .

### 4. التطور النفس حركي :

. ظهور الابتسامة الاجتماعية الاولى , و كذلك البعض من المراغات .

. المشي : بدا في اکتساب وضعية الجلوس في 08 اشهر ثم المسك في الاثياء و الوقوف كانوا في نفس الفترة الزمنية على سنتين ; و كانت له خصوصية انه يمشي على نتوء اصابع الاقدام و بطريقة تشبه الرجل الالي .

. سن اول كلمة : سنة 01 و نصف ( برا ← نخرج , ما ما ← الام , بابا ← الاب) .



. كما انه كان يستعمل الابهام لغرض الاشارة الى طلبه او حاجاته فقط , و ليس لمشاركته نفس الشعور او الاحساس لغرض تقاسم تفاعل وجداني .

. اللعب و الالعاب : يكاد لا يكثرث للعب او اللعب بتاتا ,بالاضافة الى انه لا يبدي اي خيال في هذا المجال .. كباقي اقرانه .

. اكتساب النظافة ليس بعد : الا انه في طريق التعلم .

## 5. بداية الاضطرابات :

. الام تسرد الاحداث , على انه لاحظت مند البداية انه لا يلتفت و لا يجيب الى نداء اسمه , و عدم التركيز في النظر و اللامبالاة, و كثرة الحركة و ظهور السلوكات النمطية في اللعب حيث يكرر باستمرار دهاب و اياب السيارة او يراصف **alignement** عدد السيارات التي عنده اي الواحدة جنب الاخرى , اضافة الى تاخر الكلام .

حالة الوالدين اثناء التقدم للوحدة :

. الام : تدخل هي الاولى مع طفلها فقط فتجلس و عبارات الحيرة بادية على وجهها , ثم سألتها اين الزوج الم ياتي معك , فقالت لا هو هنا ينتظر في الخارج .

. فاختمت الفرصة و تركتها تتكلم بارتياح عن حالتها و حالة ابنها , الا انه و بالرغم من كل شيء تبدو امراة صامدة لولا الضغوط التي تعيشها مع زوجها ; حيث تقول ان عائلة زوجها جد متدينة و متمسكة بالعادات , و لا يسمح لها في الغالب للخروج بكثرة رغم ان هذا لا يكون الا في الحاجة الملحة و الدوافع الضرورية , و لا تخرج ايضا في معظم الاحيان الا في رفقته و هذا ايضا عائق اخر لانه كل على حسب جاهزيته .

. و تخوفها بدى يظهر شيء فشيئا حيث تقول انها عندما تاخده لزيارات روتينية عند طبيب الاطفال او لغرض التلقيح و تساله عن حالة ابنها فيجيبها و بكل ثقة انه مازال صغير و لا داعي للقلق و الاطفال لا يتشابها جميعهم في النمو و طفلك جيد .. !!

. و هذا اضافة الى الحالة الصحية التي كان يمر بها في بادئ الامر , كلها امور جعلتنا نتحير من وقت لآخر و لكن لا نبالي في نفس الوقت .

. الا انها رغم ذلك بدأت تتفطن و تبحث في الانترنت عن ما يشبه حالة ابنها و تلاحظ الاطفال ذوي نفس سنه و الفرق بينه و بينهم .

. و في ما يخص تاخر الكلام تقول لها اخت زوجها ان ابوه ايضا لم يتكلم باكرا و هذا شيء عادي في عائلتنا ; لا تكثرني ...

. و لكن رغم ذلك هي اصرت – و بغريزة الام التي تحتويها و تقود مشاعرها اتجاه ابنها – ان طفلها يعاني من شيء ما ...

. و ما اخر ايضا التدخل الاسرع هو انكار الاب باستمرار و رفضه لهذه الفكرة ان ابنه يعاني من اعراض غير طبيعية او على حسب الام تشبه نوعا ما اعراض التوحد , حيث ان نرجسية الاب و الرجل في نفس الوقت , و انكاره لحقيقة الامر و الواقع المعاش – على ان ابنه طبيعي و لا يعاني من شيء ... وان كان هو يرافقها اليوم الى العيادة فليس على اساس انه تقبل الوضع , بل بحكم القرابة و بعد اقناعه من طرفها و طرف عائلته .. قبل ذلك .

. و بطبيعة الحال الم في اثناء المقابلة و من حين لآخر .. تطرح الاسئلة التي اجوبتها تبقى مجهولة او صبب الاجابة عنها في الفور و عن ذلك ما نوع هذه الحالة التي يعاني منها .. و هل ستتحسن حالته .. هل سيتكلم و بإمكانه ان يتمدرس مستقبلا ; .. و .. و .. اسئلة و تساؤلات عديدة ...

