جامعة عبد الحميد بن باديس – مستغانم –

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي.

فاعلية برنامج تكفل نفسي بالأطفال ذوي طيف التوحد البسيط المصحوب بفرط الحركة و نقص الانتباه وفقا لمقياس كونرز "CONNERS"

دراسة عيادية بجمعية مساعدة الأطفال المعاقين بمستغانم

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالب(ة): ديالة عائشة.

أمام لجنة المناقشة

الاسم و اللقب	الرتبة	الصفة
بوزيدي هدى	أستاذ محاضر (أ)	رئيسا
د.بن أحمد قويدر	أستاذ التعليم العالي	مشرفا و مقررا
بوريشة جميلة	أستاذ محاضر (أ)	ممتحنا

ترضيح ملاحظات لجنة المناقشة

السنة الجامعية : 2024/2023.

Scanned with ACE Scanner

جامعة عبد الحميد بن باديس – مستغانم –

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي.

فاعلية برنامج تكفل نفسي بالأطفال ذوي طيف التوحد البسيط المصحوب بفرط الحركة و نقص الانتباه وفقا لمقياس كونرز "CONNERS"

دراسة عيادية بجمعية مساعدة الأطفال المعاقين بمستغانم

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالب(ة): ديالة عائشة.

أمام لجنة المناقشة

الاسم و اللقب	الرتبة	الصفة
د. بوزيدي هدى	أستاذ محاضر (أ)	رئيسا
د.بن أحمد قويدر	أستاذ التعليم العالي	مشرفا و مقررا
د. بوريشة جميلة	أستاذ محاضر (أ)	ممتحنا

السنة الجامعية : 2024/2023.

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين و الصلاة والسلام على سيدنا محمد و على اله و صحبه أجمعين .....و بعد

نشكر أولا و أخيرا الله سبحانه و تعالى على نعمته العظيمة و نحمده على فضله علينا لإتمام هذه السنوات

من الدراسة و إتمام هذا العمل ونرجو من الله أن ينتفع به كل من يطالعه ،

فان قصرنا فمن أنفسنا و ا ن أصبنا فمن الله

.و يسرني أن أتقدم بأوفر و ابلغ معاني الشكر "لوالدايا الأعزاء"

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى من ساعدني إنجاز هذا العمل

كما أخص بالشكر الجزيل للأستاذ المؤطر" بن أحمد قويدر " على توجيهاته القيمة

وإلى أعضاء اللجنة الذين تشرفت بقبولهم مناقشة وتقييم هذا العمل

اهداء

الفضل والشكر كله الله، أحمده حمدا يليق بعظيم جاهه وسلطانه، فلولا توفيقه لما وصلت إلى ما أنا فيه

.أهدي ثمرة جهدي، وعصارة سنين الدراسة والكفاح إلى من قال فيهما جل شأنه

"و اخفض لهما جناح الذل من الرحمة و قل ربي ارحمهما كما ربياني صغيرا"

إلى نبع الحنان، إلى من حملتني وهنا على وهن، إلى التي ربت وعلمت وكبرت، وتتعب ولا تبالي،

أعجز عن ذكر فضلها فقد غمرني حبها واحتواني عطفها، إلى غاليتي و حبيبتي

إليك يا أماه «حليمة سعدية »

إلى مصدر قوتي وعزيمتي، إلى من ضحى بشبابه من أجلنا، إلى من أعطى دائما دون مقابل،

وكان شمعة تذوب لتنير درب حياتي، ومهما قلت فيه فلن توفيه كل كلمات العالم حقه

إليك يا أبتي «عبد الرحمان»

إلى أعظم هبة في الحياة إخوتي "فاطمة، يوسف، خديجة، سومية وإسماعيل "

وأسأل الله أن يحفظهم ويوفقهم ويرعاهم

ولا أنسى ما حييت زملاء دربي الذين تقاسمت معهم عبء إنجاز هذه المذكرة

إلى جميع أصدقائي وأخص بالذكر أصدقاء الدراسة

إلى الأستاذ المشرف : بن أحمد قويدر حفظه الله ورعاه.

إلى كل من نسيه قلمي وذكره قلبي

ديالة عائشة

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى بناء برنامج تكفل نفسي بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المصحوب بفرط الحركة و ضعف الانتباه، و الملتحقين بجمعية مساعدة الأطفال ذوي الإعاقة بمستغانم، تكونت حالات الدراسة من طفل واحد من ذوي اضطراب طيف التوحد البسيط، البالغ من العمر 10 سنوات، تم استخدام مقياس كارز 02 لتقدير التوحد و مقياس كونرز لقياس فرط الحركة و ضعف الانتباه، و اعتمدت الباحثة على المنهج شبه التجريبي، حيث تم تطبيق برنامج تدريبي لخفض اضطراب قصور الانتباه و فرط الحركة، و قد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود أثر لفاعلية برنامج التكفل في خفض النشاط الزائد و قصور الانتباه لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد، و اختتمت الدراسة ببعض الاقتراحات التي تساهم في معرفة طرق التكفل بهذه الفئة.

الكلمات المفتاحية: اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه، اضطراب طيف التوحد البسيط، برنامج تكفل نفسي.

Abstract :

The immediately study aimed to construct à program of take care psichologically the children whose have an autism spectrum accompanied by hyperactivity and attention weakness, and thise who joined the association for helping children with disabilities/ handicap in Mostaganem. the study sample composed of one Child who has This simple autism specturm, he's 10 years old, we used the kars 2 and Conners mesure of hyperactivity and weakness of attention and to reduce This desorder the researcher adopted a quasi-experimental approach to apply This process and the results appeared the existence of impact of caring program in reducing the hyperactivity and attention weakness for patients children. Finaly This study suggested some points to know how take care very well This category of children.

Key words : disorder of attention weakness accompained with hyperactivity – simple autism specturm – supportive program psychological.

الفهرس

فهرس المحتويات

شكر وإهداء	
ملخص الدراسة	أ
فهرس المحتويات	ب
قائمة الجداول	ج
قائمة الملاحق	د
مقدمة عامة	1
مدخل إلى الدراسة	
الإشكالية	3
فرضيات الدراسة	6
أهداف الدراسة	6
أسباب اختيار الموضوع	7
أهمية الدراسة	7
تحديد المفاهيم الإجرائية	7
الجانب النظري	
الفصل الأول: اضطراب طيف التوحد.	
تمهيد.	10
تعريف اضطراب طيف التوحد.	11
خصائص و سمات الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.	13
أسباب اضطراب طيف التوحد.	19
تشخيص اضطراب طيف التوحد.	22
خلاصة.	25
الفصل الثاني: اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه.	
تمهيد.	27
مفهوم اضطراب فرط الحركة و ضعف الانتباه.	28

أسباب اضطراب فرط الحركة و ضعف الانتباه.	29
أعراض اضطراب فرط الحركة و ضعف الانتباه.	31
تشخيص اضطراب فرط الحركة و ضعف الانتباه.	37
علاج اضطراب فرط الحركة و ضعف الانتباه.	39
خلاصة.	43
الفصل الثالث: البرامج التدريبية و العلاجية.	
تمهيد.	45
تعريف البرامج التدريبية و العلاجية.	46
تعريف البرامج العلاجية.	46
أهداف البرامج التربوية و التأهيلية.	47
الفنيات المستخدمة في تعديل سلوك الطفل المصاب بطيف التوحد.	48
البرامج و الأساليب العلاجية الخاصة باضطراب طيف التوحد.	51
خلاصة.	54
الجانب التطبيقي.	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة.	
تمهيد.	56
الدراسة الاستطلاعية.	57
حدود الدراسة.	57
المنهج المستخدم في الدراسة.	58
الأدوات المستخدمة في الدراسة.	58
عينة البحث.	58
التعريف بالبرنامج.	59
خلاصة.	63
الفصل الخامس: عرض النتائج و مناقشتها.	
تمهيد.	65

دراسة الحالة.	66
عرض النتائج و تفسيرها.	68
مناقشة فرضيات البحث.	72
اقتراحات.	75
خاتمة الدراسة.	76

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	أهم الأدوية المستخدمة في علاج فرط الحركة.	41
2	التصنيف التشخيصي لمقياس تقدير التوحد (CARS-2-ST)	59
3	مضمون جلسات المحور الأول من البرنامج.	60
4	مضمون جلسات المحور الثاني من البرنامج.	61
5	مضمون جلسات المحور الثالث من البرنامج.	62
6	الدرجات الخام المتحصل عليها من مقياس تقدير المعلم (القياس القبلي).	68
7	الدرجات الخام المتحصل عليها من مقياس تقدير الوالدين (القياس القبلي).	68
8	الدرجات الخام المتحصل عليها من مقياس تقدير المعلم (القياس البعدي).	70
9	الدرجات الخام المتحصل عليها من مقياس تقدير الوالدين (القياس البعدي).	70

قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
01	مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل " تقدير المعلم 28"	80
02	مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل " تقدير الوالدين 48"	81

مقدمة:

أصبحت العناية بالطفولة معيارا يقاس به مدى تقدم الأمم، إذ تعتبر مرحلة الطفولة من أهم مراحل النمو الإنساني و التي يوليها المختصون اهتمام واسع نظراً لدورها في تكوين شخصية الفرد، إذ اهتم علماء النفس بدراسة السنوات الأولى من حياة الطفل، و قد بدأ في الآونة الأخيرة توجيه الاهتمام لمختلف الإعاقات كالإعاقة الحسية الحركية و الاضطرابات العصبية النمائية، حيث تعتبر هذه الأخيرة من أكثرها صعوبة و تعقيداً و التي تؤثر على نمو الطفل بشكل طبيعي و على مستقبله، و يشير هذا المصطلح إلى اضطراب في وظيفة الدماغ التي تؤثر على القدرة على التعلم، ضبط النفس و وظيفة الذاكرة، إذ يؤثر هذا الاضطراب على نمو و تطور الدماغ أو الجهاز العصبي المركزي، حيث أن التغيرات الناجمة عن هذه الاضطرابات تولد صعوبات متفاوتة الشدة في عملية التكيف و المشاركة، الاجتماعية، أو في أداء الأنشطة الأساسية للبقاء، و تشمل الاضطرابات العصبية النمائية عدداً كبيراً إذ تشترك في خصائص معينة على الرغم من أنها تبدي اختلافات ملحوظة في بعض الأحيان، و تضم هذه الأخيرة مجموعة من الاضطرابات نذكر منها: اضطرابات التواصل، اضطرابات التعلم، اضطراب طيف التوحد، بحيث يعتبر أكثرها شدة و غموضا، و يعرف بوجود صعوبات في التواصل و التفاعل مع الآخرين، السلوكيات النمطية، إذ يواجهون صعوبات عندما يتعلق الأمر بفهم القواعد التي تحكم التفاعلات الاجتماعية و فهم المشاعر و التعبير عنها و عادة ما يكون لديهم لغة شفهية ضعيفة، و سيكون الأمر معقداً بالنسبة لهم لالتقاط التفاصيل الدقيقة و الاستخدامات التصويرية ، فقد تم تمييز اضطرابات مختلفة داخل طيف التوحد مثل متلازمة اسبرجر، و قد توجد في بعض الأحيان اضطرابات مصاحبة لطيف التوحد كاضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة الذي يتميز بوجود أعراض تتمثل في صعوبة الحفاظ على الانتباه، ارتكاب الأخطاء بسبب التشتت، فقدان التركيز، الغياب العقلي، فرط النشاط، صعوبة الجلوس

و الكلام المفرط و غيرها من الأعراض التي تعيق الطفل على أداء وظائفه و نشاطاته اليومية، فمن الممكن العثور على كثير من الحالات المصابة بطيف التوحد المصحوب بضعف الانتباه و النشاط الزائد (ADHD) حيث يؤثر على شدة الأعراض لدى الطفل، و منه وضعت برامج تدريبية خاصة للتكفل بهذه الفئة بحيث تعتبر إحدى الوسائل التعليمية التي تعمل على تنمية الطفل و تحسين أدائه، و هذا ما تطرقنا إليه في بحثنا الحالي، بحيث انقسم لجانب نظري ضم ثلاث فصول، و آخر تطبيقي ضم فصلين.

يشمل الفصل الأول تعريفات حول اضطراب طيف التوحد، الخصائص و السمات، أسباب الإصابة، و التشخيص.

أما الفصل الثاني فيشمل اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه كمفهوم، أسباب، أعراض، و طرق تشخيصه و علاجه.

الفصل الثالث تحدثنا فيه عن البرامج التدريبية، مفهومها، و أهم البرامج العلاجية لأطفال طيف التوحد.

أما الجانب التطبيقي فقد ضم فصلين، الأول خاص بالإجراءات المنهجية للدراسة، و الثاني لعرض النتائج و مناقشتها في ظل فرضيات البحث.

الإشكالية:

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم مراحل النمو عند الإنسان، إلا أنه قد تحدث مشاكل تؤدي لعرقلة النمو الطبيعي لدى الطفل كأن يصاب بأمراض أو إعاقات بمختلف أنواعها، و تعود هذه الإصابة إلى عدة عوامل منها وراثية، و بيئية كالحوادث و الصدمات التي تقع أثناء الحمل و بعد الولادة.

و في حالة ما إذا كان الطفل غير عادي أو مصاب باضطراب معين يجب أن يحضى برعاية خاصة و تكفل من طرف المختصين، و لعل من أخطر الاضطرابات التي يمكن أن يصاب بها الطفل نجد اضطراب طيف التوحد أو ما يسمى بالذاتوية، و ذلك باعتباره أحد أكثر الاضطرابات النفسية، العصبية و الانفعالية و الذهنية تعقيداً، بسبب عدم الوصول الدقيق لاكتشاف العوامل المؤدية إلى حدوثه، و كذا تأثيره على سلوك و انفعالات الطفل، "فقد أشار كومر (comer,2010) إلى ازدياد نسبة الحالات المشخصة باضطراب طيف التوحد في السنوات الأخيرة، حيث بين إلى أن النسبة تصل إلى (1) لكل (600) طفل، كما أوضح أيضا إلى ان البعض يشير إلى أن نسبة انتشار التوحد قد تصل إلى (1) لكل (160) طفل، و يفسر هذا الارتفاع بزيادة المعرفة المتخصصة بالتوحد و اضطرابات طيف التوحد، و كذلك زيادة القدرة على تشخيص و تحديد هذه الاضطرابات، كما يضيف كومر إلى أن 80% من حالات اضطراب طيف التوحد تظهر لدى الأطفال الذكور و أن 90% منهم تبقى إعاقتهم شديدة." (قطناني، 2018، ص 28)

يمس اضطراب طيف التوحد كل جوانب النمو لدى الطفل و لا يقتصر على جانب واحد فقط، إضافة إلى أن سببه الحقيقي غير ققمعروف، بحيث يعتبر من أكثر صعوبة و شدة من حيث تأثيرها السلبي على الطفل و قابليته للتعلم و الاندماج مع الآخرين، و تتمثل أيضا صعوبات هذه الإعاقة في الغموض سواءً من ناحية التشخيص أو أسلوب التعامل مع

الطفل، كما أن هناك اضطرابات مصاحبة لاضطراب طيف التوحد إذ تؤثر بشكل كامل على سلوكياته و تزيد و تزيد من حدة الأعراض لدى الطفل، و من بين الاضطرابات الأكثر شيوعا نجد اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه المصاحب لطيف التوحد، بحيث يتضمن هذا الأخير سلوكيات أساسية تتمثل في تشتت الانتباه، فرط الحركة، و الاندفاعية، إذ تؤثر على استقلالية الطفل و مهاراته كما تؤثر على علاقاته الخارجية و تواصله مع الآخرين، فقد يزيد اضطراب فرط الحركة من صعوبة التعامل مع هذه الفئة و بالتالي يتوجب على المختصين تسطير برامج خاصة للتعامل مع المصابين بطيف التوحد المصحوب بفرط الحركة حيث تعمل على التخفيف من شدة الأعراض بشكل ملحوظ و كذا على تحسين مستوى التفاعلات و قابلية الطفل على الاندماج.

