

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Université Akli Mohand Oulhadj - Bouira -
Tasdawit Akli Muḥend Ulḥağ - Tubirett -



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أكلي محمد أولحاج
- البويرة -
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

Faculté des Sciences Sociales et Humaines

فرع: علم النفس

قسم: العلوم الاجتماعية

تخصص: علم النفس العيادي

عنوان:

فعالية برنامج (TEACCH) في خفض درجة التوحد
من خلال إجراء قياس بعدي بإستعمال مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS)
(دراسة عيادية لستة حالات 3-6 سنوات)

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذة:

لعوامن حبيبة

إعداد الطالب:

درمشي أحسن

أمام اللجنة المكونة من :

الأستاذة: سماعي كريمة..... رئيسة اللجنة

الأستاذة: ميلودي حسينة..... مناقشة

الأستاذة: لعوامن حبيبة..... مشرفة

السنة الجامعية: 2015/2014

شكر و عرفان

﴿بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ﴾

﴿١﴾ الحمد لله رب العالمين ﴿١﴾ الرحمن الرحيم ﴿٢﴾ ملك يوم الدين ﴿٣﴾ إياك نعبد وإياك نستعين ﴿٤﴾ إهدنا الصراط المستقيم ﴿٥﴾ صراط الذين أنعمت عليهم ﴿٦﴾ غير المغضوب عليهم ولا الضالين ﴿٧﴾ سورة الفاتحة آمين يارب العالمين.

الحمد لله و الشكر لله على نعمه التي لا تحصى .

صدق من قال " من لا يشكر الناس لا يشكر الله".

يسعدني أن أتقدم بجزيل الشكر، إلى أساتذتي وقدوتي في درب العلم، فهم الكواكب التي يسترشد بها، بدون أن أنسى مشرفتي الأستاذة القديرة "لعوامن" ، التي قدمت كل ما تملك من علم، ووقت، وجهد، لمساعدتي، فعبدت لي طريق الصعوبات، طيلة فترة إعداد هذا البحث وحتى خرج إلى النور.

كما لا أنسى أن أقدم الشكر العميق إلى الفريق الطبي بمصلحة (ج)، للأمراض العقلية للأطفال بمستشفى دريد حسين بالقبة الجزائر العاصمة، وبالخصوص الأخصائية النفسانية بالمصلحة "سعيدني" ، و البروفسور رئيس المصلحة "محمود ولد طالب" ، على قبولي و مساندتي وتقديم كل التسهيلات في لإنجاز هذا العمل.

كما أقدم شكري إلى اللجنة المناقشة الذين تكرموا بالموافقة على مناقشة هذه الدراسة، لهم مني فائق الإحترام و التقدير.

و أتقدم بالشكر إلى من مد لي يد العون من قريب أو من بعيد، في إنجاز هذا العمل، كل أصدقائي ورفقائي الذين رافقوني في الدرب و دون أن أنسى عائلتي. إلى كل هؤلاء تحية شكر و امتنان.

الإهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

" الحمد لله رب العالمين والصلاة و السلام على اشرف المرسلين "

إلى الذي بذل الغالي والنفيس في عوني أبي رحمه الله

إلى نبع الحنان والعطف والحب أمي أمانها الله

إلى أخوتي الأحباء سترهم الله

إلى أصدقائي الأوفياء أبقاهم الله

إلى أساتذتي الذين أناروا لي الدرب بالعلم زادهم الله

إلى أطفالنا فلذات أكبادنا و مستقبلنا أشفاهم الله

" إن شاء الله "

الفهرس

شكر و عرفان.

الإهداء.

المقدمة أ،ب،ج.

الجانب النظري

الفصل الأول: إشكالية الدراسة وأهميتها

- 1- إشكالية الدراسة.....6
- 2- فرضية الدراسة.....9
- 3- تحديد مفاهيم الدراسة.....10
- 4- دوافع إختيار الموضوع.....11
- 5- أهمية الدراسة.....12
- 6- أهداف الدراسة.....12
- 7- الدراسات السابقة.....13

الفصل الثاني: التوحد

تمهيد.

- 1- لمحة تاريخية.....24
- 2- تعريف إضطراب التوحد.....26
- 3- نسبة إنتشار التوحد.....29
- 4- أسباب الإصابة بالتوحد.....31
- 5- أعراض التوحد.....34
- 6- أنواع التوحد.....39
- 7- تشخيص التوحد.....52
- 8- علاج التوحد.....63
- 9- البرامج العلاج الموجهة لعلاج للتوحد.....65

الفصل الثالث: برنامج العلاج " تيش " (TEACCH) لشوبلر

تمهيد

أولاً: الفعالية:

- 1- تعريف الفعالية.....75
- 2- ضمان الفعالية.....76
- 3- أدوات تقييم الفعالية.....77

ثانياً: برنامج علاج التوحد.

- 1- تعريف برنامج العلاج التوحيديين.....79
- 2- أهداف برنامج العلاج التوحيديين.....80
- 3- الإرشادات اللازمة في عمل برامج العلاج.....81

ثالثاً: برنامج التعليم والعلاج شوبلر (TEACCH)

- 1- تعريف برنامج "تش".....83
- 2- المبادئ الرئيسية لبرنامج "تش".....85
- 3- مميزات طريقة "تش".....86
- 4- الركائز الأساسية لبرنامج "تش".....86
- 5- أهداف وتوقعات البرنامج "تش".....90
- 6- ترتيب أهداف البرنامج "تش".....91
- 7- ترتيب نشاطات البرنامج "تش".....92
- 8- خطة تطبيق البرنامج "تيش".....93
- 9- مراحل تطبيق برنامج " تيش ".....95
- 10- مدة تطبيق برنامج " تيش ".....95
- 11- أدوات تطبيق البرنامج "تيش".....95
- 12- محتوى نشاطات البرنامج."تيش".....96
- 13- الأشخاص الموجه إليهم برنامج"تيش".....102

خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الفصل المنهجي

تمهيد

- 1- الدراسة الإستطلاعية.....107
 - 2- منهج البحث109
 - 3- مكان و زمان إجراء البحث.....110
 - 4 - مجموعة البحث الدراسة الأساسية.....111
 - 5- أدوات البحث.....112
- خلاصة الفصل

الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

- 1- عرض ومناقشة نتائج الحالة الأولى.....124
- 2- عرض ومناقشة نتائج الحالة الثانية.....133
- 3- عرض ومناقشة نتائج الحالة الثالثة.....142
- 4- عرض ومناقشة نتائج الحالة الرابعة.....151
- 5- عرض و مناقشة نتائج الحالة الخامس.....160
- 6- عرض ومناقشة نتائج الحالة السادسة.....169
- 7- عرض نتائج الحالات مجموعة البحث.....178
- 8- تحليل النتائج المتعلقة بالفرضية179
- الخاتمة.....185
- توصيات.....186
- الإقتراحات.....187
- صعوبات البحث.....188

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
38	يمثل أعراض اضطراب التوحد من الولادة الى 30 شهر	1
50	يمثل أنواع إضطراب التوحد (من أعداد الطالب)	2
101	يبين المشاكل السلوكية التي يمكن أن تواجه عند تطبيق البرنامج العلاج	3
110	يمثل الفريق الطبي لمصلحة "ج" للأمراض العقلية للأطفال	4
112	يمثل خصائص عينة الدراسة حسب سن التشخيص ومدة تطبيق البرنامج	5
127	يمثل نتائج القياس القبلي و البعدي لمقياس (CARS) الحالة الأولى	7
136	يمثل نتائج القياس القبلي و البعدي لمقياس (CARS) الحالة الثانية	8
145	يمثل نتائج القياس القبلي و البعدي لمقياس (CARS) الحالة الثالثة	9
154	يمثل نتائج القياس القبلي و البعدي لمقياس (CARS) الحالة الرابعة	10
163	يمثل نتائج القياس القبلي و البعدي لمقياس (CARS) الحالة الخامسة	11
172	يمثل نتائج القياس القبلي و البعدي لمقياس (CARS) الحالة السادسة	12
178	يمثل نتائج مقياس (CARS) القبلي و البعدي لجموعة البحث الستة	13

فهرس الأشكال و الرسومات

الصفحة	عنوان الرسم	رقم الرسم
116	يمثل درجات إضطراب التوحد حسب مقياس (CARS)	1
128	يمثل نتائج التقييم القبلي و البعدي لمقياس (CARS) للحالة 01	2
128	يمثل درجة التوحد حسب (CARS) في القياس القبلي والبعدي الحالة 01	3
137	يمثل نتائج التقييم القبل والبعدي لمقياس (CARS) للحالة 02	4
137	يمثل درجة التوحد حسب (CARS) في القياس القبلي و البعدي الحالة 02	5
146	يمثل نتائج التقييم القبل والبعدي لمقياس (CARS) للحالة 03	6
146	يمثل درجة التوحد حسب (CARS) في القياس القبلي والبعدي الحالة 03	7
155	يمثل نتائج التقييم القبل والبعدي لمقياس (CARS) للحالة 04	8
155	يمثل درجة التوحد حسب (CARS) في القياس القبلي والبعدي للحالة 04	9
164	يمثل نتائج التقييم القبل والبعدي لمقياس (CARS) للحالة 05	10
164	يمثل درجة التوحد حسب (CARS) في القياس القبلي والبعدي للحالة 05	11
173	يمثل نتائج التقييم القبل والبعدي لمقياس (CARS) للحالة 06	12
173	يمثل درجة التوحد حسب (CARS) في القياس القبلي والبعدي الحالة 06	13
178	يمثل درجة التوحد حسب (CARS) في القياس القبلي والبعدي كل الحالة	14

مقدمة

مقدمة:

تمثل أمراض و اضطرابات الطفولة مشكلة ذات أبعاد مختلفة طبية، صحية، إجتماعية، تعليمية، نفسية، التي تعيق تقدم المجتمع في مسيرته ونموه، بحيث تهتم دول العالم المتحضر بتنشئة الإنسان ورعايته ورفع مستواه، وذلك بتوفير كل ما يحتاجون إليه من رعاية، ومن أهم اضطرابات الطفولة التي أصبحت ظاهرة للعيان إضطراب التوحد، هذه الفئة التي تحتاج إلى تكفل خاص بها .

حيث لوحظ مؤخرا إزدياد نسبة كبيرة مما كان معروف سابقا ، حسب مراكز البحث، كما يوجد التوحد في جميع أنحاء العالم بدون إستثناء. (طارق عامر:2008:ص24)

ويعد الأطفال التوحديين أحد الفئات الرئيسية التي وجب الإهتمام بها، وذلك بتقديم بحوث أكاديمية تدرس الظاهرة من حيث التعرف عليها، و كشف أسبابها، و تقديم العلاج الملائم لها.

وفي هذا الصدد، ومع تزايد الإضطراب دق ناقوس الخطر، فظهرت علاجات مختلفة في العالم تقوم على تقديم المساعدة للأطفال المصابين بإضطراب التوحد، وعليه وجب علينا تسليط الضوء أكثر على هذا الاضطراب، وعلى نوعية هذه التدخلات العلاجية، بغية التعرف أكثر على الإضطراب و معرفة طبيعة هذه العلاجات المقدمة، ومن بينها برنامج العلاج السلوكي المعرفي: (TEACCH).

وقد بدأ ينتشر هذا العلاج في جميع أنحاء العالم ووصولاً إلى بلدنا، فقد أصبح يطبق في الجزائر في المستشفيات الخاصة بطب الأمراض العقلية للأطفال، كما أنتشر في العيادات العامة و الخاصة لدى الأخصائيين الأورطوفنيين و النفسانيين العياديين. (إبراهيم الزريقات:2002:ص313)،

ولإحاطة بالموضوع أكثر قمنا بتقسيم البحث إلى جانبين: جانب نظري و جانب تطبيقي وهما كالتالي:

الجانب النظري: ويشمل ثلاثة فصول

الفصل الأول إشكالية الدراسة وأهميتها، وقد خصص هذا الفصل للإطار العام للدراسة المتمثل في الإشكالية، وتحديد العناصر الأساسية التمهيدية التي تساهم في إيضاح موضوع الدراسة المتمثلة في فرضيات البحث، تحديد و تعريف المفاهيم المستعملة في الدراسة، دوافع إختيار الموضوع، أهمية وأهداف الدراسة، والدراسات السابقة التي تناولت الموضوع، وصولاً إلى أهم نتائج هذه الدراسات .

الفصل الثاني ويتضمن إضطراب التوحد بحيث قمنا في هذا الفصل بعرض ما تيسر من عناصر التي تخدم موضوع البحث، وهي تدور حول لمحة تاريخية حول الإضطراب التوحد، مفهوم التوحد وأهم التعريفات التي تصب في ذلك، نسبة انتشاره، أسباب الإضطراب حسب النظريات ووجهات النظر المختلفة، أعراض التوحد، أنواع إضطراب التوحد، عرض أهم محكات التشخيص المستعملة، التدخل العلاجي من خلال العلاج الطبي و أهم البرامج العلاجية الموجهة لعلاج إضطراب التوحد.

الفصل الثالث يتضمن برنامج العلاج (TEACCH) في هذا الفصل تم تقسيمه إلى ثلاثة أقسام ذات أهمية في إثراء الموضوع وخاصة الجانب النظري، القسم الأول خصص للبرامج العلاجية بصفة عامة الموجهة للأطفال التوحديين، بإعطاء تعريف لها وأهدافها والإرشادات اللازمة لذلك، وقسم الثاني خصص للمتغير الثاني، والذي يتمثل في برنامج العلاج (TEACCH)، تعريفه، المبادي، المميزات، الركائز والأهداف الأساسية، كيفية تطبيقه البرنامج ويتعلق ذلك بخطة التطبيق، مراحل التطبيق، مدة تطبيق ، أدوات التطبيق، محتوى البرنامج من نشاطات وتمارين، الأشخاص الموجه إليهم، وقسم ثالث تطرقنا فيه إلى فعالية العلاج بتقديم تعريف لها، وأهم شروط ضمان الفعالية، وأدوات تقييم فعالية العلاج .

الجانب التطبيقي: ويتضمن فصلان هما

الفصل الرابع الجانب المنهجي يتضمن تقديم المنهج المستعمل في الدراسة، مكان إجراء الدراسة الإستطلاعية، مجموعة بحث الدراسات الإستطلاعية، أهداف و نتائج الدراسة الإستطلاعية، مجموعة بحث الدراسة الأساسية شروطها و خصائصها، أدوات البحث المتمثلة في أدوات جمع البيانات لوصف وتحليل النتائج للتحقق من الفرضية.

الفصل الخامس عرض وتحليل و مناقشة نتائج الدراسة و يتضمن عرض النتائج المتحصل عليها من الميدان، ومناقشة الفرضية في ضوء هذه النتائج، وذلك بعرض ستة حالات من الأطفال المصابين بإضطراب التوحد، الذين طبق عليهم برنامج العلاج (TEACCH)، من خلال أهم أداة في الدراسة.

و للإشارة فإن كل فصل يبدأ بتمهيد وينتهي بخلاصة خاصة بكل فصل، لتنتهي كل فصول الدراسة بخاتمة عامة، توصيات و إقتراحات التي تساهم في تقليل من إضطراب التوحد، التي وجدناها أثناء القيام بالبحث في مختلف مراحلها، إلى جانب بعض الصعوبات التي واجهتنا أثناء إجراء الدراسة، لينتهي البحث بقائمة المراجع المعتمد عليها في إجراء الدراسة و الملاحق الخاصة بالبحث.

الجانب النظري

الفصل الأول
إشكالية الدراسة
وأهميتها

*الفصل الأول: إشكالية الدراسة وأهميتها

1- إشكالية الدراسة.

2- فرضية الدراسة.

3- تحديد مفاهيم الدراسة.

4- دوافع إختيار الموضوع.

5- أهمية الدراسة.

6- أهداف الدراسة.

7- الدراسات السابقة.

1 - إشكالية الدراسة:

تعتبر مرحلة الطفولة المبكرة من أهم مراحل النمو التي يمر بها الإنسان في بداية حياته، ففي هذه المرحلة الحساسة والهشة، يتأثر نمو الطفل بجميع ما يحيط به من ظروف، حيث تعد السنوات الأولى منذ الولادة أساس بناء شخصية الفرد في مختلف مجالات النمو النفسي، الجسمي، العقلي، الإنفعالي و الإجتماعي.

فحسب " جون بياجي" (J . Piaget - 1962): « نمو الطفل يمر بمراحل وكل مرحلة تمهد الطريق إلى مرحلة أخرى التي تليها تسمى: (Phases)، و هي مراحل رئيسية التي تنقسم إلى أطوار، وأول مرحلة من مراحل النمو هي مرحلة النمو الحسي الحركي، التي تستمر إلى ثمانية عشر شهر أو أكثر، وفيها يتم نمو الأنشطة الحركية والتعلم و التحكم في الحركة، وأن يكون فكرة عن الأشياء، ويتحقق أنه شيء من الفراغ، أو شيء من الأشياء، وأنه يستطيع الإعتماد على ذاته في القيام بأفعال معينة، كما يتعلم تنظيم أفعاله وإدراكه عن نفسه وعن العالم ». (سعيدة محمد علي بهاور: 1981:ص71)

و حسب " كرسال" و "أمس" (Grsell et Ames)(1995): « النمو يبدأ قبل الميلاد و الكائن الحي ينمو بإستمرار، حيث بينت بعض الدراسات أن النمو الإنساني يتميز بخصائص ومبادئ مؤثرة بدرجة كبيرة على الطفولة، حيث تعتبر الطفولة مرحلة أساسية للحياة التي تتكون فيها الإتجاهات والعادات وأنماط السلوك التي تحدد مدى نجاح الفرد وقدرته على التكيف، ويأتي نمو الصفات أو الخصائص الجسمية والعقلية و الإنفعالية من النضج والتعلم، ويشير النضج إلى التغيرات العصبية البيوكيميائية والفسيولوجية من الإخصاب إلى الوفاة، والتعلم هو تغير في الأداء يحدث تحت ظروف التدريب، بحيث هناك الكثير من النظريات التي وضحت تفسير التعلم، من خلال مبادئ وقوانين تستدل على حدوثه من خلال التغيرات السلوكية ». (نفس المرجع:ص77)

ورغم وعي الجميع بأهمية مرحلة الطفولة الأولى، وحرص الآباء على نمو أطفالهم بشكل جيد، إلا أن هؤلاء الأطفال قد يصابون ببعض الأمراض والإضطرابات التي لم يحتسب لها قط، بحيث يواجهون إضطرابات

جسمية نفسية و عقلية، التي تجعلهم في بعض الأحيان عاجزين عن فهمها والتصدي لها، نظرا لغزابتها وحدتها وتداخلها مع اضطرابات أخرى، و التي تحتاج إلى جهود علمية وعملية لتشخيصها.

ومن هذا المنطلق بدأ الإهتمام يتزايد بفئة الأطفال الذين يصابون بإضطرابات أصبحت متفشية في المجتمع، والتي يتكلم عليها العام والخاص، حيث تشكل صعوبات نفسية و إجتماعية، ويعد اضطراب التوحد من هذه إضطرابات التي أثارت حيرة المختصين من حيث نشأتها، أسبابها، و أعراضها، فقد أشار إليه "ليو كانر" - (1943 Leo Kanner)، بإعتباره أول من تطرق إلى هذا النوع من الإضطراب، الذي أطلق عليه لفظ (AUTISME) لوصف الإنغلاق و الإنعزال إلى ذاته، كما يعتبر أول من وضع محك لتشخيصه سنة (1964). (طارق عامر: 2008:ص7-8). ولقد اتضحت معالمه بظهور عدة تعريفات التي ميزته عن باقي إضطرابات الطفولة الأخرى، والتي بينت خصائص الأطفال المصابين به، في هذا الصدد أوضح "محمد عدنان عليوات" بأن إضطراب التوحد: « من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل، وهو من الاضطرابات النمائية المنتشرة، التي تؤثر على العديد من جوانب النمو المختلفة المعرفية الإجتماعية و الإنفعالية ». .

(محمد عدنان عليوات: 2007:ص08).

وتضيف "نادية بولقرص 2011" بأن: « التوحد هو إضطراب في التواصل والتفاعل الإجتماعي، وهو إعاقة التي تظهر عند الطفل الصغير، بحيث يصيب 01 من 1000، وهو أكثر بأربع مرات عند الذكور من الإناث، بحيث يكون نادرا وحادا عندهن ». .

وهكذا فقد أصبح موضوع التوحد يشغل حيزا كبيرا من الجهود العلمية للمتخصصين في الطب وعلم النفس والتربية الخاصة، ومع ظهور محكات تشخيصية وصفت إضطراب التوحد في جداول عيادية متباينة نوعا ما الأمر الذي أدى إلى ظهور عدة معايير عالمية معتمدة لتشخيصه، التي ورد فيها إضطراب التوحد تحت إسم: (TED) (Trouble Envahissants de développement)، و الذي يعني باللغة العربية " إضطرابات النمو الشاملة" أو " المععمة " .

« ويشير مصطلح إضطرابات النمو الشاملة إلى ظهور التأخر النمائي لدى الطفل، خلال أول عامين من العمر في مجالين أو أكثر من مجالات النمو، وهذه الإضطرابات قد تكون موروثية تنتقل من الأم إلى الطفل عن طريق الجينات أو الكروموزومات، أو أنها تحدث بالرجوع لتاريخ العائلي». (محمد صالح الإمام: 2011:ص62)

و قد لوحظ في الآونة الأخيرة زيادة نسبة إنتشار الإضطراب، فعلى الصعيد العالمي تم تسجيل نسبة كبيرة تقدر ب: 85 حالة في 10.000 طفل، حسب مراكز البحث في جامعة "كامبرج" في (2008)، وهي نسبة كبيرة مما كان معروف سابقا، كما يوجد التوحد في جميع أنحاء العالم بدون إستثناء. (طارق عامر: 2008: ص 24)

أما على الصعيد الوطني فقد سجلت الجزائر في السنوات الأخيرة إرتفاع نسبة الإصابة بإضطراب التوحد حيث سجلت 600 حالة جديدة لأطفال و مرهقين مصابين بإضطراب التوحد، وذلك حسب إحصائيات قام بها البروفيسور " محمود ولد طالب " رئيس مصلحة طب الأمراض العقلية للأطفال بمستشفى دريد حسين "الجزائر العاصمة" سنة (2009). (P, Mahmoud ould Taleb :2009 :P13).

وعليه فقد أصبحت الحاجة ماسة لتكاتف الجهود من أجل معالجة إضطراب التوحد، فبدأت مرحلة إعداد البرامج العلاجية الموجهة لهم، التي تساهم في رعاية و التكفل بهذه الفئة، وذلك بالتدخل المبكر المتمثل في التشخيص، وبالعلاج الملائم في الوقت المناسب، فظهرت البرامج العلاجية التي تهتم بالأطفال التوحديين.

حيث أثبتت دراسة " هارولد وبنيامين" (Harold et Binjamin - 2000)، أن المداخل السلوكية مبنية على مجموعة من الإستراتيجيات التي تعتبر مهمة في تطبيق برنامج علاج إضطراب التوحد، و التي تتمثل في إستعمال أساليب وطرق تدريبية مناسبة لعمر و مستوى الطفل التوحدي، تهيئة جيدة للظروف الطفل لتتناسب مع البرامج، إستخدام أساليب التعزيز كمدعمات للسلوك من أجل تعديل السلوك و التدخل المبكر في سن قبل خمس سنوات. (لمياء عبد الحميد بيومي: 2008:ص33: بتصرف).

كما توصلت كل من دراسة "جمال محمد" (1998)، التي هدفت إلى التعرف على فعالية أساليب تعديل السلوكي في تعديل سلوك الطفل التوحدي، وأوضحت الدراسة فعالية هذه الأساليب في زيادة التواصل وقلّة حدة النشاط الزائد عند هذه الفئة. (علي عبد الرحيم صالح: 2012: ص195)

ويعتمد البرنامج العلاجي (TEACCH)، على نفس الإستراتيجيات التي تؤدي إلى نجاح البرامج العلاجية كما يحتوي على أساليب تعديل السلوك المختلفة المتمثلة في التقنيات السلوكية والمعرفية.

و هو: « برنامج علاجي سلوكي معرفي، يهدف إلى مساعدة الأطفال المصابين بالتوحد في جميع الأعمار، تم إعداده من طرف " إريك شوبلر " (Eric Shopler) في الستينيات، بمدرسة الطب في جامعة " كارولين الشمالية"، وهي طريقة مبنية على مبدأ تكييف البيئة للطفل التوحدي، من خلال العمل، الحيات اليومية، النشاطات، والسلوكيات الإجتماعية، وهو موجه للأولياء بحيث يعتبرهم كمعالجين، ولتطبيق البرنامج لابد من تقييم قدرات الطفل السلوكية، المعرفية، الإدراكية، العقلية و اللغوية. (Nadia boulekrass :2011 :P39)

غير أنه يختلف عن باقي البرامج العلاجية من حيث محتواه المتمثلة في مجموعة من محاور تضم تمارين مختلفة تشمل جميع جوانب التي يعاني منها الأطفال التوحديين في المجال الإنفعالي، المعرفي، الحركي والحسي، و أهدافه التي تسعى إلى معالجة جميع أعراض اضطراب التوحد، وهذا ما كان لنا دافعا في طرح التساؤل الذي مؤداه:

* ما مدى فعالية البرنامج العلاجي (TEACCH)، في خفض درجة التوحد لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد للفئة العمرية (3-6) سنوات؟

2- فرضية الدراسة:

• يعمل برنامج العلاج (TEACCH) في خفض درجة التوحد لدى الأطفال المصابين باضطراب

التوحد، بإستعمال مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS)، للفئة العمرية (3-6) سنوات.

3- تحديد مفاهيم الدراسة:

3-1- التوحد:

❖ تعريف التوحد:

« هو اضطراب يصيب بعض الأطفال خلال مراحل النمو المبكرة، تجعلهم غير قادرين على تكوين علاقات اجتماعية طبيعية، وعدم القدرة على التواصل اللفظي و غير لفظي، بحيث يصبح الطفل منعزلاً عن محيطه، ويتوقع في عالم مغلق، ويتصف بتكرار الحركات والنشاطات». (ربيع سلامة شكري: 2005: 30)

❖ التعريف الإجرائي:

هو اضطراب نمائي يصيب عدة مجالات من النمو، تبدأ أعراضه بالظهور منذ السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، ويشمل الاضطرابات التواصلية اللفظية و غير اللفظية، و العلاقات الاجتماعية، والقدرات العقلية والإدراكية، والاستقلالية و القابلية للتعلم، بحيث يمكن علاجه بالتدخل المبكر المتمثل في البرامج العلاجية التربوية والتعليمية، ويتم قياس درجته من خلال مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS).

3-2 برامج " تيش " (TEACCH):

❖ تعريف البرنامج:

« هو مجموعة من الأنشطة المنظمة والمخططة و المتكاملة و المترابطة، يطبق في فترة زمنية معينة، والتي تعمل على تحقيق الهدف العام، متمثل في تحسين حالة التوحد ». (السيد النبي عبد السيد: 2001: 16)

❖ التعريف الإجرائي:

هو برنامج تعليمي و تربوي و علاجي تكفلي، موجه للأطفال المصابين باضطراب التوحد، عبارة عن مجموعة من الأنشطة المخططة و المنظمة، في فترة زمنية محددة، وتشمل النشاطات الميادين التالية: العلاقات الاجتماعية، التقليد، الاستجابات العاطفية، استخدام الجسم، استعمال الأدوات، التكيف مع التغيرات، الإستجابات

البصرية، الإستجابات السمعية، والإستجابات وطريقة إكتشافها (التذوق الشم واللمس) ، الخوف والقلق، التواصل اللفظي، التواصل الغير لفظي، مستوى النشاط، المستوى العقلي والتجانسفي مجال الوظائف العقلية، الانطباع العام.

3-3- الفعالية :

❖ تعريف الفعالية:

« العلاج القيم والجيد والفعال، هو علاج يكون في إطار مبكر، يحتوي على تدخلات مركزة وموجهة للأطفال الصغار، وتدخلات صوب هدف تسعى إلى تنمية و إنجاح القدرات التواصلية، وتدخلات تعمل على إنجاح التفاعلات الاجتماعية، وتقدم سمعي وبصري وحسي، وكذا العلاج الصيدلاني والبيوطبي، تكون بارزة و ظاهرة مقترحة للأشخاص التوحديين » . (OMS) : (Adrienne Perry et Autre 29:2003)

❖ التعريف الإجرائي:

الفعالية هي تقييم العناصر المستهدفة من برنامج العلاج (TEACCH)، الموجه للأطفال المصابين باضطراب التوحد، بعد فترة زمنية محددة، مبنية وفق شروط و مبادئ وركائز وأهداف البرنامج، وللتحقق من فعالية البرنامج في هذه الدراسة نستعمل سلم تقدير التوحد الطفلي (CARS).

4- دوافع إختيار الموضوع:

إن لكل موضوع بحث دوافع ذاتية و دوافع موضوعية، التي تحفز الباحث إلى التقدم نحو البحث و دراسته و الإهتمام به، كما لابد للبحث العلمي أن يتميز بخاصية لابد أن تسير مع الباحث في جميع مراحل بحثه، ألا وهي الموضوعية، و سوف نذكر الأسباب المختلفة التي دفعتنا لإختيار هذا الموضوع وهي:

4-1 - الدوافع الذاتية:

- ✓ الرغبة في كشف الغموض الذي يدور حول هذا الاضطراب، وخاصة في ما يخص أنواعه، وأسبابه.
- ✓ بعد أن قمنا بإجراء تربص ميداني في المؤسسة الخاصة بالأطفال التوحديين، أحسنا بالمعاناة التي يعاني منها الأطفال وأوليائهم والفريق الطبي في مكافحة هذا الاضطراب، فولد ذلك فينا دافعية و رغبة أكبر .

4-2 - الدوافع الموضوعية:

- ✓ إثراء البحث العلمي بالبحوث الخاصة بمجال اضطرابات الأطفال، وخاصة اضطراب التوحد.
- ✓ قلة الدراسات و البحوث في مجال اضطراب التوحد وطرق علاجه.
- ✓ تباين الآراء حول إمكانية علاج اضطراب التوحد، وخاصة ظهور علاجات عديدة وتساؤل الكثير حول فعاليتها.
- ✓ التحقق من المقولة التي تتداول في الأوساط العلمية، والتي تدور حول عدم إمكانية علاج أو تحسين حالة التوحد لدى بعض التنظيرات.

5-أهمية الدراسة :

- ✓ إن التكفل باضطرابات الطفولة يعد أمر في غاية الأهمية، وخاصة إذا ما تتعلق الأمر بالاضطرابات التي أصبحت متفشية في المجتمع ويعاني منها الكثير، من حيث أنهم يجهلون ماهيتها، و أسبابها، وطرق علاجها والتكفل بها، ومن أهم هذه الاضطرابات نجد اضطراب التوحد الذي أصبح قضية تشغل الجميع.

6- أهداف البحث:

- ✓ الإجابة عن التساؤلات العامة التي تحيط بالموضوع، و التحقق من الإشكالية المطروحة في الدراسة و التساؤلات المندرجة ضمنها.
- ✓ التحقق من فرضية الدراسة حول فعالية برنامج العلاج على درجة التوحد لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

7- الدراسات السابقة:

هنالك عدة دراسات سابقة تناولت موضوع علاج التوحد، ومدى فعاليته على سلوك التوحدي وتحسينها ، و على الجوانب السلوكية المتمثلة في زيادة التفاعلات الاجتماعية، الاتصال اللفظي والغير اللفظي والانفعالي، و التقليل من الأفعال النمطية، وخفض القلق لديهم، وفي تخفيف حدة الأعراض على سبيل العموم، ومنها:

7-1- الدراسات الأجنبية:

▪ دراسة " أكسيست وسيفن"(Eikeseth et Seven)(2002): بعنوان " فعالية برنامج تدريبي سلوكي

منزلي في خفض أعراض التوحد "

* هدف الدراسة: توفير برنامج تدريبي منزلي و جعل الآباء كمساعدين في عملية تدريب أطفالهم التوحديين.

* عينة الدراسة: تكونت المجموعة الأولى من 14 طفل توحديا تلقوا تدريبا سلوكي مكثف بمساعدة الآباء في

المنزل، والثانية تألفت من 13 طفلا توحديا يتلقون برامج تدريبية خاصة في مركز متخصص، تراوحت أعمارهم

بين (4-8) سنوات.

* نتائج الدراسة: أظهرت وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في خفض أعراض التوحد ولصالح

المجموعة الأولى التي وضعت تحت تأثير برنامج التدريبي السلوكي المنزلي.

(علي عبد الرحمان صالح:2012:ص190)

▪ دراسة " سيفل أكيسيت" (2004): بعنوان " العلاج السلوكي المكثف لمجموعة من الأطفال التوحديين " .

* هدف الدراسة: هو معرفة تأثير العلاج السلوكي المكثف على جميع الوظائف المختلفة للطفل التوحدي،

ومعرفة السن المناسب لعلاج هؤلاء الأطفال.

* عينة الدراسة: تكونت من 14 طفل توحدي، من سن (4-7) سنوات، كمجموعة أولى تلقت علاج سلوكي يستخدم فيه تقنيات النمذجة، والتقليد والانتباه والتسلسل، و 14 طفل كمجموعة ثانية تلقت برنامج التربية الخاصة، وتم تطبيق البرنامج لمدة 12 شهر.

* نتيجة الدراسة: أظهرت استعادة الأطفال التوحديين الذين يمثلون عينة الدراسة من البرنامج السلوكي، كما أكدت الدراسة على أهميه التدخل المبكر مع هؤلاء وذلك قبل سن الخامسة أو السادسة مع ضرورة وجود برامج منزلية لهم.

▪ دراسة " بيفينجتون وآخرون" (2005): بعنوان " مدى اكتساب التعبيرات و الإيماءات ومهارات التواصل عند الأطفال التوحديين".

* هدفت الدراسة: إلى معرفة مدى اكتساب عينة الدراسة لمهارات التواصل من خلال برنامج سلوكي يعتمد على بعض الإيماءات والإشارات، إضافة إلى التواصل الشفوي.

* عينة الدراسة: تتكون من 04 أطفال توحديين تتراوح أعمارهم من (4-6) سنوات، بحيث طبق عليهم البرنامج السلوكي، إضافة إلى التواصل الشفوي، وتدريبهم على ذلك، من خلال ثلاث أنواع من الاستجابات وهي: توجيه الانتباه، الإيماءات، السلوك الوصفي، بحيث طبق البرنامج لفترة 10 أشهر، بمعدل ثلاث جلسات في الأسبوع.

* نتائج الدراسة: أوضحت بأن المفحوصين الأربعة قد اكتسبوا هذه المهارات من خلال الفنيات الآتية: (النمذجة، التعزيز، التلقين)، بحيث أصبح ثلاثة منهم أكثر تعبيراً لإيماء (الضحك، الحزن، الخوف، الغضب)، بعد تطبيق البرنامج ومتغيراته الأخرى. (علي عبد الرحمان صالح: 2012:ص190)

7-2- الدراسات العربية:

▪ دراسة "عبد المنان ملا معمور" (1997): بعنوان " فعالية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال الإجتراية".

* هدف الدراسة: هو وضع برنامج سلوكي تدريبي يعمل على تخفيف الأعراض التوحد المتمثلة في: القلق

السلوك العدواني، النشاط الحركي المفرط، ضعف الانتباه.

- عدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.

- إضافة إلى تنمية بعض المهارات الحياتية لدى هؤلاء الأطفال.

- التوافق مع البيئة المحيطة بهم.

* عينة الدراسة: تكونت من 30 طفل مصاب باضطراب التوحد، تتراوح أعمارهم ما بين (7-14) سنة، وتم

تطبيق العلاج في فترة قدرت ب 12 شهر.

* أدوات الدراسة: أستخدم الباحث:

- مقياس كونرز لتقدير المعلم لسلوك الطفل.

- مقياس تقييم الطفل المنطوي على ذاته. (إعداد: محمد حسيب الدفراوي: 1990).

- مقياس ستادفور بينيه للذكاء.

- لوحة جودائف.

- والبرنامج التدريبي.

* نتائج الدراسة: توصلت إلى أن الأطفال التوحديين بعد تعرضهم للبرنامج التدريبي، قد أنخفض لديهم:

- مستوى القلق.

- السلوك العدواني.

- النشاط الحركي المفرط.

- ارتفاع مستوى الانتباه لديهم.

- ارتفاع درجات التفاعل الاجتماعي.

▪ دراسة " أمرة طه بخش" (2000): بعنوان " فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الإجتماعي في

خفض السلوك العدواني لدى التوحديين"، دكتوراه بجامعة أم القرى مكة المكرمة، السعودية.

* هدف الدراسة: تقييم برنامج تدريبي لتنمية المهارات التي تساعد على تفاعلات اجتماعية لدى الأطفال التوحديين وأقرانهم.

- كما هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية البرنامج المطبق في خفض السلوك العدواني.

- اكتساب الطفل التوحدي مستوى من التفاعلات التي تهم بشكل مباشر بعض ما يصدر منه من أنماط سلوكية عدوانية غير مقبولة.

- تسهيل من عملية إنخراطهم في المجتمع.

- مساعدة المعلمين و الآباء من التفاعل مع هؤلاء الأطفال بشكل مناسب.

* عينة الدراسة: تألفت من 24 طفلاً توحدي من الملحقين بمركز " أمل الإنماء الفكري" بجدة، المملكة العربية

السعودية، ممن ينطبق عليهم أربعة عشر بنداً على الأقل من تلك البنود التي يتضمنها مقياس الطفل التوحدي،

الذي أعتمده عادل عبد الله سنة 2000، في الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية

والعقلية (DSM4).

كما تكونت عينة الدراسة مجموعتين تجريبية وضابطة متساويتين، 12 طفل توحدي في كل مجموعة، تتراوح

أعمارهم من (8-14) سنة، ونسبة ذكاء (55-68) على مقياس جوارر، وينتمون جميعاً إلى مستوى اجتماعي

واقترادي متوسط، وتجانس المجموعة من حيث وجود السلوك العدواني.

* الأدوات المطبقة في الدراسة هي:

- مقياس جوارر للذكاء.

- مقياس تقدير المستوى الاقتصادي و الاجتماعي للأسرة، (إعداد الشخص: 1995).

- مقياس الطفل التوحدي (إعداد عادل عبد الله: 2000).

- مقياس السلوك العدواني للأطفال المتخلفين عقليا، (إعداد سعديين:1998).
- البرنامج التدريبي المستخدم، (إعداد الباحثة:2000).
- * نتائج الدراسة: أكدت أن تدريب الأطفال التوحديين على مهارات والألعاب الجماعية من شأنه أن يخفض من سلوكهم العدواني.
- من ناحية أخرى يعد التدريب على التفاعل الاجتماعي أسلوبا إرشاديا ذا توجه سلوكي، يتضمن نوعا من التعلم التعويضي، الذي يمكن أن يسهل على الأطفال التوحديين الاندماج مع أفرادهم و الانخراط في المجتمع.
- كما أوضحت الدراسة في تطبيق البرنامج التدريبي إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة و الإنخراط في المجتمع.
- و أوضحت نتائج الافتراض الرابع عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقبلي للسلوك العدواني وأبعاده.
- دراسة " مصطفى أبو المجد سلمان مفضل"(2002): بعنوان " فعالية برنامج إرشادي سلوكي في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى أطفال الروضة الذواتيين".
- * هدفت الدراسة إلى:
- تقديم برنامج تدريبي يقوم على استخدام العلاج السلوكي المكثف والمبكر في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لديهم.
- كما هدفت الدراسة إلى خفض أعراض الذواتية من خلال اكتساب الأطفال الذواتيين المهارات والأنشطة المستهدفة واكتسابهم السلوكيات المرغوبة اجتماعيا وتعديل السلوكيات الغير ملائمة.
- * نتائج الدراسة توصلت إلى:

- حدوث تحسن في السلوك التكيفي للأطفال التوحديين من خلال ما تعكسه الفروق في القياس القبلي و البعدي على مقياس السلوك التكيفي وذلك لصالح القياس البعدي.
- كما أظهرت نتائج الدراسة ظهور تحسن في الأداء الاجتماعي والتواصل عند الطفل التوحدي، وهذا يعود الى تطور مهارات الانتباه التي ركز البرنامج على تنميته.
- كما أن النتائج الدراسة تؤكد على فعالية البرنامج العلاج المعد في الدراسة الحلية، بحيث أعتد البرنامج على فنيات العلاج السلوكي مثل: (التعزيز، النمذجة، لعب الأدوار، تكلفة الإستجابة، التشكيل)
- دراسة " مجدي فتحى غزال" (2007): بعنوان " فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الإجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين"، دراسة للحصول على درجة ماجستير، تخصص التربية الخاصة، بكلية الدراسات العليا بجامعة الأردنية.
- * هدف الدراسة: التحقق من فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من التوحديين بمدينة عمان.
- * عينة الدراسة: تألفت من مجموعتين تجريبية وضابطة، مكونة من 10 أطفال ذكور يعانون من التوحد، تتراوح أعمارهم من (5 - 9) سنوات، وللإجابة عن الفروض والأسئلة قام الباحث بتقدير التفاعلات للأطفال التوحديين الأساليب التالية:
- استعملت لمعالجة الأسئلة دراسة المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة و أستخدم أسلوب تحليل التباين.
- * نتائج الدراسة توصلت إلى:
- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 في المهارات الاجتماعية بين المجموعتين التجريبية و الضابطة على القياس البعدي و المتابعة لصالح أفراد التجريبية.

