جامعة عمار ثليجي بالأغواط

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

الميدان : العلوم الإنسانية و الإجتماعية

شعبة : العلوم الإجتماعية

الموضوع :

طرق التكفل النفسي بالأطفال المصابين بإضطراب التوحد بتطبيق برنامج تيتش

(دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا (02) - بالأغواط -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر أكاديمي في علم النفس

تخصص : علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين :
- **بلمشري إيمان**
- **بعيط زينب**

إشراف الدكتور:
قويدري علي

لجنة المناقشة

الإسم واللقب	الصفة	الجامعة
د. خديجة دعماش	رئيسا	جامعة الأغواط
د. علي قويدري	مشرفا و مقررا	جامعة الأغواط
د. صليحة بيقع	مناقشا	جامعة الأغواط

السنة الجامعية : 2019/2018

كلمة شكر

الحمد لله والشكر والثناء عليه ، أعطى كل نفس خلقها وألهمها فجورها وتقواها وأثارها منافعها ومضارها وابتلاها وعافاها وأماتها وأحياها ونشهد أن لا اله الا الله ونشهد أن محمد رسول الله ،نور الأبصار وضياءها .

أخص بالشكر والتقدير الى من ساعدتنا وتقبلتنا بصدر رحب على إنجاز هذا البحث ولم تبخل علينا فقد كانت قبس الضياء في عتمة البحث، كما كانت قبطان مركب العلم في هوجِ الدراسة المتلاطم ولعلي لا أعدو الحقَ إذ أقول أنها لنا نعم الناصحة الأمينة ونعم الأم الوقورة ونعم الأخت الحليمة أفاضت عليّنا بعلمها وشملتنا بفضلها وسماحتها ،منحتنا الثقة وغرسة في أنفسنا قوة العزيمة ولم تدخر جهداً،

ولم تبخل عليّنا بشيء من وقتها الثمين أبقاها الله ذخراً لطلبة العلم وجعل ذلك في ميزان حسناتها وأرضاها بما قسم لها.استاذة أمال لعايش .

أستاذي الفاضلُ هذا الثناءُ لكم ... فيض الينابيع والتوجيهِ تسقينا

أبدي احترامي لمنْ بالعلمِ سيرني ... لولاهُ ما عمّتْ الأفكارُ وادينا

مهما أقولُ فلن أوفيكَ حقكمُ ... يامَن بذلت الجهدَ كي للوعيِ تُرسينا

إلى أستاذنا الفاضل والدكتور قويدري علي

وإلى كل من ساهم في وصولنا إلى طريق نهاية لماستر إلى كل من علمنا شيئا جديد وغذى فكرنا بالعلم والمعرفة إلى كل من وقف بجانبنا وساعدنا في كل المصاعب إلى اساتذتنا ودكاترتنا في الجامعة.

إهداء

الحمد لله والشكر لله تعالى على إتمام هذا البحث

إلى من كان ولا يزال في قلبي رمز التضحية لينيرا لي طريق النجاح .

إلى من كانا يبتسما ويخلقا لي روح الأمل والطموح في نفسي .

إلى من كانا وسوف يظلا إلى الأبد رمز الشجاعة والتحدي والعطاء والحب أهدي ثمرة جهدي وفكري وعملي المتواضع هذا إلى "أبي أمي العزيزين " .

إلى اخوتي وأخواتي " محمد ، سارة ،أحمد ،صبرين ،هبة ، ديمة "

الى كتكوتنا الصغير العزيز ربي يحفظه لنا رشيد

الى أجدادي وخالتي وأخوالي وزوجة أخي الأعزاء .

إلى من عشت معهم أحلى وأجمل الأوقات والذكريات صديقاتي الحبيبات " فاطمة ، زينب ، مريم "

إلى الأستاذة الفاضلة " أمال العايش " نتقدم لها بجزيل الشكر والامتنان .

إلى كل من ساعدنا في الوصول إلى طريق النجاح والشكر والحمد لله تعالى على كل شيء .

إيمان

إهداء

الحمد الله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا انا هدانا الله

والصلاة و السلام على خير الله سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم

ربي اجعل هذا العمل صالحا واجعله خالصا لوجهك اهدي ثمرة جهدي الى بلسم العمر وقرة العين والدايا الكريمين حفظهما الله ورعاهما وأعانني على ربهما الى من يعيش في ظل وجودهم املي ،اخوتي وأخواتي وكل الاقارب

الى كل الاصدقاء والصديقات الى كل من حوتهم ذاكرتي ولم تحوهم ورقتي

زينب

الفهرس

الفهـرس

المحتوى	الصفحة
شكر وعرفان	
إهداءات	
فهرس الموضوعات	
قائمة الجداول	
قائمة الملاحق	
ملخص الدراسة	
مقدمة	أ
الجانب النظري	
الفصل الأول : المشكلة واعتباراتها	
الإشكالية	**06**
التساؤلات	**07**
الفرضيات	**07**
أهمية وأهداف الدراسة	**07**
دوافع الدراسة	**08**
الدراسات السابقة	**08**
تعقيب على الدراسات السابقة	**11**
الجانب النظري	
الفصل الأول :التوحد	
تمهيد	**13**
لمحة تاريخية	**14**
تعاريف عامة للتوحد	**15**
نسبة انتشار التوحد	**16**
أعراض التوحد	**17**
أسباب التوحد	**20**
النظريات المفسرة للتوحد	**23**
تشخيص التوحد	**26**

خلاصة الفصل	**29**
الفصل الثاني التكفل النفسي	
تمهيد	**31**
تعريف التكفل النفسي	**32**
أهمية التكفل النفسي	**32**
أنواع التكفل النفسي	**33**
مراحل التكفل النفسي	**34**
دور الأخصائي النفسي في عملية التكفل النفسي بلأفراد من الفئات الخاصة	**35**
الصعوبات التي تعترض الأخصائي النفسي	**36**
الاستراتيجيات الواجب اتخاذها لمواجهة تلك الصعوبات	**39**
طرق التكفل النفسي بالفئات الخاصة	**40**
خلاصة الفصل	**42**
الفصل الثالث : البرنامج العلاجي تيتش	
تمهيد	**44**
تاريخ البرنامج العلاجي تيتش	**45**
تعريف البرنامج العلاجي تيتش	**46**
الخدمات عن طريق البرنامج	**47**
مبادئ البرنامج العلاجي تيتش	**48**
إجراءات برنامج شوبلر	**49**
الخلاصة	**51**
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس : منهج الدراسة الميدانية	
تمهيد	**54**
منهج الدراسة	**55**
حدودالدراسة	**55**
الدراسة الإستطلاعية	**55**
عينة الدراسة	**55**
أدوات الدراسة	**56**
تحليل و تفسير النتائج	**71**

خاتمة	**76**
قائمة المراجع	**78**
الملاحق	**I**

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	مهارات العناية بالذات والاستقلالية	**66**
02	مهارات الإنتباه	**66**
03	مهارات معرفية	**67**
04	مهارات نفسية حركية	**67**
05	مهارات حسية الإدراكية	**68**
06	مهارات توجيه الحيز الزماني والمكاني	**68**
07	مهارات معرفة الذات والجسم	**68**
08	المهارات الإجتماعية	**69**
09	مهارات الفهم	**69**

قائمة الملاحق

رقم الملحق	عنوان المـــــــــلحق	الصفحة
الملحق 1	**شبكة ملاحظة**	**I**
الملحق 2	**المقابلة العيادية**	**V**

ملخص الدراسة :

تناولنا في دراستنا التي تحت موضوع ،طرق التكفل النفسي بالأطفال المصابين بإضطراب التوحد بتطبيق برنامج تيتش وتنمية بعض المهارات السلوكية (التقليد ،الاستقلالية) نموذجا للطفل التوحدي المطبق عليه سابقا تيتش وفق المهارات التعليمية لتيتش ، منهج دراسة حالة تتبع منهج تجريبي ،كما تم تطبيق .

مقابلة نصف موجهة مع الأخصائية وعدة جلسات عيادية مع الطفل .

افترضت اجابة للتساؤل وتحققت الفرضية وعرضت نتائج الدراسة وتحليلها من هنا نذكر في الاخير بعض التوصيات المهمة لكل أم وكل مشرفة على اطفال التوحد:

-نشر الوعي لمختلف الجهات المعنية والاعتراف بهذه الفئة كغيرها من الفئات الخاصة التي تحتاج للرعاية و التكفل.

ضرورة اشراك أسر الاطفال التوحديين في عملية التدريب ،وذلك من خلال الدورات التدريبية و ورشات العمل .

ضرورة توفير وسائل تدريبية تساعد على التدريب الفعال بهدف مساعدة هذه الفئة للخروج من عالمها الغامض ..

تقديم البرامج التدريبية الخاصة بتنمية المهارات التي تساعد على الاداء المستقل على المهارات التعليمية والأكاديمية كونها تعتبر حاجة وضرورة اولية.

-الاهتمام بالتكفل بالسلوكيات الشاذة اولا ثم بناء برنامج تدريبي يهتم بتنمية المهارات المختلفة.

Résumé de l'étude:
Dans notre étude sur le sujet, Méthodes de prise en charge psychologique des enfants autistes, l'application du programme Titch et le développement de compétences comportementales (tradition, indépendance) ont été utilisés comme modèle pour l'enfants autistes précédemment appliqué Titch en fonction des compétences éducatives de Titch.
La nécessité de fournir des outils de formation pour contribuer à Moitié entretien avec le spécialiste et plusieurs séances cliniques avec l'enfant.
La réponse à la question a été supposée et l'hypothèse a été réalisée et les résultats de l'étude ont été présentés et analysés à partir de là. Dans cette dernière, nous mentionnons quelques recommandations importantes pour chaque mère qui supervise les enfants autistes:
- Sensibiliser les différentes parties prenantes et reconnaître cette catégorie comme d'autres groupes spéciaux ayant besoin de soins.
La nécessité d'impliquer les familles d'enfants autistes dans le processus de formation par le biais de cours de formation et une formation efficace afin d'aider ce groupe à sortir du monde mystérieux.
Fournir des programmes de formation pour le développement des compétences qui aident la performance indépendante vavacompétences éducatives et académiques car cela est considéré comme un besoin et une nécessité primordiale.
- Veillez d'abord à vous occuper des comportements anormaux, puis construisez un programme de formation axé sur le développement de différentes compétences.

مقدمة

مقدمة:

الطفل هو نتاج تفاعلات مختلفة ومتباينة من العوامل المؤثرة في تكوين الطفل ونشأته قبل الحمل وأثناء الحمل وكذلك حتى مرحلة الولادة ،وكذلك العوامل المؤثرة في نموه وتطوره بعد الولادة ،فالطفل ينمو تحت تأثير عوامل داخلية أسرية وبيئية وكذلك مدرسية واجتماعية. ودراسة الأطفال من الدراسات المعقدة لأنها تواجه مشكلات منهجية وأخرى موضوعية ومن تلك الدراسات دراسة الأطفال (وجد الأطفال غير العاديين في مجال التربية الخاصة).

وقد قدم لنا علماء النفس أمثال **ستانلي هول** ، **بياجيه** ،وعلماء مدرسة التحليل النفسي دراسات الإكلينيكية وتجريبية أقنعتنا أن الطفولة مرحلة حياتية فريدة تتميز بأحداث هامة ،وفيما توضع أسس الشخصية المستقبلية للفرد البالغ . ولذلك وجبت العناية بالطفل وهو لإشباع حاجاته النفسية والاجتماعية بالحاجة للقبول ، الحاجة للعب ،الحاجة للتقدير والتعبير عن الذات. إحساس الطفل بذاته وتصوره عنها هو قبل كل شيء تصوره لجسمه ،فالطفل يميز ذاته عن ذواته الآخرين عن طريق إحساسه الخاص بنشاطه العضلي ومدى تحقيقه لمتطلبات النمو في الوقت المناسب ،كذلك نسبة نموه مقارنة بالأطفال الآخرين الذين هم في الفئات العمرية نفسها ،وقد تطرأ عليه عدة تغيرات خلال مرحلة نموه مما تسبب له مشاكل ،ولعل هذه المشاكل التي تستدعي دخوله في دائرة الاضطراب مما يجعله من فئات ذوي الإحتياجات الخاصة.

أكد العديد من الباحثين أن العناية بهذه الفئة تمثل إحدى مؤشرات حضارة الأمم وتقدمها ،وبفعل ثقافي وفكري أصبحت تكافؤ فرصها في الالتحاق بالمؤسسات التربوية قصد تأهيلها في أعلى صورة الادماج وتفكير حول استراتيجيات تكفل نوعي يقوم على بناء مؤسسات متخصصة ،ولعل من ضمن هاته الفئات الخاصة فئة التوحد وهي الأكثر شيوعا الأن ،ويوجد في الجزائر 15-10 طفلا توحدي حسب إحصائيات من كل 10.000 طفلا تقريبا ، وذلك نتيجة لاضطراب عصبي يؤثر في عمل الدماغ.

إذ إهتمت العديد من الدراسات الحديثة بالطفل التوحدي خاصة في السنوات الأخيرة حتى أننا نجد

أغلب دوريات علم النفس في الخارج أخذت في اعداد مقالات متخصصة على هذه العينة من الأطفال ، ولا شك أن الازدياد العالمي لهذه النوعية من الأطفال قد أدى إلى ضرورة عمل دراسات متخصصة وسريعة لمعرفة طرق العلاج وإمكانية عمل برامج تربوية علاجية لمساعدة الآباء والمشرفين على تعديل سلوك أطفالهم ،ووجود الاخصائي النفسي له ضرورة ملحة داخل المراكز المتخصصة لأطفال التوحد ،وهو ما عملت عليه الدولة من خلال استحداث منصب الأخصائي النفسي بوحدات الكشف والتابعة ، يكون متخصص وتتوفر فيه سمات مميزة لتجعله شخصا ناجحا في عمله ،وذلك من خلال تلقيه اعداد وتدريب متكاملين حتى يقوم بدوره في عملية التكفل النفسي بالأطفال ومتابعتهم للتخفيف من الاضطرابات وتحقيق الصحة النفسية ، إلا أنه وفي ظل الطلب المتزايد على الخدمات النفسية للأخصائي النفسي بالوسط المركزي . يبقى هذا الأخير تواجهه صعوبات تحول دون تحقيق جودة التكفل النفسي بالأطفال في الوسط المركزي ، وعليه تأتي هذه الدراسة للتعرف بشكل أساسي على طرق التكفل النفسي بهذه الفئة.

لذلك قمنا بتقسيم البحث إلىخمسة فصول مقسمة بين الجانبين النظري والتطبيقي بدءا بالفصل الأول وهو الفصل التمهيدي ، الذي يتمحور حول التعريف بموضوع البحث من خلال الإشكالية وفرضيات الدراسة ،أهمية البحث ، أهدافه، والتعريفات الإجرائية ، ودوافع الدراسة ،بالإضافة إلى الدراسات السابقة والتعقيب عليها ، لنتكلم في الفصل الثاني عن اضطرابات التوحد من خلال التطرق إلى لمحة تاريخية عنه ،تعاريف ومفاهيم عامة عنإضطراب التوحد ونسبة انتشاره ، أعراضه أسبابه ونظرياته وتشخيصه ، ثم خلاصة .

مرورا إلى التكفل النفسي في الفصل الثالث من خلال الحديث عن تعريف التكفل النفسي أهميته ، أنواعه ، مراحله، الصعوبات التي تعترض الأخصائي النفسي ،الاستراتيجيات الواجب اتخاذها لمواجهة تلك الصعوبات وأخيرا دور الأخصائي النفسي في عملية التكفل النفسي وطرق التكفل بهم ثم الخلاصة .

مرورا إلى الفصل الرابع إلى البرنامج العلاجي تيتش من خلال الحديث عن تاريخ البرنامج العلاجي تيتش ،تعريفه ،الخدمات المقدمة عن طريق البرنامج ،و مبادئ البرنامج العلاجي تيتش، والخلاصة .

لنصل في الفصل الرابع إلى الحديث عن الجانب التطبيقي من خلال الدراسة الميدانية التي شملت الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية من منهج الدراسة المستخدمة ، العينة ، حدود الدراسة ، أدوات الدراسة وشبكة الملاحظة ،الحالات الخاصة بالدراسة .

وأخيرا عرض النتائج ومناقشتها على ضوء فرضيات البحث ، والإقتراحات لنختم بحثنا بخاتمة ، وقائمة المراجع ، والملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول : مشكلة الدراسة و إعتباراتها

1. الاشكالية
2. الفرضيات
3. أهمية الدراسة واهدافها
4. دوافع الدراسة
5. الدراسات السابقة
6. تعقيب على الدراسات السابقة

1.الاشكالية :

مما هو متعارف لدينا أن الصحة النفسية والجسدية هي المطلب الأسمى الذي يسعى إليه الفرد ، وإن الراحة النفسية والصحة الجسمية هي أسمى صور السعادة في الحياة خاصة لدى أعز وأروع ما في الوجود " أطفالنا "ونحن نراهم يمرحون ويلعبون ويتجاوبون معنا في البيت والأسرة والمدرسة في جو تفاعلي يكتسبون من المجتمع عاداته وتقاليده، وما يحزننا أننا نرى أطفالا منعزلين لا يتجاوبون مع أقرانهم ولا يتواصلون مع كائن من كان ،فقد يحز في نفسك أن تسأل عنهم وعن سبب ذلك لإيجاد حل يساعدهم في إكتساب خاصية اجتماعية ما وهؤلاء هم ما يعرفون بالأطفال المتوحدين ،ويصنف التوحد على أنه من الاضطرابات النمائية التي تحدث في الطفولة ، وفي بعض الدراسات إعتبرت فقدان التفاعل الاجتماعي والانسحاب والعزلة التي يعاني منها هؤلاء الأطفال وعدم التواصل البصري من أهم الأعراض الظاهرة . **(الحساني ،2005،ص54)**

وكما يعرف بأنه إضطراب إنفعالي وإجتماعي ينتج عن عدم القدرة على فهم التغيرات الإنفعالية خاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقاتالإجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية. **(الخطاب ،2009،ص19)**

وإن التوحد هو إعاقة نمائية متداخلة ومعقدة تظهر عادة خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ، وما يخلفه من صعوبات على مستوى البيئة والمجتمع ،ولهذا يجب التكفل بهذه الفئة. والتكفل ذات طابع تعديلي تتم وفق لمجموعة من المعايير أي هو عملية لفهم إمكانيات الفرد واستعداداته واستخدامها لحل مشكلاته ومما لا شك فيه أن هذا العمل يعد بمثابة محاولة علمية بسيطة ،وتعد الفئة التي تعتبر بالفعل لغزا محيرا لكل من يتعامل معها وأيضا هذه المحاولة تعتبر خطوة بسيطة للدخول إلى عالم هذا الطفل ،والمحاولة للخروج به إلى عالم يتلائم فيه الخصائص . **(نصر ،2002،ص7)**

وإن التكفل النفسي بالطفل التوحدي هو الوصول إلى حالة من التكيف في مجالات نفسية واجتماعية ، إذ يجعله يتأقلم مع المجتمع بشكل جيد بعد معالجة سلوكياته الغير مرغوبة واكتساب مهارات جديدة تمكنه من التواصل والاندماج ، وأن أي تغيير أو عديل يعتبر نوع من أنواع التكفل. **(عزة ،2009،ص13)**

وقد تتضمن عملية التكفل النفسي تعديل سلوك الانفعال للمريض وهي عملية منظمة تشمل على تطبيق اجراءات معينة وتكون عملية التعديل بواسطة استخدام طرق التكفل النفسي التي تؤثر على سلوك الطفل التوحدي وتحويله إلى سلوك مناسب يتوافق مع المجتمع الذي يعيش فيه معه ، ويساهم في ذلك كل من المربيين والاخصائيين والأسرة ومن هنا نطرح التساؤل التالي:

ماهي طرق التكفل النفسي بالأطفال المصابين بإضطراب التوحد بتطبيق برنامج تيتش ؟

1.تساؤلاتالفرعية:

- هل يمكن التكفل النفسي بالأطفال المصابينبإضطراب التوحد ؟
- هل توجد صعوبات يواجهها الأخصائي النفساني أثناء القيام بتطبيق برنامج تيتش على الأطفال المصابين باضطراب التوحد ؟

2. الفرضيات:

- يمكن التكفل النفسي بإضطراب التوحد.
- توجد صعوبات يواجهها الأخصائي النفساني أثناء القيام بتطبيق برنامج تيتش على الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

3. أهمية الدراسة :

- تتمثل أهمية الدراسة في إبراز أهمية تطبيق هذه البرامج ودورها في توفير عامل التوافق والتكيف النفسي وإعادة التأهيل الاجتماعي عند فئة الأطفال التوحديين.
- الإشارة إلى ارتفاع نسبة المرضى المصابين بالأمراض العقلية خاصة التوحديين وضرورة إتخاذ التدابير اللازمة للتخفيف من معاناتهم وإعادة دمجهم إجتماعيا.

