



جامعة وهران-2 محمد بن احمد
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي والشواذ
واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد في المركز النفسي
البيداغوجي بوهران

من تقديم الطالبة :
عبدالله نادية

اعضاء اللجنة

د. محرزى مليكة رئيسة
د. طباس نسيمة مشرفة
ا. طالب سوسن مناقشة

السنة الجامعية

2014-2015

شكر و عرفان

الحمد لله رب العالمين و الصلاة و السلام على أشرف الأنبياء و المرسلين سيدنا و نبينا محمد عليه أفضل الصلاة و أزكى التسليم.
الحمد لله الذي أعانني و وفقني على إتمام و إنجاز هذا العمل و لولا توفيقه لما تم و لما أنجز و بهذه المناسبة يسرني و يشرفني أن أتقدم بجزيل الشكر و العرفان لمن وقف معي و ساندتني بعلمها و توجيهها - د - طباس نسيمة و الذي أعطت من وقتها الثمين و علمها الوافر و بفضل تم و كان ذلك بتوجيهها و تشجيعها
كما أتقدم بالشكر الجزيل و التقدير لأساتذتي بقسم علم النفس العيادي الذين علموني و أرشدوني لمناهل العلم فلهم من الله الأجر مني الدعاء و الشكر موصولاً لكلية علم النفس بجامعة وهران و أيضاً بجامعة تيارت و كل من أعاننا في إتمام هذا البحث .

الهدايا

إلى روعي التي لم أخذل أملها ووفيت بعهدي لها
إلى من غمرتني بحنانها و أنارت قلبي بفيض دعائها
إليك *أمي*

إلى من شقى من أجل أن يفتح لي درب الحياة
إلى من انتظر و أمل في هذا النجاح بفارغ الصبر
إليك *أبي*

إلى من شجعني دائما إلى التميز و النجاح جدي مرسلي
جدتي زهرة

إلى الأخوة خالد ونور الإسلام و فاطمة زهيه وبناتها شيماء وإكرام و أحمد عبد
الجليل

إلى كل زميلاتي و زملائي من قريب و بعيد
إلى كل من علمني و ساندني و دفعني دفعا للأمام طوال مشواري الدراسي
لو قضيت عمري في الشكر سأقول في آخر المطاف أني لم أوف
نادية

الصفحة

العنوان

شكر

إهداء

ملخص الدراسة.

فهرس المحتويات.

01.....مقدمة

الفصل الأول: مدخل للدراسة

04.....إشكالية البحث

04.....فرضية البحث

04.....أهمية البحث

05.....أهداف البحث

05.....تحديد مفاهيم البحث

الفصل الثاني: التوحد

08.....- تمهيد

09.....1. - مفهوم التوحد

13.....2. - الطفل التوحيدي

14.....3. - نسبة الانتشار التوحد

16.....4. - تاريخ التوحد

19.....5. - أسباب التوحد

24.....6. - أعراض التوحد

26.....7. - خصائص التوحد

29.....8. - أنواع التوحد

13.....9. - تشخيص التوحد

38.....10. - علاج التوحد

46..... خاتمة -

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

81..... 1. مناقشة فرضيات البحث(01).....

83..... 2. مناقشة فرضيات البحث(02).....

83..... 3. مناقشة فرضيات البحث(03).....

85..... - عرض النتائج.....

88..... - التوصيات.....

89..... - استنتاج.....

90..... - الملاحق.....

91..... - قائمة المراجع والمصادر.....

مقدمة :

تمثل الطفولة مرحلة أساسية في حياة الإنسان ففيها تتعدد المعالم الرئيسية لشخصيته وفيها يكتسب الاتجاهات ، والعادات والسلوكيات وتتكون لديه مفاهيم عن القيم الاجتماعية التي تتفق مع مجتمعه .

وقد وجد الأطفال الغير العاديين في كل العصور، ومنذ أقدمها ، ولكن نظرة المجتمعات للأطفال الغير العاديين قد اختلفت عبر العصور، تبعاً لمجموعة من المتغيرات والعوامل والمعايير، حتى وصل بهم الحال إلى معاملتهم بشكل إنساني ، كما حضت عليه الكتب السماوية، وأول من أعطى الحقوق للفئات الخاصة هو الحبيب المصطفى صلى الله عليه وسلم.(فاروق الروسان، 1996 ،ص23).

التوحد من اضطرابات النمو الشاملة يظهر في الطفولة المبكرة ، فهو يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة وفي مجالات العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة و بأنماط من السلوك والاهتمامات التي تتميز بمحدوديتها إضافة إلى مقاومة أي تغيير يومي.

- عرف ليوكانر Leo Kanner المختص بالطب النفسي للأطفال والذي يعتبر أول عالم اهتم بدراسة مظاهر التوحد عند الأطفال وأطلق عليه التوحد الطفولي المبكر Early infantile autism وذلك عام 1943 وعرف التوحد الطفولي بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون اضطراباً في أكثر المظاهر التالية :

- صعوبة تكوين الاتصال والعلاقات مع الآخرين .
- انخفاض مستوى الذكاء .
- العزلة والانسحاب الشديد من المجتمع .
- الإعادة الروتينية للكلمات والعبارات التي يذكرها الآخرون أمام الطفل .
- الإعادة والتكرار للأنشطة الحركية .
- اضطرابات في المظاهر الحسية .
- اضطرابات في اللغة أو فقدان القدرة على الكلام أو امتلاك اللغة البدائية ذات النغمة الموسيقية
- ضعف الاستجابة للمثيرات العائلية

الاضطراب الشديد في السلوك وإحداث بعض الأصوات المثيرة للأعصاب .(الجلي

2005 ، 15

فالطفل التوحدي يلاحظ عليه عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعي بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي و الاجتماعي والانفعالي .

فهو يشكل مشكلا على نفسه و أسرته ،إضافة إلى هذا فإن وجود طفل توحدي في الأسرة يعتبر حدثا كبيرا، يجعل الأمهات والأسرة بأكملها تتحمل ضغوطا متعددة وجميعها مرتبطة بالحاجات الخاصة لهذا الطفل، والقلق على مستقبله وحياته القادمة، وما يزيد من حدة هذه الضغوط واعتماده الكامل عليها الذي يترتب عليه تحمل أعباء كثيرة داخل المنزل وخارجه فنجد بعض الأسر تبالغ في حماية ورعاية طفلها المتوحد والبعض الآخر يرفض هذا الطفل ويتجاهله تماما والبعض الآخر يجهلون الطريقة المناسبة للتعامل معه،فهو يحتاج لتكفل طبي نفسي ، اجتماعي ، ولهذا خصصت مراكز نفسية بيداغوجية للتكفل مثل هذه الحالات فمنها من خصصت أقسام لهم تعمل على تنمية مهاراتهم و قدراتهم الاجتماعية و التواصلية واللغوية .

حيث تهدف هذه الدراسة التي بين أيدينا إلى التعرف على واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد بالمركز النفسي البيداغوجي بوهران ،وتتكون هذه الدراسة من ستة فصول حيث تطرقنا ، في

- الفصل الأول :

إلى تقديم الإشكالية والفرضيات وتحديد المفاهيم الإجرائية إضافة إلى الأهمية والأهداف.

الفصل الثاني:

تطرقنا إلى ماهية التوحد من خلال عرض تاريخه ونسبة انتشاره،و الأسباب والخصائص، الأعراض و التشخيص والعلاج وأهم البرامج المطبقة .

الفصل الثالث :

التكفل من حيث الأهمية ودور الأخصائي وتعديل السلوك والدعم الأسري.

الفصل الرابع :

تطرقنا فيه إلى الإجراءات المنهجية في الدراسة الميدانية.

الفصل الخامس :

تطرقنا فيه إلى عرض الحالات العيادية .

الفصل السادس.

تطرقنا فيه إلى عرض النتائج ومناقشتها.

الجانب النظري

الفصل الأول:

مدخل للدراسة

1. إشكالية البحث
2. فرضية البحث .
3. أهمية البحث .
4. أهداف البحث .
5. تحديد المفاهيم الإجرائية للبحث .

إشكالية البحث:

- التوحد يصنف ضمن اضطرابات النمو الشاملة تظهر في الطفولة المبكرة ،فهو يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة وفي مجالات العلاقات الاجتماعية و الأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة ،و بأنماط من السلوك والاهتمامات التي تتميز بمحدوديتها و تكراريتها إضافة إلى مقاومة أي تغيير في الروتين اليومي.

-حسب ما جاء في التصنيف الدولي العاشر للأمراض الذي صدر عن منظمة الصحة العالمية WHO 1992 ،بأنه اضطراب نمائي يتسم بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما يصيب الطفل قبل أن يبلغ الثالثة من عمره ،و أداء غير سوي في كل من التفاعل الاجتماعي و التواصل والسلوك النمطي و بأنماط من السلوك و الأنشطة التي تتميز بمحدوديتها، و كثيرا ما ينشغل الطفل بشكل نمطي ببعض الاهتمامات إلى جانب أنماط حركية أو اهتمام خاص بعناصر غير وظيفية في الأشياء كرائحتها أو ملمسها إضافة إلى مقاومة أي تغيير في الروتين اليومي أو في البيئة المحيطة .

الطفل ألتوحد يلاحظ عليه عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعي بالإضافة إلى تمييزهم بالاضطراب السلوكي والاجتماعي واللغوي.

فهو يشكل مشكل على نفسه و أسرته، فهو يحتاج التكفل ولهذا خصصت أقسام في بعض المراكز النفسية البيداغوجية ، والتي تحتوي على ذوي تخصصات مختلفة نفسية و بيداغوجية و أطفونية للتكفل بهم بغية تنمية قدراته الاجتماعية واللغوية و تحقيق الاستقلالية.

حيث يقوم هذا التكفل على: -برامج مخصصة من قبل المركز.

-تقنيات علمية للتكفل النفسي .

علاج الطفل التوحد لا يعتمد على التكفل النفسي داخل المركز فقط ، بل يعتمد أيضا على الدعم الأسري الذي يلعب دور مهم في تكيفه اجتماعيا ونفسيا ، وعدم انتكاسه وتحسين قدراته اللغوية .

وهذا ما يجعلنا نقف عند نقطة مهمة من أجل تحديد مجال الدراسة، و طرح التساؤل العام المتمثل في:

ما مدى مساهمة المركز النفسي البيداغوجي في التكفل النفسي بأطفال التوحد؟.

التساؤلات الفرعية:

-كيف يتم التكفل النفسي بأطفال التوحد داخل المؤسسة؟

-ماهي التقنيات العلاجية النفسية المطبقة للتكفل باطفال التوحد ؟

-ماهي البرامج المصممة من قبل المركز للتكفل بأطفال التوحد وهل ينمي مهاراته اللغوية؟

فرضية البحث:

يساهم المركز النفسي البيداغوجي في التكفل النفسي بأطفال التوحد.

تساهم التقنيات العلاجية المطبقة في تحسين الطفل التوحد.

تساهم البرامج المصممة من قبل المركز النفسي البيداغوجي في تنمية التواصل الاجتماعي عند أطفال التوحد.

أهمية البحث:

-إبراز أهمية التكفل النفسي ودوره في توفير عامل التوافق و التكيف النفسي لدى فئة أطفال التوحد.

-اتخاذ التدابير اللازمة للتخفيف من اضطراب التوحد.

-معرفة قيمة التكفل النفسي داخل المركز النفسي البيداغوجي.

أهداف البحث:

-التعرف على الطرق و البرامج المتبعة لتعديل سلوك الطفل التوحد .

-مدى نجاعة التكفل النفسي بأطفال التوحد داخل المركز النفسي البيداغوجي .

-لفت الانتباه إلى أهمية التكفل النفسي بأطفال التوحد داخل المركز النفسي البيداغوجي .

-تفتح الدراسة بابا لإجراء المزيد من الدراسات العلمية حول هذا الموضوع.

-المساهمة في نشر التوعية داخل المجتمع لاهتمام بهذه الفئة.

تحديد المفاهيم الإجرائية للبحث:

التكفل النفسي:

هو كل الطرق و الأساليب العلاجية النفسية التي يقدمها الأخصائي النفسي الإكلينيكي للمعالجة النفسية العيادية و تعديل السلوك .

التوحد:

اضطراب نمائي يظهر على شكل أداء غير سوي في كل من التفاعل الاجتماعي و التواصل والسلوك النمطي و اللغوي .

الفصل الثاني:

ماهية التوحد:

- تمهيد .

1. مفهوم التوحد .
2. الطفل التوحيدي .
3. نسبة الانتشار .
4. تاريخ التوحد .
5. أنواع التوحد .
6. أسباب التوحد .
7. أعراض التوحد .
8. خصائص التوحد .
9. تشخيص .
10. علاج التوحد .
1. - خلاصة .

- تمهيد:

- يعتبر التوحد من الاضطرابات النمو الشاملة، رغم اختلاف التصنيفات عبر العصور لا يزال البحث قائما والتفسيرات العلمية مستمرة لفهم كيان الطفل التوحد.

فينظر إليه كاضطراب يتميز بالقصور في نمو قدرات الطفل، مع وجود اختلال كفي في تفاعلاته الاجتماعية المتبادلة، ومخزون محدود أو نمطي ومتكرر في أنماط تواصله.

والأطفال المصابون بالاضطراب التوحد يتميزون بسلوك الانسحاب من الواقع والقصور ، و في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين والترديد الآلي للكلمات أو المقاطع التي ينطلق بها الآخرون ومعارضة أي تغيير في الحياة الروتينية.

- تعريف التوحد:

تعريف كانر kanner للتوحد :

هو حالة من العزلة و الانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين و التعامل معهم ويوصف أطفال التوحد بأن لديهم اضطرابات لغوية حادة .

الأكاديمية الأمريكية للتوحد Autisme Society of USA:

هو نوع من الاضطرابات في تطور نمو الطفل ،يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ، تؤثر على مختلف نواحي النمو بالسلب و تظهر في النواحي ،الاجتماعية و التواصلية العقلية ،و المعرفية و الانفعالية و العاطفية و السلوكية .

يعرف القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين التوحد بأنه :

إعاقة تطويرية وتؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي ،وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر وتؤثر سلبا على الأداء التربوي،ومن الخصائص و المظاهر الأخرى ، التي ترتبط بالتوحد ، هو انشغال الطفل بالنشاطات المتكررة ،و الحركات النمطية و مقاومة للتغير البيئي ،أو مقاومة للتغير في الروتين اليومي ، إضافة إلى الاستجابات غير الاعتيادية أو الطبيعية للخبرات الحسية.

تعريف مجدي عبد الله :

هو عجز يصاحب الشخص طوال مراحل تطوره فيؤثر على طريقة اتصاله بالآخرين ، وعلى علاقته بالناس المحيطين به ، ويكون لديه صعوبة في التعلم ، ويكون قادرا على القيام ببعض المهارات بصورة أفضل من غيرها .

تطور الطفل قد يكون بطيء و غير متناسق في الوقت نفسه ، حيث تكون لديه قدرات تنمو بصورة أكبر من غيرها و قدرات في التعلم تتفاوت من طفل لآخر . (مجدي احمد عبد الله 2013ص22-27-28).

منظمة الصحة العالمية 1992 (WHO) في التصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD-

10) بأنه نوع من الاضطراب النمائي المنتشر، أي الذي يؤثر سلبا على عدة مجالات لعمليات التطور، ويتسم بوجود نمو غير طبيعي، أو مختل أو كليهما، يصيب الطفل قبل أن يبلغ الثالثة من عمره، كما يتسم أيضا بوجود نوع من الأداء غير السوي في مجالات ثلاثة: هي التفاعل الاجتماعي، و التواصل والسلوك النمطي، المقيد التكراري، ويحدث هذا الاضطراب، بين الذكور بمعدل ثلاثة، أو أربعة أضعاف معدل حدوثه بين الإناث.

وقد عرفت الجمعية الوطنية الأمريكية التوحد و ينص على: عبارة عن المظاهر الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى (30) شهرا ويتضمن الاضطرابات التالية:

1. اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.
2. اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.
3. اضطراب في الكلام و اللغة والمعرفة .
4. اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث و الموضوعات.

حددت رابطة الطب النفسي الأمريكي في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل DSM3 (1987) و الرابع DSM-IV :

أن التوحد لا يندرج تحت صعوبات التعلم و لا تحت التخلف العقلي، ولا تحت الاضطرابات السلوكية، ولكن يصنف ضمن الاضطرابات النمائية الشاملة، كفئة قائمة بذاتها، لها محكات أساسية للتشخيص (وليد خليفة، يزيد الغصاونة، وائل الشرمان 2013 ص 13.14.16).

ويرى أسامة فاروق السيد الشربيني :

التوحد يأخذ أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة، التي تنتج عن اضطرابات الجهاز العصبي المركزي، ما ينتج عنه تلف في الدماغ (تلف في المخ) ويؤدي الى قصور في التفاعل الاجتماعي، وفي التواصل اللفظي، و عدم القدرة على التخيل ويظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل (أسامة سالم، السيد الشربيني منصور 2013 ص 29).

ويرى أحمد عكاشة 1992 :

أن الذاتية من الاضطراب الارتقائي يتميز بما يلي :

(أ) وجود ارتقاء غير طبيعي يتضح بوجوده قبل عمر الثلاث سنوات.

(ب) وجود نوع مميز من الأداء غير الطبيعي في المجالات الثلاث الآتية: 1- التفاعل الاجتماعي 2- التواصل، 3- السلوك المحدود المتكرر (إيهاب محمد خليل، 2009، ص38)

ويطلق الشخص ولدماطي (1992):

على إعاقة التوحد عدة معان منها اجترار الذات، واستثارة الذات، الأوتيسمية، ويقصدان به اضطراب شديد في عملية التواصل، والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (ما بين 42-30) شهرا من العمر يؤثر في سلوكهم، حيث نجد معظم هؤلاء الأطفال تقريبا، يفتقرون إلى الكلام المفهوم، و المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم، وتبليد الشعور. (محمد أحمد: 2006، ص14).

أما 2008 colman:

فيصف التوحد: بأنه أحد الاضطرابات الارتقائية العامة التي تتسم بقصور واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي، و القدرة على التواصل، كما أنها تتسم بمجموعة من الأنشطة و الاهتمامات و الأنماط المحدودة مع وجود اضطرابات في اللغة والكلام تبدأ قبل سن الثالثة من العمر (هالة إبراهيم الجرواني، سمية طه، محمد جميل: 2013، ص14).

تعريف روتر، 1978 Rutter:

حدد روتر ثلاث خصائص رئيسية للتوحد :

- إعاقة في العلاقات الاجتماعية.
- نمو لغوي متأخر أو منحرف .
- سلوك طقوسي واستحواذي أو الإصرار على التماثل. (رائد العبادي 2006، ص13).

الجمعية الأوروبية للتوحد 2010 :

اضطراب يؤثر على نمو الدماغ، و يظهر ضعفا في التفاعلات الاجتماعية، و الاتصالية، واهتمامات ضيقة و سلك تكراري.

-ومنذ الإشارة المبكرة للعالم ليوكانر إلى التوحد بوصفه اضطرابا، ظهرت عدة تسميات استعملت للإشارة إليه و منها: ذهان الطفولة، النمو الغير السوي، وتوحد الطفولة المبكر، كما استخدم آخرون مصطلحات أخرى: مثل (اضطراب انفعالي شديد) أو (الأطفال الغير التواصليين) أو (الأطفال الاستثنائيون).

كما أطلق البعض (الأطفال الاجترار يون) لان التوحد يكرر الكلام والسلوك نفسه وبالطريقة نفسها ، كما أطلق البعض على التوحد (الذاتوية). إلا أن كل تلك المسميات لم تحض بالقبول و الانتشار، وظل التوحد هو الاسم الشائع و المتعارف عليه.

(علي صالح، 2012 ،ص25،24).

التعريف الفدرالي الأمريكي فيعرف التوحد على انه "إعاقة نمائية تؤثر بدرجة ملحوظة على التواصل اللفظي وغير اللفظي و التفاعل الاجتماعي قبل سن الثالثة من العمر و يؤثر سلبا على الأداء التربوي ، وتشتمل خصائص التوحد على إعاقات في التواصل وانشغال في أنشطة تكرارية و حركات نمطية و مقاومة التغيير في البيئة أو مقاومة التغيير في الروتينيات اليومية واستجابة غير مألوفة للخبرات الحسية .(إبراهيم الزريقات ،طعمة الريحان ، عادل طنوس، 2010 ،ص256)

التوحد:

هو اضطراب نمائي عصبي يظهر قبل عمر 3سنوات و يشترك مع الاضطرابات الأخرى في العديد من الصفات و يؤثر على قدرات الطفل في جوانب التواصل و اللغة الاستيعابية و اللعب و العلاقة مع الآخرين.(مصطفى نوري القمش ،خليل عبد الرحمان المعاينة ،2011،ص169).

اضطراب التوحد:

يعتبر من أشد الاضطرابات النمائية الشاملة و المعترف به من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 2000 في الدليل التشخيصي الإحصائي – النسخة الرابعة DSM-IV.(حازم رضوان آل إسماعيل، 2012 ،ص 12).

الطفل ألتوحدى:

يعرفه الحنفى:

طفل منسحب بشكل متطرف يلعب لساعات طويلة بأصابعه أو بقصاصات الورق ، و يبدو عليه الانصراف ، عن هذا العالم ،إلى عالم خاص به من صنع خياله.

ويعرفه عاقل بأنه :

طفل منكب على ذاته و منسحب من العالم، و الأطفال المتوحدون قد يجلسون ويلعبون ساعات بأصابعهم مثلا ، أو بأوراقهم ،إنهم يلعبون ضائعين في عالم من الخيالات الداخلية.