كما توصلت نتائج الدراسة: على فعالية البرنامج في تنمية المهارات الإجتماعية لدى الأطفال التوحديين وعليه، فقد قام البرنامج على تنمية المهارات الإجتماعية لدى أفراد المجموعة التجريبية وهذا ما تحقق مع دراسة كل من "سيكينوف" (1998)، و دراسة " ماكروف " (1997)، ودراسة " سوريا وأخرون " (2003)، ودراسة "محمد" (2000)، ودراسة " شيخ ديب " (2004).

▪ دراسة " لمياء عبد الحميد بيومي " (2008): بعنوان " فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين"، دكتوراه التربية الخاصة، تخصص صحة نفسية، جامعة قناة السويس، كلية التربية بالعريش، قسم علم النفس التربوي.

* هدف الدراسة:

- تقديم برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين.
 - قياس مدى فعالية البرنامج التدريبي في تنمية مهارات العناية بالذات لدى التوحدي.
- عينة الدراسة تكونت من 12 طفل من الأطفال التوحديين الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين (9-12) سنة، وقد تم تقسيمها إلى مجموعتين أحدهما مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة كل مجموعة تضم 06 أفراد، ثلاثة ذكور وثلاثة بنات.

* أدوات الدراسة:

- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد عبد العزيز الشخص:2006).
- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة (تعريب لويس كامل مليكة:1998).
- استمارة لمعرفة أنواع المعززات المحببة للطفل التوحدي (إعداد الباحثة).
- مقياس مهارات العناية بالذات للطفل التوحدي (إعداد الباحثة).
- برنامج تنمية مهارات العناية بالذات للطفل التوحدي (إعداد الباحثة).

* نتائج الدراسة: توصلت إلى أنه بإمكان تحسين مهارات العناية بالذات بعد التجريب والتي تتمثل في تعليم الأطفال التوحيدين مهارات تناول الطعام، تناول الشراب، ارتداء الملابس وخلعها، والنظافة الشخصية، وتمكن الطفل من التبول داخل التواليت بدون حفاظه، وذلك يتم عن طريق تطبيق البرنامج الذي تم إعداده لهذا الغرض.

▪ دراسة " دلشاد علي" (2013): بعنوان "دراسة فعالية برنامج لتنمية سلوكيات غير اللفظية لدى عينة من

الأطفال التوحيدين"، دراسة شبه تجريبية في المنظمة السورية للمعوقين بكلية التربية بجامعة دمشق.

*هدف الدراسة: إلى التحقق من فعالية برنامج تدريبي لتنمية السلوكيات الغير اللفظية لدى الأطفال التوحيدين كما هدفت الدراسة إلى التحقق من الفرضيات.

*عينة الدراسة: مكونة من 08 أطفال توحيدين من الذين تتراوح أعمارهم بين (4-8) سنوات، بحيث قام الباحث ببناء قائمة لتقدير السلوكيات الغير لفضية مؤلفة من 27 بندا موزعة على أربعة أبعاد هي: التركيز، الانتباه، التعبيرات الانفعالية، التواصل الإرشادي، التقليد، الإيماءات، الأوضاع الجسدية)، بعدما أجريت لها دلالات الصدف والثبات المناسبة،

* أدوات الدراسة: استخدم الباحث:

- مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS).

- قائمة السلوك التوحيدي (ABC)، بهدف تجانس العينة.

* النتائج الدراسة: أشارت إلى فعالية البرنامج التدريبي في تنمية السلوكيات الغير لفضية المستهدفة عند الأطفال التوحيدين عينة الدراسة، وبدرجات متفاوتة، بحيث كان أكثرها في بعد التركيز و الانتباه وأقلها في بعد الإيماءات والأوضاع الجسدية.

❖ من خلال الدراسات السابقة يتضح مايلي:

- ✓ معظم الدراسات أكدت على فعالية العلاج بواسطة برامج العلاج المختلفة لدى الأطفال التوحديين.
- ✓ الدراسات أكدت على ضرورة أن تكون البرامج العلاجية والتدريبية في سن مبكرة.
- ✓ جل الدراسات اهتمت بتصميم وتطوير برامج تدريبية بهدف تدريب الأطفال التوحديين على تنمية المهارات الاجتماعية المختلفة، وبالتالي تحسين التفاعل الاجتماعي.
- ✓ أكدت الدراسات ضرورة أن تكون البرامج مطبقة بشكل فردي و منظم كشرط أساسي، إلى جانب ضرورة اشتراك الأولياء والمختصين، باعتبارهم طرف في العلاج.
- ✓ كل الدراسات اهتمت بالمؤثرات السلوكية المختلفة وأثارها في تطوير السلوك و التفاعل الاجتماعي.
- ✓ البرامج التدريبية والعلاجية تحتوي على إرشادات و فنيات وأساليب سلوكية، مثل النمذجة، التعزيز، التقليد، وغيرها من الأساليب.
- ✓ هناك إتفاق بين جميع الدراسات على فعالية برامج العلاج وأثره الإيجابي.
- ✓ ولقد أنتشر هذا البرنامج في جميع أنحاء العالم وصولا إلى بلدنا، حيث صار يطبق في الآونة الأخيرة في المصالح الإستشفائية، و بذلك أصبح يعرف عند الأولياء الأطفال المصابين بإضطراب التوحد،

الفصل الثاني

التوحيد

*الفصل الثاني: التوحد

تمهيد.

1- لمحة تاريخية.

2- تعريف اضطراب التوحد.

3- نسبة إنتشار التوحد.

4- أسباب الإصابة بالتوحد.

5- أعراض التوحد.

6- أنواع التوحد.

7- تشخيص التوحد.

8- علاج التوحد.

9- العلاج النفسي للتوحد.

خلاصة الفصل

❖ الفصل الثاني : إضطراب التوحد

تمهيد:

يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات الطفلية صعوبة، بالنسبة للطفل وكذلك لوالديه والعائلة، كما يعتبر إضطراب محير ومؤلم، بالنسبة الآباء والمختصين، بحيث يصعب فهمه، لذا فهو يشغل حيزا كبيرا من الجهود العلمية، في الطب وعلم النفس والتربية الخاصة في عصرنا هذا، و عليه أصبحت الحاجة ماسة إلى تكاتف الجهود من طرف الجميع سواء العلمية أو العملية، لمعرفة المزيد عنه، ولا يتم ذلك إلا من خلال الكشف عن هذا الإضطراب وعن أسبابه، و إيجاد الحلول الناجعة للوقاية منه أو علاجه .

يقول " فيتزهيربيرت"(Fitzherbert)(1534) في كتاب (New Natura Brevium):

« ذلك الذي يقال عنه مغفل أو معتوه منذ الولادة، إنما هو شخص الذي لا يستطيع أن يعد إلى 20، أو يخبر عن من يكون والده، أو كم عمره.... الخ، وبذلك فكما يبدو فإنه ليس لديه فهم عن السبب، وماذا يفيد وماذا يضره، ولكن لو كان لديه مثل هذا الفهم بأن يعرف حروف أسمه، ويقرأ عن طريق التعلم فإنه ليس مغفلا و لا معنوها ». (سعيدة محمد على بهاور:1981:ص77)

1. لمحة تاريخية:

في الماضي كان من شائع الخلط بين المرض العقلي والتخلف العقلي، كما كان التعامل مع الأشخاص المتخلفين عقليا على أنهم مجموعة واحدة.(محمد محروس الشناوي:1998:ص29)

في البداية كتب " كريبولين " (Kraepelin-1895) ، مربي أطفال عن وجود فصام مبكر عند الطفل الذي يكون بمثابة فصام في المستقبل(Future Schizophrénie)وفي سنة(1908) قام "هالر"(Haller)بدراسة حول الأطفال من سنة 02 إلى 04،لاحظ فيهم(phénomène de régression des acquits)،وهي ظاهرة نكوصية للمكتسبات التي اتخذت فيما بعد إسم "متلازمة هالر" (syndrome de Heller).

و في سنة (1911)، قام " بلولر " (Bloller)، بإدراج مفهوم التوحد وذلك من أجل وصف صعوبات التواصل لدى بعض المرضى الفصاميين .(Mahmoud oud taleb : 2009 :P14)

وفي نهاية القرن التاسع عشر، ظهر مفهوم الذهان عند الطفل، وذلك من أجل إجتتاب التخلف العقلي عند الطفل، الذي طغى على تشخيص كل اضطرابات الطفولة، وبدأ الإهتمام بالاضطرابات العقلية، وفي سنة (1911)، بعد تصميم مفهوم الفصام (Schizophrénie)، أدخل مفهوم " التوحد"(AUTISME)، كعرض أساسي في الفصام. (بدره معتصم ميموني:2001: ص 64)

فقد كان التوحد قديما يعد من حالات الإضطراب العقلي أو الفصام الطفولي، أو البكم أو الصمم حتى أكتشفه الطبيب الأمريكي " ليو كانر".(أبراهيم عبد الله العثمان:2009: ص 6)

و في سنة (1945)، قام " ليو كانر"(Leo Kanner)، الطبيب العقلي الأمريكي بإعطاء تسمية التوحد (Autisme)، لوصف الإضطرابات التوحدية للتواصل الوجداني، وذلك من خلال ملاحظة 11 طفل، 08 ذكور و 03 بنات، الذين اعتبرهم ضمن مجموعة أعراض خاصة، والتي اتخذت أسم التوحد فيما بعد (Autisme)،

وفي سنة (1946)، قام"هانس أسبرجر"(Hans Asperger)، طبيب الأطفال بصياغة تسمية لمجموعة الأعراض بإسم "الأعراض النفسية التوحدية":(Psychopathologie Autistique). (نفس المرجع ص 16)

ومنذ ذلك الوقت، بدأت تظهر ملامح إضطراب التوحد، وطففت على السطح الأعراض التي تشير إليه، فحسب الدكتور "طارق عامر"، أول من وصف الاضطراب هو " هنري مودرلي" سنة(1878)، وأول من شخص الإضطراب هو " ليو كانار" سنة(1943)، وأول من وضع أسس للتدخل مع الاضطراب هو " ونج" سنة (1986). (طارق عامر:2008:ص54)

حتى جاء عام (1992)، ظهر إضطراب التوحد في التصنيفات العالمية مثل: (WHO-CIM/10: 1992) ، تحت إسم "إضطراب المظهر التوحدي" ، أي: (Trouble du spectre autistique)، وفي سنة (1994) صنف ضمن (DSM VI) ضمن: (Trouble Envahissant du Développement)، أي

إضطرابات النمو الشاملة: وهما التصنيفات الأكثر استعمالاً للجمعيات العلمية، والذي يندرج فيه عدة متلازمات صنفّت ضمن الاضطرابات التوحديّة: (Troubles Autistiques). (Nadia Chibane :2008 :P16).

2- تعريف التوحد:

لقد تعددت المصطلحات الدالة على إضطراب التوحد، حيث يطلق عليه عدة تسميات تدور في محور واحد، بحيث يطلق عليه بعض الباحثين "باضطراب الذات" أو "الأنانية"، وهناك من يسميه "الإجترارية" "الإجترار" أو "إجترار الذات"، والبعض الآخر يطلق عليه مصطلح "الإغلاق الطفولي" أو "الإغلاق النفسي"، كما يسميه آخرون "الذهان الذواتي"، أو "توحد الطفولي"، أو "فصام الطفولة" أو "الأوتسية" أو "الأوتيزم"، كما يسمي "التمركز الذاتي" و "التوحديّة" أو "التوحد"، وبعض الباحثين يطلق عليه إسم "متلازمة كانر" (Syndrome Kanner). (لمياء عبد الحميد بيومي:2008:ص 12)

■ التوحد لغة:

والتوحد مصطلح يعبر عن الذات وعدم القدرة على التوجه للآخرين والتواصل، وهو مصطلح من أصل إغريقي (AUTOS)، أي (Soi même)، و الذي يعني "الذاتي" و الكلمة تعبر في نفس الوقت على الأعراض أو مجموعة المظاهر التي يمكن أن نجدها في مختلف الأعراض الخاصة بمرض التوحديين، (La maladie Autistique)، وفي اللغة اللاتينية كلمة توحد (Autisme)، تعني الإغلاق أو الإنعزال الطفل إلى ذاته. (Livre de médecine:2001:P116)

واللفظ مشتق مكون من مقطعين الأول (AUT): يعني الذات (SELF)، و الثاني (ISM) : وتعني الحالة

(STATE)، و الكل يعني حالة الذات. (محمد خليل إيهاب:2009:ص37)

▪ التوحد إصطلاحاً: (Définition de L'autisme)

يصعب تحديد مفهوم للتوحد شامل، ويرجع ذلك لعدم معرفة أسبابه بشكل عام، لكن هناك مفاهيم عديدة

تصب جميعها في معنى واحد، يفك الغموض الذي يدور حوله منها:

2-1- تعريف " ليو كانر " (Leo kanner):

« التوحد المبكر (AUTISME PRECOSE)، يتميز بالإنطواء على الذات، ضعف الانتباه للآخر، وميل

قوي للمحافظة على رتبة الأشياء، أي مبدأ الثبات « .(بدرة معتصم ميموني:2001:ص69)

2-2- تعريف مدرسة تور الفرنسية (L'école de tours français):

« التوحد مجموعة أعراض جد مبكرة، الطفل لا يستطيع تطوير فيها العلاقات العادية الإجتماعية ، ويعتبر إعاقة

حقيقية في مختلف الأوجه، الاتصال، التطور، السلوكيات الغريبة، المضطربة، و الإجترارية و القولية «

« .(Mahmud oud taleb:2009:16)

2-3- تعريف البروفيسور " دومينيك سوفاج " (Dominique SOVAGE):

« التوحد عبارة عن الأعراض جد مبكرة، التي فيه الطفل لا يستطيع تطوير العلاقات الاجتماعية العادية، وهو

إعاقة في مختلف الأنواع، التواصل، التطوير، سلوك مضطرب، غريب، وتكراري «

(.Mahmoud oud Taleb:2012 :p108).

2-4- وعرفه كل من بول "موسن" و "جون كونجر" و "جيروم كاجان" سنة (1995):

« التوحد إضطراب عقلي خطير، يصيب صغار الأطفال، ويتميز بالاستغراق في الخيال إلى حد الإبتعاد عن

الاهتمام بالواقع، وإلى حد العجز عن استخدام اللغة في التفاهم والتواصل الفكري « (طارق

عمار:2008:ص20)

2-5- تعريف للجمعية الوطنية للأطفال التوحديون في الأردن:

فحسب الجمعية : « التوحد عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية، التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل 30 شهرا، وتتضمن الاضطرابات التالية: اضطرابات في الفلق أو الإنتماء للناس والأحداث و الموضوعات، اضطرابات في الاستجابات الحسية والمثيرات، اضطرابات في الكلام واللغة والمعرفة، اضطرابات في سرعة أو تتابع النمو » . (سعيد رشدي الأعظمي:2008:ص 283)

2-6- تعرف الجمعية الأمريكية لتوحد (ASA): (American society of Autisme) على

أنه: «إعاقة في النمو تتصف بكونها مزمنة وشديدة ،تظهر في السنوات الثلاثة الأولى من العمر، وهو محصلة لإضطراب عصبي يؤثر على وظائف الدماغ » . (نفس المرجع السابق:ص 283)

2-7- تعريف المعهد الوطني للصحة العقلية في الولايات المتحدة الأمريكية بأنه:

« اضطراب دماغي يؤثر في قدرة الشخص على الاتصال بالآخرين، وإقامة علاقات معهم، والاستجابة البيئية على نحو ملائم » . (قاسم حسين صالح:2008:ص375)

2-8- تعريف "وينغ"(Wing) سنة (1976): بأنه

« الفشل خلال الطفولة في استعمال الكلام بوصفه وسيلة اتصال، وعدم القدرة على استعمال مفاهيم غير محسوسة، وعدم الوعي بالناس، واستعمال الوتيرة نفسها في النشاط، وعدم اللعب بطريقة إبداعية (خيالية) بالألعاب مع الأطفال » . (نفس المرجع السابق:ص 375)

2-9- تعريف "مورين أورونز" سنة (2005):

« التوحد إضطراب في القدرة المعرفية مصحوب ببعض الإضطرابات في الناحية النفسية والحيوية، مما يجعل له عظيم الأثر في تطور الجانب الإجتماعي للفرد » . (وليد محمد علي:2005: 04)

وعموما فإن التعريفات الواردة لمختلف العلماء و المختصين قد بينت خصائص عديدة التي تميز إضطراب التوحد عن باقي الإضطرابات الأخرى، غير أنه لم يرد في أي تعريف منها يوضح سبب حدوث هذا الإضطراب، و لم يكشف عنه الغموض الذي لا يزال ينتابه، والذي سوف نحاول توضيحه في العنصر الخاص بأسباب الإصابة بالتوحد.

3 - نسبة انتشار التوحد:(EPIDEMIOLOGIE)

تقدر نسبة الإصابة بالتوحد للأولاد الذكور أربعة مرات أكثر من البنات، وهو ما يعادل 05 إلى 07 حالات من 10.000 (Mahmoud ould taleb:2009:P15).

وحسب إحصائيات للكشف والوقاية في الولايات المتحدة الأمريكية للاضطرابات العقلية عند الطفل والمراهق لسنة (2001)، ينتشر التوحد بنسبة 02 إلى 04 % بين الأطفال ذو آباء توحيدين، ونسبة 32 % بين توعم غير حقيقي، و 02 % بين توعم حقيقي. (طارق عامر:2008:ص101)

وعلى الصعيد العالمي، فقد بدأت نسبة الإنتشار في الارتفاع، فقد لوحظ مؤخرا إزدياد نسبة كبيرة تقدر ب: 85 حالة في 10.000 طفل، حسب مراكز البحث في جامعة "كامبرج" في (2008)، وهي نسبة كبيرة مما كان معروف سابقا، كما يوجد التوحد في جميع أنحاء العالم بدون إستثناء. (نفس المرجع السابق:24)

وتؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد (American society of Autisme - 1999)، أن نسبة إنتشار التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية تقدر 0.6 %، ويرى "كاندل" (Kendall - 2000)، أن نسبة إنتشار التوحد في اليابان أعلى من مثيلتها من دول العالم بين 13 إلى 16 %، بحيث تبلغ في المملكة المتحدة 10 %، أما في الصين فإن معدل حدوث التوحد قليل جدا يقدر 4 %.(نفس المرجع السابق:ص31)

وقد أعلن المركز الطبي بمدينة "ديترويت" الأمريكية سنة (1998)، أن الاضطرابات التوحدية أكثر شيوعا من "متلازمة داون" (Down's Syndrome)، وهذا ما أكده "إيدلسون" (Edilsson - 1998) بناء

على دراسة مسحية واسعة المدى في الولايات المتحدة الأمريكية وانجلترا، كما أعلنت الجمعية الأمريكية للتوحد (Autisme Society American) سنة (1999)، أن إعاقة التوحد في تزايد مستمر ما يعادل 20 حالة من 10.000. (لمياء عبد الحميد بيومي:2008:ص 14)

و تشير "وفاء الشامي" أن أول دراسة ميدانية لوزارة الصحة لجمهورية مصر العربية أجرتها "منى حرك" في سنة (2007)، التي أظهرت نسبة إنتشار التوحد طفل لكل 870 طفل. (وليد محمد علي:2010:ص03) و في الجزائر سجلت 600 حالة توحد جديدة في السنة للأطفال والمراهقين حسب إحصائيات (2009)، بحيث لا يوفر لهذه الشريحة المتزايدة سوى 20 مكان للعلاج في المراكز المتخصصة للأعمار 03 إلى 10 سنوات. (Mahmoud ould taleb: 2009 :P15)

وقد كان ينظر إلى الأطفال التوحديين على أنهم ضمن فئة التخلف العقلي، وبفضل دقة التشخيص أصبح هنالك تحويلات من التخلف العقلي إلى فئة التوحديين، فقد تمت دراسة 17 حالة من طرف "لينهارت" و"فلوستين" (Lainhart et Folstein) سنة (1994)، بلغ عدد الحالات التخلف العقلي 15 حالة، وفيما يتعلق بالحالات الأخرى تم تحويلها من التخلف العقلي إلى الاضطراب التوحيدي، وذلك راجع إلى دقة التشخيص المتمثل في السلوكيات خاصة بالتوحد، كإيذاء الذات، الإهتياج، التدمير، ونوبات الغضب، والانسحاب الإجتماعي و التغير في الميراج، وتكرار السلوك الشاذ، وعليه تزايد الإصابات بالتوحد بنسبة 10 إلى 17 % سنويا خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، وبالتالي فقد أصبحت مشكلة صحية وطنية حقيقية طارئة، وهناك اقتراحات متعددة لسبب إرتفاع نسبة الإصابة، لم يثبت منها إلا اثنتين، زيادة الوعي، واتساع معايير التشخيصية للتوحد، بحيث أصبح الأخصائيون و المجتمع أكثر وعيا بحالات التوحد، وإنتشار مثل هذا الوعي أدى بدوره إلى زيادة حالات التوحد بمختلف أنواعه، هذا بالإضافة إلى أن معايير التشخيص أصبحت أكثر دقة في تشخيص حالات التوحد، بحيث أصبحت تشمل نطاقا أوسع من السلوكيات للتوحد. (محمد عدنان عليوات:2007:ص43)

4- أسباب إضطراب التوحد:(Etiologie)

بشكل عام لا يوجد سبب واحد معروف إلى حد الآن، ولم يعرف ما هو السبب إلا أنه هناك افتراضات لذلك، كما لا يرتبط إضطراب التوحد بأي عوامل معرفية أو اجتماعية، فإنه لم يثبت أنه بسبب الجنس البشري للشخص، أو الطبقة الاجتماعية، أو الحالة المالية، أو العلمية للعائلة. (سعيد رشيد الأعضمي:2009:ص284) وهناك دراسات علمية قام بها كل من "ط. بورجورون" و " م. ليويي" و "زولورم" (T.BourgeronM.Lerboyer-R.Delorme)، (2009)، تحت عنوان: " التوحد و الأرضية الجينية"(L'autisme la piste génétique)، توصلوا فيها إلى وجود أسباب جينية لبعض أشكال التوحد بحيث 10 % مرفق بأسباب جينية معروفة، و 05 % مرفق بإضطرابات الجينات، و 72% تعتبر أسباب غير معروف. (Nadia Boulakras:2011:p16)

ويعد التوحد من الإعاقات التطورية، التي لا تزال يحيطها الكثير من الغموض في كافة جوانبها، وخاصة فيما يتعلق بالعوامل المسببة لها، فهي تسمى "الإعاقة الغامضة"، بحيث لم يتوصل العلماء إلى حد الآن لتحديد سبب حقيقي لحدوث التوحد، إلا أنه هناك وجهات نظر عديدة حول ذلك. (وليد محمد علي:2010:ص03)،

4-1- وجهات النظر النفسية:

• يرى محمد عبد الرحمان محمود (1997)، أن النظريات النفسية أقدم النظريات في تفسير أسباب التوحد، بحيث كان يعتقد أن شذوذ معيناً في شخصية الأم وطريقة تربية الطفل تهيء لحدوث التوحد.

(نفس المرجع)

• فحسب "ليو كانر" (leo kanner)، الذي يرى أن العلاقات المرضية داخل الأسرة، ومواقف الوالدين تجاه الطفل، ورفضه و ضعف الإستجابة لمطالبه، عوامل تؤدي إلى عدم تكوينه لنماذج إنفعالية التي يبديها الآخرون، كما لا تتكون لديه أي قاعدة لنمو اللغة، والمهارات الحركية، وينتج عن ذلك أن ينسحب داخل عالم من الخيالات، ومن ثمة حدوث التوحد. (لمياء عبد الحميد بيومي:2008:ص 14)

ولقد ألقى العلماء المعرفيون أمثال: "بارون"، "كوهين"، "فريث" الضوء على العيوب المعرفية عند

الأطفال التوحديين، وأن التوحد هو نتيجة عيوب إدراكية متعددة. (وليد محمد علي: 2010:ص03)

و تشير نظرية العقل إلى الكيفية التي يتعامل بها الفرد المصاب بالتوحد مع أفكاره، معتقداته، ومشاعر الآخرين، من فهم، إدراك، تنبؤ، وعليه فالأطفال التوحديين يجدون صعوبة وليس لهم القدرة على الإستنتاج والتقدير، و يتمثل ذلك في صعوبات في التصور، التخيل، والإحساس، وهذا بدوره يقود إلى ضعف مهارات النقص العاطفي، وصعوبة التعرف بما قد يفعله الآخرون، والأطفال التوحديون قد يعتقدون بأنك تعرف تماما ما يعرفون هم، وما يفكرون فيه. (لمياء عبد الحميد بيومي: 2008:ص15)

4-2- نظرية التسمم بالمعادن:

تستند هذه النظرية بالأساس إلى التسمم بالمعادن الثقيلة مثل الرصاص و الزئبق، الذي يسبب ضررا في الدماغ، وبالأخص الأدمغة التي في مرحلة النمو عند الطفل. (نفس المرجع)

- ويشير " ريم لاند" (Rim Land)(1995)، أن التفاعلات السائلة والغازية التي تخرج من المصانع والتي تحتوي على الكيماويات من أهمها الرصاص والزئبق، ثبتت علاقتها كعامل مهم في الإصابة بالتوحد.

(وليد محمد علي: 2010:ص03)

4-3- نظرية اللقاحات:

نظرية اللقاحات إحدى النظريات التي وجدت قبولا كبيرا في بداية الأمر، فهي ترجع علاقة اضطراب التوحد باللقاحات التي تعطى للأطفال، خاصة اللقاح الثلاثي الفيروسي (MMR)، وسبب الربط الرئيسي بهذا اللقاح هو توقيت اللقاح مع بلوغ العام من العمر، وهو ما يوافق بداية التقدم في القدرات الكلامية، بحيث يفقد بعض الأطفال التوحديون قدراتهم الكلامية في 18 إلى 20 شهر. (لمياء عبد الحميد بيومي: 2008:ص15)

4-4- الفرضية البيولوجية:

تفسر هذه الفرضية الإصابة بمرض بالتوحد إلى خلل في الكروموزومات، والجينات في مرحلة الطفولة المبكرة من عمر الجنين.

ويرجع ذلك إلى الخلل في الموصلات العصبية مثل: (السيروتونين، والدوبامين، و ليبتيدات العصبية)، هذا الخلل البيوكيميائي من شأنه أن يؤدي إلى إثارة سلبية في الميراج، والذاكرة والإفرازات ، وتنظيم حرارة الجسم، وإدراك الألم. (المياء عبد الحميد بيومي:2008:ص15)

• ويرى " محمد عبد الرحمان"(1993)، أن الحالات التي تسبب تلف في الدماغ قبل وأثناء وبعد الولادة، تهيئ لحدوث التوحد، كإصابة بالحصبة الألمانية (La rubiole) ، والحالات التي لم تعالج مثل: الإختناق أثناء الولادة، إلتهاب الدماغ "كالتهاب السحايا " ، أو تشوه الكروموزومات، وتشير دراسات قام بها "كام بال" (Cam Pbell) في الولايات المتحدة الأمريكية، إلى وجود خلل وظيفي في المخ راجع إلى تلف في المخ، كما قام " بومان كامبر" (Bauman Kamper) بدراسة سنة (1985)، استخدمت فيها تقنية الرنين المغناطيسي على المخ، يشير فيها إلى احتمالية الإصابة بالتوحد نتيجة وجود خلل أو قصور في أجزاء المخ، ووجود ضمور في حجم المخ، خاصة الفصيصات الدورية رقم 76، بحيث يصل هذا الضمور إلى 13%، من حجم المخ لدى التوحديين. (وليد محمد علي:2010:ص3-4)

• و حسب دراسة قام بها "كيلبارت" (GILLBERT) سنة (1991)، 31% من التوحديين لديهم مرض الصرع (Epilepsie). (Mahmoud ould tale :2012 :119)

ورغم هذه التفسيرات الاجتماعية، النفسية، الإدراكية، العقلية ، الوراثية ، البيوكيميائية والبيئية، لا يوجد سبب رئيسي يتفق عليه الجميع، ولا يزال رهن البحث والدراسة ولم يحدد تحديدا دقيقا لحد الآن. (محسن محمود أحمد الكيكي:2011: ص 10)

5- أعراض التوحد: (Les Symptôme)

بعد فصل اضطراب التوحد عن باقي الاضطرابات الأخرى، كالأضطراب التواصل والإعاقاة العقلية، وفصام الطفولة، والصمم، وغيرها فإن فئة التوحديين تتضمن الأعراض العامة في مراحل النمو التالية، والتي يمكن الرجوع إليها عند التشخيص:

▪ في العام الأول والثاني: (0-2)

- صعوبة أو تعذر في المص (الرضاعة).
- هدوء غير طبيعي أو صراع متواصل.
- يرفض كامل محاولات التديل (حملة، ضمه، تقبيله).
- غياب إلتقاء العيون.
- عدم المبالاة بأمه، أو من يرعاه أو أي مثير.
- مناغاة محدودة أو نادرة كما وكيفا.
- لا يتابع بعينه أي مثير ولا حتى أمه.
- لا يبدي أي مشاعر انفعالية ولا يتجاوب معها.
- تأخر في المشي والكلام لما بعد 02 إلى 03 سنوات.
- قد يبدي إهتمام بالأشياء وليس بالأشخاص. (طارق عامر 2008:ص29)

▪ خلال سن (2-3) سنوات:

- قصور أو توقف النمو اللغوي.
- تعذر أو غياب كلي للتواصل اللفظي.
- غياب التواصل غير اللفظي تعبيرا وفهما.. (نفس المرجع السابق)

- غياب القدرات الاجتماعية.
- غياب القدرة على التعلم والنمو المعرفي.
- غياب مظاهر الإدراك والاستجابات الحسية.
- غياب المشاركة مع الأقران في اللعب والأنشطة.
- غياب التقليد واللعب الإبهامي.
- إندماج في نمط محدود من الأنشطة النمطية الغير هادفة.
- اهتمامات تافهة بالأشياء التافهة وليس بالبشر.
- مقاومة التغيير في أنماط الحياة اليومية.
- ثورة غضب أو ثوران على النفس أو الغير.
- إستجابة للمثيرات الحسية الغير طبيعية.
- خلط في استعمال الضمائر.
- ضحك أو بكاء أو صراخ بدون سبب.
- ترديد كلمة أو كلمات بعد سماعها (Echolalie). (طارق عامر: 2008:ص29)

• و حسب "كلانس" (1969):

- حدد "كلانس" قائمة مكتوبة من 14 ظاهرة سلوكية للطفل التوحدي نذكر منها:
- صعوبات فائقة في الإختلاط مع اللعب.
 - التصرف كأنه أصم.
 - مقاومة شديدة للتعلم .
 - فقدان الشعور بالخوف من الأخطار المحدقة .
 - مقاومة الروتين وإعادة ترتيب الأشياء أو تغييرها. (نفس المرجع السابق)

- عدم الإشارة بالأصبع.
 - الضحك والقهقهة بغير سبب.
 - فقدان المرح مثل الأطفال الأسوياء.
 - يتميز بالاندفاع الدائم و زيادة الحركة للقيام بأعمال معينة.
 - لا يستجيب بالنظر إذا ما تم التحديق إليه.
 - يتعلق بالأشياء غير إعتيادية.
 - تكرار القيام بأعمال دون تعب لفترة طويلة.
 - يرمي الأشياء و لا يعير الإنتباه لأحد. (لمياء محمود بيومي: 2008:ص 24)
 - وحسب " الجمعية الأمريكية للتوحد" حددت (American society of Autisme) الأعراض الأساسية التي تظهر على الأطفال التوحديون هي :
 - نقص الإتصال: (Communication).
 - ويعني ضعف وبطء في تطور اللغة، واستعمال كلمات ليس لها علاقة بالمعنى المراد توصيله.
 - التفاعلات الإجتماعية: (Les interaction sociale)
 - بحيث يقضي الأطفال التوحديون وقتاً طويلاً لوحدهم أكثر من وجودهم مع الآخرين، ولديهم اهتمامات قليلة في تكوين الصداقات، وليس لديهم ردود فعل، وأساليب تواصل بالعيون مع الآخرينو ابتسامتهم.
 - إضطراب السلوك : (Le comportement)
 - التوحديون تصرفاتهم عدوانية نحو الذات، وإحساساتهم بالأشخاص من حولهم قليلة.
- (نفس المرجع السابق)

- الإدراك:(La perception) .

بحيث تتصف استجاباتهم للمثيرات الحسية إما بالبرود، أو بالحساسية الفائقة بشكل لا يتناسب مع شدة أو تقاهة المثير أو التنبيه، فقد تكون الاستجابة أقل أو أكثر حدة من استجابة الطفل السوي في حالة المثيرات مثل: الأصوات، أو الضوء، أو الألم. (قاسم حسين صالح:2007:ص:377-378)

▪ الأعراض المبكرة:

وقد أوضحت البحوث في الوقت الحالي بأن إضطرابات الأطفال التوحديين تمس العواطف، الإنتباه و التقليد، ويمكن التأكد من هذه الإضطرابات من خلال الكشف في سن 18 شهر.

(Nadia boulekras : 2011 :P27)

و هذه الأعراض المبكرة الخاصة بإضطراب التوحد سنقوم بعرضها من الميلاد إلى سن ثلاثة سنوات

حسب الجدول التالي:

والجدول رقم(1): يمثل أعراض التوحد من الميلاد إلى سن 30 شهر حسب:

0 - 12 شهر	0 - 18 شهر	1 - 2 سنة	18-24 شهر	12-30 شهر
تفاعلات غير كافية	لا يشير إلى الأشياء	يهمل الآخرين	يهمل الآخرين	لا ينظر إلى الأشخاص
عدم وجود الإبتسامة	لا ينظر إلى الآخرين	يفضل أن يكون وحيدا	يفضل أن يكون وحيدا	لا ينظر إلى الوجوه
غياب الإيماءات المعبرة	لا يستجيب عند مناداته بأسمه	تفاعلات غير كافية	تفاعلات غير كافية	لا يقوم بالنظر إلى الجوانب
صعوبة الإنتباه وتركيز النظر	لا يشير بأصبعه نحو الأشياء	عدم وجود الإبتسامة	عدم الإبتسامة	
إستجابات غريبة	يفضل الإنعزال	عدم وجود إتصال بالنظرة		
		لا يظهر العواطف	لا يظهر العواطف	
		غياب السلوكيات والإيماءات المعبرة	لا يقلد السلوكيات والاصوات المحيطة	لا يقلد الكلمات
		إنتباه صعب لتثبيت النظر	إنتباه صعب على تركيز	لا يعبر بالأفراض
		نشاطات حركية ضئيلة	إستعمالات غير مفيدة للأشياء	لا يشير إلى الأشياء
		عادات و وضعيات غير إعتيادية	لا يميز بين الأشخاص	

(Nadia boulekras :2011 :P27).(Bulletin du carn.Mai2008.Vol.4, N°1)

6- أنواع التوحد : (Les différents types de l'autisme).

وردت خمسة أنواع لتوحد في التصنيفات المختلفة حسب الدليل الجمعية الأمريكية للإضطرابات العقلية

لسنة (1994)، حيث صنفت الإضطرابات التوحدية ضمن إضطرابات المظهر التوحدي، (TSA) :

(Trouble du spectre autistique)، وهو ما يوازي التصنيف حسب الدليل التشخيصي الإحصائي

للإضطرابات العقلية (DSM-IV-2004) الذي صنف الإضطرابات التوحدية ضمن اضطرابات النمو الشاملة

(TED) و يعني ذلك باللغة الفرنسية: (Trouble Envahissants de développement)

ويجتمع التصنيفان حول ثلاثة خصائص عامة توجد لدى جميع أشكال التوحد وهي:

- خلل كفي في التعامل الاجتماعي.

- أنماط سلوكية محدودة ومتكررة وسلوك حركي متكرر.

- خلل كفي في التواصل. (Nadia Boulekrass : 2011 :P16)

وحسب الجمعية التوحد الأوربية سنة (2009)، فإن التصنيفان: (TSA) و (TED) ، وجهان لعملة

واحدة، يعبران عن اضطراب التوحد وأشكاله المختلفة، وقد وردت أشكال اضطراب التوحد المختلفة، في

الصورة الرابعة للدليل الإحصائي التشخيصي للإضطرابات العقلية (DSM-IV-TR) (2004)، الذي صنف

05 أشكال ضمن إضطرابات النمو الشاملة (المعممة). (نفس المرجع السابق)

وسوف نقوم بذكر هذه الأنواع المختلفة للتوحد حسب أهم محكات التشخيص العالمية الأكثر تداولاً و

إستعمالاً في عملية التشخيص وهي كالتالي:

6-1- أنواع التوحد حسب (TSA): (Trouble du spectre autistique):

▪ التوحد كانار: (L'Autisme de Kanner)

و يعد "ليو كانر" (Leo Kanner)، طبيب الأطفال الأمريكي (Pédopsychiatre) أول من أكتشف إضطراب التوحد سنة (1943)، وقد وصفه بعدة خصائص التي تظهر في عمر 03 سنوات وهي :

- قصور في التواصل اللفظي وغير لفظي.

- قصور في المشاركة الاجتماعي.

- سلوكيات تكرارية غير هادف. (Nadia Boulekras :2011 :P16)

▪ متلازمة "أسبرجر" (Le Syndrome d'Asperger):

وصفه الباحث "أنزيو منيب" (Anssio Mounib) في المجلات و التجمعات العلمية العالمية بإسم:

" إضطراب النمائية عالية المستوى" (Trouble Envahissant de Haut Niveau).

(Anssio Mounib:2012 :P10)

ومكتشف التوحد "أسبرجر" هو الطبيب الألماني "هانس أسبرجر" (Hans Asperger) سنة (1944)

بعد عام من إعلان "كانر" (Kanner) سنة (1943)، حيث لاحظ "أسبرجر" عدم تشابه أعراض "أسبرجر" و

التي وضعها "كانر". (وليد محمد علي:2010:ص09)

• ويشير "إدلسون" (Edelson) سنة (1995)، إلى أوجه الاختلاف بين التوحد "كانر"، وتوحد "أسبرجر"،

والتي يمكن عرضها فيما يلي:

- تتصف اللغة لدى الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر" بحديث طبيعى قبل سن الرابعة، حيث يستخدم قواعد

اللغة والمفردات بصورة جيدة، بالإضافة إلى حديث يتصف بالتكرارية حيث يميل إلى أن يكون حادا غير

عاطفي، ومحادثته تدور حول ذاته. (نفس المرجع)

- المصاب بمتلازمة "أسبرجر" يتصف بنسبة ذكاء أعلى من التوحدي "كانر"، ولا يعاني من التخلف العقلي كما أن مستوى أدائه في المهارات اللفظية أعلى من المهارات الأدائية مقارنة بطفل التوحد كانر.
- المصاب بمتلازمة "الأسبرجر" يعاني من صعوبات في القراءة (ديسكلوكسيا)، ومشاكل في الكتابة، وصعوبات حسابية. (وليد محمد علي: 2010:ص09)
- كما يصف "إدلسون" (Edelson) (1995)، المصاب بمتلازمة "الأسبرجر" ببعض السلوكيات الشاذة تتمثل في حركات جسدية تميل إلى الإضطراب، ويعاني من مشكلات حسية مثلما يعاني منها الطفل التوحدي، ولديه وعي إجتماعي، ولكن يفتقر إلى التبادلية، والملائمة الإجتماعية مع الآخرين.
- وتعد متلازمة "أسبرجر" أكثر شيوعا من التوحد كانر، لكنها تتشابه من حيث الإصابة الذكور أكثر من الإناث. (نفس المرجع السابق:)

▪ متلازمة "ريت" (Le Syndrome de Rett)

قد تم وصف هذا الإضطراب للمرة الأولى سنة (1996) من طرف أندرياس ريت (*Andreas reet*) وهو إضطراب عصبي لا يظهر إلا على الإناث، كما يعد من الإضطرابات النادرة، ويصيب مولود واحد من 15.000. (نفس المرجع)

- ويشير "إبراهيم الزريقات" (2004)، أن متلازمة "ريت" هو إضطراب تصاعدي تطوري يزداد تعقيدا كلما زاد عمر الطفلة المصابة به، ويبقى ملازما لها مدى الحياة ويتميز بالتخلف، يدين متشابكتين بشكل متواصل، وإعاقة في المهارات الحركية وتظهر هذه الصعوبات بعد أن يكون الشخص قد تجاوز مرحلة النمو الطبيعية. وترى "لويس مليكة" سنة (1996)، أن سلوك إزاء الذات، الحركات النمطية الغير هادفة، سمات لدى الطفل التوحدي ولكنها نادرة لدى إضطراب ريت، كما تؤكد "فضيلة الراوي حمادة" (1999)، أن نوبات الصرع في "متلازمة ريت" تصل إلى 80%، بينما لدى التوحديين تتراوح بين 04% إلى 32%.

(إبراهيم الزريقات: 2004:ص 45)

كما ويشير " محمد محمود " (1999)، إلى أن الطفلة تفقد نموها السابق، حيث الطفلة تكون عادية قبل بدأ العرض بخلاف التوحد "كانر". (وليد محمد علي:2010:ص09)

▪ إضطراب الطفولة الإنتكاسي (Le Syndrome de Haller) :

بحيث يعد من أندر الحالات فهو يحدث حالة واحدة من 10.000 ويصيب الذكور بنسبة 01 من 04.

• ويحدد إبراهيم الزريقات " الفروقات بين اضطراب الإنتكاسي الطفولي والتوحد منها:

- التوحد يظهر قبل ثلاثة سنوات الأولى من العمر، بينما يظهر الإضطراب الإنتكاسي الطفولي من 03 إلى 05 سنوات، ويمكن أن يصل إلى 10.

الإنتكاس الطفولي يفقد جميع المهارات حتى الكلام، بعدما كان قد كون جمل طويلة ثم يفقدها، التوقعات

والنتائج لصالح الطفل الإنتكاسي الإيجابية أقل من الطفل المصاب بالتوحد على إستعادة الكلام مرة أخرى.

