وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عمار ثليجي الأغواط

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية و الارطوفونيا

مذكـــــــــرة ماستـــــــر

إعداد الطالبة: بن قطاس زهرة

ميدان: العلوم الإنسانية والاجتماعية

شعبة: العلوم الاجتماعية

تخصص: علم النفس العيادي

التكيف الاجتماعي لدى عينة من أطفال التوحد

أربع حالات في ولاية الاغواط

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الصفة
	أ – محاضر –أ	رئيس اللجنة
أ. عاجب بومدين	أ–محاضر –أ	مشرفا ومقررا
	أ–محاضر –أ	مناقشـــا

السنة الجامعية: 2019/2018

بسم الله الرحمن الرحيم

الشكر

نحمد الله تعالى و نشكره على ما أنعم به علينا من فضل و توفيق و منحنا العلم و المعرفة، و القدرة على إتمام هذا الجهد المواضع ،

يشرفنا ان نتقدم بجزيل الشكر و التقدير الاستاذ الفاضل " عاجب بومدين" لقبوله الاشراف علينا و على نصحه لنا طيلة فترة انجاز هذه المذكرة .

كما نتقدم بزيل الشكر والعرفان الى كل الأساتذة الذين اضافوا بصمتهم في النصح و التوجيه

كما نشكر كل من ساعدنا في انجاز هذا العمل المتواضع سواء من قريب او بعيد

الإهداء

أهدي ثمرة نجاحي الى من جرع الكأس فارغا ليسقيني قطرة حب الى من كلت انامله ليقدم لي لحظة سعادة الى من حصد الاشواك عن دربي لي يمهد لي طريق العلم الى احمل اسمه بافتخار قلبي الكبير ابي العزيز

الى من بها اكبر و عيها اعتمد و الى من ارضعتني الحب و الحنان الى رمز الحب و بلسم الشفاء الى بوجودها اكسب القوة و الى القلب الناصع البياض امي الغالية .

الى القلوب الطاهرة الرقيقة الى النفوس البريئة الى رياحين حياتي اخواتي بودالي ، أمينة ، أسيا .

الى من أرى التفاؤل بعينه والسعادة في ضحكته الى شعلة الذكاء والنور الى الوجه المفعم بالبراءة ابني الحبيب وسيم

الى صاحب القلب الطيب والنوايا الحسنة الذي كان سندي ورفيق دربي زوجي

الى الاخوات التي لم تلدهن امي الى من تحلو بالإخاء و تميزوا بالوفاء صديقاتي دليلة ، هدى ، ايمان ، زينب

و الى كل من ساهم في انجاز هذا العمل من قريب او بعيد .

الزهراء

ملخص الدراسة :

من خلال الدراسة الميدانية اخترنا أربع حالات متواجدة بالمركز النفسي البيداغوجي بولاية الاغواط و كل الحالات متقاربة في السن من10 الى 11 سنة .

تم تطبيق المقياس التشخيصي على هذه الحالات الأربعة و من خلاله الى كل من حالة قويدر و أحمد حالة توحد خفيفة أما كل من حسين و أسيل فهو توحد حاد أما قويدر يختلف عن باقي الحالات لكونه يستجيب لتعليمات و هذا ب ما قالته المشرفة أنه لا يعاني من حدة التوحد إلا أن انقطاعه عن مداومة المركز لمدة طويلة أ به الى الرجوع للوراء مع أنه كان المتفوق على باقي الحالات .

و بهذا فإن كل حالة تختلف عن الأخرى من خلال الأعراض و لهذ تختلف درجة التكيف الاجتماعي عند كل حالة .

Abstract

Through the field study, we chose four cases that are present in the psychological center in the state of Laghouat and all cases are close to 10 to 11 years old.

The diagnostic scale has been applied to these four cases and through it to the case of Qweider and Ahmad a minor autism. Both Hussain and Asil are very sharp. Qweider is different from the rest of the cases because he responds to instructions and this is what the supervisor said he does not suffer from Autism, however, that the interruption of the center for a long time a back to back, although he was superior to the rest of the cases.

Thus, each case is different from the other through the symptoms and this is the degree of social adjustment in each case.

فهرس الملاحق

رقم الملحق	العنوان
01	مقياس الطفل التوحدي
02	أشكال و رسومات قياس مستوى التوحد

الفهرس

- شكر وعرفان
- ملخص الدارسة
- فهرس المحتويات
- مقدمة ..... (أ . ي)

الجانب النظري

الفصل الأول : التوحد

1. تمهيد 13
2. الخلفية التاريخية لدراسة اضطرابات التوحد 13
3. تعريف التوحد 16
4. أسباب التوحد 18
5. أنواع التوحد 22
6. خصائص التوحد 33
7. نظريات التوحد التفسيرية 36
8. تشخيص و التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد 38
9. نسبه إنتشار التوحد 48
10. الخلاصة 56

الفصل الثاني: التكيف الاجتماعي

1. تمهيد 58
2. مفهوم التكيف الاجتماعي 59
3. أنواع التكيف الاجتماعي 59
4. خصائص التكيف الاجتماعي 61
5. محددات التكيف 62
6. مجالات التكيف الاجتماعي 63
7. العوامل التي تعيق التكيف الاجتماعي 63
8. تتكيف الأسر بمرور الزمن 64
9. كيفية تحقيق التكيف في الحياة اليومية مع الطفل التوحدي 70
10. الخلاصة 86

مقدمة :

تمثل ظاهرة الإعاقه بوجه عام مشكلة خطيرة في أي مجتمع قد تعمل على إعاقه مسيرة التنمية فيه، ومن هنا فإن مؤشرات حضارة الأمم تلك التي تظهر في مدى عنايتها بتربية الأجيال بمختلف فئاتهم والتي تتجلى في ذوي الإحتياجات الخاصة.

وتهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن تكيف الأطفال التوحديين في المجتمع وذلك لدى عينة من الأطفال المتوحدين بولاية الأغواط على عينة تتكون من 4 حالات تتراوح أعمارهم ما بين 5 و 10 سنوات ولتحقيق أهداف الدراسة تم إستخدام مقياس التشخيص التوحدي من اعداد الدكتور عادل عبد الله وكذلك استخدام تقنيه الملاحظة والمقابلة النصف موجهة وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية :

- أنه لا يمكن أن يتواصل الأطفال المتوحدينبين العالم الخارجي وتقوقعهم حول ذاتهم.
- كما أن لديهم قصور واضح في اللغة والتواصل اللفظي.

كل فرد يعيش على سطح الكرة الأرضية له وجوده وكيانه ويسهم بدوره في مختلف الوظائف الإجتماعية والعملية، وتتواجد في كل مجتمع من المجتمعات فئة خاصة تتطلب تكيف خاص مع البيئة التي يعيشون فيها نتيجة لوضعهم الصحي الذي يوجد به خلل ما، وهذا التكييف لا يأتي من قبلهم بل يقع على من يحوطون بهم.

ويعد التوحد من الإضطرابات الغامضة ومن أكثر الإعاقات التطورية صعوبة والتي تحتاج إلى رعاية وعناية وإهتمام.

إنه عالم غريب يكنفه الغموض ويحتاج إلى البحث والتقصي ومعرفة ماهيته وأسبابه وعلاجه وبالرغم من المحاولات القائمة التي إهتمت بالتوحد والتقدم في الأبحاث العلمية وزيادتها كما وتنوعها كيفا إلا أن هذه الإعاقه مازالت تثير الكثير من التساؤلات وعدم

إكتشاف العلاج الناجح للأطفال التوحديين الذين لا يظهر أي عيب على شكلهم الخارجي أي يتسمون بالوسامة وبالقدرات الخارقة وهذا ما يثير الدهشة، ويعد هذا الإضطراب من الإضطرابات النمائية المنتشرة التي تؤثر على العديد من جوانب النمو الإجتماعية والإنفعالية والمعرفية التي تصيب الطفل قبل أن يصل عمره إلى 4 سنوات.

وتناولت هذه الدراسة جانبين نظري وتطبيقي، وفي الجانب التطبيقي تضمن فصلين :

الفصل الأول : التوحد وفيه الخلفية التاريخية، تعريفه، أنواع التوحد، أسبابه، خصائصه، نظرياته، التشخيص، وأخيرا نسبة إنتشاره.

الفصل الثاني : التكيف الإجتماعي، أنواعه، محدداته، مجالاته والعوامل التي تعيقه.

أما بالنسبه للجانب التطبيقي فقد تناولنا فيه فصلين :

الفصل الأول : منهجية الدراسة حيث تطرقنا فيها الى مجموعة البحث، ومنهجه وأدوات جمع البيانات وأخيرا مقياس الطفل التوحدي.

الفصل الثاني : فيه تحليل وتفسير النتائج التي تضمن دراسة أربع حالات أطفال متوحدين.

أسباب إختيار الموضوع :

- نقص وعي الأولياء والمربين بمجالات الإضرابات التوحدية والغير ظاهرة.
- قلة البحوث والدراسات المنجزة حول هذا الموضوع سواء من الناحية النفسية أو الإجتماعية، سواء بالنسبة للدول العربية والجزائر خاصة.
- تزايد هذه الحالات بصفة ملفتة للنظر وبنسبة عالية.
- الرغبة في دراسة ميدانية تخص الموضوع محل الدراسة كيف يكون التكيف الإجتماعي لدى الطفل التوحدي ؟.

أهمية الدراسة :

- ترجع أهمية دراسة التوحد إلى دراسة مرحلة نمائية مهمة من حياة الطفل لا نعرف الكثير عنها، كما ان هذا الإضراب يتداخل مع كثير من الإضطرابات الأخرى وكما ترجع أهمية دراسة التوحد إلى زيادة معدلات انتشاره.
- محاولة الوصول إلى أفضل البرامج العلاجية التي تمكن الوالدين والعاملين من التكفل بالطفل التوحدي اجتماعيا.

صعوبات البحث :

- أول صعوبة واجهتنا كأي باحث هي تحديد الموضوع.
- صعوبة في التعامل المباشر مع الأطفال التوحديين.
- عدم وجود إختبارات تقيس التكيف الإجتماعي في الإدارة أو المراكز.
- قلة الدراسات العربية التي تناولت هذا الموضوع وعدمها أو إنعدامها بين جامعتنا.
- قلة المراجع بالنسبة لفصل التكيف الإجتماعي بصفة عامة.

أهداف الدراسة :

- توعية المجتمع بصفة خاصة حول هذا الإضطراب الغامض.
- التعرف على الطرائق الإجتماعيه والنفسية التي تمهد لعودتهم للتفاعل مع أقرانهم والإنصهار في المجتمع.
- إشعار المجتمع بحالة مرضية غير معروفة لدى أغلب الناس.

الإشكالية :

- ماهي طبيعة التكيف الإجتماعي ومميزاته لدى الأطفال التوحديين ؟

الفرضيات :

- يؤثر اللعب بنمطية (الجماعي- الرمزي) على التكيف الإجتماعي لدى الأطفال التوحديين.
- يساعد التواصل الغير الفظي بأشكاله الأطفال التوحديين من التكيف الإجتماعي.
- تؤدي العلاقات الإجتماعية مع الوالدين إلى التكيف الإجتماعي لدى الاطفال التوحديين.

تحديد المصطلحات :

- الطفل التوحدي : هو ذلك الفرد الذي يظهر عليه اضطراب في السلوك ناتج عن خلال في العصب يعيق عليه التواصل و التفاعل مع الاخرين .
- التوحدية (Autism) : ترلا " ماريكا " أن التوحد بمثابة اضطراب يشير الى تغلاق على نفس و الاستغراق في التفكير و ضعف القدرة على الانتباه و ضعف القدة على التواصل و إقامة علاقة اجتماعية مع الاخرين ، إضافة الى النشاط الحركي المفرط .(عادل عبد الله محمد ، 2003 ، ص 128 – 129).

- المهارات الاجتماعية: يقصد بالمهارات الاجتماعية عادات وسلوكيات مقبولة اجتماعيا يتدرب عليها الطفل الى درجة الاتقان والتمكن من خلال مواقف الحياة اليومية تفيد في إقامة علاقات بين الاخرين في محيط المجال النفسي.
- النشاط الزائد: يعرف "عال عبد الله " 1984، بأنه ارتفاع مستوى الحركي بصورة غير مقبولة وعدم القدرة على التركيز والانتباه، وعدم القدرة على ضبط النفس وعدم إقامة علاقات طيبة مع الاقران والمعلمين.
- مفهوم التكيف: هو عملية تؤام وملاءمة العضوية مع متطلبات البيئة هذا التلاؤم الذي يسمح له بالبقاء ويشمل هذا المفهوم تلبية مختلف الحاجات البيولوجية التي يسعى الفرد الى اشباعها كدافع الجوع والعطش وحاجات اجتماعية ونفسية كالحاجة الى الحب والعطف والمكانة والشعور بالانتماء والامن وغيرها.
- مفهوم التكيف كمصطلح اجتماعي : اشعار علماء الاجتماع بمصطلح التكيف الاجتماعي و حاولوا دراسة وفقا لخصوصياته المتميز بوصفة كأنا اجتماعيا راي يقوم على دراسة في اطار العلاقات الاجتماعية الإنسانية فيما بينهم و علاقة الفرد داخل محيطة متناولين عدة نواحي منها ملاحظة التغيرات للأنماط السلوكية السلوكية و القدرة على مسايرة المجتمع و عاداته و قيمة وثقافته و استد خالها و الانصياع لها بالتالي الفرد الخاضع لها و للأحكام مجتمعه و المنصهر في جماعته يعتبر متكيفا بيئيا الشخص المناهض و الرافضيعتبر غير متكيف أو سيء التكيف .(محمد سلامة غبازي : 2003 ، ص 167 ، ص 13) .

الدراسات السابقه :

قمت بالبحث المتواصل والحديث من أجل الحصول على دراسات سابقة في موضوع بحثي "الأوتيزم" في حد ذاته وبالصورة الحالية مازال في عهده الحديث نسبيا، وهذا لم يمنع الباحث من دراسة التوحد ومقارنته أيضا بإضطرابات أخرى، كالتخلف العقلي أو

عرض دوران، وخاصة من جوانب التكيف الإجتماعي كالتواصل والعلاقات والدراسات اللاحقة ستبين مستويات الأداء التكيفي لدى هذه الفئة.

الدراسات الأجنبية :

1- مقارنه في بعض الخصائص النفسية والإجتماعية بين الأطفال التوحديين والمتخلفين عقليا.

دراسة سارة بحار بنيتري ومورجان 1996 ضمت الدراسة مقارنة بين الأطفال التوحديين والمعاقين عقليا في بعض الخصائص النفسية والإجتماعية وتكونت العينة من مجموعتين : ضمت الأولى 18 طفلا توحديا، بينما ضمت الثانية 20 طفلا من المعاقين عقليا، وأوضحت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعتين في السلوك التكيفي والقدرات اللفظية ومهارات التنشئة الإجتماعية، ومهارات التواصل و ذلك لصالح مجموعه الأطفال المعاقين عقليا.

2- فحص أنماط إكتساب المهارات الإجتماعيه المجموعة من الأطفال التوحديين وأقرانهم المتخلفين عقليا :

دراسة فان هيتر وأخرون 1997 : على فإن على فحص أنماط إكتساب المهارات الإجتماعيه ومهارات التواصل ومهارات الحياة اليومية المجموعة من الأطفال التوحديين ومقارنة بالأنماط المماثلة لدى مجموعة من أقرانهم المعاقين عقليا، وذلك من خلال إستخدام مقياس "فانيلاند" للسلوك التكيفي وأوضحت النتائج وجود فروق دالة بين المجموعتين في مجال التواصل والتنشئة الإجتماعيه لصالح الأطفال المعاقين عقليا حيث إنخفضت درجات الأطفال التوحديين بشكل دال في هذين المجالات الأخرى.

(عادل عبد الله محمد، 2003، ص ص 39.40)

3- مقارنه من مستوى النمو الإجتماعي والمهارات الإجتماعيه لدى 3 مجموعات من الأطفال :

دراسة كلين وأخرون 1999 مقارنة لعينة مقسمة من مجموعات ثلاث تضم الأولى الأطفال التوحدين وتضم الثانية ذوي الإضطرابات النمائية الغير محددة بينما تضم الثالثة الأطفال المعاقين عقليا، وتمت المقارنة بين المجموعات في مستوى النمو الإجتماعي والمهارات الإجتماعية وأوضحت النتائج أن مجموعة الأطفال التوحدين كانت أقل هذه المجموعات من حيث مستوى النمو الإجتماعي والمهارات الإجتماعية والقدرة اللفظية.

4- مقارنه في المهارات الإجتماعية ومستوى الإندفاعية لدى المتوحدين الأسوياء :

دراسة ماتسون وأخرون 1991 إستهدفت المقارنة بين التوحدين قوامها 17 مفحوصا تتراوح أعمارهم بين 2-21 سنة ومجموعة متجانسة من الأسوياء تضم 17 مفحوصا أيضا وذلك في مستوى المهارات الإجتماعية.

ومستوى الإندفاعية مستخدمين "مقياس ماتسون للمهارات الإجتماعية" وأوضحت النتائج وجود فروق دالة بين المجموعتين لصالح الأسوياء حيث كانت مجموعة التوحدين أكثر إندفاعية وأقل في المهارات الإجتماعية.

5- فحص الأداء التكيفي للأطفال التوحدين وأقرانهم من الفئات الأخرى للإعاقة :

دراسه دلف سكاين 1998 هدف إلى فحص الأداء التكيفي بين الأطفال التوحدين وأقرانهم من الفئات الأخرى للإعاقة ومن بينهم الإعاقة العقلية وذلك في مهارات الحياة اليومية والتواصل، وأوضحت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين الأطفال التوحدين وأقرانهم المعاقين عقليا في تلك المهارات لصالح الأطفال المعاقين عقليا، حيث كانت متوسطات درجات الأطفال التوحدين نقل بشكل واضح ودال إحصائيا عن متوسطات درجات أقرانهم المعاقين عقليا.

6- التعرف على الأطفال التوحديين وتميزهم عن المعاقين عقليا وذوي صعوبات التعلم :

دراسه وادين وأخرون 1991 : هدفت إلى التعرف على إمكانية إستخدام قائمة ملاحظات السلوك التوحدي التي أعدها كروج 1990 في التعرف على الأطفال التوحدين وتميزهم عن المعاقين عقليا وذوي صعوبات التعلم، وتكونت العينة من 132 طفلا منهم 67 طفل توحديا و65 طفل من المعاقين عقليا وذوي صعوبات التعلم تتراوح أعمارهم جميعا بين 5 – 15 سنة، ومن أهم ما كشفت عنه النتائج أنه قد تم من خلال التحاليل العاملي تحديد ثلاث عوامل أساسية تمثل أعراضا للتوحدية، وما يرتبط بها من مظاهر سلوكية كالخلل في القدرة على التعبير اللفظي والإنسحاب الإجتماعي، وعدم القدرة على التواصل الإجتماعي، وتم من خلالها تمييز 91% من الأطفال التوحدين و 96% من الأطفال المعاقين عقليا مع صعوبات التعلم ووجدت فروق دالة بين المجموعتين لحساب مجموعة الأطفال التوحديين. (عادل عبد الله محمد، 2003، ص41).

7- تحليل مستوى السلوك إلى وحدات للنشاط :

دراسه آن روبل 1997 : هدفت الدراسة التي أجريت على مجموعتين من الأطفال تمثل إحداهما الاطفال التوحديين وتمثل الأخرى الأطفال ذوي أعراض زملة داون وتتشابه المجموعات في مستويات السلوك التكيفي، هدفت إلى تحليل مستوى السلوك إلى وحدات للنشاط تؤدي بشكل طبيعي إلى حدوث سلسلة من السلوكيات المختلفة تحدث تشكل ثابت وأوضحت النتائج أن الأطفال التوحدين قد اظهروا للنشاط تعد أقل في مدة دوامها وأقل تداخلا وذلك قياسا بأقرانهم ذوي أعراض زملة داون، ولكي توجد فروق دالة بينهما ترتبط بالمواقف أو الجوانب الكيفية لوحدات النشاط وكان من الأكثر إحتمالا بالنسبة للأطفال التوحديين أن يستخدموا الميكانيزمات المادية في حين إستخدام الأطفال ذوي أعراض زملة داون الإشارات بشكل أكثر، كما اتضح أيضا أنه كان من الأكثر إحتمالا

بالنسبة للأطفال التوحديين قياسا بأقرانهم ذوي أعراض زملة داون أن تزداد مرات فشلهم أو عدم قدرتهم على الإستجابة للمثيرات المختلفة بأربعه أضعاف.

8- التعرف على الفروق بين الأطفال التوحديين والمعاقين عقليا في النشاط الحركي :

دراسة جاكوبسون وإيكرمان جاكوب 1990 : هدفت من خلالها إلى التعرف على الفروق بين مجموعتين من الأطفال التوحديين ومجموعة أخرى من الأطفال المعاقين عقليا في النشاط السوسيطي والحركي وكانت تتراوح اعمارهم بين 5-12 سنة وأوضحت النتائج بشكل عام أي الأطفال التوحدين يعدون أفضل في مهاراتهم بشكل دل إحصائيا من أقرانهم المعاقين عقليا الذين يجانسهم في العمر الزمني والمستوى العقلي كما إتضح أيضا وجود فروق إحصائيا بين المجموعتين بالنسبة للأطفال المعاقين عقليا حيث يتفقون على أقرانهم التوحديين في تطوير تلك المهارات مع الزيادة في أعمارهم.

الدراسات العربية :

1- التعرف على بعض مهارات جوانب السلوك التكيفي للأطفال التوحدين وأقرانهم المتخلفين عقليا :

- دراسه عادل عبد الله محمد 2002، وكانت تساؤلاته كالآتي : هل توجد فروق بين متوسطي درجات الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقليا في السلوك التكيفي ؟ وتفرع من هذا التساؤل :

1- في مستوى النمو اللغوي.

2- في مستوى الأداء الوظيفي، وكانت العينه 24 طفل (12 متخلف عقليا، 12توحدي) واستخدام "مقياس جودار للذكاء أو مقياس المستوى الإجتماعي والإقتصادي والثقافي" للمجانسة بين العينتين وهذا المقياس من إعداد الباحث، وكانت الإحصائيات دالة على

وجود فروق بينهما لصالح فئة المتخلفين عقليا وخاصة في مجال التواصل والتنشئة الإجتماعية ولا توجد فروق دالة في المجالات الأخرى.

2- التواصل إلى تشخيص فارق الأطفال التوحدين قياسا بأقرانهم المعاقين والأسوياء :

دراسه حسن حلواني 1996 وجد في الدراسته التي إستهدفت التواصل إلى تشخيص فارق الأطفال التوحدين قياسا بأقرانهم المتخلفين عقليا والأسوياء من خلال أدائهم على بعض المقياس النفسية وقوائم الملاحظة وضمت العينة 27 طفلا توحديا تتراوح أعمارهم بين 6 - 13 سنة و27 سنة و27 طفلا من الأسوياء تتراوح أعمارهم بين 6 - 8 سنوات ووجد أن الأطفال التوحدين عند مقارنتهم بأقرانهم المعاقين يعتبرون من الأكثر عدوانية والأضعف إنتباها والأكثر قلقا والأكثر في نشاطهم الحركي والأقل إجتماعية وذلك على قائمه "كونزر" لتقدير السلوك كما كان آدائهم على مقياس جودار للذكاء أفضل من أدائهم على مقياس "ستانفورد بنية" ويرجع ذلك إلى أن المقياس الأول يعد من المقاييس الأدائية في حين يعد الثاني اللفظية تغير مستوى منخفض جدا.

(عادل عبد الله محمد، 2003، ص41).

3- مشكلات التعريف والتشخيص المبكر مع أطفال التوحد :

دراسة سميرة عبد اللطيف سعد 2003 : قامت بدراسة بجامعة الكويت لقضايا ومشكلات التعريف والتشخيص، والتدخل المبكر مع أطفال التوحد وتوصلت إلى إعداد برنامج تربوي وتعلمي وإجتماعي لتحديد حاجات الأطفال المصابين بالتوحد.

دراسات جزائرية :

الإضطرابات النفسية والعقلية عند الأطفال :

دراسه بدرة معتصم 2003 ، من خلال هذه الدراسة نلاحظ إختلاف الباحثين حول مسبب هذا الإضطراب وتنوع التشخيص وذلك لغموض هذه الظاهرة وصعوبة تجديد المفاهيم وطرق تناولها، وحاولت البحث عن طريقة التفكير بتكيف هذه الحالة.

(دحو جميلة، 2008، ص05).

- تعقيب على الدراسات السابقة : من خلال ما سبق تكاد تجمع الدراسات التي قارنت بين الأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقليا أن الأطفال التوحدين أقل في مستوى المهارات الإجتماعية وأقل في عدوانيتهم وسلوكهم العدواني وأكثر في مستوى فرط النشاط، ندرة الدراسات العربية في هذا الموضوع وهو ما يعطي أهمية للدراسة الراهنة.
- إن تحديد خصائص وأعراض هذا الإضطراب أمر في غاية الصعوبة والأهمية وذلك بفتح المجال للبحث من جهة ويساعد على توفير متطلبات هذه الفئة حسب القصور ونوعية صعوبتها ومن جهة ثانية، وبناءا على ذلك فإن الدراسة الحالية تحاول البحث عن خصائص التوحدين من خلال التكيف الإجتماعي داخل المراكز المعنية لهذه الفئة.

الإجراءات الميدانية للدراسة

الفصل الثالث: منهجية البحث

1. تمهيد 87
2. الحدود المكانية والحدود الزمنية 87
3. مجموعة البحث 87
4. منهج البحث 87

الفصل الرابع: تحليل وتفسير النتائج

1. عرض الحالة الأولى 90
2. عرض الحالة الثانية 100
3. عرض الحالة الثالثة 110
4. عرض الحالة الرابعة 121
5 . خلاصة عامة 131

الخاتمة 134

الملاحق

المراجع

1.تمهيد :

يعتبر التوحد الأوتيزم "Autism" أحد أشكال الإضطرابات النمائية المنتشرة الشديدة وقد إعتبره الكثيرون أحد أشكال الإعاقة الإنفعالية وقد ظهر هذا المفهوم أول مرة على يد الطبيب النفسي الأمريكي Le okanner 1943 حيث نشر ورقة بعنوان "إضطراب التوحد للتواصل العاطفي" وذلك نتيجة عمله مع 11 طفلا يشتركون في كثير من الخصائص أهمها:

أ) عدم القدرة على الإرتباط بالناس أو المواقف بصورة عادية والإفتقاد التام للإستجابة الجسمية والإنفعالية للآخرين عند اليأس والخوف حين يحاول أي فرد إقتحام عالمه الخاص.

ب) وقبل الحديث عن طبيعة الإضطراب وأعراضه لا بد لنا من ذكر التوجهات التاريخية حول إضطراب التوحد

(إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2004، ص24)

2. الخلفية التاريخية لدراسة اضطرابات التوحد :

على مر فترات تاريخ العلم تطور الدراسات بعد أن كانت تتم بالإهمال والخرافة والسخرية من المصاب بالتوحد يمكن تقسيم المراحل التاريخية في دراسة التوحد الى المراحل التالية :

1.2) المرحله التاريخيه الأولى :

وترجع على الأقل إلى القرن 16 عندما أدرج يوهانس ماسيسوس يونس في مؤلفاته قصة طفل عمره 12 سنة يظهر كثير من الخصائص من التوحد، وكان يعتقد وقتها أن هذا الطفل عبارة عن كتلة بشرية بلا إحساس تسكنها روح شريرة ويجب خنقه والتخلص منه للتخلص من الشيطان الذي يسكنه.

2.2) المرحلة الثانية :

تبدأ هذه المرحلة عندما إستعمل الطبيب السويسري باول إيوجين بلولير 1857-1939م مفهوم السلوك التوحدي لأول مره عام 1910 كدلالة عن الإنفصام الشخصي وذلك عندما إستخدم المصطلح اللاتيني (Autism).

3.2) المرحلة التاريخية الثالثة :

تبدأ عندما أخذت كلمة التوحد المعنى المعاصر وذلك في فقرتين هما :

- عام 1938 عندما تبني هانز اسبرجر في جامعه فيينا مصطلح بوبلر (التوحد لمضطربي العقل) في محاضرة في ألمانيا حول علم النفس الطفل.
- عام 1943 عندما استعمل ليوكانر مصطلح التوحد لأول مرة في مستشفى جونزهوبكنز عندما قدم العلامات المبكرة الرضيع المصاب بالتوحد وذلك في تقرير عن 11 طفل يتشابهون في أعراض السلوك بشكل مثير للنظر وكانت مشابه لإضطراب التوحد. ومازال يؤخذ تقرير كانز إلى اليوم بكل الخصائص التي وضعها كملامح أساسية لهذا الإضطراب والتي هي :

ج) تأخذ في اكتساب الكلام.

د) الضعف في التحليل.

ه) عدم القدرة على تطوير علاقات إجتماعية.

4.2) المرحله التاريخية الرابعة :

وبدأت هذه المرحلة على يد العالمتين لوراوينج و يونافرايث حيث قامت لوراوينج بالعديد من الدراسات النمائية حول التوحد وبتأسيس الجمعية الوطنية للتوحد في المملكة المتحدة البريطانية عام 1962، أما يونافرايث فقد قامت بالعديد من الأعمال أهمها كتاب التوحد و صياغة نظرية العقل مع العالم بارون كوهين لدى لمتوحدين.

5.2) المرحلة التاريخية الخامسة :

وتبدأ من الثمانينيات والتسعينيات في القرن العشرين وتعد هذه المرحلة فتره بلورت المفهوم بصفة أكثر عملية حيث ظهرت الكثير من التقارير العلمية في مجال التوحد ومن الأسماء التي برزت في هذه المرحلة على سبيل المثال جيلبيرغ وستيفن برج 1987، Gellbery et steven berg 1987 وثينج ولي chng lee 1990 وكلوباياشي وزملائه Kobayachi et all 1992.

(سليمان، 1999، ص21).

فضلا عن هذه الأسماء كان هناك تيار بحث علمي بدا على يد العالم (Baron-cohen) وبدأ هذا التيار في الثمانينيات ومازال مستمرا إلى الوقت الحاضر، حيث أغنى هذا العالم بدراساته في مجال التوحد بالعديد من الدراسات والكتب والنظريات التي إهتمت بتفسير أسباب التوحد تحت إسم عمى العقل المشتق من نظرية العقل.

وهناك موجز لتاريخ التوحد عبارة عن عن نقاط قدمه الباحث Trey Buchaman 2011 يمكن الإستفادة منه، وق لخص تاريخ التوحد بالأتي :

- في عام 1908 قدم بوبلر التعريف المبدئي عن التوحد لدى الراشدين.
- في عام 1943 وصف كانز التوحد لدى 11 طفلا من الأطفال المتوحدين.
- في عام 1944 وصف هانز اسبرجر التوحد بصورة قليلة.
- في عام 1967 وصف بتلهيم التوحد في كتابه "القلحة الفارغة"
- في عام 1968 وصفت جمعية الطب النفسي الأمريكي التوحد كنوع من الفصام.
- في عام 1980 قدمت العالمة وينج مفهوم التوحد من خلال الأعراض التي يسببها.
- في عام 1987 تضع جمعية الطب النفسي الأمريكيه التوحد كأحد إضطرابات النمو الشاملة. (صالح، علي عبد الرحيم 2012، ص18-21).

3. تعريف التوحد :

1.3) تعريف التوحد :

Autisme من الكلمة الإغريقية Aut وتعني النفس والذات وكلمة tisme وتعني لا نغلاق والكلمة ككل يمكن ترجمتها على أنها لا تغلاق على الذات وتقترح هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالبا يندمجون أو يتوجدون مع أنفسهم وتصف الطفل التوحدي بأنه عاجز عن إقامة علاقات إجتماعية ويقشر في إستخدام اللغة لغرض التواصل مع الآخرين ولديه رغبة ملحة في للإستمرارية في القيام بنفس السلوك و مغرم بالأشياء ولديه إمكانيات معرفية جيدة، كما أن الأفراد التوحديين يبدون سلوكيات نمطية متكررة ومفيدة وتحدث هذه الصفات قبل عمر الثلاثين شهرا من عمر الطفل.

2.3) تعريف الجمعية البريطانية للأطفال التوحديين :

Inten national society loo Autistic children NCAC. 1978

لقد كان الهدف من تعريف الجمعية البريطانية للأطفال التوحديين في المملكة المتحدة هو رسم سياسة إجتماعية وقانونية بخصوص إضراب التوحد وكذلك نوعية الرأي العام وحسب هذا التعريف يشمل إضطراب التوحد على المظاهر التالية :

- إضطراب في معدل النمو وسرعته.
- إضطراب حسي عند الإستجابة للمثيرات
- إضطراب القلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص.
- إضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة.

