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

دور المرافقة الوالدية في فعالية البرنامج العلاجي ABA

دراسة ميدانية عيادية لحالتين بالمركز الخاص بأطفال التوحد والاضطرابات النفسية "مستغانم"

مقدمة من طرف

الطالبة: منصوري كوثر

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د. بلعباس نادية	أستاذ محاضر (أ)	رئيسا
د.أمينة صافة	أستاذ محاضر (أ)	مشرفا ومقررا
د.بوريشة جميلة	أستاذ محاضر (أ)	ممتحنا

السنة الجامعية 2022/ 2023

تاريخ الإيداع: 10 JUIL 2023

إمضاء المشرف بعد الاطلاع على التصحيحات

شكر وعرفان

الحمد والشكر لله على نعمه التي لا تحصى.

أتقدم بجزيل الشكر إلى مشرفتي الأستاذة **أمينة صافة** التي لم تبخل علي بإرشاداتها وتوجيهاتها وقدمت لي كل ما تملك من علم ووقت لمساعدتي.

كما أتقدم بالشكر إلى السيد **بلعالم فتحي** مدير المركز الخاص بالعلاجات النفسية لإضطرابات التوحد على مساعدته وتقديمه لي كل التسهيلات لإنجاز هذا البحث.

و أقدم شكري الخاص إلى اللجنة المناقشة لهذا البحث، لهم مني فائق التقدير والإحترام.

وأتقدم بالشكر إلى كل من مد لي يد العون من قريب أو من بعيد، في إنجاز هذا البحث.

الإهداء

إلى صاحب السيرة العطرة والفكر المنير ومن له الفضل الأول في بلوغي التعليم العالي أبي الغالي.

إلى مدرستي الأولى في الحياة ومن رافقتني طيلة مشواري الدراسي أمي الحبيبة.

إلى إخوتي وصديقاتي.

إلى جميع أساتذتي الكرام، وكل من وقف بجانبي وساندني أهدي لكم هذا البحث.

الفهرس

الموضوعات	الصفحة
شكر وعرفان	أ
إهداء	ب
الفهرس	ج
ملخص البحث باللغة العربية	و
ملخص البحث باللغة الإنجليزية	ز
مقدمة	01
الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة	
1- الإشكالية	05
2- الفرضية الرئيسية	07
3- الفرضيات الفرعية	07
4- أسباب إختيار الموضوع	07
5- أهمية البحث	07
6- أهداف البحث	08
7- تحديد المفاهيم الإجرائية	08
الجانب النظري	
الفصل الثاني: التوحد	
تمهيد	11
1- لمحة تاريخية عن التوحد	11
2- مفهوم التوحد	12
3- أسباب التوحد	13
3-1- العوامل الجينية والكروموسومية	14
3-2- العوامل المناعية	15
3-3- العوامل العصبية	15
3-4- عوامل كيميائية حيوية	15
4- خصائص التوحد	16
5- تشخيص التوحد	19
6 - الإضطرابات المصاحبة للتوحد	23
7- أنواع التوحد	24

8- النظريات المفسرة للتوحد	26
8-1- النظرية السيكوديناميةة	26
8-2- نظرية العقل	26
8-3- النظرية العصبية البيولوجية	26
خلاصة	27
الفصل الثالث: برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA	
تمهيد	29
البرامج التربوية العلاجية للأطفال المصابين بالتوحد	29
1-برنامج تيتش(TEACCH)	29
2- برنامج ليب(LEAP)	29
3- **برنامج تحليل السلوك التطبيقي(ABA)**	30
3-1- تعريف تحليل السلوك التطبيقي	30
3-2- تعريف لوفاس مؤسس برنامج تحليل السلوك التطبيقي	31
3-3- تعريف برنامج تحليل السلوك التطبيقي للوفاس	33
3-4- الإستراتيجيات التعليمية التي تتمحور حول برنامج التحليل السلوكي التطبيقي	34
3-5- المبادئ الأساسية لإجراء تحليل السلوك التطبيقي	35
3-6- الركائز الأساسية التي يقوم عليها برنامج تحليل السلوك التطبيقي	35
3-7- برامج ABA للتدخل العلاجي لتقليل السلوكيات الغير مرغوبة	37
3-7-1- أسلوب الإطفاء	37
3-7-2- أسلوب العقاب	38
3-7-3- أسلوب التصحيح الزائد	38
3-8- منهاج برنامج تحليل السلوك التطبيقي	38
3-9- مراحل برنامج تحليل السلوك التطبيقي	40
3-10-أهداف برنامج تحليل السلوك التطبيقي	40
خلاصة	41
الفصل الرابع: المرافقة الوالدية	
تمهيد	43
1- مفهوم الأسرة	43

2- مفهوم المرافقة الوالدية	43
3- أشكال المرافقة الوالدية	45
4- فوائد المرافقة الوالدية	45
5- أهمية المـ افقة الوالدية	47
6- دور ووظائف المرافقة الوالدية	48
7- مرافقة الوالدية وا إشكالية الشراكة العلاجية	49
خلاصة	49
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية	
تمهيد	51
1- الدراسة الإستطلاعية	51
2- منهجية البحث	52
3-الدراسة الأساسية	53
3-1- حدود البحث	53
4- حالات البحث	53
5-أدوات البحث	54
خلاصة	56
الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج	
1- عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى	58
2- عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية	66
3- الإستنتاج العام	72
4 - مناقشة الفرضيات على ضوء تائج البحث و الدراسات السابقة	73
خاتمة	76
قائمة المصادر والمراجع	78
الملاحق	82

ملخص البحث:

هدف هذا البحث إلى معرفة دور وأهمية المرافقة الوالدية على فعالية البرنامج العلاجي ABA للطفل المصاب بالتوحد، وعليه كانت أسئلة البحث كالآتي:

-هل للمرافقة الوالدية للطفل التوحدي دور في إنجاح البرنامج العلاجي ABA؟، هل تساهم المرافقة الوالدية في تنمية المهارات الإجتماعية للطفل التوحدي؟، هل تساهم المرافقة الوالدية في تنمية مهاراة الإستقلالية للطفل التوحدي؟

وللوصول إلى أهداف البحث والتحقق من نتائجه، تم إستخدام المنهج العيادي، وطبق البحث على حالتين في المركز الخاص بأطفال التوحد والإضطرابات النفسية، بإستعمال المقابلة العيادية النصف موجهة مع والدي الحالتين ومع الأخصائية النفسانية المسؤولة عن الحالتين، وبرنامج تحليل السلوك التطبيقيABA مع الحالات، والملاحظة العيادية

وقد توصلت نتائج البحث إلى ما يلي:

أن للمرافقة الوالدية دور مهم في إنجاح البرنامج العلاجي ABA، أن للمرافقة الوالدية تساهم في تنمية المهارات الإجتماعية للطفل المتوحد، أن للمرافقة الوالدية تساهم في تنمية مهارات الإستقلالية للطفل المتوحد.

الكلمات المفتاحية:

التوحد- الطفل المتوحد- برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA - المرافقة الوالدية.

The study resume in English:

This study aimed at getting to know the role of parental accompaniment on the effectiveness of the treatment programme ABA, Therefore, the research questions were as follows:

Does the parental accompaniment of the autistic child have a role in the success of the ABA therapeutic program?, Does the parental accompaniment contribute to the development of the social skills of the autistic child?, Does the parental accompaniment contribute to the development of the independence skills of the autistic child?

In order to reach the objectives of the research and verify its results, the clinical approach was used. The research was applied to two cases in the Center for Children with Autism and Psychological Disorders, using the semi-directed clinical interview with the parents of the two cases and with the psychologist responsible for the two cases, and the Applied Behavior Analysis ABA program with the cases, and clinical observation.

The research results revealed the following:

That the parental accompaniment has an important role in the success of the ABA therapeutic program, that the parental accompaniment contributes to the development of the social skills of the autistic child, that the parental accompaniment contributes to the development of the independence skills of the autistic child.

Key words:

Autism -Autistic child- Applied Behavior Analysis ABA Program - parental accompaniment.

مقدمة

يعد إضطراب التوحد من أكثر الإضطرابات صعوبة والتي بدأ الإهتمام به يتزايد في الآونة الأخيرة وذلك لما يتصف به من أعراض حادة، حيث يتميز بضعف حاد في التواصل والمهارات الإجتماعية السلوكية ويظهر عادة قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل.

كما يعتبر من أكثر الإضطرابات النمائية غموضا حيث لم تتوصل البحوث التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد.

ويكون نتيجة إضطرابات عصبية تؤثر سلبا على عمل الدماغ، و يمثل ضعف شديد في إقامة أي نوع من العلاقات مع الآخرين في المجتمع وحتى مع الوالدين أو المقربين له وفشل في تطوير اللغة بشكل طبيعي ويصل إلى حالة الإنسحاب والإنعزال والنمو الغير سوي، والسلوكات النمطية.

كما يمكن تعريف الأطفال الذين يعانون من إضطراب التوحد على انهم ينقصهم التواصل الإنفعالي، بالإضافة إلى نقص التواصل اللغوي، وكذلك النمطية، كما يمثل التفاعل الإجتماعي للأطفال التوحديين مع المحيطين بهم مشكلة كبيرة متعددة الجوانب يمكن التغلب عليها إلى حد ما عن طريق تنمية المهارات الإجتماعية لهؤلاء الأطفال، حيث أن التدخل السلوكي المبكر من شأنه أن يؤثر إيجابيا على سلوكهم الإجتماعي الأمر الذي قد يساهم في مساعدتهم على الإندماج في المجتمع.

وقد تم إنشاء مؤسسات ومراكز خاصة تقوم بتطبيق برامج علاجية من أجل التخفيف من أعراض التوحد وتنمية بعض المهارات للطفل التوحدي ومن بين هذه البرامج برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA الذي يهدف إلى زيادة السلوك المرغوب فيه وتقليل السلوك الغير مرغوب فيه، وبناء المهارات المطلوبة ونحت السلوكيات المرغوبة والمقبولة اجتماعيا، ليستطيع الطفل المصاب بالتوحد من مواصلة متطلبات الحياة.

ومن شروط تطبيق هذا البرنامج أن يساهم ويشارك والدي الطفل المتوحد في تطبيقه من أجل مساعدة طفلهما على تنمية مهارات سلوكية عديدة في جوانب مختلفة، حيث أردت من هذا العمل أن أبين دور المرافقة الوالدية في إنجاح البرنامج العلاجي ABA.

إحتو ى هذا البحث على ستة فصول مقسمة إلى جانبين الجانب النظريو الجانب التطبيقي.

الجانب النظري يشمل أربعة فصول، يتضمن الفصل الأول الإطار العام للبحث المتمثل في الإشكالية، وفيه تصاغ الفرضية، وتحديد وتعريف المفاهيم المستعملة في البحث، دوافع إختيار الموضوع، و أهمية وأهداف البحث، وقد خصص الفصل الثاني لإضطراب التوحد حيث قمت من خلاله بعرض العناصر الأساسية التي تخدم البحث بدأ باللمحة التاريخية ثم مفهوم التوحد، نسبة إنتشاره ،أسبابه،

أعراضـه، وأهم النظريـات المفسرة لـه، أمـا الفصـل الثالـث فقد تـم مـن خـلالـه عـرض أهـم البـرامج التربويـة العلاجية للأطفال المصابين بالتوحد ثم التطرق إلى برنامج تحليل السلوك التطبيقيوا إلى برنامج لوفاس ولإلى أهم ركائزه ومبادئه وأهدافه، وقد خصص الفصل الرابع للمرافقة الوالدية، حيث تطرقت إلى مفهوم المرافقة الوالدية، فوائدها، أهميتها، وأهم وظائفها.

أمـا الجانـب التطبيقـي يتضـمن فصـلان، الفصـل الخـامس الجانـب المنهجـي، وفيـه تـم تقـديم المـنهج المستعمل فـي البحـث، مكـان إجراء البحـث، مجموعـة البحـث، أدوات البحـث والتـي مـن خلالهـا يـتم تقييم وتحليل النتائج للتحقق من الفرضية، والفصل السادس الذي ويتضمن عرض النتائج المتحصل عليها من ميدان البحث، وفيه يتم مناقشة الفرضية من خلال النتائج المتحصل عليها، كما تم في هذا الفصل عرض الحالات التي طبق عليها برنامج ABA والمقارنة بين الحالات من ناحية مشاركة الوالدين في البرنامج العلاجي.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- الإشكالية.

- الفرضية الرئيسية.

- الفرضيات الفرعية.

- أسباب إختيار الموضوع.

- أهمية البحث.

- أهداف البحث.

- تحديد المفاهيم الإجرائية.

1- الإشكالية:

مما لاحظه السيكولوجيون أنه في الاونة الأخيرة زادت نسبة الأطفال الغير أسوياء، وكثرت الإضطرابات بأعراضها المختلفة، ومن بين هذه الإضطرابات التوحد، والذي يعتبر من أكثر الإعاقات النمائية صعوبة للطفل وأكثرها غموضا حيث أن الباحثين والمفسرين لم يجدوا له سببا واضحا، وهو من الإضطرابات التي تصيب الأطفال في سن مبكرة وتؤثر على مهاراتهم الإجتماعية.

يعتبر التوحد من الإضطرابات الذهانية التي تحدث في مرحلة الطفولة ويمكن تسميته بالذهان الذاتوي Autistic psychosis (شعلان،1979، 116).

ويوضحه محمود حمودة (1993) بأنه إضطراب ذاتوي يتميز بسلوكيات شادة تشمل ثلاث نواحي أساسية من النمو والسلوك، وهي خلل في التفاعل الإجتماعي، وخلل في التواصل والنشاط التخيلي، وقلة ملحوظة للإهتمامات والنشاطات.

وتعد المهارات الإجتماعية واحدة من أكثر الخصائص المتأثرة سلبا بإضطراب التوحد، حيث أن الأطفال التوحديين يظهرون صعوبات كبيرة في التفاعل الإجتماعي، فهو من الإضطرابات التي تتضمن الكثير من الإختلالات على مستوى المهارات الضرورية لتطوير التفاعلات الإجتماعية، وتتضاعف بعدم وجود رعاية ملائمة ومرافقة متكيفة، وبناءا على ذلك فإن الطفل التوحدي يحتاج اهتماما ورعاية من أسرته خاصة من الوالدين والتي تعتبر عنصرا أساسيا في تكوين شخصية الطفل، لاسيما من جانب تنمية المهارات الإجتماعية والسلوكية، ويذهب محمد كامل(1998) إلى أن تدريب الأطفال التوحديين على المهارات الإجتماعية من شأنه أن يزيد من وعيهم الإجتماعي وخبراتهم الإجتماعية ويزيد بالتالي من تفاعلهم الإجتماعي.

ولتدريب الأطفال على تعلم المهارات الاجتماعية كان لزاما أن تتوفر مجموعة من البرامج العلاجية التي تساهم في التخفيف من حدة الإضطراب، ومن أهم هذه البرامج العلاجية علاج تحليل السلوك التطبيقي (Applied behavior analysis) للوفاس Lovaas (1987) ، والذي يعتمد على إستخدام الإستجابة الشرطية بشكل مكثف، حيث يجب أن لا تقل مدة العلاج السلوكي عن 40 ساعة في الأسبوع ولمدة غير محددة (رياض، 2008، 74).

إن علاجتحليل السلوك التطبيقي هو طريقة مبنية على التحليل السلوكي لعادات الطفل وا إستجابة للمثيرات ومعتمدة على النظرية الإشراطية من خلال التعزيز ومحاولة ضبط المثيرات المرتبطة بأفعال

محددة للطفل والمكافأة المنتظمة لسلوكياته المرغوبة، ويمكن دمج الطفل التوحدي في المدرسة إذا طبق هذا المنهج بشكل منتظم ومكثف (Alberto&Troutman,2003).

وحتى يكون البرنامج العلاجي فعالا وناجحا لابد من مساهمة الأسرة في تطبيقه ومساعدة الأخصائي النفسي، وهو ما أشارا إليه جمال الخطيب ومنى الحديدي(1998، 352) من أن مشاركة الأولياء في البرامج التربوية العلاجية المقدمة لطفلهم تجعلهم أكثر تفهما لإحتياجات الطفل التوحدي كما تزودهم بالمعلومات الضرورية حول مصادر الدعم، وكذلك إزدياد إحتمالات تعميم الإستجابات التي يتعلمها وكذلك فإن الخدمات المقدمة للطفل تصبح أكثر شمولية وأكثر قدرة على تلبية إحتياجاته.

إن مشاركة الآباء في برامج تدريب أطفالهم التوحديين تساعدهم على إكتساب خبرات وأفكار جديدة تسهم في تقليل آثار التجارب السابقة المؤلمة، وتحسين حياة الأسرة بصفة عامة (Cohen,Donnellang,1985, 519) ؛ كما أن اكتساب واستخدام المهارات السلوكية الجديدة بشكل ناجح يفيد الآباء على إستعادة الثقة بالنفس وتقدير الذات وتوجيه حياتهم وحياة أطفالهم، ما يترتب عليه انخفاض القلق والتوتر عند الآباء (Cohen,Donnellang,1985, 519).

بالإضافة إلى ذلك فإن مشاركة الوالدين توفر بعض الوقت للأخصائيين مما يوفر لهم فرصا ثمينة لتدريب الأطفال على المهارات ذات الأولولية كالمهارات الإجتماعية، مهارات التواصل ومهارات الإستقلالية، وتحسن امكانيات تعديل سلوك الطفل لأن الأخصائيين والأولياء يصبحون أكثر ثباتا في التعامل مع الطفل في المركز العلاجي والمنزل(جمال الخطيب، منى الحديدي،1998، 353).

كما أن مشاركة الأسرة تساهم في أن ينمو الطفل أفضل داخل وأن يتعلم ويتفاعل أفضل لإعتبارها نظام متكامل يحدث فيه التفاعل بين أفرادها، كذلك شمولية الفهم والمعرفة بمشكلة التوحد.

كما أن الفهم والضح من قبل الإختصاصيين لدور الأسرة وا ٍحترام وجودها يؤثر بشكل إيجابي وواضح على طبيعة الوسائل والطرق المستخدمة في العمل مع الطفل التوحدي اخذين بعين الإعتبار أهمية مشاركة الأسرة في المراحل النمائية المختلفة التي يمر بها الطفل(بايولا2003).

كما أضحت إحدى الغايات الرئيسية التي تهدف مراكز التربية الخاصة والتأهيل تحقيقها هي تدريب أسرة الفرد المعوق ليتسنى لها المشاركة جنبا إلى جنب مع الأخصائيين في تهيئة الظروف المناسبة لينمو الأطفال المعوقون نموا سليما في النواحي النفسية، اللغوية، المعرفية وتنمية مختلف المهارات الإجتماعية (جمال الخطيب، منى الحديدي،1998، 355).

ومن هذا الطرح نتساءل:

هل للمرافقة الوالدية للطفل التوحدي دور في إنجاح البرنامج العلاجي ABA؟

1- الأسئلة الفرعية:

- هل تساهم المرافقة الوالدية في تنمية المهارات الإجتماعية للطفل التوحدي؟

- هل تساهم المرافقة الوالدية في تنمية مهاراة الإستقلالية للطفل التوحدي؟

2- الفرضية الرئيسية:

- تساهم المرافقة الوالدية في تنمية مهارات الطفل التوحدي عن طريق المشاركة في البرنامج العلاجي ABA.

3- الفرضيات الفرعية:

- تساهم المرافقة الوالدية في تنمية المهارات الإجتماعية للطفل التوحدي.

- تساهم المرافقة الوالدية في تنمية مهارات الإستقلالية للطفل التوحدي.

4- أسباب إختيار الموضوع:

هناك نوعان من الأسباب لإختيار هذا الموضوع، أسباب ذاتيةو أخرى موضوعية.

- الأسباب الذاتية ، وتتمثل في**:**

- الفضول العلمي للتعرف أكثر على التوحد وخصائصه المختلفة.

- الرغبة في التعرف على برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA، وكيفية العمل به مع الأطفال التوحديين.

أما الأسباب الموضوعية، فهي:

- إضافة دراسة جديدة تتناول أهمية المرافقة الوالدية في إنجاح البرنامج العلاجي المطبق على الطفل المتوحد.

- الإنتشار الواسع لإضطراب التوحد في الجزائر في الآونة الأخيرة.

5- أهمية البحث:

- تناول واحدة من أهم الإعاقات النمائية وأشدها خطورة والتي قد انتشرت بشكل كبير في الآونة الأخيرة.

- سلط الضوء على برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA وما توصل إليه من نتائج إيجابية من ناحية تنمية المهارات الإجتماعية للطفل التوحدي، فهو يخدم بلا شك هذه الفئة والقائمين على الرعاية ما يسهل الوصول إلى أفضل النتائج.

- يبين هذا البحث أهمية المرافقة الوالدية في تطبيق هذا البرنامج وأن ذلك سوف يحقق تقدم إيجابي في شخصية الطفل وتفاعلاته الإجتماعية.

6-أهداف البحث:

- التعمق في إضطراب التوحد.

- الكشف عن مدى فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA في تنمية المهارات الإجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

- يوضح أن التحسين في المهارات الإجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد يؤدي شيئا فشيئا إلى تكيفهم الإجتماعي.

- تبيان أن للمرافقة الوالدية دور في إنجاح البرنامج العلاجي ABA.

7 - تحديد المفاهيم الإجرائية:

7-1- الطفل المتوحد

هو الطفل المصاب بالتوحد والمتواجد على مستوى المركز الخاص بأطفال التوحد والإضطرابات النفسية، يتراوح سنهم ما بين 5 إلى 6 سنوات، لديهم ملف طبي بتشخيص متوحد وفيه توجد كل المعلومات حول الطفل المتوحد.

وقد كانت حالات البحث مشخصة من طرف الأخصائي النفساني مدير المركز.

7- 2 - المرافقة الوالدية:

هي مشاركة الوالدين أحدهما أو كلاهما في البرنامج العلاجي الخاص بطفلهما، ويكون ذلك بحضور أحدهما أو كلاهما للحصص العلاجية ورؤية مختلف الأنشطة التي يقوم بها طفلهما ومحاولة تطبيقها في البيت بتوصيات وا إرشادات الأخصائية النفسانية.

وقمت بتحديد وجود أو عدم وجود المرافقة الوالدية باستعمال المقابلة العيادية نصف الموجهة مع الأخصائية والوالدين.

3-7-برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA :

هو برنامج علاجي يستعمل مع الأطفال المصابين بالتوحد، الهدف منه هو تنمية المهارات الإجتماعية إضافة إلى مهارات التواصل والإستقلالية.

يستعمل هذا البرنامج بإنتظام في المركز من طرف الأخصائيين النفسانيين.

الفصل الثاني

التوحد

- تمهيد.

- لمحة تاريخية عن التوحد.

- مفهوم التوحد.