(إبراهيم الزريقات: 2004:ص 45)

▪ الاضطراب النمائي الشامل غير مصنف (L'Autisme Atypique) (TED-NS)

• يشير " إبراهيم الزريقات " (2004)، إلى استعمال هذا التصنيف في حالة وجود إعاقة شديدة عامة في تطور

التفاعل الإجتماعي المتبادل، أو في مهارات التواصل اللفظية والغير اللفظية، أو عندما توجد أنشطة

وإهتمامات سلوكية نمطية، ولكنها غير مصنفة على أنها إضطراب نمائي عام، وترى "وفاء

الشامي" (2004)، أنه إضطرابات الأكثر تشخيصا بين الإضطرابات النمائية الشاملة، نظرا لغموض

وصعوبة التشخيص بينه وبين اضطراب النشاط الزائد، و لكن يمكن التفريق بينهما من خلال النشاط

الحركي الذي يظهر في الإضطرابات النمائية المحددة في سن 03 و 04 سنوات. (نفس المرجع السابق)

6-2- أنواع اضطراب التوحد حسب (DSM-IV-TR)(2004):

وهو تصنيف مماثل للأنواع التي وردت في تصنيفات (CIM-10)، تحت إسم " التوحد الطفولي" (DSM-IV-TR : 2004 :P86)، وعليه نكتفي بما ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات النفسية و العقلية (DSM-IV-TR) سنة (2004)، الذي صنف التوحد ضمن الإضطرابات النمو المعممة(الشاملة) إلى 05 أشكال:

▪ الإضطراب التوحدي: (Troubles Autistique)

يتسم هذا الاضطراب بتوفر خمسة بنود أو أكثر وذلك من الفقرات (1)،(2)،(3)، شريطة أن يوجد بنودان من الفقرة (1)، و بند من الفقرة (2)، والفقرة (3).

(1):الإعاقة النوعية في التفاعلات الاجتماعية وذلك في عرضين من الأعراض التالية:

-الإعاقة الملاحظة الظاهرة في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل:النظر العين إلى العين، التعبير الوجهي، الأوضاع والحركات البدنية والوضعية الرامية إلى تنظيم التفاعل الاجتماعي.
-العجز عن إقامة علاقات مع الأصدقاء من العمر نفسه، متناغمة متوافقة تتناسب مع السن والتطور في العمر.

- عدم وجود نزوع تلقائي في التنفيس عن المشاركة في المسرة و الاهتمامات، أو الانجازات مع الأفراد الآخرين (أي فقدان إظهار أو جلب أو الإشارة إلى الاهتمامات)
- فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي.

(2):إعاقة نوعية في الاتصال التي تظهر بوحدة من السلوكيات التالية واحدة على الأقل:

-تأخر أو فقدان كامل في النمو الكلامي اللغوي (غير مصحوب بمحاولة للتعويض من خلال أنماط بديلة من

الاتصال البدني). (DSM-IV-TR : 2004 :P81- 83)

- عند الأفراد ذوي النطق المقبول نجد إعاقة واضحة في القدرة على البدء بالمحادثة مع الآخرين أو الاستمرار فيها.

- فقدان اللعب المختلف الضروب التلقائي أو اللعب المقلد المناسب لمستوى النمو.

- استعمال اللغة إستعمالا نمطيا و تكراريا.

(3): أنماط سلوك ونشاطات واهتمامات على الشكل نفسه (متكررة)، وتكرارية محدودة تظهر بوحدة على الأقل من الأشكال التالية:

- الإنشغال بنمط واحد أو أكثر من الأنماط تمارس بالوتيرة نفسها وبالصورة ذاتها من الاهتمام يكون غير سوي في الشدة أو التركيز.

-إلحاح أو التزام كما يبدو في الظاهر بأعمال روتينية غير وظيفية أو طقوسية.

-سلوكيات حركية متكررة على نمط واحد (مثل لي أصابع اليد، أو قذف اليد، أو الأصابع بعنف، أو أجزاء حركات معقدة في كامل الجسم).

-الإنشغال الملح و الإصراري بأجزاء الأشياء.

(4): تأخر وظيفة شاذة غير سوية في واحدة على الأقل من المجالات التالية تبدأ قبل بلوغ سن الثالثة:

- التفاعل الإجتماعي.

- اللغة المستخدمة في التواصل الاجتماعي.

- اللعب التخيلي أو الرمزي.

(5): الإضطراب لا يدخل في تصنيف مرض "ريت" (Reet)، أو الإضطراب الطفولي

الإتحالي (Désintégratif). (DSM-IV-TR :2004 :P81-83)

▪ إضطراب "ريت" : (Syndrome de rett)

(1):ويكون فيه الأعراض التالية:

- يبدو ظاهري سوي النمو قبل الولادة وحين الولادة.
- يبدو ظاهري سوي النمو على المستوى الحركي النفسي خلال الأشهر الخمسة الأولى بعد الولادة.
- يبدو محيط رأسه سوي عند الولادة.

(2): تظهر الأعراض التالية بعد فترة النمو السوي .

- بطء نمو الرأس ما بين 0 إلى 28 شهرا.
- فقدان مهارات اليد المكتسبة سابقا بين عمر 0 إلى 30 شهرا مع ظهور حركات يدوية نمطية (غسل اليد).
- فقدان الإنخراط الإجتماعي باكرا.
- نمو متأد تأديا شديدا في اللغة التعبيرية، والاستقلالية، إضافة إلى نفسي حركي.
- ظهور عدم التناسق في المشية، أو في حركات الجذع.(DSM-IV-TR : 2004 :P88)

▪ اضطراب الطفولي الانحلالي: (Trouble désintégratif de. l'enfant)

(1): نمو سوي ظاهريا لمدة أقلها سنتان بعد الولادة باتصال غير لفظي أو لفظي مناسب للعمر، أو العلاقات الاجتماعية وفي اللعب والسلوك التكيفيا أيضا.

(2): فقدان هام للمهارات المكتسبة كما تظهر سريريا (قبل بلوغ السن العاشرة)، وذلك في مهارتين أو على الأقل من المهارات التالية:

- اللغة التعبيرية و الاستقلالية.
- المهارات الإجتماعية أو السلوك التكيفي.
- ضبط التغوط أو التبول.
- المهارات الحركية.(نفس المرجع السابق)

(3): شذوذ وظيفية في وظيفتين على أقل تقدير في المجالات التالية:

- تأذي نوعي في التفاعل الاجتماعي، (أي تأذي في السلوكيات غير اللفظية، وفشل في تنمية العلاقات مع الأنداد، فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي).
 - تأذي نوعي في الإتصال (أي تأخر أو ضعف في اللغة المنطوقة، العجز في البدا بالكلام، أو الاستمرار فيه، استخدام تكراري ونمط للغة، فقدان اللعب المتنوع).
 - أنماط محددة في السلوك النمطي والتكراري والاهتمامات والنشاطات من ضمنها التكاليف الحركية والنمطية).
- (DSM-IV-TR : 2004 :P 92-93)

■ إضطراب أسبرجر: (Syndrome d'asperger).

(1): أعاقه نوعي في التفاعل الاجتماعي تبدو في مجالين من المهارات التالية:

- إعاقة واضحة في استعمال سلوكيات غير لفضية متعددة مثل: (النظر عينا إلى عين، التعبير الوجهي، حركات الجسم والوضعية المنظمة للتفاعل الاجتماعي).
- الإخفاق في علاقات مع الأنداد متناسبة مع درجة النمو.
- فقدان التفتيش التلقائي عن المشاركة والاهتمامات أو الانجازات مع الأشخاص الآخرين.
- فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي.

(2): أنماط متكررة محددة على الشاكلة نفسها من السلوكيات والإهتمامات والنشاطات تظهر بوحدة على الأقل

من المظاهر التالية:

- الإنخراط بالانشغالات أو بواحد من الأنماط المحددة المنفذة تنفيذا نمطيا، وعلى الشاكلة نفسها من الإهتمام الذي يكون شادا، إما في الشدة أو في التركيز.
- التزام الغير مرن كما يبدو ظاهريا في الأعمال الروتينية غير هادفة نوعية أو طقوسيات.

(نفس المرجع السابق)

-سلوكيات تكلفية حركية متكررة وعلى نمط واحد مثل:(لي الذراع، والقذف العنيف لليد أو الأصبع (Flapping)، أو القيام بحركات جسمية معقدة لكامل الجسم).

(3): يسبب الإضطراب إعاقة هامة سريرية في المجالات المهنية، والاجتماعية أو الميادين الأخرى الهامة من الوظيفة.

(4): لا يوجد سريريا تأخر عام هام في اللغة، (الكلمات المفردة المستخدمة من قبل الطفل في العمر الثاني، الجمل التواصلية المستخدمة من قبل الطفل في العمر الثالثة).

(5): لا يوجد سريريا تأخر عام هام في النمو المعرفي، أو في المهارات العون الذاتي المتوافقة مع السن، وفي السلوك التكيفي،(عدا التفاعل الاجتماعي وفي السلوك الفضول والتعرف على المحيط في الطفولة).

(6):المعايير لا تتطابق مع إضطراب النمو المعمم النوعي الأخر ولا الفصام.

(DSM-IV-TR : 2004 :P98-99)

▪ إضطراب النمو الغير نوعي ولا محدد :

(Troubles Envahissants de Développement non-spécifiques)

يتعين إستخدام هذا التصنيف حينما توجد إعاقة معممة حادة في نمو التفاعل الاجتماعي التبادلي، أو المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية، أو عندما يكون السلوك والاهتمامات والنشاطات النمطية، ولكنه في الوقت نفسه لا تتطابق المعايير مع اضطراب نمو معمم نوعي،ولامع معايير الفصام، أو معايير اضطراب التجنبي، فمثلا أن هذا التصنيف لا تتوافق مع معايير اضطراب التوحد، ذلك لأنها ظهرت في سن متأخر، كما وأنها غير نموذجية من ناحية المظاهر، أو أن الأعراض دون العتبة أو تجمع جميع هذه الأمور.

(نفس المرجع السابق)

6-3- أنواع التوحد (حسب الشدة الإصابة):

« إن الأطفال التوحديون يتباينون في قدراتهم و إعاقاتهم المحددة، فالتوحد يتميز بتباين من البسيط إلى الشديد جدا، فالعدد الأكبر لديه أشكال بسيطة من الإضطراب » . (Hallahan et Kauffman : 2003 :45)، و يتم التعرف على أنواع التوحد المختلفة من الدرجة التي يمكن قياسها من خلال مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS)، هذا الأخير الذي يعطي قيمة تصف درجة التوحد محددة كما يلي: توحد حاد، توحد متوسط توحد خفيف.

▪ النوع الخفيف: (La Forme Lignéees)

بحيث 25 % من هذا الشكل الخفيف يقومون بالحضور إلى العيادات العلمية التشخيصية، وهو عدد كبير في المجتمع، و هذا الشكل إذا ما تم الكشف عليه مبكرا يعطي إستجابات جيدة، ويوحى بإستجابات علاجية منذ العام الأول من التكفل العلاجي. (Mahmoud ould taleb :2009 :P27)

من خصائصه:

- وجود اللغة (La présence du langage).
 - إنعدام الرؤية الجانبية (L'absence du regarde périphérique).
 - غياب الإضطرابات الحادة. (Trouble de l'attention).
- ويندرج ضمن هذا النوع، "التوحد أسبرجر" (Le syndrome d'asperger)، ويعتبر هذا النوع جد نادر وهو توحد خفيف، غير أنه يتميز بارتفاع في المستوى، مع إضطرابات شديدة في الشخصية، كما يتميز ببعض الخصائص الأخرى تعتبر إيجابية منها:
- تكيف إجتماعي ممكن ومستقبل مهني يمكن التحقق رغم الصعوبات.
 - توقف الأعراض أثناء عملية التقويم والعلاج.
 - إنعدام أو غياب الأعراض الحادة والبالغة للإضطرابات الإتصال.

- غياب الصعوبات الذهنية.

- غير أن الخصائص الأخرى هو إضطراب حركي (Maladresse motrice)، ووجود لغة عادية.

(Mahmoud Ould Taleb: 2012:P 115-116)

و التوحد الخفيف يتم التعرف عليه من خلال مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS)، إذا تحصل الطفل

المصاب بالتوحد على درجة تتراوح بين (15 - 29,5)

▪ النوع المتوسط: (La forme moyen)

وهذا النوع يقع بين النوع الخفيف والنوع الحاد، بحيث يتعرف عليه من خلال التشخيص الإكلينيكي

بتطبيق المقاييس المختلفة في تشخيص التوحد وخاصة مقياس التوحد الطفولي (CARS)، الذي يعطي درجة

تسمح بتصنيف إضطراب التوحد ضمن التوحد المتوسط وهو يتراوح بين (30 - 37) على مقياس (CARS) .

▪ النوع الحاد: (La forme Sévère)

ويندرج ضمن هذا الشكل إضطراب التوحد "ريت" (Rett Syndrome)، ويصيب البنات بمعدل 01 من

12.000 إلى 23.000 كما يعتبر هذا الشكل نادرا. (نفس المرجع)

كما تعد الإناث المصابات بالتوحد أكثر درجة في حدة الإصابة من الذكور مع وجود إعاقة عقلية

حادة. (Carole Tardif et Bruno Gepner:2010:24)

وهذا النوع تعتبر معظم أعراضه شديدة، التي يتم التعرف عليها من خلال قياسها على سلم تقدير التوحد

الطفلي (CARS)، أين يتم الحصول على درجة في المقياس تقع بين المجال (37-60)

وحسب الأنواع السابقة الذكر، قمت بإعداد جدول بين مختلف أنواع إضطراب التوحد يحتوي على 05

خانات أفقية تضم خمسة أنواع و 05 خانات عمودية تحتوي على خصائص كل نوع التوحد، تحتوي على:

- سن الإصابة بالإضطراب.

- جنس المصاب بالنسبة للذكور أو الإناث. (نفس المرجع السابق)

- نسبة الإصابة بالنسبة للنسبة العامة للمصابين بالتوحد .
- شدة الإصابة التي تتراوح بين التوحد الخفيف والشديد حسب الدرجة.
- الأعراض الخاصة بكل نوع والتي ينفرد بها كل نوع من الأنواع الخمسة

جدول رقم (2): يبين مختلف أنواع التوحد (من إعداد الطالب)

نوع التوحد	سن الإصابة	الجنس	نسبة الإصابة	شدة الإصابة	الأعراض الخاصة
-إضطراب التوحد (Trouble Autistique) (Autisme de Kanner)- أكتشفه ليو كانر سنة:1943	يظهر قبل 3 سنوات	يصيب الذكور والإناث	25% من التوحدون	توجد خفيف Autisme liget	- قصورالتواصل الفضي وغير الفضي - قصور في المشاركة الإجتماعية - سلوكات تكرارية غير هادفة
-التوحد أسبرجر (متلازمة اسبرجر) (syndrome d'asperger) أكتشفه هانس أسبرجر: 1944	يظهر بعد 03 سنوات	الذكور أكثر من الإناث	أكثر من 25 % من التوحيديون	توجد خفيف Autisme liget	- لغة وحديث طبيعي قبل 4 سنوات - نسبة ذكاء أعلى من التوحيديون - لا يعاني من تخلف عقلي - صعوبات في القراءة(Dyslexie) - مشاكل في الكتابة - صعوبات في الحساب - واعي إجتماعيا
- التوحد ريت (syndrom Rett) - متلازمة ريت	يفقد نموه الطبيعي بعد 05	الإناث فقط توحد	يصيب 01 من 12.000	توحد حاد Autisme Sèvre	-إضطراب تصاعدي في الإصابة -تخلف عقلي

<p>-يدين متشابهتين بشكل متواصل -إعاقة في المهارات الحركية -إذاء الذات والنمطية نادرة -80% لديهم مرض الصرع</p>		<p>إلى 23.000</p>	<p>نادر</p>	<p>أشهر الأولى بعد الولادة</p>	<p>أكتشفه أندرياس ريت:1996</p>
<p>-يفقد جميع المهارات حتى الكلام بعدها كان يكون جمل طويلة -توقعات إستعادة المهارات قليلة -فقدان المهارات في سن العاشرة - نمو سوي لمدة اقلها سنتان</p>		<p>01 من 10.000</p>	<p>الذكور أكثر من الإناث</p>	<p>من 03 إلى 05 سنوات يصل الى 10 سنوات</p>	<p>-التوحد هالر (Syndrome Haller) - إضطرابالطفولناالتفككيالإنحلال (Trouble) (Désintégratif</p>
<p>- إعاقة شديدة في جميع المجالات - غير مصنف كإضطراب نمائي - لا ينطبق الإضطراب مع الفصام - لا ينطبق مع الاضطراب النفسي - لا ينطبق مع المعايير السابقة - يظهر في سن متأخرة - أعراض دون العتبة غير متوافقة</p>			<p>ذكور وإناث</p>	<p>سن متأخر جدا</p>	<p>-التوحد الغير نوعي (Autisme Atypique) -الإضطراب النمائي الشامل الغير نوعي (Trouble envahissant de développement no spécifié)</p>

7- تشخيص التوحد: (diagnostic de l'autisme).

تعتبر عملية التشخيص التوحد عملية غير سهلة، بل هي جد صعبة ومتداخلة بحيث تحتاج إلى فريق طبي متعدد التخصصات يتميز بالمشاركة والتعاونية فيما بينه وتضم كل من طبيب الأطفال، طبيب نفسي، الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي، أخصائي النطق و التخاطب، أخصائي العلاج الطبيعي، العلاج المهني، أخصائي السمعيات، وأخصائي العيون، طبيب الأعصاب، معلم التربية الخاصة إلى جانب تعاون الأسرة و الوالدين. (محمد عدنان عليوات: 2007:ص24).

فعندما يشك الطبيب في وجود إضطراب التوحد أو عجز نمائي آخر، فإنه يحيله إلى فريق من المتخصصين، الذي يقوم بعمل تقييم شامل، ويقوم بتصميم وإدارة برنامج علاج خاص بالطفل التوحد.

(عبد العزيز إبراهيم سليم 2008:ص20)

• وحسب " د.الوقفي " (2004)، أن هناك الكثير من الخصائص والأعراض التي يشترك فيها جميع فئات التوحد، ويكفي توفر سبعة منها لتشخيص الطفل ضمن التوحيدين وهي:

- الصعوبة في الإختلاط والتعامل مع الآخرين.
- يتصرف الطفل كأنه أصم.
- يقاوم التعليم.
- يقاوم تغيير الروتين.
- ضحك وقهقهة غير مناسبة.
- لا يبدي خوفا من المخاطر.
- لا يشير بالإيماءات.
- لا يحب العناق.
- فرط في الحركة. (سعيد رشيد الأعضمي: 2009: ص 287)

- إنعدام التواصل البشري.
- تدوير الأجسام واللعب بها.
- إرتباط غير مناسب للأجسام والأشياء.
- يطيل البقاء في اللعب الانفرادي.
- أسلوب منخفض وفاتر المشاعر. (سعيد رشيد الأعضمي:2009:ص287)

يقول "أوسيلوكس" (Aussiloux) (2004)، نحو 40 % من الآباء يلاحظون أول الأعراض قبل سنة واحدة، و40% الآخرين ما بين 01 و02 سنة، وأول مقابلة علاجية عند الطبيب العقلي للأطفال (Pédopsychiatrique)، والتشخيص في غالب الأحيان يكون من 02 إلى 04 سنوات.

(Françoise Duval : 2008 : P 24)

و يبدأ التشخيص من 24 شهرا حتى 06 أعوام، وذلك من خلال المقابلة مع الوالدين و ملاحظة الطفل مباشرة، إلى الجانب أدوات أخرى. (طارق عامر:2008:ص118).

و يوجد الكثير من محكات للتشخيص التوحد التي يمكن الإعتماد عليها وهي:

▪ التشخيص حسب "ليو كانر" (1943):

فقد حدد "ليو كانر" (Lio Kanner) سنة(1943)، مجموعة من الأعراض لتشخيص حالة التوحد ومنها

- سلوك إنسحابي إنطوائي شديد، وعزوف عن الإتصال بالآخرين.
- التمسك الشديد لحد الهوس لمقاومة أي تغيير يحدث في البيئة المحيطة.
- شديد الإرتباط بالأشياء والتعاطف معها أكثر من الإرتباط بالأشخاص.
- يبدو عليهم البكم وإذا تكلموا فالكلام بشكل همهمة وغير ذي معنى.

(Nadia Boulekras :2011 :P16)

وهذه الأعراض في مجملها تدور حول ثلاثة محاور وهي التواصل اللفظي وغير لفظي، العلاقات

الإجتماعية، سلوكيات غريبة ومتكررة، و إرتباط غريب بالأشياء. (Nadia Boulekras :2011 :P16)

▪ **التشخيص حسب قائمة "كريك" (1961):**

وهي قائمة تشمل على 09 نقاط أساسية في تشخيص الأوتيزم بداية:

- القصور الشديد في العلاقات الاجتماعية.
- فقدان الإحساس بهوية الشخصية.
- الإنشغال المرضي بموضوعات معينة.
- مقاومة التغيير في البيئة.
- الخبرات الإدراكية الغير سوية.
- الشعور بنوبات قلق حاد ومفرط وغير منطقي.
- الحركات الشاذة والغير عادية.
- إنخفاض في مستوى التوظيف العقلي.
- التأخر في الكلام واللغة. (لمياء عبد الحميد بيومي.:2008:ص25)

▪ **التشخيص حسب منظمة الصحة العالمية (OMS) (1993) :**

و هو دليل صادر عن منظمة الصحة العالمية سنة (1993)، فقد حدد المؤشرات الشخصية للتوحد على

النحو التالي:

- عادة لا توجد مرحلة سابقة من الارتقاء الطبيعي وإن وجدت لا تتجاوز ثلاثة سنوات.
- الطفل التوحدي لديه إختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل، وتأخر بشكل غير مناسب للتلميحات الإجتماعية و العاطفية.
- خلل في ألعاب تصريف الخيال والتقليد الإجتماعي، وضعف المرونة في التعبير اللغوي. (نفس المرجع)

- فقدان القدرة و الإبتكار في عملية التفكير.
 - فقدان الإستجابة العاطفية لمبادلات الآخرين اللفظية وغير لفظية.
 - صعوبة استخدام الإشارات المصاحبة التي تساعد في تأكيد أو توضيح التواصل الكلامي.
 - النمطية المتكررة في السلوك و الإهتمامات والنشاطات.
 - التصلب الروتيني على نطاق واسع من أوجه الأداء اليومي.
 - الإصرار على أداء بعض الأعمال الروتينية، من خلال طقوس خاصة لا تؤدي وظيفية معينة.
 - الإهتمام بعناصر وظيفية في الأشياء مثل تحريك التحف والأثاث من مكانها.
 - إظهار مشكلات غير سوية مثلا: الفزع، والخوف، واضطرابات النوم، والأكل، ونوبات المزاج العصبي والعدوان و إذاء النفس.
 - صعوبات في نطق المفاهيم النظرية وفي إتخاذ القرار، حتى إذا كانت المهام تقع في إطار إمكانياتهم.
- (لمياء عبد الحميد بيومي.:2008:ص26)

■ تشخيص بالدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية (DSM-IV-TR) سنة (2004):

في الدليل لتشخيصيا لإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR :2004)، ورد تشخيص

التوحد.(Nadia Boulekras : 2011 :P70)

وقد أشارت المحكات التشخيصية للتوحد حسب:(DSM-IV-TR)سنة (2004)، إلى ضرورة وجود أنطابق 06 أراض أو أكثر من مجموعة الأعراض (أ)،(ب)،(ج)، على الأقل وجود عرضين من المجموعة (أ)، وعرضين من المجموعة(ب)، وعرضين من المجموعة(ج).

(1) :المجموعة(أ): خلل كفي في التفاعل الاجتماعي كما يبدو في اثنان على الأقل مما يلي: خلل واضح

في إستخدام العديد من السلوكات غير اللفظية مثل: (نظرات العين، وتعابير الوجه، ووضع الجسم، وملامح

الوجه، في تنظيم التفاعل الإجتماعي).

- الفشل في تنمية علاقات بالرفاق مناسبة لمستوى النمو .
 - نقص البحث الذاتي للمشاركة في الأنشطة و الإنجازات مع الآخرين.
 - نقص التبادل الاجتماعي أو العاطفي.
- (2): المجموعة (ب): خلل كفي في التواصل كما يظهر في واحدة على الأقل مما يلي:
- تأخر في نمو اللغة غير مصحوب بمحاولات بديلة للتواصل بتعبيرات الوجه وإيماءات.
 - استخدام اللغة بشكل تكراري نمطي أو إستخدام لغة خاصة.
 - خلل في إستخدام الحديث مع الآخرين في حالة وجود بعض الكلمات.
 - نقص اللعب التلقائي من تمثيل الأدوار الاجتماعية المناسبة لسن الطفل.
- (3): المجموعة (ج): أنماط سلوكية أسلوبية محدودة ومتكررة، وضيق الإهتمامات والأنشطة كما يبدو في واحدة على الأقل مما يلي:
- الإنشغال الدائم بوحدة أو أكثر من الأنماط الأسلوبية المحددة للإهتمامات غير سوية، إما في شدتها أو توجهها.
 - التمسك الغير مرن بطقوس معينة غير وظيفية.
 - سلوك حركي متكرر مثل: رفرفة الذراعين، أو حركة مركبة بكل الجسم.
 - الإنشغال الثابت بأجزاء من الموضوعات.
- و يظهر هذا الاضطراب قبل عام الثالثة، على شكل تأخر أو شذوذ في واحدة على الأقل من المظاهر التالية:
- إستخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.
 - اللعب الرمزي أو المحاكات.
 - التفاعل الاجتماعي. (DSM-IV-TR : 2004 :P87)

7-1 - التشخيص الفارق: (Diagnostic défrancise)

وفي الحديث عن عملية التشخيص هناك نقطة فاصلة في هذه العملية، بل تعتبر محك عملية التشخيص، وهي التشخيص الفارق بين الاضطرابات المشابهة و المتداخلة بين التوحد من جهة، وبعض الحالات الأخرى، من أجل نجاح عملية التشخيص ودقته، وسوف نقوم بعرض هذه الإضطرابات فيما يلي:

▪ التوحد ومتلازمة أنجلمان: (L'autisme et Syndrome Angelman).

أول من وصف هذه المتلازمة هو الطبيب "هري أنجلمان" (Harry Angelman) إن متلازمة أنجلمان " لا تعتبر نوعا ثانويا للتوحد ولكن الأفراد الذين يعانون من هذا الإضطراب يستعرضون خصائص عديدة من السلوك التوحدي، بل أحيانا يعطون تشخيصا ثانويا من التوحد، وهي حالة غير وراثية وإنما هي طفرة جينية، تقدر نسبة حدوثها حالة واحدة 01 في 30.000، وهي نتيجة نقص طرف صبغي رقم: 15 الجزء: (13 q 11)، أي نقص المورث (UBE3A)، وغالبا ما يكون نقص في الأم، وتتميز هذه المتلازمة عن التوحدي بالسلوكيات التالية، التي يمكن ملاحظتها في 03 إلى 07 سنوات :

- تواصل لفضي قليل أو انعدام التواصل اللفظي.
- عدم التركيز وفرط الحركة.
- مشاكل في التغذية ومشاكل في النوم وتأخر الحركة.
- كما تتميز سلوكا تهم بالعض وشد الشعر. (طارق عامر: 2008:ص84)

▪ التوحد والإعاقة العقلية: (L'autisme et le Retard Mental).

هناك عدة فروق لا بد منها في عملية التشخيص التوحدي والمعاق عقليا، فالمعاقين عقليا يتعلقون بالأشخاص المحيطين بهم، سواء من الأسرة أو خارجها، بقدر حسن معاملتهم لكن التوحدي حتى مع أفراد الأسرة لا يظهر أي تعلق بهم. (سعيد رشيد الأعظمي: 2011:ص286)

و يعد التخلف العقلي أكثر الأمراض التي تكون مصاحبة لمرض التوحد، بحيث 75% من التوحديون

يصاحبهم تخلف عقلي في غالبه متوسط. (Mahmoud Ould taleb: 2012:P119)

▪ التوحد وفصام الطفولة: (L'autisme et la Schizo-Infantile)

بالنسبة للأطفال التوحديين ليس لهم القدرة على إستخدام الرموز واللغة، بينما الطفل الفصامي عكس

ذالك، كما هناك خصائص أخرى للفصاميين منها:

- الأطفال التوحديون لا يكونون علاقات مع الآخرين بعكس الفصاميين.
- الأطفال التوحديون ليس لديهم ولا يوجد عندهم هلاوس ولا أوهام مثل الأطفال الفصاميين.
- يظهر التوحد ما قبل 30 شهر من عمر الطفل، لكن الطفل الفصامي يظهر في مرحلة المراهقة.

(سعيد رشيد الأعضمي: 2011:ص286)

▪ التوحد و إضطراب التواصل: (L'autisme et troubles des communications)

أهم ما يميز التوحديون عن المضطربين تواصليا، بحيث أن المضطربين تواصليا يستخدمون الإيماءات

والإحاءات وتعبيرات الوجه في وسائل الإتصال، لكن التوحديون فلا يستطيعون ذلك، ولكنهم يقومون بتكرار

الكلام. (نفس المرجع:ص287).

- وحسب الدكتورة "ميموني"، 50% من التوحديون لا ينطقون ولا كلمة، والنصف الآخر يتكلم لكنه يستعمل

ضمير "هو" بدلا من "أنا"، و " نعم" لا تظهر إلا بعد 06 أو 07 سنوات إلى جانب:

- مصادات في غير محلها (Echolalie) .
- البعض يقرأ ولا يفهم أي كلمة.
- البعض يكتبون ولا يتكلمون. (بدرة معتصم ميموني: 2011:ص69)

▪ التوحد و اضطراب السمع: (L'autisme et la surdité):

يعتبر الانسحاب وعدم الراحة أهم ما يميز الأصم، ولكن الفرقان سلوك الأصم هذا ثانوي وليس دائم بينما

عند التوحدي هو سلوك أساسي ودائم. (سعيد رشيد الاعضي:2011:ص:287)

▪ التوحد ومتلازمة "أكس الهش": (L'autisme etle X- Fragile):

وهو مرض يحتوي على تخلف عقلي يمثل 05 إلى 07 من التخلف العقلي إلى جانب إضطرابات سلوكية

توحي بالتوحد، غير أنه يمكن تمييزه إكلينكيا من خلال المواصفات التالية:

- أنف مدبب (nez retroussé)

- عينان متفرقتان (yeux  cartes)

- أذنان كبيرتان (grands oriel). (Mahmoud Ouldtaleb :2012:P128)

▪ التوحد ومتلازمة برادر ويلي: (L'autisme et Syndrome Prader-willi):

هذا المرض ذو أسباب جينية الذي يظهر منذ الولادة يتميز بعدة خصائص منها:

- إلى جانب بعض أعراض التوحد يكون مندفع للغذاء .

- تخلف لغوي وتخلف في التطور النفسي الحسي الحركي .

- إضطرابات في النوم .

- القولية. (St r otypie).

- أزمت حزن وحساسية للألم. (Francoids Duval-Des Noes : 2008 :P116).

كما يتم القيام بعدة كشوف للأطفال منها (EEG): تصوير الرنين المغنطيسي للمخلعزل بعض

الإضطرابات كالصرع أو التخلف العقلي، (PEA): لعزل الصمم، (FNS): يظهر مستوى الكالسيوم والسكر في

الدم، (ECG): يظهر إفرازات وعمل الغدد. (Mhmoud ould taleb : 2012 :P15)

7-2- أدوات تشخيص التوحد:

هناك عدة أدوات إكلينيكية يعتمد عليها في عملية التشخيص، بحيث يبدأ التشخيص من 24 شهرا حتى ستة أعوام، كما يكون الإكتشاف المبكر انطلاقا من سن 02، والتشخيص النهائي في 03 سنوات ويعتمد على الأدوات التالية التي يجب أن تطبق من طرف مختصين قد سلف ذكرهم، ويستندون في تشخيصهم إلى محك من

المحكات المذكورة. (Mahmoud Ould Taleb: 2012:P119)

ومن أدوات التشخيص إضطراب التوحد نجد:

▪ المقابلة:المقابلة مع الوالدين (المقابلة الإكلينيكية):

و هي عبارة عن أسئلة للوالدين حول سلوكيات طفلهم ابتداء من الولادة، وخاصة من الشهر 12 عشر،

تدور نوعية المحاور والأسئلة

حول تاريخ الحالة ومنها:

- إذا كان طفلهم لم يتقوه بأية أصوات في سن 12 شهر ولو غير مفهومة .
- إذا لم تنمو المهارات الحركية مثل: (الإشارة، التلويح باليد، إمساك الأشياء...الخ).
- إذا لم ينطق كلمة فردية في سن 16 شهر .
- إن لم يكون جملة من كلمتين في سن 24 شهر .
- إن لم تكتمل المهارات اللغوية والاجتماعية في مراحلها الطبيعية.

و لكن إذا لم تتوفر هذه الأعراض هذا لا يعني أنه طفل توحيدي بل لابد من تقييمات أطباء الأعصاب،

وطبيب الأطفال، وطبيب نفسي، الذين يعتمدون في ذلك على مقاييس و اختبارات معروفة يمكن تطبيق بعضها

أثناء المقابلة. (طارق عامر:2009:ص118)

■ **الملاحظة:الملاحظة المباشرة:**

وهي ملاحظة يقوم بها الطبيب الأطفال أو الأخصائي مختص في الميدان (Pédopsychiatre) مباشرة للطفل، يحاول من خلالها الحصول على المعلومات اللازمة، ويمكن له التدخل من أجل التأكد من بعض الأعراض التي لا بد أن تتوفر لدى الطفل التوحدي الازمة للتشخيص والتي تعتبر محك للتشخيص مثل :

(غياب الإشارة بالإبهام ، غياب النظرة العين في العين، والانعزال...الخ)..(طارق عامر:2009:ص118)

ومن أجل تعزيز المقابلة العيادية، والملاحظة، يستعين الأخصائيون في الميدان بوسائل أخرى، التي من خلالها يتحصلون على التشخيص الدقيق، وهي أدوات مقننة التي أثبتت نجاعتها في دقة التشخيص، وسوف نقوم بذكر ما تيسر منها:

■ **مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال:(CARS)**

ينسب إلى " إيريك شوبلر " (Eric Schopler)، في أوائل السبعينيات ويعتمد على الملاحظة سلوك الطفل بمؤشر 15 درجة، و يقيم المتخصصون سلوك الطفل من خلال:

- علاقته بالناس.
- التعبير الجسدي.
- التكيف مع التغيير.
- إستجابة الاستماع لغيره.
- الإتصال الشفهي.(محمد عدنان عليوات:2007:ص12)

■ **قائمة التوحد للأطفال دون السنيتين عند 18 شهر : (CHAT)**

تنسب إلى العالم " سيمون بارون كوهين" (Simon Baron Cohen) في أوائل التسعينيات، وتهدف لإكتشاف ما إذا كان يمكن معرفة هذه الإعاقة في سن 18 شهر، ومن خلالها توجه أسئلة قصيرة من قسمين،

الأول يعد للآباء والثاني من قبل الطبيب المعالج. (محمد عدنان عليوات:2007:ص12)

وهي أداة للتشخيص إبتداءا من 18 شهر، وهي صيغة معدلة ل: (CHAT) الذي أعده أريك شوبلر " سنة (1992) في بريطانيا، من طرف باحثين أمريكيين " دياناروبينس" (Diana Robins) و آخرون في أبريل(2001)، التي قررت رفع حساسية أكثر للأداة القديمة لشوبلر (CHAT)، والتي كانت تحتوي على 09 أسئلة ، و بزيادة 14 سؤال جديد أصبح يحتوي (M-CHAT) على 23 سؤال موجه الأولياء.

(Nadiaboulekras :2011 :P42)

▪ سلم (ECAN) :

هذه الأداة عبارة عن سلم موجهة للأطفال من سن (0-3) سنوات، تحتوي على 33 عنصر، تدور الأسئلة حول مراحل النمو الأولى عند الطفل من أهم هذه المحاور:

- غياب الإبتسامة.

- غياب التواصل البصري.

- غياب التقليد للسلوكيات و الأصوات.

- عدم التمييز للأشخاص.

- غياب التظاهرات الإنفعالية. (Nadia boulekras : 2011 :P42)

▪ إستطلاع التوحد:

وهو مكون من 40 سؤال، لإختبار الأطفال من سن 04 أعوام وما يزيد على ذلك، لتقييم مهارات

الاتصال والتفاعل الإجتماعي.(نفس المرجع)

▪ إختبار التوحد للأطفال في سن عامين:

وضعه "ويندي ستون" (Wendy Stone)، يستخدم فيه الملاحظة المباشرة للأطفال تحت سن عامين على ثلاث مستويات التي تتضح في حالات التوحد مثل: اللعب، التقليد (كقيادة السيارة، أو الدراجة، والانتباه المشترك). (Nadia boulekrass : 2011 :p42).

8- علاج التوحد :

8-1- العلاج الدوائي:

يوجد عددا من الأدوية لها تأثير فعال في سلوك الطفل الذي يعاني من التوحد ومن هذه السلوكيات: فرط النشاط، القلق، نقص القدرة على التركيز الإندفاع، والهدف من هذه الأدوية هو تخفيف حدة هذا السلوك حتى يستطيع الطفل أن يمارس حياته التعليمية و الإجتماعية بشكل سوي إلى حد ما، الذي يضمن الأمان لهم من حيث عدد الجرعات الملائمة، أي نوع يتم استخدامه، حبوب أو شراب، ماهوالتأثير على المدى البعيد، هل يوجد له لآثار جانبية كيف يتم متابعة حالة الطفل لمعرفة ما إذا كان هنالك تقدم من عدمه، مع الأخذ بعين الإعتبار أن كل طفل يتميز بتكوينه الفسيولوجي الذي يختلف عن الآخر وبالتالي تختلف استجابته للدواء .

(طارق عامر:2008:ص122)

ومن أنواع الأدوية نجد:

▪ أدوية خفض السيروتونين (Serotonine)

بحيث أكتشف الباحثون ارتفاع معدلات السيروتونين في مجرى الدم، وعليه تم تقديم دواء من نوع

(SerotonibRe-UptakeInhibitor)، بحيث لوحظ عند تناوله لثلاثة حالات

التي تعاني من التوحد، إستجابةالأطفال من قلة حدة بعض السلوكيات مثل:

- تحسن ملحوظ في الإتصال العيني مع الآخرين والاستجابة لمن حولهم.(نفس المرجع)

- السلوك المتكرر .

- التهيج والإستثارة.

- السلوك العدائي.(طارق عامر:2008: ص133)

▪ أدوية مضادة للإضطرابات العقلية (Anti- Psychotique)

وهي أدوية موجهة في الأصل لعلاج الإنفصام الشخصي وتقليل من فرط النشاط، السلوك العدوانى، السلوك

الإنسحابى وعدم المواجهة، ولكن يمكن أن يكون لها آثار جانبية وهي:

- Clozapine (Clozaril).

- Risperidon (Risperdal).

- Olanzapine (Zyprexa).

- Quetiapine (Seroquel).(طارق عامر:2008: ص122)

○ أدوية محفزة وفيتامينات:

وهي تستخدم بشكل أساسي للأطفال التوحديون الذين يعانون من نقص الإهتمام وفرط النشاط منها:

(Ritalin)(Adderall)(Dexedine)، بحيث نجد التوحديون يعانون من نقص معدلات الفيتامينات:

(A.B.B1.B3.B5)، وكذلك:(البروتين، الصوديوم، الزنك، الماغنيزيوم، الكالسيوم)، وتوصي بعض الدراسات

إلى تجنب تناول الأطعمة التي تحتوي على النحاس، كما توصي بعض الدراسات الأخرى بضرورة إستخدام

فيتامين (B)، الذي يحتاجه المخ.(نفس المرجع:ص125)

8-2- العلاج الموسيقى:

وذلك عن طريق الموسيقى مرتين في اليوم لمدة الأسبوعين، مدة الجلسة 20 دقيقة، يسمع فيها الطفل

موسيقى دينامية، من خلال جهاز يخلق توازنا، يعالج مشكلة التكامل الحسى عن طريق اللمس و الحس الذي

يدعى " الوجبة الحسية ".(نفس المرجع:ص127)

8-3- العلاج الطبيعي:

هو مجموعة من البرامج العلاجية تنمي قدرات الطفل الذي يعاني الإصابة أو الخلل الوظيفي، وذلك لتمكينه من الاعتماد على ذاته في تلبية الحاجيات الحياتية، ويعتمد العلاج الطبيعي بشكل أساسي على تمارين والتدريبات العضلية والحركية، وتمارين التوازن وأساليب التدليك اليدوي والكهربائي والعلاج المائي. (محمد عدنان عليوات: 2007:ص82)

9- البرامج العلاجية الموجهة لعلاج التوحد:

وهي نماذج من البرامج التدريبية والعلاجية ، التي يمكن الإستفادة منها في عملية علاج التوحد سوف نقوم بعرضها أهمها في ما يلي:

وبما أن هذه البرامج العلاجية سلوكية وأخرى معرفية تتماشى مع الدراسة ، وكل برنامج موجه نحو علاج التوحديين بالخصوص، وتهدف جميعها إلى مساعدة الطفل التوحدي على إكتساب سلوكيات إيجابية وإزالة سلوكيات سلبية، ستنند إلى الأعراض الخاصة بالتوحديين، ومبنية على مبادئ و تقنيات التي تتمتع بها النظرية السلوكية و المعرفية، سوف نقوم بذكر هذه البرامج العلاجية لما لها من أهمية في بحثنا هذا، والمتمثلة في إزالة الغموض حول فرضية العلاج التوحدي، وتمهيد الطريق لمتغيرات الدراسة، التي سوف نعرضها في الفصل الثاني من البحث، وهذه البرامج هي:

9-1- برنامج لوفاز (Young Autistic Program)(YAP)

ويسمى العلاج التحليلي السلوكي أو تحلل السلوك، ومبتكر هذا الأسلوب العلاجي على يد " إيفور لوفاز " (Ivor Lovaas)، وهو أستاذ الطب النفسي بجامعة لوس أنجلوس وهذا النوع من العلاج قائم على النظرية السلوكية، و الإستجابة الشرطية بشكل مكثف، بحيث يجب أن لا تقل مدة العلاج عن 40 ساعة في

الأسبوع، ولمدة عامين على الأقل ويركز هذا البرنامج على تنمية مهارات التقليد لدى الطفل التوحيدي، وكذلك التدريب على مهارات المطابقة و استخدام المهارات الإجتماعية التواصلية.

