جامعة عبد الحميد بن باديس –مستغانم –

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة لنيل شهادة في علم النفس العيادي

التكفل العلاجي المبني على طريقة التبادل و التطوير لاضطراب طيف التوحد

دراسة عيادية بمركز المتابعة النفسية و الارطوفونية للاضطرابات العصبية النمائية – 800 مسكن مستغانم

مقدمة من طرف الطالبة

علالي حليمة سهام

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د. زريوح اسيا	أستاذ محاضر(أ)	رئيسا
د. بن احمد قويدر	أستاذ محاضر(أ)	مشرفا ومقررا
د. سليمان مسعود ليلى	أستاذة محاضرة(أ)	ممتحنا

السنة الجامعية 2022-2023

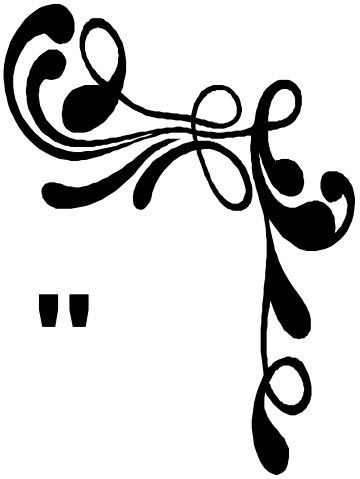
تاريخ الإيداع: 2023/10/23

امضاء المشرف بعد الاطلاع على التصحيحات

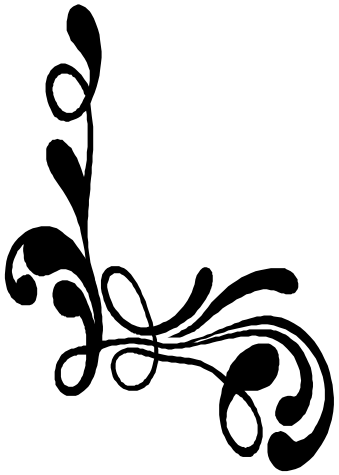
موافق

بسم الله الرحمن الرحيم

بســـم الـــله الرحمـــان الـــرحيـــم



" وقـــل ربـــي زدنـــي علـــما"



صـــدق اللـــه العظـــيم

الإهـــــداء

إلـــــى أمـــــي وأبـــــي وإخـــــوتـــــي؛

إلـــــى زوجـــــي الكريـــــم وعائلتـــــه؛

إلـــــى بنـــــاتي فـــــلذات كبـــــدي.

شكـــــر وعـــرفـــــان

اللهـــــم لـــــك الحمـــــد والشكـــــر كلـــــه

وإليـــــك يـــــرجع الفضـــــل كلـــــه؛

أتقـــــدم بأســـــمى آيـــــــــات الشكـــــر والإمتنـــــان

والتقديـــــر والمحبـــــة إلى كـــــل مـــــن وقف بجـــــانبي وســـــاعدني

وقـــــدم لي يد العون مـــــن قريـــــب أو بعيـــــد؛

وأخص بالذكـــــر الأستـــــاذ المشـــــرف "ابن أحمـــــد قويـــــدر"

الذي لم يبخل علي بنصـــــائحه القيمـــــة

وتوجيهـــــاته من بدايـــــة هذا العمل إلى نهـــــايته؛

وكل من ســـــاهم معنـــــا في إنجـــــاز هـــــذا العمـــــل.

الملخص

ملخص البحث:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى تأثير الطريقة العلاجية TED بالتبادل والتطوير على العلاج اضطراب طيف التوحد؛ واستعملنا في ذلك مقياس ECARوهو مقياس يساعدنا على معرفة درجة النقص أو القصور سواء في العلاقات الاجتماعية أو القصور العلاجي، حيث تكونت عينة الدراسة من حالتين مصابتان بطيف التوحد بمركز المتابعة النفسية والارطفونية للاضطرابات العصبية النمائية حي 800 مسكن- مستغانم- استخدمنا في بحثنا كل من المنهج التجريبي ومنهج دراسة حالة.

وبعد الدراسة والتحليل توصلنا إلى النتائج التالية:

1. تؤثر الإتاحة في العملية العلاجية بالتبادل والتطوير TED.
2. يؤثر التوفر في العملية العلاجية بالتبادل والتطوير TED.
3. يؤثر التبادل في العملية العلاجية بالتبادل والتطوير TED.

ومن خلال الدراسة التي قمنا بها تحققت فرضيتنا وعليه نجد الطريقة العلاجية TED المرتكزة على التبادل والتطوير تؤثر في علاج اضطراب طيف التوحد.

ABSTRACT :

The study aimed to investgate the effect of the TED echange therapy and development method an the treatment of autism spectrum disarder.

In this; we used the ECH-R scale, whish is an ausciliary denomination for knowing the degree of deficiency whether it is social relations or prayerful deficiency the study sample consisted two cases with autism spectrum.

At the centre for temporal and 11 to planic analysis of neuro development disarders 800 logts- mostaganem we used in aun research both the Arabic approach and the case study approach, after studing and analyzing, we reached the following reslts:

a. Serenity affects the therapentic load through exchange and developement TED.

b. Availability affects the therapentic load through exchange and developement TED
c. excange affects the therapentic load through exchange and developement TED.

As a result of study that we carried ant, is hypothesis was fulfilled , and accordinghy find kert khetes therapentic method based on exchange and devlopement is a treatements

الفهرس:

شكـــــر وعـــرفـــــان
ملخص البحث
الفهرس
فهرس الجداول
المقدمة العامة:..... 1
الفصل الأول: مدخل الدراسة..... 3
1.إشكالية البحث: 3
2.دوافع اختيار الموضوع: 5
3.أهداف البحث: 5
4.أهمية البحث: 5
5.التعاريف الاجرائية للبحث:..... 6
الفصل الثاني: دراسة اضطراب طيف التوحد..... 8
تمهيد: 8
1.لمحة تاريخية عن طيف التوحد:..... 9
2.مفهوم اضطراب طيف التوحد:..... 10
3.أسباب اضطراب طيف التوحد: 11
4.أعراض التوحد:..... 13
5.النظريات المميزة لطيف التوحد: 14
أ.النظرية النفسية:..... 14
ب.النظرية السلوكية:..... 15
ت.نظرية التعلم الاجتماعي: 15
ج.نظرية العقل: 16
ح.نظرية التكامل الحسي: 16
6.التصنيفات العالمية لطيف التوحد:..... 16
أ.التوحد حسب DSM4R:..... 17
ب.التوحد حسب DSM5:..... 18
7.التشخيص الفارقي بين طيف التوحد والاضطرابات الأخرى:..... 20
أ.التشخيص الفارقي بين طيف التوحد والفصام:..... 20
ب.التشخيص الفارقي بين طيف التوحد والتخلف الذهني : 21

*نقاط التشابه بينهما : 21
*نقاط الاختلاف بينهما : 21
ت.التشخيص الفارقي بين طيف التوحد و زملة اسبرجر 22
ج.التشخيص الفارقي بين طيف التوحد وزملة ريت 22
د.التشخيص الفارقي بين طيف التوحد والإعاقات السمعية : 24
8.طرق التكفل العلاجي: 24
خلاصة:..... 26
الفصل الثالث: العلاج بالتبادل والتطوير TED..... 28
تمهيد 28
1.مفهوم العلاج بالتبادل والتطوير ted: 29
2.تاريخ العلاج بالتبادل والتطوير وشروطه : 29
3.المبادئ العامة للعلاج بالتبادل والتطوير ted: 30
4.عرض طريقة العلاج بالتبادل والتطوير : 31
5.أدوات تقديم العلاج بالتيادل والتطوير :..... 32
خلاصة:..... 34
الفصل الرابع: الجانب التطبيقي 36
تمهيد: 36
استمـــــــــــارة المقـــــــــــابلة العيـــــــــــاديـــــــــــة..... 41
1.تلخيص عام للحالة الأولى: 44
تحليل دفتر الملاحظات: 53
4.العلاج بالتبادل والتطوير المطبق على الحالة الثانية: 54
دراسة الحالة الثانية: 61
3.تلخيص الحالة الثانية: 65
استنتاج العام: 81
الفصل الخامس: عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضيات..... 83
تمهيد: 83
1.مناقشة الفرضية العامة:..... 84
1.1.مناقشة الفرضية الفرعية الأولى:..... 84
1.2.مناقشة الفرضية الفرعية الثانية: 84
1.3.مناقشة الفرضية الفرعية الثالثة:..... 85

1.4.مناقشة الفرضية الفرعية الرابعة: 86
2.مناقشة نتائج الفرضية العامة: 86
الخاتمة: 87
قائمة الملاحق..... 89
اقتراحات وتوصيات:..... 96
الصعوبات التي واجهتها في البحث:..... 96
قائمة المراجع..... 98

فهرس الجداول:

جدول 1: تطور تصنيف التوحد حسب الدليل التشخيص الاجتماعي DSM (CRETD , 2013, P72) 16

جدول 2 : أعراض التوحد حسب DSM4R 17

جدول 3 : يوضح عدد الحالات 40

جدول 4 : تطبيق مقاييس تقييم السلوكات التوحدية ECA-R على الحالة الأولى 45

جدول 5 : جدول عرض تصنيف الاضطرابات 47

جدول 6 : دفتر الملاحظات 51

جدول7 : تطبيق مقياس تقدير السلوكات ECA- 54

جدول 8 : جدول عرض تصنيف الاضطرابات 56

جدول 10 :جدول عرض تصنيف الاضطرابات 68

جدول 11 : دفتر الملاحظات 71

جدول12 : تطبيق مقياس تقدير السلوكات ECA-R 74

جدول 13 : جدول تصنيف الاضطرابات 75

جدول 14: جدول المقارنة 79

المقدمة العامة

المقدمة العامة:

لدراسة طيف التوحد أهمية كبيرة إذ أصبح يعد من أهم الاضطرابات الطفولة، الذي تزايد الحديث حولها والبحث عن أسبابها وأعراضها وكذا الطرق الملائمة والفعالة للتكفل بهذا الاضطراب وبهذه الفئة من الأطفال، مما دفع العديد من الباحثين إلى تناوله كقضية بحثية مهمة.

يعرف طيف التوحد بأسماء عديدة منها اضطراب التوحد الذاتوي والتوحد الكلاسيكي، والذاتوية ويمثل ذلك في اضطرابات تصيب الأطفال غالبيتهم أقل من الثلاث سنوات، ويظهر في شكل عدم القدرة على التواصل اللفظي وكذلك غير اللفظي، وتكرار النمودج السلوكي مثل ترار إيماءات الرأس، تكرار رفع اليدين وحفضها، وهذا الاضطراب يسبب في عدم المقدرة مركز معالجة البيانات في المخ البشري على العمل بشكل طبيعي، ويتسم الطفل التوحدي بالميل للعزلة، كذالك العدوانية في بعض الأحيان (المنارة للاستشارات 2017).

ونحن بصدد دراسة التطور بعض الحالات الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد والمستفيدين من العلاج بالتبادل والتطور TEDإذ يعتبر هذا العلاج برنامجا علاجيا تتم ممارسته على المجالات الناقصة للطفل المتوحد بهدف إعادة التأهيل الوظيفي، إذ من خلاله يتم حشد نشاط أعضاء أنظمة التكامل الدماغي، وبالتالي يسمح بإدماج الطفل بشكل أفضل في بيئته.

قسم هذا البحث إلى خمسة فصول إذ ضم الفصل الأول مدخل منهجي للبحث تناولنا فيه خلفية نظرية للبحث وتحديد مشكلته، فرضيات وأهداف البحث، دواعي اختيار البحث وأهميته والتعاريف الإجرائية.

في حين ضم الفصل الثاني دراسة لاضطرابات طيف التوحد من خلال التطرق لتاريخه، مفهومه والنظريات المفسرة لهذا الاضطراب، كذلك لأسبابه وأعراضه، طرق التشخيص إلى التشخيص الفارقي والتكفل العلاجي.

يليه الفصل الثالث الذي ضم العلاج بالتبادل والتطوير والذي عرضنا فيه مفهومه، تاريخه وشروطه، مبادئه وعرضنا طريقة العلاج.

أما الفصل الرابع فضم الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، فتطرقنا فيه للدراسة الأساسية من خلال التعرف على مكان الدراسة كذالك مدتها، العينة المراد دراستها، الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة كذلك تطرقنا إلى دراسة حالتين وعرض هذه نتائج دراسة.

وبالنسبة للفصل الخامس ضم مناقشة الفرضيات الأربعة بالإضافة إلى مناقشة الفرضية العامة ضم كذالك الخاتمة والتوصيات إلى قائمة المراجع

الفصل الأول:
مدخل الدراسة

الفصل الأول: مدخل الدراسة

1.إشكالية البحث:

يعد اضطراب طيف التوحد من الإعاقات العصبية النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال في طفولتهم المبكرة قبل 03 سنوات، وهي إعاقة تؤثر على كافة جوانب النمو الطفل العقلية، الاجتماعية، الانفعالية ، الحركية، الحسية، وإذ أكثر جوانب القصور وضوحا في هذه الإعاقة هو الجانب التواصلي، والتفاعل الاجتماعي المتبادل، حيث أن الطفل التوحدي غير قادر على التفاعل الاجتماعي، وتكوين العلاقات مع الأقران، بالإضافة إلى قلة الانتباه والسلوك النمطي والاهتمامات لديه تكون مقيدة أو محددة.

ويعتبر اليوم الذي تكتشف فيه الأسرة وخاصة الوالدين اضطراب طفلهما مرحلة حاسمة تؤذي إلى تغيير جدري في المسار النفسي والاجتماعي والاقتصادي بحث يضع هذا الواقع الوالدين أمام واقع مر، ومعظم الوالدين لا يتقبلون هذا الاضطراب، بسبب أولا رغبتهم ككل الأولياء في طفل سليم معافى، وثانيا لما يتم سماعه على هذا الاضطراب الغامض والعويص الذي يصعب علاجه، وتخوفهم منه ومن فكرة عدم شفاء طفلهم، لكن الطفل المصاب بالتوحد طفل قابل للتطور والتكيف مع نشاطاته اليومية.

خصوصا في هذا الوقت يوجد العديد من التدخلات العلاجية الدولية لكنها للأسف ليست مقننة على البيئة الجزائرية، وكذالك قلة المراكز التي تتكفل بهذه الفئة من الأطفال لدرجة أن الأولياء يضطرون لدمج أولادهم في مراكز الإعاقات الذهنية خاصة في ولاية مستغانم، إلى أن تم فتح مركز المتابعة النفسية والارطفونية للاضطرابات النمائية في هذه الولاية.

فكل هذا جعلنا نبحث عن طريقة تساعدنا من أجل التكفل بهذه الفئة من الأطفال.

اتفقت معظم الدراسات العربية التي اطلعنا عليها على ضرورة بناء برنامج علاجي يأخذ بعين الاعتبار كل قدرات الطفل مع التأكيد على المهارات السلوكية، وعلى البداية المكررة للتدخلات العلاجية، كما أكدت الدراسات على أن تكون موجهة للأطفال مخططة ومنظمة وفي تناسق تام وكامل مع أسر الأطفال، وهذا ما جعلنا نسعى ونبحث في العلاج بالتبادل والتطوير لأنه يعتبر إعادة التأهيل الوظيفي لأنظمة التكامل الدماغي، ويسمح بإدماج الطفل في بيئة بشكل أفضل، ويشرك كذالك الأسرة في العلاج لأنها عنصر مهم فيه.

ومن بين الدراسات التي تناولت هذا النوع من العلاج لنيل شهادة الدكتوراه بعنوان مسارات نمو الأطفال المصابين بالتوحد في ظل العلاج التكميلي، وهي دراسة ميدانية على عينة من المصابين بالتوحد في الجزائر، حيث تكونت الدراسة من 20 طفل مصابين بالتوحد مستفدين من العلاج التكميلي في المركز الطبي التربوي لجمعية **النور** بمدينة وهران-الجزائر، ولتحقيق أهداف البحث استخدموا أولا معايير الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات

العقلية الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في طبعته الرابعة المراجعة (2002)، ومقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)(Roge,1989)، وبطارية تقديم القدرات المعرفية والاجتماعية العاطفية (BECS)(AD Rein ,2007).

أجريت هذه التقييمات طيلة ثلاثة سنوات، وبوتيرة تقييم واحد في كل سنة، مستخدمين في ذالك المنهج التجريبي التتبعي (الطولي).

وأسفرت هذه الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي من حيث تطور مختلف القدرات المعرفية والاجتماعية العاطفية، حيث لوحظ تطورا مستمرا لمعظم القدرات خلال السنوات الثلاثة للدراسة، ماعدا قدرة التعبير العاطفي والتكيف السلوك التي بالرغم من تطورها الأكيد والواضح في ظل تطبيق البرنامج العلاجي إلا أنها شهدت تدبدبا وحالة غير مستقرة في نموها. (رسالة دكتوراه، بلال لينة، 2016-2015)

بالإضافة إلى دراسة حول مدى فعالية تدريب لثمانية أطفال متوحدين يتراوح سنهم ما بين 08 إلى 13 سنة، على استخدام جداول النشاطات المصورة في تنمية الإجراءات المنهجية في مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية تم تدريبها على محتوى البرامج العلاجي، ولتقييم مدى فعالية البرنامج العلاجي، تم استخدام مقياس "جودار" للذكاء، مقياس الطفل التوحدي لعادل عبد الله محمد (2000)، ومقياس السلوك التكيفي للأطفال لعبد العزيز شخصي (1992)، وقد أظهرت النتائج المتحصل عليها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين في السلوك التكيفي ومكوناته، بحيث أكد الباحثين أن البرنامج العلاجي القائم على جداول النشاطات المصورة أدى إلى تطور هام لقدرات السلوك التكيفي عند المجموعة التجريبية. (دراسة عاجل عبد الله محمد، 2002).

أما بخصوص الدراسة الغربية فهناك الدراسة C.Barthelermy et autro, 2013 حول العلاج بالتبادل والتطوير حيث أظهرت دراسة أجريت على 35 طفلا مصابا بالتوحد تمت متابعتهم لمدة 09 أشهر تحسن في قدرة التبادل والتواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد الشديد المرتبط بالتأخر في النمو.

وعليه سيقوم هذا البحث على دراسة تجريبية على حالتين تعانيان من حالة التوحد، وذالك بإخضاعهما للتكفل العلاجي بالتبادل والتطوير TED، سعيا لمدى فعالية هذا النوع من العلاجات في التحليل من أعراض الاضطراب طيف التوحد.

ولنوضح إشكالية البحث نطرح السؤال التالي:

- هل تؤثر الطريقة العلاجية TED العلاج بالتبادل والتطوير في علاج اضطراب طيف التوحد؟

الدراسة

وينجر على هذا التساؤل الأسئلة الجزئية التالية:

- هل تؤثر الإتاحة في العملية العلاجية ؟
- هل يؤثر التوافر في العملية العلاجية ؟
- هل يؤثر التبادل في العملية العلاجية ؟
- هل تؤثر هذه العملية العلاجية على الاتصال التفاعلي ؟

ومن خلال الإشكالية المطروحة نفرض الفرضية التالية:

تؤثر الطريقة العلاجية TED العلاج بالتبادل والتطوير في علاج اضطراب طيف التوحد

وينجر على هذه الفرضية فرضيات الجزئية التالية:

- تؤثر الإتاحة في العملية العلاجية؛
- يؤثر التوافر في العملية العلاجية؛
- يسسؤثر التبادل في العملية العلاجية؛
- تؤثر هذه العملية العلاجية على الاتصال التفاعلي.

2.دوافع اختيار الموضوع:

- رغبتنا للبحث في هذا الموضوع لنقص الدراسات السابقة التي تناولت العلاج بالتبادل والتطوير TED؛
- البحث على علاج تكاملي فعال يساعد الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد؛
- ومن بين الدواعي أيضا لنيل شهادة الماستر.

3.أهداف البحث:

- الكشف عن مدى تأثير هذا النوع من العلاجات في علاج اضطراب طيف التوحد؛
- معرفة إلى أي مدى يمكن لهذا النوع من العلاج التأثير على الاتصال التفاعلي للطفل المتوحد؛
- معرفة أيضا إلى أي مدى يمنكن لهذا النوع من العلاج التأثير على السلوكات اللاتكيفية لهذا الطفل؛
- إثراء المكتبة العلمية بحيث يصبح هذا البحث عبارة عن دراسة سابقة تساعدهم في أبحاثهم القادمة.

4.أهمية البحث:

- قلة الدراسات والأبحاث العلمية المحلية التي تطرقت لموضوع العلاج بالتبادل والتطوير TED؛
- محاولة الخروج بنتائج علمية وعملية يمكن الاستفادة منها في علاج اضطراب طيف التوحد؛

الدراسة

❖ التعرف على هذا النوع من العلاجات ومحاولة تطبيقه في حالة ما إذا كانت النتائج تؤكد فعاليته.

5.التعاريف الاجرائية للبحث:

- **اضطراب طيف التوحد:** هو اضطراب نمائي يظهر خلال الثلاث سنوات الاولى من عمر الطفل
- **الطريقة العلاجية**TED : **THERAPIE D'ECHANGE ET DE DEVELEPPEMENT وهو برنامج علاجي صمم خصيصا للاطفال المتوحدون والذي يرتكز على ثلاث مبادئ**
- **الاتصال التفاعلي:** وهو النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق طريقة العلاج المتمركزة على التبادل والتطوير TED.

الفصل الثاني:
دراسة اضطراب طيف التوحد

الفصل الثاني: دراسة اضطراب طيف التوحد

تمهيد:

يعد اضطراب طيف التوحد من أخطر الاضطرابات النمائية التي قد يصاب بها الطفل في حياته؛ وتظهر علامات هذا الاضطراب عند الطفل في الثلاثة أعوام الأولى من حياته، والمشكلة تكمن في أن هذا المرض ليست له أعراض بدنية، أي أن الطفل لا يشكوا من أي شيء، وقد لا يدرك الأبوين أن الابن مصاب بالتوحد، فطيف التوحد أصبح يمثل لغزا كبيرا للعديد من للباحثين، لما له من سمات كثيرة تختلف شدتها من شخص إلى آخر ويصعب تشخيصه.

ولكي نستطيع فهم هذا الاضطراب بشكل أوسع سنحاول في هذا الفصل التطرق إلى لمحة تاريخية عنه، تعريفه، أسبابه، أعراضه والنظريات المفسرة لهذا الاضطراب وإلى التشخيص والتشخيص الفارقي بينه وبين الاضطرابات الأخرى، بالإضافة إلى التكفل العلاجي.