4. أهداف الدراسة :

- ومن الأهداف العلمية لإختيار الموضوع محاولة تحسين الباحثين بضرورة الدعم النفسي الإجتماعي والأسري لمريض التوحد لتمكنهم من الإندماج والتكيف في المجتمع.
- لفت الإنتباه إلى أهمية التكفل النفسي في علاج الأطفال التوحديين .
- فتح هذه الدراسة باب البحث لإجراء المزيد من الدراسات العلمية حول هذا الموضوع.

5. دوافع الدراسة:

تمثلت دوافع الدراسة فيما يلي:

- التعرف على واقع التكفل النفسي للمرضى المصابين بطيف التوحد.
- التعرف على الطرق والأساليب النفسية و التربوية و البيداغوجية المتبعة لعلاج ودمج التوحديين اجتماعيا وإعادة تأهيلهم بعد الانتهاء من فترة العلاج.
- التعرف على الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفساني للتكفل بالتوحديين.
- مساهمة متواضعة لدراسة نفسية للأطفال المصابين بطيف التوحد .

التعريف الاجرائي للتكفل النفسي للأطفال المصابين بالتوحد :

هي البرامج النفسية المتبعة لتكفل بطفل التوحد وفي هذه الدراسة بإستخدام برنامج تيتش من إعداد العالم " شوبلر " .

5.الدراسات السابقة:

1-دراسة عادل جاسب شبيب (2008) بعنوان :"الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء:" إستهدفت هذه الدراسة التعرف على الخصائص النفسية للأطفال المصابين بالتوحد ومن تلك الخصائص (القلق –التوتر –الانعزال –الإضطرابات السلوكية) كذلك معرفة الخصائص العقلية للأطفال المصابين بالتوحد (التواصل والعلاقات مع الآخرين) وأيضا معرفة الخصائص العقلية للأطفال المصابين بالتوحد (مستوى النمو العقلي والمعرفي)،ولتحقيق هذه الأهداف اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي ،وإستخدام الباحث أسلوب المقابلة (دراسة الحالية) لجمع معلومات عينة الدراسية ،وقد إقتصرت على طفلين مصابين بالتوحد يسكنون محافظة البصرة وأظهرت الدراسة النتائج الآتية:

- وجد الباحث أن هناك معرفة عند الآباء لتلك الخصائص بالنسبة للطفل الثاني أكثر من تلك التي يمتلكها والدي الطفل الأول.
- وجد الباحث ،أن هناك تفاوتا في فهم تلك الخصائص بين الأب والأم وكذلك درجة انتباههم لتلك الخصائص وأيضا درجة تأثيرهم لها.**(شبيب،2008)**

2-دراسة عاكف عبد الله الخطيب (2011) بعنوان :"نموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد :" هدفت هذه الدراسة إلى تطوير نموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي إضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن ، في ضوء المعايير العالمية.

تكونت عينة الدراسة من جمع مجتمع الدراسة من مؤسسات ومراكز التربية الخاصة والتي تقدم البرامج والخدمات التربوية للأطفال ذوي الاعاقة العقلية والأطفال ذوي إضطراب التوحد وعددها

(153) مؤسسة ومركزا لجمع البيانات ، عن مستوى فاعلية البرامج والخدامات التربوية في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة بالأردن ،فقد تم بناء أدتين : أداة لتقييم مستوى فاعلية البرامج المقدمة للأطفال ذوي الاعاقة العقلية ، وتكونت الأداة من ثمانية أبعاد و (89) مؤشرا رئسيا ،وأداة لتقييم مستوى فاعلية البرامج المقدمة للأطفال ذوي إضطراب التوحد.

وتكونت الأداة من ثمانية أبعاد (110) مؤشرات رئيسية هذا وقد تم التوصل إلى دلالات صدق وثبات الأداتين بررت استخدامهما ، وأشارت النتائج فيما يتعلق بإضطراب التوحد أن هناك بعدا واحدا كان ذا مستوى فاعلية مرتفع وهو :بعد "الخدمات والبرامج "بمتوسط (0.68) في حين كان هناك ثلاثة أبعاد ذات مستوى فاعلية متوسطة ، وهي على التوالي :بعد "التقييم "بمتوسط (0.66) وبعد " البيئة التعليمية "بمتوسط (0.55) وبعد "الإدارة والعاملين "بمتوسط (0.37) أما بقية الأبعاد وعددها أربعة أبعاد فقد كانت ذات مستوى فاعلية متدنية . **(الخطيب ،2011)**

3-دراسة محسن محمود الكيكي (2011) بعنوان "المظاهر السلوكية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم ": تستهدف الدراسة التعرف على المظاهر السلوكية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم ،اختار الباحث العينة اختيارا عشوائيا بلغت (46) أبا وأما في مركز محافظة نينوي ،ولتحقيق هدف الدراسة استخدام الباحث الاستبيان كأداة للدراسة وكذلك الزيادة الميدانية لمعهدي التوحد ،وقد أظهرت الدراسة النتائج الآتية :

- وجود العديد من المظاهر السلوكية عند أطفال التوحد من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم
- عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم . **(الكيكي ،2011)**

4-**دراسة فتيحة محمد محفوظ باحشوان وسلوى عمر بارشيد (2017) بعنوان "المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد ودور المؤسسات في مواجهتها** ":وقد طبقت الدراسة على عينة من الأسر في مدينة المكلا –اليمن واستهدفت الدراسة التعرف على المشكلات التي تواجه أسر الأطفال التوحديين والتعرف على دور المؤسسات والجهات الداعمة لهذه الأسر سواء كان من الناحية التأهلية أو المادية في مواجهتها ،وقد استخدمت الدراسة منهج المسح بالعينة الدراسة المجتمع حيث إشتملت على (80) أسرة من أسر الأطفال التوحديين في مدينة المكلا وضواحيها ،حيث استخدمت أداة الاستبانة للتعرف على المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر الأطفال التوحديين ، ودور المؤسسات التي تتعامل معهم وهل توجد جهات داعمة لهم ،وقد توصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها :

- عدم وجود توعية لدى المجتمع عن مرض التوحد .
- تواجه أسر التوحديين ،صعوبة التعامل مع الطفل التوحدي .
- عدم وجود مصادر تمويل لأسر أطفال التوحد . **(باحشوان وآخرون ،2017)**

5-**دراسة سهير الصباح، محمد أبو صبحة (2017) بعنوان "استخدام برنامج تيتش في تنمية المهارات الحسية والإدراكية للأطفال ذوي التوحد" :**

هدفت الدراسة إلى تنمية المهارات الحية والإدراكية للأطفال ذوي التوحد من خلال إستخدام برنامج (TEACCH) ، وقد تكونت عينة الدراسة من الأطفال ذوي التوحد وعددهم (8) ، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين ضابطة (4 أطفال ،ومجموعة تجريبية (4) أطفال ، تتراوح أعمارهم بين (4–13) سنة ممن تم تشخيصهم بالتوحد ، وموجودون في بيت الخليل لرعايةأطفال التوحد .

وقام الباحثان بأعداد أداتي الدراسة وكانت عبارة عن استبانة لقياس المظاهر الحسية السمعية والبصرية والانفعالية لذوي التوحد ،واستبانة لقياس المهارات الحسية والإدراكية للجانب البصري و السمعي وهذا وفقا لجزئية المهارات الحسية والإدراكية في برنامج (TEACCH) ، وتم إعداد برنامج تدريبي مكون من (21) جلسة تدريبية تطبق بشكل فردي لكل طفل على حدى ، وقد تم أخذ الصدق وأظهرت النتائج مايلي :

أنه لاتوجد فروق ذات دلالة بين متوسطات أداء المجموعة التجريبية على الإختبار القبلي والبعدي للمهارات الحسية ،على الدرجة الكلية وبعدي (المظاهر البصرية والمظاهر الإنفعالية).

وأنه لا توجد فروق بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية والضابطة بعد إنتهاء برنامج (TEACCH) لتنمية المهارات الحسية ، على الدرجة الكلية وبعدي (المظاهر السمعية والمظاهر الانفعالية) .

وعدم وجود فروق بين المتوسطات آداء المجموعة التجريبية على الإختبار البعدي وإختبار الإحتفاظ المعنية في تنمية المهارات الحسية .

ووجود فروق بين المتوسطات أداء المجموعة التجريبية على الاختبار القبلي والبعدي للمهارات الإدراك وقد كانت الفروق في الدرجة الكلية وعلى الأبعاد الأخرى لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج . **(سهير الصباح وآخرون ،2017)**

6.التعقيب على الدراسات السابقة :

وجدت الباحثتان صعوبة في إيجاد دراسات سابقة متطابقة مع دراستنا الحالية ماعدا دراسة متقاربة وهي دراسة صباح سهير (2017)

دراسة صباح إختلفت مع دراستنا من حيث إستهدفت البرنامج حيث إهتمت الدراسة بإستخدام البرنامج لتنمية المهارات الحسية الإدراكية ، أما دراستنا الحالية فقد إهتمت بالتكفل النفسي بأطفال التوحد بتطبيق برنامج تيتش بصفة عامة .

الفصل الثاني : التوحـــد

تمهيد

1. لمحة تاريخية

2. تعاريف عامة للتوحد

3.إنتشار التوحد

4. أعراض التوحد

5.أسباب التوحد

6.النظريات المفسرة للتوحد

7.تشخيص التوحد

الخلاصة

تمهيد:

إن إضطراب التوحد من الإضطرابات التي أخذت في الآونة الأخيرة في إنتشار بطريقة سريعة وملحوظة في المجتمعات ككل، باعتباره يظهر مبكرا لدى الطفل حوالي عمر السنتين ،حيث تظهر عليه سلوكيات نمطية (روتينية) كالرفرفة الضحك بلا سبب سلوكيات عدوانية وأيضا ضعف أو قصور في التواصل البصري وعدم الاهتمام بمن حوله وبالإضافة الى قصور في التفاعل الاجتماعي لضعف اللغة.

تعد الأسرة هي الخلية الأولى في تربية الطفل و مؤسسة من المؤسسات الهامة للتنشئة الاجتماعية فإن ظهور هذا الطفل يحدث خللا في البناء الوظيفي وعليه فالأسرة تقوم أما بالوضوح للأمر الواقع والاستسلام لهذا الاضطراب أو التحدي والتكفل بهذا الطفل برعايته من مختلف الجوانب وتقديم خدمات له وتوفير الوسائل التعليمية المناسبة باعتباره ان التكفل الأسري هو الحجر الأساس لتحقيق التحسن والتقدم لحالة الطفل التوحدي هذا إضافة الى وضعه في المؤسسات المخصصة وهذا لتدخل المبكر لعملية التكفل بهدف إدماجه في المجتمع وكذا المدارس العادية.

1.لمحة تاريخية :

يعد مودزيلي Moudsley أول طبيب نفسي اهتم بالاضطرابات التي تسبب اضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال ،وذلك عام 1867 وكان بعدها ذهانات ، ولكن ليوكانر leo kanner الطبيب النفسي الأمريكي المتخصص في الأطفال ومؤلف كتاب "علم النفس الطفل " عام 1953 أشار إلى التوحد الطفولي كاضطراب يحدث في الطفولة وقد كان ذلك عام 1943 عندما قام بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية. **(مجيد 2010 ص 19)**
حيث شدا انتباهه أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلا كانوا مصنفين على أنهم من ذوي التخلف العقلي ، ووجد أن سلوكهم يتسم بخصائص معينة لا تتطابق مع خصائص فصام الطفولة ، و لا تتشابه مع التخلف العقلي في صورته التقليدية ، بل هي زملة أعراض إكلينيكية مميزة لهؤلاء الأطفال ، فأطلق عليها زملة كانر أو تيزم الطفولة المبكرة. (**القمش ، 2011 ، ص 17**).

ويشير كانر إلى أن الأطفال التو حديين لايبدون كأطفال طبيعين فحسب ، بل إنهم عادة ما يكونون جذابين أيضا ، لذا ليس من المدهش أن هذا الأمر قد شجع كانر على افتراض أن هؤلاء الأطفال أذكياء أيضا خاصة بعد ظهور مجموعة من المهارات الخاصة في نواحي معينة لديهم وبالنسبة لتفسير السبب وراء انطواء الطفل التوحدي و عزلته الاجتماعية ، فقد اعتقد كانر أن السبب وراء هذه الحالة يرجع إلى الوالدين ، فهم يلوم الأم على كون الطفل منطويا أو متوحدا. **(مصطفى ،2011 ص 22)**
لقد ذاع صيت كانر عبر العالم حيث ارتبط اسمه ارتباطا وثيقا بالتوحد ، بينما لم يذع صيت الطبيب النمساوي هانر اسبيرجر الذي توصل عام 1944 في بحثه الذي كتبه باللغة الألمانية ، إلى مجموعة من الأعراض المتشابهة بعض الشيء مع أعراض الأطفال كانر كالقصور في التفاعل الاجتماعي القصور في التواصل مع الاخرين وفهمهم لمشاعرهم . **(قحطان ،2009، ص 18)**

و على الرغم من أن كانر قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال ، وقام بتصنيفيهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الاعاقة وأعراضها، التي تميزها عن غيرها من الاعاقات ، ولكن الاعتراف بها كفئة يطلق عليه مصطلح التوحد ، لم يتم إلا في عقد الستينات حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي ، وذلك وفق ما ورد في الدليل الاحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية DSM2 . **(مجيد ،2010،ص20)**
ولم يتم الاعتراف بأخطاء تصنيف إلا في عام 1980 حينما نشرت الطبعة المعدلة (DSM3) والتي فرقت بوضوح بين الفصام وإعاقة التوحد حيث أكدت أن إعاقة التوحد ليست حالة مبكرة من الفصام وربما

يرجع هذا الخلط إلى وجود بعض الأعراض المشتركة مثل الانطواء و الانكفاء على الذات و الانعزالية ولكن في الواقع إن الاختلاف في الأعراض أكثر من التشابه بينها ، ذلك أن حالات التوحد تخلو تماما من أعراض الهلوسة أو الهذاءات ، وبذلك فقد عرفت إعاقة التوحد على أنها اضطراب نمائي وليس انفعالي . **(الجلبي ، 2005 ، ص12)**

2.تعاريف التوحد :

1.2.الأوتيزم هو : حالة كاضطراب عقلي يصيب الأطفال و على الرغم من مظهر الأطفال الطبيعي إلا أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعي. بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي والاجتماعي والانفعالي والذهني واعتبرت هذه الحالة من حالات فصام الطفولة .

ومصطلح أو كلمة **التوحد** مشتقة في الاصل من الكلمة اليونانية الذات وربما تم اختيار تلك الكلمة أو المصطلح هذا تحديدا ليصف اعراضا معينة لما لها من دلالة عامة وهي ان مصطلح **التوحد** يشير بشكل أو بآخر إلى اعراض محددة وتظهر تلك الأعراض في الطفل المصاب حيث نجده كما لو أنه يعيش في عالمه الخاص به أو يتعامل داخل عالمه دون الاعتبار بمن حوله وكأنه لايراهم .

(خليفة ،2010،ص18)

من غير الممكن أن نجد تعريف متفق عليه لاضطراب التوحد وذلك لتعدد الباحثين الذين اهتموا به ولاختلاف تخصصاتهم و خلفياتهم العليمة ، إلا أن معظم التعاريف تركز على وصف الأعراض وتصف التوحد كمتلازمة وليس كمرض أو كاضطراب في السلوك أو خلل في النمو أو اضطراب في التصرف أو كإعاقة عقلية ويعتبر "كانر" أول من قدم تعريفا واضحا للتوحد باعتباره اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر على التواصل مع الاخرين و على اللغة ويتميز بالروتين و مقاومة التغير.

(الشيخ ،2005، ص10)

2.2. وسوف نتطرق لبعض التعاريف والمصطلحات التي تناولت مفهوم التوحد :

عرف كانر المختص بالطب النفسي للأطفال و الذي يعتبر أول عالم اهتم بدراسة

مظاهر التوحد عند الأطفال وقد اعطيت التسمية المفضلة توحد الطفولة المبكر أو توحد الأطفال وقد عرف "كانر" التوحد على أنه اعاقة نمائية تطورية تتضح قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتتميز بقصور في التفاعل الاجتماعي و الاتصال ، و الأفراد التوحديين يبدون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة. **(فاروق 2016 ،ص23)**

3.2. تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد : بأنه اضطراب نمائي مركب يظهر في السنوات الثالث الأولى من حياة الطفل يؤدي الى انحراف في النمو العادي للطفل ، يشمل الجوانب النمائية الثلاثة : الكفاءة الاجتماعية ، التواصل والنمطية المتكررة من السلوكيات والاهتمامات و النشاطات.

