



جامعة عبد الحميد بن باديس – مستغانم –

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

فعالية التكامل الوظيفي بين الأولياء والمختصين في إطار عملية التكفل بالأطفال ذوي اضطراب التوحد TSA

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالب(ة): بن نعمة بشير

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د. بلعباس نادية	أستاذ محاضر (B)	رئيسا
أ.د. بن احمد قويدر	أستاذ التعليم العالي	مشرفا ومقررا
د. لينة بلال	أستاذ محاضر (B)	ممتحنا

السنة الجامعية 2019-2020

تاريخ الإيداع: 2020-09-26. إمضاء المشرف بعد الاطلاع على التصحيحات

كلمة شكر

لابد لنا ونحن نخطو خطواتنا الأخيرة في الحياة الجامعية

من وقفة تعود إلى أعوام قضيناها في رحاب الجامعة مع أساتذتنا الكرام الذين قدموا

لنا الكثير باذلين بذلك جهودا كبيرة في بناء جيل الغد لتبعث الأمة من جديد وقبل أن نمضي تقدم أسمى

آيات الشكر والامتنان والتقدير والمحبة

إلي الذين حملوا

أقدس رسالة في الحياة إلى الذين مهدوا لنا طريق العلم والمعرفة

إلى الأستاذ الفاضل البروفيسور بن احمد قويدر الذي لم يبخل على بكل ما لديه من معلومات. وعلى ما

قدمه لي من نصائح وتوجيه وتشجيع طيلة إنجاز هذه المذكرة.

إلى أساتذتي الكرام وكل من ساهم في تعليمي.

إلى السيدة " مديرة المركز النفسي البيداغوجي لدائرة سيدي علي وإلى كل طاقم المركز لما منحوه لي

من وقت وجهد وتوجيه وارشاد وتشجيع.

إلى عائلتي الكريمة التي ساندتني في مسيرتي العلمية.

إلى أصدقائي وكل من ساعدني من قريب أو بعيد ولو بكلمة أو دعوة صالحة.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
أ	شكر وتقدير.
ب-ج	فهرس المحتويات.
د-ه	مقدمة.
الفصل التمهيدي – الإطار العام للدراسة	
1	1- إشكالية الدراسة.
3	2- فرضيات الدراسة.
3	3- تحديد المفاهيم.
4	4- دراسات سابقة.
5	5- اهداف الدراسة.
6	6- أهمية الدراسة.
الجانب النظري الفصل الأول - التوحد	
7	1- تعريف التوحد.
10	2- اعراض التوحد.
15	3- اسباب التوحد.
18	4- النظريات المفسرة للتوحد.
19	5- تشخيص وتقييم التوحد.
28	6- علاج التوحد.
الفصل الثاني- التكفل النفسي	
32	1- التعريف بالتكفل النفسي.
33	2- الاخصائي النفسي العيادي.
35	3- مجالات عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي.
36	4-العلاج النفسي
44	5- إستراتيجيات التكفل النفسي بالطفل التوحدي .
46	6- نظام التكفل بالطفل التوحدي.
48	7- دور الأولياء في التكفل بطفلهم التوحدي
الجانب التطبيقي الفصل الأول-إجراءات منهجية الدراسة	
50	1- الدراسة الأساسية .
50	2- المنهج المستخدم للدراسة.
51	3- عينة الدراسة.
52	4- حدود الدراسة.
52	5- أدوات الدراسة.
الفصل الثاني- عرض وتحليل النتائج ومناقشتها	
55	1- دراسة حالة .

59	2-نتائج المقبلات.
60	3-تقديم العلاج.
62	4- نتائج العلاج.
63	5-تفسير النتائج على ضوء الفرضيات.
63	6-الخاتمة العامة.
64	7- الاقتراحات.
65	8-قائمة المراجع.

من نعم الله على البشر أن خلق الإنسان اجتماعيا بالفطرة، محبا للتواصل مع الآخرين، ومن أجل ذلك سخر له الحواس الخمس، كما سخر العقل الذي يفكر به لمساعدته على التعبير عن أفكاره، وما يجول بخاطره من خلال القول والفعل والعمل، ولكن نرى في بعض الأحيان أن هناك مشاكل وعقبات تعيق هذا الإنسان عن التعبير والتواصل مع الآخرين، سواء لفقد بعض الحواس أو اضطراب الأحاسيس وهذا ما يعرف بالاضطرابات النفسية، هذه الأمراض التي تعرف بخطورتها وطول أمدها وحاجتها إلى المتابعة لفترات طويلة قد تمتد إلى طول العمر، إضافة إلى آثارها النفسية والاجتماعية التي تثقل كاهل المريض وأسرته، وتعرضهم لضغوط اجتماعية تحرمهم من متابعة العيش في ظروف طبيعية مستقرة، ومن أعقد المشاكل غير العضوية التي تواجه جميع المجتمعات في العالم هي مشكلة التوحد، الذي أثار العديد من التساؤلات والاستفسارات منذ اكتشافه حتى الآن، حول كيفية الإصابة به، وأسبابه ومظاهره وطرق التعامل معه، ولقد بدأ العالم عموما والمجتمع العربي والجزائري خصوصا بالاهتمام به من خلال الندوات التعريفية، والمؤتمرات التي شارك فيها العديد من المهتمين في هذا المجال وخصوصا عائلات هؤلاء الأطفال تعبيراً عن معاناتهم وما يجدونه من عدم توفر الخدمات اللازمة للتكفل بهؤلاء الأطفال.

حيث أن كلمة توحد، مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة، وهو كحالة مرضية ليس عزلة فقط، ولكن رفض للتعامل مع الآخرين مع سلوكيات ومشاكل متباينة من شخص إلى آخر، وهو إعاقة متعلقة بالنمو وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، ويعرف اضطراب التوحد بشدود في السلوك يشمل ثلاث نواحي أساسية من النمو وهي: خلل في التفاعل الاجتماعي والتواصل، والسلوكيات، خلل التواصل والنشاط التخيلي. القلة الملحوظة للأنشطة والاهتمامات والسلوك المتكرر ألياً.

(Theo Peeters, 2008, P 3)

وتختلف وتتعدد برامج التكفل بالتوحد، وطرق العلاج يقوم التدخل والتكفل بالتوحد مبكراً، ومن بين برامج التكفل ، نجد برنامج تيتش.

طور الدكتور "إيريك شوبلار" "Eric Schopler"، برنامج تيتش Teacch عام 1972 في جامعة نورث كاليفورنيا في الولايات المتحدة الأمريكية، ويعتبر برنامج "تيتش Teacch" أول برنامج تربوي معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية.

ويتأسس برنامج تيتش Teacch على فكرة أساسية، وهي تعليم الأطفال التوحديين من خلال نقاط قوتهم والتي تمكن من إدراكهم البصري، وتعويضهم عن نقاط الضعف لديهم، والتي هي فهم اللغة والبيئة واستخدام معينات بصرية مثل: الصور والكلمات المكتوبة وطور الدكتور "إيريك شوبلار" "Eric Schopler"

مفهوم التعليم المنظم، حيث أكد على أن الأداء العام للأشخاص التوحديين ودرجة تقدمهم، يرتفعان ويتحسنان عندما يكون التعليم والتدريب في بيئات منظمة مليئة بدلائل بصرية مثل التصور والكلمات المكتوبة، بهدف تمكين الطفل من التكيف مع البيئة

إن منهج تيتش Teacch التربوي يركز على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب، ومهارات الاعتماد على النفس، والمهارات الإدراكية، ومهارات تمكن من التكيف مع المجتمع، هذا بالإضافة إلى تعليم الأطفال مهارات عمل جيدة والعمل باستقلالية.

وتطبيق هذا البرنامج يحتاج تكاتف الجهود بين المختصين والأولياء. ومن هنا سلطنا الضوء في دراستنا على فعالية التكامل الوظيفي بين المختصين والأولياء في إطار عملية التكفل بالطفل التوحيدي.

وبهذا تم تقسيم هذه الدراسة إلى جانب نظري وجانب تطبيقي، حيث يتضمن الجانب لنظري الفصول الآتية:

- الفصل التمهيدي: تم التطرق فيه إلى إشكالية الدراسة، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة، تحديد المفاهيم الأساسية، فرضيات الدراسة، الدراسات السابقة.

- الفصل الأول: وفيه عرض: اضطراب التوحد، ، تعريف التوحد، اسباب

التوحد، أعراض التوحد، تشخيص اضطراب التوحد، النظرياتالمفسرة، العلاج

. - الفصل الثاني: تضمن التكفل النفسي.

اما الجانب الميداني فأدرجنا في فصلين هما:

- الفصل الثالث: وتضمن إجراءات الدراسة الميدانية، تعريف المنهج المستخدم، العينة

وحدودها.

- الفصل الرابع: فقد تم فيه عرض وتحليل نتائج الدراسة ومناقشتها على ضوء

التساؤلات.

1- إشكالية الدراسة:

تُعرّف اضطرابات النمو العصبي بأنها حالات عصبية يمكن أن تؤثر في اكتساب المهارات أو المعلومات أو الاحتفاظ بها أو ممارستها. قد تنطوي هذه الاضطرابات على مشاكل في الانتباه، أو الذاكرة، أو الإدراك، أو المهارات اللغوية، أو مهارات حل المشكلات، أو التفاعل الاجتماعي. يمكن لهذه الاضطرابات أن تكون خفيفة، ويمكن السيطرة عليها بسهولة بواسطة المعالجات السلوكية التعليمية، أو قد تكون أكثر شدة وتتطلب مزيداً من الدعم والمعالجة. ومن بينها اضطراب طيف التوحد.

www.msmanuals.com

وفي عام 1943 وصف الطبيب النفسي "ليو كافر" "Leo Kanner" أحد عشر حالة بأنهم يعانون من التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد اعتبرهم مختلفين تشخيصياً عن الفصام وغيره من أشكال الاضطرابات الارتقائية، حيث يعتبر التوحد من أصعب الإعاقات التطويرية التي تصيب الطفل خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر، ويذكر "ليو كافر" "Leo Kanner"، أول من أشار إليه تحت اسم التوحد الطفولي. (وليد محمد علي، 2014، ص 3)

في دراسة قامت بها "برنيل ديلبرج" "Bernil Delberg" و"ماريا فيدل" "Maria Fidel"، حول استراتيجيات الدعم البصري للأطفال المتوحدين، من خلال دراسة تطبيقية للطفلة "ديكتي"، توصلنا إلى وضع دليل عنوانه التعليم اليومي، الدعم البصري للأطفال المصابين بالتوحد، نشر لأول مرة سنة 2002 بالدانمرك، مع تعديل هذا النظام كلما استمرت الطفلة في النمو وازداد فهمها وقدرتها على التواصل وفي دراسة لـ "د. كاميزا" "D. Kamiza" (1993)، حول كيفية تعلم الشخص التوحدي، توصل إلى أن الكثير من الأشخاص المصابين بالتوحد يفكرون باستخدام التفكير المرئي، حيث أفكر باستخدام الصور بدلاً من اللغة أو الكلمات، فتبدوا أفكارهم كشريط فيديو أراه في مخيلتي للاسم، بينما من الصعب عمل ذلك من غير الأسماء الأفعال، الكنايات...

ويعرف المعهد الوطني للصحة العقلية في الولايات المتحدة الأمريكية التوحد بأنه اضطراب دماغي يؤثر في قدرة الشخص على الاتصال بالآخرين وإقامة علاقات معهم والاستجابة للبيئة على نحو ملائم. (صالح حسين قاسم، 2008، ص 375).

ويشير تعريف "كانر" "Kanner" إلى أن التوحدي يتصف بالنقص الشديد في التواصل العاطفي مع الآخرين وحب الروتين والكره الشديد إلى أي تغيير في برامج حياته اليومية. (احمد نايل الغرير، بلال أحمد عودة، 2009، ص 26).

وينظر إلى اضطراب التوحد على أنه اضطراب نمائي يتحدد بثلاثة مظاهر أساسية تمثل في صعوبات التواصل، والمشكلات السلوكية والصعوبات الاجتماعية التي تتضح في غياب مهارات التواصل غير اللفظي أو ما تعرف بمهارات التواصل الاجتماعي (كالانتباه المشترك، التواصل البصري، التقليد، الاستماع والفهم، الإشارة إلى المرغوب فيه، فهم تعبيرات الوجه وتمييزها ونبرات الصوت الدالة عليها) التي تؤثر بشكل مباشر على تفاعلهم وعلاقتهم الاجتماعية مع الآخرين، وهذا يفسر ظهور العديد من الأنماط السلوكية الاجتماعية غير المقبولة الشائعة لديهم والتي يلجئون إليها لعدم قدرتهم على التواصل مع الآخرين والتغيير عن احتياجاتهم باستخدام طرق وأساليب تواصل بديلة.

ليس التوحد يبعد عن الحالات الإكلينيكية الأخرى، فهو يتداخل ويشابه إلى حد كبير مع حالات الاضطرابات الأخرى، الأمر الذي يؤدي إلى الإرباك في التحديد الدقيق للحالة التي يعاني منها الطفل، وينشأ أحيانا عن هذا الوضع التصنيف والتشخيص الخاطئ لحالة الطفل وبناءا على ذلك أشار العديد من العاملين في هذا المجال إلى اعتماد الفروق بين أعراض الإعاقات والاضطرابات المختلفة للوقوف على التشخيص دقيق وسليم، وهو ما يسمى بالتشخيص الفارق والذي من خلاله يمكن الحكم بالتالي على وجود حالة التوحد من عدمه. (فضيلة الراوي، آمال حماد، 1999، ص48)

فالتوحد من أعقد الاضطرابات والأمراض لأنه ليس مرض محدد أو ذي أعراض ثابتة فهو يختلف من حيث الشدة والتشابه في المصاب الواحد أو مع الآخرين وبسبب تعقيد هذا المرض وعدم معرفة أسبابه أصبح من الضروري والمهم أن تتم عملية التشخيص من قبل فريق متكامل يتكون من (طبيب نفسي أخصائي نفسي أخصائي أطفال اختصاصي في الاختبارات اختصاص في السمع والتخاطب وأحيانا اختصاصات أخرى بالإضافة إلى الوالدين) لذا أصبح من الضروري أن يدرس الطفل الذي يشتبه بإصابته من جميع النواحي النفسية والاجتماعية والعقلية وفي جميع المراحل العمرية لغاية ظهور الإصابة حتى يتوصل الفريق التشخيصي إلى التشخيص الدقيق والصحيح من أجل المساعدة لوضع البرامج التي تساعد على تأهيل وتدريب الطفل المصاب.

إن السعي للحصول على تكفل جيد ودقيق وشامل ومتكامل من ذوي الخبرة والمعرفة المهنية باضطراب طيف التوحد الذي كما تم تسميته بناءا على ما جاء في الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي يستدعي الاعتماد على الإحاطة الشاملة بمختلف جوانب الاضطراب النفسية منها والطبية والاجتماعية والنمائية... و تتناولها عبر مراحل عدة من عملية التكفل متعدد التخصصات، الذي يعد التوجه الحديث في رعاية وعلاج التوحيدين، حتى يشمل الأسرة، والمدرسة والمراكز المختصة والعاملين معهم بمختلف التخصصات أيضا، وهو السبيل الأوضح إذا أردنا التغلب أو احتواء هذه المشكلة المعدة، وبالرغم من ان التكفل بهذه الفئة في بلادنا قد وصل إلى درجة لا بأس بها من الوعي المجتمعي والتناول البحثي الأكاديمي وهذا ما ترجمته

الكثير من الأيام التحسيسية و التوعية، و الندوات العلمية الأكاديمية، و الملتقيات الوطنية مختلف الجامعات حول هذا الاضطراب بالإضافة إلى مختلف البحوث و الدراسات إلا أنه تبقى هذا نقائص في مجالات أخرى . فمن منطلق الوعي العميق بضرورة التكفل بالأطفال التوحديين وإدماجهم الفاعل على المستويين المجتمعي و التربوي و ضمان حصولهم على مختلف أشكال الدعم و العلاج و المواكبة النفسية . فعلمية التكفل بالطفل التوحدي تحتاج إلى تدخل الأسرة و مساهمتها بشكل مباشر أو غير مباشر في إنجاح هذه العملية. وقد أجريت عدة دراسات فيما يخص هذا الجانب و توصلو فيها إلى نتائج إيجابية نذكر منها الدراسة الآتية:

قامت الباحثة بدراسة هدفت إلى اختبار إمكانية التدخل السيكولوجي لدى عينة من الأطفال التوحديين باستخدام إستراتيجية علاجية تعتمد على الطفل ذاته و يستخدم فيها برنامج تنمية المهارات الاجتماعية، و استراتيجية أخرى علاجية تعتمد على الأسرة باستخدام برنامج إرشادي لهم للتخلص من انعزالياتهم و مساعدة أطفالهم التوحديين في زيادة تفاعلهم مع الآخرين بهدف تخفيف حدة أعراض اضطراب التوحد. و تكونت عينة الدراسة من (16) طفلاً من بينهم (11) ذكراً و (5) إناث تراوحت أعمارهم ما بين (3. 4 - 14) السنة، و قد تم إعداد برنامج التدريب أفراد عينة الدراسة على مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي، و التفاعل الاجتماعي، و السلوك الاستقلالي، و المشكلات السلوكية، كما قامت ببناء برنامج إرشادي آخر لتدريب أسر هؤلاء الأطفال على كيفية التعامل معهم التطوير مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي، و التفاعل الاجتماعي، و رعاية الذات، و التحكم بالمشكلات السلوكية ، و قد استغرق تدريب الأطفال على المهارات الاجتماعية عاماً دراسياً كاملاً ، و قد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير جوهري دال إحصائياً لبرنامج المهارات الاجتماعية في برنامج الإرشاد الأسري في تخفيف أعراض التوحد لدى أفراد عينة الدراسة (طراد، 2013 :29ص).

وقد جاءت فكرة الاعتماد على هذا الاتجاه كمنحي تكفلي حديث يضمن لهذه الفئة ولو بنسبة معتبرة حقهم في الرعاية و العلاج،

فالتكفل بهذه الفئة من المجتمع يحتاج إلى التكافل و التكامل بين الأولياء و المختصين من أجل جعل المصابين بهذا الاضطراب يتكيفون مع المجتمع.

ومن هنا تطرقنا في دراستنا لمعرفة فعالية التكامل الوظيفي بين المختصين و الأولياء في إطار عملية التكفل بالأطفال ذوي اضطراب التوحد. و قد جاء طرحنا للسؤال كالاتي :

ما مدى فعالية التكامل الوظيفي بين الأولياء و المختصين في إطار عملية التكفل بالأطفال ذوي اضطراب التوحد؟

2- فرضيات الدراسة:

_ للتكامل الوظيفي بين الأولياء والمختصين فعالية في إطار التكفل بالطفل التوحدي.

_ للتكامل الوظيفي بين الأولياء والمختصين لا فعالية في إطار التكفل بالطفل التوحدي.

3- تحديد المفاهيم:

التكامل الوظيفي: هو جملة الإجراءات المشتركة و المتبادلة بين الأباء و المختصين قصد الوصول الى تطوير مهارات سلوكية و الوصول بالطفل الى الاندماج و الاستقلالية. تتمثل في برنامج تيش.

التكفل النفسي: هو عملية الفحص والتشخيص والعلاج النفسي التي يقوم بها المختصين والأولياء عن طريق تكامل الوظائف.

التوحد: هو اضطراب نمائي سلوكي اهم الجوانب التي يأتريها: الاستقلالية و التآلف الاجتماعي والإدراك المعرفي.

4- دراسات سابقة:

• دراسة (Nathalie ,Buhagian1999)

عنوان الدراسة تجارب علاجية لعلاج الأطفال التوحديين "

هدفت الدراسة إلى التعرف على أفضل الطرق لعلاج الاضطراب التوحدي والمشاكل التي يتعرض لها المعالجون، وما هو رأي المعالجين في طرق وأساليب العلاج المختلفة مع الأطفال التوحديين، واشتملت عينة الدراسة مجموعة من أطفال التوحديين، وقد أوضحت النتائج أن أربع طرق حققت نتائج ايجابية دالة وهي: - العلاج باللعب - العلاج بالعمل - العلاج الأسري - العلاج بالتكامل الحسي.