في دراسات سابقة تطرق الكثير لهذا الموضوع بحيث قام شريف (2012) بدراسة فاعلية برنامج سلوكي تدريبي في خفض اضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد لدى أطفال طيف التوحد، و أثره على مستوى تحسن مستوى التفاعلات الاجتماعية لديهم، و قد تكونت عينة الدراسة من (08) أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، و كانت أدوات الدراسة عبارة عن مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، و أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال طيف التوحد في القياس القبلي و البعدي على مقياس ضعف الانتباه و النشاط الزائد لصالح القياس البعدي، و أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في القياس البعدي و التتبعي لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

و قد قام كل من أ.د شهيناز محمد السيد، د, رانيا محمد نبيل الجندي، أ, إيمان سيد محمد محمود (2022) بدراسة أثر أنشطة منتسوري في خفض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى أطفال التوحد المدمجين بالروضة، و تكونت عينة البحث

من (06) أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد البسيط المترددين بمركز بلوترى بأسيوط و تراوحت أعمارهم ما بين (4–7) سنوات، و تتراوح درجاتهم على مقياس جيليام من (87–113)، و على مقياس كارز (30–36)، و قد تم استخدام مقياس كونرز لقياس فرط الحركة و تشتت الانتباه لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، و قد اعتمدت الباحثة على المنهج شبه التجريبي حيث تم استخدام بطاقة الملاحظة السلوكية، بالإضافة إلى البرنامج التدريبي القائم على إستراتيجية التكامل الحسي من خلال أنشطة منتسوري، و أسفرت نتائج البحث عن وجود أثر دال لإستراتيجية التكامل الحسي من خلال أنشطة منتسوري، لخفض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى أطفال طيف التوحد المدمجين بالروضة.

و قد قام كل من الغامدي منيرة، و حمدان الخميسي، السيد سعد، الشيراوي مريم، (2017)، بدراسة فاعلية برنامج تدريبي في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، و تكونت عينة البحث من (07) أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد بمركز كيان للتربية الخاصة بمملكة البحرين، أعمارهم بين (4–7) سنوات، و قد تم استخدام منهج شبه التجريبي في البحث، و تكونت أدوات البحث من مقياس النشاط الزائد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، و قائمة التعرف على المعززات المحببة لدى الأطفال، ثم قائمة اللعب، و البرنامج التدريبي لخفض النشاط الزائد و جميعهم من إعداد الباحثين، و أشارت نتائج البحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في النشاط الزائد لدى الأطفال قبل و بعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي، و عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في النشاط الزائد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في القياس البعدي و التتبعي للبرنامج. و هذا ما دعاني لمحاولة البحث في هذا الموضوع، عن مفهومه، وعن أسلوب حياة الأطفال المصابين بهذا الاضطراب وكيف يمكن تعديل سلوكياتهم و السيطرة على الأعراض ومن هنا تتمثل إشكالية البحث في :

- ما مدى فاعلية برنامج تكفل نفسي بالأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد البسيط المصحوب بفرط الحركة و نقص الانتباه؟

فرضيات الدراسة:

- الفرضية العامة:

لبرنامج التكفل النفسي فاعلية في خفض النشاط الزائد و زيادة الانتباه لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

- الفرضيات الجزئية:

لبرنامج التكفل فاعلية في خفض الحركة لدى أطفال طيف التوحد.

لبرنامج التكفل فاعلية في زيادة الانتباه لدى أطفال طيف التوحد.

لبرنامج التكفل فاعلية في خفض الاندفاعية لدى أطفال التوحد.

أهداف الدراسة:

- تهدف الدراسة إلى بناء برنامج تكفل لذوي أطفال طيف التوحد من خلال تطبيق مقياس كونرز conners للتخفيف من حدة أعراض فرط الحركة.
- التطلع أكثر للجوانب الايجابية لبرامج التكفل و أثرها على سلوك الطفل المصاب بطيف التوحد الخفيف.
- إبراز أساليب التعامل مع الطفل التوحدي المصاب باضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه.

- التحكم في سلوك الطفل المصاب بطيف التوحد الخفيف المصحوب بفرط الحركة و نقص الانتباه من خلال برامج التكفل.

أسباب اختيار الموضوع:

- الرغبة و الميول لمعالجة المواضيع التي تدور حول اضطراب طيف التوحد باعتبارها الفئة الأكثر انتشارا.
- من أجل توعية الأولياء بالطرق السليمة للتعامل مع هذه الشريحة.
- معرفة مدى تأثير برامج التكفل على اضطراب طيف التوحد المصحوب بفرط الحركة و نقص الانتباه.

أهمية الدراسة:

- تكمن أهمية البحث باعتبار اضطراب طيف التوحد محل اهتمام الباحثين في علم النفس العيادي.
- العمل ببرنامج التكفل للتخفيف من حدة أعراض المصابين بطيف التوحد المصحوب بفرط الحركة و نقص الانتباه.
- التركيز على نقاط القوة و الضعف بعد تطبيق مقياس كونرزconners ، لتعديل سلوك الطفل.

المفاهيم الاجرائية:

اضطراب طيف التوحد: هو مجموع النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق اختبار قياس اضطراب طيف التوحد CARS.

اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه: و نقصد به مجموع الدرجات التي تحصلت عليها الحالة بعد تطبيق مقياس كونرز conners، إذ كلما ارتفع مجموع الدرجات عند أطفال التوحد دل ذلك على وجود اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه (ADHD) .

برنامج تكفل: و نقصد به جملة النشاطات التفاعلية السلوكية، التي تعمل على خفض درجة الحركة و الاندفاعية و زيادة الانتباه لدى أطفال التوحد.

الفصل الأول:

اضطراب طيف التوحد.

تمهيد:

إن الأعداد المتزايدة من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لفت انتباه المختصين و الباحثين و أولياء الأمور في فهم هذا الأخير و معرفة أسبابه و طرق علاجه، باعتباره أحد أكثر الاضطرابات النفسية العصبية و الانفعالية تعقيداً، بسبب غموض الأسباب المؤدية إلى حدوثه، و بسبب تأثيرها الحاد على سلوك و انفعالات الطفل و تواصله مع المجتمع، مما استدعى تضافر الجهود من أجل تقديم برامج تساعد على تكيف الطفل و تعديل سلوكياته.

1- تعريف اضطراب طيف التوحد:

قدم لنا الدليل الإحصائي الخامس DSM5 توضيحا لاضطراب طيف التوحد من خلال ثلاث نقاط تطرقنا إليها في هذا الفصل.

" Autism spectrum disorder (F84.0)

A- عجز ثابت في التواصل و التفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ و ذلك من خلال مايلي، (الأمثلة توضيحية و ليست شاملة):

1/ عجز عن التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح على سبيل المثال، من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل الأخذ و الرد في المحادثة إلى تدنٍ في المشاركة بالاهتمامات و العواطف أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

2/ العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي و غير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري و

لغة الجسد أو العجز في فهم و استخدام الإيماءات إلى انعدام تام للتعابير الوجهية و التواصل غير اللفظي.

3/ العجز في تطوير العلاقات و المحافظة عليها و فهمها، يتراوح مثلا من صعوبات تعديل السلوك لتلاؤم السياقات الاجتماعية المختلفة إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، إلى انعدام الاهتمام بالأقران". (د.حمد، معايير DSM5، ص 28).

" تعريف الدليل الإحصائي الأمريكي الرابع، المراجع الصادرة من جمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM-IV-2000): اضطراب طيف التوحد هو اضطراب عصبي نمائي شامل يؤدي إلى انحراف في النمو العادي لدى الطفل أو يعتبر فئة فرعية من المجموعات الكلية المتمثلة و بالاضطرابات النمائية الشاملة و التي تتضمن اضطرابات التوحد أو متلازمة أسبرجر و متلازمة ريت و اضطراب التفكك الطفولي و الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد و تتمثل الأعراض الرئيسية لاضطراب التوحد فيما يلي:

1–ضعف التفاعل الاجتماعي.

2–ضعف في مهارة التواصل.

3–أنماط متكررة و نمطية من النشاطات و السلوكيات و الاهتمامات" (د.قطناني، 2018، ص22).

و قد قدم لنا الدليل الإحصائي (ICD11) تعريفا شاملا لاضطراب طيف التوحد و ذكر انه: " يتسم بالعجز المستمر في القدرة على بدء و استدامة التفاعل الاجتماعي المتبادل و التواصل الاجتماعي، و بمجموعة من أنماط السلوك و الاهتمامات المحدودة المتكررة و غير المرنة، يبدأ الاضطراب خلال فترة النمو، عادةً في مرحلة الطفولة المبكرة و لكن قد لا تظهر الأعراض بشكل كامل حتى وقت متأخر، و ذلك عندما تتجاوز المطالب الاجتماعية القدرات المحدودة، يكون العجز شديد بما يكفي لإحداث تدنٍ في المجالات

الشخصية أو الأسرية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية و غيرها من المجالات المهمة، و عادة ما تشمل تلك السمات أداء الفرد و الذي يمكن ملاحظته في جميع السياقات، على الرغم من أنها تختلف وفقاً للسياقات الاجتماعية أو التعليمية أو غيرها، يظهر الأطفال مجموعة كاملة من الوظائف الذهنية و القدرات اللغوية". (د.أنور الحمادي ،2021، ص 82).

"وحددت الرابطة الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Asseciation) معايير يمكن من خلالها الحكم على وجود التوحد و هذه المعايير هي:

1-بداية ظهور الاضطراب قبل (30) شهر من عمر الطفل.

2-العجز الواضح و عدم القدرة على الاستجابة للآخرين.

3-صعوبة تطوير اللغة، و في حالة وجود اللغة فإنها تأخذ أشكال شاذة مثل ترديد ما يقوله الآخرون و عكس الضمائر و السرعة في الكلام.

4-الاستجابات الشاذة للتغيرات المختلفة التي تحدث في البيئة". (قطناني، 2018، ص 21) .

إذاً و من خلال التعريفات السابقة نجد أن اضطراب طيف التوحد هو اضطراب نمائي عصبي تظهر أعراضه على الطفل قبل الثلاث سنوات الأولى من حياته، و يسبب قصوراً في النمو على عدة مستويات، مؤدياً إلى انطواء الطفل و تجنبه للآخرين مع صعوبات واضحة في التواصل معهم.

2- خصائص و سمات الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد:

2-1- السمات اللغوية:

اضطرابات اللغة: يمكن تفسير أسباب الاضطرابات الكلامية و اللغوية لدى المصابين بطيف التوحد من خلال النقاط التالية:

- يرتبط الاضطراب الكلامي و اللغوي بمستوى التطور العقلي، فالأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الذين لديهم مستويات تطور ذهني منخفضة يحتمل أن تكون لديهم صعوبات في قواعد اللغة، و هكذا فإن صيغ الأفعال (بالدلالة الصحيحة على أزمانها)، و الحروف (كحرف الجر، و حرف نصب الأفعال و جزمها، و الحروف الأخرى)، ستأخذ من أطفال التوحد وقتا أطول قبل إتقانها مقارنة مع الأشخاص العاديين.
- انتهت دراسة مينشو و جولدستين (Goldstein &Minchew ,1998) إلى أن الدمج النسبي للنظام البصري المكاني يكون به عجز واضح لدى أطفال التوحد فعلى سبيل المثال أفراد التوحد من المستوى الوظيفي المرتفع لديهم لديهم صعوبات كبيرة في تتبع التعليمات المعقدة المتتالية، و تشير دراسة كميو و توتشي (Kamio & toichi, 2000) إلى أن أطفال التوحد في التحضير الدلالي يؤدون أفضل على مهام تكملة صور الكلمات من مهام تكملة الكلمة.
- يفقد أطفال التوحد الاتصال اللفظي و غير اللفظي، و يأتي قصور الاتصال اللفظي نتيجة عدم قدرة الطفل على تفهم الرموز اللغوية، و ما هو من المفروض أن تنقله إليه من معاني، حيث أن الأصوات العالية قد لا تثير استجابة لديه في حين أنه قد يستجيب لحفيف الأشجار أو ورق الجريدة، و نتيجة لعدم فهم هذا لا يستطيع إتقان الكلام للتعبير". (مصطفى و آخرون، 2011، ص 79).

المصاداة (ترديد الكلام أو الإكولاليا): تعتبر المصاداة من أكثر السمات اللغوية شيوعاً في التوحد و تصيب حوالي 75% منهم، حيث يكرر الطفل الكلام بنفس الطريقة، و قد فسر لجوء أطفال التوحد إلى المصاداة:

- ❖ يعتقد بريزنت (prizant, 1982,1983)، أن الأسلوب الكلي أو الجشطلتي يكون مفيداً في تفسير اكتساب اللغة لدى أطفال التوحد، فالأطفال يستخدمون الطريقة

التحليلية و هي الأكثر شيوعا لدى الأطفال العاديين، و ترتبط بتقدم الطفل من كلمة إلى أخرى ثم نطق الكلمات أو عبارات متعددة معتمداً على الاكتساب أو القواعد اللغوية، و يؤدي هذا إلى التوليد و المرونة في إنتاج النطق، و على النقيض فإن الطريقة الكلية هي استخدام الأسلوب الكلي مثل نطق كلمات متعددة دون أن يفهم الطفل الأجزاء المكونة لها فهماً حقيقياً، و حيث أن الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد يتأخر في نطق الكلمات الأولى مقارنة بالطفل العادي، فإن أطفال التوحد يتعلمون اللغة بالطريقة الكلية من خلال المصاداة، و يعتقد برزانت أن أطفال التوحد من ذوي الأداء الوظيفي المرتفع و الذين لديهم إمكانيات معرفية كبيرة يتحركون عبر متصل من العمليات الكلية إلى التحليلية، و هؤلاء الأفراد يكونون أكثر مرونة، و منتجين للغة تجعلهم ينطقون المقاطع في وحدات ذات معنى، و على النقيض فإن أطفال التوحد الأقل أداءً وظيفياً يبقون عند العمليات الكلية لإنتاج اللغة بأسلوب جشطلتي.

- ❖ كما قد تبدو المصاداة أنها لا تقدم أية منافع للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، فهي عندما يكون الطفل مشوشاً و في حالة من الخوف و الألم، و في هذه الحالة تفسر المصاداة على أنها هروب من المثيرات الانفعالية السلبية، و هذا التعزيز السلبي من المحتمل أن يزيد من تكرار المصاداة، لأن الطفل تعلم أن يكون له طريقة فعالة للهروب من التحديات و المواقف الباعثة على عدم الشعور بالارتياح.
- ❖ كما قد ترجع إلى قصور أطفال التوحد في التواصل، فالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد أثناء تعرضه للمواقف و التي تكون مليئة بالأسئلة و التعليقات، يجد صعوبات بالغة في إعطاء استجابات مناسبة.

❖ كما قد تعزى إلى صعوبات في الفهم و التجهيز المعرفي الذي من المحتمل أن يساهم في حدوث ذلك، أو قد ترجع إلى قصور في قدرة أطفال التوحد على التركيز". (د.مصطفى و آخرون، 2011، ص80)

2-2-السمات السلوكية:

" **اضطرابات النوم:** تفسر اضطرابات النوم لدى أطفال التوحد:

- الاضطرابات النفسية و التي تشمل الاندفاعية، العدوانية و نوبات الغضب، إصابة الذات و السلوك التدميري، الحركة الزائدة، القلق، و الاكتئاب.
- إن أطفال التوحد حساسون للمثيرات البيئية، للمس، و لضوء، و الصوت، أو الحركات في الحجرة التي يستلقي فيها الطفل و كل هذه الاضطرابات من الممكن أن تساهم في حدوث اضطرابات النوم.
- انتهت دراسة ويليامز و آخرون (wiliams et al,2004) إلى وجود ارتباطات بين مشكلات النمو و المشكلات الطبية، مشكلات في الإبصار، مشكلات في التنفس، نزلات البرد، تكون مرتبطة بانخفاض النوم، الحساسية الزائدة، الصرع الربو، الطقوس وقت النوم، تناول العقاقير الطبية، التاريخ الأسري في مشكلات النمو، تكون مرتبطة باضطرابات النوم لدى هؤلاء الأطفال". (د. مصطفى و آخرون ،2011، ص101).

اضطرابات الأكل: Eating disorders & Autism

- الطفل الرضيع المصاب باضطراب طيف التوحد من الولادة إلى الشهر الثالث يفتح فمه لزجاجة الإرضاع أو لثدي أمه، و من الشهر الثالث إلى الشهر التاسع يأكل

طعام الرضع بالملعقة و يصل إلى زجاجة الإرضاع و يمسكها، و من الشهر التاسع إلى الشهر الثاني عشر يمضغ الطعام و يطعم ذاته بأصابعه و يشرب من الكوب.