ويعرفه عبد الحميد كفاى بأنه:

الطفل الذي فقد الاتصال بالآخرين أولم يحقق هذا الاتصال قط ،وهو منسحب تماما ونشغل انشغالا كاملا بخيالاته و أفكاره ، و بأنماطه السلوكية المتمثلة في برم الأشياء ،أولفها وعجزه عن تحمل التغير ، و لديه عيوب في النطق والخرس الظاهري .(مصطفى نوري القمش، ص 45،46،47)

من عامين إلى خمسة أعوام:

في هذه المرحلة بالذات ، يظهر سلوك الطفل ألتوحدى في أوضح صوره ويبدو صغار الأطفال التوحديين ، وخاصة أولئك الذين لا يعانون من أية إعاقة أخرى قد تؤثر في مظهرهم ،في صحة جسمانية جيدة ، وتكون عيونهم لا تنظر مباشرة للآخرين ، ويبدو سلوكهم متباعدة و غير متأثر بالعالم من حولهم ،حيث يتركز اهتمامهم على أشياء خاصة مثل حصاة ناعمة أو علبة فارغة ،فإذا ضاع هذا الشيء أو تغير الروتين المألوف لهم ، يصبح هذا الطفل العادي المتباعد كتلة من الغضب حتى تستنفذ صورة غضبه بنفس السرعة التي بدأ بها.(هالة إبراهيم الجرواني ، سمية طه جميل، 2013 ،ص18).

نسبة انتشار التوحد:

يزداد انتشار التوحد عالمياً دون معرفة الأسباب المؤدية إلى ذلك بشكل قطعي، حيث أشارت الإحصائيات الحديثة في الولايات المتحدة الأمريكية للتوحد، بأنه يتراوح ما بين (5,14) لكل (10) آلاف مولود وأشارت الإحصائيات التي وردت في الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV) والصادر عام (1994) أن التوحد يصيب حوالي 5 أطفال من كل عشرة آلاف طفل، وبنسبة أكبر بين الذكور من الإناث بنسبة (1,4) ويحدث في كل المجتمعات بصرف النظر عن اللون والأصول العرقية و الطائفية أو الخلفية الاجتماعية.

تختلف نسبة التوحد من دولة إلى دولة أخرى و يبين الجدول التالي نسبة انتشار التوحد في بعض الدول:

الدولة	عدد الحالات	التقدير	الدراسة
الأردن	8000-7500	-	- الشيخ 2000
مصر	2000 – 1000 - الف طفل	-	- المغلوث (2000)
السعودية	6000 طفل	-	- فراج (1996)
الهند	-	- 12 حالة لكل 10.000	Gillbreg (1999)
الصين	-	- 12 حالة لكل 10.000	Gillbreg (1999)
نيجيريا	-	- 12 حالة لكل 10.000	Gillbreg (1999)
سيريلانكا	-	- 12 حالة لكل 10.000	Gillbreg (1999)
أمريكا	-	- 36.000 حالة	-Michael 1993

السويد	-	حالات لكل 10.000	-Michael 1990
--------	---	------------------	------------------

(وليد خليفة، يزيد الغصاونة، وائل الشerman، 2013، ص16)

ويعتقد أن سبب ارتفاع معدلات الإصابة بالتوحد يعود إلى تقدم أساليب الكشف عن هذا الاضطراب .

وتنتشر اضطرابات طيف التوحد بين الذكور بمعدل أعلى من الإناث عموماً و تتراوح نسبة الانتشار عند الذكور إلى الإناث 1,2 و تصل إلى 1,5 (الجمعية الأمريكية للطب النفسي) 2000.

و هناك دراسات أثبتت زيادة حالات مرض التوحد، قال علماء بريطانيون أن عدد حالات الانطواء الشديد أو التوحد بين الأطفال يحتمل أن يكون قد زاد، أربع مرات في الآونة الأخيرة.

و يعترف تقرير طبي نشر في مجلة الجمعية الطبية الأمريكية أن قصورا في المنهج الذي اتبعته الدراسة ، حال دون التوصل إلى نتيجة، مفادها أن الحالات المذكورة التي تم بحثها قد زادت فعلا و لكنه أضاف أنه من الضروري إجراء اختبارات دقيقة أخرى (عبد اللطيف حسين فرح، 2007، ص173-174).

أما في الجزائر:

العدد المصرح به سنة 2004 ارتفع إلى الضعف، من 40.000 حالة إلى 80.000 حالة، فيما تبقى الحالات الأخرى الغير المصرح بها.

(نشر في المنشور السياسي يوم 17-12-2012) وأيضا نشر في جزايرس، محرك بحث إخباري جزائري، تحت عنوان: أطفال التوحد في الجزائر مستقبل مجهول) و جريدة الشروق، تحت عنوان: مديرو دور الحضانة يشترطون 25 ألف دينارا شهريا على الآباء لقبول أطفالهم التوحد يون .

وبالتالي أعلنت عنه الحكومة الأمريكية بأن التوحد قد أصبح مشكلة صحية طارئة. (محمد عليوات، 2007، ص52).

التطور التاريخي للتوحد:

يمكن تقسيم المراحل التاريخية في دراسة التوحد إلى المراحل الآتية :

المرحلة التاريخية الأولى:

وترجع على الأقل الى القرن السادس عشر عندما أدرج يوهانس ماسيسيوس **Johannes Mathesius** من عام **1504-1565** م في مؤلفاته لقصة عن طفل عمره 12 سنة ، يظهر كثيرا من خصائص التوحد ، وكان يعتقد وقتها أن هذا الطفل عبارة عن كتلة بشرية بلا إحساس تسكنها روح شريرة ، ويجب خنقه و التخلص منه ،للتخلص من الشيطان الذي يسكنه. كما يرجع تاريخ هذه المرحلة في التوحد الى الطبيب الفرنسي **جاسبار إيتارد** **1775-1838** الذي عمل جراحا في الجيش الفرنسي ثم تخصص في أمراض الأذن وتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، حيث كتب إيتارد عن طفل يدعى فيكتور عرف باسم أفيرون المتوحش ، بدأت حياته عند ما تخلت عنه عائلته وهو صغير في الغابات الفرنسية ، عاش و حيدا و قد عثر عليه جون مارك جاسبار إيتارد وهو في عمر 12 سنة ، أحضره الى البيئة المدنية وحاول إيتارد تعليمه بعض الكلمات و المهارات التي تعبر عن احتياجاته، و قد تحسنت الى نوع ما لكنه لم يحقق النجاح الذي يصبو إليه.لذاتتطابق أوصاف فيكتور مع ما نعرفه اليوم بالتوحد .

المرحلة التاريخية الثانية:

- تبدأ هذه المرحلة عندما استعمل الطبيب السويسري **باول إيوجين بلولير** **1757-1939م-** مفهوم السلوك التوحدي لأول مرة عام 1910م كدالة على الانفصام الشخصي ، و ذلك عندما استخدم المصطلح اللاتيني **autismus** (الترجمة بالانجليزية أوتيزم **Autism** .

المرحلة التاريخية الثالثة:

وتبدأ عندما أخذت كلمة التوحد المعنى المعاصر و ذلك في فترتين، هما:

- **الفترة الأولى:** عام 1938 عندما تبنى هانز أسبرجر في جامعة فيينا مصطلح بويلر (التوحد لمضطربي العقل) في محاضرة في ألمانيا حول علم النفس الطفل ، ليصف مجموعة من القصور في السلوك الاجتماعي لدى الأطفال.
- **الفترة الثانية:** عام 1943 عندما استعمل ليو كانر Leo Kanner مصطلح التوحد لأول مرة في مستشفى جونز هوبكنز عندما قدم العلامات المبكرة للطفل الرضيع المصاب بالتوحد، وذلك في تقرير عن 11 طفل يتشابهون في أعراض السلوك بشكل مثير للنظر. وما زال يؤخذ تقرير كانر إلى اليوم بكل الخصائص التي وصفها كلامح أساسية لهذا الاضطراب ، والتي هي:
 - عدم القدرة على تطوير علاقات اجتماعية .
 - تأخر في اكتساب الكلام .
 - تكرار لأنشطة سلوكية معينة .
 - الضعف في التحليل و ذاكرة حرفية .
 - ظهور جسم طبيعي.

المرحلة التاريخية الرابعة:

وبدأت هذه المرحلة على يد العالمتين لورا وينج و يوتا فرايت ،حيث قامت لورا وينج بالعديد من الدراسات النمائية حول التوحد ،وبتأسيس الجمعية الوطنية للتوحد National Autistic Society في المملكة المتحدة البريطانية عام 1922 ،كما قامت بكتابة العديد من المؤلفات و البحوث العلمية ، أما يوتا فرايت فقد قامت هذه الباحثة الحاصلة على شهادة الدكتوراه في التوحد عام 1968 ، بالعديد من الأعمال من أهمها كتاب (التوحد) ، وصياغة نظرية العقل مع العالم بارون كوهلين لدى المتوحدين ، كما أسست من خلال تاريخها المهني مدخل معرفي عصبي في دراسة التوحد، فضلا عن ذلك ظهرت بعض الأسماء التي ساهمت في بلورة مفهوم التوحد ،ومنهم مايكل روتر Michael Rutter عام 1960 ،و ميتلر Mittler وزملاءه عام 1966 ، الذين ساهموا بوضع معايير تشخيصية لحالات التوحد وإعطاء مؤشرات لاحتمالات التطور المتوقع للوضع العام للأطفال المصابين بالتوحد.

المرحلة التاريخية الخامسة :

فترة لإعداد مفهوم التوحد بشكل علمي ، ظهرت الكثير من التقارير العلمية في مجال التوحد ،وكان هناك تيار بحث علمي بدأ على يد Baron-cohen وبدأ هذا التيار في الثمانينات وما زال مستمرا إلى الوقت الحاضر .

وهناك موجز لتاريخ التوحد عبارة عن نقاط قدمه الباحث Trey Buchanan 2011 وهي كالآتي :

- ❖ في عام 1907 قدم بويلر التعريف المبدئي عن التوحد لدى الراشدين.
- ❖ في عام 1943 وصف كانر التوحد لدى 11 طفلا من الأطفال التوحديين .
- ❖ في عام 1944 وصف هانز أسبرجر التوحد بصورة قليلة .
- ❖ في عام 1967 وصف بتلهايم التوحد في كتابه القلعة الفارغة.
- ❖ في عام 1968 وصفت جمعية الطب النفسي الأمريكي التوحد كنوع من داء الفصام.
- ❖ في عام 1980 قدمت عالمة وينج مفهوم التوحد من خلال الأعراض التي يسببها.
- ❖ في عام 1987 تضع جمعية الطب النفسي الأمريكية التوحد كأحد أنواع اضطراب الشخصية.
- ❖ في عام 1994 وضع جمعية الطب النفسي الأمريكية التوحد كأحد أنواع الاضطرابات الإكلينيكية.
- في عام 2000 تعد جمعية الطب النفسي الأمريكية التوحد كأحد اضطرابات النمو الشاملة.
(مدخل لدراسة التوحد، 2013، ص 18-20)

أسباب التوحد:

الأسباب السيكودينامية:

كما وردت في دراسات وينج(1966)،(أوجرمان(1970)،كابلمان و سادوق (1985) ،جولد ستاين و آخرون (1986) ،ميللر (1990) على النحو التالي : - أن التوحد ينشأ من خبرات مبكرة و غير مشبعة و تهديديه ،فينشأ الأساس المرضي نتيجة فشل 'أنا' الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم ،و التي تكون بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي و بالتالي لم تسمح له الفرصة لتوجيهه أو تركيز طاقته نحو موضوع آخر منفصل عنه إذن:رفض الأم للطفل و عدم توفير الحب و الرعاية في الأشهر الأولى من حياته.

- انشغال الأولياء و انصرافهم عن الاهتمام بالطفل . و قدم كانر kanner ووصفا تفصيلي

لآباء الأطفال التوحديين من خلال دراسة أجراها مع ايزنبرج kanner،Eisenberg (1956) منها :وصفهم بالتبؤد العاطفي و البرود العاطفي ، لديهم ضعف في دفء العلاقات الأبوية لديهم الآلية في كل شيء..و أكد أن الوالدين لا يرغبان في وجود هذا الطفل.

العوامل الجينية والوراثية:

- يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي، فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب ، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) أو أكثر من التوائم الأخوية (من بويضتين مختلفتين) - وهناك استدلالات سابقة تقترح أن منطقتي الكروموسوم (7)،(16) لهما دور في التحديد عما إذا كان الطفل سيصاب بالتوحد.(مصطفى نوري القمش 2011 ص33، 40، 41).

- يشير الباحثون إلى مساهمة الوراثة في الإصابة بالتوحد فقد ذكر سجل (Siegel,1996) (أن الوراثة تلعب دوراً في (30 - 50 %) من حالات التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة ، إلا أن الاستعداد الوراثي ليس مطلقاً و يصعب تحديد كيفية انتقال الجينات ، وما هو الموروث تحديداً ، حيث يتفاعل أكثر من (20) جين مختلف ، ومن الشواهد على الأسباب الوراثية مايلي :

أ - معاناة نسبة لا بأس بها من أقارب الأطفال التوحديين من الإعاقات النمائية المختلفة واضطرابات الكلام وصعوبات التعلم .

ب - زيادة احتمالية إصابة أشقاء الطفل التوحدي بنفس الاضطراب أو اضطرابات مشابهة .

ج - زيادة احتمالية الإصابة بالتوحد عند التوحد المطابقة . (الشيخ ذيب ، 2005 ، ص 8)

فإن محددات الشخصية للفرد ، في الاستعدادات و الخصائص الأولية ، تكمن في الوراثة .
(عبد المجيد الخليدي كمال حسن وهبي 1997ص32).

- يفترض الباحثون أن الخلل في الكروموسومات والجينات في مرحلة مبكرة من عمر الجنين قد يؤدي للإصابة بالتوحد ويستشهدون على ذلك بمراقبة التوحد للعديد من الاضطرابات الجينية والتي أهمها : متلازمة انجلمان (Angelman Syndrome) ومتلازمة الكروموسوم الهش (Fragile x) ومتلازمة كورينلاي لانج (Corneliade Lange Syndrome) ومتلازمة داون (Down Syndrome) ومتلازمة كلينفتر (Klinefenter Syndrome) ومتلازمة ريت (Rett Syndrome) ومتلازمة وليم (Williams Syndrome) والتصلب الدرني .(الحديبي) (Tuberous Sclerosis) و الأمراض العصبية الليفية ،ومن الكروموسومات ذات العلاقة : كروموسوم 2 - 3 - 5 - 7 - 9 و X (الشيخ ذيب ، 2005 ، ص 9).

العوامل البيولوجية العصبية:

1- أظهر الفحص العصبي للأطفال الذين يعانون من التوحد انخفاضا في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ التي تحتوي على الفص الجداري temporal يؤثر على العلاقات الاجتماعية والاستجابة السوية و اللغة ،أما باقي الأعراض فتتولد نتيجة اضطراب في الفص الأمامي .

1إصابة الأم بالأمراض المعدية:

أوضحت بعض الدراسات بأن الأعراض التي نراها في الأطفال المصابين باضطراب الطيف التوحدي ASD من المحتمل أن تكون ناتجة عن العدوى ،حيث أوضح VOJDANI أن عينات دم الأطفال المصابين بالتوحد أظهرت وجود أجسام مضادة تتفاعل مع بروتين الحليب Streptococcus /Pneumonia وهما عدوتان شائعتان . والمشكلة أن هذه الأجسام المضادة التي تتفاعل مع هذه البروتينات والعدوى ربما تتلف الحاجز الدموي

الدماغي BBB بضم هذه مع السموم مثل الزئبقي أو المادة الحافظة في تحصين الأطفال يمكن أن تعبر المخ من خلال الحاجز الدموي الدماغي التالفة مسببة تلفاً لخلايا المخ. (أسامة فاروق و السيد كامل الشربيني 2010 ص 25، 26).

إصابة الأم بالتهاب السحايا ، و بالأمراض الزهرية ، وأيضا اضطرابات تتمثل في خلل أو زيادة في إفرازات الناقلات العصبية Neurotransmitters التي تنقل الإشارات العصبية من الحواس الخمس إلى المخ أو الأوامر الصادرة من المخ إلى الأعضاء المختلفة للجسم و الجلد . (أسامة فاروق مصطفى 2011 ص 255) .

ويرى الباحثون إمكانية مهاجمة الفيروسات لدماغ الطفل في مرحلة الحمل أو الطفولة المبكرة وإحداث تشوهات فيه مما يؤدي لظهور الأعراض التوحدية ومما يؤكد وجهة نظرهم إصابة الطفل بالتوحد خلال مرحلة الحمل أو في مرحلة الطفولة المبكرة .

وربط بعض العلماء ما بين الإصابة بالتوحد والمطعم الثلاثي (MMR) : مطعم الحصبة ومطعم أبو دغيم (Mumps) ومطعم الحصبة الألمانية (Rubella) .

نظراً لمعاناة بعض الأطفال من وجود خلل مبكر في الجهاز المناعي لدى الطفل حيث لا تستطيع كريات الدم البيضاء المسؤولة عن المناعة مهاجمة الفيروسات والالتهابات - إنتاج المضادات الكافية للقضاء على فيروسات اللقاح وبذلك تبقى هذه الفيروسات وتتلفها (الشيخ ذيب ، 2005 ، ص 10)

وكذلك فقد أجمع الخبراء أن إصابة الأم بالالتهابات الفيروسية خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل قد تكون من أبرز العوامل المؤدية للتوحد إضافة إلى أن نقص الأوكسجين أثناء الولادة كما ربط تعاطي الكوكايين أثناء الحمل بتواجد خصائص التوحد لدى الأطفال . (مرهج 2001، ص 15، 16) .

ونجد العوامل البيئية لها تأثير على نمو الطفل، وينقسم دور البيئة وأثرها إلى ثلاثة أقسام: هي بيئة ما قبل تكوين الجنين، وكذا بيئته التكوينية، و بيئة ما بعد الولادة، وكل ما يتعرض له الطفل في هذه المراحل، يؤثر على نموه الجسمي و النفسي و العصبي .(عبد المجيد الخليدي كمال وهبي: 1997، ص 33، 32).

قد يتعرض الطفل للتلوث البيئي أثناء فترات حرجة من مرحل تطور الطفل مما يؤدي إلى ظهور العديد من المشكلات التي قد تؤثر على القدرات المختلفة للطفل مثل المشي والنطق وبعض أشكال السلوك التوحدي ، ومن هذه الملوثات :

أ - الزئبق (Mercury) : يشير البعض أن التسمم بالزئبق قد يؤدي إلى التخلف العقلي وعدم أتران عضلي وعصبي وظهور بعض أعراض التوحد .

ب - مادة (Thiomersal) : وهي مادة حافظة للمطاعم حيث يرى الباحثين أن الإصابة بالتوحد لا يعود للمطاعم نفسها وإنما لهذه المادة .

ج - الرصاص (Lead) يؤدي التسمم بالرصاص إلى تأثيرات سلبية على النمو ويؤدي إلى ظهور مشكلات سلوكية عديدة .

د - التسمم بأول أكسيد الكربون (Monoxide) تؤدي إلى تشوهات خلقية . وتلف في خلايا الدماغ و وفاة الجنين واضطرابات في الحركة سواءً في مرحلة الحمل أو في المرحل النمائية الأولى من العمر . (الشيخ ذيب ، 2005 ، ص 11) .

- أيضا الأدوية وخاصة ما تحتوي منها على مادة الكورتيزون ، وهو ينتشر كثيرا من الأدوية ابتداء من أدوية الحساسية ، وبعض أنواع عقاقير السعال إلى أدوية علاج الروماتيزم . وكذلك مهدئات الأعصاب ، وكذلك الحمى، فهي ذات خطر شديد على الجنين داخل الرحم . (عبد الله مهدي زمام 2013 ص 57) .

2 تأخر في نضج الجهاز العصبي المركزي :

قد أشارت دراسات كامل و آخرين إلى وجود علاقة ارتباطيه ، بين الأوتيزم و اضطراب الهيبتوتلاموس .

ويرى البعض أن الخلل في التمثيل الغذائي الناشئ عن نقص الأنزيمات التي تحول الأحماض إلى مواد مفيدة في الجسم ، قد ينشأ عنه إصابة بالأوتيزم المصحوب بالتخلف العقلي . (مصطفى نوري القمش ، 2011 ، ص 37 - 39) .

تشير الدراسات لوجود عزل في خلايا المخ عند بعض الأفراد التوحديين أكثر من الشكل الطبيعي إضافة لوجود الخلل في توازن بعض النواقل العصبية التالية في الدماغ :

أ - السيروتونين (Serotonin) :

وهو ناقل عصبي هام تأثيره معقد وشامل حيث يؤثر في المزاج والذاكرة والتطور العصبي وإفراز الهرمونات وتناول الطعام وتنظيم حرارة الجسم والذاكرة والنوم والألم والقلق وظهور السلوك العدوانى والسلوك النمطي ، وفي حالة وجود مشكلات في عملية الأيض (

الهضم) يزداد تركيز السيروتونين في الدم والدماغ الأوسط والبول وبالتالي خلل في وظائفه وظهور بعض صفات التوحد .

يشير جلبرزون وزملائه إلى أن أكثر من 30 % من الأطفال التوحديين لديهم زيادة في كمية السيروتونين في الصفائح الدموية .

ب - الدوبامين :

ناقل عصبي معقد يلعب دوراً حيوياً في النشاطات الحركية والذاكرة واستقرار المزاج والإرادة والسلوك النمطي .

ج - الببتيدات العصبية :

تلعب دور هام في عملية النقل العصبي ومسئولة عن الانفعال والإدراك وضبط السلوك الجنسي ، وتشير الدراسات إلى عدم توازن الببتيدات العصبية عند الأطفال التوحديين . (الشيخ ذيب ، 2005 ، 10)

3-العوامل المناعية :

أشارت العديد من الدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي للطفل التوحيدي. (أسامة فاروق و السيد كامل الشربيني،2010، ص24).

أن جهاز المناعة يحمي الطفل ، عن طريق تكوين أجسام مضادة للقضاء على الفيروسات و التخلص منها ، فإذا حدث له إصابة أو ضعف يكون الطفل عرضة للإصابة بالعدوى الفيروسية ، التي ينتج عنها اضطرابات في نمو الطفل ، وقد يصاحبها الإصابة بالتوحد .