كما اتضح أن اشتراك الأباء في البرنامج العلاجي لأطفالهم كان له أثر ايجابي فعال كما أن تقييم الطفل لا بد أن يكون داخل المنزل والمدرسة ونستخلص من الدراسة السابقة مدى فعالية العلاج باللعب مع الأطفال التوحديين لكونهما تتناسب مع طبيعة وميول هؤلاء الأطفال مع تأكيد أهمية اشتراك الوالدين في اللعب مع أطفالهم.

• دراسة سهام عليوه عبد الغفار (1999):

قامت الباحثة بدراسة هدفت إلى اختبار إمكانية التدخل السلوكي لدى عينة من الأطفال التوحديين باستخدام استراتيجية علاجية تعتمد على الطفل ذاته ويستخدم فيها برنامج تنمية المهارات الاجتماعية، واستراتيجية أخرى علاجية تعتمد على الأسرة باستخدام برنامج إرشادي لهم للتخلص من انعزاليهم ومساعدة أطفالهم التوحديين في زيادة تفاعلهم مع الآخرين بهدف تخفيف حدة أعراض اضطراب التوحد. وتكونت عينة الدراسة من (16) طفلاً من بينهم (11) ذكراً و (5) إناث تراوحت أعمارهم ما بين (3.4 - 14) السنة، وقد تم إعداد برنامج التدريب أفراد عينة الدراسة على مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، والسلوك الاستقلالي، والمشكلات السلوكية، كما قامت ببناء برنامج إرشادي آخر لتدريب أسر هؤلاء الأطفال على كيفية التعامل معهم التطوير مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، ورعاية الذات، والتحكم بالمشكلات السلوكية، وقد استغرق تدريب الأطفال على المهارات الاجتماعية عاماً دراسياً كاملاً، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير جوهري دال إحصائياً لبرنامج المهارات الاجتماعية في برنامج الإرشاد الأسري في تخفيف أعراض التوحد لدى أفراد عينة الدراسة (طراد، 2013: 29ص)

. دراسة نادية عبد القادر 2002:

لقد قامت الباحثة بدراسة فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف للأطفال المصابين بالتوحدية وأبائهم، والتي استهدفت استثارة انفعالات وعواطف الطفل، وكذلك الوالدين في محاولة لمساعدة الطفل للخروج من عزلته واختراق الحاجز الموجود بينه وبين المحيطين به وقد بينت نتائجها حدوث انخفاض ملحوظ في العزلة العاطفية والانفعالات السلبية وتفاعلاً أفضل بين الوالدين وطفليهما. (بيومي 2008).

. دراسة اكسييت وسيفن 2002

استهدفت الدراسة التعرف على أهمية توفر البرامج المنزلية التي يعمل بها الآباء كمساعدين للمعالج وأكدت أيضاً على أهمية برنامج التدخل مع الأطفال التوحديين
عينة الدراسة من (4 إلى 8) سنوات 14 طفل تلقوا العلاج سلوكي مكثف في مركز متخصص
-اظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعتين في السلوك الاجتماعي واللغة لصالح اطفال المجموعة الأولى.

5- أهداف الدراسة:

- تقديم صورة عن البيئة الاسرية المحيطة بالطفل التوحيدي ومدى فعاليتها وتأثيرها في عملية التكفل به.
- توضيح كيف تؤثر التدخلات الاسرية المختلفة على عملية التكفل بالطفل التوحيدي ومساهمتها في تحسنه
- توعية أولياء الأطفال التوحيدين بالدور الحقيقي الذي يجب أن يقوموا به من أجل تحسن أبنائهم.
- جلب اهتمام المختصين في مشاركة الأولياء وضرورة التعاون فيما بينهم.
- تقديم عمل أكاديمي وذلك بتسليط الضوء على موضوع مهم وهو التكامل الوظيفي بين المختصين ومما ينتج عنه من عوامل قد تكون لصالح الطفل التوحيدي .
- الكشف عن العلاقة التي تربط التكامل الوظيفي بين الاولياء والمختصين والتكفل النفسي بأسلوب علمي نحو الطفل التوحيدي.

6- أهمية الدراسة:

- حاجة الأطفال المصابين بالتوحد إلى التكفل النفسي من أجل التخفيف من شدة آثار إعاقاتهم وإدماجهم في المجتمع.
- تعد هذه الدراسة إثراء للأطر النظرية، واكتساب معرفة بالموضوع التوحد.
- الاهتمام بفنّه أطفال التوحد، فهي من الفئات التي يجب دراستها وتقديم كل ما يخدم نموها وتكيفها مع المجتمع.
- تزويد المعلمين وكل العاملين في مجال التوحد وأولياء الأمور في محاولة فهم سلوك أطفال التوحد والمشكلات المتعلقة بهم وأساليب تدريبهم وعلاجهم.
- ضرورة تقديم التكفل النفسي للطفل التوحيدي والكشف عن خصوصياته أو خصائصه.

الفصل الأول

1. تعريف التوحد:

1.1 اللغة:

التوحد كلمة مترجمة عن اليونانية Autism تنقسم الى Autos وحدة و Ism تعني التكرار وتعني العزلة أو الانعزال وبالعربية أسموه الذاتوية (وهو اسم غير متداول).
والتوحد ليس الانطوائية، وهو كحالة مرضية ليس العزلة فقط ولكن رفض التعامل مع الآخرين مع سلوكيات ومشاكل متباينة من شخص لأخر. (عادل عبد الله محمد 2000م، ص50).

2.1 إصطلاحا:

Oms et DSM-5 التوحد هو إعاقة متعلقة بالنمو وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما تؤثر على الوظائف المخ، ويقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة 1 من بين 500 شخص ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية او اجتماعية (نادية ابراهيم ابو السعود 2000م، 22).

التوحد هو الانطواء الشديد يؤدي الى الانفصال عن الواقع والزيادة في الحياة الخيالية نلاحظ هذا السلوك بصفة شديدة عند الفصامينين.

يضم ميزتين أساسيتين: الانطواء على الذات والحاجة الى عدم التغيير.

يظهر الانطواء على الذات بعدم المبالاة للعالم الخارجي، يتصرف الطفل كأنه وحده بشكل دائم. الطفل يهز نفسه يلعب بيديه، يضع رجل فوق الأخر أو يتأرجح من رجل إلى أخرى او يدور حول نفسه.

يظهر المقاومة لاي، تغيير في النشاطات المتكررة، يكون الطفل ضائع في نشاطاته النمطية وبالتالي ينمو

في عالم خاص به (Norbert Sillamy ,2003,P31)

3.1 ابرز تعريفات التوحد: نظرة تاريخية لنشأة المفهوم :

1.3.1 تعريف "كانر" Kanner:

هو أول من حدد خصائص التوحد المختلفة عن تلك التي كانت متداولة في الصحة العقلية . عرف التوحد وقدم له من خلال تشخيصه له، وكتب كل ما يعتقد به أعراض لهذه المتلازمة غير المعروفة، ومن خلال ملاحظته لأحدى عشر حالة أشار إليها في دراسته فإننا نلاحظ تلك السلوكيات المميزة للتوحد والتي تشتمل على:

- عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين.

- تأخر في اكتساب الكلام.

- استعمال غير تواصلية للكلام بعد تطوره.

- تكرار نشاطات في العاب نمطية متكررة.

- ضعف في التحليل وذاكرة حرفية جيدة.

- المحافظة على التماثل

- ظهور جسم طبيعي.

2.3.1 تعريف "روتر" Rutter:

قد حدد ثلاث خصائص أساسية للتوحد هي:

- إعاقة في العلاقات الاجتماعية.

- نمو لغوي متأخر او منحرف.

- سلوك طقوسي واستحواذي، او الإصرار على التماثل.

وقد تم تبني هذه الأعراض الثلاثة الرئيسية من قبل الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والصادر عن جمعية الأطباء النفسانيين الأمريكيين، وما زال موجودا أيضا الإصدار الرابع للدليل نفسه. (فهد بن المغلوث، 2006، ص 27/26).

3.3.1 تعريف عبد العزيز الشخص:

يعرفه على انه نوع من الاضطرابات النمو والتطور الشامل، بمعنى انه يؤثر على العمليات النمو بصفة عامة، وفي مجالات العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة وعادة ما يصيب الأطفال في الثلاث سنوات الأولى، ومع بداية ظهور اللغة، حيث يفقدون الى الكلام المفهوم ذي معنى واضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم، وعدم الاهتمام بالآخرين، وتبدد المشاعر. (الشخص عبد الغفار، 1999، ص280).

4.3.1 تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد:

تعرفه بأنه نوع من أنواع الاضطرابات التطورية تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتكون النتائج الاضطرابات نيورولوجية تؤثر على وظائف المخ، وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو، فتجعل الاتصال الاجتماعي صعبا عند هؤلاء الأطفال، وتجعل عندهم صعوبة في الاتصال، سواء كان لفظي او غير لفظي، وهؤلاء الأطفال يستجيبون دائما إلى الأشياء أكثر من الاستجابة الى الأشخاص، ويضطرب هؤلاء الأطفال من اي تغيير يحدث في بيئتهم ودائما يكررون حركات جسمانية أو مقاطع من كلمات بطريقة الية متكررة (فهد بن المغلوث، 2006، ص27)

5.3.1 تعريف التوحد حسب OMS المنظمة العالمية للصحة:

التوحد حسب OMS هو اضطراب النمو المتفشي يتميز بنمو غير طبيعي أو منخفض، والذي يتجلى قبل ست سنوات، مع أداء غير طبيعي مميز في كل من المجالات الثلاثة التالية: التفاعل الاجتماعي التواصل المتبادل، والسلوكيات المقيدة والمتكررة.

ان التوحد بالنسبة ل OMS ليس مرض عقلي انما هو اضطراب عصبي نمائي.

6.3.1 تعريف التوحد من قبل NSAC الجمعية الوطنية لأطفال التوحد:

التوحد هو إعاقة شديدة للنمو، تستمر مدى الحياة والتي تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من الحياة هناك ما يقارب 5متوحدين إلى 10000مواليد وأربع مرات أكثر شيوعا في الأولاد منه في البنات.

7.3.1 تعريف التوحد حسب الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-IV:

التوحد هو اضطراب النمو المتفشي الذي يميز بإعاقة في النمو في الثلاث مجالات التالية:

- الاتصال اللفظي وغير اللفظي.

- التفاعل الاجتماعي.

- سلوكيات، اهتمامات، نشاطات مقيدة ونمطية.

هذا ما يسمى بـ "ثالث التوحد" والتي تظهر قبل السن الثالث من العمر.

يمكن الكشف عن بعض علامات التحذير قبل ستة أشهر، هذه الاعراض تستمر مدى الحياة، على الرغم من حدوث تحسينات في بعض المجالات، في بعض الأحيان التوحد يشكل عائق خطير في مجال الكلام، التفاعل الاجتماعي فكري، بما أن حتى الوقت الحالي لا يوجد علاج فعال. (Stephen M. Shore, Linda G. Rastelli, 2015, P14)

2. أعراض التوحد:

1.2 أعراض التوحد حسب ((DSM-IV-R):

2-1-1 خلل نوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل كما يظهر في:

- نقص ملحوظ في استخدام العديد من أشكال السلوك غير اللفظي مثل التعبير الوجهي، الأوضاع الجسمية والإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي.
- العجز عن إقامة علاقات بالإقران المناسبة لمستوى نموه.
- لا يسعى تلقائياً إلى مشاركة الآخرين في الترفيه أو الاهتمام أو الانجازات (مثال: لا يظهر أو يحضر أو يشير إلى الأشياء التي تحظى باهتمامه).
- الافتقار إلى تبادل العلاقات الاجتماعية والعاطفية.

2-1-2 خلل نوعي في التواصل، كما يظهر في:

- تأخر أو انعدام نمو اللغة المنطوقة (غير مصحوب بمحاولة تعويضه من خلال طرق بديلة للتواصل كالإيماء أو المحاكاة الحركية الصامتة).
- بالنسبة للإفراد القادرين على الكلام، نقص ملحوظ في القدرة على بدء محادثة مع شخص آخر ومواصلتها.
- التردد أو التكرار الآلي للكلام، أو استخدام لغة شخصية شاذة.
- نقص اللعب الخيالي التلقائي بمختلف أشكاله أو لعب ادوار الكبار بما يلائم مستوى نموه الحالي

2-1-3. التكرار الآلي لأنماط محدودة من السلوك او الاهتمامات والأنشطة، كما يظهر من خلال:

- الانشغال التام بواحد أو أكثر من أنماط الاهتمام المكررة والمحدودة والشاذة في درجتها أو موضوعها.
- التمسك المتصلب بروتينيات وطقوس معينة ليست لها ضرورة عملية.
- نمطية حركية تنسم بالمعاودة والتكرار الآلي (مثل: رفرقة أو ثني اليد أو الأصابع أو الحركات المعقدة لكامل الجسم).
- الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء.

2-1-4. تأخر أو شذوذ الأداء في واحد على الاقل من المجالات التالية، يبدأ قبل السن الثالثة:

- التفاعل الاجتماعي المتبادل.
 - اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي.
 - اللعب الرمزي والخيالي. (APA,2005,P81-83)
- 2-2 أعراض التوحد حسب الجمعية الأمريكية للتوحد :
- اضطراب في المهارات الاجتماعية واللغوية.
 - اختلاف في الاستجابة الحسية للمثيرات.
 - غياب القدرة على التواصل مع الآخرين.
 - غياب اللغة والحديث بالرغم من توافر القدرات اللغوية (وليد محمد علي، 2002م، ص8).

وقد قدمت الجمعية الأمريكية للتوحد قائمة تشخيصية لاضطراب التوحد تتكون من 18 عرض أساسيا لهذا الاضطراب موضحة بأنه يجب توفر ما لا يقل عن تسعة أعراض في المفحوص لتتكون لدينا مؤشرات معقولة بوجود اضطراب التوحد لديه ويمكن استعراض تلك الأعراض التي قدمتها الجمعية الأمريكية للتوحد على النحو الآتي:

- صعوبة في الاختلاط والتفاعل مع الآخرين.

- ضعف او انعدام التواصل البصري.

- يظهر عليه عدم الشعور.
 - لا يستجيب للإيماءات اللفظية (يتصرف وكأنه أصم).
 - لا يستجيب لطرق التدريس التقليدية.
 - يصّر على تكرار السلوك ويرفض التغيير في البيئة أو الروتين.
 - ضحك وقهقهة غير مناسبة.
 - لا يبدي خوفا من المخاطر
 - صعوبة في التعبير عن احتياجاته (يشير بالإيماءات).
 - لا يريد أن يحضن أحد، ولا أحد يحضنه.
 - يدور الأجسام والأشياء.
 - ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء.
 - يطيل البقاء في اللعب الانفرادي ويلعب بطريقة غريبة ولمدة طويلة.
 - يفضل البقاء وحيدا.
 - نشاط بدني مفرط أو خمول بدني.
 - ترديد الكلمات التي يسمعا (يردد كلمات أو عبارات بشكل تسجيلي).
 - يغضب ويبدو عليه الحزن بدون سبب ظاهر أو منطقي.
 - المهارات الحركية الكبرى والصغرى غير الطبيعية (قد لا يريد ركل الكرة ولكن يفضل تركيب المكعبات).
- (د. براهيم بن عبد الله العثمان، 2000، ص 17، 14).

3.2 ثالوث التوحد: La triade autistique

يؤثر التوحد مبكرا على كل وظائف التكيف ويتميز بمجموعة من الأعراض الإكلينيكية الموجودة في ثلاث مجالات أساسية التي تتمثل في: التفاعلات الاجتماعية، التواصل الاهتمامات والسلوك (Bernadette Rogé, 2003, P23).

أ. ضعف التفاعل الاجتماعي:

يعتبر ضعف التفاعل الاجتماعي من أكثر الأعراض دلالة على وجود التوحد، حيث ان الطفل ألتوحي يتعد عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيره، ولا يرغب في صحبة الآخرين، او تلقي الحب او العطف منهم، كما انه لا يستجيب لانفعالات الوالدين، أو مبادلتهم نفس المشاعر، ولا يستجيب لما يصل اليه من مثيرات من المحيطين به في بيئته، ويظل الطفل معظم وقته ساكنا لا يطلب من احد الاهتمام به، وما ابتسم فإنما يكون لأشياء دون الناس، وهو يعاني من الوحدة الشديدة، وعدم الاستجابة للآخرين ، وقصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين، وعدم الاندماج مع المحيطين به، وعدم استجابته لهم، ومقاومته لمحاولات التقرب منه او معانفته. ويمكن تحديد القصور في السلوك الاجتماعي لأطفال التوحد بثلاثة مجالات هي:

التجنب الاجتماعي: يتجنب أطفال التوحد أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الذين يودون التفاعل معهم.

اللامبالاة الاجتماعية: وصفو اطفال التوحد بأنهم غير مباليين، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الاخرين، ولا يشعرون بالسعادة حتى مع عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.

الإرباك الاجتماعي: يعاني اطفال التوحد من صعوبة الحصول على الأصدقاء، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار الى التفاعل الاجتماعي. (سوسن شاكر أجلي، 2000م، ص55).

ب. القصور اللغوي:

هناك تأخر في اكتساب اللغة، بعض الأطفال لا يصلون الى مستوى من التعبير اللفظي (50%).

في جميع الحالات، لا يستخدم الطفل بشكل عفوي وسائل الاتصال الأخرى التي من شأنها أن تسمح له بتعويض مشكل اللغة، فتكون اللغة غير مفهومة خاصة عندما تكون مجرد (Abstrait).

عندما تظهر اللغة، تتطور عموما متأخرة، وتتضمن تشوهات (Anomalies):

الصدى الفوري Echolalie Immédiate : يكرر الطفل بصدى ما يقوله الراشد مثال: يكرر سؤال طرح له بدلا الإجابة عليه، يسأله الراشد "هل تريد أن تشرب؟" فيجيب عنه الطفل "هل تريد ان تشرب؟" بدلا من ان يجيب على السؤال فهذا الاستخدام العكسي للضمائر (او انقلاب في الضمائر) والخلط بين "انا" و"انت" يبين ان وظيفة وسائل الاتصال التي تحتلها اللغة غير مفهومة .

الصدى المتأخر Echolalie Différée: يكرر الطفل كلمات او الجمل جلبت انتباهه في موقف معين في سياق كلامي ليس له معنى مثال: يكرر الطفل جملة سمعها في الأخبار "غدا الجو جميل" في سياق ليس له علاقة بالموقف.

حتى عندما يتم تطوير اللغة تستعمل نادرا للتفاعل الاجتماعي:

- لا يبدا الطفل محادثة ذات طابع اجتماعي (لمتعبته المحادثة) ولديه صعوبة في دعم محادثة ليس لها علاقة بمصالحه الخاصة .

- لديه صعوبة في تقليد السلوكيات ذات الطابع الاجتماعي.

- غياب الألعاب الرمزية، الوهمية "العاب تظاهر Faire semblant" او تظهر مؤخرا عندما يتعلمها عن طريق التكرار مع الراشد تحافظ على مظهر تكراري وغير ابداعي، مثال: تعلم الطفل اعطاء الاكل الى الدمية، فهو يواصل اعطاءها الاكل عندما يتطلب منه تقليد سلوك اعطاء الدمية الشرب (Bernadette Rogé,2003,P24).

ج. اهتمامات محدودة، سلوكيات متكررة:

تلك السلوكيات النمطية المتكررة تعد من المظاهر المميزة للتوحد، وتلك بمثابة اوجه القصور البارزة لمن يتعامل مع هؤلاء الاطفال،

وان تلك السلوكيات والانشطة والاهتمامات التكرارية النمطية التي يبديها هؤلاء الاطفال غالبا ما تتسم بانها مقيدة، وانهم عادة ما يعانون من حركات متكررة للجسم وحركات غير طبيعية سواء بالأصابع او اليدين او غير ذلك مما يؤدي الى استثارة من حولهم، واحيانا يصل بهم الامر الى الايذاء الجسدي لأنفسهم ويشير عبد العزيز الشخص الى اهم الاعراض التي تندرج ضمن السلوكيات النمطية: الاستغراق في عمل واحد محدد لمدة طويلة وبصورة غير عادية (التكرار)، والتقيد الجامد بالعادات او الطقوس الحركات النمطية المتكررة والانشغالات بأجزاء الاشياء وليس بالشيء كله.

