

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم



كلية العلوم الاجتماعية.

قسم العلوم الاجتماعية.

شعبه: علم النفس.

مذكرة لنيل شهادة ماستر تخصص: علم النفس العيادي والصحة العقلية

بعنوان:

التدخل المبكر للتوحد دراسة ميدانية لحالتين باستعمال نموذج "دنفر"

"Denver"

من إعداد الطالبة:

بوجمعة لندة.

لجنة المناقشة:

الأستاذ:

رئيسا

الأستاذ:

مناقشا

الأستاذ: صافة أمينة

مؤظرا

السنة الجامعية 2014-2015

## كلمة شكر

الحمد لله الذي رزقني بنعمة لا تحصى، وساعدني على إنجاز هذه المدكرة وأنار لي طريقي، ووفقني في مسيرتي العلمية، أما بعد،

أتقدم بخالص الشكر والتقدير والاحترام إلى الأستاذة "صافة أمينة" التي لم تبخل علي بكل ما لديها من معلومات، وعلى ما قدمته لي من نصائح وتوجيه وتشجيع طيلة إنجاز هذه المدكرة، وتعاونها الكبير معي طيلة سنوات دراستي بالجامعة.

كذلك أتقدم بجزيل الشكر إلى أساتذتي الكرام وكل من ساهم في تعليمي، وأخص بالذكر الدين درسوني في الماستر، كما أقدم شكري الكبير إلى أعضاء لجنة المناقشة لهذه المدكرة.

كما أتقدم بالشكر إلى السيدة والسيد " Anne Gaëlle ومحمد سي فضيل " مؤسسي جمعية التوحد لما منحوا لي من وقت وجهد وتوجيه وارشاد وتشجيع وثقة، كذلك لا أنسى الأخصائية النفسانية "لينا بلال" و "عائشة زلماط"، على مساعدتهم، وكل من ساعدني من قريب أو من بعيد ولو بكلمة أو دعوة صالحة.

## فهرس الموضوعات

الموضوع	الصفحة
كلمة شكر.	
فهرس المحتويات.	
فهرس الجداول.	
ملخص الدراسة.....	08
مقدمة عامة.....	09

### الجانب النظري

#### الفصل الأول

##### مدخل الى الدراسة

1. إشكالية الدراسة.....	13
2. أهمية ودوافع البحث وأهداف البحث.....	14
1.2 أهمية ودوافع البحث.....	14
2.2 أهداف البحث.....	14
3. تحديد مصطلحات الدراسة.....	15

#### الفصل الثاني

##### تعريف التوحد تشخيصه وأعراضه.

1. تعريف التوحد.....	17
2. التطور التاريخي للتوحد.....	20
3. نسبة انتشار التوحد.....	21
4. تشخيص التوحد.....	21
1.4 صعوبة تشخيص التوحد.....	21
2.4 المعايير الأساسية لتشخيص التوحد.....	23
3.4 من الثلاثي التوحدى إلى اضطرابات طيف التوحد.....	25
4.4 أدوات تشخيص التوحد.....	26
5.4 أدوات تقييم التوحد.....	28
5. أعراض التوحد.....	30
1.5 حسب (DSM-IV-R).....	30

31	2.5	حسب الجمعية الأمريكية للتوحد
31	3.5	ثالوث التوحد
34	4.5	الأعراض البدائية للتوحد
35	6.	التشخيص الفارقي للتوحد
35	1.6	حسب (DSM-IV-R)
36	2.6	الاضطرابات المشابهة للتوحد
37	3.6	الفروقات بين التوحد والاضطرابات المشابهة

### الفصل الثالث

#### أسباب التوحد خصائصه وعلاجه

41	1.	أسباب التوحد
41	1.1	أسباب نفسية وأسرية
41	2.1	أسباب بيولوجية
42	3.1	خلل غي الجهاز العصبي المركزي
42	4.1	تأثير التلوث البيئي
43	5.1	أسباب وراثية
43	6.1	أسباب اجتماعية
43	7.1	أسباب إدراكية وعقلية
43	2.	النظريات المفسرة للتوحد
43	1.2	التفسيرات النفسية
44	2.2	التفسيرات الجينية
44	3.2	التفسيرات البيولوجية
44	4.2	التفسيرات العصبية
44	5.2	التفسيرات المعرفية
45	6.2	نظرية العقل
45	3.	أنواع اضطرابات التوحد
45	1.3	حسب الأعراض
47	2.3	حسب الشدة
47	3.3	حسب "ماري كولمان" "Mary Colman"

48	4. سمات الطفل التوحدي
48	1.4 الخصائص الاجتماعية
49	2.4 الخصائص اللغوية
49	3.4 الخصائص الحسية الإدراكية
49	4.4 الخصائص السلوكية
49	5.4 الخصائص العاطفية والنفسية
50	6.4 الخصائص المعرفية
50	5. التنبؤ للتوحد
50	6. علاج التوحد
50	1.6 العلاجات السلوكية والمعرفية
52	2.6 العلاجات النفسية الديناميكية
53	3.6 العلاج الدوائي

## الفصل الرابع

### التدخل المبكر بالتوحد.

55	1. التدخل المبكر
55	2. التدخل المبكر بالتوحد
56	3. برامج التدخل بالتوحد
56	1.3 برنامج تحليل السلوك التطبيقي
57	2.3 برنامج "Earlybird"
57	3.3 برنامج معهد ماي
58	4.3 برنامج ما قبل الدراسة للمركز الأسكتلندي للتوحد
58	3.5 برنامج "Denver"
60	4. دور التدخل المبكر بالتوحد
61	5. أهمية التدخل المبكر بالتوحد
61	6. أهداف التدخل المبكر بالتوحد

## الجانب التطبيقي

### الفصل الخامس

#### عرض وتحليل النتائج ومناقشتها.

64	1. الإجراءات المنهجية للبحث
64	2. التذكير بالإشكالية والفرضيات
64	3. الدراسة الاستطلاعية
65	4. الإطار الزمني للبحث
65	5. الإطار المكاني للبحث
65	6. العينة
65	7. المنهج المستخدم في البحث
66	8. أدوات البحث
66	1.8 المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة
67	2.8 الملاحظة
67	3.8 تقييم نموذج "دنفر" "Denver"
67	4.8 نموذج "دنفر" "Denver"

## الفصل السادس

### عرض النتائج وتحليلها

70	1. تقديم الحالة الأولى
71	2. عرض المقابلات
76	3. تقديم العلاج
78	4. تقديم حصة نموذجية
82	5. التعليق على الجدول المبين لسيرورة العلاج للحالة الأولى
82	6. التفسير الكيفي لنتائج العلاج
85	7. تقديم الحالة الثانية
86	8. عرض المقابلات
89	9. تقديم العلاج
91	10. تقديم حصة نموذجية
93	10. التعليق على الجدول المبين لسيرورة العلاج للحالة الثانية
94	11. التفسير الكيفي لنتائج العلاج
96	12. استنتاج عام
98	13. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

99.....	14 . الخاتمة العامة
100.....	قائمة المراجع
	الملاحق

## فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
71	يمثل سيرورة العلاج للحالة الأولى بكل نشاطاته الخاصة بكل محور: محور العلاقات الاجتماعية، محور التواصل ومحور الاستقلالية.	01
84	يمثل سيرورة العلاج للحالة الثانية بكل نشاطاته الخاصة بكل محور: محور العلاقات الاجتماعية، محور التواصل ومحور الاستقلالية.	02



## ملخص الدراسة:

تناولنا في الدراسة الحالية موضوع عيادي خاص بشريحة الأطفال وبالأخص الأطفال المتوحدين، وكيف يمكن التطرق إليه من الناحية العلاجية، حيث تهدف هذه الدراسة إلى التحسين من أعراض التوحد بتطبيق نموذج "دنفر" "Denver" الذي يعتبر برنامج للتدخل المبكر للتوحد وهو برنامج تربوي سلوكي يعتمد أساساً على اللعب ويهدف إلى التخفيف من أعراض التوحد ودمج هؤلاء الأطفال في المجتمع، حيث اخترنا في دراستنا التحسين من ثلاث أعراض أساسية للتوحد وهي: العلاقات الاجتماعية، التواصل، الاستقلالية، وهذا لدى عينة من حالتين على مستوى جمعية التوحد بمستغانم، ومن هذا المنظور تم التطرق إلى التساؤل التالي: هل يحسن نموذج "دنفر" "Denver" العلاقات الاجتماعية، التواصل والاستقلالية، ، وإلى الفرضية التالية: قد يحسن نموذج "دنفر" "Denver" العلاقات الاجتماعية، التواصل والاستقلالية، وكانت الفرضيات الجزئية كالتالي:

- قد يحسن نموذج "دنفر" "Denver" العلاقات الاجتماعية.
- قد يحسن نموذج "دنفر" "Denver" التواصل.
- قد يحسن نموذج "دنفر" "Denver" الاستقلالية.

وقد تم بحثنا بتقسيمه إلى قسمين رئيسيين يهدف كل منهما إلى معرفة التطورات التي تلاحظ على الحالتين، حيث كان ذلك بالقيام بتقييم "دنفر" "Denver" من أجل تحديد الأهداف تضمن الملاحظة ومقابلات أولية بهدف جمع المعلومات، ثم بتطبيق النموذج على مدى 3 أشهر، وكانت النتائج المتوصل إليها هي تحقيق نسبي للفرضية العامة في أجزائها الثلاثة الخاصة بالعلاقات الاجتماعية، التواصل والاستقلالية، حيث أنه تم تحسين كل من العلاقات الاجتماعية، التواصل والاستقلالية نسبياً ودرجات متفاوتة عند كل من الحالتين.

## الكلمات المفتاحية للبحث:

التوحد، التدخل المبكر، تقييم "دنفر" "Denver"، نموذج "دنفر" "Denver"، "دنفر" "Denver".

## المقدمة العامة

من نعم الله على البشر أن خلق الإنسان اجتماعيا بالفطرة، محبا للتواصل مع الآخرين، ومن أجل ذلك سخر له الحواس الخمس، كما سخر العقل الذي يفكر به لمساعدته على التعبير عن أفكاره، وما يجول بخاطره من خلال القول والفعل والعمل، ولكن نرى في بعض الأحيان أن هناك مشاكل وعقبات تعيق هذا الإنسان عن التعبير والتواصل مع الآخرين، سواء لفقده بعض الحواس أو اضطراب الأحاسيس وهذا ما يعرف بالاضطرابات النفسية، هذه الأمراض التي تعرف بخطورتها وطول أمدها وحاجتها إلى المتابعة لفترات طويلة قد تمتد إلى طول العمر، إضافة إلى أثارها النفسية والاجتماعية التي تثقل كاهل المريض وأسرته، وتعرضهم لضغوط اجتماعية تحرمهم من متابعة العيش في ظروف طبيعية مستقرة، ومن أعقد المشاكل غير العضوية التي تواجه جميع المجتمعات في العالم هي مشكلة التوحد، الذي أثار العديد من التساؤلات والاستفسارات عند اكتشافه منذ 50 عاما حتى الآن، حول كيفية الإصابة به، وأسبابه ومظاهره وطرق التعامل معه، ولقد بدأ العالم عموما والمجتمع العربي والجزائري خصوصا بالاهتمام به من خلال الندوات التعريفية، والمؤتمرات التي شارك فيها العديد من المهتمين في هذا المجال وخصوصا عائلات هؤلاء الأطفال تعبيراً عن معاناتهم وما يجدونه من عدم توفر الخدمات اللازمة للتكفل بهؤلاء الأطفال.

حيث أن كلمة توحد، مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة، وهو كحالة مرضية ليس عزلة فقط، ولكن رفض للتعامل مع الآخرين مع سلوكيات ومشاكل متباينة من شخص إلى آخر، وهو إعاقة متعلقة بالنمو وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، ويعرف اضطراب التوحد بشدود في السلوك يشمل ثلاث نواحي أساسية من النمو وهي:

خلل في التفاعل الاجتماعي.

خلل في التواصل والنشاط التخيلي.

القلة الملحوظة للأنشطة والاهتمامات والسلوك المتكرر ألياً.

(Theo Peeters, 2008, P 3).

وتختلف وتتعدد برامج التكفل بالتوحد، وطرق العلاج، حيث أنه بدأ يشخص التوحد مبكراً، ومنه أصبح يقام التدخل والتكفل بالتوحد مبكراً، ومن بين برامج التدخل المبكر بالتوحد، نجد برنامج "دنفر" "Denver" وهو برنامج سلوكي تربوي يعتمد على نمو الطفل وعلى اللعب في طريقة تطبيقه، وبعد التطلع على موضوع التوحد توصلنا إلى التركيز على موضوع التدخل المبكر بالتوحد باستعمال نموذج "دنفر" "Denver"، وقد

تطلبت هذه الدراسة التطرق إلى فصل أول يشمل أهمية وأهداف البحث وتحديد المصطلحات والإشكالية والفرضيات، كما تطرقنا إلى فصل يشمل تعريف التوحد، تاريخ التوحد، تشخيص وأعراض التوحد، التشخيص الفارقي للتوحد، وفصل ثاني يحتوي على النظريات المفسرة للتوحد، أسباب التوحد وخصائصه، أنواع التوحد وخصائصه، التنبؤ وعلاج التوحد، وفصل ثالث تطرقنا فيه إلى التدخل المبكر بشكل عام، التدخل المبكر بالتوحد، برامج التدخل المبكر بالتوحد، أهمية دور وأهداف التدخل المبكر بالتوحد.

أما الجانب التطبيقي فتطرقنا فيه إلى إطار منهجي تناولنا فيه التذكير بالفرضيات والدراسة الاستطلاعية والمنهج والوسائل المستخدمة في البحث وعينة البحث، تم عرض النتائج وتحليلها حيث تناولنا حالتين على مرحلتين لكل حالة كما يلي: المرحلة الأولى تتمثل في تقييم "دنفر" "Denver"، يضم المقابلة والملاحظة، والمرحلة الثانية التي تتمثل في تطبيق نموذج "دنفر" "Denver".

ثم قدمنا تحليلاً للنتائج واستنتاج عام ومناقشة هذه النتائج على ضوء الفرضيات، وختمنا بخاتمة وقائمة المراجع، وأقفلنا بالملاحق.

# الفصل السادس

# الفصل الأول

## 1. إشكالية الدراسة:

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

في دراسة قامت بها "برنيل ديلبرج" "Bernil Delberg" و"ماريا فيدل" "Maria Fidel"، حول استراتيجيات الدعم البصري للأطفال المتوحدين، من خلال دراسة تطبيقية للطفلة "ديكتي"، توصلنا إلى وضع دليل عنوانه التعليم اليومي، الدعم البصري للأطفال المصابين بالتوحد، نشر لأول مرة سنة 2002 بالدانمارك، مع تعديل هذا النظام كلما استمرت الطفلة في النمو وازداد فهمها وقدرتها على التواصل.

وفي دراسة لـ "د. كاميزا" "D.Kamiza" (1993)، حول كيفية تعلم الشخص التوحد، توصل إلى أن الكثير من الأشخاص المصابين بالتوحد يفكرون باستخدام التفكير المرئي، حيث أفكر باستخدام الصور بدلاً من اللغة أو الكلمات، فتبدوا أفكارهم كشريط فيديو أراه في مخيلتي للاسم، بينما من الصعب عمل ذلك من غير الأسماء (الأفعال، الكنايات...).

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

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

وقد عمل العلماء والباحثون في علم النفس على وضع برامج وتقنيات سلوكية وتدريبية تساعد على تطوير المهارات وتحسين السلوكيات والعلاقات الاجتماعية، والتواصل والاستقلالية لدى الأطفال، وخاصة بطريقة مبكرة، حيث أنه أصبح يقام التشخيص مبكراً، ومن ثم أصبح القيام ببرامج التكفل مبكراً، من أجل الحصول على النتائج المناسبة ومن أجل إدماج الطفل في المجتمع، ومن بين برامج التكفل نجد برنامج "دنفر" "Denver" الذي جاءت به "الدكتور سالي روجرز" "Dr. Sally Rogers" و "الدكتور جيرالدين دوسون" "Dr. Géraldine Dawson"، والذي يهدف إلى مساعدة الأطفال ليكونوا أكثر استقلالية والذي يعتمد أساساً على اللعب، وبما أن من بين الخصائص الأساسية للتوحد نجد: العلاقات الاجتماعية، التواصل والاستقلالية، فقد جاء طرحنا للتساؤل كالاتي:

- هل يحسن نموذج "دنفر" "Denver" العلاقات الاجتماعية، التواصل، والاستقلالية عند الطفل التوحيدي؟

### الفرضية العامة:

- قد يحسن نموذج "دنفر" "Denver" العلاقات الاجتماعية، التواصل، والاستقلالية عند الطفل التوحيدي.

### الفرضيات الجزئية:

- قد يحسن نموذج "دنفر" "Denver" العلاقات الاجتماعية عند الطفل التوحيدي.
- قد يحسن نموذج "دنفر" "Denver" التواصل، عند الطفل التوحيدي.
- قد يحسن نموذج "دنفر" "Denver" الاستقلالية عند الطفل التوحيدي.

## 2. أهمية ودوافع وأهداف البحث:

### 1.1 أهمية ودوافع البحث:

تكمن أهمية البحث في أهمية شريحة الطفولة وخاصة المصابين بالتوحد، والمجهودات المبذولة من أجل فهم هذا الاضطراب وإيجاد الحلول من أجل العلاج والتخفيف من حدة الاضطراب.

وقد تم اختيارنا لموضوع "التكفل المبكر بالتوحد" نتيجة لدوافع عديدة وهي:

- التعرف عن قرب على هذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- الرغبة في معرفة مدى تجاوب الطفل التوحيدي مع التدخل المبكر.
- الرغبة في معرفة مدى فعالية نموذج "دنفر" "Denver" وفعالية التدخل المبكر.
- المساهمة في إثراء البحث العلمي بهذه الدراسة.

### 2.2 أهداف البحث:

كان هدفنا الرئيسي في بحثنا هذا هو الوصول إلى إجابة عن التساؤل المطروح في الإشكالية، وهو معرفة مدى نجاعة نموذج "دنفر" "Denver" في تحسين العلاقات الاجتماعية، التواصل والاستقلالية.

والتحسين من أعراض التوحد عن طريق نموذج "دنفر" "Denver".

### 3. تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة:

- **التوحد:** هو اضطراب نمائي، أهم الجوانب التي يؤثر فيها هي: العلاقات الاجتماعية، التواصل والاستقلالية.
- **نموذج "دنفر" "Denver":** هو برنامج شامل ومتكامل ومنظم لتدريب الأطفال الذين يعانون من التوحد، هدفه الأساسي هو إدماج الطفل في المجتمع وتحسين التفاعل الاجتماعي، التواصل والاستقلالية لدى الطفل التوحدي، ويعتمد أساساً على اللعب والتفاعل الاجتماعي في تطبيقه.
- **التدخل المبكر:** هو عملية يقوم بها المختص في سن مبكر، لتحقيق الأهداف التي تسمح للطفل للوصول إلى تحسين في التواصل، العلاقات الاجتماعية، والاستقلالية، وإدماجه اجتماعياً.



# الفصل الثاني

**1. تعريف التوحد:****1. لغة:**

التوحد كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال وبالعربية أسموه الذاتوية (وهو اسم غير متداول).  
والتوحد ليس الانطوائية، وهو كحالة مرضية ليس العزلة فقط ولكن رفض التعامل مع الآخرين مع سلوكيات ومشاكل متباينة من شخص لآخر. (عادل عبد الله محمد 2000م، ص50)

**2.1 اصطلاحا:**

التوحد هو إعاقة متعلقة بالنمو وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على الوظائف المخ، ويقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة 1 من بين 500 شخصا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية أو اجتماعية (نادية إبراهيم أبو السعود 2000م، ص22).

التوحد هو الانطواء الشديد يؤدي إلى الانفصال عن الواقع والزيادة في الحياة الخيالية، نلاحظ هذا السلوك بصفة شديدة عند الفصاميين.

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

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

تظهر المقاومة لأي يتغير، في النشاطات المتكررة، يكون الطفل ضائع في

نشاطاته النمطية، وبالتالي ينمو في عالم خاص به. (Norbert Sillamy, 2003, P 31)

**3.1 أبرز تعريفات التوحد:****1.3.1 تعريف "كانر" Kanner:**

هو أول من عرف التوحد، وقدم له من خلال تشخيصه له، وكتب كل ما يعتقد به أعراض لهذه المتلازمة غير المعروفة، ومن خلال ملاحظته لإحدى عشر حالة أشار إليها في دراسته فإننا نلاحظ تلك السلوكيات المميزة للتوحد، والتي تشتمل على:

- عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين.
- تأخر في اكتساب الكلام.
- استعمال غير تواصلية للكلام بعد تطوره.
- تكرار نشاطات في ألعاب نمطية متكررة.
- ضعف في التحليل وذاكرة حرفية جيدة.
- المحافظة على التماثل.
- ظهور جسمي طبيعي.

### 2.3.1 تعريف "روتر" "Rutter":

قد حدد ثلاث خصائص أساسية للتوحد هي:

- إعاقة في العلاقات الاجتماعية.
- نمو لغوي متأخر أو منحرف.
- سلوك طقوسي واستحواذي، أو الإصرار على التماثل.

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

### 3.3.1 تعريف عبد العزيز الشخص:

يعرفه على أنه نوع من اضطرابات النمو والتطور الشامل، بمعنى أنه يؤثر على العمليات النمو بصفة عامة، وفي مجالات العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة، وعادة ما يصيب الأطفال في الثلاث سنوات الأولى، ومع بداية ظهور اللغة، حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي معنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم، وعدم الاهتمام بالآخرين، وتبذل المشاعر. (الشخص عبد الغفار، 1999، ص 280).

### 4.3.1 تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد:

تعرفه بأنه نوع من أنواع الاضطرابات التطورية تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتكون النتائج الاضطرابات نيورولوجية تؤثر على وظائف المخ، وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو، فتجعل الاتصال الاجتماعي صعبا عند هؤلاء الأطفال، وتجعل عندهم صعوبة في الاتصال، سواء كان لفظيا أو غير لفظي،

وهؤلاء الأطفال يستجيبون دائماً إلى الأشياء أكثر من الاستجابة إلى الأشخاص، ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغيير يحدث في بيئتهم، ودائماً يكررون حركات جسمانية أو مقاطع من كلمات بطريقة آلية متكررة (فهد بن المغلوث، 2006، ص27).

### 5.3.1 تعريف التوحد حسب OMS المنظمة العالمية للصحة:

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

إن التوحد بالنسبة ل OMS ليس مرض عقلي إنما هو اضطراب عصبي نمائي.

### 6.3.1 تعريف التوحد من قبل الجمعية الوطنية لأطفال التوحد National SocietyFor AutisticChildren:

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

### 7.3.1 تعريف التوحد حسب ادليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات العقلية :DSM-IV

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

- الاتصال اللفظي والغير اللفظي.
- التفاعل الاجتماعي.
- سلوكيات، اهتمامات، نشاطات مقيدة ونمطية.

هذا ما يسمى ب " ثالوث التوحد " Triade autistique والتي تظهر قبل السن الثالث من العمر.

يمكن الكشف عن بعض علامات التحذير قبل ستة أشهر، هذه الأعراض تستمر مدى الحياة، على الرغم من حدوث تحسينات في بعض المجالات، في بعض الأحيان التوحد يشكل عائق خطير في مجال الكلام، التفاعل الاجتماعي فكري، بما أن حتى

الوقت الحالي لا يوجد علاج فعال. (Stephen M. Shore, Linda G. Rastelli, 2015, P14).

## 2. التطور التاريخي للتوحد:

تم وصف حالة التوحد لأول مرة بواسطة الطبيب الإنجليزي "هنري مودزلي" "Henri Moudsley"، وكانت تسمية الاضطراب بالتوحد من قبل الطبيب النفسي البارز "ايجونبلولر" "Eugen Bleule" والذي كان معروفا في الطب النفسي، والذي وصف به احدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي، والانشغال بالذات من وجهة نظره هو حركة العملية المعرفية في اتجاه اشباع الحاجة، فيفكر الجائع في الطعام.