. الاب : يدخل فيما بعد – و هذا بعد ان ننادي عليه – و هو في حياة استحياء و استنكار .. اي و كان وجوده في المكان مرغم عنه فقط .. و لكن تبدو عليه رغم ملامح الاعياء و التوثر و كذا انشغال البال .. حيث عند دخوله يقول : " واش عنده ابني .. " ثم يردد : " انا ابني اراه دكي و نشط .. و اخده معي للتفسيح و اللعب في الحديقة .. و يتعامل كرجل صغير .. " .

. ثم يضيف انه و بصراحة انه خاب ظنه بالخدمات الصحية و استاء .. مند ان ولدت زوجته ابنهم هدا و عانت ما عانتة .. حيث ان ابنهم نجى و بأعجوبة ; يقول : " ربي ستره" . و نلاحظ كذلك ان علاقته بابنه جيدة من خلال المقابلة و يتقرب منه الطفل بمفرده من حين لآخر .. و يحاول مداعبته .

. ثم سرعان ما تظهر عليه سمات التوثر اكثر .. يقلب في جيوبه , ثم يلتفت شمالا و يمينا , و كان امر الاستشارة هدا لن يجدي نفعاً و ليس له من الضرورة شيء .  
. التقييم النفسي الاولي لحالة الطفل :

. الطفل يظهر بهندام نظيف و معتدل و هيئة انيقة , يحمل نظارات تعديل الرؤية , و عند دخوله تجده طفل بدو عليه نوع من ملامح الاستغراب من المكان الجديد الذي هو فيه و يبحث و يحاول ان يكتشف ما حوله بالنظر في اول الامر الى كل ما يتواجد في المكتب , و طريقة مشيه متميزة عن ما هو معتاد حيث يمشي بطريقة الية ودات خصوصية و نفس الشيء بالنسبة لطريقة النظر – حيث ينظر بطريقة جانبية – و هدا ما استدعى الى ارتداء النظارات حسب الام , و بالفعل لم يكن ليلتفت عند مناداته , كما ظهرت عليه بعض حركات الررفة النمطية باليدين لفترات قصيرة .. بالاضافة الى انه كان يصدر بعض الاصوات التي هي على شكل نغمات تشبه ما يصدر عن الطيور من اصوات .. يدندنها لوحده ..

### تمرير الاختبار M-CHAT :المقابلة الثانية .

. حيث مرر الاختبار بتواجد الام و التي هي على دراية اكثر بالطفل و بحكم ايضا انها مأكثة في البيت , على العلم ان اي فرد من العائلة هو على دراية اكثر بالطفل و قريب منه يمكن ان يكون مهما في جمع المعلومات في غرض التدقيق في حالة الطفل , على ان تكون بطبيعة الحال بموافقة الوالدين .

. نتيجة الاختبار : اظهر بعض الاعراض فقط و المتمثلة في غياب التواصل الاجتماعي بالخصوص من حيث قلة الاهتمام باللعب و بالآخرين, و ضعف الانتباه ,على اننا سنعود اليها بالتفصيل .

. استنتاج حالة الوالدين:

. الوالدين و بعد تمرير الاختبار و الحصول على النتيجة و التي تدلي بان حالة الطفل خفيفة و لا يحتوي الطفل على كل سمات اعراض التوحد بل الاجزاء منها .

. بالطبع الاختبارات تزيد من ثقة الوالدين في المعالج و طريقة طرح المعطيات كذلك .

. حيث انه و في حدود المعقول تبقى نتصل النتائج بمستقبلهم المتعلق بحالة ابنهم و تطورها و نحو الافضل و تمدهم برغبة مواصلة العمل معه و عدم قطع السبل و تضيق الوقت .

. و اللعب على نقاط القوة و الضعف لدى ابنهم , و كذلك سنه الذي يمكنه من الاستعاب بكل مرونة و سهولة .

. و اخيرا البدء تدريجيا بتقبل حالة الطفل و التقدم مع ما يملك من قدرات – وان كانت بسيطة – نحو الافضل .

### . ثالثا: تطبيق برنامج التكفل بالطفل – التوجيه العلائقي .

. المهم من هذا البرنامج هو تسهيل طريقة تلقين هذه التقنية للوالدين, و بالمفردات المبسطة و السهلة و الابتعاد عن الغلو في المفاهيم المعقدة و التي لا تخدم الغرض المرجو .

