الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

أثر التكفل النفسي التربوي بالطفل التوحدي في إدماجه إجتماعيا.

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ليسانس تخصص : علم النفس المدرسي

من إعداد الطالبين :

مجبر محمد

بن عطية الشارف

تحت اشراف:

العبادية عبد القادر

السنة الجامعية : 2012 - 2013

كلمة شكر و تقدير

يهدنا القرآن بخير ما نبدأ به:

بسم الله الرحمن الرحيم

" الحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله "

صدق الله العظيم.

الحمد لله بنعمته تتم الصالحات أما بعد:

نتقدم بالشكر للأستاذ المشرف العبادية عبد القادر على قبوله الإشراف على هذه المذكرة، و الذي كان نعم السند فله منا أخلص التقدير و الاحترام.

كما نتقدم بالشكر الخالص إلى السيد مديرة و اعضاء جمعية المساعدة للمعاقين عقليا و حركيا .

كما نتوجه بالشكر إلى كل من ساعدنا في إنجاز هذا العمل المتواضع الذي نأمل أن يكون عملا

إهداء

نهدي هذا العمل المتواضع إلى الذين لم نتمكن من فتح باب ندخل إلى عالمهم، و أمهات هؤلاء اللأطفال.

و إلى المختصين الذين يعملون بثبات لمساعدتهم.

إلى جميع طلبة علم النفس وبالخصوص علم النفس المدرسي دفعة 2012 – 2013

نتقدم بهذا العمل المتواضع، و نرجو من المولى عز وجل أن يوفقنا إلى ما هو خير و يجنبنا الزلل والحمد لله رب العلمين.

مقدمة :

التوحد ذاك العالم الذي شكل منذ زمن لغزا مميزا وسرا غامضا يعتبر حاليا من أحدث قضايا البحث العلمي و موضوعا حساسا في المجال العمومية و في مجال الطب العقلي للأطفال.

فمنذ الوصف الذي قدمه Leo Kanner عام 1943، أصبح اهتمام العلماء متجها نحو استكشاف هذا المرض و معرفة أسبابه، حيث ظهرت عدة نظريات مفسرة، كانت نتيجة ألى التحليل النفسي.

واعتبار التوحدية الطفلية ذات أسباب نفسية عن سوء العلاقة الوالدية، خاصة مع الأم، لكن شيئا فشيئا تم التخلي عن هذه الفكرة بعد الاكتشافات الحديثة حول فيزيولوجية الدماغ فمع تطور التقنيات العلمية، و أجهزة الكشف الداخلي، أصبح ينظر إلى أسباب التوحدية إنها راجعة إلى خلل في وظيفة الدماغ و أصبحت الأبحاث متجهة نحو علم الوراثة، و النظريات البيوكميائية، و النوروفزيواوجية.

و إذا كان فهم التوحدية الطفلية، والتعرف على أسبابها يشكل دراسة مهمة، فإن الأهم من ذلك هو إيجاد طريقة للتكفل بهؤلاء الأطفال، ومساعدتهم على تنمية قدراتهم، وتزويدهم بمهارات التواصل مع العالم الخارجي.

لأجل ذلك اهتمت الدول المتقدمة بتصميم عدة برامج مكثفة و فعالة تأخذ بعين الاعتبار كل وسائل و أنواع العلاج التي سوف نتطرق إليها في بحثنا.

مقارنة بهذا النمط المعمول به في الدول المتقدمة، فإن الدول النامية أبدت اهتمامها بالتكفل النفسي للأطفال التوحديين في السنوات الاخيرة فقط.

ويظهر هذا الاهتمام للدول العربية بتنظيم أول مؤتمر عربي إقليمي 26 – 27 ماي 2004 حول رعاية و تربية الأطفال التوحديين و من بين الدول المشاركة فيه الجزائر التي أصبحت تولي اهتماما بتنظيم العلاج الذي يقدم للأطفال و لذلك كان اهتمامنا بدراسة طرق العلاج و البرامج المقدمة لرعاية الأطفال التوحديين و تقييم وضعية التكفل المقدمة في مختلف المراكز و التي تعد في حد ذاتها منعدمة للاختصاص بها.

و بالتالي، قد شمل بحثنا هذا قسمين: قسم أول وهو الجانب النظري و القسم الثاني الجانب المنهجي، أما القسم الثالث فيتمثل في الجانب التطبيقي.

يحتوي الجانب النظري على فصلين، تطرقنا في الفصل الاول إلى مفهوم التوحد و توضيح أهم أعراضه و أسبابه، و في الفصل الثاني ركزنا على أهم طرق التكفل النفسي المقدمة للأطفال التوحديين.

أما الجانب النظري المنهجي، فشمل توضيح اجراءات البحث المتمثلة في مكان البحث، عينة البحث، أداة البحث بالاضافة إلى أهداف الدراسة و الدراسة الاستطلاعية، في حين تعرضنا في القسم الاخير المتمثل في الجاني التطليقي المقابلة مع الأخصائيين و المتعاملين مع حالات التوحد القائمين على التكفل النفسي، و كذلك البحث عن طريق العلاج و البرامج المقدمة و تقييم وضعية التكفل المقدمة في مختلف الاماكن الموجودة فيها.

مدخـــــــــــل الدراســـــــــة

1. أهمية البحث

2. اهداف البحث

3. الإشكالية

4. الفرضيات

5. التعاريف الإجرائية

1. أهمية البحث:

إن اضطراب التوحد لم ينل حظه من البحث و الدراسة، حيث نجد أنه على الرغم من الدراسات العديدة التي أجريت حول هذا الاضطراب في المجتمعات العربية و ما تم إنشائه من مراكز خاصة به.

فإن الدراسات العربية حول الموضوع تعد على أصابع اليد الواحدة، كما أننا نادرا ما نجد مركزا متخصصا يعني بدراسته وتقديم الخدمات وخاصة في مجتمعنا.

- تعد هذه الفئة دون غيرها من الفئات الخاصة تكاد تكون فئة مهملة من جانبها و لم تنل الاهتمام الكافي.
- البحث عن أساليب و طرق التكفل النفسي و تعديل السلوكيات.
- تبصير و تكوين معلمي مختص التربية الخاصة بكيفية التكفل في إعدادهم للاندماج مع أقرانهم و من تم الانخراط في المجتمع.
- تأهيل الأطفال التوحديين نفسيا من حيث إمكانية المساهمة في حدوث التفاعلات الاجتماعية.

2. اهداف البحث:

رغم أن البحث العلمي في ميدان التوحدية الطفلية يعتبر حديثا إلا أننا إخترنا هذا الاضطراب كموضوع لبحثنا لأهداف واضحة هي:

1. تقديم النتائج التي توصلت إليها آخر الدراسات و الأبحاث العلمية، حول تفسير التوحد و تحسين طرق التكفل بهم.
2. توضيح خصائص و معايير التكفل الجيد و إبراز المبادئ و الأسس التي تعتمد عليها للوصول إلى نتائج جيدة.
3. إعطاء صورة عن وضعية التكفل النفسي في ولاية مستغانم مع تحديد أهم الصعوبات التي تواجهها.
4. توضيح ان التوحد ليس إعاقة ميئوس منها و أن التفكير المبكر و النوعية يمكنها أن تقلل من خطورة هذه الإصابة و تعمل على الإدماج التدريجي لهذا الطفل في المحيط الخارجي.

3. الإشكالية:

يعد اضطراب التوحد إعاقة ذهانية مزمنة يظهر خلال الثلاث سنوات الاولى من عمر الطفل، وتتميز بنمو غير طبيعي في الجوانب الاجتماعية، الاتصالية و السلوكية .

هذه الاضطرابات يتحدد تطورها أو تراجعها على نوعية التكفل النفسي التي يتلقاها، فالتكفل هو الذي يسلهم في في تحقيق الإدماج الاجتماعي و التكيف مع المحيط الخارجي.

من أجل ذلك تهتم الدول المتقدمة من خلال الدراسات الحديثة التي تقام حول التوحد بتحسين الخدمات التربوية و الأساليب العلاجية المستخدمة لتحقيق أهداف التكفل.

حيث تم اقتراح عدة برامج أثبتت نجاحها بعد تحقيقها لنتائج جيدة أقلها وصول الطفل إلى الاستقلالية الذاتية.

أما في الجزائر، فإن الاهتمام بالتكفل للأطفال التوحدين يعتبر حديثا جدا، بل منعدما في بعض المراكز بحيث نجدها تعمل على إدماج فئة الأطفال التوحديين مع ذوي الإعاقات الأخرى، كما في مجتمعنا.

فانطلاقا من ملاحظاتنا الميدانية حول سير عمل بعض المراكز في التكفل بالأطفال التوحديين، و اعتمادا على الدراسات و الكتب التي كانت مرجعا أساسيا في بحثنا نتساءل عن:

ما مدى فعالية طرق و أساليب التكفل النفسي بالطفل التوحدي في المراكز و إدماجه اجتماعيا؟

الاشكاليات الجزيئية:

1- هل هناك تكفل نفسي فعلي داخل المراكز؟

2- هل هناك طرق مبرمجة للتكفل النفسي بالطفل التوحدي؟

3- هل يوجد مراكز تحقق نتائج مقبولة في ميدان التكفل النفسي بالطفل التوحدي؟

4- هل هناك معاناة للمركز من صعوبات تعيقها عن تحقيق التكفل النفسي؟

5- هل هناك إدماج للطفل التوحدي اجتماعيا؟

4. الفرضيات:

1. هناك تكفل نفسي فعلي داخل المراكز
2. هناك طرق مبرمجة للتكفل النفسي بالطفل التوحدي.
3. بعض المراكز تحقق نتائج مقبولة في ميدان التكفل النفسي بالطفل التوحدي.
4. هناك بعض المراكز تعاني من صعوبات تعيقها عن تحقيق التكفل النفسي.
5. هناك بعض الاطفال التوحديون الذين يمكن ادماجهم اجتماعيا.

6. التعاريف الإجرائية:

التكفل النفسي: هو اتباع طريقة علاجية معينة لعلاج الاضطرابات التي يعاني منها الطفل التوحدي و تؤثر على سلوكه.

التكفل التربوي: هو اتباع برنامج تعليمي خاص بالطفل التوحدي.

التوحيد: هو حالة من حالات الإعاقة التي لها تطوراتها، وتعوق بشكل كبير طريقة استيعاب المخ للمعلومات و معالجتها، كما أنها تؤدي إلى المشاكل في اتصال الفرد بمن حوله و اضطرابات في اكتساب مهارات التعلم و السلوك الاجتماعي.

الفصل الأول: التوحد الطفولي

1. مفهوم التوحـد
2. أعراض التوحد:
   1.2. السلوك الاجتماعي العزلة التوحدية
   2.2. اضطرابات الاتصال اللفظي و غير اللفظي
   3.2. الحاجة إلى الثبات
   4.2. اضطرابات توحدية في سجلات النمو الأخرى
3. أنواع طيف التوحد
4. تشخيص و تقييم التوحد:
5. الأسباب و التفسيرات:
   1.5. تفسير Leo Kenner :
   2.5. تفسير التكويني الوراثي: Le modèle génétique
   3.5. التفسير العضوي:
   4.5. التفسيرات النوروفزيولوجية:
   5.5. التفسير البيوكيميائي:
   6.5. التفسير المعرفي:
   7.5. التفسير النفسي التحليلي:

1. مفهوم التوحـد :

قبل أن نبدأ بعرض التعريفات التي وضعت لمفهوم التوحد تجدر بنا الاشارة إلى أن هناك اختلاف بين الباحثين ليس فقط في تعريفاتهم للتوحد، بل في تسمية هذا الاضطراب.

فالبعض يعرف لفظ « Autism » بالتوحد، والبعض يعربه أو يترجمه بالذاتوية، و البعض يترجمه بالاجترار، و يترجمه البعض بالتغليف الذاتي، أو الفصام الذاتوي.

وحقيقة الامر ان الاختلاف في التسمية أو حتى التعريف ليس أمرا نظريا كما يعتقد البعض، بل هو يعكس اختلاف الباحثين في النظر إليه و تشخيصه.

ومصطلح« Autism » مأخوذ من اللغة الاغريقة، حيث تنقسم الكلمة هذه إلى شقين autos بمعنى النفس و ism بمعنى الحالة غير السوية استعمل لأول مرة من طرف الطبيب العقلي « Eugène Bleuler » سنة 1911، لوصف العرضية الفصامية عند أشخاص بالغين (عزلة اجتماعية مع انطواء على الذات).

أما عن أشهر التعريفات لاضطرابات التوحد:

- « **Leo Kanner** »: سنة 1943، استعمل الطبيب العقلي « Leo Kanner » هذا المصطلح لوصف تناذر مبكر يتميز باضطرابات في العلاقات العاطفية مع المحيط و أعطاه اسم التوحد الطفولي المبكر « Autisme infantile précoce » و بالنسبة لـ « Kanner ».التوحد الطفولي المبكر يتمثل في عدم قدرة الطفل الصغير منذ ولادته على تحقيق و بناء علاقات عاطفية مع محيطه.[1]
- « **Marica** »: سنة 1990، تعرف الأوتيزم بأنه مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس، و الاستغراق في التفكير، و ضعف القدرة على الانتباه، وضعف القدرة على

[1] H, BLOCH, R, Chemama et all, Grand dictionnaire de psychologie, Larousse, Paris, 1999, P : 109.

التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الأخرين، فضلا عن وجود النشاط الحركي المفرط.[1]

- **أما التعاريف العالمية الحالية:**

CIM 10 de l'OMS et DSM IV Américain

تعتبر التوحد الطفولي كاضطراب اجتباحي للنمو، حيث تظهر العلامات الأولى قبل 3 سنوات، و تضم:

1. اضطراب كيفي للتفاعلات الاجتماعية المتبادلة (قدرات الاتصال، العلاقات المشتركة التبادلات الاجتماعية و العاطفية).
2. اضطرابات كيفية في التواصل و التخيل (الفهم و التعبير اللفظ و غير اللفظي، و نشاطات التخيل).
3. الطبع المنمطي و السلوكات التكرارية و النمطية لاهتماماته و نشاطاته (حركات طقوسية، مقاومة التغيير، خصوصيات في الاستجابة الحسية و في استعمال الأشياء).[2]

2. أعراض التوحـد :

يمكن ملاحظة الأعراض من 2 – 3 سنوات، وتضم مجموعة العلامات الممكنة، مع أنه في الواقع هناك اختلافات من طفل لآخر، فالشذوذ نجده في مختلف أبعاد النمو : اللغة، الحركة، الإدراك، القدرات العقلية، الفهم، التعبير العاطفي.

[1] أميرة طه بخش، مجلة العلوم التربوية،ع 1 يناير 2002، جامعة قطر، ص 132.

[2] H, BLOCH, R, Chemama et all, Grand dictionnaire de psychologie, Larousse, Paris, 1999, P : 109.

1.2. السلوك الاجتماعي العزلة التوحدية:

يتمثل في عدم القدرة على تطوير علاقات مع الأشخاص و غياب التفاعل مع الآخرين و الاهتمام بهم، فهو يظهر كأنه يتجنب و يرفض التواصل، ذلك من خلال:

- غياب الاتصال البصري (النظر المنحرف، أي لا ينظر إلى الآخرين).
- غياب الإجابة بالابتسامة و الإيماءات.

2.2. اضطرابات الاتصال اللفظي و غير اللفظي:

اكتساب اللغة عند الطفل التوحدي لا يكون متأخرا فحسب و لكن عندما تتطور تتميز بشذوذ، فحوالي نصف التوحديين لا يتكلمون أبدا، و إن وجدت اللغة فلا تكون لها أية قيمة للاتصال و تتميز ب:

- إعادة الكلمات أو الجمل على شكل نمطي (Une écholalie).
- قلب الضمائر (استعمال "أنت" بدل "أنا") وهذا يعني عدم التحكم فيها.
- ألفاظ لا تكون مفهومة إلا من المقربين.
- سيولة و نمط خاص في استعمال غير عادي للصوت (إصدار أصوات غريبة).
- الطفل التوحدي لا يتواصل بالإيماءات و الحركات أي لا توجد عنده إيماءات تدل على الفرح أو الخوف، التعبيرات الوجهية فقيرة و الابتسامة نادرة. Visage de glace

3.2. الحاجة إلى الثبات:

يشمل عدد كبير من السلوكات الثابتة النمطية و المتكررة و تتمثل في:

- مقاومة أقل تغيير في المحيط المألوف للطفل كنقل أثاث من مكان لآخر، أو تغيير عادة متكررة بانتظام، فهذا يؤدي إلى استجابات نادرة.