- يرفض الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد مضغ الطعام الصلب، لا يأكل أو يشرب إلا ما اعتاد عليه فقط كما يأكل مواد غير صالحة للأكل مثل التراب، الحجارة، الزجاج، و مشكلة المزاجية المفرطة إما في الإصرار على تناول طعام معين، أو الإصرار على أن يقدم الطعام و يرتب بنفس الطريقة على طاولة الأكل.
- لديهم حساسية زائدة للتكوين أو الطعم أو الرائحة مما يجعل الإحساس بالأكل غير مرغوب فيه مع تلذذ الآخرين به، قلة الحساسية للأكل تزيل بعض الطعم". (مصطفى و آخرون ،2011، ص111).

2-3- السمات النفسية:

التطور الانفعالي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد:

لقد أظهرت الدراسات بأن الأطفال الرضع المصابين بطيف التوحد في أعمار نمائية من 6-24 شهراً لديهم قصور في التواصل الاجتماعي مع الآخرين و هذا يدل على أن أطفال التوحد لديهم صعوبات في اختبار انفعالاتهم الخاصة و أيضا إدراك و فهم انفعالات الآخرين، و في هذه المرحلة يبني الطفل قدرات للتعبير عن الانفعالات بعد الميلاد بوقت قصير.

الإدعاء بأن الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد لديه نقص في الانفعالات و الخبرات الانفعالية و يكون أقل حدة من العاديين، و هذا يحدث على الرغم من أنه من المعلوم أن ردود الفعل الانفعالية القوية لاسيما السلبية التي تظهر من خلال سلوكيات أطفال التوحد في مواقف محددة، و هناك أيضاً دلائل واضحة و إشارات من الحساسية للمزاج أو

مشاعر الآخرين، مثل أن يبدي أية استجابة للتلميحات أو المنبهات اللفظية أو غير اللفظية. (د. مصطفى و آخرون ، 2011، ص 206).

و منه يمكننا القول أن إدراك الانفعالات المعقدة عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يكون ممكناً في مرحلة متقدمة من دورة التعلم الاجتماعي، و على الرغم من ذلك يبقى الطفل عاجز عن إدراك انفعالاته و حتى انفعالات الآخرين.

اضطرابات القلق:

يعتبر الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد على وجه الخصوص من أكثر الأطفال عرضة للشعور بالقلق، فقد وجد أن 55% من أطفال التوحد لديهم أحد اضطرابات القلق، و تعد المخاوف منتشرة لدى الأطفال و المراهقين المصابين باضطراب طيف التوحد، و القلق المعمم، و اضطرابات قلق الانفصال، و الاضطراب الوسواس القهري، و المخاوف الاجتماعية".

" و حوالي 11% من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في الأعمار ما بين 5–21 سنة يختبرون على الأقل إحدى الاضطرابات النفسية عند دخول المستشفيات.

و الاضطرابات النفسية المقررة لدى أطفال التوحد كانت، الاكتئاب، الحركة الزائدة، و عدم الانتباه، العدوان، و اضطراب الوسواس القهري، المخاوف، و القلق المعمم، اضطرابات الهلع، قلق الانفصال، و القلق الاجتماعي.

و في مراجعة للبحوث وجد لينهرت (Lainhart,1999) أن حدوث اضطرابات القلق، و أعراض القلق تراوحت ما بين 7% إلى 84% لدى الأطفال و الراشدين من ذوي اضطراب طيف التوحد". (د. مصطفى و آخرون ،2011: 231).

و منه نجد أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد هم أكثر عرضة للاضطرابات النفسية المختلفة و أكثرها انتشارا هي اضطرابات القلق حيث هؤلاء الأطفال تضاعفت لديهم فرص الإصابة باضطراب القلق و الاضطرابات المزاجية بنسبة كبيرة.

أسباب اضطراب طيف التوحد:

لا توجد أسباب واضحة و متفق عليها حول اضطراب طيف التوحد إلى حد الساعة و كان يُعتقد بأنه يحدث بسبب آباء هؤلاء الأطفال و هناك اعتقاد يقول أن سببه عضوي، و آخر يرى أنه نفسي و وراثي، و من بين الاعتقادات التي قدمها الباحثون نذكر:

1- **العامل الوراثي أو الجيني:** " إن دراسة جينات هؤلاء الأطفال لم تظهر وجود أي مرض عقلي أو شذوذ في تكوين كروموسوماتهم، إلا أن دراسة "جدوماندل" تشير إلى أن نسبة حدوثه بين الإخوة العاديين 12% و قد يعزي أسباب انتشاره بين التوائم المتطابقة إلى الاتصال و الاندماج خلال مرحلة الحمل و المخاض الأمر الذي يؤدي إلى تعرضهم للإصابة بالمرض أكثر من التوائم العادية". (العزة, 2009, ص60).

" لازال هناك جدل كبير حول دور الوراثة في اضطراب طيف التوحد، فالبعض يعتبر الوراثة عاملاً ممهداً، و البعض الآخر يعتبرها عاملا مسبباً، و أكدت الكثير من البحوث و الدراسات في نتائجها أن للوراثة دور في إعاقة التوحد و في نتائجها مؤشرات توحي بدور الوراثة، كالتالي:

- ينتشر التوحد بنسبة 2-4% بين أطفال و آباء توحديين.
- ينتشر التوحد بنسبة 36% بين التوائم المتطابقة.
- ينتشر التوحد بنسبة 2% من بين التوائم المتشابهة.

- يوجد (9،7%) من عينة أسر ممثلة لمجتمع بها أكثر من طفل توحـــدي، و هنـــاك انتشار إعاقات مصاحبة للتوحد، مثل إعاقة ريت و هي إعاقـــة تصـــيب الإنـــاث فقط".(وطفة، 2014، ص47).

2- **العامل البيولوجي:** يعزي علماء البيولوجيا أسباب الاضطراب إلى خلل بيولوجي و قد أشارت الدراسات إلى ارتفاع غير عادي في الإصابة بهذا الاضـــطراب، فـــي عمليات الولادة العسيرة، و عزى آخرون حدوثه إلى تطعم الأمهات ضد الحصـــبة الألمانية أثناء الحمل و أشارت دراسات أخرى إلى وجود اضطرابات فـــي نشـــاط الموجات الكهربائية في دماغ الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

3- **العامل النفسي (علاقة الطفل بالأم):** يرى أصحاب هذا الاتجاه بأن الظروف النفسية غير الملائمة هي السبب في ذلك و قد أشار "كانرL.Kanner" إلى أن آباء هـــؤلاء الأطفال يتصفون بذكاء مرتفع، و أن معظمهم يعملون في مهن و أعمال متخصصة و أن لديهم برود عاطفيا و يتصفون بالسلبية اتجاه أطفالهم، و قد رأى "باتلهم" بأن سبب الإصابة بطيف التوحد يعود إلى نقص في تعزيز الوالدين للتطور الطبيعـــي لاستجابات الطفل.(العزة،2009، ص 60).

4- **العامل البيئي:** أكدت بعض الدراسات و البحوث أن وجود خلل عضوي، عصـــبي أو بيولوجي تحدث 92% منها أثناء فترة الحمل:

- إصابة الأم بأنواع من الحميات المصاحبة كالحصبة الألمانية.
- تعرض الأم لجرعات إشعاعية.
- حدوث نزيف متكرر مصاحب بهبوط بعد الشهر الثالث.
- تناول الأم العقاقير بدون إذن من الطبيب.
- حدوث رشح شامل في الرحم EDEMA .
- كبر سن الأم الحامل.
- التلوث البيئي مثل الرصاص و الزئبق، التدخين.

- نقص الأكسجين الواصل لمخ الجنين.

تلك هي نسب ضئيلة من العوامل المسببة، و مع ذلك لم يوجد تحديد دقيق للعوامل التي يمكن الجزم بأنها السبب المباشر، و لكن ما يمكن تعميمه هو أن معظم العوامل المسببة تكمن في المخ و الجهاز العصبي، كما أن معظم العوامل المسببة تحدث أثناء الحمل أو قبله بينما نسبة ضئيلة تحدث بعد الولادة. (وطفة،2014، ص48).

5-أسباب ما قبل الولادة و أثناءها: أشارت الدراسات أن الاضطرابات التكوينية و صعوبات الولادة قد تكون إحدى الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد، و حسب "أسامة محمد البطانية" فإن العوامل التي تساهم في الإصابة بالتوحد هي:

ـ الالتهابات الفيروسية:

- الحصبة الألمانية: و هو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.
- تضخم الخلايا الفيروسية: و هو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.
- الالتهاب الدماغي الفيروسي: و هو التهاب دماغي فيروسي يتلف مناطق الدماغ المسئولة عن الذاكرة.

ـ اضطرابات عمليات الأيض: تتمل في:

- حالات شذوذ أيض البيورين: و هو خلل في الأنزيمات يؤدي إلى إعاقات في النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية توحدية.
- حالات شذوذ أيض الكربوهيدرات: و هو خلل في قدرة الجسم على امتصاص العناصر النشوية الموجودة في الطعام.
- نظرية الحامض الأميني بيتايد: في هذه النظرية تفترض أن التوحد نتيجة وجود الحامض الأميني بيتايد الخارجي المنشأ (من الغذاء) الذي يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز

العصبي المركزي، و هذا التأثير يكون بشكل مباشر أو من خـــلال التـــأثير علـــى تلـــك الموجودة و الفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى اضطراب العمليات الداخلة لكـــن في هذه النظرية نقاط ضعف، فهذه المواد لا تحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص و مع ذلك لم يصب بالتوحد، لذلك تأتي نظرية أخرى تقول بأن الطفـــل المصـــاب باضـــطراب طيف التوحد لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ و المؤثرة على الدماغ ما يؤدي إلى حدوث أعراض التوحد". (أحمد يحيى،2003: 595).

و منه نجد أن الكثير من الدراسات بحثت حول أسباب الإصابة باضطراب طيف التوحـــد نظراً للارتفاع الغير العادي له، و بالرغم من اختلاف الأسباب لم تتوصل الدراسات إلـــى تفسير دقيق للإصابة بهذا الاضطراب.

تشخيص اضطراب طيف التوحد:

إن تشخيص اضطراب طيف التوحد ليس بالأمر السهل باعتباره اضطراب ذو أعـــراض مختلفة تتباين من فرد لآخر، و كذا لعدم وجود اختبارات طبية تطبق لتشخيصه، حيث يتم تشخيصه في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة مختص معتمد و عادة ما يكون اختصاصي في نمو الطفل و ذلك قبل عمر الثلاث سنوات.

- **معايير تشخيص التوحد كما نص عليها DSM5:**

أشار الدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية على:

A ــ عجز ثابت في التواصل و التفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ و ذلك من خلال ما يلي، (الأمثلة توضيحية و ليست شاملة):

1-عجز عن التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح، على سبيل المثال، من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل الأخذ و الرد في المحادثة، إلى تدن في المشاركة بالاهتمامات، و العواطف، أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

2-العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي و غير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري و لغة الجسد أو العجز في فهم و استخدام الإيماءات، إلى انعدام تام للتعابير الوجهية و التواصل غير اللفظي.

3-العجز في تطوير العلاقات و المحافظة عليها و فهمها، يتراوح، مثلا من صعوبات تعديل السلوك لتلاءم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

تحديد الشدة الحالية:

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي و أنماط السلوك المحددة، المتكررة.

B ــ أنماط متكررة محددة من السلوك، و الاهتمامات، أو الأنشطة و ذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ، (الأمثلة توضيحية و ليست شاملة).

1-نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء أو الكلام (مثلا أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب أو تقليب الأشياء، و الصدى اللفظي، و خصوصية العبارات).

2-الإصرار على التشابه و الالتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي، (مثلا، الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة، و الصعوبات عند التغيير، و أنماط التفكير الجامدة و طقوس التحية، و الحاجة إلى سلك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).

3-اهتمامات محددة بشدة و شاذة في الشدة و التركيز (مثلا، التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة مفرطة المواظبة).

4-فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة(مثلا، عدم الاكتراث الواضح للألم/درجة الحرارة، و الاستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة، الإفراط في شم و لمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركة).

تحديد الشدة الحالية:

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي و أنماط السلوك المحددة، المتكررة.

C ــ تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (و لكن قد لا يتضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقا في الحياة).

D ــ تسبب الأعراض تدنيا سريريا هاما في مجالات الأداء الاجتماعي و المهني الحالي، أو في غيرها من المناحي المهمة.

E ــ لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقات الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل إن الإعاقة الذهنية و اضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان، و لوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية و اضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

حدد ما إذا كان:

مع أو دون ضعف فكري مرافق.

مع أو دون ضعف لغوي مرافق.

مترافق مع حالة طبية أو وراثية معروفة أو عامل بيئي.

مترافق مع اضطراب آخر في النمو العصبي، أو العقلي، أو السلوكي.(أ. حمد، 28:DSM5).

خلاصة الفصل:

بالرغم من أن الاتجاهات العلاجية لأطفال اضطراب طيف التوحد كثيرة و متعددة إلا أنه لا توجد طريقة علاج مؤكدة و ناجحة مع كل المصابين بطيف التوحد، كما لا يجب إغفال دور الوالدين و المعلمين و ضرورة المعرفة الكافية بالاضطراب و استخدام استراتيجيات علاجية و فنيات متعددة لما لها من أهمية في تعليم أطفال طيف التوحد.

الفصل الثاني:

اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه.

تمهيد:

تتعدد الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال، و لعل أكثرها انتشارا نجد اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه Attention dificit Hyperactivity disorders بحيث يشغل هذا الاضطراب اهتماما كبيرا لدى علماء النفس كونه يتعرض لمظاهر السلوك المضطرب و كذلك لارتباطه من ناحية أخرى بصعوبات التعلم، و في هذا الفصل سيتم التعرف على مفهوم هذا الاضطراب، أعراضه، أسبابه، و طرق تشخيصه، و علاجه.

مفهوم اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه: /Attention Dificit Hyperactivity disorders

"يعرف اضطراب الانتباه بأنه اضطراب في السلوك المعرفي و خاصة الاندفاعية و من ثم يطلق عليه عدم القدرة على التركيز أو انتقاء المثيرات و تزداد هذه الأعراض شدة في المواقف التي تتطلب التحكم الذاتي، و يعزى اضطراب الانتباه لمشكلات سلوكية و مرجعة لقصور في مدى و نوعية التحصيل الأكاديمي و كذلك ضعف القدرة على التعامل مع الأقران"

" و يعرف بأنه اضطراب سلوكي يظهر في ضعف قدرة الفرد على التركيز لوجود مثير خارجي يثير اهتمامه لفترة ثواني قليلة مع عدم بقاء الفرد ثابت في مكانه أي أنه كثير الحركة بصورة ملفتة للنظر مع سرعة الاستجابة" (د.نوبي، 2009، ص 28).

و يعرف حسب ICD11 :

" اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة 6AO5:

يتسم بنمط مستمر (ستة أشهر على الأقل) من عدم الانتباه أو فرط الحركة–الاندفاعية، مع بدء خلال فترة النمو في زمن مبكر من الطفولة إلى منتصفها عادةً، درجة عدم الانتباه و

فرط الحركة–الاندفاعية تقع خارج حدود الاختلاف الطبيعي المتوقع للعمر و مستوى الأداء الذني و يعرقل الاضطراب بشكل كبير الأداء الأكاديمي أو المهني أو الاجتماعي، يشير عدة الانتباه إلى صعوبة كبيرة في الحفاظ على الانتباه متوجهاً إلى المهام التي لا توفر مستوى عال من التحفيز أو المكافأة المتكررة، و التشتت، و مشاكل التنظيم، يشير فرط الحركة إلى النشاط الحركي المفرط و صعوبة البقاء ساكناً، و أشد مايتجلى في المواقف المنظمة التي تتطلب ضبطا ذاتيا للسلوك، الاندفاعية هي الميل للتصرف، استجابة للمنبهات الآنية، دون مناقشة أو نظر للمخاطر و العواقب، و يختلف التوازن النسبي و المظاهر المحددة لخصائص نقص الانتباه و فرط الحركة–الاندفاعية بين الأفراد، و قد يتغير خلال مسار النمو، من أجل تشخيص الاضطراب يجب ملاحظة نمط السلوك بوضوح في أكثر من بيئة" (د. الحمادي، 2021، ص92).