ويشير كمال مرسي إلى أخطر الفيروسات التي يمكن أن تصيب الجنين عن طريق المشيمة ويترتب عليها وفاته أو إعاقة نموه داخل الرحم ، وبالتالي يأتي وليدا مشوهاً، وهذه الفيروسات : الجدري، النكاف، التهاب الكبد الوبائي، الحصبة الألمانية . (مصطفى نوري القمش: 2011، ص 37).

التطعيم :

يرى رملاند بين بوجود علاقة بين ما بين السعال الديكي . DPT وبين الإصابة بالتوحد . (مصطفى القمش ،خليل المعاينة:2007،ص173).

و هناك من يرجع الأسباب إلى الاستعدادات الطبيعية و الجسمية منه والوراثية بالإضافة إلى ما يحدث داخل محيط الأسرة من صدمات و ضغوط و عوامل إحباط وغيرها .
و عموما فإن الأسباب التي تم عرضناها هي احتمالات متوقعة للإصابة بالتوحد ، وليست أكيدة ، وما زالت في طور البحث و الدراسة.

أعراض التوحد:

تتنوع أعراض التوحد التي يظهرها الأطفال التوحديين ، و ليس بالضرورة توفر جميع أعراض التوحد في الطفل ، وتتدرج الأعراض في شدتها من الدرجة الخفيفة الى الشديدة ، ومنها :

أولاً: العزلة الاجتماعية و القصور في مهارات التفاعل الاجتماعي :

يتميزون بالعزلة و فقدان القدرة على الاستجابة للآخرين ، ولضعف قدرتهم على التقليد لا يستطيعون القيام ببعض المهارات الاجتماعية .

ثانياً: القصور في مهارات التواصل :

لديهم صعوبات في التواصل اللفظي و الغير اللفظي .

ثالثاً: النمطية و محدودية النشاطات و الاهتمامات: يصرون على عدم احداث تغيرات بيئية، ويتعلقون بالأشياء لا الأشخاص.

رابعاً: الاضطرابات و المشكلات السلوكية : سلوك نمطي مثل أرجحة الجسم ، الى الأمام وإلى الخلف ، أو يمينا ويسارا ، الررفة باليدين....

خامساً: القصور في التكامل الحسي: يعاني أطفال التوحد من قصور في التنظيم الحسي ، إما أن يكون في صورة حساسية زائدة.. و منخفضة أكثر من الطبيعي للمثيرات الحسية و قد يكون هذا القصور أو الخلل عاملا مسببا للسلوكيات النمطية الشاذة التي كثيرا ما يندمج فيها أطفال التوحد

سادسا: الأداء الوظيفي و القدرات العقلية: إن معدل الذكاء يمتد من التخلف العقلي الى التفوق العقلي والموهبة .وعدم قدرتهم على الأداء في اختبارات الذكاء مما يجعلهم ،يظهرون في مستوى وظيفي أقل من قدراتهم العقلية ... (طارق عامر 2008 ص63،64،65).

بعض الأعراض الهامة خلال مراحل النمو الأولى للطفل التوحدي :

أولاً: في العام الأول و الثاني :

- صعوبة أو تعذر في المص (الرضاعة).
- هدوء غير طبيعي أو صراخ متواصل.
- يرفض كافة محاولات التدليل (حملة ،ضمه، تقبيله).
- غياب التقاء العيون .
- عدم المبالاة بأمه أو من يرعاه ،أو أي مثير.
- مناغاة محدودة أو نادرة كما و كيفا .لا يتابع بعينه أي مثير .
- لا يبدي أي مشاعر انفعالية أو يتجاوب معها ،يتأخر في المسي و الكلام لما بعد 2-3 سنوات، قد يبدي اهتمام بأشياء و ليس بالأشخاص .

ثانياً: خلال مرحلة ما بعد المهد:

- قصور أو توقف النمو اللغوي،و تعذر أو غياب كلي للتواصل اللفظي ،غياب التواصل غير اللفظي تعبيراً أو فهماً ،و بالتالي غياب القدرات الاجتماعية . غياب القدرة على التعلم و النمو المعرفي .
- غياب مظاهر الإدراك والاستجابة للمثيرات الحسية ، غياب المشاركة مع الأقران في اللعب و الأنشطة ،غياب التقليد و اللعب الإبهامي ، مقاومة التغيير في أنماط الحياة اليومية ثورات غضب أو عدوان على النفس أو الغير ،استجابات للمثيرات الحسية غير طبيعية ،خلط في استعمال الضمائر ترديد كلمة أو كلمات بعد سماعها Echolalia .(طارق عامر 2008ص69،70).

أما سميث (Smith) فإنه يلخص أعراض التوحد على النحو التالي :

- إعاقة في التفاعلات الاجتماعية التبادلية:
- لا يطور مودة وصدقة للأباء وأعضاء الأسرة
- نادراً ما يلاحظ الانفعالات مثل العطف والغضب.
- الميل إلى استعمال الإشارات غير لفظية (مثل): الابتسامة، الإيماءات، التواصل الجسمي.
- لا يوجد تواصل بالعين
- اللعب التخيلي نشاط نادراً ما يلاحظ.
- يظهر نقص الإيماءات التواصلية الاجتماعية والنطق خلال الأشهر القليلة الأولى.

- قدرات تواصل ضعيفة:

- اللغة الوظيفية غير مكتسبة بشكل كامل أو غير متقنة.
- محتوى اللغة غالبا غير مرتبط بالأحداث الفورية.
- سلوك نمطي وتكراري
- لا يحافظ على المحادثة
- المحادثات التلقائية نادرا ما يبدأها
- يمتاز الكلام بأنه لا معنى له وتكراري
- عكس الضمائر

- الإصرار على التماثل:

- التضايق الواضح عند تغيير البيئة مظاهر الروتين اليومي يصبح طقوسيا.
- ظهور سلوك تكراري
- سلوكيات نمطية (مثل) التأرجح والتلويح باليد (صعب إيقافها).
- أنماط سلوك غير اعتيادية:
- اعتداء على الآخرين خصوصا في حالة الشكوى
- سلوك إيذاء الذات مثل الضرب والغضب.
- ظهور مخاوف اجتماعية تجاه الغرباء والمواقف غير اعتيادية والبيئات الجديدة.
- (تؤدي الإزعاجات العالية إلى ردود فعل الخوف). (إبراهيم الزريقات، 2004 ، ص44)

خصائص الطفل التوحدي :

الخصائص السلوكية:

سلوك الطفل التوحدي محدود وضيق المدى ، كما أنه تشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة ، و سلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات ، و يكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للجميع .

ومن أبرز السلوكيات لدى التوحديين ADHD ، وسلوكيات لا إرادية مثل رفرفة اليدين ، وهز الجسم ذهابا وإيابا ، ويظهر الطفل قصورا واضحا في دافعيته اتجاه المثيرات الموجودة في البيئة المحيطة به ، و يميل التوحديين إلى انتقاء مثير محدد بصورة مفرطة . كما يفضل التوحديين أن تسير الأمور على نمط محدد دون تغيير ، ويشعرون بقلق زائد عند محاولة تغيير نمط محدد قد تعودوا عليه و يبذلون سلوكا عدوانيا وإيذاء الذات . (أسامة فاروق و السيد كامل الشربيني 2010ص85) .

يقاوم التغيير الذي يحدث في البيئة المحيطة به . (Marion Leboyer, 1985, p 21)

الاستجابات الحسية:

يبدو الأطفال كالأصم لا يستجيب فيه للأصوات المرتفعة ، وبنفس الوقت لا يحس بالبرودة أو بالحرارة ،أو يستجيب لأي منها بشكل كبير. (مصطفى نوري القمش ،خليل عبد الرحمان المعاينة،2007ص173).

الخصائص الاجتماعية:

تعد مهمة لأنها أساس لفهم و قياس حالات التوحد ومنها:

- الانسحاب الاجتماعي و اللعب الفردي .
- ضعف الاستجابات الاجتماعية أو البرود العاطفي .
- السلوك النمطي المتكرر.
- رفض الطفل لمظاهر القبول الاجتماعي ،كالحمل أو التقبيل أو الحضان.التحديق في أماكن أو أشياء بطريقة مستمرة وروتينية .
- الدوران حول الذات . (هالة إبراهيم الجرواني سمية طه محمد جميل 2013ص. 24) .

الخصائص التواصلية :

الأطفال التوحيديون لديهم مشاكل في التواصل سواء أكان لفظيا أم غير لفظي.

لا يستجيبون بالنظر عند المناداة بالاسم ،استخدام كلمات خاصة بهم لا يفهمها إلا المقربين منهم ،صعوبة في المبادرة بالحديث و الاستمرار فيه ،ترديد لكلمات أو عبارات بشكل غير وظيفي و التي تسمى بالمصاداة . (هالة إبراهيم الجرواني سمية طه محمد جميل 2013ص41).

الخصائص العقلية والمعرفية:

مشكلات في الانتباه والتركيز البصري ، أيضا مشكلات في التعلم،و القدرة على التخيل وفي تنظيم الوقت .وإظهار قدرات غير عادية في المهارات الحركية والحسابية والموسيقية و الأداء ،والرسم .

طبيعة وظيفة الذاكرة كانت تحت الدراسة ،فيشير Margot R CHenic .أن النتائج توضح ،أن الأطفال التوحيديين لم يبينوا أي نوع من العجز في الذاكرة.(هالة إبراهيم الجرواني سمية طه محمد جميل 2013 ص 44، 41، 47).

طورت فرجينيا نلسون Virginia Neson:

حجة التوحد والتي تشمل على ست بطاقات متداخلة تعرض من خلال خصائص التوحد ، كما هو مبين في الشكل:

الاهتمام بالمواد	الاستجابات الحسية	الارتباط والتأثير
<ul style="list-style-type: none"> - يلف ويدور بالأشياء - يطور تعلق غير مناسب بالأشياء. - يستجيب بشكل غير مألوف للأشياء المألوفة. 	<ul style="list-style-type: none"> - رد فعل للمثيرات - يتصرف و كأنه أصم . - يركز على المثيرات السمعية والبصرية و اللمسية - يتجنب التفاعل الجسدي مع الآخرين .يلعق أو يشم الأشياء . - يقطع أصابعه ،و يصفع فيه 	<ul style="list-style-type: none"> - يبكي أو يضحك بشكل غير ملائم . - يستخدم استجابات وجهيه سطحية - يعاني من صعوبات في تواصل العيون . - استجابة عاطفية لا تناسب الموقف .يعاند بمقاطعات . - يحتاج لجدول زمني ثابت يحتاج لبيئة ثابتة. - لا يستوعب علاقات السبب و النتيجة. - يظهر سلوكيات طقوسية متكررة
اللغة	المهارات الحركية	اللعب
<ul style="list-style-type: none"> - يظهر إعاقة في الكلام - يظهر لغة استقبالية ضعيفة المصادات. - يظهر صعوبة في المفاهيم المجردة. 	<ul style="list-style-type: none"> - يتحرك باستخدام حركات مسبقة . - يعاني من صعوبات في الانتقال من حركة إلى أخرى ،ويعاني من صعوبات في تعميم الحركات من بيئة إلى أخرى و أيضا صعوبة في التخطيط الحركي. 	<ul style="list-style-type: none"> - نادرا ما يبدأ باللعب مع الآخرين ، كما يظهر ممارسة متكررة للعبة ما . - ينشغل باللعب الانعزالي وحده .يستخدم أدوات اللعب بطرق غير مألوفة .

(إبراهيم عبد الله الزريقات 2010ص55).

أنواع التوحد :

بما أن كل الأطفال المصابين بالتوحد، لا يظهرون الخصائص نفسها أو الخصائص المشابهة مع نفس الشدة فقد اتجه الباحثون إلى البحث عن طرق لتصنيف التوحد ، ونتيجة لذلك فقد ظهر عدد من الاتجاهات في تصنيف الأطفال التوحديين ، فعلى سبيل المثال اقترح البعض تصنيفات مختلفة اعتمادا على مستوى الأداء الوظيفي العقلي ، و العمر عند الإصابة ، وعدد الأعراض و شدتها ، ويرى البعض الآخر أن الأعراض المختلفة يمكن أن تكون نتيجة للأنماط المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ .

اقترحت ماري كولمان ،مديرة العيادة الطبية لبحوث دماغ الأطفال في واشنطن Children's Brain RESERCH CLINICIN Wanshington نظام تصنيفي للأطفال المصابين بالتوحد ،يضمهم في ثلاث مجموعات أساسية ،ويبين عملها أن التوحد ليس متلازمة منفردة ، كما أكد كانر ، بل إنه مكون من ثلاث تصنيفات فرعية ، كما يلي:

ا. - النوع الأول: type1:

المتلازمة التوحدية الكلاسيكية: Classic Autistic Syndrome حيث يظهر الأطفال في هذه المجموعة أعراضا مبكرة ، و لكن لا تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة ، كما تقول كولمان ،فإن الأطفال في هذه المجموعة يبدوون بالتحدث تدريجيا ما بين سن الخامسة إلى السابعة.

اا. النوع الثاني : Type2:

متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحديّة : Childhood Schizophrenic Syndrome Withe Autistic Symptoms : إذ يشبه أطفال هذه المجموعة النوع الأول، و لكن العمر عند الإصابة ولكن العمر عند الإصابة يتأخر شهرا بعد -
و تقول كولمان بأن أطفال هذه الفئة الثانية يظهرون أعراضا نفسية أخرى إضافة إلى المتلازمة التوحديّة الكلاسيكية التي عرضها كانر Kanner.

III. النوع الثالث: Type 3:

Neurological Autistic Syndrome : **المتلازمة التوحديّة المعاقّة عصبيّا** :

: و يظهر لدى أطفال المجموعة الثالثة ، مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيضية و متلازمات فيروسية ، مثل الحصبة ، و متلازمة الحرمان الحسي (الصمم و كف البصر)

فقد (sevin.matson . coe foe sevin 1991)-أما سيفن وماتسون وكوفي و سيفن،

اقترحوا نظاما تصنيفيا من أربع مجموعات كما يلي:

a. المجموعة الغير طبيعية atypical groupe:

يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل الخصائص التوحديّة والمستوى الأول من الذكاء.

b. المجموعة التوحديّة البسيطة mildu autistic group:

يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية ، و حاجة قوية للأشياء و الأحداث لتكون روتينية كما يعاني أفراد هذه المجموعة إعاقة عقلية بسيطة و التزاما باللغة الوظيفية.

c. المجموعة التوحديّة المتوسطة:

ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة ، و أنماط شديدة من السلوكيات النمطية (مثل التلويح باليد وولفه و التآرجح)

d. المجموعة التوحديّة الشديدة (Severely Autistic Group): أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا، و لا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، و تخلف عقلي على مستوى ملحوظ (إبراهيم الزريقات، 2004، ص: 48،49).

تشخيص التوحد:

-إن تشخيص حالة بأنه يعاني من اضطرابات النمو الشاملة ، هو من أعقد العمليات التقييمية و أصعبها ، لذا يحتاج الأمر إلى فريق عمل مختص من أطباء و معالجين ، كما يشير ذلك رائد خليل العباد (2006) إلى أن تشخيص التوحد يتم من خلال فريق كامل من تخصصات مختلفة حيث يضم هذا الفريق :

- أخصائي الأعصاب.
- أخصائي نفسي أو طبيب نفسي .
- طبيب أطفال متخصص في النمو .
- أخصائي علاج لغة و أمراض نطق .
- أخصائي علاج مهني .
- أخصائي تعليمي .
- المختصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد.(هالة إبراهيم الجرواني سمية طه جميل 2013 ص78)

(أ) مراحل التشخيص :

1-مرحلة المراقبة: يراقب الأهل و المعلمون السلوكيات الغريبة التالية :التطور اللغوي المتأخر ، عدم اللعب مع الآخرين ، صعوبة في النوم ، تكرار بعض الحركات بطريقة نمطية ، تكرار بعض الكلمات دون وعي معناها.....

2-مرحلة ما قبل الإحالة: حين يستمر هذا السلوك الغريب تحاول المعالجة النفسية العمل معه فردياً.

3-مرحلة الإحالة: يحيل الأهل ابنهم قبل عمر 5سنوات إلى التشخيص الدقيق بسبب عدم تقدم ابنهم الطبيعي ، ويمر بعدة اختبارات.

(ب) الاختبارات الطبية :

1-الاختبارات الطبية: منها : - اختبار سمع ،-اختبار النظر ،-صور شعاعية لتحديد الخلل الدماغي ،-تحاليل مخبريه ،-اختبار وراثي لتحديد وجود خلل في الصبغيات (الكروموزومات) .

2-الاختبارات الرسمية: لمعرفة مدى مستواه الذكاء و السلوك التكيفي و قد تكون نتائجه ضعيفة بسبب قصورهم اللغوي و الاجتماعي .

3-الاختبارات الخاصة لحالة التوحد: من هذه الاختبارات : اختبار(CARS) واختبار (CHAT) .

4-الاختبار الوظيفي: وهو يركز على دراسة الظروف المحيطة ،بسلوك محدد من خلال دراسة ما يحدث قبل هذا السلوك و بعده .

(ريم نشابة معوض:2004،ص181،180).

التشخيص الفارقى: هو عملية رصد للسمات و الصفات التي تتوافر في الشخص وتؤكد انتمائه لفئة إكلينيكية محددة ،وكذلك التي تنفي انتمائه للفئات الإكلينيكية المشابهة.

-إن معظم الباحثين المهتمين بتشخيص التوحد يشيرون دائماً إلى قضية هامة و هي تشابه السلوك المرتبط بالتوحد مع أعراض إعاقات أخرى عديدة وفيما يلي أهم الفروق الجوهرية بين التوحد وبعض الإعاقات المصاحبة له :

► التوحد-التخلف العقلي Mental Retardation:

كثيراً ما يصاحب حالات التوحد الإصابة بالتخلف العقلي، كما تتشابه و تختلط بعض أعراض هذان المرضان ،و خاصة إذا كان العمر العقلي للطفل أقل من 20 شهراً ،وقد أوضح بريسون وآخرون (1986)من خلال دراسة للكنديين ، أن نسبة حالات التوحد المصحوبة بالتخلف العقلي تتراوح بين (76,8-89 %) .

أما عن الفرق بينهما فيتضح في الجدول التالي :

جدول رقم(1) يوضح أوجه الاختلاف بين التخلف العقلي والتوحد

التوحد	التخلف العقلي	أوجه الاختلاف
<p>- تنقسم الذكاء في التوحد كالأتي :</p> <p>- 40% من المتوحدين تقل نسبة ذكائهم عن (50).</p> <p>- 30% منهم تصل نسبة ذكائهم إلى (70) فأكثر .</p> <p>- والثالث الباقي تتساوى نسبة ذكائهم مع ذكاء العاديين .</p> <p>- ومنهم من يصل إلى مستوى البلوغ والعبقرية.</p>	<p>-تختلف نسبة الذكاء حسب درجة الشدة إلى:</p> <p>- بسيط بين (51-70).</p> <p>-متوسط بين (36-50)</p> <p>- شديد بين (20-35).</p> <p>- أقل من (20) تعني شدة التخلف العقلي بدرجة كبيرة.</p>	<p>نسبة الذكاء</p>
<p>- لا يتعلق بالآخرين .</p> <p>- أداء الطفل التوحيدي أعلى في المهارات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى و يكون الأداء أقل في المهمات اللفظية .</p> <p>- التوحيدي يمكن أن تكون لغته غير متوفرة و إن وجدت فهي غير عادية .</p> <p>- قلة أو ندرة العيوب الجسمية لدى الطفل التوحيدي .</p> <p>- للطفل التوحيدي إمكانية إبداء مهارات خاصة كالرسم و الموسيقى.</p> <p>- له سلوكيات نمطية و تكرارية</p>	<p>الطفل المعوق عقليا يتعلق بالآخرين و لديه وعي اجتماعي .</p> <p>أداء المعوق عقليا يكون منخفض .تناسب لغة المعوق عقليا مع نسبة ذكائه .</p> <p>- كثرة العيوب الجسمية .</p> <p>- لا توجد حركات نمطية أو تكرارية لدى المعوق عقليا</p>	<p>صفات شخصية الطفل وقدراته</p>

التوحد وإعاقة التخاطب:

يوضح أوجه التشابه و الاختلاف بين التوحد وإعاقات التخاطب:

أوجه الاختلاف	أوجه التشابه
<p>- درجة القصور اللغوي لدى أصحاب إعاقات التخاطب أقل منها لدى حالات التوحد.</p> <p>- أصحاب إعاقات التخاطب لا تظهر لديهم</p>	<p>- قصور القدرة على التواصل اللفظي.</p> <p>- غياب القدرة على تكوين علاقات اجتماعية.</p>

،الترديد الآلي Echolalia ،و الخلط في الضمائر ،بعكس حالات التوحد .
- نسبة ذكاء أصحاب إعاقات التخاطب أعلى منها عند حالات التوحد .

التوحد الإعاقات السمعية:

جدول رقم3

يوضح أوجه التشابه و الاختلاف بين التوحد والإعاقات السمعية:

أوجه الاختلاف	أوجه التشابه
<p>- معدلات الذكاء في الإعاقات السمعية أعلى منها في حالات التوحد . - حالات الإعاقات السمعية قادرة على تكوين علاقات اجتماعية . - تستطيع حالات الإعاقات السمعية تحقيق تواصل غير لفظي مع الآخرين ،أفضل من حالات التوحد . سهولة تشخيص حالات الصم والبكم بالفحص الطبي . تبدأ حالات الصمم الخلقي منذ الولادة ،بينما يظهر أعراض التوحد في العام الثاني أو الثالث من العمر .</p>	<p>- الانسحاب و غياب القدرة على التواصل البصري . - الاندماج في حركات نمطية . - عدم القدرة على التخاطب و التواصل اللفظي .</p>

(مجدي أحمد عبدالله 2013 ص -137)

وأهم ما يميز الطفل الأصم وجود عيوب عضوية في الجهاز السمعي، عكس الطفل التوحدي الذي لا يعاني منها وعادة الطفل الأصم خلقيا يبدي رغبة شديدة للتواصل خاصة بالبصر و التواصل عن طريق الإشارات و الإيماءات وحركات الشفاه، لكن عدم القدرة على الكلام وعدم القدرة على التواصل يسبب الانعزال وانحطاط في القوى و الاكتئاب ما يقربهم للتوحد، لكن ما إن يستطيعوا اكتشاف نمط التواصل الإيمائي الحركي استفاد من الأجهزة، يزول السلوك الذي يربطهم بالتوحد (G. Ielord. 1991.p23) .