1.لمحة تاريخية عن طيف التوحد:

تم وصف هذه الحالة المرة الأولى بواسطة الطبيب النفسي الانجليزي **"هنري مودزلي MOUDSLEY 1867 "** ، كما جاءت تسمية الاضطراب بالتوحد من قبل الطبيب النفسي البارز **" أوجين بلولر EUGEN BLEULER 1911"** والذي وصف به السمات الأولية للفصام من الانشغال الزائد بالذات والانفصال عن العالم الخارجي.

كان **LEOKANER ليو كانر** أول من وصف أعراض التوحد عند (إحدى عشر طفل) وسماها أعراض التواصل الإنفصامي الذاتوي وذلك في عام 1943.

ثم تبنى مصطلح الطفولي **المبكر EARLY INFANTIEL AUTISM** مشددا على ان السلوك التوحدي ينمو في مرحلة مبكرة من النمو (الرضاعة الأولى).

وقد أصبح التوحد الطفولي ومرادفاته مثل التوحد مرحلة الطفولة والتوحذية والذاتوية الطفولية، والطفل التوحذي الذاتوي مقبولة لدى العديد للإشارة الى ان حالة الاضطراب هذه من اضطرابات النمو الشاملة. **(علاج التوحد.د.فاروق مصطفى سالم.د. السيد كامل الشربيني منصور ط1-2013-ص25)**

ويذكر كانر أن 96 حالة تم رؤيتهم أول مرة عام 1953 وهم في مرحلة الطفولة، بعد ذلك متابعة حالها حتى العشرينيات من عمرهم حيث انصب الاهتمام الأساسي للدراسة على التفاعل الاجتماعي، والتواصل لدى هؤلاء الأفراد من صورته الأولى، والتغير في تلك الصورة أثناء مراحل النمو، حيث توصلت النتائج أن أحدى عشر فردا من بين هؤلاء الأفراد قد ورثت التقارير عنهم أنهم تحسنوا كلما تقدموا في العمر ألزماني لهم من حيث المهارات الاجتماعي والتواصل الاجتماعي؛ كما أشارة التقارير أنهم أصبحوا أفضل في الاختلاط مع

وفي الوقت ذاته تقريبا عام 1944 اكتشف الطبيب النمساوي **أنسبرجر HANS ASPERGER** أن مجموعة من الأطفال النمساويين خصائصهم متشابهة إلى حد ما أطفال كانر، لكن أخبار هذا الاكتشاف لم تنتشر مثل أخبار كانر بسبب الحرب العالمية الثانية، لكن وصل الخبر إلى الطبيب وينج WING، الذي كان ابنه يعاني من حالة التوحد، فانتشرت بالانجليزية ترجمة أسبرجر، ومع هذا الاكتشاف المبكر لم تظهر حالات التوحد، وأسبرجر في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الثالثة المعدلة.

وفي السبعينيات بداية الثمانيات كان أهم ما يميز هذه المرحلة ما يلي:

- الممارسة الاكلينكية والبحوث، التي ساعدت على تطوير مناهج تقديم منظمة تظهر أدوات التقييم مثل المقابلة الشخصية للتوحد وغيرها؛
- التعرف على مدى أنواع الصعوبة في التوحد ومستوياتها، حيث تظهر الاهتمام بتمييز التوحد عن غيره من الاضطرابات النمائية العامة، وهنا الاهتمام موجه نحو العيوب السلوكية وإمكانية ارتباطها بالأمراض الدماغية المكتسبة، ولكن ما يميز هذه

المرحلة أن الاضطرابات اللغوية لقيت اهتماما ملحوظا فيها بحيث ثم الاستنتاج بأن التوحد أكثر من مشكلة اضطراب نمائية اللغة.

امتازت هذه المرحلة في تحديد الفروق ذات الدلالة بين الأنواع العديدة للظروف الصحية التي تشارك مع تشخيص التوحد، بالإضافة إلى التغيرات الكبيرة في الأساليب العلاجية، وتوجيه الاهتمام نحو الأساليب المساعدة في تحديد التغيرات الإجابية كما تم الحديث أيضا في هذه المرحلة عن العقاقير الطبية التي يمكن أن تؤذي إلى فوائد وتحسين في السلوك لذى معظم الأفراد التوحديين.

وقد ظهرت أيضا في الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة المعدلة.1

2.مفهوم اضطراب طيف التوحد:

لغة: التوحد عملية مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال، وبالعربية أسمه الذاتوية وهو اسم غير متداول، والتوحد ليس الانطوائية وهو كحالة مرضية ليست العزلة فقط، ولكن رفض التعامل مع الآخرين مع سلوكيات ومشاكل متبانية من شخص لآخر.

اصطلاحا: التوحد أو الذاتوية هو إعاقة متعلقة بالنمو، وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، ويقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة 1 من بين 500 شخص، وتزداد الإصابة بين الأولاد عن البنات 1 من 4 بنات، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية أو اجتماعية (التوحد – التشخيص والعلاج في ضوء النظريات).

ورغم وجود العديد من المصطلحات التي استخدمت للدلالة على اضطراب الطيف التوحد كالذاتوية، الاجترارية وغيرها من المصطلحات التي تثبت في بحثنا هذا مصطلح "طيف التوحد" لأنه يعتبر من أكثر المصطلحات دقة واستخداما واتفق عليه الكثير من الباحثين، ومن هذا نتطرق للتعريف الاصطلاحي لهذا المصطلح:

- تعريف الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية AMERICA PSYEZRIC ASSOCIATION 1994 : الاضطراب التوحدي أنه فقدان القدرة على التحسس في النمو مؤثرا بذلك على الاتصالات اللفظية وغير اللفظية والتفاعل الاجتماعي، وعادة يظهر في سن الثلاثة سنوات والذي يؤثر بذوره على الأداء في التعليم وفي بعض حالات التوحد تكون مرتبطة بتكرار مقاطع معينة، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير في الروتين

1 فاروق مصطفى بنسالم، كمال الشربيني منصور، علاج التوحد- دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة- عمان، الطبعة الاولى، 2013، ص25:ص27.

اليومي، وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة (صالح حسن الداهري . 2014. ص21-22)

- **ويرى إسماعيل بدر (1997،731)** أن التوحد اضطراب انفعالي من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية، وخاصة التعبير عنها بالوجه أو باللغة، ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية، مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية.
- **ويرى (أسامة فاروق، السيد الشربيني، 2011)**: التوحد أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي ما ينتج عنه تلف في الدماغ (خلل وظيفي في المخ) يؤثر إلى قصور في التفاعل الاجتماعي، وفي التواصل اللفظي، وعدم القدرة على التخيل ويظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل (**أسامة فاروق، السيد الشربيني،2013، ص28-29).**
- **يعرف كانر « 34: KANNER 1993 »** التوحد على أنه اضطراب تطوري يؤثر على جوانب التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي، ويظهر الطفل قبل أن يصل إلى السن الثالثة من العمر، بالإضافة إلى وجود أنماط سلوكية تكرارية وحركات نمطية ومقاومة للتغيير في الروتين اليومي مع ظهور استجابات حسية غير عادية ويصاحب الكثير من الأطفال التوحدين قصور معرفي شديد (بلال ليندة، 2015-2016، ص22).
- **يعرف التصنيف الدولي للاضطرابات العقلية والسلوكية ICDM:** بأن اضطراب طيف التوحد بالعجز المستمر في القدرة على بدء واستدامة التفاعل الاجتماعي المتبادل، والتواصل الاجتماعي، ومجموعة من أنماط السلوك والاهتمامات المحدودة والمتكررة والغير مرنة، يبدأ الاضطراب خلال فترة النمو عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، لكن قد لا تظهر الأعراض بشكل كامل حتى وقت متـأخر.. وذلك عندما يتجاوز المطالب الاجتماعية القدرات المحدودة، يكون العجز شديد بما يكفي لأحداث تدن في المجالات الشخصية أو الأسرية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من المجالات المهمة، وعادة ما تكون تسود تلك السمات أداء الفرد والذي يمكن ملاحظته في جميع السياقات، على الرغم من أنها تختلف وفق السياقات الاجتماعية أو التعليمية أو غيرها، يظهر الأفراد على طول الطيف مجموعة كاملة من الوظائف الذهنية والقدرات اللغوية. (أنور حمادي ICDM-2021، ص82)

3.أسباب اضطراب طيف التوحد:

وهنا يمكن وبشكل عام طرح الأسباب المؤدية للإصابة بالتوحد بالرغم من أنه لا يوجد سبب محدد ومعروف لمرض التوحد، ولكن من المتعارف عليه أنه يكون ناتج عن خلل في بنية الدماغ أو وظيفته.

- **العوامل الجينية:**

أشارت الدراسات إلى زيادة في معدل الإصابة أشقاء الطفل التوحدي بالتوحد بمقدار يتراوح بين 49-199 مرة.

أضف إلى ذلك أنه في حالة عدم إصابة أشقاء الطفل التوحدي بالتوحد، فهم معرضون للإصابة باضطرابات أخرى لها علاقات بتواصل المهارات الاجتماعية كذلك فقد أظهرت

التحاليل الترابطية (الاسهامية) إلا أن المناطق معينية من الكروموسومات 15،4،2،7 و19 من المرجع أنها تساهم في الأساس الجيني للتوحد.

كذلك فإن نسبة ظهور التوحد لدى التوأمين المتشابهين (وحيدي اللاقحة) أكثر من التوأمين الغير المتشابهين (ازدواجية اللاقحة).

أشارت الدراسات أيضا إلا أن الأطفال المصابين بالتوحد قد يعانون من بعض الاضطرابات الجينية مثلا: واحد في المـــــــــــــــــائة من الأطفال الذين لديهم توحد يعانون أيضا من متلازمة الكروموسوم الهش Fragile synchrome.

في حين 2 بالمائة من أطفال التوحد عرضة للإصابة بمرض التصلب الحدي Tuberais Sclerasis.

- **العوامل البيولوجية:**

تؤكد المعلومة العلمية، التي تظهر أن النسبة العالية من الأطفال التوحدين تعاني من التخلف الذهني، ونسبة أكثر من المتوقع تعاني من الصرع EPILEPS نحو 32 في المائة من الأشخاص والتوحدين يعانون أو عانوا في فترة زمنية معينة من حياتها من الصرع التوتري الارتجابي TOMIC-CLAMIC، أو ما يعرف باسم الصرع الكبيرGRAND MAL، وقد أظهر تخطيط كهربائية الدماغ EEG العديد من التسجيلات عند الطبيعة عند النحو 11-83 في المائة من الأمراض وهذا يؤكد الدور المهم للعامل البيولوجي في إصابة الطفل بالتوحد، وقد أشارت الدراسات العديدة إلى أن نحو ثلاثي الأطفال التوحدين بين (69 بالمائة تقريبا) مصابون بالتخلف الذهني (بلال أحمد عودة، اضطراب طيف التوحد ص 32-33).

- **العوامل المناعية:**

أشارت العديد من الدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي لدى الأشخاص التوحديين، فالعوامل الجينية أو كذا الشذوذ في منظومة المناعة مقررة لدى التوحديين.

وتشير بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب طيف التوحد، كما أن الكريات الليمفاوية لبعض الأطفال المصابين بالتوحد يتأثرون وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات، وهي حقيقة تشير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل (أسامة فاروق مصطفى، السيد كمال الشربيني، ص40).

- **عوامل حول الولادة:**

دراسة حديثة أشارت إلى ان تاريخ المرضى لدى الأطفال التوحديين يشير إلى نسبة إصابة أمهاتهم بالنزيف بعد الثلث الأول من الحمل، إضافة إلى وجود عقي (غائط الجنين) في السائل الأمينوي عالية مقارنة مع باقي الأطفال، كذالك أشارت نفس دراسة إلى أن تاريخ المرضى التوحديين يشير إلى أن نسبة إصابتهم بفقر الدم، ومتلازمة الضائقة النفسية في الشهر الأول بعد

الولادة عالية مقارنو مع باقي الأطفال، وأن الأطفال التوحديين يكونون أكثر وزننا أثناء الولادة. (بلال أحمد عودة، اضطراب طيف التوحد، ص 34).

- **العوامل النفسية:**

البيئة هي كل ما يحيط بالإنسان من الخارج ظروف طبيعية أو إنسانية، وهذه البيئة تؤثر أو تتأثر بالتفاعل الناتج بينها لتبنى له الخبرة والتجربة، وما يكون عليه مستقبل الطفل النفسي والاجتماعي والتعايش مع المجتمع حوله، ومن الأسباب البيئة النفسية:

- العلاقة بين الطفل ووالديه؛
- شخصية الوالدين الانعزالية والتحفظ في التعامل، الأم المتبلدة العواطف؛
- الأمراض النفسية لدى الوالدين، انفصام الشخصية؛
- المشاكل النفسية كالطلاق.

إلا أنه لا يوجد ما يؤيد ذلك، فعند القيام بنقل هؤلاء الأطفال التوحديين مع عائلات بديلة كعلاج لم يكن هناك تحسن لحالاتهم، كما أننا لم نجد أطفال أصحاء لدى نفس العائلة كما نرى بعض الحالات تبدأ من الولادة، حيث لا يكون لتعاملهم مع طفل أي دور (التوحد التشخيص والعلاج في ضوء النظريات).

4.أعراض التوحد:

عادة لا يمكن ملاحظة التوحد بشكل واضح من السن 24-30 شهرا، حينما يلاحظ الوالدين تأخر في اللغة، أو اللعب أو التفاعل الاجتماعي، وعادة ما تكون الأعراض واضحة في الجوانب التالية:

- **التواصل:** يكون تطور اللغة بطيئا، وقد لا تتطور بتاتا، ويتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين، حيث ترتبط الكلمات بمعاني غير معتادة لهذه الكلمات، ويكون التواصل عن طريق إشارات اليد لا من الكلمات، ويكون الانتباه والتركيز لمدة قصيرة، ويشمل خلل التواصل المهارات اللفظية وغير اللفظية، فقد تغيب اللغة كليا وقد تنمو ولكن دون نضج أو تركيب لغوي ركيك مع تكرار الكلام قبل إعادة آخر كلمة من الجملة التي سمعها والاستعمال الخاطئ للضمائر، حيث يستعمل الطفل الضمير "أنت" عندما يود أن يقول "أنا" فمثلا: لا يقول "أنا أريد أن أشرب" بل يستعمل اسمه فيقول: "علي يريد أن يشرب" وعدم القدرة على تسمية الأشياء وعدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة، ويكون للطفل نطق خاص به يعرف معناه فقط ما يخيرون ما في الطفل.
- **التفاعل الاجتماعي:** ضعف في العلاقات الاجتماعية مع أمه وأبيه، أهله والغرباء بمعنى أن الطفل لا يسلم على احد ولا يفرح عندما يرى أمه أو أبوه، لا ينظر إلى الشخص الذي يكلمه، لا يسمح بوجود الآخرين ولا يشاركهم اهتماماتهم، ولا يحب أن يشاركوه ألعابه، يحب أن يلعب وحده ولا يحب أن يختلط مع الآخرين، أيضا لا يستطيع ان يعرف مشاعر الآخرين أو يتعامل معها بصورة صحيحة مثلا: يرى أمه تبكي أو حزينة فهو لا يتفاعل مع الموقف بصورة طبيعية مثل بقية الأطفال، ويقضي وقتا أقلا مع

الآخرين، ويبدي اهتماما اقل بتكوين الصداقات مع الآخرين، وتكون استجابته أقل للإشارات الاجتماعية مثل الابتسامة أو النظر إلى العيون.

- **المشكلات الحسية:** استجابة غير معتادة للأحاسيس الجسدية، مثل أن يكون حساسا أكثر معتادا في اللمس أو أن يكون اقل حساسية من المعتاد للألم أو النظر، السمع أو الشم.
- **اللعب:** هناك نقص في اللعب التلقائي أو ألابتكار، كما أنه لا يقلد حركات الآخرين ولا يحاول أن يبدأ في عمل ألعاب خيالية أو مبتكرة.
- **السلوك:** قد يكون نشطا أكثر من المعتاد، أن تكون حركته أقل من المعتاد، مع وجود نوبات من السلوك الغير سوي (كأن يضرب رأسه على الحائط أو يعض) دون سبب واضح، قد يصر على الاحتفاظ بشيء ما، أو التفكير بفكرة عينها، أو الارتباط بشخص واحد يعنيه، ولا يحب التغيير في ملابسه او أكله أو طريقة تنظيم غرفته، مع التعلق بالأشياء مثل: وسادة معينة أو بطانية،ويحملها معه دوما ويكون عنده أيضا حركات متكررة لليد أو الأصابع، ويكون هناك نقص واضح في تقرير الأمور المعتادة، وقد يظهر سلوكا عنيفا أو عدوانيا أو مؤديا للذات.
- **اضطراب الوجدان: مثل التقلب الوجداني (أي الضحك أو البكاء بدون سبب واضح) والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية ونقص الخوف من مخاطر حقيقية والخوف المفرط كالاستجابة لموضوعات غير مؤدية أو أحداث القلق العام والتوتر، ويقاوم الذاتويين التغير في المكان أو العادات اليومية وقد يحدث عند التغير هلع أو انفجارات مزاجية.**
- **الأكل والشرب والنوم:** اضطراب في الأكل والشرب والنوم مثل اقتصاد الطعام على أنواع قليلة أو الشرب السوائل بكثرة، والاستيقاظ ليلا المصاحب بهز الرأس وأرجحتها أو خبط الرأس.

عموما تختلف هذه الأعراض من شخص إلى آخر، وتحدث بدرجات متفاوتة.(هلال أحمد عودة، اضطراب طيف التوحد التوحد، ص 47-49).

5.النظريات المميزة لطيف التوحد:

أ.النظرية النفسية:

تشير (نادية أبو السعود، 2000): أن أصحاب هذه النظرية يروا أن سبب الاضطراب التوحدي هو إصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة، ومع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة، وقد افترض أن التوحد ينشأ بسبب وجود الأطفال التوحيديين في بيئة تفتقد التفاعل والتواصل والجمود مما يؤثر على نمو الطفل النفسي أو الاجتماعي واهتماماته.

ويعتبر (ليوكانز) أول من وجف أمهات هؤلاء الأطفال بأنهم شديدوا الاهتمام بالتفاصيل، ويتسمون بالانطوائية والبرود الانفعلالي، ولا يظهرون الود لأولادهم إلى جانب أنهم متفقون عقليا، لدى يرى أصحاب وجهة النظر هذه أن التوحد ناتج عن إحساس الطفل بالرفض من قبل والديه وعدم إحساسه بالعاطفة.

وقد تعرض وصف (كانز) للخصائص الأبوية للانتقاض من بعض الباحثين ولكن بعضهم اعترف بأنه يمثل التفسير النفسي، بعد سنوات من وصف كانز لسبب التوحد، والذي أدى إلى سبب كلا السببين الفطري أو عند الولادة أو كرد فعل للبرود وأنانية والدته (Ogltree, B, 1995 : P06) (التوحد ووسائل علاجه، محمود عبد الرحمان عيسى الشرقاوي، العلم والإيمان للنشر ةالتوزيع، 2018، ط01، ص50).

ب.النظرية السلوكية:

ورائدها SKINER ivan، تفترض هذه النظرية أن المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال التوحديين هي مشكلات أولية وتسبب مشكلات اجتماعية، حيث يرى البغض أن المشكلة الرئيسية تتمثل في تغيير ودمج المدخلات ومن القوانين المختلفة وتقوم على وجود التكامل بين الحواس ببعض وتتسم بالصفات التالية:

- زيادة في الاستقبال الحي؛
- نقص في الاستقبال الحي للحاسة الواحدة؛
- زيادة ونقص في الاستقبال الحي؛
- إثارة حاسة واحدة تؤدي إلى استشارة حواس أخرى.

وتشير (فرث) إلى ان التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب إدراكية رئيسة، ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة، وهذا البحث أدى أنواع مهمة من العلاج التي تطوق العيوب المعرفية والسلوكية، وبعض المصالحين السلوكيين علموا الأطفال التوحديين بعض التعبيرات الانفعالية المختلفة، ولغة الإشارة والاعتماد على استغلال حساسيتهم للحس والحركة، وعدم حساسيتهم للكلام المنطوق، وذلك بواسطة معززات مكافئات العلاج السلوكي. (محمود عبد الرحمان عيسى الشرقاوي، ص 62).

ت.نظرية التعلم الاجتماعي:

ترى نظرية التعلم الاجتماعي أن خصائص التوحديين تكون نتيجة لفشل عمليات التعلم الاجتماعي، والقصور في الجانب المعرفي يكون في التشفير ووفي النوعية وفي إطار تشكيل التمثيليات الذاتية الأخرى، والقصور المعرفي منخفض المستوى يعلن عن نفسه في قصور التقليد الاجتماعي، وقصور الطفل في التقليد في المراحل المبكرة من حياته ويؤثر سلبا على النمو الاجتماعي.

وفي الحالات العديدة يعاق التواصل الاجتماعي أو لا يكون هناك تواصل على الإطلاق، وعلى هذا فإن الكائنات الإنسانية يتم تجاهلها أو التعامل معها على أنها أشياء، والقصور في قدرة الفرد على المشاركة في تبادلات اجتماعية مثل سلوك التحية أو الفشل في تكوين علاقات، الأقران السوية وتطوير السلوك الاجتماعي السوي في مرحلة الطفولة، والاستمرار في العلاقات الاجتماعية الغير سوية في الحياة، والقصور في بناء علاقات اجتماعية والمعرفة المكتسبة

والقصور في اللغة فإنها مطمورة في جذور التوحد. (أسامة فاروق، السيد الشربيني، التشخيص العلاج).

ج.نظرية العقل:

لوحظ أن الأشخاص الذين يعانون من التوحد يجدون صعوبة في إدراك الحالة العقلية للآخرين (FRITH 1993)، ويقترح بارون كوهين أن الخاصية الأساسية في التوحد هي عدم القدرة على استنتاج الحالة العقلية للشخص الآخر، وفي حالة المعانات من التوحد الشديد، قد لا يمتلك الأطفال ذوي التوحد مفهوم العقل إطلاقا، وقد أطلق على هذا العجز "نقص نظرية العقل" أو "عمى العقل".

فنظرية العقل تعرف على أنها القدرة على استنتاج الحالات الذهنية للأشخاص، والمتعلقة بأفكارهم ورغباتهم ونواياهم وكذلك القدرة على استخدام هذه المعلومات لتفسير ما يقولون وفهم سلوكهم والتنبؤ به، حيث تفسر أن العجز الاجتماعي ناتج عن عدم مقدرة الذين يعانون من التوحد على فهم الحالات العقلية للآخرين وقراءة أفكارهم.