أسباب ظهور اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه: (ADHD)

- **الدماغ:**

"يشير هالاهان و كوفمان (Hallahan & kauffman,2006) إلى أنه من الناحية التاريخية الطبية ورد الكثير من الأبحاث التي دلت على أن أسباب الإصابة باضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد (ADHD) تعود إلى وجود تلف في الدماغ، و في الوقت الحالي أخذ الباحثون بدراسة جميع العوامل البيولوجية المتعلقة بالاضطراب، و لكن لا يوجد دليل قاطع بأن أسباب هذا الاضطراب تعود لوجود خلل في الدماغ.

يشير كاستيلانوس (Castellanos, 1997) إلى أن عدة دراسات ذكرت بأنه يوجد وضع غير طبيعي في الجانب الأيمن من الدماغ، و بشكل خاص القاعدة اليمنى من المخيخ، و يضيف كلا من أحمد و بدر (2004) أن الفص الأمامي الأيمن للدماغ هو

المسئول عن ضعف القدرة على التركيز و الاندفاعية و تأخر الاستجابة". (بن عابد الزارع، 2007، ص 20).

- **العوامل الوراثية:**

" تلعب العوامل الوراثية دورا كبيرا في نقل الخصائص و الصفات من الآباء إلى الأبناء كما أن العوامل الوراثية لها دور كبير في إصابة الأطفال باضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد (ADHD)، و ذلك إما بطريقة مباشرة من خلال نقل الموروثات التي تحملها الخلية التناسلية لعوامل وراثية خاصة بضعف أو تلف المراكز العصبية المسئولة عن الانتباه في المخ أو بطريقة غير مباشرة من خلال نقل الموروثات لمشكلات تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ و بالتالي تؤدي إلى ضعف الانتباه".

"و يضيف كلا من بينكر (Pinker,2002) و هالاهان و كوفمان (2006) أن معظم الأبحاث التي تناولت العوامل الوراثية المسببة لاضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد (ADHD) توفرت من خلال ثلاثة مصادر هي:

1. **الدراسات الأسرية:** إن انتشار ضعف الانتباه و النشاط الزائد (ADHD) بين الأسر هو أمر وارد فهو أكثر انتشارا لدى الأسر التي عانى أفراد سابقين فيها من هذا الاضطراب، أي أن وجود تاريخ أسري يحمل هذا الاضطراب مؤشر على إمكانية و احتمالية حدوث هذا الاضطراب لدى الأبناء.
2. **دراسات التوائم:** يذكر هالاهان و كوفمان أن هناك الكثير من الدراسات التي قارنت بين تواجد حالات اضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد (ADHD) لدى التوائم المتطابقة و غير المتطابقة، فقد أسفرت نتائج هذه الدراسات إلى أن احتمالية حدوث حالة اضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد (ADHD) لدى التوائم المتطابقة أكثر احتمالية من غير المتطابقة و لم تذكر نسبة معينة لذلك.

3. **الدراسات الجينية:** أشارت العديد من الدراسات ذات العلاقة بأن هناك عددا من الجينات لها علاقة بحدوث حالات اضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد (ADHD) و قد يكون من الصعب تحديدها بسبب عدم وجود دراسات كثيرة تتفق مع بعضها البعض حول الجينات ذات العلاقة".(د. بن عابد الزارع، 2007: 29).

- **السموم و الأطعمة و العوامل الطبية:**

" أشارت العديد من الدراسات التي تناولت العلاقة بين السموم و الأطعمة و العوامل الطبية و بين حدوث حالات اضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد (ADHD)، إلى أن مختلف أنواع الأطعمة، كأطعمة الحمية و السكريات و الأطعمة الجاهزة المعلبة أو الخضروات الملوثة بالمبيدات الحشرية و السموم التي نتلقاها عبر البيئة مثل القصدير و الرصاص قد تمثل أسبابا تؤدي لحدوث مثل هذا الاضطراب، و ما يتصل به من اضطرابات، و لكن مثل هذه البحوث تعد ضعيفة لعدم توفر نتائج قطعية تحتم عملية غزو السبب لها، و يضيف بعض الباحثين أن مثل هذه المواد قد تؤدي إلى حدوث ضعف في نمو الجنين داخل رحم الأم و بالتالي يكون عرضة للإصابة بمثل هذه الاضطرابات، كما أن التعقيدات و المشكلات الطبية المتعلقة بآلية الولادة و المشكلات المصاحبة لها و تدني وزن الجنين عند الولادة قد تؤدي لحدوث حالة اضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد (ADHD)، و لكن جميع الأدلة الناتجة عن تلك الأبحاث كما ذكرنا سابقا هي أدلة غير قطعية". (د. بن عابد الزارع،2007، ص29).

من خلال ما ذكر سابقا و ما كتب عن أسباب اضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد (ADHD)، فإن كل هذه الأسباب تؤثر سلباً على الطفل و تزيد من احتمالية حدوث هذا الاضطراب كالعوامل الوراثية و العوامل الطبية، السموم، خلل في الدماغ.

أعراض اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه: (ADHD)

" A – نمط مستمر من عدم الانتباه و/أو فرط الحركة – الاندفاعية يتداخل مع الأداء أو التطور، كما يتظاهر ب (1) و/أو (2):

عدم الانتباه: ستة من الأعراض التالية أو أكثر استمرت لستة أشهر على الأقل بدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري و التي تؤثر سلبا و مباشرة على النشاطات الاجتماعية و المهنية و الأكاديمية:

a/ غالبا ما يخفق في إعارة الانتباه الدقيق للتفاصيل أو يرتكب أخطاء دون مبالاة في الواجبات المدرسية أو العمل أو في النشاطات الأخرى (مثلا إغفال أو تفويت التفاصيل، العمل غير الدقيق).

b/ غالبا ما يصعب عليه المحافظة على الانتباه في أداء العمل أو في ممارسة الأنشطة (مثلا صعوبة المحافظة على التركيز خلال المحاضرات، المحادثات، أو القراءة المطولة).

c/ غالبا ما يبدو غير مصغ عند توجيه الحديث إليه مباشرة (عقله يبدو في مكان آخر مثلا، حتى عند غياب أي ملهي واضح).

d/ غالبا لا يتبع التعليمات و يخفق في إنهاء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية أو الواجبات العملية (يبدأ المهام مثلا و لكنه يفقد التركيز بسرعة كما يتلهى بسهولة).

e/ غالبا ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام و الأنشطة (الصعوبة في إدارة المهام المتتابعة مثلا، صعوبة الحفاظ على الأشياء و المتعلقات الشخصية بانتظام، فوضوي غير منظم للعمل، يفتقد لحسن إدارة الوقت، و الفشل في الالتزام بالمواعيد المحددة).

f/ غالبا ما يتجنب أو يكره أو يتردد في الانخراط في مهام تتطلب منه جهدا عقليا متواصلا (كالعمل المدرسي أو الواجبات في المنزل، للمراهقين الأكبر سنا و عند البالغين إعداد التقارير و ملئ النماذج، مراجعة الأوراق الطويلة).

g/ غالبا ما يضيع أغراضا ضرورية لممارسة مهامه و أنشطته (كالكتب المدرسية، و الأقلام، و الأدوات و المحافظ و المفاتيح و الأوراق و النظارات و الهواتف النقالة).

h/ غالبا ما يسهل تشتيت انتباهه بمنبه خارجي (للمراهقين الأكبر سنا وعند البالغين قد تتضمن أفكارا غير ذات صلة).

i/ كثير النسيان في الأنشطة اليومية (مثل الأعمال الروتينية اليومية، إنجاز المهام، للمراهقين الأكبر سنا و عند البالغين، إعادة طلب المكالمات، دفع الفواتير، و المحافظة على المواعيد)". (د. حمد، DSM5: 31).

فرط الحركة–الاندفاعية: ستة من الاعراض التالية استمر لستة اشهر على الاقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلبا ومباشرة على النشاطات الاجتماعية والمهنية والاكاديمية.

(a)غالبا ما يبدي حركات تململ في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه.

(b) غالبا ما يغادر مقعده في الحالات التي ينتظر فيها منه أن يلازم مقعده.(في صفوف الدراسة أو المكتب أو أماكن العمل الاخرى أو في الحالات التي تتطلب ملازمة المقعد).

(c) غالبا ما يركض أو يتسلق في مواقف غير مناسبة (قد يقتصر الامر عند المراهقين أو البالغين على إحساسات الشعور بالانزعاج).

(d) غالبا ما يكون لديه صعوبات عند اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.

(e) غالبا ما يكون متحفزا أو يتصرف كما لو أنه"مدفوع بمحرك" (لا يرتاح للثبات في أي شيء معين لفترات مطولة كما في المطاعم أو الاجتماعات حيث قد يلحظ الآخرون صعوبة التماشي معه).

(f) غالبا ما يتحدث بإفراط.

(g) غالبا ما يندفع للإجابة قبل اكتمال الأسئلة (يكمل الجمل للآخرين مثلا، لا ينتظر دوره عند الحديث).

(h) غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره (عند الانتظار في الطابور مثلاً).

(i) غالباً ما يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه في شؤونهم (مثلا في المحادثات والألعاب، أو الأنشطة، قد يبدأ في استخدام أشياء الآخرين دون أن يطلب أو يتلقى الإذن، بالنسبة للمراهقين والبالغين، قد يتدخل أو يستولي على ما يفعله الآخرون).

B– وجود بعض أعراض فرط الحركة – الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه قبل عمر 12 سنة .

C– وجود بعض أعراض فرط الحركة – الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه في بيئتين أو أكثر (في المدرسة مثلا والعمل وفي المنزل، مع الأصدقاء أو الأقارب أو غيرها من الأنشطة).

D– يوجد دليل صريح على تداخل الأعراض أو إنقاصها لجودة الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

E– لا تحدث الأعراض حصراً في سياق الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر ولا تفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر (مثل اضطراب المزاج، أو اضطراب القلق، أو

اضطراب تفارقي، أو اضطراب شخصية، الانسجام أو السحب من مـــادة مـــا)". (د. حمد، معايير DSM5، ص 33).

وحسب الدكتور محمد النوبي محمد علي وضح سمات هذا الاضطراب كما يلي:

" **قصور الانتباه:**

1. يجد الطفل صعوبة في الانتباه للتفاصيل كشكل المنبه ومكوناته، أو يرتكب العديد مـــن الأخطاء الساذجة في واجباته المدرسية أو العمل أو الأنشطة الأخرى التي يمارسها.

2. يجد صعوبة في تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة للمهام التي يقـــوم بهـــا أو الأنشـــطة اللعب التي يشترك فيها.

3. يبدو وكأنه لا يسمعنا عندما نتحدث إليه بشكل مباشر حيث يجد صعوبة فـــي عمليـــة الإنصات.

4. لا يتبع التعليمات التي يتم توجيهها إليه و يفشل في و يفشل في إنهاء الأعمـــال التـــي يكلف بها سواء في المنزل أو المدرسة أو العمل (على ألا يكون ذلك بسبب التحدي مـــن جانبه أو عدم فهمه للتعليمات).

5. غالباً ما يجد صعوبة في ترتيب و تنظيم المهام و الأنشطة التي تعرض عليه.

6. يتجنب الاشتراك في المهام التي تتطلب مجهوداً عقلياً كالواجبات المنزلية أو الأعمـــال المدرسية، أو يكره الاشتراك فيها، أو يتردد في ذلك.

7. غالباً ما يفقد أشياء تعد ضرورية للقيام بالمهام و الأنشطة المطلوبة كاللعب أو الأدوات المدرسية أو الأقلام أو الكتب أو الأدوات المختلفة.

8. يتشتت انتباهه بسهولة للمنبهات الدخيلة حتى لو كانت قوة تنبيهها ضعيفة.

9. غالباً ما يكون كثير النسيان في الأنشطة و الأعمال اليومية المتكررة و المعتادة مما يجعله في حاجة إلى متابعة مستمرة". (د. نوبي،2009، ص54).

" **النشاط الزائد:**

- غالبا ما يتململ أثناء جلوسه ويكثر من حركة يديه ورجليه ويخبط بهما أو يتلوى في مقعده.
- في الغالب يترك مقعده في الفصل أو في المواقف الأخرى التي نتوقع منه خلالها أن يظل جالسا في مقعده فيظل يمشي ذهابا وإيابا دون سبب أو هدف.
- يجري في المكان بإفراط أو يتسلق الأشجار أو الأماكن المرتفعة وذلك في المواقف التي لا يعد ذلك مناسبا (أما بالنسبة للمراهقين فقد يتحدد ذلك بمشاعر ذاتية تتمثل في الاستياء).
- غالبا ما يجد صعوبة في اللعب بشكل هادئ أو الاستغراق بهدوء في أنشطة وقت الفراغ.
- تكون حركته في الغالب مستمرة ونشيطة فلا يكل ولا يتوقف أو يتحرك وكان هناك موتوراً يحركه.
- غالباً ما يتحدث بإفراط". (د. النوبي، 2009، ص58)

" **الاندفاعية:**

و تبدو تلك السمات في صعوبة ضبط السلوك مقدم التأني في الاستماع للمعلم حتى ينتهي من السؤال و من ثم يخطئ الطفل في الإجابة، و السلوك المندفع و ما ينتج عنه من سوء التوافق النفسي و الاجتماعي و عدم إتباع التعليمات، و الاندفاع في الحركة، صعب الترويض معانة، لا يمكن ضبطه أو التحكم في سلوكه، و ينتقل من عمل لآخر دون الانتهاء من الأول، و عدم الاستقرار، غير مطيع اجتماعياً، لا يحترم الآخرين و لا

ينصت إليهم، كثير الدخول في شؤون الآخرين دون أن يطلب منه ذلك، يصعب عليه انتظار دوره في اللعب أو الموافق الاجتماعية، آلية الاستجابة قبل التفكير، نقص التنظيم، التغير المفاجئ في النشاط، و من سمات الاندفاعية التالي:

1. يجيب عن الأسئلة بدون تفكير حتى قبل أن يتم استكمال السؤال الموجه إليه.
2. يجد صعوبة في الانتظار حتى يأتي دوره سواء في اللعب أو غيره.
3. يقاطع الآخرين و يتطفل عليهم و يفرض نفسه عليهم فيتدخل في محادثاتهم أو ألعابهم.(د.النوبي، 2009، ص60).

تشخيص اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه:

" يتم تشخيص اضطراب عجز الانتباه و فرط الحركة وفقاً للمعايير المتضمنة في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس، إذ يقدم هذا الأخير خطوطاً إرشادية لتشخيص اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه و الاضطرابات النمائية، أو السلوكية، أو الانفعالية الأخرى، و ذلك عن طريق عرض قائمة من الأعراض التي قد تشير إلى الاضطراب و كذلك مجموعة من المعايير لتحديد فيما إذا كان الفرد يعاني من اضطراب أم لا و يستدعي تقدير الاضطراب من قبل الآباء، و المعلمين، و ينبغي أن تستمر الأعراض لمدة لا تقل عن ستة أشهر، كما تم الإشارة إليها أنفا في عنصر الأعراض.

كما يحتاج إلى مقابلة طبية و إجراء فحوصات للتأكيد على السلامة الجسمية.

- يذكر كل من باركلي (BARAKLY 1998 & KOFMAN 2005) في (محمدي،43،42،2011) أن قياس و تشخيص أي طفل يعاني من اضطراب قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي لا بد أن يتضمن المراحل التالية:

1. **إجراء الفحوصات الطبية المختلفة:** تعمل أسرة الطفل على إجراء بعض الفحوصات التي تخص الجهاز العصبي، و الجوانب الصحية و الظروف الطبية مثل أورام الدماغ، و الصرع كمسبب لحالة اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه للتأكد من وجود أو عدم وجود مشكلات مرتبطة بها.
2. **إجراء المقابلة الطبية:** يعرض الآباء في المقابلة الطبية الطفل على طبيب نفسي من أجل توفير معلومات عن الخصائص الطبية و النفسية للطفل و تفاعلات الأسرة مع الطفل.
3. **تقديرات المعلمين و الآباء:** عادة ما يكون الآباء و المعلمون أكثر اهتماماً بعملية التقييم، و التشخيص من أجل وضع خطة علاجية لضبط السلوك، و تنظيم حياة الطفل، و بيئته المدرسية، و طرق التدريس الفعالة، حيث تعد الطريقة المثلى لتقييم و تشخيص اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه هي تعريض الطفل لمتطلبات البيئة المدرسية، بالإضافة إلى تقديرات المعلمين، و الملاحظة المباشرة، و المقابلات المباشرة. (سعادنة ،2021، ص 78).