. خطوات البرنامج :

. الاصغاء و المصحوب بالتقمص العاطفي L'empathie: حيث ان البداية تكون دائما صعبة من حيث سرد و قائع الاحداث لدى يجب منذ الوهلة الاولى اظهار بالغ الاهتمام و التعاطف و الانسجام مع العائلة و اعادة صياغة بعض ما تقوله لغرض التجاوب معها بصورة اوضح .

. **الدعم النفسي:** فنعطي للوالدين ضرورة ان الطفل بحاجة اليهم اكثر و هم الاولى بتحسن حالته ليس بسبب انهم مقصرين معه و لكن لان الطفل يجد ثقته اكثر في والديه و محيطه العائلي, و في نفس الوقت هذا يزيدهم ثقة على انهم ليسو بوالدين سيئين كما كان يجول في مخيلتهم .

. **اعادة بناء الثقة في النفس :** و هذا بنزع كل الافكار السيئة التي تقلل من شانهم كوالدين لهذا الطفل , و عدم رؤية دواتهم بعين الاحتقار و الاستصغار و التعاون مع بعضهم البعض ك ام و اب جنبا الى جنب لتخطي هذه المرحلة .

. **الدعم العلائقي:** و هذا باعادة بناء علاقة افضل مع ابنهم و التقرب منه دون خوف ; حيث انه و في العادة و بسبب احساسهم بالدنب تتولد عندهم رغبة تفدي و تجنب العلاقة معه ; حيث تتسع رقعة التخوف و تزيد حدة العزلة عند الطفل ; تحسين الكفاءات الاجتماعية و تحسين الانتباه المزدوج .

. **الدعم التربوي:** و هذا بغرض تسهيل حياتهم اليومية مع طفلهم و البدء تدريجيا في اكتساب العادات الروتينية البسيطة و التي من شانها تزيد من ربط العلاقة و تقويتها مع محيطه; تحسين كفاءات الحياة اليومية : مثل النظافة و الاكل بمفرده و الملابس .

. **الدعم المعنوي :** حيث ان تعلم الاباء تقنيات تحسن من سلوك طفلهم , تولد عند كثير من الاباء نقص درجة القلق لديهم .

. **تطبيق البرنامج العلائقي :**

. من خلال الحصص العلاجية نقوم بشرح حالة الطفل ثم كيفية العمل معه في كل حصة ,بالاضافة الى ربط بين كل حصة و حصة لتسلسل العمل و تصحيح ما قد يرد من اخطاء من طرف الوالدين في تطبيق محتوى البرنامج .

. **اضافة بعض الملاحظات و هي :**

. يجب تفادي التعامل مع الطفل بنوع من الشفقة, فهذا ليس في صالحه .

. و يجب التكلم معه بنبرة متميزة و بها نوع من الحدة و هذا بغرض جلب انتباهه و حثه باستمرار على النظر في وجههم .

. يجب تجنب تركه بمفرده و جلبه معهم اينما وجدوا في ارجاء البيت .

. و ايقاف نمطيته اينما وجدت .

### . الخطة العلاجية:

. نبدا في اول مرحلة بوضع الطفل امام جو من المغريات من اللعب و ادوات مسلية تجلب الانتباه و نبقى نستثير شهيته للمكان , الى ان يتقرب من المكان و يتألف مع الموضع , حيث انه نفس الشيء يكرر في المنزل .

. ثم نواصل طريقة جلب انتباه الطفل و ذلك عن طريق التواصل اللفظي و غير اللفظي .

. التداخل و باستمرار مع الطفل في علاقة حركة جسدية و ايمائية , مما تنشط و تولد رغبة الانتماء الوجداني و العلائقي , و اعادة تعديل تصوراتهم حول تفاعلاتهم مع طفلهم و التي يمكن ان تكون غير منسجمة .

. ثم تكرار ما يقومو به اثناء تواجدهم بالمنزل او خارجه كنزهة مثلا عن كل ما يدور حولهم و جلب اهتمامه و اصغائه و تعوده على العلاقة الانسانية و التي كانت مفقودة .

. دور التقليد في تنمية القدرات , حيث يعتبر الدافع الاول و الاساسي في التعلم و التزود المعرفي لدى الطفل .