وعلى هذا اعتبرت إعاقة التوحد من الاضطرابات الدهنية التي تحدث في مرحلة الطفولة، ويقتصر في تناوله لأدهنة الطفولة المبكرة على إعاقة التوحد، ويمكن تسميته الدهان الذاتوي، وأيضا بالذاتوية الطفلية المبكرة.

ويرجع الفضل إلى "كانر" "Kanner" في عام 1943 الذي نشر دراسة وصف فيها 11 طفلا اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أية اضطرابات عرفت آنذاك. ولذا اقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي جديد ومنفصل أطلق عليه اسم التوحد الطفولي، وبهذه الدراسة وهذا التشخيص ابتداء تاريخ التوحد.

ويشير "كانر" "Kanner" إلى أن الطفل التوحدي لا يبدو كأطفال طبيعيين فحسب، بل إنهم عادة ما يكونون جذابين أيضا، لذا ليس من المدهش أن هذا الأمر قد شجع "كانر" "Kanner" على افتراض أن هؤلاء الأطفال أذكيا أيضا خاصة بعد ظهور مجموعة من المهارات الخاصة في نواح معينة لديهم وبالنسبة لتفسير السبب وراء انطواء الطفل التوحدي وعزلته الاجتماعية، فقد اعتقد "كانر" "Kanner" أن السبب وراء هذه الحالة يرجع إلى الوالدين، فهو يلوم الأم على كون الطفل منطويا أو متوحدا.

وعلى الرغم من أن "كانر" "Kanner" قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال، وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة، وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات في عقد الأربعينيات، فإن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح "الأوتيزم" أو "التوحد" أو "الاجترار" في اللغة العربية لم يتم إلا في عقد الستينيات حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي. (أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، 2011، ص 21-24).

**3. نسبة انتشار التوحد:**

قدر "جيلبرج" "Gilberg" 1988، حدوث التوحد بحوالي 4.0-6.7 لكل 10.000 وراوحت نسبة انتشار التوحد بين الأطفال من 4/2 لكل 10.000 طفل.

وانتهت نتائج دراسة "وينج" "Wing" 1993، إلى أن معدلات انتشار التوحد تبلغ (1) إلى (16) لكل 10.000 في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا واليابان.

وأشارت نتائج الدراسات الحديثة إلى أن معدلات انتشار التوحد، واضطرابات طيف التوحد المرتبطة به أصبحت الآن أكثر مما هو معروف في القرن المنصرم، وبلغت معدلات الانتشار بوقع طفل لكل 150 طفلاً.

ومعدلات انتشار اضطراب التوحد لدى الذكور تفوق انتشاره عند الإناث بحيث تتراوح النسبة من 1/4.

وتشير الدراسات العلمية إلى أن التوحد حالة قد يعاني منها الأطفال من كافة الشرائح الاجتماعية بصرف النظر عن المتغيرات المعرفية والاقتصادية، والاجتماعية، أو الأصول المعرفية.

كما أنه ليس حكراً على فئة عمرية أو نوعية من الناس، بل قد يظهر لدى كافة الأعمار والأجناس والطبقات.

وترجع زيادة معدلات انتشار التوحد في الآونة الأخيرة إلى تغيرات في الممارسات التشخيصية، وزيادة المعرفة في العلوم البيولوجية، وزيادة الوعي بهذا الاضطراب، وإلى التعريفات المتعددة للتوحد، والتوسع في العمليات التشخيصية، والتحسين في وعينا المهني لهذا الاضطراب، بالرغم من عدم وجود اتفاق على أسباب حدوث التوحد. (أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، 2011، ص 30-31).

وبعد المؤتمر الدولي للتوحد الذي اجري في وهران، يوم 26-27-28 سبتمبر 2013، الإحصائيات التي قدمتها وزارة التضامن الوطني، أنه يوجد 80000 شخص مصاب بالتوحد في الجزائر، و 50000 طفل مصاب في مدينة وهران.

(dupuiselise.canalblog.com, 10/12/2014, 23 :57)

**4. تشخيص التوحد:****1.4 صعوبة تشخيص التوحد:**

لا يزال تشخيص التوحد من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال مشكلات الطفولة. وربما يرجع السبب في ذلك إلى أن خصائص

الاضطراب أو صفاته غالباً ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى، ولذلك يتعين الحصول على معلومات دقيقة حتى يتم تشخيص الأعراض بدقة.

ويتفق العديد من الباحثين في أن اضطراب التوحد يبدأ قبل الثالثة من العمر في الغالبية العظمى من الحالات، وقليلاً ما يبدأ بعد ذلك في الخامسة أو السادسة من العمر، وغالباً ما يصعب تحديد السن الذي بدأ عنده الاضطراب، ما لم يكن هؤلاء الذين يعنون بالطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن نمو اللغة والتفاعل الاجتماعي. فالظاهر في مرحلة الرضاعة أنه يصعب رصد مظاهر الاضطراب فيهما، ففي الشهور الأولى قد تأخذ الأعراض صورة الهدوء المبالغ فيه، فتبدو على الطفل الطمأنينة عندما يترك وحده، ولا يخاف الغرباء، ولا يرتبط بهم أو يتفاعل معهم، مع غياب الابتسامة الاجتماعية التي تبدأ عادة في سن شهرين، وغياب ابتسامة التعرف التي تظهر عادة في سن أربعة أشهر، فتشكو الأم من أن الطفل لا يعرفها، ولا يقبل عليها عندما تأخذه من فراشه، أي لا يأتي بالحركات المتوقعة التي يأتي بها الطفل السوي في سن أربعة أشهر تقريباً، وقد لا يلاحظ الآباء الاضطراب لدى الطفل إلا عندما يوجد مع أطفال آخرين (عند دخول المدرسة مثلاً)، وقد يعدون هذه هي البداية، إلا أن التاريخ التطوري المفصل والدقيق سوف يكشف غالباً بداية مبكرة عن ذلك، وقد يرجع الوالدان التغيير إلى حدث معين، مثل ولادة طفل أصغر، أو إصابته بمرض شديد، أو حادثة أو صدمة عاطفية.

وترجع صعوبة تشخيص اضطراب التوحد إلى ثلاثة عوامل:

العامل الأول: أن أعراض التوحد تشترك مع أعراض إعاقات أخرى أو تتشابه معها، مثل التخلف العقلي، حالات الفصام ودرجة ان كثير من علماء النفس يعدونها حالة فصام مبكرة.

العامل الثاني: أن البحوث التي تجرى عن التوحد بحوث حديثة نسبياً، ذلك أن معرفتنا بها بدأت بدرجة محدودة في الخمسينات، وبدرجة أكثر تحديداً في السبعينات.

العمل الثالث: المسؤول عن صعوبات التشخيص والتأهيل هو التخلف الشديد، أو ربما التوقف الملحوظ لنمو قدرات الاتصال بين الطفل الذي يعاني اضطراب التوحد والبيئة المحيطة به كما أن عائناً قد يوقف الجهاز العصبي عن العمل، وبالتالي يترتب على ذلك توقف القدرة على تعلم اللغة أو النمو المعرفي ونمو القدرات العقلية وفاعلية عملية التنشئة الاجتماعية. (فهد بن المغلوث، 2006، ص91-94).

## 2.4 المعايير الأساسية لتشخيص اضطراب التوحد:

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

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

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

(ب) وجود على الأقل 6 من الأعراض من المجموعات الأولى والثانية والثالثة على أن يشتمل على بندين على الأقل من أعراض المجموعة الأولى وبند على الأقل من أعراض كل من المجموعة الثانية والثالثة:

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

1. غياب تام للاستعمال المناسب في تفاعلات التواصل بالعين، التعبيرات الوجهية، الأوضاع الجسدية والإيماءات المستخدمة لتنظيم التفاعل الاجتماعي.
2. عدم القدرة على تنمية (بطريقة متناسبة مع العمر العقلي مع العلم ان هناك عدة فرص)، علاقات مع الأقران يكون بينهم نفس الاهتمامات والنشاطات والانفعالات.
3. النقص في الجانب الاجتماعي الذي يترجم باستجابة منحرفة في انفعالات الآخر، أو نقص توافق السلوك حسب الواقع الاجتماعي، أو ادماج ضعيف للسلوكيات الاجتماعية، التواصلية والانفعالية.
4. عدم الرغبة لمشاركة الآخرين في افراحهم واهتماماتهم وانجازاتهم (مثل فقدان القدرة على اظهار او ابراز او الإشارة الى الأشياء ذاتا الأهمية).

**المجموعة الثانية:** قصور نوعي في التواصل كما يتضح بواحدة على الأقل مما يلي:

1. التأخر أو الافتقار الكلي في نمو اللغة المنطوقة (تكون مسبقة بغياب في المناغاة) بدون أي محاولة للتواصل بالإشارة أو الإيماءات.
2. عدم القدرة على المبادرة أو مواصلة محادثة تحتوي على تبادل مع الآخرين.
3. الاستخدام النمطي أو المتكرر للغة أو استعمال لغة خاصة به.



4. غياب اللعب الإيهامي، المتنوع و الإرادي او غياب لعب العاب التقليد الاجتماعي.

**المجموعة الثالثة:** التقيد بأنماط محدودة ومتكررة للسلوك، والاهتمامات والنشاطات كما يتضح بوحدة على الأقل مما يلي:

1. الاندماج الكلي بواحد او أكثر بالأنشطة والاهتمامات النمطية والمحدودة بشكل غير عادي من حيث مضمونها، او وجود واحد او أكثر من الاهتمامات الغير عادية من حيث شدتها او جانبها المحدود وليس من حيث مضمونها.
2. الجمود الزائد في عادات او طقوس روتينية غير وظيفية.
3. حركات نمطية متكررة (مثال: رفرفة الأصابع أو اليد أو لفهما بشكل دائري أو حركات معقدة).
4. الانشغال الزائد لبعض أجزاء الأدوات أو الأشياء غير وظيفية (مثل رائحتها، ملامستها أو صوتها).

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

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

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

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

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

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

1. تأخر أو افتقاد كلي في نمو اللغة المنطوقة (غير مصحوب بأية محاولة للتعويض أو الموازنة عن طريق أساليب بديلة مثل الإشارة أو التقليد).
2. ضعف واضح في القدرة على المبادرة، أو تدعيم المحادثة مع الآخرين عند الأفراد الذين يمتلكون قدرة عادية للكلام.
3. التكرار والنمطية في استخدام اللغة أو اعتماد لغة خاصة به.
4. غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإيهامي أو ألعاب التقليد الاجتماعي المناسبة للمستوى العمري أو مرحلة النمو.

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

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

### 3.4 من الثلاثي التوحي إلى اضطرابات طيف التوحد:

أبرز "وينج" «Wing» و "كولد" «Gould»، أن هناك ثلاثة مجالات في النمو التي تتأثر في التوحد، سموا هذه مجموعة الاضطرابات ب "الثلاثي التوحي" La "Triade Autistique".

يمثل هذا الثلاثي التوحي معيار هام لتشخيص التوحد، لأنه يجمع أهم الاعراض التي تشكل ما نسميه ب"جوهر التوحد": « Le noyau dur de l'autisme »

1. الجانب الاجتماعي: النمو الاجتماعي منحرف ومتأخر خاصة على مستوى العلاقات بين الأشخاص، هناك اختلافات تتراوح من العزلة حتى البحث عن علاقات لكن بطريقة غريبة.
2. اللغة والتواصل: هناك انحرافات في اللغة والتواصل سواء على المستوى اللغوي أو غير لغوي، تتواجد الجوانب المنحرفة في جانب دلالات الألفاظ (sémantique) والجانب البراغماتي (pragmatique).
3. طريقة التفكير والسلوك: نلاحظ تصلب في التفكير والسلوك، وفقر في الخيال الاجتماعي، سلوكيات متكررة، ووجود روتين، غياب أو تأخر في الألعاب الرمزية ومستوى هذه السلوكيات لا يتناسب مع العمر العقلي للطفل.

تأكد "وينج" «Wing» أنه مهما أن أحد معايير تشخيص التوحد هو ظهور الأعراض قبل 36 شهر، يمكن أن يكون الظهور متأخر في بعض الحالات.  
(Bernadette Rogé, 2003, P20-21).

#### 4.4 أدوات تشخيص التوحد:

##### (Echelle d'évaluation de l'autisme infantile) : La CARS1.4.4

أعدت من طرف "إيريك شوبلار" "EricSchopler"، هي أداة تستخدم أولاً لملاحظة الأطفال، ثم تستخدم قائمة المواضيع كجدول مقابلة نصف موجهة. يكون جمع المعلومات بطريقتين:

- مقابلة مع الأسرة.
- ملاحظة الطفل.

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

إضافة إلى بند خاص بالمعالج والذي يسمح له بإعطاء رأي عام، فنتحصل على 15 بند.

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

إن البعد النمائي مهم جداً: كل سلوك ملاحظ أو مسجل، يتم مقارنته مع سلوك يكون عادة متوقع نظراً لسن الطفل، فنأخذ بعين الاعتبار الجانب الشاذ من السلوك وشدة وديمومة الاضطرابات أيضاً.

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

La CARS أداة معروفة و مستعملة في تشخيص التوحد، يستغرق تمريرها حوالي 30 إلى 45 دقيقة.

## (Autisme Diagnostic Interview-Revised) : L'ADI-R 2.4.4

إن L'ADI-R مقابلة نصف موجهة مع الوالدين، يتم توجيهه المقابلة على بنود محددة من قبل وتكون منقطة حسب الوصف الدقيق للسلوك الذي نبحت عنه، شدته، درجته، درجة الانحراف مقارنة مع النمو العادي. يجب أن يكون المعالج قادرا على تقييم إذا كانت المعلومات كافية للقيام بالتنقيط في المقابلة قبل المواصلة بأسئلة أخرى.

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

يسمح بالقيام بتشخيص اضطرابات الطيف التوحدي حسب DSM-IV و-CIM

.10

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

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

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

## (Autisme Diagnostic Observation SCHEDULE) :L'ADOS-G 3.4.4

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

تسمح النشاطات المقترحة بتقييم التواصل، التفاعل الاجتماعي المتبادل، اللعب أو الاستعمال التخيلي للأجهزة، السلوك النمطي، الاهتمامات المحدودة و سلوكيات أخرى شاذة عند الحالات المصابة بالتوحد من أطفال إلى راشدين.

يصنف المقياس على 4 مقاييس، يقدم كل واحد خلال 30 إلى 45 دقيقة. كل مقياس له بروتوكول خاص به، مع نشاطات خاصة للأطفال وأخرى للراشدين.

- المقياس الأول: خاص بالأطفال الغير لفظيين.
- المقياس الثاني: يطبق على أطفال لديهم مستوى من اللغة يتراوح بين جمل قصيرة مكونة من 3 كلمات مع الأفعال، مستعملة بطريقة عفوية ومنظمة، إلى جمل تتجاوز السياق المباشر وتحتل روابط منطقية.
- المقياس الثالث: يستعمل مع الأطفال والمراهقين الذين يستعملون لغة

Fluide

- المقياس الرابع: يطبق على مراهقين وراشدين الدين يستعملون لغة متقنة Elaboré
- المقياس الثالث يتكون من جزء للملاحظة خلال لعبة تفاعلية، وأسئلة مستعملة لجمع المعلومات حول التواصل الاجتماعي.
- المقياس الرابع مركب من أسئلة ومحادثات.
- يتطلب تمرير L'ADOS حوالي 30 إلى 45 دقيقة، تسمح معايير للتنقيط دقيقة بإعطاء نقاط تتراوح من 0 إلى 3 لكل بند:
- النقطة 0: تعطى عندما لا يقدم السلوك اضطرابات تنتمي إلى اضطرابات النمو المتفشي.
- النقطة 1: تعطى عندما يكون السلوك نوعا ما شاد وغير عادي.
- النقطة 2: تعطى عندما يكون السلوك شاد.
- النقطة 3: تعطى عندما يكون السلوك شاد إلى درجة انه يتداخل مع التفاعل، قد تتوافق هذه النقطة مع سلوك محدود حيث أن نوعية التفاعل الاجتماعي تكون مستحيلة.
- هناك نقطتان تتوافق مع وضعيات أين يكون السلوك لا يأخذ بعين الاعتبار:
- النقطة 7: عندما يوجد اضطراب لكن لا يخص اضطراب النمو المتفشي.
- النقطة 8: عندما يكون السلوك غائب.

#### 4.4.4 (Echelle d'évaluation des comportements autistiques) ECA:

يحتوي هذا المقياس 29 بند في مجالات: الاتصال، التواصل، الحركة، الإدراك والتقليد.

يتم التنقيط من خلال الملاحظة المقدمة من قبل الشخص يتعامل غالبا مع الطفل. تتم الملاحظات في مختلف وضعيات الحياة اليومية. يتراوح التنقيط من 0 عادي إلى 4 مرضي. النتيجة الإجمالية تدل على شدة الاضطراب. (Bernadette Rogé, 2003, P97-102)

#### 5.4 أدوات تقييم التوحد:

##### (Psycho-Educational-Profil) : Le PEP-R1.5.4

تم اعداده من قبل "شوبلار" "Schopler"، هو اختبار النمو أعد خاصة للتوحيدين، أسس بنسخة أولى التي تم مراجعتها من اجل تمديد التطبيق للصغار، تعميق اختبار اللغة.

يكون التمرير مرن ومكيف للصعوبات، معظم البنود مستقلين عن اللغة.  
التمرير المرن يسمح بضبط وتعديل مشاكل سلوك الأطفال.  
لا يوجد وقت محدود.

يستعمل بين 6 أشهر حتى 7 سنوات، لكنه يستعمل حاليا من 7 إلى 12 سنة،  
خاصة للأطفال المصابين بتخلف.  
نتحصل على 3 نتائج ممكنة:

– نتيجة ناجحة.

– نتيجة ناقصة. Résultat Emergent.

– نتيجة فاشلة.

هناك مقياس خاص يسمح بتقييم السلوكيات المرضية باستعمال الملاحظة.  
تقدم النتائج على شكل مستوى من النمو ومظهر Profil الذي يسمح بفهم  
نقاط القوة والضعف لكل طفل.  
يجب الأخذ بعين الاعتبار النتائج الناقصة (ما يبدا الطفل فهمه أو تحقيقه) التي  
تسمح بوضع برنامج فردي قائم على اهداف.

#### (Adolescents And Adults Psycho-Educational Profil) : L'AAPEP 2.5.4

يستعمل بعد سن 12 سنة.

يقيم القدرات الوظيفية في مجالات التقليد، الادراك، المهارات الحركية  
الدقيقة، المهارات الحركية الاجمالية، التكامل بين اليد والعين، الأداء المعرفي  
واللغة.

#### : Le Vineland(Vineland Adaptative BehaviourScale) 3.5.4

قد تم تصميم هذا السلم انطلاقا من سلم الضج الانفعالي ل Vineland، يقوم  
بتقييم التكيف الشخصي والاجتماعي من الزيادة حتى سن الرشد.  
لا يتطلب تطبيق اختبار لكنه يستند على المقابلة مع شخص قريب من الطفل.  
يتم تقييم التكيف في 4 مجالات: التواصل، الحياة اليومية، التنشئة الاجتماعية،  
الحركة.

يسمح السلم أيضا بتقييم السلوكيات الغير مكيفة.

يتم التنقيط حسب حضور ومدى استعمال المهارة.

#### (L'échelle De Communication Sociale Précoce) : ECSP 4.5.4

هو ترجمة لسلم "زيبارت" و "هوجان" « Seibart » و « Hogan » .

هدف هذا السلم هو تقييم التواصل.

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

- التفاعل الاجتماعي.
  - الاهتمام المشترك.
  - ضبط سلوك التواصل.
- يتكون من 23 وضعية للتواصل التي تقوم بإثارة السلوك بين الراشد والطفل. نلاحظ كيف يشارك الطفل في التفاعل، كيف يبدأ، كيف يتواصل كيف يجيب عن الطلب وكيف يحافظ على التفاعل، ونستعمل أدوات بسيطة وجذابة.

(Bernadette Rogé, 2003, P104-108)

## 5. أعراض التوحد:

### 1.5 أعراض التوحد حسب (DSM-IV-R):

1. خلل نوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل كما يظهر في:
  - نقص ملحوظ في استخدام العديد من أشكال السلوك غير اللفظي مثل التعبير الوجهي، الأوضاع الجسمية والإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي.
  - العجز عن إقامة علاقات بالأقران المناسبة لمستوى نموه.
  - لا يسعى تلقائياً إلى مشاركة الآخرين في الترفيه أو الاهتمام أو الانجازات (مثال: لا يظهر أو يحضر أو يشير إلى الأشياء التي تحظى باهتمامه).
  - الافتقار إلى تبادل العلاقات الاجتماعية والعاطفية.
2. خلل نوعي في التواصل، كما يظهر في:
  - تأخر أو انعدام نمو اللغة المنطوقة (غير مصحوب بمحاولة تعويضه من خلال طرق بديلة للتواصل كالإيماء أو المحاكاة الحركية الصامتة).
  - بالنسبة للأفراد القادرين على الكلام، نقص ملحوظ في القدرة على بدء محادثة مع الشخص آخر ومواصلتهما.
  - التردد أو التكرار الآلي للكلام، أو استخدام لغة شخصية شاذة.
  - نقص اللعب الخيالي التلقائي بمختلف أشكاله أو لعب أدوار الكبار بما يلاءم مستوى نموه الحالي.
3. التكرار الآلي لأنماط محدودة من السلوك والاهتمامات والأنشطة، كما يظهر من خلال:

- الانشغال التام بواحد أو أكثر من أنماط الاهتمام المكررة والمحدودة والشاذة في درجتها أو موضوعها.
- التمسك المتصلب بروتينيات وطقوس معينة ليست لها ضرورة عملية.
- نمطية حركية تتسم بالمعاودة والتكرار الآلي (مثل: رفرقة أو ثني اليد أو الأصابع أو الحركات المعقدة لكامل الجسم).
- الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء.
- 4. تأخر أو شذوذ الأداء في واحد على الأقل من المجالات التالية، يبدأ قبل السن الثالثة:
  - التفاعل الاجتماعي المتبادل.
  - اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي.
  - اللعب الرمزي والخيالي. (APA, 2005, P 81-83)

## 2.5 أعراض التوحد حسب الجمعية الأمريكية للتوحد:

- اضطراب في المهارات الاجتماعية واللغوية.
- اختلاف في الاستجابة الحسية للمثيرات.
- غياب القدرة على التواصل مع الآخرين.
- غياب اللغة والحديث بالرغم من توافر القدرات اللغوية (وليد محمد علي، 2002م، ص8).

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

- صعوبة في الاختلاط والتفاعل مع الآخرين.
- ضعف أو الانعدام التواصل البصري.
- يظهر عليه عدم الشعور.
- لا يستجيب للإيماءات اللفظية (يتصرف وكأنه أصم).
- لا يستجيب لطرق التدريس التقليدية.
- يصر على تكرار السلوك ويرفض التغيير في البيئة أو الروتين.
- ضحك وقهقهة غير مناسبة.
- لا يبدي خوفا من المخاطر.



- صعوبة في التعبير عن احتياجاته (يشير بالإيماءات).
- لا يريد أن يحضن أحد، ولا أحد يحضنه.
- يدور الأجسام والأشياء.
- ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء.
- يطيل البقاء في اللعب الانفرادي ويلعب بطريقة غريبة ولمدة طويلة.
- يفضل البقاء وحيدا.
- نشاط بدني مفرط أو خمول بدني.
- ترديد الكلمات التي يسمعا (يردد كلمات أو عبارات بشكل تسجيلي).
- يغضب ويبدو عليه الحزن بدون سبب ظاهر أو منطقي.
- المهارات الحركية الكبرى والصغرى غير الطبيعية (قد لا يريد ركل الكرة ولكن يفضل تركيب المكعبات). (د. إبراهيم بن عبد الله العثمان، 2000، ص14،17).