(خلف المقابلة، 2016 ص14)

4.2. تعريف (NAS)(UK): التوحد هو عبارة عن اعاقة تؤثر على الطريقة التي يتواصل بها الطفل مع الناس من حوله، وعلى الرغم من أنه حالة تتميز بدرجات واسعة النطاق من الشدة. إلا أن الجميع الذين يعانون من التوحد يتميزون بثالوث ICI من الاعاقات في : التفاعل الاجتماعي –الاتصال الاجتماعي التخيل. **(إمام ،2010، ص 21)**

3. إنتشار التوحد :

التوحد نسبيا هوا اضطراب نادر الوجود، كما أن التقدير الدقيق على حدوثه متغير. البحوث المبكرة وضعت مدى انتشار هذا الاضطراب تقريبا من (2–5) بين كل سنة 10.000 شخص ومع ذلك فإن التقديرات الحديثة لهذا الاضطراب أعطى تقديرات أقل منه أي حوالي2 من بين كل 10.000 شخص والفروق الجنسية لاضطراب التوحد متغيرة وتعتمد على درجة الذكاء عند الشخص المصاب ،والتوحد منتشر أكثر بين النساء اللواتي درجة ذكائهن أقل من 35 ولكن هذا الاضطراب أكثر عند الرجال الذين درجة ذكائهم أعلى ،ولا أحد يعرف السبب لهذه الفروق الجنسية ودرجة الذكاء.

يظهر اضطراب التوحد كظاهرة عالمية ،وقد شخص وعرف في كل المناطق العالم مشتملة في ذلك السويد ،اليابان ،روسيا ،الصين ،ويبدأ الأشخاص المصابون بالتوحد بالتصرف بطريقة غير عادية ،ويظهرون أعراض هذا الاضطراب قبل سن الثالثة من العمر ،ومظهرهم هـ جزء من لغز هذا الاضطراب ،وقد أدى لدى البعض إلى أن يقترحوا بأن هؤلاء الأفراد هو بمعدل أو أكثر من معدل الذكاء . **(الزريقات ،2004،ص50،51).**

يظهر التوحد في جميع أنحاء العالم وبمختلف الجنسيات والطبقات الاجتماعية والثقافية دون استثناء ولم تجر إلى الآن أية دراسات تدل على مدى انتشار التوحد في العالم العربي ،ويعد تحديد نسبة الانتشار أمرا صعبا يعتمد على التعريف المعتمد والمحكات الشخصية للكشف عن التوحد.

وتتفاوت نسبة انتشار اضطراب التوحد بسبب :

التباين في محكات التشخيص المستخدمة.

تنوع أدوات التشخيص.

عدم وجود أدوت تشخيصية تعتمد على التقدير الموضوعي.

إلا أن تنوع الدراسات وتعددها وتعدد المجتمعات التي أجريت فيها تلك الدراسات قد تعطي مؤشرا علميا يمكن الوثوق به ،وقد اجريت الكثير من الدراسات حول تحديد **نسبة الانتشار التوحد** ،وهناك الكثير من التباين حول تحديد هذه النسب ،وذلك على التعريف المعتمد والمعايير الشخصية المعتمدة ،ولكن النسبة الأكثر قبولا ،هي (205:1) حالة واحدة لكل مائتين وخمسين حالة ولادة :

كما تشير الدراسات إلى **نسبة حدوث التوحد** الذكور تفرق بكثير نسبة حدوثه لدى الإناث وتصل (1–4) ،ولكن التوحد يظهر بدرجات شديدة لدى الإناث ويكون مصحوبا بتأخر عقلي شديد (lord ، 2002 &yolkmar) ،ويشير الدليل الإحصائي المنقح ((DSM-TV-TR ; 2000)) إلى **نسبة انتشار التوحد** تقدر (1000/4) حالة . (**سهيل ،2015،ص 82**).

4. اعراض التوحد :

إن اعراض اضطراب التوحد مختلفة في شدتها وعددها من طفل الى اخر حيث تمس الجانب اللغوي و العلاقات الاجتماعية والسلوك اذا ما تحدثنا عامة فإنها تكون واضحة في الجوانب التالية :

التواصل ،التفاعل الاجتماعي ،المشكلات الحسية ،اللعب والسلوك.

وان مجموعة الاعراض السلوكية للتوحد هي على النحو التالي :

–يتصرف الطفل وكأنه لا يسمع ولا يهتم بمن حوله.

–لا يحب ان يحضنه احد.

يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.

لا يخاف من الخطر.

يكرر كلام الاخرين.

نشاط زائد ملحوض او خمول مبالغ فيه.

لا يلعب مع الاطفال.

ضحك و استشارة في اوقات غير مناسبة .

بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة .

يقاوم تغيير الروتين.

لا ينظر في عين من يكلمه.

تعلق غير طبيعي بالأشياء الغريبة.

فقدان الخيال والإبداع في طريقة لعبه.

وجود حركات متكررة وغير طبيعية مثل هز الراس او تحريك الجسم واليدين.

قصورا او القدرة على التواصل والاتصال. **(كامل،2003،ص10)**

فأعراض سلوك الطفل التوحدي تكون عادية نسبيا حتى يبلغ من العمر عامين ونصف يلاحظ الوالدين بعد ذلك تأخر في النمو اللغوي ومهارات اللعب بالإضافة الى التفاعل الاجتماعي .

والأطفال التوحديين ليس لديهم نفس الدرجة والشدة من الاضطرابات فالتوحد قد يكون لعلامات بسيطة وقد يكون شديدا باضطرابات في كل مجالات التطور عامة . **(نيسان،2009،ص122)**

ولقد وصف أحد الآباء الاطفال الذين راقبهم كانر (kanner) ابنه قائلا يبدو مقتنع بذاته لا يظهر انفعالات عندما يؤنب لا يلاحظ حقيقة ان اي شخص يأتي او يذهب ،لا يبدو سعيدا برؤية والده او امه او زميله باللعب يبدوا انه منسحب ومتوقع على نفسه. **(الزريقات ،2011،ص36)**

كما يشر كوجال وكوفرت 1972(kogal and kovert) ان التوحد يشير الى ظهور مؤشرات الانسحاب الاجتماعي وعدم القدرة على اقامة علاقات اجتماعية متكافئة بالإضافة الى الاضطرابات في اللغة والقدرات الادراكية و المعرفية وانخفاض القدرة على فهم التعليمات اللفظية .

(طارق ،2008،ص17)

اما سميث 2001 (Smith) فانه يلخص اعراض التوحد على النحو التالي :

*اعاقة التفاعلات الاجتماعية التبادلية:

-لا يطور مودة وصداقة للآباء وأعضاء الاسرة.

- نادر ما يلاحظ الانفعالات مثل العطف والغضب .

- الميل الى استعمال الاشارات غير اللفظية مثل (الابتسام ،الايماءات ،التواصل الجسمي)

1.4. قدرات تواصل ضعيفة :

-اللغة الوظيفية غير مكتسبة بشكل كامل .

-محتوى اللغة غالبا غير مرتبط باللغة الفورية .

-سلوك نطقي نمطي و تكراري.

-لا يحافظ على المحادثة .

- المحادثات التلقائية نادرا ما يبداها.

-يمتاز الكلام بأنه لا معنى له تكراري.

-عكس الضمائر.

2.4. الاصرار على التماثيل :

- التضايق الواضح عند تغيير البيئة مظاهر الروتين اليومي يصبح طقوسيا

-ظهور سلوك تكراري.

-سلوكات نمطية مثل (التأرجح و التلويح باليد) صعب ايقافها.

-انماط السلوك غير اعتيادية.

-اعتداء على الاخرين.

-سلوك الذات مثل الضرب و الغضب .

-ظهور مخاوف اجتماعية اتجاه الغرباء والمواقف غير الاعتيادية والبيئات الجديدة.

-تؤدي الازعاجات العالية الى ردود فعل الخوف .

-ان اعراض التوحد قد تتباين من البسيط الى الشديد لان هذه الاضطراب يمس كل جوانب نمو الشخصية للطفل ومنها الجانب الجسمي و الحركي والعقلي وكذا الاجتماعي من حيث الاتصال و السلوك عامة ما يعيقه عن الحياة الطبيعية والتكيف مع مختلف ظروف الحياة.

3.4. الأعراض المرضية :

-وزن الطفل وملامحه طبيعية عند الولادة.

-تأخر في اكتساب المهارات الفكرية والحركية ،مع عدم فقد أي مهارة مكتسبة صعوبة في الرضاعة مع كثرة التقيؤ.

-تظهر الملامح الجسدية والسلوكيات المرضية ما بين الثالثة والسادسة من العمر.

-تأخر اللغة والتخاطب مع ضعف التواصل .

-نوبات إفراط في الضحك- لذلك سمي الدمية الضاحكة.

-نوبات الصرع-طريقة خاصة في المشي.

4.4. الصفات الجسمية :

-ملامحه طبيعية عند الولادة.

-صخر حجم الرأس بعد عمر السنتين.

-العينان حدتان .

-فم واسع مبتسم.

-سيلان اللعاب ،خروج اللسان.

-لتوء الأسنان وحول.

-في مرحلة الشباب يستطيل الوجه وتصبح الصفات أكثر وضوحا.

-حساسية من ارتفاع حرارة الجو، نوبات إفراط في الضحك-نوبات متكررة ومفرطة، سرعة الاستثارة، تصفيق باليدين، فرط الحركة، نوبات الصرع، تظهر النوبات الصرعية في الطفولة المبكرة -السنة الثالثة -وعادة ما تختفي عند البلوغ. **(عامر ،2008،ص49)**

5.أسباب التوحد :

تعددت الدراسات التي تحاول معرفة الاسباب المؤدية للتوحد، ولكن الان لم تتوفر اي من الابحاث التي تيقنت بوجود سبب اساسي يؤدي للتوحدية ولكن الكثير من الدراسات الحديثة اوضحت انه لا دور للوالدين كسبب للتوحدية وهذا كما قيل في البداية اكتشاف الاضطراب التوحدي الى:

1.5. اسباب جينية و وراثية :

توصلت بعض الدراسات إلى أن هناك ارتباط بين اضطراب التوحد وشذوذ الكروموزمات مثل دراسة زونالي وداجت التي أشارت إلى أن هناك ارتباط بين هذا الاضطراب وبين كرومزوم يسمى كروموزوم أكس الهش ،وهذا كرومزوم مسئول عند حدوث خلل في الناحية العقلية حيث يؤدي إلى التخلف العقلي ،وهذا الكروموزوم يخل بنسبة 16:5 مئة بالمائة في كل الحالات ،وقد يوضح هذا الارتباط زيادة عدد الأولاد عن البنات في الإصابة التوحد.

كما تؤكد دراسة هورولد وبينجامين أن التوحد يرجع إلى عوامل جينية ،حيث لوحظ أن 4:2 مئة بالمائة من أشقاء الأطفال التوحديين يصابون بهذه الإعاقة بمعدل 50 مرة أكثر من عامة الناس ،وأن معدل حدوث التوحد في التوأم المتماثلة يحدث بمعدل يساوي الصفر. **(الزغبي،2015،ص26)**

الاضطرابات الجينية يمكن وراثتها من الوالدين ،لان احدهما او كليهما يحمل الجينية المسؤولة عن ذلك الاضطراب ،ولكن في احيان اخرى قد تحدث اضطرابات جينية لا يحمل جيناتها اي من الوالدين ،ولكنها

تحدث نتيجة لوقوع اضطراب ما اثناء عملية الازدواج بين كروموسومات الاب والام، الامر الذي قد يؤدي اما الى زيادة في عدد الكروموسومات او نقصها،او ان يقلب بعضها، او ان تحذف اجزاء منها .ويؤدي هذا الخلل الى حدوث عدد كبير من الاضطرابات المختلفة تبعا للكروموسوم ،او النتيجة المصابة، وعليه فان الاضطرابات الجينية ليست بالضرورة اضطرابات وراثية. **(الشامي ،2004،ص124)**

إصابات في الجهاز العصبي المركزي خلال و أثناء الولادة وبعدها :

خلال فترة الحمل ،قد تؤدي أية اصابة تعطل تطور نمو الدماغ السوي إلى نتائج على حواس الطفل كما تؤثر على اللغة والأداء العقلي والاجتماعي بشكل يستمر مدى الحياة ،وتشمل هذه الإصابات مرض الأم خلال الحمل ومواجهة مشكلات أثناء الولادة مثل نقص وصول الأكسجين إلى الطفل ،التهاب الدماغ ،وقد كشف بولتون ،عن احتمال ازدياد حالات الشذوذ الوراثية بسبب حدوث مضاعفات قبل الولادة وأثناءها وبعدها ،كما أن هناك احتمال لأن يعاني الأطفال ذوي حالات التوحد ممن لديهم قابلية وراثية أكبر من مشكلات قبل الولادة وأثناءها مما يوحي بأن مضاعفات الولادة هي نتيجة للتوحد وليست مسببا له.**(الأمام، الجوالد ، 2010 ،95 ص96)**

2.5. الأسباب العقلية :

لقد أجريت الأبحاث المكثفة من أجل اكتشاف الكيفية التي يختلف فيها دماغ الفرد الذي يعاني من التوحد عن دماغ نظيرة الفرد العادي ،وكانت النتائج واسعة النطاق ،ولقد تم تحديد شذوذا لدى أفراد مختلفين يعانون من التوحد في أقسام مختلفة من الدماغ ،وعلى الرغم من إجراء كثير من الدراسات فإنه لم يتم العثور على شذوذ محدد يتعلق بالتوحد وحتى الآن ويرى أصحاب وجهة النظر هذه كما فرث (2003) أن التوحد سببه الإصابة بمرض الفصام ،الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة. **(سهيل ، 2015، ص70)**

3.5. أسباب ادراكية وعقلية:

يرى اصحاب وجهة النظر هذه ،ان التوحد سببه اضطراب ادراكي نمائي، حيث اشارت بعض الدراسات ان اطفال التوحد لديهم انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة، والتي ترجع بدورها الى انخفاض قدرتهم على الادراك فضلا عن اضطرابات النطق و اللغة ،حيث وجدت الباحثة 1987leslie ان المشكلة الرئيسة لاطفال التوحد هي افتقارهم للقدرة على فهم الناس ،وفهم انفسهم ،وانهم ليس لديهم عالم حسي، فضلا عن افتقارهم للجانب الاجتماعي والتواصل مع الاخرين، وان لديهم مشاكل في الجانب المعرفي والاجتماعي . **(الجلبي،2005، ص50)**

5.5. أسباب نفسية :

يرى أصحاب هذا الإتجاه أن الظروف النفسية غير ملائمة هي السبب في ذلك وقد أشار . (kanner. في نظرية البرود والنفور العاطفي من قبل الآباء بأنهم يميلون إلى عدم إظهار العاطفة وأنهم رافضون وسلبيون إتجاه أطفالهم وباردون عاطفيا في إظهار التفاعل بينهم وبين أطفالهم بصورة لا تسمح لطفل بلإتصال مع والديه بأي شكل من الأشكال ،كما أن فشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل والأبوية قد يكون أحد أسباب إضطراب التوحد . **(مثقال قاسم ،2000، ص25)**

5.5. العوامل العصبية والتشريحية :

لقد دعمت الأدلة العلمية افتراض أن التوحد ماهو إلا نتيجة عيوب في الجهاز العصبي المركزي ،فمعظم الخصائص التي تميز الطفل اتوحدي (مثل اعاقة تطور اللغة ،والسلوك االحركي الشاذ ، والخمول ،ومستوى الاستجابة و الحركة للمثيرات السمعية والبصرية) تكون مرتبطة بوظيفة الجهاز العصبي المركزي ،بالإضافة إلى أن الفحوصات الطبية تظهر بعض الحركات الشاذة أحيانا مثل :سيلان اللعاب ،والنشاط الزائد ،وقد أشارت الدراسات الى ثلاثة أرباع الأطفال المصابين بالتوحد يظهرون هذه الإشارات العصبية . **(المغلوث ،2006،ص 58-57)**

كما أن الدراسات الحديثة لصورة الرنين المغناطيسي التي تقارن بين الأشخاص التوحديين والعاديين ‘وجدت بأن الحجم الكلي للمخ متزايدة لدى المصابين بالتوحد ،وقد ظهرت هذه الزيادة في كل من الفصوص :القفوي ،الجداري و الصدغي .ولم توجد فروق في الفصوص الأمامية. وعلى الرغم من ان اسباب غير معروفة ،فإنه من الممكن ان يظهر ازدياد أنسجة المخ الغير عصبية مثل : الخلايا الجليالية cells Glial أو الأوعية الدموية ، وبالرغم من أن هذه البيانات لم يتم التعرف عليها بصورة دقيقة بإعتبارها عجز تشريحي لدى التوحديين ، فإن الفص الصدغي يعتبر منطقة حرجة من شذوذ المخ بالنسبة لإضطراب التوحد . **(خطاب ، 2009،ص 45-46)**

6.5. أسباب كميائية:

اكدت عدة بحوث يذكرها كامبل وشاي Camble &Shay وجود عوامل كيميائية عصبية تلعب دورا كبيرا في حدوث التوحد ،وان كان العلماء غير متاكدين من كيفية حدوثه، مع اهمية و دور الاسباب الاخرى ،فالكمياء الحيوية تلعب دورا مهما في عمل الجسم البشري ،وخصوصا في حالات التوحد ،ومن بينها بحث اجري في السويد وتبني ان درجة تركيز حمض الهرموفانيلك اكثر ارتفاعا في السائل المخي المنتشر بين انسجة المخ والنخاع الشوكي في حالات التوحد منه بين الاطفال العاديين ،كما لوحظت في

دم 40% من الاطفال التوحديين ،وعندما امكن خفض هذا التركيز باستخدام عقار فينفلا رمين لوحظ تحسن وانخفاض في بعض الاعراض لدى هؤلاء الاطفال ،كما لوحظ تحسن في الاداء اللغوي.

(الزارع،2004،ص30)

7.5.أسباب ما قبل الولادة واثنائها:

أشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب ان الاضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة قد تكون قد تكون احدى الاسباب التي تؤدي الى حالات التوحد وحسب "أسامة محمد البطانية" واخرون فان العوامل التي تساهم في الاصابة بالتوحد هي :الإلتهابات الفيروسية:

-**الحصبة الألمانية:** وهو التهاب يصيب الحنين داخل رحم الام.

-**تضخم الخلايا الفيروسية:** وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الام.

-**الإلتهاب الدماغي الفيروسي** :وهو التهاب دماغي فيروسي يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة.

(الإمام وآخرون 2010،ص95،96)

1.7.5.إضطرابات عمليات الأيض(Nlabali)تتمثل في :

-حالات شذوذ أيض البيورين:

وهو خلل في الأنزيمات يؤدي الى إعاقات في النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية توحدية.

-حالات شذوذ أيض الكربوهيدرات:

وهو خلل في قدرة الجسم على إمتصاص العناصر النشوية الموجودة في الطعام.