- أسباب التوحد.

- خصائص التوحد.

- تشخيص التوحد.

- الإضطرابات المصاحبة للتوحد.

- أنواع التوحد.

- النظريات المفسرة للتوحد.

- خلاصة.

تمهيد:

يُعتبر ليوكانر Leo Kanner وهو طبيب نفسي أمريكي أول من تعرف على إعاقة التوحد، يُنسب يُعرَّف اضطراب التوحد بأنه اضطراب يعيق تنمية المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي بسبب الإضطرابات عصبية التي تؤثر على طرق الجمع جمع المعلومات لدى الطفل المصاب مما يؤدي إلى صعوبة اندماجه في المجتمع وهو ينشر بصورة كبيرة حسب ما جاء في التقارير التي تنشرها معاهد أبحاث التوحد، هذاويعتبر واحدا من الإضطرابات التي لا زالت تشهد اهتماما كبيرا بين الباحثين والمختصين على حد سواء لما يعتريه من غموض وتنوع في الأسباب والبرامج التربوية والعلاجية وعدم تجانس في الخصائص والسمات بين هذه الفئة من الإعاقة، وسنحاول من خلال هذا الفصل عرض كل ما سبق من تعريف، أعراض وكذلك التطرق إلى كيفية التشخيص والعلاج.

و سأعرض من خلال هذا الفصل كل ما سبق من تعريف، أسبابه، خصائصه، وكذا التطرق إلى كيفية تشخيصه وأهم النظريات المفسرة له.

1- لمحة تاريخية عن التوحد:

يعتبر التوحد(Autism) من أكثر الإضطرابات النمائية تعقيدا، ويتميز بالتداخل مع عدد كبير من الإضطرابات والإعاقات الأخرى المختلفة، وقد ظهر التوحد حديثا في مجال التربية الخاصة، وقد تم وصف هذه الحالة للمرة الأولى بواسطة الطبيب النفسي الإنجليزي هنري مودزلي1867، Moudsley (لطفي الشربيني، 2000، 12).

إن تسمية الإضطراب بالتوحد كانت من قبل الطبيب النفسي ايجون بلولر Eugen Bleuler عام 1911م، وقد استخدم مصطلح التوحد لوصف العجز في التواصل الإجتماعي والتركيز الفردي على الإهتمامات الشخصية للأشخاص الذين يعانون من الفصام(سهيل،22،2015).

إلا أن ليوكانر كان أول من أشار إلى التوحد كإضطراب يحدث في الطفولة، وأول من إستخدم هذا المصطلح لوصف مجموعة من الأطفال الذين أظهروا بشطل واضح نفس السلوكات والخصائص.

وفي عام 1943، نشر ليوكانر دراسة علمية وصف فيها (11) طفلا اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أية إضطرابات عُرفت أنذاك، ولذا إقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي جديد ومفصل أطلق عليه إسم التوحد الطفولي، وبهذه الدراسة وهذا التشخيص ابتدأ تاريخ التوحد (الشامي، 26،2004).

وأثناء المرحلة الزمنية التي كان يبحث فيها ليوكانر أوجه التشابه بين مجموعة الأطفال في عيادته، كان الطبيب اسبرجر وخلال الحرب العالمية الثانية يكتب عن أربعة أطفال ذكور من عمر(6-11) سنة في عيادة الأطفال في الجامعة، حيث لاحظ اسبرجر بأن هؤلاء الأطفال لديهم قدرات ذكائية طبيعية ولكنها تخلو من المهارات الإجتماعية، ولديهم مشاكل حركية واهتمامات محددة شديدة وتعلق غير عادي ببعض الأشياء(Frith,2004).

وفي عام 1972 أسس الدكتور بيرنارد ريملاند الجمعية الأمريكية للأطفال التوحديين. وفي عام 1988 استخدمت وينج مصطلح اضطرابات طيف التوحد للإشارة إلى النطاق الواسع لهؤلاء الأشخاص. (الشامي، 37،2004).

وفي عام 1977 أقرت منظمة الصحة العالمية ولأول مرة إعتبار التوحد فئة تشخيصية، وفي عام 1980 صنف التوحد ضمن الإضطرابات الإنفعالية الشديدة، وفي نفس العام قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بإصدار الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث للإضطرابات العقلية حيث تبنت فيه الأعراض الثلاثة الرئيسية المميزة لإضطر اب التوحد التي ذكرها روتر Rutter في عام 1978 وهي :

- إعاقة في العلاقات الإجتماعية.
- نمو لغوي متأخر.
- صعوبات في التخيل(الزريقات،2006، 32).

2 - تعريف التوحد:

حسب أسامة فاروق مصطفى(2011، 26) تشتق كلمة التوحد من Autism من الكلمة الإغريقية "aut" وتعني النفس أو الذات وكلمة "ism" وتعني إنغلاق، والمصطلح ككل يمكن ترجمته على أنه الإنغلاق على الذات، وتقترح هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالبا يندمجون ويتوحدون مع أنفسهم، ويبدون قليلا من الإهتمام بالعالم الخارجي. وتصف الطفل التوحدي بأنه عاجز عن إقامة علاقات إجتماعية، ويفشل في إستخدام اللغة لغرض التواصل مع الاخرين، ولديه رغبة ملحة للإستمرار في القيام بنفس السلوك، ومغرم بالأشياء، ولديه امكانيات معرفية جديدة، كما أن الأفراد التوحديين يبدون سلوكات نمطية ومتكررة ومقيدة وتحدث هذه الصفات قبل عمر الثلاثين شهرا من عمر الطفل.

وسنتناول فيما يلي مجموعة من التعريفات التي تناولت مفهوم التوحد:

يعرفه ماكدونالد(Macdonals, 1972) على أنه الإستغراق في التخيل المباشر للأفكار والرغبات مع افتقاد التواصل مع الواقع.

وقد عرف جارفي(Garvey,1977) التوحد على أنه ضعف شديد في إقامة علاقات مع الاخرين بمن فيهم الأبوين، والفشل في تطوير اللغة، وعرف كذلك على أنه ضعف شديد وعجز نمائي واضح، حيث يظهر هذا الإضطراب في السنوات الأولى من عمر الطفل، وكذاك فالتوحد مرادف للإنسحاب والإنعزال.

ويعرف(عادل الأشول، 1987، 112) التوحد على أنه إضطراب سلوكي يتمثل في عدم القدرة على التواصل، ويبدأ أثناء الطفولة المبكرة وفيه يتصف الطفل بالكلام عديم المعنى، وينسحب داخل ذاته، وليس لديه إهتمام بالأفراد الاخرين.

ويعرفه (أحمد بدوي، 1982، 32) على أنه نوع من التفكير يتميز بالإتجاهات الذاتية التي تتعارض مع الواقع، والإستغراق في التخيلات بما يشبع الرغبات التي لم تتحقق.

في حين عرف وولف(Wolf, 1989) الأطفال الذين يعانون من إضطراب التوحد على أنهم ينقصهم التواصل الإنفعالي ولديهم قصور واضح في اللعب التخيلي بالإضافة إلى نقص التواصل اللغوي المتمثل في فساد النمو اللغوي مع قصور في شكل ومضمون الكلام وترديد آلي لما يسمع، كذلك النمطية والإصرار على الطقوس والروتين وردود الفعل العنيفة إزاء أي تغيير في هذه الأنماط، ووجود الكثير من الحركات الآلية الغير هادفة مثل هز الرأس، حركة اليدين والأصابع (سهيل،2015، 28).

وجاء تعريف منظمة الصحة العالمية world Heath organization(WHO1982) للتوحد بأنه أحد الإضطرابات النمائية العصبية، ناجمة عن شذوذ في طريقة تطور الدماغ وعمله، التي تظهر قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ويؤدي إلى عجز في استخدام اللغة واللعب والتواصل وفي التفاعل الإجتماعي (الشامي، 2004-48).

3- أسباب التوحد:

لقد ظلت أسباب التوحد مجهولة إلى حد كبير منذ حقبة طويلة من الزمن، فلم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد، وقد ظهرت من خلال العقود الماضية زيادة واضحة في عدد الحالات المكتشفة التي تعاني من اضطراب التوحد في مختلف

دول العالم، بسبب تحسن القدرة على التشخيص بإستخدام أدوات ووسائل قياس أكثر دقة وفاعلية، وهو ما أدى إلى زيادة الإهتمام بدراسة أسباب الإصابة بهذا الإضطراب.

وتعزى أهمية تحديد أسباب التوحد إلى:

- التحديد الدقيق لمحددات أسباب التوحد والعمل على خفض معدلات انتشاره.

- إجراء البرامج التي من شأنها أن تقلل أعراض التوحد.

وتكمن صعوبة تحديد أسباب التوحد إلى ما يلي:

- عدم الإتفاق بين العاملين في الميدان على طبيعة هذه الإعاقة.
- طبيعة الإصابة تشترك في الكثير من الأعراض والميزات مع عدد من الإعاقات الأخرى.
- خطأ في التشخيص فبعض الحالات تشخص على انها حالات اضطراب في التعلم، أو تخلف عقلي غير محدد السبب.
- بعض الحالات تتغير أعراضها بالزيادة أو النقصان (عبد الله الصبي،2003،31، 32).

هنالك مجموعة من الأسباب التي يمكن أن يعزى إليها اضطراب التوحد ومنها:

3-1-العوامل الجينية والكروموسومية:

يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي(Frith,1989-A,2) فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الإضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة(من بويضة واحدة) أكثر من التوائم الأخوية(من بويضتية مختلفتين) (رائد خليل،2006، 28).

كما يتوفر عاملان من أقوى العوامل التي تسبب حالات التوحد:

- شذوذ الكروموسومات(X).
- تصلب الأنسجة الدرنية Tuber Sclerosis

حيث أثبتت بعض الدراسات وكما تذكر ليدا(Lida,1993) أن هناك ارتباطا بين التوحد وخلل الكروموسومات، وأوضحت هذه الدراسات بأن التوحد له علاقة بالكروموسوم رقم(7) والكروموسوم رقم(15)، ثم أن هناك سببا اخر للتوحد وهو التصلب الدرني الذي يؤدي إلى تصلب في بعض الخلايا الداخلية والتي تتحول إلى الجين المسيطر على الناحية العقلية، وربما يؤدي ذلك إلى حدوث 5% من حالات التوحد(سهيل،2015، 59).

3-2- العوامل المناعية:

أشارت العديد من الدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي Immune System Abnormalities لدى الأشخاص التوحديين، فالعوامل الجينية وكذلك شذوذات في منظومة المناعة مقررة لدى التوحديين (وفاء الشامي،2004، 159).

وتشير بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب التوحد، كما أن الكريات اللمفاوية لبعض الأطفال المصابين بالتوحد يتأثرون وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات وهي حقيقة تثير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل (محمد خطاب،2009، 44).

3-3- العوامل العصبية:

اضطراب التوحد حالة لها أصول عصبية نمائيةNeuro-developmental حيث يعزى التوحد إلى حدوث أمراض في المخ، وأوضحت دراسات وفحوصات الرنين المغناطيسي أن حجم المخ عند الأطفال التوحديين أكبر من الأطفال الأسوياء على الرغم من أن التوحديين المصابين بتخلف عقلي شديد تكون رؤوسهم أصغر حجما (محمد المهدي،2007، 57).

والنسبة الكبيرة من الزيادة في الحجم حدثت في كل من الفص القفوي Occipital Lobe والفص الجداريTemporal Lobe وأظهر الفحص العصبي للأطفال الذين يعانون من التوحد انخفاضا في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ التي تحتوي على الفص الجداري Temporal Lobe مما يؤثر على العلاقات الإجتماعية والإستجابة السوية واللغة. أما باقي الأعراض فتتولد نتيجة اضطراب في الفص الأمامي Cerebeller Area (نيرمين قطب،2007، 59).

3-4- عوامل كيميائية حيوية:

لم تقتصر العوامل العضوية التي تؤكدها المدرسة البيولوجية على العوامل العصبية فقط، بل أشارت البحوث إلى علاقة التوحد بالعوامل الكيميائية العصبية، وبصفة خاصة إلى اضطرابات تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة في إفرازات الناقلات العصبية Neurotransmitters التي تنقل الإشارات العصبية من الحواس الخمس إلى المخ أو الأوامر الصادرة من المخ إلى الأعضاء المختلفة للجسم أو عضلات الجسم والجلد(عثمان فراج،2002، 64).

كما أن هناك عدة عوامل بيئية ارتبطت بالتوحد لإحتمال كونها سببا من أسباب الإصابة بالتوحد وتشمل العديد من الإحتمالات منها: التلوث البيئي الكيميائي، تعرض البويضات او الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية أو الإشعاعات، التلوث الغذائي عن طريق استخدام الكيمياويات قد يؤدي إلى تسمم عضوي، إصابة الأم بالأمراض المعدية، وتعاطي الأم الحامل للعاقير بشكل منتظم خلال الثلاثة شهور الأولى من الحمل والكحوليات(السيد الشربيني، 2011، 46).

4- خصائص التوحد:

يظهر على الأطفال الذين يعانون من التوحد تنوعا كبيرا في خصائصهم وسلوكهم ومهاراتهم وقدراتهم الوظيفية وتختلف بإختلاف أعمارهم وتطورهم النمائي، فهم مجموعة غير متجانسة من حيث الخصائص والصفات والتي تتفاوت من حالة إلى أخرى، ويبدو التفاوت في القدرات الإدراكية والتطور اللغوي من حيث الدرجة والشدة بين طفل واخر، ومع ذلك فإن هنالك عددامن الخصائص العامة التي يشترك فيها الأطفال التوحديين، وهذه الخصائص هي التي تساعد الاختصاصيين في تشخيص هذا الإضطراب.

يرى Fransoise D(2008)، عن أوسيلوكس (2004 ،24) أن نحو 40% من الأباء يلاحظون أول الأعراض قبل سنة واحدة، و40% الاخرين ما بين 01 و 02 سنة، والتشخيص في غالب الأحيان يكون من 02 إلى 04 سنوات حسب ما صرح به.

ويمكن توضيح هذه الخصائص فيما يلي:

4-1- التواصل اللفظي والغير اللفظي:

يعتبر تدهور اللغة من الأعراض الأساسية لإضطراب التوحد، حيث نجد أن نصف الحالات تقريبا لا تتمكن من الكلام، ونجد البقية تظهر قدرات لفظية متطورة نسبيا، لكن بدون تمكنها في غالبية الحالات من تطوير محادثة عادية مع أشخاص آخرين، فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن ما نسبته50% من أطفال التوحد لا تتطور لديهم قدرات لغوية تعبيرية حيث يتم وصفهم بأنهم صامتون أو غير ناطقين، فعوضا عن اللغة المنطوقة أو الإيماءات المباشرة قد يقوم الطفل المصاب بالتوحد بسحب يد البالغ لما يريد فهو يستخدم البالغ كأداة(زروالي،2021، 38).

ومن أهم المشكلات التي يمكن ملاحظتها في هذا الجانب:

- قصور في فهم كثير من المفاهيم أو معاني الكلمات التي يتلقونها من الاخرين.

- قصور واضح في القدرات التعبيرية لدرجة أن ما يقولونه يبدو غريبا أو غير مرتبط بموضوع الحديث.
- الفشل في الإستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة إليهم.
- ترديد وتكرار الكلام صفة مشتركة لدى التوحديين الذين يتكلمون، فعندما يوجه له سؤال تكون الإجابة بالسؤال نفسه، مثلا: ما اسمك؟ يجيب ما اسمك؟ فهذا الترديد يشير إلى رغبة هؤلاء الأطفال في التواصل مع الاخرين والرغبة في التعبير عن أنفسهم وان كان يشير في نفس الوقت إلى إنخفاض القدرات التعبيرية لديهم.
- عدم القدرة على الربط بين المعنى والشكل والمضمون والإستخدام الصحيح للكلمة.
- عدم القدرة على بدء محادثة مع الاخرين أو الإستمرار في محادثة(مصطفى نوري، 52،51،2011).

4- 2- التفاعل الإجتماعي:

يعتبر إختلال التفاعل الإجتماعي من الأعراض الأساسية التي تعمل على تحديد مفهوم اضطراب التوحد والتي ترتبط ارتباطا وثيقا باللغة، فلا يطور الأطفال الذين يعانون من التوحد مهارات سلوكية اجتماعية مناسبة لعمرهم الزمني.

حاول كلين واخرون Klin& else التعرف على أسباب الإصابة بالعجز الإجتماعي في التوحد، فظهرت فروض عديدة لتفسيره، فقد اعتبره كانر (1943) ناتجا عن اضطراب في التواصل الفعال، بينما اعتبره روتر (1971) Rutter ناتجا عن الإصابة بالعجز اللغوي، أما أورينتس (1989)Orintis فقد أشار إلى أنه يرجع إلى شذوذ في الإدراك الحسي، ومازال السبب الرئيسي في تفسيره غير محدد(مصطفى نوري،2011، 48).

ومن أهم المشكلات المرتبطة بالتفاعل الإجتماعي:

- ضعف في الإدراك الإجتماعي.
- العزلة الإجتماعية.
- اللامبالاة الإجتماعية.
- ضعف في العلاقات مع الأقران، وعدم الرغبة في تكوين صداقات أو علاقات مع الاخرين بمن فيهم أسرهم.
- رفض التلامس الجسدي وعدم الرغبة في الإتصال العاطفي البدني.

- السلبية.
- عدم القدرة على التقليد.
- السلوك الغير مناسب إجتماعيا، وعدم الإستجابة لإنفعالات الاخرين أو مبادلتهم نفس المشاعر.
- النشاطات المحدودة(زروالي،2011، 39-40).

4- 3 - السلوكات النمطية والإهتمامات المحدودة:

يظهر الأطفال المصابون بالتوحد محدودية واضحة في الأنشطة والإهتمامات وذلك لإهتمامهم بالأشياء أكثر من الأشخاص، واهتمامهم بالجزء بدلا من الكل، كما يركزون على التفاصيل الخاصة بالشيء أكثر من كونه مثير اجتماعي، ويرى فراج أن هذه الأفعال والأنماط السلوكية التي يمارسها الطفل التوحدي ليست استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استشارة ذاتية تبدأ وتنتهي بشكل مفاجيء تلقائي ثم يعود مرة أخرى إلى وحدته المفرطة وانغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي ورغبة قلقة متسلطة في البقاء طويلا على حالته كما هي(فراج،1994، 5).

ويمكن استخلاص أهم السلوكات النمطية التي يمارسها الأفراد التوحديين فيما يلي:

- الإنشغال باللعب بالأصابع أو أحد أعضاء الجسم أو خصلات الشعر.
- المداومة على قرص أو عض يديه أو حك وخبط رأسه على الحائط أو أي شيء صلب.
- الجلوس فوق المنضدة والنظر على الأرض لفترات طويلة من الوقت.
- التمسك بلعبة وحيدة من لعبه، والإهتمام المفرط في أشياء محددة.
- الإنزعاج لأي تغيير يحدث في البيئة.
- الإستغراق لوقت طويل في بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدر للضوء يضاء ويطفأ.
- تكرار كلمة أو عبارة ما دون توقف لمدة طويلة(مصطفى نوري،2011، 55، 56).

4-4- قصور الإدراك الحسي:

تشير دراسات وبستر Webster واخرين إلى أن الطفل التوحدي يبدو وكأن حواسه أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي فيبدو وكأن حواسه أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي فيبدو وكأنه لم يرى أو لم يسمع أو يحس أو يتذوق اي شيء.

ويمكن استخلاص أهم سمات الأفراد التوحديين المرتبطة بقصور الإدراك الحسي من خلال دراسات أوجرمان(1970)، كانر(1973)، وبستر(1980) ، وتتمثل في:

- الميل إلى الإستجابة لبعض المثيرات بشكل غير طبيعي، فيبدو كأنه مصاب بالصمم أحيانا فلا يستجيب لنداء الآخرين عليه، بينما يستجيب لبعض الأصوات الخافتة جدا مثل صوت كيس شيبس أو شوكولاطة عند فتحه أو صوت موسيقى محببة إليه.
- عدم التقدير للمخاطر التي يمكن أن يتعرض لها عند الإقتراب من اماكن خطيرة كالأدخنة الكثيفة أو الحرائق أو المسك بالأجسام والأسطح الساخنة جدا أو الباردة جدا، وعدم ظهور أي ردود فعل اتجاه هذه المخاطر.
- يأكل أو يمص المواد المنفرة دون أن يظهر اختلافا في ردود الفعل.
- يميل إلى تجاهل الأصوات الشديدة في حين ينجذب إلى صوت تحريك لعبة أو جرس باب، كما أن بعض الأصوات تزعجه بدرجة شديدة مثل نباح كلب أو صوت دراجة هوائية في حين أنه لا يبدي أي حساسية نحو صوت صراخه أو صياحه. (مصطفى نوري،2011، 54).

4-5- الخصائص المعرفية:

يعاني أغلب الأفراد الذين يعانون من التوحد من اضطرابات واضحة في التفكير، حيث أن طبيعة انماط التفكير لدى التوحديين تتسم بعدم القدرة على الرؤية للمشكلة سواء كانت تتطلب قدرات لفظية أم بصرية لحلها.

وتشير الإحصاءات أن 70 إلى 75% من الأفراد الذين يعانون من التوحد هم معاقون عقليا وتتراوح نسب الإعاقة بين البسيطة والشديدة جدا، والبعض الاخر منهم يتمتعون بدرجة ذكاء متوسطة. حيث تبلغ نسبتهم حوالي10% لديهم مواهب غير عادية مثل الموسيقى والفن والقدرات الحسابية العالية.

كما توجد اضطرابات واضحة في التفكير وتشتت واضح في الخصائص المعرفية، وكذلك صعوبة في الإنتباه والتركيز، استخدام اللغة وقصور في القدرة على التخيل (سهيل،2015، 126).

5- تشخيص التوحد:

يعتبر تشخيص اضطراب التوحد وغيره من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا، ذلك لأن تشخيص الطفل التوحدي يعتمد بشكل كبير على السلوكيات التي تظهر عليهم وخصوصا في المراحل الأولى لوجود اختلافات في الأعراض(كوثر عسلية،2006، 62). وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والإجتماعيين وأخصائي التخاطب والتحاليل الطبية وغيرها(رائد خليل،2006، 45)

ويبدأ التشخيص من 24 شهرا حتى 06 أعوام، وذلك من خلال المقابلة مع الوالدين وملاحظة الطفل مباشرة، إلى جانب وجود أدوات أخرى.

5-1- التشخيص حسب ليو كانر(1943):

حدد ليو كانر سنة 1943 مجموعة من الأعراض التي يتم من خلالها تشخيص حالة التوحد ومنها:

- سلوك إنسحابي وا إنطوائي شديد، وعزوف عن الإتصال بالاخرين.
- التمسك الشديد لحد الهوس لمقاومة أي تغيير يحدث في البيئة المحيطة.
- شديد الإرتباط بالاشياء والتعاطف معها أكثر من الإرتباط بالأشخاص.
- يبدو عليهم البكم وا إذا تكلموا فكلامهم بدون معنى.