" يهتم الأطباء بشكل رئيسي بكون ما إذا كان الطفل يعاني من مشكلة أم لا، أي أن هدفهم من هذه العملية هو هدف تشخيصي فقط (إطلاق الحكم و الصفة على المفحوص). لكن المعلمين و الآباء يكونوا أكثر اهتماما بعملية التقييم و التشخيص، من أجل وضع خطة علاجية (Tratment Plan) لضبط السلوك و تنظيم حياة الطفل و بيئته الدراسية و طرق التدريس الفعالة (Effictive Teaching Strategies)، يلاحظ الآباء السلوكيات التي يصدرها الطفل المصاب في سن ما قبل المدرسة، و لكن دون جدوى تذكر، فالقياس و التشخيص لا يبرز إلا عند دخول الطفل للمدرسة و ذلك عند مواجهة الطفل للمتطلبات المدرسية، و لا يلاحظ ذلك شخص آخر أكثر من معلم الفصل الذي يستطيع مقارنة سلوك الطفل بأقرانه في الفصل، و بذلك يستطيع المعلم التأكد من أن هذا الطفل يحتاج لخدمات

التربية الخاصة (Special Education Services)، و بالتالي يعمل على إحالة هذا الطفل إلى فريق التربية الخاصة (الفريق متعدد التخصصات) في المدرسة لتقييمه و تشخيصه". (د. الزارع ،2007، ص39).

" بالإضافة إلى التشخيص الذي قامت به الجمعية الأمريكية للطب النفسي بوضع مقاييس للتشخيص، و تم نشره من خلال الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية في صورته الخامسة حسب الشروط التالية:

- أن يتم إجراء الاختبارات على الطفل.
- أن تكون جميع الأعراض موجودة لمدة ستة أشهر أو أكثر.
- أن تظهر الأعراض على الأقل في بيئتين مختلفتين أو أكثر مثل (المنزل، المدرسة، الشارع).
- أن تكون الأعراض قد أثرت على مستواه الأكاديمي و الاجتماعي تأثيرا واضحا.

الأعراض لا تكون محسوبة على أمراض أو حالات أخرى مثل: القلق، الاكتئاب، اضطراب الشخصية، الهستيريا، الفصام و غيرها". (د. نيسان ،2009، ص120).

و من خلال ما ذكر سابقا وجدنا بأن تشخيص اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة (ADHD) يكون عبر إتباع تعليمات و مراحل و أول مرحلة هي اهتمام الآباء بأطفالهم عند ملاحظة سلوكيات غير طبيعية و ذلك باستشارة طبيب أو أخصائي نفساني ليعمل على تشخيص الاضطراب من خلال فحوصات طبية و مقابلات و تطبيق مقاييس تشخيص (ADHD).

علاج اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه:

نظرا لما يترتب عن اضطراب النشاط الحركي الزائد و تشتت الانتباه من صعوبات تعيق عمليات التفاعل الاجتماعي و التعلم يقتضي الأمر التدخل العلاجي المباشر و السريع من قبل أولياء الأمور و المعلمين و المختصين و من بين الأساليب التي يمكن إتباعها ما يلي:

العلاج السلوكي:

يجب تحديد الأهداف اليومية للطفل و يجب تشجيع جهود الطفل للوصول لتلك الأهداف و يجب امتداح تلك الجهود، كما أن الطفل المصاب بفرط النشاط الحركي يحتاج إلى رعاية خاصة من قبل المدرسين و الوالدين، و هذه الرعاية تستند إلى مجموعة من الإرشادات التي تدخل ضمن العلاج السلوكي أهمها:

- تقبل السلوك و أي نقد للطفل النشط أو محاولة الحد من طاقته ليصبح هادئا يؤدي إلى نتائج عكسية على المستوى النفسي و العلائقي.
- توفير منافذ للطفل ينفس فيها عن طاقته الزائدة، فإن تشجيع الطفل على ممارسة الرياضة و خاصة الرياضة الفردية و إيجاد مكان ترفيهي يستطيع الطفل اللعب فيه و الاستمتاع.
- العقود و هي اتفاق على تقديم جوائز مقابل السلوك المرغوب فيه و السلوك الهادف، و عندما يفعل الطفل الشيء الذي يريده، و يجب أن تكون الجائزة عادة صغيرة و علينا أن نحترم العقود و نتمسك بها". (شيفر و ملمان،2006، ص15).
- " تدريب الطفل المفرط حركيا بنشاطات تزيد من التركيز مثل " تجميع الصور، ألعاب الفك و التركيب و غيرها من الألعاب" و عدم حرمان الطفل من ألعابه.
- التغذية المناسبة و الوقاية من المواد التي تسبب رد فعل النشاط الزائد عند الأطفال حسب علماء الحساسية خاصة المواد الحافظة و المواد الممزوجة بالألوان

الصناعية و المشروبات الغازية، إلا أن البعض من المختصين قد اعترضوا على العلاج الغذائي باعتبار أنه لم يثبت فعاليته، و قد ارتكز اعتراضهم على إتباع نظام غذائي يومي للطفل على اعتبار أنه يقيده و يشعره بالحرمان فيزيد الحالة سوءا و ليس تحسنا." (د. القمش ،2007، ص131).

العلاج الطبي: يتألف العلاج الطبي لاضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه في استخدام جملة من الأدوية والتي هي عبارة عن محفزات للجهاز العصبي المركزي وحسب (علي كامل) فإن وظيفتها تنشيط القشرة المخية المسيطرة على تكوينات ما تحت القشرة المخية وبالتالي تؤدي إلى خفض من أعراضه لان تكوينات ما تحت القشرة المخية إذا نشطت بدرجة ما فإنها تؤدي إلى زيادة الحركة والنشاط العشوائي، لكن هذا النوع من العلاج لا يخلو من الآثار الجانبية حيث أشارت الدراسات الطبية الحديثة إلى أن هذه الأدوية لها سلبيات لان محفزات المخ غالبا ما تسبب إيقاف نمو الأطفال في الوزن، والطول، ويعود حجمهم إلى الطبيعي بمجرد إيقاف العلاج الدوائي. (د. كامل، 2003 ص 61).

وفيما يلي سنعرض جدول يبين أهم الأدوية المستخدمة في علاج فرط النشاط الحركي المصحوب بصعوبة الانتباه:

الاسم التجاري	رتالين ratalin	سايلرت cylrt	دكسدرين dexedrine	سطاطيرا statera
عائلة الدواء	Methil Phenidate	Pemoline	Dextroamp-hetamine	Atomoxetine
كيفية توفرها (بالملغم)	1,2,3	75,18,5,37	10.5	,10,18,25,40,60 80
الجرعة	6 – 10	5 – 37	4 – 5	كبسولة واحدة في

اليوميـــة (بالملغم)				كل يوم
حـــدوث التأثيرات	خلال ساعة	متباينة	خلال ساعة	بعد ثلاث اشهر

جدول رقم (01) يبين أهم الأدوية المستخدمة في علاج فرط الحركة المصحوب بتشتت الانتباه.

العلاج الغذائي: يؤكد أصحاب هذا الاتجاه على دور بعض الأطعمة المختلفـــة وتأثيرهـــا على ظهور اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال.

كما توصلت دراسة (كيناكتشي واخرون Canacchi et al-1933) إلى مظـــاهر النشـــاط الزائد لدى الأطفال عن طريق برنامج غذائي معدل مضاف إليه بعـــض المعـــادن لعينـــة مكونة من 149 طفلا يعـــانون مـــن اضـــطراب النشـــاط الزائـــد المصـــحوب بتشـــتت الانتباه،وضعف في الذاكرة (النسيان) وضعف الأداء المعرفي وعدم القدرة على التعلم,وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين الأولى ضابطة ,والثانية تجريبية وتم إخضاع العينة التجريبية لنظام غذائي لا يحتوي على الأطعمة الممنوعة السابق ذكرها مضاف إليها 300 ملجم من عنصر الفوسفاتديل سيرن Phosphatidyl serine يوميا,وبعد انتهاء التجربة أظهـــرت نتائج التحليلات الإحصائية تقدما ملحوظا في خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد لـــدى أطفال العينة التجريبية التي طبق عليها البرنامج الغذائي وتعتبر برامج التغذية من البرامج البديلة عن استخدام الأدوية وهي برامج مفيدة وفعالة تساعد بنسبة لا بأس بهـــا ،تتـــراوح مابين 20% إلى 62% في خفض المظاهر السلوكية لدى الأطفال ذوي النشـــاط الزائـــد المصحوب بتشتت الانتباه كما أن النظام الغذائي المكثف يحتاج دائما إلى أخصائي تغذيـــة جيد (محمدي,2011، ص52).

خلاصة:

مما سبق عرضه في هذا الفصل يمكننا القــول أن اضــطراب فــرط النشــاط الحركــي المصحوب بصعوبات الانتباه أخذ حيز كبير من اهتمام الباحثين في مجالات مختلفة ,مــا يفسر وجود العديد من الدراسات والبحوث التي تناولته من عدة جوانب من حيــث نســبة انتشاره بين الأطفال والعوامل المسببة لانتشاره وكذا مختلف أعراضــه ,كمــا أن هنــاك دراسات تناولته من حيث طرق التشخيص والعلاج ,وبما أن مجال البحث واسع في هــذا الموضوع فان الدراسة الحالية جاءت لهذه الدراسات لتضيف إسهاماً جديدا ببنائها برنامج علاجي قائم على جملة من الأنشطة وفنيات مستخدمة تحاول في البحث عن مدى فعاليتها في علاج اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بصعوبات الانتباه.

الفصل الثالث :

البرامج التدريبية و العلاجية.

تمهيد:

تعتبر البرامج التدريبية الخاصة باضطراب طيف التوحد ذو أهمية كبيرة نظرا لما يترتب من صعوبات تعيق عمليات التفاعل الاجتماعي إذ تعمل على مساعدة هذه الفئة للوصول إلى أقصى درجة ممكنة من الاستقلالية و التي تمكنه من العناية بالذات، و اكتساب المهارات و التواصل مع الآخرين، و كذلك العمل على تدعيم أشكال السلوك الإيجابي لديه و تغيير السلوك السلبي عن طريق الاشتراك في الأنشطة و الخبرات الاجتماعية المناسبة و المتكررة و تحقيق الاستقرار النفسي و التوافق الصحي.

تعريف البرامج التدريبية و العلاجية:

يعتبر مصطلح التدريب من المصطلحات التي حظيت باهتمام كبير و في مقدمتها العلوم الإدارية و السلوكية، أو على مستوى العلماء و المفكرين في العديد من المجالات النظرية و العلمية و ذلك لأهمية و دور التدريب في الارتقاء بكفاءة و مهارة و من أهم التعريفات التي تناولت التدريب:

تعريف "وصوص و الجوارنة" و الذي عرفه على أنه: عملية تعتمد على تقييم فن الخبرة و المهارة و العلم، بهدف تقديم الخدمة التدريبية للأفراد و الجماعات و ذلك لتحقيق أعلى قدر من الأداء في مواجهة المعوقات و العقبات التي تواجه وظائفهم.

أما الشامي عرفه على أنه: نشاط مخطط يهدف إلى إحداث تغييرات في المتدربين من ناحية معلوماتهم و معارفهم و مهاراتهم و طرق أدائهم و سلوكياتهم، مما يجعلهم لائقين لأداء أعمالهم، بكفاءة و إنتاجية عالية. (د. بن سعيد، 2019، ص133).

يعتبر التدريب عملية منظمة تهدف لتنمية المهارات و قدرات الفرد و زيادة معلوماته و تحسن في سلوكه.

تعريف البرامج العلاجية:

البرنامج:

تعرف ليلى كرم الدين (1994): هو مجموعة من الخبرات المحددة و الأنشطة للبرنامج الذي يعرض له الأفراد بطريقة معروفة و محددة بهدف إكسابهم معلومات و مهارات أو اتجاهات في جانب محدد من جوانب سلوكهم.

و تعرف سعدية بهادر (1994) فتذكر أنه مجموعة من الممارسات و الأنشطة و الألعاب و المواقف و الأساليب التي يمارسها الطفل الذي وضعت من أجله و تندرج في فقرات موجهة بحيث تفصل بين الفقرة و الأخرى فترات راحة و يسبق كل فقرة تمهيد لها.

كما تؤكد نجوى الصاوي أحمد (2001) على أن البرنامج هو مجموعة من الخبرات المناسبة لخصائص النمو فتذكر أن: البرنامج هو مجموعة من الخبرات التي تنظم معا من خلال الأنشطة المختلفة و تقدم للطفل في إطار عدد من الوحدات تتناسب في مجملها مع خصائص نمو الأطفال و حاجاتهم التربوية بهدف تنمية العلوم الأساسية و إكسابهم مفاهيم العلوم.(وشاحي، 2003، ص48).

البرنامج العلاجي هو مجموعة من الإجراءات و التدريبات المنظمة المستندة إلى أساليب علاجية و يعرف على أنه مجموعة من الإجراءات و النشاطات المتمثلة في عدد من الجلسات.(د. باجس، 2014، ص145).

و من خلال التعريفات السابقة نستنتج أن التدخل العلاجي المباشر و السريع أمر مهم و ذلك عن طريق تسطير برامج علاجية من قبل المختصين و تعتبر من أهم الطرق التي يلجئ إليها الأخصائي.

أهداف البرامج التربوية و التأهيلية:

" إن أهداف البرامج التربوية و التأهيلية للأطفال المعاقين هي أهداف تربية و تأهيل غيرهم من الأطفال العاديين، فلا بد من أن يتعلم المبادئ الأساسية و أساليب التوافق مع نفسه.

فإن الهدف الرئيسي من هذه البرامج هو مساعدة المعاقين، في حدود ما لديهم من قدرات و إمكانيات في ضوء خصائصهم و احتياجاتهم و يمكن تلخيصها كالآتي:

1. المساعدة على التعايش مع الآخرين عن طريق تنمية الكفاءة الاجتماعية من خالا الخبرات المتنوعة.
2. تقديم المساعدة على تنمية الاستقلال العاطفي في المدرسة و البيت من خلال برامج الصحة النفسية.
3. مساعدتهم على استغلال أوقات فراغهم في نشاطات ترويحية من خلال برامج الترويح التربوية التي تمكنهم من الاستمتاع بأوقات فراغهم.
4. مساعدتهم على القدرة على كسب العيش عن طريق تنمية الكفاءة المهنية لديهم، و ذلك باستخدام أساليب التوجيه و التقييم و التدريب المهني المناسب.
5. مساعدتهم على أن يصبحوا أعضاء مناسبين في أسرهم و بيوتهم عن طريق البرامج التربوية التي تؤكد أهمية عضوية الفرد في البيت و الأسرة.
6. مساعدتهم على أن يصبحوا أعضاء عاملين في مجتمعاتهم عن طريق البرامج التي تؤكد المشاركة الاجتماعية في البيئة المحلية. (د. السيد، 2013، ص 267.266).

الفنيات المستخدمة في تعديل سلوك أطفال التوحد:

" فنية التعزيز:

التعزيز هو إجراء يعمل على تقوية السلوك و المحافظة على استمراري من خلال تقـديم أو حدوث نتائج إيجابية، أو إزالة أو اختفاء نتائج سلبية بعد حـدوث السـلوك، و أشـار الجزازي (2011) أن التعزيز هو العملية السلوكية التي تشتمل على تقوية السلوك، يتبـع هذه العملية، مثير بيئي ما مباشرة بعد حدوثه فيؤدي ذلك إلى زيادة احتمالات حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المشابهة، و يسمى المثير البيئي الذي يحدث بعد السلوك و يؤدي إلى زيادة احتمالات حدوثه ثانية بالمعزز، و التعزيز يعمل بتواصل و يترك آثاراً بالغة في سلوكنا سواءً أدركنا ذلك أم لا، فالتعزيز يتصف بالتلقائية، و ما يعنيـه ذلـك أن حدوث التعزيز لا يتطلب بالضرورة إدراك الفرد لحقيقة أن سلوكه يخضع للتعزيز.