### 3.5 ثالوث التوحد La triade autistique:

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

#### أ. ضعف التفاعل الاجتماعي:

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

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

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

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

### ب. القصور اللغوي:

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

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

عندما تظهر اللغة، تتطور عموماً متأخراً، وتتضمن تشوهات (Anomalies):

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

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

حتى عندما يتم تطوير اللغة تستعمل نادرا للتفاعل الاجتماعي:

- لا يبدأ الطفل محادثة ذات طابع اجتماعي (لمتعتة المحادثة) ولديه صعوبة في دعم محادثة ليس لها علاقة بمصالحه الخاصة.
- لديه صعوبة في تقليد السلوكيات ذات الطابع الاجتماعي.
- غياب الألعاب الرمزية، الوهمية "ألعاب تظاهر faire semblant" أو تظهر مؤخرا عندما يتعلمها عن طريق التكرار مع الراشد تحافظ على مظهر تكراري وغير إبداعي، مثال: تعلم الطفل إعطاء الأكل إلى الدمية، فهو يواصل

إعطائها الأكل عندما يطلب منه تقليد سلوك إعطاء الدمية للشرب (Bernadette Rogé, 2003, P 24).

### ج. اهتمامات محدودة، سلوكيات متكررة:

تلك السلوكيات النمطية المتكررة تعد من المظاهر المميزة للتوحد، وتلك بمثابة أوجه القصور البارزة لمن يتعامل مع هؤلاء الأطفال، وأن تلك السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التكرارية النمطية التي يبديها هؤلاء الأطفال غالباً ما تنسم بأنها مقيدة، وأنهم عادة ما يعانون من حركات متكررة للجسم أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين أو غير ذلك مما يؤدي إلى استثارة من حولهم، وأحياناً يصل بهم الأمر إلى الإيذاء الجسدي لأنفسهم ويشير عبد العزيز الشخص إلى أهم الأعراض التي تتدرج ضمن السلوكيات النمطية: الاستغراق في عمل واحد محدد لمدة طويلة وبصورة غير عادية (التكرار)، والتقيد الجامد بالعادات أو الطقوس الحركات النمطية المتكررة، والانشغالات بأجزاء الأشياء وليس بالشيء كله.

ويضيف ماجد عمارة، أن كثيراً ما يقوم الطفل التوحدي في فترات طويلة بأداء حركات معينة ويستمر في أدائها بتكرار متصل لفترات طويلة كهز رجله أو جسمه أو رأسه أو الطرق بإحدى يديه على رسخ اليد الأخرى أو تكرار إصدار نغمة أو صوت أو مهمة بشكل متكرر، وقد يمضي الساعات محملاً في اتجاه معين أو نحو مصدر صوت أو صوت قريب أو بعيداً ساعة الحائط، ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استثارة ذاتية تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ تلقائياً ثم يعود إلى وحدته المفرطة وعالمه الخيالي الخاص به.

كما يتفق بعض العلماء على أن الطفل التوحدي لديه قصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية، التي يستطيع أداءها الأطفال العاديين من هم في نفس سنه، ففي سن 5 أو 10 سنوات من عمره لا يستطيع الطفل التوحدي أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني، كما يعجز عن رعاية نفسه أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع اللابس وارتدائها.

### 4.5 الأعراض البدائية للتوحد:

هناك بعض الأعراض البدائية التي نلاحظها قبل سن ثلاثة في مرحلة 20 إلى 36 شهر، تتمثل هذه الأعراض في:

- عجز في مجال الاتصال بالعين.
- عدم التوجه عند النداء باسمه.
- العجز في الاهتمام المشترك.
- ألعاب الإظهار.

- التقليد.
- الاتصال الغير اللفظي.
- اضطرابات نوعية في السلوك الاجتماعي.
- غياب حركات الوجه أو ابتسامة موجهة للآخر.
- غياب الاستجابة لصوت الوالدين. (APA, 2005, P 84)

ففي الشهور الأولى تأخذ الأعراض صورة الهدوء المبالغ فيه، فتبدو على الطفل الطمأنينة عندما يترك وحده، ولا يخاف من الغرباء، ولا يرتبط بهم أو يتفاعل معهم، مع غياب الابتسامة الاجتماعية وغياب الابتسامة التعرف (التي تظهر في العادة في الشهور الأربعة الأولى)، حيث تشكو الأم أنه لا يعرفها ولا يقبل عنها، وقد لا يلاحظ الآباء هذا الاضطراب عند ابنهم إلا عندما يوجد مع الأطفال آخرين سواء في المدرسة أو في حديقة اللعب. (د. دعد الشيخ /رياض العاسمي، 2005م، ص27).

## 6. التشخيص الفارقى للتوحد:

### 1.6 حسب الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV-R):

يجب التمييز بين التوحد والاضطرابات النمائية الأخرى:

#### أ. متلازمة ريت Le syndrome de RETT:

تم تشخيص متلازمة ريت عند البنات فقط بينما تم تشخيص التوحد عند البنات والأولاد.  
نلاحظ في متلازمة ريت فقدان المهارات اليدوية المكتسبة سابقا وظهور نقص التناسق في المشي والحركات.

يمكن أن تقدم الحالات التي تعاني من متلازمة ريت، خاصة في سن ما قبل الدراسة، صعوبات تمس التفاعلات الاجتماعية التي تشابه تلك الصعوبات الملاحظة في التوحد، لكن تبقى هذه الصعوبات عابرة.

#### ب. متلازمة اسبرجر Le syndrome d'ASPERGER:

تتميز متلازمة أسبرجر عن التوحد بغياب تأخر او اضطراب في النمو المبكر للغة.  
تظهر اعراض التوحد في الطفولة المبكرة، بينما اعراض متلازمة اسبرجر تظهر في الطفولة المتأخرة.  
ظهور سلوكيات نمطية وتكرارية بدرجة أقل عند متلازمة أسبرجر.

يكون الخلل في التفاعل الاجتماعي أكثر شدة في التوحد.

**ت. الاضطراب التفككي للطفولة :Trouble désintégratif de l'enfance:**  
يختلف التوحد عن الاضطراب التفككي للطفولة لأن هذا الأخير يمثل نمط من النكوص الحاد للنمو خاصة في الميادين الوظيفية، بينما نلاحظ في التوحد شذوذ في النمو في السنة الأولى.

**ج. فصام الطفولة :La schizophrénie a début infantile:**  
تظهر عادة بعد سنوات من النمو الطبيعي أو تقريبا عادي، إذا طور شخص مصاب بالتوحد خصائص الفصام، مع أفكار هذيانية وهلاوس لمدة شهر على الأقل، يمكننا إجراء تشخيص إضافي "الفصام".

**د. الصمم الانتقائي :Mutisme Sélectif:**

يحافظ الطفل على قدراته في التواصل في بعض المواقف ولا يقدم ضعف شديد في التفاعلات الاجتماعية ولا في السلوكيات المحدودة التي يتميز بها الطفل المصاب بالتوحد. (APA, 2005, P 85-86)

**2.6 الاضطرابات المشابهة للتوحد:**

قبل أن نصل الى تشخيص دقيق للتوحد لا بد من إزالة كل الاضطرابات الأخرى التي يمكن أن نشك فيها:

**أ. الصمم :Mutisme:**

نتكلم عادة عن صمم في الأول أمام غياب ردة فعل الطفل عند النداء باسمه أو لمثيرات حسية أخرى.

**ب. التخلف العقلي :Retard mentale:**

يشمل أحيانا أعراض مثل النمطية التي نجدها في التوحد لكن هي غير مختصة و محددة لهذا الاضطراب (التخلف العقلي)، و إنما البحث عن ثلوث التوحد (ضعف في السلوك الاجتماعي، نقص في التواصل، اهتمامات و سلوكيات نمطية) هي التي تحدد التشخيص للتوحد عندما يكون مصاحب بتخلف عقلي.

**ج. الحرمان العاطفي الحاد :Carence affectif sévère:**

يشمل اضطرابات لها مظهر التوحد لكنها تتحسن عندما يتحسن المحيط.

**د. الدهانات Les Psychoses:**

هي نادرة في الطفولة وتتميز باضطرابات التي تشابه بكثرة فصام الراشد ولا اضطرابات النمو، فالأعراض الرئيسية لنقول إنه دهان طفولي هي الهلوس السمعية، الهدايا نات واضطرابات في التفكير (Troubles du cour de la pensée)  
(Adrien J-L, 1996, P200-206)

**3.6 الفروقات الموجودة بين التوحد والإعاقات المشابهة:**

إن معظم الباحثين المهتمين بتشخيص التوحد، يشيرون دائما إلى تشابه السلوك المرتبط بالتوحد مع أعراض إعاقات أخرى عديدة مثل التخلف العقلي، فصام الطفولة، اضطرابات التواصل، الإعاقة السمعية، صعوبات التعلم، الدهان، ولكي نصل إلى تشخيص دقيق للتوحد لابد من التعرف على أهم الفروق الجوهرية بين التوحد وتلك الإعاقات المصاحبة له:

**أ. التوحد والتخلف العقلي:**

- يتميز طفل التخلف العقلي بنزعه إلى التقرب والارتباط بوالديه والتواصل معهما ومع الكبار وغيره من الأطفال الأقران وهي سمة اجتماعية غائبة تمام في حالة طفل التوحد.
- طفل التخلف العقلي يستطيع أن يبني حصيلة لغوية وأن يكتسب نمو في اللغة ولو أنه يتأخر في بنائها إلى حد ما، ولكنه يستخدم القليل منها مبكرا في التواصل مع أفراد أسرته وأقرانه.
- طفل التخلف العقلي لا يستثيره التغيير في عاداته اليومية في ملبسه، مأكله، لعبه أو أثاث غرفته ولا يندفع في ثورات غضب (مثل طرق رأسه في الحائط)، وإيذاء ذاته أو الآخرين بعكس ما يحدث للطفل الذي يعاني من التوحد.
- طفل التخلف العقلي لا يعني من القصور في استعمال الضائر بعكس ما يفعله طفل التوحد الذي يخلط مثلا بين "أنا" و "أنت".
- طفل التوحد ليس لديه القدرة على التعلم والتخاطب، لهذا يعاني من توقف النمو الاجتماعي والقدرة على التفاعل مع الآخرين أو مشاركة أقرانه في اللعب والأنشطة المشاركة، بعكس طفل الخلف العقلي الذي يشارك أقرانه في أنشطتهم ويستمتع باللعب معهم، وممارسة تقليد الآخرين واللعب الإيهامي.
- طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء أو صراخ يستمر طويلا دون سبب ظاهر بينما لا يحدث هذا في حالة التخلف العقلي.

- طفل التوحد قد يبدي أو يتفوق في مهارة فائقة في احدى المجالات كالرياضيات، الفن، الموسيقى، الرسم، الشعر، أو نشاط رياضي بشكل لا يستطيع الطفل العادي بلوغه وهي سمة لا توجد عند طفل التخلف العقلي إلا في حالات نادرة للغاية.
- طفل التوحد لا يفهم المظاهر الانفعالية أو العاطفية كما أن لديه قصور وغياب القدرة عن التعبير عنها عكس ما يحدث للطفل المتخلف عقليا.

### ب. التوحد والإعاقة السمعية:

- نظرا لان الطفل التوحدي غالبا ما يكون صامتا، أو قد يظهر عدم اهتمام انتقائي باللغة المنطوقة في مرحلة مبكرة فغنه يظهر غالبا أنه أصم. تكمن اهم الفروقات بين التوحد والإعاقة السمعية في:
- معدلات الدكاء في حالات الإصابة بالإعاقة السمعية أعلى من نظيرتها في حالات التوحد.
  - حالات الإعاقة السمعية لها القدرة على تكوين علاقات اجتماعية بعكس حالات التوحد.
  - حالات الإعاقة السمعية تستطيع تحقيق تواصل مع الآخرين أفضل من حالات التوحد.
  - هناك سهولة في تشخيص ذوي الإعاقة السمعية بالفحص الطبي لأجهزة السمع والكلام بينما توجد صعوبة في تشخيص التوحد نظرا لعدم وجود أدوات مقننة لهذا الغرض.
  - يميل التوحدي للانسحاب الاجتماعي مقارنة بالمعاق سمعيا.

### ج. التوحد وصعوبات التعلم:

- هناك انخفاض واضح لدى الطفل التوحدي عن الطفل الذي يعاني من صعوبة في التعلم في الخصائص التالية:
- تدهور حدة السمع والبصر.
  - الاستجابات الحركية.
  - الأداء اللغوي.
  - العزلة الاجتماعية وصعوبة تكوين علاقات اجتماعية.

### د. التوحد والاضطرابات الذهانية:

- تدهور واضح واضطراب في الانتباه لدى التوحيدي مقارنة بالدهاني.
- نقص التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى التوحيدي مقارنة بالدهاني.
- نسبة الاضطراب بين الذكور أكثر من الإناث بينما تتساوى لدى الجنسين في الدهان.
- وجود هلاوس وهديانات لدى الدهاني وعدم وجودها لدى التوحيدي.
- ظهور بعض أعراض التخلف العقلي لدى الطفل التوحيدي بينما لا توجد لدى الطفل الدهاني.

#### ذ. التوحد واضطرابات التواصل:

- العجز عن استخدام اللغة لدى الطفل التوحيدي، بينما يتعلم مضطرب التواصل معاني ومفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين.
- يظهر الطفل التوحيدي تعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة، بينما المضطرب توصليا في التواصل يمكن ان يحققه بالإيماءات وتعبيرات الوجه تعويضا عن مشكلة الكلام.

#### ر. التوحد وفصام الطفولة:

- قديما كان يعتقد أن هناك تشابه بين التوحد والفصام، ولكن مع إجراء العديد من الدراسات تبين ان هناك فروقا تتمثل في:
- الطفل التوحيدي غير قادر على استخدام الرموز مقارنة بالفصامي.
- ضعف النمو اللغوي عامة لدى التوحيدي أكثر من الفصامي.
- ضعف النمو الانفعالي لدى التوحيدي أكثر من الفصامي.
- عدم وجود الهلاوسو الهديانات لدى التوحيدي بينما يكثر وجودها لدى الفصامي.
- يبدأ ظهور التوحد قبل سن ثلاثة بينما الفصام يبدأ في سن المراهقة. (لمياء عبد الحميد بيومي، 2008، ص 29-30).



# الفصل الثالث

**1. أسباب التوحد:**

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

**1.1 أسباب نفسية وأسرية:**

يرى البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد إنما ترجع إلى أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة وإلى شخصية الوالدين غير السوية، وأسلوب التربية يسهم في حدوث الاضطراب.

ويؤكد ذلك ليو كانر "Leo Kanner" إلى أن أعراض الإصابة بالتوحد لدى الأطفال تعود إلى عدم نضج وتطور الأنا وهذا يحدث في الحالتين التاليتين:

- نتيجة نمو الأنا بطريقة خاطئة خلال الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل.
- نتيجة المناخ النفسي السيء الذي يعيش فيه الطفل.

كما وجد أن آباء الأطفال المصابين بالتوحد يتسمون بالبرود الانفعالي والوسواسية، و العزوف عن الآخرين، والدكاء والميل إلى النمطية، ونتيجة لهذا الجمود العاطفي والانفعالي في شخصية الوالدين والمناخ الأسري عامة يؤدي إلى عدم تمتع الطفل بالاستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة، ومن هنا يظهر الأساس المرضي الذي يكون نتيجة فشل أنا الطفل في تكوين إدراكه للأم التي تعد بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي، فالطفل التوحدي لم تتح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عليه. (لورنا وينج، 1994، ص63).

وتؤكد دراسة "أوجورمان" "O'Gorman" بأن الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل ووالديه قد تكون أحد أسباب إعاقة التوحد، فالطفل يعاني من التوحد من هجر الأم له وطول فترة غيابها عنه، وقد ترجع الإعاقة إلى عدم قبول كل من الأم والطفل لإقامة علاقة عاطفية بينهما.

**2.1 أسباب بيولوجية:**

بدأ الاهتمام يتجه إلى دور العوامل البيولوجية في حدوث اضطراب التوحد، وبسبب ما تم نشره عن النظريات النفسية بأنها لم تعد تفسر أسباب هذا الاضطراب وبسبب ما يظهر على الأطفال التوحديين من معاناة في أنواع مختلفة من الإعاقات البيولوجية، فإن هناك اهتمام بالنواحي البيولوجية كسبب في حدوث التوحد، ترجع أسباب إعاقة التوحد إلى مشكلة بيولوجية، وليس نفسية، فقد تكون الحصبة الألمانية أو

ارتفاع الحرارة المؤثرة أثناء الحمل، أو وجود غير طبيعي لكروموسومات تحمل جينات معينة، أو تلفا بالدماغ أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأي سبب مثل نقص الأوكسجين مما يؤثر على الجسم والدماغ، وفي ما يلي عرض لهذه الأسباب:

أ. العوامل الجينية: توصلت بعض الدراسات إلى أن هناك ارتباط بين التوحد وشدود الكروموسومات مثل دراسة "زونالي وداجت" "Zonalli et Degett" (1998) والتي أشارت نتائجها إلى أن هناك ارتباط بين هذا الاضطراب وبين كروموزوم يسمى "أكس الهش" "X Fragile"، فهذا الكروموزوم مسؤول عن حدوث خلل في الناحية العقلية حيث يؤدي إلى التخلف العقلي، ويدخل بنسبة 16.5% في كل الحالات، وقد يوضح هذا الارتباط زيادة عدد الأولاد عن البنات في الإصابة بالتوحد.

ب. المضاعفات الولادية قبل الولادة: يشير بعض العلماء على أن الدراسات والتحليل الطبية تؤكد على معاناة طفل التوحد من حالات قصور عضوي أو حيوي، منها ما يحدث أثناء فترة الحمل وبالتالي يؤثر على الجنين ومن أمثلتها إصابة الأم بالحصبة الألمانية. وفي مرحلة الحمل قد يؤثر نزيف الأم بعد الشهر الثلاثة الأولى على الجنين، وأيضا المواد الموجودة في بطن الجنين، والسائل الداخلي المحيط بالجنين، كما تشير بعض الأدلة إلى حدوث عالي التأثير للعقاقير التي تتناولها الأم أثناء فترة الحمل.

### 3.1 خلل في الجهاز العصبي المركزي:

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

### 4.1 تأثير التلوث البيئي:

يرى "إدلسون" "Edelson" (1998) في دراسته أنه لا يوجد برهان علمي حتى هذا الوقت عن التأثير البيئي على التوحد، رغم أن انتشار السموم في البيئة يمكن أيضا أن يؤدي إلى حدوث التوحد، حيث وجد معدل عالي للسموم في بلدة صغيرة تسمى ليومنستر Leomenster تابعة لولاية ماساشوستس Massachusetts، حيث يوجد مصنع نظارات شمسية، ووجد أن أعلى نسبة لحالات اضطراب التوحد كانت في

البيوت التي يهب لها رياح دخان هذا المصنع.(لمياء عبد الحميد بيومي، 2008، ص 31-36).

### 5.1 أسباب وراثية:

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

### 6.1 أسباب اجتماعية:

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

### 7.1 أسباب إدراكية وعقلية:

يرى بعض الباحثين أن هذا الاضطراب ناتج عن اضطراب إدراكي نمائي، والذي يؤدي إلى انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة، والتي ترجع بدورها إلى انخفاض في قدرتهم الإدراكية واللغوية. (د. دعد الشيخ، د. رياض العاسمي، 2006، ص 32-33).

## 2. النظريات المفسرة للتوحد:

### 1.2 التفسيرات النفسية:

خلال فترة الخمسينات وحتى السبعينات من القرن العشرين، كان أنصار مدرسة التحليل النفسي، يؤمنون بأن التوحد يحدث بسبب عوامل نفسية بالدرجة الأولى، فكان يقول "كانر" "Kanner" بأن ممارسة الوالدين غير المنسقة أو غير المترابطة في رعايتهم لأبنائهم، وكذلك البرود العاطفي تجاههم هو ما يسبب التوحد، وهذا ما يوافق عليه "برونو بيتلهيم" "Bruno Bettelheim" الذي يرى أن آباء الأطفال التوحديين

باردون وقاسون، ولديهم عدائية لا شعورية تجاه طفلهم التوحيدي، ولعل فرضية ما يسمى بـ "الأم الثلجة" "La Maman Réfrigérateur" دليل على ذلك.

## 2.2 التفسيرات الجينية:

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

## 3.2 التفسيرات البيولوجية:

تتخصر العوامل البيولوجية في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها، وتعني بذلك إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الولادة لمشكلات مثل نقص الأكسجين، أو عوامل بيئية أخرى وهي تعرض الأم للنزف قبل الولادة، أو تعرضها لحادثة، أو كبر سنها، فكل هذه العوامل قد تكون سببا في حالة التوحد.

## 4.2 التفسيرات العصبية:

في حالة كون التوحد ناتجا عن عوامل عضوية، فإن العيوب تكون في الجهاز العصبي المركزي، ولقد دعمت الأدلة العلمية هذا الافتراض، فمعظم الإشارات التمييزية للتوحد مثل: إعاقة تطور اللغة والسلوك الحركي الشاذ، ومستوى الاستجابة والحركة للمثيرات السمعية والبصرية، تكون مرتبطة بوظيفة الجهاز العصبي المركزي، كما أن الفحوصات العصبية للأطفال التوحيدين تظهر بعض الحركات الشاذة أحيانا، مثل: نغمة عضلة ضعيفة، تأزر ضعيف، سيلان اللعاب والنشاط الزائد، ولقد أشارت الدراسات إلى أن ثلاثة أرباع الأطفال التوحيدين يظهرون هذه الإشارات العصبية.

كما أشارت العديد من التقارير إلى أن الأطفال التوحيدين لديهم تخطيط دماغي شاذ، رغم صعوبة إجراء هذا التخطيط على الأطفال التوحيدين.

## 5.2 النظريات المعرفية:

لا أحد ينكر أن الأطفال التوحيدين لديهم مشكلات معرفية شديدة تؤثر على قدرتهم على التقليد، الفهم، المرونة، الإبداع لتشكيل وتطبيق القواعد والمبادئ واستعمال المعلومات، وبعبارة أخرى فإن النظريات المعرفية تفترض أن المشكلات المعرفية هي

مشكلات أولية وتسبب مشكلات اجتماعية، ومن خلال هذه النظريات المعرفية فإن العلماء المعرفيين يحاولون تسليط الضوء على العيوب المعرفية عند الأطفال التوحديين، وهناك عدة فرضيات معرفية منها:

- أن هناك من يرى أن الأطفال التوحديين هم انتقائيون في انتباههم لأسباب تعود إلى عيب إدراكي، فهم يستطيعون الاستجابة لمثير واحد فقط في وقت واحد.
- وهناك فرضيات أو نظريات معرفية أخرى تيرهن على أن التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب إدراكية رئيسية، ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة. (فهد حمد أحمد المغلوث، 2006، ص94-49).

## 6.2 نظرية العقل:

تفترض هذه النظرية أن الإعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية التي تميز الأفراد التوحديين، تأتي من الشذوذات في الدماغ، التي تمنع الشخص من تكوين فهم صحيح للمواقف الاجتماعية، وكيفية تفسير المشاعر الخاصة بالآخرين أثناء التفاعل الاجتماعي معهم، ويرى "براون كوهين" "Brown Kohen" العالم الأمريكي وصاحب نظرية العقل، أن الشخص التوحدي غير قادر على التنبؤ، وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية، أو أنه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر، بينما الأشخاص الآخرون العاديون، لديهم فهم خاص أو إحساس خاص، يستعطون من خلاله قراءة أفكار الآخرين. (وليد محمد علي، ص 6).