التوحد - وفصام الطفولة:

يوجد فروق مشتركة بين التوحد و الفصام و سمات مشتركة و تتضح في الجدول التالي:

أوجه الاختلاف	أوجه التشابه
---------------	--------------

<p>- يتصف طفل الأسبرجر بالقلق ، و الاكتئاب ، وضعف التوافق الحركي ، والعدوانية.</p>	<p>- وجود نوع من الخلل الكيفي في تكوين علاقات اجتماعية سليمة . - غياب التواصل غير اللفظي ، وجود مخزون محدود من الأنشطة المتكررة . - قصور في الحركات الدقيقة .</p>
------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

التوحد- زملة أسبرجر Asperger's Syndrome: وتتمثل جوانب التشابه و الاختلاف بين التوحد و زملة أسبرجر في الجدول التالي :

جدول رقم 5

يوضح أوجه التشابه و الاختلاف بين التوحد و زملة أسبرجر

أوجه الاختلاف	أوجه التشابه
<p>- أن نسبة الذكاء في زملة أسبرجر تقترب من الطبيعي، ولكن لديه تباين بين نتائج اختبار الذكاء اللفظي و الأدائي. - لا يوجد لدى طفل الأسبرجر تأخر لغوي ، لكن لديه صعوبة بسيطة في استخدام الضمائر بشكلها الصحيح ، كما يعاني من اضطرابات في تكوين الجمل . - يتصف طفل الأسبرجر بالقلق و الاكتئاب ، وضعف التوافق الحركي و العدوانية.</p>	<p>- وجود نوع من الخلل الكيفي في تكوين علاقات اجتماعية سليمة. - غياب التواصل الغير اللفظي ، وجود مخزون محدود من الأنشطة النمطية المتكررة. - قصور في الحركات الدقيقة.</p>

التوحد و الصمت الاختياري Selective mutism:

كثيرا ما تتشابه وتختلط بعض أعراض حالات التوحد مع حالات الصمت الاختياري، والتي تحدث في نسبة قليلة من الأطفال الذين يمتنعون عن الكلام في بعض الأماكن بينما يتكلمون في ظروف أخرى .

التوحد و زملة ريت Rett Syndrome:

زملة ريت عبارة عن خلل عميق في المخ شبيهه بالتوحد ،ويظهر في شكل حركات تكرارية لليد ، و قصور في المهارات اللغوية والاجتماعية ،وقد اكتشفه ريت عام(1996). (مجدي أحمد عبدالله 2013 ص -137-141)

تشخيص التوحد حسب 4 .D.S .M:

أولاً: ظهور ست أعراض على الأقل من مجموعات 1،2،3،،التالية منها عرضين من مجموعة 1+1 من كل مجموعة(1) ومجموعة (2) على الأقل :

مجموعة(1) : قصور كفي في التفاعل الاجتماعي في اثنين على الأقل من :

- أ) قصور في استخدام 2 من صور التواصل غير اللفظي .
- ب) الفشل في تكوين علاقات مع الأقران .
- ج) قصور القدرة على المشاركة الأطفال الآخرين في اللعب .
- د) غياب المشاركة الوجدانية و التعبير عن المشاعر .

مجموعة (2) : قصور كفي في القدرة على الاتصال في واحد مما يلي:

- أ) غياب القدرة على التواصل اللفظي بدون مساندة غير اللفظي .
- ب) بالنسبة القادرين على التخاطب يوجد قصور في المبادأة.
- ج) التكرار النمطية في استخدامهم اللغة .
- د) غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإيهامي و التقليد الاجتماعي .

مجموعة (3) : الاقتصار على عدد محدود من الأنشطة والاهتمامات في واحد على الأقل من:

- أ) استغراق كلي في واحد أو أكثر من أنماط سلوكية غريبة من حيث النوع و الشدة.
- ب) المرونة و الاندماج في أعمال و طقوس روتينية.
- ج) عادات نمطية بتكرار مستمر .
- د) تركيز الاهتمام على أشياء تافهة أو جزيئات منها .

ثانياً: تأخير أو شذوذ وظيفي يظهر قبل العام الثالث في واحد مما يلي :

- أ) التفاعل الاجتماعي .
- ب) استخدام اللغة في التواصل .
- ج) اللعب الرمزي أو الإيهامي التخيلي .

ثالثاً: غياب أعراض الريت أو غيرها من اضطرابات النمو. (طارق عامر 2008، ص 111-112).

أصدرت منظمة الصحة العالمية في عام (1992) تصنيفها الدولي العاشر لأمراض (who ,ICD-10 :1992) الذي تضمن مجموعة من المعايير التشخيصية اللازمة لتشخيص اضطراب التوحد ،التي تمثلت فيما يلي :

- الضعف النوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل الذي يظهر في مشكلات الاستجابة لمشاعر الآخرين وضعف في استخدام سلوكيات تناسب الموقف الاجتماعي و الافتقار للقدرة على استخدام الإشارات الاجتماعية و التبادل الانفعالي و الاجتماعي.

الضعف النوعي في التواصل الذي يظهر في مشكلات استخدام المهارات اللغوية ، وضعف في اللعب الاجتماعي ، و التقليد الاجتماعي ، وضعف القدرة على الحوار والنقاش ، وضعف في استخدام اللغة اللفظية ، و غير اللفظية للتواصل مع الآخرين .

سلوكيات و نشاطات نمطية و متكررة تظهر من خلال الميل لأداء نشاطات محددة في كل يوم و الارتباط بأشياء معينة ، وخصوصاً في مرحلة الطفولة المبكرة .بالإضافة الى الانشغال بسلوكيات حركية نمطية ، و التركيز على خصائص معينة في الأشياء مثل اللون والرائحة ، و كذلك رفض التغيير في الروتين اليومي . . (طارق عامر 2008، ص 29)

علاج أطفال التوحد:

العلاج بالأدوية:

ومنها الهالوبيريديول Haloperidol، والكلوزابين Clozapine،
الريسبيريدون Risperidone، الفلوفوكسامين Fluvoxamine، السيرترالين Sertraline،
الليثيوم Lithium، وهناك أدوية أخرى لها مفعول على أطفال التوحد، و لها آثار جانبية.
(أسامة فاروق و السيد كامل الشربيني 2010 ص 86-87).

الأورفينادلين وديسيبال، ولارجاكتيل (Largactil) استعمالها منطقي، قد تساعد ذو
الاضطراب السلوكي في تهدئتهم، وتستخدم هذه الأدوية عند الضرورة القصوى
(كوثر عسلي 2006، ص 127).

الهدف من الأدوية، هو تخفيف حدة هذا السلوك، حتى يستطيع الطفل يمارسه حياته
التعليمية و الاجتماعية، بشكل سوي إلى حد ما. (فوقية رضوان: 2007 ص 255).

البرامج والطرق التدريبية:

البرامج التربوية للأطفال التوحديين:

انتشرت العشرات من البرامج التربوية العالمية المصممة للأطفال التوحديين، واختلفت هذه البرامج في أسسها النظرية لكنها اشتهرت جميعها في التأثير الإيجابي الكبير على الأطفال المشاركين فيها تمثل في: زيادة درجات الذكاء وزيادة السلوك الاجتماعي المقبول والتقليل من أعراض التوحد وتطور البديل الصفي، عانت هذه البرامج من مشكلات منهجية مما جعل إمكانية تعميم نتائجها ضعيفة ويوضح ذلك روجرز (Roger, 1988) حيث يشير أن الضعف في المظاهر التجريبية للبرامج لا يعني بالضرورة عدم فاعليتها وإنما يعني إن فاعلية البرامج لم يتم توضيحها بطريقة مضبوطة وموضوعية.

ومن النقاط الأساسية في كل برنامج:

1. مشاركة الأهل في البرنامج التربوي والعلاجي لودهم لأنهم أهم مصدر لعلاجهم، وقد أكدت الأبحاث أن عدم المشاركة الأهل ورفضهم حالة ولدهم لن يحسنه، لأن هذا الطفل لأن هذا الطفل يحتاج لمتابعة دقيقة وشاملة في البيت وفي غيرها من المراكز، للاستفادة التامة من البرنامج الموضوع لابنهم.
2. التدخل المبكر: لأنه مفيد جدا لتطور قدرات الطفل .
3. الاهتمام بالصعوبة الأساسية، وهي الصعوبة التواصلية الاجتماعية، لذ يجب على كل برنامج أن يتضمن مهارات اجتماعية، تساعد الطفل على التواصل مع محيطه.
4. الاهتمام بالأمور الحياتية للتوصل إلى مهارات فردية وذاتية أفضل .
5. الاهتمام بالمتابعة والتنظيم لمتابعة الطفل من خلال جدول متدرج للنشاطات اليومية.
6. العلاج الفردي أو العلاج ضمن مجموعة صغيرة لا يتجاوز عدد أفرادها 3 تلاميذ.
7. التعليم المتدرج و الواضح .
8. ويركز مضمون البرنامج على النواحي التالية :
 - أ. - الناحية الاجتماعية التواصلية.
 - ب. الناحية الذهنية العملية
 - ت. الناحية السلوكية .
 - ث. الناحية الحياتية الاستقلالية.
 - ج. الناحية الفنية.
 - ح. الناحية الجسدية. (ريم نشابة معوض: 2004، ص 200)

ومن أشهر الطرق و البرامج المعتمدة:

تحليل السلوك التطبيقي (ABA):

ويطلق عليه التدخل السلوكي المكثف ، و أشار لوفاس الى إمكانية حدوث التقدم الملحوظ في أداء الطفل ،إذا تلقى هذا النوع من التدريب. ويشمل تحليل السلوك التطبيقي إستراتيجية مهمة وهي :

التدريب بالمحاولة المنفصلة: تعود هذه الطريقة في التدريب إلى العالم الأمريكي لوفاس في الستينيات وتسمى ،أيضا تعديل السلوك ،أو علاج السلوك ،أو التدخل السلوكي .

تقوم الفكرة الأساسية لهذا التدريب ،على تقسيم التدريب إلى سلسلة من الدروس أو المحاولات لتدريب الطفل بشكل فردي "واحد لواحد"،و تقسم كل محاولة إلى ثلاثة أقسام وهي:

1. السابق :والذي يكون إما سؤالاً موجهاً ،من المعالج أو إشارة بصرية أو تلقينا.
2. الاستجابة :وهي ردة فعل الطفل للسؤال أو التلقين.
3. التعزيز:والذي يعطى للطفل مباشرة كمكافئة له على الاستجابة ،و هو نوعان ،مادي واجتماعي .

- برنامج (TEACH):

تقوم فكرة هذا البرنامج على استعمال الجداول المصورة و الإشارات البصرية الأخرى كوسيلة لتدريب الأطفال على العمل باستقلالية كما تسهم هذه الطريقة في بناء وتنظيم بيئتهم. (التوحد واضطرابات التواصل ص29، 44)

و تمتاز هذه الطريقة بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك بل تقدم تأهيلاً متكاملًا للطفل عن طريق هذا البرنامج و إن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد ما بين (5-7) أطفال مقابل معلمة واحدة و مساعدة لمعلمة و يتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل و من مزايا هذا البرنامج انه ينظر الى الطفل التوحدي كل على انفراد و يقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته العقلية – العضلية –العقلية اللغوية و ذلك باستعمال اختبارات مدروسة.

إن هذا البرنامج يدخل عالم الطفل التوحدي و يستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة و حبه للروتين و يهيئ البرنامج الطفل للمستقبل و يدربه بالاعتماد على نفسه و إيجاد وظيفة مهنية له و من المهم أن يعرف الوالدان :

- كيف يفكر الطفل التوحدي و ما هو عالمه.
- ما هي وسيلة التواصل المناسبة بالنسبة له .
- كيفية تقوية التواصل الاجتماعي .
- كيفية تهيئة المنزل و البيئة .
- كيف نعلم الطفل المشاعر الانسانية. (الجلي 2005 ، 117)

برنامج صن رايز Son Ris:

هو برنامج تدريبي للأطفال المصابين باضطرابات طيف التوحد و الاضطرابات النمائية الأخرى داخل المنزل ،وقد أنشأ هذا البرنامج كل من باري كوفمان ، و سيميريا ليف كوفمان ، لابنهم الوحيد المصاب بالتوحد لكوفمان 1995 ، ويعتبر هذا البرنامج من البرامج الموجهة للأهالي يركز على مبدأ العلاج باللعب.

يركز صن رايز على تشجيع التواصل البصري .

وسائل التواصل المعززة والبديلة:

تعرف على أنها مجموعة الوسائل الإضافية والتي تمكن الأشخاص الذين يجدون صعوبة في التواصل النطقي ،والكتابي مع الآخرين من التواصل بشكل أفضل .

وتعرفه الجمعية الأمريكية للسمع و النطق :على أنه التواصل المخصص للذين يعانون من ضعف أو محدودية في إنتاج أو استيعاب اللغة المكتوبة أو المحكية .

تعتبر الطرق البديلة والتقليدية في التواصل ،كالإيماءات و الإشارات طرقا غير مدعمة وذلك لأنها لا تحتاج الى أجهزة أو قطع ،أما الطرق الأخرى كالصور و الكتب و الحواسيب الخاصة فهي طرق مدعمة .

وتتنوع وسائل التواصل المعززة والبديلة المستخدمة مع الأطفال التوحديين ،من الأنظمة الغير المدعمة كالإشارات اليدوية مثل :لغة مكاتون الاشارية Makaton Sign Langage ،ومرورا بالأنظمة المدعمة متدنية التقنية كالألواح ومن أشهر الأمثلة عليها :نظام بيكس.

1. نظام مكاتون :

هو برنامج مصمم لتزويد الأفراد الغير القادرين على التواصل اللفظي مع الآخرين ،وهي الإشارات والإيماءات ،يستخدم برنامج مكاتون بفاعلية مع الأطفال المصابين بالتوحد و التخلف العقلي ، ومتلازمة داون ، و الاضطرابات العصبية المكتسبة .

يعتمد على طريقة مبنية متعددة النماذج لتدريب المهارات اللغوية و القرائية و الكتابية حيث يتم عملية التدريب بالجمع بين النطق و الإشارات و الرموز في آن واحد ،ويحتوي برنامج مكاتون على ما يقارب 450 من المفردات الأساسية .

2. نظام التواصل بتبادل الصور (بيكس):

صمم هذا البرنامج لتعليم الأطفال و مهارات التواصل بالتركيز على الاستقلالية في التواصل الوظيفي .

ومن المعروف عم نظام بيكس أنه لا يحتاج الى أية مواد معقدة أو مكلفة وقد توصل مطور النظام وبعد إجراء عدة بحوث إلى تطور النطق لدى الأطفال دون عمر المدرسة ،بعد استخدامهم لنظام بيكس .

- **فعالية نظام بيكس :** سهولة تعلمه ، يمكن هذا النظام الأطفال و البالغين ،و الغير القادرين على التواصل اللفظي ،من التواصل بشكل جيد. (آل إسماعيل 2012،ص29، 45، 58،64) .

- التدريب على التكامل السمعي :

وفيه يستمع الطفل الى أصوات متنوعة بهدف تحسين فهمه اللغوي ، وتفيد هذه الطريقة في ،أنها تساعد ذوي الإعاقة التوحد على تلقي مدخلات حسية متوازنة عن بيئتهم ،ويبدو أن فعاليتها لا تختلف عن فعالية الاستماع إلى الموسيقى.(محمد سعيد أبو حلوة ص 39).

ومن نتائج التدريب السمعي ما يلي :

- أ. زيادة التركيز لفترة أطول .
- ب. القدرة على إنهاء المؤثرات الجانبية ،و التركيز على المثير الأساسي .
- ت. تحسن في القراءة .
- ث. وضوح الكلام مع زيادة القدرة على التعبير بالكلام .
- ج. زيادة التواصل الاجتماعي.

وقد أبدى الأطفال الذين طبق عليهم البرنامج تحسنا في الموجات الدماغية P300.

العلاج بالدمج الحسي :

المعالجة بالتكامل الحسي هي علاج حسي حركي للأطفال المصابين بالتوحد ،و قد طورتها جين آيرز Jean Ayres التي تؤكد على العلاقة بين الخبرات الحسية و الأداء السلوكي الحركي ،واستراتيجيات التدخل ،ويكون الهدف من خلال الدمج الحسي تحسين النظام

العصبي ، لتنظيم ودمج وتكامل المعلومات من البيئة التي تزود باستجابات تكيفية وتعلم على نحو جيد . (أسامة فاروق و السيد كامل الشربيني 2010 ص 197، 200).

علاج بالحياة اليومية:

Daily Life Therapy at the Boston Higashi, DLT برنامج ياباني
أنشأته الدكتورة كيتاهارا (Kitashara) في مدينة طوكيو عام 1964 وتعني كلمة
هيجاشي (Higashi) باليابانية (الأمل).

يقوم البرنامج في فحواه على وجود علاقة بين جسم الطفل وعقله وروحه وأساليب التدريس اليابانية التي تركز على التعلم باستخدام المجموعات والتقليل من الاعتماد على التعلم الفردي.

يهدف البرنامج إلى العمل على استقرار انفعالات ومشاعر الأطفال التوحديين وخلق توازن في جمع مجالات حياة الطفل إضافة إلى العمل على تطوير قدرته العقلية والتفكير المنطقي والقدرة على إتباع التعليمات من خلال تطوير مهارات محددة.

افتتح فرع للبرنامج في مدينة (Randolph) الأمريكية عام (1987م) وكان آنذاك جميع المعلمين يابانيين استبدلوا تدريجياً إلى معلمين أمريكيين وضم البرنامج عام (1998م) (113) طالباً بينهم (26) طالباً بريطاني الجنسية تتراوح أعمارهم ما بين (3-22) سنة موزعين مابين المدرسة النهارية والمركز الداخلي.

وساعد افتتاح البرنامج في الولايات المتحدة الأمريكية على تطوره بشكل كبير حيث يستفيد من هذا البرنامج إضافة للأطفال التوحديين الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة وتبلغ نسبة عدد المعلمين إلى الطلبة (1 : 6) في الصفوف الأمريكية و(1 : 3) في صفوف الموسيقى والفن والعلاج الطبيعي ومستخدماً منحى تحليل السلوك التطبيقي ومن خلال:

أ - استخدام إجراءات التلقين والإخفاء يفي تعلم المهارات الجديدة.

ب - التقليل من السلوك غير المرغوب فيه باستخدام الإطفاء والتعزيز التفاضلي للسلوك البديل.

يلتحق الطفل في البرنامج بعد عملية قياس وتشخيص شاملة ودقيقة بالاعتماد على تقارير المختصين والملاحظة المباشرة للطفل وتحليل لشريط فيديو لأداء الطفل ونتائج تطبيق المقياس الخاص بالبرنامج المكون من (14) نقطة إضافة لمقياس للمهارات الحركية

ومقياس فاينلد للنضج الاجتماعي ومقياس مكارثي للقدرات العقلية ولا يقبل في البرنامج الأطفال التوحدين ذوي الأوضاع الصحية الخاصة مثل المصابين بحالات الصرع الشديد.

وبعد التحاق الطفل في البرنامج يتم التخطيط لجميع أوقات الطفل وعلى مدار (24) ساعة مع الأخذ بعين الاعتبار جميع مجالات الحياة لذلك تعتبر مشاركة الآباء في غاية الأهمية من خلال ورش العمل والزيارات المنزلية المنتظمة والمقابلات في المنزل، ويتسق البرنامج مع البرامج العالمية للتوحد التي تتبنى فلسفة المجموعات ولا يتفق مع البرامج التي تقوم على أسلوب التدريس الفردي واحد لواحد أو التي تعطي تدريباً لغوياً خاصاً. (الشامي 2004 ، ص34)

طريقة فاست فورورد fast forward:

و هي عبارة عن برنامج الكتروني يعمل بالحاسوب و يعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد و تم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة paula tallal على مدى ثلاثين سنة تقريبا و بينت أن الأطفال الذين استخدموا البرنامج قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة .

و تقوم فكرة البرنامج على وضع سماعات على إذني الطفل بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب و يلعب و يستمع للأصوات الصادرة من هذه اللعب و هذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة و الاستماع و الانتباه و بالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية و لم تجر حتى الآن بحوث علمية محايدة لقياس مدى نجاح هذا البرنامج مع الأطفال التوحديين . (الجليبي 2005 ، ص118)

العلاج باللعب :

اهتم علماء النفس بتفسير ظاهرة اللعب ، حيث أنه سلوك نظري وحيوي في حياة الطفل الصغير ، وهو النشاط الذي لاينم عن الكسل أو التعطل ، لكنه النشاط الذي يعبر عن طريقه الطفل في التفكير والتدليل ، والاسترخاء والعمل ، حيث يعرفه جان بياجيه بأنه الاستجابات التي يؤديها الفرد من أجل الاستمتاع الوظيفي ، أما غفروبل فيعرفه بأنه نشاط تلقائي ونفسي و في الوقت نفسه هو خيالي للحياة البشرية في مجموعة ، لذلك كان مقروناً دائماً بالفرح والحرية والرضا والراحة النفسية والجسمية والسلام الكوني . (جابر: 1997 ، ص467)

فاللعب هو أحد الأساليب الهامة في تعليم الأطفال و تشخيص و علاج مشكلاتهم ، ويستخدم اللعب كطريقة علاجية في حد ذاته ، ويستخدم أيضاً ضمن طرق علاجية أخرى .