فنية التشكيل:

هو طريقة تستخدم عندما لا يملك الطفل السلوك المرغوب، و تعتمد هذه الطريقـة علـى الاستجابات، ثم تعزز فقط الاستجابات الأقرب للاستجابة المرغوبة، و يستخدم التشكيل و التعزيز متصاحبين لتحقيق الهدف المرغوب، و تتطلب إستراتيجية التشكيل الكثيـر مـن الصبر فهي قد تتطلب أسابيع أو أشهر لتحقيق النتائج المرغوبة.

إضافة إلى ذلك قد تضع في خطوات برنامج ما بزيادة أو التقليل التدريجي لما يجـب أن يفعله الطفل قبل أن يحصل التعزيز,على سبيل المثال قد تطلب من طفل أن يلعب أكثر أو يعمل تدريجيا لفترات زمنية أطول .لذا يجب تحديد سلسلة الخطوات وعددها فـي تحليـل المهمة بشكل فردي حيث أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتبـاينون فـي عـدد

الخطوات اللازمة لتعليم بعض الأطفال الذين يحتاجون للعديد من الخطوات ليتعلموا مهارات جديدة ,بينما قد يحتاج الآخرون إلى خطوات أقل لتحقيق الهدف نفسه .

فنية تسلسل السلوك:

السلسة مجموعة من الحلقات تعمل فيها كل حلقة بوصفها مثيرا تمييزيا للاستجابة التي تليها ,وبوصفها معززا شرطيا للاستجابة التي تسبقها ,والعنصر الذي يحافظ على تماسك السلسلة هو التعزيز الذي يحدث في نهايتها .ويستند التسلسل إلى تحليل المهارات التي هي تجزئة المهمة المطلوبة من الشخص إلى الحلقات الصغيرة التي تتكون منها وترتيبها على شكل متسلسل اعتمادا على مواقع كل من هذه الحلقات في السلسلة وبعد ترتيب الاستجابة نقوم بعملية الاستجابة الأولى ثم الثانية فالثالثة , إلى أن يؤدي الطفل السلسلة السلوكية .وإذ تبين أن الطفل غير قادر على تأدية إحدى حلقات السلسلة نقوم بتشكلها ,وفي هذه الحالة يكون التركيز على المهمة التي سيقوم بها الطفل لا على قدراته الداخلية .

يتضمن هذا الأسلوب وصف السلوك الذي سيتم تعليمه من أجل تحقيق الهدف السلوكي بشكل تفضيلي ومرتب ,ويتم تجزئة السلوك المراد تعلمه إلى أجزاء صغيرة تكون بشكل متسلسل إلى أن يتم تحقيق الهدف النهائي" . (د. القطناني ,2018,ص110،111).

" فنية التعميم:

ينص مبدأ التعميم على أن تعلم الفرد لسلوك معين في موقف معين سيدفعه إلى القيام بذلك السلوك في المواقف المشابهة للموقف الأصلي وذلك دون تعلم إضافي بمعنى أخر أن التدريب ينتقل أوتوماتيكيا للمواقف المشابهة للموقف الأصلي ,فإذا أدى تعلم السلوك في موقف ما إلى حدوث ذلك السلوك في مواقف مشابهة فهذا يسمى تعميم المثير،وإذا أدى تعلم استجابة معينة إلى حدوث استجابات مشابهة فهذا يسمى تعميم الاستجابة،وتشير

الدراسات العلمية التجريبية إلى أنه كلما كانت المثيرات أكثر شبها بالمثير الأصلي الـــذي حدثت عملية الاشتراط بوجوده، ازدادت احتمالية حدوث التعميم .

فنية التلقين:

التلقين هو مؤشر أو تلميح يجعل احتمال الاستجابة الصحيحة أكثــر حــدوثا،وهو أيضــا إجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تمييزية إضافية بهدف زيادة احتمالية تأدية الفرد للسلوك المستهدف، وهو طريقة ملائمة لتشجيع الفرد على إظهار السلوك المطلــوب بالسرعة الممكنة بدلا من الانتظار إلى أن يقوم هو نفسه به تلقائيا .وأشــار أبــو أســعد (2011)، أن التلقين يقصد به الإيماء أو التلميح أي تقديم منبه أو مثير قبل حدوث السلوك لغرض تذكر المتعلم وتوجيهه إلى احتمالية تأدية الســلوكيات أو العــادات أو المهــارات المستهدفة أو المقبولة أثناء قيامه باستجابة ما". (د. القطناني ، 2018، ص115).

البرامج والأساليب العلاجية الخاصة باضطراب طيف التوحد:

" **برنامج بيكس PECS (التواصل من خلال تبادل الصور):** ويعتمد هذا البرنامج كما يشير الظاهر (2009) والذي طوره كل من بوندي و فروست (bondy & Frost,1994) على نظام التواصل من خلال تبادل الاتصال عن طريق الصور بين الأطفال ذوي اضــطراب التوحد، يعتبر هذا النظام طريقة تواصل بديلة حيــث أن الأطفــال ذوي طيــف التوحــد يتواصلون مع الآخرين من خلال الصور.

وقد جاء بناء هذا البرنامج نظرا للصعوبات التي يعاني منها الأطفال ذو طيف التوحد في التقليد اللفظي والحركي, إضافة إلى قصوره الواضح بعدم المبادرة والتواصل مع الآخرين. وتقوم فكرة المراحل الأولى على تعليم التلقائية في التواصل أي تعليم الطفل كيفية إعطاء صورة الشيء الذي يرغب به لشريك التواصل وهو إما المدرب أو أحد أفراد

الأسرة. أما المراحل المتقدمة فتهدف إلى تعليم الطفل بناء جملة بسيطة باستخدام الصور مثل أريد الماء. ويتم زيادة طول وتعقيد الجملة بالتدريج مع تقدم الطفل في المراحل إلى أن يصل الطفل إلى المرحلة التي يستطيع فيها وصف الشيء الذي يريده حجمه , لونه, التواصل الغير لفظي". (د. القطناني ، 2018، ص130).

برنامج تيتش (Teacch):

" طوره ريك شوبلر Eric shopler عام 1972 في جامعة كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية, وهو أول برنامج تربوي مختص بعلاج أطفال التوحد و أول برنامج يعتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية (Autism society of American), من ركائز البرنامج تعليم الأطفال التوحديين من خلال نقاط القوة في مجال الإدراك البصري و تعويض الضعف لديهم و التي هي فهم البيئة و اللغة، و لا يعني برنامج تيتش فقط للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد و إنما يقدم تدريباً الأسرة و المختصين.

يشير زريقات (2004) أن البيئة التعليمية لبرنامج تيتش تتسم بطابع مميز فهي مليئة بمعينات و صور و كلمات مكتوبة من أجل دمج الطالب مع البيئة و يعتمد البرنامج على المثيرات البصرية و يركز على التعلم المنظم و أكد شوبلر shopler على عدد من المبادئ الرئيسية التي يعتمد عليها برنامج تيتش و هي على النحو التالي:

- توفير بيئة مناسبة للطفل لزيادة تكيف الفرد الفرد من خلال تطوير مهاراته بأفضل الطرق.
- تقييم الطفل باستخدام أفضل الاختبارات و أدوات التقييم الرسمية إضافة إلى إجراءات التقييم غير الرسمية من خلال الملاحظة التي يقوم بها المعلمون و الآباء و تصميم برنامج فردي.

- استغلال جوانب القوة لدى الطفل في معالجة المعلومات البصرية لتجاوز الصعوبات في المعالجات للمعلومات السمعية و التنظيم و الذاكرة.
- أفضل البرامج المفيدة في العلاج هي البرامج التي تعتمد على النظرية السلوكية و المعرفية.

برنامج الحياة اليومية (هيجاشي) Higashi:

طورت هذا البرنامج الدكتورة كيتاهارا (kitahara, 1964) في مدينة طوكيو، يقوم هذا البرنامج على أهمية التفاعلات الاجتماعية و التقليل قدر الإمكان من التعلم الفردي من خلال التعلم ضمن المجموعات، و هناك ثلاث مبادئ رئيسية للبرنامج:

1. العمل على توازن الأطفال التوحديين، و تدريبهم على اكتساب مهارات الاعتماد على الذات، من أجل العيش دون مساعدة من الآخرين.
2. العمل على تنشيط العمليات الذهنية.
3. العمل على تطوير ما يسمى نغمة إيقاع الحياة من خلال التدريبات الرياضية.

و يقوم البرنامج على وجود علاقة بين جسم الطفل وعقله وروحه، وأساليب التدريس اليابانية التي تركز على التعلم باستخدام المجموعات، و التقليل من الاعتماد على التعلم الفردي، و يهدف البرنامج إلى العمل على استقرار انفعالات الأطفال التوحديين و مشاعرهم، و خلق توازن في جميع مجالات حياة الطفل، إضافة إلى العمل على تطوير قدرته العقلية، و تفكيره المنطقي، و قدرته على إتباع التعليمات من خلال تطوير مهارات محددة. (د. القطناني، 2018، ص137).

خلاصة:

لقد ساهمت البرامج التي تناولت اضطراب طيف التوحد في التخفيف من شدة الاضطراب بقدر كبير كما ساعدت على تحقيق القدرة على التكيف و الاستقلال الذاتي و كذا التعامل و التواصل مع الآخرين، و أهم ما نستخلصه من هذا الفصل هو التطرق إلى البرامج التي تتناسب مع أطفال طيف التوحد و التي تهدف إلى تحسين مستوى التفاعلات لديهم.

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة.

تمهيد:

منهجية الدراسة و إجراءاتها من الأمور الأساسية التي يجب على الباحث العلمي أن يعرفها و يحددها، حيث أن كل بحث علمي يلزمه منهجية دراسية يتبعها الباحث، بهدف الخروج بنتائج مقبولة و ثابتة، و بداية بالفصل الأول من الجانب التطبيقي الذي سنعرض من خلاله الإطار الميداني للدراسة أين سنتطرق إلى الدراسة الاستطلاعية، المنهج المستخدم، و اختيار عينة الدراسة، كما أوضحنا حدود الدراسة و الأدوات المستخدمة لإجراء هذا البحث.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية مرحلة مهمة من مراحل البحث العلمي، حيث أنها تقوم بالمراجعة النهائية لخطوات الدراسة كالصعوبات التي يواجهها الباحث و التعرف على إمكانيات التنفيذ و كذا النواحي التي تستوجب التفسير.

فقد أفادتنا الدراسة الاستطلاعية في معرفة كل العراقيل و الإمكانيات التي تسهل الوصول إلى أهداف البحث، و منه تم التعرف على الحالات المتواجدة في جمعية مساعدة الأطفال المعاقين ذهنياً (Association D'aide aux Handicapes mentaux) بحي بيبينيار ولاية مستغانم.

الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

- تحديد مكان الدراسة بعد أخذ فكرة أولية عن كيفية إجراء العمل التطبيقي و كيفية بناء برنامج.
- ضبط عنوان و فرضيات الدراسة و متغيراتها.
- تأسيس الإطار النظري و التطبيقي للبحث و توضيح أهدافه و التحكم في متغيراته.

- ضبط أهم الأدوات المستخدمة في الدراسة.

2- حدود الدراسة:

الإطار المكاني: أجريت الدراسة بجمعية مساعدة الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية (Association D'aide aux Handicapes mentaux. Centre d'anfants)، بحي بيبينيار ولاية مستغانم.

الإطار الزمني: دامت هذه الدراسة منذ تاريخ 2024/01/27 إلى غاية 2024/03/10 و ذلك بالاتفاق مع مديرة المركز من أجل إتمام الدراسة.

3- المنهج المستخدم في الدراسة:

من أجل الوصول إلى نتيجة في دراسة معينة على الباحث استخدام منهج مناسب، إذ أن كل منهج له خصائص و أدوات تميزه عن غيره.

و بما أن دراستنا معنونة بـ (فاعلية برنامج تكفل نفسي بالأطفال من ذوي طيف التوحد البسيط المصحوب بفرط الحركة و نقص الانتباه) وجب علينا إتباع منهج يتلاءم مع طبيعة الإشكالية المطروحة و هذا ما استلزم الاعتماد على المنهج **شبه التجريبي**.

4- الأدوات المستعملة في الدراسة:

- **الملاحظة العيادية:** و تعد من أكثر وسائل جمع المعلومات شيوعاً، و تعتبر وسيلة أساسية و هامة للحصول على معلومات حول الحالة، عن طريق الانتباه إلى الظاهرة و الكشف المنظم لسلوكيات الحالة.
- **دراسة الحالة:** تعتبر الخطوة الأولى في البحث و ذلك لجمع المعطيات الإكلينيكية عن الحالة و مشكلاتها بأسلوب منظم، و هي أداة تكشف لنا وقائع حياة الحالة منذ الولادة.

- **أدوات القياس:** استخدمنا في دراستنا مقياس كونرز Conners و هو أحد المقاييس التي تساعد في تشخيص اضطراب فرط الحركة و ضعف الانتباه، و كـــذا مقيـــاس كـــارز (Cars -2-) لتقدير التوحد.

5- حالات البحث:

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصديه في المركز، حيث تكونت من طفل واحد ، و ذلك وفق الشروط التالية:

- أن يكون الطفل مصاباً باضطراب طيف التوحد.
- أن تظهر على الطفل أعراض اضطراب فرط الحركة نقص الانتباه.

و في الجدول الموالي توضيح لمعلومات حالة الدراسة :

عدد أفراد العينة	نوع العينة	العمر	نوع الإعاقة	الدرجة
01	ذكر	10 سنوات	طيف التوحد	36 درجة

- **مقياس تقدير التوحد (CARS-2- ST):**

مجموع النقاط الخام مقرونة بالعمر و التصنيف التشخيصي	
التشخيص	**العمر أقل من 13 سنة**
طيف توحد بسيط إلى متوسط الأعراض	30–36.5 درجة

جدول رقم (02) يمثل التصنيف التشخيصي لمقياس تقدير التوحد (CARS-2-ST).

التعريف بالبرنامج:

هو مجموعة النشاطات المخططة و المنظمة من إعداد الباحثة و ذلك على أساس نقاط الضعف المتوصل إليها، للتكفل بالحالة و التي تعمل على خفض النشاط الزائد و الاندفاعية و زيادة الانتباه حيث يتكون من عشرة أنشطة تدريبية مقسمة على عدة جلسات.

أهداف البرنامج:

- خفض درجة النشاط الزائد و الاندفاعية لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.
- العمل على زيادة التركيز و الانتباه لدى أطفال التوحد.
- التعرف على الأنشطة التي قد يكون لها أثر فعال في خفض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى أطفال طيف التوحد.

الفئة المستهدفة:

كل طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد يعاني من قصور الانتباه المصحوب فرط النشاط، و المنخرط بجمعية مساعدة الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمستغانم.

حدود البرنامج:

الحدود الزمنية: استغرق البرنامج ثلاث أسابيع .

الحدود المكانية: بقسم خاص بجمعية مساعدة الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بحي بيبينيار .

عدد الجلسات: 12 جلسة، بمعدل (4) جلسات في الأسبوع.

مضمون الجلسات:

المحور الأول	أنشطة لخفض النشاط الزائد.	
الجلسة	الهدف منها	الوسائل و الفنيات المستعملة
الجلسة الأولى دامت 20 دقيقة.	تكوين و بناء علاقة مع الطفل من خلال التكلم معه و مشاركته في اللعب.	مجموعة من الألعاب (مجسمات خشبية صغيرة و متوسطة الحجم لحيوانات، بألوان مختلفة).
الجلسة الثانية دامت 40 دقيقة مع استراحة (05 د).	تدريب الطفل على الجلوس في مكانه لفترة أطول من المعتاد.	مجموعة من الألعاب المفضلة لدى الطفل من مجسمات خشبية صغيرة و متوسطة الحجم. أوراق بيضاء و أقلام ملونة.
الجلسة الثالثة دامت 40 دقيقة.	تدريب الطفل على التوازن و المشي بشكل صحيح من خلال تدريبه على السير وسط خطين.	شريط لاصق من النوع العريض ذو اللون الأحمر. تحفيز مادي و معنوي.
الجلسة الرابعة دامت 40 دقيقة.	تدريب الطفل على فهم الاتجاهات و السير نحو الاتجاه المطلوب منه.	شريط لاصق عريض ذو لون غامق. قطع طباشير ملونة. التعزيز(المادي و المعنوي).
الجلسة الخامسة دامت 36 دقيقة.	تم في هذه الجلسة تكرار النشاطات السابقة بهدف اكتساب الطفل المعلومات و فهم النشاطات بشكل جيد.	شريط لاصق عريض ذو لون غامق. تحفيز مادي و معنوي.