ويصف ماجد عمارة، ان كثيرا ما يقوم الطفل التوحدي في فترات طويلة بأداء حركات معينة ويستمر في اداءها بتكرار متصل لفترات طويلة كهز رجله او جسمه او راسه او الطرق بإحدى يديه على رسخ اليد الاخرى او تكرار اصدار نغمة او صوت او همهمة بشكل متكرر، وقد يمضي الساعات محملا في اتجاه معين او نحو مصدر صوت او صوت قريب او بعيدا او ساعة الحائط ولا تكون هذه الافعال او

الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين بل هي في واقع الامر استثارة ذاتية تبدأ او تنتهي بشكل مفاجئ تلقائياً ثم يعود الى وحدته المفرطة وعالمه الخيالي الخاص به.

كم يتفق بعض العلماء على ان الطفل التوحدي لديه قصور في اداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية، التي يستطيع أداؤها أطفال عاديون من هم في نفس سنه، ففي سن 5 او 10 سنوات من عمره لا يستطيع الطفل التوحدي أداء أعمال يقوم بها طفل في عمره الزمني، كما يعجز عن رعاية نفسه او اطعام نفسه بل يحتاج الى من يساعده او يقوم بخلع الملابس وارتداءها.

4.2 الاعراض البدائية للتوحد:

هناك بعض الاعراض البدائية التي نلاحظها قبل سن الثالثة في مرحلة 20 الى 36 شهر، تتمثل هذه الاعراض في:

- عجز في مجال الاتصال بالعين.

- عدم التوجه عند النداء باسمه.

- العجز في الاهتمام المشترك.

- العاب الاظهار.

- التقليد

- الاتصال الغير لفظي.

- اضطرابات نوعية في السلوك الاجتماعي.

- غياب حركات الوجه او ابتسامة موجهة للآخر.

- غياب الاستجابة لصوت الوالدين (APA, 2005, P84)

ففي الشهور الأولى تأخذ الأعراض صورة الهدوء المبالغ فيه فتبدو على الطفل الطمأنينة عندما يترك وحده، ولا يخاف من الغرباء، ولا يرتبط بهم أو يتفاعل معهم، مع غياب الابتسامة الاجتماعية وغياب ابتسامة التعرف (ألت تظهر في العادة في الشهور الأربعة الأولى)، حيث تشكو الأم انه لا يعرفها ولا يقبل

عنها، وقد لا يلاحظ الآباء هذا الاضطراب عند ابنهم إلا عندما يوجد مع الأطفال آخرين سواء في المدرسة أو حديقة اللعب. (د. دعد الشيخ /رياض العاسمي، 2005م، ص27).

3. أسباب التوحد:

لقد اختلف العلماء فيما بينهم حول الأسباب المؤدية لحدوث التوحد، وبعض العلماء والباحثين يؤكدون انه لم يتم التوصل بعد إلى تحديد العوامل المباشرة والأساسية لحدوث التوحد إلا أن البحوث والدراسات التي تناولت هذا الجانب أشارت إلى انه ينشأ من مشكلات وعوامل عديدة منها الأسرية، النفسية البيولوجية والكيميائية، وسوف يتم عرض هذه العوامل كالآتي:

1.3 أسباب نفسية وأسرية:

يرى البعض ان اسباب الاصابة بالتوحد انما ترجع الى اساليب التنشئة الوالدية الخاطئة والى شخصية الوالدين غير السوية، واسلوب التربية يسهم في حدوث الاضطراب. ويؤكد ذلك ليو كانر " Leo Kanner "، "الى ان اعراض الاصابة بالتوحد لدى الاطفال تعود الى عدم نضج وتطور الانا وهذا يحدث في الحالتين التاليين:

- نتيجة نمو الانا بطريقة خاطئة خلال الثلاث سنوات الاولى من حياة الطفل.

- نتيجة المناخ النفسي السيء الذي يعيش فيه الطفل.

كما وجد آباء الاطفال المصابين بالتوحد يتسمون بالبرود الانفعالي والوسواسية، والعزوف عن الآخرين، والذكاء والميل الى النمطية، ونتيجة لهذا الجمود العاطفي والانفعالي في شخصية الوالدين والمناخ الاسري عامة يؤدي الى عدم تمتع الطفل بالاستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الاسرة، ومن هنا يظهر الاساس المرضي الذي يكون نتيجة فشل انا الطفل في تكوين ادراكه للام التي تعد بمثابة المثل الاول لعالمه الخارجي، فالطفل التوحدي لم تتح له الفرصة لتوجيه او تركيز طاقته النفسية نحو موضوع او شخص اخر منفصل عليه. (لورنا وينج، 1994، ص63).

وتؤكد دراسة "اوجرمان" "OGorman" بان الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل ووالديه قد تكون أحد اسباب اعاقا التوحد، فالطفل يعاني من التوحد من هجر الام له وطول فترة غيابها عنه. وقد ترجع الاعاقا الى عدم قبول كل من الام والطفل لإقامة علاقة عاطفية بينهما.

2.3 اسباب بيولوجية:

بدا الاهتمام يتجه الى دور العوامل البيولوجية في حدوث اضطراب التوحد، وبسبب ما تم نشره عن النظريات النفسية بانها لم تعد تفسر اسباب هذا الاضطراب وبسببما يظهر على الاطفال التوحديين من معاناة في انواع مختلفة من العلاقات البيولوجية، فان هناك اهتمام بالنواحي البيولوجية كسبب في حدوث التوحد، ترجع اسباب اعاقه التوحد الى مشكلة بيولوجية، وليس نفسية،

فقد تكون الحصبة الالمانية او ارتفاع الحرارة المؤثرة اثناء الحمل، او وجود غير طبيعي لكروموسومات تحمل جينات معينة، او تلفا بالدماغ اثناء الحمل او اثناء الولادة لاي سبب مثل نقص الاكسجين مما يؤثر على الجسم والدماغ، وفيما يلي عرض لهذه الاسباب:

أ. العوامل الجينية: توصلت بعض الدراسات الى ان هناك ارتباط بين التوحد وشذوذ الكروموسومات مثل دراسة "زونالي وداجنت" "Zonali et Dagett" (1998) والتي اشارت نتائجها الى ان هناك ارتباط بين هذا الاضطراب وبين كروموزوم يسمى "X Fragile" فهذا الكروموزوم مسؤول عن حدوث خلل في الناحية العقلية حيث يؤدي الى التخلف العقلي، ويدخل بنسبة 16% في كل الحالات، وقد يوضح هذا الارتباط زيادة عدد الاولاد عن البنات في الاصابة بالتوحد.

ب. المضاعفات الولادية قبل الولادة: يشير بعض العلماء على ان الدراسات والتحليل الطبية تؤكد على معاناة طفل التوحد من حالات قصور عضوي او حيوي، منها ما يحدث اثناء فترة الحمل وبالتالي يؤثر على الجنين ومن امثلتها اصابة الام بالحصبة الالمانية. وفي مرحلة الحمل قد يؤثر نزيف الام بعد الشهور الثلاث الاولى على الجنين، وايضا المواد الموجودة في بطن الجنين، والسائل الداخلي المحيط بالجنين، كما تشير بعض الادلة الى حدوث عالي التأثير للعقاقير التي تتناولها الام اثناء فترة الحمل.

3.3 خلل في الجهاز العصبي المركزي :

قد ترجع إعاقة التوحد على خلل في بعض وظائف الجهاز العصبي المركزي ، قد يكون هناك قصورا معيناً في الوظائف الفيزيولوجية والكهربائية وقد اثبتت دراسة "بلوتين واخرين" (1998) أن صورة الرنين المغناطيسي التي تقارن الاشخاص التوحديين والمجموعة الضابطة من الاشخاص العاديين، وجدت بان الحجم الكلي للمخ يتزايد لدى المصابين بالتوحد، والنسبة الكبرى للزيادة في الحجم حدثت في كل من : الفص القفوي، الفص الجداري والفص الصدغي.

4.3 تأثير التلوث البيئي:

يرى "ادلسون" Edelson (1998) في دراسته انه لا يوجد برهان علمي حتى هذا الوقت عن التأثير البيئي على التوحد، رغم انتشار السموم في البيئة يمكن ايضا ان يؤدي الى حدوث التوحد، حيث وجد معدل عالي للسموم في بلدة صغيرة تسمى ليومنستر "Leomenster" تابعة لولاية ماساشوستس "Massachusetts"، حيث يوجد مصنع نظارات شمسية، ووجد ان اعلنسبة لحالات اضطراب التوحد كانت في البيوت التيهب لها رياح دخان هذا المصنع. (لمياء عبد الحميد بيومي، 2008، ص31-36).

5.3 اسباب وراثية:

تشير نتائج الابحاث التي قام بها "كانر" Kanner والذي أكد فيها ان السبب وراء هذا الاضطراب يكمن في خلل في العقل ، وان هؤلاء الاطفال يعدون من فئات المعوقين عقليا، ويرجع ذلك الى الناحية الوراثية او الجينية في عائلة الطفل، ويؤكد على صحة هذا الافتراض ، زيادة نسبة هذا الاضطراب بين التوائم المتماثلة اكثر من التوائم الكاذبة، كما اظهرت بعض الصور الشعاعية الحديثة وجود بعض العلامات الغير طبيعية في تركيبية المخ ، مع وجود اختلافات طفيفة في المخيخ ، وفي عدد من الخلايا المسماة "خلايا بيركنجي" Purkinje Cells.

6.3 أسباب اجتماعية:

يرى بعض الباحثين ان رفض الوالدين لسلوك الطفل في البداية يؤدي الى انسحابه وهروبه، ا وان الوالدين لا يرغبان في وجود مثل هذا الطفل، وان تفاعل الوالدين مع طفلهم قليل الى حد ما، بينما يشير بعض الباحثين الى ان هذا الاضطراب ناجم عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعطفهم نحوه، فضلا عن وجود بعض المشكلات الأسرية، وهذا الأمر يؤدي الى خوف الطفل و انسحابه من الجو الأسري المضطرب وانطوائه على ذاته، وبالتالي تظهر عليه علامات التوحد.

7.3 اسباب ادراكية وعقلية :

يرى بعض الباحثين ان هذا الاضطراب ناتج عن اضطراب إدراكي نمائي، والذي يؤدي إلى انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة، والتي ترجع بدورها الى انخفاض في قدرتهم الإدراكية واللغوية. (د. دعد الشيخ، د. رياض العاسمي، 2006، ص32-33).

4 النظريات المفسرة للتوحد:

1.4 نظرية التحليل النفسي:

خلال فترة الخمسينات وحتى السبعينات من القرن العشرين، كان انصار مدرسة التحليل النفسي، يؤمنون بان التوحد يحدث بسبب عوامل نفسية بالدرجة الاولى، فكان يقول "كانر" Kanner " بان ممارسة الوالدين غير المنسقة او غير المترابطة في رعايتهم لأبنائهم، وكذلك البرود العاطفي تجاههم هو ما يسبب التوحد، وهذا ماوافق عليه "برونو بيتلهاهيم" Bruno Bettelheim " الذي يرى ان اباء الأطفال التوحديين بار دون وقاسون، ولديهم عدائية لا شعورية تجاه طفلهم التوحدي، ولعل فرضية ما يسمى ب "الام الثلجة " La Maman Réfrigérateur " دليل على ذلك.

2.4 نظرية العقل:

تفترض هذه النظرية ان الاعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية التي تميز الافراد التوحديين، تأتي من الشذوذات في الدماغ، التي تمنع الشخص من تكوين فهم صحيح للمواقف الاجتماعية، وكيفية تفسير المشاعر الخاصة بالآخرين لثناء التفاعل الاجتماعي معهم، ويرى " براون كوهين" Brown Kohen "العالم الامريكي وصاحب نظرية العقل، ان الشخص التوحدي غير قادر على التنبأ، وشرح سلوك الاخرين من خلال حالاتهم العقلية، او انه يرى الاشياء من وجهة نظر الشخص الاخر، بينما الاشخاص الاخرون العاديون، لديهم فهم خاص او إحساس خاص، يستعطون من خلاله قراءة افكار الاخرين. (وليد محمد علي، 2014، ص6).

3.4 التفسيرات الجينية:

لقد أثبتت بعض الدراسات أن هناك ارتباطا بين التوحد وشذوذ الكروموسومات، وأوضحت هذه الدراسات أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد فقط، وهذا الكروموزوم يسمى "أكس الهش" "X Fragile"، شكل وراثي حديث مسبب للتوحد والتخلف العقلي، كما أنه له أثرا أساسيا في حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الزائد والانفجارات العنيفة والسلوك الأناني، ويظهر عند الفرد الذي لديه "أكس هش" "X Fragile" تأخر لغوي شديد، وتأخر في النمو الحركي، ومهارات حسية فقيرة، وهذا الكروموزوم يكون شائعا بين الأولاد أكثر من البنات، ويؤثر في حوالي 10.7 % من الحالات التوحدية.

5. تشخيص وتقييم التوحد:

1.5 صعوبة تشخيص التوحد:

لا يزال تشخيص التوحد من اكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال مشكلات الطفولة، وربما يرجع السبب في الى ان خصائص الاضطراب او صفاته غالبا م تتشابه وتتداخل مع اضطرابات اخرى، ولذلك يتعين الحصول على معلومات دقيقة حتى يتم تشخيص الاعراض بدقة.

ويتفق العديد من الباحثين في ان اضطراب التوحد يبدأ قبل الثالثة من العمر في الغالبية العظمى من الحالات، وقليل ما يبدأ بعد ذلك في الخامسة او السادسة من العمر، وغالبا ما يصعب تحديد السن الذي بدا عنده الاضطراب، مالم يكن هؤلاء الذين يعتنون بالطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن نمو اللغة والتفاعل الاجتماعي. فالظاهر في مرحلة انه يصعب رصد مظاهر الاضطراب فيهما، ففي الشهور الأولى قد تأخذ الأعراض صورة الهدوء المبالغ فيه، فتبدو على الطفل الطمأنينة عندما يترك وحده، ولا يخاف الغرباء ولا يرتبط بهم او يتفاعل معهم، مع غياب الابتسامة الاجتماعية التي تبدأ عادة في سن شهرين، وغياب ابتسامة التعرف التي تظهر عادة في سن أربعة أشهر، فتشكو الام من ان الطفل لا يعرفها، ولا يقبل عليها عندما تأخذه من فراشه، اي لا يأتي بالحركات المتوقعة التي يأتي بها الطفل السوي في سن أربعة أشهر تقريبا، وقد لا يلاحظ الآباء الاضطراب لدى الطفل الا عندما يوجد مع أطفال آخرين (عند دخول المدرسة مثلا)، وقد يظنون هذه هي البداية، الا ان التاريخ التطوري المفصل والدقيق سوف يكشف غالبا بداية مبكرة عن ذلك، وقد يرجع الوالدان التغيير الى حدث معين، مثل ولادة طفل اصغر، او إصابته بمرض شديد، او حادثة او صدمة عاطفية.

وترجع صعوبة تشخيص اضطراب التوحد الى ثلاث عوامل :

العامل الاول : ان اعراض التوحد تشترك مع اعراض اعاقات اخرى او تتشابه معها، مثل التخلف العقلي، حالات الفصام ودرجة ان كثيرا من علماء النفس يعدونها حالة فصام مبكرة.

العامل الثاني: ان البحوث التي تجري عن التوحد بحوث حديثة نسبيا، ذلك ان معرفتنا بها بدأت بدرجة محدودة في الخمسينيات، وبدرجة أكثر تحديدا في السبعينيات.

العامل الثالث: المسؤول عن صعوبات التشخيص والتأهيل هو التخلف الشديد، او ربما التوقف الملحوظ لنمو قدرات الاتصال بين الطفل الذي يعاني اضطراب التوحد والبيئة المحيطة به كما ان عائقا قد يوقف الجهاز العصبي عن العمل، وبالتالي يترتب على ذلك توقفا لقدرة على تعلم اللغة او النمو المعرفي ونمو القدرات العقلية وفاعلية عملية التنشئة الاجتماعية. (فهد بن المغلوث، 2006، ص 91-94)

2.5 المعايير الأساسية لتشخيص اضطراب التوحد:

1.2.5 المعايير التشخيصية حسب التصنيف الدولي للأمراض حسب منظمة الصحة العالمية (CIM-10):

أ- قصور في النمو قبل سن ثلاث سنوات، على الأقل في واحد من المعايير التالية:

1. اللغة (التعبيرية والمستقبلية) المستعملة في التواصل الاجتماعي.
2. نمو التعلق الاجتماعي أو التفاعلات الاجتماعية المتبادلة.
3. اللعب الوظيفي أو الرمزي.

ب- وجود على الأقل 6 من الأعراض من المجموعات الأولى والثانية والثالثة على ان يشتمل على بندين على الأقل من اعراض المجموعة الأولى وبند على الأقل من اعراض كل من المجموعة الثانية والثالثة :

المجموعة الأولى: قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل كما يتبين باثنين على الأقل مما يلي:

1. غياب تام للاستعمال المناسب في تفاعلات التواصل بالعين، التعبيرات الوجهية، الأوضاع الجسدية والإيماءات المستخدمة لتنظيم التفاعل الاجتماعي.
2. عدم القدرة على التنمية (بطريقة متناسبة مع العمر العقلي مع العلم ان هناك عدة فرص)، علاقات مع الاقران يكون بينهم نفس الاهتمامات والنشاطات والانفعالات.
3. النقص في الجانب الاجتماعي الذي يترجم باستجابة منحرفة في انفعالات الاخر، او نقص توافق السلوك حسبالواقع الاجتماعي، او إدماج ضعيف للسلوكيات الاجتماعية، التواصلية والانفعالية.
4. عدم الرغبة لمشاركة الاخرين في افراحهم واهتماماتهم وانجازاتهم (مثل فقدان القدرة على إظهار او إبراز او الإشارة الى الاشياء ذات اهمية).

المجموعة الثانية: قصور نوعي فيالتواصل كما يتضح بوحدة على الأقل مما يلي:

1. التأخر او الافتقار الكلي في نمو اللغة المنطوقة (تكون مسبوقة بغياب في المناغاة) بدون اي محاولة للتواصل بالإشارة او الإيماءات.
2. عدم القدرة على المبادرة أو مواصلة محادثة تحتوي على تبادل مع الآخرين.
3. الاستخدام النمطي او المتكرر للغة او استعمال لغة خاصة به.
4. غياب اللعب الإيهامي المتنوع والإرادي أو غياب لعب العاب التقليد الاجتماعي.

المجموعة الثالثة: التقليد بانماط محدودة ومتكررة للسلوك، والاهتمامات والنشاطات كما يتضح بوحدة على الأقل مما يلي:

1. الاندماج الكلي بواحد أو أكثر بالأنشطة والاهتمامات النمطية والمحدودة بشكل غير عادي من حيث مضمونها، أو وجود واحد أو أكثر من الاهتمامات الغير عادية من حيث شدتها أو جانبها المحدود وليس من حيث مضمونها.

2. الجمود الزائد في عادات أو طقوس روتينية غير وظيفية.

3. حركات حركات نمطية متكررة (مثال: ررفة الأصابع أو اليد أو لفهما بشكل دائري أو حركات معقدة).

4. الانشغال الزائد لبعض اجزاء الأدوات أو الأشياء غير وظيفية (مثل رائحتها، ملامستها أو صوتها).

(Organisation Mondial de la Santé (OMS).CIM-10/ICD-10,2000.P 305).

2.2.5 المعايير التشخيصية حسب الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV-R):

تتكون المحكات الشخصية للتوحد من 6 أو أكثر من المجموعات الأولى والثانية والثالثة التالية على أن يشتمل على بندين على الأقل من محكات المجموعة الأولى، وبندين على الأقل من محكات كل من المجموعة الثانية والثالثة :

المجموعة الأولى: قصور نوعي في القدرة على التفاعل الاجتماعي كما يتضح بإثنين على الأقل مما يلي:

1. قصور واضح في سلوكيات التواصل غير اللفظي على اختلاف أنواعها مثل التلاحم البصري والتعبيرات الوجهية والأوضاع الجسدية والإيماءات المستخدمة لتنظيم التفاعل الاجتماعي.
2. الفشل في تنمية وتكوين علاقات مع الرفق مناسبة للمرحلة العمرية أو مرحلة النمو.
3. الافتقار على السعي المتواصل لمشاركة الآخرين في مباحثهم. واهتماماتهم وإنجازاتهم (مثلا إفتقاد القدرة على إظهار وإبراز والإشارة إلى الأشياء ذات الأهمية).