- ألعاب متكررة و خالية من أي خيال أو إبداع " يكرر نفس الحركة".
- يبالغ في التعلق بأشياء خاصة و يحتفظ بها كل وقت و يحتج بشدة إذا حاولنا نزعها من مثال: (ورقة، خيط، علبة...).
- الأطفال التوحديين الذين لديهم لغة بسيطة، نجد عندهم كلمات يكررونها دون ملل.
- حركات طقوسية مثل: تدوير اليدين أو ضربها مع بعضها، أو تحريكها أمام الأعين، هذه الحركات تشترك لإنجاز تتابع معقد، لحركات متكررة و أحيانا لأوقات محددة في اليوم.

4.2. اضطرابات توحدية في سجلات النمو الأخرى:

يمكن أن نجد إفراط أو تدنيا في الاستجابة للمثيرات، فقد يبدو أن له قصور حسي مما يستدعي تشخيص الصمم أو العمى.

بالنسبة للسمع يمكن أن نجد غياب الاستجابة للمنبهات الصوتية مهما كانت شدتها و بالعكس يمكن أن تكون حساسية مفرطة للأصوات، فقد لا يستجيب لصوت تحريك الأوراق، أما بالنسبة للإدراك البصري، فإن الطفل لا يستجيب للأشخاص أو الأشياء، فيمكن له أن يمشي على الأشياء و كأنه لا يراها، و لا يتعرف على الوجوه و الأشياء العائلية، و لكن يجلب انتباهه ضوء لامع، أو يظهر إعجابه بأشياء معينة خاصة الأشياء الدائرية و المتحركة مثل المروحات" Les ventilateurs " أو النواسات، فهو يتأملها لمدة ساعات دون ملل كما يكون له:

- استعمال الأشياء بطريقة منحرفة مثل تدويره لعجلات سيارة صغيرة أمام أذنه بدلا من تحريكها على الأرض.
- مزاجيه ليس سهل التنبؤ، ويمكن أن يتغير من وقت لآخر، من الضحك إلى البكاء غير المبرر.

- غياب تام للإحساس بالخطر (أمام سيارة أو مرتفع).
- يمكن أن يكون عدوانيا تجاه نفسه (يضرب نفسه، يعض نفسه)، أو تجاه الآخرين.
- النشاط الحركي قد يكون محدودا (بليد قليل الحركة) أو قد يكون مرتفعا (كثير الحركة، بدون توقف).
- وضعيات جسمية غير مألوفة، طريقة مشي غريبة، (على رؤوس الأصابع، بفتح الذراعين أو مع القفز).
- معامل الذكاء لديهم يمكن أن يكون عاديا أو منخفضا، بعضهم ينجحون في أداءات معينة مثل: الموسيقى ، المكانيك، الرياضيات، و بعضهم قادر على القيام بالحساب الذهني بصفة سريعة و قدرات عالية.

كما يمكن أن تجد لديه اضطرابات في النوم والتغذية، تظهر منذ الطفولة المبكرة.[1]

3. أنواع طيف التوحـد :

- التوحد التقليدي :Autism–classical
- اضطراب أسبرجر : Asperger's Rett's Disorder
- متلازمة ريتز Rett's Disorder
- اضطراب التفككي Disintegrative disorder
- وجود بعض سمات التوحد PDD NOS

[1] Pierre Delion, l'enfant autiste, le bébé et sémiotique, édition fil rouge, france2000, P : 99-101.

أعراض التوحد التقليدي:

المعروف أن التوحد له 3 أعراض رئيسية:

- ضعف العلاقات الاجتماعية.
- ضعف الناحية اللغوية

وقد يصاحبه اضطراب في السلوك مثل نشاط زائد و قلة التركيز أو نوبات غضب شديدة أو صعوبة في النوم وقد يظهر سلوك مؤديا لنفسه و أيضا تبول لا إرادي، هناك بعض الحالات يصاحبها تشنجات "صرع" .

- التخلف العقلي : هي إعاقة منفصلة تماما عن التوحد... قد يكون مصاحب للتوحد انخفاض لنسبة الذكاء... ولكن هناك أيضا أطفال توحديين درجة ذكائهم في المعدل الطبيعي أو مرتفع.

➢ **ضعف التواصل الاجتماعي:**

ضعف في العلاقات الاجتماعية مع أمه...أبيه مع أفراد عائلته و الغرباء،بمعنى أن الطفل لا يهتم لوجود الآخرين، لا ينظر إلى الشخص الذي يكلمه...لا يشارك اهتمامات الاخرين...يحب أن يلعب وحده...لا يحب أن يختلط بالأطفال الآخرين...لا يستطيع أن يعرف مشاعر الآخرين.

➢ **في التواصل الاجتماعي:**

ضعف في التعبير اللغوي أو تأخر في الكلام...أحيانا استعمال كلمات غريبة من تأليف الطفل وتكرارها دائما... أو إعادة آخر الكلمة من الجملة التي يستعملها...لديه صعوبة في استعمال الضمائر(أنا أريد) مثلا لا يقول "أنا أريد أُن أشرب " بل يستعمل اسمه ويقول "حسن يريد أن يشرب".

- **نشاطه و اهتماماته و ألعابه متكررة و محدودة:**

لا يوجد فيها تجديد مثل أن يلعب بالسيارات فقط أو المكعبات أو طريقة لعبه لا تتماشى مع اللعبة التي يلعب بها مثل أن يرص السيارات الصغيرة بطريقة معينة بدل من ان يتخيل انها تسير على الطريق أيضا يحب الروتين و لا يحب التغيير في أنواع أكله أو طريقة تنظيم غرفته ...التعلق بالأشياء مثل مخدة معينة أو بطانية، حركات متكررة لليد و الأصابع.

أعراض متلازمة أسبرجر:

يدخل تحت طيف التوحد ... الطفل يكون لديه بعض التصرفات المشابهة للتوحد... هنا يكون الطفل ذكاءه طبيعي أو في بعض الأحيان معدل ذكاءه أعلى من الطبيعي ، و لا يوجد لديه تأخر في الكلام (أي أن مقدرته على الكلام جيدة) وهذا ما يفرقه عن التوحد التقليدي... لكن مشكلته الأساسية تكمن في ضعف التواصل الاجتماعي... و التي قد تظهر بعدم رغبة الطفل بالاختلاط بالآخرين أو الكلام معهم أو مشاركتهم أى اهتمامات...وكثيرا ما يكون الطفل له أصدقاء و يقضي معظم أوقاته لوحده...أيضا يوجد أحيانا تكرار في بعض السلوكيات بالإضافة إلى عدم تقبل التغير سواء كان في الفكر أو الملابس...وعادة ما تكون لهم طقوس و روتين معين في حياتهم.

من المهم أن نتذكر أن الطفل مختلف و ينظر إلى العالم بطريقة مختلفة أيضا بعض هؤلاء الأطفال عندهم قدرات فائقة في بعض النواحي (مثل قدرة غير عادية على الحفظ).

هم عرضة أحيانا إلى السخرية و التهكم من أقرانهم غريبين أو ساذجين في تصرفاتهم بعض الأحيان.[1]

[1] www.autisme-recoveredchldren.com.

4. تشخيص و تقييم التوحـد:

إن هذا الأمر يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيدا، و خاصة في الدول العربية حيث يقل عدد الأشخاص المهيئين بطريقة علمية لتشخيص التوحد مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة.[1]

حيث يعتمد التشخيص الدقيق الوحيد على الملاحظة المباشرة لسلوك الفرد وعلاقاته بالآخرين ومعدلات نموه، ولا مانع من اللجوء في بعض الاحيان إلى الاختبارات الطبية لأن هناك العديد من الأنماط السلوكية يشترك فيها التوحد مع بعض الاضطرابات الأخرى.

ولذلك فإنه في الطرق المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة، حيث يمكن أن يضم هذا الفريق: أخصائي أعصاب، أخصائي نفسي أو طبيب نفسي، طبيب أطفال مختص في النمو، أخصائي علاج لغة و أمراض النطق، أخصائي علاج مهني، أخصائي تعليمي و المختصين الاخرين ممن لديهم المعرفة الجيدة بالتوحد.[2]

1.4. أدوات التشخيص:

يتمثل التشخيص المبكر في ملاحظة الطفل 24 شهرا حتى ستة أعوام و ليس قبل ذلك.

1.1.4. التشخيص المبكر:

أ. أسئلة الآباء عما إذا كان طفلهم:

- لم يتفوه بأية أصوات كلامية حتى ولو غير مفهومة من 12 شهرا.

[1] محمد علي كامل، الأوتيزم بين الفهم و العلاج، كلية التربية، جامعة طنطا 2003، ص 8.

[1] www.alwasan.com.

- لم تنمو عنده المهارات الحركية (الإشارة – التلويح باليد – إمساك الأشياء) في سن 12 شهرا.
- لم ينطق كلمات فردية في سن 16 شهرا.
- لم يكن لديه الاهتمام بالآخرين.
- لم ينطق جملة مكونة من كلمتين في سن 26 شهرا.
- عدم اكتمال المهارات اللغوية و الاجتماعية في مراحلها الطبيعية
- لديه استعمال غير عادي للأشياء.

لكن هذا لا يعني في ظل عدم توافرها أن الطفل يعاني من التوحد لأنه لا بد و أن تكون هناك تقسيمات من جانب متخصصين في مجال الأعصاب – الأطفال – الطب النفسي – التخاطب – التعليم

ب. مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال:

ينسب إلى "إيريك سكوبلر" Eric Scopler في أوائل السبعينات و يعتمد على ملاحظة سلوك الطفل بمؤشر به 15 درجة و تقييم المتخصصون سلوك الطفل من خلال:

- علاقته بالناس
- التعبير الجسدي
- التكيف مع التغيير
- استجابة الاستماع لغيره
- الاتصال الشفهي.

ج. قائمة التوحد للأطفال عند 18 شهرا (Chat) :

تنسب إلى العالم " سيمون بارون كوهين " في أوائل التسعينات و هي لاكتشاف ما إذا كان يمكن معرفة الإعاقة في سن 18 شهرا و من خلالها توجه أسئلة قصيرة من قسمين القسم الأول يعيده الآباء و الثاني من قبل الطبيب المعالج.

د. استطلاع التوحد:

وهو مكون من 40 سؤال لاختبار الأطفال من سن 4 أعوام و ما يزيد على ذلك لتقييم مهارات الاتصال و التفاعل الاجتماعي.

هـ. اختبار التوحد للأطفال في سن عامين:

وضعيه "ويندي ستون " Wendy Stone يستخدم فيه الملاحظة المباشرة للأطفال تحت سن عامين على ثلاث مستويات التي تتضح في حالات التوحد: اللعب – التقليد. قيادة السيارة أو الدراجات النارية (الانتباه المشترك).[1]

2.1.4. التشخيص الفارقي:

القيام بالتشخيص الفارقي يعتبر مرحلة ضرورية جدا رغم صعوبته، من حيث استشارة الباحثين إلى قضية تشابه السلوك المرتبط بها اضطرابات أخرى و بالتالي سيتم تقديمه على شكل جداول مقارنة بين أعراض التوحد و أعراض أهم الاضطرابات الأخرى. وذلك من خلال المقارنة الأولية مع طفل عادي و لكن ذو نمو بطيء، ليوضح بدقة مدى كمية الأعراض و الاضطرابات الأخرى فعادة ما يكون التشخيص الأول للطفل قبل التشخيص النهائي للتوحد.[2]

[1] Pascal Lenoir, Joëlle Malry, Chrystèle Bodier, Rethore/L'autisme et les troubles du développement psychologie /Messon, Paris , 2003, P157-158.

[2] Collectif (la vie médicale) *Autisme et méthodes éducatives*,Canada 1986,P20-25.

أ. التوحد الطفولي و بطئي النمو:

التوحد الطفولي	طفل عادي لكن بطئ
– المناغاة غير عادية، و ليست اتصالية – غياب الاستجابة للاسم	– هناك مناغاة اتصالية نحو الشهر التاسع – يستجيب لاسمه و لأوامر بسيطة نحو 12 شهرا
– لا يتعرف على الأسماء العائلية والأشياء	– يتعرف على اسم الأشياء المستعملة بين 12-18 شهرا.
– اللغة نمطية متكررة و غير اتصالية – تأخر هام في استعمال الكلمات و الجمل	– يستعمل كلمات مفردة نحو 18 شهرا و جمل من كلمتين نحو سن 24 شهرا
– لغة نمطية متكررة و غير اتصالية	– يستعمل كلمات مفردة للتعبير عن عدة أفكار
– لا يستعمل الرموز غير اللفظية مع عدم فهمها	– يفهم و يستعمل الرموز غير لفظية
– قليل الاهتمام بالمحيط مع رفض التغير	– اهتمام مبكر بالمحيط
– قليل الاستجابة للأم مع تأخر في خلق العلاقة	– العلاقة مع الأم تظهر نحو الشهر الثالث
– غياب الاهتمام بالألعاب لكن يجلب انتباهه المصابيح...مثلا	– يستجيب مع الألعاب نحو 04 إلى 06 أشهر
– مرحلة النمو الحركي متأخرة	– نمو حركي عادي

ب. التوحد الطفولي و التأخر اللغوي:

التوحد الطفولي	التأخر اللغوي
– راجح غالبا إلى إصابة دماغية	– احتمال ضعيف أنه راجع إلى إصابة دماغية
– تأخر هام على مستوى التعبير	– انعدام الصعوبات الهامة للفهم
– عدم القدرة على استعمال اللغة للاتصال	– استعداد عادي للاتصال
– اضطراب هام في العلاقات الاجتماعية خاصة مع الأقران	– الصعوبات الاجتماعية بسيطة و علاقات جيدة مع الأقران
– سلوك اللعب جد مضطرب	– ميال جيد في اللعب
– صعوبات بالغة على مستوى السلوك	– بعض الصعوبات في السلوك
– تأخر اللغة قد يكون بالاشتراك مع التأخر العقلي	– لا يوجد اشتراك مع التأخر العقلي
– الصعوبات الاجتماعية و الاتصالية على مدى الحياة و استقلالية نادرة في سن الرشد	– القيام بتربية خاصة تجعل الطفل يلتحق بالتعليم العادي

ج. التوحد الطفولي و الإعاقة العقلية:

التوحد الطفولي	الإعاقة العقلية
– يختلفون سلوك التعلق تماما لدى الأطفال التوحديين بالرغم من تمتعهم بمستوى ذكاء متوسط.	– الأطفال المعاقون عقليا يكونون متعلقين بالآخرين و لديهم إلى حد ما بعض الوعي الاجتماعي.
– لديهم القدرة على أداء المهام غير اللفظية، و خاصة ما يتعلق بالإدراك الحركي و البصري.	– ليس لديهم هذه القدرات أو المهارات.
– يعانون من عيوب جسمية بنسب أقل	– كثيرا ما تعاني هذه الفئة منها.
– صعوبات سلوكية هامة تصاحبها طقوس حتى عند ذوي الذكاء المرتفع	– صعوبات سلوكية هامة، لكن الطقوس و السلوك النمطي لا يحض إلى الحالات القصوى.
– يبدو عاديا	– سمنة واضحة من الولادة
– التوحدية لا تعود إلى معدل الذكاء المنخفض، معدل الذكاء غير اللفظي، و النمو الحركي يمكن أن يكونا عاديان.	– له علاقة مع معدل الذكاء المنخفض و التأخر الشامل.

د. التوحد الطفولي و الصمم:

التوحد الطفولي	الصمم
– ليس هناك جانب نرولوجي نوعي	– مصاحب باضطراب نرولوجي عضوي
– استجابة غير عادية للأصوات	– فقدان كلي فيما يخص المنبهات الصوتية
– قلة استعمال الاتصال غير اللفظي مع قلة الاستجابة له	– استعمال عادي للحركات و الإيماءات مع استجابة عادية لها.
– غياب الخيال في اللعب	– الخيال في اللعب جيد
– نمو شاذ في إقامة علاقة	– نمو عادي للعلاقات
– علاقات اجتماعية غير عادية	– علاقات اجتماعية جيدة
– صعوبات هامة في السلوك	– بعض المشاكل في السلوك، لكن جد ضعيفة مقارنة لصعوبات المتوحد
– استجابة ضعيفة للعلاج	– استجابة إيجابية للعلاج

2.4. التقييم:

هناك عدة طرق لتقييم نمو الطفل حركيا و سلوكيا و معرفة المشاكل التي يعانون منها، ومهما اختلفت المراكز من بلد لآخر فإن العملية الأساسية واحدة، و الهدف من التقييم هو:

- جمع و ربط المعلومات للحصول على التشخيص الدقيق.
- تقديم هذه المعلومات للطاقم العلاجي لتكون قاعدة لوضع الخطة العلاجية و أسلوب تطبيقها.