5-2- التشخيص حسب الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس(DSM-5):

تضمنت المعايير الجديدة لتشخيص التوحد معيارين إثنين بدلا من ثلاثة معايير وهما:

1- معيار التواصل الإجتماعي والتفاعل: والمتمثل بعجز واضح في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، يظهر في الفترة الحالية للتشخيص أو فترات سابقة في مراحل تطورية سابقة.

2- معيار محدودية الأنشطة والسلوكيات النمطية: والمتمثلة بسلوك نمطي متكرر ومحدودية في الاهتمامات والنشاطات.

ومن الملاحظ أنه قبل الـ DSM-5 كانت هناك ثلاثة معايير أساسية لتشخيص التوحد كان يطلق عليها بثالوث الأعراض، التي هي (التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، ومحدودية في النشاطات والاهتمامات). ولذلك تم دمج معياري التفاعل الاجتماعي والتواصل في معيار واحد.

وهناك مجموعة من الأعراض التي يتم التشخيص بناءا عليها، تضمنت المعايير الجديدة مجموعه 7 أعراض سلوكية موزعة كما يلي (3 أعراض في المعيار الأول و4 أعراض في المعيار الثاني):

1) العجز المستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة وذلك من خلال ما يلي:

- القصور في المعاملة بالمثل الإجتماعية والعاطفية، والتي تتراوح على سبيل المثال، من نهج اجتماعي غير طبيعي وفشل المحادثة العاديةمنه وا إلى أفراد اخرين لتقليل مشاركة المصالح أو العواطف أو التأثير، إلى الفشل في بدء التفاعلات الإجتماعية أو الاستجابة لها.

- القصور في السلوكيات الإتصالية الغير اللفظية المستخدمة للتفاعل الإجتماعي، والتي تتراوح على سبيل المثال من التكامل اللفظيو الغير اللفظي إلى تشوهات في الإتصال البصري ولغة الجسد أو قصور في فهم واستخدام الإيماءات، إلى نقص تام في تعابير الوجه والتواصل غير اللفظي.

- القصور في تطوير العلاقات والحفاظ عليها وفهمها، والتي تتراوح على سبيل المثال من الصعوبات في تعديل السلوك ليناسب السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى الصعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، لغياب الإهتمام بأقرانه.

2) الأنماط المقيدة والمتكررة للسلوك أو الإهتمامات أو الأنشطة، كما يتجلى في إثنين على الأقل مما يلي:

- حركات نمطية متكررة أو الحركية، أو استخدام الأشياء، أو الكلام.

- الإصرار على التشابه، والإلتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط السلوك الغير لفظي أو السلوك اللفظي (على سبيل المثال، الضيق الشديد عند التغييرات الصغيرة ، والصعوبات في التحولات ، وأنماط التفكير الجامدة والطقوس المعايدة، والحاجة إلى اتخاذ نفس المسار أو تناول الطعام كل يوم).

- اهتمامات محددة للغاية ومثبتة وغير طبيعية في الشدة أو التركيز (على سبيل المثال التعلق الشديد أو الإنشغال بأشياء غير عادية أو الاهتمام المفرط بها).

- فرط أو قلة النشاط للمدخلات الحسية أو الإهتمامات الغير معتادة في الجوانب الحسية للبيئة (على سبيل المثال، اللامبالاة الواضحة للألم أو درجة الحرارة، والاستجابة العكسية لأصوات أو مواد معينة، والشم المفرط أو لمس الأشياء،و الإنبهار البصري بالأضواء أو الحركة).

3) يجب أن تكون الأعراض موجودة في فترة النمو المبكرة (ولكن قد لا تظهر بشكل كامل حتى تتجاوز المطالب الاجتماعية القدرات المحدودة أو قد يتم حجبها عن طريق الاستراتيجيات المكتسبة في وقت لاحق).

4) تتسبب الأعراض في ضعف كبيرسريريً ا في المجالات الاجتماعيةو المهنية أو مجالات هامة أخرى.

5) لا يتم تفسير هذه الاضطرابات بشكل أفضل من خلال الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الفكري) أو تأخر النمو العالميكثيرً ا ما تحدث الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد، لإجراء التشخيصات

المرضية المصاحبة لإضطراب طيف التوحد والإعاقة الذهنية، يجب أن يكون التواصل الاجتماعي أقل من المتوقع لمستوى النمو العام.

5-3- مراحل عملية تقييم وتشخيص التوحديين:

1. المرحلة الأولى: وهي مرحلة المعاينة وتهدف إلى التعرف على الطفل.
2. المرحلة الثانية: وهي مرحلة التشخيص، وهي العملية التي يتم فيها فحص الحالة وفق معايير معينة ومحددة من أجل الوصول إلى نتيجةّ .
3. المرحلة الثالثة: وتتضمن القرارات بشأن طرق العلاج المختلفة(الإحالة وطريقة التدريس).

5-4- مقاييس وأدوات التشخيص الخاصة بالتوحد:

- مقياس التقدير التوحدي الطفولي(CARS): هو مقياس التطور الطفولي الذي طوره شوبلر و آخرون(Schopler, Reichler&Renner,1988)، يتألف من 15 درجة، تضم العلاقات مع الآخرين، والتقليد، والإستجابات الإنفعالية، واستخدام الجسم، واستخدام الأشياء، والتكيف للمتغيرات، والإستجابة البصرية والسمعية، والتواصل اللفظي والغير لفظي، ومستوى الوظائف المعرفية. تضمنت كل فقرة منها 4 تقديرات متدرجة من (4-1)، مع إعطاء وصف السلوكيات التي تأخذ بالإعتبار عند إعطاء التقديرات المناسبة منها للطفل، وحسب هذا المقياس الأطفال الذين تقع درجاتهم أقل من 30 درجة يصنفون على أنهم ليس لديهم توحد، بينما الذين بلغت درجاتهم 30 أو أكثر يصنفون على أنهم توحديين ويقسمون إلى مجموعتين:

- مجموعة الذين تتراوح درجاتهم ما بين (30- 60) درجة يصنفون على أنهم لديهم توحد بدرجة بسيطة إلى متوسطة.
- والمجموعة الثانية الذين تتراوح درجاتهم ما بين (60-70) درجة يصنفون على أنهم لديهم توحد بدرجة شديدة(فاروق مصطفى،2011، 151-152).

- قائمة سكوبلر المعدلة(PEP): تتكون قائمة سكوبلر من 174 بندا مغظمها عملية أداء، وتقيس سبعة محاور للنمو، وأربعة مجالات سلوكية. وهو إختبار فردي لا تقتصر فوائده على التشخيص، ولكنه يعطي صورة متكاملة عن مستويات النمو والسلوكيات الشاذة، بالإضافة إلى برنامج متكامل موجه للآباء والمدرسين لتأهيل الطفل وتدريبه، والتدخل العلاجي للسلوكيات الشاذة، كما تستخدم نتائج إعادة

تطبيقه في تقويم وقياس مدى تحقيق البرنامج الذاتي التعليمي المقترح لأهدافه بشكل دوري في مراحل تنفيذه(عثمان فراج، 2002، 73).

- قائمة تقدير السلوك التوحدي(ABC): تستخدم هذه الأداة للتخطيط التعليمي للتوحديين، قام ثلاثة من علماء النفس بإعداد هذه القائمة للتعرف على الأطفال المصابين بالتوحد وهم إريك، ألمود وكريج(1980)، وتتكون من 57 سلوكا موزعة على 05 أبعاد سلوكية تتمثل في:

- تقييم التفاعل الإجتماعي مع الاخرين وتقييم الذات.
- تقييم الإستجابات للمثيرات الحسية والصوتية والمرئية.
- تقييم الإحتياجات التعليمية في المجال اللغوي.
- تقييم القدرة على التواصل اللفظي والغير لفظي.
- تقييم القدرة العقلية والقابلية للتعلم وسرعة إكتساب الخبرات(القمش مصطفى،2011، 125).

6- الإضطرابات المصاحبة للتوحد:

6-1-متلازمة اسبيرجر Asperger's Syndrome:

يعد اضطراب اسبيرجر من الإضطرابات النمائية، وهو أحد أطياف التوحد، وهو مشابه لإضطراب التوحد من حيث شيوعه بين الذكور أكثر من شيوعه بين الإناث بنسبة(1.4).

تتميز متلازمة اسبيرجر بإعاقة العلاقات الإجتماعية، والسلوكيات المحددة أو الغير معتادة والسلوكات النمطية المتكررة بدون التأخر اللغوي بخلاف التوحد، وتم وصف هذا الإضطراب لأول مرة من قبل الطبيب النمساوي هانز اسبرجر Hans Asperger, 1944 (الزريقات،57،2006).

6-2- متلازمة ريت Rett's Syndrome:

حسب أندرياس ريت(Andrea, 1966) هو اضطراب عصبي تصاعدي يصيب الإناث بشكل أساسي، يتميز بلوي اليدين المتشابكتين بشكل متواصل، والتخلف العقلي، وا ٍعاقة في المهارات الحركية، وتظهر هذه الصعوبات بعد أن يكون الشخص قد تجاوز بداية طبيعية من النمو(الزريقات، 68،2006).

تبدأ مرحلة من نكوص في المكتسبات ما بين 12 و36 شهرا، مع حدوث تباطء في نمو محيط الجمجمة وظهور الإضطرابات العصبية، يرجع السبب في حدوث طفرة في الجين على مستوى الكروموزوم X(زروالي،2021، 53).

6-3- اضطرابات اللغة النمائيةAutism&Developmental Language Disorder:

يقصد باضطرابات اللغة تلك الإضطرابات اللغوية المتعلقة باللغة نفسها من حيث زمن ظهورها، أو تأخرها أو سوء تركيبها من حيث معناها وقواعدها، أو صعوبة قرائتها أو كتابتها(فاروق الروسان،1996، 224).

وتعرف الجمعية الأمريكية للكلام هذا الإضطراب بأنه يتمثل في عدم القدرة على الفهم أو وجود اضطراب في الوعي الصوتي للغة لأحد المقاطع اللغوية أو المعاني، أو القواعد اللغوية المرتبطة بالنظام اللغوي(بوشيل واخرون،2004، 146).

6-4- صعوبات التعلم Autism&Learning Disabilities:

تمس هذه الصعوبات مجالات مختلفة كالكلام والكتابة والحركة القصدية والإنتباه، زيادة على المتلازمة التوحدية، يعاني الأطفال المصابون بعسر حركي لغوي، وعسر حركي بصري انتباهي وعسر قرائي وعسر في الكتابة الإملائية، اضافة إلى ذلك أن إكتساب الأرقام غالبا بصفة متأخرة أو يتم إدراكها وفق خصائصها(الشكل واللون والصوت)(زروالي،2021، 57).

6 -5-اضطرابات النوم:

تجدر الإشارة هنا أن اضطرابات النوم لا تؤخذ بكونها وحدة مستقلة ضمن اضطرابات التوحد، كما هو الحال في اضطراب نقص الإنتباه وفرط الحركة، وذلك لنقص الدراسات في هذا المجال.

تشير الدراسات الوبائية أن 09% إلى 50% من الاطفال ما قبل التمدرس يعانون من اضطرابات النوم، مقابل 50% إلى 80% من الأطفال المصابين بالتوحد.

تؤثر هذه الإضطرابات بصفة سلبية على السلوك العدواني، وعلى التعلم، وعلى النمو النفسي الإنفعالي والإجتماعي، كما تؤثر نوعية النوم على الذاكرة، وعلى عملية الترميز طويل الأمد والإنتباه وضبط السلوك وتسيير الإنفعالات(زروالي،2021، 56).

6-6-اضطرابات السلوك:

يظهر الأشخاص المصابون بإضطراب التوحد إضطرابات سلوكية خاصة بالعنف والتهيج وسلوكات التشويه الذاتي. تمت صياغة الكثير من الفرضيات لتفسير ذلك، بعض الدراسات أوضحت وجود علاقة محتملة بين إضطراب الصرع غير متحكم فيه والمرتبط بالتوحد وبين الإضطرابات السلوكية

(Amiet&al,2010)كما أظهرت دراسات أخرى وجود إرتباط بين إضطرابات السلوك وبين عدم القدرة على التعبير عن الألم وعن الإنفعالات(زروالي،2021، 60).

7- أنواع التوحد:

بما أن كل الأطفال المصابين بالتوحد لا يظهرون الخصائص نفسها أو خصائص مشابهة مع نفس الشدة، فقد اتجه الباحثون إلى البحث عن طرق لتصنيف التوحد، ونتيجة لذلك فقد ظهر عدد من الإتجاهات في تصنيف الأطفال المتوحدين. فعلى سبيل المثال اقترح البعض تصنيفات مختلفة،اعتماداً على المستوى الوظيفي الذكائي، والعمر عند الإصابة، وعدد الأعراض وشدتها، ويرى البعض الآخر أن الأعراض المختلفة يمكن أن تكون نتيجة للأنماط المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ.

7-1- أنواع التوحد حسب ماري كولمان:

اقترحت ماري كولمان(Coleman, 1976)مدير العيادة الطبية لبحوث دماغ الأطفال في واشنطن نظام تصنيفي للأطفال المصابين بالتوحد يضعهم في ثلاث مجموعات أساسية، ويبين تصنيفها ان التوحد ليس متلازمة منفردة كما أكد كانر، بل إنه مكون من ثلاث تصنيفات فرعية، كما يلي:

النوع الأول: المتلازمة التوحدية الكلاسيكية**:**

يظهر الأطفال في هذه المجموعة أعراضا مبكرة، ولكن لا تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة؛ وحسب كولمان إن الأطفال في هذه المجموعة يبدؤون بالتحسن تدريجيا ما بين سن الخامسة إلى السابعة.

النوع الثاني: متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحدية:

يشبه أطفال هذه المجموعة النوع الأول، ولكن العمر عند الإصابة يتأخر شهرا بعد التلاميذ، كما يظهرون أعراضا نفسية أخرى إضافة إلى المتلازمة التوحدية الكلاسيكية التي أشار إليها كانر.

النوع الثالث: المتلازمة التوحدية المعاقة عصبيا:

يلاحظ فيها ظهور مرض دماغي عضوي متضمنة أيضا اضطرابات ايضية ومتلازمات فيروسية مثل الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي(الصمم والعمى)(الزريقات،49،48،2006).

أما سيفن وماتسون وكو وفي وسيفن(Sevin, Matson, Coe, Fee & Sevin1991)، فقد اقترحوا نظاما تصنيفيا من أربع مجموعات كما يلي:

- المجموعة الشاذة: يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.

- المجموعة التوحدية البسيطة: يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث، لتكون روتينية، كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا والتزاما باللغة الوظيفية.
- المجموعة التوحدية المتوسطة: يمتاز أفراد هذه المجموعة بإستجابات اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكات النمطية (مثل التأرجح والتلويح باليد)، لغة وظيفية محددة وتخلف عقلي.
- المجموعة التوحدية الشديدية: أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا، لا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ(الزريقات،2006، 49).

8- النظريات المفسرة للتوحد:

8-1- النظرية السيكوديناميةَ:

تركز هذه النظرية على الوضع الطبيعي للطفل التوحدي من الجانب العضوي، وتؤكد على حدوث مؤثرات قوية في مرحلة مبكرة تسفر عن إصابة الطفل بالإضطراب النفسي الشديد، ويحمل أصحاب هذه النظزرية المسؤولية على المعاملة الوالدية الشاذة، خاصة معاملة الأم(نرمين قطب،2007، 51).

8-2- نظرية العقل :

تعد نظرية العقل من النظريات التي اكتسبت شهرة في الآونة الأخيرة، وهي امتداد للنظرية المعرفية في التوحد، وتختلف هذه النظرية والفرضيات السابقة في كونها لا تتبنى الجانب الفيزيولوجي بل تتبنى الجانب النفسي المعرفي المتعلق بعدم اكتمال نمو الأفكار مما يؤدي بدوره إلى عدم القدرة على حل المشكلات التي يواجهها الفرد في حياته اليومية، وعليه فإنه لا يستطيع فهم أن لدى الآخرين أفكار ومشاعر يمكن قراءتها من خلال الإشارة والإيماءات، كما تفسر أن العجز الإجتماعي ناتج عن عدم مقدرة الذين يعانون من التوحد على فهم الحالات العقلية للاخرين وقراءة أفكارهم(أسامة مصطفى والسيد الشربيني، 2011، 58).

8-3- النظرية العصبية البيولوجية :

إن نشوء هذه النظرية يعود الفضل فيها إلى بيرنارد ريملاندRemland الذي اتخذ موقفا رافضا تجاه نظرية العامل النفسي ودحض هذا الإعتقاد، حيث أوضح الإضطراب ومضامينه كنظرية عصبية في السلوك ودحض فيه الفكرة القائلة بأن التوحد ينتج عن أنماط سيئة من الأبوة والأمومة، وقد لعبت النظرية العصبية دورا بارزا في تفسير إضطراب التوحد فقد أشار بعض الباحثين إلى أن المشكلات المرتبطة

بالتوحد كعدم القدرة على التخطيط وتوزيع الإنتباه والتجاوب مع المواقف غير المألوفة والجديدة ناتج عن ضعف بنية الدماغ ووظيفته، كما أشارت إلى أن صعوبات التواصل والتفاعل الإجتماعي وعدم القدرة على الإنتباه وضعف الذاكرة كلها ناتجة عن خلل يصيب مناطق محددة في النظام العصبي المركزي (الزريقات، 115،2010).

خلاصة:

لقد تم التعرف من خلال هذا الفصل على التوحد كونه إضطراب نمائي غير عادي والذي مس جميع الجوانب النمائية للفرد سواءا السلوكية، الإجتماعية والمعرفية، ولهذا يجب التدخل السريع والمبكر من خلال البرامج العلاجية التي تعدل سلوك الفرد.

الفصل الثالث:

برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA

- تمهيد.

- البرامج التربوية العلاجية للأطفال المصابين بالتوحد.

- نظرية التعلم السلوكية.

- تعريف تحليل السلوك التطبيقي.

- تعريف لوفاس.

- تعريف برنامج تحليل السلوك التطبيقي للوفاس.

- الإستراتيجيات التعليمية التي تتمحور حول برنامج التحليل السلوكي التطبيقي.

-المبادئ الأساسية لإجراء تحليل السلوك التطبيقي.

- الركائز الأساسية التي يقوم عليها برنامج تحليل السلوك التطبيقي.

- برامج ABA للتدخل العلاجي لتقليل السلوكيات الغير مرغوبة.

- منهاج برنامج تحليل السلوك التطبيقي.

- مراحل برنامج تحليل السلوك التطبيقي.

- أهداف برنامج تحليل السلوك التطبيقي.

- خلاصة.

تمهيد:

تتعدد وتختلف البرامج التربوية فيما بينها انطلاقا من النظريات المفسرة لإضطراب التوحد، ومن الجدير بالذكر أن أكثر البرامج التربوية التي تقدم للأطفال التوحديين تهتم بتنمية النواحي الإجتماعية والتواصلية، كونه من المعروف أن الإهتمام بتنمية المهارات الإجتماعية والتواصلية للطفل التوحدي تساعد في تنمية مهارات أخرى، والأطفال التوحديين لا يمكنهم أن يقوموا بتطوير قدرتهم على التفاعل الإجتماعي الناجح مع أقرانهم وذلك بالطرق والأساليب التي تعتبر عادية، وهناك العديد من البرامج التي وضعت للأطفال المصابين بالتوحد سنعرض الأكثرة شهرة منها.

البرامج التربوية العلاجية للأطفال المصابين بالتوحد:

1-برنامج تيتش(TEACCH):

يعتبر من أقدم البرامج العلاجية المستخدمة مع الأطفال المصابين بالتوحد والذي طور عام 1966م من قبل شوبلر Schopler وزملاءه في جامعة نورث كارولينا عام 1972م في الولايات المتحدة الأمريكية، وكان أول برنامج تربوي متخصص بتعليم الأطفال المصابين بالتوحد، وأول برنامج معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكيةASA.

ويركز منهج تيتش على تعليم مهارات التواصل، والمهارات الإجتماعية، واللعب، ومهارات الإعتماد على النفس، والمهارات الإدراكية، ومهارات تمكن من التكيف في المجتمع، والمهارات الحركية، والعمل بإستقلالية ومهارات أكاديمية(وفاء الشامي،2004، 46).

وتمتاز طريقة تيتش بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلا متكاملا للطفل، كما أنها تمتاز بأنها طريقة علاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل، حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد عن 5-7 أطفال، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل حسب احتياجاته(سعد رياض،2008، 75).

2- برنامج ليبLEAP Program:

بدأ برنامج ليب(LEAP) عام 1981م في بنسلفانيا لتقديم خدمات للأطفال العاديين والتوحديين من عمر(3-5) سنوات، ضمن برنامج شامل لمرحلة ما قبل المدرسة، وتدريب الاباء على المهارات السلوكية بالإضافة إلى الأنشطة الإجتماعية الأخرى.

ويعتبر برنامج ليب واحدا من البرامج التي تجمع الأطفال التوحديين مع الأطفال العاديين، ويتم استخدام الرفاق في التدريب على المهارات الإجتماعية، وتشمل الأهداف في المنهاج الفردي على مجالات النمو الإجتماعية والإنفعالية واللغوية والسلوك التكيفي، والمجالات النمائية المعرفية والجسمية والحركية. ويجمع المنهاج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة.

ويركز برنامج ليب(LEAP) بالدرخة الأولى على تزويد المؤسسات والمدارس الخاصة والعامة بخدمة تدخل مبكر نوعي، وتقدم هذه الخدمات من خلال زيارات للموقع وأجوبة شاملة للأسئلة، وا ٍقامة ورش تدريبية، وتقديم الإستشارات حسب الحالة، ويشتمل التدريب على تنظيم الصف وضبطه، زيادة فرص التعليم خلال اليوم، تدريب الرفاق على المهارات الإجتماعية، مناهج اجتماعية وانفعالية، فريق إشراف، متابعة لما وراء المعلمين، مشاركة الأسرة(الزريقات،2004، 309).