المجموعة الثانية: قصور نوعي في القدرة على التواصل كما يتضح بوحدة على الأقل مما يلي:

1. تأخر أو إفتقاد كلي في نمو اللغة المنطوقة (غير مصحوب بأية محاولة للتعويض أو الموازنة عن طريق أساليب بديلة مثل الإشارة أو التقليد).
2. ضعف واضح في القدرة على المبادرة، أو تدعيم المحادثة مع الآخرين عند الأفراد الذين يمتلكون قدرة عادية للكلام.
3. التكرار والمنطقية في استخدام اللغة أو اعتماد لغة خاصة به.

4. غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإيهامي أو ألعاب التقليد الإجتماعي المناسبة للمستوى العمري أو مرحلة النمو.

المجموعة الثالثة: التقيد بأنماط ثابتة ومكررة من السلوك والاهتمامات كما يتضح بوحدة على الأقل ما يلي:

1. الاستغراق أو الاندماج الكلي بوحدة أو أكثر من الأنشطة أو الاهتمامات النمطية بشكل غير عادي من حيث طبيعتها أو شدتها.
2. الجمود وعدم المرونة الواضح في الالتزام بأنشطة أو شعائر وطقوس روتينية لا جدوى منها.
3. ممارسة حركات نمطية على نحو متكرر وغير هادف مثل رفرفة الأصابع أو لفهما بشكل دائري أو القفز بالقدمين.
4. الإنشغال الزائد بأجزاء من الأدوات أو الأشياء مع استمرار اللعب بها لمدة طويلة (مثل سلسلة المفاتيح).
5. (APA,2005 P 87-89)

3.5 أدوات تشخيص التوحد:

(Echelle dévaluation de lautisme infantile) la CARS1.3.5

أعدت من طرف "إريك شوبلار" "EricShopler"، هي أداة تستخدم اولا لملاحظة الاطفال، ثم تستخدم قائمة المواضيع كجدول مقابلة نصف موجهة. يكون جمع المعلومات بطريقتين:

- مقابلة مع الأسرة.

- ملاحظة الطفل.

تتكون من 14 بند التي تسمح باكتشاف كل اضطرابات السلوك في مجالات العلاقات الاجتماعية، التقليد، الاستجابات الانفعالية، استعمال الجسم، استعمال الأشياء، التكيف مع التغيير، الاستجابات المرئية، استجابات سمعية، الذوق، الشم واللمس، استجابات الخوف والقلق، التواصل اللفظي وغير اللفظي مستوى النشاط الزائد والمستوى الفكري.

إضافة الى بند خاص بالمعالج والذي يسمح له بإعطاء راي عام، فنتحصل على 15 بند.

كل من 15 بند له تنقيط من 1 إلى 4 نقطة، من أجل الإشارة إلى درجة إنحراف سلوك الطفل مقارنة بالسلوك العادي لسنة.

إن البعد النمائي مهم جدا: كل سلوك ملاحظ أو مسجل، يتم مقارنته مع سلوك يكون عادة متوقع نظرا لسن الطفل، فناخذ بعين الاعتبار الجانب الشاذ من السلوك وشدة وديمومة الإضرابات أيضا.

هناك 7 تأشيريات، لأن توجد نقاط متوسطة (1.5، 3.5، 2.5) ينقل المجموع المتحصل عليه على مقياس، يتراوح ما بين 15 إلى 60، أين نقطة 30 أو أكثر تتوافق مع التوحد كما يسمح هذا السلم بإدخال تدرج في درجة التوحد، فمجموع من 30 إلى 36.5، يتوافق مع درجة التوحد البسيط إلى المتوسط، ومجموع من 37 فأكثر يتوافق مع درجة توحد شديد.

LA CARS أداة معروفة ومستعملة في تشخيص التوحد يستغرق تمريرها حوالي 30 إلى 45 دقيقة.

: (Autisme Diagnostic Intervised) L'ADI-R2.3.5

إن LADI-R مقابلة نصف موجهة مع الوالدين، يتم توجيهه المقابلة على بنود محددة من قبل وتكون منقطة حسب الوصف الدقيق للسلوك الذي نبحت عنه، شدته درجته، درجة الانحراف مقارنة مع النمو العادي.

يجب ان يكون المعالج قادرا على تقييم إذا كانت المعلومات كافية للقيام بالتنقيط في المقابلة قبل المواصلة بأسئلة أخرى.

تسمح هذه المقابلة بالبحث عن أعراض التوحد في مجال العلاقات الاجتماعية، التواصل السلوكيات النمطية والتكرارية.

يسمح بالقيام بتشخيص اضطراب الطيف التوحدي حسب CIM-10 و DSM-IV

تأخذ هذه المقابلة بعين الاعتبار عوامل النمو في الطفولة الصغيرة، والتظاهرات الأولى للاضطراب وتطورها في الطفولة الأولى.

المقارنة مع أطفال آخرين من نفس المحيط، يسهل وصف هذه التظاهرات ويقدم محك حول شدة الاضطرابات.

يتم تعيين نقاط تتراوح من 0 إلى 3 لكل بند يتوافق مع درجة الانحراف بالنسبة للسلوك العادي.

: (Autisme Diagnostic Observation Schedule) LADOS-G 3.3.5

LADOS-G هو سلم الملاحظة لتشخيص التوحد، نقصد بالملاحظة الملاحظة في شروط نصف موجهة يطلب من الطفل الذي نريد تقييمه القيام بنشاطات ليس لها هدف خاص، بالفعل إنه ليس لتقييم قدرات معرفية وإنما من أجل وضع الطفل في وضعية اجتماعية أين يجب عليه التفاعل.

تسمح النشاطات المقترحة بتقييم التواصل، التفاعل الاجتماعي المتبادل، اللعب أو الاستعمال التخيلي للأجهزة، السلوك النمطي، الاهتمامات المحدودة وسلوكيات أخرى شاذة عن الحالات المصابة بالتوحد من اطفال إلى راشدين.

يصنف المقياس على 4 مقاييس، يقدم كل واحد خلال 30 إلى 40 دقيقة. كل مقياس له بروتوكول خاص به، مع نشاطات خاصة للأطفال وأخرى للراشدين.

- المقياس الأول: خاص بالأطفال الغير لفظيين.
- المقياس الثاني: يطبق على اطفال لديهم مستوى من اللغة يتراوح بين جمل قصيرة مكونة من 3 كلمات مع الافعال، مستعملة بطريقة عفوية ومنظمة، إلى جمل تتجاوز السياق المباشر وتحتمل روابط منطقية.
- المقياس الثالث: يستعمل مع الأطفال والمراهقين الذين يستعملون لغة Fluide
- المقياس الرابع: يطبق على مراهقين وراشدين الذين يستعملون لغة متقنة Elaboré
- المقياس الثالث يتكون من جزء للملاحظة خلال لعبة تفاعلية، وأسئلة مستعملة لجمع المعلومات حول التواصل الاجتماعي.
- المقياس الرابع مركب من أسئلة ومحادثات.

يتطلب تمرير LADOS حوالي 30 الى 45 دقيقة، تسمح معايير للتنقيط دقيقة بإعطاء نقاط تتراوح من 0 إلى 3 لكل بند:

- النقطة 0: تعطى عندما لا يتقدم السلوك إضطرابات تنتمي إلى إضطرابات النمو المتقشي.
- النقطة 1: تعطى عندما يكون السلوك نوعا ما شاذ وغير عادي.
- النقطة 2: تعطى عندما يكون السلوك شاذ.
- النقطة 3: تعطى عندما يكون السلوك شاذ إلى درجة انه يتداخل مع التفاعل، قد تتوافق هذه النقطة مع سلوك محدود حيث إن نوعية التفاعل الاجتماعي تكون مستحيلة.
- هناك نقطتان تتوافق مع وضعيات أين يكون السلوك لا يأخذ بعين الاعتبار.
- النقطة 7: عندما يوجد اضطراب لكن لا يخص اضطراب النمو المتقشي.

- النقطة 8: عندما يكون السلوك غائب.

(Echelle dévaluation des comportements Autistiques) ECA 4.3.5

مقياس تقييم سلوك التوحد، يحتوي هذا المقياس 29 بند في مجالات: الاتصال، التواصل، الحركة، الإدراك والتقليد.

يتم التنقيط من خلال الملاحظة المقدمة من قبل الشخص يتعامل غالبا مع الطفل.

تتم الملاحظات في مختلف وضعيات الحياة اليومية.

يتراوح التنقيط من 0 عادي إلى 4 مرضي.

النتيجة الإجمالية تدل على شدة الاضطراب.

(Bernadette Rogé ,2003, P97-102)

4.5 أدوات تقييم التوحد:

:(Psycho-Educational-Profil) le PEP-R 1.4.5

تم إعداده من قبل "شوبلار" Schopler" هو اختبار النمو أعد خاصة للتوحيدين، اسس بنسخة أولى التي تم مراجعتها من أجل تمديد التطبيق للصغار تعميق اختبار اللغة.

يكون التمرير مرن ومكيف للصعوبات، معظم البنود مستقلين عن اللغة.

التمرير المرن يسمح بضبط وتعديل مشاكل سلوك الأطفال.

لا يوجد وقت محدود.

يستعمل بين 6 أشهر حتى 7 سنوات لكنه يستعمل حاليا من 7 إلى 12 سنة، خاصة للأطفال المصابين بتخلف.

نتحصل على 3 نتائج ممكنة :

- نتيجة ناجحة.
- نتيجة ناقصة. Résultat Emergent.
- نتيجة فاشلة.

هناك مقياس خاص يسمح بتقييم السلوكيات المرضية باستعمال الملاحظة.

تقدم النتائج على شكل مستوى من النمو ومظهر Profil الذي يسمح بفهم نقاط القوة والضعف لكل طفل.

يجب الأخذ بعين الاعتبار النتائج الناقصة (ما يبدا الطفل فهمه أو تحقيقه) التي تسمح بوضع برنامج فردي قائم على أهداف.

2.4.5 LAAPEP إختبار نفسي تربوي للمراهقين والبالغين:

يستعمل بعد سن 12 سنة. يقيم القدرات الوظيفية في مجالات التقليد، الإدراك ، المهارات الحركية الدقيقة، المهارات الحركية الإجمالية، التكامل بين اليد والعين، الاداء المعرفي واللغة.

3.4.5 Le Vineland مقياس فينلاند للسلوك التكيفي:

قد تم تصميم هذا السلم انطلاقا من سلم النضج الانفعالي ل Vineland، يقوم بتقييم التكيف الشخصي والاجتماعي من الزيادة حتى سن الرشد.

لا يتطلب تطبيق اختبار لكنه يستند على المقابلة مع شخص قريب من الطفل.

يتم تقييم التكيف في أربع (4) مجالات: التواصل، الحياة اليومية، التنشئة الاجتماعية، الحركة.

يسمح السلم أيضا بتقييم السلوكيات الغير مكيفة.

يتم التنقيط حسب حضور ومدى استعمال المهارة.

4.4.5 ECSP : مقياس التواصل الإجتماعي المبكر :

هو ترجمة لسلم "زيبارت" و "هوجان" "Hogane" و "Seibart"

هدف هذا السلم هو تقييم التواصل.

يطبق على أطفال من 3 إلى 30 شهر. ويدرس 3 مجالات:

- التفاعل الاجتماعي.
- الاهتمام المشترك.
- ضبط سلوك التواصل.

يتكون من 23 وضعية للتواصل التي تقوم بإثارة السلوك بين الراشد والطفل.

نلاحظ كيف يشارك الطفل في التفاعل، كيف يبدأ، كيف يتواصل كيف يجيب عن الطلب وكيف يحافظ على التفاعل، ونستعمل أدوات بسيطة وجذابة.

(Bernadette Rogé, 2003, P104-108)

6 علاج التوحد:

1.6- العلاج الدوائي:

- يوجد عدد من الأدوية لها تأثير فعال في علاج سلوك الطفل الذي يعاني من التوحد منها:

-Blaucil.

-Wellbutrin.

-Valium.

-Activan.

-Xanax.

- توجد أدوية التي في الأصل هي لعلاج الانفصام الشخصي، والتي تقلل من:

- فرط النشاط.

- السلوك العدواني.

- السلوك الإنسحابي .

نذكر منها :

- Clozapine (Clozaril)

-Risperidone (Risperdal).

-Olanzapine (Zyprexa).

-Quetiapine (Seroquel).

(طارق عامر، 2008، ص122-124).

6-2 العلاج السلوكي: العلاج السلوكي قديم قدم محاولات تعديل وتغيير وضبط السلوك عن طريق الثواب والعقاب وبصورة أخرى فالعلاج السلوكي هو تطبيق علمي لقوانين ومبادئ وقواعد التعلم في ميدان العلاج النفسي (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2004).

كما يرى السلوكيين أن السلوك يكن تشكيلة واكتسابه لأفراد وكذلك محوره واطفائه وينظرون إليه مباشرة دون البحث في الأساليب التي أدت إلى حدوثه ويتعاملون معه وفقا لأهم قاعدة تعديل السلوك التي نادى بها العالم سكينز (السلوك المحكوم بنتائجه) (جمال متقال القاسم وآخرون، 2000، 179).

يرى حسين فايد أن أحد المجالات الرئيسية لعلاج الأمراض العقلية يعرف بالعلاج السلوكي والأفكار الرئيسية في أن معظم أشكال المرض العقلي تحدث نتيجة لتعلم سيء التكيف وأن أفضل علاج يتكون من تعلم جديد ملائم أو إعادة التعلم (حسين فايد، 2008، ص 69).

أحالات استخدام العلاج السلوكي: ثبتت فعالية العلاج السلوكي في علاج بعض الاضطرابات وعلى وجه الخصوص علاج الفوبيا، القلق، اللوازم القهرية والتبول اللاإرادي، الإدمان على المخدرات والخمور، الاضطرابات العقلية والتدخين الشذوذ الجنسي وعليه فنجاح العلاج السلوكي يتحقق مما يلي:

- قدرة المعالج السلوكي على الضبط والتحكم في وضع خطة العلاج. - اعتماد المعالج على تطبيق بعض المبادئ التجريبية الثابتة. - بإمكان المعالج التحكم في كثافة وقوة المثيرات المقدمة للمريض (زينب شقير، 2002،

ب- إجراءات العلاج السلوكي: تشير العملية العلاجية من وجهة نظر سلوكية على النحو التالي:

1. تحديد السلوك المشكل والمطلوب تعديله وتعريفه إجرائيا.
2. تحديد الظروف التي حدث فيها السلوك المضطرب.
3. استمارة التقييم الوظيفي للسلوك للتعرف على ضوابط السلوك المشكل.
4. تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب.
5. إعداد جدول لإعادة التدريب.
6. تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب (سامي محمد، 2001، 438).

3.6 العلاجات السلوكية والمعرفية (التربوية):

1.3.6 برنامج "تيتش" "Teacch":

تعني "تيتش": علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة.

Treatment and Education of Autistic and Related: "Teacch"
.Communication Handicapped Children

طور الدكتور "إيريك شوبلار برنامج تيتش عام 1972 في جامعة نورث

كاليفورنيا في الولايات المتحدة الأمريكية، ويعتبر برنامج تيتش أول برنامج تربوي معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية.

ويتأسس برنامج تيتش على فكرة أساسية، وهي تعليم الأطفال التوحديين من خلال نقاط قوتهم والتي تمكن من إدراكهم البصري، وتعويضهم عن نقاط الضعف لديهم، والتي هي فهم اللغة والبيئة واستخدام معينات بصرية مثل: الصور والكلمات المكتوبة وطور الدكتور "إيريك شوبلار" "Eric Schopler" مفهوم التعليم المنظم، حيث أكد على أن الأداء العام للأشخاص التوحديين ودرجة تقدمهم، يرتفعان ويتحسنان عندما يكون التعليم والتدريب في بيئات منظمة مليئة بدلائل بصرية مثل التصور والكلمات المكتوبة، بهدف تمكين الطفل من التكيف مع البيئة.

إن منهج تيتش Teacch التربوي يركز على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب، ومهارات الاعتماد على النفس، والمهارات الإدراكية، ومهارات تمكن من التكيف مع المجتمع، هذا بالإضافة إلى تعليم الأطفال مهارات عمل جيدة والعمل باستقلالية. (وليد محمد علي، ص 12).

2.3.6 نظام "بكس" "PECS":

يعني نظام "بكس": نظام التواصل عن طريق تبادل الصور.

"PECS": Picture Exchange Communication System.

تم تطوير هذه الطريقة في الولايات المتحدة الأمريكية، على يد أخصائي النطق "بوندي" "Bundy" وزوجته عام 1994، ولقد بينت هذه الطريقة أساساً على ملحوظاتهما بأن 80% من فئة أطفال ما قبل الدراسة لديهم القدرة على التواصل الوظيفي. وهدف هذه الطريقة تعليم الطفل الذي يعاني من ضعف في التواصل اللغوي، طريقة تواصل مساعدة، سواء كان هذا الطفل قد شخص أنه مصاب بالتوحد أو بالضعف في التطور اللغوي فقط. وتتضمن هذه الطريقة استعمال الصور على شكل بطاقات صغيرة،

وتتلخص في أن الطفل يتدرب على إعطاء الصور المناسبة للمعلم أو الأم أو الأب، عندما يرغب في شيء ما. مثل أن يقدم بطاقة الحلوى إلى المعلم إذا أراد الحلوى، أو يقدم صورة اللعبة التي يريدتها، وهذا يكوم في المراحل البدائية من التدريب، أما في المراحل المتقدمة، فيدرب الطفل على تكوين جملة كاملة عن طريق جمع البطاقات الخاصة بهذه الجملة على ملف لاصق، وعلى سبيل المثال: "أنا أريد أن أعب المراجيح"، فهناك صورة خاصة "أنا أريد وصورة أخرى "المراجيح"، فيضعالطفل البطاقتين بجانب بعضهما لتكوين جملة. (فهد بن محمد المغلوث، 2006، ص138)

1- التكفل النفسي

1.1 التعريف بالتكفل النفسي:

هو مجموعة الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكانيات وقدراته الجسمية، وميوله بأسلوب يشبع حاجاته، ويحقق تصوره لذاته، ويتضمن ميادين متعددة، أسرية شخصية، مهنية وهو عادة بهدف إلى الحاضر والمستقبل مستفيدا من الماضي وخبراته (جودت عزت عبد الهادي، سعيد حسن العزة، 1999).

- تعريف آخر:

هي جملة الإجراءات الوقائية أو العلاجية باستعمال الوسائل والإمكانيات العملية التي يتم من خلالها التركيز على الفرد بهدف علاجه ومساعدته في حل مشكلة ما.

كما أعطى لها مفهوم الحصص التي يبرمجها المختص النفسي على أساس قواعد عملية ونظرية تأخذ بعين الاعتبار نمو الطفل، إدراكه، حاجياته، إمكانياته الذاتية والمحيط الذي يعيش فيه وكذلك الجانب النفسي (محمد أحمد خطاب، 2004، ص77).

1. 2 التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة ذات العلاقة:

إن مصطلح التكفل النفسي متداخل مع بعض المفاهيم، والمصطلحات المرادفة له لذا أردنا التطرق إليها بغرض التفريق بين المصطلحات.

1. 3 مفهوم التكفل:

التكفل هو تعبير يشمل كل المقاربات الفردية والجماعية في مختلف الحقوق العلاجية التربوية والبيداغوجية والاجتماعية، يمكن إذن لهذا المفهوم أن يكون علاج نفسي أو إعادة تأهيل أطفوني أو علاج نفسي حركي أو علاج بالعمل أو حتى تكفل مؤسساتي أو أسرى باعتبار المؤسسة مكان للتكفل بالفرد الذي يواجه صعوبات وهذا لما سيتعرض له الفرد من فعل تربوي أو تعليمي أو تجهيزي أو علاجي الخ

1. 4 تعريف التكفل:

هو عملية يقوم بها المجتمع كهيئة تحقيق مجموعة من الأهداف تسمح بالوصول بالفرد إلى ضمان حقوقه والإحساس بالعدالة في وسط المجتمع، وهو أيضا وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته، وبأنه قادر على التواصل مع الآخرين لتحقيق استقلاليتهم، من خلال تنمية القدرات والمهارات واستغلالها أحسن استغلال.

1.5 التاهيل: ويعرف في معجم العلوم الاجتماعية (1975) بأنهن مجموع العمليات والأساليب التي يقصد به محاولة تربية الشبان (محمد حسن غانم، 2009، ص 195). كما يفرق أيضا أنه إعادة شخص غير سوى إلى وضع طبيعي (هيلموت بيتشي، 2003، ص 15).

وحسب انطوان شور: أنه فن تخفيف العموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية (رابح تركي، 1982، ص 102).