## 3. أنواع اضطرابات التوحد:

### 1.3 حسب الاعراض:

#### أ. متلازمة أسبرجر Syndrome d'Asperger:

- أول من اكتشف "زملة أسبرجر" الطبيب الألماني "هانز أسبرجر" "Hans Asperger"، بعد عام من اعلان "كانر" "Kanner" (1943) ملاحظاته على الأطفال التوحديين حيث تتشابه أعراض "أسبرجر" "Asperger" مع بعض أعراض التوحد التي وضعها "كانر" "Kanner" و يشير "إدلسون" "Edelson" إلى أوجه الاختلاف بين "التوحد" و متلازمة "اسبرجر asperger" و التي يمكن عرضها كالآتي:
- تتصف اللغة لدى طفل "أسبرجر" بحديث طبيعي قبل سن الرابعة حيث يستخدم قواعد اللغة والمفردات بصورة جيدة، بالإضافة إلى حديث يتصف بالتركارية، حيث يميل إلى أن يكون حادا غير عاطفي، محادثة تدور حول ذاته.
- "الاسبرجر" يتصف بنسبة ذكاء أعلى من "التوحدي"، ولا يعاني من تخلف عقلي ولكن مستوى أدائه في المهارات اللفظية أعلى من المهارات الأدائية مقارنة بطفل التوحد.

- يعاني من صعوبات في القراءة، ومشاكل في القراءة، وصعوبات حسابية.
- ويصف "إدلسون" "Edelson" الأسبرجر ببعض السلوكيات الشاذة تتمثل في حركات جسمية تميل إلى الاضطراب وعدم الرشاقة، ويفتقر إلى السلوكيات التي تعبر عن ذاته، ويعاني من مشكلات حسية مثلما يعاني منها طفل التوحد، ولديه وعي اجتماعي، ولكن يفتقر إلى التبادلية والملائمة الاجتماعية مع الآخرين.

#### ب. متلازمة ريت Syndrome de Rett :

هو اضطراب عصبي لا يظهر إلا عند الإناث، وهو من الاضطرابات النادرة ويصيب مولود واحد من 150000.

هو اضطراب تطوري يزداد تعقيدا كلما زاد عمر الطفلة المصابة به، ويضل ملازما لها مدى الحياة، و يتميز بلي اليدين المتشابكين بشكل متواصل و التخلف العقلي، و إعاقة في المهارات الحركية و تظهر هذه الصعوبات بعد أن يكون الشخص قد تجاوز بداية طبيعية من النمو، عرف هذا الاضطراب منذ فترة قصيرة فقط إذ تم وصفه من قبل "أنديا سريت" "Andrea Rett".

#### ج. اضطراب الطفولة التفككي Trouble désintégréatif de l'enfance :

إنه من أندر الحالات فهو يحدث لمولود من 10000 ويصيب الذكور بنسبة 1/4 للإناث.

التوحد يظهر قبل 3 سنوات الأولى من العمر، بينما يظهر الاضطراب التفككي الطفولي من 3 إلى 5 سنوات ويمكن أن تصل إلى 10 سنوات.

75% من التوحديين يظهروا أعراض ثالث التوحد خلال السنة الأولى وخصوصا التفاعل الاجتماعي بينما الاضطراب التفككي يفقد جميع المهارات حتى الكلام، يصل الى جمل طويلة ثم يفقدها تماما.

#### د. الاضطراب النمائي الشامل الغير محدد Trouble envahissant du développement non spécifié :

يستعمل هذا التصنيف في حالة وجود إعاقة شديدة عامة في تطور التفاعل الاجتماعي المتبادل، أو في مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية، أو عندما توجد أنشطة واهتمامات وسلوكيات نمطية غير مصنفة على أنها اضطراب نمائي عام محدد.

فهو الاضطراب الأكثر تشخيصا بين الاضطرابات النمائية الشاملة، نظرا لغموض وصعوبة التشخيص، ولم تتمكن الدراسات الحديثة من توفير نسب انتشار. (وليد محمد علي، 2014، ص9-11).

### ذ. متلازمة الكروموزوم الهش X Le syndrome X fragile :

هو اضطراب جيني في الكروموزوم الجنسي الأنثوي X ويظهر في 10% من أطفال التوحد وخاصة الذكور، ومعظم الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط، وللطفل صفات معينة مثل: بروز الأذن، كبر مقياس محيط الرأس، مرونة شديدة في المفاصل، وغالبا ما تظهر استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت، اضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي واضطرابات معرفية.

### ر. متلازمة لاندو كليفر Syndrome Landau-Kleffner :

في هذه الحالة ينمو الطفل بشكل طبيعي في أول 7 سنوات من العمر ولكن يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك، وغالبا ما يشخص الطفل خطأ على أنه أصم، هناك حاجة لاستخدام التخطيط الكهربائي للدماغ لتشخيص هذه المتلازمة، من الاعراض المشابهة للتوحد قصور الانتباه، عدم الشعور بالألم، الكلام التكراري وقصور المهارات الحركية. (دحمان هجيرة، 2013، ص20).

### 2.3 حسب الشدة:

- المجموعة الشادة: ويظهر افراد هذه المجموعة عدد أقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الدكاء.
- المجموعة التوحدية البسيطة: ويظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث لتكون روتينية، كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخافا عقليا بسيطا، والتزاما باللغة الوظيفية.
- المجموعة التوحدية المتوسطة: ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية (مثل التأرجح والتلويح باليد)، ولغة وظيفية محددة، وتخلف عقلي.
- المجموعة التوحدية الشديدة: أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وعندهم تخلف عقلي.

### 3.3 تصنيف أنواع التوحد حسب "ماري كولمان" "Mary Colman":

قد اقترحت "ماري كولمان" "Mary Colman"، نظاما تصنيفيا للأطفال التوحديين يضعهم في ثلاث مجموعات أساسية، ويتبين أن هذا التصنيف ليس متلازمة منفردة، أكد "كانر" "Kanner"، بل هو مكون من ثلاثة تصنيفات فرعية، وهي كما يلي:

- النوع الأول: هو ما يسمى ب "المتلازمة التوحدية الكلاسيكية"، وفي هذا النوع يظهر الأطفال أعراض مبكرة، دون أن تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة، إلا أنهم في هذه المجموعة —وكما تقول "كولمان" "Colman" - يبدوون في التحسن التدريجي فيما بين سن الخامسة إلى السابعة.



- النوع الثاني: وهو ما يسمى بـ "متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحديّة"، وهناك تشابه بين أطفال هذا النوع والنوع الأول، إلا أن العمر عند الإصابة يتأخر شهرا لدى البعض، كما أنهم يظهرون أعراضا نفسية أخرى، إضافة إلى المتلازمة التوحديّة التي أشار إليها "كانر" "Kanner".
- النوع الثالث: وهو ما يسمى بـ "المتلازمة التوحديّة المعاقّة عصبيّا"، ويلحظ ظهور مرض دماغي عضوي في هذا النوع، متضمنا اضطرابات أيضية ومتلازمات فيروسية مثل الحصبة الألمانية. (فهد بن محمد المغلوث، 2006، ص48-49).

#### 4. سمات الطفل التوحدي:

لطفل التوحد بعض الخصائص والسمات التي لا تجتمع بالضرورة في فرد واحد عادة، يكون الطفل المتوحد جذاب الشكل وعادي، قد يكون أقصر قامة من زملائه، خاصة من عمر 2 إلى 7 سنوات.

ومن الممكن تقسيم خصائص الطفل التوحدي كالتالي:

- الخصائص الاجتماعية.
- الخصائص اللغوية.
- الخصائص الحسية والإدراكية.
- الخصائص السلوكية.
- الخصائص العاطفية والنفسية.
- الخصائص المعرفية.

#### 1.4 الخصائص الاجتماعية:

عدم الاهتمام بالآخرين وعدم الاستجابة لهم، هو أول ما يلاحظه الأهل عند طفلهم التوحدي، وهو يعاني من قصور في التفاعل الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية، ويتميز بالسلوكيات التالية:

- عدم الارتباط بالآخرين.
- عدم النظر إلى الشخص الآخر في العينين.
- عدم إظهار إحساسه.
- عدم قبوله بأن يحضنه أحد أو يحمّله أو يده، إلا عندما يرغب في ذلك.
- ويكون الطفل التوحدي أحيانا غير قادر على تمييز الأشخاص حتى المهمين منهم في حياته، وأحيانا لا يطور علاقاته حتى مع أهله لأنه يهتم بالأشياء أكثر من الأشخاص، وقد أكدت الأبحاث أن تدريب المتوحدين على مهارات اجتماعية في ظروف معينة يساعدهم على تحسين تواصلهم الاجتماعي مع الآخرين.

**2.4 الخصائص اللغوية:**

يعد القصور اللغوي من الخصائص المميزة للمتوحدين، رغم أن تطورهم اللغوي يختلف من حالة إلى أخرى، فبعض المتوحدين يصدرن الأصوات فقط، وبعضهم يستخدم الكلمات فقط، وبعضهم يستخدم كلمات قليلة، وبعضهم الآخر يردد الكلمات أو الأسئلة المطروحة عليه.

إن هذا القصور لا ينتج عن عدم الرغبة في الكلام، إنما عن خلل وظيفي في المراكز العصبية المتعلقة بتطوير اللغة والكلام، لذلك لا يتوصل الطفل التوحدي أحيانا إلى التعبير بطريقة واضحة ومفهومة حتى بعج تدريبه على ذلك، وهذا ما يزيد من انغلاقه في عالمه الخاص.

**3.4 الخصائص الحسية والإدراكية:**

يعاني الطفل التوحدي قصورا حسيا وإدراكيا، وهو لا يدرك أحيانا مرور شخص أمامه أو أي مثير خارجي، وقد لا يتأثر حتى إذ وجد وحده مع أشخاص غرباء. أما بالنسبة للإدراك الحسي فهو غالبا ما لم يشعر بالألم، لذا فهو أحيانا قادر على إيذاء نفسه، مثلا: طرق رأسه، ضرب نفسه، وأحيانا يؤدي بعض المتوحدين غيرهم بالعض أو الخدش من دون سبب معين.

أما بالنسبة إلى تأثيره وانزعاجه الشديد من الأصوات العالية، فهو حساس جدا للمثيرات والأصوات الخارجية، مما يجعله مضطربا من دون أن يقدر على التعبير عن اضطرابه.

**4.4 الخصائص السلوكية:**

يكون سلوك الطفل التوحدي متكررا وثابتا ونمطيا، فهو يتعلق بأشياء لا مبرر لها، وهو أحيانا يقوم بحركات نمطية لساعات من دون تعب وخاصة حين يترك وخذه من دون إشغاله بنشاط معين، وقد ينزعج الطفل التوحدي من التغيير في أشياء رتبها وصنفها بشكل منتظم، فيضطرب ويلجأ إلى الضرب والصراخ وتكرار حركات عدوانية من الصعب جدا إيقافه عنها.

**5.4 الخصائص العاطفية والنفسية:**

إضافة إلى الخصائص السلوكية يتميز الطفل التوحدي برفض أي تغيير في الروتين وغالبا ما يغضب ويتوتر عند حدوث أي تغيير في حياته اليومية، لأنه يحتاج إلى استقرار، وقد يؤدي تغيير بسيط في ثيابه، أو فرشاة أسنانه أو وقت طعامه، إلى حالة توتر وغضب وبكاء، وقد يعاني أيضا إضافة إلى نوبات الغضب، نوبات صرع تكون خفيفة جدا خلال بضع ثواني، وقد يلاحظ عليه أيضا تغيير مفاجئ في المزاج، فأحيانا يبكي وأحيانا يضحك ولكنه غير قادر على التعبير.

(24: [www.gulfkids.com](http://www.gulfkids.com),15/12/2014,22).

**6.4 الخصائص المعرفية:**

تشير الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب النواحي المعرفية، تعد أكثر الملامح المميزة للاضطراب التوحدي، وذلك لما يترتب عنه من نقص في التواصل الاجتماعي، نقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين، وحسب ما تشير بعض الدراسات، فإن ثلاثة أرباع الأطفال التوحديين لديهم درجة من التخلف، في حين أظهرت دراسات أخرى أن بعض هؤلاء الأطفال يتمتعون بدرجة متوسطة من الذكاء.

ويلحظ أنه قد توجد لدى بعض الأطفال التوحديين قدرات معرفية وبصرية وحركية مبكرة وغير عادية، وحيث أن الانتباه والتفكير والفهم والإدراك، واللغة والتخيل من أهم الوظائف المعرفية التي يتأثر بها أداء الأطفال في حالة اضطرابها، فإن الأطفال التوحديين يعانون من اضطرابات واضحة في التفكير، وهذا ما أوضحتها دراسة "إيليزابت" "Elisabeth" (1991)، على أن التوحديين يعانون من قصور في وظائف التفكير، خاصة فقدان الكلام، وأيضا الاستجابات الفكرية غير المناسبة.

كما توصلت دراسة "فرنشسكا" "Francesca"، إلى أن طبيعة أنماط التفكير التوحدي تتسم بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة، سواء كانت تتطلب قدرة لفظية أو بصرية لحلها. (فهد حمد أحمد المغلوث، 2006، ص35-36).

**5. التنبؤ:**

يتحسن بعض الأطفال عند بلوغهم سن 4 – 6 سنوات، خاصة هؤلاء المصابين بالتوحد المتوسط، والدين تم معالجتهم في سن مبكر، هؤلاء الأطفال الذين تحسّنوا يستطيعون الاندماج مع أقرانهم.

بينت بعض الدراسات أن 49% من الراشدين المصابين بالتوحد، يعيشون مع والديهم، وأن 12% فقط لديهم عمل.

يظهر بعض البالغين تحسّنا طفيفا في مهارات التواصل، لكنهم يظهرون نوعا من التراجع. ([www.news-medical.net,03/01/2015,00:59](http://www.news-medical.net,03/01/2015,00:59))

**6. علاج التوحد:**

1.6 العلاجات السلوكية والمعرفية (التربوية):

1.1.6 برنامج "تيتش" "Teacch":

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

"Teacch" : Treatment And Education Of Autistic And Related  
.Communication Handicapped Children

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

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

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

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

### 2.1.6 نظام "بكس" "PECS":

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

"PECS": Picture Exchange Communication System.

تم تطوير هذه الطريقة في الولايات المتحدة الأمريكية، على يد أخصائي النطق "بوندي" "Bundy" وزوجته عام 1994، ولقد بينت هذه الطريقة أساسا على ملحوظاتهما بأن 80% من فئة أطفال ما قبل الدراسة لديهم القدرة على التواصل الوظيفي.

وهدف هذه الطريقة تعليم الطفل الذي يعاني من ضعف في التواصل اللغوي، طريقة تواصل مساعدة، سواء كان هذا الطفل قد شخص أنه مصاب بالتوحد أو بالضعف في التطور اللغوي فقط. وتتضمن هذه الطريقة استعمال الصور على شكل بطاقات صغيرة، وتتخلص في أن الطفل يتدرب على إعطاء الصور المناسبة للمعلم أو الأم أو الأب، عندما يرغب في شيء ما. مثل أن يقدم بطاقة الحلوى إلى المعلم إذا أراد الحلوى، أو يقدم صورة اللعبة التي يريد، وهذا يكوم في المراحل البدائية من التدريب، أما في المراحل المتقدمة، فيدرب الطفل على تكوين جملة كاملة عن طريق جمع البطاقات الخاصة بهذه الجملة على ملف لاصق، وعلى سبيل المثال: "أنا أريد أن ألعب المراجيح"، فهناك صورة خاصة "أنا أريد وصورة أخرى "المراجيح"، فيضع

الطفل البطاقتين بجانب بعضهما لتكوين جملة. (فهد بن محمد المغلوث، 2006، ص138).

### 3.1.6 العلاج بالحياة اليومية: (مدرسة هيجاشي) Daily Life Therapy

(Higachi School)

قام "كيوكيتاهاري" "Kiy Kitahari" في موساشينو هيجاششي جاكوين في توكيو، بتطوير علاج بالحياة اليومية.

ويرتكز هذا الأسلوب على العمر، وليس المستوى النمائي، وعلى أنشطة جماعية من أجل إعداد الطفل لمواجهة أنشطة الحياة العامة، وتركز هذه الطريقة على تمارين بدنية نشيطة، وفنون ومهارات اجتماعية واتصال، وتم استخدام هذه الطريقة في مدرسة بوسطون، ماساشوستس وهي تنتشر الآن في دول أخرى.

### 2.6 العلاجات النفسية الديناميكية:

#### 1.2.6 التحليل النفسي:

كان التحليل النفسي كعلاج للتوحد شائعاً في الماضي، وهو لا يزال شائعاً في بعض الدول، ويعتبر التحليل النفسي الوالدين وخاصة الأم، هي السبب في الحالة التي يكون عليها الطفل، وكان الافتراض الجوهرى للعلاج هو إمكانية علاج التوحد إذا ما نقل الطفل أبعد عن الوالدين الباردين أو الأباء الذين تم تعليمهم كيفية تشكيل روابط لائقة مع الطفل، ولقد ثبت أن التحليل النفسي غير فعال وقد يكون في بعض الأحيان مؤدياً في علاج التوحد.

#### 2.2.6 العلاج بالاحتضان:

في أواخر الثمانينات، أعلن عن العلاج بالاحتضان على أنه يشفي التوحد بطريقة عجيبة، وجادلت "مارثا ويلس" "Martha Welsh" التي أنشأت هذا العلاج، بأن التعلق الخاطئ ما بين الأم وطفلها يسبب الخوف لدى الطفل مما يؤدي بدوره إلى انسحاب الطفل وإصابته بالتوحد، فالعلاج بالاحتضان يقوي روابط المحبة ما بين الأم وطفلها، ولقد افترض أنه في حالة ضم الأم لطفلها بأمان بين دراعها، يتعلم الطفل التوحيدي التغلب عن الخوف من اتصال العينين المباشر والتعلق الحميم، يساعد هذا الطفل في تحرير مشاعر الغضب التي كان يكبتها في السابق. وعلى الرغم من محاولات الطفل من التحرر، إلا أن على الأم أن تضمه بشدة على افتراض أنها توصل له رسالة بأن حبها له قوي، لدرجة أنها سوف تعنتي به، بغض النظر عما يقوم به، وبغض النظر عن مشاعره. (محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجواله، 2010، ص209-201).

**3.6 العلاج الدوائي:**

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

- Blaucil.
- Wellbutrin.
- Valium.
- Ativan.
- Xanax.

– وتوجد أدوية التي في الأصل هي لعلاج الانفصام الشخصي، والتي تقلل من: فرط النشاط.

– السلوك العدواني.

– السلوك الإنسحابي. ونذكر منها:

- Clozapine(Clozaril).
- Risperidone(Risperdal).
- Olanzapine(Zyprexa).
- Quetiapine(Seroquel).

(طارق عامر، 2008، ص122-124).

**1. التدخل المبكر:**

يشير مصطلح التدخل المبكر إلى الإجراءات والممارسات التي تهدف إلى معالجة مشاكل الأطفال المختلفة، مثل: تأخر النمو، الإعاقة بأنواعها المختلفة والاحتياجات الخاصة، بالإضافة إلى توفير حاجات أسر هؤلاء الأطفال من خلال تقديم البرامج التدريبية والإرشادية. هذا وتتفاوت كثافة وتركيز برامج التكفل المبكر حسب نوع المشكلة، فالمدة الزمنية تختلف حسب حالة كل طفل ويتمثل الغرض من برامج التكفل المبكر في مساعدة طفل ذوي الاحتياجات الخاصة على النمو والتطور إلى أقصى درجة يمكن الوصول إليها.

التدخل المبكر يعني التدخل العاجل قبل ظهور الصعوبات، وذلك لمساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسراهم. فهو نظام خدمات تربوي وعلاجي وقائي، يقدم للأطفال منذ الأيام أو الأسابيع الأولى بعد ولادتهم وخاصة لمن هم في خطر حسب المنظور الطبي الذي يعتمد على التاريخ الأسري ومسار الحمل وحالة الولادة وما بعدها لتحديد ذلك، الأسباب لذلك عديدة وتتنوع في شكلها، نوعها، حدتها وتوقيتها ولكل مميزات خاصة، يرتبط التدخل المبكر باكتشاف الإعاقة بعد حدوثها بأسرع ما يمكن معتمدا على تقييم الحالة بالكشف النمائي والاختبارات الصحية والوراثية والنفسية وغيرها. يتم التقييم بعد وجود إشارات محدودة دالة على الحالة أو احتمال حدوثها لأسباب واضحة، إن أهمية التدخل المبكر في الفترة الخرجة من نمو الطفل تعطي فرصا كبيرة للوقاية من تطور مشكلاته. (محمد علي كامل، 2005، ص 56-57).

**2. التدخل المبكر للتوحد:**

أصبح يقام تشخيص التوحد مبكرا، إن تأثير الكشف المبكر للاضطرابات حاسم لأن التدخل المبكر يحدد إلى حد كبير التطور لاحقا.

إن الأعمال الأولى حول التدخل المبكر هي أعمال "لوفاس" "Lovaas" (1987) وأعمال "ستراين وآخرون" "Strain et collaborateurs" (1988).

هدين الفريقين وضعوا برامج تعتمد على المقاربة السلوكية، فكانت النتائج مذهلة، لأن عندما اعتمد الأطفال على تدخل مكثف قبل سن الخامسة، فإن حوالي نصف هؤلاء الأطفال، انظموا فيما بعد إلى النظام الدراسي العادي، (47% بالنسبة إلى "لوفاس" "Lovaas" و 52% بالنسبة إلى "ستراين وآخرون" "Strain et collaborateurs")، ولم يستحقوا لمتابعة.

رغم أن طرق العلاج والتقييم للنتائج تختلف من برنامج إلى آخر، الأمر الذي يطرح مشاكل منهجية، فيجب الأخذ بعين الاعتبار النتائج المحصلة.

أظهرت هذه الدراسات تأثير هام على النمو، مع الزيادة في نسبة الذكاء، تحسن في اللغة، تثبيت سلوك اجتماعي مكيف ونقص في حدة السلوك التوحدي عند الأطفال الذين استفادوا من تكفل مبكر.

تسجل هذه النتائج بعد سنة أو سنتين من تكفل مبكر ومكثف، فإن معظم الأطفال الذين استفادوا من تكفل مبكر (73%)، يصلون إلى مستوى من اللغة في نهاية التكفل.

المكتسبات المحققة في جميع مجالات النمو، يتم الحفاظ عليها بعد نهاية التكفل، هذا ما يظهر فعالية وثبوت النتائج المحصل عليها. فإن فوائد التدخل المبكر حقيقية، ومن المهم التركيز على العوامل التي تحدد التطور الإيجابي للطفل.

عندما يحدث التحفيز بين 2 و 4 سنوات، الأثر المتحصل عليه يكون أهم من البرامج المطبقة مؤخرا. (Bernadette Rogé, 2003, P123-125).

### **3. برامج التدخل المبكر للتوحد:**

#### **1.3 برنامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA) Applied Behavioural Analysis:**

يطلق على هذا الأسلوب أحيانا طريقة "لوفاس" "Lovaas"، وهي تشكل بشكل رئيسي على التدخل المبكر (سنوات ما قبل الدراسة)، و كان "إيفار لوفاس" "Ivar Lovaas" رائدا في التدخل السلوكي للأطفال التوحديين في الستينات، وترتكز المبادئ الأساسية لـ "ABA" على التعلم الشرطي لـ "سكنر" "Skinner" ومحاولات سلوكية منفصلة، وتشتمل الطريقة تدريبات متكررة ومكثفة ومنظمة بشكل عالي، ويتم إعطاء الطفل من خلالها أمرا ثم تتم مكافأته في كل مرة يستجيب فيها بشكل صحيح، وتبدأ برامج المحاولات السلوكية المنفصلة بتحقيق الأوامر السلوكية المرغوب فيها أي الامتثال العام لتحقيق أهداف التدريب.

التدريب لجعل الطفل يجلس على كرسي ويقوم بالتواصل البصري وتقليد سلوك غير لفظي في استجابة لأوامر لفظية، كما يتم تعليمه على أنه سلوك لفظي عبر التقليد اللفظي الذي يتبع أوامر مؤلفه من خطوة واحدة، تمييز تقبلي للأشياء والصور، وتصنيف تعبيرية في استجابة لأسئلة مطروحة.

وقد ثبت أن أسلوب المحاولات السلوكية المنفصلة كان محدودا وأقل فاعلية، فاللغة التي يتم التدريب عليها خلال المحاولة المنفصلة لا يتم تعميمها على بيئات أخرى، ويستهدف هذا التدريب إيجاد مصطلحات لغوية مشتركة بين الطفل وبيئته، وبتكرار هذه المصطلحات يتمكن الطفل من استخدامها بشكل تلقائي.