3.3) تعريف التوحد طبقا لتصنيف DSM4Tr2000 p75 :

- يبدي الطفل عجزا توعيا في تفاعله الإجتماعي الذي يتضمن عجزا في الإستخدام المناسب للسلوكيات غير اللفظية ليوجه إنفعالاته والفشل في نمو وتطوير العلاقات مع الأقران.
- العجز عن التواصل يرى غالبا في الأطفال التوحديين وهذا العجز يتضح في نمو اللغة المنطوقة والعجز عن المبادات أو في تعزيز المحادثة والسلوك النمطي والإستخدام المتكرر للغة وقصور في مهارات اللعب تلقائي المناسب للمرحلة النمائية.
- ظهور سلوك نمط في الأنشطة التي يؤديها وفي إهتماماته وهذه الأنماط تشمل الإنشغالات بواحدة أو أكثر من السلوك النمطي الغير مرن بأعمال محددة أو طقوس أو الإنشغال بالإجراء من الموضوعات. (مصطفى فاروق، الشريني كمال، 2011، ص ص26-29).

4.3) تعريف التوحد "محمد عدنان" :

- التوحد على أنه عجز يعيق تطوير المهارات الإجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي وهو نتيجة إضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات مع الأفراد وعدم القدرة على اللعب وإستخدام وقت الفراغ وعدم القدره على التصور، البناء والملائمة التخيلية. (مصطفى فاروق، الشريني كمال، 2011، ص30).

5.3) Caronna et al. 2008 : إضطراب نمو عصبي ناتج عن خلل في الدماغ، يتميز بضعف التفاعل الإجتماعي والإتصال وسلوك تكراري ضيق تبدأ جميع هذه العلامات لدى الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر.

- الفين و عشره حاله عجز خطير تظهر عدد اثناء السنوات الثلاث الاولى من النمو على شكل اعراض متساويه الشده تؤثر على قدره الطفل في الاتصال والتفاعل مع الاخرين.

- الجمعية الأوروبية للتوحد Au,2010 : إضطراب يؤثر على نمو الدماغ ويظهر ضعفا في التفاعلات الإجتماعية، والإتصالية وإهتمامات ضعيفة وسلوك تكراري.

-PHIS, 2011 : إضطراب نمو تطوري، يتميز بالعديد من الصعوبات كفقدان المهارة الإجتماعية والإتصالية والقيام بالعديد من الحركات والأنشطة الروتينية المتكررة.

-LMC, 2011 : إختلال دماغي معقد يؤدي إلى العديد من الصعوبات في القدرات الإجتماعية والتواصلية والسلوكية، فضلا عن مشاكل اللغة والمهارات الحركية والحسية.

6.3) تعريف جمعية التوحد الأمريكية :

إعاقة التوحد نمائية شديدة تستمر طوال الحياة وتظهر خلال 3 أعوام الأولى من العمر ويؤثر على التفاعل الإجتماعي والإتصال اللفظي وغير اللفظي والتطور الحسي.

(صالح علي عبد الرحيم، 2002، ص.ص.ص: 24،25،26).

4. أسباب التوحد :

يعتبر التوحد من الإعاقات النمائية التي مازال يحيطها الكثير من الغموض في كافة جوانبها لا سيما الإتفاق على تحديد العوامل المسببة لها، فهل هي نفسية، عضوية، وراثية، جنسية، بيوكيميائية، أم هي نتيجة لتفاعل هذه العوامل ونتيجه لتباين وجهات النظر التي إهتمت بتحديد أسباب التوحد وتباين الإنسان الفكرية والوحدات التفصيلية والأطر النظرية التي تبنتها كل وجهة نظر، يمكن أن تصنف وجهات النظر هذه في النظرية التالية :

1.4) وجهات النظر النفسية والسيكودينامية : تعتبر النظرية السيكودينامية من أقدم النظريات في تفسير الأسباب المتوقعة للتوحد، حيث كان يعتقد أن ذات معينة في شخصية الأم وطريقة تربية الطفل تهيئ لحدوث هذا الإضطراب فقد تم تصنيف مكونات هذه العلاقة على النحو التالي :

- ميكانيزمات العلاقة النفسية بين الطفل والأم : يرى أنصار هذه النظرية كانز اسبرجر جو لدفارب بتلهيم، ريملاند أن التوحد ينشأ عن خبرات مبكرة غير مشبعة وتهديده فينشأ الأساس المرضي نتيجة فشل "أنا" الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم والتي تكون بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي، وبالتالي لم تسمح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه.

- ويصنف اجرمان بعض الأسباب التي ينشأ عنها ضعف أو فشل علاقة تواصل الطفل بأمه: اضطراب العلاقة بين الوالدين يؤدي إلى فقدان الهدوء اللازم لتربية الطفل تربية سوية.

- غيرة الأب من إرتباط الأم بطفلها تجعل الأم لا تحافظ على هذا الإضطراب.

- وجود صعوبات في تغذيهة الطفل منذ الميلاد بسبب بعض العيوب الخلقية في فك الطفل أو مرض الام.

ويمكن تلخيص الأسباب السيكوديناميةللإصابة بالتوحد على النحو الآتي :

- رفض الأم للطفل وعدم توفير الحب والرعاية له عند الشهور الأولى.
- فقدان الطفل الإحساس بالحب والحنان من المحيطين به.
- إضطراب في العلاقات الأسرية اللازمة للبناء الصحي السليم.

2.4) العوامل البيولوجية (الأسباب المتعلقة بالجهاز العصبي) : يرى أنصار هذه النظرية أن العوامل البيولوجية التي تنتج عنها الإصابة بالتوحد تتمثل في إصابة المخ أو الخلل الوظيفي في أحد أجزاء المخ أو عدوى الفيروسات أو إصابة جهاز المناعة بالجسم ويمكن عرض هذه العوامل على النحو التالي :

1.2.4) إصابة المخ قبل أو في أثناء الولادة :

يرى سكويلر أن الحالات التي تسبب تلفا للدماغ قبل الولادة أو في أثنائها تهيء الفرصة لحدوث الأوتيزم مثل الحالات التي لم تعالج من الفينيل كيتونيوريا PhényleKetoniria، والتصلب الحدبي Tubrours Sclérose الإختناق في أثناء الولادة وإلتهاب الدماغ، تشنجات الرضع Infantile spasns، الإلتهاب السحائي Méningites.

2.2.4) عدوى الفيروسات :

قد ينمو الطفل طبيعيا ثم تظهر عليه أعراض التوحد كنتيجة لعدوى الطفل بالفيروس، فهناك حالات نقلت فيها العدو للطفل من خلال الأم في أثناء المرحلة المبكرة من الحمل مثل الحصبة الألمانية وقد بينت إحدى الدراسات أن إصابة الطفل داخل الرحم بفيروس تحدث خللا بسيطا للطفل ويظل كامنا حتى يبدأ نشاطه عندما يتعرض الطفل لتجربة نفسية مؤلمة مثل ولادة طفل جديد أو فقدان أحد أبائه.

3.2.4) إصابة جهاز المناعة :

إن جهاز المناعة يحمي الطفل عن طريق تكوين أجسام مضادة للقضاء على الفيروسات والتخلص منها فإذا حدثت له إصابة أو ضعف يكون الطفل عرضة للإصابة بالعدوى الفيروسية التي ينتج عنها إضطربات في نمو الطفل، وقد يصاحبها الإصابة بالتوحد.

ومن أقوى العوامل التي تسبب حالات التوحد :

- شذوذ الكروموزومات "x"
- تصلب الأنسجة Tuber Scléroses. (مصطفى نوري القمش، 2011، ص ص31 42).

ويفترض بعض الباحثين أن سبب ناجم عن شكوك متزايدة بين الباحثين أن التوحد له سبب واحد لأنه إضطراب معقد مع مجموعة من الجوانب الأساسية ومن هذه الإفتراضات هي :

الإختلالات الكامنة في الدماغ، الوراثة كما هو الحال في التخلف العقلي.

أما الإفتراض الثاني هو تأثير العوامل البيئية رغم أنها قيد الإقتراض فمن الأسباب البيئية : الأمراض المعدية، المعادن وأبخره الديزل، والكلور، الفضلات المستخدمة في منتجات البلاستيك والمبيدات وبرادة اللهب، الكحول والتدخين، المخدرات واللقاحات، وعلى العموم صعب تحديد أسباب التوحد بما يأتي :

- عدم الإتفاق بين المختصين على طبيعة الإصابة بمرض التوحد وإضطرابات التطور العامة.

- إن تحديد الأسباب يعتمد على الأخصائيين وتجاربهم مع مرض التوحد.

- إن بعض الأسباب تؤدي إلى التوحد في بعض الحالات وليس في جميعها.

(صالح علي عبد الرحيم، 2009، ص).

3.4) أسباب إجتماعية أسرية : أسفرت الدراسات عن تعرض الطفل للعديد من العوامل التي تساعد في ظهور الإضطرابات منها :

- تعرضه للعديد من المشكلات الإقتصادية والإجتماعية داخل الأسرة.
- تدني العلاقات العاطفية بين الطفل وأسرته وشعوره بفراق حسي وعاطفي مما يشجعه على الإنغلاق على نفسه وعزلته عمن حوله.
- الضغوط الوالدية المتعددة.
- هناك بعض الدراسات تشير إلى أن تتعرض الأم لحالات النزيف أو حقنها بتطعيم الحصبة الألمانية قد تتسبب في ولادة الطفل توحدي.

أ) تعرض الطفل للحوادث والصدمات البيئية التي تصيب الرأس.

5. أنواع التوحد : الحالة التي يطلق عليها إسم "التوحدية" هي واحد من مجموعة خمس حالات بها إرتباطا وثيقا وتلك الحالات الخمس تشترك في الأعراض تخرج كلها من عباءة إضطرابات النمو المنتشرة، وجميع الحالات التي تندرج تحت تلك الإضطرابات لها تأثير كبير على النمو ووفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للعلاج النفسي DSM فإن إضطرابات النمو الشائعة تحمل الحالات التالية :

- إلتهاب التوحدية.
- إضطراب أسبرجر.
- إضطراب ريت.
- إضطراب الطفولة اللاتكاملية.
- إضطرابات النمو المنتشرة غير المحددة على نحو آخر.

وبغض النظر عن الحالة التي يقع الطفل تحتها من الحالات السابقة فهناك 3 أعراض أساسية تشترك فيها جميع الحالات وتستخدم لتقرير التشخيص :

- إعاقة بالتفاعل الإجتماعي.
- إعاقة بالتواصل. خصائص النماذج السلوكية.

1.5) إضطراب التوحدية :

1.1.5) إعاقة في التفاعل الاجتماعي : فالأطفال التوحديين يبدون كما لو كانوا يعيشون في عالمهم الخاص بهم وربما لا يبحثون عن رفقه الأخرين ومصاحبتهم، ويعاملون الأخرين حتى الكبار على أنهم الات موسيقيه وليسوا بشرا، فبالنسبة لهؤلاء الأطفال يمثل الناس وسيلة لتحقيق غاياتهم ولربما تكون الأوقات التي يقضيها الأطفال التوحديين مع الأخرين أوقات صعبة وعسيرة، فربما يجد الطفل التوحدي متعة كبيرة في مجموعة صور

للقطا كتاب أو مجموعة سيارات في كراج، ولكنه لا يفكر في مشاركة الأخرين مستخدما الكلمات والإشارات والإيماءات.

2.1.5) إعاقة في الاتصال : وفي أغلب الأحوال لا يتصل الأطفال التوحديين مع المحيطين بهم في عالمهم بطريقة تقليدية وقد يكون من الصعب إشتراكهم في محادثة أو الحصول منهم على معلومات بطريقه لفظية، وعلى سبيل المثال بدلا من أن يستجيبوا لسؤال ما إجابة ما فإنهم يرددون نفس السؤال، ورغم أن كثيرا من الأطفال التوحديين يتعلمون أن يتصلون بالأخرين من خلال الكلمات والإشارات فإن بعضهم لا يستطيع ذلك.

وفي أغلب الأحوال فإن هؤلاء الأطفال يتعلمون إستخدام الصور والرموز ليتصلوا بالأخرين وليحصلوا على إحتياجاتهم والذين تعلموا الكلام قد يرددون الكلمات والعبارات التي قيلت لهم إما على الفور أو العبارات التي سمعوها من قبل أو حوارات سمعوها من شريط فيديو محبب إليهم.

3.1.5) السلوكيات المتكررة والنماذج السلوكية الغريبة :

كما أن الأطفال التوحديين لهم إهتمامات مكثفة وتفصيلات تختلف عن إهتمامات الأطفال الأخرين وتفضيلاتهم حيث يفضل الكثيرون منهم أن يبقى عالمهم دون تغيير بحيث يمكن التنبؤ به فعلى سبيل المثال يمكن أن يصبح الطفل متوترا جدا إذا تغير ترتيب الدمى في حجرته أو تدخل أي شخص في ترتيب تلك الدمى، وربما يصبح الطفل مثارا جدا عندما يدخل مطعما معينا به مروحة ويقف تحت المروحة باسطا ذراعيه في رفضه خاصة به وكثيرا من هؤلاء الأطفال يثيرهم الناس والأشياء والمواقف التي تبدو لطيفه بالنسبة لنا، أما بالنسبة لهم فإن تلك المواقف اللطيفة تعتبر ذات معان شخصية مرتفعة ومكثفة وأحيانا تؤدي المقاطعة العرضية لأنشطتهم إلى كثير من التوتر ومشكلات سلوكية ونوبات غضب شديد فمثلا تطلب الأم من إبنها أن تترك القطار الصغير، فإنها تهيج وتدخل في صورة غضب بحيث لا يستطيع أحد تهدئتها فهيهات هيهات، فالنسبة لها يعتبر حمل القطار هو

أهم شيء في حياتها كما أن معظم الأطفال التوحديين يعانون من التخلف العقلي فإن حوالي 25% منهم ليسوا كذلك.

2.5) إضطراب أسبرجر Asperger :

في عام 1944 وصف "د.هانز أسبرجر" مجموعة من أربعه تتراوح أعمارهم بين 6، 11 سنة كلهم لديهم مشكلات جوهرية في التفاعل الإجتماعي رغم أنهم يظهرون مهارات إتصال ومهارات معرفية نموذجية بشكل واضح وقد شملت تلك المشكلات إهتماما بالحروف والأرقام في سن صغيرة جدا ضعفا في المشاركة الوجدانية، الخمول وثقل الحركة وبعد عن الخفة والرشاقة، وصعوبة في ضبط نبرات الصوت عند الكلام وإضطرابات في التكيف مع الدراسة، ورغم أن عمل "أسبرجر"، إستمر لفترة طويلة بدون أن يلاحظ حتى في 1980 فإن الإضطراب الذي يحمل إسمه الأن قد تم تحديده على أنه واحد من إضطرابات النمو الشائعة والتي تشبه إضرابات التوحدية.

(محمد السيد عبد الرحمان وآخرون، 2005، ص ص17-21).

ويشبه تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM) إضطراب أسبرجر تعريفه لإضطراب التوحدية، فالأطفال الذين يعانون من إضطراب أسبرجر لديهم مشكلات في التفاعل والإتصال والسلوكات الغير طبيعية، ومع ذلك فإنهم يميلون إلى أن يتقدموا في الكلام في السن الصحيح (رغم أن هذا الإتصال غير مألوف بعدة طرق) وبصفة عامة لا يحرز هؤلاء الأطفال درجات في مدى التخلف العقلي على إختيارات الذكاء المقنة، ولديهم أيضا الأعراض الرئيسية الثلاثة من أعراض إضطرابات النمو المنتشرة ولكنها تمتزج إمتزادجا فريدا :

1.2.5) إعاقة في التفاعل الاجتماعي : المشاركة الوجدانية أمر صعب جدا بالنسبة للأطفال الذين يعانون من إضطراب "أسبرجر" فهم لا يستطيعون أن يلبسوا "حذاء شخص آخر" كما يفعل الآخرون بسهولة ويسر، يفترضون أن الآخرين يرون الأشياء كما يروها

هم، لديهم صعوبة في فهم الأجزاء غير اللفظية من التفاعل الإجتماعي. فعلى سبيل المثال الإشارات البسيطة التي تظهر الإهتمام مثل : النظر إلى الفرد الذي تتحدث معه، أو نقص الإهتمام مثل: النظر إلى الساعة على نحو متكرر أو النظر إلى الباب كعلامة على الإستعداد للهروب، كل تلك الإشارات تخطئها أعين الأطفال الذين يعانون من إضطراب أسبرجر، لديهم صعوبة في فهم مشاعر الآخرين، نتيجة لذلك يبدون غير حساسين يتمتعون بقدر معقول من الذكاء وربما يعرفون قدرا كبيرا من المعلومات حول موضوع معين ، لديهم مشكلة مشاركة الآخرين لأن ينظرون إلى الحقائق بطريقة واحدة فقط هي طريقتهم، ويعايشون إستهجانا إجتماعيا بسبب آرائهم الصلبة التي لا تتسم بالمرونة. وقد يواجهون مشكلة التجاوب مع عواطف الآخرين، وقد يكونون قادرين على التعبير على مشاعرهم لدى أفراد الأسرة المألوفين وقد يتصرفون بنحو غير ملائم مع أقرانهم وبعضهم يعتبرون معزولون عاطفيا في حين أن البعض الأخرين شديدوا الإنتباه للخطأ وشديدو الحساسية له ورغم أنهم يميلون لأن يتعلموا تفاعلهم وردود أفعالهم بطريقة عقلية إلا أنكم غالبا ما يسيؤون تطبيق القواعد والمبادئ الإجتماعية المناسبة، فعلى سبيل المثال: يسأل أحد الشباب جلساءه و مستمعيه على نحو متكرر ((هل قلت شيئا قبيحا ؟)) في محاولة منه ليعلم ما إذا كانت تعليقاته في محادثة ما ملائمة أم لا. ويبدو هذا الشاب قد تعلم أنه :

- أحيانا يقول أشياء قبيحة وسيئة.
- دائما لا يلاحظ أنه يسيء اللفظ والتعبير.

يحاول أن يسبر أغوار إعتقادات الآخرين بخصوص تعليقاته، ويسألهم بالتحديد ليعلم ذلك وهذا عمل شاق، فمن السهل أن ترى شخصا ما يعاني من إضطراب أسبرجر مهتما إهتماما كبيرا بتكوين الأصدقاء وجذب الأصدقاء من خلال التصرف السليم والقول الحكيم والتصرف على نحو يتسم بالمسؤولية والمعقولية ولكنه يفشل في كل ذلك لأنه لا يبدوا قادرا على أن يكتشف ويفهم التفاعل على نحو ملائم. (1)

2.2.5) إعاقة في الاتصال : يعاني هؤلاء الأطفال أيضا من مشكلات الإتصال إلا أنها تختلف عن التوحديين فهؤلاء غالبا ما يتكلمون في سن مبكرة وأحيانا يظهرون إنبهارا بالحروف والأرقام في سن صغيرة جدا وتسمع منهم كلمات مفردة في سن سنة إلى سنتين أو ثلاثة، لديهم أيضا مشكلات التواصل البصري وتجنب الآخرين بينما يتحدثون إليهم، يعانون أيضا من مشكلة الحوار والمحادثات فربما تكون محدودة وضيقة إلى حد ما، وغالبا ما تركز حول مساحة معينة تمثل إهتماما بالغا للطفل مثل : جمع أحد الأطفال قدرا هائلا من المعلومات عن رؤساء الولايات المتحدة الأمريكية وفي أوقات كثيرة كان يطرح هذه المعلومات التي يحفظها عن ظهر القلب حتى ولو لم يكن الحوار يتناول هذا الموضوع وكان الطفل يكافح كفاحا مريرا من أجل تحويل الحوار إلى هذا الإتجاه وكان غير مدرك أنه خرج عن الموضوع بجدية ولم ينتبه إلى المثيرات أو المنبهات التي تهدف إلى تنبيهه أنه خرج عن الموضوع والأدهى والأمر أن جميع المحاولات التي كانت تستهدف إعادته إلى الموضوع الرئيسي، قد باءت بالفشل وقد ينتقل الأطفال الذين يعانون من إضطراب أسبرجر من موضوع إلى آخر على نحو مباغت ومفاجئ بدون سابق إنذار. وربما يسهبون في حديث طويل دون أن يدركوا أنهم مملون، وقد يشعر المستمع ويترك في حالة من الإرتباك والحيرة وأنهم مفصولون عن الحوار وعن ذلك الشخص الذي يعاني من إضطراب "أسبرجر" كما أن أدوات الكلام لديهم غريبة وغير مألوفة.

(محمد السيد عبد الرحمان وآخرون، 2005، ص ص 21-26).

3.2.5) النماذج السلوكية الغريبة : غالبا ما يكون لديهم إهتمامات غريبة في أي مجال من مجالات الإهتمام مثل : الجغرافيا ومعلومات عن المراوح أو الطائرات أو الخدمات التي تقدم أثناء الرحلة الجوية، وتجميع المعلومات لديهم يعتبر هدفا في حد ذاته، وليس مجرد وسيلة لتحقيق فهم أو فصل الموضوع ما، كما لديهم ضعف التآزر العضلي، نقص التناسق الحركي ويبدو أن هذه هي الحال بالنسبة للأطفال الصغار جدا، وإن كان الأطفال الكبار يعانون من مشكلات التآزر والتناسق والكتابة ومهارات الرعاية الذاتية، وتعتبر

مهارات اللعب التي تتطلب التآزر والتناسق من أصعب ما يكون ومنها ركل كرة أو ركوب الدراجة أو كرة القدم أو كرة السلة أو ألعاب الفريق بصفة عامة، كما أنهم يبدون غير رشيقين وغير خفيفي الحركة وغير متماسكين.

- **الفرق بين إضطراب أسبرجر وإضطراب التوحدية :**

- ليس لدى الأطفال الذين يعانون من إضطراب "أسبرجر" نفس المستوى من مشكلات الإتصال الموجود لدى الأطفال التوحديين، فجميع الأطفال الذين يعانون من إضطراب أسبرجر يتكلمون وينمون مهارات لغوية في نفس السن التي يتكلم فيها الأطفال الأخرون وينمون فيه تلك المهارات اللغوية تقريبا، ولكن إستخدام اللغة الإجتماعية مختلف تماما.

وعلى النقيض فإن الأطفال التوحديين يختلفون تماما في طريقة تعاملهم في إستخدام اللغة، كما أن لديهم أشكالا غريبة من اللغة مثل : ترديد ما يقوله الآخرون في حين أن كثيرا من الأطفال التوحديين لا يتكلمون على الإطلاق.

- لا ينتبه المتخصصون إلى الأطفال الذين يعانون من إضطراب أسبرجر حتى بعد سن عامين، وربما لا يتم تصنيفهم بشكل رسمي حتى بعد سن السابعة أو الثامنة.

وعلى النقيض من ذلك فإن الأطفال التوحديين يمكن تحديدهم والتعرف عليهم قبل سن الثالثة أو قبل ذلك، وغالبا ما يعرف الآباء أن بعض الجوانب لدى أطفالهم لا تنمو على نحو صحيح.

في أغلب الأحوال لا يحرز الأطفال الذين يعانون من إضطراب أسبرجر في مدى التخلف العقلي على اختبارات الذكاء المقننة في حين أن ذلك أكثر شيوعا لدى الأطفال التوحديين.

- يتمتع الأطفال الذين يعانون من إضطراب أسبرجر بقدرات لفظية (مثل: المعلومات المرتبطة بالمفردات أو الحقائق) أفضل من قدراتهم غير اللفظية (مثل: إعادة إنتاج

التصميمات البصرية) في حين أن العكس صحيح في أغلب الأحوال بالنسبة للأطفال التوحديين.

- من الناحية الإجتماعية يهتم الأطفال الذين يعانون من إضطراب أسبرجر بشكل أساسي بالآخرين، ولكن في أغلب الأحوال ليس لديهم مهارات المبادرة أو الإحتفاظ بالتفاعل على نحو صحيح.

- وعلى العموم فإن الأطفال الذين يعانون من إضطراب أسبرجر لديهم قصور أو عجز أقل من التوحديون.

- لديهم صعوبة في الإتصال أقل من التوحديين فهذا الأخير أكثر إحتمالا لأن يكونوا معزولين وإنسحابين وسلبيين.

- إضطراب أسبرجر يحدث في الذكور أكثر منه في الإناث وربما يزيد معدل حدوثه في الإناث.

3.5) إضطراب ريت rett :

- لا نعرف كثيرا عن مدى شيوعه وإنتشاره وقد ذكرت الدراسات أن معدل حدوث هذا الإضطراب 3.6 لكل ألف من البشر في التعداد العام، في حين ذكرت دراسة أخرى أن معدل حدوثه واحد في كل سبعة ألاف، ولسوء الحظ فإن هذا التباين الكبير قد يؤدي إلى الإرتباط بالآباء والمتخصصين على حد سواء، فهذا الإضطراب يندرج تحت مضلة إضطرابات النمو الشائعة، وقد تم التعرف على تلك الحالة الجينية منذ 40 سنة وتعرف عليه" أندريه ريت" وهو طبيب نمساوي ثم تلاه في ذلك" هاجبرج" وهو طبيب سويدي، وقد رأى كلا الطبيبين خصائص متشابهة بين البنات اللائي قاما بدراستهن وشملت تلك الخصائص التكرار الممل والرتيب لبعض السلوكيات، وحركات آلية، وضعف السيطرة على العضلات، وقصور في الجوانب المعرفية واللغوية، ولكنهما لاحظا أيضا نمو طبيعيا مبكرا، و وجدا أيضا أن الإناث فقط هن اللائي يتأثرون على ما يبدوا، ورغم أن عمل" ريت" قد مضت عليه سنوات ولم يلتفت إليه أحد إلا أن وصفه لتلك المجموعة من الأعراض قد أدت إلى التعرف على إضطراب ريت كحالة مستقلة في أوائل الثمانينات

وهو مشكلة تنتج عن توقف نمو المخ وإكتشف الباحثون أنه إضطراب جيني وهو نادر جدا حيث يؤثر على واحدة من كل 15 ألف بنت.

– تنمو أعراض هذا الإضطراب وتتطور تدريجيا بدءا من النمو الطبيعي في الميلاد وحتى سن 5 أشهر تقريبا، وفي ذلك الوقت ربما يأخذ الرأس في البطء حتى سن 48 شهرا تقريبا، وفي نفس الوقت يتراجع مستوى مهارات اليد ويبدأ الإنسحاب الإجتماعي في الظهور، ويلي ذلك صعوبات حادة في اللغة سواء بالتعبير أو التلقي و تبزغ المشكلات المرتبطة بالتوازن والمشي وكذلك مشكلات تناسق وتناغم حركات الجسم، وتبدأ سلوكيات التكرار الممل لبعض الحركات من قبيل تشابك الأصابع، والرفرفة باليدين في الظهور، وربما تتطور النوبات، وبسبب تأثير إضطراب ريت الجوهري على التفاعل الإجتماعي وعلى الإعاقات اللغوية وعلى النماذج السلوكية المتكررة فإنه يندرج تحت مضلة إضطرابات النمو المنتشرة. (محمد السيد عبد الرحمن وآخرون، مرجع سابق، ص 31).

وأحيانا يتم تصنيف البنات اللائي يعانين من إضطراب ريت على أنهن توحديات ويمكن أن تكون الفروق بين هاتين الحالتين مربكة ومحيرة ولا سيما في البداية في الفترة من سنة إلى 3 سنوات. (محمد السيد عبد الرحمان وآخرون، 2005، ص31).

- **الفرق بين إضطراب ريت والتوحديين :**

وهناك فروق بينهما فالأطفال التوحديين بشكل عام لديهم مستوى أفضل من المهارات الحركية من مستوى تلك المهارات لدى البنات اللائي يعانين من إضطراب ريت، وبينما تنخرط كلتنا المجموعتين في سلوكيات إثارة الذات فإن الأطفال التوحديين يتمتعون بقدر أكبر من المهارات والتعقيد في طريقة إستخدام تلك السلوكيات. كما أن البنات المصابات بإضطراب ريت يقمن بتشبيك الأصابع ويضعن أيديهن وسط أجسادهن وإذا نقلت الأيادي إلى أي موضع آخر فإنه سرعان ما تعيدها إلى ذلك الموضع ثانية عندما تتحرر أيديهن، وهذا ليس الحال بالنسبة للأطفال التوحديين.

- كما يتكرر حدوث النوبات في سن مبكرة لدى الأطفال الذين يعانون من إضطراب ريت وبينما نجد الأطفال التوحديين يعانون من صعوبات كبيرة في التواصل البصري، فإن الأطفال الذين لديهم إضطراب ريت يتعلمون تلك المهارة بمرور الزمن وكذلك تصبح تلك البنات أكثر إهتماما بالتفاعلات الإجتماعية في فترة متأخرة من المدرسة الإبتدائية، وربما المشكلات الحركية والنوبات والصعوبات العصبية الأخرى التي تحدث لدى البنات اللائي لديهن إضطراب ريت مشكلات صحية أخرى يكبرن في حين أن الأطفال التوحديين يعانون من هذه المشكلة بدرجة أقل وتكرار أقل.

- أخيرا فإن الأطفال التوحدين يتمتعون بمدى أكبر من الأداء العقلي والمعرفي من المدى الذي يتمتع به الأطفال الذين يعانون من إضطراب ريت والذين يغلب أن يكون لديهم حدود وقصور واضح في المجال المعرفي.

4.5) إضطراب الطفولة اللاتكاملي :

- إضطراب الطفولة الاتكاملي هو إضطراب نادر جدا من إضطرابات الطفولة المنتشرة وربما يحدث هذا الإضطراب في كل 100 ألف طفل والغريب أنه يظهر بعد فترة طويلة من النمو غالبا ما تمتد لعدة سنوات وعندما يبدأ في النمو. فإن المهارات اللغوية والتفاعلات الإجتماعية واللعب والسلوكيات الحركية ... إخ تصبح أكثر سوءا عند إجراء التشخيص فإن الأعراض السلوكية مشابهة للأعراض الموجودة لدى الأطفال التوحديين وبالنسبة للآباء فإن اللغة والمهارات الأخرى يمكن أن يكون خبرة مرعبة ومفزعة ويمكن أن يستمر التراجع لفترة تتراوح من عدة أسابيع وعدة شهور على الرغم من إمكانية حدوث تدهور سريع وحاد جدا ففي ثلاثة أرباع الحالات التي تلقت علاجا كان تدهور في النمو جوهريا ودالا إحصائيا في حين تم تحقيق الحد الأدنى من علاج المهارات المفقودة ومن خلال البحث في هذه الحالة فإن نسبة الذكور المتأثرين بإضطراب الطفولة اللاتكاملي مقارنة بنسبة الإناث تبدو مشابهة توحدية، ومقارنة إضطراب الطفولة

اللاتكاملي بإضطراب النمو الشائعة الأخرى فإنها مختلفة فتحديد هذا يعتبر سهلا درجة معقولة وبالنسبة للمقارنة فأعراضه تظهر في وقت متأخر وتتدهور المهارات، فإن أعراض إضطراب أسبرجر يمكن أن تظهر بعد عامين كما أن القدرات المعرفية والمهارات اللغوية أفضل بكثير ولا تتدهور.

- كما أن التغيرات المبكرة والملحوظة في المهارات الحركية ومحيط الرأس ومهارات الإتصال التي ترى في البنات اللائي يعانين من إضطراب ريت تجعل من الخلط بين إضطراب ريت وإضطراب الطفولة اللاتكاملي أمرا غير محتمل كما أن الأطفال التوحديين يظهرون فروقا وإختلافات جوهرية وواضحة جدا في سن مبكرة جدا مقارنة بالظهور المتأخر للأعراض في حالة الأطفال المصابين بإضطراب الطفولة اللاتكاملي.

5.5) إضطرابات النمو المنتشرة غير المحدودة : لكي نستظل أي إضطرابات بمضلة إضطرابات النمو المنتشرة يجب أن تكون تلك الأعراض الثلاثة السابقة موجودة بوضوح، ونظرا لوجود تنوع هائل بين الأطفال ذوي إضطراب النمو المنتشرة غير المحدد على نحو آخر ونظرا لتشابهه مع إضطرابات النمو المنتشرة الأخرى فمن الصعوبة على الآباء أن يحصلوا على معلومات واضحة بخصوص الحالة أو التشخيص الذي ينطبق على الطفل والأعراض الفردية التي توجد في إضطراب التوحدية والتي درست على نحو أفضل بكثير ويمكن أن تكون موجودة لدى طفل بشكل خفيف إلى حاد من أشكال الإضطراب، وهذا يجعل التشخيص خادعا و غامضا، وعندما يختفي بعض أو كل تلك الأعراض أو عندما تكون خفيفة جدا فإن الطفل يمكن أن يعتبر في حالة نمو طبيعي وربما في بعض الأحيان يكون خجولا أو معزولا وربما إلى حد ما شاذا أو غريب الأطوار وربما يكون لدى هذا الطفل أعراض ربما تمر دون أن تلاحظ أو ربما لا ينظر إليها على أنها أعراض لأي حالة ؟.