-نظرية الحامض الأميني بتياید:

في هذه النظرية تفترض ان التوحد نتيجة وجود الحامض الاميني بتياید الخارجي المنشأ (من الغذاء)الذي يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي ،وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر او من خلال التأثير على ذلك الموجودة و الفاعلة في الجهاز العصبي ،مما يؤدي الى ان تكون العمليات الداخلة مضطربة. **(احمد يحي،2003،ص595)**

6.النظريات المفسرة للتوحد :

تتعدد النظريات المفسرة للأسباب الرئيسة للإصابة بالتوحد والتي تتمثل فيما يلي :

1.6. النظرية السيكوديناميةة:

يرجع اصحاب هذه النظرية اسباب التوحد الى عوامل نفسية، فعدم دراية الابوين واهمالهم لأولادهم وعدم العناية بتربيتهم تؤدي الى اضطراب نفسي شديد وبالتالي الاصابة بالتوحد، ومن المؤيدين لهذا التفسير

الطبيب النفسي ليوكانر (leo kanner) الذي يعود له الفضل الكبير في اكتشاف اعاقة التوحد، اذ يرى ان التوحد الطفولي هو ناتج بشكل اساسي عن عوامل نفسية ،منها اتجاهات الاباء ومعاملتهم لأطفالهم وان الاطفال التوحديين كانوا معرضين منذ البداية الى البرود الابوي والاستحواذي ،ونوع الي من الاهتمام بالاحتياجات المادية فقط . **(فاروق واخرون،2011،ص56)**

كما نجد هذه النظرية تركز على بعض النقاط التالية:

قد تستعمل الام طفلها لملا فراغها ،وتعتبره شيئا تملكه وموجود لها لا لنفسه .

رابطة التعلق بين الاطفال التوحديين ووالديهم تكون معطلة او معوقة.

-خوف الطفل وانسحابه من الجو الاسري، وانعزاله بعيدا عنها وانطوائه على نفسه.

-تعرض الطفل للحرمان الشديد داخل الاسرة.

تدني العلاقة العاطفية بين الطفل وأسرته، وشعور بفراغ وعاطفي مما يشجعه على الانغلاق على نفسه، وعزلته عمن حوله. **(فاروق واخرون،2011،ص56)**

2.6. نظرية العقل:

قدمت هذه النظرية على يد العالم الالماني "بارون كوهيني " وزملاءه عام 1985،في بحث مفاده (هل يمتلك الطفل التوحدي نظرية العقل)،وقدره نظرية العقل قدرة تمكن الطفل من التمثيل والمعالجة الواقعية لمعتقدات وافكار ورغبات ومشاعر الاخرين ،التي تختلف عن حالته العقلية الخاصة فتسمح هذه القدرة على عزو الحالات العقلية للأخرين وبنفس الوقت تساعده هذه القدرة على الوعي بنفسه، وهذه القدرة لا تتم الا من خلال ما يسمى بمعرفة التمثيلات(meta representation)، والتي تعرف بالقدرة على تصور التمثيلات العقلية، مثل المعتقدات والرغبات والمقاصد. وهذه القدرة ضرورية لنظرية العقل ،لأنها تتطلب التمثيل الالي للأشخاص والاحداث ،وتعرف المعتقدات المختلفة لما قد يحمله الافراد المختلفون في العالم .

لقد اثبتت "نظرية العقل" بان التوحديين تنقصهم القدرة على فهم الدور الذي تلعبه الحالات العقلية عند الاخرين ،كما تنبأت هذه النظرية بوجود ركيزة دماغية مسؤولة عن تصور الحالات العقلية.

(صالح، 2012، ص60-61)

3.6. النظرية البيولوجية :

ترى هذه النظرية ان التوحد يحدث نتيجة لعوامل بيولوجية تؤدي خلل في أحد أو بعض أجزاء المخ ،فالإصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية كما أن إنتشار التوحد في جميع المجتمعات ينفي تأثير العوامل النفسية والإجتماعية.

من وجهة نظر النظرية البيولوجية نجد أن التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث ، ومن حيث الإعاقات المصاحبة للتوحد فإنها تتمثل في الإعاقة العقلية والصرع و الأعراض العصبية وصعوبات اثناء الحمل ومشكلات اثناء الولادة ومن حيث الارتباط بين التوحد وحالات أخرى نجد أن هناك: حالات وراثية (جينية)،وحالات ايضية والتهابات فيروسية.

(البطانية وآخرون 2007،ص591،590)

4.6. نظرية الأم الثلاجة:

شاعت هذه النظرية في فترت الستينات والسبعينات من القرن العشرين ،من قبل العالم برونو تبلهيم (Bruno Bettelheim) ترى هذه النظرية أن سبب التوحد هو اهمال الاباء او افتقارها للأسس التربوية الصحيحة في تنشئتهم حيث يكون الآباء هم المتسببين بنشوء التوحد ، وذلك من منطلق أن الطفل المتوحد يتمتع بمستوى ذكاء طبيعي ،ولكنه إنسحب من الإتصال الإجتماعي بسبب إحداث مؤلمة حدثت في البيئة من حوله ،أو عتمت البيئة بالعزلة الاجتماعية، وخاصة إفتقار المتوحد للرعاية الدافئة من أحد أوكلا الوالدين ،هذه النظرية لم تلقى أي دعم في تفسير سبب الإصابة، بسبب سطحية الرعاية الكافية، ولم يتعرضوا لإصابة التوحد ،فقد يسبب إهمال الرعاية للأطفال بمجموعة من المشكلات النفسية ،ولكنه لا يصل الى حد الإصابة باضطراب التوحد. **(صالح ،2012،ص58-59)**

5.6. نظرية الاحتلال الوظيفي :

تتمثل هذه النظرية في أن كل جزء من الدماغ له خاصية وعمل معين ،فقشرة الدماغ تتكون من جزأين الأيمن والأيسر وكل فاعلية لها موقعها الخاص فيهما، إحدى قشرتي الدماغ عادة ما تكون المسيطرة وفيهما مركز القدرات اللغوية، ويقع مركز الوقت في الجزء الصدغي، ويعتبر الجزء الحيزي مركز لتحديد المكان والإدراك الحسي وقد لوحظ أنه مع الزيادة في العمر زيادة في القدرات والتركيز في الدماغ ،لكن في حالة التوحد هناك نظرية الإختلال الوظيفي لمراكز التحكم في المخ حيث يعمل في نصفي قشرة المخ بطريقة غير طبيعية فيكون هناك بعض الفعاليات تعمل في النصف المعاكس مما يؤدي الى فوضى وتشويش في عمل المراكز الحسية. **(البطانية وآخرون2007،ص591-592)**

7. تشخيص التوحد :

كيف يتم تشخيص التوحد : و لعل هذا الأمر يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيدا ،وخاصة في الدول العربية ،حيث يقل عدد الأشخاص المهيئين بطريقة علمية لتشخيص التوحد ،مما يؤدي إلى وجود خطاء في التشخيص ،أو إلى التجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل ،مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة .

حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل ،ومهارات التواصل لديه ،ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور ، ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثير من السلوك التوحد يوجد كذلك في اضطرابات أخرى. **(علي كامل ،2003،ص8)**

ووضع كانر مجموعة من المعايير والمحكات الأساسية التي تشخص حالات التوحد على 1943-1970 ثم لخصها في كتابه الشهير دهان الطفولة 1973 و هي كالتالي :

سلوك انسحابي انطوائي شديد و عزوف عن الإتصال بالآخرين.

2-التمسك الشديد بمقاومة أي تغيير في بيئة الفيزيائية المحيطة به من حيث المأكل ،والملبس ،وترتيب الأثاث ، وروتين الحياة اليومية .

3-يفضل التعلق والإرتباط بالأشياء والتعاطف معها خلال فترة من (14-18) شهرا من العمل أكثر الإرتباط بالناس جميعا ومنهم أبوه وإخوته .

4-عدم القدرة على الكلام ويظهر كأنه أصم وأبكم أو يتكلم بلغة مجازية أو همهمة غير مفهومة لاجدوى منها في تحقيق الإتصال بالآخرين .

5-عدم ظهور الهلوسات و الهذاءات في سلوكه ،كما أنه يتمتع بصحة جيدة .

6-رغم كل جوانب القصور التي تميز الطفل التوحدي ،فإنه أحيانا يأتي ببعض الأعمال التي تتم عن قدرات غير عادية كأن يقوم بعملية حسابية معقدة أو يبدي مهارة في الرسم والموسيقى أو الغناء بشكل طفرات فجائية ،أو يتذكر خبرة قديمة حتى ولو كانت بلغة أجنبية لا يتقنها.

(نوري القمش، 2011،ص105)

1.7. تشخيص التوحد وفقا (DSM – TV- TR) :

أولا : يجب توفر ستة أو أكثر من العناصر الواردة في البنود (1)(2)(3) على أن يتضمن على الأقل عنصرين من (1) ،وعنصرا على الأقل من البندين (2)(3) وألا تقل مجموعة العناصر عن ستة .

1-قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي كما يتضح في اثنين على الأقل من التالي:

أ–عجز مميز أو واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل حملقة العين ،تعبيرات الوجه ايماءات لتنظيم أو توجيه التفاعل الاجتماعي .

ب–الفشل في نمو أو تطوير علاقات مع الأقران تكون مناسبة للمستوى النمائي .

ج–نقص في السعي التلقائي أو الإرادي لمشاركة الآخرين، الفرح والاهتمامات.

د–نقص في تبادل الاجتماعي أو الانفعالي.

2–قصور نوعي في التواصل الذي يتضح على الأقل في واحدة من التالي :

أ–التأخر أو القصور التام في نمو اللغة المنطوقة.

ب–قصور واضح في اللغة على المبادأة أو الاستمرار في المحادثة مع الآخرين.

ج–الاستخدام المتكرر والنمطي للغة، أو لغة بدائية.

د–نقص أو قصور إلى اللعب التلقائي أو التخيلي.

3–أنماط سلوكية نمطية متكررة ،واهتمامات وأنشطة محدودة تتبدى على الأقل في واحد من الآتي :

أ–الانشغال أو الانهماك في واحد أو أكثر من أنماط الاهتمامات النمطية المحددة والذي يكون شاذ سواء في الحدة أو التركيز.

ب–التقيد بأفعال روتينية نمطية وغير وظيفية.

ج–اللازمات الحركية المتكررة والنمطية(مثل رفرفة اليدين أو تدويرها او حركات بدنية معقدة).

د–الانهماك أو الانشغال المثابر أو المستمر بأجزاء الأشياء .**(DSM TV TR، 1994 ,p43)**

2.7 التشخيص الفارقي :

بسبب تشابك وتعقد الصور الإكلينيكية للتوحد نتيجة لارتباطه باضطراب نمائية أخرى ومصاحبته أحيانا بأمراض وإعاقات أخرى فانه يلزم تميز اضطراب التوحد عن الاضطرابات المرتبطة و الأمراض المصاحبة على النحو التالي :

1.2.7. التخلف العقلي :يعرض "عثمان فراج" لبعض مؤشرات التي تسهل عملية التشخيص الفارقي والتميز بين إعاقة التوحد وإعاقة التخلف العقلي والتي يمكن تسجيلها من تجارب الملاحظة الموضوعية المقننة لأفراد الإعاقتين ،ومن هذه المؤشرات تميز الطفل التخلف العقلي بنزعة إلى التقرب والارتباط بوالديه والتواصل معهما ومع الكبار وغيره من الأقران وهي سمة غائبة تماما في حالة طفل التوحد. وتعلب التحاليل والفحوص الطبية والوراثية دورا هاما في التشخيص الفارقي للتميز بين حالات التوحد وحالات التخلف العقلي.

2.2.7. اضطراب ريت يشخص اضطراب الريت عادة عند الاناث فقط بينما يحدث اضطراب التوحد بدرجة أكثر عند الذكور، يتميز اضطراب الريت أنه بعد خمسة أشهر من النمو الطبيعي للطفل يحدث التدهور لجوانب من النمو منها نقص في سرعة نمو الرأس وفقد مهارات استخدام الأيدي التي سبق أن تعلمها الطفل وفقد مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي وتدهور في تناسق الجذع وقصور شديد في نمو القدرات التعبير اللغوي أو فهم كلام الآخرين.

3.2.7. اضطراب الإسبرجر : يمكن ظهور أعراض التوحد بعد الولادة بقليل أو قبل عمر سنتين فأن أعراض إسبرجر تظهر متأخر عند عمر 4 إلى 6 سنوات فان طفل الإسبرجر لا يتجنب الآخرين من الأقارب و الكبار كما يفعل طفل التوحد بل يقبل على التعامل معهم بنشاط يدور حول اهتمامه وحاجاته الشخصية التي تبدو غريبة مما يؤدي إلى ملل الآخرين في التحدث معهم ويوجد اختلاف بين طفل التوحد وطفل إسبرجر في درجة القصور أو الإعاقة فيعاني طفل التوحد من تأخر او توقف تام في نموه اللغوي وفي القدرة على التخاطب و الاتصال فإن الطفل الاسبرجر ولو أنه يعاني من صعوبة في تفهم كلام الآخرين وهي أقل وأخف برجة من حالات التوحد. **(محمود بدر، 2004،ص47-50)**

الخلاصة

شغل إضطراب التوحد و تفسيرات العلماء و الأطباء و المختصين في هذا المجال منذ ما يقارب المائة عام و لا يزال بحث مستمر حول هذا الإضطراب ، يوجد في كل منطقة في العام و في الأسر من كل الخلفيات العرقية والدينية والإقتصادية، فهو إضطراب لا يعرف حدود .

ومن خلال ما تناولنا في هذا الفصل لقد تم التطرق لمختلف جوانب إضطراب التوحد و التعرف أكثر على الطفل التوحدي ، وهذا ما يساعدنا على المضي في إنجاز الدراسة الميدانية.

الفصل الثالث : التكفل النفسي

تمهيد

1. تعريف التكفل النفسي
2. أهمية التكفل النفسي
3. أنواع التكفل النفسي
4. مراحل التكفل النفسي
5. دور الأخصائي النفسي في عملية التكفل النفسي بالأفراد من الفئات الخاصة
6. الصعوبات التي تعترض الأخصائي النفسي في عملية التكفل النفسي
7. الاستراتيجيات الواجب اتخاذها لمواجهة تلك الصعوبات
8. طرق التكفل النفسي بأطفال التوحد
9. الخلاصة

تمهيد :

إن المرضى العقلين عامة والتوحديين خاصة في مجتمعنا يعانون من الحرمان في شتى المجالات ،فهم يخضعون لنظرة خاصة من طرق المجتمع يغلب عليها طابع الخشية منهم والاحتقار والتهميش ولهذا خصصت لهم مراكز بيداغوجية لرعايتهم والتكفل بهم طبيا ونفسيا واجتماعيا .

يهدف علاجهم ومساعدتهم في حل مشاكلهم واعادة دمجهم وتأهليهم نفسيا واجتماعيا .

1.تعريف التكفل النفسي :

لغة : كفل ، يكفل ، تكفيلا ، أو كفالة فلان في حالة واتفق عليه وقام بأمور وحافظ عليها .

(المعيري ،1984،ص210)

اصطلاحا: يمكن أن يعتبر التكفل وظيفة ذات طابع تعديلي يسعى إلى تعديل السلوك وفقا للمعايير ،أي هي عملية لفهم إمكانيات الفرد استعداداته واستخدامها في حل مشكلاته ،ووضع خطط لحياته من خلال فهمه لواقعه وحاضره ،ومساعدته في تحقيق أكبر قدر من السعادة والكفاية وتحقيق ذاته وصولا إلى درجة التوافق .**(كامل ،2000،ص7).**

- كما جاء في تعريف آخر على أنه عبارة عن علاقة إنسانية أو علاقة علاجية بين شخصين أحدهما يحتاج المساعدة بغية حل المشكلات التي تروقه أو عبور أزماته التي يعاني منها يسمى هذا الشخص مفحوص والشخص الآخر فيقدم هذه المساعدة على أسس علمية ومهنية مدروسة ويسمى بالعلاج النفسي **(بن فاضل ،2012،ص77)**

- ويعرفها أيضا **رابح تركي** على أنها فعل المسؤولية اتجاه الآخرين بحيث يضمن رعاية كافية للطفل المعاق مبنية على برامج متنوعة تكتسب صبغة بيداغوجية ،فعملية التكفل تترجم في شكل تقدم مساعدة لتجاوز الصعوبات الصحية ، النفسية ،الاجتماعية التي قد يواجهها الطفل والتي تنقص من امكانية التكيف الاجتماعي وذلك بتقدم خدمات ورعاية اجتماعية وتربوية خاصة.

- **(كمال عبده ،1999، ص102)**

2.أهمية التكفل النفسي :

- ضرورة إنسانية وأخلاقية ودينية .

- ضرورة إجتماعية تتمثل في صيانة الأسرة وحمايتها وتدعيمها والمحافظة على العلاقات الإجتماعية الإيجابية بين الناس وحماية المرضى وأولادهم من خطر التشرد والضياع .

- دواعي سياسية ، تتمثل في ضرورة حفاظ المجتمع على الفكر الإيديولوجي المطلوب وتربية أبناء المجتمع على القيم والمبادئ والأفكار والنظريات الموالية للمجتمع ، والتي تحافظ على المجتمع وحدته وتماسكه ، وبالتالي تحميه من عوامل التمزق والتفكك الإجتماعي والنفسي .

- ظروف العصر التي تتسم بالقلق والغلاء الفاحش والبطالة والجريمة وتتغير أنماطها وخاصة جرائم الأقارب والسطو المسلح والاغتصاب . **(درويش ،1997،ص190)**

- العلاقة الوطيدة بين الادمان والجريمة .

- ازدياد مشاكل الأسرة وتفاقمها ،وضعف سلطانها ورقابتها وقدرتها في توجيه أبنائها مما يؤدي إلى الانحراف.
- أهمية العقل في ضبط سلوك الفرد وترشيده وتصويبه وتوجيهه . **(العيسوي ،1997،ص23)**

3.أنواع التكفل النفسي :

ينقسم التكفل النفسي إلى أنواع عديدة أهمها :

1.3. من الناحية الطبية :وهو إعادة الفرد إلى أعلى مستوى ممكن من الناحية البدنية والعقلية ،وذلك عن طريق استخدام المهارات الطبية للتقليل من المعاناة أو ازالتها إن أمكن وتتضمن خدمات التكفل الطبي ما يلي :

- العمليات الجراحية التي تساعد الفرد في أن يستعيد قدراته الفزيولوجية (الجسدية) والعلاج بالأدوية والعقاقير ،واستعمال الأجهزة المساعدة ، وذلك للتقليل من أثر الإعاقة مثل السماعات ، النظارات الطبية.

2.3. من الناحية الاجتماعية والنفسية : وهو إعادة الفرد إلى أعلى مستوى ممكن من الناحية الإجتماعية والنفسية ، وذلك عن طريق إستخدام الطرق التالية :

- يوجد هناك علاج نفسي ويتم ذلك بالجلسات الإرشادية والنفسية والتي تهدف إلى تقليل المشكلة ومحاولة الوصول إلى حل يشارك فيه الفرد بأقصى قدر ممكن ، أيضا الارشاد النفسي يهدف إلى حل المشاكل الشخصية الأقل حدة ،كذلك الارشاد الأسري وهو الذي يهدف إلى مساعدة الأهل في تربية ابنهم العاق .