3- برنامج تحليل السلوك التطبيقي(ABA)

3-1-تعريف تحليل السلوك التطبيقي(ABA):

يعود تاريخ تحليل السلوك التطبيقي إلى عام 1959م على يد أيلون ومايكلAyllon & Michael، وتمت الإشارة إلى هندسة السلوك من خلال توجيه العمل ضمن سلسلة منظمة من الإجراءات التي تصل في النهاية إلى نواتج محددة مسبقا، وتمت الإشارة إلى الإطار النظري الخاص بتحليل السلوك التطبيقي من خلال النظرية السلوكية والتي بدأت مع سكينرSkinner، وقد وجهت بعض الإنتقادات لتحليل السلوك التطبيقي على اعتبار أنه يتعامل مع السلوكات الغير مقبولة، والتي يستخدم فيها أنواع العقاب الجسدي بشكل ملحوظ، وتطورت النظرة إلى تحليل السلوك التطبيقي بعد ذلك لتشمل تعليم مجالات النمو والتظور لدى الأطفال والكبار، ويعتبر لوفاسLovaas أول من استخدم تحليل السلوك التطبيقي في علاج التوحد.

اتفق سكينر 1953م وبير ريسلي1986م على أن تحليل السلوك التطبيقي هو الدراسة العلمية للسلوك، وعلى وجه الخصوص هو العلم الذي يسعى إلى إستخدام إجراءات تعديل السلوك من أجل مساعدة الأشخاص والأفراد في تنمية المهارات ذات القيمة الإجتماعية(محمد كامل،2013، 188).

وفي تقرير صادر عن مركز كامبريدج للدراسات السلوكية2003، أكد فيه أن المدخلات والبرامج العلاجية السلوكية التي تقوم على تحليل السلوك التطبيقي تبنى على بحث وتقييم تفصيلي لنقاط القوى والضعف والإحتياجات والظروف الحياتية للفرد(طاس،2016، 43).

وقد استندت المدرسة السلوكية إلى عدد من المبادئ العلمية التي تعتمد على الملاحظة، الإبتكار، الإختبار والموضوعية، ويعتبر تحليل السلوك التطبيقي الجانب الإجرائي لتحقيق أهداف محددة وزيادة السلوكات الأيجابية، والعمل على تطوير نوعية السلوك، والحد من السلوك السلبي، وتعليم السلوكات الجيدة(سهيل، 2015، 175، 176).

يعتبر تحليل السلوك التطبيقي طريقة لتعليم السلوكات الإجتماعية والحركية واللفظية ومهارات التفكير، وتكمن أهميته في مجال تعليم الأطفال التوحديين حيث يقوم بتجزئة الخطوات التعليمية التي تفوق القدرة الأدائية للأطفال التوحديين إلى خطوات جزئية بسيطة معطيا مرادفات لكل خطوة تتناسب مع السعة العقلية والحالة النفسية التي يكون عليها الطفل أثناء عملية التعلم، وبالتالي يعطي تنوعا في الطرق والأساليب التي من خلالها يتم إكساب الأطفال المعلومات المراد تعلمها، وتتباين هذه الطرق بتباين صعوبة المادة المتعلمة، ويمكن للآباء والمرشدين والأخصائيين أن يستخدموا طرق تحليل السلوك التطبيقي في التعامل مع الأطفال التوحديين(أسامة مصطفى، 2011، 253).

ويعتمد تحليل السلوك التطبيقي على الملاحظات السلوكية الهادفة، والتعزيز الإيجابي لتعليم كل خطوة من الخطوات الخاصة بالمهارة، وتشمل الطريقة تدريبات متكررة مكثفة ومنظمة بشكل عال، ويتم إعطاء الطفل من خلالها أمرا ثم تتم مكافأته في كل مرة يستجيب فيها بشكل صحيح وتعزيزه في كل خطوة صحيحة، وأيضا عند القيام بالسلوك الإجتماعي المناسب، ويعتمد بدرجة كبيرة على الملاحظة القريبة من بيئة الطفل التوحدي، ولعل الهدف من ذلك إحداث التغيير الإيجابي في سلوك الطفل من خلال ضبط البيئة التي يظهر فيها السلوك، ومن ثم نقل ذلك السلوك الإيجابي إلى بيئة جديدة والتأكد من ظهوره بشكل مستمر(سهيل، 2015، 176).

3-2- تعريف لوفاسLovaas مؤسس برنامج تحليل السلوك التطبيقي:

اسمه أولي ايفار لوفاس Ole Ivar Lovaas وهو دكتور نفساني، بدأ لوفاس بالإهتمام بعلم النفس أثناء إحتلال ألمانيا للنرويج الدولة التي نشأ فيها أثناء الحرب العالمية الثانية، وقد عمل أستاذا للطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس في كاليفورنيا، والتي أشهرته من خلال تجاربه على الأطفال التوحديين، بدأ دراساته حول التوحد عام 1950م وقد بنى تجاربه على نظرية تعديل السلوك ويعتبر أول من طبق تقنيات تعديل السلوك في تعليم الأشخاص المصابين بالتوحد.

بدأ مشروعه بتدريب 20 طفل عام 1963 ولمدة عام واحد في معهد UCLA و كانت أعمارهم بين 5-12 سنة. وكان يهدف في البداية إلى اختبار فعالية أسلوب تحليل السلوك التطبيقي مع الأطفال ذوي الإضطرابات النمائية والسلوكية الشديدة بما فيها سلوك إيذاء الذات، ولقد نجح في وقف سلوك إيذاء الذات عندما فشل الآخرون(https://lakhasly.com/ar/view-summary/e2VrUDTbqe، 2023)

حسب Lovaas O.I (1987) فقد اشتملت التجربة الأساسية على 38 طفل تتراوح أعمارهم مابين سنتين و ثلاث سنوات، والذين تم تشخيصهم على أنهم أطفال مصابين بالتوحد، وقسمت إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. المجموعة التجريبية تتم معالجتها مدة 40ساعة أسبوعيا بمعلم لكل طفل وبشكل مكثف، أما المجموعة الضابطة فقد تلقت تدريب أقل كثافة مقداره 10 ساعات تدريب أسبوعيا، و لم يكن للتدريب معلم لكل طفل، وكان معدل لذكاء المجموعة الضابطة 46 % والمجموعة التجريبية % 53 وكلا المجموعتين لا يوجد لديهم النطق و خلل في اللغة الإستقبالية، و عندهم إنسحاب إجتماعي و نوبات غضب شديدة و سلوك نمطي، لقد ركز التدريب أساسا على اللغة الإستقبالية ثم زيادة السلوكات الإجتماعية، وكذلك التقليل من السلوك النمطي(طاس،2016، 44).

وفي سنتين من تطبيق البرنامج كانت النتائج كالاتي: تسعة من اطفال المجموعة التجريبية قلت أعراض التوحد لديهم والتحقوا بالمدرسة العادية وحصلوا على معدل ذكاء طبيعي، وثمانية منهم بقي عندهم مشكلة في اللغة الإستقبالية، وبقي اثنان منهم مصابين بالتوحد، وفي المجموعة الضابطة هناك ثمانية عندهم مشكلة في اللغة الإستقبالية و11 مصابين بالتوحد لم تقل لديهم الأعراض.

وقام أنذاك بنشر عدة كتب ومؤلفات يأتي على رأسها الكتاب الشهير The me book، أين قام بشرح الخطوات المتبعة في تطبيق وكيفية إستخدام تحليل السلوك التطبيقي مع أطفال التوحد.

عمل لوفاس و تلاميذه على إعداد برنامج (منهاج) يعتمد على فكرة التدريب على المهارات المحددة مع التكرار للوصول إلى درجة الإتقان و كانت المهارة التي يريد تعليمها تتجزأ إلى مهارات جزئية ينتقل من مرحلة إلى أخرى تدريجيا وهذا كان ميلاد ما عرف بالتدريب من خلال المحاولات المنفصلة. وبعد سنة من التدريب اكتسب الأطفال المهارات المستهدفة و لكن وبعد عودتهم إلى البيئات الطبيعية خسروا كل ما تعلموه لأن التعليم في بيئة مغلقة يختلف عن البيئة الطبيعية لذا أصبح هدف التدريب هو إيجاد بيئة قريبة من البيئة الحقيقية لتدريب الأطفال(الإمام والجوالدة، 2011، 87).

3-3- تعريف برنامج تحليل السلوك التطبيقي للوفاس:

لم يبدأ استخدام تحليل السلوك التطبيقيABA مع أطفال التوحد إلا في بحوث لوفاس Lovaas في الستينات، حيث كان أول من استخدم التحليل السلوكي مع الأطفال التوحديين، وقد عمل بحوث كثيرة أثبتت جدوى هذه الطريقة مع التوحد. وبرنامج لوفاس هو برنامج قائم على نظرية التحليل السلوكي والإستجابة الشرطية وهو برنامج تعليمي للتعديل السلوكي للأطفال التوحديين(طاس،42،2016).

ويعتبر برنامج لوفاس من أهم البرامج التربوية المطبقة مع الأطفال التوحديين، ويعتمد برنامج لوفاس على ضرورة إكساب الطفل التوحدي المهارات المختلفة التي تلبي احتياجاته اليومية، ويقوم هذا البرنامج على التحليل السلوكي لعادات الطفل واستجاباته للمثيرات وعلى مبدأ إمكانية تكرار السلوك المعزز إيجابيا للفرد بشكل أكبر من إمكانية تكرار السلوك المهمل(سهيل،2015، 176).

ويركز هذه البرنامج على تنمية مهارات التقليد لدى هؤلاء الأطفال، وكذلك التدريب على مهارات المطابقة واستخدام المهارات الإجتماعية والتواصل.

لقد تبنى لوفاس في هذا البرنامج طريقة المحاولة المنفصلة بحيث يتم تجزئة المهمة المطلوبة إلى عدة أجزاء منفصلة ومن ثم تعليمها للطفل التوحدي وتكرار تدريب الطفل عليها إلى أن يتم إتقانها ومن ثم ربطها بالأجزاء الأخرى إلى ان يتم تعليم المهمة المطلوبة بشكل كامل(سهيل،2015، 177).

تقوم فكرة لوفاس على أسس نظرية الإشراط الإجرائي لسكينر ومحاولات سلوكية منفصلة وهي ترتكز بشكل رئيسي على التدخل المبكر سنوات ما قبل المدرسة(محمد صالح،2011، 87).

كما يقوم على التدريب في التعليم المنظم والتعليم الفردي بناءا على نقاط القوة والضعف للطفل وا إشراك الأسرة في عملية التعليم.

كما يعتبر برنامج تحليل السلوك التطبيقي برنامجا طويل للتدريب على المهارات بشكل منظم ومنطقي ومكثف، ويشير لوفاس إلى إمكانية دمج الأطفال التوحديين في حال طبق البرنامج بشكل منتظم ومكثف، يتم فيه تحديد المثيرات السابقة واللاحقة بعد استجابة الطفل ويتم معرفة السلوكيات المرغوبة والغير مرغوبة وبعد ذلك يتم تشكيل المهارات الجديدة بتنظيم المثيرات والتعزيز الفوري. هذا البرنامج يتطلب مشار كة الآباء والمحيطين بالطفل التوحدي(مجدي فتحي،2007، 26-27).

إن برنامج لوفاس يركز على النواحي الفردية التي تأخذ في الحسبان مراكز الضعف والقوة، وعادة يبدأ البرنامج بنحو (10 – 16)ساعة أسبوعياً، تزداد تدريجياً لتصل إلى نحو (35 – 40) ساعة

أسبوعياً، ويستخدم المعلم التعليم العَرَضي والاستفادة من البيئة الطبيعية، فإذا أحب الطفل لعبة ما يحث المعلم الطفل على أن يطلبها بطريقة مقبولة من التواصل. وعلى المعلم استغلال كل المبادرات التي يظهرها الطفل، سواء كانت لفظية أم غير لفظية ومهما تكن صغيرة أو ثابتة.

تتطلب التقنية الأساسية المستعان بها في تقديم مثير معين، وبعد ذلك ملاحظة استجابة الطفل والحصول على نتيجة، تتكرر هذه المحاولات عدة مرات إلى أن تتم تقوية السلوك المرجو. يعمل المتدخل لوحده رفقة الطفل ضمن حصص قصيرة من التمارين التربوية السريعة في الوتيرة، بالإضافة للتقنيات السلوكية، يحظى اختيار أهداف التعلم بأهمية كبيرة، إذ تنقسم الاهداف النمائية لهذا البرنامج إلى ثلاث برامج فرعية: القاعدية والوسيطة والمتقدمة.

يتضمن البرنامج القاعدي أهدافا خاصة بالأطفال ما بين 06 و 48 شهرا، فيما يخص البرنامج الوسيط فيتضمن أنشطة خاصة بالأطفال يقدر عمر النمو لديهم ما بين 48 و 60 شهرا من عمر النمو، اما البرنامج المتقدم فيقترح أهدافا خاصة بتحضير الأطفال للدخول المدرسي الإبتدائي من خلال أنشطة خاصة بالشريحة العمرية النمائية ما بين 60 و 72 شهرا (زروالي،2021، 158).

إن الهدف الرئيس من برنامج لوفاس هو تحسين التواصل، وتنمية مهارات اللعب، وبناء علاقات فاعلة، وردود فعل مناسبة للمثيرات الحسية، وتطوير مهارات التركيز والتقليد والطلب، وحذف السلوكيات السلبية، وتحقيق الإستقلاليةوا ن كثافة العلاج هي النقطة الهامة بالنسبة إلى تقدم الطفل، لذلك فإن الأطفال بين أعمار (3–5) سنوات يتعلمون يومياً لمدة (5–8) ساعات، ولمدة (5–7) أيام في الأسبوع، كما يؤكد لوفاس أنه كلما كان الطفل صغيرا في السن كلما كانت إمكانية التعلم المعمم قوية.

3-4-الإستراتيجيات التعليمية التي تتمحور حول برنامج التحليل السلوكي التطبيقي:

*<u>التدريب من خلال المحاولات المنفصلة</u>**:** والذي يستند إلى تعليم الطفل الذي يعاني من التوحد الإستجابة للمهارة من خلال تحليل المهارة إلى عدد من الأهداف الصغيرة، والذي يتم من خلالها تعزيز السلوك الإيجابي الخاص بإكتساب المهارة، وأيضا يتم مساعدة الطفل للوصول إلى الإستجابة الصحيحة من خلال التلميح له بطريقة الإستجابة.

* التدريب على المهارات المحورية: ويقصد به العمل على تعليم الطفل على الإستجابة للمهارات الأساسية التي يمكن من خلالها التعامل مع مهارات أكبر بحاجة إلى تأسيس قوي لضمان الإستمرارية مثل تعليم الطفل مهارات الإنتباه والتواصل البصري، والهدف الرئيسي من ذلك الوصول بتلك الإستجابات إلى مرحلة التعميم، ومن ثم القدرة على إستخدام تلك المهارات في التعميم.

* التدريب على مهارات التواصل الوظيفي والسلوك اللفظي**:** والذي يستند إلى تعليم الطفل القدرة على التعبير من خلال إستخدام اللغة المنطوقة وذلك باستخدام التعزيز في البداية للمحاولات البسيطة ومن ثم يتم الانتقال إلى المهارات الصعبة والمعقدة في تعليم اللغة.

* التعليم العرضي**:** والذي يستند إلى مبدأ التكرار لمعظم السلوكيات اليومية التي يقوم بها الطفل في البرنامج التربوي الخاص به(البلشة،178،2008).

3-5- المبادئ الأساسية لإجراء تحليل السلوك التطبيقي:

من أهم المبادىء الأساسية التي تقوم عليها إجراءات تحليل السلوك التطبيقي هي:

- زيادة السلوكيات المرغوب فيها، وذلك من خلال إستخدام طرق وأساليب التعزيز الإيجابية المتنوعة.

- تعليم مهارات جديدة، حيث يسهم برنامج تحليل السلوك التطبيقي بوضع الأسس والإجراءات العملية لتنظيم التعليم عند الأطفال الذين يعانون من التوحد.

- المحافظة على السلوكيات الإيجابية الموجودة لدى الطفل التوحدي ومساعدته على تنميتها وتطويرها.

- التعميم ونقل لخبرات التعليمية إلى مواقف أخرى مشابهة، والإستفادة منها في توظيف قدرات الطفل التوحدي على التصرف بشكل مناسب.

-التحكم بالظروف والشروط البيئية التي يحدث فيها السلوك، وبالتالي المساعدة على توجيه إستجابات الطفل التوحدي إيجابيا لتحقيق الأهداف الموضوعة له.

- التقليل من السلوكيات الغير مرغوب فيها، وخاصة المتعلقة بإيذاء الذات والعدوانية (الخطيب،2003، 32).

3-6- الركائز الأساسية التي يقوم عليها برنامج لوفاس تحليل السلوك التطبيقي :

-صنع علاقة إيجابية بين الطفل والمعالج Pairing :

تتمثل هذه الركيزة في محاولة خلق تواصل بين الطفل التوحدي و المعالج، حيث يتم من خلالها تسهيل العملية العلاجية، قد تكون من خلال اللعب أو أي شيئ آخر يمكن أن يوطد العلاقة بينهما وهذا قبل بدأ العملية العلاجية، حيث دون وجود هذه العلاقة يستحيل تحقيق مبتغى العملية العلاجية .

- النموذج السلوكي ABC:

يتكون من ثلاث أجزاء وهي:

A المثيرات القبلية الموجهات Artecedent، هي متطلبات أو مثيرات تدفع الطفل للقيام بفعل السلوك.

B السلوك: Behavior وهي إستجابات أي فعل يقوم به الطفل.

C النتائج السلوك Consequences الذي يكون من خلاله التعزيز أو العقاب.

لقد قامت أبحاث تحليل السلوك التطبيقي إلى إيجاد العديد من إجراءات تعديل السلوك الغير المرغوب فيه من خلال تعديل الظروف التي تسبق السلوك و تجاهل السلوك و تعزيز حدوث السلوك البديل (أحمد بن رزق الله،2011، 35)

-القياس المستمر:

ومن أهم الركائز لتطبيق برنامج لوفاس هو القياس المستمر لمدى تقدم الطفل في كل مهارة وذلك من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة منها والفاشلة.

حسب Connor M (2003،11) نسجل إستجابات الطفل في كل محاولة على ورقة مكتوب عليها الهدف المراد تحقيقه، أو العلاج وكذا التاريخ، و بناء على المعلومات التي قد نجمعها من هذا التسجيل لإستجابات الطفل من البرنامج سوف نحدد مدى تقدم الطفل وهل الطرق المستعملة في العملية التعليمية لها فائدة ، كما يساعدنا ذلك في معرفة تقدم الطفل في كل مهارة.

- التعلم و التدريب في بيئة الطفل الطبيعية ودور الأسرة في البرنامج :

حيث يرى Lovaas O.I(2004,63) أن التدريب في البيئة الطبيعية للطفل مهم و إتضح ذلك من خلال التجارب التي قام بها على الأطفال الذين كان يختبر من خلالهم فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي، حيث بعد سنة من تدريب هؤلاء الأطفال المهارات المستهدفة خسروا كل ما تعلموه عند عودتهم إلى البيئات الطبيعية، لأن التعليم كان في بيئة مغلقة داخل المستشفى حيث كان يعتقد في البداية أن التدريب في بيئة مضبوطة أفضل عن البيئة الطبيعية، بعدها اتضح أنه لا يملك تثبيت المهارات التي يتم

تعليمها للطفل من خلال برامج التعليم إذا لم يتم مشاركة الأهل في هذه البرامج، حيث هم أساس العلاج وأول معلم ومسؤول للطفل في متابعة العملية التعليمية و تنظيم البيئة الطبيعية. ويقع العائق الأكبر في التدريب عليهم ويعطون عمقا ومعنى لعمل المعالجين، حيث يساهم المعالجون ب 20% من العملية العلاجية، ويقوم الآباء بإكمال 80% الباقية في المحيط الطبيعي للطفل بعدما يمرون بمراحل تدريب مكثفة حول البرنامج العلاجي قد تتراوح مدتها بين 7-14 يوما أو أكثر.

ويشارك الأباء كذلك في تحديد نوع المعززات المحببة من طرف الطفل، كما يقومون بتحديد السلوكات الغير المرغوب فيهاو الحد منها والمهارات التي يجب تعليمها، كونهم الأقرب لهولاء الأطفال(طاس،2016، 48، 49).

3-7- برامج ABA للتدخل العلاجي لتقليل السلوكيات غير المرغوبة :

بشكل عام يفضل التركيز على زيادة حدوث السلوكيات الصحيحة والمرغوبة لأنها كلما زادت قل حدوث السلوكيات غير المرغوبة بشكل تلقائي. في حال تطبيق برنامج علاجي للتقليل من بعض السلوكيات غير المرغوبة يجب أن يتم العمل به في نفس الوقت الذي يتم فيه تطبيق برنامج علاجي لزيادة حدوث السلوكيات الصحيحة .

من بين الأساليب المتبعة للتخلص من السلوكيات غير المرغوبة :

3-7-1- أسلوب الإطفاء **:** الإطفاء هنا يعني حجب المعزز المستخدم لتحفيز السلوك، فمثلا إن وجد خلال مرحلة تقييم سلوك نوبات الغضب أن اهتمام الأهل بهذه النوبة ومنح الكثير من الانتباه للطفل عندها هو بمثابة محفز له لحدوث السلوكمرارا وتكرارا، إذا ببساطة يجب حجب هذا المعزز بتجاهل الأهل لسلوك نوبات الغضب و عدم الإكتراث لها تماما إيجاد وسائل بديلة للتبيين للطفل بأن سلوكه خاطئ . هناك نقطتين مهمتين تعتبران من مساوئ إتباع أسلوب الإطفاء للتقليل من السلوكيات غير المرغوبة :

- الأول أن أسلوب الإطفاء يأخذ وقت طويل لإتباعه و يلزم الكثير من الوقت قبل رؤية النتائج المرجوة منه.

- الثاني هو الوصول إلى حالة اندفاعية الإطفاء وهو الحالة التي يكون فيها حجب المعزز هو بمثابة محفز لزيادة السلوك وزيادة حدته مثل تجاهل الأهل في حالة نوبات الغضب قد يؤدي إلى أن الطفل

سيزيد من حدة وتكرار نوبات الغضب، كما لا يجب إتباع الإطفاء كأسلوب وحيد في برنامج ABA بل يجب أن يكون لدينا ما يسمي بخطة المعززات للطوارئ (صفاء، 2015، 39، 40).

3-7-2- أسلوب العقاب: وهو أسلوب يعتمد علي نظرية الإجراء الشرطي أي أن اللواحق والنواتج التي تنتج عن السلوك هي التي تتحكم في كيفية وعدد مرات حدوثه، وفي حالة أسلوب العقاب وبما انه ناتج لحدوث السلوك فانه يتم استخدامه للتحكم في السلوك.

هناك طريقتين للعقاب:

- الأول: إذا قمنا بتطبيق العقاب بعد السلوك مباشرةو أثر على حدوث السلوك مثال في حال قامت الأم بضرب وتعنيف الطفل بعد القيام بالسلوك الغير الصحيح وكان هذا الضرب أو الأسلوب العقابي من شانه أن يتسبب بالتقليل من حدوث السلوك إذن يعتبر أسلوب العقاب إجراء علاجي بحد ذاته.