والعلاج باللعب طريقة هامة في علاج الأطفال المضطربين نفسياً ، حيث يستغل اللعب للتنفيس الانفعالي ، وتنفيس الطاقة الزائدة ، والتعبير عن الصراعات ، وتعليم السلوك المرغوب .

وكانت أول عيادة للعلاج باللعب تستخدم الملاحظة العلاجية (الإكلينيكية) في الفترة ما بين (1940 - 1950) .

وقد قام عدد من العلماء بدراسة الفروق بين الجنسين في اللعب ، وتحليل أثر الإحباط على سلوك الطفل ، وكشف السلوك العدوانى لدى الطفل . (سري: 1990 ، ص 150)

ويعرف مونتاكس العلاج باللعب على أنه (مجموعة من الاتجاهات يستطيع الأطفال من خلالها وعن طريقها أن يشعروا بالحرية الكاملة في التعبير عن أنفسهم بصورة كافية وبطرقهم وبأساليبهم الخاصة كأطفال ، حتى يتمكنوا في نهاية الأمر من أن يحققوا إحساسهم بالأمن والكفاية والجدارة من خلال الاستبصار الانفعالي .

وهناك ثلاثة اتجاهات رئيسية للعلاج باللعب المتمركز حول الطفل وهي :

1 - الإيمان بالطفل والثقة به .

2 - تقبل الطفل كما هو والتواصل معه .

3 - احترام الطفل كإنسان . (خليل 2000 ، ص 40)

العلاج بالموسيقى music therapy:

درست التأثيرات العملية و العلاجية للموسيقى على اطفال التوحد فوجد أن للموسيقى تأثيرا كبيرا على انخفاض النشاط الزائد عند الأطفال و انخفاض مستوى القلق و أنها أفضل بكثير من استخدام الكلام إذ أنها تساعد الطفل على تذكره للاغاني كما أن هذا البرنامج يعد بسيطا و سهلا في تدريب الطفل عليه و ليس له أية تأثيرات جانبية . (الجلي: 2005 ، 121)

العلاج بالغذاء:

تعتبر الفيتامينات و المعادن ضرورة لنمو الدماغ ، ووظيفته و تنظيم نمو الخلايا والأنسجة ومعالجة و إزالة السموم من الجسم ، و دعم وظيفة الدماغ ، ومن الفيتامينات و المعادن المهمة نجد:

الكالسيوم ضروري لنقل النبضات العصبية في الدماغ و يساعد في إطلاق النواقل العصبية من العصبونات، و هو ضروري لإنتاج الناقل العصبي الدوبامين Dopamine.

الفيتامين B₆ يساعد على تجزئة البروتين وأيضاً في إنتاج الناقلين العصبيين السيروتونين Serotonin، الدوبامين Dopamine.

الفيتامين B₁₂ (الكوبالامين) يشارك في صيانة الجهاز العصبي، و أي نقص فيه قد يؤدي إلى تُوخر في النمو و تغيرات عصبية. فمجتمع المصابين بالتوحد يبدي اهتماماً خاصاً بالفيتامينات B₆ , B₁₂ (باسكال سهلوب: 2012 ص62).

- خاتمة :

- إن التطور الحادث في كل من التفسيرات العلمية والتجارب في مجال التشخيص و فهم اضطراب التوحد إلا أن السبب الرئيسي وراء هذا الاضطراب ما زال غير معروف .
البرامج و و الأساليب العلاجية الحديثة تسعى لإخراجه من العالم الخاص به و التخلص من السلوكيات النمطية ، التي تعوق اندماجه في العالم الخارجي أدت دور كبير في تأهيله و تنمية قدراته.

الفصل الثالث:

- تمهيد .

1. تعريف التكفل النفسي .
 2. بعض المفاهيم الإجرائية المرتبطة بالتكفل النفسي .
 3. أهمية التكفل النفسي .
 4. دور الأخصائي النفسي .
 5. التدخل المبكر .
 6. تعديل السلوك :
- أ. - الأسس النظرية التي يستند إليها في تعديل
ب. أساليب تعديل السلوك .
7. الدعم الأسري.

- خلاصة .

تمهيد:

- إن اضطراب التوحد يعيق الطفل من حيث لغته وتواصله الاجتماعي الانفعالي و حتى العاطفي و تعيق قدرته على التأقلم داخل الأسرة، مما جعل الأسرة تجهل الأسلوب الأنسب لأن تتعامل معه ولهذا خصصت مركز نفسية بيداغوجية من شأنها الحرص على تأهيلهم نفسيا طبيا واجتماعيا.

بهدف تنمية قدراتهم ومهاراتهم و التقليل من حدة الأعراض التي تعيقهم بتعديل سلوكهم.

- وفي هذا الفصل سوف نتطرق إلى مفهوم التكفل النفسي وأهميته للطفل التوحدي من خلال إتباع منهج خاص يساهم في تحسينهم .

إضافة إلى بعض العناصر التي سوف يتم التطرق إليها في هذا الفصل.

تعريف التكفل النفسى:

التعريف اللغوي والاصطلاحي :

1. لغة:كفله ،ضمنه و ألزمه :جعله يكفله.أكفله جعله كفيلا له .

تكفل بالشيء:ألزمه نفسه و أزال عنه الضيعة و الذهاب .(أحمد رضا 1960 ص76)

وقد ورد فعل يكفل في القرآن الكريم في سورة آل عمران الآية44 " إذ يلقون أقلامهم أيهم يكفل مريم" أي لينظروا أيهم تجب له كفالة مريم وهو الضامن للقيام بأمرها (أبو اسحاق الزجاج2007)

وأيضا تعني يربيها ويقوم بمصالحها ،لأن مريم كان أبوها قد مات فلأجل ذلك رغبوا في كفالتها (علاء الدين علي البغدادي2004).

2. اصطلاحا:

هو مجموعة الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكاناته وقدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق تصوره لذاته، ويتضمن

ميادين متعددة، أسرية، شخصية، مهنية، وهو عادة يهدف إلى الحاضر والمستقبل مستفيدا من الماضي وخبراته .واقع التكفل النفسي المريض الفصامي داخل المؤسسة الإستشفائية ونام بوزيان (2013ص50)

التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة:

نجد أن مصطلح التكفل متداخل مع بعض المفاهيم والمصطلحات المرادفة نتطرق إليها في بحثنا بغرض التفريق بين المصطلحات .

التأهيل : تعريف هيئة الصحة العالمية (1969)WHO:التأهيل هو الاستخدام المشترك و المنسق للوسائل الطبية ،و الاجتماعية ،و التعليمية و المهنية ،لتدريب أو إعادة تدريب الفرد المعوق ،أعلى مستوى ممكن لقدرته الأدائية(نايف الزارع 2006ص301).

هي عملية تدريب الفرد و تزويده بالخدمات اللازمة لتحسين أدائه بصورة عامة وتتطلب عملية التأهيل تنمية المهارات اللازمة لنجاح الفرد في حياته و عمله .

أما إعادة التأهيل :

فتعني أن الفرد كان يحيا ،و يؤدي عملا ما بصورة عادية ،بيد أنه تعرض لإعاقة تستلزم إعادة تدريبه ،أو تأهيله مرة أخرى .(نايف القيسي 2006ص23).

- ويعرف أيضا على أنه تلك العملية المنظمة والمستمرة و التي تهدف إلى إيصال المعاق عقليا إلى أعلى درجة ممكنة من النواحي الطبية والاجتماعية و النفسية والتربوية و المهنية والاقتصادية التي يستطيع الوصول إليها حيث تتداخل خطوات هذه العملية .(عدنان ناصر 2007 ص250).

مرحلة التأهيل:

تتميز هذه المرحلة ،بتصميم البرنامج الخاص للطفل،أي مجموعة الإجراءات التي يتم تحديدها و توجيهها ، والتي تمثل الخطة العلاجية ، التي يعتمد عليها في تنمية القدرات التي يعاني الطفل قصورا أو نقصا فيها ، وهذا البرنامج يكون فرديا موجهها للطفل نفسه لأن لكل طفل سماته الشخصية و الفردية ،و طريقة استجابته.(بولا حريقة 2006ص61).

الهدف من التأهيل:

تحديد إمكانية الفرد،وتنميتها و الإستفادة منها، و أيضا إعادة القدرة على الإنتاج ،و التنافس و الاستغلال جميع الإمكانيات و المصادر الميسرة ،سواء في الفرد أو في المجتمع .(حسين عبد الحميد رشوان 2009 ص216).

رعاية:

مجمل التصرفات التي بواسطتها تقدمها الأم، أو الشخص الذي يحل محلها وبشكل اعم، كل ما هو ضروري لاستمرار الطفل في الحياة ولنموه الجسدي و النفسي الحب ، الدفع ، التمسك ، استعمال الأيدي ، الاستحمام ،... الخ. (فؤاد شاهين 1997ص670).

التكيف:

قابلية الإنسان للتلاؤم مع محيطه (عبد المجيد سالمى ،شريف بدوي ،نور الدين خالد1998 ص74).

خطوة أبعد من الموائمة ،على طريق التوافق ، سواء في المجال البيولوجي أو الاجتماعي أو النفسي ،وهي تمثل تغيرا في البناء أو السلوك لمواجهة متطلبات البيئة .

ويرى جمهرة من علماء النفس (السلوكيون) أن التكيف يعني انضياغ الكائن الحي للشروط و التي يفرضها التعلم.(فرج عبد القادر طه ص44).

أهمية التكفل النفسى:

- ضرورة إنسانية وأخلاقية ودينية.
- ضرورة اجتماعية تتمثل في صيانة الأسرة و حمايتها وتدعيمها والمحافظة على العلاقات الاجتماعية الإيجابية بين الناس و حماية المرضى وأولادهم من خطر التشرد والضياع.
- دواعي سياسية، تتمثل في ضرورة حفاظ المجتمع على الفكر الإيديولوجي المطلوب ،
- وتربية أبناء المجتمع على القيم والمبادئ والأفكار والنظريات الموالية للمجتمع، والتي تحفظ على المجتمع وحدته وتماسكه، وبالتالي تحميه من عوامل التمزق والتفكك الاجتماعي والنفسي.
- ظروف العصر التي تتسم بالقلق والتوتر والصراع واحتدام شدة المنافسة بين أبناء المجتمع.
- ازدياد معدلات الفقر والغلاء الفاحش والبطالة والجريمة وتغير أنماطها وخاصة جرائم الأرب والسطو المسلح والاعتصاب.
- العلاقة الوطيدة بين الإدمان والجريمة.
- ازدياد مشاكل الأسرة وتفاقمها، وضعف سلطانها ورقابتها وقدرتها في توجيه أبنائها مما يؤدي إلى الانحراف.
- أهمية العقل في ضبط سلوك الفرد و ترشيده وتصويبه وتوجيهه.

الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

الأخصائي النفسي الإكلينيكي :هو ذلك الشخص المتخصص الذي يستخدم الأسس

والتكتيكات والطرق و الإجراءات السيكولوجية، ويتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق الإكلينيكي مثل: الطبيب، الطبيب النفسي، الأخصائي الاجتماعي والممرضة النفسية كل في حدود إعداده وتدريبه وإمكاناته، في تفاعل إيجابي بقصد فهم ديناميات شخصية العميل (المريض) وتشخيص مشكلاته، والتنبؤ باحتمالات تطور حالته ومدى استجابته لمختلف أساليب العلاج، تم العمل على الوصول إلى أقصى درجة تمكنه من التوافق الشخصي والاجتماعي.

سمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

لقد أصدرت لجنة التدريب الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية السمات التالية للأخصائي الإكلينيكي.

-القدرة العلمية والأكاديمية الممتازة.

-الأصالة وسعة الحيلة.

-حب الاستطلاع.

-الاهتمام بالأشخاص كأفراد.

-الاستبصار.

-الحساسية لتعقيدات الدوافع.

-التحمل والصبر والمثابرة.

-القدرة على تكوين علاقات طيبة مؤثرة مع الآخرين والمسؤولية.

-اللباقة والمرونة.

-القدرة على ضبط النفس.

-الإحساس بالقيم الأخلاقية والمثل العليا.

-الإطلاع الثقافي الواسع والاهتمام بعلم النفس عامة وعلم النفس العيادي خاصة. (وئام

بوزيان: 2013، ص45).

مجالات عمل الأخصائي النفسي:

فمن حيث مجالات عمل الخبير النفسي الإكلينيكي لا نجدتها تقتصر على المستشفيات العقلية أو المصحات النفسية بل تمتد لتشمل ميادين أخرى كالعلاقات النفسية الخارجية والعيادات المدرسية و العيادات العسكرية .و من أكثرها التوجيه و الإرشاد في المدارس و الجامعات و السجون و الإصلاحات و مؤسسات التخلف العقلي و مؤسسات الجانحين و مؤسسات الإدمان عل المخدرات و الكحول وكذلك و مؤسسات الصناعة و الإنتاج أصبحت تستعين بالأخصائيين النفسانيين الإكلينيكي للقيام بالإرشاد النفسي للعاملين والموظفين ن أجل صحة نفسية أفضل و طاقة أكبر للإنتاج .

وامتد ميدان عمله ليشمل أي ميدان فيه اهتمام بالإمكانات البشرية من أجل دفعها إلى الأمام والى المزيد من الصحة والفعالية و الإنتاج . (محمد العبيدي : 2013 ، ص 21) .

دور الأخصائي النفسي :

يمكن أن نقسم دور الأخصائي النفسي إلى ثلاثة مجموعات أساسية :

أولى هذه المهارات في قياس الذكاء و القدرات العامة، وهذا النشاط لا يتضمن مجرد قياس القدرة الحالية للفرد، بل أيضا تقدير إمكاناته و كفاءاته، وأثر المشكلات أو الظروف الأخرى التي تحيط به في قيامه بالوظائف العقلية .

ثانيا :يتعلق بقياس الشخصية ووصفها ،وتقويمها ،وما يتضمنه من تشخيص ما يمكن أن نطلق عليه السلوك المشكل أو الشاذ أو غير التوافقي .

ثالثا: ما نطلق عليه العلاج النفسي ،طريقة العلاج التي يتحدث فيها المعالج للمريض عدة ساعات ،في محاولة لمساعدته على فهم نفسه، والوصول إلى توافق أفضل ، وتوجيه التوصيات للأباء أو المدرسين أو المرضى أنفسهم مباشرة.و القيام بإحداث تغييرات في الظروف المحيطة بالأفراد المودعين في المؤسسات أو التوصية بإحداث هذه التغييرات. (عطية محمود هنا محمد عثمان نجاتي ،1984،ص25-26)

و هناك من يرى أن عمل الأخصائي النفسي يقوم على تقويم السلوك العصابي إلى السلوك السوي .

القيام بنفسه بكل أنواع العلاج النفسي لكافة أنماط الإكلينيكية وخاصة القلق والاكنتاب العصاب الذي أصبح يشمل الآن كل الأفراد والجماعات التي تطلب العون للتخلص من أنماط و مشكلات اجتماعية أو عملية أو تطلب الإرشاد لطرائق أكثر إيجابية ، وفعالية لمساعدته على حياة أفضل .

القيام بالاستفادة من معظم وقت الإكلينيكيين في مساعدة المريض لتعليمه كيفية القيام بأدواره الاجتماعية بطريقة تكون أكثر نضجا .

بناء العلاقات الإنسانية المتينة بين المعالج و صاحب الحالة و المجتمع .

أكد patterson 1973 باترسون أن عمل الأخصائي يندرج تحته التعامل مع مشكلات الأفراد في العلاج النفسي منها الجنسي الجنوح الأحداث الإدمان على المخدرات و الكحول الاكنتاب ،العصبية ،الانفعالات الحادة و المشكلات الحادة ،التي تتصف باتصالها باللاشعور . (محمد جاسم العبيدي : 2013 ص17،16).

التدخل المبكر:

- التدخل :

يعني التعامل مع مشكلة تعوق الطفل ،سواء من ناحية إمكانياته في التكيف مع نفسه أو الآخرين من حوله ،سواء كان ذلك في مجال الأسرة أو المدرسة أو العلاقة مع الزملاء و المحيطين بحيث يؤدي هذا التدخل إلى التغلب على المشكلة أو التقليل من أثارها السلبية ولتحقيق أفضل توافق ممكن بين الطفل و أسرته و بيئته .

- التدخل المبكر :

- يمكن تعريف التدخل المبكر للطفولة: على أنه إتساق الجهود النظامية المدعمة لإعانة الأطفال الصغار المعوقين و الأطفال المعرضين للخلل في النمو منذ فترة الولادة و حتى سن الخامسة و أيضا مساعدة أسرهم .

- أيضا هو كل ما يطلق على كل الأطفال المعرضين للمخاطر الخاصة بالنمو أو العجز عن النمو، والتدخل يكون ما بين لحظة التشخيص قبل الولادة و الفترة التي يصل فيها الطفل

لسن المدرسة ، وهذا يتضمن العملية كلها ابتداء من إمكانية التعرف المبكر و التتبع حتى لحظة التدريب والإرشاد .

- ويشير تعريف آخر، إلى أن التدخل المبكر :هو الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية و العلاجية الشاملة مثل خدمات الوقاية والرعاية الصحية الأولية ، وكذلك الخدمات التأهيلية والتربوية النفسية اللاحقة و لا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعنيين أنفسهم إنما يشمل أيضا أسرهم والتدخل على مستوى البيئة .

- و يؤكد تعريف آخر على أن التدخل المبكر هو مجموعة الجهود التي تبذل في تحديد الأطفال الذين يكونون أكثر عرضا لخطر التخلف أو الإعاقة قبل و أثناء و بعد الولادة ، وفي تشخيص حالاتهم ، منذ مرحلة الرضاعة مع توفير الرعاية لهم و لأسرهم في سنوات الطفولة الأولى .

أهمية التدخل المبكر :

بينت البحوث العلمية أن التدخل المبكر يساعد الأطفال فهو يخفف تأثيرات حالة الإعاقة وهو يحقق ذلك أسرع من التدخل المتأخر . (سماح وشاحي 2006 ص16-17-18).

يعتقد معظم التربويون و علماء الاجتماع،أنه كلما تم اكتشاف الإعاقة في وقت مبكر من حياة الفرد ،وكلما بدأنا في استخدام برنامج تربوي أو علاجي معين ،كانت النتائج أفضل بالنسبة للطفل .

وفي واقع الأمر هناك ثلاث نقاط جدليتين هامة تميز التدخل المبكر ،كما يشير كايزر (2000) Kaiser يمكن أن نعرض لها كما يلي :

1. أن التعلم المبكر من جانب الطفل يوفر الأساس للتعلم و بالتالي كلما أسرعنا باستخدام برنامج خاص ، للتدخل كان من الأكثر احتمالا، أن يستمر الطفل في تعلم المهارات أكثر تعقيدا .
2. من المحتمل أن يعمل التدخل المبكر ،على توفير الدعم اللازم للطفل و الأسرة، وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يساعد في منع الطفل من تطوير مشكلات أو إعاقات إضافية .
3. يمكن التدخل المبكر أن يساعد الأسرة على التكيف ،لوجود طفل معوق،حيث يوفر للوالدين تلك المهارات التي يحتاجان إليها ،للتعامل مع طفلها بشكل فعال في المنزل ،كما أنه يساعد الأسرة أيضا على إيجاد و توفير تلك

الخدمات ،التي ترتبط بالدعم الإضافي ، التي قد يحتاجون إليها ،مثل الإرشاد
أو المساعدة الطبية أو المالية.(عادل عبد الله محمد 2008،ص136)

تعديل السلوك:

يعرف فاروق الروسان (2000):

تعديل السلوك بأنه مجموعة من الإجراءات العلمية المنظمة ،والتي تتمثل في تحديد السلوك
الحالي (المرغوب فيه وغير المرغوب فيه) ،ومن ثم تعديله وفق عدد من الأساليب ،التي
تعمل على تقوية العلاقة بين المثيرات و الاستجابات المرغوب فيها، أو على إضعاف
العلاقة بين المثيرات و الاستجابات غير المرغوب فيها .

وعرفه كازدين Kazdine:

بأنه محاولة تغيير السلوك الإنساني وفقا ،لنظريات التعلم وبمعنى ذلك التطبيق الفعلي
لمبادئ التعلم ،على مشكلات السلوك فيتعلم الفرد سلوكيات جديدة ،تضمن له التكيف مع
الظروف الحياة و المساعدة على محو وإزالة السلوكيات غير السوية ،بالاستناد الى أسس
نظرية ،و عملية يستخدم فيها مجموعة من الإجراءات التي انبثقت عن نظريات العلم ،
وهو تغيير السلوك عن الظروف المحيطة به ،سواء الظروف القبلية التي تسبق ظهور
السلوك ، أو الظروف البعدية التي تحدث بعده.(طه عبد العظيم حسين ،2008ص56).

- الأسس النظرية التي يستند إليها في تعديل السلوك :

- من بين أهم الأسس النظرية التي يستند إليها في تعديل السلوك نجد :

1. نموذج التعلم السلوكي .

2. نموذج التعلم الاجتماعي .

3. نموذج التعلم المعرفي .

- ولكن سنتطرق إلى أهم النظريات في تعديل السلوك وهي نظرية نموذج التعلم السلوكي .

- نموذج التعلم السلوكي:

يركز هذا النموذج على تحليل سلوك المتعلم الظاهري لتحديد عوامله ومكوناته الأساسية الإيجابية والسلبية

يركز هذا النموذج على تحليل سلوك المتعلم الظاهري لتحديد عوامله ومكوناته الأساسية ، الإيجابية والسلبية ، للتوصل إلى مثيرات أو مسببات السلوك غير المرغوب ، والتي يطلق عليها اسم المنبهات (Stimuli) لمعالجتها تدريجيا وفق خطة تعديل السلوك المعتمدة .

يعتمد المعلم أو المرشد النفسي في كلا النموذجين على المبدأ العام الذي يشكل جوهر نموذج التعلم السلوكي (المنبه والاستجابة) وفي مايلي عرض لأسس العلاج السلوكي .