## جدول ملخص الحصص العلاجية :

. حيث اننا نبدأ باحتساب العدد انطلاقاً من المقابلة التي افتتحنا فيها اول حصة علاجية و هي الحصة الثالثة ; و بالتالي فان عدد الحصص العلاجية هي 06 حصص و تترجم نتائجها في الجدول الموالي كالتالي :

رقم المقابلة :	مدتها :	تاريخها :	التقنيات المستخدمة :	الهدف منها :
01	50د	2015/11/29	. و هنا نبدأ باول خطوة و هي جد مهمة و اساسية Le pairing ; اي تهيئة المكان الملائم للعمل مع الطفل عن طريق تحفيزه بالمعززات اللازمة .	. هي جلب انتباه الطفل الى المحيط الذي يدور فيه البرنامج العلاجي و كذلك اهتمامه بالشخص الذي يقابله و يعمل معه من خلال وسيط المحيط الايجابي و

<p>المعززات القوية و التي من شأنها تحفيز الطفل و جذبته .</p>				
<p>. حيث يكون العمل امام اماكن مختلفة : العاب فيديو او في الطاولة .. حيث يتاقلم الطفل مع مختلف الوضعيات الممكنة .</p>	<p>. ثم نواصل عمل جلب الانتباه بالتحفيز في مختلف اماكن العمل العلاجي في البيت .</p>	<p>2015/12/20</p>	<p>45د</p>	<p>02</p>
<p>. حيث يكون هنا الاحساس متبادل بين</p>	<p>. العمل باللعب الجسدي و مداعبته لاثارة حساسيته اتجاه الاخر و</p>	<p>2016/01/17</p>	<p>45 د</p>	<p>03</p>



الطفل واحد والوالدين ; فتتداخل مشاعرهما .	الوعي بوجوده			
. و الغرض من هذا تعويد الطفل على مجريات محيطه و ما يدور حوله و تسجيل اكبر قدر ممكن من المعلومات و تخزين المعلومات) ( اللغة ) المستقبله.	. في هذه المرحلة تبدأ هنا عملية التدريب على التعليم , حيث نستعمل ابسط الطرق و هي تكرار الوالدين باستمرار لما يقومو به اثناء تواجد الطفل و النظر اليه .	2016/02/07	60د	04
. وذلك بغرض	. تعليمه الروتينات	2016/03/13	50 د	05

<p>تكييفه مع المحيط و اشياءه التي تستعمل يوميا ليدخل جزئيا و تدريجيا في الاستقلالية البسيطة .</p>	<p>اليومية , من الاكل بمفرده , نزع الملابس , و اخذ المبادرة بمفرده تناول الاغراض الضرورية .</p>			
<p>. الدخول في استمرار بعلاقات تفاعلية مع الطفل الهدف منها دائما جذب اجتماعيته , و التي بها تتسع رقعة معرفة الطفل و دخوله</p>	<p>. في الحصة الاخيرة نتناول مجموع الحصص, و نمحص منهم نشاط التقليد , و هذا بحركات بسيطة يمتدونها جو من المرح و البهجة .</p>	<p>2016/04/17</p>	<p>60 د</p>	<p>06</p>

في التواصل اكثر فاكثر .				
----------------------------	--	--	--	--

# الفصل السادس

## عرض النتائج

### ومناقشتها

مناقشة الفرضيات و تحليلها :

1. عرض النتائج و تحليلها :

## 1.2 التقييم الاولي :

. كان الغرض من المقابلة الاولي و الثانية كل يصب في هدف واحد و هو ابداء الاهتمام بالحالة التي امامنا و الشرط الاساسي الذي تنطلق منه العلاقة العلاجية السليمة بين العائلة و النفساني هو الاصغاء – بكل ما تحمله الكلمة من معنى – حيث يكون حضور حقيقي و متواصل طيلة المقابلة انطلاقا من لحظة دخول العائلة .

. ثم يتخلل هذه المقابلات مرحلة جمع المعلومات ; حيث انها لا تتسم بالكم الكلامي فقط و انما بقدرة احتواء العائلة و ما تظهره من سمات و ملامح و سلوكيات , اضافة الى تحليل الحضور للعائلة المكونة من : الام – الاب – و الطفل المتوحد .

و ظهرت نتائج الملاحظة الاكلينيكية و معطيات الوالدين كالتالي :

كان له بعض سمات التواصل الاجتماعي : كالاتسامة و جزء من التواصل البصري .

الاشارة بالسبابة لغرض الطلب و اظهار ما يرغب فيه .

اهتمام قليل و شبه منعدم بالالعاب و اللعب الخيالي و الرمزي , و لعبه ينحصر في لعبة السيارة الصغيرة بالطريقة النمطية ; اي عملية الذهاب و الاياب .