وهذا البرنامج مكثف (40 ساعة أسبوعياً)، يتبع أسلوب تدريب محاولات الاتصال بين إثنين، ويشارك الآباء وغيرهم من المساعدين البالغين في توصيل البرنامج الذي يتألف من عدة مراحل، هي:

- العام الأول: يركز البرنامج على تخفيف الإثارة الذاتية أو السلوك العدواني، وتطوير وتشجيع التقليد واللعب.
- العام الثاني: التركيز أكثر على اللغة التعبيرية واللعب التفاعلي.
- العام الثالث: ينتقل التركيز على التعبير الانفعالي.

ويتم الاهتمام بالسلوكيات الغير مرغوبة، عن طريق استخدام استراتيجيات مثل تجاهل وقت الاستراحة، واستخدام أشكال تقويعه غير محببة، حيث يمكن أن يقوم - المتهم بالسلوك غير المرغوب- بتقليد أشكال غير محببة للطفل كي ينفره منها في حال قيامه بالسلوك، ويوصي "لوفاس" "Lovaas" بأن يبدأ التدخل المبكر في أسرع وقت ممكن، ومن الأفضل أن يبدأ ما قبل سن الرابعة.

وبتنفيذ البرنامج على مدار 40 ساعة مكثفة أسبوعياً، أمكن التوصل إلى أن 47% من الأطفال حققوا أداء تربوي وفكري واضح وانضموا بنجاح إلى صفوف معيارية. (محمد صالح الامام، فؤاد عيد الجوالده، 2010، ص 213-214).

### 2.3 برنامج "Earlybird":

طورت "The National Autistic Society" في بريطانيا، برنامج "Earlybird" الذي يهتم بالتدخل المبكر للأطفال المصابين بالتوحد، وهو أيضاً برنامج على المدى القصير لمدة 3 أشهر موجه لأولياء هؤلاء الأطفال.

يجمع هذا النموذج فوائد مجموعات الأولياء وتدريب الطفل في البيت، في هذا السياق يكتسب الأولياء معلومات وتقنيات التدخل والمساعدة اللازمة لتطبيقها لأولادهم في البيت.

يهتم هذا البرنامج بمجموعة من 6 أسر، لمدة 3 أشهر، تنقسم هذه الفترة إلى عدة جلسات من 3 ساعات مكثفة ومنظمة أين يتم فيها تشجيع الدور الفعال للأولياء، فيتعلمون معنى التوحد، كيفية التواصل والتفاعل مع أولادهم، وكيفية تحليل وفهم سلوكياتهم.

### 3.3 برنامج معهد ماي Programme De L'institut De May:

يقصد البرنامج الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 18 شهر إلى 12 سنة، فهو برنامج تسلسل نمائي (Séquences développementales)، يعتمد على أسس (ABA) والتدخل السلوكي، عندما يدخل الأطفال هذا البرنامج، يتلقون مع أسرهم تدريب مكثف في المنزل لحوالي 15 ساعة في الأسبوع لمدة 6 أشهر تقريباً.

خلال هذه الفترة يقدم المعالج أو الوالدين تدريب فردي وفي بيت الطفل، متركز حول اكتساب المهارات الأساسية (اللعب، اللغة)، وحول تخفيض الاضطرابات السلوكية، ثم يكمل الطفل علاجه بالاندماج في برنامج ما قبل الدراسة. يتكون القسم ما قبل الدراسة الأول من أطفال توحديين، الذين يتعلمون متابعة الإرشادات، التقليد والعمل مع الجماعة. القسم الثاني هو قسم إدماج/تضمين، الذي يجمع الأطفال التوحديين والأطفال العاديين.

### 4.3 برنامج ما قبل الدراسة للمركز الإسكتلندي للتوحد:

#### Programme préscolaire du centre Ecosais pour l'Autisme :

تم إنشاء هذا البرنامج في إسكتلندا (Ecosse) منذ 20 سنة، يتم التدخل المقدم من طرف هذا البرنامج في مستشفى الأمراض العقلية لـ "يورخيل" "Yorkhil"، يقدم للأسر علاج مكثف لمساعدة أطفالهم على تطوير مرونة سلوكية والكفاءات الأساسية للتعلم والتواصل،

فيتابع هذا البرنامج مقارنة نمائية للسلوك التواصلية والاجتماعية ما قبل لغوي، التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، القدرات الاجتماعية للعب، واللغة المستقبلية والتعبيرية.

يستقبلون الأطفال 8 ساعات كل أسبوعين لمدة 11 شهر، في عادة 4 حصص، وتدوم كل حصة ساعتين.

تتضمن كل جلسة عمل طفل-معالج وعمل طفل-والد، الذي يشرف عليه معالج. إن هدف هذا البرنامج ليس معالجة التوحد، وإنما تكملة التمدرس في الروضة، بتدخل يسمح للطفل بتطوير كفاءات التواصل الاجتماعي مبكرا.

(AmariaBaghdadli et autres, 2007, P33-36)

### 5.3 برنامج "دنفر" "Denver":

يطلق على هذا البرنامج اسم ESDM الذي يعني Early Start Denver Mode أي نموذج "دنفر" للأطفال الصغار.

**أ. أصل ومبدأ البرنامج:**

هو برنامج ينفذ الممارسات التربوية التعليمية، التي تستند من جهة على نمو الطفل، بما في ذلك النمو العاطفي، الوالدين، مختلف الأوساط المعيشية للطفل (المنزل العائلي، المدرسة، المحيط)، ومن جهة أخرى على خصوصية اضطراب العلاقات والتواصل لأطفال التوحد.

يطبق البرنامج من الأحسن طول اليوم، في مختلف الأوساط المعيشية للطفل، في تفاعلات رأس لرأس، مع الراشدين ومع الأقران.

خصوصية البرنامج هو بناء التطور، النمو على أساس العلاقات، لهذا للوالدين دور أساسي وأنه يعتمد على اللعب.

يعتمد البرنامج على الأبحاث في مجال التوحد المبكر، ويركز على المتغيرات التالية:

- التوجه الاجتماعي والاهتمام يؤثران على التبادلات والانسجام (إنشاء انسجام بين المحيط ومشاعره، بين الطفل والمعالج، بين الطفل ومحيطه).
- التقليد.
- التواصل الغير لفظي والاهتمام المشترك.
- اللغة.
- اللعب الوظيفي/الرمزي.
- بطء التعلم.
- يمكن تطبيقه فرديا أو جماعيا.

**ب. العناصر الأساسية للبرنامج:**

برنامج "دنفر" "Denver" هو الأداة التي تهتم بجميع مراحل النمو، ويتناول جميع الميادين المصابة، والتي هي 8:

- اللغة الاستقبالية.
- اللغة التعبيرية.
- التفاعل الاجتماعي.
- المهارات الحركية الدقيقة/العامة.
- التقليد.
- المهارات المعرفية.
- مهارات اللعب.
- السلوك التكيفي/الاستقلال الشخصي.

**ج. أهداف البرنامج:**

يهدف برنامج "دنفر" "Denver" إلى تحقيق تغيير وتحسن في جوانب النمو التالية:

- جلب الطفل إلى الشبكة الاجتماعية.
- تعليم الطفل عناصر الحياة الاجتماعية.
- التقليد.
- اللغة.
- الاستجابة الانفعالية.
- التواصل.
- تبادل الخبرات.
- لعب اجتماعي ورمزي.
- سد ثغرات التعلم المتراكمة. (Rogers.S.J, Dawson.G, 2013, P30) .

**4. دور التدخل المبكر للتوحد:**

أكدت جميع نتائج الدراسات والأبحاث أن مراحل النمو الأولية تعتبر ذات أهمية بالغة في نمو الطفل وتكيفه، وعليه فإن التدخل المبكر في هذه المرحلة سوف يسهم بدون أدنى شك في تنمية قدرة الطفل العقلية والحركية، وفي تحسن السلوك الاجتماعي والانفعالي.

يسهم التدخل المبكر إلى حد كبير، في تأهيل وتطوير حياة الشخص المصاب بالتوحد، حيث أثبتت الدراسات والتجارب العلمية، أن تطور الحالة وتحسنها يكون أفضل بكثير، إذا كان الطفل يخضع لبرنامج تعليمي منظم، بدرجة عالية ومكثفة عند سن 2 إلى 3 سنوات، ما يدع فرصة أكبر لتطور ونمو المخ عنده واكتساب الخبرات والتفاعل مع المحيط الذي حوله، ما يؤدي إلى تنمية القدرة المعرفية والاجتماعية لديه.

هناك أدلة وبراهين كمية ونوعية، إضافة إلى تقارير أولياء الأمور والمدرسين، أن التدخل المبكر يزيد من فرصة الطفل في تعليمه وتطويره، ويحسن من تفاعل الأسرة مع الموقف بشكل عام، كما يكشف عن القدرات الإبداعية لدى الأطفال الموهوبين والمبدعين.

كما أظهرت الكثير من الدراسات في الوقت الحالي، أن التدخل المبكر يزيد من فرصة تعليم وتأهيل الطفل لدخول المراحل الدراسية الأخيرة، وأحياناً يؤهله لإيجاد

مهنة ما، مقارنة مع الأطفال الذين لم تتح لهم فرصة التدخل المبكر. (محمد علي كامل، 2005، ص66).

### 5. أهمية التدخل المبكر للتوحد:

إن أهمية التدخل المبكر في فترة نمو الطفل تعطي فرصا كبيرة للوقاية من تطور مشكلاته، لأن معدل نمو المخ لا سيما في الأشهر الثلاثة الأولى، تكون سريعة حيث يصل النمو في حجم الدماغ إلى نصف حجم مخ البالغ عند مرحلة 6 أشهر من عمر الطفل، فإن البدء في سن مبكر يتيح فرصة أفضل لمنع حدوث آثار سلبية على قدرات الطفل في المجالات المختلفة، فهو مفيد لكل من الأهل والطفل، حيث يتدرب كل منهما كيف يتعامل ويتعايش مع الآخر، كما أن التدخل المبكر مهم لمنع التأخر اللغوي و لتطوير القدرات العاطفية والاجتماعية لدى الطفل، وهي عناصر بلا شك يحتاجها كل من الطفل وأسرته. (محمد علي كامل، 2005، ص58).

### 6. أهداف التدخل المبكر للتوحد:

تتمثل أهداف التدخل المبكر للتوحد في:

- تحسين نمو الأطفال وتمكينهم من الاندماج الاجتماعي في المستقبل.
- التقليل من المعاناة المعنوية والمادية لأسر الأطفال، ومساعدتها في تقبل أطفالها وتحقيق درجة مقبولة من التكيف.
- إبراز أهمية دور الأسرة في تخطيط وتنفيذ برامج التدخل.
- مساعدة الأسرة على اكتساب المعرفة والمهارات والاتجاهات اللازمة لتنشئة أطفالها.
- زيادة درجة وعي المجتمع بالوقاية من الإعاقة والحد من آثارها.
- لأن التعلم المبكر في السنوات الأولى من حياة الطفل أسرع وأسهل من التعلم في أي مرحلة عمرية أخرى. (fr.slideshare.net, 21/12/2014, 23:18)
- يهدف إلى إجراء معالجة فورية وقائية، تهدف إلى تنمية قدرات الطفل في مجالات عديدة، حركية، اجتماعية، لغوية. (محمد علي كامل، 2005، ص58).

# الجانب التطبيقي

**1. الإجراءات المنهجية للبحث:**

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

وستبين هذه الإجراءات المنهجية فيما يلي:

**2. التذكير بالإشكالية والفرضيات:**

الإشكالية: لقد جاء تساؤل الإشكالية كما يلي:

– هل يحسن نموذج "دنفر" "Denver" العلاقات الاجتماعية، التواصل والاستقلالية عند الطفل التوحيدي؟

الفرضية العامة:

– قد يحسن نموذج "دنفر" "Denver" العلاقات الاجتماعية، التواصل والاستقلالية عند الطفل التوحيدي.

الفرضيات الجزئية:

– قد يحسن نموذج "دنفر" "Denver" العلاقات الاجتماعية عند الطفل التوحيدي.

– قد يحسن نموذج "دنفر" "Denver" التواصل عند الطفل التوحيدي.

– قد يحسن نموذج "دنفر" "Denver" الاستقلالية عند الطفل التوحيدي.

**3. الدراسة الاستطلاعية:**

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

وقد مست دراستنا العينة التي تخص الأفراد المعنيين بالأمر والمتمثلين في الأطفال الذين يعانون من التوحد. وقد اعتمدنا في دراستنا الاستطلاعية على معلومات تم الحصول عليها من خلال التطلع وقراءة كتب عديدة حول التوحد، ومن

خلال أيام دراسية حول التوحد وتكوين خاص حول تقنية "دنفر" "Denver" وتقنية "ABA"، ومن خلال مقابلات أولية حتى نستطيع تحديد العينة وجمع المعلومات التي تهم المشكل، ثم قمنا بملاحظة الأطفال قيد الدراسة.

ومن خلال المساهمة والمشاركة والاندماج في جمعية التوحد.

وعليه فإن الدراسة الاستطلاعية قد وجهت بحثنا ومكنتنا من تحديد إشكالية البحث وأبعاده كما قادتنا إلى صياغة الفرضيات بشكل دقيق ومحدد.

#### 4. الإطار الزمني:

إن المدة التي أجريت فيه الدراسة كانت في فترة ممتدة من 12 سبتمبر حتى ماي 2015.

#### 5. الإطار المكاني:

تم القيام بالجانب التطبيقي من الدراسة الحالية في جمعية التوحد بمستغانم التي تتكون من 6 أطفال مصابين بالتوحد، والتي تحتوي على 4 أخصائيين نفسانيين، أخصائية أطفونية، معالجة بالعمل، ممرضة ومستشارة في التوحد.

#### 6. العينة:

تتكون عينة بحثنا من حالتين:

– الحالة الأولى: ذكر، يبلغ من العمر 5 سنوات.

– الحالة الثانية: ذكر، يبلغ من العمر 3 سنوات.

#### 7. المنهج المستخدم في البحث:

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

(أحمد بدره، 1986، ص33).

فكل بحث يستوجب على الباحث منهجا معيناً في دراسته، ومن بين المناهج المستعملة في العلوم الإنسانية عموماً وعلم النفس خصوصاً، "المنهج الإكلينيكي".

أول من استعمل عبارة "المنهج الإكلينيكي"، العالم النفسي "ويتمر" "Witmer" سنة 1896 على أساس أنه له غايات علاجية، هو منهج يستخدم بهدف تشخيص الحالات المرضية وإيجاد حل لها.



يرى "نوربار سيلامي" "Norbert Sillamy"، أن المنهج الإكلينيكي يعتمد على دراسة الفرد دراسة معمقة لأحاديثه بغرض فهم سلوكياته وانشغالاته، من خلال الملاحظة الدقيقة لكل تصرفاته والكشف عن الصراعات التي تحركها، ومن ثم محاولة حل هذه الصراعات عن طريق العلاج. (Norbert Sillamy, P58, 2003)

المنهج الإكلينيكي منهج يستخدم في تشخيص وعلاج الدين يعانون من اضطرابات نفسية ومشكلات توافقية، شخصية أو اجتماعية، دراسية أو مهنية، وهو ذلك المنهج الذي يسعى إلى تغيير سلوك الفرد عن طريق تحديد مشاكله ومساعدته على حلها. (مصطفى حسن، 1998، ص141). إذ يتعرض بصورة كاملة للحالة وأعراضها، ويدرسها على حدى، ولا يهدف للوصول لقوانين ومبادئ عامة التي تحكم سلوك الإنسان، بل يستهدف دراسة الفرد، سلوكه والأسباب والعوامل المؤثرة فيه. (عطوف محمد ياسين، 1986، ص339).

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

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

وعليه اخترنا هذا المنهج، لأننا بصدد موضوع سيكولوجي تطبيقي، يهدف إلى علاج الحالة ويعتمد على المنهج الإكلينيكي، بقواعده وأهدافه وتقنياته، واستخدمنا كل من الملاحظة، المقابلة الإكلينيكية، تقنية تقييم لبرنامج "دنفر" "Denver"، ونموذج "دنفر" "Denver" في جو عملي تطبيقي عيادي.

## 8. أدوات البحث:

### 1.8 المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة:

هي عبارة عن علاقة دينامية، وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر، الشخص الأول هو الأخصائي في التوجيه والإرشاد، أو التشخيص، والثاني هو المتعالج، محورها الأمانة وبناء علاقة ناجحة. (عطوف ياسين، 1986، ص399).

تعتبر المقابلة من الأدوات الأساسية لجمع المعلومات، والبيانات لدراسة الفرد، كما أنها من أكثر الوسائل فعالية، وشيوعاً في الحصول على البيانات اللازمة، والضرورية لأي بحث. بمعنى آخر، هي وسيلة من وسائل جمع المعلومات المتعلقة بالبحث، وقد عرفها "أنجلس" "Angels" "أنها محادثة موجهة يقوم بها فرد مع آخر، أو مع أفراد بهدف الحصول على المعلومات لاستخدامها في البحث العلمي، أو الاستعانة بها، في عمليات التوجيه، التشخيص والعلاج". (عمار بوحوش، 1999، ص75).

### 2.8 الملاحظة:

هي نشاط يقوم به الباحث خلال المراحل المتعددة التي يمر بها في بحثه، فهو يجمع الحقائق التي تساعد على تعيين المشكلة وتحديدها وذلك عن طريق استخدامه لحواس البصر، الشم، السمع، اللمس والتذوق، كذلك يكشف عن طريق الملاحظة اليقظة الماهرة للدلائل أو المؤشرات التي تمكنه من بناء حل نظري لمشكلة البحث التي يتصدها.

والملاحظة أسلوب من الأساليب للكشف وحل المشاكل، وهذا يتطلب الموضوعية والدقة، وأن يكون البحث بعيداً عن التحيز والأهواء الشخصية، وقد تكون مباشرة متعلقة بالأشياء والنماذج المهمة. (وجيه محبوب، 2005، ص 173).

### 3.8 تقييم نموذج "دنفر" "Denver":

- يقيم التقييم عن طريق اللعب وتقديم نشاطات للطفل يقوم بها، وطرح أسئلة للوالدين. هو تقييم لمختلف قدرات واداءات الطفل في مختلف المجالات وهي: اللغة الاستقبالية.
- اللغة التعبيرية.
- التفاعل الاجتماعي.
- المهارات الحركية الدقيقة/العامة.
- التقليد.
- المهارات المعرفية.
- مهارات اللعب.
- السلوك التكيفي/الاستقلال الشخصي.

يتكون من 4 مستويات، كل مستوى يتناسب مع سن معين من 12 إلى 60 شهر.

#### 4.8 نموذج "دنفر" "Denver":

إن الهدف الرئيسي لنموذج "دنفر" "Denver" هو استعادة الطفل في الدائرة الاجتماعية، وجعل التفاعل الاجتماعي والتواصل كمعزز، فنعزز الطفل بالواصل والتفاعل الاجتماعي، لهادا يتم التكفل عن طريق اللعب، وتبنى نموذج "دنفر" "Denver"، إطار تطوري تنموي، يستعمل إجراءات التعلم لبرنامج ABA، يقوم ويعتمد على العلاقات ويدمج الوالدين في التكفل. يمكن تطبيقه في العديد من الأماكن (المنزل، المدرسة، العيادة، حديقة ألعاب...).

(Bruner J. S, 1977, P271)

الحالة الأولى:1. تقديم الحالة:

- الاسم: هشام.
- تاريخ الميلاد: 12 جوان 2009. مكان الميلاد:
- France.
- السن: 5 سنوات.
- اسم الأب: محمد.
- اسم الأم: Anne-Gaëlle.
- الجنس: ذكر.
- على قيد الحياة.
- على قيد الحياة.
- عدد الإخوة: 3 (الأخ الكبير 14 سنة، الأخت 12 سنة، الأخ الصغير 7 سنوات).
- الرتبة: الأخيرة.
- المستوى التعليمي للوالدين: مستوى جامعي عالي.
- بيانات عامة عن الحالة:
- الحمل: طبيعي مرغوب فيه، كان الحمل الخامس حيث أن أول حمل حدث إجهاض لكن عادي.
- الولادة: طبيعية.
- الرضاعة: طبيعية حتى 6 أشهر.
- لا يوجد صلة دم بين الوالدين.
- تأخر حسي حركي.
- تأخر لغوي.
- السوابق المرضية: أصيب بمرض Purpura Rhumatoïde في ديسمبر 2011.
- بيانات عن الحالة الاجتماعية والاقتصادية للعائلة: مستوى جيد من الناحية المادية.
- السوابق العائلية:
- من جهة الأم: يعانون والديها نت اضطرابات عقلية حادة، غير معالجة، حيث يعاني الأب من اضطراب ثنائي القطب، وتعاني الأم من اكتئاب حاد. لديها 3 إخوة ليس لديهم أي اضطراب، هم وأبنائهم.
- من جهة الأب: لديه اثنان من أبناء إخوته، مصابين بالتوحد.
- أخيرا يعاني أخ هشام من الحول Amblyopie.
- آخر الفحوصات:
- .IRM Cérébrale

- تقييم في مستشفى 2013 Sainte-Anne: يحتوي على تقييم:
  - تقييم PEP-R.
  - تقييم La CARS.
  - تقييم Vineland.
- تقييم حسي حركي Bilan Psychomoteur: الوضعية العامة متجانسة، توازن جيد، حركات غير دقيقة، تناسق يد-عين غير كاف، لم يكتسب ملقاط، مشبك الإبهام والسبابة.
- فحص طب العيون Bilan Ophtalmologique: يعاني من الإستجماتزم (Astigmatie) وطول النظر (Hypermétropie).
- فحص أرتفوني Bilan Orthophonique: تأخر لغوي وغياب التواصل، العمل بتقنية PECS.

## 2. عرض المقابلات:

### 1.2 المقابلة الأولى: محور التاريخ المرضي للحالة.

كانت مع الأم والأب، دامت 45 دقيقة، يوم 2014/10/18  
 بدأت تشك الأم في سن 15 شهرا، حيث أنه كان يتكلم لوحده، لا ينظر إلى الأم أو بالعكس ينظر إليها دون توقف، حسب قول الأم:

«Il avait pas de regard, il ne me regardait pas, ou au contraire se plongeait dans mes yeux en se collant à mon visage ».

كان لديها الإحساس الغريب أنها لم تكن مرتاحة مع ابنها، حيث قالت:

« J'avais l'impression bizarre depuis qu'il est né, que je ne suis pas à l'aise avec mon enfant, comme un puzzle que t'arrive pas à mettre en place ».

كان يستلقي في كل مكان، ويعاني أيضا من نقص توتر الشفة "Hypotonie Labiale" حيث أنه يعاني من سيلان اللعاب بكثرة، وجسميا يعاني من نقص التوتر البدني "Hypotonie Physique".

تشك الأم أن سبب بداية الأعراض وسبب التوحد هو Vaccin RER، حيث أن عند قيامه توقف هشام عن المشي، ولم يصبح يقول الكلمات التي كان يقولها.

ظهرت أول نوبات الغضب عند ظهور أول أعراض Purpura Rhumatoïde.

لديه ميل على أن يكون لوحده في عالمه الخاص، وصعوبة في تقبل التواصل مع الآخرين، كانت من أول الملاحظات والشكوك.

في أول شهور من حياته، كان يستجيب قليلاً عندما يناديه أحد باسمه، كانت تقوم به أمه حتى بلغ سنة من عمره، ثم دخل إلى التحضيري، وبدأ يمشي عند بلوغه سنة حيث أنه في القسم يبقى لوحده ولا يزعج أحد، إذا حاولت المعلمة أخذه إلى الجماعة، فتظهر نوبة من الغضب قوية، أين يصعب السيطرة عليها.

بعدما بدأت الأم في الشك بكثرة، ذهبت عند الطبيب وصرحت له بما لاحظته، فقال لها أن هذا شيء عادي بما أن هشام هو الأخير في إخوته.