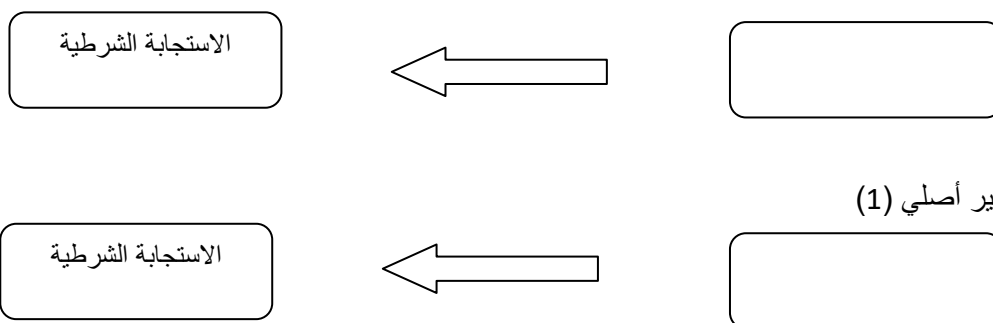
وفق النظريات الرئيسية في التعلم السلوكي و هي :

نموذج التعلم الشرطي :

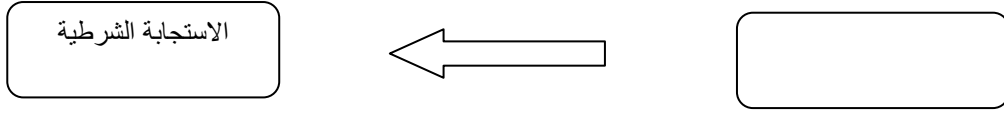
ويعرف هذا التعلم عند علماء النفس باسم (المثير والاستجابة) أو كما يسمى أيضا بالإشراط الكلاسيكي ، أو الإشرط الاستجابي .

لقد جاءت أفكار هذا التعلم من العالم الروسي بافلوف لذا يدعى أحيانا بالإشرط البافلوفي ، حيث ركز على دراسة الأفعال المنعكسة الشرطية التي شكلت العلاقات بين المثيرات التعليمية و الاستجابات الشرطية (السلوك الاستجابي) .

شكل يوضح ملخص التعلم بالإشرط الكلاسيكي



مثير شرطي (2)

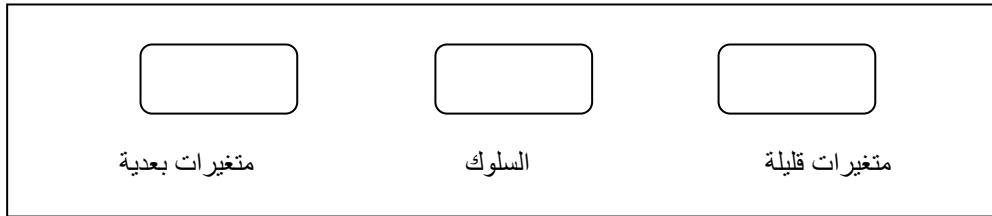


مثير شرطي (3)

- نموذج التعلم الإجرائي:

ويعرف هذا التعلم عند علماء النفس باسم الإشرط الإجرائي ، ويهتم بدراسة قواعد التعلم التي يخضع لها السلوك الإجرائي و التي يمكن تلخيصها في قاعدة رئيسية إن السلوك محكوم بنتائجه ، أي أن السلوك حصيلة أو نتاج ما يؤدي له من آثار أو نتائج
ونعني بذلك أن تقوية جوانب سلوك معين يتوقف على طبيعة النتائج ، فإذا كانت إيجابية أو مُرضية ، عندئذ يميل المتعلم غالبا إلى تكرارها مستقبلا ، أما إذا كانت سلبية أو غير مُسرة فإن السلوك يهمل أو سينسى ولا يتكرر ، و مما تجدر الإشارة إليه بأن قانون النتيجة أو الأثر هذا ، يرجع إلى جهود عالم النفس الأمريكي سكينر Skinner وهو يجسد جوهر نظرية الاشتراط الفعال للسلوك .

شكل يوضح طبيعة العلاقة بين السلوك والمتغيرات القبلية والبعديّة



(سهيلة الفتلاوي، 2005 ص 159-163-164)

أساليب تعديل السلوك :

- يكون ذلك بزيادة حدوثه أو بتقليل حدوثه أو حذفه ، وفي مايلي شرح موجز ذلك :

➔ أساليب تعديل السلوك بزيادة حدوثه :

1. التعزيز الايجابي .
2. المدح .
3. التشجيع .

1. **التعزيز الايجابي :** إن جميع النظريات السلوكية أكدت أهمية التعزيز ومكانته كباعث قوي في تعديل السلوك ،عندما يقوم نتيجة للسلوك المرغوب ،أن التعزيز الفوري عقب حدوث السلوك مباشرة يزيد من احتمال تكراره ،لأنه يجلب المتعة و السرور للمتعلم ، كما أن علماء النفس الاجتماعيون ، يضيفون إلى أن هذا يتعدى المتعلم إلى التأثير في الآخرين ،وقد أكدت دراسات باندرورا - (Bandra) (1996) ذلك .أن أثابة سلوك متعلم ما ، يمكن أن يكون له تأثير قوي في حدوث هذا السلوك من المتعلمين الآخرين .

أما ما يقصد بالتعزيز الإيجابي فهو : أسلوب تقديم كل المعززات المرغوب فيها و التي تلي حدوث السلوك المرغوب فيه ، لتزيد من احتمالات ظهور هذا السلوك مستقبلا في المواقف المماثلة

أو هو مثير محبب للمتعلم يعقب ظهور السلوك المراد زيادته أو تقويته ، ليظهر بشكل مستمر في المواقف المماثلة ، ليصبح جزءا من سلوكه و شخصيته .

تصنيف المعززات الايجابية :

للتعزيز الايجابي أشكال رئيسية هي :

- أ. المعززات الأولية .
- ب. المعززات الثانوية .
- ت. معززات النشاط .

المعززات الأولية : (الغير المشروطة) :

وتشبع هذه المعززات حاجات المتعلم الأساسي و التي تسمى الحاجات الأولية ، ويتوفر للمعلم معززات أولية متعددة الأشكال ، تنقسم إلى :

- **المعززات الغذائية:** . وتشمل المعززات الصالحة للأكل ، و قد يعترض البعض على استخدام المعززات الغذائية لكون تأثيرها على السلوك المستهدف ينتهي بالحصول عليها ، فضلا عن مشكلة الإشباع المعزز يفقد فعاليته نتيجة استخدام المتعلم كمية منه ، إلا أنه قد ثبت أن المعززات الغذائية فعالة جدا و ذات أهمية للأطفال المعاقين و للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة في حين أنها ليست فعالة للأطفال الأكبر سنا والراشدين .

- المعززات المادية : تمثل نوعا آخر من المعززات الأولية التي تناسب كل الأعمار و لكنها تختلف باختلاف الجانب الاجتماعي والثقافي .

ومثال ذلك : أقلام ، ألعاب ، أدوات المواد التعليمية ...

المعززات الاجتماعية :

وهي المعززات التي تشبع الحاجات الاجتماعية و النفسية الأساسية للمتعلم في القبول الاجتماعي و احترام الذات ..

وتمثل هذه المعززات صور شائعة و كثيرة منها :

- الثناء .

- مسح الشعر .

- التعليقات المحببة للمتعلم .

- التربييت على الظهر أو الكتف .

نموذج المعززات الأولية

المتعلم

← معزز أساسي أولي

← السلوك المرغوب

← السلوك غير المرغوب

المعززات الثانوية (المشروطة) : وهي الأحداث و الأشياء و المثيرات الحيادية التي تكتسب بطريقة أو بأخرى خصائص المعززات الأولية عن طريق الاقتران المتكرر بالمعززات المشروطة ، أي أن العلاقة بينهما وبين إشباع الحاجة علاقة متعلمة ، وترتيبها مصطنع .

نموذج المعززات الثانوية المشروطة

المتعلم

← معزز ايجابي ثانوي

← معزز ايجابي أساسي

← سلوك مرغوب فيه

← سلوك غير مرغوب فيه

أنماط التعزيز الايجابي : هنالك أنماط عديدة للتعزيز ، تتوقف فعاليتها على بعض المتغيرات مثل خصائص المتعلم ، طبيعة الموقف السلوكي

ومن أكثر الأنماط فعالية :

- أ. المعززات اللفظية .
- ب. المعززات الغير اللفظية .
- ت. المعززات المشروطة .
- ث. المعززات الغير المباشرة .

2- المدح :

إن المدح ليس البديل عن التعزيز الايجابي وإنما هو إحدى أدواته أما ما يقصد بالمدح فهو التعبير اللفظي الخارجي الذي يتفوه به المعلم أو مرشد السلوك لتقويم إيجابية سلوك المتعلم .و يؤكد أصحاب النظرية السلوكية ، و منهم أتباع مدرسة التعليم الشرطي الإجرائي ومنهم Skinner ، الأهمية القصوى للمدح باعتباره مدخلا من مداخل التعزيز الإيجابي لتعديل السلوك . فيعد المدح إثابة أو تعزيزا مطلوبا لكي يخلق الدافع للتعديل .

ولكي يؤدي المدح النتائج المرضية في عملية تعديل السلوك لا بد من مراعاة بعض الأمور منها :

- أ. عدم الإفراط في استخدام المدح ، إذ أن إفراط المعلم في استخدامه يحوله إلى أداة قاصرة في عملية تعديل سلوك المتعلم ، وفي عملية زيادة السلوك واستقراره .
- ب. أن ينبع المدح من مصداقية المعلم أو مرشد السلوك ، ويتعدى المجاملة ، فإن شعر المتعلم بأنه مدح غير صادق يكون تأثيره سلبيا ولا سيما إذا كان المادح شخصا غير مرغوب فيه أو غير محبوب بالنسبة للمتعلم .

3- التشجيع :

إن التشجيع ليس البديل عن التعزيز الإيجابي ، وإنما هو واحد من أدواته .

أما ما يقصد بالتشجيع :

فهو إظهار التقبل لشخصية المتعلم و فرديته و ذاتيته ، كما هو لغرض مساعدته ، على الإحساس الإيجابي نحو نفسه مما يحرك عنده الدافع الذاتي للنمو و التطور .

في التشجيع يستخدم المعلم العبارات اللفظية نفسها في المدح ولكنه لما يراه من المتعلم من تعلم وبذل الجهد وحرية إرادة و تطور تلقائي حسب قدرته و بالكيفية التي تلاؤمه ، ومقاييسه ومعاييرها هو شخصيا ، وقد يظهر الفرق ما بين المدح و التشجيع في المثال الآتي :

أراد المعلم أن يقدم تعزيزا إيجابيا لزيادة سلوك المتعلم في الرسم الجميل .

- ففي المدح يقول :

- هذا رسم جيد ... سأعطيك عليه 9 درجات .

- بينما يقول المعلم المشجع .

- هذا الرسم فيه كثير من الألوان ذات التمايز و التصميم الواضح ، فكيف تشعر أنت نحوه؟.

وبالرغم من إيجابية التشجيع ، إلا أنه يجب عدم المبالغة فيه ، إذ قد يفسر بأنه يستخدم لخداعهم للحصول على الاستجابة أو السلوك المطلوب ، وعموما فإن المعززات المستمرة أو المتواصلة ، تعود المتعلم عليها و تصبح عاملا ضروريا لاستثارة سلوكه .

ولذلك لزم أن تكون غير مبالغ فيها و تتماشى مع طبيعة المتعلم وما يبذل من جهد و نوعية السلوك المطلوب . (سهيلة الفتلاوي ، 2005 ، ص 285-300)

و ترجع أسباب اختيار العلاج السلوكي للتخفيف من حدة السلوك التوحدي أو التخلص منها الى عدة أسباب وهي:

1- انه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المتخصصين المهنيين و أن يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب و إعداد لا يستغرقان وقتا طويلا .

2- انه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبير أو تأثر بالعوامل الشخصية التي غالبا ما تتدخل مع نتائج القياس و انه لا يعير اهتماما لحدوث الاضطراب و إنما يهتم بالظاهرة ذاتها دون التعرض لخلافات العلماء حول أصلها و نشأتها.

3- انه أسلوب يضمن نظام ثابت لإثابة و مكافئة السلوك الذي يهدف الى تعليم وحدات استجابة صغيرة متتالية و متتابعة تدريجيا عن طريق استخدام معززات قوية .

4 انه ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرط مقابلة جميع طلباته و توفر الدقة في التطبيق .

و هناك من ناحية ثانية عدة خطوات يتعين الاهتمام بها و ذلك لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب و هذه الخطوات يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

1 - تحديد الهدف .

2 - سهولة التعليمات و مناسبتها للطفل .

3 - حث الطفل على الاستجابة .

4 - مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك .

5 - نوعية المكافئة .

نموذج التعلم الاجتماعي:

وضع نظرية التعلم الاجتماعي أو التعلم بالملاحظة عالم النفس الأمريكي ألبرت باندورا، ولهذه النظرية مسميات عدة من بينها التعلم عن طريق الاقتداء بنموذج (MODELING)

أو القدوة أو التعلم المحاكاة و القاعدة الرئيسية لتعلم السلوك في هذا النموذج وتعتمد على أن قطاعا كبيرا في التعلم يتم بملاحظة المتعلم للسلوك غيره.

تعتمد الكثير من الإجراءات أو الأساليب التعليمية أو العلاجية في تعديل السلوك على نظرية التعلم الاجتماعي .و قد تكون بتقديم عدد من الطرق الفنية التي تستخدم كنموذج أو قدوة في تعديل أو تغيير السلوك عن طريق لملاحظة نموذج إيجابي فعلي مباشر أو مصور بفيلم ، ويلعب ذكاء المتعلم وقدرته على تنظيم ذاته وبيئته دورا في التخلص مما يعترضه .

نموذج التعلم المعرفي:

لقد جاء هذا كردة فعل قوية على طريقة التعلم الاشرطي و التعلم الاجتماعي، والقاعدة الرئيسية لتعلم السلوك في هذا النموذج تعتمد على أن الناس لا يتعلمون فقط عن طريق الاشرط أو التعلم الاجتماعي ولكن من خلال العمليات العقلية (التفكير ، الإدراك ، الانتباه)

التي تلعب دورا حاسما في تشكيل السلوك الظاهر ، ولذلك يجب أخذها بالحسبان حتى ولو لم تكن قابلة للملاحظة المباشرة و الدراسة الموضوعية . (الجلي 2005 ، ص108،109، 110).

الدعم الأسري :

قبل أن نتطرق للدعم الأسري يجب أن نفهم أهداف الأسرة بشكل عام:

أهداف الأسرة :

- تنشئة الطفل من الناحية النفسية والدينية والاجتماعية .
- تكوين اتجاه المساندة لمن يكون ضعيفا بين أفرادها ، أو ناقص النضج ، أو مريضا أو مصابا بإعاقة جسمية أو عقلية
- التعاون فيما بينها لإدراك ذواتهم وبيئتهم و تقويمها.
- وصل الحاجات الشخصية لكل من أفراد الأسرة بحاجات أسرية وحاجات الجماعة والمؤسسات القائمة بالمجتمع .
- تعاون الأسرة في ما بينها لمواجهة الأزمات والصعوبات والتعامل معها بصورة واقعية ، وهذا يؤدي إلى التقليل من حالات التفكك الأسري ، والحيلولة دون حدوث المشكلات الحادة والجرائم .

- اكتشاف المشكلات الأسرية والأمراض الاجتماعية ودراستها وتحديد أسبابها ، وتخطيط برامج المساعدة والعلاج.

- تنمية روح الالتزام بالمسؤولية والاستعداد للتضحية بالنفس والنفيس في سبيل حماية المجتمع ودرء الأخطار عنه.(أحمد الكندري 1992 ،ص20)

الدعم الأسري :

التكيف مع المرض والأزمات

فالدعم يشير إلى معلومات وإجراءات تقود الشخص إلى الإعتقاد بأنه

1. يحظى باهتمام الآخرين ورعايتهم وتقديرهم .

2. جزء من شبكة تواصل والتزامات متبادلة

وبشكل عام يوجد شكلين للدعم هما:

1-الدعم غير الرسمي:

وهو ما يطلق عليه الدعم الاجتماعي وهو الدعم الذي تحصل عليه أسرة المعوق من أسرته الممتدة .

2-الدعم الرسمي:

أو ما يطلق عليه الدعم المهني الذي تحصل عليه أسر المعوق من الجهات ذات العلاقة بإعاقة الطفل مثل :المؤسسات والجمعيات والأطباء والاختصاصيين . . الخ

ولذلك ذكر الخطيب وآخرون(1996) إذا كنا نرغب في تدعيم مفهوم إيجابي لدى الطفل المعوق فيجب إحداث تغيير في معتقدات واتجاهات الآباء تجاه الطفل المعوق ويتم ذلك بالتالي:

1. نفهم الوالدين لإمكانيات الطفل وقدراته وتقديرهما لهذه الإمكانيات دون التركيز على أوجه الضعف فقط.

2. إتاحة الفرص المتكررة للطفل المعوق للتفاعل والاحتكاك بمن هم في مثل عمره من غير المعوقين الذي لهم نفس القدرات والمواهب

3. وضع توقعات لأداء الطفل المعوق في ضوء دراسة قدراته وإمكانياته

4. مساعدة الطفل على فهم الحدود التي يفرضها ضعفه مع تشجيعه في نفس الوقت على أن ينمو بشكل طبيعي

5. البحث عن الخدمات التعليمية والعلاجية التي تعمل على تعزيز وتطوير إمكانيات الطفل وعلاج أوجه الإعاقة والعجز بصوره مبكرة كلما أمكن

جماعات الدعم الأسري:

ومن هذه الجماعات مايلي:

جماعة العلاج النفسي:

تهتم هذا الجماعة بالجانب الوجداني والاجتماعي للأسرة الناجمة عن ردود الفعل المصاحبة لإعاقة الطفل .

جماعة الدعم الوالدية : تهتم هذه الجماعة بمساعدة الأفراد الذين يواجهون أزمة حرجه لاستعادته التوازن واستئناف مجابهة الظروف الحياتية.

جماعة التطوير والتربية :

أعاقة الطفل تؤثر في قدرة الأسرة على التعايش والتعامل على متطلبات التربية والتنشئة الاجتماعية، والتعليم، ويحتاج الآباء إلى معلومات بشأن حقوقهم ومسؤولياتهم كمحددين مساعدين للتربية الملائمة لطفلهم .

أشكال الدعم الأسري:

❖ الدعم العاطفي .

❖ الدعم المعلوماتي .

❖ الدعم القانوني

❖ الدعم الاجتماعي.

وقد اهتمت دراسة شير مان وكوكوز أهمية الدعم الاجتماعي:

1. أهمية الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الوالدين في زيادة قدراتهم على مواجهة الضغط النفسي.

2. أن الدعم الاجتماعي يعمل على زيادة درجة التماسك الأسري.

3. يوجد علاقة بين الدعم الاجتماعي والاتجاهات الإيجابية نحو أبنائهم والمشاعر الإيجابية لديهم أيضا مما زاد على قدراتهم على تحمل مسؤولية رعايتهم وتحمل الضغوط المرتبطة بمشاكلهم.

4. أن الدعم والخدمات المجتمعة كان لها الأثر في قدرة الوالدين على مواجهة متطلبات رعاية الأبناء المعوقين وتحمل مختلف الضغوط.

الدعم الاجتماعي والرسمي :

ويأخذ الدعم شكلين أساسيين: هما الدعم الاجتماعي والدعم الرسمي. أما بالنسبة للدعم الاجتماعي فهو يعني المساعدة التي تحصل عليها الأسرة من أعضاء العائلة الممتدة ومن الأصدقاء، ومن الزملاء في العمل وغيرهم، ولعل أهم فائدة تترتب على هذا الشكل من أشكال الدعم هو شعور الأسرة أن الآخرين يحبونها ويدعمونها ويفهمون مشكلاتها وحاجاتها، وعلى أي حال، فلعل الأكبر مصدر دعم لأسرة الطفل المعوق يتمثل بمؤازرة أفرادها لبعضهم البعض، وخاصة على مستوى الأب والأم. فقد بينت دراسات عدة أن ما تحتاج إليه الأمهات ليس المساعدة في رعاية الطفل، ولكن الدعم العاطفي من الآباء وبالنسبة للأصدقاء، فهم يستطيعون دعم أسرة الطفل المعوق بأشكال لا نهاية لها. ويتبين من الخبرة أن نوعية الدعم الاجتماعي أهم من كميته. فليس كل العلاقات مفيدة، بل إن البعض منها يكون مصدرًا للضغط وليس شكلاً من أشكال الدعم.

أما الدعم الرسمي أو المهني فهو يتوفر من خلال المؤسسات والجمعيات الخاصة أو العامة والأطباء والأخصائيين النفسيين وأخصائيي العلاج النطقي. وقد يتمثل الدعم بالتدريب أو بأداة مساندة أو بالإرشاد النفسي وغير ذلك.

2-الدعم العاطفي :

إن حاجة أسرة الطفل المعوق للدعم العاطفي، حاجة ذات أهمية خاصة فيما يتعلق بقبول إعاقة الطفل والتعايش مع الصعوبات التي تفرضها إعاقته. وما يجب التأكيد عليه هو أن إعاقة أحد أفراد الأسرة قد لا تقوم إلى مشاعر القلق فحسب، ولكنها قد تجعل الأسرة أكثر قابلية للتأثر بالصعوبات والإحباطات الحياتية اليومية، مقارنة بالأسر التي ليس لديها أفراد معوقون، وقد أشارت بعض الأسر إلى الاهتمام المفرط بالمشكلات داخل الأسرة، وكان ذلك الاهتمام قد يكون على حساب علاقات الأسرة الخارجية وتفاعلاتها مع المجتمع. ولذلك فإن من الأدوار المهمة التي ينبغي على الأخصائيين القيام بها، إدراك وتفهم مشاعر وإحباطات

العيش مع فرد معوق في الأسرة. فالإعاقة شيء فظيع أو مخيف من وجهة نظر الكثيرين، وقد تدفع تلك الاتجاهات بالبعض إلى تجنب الاختلاط مع أسر الأفراد المعوقين أو الخوف منها واعتبارها نذير شؤم. وبما أن مشكلات الطفل المعوق قد تكبر مع تقدمه في العمر، إذا لم تقدم له خدمات وبرامج فعالة، فلا بد من أن يعمل الأخصائيون جاهدون على دعم الأسرة ودعم محاولاتها لمساعدة الفرد المعوق على الاعتقاد على الذات إلى أقصى حد تسمح به قدراته.