- الثاني: هي حجب المعزز الإيجابي الذي يلي السلوك غير الصحيح مثال ذلك إذا فقد الطفل شيء محبب له جدا بعد القيام بالسلوك غير الصحيح مثل مشاهدة التلفاز أو اللعب في الكمبيوتر وغيرها مما سبب هذا الحرمان بالتقليل من السلوك غير المرغوب فانه يعتبر أسلوب عقابي علاجي .

ويعد الأسلوب الأمثل للعقاب الذي يجب إتباعه مع الطفل هو أسلوب الإبعاد المؤقت والذي أيضا يجب جمعه مع أسلوب التعزيز الايجابي.

3-7-3- أسلوب التصحيح الزائد: يعد التصحيح الزائد من الوسائل الفعالة في تعديل سلوكيات الأطفال الفعالة بل هو أبسط أنواع تعديل السلوك تطبيقا، التصحيح البسيط هو : طلب الأم من صغيرها الذي سكب الماء في البهو إحضار منشفه وتنشيف الماء وهذا هو التصحيح البسيط ، أما إذا طلبت الأم من صغيرها عملا آخر ولم تكتف بمسح الماء المنسكب بأن طلبت منه تنظيف المنطقة المجاورة بعد كنسها، فهذا هو التصحيح الزائد، ومن فوائد هذا الإجراء أنه يستخدم للتخلص من سلوكيات غير المرغوبة وهو سهل التطبيق(https://www.autismarabia.com).

3-8- منهاج برنامج تحليل السلوك التطبيقي:

*بداية المنهاج: ويكون بها إكساب الطفل:

- ❑ مهارة الإنتباه: الجلوس بشكل مستقل والتواصل البصري
- ❑ مهارة التقليد: للحركات الدقيقة والكبيرة والشفوية.
- ❑ مهارات اللغة التعبيرية: تقليد الصوت، التعبير بنعم-لا، إجابات بسيطة للأسئلة.

- المهارة ما قبل الأكاديميةالمقابلة وا إكمال الأنشطة بشكل مستقل، تحديد الأشكال، الألوان والحروف.
- مهارات العناية بالذات: مثل خلع الملابس بإستقلال، الأكل المستقل، مهارات الحمام.

* المرحلة المتوسطة من البرنامج:

- مهارة الإنتباه: تأكيد التواصل البصري، الإستجابة عند المناداة بإسمه.
- مهارة التقليد: تقليد التتابع، نسخ الصور البسيطة، ربط الحركة بالصوت.
- مهارة اللغة الإستقبالية: تتبع أوامر من مرحلتين، معرفة خواص التصنيف، التعرف على الظروف، العواطف، الجنس اللآخر، يتعرف علةى أجزاء جسمه، يستطيع أن يسأل لماذا، متابعة الصور(Image objet et objet image).
- اللغة التعبيرية: يكون عبارات من كلمتين أو ثلاثة، يطلب حاجاته ورغباته، يتبادل المعلومات البسيطة مع الآخرين، يسأل لماذا.
- المهارات ما قبل الأكاديمية: المقابلة والتصنيف، يعطي عدد محدد من العناصر، يتعرف على الحروف الكبيرة والصغيرة، يتعرف على الأشكال، يعد ورقة بسيطة بنسخ الحروف والأرقام، يستخدم المقص، يلون داخل الإطار.
- مهارات العناية بالذات: يرتدي ملابسه بإستقلالية، يرتدي الحذاء والمعطف، يستخدم الحمام لوحده.

*المرحلة المتقدمة من البرنامج:

- مهاراة الإنتباه: استمرار التواصل البصري أثناء الكلام والأنشطة.
- مهارة التقليد: متابعة الأوامر المعقدة واللعب مع الأقران والإستجابة اللفظية للأقران.
- مهارات اللغة الإستقبالية: تتبع الأوامر من ثلاث خطوات، التعرف على الشبه والإختلاف والتعرف على الملكية الشخصية.
- اللغة التعبيرية: يعبر بإستخدام انا لا اعرف، يقول قصة سمعها، يستدعي الأحداث الماضية، يتسائل ويطلب إيضاح، يعرف الضمائر والأفعال.
- اللغة المختصرة: يتنبأ بالنتائج، يأخذ موقف خاص، يقدم توضيح لموقفه.

- المهارات الأكاديمية: يكمل النماذج، يقرأ الأسماء ويسمي الحروف والأصوات، يحدد معنى الكلمة ويقدم تحليل بسيط، يرتب الأرقام ويتعرف على الكلمات، يكتب كلمات بسيطة من الذاكرة.
- المهارات الإجتماعية: يتابع التوجيهات من زملائه، يجيب على أسئلة زملائه، يستجيب لمبادرات اللعب مع زملائه، يعرض ويتقبل مساعدة الزملاء.
- الإستعداد المدرسي: ينتظر الدور، يوضح الإستجابات، يتبع مجموعة من التعليمات، يستجيب عندما ينادى بإسمه، يرفع يده للمشاركة، يستمع ويقول قصة.
- مهارة العناية بالذات: ينظف ملابسه، يغلق ملابسه(الروسان، 2010، 40، 42).

3-9- مراحل تطبيق برنامج تحليل السلوك التطبيقي:

في السنة الأولى يكون تقليل الإثارة الذاتية والعدوان والإستجابة للأوامر اللفظية والطلبوا إتباع تعليمات بسيطةوا إكتساب التقليد اللغوي، والتقليد الحركي وتأسيس استخدام الألعاب بشكل مناسب وتوسيع مدى العلاج ليتضمن مشاركة الأسرة.

في السنة الثانية يتقدم البرنامج ليتعلم الأطفال المفاهيم المجردةو الإستجابات للأسئلة البسيطة، إبتداءا جواب من كلمة واحدة و التدرج إلى التحدث بجمل كاملة. والتركيز على اللغة التعبيرية حيث يتعلم الطفل اللغة المجردة والإستجابة للأسئلة البسيطة(محمد الإمام،2011، 87).

وفي السنة الثالثة يتم التركيز على التعبير عن العواطفو المهارات قبل أكاديمية مثل: القراءة، الكتابة، الحساب والتعلم من خلال الملاحظة.

ويتم تحقيق هذه الخطوات من خلال ورش العمل التي يتم عقدها للأفراد العاملين مع الطفل التوحدي بما فيهم الآباء .

3-10- أهداف برنامج تحليل السلوك التطبيقي:

الهدف الرئيسي للبرنامج هو أن يتعلم الأطفال ويفهمون بيئتهم الطبيعية وينمون مهاراتهم الإجتماعية، كما يهدف إلى:

- تمكين الطفل من الإستفادة من طرق التعليم العادية والإندماج في المدرستوا إن إنخفضت قدراته بشكل أقل من المتوسط.
- تحسين التواصل لتنمية مهارات اللعب وبناء علاقات فعالة مع الأقران.

- التقليل من فشل الطفل ونجاحه إلى أبعد مدى ممكن، وذلك من خلال زيادة قدرته على فهم ما يريده المعالج، وما هو مطلوب منه.
- زيادة معدل حدوث السلوكيات المرغوبة.
- التقليل من حدوث السلوكيات غير مرغوبة.
- بناء وتأسيس سلوكيات جديدة مفتقدة لدى الطفل.
- تحسين حياتهم و مهاراتهم المهمة مثل العناية بالذاتوا ٍستغلال أوقات الفراغ .

هذا ويختلف الهدف حسب سن الطفل(طاس،2016، 51، 52).

خلاصة:

للبرامج العلاجية أهمية كبيرة في مساعدة الطفل التوحدي على مزاولة حياته اليومية بشكل طبيعي، خاصة برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA والذي يهدف إلى إكساب الطفل بعض المهارات الإجتماعية وتنمية قدراته ويعمل نقلة نوعية في مستوى أداء الطفل التوحدي إذا طبق بصورة منتظمة وصحيح بحيث يصبح الطفل التوحدي قادرا على الإتصال مع الآخرين وأداء بعض النشاطات لوحده، كما انه أسلوب يشرك الوالدين والأهل في عملية العلاج والتكفل.

الفصل الرابع:

المرافقة الوالدية

- تمهيد.

- مفهوم الأسرة.

- مفهوم المرافقة الوالدية.

- أشكال المرافقة الوالدية.

- فوائد المرافقة الوالدية.

- أهمية المرافقة الوالدية.

- دور ووظائف المرافقة الوالدية.

- المرافقة الوالدية وا إشكالية الشراكة العلاجية.

- خلاصة.

تمهيد:

يلعب أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد أدوارا متعددة في حياة أطفالهم، فهم أول من يتعرف على المشكلات النمائية الموجودة لديهم ويواصلون الإهتمام بها حتى يحصلوا على تشخيص مناسب ويجدون أو يطورون الخدمات المناسبة لأطفالهم، وعند تقديم البرامج العلاجية والتعليمية المناسبة فإن الآباء يعتبرون مشاركين في عملية تعليم أطفالهم.

وفي هذا الفصل سوف نتطرق لأهمية المرافقة الوالدية في ووظائفها في زيادة فعالية البرامج العلاجية.

1- مفهوم الأسرة:

تعد الأسرة من أهم مؤسسات التنشئة الاجتماعية التي تحدد معالم شخصية الطفل، وتحدد خصائصه الفكرية والنفسية، ففي سنوات العمر الأولى تشكل أنماط سلوك الطفل وقيمه وعادته والتي تؤثر على تكيفيه مع المجتمع، وتعتبر من أقدم المؤسسات الإجتماعية في تاريخ الإنسان الطويل، وفي إطار الأسرة ينظر الكثير من الأفراد إلى الطفل باعتباره الإمتداد الطبيعي لهم وهو أحد أهم عناصر هذه المؤسسة الإجتماعية.

الأسرة وحدة اجتماعية يرتبط بها الإنسان منذ طفولته، ففيها يولد وينمو وهي أصلح بيئة لتربية الطفل وتكوينه، فالصلة بين الوالدين والطفل أقوى ما تكون بينه وبين أية جماعة أخرى(عبد الحميد السيد،1980، 13).

ويعرف طلعت محمد أبو عوف الأسرة: على أنها النسق الاجتماعي المسؤول عن تربية الطفل، وهي القوة النفسية للمجتمع والتي تساهم في إكسابه الاتجاهات والقيم والمعايير السلوكية المرغوب فيها(طلعت أبو عوف،2008، 126).

2- مفهوم المرافقة الوالدية:

كانت المرافقة الوالدية موضوع العديد من الباحثين في علم الاجتماع وعلم النفس، فالمرافقة هي من المؤشرات التي تبرز اهتمام الأولياء بأولادهم خاصة إذا كانوا يعانون من اضطرابات كالتوحد على الرغم من الصعوبات والتحديات التي يواجهونها.

المرافقة لغة:رافق، يرافق، مرافقة أي صاحب، مشى وأصل الكلمة يعود إلى الكلمة اللاتينية CUMPANIS وتعني اقتسام الخبر مع الآخر.

اصطلاحاً : المرافقة (مجموعة من العمليات التي تلتقي ثم تتفرع انطلاقا من هذا المصطلح أو تستبدل به حسب الأماكن وحقول الاستعمال، يوجه، يتبع، يرشد، يشرف، يصغي، يراقب، يسند، يتقدم)، والتفريق يكون حسب الحقول المستعملة منها وعلاقة المرافقة باعتبارها علاقة قائمة بين شخصين، وكل هذه المصطلحات تدل على أن مجال استعمال المرافقة واسع ومتنوع (العايب وصياد، 2009، 23).

و هناك العديد من التعاريف التي تطرقت إلى مفهوم المرافقة الوالدية والتي تمثل وجهات نظر مختلفة، فقد عرف كون (CONE) المرافقة الوالدية على أنها تلك العلاقة التي تربط بين الوالدين والمربين لدعم التعاون بين البيت والمدرسة لإيجاد الحلول المشتركة لبعض مشكلات التي قد لا يتسنى لأحدهما مواجهتها بمفرده والتي تساهم في نجاح العملية التعليمية (بن طالب،1990، 6).

و هي مجموعة من الأساليب السلوكية التي تمثل العمليات النفسية التي تنشأ بين الوالدين والطفل حيث أن على هاذين الوالدين أن يقوما بمجموعة من العمليات والمسؤوليات التربوية والنفسية تجاه هذا الطفل من أجل تحقيق النمو النفسي السليم له،و هي مجموعة الطرق التربوية الصحيحة أو الخاطئة التي يمارسها الوالدان مع أبناءهم أثناء عملية التنشئة، والتي تظهر من خلال مواقف التفاعل بينهم وتهدف إلى تعديل سلوكهم والتأثير في شخصياتهم(محمود علي2012 ،91، 92).

ويعرفها(ستيوارت،1993، 43) على أنها عملية مساعدة بين أخصائي مدرب وآباء الأطفال الغير عاديين لإرشادهم لإكتساب الإتجاهات والمهارات اللازمة لمساعدة طفلهم.

كما انها مجموعة من التوجيهات التي تقدم لآباء الطفل المعوق بهدف تدريبهم على إكتساب المهارات والخبرات لمرافقة طفلهم في المسيرة العلاجية لمساعدته على الحد من السلوكيات الشادة وتطوير المهارات الإجتماعية، والحصول على نتائج أفضل في وقت أقصر.

ومن جهة أخرى عرفت منظمة اليونيسكو (1986) المرافقة أنها العمل المشترك الذي يتضمن أوجه النشاطات المختلفة، ابتداءا من تبادل المعلومات عن صحة الطفل إلى اشتراك الوالدين بصورة وثيقة في تربية الطفل واسهامهم في مختلف البرامج العلاجية من أجل مساعدة طفلهم وتنمية مهاراته المختلفة.

3- أشكال المرافقة الوالدية:

3-1- الآباء كشركاء**:** وفي هذا الشكل يقوم الآباء بتسجيل أطفالهم في المركز المخصص لهم والتأكد من إنتظامهم للذهاب إليه.

3-2- الآباء كأعوان ومساعدين**:** وذلك بمشاركة الآباء في برامج التدريب والبرامج العلاجية المقدمة لأطفالهم التوحديين.

3-3-الآباء كجمهور: وذلك من خلال الإنضمام لبعض الجلسات العلاجية التي تكون مع الإخصائي النفسي وطفلهم، ورؤية تطوره في مختلف الأنشطة(الخطيب، 2014، 34).

4- فوائد المرافقة الوالدية:

لا شك بأن الكثير من الفوائد والحسنات كانت قد رصدت على يد الباحثين في موضوع المرافقة الوالدية وهي كالتالي:

4-1 - الفوائد التي تعود على الطفل:

- إن التعاون بين الوالدين والإخصائي له تأثير ايجابي على الطفل وزيادة فرص التجاوب للبرامج العلاجية وتنمية المهارات المختلفة للطفل .

- بما أن تدريب الأهل على التعامل مع الطفل يقربهم أكثر من طفلهم بالتالي فإن سلوك الطفل أيضا قد يتغير بصورة إيجابية .

- عندما يقوم الأهل والإخصائيون باستخدام الأساليب التعليمية المماثلة، لا شك أن ذلك سيزيد من اهتمام تعميم الطفل للمعرفة والمهارات التي تعلمها في المركز والمدرسة.

-الأهل والمعلمون الذين يقومون بالعمل المنظم في طرق تعديل السلوك يزيد من احتمال تعلم الطفل لها ويحميه من القلق والإرباك والإحباط.

- إن اهتمام الأهل ومشاركتهم الإيجابية يؤدي إلى شعور الطفل بالأمان.

- إن التواصل المتكرر ما بين الأهلو الأخصائيين له مردود ايجابي في مناقشات إيجابية عن الطفل بدلا من التعارض والتناقض فيما بينهما والذي يؤدي لوقوع الأزمات والمشكلات.

4-2- الفوائد التي تعود على الأهل :

- إن المشاركة في مساعدة الطفل تساعد على تحقيق مهامهم الاجتماعية والأخلاقية.

- إن العمل مع الإخصائيين يساعد الوالدين على تغيير سلوكهم حسب ما يتطلب الأمر، وتحسين القيمة التربوية الأسرية عن طريق التعرف على البرامج المناسبة لطفلهم.

- بالتعاون المتماسك يقوم الآباء بتقبل الأخصائيين على أساس حلفاء لهم في بذل المساعي لتنمية مهارات الطفل.

- تعليم الوالدين يزيد من كفاءتهم في أن يكونوا معلمين أساسين في تعليم الطفل في المنزل، فيتعلم الوالدين أساليب البرامج الفعالةإدارة السلوك ومهارات التواصل الناجحة.

- مشاركة الوالدين قد تخفض من حدة المشكلات الشخصية والأسرية المتعلقة بصعوبات تربية الطفل ذي الاحتياجات خاصة.

- ينشأ لدى الوالدين تقديرا أفضل لطفلهم وما يتصف به من جوانب القوة والضعف عبر المشاركة مع الإخصائيين ومع عائلات أخرى لديهم نفس المشكلة .

4-3- الفوائد التي تعود على الإخصائي:

- إن المرافقة الوالدية تزيد من فهم الأخصائيين للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وظروف حياتهم، كما أن المعلمين يكسبون معلومات مهمة عن المشاكل الشخصية الحالية للطفل والوضع الأسري والمنزلي تجاه هذا الطفل .

- يتعلم الأخصائي كيف ينظر إلى الوالدين كأفراد يتصفون بالاحترام والفهم، وكما أنهم قادرون على دعم جهود الآباء في المنزل ومن ثم تحسين الخبرة المدرسية للطفل أيضا .

- يتلقى الأخصائيون الحوافز المعنوية وعبارات الشكر على جهودهم من الوالدين وبالتالي شعورهم بالفخر وبهويتهم سيزيد.

- تتيح مشاركة الوالدين فرص أكثر لعمل الإخصائيين مع الطفل لكي ينجح، ويستطيع الإخصائيون أن يساهموا مع الوالدين في المسؤولية التعليمية وزيادة الفرص للتعليم الفردي، ويكسب المعلمون من زيادة التماسك بين المنزل والمركز.

- تأخذ مشاركة الوالدين منحى التواصل الإيجابي ما بين المعلم والوالدين وتخفض من التواصل السلبي أو سوء الفهم .

4-4- الفوائد التي يمكن أن يجنيها المركز:

- يكسب المركز من المجتمع الإعتراف بتفوق وامتياز البرنامج التربوي التعليمي.

- العلاقات الإيجابية المبنية على أساس الثقة المتبادلة ما بين الوالدين والمركز تؤدي إلى انخفاض الاحتمالات الخاصة بالاحتجاجات المتبادلة.

- يستطيع الوالدين أن يخدموا كوسائل دعم ومساندة لكسب الإعانات المادية والبشرية وجميع التسهيلات الضرورية واللازمة لتحسين الخدمات المقدمة للأطفال.

- يستطيع الوالدين من خلال دورهم التكميلي لفريق عمل الأخصائيين أن يدعموا جهود المركز في توفير البرامج الفردية.

- مشاركة الوالدين تؤدي إلى زيادة اعتبارات واهتمامات المركز بالطفل ذي الحاجات الخاصة(فاطمة محمد، 2014).

5- أهمية المرافقة الوالدية:

للمرافقة الوالدية دور كبير وفاعل في تقدم الطفل من ذوي الحاجات الخاصة بصفة عامة، وطفل التوحد بصفة خاصة، ذلك لأن تدريب الطفل من حيث ساعات العمل في المركز،لا تتعدى منتصف النهار، بينما يقضي الطفل باقي الوقت في المنزل ونهاية الأسبوع وفي المناسبات.

ويتعاون الوالدين مع المعلمين باستمرار في برامج الطفل المنظم وتهيئة البيئة المناسبة في المنزل، حتى تساعده للوصول بنجاح بقدر الإمكان وتعمل على تعديل سلوكه. والواقع أن رعاية الأبوين وعطفهما، يمثلان الجهد الأساسي في فاعلية رعاية أطفال التوحد ، كأساس للتدخل المبكر القائم على علاج الطفل وتعديل سلوكه.

يرى ماركس وآخرون Marcus and else, 1979 أن إتاحة الفرصة لمشاركة الآباء في برامج التدريب تجعلهم أكثر فهما لحالة طفلهم مما يساعدهم على إتخاذ القرارات الحاسمة بخصوص طفلهم، كما أن التدريب العملي الذي يتلقونه على يد الأخصائيين يمكنهم من مساعدة أطفالهم على الإندماج في الحياة الأسرية(مصطفى القمش،2011، 268، 269).

وتعددت الدراسات التي اهتمت بإيضاح أهمية المرافقة الوالدية في علاج الطفل التوحدي، فنجد أن شورت وأندريو Short, Andrew(1980) حاولا التعرف على نتائج علاج الأطفال التوحديين عن طريق آبائهم، وقد أشارت النتائج إلى زيادة التفاعل بين الآباء وأطفالهم وظهور سلوكيات إجتماعية في

مواقف(التفاعل الإجتماعي، اللعب أو العمل، التواصل الهادف)، واختزال السلوكيات الغير إجتماعية مثل إستثارة الذات، النمطية في اللعب، الميل إلى عدم التفاعل(مصطفى القمش،2011، 267).

6- دور ووظائف المرافقة الوالدية:

للبيئة المنزلية تأثير كبير في تكوين شخصية الطفل وبنائها، فتنوع العلاقات السائدة بين الأبوين والأطفال تحدد وبدرجة كبيرة شخصيات الأطفال، ويتفاعل الطفل مع مجتمع أسرته أكثر من تفاعله مع أي مجتمع آخر خاصة في المراحل الأولى من عمره.

والطفل التوحدي يعتبر كسائر الأطفال يتأثر بإتجاهات والديه نحوه، وتتشكل شخصيته وفقا لأسلوب المعاملة الوالدية التي يتلقاها. وعليه فإن هناك دور هام للوالدين في نجاح البرنامج العلاجي الموضوع لطفلهم من قبل الأخصائيين وتتمثل فيما يلي:

-فهم أبعاد البرامج العلاجية الخاصة بطفلهم.

-متابعة تنفيذ البرنامج مع طفلهم في حدود معرفتهم.

- تنفيذ الأجزاء الخاصة بهم في البرنامج العلاجي.

- ملاحظة إنعكاسات البرنامج في سلوك أطفالهم.

- تدريب الأهل على بعض المهارات التي يمكن أن تتم تنميتها عند طفلهم من خلال التدريب المباشر أو من خلال اللعب(سهيل،2015، 301).

كما يكمن دور الوالدين في تكوين بيئة محببة وملائمة فعلى الوالدين محاولة التعرف على طفلهما هل مفرط (زائد) الحساسية أم لا، كذلك على الوالدين التأكد من توفير السلامة والأمان في المنزل.

ويكمن دور الأسرة كذلك في دراسة الوظائف السلوكية والبحث عن الطرق والوسائل التي تساعد على الاتصال المناسب من خلال الكلمات أو الإرشادات كبديل لمشاكل سلوكية.