الرعاية هي الخدمة التي تقدم جهود مشتركة يمتلك القائمين عليها القدرة والمعرفة والمهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد على معاودة نشاطاتهم التي كانوا عليها قبل المرض (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2002، ص 21).

2-الأخصائي النفسي العيادي:

1-2 تعريف المختص النفسي:

هو المسؤول المختص في عملية الإرشاد والعلاج النفسي يتم إعداده في أقسام علم النفس بالجامعات، ويتم تدريبه العلمي في مراكز الإرشادات والعيادات النفسية أو في مختلف المؤسسات تحت إشراف الأساتذة والخبراء، ويتطلب الإعداد العلمي والعملية، اهتماما خاصا فهو يحتاج إلى دراسة خاصة وتدريب خاص في طرق الإرشاد والعلاج النفسي ومحاولاته المتعددة (حامد عبد السلام زهران، مصر، 1995، ص 174).

2- 2 سيمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي: من السمات الأساسية التي يجب توفرها لدى الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

- الرغبة في معاونة الآخرين ومساعدتهم.
- التمتع بقدر عال من الاستبصار بالدوافع والمشاعر والرغبات الذاتية حتى لا تؤثر في عمله.
- التمتع بمستوى مرتفع من الضبط الذاتي والانفعالي.
- التمتع بصفة التسامح واحترام وجهات نظر الآخرين. أن يكون على قدر من اللباقة والمرونة، ومستوي لائق من الذكاء.
- القدرة على الإنصات والتحمل والصبر.
- القدرة على تحمل المسؤولية.
- التحلي بالقيم الأخلاقية والمثل العليا.

• الأساس الثقافي الواسع.

2-3 مهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي: المهام والواجبات الرئيسية للأخصائي النفسي الإكلينيكي في المستشفى والعيادات النفسية:

• **التقييم النفسي:** يتم من خلال المقابلات الأولى، ويكون الهدف منه إجراء مسحاً نفسياً

شاملاً للحالة الراهنة، حيث يتم جمع المعلومات الأساسية، ومعرفة شكاوى المريض والأعراض أو المشكلات التي يعاني منها، ووصف الشخصية والحالة العقلية. تطبيق المقاييس والاختبارات النفسية: كاختبارات الذكاء ومقاييس الشخصية والاختبارات العضوية والاختبارات التشخيصية الأخرى، والقيام بتصحيح وتفسير نتائجها

وشرح دلالتها.

• **المساهمة في التشخيص:** حيث يساهم الأخصائي النفسي في عملية التشخيص مع

باقي أعضاء الفريق العلاجي من خلال المعلومات المتوفرة لديه عن الحالة، ومن

المقابلات والملاحظة والاختبارات النفسية.

• **تقديم خدمات الإرشاد النفسي:** نعني بالإرشاد النفسي العملية التي تهدف إلى مساعدة

الفرد على اكتشاف وفهم وتحليل مشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية، التي تؤدي إلى سوء التوافق، والعمل على مساعدته في حلها، بما يحقق مستوى أفضل للتوافق والصحة النفسية. ويهتم الإرشاد النفسي بالأفراد الذين لم يصلوا إلى مرحلة المرض، أو تكون الأعراض لديهم غير واضحة أو شديدة، ونتجت غالباً عن ضغوط بيئية ونفسية اجتماعية، ولكنها قد تؤدي إلى اضطرابات نفسية إذا لم يتم التعامل معها. بمعنى آخر هم الأفراد الذين يكونون أقرب للسواء من المرض. ومن المشكلات التي تتناولها عملية الإرشاد النفسي المشاكل الشخصية، اضطرابات الشخصية، الخوف، الغضب، الغيرة، ضعف الثقة في النفس، الحساسية الزائدة، الخجل، وسوء التوافق الاجتماعي ... الخ.

• **تقديم العلاج النفسي:** وهي من المهام الأساسية للأخصائي الإكلينيكي، حيث يعتمد

على مدراس ونظريات علم النفس المختلفة في فهم أسباب المرض، والتدخلات العلاجية التي تتناسب معه بهدف مساعدة المريض على تعديل سلوكه، والوعي بانفعالاته ومشاعره، والتعامل مع الأعراض المرضية بشكل يساعده على تحقيق التوافق واستعادة التوازن. ويستغرق العلاج النفسي في الغالب مدة أكبر من العملية الإرشادية، ويلعب

فيه المعالج فيه الدور الأكبر.

• **المتابعة العلاجية:** ويتم ذلك من خلال متابعة المرضى، ومعرفة مدى تقدم وتحسن

الحالة، وتقييم النواحي الإيجابية والسلبية، والقيام بتدخلات لضمان استمرارية التحسن، وتسجيل كل المعلومات والتدخلات والأساليب التي تم استخدامها بصيغته سيكولوجية مختصرة في الملف الطبي بصورة يمكن الاستفادة منها في بعض الأحيان.

• **حضور الاجتماعات العلاجية:** إن الأخصائي النفسي عضوا أساسيا من أعضاء الفريق

العلاجي، لذلك لابد من المواظبة على حضور الاجتماعات التي يعقدها الفريق المعالج، ومناقشة تطورات الحالة وتبادل المعلومات التي يمكن أن تساعد في تقديم خدمة علاجية هادفة وفعالة.

• **العلاج الأسري:** يشترك الأخصائي النفسي مع الأخصائي الاجتماعي في مقابلة أسر

المرضى، وإعطاء الإرشاد النفسي المناسب لهم، وتبصيرهم بكيفية التعامل مع ذويهم من المرضى، وتبصيرهم بأعراض المرض ومفهومه، بشكل يساعد على استمرار التحسن.

• **المساهمة في برامج التوعية النفسية الوقائية والعلاجية داخل المستشفى وخارجه.**

• **المساهمة في الدراسات والأبحاث النفيسة المتعلقة بالظواهر النفسية والسلوكية التي تؤثر على صحة الفرد والمجتمع.**

• **كتابة التقارير النفسية:** المتعلقة بالتقييم النفسي ونتائج الاختبارات النفسية، والتدخلات

العلاجية المقدمة والمقترحات.

3- مجالات عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

لا يقتصر العمل الإكلينيكي على مساعدة المرضى داخل العيادات والمستشفيات فقط، وإنما يمتد بالتشخيص والعلاج والتوجيه والإرشاد إلى المؤسسات التربوية والمهنية والإصلاحية وإلى ميادين العمل وميادين الخدمات الاجتماعية وهناك اتجاه جديد في الوقت الحاضر وهو أن تنتقل مجالات الطب النفسي والممارسة الإكلينيكية من المستشفى على المجتمع ويمكن تحديد مجالات العمل الإكلينيكي في الآتي:

- العمل في العيادات أو المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية ومنها العيادات النفسية الخارجية والعيادات المدرسية وتكون مهمة الأخصائي الإكلينيكي هنا هي القيام بتشخيص الاضطراب النفسي العقلي وعلاج هذه الحالات بالتعاون مع المختص في هذا المجال الطبيب النفسي والمحلل النفسي.

- العمل في مجالات التوجيه النفسي والتربوي والمعني في المدارس والجامعات وذلك بتطبيق الاختبارات النفسية للذكاء والقدرات والتحصيل وال ميولات ... الخ، مما دفع الأخصائي للاهتمام بتسوية الأفراد للاختبار المناسب دراسيا أو مهنيا بما يلاءم إمكانياتهم وقدراتهم على ضوء ما تكشف عنه نتائج الاختبارات والمقاييس، فالأخصائي الاكلينيكي يقوم بعملية التشخيص والتوجيه والإرشاد.

- العمل في مجالات العمل والعمال ودوره هنا القيام بشؤون التوجيه والإرشاد للعمال والموظفين من اجل صحة نفسية أفضل و طاقة أكبر على العمل والإنتاج وقد يقوم بإعداد برامج ترفيهية ومكافآت مادية معنوية للعمل.

- العمل في المؤسسات الإصلاحية كالسجون ومؤسسات الأحداث الجانحين ومؤسسات علاج الإدمان على الكحول والخمور ويقوم الأخصائي الاكلينيكي بكتابة التقارير الخاصة بتلك الحالات (دوافعهم) فهم مشكلاتهم أنواع الصراعات التي يعانون منها مع تقديم الاقتراحات والتوصيات التي تساعد في توجيه هذه الفئات الجانية والعمل على توافقه الشخصي والاجتماعي.

- العمل في مراكز البحوث فعمله في جميع الحالات تنحصر في تشخيص اضطراب الأفراد النفسية والعقلية وبوضع خطة علاجية فعمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي لم يعد يقتصر على المشكلات العقلية والنفسية ولكن امتد ليشمل أي ميدان يوجد فيه اهتمام بإمكانيات البشرية من اجل دفعها إلى الأمام وإلى مزيد من الصحة والفاعلية والإنتاج (حسين مصطفى عبد المعطي، 1998، 108).

4-العلاج النفسي

هو معاملة تركز على مساعدة الفرد في فهم وتحليل استعداداته وقدراته وامكانياته وميوله والفرص المتاحة أمامه ومشكلاته وحاجاته واستخدام معرفته في اجراء الاختبارات واتخاذ القرارات لتحقيق التوافق بحيث يستطيع ان يعيش ويتكيف مع محيطه. و يعرفه (Wolberg 1967) على أنه نوع من معالجة المشكلات ذات الطبيعة العاطفية يقوم فيها شخصن مدرب على بناء علاقة معنية مدروسة مع مريض ما، وذلك بهدف ازالة او تقليل الأعراض المتواجدة لديه والحد منها أو التدخل في الانماط المضطربة عن سلوكه او تعزيز النمو والتطور في شخصيته.

إن التكفل النفسي هو وسيلة تهدف إلى اقامة اتصال متميز وخاص وهو اتصال بين المعالج والشخص الذي يعاني من اضطرابات في التكيف مع الواقع وهذا على أن تستند هذه العلاقة وهذا الاتصال الى نظريات علم النفس.

يتم التكفل النفسي بتشخيص الاضطراب الذي يعاني منه المريض وتصنيفه لمحاولة معرفة مرجعه إذا كان سببا لأحداث مأساوية او كان يعاني منها لأسباب أخرى وفيه يقوم المعالج بالعمل علمي ازالة هذه الأعراض او تعطيلها او ازالة أثرها بمساعدة المريض واستعمال امكاناته على أحسن وجه لتنمية شخصيته.

وتعدد مدارس العلاج النفسي كلها تهدف إلى علاج المريض نفسيا، بطريقة تتفق مع نظرياتها ومن المبادئ الأساسية في العلاج تتناسب مع كل حالة على حدى حتى يضمن النجاح (د. تموتي واخرون، 2007، 487).

1-4 تعريف العلاج النفسي:

-لغة: إن كلمة العلاج النفسي في اللغة الانجليزية مكونة من مقطعين أغريقين- Psycho therapy حيث يعني المقطع الأول Psycho نفس إنما الثاني Therapy فيعني خادم وفي فعله يخدم فالعلاج النفسي يشير في أصله اللغوي إلى عملية يقوم فيها شخص بدور المساعد لشخص آخر وبعبارة أخرى يعني علاج العقل (لويس كامل مليكة 2005، ص 11).

وفي هذا الصدد يمكن الإشارة إلى أن العلاج Therapy عبارة عن مصطلح طبي بالأساس ويقصد من وراءه مجموعة من الإجراءات ضمن إطار طبي استخدام العقاقير والجراحات أما مبدأ العلاج النفسي Psychotherapy فيقوم على قوانين عامة للنمو الإنساني والدعم الاجتماعي وبناء العلاقات البين إنسانية (Micheal Geyer ترجمة سامر جميل رضوان، 2010، 19).

- اصطلاحا: فالعلاج النفسي كمصطلح سيكولوجي ركز على الطرق التي يتحقق فيها تأثير سيكولوجي على الشخص الذي يخضع للعلاج فهو لا يدرج التأثيرات الفيسيولوجية كما يحدث في استخدام العقاقير المهدئة والمضادة للاكتئاب مثلا، بينما يعتبر القرص Placelo الخداعي طريقة من طرق العلاج النفسي (لويس كامل ملكية، 2009، ص 11).

وكما عرفه فريدمان (1967): "نوع من العلاجات الأمراض العقلية والاضطرابات السلوكية التي ينشئ فيه المعالج عقدا مهنيا مع المريض ومن خلال اتصال علاجي محدد يحاول المعالج أن يخفف من اضطرابات المريض الانفعالية وتغيير أنماط السلوكية بيئة التوافق وتنمية شخصية وتطويرها" (محمد حسن غانم 2009، 587). أما روتر Roter 1971 فيعرفه على أنه النشاط المخطط الذي يقوم به السيكولوجي هادفا منه إلى تحقيق تغييرات في الفرد تجعل حياته اسعد وأكثر أو كليهما.

وقاموس لاروس في علم النفس يعرفه بأنه: "تطبيق منهجي لتقنيات نفسية محددة لإعادة التوازن العاطفي" (زعتن نور الدين، 2009، 54).

وحسب مدحت أبو النصر: "فهو عملية إحداث تغييرات نفسية في المريض بواسطة وسائل تقنية ويكون العنصر المعالج هنا هو علاقة المعالج الطبيب النفسي الأخصائي النفسي بالمريض ويحاول المعالج أن

يخفف من الاضطرابات النفسية للمريض، ويغير أو يعكس أنماط سلوكية سيئة التكيف، ويشجع نمو شخصيته وتطوره" (مدحت أبو النصر 2005، 222).

4-2 أهداف العلاج النفسي:

إن معظم إجراءات العلاج النفسي العلمي للمرضى المضطربين جدا تتم في المستشفيات، أما الغالبية الكبرى من المرضى الذين يعانون من العصاب النفسي كالهستيريا والحصر والوسواس والفوبيات وكذلك مدمني الخمر والمجرمين تتم رعايتهم خارج الجدران المستشفيات وبصورة عامة يسعى العلاج النفسي إلى نمو الشخصية وسيرها نحو النضج والكفاءة وتحقيق الذات غالبا عن طريق المرور بالعمليات الآتية:

- زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه. - حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجزه. - تقوية عامة للذات الوسطى وبنائها عن طريق الملائمة والتصوير بالأمان. - توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشاكل.

- زيادة قبول الفرد لذاته (عبد الرحمان محمد العيسوي، 2005، 21).

- زيادة القدرة على حل الصراع النفسي والتغلب على الإحباط والتوتر وتقليله.

- تعزيز وتدعيم نواحي القوة والتصرف على القدرات وتنميتها.

- زيادة تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية (حامد زهران، 1997، 31).

- إزالة أسباب المرض وعلاج أعراضه.

- تعديل السلوك غير السوي واللاتوافقي للمريض وتعلم السلوك السوي والتوافقي وتحويل

الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلمة.

- إعطاء الفرصة للمريض أن يتعلم أساليب متنوعة من السلوك المتوافق.

- تدعيم نواحي القوة وتلاقي نواحي الضعف في الشخصية.

- تهيئة المناخ المشبع بالأمن النفسي وإزالة القلق والتخلص من السلوك المرضي.

- العمل على إتمام الشفاء (إجلال محمد سري، 2000، 85).

4-3 خطوات العلاج النفسي:

- خلق جو وعلاقة علاجين:

ويتضمن هذا إعداد حجرة العلاج أو مكتب الطبيب بحيث يكون هادئا ومناسبا لإجراء المقابلة أو المنافسة وللمريض وآراءه من شأن هذا أن ينمي الشعور بالثقة في المريض وبذلك يشعر بالأمان أمام الإفصاح عن مشاكله الحقيقية وفي المعالج أن يخطط أو يبني الموقف العلاجي بمعنى أن يحدد الوقت والتكاليف

والمسؤوليات وما إلى ذلك وعلى العموم يجلس الطبيب والمريض وجها لوجه ويدير المعالج المناقشة أو المقالة في بعض الأحيان يجلس المريض إلى جانب الطبيب وليس في مواجهته وقد يجلس المريض بعيدا عن الطبيب.

- الارتياح الانفعالي أو التنفيس الانفعالي:

في الجو التسامحي يستطيع أن يستدعي المريض مشاكله ويعبر عن عداوة ومخاوفه وذنوبه وغير ذلك من الانفعالات.

وعندما يتحدث عن هذه الانفعالات التي لم يمكن يدركها كليا من قبل فإنما تطفو على السطح (من خلال عملية الإفصاح Talking out) هذا التصريف أو التنفيس أو الفضفضة وكذلك التعبير اللفظي أساسي في فعاليات العلاج النفسي ويمهد الطريق نحو الاستبصار والإجراءات الايجابية لكل مشاكل المريض وما لم يخرج المريض هذه الانفعالات من فوق صدره فإن التوتر والصراع المرتبط به يسدان الطريق نحو تحقيق التكيف السليم والمساعدة في عملية الكشف عن الصراعات الانفعالية وإطلاق صراع التوترات هناك عدة أساليب تستخدم منها الأسئلة والتفسير والتداعي الحر والتنويم المغناطيسي. عملية الاستبصار:

ما إن تصبح صراعات المريض الانفعالية مكشوفة في العلن ويستطيع أن يراها كما هي بالفعل فإنه تلقائيا يكشف قدرا كبيرا من الفهم في دوافعه وسلوكه فالأول وهلة يدرك منها أن مستوى طموحه عال علوا غير منطقي وإن هذا يجعله يتسم دائما بعدم الموائمة وبالنقص هذا الفهم أو الاستبصار ربما يصاحبه تفسيرات من قبل المعالج وتقديم لبعض الأسس الصالحة للعمل الفعلي، انه فقط عن طريق فهم المريض لذاته ولمشاكله يستطيع أن يحسن من أساليبه في التكيف.

- إعادة التعلم الانفعالي

من العمليات التي تساعد في شفاء المريض إعادة تعليمه انفعاليا وتقتضي هذه العملية إزالة تلك العادات الانفعالية الخاطئة التي تعلمها المريض وتعليمه عادات أخرى ايجابية واعتناق أساليب وتقنيات جديدة للتعامل مع مشاكله ولكن إعادة التعلم عملية طويلة وشاقة وبطيئة وقد تبدأ بتعلم عادات بسيطة كتعلم القرد التعبير عن عداوته أو عدوانه بأسلوب مقبول اجتماعيا وذلك أفضل من حبس العدوان في الداخل لان الضغط يولد الانفجار ومن شأن هذا التعلم الجديد إلى مزيد من الشعور بالثقة بالنفس. - توقف العلاج

عندما يحل المريض صراعاته ويحقق مزيدا من التكيف الشخص الفعال عندئذ يصبح العلاج النفسي أن يتوقف وصبح هذا التوقف سهلا إذا كانت المريض يشعر بالثقة بنفسه وانه يستطيع أن يسير بمفرده ولكن المهم أن يترك الباب مفتوحا للمريض لكي يعود المعالج حين يشاء وهكذا نرى أن عملية العلاج مهما اختلفت اتجاهاتها تتضمن خلق موقف علاجي وإتاحة الفرصة لإخراج الطاقات الانفعالية واطلاقها واستبصار المواد

غير المكتشفة في لاشعور الفرد، واتخاذ خطوات ايجابية لإصلاح الانفعالي لكسر العادات القديمة ووضع محلها أنماط ايجابية من الاستجابات.

ويمكن أن يحدث هذا التفرغ أو التصريف الانفعالي وكذلك الخبرات التصحيحية أو التعليمية خلال المقابلات أو على الأريكة بين المحلل والمريض أو مساعدة التنويم المغناطيسي وقد يحضر المريض جلسة واحدة مدتها ساعة في اليوم لمدة خمسة أيام في الأسبوع كما يحدث في التحليل النفسي أو يحضر مرة واحدة كما هو الحال في العلاج الكهربائي وفي بعض الحالات يكون الشفاء صعبا ولذلك يتم ببطء شديد ويحتاج لجهود لذلك يمر بخطوات صغيرة وفي حالات أخرى يتم التقدم نحو الشفاء بسرعة معقولة (عبد الرحمان محمد العيسوي، 2005، 2-24).

4-4 أشكال العلاج النفسي:

4-4-1 العلاج الفردي: يحتوي العلاج النفسي الفردي على جلسات نفسية بصفة منتظمة بين المريض والمعالج النفسي (الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي أو الأخصائي الاجتماعي) ويرتكز الحديث أثناء الجلسات على المشاكل الحديثة أو الماضية وإظهار الأحاسيس مع المعالجة وبالكلام عن عالمه الخاص مع فرد آخر فمصاحب باضطراب التوحد يبدأ بالتدرج في تحسن حيث يقوم الأخصائي النفسي في هذا النوع من العلاج بعض الأساليب العلاجية أكثر استخداما في حالات التوحد وهي عبارة عن برامج تدريبية تعليمية تكسب الطفل الاستقلالية الذاتية وكيفية ممارسة الحياة الاعتيادية.