اللغة ; وكانت لا تصل للمستوى المطلوب مقارنة بسنه فقط ماما / بابا .. و بعض المقاطع اللفظية .

من حيث السلوك سوى بعض النمطية الطفيفة بإظهار رفرافاتاليدين .

و اعتمدنا التشخيص الاولي من خلال الملاحظة الاكلينيكية و نتائج الاختبار M-CHAT حيث ان نتائجه كانت كالتالي :

. من بين 23 بند من الاسئلة الموجودة في الاختبار هناك ستة 06 بنود منها تشير الى السمات الاساسية او اعراض التوحد ; حيث ان الطفل ظهرت عليه 05 السمات التالية ; الا انه و بدرجات متفاوتة و هنا توضيح النتائج :

حيث ان و حسب معطيات الوالدين و بالتدقيق في حالة الطفل ظهرت 05 سمات على الطفل من بين الستة 06 و هي :

. قلة تفاعله مع اقرانه من الاطفال في نفس سنه . ( البند 02 ) .

. و كذلك نقص في رغبة الطفل بتبادل احساسه و عواطفه مع الاخر . ( البند 09 ) .

. التقليد الشبه منعدم . ( لبند 13 ) .

عدم الاكتراث على الفور الى المنادات باسمه ( البند 14 ) .

### ملخص الاختبار:

على انه و بالرغم من تسجيل 04 بنود من مجموع 06 الا ان شدتها لبت حادة ; حيث ان الطفل تظهر عليه بعض ملامح الفطنة , كما انه يكسب عامل اساسي و هو القدرة على التواصل عن طريق الاشارة بالسبابة , و هذا ما يعطي امل بان التواصل عنده ليس منعدم تماما , و يتتبع كذلك اشارات الوالدين بالسبابة .

ثم تاتي مرحلة الجانب النظري و اهميته في ربط كل ما هو تطبيقي و الاستناد على معطيات علمية و حقائق مثبتة , وتوافق هذا مع استعمال المنهج العيادي و الذي يبقى هو الامثل و الاشمل حيث يربط بين الجانب العلمي و الجانب الانساني من حيث اعتماد النفساني على قدراته الشخصية و امكانياتها الذاتية بعيدا عن المنهج العلمي المحض .

و من تم قررت و برمجت الحصص العلاجية و المتضمنة تهيئة كل من الام و الاب على رعاية ابنهم و التكفل به في المنزل حيث ان نتيجة هذا العمل ستكون دات فائدتين لكل من الوالدين و الطفل معا كالتالي :

### . حصص العلاج العلائقي :

### . مدى تفاعلهم في العملية العلاجية .

. حيث ان الام هي التي كانت تتواصل اكثر و تبدي تجاوب اثناء الحصص العلاجية و ايضا ارجاع ما قامت به من خطوات و اتباع مراحل العلاج العلائقي ; الا انه و كمعظم الاولياء كانت تنتابها فترات من الاعياء في بعض الحصص و التساؤل ما اذا كانت ستنتج او لا ; لكن هذا كان يتبعه تقوية و في كل مرة من عزيمة الام على انه هذا ليس بامتحان و انما حصص علاجية دات المقصد العلائقي العلائقي حيث انه ليس شرط ان تظهر النتيجة على الفور .. فالطفل هو في طور النمو و هو يكتسب و يسجل ثو تظهر في اي مرحلة خطوات العمل العلائقي .

. كذلك توعتها بان الغرض من هذا هو ايقاف التغيرات السلبية او سلوكيات اخرى في ادا تاخر التكفل بالطفل .

. اما الاب فكان يتميز بنوع من الانسحاب و قلة صبره في التعامل مع ابنه ;بالاضافة الى انشغاله بظروف و اولويات الحياة الاجتماعية و الاقتصادية التي غالبا ما تثقل كاهل الاب .

. و كانت الحصة العلاجية الاولى و الثانية هي كسب الوالدين الثقة في الدات و توطيد العلاقة العلاجية ; والتي تزيد من تحفيز العمل مع الطفل و تحسين قدراته .  
مدى تحسن حالة الطفل .