كما يشير التراث السيكولوجي إلى فاعلية البرامج المقدمة لوالدي الأطفال التوحديين في تحسن حالات أطفالهم، ومن أشهر البرامج التي اعتمدت على آباء الأطفال التوحديين كمشاركين في علاج أبنائهم هو برنامج ABA ، وقد استطاع الآباء بعد تلقي تدريبات هذا البرنامج إكتساب المهارات الضرورية للتعامل مع أطفالهم التوحديين، ومنها تقديم التعليمات بصورة واضحة، تشكيل استجابات الطفل، تدعيم الإستجابات الصحيحة، استبعاد السلوك الغير مرغوب فيه بشكل منتظم، تعليم الطفل مهارات الحياة الوظيفية(مصطفى القمش،2010 ،267).

7- المرافقة الوالدية وإشكالية الشراكة العلاجية:

يعاني غالبية أولياء أمور أطفال التوحد من عدم إشراكهم في التكفل العلاجي الخاص بطفلهم، حيث يتم إبعادهم عن الحصص العلاجية بدون وجود مبرر لذلك بالرغم من أنهم يعدون المرجع الأساسي في عملية التشخيص والإبلاغ عن السلوكات غير العادية التي يبديها أطفالهم، كم يعدون في غالبية العلاجات شركاء أساسيين في التدريب على السلوكات المرغوب فيها، وتكملة مهام المختص المعالج أثناء تواجد الطفل في المنزل.

حاليا توجد الكثير من المعطيات قد تجعل من شراكة الأولياء والمعالجين ممكنة وضرورية وقد تخفف الكثير من مظاهر المعاناة والعبء النفسي لدى العائلات، فهم أفضل من يقدمون مساعدة للمختصيين في وصف أدق التفاصيل الخاصة بالأعراض السلوكية.

وللعائلة حق النظر في أنظمة الدعم المقدمة لأطفالها وإختيار العلاج الذي يناسب طفلهم والذي قد يتغير بمرور الوقت حسب احتياجاته ومستوى نموه وإعلامهم بمختلف الخصائص النمائية التي تتغير بمرور الوقت ومن مرحلة عمرية إلى أخرى.

في هذا الصدد أشارت الكثير من الدراسات إلى حاجة أفراد العائلة إلى اكتساب المعارف الخاصة باضطراب التوحد والحاجة إلى التدريب على الإستراتيجيات التربوية من أجل المشاركة في التكفل العلاجي والتربوي ومن أجل الحصول على التكفل المكيف(زروالي ولصقع،2018).

خلاصة:

يتضح من خلال هذا الفصل أن المرافقة الوالدية في العملية العلاجية لها دور أساسي ومهم في نجاح البرنامج العلاجي وتعديل سلوك الطفل وتنمية مهاراته الإجتماعية المختلفة والتسريع من ظهور النتائج الإيجابية التي تعود على الطفل التوحدي وعلى مربييه بالفائدة.

الجانب التطبيقي:

منهجية البحث

- تمهيد.

- منهجية البحث.

- الدراسة الإستطلاعية.

- حدود البحث

- مجموعة البحث.

- أدوات البحث.

- خلاصة.

تمهيد:

بعد تطرقي إلى الجانب النظري الذي عرضت من خلاله لمحة عن التوحد ومختلف المعلومات التي تتعلق به، وتطرقي أيضا إلى برنامج تحليل السلوك التطبيقي وأهميته في تنمية بعض المهارات الأساسية للطفل التوحدي، وكيف يمكن لأسرة الطفل التوحدي خاصة الوالدين أن يصبحا جزءا من هذه الرحلة وأن مشاركتهما في البرنامج العلاجي ستسرع من ظهور نتائج إيجابية في ظرف زمني قصير، سوف ننتقل إلى الجانب التطبيقي الذي من خلاله سوف أجسد ما تم عرضه في الجانب النظري بداية بالفصل الأول وهو الجانب المنهجي حيث سوف أحدد من خلاله منهج البحث، الدراسة الإستطلاعية، الحدود الزمانية والمكانية للدراسة، مجموعة البحث و الأدوات المستعملة لإجراء هذا البحث.

1- الدراسة الإستطلاعية:

تعتبر الدراسة الإستطلاعية مرحلة هامة من مراحل البحث الميداني، فهي تعتبر تمهيد أولي ومنطلق مهم لإجراء الدراسة الاساسية، والتي يهدف الباحث من خلالها إلى التحقق من الفرضيات التي طرحها.

وبما أن موضوع بحثنا يشمل التوحد وبرنامج ABA، وجب علي التوجه لمركز يطبق هذا العلاج، حيث تمت دراستي في مركز خاص بأطفال التوحد والإضطرابات النفسية، المتواجد في مدينة مستغانم بحي صلامندر، ويعتبر من أهم المراكز الخاصة المتخصصة في علاج التوحد في المدينة.

ومن أجل التقرب إلى العينة التي أرغب في دراستها وكذا التعرف على البرنامج المطبق في المركز، قمت بمقابلة مع مدير المركز وعرضت عليه موضوع البحث حيث وجهني وزودني بمعلومات إضافية، وأكد لي إمكانية إجراء هذا البحث في المركز، وا ختيار حالات البحث.

بعد تحديد فترة التربص قمت بمقابلات مع المختصين في هذا البرنامج حيث زودوني بمعلومات أكثر حوله وحول كيفية تطبيقه، ومن بينهم الأخصائية النفسية التي إخترت العمل معها نظرا لوجود الحلات التي تخدم بحثي عندها، وقمت بإختيار حالتين مصابين بالتوحد والذين يطبق عليهم علاج ABA بإنتظام في المركز، وبما انني سأقوم بدراسة مقارنة اخترت حالة يشارك والديها في البرنامج الخاص ABA مع إشراف الأخصائية النفسية، وحالة لا يشارك والديها في العلاج، ومعرفة أهمية هذه المشاركة ومدى تأثيرها.

وبعد انتقاء حالات دراستي، بدأت بتطبيق أدوات البحث مع الحالات، حيث كانت نتائج الدراسة الإستطلاعية وجود الحالات في هذا المركز، حيث تقبلت أم الحالة الأولى التعامل معي والإجابة على أسئلتي، ولكن واجهت بعض الصعوبات مع أم الحالة الثانية حيث رفضت القدوم للمركز والإجابة على أسئلتي.

والهدف من الدراسة الإستطلاعية هو التعرف على أدوات البحث واختيارها والتأكد من توفر مجموعة البحث والإحتكاك بميدان البحث.

وكانت فترة البحث من 05 فيفري إلى بداية شهر ماي.

2 - منهجية البحث:

من أجل الوصول إلى نتيجة ما في دراسة معينة على الباحث استخدام منهج معين، إذ أن كل منهج له خصائص وأدوات تميزه عن غيره من المناهج، فكل بحث ميداني يتطلب من الباحث اختيار منهج من المناهج العلمية.

وقد إعتمد بحثي على المنهج العيادي كونه المنهج الذي يساعد على دراسة كل حالة على حدى وجمع أكبر قدر من المعلومات حول الحالات.

فالمنهج العيادي هو المنهج الذي يستخدمه المختص النفسي في دراسة المشكلات الشخصية للأفراد الذين يزاولون العيادة النفسية، بجمع بيانات تفصيلية عن تاريخ حياة الفرد وظروف تنشئته وعلاقاته عن طريق مقابلة الفرد أو من تربطهم به علاقة، ومن خلال البيانات يتم تشخيص المشكلة ووضع البرنامج العلاجي (محمد النوبي، 2010، 53).

والمنهج العيادي هو إحدى الوسائل المعرفية المستعملة لدراسة الفرد بوصفه فردا.

ويعرفه ويتمر Wittmer أنه منهج في البحث يقوم على فحص وتشخيص وعلاج الأفراد الذين يعانون من اضطرابات معينة أو يعيشون مشكلات توافقية وشخصية واجتماعية دراسة منهجية (حسين عبد المعطي، 2003، 31).

ويقوم المنهج العيادي على دراسة الحالة وهي طريقة إستطلاعية تتوقف على جمع معلومات موضوعية حول مجال الإشكال(أفراد أو ظواهر) وجمع الخصائص المرتبطة بها(مراد مرداسي،2006، 196).

وهي تحليل تفصيلي للأداء السلوكي الراهن والماضي، بإستخدام كل من المقابلة العيادية والملاحظة ونتائج الإختبارات(فايز النجار، 2008، 42).

3- الدراسة الأساسية:

3-1- حدود البحث:

يقع المركز المتخصص في العلاجات النفسية وا إضطرابات التوحد لدى الأطفال بحي صلامندر في مدينة مستغانم، تأسس في جانفي 2013 ويعتبر أول مركز خاص في ولاية مستغانم ومن الأوائل على مستوى الوطن الذي طبق برنامج تحليل السلوك التطبيقيABA .

ينقسم المركز إلى أربعة حجرات تدريبية، ثلاث حجرات لأطفال التوحد وحجرة للإستشارات النفسية، يشرف عليها أربع أخصائيين نفسانيين.

يقدر عدد الأطفال ب22 طفل مقسمين إلى فوجين، فوج يتلقى علاجه في الفترة الصباحية من 9 إلى 12، وفوج يتلقى علاجه في الفترة المسائية من 13:30 إلى 16:30، تقدر مدة العلاج ب 15 ساعة في الأسبوع، و تعمل كل أخصائية نفسية 10دقائق مع كل طفل فرديا وبالتداول.

3-2- الإطار الزماني:

دامت مدة الدراسة الميدانية في المركز الخاص في العلاجات النفسية وا إضطرابات التوحد من 05 فيفري إلى بداية شهر ماي 2023م.

4- حالات البحث:

تتكون مجموعة البحث من طفلين ذكرين مصابين بالتوحد، وهما من الأطفال الذين تم تشخيصهم فيسن مبكرة، يزاولان العلاج بصفة مستمرة في المركز الخاص بالعلاجات النفسية وا إضطرابات التوحد، ويطبق عليهما برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA.

تم إختيار العينة بطريقة مقصودة حيث توجد حالة يشارك والديها في العلاج الخاص بطفلهما، وحالة لا يشاركان مع طفلهما، وهذا ما يخدم طبيعة البحث وأهدافه.

4-1-معايير إختيار حالات البحث:

يتعلق موضوع بحثي بالأطفال المصابين بالتوحد الخاضعين لبرنامج تحليل السلوك التطبيقي، وأهمية المرافقة الوالدية في إنجاح هذا البرنامج، وفيما يلي بعض الشروط الواجب توفرها في حالات البحث:

-أن تكون اعمار الأطفال ما بين 3 إلى 5 سنوات.

-أن لا يكون الأطفال مصابين بإعاقات أخرى غير التوحد.

-أن يكون الأطفال يتلقون علاج ABA بشكل مستمر في المركز.

-أن يكونوا تحت رعاية المركز والاخصائيية لمدة تتجاوز السنة.

-أن يكون الأطفال يعيشون مع الوالدين معا، ولا يكونا منفصلين.

5- أدوات البحث:

تم الإعتماد في هذا البحث على الأدوات التالية:

-برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA.

-المقابلة العيادية النصف موجهة.

5-1- برنامج تحليل السلوك التطبيقيABA :

يعتبر تحليل السلوك التطبيقي طريقة لتعليم السلوكات الإجتماعية والحركية واللفظية ومهارات التفكير، وتكمن أهميته في مجال تعليم الأطفال التوحديين ويتم إكساب الأطفال المعلومات المراد تعلمها، كما يمكن للآباء والمرشدين والأخصائيين أن يستخدموا طرق تحليل السلوك التطبيقي في التعامل مع الأطفال التوحديين(أسامة مصطفى، 2011، 253).

يتلقى الأطفال في هذا البرنامج 40 ساعة من التدريب أسبوعيا، ويمكن تقسيمها إلى 6-8 ساعات لمدة خمس ايام متتالية خلال الأسبوع، يتم تدريب الطفل بشكل فردي ضمن حصص قصيرة من التمارين التربوية السريعة في الوتيرة، بالإضافة للتقنيات السلوكية، و تتطلب التقنية الأساسية المستعان بها في تقديم مثير معين، وبعد ذلك ملاحظة استجابة الطفل والحصول على نتيجة، تتكرر هذه المحاولات عدة مرات إلى أن تتم تقوية السلوك المرجو.

إستعملت برنامج تحليل السلوك التطبيقي لمعرفة مختلف تطورات الحالات في جوانب عديدة وأبرزها جانب المخارات الإجتماعية، التواصل والإستقلالية.

5-2- المقابلة العيادية النصف موجهة:

المقابلة العيادية هي أداة من أدوات البحث العلمي يتم بموجبها جمع المعلومات التي تمكن الباحث من الإجابة عن تساؤلات البحث أو اختيار فروضه، وتعتمد على مقابلة الباحث لمن تجري معه المقابلة

وجها لوجه بغرض طرح عدد من الأسئلة من قبل الباحث والإجابة عنها من قبل من تجري معه المقابلة(رشيد زرواتي، 2008، 150).

أما بالنسبة لبحثي فقد إستعملنا المقابلة العيادية النصف موجهة نظرا لمناسبتها لموضوع البحث، فهي تسمح للمفحوص بالتعبير بكل حرية كما انها توجهه دون الخروج عن الموضوع وهذا وفق دليل محضر مسبقا، الذي يحتوي على مجموعة من المحاور التي تخدم موضوع الدراسة، ويندرج ضمن هذه المحاور مجموعة من الأسئلة.

لقد قمت في هذا البحث ب: مقابلة مع الوالدين ومقابلة مع الأخصائية النفسانية.

تتكون هذه المقابلة من ثلاث محاور أساسية تكمل بعضها البعض وهي:

- المحور الأول: يتضمن بيانات شخصية حول أسرة الحالة المتوحد خاصة الوالدين، ومرحلة الولادة وسوابق الحالة المتوحد.

- المحور الثاني: يتضمن التعرف أكثر على الحالة وتطوره في جوانب مختلفة كالنظافة الشخصية واللغة.

- المحور الثالث: يهدف إلى معرفة تطور الحالة ونتائج العلاج المقدم له وما إذا كانت هناك مرافقة ومشاركة من طرف الوالدين وأثرها في علاج الحالة المتوحد.

3-5-الملاحظة العيادية:

هي الوسيلة التي نحاول بها التحقق من السلوك الظاهري للأشخاص وذلك بمشاهدتهم وهم يعبرون عن أنفسهم في مختلف الظروف والمواقف(مروان إبراهيم، 2000، 176).

كما تعرف بانها عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية، ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة(ربحي عليان، عثمان غنيم، 2000، 112).

قمت بإستعمال الملاحظة العيادية لملاحظة التمارين العلاجية التي تطبق مع الحلات، وكذلك ملاحظة سلوكات الحالات في المركز، وملاحظة تجاوب الأم مع الأخصائية في الحصة العلاجية.

خلاصة:

إن هذا الفصل يعتبر بمثابة النظرة العامة والشاملة لمنهجية البحث، إذا تتبعنا مجموعة من الخطوات والإجراءات المنهجية، بداية بالدراسة الإستطلاعية وصولا إلى أدوات البحث المتمثلة في برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA، المقابلة العيادية النصف موجهة، دراسة الحالة والملاحظة، وذلك بهدف إعطاء البحث بعد منهجي أكثر، وسنقوم الآن بتحليل النتائج المتحصل عليها والتحقق من الفرضية العامة للدراسة، ذلك من خلال مجموعة البحث التي سوف نعرضها في الفصل اللاحق والمتمثلة في عرض وتحليل ومناقشة النتائج.

الفصل السادس

عرض وتحليل النتائج

-عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى.

-عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية.

-مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج.

- الإستنتاج العام.

الحالة الأولى

1- تقديم الحالة:

- الإسم: هاني
- السن: 5 سنوات
- تاريخ الميلاد: 05 فيفيري 2018
- مكان الميلاد: مستغانم
-درجة التوحد: متوسطة
- الجنس: ذكر
- إسم الأب: م
- إسم الأم: ف
- المستوى المادي: جيد
- عدد الإخوة: 3 من أمه الحقيقية
- الحمل: طبيعي، غير مرغوب
- الولادة : طبيعية (متأخرة)
- الرضاعة: طبيعية حتى 15 يوما
- تأخر لغوي.
- إضطرابات في السلوك.

2- جدول سير المقابلات:

المقابلة	المدة	تاريخ إجراء المقابلة	محور المقابلة
الأولى	20 دقيقة	2023/02/13	- توجيه وا رشاد الأم للتمارين العلاجية لكي تطبقها مع إبنها.
الثانية	30 دقيقة	2023/05/02	- جمع المعلومات الأولية. - بناء ثقة مع المفحوص.
الثالثة	20 دقيقة	2023/05/03	-التعرف أكثر على الحالة وجمع معلومات.
الرابعة	30دقيقة	2023/05/06	معرفة تطور الحالة ونتائج العلاج. -معرفة ما إذا كان للوالدين دور في هذا العلاج.
الخامسة	20دقيقة	2023/05/08	التحدث إلى الأخصائية وجمع معلومات أكثر حول الحالة. -معرفة ما إذا كان لولدي الحالة دور في العلاج.

2-1- ملخص المقابلة الأولى:

أجريت المقابلة الأولى يوم 2023/02/13، ودامت 20 دقيقة.

تمت هذه المقابلة في المركز الخاص بأطفال التوحد والإضطرابات النفسية، بحضور مدير المركز والأخصائية النفسانية وأم الحالة، كان الهدف منها تطبيق التمارين العلاجية للحالة أمام الأم لرؤية مدى تقدم إبنها، وكذلك توجيهها وا رشادها لمختلف التمارين العلاجية لتطبقها معه في البيت.

طبقت الأخصائية النفسانية مع الحالة تمارين الإشارة، وأماكن الجسد والحواس، والسؤال والجواب، وقراءة ما في الصورة ، وقد أحسن التمارين بصورة جيدة وكانت علامات السعادة واضحة على الأم.

2-2 - ملخص المقابلة الثانية:

أجريت يوم 2023/05/02، ودامت 30 دقيقة.

تمت هذه المقابلة مع أم الحالة في المركز الخاص بعد موافقتها، كان الهدف منها جمع معلومات أولية ومعلومات حول الأسرة ، وبناء الثقة مع المفحوص.

قمت بجمع المعلومات الأولية من خلال ما صرحت به أم الحالة البالغة من العمر 49 سنة، من ولاية سطيف، ولكنها مستقرة في حي العرصة بمستغانم، مستواها التعليمي ثانوي وماكثة في البيت، لا تعاني من أي أمراض أو إضطرابات، قمت بسؤالها كذلك عن الأب، حيث يبلغ من العمر 49 سنة، مستواه التعليمي ثانوي، تاجر، يعمل عملا حرا ولا يعاني من أي أمراض.

الحالة متبني ويعيش مع والديه، مستواهم المادي جيد، لديه إخوة من أمه الحقيقية(2 ذكور وفتاة).

بالنسبة لسوابق الحالة منذ الولادة حتى ثلاث سنوات من عمره ، ذكرت لي الأم أنه لم يكن طفل مرغوب من طرف أمه الحقيقة(والتي تعتبر أختها) فقامت هي بتبنيه.

بالنسبة للولادة فقد ولد متأخرا عن وقت ولادته ولم يبكي مباشرة بل بعد ثلاث دقائق، وزنه عند الولادة كان 4 كيلوغرام ، ووضع في الحاضنة لمدة 15 يوما بسبب عدم وصول الأكسجين للمخ، وأثناء مكوثه في المستشفى أرضعته أمه الحقيقة لمدة 15 يوما.

أما عن تطوره النفسي والعاطفي والإجتماعي، فقد صرحت لي الأم أن إبنها لا يبتسم وليس لديه إبتسامة إجتماعية، علاقته مع والديه جيدة ومتعلق بهما، وكان عنده قلق الإنفصال عن أمه في الشهر الثامن، كما ذكرت لي الأم أن الحالة ليس متعلق بنشاط أو اهتمام معين وليس لديه روتين خاص بل يحب اللعب بالهاتف أو الألعاب فقط.

2-3- ملخص المقابلة الثالثة:

أجريت يوم 2023/05/03 ودامت 20 دقيقة.

هدفت هذه المقابلة إلى التعرف أكثر عن الحالة وجمع أكبر قدر من المعلومات عنه، حيث صرحت لي الأم أن الحالة مستقل من ناحية النظافة ومن ناحية الأكل، وأن السن الذي بدء فيه قضاء حاجته لوحده هو أربع سنوات، ولا يعاني حاليا أي مشاكل من هذا الصدد.

أما فيما يخص تطور لغة الحالة، فإن الحالة نطق كلمته الاولى في عمر السنتين ونصف ولم يكن يشكل جمل، لغته حاليا مفهومة ولكن لا يتجاوب ولا يعبر بل يتكلم فقط عندما يريد طلب شيء ما أو عندما يتم الطلب منه قول كلمة معينة، لا يردد كلمات ولا يستعمل كلمات غريبة.

كما ذكرت لي الأم الإضطرابات اللغوية التي يعرضها الحالة فقالت لي أنه لا يبدء حديث ولا يقوم بحوار ولا ينطق كل الحروف ومخارجها.

2-4- ملخص المقابلة الرابعة:

أجريت يوم 2023/05/06 ودامت 30 دقيقة.

هدفت هذه المقابلة إلى معرفة تطور الحالة ونتائج العلاج، وما إذا كان للوالدين دور في العلاج، ذكرت لي الأم أن الحالة تطور من الناحية الإجتماعية حيث أصبح يلعب مع أقرانه، وكذلك من الناحية اللغوية حيث أصبح يشكل كلمات وجمل، وأيضا من الناحية الذهنية حيث أصبح الحالة يفهم التمارين العلاجية ويتجاوب مع الأخصائية ويفهم كذلك الأوامر الموجهة إليه.

صرحت لي الأم أن الحالة لا يعاني من مشاكل في النوم حيث ينام باكرا ويستيقظ باكرا، ولا يعاني من مشاكل صحية ماعدا الوزن الزائد فهو لديه شراهة في الأكل، ولكنه لايعاني من مشاكل في الوجبات الغذائية.

أكدت لي الأم أن العمر الذيشكّت فيه أن طفلها يعاني من التوحد هو عندما كان عمره سنتين، ومن بين الأعراض التي ظهرت عليه هي عدم التواصل البصري، ومشاكل في اللغة حيث لم يقل كلمته الأولى إلا بعد السنتين والنصف ، بالإضافة إلى فرط نشاطه الحركي.

صرحت لي الأم أن الأعراض المرضية التي يعاني منها طفلها حاليا هي عدم التجاوب في الكلام أو بدأ حوار، حيث لا يتكلم إلا عند طلب شيء ما، ولا يعبّر، ويعاني كذلك من فرط النشاط.