• فحسب "عبدالحليم"(2004)، تعتبر هذه الطريقة مكلفة جدا نظرا لإرتفاع تكاليف العلاج، بالرغم من ذلك فهناك بعض البحوث أشارت إلى النجاح الكبير الذي حققه هذا البرنامج في مناطق كثيرة من العالم.

(علي عبد الرحيم صالح:2012:ص178)

9-2- برنامج التكامل الحسي:

وهي طريقة طورها "جاي بيراد"(Gay Beveard) ، في فرنسا منذ 20 سنة، وهو برنامج لتدريب المخ من أجل إستقبال المعلومات بطريقة صحيحة، ويكون هذا عن طريق سماع الموسيقى مفلتر (مختارة ومصنفة)، بإستخدام السماعات أو الجهاز الذي يتم من خلاله فلتر الترددات السمعية، على إفتراض أن المصابين بالتوحد مصابون بحساسية في السمع، فهم أما مفرطون الحساسية، أو لديهم نقصفي الحساسية السمعية، لذلك يكون التأهيل عن طريق تحسين قدرة السمع، وذلك عن طريق وضع سماعات على الأذنين للطفل التوحيدي وسماعه الموسيقى ثم تركيبه بشكل رقمي بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة، أو زيادة الحساسية في حالة النقص، ومن نتائج البرنامج أنه يؤدي إلى: زيادة التركيز لفترة أطول، زيادة القدرة على التنظيم، زيادة في القدرة على التعلم، تحسين القدرة على الكلام، وضوح الكلام وزيادة القدرة على التعبير.(نفس المرجع)

9-3- برنامج التدريب على المهارات الإجتماعية (Social Skills Training-SST)

يتضمن هذا البرنامج عدد واسع من الإجراءات والأساليب التي تهدف إلى مساعدة التوحيدين على التفاعل الإجتماعي، ويرى أنصار هذا النوع من العلاج أنه بالرغم من أن التدريب على المهارات الإجتماعية يعتبر أمرا شاقا على المعلمين والمعالجين السلوكيين، إلا أن ذلك لا يقل من أهمية وضرورة التدريب على المهارات الإجتماعية، بإعتبار أن المشاكل التي يواجهها التوحيدين في هذا الجانب واضحة وتفوق في شدتها الجوانب

السلوكية الأخرى، وبالتالي فإن محاولة معالجتها لا بد وأن تمثل جزء أساسيا من البرامج التربوية والتدريبية، وهذا النوع من التدخلات العلاجية مبني على عدد من الفرضيات وهي:

- إن المهارات الإجتماعية يمكن التدريب عليها في مواقف تدريبية مضبوطة وتعمم بعد ذلك في الحيات الإجتماعية من خلال إنتقال أثر التدريب.

- إن المهارات اللازمة لمستويات النمو المختلفة يمكن التعرف عليها ويمكن أن يتم تعلمها مثل تعلم مهارات اللغة واللعب الرمزي.

- إن القصور الإجتماعي، ينتج من نقص المعرفة بالسلوكيات المناسبة ومن الوسائل التي يمكن إستخدامها في التدريب على المهارات الإجتماعية مثل: القصص، وتمثيل الأدوار، وكاميرا الفيديو لتصوير المواقف وعرضها على التوحيدي، بالإضافة إلى التدريب العلمي في الموقف الحقيقية.

(علي عبد الرحيم صالح:2012:ص181)

وفي هذا الصدد يقول " د.كوهين" و " د.ويلتن"(Cohin et Wilton)، " بشكل عام يمكن القول بأن التدريب على المهارات الإجتماعية أمرا ممكنا، على الرغم مما يلاحظه بعض المعلمين أو المدربين من صعوبة لدى بعض التوحيدين، تحول بينهم وبين القدرة على تعميم المهارات الإجتماعية، التي تدربوا عليها إلى مواقف أخرى ، أو نسيانها، وفي بعض الأحيان يبدو السلوك الإجتماعي للطفل التوحيدي متكلف وغريب من جهة، نظر المحيطين به، لأنه تم تعلمه بطريقة نمطية ولم يكتسب بطريقة تلقائية طبيعية. (نفس المرجع:ص178)

9-4- برنامج " بكس" بإستخدام الصور في التواصل (PECS)

(PECS): (Picture Exchange Communication System)

وهو برنامج علاجي طور في الولايات المتحدة الأمريكية على يد الأخصائي العقلي "بونديفورست" (Bondy) (Frost، في عام (1994)، يتم في هذا البرنامج إستخدام الصور كطريقة مساعدة وكبديل عن الكلام، ولذلك فهو مناسب للشخص التوحيدي الذي يعاني من عجز لغوي، على حيث يدرّب الطفل على إعطاء صورة مناسبة

للمعلم أو الوالدين تعبر عن رغبته في شيء ما، و يستخدم الطفل في هذا البرنامج رموزاً أو صوراً وظيفية رمزية في التواصل، مثلاً: (طفل يأكل، طفل يشرب، يقضي حاجته، يقرأ، سوبر ماركيت، سيارة....الخ)، ويبني هذا البرنامج على مبادئ المدرسة السلوكية في تطبيقاته مثل: التعزيز، التلقين، التسلسل العكسي، وغيرها، ولا تقتصر فائدة هذا البرنامج في تسهيل التواصل فقط بل أيضاً يستخدم في التدريب والتعليم داخل الفصل. (علي

عبد الرحيم صالح:2012:ص183)

9-5- برنامج " سبيل " (SPELL)

هو أحد البرامج التي طورت حديثاً من قبل الجمعية الوطنية الأمريكية لدراسة التوحد في بريطانيا، ويعتمد هذا البرنامج بشكل أساسي على تنظيم واستعمال الطرق الإيجابية التي تدعم ثقة التوحد بنفسه، وإبعاد المثيرات السلبية عنه في الوقت نفسه، ويشجع هذا البرنامج تعاون الوالدين مع المراكز التأهيلية، ودمج الطفل التوحد في المناهج العادية، وهذا البرنامج يركز بصورة أساسية على التدريبات التي لها رموز تدل على اسمه :

- التعلم المنظم للطفل ويرمز له بحرف S: (Structure)
- التعامل مع الطفل بشكل إيجابي ويرمز له بحرف P: (Positive approaches)
- التفاعل العاطفي ويرمز له بحرف E: (Empathy)
- تقليل المؤثرات الخارجية التي تقلل التركيز ويرمز له بحرف L: (Low arousal)
- التواصل مع الأهل والخدمات الأخرى ويرمز له بحرف L: (Link) (نفس المرجع)

9-6- برنامج " صن رايز " (SRP): (Son-Rises Program)

هو برنامج معرفي لغوي اجتماعي يعتمد على الأهل بشكل أساسي على الأهل، ويتعامل به الآن مركز علاج الأمريكي (Son Institute)، يقوم البرنامج على استخدام رغبات الطفل للتعلم والتعليم من خلال اللعب بالمشاركة، واستعمال عامل الإثارة والمتعة. فمثلاً عندما يقوم المتوحد بحركات متكررة وقهرية مثل التصفيق باليدين، فبدلاً من أن نتوقف هذه الحركة بالقوة، نشارك فعل هذه الحركة، ونقف أمامه لكي يرانا، وبذلك أصبحت

هناك مشاركة إجتماعية بدلا من أن يقوم بهذه الحركة لوحده، أو أن الطفل التوحيدي الذي يحب رص السيارات أثناء لعبه فقط، فمن الممكن أن نستعمل السيارات لتعليمه أمور كثيرة كالألوان والأعداد، والفرق بين الحجم الكبير والصغير، واللعب التخيلي، ولتنفيذ البرنامج هناك ثالث مراحل هي:

- تعليم الأسرة طرق والإستراتيجيات وكيفية التدريب، وقد يستغرق ذلك خمسة أيام.
- تنفيذ الإستراتيجيات التي تعلمها الأهل مع أبنهم التوحيدي فترة من الزمن، ثم يراجع الأهل مع أبنهم التوحيدي إلى المركز المخصص بالعلاج، لكي يتلقوا التعليمات وتدريبات أخرى وعلى مراحل أيضا.

(علي عبد الرحيم صالح:2012:ص185)

9-7 - برنامج ياييل للتوحد (Yale Autisme Program) (YAP)

وهو برنامج صمم في جامعة " ياييل" للطب، وذلك في مركز دراسات الطفل للتوحد عام (2010)، من بين مجالات علمية عدة وعبر مشاركة علماء الطب النفسي، وعلم النفس السريري، وعلماء الأعصاب، وطب الأطفال، وعلماء أمراض التخاطب والتواصل، وعلماء الوراثة وأخصائيين اضطرابات التوحد والنمو الشاملة، ويتضمن البرنامج معالجة وتدريب الأطفال من الأعمار المختلفة في مرحلة ما قبل المدرسة، وعمر المدرسة، والمراهقين والشباب بعمر 18-21 سنة، ويقوم هذا البرنامج على معالجة وتدريب مختلف القدرات المعرفية والإجتماعية والحركية والحسية واللغوية للمصابين بإضطراب التوحد. (نفس المرجع)

9-8 - برنامج ويلدن (Walden Preschool Program) (WPP)

وهو برنامج أسس عام (1964)، لتدريب ومعالجة الأطفال المصابين بالتوحد في عمر ما قبل المدرسة، يقوم هذا البرنامج على خدمة الأطفال المصابين بالتوحد من خلال دمجهم مع لأطفال الأسوياء، ويركز محتوى البرنامج على تطوير وتنمية التفاعل الإجتماعي مع الأقران، تنمية مهارات اللعب وأخذ الأدوار. احتمال اللمس والإتصال بالعين. (علي عبد الرحيم صالح:2012:ص186)

9-9 - برنامج تطبيق التحليل السلوكي (ABA)(Applied behavioral Analysis)

هذا البرنامج هو مقارنة تربوية مستوحاة من المقاربة السلوكية، أبتدعه "لوفاس" (Lovaas) سنة 1960، في الولايات المتحدة الأمريكية، وتكمن بتحليل السلوك بالترافق مع تدخل مكثف يهدف للحصول على إندماج أفضل في المجتمع، عن طريق زيادة السلوكات المتكيفة، وخفض السلوكات الغير متكيفة، إنطلاقاً من مبدأ الإشراف الإجرائي، وتشير النتائج التي حصل عليها "لوفاس"، بعد تطبيق البرنامج من خلال الدراسات إلى تمكن 50% من الأطفال الذين تم تطبيق البرنامج عليهم قبل سن الثالثة، قد تابعو تحصيلهم الدراسي بدون مساعدة، كما كشفت النتائج عن تمتعهم بوظائفهم لا تختلف عن الأطفال العاديين، ويعتبر برنامج شديد الإلزام والتكلفة، وقد تتمكن العائلة من تحمله بمفردها، ولكي يكون فعالاً يجب توفر شروط منها: أن يكون مكثفاً بمعدل 30 إلى 40 ساعة أسبوعياً، وأن يتم على يد فريق تربوي، ويشكل الأهل جزءاً من الفريق، وتجهيز جيد، وتدخل الأهل مماثل، وضمان إيطار فردي محدد بدقة، ويكون فعالاً إذا ما طبق مبكراً.

(كريستين نصار.جانيت يونس:2012:ص80)

9-10 - برنامج علاج وتربية التوحد والأطفال المصابين بالإعاقة التواصل (TEACCH).

بالنسبة لهذا البرنامج، سوف نقوم بعرضه بالتفصيل في هذا الفصل بإعتباره يمثل متغير من متغيرات دراسة بحثنا هذا، الذي سنبين ماهيته، أسسه، مبادئه، أهدافه، أدواته، وكيف يتم تطبيقه.

- خلاصة الفصل:

لقد تم التعرف على إضطراب التوحد منذ إكتشافه و ظهور محكات التشخيص المختلفة التي تساعد على تشخيصه، كما ساعد في ذلك التفريق بين أنواعه و ضبطه أكثر من خلال عملية التشخيص الفارقي، التي ساعدت على عزل الإضطرابات المشابهة له ، ومع إزدياد التطور في عملية التشخيص ووعي المجتمع والأولياء بوجود إضطراب يصيب الأطفال الصغار يسمى التوحد، هذا الأخير الذي أصبح معروف ويتحدث عنه الجميع.

و سواء كان معدل انتشار التوحد مرتفعا أو منخفضا، أو عرفة أسباب حدوثه أم لا، فإن فئة التوحديين يمثلون فئة من المجتمعمملفتة ، بحيث يجب تقديم لهم يد العون والمساعدة، من خدمات والتكفل الملائم الذي يسمح لهم بالنمو الطبيعي وتحدي العجز الذي يعانون منه، ويتمثل ذلك في تقديم العلاج الفعال لهم، في الوقت المناسب من أجل إتاحة لهم الفرصة للشفاء، وفي هذا الصدد ظهرت برامج علاجية عديدة أهتمت بهم، وهذا ما سوف نقوم بالتطرق إليه في الفصل الثالث من الدراسة، ألا وهو برنامج العلاج (TEACCH).

الفصل الثالث

برنامج " تيش "

« TEACCH »

*الفصل الثالث: برنامج العلاج شوبلر "تك" (TEACCH)

تمهيد

أولاً: برنامج العلاج.

- 1- تعريف برامج العلاج التوحيديين.
- 2- أهداف برنامج العلاج التوحيديين.
- 3- الإرشادات اللازمة في عمل برنامج العلاج.

ثانياً: برنامج التعليم والعلاج شوبلر (TEACCH)

- 1- تعريف برنامج "تش".
- 2- المبادئ الرئيسية لبرنامج "تيش".
- 3- مميزات طريقة "تيش".
- 4- الركائز الأساسية لبرنامج "تيش".
- 5- أهداف وتوقعات البرنامج تيش.
- 6- ترتيب أهداف البرنامج تش.
- 7- ترتيب نشاطات البرنامج تيش.
- 8- خطة تطبيق البرنامج " تيش "
- 9- مراحل تطبيق برنامج " تيش " ..
- 10- مدة تطبيق برنامج " تيش "
- 11- أدوات تطبيق البرنامج "تيش"
- 12- محتوى نشاطات البرنامج. "تيش".
- 13- الأشخاص الموجه إليهم البرنامج.

ثالثاً: الفعالية

- 1-تعريف الفعالية.
 - 2- ضمان الفعالية.
 - 3- أدوات تقييم الفعالية.
- خلاصة الفصل

الفصل الثالث: برنامج "تيش" (TEACCH) لشوبلر.

تمهيد:

تعاني أكثر الدول من إرتفاع في عدد الإصابات بالاضطراب التوحد، لذا هناك حاجة ضرورية إلى توفير معلمين وأخصائيين وبرامج توفر لهم المساعدة في تحسين قدراتهم الحياتية، وتمكنهم من التأقلم والتكيف مع الحياة بشكل أفضل، وعليه أصبح رعاية هؤلاء من خلال توفير البرامج التأهيلية والتعليمية والعلاجية المناسبة لهم ضرورة إجتماعية و إنسانية ملحة، ولا يتم ذلك إلا من خلال التدخل العلاجي بتنفيذ البرنامج المناسب، لأنها توفر فرصة أكثر فعالية للشفاء أو تخفيف شدة الأعراض، ومن أهم هذه البرامج التعليمية العلاجية التوحيديين نجد برنامج الذي أعده " إريك شوبلر " ، و الذي يعرف ببرنامج " تيش" (TEACCH)،

وقد أوصى الكثير من العلماء والمختصين من خلال كتاباتهم وأبحاثهم، بضرورة تدريب وتعليم وتأهيل على المهارات الإستقلالية و الإجتماعية لفئة ذوي الإحتياجات الخاصة من خلال إعداد برامج لذلك أمثال " جونزبرج (Gunzburg) ، و"ماكنتوش" (Mcintosh)(1973)، و" سليمان الريحاني" (1983)، و " محمد عبد المؤمن حسن" (1986) و ألكن" (Alkin)، "هينلي" (Henly)(1993). (أسماء عبد الله عطية:2008:ص57)

1 - فعالية العلاج:

تسائل العلماء عن مدى فعالية العلاجي السلوكي المعرفي أو مدى تأثيره في حصول الشفاء مقارنة بالاتجاهات الأخرى للعلاج النفسي، وتبين لهؤلاء العلماء أنه يمتاز بقدرة الباحث في هذا المجال على الضبط والتحكم في وضع خطة العلاج، وتويد الدراسات الإحصائية أهمية وفعالية العلاج السلوكي بحيث وصلت نسبة الشفاء إلى (90 %). (فيصل محمد خير الزراد:1984:ص141)

وفي هذا الصدد يقول كل من "ماكجوش" و"إريوين" (Geoch et Irwin) سنة 1952: « التعلم كما نقيسه هو تغيير قي الأداء تحت ظروف التدريب، بحيث تدرس تطورات النمو بالعديد من الطرق، من أهمها ما يكون عن طريق القياسات السنوية أو النصف سنوية » (سعيدة محمد علي بهاور: 1981: ص 66-68)

1-1- تعريف الفعالية:

▪ تعريف (OMS - 2000):

« العلاج القيم والجيد والفعال، هو علاج يكون في إطار مبكر، يحتوي على تدخلات سلوكية مركزة وموجهة للأطفال الصغار، وتدخلات صوب هدف تسعى إلى تنمية و إنجاح القدرات التواصلية، وتدخلات تعمل على إنجاح التفاعلات الإجتماعية، وتقدم سمعي وبصري وحسي، وكذا العلاج الصيدلنيوالبيوطبي، تكون بارزة و ظاهرة مقترحة للأشخاص التوحديين » (Adrienne Perry et Autre : 2003 : P : 29).

▪ تعريف " لوفاس" (Lovaas) سنة 1960 :

« لكي يكون برنامج العلاج فعالا يجب توفر شروط منها: أن يكون مكثفا بمعدل 30 إلى 40 ساعة أسبوعيا، وأن يتم على يد فريق تربوي، ويشكل الأهل جزءا من الفريق، وتجهيز جيد، وتدخل الأهل مماثل، وضمان إطار فردي محدد بدقة، ويكون فعالا إذا ما طبق مبكرا». (كريستين نصار. جونس: 2012: ص 80)

وحسب شوبلر" (Schopler :1997)، بأن العلاج المتمثل في البرنامج (TEACCH) يركز بصفة أساسية على تكوين للأباء التوحديون كمعالجين لأطفالهم، باعتبارهم حلقة لا يمكن الاستغناء عنها في عملية العلاج وفعاليتها. (Amaria baghdadi et Autre : 2007 : p37)

من خلال التعريفات المختلفة لمنظمات العالمية OMS والعلماء يتضح لنا شروط لفعالية العلاج وهي:

- العلاج القيم يكون فعالا إذا ما طبق في إطار مبكر، وذلك منذ سن التشخيص.
- أن يكون العلاج مكثفا حسب أساسيات البرنامج العلاجي، بتدخلات سلوكية ومعرفية.

- تكوين الأهل بشكل جيد من أجل التدخل المماثل، حيث لا يمكن الاستغناء عنهم في برنامج العلاج.
- تجهيز جيد وتوفير الأدوات اللازمة لذلك.
- تقييم الفعالية يكون عن طريق القياسات السنوية أو النصف سنوية.

1-2- ضمان فعالية البرنامج:

يتضمن التقييم السلوكي البناء في عناصر قياس الفعالية العلاجية، ويكمن ذلك بتقييم في أوضاع علاجية أخرى وبعد فترة من الزمن، الذي يبحث عن تقييم مصداقية العلاج ويكون ذلك من خلال وجهة نظر أشخاص مهمين في بيئة الطفل التوحدي، وذلك من خلال مايلي: (إبراهيم الزريقات:2004:ص200)

■ تقييم العلاج:

تبدأ عملية تقييم العلاج بتقييم فعالية التدخل العلاجي على السلوك المستهدف المرغوب، ويبدأ المعالج بقياس السلوك الظاهر قبل البدء بالعلاج، وبعد تأسيس بيانات الخط القاعدي يبدأ المعالج بتقديم العلاج ببيانات المتغير التابع وتحدد على الخريطة البيانية ويقاس مقدار التقدم بالعلاج، وإذا لم يوجد للعلاج تأثير مرغوب فإن بعض جوانب العلاج تحتاج إلى تعديل، مثلاً لضبط نوبات الغضب فقد يقوم المعالج باستخدام التعزيز السلبي، وقد تزداد نوبات الغضب في هذا الموقف فإن المعالج ربما يتجاهل سلوك نوبات الغضب بإعطاء أقل إنتباه مما تم إعطاؤه من قبل. (نفس المرجع:ص201)

■ التعميم:

إذا أشار العلاج إلى تقدم فإن المعالج عليه أن يفكر كيف يمكن أن ينقل أثر التعليم إلى أوضاع بيئية غير متعامل معها مشابهة، والمحافظة على السلوك عبر الزمن، وذلك باستخدام جداول مشابهة بين العلاج و الأوضاع الغير علاجية والتعليم ربما يساعد ذلك في زيادة التعميم بين الأوضاع المختلفة، وقد أكد الباحثون القدرة على التعاون بين المعالجين تساهم التعليم وفي فعالية العلاج، والأكثر إسهاما هو تعاون آباء

الأطفال كعالمين أوليين، وذلك من خلال تعليم استراتيجيات التدريس السلوكي للآباء حيث أن تدريب الآباء ذو قوة وفعالية. (إبراهيم الزريقات: 2004:ص201)

▪ المحافظة:

يزيد تدريب الآباء فعالية البرنامج بالتشجيع على المحافظة على نتائج العلاج، ويكون من خلال تعزيز السلوكيات المستهدفة والوقاية من انطفائها و مثل هذه النتائج للتعزيز والتي تظهر طبيعياً في البيئة اليومية تعمل على تقوية المحافظة على السلوكيات المكتسبة وبالتالي فإن المحافظة على مكتسبات العلاج تبنى في برنامج الطفل لضمان تقدم مستمر. (نفس المرجع:ص201)

▪ الصدق الإجتماعي:

التقييم السلوكي وتقييم العلاج يمكن أن يقاس من خلال تأثيره على التغيرات الإجتماعية المهمة في سلوكيات الطفل التوحدي، فتعليم السلوكيات المختارة مثل المهمات التربوية والكلام الإجتماعي وضبط السلوك التي يجب أن تظهر على الطفل. (نفس المرجع)

1-3- أدوات تقييم الفعالية:

تستعمل لتقييم فعالية البرامج العلاجية عدة

أدوات مهمة، نذكر أهم ما توفر منها لدينا، ونخص بالذكر مقياس التوحد الطفولي " كارس" بإعتباره أداة الدراسة الذي سوف نتطرق إليه بالتفصيل في الجانب المنهجي .

▪ مقياس تقييم العلاج (PEP)، يستعمل لتقييم برنامج العلاج (TEACCH):

وهي من أدوات التقييم موجهة للأطفال التوحديين، وتعتبر من أهم الأدوات ويستعمل لتقييم برنامج العلاج (TEACCH) ، وتتماشى مع تقييم برنامج " تيش"، أنشأت من طرف "إريك شوبلر" و " ريشلر" سنة (1979) في جامعة " شاب الهيل" (Chapel Hill) ، في كارولين الشمالية بالولايات المتحدة الأمريكية، وهي

أداة تعطي قياس إكلينيكي لقدرات الطفل التوحدي والذي يعاني من اضطرابات النمو الشاملة، موجهة للأخصائيين المهنيين من، نفسانيين عياديين، الأورطوفونيين، النفسانيين البيداغوجيين، المعلمين، والمربين المعلمين المختصين. (Nadia Boulekrass : 2011 :P42)

■ مقياس تقييم التكفل العلاجي (ATEC):

تم إنجازه من طرف "برنال" ريملند و "ستيفن"، (Bernald Rimland et Stephen)، وهو صالح لتقييم مختلف المجالات ومختلف العلاجات المقدمة لعلاج التوحد، جاء لسد النقص الموجود في تقييم العلاج ويقوم أربعة مجالات هي: اللغة و التواصل العلاقات الإجتماعية، المكتسبات المعرفية والحسية، السلوكيات، الشروط الجسمية والصحية. (Nadia Boulekrass : 2011 :P51-52)

■ مقياس مستويات التوحد (CARS) ويعتبر أداة تشخيص وتقييم للعلاج.

هو من تأليف "إريك شوبلر" ورفاقه سنة 1988 و يقيس 15 محور ويتضمن: (العلاقة مع الآخرين، التقليد، استعمال الجسم، استعمال الأشياء، التكيف مع التغييرات، الاستجابة البصرية، الاستجابة السمعية، إستجابات الطعام والشم والتذوق واستعمالها، الخوف والعصبية، الإستجابة الإنفعالية، التواصل اللفظي، التواصل الغير لفظي، مستوى النشاط والفعالية، ثبات الإستجابة العقلية أو المعرفية، الإنطباعات العامة. (كريستين نصار. د. جانيت يونس: 2012:ص49)

ويعد مقياس "كارس" من الأدوات المقننة الأكثر إستعمالا للتقييم المبكر المربوط بالتشخيص التوحد الطفولي، ويمكن استعماله للأطفال من سن 02 سنة، و يمكن من إعطاء درجة التي يعاني منها الطفل التوحدي إنطلاقا من الملاحظة الإكلينيكية، التي تتراوح بين عدم وجود توحد، توحد متوسط، توحد حاد، كما يعتبر أداة تشخيص وتقييم في نفس الوقت يحتوي على 15 مجال مختلف، تدور حول الأعراض العامة للتوحد.

(Nadia Boulekrass : 2011 :P42)

2- برنامج علاج التوحيدين:

2-1- تعريف برنامج العلاج :

توجد مجموعة من التعاريف يمكن من خلالها أن نحدد مفهوم برنامج تدريب وعلاج التوحد ومن هذه التعريفات نجد.

▪ **تعريف " فيشر " و"هاب" سنة (2005) (Fisher et Happe):** « هو مجموعة الإجراءات

التدريبية المضبوطة، تتضمن عدة جلسات لفئة معينة من الأفراد، وعبر فترة محدودة من الزمن، بهدف

تحسين قدراتهم واستخدامها في الحياة اليومية» (علي عبد الرحيم صالح:2012:ص165)

▪ **تعريف "سكاهيل" سنة (2007) (Scahill et al):** « هو مجموعة من الإجراءات المضبوطة،

تستخدم لتدريب الناس من الأطفال والمراهقين، وكبار مصابين بالتوحد، واضطرابات النمو الشاملة، من

أجل تحسين قدرتهم، وتحسين مهاراتهم الإجتماعية، والتواصلية، واللغوية، والمعرفية ». (نفس المرجع

(السابق)

▪ **تعريف "بيجر" سنة (2010) (Begerr):**

« مجموعة من الإجراءات التجريبية المضبوطة تتضمن عدة جلسات على مدى فترة من الزمن، تهدف

إلى تحسين قدرات المصابين بالتوحد، في كافة مستويات التفكير المعرفي والتواصل الإجتماعي، الإنفعالي،

واللغوي». (نفس المرجع)

▪ **تعريف مركز الأبحاث التوحد (2011) (Research Autisme center):**

: « هو مجموعة من الإجراءات التدريبية، مصممة لتعليم الأفراد الذين يعانون من ضعف في الحالات العقلية

و الإنفعالية المتنوعة، فضلا على تحسين قدراتهم اللغوية، والحركية، والحسية ». (نفس المرجع)

وعموماً فقد اتفقت جميع التعريفات الواردة بأن برامج العلاج بصفة عامة، عبارة عن مجموعة من الإجراءات التدريبية، مضبوطة في زمن محدد، و وفق جلسات تعليمية و تدريبية، تهدف إلى تحسين مجالات إضطراب بالتوحد، بتحسين قدراتهم.

2-2- الأهداف التي تركز عليها برامج التعليم و العلاج إضطراب التوحد :

تهدف برامج التعليمية والتدريبية للتوحد إلى تطوير مهارات التالية:

■ تنمية المهارات الإنفعالية:

- فحسب " بورن " و"كوهن" (2001)(Borne-Cohen)، و"ويت" (2007)(White) تتمثل المهارات الإنفعالية بالفهم الإنفعالي، والتعاطف مع الآخرين، والقدرة على قراءة تعابير الوجه الإنفعالية.

(علي عبد الرحيم صالح:2012:ص165).

■ تنمية مهارات التفكير:

- وهي تدور حول ما يعتقد الآخريين من معتقدات، وما يدور في ذهنهم من أفكار، لذا تركز برامج التوحد على سهولة الفهم، و الإنتباه إلى المقاصد والغايات فيم يطرحه المتكلم من أفكار ومعلومات وتوقع سلوك الآخريين على أساس حالتهم العقلية. (نفس المرجع)

■ تنمية مهارات التفاعل الإجتماعي:

- مثل عقد الصداقات، وتوثيق روابط الصلة الإجتماعية، والتعاون مع الآخرين، والإدراك الإجتماعي للحاجات، والإشارات والإيماءات الإجتماعية الشائعة. (نفس المرجع)

■ تنمية التكامل الحسي:

- حسب الحكيم (2003)، يتم ذلك من خلال محاولة ربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة عن الجسم مثل: (السمع، الشم، البصر، الذوق، اللمس، الحس، التوازن) لدى المصاب بالتوحد، وذلك من أجل التخلص من

جميع المشكلات التي يعاني منها، كما قد يتم تدريب حاسة معينة من أجل التغلب على إعاقة في حاسة أخرى، كتدريب مهارات التواصل باللغة الإشارة اليدوية والعيون للذين يفقدون حاسة السمع. (علي عبد الرحيم صالح:2012:ص165)

■ تنمية المهارات الحركية:

● حسب "فين" (1994)(Fine)، تنمية المهارات الحركية من خلال التركيز على تنمية قدرات التوحيدي في المجال الحركي، حيث يدرّب المصابين في التغلب على صعوبات استخدام الحركات الكبيرة مثل: (الركض، الحركات الدقيقة، كاستخدام العضلات الصغيرة، وذلك في الأكل، والكتابة، وتنظيف الجسم).

■ تنمية المهارات السلوكية:

● حسب "كريدوم" (1993)(Creedom)، تمثل بالتخلص من السلوكيات غير المقبولة من خلال الألعاب الفنية، والحركة، والألعاب الإجتماعية (نفس المرجع:ص165)

2-3 - الإرشادات اللازمة في عمل برنامج التدريب وعلاج التوحيديين:

● حسب "دونلاب" و "فوكس" (1999)(Dunlap et fox)، فقد حددوا مجموعة من الإرشادات يجب أن يلتزم بها الأخصائيين القائمين على عمل برامج التدريب والعلاج وتأهيل المصابين بالتوحد وهي:

- التأكد من أن المصاب بالتوحد يتمتع بصحة جيدة ولا يعاني من ألم حتى يكتسب مهارات التي يعلمها البرنامج.

- التأكد من أن المصاب بالتوحد قد جلس بشكل مريح، لذلك يجب تهيئة المكان. التعليمي بشكل جيد.

- عندما نريد القيام بتعليم بشكل جماعي فإن التعليم الفعال يكون بوجود 04 أشخاص كحد أقصى في مجموعة التعليم.

- يجب مراعاة السمات الشخصية لكل طفل توحيدي.

- التخطيط بشكل جيد عندما نريد الانتقال بالطفل التوحدي من خبرة إلى أخرى.
- يجب تشجيع الوالدين وأفراد الأسرة من أجل المشاركة في عملية تعليم أبنهم التوحدي وتقييمه. (علي عبد الرحيم صالح : ص173)
- و حسب الدكتور " سليمان " (2001)، وهو اختصاصي في علاج التوحديين عدة من الإرشادات المفيدة والقيمة التي اشتقتها من مجموعة من الدراسات السابقة، أدبيات البحث في برامج التوحد وهي:
 - من المهم تقسيم عملية التعليم والتدريب البرنامج إلى عدة مراحل، دون لأن تكون هذه المراحل منفصلة عن بعضها، لأن التقسيم النظري يساعد في وضع تصور عام يوضح ملامح وضع برنامج تدريبي للتوحد.
 - لإنجاح أي برنامج تدريبي تعليمي و علاجي مع أي فرد مصاب بالتوحد، يجب بناء الألفة والتواصل والثقة بين المعلم المعالج والطفل التوحدي.
 - من المهم عند تدريب الطفل التوحدي في البرنامج التعليمي، تنظيم بيئة التعلم بشكل جيد، و استثمار البيئة الطبيعية التوحدي بشكل جيد.
 - استخدام المحسوسات والمشاهدات في تعليم المصاب بالتوحد، مثل الرسوميات أو الفيديو.
 - يجب مشاركة الأسرة قدر الإمكان في عملية التدريب وخصوصا الأم، لأن الأم تساعد أبنها التوحدي على التقدم بشكل كبير في البرامج التدريبي أو العلاجي.
 - من المهم أن تكون فترات التدريب قصيرة، وذلك لأن التوحدي ليس لديه فترة إنتباه طويلة. (نفس المرجع)

3- برنامج تعليم وعلاج التوحد: (programme de Traitement et éducation d'autisme)

3-1- تعريف برنامج "تيش" (TEACCH) : وهو إختصار لجملة باللغة الإنجليزية:

- T : Traitement.
- E : Education.
- A : Autistic .
- C : Children.
- C : Communication.
- H : " Handicapped .

("T" Traitement and. "E" Education. of "A" Autistic."C" Children. and Related.

"C" Communication."H" Handicapped).

أي (علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقة التواصل المشابهة له)

ويتم تقديم هذه الخدمة عن طريق مراكز " تيش" في ولاية كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث

تدار هذه المراكز بواسطة مركز متخصص في جامعة كارولينا يسمى هذا المركز: (Division TEACCH)،

يديره "أريك مازيبوف" و" شوبلر" و" قاري" من كبار الباحثين في التوحد (mesibov -Schopler-gary)

(علي عبد الرحيم صالح:2012:ص165)

و برنامج " تيش" (TEACCH) (لا يشكل طريقة فقط بل هو برنامج واسع، ومحوره هو تنمية الإستقلالية

عند الطفل على المستويات التالية:

- مهارات العمل و المهارات الإجتماعية وإدارة السلوكات.

- الإستقلالية في الحياة اليومية.

ملاً أوقات الفراغ, (علي عبد الرحيم صالح:2012:ص82)

و حسب "ويندك" (Wiendke :2000): « هذا البرنامج منتشر في معظم دول العالم المتقدمة، ويهدف إلى مساعدة الأطفال التوحديين إلى أن يتعلموا كيف يكونون أكثر إستقلالية، من خلال مساعدتهم على تحقيق فهم أفضل للعالم من حولهم، فهم يحصلون على المساعدة في مهارات التواصل وفي تعلم إتخاذ القرارات ». (ابراهيم الزريقات:2002:ص313)

وهو برنامج تدريبي، يركز على تطوير مهارات تواصل مناسبة وإستقلالية شخصية الطفل، من خلال برنامج تعليمي منظم في التنبؤ وضبط البيئة من خلال التدريب السلوكي أو تلقين العلاقات، ويعطي الإهتمام للطرق المختلفة التي يدرك بها الأطفال التوحدي للبيئة، ويشارك الآباء عن قرب في تطبيق البرنامج واختيار الأهداف لطفلهم، ويكون التركيز على ضبط المعلومات البصرية، وتستعمل الصور لمساعدة الطفل التوحدي ويتضمن بيئة دائمة و منظمة، حول بوتوكول تقييم الفرد، هذا البروتوكول عبارة عن أداة تقييم النفسي التربوي (PEP)، ويعني ذلك: (Psycho éducative) للأطفال التوحدين الخاص ببرنامج " تيش" (TEACCH)،

وتحدد هذه الأداة المجالات اللازمة للعلاج، ويحاول العلاج الفردي في هذا النظام تغيير السلوك دون الأخذ بعين الإعتبار أصوله، بحيث يحاول المعالجون إزالة مصادر المشكلة، وفي الوقت نفسه يحاولون إيجاد طرق لمساعدة الفرد في فهم الأحداث، وعندما يحقق الطفل التوحدي الفهم ويتعلم التواصل مع المشكلة فإنه يكون قادراً على الإنتقال والتحرك نحو الإستقلالية. (Wiendke :2000). (ابراهيم الزريقات:2002:ص313)

و البرنامج الذي ألفه "سوبلر" و "روشلر" سنة (1979)، يعطي لمحة عن المؤهلات والمشاكل التعليمية عند الطفل ويتضمن ثلاثة أجزاء، الجزء الأول، يعطي لمحة عن المؤهلات والمشاكل التعليمية عند الطفل، الجزء الثاني يعالج عملية نقل المعطيات التقييم ويعرض بالتفصيل كيفية عمل برامج تعليمية فردية للبيت والمدرسة، والجزء الثالث الذي بين أيدينا يتضمن 10 فصول أساسية تتكون من 296 تمرين تطبيقي موزعة على الفصول

العشرة، وهي 07 للنشاط التعليمي، ، لكل نشاط هدف، و غرض، وأدوات، وإجراء خاص، ومستوى عمري، وثلاثة نشاطات على ثلاثة فصول أخرى فصل خاص بالإستقلالية، وفصل خاص للإندماج، وفصل خاص لتسيير السلوكات، صمم هذا البرنامج "إريكشوبلر" (Eric schopler) في بداية السبعينيات لمساعدة الأشخاص المصابين بالتوحد، لمساعدتهم على الحياة والعمل بكفاءة أكثر في المنزل والمدرسة والمجتمع.

(بتصرف). (Eric Schopler et Autre:2002:P12)

3-2- المبادئ الرئيسية لبرنامج "تش":

- وهي ستة مبادئ التي يعتمد عليها برنامج " تيش " " لشوبلر "، وتشمل على مايلي:
- يمثل التوحد تحديا طويل الأمد والهدف هو تحسين تكيف الفرد من خلال تحسين مهارات بأفضل الطرق المتوفرة، وأيضا من خلال توفير بيئة داعمة ومناسبة.
 - تقييم كل طفل وذلك بإستخدام أفضل الإختبارات المتوفرة، وإجراءات التقييم غير رسمية من خلال الملاحظة التي يقوم بها المعلمون والآباء والآخرين بتفاعلهم الطبيعي مع الطفل.
 - استعمال جوانب القوة للطفل التوحيدي في معالجة المعلومات البصرية لتجاوز الصعوبات في معالجة المعلومات السمعية، والتنظيم، والذاكرة، وهي تعتبر من أفضل الطرق في تعميم التعليم المستقل وتعديل السلوكات الغير المرغوبة، ويمكن استخدام هذا الأسلوب في المدرسة والمنزل و مكان العمل.
 - أفضل برنامج تعليمي هو البرنامج الذي ينمي مهارات الأطفال ويدرك جوانب ضعفهم.
 - البرامج المفيدة هي التي تستند إلى نظرية السلوكية و النظرية المعرفية، وهذه تأخذ بعين الإعتبار الفروق في النمو وتسمح بالعمل مع الدافعية والتواصل التلقائي والتفاعل الإجتماعي.
 - تدريب المهنيين الذي يعني القدرة على التعامل مع المشكلات الناتجة عن التوحد ويزيد من تحمل المسؤولية. (إبراهيم الزريقات:2002:ص315)

3-3- مميزات طريقة " تيش": تمتاز طريقة برنامج " تيش" بأنها:

- طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيل متكامل للطفل.
- كما تمتاز بأنها طريقة علاج مصممة بشكل فردي، وعلى حسب احتياجات كل طفل.
- لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد 05 في المدارس الخاصة يرأسهم مدرس .
- يتم تصميم البرنامج التعليمي بشكل منفصل لكل طفل، ويلبي البرنامج إحتياجات الطفل التوحيدي.

(علي عبد الرحيم صالح:2012:ص179)

3-4- الركائز الأساسية للتعليم المنظم في برنامج " تيش":

- فحسب " إريك شوبلر" لدى الأطفال المصابين بالتوحد استعدادات لأن يكونوا متخاطبين جيدين في بيئة صممت لتشجيع ومساندة مجهوداهم، وذلك إذا توافر شرطان أساسيان:
- أن يرى الطفل التوحيدي سببا للتخاطب، ويتم تشجيعه على ذلك عن طريق إستعمال مواد وأنشطة مثيرة مع خلق مواقف تفرض عليه التخاطب لكي يتمكن من إحداث شيء معين.
- أن يكون لديه وسيلة للتخاطب، ويتم ذلك عن طريق تعليمه السلوك التخاطب المطلوب، بحيث ينبغي توفر المساندة البصرية المطلوبة لذلك. (كريستين نزار.د.جانيت يونس:2012:ص90)

واستوحيت ركائز هذه الطريقة من المدرسة السلوكية و المعرفية واستندت على مبدأ القائل إن التوحد هو تعبير عن قصور عصبي، أما الوسائل المستخدمة لتطبيقها فهي الإتصال والبناء، بحيث يتكون البناء من العناصر الأربعة التالية:الحيز المكاني، الحيز الزماني، النظام ، المهمة.