3.3. من الناحية الأكاديمية : وهو تعليم المعاقين أكاديميا حسب قدراتهم ودرجة اعاقتهم الجسمية والعقلية وتزويدهم بالمهارات الأكاديمية اللازمة ، والتي تفيدهم في حياتهم العلمية ، كإجادة القراءة والكتابة والحساب أو النشاطات اليومية ،ويتم تلقين هذه المهارات في مراكز خاصة بالمعاقين ،في صفوف خاصة بالمعاقين ضمن الصفوف العادية . **(السيد عبيد ،2000،ص21)**

4. مراحل التكفل النفسي :

للتكفل النفسي مراحل أساسية وهي :

1.4. الفحص : تعريفه : يعتبر الفحص الدقيق حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح ،ويجب أن تكون عملية الفحص واضحة تماما لدى المعالج ،من حيث أهميتها ، هدفها ، شروطها ومصادر المعلومات كالبيانات وخطوات الفحص . **(زهران ،1997،ص 157)**

ونقصد بالفحص مجموع الخطوات التقنية المؤدية إلى تحديد مدى توازن الشخصية ومدى الخلل الطارئ على هذا التوازن .

ويمكن القول كذلك أنه مجموعة الخطوات التي تستطيع أن تساعد على تحديد خمسة متغيرات في شخصية الفحوص وهي :

- التعرف على إضطرابات الشخصية في حال وجودها .
- تحديد هذه الإضطرابات وتصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية .
- تحديد منشأ هذه الإضطرابات .
- فهم أبعاد الشخصية ومدى نضجها .
- مقارنة التناسب بين الشخصية والعمر الزمني للمفحوص .

إن الفحص النفسي إذا ما استطاع أن يساعدنا على تحديد هذه المتغيرات فإنه يكون بذلك قد ساعدنا على التشخيص الموضوعي للإضطراب النفسي أو العقلي الذي يعاني منه المفحوص .

وبهذا نقصد بالفحص النفسي ذلك الفحص المتكامل الذي لا يقتصر على بعد من أبعاد الشخصية مهملا بقية أبعادها .

ويعتبر الباحثان **Robbim &Stern** الفحص النفسي :" يعني أن يتعلم الفاحص متى يسكت ،متى يتدخل ، ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه ،كما يجب على الفاحص أن يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وأن يتدرب على التحكم بمجرى الفحص . **(النابلسي ،1981،ص 111)**

الهدف منه : يكمن هدف الفحص في فهم شخصية المريض ديناميا وظيفيا ،والوقوف على نواحي قوته وضعفه ، وتحديد اضطرابات الشخصية التي تؤثر في سعادته وهنائه وتوافقه النفسي والاجتماعي ، وعلاقته بالآخرين خاصة الأقرب إليه ،وفهم حياته الحاضرة والماضية وعلاقتها بمشكلاته ومرضه.

(زهران ،1997،ص 159)

2.4. التشخيص : تعريفه : كلمة التشخيص جاءت من أصل إغريقي يعني الفهم الكامل وهو يتطلب خطوات معينة تشمل على : الملاحظة والوصف ، تحديد الأسباب ، التصنيف والتحليل الدينامي بقصد التوصل إلى افتراض دقيق عن طبيعة وأساس مشكلة المريض ، فالتشخيص هو تقويم شخصية العميل (قدراته ،انجازاته ، سمات التي تساعد على فهم مشكلاته). **(كامل ، 1977،ص 47)**

وفي علم النفس الاكلينيكي : التشخيص يعني تقييم خصائص الفرد من حيث قدراته وسماته وأعراضه المرضية ودرجة حدتها مبينا الأسباب المباشرة لنشأتها بغية الوقوف على حقيقة المشكلة التي يعاني منها المريض ،واخضاعه لبرنامج علاجي مناسب لحالته . **(الخالدي ،2006،ص 30)**

إذ هو عملية هامة في العلاج النفسي ويعني السبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض ، وتتضمن عملية التشخيص التعرف على ديناميات شخصية المريض وأسباب وأعراض مرضه . **(زهران ،1997،ص 172)**

فالتشخيص بالتالي نقصد به فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب ، ثم تجميع المعلومات والملاحظات في صورة متكاملة وبالتالي تحديد نوع المرض وتقديم العلاج المناسب .

هدفه: تتمثل الأهداف العامة للتشخيص الاكلينيكي في :

- تحديد العوامل المسببة للاضطراب .
- التمييز بين الاضطراب العضوي والوظيفي .
- تقدير عمق وشدة درجة الاضطراب .
- التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب .
- تحديد طريقة العلاج التي تناسب الاضطراب . **(كامل ،1977،ص 48)**

5. دور الأخصائي النفسي في عملية التكفل النفسي بالأفراد من الفئات الخاصة :

قبل التطرق إلى هذا الدور الحساس والمهم وجب التعرف على المشكلات التي يواجهها الأفراد من الفئات الخاصة للاندماج داخل البيئة الأسرية والإجتماعية على المستوى التوافقي :سواءا مع الذات أو مع المحيط مما يشعرهم بالاكتئاب ، الدونية ،احتقار الذات ، الانطواء والعزلة ولذا وجب على الأخصائي النفسي لمس عدة جوانب لتحقيق التوافق النفسي المناسب لهؤلاء الأفراد .

1.5. إتجاه الأسرة : كما ذكر سابقا الكثير من الآباء يواجهون صعوبة كبيرة في تقبل حالة ابنهم فإما أن تتميز هذه الاتجاهات بالرفض فينجم عنها الاهمال أو القبول فينجم عنها الرعاية المفرطة والتي تخلف

لهذا الابن التبعية والخوف من الوحدة لذلك لابد من تصحيح نظرة الآباء ولابد من التعامل والتعايش معه بتعلم أساليب التربية الخاصة ولابد من المساهمة في تنمية شعور ابنهم بتقدير لذاته ورضاه عن نفسه فيندمج معهم ويحاول تقليدهم والاتيان بالسلوك السوي وكذا ضرورة معرفة كيفية التعامل معه بكل مسؤولية ووعي وتقبل .

2.5.إتجاه المؤطرين البيداغوجيين: فالفرد يحتاج إلى تعلم كيفية استخدام حواسه الجسمية وبحاجة إلى غرس المبادئ والعادات الضرورية لتنشئته تنشئة سليمة ،ضرورة اعداد وتدريب هؤلاء المؤطرين وتلقينهم التقنيات والأساليب التربوية المناسبة التي يتعاملون بها مع هذه الفئة .

3.5. إتجاه الفرد في حد ذاته :

- تصحيح أفكار واتجاهاته نحو ذاته .
- علاج حالات سوء التوافق مع الوسط الأسري والمدرسي .
- تهيئة لتعلم وتلقي السلوكيات المختلفة التي تمكنه من العثور على التوازن والتوافق الذاتي والبيئي
- مساعدته على تقييم قدراته .
- مساعدته على دمجه في الحياة العملية .

وهنا يقودنا الحديث إلى التأهيل المهني للفئات الخاصة والذي يعتبر هدفا من أهداف التكفل النفسي ووجها من أوجه هذا التكفل ويحمل مفهوم التأهيل الكثير من المعاني وهو يشمل التأهيل الطبي والمهني الاجتماعي والنفسي وقد عرفه المجلس الوطني للتأهيل في أمريكا على أنه "استعادة الشخص من الفئات الخاصة إلى كامل قدرته على الاستفادة من قدراته الجسمية والعقلية والاجتماعية و المهنية و الاقتصادية ". **(قبايلي صبرينة ، دس ، ص 11)**

6. الصعوبات التي تعترض الأخصائي النفسي في عملية التكفل النفسي :

لقد اهتمت بعض الدراسات مثل (دراسة خالد بن يوسف برقاوي ودراسة مصطفى أحمد تركي ودراسة حسن ،1998)،بالصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي في عملية التكفل النفسي سواء كانت مهنية أو ذاتية متعلقة بأدائهم أو صعوبات مهنية متعلقة بالأطفال ، أو صعوبات تتعلق بأسرهم وسنحاول الوقوف عندها لما لها من تأثير سلبي على مردوده المهني ، وهذه الصعوبات تتفاوت في شدتها وحدتها واتساعها وتؤثر عمليا على شخصيته وتحد من فعاليته .

هذا وقد اختلفت تصنيفات الباحثين لتلك الصعوبات ففي دراسة أجراها حسن علي حسن بجمهورية مصر العربية حول الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي ،فقد صنفها إلى ثلاثة أنواع :صعوبات شخصية تتعلق بشخص الأخصائي ،وصعوبات طلابية تتعلق بالطلاب ،وصعوبات إدارية جاءت كالتالي: عدم وجود أدوات أو المقاييس النفسية وإن وجدت يلزم تدريب عملي عليها ، عدم وجود دورات تدريبية عملية وافية لهم وكيفية تقديم الخدمة النفسية ، حداثة ممارسة المهنة في المجال .

الدراسة النظرية غير كافية لممارسة الأخصائي والحاجة إلى ممارسة عملية ،عدم فهم الأخصائي لدوره نظرا لقلة التدريب ، وهذه الصعوبات كانت أكثر أهمية حيث كانت نسب الاستجابات فيها مرتفعة .

أما الصعوبات الإدارية فقد التي يواجهها الأخصائي النفسي فقد حددها الباحث في العناصر التالية:

- عدم وجود حجرة خاصة بالأخصائي النفسي لا يتيح الخصوص والسرية .
- عدم توفر المقاييس والأدوات اللازمة لجمع البيانات وتشخيص المشكلات .
- السفر المتكرر يوميا من محافظة إلى أخرى .
- الإفتقار للإمكانيات التنظيمية والمكتبية اللازمة لممارسة العمل .
- عدم توفر الميزانية أو المصروفات اللازمة للقيام بأنشطة الخدمة النفسية .
- عدم وجود كادر وظيفي لهذه المهنة يضعف من تقدير الأخصائي النفسي .

وكانت هذه الصعوبات الأكثر أهمية بالنسبة له . **(تركي ، دس ،ص 17)**

ومن خلال الدراستين السابقتين يمكن التوصل إلى بعض الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي وبالنظر إلى الدراسة الاستطلاعية ، التي قمنا بها في ولايتنا فيمكن الاستنتاج أن الصعوبات فيما يلي :

1.6 صعوبات مادية :

- إن أهمها على الإطلاق هو عدم امتلاك الأخصائي النفسي لمكتب خاص يمارس فيه مهامه .
- عدم توافر الوسائل التي تساعد الأخصائي للقيام بدوره .
- عدم توفر الاختبارات والمقاييس المساعدة على التشخيص .
- عدم كفاية المردود المادي والتقدم الوظيفي للأخصائي النفسي .

2.6. صعوبات إدارية :

-تكاليف الأخصائي النفسي بأعمال ليست من اختصاصه كالقيام بأعمال إدارية إضافة إلى المتابعة النفسية .

- عدم وجود الدعم الاجتماعي والمساندة والتقدير للأخصائيين النفسيين من رؤسائهم .

- عدم تفهم مدراء المؤسسات التربوية التي يعمل بها الأخصائي النفسي لدوره داخل تلك المؤسسات وأهمية التكفل النفسي والمتابعة النفسية . **(الفرخ وآخرون ،1999 ،ص 186)**

- عدم وجود دورات تدريبية لتحسين المستوى .
- حداثة مهنة الأخصائي النفسي في وحدات الكشف والمتابعة .
- عدم وضوح الصنف المهني الذي ينتمي إليه الأخصائي النفسي .

3.6. الصعوبات المهنية :

هي التي تخص الأخصائي النفسي وأداته لمهامه ، ومنها :

- عدم امتلاكه للمهارة الكافية لإنجاح عمله .
- عدم محاولة إثبات دوره وتعريف الناس به .

عدم وجود خبرة تطبيقية في التشخيص ونقص التدريب الكافي على التشخيص .

(دابرسو ،العدد 11،2010)

- ضعف التكوين الذاتي (الشخصي) أو عدم توافر المهارات اللازمة للنجاح في عمله وهذا قد يؤدي به إلى الوصول لعدم الرضا الوظيفي بالإضافة التكوين الجامعي .

5.6. صعوبات علائقية :

من حيث الأسرة :

- عدم فهم دور الأخصائي النفسي مما يؤدي إلى تجاهله .
- عدم إيداء التعاون معه .
- عدم اهتمام الأسرة على السؤال على أبنائهم .
- عدم تقبل الأسر لنتائج التشخيص الخاصة بأبنائهم .

- ارتباط بعض المشكلات الأسرية بالمشكلات التي يعاني منها الطفل يصعب التعامل معها ومن وجهة أخرى تحفظ الأسر على الاعتراف بتلك المشكلات .
- عدم قناعة المجتمع بجدوى المتابعة النفسية .

بالإضافة إلى عدم إدراك المجتمع لدور الأخصائي النفسي لوحدات الكشف والمتابعة .

7. الإستراتيجيات الواجب اتخاذها لمواجهة تلك الصعوبات :

بعد عرضنا لأهم الصعوبات التي من شأنها أن تشكل عائقا أمام الأخصائي النفسي في قيامه بعمله والمهام المنوط بها ،فإن هذا يدفعنا إلى البحث عن أهم الاستراتيجيات التي من شأنها أن تساعد الأخصائي النفسي على تجاوز تلك الصعوبات ،ومن ثم تحقيق أهدافه من الخدمة النفسية في الوسط الذي يعمل فيه ،لعل أهم الاستراتيجيات التي توصل إليها الباحثين من خلال مختلف الدراسات السابقة التي اطلعتنا عليها ومن خلال دراستنا الميدانية هي كالتالي :

- إكتساب الأخصائي النفسي الخبرة العملية اللازمة والكافية لأدائه مهمته من خلال عقد دورات تدريبية وورش عمل بشكل فعال .
- ضرورة تعاون الجهاز الإداري في المدرسة مع الأخصائي النفسي وتفهم دوره وطبيعة عمله .

(حسن علي حسن ،1998،ص 7)

- ضرورة توفر الأخصائي النفسي على مكتب خاص به يمارس عمله .
- توفير الاختبارات والمقاييس التي تساعده في عملية التشخيص وكافة الوسائل المادية التي تسهل عليه عمله .

بالإضافة إلى تكوين في الجانب الإداري باعتبار أن الأخصائي قد يكون مؤهل لتقلد مناصب إدارية في المستقبل .

- إشراك الجامعة للأخصائيين النفسيين في الندوات والملتقيات العلمية للتبادل العلمي والاستفادة من الخبرات .
- تنظيم لقاءات وتكثيفها بين الممارسين السيكولوجيين لتبادل الخبرات ومناقشة أهم المشاكل والصعوبات التي يتلقونها وايجاد الحلول لها .
- تبادل الخبرات والتجارب من خلال تنظيم لقاءات وطنية ودولية بين مختلف الممارسين السيكولوجيين .
- تحسين الظروف المادية والمعنوية للأخصائيين النفسيين لضمان ممارسة هادفة وفعالة والرفع من صورة الذات للأخصائي النفسي وبالتالي تحقيق الهوية المهنية .

-مساهمة وسائل الاعلام الوطنية والمحلية في التعريف بدور الأخصائي النفسي وأهمية في جميع المجالات ومقدرته على مساعدة الأشخاص وبالتالي تحقيق ثقافة نفسية بالنسبة للمجتمع .

-الحرص على تكوين ذاتي من خلال المطالعة المستمرة والانترنت وبرامج التدريب والبحث العلمي للرفع من مستوى الممارسة السيكولوجية .

-خلق هيئة أو جهة وصية تهتم بشؤون وحقوق الأخصائي النفسي. **(دابرسو ، 2010، العدد 11)**

8.طرق التكفل النفسي بأطفال التوحد :

بعد الحصول على تشخيص كامل وشامل للفرد من الفئات الخاصة بفضل المقابلات الاكلينيكية والاختبارات المختلفة ،فإن الجهود تتجه مباشرة نحو اعداد برامج التكفل من أجل تأهيل الفرد وتوجيهه نحو الحياة المهنية :

1.8. اشتراك هذه الفئات في مختلف النشاطات الرياضية والفنية ،وذلك لأن هذه النشاطات :

-تساهم بشكل كبير في تحسين الكفاءة الحركية لديهم .

-تساهم في رفع مستوى تركيزهم وانتباههم ومقدرتهم على الاحساس والتصور والتذكر والتمييز الحركي والبصري ، مما يطور استعداداتهم الادراكية وينميها .

-تمنحهم الشعور بالمشاركة والفاعلية والمنافسة والتشجيع والرضا عن الذات ، مما يكسبهم تعلم الكثير من المفاهيم والعادات والأنماط السلوكية المرغوبة ، في جو ممتع ومحبب للنفس ويساهم في طرد أو الحد من حالات الاكتئاب والضيق والانطواء والكبت وفقدان الشعور بالثقة ،لأن هذه النشاطات تفتح أمامهم مجالات واسعة للتنفيس عن رغباتهم المكبوتة وطاقاتهم الكامنة ، وكذا تطوير مختلف مهاراتهم الحسو حركية مما ينجم عنها زيادة في الشعور بالذات والثقة .

2.8.التكفل من الناحية التربوية والتعليمية لهاته الفئات :

لا يمكن الحديث عن الادماج والتأهيل المهنيين دون الحديث ، عن الجانب التربوي الذي يسبق هذا التأهيل والذي يلعب دورا محوريا في تأهيل قدرات هذه الفئات وذلك لأن الجانب يساهم في :

-تعزيز شعور الفرد بقيمته الذاتية واستقلاله ووجوده الشخصي مما يكفل له التوجيه الذاتي والاعتماد على النفس بقدر المستطاع .

- التمرين على الانتباه ،تنمية الميول ، قوة الادارة ،الثقة بالنفس ، القدرة على التصور البصري ، القدرة على التعبير على الأفكار وتكملة عمل من الأعمال .
- تعلم ممارسة المهارات الاستقلالية الأساسية اللازمة للعناية بالذات.
- اكتساب وممارسة بعض مهارات الكلام ،والنمو اللغوي ومن ثم ادراك المفاهيم ، وتوسع القدرات المعرفية إلى أقصى حد ممكن .
- تطوير عمل الحواس الاساسية (اللمس ، البصر ،السمع بشكل خاص).
- إكتساب الثقة بالنفس من خلال تقبل الذات وتطوير مهاراتها الشخصية الممكنة .

(قبايلي صبرينة ، دس ،ص8)

الخلاصة :

مما سبق التطرق إليه نجد أن التكفل النفسي بمريض طيف التوحد يكون في عدة جوانب ويعتمد على عدة وسائل وتقنيات : نفسية ، طبية ،اجتماعية ، فنجد مثلا أن العلاج النفسي يقوم بمساعدته على تعلم أو إعادة تعلم طرق التفاعل السوية مع عالمه من جهة والمشكلات أو الصعوبات العاطفية التي يواجهها في حياته اليومية من جهة أخرى ، إضافة إلى برامج إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي لإعادة دمجهم في المجتمع واستعادة مكانتهم ووظائفهم الدراسية والعملية .