- إنها مفيدة جدا عند تطبيقها في مجال التطبيقي مع المصابين بطيف التوحد؛
- تعطي للأخصائيين والآباء تفسيرات لما يمكن بدونها أن يظهر على أنه سلوكيات تمييزية؛
- كما أنها توفر أفكار حول طريقة معالجة هذه المشكلات. (تامر فرح سهيل- ص 94-95).

ح.نظرية التكامل الحسي:

إعداد فيشر ومورای (FISHER & UMRAY. 1991) والذي تبنى على فهم علاقات السلوك والمخ، وتحاول هذه النظرية تفسير الأداء الحسي العادي، وعمليات اختلال التكامل الحسي، وإرشادات فنية للتدخل، وأساس التكامل الحسي والتدخلات العلاجية الحسية الأخرى تبعث من خلال العلوم العصبية، ولهذا فإن هذه المعرفة العصبية تتمدد وتتسع، وهذه النظرية تبنى على أن هذه الخبرات التي يتعرض لها المخ تعدل في بناء المخ والأداء ومن الممكن أن تكون تكفينا أو لا تكفينا. (أسامة فاروق، السيد الشربيني، التوحد الأسباب التشخيص العلاج ص61)

6.التصنيفات العالمية لطيف التوحد:

جدول 1: تطور تصنيف التوحد حسب الدليل التشخيص الاجتماعي DSM (CRETD , 2013, P72)

DSM 1	1952	ينتج ضمن: الفصام الانعكاسي، النوع الطفولي
DSM 2	1968	ينتج ضمن: الفصام ، النوع الطفولي
DSM 3	1980	اضطرابات النمو:

		- **التوحد الطفولي؛** - **اضطراب النمو الذي يبدأ في الطفولة؛** - **اضطرابات لا نمائية للنمو.**
DSM 3 R	**1987**	**اضطرابات النمو الشاملة:** - **اضطراب التوحد؛** - **اضطرابات النمو الشامل غير محدد.**
DSM 4	**1994**	**اضطرابات النمو الشاملة:** - **اضطراب التوحد؛** - **متلازمة أسبيرجر؛** - **زملة ريت؛** - **التوحد اللانمطي (الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد)؛** - **اضطراب الطفولة التفككي أو التحللي.**
DSM5	**2013**	**اضطرابات طيف التوحد التوحد**

أ.التوحد حسب DSM4R:

وفق هذا التصنيف نتحدث عن الثلاثية العرضية TRIACLE AUTISTE والتي تتمثل في:

- اضطرابات الاتصال؛
- السلوكات، نشاطات واهتمامات تكرارية و/أو محدود

وتظهر الأعراض قبل 03 سنوات.

جدول 2 : أعراض التوحد حسب DSM4R

1. اضطرابات التواصل والعلاقات الاجتماعية
- الصعوبة في تطوير العلاقات بين الشخصية INTERPERSONELLES؛ - غياب الاستجابة أو الاهتمام باتجاه الآخرين؛ - الطفل المصاب بالتوحد نادرا ما يدخل في التواصل، بالعكس هو يتجنبه؛
2. اضطرابات الاتصال
- اضطراب الاتصال يشمل اللغة المنطوقة كذا اللغة الغير المنطوقة؛ - اللغة المنطوقة يمكن أن تكون غائبة، وعندما تتطور عادة ما تكون متأخرة وتتميز بعدة مميزات: • الوظيفة البرغماتية PRAGMATIQUE: صدائية، لغة غير اتصالية؛ • الوظيفة الرمزية: عدم القدرة على استعمال المصطلحات المجرة، عدم فهم المحادثات المجردة، الكلمات التي لها أكثر من معنى وتغير المعنى حسب السياق.
3. السلوكات، نشاطات، اهتمامات تكرارية أو محدودة

- الاهتمامات محدودة، نشاطات قصيرة تكرارية؛
- الأشياء تستعمل بشكل دائري (تدوير الشيء بشكل تكراري) أو بشكل نمطي وتعلق الأشياء بشكل غير طبيعي؛
- اللعب بشكل غريب، دون متعة أو تصورات، يرمي أو يكسر أو يغير اللعب في كل مرة؛
- الطفل التوحدي يرفض التغيير لوصفات جديدة، فهو يستجيب للتغير بنوبات الغضب؛
- اللعب التخيلي JEU DE FAIRE SANBLANT غائب أو فقير، وهو مؤشر يمكن ملاحظته قبل 18 شهر؛
- استجابات خاصة اتجاه المحيط وغرابة السلوك، عدوانية نحو الذات، إيذاء الذات AUTAMUTILATIO N ، ميل للدوران حول الذات، أو التأرجح إلى الأمام حركة اليدين كأجنحة الفراشة، حركة قرب العين.

ب.التوحد حسب DSM5:

منذ 1999، والجمعية الأمريكية APA وبالتنسيق مع منظمة الصحة العالمية تقوم بتقييم نقاط الضعف للدليل التشخيصي DSM ووضعوا مجموعات تعمل على الأخذ بعين الاعتبار البحوث الحديثة في مجال الطب العقلي، في 2013 توصلوا إلى إصدار النسخة الخامسة من الدليل التشخيصي، في هذه النسخة يطهر التوحد تحت مسمى اضطراب طيف التوحد وهو مصنف ضمن الاضطرابات العصبية النمائية والتي بدورها تتضمن 07 أنواع: التخلف الذهني، اضطرابات الاتصال، طيف التوحد، اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة، اضطراب التعلم الخاصة، الاضطرابات الحركية والاضطرابات الأخرى العصبية النمائية.

فالنسخة الخامسة والأخيرة تتضمن معايير لتشخيص التوحد: الأول يتمثل في الاتصال والتفاعل الاجتماعي، والثاني يتعلق بالسلوكات التكرارية (النمطية) والاهتمامات المحدودة، والمعايير التي اعتمدنا عليها في التشخيص في بحثنا هذا؛ والجدول التالي يوضح هذين المعيارين:

المعيـــــــــــــار	الأعراض
صعوبات الاتصال والتفاعل الاجتماعي	وجود 03 من 03 أعراض: - تبادل Réciprocité اجتماعي انفعالي؛ - صعوبة في الاتصال غير اللفظي؛ - صعوبة في إنشاء التطوير، وفهم العلاقات الاجتماعية.
السلوكات التكرارية والاهتمامات المحدودة	وجود 02 من 04 أعراض التالية: - استعمال حركات تكرارية استعمال خاص للغة؛

	- التأكيد على الروتين والطقوس اللفظية وغير اللفظية؛ - اهتمام محدود، تعلق بالأشياء وبشكل غير عادي، - إفراط/ تفريط حساسية للمثيرات الحسية أو اهتمام غير معتاد اتجاه مثيرا حسية في المحيط.

وفيما يلي سنتطرق لهاته المعايير بالتفصيل:

المعيار الأول: صعوبات في الاتصال والتفاعل الاجتماعي: حيث تكون الأعراض معاشة حاليا أو في تاريخ الحالة، ولتأكيد هاته الصعوبات يتوجب وجود 03 من 03 الأعراض التالية:

- تبادل Réciprocité اجتماعي انفعالي: المبادأة أو فعل اجتماعية، محادثة تشارك في الاهتمام أو في المشاعر؛
- صعوبة في الاتصال غير اللفظي: التنسيق بين وسائل الاتصال اللفظي وغير اللفظي، إدخال وسائل اللفظية إلى السياق، استعمال وفهم التواصل البصري، الحركات، الوضعيات الجسدية، Pasture، إيماءات الوجه؛
- صعوبة في إنشاء التطوير، وفهم العلاقات الاجتماعية: متوافقة مع العمر، صعوبة في تكييف السلوك وفق الموقف الاجتماعي، صعوبة في مشاركة الآخرين في اللعب التخيلي أو اللعب الرمزي، غياب الاهتمام بالآخرين.

المعيار الثاني: السلوكات التكرارية والاهتمامات المحدودة حيث تكون الأعراض معاشة حاليا أو في تاريخ الحالة، ولتأكيد وجود هذه السلوكات التكرارية والاهتمامات المحدودة يتوجب وجود 02 من 04 أعراض التالية:

- استعمال حركات تكرارية استعمال خاص للغة: صدائية ...والأشياء: ترتيب الأشياء بشكل متكرر؛
- التأكيد على الروتين والطقوس اللفظية وغير اللفظية: تفكير جامد، قلق اتجاه التغيير، ضرورة استعمال نفس الطريق، أكل نفس المأكولات؛
- اهتمام محدود، تعلق بالأشياء وبشكل غير عادي؛
- إفراط/ تفريط حساسية للمثيرات الحسية أو اهتمام غير معتاد اتجاه مثيرا حسية في المحيط: وتظهر من خلال:
  - لامبالاة اتجاه الحرارة، استجابات سلبية اتجاه بعض الأصوات أو الأقمشة، تعلق بالأضواء أو الأشياء التي تدور كالعجلات.

بالنسبة لهذه الميادين يجب على المختص أن يحدد شدة الاضطراب (حاد، متوسط، خفيف) مع استعمال **DSM5** لمصطلح طيف التوحد من مقاربة تصنيفية CATEGORIELوالتي تزهر في **DSM4** ، إلى مقاربة بعدية DINENSIONNEL وفق CONTINUMليمثل مختلف العالات وشدة الأعراض.

7.التشخيص الفارقي بين طيف التوحد والاضطرابات الأخرى:

أ.التشخيص الفارقي بين طيف التوحد والفصام:

في الواقع هناك تشابه بين الفصام وطيف التوحد من حيث الانغلاق على الذات، والاضطراب الانفعالي، وحضور واضح في المشاعر، وعجز في بناء الصدقات مع الاخرين.

ويمكن التفريق بين طيف التوحد والفصام بالإعتماد على الاتي :

1- توجد الهلاويس في الفصام ولا توجد في التوحد ؛

2- يتواجد الفصام بدون تخلف عقلي في حين يصاحب طيف التوحد تخلف عقلي،

3- طيف التوحد اضطراب نهائي يصيب الطفل بينما الفصام مرض عقلي ؛

4- على تقيض طيف التوحد فإن فترة النمو العادي يكون ملاحظة على الأقل في خمس سنوات الأولى من حياة الفصامين فهو لا يحدث الا في بداية المراهقة أو في وقت متأخر من الطفولة ؛

5- الفصاميون ينسحبون من علاقاتهم الاجتماعية السابقة ، أما المتوحدون فإنهم يعجزون عن بناء هذه العلاقة الاجتماعية.

6- الفصاميون قادرون على استخدام الرموز ولكن المتوحدين غير قادرين على ذلك .

7- نتائج الدراسات على الأوبئة أشارت الى ان نسبة الذكور مقارنة بالإناث في التوحد هي تقريبا 1 من 4 ،وفي الفصام متساوي في النسبة والجينات الوراثية قد تفسر الفصام أكثر من التوحد ؛

8- يلاحظ على المتوحدين التمتع بالصحة الجيدة على عكس الفصامي ؛

9- لا تتكرر ولا تشيع حالات التوحد في العائلة الواحدة بينما الفصام متواتر حدوثه في الاسرة الواحدة؛

10- يدرك المتوحدين البيئة إدراك انتقائيا بينما القصامي يدرك البيئة إدراكا مشوها ؛

11- النمو العقلي واللغوي للطفل التوحدي يحدث له نوع من التوقف ،ولا يتمكن الطفل من التعبير على حيراته23 الداخلية ، والتي تشكل جزءا أساسيا في تشخيص 23

12- في حالة وجود دلالات تشخص التوحد فإن تشخيص الفصام ..... يجب ان يتم فقط في حالات نادرة، تتوفر منها الضلالات والهلاوس البارزة مع باقي الدلالات التي تشخص الفصام .

ب.التشخيص الفارقي بين طيف التوحد والتخلف الذهني :

يشير بينيتو وروجرز 1996 bennebto rogers إلى ان التخلف العقلي خاصية متكررة لدى عدد كبير من المصابين بالذاتوية (طيف التوحد) ويشير هيرملين و اوكونور إلى ان 75% من الأشخاص المصابين بالتوحد لديهم تخلف عقلي وإن الخلط بين أعراض التوحد ومظاهر الإعاقة العقلية يرجع الى انه كثيرا ما يصاحب حالات التوحد الإصابة بالتخلف العقلي ، كما تتشابه وتختلط هذه الاعراض وخاصة اذا كان العمر العقلي أقل من 20 شهرا .

وفيما يلي أبرز نقاط التشابه والاختلاف بين مضطربي التوحد و متخلفون عقليا :

***نقاط التشابه بينهما :**

1- تكرار السلوكات النمطية والقهرية ؛

2- صعوبات في الكلام والتخاطب ؛

3- الإداء الوظيفي المستقل وهو الامر الذي يتعلق بالاستقلالية في الأداء حيث نرى ان هناك قصور في هذا الجانب تتسم به كل الفئيتين ؛

4- قصور في الأداء الأدوار الاسرية والاعمال المنزلية والنشاط المعني الاقتصادي؛

5- وجود قصور في قدرة الأطفال على القيام باللعب التظاهري أو التخلي الى جانب قصور واضح قي قدرتهم على اللعب الرمزي ؛

6- تتسم على الفئيتين بنقص أو قصور واضح في انتباههم للمواقف والمشيرات المختلفة وان كان الامر بالنسبة للأطفال المتوحدون بزداد بعض الشئ على أولئك المتخلفين عقليا؛

7- وجود قصور للفئيتين في فهم وإدراك الحالات العقلية لهم ولغيرهم من الافراد الاخرين وقد يتمثل هذا القصور في عدم قدرتهم على فهم "الاعتقادات، النوايا، الانفعالات، البيئة ..24 المحيطة .

***نقاط الاختلاف بينهما :**

1- يتفوق الأطفال المتخلفون عقليا على مضطربي التوحد في مستوى النمو اللغوي عامة وذلك من الناحية الكمية والكفية؛

2- يتوفق المتخلفين عقليا عن المتوحدين في مهارات الأداء (هذا ما يعكس اداؤهم الوظيفي الاج، و ما يتضمنه من مهارات إج، عكس المتوحدين الذين لديهم قصور في التواصل سواء تغلق ذلك بالمهارات التواصل التعبيري أو حتى مهارات التواصل الاستقبالي .

ت.التشخيص الفارقي بين طيف التوحد و زملة اسبرجر

زملة اسبرجر سميت باسم طبيب النمساوي هانز اسبرجز الذي اكتشفها عام 1944 ،واعتبرها احد الاضطرابات الشخصية ،وكانت تتشابه مع بعض اعراض التوحد التي وضعها كانر 1943 kanner ،حيث ان اكتشافات اسبرجر ظهرت في وقت نفسه الذي اعلن فيه كانر على ملاحظاته للأطفال المتوحدين كما اطلق عليهم فإن اسيرجر اطلق على زملته اسم autistic psychopathy ، واعتبرها البعض حالة مخففة من التوحد أو شبيهة التوحد .

وقد حذذ عكاشة جوانب التشابه بين التوحد وزملة اسبرجر في العناصر التالية :

1- وجود نوع من خلل الكيفي وفي التفاعل الاح وتكوين العلاقات الاج السليمة؛

2- غياب التواصل غير اللفظي؛

3- مخزون محدود من الإهقامات والأنشطة النمطية المتكررة ؛

4- قصور في الحركات الدقيقة ؛

أما شارون ينورث واخرون فقد حددو هذه الجوانب فيما يلي :

- سلوكيات تكرارية، مشكلات إج شديدة، مشكلات حركية تتمثل في عدم الرشاقة .

أما جوانب الاختلاف بين طيف التوحد وزملة اسبرجر فقد وصفها عثمان فراج، شارون ينورث واخرون كما يلي :

1- عدم بدء ظهور اعراض اسبرجر الا من خلال مرحلة الطفولة المتأخرة بينما تظهر حالات طيف التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة ؛

2- نسبة دكاء اسبرجر تقترب من الطبيعي ولكن لديه .....25 بين نتائج الاختبار الذكاء اللفظي والأذائي ؛

3- الطفل الاسبرجر لا يوجد لديه تأخر عام في اللغة، و نموه اللغوي يقترب من الطبيعي في سنواته الأولى، ولكنه يبدي صعوبة بسيطة في استخدام الضمائر بشكلها الصحيح ،كما يعاني من اضطرابات في تكوين الجمل ؛

4- الاسبرجر ينصف بالقلق والإكتئاب ، ضعف التوافق الحركي، من السهل احباطه، عدواني (هذه السعات غير أساسية في طيف التوحد).

وبالرغم من وجدود بعض الاختلافات بين زملة اسبرجر وطيف التوحد فإنه من الصعب التحزفة بينهما الا بالملاحظة الدقيقة لفترات طويلة

ج.التشخيص الفارقي بين طيف التوحد وزملة ريت

وصف هذا الاضطراب اندرياس ريت andreas rette عام 1966 ،حيث لاحظ اثنان من البنات في حجرة الانتظار يظهرون أنماط متشابهة من السلوك المضطرب، وهذا ما

اكدت عليه ملاحظاته المتتالية الكثير من الحالات ، وزملة ريت هي احدى اعاقات الطفولة ،اكتشفها rette ، وهي عبارة عن خلل عميق في مخ يظهر لدى البنات، يشبه التوحد، ويظهر في صور حركات تكرارية لليد، وقصور في المهارات اللغوية والإج، وهي اضطراب تهائي يصيب البنات فقط، وفيه يحدث نمو الطبيعي أولا ثم تفقد البنت المهارات التي اكتسبتها من قبل، كما تفقد الاستخدام الفرضي لليدين ويحدث بدلا منه حركات متكررة لليدين ويبدأ ذلك في السن من 01- 4 سنوات.

أما نقاط الاختلاف بين طيف التوحد وزملة ريت فهي :

1- يبدي المصاب بزملة ريت تدهورا واضحا تدريجيا في النمو مع التقدم في العمر وينتشر بين الاناث فقط، عكس المتوحد فقصور النمو لديه موجود وظاهر بعد الميلاد (مبكرا) ويحدث لدى الذكور ؛

2- المصابين بزملة ريت لديهم اضطراب وعشوائية ونمطية حركة اليد (عرض مميز) أما المتوحدين غالبا لا توجد وإذا وجدت فهي غالبا نتيجة عادات مكتسبة ،

3- غياب التوازن والترنح في المشي وغياب التناسق الحركي وصعوبات حركية واضحة لدي المصابين بزملة ريت، عكس المتوحدون فوظائفهم العضلية الكبيرة سليمة؛

4- نجد لدى المصابين بزملة ريت فقدان تام للوظائف اللغوية ،وقد ترتقي في فترات زمنية معينة أما لدى المتوحدون قد يوجد اضطراب في استخدام اللغة ولا تفقد حصيلتها؛

5- اضطراب التنفس احد الاعراض الرئيسية لزملة ريت، اما لدى المتوحدين فاضطرابات التنفس نادرة او لا توجد ؛

6- المصابين بزملة ريت التدهور في محاور النمو عرض أساسي حتى يصل الى مرحلة البلوغ الى عمر 6-12 سنة على المحور اللغوي الإج، ونجد ثبات في مهارات محاور النمو المختلفة دورا تدهور لدي المتوحدين ؛

7- تظهر نوبات الصرع مبكرا لدى زملة ريت حيث نجذ 75% من الحالات عنيفة متكررة تصاحبها 27. ، عكس المتوحد فنوبات الصرع لديهم قليلة واذا ظهرت فهي مرحلة المراهقة ؛

8- تشيع لدى المصابين بزملة ريت اضطرابات النوم بنسبة تصل إلى 85% منهم، عكس الأطفال المتوحدون فهي ليست شائعة لدى الغالبية منهم؛

9- القصور في المهارات الاج تختلف اختلاف العمر لدى المصابين بزملة ريت،عكس المتوحدين فنجد لديهم قصور واضح منذ بداية الحياة في الطفولة المبكرة ؛

10- المصابين بزملة ريت نجد لديهم صعوبات في الاكل تتعلق بالمفخ والبلع اما عند المتوحديين تتعلق فقط بأنواع الأطعمة التي يفضولونها؛

11- يعاني المصابين بزملة ريت من عدم ثبات او تدهور في الجوانب الانفعالية مثل التخبط في المشاعر والتفكير وعدم التطابق اوتواصل الأفكار والانفعالات ، ونجد عند المتوحدون قصور واضح في الفهم أو التعبير عن الانفعالات .

د.التشخيص الفارقي بين طيف التوحد والإعاقات السمعية :

إن بعض الأطفال المصابين بالصم الذي قد يؤدي إلى البكم نتيجة لعوامل أثناء العمل أو بعد الولادة قد يظهرون بعض سمات الطفل التوحدي، ومن هنا حدث الخلط في تشخيص طيف التوحد بأنه إعاقة سمعية.

وتتمثل جوانب التشابه بين أعراض التوحد والإعاقات السمعية فيما يلي :

1- الانسحابية وغياب قدرة على التواصل البصري

2- الإندماج في حركات نمطية؛

3- عدم القدرة على التخاطب والتواصل اللفظي

أما عن جوانب الاختلاف بين أعراض طيف التوحد والإعاقة السمعية فهي :

1- معدلات الذكاء في حالات الإصابة بلإعاقة السمعية أعلى من نظيرتها في حالات طيف التوحد؛

2- تتسم حالات الإعاقة السمعية بالقدرة على التكوين علاقات إج وتفاعل إج مع الأخرين بعكس حالات طيف التوحد فهي تعاني من عجز رئيسي في هذه الجوانب ؛

3- تستطيع حالات الإصابة بإعاقة سمعية تحقق تواصل غير لفظي مع الأخرين أفضل من حالات طيف التوحد؛

4- سهولة تشخيص حالات الصم والبكم بالفحص الطبي الأجهزة السمع والكلام يقابلها صعوبة في تشخيص طيف التوحد لعدم توافر أدوات معنية لهذا الغرض .

8.طرق التكفل العلاجي:

1- طريقة لوفاس lovas : و تسمى بالعلاج السلوكي .... أو علاج التحليل السلوكي .....، وتعتبر واحدة من العلاج السلوكي، ولعلها تكون الأشهر ، حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك حيث يعتبر كل سلوك استجابة لمؤثر ما ،ومبتكر هذه الطريقة هو ivor lovas، أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس كاليفورنيا

ucla، حيث يدير مركز متخصصا لدراسة وعلاج التوحد، والعلاج السلوكي قائم على نظرية سلوكية والاستجابة الشرطية في علم النفس، حيث يتم مكافأة الطفل على سلوك الجيد ،أو على عدم ارتكاب السلوك السيء ، كما يتم عقابه كقول قف، أو عدم إعطائه شيئا يحبه على سلوك سيء ، وطريقة لوفاس تعتمد على استخدام استجابة الشرطية بشكل مكثف، حيث يجب ان لات تقل مدة العالج السلوكي على 40 ساعة في الأسبوع ،ولمدة غير محددة، وفي التجارب التي قام بها لوفاس وزملاؤه كان سن الأطفال صغيرا، وقد تم انتقاؤهم بطريقة معينة وغير عشوائية، وقد كانت النتائج إيجابية حيث استمر العلاج المكثف لمدة سنتين ،وتقوم العديد من المراكز بإتباع أجزاء من هذه الطريقة، وتعتبر هذه الطريقة المكلفة جدا نظرا لارتفاع التكاليف العالج خاصة مع العدد الكبير من الساعات المخصصة للعلاج، كما ان كثيرا من الأطفال الذين يؤدون بشكل جيد في العيادة قد لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية.