كما سبق و ذكرنا , و انه نسبة الى اعراض الطفل النسبية مقارنة اللوحة الاكلينيكية للتوحد المتفق عليها فان تحسن حالة الطفل كانت مرنة و متواصلة من خلال الحصص ;

حيث ان الطفل اصبح في تجاوب اكثر مع الام و كذلك بنسبة متوسطة مع الاخرين ; فكانت له انطلاقا من الحصة الثالثة الالتفات لمناداته في الحصة العلاجية و ابداء اكثر حضور اجتماعي و تواصل بصري و لو انه يتميز بخصوصة الطفل المتوحد من حيث جانبية النظر الا ان هذا ليس بصفة منتظمة ; حيث انه يركز في النظر عند الالاحاح و لب منه ذلك . و اكتسب ايضا الحركات المتعاقد عليها اجتماعيا بفضل التقليد و هذا بعض ان اكتسب ثقة اكثر في محيطه و استغلال اكثر لظرف المكان و الزمان من طرف الوالدين و هذا مقل : افشاء السلام و الى اللقاء – الاشارة باليد .

. و في الحصة الرابعة و على الرغم من ان الطفل لا يكون في كامل حيويته في غالب الحصص ; حيث انه قد تبدي الام بعض النقاط الايجابية او بعض الملاحظات التي لا تظهر بالضرورة اثناء الحصة العلاجية .

. و في الحصة الخامسة تبينت رغبة الطفل في التجاوب الى اللعب ; و القيام ببعض التعليمات كطلب منه جلب بعض الاغراض او القيام بحركات معينة .

. و في الحصة السادسة و الاخيرة ازدادت علاقته اكثر قوة بوالديه و قدمت له بعض الاعمال ليقوم بها ; حيث ان تطور حالته ارتبط ارتباطا وطيد بنقاط القوة التي كان يملكها ; اي انه و بحكم صغر سنه و اهتمام الوالدين و تميزه ببعض السمات الايجابية و كالإشارة بالسبابة و الارتكاز على نسبة التقليد القليلة و التي تم تقويته باكثر تعميم العمل عليها في الحياة اليومية باستمرار .

### 1.3 التقييم النهائي:

. و اعتمدنا في ذلك باعادة تمرير اختبار M-Chat في اخر حصة ; و تفرغ المعطيات  
كان كالتالي :

. ان الطفل بدا يظهر عليه التجاوب مع الاخر و الدخول تدريجيا في تواصل اجتماعي من  
خلال ملامح وجهه التوافقية و الوضعية التي تصاحب الموقف . ( البند 02 )

. كذلك تحسن التفاعل المتبادل في ما يخص محاولة اظهار ما يعجبه او ما يثير اهتمامه و  
لو بمراقبة جزئية لردة فعل الاخر . ( البند 09 )

. و اكتساب اولي و لا نقول كلي لبعض التعليمات ذات الغرض التقليدي و هذا ما زاد من  
تحسن تواصله التفاعلي مع محيطه . ( البند 13 )

. و اصبح يستجيب لمنادات اسمه ( البند 14 )

**2. مناقشة الفرضيات:**



. يبقى العامل الاساسي و الذي حاول البحث التركيز عليه هو اكتساب الوقت في صالح الاولياء و حالة الطفل ;بالاضافة الى انه مهما تكفل به الطفل افضل المختصين فان النتائج سوف لا تكون على الرغبة المطلوبة دون تدخل الاولياء في التكفل بانهم .

. و بعد جمع كل المعطيات اللازمة في البحث و الانتهاء من الحصص العلاجية و ما خلص منها نمر الى مرحلة التاكيد و التحقق من الفرضيات :

### الفرضية الاولى :

و تتمثل في مدى فاعلية التشخيص المبكر لحالة الطفل التي تبدي ملامح التوحد في تحسن حالته :

حيث ان و بالفعل كلما كان التشخيص مبكر كلما كانت الاعراض اقل حدة و قوة .

و كلما ايضا سهلت عملية التكفل بالطفل .

### الفرضية الثانية :

و تتمثل في مدى دور التكفل المبكر بتحسن حالة الطفل و هذا بمشاركة الوالدين في هذه العملية :

. و تحققت نسبيا حيث ان الطفل تحسن مقارنة مع حالته الاولى و الانية ;فابدى الاستجابة

لبعض التعليمات الموجهة اليه لفظيا , كما تحسنت علاقته بالآخرين فاصبح يبادر بالقاء

بالسلام و التحية و تقبل التلامس الجسدي و الاحتضان ، و ازدياد تبادل النظرات مع

الآخرين .

### 3. ملخص لمناقشة الفرضيات :

شمل البحث موضوع التفاعل العلائقي كعلاج وقائي مبكر للاطفال ذوي القابلية لاضطراب التوحد .