جدول رقم (03) يمثل مضمون جلسات المحور الأول من جلسات البرنامج.

المحور الثاني	أنشطة تدريبية لزيادة التركيز و الانتباه.	
الجلسة	الهدف منها	الوسائل و الفنيات المستعملة
الجلسة الأولى دامت 30 دقيقة.	تدريب الطفل على التركيز و جذب انتباهه للمثيرات السمعية عن طريق تمارين الإيقاع .	مطرقة خشبية صغيرة. طاولة خشبية. التحفيز المادي و المعنوي.
الجلسة الثانية دامت 40 دقيقة مع استراحة (05 د).	تدريب الطفل على التركيز على المثيرات البصرية، من خلال ألعاب مختلفة تتطلب حضور ذهني و انتباه.	لعبة خشبية تحتوي على حيوانات صغيرة . لعبة الصنارة و السمك . ورقة بيضاء و أقلام ملونة.
الجلسة الثالثة دامت 30 دقيقة.	تدريب الطفل على زيادة التركيز و مدة الانتباه من خلال اللعب بمكعبات التركيب و نشاط صنع عقد.	خيط. حبات معكرون. مكعبات تركيب صغيرة.

جدول رقم (04) يمثل مضمون جلسات المحور الثاني من البرنامج.

المحور الثالث	أنشطة تدريبية لخفض الاندفاعية.	
الجلسة	الهدف منها	الوسائل و الفنيات المستعملة
الجلسة الأولى دامت 30 دقيقة.	خفض الاندفاعية و التدريب على انتظار الدور من خلال نشاط أكواب الماء.	أكواب بلاستيكية. ماء.
الجلسة الثانية دامت 30 دقيقة.	تدريب الطفل على انتظار دوره، من خلال الانتظار عند نقطة الانطلاق و	شريط لاصق. طباشير ملون. ألعاب مفضلة و محفزات.

	التحرك بطلب الباحثة إلى خط الوصول.	
الجلسة الثالثة دامت 35 دقيقة مع استراحة (05 د).	تم فيها تكرار النشاط السابق مع وضع مربعات انتظار بهدف تدريب الطفل على الانتظار وخفض الاندفاعية.	شريط لاصق من النوع العريض. ألعاب مفضلة لدى الطفل و محفزات.
الجلسة الرابعة دامت 30 دقيقة مع استراحة (05 د).	تدريب الطفل دائما على انتظار الدور من خلال نشاطات مختلفة لخفض الاندفاعية.	بالونات بلاستيكية.

جدول رقم (05) يمثل مضمون جلسات المحور الثالث من البرنامج.

خلاصة:

نستخلص في النهاية أن التصميم المنهجي ذو أهمية كبيرة باعتباره خطوة أساسية تشرح كيف تمت الدراسة، لذا تناول هذا الفصل إجراءات البحث بشكل مفصل انطلاقا من المنهج و العينة و الأدوات المستخدمة و من ثم وصف لجلسات البرنامج التدريبي المصمم في هذه الدراسة، لننتقل إلى مرحلة أخرى تتمثل في عرض و مناقشة ما تم التوصل إليه من نتائج.

الفصل الخامس:

عرض و مناقشة نتائج الدراسة.

تمهيد:

بعد الانتهاء من الإجراءات المنهجية و الخطوات النظرية، و بعد تصميم و تطبيق البرنامج التدريبي لعلاج صعوبات الانتباه المصاحب لفرط الحركة لذوي طيف التوحد البسيط، و بعد تطبيق مختلف أدوات القياس، نقوم في هذا الفصل بعرض و تفسير أهم النتائج المتوصل إليها و مناقشتها في ظل فرضيات البحث.

دراسة الحالة:

1-تقديم الحالة:

الاسم: م.ش.

السن: 10 سنوات.

الجنس: ذكر.

تاريخ دخول المركز: 21-09-2021.

عدد الإخوة:04. مرتبة الطفل:03.

نوع الإعاقة: طيف توحد.

2-الجانب الاقتصادي و الاجتماعي للعائلة:

المستوى المعيشي: متوسط.

حالة الوالدين: متزوجين.

نوع السكن: شقة F3 .

3-السوابق المرضية العائلية:

لا يعاني الأب و الأم من أمراض مزمنة قبل و أناء الحمل، كما لديهم ثلاث أطفال آخرين من فئة الإعاقة الذهنية، لم يعاني الطفل من أي أمراض في فترة الرضاعة أو صـــدمات على مستوى الرأس.

4-تاريخ الحالة:

جرت ظروف الحمل بالنسبة للأم بشكل صحي و عادي حتى الولادة كانت عادية و في وقتها المحدد، إلا أن وزن الطفل كان منخفض جدا حسب وصف الأم، تلقى الطفل رضاعة طبيعية و لم يعاني من أي مشاكل في الأكل و النوم، و من ناحية النمو كان متأخر من الجانب الحركي حيث تأخر في المشي و كذا في توازن حركته، و من جانب النمو اللغوي لم ينطق أي كلمة في سنواته الأولى، و قد توصلنا بعد المقابلة مع الأم إلى وجود صلة قرابة بينها و بين الأب و قد أرجعت سبب الاضطرابات إلى القرابة التي تجمعهما.

5-نمو الحالة:

- **النمو الحركي:** تتميز الحالة بحركة سليمة، و لديها توازن حركي مع سرعة المشي.
- **اللغة:** تعاني الحالة من اضطرابات في اللغة، لديها مصاداة (إكولاليا)، تنطق بعض الكلمات بشكل صحيح.
- **الأكل:** الحالة لا تعاني من اضطرابات في الأكل، أو تفضيل لبعض الأطعمة، تأكل بمفردها باستعمال الملعقة و بنظام.
- **المزاج:** تتميز الحالة بمزاج سيء في كير من الأحيان مع سرعة الملل.

خلاصة حول الحالة:

من خلال ملاحظة الحالة وجدنا أنها مستقلة في كثير من الميادين، لديها بعض السلوكيات النمطية، مصاداة (إكولاليا)، قليلة التركيز و مفرطة الحركة، يتشتت انتباهها بسهولة، لا تتوصل الحالة لاستجابة في النشاطات لسرعة الملل.

عرض النتائج و تفسيرها:

مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل "تقدير المعلم–28–"

البعد	البنود	الدرجة الخام
المشكلات السلوكية Conduct problem	4-5-6-10-11-12-23-27	.14
فرط النشاط Hyperactivity	1–2–3–8–14–15–16	.18
عدم الانتباه (التشتت) Inattentive-passive	7–9–18–2–21–22–26–28	.22
دليل فرط النشاط 10-item Hyperactivity	1–5–7–11–14–15–21–26	.19
من 65 إلى 60	فوق المتوسط بدرجة طفيفة.	

جدول رقم (06) يمثل الدرجات الخام للقياس القبلي المتحصل عليها من مقياس تقــدير المعلم –28–

مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل "تقدير الوالدين –48–"

البعد	البنود	الدرجة الخام
اضطرابات المسلك Conduct disorder	2–8–14–19–21–27–35–39.	.10
مشكلات التعلم Learning problem	10–25–31–37.	.11
مشكلات نفس جسمية Psychosomatic	32–41–43–44.	.02
الاندفاعية–فرط النشاط	4–5–11–13.	.08

Impulsive-hyperactivity.		
القلق Anxiety	12–16–24–47.	.03
دليل فرط النشاط 10-item hyperactivity index	4–7–11–13–14–25– 31–33–37–38.	.22
من 61–65	فوق المتوسط.	

جدول رقم (07) يمثل الدرجات الخام للقياس القبلي المتحصل عليها من مقياس تقـــدير الوالدين –48–

تحليل نتائج القياس القبلي:

الطفل (م.ش)، البالغ من العمر 10 سنوات، تم تطبيق المقياس على الحالة قبـــل العمـــل بالبرنامج، و من خلال الاطلاع على الجدول رقم (06)، و (07) للقياس القبلي تبين لنـــا أن الحالة كانت تعاني من فرط النشاط حسب مقياس تقدير المعلم بحيث قدر هذا البعد بـــ (18) درجة، و ضعف الانتباه بـــ (22) درجة، و يظهر ذلك من خلال العبـــارات التـــي اندرجت تحت تقدير (بقدر كبير، بقدر كبير جداً) حسب إجابة المعلم على ســـلوك الطفـــل داخل القسم، و قدرت الدرجة الكلية على مقياس تقدير المعلم بـــ (58) درجـــة بتصـــنيف فوق المتوسط بدرجة طفيفة، كما يظهر لنا من خلال إجابة المعلم أن الحالة تعـــاني مـــن التشتت و قلة الانتباه، تفشل في الانتهاء من الأشياء و الأعمال التي بدأتها، تصـــر علـــى تلبية مطالبها في الحال، تشعر بالإحباط أثناء قيامها بمجهود، كثيـــرة الشـــعور بالملـــل و الضيق، أما بالنسبة للمقياس الموجه للوالدين تبين أن الحالة تعاني مـــن فـــرط النشـــاط و ضعف الانتباه حسب إجابات الوالدين، و قد قدرت الدرجة الكلية بـــ (63) درجة بتصنيف فوق المتوسط حسب الدليل الإرشادي للمقياس، و هذا يدل على أن الحالة كانت تعاني من

فرط النشاط و ضعف الانتباه و ذلك من خلال نقاط القوة و نقاط الضعف المحـــددة، فقـــد قدرت درجات دليل فرط النشاط بـــ (22) درجة و تضمنت عدة مشكلات تعـــاني منهـــا الحالة اندرجت تحت قدر كبير، و قدر كبير جداً، كصعوبة تكـــوين الصـــداقات، ســـرعة البكاء، التململ بشكل يعبر عن الضجر و الضيق، الفشل في إنهـــاء الأعمـــال، صـــعوبة الانسجام مع الإخوة، و قد عبرت إجابات الوالدين عن سلوك الحالة في المنـــزل و مـــع الأسرة بوجود اضطراب فرط النشاط و ضعف الانتباه.

مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل "تقدير المعلم –28–":

البعد	البنود	الدرجة الخام
المشكلات السلوكية Conduct problem	4-5-6-10-11-12-23-27	.13
فرط النشاط Hyperactivity	16–15–14–8–3–2–1	.14
عدم الانتباه (التشتت) Inattentive-passive	28–26–22–21–2–18–9–7	.18
دليل فرط النشاط 10-item Hyperactivity	26–21–15–14–11–7–5–1	.14
من 45 إلى 55	متوسط.	

جدول رقم (08) يمثل درجات القياس البعدي المتحصل عليها من مقياس تقدير المعلم – 28–.

مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل "تقدير الوالدين –48–"

البعد	البنود	الدرجة الخام
اضطرابات المسلك Conduct disordrs	2–8–14–19–21–27–35–39.	.08

مشكلات التعلم Learning problem	.37–31–25–10	.08
مشكلات نفس جسمية Psychosomatic	.44–43–41–32	.01
الاندفاعية–فرط النشاط Impulsive-hyperactivity	.13–11–5–4	.06
القلق Anxiety	.47–24–16–12	.03
دليل فرط النشاط 10-item hyperactivity index.	–25–14–13–11–7–4 .38–37–33–31	.15
من 45 إلى 55	المتوسط.	

جدول رقم (09) يمثل درجات القياس البعدي المتحصل عليها من مقياس تقدير الوالدين –48–.

تحليل نتائج القياس البعدي:

الحالة (ش. م) تعاني من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بدرجات فوق المتوسط فبعد تطبيق البرنامج ومن خلال الاطلاع على الجدول(3) و(4) للقياس البعدي أشارت النتائج إلى وجود فرق بين القياس القبلي والبعدي، لصالح القياس البعدي مما يدل على فاعلية البرنامج التدريبي لخفض النشاط الزائد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بحيث أن الدرجات كانت أقل في القياس البعدي مما يعني انخفاض النشاط الزائد لدى الحالة في مقياس تقدير المعلم، وظهر ذلك من خلال بنود فرط النشاط حيث أن الدرجة المتحصل عليها في القياس البعدي أصبحت 14 درجة وبالنسبة لنقص الانتباه تحصلت الحالة على (18) درجة، أما دليل فرط النشاط انخفضت الدرجة لتصبح (15) درجة،

وقدرت الدرجة الكلية على مقياس تقدير المعلم ب (52) درجة، أما بالنسبة لتقدير الوالدين انخفضت درجة الاندفاعية _ فرط النشاط حيث قدرت ب (06) درجات، و(15) درجة لدليل فرط النشاط ،أما الدرجة الكلية انخفضت بحيث قدرت ب (50) وقد ظهرت على بنود فرط النشاط ما يدل على فعالية البرنامج.

مناقشة فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى (العامة): لبرنامج التكفل النفسي فاعلية في خفض النشاط الزائد وزيادة الانتباه لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد .

بعد تطبيق القياسين القبلي والبعدي وتطبيق البرنامج توصلنا إلى نتائج مفادها وجود فرق بين درجات الحالة وفي القياسين القبلي و البعدي لمقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل بأبعاده وذلك لصالح القياس البعدي حيث أن الدرجات المتحصل عليها في القياس البعدي أقل ، وقد توضح ذلك في أبعاد ونتائج مقياس تقدير المعلم وتقدير الوالدين، بحيث انخفضت درجات الأبعاد بشكل ملحوظ في القياس البعدي، وعليه فان الفرضية صحيحة وقد توصلنا لنتيجة مفادها بأن لبرنامج التكفل فاعلية في خفض النشاط الزائد وزيادة الانتباه لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وذلك راجع إلى محتوى الجلسات والأنشطة والفنيات المستخدمة .

الفرضية الثانية: (الفرضية الجزئية الأولى) لبرنامج التكفل فاعلية في خفض الحركة لدى أطفال طيف التوحد .

فبعد تطبيق القياسين القبلي و البعدي وتطبيق البرنامج التدريبي وبالرجوع إلى النتائج المتحصل عليها من خلال درجات الحالة في القياس البعدي لفرط الحركة والاندفاعية توصلنا إلى وجود فروق بين درجات الحالة في القياسين القبلي والبعدي لمقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل بأبعاده، وذلك لصالح القياس البعدي، بحيث أن الدرجات المتحصل عليها في القياس البعدي كانت أقل، ويتضح ذلك في أبعاد ونتائج مقياس تقدير المعلم _ تقدير الوالدين، حيث انخفضت درجات أبعاد فرط الحركة في القياس البعدي، مما يعني أن لبرنامج التكفل فاعلية في التأثير الايجابي على الحالة في خفض الحركة وذلك راجع

إلى طبيعة ومحتوى الجلسات والأنشطة والفنيات المستخدمة في البرنامج خاصة التقليد والتكرار، واستخدام أسلوبي التعزيز والتشكيل وكذا العلاقة الجيدة بين الباحثة والحالة.

الفرضية الثالثة: (الفرضية الجزئية الثانية) لبرنامج التكفل فاعلية في زيادة الانتباه لدى أطفال طيف التوحد.

بعد تطبيق القياسين القبلي و البعدي وتطبيق البرنامج التدريبي وبالرجوع إلى النتائج المتحصل عليها من خلال درجات الحالة في القياس البعدي لضعف الانتباه توصلنا إلى وجود فرق ذات دلالة بين درجات الحالة في القياسين القبلي والبعدي لمقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل بأبعاده وذلك لصالح القياس البعدي، بحيث أن الدرجات المتحصل عليها في القياس البعدي كانت أقل، ويتضح ذلك في أبعاد ونتائج مقياس تقدير المعلم _تقدير الوالدين، بحيث انخفضت درجات أبعاد قصور الانتباه في القياس البعدي، مما يعني أن لبرنامج التكفل فاعلية وتأثير ايجابي على الحالة في الحد من أعراض نقص الانتباه وزيادة التركي، وذلك راجع إلى جلسات التدريب على الأنشطة التي تتطلب حضور ذهني متواصل والتدريب على المثابرة وإتمام المهام، مما أدى إلى زيادة الانتباه والتركيز لدى الحالة.

الفرضية الرابعة: (الفرضية الجزئية الثالثة) لبرنامج التكفل فاعلية في خفض الاندفاعية لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد.