ويكمن هدفها في تكييف التعلم بحيث يمكن كل طفل من تعويض أوجه القصور الخاصة التي يعاني منها، والمراهنة على نقاط القوة لديه، وخفض المثيرات الغير نافعة والمثيرة لاضطرابه، واستخدام المعلومات الملائمة، وتمكينه من إعطاء معنى للبيئة، وتمكينه من فهم ما يتوقعه الآخرون منه، وإدراك سلوكياته، وبلوغ درجة أكبر من الإستقلالية، بحيث تشكل كل هذه العناصر جزءا لا يتجزأ من برنامج (TEACCH)، ويتم

تنظيمها انطلاقاً من كل فرد توحدي، وذلك على مستوى الأهداف ومستوى الوسائل، وما يستجيب لحاجاته وحاجات عائلته. (د.كريستين نزار. د.جانيت يونس: 2012:ص90)

و يرتكز برنامج "تيش" على مفهوم التعليم المنظم للأطفال التوحديين، بحيث تتميز البنية التعليمية للبرنامج بطابع مميز وملئ بدلائل بصرية كالصور والكلمات المكتوبة والمواد، بهدف تمكين الطفل التوحدي من التكيف مع البيئة، ولذلك قد يبدي سلوكيات تعيق تقدم البرنامج منها:

- التعلق و الروتين.

- القلق والتوتر في مما يعيق تعلم الطفل التوحدي وتقدمه.

- صعوبات في فهم البداية ونهاية الأنشطة و تسلسل الأحداث اليومية بشكل عام.

- صعوبة الانتقال من نشاط إلى آخر أو من مكان إلى آخر.

- صعوبات في فهم الكلام وتفضيل التعلم من خلال الإدراك البصري عوضاً عن اللغة الملفوظة.

- صعوبات في فهم الأماكن والمساحات في البيئة. (Eric Shopler e Autre :2002:P82-89)

- حسب الدكتورة "نادية بولقراس" أخصائية الأمراض النفسية والعقلية لدى الأطفال بوهان، الجزائر، تضيف في هذا الصدد: « أن تعليم التوحديين لا بد أن يكون تعليم مبني وفردى، طريقة الإتصال بالرؤية، التأقلم والتكيف بالتعليم من أجل تعويض الصعوبات الخاصة بالتوحد، التعاون بين الأخصائيين والأولياء، تجاوز وتجنب الحالات المستعصية والفاشلة ». (Nadia boulekras : 2011 :p60)

وعليه كان هدف "إريك شوبلر" معالجة هذه الصعوبات وتجاوزها من خلال هذه الركائز الخمسة وهي:

▪ الركيزة الأولى: (تكوين روتين محدد)

بما أن الشخص التوحدي يجد صعوبة في تسلسل الأحداث اليومية والوقت، لا بد أن تشمل العناصر التي

نريد تطبيقها بشكل حازم وبدون تغيير، في حالة تغيير أوضاع معينة يجب تحضيره لذلك، من خلال عرض

صور تدل على التغيير على أن تكون محدودة، ويشمل الجوانب التالية:

- تسلسل الأحداث خلال اليوم.
- تسلسل الأحداث خلال الأسبوع.
- كيفية البدء بنشاط ما.
- خطوات النشاط.
- الانتقال إلى النشاط التالي.
- متى سيقع النشاط.
- مقدار المدة التي يستغرقها كل نشاط.
- ما يتعلق بالنشاط من مواد وأشخاص وكيفية عرضه.
- الأماكن التي ستمارس فيها النشاط. (Eric Shopler e Autre :2002:P82-89)

▪ الركيزة الثانية: تنظيم المساحات. (Organisation des espaces)

- أن بعض الأشخاص التوحديين يجدون صعوبة في فهم في البيئة لذا ينبغي تطبيقها بشكل يفهمها الطفل التوحدي من خلال تحديد بداية ونهاية المسارات للعب الحر ومساحة الإنتظار، مساحة الكرسي ومساحة الطفل الخاصة به، فليس جميع التوحديين يواجهون مثل هذه الصعوبات إلا أنه هناك دلائل تشير إلى وجود مثل هذه الصعوبة، فإن لاحظ المختصين أي من الأمور التالية فقد يدل على حاجة الطفل إلى تنظيم المساحات وهي:
- يكثر توجه الطفل التوحدي باتجاه معين فيبدو كأنه في حالة ضياع.
 - يكثر تعثره بالأشياء والتعثر على الأرض.
 - يصعب عليه التنقل من مكان إلى آخر فقد يتوقف في مكانه أو يتجه إلى مكان آخر.
 - يستمر بغلاق وفتح الأبواب بشكل متكرر.

و للتعامل مع هؤلاء الأطفال يمكن تحديد مساحات العمل من خلال تنظيم الأثاث وأرفف الكتب مثلا:

يمكن وضع شريط لاصق على الأرض لتحديد مساحة أماكن الأنشطة.

▪ الركيزة الثالث: (الجدول اليومية). (Programmes quotidiennes)

نظرا لأن الأشخاص التوحديين يجدون صعوبات في فهم الوقت وتسلسل الأحداث اليومية، لذا كان من الضروري استخدام جداول فردية تدلهم على تسلسل الأحداث اليومية، التي تساعد على تنظيم وقتهم وفهم البيئة و معرفة الأحداث اليومية والأسبوعية والشهرية والسنوية، بحيث عندما يعرفون الأحداث يتمكنون من التنبؤ بما سيحدث لهم خلال يومهم وتتنخفض درجة التوتر لديهم مما يساعدهم إلى حد كبير على التعلم.

▪ الركيزة الرابعة: (تنظيم العمل) (Organisation du travail)

بحيث يصعب على الأطفال التوحديين فهم بداية ونهاية كل نشاط ولمعالجة مثل هذه الصعوبة ينبغي تنظيم العمل بشكل يوضح للطفل مايلي: (Eric Shopler e Autre :2002:P82-89)

- ما هو المطلوب؟
- كم هي كمية العمل؟
- كيف يعرف الطفل أن العمل أنتهي؟
- ما هو النشاط التالي؟

▪ الركيزة الخامسة: التنظيم البصري (Enseignement visuel)

المقصود بالتعليمات البصرية هو إعطاء الطفل التوحدي إرشادات من خلال إستخدام دلائل بصرية كالصور والكلمات المكتوبة، فعلى سبيل المثال كي يتعلم الطفل خطوات غسل اليدين يقوم المعلم بعرض عدد من الصور تدل على خطوة من خطوات العمل تلصق هذه الصورة فوق المغسلة التي يقوم الطفل بإستخدامها.

(نفس المرجع السابق)

3-5- أهداف وتوقعات البرنامج:

أن تحديد الأهداف يكون تابعا لنتائج التقييم ولتوقعات العائلية والبيئية، التي يخرط التوحيدي ضمن إطارها في الحياة اليومية، وتبعاً لما هو قابل للتحقيق وهي أهداف مرسومة على المدى الطويل، التي يجب أن تشكل مشروع حياة الطفل التوحيدي، ترمي إلى الاستقلالية، الإندماج الإجتماعي والمهني، في حين تشكل أهداف المدى المتوسط مراحل انتقالية كفيلة بتحقيق أهداف على المدى الطويل الأمد مثل: الإغتسال، لبس الثياب، معرفة الانتقال في وسائل الإتصال وغيرها، أما أهداف المدى القصير فتقتصر على تمارين محددة ينبغي تحقيقها لتنظيم السلوكيات فيما بعد، ودفعه في طريق التحسن خلال فترة زمنية وجيزة حوالي ثلاثة أشهر، كما أن التحديد الدقيق للأهداف يسمح بتكرار التقييم على نحو منظم و إحداث التعديل الملائم، و يفترض تحديد الأهداف التقيد ببعض الشروط التي يجب أن تكون واقعية وأن تتلاءم وعملية التعلم مع معطيات البيئة التي يعيش فيها الطفل، وأن تأخذ توقعات العائلة وخيارات الأهل، بإعتبار أن تكون إحتتمالات النجاح بتحقيق الهدف كبيرة. (كريستين نصار: 2012: ص77)

وحسب "شوبلر" حاجة الأولياء التوحيدين وإمكانياتهم المتوفرة يوحي لنا ماذا سيقوم به الطفل المصاب وهو ما يسمى القدرة على التحقيق، هذا من جهة، وما يريد الأولياء تعليم طفلهم التوحيدي بالأخص من جهة أخرى، وعلى هذا المنوال نجد أنفسنا قد مهدن لثلاثة مخارج للأهداف. (Eric Schopler et Autres: P13-17)

و يمثل هدف وأمل الأولياء وتوقعاتهم المرجوة من أطفالهم التوحيدين والتمثلة في المعرفة والتحرر من كل مختلف الإعاقات والإضطرابات المصاحبة، وفي هذا الصدد كلما كان الآباء على دراية بحالة أطفالهم، كلما طلب الأخصائي منهم لعب دور أكثر وأصعب ومن بين هذه الأهداف نجد:

▪ أهداف والتوقعات تربوية:

وترمي إلى نجاح دخول الطفل في التعلم في المدرسة، قد تكون توقعات حسنة إذا ما تم الجمع بين الجهود الاجتماعية والتعليمية في الأماكن كالمدرسة والأسرة، بحيث كل المدرسين والمعلمين يوافقون الرأي بأن السلوكيات الأكثر مزعجة تأتي من الوسط العائلي لذا لابد من تكاتف الجهود.

▪ أهداف وتوقعات تخص المحتوى التربوي:

يجب معرفة القدرة التي يتمتع بها الطفل التوحدي الحالية، ومتطلبات و فائدة الآباء والهدف الذي يرجى تحقيقه، والسؤال الذي يجب أن يطرح من طرف الجميع، أين الطفل الآن من حيث الأهداف، أين نريد إيصاله.

▪ أهداف وتوقعات تخص السلوكيات:

لا يتمثل الهدف فقط في التعلم و الإلتحاق بالمدرسة، بل قد نصادف مصاعب عديدة من لجل ذلك، وعليه يبقى الهدف قائما في تجاوز الصعوبات السلوكية، واكتساب سلوكيات جديدة تمهد له معيشة أسهل.

(Eric Shopler et Autres: P42-46)

2-6- ترتيب الأهداف:

بالنسبة الأهداف فإنها عديدة ولكننا يجب ترتيبها حسب معايير وأولويات حسب الخصائص التالية:

▪ إمكانية التحقيق: (Réalisme)

بعض المكتسبات و السلوكيات تتعلم بسرعة بل لابد من تعلم سلوك قبل الآخر، فمثلا قبل تعلم ترتيب كلمات لابد من تعلم بعض الكلمات وفهماها بل تعلم مفهوم الترتيب.

▪ الأولوية للقدرة على النجاح:

و يتمثل ذلك في النجاح في التطور والتعلم و الذهاب إلى التمدرس في المدرسة، والذي يتمثل كهدف

يأمل الأهل إلى بلوغه. (Eric Shopler.et Autres: 2002:p47-49)

■ الأولوية العائلية:

كما توجد أولوية التمدرس هناك أولوية عائلية، المتمثلة في الأولويات بالنسبة للآباء التي يريدون تحقيقها لابنهم التوحيدي، والمتمثلة في توفير الأمان لابنهم وللعائلة بأكملها، وذلك بالجلوس الجيد في البيت على الطاولة، ولا يدخل في أماكن خطيرة، اللعب مع إخوته، وأخذ الحذر الممكن ومعرفة الخطر....الخ.

■ التكيف والتأقلم على مستوى المدرسة:

بحيث يعد الهدف الأساسي والأساسي بالنسبة الأولياء والمعالجين هو التأقلم والتكيف والتحسين حتى بلوغ

المدرسة. (Eric Shopler.et Autres: 2002:p47-49)

2-7- ترتيب النشاطات حسب الأولوية فيما بينها :

■ التقليد: (Imitation)

تعلم التقليد يعد عنصر أساسي في إكتساب اللغة وكلمات جديدة، والفائدة من ذلك تمهيد لتعلم، والتطور والإدراك بإعتبارها صعبة التعلم مقارنة بالتقليد.

■ الحركة العامة: (Motricité générale)

النشاطات الحركية لها القدرة على تطوير المكتسبات لدى الطفل التوحيدي، كما تعتبر نافعة بالنسبة للذين يعانون إفراط حركي أو طفل الهادئ جدا، كما تساعد على تطوير الحركات التي تساعد على الأكل، كما تساعد على تركيز الإنتباه و المراقبة، كما تمهد وتطور مجالات أخرى. (Eric Shopler: 2002:p47-49)

■ الإدراك: (Perception)

تجاوز الصعوبات الإدراكية عملية أساسية في التعليم، ومن خلال عملية الإدراك يستطيع الطفل التوحيدي معرفة بيئته، فالإدراك عبارة عن بوابة العالم الخارجي. (Eric Shopler :2002:p49-50)

■ الحركة الدقيقة: (Motricité Fine)

هذه القدرة تعد أساسية، لأنها تعمل على تنبيهه على الإدراك والتقليد، وكذلك تمهد وتسهل لإكتساب بعض المهارات كاللغة الإشارة، والتعبير عن الشعور بالراحة لديه.

■ التنسيق بين العين واليد: (Coordination oculo-manuelle)

تعتبر هذه المرحلة ثمرة التفاعلات بين صعوبات الإدراك والحركات المختلفة، وتطور هذا التنسيق مربوط بجميع التفاعلات السابقة.

■ الإدراك المعرفي غير لغوي: (Cognitions non verbales)

تعتبر هذه الخاصية على القدرة على الجمع، القدرة على الترتيب، القدرة على التنظيم، القدرة على التمييز، كم تمكن من التعرف على البيئة، وترميز وتكوين تصورات عقلية للعالم، كما تنبه العلاقات الإجتماعية والتواصل، ويصبح العالم مرئي، وإمكانية التكيف.

■ الإدراك المعرفي اللغوي أو الكفاءة اللغوية: (cognition verbales Langage)

اللغة هي النتيجة للتفاعلات و الصعوبات المحيطة، والتواصل اللفظي يهدف إلى الإتصال أكثر وتعلم أكثر، بل لها أهمية أكبر تتمثل في كونها تعبير عن المشاعر. (Eric Shopler: 2002:p49-50)

2-8 - خطة تطبيق نشاطات البرنامج.

قبل الشروع في تطبيق التمارين لا بد من رسم خطة صغيرة تتمثل في الهدف من التمرين، والغرض منه وما هي الأداة المناسبة لتحقيق الهدف، العمر العقلي الذي يناسب النشاط، وتبنى هذه الخطة من خلال

التساؤلات الأساسية قبل تطبيق البرنامج. (نفس المرجع : ص13)

■ ماذا اختار كنشاط تعليمي؟ يمثل: (الهدف)

بحيث هذا البرنامج مجزأ إلى 10 فصول ، سبعة منها متذكورة في الجزء الأول من السلسلة، بالإضافة إلى فصل خاص الإستقلالية، وفصل الإدماج الإجتماعي وفصل لتسيير السلوكيات.

- ما هي الأهمية التطبيقية لمصطلح السن؟ ويمثل: (السن) .

فالفصول العشرة كلها منظمة على حساب المستويات المختلفة من التطور، وفي كل مبحث توجد نشاطات مرتبة من المستوى الأدنى إلى المستوى الأعلى، أو على حسب درجة الصعوبة.

- كيف يتم إختيار النشاط التعليمي المناسب؟ ويمثل: (الغرض). (Eric Shopler: 2002:p49-50)

فكل النشاطات مجزأة إلى مؤهلات منسجمة فيما بينها مثلا نشاط الفرز، هو في الأساس ينتمي إلى الفصل الخاص بالتنسيق بين العين و اليد لكنه يتضمن مؤهلات آخرين، مثل الإحساس البصري وتلقي اللغة ولتسهيل العملية أكثر عرفنا مستويات التطور عند كل عنصر، وهذا كي يتقادي المربي النشاطات الأعلى مستوى مقارنة بمستوى السن.

- ما هي الأدوات المطلوبة لإنجاز مختلف مستوى النشاطات التعليمية؟ (الأدوات)

أي الأدوات المستعملة في كل نشاط هي في الواقع أدوات بسيطة متوفرة في البيت والمدرسة، كما أنها مألوفة عند الطفل مما يسهل إكتساب مهارات جديدة.

- ما هي المشاكل السلوكية التي قد تواجهنا أثناء النشاطات التعليمية؟(الصعوبات)

هذا البرنامج يتضمن رصيда معتبرا من مشاكل السلوك الأكثر إنتشارا والتي سبق وأن صادفناها أثناء التعليم، هذه المشاكل وحلولها تضمنها الفصل العاشر من هذا البرنامج، وما على المدرب إلا أن يتجه نحو هذا الفصل من الكتاب ليجد الحلول المناسبة للمشاكل التي تعترضه من حين لآخر.

(نفس المرجع :ص: 14)

2-9- مراحل تطبيق البرنامج:

وهي ثلاثة مراحل توافق الأجزاء الثلاثة من سلسلة التقييم والمعالجة الفردية للأطفال المتوحدين أو الذين يعانون اضطراب النمو .

- تقييم التطور الحاصل في المؤهلات والعجز عند الطفل: وذلك في مختلف نطاقات العمل التوجيهي.
- تحديد الاستراتيجيات التعليمية: على أساس العمل التقييمي تحدد الإستراتيجيات التعليمية لتحقيق الغايات والأهداف .

- استعمال برامج تربوية ونشاطات تعليمية خاصة: لتحقيق الأهداف المرجوة باستعمال برامج تربوية فردية

ونشاطات خاصة بالأطفال المتوحدين (Eric Shopler.et Autres :2002:p 14)

2-10- مدة تطبيق برنامج " تيش" (TEACCH)

إن نواة هذا البرنامج تعتمد على انجاز نشاطات على الطاولة، لمدة تتراوح ما بين 15 دقيقة و ساعة، ولمدة ساعتين أسبوعيا على الأقل، وهذه المنهجية ثمرة لخبرة طويلة، وهي موجهة لتشجيع مستعملها على تطبيقها، لتحقيق ما يصبوا إليه الطفل التوحدي، ويتم تطبيقه قبل ستة سنوات، ولمدة ثلاثة سنوات كزمن أدنى.

(نفس المرجع : ص: 03)

2-11- أدوات تطبيق نشاطات البرنامج:

وهي أدوات تمتاز بأنها بسيطة، متوفرة في البيت والمدرسة، ومألوفة عند الطفل مما يسهل إكتساب مهارات جديدة، بحيث أن التكوينات الأولية ناتجة عن الدعم الذي تعطيه الأداة، فمن خلال الشيء نستطيع جعله مطلوب من طرف الطفل، ويجب اعتبار الأدوات كتشجيعات مادية و أساسية، التي من خلالها نولد كل ما

نصبوا إلى تحقيقه من سلوكات وإيماءات مرغوبة لدى الطفل التوحدي.(Eric Willaye:2005:P24)

- حسب " بريجيت نيل " (Brigitte Nelles)، توضع الوسائل المستعملة في إطار مبني على أساس التنبه أو الإستثارة، والوضعية التي تسعى إلى إعطاء الطفل التوحيدي درجة قصوى من الحيرة تجعله التي تضعه في الخارج، أي التفاعلات الخارج بينية والمتمثلة في التفاعلات الاجتماعية وبطريقة متكيفة وتشمل:
 - وضعية الوسائل في الإتصال الواضح بالنسبة للشخص التوحيدي.
 - وضعية الوسائل تمثل معلم بالنسبة للوقت والفضاء.
 - وضوح الرؤية في بدايتها ونهايتها بالنسبة للوسائل.
 - الرؤية تكون بمختلف الوضعيات لكل تمرين مركب.
 - تنظيم واضح للأدوات. (Brigitte Nelle : 1992 :p 49)
- 2-12 - محتوى نشاطات برنامج " تيش " (TEACCH) :

■ التقليد:

يعتبر التقليد الركيزة الأساسية في التعليم و التطور، فبدون التقليد الطفل لا يتعلم الكلام، ولا يكتسب السلوكات الأساسية، والكثير من الأطفال التوحيدين يجدون صعوبات في التقليد، لذلك وجب تعليم الطفل قدرات التقليد، ويعتمد التقليد أساسا على التكرار السهل والمباشر، كالنطق والإشارة، أما تقليد السلوكات الدقيقة والمركبة فيأتي مع الوقت. (Eric Schopler et Autre:2002:P12)

■ الحواس: (Perception)

الكثير من مشاكل التعلم و السلوكات التي تصدر من الطفل التوحيدي ناتجة عن التشويش في الإستقبال، أو معالجة المعلومة الصوتية، وهذه المعلومة الصوتية تؤثر في النماء الصوتي، أو تغطي السمع والرؤية واللمس، إن الطفل التوحيدي غير قادر على إدماج المعلومات الصوتية لمختلف النماذج إلى نسيج صورة صوتية صحيحة عن الواقع، ويختلف مشكل التلقي من طفل لآخر، ممكن أن لا ينتبه لصوت قريب منه، بيد أنه ينتبه

إلى أصوات أخرى بعيدة، ومن الأطفال من يفضل تذوق الأشياء أو تحسسها بشكل غريب ومنهم من ينتبه بسرعة لبعض الأصوات ولا يستجيب لأخرى، ويحتوي النشاط على 24 تمرين.

(Eric Schopler et Autre:2002:P09)

▪ الحركة العامة:(Motricité générale):

إن تطوير الحركة العامة يندرج ضمن أساسيات برنامج التعليم عند الطفل التوحدي، أو عند الذي يعاني من اضطرابات النمو، ولكن يبقى أن نعلمهم قدرات جديدة تساهم في نمو الوعي إتجاه جسمه وبيئته، كما يمكن لبرنامج الحركة العامة أن يتحكم في الحركة المفرطة التي تظهر عند بعض الأطفال التوحديين، ويدخل برنامج الحركة العامة ضمن البرنامج التأهيلي العام الذي ينفذه الآباء والمربون، وهذا لمواجهة المشاكل التي تعترض التوحديين والتي نذكر منها:

- نقص الطاقة والقوة العضلية،
- اللامهارات في إختيار الحواجز،
- عدم التحكم الجيد في السرعة والقوة،
- الصعوبة في تنظيم الجسم كليا، في فعل مدمج ضمن الحركة العامة،
- نقص التوازن.(Eric Schopler et Autre:2002:P36)

▪ الحركة الدقيقة: (Motricité Fine)

إن قدرات الحركة الدقيقة تعتمد على التمارين التي تتسجم اليدين في معالجتها للأجسام والقدرات القاعدية التي تلعب دورا في الحركة الدقيقة وهي: إستخدام الجيد لليدين والأصابع، أخذ الأجسام باليد دون الحاجة إلى المساعدة، تحريك الأجسام باليد، إستعمال اليدين مع بعضها، إن التطور الناجح للقدرات الأخرى مثل الإستقلالية، والرسم، والكتابة، يعتمد على قدرات الحركة الدقيقة عند الطفل، كما أن التحكم في استخدام اليد والأصبع هو أيضا مهم عند استعمال لغة الإشارة في إطار برنامج الإتصال، والطفل عندما يعود قادرا على

استخدام يديه وأصابعه، فإن الحصص العلاجية تصبح مشجعة أكثر، التي يمكن تطبيقها في البيت والمدرسة.

(Eric Schopler et Autre:2002:P63-83)

■ نشاط التنسيق بين اليد والعين:

إن انسجام المؤهلات من أسباب الرئيسية للضعف عند التوحديين، فمن الأهمية الأخذ بعين الاعتبار مستويات النمو في تمارين التي نجد فيها التنسيق بين العين واليد، حتى عند الأطفال الذين يكون لديهم مؤهلات في الحركة الدقيقة لأن كفاءة التنسيق يمكن أن تكون في مستوى أدنى بسبب مشاكل التلقي والإدراك.

إن معظم تمارين الحركة الدقيقة تهدف إلى تعليم الطفل إمساك الأشياء ومعالجتها باليد، بينما التنسيق أو التوافق بين العين واليد غرضه تنسيق مؤهلات الحركة الدقيقة مع كفاءة الإدراك مثلا مسك القلم و إستعماله في الخريشة، هو تمرين الحركة الدقيقة لكن إستعمال نفس القلم للتلوين أو رسم شكل بسيط هو بمثابة الربط بين الإدراك والحركة الدقيقة. (نفس المرجع: ص 84)

■ نشاط الإدراك المعرفي: في الإدراك المعرفي هناك صنفان متصلان.

- تلقي المفهوم لوسائل الإتصال الشفوي والإيمائي والرمزي.

- كفاءة النتائج في المماثلة و التصنيف والترتيب في المجموعة.

فكل الإدراكات الأساسية إتجاه التنظيم والفهم للمعلومات تأتي من البيئة، هذه الإدراكات تسهل باللغة المتلفات لكن مع هذه لا تعتبر اللغة واجبة لإتمام تمارين هذا النشاط لذا فقد تم جمع تلقي اللغة و تمارين الإدراك في قسم نشاط الإدراك المعرفي لأن الكثير من الأطفال التوحديين غير متساوين في درجة فهم هذه العمليات، فبعض الأطفال يتواصلون إلى فهم قدرات الإدراك الغير اللفظية بسرعة، مقارنة بالمدرجات اللغوية، وهو عكس عند الأطفال الآخرين، وكل أنواع القدرات يعتبر ضروريا في التطبيق والملائمة ولا بد من إتفاق في الإستجابة المناسبة عند الطفل، و الأمثلة المختارة في النشاط ممكنة التطبيق عموما، ومن بين ما يهتم به "الإستقبال اللغوي"، وهو التمرين الموجه لتعليم الأوامر مثل: (أجلس - توقف - أذهب)، وفي المستوى أعلى قليلا،

نجد أسماء الأشياء وأسماء أعضاء الأسرة، وجملاً فيها الإسم والفعل والحرف، أما التمارين الأخرى التي لا تعتمد على الأوامر اللفظية وتعتمد على المماثلة أو المجانسة، ومقارنة الأجسام بالصور وتجميعها حسب النشاط وتمييز الأغذية عن الأجسام الأخرى وتصنيفها في أقسام ومجموعات كلها تدخل في الإدراك المعرفي

(Eric Schopler et Autre:2002:P84).

ونشاطات الإدراك المعرفي أو المعرفية يتعلمها الطفل بسهولة عندما يعرف أسماء الأشياء، لكن ممكن تعلمها دون معرفة الإسم، هذه القدرات المعرفية والإدراكية مهمة جداً كمقدمة لكفاءات التربية التي يجب أن يتعلمها الكثير من أطفالنا كي يشاركوا مستقبلاً في ورشات محمية. (نفس المرجع: ص:119)

■ نشاط الكفاءة اللغوية:

هذا النشاط يقدم تمارين قد استعملت بنجاح لتحسين لغة التعبير عند الطفل التوحدي، بحيث كل تمرين لغوي يجب أن يكون فردياً خاصاً بالطفل المعوق ومؤهلاته الخاصة ويعود بفائدة على الطفل من ناحية الإتصال.

وتمارين الكفاءة اللغوية لا تعتمد على برنامج خاص ولا على مخطط دراسي، وإنما هي تمارين طبقها الأولياء والمربون خلال حصص الدراسة، وعندما بدأ الطفل يتقبل هذه المؤهلات الجديدة، يقترح وسائل لتعليم هذه المؤهلات على طول اليوم، إن أهداف هذه التمارين هي: بداية النطق، نطق كلمة مستقلة، جمل قصيرة، إستجابة إجتماعية وصف حدث، طرح سؤال أو محادثة إجتماعية، بحيث أختير كل هدف كي يناسب رغبات طفل محدد في مجال الإتصال، مثلاً: الكلمات الأولى المستقلة الموظفة لتعليم الطفل هي ما يريد استعماله للحصول على ما يريده، يمكن أن تكون سيارة أو بسكويك، بحيث المفردات اختيرت حسب أهميتها من ناحية المعنى وكذلك مناسبتها لمستوى التطور عند الطفل، بهذا المعنى كل تقنية تعليمية كيفت مع المصالح الطبيعية للطفل بطريقة يصبح فيها ممتعاً للطفل بقدر الإمكان مثلاً: بعض الأطفال يحب الغناء والآخر يحب حركة الأجسام ومنهم من يحب الصورة والآخر يحب البازل، إن الإنتباه والتعاون الذي يبديه الطفل في حصص التدريب اللغوي يزداد عندما يعتمد على أدوات أو نشاطات يعتبرها الطفل مهمة عنده، إن هذه التمارين مرتبطة

مع تمارين الخاصة بالتقليد والتمارين السابقة أي الإدراك، لأن اللغة تتطور عن طريق التقليد، فعندما يسمع الطفل كلمة فإنه ينسخها. (Eric Schopler et Autre:2002:P119)

أن لغته لا تصل بتفكيره حتى يفهم معنى الكلمة المنسوخة، فالطفل يمكنه تكرار الكلمات دون القدرة على استعمالها بصورة عفوية للإتصال. (نفس المرجع : ص: 145)

■ نشاط الإستقلالية:

تمارين الإستقلالية موجهة لتعليم الأطفال التوحيدين المؤهلات التي تسمح لهم مباشرة أعمالهم بإستقلالية في محيطهم، والمجالات المهمة التي من خلالها يتوجب تطوير المؤهلات هي: الأكل، الذهاب إلى المرحاض، الإغتسال، إرتداء الملابس. (نفس المرجع:ص 174)

■ نشاط التآلف الإجتماعي:

إن التحسن الذي يطرأ على الطفل في لغته والمؤهلات السلوكية الأخرى يعود بالأثر الإيجابي على إندماجه اجتماعيا، بحيث يهدف نشاط التآلف الإجتماعي إلى زيادة المؤهلات الإيجابية عند الإتصال الإجتماعي ونجد في هذه التمارين الإهتمام بالتحكم في الذات لكي تحترم القواعد الإجتماعية مثل انتظار الدور. (نفس المرجع:ص190)

■ السلوكيات:

وهذا العنصر من البرنامج يتضمن رصيذا معتبرا من السلوكيات الأكثر إنتشارا وحلولها، و التي لا بد أن يتجه إليها المعالج أو المربي، و يتضمن خمسة أنواع من المشاكل السلوكية التي يواجهها الكثير من الأطفال التوحيدين أثناء القيام ببرنامج العلاج " تش"(TEACCH)، والتي تظهر في أشكال وسوف نكتفي بذكر المشاكل السلوكية دون الحلول في الجدول التالي الذي يبين المشاكل السلوكية التي يمكن أن تواجه المتخصصين عند تطبيق برنامج العلاج التي تصدر عن الأطفال التوحيدين. (نفس المرجع: ص: 207-230)

وقد قمنا بجمع المشاكل السلوكية التي يواجهها المطبقين لبرنامج العلاج وذلك في جدول التالي:

الجدول رقم(3): يبين المشاكل السلوكية التي يمكن أن تواجهه عند تطبيق البرنامج العلاج:

السلوكيات	الأمثلة
إذاء الذات:	عض ظهر اليد - لطم الرأس.
العنف	البرزق في إتجاه الناس - صفع إنسان بالغ، جذب الشعر .
سلوك التدمير	- رمي الأشياء . - الصراخ والبكاء والصياح تعبيراً عن الرفض. - ترك الطاولة أثناء الأكل فجأة. - الحماقة والسلوكيات الغريبة كالضحك والقهقهة. - الإستقزاز للآخرين. - التباكي و الإرتباك للتعبير عن الحاجة. - أصوات مزعجة وصراخ حادة للإثارة.
المداومة و التكرار	- مضغ أشياء غير قابلة للأكل. - تكرار أصوات مدوية. - الإرتباط بشيء معين مرارا. - التعلق بشيء ويصطحبه في كل الأوقات. - التشبث بطريقة صبيانية بأمه ويجذبها من الرجلين. - رفض السير إذا وضع على رجليه.
السلوكيات السلبية (الإختلال)	- مسك الأجسام بطريقة إندفاعية- غياب المبادرة. - استقبال التوجيهات بطريقة سلبية. - بعثرة الأدوات وخطها بفزع قبل سماع التوجيهات أو تقديم الحلول. - نقص الإهتمام بالنشاط الجسدي - قلة التركيز و الإندفاع. - نقص المبادرة لتغيير النشاط أثناء فترات المبرمجة العملية في المدرسة.

بتصرف (Eric Schopler:2002:P207-230)

2-13- الأشخاص الموجه إليهم البرنامج .

▪ الأم أو الوالدين:

• حسب " شوبلر " (Schopler :1997)، التوحد ليس نتيجة لأمراض وراثية أبوية ولكن الإحتمال نتيجة إضطرابات وظائف المخية ذات الأصل العضوي غير محدد، وعلاج التوحد مبني ومركز على الأساس على دمج الطفل في وسطه العائلي وليس إبعاده عن وسطه هذا، وبالتالي فإن العلاج المتمثل في البرنامج يركز بصفة أساسية على تكوين للآباء التوحيديون كمعالجين لأطفالهم، بإعتبارهم حلقة لا يمكن الاستغناء عنها في عملية العلاج. (Amaria baghdadi et Autre : 2007 : p37)

وهي طريقة مبنية على مبدأ تكييف البيئة للطفل التوحيدي، من خلال العمل، الحياة اليومية، النشاطات والسلوكيات الإجتماعية، وهو موجه للأولياء بحيث يعتبرهم كمعالجين، ولتطبيق البرنامج لابد من تقييم قدرات الطفل. (Nadia boulekrass : 2011 :P39)

▪ معلمة التربية الخاص:

إن دور المعلم دورا هاما في عملية تقويم الطفل، فبينما يقوم باقي الأفراد الفريق بتحديد الإطار العام لمستوى تطوير الطفل في جميع المجالات، يقوم المعلم بإعطاء تفاصيل أكثر على الطفل. (د.محمد عدنان عليوات:2007:ص24)

▪ الأخصائيين الأطباء أو الفريق الطبي:

وهي مجموعة من الأطباء و الإخصائيين يتعاون في عملية التشخيص والعلاج والتقييم التوحيديين، بحيث تحتاج هذه العملية إلى فريق طبي متعدد التخصصات يتميز بالمشاركة والتعاونية فيما بينه وتضم كل من طبيب الأطفال، طبيب نفسي، الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي، أخصائي النطق و التخاطب، أخصائي

العلاج الطبيعي، العلاج المهني، أخصائي السمعيات، وأخصائي العيون، طبيب الأعصاب، والأخصائيين النفسانيين و الأورطوفونيين. (د. محمد عدنان عليوات: 2007:ص24)

كما أن الحاجة لوجود برامج تدريب فعالة في تطوير المصابين بالتوحد لا بد منها، وقد ركزت البرامج الموجودة على المهارات الإجتماعية دون غيرها من المجالات الأخرى، لذا يجب أن تشمل جميع الجوانب الأخرى التي يعاني منها التوحدي في المجال الإنفعالي، المعرفي الحركي والحسي، وهو ما نادى به كل من "سميث" (Smithe - 2007)، و"ريشاو" و"فوكمار" (Reichow et Vokmarà - 2009).

(علي عبد الرحيم صالح: 2012:ص165: بتصرف)

- الخلاصة:

بعدما قمنا بعرض البرامج العلاجية الموجهة للأطفال المصابين بالتوحد وأهم شروطها وبادئها، و خصصنا بالذكر برنامج العلاج " تيش" بإعتباره متغير من متغيرات الدراسة، وقمنا بشرح طريقة تطبيقه والأدوات اللازمة لذلك، وأهم شروط فعالية العلاج، ولم يبقى لنا إلا أن نمزج هذه المعطيات الموجودة في الجانب النظري، وذلك بالغوص أكثر في البحث نحو الجانب التطبيقي للدراسة الذي من خلاله نسعى إلى التحقق من الفرضية، من خلال النتائج المتحصل عليها في الجانب الميداني، والتطرق لها بالعرض والتحليل والتفسير .

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع منهجية البحث

*الفصل الرابع: منهجية البحث .

تمهيد:

1- الدراسات الإستطلاعية:

1-1- زمان ومكان الدراسة الإستطلاعية .

1-2- أهداف الدراسة الإستطلاعية.

2- الدراسة الاساسية:

1-2- منهج البحث.

2-2- مكان إجراء البحث.

2-3- مجموعة البحث الدراسة الأساسية.

2-4- طريقة إختيار العينة.

3- أدوات البحث:

1-3- المقابلة العيادية.

2-3- مقياس " كارس "

- خاتمة.

❖ الفصل الرابع: الجانب المنهجي.

تمهيد:

بعدما تطرقنا إلى الجانب النظري والذي تناولنا فيه إضطراب التوحد وما يتعلق به من تعريفات وتفسيرات و تدخلات علاجية مختلفة الموجه له، وبذلك اتضح الكثير من الغموض الذي كان يدور حوله، لننتقل إلى الجانب التطبيقي الذي يمثل تجسيد لما سبق ذكره في الجانب النظري بصفة ميدانية ملموسة.

و يتمثل الجانب التطبيقي عملية تقييم سلوك الطفل التوحيدي من خلال التطبيق البعدي لمقياس (CARS)، الذي من خلاله يتم الحصول على درجة التوحد للحكم على فعالية برنامج العلاج المتمثل في برنامج (TEACCH)، في هذا الصدد يقول كل من " ماكجوش " و " إريوين" (Geoch et Irwin) سنة 1952: « التعلم كما نقيسه هو تغير في الأداء تحت ظروف التدريب، بحيث تدرس تطورات النمو بالعديد من الطرق، من أهمها ما يكون عن طريق القياسات السنوية أو النصف سنوية » (سعيدة محمد على بهاور: 1981:ص68-66)،

وعليه سنقوم بعرض نتائج الدراسة في جداول تمثل القياس القبلي و البعدي لمقياس " كارس " وأهم الملاحظات التي سجلت بعد تطبيق البرنامج، كما سنعرض ذلك في منحنيات بيانية ومدرجات، التي تصف حالة التوحد لمجموعة البحث الخاصة بالدراسة، و التطرق إلى كل ذلك بالتحليل و التفسير، على ضوء متغيرات الدراسة و فرضية البحث.

1- الدراسات الإستطلاعية:

قبل القيام بأي بحث ولتحديد المنهج المتبع في الدراسة لابد على الباحث من إجراء دراسة استطلاعية التي تساعده على تحديد أبعاد بحثه والهدف المراد الوصول إليه من خلال هذه الدراسة الاستطلاعية، وتعد أول

خطوة يقوم بها الباحث للتعرف على ميدان بحثه وعلى الظروف والإمكانيات المتوفرة، وهي مرحلة هامة في البحث العلمي نظرا لارتباطها المباشر بالميدان.

كما تضمنت الدراسة الإستطلاعية عدة مقابلات مع الأطباء والمختصين و الذين يفترض أن يكون لديهم معلومات هامة تخدم موضوع البحث، وأن يكون ما يفكر فيه واقعيا.

في هذا الصدد يقول عبد المجيد إبراهيم: «الدراسة الإستطلاعية هي تلك الدراسة التي تهدف إلى إستطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي». (مروان عبد المجيد إبراهيم:2000:ص38)، و يضيف " صلاح مصطفى الفوال" بأن: «الدراسة الإستطلاعية تساعد على معرفة مدى صلاحية أدوات البحث من حيث خصائصها السيكمترية، أي ثباتها وصدقها، و الوقوف إلى القصور فيها بهدف تعديلها وذلك إذا وجب الأمر. (صلاح مصطفى الفوال:1982:ص250)

و تكونت مجموعة البحث الإستطلاعية من الأطفال الذين يعانون من إضطراب التوحد والذين يزاولون العلاج بانتظام ببرنامج العلاج (TEACCH)، تكونت من عشرة حالات توحد.

1-2- زمان ومكان الدراسة الإستطلاعية:

قبل الشروع في الدراسة الأساسية، قمنا بدراسة استطلاعية في مختلف المؤسسات الإستشفائية العمومية (بالأخضرية ولاية البويرة) حول إضطراب التوحد، و من أجل الإطلاع و التقرب أكثر من مجموعة البحث، قمنا بتبريص ميداني دام 15 حصة في مستشفى النهاري " دريد حسين" المصلحة (ج) (الجزائر العاصمة) حول عملية تشخيص و علاج إضطراب التوحد تتعلق بتطبيق برنامج العلاج (TEACCH) ، وقد تم ذلك من:

(2014-09-15) إلى (2014-12-20)، وقد كان الهدف من هذه الدراسة الإستطلاعية هو :

- اختيار أدوات بحثنا وكذا التأكد من توفر مجموعة البحث الأساسية.
- الاحتكاك بميدان البحث و القيام بمقابلات مع المصابين بالتوحد بغرض جمع الملاحظات المتعلقة بالأعراض.

- التعرف على أدوات التشخيص و التقييم والعلاج الخاصة بإضطراب التوحد.
 - الاتصال بالطاقم الطبي الذي قدم لنا الكثير من المعلومات المهمة تتعلق بالمصابين بإضطراب التوحد.
- تم الحصول من خلال المقابلات التي أجريناها مع الأخصائيين النفسانيين الأورطوفونيين والأطباء المتواجدين في المؤسسات الإستشفائية والمصلحة علمعلومات هامة ، فقد مكنتنا هذه الدراسة من التعرف على مختلف الحالات الموجودة هناك وتحصلنا على فكرة عن الحالات التي سيتم التعامل معها والتي تخدم موضوع دراستنا، وذلك بالإختيار المناسب لمجموعة البحث، وقد عملت الدراسة الاستطلاعية على توجه بحثنا ومكنتنا من تحديد إشكالية البحث وأبعاده، واختيار أداة الخاصة بالدراسة والتمكن من إستخدامها، و التي تتمثل في مقياس (CARS)، كما ساعدتنا على صياغة الفرضيات بشكل دقيق ومحدد.

2- الدراسة الأساسية:

2-1- منهج البحث: (المنهج العيادي).