2- طريقة تينش teacch: هو برنامج تربوي للأطفال المتوحدين ومن يعانون من مشكلات التواصل، وقد طوره الدكتور أريك شوبلر eric shopler في عام 1976 ، في جامعة نورث كارولينا ،ويعتبر أول برنامج تربوي مختص بتعليم المتوحدين، وكما يعنبر برنامج معتمد من قبل جمعية التوحد الامريكية،

هذا البرنامج له مميزات عديدة بالإضافة إلى التدخل المبكر فهو يعتمد على نظام ...30.. أو التنظيم لبيئة الطفل حيث أثبت هذه الطريقة انها تناسب الطفل التوحدي وتناس عالمه، من مزايا هذا البرنامج أنه ينظر إلى الطفل التوحدي كل على انفراد ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدى حسب قدراته الاج ، العقلية الجسدية واللغوية، وبذلك باستعمال اختبارات مدروسة .

برنامج تينش يدخل عالم الطفل التوحدي ويستغل نقاط قوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين، أيضا هذا البرنامج متكامل من عمر 03 سنوات إلى 18 سنة حيث ان تهيئة الطفل للمستقبل وتدريبه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له عامل جدا مهم لملئ الفراغ واحساسه بأنه يقوم بعمل منتج مفيد، قبل ان يكون وسيلة لكسب العيش .

3- برنامج فاست فورورد fast forword: هو عبارة عن برنامج الكتروني يعمل بالحاسوب، ويعمل على تحسين مستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد وقد تم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث لعلمية التي قامت بها عالمة اللغة يولاطلال ....31 ،على مدى 30 سنة تقريبا ،حتى قامت بتصميم هذا برنامج سنة 1996، ونشرت نتائج بحوثها في مجلة العلم .. ، احدى اكبر مجلات العالمية في العالم،حيث بينت في بحثها المنشور أن الأطفال الذين استخدموا البرنامج الذي قامت بتصميمه قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة وتقوم فكرة هذا البرنامج على وضه سماعات على أذني الطفل بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب، ويلعب ويستمع للأصوات الصادرة من هذا اللعب، وهذا البرنامج يركز على جانب واحد وهو جانب اللغة والاستماع والانتباه، وبالتالي يفترض أن الطفل

قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق السلوكية، ونظرا للضجة التي عملها هذا الابتكار فقد قامن بولا طلال بتأسيس شركة بعنوان التعليم العلمي .... ،حيث طرحت برنامج تحت اسم fast for wored ، وقامت بتطويره وابتكار برامج أخرى متشابهة ،كلها تركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل النمو اللغوي.

لم تجرى حتى الأن بحوث علمية محايدة لقياس مدى نجاح هذا البرنامج مع الأطفال المتوحدين، وان كانت هناك روايات شفهية بأنه قد نجح في زيادة المهارات اللغوية بشكل كبير لدى بعض الأطفال.

4- برنامج ليب leop: بدأ برنامج ليب leop عام 1981 في بنسلفانيا لتقديم خدمات الأطفال الصغار المتوحدين والأطفال العادين من اعمار 3-5 سنوات ضمن برنامج شامل لمرحلة ما قبل المدرسة ،ويعد هذا البرانامج شامل لمرحلة ما قبل المدرسة، ويعد هذا البرنامج واحد من أفضل البرامج في التدخلات المبكرة للأطفال المتوحدين واسرهم.

يشتمل برنامج leop على برنامج ما قبل المدرسة، وبرنامج التدريب على المهارات السلوكية للأباء، هذا بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى.

ما يتميز به برنامج leop أنه يجمع الأطفال المتوحدين والأطفال العادين ،حيث يستخدم الرفاق في التدريب على المهارات الاج وتشتمل الأهداف في المنهاج الفردي على مجالات النمو الاجتماعية والانفعالية واللغوية والسلوك الكيفي والمجالات النمائية المعرفية والجسمية الحركية ويجمه منهاج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة .

خلاصة:

يعتبر التوحد من الاضطرابات النمائية التي تعيق الطفل نموه المعرفي والاجتماعي والانفعالي مما يؤدي بالطفل التوحدي الى صعوبة تواصله مع الاخرين وسوء تكيفه مع المحيط الخاص به، لهذا يعتبر التشخيص المبكر أهم خطوة تقوم بها الاسرة الطفل التوحدي خاصة إذ كان قبل بلوغ سن الثالثة فذلك سيتشكل عاملا مهما حاسما في نجاح الخطة العلاجية وتحقيق أفضل النتائج.

الفصـــــــل الثالث:
العلاج بالتبادل والتطوير TED

الفصل الثالث: العلاج بالتبادل والتطوير TED

تمهيد

في الوقت الراهن لا يوجد علاج طبي فعال لاضطراب طيف التوحد يناسب جميع الأفراد الذين يعانون ،لذلك الأفضل ما يمكن تقديمه لهذه الحالات هو الخدمات التربوية والتدريبية و التأهيلية ،وهناك العديد من الخدمات يمكننا تقديمها لهذه الفئة من الأطفال ،اذ كل واحدة تقوم على فلسفة ونظريات مختلفة ،كما تطرقنا في الفصل السابق على بعض طرق التكفل العلاجي لهذه الفئات مثل برنامج lovas ،برنامج leop، برنامج teach.... إلخ

وسنتطرق في هذا الفصل إلى برنامج علاجي أخر وهو العلاج بالتبادل والتطوير ted، الذي يعتبر نموذج أولي للتدخلات المبكرة مما يسمح للطفل التوحدي بتطوير قدراته في الاتصال مع الاخرين و التفاعل معهم والتكيف مع بيئته.

1.مفهوم العلاج بالتبادل والتطوير ted:

هو أحد العناصر الرئيسية للمشروع العلاجي والتعليمي العالمي ،متعدد التخصصات الذي تم تطويره للطفل التوحدي في اتصال وثيق مع الأسرة ،ولهذا السبب تم اعتباره في الهيئة العليا للصحة has لعام 2012 علاجا تكامليا يعتمد على نهج تنموي ،يدمج مبادئ الفسنيولوجيا العصبية وإعادة التأهيل .

يشار إلى هذا العلاج بشكل خاص عند الأطفال الصغار قبل سن الرابعة ،وهي فترة الحد الأقصى من اللدونة الدماغية ،ولكن يمكن تطبيقه أيضا على المراهقين والبالغية . .c baithelemy et autre la) (therapie d’echange et de develeppement G1 2013 article original –p-288

2.تاريخ العلاج بالتبادل والتطوير وشروطه :

في الثمانيات أنشأ فريقا فرنسيا مكون من كاتزين بارتيليمي أستاد في طبيب نفساني للأطفال ورائد الأبحاث علم النفس العصبي في التوحد في فرنسا وطبيب نفسي للأطفال في مستشفى جامعة تورز-علاج بالتبادل والتطوير وتم تقديمه أول مرة من قبل le lord عام 1978 ،انتهى الامر بقسم الطب النفسي في مستشفى جامعة تورز مع جلسات العلاج بالتبادل والتطوير في المتابعة العلاجية . memoire en vue) l’obtension du diploma d’etat de psychomaticien institut de formation en psychomaticibe de (Toulouse – juin 2018 p 20-21

تم تصميم هذه الطريقة من نهج تنموي عصبي لإضطراب طيف التوحد يسبب تكامل أسسها الفيزيولوجية العصبية التي تهدف إلى إعادة التثقيف ،ولكن لا يمكن التحقق من فعالية الطرق التكاملية بسبب نقص الدرسات حول نتائج اساليبها ،لا يزال ted جزءا من خطة التوحد(2013-2017) حيث يعتبر الخبراء هذه الطريقة مناسبة بشرط إستيفاء عدد معين من المعايير لذلك يجب ان يتبع العلاج بشروط التوصية بالرعاية التكاملية وهذه الشروط هي :

- بداية الرعاية من 18 شهرا إلى 04 سنوات ؛
- تأسيس أهداف قصيرة ومتوسطة المدى حيث يمكن تعديلها وهذه الأهداف هي :
  - التقليد؛
  - اللغة والتواصل؛
  - اللعب والمهارات التكيفية للسلوكات في حياة اليومية ؛
  - تجنب أو الحد من السلوكيات المزعجة وعواقبها؛
  - كما تم العمل على المجالات العاطفية والحسية ؛

- بحث مكثف لتعميم ما تم تعلمه
- ممارسته من طرف موظفين مدربين وخاضعين للإشراف
- ان يشرف شخص واحد بالغ لطفل واحد بمعدل لا يقل من 25 ساعة في الأسبوع ،مع ساعات مدرجة ومشاركة الطفل في أنشاطه المجموعة الصغيرة
- أن يكون في بيئة منظمة تتكيف مع صعوبات الطفل
- يجب ان يستند هذا العلاج على نهج تنموي يدمج الفسينولوجيا العصبية ومبادئ أعادة التأهيل .

3.المبادئ العامة للعلاج بالتبادل والتطوير ted:

بما أنه ted يعتمد على مبادئ الاكتساب المجاني أو الحر والفضول الفيسنولوجي ،وبهدف إلى تسخير نشاطات الجهاز العصبي من خلال تدريب الوظائف القاصرة، حيث ينصح بتطبيقه على الأطفال الصغار في الوقت الذي يكون فيه المرونة العصبية مهتمة عندهم ،اذ يحاول هذه العلاج سحب الطفل التوحدي من توحده وذلك بتركه يكتشف ان بإمكانه ان يشاهد ،ان يسمع وان يخلق ارتباطات وغيرها تؤكد بارتيلمي ان الأطفال المتوحدون قادرون ولهم الرغبة في التعلم إذ وضعوا في مناخ ملائم يستجيب لبعض الشروط والمبادئ الأساسية الثلاثة وهي :

1- **الصفاء :** وذلك بإنشاء مناخ صعب يحتوي على اقل قدر ممكن من الإلهاءات (غرفة يعمها الصمت ومنعدمة لمثيرات الحسية)، ويتم تبسيط الطلبات قدر الإمكان لتسهيل تصفية المعلومات الواردة ،وتوجيه الطفل دو الأنشطة التي يقترحها ،بدلا من المخفزات البيئية التي من شأنها أن تعزز التشتت والقدرة على الانتباه .

2- **التوفر :** وهنا المعالج يساعد الطفل على توجيه استعداده الطبيعي للإ كتساب نحو البيئة ،فهو يوجه مبادرات الطفل في التبادل من خلال جدب انتباهه بشكل واضح ومباشر،وهكذا ينفتح كل منهما على الاخر وعلى الخارج،ففضول الطفل اتجاه الأشياء يتم توجيهه تريجبا في اتجاه المشاركة والتعديلات الحسية والحركية المتبادلة ثم الاجتماعية والعاطفية .

3- **التبادل :** ان المعاملة المثل التي أنشأهما المعالج تعزز التواصل من خلال تبادل النظرات والإيماءات والأفعال إثناء اللعبة صوتيا ،هذه هي الطريقة التتي تتم بها عمليات التبادل المتزامنة وتصبح تدريجيا جزءا من التسلسلات الحقيقية للتبادل الاجتماعي مع المتعة المشتركة (catherine baithelemy et autre therapie d’echange et de development – juin 2016 p-08-09.).

وبالتالي فإن الجلسات نفسها من النجاح واللعب المشترك حيث تتكيف المعالج باستمرار مع الطفل بإشراكه في إجراءات مرحة وتفاعلية تتكيف مع مستوى نموه دون قيود للتعلم أو الاكتساب التعليمي مما يساعده على التطور تدريجيا .

4.عرض طريقة العلاج بالتبادل والتطوير :

العلاج بالتبادل والتطوير هو علاج إعادة تأهيل الأطفال المصابين بالتوحد حيث يكون التبادل المرح بين المريض والمعالج هو الأداة الرئيسية للرعاية ولهذا السبب تتطلب هذه الطريقة تدريبا محددا للغاية حيث يقوم النعالج بذلك ويتعلم كيفية انشاء العلاقة أو يضع الطفل في أفضل وضع ممكن ليكون قادرا على اكتشاف المتعة المشتركة، أو حتى التفاعل المتبادل الذي يصعب تحقيقه بشكل عام بنسبة لهؤلاء الأطفال .

تهذف هذه الطريقة الى ممارسة الوظائف التعبئة نشاط أنظمة التكامل الدماغي إذن هذا العلاج يعمل على الوظائف وليس على السلوكيات حيث يعتمد المعالج على الفضول الفسيولوجي للطفل والرغبة المحتملة لدى الطفل المصاب بالتوحد في تعلم العمل عليهم في بحث مستمر عن المتعة المشتركة .

يجب ان توافق الأسرة على استخدام هذه الطريقة ويجب ان تستهدف المجالات الوظيفية التي يواجه فيها الطفل صعوبة ،يقدم التوحد اختلافات كثيرة بين الأفراد في جميع المستويات يجب أن يكون المعالج قادرا على تكييف إدارة مريضة وفقا للحتياجات الخاصة التي يقدمها.

يتم تقديم هذه الجلسات ونجاح الاحداث بسهولة بفضل استخدام فيدية ويتم تحديد التقييم .... ويجب تحديد الأهداف من قبل

أخيرا ،يجب ان يتزامن علاج التبادل والتطوير مع المرافق الأخرى للتفاعل الاج، ويجب أن يشمل المشروع العلاجي لهذه الطريقة المعالج وعائلة المريض وجميع المهنين الاخرين المسؤولين عنه.

1- الاطار والممارسة :

يفرض هذا العلاج مج مختارة من الأدوات (الألعاب بسيطة تسمح بممارسة الوظائف المناسبة) ، وغرفة ملائمة(بيئة هادئة متحررو من أي .....) ومواعيد معينة يجب تحديدها غالبا كل اسبوعيين ،يحتاج الأمر إلى اثنين من المتحدثين الذين سيقيمون الجلسات بشكل عام يوما واحدا في الأسبوع يجب الا يتطور الطفل في مساحة نظيفة ومحددة، تعد الجلسة السابقة والاحقة جزءا لا يتجزأ من إطار عمل ted.

يمكن ترتيب البيئة له يسهل فهم الطفل للمواقف، حيث يمكن استخدام دعم الصور على سبيل المثال في أوقات الانتقال.

تستغرق الجلسات عادة ما بين عشرين وثلاثين دقيقة.

يختار المعالج الألعاب قبل ان يدخل الطفل الغرفة،يضعهم في سلة في متناول يديهم طوال الجلسة (المعالج)

يتم بعد ذلك تقديم كل الألعاب واحدة تلو الأخرى للطفل .

لا تتم قمع السلوكيات الطفل غير القادرة على التكيف من قبل المعالج، لأنه يمكن اعتبارها بمثابة اهتمام ،وبالتالي يمكن ان تعزز هذه السلوكيات.

من ناحية أخرى يتم تقدير كل اهتمام موجه للطفل ،ويتم استجوابه باستمرار وعلى المحترف أن يسأل نفسه على السبب الذي أدى إلى السلوك غير مناسب.

يتكون الفريق العلاجي من أشخاص متعددي التخصصات والذي يجب أن يكون على دراية بالمبادئ الأساسية ل ted فيما يتعلق الراشدين المسؤولين على الجلسات ،غالبا ما يكون احدهما حاضرا جذا في حياة الطفل اليومية، يعرف النشطة التي تعمل معه،والأخر بشكل عام أقل مشاركة في حياة الطفل اليومية .

يمكن أيضا اجراء ted في جلسات جماعية ،مع حوالي أربعة الأطفال لكل ثلاثو معالجين مدربين في ted ،ويجب ان تكون الأهداف محددة و وظيفة كل طفل ،ولكن يجب ان تكون متوافقة مع الهدف المشترك للمجموعة ،والذي يقوم على تطوير مزامنة المهارات الحسية الحركية المتعمدة المتبادلة حيث يدرك المعالجون في البرنامج مهارات كل منهم ويكملون بعضهم بعض ويشكلون مجموعة قادرة على مساعدة الطفل .

يسعى المعالجون المشاركون في هذا العلاج الى تطبيق القواعد الذهبية الثلاثة

TED= التوافر ، الصفاء ،والمعاملة بالمثل

5.أدوات تقديم العلاج بالتيادل والتطوير :

- كتاب الملاحظة : يحافظ المختص المسؤول عن الجلسة على تحديث ورقة متابعة العلاج الشهرية حيث يشير الى حضور الطفل أو عدم حضوره ،استخدام او عدم استخدام الفيديو ،واي تغييرات في السيناريو المعتاد للجلسات،ويمكن أيضا تسجيل بعض الملاحظات النوعية في اسفل هذه الورقة لكنها تظل قصيرة لأنها ستكون أكثر تفصيلا في شبكة تقديم الجلسة الاسبوعية ، مع التركيز على جودة المشاركة خلال كل جلسة وسلوكها قبل وبعد كل جلسة .
- الفيديو: من أجل تقديم دعم للطفل ،يستخدم العديد من المحترفين دعم الفيديو ،مما يسمح لهم بتحليل سلوكياته المختلفة بالتفصيل.

تسمح الأفلام بتحليل سريري متعدد التخصصات دقيق وتعديل علاجي محتمل، بالإضافة الى ذلك يتيح الفيديو تصور قدرات وصعوبات أطفالهم للأباء ،وتعريفهم مبادئTED مشاهدة الفيديو دائما مصحوبة بشبكة مراقبة مقياس ECA-R (مقياس تقديم توحد) وكاميرا رباعية مزودة الذكاء الإصطناعي .

- مقياس التطور : يقوم مقياس بتقديم وتقدير السلوكيات لتحديد المظهر السلوكي للطفل،هناك العديد من المعايير التي تم تسجيلها للإعطاء نتيجة التي تجعل من الممكن مراقبة تطور الرعاية ،كلما زادت النتيجة ،زادت صعوبة الطفل أيضا،الدرجات المظللة هي درجات ضعف وتجعل من السهل مراقبة العناصر المستهدفة بواسطة TED .

يتم إيقاف جلسات TED بعد عرض نتائج لكل 03 اشهر اذا تم تحقق من صحة 3 من اصل 5 من المعايير من قبل المعالج .

يتم تسجيل كل عنصر من هذه العناصر من 4نقاط (4 نقاط هي افضل) وعندما تكون النتيجة الاجمالية 20/15 يتم إيقاف TED هذه المعايير هي :

- المعاملة بالمثل نية الاتصال ولعبة الأدوار ؛
- توزيع نشاط اللعب المشترك ،المبادرات في المواقف المختلفة ؛
- التعاون النعتمد في لعبة المستدامة ومنظمة والتواصل المشترك؛
- التعميم في وضعية الجماعة ؛
- يرتبط هذا المقياس دائما بتحليل نوعي بهدف تحديد التقدم المختلط وصعوبات المختلفة؛
- **العمل الجماعي :** يناقش الفريق المسؤول عن العلاج الجلسات بانتظام وتشكل هده المعلومات أداة مهمة جدا في تعديل العلاج ،يقوم المعالجون المسؤولون عن جلسات TED بإكمال الكتاب الملاحظة معا ويشرف عليهم ويشارك في هذه الحوارات يتم تنظيم اجتماعات للفريق متعدد التخصصات بأكمله ويقوم كل محترف بتقييم تقدم الطفل ..... المعلومات ثم إعادة تعديل مشروع العلاجي على مدار الأشهر ،يمكن ان يساعد فك الرموز الدورات السلوكية في تفسير سلوكيات الطفل وانتكاسته. Mémoire en vue l'obtention) du diplôme d'etat de psychomaticien institut de formation en psychomaticite (.de toulouse juin 2018 –p- 21-24

خلاصة:

من خلال هذا الفصل تعرفنا على العلاج بالتبادل والتطوير TED من خلال التطرق الى مفهومه تاريخه و المبادئ الذي يقوم عليها هذا العلاج الى غرض طريقة هذا العلاج، لاحظنا انه بفضل هذه التدخلات المبكرة يطور الأطفال المصابون بالتوحد مهارتهم في التبادل والمعاملة بمثل والتواصل والتكيف ومن هنا يكون اكثر استعدادا للاستفادة من التحيزات التعليمية والتربوية في المرافق المتنوعة خصوصا اذا كان فريق برعاية متكامل اذ يعزز هذا التطور النفسي الأمثل للطفل واستقلاليته وتكيفه من اجل حياة اسرية واجتماعية افضل .

الفصل الرابع:
الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الجانب التطبيقي

تمهيد:

نسعى من خلال هذا الفصل توضيح طريقة العلاج بالتبادل والتطوير TED، حيث قمنا بتطبيق هذا العلاج على حالتين تعانيين من اضطراب طيف التوحد، تتراوح أعمارهم بين 4 و 6 سنوات، وسنوضح كذالك في هذا الفصل أهم الخطوات التي اتبعناها أثناء دراستنا من أدوات ومدة الدراسة، والعينة التي طبقت عليها الدراسة.

1. **مكان الدراسة:** لقد تمت هذه الدراسة بمدينة مستغانم، تحديدا بمركز متابعة النفسية والأرطوفونية للاضطرابات العصبية النمائية بحي 800 مسكن.
2. عينة الدراسة: من أجل تحقيق أغراض البحث، وتماشيا مع متطلبات اشكاليتنا تم اختيار عينة قصدية من الأطفال على أساس تشخيص اضطراب طيف التوحد، وحاولنا تطبيق البرنامج العلاجي المرتكز على التبادل والتطوير TED عليهم، وهذا قصد رؤية مدى تجاوبهم مع هذا النوع من العلاجات.
3. **مدة الدراسة:** استغرقت الدراسة حوالي سنة تقريبا انطلاقا من مارس 2022 الى غاية ماي 2023، وبعد انتهاء مدة الدراسة انطلاقا من تحليل وتفسير النتائج المتحصل عليها.
4. **أدوات الدراسة:**

- **مقياس سلوك التوحد ECA-R: ECHELLE D'EVALUATION DES COMPORTEMENT AUTISTIQUE**

استخدمنا في دراستنا مقياس ECA-R الذي يحتوي على 29 بند، والذي يسمح باكتشاف جوانب من سلوك الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد كالانسحاب الاجتماعي، الجانب اللفظي، واضطرابات التواصل عند اللفظية، التكيف مع المواقف البيئية، المهارات الحركية المضطربة، والتصورات وردود الفعل العاطفية غير الكافية، اضطرابات الانتباه والتصورات والوظائف الفكرية للسلوكيات المختلفة الملاحظة، المتغيرات التلقائية بمرور الوقت والتحسنات الناجمة عن العلاج وإعادة التأهيل.