فذهبت الأم مع الأب، عند طبيب مختص في طب الأطفال والأعصاب - Un Neuro-pédiatre، أين خرجت بفحص دقيق لما يعاني به ابنها، حيث قالت:

« Je suis ressortie avec un bilan très détaillé, et j'ai enfin compris comment fonctionnait mon fils ».

بدأ بعدها التكفل بهشام، حيث كان يقوم بحصتين في الأسبوع لعلاج النطق، وحصتين في الأسبوع للعلاج الحسي حركي.

استفادوا من توجيه الوالدين (Une Guidance Parental)، مرتين في الشهر، زيارة عند طبيب الأعصاب مرة في الشهر للقيام بالفحوصات العصبية.

تابع هشام نظام "بكس" "PECS"، ولوحظ تطور كبير حيث أنه بدأ يتكلم بسهولة في مدة 6 أشهر، على الرغم من أن يستعمل النظام لمدة أطول في العادة.

## 2.2 المقابلة الثانية: محور العلاقات الاجتماعية:

كانت مع الأم والأب، دامت 30 دقيقة، يوم 20/10/2014.

يميل هشام إلى البقاء لوحده، لا يلعب مع أقرانه، يهتم بالأشياء أكثر من الأشخاص. فهو لا يقبل شخص آخر يلعب معه، لا يتفاعل مع أقرانه، لا يلعب معهم، إلا مع أخيه الصغير، وقليلاً مع أخيه الكبير، يلعب بكثرة مع أخته حيث أنه يعاملها مثل أمه، ولا يلعب مع أبيه أو أمه، ما عدا أخيه الصغير الذي يلعب معه لكن حتى يقرر ويحب هو أن يلعب معه، حيث تقول أمه: «Il ne veut jouer qu'avec sa sœur et il se comporte avec elle pareille qu'avec moi il aime aussi jouer avec son petit frère mais juste quand il le décide lui».

يضحك هشام أمام بعض الألعاب لوحده، مع غياب الضحك الاجتماعي، ويقول أبيه: « Il ne sourit pas avec nous ou avec les autres, il souris tout seule ou quand il est en train de jouer ».

يقبل الذهاب أو اللعب مع عمه، لكن حتى يقرر هو، عندما لا يقرر ولا يحب، فلا يقبل اللعب أو الذهاب معه.

لا يحب ولا يقبل أن يكون شخص آخر معه في نفس الغرفة، ينظر إليه عندما يكون يلعب أو حتى عندما يكون جالس، وتقول أمه: « Il ne supporte pas que quelqu'un le regarde même moi ».

### 3.2 المقابلة الثالثة: محور التواصل:

كانت مع الأم والأب، دامت 30 دقيقة، يوم 2014/10/23.

في البداية لم يكن يتكلم، كان يصرخ، حتى بلوغه سنة قال: "ماما"، "مايا" و "Nemo". لا يستخدم سبابته بهدف طلب شيء أو لإظهار اهتمامه بشيء معين.

لا ينظر إلى الأشخاص، لكن تحسنت نوعية النظر منذ 6 أشهر، لكن إلا حتى عندما يريد شيء.

استعمل أول كلمة بطريقة صحيحة عند بلوغه 4 سنوات.

لا يستعمل الحركات أو الإيماءات للتعبير، لكن يستجيب لحركات الآخرين مثلا: يتابع حركات شخص عندما يريد شيء ما بأصبعه.

لا يرى ولا يستجيب لشخص عندما يتكلم معه أو يقول له صباح الخير مثلا.

تحسنت نوعية التواصل منذ استعمال نظام "بكس" "Pecs"، بدأ يتكلم ويطلب ما يريده، لكن تبقى نوعية التواصل لديه محدودة، لا يعرف يستعمل الكلمات في المعنى المناسب لها، يقول ابوه:

«Il a utilisé son classeur PECS, a peu près 6 mois, pas plus, d'habitude c'est long, après il s'est mis à parler avec beaucoup plus de progrès, et il a décollé, à commencer à parler et communiquer avec nous, puis il a stagné ».

لم يكن ينادي أمه أو أبيه أو أفراد أسرته إلا بعد متابعة نظام BECS.

بالنسبة للنشاطات والاهتمامات المحدودة، كانت دائما: الأسماك، القطار، الأناشيد الوطنية، الحيوانات، خرائط العالم، النجوم، كل ما يستطيع سرده، وتعداده مثل: الأرقام، الحروف، الأناشيد، الأغاني، في بعض الأحيان يعيد سرد أغنية سمعها من قبل لوحده دون طلب، أو مقطع من رسوم متحركة أو فيلم.

### 3.2 المقابلة الرابعة : محور الاستقلالية :

كانت مع الأم والأب، دامت 30 دقيقة، يوم 2014/10/27.

لديه ميل كبير أن يبقى طفل صغير، حيث قال الأب:

« Il a une tendance globale à vouloir être bébé, et ça n'aide pas ».

عادة يأكل لوحده، لكن لديه فترات يرفض فيها الأكل لوحده، لا زال يستعمل حتى الآن زجاجة الرضاعة (Biberon)، لا يريد شرب الحليب في كأس، حيث أن عندما تريد أمه أن يشرب في الكأس يرفض ذلك، ويستطيع أن يبقى طول اليوم بدون شرب الحليب، حسب قول الأم:

« Si il veut, il ne mange pas, ou ne boit pas son lait pendant toute la journée ».

يأكل كل شيء، لكن لا يحب أن يكون الأكل مختلط.

لا يرتدي كل ملابسه لوحده، يرتدي فقط الجوارب والحداء لوحده.

اكتسب النظافة عند بلوغه 3 سنوات، يذهب وحده إلى المرحاض، لكن يحب البقاء فيه.

لا يعاني من اضطرابات في النوم.

### 4.2 المقابلة الخامسة : ملاحظة الحالة والتعرف عليها:

دامت 45 دقيقة، يوم 2014/10/29.

لم يقبل هشام الدخول معي إلى القاعة، حيث أنه بدأ يبكي ويصرخ.

عند دخوله للقاعة، غلقت الباب، فبدأ هشام بالصراخ والبكاء، وبدأ يضربني ويخدشني، راغبا في الخروج من القاعة، ويريد فتح الباب.

سقط في الأرض وبدأ يتمرد في الأرض مع البكاء، وضرب نفسه والصراخ، بعد مرور 15 دقيقة وهو يبكي، لا يقبل أن ألمسه أو أن أتكلم معه، فأعطتني الأم بعض التوجيهات والكلمات التي تهدئه دون أن يراها، فقلت له:

« Calme toi, allonge tes jambes, ça va aller ».

بدأ في الهدوء قليلا، توقف من البكاء والصراخ لكن لا يقبل أن أنظر إليه، حيث أن عندما أفعل ذلك يبدأ بالصراخ.

ثم بعد مرور 10 دقائق بدأ في البكاء، الصراخ وبدأ يضربني، راغبا في الخروج وفتح الباب، وأنا واقفة عند الباب، قائلا:

« Non, je ne veux pas, non va là-bas ».



وبعد مرور 45 دقيقة من الوقت، أخرجته من القاعة وهو يبكي ويصرخ.

## 5.2 المقابلة السادسة: ملاحظة الحالة والتعرف عليها:

دامت 45 دقيقة، يوم 2014/11/02.

عندما رأيته هشام بدأ بالصراخ، قائلاً:

« Non, va là-bas, va là-bas, je ne veux pas, non, non ».

فلا يقبل الدخول إلى القاعة وبدأ يبكي ويصرخ، عندما غلقت الباب، بدأ بالصراخ والبكاء رافضاً أن المسه أو حتى أتكلم معه، تركته مدة 10 دقائق، ثم بدأ في الهدوء فقلت له:

« Aller Hicham on va jouer, et on ne crie pas, tu n'es pas d'accord mais c'est comme ça ».

بدأ بالهدوء، جلس في القاعة على الأرض، قدمت له لعبة، أخذها من يدي لكن لم ينظر إلي، وعندما أريد اللعب معه يبدأ بالصراخ.

بعد مرور 20 دقيقة بدأ هشام بالهدوء قليلاً، ينظر إلي ويضحك معي مرة على مرة، يقبل أن أقدم له لعبة مرة على مرة لكن حتى يحب هو.

## 6.2 المقابلة السابعة: القيام بتقييم "دنفر" "Denver":

دامت ساعة ونصف، يوم 2014/11/04.

قمنا بالتقييم مع الأم، حيث تم تقديم الأسئلة أولاً إلى الأم، حسب البنود المحددة في التقييم، ثم تقديم بعض النشاطات لهشام، للإجابة عن البنود المحددة في التقييم الموجود في الملاحق.

قمنا بالتقييم ابتداءً من المستوى الثالث لأن هشام قد يكتسب كل مطاب المستوى الأول والثاني.

بعد القيام بالتقييم، تم تحديد الأهداف مع الأم، اخترنا الأهداف حسب التقييم الذي قمت به، باستعمال نموذج "دنفر" "Denver"، وأيضاً حسب مطالب الوالدين، حيث أن ركزوا الوالدين عن العلاقات الاجتماعية.

الأهداف هي:

- العلاقات الاجتماعية.
- التواصل.
- الاستقلالية.

دام العلاج مدة 3 أشهر، بداية من شهر ديسمبر، بيوم الإثنين لمدة ساعتين ويوم الأربعاء لمدة ساعتين، لمدة شهرين (ديسمبر، جانفي)، ثم يوم الأحد، الإثنين، الثلاثاء والخميس لمدة ساعة ونصف.

### 3. ملخص المقابلات:

نلاحظ من خلال المقابلات أن هشام يعاني من اضطرابات في التواصل والعلاقات الاجتماعية، ولديه سمات شاذة واهتمامات محدودة ومتكررة في مجل اللعب خاصة بالنسبة لسنه. لديه القدرة على حفظ مفردات اللغة، قوائم من الكلمات وحوارات لها علاقة باهتماماته (أسماء الفواكه، الأسماك...) والتي لم يستعملها في التواصل والحديث مع الآخرين، يستعمل هشام كلمات قليلة متناسبة للتواصل، لديه ميزات لغة شاذة (صعوبة في النطق، Echolalie)، نلاحظ أيضا طقوس ولعب نمطي متكرر.

فيما يخص الاستقلالية لم يكتسب هشام النظافة التامة، والاستقلالية التامة المناسبة لسنه، فيما يخص الأكل وارتداء الملابس.

لديه صعوبات كثيرة فيما يتعلق بالعلاقات الاجتماعية حيث أنه يقبل ويتفاعل إلا مع أمه وأخته، ويبدأ بالصراخ مباشرة عندما يأتي شخص آخر للعب معه أو حتى عندما يكون شخص آخر معه أو ينظر إليه.

### 4. تقديم العلاج:

بعد القيام بالتقييم، وبعد اختيار الأهداف التي تتمثل في تحسين نوعية التواصل، العلاقات الاجتماعية، والاستقلالية، بدأنا العلاج باستعمال نموذج "دنفر" "Denver" الذي يعتمد أساسا على اللعب في العمل، والذي دام 3 أشهر، والذي يتمثل في تقديم مختلف الأنشطة للحالة ولكل نشاط هدف معين، وسوف نوضح ذلك في جدول يمثل سيرورة العلاج بنشاطاته الخاصة لكل محور: العلاقات الاجتماعية، التواصل، الاستقلالية، المقسمة على 26 حصة لكل محور ويحتوي كل محور على مجموعة من النشاطات المنقطة كالتالي:

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

1- جدول رقم (1) يمثل سيرورة العلاج للحالة الأولى بكل نشاطاته الخاصة بكل محور: محور العلاقات الاجتماعية، محور التواصل و محور الاستقلالية.

26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	الأنشطة/الحصص	الأهداف			
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اللعب مع الراشدين	العلاقات الاجتماعية		
-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اللعب مع طفل آخر			
-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	التقليد عند الطلب			
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اللعب في جماعة مع الأقران			
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		التواصل بالعين	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-		تحديد الانفعالات	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-		التعبير عن الانفعالات	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		سناريوهات اجتماعية	
+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		قصص صغيرة	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	اللعب بالدور
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أعطيني	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	أريني	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	نعم/لا	
-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الضمانر	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	لا أعرف	
+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	العلاقات المكانية	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	طرح الأسئلة	
-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	ما اسمك؟	
-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	من أنت؟	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الإجابة عن ماذا؟ من؟	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الإجابة عن أين؟	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	الطلب	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	استعمال أدوات الأكل	
-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	إرتداء الملابس	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	غسل اليدين
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	استعمال المراض
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	غسل الوجه	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مشط الشعر	
+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	غسل الأسنان	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	غسل دمية	
-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	إلباس دمية	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تجفيف اليدين	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تجفيف الوجه	

2- جدول رقم (1) يمثل سيرورة العلاج للحالة الأولى بكل نشاطاته الخاصة بكل محور: محور العلاقات الاجتماعية، محور التواصل و محور الاستقلالية.

## 5. تقديم حصة نموذجية للعلاج:

يوم 2014/12/03، دامت الحصة ساعتين من 13:30 إلى 15:30.

استعمال القطار والحلويات كمعزز.

– النشاط الأول: إقامة التواصل بالعين، ينتمي إلى محور العلاقات الاجتماعية، دام 10 دقائق.

أجلس بمقابل هشام، أقول هشام، وأضع الحلوى على مستوى عيني، فينظر إلي هشام، وعندما ينظر إلي أقوم بتعزيزه بإعطائه الحلوى، أكرر العملية ثلاث مرات، ثم في المرة الرابعة أقول هشام دون أن أضع الحلوى على مستوى عيني، فلا ينظر إلي هشام، أكرر العملية 4 مرات، في المرة الخامسة، أقول هشام، دون وضع الحلوى على مستوى عيني مباشرة فينظر إلي، وأقوم بتعزيزه مباشرة.

– النشاط الثاني: التقليد عند الطلب، ينتمي إلى محور العلاقات الاجتماعية، دام 10 دقائق.

أقدم لهشام التعليمات: "افعل مثلي".  
أدق مرة على الطاولة وأقول "افعل مثلي" فلا يفعل، ينظر إلى الورا، أكرر العملية 4 مرات حتى يقلدني، وعندما يفعل ذلك أعطي له القطار يلعب به قليلاً.  
ثم أضع يدي على رأسي وأقول له "افعل مثلي" فلا يقلدني، أكرر العملية 3 مرات حتى يقلدني، وعندما يفعل ذلك أعطي له القطار يلعب به قليلاً.  
أضع أصبعي على أنفي، وأقول له "افعل مثلي"، فلا يقلدني ويريد الخروج من الطاولة، لا أتركه وأقول له:

"On a pas encore finis assied toi Hicham" .

فيجلس وأكرر العملية 4 مرات حتى يقلدني، وعندما يفعل ذلك أعطي له القطار يلعب به قليلاً.

– النشاط الثالث: أريني، ينتمي إلى محور التواصل، دام 15 دقيقة.  
أقول لهشام، أريني الباب، فينظر إليه لكن لا يشير إليه، فأكرر التعليمات 3 مرات مع توجيهه بأصبعي نحو الباب، حتى يشير بيده نحو الباب، فأعززه بالحلوى.  
ثم أضع فوق الطاولة صور لحيوانات: كلب، قط، حصان، أرنب، خروف، بقرة، وأسد.

أقول لهشام "أريني الكلب" لكن بدل ما يفعل بما أطلب منه، يأخذ الصورة، هنا أقوم بإجراء التصحيح (Procédure de correction) وهي طريقة تستعمل عندما يخطأ الطفل في القيام بنشاط ما من أجل تصحيحه، حيث أنني أطلب منه بالقيام بفعل يتمكن منه، ثم أواصل التعليمات، هنا أطلب من هشام ما هادا؟ بإظهار

صورة القطار بيدي، فيجيب صحيح، ثم أوصل، "أريني الكلب" مع توجيه بيدي إلى الصورة، فيريني بيده وأعززه مباشرة بالحلوى.  
ثم أوصل، "أريني القط"، دائماً مع التوجيه بيدي إلى الصورة، فيريني وأعززه مباشرة بالحلوى.

ثم "أريني الحصان" دائماً مع التوجيه بيدي إلى الصورة، فيريني وأعززه مباشرة بالحلوى.

ثم "أريني الأرنب" لكن هنا دون التوجيه بيدي إلى الصورة، فيريني، وأعززه بالحلوى، وأبدأ التقليل من التوجيه.

ثم "أريني الخروف" دون التوجيه بيدي إلى الصورة، فيريني، وأعززه بالحلوى.  
ثم "أريني البقرة" دون التوجيه بيدي إلى الصورة، فيريني، وأعززه مباشرة بالحلوى.

#### – النشاط الرابع: ما اسمك؟ ينتمي إلى محور التواصل، دام 15 دقيقة.

أقول لهشام: ما اسمك؟ أنا اسمي لندة وأنت؟ فلا يجيب.  
أكرر التعليم، ما اسمك؟ فلا يجيب، أكرر التعليم 6 مرات دون أن يجيب.  
المررة السابعة أقول له: ما اسمك؟ Je m'appelle Hicham، فيكرر معي Je m'appelle Hicham فأعززه مباشرة بالحلوى.

أكرر التعليم 3 مرات دون أن أقول Je m'appelle Hicham فلا يجيب.  
أقول ما اسمك؟ ثم مباشرة أقول Je m'appelle Hicham فيجيب ويقول Je m'appelle Hicham وأعززه مباشرة بالحلوى.

أكرر التعليم، ما اسمك؟ وأقول مباشرة Je m'appelle Hicham 4 مرات، فيكرر معي في كل مرة، وأعززه بالحلوى لكل مرة.  
أكرر التعليم، ما اسمك؟ دون أن أقول Je m'appelle Hicham فلا يجيب، فأقول مرة أخيرة ما اسمك؟ Je m'appelle Hicham فيكرر معي وأعززه مباشرة بالحلوى.

#### – النشاط الخامس: غسل اليدين، ينتمي إلى محور الاستقلالية، دام 10 دقائق.

نذهب مع هشام إلى المرحاض في حوض الغسيل، أقوم بعرض لهشام مراحل غسل اليدين وهو ينظر إلي بتركيز، ثم أقول له: «Vasy Hicham à toi» فيبدأ بالضحك ويقول لي «Aide moi, Linda»، فأساعده وأوضح له كيفية ومرحلة غسل اليدين بالشرح، ثم أتركه يكرر العملية وحده لكن لا يتمكن من ذلك ويطلب مني المساعدة في كل مرة، فأكرر العملية 4 مرات مع شرح وتوضيح مراحل غسل اليدين، ثم أتركه يقوم بها لوحده فيبدأ بغسل اليدين لكن يبقي بيديه تحت الماء دون مواصلة المراحل، نكرر العملية مرتين وفي المرة الأخيرة أقول له: «Très bien Hicham, continue Bravo» فينظر إلي ويطلب مني المساعدة، فأكرر العملية مرتين مع شرح وتوضيح المراحل.

– النشاط السادس: أعطيني، ينتمي إلى محور التواصل، دام 20 دقيقة.  
 اضع فوق الطاولة أشياء مختلفة: حسان، بقرة، علبة، سيالة، قلم رصاص، كأس،  
 ملعقة، سمكة، مربع، قطار.

أقول لهشام "أعطيني الحصان"، فيعطيني، وأعززه مباشرة بالحلوى.  
 ثم دون أن أقدم له التعليمات يعطيني العلبة، فأقول له لا:

« Attend jusqu'à ce que je te demande »

فيبدأ بالصراخ، أنتظر حتى يهدأ وأكرر التعليمات.  
 أقول "أعطيني البقرة" فيعطيني وأعززه مباشرة.  
 أقول "أعطيني العلبة" فيعطيني وأعززه مباشرة.  
 أقول "أعطيني السيالة" فلا يعطيني وينظر إلى الورا فأكبرر التعليمات وأناديه  
 باسمه حتى يلتفت وأكرر "أعطيني السيالة" مع التوجيه بيدي إلى السيالة، فيعطيني  
 وأعززه.

"أعطيني قلم الرصاص" فيعطيني وأعززه مباشرة.  
 "أعطيني الكأس" فيعطيني وأعززه مباشرة.  
 أوصل مع باقي الأشياء الموجودة على الطاولة، فلا يخطأ هشام، وأكرر العملية  
 3 مرات مع التعزيز في كل مرة.  
 بعد الانتهاء من النشاط، نقوم باستراحة، أقول لهشام:

« Vasy tu peux jouer »

فيذهب إلى اللعب بالقطار، أجلس معه للعب معه لكن لا يريد أن أعب  
 معه، فيأخذ القطار ويذهب إلى مكان آخر من القاعة، فأذهب معه لكن لا أعب  
 معه فقط أجلس معه.  
 بعد مرور 10 دقائق أقول لهشام:

« Aller Hicham on va travailler après on joue »

فلا يريد ويبدأ بالصراخ فأقول له:

« Aller Hicham vient on travaille et je te donne un bonbon »

فيأتي ويجلس على الطاولة وأعطيه الحلوى.

– النشاط السابع: تحديد الانفعالات، ينتمي إلى محور العلاقات الاجتماعية دام 15 دقيقة.

أقدم لهشام مجموعة من الصور تحتوي على أوجه أشخاص تعبر عن مختلف  
 الانفعالات: الفرح، الحزن، الغضب.

أقدم له بطاقة الفرح الأولى وأشرح له أن هذا يعبر عن الفرح مع التعبير بإيماءات الوجه، ثم نفس الشيء بالنسبة لبطاقة الحزن وبطاقة الغضب، أكرر العملية 5 مرات.

ثم أقدم له بطاقة الفرح وأطلب منه بتحديد الانفعال فلا يعرف، فأكرر عملية شرح البطاقات 3 مرات.

ثم أعيد تقديم بطاقة الفرح وأطلب منه من تحديد الانفعال، فيقول:

« C'est le content »

فأقوم بتعزيزه مباشرة بالحلوى وقول:

« Bravo Hicham, très bien »

ثم أقدم بطاقة الحزن وأكرر نفس التعلية ويجيب:

« C'est le triste »

فأقوم بتعزيزه بنفس الطريقة.

ثم أقدم بطاقة الغضب وأكرر نفس التعلية فيجيب:

« C'est la colère »

فأقوم بتعزيزه بنفس الطريقة.

— النشاط الثامن: إلباس دمية، ينتمي إلى محور الاستقلالية، دام 10 دقائق.

أضع فوق الطاولة دمية دون ملابسها وأضع أمامها كل ملابسها، وأقدم لهشام التعلية التالية: "سوف نلبس الدمية ملابسها".

أقوم بإلباس الدمية أولاً مع شرح لهشام المراحل، ثم أقدمها له وأطلب منه أن يلبسها، فيحاول لكن لم يتمكن من إلباسها اللباس، فأقوم بإلباسها معه بالتوجيه بيدي وهو الذي يلبس، نكرر العملية مرتين ثم أتركه يفعل لوحده فلا يتمكن من ذلك ويطلب مني المساعدة، فأقوم بتوجيهه لكن هو الذي يلبس، ثم أتركه لوحده لكن لا يتمكن ويطلب مني المساعدة، فأوجهه مرتين وننهي النشاط.

عند نهاية النشاط اتركه يخرج من الطاولة وأقول له:

« Tu peux aller jouer Hicham, on a fini »

فيذهب إلى اللعب بالقطار فأجلس معه وعندما أحاول اللعب معه فيبدأ بالصراخ، فأتركه يلعب لوحده وأبقى جالسة معه ثم أخرجه من القاعة بعد مرور 5 دقائق.