وبما أن طبيعة المشكلة هي التي تحدد المنهج الواجب إتباعه والذي ينبغي أن يتلاءم مع طبيعة موضوع الدراسة، وتبعاً لطبيعة بحثنا هذا الذي يهتم بدراسة فعالية برنامج العلاج في خفض درجة التوحد لدى فئة الأطفال التوحديين ، فإن المنهج المناسب لهذه الدراسة هو المنهج العيادي (الإكلينيكي)، لأن "« الدراسة الإكلينيكية تتميز بالطرق التي تدرس الفرد كوحدة متكاملة متميزة عن غيرها، « . (محمد خليل عباس وآخرون، 2007، ص55)،.

و هو المنهج الذي يناسب في تناول النتائج بالدراسة و التحليل لسلوك الأفراد وذلك بالاعتماد على أهم أدوات المتمثلة في المقابلة والملاحظة والمقاييس، ومساعدتهم في التغلب على مشاكلهم

كما أنه يدرس الحقائق السلوكية الخاصة بالفرد وتقييم دوافعه وتوافقه، كما يهدف المنهج الإكلينيكي إلى تشخيص وعلاج من يعانون من مشكلات سلوكية و إضطرابات، بالنصح والتوجيه، ومن خلاله تحدد العوامل المسببة للإضطراب و وضع خطة للعلاج، ويمكن للأخصائي النفساني تطبيق اختبارات ومقاييس، التي تساعد

على التشخيص و جمع البيانات التي تساعد على التعرف على الإضطراب أكثر، مثل بيانات متعلقة بأسرة المريض وتاريخ الإضطراب وتطور الحالة. (حلمي المليحي:1999:ص29-30 بتصرف)

2-2- مكان و زمان إجراء البحث:

تم إجراء البحث الميداني في مصلحة "ج" للمستشفى النهاري لطب الأمراض العقلية للأطفال بمستشفى "دريد حسين" بالقبة الجزائر العاصمة، وتعد المصلحة أهم مركز المتخصص في علاج التوحد في الجزائر، وإنجاز البحث الميداني الخاص بالدراسة تم الترخيص لنا بإجراءه في نفس المصلحة السابقة الذكر، باعتباره المكان المناسب الذي توجد فيه مجموعة البحث الخاصة بالدراسة الأساسية و شروطها، وذلك في فترة زمنية من: (02-01-2015) إلى (10-05-2015). باعتباره مكان مخصص لعلاج التوحد، يقوم هذا المركز بتطبيق برنامج التعليم والعلاج "تيش" (TEACCH). حيث يستقبل (80) طفل في الأسبوع النظام نصف داخلي، وأكثر من (1000) حالة في السنة علاج خارجي بالنسبة لإضطراب التوحد، بالإضافة إلى العديد من حالات أخرى في الأمراض العقلية للطفل والمراهق، تتراوح أعمار الأطفال التوحديين الذين يستقبلهم من سنتين إلى 10 سنوات، يحتوي المركز على 03 طوابق، نجد في المدخل مكتب إستقبال، قاعة انتظار مخصص للآباء، مكتب السكريتريا والأرشيف، وحديقة في الخارج.

الجدول رقم (4): يحتوي على عدد الطاقم الطبي المكون لمصلحة "ج" بالمستشفى الأمراض

العقلية دريد حسين بالقبة الجزائر العاصمة الخاصة بعلاج إضطراب التوحد

بروفيسور رئيس الصلحة	أطباء مساعدين	أطباء مقيمين	أخصائيين أرطوفونيين	أخصائيين عياديين	أخصائيين التربية العلاجية الخاصة	أخصائية إجتماعية
01	02	20	09	09	02	01

2-3- مجموعة البحث الدراسة الأساسية:

مجموعة البحث الأساسية للدراسة تكونت من 06 حالات من الأطفال التوحديين، تختلف درجة إصابتهم وجنسهم، والذين تم تشخيصهم في سن مبكرة، الأمر الذي يجعل عينة الدراسة مثالية حسب شروط الدراسة باعتبار أن سن مجموعة البحث يتراوح ما بين (3-6) سنوات وهو السن الملائم للتشخيص الدقيق و بداية تطبيق لبرنامج العلاجي الذي يمثل متغير الدراسة، يزاولون العلاج و متابعة مستمرة من طرف الأخصائيين بالمستشفى النهاري " دريد حسين"، مصلحة الأمراض العقلية للأطفال مصلحة (ج) خاصة بعلاج اضطراب التوحد، الذي يطبق فيها علاج (TEACCH).

2-4- طريقة إختيار مجموعة البحث:

فقد تم إختيار عينة قصدية تمثل مجتمع البحث، وهي: « العينة المماثلة للمجتمع الأصلي تمثيلا سليما التي تعطي نتائج أقرب ما تكون إلى النتائج التي يمكن أن يصل إليها الباحث من المجتمع البحث كله » .

(طلعت همام:1984: ص103)

و لا بد أن تتوفر أفراد مجتمع البحث على الخصائص التالية:

✓ أن تتراوح أعمار الأطفال التوحديين من 03 إلى 06 سنوات، بإعتبارها فترة حاسمة للتدخل العلاجي من أجل تطبيق برنامج العلاج " تش".

✓ أن يشخص اضطراب التوحد بالإعتماد على المقاييس التي أعدها " إريك شوبلر"، والتي تتمثل في سلم (ECAN) و (CHAT) ومقياس (CARS)، لأنها أدوات تتماشى مع العلاج المطبق.

✓ لا بد من خلوا أفراد مجموعة البحث الخاص بالدراسة من الإعاقات و الإضطرابات السالفة الذكر، باستثناء التخلف العقلي، لأن معظم الأطفال التوحديين يصاحبهم تخلف عقلي بشتى أنواعه، كما أن البرنامج الدراسة موجه لفئة التخلف العقلي كذلك.

✓ ، أن يكون أي من الأطفال التوحيديين الذين يزولون حضورهم بالمركز باستمرار، بدون أي إنقطاع في عملية العلاج، والتأكد بأن الأم تمارس نشاطات تمارين علاج "تش" في البيت باستمرار.

والجدول التالي يصف مجتمع البحث حسب درجة الإصابة و سن التشخيص ومدة العلاج بالبرنامج

(TEACCH)

الجدول رقم(5): يمثل خصائص مجموعة البحث حسب درجة التوحد، السن التشخيص، ومدة العلاج.

حالة التوحد	درجة الإصابة	سن التشخيص	مدة تطبيق برنامج العلاج (TEACCH)
الأولى:جلال	توحد حاد	عامين ونصف	18 شهر
الثانية:منصف	توحد حاد	3 سنوات	30 شهر
الثالثة:حميد	توحد حاد	عامين ونصف	15 شهر
الرابعة:مالك	توحد حاد	3 سنوات	15 شهر
الخامسة:كريم	توحد حاد	عامين ونصف	18 شهر
السادسة:لياس	توحد حاد	03 سنوات	30 شهر

3 - أدوات البحث:

الدراسة الإكلينيكية تتميز بالطرق التي تدرس الفرد ككل فريد عن نوعه، أي كوحدة متميزة عن غيرها وقد يدخل ملاحظة أساليب سلوكية معينة واستخلاص سمات شخصية خاصة، وتستخدم الإختبارات معملية تسمى الإختبارات الإكلينيكية...وبعض الطرق المستعملة في التشخيص تكون مقننة، من خلال الإختبارات السيكولوجية المقننة،... « (حلمي المليحي:1999:ص-30-29).

وقد أعتمدنا في هذه الدراسة على تقنيتين أساسيتين ، وتتمثل في :

- المقابلة العيادية نصف الموجهة: التي نسعى من خلالها لمعرفة ظروف تشخيص و تطبيق برنامج العلاج.
- وتقنية أخرى وهي مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS)، وذلك تلاؤماً مع المنهج العيادي الذي اتبعناه وللتحقق فرضية الدراسة.

3-1 - المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة من الأدوات الضرورية لفهم الفرد عن قرب، وإدراك مشاعره و اتجاهاته في المواقف التي يواجهها، و اتجاه العالم المحيط به، وهدف المقابلة هي الحصول على المؤشرات التي تساعد المختص في فهم المفحوص، و إذا استخدمت المقابلة بطريقة إيجابية، فإنها تقدم للفاحص معطيات هامة وعميقة الدلالة، وقد تتخذ المقابلة شكلاً غير موجه، فلا يتدخل النفساني أثناءها إلا عند الضرورة، كما يمكن أن تتخذ تشكلاً موجه يتدخل فيها العيادي بأسئلة وتبادل المعلومات. (فيصل عباس: 1995:ص30)

و في هذا الصدد استعملت المقابلة (نصف موجهة) لما تكتسبه من أهمية في الموضوع ومناسبتها في الدراسة، وخاصة أنه يدرس اضطراب تغيب فيه اللغة بالكامل مع الطفل التوحدي، لذا لا بد من تقديم أسئلة عديدة من أجل التشخيص والتقييم الدقيق للأولياء الأطفال المصابين بالتوحد والفريق الطبي، وذلك من أجل جمع المعلومات والبيانات.

▪ تعريف المقابلة النصف موجهة :

: « هي نوع من أنواع المقابلة التي تستعمل في البحث بكثرة وهي تابعة لفرضية البحث، تحتوي على محاور وفيها يستعين الأخصائي بطرح الأسئلة، قصد تقييم الحالة أو تشخيصها». (بشرى إسماعيل: 2004:ص57).

وعموماً البحث عبارة عن: « الطريقة التي يقوم بها الباحث بتحديد مختلف الظروف والمتغيرات التي تظهر في التحري عن المعلومات ». (صالح حسين الداهري: 2010:ص110).

وفي المقابلة نصف موجهة تكون تدخلات الباحث وفق محاور التي تهدف إلى الحصول على المعلومات التي تخدم متغيرات الدراسة، حيث تعتبر مقابلة خاصة بالبحث، و تصبوا المقابلة نصف الموجهة نحو هدفها

الأساسي هو ضبط الأسئلة موجهة حسب محاور محددة مسبقا من طرف الباحث، تمكنه من الحصول على هذه المعلومات موجه في نفس الوقت مع المقابلة، وهذا لتجنب الخروج عن الموضوع. ولذلك بنينا المقابلة في بحثنا المقابلة النصف موجهة على أساس فرضيات الدراسة وتخدم عملية البحث وفق ثلاثة محاور هي كالتالي :

○ المعطيات الشخصية:

- **المحور الأول:** يهدف إلى معرفة تاريخ حالة الطفل وحالته قبل وبعد الولادة
- **المحور الثاني:** يهدف إلى معرفة كيف تتم عملية التشخيص من طرف الفريق الطبي.
- **المحور الثالث:** يهدف لمعرفة كيفية تطبيق برنامج العلاج من طرف الأولياء. (أنظر الملحق رقم: 01)
- **سيرورة المقابلة:** لقد أتت كل مقابلة على الشكل الآتي:

قبل إلقاء الأسئلة الخاصة بكل محور، كان هناك حديث تمهيدي لإعادة التعريف بالموضوع والهدف من الدراسة، من أجل فتح المجال للبحث من خلال خلق جو من الثقة مع المفحوصين والتحدث عن موضوع إضطراب التوحد، وكذا تقديم توضيح وتفسير عن كيفية إجراء المقابلة.

وبعدها فتح باب إلقاء الأسئلة الخاصة بكل محور بشكل متسلسل، والتي تسمح للمفحوص بالدخول مباشرة في الموضوع، وأثناء المقابلة، وقد تم التدخل من حين لآخر وذلك لتوجيه المقابلة لمسارها بأسئلة فرعية عندما يبدأ المفحوص يحدد عن المحاور الأساسية، و ذلك بذكر أشياء لا تخدم بشكل مباشر الموضوع، أو عندما نجد أنفسنا أمام توضيح أو تفسير أكثر.

وهكذا هو الحال بالنسبة لجميع المحاور، بحيث نعمل في كل مرة على إلقاء التعليمات الخاصة بكل محور وكانت التدخلات كذلك في كل مرة لخدمة وإثراء وتوجيه المقابلة بما يساعد على الإجابة على الفرضية.

3-2- مقياس تقدير التوحد الطفولة: (Cars)

▪ تعريف مقياس: (CARS)

ويعد مقياس (CARS)، من الأدوات المقننة الأكثر إستعمالاً في حالة التقويم المبكر المرتبط بالتشخيص التوحد الطفلي، و يمكن إستعماله منذ 24 شهر، ويهدف إلى إعطاء درجة وقيمة لحالة التوحد من خلال الملاحظة الإكلينيكية للسلوكيات الطفل والبحث عن الأعراض التوحدية، وإعطاء تقييم عددي لشدة الأعراض. (Nadia boulekras : 2011:P50).

تقوم الأداة بتقييم 15 المحور الخاصة التالية، العلاقات الإجتماعية، التقليد، الإستجابة العاطفية، استخدام الجسم إستعمال الأدوات، التكيف مع التغييرات، الإستجابة البصرية، الإستجابة السمعية، استجابات الحواس (التذوق الشم واللمس)، الخوف والقلق، التواصل اللفظي، التواصل الغير لفظي، مستوى النشاط، المستوى العقلي والتجانس في مجال الوظائف العقلية، الإنطباع العام.

▪ الهدف من المقياس:

إن الغاية من استعمال مقياس تقدير التوحد الطفلي هو تشخيص وتقييم في نفس الوقت، يتم استخدامه من سن عامين، فهو في نفس الوقت يستعمل كأداة تشخيص لدرجة التوحد، وتقييم لبرنامج العلاج الخاص "تش" لشوبلر وذلك بالتعرف على الجوانب التطور والقصور .

كما يدور هدف المقياس حول هدف الدراسة، وهو تقييم برنامج تيش لشوبلر من خلال تطبيق مقياس كارس قياساً بعدي على أطفال التوحد، و التحقق من فعالية برنامج العلاج (TEACCH) على درجة التوحد لدى الأطفال، إلى جانب تقويم حالة التوحد والتشخيص الدقيق من خلال القيمة الخام التي يقدمها.

▪ تفسير نتائج المقياس:

يتم تفسير النتائج المتحصل عليه من المقياس من خلال القيمة الإجمالية من مجموع النقاط التي تتراوح

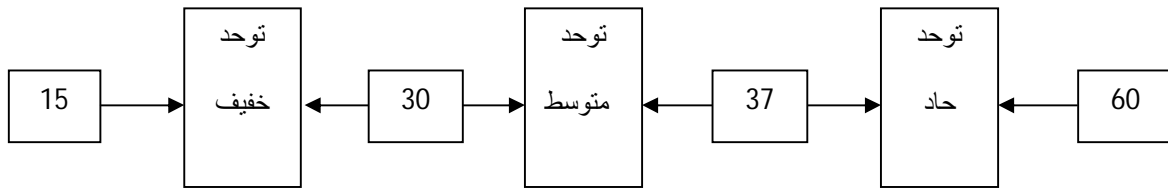
من 15 إلى 60 على وجود اضطراب التوحد.

- 15 إلى 29,5 = توحد خفيف إلى عدم وجود توحد.

- 30 إلى 36,5 = درجة توحد وسطي.

- 37 إلى 60 = درجة توحد شديدة.

والشكل التالي رقم (1) : يمثل درجات التوحد حسب المقياس (CARS):



▪ محاور مقياس (CARS):

يشمل المقياس الأنماط السلوكية التالية وهي 15 محاور:

(1) - العلاقات الإجتماعية:

وذلك بإقامة العلاقات بالناس وذلك بسهولة التواصل وتبادل الود والألفة في المواقف المختلفة.

(2) - التقليد:

تعني القدرة على تقليد ومحاكات الأطفال بما في ذلك تقليد الحركات والحديث في حدود الفئة العمرية.

(3) - الإستجابة العاطفية:

وتعني ما يلاحظ من تفاعل الطفل في المواقف السارة والغير سارة:

(4) - إستخدام الجسم:

وهي إستجابة حركات الجسم، التي تعني طريقة قيام الجسم بالحركات المختلفة وما يلاحظ فيه من عدم التناسق وكافة الأوضاع الغريبة أو إذاء الذات.

(5) - إستعمال الأدوات:

ويعني إستخدام الأشياء وكيفية إستخدام الألعاب ومدى إختلافه في التكيف معها عن السلوك الطبيعي.

(6) - التكيف مع التغيرات:

وتعني مدى تقبل التغيير أو مقاومته والإستجابة لأي تغيير يدخل على بيئته المألوفة أو عالمه الخاص.

(7) - الإستجابة البصرية:

يقصد بها الإلتفات البصري الطبيعي أو الغير طبيعي نحو مثيرات الإنتباه.

(8) - الإستجابة السمعية:

يقصد بها الإلتفات السمعي الطبيعي أو الغير طبيعي نحو مؤثرات صوتية طبيعية أو وهمية.

(9) - إستجابة الحواس :

تعني طريقة الإستجابة الحواس التذوق الشم واللمس للمثيرات المختلفة وهل هي طبيعية أم بها قدر من الشذوذ.

(10) - الخوف والقلق:

وهي علامات الخوف والتوتر وكيفية الاستجابة للعوامل التي تثير الخوف والتوتر وهل هي طبيعية أم

شاذة، أو إبداء الخوف والتوتر بدون سبب ظاهر.

(11) - التواصل اللفظي:

يعني كيفية التعبير اللفظي، وما قد يصاحبه من التردد أو الشذوذ أو الخروج عن المألوف.

(12)-التواصل غير لفظي:

يتمثل في طريقة التفاعل أو التعبير بغير الألفاظ مثل حركات الوجه أو الجسم أو اليدين أو الرأس.

(13)- مستوى النشاط:

ويقصد به طبيعة النشاط ومقداره وذلك من خلال ملاحظة في أماكن ومواقف مختلفة، ومدى ملائمتها

للوضع الطبيعي والحد الأعلى لهذا المستوى.

(14)- مستوى العقلي و تجانس الوظائف العقلية:

ويعني مستوى الإستجابات الذهنية واتساقها وتقييم الأداء المعرفي العام و اتساقه عبر المهارات والمواقف

المختلفة والحد الأعلى لهذا المستوى.

(15)- الإنطباعات العامة:

يشمل هذا التقييم الإنطباع العام للدرجة التي يمكن أن يوصف بها الطفل بأنه توحدي، ويستخدم فيه كل

المعلومات المتاحة عن الطفل، سواء كانت من الأسرة أو عن طريق الإطلاع على ملفات أو بنود السابقة في

التقييم. (علي الرفاعي: 1999: ص221-225). (أنظر الملحق رقم: 2)

▪ الخصائص السيكومترية للمقياس:

الإختبار الجيد يجب أن يكون صادقاً وثابتاً، ويقصد بالصدق أن يقيس الإختبار فعلاً القدرة أو السمة أو

الإتجاه أو الإستعداد الذي وضع الإختبار لقياسه، أي أن يقيس فعلاً ما قصد أن يقيسه فالمقياس الذي أعد

لقياس سمة سيكولوجية معينة يكون مقياساً صادقاً بمدى ما يقيس هذه السمة التي صمم المقياس من أجل

قياسها... والثبات يتناول مدى تطابق درجات أفراد مجموعة معينة على إختبار معين في كل مرة يعاد إختبارهم

بنفس الإختبار، فالثبات يشير إلى الاستقرار في الدرجات الفرد الواحد على نفس الإختبار.

(فيصل عباس1996:ص22)

○ صدق المقياس :

لقد قمنا بترجمة المقياس إلى اللغة العربية و للتحقق من الصدق الإختبار استعنت بالصدق الظاهري، هو « الصدق الذي يستخدم للإشارة إلى مدى ما يبدو أن الإختبار يقيسه، أي أن الإختبار يتضمن بنودا التي تبدو على صلة بالمتغير الذي يقاس، و أن مضمون الإختبار متفق مع الغرض منه، ومن المرغوب فيه، بصفة عامة أن يكون الإختبار ذا صدق مظهري إذ يلعب الصدق المظهري دورا واضحا في تنمية تعاون المفحوص وتوجيه انتباهه إلى نوع الإجابة المطلوبة منه ». (بشرى إسماعيل:2004:ص86)

و من أنواع الصدق الظاهري نجد صدق المحكمين، وذلك بعرض البنود على مجموعة من الأساتذة المحكمين، وقد عرضنا الصورة المترجمة للمقياس (CARS) على جماعة من المحكمين تتكون من (6) دكاترة وأساتذة محاضرين. (أنظر الملحق رقم 3)

وبعد الإطلاع على موضوع الدراسة و فرضيته أجابوا على الأسئلة التي طرحناها عليهم، وقد كانت النتائج الصدق في الجدول الذي يبين آراء الأساتذة المحكمين، كما توضح النسبة المئوية، بحيث أجمع أغلب المحكمين أن ترجمة الأداة مناسبة وواضحة، ولها علاقة مباشرة بموضوع الدراسة.

(أنظر الجدول التابع للملحق رقم 3).

○ ثبات المقياس:

و يعبر الثبات عن الإتساق والتجانس بين درجات التطبيق الأول والثاني للمقياس وذلك عند تطبيقه على نفس الأفراد في نفس الظروف، حيث تكون النتائج مستقرة في كل مرة يتم تطبيقها على نفس المجموعة، وعليه فقد تم التأكد من معامل ثبات مقياس التوحد الطفولي (CARS)، بإستخدام معامل الارتباط بيرسون " ر " وذلك بعد عرض المقياس على مجموعة البحث التي تتكون من 06 أطفال، ثم إعادة تطبيقه على نفس العينة بعد مرور أسبوعين من التطبيق الأول، وبعد حساب الثبات توصلنا أن المقياس ثابت بدرجة: 0,99 .

▪ إجراءات تطبيق مقياس (CARS).

ويتم تطبيق مقياس (CARS)، من طرف مختص نفسانيين أو أطفونيين أو طبيب الأطفال مختص في الطب العقلي للأطفال، شريطة أن يكون تلقى تكوين في ذلك، ولا بد أن يحضر الوالدين عند تطبيقه، حيث يعطى لهم موعد خاص بعملية التقييم التي يتم فيها تطبيق المقياس، يتم ذلك كل أربعاء وخميس من الساعة 09 صباحا، وتعتبر عملية تطبيق المقياس غير محددة بزمان وذلك حسب كل حالة، غير أنه لا بد أن يراعى فيها حالة الطفل البدنية والصحية، وفي حالة حضور الطفل المصاب بالتوحد مريضا بأمراض كالسعال أو الأنفلونزا يؤجل إجراء التطبيق إلى موعد آخر، و يعتبر حضور الوالدين إجباري وخاصة الأم ، بإعتبارها المطبق الرئيسي لبرنامج العلاج و التي بإمكانها ملاحظة التغير في السلوك، وللتأكد من تحسن السلوكيات و انخفاض الأعراض يتم ذلك بتطبيق بعض التمارين التي يحتويها برنامج العلاج، يقوم بها الطفل أمام جميع الأخصائيين و ملاحظة السلوك مباشرة للحكم على الدرجة التي يجب أن تعطى على المقياس، والتي تتراوح بين (1-4) لوصف الأنماط السلوكية التي تحتويها المحاور الخمسة عشر كما سبق وأن ذكرنا سابقا، ويتضمن المقياس بيانات الطفل الأولية ويتكون من 15 عشر نمطا سلوكيا يتم التقييم من خلال مدرج رقمي يبدأ من (1 إلى 04) درجات، ويقدر الطفل من كونه طبيعيا أو منحرفا عن الوضع الطبيعي، ويكون هذا التقدير لما يتناسب مع الفئة العمرية، وتوضع علامة في الخانة المناسبة من الخانات الأربعة وهي كالتالي:

- طبيعي ومتناسب مع سن الطفل = 1

- ينحرف عن السلوك الطبيعي بدرجة بسيطة = 2

- ينحرف عن السلوك الطبيعي بدرجة متوسطة = 3

- ينحرف عن سلوك الطفل بدرجة شديدة = 4.

خلاصة الفصل:

بعد عرض الإجراءات المنهجية للدراسة التي تتمثل في خطوات للبحث الميداني، محددين في ذلك المنهج المناسب والذي يتمثل في المنهج الإكلينيكي، وبعد حصر أدوات الدراسة اللازمة والمناسبة المتمثلة في المقابلة والاستعانة بالمعطيات المتحصل عليها من أدوات البحث، و من خلال أهم أداة في البحث سلم تقدير التوحد الطفلي (CARS)، سنقوم بعرض و تفسير و تحليل المعطيات المتحصل عليها، و التحقق من فرضية الدراسة من خلال مجموعة البحث التي سنعرضها بالتفصيل في فصل خاص يتعلق بعرض نتائج الدراسة وتحليلها ومناقشتها.

الفصل الخامس
عرض وتحليل و مناقشة
نتائج الدراسة

*الفصل الخامس : عرض نتائج الدراسة و تفسيرها

- 1- عرض ومناقشة نتائج الحالة الأولى .
 - 2- عرض ومناقشة نتائج الحالة الثانية .
 - 3- عرض ومناقشة نتائج الحالة الثالثة .
 - 4- عرض ومناقشة نتائج الحالة الرابعة.
 - 5- عرض ومناقشة نتائج الحالة الخامسة.
 - 6- عرض ومناقشة نتائج الحالة السادسة.
 - 7- عرض نتائج الحالات مجموعة البحث.
 - 8- تحليل نتائج المتعلقة بالفرضية.
- خاتمة.
 - توصيات.
 - الإقتراحات.
 - صعوبات البحث.

❖ الفصل الخامس : عرض نتائج الدراسة وتفسيرها.

1- الحالة الأولى:

1-1- المعطيات الشخصية:

- الإسم: (جلال)

- اللقب: م

- الجنس: ذكر

- السن: 05 سنوات

- الرتبة في العائلة: الطفل الثاني.

- المستوى التعليمي للأم: مستوى ثانوي نهائي.

- المستوى التعليمي للأب: سنة تاسعة متوسط.

- المستوى الإجتماعي: متوسطة.

1-2- عرض ملخص المقابلة:

"جلال" يبلغ من العمر 05 سنوات، ينتمي إلى عائلة متوسطة الظروف الإجتماعية، تتكون من أب 42 سنة، أم 38 سنة، بينت الكشوف و التحاليل الطبية أنه لا يعاني من أي إصابة، غير أن لديه إضطرابات في النوم، وعدم التركيز، أما بالنسبة للأمراض العائلية، يعاني عم الطفل من التخلف العقلي، تقدم الوالدين إلى المصلحة وعمر الطفل عامين ونصف في 14-05-2011، وبعد تطبيق سلاّم التشخيص المتمثلة في سلم (CHAT) و (ECAN)، بين سلم "شا" على توفر جميع الأعراض التي تدل على وجود إضطراب التوحد، و من خلال سلم "أوكان"، الذي بين وجود (27) عرض خاص بإضطراب التوحد من أصل 33 تضمنت 21

عرض شديد ضمن المجال (3-4)، و 6 أعراض متوسطة ضمن (1-2)، وبقي 5 أعراض لم تلاحظ وهي الأعراض التالية: (33-32-28-27-21)، ومن خلال السالام السابقة تم تشخيص الطفل "جلال" ضمن الأطفال التوحديين، ومن أجل التشخيص الدقيق وللحصول على درجة التوحد تم تطبيق مقياس التوحد الطفولي (CARS)، فيه تحصل على درجة 49 على المقياس، و تعبر عن التوحد الحاد، وفور عملية التشخيص، تم تطبيق برنامج العلاج (TEACCH) لمدة: 18 شهر.

2-2- تحليل المقابلة:

من خلال المقابلة نصف موجهة مع الأم تحصلنا على بعض المعلومات حول حالة الطفل أثناء مرحلة النمو تقول الأم أن لم تصب بأي أمراض في تلك المرحلة، فقد كانت مرحلة عادية، وبالنسبة للأمراض العائلية عم الطفل مصاب بالتخلف العقلي الحاد، وفيما يخص إنتباه الأم لإصابة ابنها بإضطراب التوحد فهي تقول: (وليدي مقلق ويضطرب روحوا، كنت نشك دائما في سلوكات وليدي، في عامين ونص ما يهدرش كيما الدراري لخرين، هذا اللي خلاني نروح لعند الطبيب، وكى راحت عند بيدياطر هو وجهني لسبيطار دريد حسين)، وعند أول مقابلة في المصلحة " دريد حسين" تم تشخيص حالة الطفل "جلال" ضمن فئة الأطفال التوحديين، وذلك من خلال مقاييس التشخيص الخاصة بالتوحد من طرف الفريق الطبي المختص في ذلك، وعليه صنف " جلال" ضمن الأطفال ذوي التوحد الحاد، وفي مقابلة موالية طبق مقياس " كارس" تحصل فيه " جلال " على درجة 49 وهو توحد حاد، وفيما يخص عملية تطبيق البرنامج العلاج فقد بدأ تطبيقه من طرف الأم منذ عاين ونصف، بحيث تم إعطاء تعليمات من طرف المختصين حول كيفية تطبيق البرنامج ، كما تم إعطاء موعد خلال كل شهر، للحضور اللقاءات الشهرية بين الأولياء والمختصين فيه تطرح المشاكل والصعوبات التي يصادفونها أثناء تطبيق البرنامج، « حيث يزيد تدريب الآباء فعالية البرنامج بالتشجيع على المحافظة على نتائج العلاج » ، ومن أجل ربح الوقت تم إرشاد الأم ببداية تطبيق محاور التي تحتوي على تمارين الخاصة بعمر (0-1) سنة، وبالتركيز

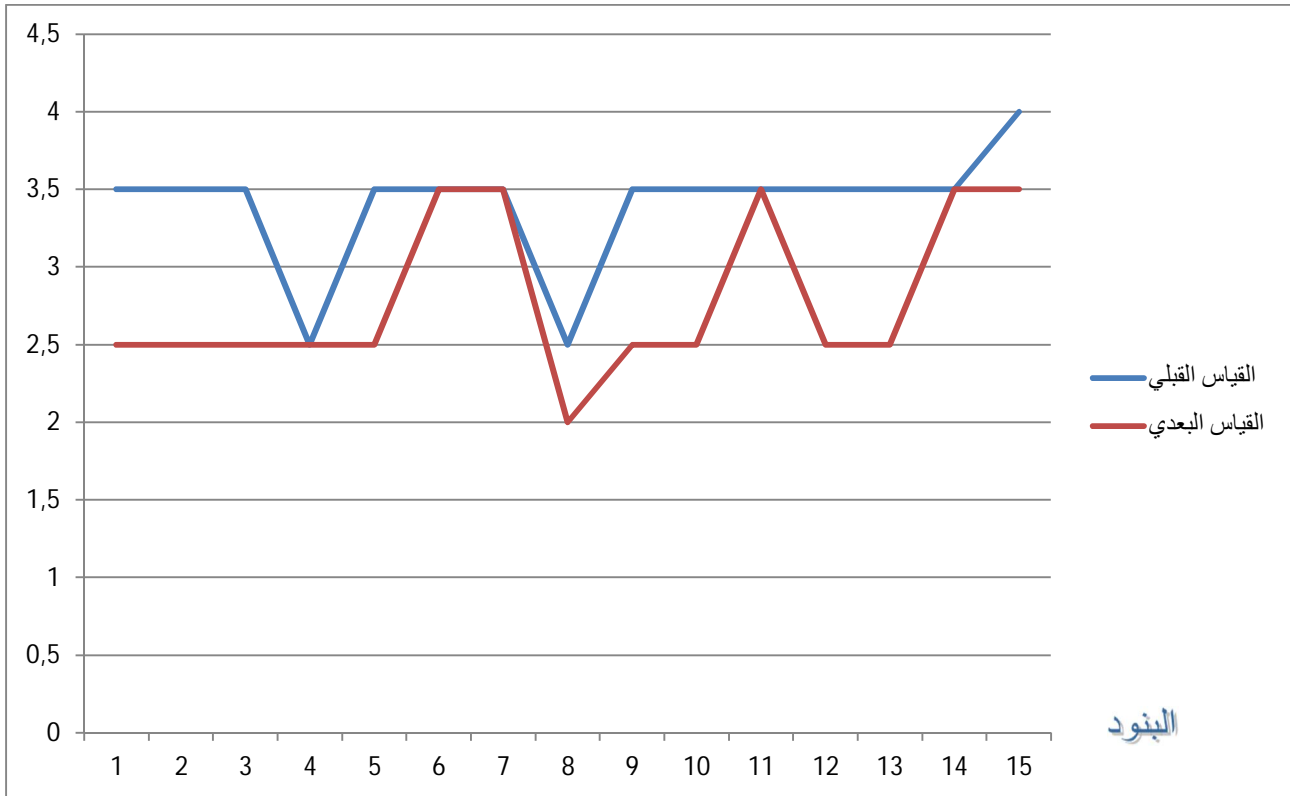
على محور التقليد، الذي يعتمد على أسلوب "المنبه و الإستجابة" هذا النوع من التعلم أُنخذ من مبادئ العلاج السلوكي الدعامة الرئيسية لكل ما تحويه من قواعد وقوانين، فحسب "بافلوف": « نستجيب ونتصرف نحو الكثير من الأشياء إذا ما أصبح ظهورها شرطيا من شروط منبهات أخرى تشبع حاجاته الرئيسية أو تهدد إشباعنا لهذه الحاجات ، حيث الكثير من الإضطرابات وسمات الشخصية هي إستجابات أكسبناها بهذا الشكل حتى تحولت إلى عادة مرضية أو صحية، وليست نتاجا لغرائز طبيعية أو صراعات داخلية كالقلق والخوف والتفاؤل والتشاؤم كلها يمكن تفسيرها على أنها إستجابات شرطية لمنبهات اكتسبت قدرتها على إثارة المنبهات السلوكية بسبب إرتباطها على أحداث تبعث إلى الضرر أو الألم أو النفع أو الفائدة ». (عبد الستار إبراهيم:1993:ص52)، كما تم إعطاء موعد بعد فترة زمنية قدرت بشهرين لمسايرة تطبيق الأم للبرنامج، وذلك بإحضار جدول خاص بالتمارين المنجزة والتي لم تتجز بإعطاء علامة لكل تمرين تكون كما يلي: (جيد، حسن، صعب، لم ينجز التمرين)، وفي الحديث عن مكان والزمان التطبيق تقول الأم: (نطبق التمرين في الوقت، وعندى بلاسا فيها كرسي وطابلة نطبلوا فيهم ، يخدم مليح ومنين داك مايحبش، ويدرب رحو)، من أجل تعديل السلوك المضطرب يعتمد ذلك على تطبيق عملي لقواعد و مبادئ وقوانين التعلم في ميدان العلاج النفسي، وبصفة خاصة التعلم الشرطي الذي أكتشفه " بافلوف" (Pavlov) وطورها "جون واطسن" (Watson) ، لحل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضي، وتنمية السلوك المراد تسويته لدى الفرد. (حامد عبد السلام زهران:2005:ص237)

1-4- عرض نتائج تطبيق القبلي والبعدي لسلم تقدير التوحد الطفولي (CARS) :

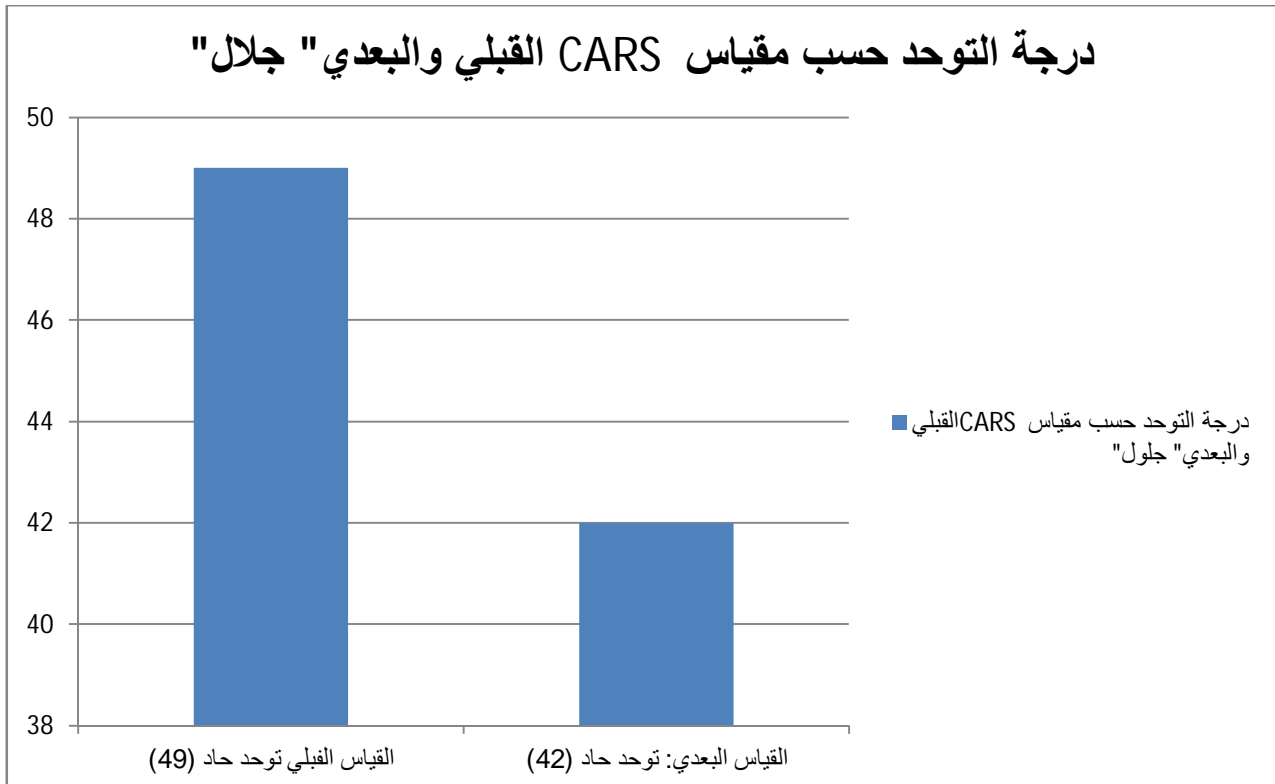
الجدول رقم(7):يمثل نتائج التطبيق القبلي والبعدي لسلم تقدير التوحد الطفولي "CARS" جلال"
(من بداية العلاج ببرنامج (TEACCH) إلى تقييم للحالة لمدة:18 شهر)في:24-03-2015

الرقم	بنود (CARS) مقياس	التطبيق قبلي (CARS)	الملاحظة بعد تطبيق العلاج (TEACCH)	تطبيقبعدي (CARS)
01	العلاقات الإجتماعية	3,5	يبحث عن والديه	2,5
02	التقليد	3,5	يقلد تمارين النشاط عند الطلب والإلاحاح	2,5
03	الإستجابة العاطفية	3,5	يفرح عند التصفيق له عند إنجاز التمرين	2,5
04	إستعمال الجسد	2,5	جلوس لإنجاز تمارين	2,5
05	إستعمال الأدوات	3,5	يتعرف على الألعاب يقوم بإنجاز الحلقات	2,5
06	التكيف مع التغييرات	3,5	بقاء شدة العرض	3,5
07	الإستجابة البصرية	3,5	عدم التواصل بالنظرة	3,5
08	الإستجابة السمعية	2,5	يتعرف لصوت والديه	2
09	الذوق الشم للمس طريقة الإستجابات	3,5	يتذوق بعض الأطعمة ويرفض بعضها	3,5
10	الخوف والقلق	3,5	يظهر خوف بعينه	2,5
11	التواصل اللفظي	3,5	عدم ظهور أي كلمة	3,5
12	التواصل غير لفظي	3,5	يشير بسبابة تجاه الشيء قليلا ليطلبه	2,5
13	مستوى النشاط	3,5	أصبح يتجاوب قليلا مع تعليمات الأم	2,5
14	المستوى العقلي	3,5	تقدم طفيف	3,5
15	الإنطباع العام	4	توحد حاد	3,5
مجموع درجات		49	القياس البعدي (CARS)	42
تصنيف التوحد		توحد حاد	تصنيف بعدي (CARS)	توحد حاد

الشكل رقم (2): يمثل نتائج التقييم القبلي و البعدي لمقياس (CARS) للحالة الأولى " جلال "



الشكل رقم (3): يمثل درجة التوحد حسب مقياس (CARS) في القياس القبلي والبعدي الحالة الأولى.



1-5- تحليل نتائج المتعلقة بالتطبيق البعدي لمقياس (CARS) الحالة (1):

1- العلاقات الإجتماعية:

ينتبه "جلال" لصوت أبيه، يتعرف بإتجاه الضجيج، يبتسم ويظهر السرور عند إنجاز عمل طلب منه، علاقات إجتماعية منخفضة، انخفاض العرض بنسبة قليلة إلى حدود متوسطة، تقدر في القياس البعدي 2,5.

2- التقليد:

بالنسبة لنشاطات التقليد يقوم "جلال" بتقليد أغلب التمارين، بحيث يضع الأشكال في مكانها المناسب، يضع الأقلام في اللعبة، يضع كل الحلقات في مكانها، يقلد ما يطلب منه ولكن بعد إلحاح و تغيير في المزاج، وعلى ضوء ذلك فقد انخفضت شدة العرض إلى 2,5 في القياس البعدي على مقياس "كارس"

3- الإستجابة العاطفية:

ظهرت بعض السلوكيات الإيجابية التي تدل على الاستجابة العاطفية، بعد تطبيق البرنامج العلاج " تيش"، نذكر منها: إظهار الفرح بعد إنجاز التمرين، إستجابات عاطفية خفيفة، وعليه هناك إنخفاض بدرجة واحدة، من إنحراف الشديد في القياس القبلي الذي قدر ب: 3,5 إلى متوسط يقدر ب: 2,5 في القياس البعدي على مقياس كارس".

4 - إستخدام الجسم:

لم تتغير شدة العرض بالنسبة لمحور إستخدام الجسم، بحيث يجلس الطفل بهدوء، فقد بقي العرض نفسه ولم يظهر أي تغيير في القياس البعدي لمقياس "كارس" قدر بإنحراف متوسط: 2,5 .