يجب استخدام هذا المقياس مرتين من طرف أخصائيين اثنان قبل البدء بالعلاج، ويستخدم أيضا بعد مدة من العلاج لملاحظة التحسنات الناتجة عن العلاج.

ولهذا المقياس ثلاثة درجات يجب على المختص حسابها

أولا: يجب حساب درجة المجموع الكلي أي 29 بند؛

ثانيا: حساب درجة ضعف العلاقات الاجتماعية أو القصور العلائقي وذالك من خلال جمع درجات البنود التالية: 1، 2، 3، 4، 5، 6، 8، 9، 12، 23، 24، 26 و28.

ثالثا: يجب حساب درجة التكيف مع المحيط وذالك من خلال جمع البنود التالية: 11، 13 و16.

- **مكان التكفل:**

تم تطبيق هذا التكفل في قاعة فيها انارة كافية وخالية من اي تزيين قصد التقليل من عدد المثيرات الحسية التي قد تزعج الطفل ايضا جهزنا هذه الغرفة بطاولة وكرسيين وخزانة ، تحتوي على الوسائل الضرورية التي يستخدمها المختص ويقدمها للطفل المتوحد الواحدة على الأخرى بشرط أن يثير الأخصائي الطفل قدر الإمكان ووجهه نحو الطاولة.

منهج الدراسة: اخترنا في بحثنا هذا المنهج التجريبي ودراية الحالة لانه المنهج الذي يخدم حالتنا.

5. الخطوات العامل العلاج بالتبادل والتطوير TED:

بما أن العلاج بالتبادل والتطوير TEDيعتبر من العلاجات التأهيلية المرنة للأطفال المصابين بالتوحد، وهدفه هو إعادة التأهيل الوظيفي العصبي والتواصل الاجتماعي على وجه الخصوص، الذي يساعد الطفل المتوحد في استدراك المراحل التي تم تخطيطها في نموه، وبالتالي تسهيل قدراته المعرفية والاجتماعية والعاطفية بهدف إدماج الطفل بشكل أفضل في بيئته.

ولتطبيق هذا العلاج يجب القيام بخطوات عامة وهامة ومتسلسلة ون أجل الوصول إلى النتائج المتوقعة، وهي الخطوات التي يتبعها الطفل منذ دخوله إلى المركز منذ اليوم الأول، وتتمثل فيما يلي:

أولا: جمع المعطيات العيادية

تعتبر هذه الخطوة من أهم الخطوات وأولها التي يقوم بها الأخصائي النفسي لجمع أكبر قدر من المعلومات عن الطفل، إذ تعتبر هذه المعلومات الحجر الأساسي للمشروع العلاجي المستقبلي له؛ وتتكون من:

- تاريخ الحالة:ANAMMES وهنا حاولنا جمع كل المعلومات والمعطيات التي تجمع حول الطفل وعائلته، ومن مراحل نموه، ووقت ملاحظة الاضطراب على الطفل (وقت ظهور وتكراره وتطوراته، وأسبابه إذ عرفت عند الآباء)؛ إذ يوجد تاريخ الحالة عملية التشخيص وحتى العملية العلاجية.
- الملاحظة OBSERVATION: وهي إحدى المهارات الضرورية المشهورة في علم النفس التي تساعد في جمع المعلومات، حيث قمنا بملاحظة سلوك الطفل، وعلاقته مع عائلته وأقرانه، تبدأ هذه الملاحظة منذ أول مقابلة مع الطفل وعائلته إلى كل المقابلات القادمة.
- التقييمات العيادية: إضافة إلى كل المعلومات التي جمعناها من خلال دراسة الحالة والملاحظة، قمنا ايضا بتطبيق مقاييس واختبارات عيادية، لتقييم قدرات الطفل في مختلف الميادين وقد قمنا نحن بتطبيق مقياس السلوك ECA-R لأنه يخدم بحثنا وهذا النوع من العلاجات أي العلاج بالتبادل والتطوير TED.
- التوجيهات والتشخيص: وهنا قمنا بتوجيه الحالات إلى طبيب مختص في علم الأعصاب من أجل القيام بالاختبارات الضرورية مثل: صور بالرنين المغناطيسي IRM، الرسم الكهربائي للدماغ EEG، اختبار السمع PEAوغيرها من الاختبارات العصبية قيد إزالة فرضيات الأمراض العصبية تشبه اضطراب طيف التوحد، وتدقيق التشخيص في الطب العقلي للتأكيد أو نفي الإصابة بطيف التوحد.

ثانيا: بناء البرنامج العلاجي بالتبادل والتطوير TED

وهو النقطة الأساسية والمركزية إذ يستوجب أن يبنى بطريقة معقولة، حيث يجب أن تتماشى أهدافه على مستوى الطفل الحالي، والمستوى الذي نريد الوصول إليه، فيجب أن لا نكون الأهداف البسيطة إلى أن يضجر الطفل منها، وأن لا تفوق مستواه فيستصعبها وبالتالي لا تحقق الأهداف المرجوة لذا يجب أن تكون هذه الأخيرة مرحلية.

يبنى هذا المشروع العلاجي من طرف الفرقة العلاجية متعددة التخصصات ويكون فرديا، أي أن كل طفل توحدي يبنى مشروعه الخاص به، ويحترم قدراته الحالية، ويهدف إلى تطوير وتعميم مكتسباته في بيئات مختلفة، إذ يتكون العلاج من مجموعة من الفقرات منها: الوعي بالذات، الحيات اليومية والاجتماعية، الحركات العامة والدقيقة، الاتصال، القدرات المعرفية، السلوكات...

معتمدين على المبادئ الأساسية لهذا العلاج الذي سبق ذكرها في الفصل الثالث (الإتاحة، التوافر، التبادل).

1. **الاتاحة:** وهنا حاولنا قدر الامكان انشاء قاعة خالية من المثيرات الحسية تحتوي فقط على كرسيين وطاولة صغيرة وخزانة فيها الالعاب التي نستطيع ان نستخدمها في التواصل مع الطفل وتحفيزه
2. **التوافر:** وهنا حاولنا توجيه الطفل ولفت انتباهه بشكل واضح ومباشر حيث شاركنا بعض الالعاب الهادفة معه فمثلا لعبة المطابقة حيث ناخذ لوحة تحتوي على عدد من الحيوانات اة الاشكال او الفواكه...الخ ونحاول ان نضع كل شكل في مكانه المناسب ثم نقوم بمساعدة الطفل على القيام بذلك حيث يصبح يتقنها مع الوقت كذلك تمارين التقليد كتقليد حركة التصفيق (bravo) على كل نشاط جيد قام به وقمنا ايضا بالقيام بتمرين لتدريبه على نزع الحفاظ وذلك عن طريق دمية ومرحاض خشبي صغير الحجم وتوضيح للطقل كيفية الذهاب للحمام
3. **التبادل:** من خلال ما قمنا به في التوفر اذ هناك العديد من التمارين والتواصل من الطفل الذي يساعد بدوره في التبادل تبادل النظرات التي تساعد الطفل على التواصل البصري كذلك الاماءات والافعال الذي يصبح يقلدها تدريجيا.

وفي قيامنا بهذا العلاج التجأنا إلى استخدام تقنيات تعد ضرورية في العلاج بالتبادل والتطوير TED وهي:

- **دفتر الملاحظات:** الذي يجمع كل المعلومات التي تخص الطفل والتي تعتبر ضرورية للسير الحسن للعلاج، إذ سجلنا فيه تاريخ المقابلات، هدفها، السلوكات الملاحظة من طرف الطفل والتغيرات في النشاطات المقترحة للطفل؛
- **تسجيل الفيديو:** تسمح لنا مشاهدات الفيديو من مشاهدة سلوكات الطفل وبالتالي القيام بالتعديلات الفورية في المشروع العلاجي، كما يمكننا من القيام بملاحظة دقيقة من خلال المشاهدة بسرعة بطيئة لتحديد العلامات التي أدت إلى ظهور سلوك معين عند الطفل، أخيرا تعد التسجيلات من أحسن الطرق لملاحظة تطورات الطفل التي قام بها وذلك بالعودة إلى التسجيلات القديمة؛
- **قياس التطور:** نقوم بقياس التطور عن طريق التقييمات الدورية والمنتظمة، وذالك عن طريق مقياس تقييم السلوكات التوحدية ECHELLE D'EVALUATION ECA-R DES COMPORTEMENT AUTISTIQUE الذي بني من طرف المؤسسة هذا العلاج

بهدف وصف الاضطرابات السلوكية والأعراض السلوكية والأعراض التي يقدمها كل طفل على حدى الذي يمدنا بدرجة القصور العلائقي وهذا بدرجة التكيف مع المحيط.

بالإضافة إلى هذا؛ قدمنا بعض بعض التوجيهات للأولياء في شكل حصص GUIDANCE PARANTAL وهي حصص تنظم بين الأخصائي والوالدين حول إستراتيجيات سلوكية أو تربوية تسهل لهم التعامل مع أطفالهم، وتحد من وثيرة ظهور النوبات العصبية عندهم، وكذالك المشاركة في العلاج عن طريق بناء أنشطة تطبق في المنزل.

ومن أجل القيام بهذا العلاج ومن أجل الإجابة عن اشكالياتنا المطروحة وفرضيتنا قمنا بدراسة حالتين وأجرينا قياس قبلي للحالتين وذلك عن طريق تقييم السلوكات باستخدام مقياس ECA-R، وقياس بعدي وذلك بعد تطبيق العلاج بالتبادل والتطوير TED، وملاحظة النتائج المحصل عليها عن طريق القيا بنفس المقياس ECA-R ، وهنا سنقوم بعرض الحالة الأولى مع نتائج العلاج:.

جدول 3 : يوضح عدد الحالات

عدد الحالات	الجنس	السن
الحالة الأولى	ذكر	6 سنوات
الحالة الثانية	ذكر	4 سنوات

المعلومات الأولية:

اسم ولقب الحالة: ب – م
الجنس: ذكر
تاريخ ومكان الميلاد: 2017-07-28
العنوان: مستغانم
رقم الهاتف: //

الحالة العائلية:

اسم الوالد أو الوصي: ب –ش
سنه: 45 سنة مهنته: موظف
اسم ولقب الأم: ش – س
سنها: 43 سنة مهنتها: //
تاريخ الزواج: //
عدد الإخوة الحقيقيين: 03
عدد الإخوة الميتيين: // السبب: //
عدد الإجهاض: // السبب: //
عدد الإخوة من الأب: // عدد الإخوة من الأم: //
مرتبة الطفل بين الإخوة: 02
الحالة الصحية للوالدين:
السوابق الطبية عند العائلة:..... الأب يعاني من داء السكري....
المحيط السكني: الريف: المدينة: ×
أفراد آخرون يعيشون مع العائلة:.....والدة الزوجة.....
الوضعيـــــــــــة
الاقتصـــــــــــادية:.....متوســـــطة.....

ظروف الحمل:

سن الأم عند الحمل: 37 سنة

الحمل مرغوب فيه: نعم لا

الظروف الصحية: .....جيدة.....
الظروف النفسية:.....عادية.....

هل بلغت فترة الحمل مداها الطبيعي أي ما بين 40 و 44 أسبوع؟ لا
السبب: لم ترغب بأن تقوم بالعملية القيصرية لذلك تجاوزت الوقت الطبيعي.
هل تتذكر الأم مراحل الحمل بشكل؟ بسيط متوسط كبير

ظروف الولادة:

كيف كانت الولادة؟ طبيعية قيصرية بالملاقط

هل صرخ بسرعة؟ نعم لا

هل عانى من نقص في الأكسجين؟ نعم لا

هل عانى من ارتفاع في خفقات القلب عند الم نعم لا

هل يحتاج إلى عناية طبية خاصة؟ نعم لا

ما هي ؟ وضع في الحضان ليوم واحد

مراحل النمو:

التغذية: طبيعية اصطناعية

هل لديه مشاكل غذائية؟ نعم لا
ما هي؟ .....

التطور النفسي الحركي:

متى جلس الطفل بدون مساعدة؟ .....13.....الاشهر
هل حبى طفلك؟ نعم لا
في أي عمر مشى طفلك؟.....03.....سنه.....02.....أشهر
هل يقوم بعملية التنفس بشكل صحيح؟ نعم لا

الجانب الطبي:

هل أصيب طفلك بأي حالة من الحالات التالية؟
عمليات جراحية؟ ما هي؟.....
ارتفاع الحرارة بصفة متكررة؟.....
ضربة قوية على الرأس قبل 18 أشهر نعم لا

صدمة نفسية؟ نعم لا

حادث آخر؟ نعم لا

الصرع؟ نعم لا

هل يشرب أي دواء؟ .....لا.....

في أي سنة ظهرت على الطفل علامات غير طبيعية؟.....سنتين.....

ما هي؟ ... تأخر غير طبيعي في النطق والحركة وانعدام التواصل البصري.

الانفعالات الوجدانية:

ايجابية ببرودة اللامبالاة

هل درجة الارتباط العلائقي إيجابية؟ نعم لا

الأب الأم الأخوة

في حالة الإيجابية ب لا، ما هو السبب؟.....

أحد آخر..... من هو؟.....

مدى تقبل الأولياء لاضطراب الطفل؟ متقبلين ولديهم استعداد للمساعدة في العلاج.

هل لدى الحالة تقلبات مزاجية بين الضحك والبكاء بدون سبب؟ نعم لا

التفاعلات الاجتماعية:

هل هو اجتماعي؟ نعم لا

هل يشارك الآخرون في الانفعالات؟ نعم لا

التفاعلات الغير اللفظية:

الايماءات الوجهية: نعم لا

الحركـــــــــــــات نعم لا

الطبع:

هادئ: نعم لا

عدوانية نحو الذات: نعم لا

عدوانية نحو الآخر: نعم لا

التواصل:

هل هو بصري؟ نعم ☒ لا

هل هو لفظي؟ نعم ☒ لا

هل هو يشير بالأصبع؟ نعم ☒ لا

اللعب:

اللعب المفضل لديه: فرد ☒ جماع

اللعب الرمزي: نعم ☒ لا

الاستقلالية الذاتية:

المرحاض: نعم ☒ لا

الأكل: نعم ☒ لا

اللبس: نعم ☒ لا

الـ: نعم ☒ لا

هل سبق إدماج الحالة في:

الروضة: نعم ☒ لا

المركز: نعم ☒ لا

المدرسة: نعم ☒ لا

1.تلخيص عام للحالة الأولى:

الحالة **ب-م** المولودة بتاريخ 28-07-2017 مستغانم، والذي أتى برفقت والديه لأول مرة بتاريخ 08-02-2023 بسبب تأخره في النطق، ولكن يعاني من اضطراب سلوكية واضطراب في التواصل الاجتماعي بالإضافة إلى انعدام اللغة.

الحالة ب-م وبسبب تأخر الأم عن الموعد الطبيعي للولادة أي 09 أشهر ورفضها للقيام بالعملية القيصرية مما أدى إلى تأخر الولادة ونقص الأكسجين للطفل (الحالة) ودخول للحاضنة ليوم واحد.

الحالة كان يتابع من طرف طبيب اطفال الى يومنا هذا

وبعد توجيهه الى طبيب عقلي للاطفال تم تشخيصه باضطراب طيف التوحد في الجدول date 08/03/2022

أما بالنسبة لمستوى النمو الحركي للحالة فكان متأخر حيث بدأ المشي في سن 03 سنوات و 02 أشهر، بالإضافة إلى أن تأخر المستوى اللغوي وكذالك المهارات الوظيفية الاستقلالية حيث لا يزال يضع الحفاضات، وكذلك يطلب المساعدة أثناء الأكل خاصة الأكلات السائلة.

الاضطرابات السلوكية التي تعاني منها الحالة: الضحك المستمر دون سبب معين، الملل بسرعة قبل الانتهاء من نشاطه، العض عندما يشعر بالملل أو الغضب، اتكالي حيث يطلب المساعدة دائما وذلك بإمساك يد الشخص الذي معه ويطلب من القيام بعمله.

كذلك لديه قصور في التفاعل الاجتماعي حيث لديه صعوبة في التواصل البصري معظم نظراته فارغة ليس لها هدف أو معنى.

عدم قدرته على تكوين علاقات اجتماعية مع أقرانه.

وبعدما جمعنا المعلومات الضرورية للحالة عن طريق دراسة الحالة قمنا باجراء مقياس السلوك التوحدي ECA-R كقياس قبلي للحالة.

جدول 4 : تطبيق مقاييس تقييم السلوكات التوحدية ECA-R على الحالة الأولى

ECAR-T	**EVALUATION DES COMPORTEMENTS AUTISTIQUES (version révisée)**

G. Lelord

C. Barthélemy

NOM: B - M – A

DATE: 08/02/2023

TRAITEMENT:

	Metre une crois dans la colonne correspondant à la note jugée la plus exacte	**JAMAIS** 0	**PARFOIS** 1	**SOUVENT** 2	**TRES SOUVENT** 3	**TOUJOURS** 4
1	Recherche l'isolement (ISO)			X		
2	Ignore les autres (IGN)					X
3	Interaction sociale insuffisante (SOC)					X
4	Regars inadéquat (REG)			X		
5	Ne s'efforce pas de communiquer par la voix et la parole (VOI)			X		
6	Difficulté à communique par les gestes et par la mimique (GES)				X	
7	Emission vocales, verbales stéréotypées, écholalie (ECH)	X				
8	Manque d'initiative, activité spontant réduite (ACT)	X				
9	Trouble de la conduite, vis-à-vis des objet, de la poupée (OBJ)					X
10	Utilise les objets de manière irrésistible et/ou ritualisée (RIT)					X

11	Intolérance au changement, à la frustration (CHA)	X				
12	Activités sensori-motrices stéréotypées (STE)				X	
13	Agittion turbulence (AGI)					X
14	Minique, posture et démarche bizarres (POS)				X	
15	Auto-agresssivité (AGR)					X
16	Hétéro-agressivité (HGR)	X				
17	Petite signes d'angoisse (ANG)				X	
18	Trouble de l'humeur (HUM)	X				
19	Trouble des conduites alimentaires (ALI)					X
20	N'essai pas d'etre propre (selles, urines); jeux fécaux (PRO)	X				
21	Activités corporelles particulière (COR)		X			
22	Trouble de sommeil (SOM)					X
23	Attension difficile à fixer, détournée (ATT)					X
24	Bizarreries de l'audition (AUD)				X	
25	Variabilité (VAR)		X			
26	N'imite pas les gestes, la voix d'autrui (IMI)				X	
27	Entant trop mou, amorphe (MOU)				X	
28	Ne partage pas l'émotion (EMO)	X				
29	Sensibilité paradoxale au touche et aux contacts corporels (TOU)			X		

Scor global (somme des notes 29 ites)	**67**

Scor "déficience relationnelle " (somme des notes items N° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 23, 24, 26 ET 28	**25**

Scor "insuffisance modulatrice" (somme des notes items N°11, 13 et 16	**4**

وبعد القيام بهذا المقياس أو التقييم تحصلنا على النتائج التالية:

- المجموع الكلي: 65 والحساب بالنسبة المؤوية قمنا بـ : $\frac{100\times67}{162} = 41.35\%$
- حساب مجموع القصور العلائقي: 25 وتحسب بالنسبة المؤوية: $\frac{100\times25}{52} = 48.07\%$
- حساب درجة التكيف مع المحيط: 04 نسبته المؤوية $\frac{100\times04}{12} = 33.33\%$

ومن خلال هذه النتائج لاحظنا أن الطفل لديه مشكل أو اضطراب أو قصور علائقي أي في الجانب التفاعلي وذلك من خلال النسبة المؤوية المتحصل عليها وهي 48.07 % والتي تقترب من 50 %

وكذالك لديه مشاكل في التكيف مع المحيط وهذا واضح من خلال النسبة المؤوية المتحصل عليها وهي 66.66 %

جدول 5 : جدول عرض تصنيف الاضطرابات

Fonction	Items ECA	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
Attention	23: Attention difficile à fixer					
Perception	4: Regard inadéquat					
	24: Bizarrerie de l'audition					
	15: Autoagressivité					
	29: Sensibilité paradoxale au toucher et au contact corporel					
Association	9: Tr conduit objets, poupée					
	9: Tr conduit alimentaire					
	20: N'essaye pas d'etre propre					
Intention	8: Manque d'intiatives					
	10: Utilise objrts manière ritualisèe					
	13: Agitation, tubulence					
Tonus	27: Enfant trop mou, amorphe					

Motricité	12: Avtivites sensori-motrice, stéroety					
	14: Mimique, posture bizarre					
Imitation	26: N'imite pas les gestes; la voix					
	28: Ne partage pas l'émotion					
Émotion	11: Intolérence au changement					
	16: Hétéroagressivité					
	17: Petits signes d'angoisse					
	18: Tr de l'humeur					
Instinct	21: Avtivités corporelles particulières					
	22: Trouble du sommeil					
Contact	1: Recherche l'isoiement					
	2: Ignore les autres					
	3: Interractions sociales insuffisantes					
Communication	5: Ne s'offorce pas de comm voix					
	6: Difficulté comm gestes					
	7: Echolalie					
Régulation	25: Variabilité comportements					

بعد ملأ النتائج المتحصل عليها في التقديم ECA-R في الجدول الذي يصنف الاضطرابات التي يعاني منها الطفل وجدنا:

في الفقرة رقم: 23 والفقرة 04:

- صعوبة في الانتباه أي نظرته مشتتة وليست ثابتة، ولديه نظرات فارغة وهاربة.

في الفقرة رقم: 24

- لا يستجيب دائما للأصوات الخارجية، كذالك عندما تناديه لا يلتفت لنا.

في الفقرة رقم: 09

- لديه اضطرابات سلوكية ويتجاهل الأشياء وعندما يغضب يكسر ألعابه.

في الفقرة رقم:15

- يضرب رأسه بيده أو يعض نفسه أو من معه، يضرب ظهره مع الحائط.