❖ يبدأ التقييم من خلال عيادة الطب الأطفال و الأخصائي النفسي، ويحتاج الأمر إلى ملاحظة الطفل في المنزل و المدرسة خلال اللعب و التي تعطي صورة عن قدرة الطفل على التواصل و التفاعل مع الآخرين.

❖ مناقشة من يهتم بالطفل في المنزل و المدرسة

الطفل التوحدي قد يظهر بعض العلامات المرضية حسب حالته و وضعه، وهذا ما نستطيع معرفته عن طريق الاختبارات الخاصة، و الكشف السريري.

❖ هناك نقاط أساسية لجعل التشخيص و التقييم قبل سن الثانية من العمر صعبا، ومن أهمها:

- في هذا العمر لا تكون الأنماط السلوكية قد اتضحت و تشكلت بشكل يسمح بإجراء التشخيص.
- المشاكل اللغوية ركن مهم للتشخيص، و في هذا العمر لا تكون قد تشكلت و نضجت.
- في بعض الأطفال التوحديين يكون نمو الطفل طبيعيا لفترة من الزمن ثم يبدأ التدهور في الحدوث.
- عدم قدرة الوالدين على ملاحظة تطوير النمو في طفلهم في تلك المرحلة المبكرة.

❖ **نقاط التقييم:**

تقييم الحالة عادة ما يشمل النقاط التالية:

- التقييم الطبي

- تقييم السلوك (مناقشة من يهتم بالطفل في المنزل و المدرسة، المراقبة المباشرة للسلوكيات).
- التقييم النفسي
- التقييم التعليمي
- التقييم التواصل
- التقييم الوظيفي.

التقييم الطبي:

التقيم الطبي يبذأ بطرح العديد من الأسئلة عن الحمل و الولادة.

التطور الجسمي و الحركي للطفل، حصول أمراض سابقة، السؤال عن العائلة و أمراضها، ومن تم القبام بكشف السريري و خصوصا الجهاز العصبي، و إجراء بعض الفحوصات التي يقررها الطبيب، و منها:

- صورة صبغيات Chromosomal analysis الخلية لاكتشاف الصبغي الذكري المنكسر(Fragime X syndrome).
- تخطيط المخ EEG
- أشعة مقطعية للمخ CT Scan
- أشعة بالرنين المغناطيسي للمخ MRI .

التقييم النفسي

الأخصائي النفسي يقوم باستخدام أدوات و نقاط قياسية لتقييم حالة الطفل، من نواحي الوظائف المعرفية و الإدراكية، الاجتماعية، الانفعالية، السلوكية، التكيف،

ومن هذا التقييم يستطيع الأهل و المدرسين معرفة مناطق القصور و التطور لدى طفلهم.

التقييم التعليمي:

يمكن القيام بالتقييم التعليمي من خلال استخدام التقييم المنهجي Farmal assessment (باستخدام أدوات الدراسة).

و التقييم الغير المنهجي Infarmal assessment (باستخدام الملاحظة المباشرة و مناقشة الوالدين) و الغرض من ذلك تقديم مهارات الطفل في النقاط التالية:

- مهارات قبل الدراسة (الأشكال، الحروف، الألوان).
- المهارات الدراسية (القراءة، الحساب)
- مهارات الحياة اليومية (الأكل، اللبس، دخول الحمام).
- طريقة التعلم ومشاكلها وطرق حل هذه المشاكل.

تقييم التواصل: Communication assessement

التجارب المنهجية، الملاحظة التقييمية، كلها أدوات تستخدم للوصول إلى تقييم المهارات التواصلية، و من المهم في مدى مهارات التواصل و منها رغبة الطفل في التواصل، وكيفية أداءه لهذا التواصل (التعبير الحركات على الوجه أو بحركات جسمية أو بالإشارة) كيفية معرفة الطفل للتواصل الآخرين معه و نتائج هذا التقيم يجب استخدامها عند وضع البرنامج التدريبي لزيادة التواصل لاستخدام لغة الإشارة، أو الإشارة إلى الصورة و غير ذلك.

التقييم الوظيفي: Occupational assessement

المعالج الوظيفي يقوم لتقييم الطفل لمعرفة طبيعة التكامل الوظائف الحسية، وكيفية عمل الحواس الخمس (السمع، البصر، الذوق، الشم، اللمس) كما أن هناك أدوات قياسية تستخدم لتقييم الحركة الصغرى . (استخدام الأصابع لإحضار لعبة أو شيء صغير) مهارات الحركة الكبرى (المشي، الجري، القفز) و من المهم معرفة هل يفضل الطفل استخدام يده اليمنى أو اليسرى (جزء الدماغ المسيطر) المهارات النظرية و عمق الوعي الحسي Depth perception .[1]

5. الأسباب و التفسيرات:

1.5. تفسير Leo Kenner :

Leo Kenner طبيب عقلي أمريكي من أصل نمساوي ويعد من أول من عرف التوحدية الطفلية سنة 1943حيث جمع المميزات العيادية المشتركة لإحدى عشر طفلا، فلاحظ أولياءهم لديهم هم أيضا نقاط مشتركة، فهم ينتمون إلى طبقة اجتماعية و اقتصادية رفيعة، لهم ذكاء فائق، خاصة أنهم منشغلون بالتفكير المجرد، وجد عندهم نقص في الدفء العاطفي و أنهم إنطوائيون وأقل إظهارا للعواطف، فركز على جوانب كثيرة غير سوية في التوظيف العائلي، و افترض أن التوحدية ناتجة عن أسباب نفسية مرضية.

لكن سنة 1955 تخلى عن هذه المرجعية النفسية بعد قيامه بتحاليل الديناميكية العلائقية (آباء – أبناء) و تبين وجهة نظر بيولوجية حيث يقول لا تستطيع أن نفترض أن هناك الأطفال يولدون بعدم قدرة فطرية لتكوين بيولوجي علاقة وجدانية مع الأشخاص تماما كباقي الأطفال الذين يولدون بإعاقات جسدية فطرية.

[1] محمد علي كامل، الأوتيزم بين الفهم و العلاج، كلية التربية، جامعة طنطا 2003، ص 62-64 .

لكن عدم و جود أدلة على عناصر بيولوجية راجع إلى طرق دراسية الجهاز العصبي المركزي كانت في بدايتها.

كما أن كانر كان مقتنعا أن الاستكشافات البيوكيميائية المتواصلة يمكن أن تفتح الطريق لرؤيا جديدة حول الطبيعة الأساسية لاضطراب التوحد.[1]

2.5. تفسير التكويني الوراثي: Le modèle génétique

أهم الدراسات في هذا المجال تمت على يد Folstein Rutter سنة 1977 حول 33 زوج من التوائم، وتوصلت إلى أن 11 زوج من بينهم 36% Monozygotes توائم حقيقيين لديهم قابلية للتوحدية بينما 10 أزواج Dizigotes توائم غير متماثلة لا أحد له القابلية للتوحدية.

ومن جهة أخرى، تبين أثناء هذه الدراسة، أن كل الأزواج الذين يظهرون القابلية هم الذكور كما وجدوا أن القابلية للعصابة باضطراب معرض يعد بنسبة 82% بالنسبة أي التوائم المتماثلة 10% بالنسبة فيبدو أن بعض أنواع اضطرابات اللغة تكون مرتبطة بالتوحدية بطريقة تكوينية أي مبينة.

وبالتالي استنتج Folstein Rutter أن معظم حالات التوحد ناتجة عن اقتران إصابة دماغية و شذوذ معرفي متوارث يخص اللغة، أي أن الإصابة الدماغية بإمكانها تحويل القصور المعرفي إلى مرض توحدي، فنظرية Folstein Rutter ، تفترض أنه ليست التوحدية في مجملها هي التي تنتقل وراثيا، وإنما قصور معرفي أو قصور لغوي، فهناك دراسات أظهرت أن هناك سوابق لقصور لغوي في عائلات الأطفال التوحديين.

[1] Philipe Mazet Slebovici, l'enfant autiste, autisme et psychose de l'enfant PUF, Parie, 1990, P : 24.

3.5. التفسير العضوي:

أشار عدة باحثون إلى إمكانية تدخل عوامل ذات أصل عضوي في تفسير التوحد، حيث نجد كثيرا من الأبحاث تناولت تزامن التوحد الطفولي مع مختلف الإصابات دماغية خطيرة.

فارتفاع نسبة النزيف الرحمي أثناء الحمل، الالتهابات الفيروسية، تناول الأدوية أثناء الحمل، وصعوبات أو حوادث الولادة، يمكن أن تتسبب في إصابات دماغية خطيرة.

دراسات S. Celess سنة 1971 ، أظهرت اشتراك التوحد و الحصبة الخلقية، كذلك دراسة التشوهات المرفولوجية الثانوية المرافقة للتوحد اعتبرت كدليل على إصابة جنينية أو اختلال كروموزومي.

كما تم وصف عدة أمراض أيضية مرافقة للتوحد مثل: نقص إنزيم Phénylalanine hydroxyles المسئول عن تجمع Phénylalanine، وهذا ما يؤدي إلى التأثير على الوظائف العقلية،بالإضافة إلى أمراض أيضية أخرى مثل: la maladie coeliaque. Hestidinemie (سوء تكوين المعدة و بالتالي الحساسية المفرطة للنشواة)، أما الأعراض النرولوجية المصاحبة للتوحد نذكر منها: التشنجات الطفلية Lipoïdose cérébrale (ترسب الدهنيات، الصرع).

التوحد و التشوهات الكرموزمية: في السنوات الأخيرة اتجهت الأنظار إلى تناذر xFragile 5 أي x الهش، هذا التشوه الجنيني يتمثل في كسر على مستوى الذراع الطويل للكرموزوم x ، و أصبح يعتبر من الأسباب الجينية للتخلف العقلي.

من بين الدراسات نجد دراسة Fisch et Coll التي كشفت عن 24 حالة من xFragile ضمن عينة من 183 حالة خضعت للفحص، تتشكل العينة من ذكور حاملي لتناذر التوحد.

وفي دراسة قام Hageman et Coll بها أجريت على 50 طفلا حاملا لـ xFragile ، تبين إثرها 90 % من بينهم ظهرت عليهم سلوكات توحدية (تجنب النظر، تأخر اللغة).

والسؤال الذي نطرحه هنا هو هل هذه التشوهات الكروموزمية لها علاقة بالإصابة بالتوحد؟

لكن هناك نسبة كبيرة من الأطفال التوحديين لا يحملون تشوه xFragile، ونسبة كبيرة من الأطفال الحاملين لهذا التشوه والإصابة بالتوحد تبقى ضعيفه ولم يتم إثباتها حاليا.[1]

4.5. التفسيرات النوروفزيولوجية:

منذ تطور أجهزة تسجيل النشاط الكهربائي للدماغ البشري اتجهت الأبحاث في ميدان التوحد الطفولي إلى اتجاه نوروفزيولوجي.

الاستكشاف عن طرق EEG:

أقيمت عدة تجارب بينت أن تتابع منبه صوتي ضعيف و منبه بصري قوي لها نتائج جد مهمة في فهم وظيفة التنبؤ بالحدث L'anticipation فالمنبه الصوتي المحض الذي لا يحدث أي نشاط، يصبح ذو أثر على نشاط الدماغ بعد اقترانه بمنبه قوي، هذا يعني أن دماغ الإنسان عندما يستقبل المنبه الصوتي يتنبأ لوصول الإضاءة لكن عند الطفل التوحدي الفرق الكبير.

فالمنبه الصوتي الضعيف يمكنه أن يثير استجابة قوية، وعند تقديم المنبه القوي (الاضاءة) يمكن بالعكس أن لا يثير أي استجابة. وعندما نعطي الصوت لمدة معينة لحظات ثم نتبعه بالإضاءة فالاستجابة التنبؤية يمكن أن تكون كالتالي : غائمة تماما تظهر قوية فجأة ثم تختفي أو تكون معكوسة أي بدل إزالة الموجات التي تدل على الراحة فإنها تضاعفها، فالطفل التوحدي يظهر صعوبة في القيام بفعلين في نفس الوقت، فذلك يحتاج إلى تنسيق سمعي بصري، وتنسيق بصري يدوي، هذه التنسيقات البسيطة و الأساسية في التفكير ليست بسيطة بالنسبة للطفل التوحدي، إذا لم يتعود عليها.

[1] Françoise Dolto, La cause des enfants autiste, Edition Robert Laffont, Parie, 1985, P : 24.

موجات الاقتران Les ondes d'association:

إذا مزجنا المنبه الصوتي و البصري، نلاحظ استجابة الدماغ على المستوى القفوي و الصدغي في نفس الوقت، و إذا أصدرنا بعد ذلك الصوت وحده فإنه يعطي استجابة قفوية، أي أن الصوت أصبح منبه بصري، نسمي هذه الاستجابة البصرية بواسطة منبه صوتي بموجات الاقتران ، حيث أن الشخص يدرك أن الصوت كان مقترنا بالإضاءة، موجة الاقتران التي تظهر تلقائية عند الشخص العادي تظهر أقل دقة عند الطفل التوحدي، و أحيانا غائبة تماما.

الموجة الخاصة بالتقليد الحر L'onde d'imitation libre:

التسجيل الكهربائي عن طريق جهازE.E.G لشخص يشاهد لقطات من فيلم، يظهر موجات في نفس الوقت مع حركات الممثلين تسمى موجات التقليد، و التي تترجم التقليد اللاشعوري للفرد وهو يرى إنجاز حركات أمامه، فهناك ميل نحو تقليد حركات الأشخاص الآخرين دون أي تحضير أولي.

أما عند الطفل التوحدي لوحظ تغيرات الصور الدماغية لمنطقة الحركة، ولكنها تظهر عندما تبدو على الشاشة صور لأشياء تتحرك (سيارات، شلال الماء..إلخ). أما ظهور الحركات البشرية على الشاة، فلا توحي له بشيء، فالطفل التوحدي يقلد أي شيء و يجد صعوبة في تقليد حركات أكثر تعقيدا وتناسقا كالحركات البشرية.

تفسير الشذوذ السمعي:

الطفل التوحدي يظهر عدة سلوكات متناقضة فيما يخص قدرة السمع فمثلا: سماعه لصوت الهاتف يزعجه أو الصوت المفتعل بحك الأصابع على كرة قد يرعبه، أو أن الصوت تقطيع الأوراق يثير اهتمامه، بينما يبدو قل حساسية لضجيج السيارات أو لمناداة والديه.

هل الصوت الدماغية تمكننا من فهم هذا الشذوذ السمعي؟. من خلاب الأبحاث التي أجريت على الأطفال التوحديين بواسطة التصوير الداخلي للدماغ IRM Scanner، تبين أن استجابتهم

لا تتعلق بشدة المنبه، فيمكن أن تكون استجابة قوية لمنبهات ضعيفة أكثر من المنبهات القوية، ومن يظهر بالتالي أن لديهم صعوبة في انتقاء المعلومات.

تفسير الشذوذ اللغوي:

سنة 1986 قام Micole Braneau بدراسة اضطرابات اللغة عند الطفل التوحدي عن طريق وسائل فوق صوتية، وهذا في مستشفى في فرنسا هذه الطريقة تعتمد خاصة على دراسة الدورة الدموية الدماغية.

الدراسات أظهرت شذوذ في الاستجابات الدورانية للشريان المركزي للدماغ الأيسر للطفل التوحدي، هذا الشذوذ لا يظهر في حالة الراحة، وإنما يظهر عندما نجعل الطفل يستمع لأصوات متتابعة، فعند الطفل العادي سماع هذه الأصوات يرفع من التدفق الدموي للجهة البسرى، وهذا ما لا يحدث عند الطفل التوحدي .L'hyper perfusion cérébrale

تفسير القدرات الاستثنائية عند التوحديين:

بعد علمنا أن الأطفال التوحديين لا يتكلمون لأن منطقة اللغة في الجهة اليسرى للدماغ لا تستجيب للمثيرات السمعية. أظهر العلماء أنه عند نفس الأطفال فإن هذه المثيرات تنشط الدورة الدموية للدماغ في الجهة اليمنى، وبالأخص في المنطقة المسؤولة عن العمليات الفكرية المعقدة.

فالجهة اليمنى للدماغ كما نعلم مسؤولة عن الوظائف الفكرية العليا، فإذا كانت هذه الجهة اليمنى في نشاط عند بعض الأطفال المتوحديين، نجد أن لهم قدرات عالية متفوقة عن الأطفال العاديين خاصة في الرسم، الموسيقى و الرياضيات و يشار إليها بدورة الكفاءة Le pic des compétences.

عدم التكييف مع المحيط:

دراسات أخرى أجريت سنة 1990، عن طريق التصوير الدماغي عند الأطفال التوحديين. أظهرت أن هؤلاء الأطفال المناطق الجبهية لا تتوظف في أقصى قدراتها.

حيث أن هذه المنطقة تلعب دورا كبيرا في اختبار المعلومات و كذلك المرونة في التكيف مع المحيط و ضبط السلوكية.