5- إستعمال الأدوات:

يحسن الطفل إستعمال الأدوات التي تم التعرف عليها في التمارين، ولكن بالنسبة للأدوات التي يعرفها الأطفال في نفس سنه فلا يدركها، وقد أنخفض العرض من 3,5 إلى 2,5 على مقياس "كارس".

6- التكيف مع التغيير:

لقد بقيت شدة العرض بالنسبة لمحور التكيف مع التغيير في القياس البعدي ثابتة، قدرت: 3,5 وهي إنحراف شديدة، ويظهر لنا ذلك من خلال التصاق الطفل بالشيء بغية مقاومة التغيير والحفاظ على الروتين.

7- الإستجابة البصرية:

لا يظهر الطفل أي إستجابة بصرية، وخاصة التواصل بالنظرة التي تعد من الأعراض المشتركة التي يعاني منها أغلب الأطفال التوحديين، غير أن لديه نظرة جانبية، وعليه بقية شدة العرض على حالها في القياسين القبلي والبعدي التي تقدر ب: 3,5 على المقياس.

8- الإستجابة السمعية:

لدى الطفل إستجابة سمعية تتمثل في التعرف لصوت أبيه وأمه، و الإنتباه لمصدر الضجيج وبعد تطبيق برنامج العلاج ، ظهرت لديه الإستجابة السمعية المتمثلة في فهم التعليمات لتطبيق التمرين والقيام به، وبذلك أنحفظ العرض انخفاض طفيف من 2,5 في القياس القبلي إلى 2 في القياس البعدي على مقياس "كارس".

9- الإستجابة وطريقة الإستكشاف (التذوق - الشم - اللمس):

لم يظهر الطفل أي تحسن بالنسبة للإستجابة المتعلقة بالشم، الذوق، واللمس، بحيث بقي إكتشافه للذوق على حاله، حيث لا يأكل سوى الخبز والزيت، وبالنسبة للأطعمة الأخرى فلا يعرفها، كما لا يتعرف على الذوق و يقوم يأكل اللحم ثم يرميه من فمه، وقد بقي شدة العرض على حالها في القياس البعدي قدرت: 3,5.

10 - الخوف والقلق:

يستجيب الطفل ببعض السلوكيات التي تعبر على الخوف أو الحذر، غير أن القلق يوجهه نحو نفسه يتمثل في جرح وجهه و ذلك في بعض الأحيان، وقد أنخفض العرض من 3,5 إلى 2,5 على مقياس "كارس".

11- التواصل اللفظي:

لم يتكلم أي كلمة سو كلمة "با" و"ما"، فلا يستعمل أي كلمة واضحة المعنى، وقد تحصل في القياس القبلي على درجة 3,5 وبقيت على شدتها في القياس البعدي .

12- التواصل غير اللفظي:

لقد أظهر "جلال" بعض السلوكيات الدالة على التواصل غير اللفظي مثل: الإشارة بالأصبع غير أنه لا يطيل في ذلك، كما لديه إنتباه للأشياء، وعليه انخفض العرض من 3,5 إلى 2,5 على المقياس.

13- مستوى النشاط:

لقد تغير مستوى النشاط للأفضل، بحيث تقول الأم بأنها أصبحت تستطيع أن تطبق تمارين برنامجالعلاجمع أبنها أفضل مما قبل ، كما أصبع يستجيب للتعليمات، وقد حقق في ذلك انخفاض من 3,5 في القياس القبلي إلى 2,5 في التطبيق البعدي على مقياس "كارس"

14- المستوى العقلي والتجانس في مجال الوظائف العقلية:

ليس للطفل أي ذكاء وأي تطور، وقد تحصل على عرض شديدة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس "كارس" قدر 3,5.

15- الإنطباع العام:

بالنسبة للإنطباع العام لحالة "جلال" فإن النتائج المتحصل عليها في القياس القبلي والبعدي توجي بذلك، وهو بقاء الحالة ضمن التوحد الحاد الذي تعبر عليه الدرجة المتحصل عليها في القياس البعدي وهي التي تقدر ب:42 على مقياس تقدير التوحد الطفولي "كارس"، بعدما كانت 49، وسجل إنحراف شديديقدر:3,5

▪ خلاصة الحالة:

من خلال التطبيق البعدي وبالرجوع إلى التطبيق القبلي لمقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)، ومن خلال المقابلة نصف موجهة أتضح بقاء أغلب أعراض اضطراب التوحد ظاهرة لحالة "جلال"، إلا أن شدتها قد انخفضت شيئاً ما في بعض البنود وهي العلاقات الإجتماعية، التقليد، الإستجابة العاطفية، إستعمال الأدوات، التواصل غير لفظي ومستوى النشاط، كما أن بعض السلوكيات الإيجابية قد ظهرت كالإبتسام، الإشارة بالسبابة، تذوق بعض الأطعمة، و الإلتفات إلى مصدر الأصوات، وكذلك التعرف لصوت الوالدين.

تشير نتائج إلى تقدم ملحوظ، وتحسن في بعض الإستجابات، غير أن هذا التقدم الطفيف لم يخرج الطفل من دائرة اضطراب التوحد ومن شدته المقدره بالتوحد الحاد حسب المقياس، وهو ما تفسره الدرجة المتحصل عليها عند تطبيق مقياس التوحد الطفولي (CARS) البعدي.

و بينت النتائج المتحصل عليها من المقياس أن بعض الأعراض التي يقيسها قد انخفضت شدة إنحرافها بدرجة واحدة، نذكر منها: التواصل الغير لفظي، مستوى النشاط، الخوف والقلق، الإستجابة السمعية، استعمال الأدوات، الإستجابة العاطفية، التقليد، العلاقات الإجتماعية.

إنخفاض 07 درجات على المقياس (CARS)، وهي قيمة تفسر بداية العلاج حسب مدة تطبيقه التي تقدر ب 18 شهر،

من خلال الدرجتين في القياس القبلي (49) و في القياس البعدي (42)، هما درجتين تفسران على بقاء الحالة في تصنيف التوحد الحاد، غير أن التناقص في مجموع الدرجات الظاهر يشير إلى وجود تحسن في بعض الأعراض، وظهور سلوكيات توحى ببداية نجاعة برنامج العلاج، هو بقاء الطفل " جلول " ضمن فئة التوحد الحاد، حيث تحصل على درجة 42 التي تقع في المجال (37-60) .

2- عرض الحالة الثانية:

2-1- المعطيات الشخصية:

-الإسم:(منصف)

- اللقب:ب

- الجنس:ذكر

- الرتبة في العائلة:الطفل الأوسط.

- السن:5 سنوات ونصف

- المستوى التعليمي للأم: جامعية.

- المستوى التعليمي للأب: سنة ثالثة ثانوي.

- المستوى الإجتماعي: ميسورة المعيشة.

2-2-عرض مضمون المقابلة:

"منصف" يبلغ من العمر 5,5 سنوات، ينتمي إلى أسرة ميسورة من الناحية الإقتصادية و الإجتماعية، تتكون من أم تبلغ من العمر 45 سنة، الأب 38 سنة، أخت 10 سنوات وأخ أصغر عمره عامين، أصيب الطفل منصف بحساسية بعد الولادة في سن 06 أشهر، تقدم إلى المصلحة في سن 3 سنوات أين شخصت حالته ضمن فئة الأطفال التوحديين، أثناء عملية التشخيص التي كانت في 10جانفي 2013، كانت الأعراض التي تدل على إضطراب التوحد من خلال تطبيق أدوات التشخيص، التي تبين على سلم "أوكان"، وجود 09 أعراض شديدة ضمن المجال (3-4)، و 9 أعراض متوسطة ضمن المجال (1-2)، أما 14 عرض من عرض المتبقية فلم تظهر لدى الطفل جلال، وبعد تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفولي(CARS)، بعد التشخيص

تحصل على درجة 39 على المقياس وهو توحد حاد، وبعد تطبيق برنامج العلاج لمدة 30 شهر تم إجراء قياس بعدي (CARS) وذلك في 15-03-2015، أين تحصل "منصف" على درجة 26 وهو توحد خفيف، علما أن الأم تطبق التمارين يوميا وتحضر إلى الاجتماعات الشهرية، كما تزاوّل العلاج عند الأخصائي الأطفونى، وتحضر مواعيد التقييم باستمرار، وبالنسبة لتطبيق البرنامج العلاج، وعندما تصادف أي مشكلة بالنسبة لطفلها تقوم باستشارة الأخصائيين، كما يتم كل أسبوع أخذ الطفل إلى المختص الأطفونى، وتعمل بنصائح الموجهة لها.

3-2- تحليل المقابلة:

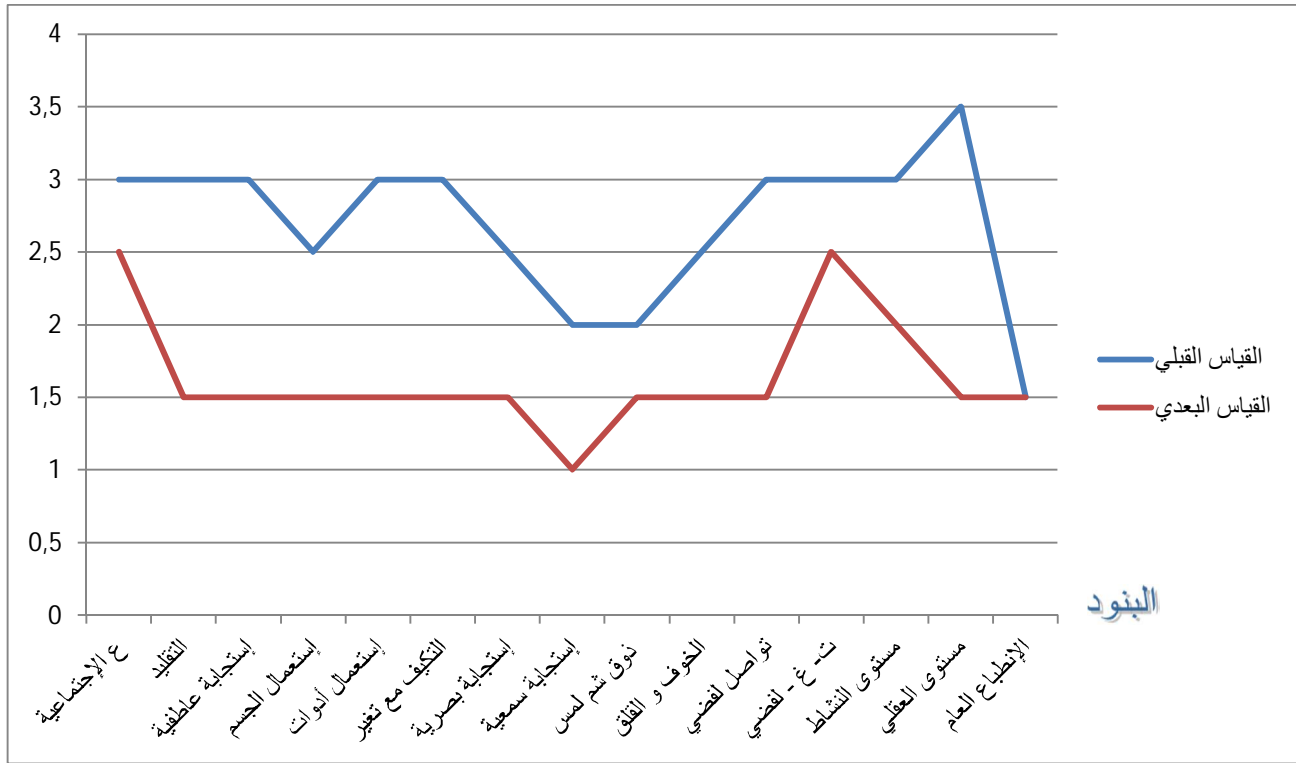
حسب ما تم الحصول عليه من المقابلة نصف موجهة فقد كانت فترة الحمل بالنسبة للطفل " منصف" عادية فلم تشهد الأم أي مشاكل صحية تذكر، كما تعد ظروف العائلية الإقتصادية والإجتماعية ميسورة، وفيما يخص مرحلة النمو الأولى بدأت الأم تلاحظ سلوكيات عبرت عنها الأم أنها: (غريبة)، وذلك منذ سن 18 شهر، وتقول: (ربيت ولاد من قبل بصح هذا الطفل ما شي نورمال)، وأهم ما لفت انتباه الأم بعض السلوكيات تقول: (ما يتواصل بالنظرة، وما يهدرش)، الأمر الذي جعل الأم تقوم بزيارة طبيب للأطفال الذي قام بعزل كل الشكوك عن الإضطرابات المشابهة للتوحد، هذا الأخير الذي وجه الوالدين إلى المصلحة الخاصة بإضطراب التوحد " دريد حسين"، أين تم تشخيص الطفل ضمن التوحديين في أول زيارة من خلال سلالمة التشخيص المتوفرة هناك، ومن أجل الحصول على درجة التوحد تم إجراء مقياس (CARS) تحصل الطفل على درجة شديدة قدرت 39، وقد أظهر المقياس من خلال المحاور شدة السلوكيات التي من خلالها يتم بداية العلاج، فحسب " نادية بولقراس" (Nadia boulekras :2011:P50)، أن المقياس يهدف إلى إعطاء درجة وقيمة لحالة التوحد من خلال الملاحظة الإكلينيكية للسلوكيات الطفل و البحث عن الأعراض التوحديّة، وإعطاء تقييم عددي لشدة الأعراض، وإنطلاقاً من ذلك استجابت الأم لنصائح وتوجيهات الفريق الطبي المتخصص في طريقة تطبيق

البرنامج العلاجي)، وبعدها تم التعرف على الأعراض الشديدة في المقياس، التي تتمثل في: التقليد، العلاقات الإجتماعية، التواصل اللفظي و غير لفظي، و قامت الأم بتوفير كل الظروف المكانية والمادية لطفلها وخصصت الوقت والأدوات اللازم لتطبيق تمارين البرنامج معتمدة في ذلك على أسلوب الثواب والعقاب الذي يعتبر من أساسيات تطوير و تعزيز السلوك الإيجابي، كما يعد أفضل برنامج تعليمي هو البرنامج الذي ينمي مهارات الأطفال ويدرك جوانب ضعفهم.(إبراهيم الزريقات:2002:ص315)، وبالنسبة لوقت البرنامج العلاجي تقوم الأم بتخصيص نصف ساعة يوميا للعمل مع ابنها فيما يخص تطبيق تمارين البرنامج حيث تضعه على الطاولة في مكان مخصص في زاوية الغرفة وقبل البدء بتطبيق التمرين تقدم له شراب محبوب عند الطفل وفي بعض الأحيان تبدأ بتمرين يحبه الطفل ، وبعد تطبيق برنامج العلاج لمدة 30 شهر، أين أصبح عمر الطفل 5 سنوات و 8 أشهر، لاحظت الأم تحسنا ملحوظا بحيث تقول: (يفهم مريح، يلعب مع الأطفال، يتعرف على أبويه، يشير لواش يحب، يحب يأكل الفواكه، راني نشوف تحسن).

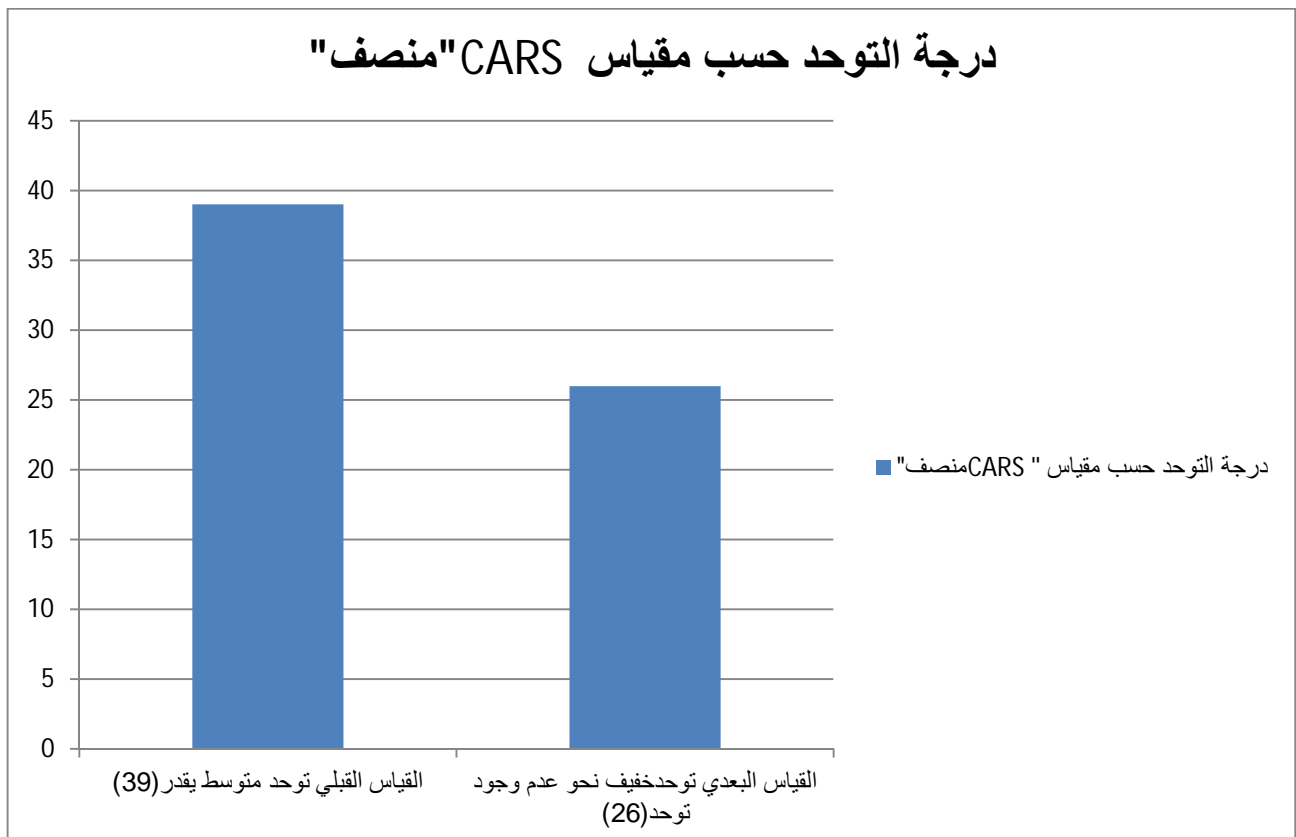
2-3- عرض نتائج تطبيق القبلي والبعدي لسلم تقدير التوحد الطفولي (CARS) الجدول رقم(8):يمثل نتائج التطبيق القبلي والبعدي لسلم تقدير التوحد الطفولي CARS"منصف" (منذ بداية تطبيق برنامج العلاج إلى التقييم للحالة لمدة:30 شهر) في:15-03-2015

الرقم	بنود مقياس (CARS)	قياس قبلي (CARS)	الملاحظة بعد تطبيق العلاج (TEACCH)	قياس بعدي (CARS)
01	العلاقات الإجتماعية	3	اللعب مع الأطفال	2
02	التقليد	3	كل السلوكياتوتقليد التمارين	1.5
03	الإستجابة العاطفية	3	ابتسامه و صرور	1,5
04	إستعمال الجسد	2,5	تحسن ملحوض	1,5
05	إستعمال الأدوات	3	إستعمال جيد للأداة	1,5
06	التكيف مع التغييرات	3	يتأقلم مع التغيير	1.5
07	الإستجابة البصرية	2,5	يتواصل بالنظرة عند إنهاء التمرين	1.5
08	الإستجابة السمعية	2	إستجابات طبيعية	1
09	الذوق الشم للمس	2	إستجابة عادية	1,5
10	الخوف و القلق	2,5	إظهار الخوف	1.5
11	التواصل اللفظي	3	تواصل لفظي	1,5
12	التواصل غيرلفظي	3	تواصل بالنظرة	2,5
13	مستوى النشاط	3	إنجاز العمل بنشاط	2
14	المستوى العقلي	2,5	ذكاء وقدرات بسيطة	1,5
15	الإنطباع العام	1,5	توحد خفيف جدا	1
مجموع درجات		39	القياس البعدي CARS	26
تصنيف التوحد		توحد حاد	تصنيف بعدي CARS	توحد خفيف

الشكل رقم (4): منحنى يمثل درجة التوحد حسب مقياس (CARS) في القياس القبلي والبعدى الحالة الثانية.



الشكل رقم (5): أعمدة تمثل درجة التوحد حسب مقياس (CARS) في القياس القبلي والبعدى الحالة الثانية.



2-4- تحليل نتائج المتعلقة بالتطبيق البعدي لمقياس (CARS) الحالة(2):

1-العلاقات الإجتماعية:

يتعرف "منصف" على أبيه وأمه، يفهم التعليمات، لديه علاقات إجتماعية جيدة مع الأطفال بحيث يبحث عنهم للعب معهم،انخفض العرض من 3 إلى 2 على مقياس(CARS).

2- التقليد:

يقوم الطفل بتقليد جميع التمارين ، بحيث يقلد جيدا تمرين المتمثلة في الكأس و الملعقة، يضع الحلقات فوق بعضها بسهولة، وبذلك فقد تحسن من 3 الى 1,5.

3-الإستجابة العاطفية:

يستجيب منصف بالسرور، خاصة بعد إنهاء إنجاز التمارين، بحيث يبحث عن المكافئة من طرف الأخصائين أو الأم بالتصفيق أو بكلمة " برافو". وقد تحسن بحيث نقصت الأعراض من 3 في القياس القبلي إلى 1,5 في القياس البعدي على مقياس تقدير التوحد الطفولي(CARS).

4-إستخدام الجسم:

يتحكم الطفل في جسمه جيدا بحيث يمشي بخطوات عادية نحو الهدف، وينزل لإلتقاط الكرة بكل ثقة، كما بإمكانه أن يتعرف على أسفل الطاولة، ويبحث برأسه تحتها، وبالتالي فقد نقصت الأعراض كذلك في القياس القبلي والبعدي من 2,5 إلى 1,5 على المقياس(CARS).

5-إستعمال الادوات:

يتعرف الطفل على الأدوات، بحيث عندما يطلب منه إحضار أداة ما يتعرف عليها بسهولة ويحضرها، و يمسكها من الجهة الصحيحة، ويبحث عن طريقة إستعمالها، ويسميها بإسمها ، وبذلك نقص العرض وبالتالي حقق الطفل تحسن في البند حيث 1,5 في القياس البعدي على مقياس (CARS).

6- التكيف مع التغيير:

يبحث الطفل منصف على الأشياء، وعند الانتقال من نشاط إلى نشاط فإنه لا يظهر أي مقاومة للتغيير، كما يظهر ببعض الإستجابات التي تشير أنه يدرك الموقف، وقد قلة شدة العرض من 3,5 في القياس القبلي إلى 1,5 على القياس البعدي ل(CARS).

7- الإستجابة البصرية:

يوجد تقدم في الإستجابة البصرية، بحيث كانت في القياس القبلي بإنحراف متوسط يقدر ب: 2 أما في القياس البعدي بعد تطبيق برنامج العلاج فقد أنخفض إلى الحدود الطبيعية قدرت: 01، أصبح للطفل منصف إستجابة بصرية بحيث يتواصل بالنظرة عند إنهاء التمرين كما أنه ينظر في أوجه المختصين والوالدين.

8- الإستجابة السمعية:

يستجيب الطفل في تنفيذ جميع التعليمات، كما يتعرف إلى أسمه جيدا، ويلتفت عند مناداته بإسمه فقد كان إنحراف العرض ب: 2 في القياس القبلي وأنخفض إلى الحدود الطبيعية في القياس البعدي يقدر ب 01.

9- الإستجابة وطريقة الإستكشاف (التذوق - الشم - اللمس):

يتعرف الطفل على الأطعمة كما يتذوق الأطعمة، ولكنه لا يعرف من يصنع الأكل يفضل أكل بعض الأطعمة عن أخرى بحيث يميز في الذوق، أنخفض العرض من 2 في القياس القبلي إلى 1,5 في القياس البعدي.

10 - الخوف والقلق:

يظهر الطفل الخوف لبعض المواقف الغريبة، كما يقلق خاصة عند نزع اللعبة، وسلوكياته بالنسبة للخوف والقلق تقترب كثيرا بالنسبة للطفل العادي بحيث أصبح يدرك الخطر، وعليه فقد أنخفض العرض من إنحراف متوسط يقدر ب 2 في القياس القبلي إلى 1,5 في القياس البعدي.

11- التواصل اللفظي:

يتكلم الطفل بكل سهولة خاصة أنه يتعرف إلى الأشياء ويسمئها بإسمها، بحيث يكون جمل، ووجود كلمات عند الطلب منه، و عدم وجود الإعراض الحادة مثل: "الإيكولاليا"، أو أسئلة معادة، غير أنه لا يتكلم بالضماثر، وعليه فإن العرض انخفضت شدته من 3 في القياس القبلي إلى 1,5 في القياس البعدي (CARS).

12- التواصل غير لفظي:

يفهم الطفل الأسئلة ولكنه لا يعطي أجوبة، ويظهر ذلك عندما يطلب منه شئ يقوم به مباشرة بدون إلحاح، يشير بالأصبع، ويظهر ما يريده، ولكن بقي لديه فقر في الإماءات، وقد انخفضت شدة العرض بنسبة ضئيلة مقارنة ببقية الأعراض التي يقيسها مقياس (CARS)، حيث قدرت ب 2,5 بدلا من 3.

13- مستوى النشاط:

يتمتع الطفل بمستوى نشاط متوسط خاصة بعد تقديم الأدوية المحفزة بحيث كان إنحراف شديد في القياس القبلي يقدر ب:3 أما في القياس البعدي وبعد تطبيق برنامج العلاج (TEACCH) و مصابة العلاج أدوية محفزة ومساعدة للتركيز، فقد قدر بإنحراف متوسط قدر ب2 في القياس البعدي ل(CARS).

14- المستوى العقلي والتجانس في مجال الوظائف العقلية:

يتمتع الطفل بمستوى عقلي يقترب من الاطفال العاديين الذين في مثل سنه، يتعرف على الاشياء ، وبحيث يستطيع إكمال الحكاية التي تحتويها نشاطات المستوي العقلي والوظائف العقلية، وهو ما يشير إلى أنه يتمتع بذكاء يقترب من العادي، الأمر الذي جعل الطبيب المختص، يطلب من الأم إدخال الطفل في صف ما قبل التمدرس.

15 - الإنطباع العام:

بالنسبة للإنطباع العام فمن خلال النتيجة المتحصل عليها في القياس البعدي لمقياس تقدير التوحد الطفولي، تجعلنا نقرر بأن الطفل انخفضت شدة الإصابة بالتوحد من التوحد المتوسط الذي يقدر ب:39 إلى توحد خفيف نحو عدم وجود توحد تقدر ب:26 درجة على نفس المقياس.

▪ خلاصة الحالة :

بعد تطبيق برنامج العلاج لفترة زمنية التي قدرت 30 شهر ، ثم إجراء القياس البعدي لمقياس تقدير التوحد الطفلي "كارس" (CARS)، و استناد إلى التطبيقين القبلي و البعدي لمقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS)، نستنتج مايلي:

- انخفضت شدة الأعراض التي يقيسها المقياس في القياس البعدي، بحيث انخفضت ب:13 درجة وهي نسبة معتبرة ومهمة بالنسبة لخفض درجة التوحد، يعود ذلك لسن التشخيص المبكر، وفترة تطبيق البرنامج.

3- الحالة الثالثة:

3-1- المعطيات الشخصية:

- الإسم: (حميد)
- اللقب: ن
- الجنس: ذكر
- السن: 4 سنوات و نصف
- الرتبة في العائلة: الطفل الأصغر .
- المستوى التعليمي للأب: نهائي.
- المستوى التعليمي للأب: ثانية ثانوي.
- المستوى الإجتماعي: متوسط.

3-2- ملخص المقابلة:

حميد يبلغ من العمر 4 سنوات ونصف ، تقدم إلى المصلحة في 2013/09/01، و ذلك في عمر 29 شهر أين شخص حالته ضمن الأطفال التوحديين، حينها ومن خلال سلالمة التشخيص (CHAT) و (ECAN)، ظهرت الكثير من الأعراض الخاصة بالأطفال التوحديين، فمن خلال سلم (ECAN) في التشخيص، تحصل "حميد" على 15 عرض ضمن مجال الأعراض الشديدة بين (3-4)، و 6 أعراض متوسطة تقع بين (1-2)، وبالنسبة لبقية الأعراض التي تقدر بـ 10 فلم تلاحظ لدى حالة " حميد"، وبالتالي فقد شملت أعراض التوحد لديه 21 في سلم (ECAN)، بالإضافة إلى سلم (CHAT)، و للحصول على شدة الإصابة بالتقييم الكمي لدرجة التوحد، تم تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)، أين تحصل الطفل " حميد " على درجة 43، وهي

درجة تقع بين المجال (39-60) التي تعبر على التوحد الحاد حسب المقياس، تم تقديم للأولياء محتوى برنامج العلاج وطلب منهم الحضور إلى المصلحة من أجل تقديم معلومات وتفسيرات حول كيفية تطبيق برنامج العلاج وأهم أسس ومبادئ البرنامج وذلك في إجتماع خاص يجمع الأخصائيين في علاج التوحد مع أولياء الأطفال التوحديين في كل مرة.

3-3 - تحليل المقابلة:

على ضوء ما جاء في المقابلة نصف موجهة، ومن خلال المعلومات المتحصل عليها من المحاور، فقد تحصلنا من خلالها توضيحات هامة من طرف الأم حيث تفيد أن مرحلة حملها كانت عادية، وعن حالة طفلها قبل التشخيص لاحظت بعض السلوكيات التي تصفها أنها: (غريبة و مقلقة ومحيرة)، أين بدأت تسأل بعض الجيران الذين يعملون في السلك الطبي، حيث أضافوا ملاحظات في قولهم: (وليدك ماشي طفل نورمال)، وعن أهم المؤشرات حول طفلها بأنه لا يتواصل بأي أسلوب من أساليب التواصل اللفظية و الغير لفظية، ولا حتى بالنظرة، تقول الأم: (ما يدومندي حتى حاجة تقولي كلي دمية، و لا راكي تهدي معا حيط، كلي ما كاشو في الدار)، ويشير ذلك الأعراض التوحد المبكرة المذكورة، (هذه السلوكيات التي أزعجت الأم دفعتها إلى استشارة طبيب للأطفال، هذا الأخير الذي بين بأن الطفل غير مصاب من بأي اضطراب طفلي آخر من خلال الكشف الطبية و الإختبارات النفسية و الحركية الخاصة بالنمو و قام بتوجيهها إلى المركز الخاص بعلاج اضطرابات الطفولة "بدريد حسين"، ففي أول مقابلة تم تشخيص الطفل بإضطراب التوحد من طرف الأطباء الأخصائيين، بإستعمال مختلف أدوات التشخيص المتوفرة هناك التي أظهرت شدة بعض الأعراض مثل: (الإنعزال، عدم الإلتفات لمصدر الأصوات، غياب اللغة)، و عليه شخص الطفل ضمن اضطراب التوحد في سن 29 شهر، وهو عمر مناسب لبداية تطبيق العلاج حيث يعد التدخل المبكر عاملا يزيد في فعالية العلاج وذلك ما جاء في تعريف الفعالية لمنظمة الصحة العالمية (OMS - 2000)، « العلاج القيم والجيد و الفعال، هو علاج يكون

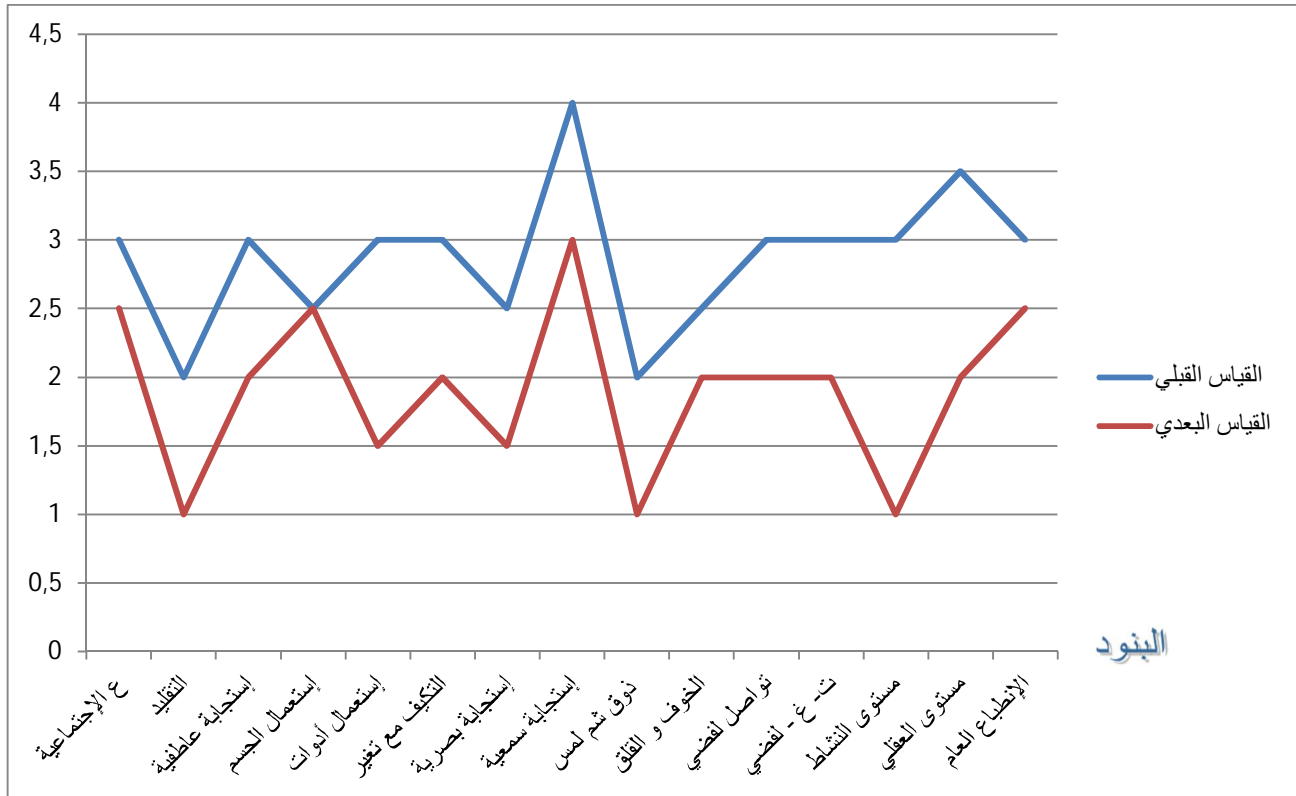
في إيطار مبكر « (Adrienne Perry et. 29) :P :2003 :Autre ، وبعد التشخيص المبكر تم تقديم للأم برنامج العلاج الخاص بإضطراب التوحد كما تم إعطاء توجيهات أساسية حول عملية تطبيق البرنامج التي تعتبر جد هامة بالوقت، المكان، والأدوات اللازمة لتطبيقه، كما خصصت مقابلة أخرى بعد أسبوع تم فيها تطبيق مقياس (CARS) لمعرفة شدة إصابة الطفل " حميد " وفيها تحصل على درجة شديدة قدرت: 43، بدأت الأم بتطبيق برنامج العلاج خاصة: (نشاطات التقليد: الحركة الدقيقة: الحركة العامة: الإستقلالية)، هذه التمارين تعتمد على التعلم الفعال الإجرائي « ويهدف لتقوية جوانب معينة من السلوك، تتوقف على ما يتبع هذا السلوك من نتائج إيجابية كالتدعيم أو المكافئة. (عبد الستار إبراهيم:1993:ص53)، و بعد القيام بعملية التشخيص أتبعته الأم كل التوجيهات والنصائح التي تلقتها من طرف الأخصائيين في المصلحة، تقول أنها: (تفهم مليح التمارين، نطبق التمرين 30 دقيقة في اليوم، عندي قاع الأدوات، والمكان، ونجي كل مرة للمصلحة للإجتماعات، وشت بلي وليدي بدا يتحسن منذ 6 أشهر)، فحسب "شوبلر" « حاجة الأولياء التوحديين وإمكانياتهم المتوفرة يوحى لنا ماذا سيقوم به الطفل المصاب وهو ما يسمى القدرة على التحقيق (Eric Shopler) (17-13p:2002: ، فقد امتثلت الأم جيدا لشروط نجاح وفعالية برنامج العلاج وفي ذلك يقول " لوفاس" (Lovaas) سنة 1960» برنامج العلاج كي يكون فعالا يجب توفر شروط منها أن يكون مكثفا ، ويشكل الأهل جزءا من الفريق، وتجهيز جيد، وتدخل الأهل مماثل، وضمان إيطار فردي محدد بدقة، ويكون فعالا إذا ما طبق مبكرا».

(كريستين نصار .ج يونس:2012:ص80).

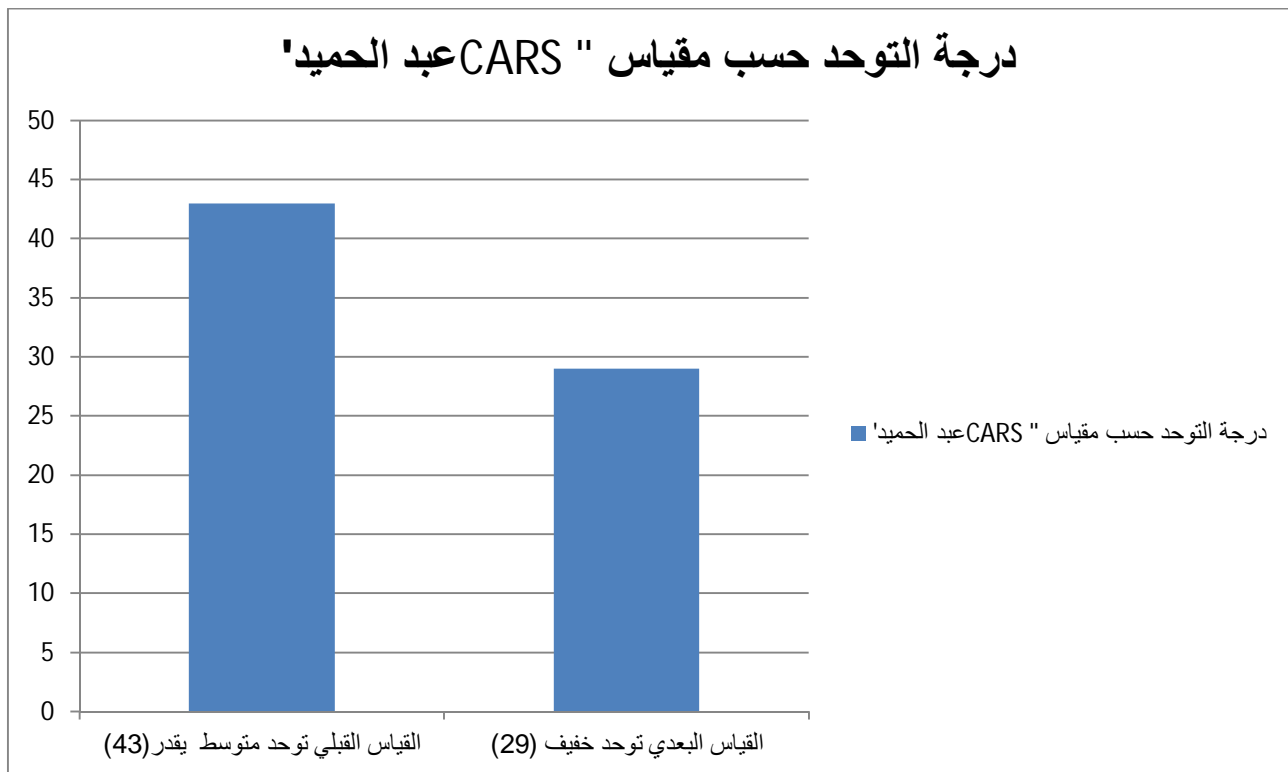
3-4- عرض نتائج تطبيق القبلي والبعدى لسلم تقدير التوحد الطفولي (CARS) :
الجدول رقم(9):يمثل نتائج التطبيق القبلي والبعدى لسلم (CARS)"الحميد"
(منذ بداية العلاج إلى التقييم للحالة لمدة: 15 شهر) في:01-04-2015.

الرقم	بنود مقياس (CARS)	التطبيق قبلي (CARS)	الملاحظة بعد تطبيق العلاج (TEACCH)	التطبيق بعدي (CARS)
01	العلاقات الإجتماعية	3	مشاركة بصعوبة	2,5
02	التقليد	2	تقليد عادي	1
03	الإستجابة العاطفية	3	وجود استجابات	2
04	إستعمالالجسد	2,5	وجود نفس العرض	2,5
05	إستعمال الأدوات	3	استعمال صحيح	2
06	التكيف مع التغييرات	3	يتأقلم مع التغيير	1,5
07	الإستجابة البصرية	4	ينظر للأشياء نادرا	3
08	الإستجابة السمعية	2	تجاوب عادي	1
09	الذوق الشم اللمس	2,5	بحث عن الذوق	2
10	الخوفوالقلق	3	وجود خوف	2
11	التواصل اللفظي	3	وجود كلمات معبرة	2
12	التواصل غيراللفظي	3	أشارة بالأصبع	2,5
13	مستوى النشاط	3,5	قيام بالنشاط بهدوء	1
14	المستوى العقلي	3	ذكاء خفيف	2
15	الإنطباع العام	3	توحد خفيف	2
مجموع درجات		43	القياس البعدي CARS	29
تصنيف التوحد		توحد حاد	تصنيف بعدي CARS	توحد خفيف

الشكل رقم (6): يمثل درجة التوحد حسب مقياس (CARS) في القياس القبلي والبعدي الحالة الثانية.