-3الدعم المعلوماتي :

تحتاج أسر الأطفال المعوقين الصغار إلى الحصول على المعلومات الكافية والصحيحة عن سبب الإعاقة وطبيعتها، وما يمكن عمله لمساعدة الطفل المعوق، فالأسرة غالبًا ما تشعر بارتباك شديد وخوف كبير بسبب عدم قدرة الطفل على القيام بالمهارات الحركية أو اللغوية التي يظهرها الأطفال الآخرون في سنه. وتفيد التقارير - سواء في الدول المتقدمة أو الدول النامية - أن الآباء والأمهات قليلاً ما يجدون أخصائيين يتفهمون مخاوفهم أو يزودهم بمعلومات كافية عن وضع أطفالهم أو عن قابليتهم المستقبلية. وحتى في حالة تشخيص إعاقة الطفل رسمياً، فإن المعلومات التي تقدم للآباء والأمهات حول مضامين ومعاني الإعاقة، غالبًا ما تكون محدودة.

ولما كانت حالات الإعاقة القابلة للكشف المبكر، هي الحالات الشديدة أو الظاهرة كالشلل الدماغى أو متلازمة داون أو العمى، فإن نوع دقة المعلومات التي يجب توفيرها للأسر تعتمد جزئياً على طبيعة إعاقة الفرد وتأثيراتها المحتملة على نموه وتعلمه. وبالمثل فإن حالة الإعاقة غير الشديدة أو غير الظاهرة، تتطلب انتباهاً كافياً، لأن أسر الأطفال الذين لديهم هذه الإعاقات سيعانون لمدة زمنية أطول ما ليم يتم توفير الفرص الكافية لهم لتبادل المعلومات والتواصل مع الأخصائيين وغيرهم. فتبادل المعلومات كثيراً ما يُوجّه الآباء والأمهات إلى الطرق المناسبة للتعامل مع الحالة ومع المشكلات المرتبطة بها.

-4الدعم القانوني والأخلاقي :

ومن أشكال الدعم الرئيسية التي تحتاج إليها الأسر، الدعم القانوني والأخلاقي، فالمعوقون يحتاجون ليس للخدمات الطبية فقط وإنما للخدمات التربوية والنمائية، فهم لا يتطورون بما فيه الكفاية بدون تدخل علاجي وتربوي فعّال. وبناء على ذلك فإن عدم تزويدهم بالخدمات المناسبة وحرمانهم من فرص التقدم والتطور ليس عملاً أخلاقياً. ولا شك في أن وضع مبدأ ديمقراطية التعليم موضع التنفيذ، يعني بالضرورة أن يكفل القانون توفير الفرص للتعلم لجميع الأطفال، وإجراء التعديلات اللازمة على نمط الخدمات التربوية لتحقيق هذا المبدأ.. (الدمياطي، 2008 ص20).

خلاصة:

- مما سبق التطرق إليه نجد أن، التكفل النفسي يعتمد :

على تعديل السلوك سواء من ناحية التعلم الإجرائي أو التعلم الاجتماعي، و التعلم المعرفي، والتي تساهم بشكل كبير في تعديل السلوك المضطرب للطفل التوحيدي، و الدعم الأسري سواء العاطفي منه أو الاجتماعي، والمساهمة في إنجاز البرامج ، وذلك لأجل أن يصبح الطفل التوحيدي متوافق اجتماعيا.



الفصل الرابع

- منهجية البحث أدواته وإجراءاته:

1. تعريف المنهج العيادي .

2. أدواته :

1-2 - دراسة الحالة .

2-2 - المقابلة العيادية .

3-2- الملاحظة العيادية .

4-2-فحص الهيئة العقلية .

- مكان إجراء الدراسة الميدانية.

- مواصفات الحالات العيادية

منهجية البحث وأدواته:

تعتمد منهجية دراستنا على مجموعة من الوسائل تتناسب مع الشكل المطروح ،ففي الدراسة العيادية يتخذ الأخصائي النفسي المنهج العيادي من أجل دراسة الحالة و معرفة نوع الاضطراب ، الذي أصابها و تحديد الأسباب لمحاولة التشخيص و العلاج ،كما أن نشأة المنهج العيادي كان إجابة على نوعية المرض ، من حيث هو حالة ،يستحيل إحداثها بالمنهج التجريبي .(حسن مصطفى عبد المعطي ،1998،ص 141).

تعريف منهج البحث العلمي:

تعريف المنهج :

لغة :الطريق الواضح ، أي وضح واستبان و صار نهجا واضحا بينا.(عبد الرحمان العيسوي :1997، ص57)

الترتيب الصائب للعمليات العقلية التي نقوم بها بصدد الكشف عن الحقيقة و البرهنة عليه .
(عبود عبد الله العسكري:2006،ص1).

تعريف البحث :

البحث عملية منظمة للتوصل إلى حلول لمشكلات، أو إجابات عن تساؤلات ،تستخدم فيها أساليب في الاستقصاء و الملاحظة المقبولة و متعارف عليا من قبل الباحثين في مجال معين ، ويمكن أن تؤدي إلى معرفة جديدة . (عبد الله الكيلاني ، نضال الشريفيين ،2007،ص 15)

تعريف العلم :

يعرفه ويبستر بأنه :فرع من فروع المعرفة ،خصوصا ذلك الفرع المتعلق بتنسيق و ترسيخ الحقائق و المبادئ و المناهج الدراسية بواسطة تجارب و الفروض .

و بالنظر إلى قاموس اكسفورد لعام 1984 ،فقد عرف العلم بأنه : ذلك الفرع من المعرفة الذي يتعلق بجسد مترابط من الحقائق الثابتة و المصنفة و التي تحكمها قوانين عامة تستخدم طرق و مناهج موثوق بها لاكتشاف الحقائق الجديدة في نطاق البحث أو الدراسة .فهو يهدف إلى الوصف و الملاحظة ، فهو دائما يحاول أن يعبر عن العلاقات القائمة بين الظواهر المختلفة تحت ظروف معينة .(كامل المغربي :2006، ص 15)

وأيضا يهدف للتصدي للمشكلات و التحديات التي يواجهها الإنسان من أجل تحسين و زيادة قدرته للسيطرة على البيئة التي يعيش فيها .ذلك أن هناك تفاعل مستمر بين البيئة التي هو فيها و يريد معرفتها.(محمد النعيمي ،عبد الجبار البياتي،غازي خليفة :2009 ،ص15).

تعريف البحث العلمي :

المعنى اللغوي :

- لو حاولنا تحليل بحث علمي لوجدناها تتألف من كلمتين هما بحث +علمي ،أما البحث فهو مصدر الفعل بحث و معناه طلب فتش ،تقصي ، نقب ، ولذا يكون معنى البحث اللغوي هو الطلب و التفتيش و تقصي حقيقة أو أمر من الأمور .

- أما لفظ علمي فهو منسوب الى العلم (Science) الذي يعرف بأنه مجموعة القواعد و المبادئ التي تفسر بعض الظواهر وتكشف عن العلاقات القائمة بينها .

- واستنادا إلى هذا المعنى ،فإن البحث العلمي يعني التقصي المنظم بإتباع أساليب ومناهج علمية محددة في دراسة المواضيع المختلفة .

المعنى الاصطلاحي :

يعرف البحث العلمي: على أنه نشاط علمي منظم و طريقة في التفكير و أسلوب للنظر في الظواهر للكشف عن الحقائق ، معتمدا على مناهج موضوعية من أجل معرفة الارتباط بين هذه الحقائق ثم استخلاص المبادئ و القوانين التفسيرية.

- و يعرف على بأنه عملية تقصي الوقائع باستخدام طريقة منظمة و الباحث يطرح منذ البداية مجموعة من التساؤلات تمثل إشكالية البحث .

و أيضا هو كل إنتاج يكتبه دارس أو أستاذ أو باحث في موضوع من مواضيع العلم ، أو فكرة أو مشكلة من المشكلات .

- خصائص البحث العلمي:

1. - البحث العلمي : بحث منظم و محدد أي أنه نشاط عقلي منظم يحتوي على مجموعة من الخطوات المترابطة و المتكاملة .
 2. البحث العلمي :حركي وتجديدي لأنه يبحث دائما على تجديد المعرفة عن طريق الإضافة و التعديل .
 3. البحث العلمي : بحث تفسيري لأنه يستخدم المعرفة العلمية لتفسير الظواهر من خلال البيانات التي يجمعها عن موضوع الدراسة عن طريق البحث و الاستناد إلى النظريات المتعلقة بها .
 4. البحث العلمي :قابل للتعميم لأنه لا يكتب أهمية العلمية إلا إذا أمكن تعميم نتائجه و الاستفادة منها علميا .
 5. البحث العلمي :يجمع بين النظرية و التطبيق فهو من وجهة ينطلق من إطار نظري محدد يستعين به الباحث و يكسبه فهما أفضل لموضوع بحثه .
- ومن جهة أخرى فهو بحث ميداني لأنه يهدف إلى اختبار الفروض و جمع البيانات المتعلقة بالموضوع ميدانيا .(خالد حامد ، 2003،ص73،72،71،70).

المنهج العيادي:

يؤكد العالمان "سان بيرغ و تايلر "في كتابهما : "علم النفس الإكلينيكي " أن المنهج الإكلينيكي في جوهره عملية تستخدم للوصول إلى قرار و تكوين نموذج ملائم لتشخيص موضوع الدراسة ، و هذا المنهج يتمثل في دراسة الحالة .(عبد الرحمان عيسوي ص15) .

يهتم علم النفس العيادي بمشكلة التوافق بهدف مساعدة الشخص ليعيش بأمن وسعادة و خالية من القلق و الصراعات النفسية .

وبين لاكاس :أن المنهج العيادي يهتم بالحالات الشعورية والتجارب الحية ويقوم أساسه على فهم سيكولوجية الأعماق ومحاولة اكتشاف اللاشعور و هو يهتم بالقيم والتوافق .
فاطمة مدني ص18

ويعتمد المنهج العيادي على تقنيات و أدوات تجمع من خلالها ،البيانات و المعلومات الضرورية ،ومن أدوات المنهج العيادي المتبع هي : الملاحظة ،و المقابلة العيادية ،و دراسة الحالة.

دراسة الحالة:

- تهتم دراسة الحالة بفهم شخصية الفرد و جمع المعلومات المتعلقة ،بتاريخه النمائي و الأسري و الاجتماعي ،و الظروف و الإحباط التي يواجهها الفرد أو العميل في حياته ، وهي تهدف إلى جمع كل المعلومات الشاملة عن الحالة ،ثم تنظيم و تنسيق هذه المعلومات ،و الربط بينها ، بهدف الوصول إلى تشخيص دقيق للحالة ، ثم تقديم الحالات للإرشاد والعلاج ،ومن خلال هذا كله يتضح لنا أن تعريف دراسة الحالة هي :

- دراسة عميقة للحالة سواء أكان فردا أو جماعة ،كالأسرة في سياق علاقته بالبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها ، بهدف جمع كل المعلومات عن الحالة ،و ذلك لتقديم صورة مفصلة عن شخصية الفرد في حاضره و ماضيه ، مما يساعد ذلك في الوصول إلى فهم أفضل عن العميل .

وتتضمن دراسة الحالة جمع المعلومات التالية :

- أ. معلومات و بيانات أولية عن العميل ، تتعلق باسمه و عنوانه ،وتاريخ ميلاده و جنسه وحالته الاجتماعية ،و إخوته ،و مهنته ،و الشكوى التي يعاني منها ، ومستوى تعليم والديه .
- ب. معلومات عن الحالة الجسمية والصحية للعميل ،ويتضمن ذلك معرفة الأمراض التي يعاني منها ، والحوادث التي تعرض لها ، و العاهات ،و التشوهات و المظهر الجسدي و الفحوصات الطبية التي أجريت له .
- ت. معلومات خاصة بالتاريخ التعليمي للعميل .
- ث. معلومات عن تاريخ النمو .
- ج. معلومات عن الحالة العقلية والانفعالية للعميل.
- ح. معلومات اجتماعية ،وتتضمن جمع المعلومات عن الأسرة ،وحجمها ،وتركيبتها ،و أسلوب المعاملة الوالدية الصادرة تجاهه (طه حسين 2008 ص136،135).

هدفها:

يمكن أن يكون هدفها هو فهم الوحدة أو الظاهرة المدروسة ،أو التفاعل بين عوامل متعددة ، توضح الواقع الحالي أو التطور الذي يحصل في فترة معينة .(منذر الضامن 2009 ،ص،108).

أيضا تهدف إلى التوصل إلى الفروض عن طريق الملاحظة ، و المقابلة والتاريخ الاجتماعي و الفحوص الطبية و الاختبارات.(سهير كامل أحمد :2000 ص173).

الملاحظة:

وهو فن التعرف على الشخصية عن طريق ملاحظة توافر بعض السمات الجسمية خاصة الرأس والأوجه و حركة اليد وغيرها .(سناء نصر حجازي ،2009 ،ص 209).

أنواع الملاحظة :

الملاحظة المباشرة : حيث يقوم الباحث بملاحظة سلوك معين ، من خلال اتصاله مباشرة بالأشخاص أو الأشياء التي يدرسها .

والملاحظة الغير مباشرة :

حيث يتصل الباحث بالسجلات والتقارير و المذكرات التي أعدها الآخرون .

وهناك من حدد أنواع الملاحظة ب :

الملاحظة المحددة:

عندما يكون لدى الباحث تصور مسبق عن نوع المعاملات التي يلاحظها أو عن نوع السلوك الذي يراقبه .

الملاحظة غير المحددة:

عندما يقوم الباحث بدراسة مسحية للتعرف على الواقع معين أو لجمع المعلومات والبيانات.

الملاحظة العيادية :

- تعتبر وسيلة هامة للبحوث النفسية ،و الأخصائي النفسي يقوم بملاحظة استجابات الشخص ، في و حديثها الكلية و تفصيلاتها الدقيقة ، وذلك في موقف الفحص ،فغالبا ما يتكلم باليدين بشكل أكثر صراحة وعمقا ، إلى جانب أن التفصيلات التي تتيح غالبا فهم الدلالات الحقيقية للسلوك الكلي ،فالاندفاع الجزئي مثلا ربما يكون مجرد تكوين عكسي لخلج عميق يحاول المفحوص أن يكسره .(حسن مصطفى عبد المعطي ،1998،ص 144،143).

تعرف chahraoui ,h .benony : أنها إعتبار السلوكيات كمنتجات شخصية ذات معنى ، والتي تعبر عن أمور كامنة .قد لا يمكن الحصول عليها عن طريق الكلام . (طباس نسيمية:2006).

ويعرفها جوليان روتر (J.Roter) على أنها المهارات الضرورية التي تتجلى في ملاحظة المريض بوجه عام من المظهر الخارجي إلى تغيرات الوجه و نبرات الصوت مقارنة بالموقف الذي يكون عليه المريض أثناء الإجابة على السؤال أو أثناء الكلام

تعريف المقابلة :

المقابلة لأول وهلة على تقابل فردين أو أكثر ،وجها لوجه في مكان ما ولفترة زمنية معينة لسبب معروف ،مقدما لدى المتقابلين و بناءا على موعد سابق في أغلب الأحيان .(ماهر محمود عمر 2011،ص 33).

المقابلة العيادية :

تعد من الأدوات الأساسية التي يستخدمها الأخصائي النفسي الإكلينيكي ، ويعتمد عليها في الحصول على بيانات عن الحالة مما يساعد على عمليتي التشخيص و العلاج و يرى زهران :أن المقابلة هي علاقة اجتماعية ،مهنية دينامية وجها لوجه مع الأخصائي النفسي والمريض في جو أمن يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين أي أنها علاقة فنية حساسة يتم فيها التفاعل اجتماعي هادف ، وتبادل معلومات و خبرات واتجاهات.

تعتبر المقابلات العيادية من الأدوات الأكثر استعمالا في البحوث السلوكية ،فهي مصدر غني يعتمد على بناء علاقة شخصية تتجسد في حوار شفوي منظم وهادف .

- يعرفها maccoby et c maccoby : أنها تفاعل فردي بين فردين في موقف مواجه ، يحاول أحدهما استشارة بعض المعلومات و التعبيرات لدى الآخر (طباس 2006).

-المقابلة نصف الموجهة : يعرف بنجهم :أنها المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد غير مجدد الرغبة في المحادثة لذاته .
- فيها تعطى الحرية للمقابل بطرح السؤال بصيغة أخرى و الطلب من المستجيب المزيد من التوضيحات .

فحص الحالة العقلية الحاضرة examination Present mental state :

ويشمل :

- أ. المظهر والسلوك .
- ب. درجة التعاون.
- ت. الحالة الانفعالية و المزاج.
- ث. الكلام.
- ج. التفكير.
- ح. الوظائف المعرفية: يلاحظها الطبيب خلال مجرى المعاينة و أهمها :
الوعي ،التوجه في الزمان والمكان و الأشخاص ، التركيز والانتباه ، الإدراك ، الذاكرة ،
التوافق البصري ،مستوى الذكاء ، مستوى التعليم والثقافة العامة،التفكير التجريدي ،
القدرة على محاكمة الأمور،الاستبصار بالحالة المرضية .(محمد أحمد الفضل الخاني
2006ص25).

طريقة إجراء البحث:

قمنا بإجراء بحثنا هذا خلال الفترة الزمنية الممتدة من شهر ماي إلى غاية جوان. 2015 إذ تم مقابلة أمهات أطفال التوحد بمعدل حصة لكل واحدة ،
ثم مقابلة أخصائية النفسية، و تم هذا وفق مرحلتين:

1المرحلة الأولى:

في هذه المرحلة قمنا بإجراء المقابلة النصف موجهة بمكتب المختص النفسي ، دامت 45 دقيقة ، حيث ،حاولنا جمع أكبر قدر ممكن من المعطيات و المعلومات عن الحالة و ذلك بالاعتماد على دليل المقابلة العيادية ، أما

2المرحلة الثانية:

ثم اعتمدنا على الملاحظة لجمع المعلومات.
تعتبر الدراسة الاستطلاعية دراسة مسحية استكشافية ، إذ هي مرحلة هامة في البحث العلمي نظرا لارتباطها، المباشر بالميدان مما يضيفي صفة والاجتماعية .

الدراسة الاستطلاعية :

من الضروري في أي بحث علمي القيام بالدراسة الاستطلاعية ، فهي بمثابة الخطوة الأولى التي من خلالها يمكن للباحث الإحاطة بأبعاد المشكلة المراد دراستها.

المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيًا بمسرغين :

المتواجد بالحي القديم مسرغين - وهران - طبقا للمرسوم رقم 59.80 المؤرخ في 1980/03/08 أصبحت المؤسسة تتكفل بالمعوقين ذهنيا .

مهام: يهتم المركز باستقبال الأطفال المعوقين ذهنيا ، الذين يعانون تأخر عقلي و التكفل بهم قصد تحقيق الاستقلالية ، والدمج الاجتماعي و كذا التوجيه الوالدي .

نشاطات المركز: نشاطات التفطين استقلالية - نشاطات الحياة اليومية - النشاطات الذهنية - نشاطات الجسم والذات - نشاطات اليدوية - نشاطات الحسية الحركية - نشاطات حركية مكيفة - نشاطات حسية - نشاطات تعبيرية وثقافية .

الفرقة البيداغوجية: و تتكون من:

- مختصين في علم النفس العيادي و التربوي (2).

- مربون 13.

- مربي مختص .

- طبيبة (1) يوم في الأسبوع .

- مساعدة اجتماعية .

- واصفات ليلية (04).

طبيعة التكفل :

يعمل المركز في شكل مؤسساتي من خلال التكفل النفسي و التربوي للأطفال المعاقين ذهنيا ، والذين يتم توزيعهم داخل الأقسام البيداغوجية حسب مستوياتهم ودرجة إعاقتهم علما أن عدد أطفال الفوج لا يتعدى (10) أفراد .

الأفواج هم :

- التفطين .

- الملاحظة .

- تأخر عقلي متوسط أعلى .

- تأخر عقلي متوسط أقل .

- تأخر خفيف .

- ورقة الورق المسترجع .

نظام المؤسسة:

- نظام داخلي و نصف خارجي .

طاقة الاستيعاب:

60- طفلا . تتراوح أعمارهم ما بين 6 سنوات و 15 سنة ، وتجسيدا لأهداف المؤسسة الرامية إلى تحقيق عملية التكفل المبكر للأطفال المعاقين ذهنيا ، فقد تم فتح قسم خاص للأطفال ، الذين تتراوح أعمارهم من 03 إلى 06 سنوات ومقره روضة (أم الحرمان) مارافال (العثمانية) وهران ، شارع طارق بن زياد .

نشاطات المؤسسة :

- اجتماع بيداغوجي (أسبوعي) دراسة الحالة ، التقييم ،.....

- اجتماع التنسيق .

- اجتماع مع الأولياء.

- الورشات البيداغوجية :

- ورشة الورق المسترجع .

- ورشة الماكرامي.

- ورشة المزرعة البيداغوجية.

- ورشة الأشغال اليدوية .

أطفال التوحد :

- (4) أطفال مشخصين على أنهم توحيين ، (02) ذكور و (02) إناث .

- موزعين على الأفواج التالية :

- فوج التفطين ، فوج الملاحظة . فوج تأخر عقلي متوسط أعلى ، فوج

تأخر عقلي متوسط أقل .

المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا إسطو:

- متواجد بمنطقة أحمد مدغري، إيسطو وهران ، مرسوم الإنشاء :طبقا للمرسوم التنفيذي 267/90 ،المؤرخ في 15/09/1990 .