حيث ان هذه التقنية الهدف منها هو اعادة اكتساب الاباء كيفية التعامل مع ابنهم و التي تنعكس ايجابيا على نمو الطفل و تحسين العلاقة بين الطفل و والديه .

كذلك و مع سن التشخيص المبكر ( قبل الثلاث 03 سنوات ) ; فلا بد من ان يتبعه تدخل مبكر و الاكثر نجاعة و فعالية هو اشراك الاولياء اي الاباء في ذلك .

و هذا في سبيل مواصلة العمل مع الاشخاص المعنيين بالامر بالدرجة الاولى و هم الاباء ; فان اولياء اطفال التوحد المشخص في سن صغير جدا يقضي و قت كبير معه طول اليوم و بالتالي تدخلاتهم تمكن من تعميم المعارف في اماكن طبيعية .

و تظهر النتيجة على السير الحسن على العموم لعلاقات العائلة التي يكتنفها هذا الطفل دو السمات التوحدية و استطاعة الطفل تدريجيا على التواصل الحركي و اللفظي جزئيا يعطي مما يعطي بادرة امل في التوصل و لو قليلا الى البعض من الاستقلالية و ربط علاقات مع الاخر .

### 4. الاقتراحات و التوصيات :

. بناء على ما تم التوصل اليه من نتائج هذه الدراسة و المتعلقة بالتوجيه العلائقي كعلاج وقائي مبكر للاطفال ذوي القابلية لاضطراب التوحد و من خلال الحصص العلاجية المتبعة بانتظام و الوقوف على نقاط القوة و الضعف للحالة و بالعمل الموحد بين كل من الوالدين و الطفل المتوحد نخرج بالنقاط التالية :

1 . ضرورة اقامة علاقة وجدانية قوية مع الطفل المتوحد ; حيث ان هذا يعتبر مؤشرا لفاعلية الاطفال اثناء تنفيذ التقنية العلاجية .

2 . ضرورة التركيز كذلك على مهارات رعاية الدات و و السلوك الاستقلالي في الحياة العامة , كي تزداد ثقة الطفل بنفسه و يقل تدريجيا اعتماده على الاخرين .

3. ضرورة اقامة علاقة وطيدة مع اسر الاطفال المتوحدين من خلال التعرف على ظروفها المعيشية , و مشاركتها و مسانبتها لتحمل اعباء اعاقه طفلها من خلال :

ا . توفير فرص تدريبية مكثفة لهذه الاسر لهذه الاسر عن كيفية التعامل مع اطفالهم المتوحدين .

ب . توزيع كتيبات و منشورات لهذه الاسر تتضمن شرحا مبسطا لجوانب اعاقه طفلهم و كيفية تخفيف هذه الجوانب .

4 . ضرورة الاكتشاف و التدخل المبكر لحالات التوحد لما له من اهمية بالغة في تحسن هذه الحالات في فترات قليلة بالمقارنة بالحالات التي تاخر اكتشافها و تاهيلها .

5. لا يمكن الاستغناء عن دور الأسرة في تنفيذ اي برنامج علاجي متكامل للطفل المتوحد .

6. يجب تحديد اولويات كل حالة من وجهة نظر الاسرة و البدء بتنمية هذه الجوانب حتى تشعر الاسرة و الحالة بحدوث التحسن الذي يساعدها على الاستمرار في البرنامج العلاجي.

## الخاتمة

. تعتبر الفترة ما بين 08 اشهر الى ثلاث 03 سنوات مرحلة هامة في النمو المعرفي و الانفعالي و الاجتماعي للطفل العادي و غير العادي , و انه لابد من الاهتمام بهذه الفترة لعدم حدوث اعاقه في نموهم العقلي و انحرافاتهم السلوكية فيسوء توافقهم في مراحل حياتهم المقبلة .

. و من هذا المنطلق فقد يواجه بعض الاباء في الاسرة اطفال ذوي اضطرابات جسمية او عقلية او نفسية , و هؤلاء الاطفال يختلفون عن الاطفال العاديين , فقد لوحظ على بعض الاطفال في مرحلة الطفولة المبكرة انهم يعانون من اضطرابات حادة في التعبير عن انفعالاتهم و انهم غير قادرين على التفاعل الاجتماعي .

. و كما تشير معظم الدراسات الحديثة على ان اعراض التوحد تظهر في الطفولة المبكرة , وفضل التوعية و الحملات التحسيسية المستمرة انه من شأنها التقليل تدريجيا من حدة الاعراض .