اضطرابات أخرى في تطوير الدماغ:

أجريت عدة دراسات على المخيخ عند فئة التوحديين الراشدين من طرف Iric Courchesne في San Diego بفرنسا، حيث لوحظ عند بعض التوحديين زيادة عن الشذوذ في وضعية الدماغ، تغيرات في شكل المخيخ ولكنها دراسات مازالت في بدايتها.

هذه الدراسات أظهرت أن المخيخ لا يلعب دورا في التنسيق الحركي فقط، وإنما له دور في انتقاء المعلومات فقد أكد أن الشخص يعاني من تشوه في المخيخ فهو يجد صعوبة في التخلي عن منله معين ليهتم بمنبه آخر.

B. Garrau و Z.Ibovicus و Orsay من خلال دراسات بدأت عام 1993 وجدو أن الأطفال التوحديين لديهم تشوهات في المخيخ لكنها أقل من تلك التي لاحظها Iric Courchesne عند البالغين.

هذه الملاحظات المنجزة حول التوحديين بواسطة تقنيات التصوير تعتمد على الدراسات التشري الفيزيولوجية و تظهر لنا لنا أن ابحاث نرولوجية يمكنها أن تساعدنا في فهم صعوبات الطفل التوحدي، وبالتالي لثبات التفسير النورولوجي، حيث تقول Bernadette Roge أن الأبحاث العلمية الحديثة أعطت للتوحدية طابع اضطراب النمو العصبي النفس –Neuro psychologique وبالتالي إشكالية التوحدية تتوضح بوضوح على مستوى شذوذ في نمو البنية الدماغية.[1]

5.5. التفسير البيوكيميائي:

لقد أقيمت عدة دراسات في الميدان البيوكيميائي، حيث أظهرت هذه الدراسات خللا في نسبة النواقل العصبية مثل : السيروتونين Sérotonine أو الدوبامين Dopamine .

[1] Bernadette Roge ; rapport du colloque Autisme, cerveau et développement de la recherche à la pratique, 23 – 24 juin 2003 à Parie, P 55.

الدراسات حول السيروتين Sérotonine : السيروتين يلعب دور ناقل عصبي في الجهاز العصبي المركزي، فهو يتدخل في عدة وظائف فيزيولوجية (مثل: النوم، العطش، الجوع، التعديل الحراري، إيقاع القلب، الضغط الدموي، ويتدخل في الإدراك و الإحساس بالألم). وقد توصلت الأبحاث في ارتفاع تركيزه في الصفائح الدموية عند الأطفال التوحديين، ويرجع ذلك إى ما يسمى Tryptophane .

الدراسات حول الدوبامين Dopamine : وفيما يخص الأنظمة الدوبامينية و النورادرينالين و الدوبامين في الصفائح الدموية، مصحوبة بارتفاع الأدرينالين النورأدرينالين في البلازما، عند الأطفال التوحديين.

هناك أيضا دراسة أثبتت زيادة عند الأطفال التوحديين، و هو العنصر أيضي أساسي في حين وجود أن العناصر الأيضي الأساسي للنورأدرينالين MHPG (Le metoxyhydroxy-phenylglycol) يكون منخفض.[1]

6.5. التفسير المعرفي:

من بين الأهداف التي يصبوا إليها الباحثون هي التعرف على الاضطرابات الوظيفية المعرفية الخاصة بهذا التناذر و هناك ثلاثة افتراضات قدمت لوصف السياقات الادراكية عند الأطفال التوحديين:

الاحتمال الأول (Lovaas et Sarcilman سنة 1971)

ويتمثل في أن الطفل التوحدي يتميز بالمبالغة في انتقاء المثيرات، أي أنه لا يستجيب إلا لعدد معين من المثيرات الخارجية.

[1] Bernadette Roge ; rapport du colloque Autisme, cerveau et développement de la recherche à la pratique, 23 – 24 juin 2003 à Parie, P 55.

الاحتمال الثاني: (Ornitz et Ritvo سنة 1968)

والخاص بعدم الثبات الإدراكي، و الذي يفترض أن الطفل التوحدي يتلقى من المحيط الخارجي صور مشوهة و متغيرة مضخمة أو مخففة، و الطفل يستجيب بصفة غير متوقعة إما بغياب الاستجابة البالغ فيها.

الاحتمال الثالث: الخاص بـ (O'Cnnor) و الذي يرى أن عرض التوحد يترجم باستحالة إدماج مثيرين حسيين مختلفين، حيث يبدو أنه عندما يسمع لا يرى و عندما يرى لا يسمع.

وهناك دراسة أخرى قام به (O'Cnnor) مع (Harnaclu) سنة 1970 بينا من خلالها أن المصابين بالتوحد عاجزون من استخراج القواعد الاجتماعية من محيط بسبب عدم قدرتهم على التجريد، و أظهر أن المصابين بالتوحد لا يستطيعون التعرف على الشيء ما إلا إذا تم تقديمه بنفس الطريقة التي قدم بها لأول مرة، كما أن هؤلاء الأطفال ليس لديهم تصور عقلي داخلي للمشاكل التي ستواجههم أي أن هناك غياب العقلنة، و غياب الإحساس بمشاعر الآخرين، فالتوحدي ليس لديه القدرة على تصور ما يظهره للآخرون.

7.5. التفسير النفسي التحليلي:

يعطي أهمية لاشتراك العوامل النفسية البنيوية في تطوير التوحد الطفولي، وقد اتجهت الأبحاث في هذا الاتجاه أكثر من 20 سنة.

هذه الفرضيات ركزت على عدة عوامل نذكر منها: الضغط المبكر، مرض عقلي للوالدين، اضطرابات التفاعلات بين الطفل و الوالدين ، حيث افترض أصحاب هذا الاتجاه أن إحداث صدمة (كالفراق على الوالدين، مرض جسدي... إلخ) يمكن أن تكون سببا في ظهور التوحد و ذلك السنتين الأوليتين.

أما الفرضية الثانية و التي تخص المرض النفسي للوالدين أو أحدهما، و الذين يتصفون بالبرودة، كما هم أقل إظهارا للمشاعر، انطوائيون، صارمون، محاسبون أو بالعكس مفرطون في الحماية، و أمهات غير قادرات على القيام بالوظائف الأمومية أو آباء غير قادرين على التحكم في السيطرة السلبية للأم.

فمن وجهة نظر التحليل النفسي يفترض B. Bettelheim سنة 1967 في كتابه " La forteresse vide " أن التوحد الطفولي يتطور استجابة للمشاعر السلبية جدا التي يظهرها الوالدين، فالطفل يرمي أمه و العالم المحيط به أنه قاسي و عدواني، و بالتالي يستجيب لهذا العالم المهدد بالانطواء حول نفسه، فالانطواء هو وسيلة تكيف الطفل مع محيطه.

ولكن معظم الدراسات أثبتت بأن الضغط العميق الذي يخلفه إنجاب طفل توحدي يؤدي إلى اضطرابات في التنظيم العاطفي، فالاضطرابات التي نجدها عند الآباء تظهر بسبب الصدمة التي يتلقونها عند معرفة أن ابنهم طفل توحدي، ولا نعتبرها كسبب لمرض الطفل و أثبتت أن أسببا التوحد لا تفسر بالحرمان الأمومي المبكر لكن الأطفال الذين يعانون من الحرمان العاطفي تتراجع عندهم الأعراض بسرعة عندما يستفيدون من كفالة نفسية.[1]

[1] Françoise Dolto, La cause des enfants autiste, Edition Robert Laffont, Parie, 1985, P 306.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية

أولا : الدراسة الاستطلاعية

ثانيا الدراسة الأساسية:

إجراءات البحث

1. **مكان البحث**
2. **الفترة الزمنية:**
3. **العينة**
4. **طريقة المعاينة**
5. **خصائص العينة**
6. **أداة البحث**

أولا : الدراسة الاستطلاعية

قمنا بتربصنا هذا بعد بحث طويل عن الحالات و المراكز المهتمة بالتكفل النفسي بأطفال التوحد و كانت الدراسة في جمعية المساعدة للمعاقين عقليا و حركيا بـ حي بيبينيار وتشمل مركزين : المركز الاول وهو مركز مساعدة للمعاقين عقليا و حركيا (للكبار)، و المركز الثاني مركز مساعدة الأطفال المعاقين عقليا.

حيث تسنى لنا ملاحظة الأطفال التوحديين ومتابعتهم أثناء قيامهم بالنشاطات المتعددة و الاطلاع على ملفاتهم الخاصة و هذا لمساعدتنا على جمع المعلومات حولهم، ومتابعة تطورهم فاعتمادا على ملاحظاتنا الخاصة و مساعدة الفريق المشرف على التكفل تمكنا من معرفة وضعية سير التكفل النفسي بأطفال التوحد.

ثانيا: الدراسة الأساسية:

إجراءات االبحث:

1. مكان البحث:

قمنا ببحثنا بمركزين يتم فيهما التكفل بأطفال التوحد و هي مركز المساعدة للمعاقين عقليا و حركيا بـ حي بيبينيار رقم "01" و كذلك مركز المساعدة للأطفال المعاقين عقليا و حركيا رقم "02" بـ بيبينيار.

- **التعريف بالجمعية:**

هي جمعية المساعدة للمعاقين عقليا و حركيا بمستغانم تأسست في يوم 1979/06/10، ذات طابع اجتماعي تربوي وطني تغطي جميع أطفال ولاية مستغانم.

- **الطاقم المشرف على الجمعية :** يتكون من :

الرئيس (المديرة) ، ثلاث نواب للمدير، أمين و مساعده، مساعدين، ستة مربيات من بينهم مربيتين مختصتين، أخصائية علم النفس، أخصائي أرطفوني، أخصائية تدليك علاجي طبيب أطفال طبيب عام مدرب وظيفي.

- **الاقسام:**

  - ثلاثة أقسام للأطفال المعاقين حركيا دماغيا.
  - قسم و احد لحالات أطفال التوحد، به 03 حالات.

- **أهم أهداف الجمعية:**

للجمعية أهداف تقدمها للمعاق عقليا و حركيا و أطفال التوحد هي:

- التكفل بالأطفال المعاقين عقليا و حركيا و التوحديين في الميادين الطبي، النفسي، التربوي، الاجتماعي.
- دعمهم و ترقيتهم مع أوليائهم.
- إدماجهم في المجتمع.
- مساعدتهم و إعادتهم في كل الاجراءات الادارية و في ممارسات يومية التي لها علاقة بإعاقتهم.
- تحسين ظروف معيشتهم.
- الاعتماد على النفس.

- **قانون الجمعية:**

هي جمعية ذات طابع عمومي يخضع للدولة لمحاسب قانون داخلي تحت وصاية وزارة العمل و الحماية الاجتماعية و التكوين المهني، والقسم المشرف عليه مصلحة الشؤون الاجتماعية لولاية مستغانم. D.A.S

- **هياكل الجمعية:**

يضم فئة الطفولة من 06-19 سنة، وهم موزعون على 3 أجنحة.

1. جناح الأطفال: يحتوي على 25 طفل يتراوح سنهم ما بين 12-14 سنة وهم موزعون وكلهم متمدرسون.
2. جناح المراهقين: يحتوي على 10 أطفال من 15 إلى 19 سنة يتابعون التكوين كالحلاقة، مكانيك السيارات، كهربائي، نقاش على الخشب...إلخ.
3. جناح المعوقين: يحتوي على 19 معوق ذهني يتراوح سنهم مابين 13 إلى 37 سنة لهم إعاقات مختلفة و متعددة من بينهم واحد إعاقة ذهنية خفيفة و 11 منهم إعاقة ذهنية ثقيلة.

- **مهام الجمعية:**

يشرف على الجمعية مديرة و مجموعة من الموظفين و الاداريين بالإضافة غلى لأخصائية في علم النفس و أحصائية في التربية و مساعدة إجتماعية زيادة على طبيب و ممرضة كما أن هناك مجموعة من المربيات.

2. الفترة الزمنية:

أجريت الدراسة في الفترة الممتدة من 21 أفريل 2013 إلى 03 جوان 2013.

3. العينة: يقدر عدد العينة بسبعة احتوت على مربيات متخصصات و أخصائية نفسانية تحديدا المربيات المتعاملين مع حالات أطفال التوحد.

4. طريقة المعاينة : تم انتقاء العينة بشكل مقصود.

5. خصائص العينة:

أ. خصائص العينة من حيث الوظيفة:

	العدد
أخصائية نفسانية	1
مربيات	6
المجموع	7

جدول رقم (01): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الوظيفة.

ب. **خصائص العينة من حيث المستوى التأهيلي:**

المستوى	العدد	النسبة المئوية
ليسانس	1	% 14.29
بكالوريا	2	%28.57
الثالثة ثانوي	4	%57.14

جدول رقم (01): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التأهيلي.

يتضح من الجدول رقم (01) أن أكبر نسبة من المتعاملين مع الأطفال المتوحدين ذات مستوى ثانوي حيث كانت 57.14 % .

ج. **خصائص العينة من حيث الخبرة:**

الخبرة	العدد	النسبة المئوية
5 – 3	1	% 14.29
10 – 5	3	% 42.86
15 – 10	1	% 14.29
20 – 15	2	% 28.57

جدول رقم (02): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الخبرة.

يتضح من الجدول رقم (02) أن النسبة الاكبر كانت للفئة من 5 إلى 10 سنوات و تقدر بـ 42.86 % ، تليها الفئة من 15 إلى 20 سنوات بنسبة (28.57%) ، فالفئة من 15 إلى 20 سنوات و الفئة من 15 إلى 20 سنوات بنفس النسبة (14.29%).

6. أداة البحث:

أ. **الملاحظة** : تتميز الملاحظة بالدقة والشمول و الاستمرار، أي انها صالحة لكل زمان و مكان، و هي أشبه ما تكون بالملاحظة المباشرة مهما تهيأ لها من أساليب الضبط و المعالجة الاحصائية و على هذا الأساس استعملنا تقنية الملاحظة كي تشمل كل سلوكات الأطفال و مقارنتها بسلوكاتهم عند بداية التكفل و ذلك لمعرفة التحسن الذي حققه الطفل من خلال تطور سلوكاته منذ بداية التكفل.

ب. المقابلة البحثية: يقوم بها باحث ما يهدف إلى جمع معلومات للتحقق من صدق فروضه و تخضع هذه المقابلة لشروط تقنية.

بعد اعتمادنا على المقابلة مع الأخصائيين و المتعاملين مع الحالات أطفال التوحد و بعد طرحنا للأسئلة التي صغناها في شكل دليل ركزنا عليه سنوضح من خلاله وضعية اللتكفل النفسي و أبعادها وأهم صعوباتها، نقدم نماذج منها، وذلك من خلال عرض مختلف الوسائل

العلاجية و الطرق التربوية المقدمة في المركزين المقصودين استهدفتها دراستنا إلى الحصول

المترتب عليها في ميدان التكفل.

الفصل الثاني: التكفل النفسي بالطفل التوحدي

تمهيد

1. تعريف العلاج النفسي

2. الجانب التاريخي في التكفل العلاجي النفسي بالطفل التوحدي

3. الجانب الحالي في التكيف العلاجي النفسي بالطفل التوحدي

1.3. طرق التكفل و العلاج القائم على أسس علمية

أ)- طريقة لوفاس

ب)-طريقة تيش

ج)-طريقة التبادل والنمو

د)- العلاج الكميائي

2.3. طرق التكفل و العلاج القائم على أسس غير علمية

أ)- التواصل الميسر

ب)-التدريب على التكامل السمعي

ج)- العلاج بالتكامل الحسي

3.3. العلاج المؤسساتي: المراكز البيداغوجية

4.3. دور الوالدين في التكفل النفسي.

5.3. عوامل نجاح التكفل النفسي.

تمهيد

إن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من عدة صعوبات تشتمل مختلف مجالات النمو. هذه الصعوبات تعيقه من التواصل بالعالم الخارجي، لكن وجود تكفل وتربية مكيفة تسمح له بالتحسن و التقدم في النمو.

فمن أهداف التكفل السماح للطفل التوحدي باكتشاف الحياة و المشاركة فيها، وتعلم الاستقلالية الذاتية، وهي أن يأكل وحده ويرتدي ثيابه و حدده و يعبر عن حاجاته الخاصة...إلخ

فالقدرات التي سوف يكتسبها الطفل التوحدي في المجال الاستقلالية هي التي ستحدد مستقبله و تكيفه مع العالم الخارجي.

وبالتالي فالتكفل و العلاج النفسي للأطفال التوحديين يضم عدة تناولات، والتي سيتم توضيحها في هذا الفصل.