وبينما تصبح الأعراض أكثر أهمية فإنها تبدأ في التدخل في الأداء اليومي ويصبح التشخيص ممكنا وهذا النوع يمثل مجموعة كبيرة ومختلفة من الأطفال ذوي الصعوبات المتنوعة على نحو واسع في فهم التفاعلات الإجتماعية والارتباطات الإجتماعية والقدرة على تبادل التفاعلات الإجتماعية، وقد تكون ربما لديهم مهارات لغوية أفضل ولكن لديهم إعاقات في الإتصال الإجتماعي وفهم اللغة وإستخدام أشكال من اللغة (مثل : طرح الأسئلة وصياغة الطلبات).

ويمكن أن تكون إهتماماتمم مقيدة ومحدودة وكذلك يكون لعبهم التخيلي محدودا وأحيانا توجد بعض السلوكيات التي تكرر تكرارا مملا و بعبارة أخرى فإن الأطفال ذوي إضطراب النمو المنتشرة وغير المحدد على نحو آخر يمكن أن يكون لديهم نفس الأعراض الموجودة في إضطراب التوحدية أو يمكن أن يكون لديهم أعراض حقيقية وغير ظاهرة، كما أن بعض الأعراض لدى الأطفال التوحديين ربما لا تكون موجودة لدى الأطفال ذوي إضطراب النمو المنتشر غير المحدد على نحو آخر.

ينتج بعض الإرتباك في إستخدام هذا المصطلح التشخيصي وفهم ما يتضمنه من نقص المعايير المحددة أو الأعراض المحددة التي تميز إضطراب النمو المنتشر غير المحدد على نحو آخر من إضطرابات النمو المنتشرة الأخرى، ولهذا أصحاب ذوي هاذا الإضطراب يمكن أن يكون لديهم روح الدعابة في بعض الأحيان، ويمكن أن يكونوا عاطفيين ويظهروا التعاطف.

ربما تكون لديهم مهارات اللعب التخيلي، ويمكن أن تكون لديهم أعراض خفيف، ويمكن أن يتعرضوا لأخطاء التشخيص مع العجز عن التعلم، ولذا فتشخيص هذا الإضطراب يعود للخبرة التشخيصية للطبيب المعال أو المعالج النفسي في مجال التدريب الخاص والتوحدية وإضطرابات النمو الشائعة الأخرى. (محمد عبد الرحمان وآخرون، 2005، ص ص31-37).

6. خصائص التوحد :

1.6) الخصائص السلوكية :

- يظهر الطفل سلوكيات لا إرادية، رفرفة اليدين، هز الجسم ذهابا وإيابا.
- يظهر الطفل قصورا واضحا في دافعيته إزاء المثيرات الموجودة في البيئة.
- يميل التوحديين إلى إنتقاء مثير محدد بصورة مفرطة.
- يفضل التوحديين أن تسير الأمور على نمط محدد دون تغيير ويشعرون بقلق إزاء أي تغيير.
- السلوك العدواني ويظهر لدى المتوحديين بطريقة تلحق الأذى والضرر بأنفسهم.
- إضطرابات الأكل ومن أهمها pica كما يرفضون مضغ الطعام الصلب.
- إضطرابات الإخراج كالتبول اللاإرادي.
- إضطرابات النوم ومن أشكاله الأرق والإفراط في النوم والكوابيس كما أنهم حساسون للمثيرات البيئية اللمس والضوء والصوت.
- السلوك النمطي والطقوسي من أشكاله هز الرأس، التلويح باليد، الصراخ والقهقهة والتصفيق والحملقة في الفراغ والدوران في المكان نفسه.
- طقطقة الأصابع.
- سد الأذن بالأصبع.
- الحك.
- وضع الإصبع في الفم.
- شم الأشياء والناس. (الشربيني مصطفى، 2011، ص ص 73-83).

2.6) الخصائص الاجتماعية:

- لا يبدي إهتماما بالألعاب المسلية.
- يقاوم بشدة محاولة الوالدين حمله أو تقبيله.
- لا يرفع يديه إلى الشخص الذي يريد إلتقاطه من المهد الذي يجلس فيه.
- غير مهتم بالآخرين.
- عنيفا مع الأقارب.
- يبكي ويجلس وحيدا بدلا من أن ينادي أمه.
- لا يلاحظ خروج الأبوين إلى العمل أو عودتهما إلى المنزل.

(حلبية عاطف عثمان، ص 45).

3.6) الخصائص اللغوية:

فقد يتصف هؤلاء الأطفال في أنهم لا يستخدمون اللغة المنطوقة وغير المنطوقة، وإن تكلموا فغالبا ما يرددون ما يقال دون فهم وهذا ما يسمى بالببغائية Echolalie كما يتأخر النمو اللغوي لهؤلاء الأطفال في سن الثالثة. (قحطان الظاهر، 2009، ص 52).

وفيما يلي نوجز أهم الخصائص اللغوية لدى التوحديين :

- يعاني التوحدي من صعوبات في النطق ناتجة عن تأخر التطور الذهني لديهم.
- يلاحظ على أن لغة التوحدي تنمو ببطء وفي أغلب الأحيان يستخدم الإشارات بدل الكلمات.
- يستخدمون كلمات خاصة بهم : حيث تعتبر أكثر السمات للدلالة على أشياء معينة.
- المصاداة Echolalie ترديد الكلام حيث تعتبر من أكثر السمات اللغوية شيوعا في التوحد.

- الإستخدام المتقطع للغة، حيث أنهم يمتلكون رصيدا كبيرا من الكلمات لكن لا يملكون القدرة على إستخدامها في محادثات ذات معنى

(الشربيني مصطفى، 2011، ص 98).

4.6) الخصائص المعرفية الأكاديمية:

يمكن تناول أهم الخصائص المعرفية على النحو التالي :

- **الإدراك :** ردود فعل التوحدي لخبراته الحسية يكون غالبا شاذا فهو قد لا يدرك، الضوضاء أو المناظر المحيطة به أو ما يشم ما حوله، ومن الممكن ألا يبالي بالألم أو البرودة ويحملق بإهتمام كبير في مصباح مضيء ... ولا يدرك الإحساس بالألم.
- **الإنتباه :** إنتهت دراسات إلى أن الأطفال التوحديين لا ينتبهون إلى المهام التعليمية، كما يكونون أكثر إعاقة في وجود مشتتات.
- **التذكر:** قد يتذكر التوحدي بعض المقاطع الكاملة من المحادثات التي يسمعها، وقد يعاني من صعوبات في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عالي من المعالجة كرواية قصص، تذكر المشاهد البصرية.
- **التفكير:** حيث يتميز تفكيره ببعده عن الواقع فهو لا يدرك العالم المحيط به لإشباع رغباته حيث ينصب تفكيره بانشغاله بذاته.
- **الذكاء :** تشير الدراسات إلى قصور التوحديين في عمليات معالجة المعلومات والمرونة المعرفية كذلك في القدرة على تحويل الإنتباه من مثير إلى آخر وهناك تقديرات تشير إلى أن أغلبية التوحديين لديهم تأخر ذهني تتفاوت دراجاته من خفيف إلى شديد إلا أنه هناك قلة ممن يمتلكون قدرات عالية من الأداء.

(الشربيني مصطفى، 2011، ص ص91-95).

7 . نظريات التوحد التفسيرية :

يتفق الباحث على أن العوامل المسببة للتوحد لم يتم التعرف عليها بشكل كامل أو حتى القطع بواحد منها هل هي وراثية جنسية أو بيئية .. ؟ او نتيجة لعوامل مسببة أخرى ؟ لا يزال العلم يجهلها وسنعرض بعض التفسيرات :

1.7) التفسيرات السيكولوجية : أسهم "كانز" في دعم موقف أن التوحد الطفولي يسبب عوامل نفسية، منها إتجاهات لأباء معاملتهم للأطفال ويقول "كانز" أن معظم المرضى كانو معرضين منذ البداية للبرود الأبوي والإستحواذي ونوع آلي من الإهتمام بالإحتيجات المادية فقط إلى انسحابهم ليبدو وكأنه فعله للهروب من مثل هكذا موقف والسعي وراء الحصول على الراحة في تلك العزلة ولقد تعرض لعدة إنتقادات في رأيه فعدل فيه.

2.7) أما "Bruno Bethehlin" : إستخدم نظريه تحليل النفس لتفسير التفاعل الطفولي الأبوي بإعتباره مركزيا لتطور التوحد حيث أكد على ردود الأفعال التكيفية للرضيع والأطفال الصغار ما هي إلا نتيجة الرفض والمشاعر السلبية من الأباء فينسحب الأطفال ويعزلون أنفسهم عن التفاعل الجماعي.

Rimland فقد إتخذ موقفا صارما من إتجاه تفسيرات "بلنهايم" وحدد نقاط كبراهين منذ التحيز السيكولوجي وهي أن التوحديين مولودون الأباء لا تنطبق عليهم أنماط الشخصية الأبوية التوحديين، وأنه هناك إخوه لتوحديون طبيعيون، كما أن هناك أباء ينطبق عليهم وصف المورثين جينيا ولكن أبنائهم طبيعيون.

3.7) النظريات المعرفية : فهناك عده أراء منها أن التوحديين لديهم مشكلات معرفية شديدة تؤثر على التقليد والفهم والمرونة والإبداع لتشكيل وتطبيق القواعد والمبادئ وإستعمال المعلومات فهي تفترض وجود مشكلات معرضية أولية تسبب مشكلات إجتماعية.

- كما ترى فرضية معرفية أخرى : أن التوحديون إنتقائيون في إنتباههم لأسباب تعزى إلى عيب إدركي، فهم يستطيعون الإستجابه لمثير واحد فقط في وقت واحد بصريا او لمسيا أو غيرها.

4.7) نظرية العقل : ترى "Frith" أن العلاقات الإجتماعية والتخيلية والتواصلية لدى التوحديون هي من الشذوذات في الدماغ التي تمنع شخص من تكوين نظرية العقل التي تساعد على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية، حيث أن التوحديين لا يرون الأشياء من وجهه نظر الآخر، فالعجز الإجتماعي ناتج عن عدم القدرة على فهم الحالات العقلية للآخرين، والمشكلات الإجتماعية نتيجة للعجز الإدراكي وعيوب في نظرية في العقل.

5.7) التفسيرت البيوفيسيولوجية :

1.5.7) البحث الجيني : في بحث مقارن بين عينة من التوائم المتطابقين (بويضة واحدة) وأخرى من التوائم المتشابهة (بويضتين) وجد أن التوحد ينتشر بنسبتة 36% في المجموعة الأولى ولم يوجد على الإطلاق في العينة الثانية.

- وفي عام 1988 قامت جامعة لوس أنجلوس بولاية كاليفورنيا بدراسة مسحية إتضح منها أن إنتشار التوحد بين الأطفال ولد والإخوة يعانون من التوحد في اسرهم يزيد 215 ضعفا عن إنتشاره بين أطفال المجتمع العام، ويعني هذا أن إحتمالات ولادة أطفال توحديين أكثر عندما يكون لهم إخوة توحديين، كما لوحظ من التقارير الإكلينيكية أن الأعضاء في الأسرة المصابين بالتوحد لديهم مشاكل لغوية أو معرفية ولكنها أقل شدة من المصاب بالتوحد داخل هذه الأسرة.

2.5.7) البحث الجيني الدراسة العضوية (العصبية الحيوية): أكدت الدراسات والتحاليل الطبية معاناة التوحديين من حالات قصور أو خلل عضوي عصبي أو حيوي ومنها ما يحدث أثناء الحمل ومن أمثالها إصابة الحامل بالحصبة الألمانية أو حاله التصلب الدرني.

- وفي مسح أجراه "Gillbert" في 1992 وجد أن نسبة تتراوح ما بين 4-32% من حالات التوحد تعاني نوبات صرع كبيرة، وتبدو مظاهر شذوذ واضحة عند إجراء رسم المخ لدى ما بين 10-83% من حالات التوحد مما يشير إلى خلل وظيفي في نصف كرة المخ.
- وفي تقارير بحوث "Rimland" 1995 تبين وجود خلل أو إصابة أو ضرر في نسيج مركز ساق المخ، الذي يعرف بالنظام الشبكي للنشاط (R.A.S) وهو الذي يتحكم في إستقبال عمليات الاستشارة والانتباه والنوم، وهي إصابة أثناء الحمل، فيضعف من قدرة الجهاز العصبي المركزي أو المخ على الإستجابة للمثيرات الخارجية كما يعتبر هذا المركز الأساسي للمعرفة بدأ باستقبالها وإدراكها وتخزينها واستدعائها للتجاوب مع المتثيرات المرتبطة، كما أن لها أهمية في التعليم والتخيل والتعبير.
- يؤكد "**Rimland**" أن هذا النظام (R.A.S) يعمل في تناسق وتعاون مع التنظيم اللمفاوي للأداء هذه الوظائف ويعد الجهاز اللمفاوي مركز تنظيم وترجمة الإنفعالات والعواطف وهي نقطة ضعف لدى التوحديين.

كما وجد كل من "بيمان وكاهير" 1985، وغيرهم أن هناك ضمور في حجم المخيخ لدى التوحديين، خصوصا في القصصيات الدودية رقم 6-7 ويصل هذا الضمور إلى 13 % من حجم المخيخ لدى المصابين بالتوحد. (ابراهيم عبد الله فرج زريقات، 2004، ص36).

8. تشخيص و التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد :

لا يوجد أي إختبار دم أو صورة اشعاعية تسمح بالتشخيص لذا فإن التشخيص الصحيح والدقيق بين على مراقبة مستويات التواصل والسلوك والنمو عند الأطفال المتوحديين

سلوكيات مميزة قد تبدو واضحة للأهل والأخصائيين السريرية على حد سواء في الأشهر إلى السنوات الأولى من حياة الطفل، ولكن نظرا إلى أن العديد من السلوكيات المرافقة للتوحد هي أيضا أعراض إضطرابات أخرى فقد يطلب إجراء إختبارات طبية مختلفة لتحديد أسباب ممكنة أخرى للأعراض من المظاهر أو لإستبعادها نهائيا.

- ومن أجل تشخيص جيد يجب أن يضع التقسيم من قبل فريق كامل من التخصصات حيث يمكن أن يضع هذا الفريق "طبيب أعصاب – طبيب نفسي – طبيب أطفال مختص في نمو – أخصائي نفسي – أخصائي علاج لغة وأمراض النطق (أرطفوني) – أخصائي علاج حركي – أخصائي تعليمي. (عبد الله فرج الزريقات، 2001، ص99).

1.8) التشخيص الفارقي :

لا يزال المعيار التشخيصي للتوحد ومشكلات التشخيص الفارقي جدليا حيث لا يوجد أساس واضح لحل أو إتفاق الدليل التشخيصي والإتصالي الرابع (Dsm–iv) الذي قدمته جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية (Apa–1994) يعد معيار مساعدا المجتهد في توضيح الغموض التشخصي، ومع ذلك فلا زالت الحاجة ماسة للوصول إلى إتفاق حول تشخيص التوحد في المعيار التشخيصي (DSM–IV) ومعيار (ICD–10)، المعيار التشخصي DSM–IV ومنع التوحد ومتلازمة ريت وإضطراب الطفولة التفككي ومتلازمة أسبرجر والإضطرابات النمائية العامة غير المحددة وضعها كلها تحت تصنيف الإضطرابات النمائية العامة، إن التقدم الهام في هذا المجال سوف يكون في تطوير أدوات ووسائل التقييم،إن مقاييس وأنظمة الملاحظة موجودة الآن ولكنها تحتاج لأن تكون متوحدة مع إجراءات تقسيم القدرات الوظيفية اللغوية والمعرفية أن توفر مثل هذه الإجراءات التقسيمية سوف يسهل مهام إجراء تقرير ثابت للخصائص في الدراسات البحثية والملاحظات الإكلينيكية التصنيفية وتحديد المجموعات الفرعية الموجودة في المجتمعات المتناقضة للأفراد المتوحدين.

- إن الإتجاه المعاصر في هذا الميدان هو نحو إدراك أن الذين يميز التوحد من الإضطرابات النمائية الأخرى هو الإنحراف Deviance أكثر من التأخير Delayفي العملية النمائية، لذلك فإن التقييم التشخيصي يجب أن يتضمن تقييما معرفيا نظاميا ودقيقا بالنسبة لأنظمة التقدير التشخيصية، يشير كل من روماتريك ولوكش ونافالت (Bomanezyk-locksbery) فقد إقترح كل من روتروشلوبلر ملامح وخصائص تشخيصية ونظام ملاحظة معني العلاقات المميزة للأطفال المتوحديين عن الأفعال العاديين للعمر العقلي المقارن تتضمن :

- شذوذات في تقدير الإختبارات الإنفعالية والإجتماعية.
- عيوبا معرفية في تجريد المعنى.
- ارتباطا فارقيا مع متلازمات طبية محددة.
- ارتباط مع نوبات صرعية في مرحلة المراهقة أكثر من الطفولة المبكرة.
- الإتفاق في الأزواج الزيجويتية الأحادية للتوائم.

العبئ العائلي Familial loading على الاعاقات المعرفية المتعلقة باللغة يعد تفريق التوحد مشكلة رئيسية في حالة الأطفال المصابين بالتخلفغ العقلي الشديد وهناك صعوبات أخرى في ما يتعلق بالتفريق بين التوحد والإضطرابات الشبيهة بالتوحدية (متلازمة أسبرجر) لدى الأفراد ذوي الذكاء الطبيعي والصعوبة الثالثة في التشخيص الفارقي تظهر عندما يكون هناك إنحدار شديد جدا وتفكك سلوكي يتبع ثلاث إلى أربع سنوات من النمو الطبيعي (مثلا متلازمة هيلر) والمشكلة الرابعة تتمثل في الظروف الناتجة في الطفولة المبكرة أو الوسطى التي تتضمن إضرابات سلوكية شديدة مصاحبة لشذوذات في اللغة وعمليات التفكير مثل (البداية المبكرة للفصام)، وأخيرا الفرق بين التوحد والإضطرابات النمائية الشديدة اللغة الإستقبالية. (ص154)

- ويشير كل من روماتريك ولوكش ونافالتا إلى أن رابين قدم التعليق التالي :

إذا كان تعريف التوحد سلوكيا فإن كل الأشخاص الذين يحققون المعيار السلوكي للتوحد يجب أن يعتبروا متوحدين مهم كان السبب والأعراض المصاحبة والشدة وفترة التطور وغيرها وبظهور أو تعريف العلامات البيولوجية لظروف صحية متنوعة مسببة لاعراض التوحدية، فإن التوحد تدريجيا مقسما إلى عدد من الأنواع الفرعية الناتجة عن أسباب محددة، أو إختلاف وظيفي لأنظمة الدماغ المحددة ويضيف رابين (Rabin) بأن التشخيص الفارقي الرئيسي للطفل دون سن المدرسة (بعد التأكد من عدم وجود إعاقة سمعية) هو بين التوحد والعيب العقلي لدى الأطفال ذوي القدرات الوظيفية الدنيا والتوحد وإضطراب اللغة النمائية لدى الأطفال ذوي القدرات الوظيفية العليا، في حالة الطفل الكبير والمراهق والشاب الراشد فإن الإختبار الرئيسي هو بين التوحد والعيب العقلي للأشخاص ذوي القدرات الوظيفية الدنيا أو بين التوحد والفصام واضطراب التشخيصية الفصامي للأشخاص ذوي القدرات الوظيفية العليا.

- كما يشير كل من روماتريك ولوكش ونافالتا Roman cryk, lockslim é navalta 1994 إلى أن وينج (Wing, 1989) وصف ثلاثة أنواع من الإعاقات الإجتماعية بشكل رئيسي عن غيره من الإضطرابات :

أ- التفاعل الإجتماعي Spcial interraction.

ب- التواصل الإجتماعي Social communication.

ج- النمو أو التطور التخيلي Imaginative Devlopment.

وغالبا ما توجد الشذوذات المصاحبة أو المشكلات في مجالات اللغة والتناسق الحركي والإستجابة للمثيرات الحسية والمهارات المعرفية والسلوك والتاريخ أو السيرة النفسية واحده من أهم المظاهر للنمو الإجتماعي ولازالت تحت الدراسة هي اللعب Play،

وخصوصا في ما يتعلق بالكمية ويشير رومانزيك ولوكشن ونافالتا إلى كل من ستون وليمانك وفيردناندز والترمير، قد صمم للإجابة على السؤالين التاليين :

أ) ما هي خصائص سلوك اللعب ومهارات التقليد للأطفال المتوحدين الصغار خلال سنوات ما قبل الدراسة ؟

ب) كيف تختلف سلوكيات اللعب ومهارات التقليد للأطفال المتوحدين الصغار من الأطفال المعاقين الآخرين الذين لديهم أعراض مشتركة Overlopping Symptons ؟ ص155.

– لقد أشارت الدراسة إلى أن ضعف المهارات التقليد المستوى المتدني من اللعب الوظيفي يشكل خصائص أو ملامح مبكرة صامتة للتوحد بينما تكون العيوب في اللعب الرمزي أقل أهمية للتشخيص في سنوات ما قبل المدرسة، أيضا لاحظ مير (Mayer) إلى أن القدرات الذكائيه الغير المتكافئة تكون لدى الأطفال المتخلفين عقليا والتوحديين لذلك لابد من أخذ ذلك بعين الإعتبار خصوصا من قبل الأخصائيين، تقترح الأدلة بأن نسبة رئيسية من الأطفال المتوحدين هم أيضا متخلفون عقليا وفحص الذكاء يمكن أن يتنبأ بمستقبل القدرات الوظيفية، إن المفاهيم الخاطئه الشائعة تؤدي إلى تشخيص خاطئ.

– **السلبية** : الإستجابه للمتطلبات خلف القدرات لتطبيق.

– **الإشراقة والنظرة الحذرة** : فالأفراد يحكمون على الذكاء إعتمادا على التكيف الظاهر مع البيئة وهذا يؤدي إلى توجيه خاطئ.

– **مظهر خارجي طبيعي** : فلا يحتاج الطفل أن يبدو متخلفا حتى يكون متخلفا.

– **نموذج حركي طبيعي** : لا توجد ما تشير إلى نمو عقلي في المستقبل.

– مجالات منعزلة للقدرات الوظيفية الذكائية الطبيعية الظاهرة.

- قدرات ميكانيكية جيدة.

- قدرات لحل المشكلات طبيعية.

- خصائص كلام غير مألوفة.

- منهج أحادي للتشخيص الفارقي (توضيح منفرد لعدد الإشارات والأعراض).

- قبول كبير كتشخيص توحد الطفولة أكثر من التخلف العقلي. لقد أشارت مراجعات رومانريك ولوكشن ونافالتا (Romaneryk, lockshin E Navalra 1994) إلى أن الافراد المتوحدين يظهرون :

1- صعوبات في الإدراك والإنتباه المبكر، فالأفراد المتوحدون يختلفون عن المتخلفين عقليا من حيث القصور في الإستجابة إلى المثيرات السمعية والإستجابة الكبرى للمثيرات اللمسية، فقدرة الأفراد المتوحدين على معالجة ودمج المعلومات من مصادر متعددة معاقة.

2- إضطراب اللغة وشذوذات في التواصل غير اللفظي وظعف تعبيرات الوجة وإيماءات الجسم وصعوبة في فهم التواصل غير اللفظي وقدرات محدودة في إنتاج مستقبل، والمهم أكثر هو أن الوظائف المعرفية المحددة معاقة في التوحد.

3- التباين الملحوظ بين قياسات معاملات الذكاء اللفظية والأدائيه (لصالح الأدائية).

4- عيوب تكيفية إجتماعية.

5- الأفراد المتوحدون معاقون من حيث القدرة على معالجة المعلومات في السياق الإنفعالي هي مميزات للتوحد.

6- الأفراد المتوحدون قادرون على الإستفاده على الأقل من بعض مظاهر المعلومات الظاهرة على وجه الإنسان.

التوحد يختلف عن إضطراب ريت من حيث خصائص تقدير الجنس وأنماط العيوب حيث يصيب إضطراب ريت الإناث، أما التوحد فإنه منتشر أكثر بين الذكور، إضطراب ريت يمتاز بتباطئ نمو الرأس وفقدان المهارات اليدوية المكتسبة سابقا وظهور تناسق ضعيف في الحركات الرئيسية أو المشي، وخلال سنوات ما قبل المدرسة يظهر الأطفال المصابون بإضطراب ريت صعوبات في التفاعل الإجتماعي مشابهة لما هو موجود في التوحد.

- يختلف التوحد عن إضطراب الطفولة التفككي الذي يمتاز بانحدار نمائي شديد في مجالات متعددة للقدرات الوظيفية، تتبع على الأقل سنتين من النمو الطبيعي بينما في التوحد فإن الشذوذات النمائية تلاحظ منذ السنة الأولى من العمر وعندما تكون المعلومات المتعلقة بالنمو المبكر غير متوفرة أو أنه من غير الممكن توثيق الفترة المتطلبة للنمو الطبيعي فإن التشخيص بالإضطراب التوحدي يجب أن يجري.

- يختلف التوحد عن إضطراب أسبرجر من حيث قصور التأخير في نمو اللغة المبكر وإضطراب أسبرجر غير مشخص، إذ المعايير حققت إضطراب التوحد ويختلف التوحد عن فصام الطفولة من حيث أن الفصام يتبع سنوات من النمو الطبيعي أو القريبة منه، ويجري التشخيص للفصام أن التوحد طور خصائص فصامية مثل: الهلوسات والأوهام لمدة شهر على الأقل.

- إليكم الإنتقائي : Selective Mutisem يظهر الطفل مهارات تواصل مناسبة في سياقات محددة وليس لديه إعاقة نوعية شديدة في التفاعل الإجتماعي، والألفاظ المحددة للسلوك المصاحب للتوحد.

- في إضطراب اللغة التعبيرية المختلط بإضطراب اللغة الإستقبالية فهناك إعاقة لغوية وغير مصحوبة بوجود إعاقة نوعية في التفاعل الإجتماعي والأنماط المحددة والتكرارية والنمطية للسلوك.

- ومن خصائص التوحد السلوكات النمطية، ولذلك فإن تشخيص إضطراب الحركة النمطية Streotypic Movement Disorder لا يجري عندما تكون الحركات النمطية محسوبة لصالح التوحد، وأيضا لا يجري تشخيص لإضطراب ضعف الإنتباه فرط النشاط ADHA إذا كان الإضطراب التوحدي موجودا. (DSM-IV-TR-APA? 2000).

- لغه الأطفال المتوحدين والمصابين بالحبسة الكلامية Aphasia يختلفون في أربعة مجالات، فالتوحد يؤدي إلى :

1- تكرار أكبر في اللغة المنحرفة المعادلة وعكس الضمائر.

2- وعيوب شديدة أكثر في الفهم.

3- عيوب شديدة أكثر في الفهم واستعمال الإيحاءات.

4- لغه إجتماعية غير مناسبة بشكل أكثر.

- لماذا لا نستطيع تشخيص التوحد منذ الولادة ؟ الجواب هو لأننا لا نملك دلائل تمثل خصائص للتوحد بغض النظر عن العمر، إذا ظهر شك في التوحد مبكرا ينتج عنه شك غير حقيقي فبعض الأطفال لديهم تطور بطيء.

وهل للإشارات الإجتماعية أهميه لها ؟ في حالة الأطفال الصغار لا تكون بالضرورة علامات توحد، قد يتداخل التوحد بعد مدة من التطور الطبيعي مع حالات أخرى، لكن كيف يمكن أن يكون هذا ممكنا؟ ويتمثل الجواب في نقص مهارات الملاحظين المدربين.

هل يستطيع المهنيين أن يكونوا أفضل من الأباء في التعرف على المراحل المبكرة من التطور ؟ كمثال يظهر في دراسه إكلينيكية مبكرة من قبل هيلدا كنربلوك وبنجامين باسامانك Hilda knoblock and Benjamin Pasamank حيث إشتملت الدراسة على 1900 طفل تابعين لخدمات أطفال عامة وواسعة في أمريكا الشمالية، ومعظم الأطفال

كانوا تحت عمر سنتين، وقد تم إحالتهم لأن تطورهم لم يكن طبيعيا، وقد حدد الناشرون خمسين طفلا أظهروا "فشلا في إعتبار الناس كأشخاص".

من ناحية نظرية يجب أن تضمن العينة على الأقل بعض الأطفال الذين سيتم تشخيصهم لاحقا "بالتوحد"، ثم مقارنة هؤلاء الأطفال بخمسين طفلا آخرين والذين أظهروا إشارات لتطور غير طبيعي، ولكنهم سلكوا سلوكا طبيعيا كأفضل ما يستطيعون، لقد أظهر الأطفال في المجموعتين نوعيات من الإشارات العصبية بما في ذلك الإضطرابات الشديدة والحركات التكرارية الزائدة، وفي كثير من الحالات كان هناك مضاعفات حمل، وولادة، وفي فترة الولادات الجديدة.

وقد تم متابعة الأطفال بعد ثلاث إلى عشر سنوات، وفي وقت التدخلات لم يتبع أحد من الأطفال برنامج معالجة معين، وقد أخبر كل الأباء أن يتوقعوا تأخيرا في التطور في الحقيقة كان التخلف العقلي موجودا في كل الحالات في الإشارة المحتملة للتوحد، "الفشل في إعتبار الناس أشخاصا" قد إختلفت في كل هؤلاء الأطفال، الذين تمت رؤيتهم قبل وصولهم سن 12 شهرا، ولكن ليس تخلفهم العقلي، وم إدراكهم المتأخر لم يعتبر أحدهم بأنه يعاني من التوحد، وهذا يشير بقوة إلى أن العلامات لم يكن لها فائدة كمؤشرات، ومن جهه أخرى 22 طفلا تم رؤيتهم أولا في سنتهم الثانية، قد أظهروا عيوبا إجتماعية حيث تم تشخيصهم بأنهم يعانون من إضطراب التوحد في ما بعد، وكانت هذه هي الحالة الخمسة من ستة أشخاص تم رؤيتهم أولا، فالتشخيص يكون سليما وهذه هي طبيعة الإضطراب النمائي.

فهذه الدراسة لفتت إنتباهنا إلى حقيقتين :

الأولى : التشخيص السلوكي للتوحد غير موثوق عندما يكون ذخيرة السلوك محدودة كما هي في الأطفال الصغار، هناك بعض الأطفال على الأقل يبدون مختلفين تماما من الناحية الإجتماعية لكنهم يطورون ردة فعل إجتماعيه مؤخرا.

الثانية : إن فكرتنا العامة الحالية للإستجابة الإجتماعية في الطفولة لا تزال غير ناضجة، قد تتوفر مؤشرات سلوكية، في المستقبل مثلا : قد يكون ممكنا تطوير أساليب تعكس المثير الإجتماعي، كالأصوات الإنسانية والوجوه، والشيئ الممكن تخيله أن تستطيع مثل هذه الأساليب تمييز الأطفال الصغار الذين هم معرضون لخطر التوحد.

وهذا يوصلنا إلى المجموعات الأولية من الأطفال الذين أفاد أباؤهم بأنهم تراجعوا بعد فترة من التطور الطبيعي قبل بداية علامات التوحد السنة الثانية من الحياة، إن التراجع تمثل في فقدان الكلمات والإهتمام الإجتماعي والتي لا تتطور أكثر من ذلك، تختلف هذه الصورة عن بعض الأمراض النادرة لكنها متلفة للدماغ والتي تقود إلى إتلاف للوظائف العقلية والجسدية، ويعلمنا هذا أنه من الصعوبة الدلالة على إشارات للتوحد في السنة الأولى للحياة وبدون وسائل سلوكية مناسبة، يجب أن يكون هناك عنصرا من الشك : كيف كان التطور الطبيعي لهذه المجموعة الأولية تختلف في تطورها عن الأطفال الآخرين المصابين بالتوحد، والذي لم يبلغ أباؤهم عن هذا التراجع، وبوضوح فهم لم يفعلوا، وتبقى ظاهرة التراجع محيرة، ربما أنها ليست أكثر أو أقل من دليل تفاعل معقدة لتطوير إضطراب التوحد، إن أثر التطور يظهر تدريجيا للتوحد.

بعض الإضطرابات لديها إشارات سلوكية واضحة ويمكن تشخيصها حتى قبل ظهور الإضطراب، وبدون فهم طبيعته، لإجراء التشخيص المبكر الدقيق قدر الإمكان فهناك مدخل لإظهار علامات التوحد على عمر 18 شهرا، وهذا ليس تشخيصا، ولكنه أداة لاختيار وبهذه الطريقة يمكن معرفة العلامات غير المميزة للتوحد.