أكدت لي الأم أنها من خلال متابعة العلاج المقدم لإبنها لاحظت تحسنه من عدة جوانب مختلفة عن ما كان عليه، وأنها تقوم كذلك ببعض التمارين العلاجية مع إبنها والمقدمة إليها من قبل الأخصائية النفسانية كسؤال وجواب، والألوان، والأحجام، والحواس، وأعضاء الجسم المختلفة... إلخ.

2-5- ملخص المقابلة الخامسة:

أجريت بتاريخ 2023/05/08 دامت 20 دقيقة.

أجريت هذه المقابلة في المركز الخاص مع الأخصائية النفسانية المسؤولة عن الحالة، كان الهدف منها جمع أكبر قدر من المعلومات حول الحالة، حيث أن العمر الذي دخل فيه الحالة المركز هو عامين ونصف، وهو إجتماعي حيث يحب اللعب مع الأطفال في المركز، ويلعب الأدوار والتقليد ولكن ليس عنده اللعب التخيلي.

كما أن الحالة غير متعلق بشيء ما أو روتين معين في المركز، ولكن يحب النظر مطولا من النافذة، أما فيما يخص اللغة، فقالت لي أن الحالة عندما يريد طلب شيء منها يطلبه بالكلام، وهو مستقل من ناحية النظافة والأكل حيث يذهب لقضاء حاجته لوحده ويأكل لوحده.

صرحت لي الأخصائية أن علاقتها مع الحالة جيدة، وأنه يستوعب العلاج المقدم له ويتفاعل معها في الأنشطة، ولا تواجه معه أي صعوبات من هذه الناحية، حيث أن مستواه في العلاج هو المستوى الثالث، وهو بذلك مستوى جيد.

أكدت لي الأخصائية أن الحالة تطور منذ دخوله إلى المركز بنسبة جيدة، حيث أصبح إجتماعيا، كما تحسنت لغته حيث أصبحت مفهومة وأصبح يشكل جملا، وكذلك من ناحية الأنشطة حيث أصبح يستوعب العلاج المقدم له ويفهمه.

أما بالنسبة لمشاركة والدي الحالة في العلاج، ذكرت لي الأخصائية أن الأم هي من تشارك فقط بحكم أن الأب يعمل، و أن مشاركتها تكمن في قدومها للمركز ورؤية العلاج المطبق والأنشطة المختلفة وتحاول أن تطبقهم في البيت مع إبنها بتوجيهات وا إرشادات الأخصائية.

سمحت هذه المشاركة للحالة بالتقدم في العلاج أسرع وبرؤية نتائج أفضل في وقت أقصر وهذا ما حفز الأخصائية أكثر في عملها.

3- ملخص المقابلات:

نلاحظ من خلال المقابلات التي أجريتها أن أم الحالة حريصة على المشاركة في برنامجه العلاجي مما أثر إيجابا على الحالة في العلاج وعلى فعالية البرنامج ورؤية نتائج أفضل.

تطبق أم الحالة مجموعة تمارين وأنشطة البرنامج العلاجي في البيت، بتوجيه من الأخصائية النفسانية، هذا ما ساعده على حسن الإستعاب للأنشطة، أما من ناحية اللغة، حيث تحسنت لغته وأصبح يشكل جمل ويتحدث عندما يريد طلب شيء ما.

فيما يخص الإستقلالية فقد أصبح مستقل من ناحية النظافة، وكذلك من ناحية الأكل.

كما أصبح إجتماعيا ويتفاعل مع أقرانه، ولا يواجه صعوبة عند لقاء شخص آخر بل يتفاعل معه بطريقة عادية

4-تطبيق برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA:

طبقت مع الحالة برنامج ABA تحت إشراف ومساعدة الأخصائية، الذي يعتمد أساسا على زيادة السلوكيات المرغوب فيها، وذلك من خلال إستخدام طرق وأساليب التعزيز الإيجابية المتنوعة، دام تطبيق البرنامج شهرين، وسوف أوضح في جدول سيرورة العلاج بالنشاطات الخاصة بالحالة لكل محور.

5-الجدول رقم1: يوضح المهارات الإجتماعية، الإستقلالية، التواصل، والمقسمة على 16 حصة لكل محور وهي منقطة كالتالي:

- ☜ **(-):** فشل.
- ☜ **(+):** نجاح.
- ☜ **(-/+):** نجاح ناقص.

الأهداف	الأنشطة/الحصص	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
المهارات الإجتماعية	اللعب مع الراشدين	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	اللعب مع الأطفال	+	+	+	+	+/-	+/-	+/-	+	+	+	+/-	+	+	+	+	+
	التقليد عند الطلب	-	-	-	-	+/-	+/-	+/-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	التواصل البصري	-	-	-	-	+/-	+/-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	التعبير عن الإنفعالات	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	اللعب بالدور	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+/-	+/-	+/-	+	+	+	+
	بدأ حوار	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	سرد قصة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	سرد الماضي	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
التواصل	نعم/لا	-	-	+/-	+/-	+/-	+/-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	طرح أسئلة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
	الإجابة عن ماهذا	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	ما إسمك	-	-	-	-	-	+/-	+/-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	معرفة الحواس الخمس	+/-	+/-	+/-	+/-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	معرفة جنسه/جنس آخر	-	-	-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+	+	+	+	+	+	+	+
	معرفة إستعمالات الاشياء	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	ربط الصورة بمدلولها	+/-	+/-	+/-	+/-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	سرد مافي الصورة	-	-	-	-	+/-	+/-	+/-	+/-	+	+	+	+	+	+	+	+
	معرفة الألوان	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	معرفة الأشكال	+/-	+/-	+/-	+/-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
الإستقلالية	إستعمال المرحاض	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	غسل اليدين	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	تجفيف اليدين	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	تجفيف الوجه	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	غسل الأسنان	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	إستعمال أدوات	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

	الأكل																
	الأكل لوحده	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	إرتداء الملابس	+/-	+/-	+/-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

6- التعليق على الجدول:

نلاحظ من خلال الجدول والذي يمثل سيرورة العلاج بالنسبة للحالة الأولى "هاني"، والذي يحتوي على 3 محاور، لكل محور الأنشطة الخاصة به، فمحور المهارات الإجتماعية يتكون من 09 أنشطة وهي اللعب مع الراشدين، اللعب مع الأطفال، التقليد عند الطلب، التواصل البصري، التعبير عن الإنفعالات، اللعب بالدور، بدأ حوار سرد قصة، سرد الماضي، ومحور التواصل يتكون من 11 نشاط تتمثل في: نعم/لا، طرح أسئلة، الإجابة عن ماهذا، ما إسمك، معرفة الحواس الخمس، معرفة جنسه والجنس الآخر، معرفة إستعمالات الأشياء، ربط الصورة بمدلولها، سرد مافي الصورة، معرفة الألوان، معرفة الأشكال، أما محور الإستقلالية يحتوي على 8 محاور وهي: إستعمال المرحاض، غسل اليدين، تجفيف اليدين، تجفيف الوجه، غسل الأسنان، إستعمال أدوات الأكل، الأكل لوحده، إرتداء الملابس.

كل محور مقسم إلى 16 حصة، على مدى شهرين، كل حصة تدوم ساعة، تمثل إشارة (-) فشل في القيام بالنشاط وعدم النجاح فيه، وتمثل إشارة (+)لنجاح في النشاط، وا إشارة (+/-) هي النجاح الناقص.

نلاحظ في الجدول ان هناك نشاطات تبدأ بالنجاح الناقص ثم النجاح، وأخرى بالفشل ثم النجاح الناقص ثم النجاح، وأخرى بالنجاح.

فيما يخص محور المهارات الإجتماعية، نلاحظ أن الحالة متحسن من ناحية اللعب مع غيره من الأفراد، وكذلك من ناحية التقليد والتواصل البصري، ولكن لا يوجد تحسن من ناحية اللغة والتعبير عن إنفعالاته وبدأ حوار.

وبالنسبة لمحور التواصل فنلاحظ نجاح في أغلبية الأنشطة مثل نعم/لا، معرفة إستعمالات الأشياء، ربط الصورة بمدلولها وسرد ما في الصورة أ ونجاح ناقص في الإجابة عن "ماهذا" وطرح أسئلة.

وفيما يخص محور الإستقلالية فنسجل نجاح في كل الأنشطة فالحالة مستقل بدرجة كبيرة، حيث يحسن الذهاب للمرحاض لوحده والأكل لوحده وا إرتداء ملابسه... إلخ.

كما تم تطبيق البرنامج بإستعمال طريقة التعزيز، والذي كان عبارة عن هاتف نقال.

7-إستنتاج عام للحالة الأولى:

من خلال النتائج المتحصل عليها من المقابلات مع أم الحالة والأخصائية النفسانية، وبعد تطبيق برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA مع الحالة، نستنتج أن مشاركة الأم في البرنامج العلاجي لإبنها أدى به إلى تحسنه من عدة نواحي، وكذلك تقدمه في البرنامج العلاجي، حيث نرى تحسن من ناحية المهارات الإجتماعية كاللعب مع أفراد آخرين، ومهارات التقليد ولعب الأدوار، وكذلك من ناحية التواصل حيث أصبح يشكل جمل ويعرف حواسه الخمس، ويعرف إستعمالات الأشياء، وفيما يخص الإستقلالية فإن الحالة مستقل من ناحية النظافة ومن ناحية الأكل.

أما فيما يخص اللغة فقد أصبحت لغته مفهومة وأصبح يشكل جملا ولكن لا يبدأ حديث ولا يقوم بحوار، لا يسرد احداث الماضي، ولا يعبر عن إنفعالاته أو يظهرها.

كما كان للتعزيز والمكافئة عند كل نجاح أو عند كل تجاوز لسلوك غير مرغوب أثر فعال حيث أدى على نجاح البرنامج العلاجي.

الحالة الثانية

تقديم الحالة:

- الإسم : محمد - السن: 6 سنوات
- تاريخ الميلاد: 06 ماي 2019 - مكان الميلاد: مستغانم
- درجة التوحد: متوسطة - الجنس: ذكر
- إسم الأب: ج
- إسم الأم: ك
- المستوى المادي: جيد
- عدد الإخوة: 1
- الحمل: طبيعي
- الولادة : طبيعية الرضاعة: طبيعية
- تأخر لغوي.
- إضطرابات في السلوك.

2-جدول سير المقابلات:

المقابلة	المدة	تاريخ إجراء المقابلة	محور المقابلة
الأولى	20 دقيقة	2023/05/07	-جمع معلومات أولية. - التعرف أكثر على الحالة.
الثانية	20 دقيقة	2023/05/09	التحدث إلى الأخصائية وجمع معلومات أكثر حول الحالة. -معرفة ما إذا كان لولدي الحالة دور في العلاج.

2-1-ملخص المقابلة الأولى:

أجريت المقابلة الأولى يوم 2023/05/07، ودامت 20 دقيقة.

تمت هذه المقابلة في المركز الخاص بأطفال التوحد والإضطرابات النفسية، لم تستطع الأم القدوم للمركز فأجريت المقابلة عن طريق الهاتف.

كان الهدف من هذه المقابلة جمع معلومات أولية والتعرف أكثر على الحالة.

صرحت لي الأم أن الحالة كان مرغوب وولد في الوقت بوزن 2 كيلوغرام، وبكى مباشرة، ولكن وضع في الحاضنة لمدة يوم، أما بالنسبة للرضاعة فقد كانت طبيعية لمدة شهر.

أما عن تطوره النفسي والعاطفي والإجتماعي، فقد صرحت لي الأم أن إبنها ليس لديه إبتسامة إجتماعية، وهو إجتماعي مع من يعرفهم فقط حيث لا يتفاعل مع شخص جديد حتى يتعود عليه، علاقته مع والديه عادية وهو متعلق أكثر بجدته، بسبب أن الأم حملت مباشرة بعد ولادة الحالة لذلك كان إهتمام الوالدين متجه اكثر نحو الإبن الثاني، كما أن الحالة متعلق بالألعاب كثيرا وليس لديه روتين أو نشاط معين.

ذكرت لي الأم أن الحالة غير مستقل من ناحية النظافة حيث مازال يلبس حفاظ في الليل، ولكنه مستقل من ناحية الأكل.

أما فيما يخص تطور لغة الحالة، فإن الحالة نطق كلمته الأولى في عمر السنتين، ولم يكن يشكل جمل، لغته حاليا غير مفهومة فهو لا ينطق كل مخارج الحروف، ولا يقوم بحوار، ولكنه يعبر ويحكي أحداث ويكرر كلمة "ميما" كثيرا.

ذكرت لي الأم أن الحالة تطور من الناحية الإجتماعية وكذلك من الناحية اللغوية، لا يعاني حاليا من مشاكل في النوم أو مشاكل في التغذية.

أكدت لي الأم أن العمر الذي شكّت فيه أن طفلها يعاني من التوحد هو عندما كان عمره سنتين، ومن بين الأعراض التي ظهرت عليه هي عدم التواصل البصري، ومشاكل في اللغة حيث لم يقل كلمته الأولى إلا بعد السنتين، وكذلك السلوكات النمطية.

صرحت لي الأم أن الأعراض المرضية التي يعاني منها طفلها حاليا هي عدم التجاوب في الكلام أو بدأ حوار، ومعظم كلامه غير مفهوم، ولا يستمر في التواصل البصري، وكذلك السلوكات النمطية والبكاء بدون سبب.

ذكرت لي الأم أنها لا تقوم بالتمارين العلاجية مع إبنها في البيت بسبب ضيق الوقت، وكذلك الأب لا يشارك في العلاج بسبب عمله.

2-2-ملخص المقابلة الثانية:

أجريت هذه المقابلة بتاريخ 2023/05/09، دامت 20 دقيقة.

أجريت هذه المقابلة في المركز الخاص مع الأخصائية النفسانية المسؤولة عن الحالة، كان الهدف منها جمع أكبر قدر من المعلومات حول الحالة، حيث أن العمر الذي دخل فيه الحالة المركز هو ثلاث سنوات، وهو إجتماعي، ويلعب الأدوار والتقليد ولكن ليس عنده اللعب التخيلي.

كما أن الحالة متعلق بالألعاب، وعندما يجلس في مكانه لا يتحرك حتى تطلب منه ذلك، فيما يخص اللغة، فقالت لي أن الحالة عندما يريد طلب شيء منها يطلبه بالكلام وأحيانا بالبكاء، كما أنه غير مستقل من ناحية النظافة حيث ترافقه الأخصائية للذهاب إلى المرحاض، ولكنه مستقل من ناحية الأكل.

صرحت لي الأخصائية أنها تواجه صعوبات مع الحالة في تطبيق البرنامج العلاجي، حيث لا يستوعب العلاج المقدم له ولا يتفاعل مع الأنشطة ويصل أحيانا للبكاء لكي لا يقوم بالتمارين، ومستواه في العلاج هو المستوى الثاني، فهو بذلك مستوى متوسط.

أكدت لي الأخصائية أن الحالة لم يتطور بنسبة كبيرة منذ دخوله إلى المركز، حيث أصبح إجتماعيا ولكن ليس بنسبة كبيرة، أما من ناحية اللغة فقد أصبح يتكلم ويعبر، وأصبح يشكل جملا، ولكن معظم كلامه غير مفهوم ، كما لا يحافظ على التواصل البصري، ويعاني كذلك من السلوك النمطي بحيث إذا تعود على لعبة أو مكان لا يغيره.

أما بالنسبة لمشاركة والدي الحالة في العلاج، ذكرت لي الأخصائية أن والدي الحالة لا يشاركان في العلاج المقدم لطفلهما ويغيبونه عن الكثير من الحصص حيث لا يؤخذون العلاج بشكل جدي رغم محاولاتها لإقناعهم ولكن باءت المحاولات بالفشل، هذا ما جعله يتطور بنسبة صغيرة وجعل الأخصائية تواجه معه صعوبات في تطبيق البرنامج العلاجي.

3- ملخص المقابلات:

نلاحظ من خلال المقابلات التي أجريتها أن والدي الحالة لا يأخذون البرنامج العلاجي لطفلهم جديا، حيث يتغيبون عن المقابلات الإرشادية ولا يطبقون معه التمارين في البيت ما جعله يتأخر في تطوره من عدة جوانب.

من ناحية اللغة أصبح يشكل جملا ويعبر ولكن معظم كلامه غير مفهوم، أما فيما يخص الإستقلالية فلم يستقل من ناحية النظافة، حيث مازال يلبس حفاظا في الليل وفي المركز تصطحبه الاخصائية لقضاء حاجته، ولكنه مستقل من ناحية الأكل.

كما يعاني من النمطية بحيث إذا تعود على شيء أو مكان ما يتعلق به ولا يغيره.

من الناحية الإجتماعية فهو لا يتفاعل مع شخص جديد مباشرة بل بعد حتى يتعود عليه.

كما أن الحالة متعلق بجدته حيث لاحظت أنه يتحدث عنها كثيرا، بسبب إهتمام والديه بأخيه الصغير أكثر.

4-تطبيق برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA:

طبقت مع الحالة برنامج ABA تحت إشراف ومساعدة الأخصائية، الذي يعتمد أساسا على زيادة السلوكيات المرغوب فيها، وذلك من خلال إستخدام طرق وأساليب التعزيز الإيجابية المتنوعة، دام تطبيق البرنامج شهرين، وسوف أوضح في جدول سيرورة العلاج بالنشاطات الخاصة بالحالة لكل محور.

5-الجدول رقم 2: يوضح المهارات الإجتماعية، الإستقلالية، التواصل، والمقسمة على 16 حصة لكل محور وهي منقطة كالتالي:

☜ **(-):** فشل.

☜ **(+):** نجاح.

☜ **(-/+):** نجاح ناقص.

الأهداف	الأنشطة/الحصص	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
المهارات الإجتماعية	اللعب مع الراشدين	-	-	-	-	-	-	-/+	-/+	-/+	+	+	+	+	+	+	+
	اللعب مع الأطفال	-	-	-	-	-/+	-/+	-/+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	التقليد عند الطلب	-	-	-	+/-	-/+	-/+	-/+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	التواصل البصري	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+
	التعبير عن الإنفعالات	-	-	-	-	-	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+
	اللعب بالدور	-	-	-	+/-	-/+	-/+	-/+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	بدأ حوار	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	سرد قصة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	سرد الماضي	-	-	-	-	-	-	-/+	-	-	-	-	-	-/+	-/+	-/+	-/+
التواصل	نعم/لا	-	-	-	-	-	-	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	+	+	+	+
	طرح أسئلة	-	-	-	-	-	-	-/+	-	-	-	-	-	-/+	-/+	-/+	-/+
	الإجابة عن ماهذا	-	-	-	-	-	-	-/+	-	-	-	-	-	-/+	-/+	-/+	-/+
	ما إسمك	-	-	-	-	-	-	-/+	-/+	-	-	-	-	+	+	+	+
	معرفة الحواس الخمس	-	-	-	-	-	-	-/+	-	-	-	-	-	-/+	-/+	-/+	-/+
	معرفة جنسه/جنس آخر	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	معرفة إستعمالات الاشياء	-	-	-	-	-	-	-/+	-	-	-	-	-	-/+	-/+	-/+	-/+
	ربط الصورة بمدلولها	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	سرد مافي الصورة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	معرفة الألوان	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-/+	-/+	-/+	-/+
	معرفة الأشكال	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الإستقلالية	إستعمال المرحاض	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	غسل اليدين	-	-	-	-	-	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	+	+	+	+	+
	تجفيف اليدين	-	-	-	-	-	-	-/+	-/+	-/+	-	+	+	+	+	+	+
	تجفيف الوجه	-	-	-	-	-	-	-/+	-/+	-/+	-	+	+	+	+	+	+
	غسل الأسنان	+/-	+/-	+/-	+/-	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	+	+	+	+	+	+
	إستعمال أدوات الأكل	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	الأكل لوحده	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	إرتداء الملابس	-	-	-	-	-	-	-/+	-/+	-/+	-	-/+	-/+	-/+	+	+	+

6-التعليق على الجدول:

نلاحظ من خلال الجدول والذي يمثل سيرورة العلاج بالنسبة للحالة الثانية "محمد"، والذي يحتوي على 3 محاور، لكل محور الأنشطة الخاصة به، فمحور المهارات الإجتماعية يتكون من 09 أنشطة وهي اللعب مع الراشدين، اللعب مع الأطفال، التقليد عند الطلب، التواصل البصري، التعبير عن الإنفعالات، اللعب بالدور، بدأ حوار سرد قصة، سرد الماضي، ومحور التواصل يتكون من 11 نشاط

تتمثل في: نعم/لا، طرح أسئلة، الإجابة عن ماهذا، ما إسمك، معرفة الحواس الخمس، معرفة جنسه والجنس الآخر، معرفة إستعمالات الأشياء، ربط الصورة بمدلولها، سرد مافي الصورة، معرفة الألوان، معرفة الأشكال، أما محور الإستقلالية يحتوي على 8 محاور وهي: إستعمال المرحاض، غسل اليدين، تجفيف اليدين، تجفيف الوجه، غسل الأسنان، إستعمال أدوات الأكل، الأكل لوحده، إرتداء الملابس.

كل محور مقسم إلى 16 حصة، على مدى شهرين، كل حصة تدوم ساعة، تمثل إشارة (-) فشل في القيام بالنشاط وعدم النجاح فيه، وتمثل إشارة (+)لنجاح في النشاط، وا إشارة (+/-) هي النجاح الناقص.

نلاحظ في الجدول ان هناك نشاطات تبدأ بالنجاح الناقص ثم النجاح، وأخرى بالفشل ثم النجاح الناقص ثم النجاح، وأخرى بالنجاح.

فيما يخص محور المهارات الإجتماعية، نلاحظ أن الحالة لا يتفاعل مباشرة مع غيره من الأفراد بل حتى يتعود عليهم، ولا يحافظ على التواصل البصري، ولكنه يحسن مهارة التقليد واللعب بالدور، كما يعبر عن إنفعالاته عن طريق البكاء ولكن لا يبدء حوار او يقوم بحديث، ولكن نلاحظ تحسن في خانة سرد الماضي.

وبالنسبة لمحور التواصل فنلاحظ نجاح ناقص في أغلبية الأنشطة مثل الإجابة عن ماهذا، معرفة إستعمالات الأشياء، نعم/ لا، معرفة الحواس الخمس، وفشل في أنشطة اخرى مثل ربط الصورة بمدلولها وسرد مافي الصورة ومعرفة الأشكال.

وفيما يخص محور الإستقلالية فإن الحالة سجل فشل في الذهاب لوحده للمرحاض ونجاح ناقص في النشاطات الأخرى كغسل اليدين وا إرتداء الملابس، وسجل نجاح من ناحية الأكل لوحده.

كما تم تطبيق البرنامج بإستعمال طريقة التعزيز، والذي كان عبارة عن بسكويته المفضل.