## 6. التعليق على الجدول رقم (1):

نلاحظ من خلال الجدول الموضح، الذي يمثل سيرورة جلسات العلاج بالنسبة للحالة الأولى (هشام)، والذي يحتوي على 3 محاور، لكل محور الأنشطة الخاصة به، فمحور العلاقات الاجتماعية يتكون من 10 أنشطة وهي اللعب مع الراشدين، اللعب مع طفل آخر، التقليد عند الطلب، اللعب في جماعة مع أقرانه، التواصل بالعين، تحديد الانفعالات، التعبير عن الانفعالات، سيناريوهات اجتماعية، قصص صغيرة، اللعب بالدور، ومحور التواصل يتكون من 12 نشاط التي تتمثل في: أعطيني، أريني، نعم/لا، الضمائر، لا أعرف، العلاقات المكانية، طرح الأسئلة، ما اسمك؟، من أنت؟، الإجابة عن السؤال ماذا ومن، الإجابة عن السؤال أين، الطلب، ومحور الاستقلالية الذي يحتوي على 11 نشاط: استعمال أدوات الأكل، ارتداء الملابس، غسل اليدين، استعمال المراض، غسل الوجه، مشط الشعر، غسل الأسنان، غسل دمية، إلباس دمية، تجفيف اليدين، وتجفيف الوجه، كل محور مقسم إلى 26 حصة، على مدى 3 أشهر، كل حصة تدوم ساعتين، حيث تمثل إشارة (-) فشل في القيام بالنشاط، أي عدم النجاح في القيام به وعدم اكتساب الأداء، وتمثل إشارة (+) النجاح في القيام بالنشاط واكتساب الأداء، وإشارة (+/-) هي النجاح الناقص أي لم يكتسب الأداء كلياً.

نلاحظ في الجدول أن بالنسبة لكل المحاور وكل النشاطات تبدأ بالفشل ثم النجاح الناقص ثم النجاح.

فيما يخص محور العلاقات الاجتماعية، هناك تحسن في أغلبية النشاطات، فنلاحظ أنه لم يتم اكتساب نشاط واحد الذي يتمثل في سيناريوهات اجتماعية.

وبالنسبة لمحور التواصل، نلاحظ نجاح في أغلبية الأنشطة التي تتمثل في: أعطيني، أريني، نعم/لا، لا أعرف، طرح الأسئلة، الإجابة عن السؤال ماذا ومن، والطلب، وفشل في نشاط: الإجابة عن السؤال أين فقط، ونسجل نجاح ناقص في باقي الأنشطة.

وفيما يخص محور الاستقلالية فنسجل نجاح في 6 أنشطة، ونسجل نجاح ناقص في نشاطين وهي: ارتداء الملابس وإلباس دمية، وفشل في أنشطة: غسل الوجه، مشط الشعر، غسل دمية.

## 7. التفسير الكيفي لنتائج العلاج:

نظراً لطبيعة الطفل التوحدي المتمثلة في رفض الدخول في علاقات مع الآخرين، وهذا ما واجهني في البداية مع "هشام"، الذي كان يعاني من اضطرابات حادة في العلاقات الاجتماعية والرفض التام للمحيط المتواجد فيه، لكن بالصبر والمثابرة ومحاولتي الجادة

للدخول لعالمه والتواصل معه بكل الطرق إلى بناء علاقة معه، ومن خلال محاولات عديدة، بدأت بوادر العمل تظهر رغم قلتها من حين إلى آخر.

من خلال تطبيق نموذج "دنفر" "Denver" الذي دام 26 حصة بكل نشاطاته الخاصة بكل محور: محور العلاقات الاجتماعية، محور التواصل ومحور الاستقلالية، والذي يعتمد أساساً على اللعب لاحظت وجود تحسن إلى حد ما في العلاقة التواصلية للحالة معي، حيث أنه بدأ يستجيب إلى عند مناداته باسمه، ويفهم الأوامر إلى حد ما، ويتبع الارشادات أحياناً وأنه أخيراً استطاع أن يقبلني ويتفاعل معي.

فلاحظ تحسن كبير فيما يخص مجال الاستقلالية، حيث نسجل نجاح في 6 أنشطة التي تتمثل في: استعمال أدوات الأكل، غسل اليدين، استعمال المرحاض، غسل الأسنان، تجفيف اليدين وتجفيف الوجه، حيث اكتسبها هشام كلياً وأصبح أكثر استقلالية من قبل، بينما نسجل نجاح ناقص في نشاطين فقط وهي: ارتداء الملابس والباس دمية والتي لم يكتسبها كلياً ويحتاج إلى مساعدة وتوجيه لتحقيقها، وفيما يخص الفشل فلاحظ فشل في ثلاث أنشطة المتمثلة في: غسل الوجه، مشط الشعر وغسل دمية التي لم يكتسبها بعد.

في إطار التواصل نلاحظ تحسن نوعاً ما فيما يخص أغلب الأداءات التي تم اكتسابها 100% وهي: أعطيني، أريني، نعم/لا، لا أعرف، العلاقات المكانية، طرح الأسئلة، الإجابة عن السؤال ماذا ومن، والطلب، وبالنسبة للأداءات التي لم يكتسبها كلياً هي: الضمائر، ما اسمك؟، ومن أنت؟، بينما نسجل فشل في نشاط واحد المتمثل في: الإجابة عن السؤال أين، فلاحظ تحسن كبير في التواصل عند هشام حيث أصبح يتواصل معي ومع محيطه بطريقة صحيحة مناسبة وأحسن.

وفيما يخص العلاقات الاجتماعية نلاحظ تحسن كبير واكتساب كلي فيما يخص: اللعب مع الراشدين، اللعب في جماعة مع أقرانه، التواصل بالعين، تحديد الانفعالات، التعبير عن الانفعالات، قصص صغيرة، واللعب بالدور، ونسجل نجاح ناقص في نشاطين: اللعب مع طفل آخر، التقليد عند الطلب، ونسجل بالنسبة للفشل، فشل في نشاط واحد فقط وهو: السيناريوهات الاجتماعية، فلاحظ أن هشام أصبح أكثر تفاعلاً معي ومع محيطه حيث أنه أصبح يلعب مع الآخرين ويقبل الآخرين بسهولة.

نلاحظ من خلال الجدول أن هشام لم يكتسب كل الاداءات والنشاطات المقدمة له، بل اكتسب بعضها كلياً بنسبة 100% وهي: اللعب مع الراشدين، اللعب في جماعة مع أقرانه، التواصل بالعين، تحديد الانفعالات، التعبير عن الانفعالات، قصص صغيرة، اللعب بالدور، أعطيني، أريني، نعم/لا، الضمائر، لا أعرف، العلاقات المكانية، طرح الأسئلة، الإجابة عن السؤال ماذا ومن، الطلب، استعمال أدوات الأكل، غسل اليدين، استعمال المرحاض، غسل الأسنان، تجفيف اليدين، وتجفيف الوجه، وفيما يخص الاداءات التي لم يتم اكتسابها بعد وهي: سيناريوهات اجتماعية، الإجابة عن السؤال أين، غسل الوجه، مشط الشعر، غسل دمية، وبالنسبة للاداءات التي لم يتم اكتسابها كلياً تتمثل

في: اللعب مع طفل آخر، التقليد عند الطلب، الضمائر، ما اسمك؟، من انت؟، ارتداء الملابس، إلباس دمية.

أي أنه عدد الأنشطة التي تم اكتسابها هو: 21 نشاط، وعدد الأنشطة التي لم يتم اكتسابها كليا هو: 7، بينما عدد الأنشطة التي لم يتم اكتسابها بعد هو: 5، حيث تم اكتساب كليا بالنسبة لمحور العلاقات الاجتماعية 7 أنشطة من مجموع 10 أنشطة، ونسجل اكتساب ناقص في نشاطين، وفشل في نشاط واحد، وفيما يخص محور التواصل تسجل اكتساب كلي في 8 أنشطة من مجموع 12 نشاط، واكتساب ناقص في 3 أنشطة، وفشل في نشاط واحد، وأخيرا فيما يتعلق بمحور الاستقلالية تم اكتساب كلي لستة أنشطة، اكتساب ناقص لنشاطين، وفشل في 3 أنشطة من مجموع 11 نشاط.

ومنه نستنتج تحسن كبير بالنسبة لهشام فيما يخص المحاور الثلاثة: محور العلاقات الاجتماعية، محور التواصل ومحور الاستقلالية.

## الحالة الثانية

### 8. تقديم الحالة:

- الاسم: أمين.
- تاريخ الميلاد: 21 فيفري 2011.
- السن: 3 سنوات.
- اسم الأب: إبراهيم.
- اسم الأم: نورية.
- عدد الإخوة: 2 (الأخ الكبير 14 سنة، الأخت 9 سنوات).
- الرتبة: الأخيرة.
- المستوى التعليمي للوالدين: مستوى متوسط.
- بيانات عامة عن الحالة:
- الحمل: طبيعي مرغوب فيه، كان الحمل الثالث.
- الولادة: طبيعية.
- الرضاعة: طبيعية.
- لا يوجد صلة دم بين الوالدين.
- تأخر لغوي.
- السوابق المرضية: لا يوجد.
- بيانات عن الحالة الاجتماعية والاقتصادية للعائلة: مستوى متوسط من الناحية المادية.
- السوابق العائلية:
- من جهة الأب: لديه اثنان من أبناء إخوته، مصابين بالتوحد.
- آخر الفحوصات:
- .IRM Cérébrale
- EEG
- تقييم La CARS.
- فحص أرطفوني Bilan Orthophonique: تأخر لغوي وغياب التواصل، يتبع "أمين" منذ سنة عند أخصائية أرطفونية.

**9. عرض المقابلات:****1.9 المقابلة الأولى: محور التاريخ المرضي للحالة.**

كانت مع الأم والأب، دامت 45 دقيقة، يوم 2014/10/11

بدأت تشك الأم عندما بلغ "أمين" سنة من عمره، لأنه لم يتكلم بعد، وبدأت تقارن بينه وبين أخيه وأخته، ومع مرور الوقت فلا يلاحظ الوالدين أي تغيير فيما يخص اللغة بالنسبة لـ "أمين"، وبدأوا يشكون أنه أصم لا يتكلم، فأخذه عند الطبيب الذي أكد لهم أن "أمين" ليس أصم وأنه لا يعاني من أي إعاقة في السمع أو في النطق، ثم أخذه إلى مستشفى الأمراض العقلية أين تم القيام بفحص IRM وفحص EEG ولا يلاحظ أي اضطراب على مستوى هذه الفحوصات، حيث قالت الأم: "كي شفناه ما هدرش حسبناه بكوش، بصح الطبيب قالنا لا، وما صبنا عنده والو ما فهمناش شاعنده"، بعد مرور شهرين لم يلاحظ أي تحسن على أمين ولاحظوا الوالدين أنه لا يلعب معهم أو مع إخوانه أو الأطفال الآخرين، يلعب دائما لوحده، ثم تم أخذه عند الطبيب العقلي الذي صرح لهم أن "أمين" يعاني من توحد لكن لا يقدم لهم أي تقرير أو تشخيص يثبت ذلك، فبعد القيام بأبحاث عن التوحد قرروا الوالدين بتسجيل "أمين" عند أخصائية أطفونية، فهو يتبع عندها منذ سنة ولم يلاحظ أي تحسن، بل زيادة في الأعراض خاصة فيما يخص التفاعل مع الآخرين حيث أن "أمين" لا يستجيب عندما نتكلم معه ويفضل البقاء واللعب لوحده، ثم تم القيام بتشخيص وفحص دقيق في أكتوبر على مستوى جمعية الأمل للتوحد وأين تم تأكيد بأن "أمين" يعاني من توحد وأين تم تقديم شرح دقيق للوالدين عن التوحد وعن ما يعاني منه ابنهم وشرح لهم تقنية التدخل التي سوف تقام

**2.9 المقابلة الثانية: محور العلاقات الاجتماعية.**

كانت مع الأم والأب دامت 30 دقيقة، يوم 2014/10/12

يميل أمين إلى البقاء لوحده، لا يلعب مع أمه أو أبيه أو أخيه أو أخته أو حتى مع أقرانه، عندما يأتي شخص للعب معه فلا يبدي أي اهتمام يترك كل ما بيده من لعبة ويذهب للعب بشيء آخر لوحده، حيث تقول الأم: "بيغي يلعب غي وحده كي نبغو نلعبو معاه كي شغل ما بيغيش وكي ندوله حجة من يده ما يقول والو".

لا يضحك أمين مع الآخرين حتى يقرر هو أن يضحك وفي أغلب الأحيان بدون سبب، يضحك لوحده أمام بعض الألعاب أو حتى دون وجود الألعاب، مع غياب الضحك الاجتماعي، ويقول الأب: "ما يضحك قاع معانا يضحك غي وحده ولا كي يكون يلعب بصح معانا والو".

**3.9 المقابلة الثالثة: محور التواصل.**

كانت مع الأب والأم، دامت 30 دقيقة، يوم 2014/10/14.

لم يتكلم أمين ولم يقول أي كلمة حتى بعد متابعتة عند الأخصائية الأطفونوية بدأ يصدر أصواتا فقط يقول ماما يقول أبي لكن يكرر فقط لا ينادي أمه أو أبيه.

لا يستعمل سبابته من أجل إظهار اهتمامه بشيء معين أو لطلب شيء معين، بل يأخذ يد أمه أو أبيه أو أي شخص ويذهب إلى الشيء الذي يريد ويضع يد الشخص في ذلك الشيء أو يشير إليه بيد الشخص، حيث تقول أمه: "كي يبغي يدي حاجة، يجي يشدلي يدي ويديني عند هاديك الحاجة وأنا نعرف بلي راه باغيها".

لا ينظر إلى الأشخاص وحتى إلى أمه أو أبيه، ولا يستعمل الإيماءات أو الحركات للتعبير.

بالنسبة للنشاطات والاهتمامات المحدودة كانت دائما:

التلوين، اللعب بالسيارات، الكرة، العجين، يضع دائما يده على فمه وكل الأشياء التي يجدها.

#### 4.9 المقابلة الرابعة: محور الاستقلالية.

كانت مع الأم، دامت 30 دقيقة، يوم 2014/10/16.

يذهب أمين وحده إلى المرحاض، لكن لم يكتسب النظافة التامة بعد، لا يرتدي كل ملابسه لوحده.

يأكل لوحده لكن لا يحسن استعمال أدوات كل الأكل، ويأكل كل شيء.

ينام حتى الآن مع أمه في نفس الغرفة ونفس السرير، حيث تقول: "ما زال يرقد معانا فالبيت، كون ما نرقدش معاه أنا ما يبغيش يرقد، وغي نوض يفتن هو وما يرقدش".

#### 5.9 المقابلة الخامسة: محور ملاحظة الحالة والتعرف عليها.

دامت 45 دقيقة، يوم 2014/10/18.

دخل أمين إلى القاعة وهو يضحك لوحده، لم يهتم إلي حتى عندما غلقت الباب لم يلتفت إلي، بدأ ينظر إلى الألعاب الموجودة في القاعة ويمس ويأخذ كل الألعاب ينظر إليها ثم يضعها في مكانها.

جلست في الطاولة وأحضرت اللعب التي يحبها: الألوان، العجين، السيارة، وبدأت ألعب بالسيارة وأنظر إليه، فينظر إلي قليلا ثم إلى الألعاب الموجودة فوق الطاولة لكن لم يهتم كثيرا ويواصل يبحث في الألعاب الموجودة في القاعة.

بعد مرور 15 دقيقة من الوقت يأتي أمين بجانبني لكن لا ينظر إلي، ويأخذ الأقلام الملونة ويبدأ بالتلوين وعندما أشاركه في التلوين يبدأ بالصراخ.

عندما أريد أن أغير النشاط وأخذ الأقلام الملونة وكراس التلوين منه وأعطيه السيارة للعب بها، لا يقول شيئاً لكن لا ينظر إلي ويبدأ بالصراخ، ثم يأخذ الأقلام الملونة ويضحك، وكل ما أحاول تغيير اللعبة يبدأ بالصراخ.

وبعد مرور 45 دقيقة من الوقت وهو يلون فقط ولا يهتم بي ولا ينظر إلي، أخرجته من القاعة، فخرج يجري تاركاً الألوان.

### 6.9 المقابلة السادسة: محور ملاحظة الحالة والتعرف عليها.

دامت 45 دقيقة، يوم 2014/10/21.

دخل أمين إلى القاعة يتبسم، لكن لوحده عندما أضحك معه وألعب معه لا يضحك ولا ينظر إلي.

بدأ يدور في القاعة وينظر إلى الألعاب لكنها لم تكن في متناول يده حتى يأخذها، فبقى يدور في القاعة وينظر إلى الألعاب ولم يحاول التقرب إلي والطلب مني كما يفعل مع أمه لكي أعطيه ما يريد، تركته هكذا مدة 15 دقيقة وأنا أدور معه وأحاول اللعب معه حتى أتقرب منه لكنه لم يبدي أي اهتمام، بعد مرور 15 دقيقة، أحضرت العجين وذهبت للجلوس في الطاولة، فتابعني وجلس معي، لكن لا ينظر إلي، ولا يحاول طلب مني العجين أو أخذه، حتى أعطيه له وحدي، يبدأ باللعب به والضحك لوحده، عندما أريد تغيير اللعبة فيبدأ بالصراخ والضرب على الطاولة، فأتركه يلعب بالعجين حتى نهاية الحصة من أجل إقامة وبناء علاقة معه.

### 7.9 المقابلة السابعة: محور القيام بتقييم "دنفر" "Denver":

دامت ساعة ونصف، يوم 2014/10/25.

قمنا بالتقييم مع الأم، حيث تم تقديم الأسئلة أولاً إلى الأم، حسب البنود المحددة في التقييم، ثم تقديم بعض النشاطات لأمين، للإجابة عن البنود المحددة في التقييم الموجود في الملاحق.

قمنا بتقييم المستوى الأول والثاني فقط، توقفنا هنا لأن في المستويين يوجد الكثير من البنود التي لم تكتسب بعد، فنعمل عليها ونحققها ثم بعد اكتسابها نمر إلى المستوى الثالث. قمنا بالتقييم أولاً مع الأم بطرح عليها الأسئلة الموجودة في التقييم الموضح في الملاحق، وعند قيامنا بتقييمنا مع أمين من خلال ملاحظته وتقديم له الأنشطة حسب البنود الموجودة في التقييم نلاحظ اختلاف كبير بين أجوبة الأم وبين تقييمنا كم هو موضح في التقييم الموجود في الملاحق.

بعد القيام بالتقييم، تم تحديد الأهداف مع الأم، اخترنا الأهداف حسب التقييم الذي قمنا به، باستعمال نموذج "دنفر" "Denver"، وأيضا حسب مطالب الوالدين، حيث أن ركزوا الوالدين على التواصل وخاصة اللغة وأن يتمكن أمين من التكلم.

الأهداف هي:

- العلاقات الاجتماعية.
- التواصل.
- الاستقلالية.

دام العلاج مدة 3 أشهر، بداية من شهر ديسمبر، بيوم الإثنين لمدة ساعتين ويوم الأربعاء لمدة ساعتين، لمدة شهرين (ديسمبر، جانفي)، ثم يوم الأحد، الإثنين، الثلاثاء والخميس لمدة ساعة ونصف.

## 10. ملخص المقابلات:

نلاحظ من خلال المقابلات أن أمين يعاني من اضطرابات في التواصل والعلاقات الاجتماعية، ولديه سمات شاذة واهتمامات محدودة ومتكررة في مجل اللعب خاصة بالنسبة لسنة، وليس لديه القدرة للتواصل مع الآخرين حيث أنه لا يهتم بأي شيء ولا يهتم بأحد بالرغم من أنه لا يخاف من الآخر، وعندما يريد شيء لا يطلبه من الآخر، وهو لا ينظر إلى الآخر.

فيما يخص الاستقلالية لم يكتسب أمين النظافة التامة، والاستقلالية التامة المناسبة لسنة، فيما يخص الأكل وارتداء الملابس.

لديه صعوبات كثيرة فيما يتعلق بالعلاقات الاجتماعية حيث أنه لا يتفاعل مع أحد، ولا يبدي اهتمام بأي أحد.

## 11. تقديم العلاج:

بعد القيام بالتقييم، وبعد اختيار الأهداف التي تتمثل في تحسين نوعية التواصل، العلاقات الاجتماعية، والاستقلالية، بدأنا العلاج باستعمال نموذج "دنفر" "Denver" الذي يعتمد أساسا على اللعب في العمل، والذي دام 3 أشهر، والذي يتمثل في تقديم مختلف الأنشطة للحالة ولكل نشاط هدف معين، وسوف نوضح ذلك في جدول يمثل سيرورة العلاج بنشاطاته الخاصة لكل محور: العلاقات الاجتماعية، التواصل، الاستقلالية، المقسمة على 26 حصة لكل محور ويحتوي كل محور على مجموعة من النشاطات المنقطة كالتالي:

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



1- جدول رقم (2) يمثل سيرورة العلاج للحالة الثانية بكل نشاطاته الخاصة بكل محور: محور العلاقات الاجتماعية، محور التواصل و محور الاستقلالية.

26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	الأنشطة/الحرص	الأهداف		
+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اللعب مع الراشدين	العلاقات الاجتماعية		
+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اللعب مع طفل آخر			
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	التقليد عند الطلب			
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	اللعب في جماعة مع الأقران			
-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	التواصل بالعين			
-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		تحديد الانفعالات	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		التعبير عن الانفعالات	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		سناريوهات اجتماعية	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	قصص صغيرة		
-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	اللعب بالدور		
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	أعطيني	التواصل	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	أريني		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	نعم/لا		
-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الضمانر		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	لا أعرف		
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-		ما اسمك؟
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		من أنت؟
-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الطلب		
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	استعمال أدوات الأكل	الاستقلالية
-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	إرتداء الملابس	
-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	غسل اليدين	
+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	استعمال المرحاض	
+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	غسل الوجه	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مشط الشعر	
-	-	-	-	-	-	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	غسل الأسنان	
+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	غسل دمية	
+	+	+	+	+	+	+	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	إلباس دمية	
-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تجفيف اليدين	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	تجفيف الوجه	

**12. تقديم حصة نموذجية للعلاج:**

يوم 2014/12/08 دامت ساعتين 9:30 حتى 11:30.

استعمال السيارة كمعزز.

– النشاط الأول: إقامة التواصل بالعين، ينتمي إلى محور العلاقات الاجتماعية، دام 15 دقيقة.

أجلس بمقابل أمين، أقول أمين، وأضع السيارة على مستوى عيني، فينظر إلي أمين لكن لمد ثانية، وعندما ينظر إلي أقوم بتعزيزه بإعطائه السيارة، أكرر العملية ثلاث مرات، ثم في المرة الرابعة أقول أمين دون أن أضع السيارة على مستوى عيني، فلا ينظر إلي أمين، أكرر العملية 6 مرات، في المرة السابعة، أقول أمين، دون وضع السيارة على مستوى عيني مباشرة فينظر إلي، وأقوم بتعزيزه مباشرة.

– النشاط الثاني: التقليد عند الطلب، ينتمي إلى محور العلاقات الاجتماعية، دام 15 دقائق.

أقدم لأمين التعليمات: "افعل مثلي".

أدق مرة على الطاولة وأقول "افعل مثلي" فلا يفعل، وينظر إلى الباب، أكرر العملية 5 مرات حتى يقلدني، وعندما يفعل ذلك أعطي له السيارة يلعب به قليلاً. ثم أضع يدي على رأسي وأقول له "افعل مثلي" فلا يقلدني، أكرر العملية مرتين حتى يقلدني، وعندما يفعل ذلك أعطي له السيارة يلعب به قليلاً. أكرر نفس الخطوات حتى مرور 15 دقيقة.

– النشاط الثالث: أريني، ينتمي إلى محور التواصل، دام 15 دقيقة.

أقول لأمين، أريني الباب، فينظر إلى الطاولة، أكرر التعليمات مرتين فيقوم بنفس الشيء. ثم أكرر التعليمات وأريه الباب قائلة: هذا هو الباب أمين. أكرر نفس التعليمات لكن لا يريني يبقى ينظر إلى الطاولة أو إلى كل القاعة. ثم أضع فوق الطاولة صورة لكلب وصورة لقط، وأقول له "أريني الكلب" وأوجه بأصبعي إلى صورة الكلب، أكرر نفس الخطوة 8 مرات حتى يريني في المرة التاسعة وأعززه مباشرة، أكرر نفس العملية 10 مرات بصورة الكلب وأعززه في كل مرة بالسيارة.