1. تعريف العلاج النفسي:[1]

العلاج النفسي هو طريقة منهجية تهدف إلى تغيير علاقة الشخص مع محيطه عبر وسيط هذه العلاقة وتكون نفسية.

أن مختلف العلاجات النفسية تتميز رغم تعددها بنقاط مشتركة من حيث أهدافها و أدواتها.

أهدافها تتمثل في إزالة أو تغيير الأعراض الشاذة التي تؤثر على سلوك الفرد وحياته النفسية و الاجتماعية بصفة عامة من جهة أخرى تطور و تفتح الشخصية أما أدواته ترتكز أساسا على العلاقة التي بين الحالة و المعالج النفسي.

[1] Jean Lavis semin- Daniel Sechter- Peris richard , thérapeutique psychiatrique, Herman edition des science et des ART, Paris, 1995, P : 516.

فالعلاج حسب J.Postel 1993 هو كل استعمال لوسائل نفسية لعلاج مرض عقلي، سوء تكيف أو اضطراب نفسي جسمي.

أما بالنسبة للعالم " N.SINELNIKOFF " يركز على شروط العلاج النفسي المتمثلة في " الممثل المحدد التقنية المستعملة " مكان العلاج و العقد " Contrat" فيتوفر هذه الشروط يمكن تطبيق أية علاج، تقنية علاجية.

بالنسبة للعالم " STROTZKA" يقول العلاج النفسي يقول العلاج النفسي هو سيرورة تفاعلية شعورية و مخططة تهدف إلى التأثير على الاضطرابات السلوكية و الحالات التي تعاني من مشاكل نفسية في جو علائقي بين الحالة و المعالج.[1]

2. الجانب التاريخي في التكفل العلاجي النفسي بالطفل التوحدي

في هذا الجزء سنتناول مختلف الأعمال و التجارب التي حاولت معالجة التوحد من خلال التكفل العلاجي النفسي، من بين الباحثين الذين تكفلوا بذلك مارغريت ماهلر – تيوبترز دومنيك سوفاج.

1.2. حسب مارغريت ماهلر:

الطفل يمر بثلاث مراحل نمو تطورية : الأولى، مرحلة التوحد العادية التي خلالها الرضيع لا يعي بأي شيء بعيدا عن جسمه، الثانية هي المرحلة التعايشية في هذه المرحلة يبدو الرضيع و كأنه واعي جيدا بأن إشباع الرغبات يأتي من الخارج و الثالث هي مرحلة التباعد الانفرادية. Séparation individuation.

[1] Stephano Barta-vous et votre inconscient, édition club France Loisirs, Paris, 1997, P : 104.

الرضيع هنا يصبح شيئا فشيئا واعيا بتفريقه، أولا تفريقه عن جسمه ثم بالتدريج عن روحه و ذاته. انطلاقا من هذه المراحل مارغريت ماهلر 1968 تقترح بأن الطفل المتوحد يجب أن يؤخذ تدريجيا إلى الاتصال شبه عشوائي، غير مقصود مع الموضوع الإنساني.

بما أن الطفل المتوحد هو أكثر الناس تهربا من الاتصال الإنساني المباشر، فيجب إذن إخراجه من قوقعته التوحدية بمختلف الطرق...كالموسيقى، الاستشارة الفعالية لأعضائه الحسية.

في البداية، اقترحت مارغريت ماهلر استعمال العلاج النفسي الفردي، لعلاج الأطفال التوحديين، بما أنهم يحتاجون إلى علاقة شخص لشخص كي يخرجوا من حالتهم الانعزالية.

هؤلاء الأطفال لا يستطيعون استغلال التقنيات التربوية المخصصة قبل أن يقبلوا على العلاقة من نوع تعايشي.

الكاتبة حاولت في أول محاولة علاجية لها إدخال الطفل المتوحد في تجربة تعايشيه صحيحة خلال فترة طويلة، اقترحت ما سمته " العلاج البديل " Thérapie de substitution أي تأسيس أو تكوين تجربة تعايشية بين الطفل و الأم أو بديلها.

على حسبها العمل العلاجي يمر بمرحلتين : المرحلة التسبيقية و مرحلة العلاج.

خلال المرحلة التسبيقية يكون تأسيس المعالج نوع من الاتصال و الحوار مع الطفل المتوحد. "نستطيع استقبال دور المعالج و كأنه يجعل الطفل بوجوده سامحا بذلك له بذلك له بإجراء تجربة كشيء إيجابي بدون أي حاجة إلى الامتنان إلى وجود المعالج كشخص " (ماهلر 1968).

بعدما بدأ الطفل المتوحد يتقبل المعالج كمبدأ الأمومي، المعالج يوجه الأم إلى تأسيس نفس العلاقة مع طفلها، هذه المرحلة تهدف إلى تأسيس بدايات العلاقة الموضوع.

أما في مرحلة العلاج الصحيحة، المعالج يوجه الطفل و يتبع تطوره و نموه بعلاقة مع الأم كموضوع جزئي إلى توظيف الموضوع الانساني التام و المختلف في هذه المرحلة. المعالج يهتم بالتخفيف عن الطفل، و يفهمه التجارب الصادمة التي مر بها و عرقلت نموه، المعالج هنا يكون بمثابة جسر بين اهتمامات الذهاني و إعادة توظيف الأم.

علاج الطفل المتوحد حسب نفس الكتابة يتبع 3 أهداف:

الأول: هو إعادة إنشاء أحسن إدماج للتخطيط الجسمي الذي يجب أن يضمن أفضل معنى للهوية، و الروح.

الثاني: يتمثل في النمو المفاجئ لعلاقة الموضوع (الثالث).

الثالث: هو إعادة تكوين وظائف النضج وتطوير الأنا الناقص و المشوه.

الحالات التوحدية الخطيرة تقدم انعزال شبه تام في توظيف المواضيع الإنسانية الحقيقية في نفس الوقت، فهم يقدمون تعلق بالمواضيع الساكنة.

ماهلر لاحظت بأنه خلال علاج الطفل يمضي وقته في رمي موضوعه التوحدي بعيدا و ينتظران يعيده له المعالج، مثل هذه النشاطات تدل على الاختلاف المتزايد Différentiation eroisant عند الطفل بينه و بين الموضوع يستطيع أن يكون بديل الأم.

الطفل المتوحد يجب أن يؤخذ إذن إلى اتصال شبه عشوائي و غير مقصود مع الموضوع الإنساني.

أما عن العدوانية الموجهة أحيانا إلى الخارج و أحيانا إلى الداخل، فيجب على المعالج أن يتصرف كحامي لجسم الطفل ضد محاولات جرح نفسه و إيذائها، يحلل إحساسات الطفل و يعبر له بوضوح بأنه يجب أن يعتني بجسمه و يجب أن لا يؤذيه، هذا يساعد الطفل على

توظيف طاقته الليبيدية في جسمه، فيصبح ذلك إليه مشابهة إلى عملية توظيف ليبيدو الجسم من طرف الأم التي تعتني به.

هذه السلوكيات العدوانية جعلت الباحثة ترى بان هذا السلوك هو مرتبط عند الطفل بالخوف من ضياع الوظائف الجسمية.

الطفل المتوحد لديه دائما احتياجا عميق لأن يكون محميا كلاميا مثل ما هو الحال بالنسبة للقيمة الأساسية لإدماجه الأول كإدماج تنظيمي.

2.2. حسب فرونسواز دولتو:

الكاتبة لا تصدق بوجود الذهانين أي أن هذه الحالات ليست مقدرة، فهي تعتبرهم أطفال مبكرين، لم يكلمهم أحد عما يخصهم، لهذا اقترحت علاج نفسي تحليلي.

في عملها تحاول دائما أخذ المرضى المتوحدين و تحكي لهم طبيعة الانفصال بينهم و بين أمهاتهم، وبما أن المتحدث هو شخص آخر غير الأم، فهو يقومون بتحويل نكوصي، بمعنى تحويل العلاقة بالأم إلى علاقة بالمعالج أو المعالجة، هذه العلاقة يجب إزالتها كي يستطعوا الدخول في علاقة بدون تعلق نكوصي مع شخص آخر الذي يلعب دور المساعد، الحامي و ليس ابن أم أو أب حقيقي.

فرانسواز دولتو 1985 تصر على أن المعالج يجب أن يكون مع المريض في الكلام فقط و ليس أبدا في اللمس.

بينما بالون 1994، فإن الأشخاص المصابين بالتوحد يجب أن يكون التكفل بهم في وسط متخصص مع الأخذ بعين الاعتبار ثلاث مراحل مهمة:

- **الأولى:** مرحلة استشارة طبيب أطفال لإبعاد للإصابة العضوية.

- **الثانية:** استشارة طبيب نفسي لتحصيل تكفل في وسط متخصص.
- **الثالثة:** تكفل على مدى الطويل داخل المؤسسات.

3. الجانب الحالي في التكيف العلاجي النفسي بالطفل التوحدي:

1.3. طرق التكفل و العلاج القائم على أسس علمية:

أ)- طريقة لوفاس Lovaas :

وتسمى كذلك بالعلاج السلوكي Behavior Therapy، أو علاج التحليل السلوكي Behavior Analysis Therapy .

وتعتبر واحدة من طرق العلاج السلوكي، و لعلها تكون الأشهر، حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها و التحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، حيث يعتبر كل سلوك عبارة عن استجابة لمؤثر ما.

ومبتكر هذه الطريقة هو Ivor Lovaas 1987، أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلس (كاليفورنيا) UCLA، حيث يدير الآن مركزا متخصصا لدراسة و علاج التوحد، و استأنفت أعماله من طرف Maurice et Coll 1996. [1]

و العلاج السلوكي قائم على نظرية السلوكية و الاستجابة الشرطية في علم النفس، حيث يتم مكافئة الطفل على كل سلوك جيد، أو على عدم ارتكاب السلوك السيئ، كما يتم عقابه (كقول قف، أو عدم إعطائه شيئا يحبه) على كل سلوك سيء.

وطريقة لوفاس هذه، تعتمد على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف، حيث يجب أن لا تقل مدة العلاج السلوكي عن 40 ساعة في الأسبوع، ولمدة غير محددة، و في

[1] Revue, la recherche, Mensuel N 373, Mars 2004.

التجارب التي قام بها لوفاس وزملاءه كان سن الأطفال صغيرا، وقد تم انتقاؤهم بطريقة معينة و غير عشوائية، وقد كانت النتائج إيجابية، حيث استمر العلاج المكثف لمدة سنتين.

هذا وتقوم العديد من المراكز بإتباع أجزاء من هذه الطريقة، وتعتبر هذه الطريقة مكلفة جدا نظرا لارتفاع تكاليف العلاج، خاصة مع هذا العدد الكبير من الساعات المخصصة للعلاج، كما أن كثيرا من الأطفال الذين يؤدون بشكل جيد في العيادة قد لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية.

فهذه الطريقة يعتبرها Fein ناجحة لأنها أتت بثمارها لأكبر عدد ممكن من الأطفال الذين استفادوا من هذا النوع في إعادة التربية قبل 4 سنوات أصبح معدل ذكاء هم عادي، واستطاعوا إكمال سنتهم الأولى ابتدائي، و اكتسبوا لغة وظيفية قبل 5 سنوات.[1]

ب)- طريقة تيتش Tecch :

"Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children"

وهي برنامج حكومي Programme d'état شامل يهدف إلى مساعدة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات توحدية، فبرنامج تيتش يدخل عالم الطفل التوحدي ويستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين، أيضا هذا البرنامج متكامل من عمر 3 سنوات إلى 18 سنة ، حيث أن تهيئة الطفل للمستقبل و تدريبه بالاعتماد على نفسه و إيجاد وظيفة مهنية له عامل مهم جدا لملء الفراغ و إحساسه بأنه يقوم بعمل منتج مفيد قبل أن يكون وسيلة لكسب العيش.

[1] Le Rita Jordan, Les enfants autistes, les comprendre, les intègres à l'école, Masson édition.

وتم تصميم هذا البرنامج من طرف Eric Shopler في كارولينا الشمالية بالولايات المتحدة الأمريكية، وعرف رسميا سنة 1972م، ويعتبر أول برنامج مختص بتعليم التوحديين، كما يعتبر برنامجا معتمدا.

من مزايا هذا البرنامج أنه ينظر إلى الطفل المصاب بالتوحد كل على انفراد و يقوم "تيتش" بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدى حسب قدراته الاجتماعية و العقلية و العضلية و اللغوية وذلك باستعمال اختبارات مدروسة.[1]

الخدمات المقدمة عن طريق برنامج :[2]

1. التشخيص و التقييم "Evaluation et Diagnostic":

يتم من خلاله عدة تقييمات متمثلة في:

- تاريخ الحالة L'anamnèse، الملف الطبي، الملف المدرسي، خصائص الاضطرابات، استفسارات العائلة.
- تقييمات عن طريق السلالم التقييمية FER-R و CARS سلم فنيلوند (L'échelle de Vineland).

ويمكن كذلك توسيع التقييم في مجال الذكاء و اللغة.

يتم الفحص الطبي من طرف الطبيب النرولوجي المختص في طب الاطفال Neuropédiatre و تشمل فحوصات بيولوجية، EEG ...إلخ

2. التمدرس " La Scolarité ":

الأقسام المختصة بالتكفل بالتوحديين تتواجد في المؤسسات العادية العامة، تضم من 3-9 تلاميذ، و يشرف عليهم معلم و مساعدين اثنين

[1] File:// A : التوحد .RTM.

[2] Extrait du livre de Gary B. Mesilvo Autisme : les défis du programme TEACCH, traduit par Marc Zaffran.

وهناك أقسام لجميع المستويات (تحضيري، ابتدائي، ثانوي). في الأقسام الثانوية يكون الاهتمام منصب أيضا بالإعداد الوظيفي المهني، أما الأقسام التحضيرية فإنها تمكن الأطفال من التعليم الأولى و تحقيق مبكر للتطور نحو الاستقلالية الذاتية L'autonomie.

3. مبادئ التربية الخاصة:

أ. **البنية الفزيائية (التوجه الزماني المكاني):** تأخذ بعين الاعتبار الصعوبات الرمزية للمعلومات، وفهم المحيط و نظام البنية الفضائية الزمانية.

- تحديد عدة أماكن متعلقة بنشاط معين مثلا مساحة خاصة بالعمل للنشاطات الفردية، مساحات اللعب، مساحة خاصة بالنشاط الاجتماعي، الواجبات الغذائية و مساحة الانتقال Axe de transition أين توجد جداول التنظيم الزمني Les emplois du temps.
- جدول زمني شخصي يعتمد على معطيات بصرية (أشياء، صور، رموز، رسومات، كلمات مكتوبة ...)
- جدول زمني خاص بالقاعة.
- نظام عمل فردي يرتكز على علامات مكيفة حسب كل صعوبات طفل.
- تنظيم الأعمال من اليسار إلى اليمين، الاعتماد على النظام البصري بواسطة الألوان، الأرقام، الكلمات و تنظيم الأدوات، وكل هذا العمل يهدف إلى تحقيق الاستقلالية.

ب. **التواصل La communication:** من الاهتمامات الأولى التي يسعى إليها هذا البرنامج تصميم خطة وظيفتها التواصل، حيث تكون مكيفة حسب مستوى الطفل وقدراته، وأثناء النشاطات يشجع المعالج الاتصال التلقائي للطفل.

4. الخدمات بالنسبة للبالغين:

يسعى إلى تلقينهم الكفاءة الاجتماعية، و الهدف الأساسي هو تحسين المعارف و القوانين الاجتماعية و صعوبات التواصل وتعلم تطبيقها في المواقف و الموضوعات الخاصة، وتقديم برنامج مهني، كما يشمل هذا البرنامج تدريب هذه الفئة على الاسترخاء التي تساعد كثيرا على تخطي حالات الضغط التي يتعرضون إليها في حياتهم.

ج)- طريقة التبادل والنمو TED:

Les thérapies d'échange et de développement

" علاج التبادل و النمو هي نوع من الكفالة الفردية الموجهة إى أطفال يعانون من اضطرابات حادة في الشخصية".[1]

وتمارس حليا في الجناح الخاص بالعلاج النفسي للأطفال في المستشفى الجامعي "تور،Tour " في فرنسا، و تطبيق على أطفال توحديين و أطفال يعانون من اضطرابات أخرى في النمو.

وترتكز مبادئ العلاج على أسس فيزيولوجية، انطلاقا من أن التوحد يعتبر كاضطراب وظيفي للنظام العصبي المركزي.

[1] G. Le Lord et all, L'autisme de l'enfant, la thérapie d'échange et de développement,1995, ESF Paris, P23.

أو كما يعرف J.L.Adrien :" اضطراب في تعديل النشاطات الحسية الادراكية و المعرفية".