الفصل الرابع : البرنامج العلاجي تيتش

تمهيد

تاريخ برنامج تيتش

تعريف برنامج تيتش

الخدمات المقدمة عن طريق برنامج تيتش

مبادئ برنامج تيتش

اجراءات برنامج شوبلر

خلاصة

تمهيد

يعد البرنامج العلاجي تيتش (Teacch) من اشهر البرامج العلاجية و التربوية والسلوكية لأطفال التوحد، فهو يساهم في مساعدة الاطفال التوحديين لان يكونوا اكثر استقلالية من خلال مساعدتهم على تحقيقي فهم افضل للعالم من حولهم ،حيث يركز على مهارات التواصل المناسبة استقلالية شخصية خطوة بخطوة من خلال برنامج تعليمي منظم يهدف الى تحسين تكيف الفرد من خلال بيئة مناسبة ويركز على الجانب السلوكي المعرفي الذي ينمي مهارات الطفل ويدرك جوانب ضعفه.

1. تاريخ برنامج تيتش :

في بداية الستينات من القرن الماضي في كارولينا الشمالية (Carolline du nord) بالولايات المتحدة الأمريكية ، نظمت مجموعة من المحللين النفسانيين لقاء مع أطفال المصابين بالتوحد و أولياؤهم لتقديم مجموعة من التدخلات العلاجية القائمة على مبادئ السيكوديناميةحيث حضر ذلك اللقاء أريك شوبلر أستاذ بجامعة كارولينا الشمالية بشابل هل (chaplel) حيث شارك في برنامج العلاجي الجماعي للأطفال التوحديين الذين يستطيعون التعبير عن مشاعرهم بكل حرية وعلاج جماعي أيضا للأولياء الذين يعتبرون السبب الرئيسي لإضطرابات أطفالهم لكن ذلك البرنامج فشل في الأخير لأن الإضطرابات هؤلاء الأطفال زادت حدة و سلوكياتهم الشاذة تضاعفت ولم يستطيعوا التعبير عن ما بداخلهم . و هذا ما دفع (r.riechler) و زميله (e. Schopler) الى توجيه ابحاثهما في اتجاه اخر و ذلك من خلال الملاحظات الموضوعية المتكررة لسلوكيات الأطفال ،وبعدها وضعا علاقة مثبتة عملية بأن إصابة الطفل بالتوحد لا يرجع الى خلل وضيفي في علاقة (طفل–أولياء) بل الى خلل دماغي عضوي مجهول(d origine inconnue anomalie cerebrale organique)

و في سنة 1996 قام شوبلر و زملائه بتحضير مشروع بحث تحت رعاية (institues of mental heath – (n. i. m .h) national) حيث ارتكز المشروع البحثي على مشاكل التشخيص والتقييم والمعالجة والمتابعة الى:

–التعاون بين الأولياء والأخصائيين في الصحة لجمع كل المعلومات التي تخص الطفل المصاب بالتوحد

–الشروع في تطبيق برنامج العلاجي الفردي لكل طفل و تطويره.

–تعليم الأولياء طرق وتقنيات التدخل العلاجي حيث الهدف منه تسهيل التواصل بينهم وبين اطفالهم.

وفي سنة 1982 أثمرت جهود شوبلر و زملائه بإنشاء (division teacch) وهو أول برنامج حكومي أمريكي للتشخيص والعلاج والبحث في تربية الأطفال المصابين بالتوحد وعائلتهم ،وكان الهدف الأساسي من ذلك كله هو تحسين نوعية الحياة لهؤلاء الأطفال مع عائلتهم في النزل أو المدرسة و دمجهم في المجتمع.

ولقد عرف هذا البرنامج شهرة كبيرة في الولايات المتحدة الأمريكية مثل ما قال (mesibov) في كتابه (le dife du programme teacch) هو مثال نادر عن برنامج ممول من الحكومة الفيدرالية و

متبني ومطور من طرف الدولة (divsion teacch) الوحيد و الشرعي الذي يخدم الأشخاص التوحديين اوليائهم في كل ولاية كارولينا الشمالية.

2. تعريف برنامج تيتش :

تيتش هي اختصار لـ:

treatment and éducation of autistic related communication handicapped) (children

وتعني علاج وتعليم الاطفال المصابيين بالتوحد وإعاقات التواصل وهو برنامج حكومي (programme d'état)

ثم تصميمه من طرف (Eric Shopler) في كارولينا الشمالية بالولايات المتحدة الامريكية حيث عرف رسميا سنة 1982و قد جاء هذا البرنامج لعلاج الاطفال والكبار المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل وتقديم المساعدة لأسرهم في قسم علم النفس بجامعة ولاية نورث كارولينا الامريكية وتدريب العاملين والباحثين في 03 مجلات:

–التربية والتعليم للآباء والأمهات مع الطفل في المنزل .

–مساندة مؤسسات المجتمع لتوفير الجو الصحي والنفسي المساند للأسر وأطفال التوحد

– كما يوفر أدوات التشخيص و إعداد برامج التعليم الفردي لتوحد وبرامج تنمية القدرات الإجتماعية

– ويعطي برنامج تيتش إهتماما كبيرا للبناء التعليمي للعملية التعليمية (Structured learning) الذي يؤدي إلى تنمية مهارات الحياة اليومية والإجتماعية عن طريق الإكثار من إستخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الشخص التوحدي ومن أهم الوحدات البنائية التى يقوم عليها برنامج تيتش:

–تنظيم الأنشطة التعليمية –تنظيم العمل –جدول العمل.

–إستغلال وظيفي متكامل للرسائل التعليمة .

ويمتاز برنامج تيتش بأنه طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك فقط بل تقدم تأهيلا متكاملا للطفل كما تمتاز بأنها طريقة مصممة بشكل فردي على حسب إحتياجات كل طفل .

3.الخدمات المقدمة عن طريق برنامج تيتش :

1.3.التشخيص و التقييم:

ويتم من خلال عدة تقييمات الممثلة في :

تاريخ الحالة

الملف الطبي و المدرسي

ملاحظات السلوكيات

المقابلة مع الاولياء

وهناك تقييمات اخرى عن طريق السلالم الشخصية والتقييمية مثل:

مقياس مستوى التوحد لدى الاطفال (Child autisme rating- cars-) حيث يعتبر هذا المقياس من أهم الادوات التشخيصية في مرحلة الطفولة .

(Shopler) وزملاؤه عام 1988ويقيس هذا المقياس المفحوصين وفقا ل 15 مؤشرا و هي :

1-العلاقات الاجتماعية.

2-التقليد.

3-الاستجابات الانفعالية.

4-إستعمال الجسم.

5-إستعمال الاشياء .

6-التكيف مع التغيير.

7-الإستجابة البصرية.

8-الإستجابة السمعية.

9-إستجابات الشم ،الذوق ،اللمس

10-الخوف والحصر.

11-الإتصال اللفظي.

12- الاتصال الغير لفظي .

13-مستوى النشاط والفعالية.

14-ثبات الاستجابة العقلية والفعالية .

15-انطباعات عامة .

اختبار (pep psycho education profile)

وهو عبارة عن اختبار تعليمي مساعدة لوضع الخطة التربوية العلاجية وضعه شوبلر عام 1988و بعدها تم ادخال عدة تعديلات عليه وعرف (pep-r) سنة 1988 حيث اصبح يتكون من 184 بندا معظمها ادائية وتنقسم الى قسمين :

- **سلم النمو :يضم 141 بندا و يقيس 8 محاور تخص النمو وهي :**

1-التقليد

2-الادراك

3-حركة العضلات الدقيقة

4-حركة العضلات الكبيرة

5-تازر اليد و العين

6-الاداء المعرفي والعلمي

7-الاداء المعرفي اللفظي

- **سلم السلوك :يضم 3بندا ويقيس 4مجالات سلوكية وهي :**

1- الارتباط الوجداني

2-اللعب

3-الاستجابات الحسية

4-اللغة (**schopler et la traduction c. trehin 1994.pp 25-28**)

وهذه الأداة إختبار فردي لا تقتصر فائدته على التشخيص ولكنه يعطي صور متكاملة (profile)عن مستويات النمو والسلوكيات الشاذة بالإضافة إلى برنامج متكامل موجه إلى الآباء و المدرسين لتأهيل الطفل وتدريبه ، كما تستخدم نتائج إعادة تطبيقه في تقويم وقياس مدى تحقيق البرنامج الذاتي لأهدافه بشكل دوري خلال مراحل التنفيذ.

(ابراهيم محمود بدر ،2004،ص55،56)

4. مبادئ برنامج تيتش :

يقوم برنامج تيتش على مجموعة من المبادئ الاساسية التي يعتمد عليها في بناء محتوى البرنامج العلاجي وصياغته وأهدافه و يمكن تلخيصها في النقاط التالية :

أ. الغرض الأساسي من التدخل العلاجي هو تحقيق توافق الطفل عن طريق تحسين مهارات الشخصية ومعالجة نواحي القصور التي تفرضها عليه اعاقة التوحد.

ب. إجراء عمليات التقييم الرسمي (الذي يتطلبه اعداد برنامج تعليمي فردي) لقدرات و مهارات الطفل عن طريق إستخدام أداة قياس توحد الطفولة (cars) والبروفيل النفسي المعدل (pep-r)

ج. يعطي البرنامج للعلاج المعرفي السلوكي اولوية كبيرة.

د. يركز البرنامج على تقبل نواحي القصور والعمل على معالجتها عن طريق تنمية المهارات الأساسية ولا يتعامل البرنامج مع جانب واحد فقط كاللغة أو التواصل الاجتماعي ولكنه يقدم تأهيلا متكاملا للطفل.

هـ. إستخدام الوسائل البصرية لدعم أنشطة التدريس لزيادة فاعليتها و معالجة القصور في إدراك وتفاعل طفل التوحد مع المثيرات السمعية .

و. الإستفادة القصوى من الإستشاريين من متعددي الخبرات والخلفيات العلمية.

ويعطي برنامج تيتش إهتماما كبيرا للبناء التنظيمي للعملية التعليمية والإجتماعية عن إستخدام أكثر فعالية للقدرات العالية للتعامل مع المثيرات البصرية التي يتميز بها الطفل التوحدي .

5.إجراءات برنامج شوبلر:

يعتبر التعليم من أهم الركائز الأساسية اتي ينطلق منها البرنامج وهو المرحلة التي تضمنت النقاط الثلاث الاولى لبداية تطبيق البرنامج ،وجاءت هاته النقاط الثلاث الاولى لبداية تطبيق البرنامج وجاءت هاته النقاط الثلاث كما يلي :

أ. في البداية يكون العمل على تقييم التطور الحاصل في مؤهلات العجز عند الطفل في مختلف النطاقات العمل التوجيهي .

ب. على أساس هذا العمل التقييمي نحدد الإستراتيجيات التعليمية لتحقيق الغايات والأهداف الآجلة.

ج. نحقق الأهداف باستعمال عناصر البرنامج التربوية الفردية والنشاطات التعليمية الخاصة .

(choupler ,1998, p25)

وقد أكدت الدراسات أن أداء الأطفال التوحديين ودرجة تقدمهم يرتفعان و يتحسنان عندما يكونون في بيئات منظمة .

ويعتمد التعليم المنظم على الركائز التالية وهي :

-تكوين روتين محدد.

-تنظيم المساحات.

-الجداول اليومية .

-التعليم البصري .

وقد ركز شوبلر في برنامجه التعليمي هذا على 10نقاط أساسية لتساعد العاملين بالبرنامج في :

-النشاط التعليمي له مع الأطفال التوحديين ،حيث خصص لكل عرض مجموعة من التمارين والأنشطة.

-التعليمية التي تطبق بصورة فردية على الأطفال تحت برنامج تيتش والذي اثبت نجاعتها.

-كل تمرين له توجيهات خاصة لطفل محدد ولا يمكن على طفل آخر دون إجراء تعديلات من هنا يكون لكلب طفل نشاطاته الخاصة به حسب العمر العقلي له وما يمكن انجازه مع المدرب أو الولي القائم على تعليمه .وكانت هاته التمارين في النقاط التالية:

-التقليد ،الحواس، الحركة العامة، الحركة الدقيقة ،التنسيق بين اليد والعين، الإدراك المعرفي ،الكفاءة اللغوية ،الإستقلالية، التآلف الإجتماعي ،السلوكيات.

إن نواة هذا البرنامج تعتمد على انجاز نشاطات على الطاولة لمدة تتراوح ما بين 15 دقيقة وساعة، وهذه المنهجية هي ثمرة لخبرة طويلة وهي موجهة لتشجيع مستعمليها على تطبيقها لتحقيق ما يصبو إليه الطفل .

إختلفت الأساليب العلاجية و التدريبية المستخدمة في علاج الأطفال التوحديين باختلاف توجيهات أصحابها وباختلاف النظريات القائمة عليها ،ولكن هدفها كان واحدا، وهو تسهيل التواصل مع الأطفال وتحسين مستوى أدائهم التكيفي ،وتخفيف آثار هذا الإضطراب .ويعتبر التدخل المبكر في تنفيذ البرامج والتأهيل المناسب لهؤلاء الأطفال عاملا أساسيا يوفر فرصا أكبر لتحسين لأن التأخر في التكفل بالأطفال التوحديين قد يحد من فعالية البرامج التدريبية والتعليمية والعلاجية المقدمة ،كما أنه يجدر الإشارة إلى أنه قد يستخدم أسلوب واحد في علاج هؤلاء الأطفال كما يمكن دمج عدة أساليب لعلاج طفل واحد.

خلاصة :

يعد البرنامج العلاجي تيتش من أشهر البرامج العلاجية والتربوية والسلوكية لدى أطفال التوحد فهو يهدف إلى تنمية بعض المهارات السلوكية المتمركزة حول (التقليد والإستقلالية) ، وهو يخفف من حدة الأعراض الملاحظة على الطفل التوحدي وإكسابه مهارات سلوكية متعددة .

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

تمهيد

1. منهج الدراسة
2. حدود الدراسة
3. الدراسة الاستطلاعية
4. عينة الدراسة
5. أدوات الدراسة
6. ملاحظة في خصوص المقابلة العيادية
7. الأدوات والوسائل المطبقة
8. الملاحظة الميدانية بالمشاركة
9. دراسة حالة الطفلين

تمهيد :

يعتبر ضبط الإطار المنهجي للدراسة من المراحل الأساسية التي تخضع لها الدراسات العلمية ، ومنه يجب التذكير بإشكالية الدراسة للانطلاق والغوص في موضوع البحث وعرض الإجراءات المنهجية المتبعة وقد كان التساؤل على الشكل الآتي :

ماهي طرق التكفل النفسي بالأطفال المصابين باضطراب التوحد بتطبيق برنامج تيتش ؟

1.منهج الدراسة :

اعتمدت الباحثتان على المنهج شبه تجريبي (دراسة حالة) ويهدف للتعرف على الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية ، ويهدف أيضا الى جمع معلومات متعمقة عنها ، وهو مفيد في إعطاء معلومات لا يمكن الحصول عليها بأساليب أخرى .

2.حدود الدراسة :

1.2.الحدود المكانية للدراسة :

المركز الذي قمنا فيه بدراستنا هذه الحالة هو " المركز البيداغوجي النفسي للأطفال العوقين ذهنيا 02 بالأغواط مؤسسة عمومية ذات طابع إداري ولديه تسمية سابقة وهي مركز إعادة التربية .C.S.V .

2.2.الحدود الزمانية للدراسة :

استغرقت دراستنا من المدة الزمانية التالية :في المركز من 1 أفريل الى 30 ماي .

3.الدراسة الاستطلاعية:

أهداف الدراسة الاستطلاعية :

تمثلت أهداف الدراسة الاستطلاعية في :

- الكشف عن أهم الصعوبات التي قد تواجه الباحثتان .
- اختيار حالة الدراسة .
- الاطلاع على أهم البرامج العلاجية والتدريبية التي تناولناها .

4.عينة الدراسة :

اقتصرت عينة الدراسة الحالية على طفلين مصابين بالتوحد :

الحالة الأولى :أمين يبلغ من العمر ست سنوات .

الحالة الثانية : أسيل تبلغ من العمر خمس سنوات .

5.أدوات الدراسة :

1.5.الملاحظة : الملاحظة الإكلينيكية أداة هامة وأساسية في تقييم العميل ، تهدف الى جمع بيانات يصعب جمعها بأدوات أخرى ، أو الى استكمال بيانات في تقييم متعدد الجوانب والأدوات. **(مليكة ، 2010، ص163)**

وقد اعتمدت الباحثتان على اسلوب الملاحظة المباشرة .

وقد دارت عملية الملاحظة حول المحاور التالية :

-المهارات السلوكية :من خلال ملاحظة الطفل مع التركيز على مهارات التقليد والاستقلالية التواصل البصري مع الآخر ، الانتباه ، التركيز ،التفاعل مع الآخر .

-السلوك : طرق التعامل مع السلوك العدواني (العنف نحو الغير ،أو ايذاء الذات) ، النشاط الزائد الحركات النمطية الغريبة ، الضحك بدون سبب ، رفض العمل ... الخ .

-ملاحظة القدرات الأدائية للأطفال التوحديين (من خلال القيام ببعض النشاطات المقدمة إليهم)

2.5.المقابلة العيادية : هي محادثة تتم وجه لوجه بين العميل والأخصائي النفساني ،غايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها الأول ، والإسهام في تحقيق توافقه ، ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج **(بوسنة ، 2012، ص 07)**. والمقابلة أيضا يمكن النظر اليها بوصفها تعلما تفاعليا ،ذلك أنه من المحتم أن يحدث بعض التعديل في سلوك كل من طرفي المقابلة من خلال تفاعلهما.

(مليكة ،2010، ص124)

3.5. المقابلة العيادية النصف موجهة :

وهي الأداة التي اعتمدت عليها الطالبتين بشكل كبير ، زيادة على الملاحظة حيث نعرفها من خلال هذا المفهوم : "هي التي تعتمد على قدرات الأخصائي الذي يقوم بها ، خلال خلق جو ملائم من الثقة المتبادلة والمشجعة من أجل التفاعل الايجابي والمستقل ، كما تعتمد على شخصية الأخصائي النفسي وخبرته . **(رجاء محمود أبو علام ، 2001، ص 427)**

6.ملاحظة في خصوص المقابلة العيادية :

لم نستطع القيام بالمقابلة العيادية المباشرة للحالات نظرا للصعوبات التالية :

1.6. الصعوبات لدى أمين وهي كالآتي :

-عدم وجود لغة .

- عدم وجود التواصل البصري .

- الصراخ والبكاء الدائم .

- كثير الحركة .

-لديه نوبات من الضحك غير مبررة .

2.6. الصعوبات لدى أسيل وهي كالآتي :

- عدم وجود لغة .