في الفقرة رقم:03

- لا يقلد الآخرين ويحب العزلة، ويهرب من الجماعة، غير مبالي بالآخرين، ولا يلتفت إليهم، لديه تفاعل اجتماعي شبه منعدم، لا يتفاعل مع الآخرين وغير قادر على دعم التبادلات الاجتماعية، لا يجتهد في التواصل بالصوت والكلام لأن لديه تأخرفي

المستوى اللغوي، كذلك لديه صعوبة في التواصل من خلال الإيماءات حيث لا يعرف كيف يوجه يده للحصول على ما يريد لا يعرف أن يشير بدقة إلى ما يريده.

- قالت الام انها اخذته الى العديد من الاطباء وكذلك الرقاة قالت < قلت عين بيه على داك ديتو للرقاة > لكن بدون نتيجة وبعد مدة تم تشخيص اضطرابه على انه طيف التوحد من خلال طبيب مختص

في الفقرة رقم:19

- الطفل يعاني من اضطرابات في الأكل حيث لا يريد أن يأكل المأكولات السائلة، وإذ أكلها يحتاج إلى المساعدة، لا يجلس في الطاولة أثناء الأكل بل يترك وجبته ويأكل كل ما أراد (مأكولات جافة).

في الفقرة رقم: 10

- يستخدم الأشياء بطريقة طقسية خصوصا غلاف الماء أو الشيبس....

في الفقرة رقم:27

- الطفل غير متبلور، شديد النعومة واتكالي بدرجة كبيرة.

في الفقرة رقم: 17

- البكاء المفاجئ والأنين وغالبا بدون دموع.

في الفقرة رقم: 22

- يعاني الطفل من اضطرابات النوم حيث أنه لا ينام كثيرا ويستيقظ مبكرا واذا نام على الساعة الحادية عشر ليلا يستيقظ على الساعة الرابعة صباحا ويبقى مستيقظ.

في الفقرة رقم: 13

- الطفل لا يعرف فترات الراحة ويحدث الكثير من الضجيج والمتاعب.

في الفقرة رقم: 18

- الضحك المستمر وبدون سبب مما يجعل لديه اضطراب في المزاج.

وبعد النتائج المتحصل عليها التي تأكد أن الحالة لديه قصور علائقي ومشكل في التفاعل الاجتماعي التجأنا إلى تطبيق العلاج بالتبادل والتطوير وفيما يلي دفتر الملاحظات على شكل جدول، يوضح لنا عدة مقابلات وتاريخها ومدتها والهدف من كل مقابلة وملاحظات عن كيفية المسار.

جدول 6 : دفتر الملاحظات

عدد المقابلات	الملاحظات وهدف المقابلة
المقابلة 01: **2023/02/08**	- المقابلة كانت مع الأم والحالة والمقابلة كانت مدتها 45 دقيقة؛ - هدفها جمع البيانات الأولية للحالة.
المقابلة 02: **2023/02/12**	- أجرينا المقابلة مع الوالدين والحالة دامت 01 ساعة و07 دقائق؛ - طبقنا خلالها مقياس ECA-R للمرة الأولى.
المقابلة 03: **2023/02/14**	- كانت هذه المقابلة أيضا مع الوالدين والحالة دامت ساعة و 14 دقيقة؛ - أجريت هذه المقابلة من طرف أخصائية نفسية أخرى وهدفها إجراء مقياس ECA-R للمرة الثانية.
المقابلة 05-06-07: **2023/02/26** **2023/03/01** **2023/03/07**	- أجريت هذه المقابلات على الحالة بهدف التعرف عليها أكثر ومساعدته على تقبلنا في محيطه؛ - لم يكن هناك تجاوب كبير للحالة معنا بالطبع نعد غرباء عنه أولا وصعوبة أطفال التوحد في تكوين علاقات جديدة بسهولة – البكاء – الصراخ – العض – الخربشة؛ - استعمال الكاميرا مدتها كل مقابلة 20 دقيقة.
المقابلة 08-09: **2023/03/13** **2023/03/16**	- كانت هاتان المقابلتان أيضا مع الحالة مدتها 20 دقيقة؛ - كان هناك بعض التقبل من الحالة وتجاوبت من خلال تبادل اللعب؛ - السلوكات الملاحظة: الضحك الكثير وبدون سبب محدد وفي آخر المقابلة البكاء والرغبة في إنهاء المقابلة؛ - استعمال الكاميرا.

المقابلة: 10-11-12-13: **2023/03/22** **2023/03/28** **2023/04/03** **2023/04/06**	- أجرينا هذه المقابلات مع الطفل مدة كل مقابلة بين 20-30د؛ - هناك تجاوب من طرف الحالة؛ - السلوكات الملاحظة من طرف الطفل: (الكسل-الملل السريع- الرغبة في الحصول على المساعدة- القيام بما يجب أن يقوم هو به؛ - 15 دقيقة إضافية لتقديم نصائح وإرشادات للوالدين عن كيفية التعامل مع الحالة والتمارين التي يجب أن يقوم بها الطفل.
المقابلة 14-15-16: **2023/04/09** **2023/04/12** **2023/04/18**	- قمنا بهذه المقابلات مع الحالة ودامت مدة المقابلات ما بين 25د-30د؛ - هدف المقابلة هو تمرين الطفل على التقليد والتواصل البصري؛ - وفي آخر المقابلة كان هناك تجاوب بسيط حيث قلد طريقة جمع الأيدي بمساعدة كلية.
المقابلة 17: **2023/04/24**	- دامت المقابلة 30د وكانت مع الطفل، - تجاوب الحالة معنا وقام بتقليد حركة جمع الأيدي بمساعدة بسيطة- وكذالك جلس على الكرسي دون مساعدة فقط بطلب منا ذالك لفظيا (هيا نقعدو في الكرسي...)؛ - الشرود الذهني والتواصل البصري الضعيف.
المقابلة 18: **2023/04/27**	- دامت المقابلة 35 د وكانت هذه المقابلة مع الأم؛ - هدفها معرفة التطور الحاصل مع الطفل؛ - الطفل أصبح يتجاوب مع طلبات الأم (أعطيني-هاك-روح-أقعد...)؛ - تقوم معه أيضا بتمارين التقليد عن طريق اللعب؛

	- كذالك نزع الحفاظات وأصبح يذهب إلى الحمام؛ - أصبح يأكل لوحده الوجبات السائلة طبعا مع الوجود القليل من الصعوبات (يسكب بعض الطعام على نفسه).
المقابلة -20-21: **2023/04/30** **2023/05/03** **2023/05/08**	- أجرينا هذه المقابلات مع الحالة مدة كل مقابلة بين 30-35د؛ - هدف هذه المقابلة هو تمرين الطفل على تقليد حركة التصفيق (BRAVO)؛ - لم يتجاوب الطفل معنا بشكل جيد، دائما ما يطلب المساعدة للقيام بهذه الحركة، وذلك بمسك ي الأخصائي لكي يساعده؛ - قام بهذه الحركة مرتين فقط لوحده، مرة في المقابلة الثانية والأخرى في المقابلة الثالثة.
المقابلة 22: **2023/05/21**	- قمنا باجراء مقياس ECA-R للمرة الثانية بعد العلاج.

تحليل دفتر الملاحظات:

بعد كل المقابلات التي أجريت مع الحالة والوالدين ومن خلال ما لاحظناه على سلوك الطفل الذي كان اعتمادي أو اتكالي بشكل كبير ورغبته الشديدة والدائمة في الحصول على مساعدة من الطرف الآخر، وذلك عن طريق مسك يده ووضعها على الشيء المراد القيان به صرح لنا الوالدين أن الأم غالبا ما تقوم بأعمال الطفل اعتقادا منا أنها تساعده، فهي من كانت تأكله وكذلك إذا قام بأي سلوك خاطئ هي من تقوم بتصحيح ذلك الخطأ حتى في أثناء اللعب

هي من كان لها الدور الكبير مثلا في لعبة التركيب، وهي من تجمع الألعاب أيضا، لهذا أصبح الطفل اتكالي بدرجة كبيرة.

الطفل لديه ميل كبير لوالدته ومعظم تفاعلاته وتواصله معها أما الأب فدوره تقريبا غائب ويبرر ذلك بعمله الذي يأخذ كل وقته.

الطفل لا يلعب مع أقرانه من الأطفال حتى وإن كانوا في غرفة واحدة، حيث يبقى واقفا على جنب، أو يصرخ بشدة.

معظم المقابلات مع الحالة كان هدفها التقليد بالإضافة إلى تمرينات من أجل زيادة التواصل البصري الذي كان شبه منعدم عند الحالة.

كذاك إعطاء تمارين من أجل القيام بها في المنزل منها التقليد والتواصل البصري وكذلك نزع الحفاظة.

4.العلاج بالتبادل والتطوير المطبق على الحالة الثانية:

بعد تطبيق العلاج بالتبادل والتطوير TED الذي قمنا بقياس بعدي عن طريق مقياس ECA-R للمرة الثانية:

وبعد تطبيق العلاج بالتبادل والتطوير وللقيام بالقياس البعدي قمنا بتطبيق مقياس ECA-R للمرة الثانية كما هو موضح في الجدول الثاني:

جدول7 : تطبيق مقياس تقدير السلوكات ECA-

ECAR-T	EVALUATION DES COMPORTEMENTS AUTISTIQUES (version révisée)

G. Lelord

C. Barthélemy

		JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT	TRES SOUVENT	TOUJOURS
NOM:	B - M – A					
DATE:	08/02/2023					
TRAITEMENT:						
Metre une crois dans la colonne correspondant à la note jugée la plus exacte		**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

1	Recherche l'isolement (ISO)		X			
2	Ignore les autres (IGN)			X		
3	Interaction sociale insuffisante (SOC)					X
4	Regars inadéquat (REG)		X			
5	Ne s'efforce pas de communiquer par la voix et la parole (VOI)			X		
6	Difficulté à communique par les gestes et par la mimique (GES)			X		
7	Emission vocales, verbales stéréotypées, écholalie (ECH)	X				
8	Manque d'initiative, activité spontant réduite (ACT)	X				
9	Trouble de la conduite, vis-à-vis des objet, de la poupée (OBJ)					X
10	Utilise les objets de manière irrésistible et/ou ritualisée (RIT)				X	
11	Intolérance au changement, à la frustration (CHA)	X				
12	Activités sensori-motrices stéréotypées (STE)				X	
13	Agittion turbulence (AGI)					X
14	Minique, posture et démarche bizarres (POS)			X		
15	Auto-agresssivité (AGR)			X		
16	Hétéro-agressivité (HGR)			X		
17	Petite signes d'angoisse (ANG)				X	
18	Trouble de l'humeur (HUM)	X				
19	Trouble des conduites alimentaires (ALI)			X		
20	N'essai pas d'etre propre (selles, urines); jeux fécaux (PRO)	X				
21	Activités corporelles particulière (COR)			X		
22	Trouble de sommeil (SOM)				X	
23	Attension difficile à fixer, détournée (ATT)				X	
24	Bizarreries de l'audition (AUD)				X	
25	Variabilité (VAR)				X	
26	N'imite pas les gestes, la voix d'autrui (IMI)				X	
27	Entant trop mou, amorphe (MOU)				X	
28	Ne partage pas l'émotion (EMO)	X				
29	Sensibilité paradoxale au touche et aux contacts corporels (TOU)		X			

Scor global (somme des notes 29 ites)	**52**

Scor "déficience relationnelle " (somme des notes items N° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 23, 24, 26 ET 28	**27**

Scor "insufisance modulatrice" (somme des notes items N°11, 13 et 16	**2**

Observation:……

وبعد حساب النتائج وجدنا ما يلي:

- المجموع الكلي: 52. $32.09\% = \frac{100\times52}{162}$
- مجموع القصور العلائقي: 27. $51.92\% = \frac{100\times27}{52}$
- مجموع درجة التكيف: 02 . $16.66\% = \frac{100\times02}{12}$

جدول 8 : جدول عرض تصنيف الاضطرابات

Fonction	Items ECA	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
Attention	23: Attention difficile à fixer					
Perception	4: Regard inadéquat					
	24: Bizarrerie de l'audition					
	15: Autoagressivité					
	29: Sensibilité paradoxale au toucher et au contact corporel					
Association	9: Tr conduit objets, poupée					
	9: Tr conduit alimentaire					
	20: N'essaye pas d'etre propre					
Intention	8: Manque d'intiatives					

	10: Utilise objrts manière ritualisèe					
	13: Agitation, tubulence					
Tonus	27: Enfant trop mou, amorphe					
Motricité	12: Avtivites sensori-motrice, stéroety					
	14: Mimique, posture bizarre					
Imitation	26: N'imite pas les gestes; la voix					
	28: Ne partage pas l'émotion					
Emotion	11: Intolérence au changement					
	16: Hétéroagressivité					
	17: Petits signes d'angoisse					
	18: Tr de l'humeur					
Instinct	21: Avtivités corporelles particulières					
	22: Trouble du sommeil					
Contact	1: Recherche l'isoiement					
	2: Ignore les autres					
	3: Interractions sociales insuffisantes					
Communication	5: Ne s'offorce pas de comm voix					
	6: Diffictulté comm gestes					
	7: Echolalie					
Regulation	25: Variabilité comportements					

بعد التكفل العلاجي المرتكز على التبادل والتطوير TED الذي قمنا به في المركز النفسي للمتابعة النفسية والارطفونية للاضطرابات العصبية النمائية بحي 800 مسكن وبعد إعادة إجراء مقياس ECA-R السابق إجرائه لاحظنا ما يلي:

الفقرة رقم 23:

- تحسن بدرجة واحدة في الانتباه حيث بدأت الحالة بالتجاوب معنا ويتواصل معنا بصريا ولكن بسرعة؛

- تحسن بدرجتين حيث أصبح يتلقى التعليمات وينفذها بسهولة عكس ما كان عليه في بداية العلاج.

الفقرة رقم 24:

- أصبح يتجاوب عندما يسمع الأصوات غريبة أو خارج قاعة العلاج.

الفقرة رقم19:

- بدأ يأكل الأكلات السائلة ولكن يجد صعوبة في إيصال الملعقة لفمه لكن هنالك تحسن بعدما كان لا يأكل لوحده.

الفقرة رقم 20:

- نزع الحفاظات وبدا يدخل الحمام لقضاء حاجته؛
- هناك تجاوب ولكم حينما يمل يحاول أن يسرع في إنهاء اللعبة.

الفقرة رقم 12:

- بدأ يتخلى على أشياءه الطقسية كالقبعة التي يرتديها ولا يحب أن ينزعها.

ووضعنا نتائج القياس القبلي والقياس البعدي في جدول لتسهيل عملية المقارنة كما يلي:

الحالة الأولى	المجموع الكلي	درجة القصور العلائقي	درجة التكيف مع المحيط
القياس القبلي	41.35%	48.07%	33.33%
القياس البعدي	32.09%	51.92%	16.66%

ومن خلال هذه النتائج لاحظنا:

- انخفاض ملحوظ في درجة المجموع الكلي وكذالك كان هذا الانخفاض في درجة التكيف مع المحيط؛
- أما بالنسبة للقصور العلائقي فما لاحظناه أنه ارتفع وهذا راجع للإهمال من طرف العائلة حيث أرجعت السبب لشهر رمضان الكريم ولانشغالها الدائم وأنه لا يوجد وقت كافي للعمل مع الحالة، خصوصا وأنها تعتني بوالدتها المريضة ولديها أطفال آخرين؛
- أما درجة التكيف مع المحيط هناك انخفاض واضح بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي.

جدول 9 : جدول المقارنة

Fonction	Items ECA	AVANT					APRET				
		Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
Attention	23: Attention difficile à fixer										
Perception	4: Regard inadéquat										
	24: Bizarrerie de l'audition										
	15: Autoagressivité										
	29: Sensibilité paradoxale au toucher et au contact corporel										
Association	9: Tr conduit objets, poupée										
	9: Tr conduit alimentaire										
	20: N'essaye pas d'etre propre										
Intention	8: Manque d'intiatives										
	10: Utilise objrts manière ritualisèe										
	13: Agitation, tubulence										
Tonus	27: Enfant trop mou, amorphe										
Motricité	12: Avtivites sensori-motrice, stéroety										
	14: Mimique, posture bizarre										
Imitation	26: N'imite pas les gestes; la voix										
	28: Ne partage pas l'émotion										
Émotion	11: Intolérence au changement										
	16: Hétéroagressivité										
	17: Petits signes d'angoisse										

	18: Tr de l'humeur											
Instinct	21: Avtivités corporelles particulières											
	22: Trouble du sommeil											
Contact	1: Recherche l'isoiement											
	2: Ignore les autres											
	3: Interractions sociales insuffisantes											
Communication	5: Ne s'offorce pas de comm voix											
	6: Difficulté comm gestes											
	7: Echolalie											
Régulation	25: Variabilité comportements											

دراسة الحالة الثانية:

استمـــــــــارة المقـــــــــــابلة العيـــــــــــاديـــــــــــة

المعلومات الأولية:

اسم ولقب الحالة: خ – ق
الجنس: ذكر
تاريخ ومكان الميلاد: 2019-05-16
العنوان: مستغانم
رقم الهاتف: //

الحالة العائلية:

اسم الوالد أو الوصي: خ –ي
سنه: 37 سنة مهنته: موظف
اسم ولقب الأم: ط – ح
سنها: 35 سنة مهنتها: موظفة
تاريخ الزواج: //
عدد الإخوة الحقيقيين: 02
عدد الإخوة الميتيين: // السبب: //
عدد الإجهاض: // السبب: //
عدد الإخوة من الأب: // عدد الإخوة من الأم: //
مرتبة الطفل بين الإخوة: 01
الحالة الصحية للوالدين: جيدة
السوابق الطبية عند العائلة:..... //.....
المحيط السكني: الريف: × المدينة:
أفراد آخرون يعيشون مع العائلة:.....عائلة الزوج.....
الوضعيـــــــــــة
الاقتصـــــــــــادية:.....متوســـــطة.....

ظروف الحمل:

سن الأم عند الحمل: 30 سنة
الحمل مرغوب فيه: نعم لا
الظروف الصحية: .....جيدة.....
الظروف النفسية:.....كانت الأم تعاني من مشاكل مع عائلة الزوج.....

هل بلغت فترة الحمل مداها الطبيعي أي ما بين 40 و 44 أسبوع؟ نعم

السبب:.....//.....

.....

هل تتذكر الأم مراحل الحمل بشكل؟ بسيط متوسط كبير

ظروف الولادة:

كيف كانت الولادة؟ طبيعية قيصرية بالملاقط

هل صرخ بسرعة؟ نعم لا

هل عانى من نقص في الأكسجين؟ نعم لا

هل عانى من ارتفاع في خفقات القلب عند الم نعم لا

هل يحتاج إلى عناية طبية خاصة؟ نعم لا

ما هي ؟

.....//.....

.

مراحل النمو:

التغذية: طبيعية اصطناعية

هل لديه مشاكل غذائية؟ نعم لا

ما هي؟ .....يأكل كل ماهو أبيض.....

التطور النفسي الحركي:

متى جلس الطفل بدون مساعدة؟ .....06.....الاشهر

هل حبى طفلك؟ نعم لا

في أي عمر مشى طفلك؟.....03.....سنه.....//.....أشهر

هل يقوم بعملية التنفس بشكل صحيح؟ نعم لا

الجانب الطبي:

هل أصيب طفلك بأي حالة من الحالات التالية؟

عمليات جراحية؟ ما هي؟.....//.....

ارتفاع الحرارة بصفة متكررة؟.....//.....

ضربة قوية على الرأس قبل 18 أشهر نعم لا

صدمة نفسية؟ نعم لا

حادث آخر؟ نعم لا

الصرع؟ نعم لا

هل يشرب أي دواء؟ .....لا.....

في أي سنة ظهرت على الطفل علامات غير طبيعية؟.....08 أشهر.....

ما هي؟ ..... التوقف عن الحركة.....

الانفعالات الوجدانية:

ايجابية بيروتة اللامب

هل درجة الارتباط العلائقي إيجابية؟

الأب الأم نعم الأخوة

في حالة الإيجابية ب لا، ما هو السبب؟.....

أحد آخر..... من هو؟.....

مدى تقبل الأولياء لاضطراب الطفل؟..... الأب لم يتقبل حالة ابنه.....

هل لدى الحالة تقلبات مزاجية بين الضحك والبكاء بدون سبب؟ نعم لا

التفاعلات الاجتماعية:

هل هو اجتماعي؟ نعم لا

هل يشارك الآخرون في الانفعالات؟ نعم لا

التفاعلات الغير اللفظية:

الايماءات الوجهية: نعم [X] لا

الحركـــــــــــــات نعم [X] لا

الطبع:

هادئ: نعم [X] لا

عدوانية نحو الذات: نعم [X] لا

عدوانية نحو الآخر: [X] نعم لا

التواصل:

هل هو بصري؟ نعم [X] لا

هل هو لفظي؟ نعم [X] لا

هل هو يشير بالأصبع؟ نعم [X] لا

اللعب:

اللعب المفضل لديه: [X] فرد جماع

اللعب الرمزي: نعم [X] لا

الاستقلالية الذاتية:

المرحاض: نعم [X] لا

الأكل: نعم [X] لا

اللباس: نعم [X] لا

الغسل: نعم [X] لا

هل سبق إدماج الحالة في:

الروضة: [X] نعم لا

المركز: نعم [X] لا

المدرسة: نعم [X] لا

3.تلخيص الحالة الثانية:

الحـــالة **خ-ق** المولـــودة بتـــــاريخ 16-05-2019 مستغـــــانم، والذي أتى برفـــقت والدته لأول مـــرة بتـــــاريخ 07-03-2023 بسبب تأخره في النطق والعدوانية، وهذا ما لاحظناه من خلال القيام بالمقابلات معه.

الحـــالة خ-ق ولد في ظروف عادية ولم يكن يعاني من اضطرابات إلى أن بلغ ثمانية أشهر لاحظت الأم أنه اصبح لا يتقبل الأشياء عند رؤيتها، لا يتقلب في مكانه كما كان في السابق....

وقالت الأم أنه حصل هذا بعد أخده للقاح، لكن عندما بلغ الطفل 18 شهرا؛ لاحظت العائلة أنه ليس كباقي الأطفال وأنه هناك شيئا غير طبيعي.

أما بالنسبة لمستوى النمو الحركي للحالة فكان متأخر حيث بدأ الحبي في سن سنتين ونصف وبدأ المشي في سن الثلاث سنوات.

أما المهارات الوظيفية الاستقلالية فهي متأخرة حيث أنه لا يزال يضع الحفاضات.

كما أن الحالة تعاني من الاضطرابات السلوكية كالعدوانية خاصة عندما لا يأخذ ما يريد، الجري والتصفيق طوال اليوم، الصراخ والبكاء المستمر، كما أنه يعاني من اضطرابات النمو حيث أنه لا ينام كثيرا ويبقى مستيقظا تقريبا طوال الليل.