وتعتمد هذه التقنية على ثلاثة أسس للملاحظة:

المستوى الأول: هو أن التوحدي له اضطرابات إدراكية حركية، و اللتي تعيقه على المعالجة الصحيحة للمحيط الفيزيائي و الاجتماعي.

المستوى الثاني: هو أن التوحدي له القدرة و الكفاءة على التعلم، إذا ما وجدت شروط بيئية معينة.

المستوى الثالث: أن الأعراض تكون مبكرة.

المبدأ العلاجي يقتضي إعادة التربية المبكرة للوظائف النفسية الفيزيولوجية المضطربة عند الطفل التوحدي مثل : الانتباه البصري و السمعي، الإدراك، التعديل ، تسمح له بتحسين في التبادل و التواصل مع الآخرين و الحصول على نمو نفسي متوافق، واندماج اجتماعي مع الاستقلالية الذاتية Autonomie.

مبادئ العلاجات التبادل والنمو TED:

هذه العلاجات ترتكز على مبادئ فيزيولوجية، وتهدف إلى تحسين جوانب قصور الملاحظة في تناذر التوحد (Le Lord 92).

- الطفل التوحدي قد يبدو فضولي وله ميول إلى التعلم، لكن فضوله موجه نحو جسمه أو ما يلمسه بيديه، و عندما يهتم بالعالم الخارجي يكون مشتتا.
- الفحوصات الالكتروفيزيولوجية أنه ينتقي المعلومات العامة، بطريقة شاذة، و ينسق بينها بصفة غير منتظمة.

هذه النتائج تسمح بوضع مبادئ عامة للعلاجات TED ، وهذه المبادئ ترتكز على الملاحظات السابقة المتعلقة بالاكتساب (التعلم الحر)، الدور الفيزيولوجي للحركية، والتقليد الحر.

هذه العلاجات تستجيب لفضول الطفل بإشراكه في ألعاب تسود فيها ثلاث مبادئ أساسية:

1. الهدوء La Tranquillité
2. العطاء La Disponibilité
3. التبادل La réciprocité

تطوير هذه العلاجات يبقى مستمرا لأنها تعتمد على التطورات في المجال النروفيزيولوجي للنمو.[1]

التقييمات و إنجاز المشروع العلاجي:

المرحلة الأولى لإنجاز المشروع تهدف إلى التقييم، وتضم مرحلتين أساسيتين هما: تحليل قدرات الطفل و كفاءاته و تحديد صعوباته و جوانب اضطراباته، وذلك من خلال فترة ملاحظة تدوم حوالي 15 يوم، يتم خلالها دراسة الطفل ومعاشه، فالمعرفة المعمقة للطفل ترتكز على الملاحظة المباشرة و الفحوصات عن طريق الفيديو، وعدة مقابلات مع الوالدين، و التقييم يخص عدة قطاعات للنمو، وذلك من خلال:

1. الحصيلة العيادية:

- فحوصات سيكاترية نرولوجية للسلوك:
  - تقييمات نرولوجية للسلوك

[1] Marie, Dominique Amy, Comment aides l'enfant autiste, édition Dinod, Paris 2004, P115-116.

- شبكة جينية (وراثة)

- فحوصات نرولوجية نفسية:

- تقييمات للنمو النفسي
- بطاريات التقييم المعرفي و الاجتماعي
- تقييم النمو النفسي اللغوي
- تقييم السلوك النفسي الحركي.

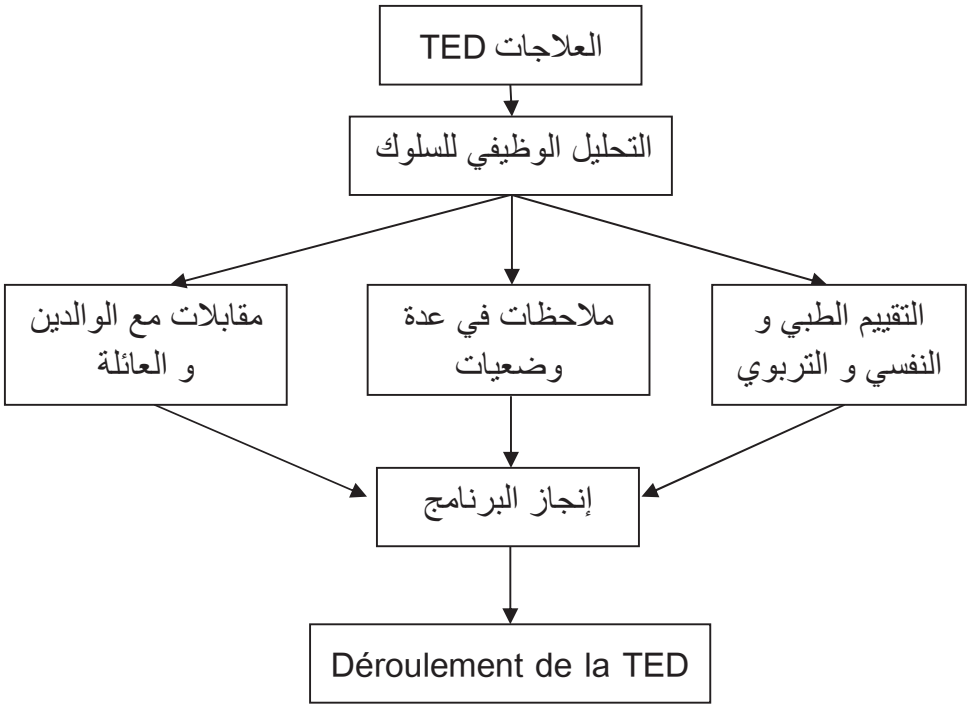
2. الاستكشافات الوظيفية:

هي عبارة عن استكشاف لمختلف الوظائف، و ذلك لتحديد بروفيل كل طفل و لمتابعة تطوره، و أهم الوظائف التي يتم استكشافها هي:

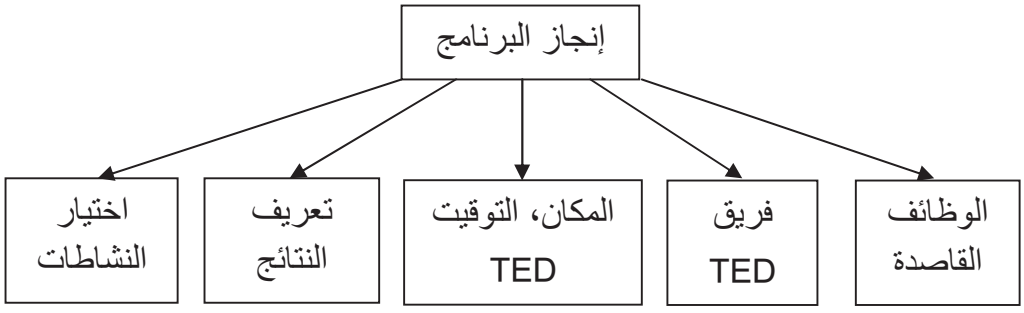
- الاقتران L'association: فهناك عدة تمارين للاقتران الحسي و التنسيق البصري اليدوي يتم إدماجها في نشاطات TED.
- الاكتساب الحر L'acquisition libre : أي الاكتساب الحر الحسي أو الحسي الحركي، فهي تظهر في علاجات TED، و تحسين فضول الطفل الموجه نحو المحيط الخارجي.
- الإدراك La perception : عدة تمارين في موجهة لتحسين الإدراك السمعي البصري اللمسي أثناء اللعب و التبادلات مع المعالج.
- التقليد TED: وهي عدة ألعاب للتقليد خلال التبادلات كالأغاني و الرقص.
- التواصل La communication: التمارين الخاصة بالاتصال اللغوي تنتمي إلى العلاجات TED.

فبعد استكشاف هذه الوظائف، يتم إدماجها في المشروع.

فانطلاقا من هذه المعطيات و المعلومات يحضر المشروع العلاجي:



إنجاز البرنامج يتم من خلال اجتماع تقييمي شامل Réunion de synthèses و الذي يحدد فيه البرنامج، التوقيت، المكان، المتدخلين في العلاج و النشاطات المقترحة.



البرنامج العلاجي Déroulement de la TED:

العلاجات تتم خلال عدة حصص في الأسبوع، حوالي 20 إلى 30 دقيقة على الأقل تمارس لمدة سنتين على الأقل.

تطبق بانتظام في قاعة علاج، وفي توقيت يناسب الطفل ويمارس الكفالة شخصين أحدهما معالج و الأخر مراقب.

كل حصة تضم نشاطات مختلفة مختارة بالنظر إلى مستوى نمو الطفل و اهتماماته، و الالعاب المقترحة ترمي إلى الهداف العلاجية، فالمعالج يستشير الطفل و يحاول شد انتباهه، كما أنه يشجع أي مبادرة من الطفل، و إذا ظهرت سلوكات انفعالية، على المعالج أن يبقى هادئا و غير مهتم بهذه السلوكيات، ويتابع نشاط التبادل بتحفيز الطفل، فهدوءه وصبره يجعله ينجح في التحريض نحو سلوكات لأكثر تكيفا عند الطفل.[1]

أهم النشاطات المقترحة :

الوظائف التي يتم معالجتها تتمثل فيما يلي:

1. ***الانتباه***: نختار الأشياء التي تجلب اهتمام الطفل، نعرضها واحدة بعد الأخرى، ونحرك الأشياء ببطئ لجلب انتباه الطفل إليها، ثم نثير انتباهه إلى يد الفاحص ثم إلى وجهه هناك عدة تمارين تهتم بإثارة الانتباه، و لكن يجب عدم إجباره على القيام بالنشاط.
2. ***الادراك***: و تهدف التمارين إلى تطوير التوجه نحو الاصوات و الأشكال:

- إعادة تربية البصر Rééducation du regard: حيث نثير انتباه الطفل ثم نبحث عن توجيه بصره نحو شيء ما أو نحو المعالج، عندما يتوجه الطفل إلى المعالج يعطيه ذلك الشيء ثم نريه بعض الحركات البسيطة.

[1] Pascal Lenoir, Joëlle Malry, Chrystèle Bodier Rethore, L'autisme et les troubles du développement psychologie, Messon, Paris, 2003, P208.

- إعادة تربية اللمس Rééducation du toucher: بالتدريج نعود الطفل الاحتكاك بالأشياء و ذلك بالسماح له بلمسها، القبض عليها ثم إبقائها في يده.
- إعادة تربية السمع Rééducation de l'audition: استعمال أشياء لها أصوات Des objets sonores نساعد الطفل على التوجه نحوها ثم نعطيه ذلك الشيء.
- إعادة تربية الذوق Rééducation du goût: و يدرب الطفل على التعود على التميز بين مختلف الأذواق، و هذا النشاط يمكن تحقيقه أثناء الوجبات الغذائية.

3. *الاقتران L'association:*

- الاقتران البصري اليدوي L'association oculo-manuelle: تقديم صور وأشكال للتركيب Les encastrements .
- الاقتران السمعي اليدوي L'association auditivo-manuelle : مجموعة ألعاب صوتية، و تمكينه من إنجاز بعض الأصوات.

4. *الشعور الداخلي (الإرادة) l'intention:* يتعلق بتوجيهه إلى المحيط الخارجي و إلى المعالج، من خلال التجربة ظهر أن جميع النشاطات المقترحة تنمي وظيفة (الإرادة) l'intention، ففي عدد معين من الحصص يصبح الطفل هو الذي يبدأ اللعب (المبادرة).

5. *التقليد l'imitation:* في البداية المعالج يأخذ بيد الطفل و يساعده على إنجاز النشاط، وبعد مدة يتمكن الطفل من تقليد ما يفعله المعالج معه.

6. *المقوية le tonus:* ننمي المقوية بوضع الأشياء في متناول الطفل وبالتالي يتوصل إلى الإمساك بها بعد بذل جهد،، وتنسيق هذا الخيرر مع حجم و ثقل الشيء المراد أخذه.

7. ***الحركية la motivité:*** و تتمثل في تصميم وضعيات يستعمل فيها الطفل يديه معا في نفس الوقت، و هنا نرى أن الوضعيات الغريبة مثل السلوك النمطي تتراجع إذا كان الطفل مهتما بالنشاط.

8. ***العاطفة l'émotion:*** بإمكان المعالج التوصل إلى تعديل الاضطرابات العاطفية دون استعمال الأشياء، وذلك بواسطة الأغاني، الإيماءات، الملامسة، التقرب إلى الطفل.

9. ***الغريزة l'instinct:*** التغذية، النوم، النشاط الجسدي... يمكن تعديلها عن طريق برنامج من طرف المربين و الممرضين في الفريق التربوي، و بالاشتراك مع العائلة يتم تنمية هذه الوظيفة.

10. ***الاتصال le contact:*** ويتمثل في إيجاد وسيلة جلب اهتمامه و الاستفادة من أوقات عطاءه ses moments de disponibilité و هذا للوصول بالطفل إلى أن ينظر إلى المعالج، يحث عنه، يتم تنمية هذه الوظيفة.

11. ***التواصل le communication:*** تدريب الطفل على أن يعرض على المعالج الأشياء الموجدة في المحيط أو في الصور.

12. ***الإنجاز la réalisation:*** تدريب الطفل على مراقبة تفاعلاته ونشاطاته و تحسين و ظائفه.[1]

[1] Martine Fournier et Eoger lécuyer , l'intelligence de l'enfant autiste, sciences humains édition, 2004, P209.

التقييم المنتظم:

يتم في كل مرة إعادة تقييم المشروع و استراتيجيات العلاج، وذلك بانتظام مع تطور الطفل، و حسب ثلاث مستويات:

المستوى الأول: وهو تقييم السلوك عن طريق سلم (ECA)

Evaluation des comportements autistiques J/ G. Le Lord E. Barthelemy.

هذا السلم يسمح بتقييم الحالة العيادية للأطفال التوحديين بطريقة كمية، يتكون السلم من 25 عرض، ينقط من 0 إلى 4 حسب تواتر ظهوره:

0: لا يظهر أبدا، 1: أحيانا، 2: كثيرا، 3: كثيرا جدا، 4: دائما.

وذلك بوضع العلامة (x)

التقييم ينجز مرة واحدة في الأسبوع.

المستوى الثاني: تقديم الوظائف، و هذه الطريقة تتعلق بالمفاهيم العصبية الفزيولوجية للتوحد، وأهم الوظائف هي الانتباه، الإدراك، الاقتران، الحدس، المقوية، الحركية، التقليد، العاطفة، الغريزة، الاتصال، التواصل، التعديل، المعرفية.

المستوى الثالث: الفحص النفسي العصبي Neuropsychologie.

من 1 شهر إلى 4 سنوات، سلم Brunet Lezine

من 2.5 شهر إلى 16 سنوات: Les EDEI

سلم النمو المعرفي: Chevric Muller 1984.

سلالم وكسلر: Le Wix-R/ LE Wppsi

K-ABC

التقييم المعرفي الاجتماعيJ.L.Adrien.

المتابعة المنتظمة:

التقييم الشهري: يتم بواسطة فلم فيديو، ينجز بانتظام مرة في الشهر.

التقييم الأسبوعي: باستعمال شبكة مبسطة تنجز عن طريق الفيديو مرة في الأسبوع.

التقييم اليومي Evaluation journalière: هو تقييم كيفي، فبعد الحصة العلاجية يجتمع المعالجون من أجل مناقشة بسيطة وتسجيل الملاحظات المهمة على دفتر خاص بالطفل.

التقييم الطولي على المدى البعيد: يتم خلال الفترة من عامين إلى ثلاث سنوات منذ بداية العلاج TED.[1]

د)- العلاج الكيميائي:

يوجد عدداً من الأدوية لها تأثير فعال فى علاج سلوك الطفل الذى يعانى من التوحد ومن هذا السلوك:

- فرط النشاط .
- قلق .
- نقص القدرة على التركيز .
- الاندفاع.

والهدف من الأدوية هو تخفيف حدة هذا السلوك حتى يستطيع الطفل أن يمارس حياته التعليمية والاجتماعية بشكل سوى إلى حد ما وعند وصف أى دواء للآباء لابد من ضمان الأمان الكامل لأبنائهم.

[1] G. Le Lord et all, L'autisme de l'enfant, la thérapie d'échange et de développement, P2383-.

- كم عدد الجرعات الملائمة؟
- أي نوع يتم استخدامه، حبوب أم شراب؟
- ما هو تأثيره على المدى الطويل؟
- هل يوجد له أية آثار جانبية؟
- كيف تتم متابعة حالة الطفل لمعرفة ما إذا كان هناك تقدم من عدمه؟
- ما هو مدى تفاعله مع العقاقير الأخرى أو النظام الغذائى المتبع؟
- مع الوضع فى الاعتبار أن كل طفل له تكوينه الفسيولوجى الذى يختلف عن الآخر

وبالتالى تختلف استجابته للدواء أو العقار .