(تشخيص الدليل التشخيصي و الاخصائي لرابطة الامريكية لطب النفس ، ص 38).

9. نسبه إنتشار التوحد :

يمكن القول بداية أنه لا توجد نسبة دقيقة للأطفال المصابين بالتوحد في العالم لأن العالم يعتمد بشكل أساسي على ما هو ملحوظ ومعروض وقد لا تعرض بعض الأسر أطفالها أو تكشف عنهم لأسباب عديدة تتعلق بطبيعة المجتمع أو الجنس وغيرها وقد لا تكون الأعداد ممثلة للواقع كما قد يكون هناك إختلاف بين دولة وأخرى، حيث يرتبط الوعي الحقيقي لهذه المشكلة وأثارها ويمكن القول أن النسب التي تذكر في البلدان غير الراقية وتجدر الإشارة إلى أن البحوث والدراسات التي أجريت في البلدان المتقدمة اكثر منها في البلدان النامية. (قحطان الطاهر، بدون سنة، ص31).

كما تتأثر نسبة الإنتشار على حسب الفئة العمرية التي يتم فيها التشخيص وكذا مقاييس التشخيص التي أستخدمت ، قدر جيلبيرغ 1988 Gillberg حدوث التوحد بحوالي 4__6.7 لكل 10000 وكذا تراوحت نسبة التوحديين بين الأطفال من 2__4 طفل لكل 10000، وقدر رابن 1997,Rapin حدوث التوحد مابين 1__2 لكل 10000 حالة. (مصطفى الشربين، 2011، ص30).

وقد أشار معهد أبحاث التوحد 2000 Instite Autism Rsearch إلى زيادة حالات التوحد بشكل كبير، كما أشار مركز الأبحاث في جامعه كامبريدج تقريرا بإزدياد نسبة التوحد قدرت بـــ 75 حالة في كل 10000.

أما فيما يتعلق بمتغير الجنس فقد توصل الباحثون في 2004 Muther, Trentacosthel Rapin أن نسبة إنتشار التوحد لدى الإناث تكون من 1__2.8 – 6 ذكور.

(قحطان الظاهر، 2008، ص33).

وتؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد بين 1999 أن نسبة إنتشار هذا الإضطراب في (و.م.أ) تبلغ 0.06% ويرى Kendel.

إن نسبة إنتشاره في اليابان تعد أكثر من دول أخرى، حيث تتراوح ما بين 0.013-0.15% في حين تبلغ في المملكة المتحدة 0.01% أما في الصين تعد أقل الدول إنتشارا للتوحد، لذلك الإضطرابات حيث تبلغ 0.04%، أما نسبة إنتشار التوحد في البلدان العربية لا تزال غير معروفة إلى حد الآن حيث لا توجد مدارس أو مراكز أو جمعيات خاصة للأطفال التوحديين، بل إن تلك الفئة تكاد تكون مهملة.

والأكثر من ذلك يشخصون بشكل خاطئ على المختلون عقليا، كما أن هذه الإضطرابات، ليس لها علاقة بالطبقات والخلفيات الثقافية والعرفية فهو ينتشر فيها.

(عادل عبد الله محمد، 2003، ص31).-

- **النمو اللغوي والإجتماعي للطفل التوحدي :**

- **النمو اللغوي :** من المظاهر الأولى التي تلاحظ على المتوحدين هي الفشل في التكلم، حيث تقترح الدراسات أن النمو اللغوي يكون شاذا وغريبا منذ أول شهرين، فربما يظهرون عجزا عن المناغاة وقدر كبير من التنوع في الأصوات التي يصدرونها أو ربما لا يصدر عنهم إلا العويل والصراخ، وعادة ما تظهر التأخرات في النمو اللغوي في سن 12 شهرا في حين أن العاديين يتكلمون كلمة ماما قبل تلك السن، كما أنهم لا يقلدون أبائهم في الأصوات.

- وفي سن 4-5 سنوات يبدأ الطفل التوحدي في تقدم بطئ في النمو اللغوي، وربما يتعلم بعض الكلمات ويحفظها، لكن إستخدامها في التواصل يكون محدود، وفي سن 4 سنوات يستخدم ربع الأطفال التوحديين الكلام على نحو مفهوم تقريبا وفقط للتعبير عن حاجات ملحة، في حين يبقى نصف الأطفال التوحديين عاجزين عن إستخدام الحديث المفيد قبل ماذا العمر.

كما نجد 25% منهم يردد كلمات الآخرين وعباراتهم دون فهم وهي حالة تسمى echalalis وتعني مشكلة رجع الصدى.

- وبمرور الزمن فإن جميع الأطفال التوحديين يحققون مكاسب في النمو اللغوي، وحتى أولئك الذين يعانون من درجات شديدة من الإعاقة بحيث لا يستطيعون أن يطوروا حديثا وظيفيا يمكنهم أن يكتسبوا بعض المهارات في فهم اللغة (1)

- **النمو الإجتماعي :** إضافة إلى تأخر النمو اللغوي يشهد التوحديين نقصا كبيرا في التقدم في النمو الإجتماعي، ورغم أن التوحديون تقريبا 2 من كل 3 لا يبدؤون في الإنسحاب حتى سن الثانية إلا أن المشكلات الإجتماعية من نوع آخر تبدأ قبل ذلك بكثير ففي الشهور القلائل الأولى ينزعج الآباء من إبنهم الذي لا يمد يديه لمن يريد أن يحمله.

(1). محمد السيد عبد الرحمن و آخرون، المرجع السابق، ص 120.

- وفي سن عام ربما يتصلب ويتخشب عندما يحمله الآباء ويبدو غير مهتم على الإطلاق بحركات الأطفال الإجتماعية البسيطة من قبيل التلويح باليدين - مع السلامة -، وعلى النقيض من العاديين يظهر الأطفال التوحديون قليلا من القلق هذا إذا أظهروا قلقا أصلا عندما يتركون بمفردهم أو مع شخص غريب. (1)

- وكما هو الحال في مظاهر النمو الأخرى، فإن النمو الإجتماعي يتأثر بالقدرة المعرفية، فالأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية كبيرة أو شديدة يظهرون تغيرات أقل في النمو الإجتماعي في حين أن الأقل درجة يحققون تقدما أكبر.

- عندما يتقدم بعض الأطفال التوحديون في السن يصبحون أقل عزلة وغالبا ما يبدأ السلوك الإجتماعي في التحسن في سن الرابعة، فقد يستمر الطفل التوحدي في الإنخراط في سلوكيات إثارة الذات وإيذائها، ولكنه أيضا يبدأ في إظهار بعض العواطف تجاه العائلة، ورغم أنه مازال شديد الغضب في تغيير نظامه الروتين فإن تكرار نوبات الغضب

تصبح أقل، ومع ذلك تبقى العلاقات مع أقرانه في ما قبل المدرسة مشكلة، وعندما يدخل الطفل التوحدي إلى فترة المراهقة فإن معظمهم يصبح أكثر مرونة في إستجابتهم مع البيئة، وربما يطور ذوي الإعاقة الخفيفة من التوحد إهتمامات بالأفراد الآخرين، في حين يبقى ذوو الإعاقة العقلية المنخفضة على درجة كبيرة من الإنسحاب، لكن ربما يظهرون إرتباطا أكثر مما كانوا عليه في الصغر، وأيا ما كانت قدراتهم العقلية فإن قدرة التوحديين على الإحساس بمشاعر الآخرين تبقى محدودة.

- **الأعراض المبكرة للتوحدية (من الميلاد حتى الخامسة) :**
- **من الميلاد حتى ستة أشهر :**

- ربما يكون جيدا جدا.
- ربما يكون سريع الإستثارة، وسريع الحزن.

محمد السيد عبد الرحمن و آخرون، نفس المرجع السابق ، ص 134.

- لا يرفع يديه لمن يذهب إليه ليحمله.
- لا يستطيع أن يأتي بالبأبأة أو المناغاة.
- يفتقر إلى الإبتسامة الإجتماعية.
- يفتقر إلى التواصل البصري.
- ربما يبدو النمو الحركي طبيعيا.

- **من 6 أشهر حتى 12 شهرا :**

- لا يحضن، وربما يتخشب ويتصلب عندما يحاول أحد حمله.
- لايبالي بالآباء.
- لا يأتي بالحركات والإشارات الإجتماعية (مثل: التلويح بيديه مع السلامة)
- لا يبدأ في إستخدام الكلمات
- لا يبدو مهتما بلعب الأطفال.

- يبدو منبهرا بيديه.
- يتأخر نموه الحركي ويضطرب.
- ربما لا يمضغ ولا يقبل الطعام الصلب.

- **من سنتين إلى ثلاث سنوات :**

- لا يزال الإهتمام الشخصي محدودا.
- ربما يظهر بعض التحسن.
- يستخدم الأشخاص الآخرين كأدوات.
- تواصله البصري محدود.
- ربما لا يلعق الأشياء أو يستنشقها.
- لا يحضن، ربما يتصلب أو يرتخي عندما يمسكه شخص ما.
- لا يبالي بالآباء.

- **من سن 4 سنوات إلى سن 5 سنوات :**

- إذا نما الكلام و تطور، فربما يردد ويكرر ما يقوله الآخرين، إما على الفور أو بعد حين.
- أنماط غريبة من الصوت (حاد جدا، على سبيل المثال).
- ينزعج ويتضايق جدا عندما يتغير الروتين الذي ألفه.
- لا يزال التواصل البصري محدودا، وربما يظهر بعض التحسن.
- زيادة تدريجية في العواطف، ولكنها لا تزال محدودة.
- يستمر في العدوان ونوبات الغضب، ولكنه ربما يتحسن تدريجيا.
- إيذاء الذات.
- إثارة الذات .

- **معالم على طريق النمو :**

- **المهارة :**

- **مهارات الطفل المعرفية :**

- بحث عن الأشياء التي نقلت من مكانها وغابت عن نظره.
- تعرف على نفسه في المرآة.
- عد من 1-6.
- رسم صورة إنسان تشتمل على الرأس والجسم واليدين والرجلين.
- تذكر الحقائق الرئيسية في قصة قصيرة.
- كتب بعض الكلمات.
- حدد أيام الأسبوع.
- عرف جدول الضرب.
- قرأ في الصحيفة.

- **مهارات الإتصال لدى الطفل :**

- قال با با.
- قال ماما، بابا.
- نطق كلماته الأولى.
- وضع كلمتين معا.
- إستخدم إسمه ليشير إلى نفسه.
- إستخدم ضمائر "أنا"، و "أنت".
- إستخدم صيغة الجمع.
- حدّد الألوان.
- سأل بعض الأسئلة.
- وصف بعض الصور.

- تكلم عن مشاعره ومشاعر الآخرين.

- **المهارات الإجتماعية والعاطفية للطفل :**

- رفع ذراعيه لمن يريد حمله.
- لوح بيديه "مع السلامة".
- تعاون مع من يلبسه ثيابه بأن أدخل يده أو رجله في الثياب.
- حضن الدمية.
- خلع حذاءه وجواربه.
- لعب بالقرب من طفل آخر في مهمة فردية.
- إستخدم أدوات تناول الطعام الأساسية مثل : الملاعق والشوك .
- صبّ المشروب.
- غسل يديه ورجليه وقام بتنشيفها.
- لعب على نحو تعاوني (لعب مع طفل آخر في مهمة واحدة).
- لبس وخلع ملابسه، دون مساعدة.

- **مهارات الطفل الحركية :**

- جلس بمفرده دون مساعدة من أحد.
- حبا وزحف.
- مشى رافعا إحدى يديه.
- مشى على نحو جيد.
- كتب ورسم بالألوان والطباشير.
- صعد ونزل من على السلم وحده.
- نسخ خطا عموديا.
- بدّل بقدميه على السلّم.
- ركب الدرّاجة، نسخ دائرة.

- رفع الأشياء ولقفها بيديه.
- وثب وقفز.
- نسخ مثلثا.

- **قائمة مراجعة السلوك :**

- **السلوك :**

- نظام تناول الطعام (مثلا: يأكل أنواعا قليلة من الأطعمة فقط، لا يستخدم الملاعق والشوك ..).
- نظام النوم (مثلا : غالبا ما يستيقظ بالليل ويعاني من مشكلات عند النوم).
- المشكلات المرتبطة بالمرحاض وقضاء الحاجة.
- إثارة الذات (مثلا : يرفرف بذراعيه، يضع أشياء أمام عينيه).
- مقاومة التغيير.
- إيذاء الذات.
- نوبات الغضب والصرع.
- الإنسحاب (غير متجاوب مع الآخرين).
- العدوان (يؤذي الآخرين عندما يكون محبطا).
- الترديد والترجيع (يردد ما يقوله الآخرون).
- عكس الضمير (يستخدم ضمير المخاطب "أنت" بدلا من ضمير المتكلم "أنا").
- تعمية الكلام وتوريته وتحريفه (يخترع كلمات ربما لا تكون مفهومة أو ذات معنى واضح بالنسبة للآخرين). (1) . (محمد أحمد الخطاب، سيكلوجية الطفل التوحدي، المرجع السابق، ص182- 189) .

10. الخلاصة :

إن إضطراب التوحد هو الإضطراب الذي إنشغل به كثير من العلماء وبذلت الكثير من الدول الأول لكي تضع يدها على السبب الحقيقي واليقيني للغصابة به، ولعل أهم مظاهره القصور في المهارات الإجتماعية وذلك ما أكدته الدراسات السابقة التي دعت الضرورة إلى إجراء برامج تدريبية لتنمية وتحسين هذا الجانب.

1. تمهيد :

لا شك للإنسان مجموعة من الحاجات البيولوجية و الاجتماعية عليه أن يشغلها فمثلا : عندما يجوع تراه يحاول الحصول على الطعام و الوحدة تدفعه للبحث عن الجماعة لينظم اليها قصد التحدث و التعاون مع أفراده و باعتباره عضوا في جماعة ما فهو يتأثر بتصرفات الجماعة و مكالبها فاذا قام بعمل لا يرضاه هذه الأخيرة فانه سيشعر أن الصلة بينه و بينها قد اضطربت فيضايقه ذلك و يعمل هذا الانسان على إعادة العلاقات الى توازنها فالسعي وراء الطعام ليلبي حاجة فيزيولوجية و اللجوء الى التجمع ليحافظ على التوازن النفسي و الاجتماعي و نلاحظ أن هذا التوازن الذي يسعى اليه الانسان عبارة عن ظاهرة لعملية التكيف فما هو التكيف ؟ أبعاده ؟ و هل هناك عوائق تحول دون تحقيقه ؟ و منه يتضمن هذا الفصل :

- تمهيد
- بعض المصطلحات
- مفهوم التكيف الاجتماعي ، و مع تكيف الاسرة مع الطفل التوحدي .
- كيف تحقيق التكيف في الحياة اليومية لطفل التوحدي
- خلاصة الفصل .

2. مفهوم التكيف الاجتماعي :

- **لغة :** تكييف الفرد تكييفا أي مصادر الفرد على كيفية من الكيفيات و عند العاملة التكييف هو المزاج و السرور.

- **اصطلاحا :** التكييف هو احداث الفرد تغير في سلوكه للتلاؤم و التوافق الانسجام مع مستجدات البيئة و افراد المحيط (ايمان منصوري التواتي نجلة 2005 : ص 79) .

- اجرائيا :التكييف هو قابلية الانسان للانسجام و التوافق مع بيئته و الوسط الذي يعيش فيه .

ان التكيف الاجتماعي مفهوم مستمد من علم البيولوجيا على نحو ما حدته نظرية **تشارلس دروان** المعروفة بنظرية النشوء و الارتقاء 1895 و بين هذا المفهوم الى ان الكائن الحي يحاول ان يوائم بين نفسه و العالم الطبيعي الذي يعيش فيه محاولة من أجل البقاء وفقا لهذا المفهوم عادة الى أن الكائن الحي يوائم نفسه و العالم الطبيعي الذي يعيش فيه محاولة و منه من أجل البقاء وفقا لهذا المفهوم يمكن أن يوصف سلوك الانسان بكونه ردود أفعال للعديد من المطالب و الضغوط البيئية التي يعيش فيها الانسان من أفراد و جماعات .

يعيش الفرد في بيئته او محيط يتكون من جماعات وافراد تربطهم علاقات أساسها التفاعل و التأثير في الغير و الفرد بطبيعته الفطرية لا يستطيع العيش بدون جماعة يتأثر بها و يؤثر فيها و تعتبر الاسرة اول جماعة ينشأ في كفنها و أول مؤسسة تمثل المجتمع و تبدأ علاقاته مع افراد المجتمع و يتطلب ذلك تكيف اجتماعي او توافق الفرد مع غيره توافقا حسنا و تاما.(**منصوري ايمان ، التواتي نجاة 2010/2009 : ص 80 81**) .

3. أنواع التكيف الاجتماعي :

1.3) التكيف النفسي الذاتي : يقصد بالتكيف الذاتي قدرة الفرد على التوافق بين دوافعه المتعددة و بين ادواره الاجتماعية المتصارعة و مع هذه الدوافع و ذلك لتحقيق الرضا لنفسه و إزالة القلق و التوتر و الشعور بالسعادة .

و من ذلك : طالب يريد الالتحاق بالجامعة (دافع) و في ذاته يريد ان لا يرهق أهله الفقراء (دور اجتماعي) و هما يحدث الصراع بين ان سبب الدافع او يراعي ظروف والديه فينشأ لديه القلق و التوتر و يشعر بالتكيف النفسي فانه لا بد و ان يوافق بين دوافعه للالتحاق بالجامعة و بين دوره إزاء اهله لذلك يلجا الى حل هذا الصراع بان يلتحق بعمل يكسب منه و يصرف على نفسه و يكمل دراسته ، و يعتبر هذا الحل سلوك توافقي يتخلص به من الصراع القائم بين الدافع و الدور الذي كان يعاني منه ليشعر بعد بالراحة النفسية و يزول عنه القلق و التوتر و يعتبر هذا السلوك سوى (منصوري ايمان ، توتب نجاة 2009 : ص 56) .

2.3) التكيف الاجتماعي: ويقصد به تكيف القرد مع مجتمعه أي مع البيئة الخارجية سوآءا كانت مادية اور اجتماعية، ونقصد بالبيئة كل ما يحيط بالفرد من عوامل فيزيقية مادية فالطقس من حرارة وبرودة وغيرها وأيضا الأنهار والبحار والأبنية والجبال ووسائل الاتصال والأجهزة والآلات والمعدات، و تسمى بالثقافة المادية، أما البيئة الاجتماعية والتي تعني عناصر الثقافة الأمادية مثل: القيم والمعايير والعادات والتقاليد والمعتقدات والأفكار والدين والعلاقات الاجتماعية والنظم الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والأمان والاهداف والمواقع الاجتماعية وغيرها ويأتي تكيف الإنسان وسوء تكيفه مع البيئة الاجتماعية أو المادية بان هذه البيئة دائما لتغير والتغير هذا يثير العديد من المواقف والمشكلات والتي تتطلب من الانسان التفكير وتغيير سلوكه في مواجهة هذا التغيير حتى لا تثير

هذا المشكلات انفعالات فتبعث فيه القلق والتوتر لهذا كان على الإنسان أن يستقل قدراته وإمكاناته ووظائفه النفسية الملتفة لمقاومة هذا التغيير واحداث التوافق والتكيف مع هذه البيئة.

2.3) التكيف البيولوجي: قد يؤدي سوء تكيف الانسان أحيانا نتيجة التغيرات البيولوجية الطارئة علية التي تحدث اليات أو فجأة مما تؤدي الى توتره وقلقه، وخاصة اذا لم يتوصل

الى معرفة السبب الحقيقي وكثيرا من الاضطرابات البيولوجية نتيجة القلق الناتج عنها تتحول الى امراض سيكوسوماتية وتحدث العديد من الأمراض الجسمية والتي تؤدي إلى إصابة الفرد لتوتر وقلقل نفسي مثل: أمراض الكلية القلب ، ارتفاع ضغط الدم، وزيادة نسبة السكر في الدم والأمراض المزمنة الخبيثة واضطرابات الجهاز الغدي وغيرها، مما يحول دون تكيف الفرد وتوافقه، وقد يحدث تكيف بيولوجي الي عند الإنسان دون علم أو إرادة منه مما يحدث له نوع من التكيف ومن أمثلة ذلك حينما تختل وظائف احدى الكليتين ويقم باستئصالها فيحدث تضخم في الكلية الأخرى ويزداد نشاطها لتعويض نشاط الكلية المستأصلة مما يحدث نوع من التكيف الالي البيولوجي .(منصوري ايمان ، تواتي نجاة ، 2009: ص 83) .

4. خصائص التكيف الاجتماعي:

عندما نتحدث عن التكيف الاجتماعي لا بد لنا أن نتعرض للخصائص أهمها:

1.4) الدينامية: أي الاستمرارية وذلك لأن ظروف البيئة المتغيرة باستمرار فيما ان يتكيف الانسان مع هذا التغير الجديد وكذلك فان الحاجة الآن أصبحت تختلف عن السابق لان التحضير عجل وعقد الجبان بتغييرها والظروف الاقتصادية الثقافية تساعد على التغيير سواء على مستوى الفرد أو الجماعة.

2.4) المعيارية: وتعني ان التكيف له قيم معينة وله مفهوم معياري ويرى العلماء على أن معيار التكيف متعلق بمقياس القدرة على التكيف مع الظروف العديدة التي تواجه الفرد .

3.4) النسبية : أن التكيف و سوئه يختلف باختلاف الثقافات السائدة في المجتمع أي أن ما يسمى تكيف في مجتمع ما قد لا يكون تكيف في مجتمع اخر وان كل مجتمع يرى أن العادات والتقاليد والقيم السائدة فيه وطريقة حيائهم هي الطريقة الصحيحة وان طريقة غيرهم هي الخطأ لذا فأننا نحكم على أن السلوك مناسب او غير مناسبة منصب ربطه بثقافة وزمن معين.

5. محددات التكيف :

هناك عدة أمور تحدد مفهوم التكيف وهي كما يراها البيومي 1998:

المحددات البيولوجية الطبيعية: وهي ما يرثه الفرد من البنية الوراثية المنفردة التي تحدد إمكانيات الفرد وقدراته وتتصل بهذا الحاجات البيولوجية المتمثلة في :

- الحاجة إلى الطعام والماء والأوكسيجين والنوم.

- الحاجة لبقاء التوع.

- الإحساس بالحركة.

- تحقيق السلامة.

ب) المحددات الثقافية: وهي تلك التي تسمح للفرد بان يحقق التكيف وتتمثل في:

- بناء الأسرة.

- التربية المدرسية – النظام الاجتماعي.

- الولاء الاجتماعي والشعور بالانتماء .

- الظروف الاقتصادية والاجتماعية. **(بن سعيد عفاف، 2012: ص ص 21 20).**

6 . مجالات التكيف الاجتماعي:

- التكيف الدراسي.

- التكيف الاسري: ويشمل أستقرار الأسرة والقدرة على تحقيق مطالب الأسرة وسلامة العلاقات بين الوالدين والتمتع بقضاء وقت الفراغ.

- التكيف الديني: وهو من التركيب النفسي للقرد.

7. العوامل التي تعيق التكيف الاجتماعي :

رغم أن هدف الفرد هو تحقيق التكيف والاتزان الا انه يواجه عقبات تحول دون تحقيق ذلك قد تعود الى خاصية الفرد ذاته او داخله تعيق تكيفه الاجتماعي وقد تعود الى البيئة التي يعيش فيها .

1.7) العتبات الخاصة بقدرات الفرد: أن الفرد في مراحل حياته يتعرض الى عوائق مختلفة سواء كان عائق عضوي كنقص السمع، البصر، أو ضعف في الصحة وقصور عضوي ، او يكون عائق عقلي كانخفاض الذكاء وبالتالي نقص في الأداء والاستعداد وقد يكون العائق نفسي كالقلق، التعب عدم الثقة والقدرة على إقامة علاقات مع الاخرين وشعوره بعدم الرضا عن نفسه ولا يستطيع الدفاع عنها كما يظهر في عدم قدرته على إقامة علاقة طيبة مع الأسرة.

2.7) العقبات الاجتماعية : بالإضافة الى العقبات السابقة التي يوجهها الفرد هناك البيئة الاجتماعية التي تحول دون تحقيق الفرد لتكيفه الاجتماعي التي من شانها التقليل من المهارة لدى الفرد كالعادات السيئة والصراعات الانفعالية التي تصيبها الأسرة من خلال المعاملة المسيئة. كما تظهر في عدم قدرة الفرد على اكتساب المهارات الاجتماعية وتقبله لمختلف عادات وتقاليد | المجتمع وعدم الامتثال لبعض التقاليد الأسرية الخاصة.

و نستخلص مما سبق ان هذه العقبات تبقى تعيق التكيف الاجتماعي للفرد و ما عليه سوى تجاوزها او التأقلم معها للوصول الشعور بالرضا . (بن سعيد عفاف ، 2012 : ص)

8. تتكيف الأسر بمرور الزمن :

وليس هناك طريقة مثلى لدمج الطفل التوحدي في الأسرة ، وتحاول معظم الأسر أن تضمن إستقلال مستقبل الطفل التوحدي من خلال التعليم والتدريب في البيت والمدرسة . كما يحاولون أيضا أن يحققوا الصحة النفسية والبدنية لجميع أفراد العائلة وعلى الآباء أن يكدحوا و يجاهدوا ويصبروا ويصابروا من أجل تحقيق هذا الهدف.

1.8) السنوات الأولى من التشخيص إلى سن المدرسة :

يعتبر الانتقال من الصدمة الأولى الناتجة عن تشخيص الطفل أنه توحدي إلى التكيف مع ما تتضمنه إعاقة الدلال اتو أول أزمة انتقالية تواجهها العائلات حيث يجد الآباء أنفسهم فجأة بحاجة لأن يجدوا الخدمات العلاجية والتعليمية و كذلك الأطباء وأطباء الأسنان والمربيات الذين يفهمون الطفل ويمكنهم أن يعملوا معهم ، وبالإضافة إلى ذلك فإن علمهم أن يغيروا نظامهم وجداولهم والتزاماتهم الأخرى لكي يكرسوا مزيدا من الوقت لخدمة الطفل و على سبيل المثال قد يتحتم على أحد الأبوين أو كلاهما أن يغير وظيفته أو أن يترك العمل تماما وربما يحتاج أحدهما أو كليهما إلى تأجيل خطط، وترتيباته للدراسة في المستقبل ولربما يوجد مزيد من القلق والتوترات الشخصية.

وفي سني الطفل الأولى تناول كثير من الآباء أن يجدوا متين لتوحدية الطفل لماذا حدث ذلك لنا؟ فأسئلة من هذا القبيل قد تكون شائعة جدا وقد تمثل جزءا طبيعية من المواجهة ويساعد ذلك كثيرا من العائلات على الحصول على إجابات مرضية للسؤال المبكر، لماذا نحن دون غيرنا؟ فقدرة الآباء على مناقشة ذلك مع بعضهم ومع أصدقائهم تساعدهم على توضيح اعتقاداتهم عن التور جلدية وتوفر لهم إطارا مرجعيا لاتخاذ القرار في المستقبل فعلى سبيل المثال لما يقرر الآباء أن الطفل ينمو وينضج ومن ثم أصبح الآباء مؤيدين

للاندماج ، وربما يقررون أن أفضل طريق للطفل يبدأ بالتدخل التعليمي المبكر، وربما يصبحون مناصرين ومؤيدين لمدخل تحليل السلوك التطبيقي و النقطة المهمة هنا هي أن يحصل الآباء على أكبر قدر ممكن من المعلومات و أن يستخدموه بدقة ويتحركوا قدما ونظرا لأن السلوكيات التوحدية غالبا ما تكون أكثر حدة عقله ما يكون الفلفل بين سن الثانية والرابعة ، فإن قدرة العائلة على المواجهة يمكن أن تبلغ أدن حد لها أثناء تلك السنوات الأولى ، ومع ذلك فثمة مجموعة من الاستراتيجيات ممكن أن تساعد الأسرة على تجاوز تلك الفترة من النمو التي تكتنفها العواطف والزوابع والأعاصير، وبوسع الآباء أن يبحثوا عن معلومات التوحدية وأن يتعلموا قدر طاقتهم عن الطرق التي يمكن أن تساعد الطفل ، و بوسعهم أن يكتشفوا الخدمات المتاحة للأطفال التوحديين في منطقتهم ومجتمعهم وأن يطلبوا النصح من المتخصصين وبوسعهم أيضا أن يسجلوا ما يمكن أن يقدموا آباء الأطفال التوحديين الذين خاضوا نفس تمرينهم من قبل من دعم وتفاعل وتعاطف.

2.8) سنوات المدرسة (03-12 سنة):

عندما يدخل الطفل التوحدي المدرسة فإن على الأسرة أن تحاول مرة ثانية أن تتكيف مع احتياجاته فعلى أفراد الأسرة أن يكونوا جدا و هم طلق بناء و نظام يمكن التنبؤ به بالنسبة ليوم الطفل ، وعليهم أيضا أن يعلموه مهارات الحياة اليومية في البيت وعلى سبيل المثال لن يشبح ملائما بالنسبة للآباء أن ليسوا الطفل التوحدي ملابسه ، و إذا فعلوا ذلك فإن ذلك أن يكون في صالح إستقلاله في المستقبل، بل سيعمل ضده ، فتعليم الطفل أن يلبس نفسه سيكون أهم تكيف أثناء تلك المرحلة وسيحتاج أن يتعلم مهارات قضاء الحاجة والخروج مع الأسرة خارج المنزل.

- وأثناء سنوات الطفولة الوسطى يشيح الآباء أكثر إدراكا وأكثر وعيا بأن احتياجات طفلهم صلبة لا تلين وتلك الاحتياجات الإشراف، وقضاء الحاجة وتناول الطعام على نحو صحيح على سبيل المثال لا الحصر تحتاج وقتا طويلا من الإباء .

-وأحد المخاطر التي ينبغي أن ترابط العائلة على ثغراتها وتبقى متحفزة لها أثناء تلك الفترة من ستي المدرسة هي مشكلة الركود والرتابة وعدم التجديد ، ففي الأسرة التي تنعم بأداء وظيفي جيد ينضج الأفراد بسرعة ويتولون مسؤوليات جديدة .

و مختلفة ، ومع ذلك فعندما يوجد طفل توحدي في الأسرة فإن عملية التعبير ربما تتأخر و تتباطأ، لأن الآباء ربما لا يريدون تغيير استراتيجيات الضبط والسيطرة مع نمو الطفل ونضجه، وعندما يحدث ذلك فإن التكيف يتوقف ، ولا يكون هناك و قرار قبل از نور به من المرونة، وهذا يعني أن أفراد الأسرة ربما يصبحون عاجزين أو غير راغبين في تغيير المسؤوليات الفردية عن الطفل، فعلى سبيل المثال ربما يكون أحد الأباء قد إعتاد على تولي مسئولية الإشراف على الطفل التوحدي في فترة الصباح (مثل: إلياس الطفل ملابسه ومساعدته في قضاء حاجته) ويصعب تغير ذلك.

3.8) عوامل مساعدة على نجاح البرامجية :

– تناولنا في الأجزاء السابقة كيف تنمو عائلات الأطفال التوحديين و تتكيف عبر الزمن، ولكن أنى لتلك العائلات أن تتعامل مع ألف أزمة و أزمة تعترض سبيلها؟ كيف يمكن للأسرة أن ترى طفلا معاقا دون أن تسقط فريسة للاجتهاد و الاعياء؟ ولا شك أن معدلات المواجهة تتنوع وتختلف، ولكن هناك أربعة مكونات أساسية مطلوبة لتحقيق النجاح بشكل عام ألا وهي : اتجاهات الآباء الإيجابية ، والاتصال ، والدعم ، وسلطة العائلة .

1.3.8) اتجاهات الآباء :

يعتبر الآباء هم المفتاح والمدخل إلى التكيف الجيد من قبل العائلة لوجود طفل توحدي بينها، والأطفال وأفراد الأسرة الآخرين والأصدقاء يتبعون الآباء، ونظرا لأن طريقة تصرف الآباء وتعاملهم مع الطفل منذ البداية تقدم نموذجا يحتذى به بالنسبة لباقي أفراد الأسرة .