7- إستنتاج عام للحالة الثانية:

من خلال النتائج المتحصل عليها من المقابلة التي أجريت مع أم الحالة والأخصائية، وبعد تطبيق برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA مع الحالة، نستنتج أن عدم مشاركة والدي الحالة في برنامجه العلاجي أدى به إلى تطوره بنسبة صغيرة في البرنامج وفي نشاطات مختلفة، كالمهارات الإجتماعية ومهارات التواصل والإستقلالية.

فالحالة ليس إجتماعي بدرجة كبيرة بل يحب قضاء معظم وقته بمفرده رفقة ألعابه، كما يفتقر للتواصل البصري ولم يحرز نجاح في هذا الجانب، وكذلك من ناحية التواصل فهو لم يحرز تقدم كبير من ناحية الأنشطة، ويصل للبكاء لكي لا ينفذ النشاطات، وبالنسبة لمهارة الإستقلالية فإن الحالة لم يكتسب مهارة الذهاب للمرحاض لوحده.

كما أن تعلق الحالة بجدته يدل على عدم حصوله على الإهتمام الكافي من طرف والديه.

لم يكن للتعزيز أثر فعال بحكم ان الحالة عنيد ولا يحب ممارسة التمارين في المركز.

- إستنتاج عام:

من خلال النتائج المتحصل عليها من المقابلات ومن خلال تطبيق برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA مع الحالات، نستنتج ان للمرافقة الوالدية دور مهم في إنجاح البرنامج العلاجي ABA، حيث أظهرت نتائج البحث في برنامج ABA أن هناك تحسن في بعض السلوكات وأن حالات البحث إكتسبوا بعض المهارات الإيجابية في فترة شهرين ولكن لضيق الوقت المحدد لتطبيق البرنامج فقد كانت فعاليته نسبية لدى الحاتين خاصة فيما يخص المهارات الأصعب والتي تحتاج بدورها إلى وقت أطول والإستمرارية في التطبيق بين المركز الخاص والوالدين في البيت.

حيث نلاحظ أن الحالة الأولى تحسن في عدة جوانب منها المهارات الإجتماعية، التواصل، والإستقلالية، وهذا راجع إلى تعاون الأم مع الباحثة والأخصائية النفسانية وحرصها على تطبيق البرنامج العلاجي في البيت، فنلاحظ في محور المهارات الإجتماعية أن الحالة أحرز تقدما فيما يخص اللعب مع الراشدين، اللعب مع الأطفال، التواصل البصري، أما محور التواصل فقد حقق نجاح في أغلبية النشاطات كمعرفة الحواس، معرفة إستعمالات الأشياء، نعم/لا، أما فيما يخص محور الإستقلالية نلاحظ أن الحالة سجل نجاح وا إكتساب كلي في كل النشاطات فهو بذلك مستقل بدرجة كبيرة، بالإضافة إلى إستعابه للبرنامج وتفاعله مع الأنشطة المقدمة له.

أما الحالة الثانية فنلاحظ عدم تعاون الأم مع الباحثة و الأخصائية النفسانية في تطبيق البرنامج العلاجي، وهذا ما أدى بالحالة إلى عدم تحقيق تقدم في عدة جوانب حيث نلاحظ تسجيله لفشل أو نجاح ناقص في عدة أنشطة المتعلقة بمحور المهارات الإجتماعية كالتواصل البصري، اللعب مع الراشدين، بدأ حوار، وكذلك في محور التواصل حيث سجل الحالة فشل ونجاح ناقص في أغلبية النشاطات كربط الصورة بمدلولها، معرفة مافي الصورة، معرفة الحواس الخمس، مما يدل على عدم إستعابه للأنشطة، أما

في جانب الإستقلالية فإن الحالة سجل فشل في الذهاب إلى المرحاض، ونجاح ناقص في غسل اليدين، غسل الأسنان.

8-مناقشة الفرضيات على ضوءنتائج البحث و الدراسات السابقة:

8-1- مناقشة وتفسير الفرضية العامة للدراسة:

تمثلت الفرضية العامة للدراسة في: "دور المرافقة الوالدية في إنجاح البرنامج العلاجي ABA "، ومن أجل التحقق من صحة هذه الفرضية قمت بالإستعانة بمقابلات مع والدي الحالة ومع الأخصائية النفسانية وببرنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA.

نستخلص أن الحالة الأولى قد حققت تحسنا في عدة جوانب وفي مهارات مختلفة مقارنة بالحالة الثانية التي لم تحقق تحسنا كبيرا وهذا ما يبين أن الفرضية العامة قد تحققت على حالات البحث، وعلى هذا الأساس فإن للمرافقة الوالدية دور مهم في إنجاح البرنامج العلاجي ABA، وهذا ما توافق مع دراسة جمال الخطيب ومنى الحديدي(1998) التي بينت أنه حتى يكون البرنامج العلاجي فعالا وناجحا لابد من مساهمة الأسرة في تطبيقه ومساعدة الأخصائي النفسي حيث أن مشاركة الأولياء في البرامج التربوية العلاجية المقدمة لطفلهم تجعلهم أكثر تفهما لإحتياجات الطفل التوحدي كما تزودهم بالمعلومات الضرورية حول مصادر الدعم، وكذلك إزدياد إحتمالات تعميم الإستجابات التي يتعلمها وكذلك فإن الخدمات المقدمة للطفل تصبح أكثر شمولية وأكثر قدرة على تلبية إحتياجاته.

8-2-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى الموسومة ب:

"تساهم المرافقة الوالدية في تنمية المهارات الإجتماعية للطفل التوحدي"، وهذا ما لاحظناه من خلال دراستنا الميدانية، حققت الحالة الأولى نجاحا في هذا الجانب وهذا ما وضحه لنا الجدول، حيث أن الحالة تحسنت في العديد من الأنشطة كاللعب الراشدين، اللعب مع الأطفال، التواصل البصري، نعم/لا، معرفة الحواس الخمس، معرفة جنسه وجنس الآخر، معرفة إستعمالات الأشياء، سرد ما في الصورة، ربط الصورة بمدلولها، معرفة الألوان ومعرفة الأشكال، وهذا راجع إلى تعاون الأم معنا وتطبيقها للبرنامج العلاجي في البيت، عكس الحالة الثانية التي لم تتحسن بنسبة كبيرة في جانب المهارات الإجتماعية خاصة من ناحية اللعب مع الراشدين، التواصل البصري، الإجابة عن ماهذا، معرفة الحواس الخمس، معرفة جنسه وجنس الآخر، معرفة إستعمالات الأشياء، سرد ما في الصورة، ربط الصورة بمدلولها، معرفة

الألوان ومعرفة الأشكال، وهذا راجع إلى عدم تعاون الأم مع الباحثة والأخصائية النفسانية وعدم تطبيقها للبرنامج العلاجي في البيت.

من خلال ما سبق نستنتج أن الفرضية الأولى التي تنص على أن المرافقة الوالدية تساهم في تنمية المهارات الإجتماعية للطفل التوحدي مقبولة ومحققة، وهذا ما توافق مع دراسة محمد الفوزان(2003) التي بينت أن مساهمة الأسرة في عملية تدريب إبنتها أو إبنها المتوحد يساهم في تنمية المهارات الإجتماعية، التفاعل الإجتماعي، التحدث، وا إدراك المهارات التي تخدمه.

8-3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية الموسومة ب:

تساهم المرافقة الوالدية في تنمية مهارة الإستقلالية للطفل التوحدي، وهذا ما لاحظناه من خلال دراستنا الميدانية، حققت الحالة الأولى تحسنا كبيرا في مهارة الإستقلالية وفي كل الأنشطة المتعلقة بهذا الجانب، كإستعمال المرحاض، غسل الأسنان، تجفيف الوجه، إرتداء الملابس، الأكل لوحده، وهذا راجع إلى تعاون الأم مع الاخصائية النفسانية، مقارنة بالحالة الثانية التي لم تكتسب مهارة الإستقلالية التامة في العديد من الأنشطة كالذهاب إلى المرحاض، غسل الأسنان، تجفيف الوجه، إرتداء الملابس، وهذا راجع إلى عدم تعاون الأم مع الأخصائية النفسانية.

من خلال ما سبق نستنتج أن الفرضية الثانية التي تنص على أن المرافقة الوالدية تساهم في تنمية مهارة الإستقلالية للطفل التوحدي مقبولة ومحققة، وهذا ما توافق مع دراسةإبراهيم عبد الله الزريقات (2006) التي بينت أن مشاركة الوالدين لها تأثير كبير على البرامج العلاجية للتوحد من عدة جوانب كمهارات التواصل ومهارات الإستقلالية، حيث ينظر إلى الآباء كمشاركين فعالين في العملية العلاجية والتي تتطلب تعاونا بين المنزل والمركز.

من خلال المقابلات وتطبيق برنامج السلوك التطبيقي ABA نستنتج أن للمرافقة الوالدية دور مهم في إنجاح البرنامج العلاجي ABAوتنمية المهارات المختلفة للطفل المتوحد كالمهارات الإجتماعية، ومهارات الإستقلالية، حيث أظهرت الحالة الأولى تحسنا ملحوظا في جوانب عديدة كمهارات التواصل، العلاقات الإجتماعية ومهارات الإستقلالية وفي نشاطات مختلفة كاللعب مع الراشدين،التواصل البصري، معرفة الحواس، معرفة جنسه، معرفة إستعمالات الأشياء، الذهاب إلى المرحاض، الأكل لوحده، مقارنة بالحالة الثانية التي لم تبدي تحسنا كبيرا في تلك النشاطات.

وهذا ما يؤكد أن مساهمة المرافقة الوالدية في البرنامج العلاجي ABA تؤدي إلى تنمية المهارات المختلفة لدى الطفل التوحدي.

خـاتـمـة

خاتمة

تطرقت في هذا البحث إلى دور المرافقة الوالدية على فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA، وتسليط الضوء لواحدة من أهم الإضطرابات النمائية السائدة والغامضة وهي التوحد، والذي شغل الكثير من العلماء والباحثين مما دفعهم إلى البحث وبذل الجهد من أجل الوصول إلى سبب حقيقي وعلاج لهذا الإضطراب، وحاولت من خلال هذا البحث عرض أهم وأحدث البرامج العلاجية السلوكية المستخدمة مع الأطفال المصابين بالتوحد وهو برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABAوا إثبات مدى فعاليته عند المشاركة فيه من كل الجهات خاصة الوالدين بالدرجة الأولى، فالتعاون بين الوالدين والأخصائيين النفسانيين يساعد على ترسيخ مختلف المهارات السلوكية من الإستقلالية إلى التواصل إلى المهارات الإجتماعية، وبالتالي زيادة فعالية البرنامج العلاجي.

وفي ضوء ما توصل إليه البحث من نتائج إرتأيت أن أقدم بعض الإقتراحات:

- ضرورة تعميم هذا البرنامج العلاجي على باقي المراكز التي تهتم بعلاج الاطفال المصابين بالتوحد.
- ضرورة إشراك الوالدين في البرنامج العلاجي الخاص بطفلهم المتوحد.
- ضرورة تكوين المربيين والإلمام بمعلومات وخبرات ومهارات حول كيفية تطبيق هذا البرنامج مع الطفل التوحدي.

قائمة المصادر والمراجع

- الأشول، عادل عز الدين(1987). معجم مصطلحات العلوم الإجتماعية. بيروت: مكتبة لبنان.
- إمام ، محمد صالح و الجوالدة، فؤاد عبد الله (2011). التوحد رؤية الأهل والأخصائيين. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- بدوي، أحمد زكي(1982). معجم مصطلحات العلوم الإجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت لبنان.
- خراج عثمان لبيب (2002). الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة.القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية.
- خطاب، محمد أحمد(2009). سيكولوجية الطفل التوحدي. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال (2003).تعديل السلوك الإنساني. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر التوزيع.
- الخطيب، جمال والحديدي، منى(1998). التدخل المبكر التربية الخاصة في الطفولة المبكرة.عمان: دار الفكر.
- خولة، يحيى(2003).الإضطرابات السلوكية والإنفعالية. عمان: دار الفكر.
- الروسان، فاروق(2010). سيكولوجية الأطفال الغير عاديين مقدمة في التربة الخاصة.عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- زروالي لطيفة، ولصقع، حسنية(2018). التمثلات الإجتماعية للإضطراب التوحدي لدى الأمهات المصابين بإضطراب التوحد. مجلة الناصرية للدراسات الإجتماعية والتاريخية.9 (1). 67-132.
- زروالي، لطيفة (2021).إضطراب طيف التوحد من الفهم إلى العلاج. تلمسان: دار الكنوز للنشر والتوزيع.
- الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج (2006).التوحد الخصائص والعلاج عمان: دار وائل للنشر.
- الزغلول، عماد عبد الرحيم(2006). نظرية التعلم. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- سهيل، تامر فرح (2015). التوحد التعريف، الأسباب التشخيص والعلاج. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
- الشامي، وفاء علي(2004). خفايا التوحد أشكاله، أسبابه وتشخيصه.الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- الشربيني، لطفي(2000). أساليب جديدة لعلاج التوحد. مجلة الطب النفسي. العدد 62.

- صالح ،علي عبد الرحمان(2012). مدخل إلى دراسة التوحد.دمشق: تموز للطباعة والنشر والتوزيع.
- الصبي، عبد الله بن محمد(2003). التوحد وطيف التوحد أسبابه، أعراضه، وكيفية التعامل معه. الجمعية الخليجية للإعاقة.
- العبادي، رائد خليل(2006). التوحد. عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
- عسلية حسن كوثر(2006). التوحد. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- عليوان، محمد عدنان(2007). الأطفال التوحديين.عمان: دار العلمية للنشر والتوزيع.
- عمر، محمد كامل أبو الفتوح (2013). الأطفال الأوتيستيك.عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.
- فرج ، إبراهيم عبد الله(2010). التوحد السلوك التشخيص والعلاج.عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- الفوزان، محمد عبد العزيز(2002). طيف التوحد، دار عالم الكتب للطباعة والنشر، الأردن.
- القمش، مصطفى نوري(2010)إضطرابات التوحد الأسباب، التشخيص، العلاج، دراسات علمية. عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع.
- مصطفى ،أسامة فاروق والشربيني، السيد كمال.(2011).التوحد الأسباب، التشخيص، العلاج.عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع.

❖ **المذكرات:**

- البلشة، أيمن(2008). فعالية برنامج قائم على تحليل السلوك التطبيقي في تنمية المهارات الإجتماعية والتواصلية والسلوكية لدى أطفال التوحد. أطروحة دكتوراة غير منشورة، جامعة الأردن العربية للدراسات العليا، عمان الأردن.
- طاس، فتيحة(2016)، فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA في تنمية المهارات الإجتماعية لدى الأطفال التوحديين، رسالة ماستر، جامعة أكلي محند أولحاج، البويرة.
- قطب، نرمين.(2007). برنامج سلوكي لتوظيف الإنتباه الإنتقائي وأثره في تطوير إستجابات التواصل اللفظية والغير لفظية لعينة من أطفال التوحدرسالة ماجستير غير منشور ة، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

- منصوري ، صفاء(2015). تخفيض بعض أعراض التوحد بتطبيق برنامج ABA، رسالة ماستر، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

❖ **المراجع باللغة الأجنبية:**

- Alberto.p & Troutman.A.(2003). Applied behavior analysis for teachers, Upper Saddle River, NJ Merrill prentice hall.
- Cohen D.J & Donnellan, A.M. (1985), Handbook of autism and pervasive devlopmental disorders, new york chichester brisbane, Toronto, Singapore.
- Colman, M& Gillerg, Ch.(1985). The biology of the autistic syndromes, new york praeger special studies, praeger scientific.
- Connor, M. (2003).Monitoring and reviewing early behavioural intervention in autism (lovaas), Education psychology in practice,vol,19,No,1.
- Lovaas, O.I. (1987). Behavioral Treatment and normal education and intellectual functioning in young autistic children, journal of consulting and chinical psychology.

❖ **المواقع الإلكترونية:**

-فاطمة محمد، مكتبة معلومات التوحد،(2014)

- https://www.autismarabia.com -(2023)

-https://lakhasly.com/ar/view-summary/e2VrUDTbqe. (2023)

الملاحق:

-دليل المقابلات مع الوالدين:

تاريخ المقابلة الأولى:محورها جمع المعلومات الأولية

الإسم : اللقب :

تاريخ ومكان الإقامة:

معلومات عن الأسرة:

عمر الأم : المستوى التعليمي:

هل تعمل؟ : المستوى الصحي :

عمر الأب : المستوى التعليمي :

هل يعمل؟ : المستوى الصحي :

المستوى المادي :

حالة السكن:

هل يعيش أشخاص آخرون في نفس العائلة:

عدد الإخوة:

تاريخ العائلة:

سوابق الحالة

التطور منذ الولادة حتى ثلاث سنوات

هل كان طفل مرغوب :

هل هناك ذكرى معينة عند الحمل :

الولادة

هل ولد في الوقت؟: هل بكى مباشرة؟:

هل ولد مزرق؟: هل وضع في الحاضنة؟:

الوزن عند الولادة:

الرضاعة: الفطام:

النوم:

التطور النفسي، العاطفي والإجتماعي:

عمر الإبتسامة الأولى: هل لديه إبتسامة إجتماعية:

قلق الشهر الثامن:

كيف علاقته مع الأم:

كيف علاقته مع الأب:

كيف علاقته مع الإخوة:

الغيرة:

الإستقلالية:

هل لديه أنشطة واهتمامات معينة؟

ألعاب حسية: ألعاب رمزية:

لعب الأدوار:

هل متمسك بروتين أو طقوس معينة؟

هل متعلق ببعض الاشياء؟

تاريخ المقابلة الثانية: محورها التعرف أكثر على الحالة

النظافة الشخصية:

- سن قضاء حاجته وحده:

- سن النظافة في النهار:

- سن النظافة في الليل:

- هل يعاني من أي مشاكل في هذا الصدد؟

تطور اللغة:

عمر الكلمة الأولى : عمر الجملة الأولى:

اللغة حاليا:

هل يتجاوب؟: هل يعبر؟:

وكيف يعبر عن حاجياته؟

هل لديه رغبة في بدء أو إستمرار حديث؟

هل يردد بعض الكلمات بصفة متكررة؟

هل يستعمل كلمات غريبة؟

ما هي أنواع الإضطرابات اللغوية التي يعرضها الحالة؟

تاريخ المقابلة الثالثة: معرفة تطور الحالة ونتائج العلاج

هل تطور الحالة إجتماعيا ؟

هل تطور الحالة لغوي ا؟

هل تطور الحالة ذهنيا ؟

ماهي الإضطرابات السلوكية التي يعرضها؟

التاريخ الطبي الشخصي للحالة المتوحد:

صحته حاليا:

نومه:

هل يعاني مشكلات في النوم؟:

ما هي:

وقت نومه: وقت إستيقاظه:

شهيته:

هل يعاني مشاكل مع التغذية؟ وماهي أغذيته المفضلة؟

ما هو العمر الذي ظهرت فيه أعراض التوحد؟:

ما هي الأعراض المرضية التي يعاني منها طفلك حاليا؟

هل هناك نتائج إيجابية ظهرت على طفلك من جراء العلاج المقدم له؟

ما هو العلاج المتبع حاليا مع ابنك؟

هل تقومين ببعض التمارين العلاجية في البيت مع طفلك؟

هل يقوم الأب ببعض التمارين العلاجية في البيت مع طفله؟

-دليل المقابلات مع الأخصائية النفسانية:

تاريخ المقابلة الأولى: محورها جمع أكبر قدر من المعلومات حول الحالة الأولى "هـ"

ما هو العمر الذي دخل فيه "هـ" إلى المركز؟

هل الحالة "هـ" إجتماعي مع الأطفال في المركز؟

هل لديه القدرة على لعب الأدوار؟

هل لديه القدرة على اللعب التخيلي أو التقليد الإجتماعي؟

هل يكرر كلمات بصفة متكررة؟

هل متمسك بروتين أو طقوس معينة؟

هل متعلق بشيء ما؟

عندما يريد شيئا ما هل يطلبه منك بالكلام أم بالإشارة؟

هل الحالة "هـ" مستقل من ناحية النظافة؟

هل الحالة "ه" مستقل من ناحية الأكل؟

كيف هي علاقتك مع الحالة "ه"؟

هل يستوعب العلاج المقدم له؟

هل تواجهين صعوبات في تطبيق العلاج المقدم له؟

وما هي هذه الصعوبات؟

ماهو مستواه في البرنامج العلاجي؟

هل تطور الحالة "ه" منذ دخوله للمركز إلى الآن؟ وما هي هذه التطورات؟

المحور الثاني للمقابلة الأولى: معرفة إذا كان لوالدي الحالة "ه" مشاركة في العلاج

هل يشارك والدين الحالة "ه" في العلاج المقدم لطفلهما؟

هل يشارك الوالدين معا في العلاج المقدم لطفلهما؟

هل مشاركة والدين الحالة "ه" في العلاج سرع من وتيرته؟

فيما تكمن هذه المشاركة؟

هل مشاركة والدين الحالة "ه" حفزتك أكثر في عملك؟

تاريخ المقابلة الثانية: محورها جمع أكبر قدر من المعلومات حول الحالة الثانية "م"

ما هو العمر الذي دخل فيه "م" إلى المركز؟

هل الحالة "م" إجتماعي مع الأطفال في المركز؟

هل لديه القدرة على لعب الأدوار؟

هل لديه القدرة على اللعب التخيلي أو التقليد الإجتماعي؟

هل يكرر كلمات بصفة متكررة؟

هل متمسك بروتين أو طقوس معينة؟

هل متعلق بشيء ما؟

عندما يريد شيئا ما هل يطلبه منك بالكلام أم بالإشارة؟

هل الحالة "م" مستقل من ناحية النظافة؟

هل الحالة "م" مستقل من ناحية الأكل؟

كي هي علاقتك مع الحالة "م"؟

هل يستوعب العلاج المقدم له؟

هل تواجهين صعوبات في تطبيق العلاج المقدم له؟

وما هي هذه الصعوبات؟

ماهو مستواه في البرنامج العلاجي؟

هل تطور الحالة "م" منذ دخوله للمركز إلى الآن؟ وما هي هذه التطورات؟

المحور الثاني للمقابلة الثانية: معرفة إذا كان لوالدي الحالة "م" مشاركة في العلاج

هل يشارك والدي الحالة "م" في العلاج المقدم لطفلهما؟

هل يشارك الوالدين معا في العلاج المقدم لطفلهما؟

ما هي آثار عدم مشاركة والدي الحالة "م" في العلاج الخاص بطفلهما؟

هل تواجهين صعوبات مع والدين الحالة "م" في عدم مشاركتهما في العلاج؟

هل حاولت إقناع والدي الحالة "م" بالمشاركة في البرنامج؟