أنواع الأدوية :

1) Serotonin Re-Uptake Inhibitor

اكتشف الباحثون ارتفاع معدلات (Sérotonine) فى مجرى الدم لحوالى ثلث حالات الأطفال التى تعانى من التوحد، وباستخدام هذه العقاقير التى تعادل الأعراض ومنها :

- Clomipramine Anafranil
- Fluvoxamine Luvox
- Fluoxetine Prozac

لوحظ استجابة الأطفال من قلة حدة:

- السلوك المتكرر .
- التهيج والاستثارة .
- السلوك العدائى.

- تحسن ملحوظ فى الاتصال العينى مع الآخرين والاستجابة لمن حولهم .

2) **والأنواع الأخرى** من العقاقير لم يتم دراستها جيداً، كما أنه من المحتمل وجود آثار جانبية لها ومنها:

- Elavil
- Wellbutrin
- Valium
- Ativan
- Xanax

3) أدوية مضادة للاضطرابات العقلية Anti-psychotic :

و هذه الأدوية هى فى الأصل لعلاج الانفصام الشخصي وتقلل من:

- فرط النشاط .
- السلوك العدوانى .
- السلوك الانسحابى وعدم المواجهة .

وقد اعتمدت أربعة عقاقير منها :

- Clozapine Clozaril
- Risperidone Risperdal
- Olanzapine Zyprexa
- Quetiapine Seroquel

ولكن من المحتمل أن يكون لها آثاراً جانبية .

4) أدوية محفزة:

وهى تستخدم بشكل أساسى للأطفال التى تعانى من نقص الانتباه لعلاج فرط النشاط ومنها :

- Ritalin
- Adderall
- Dexedine

2.3. طرق التكفل و العلاج القائم على أسس غير علمية

أ)- التواصل المسهل La communication facilitée:

هذه الطريقة اقترحت في استراليل من طرف Rosemary Grossley سنة 1987، وهي تهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الإصابات الدماغية، الأطفال المصابين بالتوحد المبكر تناذر والتريزوما 21^{+} Trisomie.

افترضت الباحثة أن عند الكثير من الأشخاص المصابين باضطرابات حادة في التواصل فإن اضطرابات التعبير تكون المتكررة بالدرجة الأولى، وأن اللغة الشفوية لا ينفي اللغة الداخلية.

وبالتالي فهي تقترح على هؤلاء الأطفال تقنية تتمحور حول ما أسمته بالمسهل Le facilitateur ، أي أن الشخص المساعد يعمل على الربط و التنسيق بين الطب و الحركة التي تتوافق معه باستعمال يديه و حركاته هو، فيعلم المسهل هذا الطفل كيف يضبط

الحركات و يفهم الارتباط بين ما يريد و طريقة الحصول عليه، ثم تدريجيا يترك الطفل ينجز الحركات لوحده.

وتقول أن الطفل التوحدي قد يقوم بأداء معين لكن لا يفهم ما يقوم به، فقد يقرأ دون أنه يقرأ، و بالتالي فعمل المسهل يتمثل في الربط بين الوضعيات المختلفة وإدراك هذه الوضعيات و نتائجها.

ب)- **التدريب على التكامل السمعي:**

تقوم آراء المؤيدين لهذه الطريقة بأن الأشخاص المصابين للتوحد مصابين بحساسية في السمع (فهم إما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية)، ولذلك فإن طرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً ثم يتم وضع سماعات إلى آذان الأشخاص التوحديين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة، أو زيادة الحساسية في حالة نقصها. وفي البحوث التي أجريت حول التكامل أو التدريب السمعي، كانت هناك بعض النتائج الإيجابية حينما يقوم بتلك البحوث أشخاص مؤيدون لهذه الطريقة أو ممارسون لها، بينما لا توجد نتائج إيجابية في البحوث التي يقوم بها أطراف معارضون أو محايدون، خاصة مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمي. ولذلك يبقى الجدل مستمراً حول جدوى هذه الطريقة.

ج)- **العلاج بالتكامل الحسي:**

هو مأخوذ من علم آخر هو العلاج المهني، ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم، و بالتالي فإن خلالا في ربط أو تجانس الأحاسيس (مثل: حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التذوق) قد يؤدي

إلى أعراض توحدية، ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها، ولكن في الحقيقة ليس كل الأطفال التوحديين يظهرون أعراضا تدل خلل في التوازن الحسي، كما أنه ليس هناك علاقة واضحة و مثبتة بين نظرية التكامل الحسي و مشكلات اللغة عند الأطفال التوحديين، ولكن ذالك لا يعني تجاهل المشكلات الحسية التي يعتني منها بعض الأطفال التوحديين، حيث يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل.

ورغم أن العلاج بالتكامل الحسي يعتبر أكثر عملية " من التدريب السمعي و التواصل الميسر حيث يمكن بالتأكد الاستفادة من بعض الطرق المستخدمة فيه، إلا أنني أرى أرى أن هناك مبالغة في التركيز على هذا النوع من العلاج على حساب عوامل أخرى أكثر أهمية.

3.3. العلاج المؤسساتي: المراكز البيداغوجية

- التكفل النفسي و البيداغوجي في المراكز المتخصصة:

يتم التكلف بإدماج الطفل في مستشفى، أو مركز طبي بيداغوجي متخصص، أين يتلقى تكفل شامل و متعدد الاختصاصات، تأخذ بعين الاعتبار كل المشاكل و الصعوبات التي تعترض الطفل التوحدي.

ينظم برنامج أسبوعي يشتمل على عدة نشاطات، وذلك وفق توزيع زمني معين، ولكل نشاط ورشة خاصة به،في قاعة مخصصة لتلك الورشة، هذا حتى يسهل على الطفل التوجه الزماني و المكاني وهذا بمراعاة تصنيف و تشخيص كل حالة، أما عن العمل مع هذه الفئة يكون باستغلال الإمكانيات و المواد التي يجدها الطفل في محيطه: الماء، التراب، الألوان،

العجين..إلخ، فمن خلال هذه النشاطات يتم تحصين علاقة الطفل بمحيطه الفيزيائي و الاجتماعي، وتحقق له على الأقل الاستقلالية الذاتية.

أما عند الفريق الطبية البيداغوجية فيظم عدة :

1. **الطبيب العقلي:** وهو الذي يقوم بالفحص و التشخيص و متابعة تطور الطفل، وكذلك تحديد نوعية التكفل التي يحتاجها، بالإضافة إلى تنشيط الاجتماعات الدورية للفريق المعالج و العلاج الكيميائي إذا تطلب الأمر ذلك.
2. **الأخصائي النفساني:** دوره المساعدة في التشخيص، و تقييم سلوكات الطفل أثناء أدائه لنشاط معين.
3. **المعالج النفسي:** يقوم بالعلاج الفردي و الجماعي و مساعدة الأولياء.
4. **المختص في إعادة التربية:** وذلك بالاهتمام بعلاج الاضطرابات النفسية الحركية و الاضطرابات الأدائية.
5. **المربين المختصين:** ويمثلون القاعدة الاساسية التي تعتمد عليها المؤسسات البيداغوجية و المستشفيات النهارية حيث يقوم المربين بالتكفل بالأطفال و تأطيرهم لأكبر وقت ممكن أثناء و جودهم في المركز.
6. **مدرسين خاصين:** مكلفين بالجانب البيداغوجي.
7. **المختص الأرطوفوني:** و يهتم بالجانب المتعلقة باللغة عند الطفل و كذلك اضطرابات النطق.
8. **ممرضين مختصين:** يلعبون دورا مهما في تطبيق العلاجات الكيمائية التي ينصح بها الأطباء العقليين و المختصين في طب الأطفال.
9. **طبيب الأطفال:** دوره يتمثل في تشخيص و تقييم حالة الطفل و متابعته صحيا.

10. **المساعد الاجتماعية:** دورها يتمثل في تقديم النصائح الاجتماعية للأولياء، و كذلك دعم العائلات من خلال المقابلات و الزيارات المنزلية.

4.3. دور الوالدين في التكفل النفسي:

إن كلا من المختصين و الآباء يتقاسمون نفس الهدف، و هو مساعدة الطفل على الوصول إلى أحسن درجة الاستقلالية و التكيف مع المحيط الاجتماعي.

ففهم الآباء و معرفتهم لابنهم هي معرفة مختلفة ومكملة لمعرفة المختصين، و بما أن العمل مع الطفل التوحدي صعب، فإنه لا يتم إلا باشتراك و تعاون كلا الطرفين، فمهما كانت معرفة الآباء لأبنائهم، إلا انهم يحتاجون إلى مساعدة و خبرة المختصين، و تتمثل في توجيههم تنظيم وضعيتهم حتى يتمكنوا من إعداد جو عائلي مناسب للتكفل النفسي.

و أحسن وسيلة لاشتراك الوالدين مع المختصين، هي تنظيم اجتماعات دورية يتم فيها تبادل المعلومات و الملاحظات جو الطفل و تقدير مستوى التحسين الذي يحققه.

فالتكفل النفيسي للأطفال التوحديين يبقى صعب، و يحتاج إلى فريق طبي و نفسي مع أهمية سند الوالدين، فمشاركة الوالدين ضرورية لمواجهة التجارب الصعبة و تقاسم الصعوبات و القضاء على العزلة التي تسبب في و جودها مرض ابنهم.[1]

[1] Pierre Angel, Philippe Mazet : Guérir les souffrances familiales spécialistes répondent, Presses universitaires de France, 1er édition, 2004, P587.

5.3. عوامل نجاح التكفل النفسي:

مهما كانت نوعية و نمط التدخل العلاجي للتكفل بالأطفال التوحديين، فإن نجاح التكفل يكون مرتبطا بالمعايير الخمس التالية، و التي حددها Fein سنة 1999:

1. بداية البرنامج قبل 4 سنوات
2. تكثيف البرنامج (فيها يخص عدد الساعات يوميا و توزيعها طول السنة).
3. الاهتمام الخاص بتعميم الاكتساب
4. الحد من عدد الأطفال الذين يشرف عليهم المعالج Faible ratio maître élevé
5. تدريب الوالدين على متابعة متطلبات البرامج خارج أوقات العلاج.

الفصل الرابع: نتائج البحث و مناقشتها

1. عرض نتائج المقابلات

2. تحليل النتائج و مناقشتها

1. عرض بعض النتائج:

أ. التكفل النفسي بالطفل التوحدي في الجمعية:

من خلال استطلاعنا و ترددنا على الجمعية و جدنا أن القائم على برنامج التكفل النفسي بأطفال التوحد هو مربية متخصصة في أطفال التوحد تتعامل مع أطفال التوحد وجاءت بالبرنامج من الجزائر العاصمة لتطبقه على الحالات باعتبار الجمعية خاصة بحماية الأطفال المعاقين عقليا و حركيا ولهذا قمنا بالمقابلة معها و الأخصائي النفسي و ذلك بطرح بعض الأسئلة عن وضعية التكفل النفسي للأطفال و قد ساعدانا على جمع المعلومات الخاصة بالتوحد و العلاجات المتبعة و كذلك الشرح المفصل للبرنامج.

1. المراحل الاساسية المعتمدة في التعامل مع حالات التوحد:

الملاحظة: ملاحظة مباشرة لسلوك الطفل و علاقته بالآخرين و معدلات نموه و كذاك مراحا نمو الطفل الطبيعية هامة للغاية فقد يعاني أطفال التوحد في بعض الحالات باضطرابات أخرى مصاحبه له.

التشخيص: يتم من خلال الاعراض و عملية الملاحظة وهي مرحلة تسمح بإعطاء المعايير الكمية و الكيفية، إنطلاقا من سلم الملاحظة و ذلك بمشاركة المختصة النفسية،

و المربيات ويتم التركيز على المشاكل العلائقية، الاستجابة لبعض ميكانيزمات الدفاع، صعوبات حركية مشاكل الانعزال.

2. نوعية التكفل النفسي:

تكفل و برنامج علاجي فردي على حسب نوع كل حالة و درجة إعاقتها.

دور المشرفين على التكفل:

دور الاخصائية النفسانية: يكمن دورها بالتركيز على ما يعرف بتعديل السلوك تهدف ألى تعليم الطفل أنواع من السلوكات المرغوب فيها بالاعتماد على إستراتيجيات تعتمد على الاستثارة Stimulation والتعزيز Renforcement .

دور المختص الارطفوني: يقوم المختص الارطفوني باستعمال القدرات الادراكية غير شفهية و القدرات البصرية في إعادة تأهيل الجانب اللغوي للطفل التوحدي وذلك يتم دائما في إطار فريق متعدد الاختصاصات بمشاركة العائلة.

دور المربيات: إتباع خطوات البرنامج المطبق على حالات أطفال التوحد، و ملاحظة الاطفال ومتابعة تطوراتهم، ومدى فعالية البرنامج المطبق.

- **تنسيق الفريق المعالج:**

- **اجتماع أعضاء الجمعية** : يرمي إلى تنظيم و إعداد و مناقشة البرنامج تبليغ المعلومات (تربصات و تكوينات) اتخاذ قرارات فيما يخص التسيير.
- **اجتماع المربيات:** يقام مرة كل أسبوع يتطرق الفريق إلى الصعوبات التي يواجهها الفريق مع الطفل وإيجاد جو منسجم من خلال تدخل الاخصائيين النفسيين و البحث عن الحلول المناسبة.
- **اجتماع مع الأولياء:** يقام مرة في الشهر اجتماع مع أولياء الاطفال لمناقشة الصعوبات التي يواجهنها في التعامل مع أطفالهم و مساعدتهم على تطبيق برنامج يومي مكمل للبرنامج المطبق في الجمعية.

إشراك الوالدين في عملية التكفل:

هناك عدة لقاءات مع الاولياء تهدف إلى إقامة علاقة بين الاولياء و الفريق المعالج وقد تكون هذه العلاقات غير رسمية (وصول و مغادرة الطفل الجمعية).

بعد إجراء الحوصلة الخاصة بالطفل نعرض المشروع العلاجي السنوي، تكون هذه اللقاءات بطلب من الاخصائي النفساني يهدف بها الى فك العزلة عن الاولياء و التخفيف من معاناتهم و إحساسهم بالذنب و ذلك لهدف استرجاع دورهم كأولياء.

البرنامج التكويني للحالات الموجودة بالجمعية:

الحالة I: الاسم : إلياس .

العمر : 17 سنة

الجنس: ذكر.

	النشاطات	الاهداف
التكيف	– يأكل بدون موسيقى لا مذياع لا مسجلة لا كتاب بدون نوبة لكن مع الاعانة اللازمة – وضع الارجل في الاحذية وغلق سبتة الحذاء مع إعانة المدرسة – غلق حنفية الحمام بإعانة صورة – غلق أزرار القميص أو المآزر في مدة معينة	– يأكل بدون أي معوق – لبس الحذاء بدون إعانة – في عشرة مراحل تقام عملية غسل الايدي. – غلق المآزر
الاتصال السلوكي	– في الخطة اليومية من 8 صباحا إلى 4 مساءا، إعانة لفظية بالصور أنظر إلى الصورة مع شرح العمل المراد القيام به. – مرتين في اليوم مدة 15 د يسمع الموسيقى. – عماتين فرديتين مستقلتين عن بعضهما على 8 و النصف. – على الاكثر نوبات في اليوم فيها الهروب من القسم، السقوط على الارض و الضرب.	– بدون إعانة لفظية – تعليم كيفية وضع القرص وتقوية و تطوير الحس السمعي. – ساعتين عمل فيهما رياضة و ألعاب التركيب مستقلتين. – على الاكثر 5 نوبات في اليوم.

الاتصال المعرفي	– العاب ذهنية إعانة فعلية لفظية و جسدية على الاكثر لعبة واحدة – تدخل الكمبيوتر – التمييز بين الارقام من 1 إلى 4 بالنظر و التمييز و كل مرة يضاف له رقم. – التمييز بين لوني الاحمر و الازرق.	– العاب ذهنية مع إعانة لفظية و جسدية. – . – كتابة حرفية على الكمبيوتر على الورقة (إعانة ، تتبع النقاط) – التفريق و التمييز بين الارقام من 1 إلى 10. – مثل التفريق بين الارقام.

الحالة II: الاسم : كريمة.

العمر : 10 سنة

الجنس: أنثى.