فعلى الآباء أن يحرصوا على أن يعاملوا الطفل بحب و تقبل وأن يحددوا له أهدافا عالية وغايات

- الحب و التقبل :

تعتبر التوحدية حالة يصعب على الآباء التعامل معها بسبب الطريقة التي تؤثر على الطفل ، وعليهم أن يتذكروا أن تنقلهم ليس أقل من أي طفل ، وعندما يتقبلونه كما هو فإنه سيبقى واحدا من العائلة وجزءا منها ولا يعني تقبل الطفل تجاهل توحديته ، بل عليهم أن يروه من خلال توحديته ورغم أن ذلك يبدو تحديا كبيرا فإنه مهم لتمكين الأسرة عن المواجهة والتكيف. (زخوزق محمد جبل 2001 : ص ،ص 63-65)

- التوقعات :

يولد الأطفال التوحديون مثلهم في ذلك مثل باقي الأطفال، ولديهم مدى واسع من القدرات البدنية والعقلية. والحق أن التوحدية تحد من قدرات الطفل ولكن من المستحيل أن نتنبأ بالاحتمالات الكامنة لأي طفل في سن مبكر ، بل إن وضع بعض القيود والحدود لإمكانيات الطفل ، ولما يعتقد الآباء أن الطفل يستطيع إنجازه ربما يمنع الطفل بالفعل من الوصول إلى أقصى إمكانياته وذلك مرده لأن توقعات الأباء وأفراد الأسرة الآخرين يمكن أن تؤثر على إنجازات الطفل.

- الاستقلال :

من الطبيعي أن يشعر الآباء أن طفلهم ضعيف وقابل للعطب والهلاك لأنه توحدي ، ومن الطبيعي أن يشعر الآباء بالاسى والأسف على طفلهم وأن يسعوا إلى حمايته ووقايته ، ولكنهم إذا تركوا الطفل يعتمد عليهم لفترة طويلة من الزمن فإن ذلك الطفل ربما يستحوذ على حياة الأسرة كلها ويهيمن عليها هيمنة كاملة ، ولذا فإن الآباء بحاجة لأن يشجعوا أداء الطفل المستقل بقدر المستطاع حفاظا على مستقبل الطفل وحياة الأسرة على حد سواء.

2.3.8) الاتصال : غالبا ما يستطيع الآباء أن يسهلوا ويسروا تكيف الأسرة مع توحدية الطفل من خلال العمل على الاحتفاظ باتجاهات ايجابية ، إلا أن الاتصال التصريح الأمين يعتبر أمرا ضروريا وحيويا أيضا وليذكر الآباء جيدا أن تربية الطفل التوحدي تعتبر أمرا جيدا على كل المشاركين في تربيته ، وليس من المهم بالنسبة لأفراد الأسرة أن يتبادلوا المعلومات بخصوص مما يفيد وما لا يفيد في تربية الطفل فحسب، وإنما من المهم أيضا أن يشرك بعضهم بعضا في مشاعرهم فيما يتعلق بوجود طفل معوق في الأسرة.

3.3.8) الدعم : ربما يحتاج الآباء أن يصلوا إلى الآخرين من اباء الأطفال التوحديين طلبا للدعم فهناك بعض الخبرات والمواقف التي تجعل آباء الطفل التوحدي يشعرون بالوحدة والعزلة. وقد تكون العزلة واضحة مرئية – كأن يمتنع الأقارب والأصدقاء عن زيارتهم وقد تكون العزلة غير صريحة عندما يشعر آباء الطفل التوحدي أن الأقارب والأصدقاء لا يدركون ولا يفهمون ما تعنيه الحياة في وجود طفل توحدي، ولا شيء أفضل لعلاج ذلك الوضع من الحديث مع الآباء الذين خاضوا نفس التجربة و سلكوا نفس الطريق . فالآباء لا يستطيعون فقط أن يستلهموا القوة والعبرة من حكايات العائلات الأخرى ولكنهم يستطيعون أيضا أن يحصلوا على قدر كبير من المعلومات العملية التي تفيد في المواجهة ، والمؤسسات والمصادر التي يمكن أن تقدم الدعم ، وأهم من ذلك انهم ربما يجدون صديقا حميما بين أولئك الآباء.

4.3.8) سلطة العائلة : لعل شعور الأباء بالضبط والسيطرة وإمساكهم بمقاليد أمورهم وأمور طفلهم يساعدهم بدرجة كبيرة في التكيف مع الطفل التوحدي. وتلك السيطرة تعرف باسم سلسلة العائلة وهي تعني أن العائلة شريك كامل في جميع القرارات، التي تؤثر على حياتهم وحياة أطفالهم وفي جميع تعاملاهم مع المتخصصين .

سواء في المجال الطبي أو المجال التعليمي يجب معاملة الآباء باحترام نظرا لما لديهم من معلومات، وبصيرة بالطفل لا توفر لغيرهم و بناء تلك السلطة يحتاج وقتا وجهدا و يكسب

الآباء تلك السطلة و السيطرة عن طريق تحصيل مزيد من المعلومات ، عن التوحدية و عن استراتيجيات الضبط و التعليم الفعالة ، و أهم من ذلك كله أن يفهموا طفلهم ,وأن يساعدوا الأخرين على فهمه.

5.3.8) عوامل تعوق نجاح المواجهة : بعض الطرق التي تسلكها عائلات الأطفال التوحديين في التكيف إثمها أكبر من نفعها وأضرارها أكثر من فوائدها وغالبا ما تنتج تلك الأخطاء عن نية طيبة وعواطف ملوها الحب ولكن يعوزها التوجيه، والمزالق الثلاثة التي يجب على الأباء أن يحذروا من الانزلاق فيها هي : الانشغال والقلق الزائد ، والحماية الزائدة، والرفض.

6.3.8) الانشغال والقلق الزائد : في بعض الأحيان ينهمك أحد الآباء في احتياجات الطفل ويستحوذ عليه الاهتمام لدرجة أنه يكاد يمضي جميع ساعات يقظته في محاولة رعاية الطفل و استثارته وتعليمه ، والغريب أن هذا الانشغال الزائد ربما يؤدي إلى علاقات فعلا تشجيع الطفل على الاعتماد على أبويه بدلا من استقلاله عنهما.

ولا يقتصر ضرر ذلك الأسلوب على الأب الذي يفرط في انشغاله بالطفل بل قد تمدد وتزعزع العلاقات الزوجية وقد يشعر الأطفال الآخرين بالإهمال . وبصفة عامة عندما تسيطر احتياجات فرد معي في الأسرة على اهتمام أحد الوالديين و تهيمن عليه فلن يبقى للوالد الآخر لبقية أفراد الأسرة إلا الجزء اليسير من الوقت والطاقة، ولذا فإن أفراد الأسرة الذين شعروا بالإهمال ويتجرعون مرارته ربما يصبون جام غضبهم و حقدهم على ذلك الوالد الذي يهملهم أو على الطفل التوحدي و الذي ينظر اليه على انه السبب في انشغال ذلك الوالد عنهم K التوحدي و الذي ينظر إليه على أنه السبب في انشغال ذلك الوالد عنهم.

7.3.8) الحماية الزائدة : من الطبيعي أن يحاول الآباء ن يحموا أطفالهم من المخاطر المحتملة التي قد تحدق بهم. وأن يوفروا لهم الملاذ الآمن والحصن الحصين من تلك الأخطار والأضرار. ومع ذلك فإن بعض الآباء قد غالون ويفرطون في ذلك ، ولا سيما مع الطفل

التوحدي الذي ينظرون إليه على أنه معوق وعاجز عن أن يفعل أي شيء لنفسه ، وسرعان ما يهرولون لتلبية رغباته. ورغم أن تلك الحماية الزائدة غالبا ما تؤدي إلى عواقب وخيمة و أضرار جسيمة و ربما يتحول الطفل التوحدي إلى طاغية صغير يحكم الأسرة بقبضة من حديد .

6.3.8) والرفض : يرى معظم الآباء أن السلوكيات المرتبطة بالتوحدية من قبيل إثارة الذات سلوكيات تبعث على الضيق والضجر ويلجأ بعض الآباء إلى الهروب العاطفي والبدني والبعد عن الطفل وتجاهل مشكلاته واحتياجاته ليتجنبوا التوتر والغم الذي تسببه لهم تلك السلوكيات ، وقد يتحول هذا الهجر وذلك البعد إلى رفض للطفل. وهذا يؤدي كلا من الآباء والطفل من خلال إنتقاص شعور الآباء بالكفاءة وتقدير الذات. وربما تكون مساعدة المتخصصين مفيدة لكي يستعيد الآباء السيطرة. (محمد السيد عبد الرحمان و أخرون ، 2005 : ص، ص 156–58)

9 . كيفية تحقيق التكيف في الحياة اليومية مع الطفل التوحدي :

– التنبؤ ، البناء ، النظام :

جميع الأطفال يحتاجون للنظام الثابت في حياتهم وإذا تغيرت الأحداث كل يوم وتعذر على الطفل التنبؤ بما فإنه يصبح قلقا خائفا ، و بالنسبة للأطفال التوحديين فإن النظام الثابت يعتبر أمر بالغ الأهمية بل إن كثيرا من الأطفال التوحديين يعانون مما يعرف بالإصرار على المثلية والتشابه الكامل ، و غالبا ما يصبحون قلقين مضطربين منزعجين إذا طرا ولو تغيير طفيف على نظامهم اليومي أو على بيئتهم . ورغم أن ذلك التصلب وعدم المرونة ربما يكون محبطا للآباء، فإنه يبرز ويظهر ويوضح مستوى القلق الزائد لدى الطفل وحاجته إلى القدرة على التنبؤ ، وربما يحاول الآباء أن يوفروا للطفل البناء أو التركيب الذي يحتاجه ولكن عليهم ألا يدعوا تلك الحاجة تسيطر على حياتهم .

1.9) توفير البناء والتناسق

– إن إقامة نظام ثابت للبيت هو الخطوة الأولى في توفير بناء أو تركيب الطفل التوحدي وبغض النظر عن المقدار المطلوب من المهارة في تعليم و تدبير شئون الأسرة فعلى الآباء أن يحاولوا توفير نظام ثابت يشعر معه كل فرد من أفراد الأسرة بالارتياح ، و يشعر بأنه يستطيع أن يتبعه باتساق وتناغم، وإذا شعر الآباء بالحيرة والارتباك واضطراب النظام فان الطفل التوحدي سوف يشعر هو الأخر بذلك . ولسوء الحظ فإن طريقة تجاوب الطفل مع هذا الارتباك تشمل مجموعة متنوعة من السلوكيات المزعجة مثل: إيذاء الذات أو الحوادث المرتبطة بقضاء الحاجة، ولذا فإن الآباء بحاجة لأن يعدوا خطة شاملة للعب تتضمن طريقة تطور يوم الأسرة من البداية النهاية ، وتندمج فيها متقلبات كل يوم ، كأن يحددوا أوقاتا يغتسل فيها الطفل ، ويأكل، ويلعب ... الخ

و إذا كانت هناك كلمة يجب أن نركز عليها بخصوص رعاية الطفل التوحدي ، فإن تلك الكلمة بلا ريب هي التناسق فكثير من الاطفال التوحديين يواجهون صعوبات كثيرة في التعلم من البيئة ولا يعلمون من الخبرة على نحو جيد و لمساعدتهم يجب أن نحاول أن نجعل البيئة أكثر تناسقا واتساقا. وينطبق ذلك على كل تفاعل يحدث بين الطفل والوالدين ويتراوح ذلك من الكلمات التي يختارها الآباء عندما يمدحون سلوكه الجيد، إلى الطريقة التي يتبعونها لإزالة المشكلات السلوكية.

2.9) النظام وضبط السلوك : يجد كثير من آباء الأطفال التوحديين أنه من الصعب أن يلزموا طفلهم بنظام معين . فهم بكل بساطة ليسوا مستعدين للاستجابة لسلوك طفلهم غير المألوف وأحد الأسباب المؤدية لتلك الصعوبة أن معظم الكتب التي تتناول رعاية الأطفال تزكي و ترشح استراتيجيات تعتبر غير فعالة بالمرة مع الطفل التوحدي . ومما يزيد الطين بلة ويزيد الأمر صعوبة وتعقيدا أن الآباء يجب أن يتعاملوا بطريقة دبلوماسية مع النصائح

غير المرغوب فيها والتي تتوافد عليهم من حيث لم يحتسبوا من الأصدقاء والأقارب. بل ومن الغرباء .

ليس هناك وصفة سحرية تضمن أن يسلك الطفل سلوكا قويما ، ولكن الخبرات الواسعة لعديد من أباء الأطفال التوحديين والسنوات العديدة من الأبحاث والدراسات التي أجراها المتخصصون تظهر أن الفنيات المرتكزة على تحليل السلوك التطبيقي هي أكثر الفنيات فعالية في تغيير سلوك الأطفال التوحديين و تفرض تلك الاستراتيجيات أن السلوك كله يتم إكتسابه وتعلمه من خلال الأحداث التي تسبق السلوك (المقدمات السلوكية أو المشيرات) ، والأحداث التي تلي السلوك النتائج، فإذا كانت المقدمات تؤدي إلى سلوك معين فإن الطفل يحتمل أن يأتي هذا السلوك ، فعلى سبيل المثال ، عندما يطلب الوالد أو المعلم من الطفل أن يبدأ في عمل ما فإن الطفل ربما ينخرط على الفور في نوبة هياج فذلك الطلب (مقدمة مثيرة) يؤدي إلى تقوية الغضب ، في هذه الحالة لأن الطفل يرغب في تجنب العمل . وإذا كان الطفل يحب النتائج التي تلي السلوك فإنه يظهر ذلك السلوك ويكرره . أما إذا كان يكره النتائج التي تعقب السلوك وينفر منها فإنه لن يظهر ذلك السلوك وأن يكرره. ومن ثم يمكن إزالة السلوكيات المشكلة لتحل محلها السلوكيات والمهارات الملائمة من خلال عمليات تغيير المقدمات وتنظيم النتائج (استخدام المكافآت بعد السلوكيات الملائمة، واستخدام العقاب بعد السلوكيات غير الملائمة).

وربما تفيد الفنيات والأمثلة التي سيلي ذكرها في توضيح قواعد ومبادئ التعلم في زيادة فعالية الآباء في ضبط سلوك الطفل.

3.9) التركيز على الحسنات :

ثمة استراتيجية من أكثر الاستراتيجيات فعالية وكفاءة ألا وهي مراقبة سلوكيات الطفل ومكافأة السلوكيات المرغوبة فبعض الآباء يركزون على حسنات الطفل وعيوبه في حين أن الهدف ينبغي أن يكون التركيز على حسنات الطفل ومناقبه و مآثره. ورحم الله من قال:

أذكر الخير ينتشر، ولا تذكر الشر يندثر، وهذه الاستراتيجية تقتضي اهتماما و انتباها كبيرا من جانب الآباء. فقد تكون ملاحظة صراخ الطفل أسهل على الآباء من ملاحقة هدوئه، ولكن على الآباء أن يتذكروا أن عليهم أن يقدموا عشر عبارات ثناء مثل " **رائع ! إنني مسرور لأنك رتبت سريرك** " في مقابل كل عبارة تقويم و تصحيح و تصويب واحدة – من قبيل توقف عن رمي الأشياء .

وتقترح الدراسات التي أجريت على الأطفال التوحديين أن يكون الآباء واضحين ومحددين عندما يثنون على الطفل ويمدحونه فعليهم أن يستخدموا ألفاظا محددة من قبيل" *أحسنت لقد إرتديت معطفك ، وهذا رائع*" بدلا من أن يستخدموا العبارات العامة من قبيل" *أحسنت صنعا*" فالوضوح والدقة والتحديد يساعد الطفل على أن يفهم ويحدد السلوك الذي تمت مكافأته . ومن المفيد أن تقدم المكافأة الملموسة مثل: الحلوى والأطعمة والدمى مقترنة بالثناء والمدح لا سيما في مراحل التعليم الأولى ، لأن الأطفال التوحديين لا يجدون أي مكافأة في التفاعلات الاجتماعية فاستخدام المكافأة المادية الملموسة يساعد في زيادة دافعيتهم . (**محمد السيد عبد الرحمان و أخرون ، 2005 : ص ، ص 108–120)**

4.9) التعليم في الصغر ، والنقش على الحجر :

–عندما يسيء الطفل التصرف أو يأتي بسلوك خاطئ وغير مناسب فإن ذلك يعتبر مشكلة عاجلة وملحة بالنسبة للآباء وفي بعض الأحيان يكون من الصعب أن يقرروا ماذا يفعلون عندما يحدث ذلك السلوك غير المناسبة ، ومن الطبيعي أن يشعروا في تلك الحالة بالإحباط واليأس عندما يبدأ الطفل في الدخول في نوبة من الغضب والهياج أو نوبة صرع في وسط السوق أو السوبر ماركت. وفي بعض الأحيان يستطيع الآباء أن يوقفوا السلوك قبل أن يبدأ وفي أغلب الأحوال لا يدرك الآباء انهم يستطيعون أن يخططوا مسبقا و يكونوا أساليب وقائية بدلا من الاستمرار في التفاعل عندما تحدث الأزمة وتقع الواقعة فمنع المشكلات أسهل من التفاعل معها بعد أن تبدأ فعلى الآباء أن يأخذوا بزمام المبادرة وأن يكون دورهم

هو الفعل وليس التركيز على رد الفعل وفيما يلي بعض الاستراتيجيات الوقائية التي ربما تفيد.

5.9) تغير البيئة : توجد عدة طرق لتغيير بيئة الطفل لمنع السلوكيات المشكلة فعلى سبيل المثال إذا كان الطفل يمزق الصور وينتزعها من على الحوائط فيمكن أن يستخدم الآباء الملصقات أو الصور المرسومة على الحوائط المباشرة بدلا من الصور التي يمكن تمزيقها وانتزاعها، وإذا كان الطفل يواجه صعوبات و مشكلات في الحمام لأنه لا يستطيع أن يفك سرواله أو بناطله

فيمكن أن يشتري له الآباء سراويل ذات خصر مرن (يحل فيها رباط مطاطي مثل الحزام).

6.9) مراقبة الطفل ومقدماته :

-يبدى كل الأطفال مقامات رقيقة عندما يكونون على وشك أن ينخرطوا في السلوكيات المشكلة أو عندما يبدأ شخص ما في مضايقتهم. فبعض الأطفال التوحديين يعوون وينتحبون في حين يتصلب آخرون وتتوتر علاقتهم، بينما يرفرف آخرون بأيديهم بدرجة كثيفة، وربما يدخل آخرون في صمت رهيب وهدوء عجيب ، ويميل الآباء إلى أن يفترضوا أن زيادة وتصاعد وتيرة السلوكيات المشكلة أمر لا مناص منه ولا محيد عنه ويبدأون بالفعل في توسيع السلوك المشكل الذي ينظرون إليه على أنه حتمي وواقع لا محالة، و يدرجونه في خططهم كأن تقول الأم *:" دعنا نرى ما إذا كان سيبدأ في الصراخ خلال خمس دقائق، ثم تنتهي نوبة الغضب في خلال نصف ساعة، وفي تلك الفترة يمكنني أن أعد لك المائدة "*

7.9) و صف ما يحدث :

الارتباك واحد من بين العناصر التي تزيد سلوكيات الأطفال التوحديين، ومن ثم فإن الآباء بحاجة إلى أن يوضحوا للطفل على نحو دقيق و محدد ما يحدث و بعبارة واضحة, فكثير

من الآباء يصفون الأنشطة التي ستحدث خلال اليوم ليساعدوا طفلهم على *الفهم" حسنا إننا في طريقنا إلى مخزن الأدوية ذلك المبنى الأثر الكبير الموجود بجوار سجادتك، وسنبقى هناك لدقائق معدودة"* فعندما يخير الآباء طفلهم بما سيحدث في المستقبل القريب فإنه يصبح أقل توترا وخوفا و من ثم يقل احتمال انخراطه في سلوكيات المشكلة ويمكن أن يعرض الآباء على طفلهم صورا تمثل أنشطة اليوم ليزيدوا فهم لجدول ذلك اليوم فهمهم لجدول ذلك اليوم

8.9) تحديد نتائج واضحة :

غالبا ما يقول الآباء أن أصعب شيء بخصوص الرحلات والجولات التي يقومون بيها بين الناس هو خوفهم من أن يصبح سلوك طفلهم مشكلة، والحق أن ذلك الخوف يعتبر أكثر ضغطا على الآباء من السلوك المشكل نفسه .

ولمنع حدوث السلوكيات المشكلة ينبغي أن يصف الآباء للطفل نتائج سلوكه قبل أن يوضع في موقف يحتمل أن يكون موقفا مشكلا ، فإذا كان الطفل يطلب كثيرا من المطالب بصوت عال في السوبر ماركت فعلى الآباء أن يتحدثوا معه قبل أن يدخلوا المتجر ، وليصفوا له ما سيحصل عليه إذا تكلم بصوت منخفض وما سيفقده إذا طلب مطالبه بالصراخ والصياح وحبذا لو أظهر الآباء للطفل بعض المكافآت المادية الملموسة أثناء هذا الحديث. وإذا بدأ العمل في إظهار علامات أولية على البدء في الانخراط في السلوك المشكل ، فعلى الآباء أن يشيروا إلى المكافأة المرغوبة و يبرزونها، وأن يذكروا بها بأن يرفعوا له صورة لتلك المكافأة .

9.9) استخدام الفنيات السلوكية الفعالة :

يقتضي استخدام الاستراتيجيات السلوكية في المقام الأول أن يفهم الآباء بوضوح السلوك المشكل ثم يستخدموا المعلومات في تطوير خطة العلاج. وتوفر فنيات تحليل السلوك التطبيقي أفضل اطار للتحقيق ذلك حيث يركز على فهم السلوك في موقف معين هو ذلك

الموقف الذي يحدث في السلوك والاستجابة التي يتلقاها السلوك من الآخرين. ولا يبقى للخيال إلا القليل ، فالمعلمون و الآباء لا يقدمون الافتراضات بخصوص الأسباب التي ربما تؤدي إلى حدوث ذللك السلوك. كما أن المعلومات مع لتحديد تلك الأسباب بدقة ، ومن أهم الأشياء التي يجب على الآباء أن يتذكرون أن السلوك بمفرده لا يعمل صورة كاملة واضحة بل من المهم أن يجمعوا عدة أمثلة من المقدمات والنتائج التي تحيط بالسلوك لتحديد أي أنماط ربما تكون موجودة.

و بمرور الوقت فإن النظر إلى مجموع من السلوكيات الفردية يجعل رؤية الاتحاد أسهل وأيسر و ييسر فهم الطريقة التي يستجيب بها الطفل وتتمثل أول خطوة في تحليل السلوك التطبيقي في مراقبة سلوك الطفل لمدة أسبوع أو أسبوعين في مراقبة الطفل وجمع المعلومات. والهدف من مراقبة الطفل وملاحظته هو فهم الظروف التي ترقى و تزيد احتمال السلوك الملائم الظروف التي تستثير السلوك المشكل وتزيد من احتمال حدوثه، وعلى الآباء أن يعدوا استمارة ملاحظة وتشمل تلك الاستمارة على ثلاثة أعمدة وتخصيص العمود الأول لمقدمات السلوك (المثيرات)، في حين يحتوي العمود الثاني على السلوك ، أما العمود الثالث فيشتمل على النتائج وفيما يلي بيان طريقة الاستخدام .

10.9) التوفيق بين الغرض والدخل :

يعتبر الاتصال هو الغرض الرئيسي لمعظم السلوكيات لدى الأطفال التوحديين وتلك السلوكيات تخدم واحد من أربع

و ظائف محتملة ، وهي :

- جذب الانتباه
- تحقيقي بعض الإثارة الحسية .
- تجنب نشاط أو مهمة غير مرغوب فيها.

– محاولة الحصول على شيء مرغوب فيه.

– عندما يحدد الآباء أي هذه الأعراض هو الذي يكمن وراءه السلوك الذي يتسم بالتحدي ، فعليهم أن يطوروا استراتيجية التدخل المناسبة متبعين في ذلك الخطوط الإرشادية التالية :

11.9) مع سلوكيات جذب الانتباه :

تعتبر الاستراتيجيات التي من قبيل الوقت المستقطع والتجاهل المنظم استراتيجيات مفيدة عندما يكون الهدف من السلوك هو جذب الانتباه. و على الآباء أن يتوقفوا عن منح الطفل أي اهتمام أو انتباه آيا كان عندما يظهر السلوك المشكل ، وأن يكثروا من تقديم المدح والثناء للطفل عندما يظهر السلوك البديل المناسب . وبالطبع عندما يبدأ الطفل في زيادة السلوك إلى الحد الذي ينتج عنه ضرر للآخرين، فعلى الآباء أن يتدخلوا بحيث يصبح الجميع في مأمن ومن المفيد أيضا تعليم الطفل الحصول على الانتباه بطريقة مناسبة (مثل: تعليم الطفل أن يقول إسم والده ، أو أن يربت على كتفه، أو أن يغني كلمة "ألعب" ، "ساعدني".

12.9) مع سلوكيات الإثارة الحسية :

يظهر كثير من الأطفال التوحديين حركات جسمية غير معتادة مثل: التدحرج والرفرفة باليدين والصراخ المتواصل وإيذاء الذات. لأن تلك السلوكيات تقدم لهم إثارة حسية مرغوبة لديهم، ويطلق كثير من الناس على تلك السلوكيات مصطلح "**إثارة الذات**" والمدخلان المستخدمان مع هذه السلوكيات إما من خلال منع الإثارة من الحدوث (كأن تلبس الطفل الذي يخدش جلده قفازا، أو من خلال طريقة بديلة للسماح بالإثارة الحسية مثل: (التأربع على كرسي هزاز) ويمكن أن تصعب إزالة سلوكيات إثارة الذات. وفي بعض الأحيان يركز

الآباء على تعليم أطفالهم الأماكن والأوقات التي فيها يعتبر السلوك مسموحا به (كأن يقولوا له: يمكنك أن ترفرف بيديك فقط في حجرة نومك).

مع سلوكيات الهروب و التجنب :

– جميع الأطفال يبغضون بعض المهام وفي بعض الأحيان يعبرون عن عدم اهتمامهم بها وانجذابهم إليها بطريقة لفظية (كان يقول الطفل) " **لا أريد أن أفعل ذلك** " ونظرا لأن الأطفال التوحديين يعانون من صعوبات لغوية ، فليس بغريب أن يعبروا عن عدم اهتمامهم بتلك المهام من خلال السلوكيات المشكلة ويستجيب كثير من الآباء لتلك السلوكيات بأن يقللوا ويقلصوا مطالبهم من الطفل، ويعتبر ذلك تعزيزا لسلوكيات غير التكيفية، فعلى سبيل المثال إذا أمر الآباء طفلهم بتنظيف الدمى، فدخل الطفل في نوبة غضب شديد ، وقام الآباء بتنظيف الدم بأنفسهم فإنهم بذلك يعلمونه أن يدخل النوبات لتجنب تنظيف الدمى أو أي مهمة أخرى لا يرغب في إنجازها . ومن المهم أن يوصل الآباء للطفل رسالة مفادها أنه مهما صعد من سلوكه وزاد من حدته فإن ذلك لا يعفيه من إنجاز المهمة المنوطة به، ومن المهم أن يعلمه في نفس الوقت طرقا مقبولة لتوصيل عدم اهتمام والتعبير عنه (مثل بعض مهارات التفاوض والجدال ، أو الإشارة إلى لافتة مكتوب عليها " **لا شكرا**" وعندما تكون المهمة اختيارية ويعبر الطفل عن عدم اهتمامه بطريقة ملائمة ، فعلى الآباء ألا يظهروا جهدا في تلبية طلب الطفل .

13.9) مع السلوكيات التي تعبر عن الرغبة في شيء ممنوع :

الحق أن كلمة "لا" طعم مر و الأطفال بصفة عامة لا يحبون كلمة "لا" والأطفال التوحدين ليسوا بدعا من الأطفال و ليسوا استثنا منهم . بل إن الأطفال التوحدين قد يعانون في السلوكيات غير التكيفية ويزيدون حدته لكي يجبروا الإباء ، على أن يقولوا نعم بعد، أن قالوا لا. ومن المهم ألا يذعن الآباء أو يستسلموا لمطالب الطفل لأن ذلك يعلمه أن يزيد من حدة سلوكه التكيفي ويسعده ليحصل على ما منع منه من قبل . و السلوك البديل الملائم الذي

يحتاج الآباء أن يعلموه التعليم هو أن يقبل كلمة "لا" من خلال أي وسيلة متاحة له كان يقول: "**موافق يا ماما**" أو أن يهز رأسه بالموافقة ، أو أن نخرج بهدوء عندما يقال له: "لا" . ثم يمكن أن يعلمه الآباء أن ذلك الطلب ربما يكون متاحا في وقت ما ، و حبذا لو أحبوه بذلك الوقت إن كان ذلك ممكنا ، وحبذا لو استخدموا جدول نشاط مصور لتسهيل ذلك.

14.9) اجعل تعليماتك واضحة و بسيطة :

– التعليمات الواضحة والبسيطة تساعد الطفل على فهم المطلوبة منه وعلى الآباء أن يصوغوا تعليماتهم وفقا للخطوط الإرشادية التالية :

أ) جذب انتباه الطفل إليك قبل أن تعطيه التعليمات. في أغلب الأحوال يسيء: الآباء فهم عدم استجابة الطفل وينظرون إليها على أنها عصيان في حين أن الطفل في الواقع لم يدرك أنه تلقى تعليمات.

ب) اسمح بثلاث دقائق من الصمت على الأقل قبل البدء في التعليمات

ج) استخدم عبارات مختصرة : قدم معلومات كافية للطفل ليفهم ما توقعه دون أن تنقل كاهله بسيل من الكلمات، على سبيل المثال يمكن للأم أن تقول لطفلها : أنظر إلى "بدلا من أن تقول له:" أنظر "أو "أنظر أنظر أنظر إلى ماما بعينيات الكبيرتين الواسعتين الزرقاوين.

د) استخدم عبارات مألوفة : استخدم نفس العبارات التي ثبت أنها فعالة من قبل بدلا من تغيير طريقة كلامك وألفاظك إذا كانت عبارة "يديك لأسفل" فعالة فيما مضى ، فلا داعي لأن تنتقل إلى " ضع يديك في جانبيك".

هـ) كن دقيقا وواضحا : أخبر الطفل بما تريده بالتحديد. فاستخدام العبارات الغامضة من قبيل " ولدا طيبا" يمكن أن تربك الطفل.

15.9) استخدم المثيرات عندما تكون هناك حاجة إليها :

إذا كان طفلك لا يستجيب لتعليماتك ، فعليك أن تستثيره أو ترشده إلى أن يحاول على الأقل أن يقترب من الاستجابة المرغوبة ، في البداية يمكنك أن تستثيره من خلال المثيرات البيئية. يمكنك على سبيل المثال أن نضع كوبا أمام الطفل مباشرة لتجعله يقول: "**أريد لبنا لو سمحت**" ويمكنك أيضا أن تستخدم مثيرات عبارة عن إشارات وإيماءات، من قبيل الإشارات غير اللفظية كأن يشير إلى الشيء الذي يريده، وبمرور الوقت ربما يصبح ضروريا أن تقدم للطفل مثيرات لفظية مثل: "إبدا بالملاءة" عندما تطلب منه أن يرتب سريره. وأخيرا إذا فشلت المثيرات الرقيقة في استثارة الطفل أو إحداث الاستجابة المطلوبة. **(محمد السيد عبد الرحمان و أخرون 2005: ص ص 123-124)** .

فإنك ربما تكون بحاجة لأن تجرب مثيرا بدنيا وأن ترشد طفلك لأن يستجيب بطريقة بدنية، و لتقديم المثيرات الفعالة ضع ما يلي نصب عينيك:

أ) **تقديم المثيرات بعد أمر و أحد :** فلا تكرر الأمر مرات ومرات وتنتظر من طفلك أن يستجيب: فإذا فعلت ذلك فإن الطفل سيتعلم أن يتجاهل أو أمرتك الأولى.

ب) **ينبغي أن تكون جميع المثيرات فعالة :** فعندما تقدم لطفلك مثيرا فعليه على الأقل أن يقترب من السلوك المرغوب.

وإن كان يجب عليك أن تر شماره و توجه، خلال الفعل كله، وإلا فأن الطفل

يتعلم أن بنات مثيراتك كأن ينسحب إلى مكان بعيد.

ج) قدم أقل قدر ممكن من التوجيه: إذا استطعت أن تحصل على استجابة صحيحة من خلال الإيماء فإن ذلك سيكون أفضل من ارشاد الطفل وتوجيهه بأن تمسك يده أثناء الاستجابة والتدرج في التوجيه أمر بالغ الأهمية بالنسبة للأطفال التوحديين لأهم يميلون لأن يصبحوا معتمدين على المثير. وهذا يعني أنهم يعتمدون على المثير لكي يستجيبوا أكثر مما

يستجيبون من تلقاء أنفسهم ، فعلى سبيل المثال ربما لا يستجيب الطفل لأمرك انتظارا منه لأن توجهه من خلال الإيماءات أو الألفاظ أو المثيرات البدنية

د) لا تتعجل في تقديم المشير : أعط الطفل خمس أو ست ثوان ليبدأ في الاستجابة قبل أن تبدأ في تقديم المثير.