. بالإضافة الى تخفيف معانات الاسر في التكفل باطفالهم; و هذا من جوانب اولها التكاليف الباهضة و في نفس الوقت الطلب المتزايد مما يجعل الاهل في قائمة الانتظار و تباعد المواعيد العلاجية .

. و في الاخير لابد على الاهل من الحيطة و الحذر في مراقبة و ملاحظة طفلهم ; حيث ان التاريخ التطوري للطفل يكشف غالبا عن بداية مبكرة للاضطراب و قد يرجع الوالدان التغيير في سلوك الطفل الى حدث معين .

. و لحسن الحظ ففي السنوات الاخيرة تطورت اساليب التشخيص المبكر و ترتب عليها التدخل العلاجي المبكر الذي قلل من احتمال تدهور و زيادة حدة المشكلة .

## قائمة المراجع

1. بالعربية :

1. ابراهيم عبدالله فرج الزريقات , التوحد – الخصائص و العلاج , دار وائل للنشر, القاهرة , 2004.
2. احمد نايل الغرير, بلال احمد عودة , سيكولوجية اطفال التوحد , دار الشروق للنشر و التوزيع , عمان , 2009
3. بركات خليفة محمد , منهجية علم النفس , دار الشهاب , الجزائر , 2003
4. حسن مصطفى عبد المعطي , الاضطرابات النفسية و الطفولة و المراهقة , دار النهضة , مصر , 2005
5. عادل عزدينا لاشول, الارشاد الاسري و الوالدية الفاعلة, الانجلو المصرية للنشر , القاهرة , 1992
6. عبد المجيد الخليدي, كمال حسن وهبي , الامراض النفسية و العقلية و الاضطرابات السلوكية عند الاطفال , دار الفكر العربي , بيروت , 1997
7. غزوان ناصيف , الصحة النفسية و العلاج النفسي , دار الكتاب العربي , دمشق , 2012
8. مجدي احمد عبد الله , طيف التوحد , دار المعرفة الجامعية , مصر , 2013
9. مجدي عزيز , استراتيجيات التفاعل الايجابي , دار البيان العربي , مصر , 1982
10. فوزية بنت عبدالله الجلامدة, قياس و تشخيص اضطرابات طيف التوحد , دار المسيرة , القاهرة , 2004
11. طارق عامر , الطفل التوحدي , دار اليازوري , عمان , 2008
12. محمد الشناوي , محمد التويجري , ارشاد والدي الاطفال ذوي الحاجات الخاصة , جامعة عين شمس , القاهرة , 1995

13. مصطفى عشوي , مدخل الى علم النفس المعاصر , ديوان المطبوعات الجامعية , بن  
عكنون – الجزائر , 1994

14. محمد عدنان عليوات , الاطفال التوحديون , دار اليازوري , الاردن , 2007

15. موريس انجرس , منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية , مكتبة الاداب , القاهرة ,  
2004

2. المراجع باللغة الاجنبية :

1. Christine Philip , autisme et parentalité , Dunod , Paris , 2009
2. Bernadette Rogé , autisme comprendre et agir , Paris, 2003
3. ChilandCollet , Autisme: histoire , symptôme , théorie , édit  
Libbey, Paris, 1989
4. Kristine M etalls, How will DSM 5, Affect Autism, diagnostis,  
journal of autism and developpemental disorder, 2014
5. Krants et alls ,analysis and intervention in  
developpementaldisabilities , London, 1981
6. Chapireau F, Constant J, Durand B, le handicap mental chez  
l'enfant , Eres, Paris, 1997
7. Nathalie Julien et Danièle Langlays , le livre blanc de l'autisme,  
Rance, Paris, 2009
8. Mary Lynch Barbera, les techniques d'apprentissage du  
comportement verbal , AFD édition , Paris, 2012
9. GerardBerquez , l'autisme infantile , PUF, 1983, Paris
10. M. Rutter , E. Schopler, comment aider l'enfant autiste
11. Peter Vermeulen , autiste et émotion , de Boeck , Belgique, 2011
12. Philippe Mazet et Serge Stoléru, Psychopathologie du nourrisson  
et du jeune enfant, Masson, Paris, 2003
13. Serge Dalla Piazza, Bernard Dan, handicaps et déficiences de  
l'enfant, de Boeck , Belgique , 2006

14. TempleGrandin , Ma vie d'autiste , Odile Jacob, Paris, 2011

مرجع الكتروني : [www. Arapi. Com](http://www.Arapi.Com) : // . hhp

-الملاحق:

\*اختبار القياس M-CHAT