4-4-2 العلاج بالمساندة: ويكون الهدف الأساسي في العلاج النفسي بالنسبة لحالات التوحد هو بناء علاقة قوية بين المعالج والمريض الغرض منها إزالة القلق والتوتر لدى المريض وكذا عائلته مع إعادة بناء شخصية الطفل التوحدي حيث يستطيع الاندماج في المجتمع.

وهذا ما يتطلب من طرف الأخصائي النفسي (une formation émotionnelle) إلى تكوين انفعالي تحليلي نفسي بحيث تفيد المريض دون أن تؤدي به إلى الحصر أو التوتر كما أنها تمكنه من التكيف مع المحيط وتمكن المحيط (العائلة خاصة) من تفهم الوضع الصحي للمريض والتعاون معه.

ففي حالات الاستشفاء اين يكون المريض وفي اغلب الاحيان في حالة هياج يعمل المعالج النفسي على التخفيف من حالة الهياج والعنف ولما أن المريض في هذه الحالة يخضع للعلاج الدوائي (مضادات الذهان) التي تساعد المريض وتسهل من عمل الأخصائي النفسي فيخفف الهياج وحالة العنف التي تكون سائدة على المريض إلى ان تزول وذلك عن طريق العلاج النفسي ومساعدة مضادات الذهان كما تعمل على إزالة ووقف تطور الهوامات والتجارب الهذيانية التي تكون سائدة لدى المريض ولكن وفي بعض الحالات اين يرفض المريض العلاج وواقع الاستشفاء و التواجد في مستشفى الأمراض العقلية تكون مدة

العلاج النفسي طويلة الأمد اين تدوم احيانا الى عدت أشهر (J. pichotp. perse. Delay.96 .1955) .
مبادئ التدخل العلاجي: هناك مجموعة من المبادئ التي يجب مراعاتها في استخدام أي برنامج علاجي وهي:

- التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية.
- تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنتظمة وبعيدة عن العمل العشوائي.

- مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردي وضمن مجموعة صغيرة.

- مراعاة أن يتم العمل على مدار العام.

- مراعاة تنوع أساليب التعليم.

- مراعاة أن يكون الوالدين جزء من القائمين بالتدخل.

أساليب التدخل العلاجي والتأهيلي:

أولاً: أساليب التدخل النفسي.

ثانياً: أساليب التدخل السلوكي.

ثالثاً: أساليب التدخل الطبي.

رابعاً: أساليب العلاج بالفيتامينات.

خامساً: أساليب العلاج بالحمية الغذائية.

- تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب التوحد ومع تعدد هذه النظريات تعددت أيضاً الأساليب العلاجية المستخدمة في التخفيف من آثار التوحد العديدة والمتنوعة.

ومن هذه الأساليب العلاجية ما هو قائم على الأسس النظرية التحليل النفسي ومنها ما هو قائم على مبادئ النظريات السلوكية وهناك تدخلات علاجية قائمة على استخدام العقاقير والأدوية كما توجد بعض التدخلات القائمة على تناول الفيتامينات أو على الحمية الغذائية.

ولكن بالرغم من ذلك ينبغي التنويه إلى أن التدخلات العلاجية التي سوف يستعرضها الباحث بعضها ذا طابع علمي لم تثبت جدواه بشكل قاطع وبعضها ذا طابع تجاري وما زال يعوزها الدليل على نجاحها.

كما يجب التأكيد على أنه لا يوجد طريقة أو علاج أو أسلوب واحد يمكنه إنجاز مع الأشخاص التوحديين كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج طفل واحد.

أولاً: أساليب التدخل النفسي: Kanner Leo

1943 هو أول من اكتشف التوحد وتفسير التوحد فرأى أن السبب يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين وبخاصة الأم والطفل وبذلك تضرر للأباء خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم ولذلك ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج التوحد وقد اعتمدت هذه الطرق النفسية على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل والانفعال الجيد السوي في علاقة مع الأم ويركز العلاج النفسي على أهمية أن يجبر الطفل لإقامة علاقات نفسيه وانفعاليه جيدة ومشبعة مع الأم، كما أنه لا ينبغي أن يحدث احتكاكا جسديا مع الطفل وذلك لأنه يصعب عليه تحمله في هذه الفترة كما أنه لا ينبغي دفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعي الآن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى استجابات ذهانية حادة. ومن رواد هذا النوع من العلاج نجد ميلاني كلاين وقد تحمسوا للأسلوب النفسي في علاج التوحد وأشاروا Merchant ومرشانت Bettelheim إلى وجود تحسن كبير لدى الحالات التي عولجت باستخدام الأساليب النفسية، إلا أن هناك بعض الباحثين الذين رأوا أن العلاج النفسي باستخدام التحليل النفسي في علاج التوحد له قيمة محدودة ويمكن أن يكون مفيدا للأشخاص التوحديين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع، كما أنه لم يتم التوصل إلى أدنى إثبات على أن تلك الأساليب النفسية كانت فعالة في علاج أو في تقليل الأعراض.

كما يقدم العلاج النفسي القائم على مبادئ التحليل النفسي لأباء الأطفال التوحديين على اعتبار أنهم السبب وراء مشكلة أطفالهم حتى يتسنى لهم مساعدة أطفالهم بصورة غير مباشرة.

ثانياً: أساليب التدخل السلوكي: تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعاً واستخداماً في العالم حيث تركز البرامج السلوكية على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة التوحد وهي تقوم على فكرة تعديل السلوك المبنية على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كلية، وتكمن أهمية أساليب التدخل السلوكي في:

أ- أنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين ويطبونها بشكل سليم بعد تدريب واعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً.

ب- يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون عناء كبير أو تأثير بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس.

ج- نظراً لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث الذاتية التوحد فإن هذه الأساليب لا تعير اهتماماً للأسباب وإنما تهتم بالظاهرة ذاتها.

د- ثبت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك.

ثالثاً: أساليب التدخل الطبي: مع ازدياد القناعة بأن العوامل البيولوجية تلعب دوراً في حدوث الإصابة بالذاتوية فإن المحاولات جادة لاكتشاف الأدوية الملائمة لعلاجها وحتى الآن لا يوجد علاج طبي يؤدي بشكل واضح إلى تحسن الأعراض الأساسية المصاحبة للإصابة بالذاتوية، والعلاج الطبي يمكن أن يقدم المساعدة في تقليل المستويات المرتفعة من الإثارة والقلق ويقلل من السلوك التخريبي أو التدميري ولكنه لا يؤثر في جوانب القصور الأساسية ويمكن أن يؤدي إلى مشكلات أسوأ ولذلك يجب تجنبه إن أمكن ذلك أو استخدامه بحذر.

ويركز العلاج الدوائي أو الطبي في الطفولة المبكرة على أعراض مثل العدائية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة الوسطى والمتأخرة، أما في المراهقة والرشد وخاصة لدى الذاتويين من ذوي الأداء المرتفع فقد يكون الاكتئاب والوسواس القهري هي الظواهر التي تتداخل مع أدائه الوظيفي وكل من الخبرة الإكلينيكية والبحث العلمي يظهر أن فاعلية العقار يمكن أن تجعل الشخص الذاتوي أكثر قوة التعلم الخاص أو للمداخل النفسية الاجتماعية وقد شير عملية التعلم وهناك العديد من العقاقير أو منشطات Stimulant Meatuition التي تستخدم مع الأطفال الذاتويين مثل العقاقير المنبهة والعقاقير المضادة للقلق Antidepressant أو مضادات الاكتئاب Neuralpties الأعصاب Anticonvulsants والعقاقير المضادة للتشنجات:

Antianxiety Medication Vitamins Treatment

رابعاً: أساليب العلاج بالفيتامينات أشارت بعض الدراسات إلى أن استخدام العلاج ببعض الفيتامينات ينتج عنه تحسناً في السلوكيات وأشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج بفيتامين Lelard et al فقد أجريت في فرنسا دراسة 1982 ب 6 ينتج عنه تحسنات سلوكية في 15 (طفل ضمن عينه قوامها 44 طفل ذاتوي وفي قررت أن خلط فيتامين ب 6 مع المغنسيوم Martieau et al دراسات أخرى قام بها 1988 ينتج تحسناً أفضل من استخدام فيتامين "ب" «بمفرده». Magnesium Dietary Treatment (DT)

خامساً: العلاج بالحماية الغذائية: أشار بعض الباحثين إلى أن الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية للغذاء في حياة الطفل الذي يعاني من الذاتوية دور بالغ الأهمية أول من أشار إلى العلاقة بين الحساسية المخية والثانوية وقد أشارت Mary Callaha وقد كانت إلى أن طفلها الذي يعاني من الذاتوية قد تحسن بشكل ملحوظ عندما توقفت عن إعطائه الحليب البقري، والمقصود بمصطلح الحساسية المخية هو التأثير السلبي على الدماغ الذي يحدث بفعل الحساسية للغذاء فالحساسية للغذاء تؤدي إلى انتفاخ أنسجة الدماغ والتهابات مما يؤدي إلى اضطرابات في التعلم والسلوك ومن أشهر المواد الغذائية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية المصاحبة للثانوية السكر، الطحين، القمح، الشوكولاتة الدجاج، الطماطم، وبعض الفواكه.

ومفتاح المعالجة الناجحة في هذا النوع من العلاج هو معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية وغالباً ما تكون عدة مواد مسؤولة عن ذلك إضافة إلى المواد الغذائية هناك مواد أخرى ترتبط بالاضطرابات السلوكية

منها المواد الصناعية المضافة للطعام والمواد الكيماوية والعطور والرصاص والألومنيوم. لاحظ فيها أن 40: 50 % من الآباء الذين شعروا Rimland وفي إحدى الدراسات قام بها 1994 أن أبنائهم قد استفادوا ويرجع السبب كما توضح الدراسة إلى عدم قدرة الجسد على تكسير والذي يوجد في لبن مثل القمح والشعير والكازين Casein بروتينات هي الجلوتين Glutem الأبقار ولبن الأملا أن هناك العديد من الآباء الذين لاحظوا العديد من التغيرات الدرامية بعد إزالة أطعمة معينة من غذاء أطفالهم. العلاج التعليمية هذا العلاج جاء كنتيجة الاهتمام والتركيز في دوائر البحث العلمي للأطفال التوحد وذلك بغية تحسن إعداده وتدريبه وتنمية قدراته ومهاراته في مجال التواصل اللغوي وغير اللفظي والنمو الاجتماعي والانفعالي ومعالجة السلوكيات النمطية والسائدة والعدوانية والتدريب على رعاية الذات.

5- استراتيجيات التكفل النفسي بالطفل التوحد:

5_1 استراتيجيات التقدير: وتستعمل في هذه المرحلة عدة تقنيات من الفحص كالملاحظة المقابلة الاختبارات النفسية، التشخيص.

أن الطفل التوحد كما أكدت عدة دراسات التي حاولت الوصول إلى أسباب إصابة هذا الطفل بهذا الاضطراب إلى أسباب نفسية اجتماعية والبعض أرجعها إلى أسباب عضوية بيولوجية أو عوامل جينية أو عوامل كيميائية ويعتبر هذا الاضطراب من الاضطرابات التي تعزي لأكثر من عامل سببي ومازالت الدراسات غير وافية في هذا الشأن، كما أن تشخص التوحد يأتي بعد الملاحظة الدقيقة وتدخل عدة أطراف بما يسمى الفريق العمل العيادي فريق العمل العبادي: | الطبيب النفسي: أن المهمة الرئيسية للطبيب هي التأكد من سلامة التشخيص فيجب على الطبيب معرفة التاريخ المرضي للطفل وسلوكه منذ البداية ومدى مطابقة نمط سلوكه مع توجدهم الطفل المبكر ثم يمضي في التحقق مما إذا كان الطفل مصابا بأي نوع من الاضطرابات التي شخضت خطأ أما اضطراب التوحد. أخصائي اللغة والتخاطب: يقوم أخصائي التخاطب بتحديد عمر الطفل اللغوي وبذلك يستطيع أن تضع نقطة البداية في خطة العلاج لتعليم الطفل المهارات اللغوية طبيب السمع: يعتبر طبيب السمع من أهم أعضاء الفريق التشخيص وأول من يجب عرض الحالة عليه لكي يحدد إذا كان الطفل يسمع أولا لأن الأطفال التوحديين يظهرون أنهم يسمعون وأحيانا لا يستجيبون لمن يناديهم كأنه طفل أصم لذلك يجب التأكد من حدة السمع لديهم طبيب الأعصاب والوراثة: طبيب الأعصاب مسؤولا عن الدراسات الذهنية مثل اختبار النشاط الكهربائي بالمخ والاختبار الذي يختبر هياكل المخ، أما طبيب الوراثة فيقوم بتفسير وعمل الدراسات الكروموزمية والبحث عن الأخطاء الميلادية والتي قد تكون سبب في وجود أعراض عديدة لدى الطفل التوحد.

وعادة لا يكون أطباء الأعصاب والوراثة جزءا مباشرا في فريق التقييم ولكن يتم استخدامهم كمستشارين خاصين يكملون البيانات الهامة عن الطفل التوحيدي ويتبادلون الحديث مع باقي أعضاء الفريق بموضع أسس تشخيصه وعلاجه.

5- 2 استراتيجية التقويم والتدخل التقويم: ويقصد بالتقويم التعديل وفي هذه استراتيجية الخاصة بالتكفل النفسي للطفل التوحيدي هي تعديل سلوك الطفل

التقويم هو مساعدة المريض على التكيف لما حوله أو الوصول به إلى شخصية ناضجة فان علاجه يتطلب إزالة العوائق التي تعيق نموه وتكيفه ونموه الانفعالي والنفسي السليم ويقوم بهذه العملية المختص بعد أن يقيم علاقة وطيدة بينه وبين المريض حيث يعمل على إزالة أو تخفيف أعراض سلوكية واتجاهات في التفكير ايجابية وسليمة اجتماعيا (ألفت حقي، 2001، ص466).

وأهم خطوات رئيسية في تعديل سلوك الطفل التوحيدي

1- تحديد السلوك المستهدف، تصحيح أفعاله الخاطئة.

2- 2- تعريف السلوك المستهدف ضربه آخرين

3- 3- قياس السلوك المستهدف في الفترة الزمنية التي تمت ملاحظته.

4- 4- تحديد المتغيرات ذات العلاقة الوظيفية بالسلوك المستهدف مثلا البيئة.

5- 5- تصميم خطة العلاج إي الذي يساعد المدرسة أو الأسرة

6- 6- تنفيذ خطة العلاج.

7- 7- تقييم فاعلية برنامج العلاج.

8- 8- أهم النتائج المستخلصة لخطوات السابقة.

5 - 3 استراتيجية التقييم:

التقييم: ويقصد به اعطاء الدرجة يتمثل في إصدار الحكم على مدى تحقيق الأهداف أو صحة وفعالية البرامج المخططة للعلاج وتعتمد هذه الاستراتيجية على التقويم والتدخل أو على التقرير هذه الاستراتيجية هي التحقيق من مدى فعالية العلاج في تغيير سلوك المريض أو في حل صراعاته ومشكلاته.

6- نظام التكفل:

6 - 1 تعريف نظام التكفل:

هي تلك العملية التي يقوم بها المجتمع والدولة عبر مؤسساتها الحكومية من وزارات ومديريات، ومؤسسات غير حكومية من منظمات وجمعيات، اتجاه فئات المجتمع تتميز بخصائص واحتياجات لا تتوفر عند باقي الفئات الأخرى من المجتمع، وذلك برسم السبل الوضع الخطوط المجملية، والمبادئ العامة والقواعد الشاملة ولسن التشريعات القائمة على أساس الاعتراف بكرامة الفرد وحرية الشخصية واحترام حقوقه من طرف الدولة والمجتمع بأفراده: وهي الحق في التربية والتعليم، حق في العلاج، حق في العمل، الحق في الحياة الكريمة.... الخ.

وهي أيضا عملية توفير الوسائل والإمكانيات الخاصة بعدد مجالات التكفل مثل: في مجال الصحة. (العلاج والأدوية والمساعدة الطبية)، في مجال التربية والتعليم (الأدوات المدرسية، الوسائل التعليمية الخاصة كالمجسمات والخرائط المجسمة ... الخ)، والإمكانيات العامة مثل وسائل الاتصال بالإدارة والنقل العمومي الخ، حيث تكون تحت تصرف الفرد بهدف تكيف المحيط والبيئة مع متطلبات الفئة المعينة والوصول الى عملية دمج هذه الفئات مع باقي فئات المجتمع، وليس هذا وحسب بل أيضا دمجهم عبر المسار التربوي التعليمي من خلال توفير برامج التربية الخاصة وتكوين المنفذين لهذه البرامج وتوفير المؤسسات الخاصة بها لتطبيقها.

6 . 2 مجالات التكفل:

- **التكفل الاجتماعي:** والهدف منه تحقيق التكامل في التكفل بهذه الفئة بين المؤسسة المسؤولة وأسرّة الطفل ومحيطه الخارجي ويلعب الأخصائي الاجتماعي دور الوسيط بين الأسرة والمركز فهو يقوم بالعديد من الأعمال أهمها عند تسجيل أي طفل للاستفادة من خدمات المركز يقوم الأخصائي الاجتماعي بإجراء تحقيق مطول عن الطفل وأسرته والبيئة المحيطة به وتحتوي هذا التحقيق على:

معلومات عامة عن الطفل

-الحالة المدنية للأولياء

– الوضعية الاجتماعية للعائلة الحالة الصحية للوالدين، الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية للعائلة.

– التاريخ التطوري للحالة

– النمو الحركي الحالة الدراسة

– نظرة الأسرة اتجاه عاقبة وأخيرا بعض الاقتراحات من قبل المشرف الاجتماعي وخالصة ما وصل اليه هذا التقرير ويرفق هذا التقرير في الملف.

- **التكفل الطبي:** تتكون من فرقة تحتوي على طبيب وعدد من الممرضين المساعدين حيث يستقبل الطبيب المريض ويتم فحصه جسديا ويسجل البيانات العامة حول المريض في بطاقة الطبية، كتاريخ الدخول والخروج ورقم الملف وتكون معلقة على سرير المريض، كما يتضمن علاجاً كاستعمال التخدير للتهديئة والمعالجة بالفيتامينات والأدوية المهدئة.

- **التكفل الوقائي الاندماجي:**

هو ذلك التأهيل النفسي الذي يعمل على تبصير المجرم بطبيعة الجرم الذي ارتكبه وبعواقبه وأضراره فضلا عن التدخل لإعداده وتهيئته من خلال خدمات تعليمية وترفيهية والجلسات لمواجهة المرحلة الانتقالية ما بين حياة السجن والعودة للحياة العادية بالتقليل من

ظاهرة العود (سيف الدين، 1998، ص02)

- **التكفل النفسي:**

تعني بالتكفل النفسي مجموعة الطرق والمنهجية النفسية والذهنية الإجرائية، وحتى البدنية المبذولة المستخدمة للعناية بالأشخاص الذين يعانون من مختلف الاضطرابات سواء نفسية أو عضوية أو عقلية وتتمثل في تدخل الأخصائي النفسي.

والتكفل النفسي يكون فردي أو جماعي وتختلف أهدافه حسب طريقة الإرشاد والمساعدة الفردية والعائلية بالإضافة إلى مناهج إكلينيكية مستعملة كالاختبارات والمقابلات.

6 . 3 أهمية التكفل:

تكمن أهمية التكفل في كونه وسيلة الإدماج الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة، من الناحية النفسية الاجتماعية ومهنية وتوعية أفراد المجتمع بضرورة النظر بموضوعية وبعدل الفئة ذوي الاحتياجات الخاصة للقضاء على نظرة النقض أو التحقير أو الشفقة لمنح فرصة العيش وتحقيق استقلالي بتنمية قدرته الحركية الاجتماعية والعاطفة(Children sp blog spot.con /2015/08/blog-25-htnl).

6 . 4 أهمية التكفل النفسي:

1. أن التكفل النفسي له دورا أساسا ومهم في تطوير مختلف القدرات الخفية عند الطفل المصاب خاصة، وتنمية شخصيته نموا سليما ومعالجة اضطراباته النفسية والسلوكية قدر الإمكان.