هـ) اسحب المثيرات بأسرع ما يكون: ويمكن أن تفعل ذلك بأن تجعل توجيهك أكثر دقة وذكاء فعلى سبيل المثال يمكنك أن تبدأ في تعليم الكلام بأن تنطق للطفل الكلمة كاملة ، و بمرور الوقت يمكنك أن تقلل ما تقدمه من تقدمه من توجيه و ارشاد حتى تنطلق المقطع الأول فقط من الكلمة التي تريده أن ينطقها، ثم بعد ذلك إنطق له الصوت الأولى من الكلمة ثم بعد ذلك مثل بنفسك كما لو كنت ستنطلق الكلمة .

و) تقديم التغذية الراجعة التقويمية : في بعض الأحيان ربما يحاول الطفل أن يستجيب ولكنه يستجيب على نحو خاطئ وفي تلك الحالة على القائم بالرعاية أن يوضح له الخطأ في استجابته وأن يصف له الاستجابة الصحيحة.

- أوقات الوجبات :

تعتبر أوقات الوجبات محملة بالنسبة الآباء الأطفال التوحديين ولا سيما إذا كان الطفل بفضل أطعمة محددة ، فإذا كان الطفل لا يأكل إلا الموز والفطائر. فمن الصعب أن تشعر الأم بالإبداع أثناء إعداد الوجبات وبالإضافة إلى ذلك فإن الآباء غالبا ما يستجيبون لتلك المشكلة بأن يتناول ما يحب من أطعمة لكي يتجنبوا تصعيد السلوك المشكل، ولسوء الحظ فإن ذلك سيثير مخاوف شديدة بخصوص التغذية .

- ولمساعدة الطفل على تناول وجبة غذائية متوازنة فعلى الآباء أن يقدموا الاطعمة الجديدة ببطء أثناء الوجبات وفي البداية يمكن أن يضع الآباء قطعة صغيرة من الجبن في الطبق و يصروا على أن يتناولها الطفل قبل أن يتناول أي طعام مفضل ، و عندما يعتاد الطفل على تناول الجبن فيمكن للآباء أن يزيدوا في أنواع وكميات الأطعمة التي يقدمونها للطفل و

عندما يأكل الطفل شيئا من خارج قائمة الأطعمة المفضلة لديه فعلى الآباء أن يقدموا له الثناء والمدح بحماس ، وتشجيع الوجبة المتوازنة يمكن من أن يكون عملية معقدة. وحبذا لو استشار الآباء متخصصا في التغذية في هذا الصدد.

– و ثمة مشكل أخرى محتملة في أوقات الوجبات ألا وهي عدم قدرة الطفل على الجلوس فترات الوجبة ، ويلجا بعض الأباء إلى إطعام أطفالهم من خلال وجبات صغيرة كثيرة بدلا من الوجبات الكاملة . ولكن ينبغي أن يتعلم الطفل عاجلا أم أجلا أن يجلس على المنضدة و يتناول وجبته كاملة ، وإلا فإنه سيقيد حركة العائلة ولا سيما أنشطتها الخارجية من قبيل زيارة المطاعم أو تناول بعض الوجبات عن الأقارب أو الأصدقاء .

– وربما يكون من المفيد أن يتعلم الطفل مصطلح الاستقرار في الجلوس أولا، وعلى الآباء أن يقضوا من 20–30 دقيقة في اليوم في تعليم الطفل الجلوس باستقرار أثناء الأنشطة التي تتطلب جلوسا مثل تناول بعض المأكولات الخفيفة أو اللعب بالدمى ، وعليهم أولا أن يكافئوا الطفل عندما يجلس لدقائق قليلة ، ثم يزيدوا طوال الفترة التي عليه أن يجلسها ليحصل على المكافأة والثناء والمدح. وبينما يتعلم الطفل الجلوس أثناء تلك الجلسات التعليمية، فعلى الآباء أن يبدؤوا في توقع فترات جلوس أطول على مائدة الطعام. **(محمد السيد عبد الرحمان و أخرون 2000: ص ص 127–126).**

– التدريب على استخدام المرحاض:

من الشائع بين الأعمال التي التوحديين أن يتأخروا في التدريب على استخدام المرحاض وقضاء الحاجة. كما أن 70% الأطفال التوحديين يعانون ، أيضا من التخلف العقلي ، ولذا لذا فانهم ربما يتعلمون مهارات استخدام المرحاض ببطء ، و غالبا ما يصعب على الطفل أن يفهم سلوك قضاء الحاجة ، و كذلك قد يصعب على الأباء أن يجدوا المكافآت المناسبة يقدمونها لتشجيع سلوكيات استخدام المرحاض ورغم تلك التحديات يجب ألا تؤجل التدريب

على استخدام المرحاض لأن اعتماد الطفل على الوالدين في سلوك قضاء الحاجة وتغيير أحفظته بلا شك سيكون أمر مرهقا ومكلفا على حد سوء .

– و الأداة الرئيسية في تعليم الطفل وتدريبه على سلوك قضاء الحاجة هي معرفة الأوقات التي يحتاج فيها الطفل إلى الخلاء ، و رغم ان بعض الكتب ترى أن يأخذ القائم بالرعاية إلى الخلاء كل خمس دقائق عبر اليوم ، فإن ذلك ربما يكون مرهقا ، ان لم يكن مستحيلا بالنسبة لكثير من العائلات، ولذا فعلى الآباء أو القائم بالرعاية أن يلاحظ ويراقب ويسجل الأوقات التي يتبلل فيها حفاض الطفل.

– وبعد أيام قلائل من الملاحظة يتوافر لدى القائم بالرعاية أو الآباء فكرة واضحة عن قضاء الحاجة لدى الطفل. وعندهم يستقر الطفل على نمط معين فعلى القائم بالرعاية أن يتبنى جدولا صارما أثناء الأوقات التي يزداد فيها احتياج الطفل للخلاء. فعلى سبيل المثال إذا لاحظ القائم بالرعاية أن الطفل يتبول خلال الفترة التي تلي تناول العشاء ، فعليه أن يأخذه الى الحمام كل 10 دقائق في هذه الساعة وعليه أن يشجع ذهاب للخلاء في بقية اليوم ولكن يبني في ذلك جدولا أقل صرامة»

وأثناء ذهابه العله ل للخلاء، فعلى القائم بالرعاية أن يمدحه على بقائه جالسا، وأن يقدم له المكافآت المادية والثناء عندما يتبول أو يتغوط في الحمام. و إذا أحدث الطفل في أوقات أخرى من اليوم فعلى القائم بالرعاية أن يرشده ويوجهه لتنظيف نفسه و عندما يتعلم الطفل استخدام المرحاض على نحو سليم على القائم بالرعاية أن يطيل من الفترات الفاصلة بين مرات ذهاب الطفل للخلاء إلى كل 15 دقيقة ثم 20 دقيقة ثم 30 دقيقة ثم أكثر من ذلك، وهناك مشكلة أخرى يمكن أن تنشأ عند تعليم مهارات الخلاء للأطفال التوحديين ألا وهي العبث بالبراز أو أكله. ويعتبر هذا أمرا محبطا بالنسبة الاباء لخطورته من الناحية الصحية ولعدم لياقته، وعلى القائم بالرعاية والآباء أن يرشدوا الطفل من خلال المثيرات اللفظية والبدنية لأن ينظف نفسه وملابسه . وإلا فانهم سيعانون من تكرار هذا السلوك ، وفي نفس

الوقت لا يتعلم الطفل أن نتيجة سلوكه في أن ينظف ما أحدثه ، وفي بعض الأوقات لا يقتضي الأمر أن تكون يد القائم بالرعاية فوق يد الطفل أثناء التنظيف، وأيا ما كان الأمر فيجب أن يعلم الطفل أن ثمة نتائج غير مرغوب فيها تلبي نثره البراز. وإذا كان الطفل يأكل البراز فمن الضروري مراقبته أثناء قضاء حاجته وتعزيزه على نحو متكرر عندما لا يأكل برازه .

- و عندما يتعلق الأمر بسلوك قضاء الحاجة فإن كثيرا من الآباء يؤجلون الحتميات أكثر مما يركزون على احتياجات الطفل ومع ذلك فبمزيد من الجهد المتواصل والمثابرة يمكن إتمام التدريب، وقد يكون مفيد الرجوع إلى المتخصصين أو مطالعة بعض الكتب المتخصصة والمفيدة.

- وقت النوم :

كثيرا من الأطفال التوحديين لديهم أنماط غريبة في النوم والسهر حتى وقت مع متأخر أو التجول بلا هدف في البيت أثناء الليل. ويجد الأباء أنفسهم مضطرين للسهر حتى منتصف الليل أو أكثر يجرون خلف الطفل، وحتى عندما ينام فانهم يترقبون وينتظرون لحظة استيقاظه، وتلك الأنشطة الليلية تترك الآباء في حالة من الارهاق والإعياء و الاحباط ومن ثم فإن كلمة (وقت النوم) يمكن أن تصبح مثيرة للقلق والغضب، ويمكن أن تفيد عملية استراتيجيات ، في خفض تلك المشكلة و تقليصها .

- يجب على الآباء من البداية أن يحددوا وقت النوم ثم يتمسكوا بذلك. وربما يصرخ الطفل و يبكي و يهتز و يتأرجح في سرية لعدة ساعات عندما يصر الآباء على ذهابه للنوم وعلى الآباء ألا يخدعهم ذلك ويجعلهم يقتنعون أن من الأسهل ان يتركوا الطفل ليقرر الوقت الذي ينام فيه وإلا فهم يعلمون الطفل أن يبكي ويصرخ ويهتز عندما يريد أن يحصل على أي شيء. وعلى الآباء أن يتذكروا المثل الذي يقول : " **يمكنك أن تصطحب الحصان إلى الماء، ولا يمكنك أن تجبره على الشرب** " وكذلك الحال بالنسبة للطفل فبوسع الآباء أن يجبروا

الطفل على الذهاب إلى السرير بل والرقود فيه. ولكن ليس بمقدورهم أن يجبروه على النوم ، ولذا يجب أن يكون الهدف الوحيد للآباء هو أن يعلموا الطفل أن يبقي هادئا في حجرة نومه أثناء الليل. وإذا كان الطفل يستيقظ في منتصف الليل، فليوفر له الآباء دمى بجوار مخدعه. وأن يشتروا سجادة صغيرة تصدر أصواتا عندما يجتاز الطفل باب غرفته . فمن المهم أن يتعلم الطفل أن التجوال في البيت محظور، وإذا لم يتعلم هذا الدرس فإن الآباء سيعانون من اضطراب النوم خشية أن يشرب الطفل المنظفات أو غيرها من المساحيق أو أن يشعل الموقد أو أن يعرض نفسه للخطر أيا كان، وبغض النظر عن تحول الطفل في فترات النوم، فعلى الآباء أن يعدوا جدولا يوميا وألا يتركوا الطفل يستفيد من سهره بالليل. فعلى سبيل المثال إذا سمح الآباء للطفل بأن يبقى في البيت و يتغيب من المدرسة لأنه منهك فإن ذلك سيشجع الطفل على القيام بالمزيد من الليالي والسهر وعدم النوم وعلى الآباء أن يتمسكوا بذلك الجدول وأن يثبطوا يقاوموا نعاس الطفل نهارا مهما قلت الفترة التي نامها في الليلة السابق وربما يكون من المفيد أن يتصل الآباء بمعلمي الطفل ويخبروهم ألا يقللوا مطالبهم من الطفل لمجرد أنه لم ينم في الليلة السابقة .

– و إذا استمرت مشكلات ، النوم فمن المهم مراجعة متتخصص في التوحدية للمساعدة في حل تلك المشكلة. وفي بعض الحالات و ربما ضروريا وضع استخدام الأدوية والعقاقير في المبان بحيث بحيث تساعد الطفل على أن ينام بالليل وهناك عدة برامج وتعليمات قد حاولنا أن نفيدكم بالقليل منها .(**محمد السيد عبد الرحمان و أخرون ، 2005 : ص ص 127– 135**) .

10. الخلاصة:

من اسرار التكييف مع وجود الطفل التوحدي ليست في الواقع اسرار على الاطلاق و اذا حاول الإباء ينظروا الى طفلهم التوحدي على انه شخص توحدي فربما يقطعون طريقا طويلا وعرا نحو تطبيع حياتهم الاسرية.

و الحق ان الطفل التوحدي يمكن ان يكون لديه بعض الاحتياجات ونقاط القوة التي تختلف عن احتياجات افراد الاسرة الاخرين و نقاط قوتهم و لكن الطفل التوحدي لازال فرد له إسهاماته الفردية التي يمكن ان يقدمها للحياة الاسرية .

1. تمهيد :

ان الجانب الميداني هو جانب مدعم للجانب النظري لمحاولة التعرف على الميدان و الواقع و ذلك من خلال تطبيق المقاييس الشخصية للتوحد على عينة متكونة من اربع حالات في المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا ، و كان اختيار العينة عشوائيا .

و بالتالي سوف نتعرض في هذا الفصل الى المنهج المتبع ، مكان اجراء البحث مجموعة البحث و خصائص و أدوات البحث .

والتي من خلالها سنحاول الإجابة على تساؤلات دراستنا والتحقيق من فرضياتها

2. الحدود المكانية و الحدود الزمنية :

تمت الدراسة على مستوى مركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا –2– و في الفترة زمنية لا تتجاوز الساعة واحد مع كل حالة و ذلك لصعوبة التجاوب مع الباحثة و كان ذلك في شهري مارس و أفريل .

3. مجموعة البحث :

تتكون مجموعة البحث من اربع حالات تتراوح أعمارهم من03 الى 11 سنة بحث 3 حالات ذكور و حالة واحدة انثى .

4. منهج البحث :

هو وسيلة هامة لجمع و تلخيص اكبر عدد ممكن من المعلومات على الحالة موضوع الدراسة و قد تكون فردا او اسرة او جماعة .

و يمكن ان يتوافق استخدام منهج دراسة الحالة مع أداة المقابلة مع الحالة موضوع الدراسة و كذل الملاحظة التي تعد أداة ضرورية لجمع المعلومات غير التغيرات للحالة كما يمكن استخدام اختبارات اسقاطية .

كما يكد العالم (J.Rofer) على ان دراسة الحالة من المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر قدر من المعلومات حتى يتمكن من اصدار حكم قيم نحو الحالة ، هذه المعلومات قد نتحصل عليها من طريق المقابلة المباشرة مع المفحوص و قد تأتي من الوالدين و الاسرة و الأستاذ في المدرسة .

أما الدكتور " محمود الزيادي" فيعتبرها تاريخ الحالة كأداة قيمة تكشف لنا وقائع الاكلينيكي لجمع معلومات من الفرد و مشكلاته بأسلوب منظم .

1.4) أدوات البحث :

المقابلة الغير موجهة : يعرف سيماس المقابلة العيادية بانها الطريقة التي تهدف لى جمع المعطيات و هي عبارة عن شخص يحكم قصة و يعطي رايه في الاحداث او يجيب عن الأسئلة المتعلقة بالمشكلة المراد دراستها (Amzieu,1984) ، و المقابلة العيادية للبحث (L'enertiem chlinque de rechache) على المعطيات في البحث فب علم النفس العيادي .

و تتمثل أداة لا نستطيع تجاوزها او تعويضها للحصول على مدخل لمعلومات موضوعية للافراد : تاريخ الحالة ، حوادث ، تجربة كما يراها ، تصورات ، اعتقادات ، انفعالات ، تاريخ شخصي ، ذكريات و أحلام و هي ليست هد علاجي او تشخيصي و لكنها تستهدف ميدان معين مختار من الباحث و هي مستعملة بمبادرة منه . **(K.chahroui ,H,Bemoney,2003,p.p 141-142)**

- المقابلة النصف الموجهة :

تتضمن دليل المقابلة النصف موجهة لتكيف الاجتماعي عند الطفل التوحدي و الذي كان على شكل تقديم البيانات الشخصية و 5 مصادر أساسية و هي :

1 – محاور التواصل : و فيه جانبين الجانب اللفظي و الجانب الغير لفظي و فيه : هل يبادر بالحديث عن رؤية أحد أقرانه ؟ هل يستجيب للتعليمات ؟ هل يبدي رأيه في المواضيع ؟ . هل يجيب عن الأسئلة ؟ هل يتشبث جسديا بالاخرين للتواصل معهم كالعناق ؟ هل يغضب و يجري عندما يقترب منه شخص أخر ؟

2– محور التفاعل الاجتماعي وكان فيه : هل يتجنب أي شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي مع الاخرين حتى الاشكال البسيطة ؟ هل يعبر عن انفعالاته المختلفة كالخوف و الحزن و السرور ؟ هل ينسحب من أنشطة الجماعة و يرفض الاستمرار فيها ؟ هل يهتم و ينشغل كثيرا بإجراء الحوار مع اقرانه ؟

3– محور اللعب و يحتوي على : هل يأخذ أدوارا أساسية في اللعب مع أقرانه ؟ هل يقبل اللعب الجماعي ككرة القدم ؟ هل يحب تفكيك الرموز و الالغاز ؟ هل لديه لعب رمزي كوضع الملعقة و الشوكة و يجعلها رمزا لشخصيته في اللعبة ؟

4– محور العلاقات و فيه : هل نوع علاقته بوالديه تواصلية ، هل يمكنه إقامة علاقات صداقة تقليدية مع اقرانه ؟ هل نوع علاقته بزملائه تواصلية ؟

5– مقياس الطفل التوحدي :

هو مقياس تشخيصي من اعداد الدكتور "عادل عبد الله محمد " هو مقياس يتم من خلاله قيسا بعض السلوكيات التي تصدر عن الطفل في مختلف المواضيع التي يتعرض لها خلال اليوم و ذلك حتى يتم التمكن من التشخيص الصحيح لحالة ، وتقديم الخدمات المناسبة لها و قد طبقت هذا المقاييس من قبل الاخصائية المتواجدة معنا على الحالات لكي يكون الاختبار دقيق على ان الحالات هي بالفعل حالات توحد حيث تتكون من 28 بند و البدائل هي (نعم ، لا) .

1. عرض الحالة الأولى :

اسم الطفل الأول : / .....قويدر.....الجنس/ .....ذكر.....

تاريخ الميلاد/.....11.....المدرسة او الروضة / ....مركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا –2– .....

مقياس الطفل التوحدي

م	العبـــــــــــــــارة	نعم	لا
1	مدى انتباهه قصير		x
2	يستخدم الكلمات و يرددها دون ان يعني معناها		x
3	يبدي سلوكيات عدوانية أو عنيفة فيجرح أو يؤذي نفسه او غيره		x
4	يقاوم التغيير في الروتين او في أي شيئ حوله مهما كان بسيطا		x
5	ردود فعلية للإحساسات المادية غير (أقل او اكثر من أقرانه)	x	
6	لا يقلد أفعال الآخرين		x
7	يبدو مفرطاً في الفاعلية أو السلبية	x	
8	غير قادر على تحديد الأشياء موضع الاهتمام		x
9	يعاني من قصور أو تأخر واضح في القدرة اللغوية		x
10	لا يحب أن يلمسه أحد		x
11	يظهر إحساسا مفرطا بالألم أو يظهر وكأنه لا يحس بالألم		x
12	يعاني من تأخر أو نقص واضح في القدرة اللعب التخيلي أو الرمزي ومن ثم لا يبدي أي مبادرات لذلك		x
13	تنقصه القدرة على المبادأة أو إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين		x
14	لا يفهم التعبيرات الوجهيه بشكل صحيح		x
15	ينشغل بلعبة واحدة أو شخص واحد أو شيء واحد		x
16	غير قادر على لإظهار عواطفه أو انفعالاته تجاه الآخرين والتعبير عنها		x
17	ليس بمقدوره التفاعل مع القائمين برعايته		x
18	لا يستخدم الإشارات والإيماءات الاجتماعية بشكل مناسب لتنظيم تفاعلاته مع الآخرين		x
19	أساليبه في الأداء الحركي نمطية ومتكررة (كالتصفيق أو ضرب الرأس في الحائط مثلا)		x

20	ينشغل بأجزاء من الأشياء		x
21	تنتابه نوبات ضحك أو صراخ وغضب غير مناسب دون وجود سبب واضح		x
22	يتصرف وكأنه طفل أصم مع أن قدرته على السمع عادية		x
23	يؤثر الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية		x
24	يجد صعوبة بالغة في الاختلاط بالآخرين		x
25	غير قادر على أن يتعلق بالآخرين أو حتى بأحد والديه		x
26	لا ينظر في أعين الآخرين وهو يتحدث إليهم		x
27	مستسلم ويحملق لأعلى معظم الوقت		x
28	سريع الانتقال من لعبة إلى أخرى وذلك بشكل ملفت	x	

دليل المقابلة للتكيف الاجتماعي عند الطفل التوحدي

1- محور البيانات الشخصية:

- ❖ اسم الطفل: قويدر - الجنس : ذكر
- ❖ تاريخ الميلاد: 2007/10/11 –المدرسة / الروضة: المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا 2
- ❖ السن : 11 سنة

❖ حالة الوالدين :
- مطلق
- وفاة أحد الوالدين

- الرعاية الصحية – نفسية طبية– من طرف الوالدين :
  - لا بأس بها
  - متوسطة
  - رديئة

- العمر العقلي : لم يشخص لندرة الأدوات

2 – محور التواصل :

أ) محور التواصل اللفظي :

	دائما	أحيانا	مطلقا
– هل يبادر بالحديث عن رؤية أحد أقرانه ؟		X	
– هل يستجيب للتعليمات ؟	X		
– هل يبدي رأيه في المواضيع ؟		X	
– هل يجيب عن الأسئلة ؟	X		
ب) محور التواصل الغير اللفظي:			
– هل يدرك الايماءات الاجتماعية كالإشارة باليد وحركة الرأس للتعبير عن الرفض أو الموافقة؟	X		
– هل يتشبث جسديا بالأخرين للتواصل معهم كالعناق مثلا؟	X		
– هل يستطيع القيام بالتواصل البصري حيث ينظر في عين من يتحدث اليه؟	X		
– هل يغضب و يجري عندما يقترب منه شخص أخر؟			X

دائما	أحيانا	مطلقا
		X
X		
		X
X		
		X
X		
X		
X		
	X	
X		
	X	
X		
X		
X		
X		

3- محور التفاعل الاجتماعي :

هل يتجنب أي شكل من الاشكال التفاعل

الاجتماعي مع الاخرين حتى الأشكال البسيطة ؟

- هل يعبر عن انفعالاته المختلفة كالخوف و الحزن

و السرور بشكل واضح ؟

- هل ينسحب من أنشطة الجماعة و يرفض الاستمرار فيها ؟

- هل يتعاون مع الاخرين اذا طلب منه أحد ذلك ؟

- هل يتضايق من وجوده مع الاخرين ؟

- هل يهتم و ينشغل كثيرا بإجراء حوار مع أقرانه ؟

- هل يشعر بالاستمتاع عند وجوده مع أحد أقرانه ؟

1-محور اللعب :

- ❖ هل يأخذ أدوار أساسية في اللعب مع أقرانه ؟
- ❖ هل يقبل الألعاب الجماعية ككرة القدم ؟
- ❖ هل لديه لعب رمزي كوضع الملعقة و الشوك

و يجعلها رمزا لشخصية ما في اللعبة ؟

- ❖ هل يحب تفكيك الرموز و الألغاز ؟

2-محور العلاقات :

- ❖ هل نوع علاقته بوالديه تواصلية حميمية ؟
- ❖ هل يمكنه إقامة علاقات صداقة تقليدية مع أقرانه ؟
- ❖ هل نوع علاقته بأقرانه تواصلية ؟

شبكة الملاحظات

أ/ملامح الوجه
- الوجه : يبدو منزعج
- العينين : كبيرتان
- الاسنان : مستوية
- الشعر : مسرح

1/ المظهر الخارجي

ب/ المظهر العام :
- الهندام : نظيف
- نظافة الجسم : نظيف

3/ الجانب النفسي
- ضحك وقهقهة غير مناسبة : لا يوجد
- عدوانية مفرطة : لا يوجد
- الغضب بدون سبب واضح : لا يوجد
- المزاج : ثابت

الانفعالي :

5/جانب القدرات العقلية :
- الذاكرة : قوية
- الانتباه و التركيز : جيد
- اللغة : جيدة
- ترديد الكلمات التي يسمعها : موجود
- مهارات جيدة في الحساب و الالغاز : موجودة

7/ الجانب الغرائزي :
- النوم : جيد
- الغذاء : جيد انتقائي

9/ جانب العلائقي :
- مع الاخوة : علاقة جيدة
- مع الأصدقاء : جيدة
- مع الاخصائية : جيدة
- مع الوالدين : الاب : علاقة نفعية

الام : جيدة

2/ جانب التواصل الغير لفظي :
- صعوبة في التعبير عن المشاعر ك لا توجد صعوبة
- يستخدم إشارات او ايماءات للتعبير : أحيانا
- ضعف التواصل البصري : لا يوجد ضعفا .

4/ الجانب السلوكي الحركي :
- ثقل الرجلين عند المشي: غير موجود
- عدم التوازن : لا يوجد
- رفرفة اليدين : لا يوجد
- فرط الحركة : لا يوجد
- هز الجسم : لا يوجد
- هز الراس : لا يوجد
- تشبيك الأصابع : لا يوجد
- سلوكيات أخرى : لا توجد

6/ الجانب الفيزيولوجي :
- التعب و الكسل : احيانا
- نشاط بدني زائد : لا
- عدم الشعور بالأم عن الإصابة : لا
- إعاقة جسدية : لا توجد

8/ جانب مهارات اللعب :
- مع الاقران : جيد موجودة
- بمفرده : موجود
- بالكرة : أحيانا
- بالمكعبات ك أحيانا
- اللعب بطريقة شاذة : لا

10 / جانب العلاج :
- التجاوب مع العلاج : جيد
- صعوبة في التعامل معه أوقات العلاج : لا توجد

التعريف بالحالة قويدر : الحالة قويدر " قويدر " البالغ من العمر 11 سنة يعيش مع كلا الوالدين ، و الاب هو المكلف بعانية ثلا اخوى ذكور قبله و تصغره طفلة واحدة ، يدرس بالمركز انفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا و تم تشخيصه من قبل الاخصائي "زقاوة محمد" و الذي صرح أ لديه طيف توحدي ، كان يدرس بالمدرسة فكشف من طرف المعلمة على أنه ليس مثل أقرانه توده الى المختصة النفسانية مباشرة .

أولا : تحليل مقياس الطفل التوحدي (مقياس تشخيصي) :

- ❖ المقياس هو من اعداد (الدكتور عبد الله محمد) و قد وضعه للتحديد الدقيق و التشخيص الصحيح للحالة ، و لتشخيص و اثبات ان الحالات المتناولة أنها توحد ، و من خلال حالة " قويدر" فالمقياس التشخيصي المتكون من 28بند ، توضح وجود ثلاث اجابات "نعم" و المتمثلة فيما يلي :

ردود فعلية للإحساسات المادية غير العادية (أقل أو اكثر من أقرانه) ، غير قادر على تحديد الأشياء موضع الاهتمام ، سريع الانتقال من لعبة الى أخرى و ذلك بشكل ملفت أما باقي العبارات فكانت كلها " لا " و منه فحالة "قويدر" يعاني من طيف توحدي ، و هذا على أساس المقايس التشخيصي و الذي ملئت عبارته من طرف الاخصائي " زقاوة محمد" كما اوفدني بمعلومات قبل تطبيق المقايس بأنه شخص حالة " قويدر" بالطيف توحد .

- ❖ ثانيا : تحليل المقابلة :

من خلال المقابلة التي أوردت فيها محاو تتعلق بالفرضيات التابعة لبحثي .

- المحور الأول : محور البيانات الشخصية : فقد تم عرض هذه البيانات مسبقا في المقيس التشخيصي ، الا في عنصرين .
- الرعاية الصحية ، نفسية طبية ، من طرف الوالدين و كانت لا بأس بها و كانت المقابلة مع الاخصائي .

- العمر العقلي : لم نتطرق له من لان الحالة كما قال الاخصائي لم يحسوا عمرها العقلي لعدم توافر الأدوات الازمة لديها و فاختر تركه فارغا على كتابة معلومات خاطئة .

- المحور الثاني : محور التواصل :

أ) محور التواصل اللفظي : كانت هناك اجابتان بـــــ " دائما " و متمثلة في هل يستجيب للتعليقات ؟ هل يجيب عن الأسئلة؟ و اجابتان بـــــ " أحيانا " و متمثلة في هل يبادر بالحديث عند رؤية أحد أقرانه ؟ هل يبدي رأيه في المواضيع ؟

ب)محور التواصل الغير لفظي : كان هناك ثلاث إجابات " دائما" و المتمثلة في هل يدرك الايماءات الاجتماعية كالإشارة باليد و حركة الرأس للتعبير عن الرفض أو الموافقة ؟ هل يتشبث جسديا بالأخرين للتواصل معهم كالعناق مثلا ؟ هل يستطيع القيام بالتواصل البصري حيث ينظر في عين من يتحدث اليه ؟ و إجابة واحدة بـــ " مطلقا" و المتمثلة في هل يغضب و يجري عند ما يقترب منه شخص أخر ؟

✓ و منه فبالنسبة لمحور التواصل المتكون من 08 أئلة منها أربعة في التواصل اللفظي و أربعة في التواصل الغير اللفظي ، و منه فحالة "قويدر" ليه تواصل لفظي أحيانا يبدي رأيه في المواضيع كما أنه يخطئ في فهم الإشارات و الايماءات المرسلة من طرف شخص اخر .

- المحور الثالث : محور التفاعل الاجتماعي :

❖ المتكون من 08 أسئلة و كانت خمس إجابات " دائما" و المتمثلة في : هل يعبر عن انفعالاته المختلفة كالخوف و الحزن و السرور بشكل واضح ؟ هل يتعاون مع الاخرين اذا طلب منه أحد ذلك ؟ هل يقضي معظم وقته مع الاخرين ؟ هل يهتم و ينشغل كثيرا بإجرا حوار مع أقرانه ؟ هل يشعر بالاستمتاع عند وجوده مع أحد اقرانه ؟ و ثلاث إجابات بـــ" مطلقا" و متمثلة في هل يتجنب أي شكل من الاشكال التفاعل الاجتماعي مع الاخرين حتى الاشكال البسيط ؟ هل ينسحب من أنشطة الجماعة و يرفض الاستمرار فيها ؟ هل يتضايق من وجوده مع الاخرين ؟

❖ بالنسبة لمحور التفاعل الاجتماعي : قد نجد أن "قويدر" يوجد ليده تفاعل اجتماعي مع الاخرين لقدرته على التعبير عن انفعالاته المختلفة بشكل واضح .

- المحور الرابع : محور اللعب : يتكون من اربع أسئلة تخص اللعب الرمزي و الجماعي فكانت اثنتان " أحيانا" و متمثلة في : هل يأخذ أدوار أساسية في اللعب مع أقرانه ؟ هل لديه لعب رمزي كوضع الملعقة و الشوكة و يجعلها رمزا لشخصية ما في اللعبة ؟ و اثنان بـــ" دائما" و متمثلة في هل يقبل الألعاب الجماعية ككرة القدم ؟ هل يحب تفكيك الرموز و الالغاز ؟

✓ بالنسبة لمحور اللعب فحالة " قويدر" يقبل الألعاب الجماعية دائما و أحيانا لديه لعب رمزي و يحب دائما تفكيك الألغاز و الرموز .

- محور الخامس : محور العلاقات : و الذي يتضمن ثلاث أسئلة كانت كل الإجابات بـــ" دائما" و هي : هل نوع علاقته بوالديه تواصلية حميمية ؟ هل يمكنه إقامة علاقات صداقة تقليدية مع أقرانه ؟ هل نوع علاقته بأقرانه تواصلية ؟

✓ فالنسبة لمحور العلاقات فهو منسجم مع الاقران و الزملاء و الوالدين و من خلال دليل المقابلة خلصنا ان حالة " قويدر" لديه نوعا من فهم مشاعر الأخرين و ادراك الاماءات بشكل صحيح كنظر لشخص الذي يتحدث اليه كما أنه يحبذا الألعاب الجماعية و كذا الاعمال الجماعية .

❖ ثالثا : تحليل شبكة الملاحظة : تولت عشر محاور:

أ) محور المظهر الخارجي : بغرض وصف الحالة من الشكل الخارجي سواء ملامح الوجه أو المظهر العام فقد بدا وجهه يبدوا منزعج و شعر مسرح ، و عن مظهره العام فكان هندامه منسق و مرتب و نظيف .