بالإضافة إلى اضطرابات في الأكل حيث أنه يشم الأكل قبل تذوقه وأكل الوجبات البيضاء فقط

وبعدما جمعنا المعلومات الضرورية للحالة عن طريق دراسة الحالة قمنا باجراء مقياس السلوك التوحدي ECA-R كقياس قبلي للحالة.

ECAR-T	EVALUATION DES COMPORTEMENTS AUTISTIQUES (version révisée)

G. Lelord

C. Barthélemy

		JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT	TRES SOUVENT	TOUJOURS
NOM:	kh – k					
DATE:	12/03/2023					
TRAITEMENT:						
Metre une crois dans la colonne correspondant à la note jugée la plus exacte		**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
1	Recherche l'isolement (ISO)				X	
2	Ignore les autres (IGN)				X	
3	Interaction sociale insuffisante (SOC)					X
4	Regars inadéquat (REG)					X
5	Ne s'efforce pas de communiquer par la voix et la parole (VOI)					X
6	Difficulté à communique par les gestes et par la mimique (GES)					X
7	Emission vocales, verbales stéréotypées, écholalie (ECH)					X
8	Manque d'initiative, activité spontant réduite (ACT)					X
9	Trouble de la conduite, vis-à-vis des objet, de la poupée (OBJ)					X
10	Utilise les objets de manière irrésistible et/ou ritualisée (RIT)					X
11	Intolérance au changement, à la frustration (CHA)		X			
12	Activités sensori-motrices stéréotypées (STE)					X

13	Agittion turbulence (AGI)					X
14	Minique, posture et démarche bizarres (POS)			X		
15	Auto-agresssivité (AGR)			X		
16	Hétéro-agressivité (HGR)				X	
17	Petite signes d'angoisse (ANG)					X
18	Trouble de l'humeur (HUM)			X		
19	Trouble des conduites alimentaires (ALI)					X
20	N'essai pas d'etre propre (selles, urines); jeux fécaux (PRO)					X
21	Activités corporelles particulière (COR)		X			
22	Trouble de sommeil (SOM)				X	
23	Attension difficile à fixer, détournée (ATT)					X
24	Bizarreries de l'audition (AUD)			X		
25	Variabilité (VAR)					X
26	N'imite pas les gestes, la voix d'autrui (IMI)	x				
27	Entant trop mou, amorphe (MOU)		X			
28	Ne partage pas l'émotion (EMO)					X
29	Sensibilité paradoxale au touche et aux contacts corporels (TOU)		X			

Scor global (somme des notes 29 ites)	**88**
Scor "déficience relationnelle " (somme des notes items N° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 23, 24, 26 ET 28	**44**
Scor "insufisance modulatrice" (somme des notes items N°11, 13 et 16	**8**

Observation:……..……

وبعد القيام بهذا المقياس أو التقييم تحصلنا على النتائج التالية:

- المجموع الكلي: 88 والحساب بالنسبة المؤوية قمنا بـ : $\frac{100\times88}{162} = 54.33\%$
- حساب مجموع القصور العلائقي: 44 وتحسب بالنسبة المؤوية: $\frac{100\times44}{52} = 84.61\%$
- حساب درجة التكيف مع المحيط: 08 نسبته المؤوية $\frac{100\times08}{12} = 66.66\%$

ومن خلال هذه النتائج لاحظنا أن الطفل لديه مشكل أو اضطراب أو قصور علائقي أي في الجانب التفاعلي وذلك من خلال النسبة المؤوية المتحصل عليها والتي تعدت النصف وهي 84.61 % .

وكذالك لديه مشاكل في التكيف مع المحيط وهذا واضح من خلال النسبة المؤوية المتحصل عليها وهي 66.66 %.

جدول 9 :جدول عرض تصنيف الاضطرابات

Fonction	Items ECA	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
Attention	23: Attention difficile à fixer					
Perception	4: Regard inadéquat					
	24: Bizarrerie de l'audition					
	15: Autoagressivité					
	29: Sensibilité paradoxale au toucher et au contact corporel					
Association	9: Tr conduit objets, poupée					
	9: Tr conduit alimentaire					
	20: N'essaye pas d'etre propre					
Intention	8: Manque d'intiatives					
	10: Utilise objrts manière ritualisèe					

	13: Agitation, tubulence					
Tonus	27: Enfant trop mou, amorphe					
Motricité	12: Avtivites sensori-motrice, stéroety					
	14: Mimique, posture bizarre					
Imitation	26: N'imite pas les gestes; la voix					
	28: Ne partage pas l'émotion					
Emotion	11: Intolérence au changement					
	16: Hétéroagressivité					
	17: Petits signes d'angoisse					
	18: Tr de l'humeur					
Instinct	21: Avtivités corporelles particulières					
	22: Trouble du sommeil					
Contact	1: Recherche l'isoiement					
	2: Ignore les autres					
	3: Interractions sociales insuffisantes					
Communication	5: Ne s'offorce pas de comm voix					
	6: Diffictulté comm gestes					
	7: Echolalie					
Regulation	25: Variabilité comportements					

بعد ملأ النتائج المتحصل عليها في التقديم ECA-R في الجدول الذي يصنف الاضطرابات التي يعاني منها الطفل وجدنا:

في الفقرة رقم: 23

- لديه صعوبة في الانتباه ومشتت لا يتبع التعليمات المقيمة له ولا يستمع إلى ما يقال إليه.

والفقرة 04:

- يتجنب النظر ويحول رئسه بعيدا عندما ننادي عليه لديه نظرات محيطية فارغة.

في الفقرة رقم: 24

لديه ردة فعل غير كافية أو اختيارية للضوضاء، لا يتفاعل أو يتجاوب دائمة معها.

في الفقرة رقم: 29

- يوجد تواصل جسدي غالبا مع الأم.

في الفقرة رقم:09

- يلعب تم فجأة أو عندما يغضب يرمي الألعاب على الأرض ويضربهم بشكل متكرر.

في الفقرة رقم:19

- لديه اختيارات نوعية للأكل حيث انه لا يأكل سوى المأكولات البيضاء مثل (البطاطا، اللحوم البيضاء...ويعارض إدخال الطعام إلى فمه قبل شمه).

في الفقرة رقم20:

- يلعب ببرازه ويضعه في فمه.

في الفقرة رقم 08:

- قليل المبادرة وسرعته بطيئة.

في الفقرة رقم: 10

- يستخدم الأشياء بطريقة طقسية كاللعب مثلا.

في الفقرة رقم: 13

- لديه إثارة غير منظمة وغير منضبطة وبلا هدف حيث يظل يجري طوال الوقت ويصفق بيديه مع الأنين المستمر.

في الفقرة رقم: 12

- لديه نشاط حسي نمطي يتميز في طريقة المشي على الأصابع والتصفيق المستمر.

في الفقرة رقم: 28

- لا يشارك المشاعر مع الآخرين إلا أثناء غضبه للحصول على ما يريده.

في الفقرة رقم: 16

- عند الشعور بالغضب يضرب الآخرين.

في الفقرة رقم: 17

- البكاء المفاجئ والأنين وغالبا بدون دموع.

في الفقرة رقم: 22

- يعاني الطفل من اضطرابات النوم حيث أنه لا ينام جيدا ويستيقظ يظل يجري ويصفق بيديه دون ملل.

في الفقرة رقم: 01

- غالبا ما يعزل نفسه ويهرب من الجماعة.

في الفقرة رقم: 02

- يتجاهل الآخرين ولا يلتفت إليهم، غير مبالي.

في الفقرة رقم: 03

- لا يوجد تبادل اجتماعي ولا يبتسم، لا يبحث عن رفقة.

في الفقرة رقم: 05

- لا يجتهد في التواصل بالصوت والكلام لا يوجد محاولة للاتصال بالصوت.

في الفقرة رقم: 06

- لديه صعوبة في التواصل من خلال الإيماءات والتقليد، لا يعرف كيف يوجه يده للحصول على ما يريد..

في الفقرة رقم: 07

- انبعاث الأصوات نمطية بإيقاع متشنج سواء في أوقات الفرح أو خيبة الأمل أو في أي وقت.

في الفقرة رقم: 25

- الحالة له سلوك عدواني مع الآخرين وتعلق شديد بأمه.

جدول 10 : دفتر الملاحظات

عدد المقابلات	الملاحظات وهدف المقابلة
المقابلة 01: 2023/03/07	- المقابلة كانت مع الأم والحالة والمقابلة كانت مدتها 50 دقيقة؛ - هدفها جمع البيانات الأولية للحالة.
المقابلة 02: 2023/03/12	- أجرينا المقابلة مع الأم والحالة دامت 01 ساعة و10 دقائق؛ - طبقنا خلالها مقياس ECA-R للمرة الأولى.

المقابلة 03: 2023/03/15	- كانت هذه المقابلة أيضا مع الوالدين والحالة دامت ساعة و 12 دقيقة؛ - طبقنا خلالها مقياس ECA-R للمرة الثانية.
المقابلة 04: 2023/03/22	- أجريت هذه المقابلة على الحالة دامت مدتها 20 دقيقة بهدف التعرف على الحالة أكثر؛ - لم يكن هناك تجاوب كبير للحالة معنا (البكاء – الصراخ – الجري مع التصفيق- السقوط على الأرض)؛
المقابلة 05-06: 2023/03/27 2023/03/30	- أجريت هذه المقابلتين مع الحالة دامت مدتها 20 دقيقة ؛ - لم نتلقى تجاوب كبير للحالة في هاتان المقابلتين لكن يهدأ بعض الأوقات ويلاحظ المكان؛
المقابلة 07: 2023/04/02	- كانت هذه المقابلة مع الحالة دامت مدتها 20 دقيقة ؛ - كان هناك بعض التجاوب من طرف الحالة مع القليل من الغضب؛
المقابلة08-09-10: 2023/04/05 2023/04/10 2023/04/16	- أجرينا هذه المقابلات مع الحالة ؛ - كان هادئ يقبل المشاركة في الأنشطة؛ - السلوكات الملاحظة من طرف الطفل: (لا يلتفت عندما تنادي عليه، يهرب بنظراته بعيدا، يجري ويصفق وفي بعض الأحيان يصفق وهو جالس).
المقابلة 11-12: 2023/04/19 2023/04/26	- أجرينا هذه المقابلات مع الحالة دامت مدتها 25د؛ - هدف المقابلة هو تمرين الطفل على التقليد والتواصل البصري؛ - كان هناك رفض وعدم تجاوب مع الحالة. - 20د إضافية كانت مع الأم لتقديم نصائح وإرشادات والتمارين التي يجب أن تقوم بها مع الحالة.

المقابلة 13-14: 2023/04/30 2023/05/03	- دامت المقابلة 30د وكانت مع الطفل، - هدف المقابلة هو تمرين الطفل على التقليد والتواصل البصري؛ - كان هناك تجاوب بسيط حيث مانت هناك مساعدة كلية للحالة؛ - كان هادئ لم يكن يجري ويصفق كثيرا مثلما كان في الأول.
المقابلة 15-16: 2023/05/08 2023/05/11	- دامت كل مقابلة 30 د ؛ - قام الحالة بتقليد حركة التصفيق (BRAVO) لأول مرة بدون مساعدة؛ - أما بالنسبة للتواصل البصري فكان هناك تواصل بسيط حيث يهرب بنظراته بسرعة.
المقابلة 17-18: 2023/05/15 2023/05/18	- دامت هذه المقابلات 30د؛ - الحالة أصبح متجاوب بشكل أفضل وأحسن من السابق؛ - يدخل إلى قاعة المقابلة بدون بكاء ويجلس على كرسيه بدون مساعدة؛ - يختار الأنشطة التي يريدها يطلب منا ما يريد بالإشارة إلى الأشياء؛ - تواصل بصري بسيط؛ - تقليد حركة التصفيق (BRAVO) إلى اللقاء.
المقابلة 19: 2023/05/23	- الحالة لم تحضر بسبب مرض الحالة.
المقابلة 20:	والحالة دامت مدتها 01 ساعة و10 دقائق - قمنا باجراء مقياس ECA-R للمرة الثانية بعد العلاج.

جدول11 : تطبيق مقياس تقدير السلوكات ECA-R

ECAR-T	EVALUATION DES COMPORTEMENTS AUTISTIQUES (version révisée)

G. Lelord

C. Barthélemy

NOM: kh – k

DATE: 12/03/2023

TRAITEMENT:

Metre une crois dans la colonne correspondant à la note jugée la plus exacte		JAMAIS 0	PARFOIS 1	SOUVENT 2	TRES SOUVENT 3	TOUJOURS 4
1	Recherche l'isolement (ISO)		X			
2	Ignore les autres (IGN)			X		
3	Interaction sociale insuffisante (SOC)				X	
4	Regars inadéquat (REG)				X	
5	Ne s'efforce pas de communiquer par la voix et la parole (VOI)					X
6	Difficulté à communique par les gestes et par la mimique (GES)				X	
7	Emission vocales, verbales stéréotypées, écholalie (ECH)					X
8	Manque d'initiative, activité spontant réduite (ACT)				X	
9	Trouble de la conduite, vis-à-vis des objet, de la poupée (OBJ)			X		
10	Utilise les objets de manière irrésistible et/ou ritualisée (RIT)			X		
11	Intolérance au changement, à la frustration (CHA)		X			
12	Activités sensori-motrices stéréotypées (STE)				X	
13	Agittion turbulence (AGI)				X	
14	Minique, posture et démarche bizarres (POS)		X			
15	Auto-agresssivité (AGR)		X			
16	Hétéro-agressivité (HGR)		X			
17	Petite signes d'angoisse (ANG)				X	
18	Trouble de l'humeur (HUM)			X		

19	Trouble des conduites alimentaires (ALI)				X	
20	N'essai pas d'etre propre (selles, urines); jeux fécaux (PRO)			X		
21	Activités corporelles particulière (COR)		X			
22	Trouble de sommeil (SOM)				X	
23	Attension difficile à fixer, détournée (ATT)				X	
24	Bizarreries de l'audition (AUD)			X		
25	Variabilité (VAR)				X	
26	N'imite pas les gestes, la voix d'autrui (IMI)	X				
27	Entant trop mou, amorphe (MOU)		X			
28	Ne partage pas l'émotion (EMO)				X	
29	Sensibilité paradoxale au touche et aux contacts corporels (TOU)		X			

Scor global (somme des notes 29 ites)	**64**

Scor "déficience relationnelle " (somme des notes items N° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 23, 24, 26 ET 28	**32**

Scor "insufisance modulatrice" (somme des notes items N°11, 13 et 16	**5**

وبعد حساب النتائج وجدنا ما يلي:

- المجموع الكلي: 64. $39.50\% = \frac{100\times64}{162}$
- مجموع القصور العلائقي: 32. $61.53\% = \frac{100\times32}{52}$
- مجموع درجة التكيف: 05 . $41.66\% = \frac{100\times05}{12}$

جدول 12 : جدول تصنيف الاضطرابات

Fonction	Items ECA	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
Attention	23: Attention difficile à fixer					
Perception	4: Regard inadéquat					
	24: Bizarrerie de l'audition					

	15: Autoagressivité					
	29: Sensibilité paradoxale au toucher et au contact corporel					
Association	9: Tr conduit objets, poupée					
	9: Tr conduit alimentaire					
	20: N'essaye pas d'etre propre					
Intention	8: Manque d'intiatives					
	10: Utilise objrts manière ritualisèe					
	13: Agitation, tubulence					
Tonus	27: Enfant trop mou, amorphe					
Motricité	12: Avtivites sensori-motrice, stéroety					
	14: Mimique, posture bizarre					
Imitation	26: N'imite pas les gestes; la voix					
	28: Ne partage pas l'émotion					
Emotion	11: Intolérence au changement					
	16: Hétéroagressivité					
	17: Petits signes d'angoisse					
	18: Tr de l'humeur					
Instinct	21: Avtivités corporelles particulières					
	22: Trouble du sommeil					
Contact	1: Recherche l'isoiement					
	2: Ignore les autres					
	3: Interractions sociales insuffisantes					
Communication	5: Ne s'offorce pas de comm voix					
	6: Diffictulté comm gestes					
	7: Echolalie					

Regulation	25: Variabilité comportements					

بعد التكفل العلاجي المرتكز على التبادل والتطوير TED الذي قمنا به في نفس ، وبعد إعادة إجراء مقياس ECA-R على الحالة ومقارنته بنتائج ECA-R السابق إجراءه على نفس الحالة وجدنا ما يلي:

الفقرة رقم 23:

- تحسن بدرجة واحدة حيث بدأ بالتجاوب ويسمع إلى ما يقال له؛

الفقرة رقم 04:

- تحسن بدرجة واحدة حيث بدأ يتواصل معنا بصريا عندما تنادي إسمه.

الفقرة رقم15:

- تحسن بدرجة واحدة حيث أنه لم يعد يضرب نفسه عند الغضب مثل السابق.

الفقرة رقم 09:

- تحسن ملحوظ حيث أنه لم يعد يضرب أو رمي اللعب كما في الأول وينظر إلينا قبل القيام بذلك.

الفقرة رقم 19:

- تحسن بدرجة واحدة إذ أنه أصبح يأكل لوحده وبدأ بالتخلي عن شم الأكل قبل أكله.

الفقرة رقم 20:

- تحسن بدرجتين حيث أنه توقف عن اللعب ببرازه.

في الفقرة رقم 08:

- تحسن بدرجة واحدة حيث أصبح يبادر في الأنشطة وأصبح يختار النشاط الذي يريده.

في الفقرة رقم: 10

- تحسن بدرجتين حيث أنه أصبح يضع لعبته جانبا عندما نبدأ حصص العلاج.

في الفقرة رقم: 13

- تحسن بدرجة واحدة إذ توقف عن الجري والتصفيق بيديه طوال الوقت إلا إذا غضب.

في الفقرة رقم: 12

- تحسن بدرجة واحدة إذ قل نشاطه حسي.

في الفقرة رقم: 28

- تحسن بدرجة واحدة حيث أصيح يحاول أن يوصل لنا مشاعره بأنه مل أولا يريد إكمال النشاط دون اللجوء إلى الغضب والبكاء.

في الفقرة رقم: 16

- تحسن بدرجتين إذ أنه لم يعد يستخدم الضرب عند الغضب.

في الفقرة رقم: 17

- تحسن بدرجة واحدة إذ لم يعد يبكي ويصرخ بصورة مفاجئة.

في الفقرة رقم: 01

- تحسن بدرجتين حيث أنه أصبح يقف وينظر إلى الأطفال عندما يكون يلعبون، وأصبح يلعب مع أخته الصغرى ولو لوقت قصير.

في الفقرة رقم: 02

- تحسن بدرجة واحدة أصبح يلتفت إلى الآخرين.

في الفقرة رقم: 03

- تحسن بدرجة واحدة أصبح يلعب مع أخته إذا بدا يتفاعل.

في الفقرة رقم: 06

- تحسن بدرجة واحدة إذ أنه يمسك يد الراشد ويأخذه المكان الذي يريده.

في الفقرة رقم: 25

- تحسن بدرجة واحدة إذا قل سلوكه العدواني اتجاه الآخرين.

وبعد النتائج المتحصل عليها التي تأكد أن الحالة لديه قصور في التفاعل الاجتماعي قمنا بتطبيق العلاج بالتبادل والتطوير وفيما يلي دفتر الملاحظات على شكل جدول، يوضح لنا عدة مقابلات وتاريخها ومدتها والهدف من كل مقابلة وملاحظات عن كيفية المسار.

ووضعنا نتائج القياس القبلي والقياس البعدي في جدول لتسهيل عملية المقارنة كما يلي:

الحالة الأولى	المجموع الكلي	درجة القصور العلائقي	درجة التكيف مع المحيط
القياس القبلي	54.33%	84.61%	66.66%
القياس البعدي	39.50%	61.53%	41.66%

ومن خلال هذه النتائج لاحظنا:

- انخفاض ملحوظ في درجة المجموع؛
- كذالك كان واضح هذا الانخفاض في القصور العلائقي؛
- أما درجة التكيف مع المحيط هناك فرق واضح بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي.

جدول 13: جدول المقارنة

Fonction	Items ECA	AVANT					APRET				
		Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
Attention	23: Attention difficile à fixer										
Perception	4: Regard inadéquat										
	24: Bizarrerie de l'audition										
	15: Autoagressivité										
	29: Sensibilité paradoxale au toucher et au contact corporel										
Association	9: Tr conduit objets, poupée										
	9: Tr conduit alimentaire										
	20: N'essaye pas d'etre propre										
Interet	8: Manque d'intiatives										

	10: Utilise objrts manière ritualisèe										
	13: Agitation, tubulence										
Tonus	27: Enfant trop mou, amorphe										
Motricité	12: Avtivites sensori-motrice, stéroety										
	14: Mimique, posture bizarre										
Imitation	26: N'imite pas les gestes; la voix										
	28: Ne partage pas l'émotion										
Émotion	11: Intolérence au changement										
	16: Hétéroagressivité										
	17: Petits signes d'angoisse										
	18: Tr de l'humeur										
Instinct	21: Avtivités corporelles particulières										
	22: Trouble du sommeil										
Contact	1: Recherche l'isoiement										
	2: Ignore les autres										
	3: Interractions sociales insuffisantes										
Communication	5: Ne s'offorce pas de comm voix										
	6: Difficulté comm gestes										
	7: Echolalie										
Régulation	25: Variabilité comportements										

استنتاج العام:

بعد دراستنا للحالة الأولى والحالة الثانية، وتطبيقا للعلاج بالتبادل والتطوير، حيث قمنا بقياس قبلي وقياس بعدي الذي تحصلنا من خلاله على نتائج تثبت مدى تأثير هذا العلاجات في تطوير المهارات الطفل ومساعدته على التكيف مع محيطه، كما تساعده على الاستقلالية الذاتية والاعتماد في الأكل على نفسه مثلا أو نزع الحفاظات والدخول إلى الحمام...إلخ، كذلك يساعده هذا العلاج في الإندماج والتفاعل الاجتماعي والتواصل البصري وبالإشارات علما أن الحالات التي قدمناها ليس لها إنتاج لغوي.

إذ ساعدنا العلاج بالتبادل والتطوير TEDفي مساعدة الطفل التوحدي رغم الصعوبات التي واجهناها في التطبيق مثل ضيق الوقت وعدم احترام الأولياء للمواعيد علما أنه يجب تطبيق هذا العلاج يوميا إلا أنه كانوا يحضرون أولادهم مرة أو مرتين في الأسبوع، كذلك عدم تطبيق التمارين والنشاطات المنزلية المقدمة لهم يوميا متحججين بظروفهم الشخصية وعدم وجود الوقت لتطبيقها.