2. يعد التكفل النفسي بالمضطربين نفسيا هو ضرورة إنسانية وأخلاقية دينية.

3. ترميم الشخصية وإعادة بنائها فقد يكون أيضا إعادة الاتزان النفسي والتكيف مع المحيط.

7- دور الآباء والمربين في مساعدة التكفل بالطفل التوحدي:

ولأن عملية التكفل والتأهيل للإعاقة بوجه عام يتطلب الجهد من طرف الأخصائيين النفسيين الاجتماعيين والأطباء، فإن الطفل التوحدي المصاب باضطراب التوحد يجتاح الى اهتمام الوالدين والمربين في المراكز أو المدارس التربوية لان الوالدين يعتبران العنصر الأساسي والرئيسي لإعطاء العون ومساعدة للأخصائيين النفسيين العيادين.

وهذا لان الطفل التوحدي له خصائصه الجسمية والنفسية المميزة ويصعب على الأخصائي وحده القيام بتأهيل فهو يحتاج إلى معلومات وحدها عن الوالدين لكثرة الطفل.

7-1 دور الأولياء في التكفل بالطفل التوحدي:

أن دور الأولياء في تقديم المساعدة والتكفل بالطفل التوحدي مهمة جدا بالنسبة للطفل فالأم خاصة هي الموضوع الأول للطفل حيث يقيم معها علاقاته الأولى فالأم تساهم كثيرا في تحسين الظروف العلاقية مع طفلها سواء كان عاديا أو مصابا وفي هذا الصدد يقول PALEROM أن معظم النشاطات التي يقوم بها الأخصائي النفسي أثناء الفحص يجب على الوالدين تكرارها وإدماجها في الحياة اليومية للطفل (محمد أحمد خطاب، عمان، 2005، ص 89).

من أهم الميادين التي يستطيع فيها الوالدين القيام بتلك التدريبات التربوية والنمائية وخاصة موضوع التكفل هي أوقات الاستجمام والأكل والخروج الى نزهات، تعد هذه الميادين مناسبة لأثارة الطفل بواسطة الصوت، اللمس.... الخ.

فالأسرة مسؤولة خاصة في سنوات العمر المبكر عن كثير مما يرد الطفل من مؤثرات وكلما كان العمر مبكرا كلما زادت أهميتها وفي هذا الصدد يقول محمد النجمي: "يتمكن الطفل من تكوين ذاته والتعرف على نفسه عن طريق الأخذ والعطاء والتعامل بينه وبين اعضائها ففي هذه البيئة الاجتماعية يتلقى أول إحساس لما يجب وما لا يجب القيام به" نفس المرجع أعلاه ص 92).

الجانب التطبيقي- الفصل الاول

من أجل بحث أكثر دقة وتنظيم لا بد من التطرق إلى الجانب التطبيقي، هذا الجانب الذي يعتبر صدق الفصول النظرية، بغرض الإثبات أو التحقق الواقعي لصحة الفرضيات المصاغة سابقا، إضافة إلى هذا تم استعمال بعض وسائل البحث لإعطاء نتائج ملموسة والخروج ببحث صادق. وستبين هذه الإجراءات المنهجية فيما يلي:

التذكير بالإشكالية والفرضيات: الإشكالية: لقد جاء تساؤل الإشكالية كما يلي:

- ما مدى فعالية التكامل الوظيفي بين الأولياء والمختصين في إطار عملية التكفل بالأطفال ذوي اضطراب التوحد؟

- فرضيات الدراسة:

__ للتكامل الوظيفي بين الأولياء والمختصين فعالية في إطار التكفل بالطفل التوحيدي.

__ للتكامل الوظيفي بين الأولياء والمختصين لا فعالية في إطار التكفل بالطفل التوحيدي.

- **الدراسة الإستطلاعية:** تعد الدراسة الاستطلاعية ركيزة من ركائز البحث العلمي، وإذا لم يتضمنها البحث فسيعتبر ناقصا من جزء شديد الأهمية، فهي تساعد الباحث على تحديد أبعاد بحثه والهدف المراد الوصول إليه خلال هذه الدراسة، حيث تمكن الباحث من الوصف الشامل لمشكل البحث وخطواته ونتائجه النهائية، وكذلك حتى يطمئن على صلاحية خطته وأدواته وملائمة هذه الأدوات لظروف البحث الأساسي الذي ينوي القيام به، وبهذا السبب قمنا بهذه الخطوات حتى تعطينا صورة أوضح عن الظاهرة التي نحن بصدد دراستها.

وقد مست دراستنا العينة التي تخص الأفراد المعنيين بالأمر والمتمثلين في الأطفال الذين يعانون من التوحد. وقد اعتمدنا في دراستنا الاستطلاعية على معلومات تم الحصول عليها من خلال التطلع وقراءة كتب عديدة حول التوحد، ومن خلال أيام دراسية حول التوحد وتكوين خاص حول برنامج " تيتش " ومن خلال مقابلات أولية حتى نستطيع تحديد العينة وجمع المعلومات التي تهتم المشكل، ثم قمنا بملاحظة الأطفال قيد الدراسة ومن خلال المساهمة والمشاركة والاندماج في المركز. وعليه فإن الدراسة الاستطلاعية قد وجهت بحثنا ومكنتنا من تحديد إشكالية البحث وأبعاده كما قادتنا إلى صياغة الفرضيات بشكل دقيق ومحدد.

1- الدراسة الأساسية :

كانت الدراسة الأساسية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا لبلدية سيدي علي- مستغانم.

تم تأسيسه سنة:1985.

ويتكون المركز من مديرة ومن 03 اخصائيين، 02 مختصين في النفس العيادي ، وعلم النفس التربوي 01 اخصائية ارطفونية ، كما تحتوي الملحقة على مرببين وموظفين القائمين على شؤون الادارة.

- أهداف المركز:

- مد يد العون للمتوحد بدرجة الأولى وتخفيف العبء على الوالدين.

- خدمة الأطفال التوحديين.

- تقديم الرعاية النفسية والاجتماعية للطفل التوحيدي.

- خلق تواصل بين الأولياء والأخصائي النفسي العيادي لمقدرة التكفل بالمتوحد.

- النشاطات الرئيسية للمركز:

- التكفل والتدريب.

- العلاج النفسي : تطوير المهارات وخفض مظاهر السلوكية الغير تكيفية للمتوحد.

- توجيه وإرشاد الأولياء.

2-المنهج المستخدم في البحث:

تتعدد المناهج وتختلف باختلاف موضوع البحث وطبيعة المشكل المراد دراسته، فالمنهج هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهيمن على سائر العقل، وتحديد عملياته حتى يصل إلى النتيجة المعلومة. أحمد بدره، 1986، ص33).

فكل بحث يستوجب على الباحث منهجا معيناً في دراسته، ومن بين المناهج المستعملة في العلوم الإنسانية عموماً وعلم النفس خصوصاً، "المنهج الإكلينيكي". أول من استعمل عبارة "المنهج الإكلينيكي"، العالم النفسي "ويتمر" "Witmer" سنة 1896 على أساس أنه له غايات علاجية، هو منهج يستخدم بهدف تشخيص الحالات المرضية وإيجاد حل لها.

يرى "نوربار سيلامي" "Norbert Sillamy"، أن المنهج الإكلينيكي يعتمد على دراسة الفرد دراسة معمقة لأحاديثه بغرض فهم سلوكياته وانشغالاته، من خلال الملاحظة الدقيقة لكل تصرفاته والكشف عن الصراعات التي تحركها، ومن ثم محاولة حل هذه الصراعات عن طريق العلاج. Norbert Sillamy،

المنهج الإكلينيكي منهج يستخدم في تشخيص وعلاج الدين يعانون من اضطرابات نفسية ومشكلات توافقية، شخصية أو اجتماعية، دراسية أو مهنية، وهو ذلك المنهج الذي يسعى إلى تغيير سلوك الفرد عن طريق تحديد مشاكله ومساعدته على حلها. (مصطفى حسن، 1998، ص141).

إد يتعرض بصورة كاملة للحالة وأعراضها، ويدرسها على حدي، ولا يهدف للوصول لقوانين ومبادئ عامة التي تحكم سلوك الإنسان، بل يستهدف دراسة الفرد، سلوكه والأسباب والعوامل المؤثرة فيه. (عطوف محمد ياسين، 1986، ص339).

لقد اخترنا في هذا البحث، المنهج الإكلينيكي لأن الموضوع عيادي بحث، حيث أنه يتعلق بطريقة علاجية التي تعرف حسب "نوربارسيلامي" "Norbert Sillamy" على أنها: التفاعل بين المعالج والمريض، الذي يعد العامل الأول في تعديل عملية التعلم، فمن خلال الحديث مع المعالج، تظهر خبرات المريض واستجاباته. ودور المعالج ليس فقط التفسير، بل دور دينامي، يستجيب له المريض، ومن هنا جاء الدور، يتسنى المعالج، إبعاد العادات المرضية عن الاستجابات الانفعالية. ويتلقى عادات جديدة صحيحة، وخلق خطة علاجية علمية محكمة، ومهارة تواصل عالية. (عبد المنعم حنفي، 1994، ص688).

ويعرفها "النايلسي" على أنه وسيلة تهدف إلى إقامة اتصال متميز خاصة، اتصال كلامي بين المعالج والشخص المعاني، من اضطرابات تكيفية، مع الواقع، على أن تستند هذه العلاقة وهذا الاتصال إلى نظريات علم النفس، وتحديد السوي والمريض، وتسخر وسيلة العلاج النفسي لهدف علاج اضطرابات، يفترض أنها تعود في منشأها، إلى عوامل نفسية اجتماعية. (محمد أحمد النايلسي، 1991، ص5).

وعليه اخترنا هذا المنهج، لأننا بصدد موضوع سيكولوجي تطبيقي، يهدف إلى علاج الحالة ويعتمد على المنهج الإكلينيكي، بقواعده وأهدافه وتقنياته، واستخدمنا كل من الملاحظة، المقابلة الإكلينيكية.

3- العينة:

1-3 تعريف العينة:

في ذلك الجزء المستخدم والمختار للدراسة، والذي يستعمل من أجل الحكم على الكل فهي جزء من المجتمع كلي أو مجتمع الدراسة، ويتم اللجوء عندما تصعب الدراسة على كل وحدات المجتمع الأصلي فهي تخضع لطبيعة الدراسة (رشيد زوواتي بمناهج و أدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية ، طا دار الهدي ، الجزائر ، 2007، ص340).

2-3 مواصفات العينة:

ثم اختيار أفراد العينة بالمواصفات التالية:

1. أن يكون أفراد العينة أطفالاً توحديين وفقاً لمقياس تشخيص التوحد.
2. أفراد العينة أطفالاً لديهم توحد متوسط د.
3. الأطفال التوحديين هم أطفال ملتحقين بملحقة المركز النفسي البيداغوجي
4. أطفال دائمي الحضور.

4- حدود الدراسة:

- المكانية: تمت إجراءات تطبيق الدراسة الحالية بملحقة المركز النفسي البيداغوجي

الأقسام التحضيرية لأطفال التوحد بسيدي علي - مستغانم.

- الزمانية: تم تطبيق مجريات الدراسة خلال الموسم الجامعي 2019-2020.

- البشرية: اشتملت عينة الدراسة الحالية على 04 حالات ذكور وتراوحت أعمارهم ما بين 05- 08 سنوات متواجدين بملحقة المركز النفسي البيداغوجي لأقسام التحضيرية لأطفال التوحد بسيدي علي- مستغانم.

وتم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية.

5- أدوات الدراسة:

1-5 المقابلة:

تعرف المقابلة على أنها: تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف موجه يحاول به الشخص القائم بالمقابلة أن يستشير معلومات وآراء أو معتقدات شخص آخر أو أشخاص آخرين للحصول على بعض البيانات الموضوعية (رشيد زوواني، 2002، ص148).

تعتبر المقابلة من الأدوات الأساسية لجمع المعلومات، والبيانات لدراسة الفرد، كما أنها من أكثر الوسائل فعالية، وشيوعاً في الحصول على البيانات اللازمة، والضرورية لأي بحث. بمعنى آخر، هي وسيلة من وسائل جمع المعلومات المتعلقة بالبحث، وقد عرفها "أنجلس" "Angels" "أنها محادثة موجهة يقوم بها فرد مع آخر، أو مع أفراد بهدف الحصول على المعلومات لاستخدامها في البحث العلمي، أو الاستعانة بها، في عمليات التوجيه، التشخيص والعلاج". (عمار بوحوش، 1999، ص 75).

وفي هذه الدراسة استخدمنا المقابلة الغير موجهة، والتي يترك الحرية الكاملة للمقابل ليجمع ما يناسبه من البيانات، وفيها يتحدث المفحوص فيما يعني له من الموضوعات.

2-5 الملاحظة :

تعرف (WEICK) الملاحظة العلمية بأنها الاختبار، والاستشارة والتسجيل، وتفسير مجموعة من السلوك و الأوضاع في ظروفها الطبيعية تفسيراً يتسق مع الأهداف العلمية أسعد إسماعيل صيني: قواعد أساسية في البحث العلمي، مؤسسة الرسالة، بيروت، سوريا، 1994، ص303).

فالملاحظة تعتبر إحدى أدوات جمع البيانات، وتستخدم في البحوث الميدانية لجمع البيانات التي يكمن الحصول عليها عن طريق الدراسة النظرية، كما نستخدم في البيانات التي لا يمكن جمعها عن طريق الاستمارة أو المقابلة أو الوثائق والسجلات الإدارية أو الإحصاءات الرسمية والتقارير، وتسجيل ما يلاحظه الباحث من المبحوث سواء كان كلاماً أم سلوكاً. (رشيد زواتي، 202 ص 153).

وفي هذه الدراسة استخدمنا الملاحظة بالمشاركة، أي اشتراك الباحث مع المجموعة المطلوب ملاحظتها فيما يقومون به من أعمال و أنشطة.

الفصل الثاني - عرض وتحليل النتائج ومناقشتها

دراسة حالة: تقديم الحالات:

تقديم حالي المجموعة التجريبية:

الحالة الأولى: 1. تقديم الحالة:

- الاسم: زكرياء. - تاريخ الميلاد: 22 ديسمبر 2012.

مكان الميلاد: سيدي علي.

- السن: 8 سنوات.

الجنس: ذكر.

- اسم الأب: محمد.

على قيد الحياة.

- اسم الأم: خيرة.

على قيد الحياة.

- عدد الإخوة: 1 (الأخ الصغير 5 سنوات).

- الرتبة: الأخيرة.

- المستوى التعليمي للوالدين: مستوى جامعي عالي.

- بيانات عامة عن الحالة:

- الحمل: طبيعي مرغوب فيه، كان الحمل الأول .

- الولادة طبيعية

- الرضاعة طبيعية حتى 4 أشهر.

- لا يوجد صلة دم بين الوالدين.

- تأخر حسي حركي.

- تأخر لغوي.

- السوابق المرضية: حساسية الانف. وارتفاع الحمى في الشهر 12

- بيانات عن الحالة الاجتماعية والاقتصادية للعائلة: مستوى جيد من الناحية المادية

-السوابق العائلية:

• من جهة الأم: خالها وخالتها يعانون من مرض عقلي.

• من جهة الأب: لا يوجد مرض .

- آخر الفحوصات:

.IRM Cérébrale

- فحص مختص نفساني: بالعالم .

- متابعة بجمعية الآمال مستغانم.

التاريخ المرضي للحالة:

بعد عام ونصف إحساس الام بان أبنها غير عادي بالإضافة إلى انتقاد الأهل والجيران له.

الاعراض:

- نظر في الايدي وإلى علب الكهرباء.

- حركة مفرطة،

- الصراخ دون سبب بعد ولادة أخوه الصغير.

- لا يوجد تواصل.

-الاستجابة:

زيارة الأخصائي بعد عامين.

الحالة الثانية تقديم الحالة:

- الاسم:يوسف.

- تاريخ الميلاد:09 سبتمبر 2014.

مكان الميلاد: سيدي علي

- السن: 6 سنوات.
- الجنس: ذكر
- اسم الأب: شريف.
- على قيد الحياة.
- اسم الأم: حليلة.
- على قيد الحياة.
- عدد الإخوة: 1 (، الأخت 2 عامين).
- الرتبة: الأخيرة.
- المستوى التعليمي للوالدين: مستوى متوسط
- بيانات عامة عن الحالة:
- الحمل: طبيعي مرغوب فيه، كان الحمل الاول
- الولادة طبيعية
- الرضاعة طبيعية
- لا يوجد صلة دم بين الوالدين.
- تأخر لغوي.
- السوابق المرضية: لا يوجد
- بيانات عن الحالة الاجتماعية والاقتصادية للعائلة: مستوى متوسط من الناحية المادية
- السوابق العائلية ا. من جهة الأب: لا يوجد مريض.
- آخر الفحوصات:
- .IRM Cérébrale
- تقييم La CARS
- فحص أرتفوني Bilan Orthophonique: تأخر لغوي وغياب التواصل.

تقديم حالتي المجموعة الضابطة:

تقديم الحالة الأولى:

اسم الحالة: نور الدين.

تاريخ الميلاد: 19 جوان 2012

الجنس: ذكر.

مكان الإقامة: بلدية تازقبت- سيدي علي.

المستوى المعيشي: متوسط .

عدد إخوة: 03.

الرتبة : الثالثة.

بيانات عن الأسرة:

مهنة الأب: موظف . مهنة الأم: مأكثة بالبيت.

المستوى التعليمي: الثالثة من التعليم المتوسط.

ظروف الحمل: عدد مرات الحمل: 3 مرات.

بيانات عن الطفل ولادته :

الطفل: مرغوب فيه جدا.

الحمل: طبيعي.

الولادة: طبيعية.

الرضاعة طبيعية دامت عام ونصف.

عوارض أثناء فطامة: كان شديد البكاء.

صعوبات في النمو: الجلوس المشي- الحبو- الوقوف

العمليات الحسية في ما يخص اللغة: ليست لديه اللغة.

الاضطرابات السلوكية العدوانية : لديه سلوك موجه للذات المتمثل عض نفسه.

السوابق العائلية (التاريخ المرضي العائلي): لا يوجد مريض بالتوحد او مرض عقلي.

آخر الفحوصات:

الذهاب للطبيب بعد 4 سنوات.

تقييم من طرف طبيب أطفال.

تشخيص من طرف طبيب نفساني.

متابعة في المركز.

- تقديم الحالة الثانية:

اسم الحالة: عبد الجليل.

تاريخ الميلاد: 22 مارس 2015 .

الجنس: ذكر.

مكان الإقامة: سيدي علي.

المستوى المعيشي: متوسط.

عدد الإخوة: 1 أخت كبيرة.

الرتبة: الثانية .

بيانات عن الأسرة:

مهنة الأب: عامل حر.

المستوى التعليمي للأب: السادسة ابتدائي .

المستوى التعليمي للأم: السنة الأولى ابتدائي.

مهنة: لا تعمل.

ظروف الحمل: عدد مرات الحمل: 2 مرة.

السكن: عائلة كبيرة.

الطفل: مرغوب فيه.

الحمل: طبيعي.

الولادة : طبيعية.

الرضاعة: دامت عامين ونصف طبيعية.

عوارض أثناء الفطام : بعد فطامه كان شديد الغضب المتمثل في رمي ما حوله.

الأحداث الطبية: الامراض: في العمر عام ونصف بلغت الحمى 40 درجة دخلت به أمه المستشفى

الانتباه والتركيز:

- ضعف الإدراك. - لا يعرف التوجه الزماني والمكاني. - الذاكرة ضعيفة.

- المزاج متقلب جدا.

مؤشرات عصابية: شديد الصراخ و ضرب نفسه في جدران .