- عدم وجود تواصل بصري .

- لاتستجيب للمناداة ولا تستمع لكلام الآخرين .

3.6. الصعوبات التي واجهناها في المركز :

- صعوبة تطبيق المقابلة العيادية على الأطفال التوحديين.

- صعوبة الحصول على المعلومات الكافية عن تاريخ الحالة مثلا:(الدفتر الصحي ، حضور الوالدين خاصة الأم).

- انعدام الأدوات والوسائل للتكفل النفسي والحسي حركي والعقلي ... الخ .

- عدم وجود المتابعة من طرف الوالدين (الواجبات المنزلية).

*** ولهذا قمنا بالمقابلة مع الأخصائية العيادية وكانت المقابلة معها كالتالي :**

1- المقابلة مع الأخصائية :

أ- المقابلة الخاصة بأمين :

سؤال الباحثتان:كم عمر أمين ؟

جواب الأخصائية :عمرأمين ست سنوات .

س ب:ماهي وظيفة الأم والأب ؟

ج أخ :الأم ماكثة في البيت والأب يعمل .

س ب:كيف هو المستوى المعيشي لدى أمين ؟

ج أخ :مستوى العيشي ميسور الحال .

س ب:هل كانت لدى الأم مشاكل فترة الحمل ؟.

ج أخ :نعم كان لديها مشاكل مع أهل الزوج لكن مرت بسلام .

س ب:كم دامت فترة الحمل بأمين ؟

ج أخ : دامت تسعة أشهر .

س ب: هل كان الحمل مرغوب فيه ؟

ج أخ : نعم كان مرغوب فيه .

س ب: كيف كانت ظروف ولادة أم أمين ؟

ج أخ : كانت في وقتها وطبيعية وبعد الولادة لم يحدث شيء .

س ب: ماهي مدة الرضاعة ؟

ج أخ : كانت طبيعية ودامت سنتين .

س ب :كيف كان الحسي الحركي ؟

ج أخ : كان سليم وكل شيء في وقته عدا اللغة فكانت مقتصرة على بعض المقاطع التي ظهرت في سن السنتين ثم إختفت .

س ب :كيف لا حظو الأعراض عليه ؟

ج أخ : لاحظتها الأم من سن السنتين ومنذ الثلاث سنوات ثم البدئ في التشخيص وبدأت الأم بمتابعة طفلها في المركز حيث تم توجيهها الى أخصائي في الطب النفسي للأطفال والذي بدوره شخص الحالة على أنها تعاني من توحد .

ب – المقابلة الخاصة بأسيل :

سؤال الباحثتان:كم عمر أسيل ؟

جواب الأخصائية :عمرأسيل خمس سنوات .

س ب:ماهي وظيفة الأم والأب ؟

ج أخ :الأم ماكثة في البيت والأب يعمل .

س ب:كيف هو المستوى المعيشي لدى أمين ؟

ج أخ :مستوى المعيشي في حالة جيدة جدا .

س ب:هل كانت لدى الأم مشاكل فترة الحمل ؟.

ج أخ :لم تكن عند الأم أي مشاكل .

س ب:كم دامت فترة الحمل بأسيل ؟

ج أخ : دامت تسعة أشهر .

س ب: هل كان الحمل مرغوب فيه ؟

ج أخ : نعم كان مرغوب فيه .

س ب: كيف كانت ظروف ولادة أم أسيل؟

ج أخ : كانت في وقتها وطبيعية وبعد الولادة لم يحدث شيء .

س ب: ماهي مدة الرضاعة ؟

ج أخ : كانت طبيعية ودامت سنتين بإضافة الحليب بعد ستة أشهر .

س ب :كيف كان الحسي الحركي ؟

ج أخ : كان سليم وكل شيء في وقته تأخر في المناغاة توجد ليس لديها لغة لديها بعض الأصوات المعبرة وتعبر عن حاجاتها بالإشارة .

س ب :كيف لا حظو الأعراض عليه ؟

ج أخ : لاحظو عليها عدم وجود لغة وعدم وجود التواصل البصري ولا تسمع الآخرين ولا تستجيب للمناداة لذلك قاموا بأخذها الى الطبيب النفسي للأطفال وشخصها بأن لديها توحد .

7.الأدوات والوسائل المطبقة :

1.7. غسل اليدين والوجه والذهاب الى المرحاض :

الذهاب الى الحمام وتعلم غسل اليدين والوجه بالمساعدة .

الذهاب الى المرحاض .

2.7. نشاط تركيب الخرز بإتباع النموذج :

توجد فيها أشكال مختلفة وجميع الألوان ولوحة يوجد فيها النموذج كي يطبق الطفل عليها .

3.7. نشاط الفواكه والخضراوات :

لوحة خشبية محفورعليها الفواكه وأشكال الفواكه موضوعة على الطاولة وهو يقوم بوضع كل فاكهة في مكانها المناسب .

لوحة خشبية محفورة عليها الخضروات وأشكال الخضروات موضوعة على طاولة وهو يقوم بوضع كل خضرة في مكانها المناسب .

4.7. نشاط أعضاء الجسم :

لوحة خشبية محفور عليها اعضاء الجسم وأعضاء الجسم موضوعة على طاولة أمامه وهو يقوم بوضع كل عضو في مكانه المناسب .

5.7. نشاط تسمية الحروف :

بطاقات حروف ويقوم بتسميتها .

6.7. نشاط تقطير الشمعة داخل كوب شفاف :

شمعة وقداحة وكوب شفاف ويقوم الطفل بتقطير الشمعة داخل الكوب .

7.7. نشاط التركيب الشكلي :

لوحة خشبية محفورعليها الأشكال (مربع – مستطيل – مثلث – دائرة) والأشكال موضوعة على الطاولة أمامه وهو يقوم بوضع كل شكل في مكانه المناسب .

8.7. فرز الألوان :

أكواب ملونة وأقلام ملونة ويقوم الطفل بوضع كل لون في كوب من نفس اللون .

9.7. التعرف على الصور الجسدية :

وضع أمام الطفل دمية والاشارة الى كل عضو تقوم الاخصائية بقوله بالمساعدة .

10.7. نشاط ربط الحذاء :

لوحة مرسوم عليها حذاء ومثقوب من الجهتين وفيه رباط ويقوم بربط الحذاء

11.7. نشاط السباحة :

اخذ الأطفال الى المسبح للعوم .

8.الملاحظة الميدانية بالمشاركة :

نشاط السباحة قمنا بالذهاب معهم ومساعدتهم على نزع ملابسهم لأمين وأسيل وقمنا باللعب معهم بالماء ورميهم في المسبح ويوجد أشخاص يقومون بمسكهم وتعويمعم داخل المسبح .

وأيضا في وقت اللمجة نقوم بجلب أكلهم من الخزانة ونخرجهم الى الساحة ونقدم لهم الأكل ونلعب معهم .

9.دراسة حالة الطفلين :

شبكة ملاحظة أمين:

1.مهارات العناية بالذات والإستقلالية :

مهارات العناية بالذات و الإستقلالية	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
الذهاب إلى المرحاض أو يعتمد على الحفاظات	x		
يأكل بمفرده	x		
التزرير			x
غسل الوجه واليدين	x		
غسل الأسنان بالفرشاة			x
فك وربط الحذاء		x	
مشط الشعر	x		

2.مهارات الإنتباه :

مهارات الإنتباه	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
يلتفت وينظر عند مناداته	x		
يتمكن من الجلوس المناسب على كرسيه بشكل صحيح	x		
يتعرف على الكرسي ومكانه	x		
يستجيب أمين للإيحاءات ومساعدة جسدية	x		
يستجيب أمين إلى المثيرالضوئي والبصري	x		
يتواصل بصريا مع الأخصائية	x		

3.مهارات معرفية :

مهارات معرفية	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
معرفة الأرقام من 1إلى 10		3-2-1 6-5-4	
فرز الألوان :أبيض –أحمر –أزرق –أسود	x		
معرفة الأشكال : دائرة – مربع – مثلث	x		
معرفة الأحجام :الصغيرة والكبيرة			x
تربط بين الأشياء المتطابقة	x		
تركيب الأشكال	x		

4.مهارات نفسية حركية :

مهارات نفسية حركية	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
القفز	x		
الجري	x		
القص	x		
مسك القلم	x		
نثر الأوراق	x		
تمزيق الأوراق	x		
تقليد حركات أفعال باستخدام الأدوات	x		

5.مهارات حسية الإدراكية :

مهارات الحسية الإدراكية	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
معرفة الملمس الخشن	x		
معرفة الملمس الناعم		x	
معرفة المذاق الحلو والمر		x	
معرفة المذاق المر			x
معرفة المذاق الحامض		x	

6.مهارات توجيه الحيز الزماني والمكاني :

مهارات التوجيه الزماني والمكاني	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
إتجاه : فوق / تحت			x
إتجاه : يمين /يسار			x
اليل/النهار			x

7.مهارات معرفة الذات والجسم :

مهارات الذات والجسم	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
الإشارة إلى العينين	x		
الإشارة إلى الأذن	x		
الإشارة إلى الأنف	x		
الإشارة إلى الفم	x		
الإشارة إلى الشعر	x		

8.مهارات الفهم :

مهارات الفهم	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
التعرف على المشاعر والإنفعالات	x		
التعرف على الأماكن	x		
التعرف على الأشخاص المألوفين	x		
تشير إلى الأشياء التي يرغب فيها	x		

9.المهارات الإجتماعية :

المهارات الإجتماعية	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
لديه سلوك إذاء الذات			x
لديه سلوك عدواني إتجاه الآخرين			x
البكاء		x	
إستجابة للتحية من قبل الآخرين	x		
يتفاعل مع زملائه	x		
يلعب مع أقرانه	x		
يحب الجري	x		

ملاحظة : اكتسب أمين بعض المفردات وتعلم مسك القلم وكتابة الحروف أ- ب- ث- ج- ح- خ- د- ذ- ر- ز- س- ش. ولديه مفردات لغوية مثل طعام – بطة – حمامة .... إلخ بدأ رصيده اللغوي يزداد وعندما يطلب أمين مسك يد أحد أصدقاءه والذهاب إلى المطعم أو المرحاض مثلا يقوم بذلك .

الحالة الأولى "أمين":

أمين يبلغ من العمر ست سنوات نحيف الجسم قصير القامة بالنسبة لعمره حزين الوجه كثير التضمر، الصراخ والبكاء الدائم ، هندامه منظم ومنسق ، عدم تقبل الآخرين ، تجنب الاتصال المباشر بالعين ، عدم تقبل القيام بأي نشاط ، لا توجد لديه لغة ولا يوجد لديه اتصال لفظي .

وهو الابن الثالث من أسرة متكونة من بنتين وطفل ، الأم ماكثة في البيت ، الأب يعمل ، الحالة الاجتماعية جيدة أما الحالة المادية ميسورة الحال ، ليس هناك أي سوابق مرضية في العائلة ، فترة الحمل مرة الأم ببعض المشاكل العائلية مع أهل الزوج لكن مرت بسلام ودامت فترة الحمل تسعة أشهر والولادة في وقتها وكانت طبيعية (سماع صرخة الميلاد) والحمل كان مرغوب فيه من الطرفين ، الرضاعة كانت طبيعية ، النمو الحسي الحركي فكان سليم وكل شيء في وقته عدا اللغة فكانت مقتصرة على بعض المقاطع التي ظهرت في سن السنتين ثم اختفت .

التعرف أو الوعي بالمشكل كان من طرف الأم بدءا من السنتين ومنذ الثلاث السنوات تم البدئ في التشخيص، وبدأت الأم بمتابعة طفلها في المركز البيداغوجي النفسي للأطفال المعوقين ذهنيا 02، حيث تم توجيهها الى أخصائي في الطب النفسي للأطفال الذي بدوره شخص الحالة على أنها تعاني من توحد.

لم يلتحق أمين بالمدرسة بعد وقد دمج بالمركز منذ سنة 2017 – 2018 الى غاية اليوم ، تصرفات الحالة غير طبيعية وغير مستقرة أحيانا بحيث نلاحظ عليه نوبات الصراخ

ملاحظة : تنفذ الأوامر البسيطة وتحبذ القيام بالأنشطة الخاصة بالمهارات المعرفية خاصة فرز الألوان وتركيب الأشكال .

شبكة الملاحظة أسيل:

شبكة ملاحظة أسيل :

1. مهارات العناية بالذات والاستقلالية :

مهارات العناية بالذات والإستقلالية	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
الذهاب إلى المرحاض أو تعتمد على الحفاظات	x		
تأكل بمفردها	x		
التزرير			x
غسل الوجه واليدين		x	
غسل الأسنان بالفرشاة			x
فك وربط الحذاء		x	
مشط الشعر	x		

2.مهارات الإنتباه :

مهارات الإنتباه	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
تلتفت وتنظر عند مناداتها	x		
تتمكن من الجلوس المناسب على كرسيه بشكل صحيح	x		
تتعرف على الكرسي ومكانه	x		
تستجيب أسيل للإيحاءات ومساعدة جسدية	x		
تستجيب أسيل إلى المثير الضوئي والبصري	x		
تتواصل بصريا مع الأخصائية	x		

3. مهارات معرفية :

مهارات معرفية	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
معرفة الأرقام من 1إلى 10		**2-1**	
فرز الألوان :أبيض –أحمر –أزرق –أسود	**x**		
معرفة الأشكال : دائرة – مربع – مثلث	**x**		
معرفة الأحجام :الصغيرة والكبيرة			**x**
تربط بين الأشياء المتطابقة	**x**		
تركيب الأشكال	**x**		

4. مهارات نفسية حركية :

مهارات نفسية حركية	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
القفز	**x**		
الجري		**x**	
القص			**x**
مسك القلم		**x**	
نثر الأوراق		**x**	
تمزيق الأوراق	**x**		
تقليد حركات أفعال باستخدام الأدوات			**x**
اللعب بالعجين	**x**		

5.مهارات حسية الإدراكية :

مهارات الحسية الإدراكية	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
معرفة الملمس الخشن			**x**
معرفة الملمس الناعم			**x**
معرفة المذاق الحلو والمر			**x**
معرفة المذاق المر			**x**
معرفة المذاق الحامض			**x**

6.مهارات توجيه الحيز الزماني والمكاني :

مهارات التوجيه الزماني والمكاني	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
إتجاه : فوق / تحت			**x**
إتجاه : يمين /يسار			**x**
اليل/النهار			**x**

7.مهارات معرفة الذات والجسم :

مهارات معرفة الذات والجسم	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
الإشارة إلى العينين	**x**		
الإشارة إلى الأذن	**x**		
الإشارة إلى الأنف	**x**		
الإشارة إلى الفم	**x**		
الإشارة إلى الشعر	**x**		

8.مهارات الفهم :

مهارات الفهم	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
التعرف على المشاعر والإنفعالات	x		
التعرف على الأماكن	x		
التعرف على الأشخاص المألوفين	x		
تشير إلى الأشياء التي ترغب فيها		x	

9. المهارات الإجتماعية :

المهارات الإجتماعية	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
لديها سلوك إذاء الذات			x
لديها سلوك عدواني إتجاه الآخرين			x
البكاء	x		
تتفاعل مع زملائه	x		
تلعب مع أقرانه			x
تحب الجري			x
الإستجابة للتحية من قبل الأخرين	x		

الحالة الثانية "أسيل ":

أسيل تبلغ من العمر خمس سنوات قصيرة القامة لون عينها بني ،بشوشة لدرجة تضحك بدون سبب كثيرة التضمر ، عدم التقبل القيام بأي نشاط ، هندامها مرتب جميل منسق ، كثيرة البكاء وعدم تقبلها للآخرين

العض على اليد عند التوتر ، ليس لديها لغة ليها بعض الأصوات المعبرة وتعبر عن حاجاتها بالإشارة ووضعها يديها على أذنيها لعدم سماع الأصوات وليها نوبات صرع في بعض الأحيان ، ليها عدوانية مع الغير (العض – الخبش ...) تعلقها بالكرة المطاطية الكبيرة بشكل غير طبيعي .

هي البنت الأولى ولديها أخ أمها المرأة الثانية لأبوها ماكثة في البيت الأب يعمل مستوى الاقتصادي في حالة ممتازة جدا والحالة الإجتماعية كذلك جيدة ليس لديها سوابق مرضية في العائلة ،فترة الحمل

كانت طبيعية دامت تسعة أشهر والولادة في وقتها كانت الولادة طبيعية(سماع صرخة الميلاد) ولم يحدث أي شيء بعدها ، الحمل كان مرغوب فيه من الطرفين ، الرضاعة كانت طبيعية بإضافة لها الحليب بعد ستة أشهر والنمو الحسي الحركي كانت كل مرحلة في وقتها ، تأخرت في المناغاة وبعد بلوغها سنتين إكتشفتها عمتها لأنها لاحظت عليها عدم وجود لغة وعدم التواصل البصري ولا تسمع الآخرين ولا تستجيب للمناداة وهي التي أخذتها إلى أخصائية أرطفونية ووجهتها إلى طبيب نفسي للأطفال وهو بدوره قام بتشخيص الحالة أن لديها توحد فقاموا بأخذها إلى الجزائر إلى مركز دريد حسين في القبة للتكفل بها من سنة 2017-2018 ونظرا للظروف قاموا بجلبها الى الأغواط ودمجها بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا 02 سنة 2018 الى حد اليوم .

تحليل وتفسير النتائج :

من خلال دراستنا ومحاولة التكفل النفسي بالحالتين المتوحدتين بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا02، حاولنا أن نطبق برنامج تيتش وأساليب التكفل النفسي بإتباع التقنيات العيادية كالمقابلة العيادية ، والملاحظة بالمشاركة ، مع استعمال البطاريات النفسية .

توصلنا إلى النتائج التالية :

*** ملاحظات قبلية للحالة الأولى :**

من الجانب السلوكي :

- الصراخ والبكاء الدائم .
- نوبات الضحك الغير مبررة .
- عدم تقبل الآخرين .
- تجنب الاتصال المباشر للعين .
- عدم تقبل القيام بأي نشاط .
- كثير الحركة .
- استعمال الحفاضة .

من الجانب اللغوي :

- لاتوجد لديه لغة .

لايوجد لديه اتصال لفظي أو غير لفظي .

*** الملاحظات البعدية :**

من الجانب السلوكي :

- تمكنه من التزام مقعده وادراك الجو المحيط به كونه يتواجد في قسم مع زملائه .
- التزام الهدوء وعدم الصراخ والبكاء بدون سبب .
- تحسن التواصل البصري بشكل جيد مع المختصين وحتى الغرباء .
- الاستجابة لجميع الأنشطة .
- اكتساب الاستقلالية الحميمية والتخلص من الحفاضة .

من الجانب اللغوي :

- اكتساب بعض الكلمات البسيطة والتعبير عن حاجاته كالأكل والذهاب الى المرحاض .
- اكتساب جميع الحروف وبعض اسماء الحيوانات .
- التمكن من ربط الدال بالمدلول .