الفصـــــــــل الخامس:
عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضيات

الفصل الخامس: عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضيات

تمهيد:

بناء على النتائج التي أسفرت عنها الدراسة الأساسية التي اعتمدنا عليها في الدراسة الحالة، وعلى جانبين البحث النظري والتطبيقي، وبعض الدراسات السابقة، قمنا بمناقشة نتائج فرضية البحث كما هو وارد في الفصل التالي.

1.مناقشة الفرضية العامة:

نص الفرضية: تؤثر الطريقة العلاجية TED المرتكزة على التبادل والتطوير في علاج طيف التوحد التوحد.

ولمناقشة الفرضية العامة يجب مناقشة الفرضيات الفرعية.

1.1.مناقشة الفرضية الفرعية الأولى:

نص الفرضية: تؤثر الإتاحة في الطريقة العلاجية.

خلال دراستنا للحالة التي قمنا بها وتطبيقا للعلاج بالتبادل والتطوير نعتبر الإتاحة LA SERENITEأحد المبادئ العامة للعلاج التي تدعو للهدوء والصفاء لكي لا يتشتت الطفل المتوحد أثناء العلاج وذلك بتوفير غرفة منعدمة المثيرات الحسية مع تبسيط الأسئلة، وهذا التسجيل الإتصال مع الطفل وفي الأصوات الخارجية؛ وكذالك كثرة الألوان داخل قاعة العلاج تثير الطفل المتوحد وتشتت انتباهه وتعيقه من التجاوب مع الأنشطة المقدمة له من طرف الأخصائي، لذلك تعتبر الإتاحة أو ما تسمى بالهدوء والصفاء خطوة مهمة لإنجاح العلاج بالتبادل والتطوير TED وهذا ما أظهرته النتائج ECA-R سواء في دراسة الحالة الأولى أو الثانية مثلا في التواصل البصري، واتفق الدكتور **إيريك شوبلر** في هذه النقطة حيث أنه في تطويره لبرنامج TECCHلعلاج الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة عام 1972، إذ يعتبر أول برنامج تربوي مختص بتعليم الأشخاص التوحديين الذي تعد أهم ركائزه أكبر نقطة قوة لديهم التي تكمن في إدراكهم البصري، ويتم ذلك من خلال تنظيم البيئة واستخدام معينات بصرية مثل: الصور الكلمات المكتوبة (https(WWW.KON-ANTA .

ويرى د. أسامة مصطفى و د. السيد كامل الشربيني ص 86.

أن كثرة الألوان والأشياء اللامعة المرتبطة بمفهوم الجمال في أكثر بساطته، وهو وسيلة للتنويم المغناطيسي للذات وبالرغم من أنها تساعد الطفل التوحدي على الاسترخاء والاحساس بالهدوء إلا انها ستشتت إنتباهه وتمنعه من التجاوب والتواصل الجيد مع المعالج لان الطفل التوحدي لذا يقاومها ولكن من الواضح أنه يستمتع بها.

1.2.مناقشة الفرضية الفرعية الثانية:

نص الفرضية هو: هل يؤثر التوفر في العملية العلاجية.

La disponibilité ويعتبر أهم ثاني مبدأ للعلاج بالتبادل والتطوير TED، الذي رأينا فعاليته من خلال دراستنا للحالتين إذ من خلاله ساعدنا الطفل المتوحد على اكتشاف العالم الخارجي بشكل حد وتوجيه استعداده الطبيعي لاكتساب نحة البيئة، وذلك من خلال جذب انتباهه بشكل واضح ومباشر وهكذا ينفتح على الآخر وعلى العالم الخارجي، وهذا ما لاحظناه

من خلال تطبيقنا للعلاج بالتبادل والتطوير TED ومقياس ECA-R الذي أظهر الفرق بين السلوكات التي كانت لدى الحالتين والنتائج التي تحصلنا عليها بعد إجراء العلاج حيث كان هناك فرق واضح مثلا: نزع الحفاضات إذ جلبنا انتباهه من خلال العب والتقليد، كذلك التمارين المقدمة في المنزل إذ يدخل مع والده إلى الحمام ويحاول تقليده (د.السيد كامل الشربيني، د أسامة فاروق مصطفى) ويعتبر اللعب من الأساليب المهمة التي يعبر بها الطفل عن نفسه ويفهم بها العالم الخارجي إذ يساهم اللعب في اكتساب الطفل المعاني والمفاهيم زذلك من خلال اللعب بالأشياء والأدوات ، كما أن جميع أنشطة اللعب نجد أنها تتضمن تدريبا للمهارات الحركية؛ إضافة إلى أنه يساعد الطفل على الشعور بالسيطرة، كما يتيح لهم اللعب الأدوار وهو وسيلة تفريغ الطاقة العدوانية.

الطفل التوحدي يفضل التعامل مع الكبار أكثر من رغبته في التعامل مع الأطفال، وبما أن أنشطة اللعب لديه تتميز بعدم ملائمتها للمرحلة النمائية ولديهم قصور في اللعب التخيلي، يمكن ان يساعده الراشد المعالج عن طريق توجيهه طبيعيا وبشكل حر نحو اكتشاف العالم الخارجي.

1.3.مناقشة الفرضية الفرعية الثالثة:

نص الفرضية هو: يؤثر التبادل في الطريقة العلاجية.

يعتبر التبادل LA RECIPRACITE ثالث مبدأ للعلاج بالتبادل والتطوير TED، من خلاله نعزز الاتصال عن طريق تبادل النظرات والإيماءات والأفعال أثناء اللعب أو النشاط المقدم للطفل، وبالتالي تستحت القدرات الاجتماعية من خلال التبادلات ووضعيات التقليد حد للحركات، الإيماءات، الصوت فهذه الطريقة تصبح تدريجيا جزء من التسلسلات الحقيقية للتبادلات الاجتماعية، تتضمن متعة متبادلة ومشتركة.

يرى د.السيد كامل الشربيني، د أسامة فاروق مصطفى ص 86-87 أن سلوكيات الأطفال التوحدين يمكن تفسيرها من خلال عجزهم عن تقليد الآخرين والطفل التوحدي لا يبتسم عندما يبتسم له شخص ما، وهو من الممكن أن لا يريد تحية الآخرين له، كما يعجز عن فهم الطبيعة التبادلية في مواقف التفاعل الاجتماعي، كما يعجز الطفل التوحدي والراشد التوحدي عن تفسير وفهم مشاعر الآخرين من خلال السلوك الغير لفظي، كما أن التواصل الاجتماعي ضعيف إذ ينشأ التواصل المبكر بين الطفل والوالدين الأسوياء عن المشاركة والاهتمام بالأشياء التي تستمر حولهم، ومن غير المحتمل أ يدعو الطفل التوحدي والديه للمشاركة في الاهتمامات، كما أنه لا ينظرون إلى آبائم كما ينظرون إلى ألعابهم، منم الممكن ان يكون انتباههم أقل أولا، يوجد لديهم انتباه لما يفعله الناس الآخرون، لذلك يعتبر التبادل في العملية العلاجية من اهم الركائز التي تساعد في دمج الطفل التوحدي وتساعده على الاتصال والتفاعل مع العالم الخارجي.

ويعتبر د أسامة فاروق مصطفى ص 89 الاهتمام المشترك مجموعة من مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي او غير اللفظي كالإعياء، الالتقاء البصري، وتعبيرات الوجه والتبادلية، والتعبير عن العواطف وفهمها والتي تتيح للطفل مشاركة الحيرة بشيء أو حدث مع شخص آخر، ويمثل الاهتمام المشترك مهارة نمائية مهمة، من خلال اشتراك فردين في بالاهتمام ما، ويتضمن التنسيق بين الذات والآخر والموضوع أو الحدث.

1.4.مناقشة الفرضية الفرعية الرابعة:

نص الفرضية هو: تؤثر هذه العملية العلاجية في الاتصال التفاعلي من خلال النتائجالتي أسرفت عنها الدراسة القبلية والدراسة البعدية للحالتين الأولى والثانية التي كانت إيجابية حيث بعد تطبيقنا للعملية العلاجية بمبادئها الثلاثة الأساسية الإتاحة، التوفر، التبادل، الذي ساعدنا في إنجاح الاتصال التفاعلي في الحالتين بعد عدة مقابلات وساعدوا الحالتين في تقليد بعض الحركات، كما تخلصوا من بعض السلوكات الغير مرغوبة، بالإضافة إلى التواصل البصري والتفاعل مع الأنشطة المقدمة لهم.

لذلك نعتبر العلاج بالتبادل والتطوير TED يؤثر وبطريقة إيجابية وفعالة في الإتصال التفاعلي وع الطفل التوحدي.

2.مناقشة نتائج الفرضية العامة:

نص الفرضية: تؤثر الطريقة العلاجية TED المرتكزة على التبادل والتطوير في علاج طيف التوحد.

لقد أسفرت نتائج القياس القبلي والقياس البعدي بعد استعمال مقياس ECA-R عن صحة الفرضية، إذ أنه كلما استخدمنا هذه الطريقة العلاجية TED المرتكزة على التبادل والتطوير بكل مبادئها وبطريقة صحية وأعطينا مساحة للطفل المتوحد وحاولنا مساعدته على التجاوب مع العلاج بشكل جيد، إضافة إلى تقديم الأنشطة اللازمة والنصائح لعائلة الطفل المتوحد وكيفية التعامل معه في المنزل، ونحصل على نتائج المرضية، وجيدة وتظهر بشكل واضح على سلوك الطفل وتصرفاته وهذا ما أكدته الدراسات السابقة والجانب النظري ودراسة الحالة.

إذ أكدت الدراسة السابقة أن تقنية العلاج بالتبادل والتطوير أهداف كثيرة يمكن تلخيصها في تطوير وظائف الإتصال والتواصل، وتحفيز الطفل وتشجيعه وإشعاره بالمتعة والمشاركة والتفاعل في الأنشطة المبرمجة، وأخيرا تقليل السلوكات غير المرغوب عند هذا الطفل.

(International uni-scientif, lereach journals ghezlan el hajri).

الخاتمة:

كما رأينا في الجانب النظري أن اضطراب طيف التوحد عرف تطورا كبيرا في البحث العلمي والأكاديمي، والبحث عن التقنيات والأدوات التي تسهل وترفع من فرض تعلم الطفل واكتسابه للمهارات والقدرات الأساسية لمعرفية واللغوية والاجتماعية، والحد من السلوكات الغير مرغوبة حيث تسعى تقنية العلاج بالتبادل والتطوير TED إلى التدخل المبكر للمساعدة أطفال طيف التوحد على التعلم والاستقلالية، وذلك بالاستناذ على عملية الاكتساب الحر، والفضول الفسيولوجي والإمكانيات، والرغبة في التعلم، وذلك من خلال وضعهم في ظروف مواتية ومناسبة لتسهيل عملية اكتساب المهارات الأساسية التي يحتاجونها، فهي تقنية تسعى إلى تعزيز هذا الجو المفضي إلى الاكتشاف والتعلم الممتع، تطبيقه وشروطه، وذلك بهدف تعريف المتدخلين في مجال التوحد، الأسرة وخاصة المهنيين في هذا المجال عموما بهذه التقنية.

قائمة الملاحق

قائمة الملاحق

استمـــــــــارة المقـــــــــابلة العيـــــــــاديـــــــــة

المعلومات الأولية:

اسم ولقب الحالة:
الجنس:
تاريخ ومكان الميلاد:
العنوان:
رقم الهاتف:

الحالة العائلية:

اسم الوالد أو الوصي:
سنه: مهنته:
اسم ولقب الأم:
سنها: مهنتها:
تاريخ الزواج:
عدد الإخوة الحقيقيين:
عدد الإخوة الميتيين: السبب: عدد الإجهاض: السبب:
عدد الإخوة من الأب: // عدد الإخوة من الأم:
مرتبة الطفل بين الإخوة:
الحالة الصحية للوالدين:
السوابق الطبية عند العائلة:..... ....
المحيط السكني: الريف: المدينة:
أفراد آخرون يعيشون مع العائلة:.....
الوضعيـــــــــــة الاقتصـــــــــــادية:.....

ظروف الحمل:

سن الأم عند الحمل:
الحمل مرغوب فيه: نعم لا
الظروف الصحية: .....
الظروف النفسية:.....
هل بلغت فترة الحمل مداها الطبيعي أي ما بين 40 و 44 أسبوع؟

السبب:

.....

هل تتذكر الأم مراحل الحمل بشكل؟ بسيط متوسط كبير

ظروف الولادة:

كيف كانت الولادة؟ طبيعية قيصرية بالملاقط

هل صرخ بسرعة؟ نعم لا

هل عانى من نقص في الأكسجين؟ نعم لا

هل عانى من ارتفاع في خفقات القلب عند الم نعم لا

هل يحتاج إلى عناية طبية خاصة؟ نعم لا

ما هي ؟

مراحل النمو:

التغذية: طبيعية اصطناعية

هل لديه مشاكل غذائية؟ نعم لا

ما هي؟ .....

التطور النفسي الحركي:

متى جلس الطفل بدون مساعدة؟ .....الاشهر

هل حبى طفلك؟ نعم لا

في أي عمر مشى طفلك؟.....سنة.....أشهر

هل يقوم بعملية التنفس بشكل صحيح؟ نعم لا

الجانب الطبي:

هل أصيب طفلك بأي حالة من الحالات التالية؟

عمليات جراحية؟ ما هي؟.....

ارتفاع الحرارة بصفة متكررة؟.....

ضربة قوية على الرأس قبل 18 أشهر نعم لا

صدمة نفسية؟ نعم لا

حادث آخر؟ نعم لا

الصرع؟ نعم لا

هل يشرب أي دواء؟ .....

في أي سنة ظهرت على الطفل علامات غير طبيعية؟.....

ما هي؟

.....

الانفعالات الوجدانية:

ايجابية　　بيرودة　　اللامب

هل درجة الارتباط العلائقي إيجابية؟

الأب　　الأم　　الأخوة

في حالة الإيجابية ب لا، ما هو السبب؟.....

أحد آخر..... من هو؟.....

مدى تقبل الأولياء لاضطراب الطفل؟

هل لدى الحالة تقلبات مزاجية بين الضحك والبكاء بدون سب　　نعم　　لا

التفاعلات الاجتماعية:

هل هو اجتماعي؟　　نعم　　لا

هل يشارك الآخرون في الانفعالات؟　　نعم　　لا

التفاعلات الغير اللفظية:

الايماءات الوجهية:　　نعم　　لا

الحركـــــــــــــات　　نعم　　لا

الطبع:

هادئ:　　نعم　　لا

عدوانية نحو الذات:　　نعم　　لا

عدوانية نحو الآخر:　　نعم　　لا

التواصل:

هل هو بصري؟ نعم لا

هل هو لفظي؟ نعم لا

هل هو يشير بالأصبع؟ نعم لا

اللعب:

اللعب المفضل لديه: فرد حماع

اللعب الرمزي: نعم لا

الاستقلالية الذاتية:

المرحاض: نعم لا نعم لا

الأكل: نعم لا نعم لا

هل سبق إدماج الحالة في:

الروضة:

المركز: نعم لا نعم لا

المدرسة: نعم لا

ECAR-T	EVALUATION DES COMPORTEMENTS AUTISTIQUES (version révisée)

G. Lelord

C. Barthélemy

		JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT	TRES	TOUJOURS
NOM:	B - M – A					
DATE:	08/02/2023					
TRAITEMENT:						
Metre une crois dans la colonne correspondant à la note jugée la plus exacte		**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
1	Recherche l'isolement (ISO)					
2	Ignore les autres (IGN)					
3	Interaction sociale insuffisante (SOC)					
4	Regars inadéquat (REG)					
5	Ne s'efforce pas de communiquer par la voix et la parole (VOI)					
6	Difficulté à communique par les gestes et par la mimique (GES)					
7	Emission vocales, verbales stéréotypées, écholalie (ECH)					
8	Manque d'initiative, activité spontant réduite (ACT)					
9	Trouble de la conduite, vis-à-vis des objets, de la poupée (OBJ)					
10	Utilise les objets de manière irrésistible et/ou ritualisée (RIT)					
11	Intolérance au changement, à la frustration (CHA)					
12	Activités sensori-motrices stéréotypées (STE)					
13	Agittion turbulence (AGI)					
14	Minique, posture et démarche bizarres (POS)					
15	Auto-agresssivité (AGR)					
16	Hétéro-agressivité (HGR)					
17	Petite signes d'angoisse (ANG)					
18	Trouble de l'humeur (HUM)					
19	Trouble des conduites alimentaires (ALI)					
20	N'essai pas d'etre propre (selles, urines); jeux fécaux (PRO)					
21	Activités corporelles particulière (COR)					
22	Trouble de sommeil (SOM)					
23	Attension difficile à fixer, détournée (ATT)					
24	Bizarreries de l'audition (AUD)					
25	Variabilité (VAR)					
26	N'imite pas les gestes, la voix d'autrui (IMI)					
27	Entant trop mou, amorphe (MOU)					

28	Ne partage pas l'émotion (EMO)					
29	Sensibilité paradoxale au touche et aux contacts corporels (TOU)					

Scor global (somme des notes 29 ites)	

Scor "déficience relationnelle " (somme des notes items N° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 23, 24, 26 ET 28	

Scor "insuffisance modulatrice" (somme des notes items N°11, 13 et 16	

جدول 1 :جدول المقارنة

Fonction	Items ECA	AVANT					APRET				
		Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
Attention	23: Attention difficile à fixer										
Perception	4: Regard inadéquat										
	24: Bizarrerie de l'audition										
	15: Autoagressivité										
	29: Sensibilité paradoxale au toucher et au contact corporel										
Association	9: Tr conduit objets, poupée										
	9: Tr conduit alimentaire										
	20: N'essaye pas d'etre propre										
Intention	8: Manque d'intiatives										
	10: Utilise objrts manière ritualisèe										
	13: Agitation, tubulence										
Tonus	27: Enfant trop mou, amorphe										
Motricité	12: Avtivites sensori-motrice, stéroety										
	14: Mimique, posture bizarre										
Imitation	26: N'imite pas les gestes; la voix										
	28: Ne partage pas l'émotion										
Émotion	11: Intolérence au changement										

	16: Hétéroagressivité											
	17: Petits signes d'angoisse											
	18: Tr de l'humeur											
Instinct	21: Avtivités corporelles particulières											
	22: Trouble du sommeil											
Contact	1: Recherche l'isoiement											
	2: Ignore les autres											
	3: Interractions sociales insuffisantes											
Communication	5: Ne s'offorce pas de comm voix											
	6: Difficulté comm gestes											
	7: Echolalie											
Régulation	25: Variabilité comportements											

اقتراحات وتوصيات:

1. محاولة ادماج العائلات في التقييمات العيادية لملاحظة التطورات والتحسينات التي يبديها الطفل.
2. كذلك تكوين الأم المعالجة لمساعدة الطفل ومساعدتها هي أيضا في كيفية التعامل مع طفلها المتوحد.

الصعوبات التي واجهتها في البحث:

1. قلة المراجع حول هذا النوع من العلاجات.
2. عدم تعاون أولياء الحالات معنا لعدم احترام المواعيد وعدم القيام بالأعمال الموكلة لهم في المنزل، متحججين بظروفهم المهنية أو مشاكلهم العائلية.

قائـــمـــــة المراجـــع

قائمة المراجع

- **قائمة المراجع باللغة العربية**

- د. فاروق مصطفى سالم، د. السيد كامل الشربيني منصور، علاج التوحد، دار المسير المنشر والتوزيع والطباعة، عمان الطبعة الأولى، 2013.
- أ. بلال أحمد عودة، اضطراب طيف التوحد، المقدمة التطبيقية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، عمان، الطبعة الأولى، 2020.
- د. صالح الحسن الداهري، أساسيات التوحد-الأسباب والعلاج- جامعة العلوم الإسلامية، عمان، الطبعة الأولى، 2016.
- د. فاروق مصطفى سالم، د. السيد كامل الشربيني منصور، علاج التوحد، دار المسير المنشر والتوزيع والطباعة، عمان الطبعة الأولى، 2011.
- د. نجاة عيسى أنصورة، اضطراب طيف التوحد، المشكلة والمال والإستراتيجية العلاجية، دار الكتابة الوطنية، بنغازي، ليبيا، الطبعة الأولى، 2018.
- د.قامر فرح سهيل، التوحد(التعريف، الأسباب، التشخيص والعلاج)، دار الإعصار العلمي، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2015.
- د. مصطفى القمش، اضطرابات التوحد، (التعريف، الأسباب، التشخيص والعلاج)، دراسات عملية، دار المسير المنشر والتوزيع، عمان، ، الطبعة الأولى، 2011.
- الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض، 11، دار النور حمادي، ط11، 2021.
- حنشخوص صالح، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، علوم في علم النفس الصدمي، فاعلية برنامج تدريبي مقترح لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة مصابين بالتوحد، 2019.
- بلال لينة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه،ل م د، مسارات نمو الأطفال المصابين بالتوحد في ظل العلاج التكاملي، دراسة ميدانية على عينة من المصابين بالتوحد في ظل العلاج التكاملي، دراسة ميدانية على عينة من المصابين بالتوحد في الجزائر، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2016.
- د. حياة بوجملين، د. نادية صحراوي، إعداد برنامج تدريبي للتكفل النفسي والعصبي والاجتماعي بأطفال طيف التوحد، دراسة ميدانية لحالتين تعانيان من طيف التوحد درجة متوسطة بولاية تيزي وزو، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، الجزائر، 2020-2021.
- مركز هيلب للشرق الأوسط وشمال إفريقيا 2018.
- المنارة للاستشارات، الدراسات السابقة لدراسة التوحد، 2017.
- عادل عبد الله محمد، فعالية البرنامج التدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين، دار الرشاد، القاهرة، الطبعة 01، 2002.

- **قائمة المراجع باللغة العربية**

- Association marie-hélène- la thérapie d’charge et de développement. T.E.D –partie 11(01).

- Magalie bataille, rommald blanc, isabelle carteau-martin, pascal dansart, cindy le meun-tripi, magali batty, Joël malvy, Frédérique bannet- brihault, catherine Barthélémy- la thérapie d'échange et de développement : une méeducation neuro fonctionnelle de la communication social-rééducation orthophonique- N° 266-Juin 2016.
- R. Blanc -J- Malvy, P. Dansart. M, Bartaille, F- Bonnet – brillait, C. Barthélémy- la thérapie d'échange et de développement : une médication neuro fonctionnelle de la communication social- Neuropsychiatre de l'enfance et de l'adolescence 61(2013) 288-294. Article orignal France.
- Mémoire en vue de l'obtention dudiplome d'etat depsychomaticien institut de formation en psychomaticite de toulous vracas anmand juin 2018.