2-نتائج المقابلات: تناولنا عدة مقابلات مع المختصين ومع الاولياء وكانت بعض المقابلات بحضور الحالة بغية التعرف عليها عن قرب حيث تمحورت أسئلة المقابلات حول محاور البرنامج العلاجي المتداول داخل المركز(برنامج تيتش).و كانت ملخصات المقالات كالآتي:

1-2 ملخص المقابلات للحالة الاولى زكرياء مع الأولياء والمختصين:

نلاحظ من خلال المقابلات مع الاولياء والمختصين أن زكرياء يعاني من اضطرابات في التواصل والعلاقات الاجتماعية، ولديه سمات شاذة واهتمامات محدودة ومتكررة في مجال اللعب خاصة بالنسبة لسنه. لديه القدرة على حفظ مفردات اللغة، قوائم من الكلمات وحوارات لها علاقة باهتماماته (أسماء الفواكه، الأسماك...) والتي لم يستعملها في التواصل والحديث مع الآخرين، يستعمل زكرياء كلمات قليلة متناسبة للتواصل، لديه ميزات لغة شاذة (صعوبة في النطق)، نلاحظ أيضا طقوس ولعب نمطي متكرر. فيما يخص الاستقلالية لم يكتسب زكرياء النظافة التامة، والاستقلالية التامة المناسبة لسنه فيما يخص الأكل وارتداء الملابس. لديه صعوبات كثيرة فيما يتعلق بالعلاقات الاجتماعية حيث أنه يقبل ويتفاعل إلا مع أمه وأخته، ويبدأ بالصراخ مباشرة عندما يأتي شخص آخر للعب معه أو حتى عندما يكون شخص آخر معه أو ينظر إليها.

2-2ملخص المقابلات للحالة الثانية يوسف مع الأولياء والمختصين:

نلاحظ من خلال المقابلات أن يوسف يعاني من اضطرابات في التواصل والعلاقات الاجتماعية، ولديه سمات شاذة واهتمامات محدودة ومتكررة في مجال اللعب خاصة بالنسبة لسنه، وليس لديه القدرة للتواصل مع الآخرين حيث أنه لا يهتم بأي شيء ولا يهتم بأحد بالرغم من أنه لا يخاف من الآخر، وعندما يريد شيء

لا يطلبه من الآخر، وهو لا ينظر إلى الآخر. فيما يخص الاستقلالية لم يكتسب أمين النظافة التامة، والاستقلالية التامة المناسبة لسنه، فيما يخص الأكل وارتداء الملابس. لديه صعوبات كثيرة فيما يتعلق بالعلاقات الاجتماعية حيث أنه لا يتفاعل مع أحد، ولا يبدي اهتمام بأي أحد.

2-3 ملخص المقابلات الحالة الثالثة نور الدين مع الأولياء والمختصين:

نلاحظ من خلال المقابلات مع الأولياء والمختصين أن نور الدين يعاني من اضطرابات في التواصل والعلاقات الاجتماعية. يستعمل نور الدين كلمات قليلة متناسبة للتواصل، لديه ميزات لغة شاذة (صعوبة في النطق)، نلاحظ أيضا طقوس ولعب نمطي متكرر ويحب تدوير الأشياء، فيما يخص الاستقلالية يستعمل نور الدين المرحاض بنفسه، فيما يخص الأكل وارتداء الملابس. لديه صعوبات كثيرة فيما يتعلق بالعلاقات الاجتماعية فقط يحب الدغدغة واللعب مع امه، ويبدأ بالصراخ مباشرة عندما يأتي شخص آخر للعب معه أو حتى عندما يكون شخص آخر معه أو ينظر إليها.

2-4 ملخص المقابلات الحالة الرابعة عبد الجليل مع الأولياء والمختصين:

نلاحظ من خلال المقابلات أن عبد الجليل يعاني من اضطرابات في التواصل والعلاقات الاجتماعية، ولديه سمات شاذة واهتمامات محدودة ومتكررة في مجال اللعب خاصة بالنسبة لسنه، وليس لديه القدرة للتواصل مع الآخرين حيث أنه لا يهتم بأي شيء ولا يهتم بأحد بالرغم من أنه لا يخاف من الآخر، بالنسبة للغة لا يتكلم ولا يستعمل مفردات وعندما يريد شيء لا يطلبه من الآخر، يبكي كثيرا عند طلب شيء. يقوم بعض جسده اثناء الغضب فيما يخص الاستقلالية لم يكتسب أمين النظافة التامة، والاستقلالية التامة المناسبة لسنه، فيما يخص الأكل وارتداء الملابس. فيما يتعلق بالعلاقات الاجتماعية ليس لديه صعوبة يتفاعل مع أحد، ودائما مبتسم.

3- تقديم العلاج: قبل البدء في تقديم العلاج قمنا بإعادة قياس قبلي لأفراد العينة لمعرفة دقيقة لشدة التوحد باستعمال مقياس التوحد C.A.R.S وكانت النتائج كالآتي:

المجموعة	الاسم	النسبة
المجموعة التجريبية	زكرياء	37
	يوسف	35,5
المجموعة الضابطة	نور الدين	38
	عبد الجليل	36

نسبة التوحد لأفراد العينة كانت متوسطة.

بعد القيام بالتقييم وبعد اختيار الأهداف التي تتمثل في تحسين نوعية التواصل والإستقلالية، واللغة والتركيز على فعالية التكامل الوظيفي بين المختصين والأولياء في التكفل بالطفل التوحدي بدأنا العلاج، حيث قمنا بمساعدة الأولياء على تطبيق نفس البرنامج الاسبوعي والشهري الذي يخضع له الطفل داخل المركز والذي يتمثل في البرنامج العلاجي **تيتش** وشرح لهم كيفية تطبيق نشاطات البرنامج المبينة كالاتي:

- 1- **التقليد:** الضرب، الصوت، مس أعضاء الجسم، ضرب الأيدي، حركة الذراعين.
 - 2- **الحواس:** البحث عن شيء سقط، المتابعة بالعين، الاستجابة لأصوات مألوفة.
 - 3- **الحركة العامة:** ضرب الايدي، القبض، المسك، مسار حواجز، التقاط لعب.
 - 4- **الحركة الدقيقة:** مسك ملعقة، مسك الاجسام، فتح الاواني، نزع الجوارب، طي الورق.
 - 5- **التنسيق بين العين واليد:** تكديس المكعبات، ماسكات الملابس.
 - 6- **الإدراك المعرفي:** معرفة اسمه، الغشارة إلى اشياء محبوبة، استجابة النداء، الأمر اللفظي، صورته في المرآة، لعبة التوقف والانطلاق.
 - 7- **الكفاءة اللغوية:** بداية النطق، صوت الحروف، التآلف بين الأصوات، صباح الخير إلى اللقاء، ترديد اسمه.
 - 8- **الاستقلالية:** شرب في الكوب، الأكل بالملعقة، شرب في إناء، التمييز بين ماهو صالح وغير صالح، ارتداء ملابس.
 - 9- **التآلف الإجتماعي:** مداعبة، دغدغة، التقبيل، مساعدة الاخرين، لعبة الاختباء.
 - 10- **السلوكيات:** إذاء النفس، العنف، سلوك التمييز. التكرار.
- كل محور يحتوي على نشاطات تعليمية مرتبة من السهل إلى الصعب.
- يقوم المختص بتقديم النشاطات مع الطفل التوحدي من السهل إلى الصعب بتحديد مدة زمنية معينة إذا تجاوز الطفل النشاط الأول ينتقل الى النشاط الذي بعده وإذا لم يتجاوز النشاط يبقى يعيده إلى أن يتجاوزه. بحيث تكون المراجعة باستمرار.

يقوم الاولياء بتكملة العمل الذي قام به المختص في المركز عن طريق تطبيق نفس النشاط حتى تكون عملية التكفل ناجحة .

- نموذج عن النشاطات وكيفية تطبيقه في المركز وفي المنزل:

في محور الحركة الدقيقة : نبدأ بنشاط أول يسمى مسك الملاعة.

الهدف: تحسين القدرة على مسك جسم معين والاستقلالية في الاكل.

الغرض: أخذ ملاعة باليد ومسكها دون مساعدة.

الإجراء: مسكي الملاعة ولوحي بها في المجال البصري لذكرياء وشدي انتباهه ، عندما يلاحظ الملاعة قولي له "ملاعة" وخذي يدها ولفي أصابعه على الملاعة بطريقة وكأنه يشد مقبض الباب ويكون ظهر اليد نحو الأعلى. استعمل يدك لإغلاق قبضته وامنعيه من ترك الملاعة تسقط ،وساعديه في مسك الملاعة لبضع ثواني مع التكلم معه بهدوء لتشجيعه.قبل نهاية التمرين زيدي تدريجيا في مدة إمساك الملاعة ، وعندما تحسين بانه يمسك الملاعة خفزي من ضغط يدك على يده، وفي الأخير إسحبي يدك كليا وانضري هل يستمر في إمساك الملاعة لعدة ثواني.

يقوم الأولياء بإعادة نفس الإجراء في المنزل حتى نصل إلى الهدف بسرعة. فمثلا عندما يعلم المختص الطفل الأكل لوحده فلا يجب على الاولياء اطعامه في المنزل بأنفسهم،

قمنا بمتابعة تدريبات أطفال المجموعتين عن قرب وملاحظة تطبيقاتهم للنشاطات وملاحظة سرعة التجاوب والتقدم لدى كل طفل من المجموعتين لمدة ثلاثة أشهر من 1 جانفي 2020 إلى 15 مارس 2020 وبعدها تم غلق المركز بسبب الفيروس العالمي كوفيد 19.

4- نتائج العلاج:

بعد مرور شهرين من العلاج والمتابعة لأفراد العينة لا حضنا تقدم ملحوظاً لاطفال المجموعة التجريبية لصالح المجموعة الضابطة في تطبيق النشاطات البرنامج والانتقال من النشاطات السهلة إلي النشاطات الصعبة.

كما لا حضنا أنه هناك تراجع عند اطفال المجموعة التجريبية في الاداء بعد الغياب أو الذهاب في العطل الاسبوعية حيث صرح المختصين بانهم مضطرين إلى الإعادة من الصفر مع الاطفال بعد الغياب او الذهاب في عطلة.

كما لمسنا اهتمام من طرف أولياء المجموعة التجريبية والرغبة في علاج ابنهم وخاصة بعد فهمهم لكيفية التكفل بابنهم عن طريق تطبيق البرنامج العلاجي. وترحيبهم بفكرة الانسجام والتكامل بينهم وبين المختصين. حيث صرحوا بأنه كان لديهم رغبة في المساعدة وتطبيق البرامج ولكن لم يكن لديهم معرفة كافية في القيام بذلك.

5-التفسير النتائج على ضوء الفرضيات:

من خلال نتائج دراسة الحالات تمكنا من الإجابة عن التساؤلات المطروحة في بداية البحث، معتمدين على النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق البرنامج في المركز وتكاملته في المنزل مع المجموعة التجريبية، فقد تبين لنا ان مساهمة الاولياء في تكملة عمل المختصين في المنزل مع أطفالهم أحرز تطور كبير في مجالات التواصل والتفاعل الاجتماعي والاستقلالية والإدراك المعرفي لديهم، وتحسن قليل في مجال الكفاءة اللغوية والسلوكيات النمطية. وهذا يعود إلى الوقت الذي لم يكن كافيا بسبب غلق المركز جراء فيروس كورونا.

وجدير بالذكر أن مظاهر هذا التحسن تختلف بين حالات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية وذلك بسبب التراجع في المستوى الأدائي بعد الغياب وكذلك غياب دور الاولياء حيث أن كل من المحاور تحققت بنسبة كبيرة عند اطفال المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. واخيرا ناكذ ان الفرضية الاولى الخاصة بالدور الفعال للتكامل الوظيفي بين المختصين والاولياء في القيام بعملية التكفل تجاه اطفال التوحد تحققت.

6-الخاتمة العامة:

وأخيرا بعدما تطرقنا إلى دراسة فعالية التكامل الوظيفي بين الأولياء والمختصين في إطار عملية التكفل بالطفل التوحد من خلال دراسة أربع حالات ، توصلنا إلى أن هذا التكامل قد حسن من العلاقات الاجتماعية، التواصل والإستقلالية ويبقى أن نقول إن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى الإهتمام والرعاية من طرف أسرهم ومن طرف الدولة والأخصائيين، لذلك لا بد من مساعدتهم والمساهمة في التكفل الجيد بهم والوصول إلى تطوير قدراتهم ودمجهم في المجتمع من خلال التعاون بين كافة الجهات. وأثناء قيامنا بهذه الدراسة لم نجد صعوبات فقط الوقت لم يكن كافيا لإتمام دراستنا بشكل جيد بسبب غلق المركز النفسي البيداغوجي جراء تفشي فيروس كورونا المستجد " كوفيد 19"

7- اقتراحات الدراسة:

- على ضوء ما توصلت إليه من نتائج الدراسة الحالية وعلى غرار الملاحظات المسجلة في المركز، ارتأيت أن أقدم بعض الاقتراحات والتوصيات التالية:
- نوصي بضرورة الاتصال الدائم بين المختصين والاولياء .
- مشاركة الاولياء في حصص علاجية للأطفال.
- ضرورة توعية الاولياء بالبرنامج التربوي المستعمل وإقامة جلسات معهم بهدف شرح كيفية تطبيق نشاطاته.
- توحيد عملية التكفل بالطفل التوحدي بين الاولياء والمختصين عن طريق تبادل المعلومات والآراء.
- ضرورة التكامل الوظيفي بين المختصين والاولياء في إطار عملية التكفل.
- ضرورة المتابعة المنزلية من طرف المختصين.
- إلزامية الأولياء بتطبيق تعليمات المختصين.
- ضرورة القيام ببحوث علمية مؤطرة حول اضطراب التوحد لمعرفة هذا الاضطراب أكثر وإيجاد حلول
- التحسس و نشر الوعي العلمي باضطراب التوحد الأسر والمجتمع
- فتح مراكز ومؤسسات متخصصة للأطفال التوحديين مع ضرورة التخطيط لهذه المراكز، ولتخفيف العبء على الوالدين.
- تدريب أطر متخصصة في مجال التوحد من الأخصائيين مربيين، ارطفونيين، مختص في علم النفس الحركي، الأطباء الأعصاب، أخصائي في التخاطب.
- من الضروري أن تكون هناك لجنة متكاملة الاختصاصات التشخيص الطفل المصاب بالتوحد.

8-المراجع:

1. احمد بدره، 1986، أصول البحث العلمي ومناهجه، وكالة المطبوعات، د ط الكويت.
2. احمد نيل الغرير، بلال احمد عودة، 2009، سيكولوجية أطفال التوحد، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
3. أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، 2011، التوحد الأسباب التشخيص العلاج، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطبع، ط1، عمان.
4. دعد الشيخ، رياض العاسمي، 2005، مشكلات الأطفال والمراهقين، منشورات جامعة دمشق، دط، دمشق.
5. وجيه محجوب، 2005، أصول البحث العلمي ومناهجه، دار المناهج للنشر والتوزيع، ط2، عمان، الأردن.
6. وليد محمد علي، 2002، التوحد المفهوم وطرق العلاج، المكتبة الإلكترونية، الكويت.
7. طارق عامر، 2008، الطفل التوحدي، دار اليازوري، د ط، عمان.
8. لورنا وينج، 1994، الأطفال التوحديين مرشد الآباء، الجمعية الكويتية لرعاية المعاقين، الكويت.
9. محمد احمد النابلسي، 1991، مبادئ العلاج النفسي ومدارسه، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
10. محمد علي كامل، 2005، التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد، د ط، مكتبة ابن سينا، القاهرة.
11. محمد صالح الإمام، فؤاد عبد الجوالده، 2010، التوحد ونظرية العقل، ط1، عمان.
12. نادية إبراهيم أبو السعود، 2000، الطفل التوحدي، المكتب العلمي، القاهرة.
13. سوسن شاكر الحلبي، 2005، الطفل التوحدي أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه، مؤسسة علاء الدين، ط1، دمشق، سوريا.
14. عادل عبد الله محمد، 2000، مقياس الطفل التوحدي، مكتبة الأنجلو المصرية،

القاهرة.

15. عطوف محمد ياسين، 1986، علم النفس العيادي الإكلينيكي، ط 2، دار اللم للملايين، بيروت.

16. عمار بوحوش، 1999، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

17. فهد بن المغلوث، 2006، التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه، ط 1، مكتبة الملك، الرياض.

18. صالح حسين قاسم، 2008، الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية، دار دجلة، ط 1، عمان الأردن.

المراجع باللغة الاجنبية:

19. Bernadette Rogé, 2003, Autisme comprendre et agir, DUNOD, Paris.

101

20. Bruner, J.S, 1977, Early social interaction and language Acquisition, édition H.R Schaffer, New York.

21. Organisation mondiale de la santé, 2000, CIM 10/ ICD 10 Classification internationale des troubles mentaux du Comportement, MASSON, Paris.

22. Sally J. Rogers, Geraldine Dawson, 2013, L'intervention Précoce en autisme Le modèle de Denver pour jeunes Enfants, DUNOD, Paris.

23. Stephen M. Shore, Linda G. Rastelli, 2015, Comprendre

24. Theo Peeters, 2008, L'autisme de la compréhension a L'intervention, DUNOD, Paris.

الرسائل الجامعية:

25. إبراهيم عبد الله العثمان، 2000، استراتيجيات التربية الخاصة والخدمات المساندة

الموجهة للتلاميذ ذوي التوحد، قسم التربية، جامعة الملك السعود، المملكة العربية السعودية.

26. دحمان هجيرة، 2013، الذاكرة العاملة لدى الطفل التوحد، مذكرة ليسانس، قسم الأطفونيا، جامعة مستغانم.

27. لمياء عبد الحميد بيومي، 2008، فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه قسم علم النفس التربوي، جامعة قناة السويس.

القواميس

باللغة العربية:

28. الشخص عبد الغفار، عبد العزيز عبد السلام، 1995، قاموس التربية الخاصة، دار القلم، الكويت.

29. عبد المنعم الحنفي، 1994، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، مكتبة مدبولي.
المواقع الإلكترونية:

30. www.dupuiselise.canalblog.com

31. www.gulfkids.com

32. www.news-medical.net

33. www.msmanuals.COM

ملخص الدراسة:

تطرقنا في بحثنا الى دراسة فعالية التكامل الوظيفي بين المختصين والأولياء في إطار عملية التكفل بالطفل التوحدي.

وقد مست دراستنا العينة التي تخص الأفراد المعنيين بالأمر والمتمثلين في الأطفال الذين يعانون من التوحد، ومن خلال أيام دراسية حول التوحد وتكوين خاص حول برنامج " تيتش " ومن خلال مقابلات أولية حتى نستطيع تحديد العينة وجمع المعلومات التي تهتم المشكل، ثم قمنا بملاحظة الأطفال قيد الدراسة ومن خلال المساهمة والمشاركة والاندماج في المركز. وعليه فإن الدراسة الاستطلاعية قد وجهت بحثنا ومكنتنا من تحديد إشكالية البحث وأبعاده كما قادتنا إلى صياغة الفرضيات بشكل دقيق ومحدد.

لقد اخترنا في هذا البحث، المنهج الإكلينيكي لأن الموضوع عيادي بحث، حيث أنه يتعلق بطريقة علاجية التي تعرف حسب "نوربارسيلامي" "Norbert Sillamy" على أنها: التفاعل بين المعالج والمريض، الذي يعد العامل الأول في تعديل عملية التعلم، فمن خلال الحديث مع المعالج، تظهر خبرات المريض واستجاباته. ودور المعالج ليس فقط التفسير، بل دور دينامي، يستجيب له المريض، ومن هنا جاء الدور، يتسنى المعالج، إبعاد العادات المرضية عن الاستجابات الانفعالية. ويتلقى عادات جديدة صحيحة، وخلق خطة علاجية علمية محكمة، ومهارة تواصل عالية.

الكلمات المفتاحية: التوحد، التكامل الوظيفي، التكفل النفسي، المنهج الإكلينيكي.

Summary of the study:

In our research, we addressed the study of the effectiveness of functional integration between .specialists and parents in the process of caring for a child with autism

Our study involved the sample of concerned individuals represented by children with autism. Through study days on autism and special training on the "Teach" program, as well as initial interviews to identify the sample and gather information relevant to the problem, we then observed the children studied. And thanks to the participation, involvement and integration in the center. Thus, the exploratory study guided our research and allowed us to define the research problem and its dimensions, and also led us to formulate the hypotheses in a precise .and specific manner

We chose the clinical approach in this research because the subject is a clinical research, as it relates to a therapeutic method, which is known according to "Norbert Sillamy" as : The interaction between the therapist and the patient, which is the first factor in modifying the learning process, by talking with the therapist, shows the experiences and responses of the patient. And the role of the therapist is not only interpretation, but rather a dynamic role, to which the patient responds, hence the role, so that the therapist can eliminate pathological habits from the emotional responses. He receives new and correct habits, creates a scientific .treatment plan and has great communication skills

Key words: Autism, functional integration, psychological support, clinical approach.