أكرر العملية بصورة القط، وعندما أقول له أريني القط دون أن أوجه بأصبعي إلى الصورة فلا يريني، أكرر نفس الخطوة 4 مرات، فلا يريني، ثم أكرر مع التوجيه بأصبعي إلى الصورة 5 مرات ويريني حتى المرة السادسة، أكرر العملية 10 مرات بصورة القط وأعززه في كل مرة بالسيارة.

– النشاط الرابع: ما اسمك؟ ينتمي إلى محور التواصل، دام 15 دقيقة.

أقول لأمين ما اسمك؟ أنا اسمي لندة وأنت ما اسمك؟، وأضع بيدي في صدري وأقول أنا اسمي لندة، وعندما أقول ما اسمك أنت؟ أضع بيده في صدره، أكرر

العملية 10 مرات، ثم أضع بيده في صدره وأقول اسمي أمين، أكرر العملية 10 مرات، ثم أطرح عليه السؤال ما اسمك؟ بنفس الخطوات، حتى قال أمين، فأعززه بالسيارة، ثم أعيد العملية 10 مرات ولم يجيب إلا مرتين.

– النشاط الخامس: أعطيني، ينتمي إلى محور التواصل، دام 20 دقيقة.

أضع فوق الطاولة صور ل: وردة، كلب، قط، حلوى، خروف.  
أقول لأمين أعطيني وردة، فيأخذها ويضعها في فمه، فأعيدها إلى مكانها وأكرر التعليمات مع فتح يدي لكي يعطيني الصورة في يدي، أكرر التعليمات 5 مرات وفي كل مرة يأخذ الصورة ويضعها في فمه، حتى المرة السادسة ينظر إلى يدي وهي مفتوحة لكي يعطيني الصورة، وينظر إلى الصورة وأقول له نعم أمين أعطيني الصورة وأوجه بيده إلى يدي حتى يضع الصورة في يدي، وأعززه مباشرة بالسيارة.

أكرر العملية بالتوجيه 10 مرات مع التعزيز في كل مرة، ثم أكرر بدون توجيه فيعطيني الصورة وأعززه.

أواصل بالصور الأخرى، ويجيب عليها كلها إلا في الصورة الأخيرة، فأكرر نفس العملية بالتوجيه 5 مرات، ثم أواصل دون توجيه ويجيب صحيح وأعززه.

بعد إنهاء النشاط أتركه يخرج من الطاولة للعب، فيذهب يلعب بالكرة، فأذهب للعب معه، في الأول يأخذ الكرة لوحده ثم بدأ يلعب معي قليلاً ويعطيني الكرة.

– النشاط السادس: الذهاب إلى المرحاض، ينتمي إلى محور الاستقلالية، دام 10 دقائق.

عندما يريد أمين الذهاب إلى المرحاض، يقف عند الباب ويزيل سرواله. فقمنا بوضع برنامج بالوقت حتى يتعلم الذهاب إلى المرحاض دون إزالة سرواله خارج المرحاض، فعندما تصل الساعة 11:00 أخرج من الطاولة وأقول له أمين عندما تتردد الذهاب إلى المرحاض اذهب مباشرة وأنزع ثيابك الداخل، نكرر العملية 5 مرات.

– النشاط السابع: غسل اليدين، ينتمي إلى محور الاستقلالية، دام 10 دقائق.

عادة بعد المرحاض، أخذ أمين إلى حوض الغسيل وأقوم بعرض مراحل غسل اليدين بيدي، عدة مرات، ثم أوجه أمين لغسل يديه مع توضيح وشرح كل المراحل عدة مرات، ثم أتركه يغسل يديه لوحده، لكن لا يواصل الغسل كلياً، فأعيد توجيهه والشرح، حتى مرور 10 دقائق من الوقت.

بعد الإنهاء من الأنشطة أتركه يلعب، فيختار هذه المرة التلوين، أجلس معه وألون معه حتى ينتهي الوقت وأتركه يخرج

**13. التعليق على الجدول رقم (2):**

نلاحظ من خلال الجدول الموضح، الذي يمثل سيرورة جلسات العلاج بالنسبة للحالة الثانية (أمين)، والذي يحتوي على 3 محاور، لكل محور الأنشطة الخاصة به، فمحور العلاقات الاجتماعية يتكون من 10 أنشطة وهي: اللعب مع الراشدين، اللعب مع طفل آخر، التقليد عند الطلب، اللعب في جماعة مع أقرانه، التواصل بالعين، تحديد الانفعالات، سيناريوهات اجتماعية، قصص صغيرة، اللعب بالدور، ومحور التواصل يتكون من 8 أنشطة المتمثلة في: أعطيني، أريني، نعم/لا، الضمائر، لا أعرف، ما اسمك؟، من أنت؟، والطلب، ومحور الاستقلالية الذي يحتوي على 11 نشاط: استعمال أدوات الأكل، ارتداء الملابس، غسل اليدين، استعمال المرحاض، غسل الوجه، مشط الشعر، غسل الأسنان، غسل دمية، إلباس دمية، تجفيف اليدين، تجفيف الوجه، كل محور مقسم إلى 26 حصة، على مدى 3 أشهر، كل حصة تدوم ساعتين، تمثل إشارة (-) فشل في القيام بالنشاط، أي عدم النجاح في القيام به وعدم اكتساب الأداء، وتمثل إشارة (+) النجاح في القيام بالنشاط واكتساب الأداء، وإشارة (+/-) هي النجاح الناقص أي لم يكتسب الأداء كلياً.

نلاحظ في الجدول أن بالنسبة لكل المحاور وكل النشاطات تبدأ بالفشل ثم النجاح الناقص ثم النجاح.

فيما يخص محور العلاقات الاجتماعية، هناك تحسن في معظم النشاطات، فنلاحظ أنه لم يتم اكتساب ثلاث أنشطة وهي: التعبير عن الانفعالات، السيناريوهات الاجتماعية وقصص صغيرة.

وبالنسبة لمحور التواصل، نلاحظ نجاح في أغلبية الأنشطة التي تتمثل في: أعطيني، أريني، ما اسمك؟، ومن أنت؟، وفشل في نشاطين: نعم/لا، ولا أعرف، ونسجل نجاح ناقص في باقي الأنشطة.

وفيما يخص محور الاستقلالية فنسجل نجاح في 5 أنشطة، ونجاح ناقص في ثلاث أنشطة وهي: ارتداء الملابس، غسل اليدين، وتجفيف اليدين، وفشل في أنشطة: مشط الشعر، غسل الأسنان وتجفيف الوجه.

**14. التفسير الكيفي لنتائج العلاج:**

بما أن طبيعة الطفل التوحدي تتمثل في رفض الدخول في علاقات مع الآخرين وضعف وصعوبة في التواصل، وهذا ما واجهني في بداية تعاملي مع الحالة "أمين" الذي كان يعاني من اضطرابات حادة في التواصل وفي التفاعل الاجتماعي، إلا أنني حاولت بجهد العمل إلى الدخول إلى عالمه، والتواصل والتفاعل معه بكل السبل وبناء علاقة معه، ومن خلال محاولات عديدة، بدأت بوادر العمل تظهر رغم قلتها من حين إلى آخر.

من خلال تطبيق نموذج "دنفر" "Denver" الذي دام 26 حصة بكل نشاطاته الخاصة بكل محور: محور العلاقات الاجتماعية، محور التواصل ومحور الاستقلالية، والذي يعتمد أساسا على اللعب لاحظت وجود تحسن إلى حد ما في العلاقة التواصلية للحالة معي، حيث أنه بدأ يستجيب إلي عند مناداته باسمه، ويفهم الأوامر إلى حد ما، ويتبع الارشادات أحيانا وأنه أخيرا استطاع أن يقبلني.

فلاحظ تحسن نوعا ما فيما يخص مجال الاستقلالية، حيث نسجل نجاح في 5 أنشطة التي تتمثل في: استعمال أدوات الأكل، استعمال المرحاض، غسل الوجه، غسل دمية والباس دمية، حيث اكتسبها أمين كليا وأصبح أكثر استقلالية من قبل، بينما نسجل نجاح ناقص في ثلاث أنشطة وهي: ارتداء الملابس، غسل اليدين وتجفيف اليدين والتي لم يكتسبها كليا ويحتاج إلى مساعدة وتوجيه لتحقيقها، وفيما يخص الفشل فلاحظ فشل في ثلاث أنشطة المتمثلة في: مشط الشعر، غسل الأسنان وتجفيف الوجه التي لم يكتسبها بعد.

في إطار التواصل نلاحظ تحسن نوعا ما فيما يخص أغلب الأداءات التي تم اكتسابها 100% وهي: أعطيني، أريني، ما اسمك؟، من أنت؟، وبالنسبة للأداءات التي لم يكتسبها كليا هي: الضمائر، والطلب، بينما نسجل فشل في نشاطين المتمثلة في: نعم/لا، ولا أعرف، فلاحظ تحسن كبير في التواصل عند أمين حيث أصبح يتواصل معي ومع محيطه بطريقة أحسن.

وفيما يخص العلاقات الاجتماعية نلاحظ تحسن كبير واكتساب كلي فيما يخص: اللعب مع الراشدين، اللعب مع طفل آخر، التقليد عند الطلب، اللعب في جماعة مع أقرانه، ونسجل نجاح ناقص في ثلاث أنشطة: التواصل بالعين، تحديد الانفعالات، اللعب بالدور ونسجل بالنسبة للفشل، فشل في ثلاث أنشطة وهي: التعبير عن الانفعالات، السيناريوهات الاجتماعية، وقصص صغيرة، ونلاحظ أن أمين أصبح أكثر تفاعلا معي ومع محيطه حيث أنه أصبح يلعب مع الآخرين ويقبل الآخرين بكثرة وبسهولة.

نلاحظ من خلال الجدول أن أمين لم يكتسب كل الاداءات والنشاطات المقدمة له، بل اكتسب بعضها كليا بنسبة 100% وهي: اللعب مع الراشدين، اللعب مع طفل آخر، التقليد عند الطلب، اللعب في جماعة مع أقرانه، وفيما يخص الاداءات التي لم يتم اكتسابها بعد وهي: التعبير عن الانفعالات، سيناريوهات اجتماعية، قصص صغيرة، وبالنسبة للاداءات

التي لم يتم اكتسابها كلياً تتمثل في: التواصل بالعين، تحديد الانفعالات، اللعب بالدور، الضمائر، الطلب، ارتداء الملابس، غسل اليدين، تجفيف اليدين.

أي أنه عدد الأنشطة التي تم اكتسابها هو: 11 نشاط، وعدد الأنشطة التي لم يتم اكتسابها كلياً هو: 8، بينما عدد الأنشطة التي لم يتم اكتسابها بعد هو: 9، حيث تم اكتساب كلياً بالنسبة لمحور العلاقات الاجتماعية 4 أنشطة من مجموع 10 أنشطة، ونسجل اكتساب ناقص في ثلاث أنشطة، وفشل في ثلاث أنشطة، وفيما يخص محور التواصل نسجل اكتساب كلي في 4 أنشطة من مجموع 8 أنشطة، واكتساب ناقص في نشاطين، وفشل في نشاطين، وأخيراً فيما يتعلق بمحور الاستقلالية تم اكتساب كلي لخمس أنشطة، واكتساب ناقص لثلاث أنشطة، وفشل في ثلاث أنشطة من مجموع 11 نشاط.

ومنه نستنتج تحسن نوعاً ما بالنسبة لأمين فيما يتعلق بالمحاور الثلاثة: محور العلاقات الاجتماعية، محور التواصل ومحور الاستقلالية.

**15. استنتاج عام:**

نستنتج من خلال دراستنا للحالتين بعد تطبيق برنامج "Denver" الذي يعتمد على اللعب والذي دام مدة 3 أشهر، والذي قسم إلى 26 حصة حسب الأهداف والمحور التي تتمثل في: محور العلاقات الاجتماعية، محور التواصل ومحور الاستقلالية، لاحظنا تحسن كبير فيما يخص المحاور الثلاثة بصفة نسبية وبدرجات متفاوتة بالنسبة للحالتين. فيما يخص محور العلاقات الاجتماعية نستنتج أن الحالة الأولى (هشام) تحسن أكثر من الحالة الثانية (أمين)، حيث أنه نسجل نجاح في 7 أنشطة مقارنة بالحالة الثانية (أمين)، الذي تحسن في 4 أنشطة مقارنة بهشام، لكن تختلف الأنشطة التي نسجل فيها نجاح؛ حيث أن هشام اكتسب كليا التواصل بالعين ولم يكتسبه أمين كليا، كما اكتسب هشام تحديد الانفعالات كليا ولم يكتسبه أمين كليا، واكتسب أيضا اللعب بالدور ولم يكتسبه أمين كليا، بينما اكتسب أمين اللعب مع طفل آخر كليا ولم يكتسبه هشام كليا، كما اكتسب أمين التقليد كليا ولم يكتسبه هشام كليا، كما نستنتج نجاح كلي في نشاطي التعبير عن الانفعالات وقصص صغيرة بالنسبة لهشام، في حين نستنتج فشل فيهما بالنسبة لأمين، ونلاحظ تشابه في نتائج الأنشطة المتمثلة في اللعب مع الراشدين واللعب مع الأقران أين نستنتج نجاح بالنسبة للحالتين، ونلاحظ فشل بالنسبة للحالتين فيما يخص نشاط السيناريوهات الاجتماعية

نلاحظ أن محور التواصل يتكون من 12 أنشطة بالنسبة لهشام و8 أنشطة بالنسبة لأمين، بما أن هشام لديه مكتسبات لغوية لأنه تابع نظام "بكس" "PECS" المتمثل في تقنية هدفها تحسين وتحقيق التواصل عن طريق تبادل الصور، مقارنة بأمين الذي ليس لديه أي مكتسب لغوي وأنه تم التقييم حتى المستوى الثاني فقط مقارنة بهشام، فنستنتج أيضا فيما يخص محور التواصل اختلاف وتفاوت في اكتساب الأداءات والنشاطات المقدمة في المحور، حيث نستنتج نجاح بالنسبة للحالتين في نشاطين وهما: أعطيني وأريني، ونجاح ناقص بالنسبة للحالتين أيضا في نشاط الضمائر، بينما نستنتج اختلاف في النتائج في باقي الأنشطة، حيث أن نسجل نجاح بالنسبة لهشام في نشاط نعم/لا لكن نسجل فيه فشل بالنسبة لأمين، كما نسجل نجاح في نشاط لا أعرف بالنسبة لهشام لكن نسجل فيه فشل بالنسبة لأمين، ونسجل نجاح في نشاط الطلب بالنسبة لهشام لكن نسجل فيه نجاح ناقص بالنسبة لأمين، في حين نستنتج نجاح ناقص في نشاطين بالنسبة لهشام المتمثلة في: ما اسمك؟ ومن أنت؟ لكن نستنتج فيها نجاح بالنسبة لأمين.

ونستنتج أيضا فيما يخص محور الاستقلالية تفاوت في النتائج، حيث أنه نستنتج نجاح بالنسبة للحالتين في نشاطين وهي: استعمال أدوات الأكل واستعمال المرحاض، كما نسجل نجاح ناقص بالنسبة للحالتين في نشاط ارتداء الملابس، وفشل في نشاط مشط الشعر، في حين نستنتج نجاح بالنسبة لهشام في نشاط غسل اليدين لكن نجاح ناقص فيما

يخص أمين، وأيضا نجاح لهشام في نشاط تجفيف اليدين لكن نجاح ناقص لأمين فيه، كما نستنتج نجاح لهشام في نشاط تجفيف الوجه بينما نسجل فشل لأمين فيه، كما نسجل نجاح بالنسبة لهشام في نشاط غسل الأسنان لكن فشل لأمين، في حين نستنتج نجاح لأمين في نشاط غسل دمية لكن فشل بالنسبة لهشام فيه، كما نستنتج نجاح بالنسبة لأمين في نشاط غسل الوجه بينما نسجل فشل لهشام فيه، ونسجل نجاح بالنسبة لأمين في نشاط الباس دمية بينما نسجل نجاح ناقص فيه بالنسبة لهشام.

نستنتج أن النتائج المتحصل عليها نسبية ومتفاوتة غير متشابهة، فهناك نشاطات أين نسجل فيها نجاح بالنسبة للحالتين معا، وأخرى نسجل نجاح بالنسبة لحالة وفشل بالنسبة للحالة الثانية، أو العكس، أو نسجل نجاح ناقص بالنسبة لحالة وفشل أو نجاح بالنسبة للحالة الثانية، وإما نجاح ناقص بالنسبة للحالتين أو فشل بالنسبة للحالتين معا في المحاور الثلاثة كما هو موضح في الاستنتاج وفي الجدول رقم (1) والجدول رقم (2).



**16. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:**

من خلال نتائج دراسة الحالتين تمكنا من الإجابة عن التساؤلات المطروحة في بداية البحث، معتمدين على النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق نموذج "دنفر" "Denver" كما هو موضح في الجدول رقم (1) والجدول رقم (2)، فقد تبين لنا أن نموذج "دنفر" "Denver" حسن إلى درجة كبيرة من العلاقات الاجتماعية، والتواصل، وحسن قليلا من الاستقلالية بنسبة أقل من العلاقات الاجتماعية والتواصل، وهذا ربما يعود إلى عامل الوقت الذي تم فيه تطبيق النموذج.

وجدير بالذكر أن مظاهر هذا التحسن تختلف من الحالة الأولى إلى الحالة الثانية نظرا للفروق الفردية والعوامل المحيطة بالطفل المتوحد، إضافة إلى درجة الاضطراب وعمقه بالنسبة لكل حالة، حيث أن كل من العلاقات الاجتماعية، التواصل والاستقلالية تحققت عند الحالتين ولكن وبنسب مختلفة حيث أن النتائج المتحصل عليها عند الحالة الأولى (هشام) أفضل من النتائج المتحصل عليها عند الحالة الثانية (أمين)، ولهذا نقول أنه قد تحققت نسبيا كل من الفرضيات الجزئية الخاصة بالعلاقات الاجتماعية، التواصل والاستقلالية.

ومن خلال هذه الدراسة المتواضعة الخاصة بهذه الشريحة يمكننا أن نؤكد فرضيتنا العامة القائلة " قد يحسن نموذج "دنفر" "Denver" العلاقات الاجتماعية، التواصل والاستقلالية" وذلك في أجزائها الثلاثة الخاصة بالعلاقات الاجتماعية، التواصل والاستقلالية.

## الخاتمة العامة

وأخيرا بعدما تطرقنا إلى دراسة التوحد والتدخل المبكر بالتوحد، بتطبيق نموذج "دنفر" "Denver" من خلال دراسة حالتين، توصلنا إلى أن هذه التقنية قد حسنت من العلاقات الاجتماعية، التواصل والاستقلالية.

ويبقى أن نقول إن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى الاهتمام والرعاية من طرف أسرهم ومن طرف الدولة والأخصائيين، لذلك لا بد من مساعدتهم والمساهمة في دمجهم من خلال عمليات التشخيص، التدخل والتكفل المبكر بهم، ومنه نقترح التوصيات التالية:  
لا بد من توفير مراكز خاصة بهذه الفئات.

تدريب فرق خاصة على التشخيص المبكر لهذا الاضطراب والتكفل به.

تدريب فرق خاصة على تقنية "دنفر" "Denver"، خاصة الأخصائيين النفسانيين المتخرجين الجدد، أو أي تقنية علاجية من شأنها أن تحسن من وضع هذه الشريحة.  
تنظيم حملات توعوية حول موضوع التوحد بهدف توجيه وإرشاد أولياء هؤلاء الأطفال، من أجل معرفة وفهم هذا الاضطراب وتعليمهم كيفية التعامل مع أطفالهم.

## المراجع باللغة العربية:

1. احمد بدره، 1986، أصول البحث العلمي ومناهجه، وكالة المطبوعات، د ط، الكويت.
2. احمد نيل الغرير، بلال احمد عودة، 2009، سيكولوجية أطفال التوحد، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
3. أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، 2011، التوحد الأسباب التشخيص العلاج، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطبع، ط1، عمان.
4. دعد الشيخ، رياض العاسمي، 2005، مشكلات الأطفال والمراهقين، منشورات جامعة دمشق، د ط، دمشق.
5. وجيه محبوب، 2005، أصول البحث العلمي ومناهجه، دار المناهج للنشر والتوزيع، ط2، عمان، الأردن.
6. وليد محمد علي، 2002، التوحد المفهوم وطرق العلاج، المكتبة الإلكترونية، الكويت.
7. طارق عامر، 2008، الطفل التوحدي، دار اليازوري، د ط، عمان.
8. لورنا وينج، 1994، الأطفال التوحديين مرشد الآباء، الجمعية الكويتية لرعاية المعاقين، الكويت.
9. محمد احمد النابلسي، 1991، مبادئ العلاج النفسي ومدارسه، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
10. محمد علي كامل، 2005، التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد، د ط، مكتبة ابن سينا، القاهرة.
11. محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجوالده، 2010، التوحد ونظرية العقل، ط1، عمان.
12. نادية إبراهيم أبو السعود، 2000، الطفل التوحدي، المكتب العلمي، القاهرة.
13. سوسن شاكر الحلبي، 2005، الطفل التوحدي أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه، مؤسسة علاء الدين، ط1، دمشق، سوريا.
14. عادل عبد الله محمد، 2000، مقياس الطفل التوحدي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
15. عطوف محمد ياسين، 1986، علم النفس العيادي الإكلينيكي، ط2، دار اللم للملابين، بيروت.
16. عمار بوحوش، 1999، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
17. فهد بن المغلوث، 2006، التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه، ط1، مكتبة الملك، الرياض.
18. صالح حسين قاسم، 2008، الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية، دار دجلة، ط1، عمان الأردن.

## الرسائل الجامعية:

19. إبراهيم عبد الله العثمان، 2000، استراتيجيات التربية الخاصة والخدمات المساندة الموجهة للتلاميذ ذوي التوحد، قسم التربية، جامعة الملك السعود، المملكة العربية السعودية.
20. دحمان هجيرة، 2013، الذاكرة العاملة لدى الطفل التوحدي، مذكرة ليسانس، قسم الأطفونيا، جامعة مستغانم.
21. لمياء عبد الحميد بيومي، 2008، فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه قسم علم النفس التربوي، جامعة قناة السويس.

## القواميس باللغة العربية:

22. الشخص عبد الغفار، عبد العزيز عبد السلام، 1995، قاموس التربية الخاصة، دار القلم، الكويت.
23. عبد المنعم الحنفي، 1994، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، مكتبة مدبولي.

## المراجع باللغة الفرنسية:

24. Adrien J-L, 1996, Autisme du jeune enfant développement psychologique et régulation de l'activité, Expansion scientifique française, Paris.
25. Amaria baghdadli et autres, 2007, Interventions éducatives pédagogiques et thérapeutique proposés dans l'autisme, Centre régionale pour l'enfant inadapté, Languedoc Roussillon.
26. American psychiatrique association, 2005, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition, MASSON.
27. Bernadette Rogé, 2003, Autisme comprendre et agir, DUNOD, Paris.

28. Bruner, J.S, 1977, Early social interaction and language acquisition, édition H.R Schaffer, New York.
29. Organisation mondiale de la santé, 2000, CIM 10/ ICD 10 classification internationale des troubles mentaux du comportement, MASSON, Paris.
30. Sally J. Rogers, Geraldine Dawson, 2013, L'intervention précoce en autisme Le modèle de Denver pour jeunes enfants, DUNOD, Paris.
31. Stephen M. Shore, Linda G. Rastelli, 2015, Comprendre l'autisme pour les nuls, Edition first, Paris.
32. Theo Peeters, 2008, L'autisme de la compréhension a l'intervention, DUNOD, Paris.

### القواميس باللغة الفرنسية:

33. Norbert Sillamy, 2003, Dictionnaire de psychologie, Edition Larousse, Paris.

### المواقع الإلكترونية:

34. [www.dupuiselise.canalblog.com](http://www.dupuiselise.canalblog.com) 10/12/2014 23 :57
35. [www.gulfkids.com](http://www.gulfkids.com) 15/12/2014 22 :24
36. [www.news-medical.net](http://www.news-medical.net) 30/01/2015 00 :59