ب) جانب التواصل الغير اللفظي : فقد كان لديه ضعف في التواصل البصري أحيانا و أحيانا أخرى كان يستخدم الإشارات و الايماءات للتعبير عن الكلمات و لم نجد لديه صعوبة في التعبير عن مشاعره .

ج) الجانب التواصل الانفعالي : لا توجد ليه ضحك و قهقهة غير مناسبة ولا توجد العدوانية المفرطة ، لا يوجد لديه الغضب بدون سبب واضح كما ان مزاجه ثابت .

د)جانب القدرات العقلية : فذاكرته قوية و ليده انتباه و تركيز جيد ، اما عن اللغة فهي جيدة و لكنها محدودة جدا ، و يردد الكلمات التي يسمعها ، و لديه مهارات في الحساب .

ه)الجانب الغرائزي : نومه جيد و هذا بتصريح من الام ، اما عن الغذاء فكذلك "قويدر" جيد و انتقائي .

و) الجانب العلائقي : فعلاقته مع أخوته علاقة جيدة و قد يستجيب للاستثارة و مع الأصدقاء فهي جيدة و مع الاخصائية تقبل مع مرور الزمن أما مع الجنس الاخر تقبل أما مع الوالدين فالأب معه علاقة نفعية ، أما عن الام فعلاقة جيدة .

ز) الجانب السلوكي الحركي : فلم يلاحظ عليه قل الرجلين عن المشي ، عدم التوازن في المشي لا و يقوم برفرفة يده و هز جسمه و رأسه و كذا تشبيك أصابعه أما عن السلوكيات الأخرى فكان يقوم بإصدار أصوات بأسنانه و كذا الدمدمة كما لاحظت أنه أثنا نوبات الغضب لاحظنا بكاؤه و صراخه .

ح) الجانب الفيزيولوجي : لديه أحيانا تعب و كسل و خمول ، كما أنه لا يشعر بالألم عند الإصابة ، كما لم نلاحظ وجود إعاقة جسدية .

ط) جانب مهارات اللعب : مع الأقران جيدة و لا كنه يفضل اللعب بمفرده و بالمكعبات أحيانا و يرفض اللعب بالكرة ، أحيانا اللعب بطريقة شاذة غير موجود .

ي) جانب العلاج : كان يتجاوب مع العلاج أما صعوبات في التعامل معه أوقات العلاج لم يكن هناك أي صعوبات في تكيف مع الاخصائية .

- **الخلاصة :**

- من خلال ما تم عرضه من بيانات من المقياس الشخصي و كذلك دليل المقابلة و شبكة الملاحظة فنستنتج أن الحالة " **قويدر** " يعاني التوحد من نوع "أسبرجر"، كما

لاحظنا وجود تشابه بينه و بين حالة " **أحمد** " في محور التواصل اللفظي و الغير اللفظي ، و انهما يستجيبا للتعليمات .

- كما أنه لديه كذلك علاقة جيدة مع الام و بدا متجاوب نوعا ما مع الاخصائية بحكم التعود على زيارتها في كل أسبوع ، و كذا فحالة " قويدر" لديه تكيف محدود و منه فهو لا يعاني من سوء التكييف أما علاقته لا تنحصر مع الام و الاخوة أحيانا فقد يستجيب لاستثارتهم له .

2. عرض الحالة الثانية :

اسم الطفل الثاني / .....أحمد.....الجنس/ .....ذكر.....

تاريخ الميلاد/.....10.....المدرسة او الروضة / ...المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا –2–

مقياس الطفل التوحدي

م	العبـــــــــــــارة	نعم	لا
1	مدى انتباهه قصير		x
2	يستخدم الكلمات و يرددها دون ان يعني معناها		x
3	يبدي سلوكيات عدوانية أو عنيفة فيجرح أو يؤذي نفسه او غيره		x
4	يقاوم التغيير في الروتين او في أي شيئ حوله مهما كان بسيطا		x
5	ردود فعلية للإحساسات المادية غير (أقل او اكثر من أقرانه)		x
6	لا يقلد أفعال الآخرين		x
7	يبدو مفرطاً في الفاعلية أو السلبية		x
8	غير قادر على تحديد الأشياء موضع الاهتمام		x
9	يعاني من قصور أو تأخر واضح في القدرة اللغوية		x
10	لا يحب أن يلمسه أحد		x
11	يظهر إحساسا مفرطا بالألم أو يظهر وكأنه لا يحس بالألم		x
12	يعاني من تأخر أو نقص واضح في القدرة اللعب التخيلي أو الرمزي ومن ثم لا يبدي أي مبادرات لذلك		x
13	تنقصه القدرة على المبادأة أو إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين		x
14	لا يفهم التعبيرات الوجهيه بشكل صحيح		x
15	ينشغل بلعبة واحدة أو شخص واحد أو شيء واحد		x
16	غير قادر على لإظهار عواطفه أو انفعالاته تجاه الآخرين والتعبير عنها		x
17	ليس بمقدوره التفاعل مع القائمين برعايته		x
18	لا يستخدم الإشارات والإيماءات الاجتماعية بشكل مناسب لتنظيم تفاعلاته مع الآخرين		x
19	أساليبه في الأداء الحركي نمطية ومتكررة (كالتصفيق أو ضرب الرأس في الحائط مثلا)		x
20	ينشغل بأجزاء من الأشياء		x

21	تنتابه نوبات ضحك أو صراخ وغضب غير مناسب دون وجود سبب واضح	x	
22	يتصرف وكأنه طفل أصم مع أن قدرته على السمع عادية		x
23	يؤثر الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية		x
24	يجد صعوبة بالغة في الاختلاط بالآخرين		x
25	غير قادر على أن يتعلق بالآخرين أو حتى بأحد والديه		x
26	لا ينظر في أعين الآخرين وهو يتحدث إليهم		x
27	مستسلم ويحملق لأعلى معظم الوقت		x
28	سريع الانتقال من لعبة إلى أخرى وذلك بشكل ملفت		x

دليل المقابلة للتكيف الاجتماعي عند الطفل التوحدي

2- محور البيانات الشخصية:

- ❖ اسم الطفل: أحمد - الجنس : ذكر
- ❖ تاريخ الميلاد: 2007/10/11 –المدرسة / الروضة: المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا 2
- ❖ السن : 12 سنة

❖ حالة الوالدين :
- مطلق
- وفاة أحد الوالدين

- الرعاية الصحية – نفسية طبية- من طرف الوالدين :
  - لا بأس بها
  - متوسطة
  - رديئة

- العمر العقلي : .....لم يشخص لعدم التجاوب.....

2 – محور التواصل :

	دائما	أحيانا	مطلقا
ب) محور التواصل اللفظي :			
– هل يبادر بالحديث عن رؤية أحد أقرانه ؟	x		
– هل يستجيب للتعليمات ؟	X		
– هل يبدي رأيه في المواضيع ؟	x		
– هل يجيب عن الأسئلة ؟	X		
ب) محور التواصل الغير اللفظي:			
– هل يدرك الايماءات الاجتماعية كالإشارة باليد وحركة الرأس للتعبير عن الرفض أو الموافقة؟	X		
– هل يتشبث جسديا بالأخرين للتواصل معهم كالعناق مثلا؟	X		
– هل يستطيع القيام بالتواصل البصري حيث ينظر في عين من يتحدث اليه؟	X		
– هل يغضب و يجري عندما يقترب منه شخص أخر؟			X

	دائما	أحيانا	مطلقا
3- محور التفاعل الاجتماعي :			
هل يتجنب أي شكل من الاشكال التفاعل			X
الاجتماعي مع الاخرين حتى الأشكال البسيطة ؟	x		
- هل يعبر عن انفعالاته المختلفة كالخوف و الحزن			X
و السرور بشكل واضح ؟	X		
- هل ينسحب من أنشطة الجماعة و يرفض الاستمرار فيها ؟			X
- هل يتعاون مع الاخرين اذا طلب منه أحد ذلك ؟	X		
- هل يتضايق من وجوده مع الاخرين ؟	X		
- هل يهتم و ينشغل كثيرا بإجراء حوار مع أقرانه ؟	X		
- هل يشعر بالاستمتاع عند وجوده مع أحد أقرانه ؟			
3-محور اللعب :			
❖ هل يأخذ أدوار أساسية في اللعب مع أقرانه ؟		X	
❖ هل يقبل الألعاب الجماعية ككرة القدم ؟	X		
❖ هل لديه لعب رمزي كوضع الملعقة و الشوك		x	
و يجعلها رمزا لشخصية ما في اللعبة ؟			
❖ هل يحب تفكيك الرموز و الألغاز ؟		X	
4-محور العلاقات :			
❖ هل نوع علاقته بوالديه تواصلية حميمية ؟	X		
❖ هل يمكنه إقامة علاقات صداقة تقليدية مع أقرانه ؟	X		
❖ هل نوع علاقته بأقرانه تواصلية ؟	X		

شبكة الملاحظات

1/ المظهر الخارجي

أ/ملامح الوجه
- الوجه : فرح
- العينين : صغيرتين
- الاسنان : مستوية
- الشعر : مسرح

ب/المظهر العام :
- الهندام : منسق
- نظافة الجسم : نظيف

2/ جانب التواصل الغير لفظي :
- صعوبة في التعبير عن المشاعر : موجودة
- يستخدم إشارات او ايماءات للتعبير : أحيانا
- ضعف التواصل البصري : غير موجود.

3/ الجانب النفسي الانفعالي :
- ضحك وقهقهة غير مناسبة : موجودة
- عدوانية مفرطة : لا
- الغضب بدون سبب واضح : لا
- المزاج :هادئ ثابت

4/ الجانب السلوكي الحركي :
- ثقل الرجلين عند المشي: أحيانا
- عدم التوازن : لا يوجد
- رفرفة اليدين : أحيانا
- فرط الحركة : لا يوجد
- هز الجسم : أحيانا
- هز الراس : أحيانا
- تشبيك الأصابع : لا يوجد
- سلوكيات أخرى : لا توجد

5/جانب القدرات العقلية :
- الذاكرة : جيدة
- الانتباه و التركيز : موجودة
- اللغة :موجودة
- ترديد الكلمات التي يسمعها : موجودة
- مهارات جيدة في الحساب و الالغاز : موجودة

6/ الجانب الفيزيولوجي :
- التعب و الكسل : موجود
- نشاط بدني زائد : لا يوجد
- عدم الشعور بالأم عن الإصابة : لا
- إعاقة جسدية : لا توجد

7/ الجانب الغرائزي :
- النوم : جيدة
- الغذاء : أكل مفضل

8/ جانب مهارات اللعب :
- بمفرده : موجودة
- بالكرة : موجود و أحيانا يبدع في العب
- بالمكعبات: موجود
- اللعب بطريقة شاذة : لا

9/ جانب العلائقي :
- مع الاخوة : جيدة
- مع الأصدقاء : تقبل جيدة
- مع الاخصائية : تقبل جيدة
- مع الوالدين : الاب : موجودة جيد

  الام : ذوبانية

10 / جانب العلاج :
- التجاوب مع العلاج : موجود
- صعوبة في التعامل معه أوقات العلاج : لا توجد صعوبة

بطاقة التعريف بالحالة "أحمد" :البالغ من العمر 09 سنوات يعيش مع علا والديه كما أن الام هي من عتني به ، و متوجد بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا و تم تشخيصه من قبل الاخصائية " كحلول عائشة " و هو توءم توحدي أيضا متواجد بنفس المركز و هما المولودين الأول عند والديهما ، كان في سن 05 سنوات يتعافى دواء "ارسبدال" المدة سنة كاملة

❖ أولا : تحليل مقياس الطفل التوحدي (مقياس تشخيصي) :

- المقياس كما قلت سابقا هو من اعداد الدكتور " عادل عبد الله محمد"و من خلال حالة " أحمد" فالمقياس التشخيصي المتكون من 28 بند توضح وجود 2 إجابة بـــــ" نعم" و المتمثلة فيما يلي : رد فعلية للإحساسات المادي غير العادية أقل أو أكثر من أقرانه) – تشابه نوبات ضحك و صراخ و غضب غير مناسب دون وجود سبب واضح ، أما باقي الإجابات و المتمثلة في 26 كانت بـــــ " لا" .

❖ ثانيا : تحليل المقابلة :

- المحور الأول : محور البيانات الشخصية: قد تعرضت بعض البيانات مسبقا في المقاييس و نضيف :
- الرعاية الصحية : نفسية طبية ، من طرف الوالدين و كانت لا بأس بها و هذا بتصريح من المتخصص الاجتماعي.
- العمر العقلي : لم نتطرق له من لان الاخصائية لم يسبق لها و أ حسبت العمر العقلي لعدم توفر الأدوات لازمة ، فاخترنا تركه فارغا على كتابة معلومات خاطئة .
- المحور الثاني : محور التواصل :

أ) محور التواصل اللفظي : كانت الإجابات عن الأسئلة الأربعة " بدائما" هل يبادر بالحديث عند رؤية أحد اقرانه ؟ هل يستجيب للتعليمات ؟ هل يبدى رأيه في المواضيع ؟ هل يجيب عن الأسئلة ؟

ب)محور التواصل الغير لفظي : كانت هناك ثلاث إجابة بـــــ" دائما " والمتمثلة " في هل يدرك الايماءات الاجتماعية كالاشارة باليد و حركة الرأس للتعبير عن الرفض أو الموافقة ؟ هل يتشبث جسديا بالأخرين للتواصل معهم كالعناق مثلا ؟ هل يستطيع القيام بالتواصل البصري حيث ينظر الى عين من يتحدث اليه ؟ و إجابة واحدة بـــــ " مطلقا" و هي : يغضب و يجري عندما يقترب منه شخص أخر ؟

- و منه فالنسبة لمحور التواصل المتكون من 08 أسئلة منها أربعة في التواصل اللفظي و أربعة في التواصل الغير اللفظي ، و منه " أحمد" لديه تواصل نسبة متوسطة حيث يدرك أحيانا الايماءات الاجتماعية و أحيانا أخرى قد يتوصل بصريا مع من يتحدث اليه .

- المحور الثالث : محور التفاعل الاجتماعي :

❖ المتكون من 08 أسئلة و كانت ثلاث إجابات " دائما" و المتمثلة في : هل يتجنب أي شكل من الاشكال التفاعل الاجتماعي مع الاخرين في الاشكال البسيطة ؟ هل ينسحب من أنشطة الجماعة و يرفض الاستمرار فيها ؟ هل يتضايق من وجوده مع الاخرين ؟ و أربع إجابات بـــت" دائما" و المتمثلة في باقي الإجابات .

❖ بالنسبة لمحور التفاعل الاجتماعي : قد لا نجد عند "أحمد" تفاعلا اجتماعيا الا في بعض الأحيان فقد تلاحظ أنه يستمتع عند وجوده مع أحد الاقران .

✓ المحور الرابع محور اللعب : يتكون من 4 أسئلة تخص اللعب الرمزي و الجماعي ، فكانت ثلاثة إجابات بـــ" أحيانا" – هل يأخذ أدوار أسياسية في اللعب مع أقرانه ؟ هل لديه لعب رمزي كوضع الملعقة و الشوكة و يجعلها رمزا لشخصية ما في اللعبة ؟ هل يحب تفكيك الرموز و الالغاز ؟

- بالنسبة لمحور اللعب فحالة " أحمد" أحيانا يقبل الألعاب الجماعية و يشارك فيها اما عن اللعب الرمزي و التخلي و تفكيك الرموز فقد نجده أحيانا يمارسها .

- محور الخامس : محور العلاقات : و الذي يتضمن ثلاث أسئلة فكانت كلها " دائما" و متمثلة في هل نوع علاقة بوالديه تواصلية حميمية ؟هل يمكنه إقامة علاقات صداقة تقليدية مع اقرانه ؟هل نوع علاقته بأقرانه تواصلية ؟

✓ فالنسبة محور العلاقات هو إيجابي مع الوالدين و الاقران و الزملاء.

✓ و من خلال دليل المقابلة خلصنا ان حالة " أحمد " وهنا ما لديه التواصل نوعيه و كذلك التفاعل الاجتماعي و خاصة مع اللعب مع الاقران و لديه تكييف اجتماعي حقيقي و هذا اعتمادا على تشخيص الاخصائية و ملاحظتي له إضافة لنتائج المقياس و إجابات أسئلة المقابلة .

و منه فحالة " أحمد" لديه سوء التكيف فلا يستطيع التواصل الا مع الاخوة التؤام التوحدي و لا يتفاعل اجتماعيا مع الاخرين .

❖ ثالثا : تحليل شبكة الملاحظة : و التي تناولت فيها عشر محاور فأول محور هو :

أ) محور المظهر الخارجي : من ملامح للوجه و كذلك المظهر العام بغية وصفه خارجيا و ملاحظته أن عيناه صغيرتين و اذا حركهما يحركهما في الاتجاه الأعلى فقط ، أما عن الوجه فكان فرح و عن المظهر فكان الهندام منسق و نظيف .

ب) جانب التواصل الغير اللفظي : فكان هناك صعوبة في التعبير عن مشاعر و يستخدم ايماءات للتعبير عن الكلمات كما أن التواصل البصري ضعيف نوعا ما .

ج) الجانب النفسي الانفعالي : فكان لديه الضحك و القهقهة غير مناسبة إضافة الى العدوانية الي تقتصر على رب رأسه ، كما أنه يغضب دون سبب واضح .

د) جانب القدرات العقلية : فذاكرته قوية جدا اما عن الانتباه فنجده أحيانا ينتبه و أحيانا أخرى لا يركز اما عن اللغة فيعاني من قصور في اللغة ، و قد يردد الكلمات التي يسمعها أحيانا كما نجد عنظه مهارات الحساب و حل الالغاز .

ه) الجانب الغرائزي : نومه جيد و هذا بتصريح من الام ، اما عن الغذاء فكذلك "أحمد"" يفضل أكل معين .

و) الجانب العلائقي : مع الاخوة جيد خاصة مع أخوه التؤام ، علاقته مع الأصدقاء جيدة و مع الاخصائية تقبل جدي ، أما مع الجنس الاخر جيد ، أما الوالدين فالبنسبة للاب علاقة جيدة و مع الام علاقة ذوبانية .

ز) الجانب السلوكي الحركي : فلاحظت عليه ايماءات غريبة على الوجه خاصة العيينين و الحاجبين ، أما عن باقي الاعراض التي أدرجها في جانب السلوكي الحركي في شبكة الملاحظة موجودة من ثقل الرجلين : رفرفة اليدين ، هز الجسم .....

ح) الجانب الفيزيولوجي : فلاحظت عليه التعب والكسل و الخمول و كذا عدم شعور بالألم عند الإصابة غير موجود ، و لا تواجد لديه إعاقة جسدية .

ط) جانب مهارات اللعب : فنجد لديه اللعب الفردي و أحيانا يبدع في لعبه بالكرة و أحيانا أخر يلعب بطريقة عادية ، اما عن اللعب الجماعي فيرفضه .

ي) جانب العلاج فكانت الاخصائية لكي يتجاوب معها في العلاج تتدرج هي في اكتساب التواصل معه ، اما عن صعوبات في التعامل معه فكانت غير موجودة بل كان هناك نوع من المرونة ..

- **الخلاصة :**

- من خلال ما تم عرضه من بيانات من المقياس الشخصي و كذلك دليل المقابلة و شبكة الملاحظة فنستنتج أن الحالة " **أحمد** " يعاني من حالة التوحد بدرجة خفيفة كما لاحظنا وجود تشابه بينه و بين حالة " **قويدر**" في الجانب الفيزيولوجي في شبكة الملاحظة كما ان معظم الاعراض المتواجدة لدى أطفال التوحد و المعروفة في الجانب السلوكي الحركي كانت موجودة لكونه درجة خفيفة من التوحد ، كما لاحظنا أنه يفضل الكرة الكبيرة الحجم على الصغيرة و يحب اللف و الدوران في ارجاء القسم ، كما أنه فاقد اللغة نوعنا ما و يردد الكلمات التي يسمعها دون أن يعي معناها على شكل دمدمة ، كما لاحنه أنه يعرف الاخصائية من رائحتها .

- بشكل عام فان حالة "أحمد" يعاني من التوحد بدرجة خفيفة و هذا اعتمادا على تشخيص الاخصائية و ملاحظتنا له .

❖ عرض الحالة الثالثة:

اسم الطفل الثالث / .....حسين.....الجنس/ .....ذكر.....

تاريخ الميلاد/.....05-12-2011.....المدرسة او الروضة / ....مركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا -2- .....

مقياس الطفل التوحدي

م	العبـــــــــــــارة	نعم	لا
1	مدى انتباهه قصير	x	
2	يستخدم الكلمات و يرددها دون ان يعني معناها		x
3	يبدي سلوكيات عدوانية أو عنيفة فيجرح أو يؤذي نفسه او غيره		x
4	يقاوم التغيير في الروتين او في أي شيئ حوله مهما كان بسيطا		x
5	ردود فعلية للإحساسات المادية غير (أقل او اكثر من أقرانه)		x
6	لا يقلد أفعال الآخرين	x	
7	يبدو مفرطاً في الفاعلية أو السلبية		x
8	غير قادر على تحديد الأشياء موضع الاهتمام	x	
9	يعاني من قصور أو تأخر واضح في القدرة اللغوية	x	
10	لا يحب أن يلمسه أحد		x
11	يظهر إحساسا مفرطا بالألم أو يظهر وكأنه لا يحس بالألم		x
12	يعاني من تأخر أو نقص واضح في القدرة اللعب التخيلي أو الرمزي ومن ثم لا يبدي أي مبادرات لذلك		x
13	تنقصه القدرة على المبادأة أو إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين	x	
14	لا يفهم التعبيرات الوجهيه بشكل صحيح	x	
15	ينشغل بلعبة واحدة أو شخص واحد أو شيء واحد		x
16	غير قادر على لإظهار عواطفه أو انفعالاته تجاه الآخرين والتعبير عنها	x	

17	ليس بمقدوره التفاعل مع القائمين برعايته		x
18	لا يستخدم الإشارات والإيماءات الاجتماعية بشكل مناسب لتنظيم تفاعلاته مع الآخرين	x	
19	أساليبه في الأداء الحركي نمطية ومتكررة (كالتصفيق أو ضرب الرأس في الحائط مثلا)		x
20	ينشغل بأجزاء من الأشياء		x
21	تنتابه نوبات ضحك أو صراخ وغضب غير مناسب دون وجود سبب واضح	x	
22	يتصرف وكأنه طفل أصم مع أن قدرته على السمع عادية	x	x
23	يؤثر الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية		x
24	يجد صعوبة بالغة في الاختلاط بالآخرين		x
25	غير قادر على أن يتعلق بالآخرين أو حتى بأحد والديه		x
26	لا ينظر في أعين الآخرين وهو يتحدث إليهم	x	
27	مستسلم ويحملق لأعلى معظم الوقت		x
28	سريع الانتقال من لعبة إلى أخرى وذلك بشكل ملفت	x	

دليل المقابلة للتكيف الاجتماعي عند الطفل التوحدي

3- محور البيانات الشخصية:

- ❖ اسم الطفل: حسين - الجنس : ذكر
- ❖ تاريخ الميلاد: 2011/12/15 –المدرسة / الروضة: المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا
- ❖ السن : 12 سنة

❖ حالة الوالدين :
- مطلق
- وفاة أحد الوالدين

الرعاية الصحية – نفسية طبية– من طرف الوالدين :
- لا بأس بها
- متوسطة
- رديئـــــة

- العمر العقلي : لم يشخص لعدم توفر الأدوات الادوات

2- محور التواصل :

ت) محور التواصل اللفظي :

	دائما	أحيانا	مطلقا
- هل يبادر بالحديث عن رؤية أحد أقرانه ؟		x	
- هل يستجيب للتعليمات ؟	x		
- هل يبدي رأيه في المواضيع ؟		x	
- هل يجيب عن الأسئلة ؟	X		

ب) محور التواصل الغير اللفظي:

- هل يدرك الايماءات الاجتماعية كالإشارة باليد وحركة الرأس للتعبير عن الرفض أو الموافقة؟	X		x
- هل يتشبث جسديا بالأخرين للتواصل معهم كالعناق مثلا؟	X		
- هل يستطيع القيام بالتواصل البصري حيث ينظر في عين من يتحدث اليه؟	X		
- هل يغضب و يجري عندما يقترب منه شخص أخر؟			X

3- محور التفاعل الاجتماعي :

	دائما	أحيانا	مطلقا
هل يتجنب أي شكل من الاشكال التفاعل الاجتماعي مع الاخرين حتى الأشكال البسيطة ؟			X
- هل يعبر عن انفعالاته المختلفة كالخوف و الحزن و السرور بشكل واضح ؟	X		
- هل ينسحب من أنشطة الجماعة و يرفض الاستمرار فيها ؟			X
- هل يتعاون مع الاخرين اذا طلب منه أحد ذلك ؟	X		
- هل يتضايق من وجوده مع الاخرين ؟			X
- هل يهتم و ينشغل كثيرا بإجراء حوار مع أقرانه ؟	X		
- هل يشعر بالاستمتاع عند وجوده مع أحد أقرانه ؟	X		
5-محور اللعب :			
❖ هل يأخذ أدوار أساسية في اللعب مع أقرانه ؟		X	
❖ هل يقبل الألعاب الجماعية ككرة القدم ؟	X		
❖ هل لديه لعب رمزي كوضع الملعقة و الشوك و يجعلها رمزا لشخصية ما في اللعبة ؟	x		
❖ هل يحب تفكيك الرموز و الألغاز ؟		X	
6-محور العلاقات :			
❖ هل نوع علاقته بوالديه تواصلية حميمية ؟	X		
❖ هل يمكنه إقامة علاقات صداقة تقليدية مع أقرانه ؟	X		
❖ هل نوع علاقته بأقرانه تواصلية ؟	X		

شبكة الملاحظات

1/ المظهر الخارجي

أ/ملامح الوجه
- الوجه : حزينا
- العينين : كبيرتين
- الاسنان : غير مستوية
- الشعر :أسود أملس

ب/ المظهر العام :
- الهندام : نظيف
- نظافة الجسم : جيد

2/ جانب التواصل الغير لفظي :
- صعوبة في التعبير عن المشاعر : موجودة
- يستخدم إشارات او ايماءات للتعبير : أحيانا
- ضعف التواصل البصري : لا.

3/ الجانب النفسي الانفعالي :
- ضحك وقهقهة غير مناسبة : أحيانا بسبب
- عدوانية مفرطة : غير موجودة
- الغضب بدون سبب واضح : غير موجود
- المزاج : غيلا متقلب

4/ الجانب السلوكي الحركي :
- ثقل الرجلين عند المشي: غير موجودة
- عدم التوازن : //
- رفرفة اليدين : //
- فرط الحركة : لا يوجد
- هز الجسم : لا يوجد
- هز الراس : //
- تشبيك الأصابع : //
- سلوكيات أخرى : //

5/جانب القدرات العقلية :
- الذاكرة : قوية
- الانتباه و التركيز : أحيانا
- اللغة : لا بأس بها
- ترديد الكلمات التي يسمعها : موجود
- مهارات جيدة في الحساب و الالغاز : جيدة

6/ الجانب الفيزيولوجي :
- التعب و الكسل : متوسط
- نشاط بدني زائد : غير موجود
- عدم الشعور بالألم عن الإصابة : غير موجود
- إعاقة جسدية : غير موجودة

7/ الجانب الغرائزي :
- النوم : لا بأس بها
- الغذاء : جيد

8/ جانب مهارات اللعب :
- مع الاقران : موجودة
- بمفرده : موجودة
- بالكرة : موجود و أحيانا يبدع في العب
- بالمكعبات: //
- اللعب بطريقة شاذة : موجودة

9/ جانب العلائقي :
- مع الاخوة : علاقة جيدة
- مع الأصدقاء : جيد
- مع الاخصائية : متوسطة
- مع الوالدين : الاب : جيد الام : جيد

10 / جانب العلاج :
- التجاوب مع العلاج : موجود
- صعوبة في التعامل معه أوقات العلاج : لا

بطاقة التعريف بالحالة "حسين" :البالغ من العمر 09 سنوات يعيش مع كلا الوالدين كما أن الام هي من تعتني به ، و يدرس في الروض التابعة للجيش الوطني تم توجيهه الى المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا أين يتواجد الاخصائي النفسائي " زقاوة محمد" و هو الطفل الثاني عند والدته يتوسط أخوته البنات .

أولا : تحليل مقياس الطفل التوحدي (مقياس تشخيصي) :

- المقياس كما قلت سابقا هو من اعداد الدكتور " عادل عبد الله محمد" و من خلال حالة " حسين " فالمقياس الشخصي المتكون من 28 بند توضح وجود 11 إجابة بـــ "نعم " و المتمثلة فيما يلي : مدى انتابه قصير ، لا يقلد أفعال الأخرين ، غير قادر على تحديد الأشياء موضوع الاهتمام ــ يعاني من قصور و تأخر واضح في القدرة اللغوية و تنقصه القدرة على المبادرة او حوارا و محادثة مع الاخرين، لا يفهم التعبيرات الوجهية بشكل صحيح ، غير قادر على اظهار عواطفه أو انفعالاته تجاه الاخرين و التعبير عنها ، لا يستخدم إشارات و الإيماءات الاجتماعية بشكل مناسب لا تنظيم تفاعلاته مع الاخرين ، تنتابه نوبات ضحك وصراخ و غضب غير مناسب دون وجود سبب واضح ، لا ينظر في أعين الاخرين و هو يتحدث إليهم ، سريع الانتقال من لعبة الى أخرى و ذلك بشكل ملفت .
- أما باقي الإجابات و المتمثلة 17 إجابة كانت بـــ " لا" و الممتثلة فيما يلي :

يستخدم الكلمات و يرددها دون أن يعي معناها يبدي سلوكيات عدوانية أو عنيفة فيخرج أو يؤذي نفسه أو غيره ، يقاوم التغيير في الروتين أو في أي شيء حوله مهما كان بسيطا ردود فعله للإحساسات المادية غير عادية (أقل أو أكثر من أقرانه) . يبدو مفرطا في الفاعلية أو السلبية ، لا يحب أن يلمسه أحد ، يظهر إحساسا مفرطا بالألم أو يظهر و كأنه لا يح بالألم ، يعاني من تأخر أو نقص واضح في القدرة على اللعب التخيلي أو الرمزي و من لا يبدي أي مبادرات لذلك ، ينشغل بلعبة واحدت أو شخص واحد أو شيء واحد ، ليس في مقدوره تفاعل مع القائمين برعايته ، أساليب في الأداء الحركي نمطية و متكررة (كالتصفيق

أو ضرب الرأس في الحائط مثلا) ، ينشغل بأجزاء من الأشياء يتصرف كأنه طفل أصم مع أن قدرته على السمع عادية ، يؤثر الانسحاب من المواقف ، يجد صعوبة باللغة في اختلاط بالأخرين ، غير قادر أن يتعلق بالأخرين أو حتى بأحد والديه ، مستسلم و يحملق الى الأعلى معظم الوقت .

- و منه فحالة " حسين" يعاني من توحد بدرجة حقيقة و هذا بناءا على المقياس التشخيصي الذي ملات عبارته المختص النفساني " زقاوة محمد" و كذا تشخيصها هو و الطبيبة المختصة "كحلوش عائشة " بأن حالته توحد بدرجة حقيقة.

❖ ثانيا : تحليل المقابلة :

- المحور الأول : محور البيانات الشخصية: قد تعرضت بعض البيانات مسبقا في المقاييس و نضيف :
- الرعاية الصحية : نفسية طبية ، من طرف الوالدين و كانت لا بأس بها و هذا بتصريح من المتخصص الاجتماعي.
- العمر العقلي : لم نتطرق له من لان الاخصائية قالت انهم لم يحسبوا عمره العقلي لعدم توفر الأدوات لازمة ، فاخترنا تركه فارغا على كتابة معلومات خاطئة .
- المحور الثاني : محور التواصل :

أ) محور التواصل اللفظي : كانت الإجابات عن الأسئلة الأربعة اجابتان " بدائما" و المتمثلة في : هل ستجيب للتعليمات ؟ هل يجيب عن الاسئبة ؟ إجابتان بـــ" أحيانا" و المتمثلة في هل يبادر بالحديث عند رؤية أحد أقرانه ؟ هل يبدي رأيه في المواضيع

ب)محور التواصل الغير لفظي : كانت هناك ثلاث إجابات بـــ" دائما" و المتمثلة في هل يدرك الايماءات الاجتماعية كالإشارة باليد و حركة الرأس للتعبير عن الرفض أو الموافقة ؟ هل يتشبث جسديا بالأخرين للتواصل معهم كالعناق مثلا ؟ هل يستطيع القيام بالتواصل البصري حيث ينظر في عين من يتحدث إليه ، و إجابة واحدة بـــ" مطلقا" و المتمثلة في ، هل يغضب و يجري عندما يقترب منه شخص أخر؟

- و منه فالنسبة لمحور التواصل المتكون من 08 أسئلة منها أربعة في التواصل اللفظي و أربعة في التواصل الغير اللفظي ، و منه فحالة " حسين " لديه تواصل بنسبة متوسطة حيث يدرك أحيانا الايماءات الاجتماعية ، و أحيانا أخرى قد يتواصل بصريا مع من يتحدث اليه ، و لكنه يرفض اقتراب الأشخاص منه .