الوصاية المركزية: وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة.

الوصاية المحلية: مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن لولاية وهران .تم افتتاح المركز في:22-10-2006.

طاقة الاستيعاب النظري :100 ، عدد المتكفل بهم:118، 104متكفل بهم داخل المؤسسة ،14متكفل بهم عن بعد .

مدة التكفل : من 03 سنوات إلى 18 سنة .

رسالة المركز:

1. يهدف المركز الى التكفل بالأطفال المعاقين ذهنيا ، قصد إدماجهم في الوسط الاجتماعي .

2. التعلم والاستقلالية .

الفرقة البيداغوجية والنفسية:

- مسؤولية المركز وهي أخصائية نفسية .

- مختصين في علم النفس العيادي و التربوي (4).

- مربون (17)، 14 يقومون بمهام مربي ومساعد .

- مربي مختص .

- طبيب عام.

- مساعدة اجتماعية .

- تقني سامي في الرياضة .

الأفواج :

- فوج الملاحظة .

- فوج الاستشارة .

- فوج التفطين .

- فوج العلاج باللعب .

- فوج شبه مدرسي .

- فوج مبادئ التوجيه.

- فوج ورشة الذكور.

- فوج ورشة الإناث .

- فوج التكفل المبكر.

- فوج التوحد .

- قسم التوحد : بطاقة تعرف على الأشياء ، والحيوانات ، ألعاب تركيبية ، مرآة (التعرف على الهوية) ، تركيب الصور ، كرات للعب (كرة كبيرة ، وكريات أصغر حجماً) ، أيضاً تركيب صورة الجسم ، الرمل ، ألوان مائية ، ألعاب حرة ، ألعاب تركيبية ، راديو لسماح الموسيقى ، وصور أخرى.

أهداف المركز: يهدف إلى التكفل بالأطفال المعوقين ذهنياً قصد إدماجهم في الوسط الاجتماعي . (التعلم و الاستقلالية).

- تعلم : اكتساب النظافة الأكل ، والمشى وغيرها ، والاستقلالية في المهارات الحياتية.

مواصفات الحالات العيادية :

- هي عينة مقصودة احتوت عينة البحث على حالتين من مركزين مختلفين لديهم اضطراب توحيدي ، ذكر وأنثى تختلف في درجة الإعاقة من حيث الأعراض ، لديهم تناسب حسي حركي ، وتكون متكفل بها عن بعد.

صعوبات البحث :

من الناحية النظرية :

- ندرة الكتب التي تتناول التكفل النفسي وأهميته في المجتمع بشكل عام.
- صعوبة وجود المراجع التي تتحدث عن التكفل النفسي في المراكز البيداغوجية ، و أيضاً التكفل بهذه الفئة في مصالح الصحة العقلية للطفل Pédopsychiatrie لمعرفة إلى أي مدى يمكن أن يصل إليه طفل التوحد في هذه المصلحة .

- من الناحية التطبيقية:

- عدم وجود تقنيات علمية خاصة بأطفال التوحد .
- صعوبة الحصول على المعلومات من بعض الأمهات .
- صعوبة الحصول على مكان يليق بإجراء المقابلة العيادية .
- الغياب المتكرر للحالات المدروسة .

الفصل الخامس

عرض الحالات العيادية:

1. التقرير السيكولوجي للحالة (1).
2. التقرير السيكولوجي للحالة (2).

التقرير السيكولوجي للحالة (1):

الاسم : أ

اللقب : ن.

تاريخ الميلاد : 7/5/ 2004.

تاريخ دخوله إلى المركز: 10/11/2013.

المركز المتواجد فيه : مركز المعوقين ذهنيا إيسطو- وهران -

قسم: التوحد.

التاريخ النفسي والاجتماعي :

الطفل (أ) يحتل المرتبة الأولى في العائلة متوسطة الدخل، يعيش مع والديه، غياب الصراع الأسري، في جو يسوده التفاهم والتعاون مابين الوالدين، أصيبت

الأم في بداية مراحلها الأولى من الحمل بفيروسات أما في مراحلها الأخيرة من الحمل بارتفاع ضغط الدم ، وارتفاع نسبة السكر في الدم .
الولادة كانت بإجراء عملية قيصرية ، ودخولها بعد ذلك في غيبوبة لمدة أسبوع ، ولد الطفل (أ) مزرق اللون وأدخل إلى الإنعاش نتيجة عدم إطلاق صرخته الأولى بقي لمدة أسبوع .

وبعد خروجه من المستشفى أوضحت الأم أنها لم تنتبه لوجود جرح على رأس الطفل (أ) إلا عندما قامت جدة الطفل بتنظيفه في حوض مائي ، حينها حدث نزيف و أغمي عليه و أعيد للمستشفى ، وقام بنوبات صرع مما استدعى به الحال إلى تناول الدواء deperking ، وفقد بصره للعين اليسرى نتيجة تسرب الماء للعصب البصري ، أيضا كان تأخر في المناغة ، الابتسامة وقبض الأشياء ، أيضا فترة الحبو كانت قصيرة مقارنة مع الأطفال العاديين ، ثم ما لبث حتى مشى .

في سن 3 سنوات لا يظهر أي تعلق بالأم في غيابها ، كما أنه لا يقيم علاقة إلا مع الأم وعمته ، لا يتفاعل مع الغير ، ويوصف انه قليل الحركة ، يتعلق بالأشياء أكثر من تعلقه بالآخرين .

عرض على مجموعة من الأخصائيين النفسيين و أخصائيي الأعصاب شخص الطفل (أ) على أن لديه اضطراب توحدي كانت ردة الأم عدم تقبلها ، وتمسكها أن ما هو عليه الطفل (أ) هو نتيجة الظروف التي مر بها بعد ولادته .
أدخل المركز لتحسين حالة الطفل نتيجة عجزها وجهلها بالطريقة التي تساهم في تحسين حالته .

فحص الهيئة العقلية :

- **المظهر:** مظهر خارجي متناسق من حيث اللباس .
- **السلوك :** أنماط سلوكية متمثلة في رفرقة اليدين هز الجسم دفع باليدين كل من يحاول احتضانه، قلة الحركة، لا يبادر إلا إذا طلب منه ،
- **التعاون :** لا يتعاون إلا مع المربية .
- **الحالة الانفعالية و المزاجية :** الافتقار إلى استجابات انفعالية واجتماعية مناسبة، عدواني كلما حاول احد احتضانه، غياب الابتسامة ،مشاعر تدل على الغضب والعدوانية كلما حاول شخص إقامة علاقة ، لا يتحمل التغيير، هدوئه أثناء سماع الموسيقى .

- **الكلام:** لغة تعبيرية ضعيفة ، تعبر أحيانا عن الحاجة الخاصة مثل: الشرب، الافتقار إلى التواصل اللفظي ونقص الكلمات ،الترديد الآلي للكلمات و الأصوات، يظهر صعوبة في فهم الكلام .

- **التفكير:** محتوى التفكير لم يتمكن من التعرف عليه ،و ذلك لعدم تواصله مع البيئة.

- **الوظائف المعرفية:** الافتقار إلى التقليد ، صعوبة في التفكير المجرد ،عدم التعرف على التخيل لضعف وفقر اللغة لديه ، يحب سماع الموسيقى ، يظهر ذكاءه أثناء لعبه بالألعاب التركيبية ،إظهار ذاكرة حرفية .

- إن ما مر به الطفل (ا) من ظروف صعبة أثرت على تكوينه في فترات نموه سواء قبل أو بعد الولادة قد تكون ساهمت بدرجة كبيرة لإعطاء هذه الصورة الإكلينيكية المتمثلة في أعراض التوحد التي جعلت أمامها الأسرة إلا أن تتجه مثل هذه المراكز لتحسين سلوكياته وأنماطه التكرارية .

التقرير السيكولوجي للحالة (2):

الاسم : ب.

اللقب : ر.

تاريخ الميلاد: 6/11/2004.

تاريخ دخولها إلى المركز: 9/12/2009.

المركز المتواجد فيه :مركز المعوقين ذهنيا مسرغين - وهران -

قسم: قسم التفطين (1).

التاريخ النفسي والاجتماعي :

الطفلة (ب) وهي وحيدة العائلة، لها أب يبلغ من العمر 40، مستواه التعليمي متوسط وأم 39 سنة ، عائلة ميسورة الدخل ، مراحل حمل الأم كانت عادية حيث قامت بعملية إجهاض ، قبلها وبعدها .

أما الولادة كانت ولادة عسيرة ، ولدت الطفلة (ب) مزرققة اللون ولم تطلق صرختها الأولها عند خروجها مما أدى بها الحال إلى أن أدخلت للإنعاش لمدة أسبوع ، ثم خرجت من المستشفى ، لاحظت الأم تأخر كبير في كل من الابتسامة المناغاة ، قبض الأشياء عدم التفاعل مع الأشخاص المحيطين بها ، أيضا صعوبة في الاتصال البصري ، أيضا تأخر في كل من الحبو و الوقوف .

عرضت الأم طفلتها على أخصائيين شخصت الطفلة على أن لديها اضطراب توحد من قبل أخصائي الأعصاب ثم أخصائية نفسية ، كانت صدمة كبيرة على الأم عدم تقبلها للاضطراب الذي أصيبت به ابنتها .

فحص الهيئة العقلية :

تم ملاحظة سلوكيات الطفلة في كل من قسم التفتين ، قاعة مشاهدة التلفاز، و في المطعم ، و القاعة الخاصة بالانشطات الثقافية :

- **المظهر:** مظهر خارجي متناسق من حيث اللباس .

- **السلوك :** أنماط سلوكية متمثلة في دوران هز الجسم مع ترديد أصوات أو كلمات رفرقة اليدين عدم العب إلا إذا طلب منها ، دفع باليدين كل من يحاول احتضانه، قلة الحركة، إتباع النظام الخاص بالقسم ، مثل الجلوس في مقعدها لوحدها رمي أشياء غير مهمة في سلة المهملات، قلة الحركة ، تكثر حركتها عند هز الجسم تفتقر للسلوك اللعبي الاستكشافي.

- **التعاون :** تتعاون مع المربية لا تتعاون مع الآخر إذا قدم لها نشاط.

- **الحالة الانفعالية و المزاجية :** الافتقار إلى استجابات انفعالية واجتماعية مناسبة، انزعاجها كلما حاول احد احتضانها، تبتسم أحيانا، انزعاج من بعض الأصوات التي تكون ضمن المدى السمعي الطبيعي مثل :صوت سيارة أو صوت دراجة نارية ، لا تتحمل التغيير، هدوئها أثناء سماع الموسيقى ، وأثناء تواجدها على الطاولة.

- **الكلام:** كلام مفهوم :يعبر عن حاجتها تسرد ما حصل لها في المواقف بشكل ألي ،ترديد الكلمات تتحدث عن نفسها بصيغة المخاطب مثل (ب) تريد...أي لا تقول أنا .

- **التفكير:** محتوى التفكير لم يتمكن من التعرف عليه ، و ذلك لعدم تواصله معنا.

- **الوظائف المعرفية:** الافتقار إلى التقليد ، صعوبة في التفكير المجرد ، عملية التخيل تكاد تنعدم إنما تتعامل في حدود بيئتها أي أنها تفتقر للابتكار والتخيل و التنوع ،قصور في اللعب الرمزي ، تحب سماع الموسيقى ، لديها ذاكرة للأحداث و المواقف القريبة .

الطفلة (ب) شخصت على أن لديها توحد ويظهر ذلك من خلال أنماط السلوكية الظاهرة ، لكنها عندها قابلية للتلقي و عدم وجود صعوبة في إقامة علاقة مع الأخصائي النفسي، وهي مؤهلة لأن تنطبق عليها الأساليب العلاجية وتخرج من العالم الخاص بها،ولكن ذلك يحتاج لتكفل نفسي مكثف .

الفصل السادس:

- مناقشة الفرضيات البحث .

- عرض النتائج .

مناقشة فرضيات البحث :

مناقشة فرضية البحث الأولى :

مفاد الفرضية التي مؤداها يساهم المركز النفسي البيداغوجي في التكفل النفسي بأطفال التوحد ، تحققت من جانب الاستقلالية ، أي أنه لم يساهم بالقدر الوافي في التكفل النفسي بالطفل التوحدي ذلك أنه يركز على الاستقلالية في النظافة مثل غسل الأيدي و الأكل ، ولم يركز على إزالة الأعراض الظاهرة .

فالحالتين اكتسبتا مهارتا الاستقلالية في النظافة و الأكل والتعلم ، ولم يكتسبا التواصل الاجتماعي و لا التواصل البصري ، لم يحققا الخروج من العزلة التي هي أهم عرض و

كذلك رفرقة اليدين و هز الجسم ، و التردد الآلي للأصوات (مصاداة) والكلمات ولم يعملوا المركزين على تنمية مهاراته وقدراته.

ولم يحسنا في بعض الجوانب السلوكية والاجتماعية الأخرى.

- مناقشة الفرضية البحث الثانية:

إن مفاد الفرضية المطروحة :تساهم التقنيات العلاجية المطبقة في تحسين الطفل التوحدي لم تتحقق، لأن كلا المركزين ينقصهما التقنيات العلمية والخبرة لعلاج الطفل التوحدي .

إلا أن المركز النفسي البيداغوجي بمسرغين ، تمكن الفريق النفسي من إقامة دورات علمية على يد أخصائيين من خارج البلاد في استخدام والتحكم في التقنية الخاصة بأطفال التوحد ، وكانت التقنية التي قدمت في الدورة هي تقنية Teatch .

مناقشة فرضية البحث للفرضية الثالثة:

إن الفرضية التي مؤداها :تساهم البرامج المصممة من قبل المركز النفسي البيداغوجي في تنمية التواصل الاجتماعي عند أطفال التوحد تحققت عند الطفلة (ب) حيث أصبحت تستجيب للنداء ، وتحقق التواصل البصري بشكل نسبي مع الآخرين ، وأحيانا تقلد الأطفال المعاقين ذهنيا في كل من الفناء وقاعة النشاطات الثقافية ، .

بينما لم تتحقق عند الطفل (أ) مازال متفوق على ذاته ولا يحتك بالآخرين و لا يحقق التواصل البصري.

عرض النتائج :

من خلال استطلاعنا للمراكز بوهران أن التكفل النفسي في المركز النفسي البيداغوجي بإيسطو ليس كالتكفل النفسي بالمركز النفسي بمسرغين بحيث أن كل مركز يتبع طريقة خاصة وبرنامجا خاصا به .

المركز النفسي البيداغوجي بإيسطو:

قد خصص قسم خاص للأطفال التوحد و برنامج خاص به ، يتم احتكاكهم بالأطفال المعاقين ذهنيا في كل من الرواق الخاص بالمركز وفي المطعم ، وفي الفناء و غيرها...
تشرف عليهم مربية و أخصائية نفسية (في عقود ما قبل التشغيل) .

نوعية التكفل النفسي:

التكفل النفسي داخل المركز البيداغوجي يتم عن طريق برنامج مسطر من قبل المركز في اجتماع يترأسه البيداغوجي الذي بدوره يصمم البرنامج يشاركه في ذلك الأخصائي النفسي والارطفوني لوضع الاحتياجات الخاصة بالطفل التوحدي والمتواجد في المركز .

وصف البرنامج الخاص بأطفال التوحد:

البرنامج يهدف إلى الاستقلالية في الحياة اليومية . يأخذ أشكالاً مشابهة للتقنيات الخاصة بأطفال التوحد والمعترف بها .

تتدخل الأخصائية النفسية بتعديل السلوك، وتوجيه المربية الى كيفية العمل مع أطفال التوحد.

دور الفريق النفسي والبيداغوجي:

• الأخصائي النفسي :

- تدخل يكون بتعديل السلوك الطفل التوحدي وتوجيه المربية إلى كيفية العمل معه وتوجيه الوالدين الى كيفية التعامل مع الطفل التوحدي، توجيه المربية .

• الأخصائي البيداغوجي :

- مراقبة سلوكيات الطفل التوحدي تحديد احتياجاته .

• المربية :

العمل على البرنامج تسجيل السلوكيات التي تطرأ عليه ، وطرحه على الأخصائي النفسي.

المركز النفسي البيداغوجي بمسرغين :

عدم تفرقة خاص بأطفال التوحد ، عند دخول طفل التوحد للمركز يوجه إلى الأقسام المختلفة الخاصة بالمعاقين ذهنياً ، حسب نوع التوحد وشدته ، يدمج في القسم الخاص الذي يتواءم مع درجة الشدة الإعاقة الذهنية للأطفال المعاقين (المتأخرين ذهنياً ، ومتلازمة داون) في المركز.

وصف البرنامج الخاص بأطفال التوحد:

البرنامج التكفل المعتمد في هذا المركز والمسطر من قبل الفريق البيداغوجي النفسي ،
هو برنامج شامل لكل الأقسام بدون تخصيص طفل على آخر .

- يسير الطفل التوحدي مع المجموعة إلى كل من المطعم حديقة ، قاعة النشاطات و
الرياضة .

استقبال حالات التوحد:

تمر على مراحل أساسية وهي :

الملاحظة :

ملاحظة السلوكيات الظاهرة على الطفل من قبل الأخصائية النفسية .

- التشخيص:

يقوم به من الدرجة الأولى أخصائي أعصاب أو الطبيب النفسي ثم الأخصائية النفسانية عن
طريق اكارت.

نوعية التكفل النفسي:

- التدخل يكون بتعديل السلوك ، البرامج التربوية داخل المركز، العلاج بالموسيقى ،
العلاج بالترفيه.

توجيه المربية إلى الطريقة المناسبة للطفل التوحدي .

دور الفريق النفسي والبيداغوجي:

• الأخصائي النفسي :

- تدخل يكون بتعديل السلوك المضطرب تنمية القدرة لديه

بإقامة جلسات أسبوعية خاصة بمعدل جلسة لكل أسبوع.

- القيام بالاختبارات .

- القيام بالتشخيص .

- وتوجيه المربية إلى كيفية العمل معه وتوجيه الوالدين الى كيفية التعامل مع
الطفل التوحدي.

• الأخصائي البيداغوجي :

- مراقبة سلوكيات الطفل التوحدي.
- تطوير البرنامج الذي يتوافق مع احتياجاته.

• المربية :

- العمل على البرنامج ملاحظة السلوكيات التي تطرأ عليه ، وطرحه على الأخصائي النفسي.

التوصيات والاقتراحات:

- نشر الوعي العلمي باضطراب التوحد، مما يخدم إمكانية التعرف والتشخيص المبكر، وبالتالي إمكانية البدء في عملية الدعم التخصصي للطفل والأسرة.
- تدريب فرق متخصصة للعمل في ميدان رعاية أطفال التوحد.
- ضرورة إنشاء مراكز متخصصة في مجال التوحد.
- أهمية القيام ببحوث علمية من أجل الإحاطة بمدى انتشار هذا الاضطراب في المجتمع الجزائري.

- تأهيل أخصائيين علم نفس حركي، وأخصائيين نطق، للعمل مع أطفال التوحد بشكل خاص، كما يحدث في البلدان المتقدمة في هذا المجال.

- تدريب الوالدين على كيفية تطبيق البرامج التدريبية للأسرة ذوي اضطراب التوحد، نظرا لكون الطفل التوحدي يمكث في المدرسة قرابة الست ساعات بينما يمكث في الأسرة ثمانية عشرة ساعة خلاف نهاية الأسبوع و الإجازات الرسمية.

- زيادة الاهتمام بتصميم برامج تنمية مهارات السلوك الكيفي .

- توفير فرص الالتحاق ببرامج تدريبية أثناء الإجازات.

من الضروري أن تكون هناك لجنة متكاملة الاختصاصات لتشخيص الطفل التوحدي:

*طبيب اختصاص أطفال.

*طبيب أخصائي طب نفسي.

*أخصائي في علم النفس.

*اختصاص اختبارات.

*اختصاص سمع وتخاطب.

ضرورة مراقبة ومتابعة وزارات الدولة إلى أي مؤسسة أو مركز أو جمعية ، يرفع شعار علاج أو تأهيل التوحد.

استنتاج:

وفي ختام دراستنا هذه الموسومة ب" واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد بالمركز النفسي البيداغوجي بولاية وهران " نستنتج أن التكفل بهذه الفئة من الأطفال داخل المركز النفسي البيداغوجي يتمثل في : العلاج النفسي : بتطبيق البرنامج البيداغوجي من الدرجة الأولى و العلاج النفسي باستخدام طريقة تعديل السلوك ،من الدرجة الثانية ،وتقديم نصائح وتوجيهات للأولياء، وإجراءات خاصة بتطبيق الاختبارات النفسية.

وعليه فالتكفل النفسي بأطفال التوحد يحتاج إلى تكفل نفسي معمق وبرنامج خاص لهم من قبل الأخصائي النفسي الذي بدوره يجب أن يكون ملما كل الإلمام بالتقنيات والأساليب العلاجية وإشرارك الوالدين في البرنامج والعمل على الأساليب و التقنيات، بالإضافة إلى

الخبرة السيكلوجية ، وحضور الدورات العلمية هذا من جهة ومن جهة أخرى توفير
الإمكانات في هذه المراكز البيداغوجية.

ومما سبق يعتمد التكفل النفسي في مثل هذه المراكز على البرنامج العلاجي وتدخل
الأخصائية النفسية لتعديل السلوك ، ويحتاج ذلك إلى الدعم الأسري يساعد هو أيضا في
التكفل النفسي خاصة العاطفي منه .

وهذه الدراسة ماهي إلا مساهمة بسيطة للتعرف على واقف التكفل النفسي بأطفال التوحد
داخل المركز النفسي البيداغوجي، ويبقى هذا الموضوع بحاجة إلى دراسة معمقة وفتح
المجال أمام الباحثين و المختصين والأخذ بعين الاعتبار نوعية الوسط الذي يساهم في تنمية
الطفل التوحدي مع اعتبار النقائص وتغطيتها لتحسين التكفل النفسي بهذه الفئة سواء في
المركز أو خارجه.