	النشاطات	الاهداف
التكيف	– تنزع الحفاظه مع ثلاث تجارب في الحمام – تأكل حرة و مستقاة بإعانة لفظية . هنا كريمة...هنا...وإعانة جسدية تحمل الملعقة في يديها – وضع الفرشاة الكهربائية في مكانها " الاسنان"	– تكون بدون حفاظه – تأكل حرة مستقلة بدون إعانة – غسل الاسنان بطريقة مرئية "المرأة" و بإعانة صورة خاصة

الاتصال السلوكي	– تمييز الصورة و العمل بما فيهان إعطاءها دقائق و مرتين في اليوم. – العمل فردي 5 دقائق في اليوم – إذا ضربت نفسها، المربية تفعل مثلها وغذا كانت الضربة عنيفة جدا تمسكها جيدا و تضع العداد لمدة 5 دقائق حتى تهدأ.	– التمييز و استعمال الصور – العمل فردي 15 دقيقة في اليوم
الاتصال المعرفي	– إعطاؤها شيء أو شيئين مختلفين واحد بالأحمر و الاخر بالأصفر و تميز بينهما	– التميز بين عشر ألوان.

الحالة III: الاسم : لخضر.

العمر : 8 سنوات

الجنس: ذكر.

	النشاطات	الاهداف
التكيف	– لبس المآزر مع إعانة لفظية و جسدية. – يأكل فرديا مع مراقبة و إعانة لفظية و جسدية.	– لبس المآزر فردي – أكل فردي مع مراقبة بدون إعانة
الاتصال السلوكي	– تمييز صورة مع ثلاث تجارب.	– تمييز صورة اعطاءها له مدة 10 ثواني.
الاتصال المعرفي	– وضع خمس مكعبات في الصندوق و أربع مساسيك في صندوق أخر و مراقبة و على الاكثر 5 إعانات جسدية.	– وضع الاشياء في المكان المقصود فرديا دون مراقبة و بدون إعانة.

التكفل النفسي بالطفل التوحدي في الجمعية:

من خلال جلساتنا مع الأخصائية النفسانية و لسوء الحظ لم يتسنى لنا جمع المعلومات الكافية و ذلك لضيق الوقت و لكن هذا لم يكن عائق لنا لجمع بعض المعلومات.

1. المراحل الاساسية المعتمدة في التعامل مع حالات التوحد:

الملاحظة: هي العامل الاساسي لسيما و أن الحالات المتواجدة في المركز بدون أولياءهم، فجمع المعلومات يعتمد على الملاحظة الحالات فقط.

التشخيص: لم يطبق عليهم اختبارات، تم ذلك من خلال ظهور الأعراض التي أشرنا إليها سابقا.

التصنيف: لا يوجد أي تصنيف بالمركز.

2. **نوعية التكفل النفسي:**

هناك تكفل من حيث النظافة و الأكل و تلبية حاجاتهم، أما عن التكفل النفسي فيوجد تكفل بالنسبة لأطفال التوحد و المعاقين عقليا.

3. **الطرق المبرمجة في عملية التكفل:**لا يوجد أي طريقة أو برنامج مطبق على الأطفال التوحديين و هذا ما يظهر من خلال استعمال الزمان ومن خلال دمجهم مع المعاقين ذهنيا إضافة إلى أنهم لا يتقيدون بالاستعمال الزمني، بإستثناء خبرة المربيات في طريقة التعامل مع هذا النوع من الاطفال.

4. النتائج المحصل عليها في ميدان التكفل:

هناك تطور إيجابي للحالات، فمن خلال وجودنا بالجمعية، لاحظنا أن الحالات استطاعت التخلي عن بعض العادات السلوكات الغير مرغوب فيها إضافة إلى التحكم في عملية الاخراج و التبول.

ومن جهة أخري أصبحت بعض الحالات متفاعلة اجتماعيا وحالة واحد لها قدرة الاكتساب المعرفي وتطور لغوي.

2. تحليل النتائج و مناقشتها:

اعتمادا على النتائج التي تحصلنا عليها من خلال المقابلة مع المختصين النفسانيين و المربيين و بالإضافة إلى الملاحظة الميدانية، لاحظنا :

1. **الفرضية الاولى:**هل هناك تكفل نفسي فعلي داخل المراكز

هناك تكفل من حيث النظافة و الأكل و تلبية حاجاتهم، أما عن التكفل النفسي الفعلي فلا يوجد هذا ما يظهر من خلال استعمال الزمان ومن خلال دمجهم مع المعاقين ذهنيا فلا يوجد قسم خاص يضم هذه الفئة .

2. **الفرضية الثانية:** هل هناك طرق مبرمجة للتكفل النفسي بالطفل التوحدي.

فمن خلال نتائج المقابلة و الملاحظة و الزيارة الميدانية التي قمنا بها في البحث عن الطرق المبرمجة في التكفل النفسي للطفل التوحدي في المراكز لاحظنا لا يوجد تطبيق فعلي لبرنامج معين في حد ذاته و يعتمد فقط على خبرة المربيات في هذا الميدان.

3. **الفرضية الثالثة:** هل هناك جمعية تحقق نتائج مقبولة في ميدان التكفل النفسي بالطفل التوحدي.

من خلال وجودنا بالجمعية لاحظنا أن هناك تطور إيجابي للحالات، ناجم عن المجهودات الجبارة المبذولة من طرف الطاقم العامل في الجمعية، حيث أن بعض الحالات استطاعت التخلي عن بعض العادات السلوكات الغير مرغوب فيها .

4. **الفرضية الرابعة:** هل هناك بعض المراكز تعاني من صعوبات تعيقها عن تحقيق التكفل النفسي.

هناك صعوبات تعيق الجمعية في تحقيق التكفل النفسي وهذا راجع لقلة الحالات للأطفال التوحد و الغير معروفة، حيث التكفل بالطفل التوحدي حديث العهد في الجزائر.

5. **الفرضية الخامسة:** هل هناك بعض الأطفال التوحديون الذين يمكن ادماجهم اجتماعيا.

لاحظنا من خلال الدراسة ان دمج هذه الفئة من الاطفال التوحدين ممكن اذ توفرت بعض الشروط من بينها نوع الحالة، و التفهم لطبيعة هذه الاعاقة من طرف المجتمع. ومن جهة أخرى اصبحت بعض الحالات متفاعلة إجتماعيا ولها القدرة على الاكتساب المعرفي و التطور اللغوي.

التوصيات و الاقتراحات:

1. احداث تخصص في الطب العقلي للأطفال Pédopsychiatre في كلية الطب
2. التكوين الجيد لأطباء الأطفال في مجال الذهانات الطفلية و التوحد.
3. التكوين المعمق للمربين و الاخصائيين الذين سوف تسند لهم مهمة التكفل بالأطفال التوحديين.
4. التنسيق المتواصل بين قسم علم النفس و كل أقسام و مستشفيات الطب العقلي للوصول إلى تعلون مثمر يخدم البحث قبل كل شيء.
5. ضرورة اهتمام قسم علم النفس بالتكوين الجيد للطلبة و تدريس الذهانات الطفلية و التوحيد بصفة معمقة، و تجسيد هذه الدروس ميدانيا على شكل تربصات.
6. تعريف و إعلام الاولياء بأهم أعراض التناذر في الطفولة المبكرة الاولى من أجل التكفل المبكر للمعالجين و المتكفلين بهذه الفئة.
7. الاكثار من اللقاءات بين المتخصصين في التكفل بالأطفال التوحديين و هذا لإثراء عملهم الميداني و تبادل المعلومات فيما بينهم.
8. تحسين السلطات العمومية بأهمية بناء مراكز للتكفل بهؤلاء الاطفال.
9. الالتفاف إلى المناطق الداخلية للجزائر من خلال بناء المراكز خاصة بالتكفل بالأطفال التوحديين.
10. تقديم الدعم المادي و المعنوي لكل المراكز و الجمعيات المختصة بالتكفل النفسي لهذه الفئة.
11. اهمية استحداث قانون يحمي هذه الشريحة من الاطفال مثلما هو معمول به في الدول الاوروبية.

12. ضرورة القيام بدراسة إحصائية تبين مدى انتشار هذا النوع من الامراض في الجزائر بهدف تصميم خريطة وطنية للتكفل بهؤلاء الاطفال.
13. حق الطف التوحدي في الرعاية و خاصة التربوية و النفسية.
14. لا يكفي أن يخفى الأطفال التوحديين أو إدماجهم مع ذوي الإعاقات الأخرى في المؤسسات التقليدية التي أبرزت عدم كفاءتها في التربية و العناية بهم، بل يجب إيجاد حلول مكيفة الأطفال التوحديين و حاجاتهم و احترام حقوقهم.

الملاحق

ملخص البحث

إن هذا البحث يتناول موضوع أثر التكفل النفسي التربوي بالطفل التوحدي في إدماجه إجتماعيا وعليه طرحت الإشكالية التالية:

ما مدى فعالية طرق و أساليب التكفل النفسي بالطفل التوحدي في المراكز و إدماجه اجتماعيا؟

أما الإشكاليات الجزيئية فكانت كالتالي:

1. هل هناك تكفل نفسي فعلي داخل المراكز ؟
2. هل هناك طرق مبرمجة للتكفل النفسي بالطفل التوحدي؟
3. هل يوجد مراكز تحقق نتائج مقبولة في ميدان التكفل النفسي بالطفل التوحدي؟
4. هل هناك معاناة للمركز من صعوبات تعيقها عن تحقيق التكفل النفسي؟
5. هل هناك إدماج للطفل التوحدي اجتماعيا؟

و كانت الفرضيات المقترحة الاتية:

1. الفرضية الأولى: هناك تكفل نفسي فعلي داخل المراكز
2. الفرضية الثانية: هناك طرق مبرمجة للتكفل النفسي بالطفل التوحدي.
3. الفرضية الثالثة: بعض المراكز تحقق نتائج مقبولة في ميدان التكفل النفسي بالطفل التوحدي.
4. الفرضية الرابعة: هناك بعض المراكز تعاني من صعوبات تعيقها عن تحقيق التكفل النفسي.

5. الفرضية الخامسة: هناك بعض الاطفال التوحديون الذين يمكن ادماجهم اجتماعيا.

ومن خلال هذه الفرضيات اجريت الدراسة في مراكز مستغانم واعتمادا على المقابلة مع الأخصائيين النفسانيين والمربين و الملاحظة العيادية، وتوصلنا في الأخير إلى النتائج التالية:

1. ليس هناك تكفل نفسي فعلي داخل المراكز
2. ليس هناك طرق مبرمجة للتكفل النفسي بالطفل التوحدي.
3. هناك جمعية تحقق نتائج مقبولة في ميدان التكفل النفسي بالطفل التوحدي.
4. نعم هناك بعض المراكز تعاني من صعوبات تعيقها عن تحقيق التكفل النفسي.
5. نعم هناك بعض الأطفال التوحديون الذين يمكن ادماجهم اجتماعيا.

قائمة المحتـويـــــــات

كلمة شكر .....أ

إهداء.....ب

قائمة المحتويات.....ج

ملخص البحث .....هـ

المقدمة 1

مدخـــــــــل الدراســـــــة

1. أهمية البحث.....4
2. اهداف البحث.....5
3. الإشكالية.....7
4. الفرضيات 9
5. التعاريف الإجرائية.....6

الفصل الأول: التوحد الطفولي

1. مفهوم التوحـد 8
2. أعراض التوحد 9
3. أنواع طيف التوحد.....12
4. تشخيص و تقييم التوحد: 15
5. الأسباب و التفسيرات.....25

الفصل الثاني: التكفل النفسي بالطفل التوحدي

تمهيد.....36

1. تعريف العلاج النفسي 36

2. الجانب التاريخي في التكفل العلاجي النفسي بالطفل التوحدي.....37

3. الجانب الحالي في التكيف العلاجي النفسي بالطفل التوحدي.....41

.1.3 طرق التكفل و العلاج القائم على أسس علمية.....41

.2.3 طرق التكفل و العلاج القائم على أسس غير علمية.....57

.3.3 العلاج المؤسساتي: المراكز البيداغوجية.....59

.4.3 دور الوالدين في التكفل النفسي. 61

.5.3 عوامل نجاح التكفل النفسي. 62

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية

أولا : الدراسة الاستطلاعية.....64

ثانيا الدراسة الأساسية.....64

إجراءات البحث.....64

1. مكان البحث.....64

2. الفترة الزمنية.....67

3. العينة.....67

4. طريقة المعاينة 67

5. خصائص العينة.....69

6. أداة البحث.....69

الفصل الرابع: نتائج البحث و مناقشتها

1. عرض نتائج المقابلات.....72

2. تحليل النتائج و مناقشتها.....79

التوصيات و الاقتراحات.....80

الخاتمة.....82

المراجع.....83

الملاحق.....86

المـراجـــع

المراجع بالعربية:

- دوبيس، علم النفس الطفل، ترجمة حافظ الجمالي' دار المعارف، بيروت، 1970.
- محمد علي كامل، الأوتيزم (التوحد) الإعاقة الغامضة بين الفهم و العلاج، كلية التربية، جامعة طنطا 2003.
- عبد الرحمن سيد سليمان، إعاقة التوحد، مكتبة الشرق للنشر جامعة عين الشمس، القاهرة 2001.
- صالح عمر، الجوانب الطبية النفسية للتخلف العقلي في الطفولة، دار الهدى، الجزائر.

المراجع بالفرنسية:

- American psychiatrie association, MINI DSM-IV, Critères diagnostique traduction française par J.D. Guelli et Al. Masson, Paris 1996.
- B. Mesilov, autisme : Les défis du programme TEECCH, traduit par Marc Zaffran.
- Collectif (la vie médicale), autisme et méthodes éducatives, Canada 1986.
- Françoise Dolto, la cause des enfants, édition Robert laffont, Paris 1985.

- Gilbert le Lord, L'autisme de l'enfant, la thérapie d'échange et de développement, 1995.
- Jean Lavis semin- Daniel Sechter- Peris richard , thérapeutique psychiatrique, Herman édition des science et des ART, Paris, 1995.
- Marie, Dominique Amy, Comment aides l'enfant autiste, édition Dinod, Paris 2004.
- Martine Fournier et Eoger lécuyer , l'intelligence de l'enfant autiste, sciences humains édition, 2006.
- Pascal Lenoir, Joëlle Malry, Chrystèle Bodier-Rethore, L'autisme et les troubles du développement psychologie, Messon, Paris, 2003.
- Philipe Mazet Slebovici, l'enfant autiste, autisme et psychose de l'enfant PUF, Parie, 1990.
- Pierre Angel, Philippe Mazet, Guérir les souffrances familiales, Presses universitaires de France 2004.
- Pierre Delion, l'enfant autiste, le bébé et sémiotique, édition fil rouge, France 2000.
- Rita Jordan, Les enfants autistes, les comprendre, les intègres à l'école, Masson édition.
- Stephano Bartta, vous et votre inconscient, édition club France Loisirs, Paris, 1997.

القواميس:

- Henriette Bloch et all, Grand dictionnaire de psychologie, Larousse, Paris, 1999, nouvelle édition.

المجلات بالعربية:

مجلة العلوم التربوية، أميرة طه بخش، العدد الأول يناير 2002، جامعة قطر.

المجلات بالفرنسية:

- Revue, la recherche, Mensuel N 373, Mars 2004.

الملتقيات و المؤتمرات بالفرنسية:

المؤتمر العربي الاقليمي حول التوحد، برعاية اللبنانية الاولى السيدة " أندرة أميل لحود" 26-27 ماي 2004، لبنان.

الملتقيات و المؤتمرات بالفرنسية:

- Colloque « autisme cerveau et développent de la recherche à la pratique » organisé par L'ARAPI et le laboratoire physiologie de la perception et de l'action, les 23-24 juin 2003 à Paris au collège de France.

مواقع الانترنت :

www.aurism-recouveredchildren.com

الخاتمة:

في الختام يمكننا القول أن الهدف الأساسي لخدمات التكفل النفسي و التربوي المقدم للأطفال التوحديين يتمثل في تنمية قدراتهم و تزويدهم بالمهارات التي تزيد من درجة استقلاليتهم و مشاركتهم في انشطة المجتمع المختلفة.

فالطفل التوحدي يعيش في عالم، عالمنا، لا يفهمه جيدا و يخيفه، وليس بإمكانه التقدم و التطور إلا من خلال برنامج متخصص، بحيث يكون من بالإمكان تفهم مصاعب الطفل، أخذ بعين الاعتبار ميوله و رغباته والبحث عن تواصل إيجابي معه.

و لقد اكتفينا من خلال هذا البحث، بمعاينة بعض المراكز في ولاية مستغانم، و هذا للتعرف على كيفية توظيفها، و ذلك نظرا لضيق الوقت و قلة درايتنا بالموضوع، وقلة المراكز التي تعتبر منعدمة في ولاية مستغانم، و لو كان بيدنا الوقت الكافي لشملت دراستنا عدة مراكز في القطر الجزائري، على الأقل المراكز المنظمة لمجمع الـ CAPI، ولكانت إشكالية البحث متجهة نحو إبراز المركز الذي يقدم أفضل طريقة للتكفل بالأطفال التوحديين، وبالتالي التوصل إلى برنامج مثالي يعمم على بقية المراكز الأخرى.