- المحور الثالث : محور التفاعل الاجتماعي :

❖ المتكون من 08 أسئلة و كانت اربع إجابات بـــ " دائما" و المتمثلة في : هل يتعاون مع الاخرين اذا طلب منه أحد ذلك ، هل قضي معظم قته مع الاخرين ؟ هل يهتم و ينشغل كثيرا بإجراء حوار مع أقرانه؟ . هل يشعر بالاستمتاع عند وجوده مع أحد أقرانه و يشعر بالاستمتاع عند وجوده مع أحد أقرانه و ثلاثة إجابات بـــ" مطلقا" و المتمثلة في : هل يتجنب أي شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي مع الاخرين حتى الاشكال البسيطة ؟ هل ينسحب من أنشطة الجماعية و يرفض الاستمرار فيها ؟ هل يتضايق من وجوده مع الاخرين ؟ .

❖ بالنسبة لمحور التفاعل الاجتماعي : قد لا نجد عند "حسين" تفاعلا اجتماعيا دائما قد نلاحظ أنه يستمتع عند وجوده مع أحد الاقران ، أما عن باقي الأنشطة الجماعية فهو يحبها .

- المحور الرابع محور اللعب : يتكون من 4 أسئلة تخص اللعب الرمزي و الجماعي ، فكانت إجابتان بـــ "دائما" و هي هل يقبل الألعاب الجماعية لكرة القدم ، هل لديه لعب رمزي مثل وضع الملعقة و الشوكة و يجعلها رمزا لشخصية ما ، و إجابتان بـــ " أحيانا" هل يأخذ أدوارا أساسية في اللعب مع أقرانه ، هل يحب تفكيك الرموز و الالغاز .

- و بالنسبة لمحور اللعب فحالة "حسين " يقبل الألعاب الجماعية ويشارك فيها دائما أما عن اللعب الرمزي و التخيلي و تفكيك الرموز فقد نجده أحيانا يمارسها.
- محور الخامس : محور العلاقات : و الذي يتضمن ثلاث أسئلة فكانت أسئلة فكانت

"دائما" : و هي هل نوع علاقته بوالديه تواصلية حميمة ؟ هل يمكنه إقامة علاقات صداقة تقليدية مع أقرانه ، هل نوع علاقته بأقرانه تواصلية ؟

- فبالنسبة لمحور العلاقات : فهو إيجابي مع كل من الاقران و الزملاء و الوالدين
- من خلال دليل المقابلة خلصنا أن حالة " حسين " قد ينعدم لديه التواصل اللفظي ، أما التواصل الغير لفظي فقد نجده لديه أحيانا .

❖ ثالثا : تحليل شبكة الملاحظة : و التي تناولت فيها عشر محاور فأول محور هو :

أ) محور المظهر الخارجي : بغرض وصف الحالة من الشكل الخارجي سواء ملامح الوجه أو المظهر العام ، فقد بدا حزينا في وجهه ، أما عن مظهره العام فكان هندامه مرتبا و نظيفا .

ب) جانب التواصل الغير اللفظي : فقد كان لديه صعوبة في التعبير عن مشاعره يستخدم إشارات أو إيماءات للتعبير عن الكلمات ، كم أن لديه أحيانا و بدرجة متوسطة ضعف في التواصل البصري.

ج) الجانب النفسي الانفعالي : فكان لديه الضحك و القهقهة غير المناسبة أما باقي المعلومات فكانت غير موجودة .

د) جانب القدرات العقلية : ذاكرته قوية ، أما عن انتباه فنجد أحيانا ينتبه و أحيانا أخرى لا يركز .أما اللغة فيعاني من قصور و ــاخر واضح في اللغة ، قد يردد الكلمات التب يسمعها أحيانا كما نجد عنده مهارات الحساب و الالغاز .

ه) الجانب الغرائزي : فنومه لا بأس به و هذا بتصريح الام ، أما عن الغذاء فكذلك "حسين" يفضل أكل معين .

و) الجانب العلائقي : الاخوة بنتان فهو الابن الوسط ، موجودة أما ع الأصدقاء فعلاقته بهم موجودة و مع الاخصائية علاقة متوسطة ، أما عن الباقي فكان متقبل الأصدقاء و الجنس الاخر أما علاقته بوالديه جيدة .

ز) الجانب السلوكي الحركي : فلاحظنا عليه ايماءات على الوجه خاصة العين و الحاجبين ، أما باقي الاعراض التي أدرجناها في جانب السلوكي الحركي في شبكة الملاحظة ، فهي غير موجودة لدى " حسين" من ثقل الرجلين ، رفرفة اليدين ، هز الجسم ....

ح) الجانب الفيزيولوجي : فلاحظنا عليه التعب و الخمول بنسبة متوسطة ، وأما عن باقي الاعراض التي أدرجت في الجانب الفيزيولوجي في شبكة الملاحظة فهي غير موجودة بالنسبة لحالة "حسين"

ط) جانب مهارات اللعب : فنجد لديه اللعب الفردي و أحيانا يبدع في لعبه بالكرة و أحيانا أخر يلعب بطريقة شاذة ، اما عن اللعب الجماعي موجود .

ي) جانب العلاج : فكان الاخصائي لكي يتجاوب معه في العلاج يندرج هو في اكتساب التواصل معه بمجهوده الخاص أما عن الصعوبات في التعامل معه فكانت غير موجودة بل كان هناك نوع من المرونة .

- **الخلاصة :**

من خلال ما تم عرضه من بيانات خلال المقياس التشخيصي ، و كذا دليل المقابلة و شبكة الملاحظة فنستنتج أن حالة "حسين" يعاني من الة التوحد بدرجة خفيفة ، كما أننا من خلال شبكة الملاحظة و التي حاولنا أن نجعلها شبكة تخص الطفل التوحدي و منه فقد وجدنا لديه أعراض التوحد المعروفة كضعف التواصل البصري و العزلة و رفرفة اليدين و حسب قول المختص النفساني أن الحالة كانت تعاني من كل هذه الاعراض و بعد تعديل سلوكه في المركز خفت ليده تدريجيا ، و أخذ بعين الاعتبار الأسئلة التي امكن أدراجها في شبكة الملاحظة كالحوار الغرائزي و محور العلاج كما أن اللغة مفقودة تماما و التي هي جسر عبور للتواصل بين الافراد ، و قد نجد ليده أحيانا التواصل الغير اللفظي .

- و بشكل عام فان حالة " حسين" يعاني من توحد بدرجة خفيفة و هذا اعتمادا على تشخيص الاخصائية و ملاحظتنا له إضافة لنتائج المقياس و إجابات أسئلة المقابلة .

- و منه فحالة " حسين " لديه سوء التكيف فلا يستطيع التواصل الا مع الاخصائية و يتفاعل اجتماعيا مع الاخرين .

4) عرض الحالة الرابعة :

اسم الطفل / .....أسيل.....الجنس/ .....أنثى.....

تاريخ الميلاد/.....2010/10/23..... المدرسة او الروضة / ....مركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا –2– .....

مقياس الطفل التوحدي

م	العبـــــــــــــارة	نعم	لا
1	مدى انتباهه قصير	x	
2	يستخدم الكلمات و يرددها دون ان يعني معناها	x	
3	يبدي سلوكيات عدوانية أو عنيفة فيجرح أو يؤذي نفسه او غيره		x
4	يقاوم التغيير في الروتين او في أي شيئ حوله مهما كان بسيطا		x
5	ردود فعلية للإحساسات المادية غير (أقل او اكثر من أقرانه)	x	
6	لا يقلد أفعال الآخرين	x	
7	يبدو مفرطاً في الفاعلية أو السلبية		x
8	غير قادر على تحديد الأشياء موضع الاهتمام		x
9	يعاني من قصور أو تأخر واضح في القدرة اللغوية	x	
10	لا يحب أن يلمسه أحد	x	
11	يظهر إحساسا مفرطا بالألم أو يظهر وكأنه لا يحس بالألم		x
12	يعاني من تأخر أو نقص واضح في القدرة اللعب التخيلي أو الرمزي ومن ثم لا يبدي أي مبادرات لذلك	x	
13	تنقصه القدرة على المبادأة أو إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين	x	
14	لا يفهم التعبيرات الوجهيه بشكل صحيح		x
15	ينشغل بلعبة واحدة أو شخص واحد أو شيء واحد	X	
16	غير قادر على لإظهار عواطفه أو انفعالاته تجاه الآخرين والتعبير عنها	x	
17	ليس بمقدوره التفاعل مع القائمين برعايته		x
18	لا يستخدم الإشارات والإيماءات الاجتماعية بشكل مناسب لتنظيم تفاعلاته مع الآخرين	x	
19	أساليبه في الأداء الحركي نمطية ومتكررة (كالتصفيق أو ضرب الرأس في الحائط مثلا)		x

20	ينشغل بأجزاء من الأشياء		x
21	تنتابه نوبات ضحك أو صراخ وغضب غير مناسب دون وجود سبب واضح		x
22	يتصرف وكأنه طفل أصم مع أن قدرته على السمع عادية	x	
23	يؤثر الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية	x	
24	يجد صعوبة بالغة في الاختلاط بالآخرين	x	
25	غير قادر على أن يتعلق بالآخرين أو حتى بأحد والديه	x	
26	لا ينظر في أعين الآخرين وهو يتحدث إليهم		x
27	مستسلم ويحملق لأعلى معظم الوقت		x
28	سريع الانتقال من لعبة إلى أخرى وذلك بشكل ملفت	x	

دليل المقابلة للتكيف الاجتماعي عند الطفل التوحدي

4- محور البيانات الشخصية:

- ❖ اسم الطفل: أسيل - الجنس : أنثى
- ❖ تاريخ الميلاد: 2010/10/23 –المدرسة / الروضة: المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا 2
- ❖ السن : .....
- ❖ حالة الوالدين :
  - مطلق
  - وفاة أحد الوالدين
- الرعاية الصحية – نفسية طبية– من طرف الوالدين :
  - لا بأس بها
  - متوسطة
  - رديئة
- العمر العقلي : ...../.....

2 – محور التواصل :

دائما	أحيانا	مطلقا
		x
	X	
		x
		x
	X	
		x
		X
	X	

ث) محور التواصل اللفظي :

– هل يبادر بالحديث عن رؤية أحد أقرانه ؟

– هل يستجيب للتعليمات ؟

– هل يبدي رأيه في المواضيع ؟

– هل يجيب عن الأسئلة ؟

ب) محور التواصل الغير اللفظي:

– هل يدرك الايماءات الاجتماعية كالإشارة باليد وحركة الرأس للتعبير عن الرفض أو الموافقة؟

– هل يتشبث جسديا بالأخرين للتواصل معهم كالعناق مثلا؟

– هل يستطيع القيام بالتواصل البصري حيث ينظر في عين من يتحدث اليه؟

– هل يغضب و يجري عندما يقترب منه شخص أخر؟

<u>3- محور التفاعل الاجتماعي :</u>

هل يتجنب أي شكل من الاشكال التفاعل الاجتماعي مع الاخرين حتى الأشكال البسيطة ؟

– هل يعبر عن انفعالاته المختلفة كالخوف و الحزن و السرور بشكل واضح ؟

– هل ينسحب من أنشطة الجماعة و يرفض الاستمرار فيها ؟

	دائما	أحيانا	مطلقا
– هل يتعاون مع الاخرين اذا طلب منه أحد ذلك ؟		X	
– هل يتضايق من وجوده مع الاخرين ؟		x	
– هل يهتم و ينشغل كثيرا بإجراء حوار مع أقرانه ؟	X		
– هل يشعر بالاستمتاع عند وجوده مع أحد أقرانه ؟			X
7–محور اللعب :			
❖ هل يأخذ أدوار أساسية في اللعب مع أقرانه ؟		X	
❖ هل يقبل الألعاب الجماعية ككرة القدم ؟			X
❖ هل لديه لعب رمزي كوضع الملعقة و الشوك و يجعلها رمزا لشخصية ما في اللعبة ؟			X
❖ هل يحب تفكيك الرموز و الألغاز ؟			X
8–محور العلاقات :			x
❖ هل نوع علاقته بوالديه تواصلية حميمية ؟			
❖ هل يمكنه إقامة علاقات صداقة تقليدية مع أقرانه ؟			X
❖ هل نوع علاقته بأقرانه تواصلية ؟			X
			X
			X
			x
		x	
			x
			x

شبكة الملاحظات

1/ المظهر الخارجي

أ/ملامح الوجه
- الوجه : منزعج
- العينين : كبيرتين
- الاسنان : مستوية
- الشعر : مسرح

ب/ المظهر العام :
- الهندام : مرتب و منسق
- نظافة الجسم : نظيف

2/ جانب التواصل الغير لفظي :
- صعوبة في التعبير عن المشاعر : موجودة
- يستخدم إشارات او ايماءات للتعبير : موجودة
- ضعف التواصل البصري : موجود بشدة

3/ الجانب النفسي الانفعالي :
- ضحك وقهقهة غير مناسبة : موجودة
- عدوانية مفرطة : موجودة
- الغضب بدون سبب واضح : موجودة
- المزاج :متقلب

4/ الجانب السلوكي الحركي :
- ثقل الرجلين عند المشي: موجود
- عدم التوازن : موجود
- رفرفة اليدين : موجود
- فرط الحركة : غير موجود
- هز الجسم : موجود
- هز الراس : موجود
- تشبيك الأصابع : موجود
- سلوكيات أخرى : اصدار أصوات بالأسنان

5/جانب القدرات العقلية :
- الذاكرة : قوية جدا
- الانتباه و التركيز : غير موجودة
- اللغة : منعدمة أصوات فقط
- ترديد الكلمات التي يسمعها : غير موجود ة
- مهارات جيدة في الحساب و الالغاز : غير موجودة

6/ الجانب الفيزيولوجي :
- التعب و الكسل : موجود
- نشاط بدني زائد : غير موجود
- عدم الشعور بالأم عن الإصابة : موجود
- إعاقة جسدية : غير موجودة

7/ الجانب الغرائزي :
- النوم : جيد
- الغذاء : أكل مفضل انتقائي

8/ جانب مهارات اللعب :
- مع الاقران : تجنب
- بمفرده : موجود
- بالكرة : غير موجودة
- بالمكعبات: أحيانا
- اللعب بطريقة شاذة : موجود

9/ جانب العلائقي :
- مع الاخوة : يستجيب نسبيا للإشارة
- مع الأصدقاء : منعدم
- مع الاخصائية : تقبل
- مع الوالدين : الاب : نفعية ، الام : علاقة ذوابنية

10 / جانب العلاج :
- التجاوب مع العلاج : ايجابي
- صعوبة في التعامل معه أوقات العلاج : في البداية و مع الزمن حدث تكيف

بطاقة التعريف بالحالة "أسيل" :البالغة من العمر 10 سنوات تعيش مع كلا الوالدين و الاب هو المكلف بها ، لديها ثلاث أخوة قبلها و يصغرها ولد واحد ، متواجدة بقسم التوحد ، بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بولاية الاغواط

أولا : تحليل مقياس الطفل التوحدي (مقياس تشخيصي) :

- المقيسا كمل قلنا سابقا هو من اعداد الدكتور " عادل عبد الله محمد" و من خلال حالة " أسيل " فالمقياس التشخيصي المتكون من 28 بند توضح وجود 16 إجابة بـــ " نعم " و المتمثلة فيما يلي : مدى انتباهه قصير ، يستخدم الكلمات و يرددها دون أن يعي معناها ؟ ردود فعلية للإحساسات المادية غير عادية (أقل و أكثر من اقرانه) لا يقلد أفعال الاخرين يعاني من قصور أو تأخر واضح في القدرة اللغوية ، لا يحب أن يلمسه أحد ، يعاني من تأخر أو نقص واضح في القدرة على اللعب التخيلي أو الرمزي و من لا يبي أي مبادرات لذلك ، تنقصه القدرة على المبادرة أو إقامة حوار أو محادثة مع الاخرين ، ينشغل بلعبة واحدة أو شخص واحد أو شيء واحد ، غير قادر على اظهار عواطفه أو انفعالاته تجاه الاخرين و التعبير عنها ، لا يستخدم الإشارات و الايماءات الاجتماعية بشكل مناسب لتنظيم تفاعلاته مع الاخرين ، يتصرف كأنه طفل أصم مع أن قدرته على السمع عادية ، يؤثر الانسحاب من المواقف و التفاعلات الاجتماعية ، يجد صعوبة باللغة في اختلاط بالأخرين ، غير قادر على أن يتعلق بالأخرين أو حتى بأحد والديه ، سريع الانتقال من لعبة الى أخرى و ذلك بشكل ملفت أما باقي الإجابات و المتمثلة في 12 إجابة كانت بـــ " لا " و المتمثلة فيما يلي :

- يبدي سلوكيات عدوانية أو عنيفة فيجرح أو يؤذي نفسه أو غيره ، يقاوم التغيير في الروتين أو في أي شيء حوله هما كان بسيطا ، يبدو مفرطا في الفاعلية أو السلبية غير قادر على تحديد الأشياء موضوع الاهتمام ، يظهر إحساسا مفرط بالألم أو يظهر و كأنه لا يحس بالألم ، لا يفهم التعبيرات الوجهية بشكل صحيح ، ليس في مقدوره تفاعل مع القائمين براعيته ، أساليبه في الأداء الحركي نمطية و متكررة (كالتصفيق أو ضرب الراس في الحائط مثلا) ، ينشغل بأجزاء من الأشياء ، تنتابه نوبات ضحك و صراخ و

غضب غير مناسب دون وجود سبب واضح ، لا ينظر في أعين الاخرين و هو يتحدث اليهم ، مستسلم و يحملق الى الأعلى معظم الوقت .

- و منه فحالة " أسيل " تعاني من توحد بدرجة خفيفة و هذا بناءا على المقياس التشخيصي الذي ملائة عباراته المختصة عائشة كحول و كذا تشخيصها هي و الطبيبة المختصة في الامراض العقلية بأن حالتها توحد بدرجة خفيفة .

❖ ثانيا : تحليل المقابلة :

- المحور الأول : محور البيانات الشخصية: قد تعرضت بعض البيانات مسبقا في المقاييس و نضيف :
- الرعاية الصحية : نفسية طبية ، من طرف الوالدين و كانت متوسطة و هذا بتصريح الاخصائية .
- العمر العقلي : لم نتطرق له لان الحالة كما قالت الاخصائية لم يحسبوا عمرها العقلي لعدم توفر الأدوات لازمة ، فاخترنا تركه فارغا على كتابة معلومات خاطئة .
- المحور الثاني : محور التواصل :

ج) محور التواصل اللفظي : كانت كل الإجابات عن الأسئلة الأربع بثلاثة إجابات بـــ"مطلقا" و المتمثلة فيما يلي : هل يبادر بالحديث عند رؤية أحد أقرانه ، هل يبدي رأيه في المواضيع ، هل يجيب عن الأسئلة و إجابة واحدة بـــ" أحيانا " و متمثلة في هل يستجيب للتعليمات .

د) محور التواصل الغير لفظي : كانت اجابتان "مطلقا" و المتمثلة في ، هل يتشبث جسديا بالأخرين للتواصل معهم كالعناق مثلا ؟ هل يستطيع القيام بالتواصل البصري حيث ينظر في عين من يتحدث اليه ؟ و اجابتان بـــ" أحيانا" و المتمثلة في هل يدرك الايماءات الاجتماعية كالإشارة باليد و حركة الرأس للتعبير عن الرفض أو الموافقة ؟

- فبالنسبة لمحور التواصل المتكون من 08 أسئلة منها أربعة في التواصل اللفظي و أربعة في التواصل الغير اللفظي ، و منه فحالة " أسيل " لديها تواصل بنسبة متوسطة حيث يدرك أحيانا الايماءات الاجتماعية و أحيانا .

- المحور الثالث : محور التفاعل الاجتماعي :

❖ المتكون من 08 أسئلة و كانت ثلاث إجابات بـــ" أحيانا" هل لتجنب أي شكل من الاشكال التفاعل الاجتماعي مع الاخرين حتي الاشكال البسيطة؟ هل يعبر عن انفعاله المختلفة كالخوف و الحزن و السرور بشكل واضح؟ و إجابة واحدة بـــ " دائما" هل ينسحب من أنشطة الجماعة و يرفض الاستمرار فيها؟ و أربع إجابات بـــ " مطلقا " و المتمثلة في : هل يتعاون مع الاخرين اذا طلب منه أحد ذلك ؟ هل يقضي معظم وقته مع الاخرين ، هل يهتم و ينشغل كثيرا بأجراء حوار مع أقرانه ؟ هل يشعر بالاستمتاع عند وجوده مع أحد أقرانه ؟

- بالنسبة لمحور التفاعل الاجتماعي : قد لا نجد عند " **أسيل** " تفاعلا اجتماعيا الا في بعض الأحيان و قد نلاحظ أنه لا يستمتع عند وجوده مع أقرانه ، أما عن باقي الأنشطة الجماعية فهي ترفضها .

- المحور الرابع محور اللعب : يتكون من04 أسئلة تخص اللعب الرمزي و الجماعي فكانت الإجابات بـــ "مطلقا و هي ، هل يأخذ أدوار أساسية في اللعب مع أقرانه ؟ هل يقبل الألعاب الجماعية ككرة القدم ؟ هل لديه لعب رمزي كوضع الملعقة و الشوكة و يجعلها رمزا لشخصية ما في اللعبة ؟ هل يحب تفكيك الرموز و الالغاز ؟

فبالنسبة لمحور اللعب في حالة "أسيل" لا يستهويها اللعب الرمزي ولا اللعب الجماعي سواء كرة القدم او فك الالغاز او أخذ أدوار أساسية أو ثانوية في اللعب .

محور الخامس : محور العلاقات : و الذي يتضمن ثلاث أسئلة فكانت اجابتان بـــ"مطلقا" و المتمثلة في هل يمكنه إقامة علاقات صداقة تقليدية مع أقرانه ؟ هل نوع علاقته بأقرانه تواصلية ؟ و إجابة بـــ " أحيانا " و المتمثلة في : هل نوع علاقته بوالديه تواصلية حميمية؟

فبالنسبة لمحور العلاقات : كذلك هو سلبي مع الوالدين و منعدم مع الاقران و الزملاء و من خلال دليل المقابلة خلصنا أن الحالة " أسيل" ينعدم تقريبا لديها التواصل بنوعيه و كذا التفاعل الاجتماعي و خاصة مجال اللعب مع الاقران .

- من خلال دليل المقابلة خلصنا أن حالة " حسين " قد ينعدم لديه التواصل اللفظي ، أما التواصل الغير لفظي فقد نجده لديه أحيانا .

❖ ثالثا : تحليل شبكة الملاحظة : و التي تناولت فيها عشر محاور فأول محور هو :

ك) محور المظهر الخارجي : بغرض وصف الحالة من الشكل الخارجي سواء ملامح الوجه أو المظهر العام ، فكان ملامح وجه منزعجا ،و كان شعره مسرحا أما عن هندامه فكان مرتبا و منسقا .

ل) جانب التواصل الغير اللفظي : فقد كان لديها صعوبة في التعبير عن مشاعرها تستخدم إشارات أو إيماءات للتعبير عن الكلمات ، كم أن لديها ضعف التواصل البصري و بشدة .

م) الجانب النفسي الانفعالي فذكرتها قوية جدا ، أما الانتباه و التركيز فينعدمان و كذلك اللغة مفقودة تماما هناك أصوات فقط ، كما لاحظت أنها لا تردد الكلمات اليت تسمعها سوى الدمدمة ، كما لا توجد لديها مهارات جيدة في الحساب و الالغاز .

ن) جانب القدرات العقلية : ذاكرته قوية ، أما عن انتباه فنجد أحيانا ينتبه و أحيانا أخرى لا يركز .أما اللغة فيعاني من قصور و ــاخر واضح في اللغة ، قد يردد الكلمات التب يسمعها أحيانا كما نجد عنده مهارات الحساب و الالغاز .

س) الجانب الغرائزي : فنومها جيد و هذا بتصريح الام ، كما أن أكلها عبارة عن أكل انتقائي كالموز و العصائر أي المأكولات التي لا تتطلب المضغ كثيرا .

ع) الجانب العلائقي : علاقتها مع اخواتها قد تستجيب نسبيا للإشارة ، أما مع الأصدقاء فهي منعدمة ، و مع الاخصائية تقبل مع مرور الزمن ، أما عن الام فعلاقتها بها ذوبانية .

ف) الجانب السلوكي الحركي : فلاحظنا عليها ثقل الرجلين و عدم التوازن في المشي و تقوم برفرفة يديها و هز جسمها و رأسها و كذلك تشبيك الأصابع ، أما عن السلوكيات الأخرى فكانت تقوم بإصدار أصوات بأسنانها و كذل الدمدمة كما أنها اثناء نوبات الغضب لاحظنا بكاؤها و صراخ و تسلق جدار القسم و خاصة عند اقتراب زملائها منها .

ص) الجانب الفيزيولوجي : لديها أحيانا تعب و كسل و خمول ، كما أنها تشعر بالألم عند الإصابة ، كما لم نلاحظ وجود إعاقة جسدية .

ق) جانب مهارات اللعب :مع الاقران تتجنبهم و تلعب بمفردها و بالمكعبات أحيانا و ترفض اللعب بالكرة و تلعب أحيانا بطريقة شاذة لتدوير الأشياء .

ر) جانب العلاج : فكانت تتجاوب مع العلاج أما عن الصعوبات في التعامل كانت هناك صعوبات في البداية ثم تكيف مع الأخصائية .

- **الخلاصة :**

من خلال ما تم عرضه من بيانات من المقاييس التشخيصي و كذلك دلي المقابلة و شبكة الملاحظة ، فنستنتج ن حالة " أسيل " تعاني من التوحد بدرجة حادة ، كما لاحظت أنها أحيانا تستجيب للتعليمات .

- كما أن اللغة مفقودة و منعدمة تماما عند " أسيل " رغم أن لديها عشر سنوات و ليس لديها سوى الأصوات كما لاحظنا وجود اغلب أعراض التوحد لديها كرفرفة اليدين و ضعف التواصل البصري ....
- كما أنها لديها كذلك علاقة ذوبانية مع الام و بدت متجاوبة نوعا ما مع الاخصائية بحكم التعود على زيارتها في كل أسبوع ، و لذا فحالة "أسيل" لديها تكيف محدود جدا و منه فهي تعاني من سوء اتكيف و بدرجة حادة ن قد يقتصر لعبها لوحدها ، ليس لديها تواصل بالإشارات إلا أحيانا ، علاقاته تنحصر بالألم و أحيانا الإخوة ، فقد تستجيب لاستشارتهم لها

خلاصة عامة :

في تناولي لهذا الموضـــوع اخترت أربع حـــالات موجودة بالاغواط و كلها بمرحلة الكفولة (أحمد 09 سنوات ، قويدر 11 سنة ، و حسين 8 سنوات و أسيل 10 سنوات) و من خلال المقايس التشخيصي الذي تم تطبيقه ن خلصتا الى أن كل الحالات تعاني توحد حقيقي ، أما عن الحالة المادية لهم فكانت لا بأس بها و فترات الحمل بالنسبة لأمهاتهم كذلك كانت عادية ، أما عن الحالة الوالدية فكلهم يعيشون مع كلا الوالدين ، كما لاحظت أن جميع الحالات يشتركون في نفس الصفة و هي حبهم ليوم الذهاب الى المسبح ، كما لاحظت أن جميع الحالات لديها اكل انتقائي ة خاصة العصائر بمعنى الأشياء التي لا تهضم تبلع فقط ، كما أن الحالات تخضع للعلاج النفسي مع الاخصائي كل من " عائشة كحلول و زقاوة محمد " بمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا –2– و قد استنتجنا أن التوحد مرض جديد و هو في انتشار واسع ، و أنه ليس له بسبب واضح و علاج فما زال في طور الدراسات و لهذا ارتأيت وضع الملاحظات العربية عسى أن تفيدنا في الدراسات القادمة ، و خلصنا الى أمه لا يجب توافر كل الاعراض لنقول انه مصاب بالتوحد و كذلك نقول أن كل حالة تمثل فئة لوحدها ، و أنهم يمتازون باختلال الفضاءات و الإدراك ، كما نضيف أن للعمر العقلي دورا هاما لأن الاخصائية لم تفدنى به لأنها لم تشخصه لندرة الأدوات الازمة بالمركز ، فارتأيت أن أتركه فارغا على أن أكتب معلومات خاطئة و أيضا الرعاية النفسية و الصحية الطبية لها أهمية و لعلاقة الوالدية ، و أنماط و أساليب تعامله مع الاقران كلها عوامل تسن من التكيف الاجتماعي أو تعمل على عكس ذلك .

- **و منه فكل الحالات تعاني من سوء التكيف و تختلف الدرجة من حالة الى أخرى .**

- **الفرض 1 :** يساعد التواصل الغير اللفظي بأشكاله التوحدية من التكيف الاجتماعي :

- من خلال المقياس التشخيصي للطفل التوحدي و المقابلة و الملاحظة و مما تم عرضه سابقا فلاحظنا أنه أحيانا يساعدهم التواصل الغير اللفظي على التكيف مع المحيطين بهم و لو كانوا قلة قليلة (الاب ، الام ، الاخصائية ، الاخوة) فأحيانا نجد أن الحالات

الأربع يتواصلون بصريا و يدركون الايماءات الاجتماعية كالإشارة باليد ، و منه تتحقق هذه الفرضية ، لآتها تساعدهم على فتح مجال للتفاعل مع الأخرين ، و منه الى التكيف

- **الفرض 2 :** يؤثر اللعب بنمطي (الجماعي ، الرمزي) على التكيف الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين .
- بناءا على الدراسة السابقة ، لماستون و أخرون 1991 ، بعنوان " مقارنة في مهارات الاجتماعية و مستوى الاندفاعية لدى المتوحدين و الاسوياء" و أوضحت النتائج وجود فروق دالة بين المجموعتين لصالح الاسوياء حيث كانت مجموعة التوحدين أكثر اندفاعية و أقل في المهارات الاجتماعية ، و من خلال ما تم عرضه سابقا فلاحظنا أن الحالات الأربعة ترفض اللعب الجماعي و كذا اللعب الرمزي إل في حالة " حسين ، أحمد" فإنهما يمارسان اللعب كما أن لهم طرق شاذ في اللعب و منه (ننفي اثبات هذه الفرضية) لكونها لا توجد لديهم مهارات اللعب الجماعي أو الرمزي .
- **الفرض 3 :** تؤدي العلاقات الاجتماعية مع الوالدين الى التكيف الاجتماعي لدى الأطفال التوحدين :
- بناءا على الدراسة السابقة ، لسارة كارنبتيري و مورجان 1966 ، بعنوان" مقارنة لبعض الخصائص النفسية و الاجتماعية بين الأطفال التوحدين و "المتخلفين عقليا" ، أوضحت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في مهارات التنشئة الاجتماعية و مهارات التواصل و القدرات العقلية اللفظية ، و ذلك لصالح مجموعة الأطفال المعاقين عقليا، و مما تم عرضه سابقا أن الحالات الأربع لديها علاقة مع الوالدين خصوصا مع الام و هذا قد يؤدي الى سحبهم من قوقعتهم و عزلهم تدريجيا و مع الوقت ، و منه (تحققت هذه الفرضية) لكون العلاقة الوالدية قد تؤدي الى التكيف عند هذه الحالات .

الخاتمة :

ان التوحد اضطراب في القدرة المعرفية و النفسية و الحيوية و التواصلية و اللغوية ، له انعكاساته السلوكية و الحركية على الجانب التواصلي و الانفعالي و التعليمي و الاجتماعي للفرد التوحدي .

- فعلى الرغم من اجتهاد الباحثين في إيجاد طرق لعلاج التوحد الانها لا تؤثر بشكل فعال في علاج العجز الرئيسي في هذا المرض، ولكننا نستطيع القول أنه من الممكن تحقيق تقدم في التاريخ الطبيعي للاضطراب.
- و ينبغي لنا أن نتقبل حقيقة عدم وجود طرق مختصرة للعلاج ، حيث أن العلاج يعد عملية بطيئة و متعبة ، و لكن يمكن تحقيق الكثير مع الأطفال الذين يعانون من مرض التوحد عندما ينضمون لبرامج تنمية المهارات الاجتماعية لتحقيق التكيف الاجتماعي داخل المجتمع .