بعد تطبيق القياسين القبلي والبعدي وتطبيق البرنامج التدريبي وبالرجوع إلى النتائج المتحصل عليها من خلال درجات الحالة في القياسين القبلي والبعدي لمقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل بأبعاده وذلك لصالح القياس البعدي، بحيث أن الدرجات المتحصل عليها كانت أقل، ويتضح ذلك في أبعاد ونتائج مقياس تقدير المعلم _ تقدير الوالدين، وقد انخفضت درجات أبعاد الاندفاعية في القياس البعدي، مما يعني أن للبرنامج فاعلية وتأثير

ايجابي على الحالة في الحد من أعراض الاندفاعية، وهـــذا راجـــع لطبيعـــة الجلســـات والأنشطة الخاصة بالاندفاعية وكذا التركيز على انتظاره الدور.

اقتراحات :

- ضرورة تطبيق البرنامج في سن مبكرة حتى لا يواجه الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد صعوبات بسبب النشاط الزائد وقصور الانتباه.
- مراعاة الفروق الفردية بين أطفال التوحد عند تصميم أنشطة البرامج التدريبية المقدمة لهم.
- عمل ورشات عمل لأمهات الأطفال ذوي النشاط الزائد لتوعيتهم ولتطبيق البرنامج في المنزل.
- ضرورة الاهتمام باحتياجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال تقديم البرامج التي تثير دافعيتهم.
- بناء وتصميم برامج علاجية من طرف الأخصائيين في مختلف المراكز الخاصة للتكفل بهذه الفئة وتطويرها.
- عقد دورات تدريبية لتكوين المعلمين والمعلمات بالمراكز الخاصة من طرف مختصين في هذا المجال، لتدريبهم على طرق التعامل مع هذه الفئة.
- العمل على جدول لتعليم وتطور الطفل في المنزل وليكن التعليم بنظام روتيني،وهذا باستشارة المختصين لمتابعته.

خاتمة الدراسة:

يعد اضطراب فرط الحركة وضعف الحركة والمعروف اختصارا ب (ADHD) من المواضيع الجديرة بالدراسة لما لها من تأثير واضح على سلوكيات الأطفال ذوي طيف التوحد، إذ يتسم بالاندفاعية غير المتوقعة وضعف الانتباه والنشاط الزائد الذي يؤثر سلبا على تعلمهم وسلوكياتهم في المنزل والمدرسة، ما يستوجب تصميم وتخطيط برنامج تدريبي للتكفل بهذه الفئة.

ومن خلال الدراسة المنجزة واستنادا على التربص الميداني وتطلعاتنا النظرية، وانطلاقا من النتائج المتحصل عليها، أثبت البرنامج التدريبي فاعليته في خفض صعوبات الانتباه المصحوبة بفرط الحركة لذوي اضطراب طيف التوحد، بحيث أن جملة النشاطات التدريبية والفنيات المستخدمة في البرنامج ساهمت بشكل كبير في خفض درجة الاضطراب.

فعلى المعلمين والأولياء أن يكونوا على دراية تامة بهذا الاضطراب باعتبارهم الأكثر قربا من الطفل، ولديهم الدور الهام في تحسين سلوك الطفل والتخفيف من حدة الأعراض، فلا بد أن يكون الأولياء على تواصل مع الأخصائي لنجاح البرنامج العلاجي المتبع.

قائمة المراجع:

1. د.قطناني(2018)، أساسيات في فهم اضطراب طيف التوحد، دار جرير للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان.
2. د. علي إسماعيل وطفة (2014)، التوحد عند الأطفال، الأكاديميون للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن.
3. د. محمد النوبي محمد علي، اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى ذوي الاحتياجات الخاصة، دار وائل للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
4. د.أ جهاد محمد حمد، ترجمة د. أنور حمادي، معايير DSM5.
5. د. أنور الحمادي (2021)، الاضطرابات العقلية و السلوكية في التصنيف الدولي للأمراض (ICD)، الطبعة الأولى .
6. أسامة فاروق مصطفى/ السيد كامل الشربيني (2011)، سمات التوحد، دار المسيرة للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى.
7. سعيد حسني العزة (2009)، التربية الخاصة لأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، دار الثقافة للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، الإصدار الثاني.
8. خولة أحمد يحيى (2003)، الاضطرابات السلوكية و الانفعالية، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان . الأردن.
9. نايف بن عابد الزارع (2007)، اضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد دليل عملي للآباء و المختصين، دار الفكر ناشرون و موزعون، الطبعة الأولى.
10. د. نيسان خالدة (2009)، سلوكيات الأطفال بين الاعتدال و الإفراط، دار المسيرة للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان.
11. سكينة سعادنة، فاعلية برنامج تدريبي تعليمي لعلاج صعوبات الانتباه المصاحب لفرط الحركة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس

–دراسة شبه تجريبية–، أطروحة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (LMD) تخصص علم النفس المدرسي، جامعة باتنة –01–، 2021/2020.

12. شيفر و ملمان، ترجمة د. سعيد حسني العزة (1999)، سيكولوجية الطفولة و المراهقة، مشكلاتها و أسبابها و طرق حلها، الدار العلمية الدولية للنشر و التوزيع، عمان.
13. نوري القمش مصطفى (2007)، الاضطرابات السلوكية و الانفعالية، دار المسيرة للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، عمان.
14. فوزية محمدي (2011)، فعالية برنامجين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه و تعديل صعوبة الكتابة، دراسة ميدانية على تلاميذ المرحلة الابتدائية، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه تخصص علم النفس المدرسي، جامعة ورقلة.
15. علي بن سعيد سعد القحطاني، التحديات التي تواجه إقامة برنامج تدريب لمعلمي المرحلة الثانوية من وجهة نظرهم– مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية و النفسية – العدد 11– ج4، 2019.
16. سماح نور محمد وشاحي، التدخل المبكر و علاقته بتحسين مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون، دراسة ارتقائية للحصول على درجة ماجستير، 2003، جامعة القاهرة.
17. إبراهيم باجس معالي، فاعلية برنامج علاجي في خفض القلق النفسي و تنمية مفهوم الذات لدى الطلبة المتميزين، 2014، البلقاء للبحوث و الدراسات، المجلد (17)، العدد (1).
18. ماجدة السيد عبيد (2013)، تعليم الأطفال المتخلفين عقليا، دار صفاء للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى.

الملاحق

الملحق 01

مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل "تقدير المعلم-٢٨"

د/عبدالرقيب أحمد البحيري

البيانات الأولية:

اسم الطفل: تاريخ اليوم: عمر الطفل:

جنس الطفل: ذكر أنثى تاريخ الميلاد: السنة الدراسية:

التعليمات:

فيما يلي عدد من المشكلات الشائعة بين تلاميذ المدارس، ويوجد أمام كل عبارة تقدير للمشكلة يتراوح من صفر إلى ٣ درجات. ضع دائرة حول التقدير (صفر) عند عدم وجود المشكلة مطلقا، وحول (١) إذا كانت بقدر محدود، و (٢) إذا كانت بقدر كبير، و (٣) إذا كانت المشكلة قوية وتحدث بشكل كبير جداً.

م	العبـــــارات	مطلقاً	بقدر محدود	بقدر كبير	بقدر كبير جداً
١	كثير الشعور بالملل بشكل يعبر عن الضيق.	٠	١	٢	٣
٢	يحدث صخباً غير لائق في الوقت الذي لا يجب عليه ذلك.	٠	١	٢	٣
٣	يصر على تلبية مطالبه في الحال.	٠	١	٢	٣
٤	يتصرف بطريقة غير مهذبة.	٠	١	٢	٣
٥	يفجر انفعالاته ويحدث سلوكاً غير متوقع.	٠	١	٢	٣
٦	شديد الحساسية عندما يوجه إليه نقد.	٠	١	٢	٣
٧	التشتت وقلة الانتباه تمثل مشكلة.	٠	١	٢	٣
٨	يزعج الأطفال الآخرين.	٠	١	٢	٣
٩	يستغرق في أحلام اليقظة.	٠	١	٢	٣
١٠	يقطب جبينه ويظهر استياء.	٠	١	٢	٣
١١	يتغير مزاجه بسرعة وبصورة ملحوظة.	٠	١	٢	٣
١٢	مشاكس ومشاغب.	٠	١	٢	٣
١٣	يتسم بالخضوع والاستسلام أمام السلطة.	٠	١	٢	٣
١٤	كثير التململ والوقوف دائماً ومتأهب للانطلاق.	٠	١	٢	٣
١٥	اندفاعي ومن السهل استثارته.	٠	١	٢	٣
١٦	يطلب من المعلم أن ينتبه إليه بصورة زائدة،	٠	١	٢	٣
١٧	غير مقبول من الجماعة.	٠	١	٢	٣
١٨	من السهل قيادته بواسطة الأطفال الآخرين.	٠	١	٢	٣
١٩	يستأثر باللعب.	٠	١	٢	٣
٢٠	يفتقر القدرة على القيادة.	٠	١	٢	٣
٢١	يفشل في الانتهاء من الأشياء التي بدأها.	٠	١	٢	٣
٢٢	طفولي وغير ناضج.	٠	١	٢	٣
٢٣	ينكر ارتباكه للأخطاء ولوم الآخرين.	٠	١	٢	٣
٢٤	لا ينسجم مع الأطفال الآخرين.	٠	١	٢	٣
٢٥	غير متعاون مع زملاء الفصل.	٠	١	٢	٣
٢٦	يشعر بالإحباط بسهولة إثناء قيامه بمجهود.	٠	١	٢	٣
٢٧	غير متعاون مع المعلم.	٠	١	٢	٣
٢٨	لديه صعوبة في التعلم.	٠	١	٢	٣

أ.ماجدة الشهري – أ.نوف الشريم

الملحق 02

مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل "تقدير الوالدين ٤٨"

البيانات الأولية:

اسم الطفل: تاريخ اليوم: عمر الطفل:

جنس الطفل: ذكر أنثى تاريخ الميلاد: السنة الدراسية:

التعليمات:

فيما يلي عدد من المشكلات الشائعة بين الأطفال، حدد درجة حدوث كلاً منها في الشهر الماضي، ضع دائرة حول التقدير (صفر) عند عدم وجود المشكلة مطلقاً، وحول (١) إذا كانت بقدر محدود، و (٢) إذا كانت بقدر كبير، و (٣) إذا كانت المشكلة قوية وتحدث بشكل كبير جداً.

م	العبـــارات	مطلقاً	بقدر محدود	بقدر كبير	بقدر كبير جداً
١	يقضم الأشياء (الأظافر، الأصابع، الشعر، الملابس، الشعر).	٠	١	٢	٣
٢	يذيء مع الكبار (غير مهذب).	٠	١	٢	٣
٣	يجد صعوبة في تكوين صداقات والإحتفاظ بها.	٠	١	٢	٣
٤	مندفع ومن السهل استثارته.	٠	١	٢	٣
٥	يرغب في تشغيل الأشياء.	٠	١	٢	٣
٦	يمص أصابعه أو يمضغ ملابسه أو غطاء النوم.	٠	١	٢	٣
٧	سريع البكاء.	٠	١	٢	٣
٨	مستعد دائماً للمشاجرات.	٠	١	٢	٣
٩	أحلام اليقظة.	٠	١	٢	٣
١٠	لديه صعوبات تعلم.	٠	١	٢	٣
١١	التململ بشكل يعبر عن الضجر والضيق.	٠	١	٢	٣
١٢	شديد الخوف (من المواقف الجديدة والأشخاص أو الأماكن الجديدة ومن الذهاب إلى المدرسة).	٠	١	٢	٣
١٣	التململ وداماً يفضل الوقوف ومستعد للإنطلاق.	٠	١	٢	٣
١٤	مخرب (يدمر كل ما يقع على يده).	٠	١	٢	٣
١٥	يكذب أو يختلق قصص غير حقيقية.	٠	١	٢	٣
١٦	خجول.	٠	١	٢	٣
١٧	يعرض نفسه لمشكلات أكثر أقرانه.	٠	١	٢	٣
١٨	يتحدث بصورة مختلفة عن من هم في نفس عمره (حديث الأطفال الصغار أو التمتمة والكلام الذي يصعب فهمه).	٠	١	٢	٣
١٩	ينكر ارتكابه للأخطاء ويلقي اللوم على الآخرين.	٠	١	٢	٣
٢٠	مشاكس يتصنع المشاكل.	٠	١	٢	٣
٢١	يقطب جبينه ويظهر استياء (يعبس).	٠	١	٢	٣
٢٢	يسرق	٠	١	٢	٣
٢٣	غير مطيع أو يطيع بصورة متمردة.	٠	١	٢	٣
٢٤	يقلق أكثر من الآخرين بسبب الوحدة أو المرض أو الموت.	٠	١	٢	٣
٢٥	يفشل في إنهاء الأعمال.	٠	١	٢	٣
٢٦	مشاعره حساسة للغاية.	٠	١	٢	٣

أ.ماجدة الشهري – أ.نوف الشريم

م	العبـــارات	مطلقاً	بقدر محدود	بقدر كبير	بقدر كبير جداً
٢٧	يهدد الآخرين بالاعتداء عليهم.	٠	١	٢	٣
٢٨	غير قادر على إيقاف نشاط ما متكرر.	٠	١	٢	٣
٢٩	قاسي.	٠	١	٢	٣
٣٠	طفولي أو غير ناضج ويحتاج للمساعدة في أشياء لا يجب أن يحتاج للمساعدة فيها، يتعلق بالآخرين، يحتاج إلى الطمأنينة المستمرة.	٠	١	٢	٣
٣١	التشتت وقلة مدى الانتباه تمثل مشكلة بالنسبة له.	٠	١	٢	٣
٣٢	يشعر بالصداع.	٠	١	٢	٣
٣٣	تتقلب حالته المزاجية بسرعة وبصورة جوهرية.	٠	١	٢	٣
٣٤	لا يحب أو لا يتبع القواعد والضوابط.	٠	١	٢	٣
٣٥	يتشاجر بصورة مستمرة.	٠	١	٢	٣
٣٦	لا ينسجم مع أخوته وأخواته.	٠	١	٢	٣
٣٧	من السهل أن يشعر بالإحباط أثناء قيامه بمجهود.	٠	١	٢	٣
٣٨	يضايق ويزعج الاطفال الآخرين.	٠	١	٢	٣
٣٩	لا تبدو عليه السعادة بصورة أساسية (طفل غير سعيد).	٠	١	٢	٣
٤٠	مشكلات مصاحبة لتناول الطعام مثل ضعف الشهية.	٠	١	٢	٣
٤١	لديه آلام في المعدة.	٠	١	٢	٣
٤٢	لديه مشكلات في النوم.	٠	١	٢	٣
٤٣	اضطرابات وآلام أخرى.	٠	١	٢	٣
٤٤	القيء أو الشعور بالغثيان.	٠	١	٢	٣
٤٥	يشعر بأن الأسرة تغشه.	٠	١	٢	٣
٤٦	التباهي أو التفاخر.	٠	١	٢	٣
٤٧	يترك نفسه عرضه لنبذ الآخرين.	٠	١	٢	٣
٤٨	مشكلات بالمعدة (إسهال متكرر، عادات غير منتظمة وإمساك).	٠	١	٢	٣

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس – مستغانم-

كلية العلوم الاجتماعية

مصلحة التربصات رقم.....

مستغانم: في 2024/01/27

الى السيد: رئيس جمعية مساعدة المعاقين

ولاية مستغانم

الموضوع: طلب تسهيل مهمة

نحن مسؤول مصلحة التربصات ، نتقدم الى سيادتكم المحترمة بهذا الطلب المتمثل في تسهيل مهمة طلبة الماستر ، للقيام بالبحث الميداني المرتبط بمذكرة التخرج المعنونة بـ: مدى فاعلية برنامج تدخل نفسي بيداغوجي للأطفال متلازمة توحد الخفيف

ب(المكان)..مركز الأطفال.....من

2024/01/28 الى 2024/03/14

الطالب (ة):

1-حبالة عائشة .....

الأستاذ المؤطر:

موافق

تقبلوا سيدي فائق الاحترام والتقدير

المؤسسة المستقبلة

Directrice Centre D'enfants

TOUIL Fatima

جمعية المساعدة للمعاقين عقليا لولاية مستغانم

Association D'aide aux Handicapés Mentaux 04

Wilaya de Mostaganem

مسؤول مصلحة التربصات

د.زريوح أسيا تازيت

مسؤول تربصات قسم العلوم الاجتماعية

كلية العلوم الاجتماعية