*** الملاحظات القبلية للحالة الثانية :**

من ناحية الجانب السلوكي :

- عدم تقبل المختصين .
- الصراخ الدائم .
- عدم الرغبة في القيام بالنشاطات .
- عدم الإلتزام بمكانها.
- إستعمال الحفاضة .
- عدم ادراكها لذاتها .
- لديها نمطية وضع اليدين على أذنيها .

من ناحية الجانب اللغوي :

- ليس لديها لغة .
- ليس لديها تواصل بصري .

*** الملاحظات البعدية :**

من ناحية الجانب السلوكي :

- تمكننا من بناء علاقة جيدة معها .
- التخلص من الصراخ .
- التخلص من الحفاضة والحصول على الاستقلالية .
- الإلتزام بمكانها وإدراك الذات .
- التخلص من نمطية وضع يديها على أذنيها .

من ناحية الجانب اللغوي :

- إكتساب الحروف وبعض الأرقام .
- التعبير عن حاجياتها مثل (الأكل والشرب والمرحاض).

– إكتساب بعض المفردات .

وهذا ما إتفقت مع دراسة سهير صباح ، ومحمد أبو صبحة 2017 بعنوان إستخدام برنامج تيتش في تنمية المهارات الحسية والإدراكية للأطفال ذوي التوحد حيث وجدت فروق بين المتوسطات أداء المجموعتين التجريبية على الإختبار القبلي والبعدي للمهارات الإدراك وقد كانت الفروق في الدرجة الكلية وعلى الأبعاد الأخرى لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج .

إقتراحات الدراسة :

* نأمل أن تكون هناك دراسات مستقبلية مكملة لدراستنا الحالية مثلا كا :

- برامج تكفل نفسي خاصة بالأطفال من عمر 12-06 .
- برامج تكفل نفسي خاصة بالأطفال ما بعد 12 .
- برامج خاصة دمج المتوحدين بالجامعات .

* تكوين الطلبة مختصين في برامج تيتش .

* إقامة دورات توعوية للأولياء .

* ومن الضروري أن تكون هناك لجنة متكاملة الاختصاصات لتشخيص الطفل المصاب بالتوحد وذلك لزرع الثقة والاطمئنان بنفوس الأولياء وعدم التنقل من بلد إلى بلد لعرض طفلهم على أطباء ومراكز التي تخص التوحد واللجنة متكونة من :

- طبيب اختصاص أطفال .
- طبيب أخصائي نفساني .
- أخصائي في علم النفس (التوحد) .
- اختصاص اختبارات واختصاص سمع وتخاطب .

* إضافة الإختبارات الخاصة للأطفال التوحديين في تكوين الأكاديمي الجامعي بالأخص في علم النفس العيادي .

* ضرورة التقليل من المعلومات والتي مفادها بأن الطفل المصاب بالتوحد ليس له علاج وغير ممكن علاجه لأن الأسباب غير معروفة ، هذه المعلومات تجعل والدي الطفل يهربون من التشخيص ويشككون فيه ، يرى الباحث من الضروري مصارحة الآباء بتلك الحقيقة الثقيلة ولكن ليس بهذه الطريقة القاسية فهناك طرق أخرى لإيصال تلك المعلومة ويرى من الضروري أن تستخدم طريقة التطمين وأن الله سبحانه وتعالى قادر على كل شيء.

خاتمـــة

خاتمة :

في ختام دراستنا الموسومة " بواقع التكفل النفسي بمريض التوحد بتطبيق برنامج تيتش " نستنتج أنه لا يتم التكفل النفسي بهذه الفئة من المرضى إلا ب :

- إتباع طرق علمية نفسية مدروسة نبدأ بأدوات التشخيص : كالتشخيص السيكاتري، والتشخيص الفارقي .
- الإهتمام النفسي بعائلات المتوحدين وذلك بمساعدة الأسر على رعاية الطفل المتوحد .

وعليه فالتكفل النفسي بمريض التوحد يحتاج إلى متابعة نفسية معمقة وشاملة من قبل الأخصائي النفسي الذي بدوره يحب أن يكون ملما كل الإلمام ببرامج العلاج النفسي خاصة برنامج تيتش بالإضافة إلى التكوين الجيد والخبرة السيكولوجية هذا من جهة ومن جهة أخرى توفير الإمكانيات المادية وتغطية النقائص الموجودة في المراكز النفسية .

وهذه الدراسة ماهي إلا مساهمة بسيطة للتعرف على التكفل النفسي لمريض التوحد بتطبيق برنامج تيتش ويبقى هذا الموضوع بحاجة إلى دراسات معمقة وفتح المجال أمام الباحثين والمختصين والأخذ بعين الاعتبار بالنقائص وتغطيتها لتحسين عملية التكفل النفسي بهذه الفئة من المرضى نفسيا وعقليا في المراكز .

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولا: قائمة المراجع بالعربية:

1. أسامة فاروق مصطفى ، السيد كامل الشربيني ، (2011) ،**التوحد (الأسباب ، التشخيص ، العلاج)**، دار المسيرة للنشر والتوزيع ص1، عمان.

2. أسامة فاروق مصطفى ، السيد كامل الشربيني ، (2016) ، **سمات التوحد** ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، ط1، عمان.

3. أبو هاشم محمد السيد ، (2004) ، **سيكولوجية المهارات** ، مكتبة زهراء الشروق ، القاهرة.

4. ابراهيم محمود بدر ، (2004) ،**الطفل التوحدي** (تشخيص وعلاج)،مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة

5. ابراهيم عبد الله فرج الزريقات ،(2004) ،**التوحد (الخصائص وعلاج)**، دار وائل للطباعة والنشر ط1، عمان.

6. أحمد نايل الغرير ،بلال أحمد عودة ، (2009) ،**سيكولوجية أطفال التوحد** ،دار الشروق للنشر والتوزيع ،عمان.

7. الحاج فائز محمد علي ، (1977) ،**الصحة النفسية** ،المكتب الإسلامي ،ط1،بيروت.

8. الحنفي عبد المنعم (1995) ،الموسوعة النفسية –علم النفس في حياتنا اليومية ، مكتبة مدبولي ، ط1، القاهرة.

9. الخطيب جمال والحديدي منى ،(1998) ،**مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة** ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، ط1،عمان – الأردن.

10. العزة سعيد ، (2002) ،**التربية الخاصة لذوي الإعاقة العقلية** ، مكتبة روعة للطباعة ، المملكة الأردنية الهاشمية.

11. الزراد فيصل محمد خير ، (1995) ،**اللغة والنطق وإضطرابات الكلام** ،دار المريخ للنشر ، ط4، الرياض.

12. النمر عصام ، (2011) ،**محاضرات في تعديل السلوك** ، دليل عملي وعلمي للآباء والمربين والعاملين مع الأشخاص المعاقين ،دار اليازوري العملية للنشر والتوزيع ،عمان ،الأردن .

13. النابلسي محمد أحمد ،(1981)،**مبادئ العلاج النفسي ومدارسه** ،دار النهضة العربية ، بيروت

14. الجلبي ، سوسن شاكر ،(2005) ،**التوحد الطفولي (أسبابه ، خصائصه ،تشخيصه ، علاجه)**، مؤسسة علاء الدين للنشر والتوزيع ، ط1،دمشق.

15. الشيخ ذيب ، رائد ،(2005) ،**الدورة الأولية في التوحد** ، مؤسسة كريم رضا سعيد. برنامج الإعاقة في سورية ، دار النشر السورية ، دمشق.

16. الخالدي أديب محمد ، (2006) ،**مرجع في علم النفس الاكلينيكي (المرضي)** ، دار وائل للطباعة والنشر ،ط1،عمان.

17. المغلوث فهد ، (2006) ،**التوحد (كيف نفهمه ونتعامل معه)** ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، الرياض . السعودية.

18. الشامي وفاء علي، (2004) ،**سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها** ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، الرياض . السعودية.

19. الزراع نايف بن عابدين ، (2004) ،**قائمة تقدير السلوك التوحدي** ، دار الفكر ، ط1،عمان ، الأردن.

20. البطانية أسامة محمد ،الجراح عبد الناصر دياب ، (2007)، علم نفس الطفل الغير عادي ، دار المسيرة ، الأردن.

21. الفرخ كاملة ، وتيم عبد الجابر ، (1999) ، **مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي** ، دار الصفاء للنشر والتوزيع ، ط1، عمان.

22. بوسنة عبد الوافي زهير، (2012)، **تقنيات الفحص العيادي** ، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع عين مليلة الجزائر

23. ثامر فرح سهيل ، (2015) ،**التوحد (التعريف ، الأسباب ، التشخيص والعلاج)** ، دار الاعصار العالمي للنشر والتوزيع ،عمان.

24. جودت عزة عبد الهادي ، سعيد حسني عزة ، (2009) ، **مبادئ التوجيه والارشاد النفسي**، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، ط1، عمان.

25. جمال مثقال قاسم ، ماجدة السيد عبيد ، (2000)، **الاضطرابات السلوكية** ، دار المسيرة ط1، عمان . الأردن.

26. جمال أبو دلو، (2008) ، **الصحة النفسية** ، دار أسامة للنشر والتوزيع ، ط1،عمان . الأردن.

27. خالدة نيسان ، (2009)، **سلوكيات الأطفال بين الاعتدال والافراط** ، دار الأسامة للنشر والتوزيع ، ط1، الأردن.

28. خولة أحمد يحي ، (2003) ، **الاضطرابات السلوكية والانفعالية** ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان . الأردن.

29. زهران حامد عبد السلام ، (1997) ، **الصحة النفسية والعلاج النفسي** ، عالم الكتب ، ط3، القاهرة.

30. سهى أحمد أمين نصر ،(2002) ،**الاتصال اللغوي للطفل التوحدي** ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، ط1، عمان.

31. سهام درويش أبو عطية ، (1997)، **مبادئ الإرشاد النفسي** ، مركز الفكر للطباعة والنشر ، ط1، عمان . الأردن.

32. سهيل كامل أحمد ، (1999) ، **التوجيه والإرشاد النفسي** ، مركز الاسكندرية للكتاب ، –b)ب) ،مصر.

33. سعيد رشيد الأعظمي ، (2015) ، **سيكولوجية ذوي اضطراب التوحد** ، السواقي العلمية للنشر والتوزيع ،عمان . الأردن.

34. سوسن شاكر مجيد ، (2010) ، **التوحد (أسبابه ، خصائصه ، تشخيصه ، علاجه)** ، ديبونو للطباعة والنشر والتوزيع ، ط2، عمان.

35. صالح حسين الداهري ، (2008) ، **سيكولوجية الابداع والشخصية** ، دار الصفاء للنشر والتوزيع ، ط1، عمان . الأردن.

36. عامر طارق ، (2008) ، **الطفل التوحدي** ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، ط1، الأردن.

37. عبد الله حسين الزعبي ، (2015) ، **التوحد (تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين)** دار الخليج للنشر والتوزيع ، ط2، عمان.

38. علي عبد الرحيم صالح ، (2012) ، **مدخل إلى دراسة التوحد** ، دار تموزة ، ط1، دمشق.

39. عبد الرحمان العيسوي ، (1997) ، **العلاج النفسي** ، دار الراتب الجامعية ، ط1، لبنان.

40. عبد الكريم قاسم أبو الخير ، (2002) ، **التمريض النفسي ، مفهوم الرعاية التمريضية** ، دار وائل للطباعة والنشر ، ط1، عمان . الأردن.

41. عبد الرحمان ، محمد السيد وحسن ،منى خليفة علي ، (2004) ،**دليل الآباء والمختصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدي** ، دار الفكر العربي ، ط1 ، القاهرة.

42. قحطان أحمد الظاهر ، (2009) ، **التوحد** ، دار وائل للنشر ، ط1، عمان.

43. مليكة لويس كامل ، (1977) ، **علم النفس الاكلينيكي** ، الهيئة المصرية العامة ، ج1، القاهرة

44. مليكة لويس كامل ، (2010) ، **علم النفس الاكلينيكي** ، ط1، دار الفكر ناشرون وموزعون ، عمان.

45. محمد عدنان عليوات ، (2007) ، **الأطفال التوحديون** ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان.

46. محمد صالح الامام ، فؤاد عبد الجوالدة ، (2010)، **التوحد ونظرية العقل** ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان.

47. مصطفى نوري القمش ، (2011) ، **اضطراب التوحد (الأسباب ، التشخيص ، العلاج)** ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، ط1-2، عمان.

48. محمد علي كامل (2003) ، **الأوتيزم (الاعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج)** ، مركز الاسكندرية للكتاب ، ط1، الاسكندرية.

49. ماجدة السيد عبيد (2000) ، **الإعاقة البصرية المبصرون بأذانهم** ، دار الصفاء للنشر والتوزيع ، ط1، عمان . الأردن.

50. محمد أحمد الخطاب ، (2009) ، **سيكولوجية الطفل التوحدي** ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، ط1، مصر.

51. نايف بن عابد الزراع ، (2010) ، **المدخل الى اضطراب التوحد (المفاهيم الاساسية وطرق التدخل)** ، دار الفكر ، ط1، عمان.

52. نصر الله ، عمر عبد الرحيم ، (2008) ، **الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة وتأثيرهم على الأسرة والمجتمع** ،دار وائل للنشر والتوزيع ،ط2،عمان –الأردن.

53. هيفلين جون وأليمو ، دونافيورينو ، (2011) ،**الطلاب ذو إضطراب طيف التوحد ممارسات التدريس الفعالة** ، ترجمة نايف عابد الزراد ،ويحى فوزي عبيدات ، دار الفكر للنشر والتوزيع.

ثانيا: مجلات:

54.سهير الصباح ومحمد أبو صبحة ، (2017) ، **فاعلية استخدام برنامج تيتش في تنمية المهارات الحسية والادراكية للأطفال ذوي التوحد** ، المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية ، العدد (2) ، (3).

55.الشربيني لطفي ، (1996) ، **وصمة المرض النفسي في البيئة العربية** ، ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر الجمعية العالمية للصحة النفسية ، لبنان ، بيروت.

56.قبائلي صبرينة ، دس ، **دراسة عن التكفل النفسي بالفئات الخاصة في التكوين المهني** ، مركز التكوين المهني والتمهين الأخوين مسعد رأس الوادي 02 .

57.محسن محمود أحمد الكيكي ، (2017) ، **المظاهر السلوكية لأطفال التوحد** ، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية ، المجلد 11 ، العدد 1، معهد اعداد المعلمين . نينوى.

ثالثا : مذكرات التخرج :

58.الحساني سامر ، (2005)، **فاعلية برنامج تعليمي باللعب لتنمية الاتصال اللغوي عند أطفال التوحد** ، الاردن ، رسالة ماجستير غير منشورة.

59.بن فاضل سعاد ، (2013) ، **التكفل النفسي بالأطفال مجهولي النسب ذوي صعوبات التعلم** مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس ، تخصص تربية علاجية ، جامعة سطيف 2 الجزائر.

60.عادل جاسب شبيب ،(2008) ، **الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء** ، بريطانية ، رسالة ماجستير منشورة.

61.عاكف عبد الله الخطيب ، (2011) ، **مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الاعاقة العقلية واضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة** ، بالأردن ، رسالة دكتورة منشورة.

رابعا :المراجع الأجنبية :

62. Schopler et al .**traduction**.c.milcent 2002.

63. Bildt ,annelids de , stoma ,sjoerd, ketelaars, cees , kroujer dirk , mulder enik, volkmar ,fred , andninderaa , ,2004.

64. DSM-IV,1994 classification in children and adolescent with mental retardation ,journal of autism and devlopmental désordres

الملاحق

شبكة ملاحظة :

1.مهارات العناية بالذات والاستقلالية :

مهارات العناية بالذات و الإستقلالية	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
الذهاب إلى المرحاض أو يعتمد على الحفاظات			
يأكل بمفرده			
التزرير			
غسل الوجه واليدين			
غسل الأسنان بالفرشاة			
فك وربط الحذاء			
مشط الشعر			

2.مهارات الإنتباه :

مهارات الإنتباه	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
يلتفت وينظر عند مناداته			
يتمكن من الجلوس المناسب على كرسيه بشكل صحيح			
يتعرف على الكرسي ومكانه			
يستجيب أمين للإيحاءات ومساعدة جسدية			
يستجيب أمين إلى المثيرالضوئي والبصري			
يتواصل بصريا مع الأخصائية			

3.مهارات معرفية :

مهارات معرفية	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
معرفة الأرقام من 1إلى 10			
فرز الألوان :أبيض –أحمر –أزرق –أسود			
معرفة الأشكال : دائرة – مربع – مثلث			
معرفة الأحجام :الصغيرة والكبيرة			
تربط بين الأشياء المتطابقة			
تركيب الأشكال			

4.مهارات نفسية حركية :

مهارات نفسية حركية	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
القفز			
الجري			
القص			
مسك القلم			
نثر الأوراق			
تمزيق الأوراق			
تقليد حركات أفعال باستخدام الأدوات			

5.مهارات حسية الإدراكية :

مهارات الحسية الإدراكية	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
معرفة الملمس الخشن			
معرفة الملمس الناعم			
معرفة المذاق الحلو والمر			
معرفة المذاق المر			
معرفة المذاق الحامض			

6.مهارات توجيه الحيز الزماني والمكاني :

مهارات التوجيه الزماني والمكاني	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
إتجاه : فوق / تحت			
إتجاه : يمين /يسار			
اليل/النهار			

7.مهارات معرفة الذات والجسم :

مهارات الذات والجسم	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
الإشارة إلى العينين			
الإشارة إلى الأذن			
الإشارة إلى الأنف			
الإشارة إلى الفم			
الإشارة إلى الشعر			

8.مهارات الفهم :

مهارات الفهم	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
التعرف على المشاعر والإنفعالات			
التعرف على الأماكن			
التعرف على الأشخاص المألوفين			
تشير إلى الأشياء التي يرغب فيها			

9.المهارات الإجتماعية :

المهارات الإجتماعية	التقييم		
	جيد	متوسط	ضعيف
لديه سلوك إذاء الذات			
لديه سلوك عدواني إتجاه الآخرين			
البكاء			
إستجابة للتحية من قبل الآخرين			
يتفاعل مع زملائه			
يلعب مع أقرانه			
يحب الجري			

2- المقابلة مع الأخصائية :

أ- المقابلة الخاصة بأمين :

سؤال الباحثتان:كم عمر أمين ؟

س ب:ماهي وظيفة الأم والأب ؟

س ب:كيف هو المستوى المعيشي لدى أمين ؟

س ب:هل كانت لدى الأم مشاكل فترة الحمل ؟.

س ب:كم دامت فترة الحمل بأمين ؟

س ب: هل كان الحمل مرغوب فيه ؟

س ب: كيف كانت ظروف ولادة أم أمين ؟

س ب: ماهي مدة الرضاعة ؟

س ب :كيف كان الحسي الحركي ؟

س ب :كيف لا حظو الأعراض عليه ؟