الشكل رقم (7): يمثل درجة التوحد حسب مقياس (CARS) في القياس القبلي والبعدي الحالة الثالثة.



3-5- تحليل نتائج المتعلقة بالتطبيق البعدي لمقياس (CARS) الحالة (3)

1-العلاقات الإجتماعية:

سلوكيات التجنب و إثارة الإنتباه صعبة قدرت ب:3 في القياس القبلي، وفي القياس البعدي قدرت بانخفاض طفيف 2,5 على مقياس (CARS).

2-التقليد:

في القياس القبلي كان الطفل يقلد بإلحاح وإعانة من طرف الراشد قدر قيمته ب:2 على مقياس (CARS)، أما في القياس البعدي فقد أصبح الطفل يستطيع التقليد الأصوات، والكلمات، والحركات، بشكل عادي وعليه فقد قدر ب: 01 على المقياس وهو تقدير يتزامن مع الطفل في نفس سنه.

3-الإستجابة العاطفية:

انخفضت الإستجابة العاطفية من إنحراف شديد يقدر ب: 03 ، إلى انحراف متوسط يقدر ب:02 على مقياس (CARS) حيث وجدت بعض الإستجابات العاطفية الخفيفة.

4-إستخدام الجسم:

بقيت قيمة إستخدام الجسد متوسطة في القياس القبلي والبعدي، بحيث قدرت ب:2,5 عل مقياس (CARS)، بحيث يوجد بعض الحركات الغير موجهة.

5-أستعمال الادوات:

لقد كان الطفل يستعمل الأدوات بكيفية غريبة، فقد كان انحراف العرض شديد قدر ب 03 القبلي، وأصبح يهتم الطفل للأدوات والألعاب غير أنها غير هادفة عليه فقد أنفضالى المتوسط قدر ب:02.

6- التكيف مع التغيير:

هناك انخفاض ملحوظ بالنسبة لهذا العرض، فقد حقق الطفل تحسن، فبعدما كان الطفل يقاوم التغيير ويصعب ترك العمل حفاظا على الروتين، أصبح يتجاوب مع التغيير بدون إظهار أي قلق، وبذلك أن العرض من 03 في القياس القبلي إلى 1,5 في القياس البعدي على مقياس (CARS).

7- الإستجابة البصرية:

الإستجابة البصرية غير عادية، بحيث يتجنب النظر إلى الأشخاص والأشياء بتصرفات غريبة كإغلاق العين، فقد كانت حادة قدرت ب: 4، أما في القياس البعدي فقد انخفضت إلى: 03 وهو شديد.

8- الإستجابة السمعية:

كان الطفل في السابق يتمتع باستجابة سمعية متوسطة مع بعض النقص في التجاوب، فقد قدر ب: 02 في القياس القبلي، أما في البعدي حقق تحسن سمعي عادي مناسب لسنه قدر ب: 01 على مقياس (CARS).

9- الإستجابة وطريقة الإستكشاف (التذوق - الشم - اللمس):

لقد أنخفض العرض بنسبة قليلة حيث قدر ب: 3,5 في القياس القبلي، وبعدها انخفض إلى 2,5، حيث ظهرت سلوك يوحى باستجابة لإكتشاف الذوق بحيث يضع الطفل الطعام لإكتشاف الذوق.

10 - الخوف والقلق:

ظهرت سلوكيات تشير إلى تحسن في محور الخوف والقلق، فلم يكن الطفل يظهر أي استجابة من هذا النوع قدر ب: 03 على مقياس كارس، وقد انخفضت إلى متوسطة بدرجة: 02، بعدما أصبح يظهره أحيانا

11- التواصل اللفظي:

كان يعاني الطفل من غياب اللغة، فقد قدر بإنحراف شديد:03، أما بعدها في القياس البعدي فقد حقق تحسن وأصبحت له كلمات يستعملها في بعض المناسبات وعليه أنخفض العرض إلى متوسط قدر ب:02، على مقياس (CARS).

12- التواصل غير لفظي:

لم يحقق الطفل تقدما كبيرا، بحيث كانت شدة العرض تقدر ب:3,5 في القياس القبلي، وانخفضت إلى 2,5 في القياس البعدي لمقياس (CARS)، بحيث يشير الطفل بالأصبع ويلمس ما يريده.

13- مستوى النشاط:

لقد كان مستوى النشاط يقدر بإنحراف شديد:3,5 في القياس القبلي، فقد كان نشاطه غير عادي وكثير الهدوء، وحققت تحسن في ذلك بحيث أصبح عادي النشاط وقدر في القياس البعدي ب:01.

14- المستوى العقلي والتجانس في مجال الوظائف العقلية:

حقق الطفل بعض التقدم بالنسبة للمستوى العقلي، بحيث أصبح لديه توظيف عقلي أفضل مما قبل فبعدهما كان في القياس القبلي شديد قدر ب:03 أصبح متوسط قدر ب:02.

15- الإنطباع العام:

بعدهما كانت حالة الطفل " حميد " ضمن فئة التوحد الحاد، ظهرت الكثير من التغيرات في السلوكيات وانخفضت أعراض واختفت أخرى وبذلك قدرت الدرجة من 3 الى 2 على مقياس (CARS)

▪ خلاصة الحالة :

تحسن حالة "حميد"، بعد تطبيق برنامج العلاج (teacch)، لمدة 15 شهر وبعدها تم تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) في القياس البعدي، تحصل "حميد" على درجة 29، بعدما كانت الدرجة في القياس القبلي 43، كما تم تسجيل تقدم الملحوظ، يفسر انخفاض درجة التوحد من التوحد الحاد إلى التوحد الخفيف، من جراء تطبيق برنامج العلاج (teacch).

4- الحالة الرابعة: (مالك)

4-1 - المعطيات الشخصية:

- الإسم: (مالك)
- اللقب: ف
- الجنس: ذكر
- السن: 05 سنوات
- عدد الإخوة: لا يوجد.
- المستوى التعليمي للأب: مستوى ثانوي.
- المستوى التعليمي للأب: تقي سامي.
- المستوى الإجتماعي: عائلة ميسورة المعيشة:

4-2 - عرض ملخص المقابلة:

اسم الطفل " مالك"، يبلغ سنه 05 سنوات ، تقدم إلى المصلحة للتشخيص في سن مبكر وذلك في عمر عامين ونصف، في سبتمبر 2013، أين تحصل من خلال سلم التشخيص (CHAT) و (ECAN)، على أعراض تدل على اضطراب التوحد، بحيث تحصل على 15 عرض شديد يقع بين المجال (3-4) على سلم (ECAN)، و 06 أعراض متوسطة على نفس السلم بين (2-1)، أما 11 عرض فلم يلاحظ لدى الطفل "مالك"، وعليه فقد شخص الطفل ضمن فئة الأطفال التوحديين، وفي مقابلة موالية تم تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) لمعرفة شدة الإصابة التي يعاني منها، من أجل التدخل المناسب من خلال برنامج العلاج (TEACCH)، وبعد تطبيق مقياس (CARS) تم الحصول على درجة شديدة على المقياس، بحيث تحصل

الطفل على 41,5، وهي درجة تقع بين المجال (37-60) التي تعبر عن التوحد الحاد، وبعد التأكد من شدة الإصابة ومعرفة جوانب القوى والضعف التي يظهرها المقياس من خلال المحاور التي يحتويها، تم إرشاد الوالدين حول السلوكيات التي يعاني منها الطفل الواردة في محاور المقياس قصد خفض درجتها من خلال برنامج العلاج " تيش"، ، مثل عدم التركيز، وإذاء الذات، ، كما تم دعوة الأولياء في كل شهر للحضور إلى المصلحة من أجل اجتماعيين الأولياء والأخصائيين حول كيفية تطبيق برنامج العلاج، وهو ما تم الامتثال له من طرف الأم، التي تقوم بتطبيق البرنامج يوميا وفق الشروط اللازمة لذلك، وبعد تطبيق برنامج العلاج لمدة: عامين ونصف ظهرت تحسن لدى "مالك".

4-3 - تحليل المقابلة:

تقدم "مالك" مع والديه في سن مبكرة إلى المصلحة من أجل التشخيص، وذلك في عمر عامين ونصف بحيث يعد العمر المناسب للتشخيص، تقول أم " مالك " بأن مرحلة حملها كانت عادية كما لم يصب الطفل بأية أمراض في مرحلة نموه، غير أنه بعد عام تغير نموه، بحيث لاحظت سلوكيات غريبة وغير عادية قد لفتت انتباهها منها: (وليدي كشل ماكاشو، ميتفاعلش معانا، حتى حاجة ما يدومونديها، وما يهدر حتى كلمة، خفت على وليدي، وقالولي بلي كاين مرض يسموه التوحد، شكيت فيه سورتو كيما قالتليأمرأة اللي عندهم وليدهم متوحد،قالتلي يباننا وليدك كيما هوما)، وبعد توجيه الأم من طرف الطبيب الذي قل بأن ابنك يعاني من إضطرابات نفسية، بعدما وجهت الأم إلى مصلحة" دريد حسين" تبين بأن الطفل " مالك " لديه كل الأعراض التي تشير إلى إضطراب التوحد، ومن أجل التشخيص الدقيق وعزل الإضطرابات المشابهة، أين شخص ضمن الأطفال التوحديين، ولمعرفة شدة الإصابة تم تطبيق مقياس (CARS)، أين تحصل على درجة: 41,5، وهو توحد حاد، كما بين المقياس الأعراض الشديدة، التي من خلالها يتم التدخل العلاجي، وقدم برنامج العلاج " تيش" للأم بإعطاء لها أهم التعليمات حول تطبيق البرنامج، هذا الأخير الذي طبق لمدة 15 شهر خلال تلك المدة كانت الأمتحضر بانضباط في اللقاءات الشهرية، كما امتثلت إلى جميع الأسس والمبادئ التي يركز عليها

برنامج العلاج، حيث بين الباحثون أن: « القدرة على التعاون بين المعالجين تساهم التعليم وفي فعالية العلاج، والأكثر إسهاما هو تعاون آباء الأطفال كمعالجين أوليين من خلال تعليم استراتيجيات التدريس السلوكي للآباء حيث أن تدريب الآباء ذو قوة وفعالية ». (إبراهيم الزريقات:2004:ص201)، ركزت الأم على نشاطات الإستقلالية، التقليد الأصوات، الحركات، الحروف، الضرب بالملعقة، التي رأت أن أبنها يقوم بتطبيقها جيدا، ويتم ذلك بإثابة الفرد على السلوك السوي المرغوب مما يعززه و يدعمه ويثبته ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك، حيث « تضم أشكال الثواب أي شيء مادي أو معنوي الذي يؤدي إلى رضا الفرد عندما يقوم بالسلوك المرغوب، وقد أستخدم هذا الأسلوب في حالات فقدان الصوت وحالات السلوك المضاد للمجتمع، وقد أتبع هذا الأسلوب جون واطسن (Watson)، و زملائه في معهد تعديل السلوك في " كولومبوس أوهايو" بالولايات المتحدة، لتعديل سلوك أطفال يعانون من التخلف العقلي أو من فصام ». (حامد عبد السلام زهران:2005:ص250)، أين لاحظت الأم تحسن منذ 06 أشهر من بداية التطبيق وبعد 15 شهر تقول الأم: (كان وليدي مغلق على روجو مبعد ولا خير من قبل بلبزاف، يشرب الماء والحليب ويقول أعطوني الحليب، يأكل مريح، يروح للمرحاض وحدو، يلبس واحدو، يوري بصباغو للحاجة اللي يحبها، يخدم كل تمارين تاع شوبلر ويفهم واش نقولو، يعرف الأشكال الألوان، يرسم الخط تادوايرا، راني نشوفو تحسن بزاف، وجيت باه تقولو لي كيفاش تشوفوه نتوما)، على ذكر بدأ ظهور بوادر نجاعة العلاج .

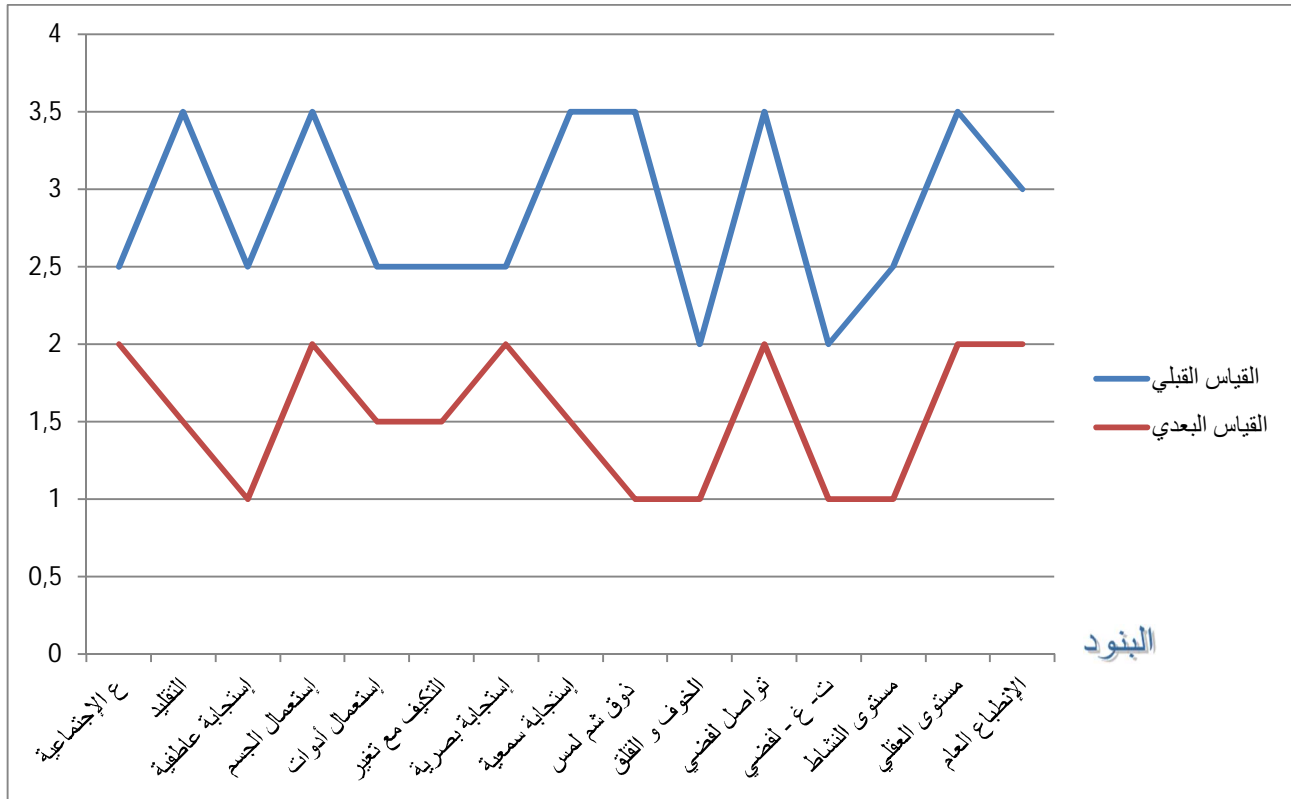
4-4 - عرض نتائج تطبيق القبلي والبعدى لسلم تقدير التوحد الطفولي (CARS) :

الجدول رقم(10):يمثل نتائج التطبيق القبلي والبعدى لسلم تقدير التوحد الطفولي CARS"مالك"

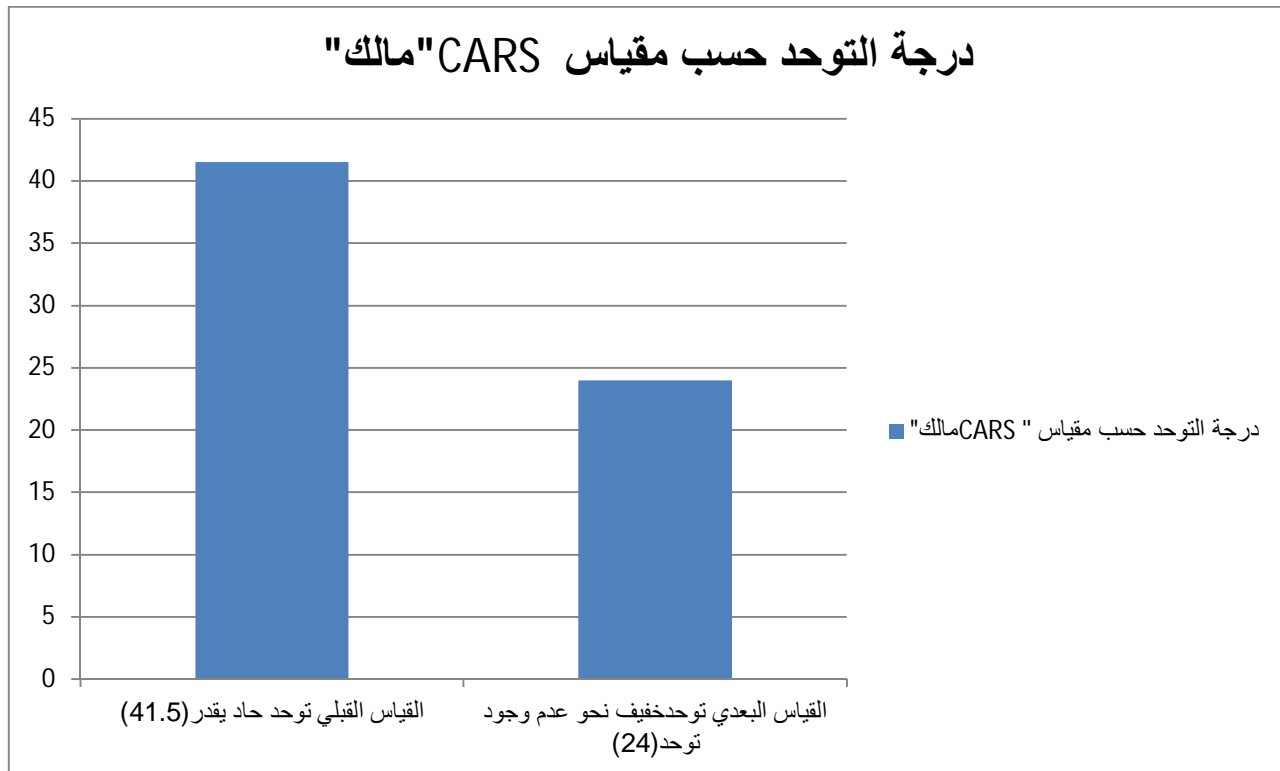
(منذ بداية العلاج إلى التقييم للحالة لمدة:15 شهر) في:19-03-2015

الرقم	بنود مقياس (CARS)	التطبيق القبلي (CARS)	الملاحظة بعد تطبيق العلاج (TEACCH)	التطبيق بعدى (CARS)
01	العلاقات الإجتماعية	2,5	تحسن طفيف	2
02	التقليد	3,5	يقلد بسهولة وبدون إلحاح	1,5
03	الإستجابة العاطفية	2,5	إستجابات مناسبة بتعبيرات وجه	1
04	إستعمال الجسد	3,5	تحسن و إنخفاض شدة العرض	2
05	إستعمال الأدوات	2,5	يستعملها بطريقة عادية	1,5
06	التكيف مع التغييرات	2,5	تجاوب جيد بدون مقاومة التغيير	1,5
07	الإستجابة البصرية	2,5	يستجيب بالنظرة أحيانا كثيرة	2
08	الإستجابة السمعية	3,5	يستجيب لإسمه و التعليمه	1,5
09	الذوق الشم اللمس	3,5	يأكل جيدا، ويختار الأكل، يطلب الماء	1
10	الخوف والقلق	2	خوف عاديين مناسبة	1
11	التواصل اللفظي	3,5	ظهرت اللغة ويتكلم بعض الكلمات الدالة	2
12	التواصل غير لفظي	2	يشير بالإبهام نحو المكان أو المنفعة	1
13	مستوى النشاط	2,5	أصبح نشط عما قبل و عادي	1
14	المستوى العقلي	3,5	ظهرت قدرات عقلية مماثلة لعمره	2
15	الإنطباع العام	3	انخفضت أعراض نحو توحد متوسط	2
مجموع درجات		41,5	القياس البعدى CARS	24
تصنيف التوحد		توحدحاد	تصنيف بعدى CARS	توحد خفيف

الشكل رقم (8): يمثل درجة التوحد حسب مقياس (CARS) في القياس القبلي والبعدي الحالة الرابعة.



الشكل رقم (9): يمثل درجة التوحد حسب مقياس (CARS) في القياس القبلي والبعدي الحالة الرابعة



4-5- تحليل نتائج المتعلقة بالتطبيق البعدي لمقياس (CARS) الحالة(4):

1-العلاقات الإجتماعية:

لم يحقق الطفل تحسن ملحوظ في العلاقات الإجتماعية،فقد تحصل في القياس القبلي على إنحراف 2,5، وفي القياس البعدي على:2.

2-التقليد:

لم يكن الطفل يقلد أي شيء ولو بإلحاح فقد كانت شدة العرض تقدر ب:3,5، وبعدها في القياس البعدي أصبح يقلد بكل سهولة وبدون إلحاح، ويقلد سلوكات عديدة، وعليه تحصل على:1,5.

3-الإستجابة العاطفية:

لم يكن الطفل يستجيب أي إستجابة عاطفية، وقد تحصل على إنحراف شديد في القياس القبلي قدر ب:3,5، وبعدها أصبحت إستجابته ملائمة للطفل مثل سنه بإستجابات مناسبة مصحوبة بتعبيرات وجه قدرت في التطبيق البعدي ب:1.

4 - إستخدام الجسم:

لقد كانت حركات الطفل غير موجهة وغير عادية بحيث كان انحراف العرض شديد ب:3,5، وبعدها أنخفض العرض إلى درجة متوسطة قدرت ب:2.

5-أستعمال الادوات:

كان يظهر الطفل تعلق بالأشياء بلا منفعة، كما يفضل التدوير، وقد قدر إنحراف العرض بمتوسط:2,5، وبعدها في القياس البعدي سجل انخفاضاً إلى:1,5، حيث يستعمل الأدوات والألعاب بطريقة عادية.

6- التكيف مع التغيير:

يتجاوب الطفل مع التغيير متوسط، فالطفل يقاوم التغيير ويصعب ترك العمل وقد كان انحراف العرض متوسط بإنحراف:2,5، وبعدها أصبح الطفل يتجاوب مع التغيير وعندما الراشد يغير التمرين لا يقاوم التغيير وقد تحصل في القياس البعدي على:1,5.

7- الإستجابة البصرية:

من قبل كان الطفل ينظر في الفراغ و يتجنب الإحتكاك البصري، وعليه سجل في القياس القبلي انحراف ب: 2,5، وقد أنخفض العرض بدرجة ضئيلة قدرت ب:2 في القياس البعدي، حيث أصبح بإمكان الطفل أن يوجه نظره نحو الأشياء، كما يستجيب أحيانا بالنظرة.

8- الإستجابة السمعية:

تحصل في القياس القبلي على إنحراف شديد قدر ب:3,5 بحيث كان يتجاهل كل الأصوات، وبعدها أصبح يستجيب لإسمه، والتعليمة، ويقوم بالتمرين بدون إلحاح وقد أنخفض العرض إلى حدود طبيعية تقدر ب:1,5.

9 - الإستجابة وطريقة الإستكشاف (التذوق - الشم - اللمس):

لم يكن الطفل يتعرف للذوق ولا يميز بين الأطعمة وعليه فقد تحصل في القياس القبلي لمقياس(CARS) على انحراف شديد قدر ب:3,5، وبعد تطبيق برنامج العلاج لمدة عامين، أنخفض العرض إلى الحدود الطبيعية وقد قدر في القياس البعدي ب:1، فقد أصبح الطفل يأكل جيدا، ويختار الأكل، ويميز بين الماء والحليب كما يقوم بطلب الماء .

10- الخوف والقلق:

إظهار خوف وقلق أحيانا سجل في القياس القبلي بإنحراف متوسط ب:2، وبعدها أصبح الطفل يظهر قلق وخوف عاديين مناسبة للظروف الملائمة وقد تحصل على درجة طبيعية تقدر ب:1.

11- التواصل اللفظي:

لقد كانت اللغة عند الطفل غائبة حيث سجل إنحراف شديد قدر ب:3,5، وبعدها في القياس البعدي (CARS) أنخفض العرض إلى حدود متوسط تقدر ب:2، بحيث ظهرت اللغة ويتكلم بعض الكلمات الدالة مثل: "أشرب الماء"، "ينطق الألوان"، "الارقام".

12- التواصل غير لفظي:

في البداية عند تشخيص الحالة كان هنالك تواصل غير لفظي لدى الطفل "مالك"، بحيث ينتبه للأشياء، ويعرف اسمه ويشير بالأصبع ويلمس ما يريده، وقد تحصل على إنحراف قدر ب:2 في القياس القبلي، وبعدها في القياس البعدي وبعد تطبيق برنامج العلاج أصبح في الحدود الطبيعية، حيث يشير بالإبهام نحو الأماكن، ويفهم التعليم.

13- مستوى النشاط:

لقد كان مستوى النشاط بإنحراف يقرب من الشديد قدر ب:2,5 بحيث كان الطفل هاديء وقليل الإلتقان، وبعدها حقق إنخفاضا ملحوظ بحيث قدر في القياس البعدي ب:1 أين أصبح نشط عما قبل و عادي.

14- المستوى العقلي والتجانس في مجال الوظائف العقلية:

في السابق كانت حالت الطفل شديدة بالنسبة للمستوى العقلي وتجانس الوظائف العقلية، بحيث تقول الأم لقد كان "مغلق تماما"، وبعدها في القياس البعدي استطاع الطفل أن يسجل تحسن ملحوظ بحيث انخفض إلى إنحراف متوسط قدر ب:2، فظهرت قدرات عقلية مثل تطبيق التمارين مماثلة لعمره.

15 - الإنطباع العام:

بعدما كانت حالة " مالك " ضمن فئة التوحد الحاد، ظهرت الكثير من التغيرات في السلوكيات وانخفضت أعراض وبذلك قدرت الدرجة من 3 إلى 2 على مقياس (CARS)، وبالتالي صنف ضمن توحد متوسط.

▪ خلاصة الحالة :

تحسن الكثير من الأعراض التي أصبحت في الحدود الطبيعية، كما أصبح خمسة منها عادية مناسبة للطفل لمثل سنه، ويتعلق ذلك بالسلوكيات التالية: الإستجابة العاطفية، الذوق الشم للمس، الخوف والقلق، التواصل غير لفظي، مستوى النشاط ، وعليه انخفضت درجة التوحد لدى " مالك " من التوحد الحاد إلى التوحد الخفيف.

5- الحالة الخامسة:

5-1 - المعطيات الشخصية:

- الإسم: (كرم)
- اللقب: ط
- الجنس: أنثى
- السن: 5 سنوات ونصف.
- سن التشخيص: 03 سنوات.
- المستوى التعليمي للأم: جامعية.
- المستوى التعليمي للأب: جامعي.
- المستوى الإجتماعي: متوسطة.

5-2 - عرض ملخص المقابلة:

تم التقدم من طرف الأم والأب إلى المصلحة في 20-04-2011، أين شخصت حالة " كرم " ضمن فئة الأطفال التوحديين من خلال سلام التشخيص (CHAT) و (ECAN) وذلك في سن 03 أعوام وللحصول على درجة التوحد ومعرفة جوانب القوة والضعف لحالة " كرم " تم تطبيق مقياس (CARS)، أين تحصلت على درجة شديدة قدرت ب: 51 على المقياس، وهيتعبر عن توحد حاد يقع بين المجال (37-60)، وقد تم تسجيل بعض الملاحظات حول الحالة من أهمها أنها تعاني من عدم التركيز، وهدوء شديد يشير إلى تخلف عقلي حاد، كما تم التصريح من طرف الأم أنها لا تقوم بتطبيق تمارين البرنامج كل يوم، وأنها قد حضرت إلى المصلحة مرتين فقد

في السنة، وبعد تطبيق برنامج العلاج في فترة قدرة ب: 18 شهر تقول الأم أنها لاحظت تغير لسلوكيات ابنتها بعد تطبيق برنامج العلاج (TEACCH) نحو الأحسن.

5-3- تحليل المقابلة:

بالنسبة لحالة " كرم " فهي تعد الأنثى الوحيدة في الدراسة الأساسية، ويندرج ضمن هذا الشكل اضطراب التوحدي " ريت " (Rett Syndrome)، « ويصيب البنات بمعدل 01 من 12.000 إلى 23.000 كما يعتبر هذا الشكل نادرا، كما تعد الإناث المصابات بالتوحد أكثر درجة في حدة الإصابة من الذكور مع وجود إعاقة عقلية حادة ». (Carole Tardif et Bruno Gepner:2010:24)، و على ضوء ما جاء في المقابلة نصف موجهة الأولياء، فقد تم إكتشاف الطفلة بأنها مصابة بإضطراب التوحد في سن متقدمة نوعا ما، وقد تم توجيهها من طرف الطبيب الأطفال في سن 03 أعوام، أين تم تشخيص البنت من طرف الأخصائيين المؤهلين في المصلحة " دريد حسين " من خلال سلالم التشخيص ضمن التوحد الحاد، حيث قدرت بدرجة شديدة: 51 وهي لا تتعد على أعلى درجة على المقياس وهي 60، حيث يعد اضطراب التوحد عند الإناث نادرا وحادا عندهن ويصعب علاجه. (Nadia boulekrass :2011 :P16) ، وعليه تم توجيه الأم بتعليمات حول تطبيق برنامج العلاج " تيش "، وذلك بالحضور إلى اللقاءات الشهرية لتجاوز الصعوبات و تلقي التوجيهات من طرف الفريق الطبي تقول الأم : (حضرت إلى التجمعات مرتين فقط، وتعتبر الأم تمارين البرنامج تافهة)، حيث تقول: (ما دار والو هذا البرنامج لبنتي)، وعن الملاحظات التي لاحظتها الأم بعد تطبيق البرنامج لفترة 15 شهر تقول: (كين شوي تحسن سورتو بعد ست أشهر من تطبيق البرنامج)، وعن سؤالنا عن كيفية تطبيق البرنامج تقول: (نطبق البرنامج زوج مرات في الأسبوع، ومرات مرة واحدة)، وبذلك لم تمتثل الأم لأوقات تطبيق البرنامج التي تعتبر من شروط نجاح عملية العلاج في ذلك يقول " لوفاس " (Lovaas) سنة 1960 « لكي يكون برنامج العلاج فعالا يجب توفر شروط منها: أن يكون مكثفا بمعدل 30 إلى 40 ساعة أسبوعيا، ويشكل الأهل جزءا من الفريق،

وتجهيز جيد، وتدخل الأهل مماثل، وضمان إبطار فردي محدد بدقة، ويكون فعالا إذا ما طبق مبكرا». (كريستين نصار.جانيت يونس:2012:ص80)، وهو ما لم تمتثل لها الأم كما تقول أنها قد تأخرت في بداية تطبيق العلاج حيث بدأت العلاج منذ 4 سنوات وهو مؤشر سلبي، وتقول: (جيت اليوم باش نشوف كيفاش تحسنت بنتي)، وبالتالي تأخر الأم في تطبيق برنامج العلاج يعد مؤشر سلبي، بحيث يركز برنامج " تيش" المبني على مفهوم التعليم المنظم للأطفال التوحيدين، وحسب " شوبلر" : « تتميز البنية التعليمية للبرنامج بطابع مميز ومليئة بدلائل بصرية كالصور والكلمات المكتوبة والمواد، بهدف تمكين الطفل التوحيدي من التكيف مع البيئة، ولذلك قد يبدي سلوكيات تعيق تقدم البرنامج منها: التعلق و الروتين » . (Eric :2002:P82-89)، وهو ما افدته الأم في قولها: (ولات ابنتي تطبق أفضل من قبل، تعرفني وتجي ليا وتريح وتلصق فيا). ولكن هذا التعلق بالأم يعد من الأعراض السلبية، فحسب (كلانس) (1969) « يبدي الأطفال التوحيدين تعلق بالأشياء غير إعتيادي » (لمياء محمود بيومي: 2008:ص 24).

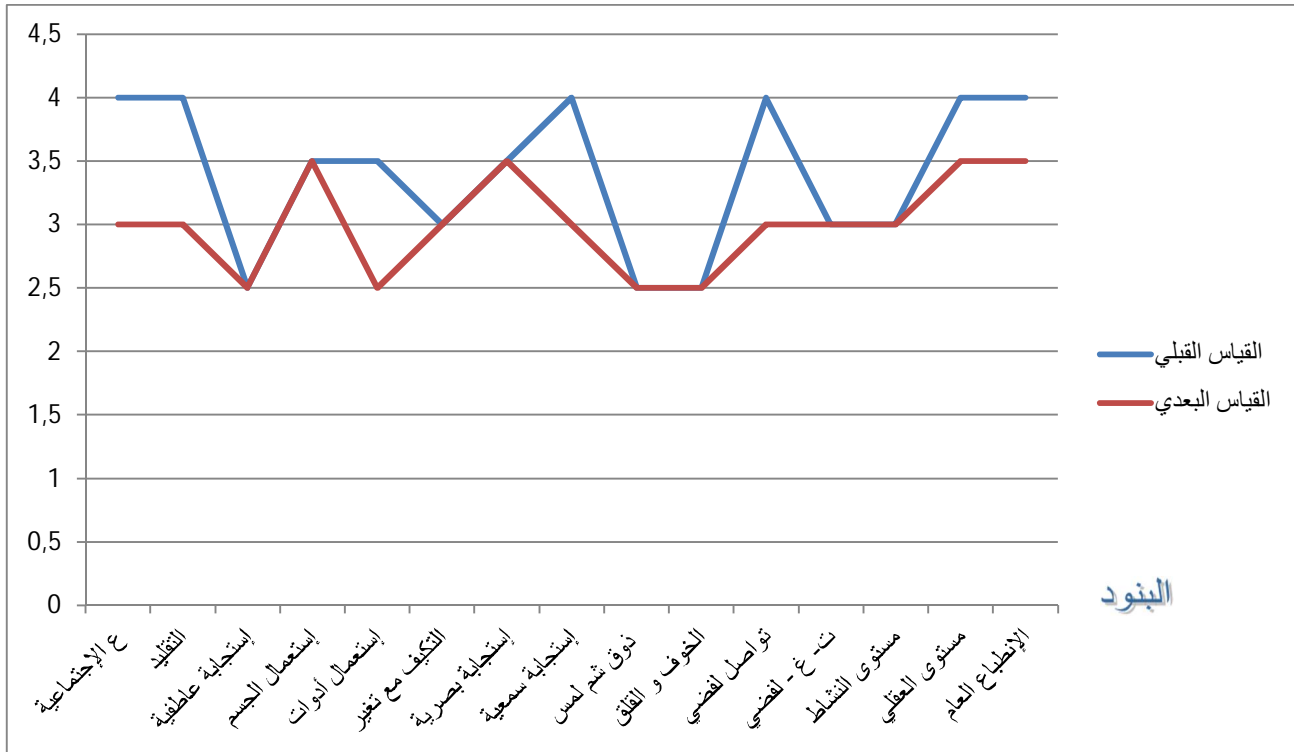
4-5- عرض نتائج تطبيق القبلي والبعدي لسلم تقدير التوحد الطفولي (CARS) :

الجدول رقم(11):يمثل نتائج التطبيق القبلي والبعدي لسلم تقدير التوحد الطفولي CARS " لكرم"

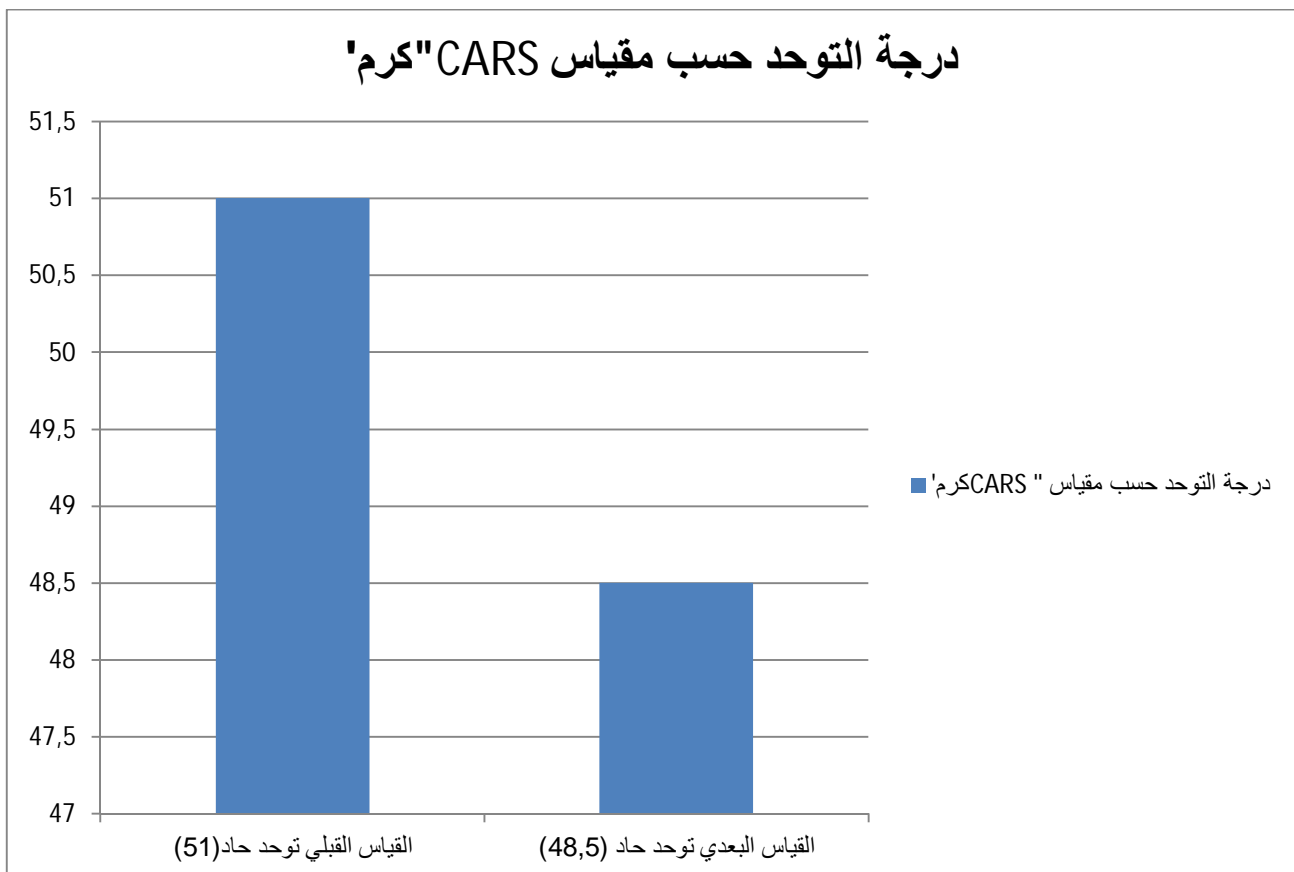
(منذ بداية العلاج إلى التقييم للحالة لمدة:18 شهر) في:20-04-2015

الرقم	بنود مقياس (CARS)	التطبيق القبلي (CARS)	الملاحظة بعد تطبيق العلاج (TEACCH)	التطبيق البعدي (CARS)
01	العلاقات الإجتماعية	4	علاقات إجتماعية منخفضة	3
02	التقليد	4	تقليد صعب ونادر	3
03	الإستجابة العاطفية	2,5	لم يشهد أي تقدم	2,5
04	إستعمال الجسد	3,5	تجلس الطفلة بهدوء	3,5
05	إستعمال الأدوات	3,5	التعرف على أدوات التمارين	2,5
06	التكيف مع التغييرات	3	لا تظهر انتباه و مقاومة التغيير.	3
07	الإستجابة البصرية	3,5	عدم وجود أي إستجابة بصرية	3,5
08	الإستجابة السمعية	3,5	إنتباه ضئيل للأصوات	3
09	الذوق الشم للمس	2,5	تأكل بدون تمييز الذوق، تضع الدمية في فمها	2,5
10	الخوف والقلق	2,5	هدوء تام لمثيرات الخوف والقلق	2,5
11	التواصل اللفظي	3,5	لا توجد لغة	3,5
12	التواصل غيرلفظي	3	تواصل بالنظرة جد نادر	3
13	مستوى النشاط	3	هدوء شديد عدم تركيز	3
14	المستوى العقلي	4	لا يوجد أي ذكاء وأي تطور	3,5
15	الإنطباع العام	4	بقاء الحلة ضمن التوحد الحاد	3,5
مجموع درجات		51	القياس البعدي CARS	48
تصنيف التوحد		توحد حاد	تصنيف بعدي CARS	توحد حاد

الشكل رقم (10): منحنيين درجة التوحد حسب مقياس (CARS) في القياس القبلي والبعدي الحالة (5).



الشكل رقم (11): أعمدة تبين درجة التوحد حسب مقياس (CARS) في القياس القبلي والبعدي الحالة (5).



5-5- تحليل نتائج المتعلقة بالتطبيق البعدي لمقياس (CARS) الحالة (5):

1-العلاقات الإجتماعية:

علاقات إجتماعية منخفضة، تظهر بعض التعلق بالأم، واللعب، انخفاض العرض بنسبة قليلة، تقدر في القياس القبلي 3,5 وفي البعدي 2,5.

2-التقليد:

بالنسبة لنشاطات التقليد لا تقوم "كرم" بتقليد أغلب التمارين، بحيث لا تستطيع وضع الأشكال في مكانها المناسب، وعلى ضوء ذلك فقد انخفضت شدة العرض بدرجة بسيطة من 3,5 إلى 2,5 في القياس القبلي و البعدي على مقياس "كارس"

3-الإستجابة العاطفية:

الاستجابة العاطفية، بعد تطبيق البرنامج العلاج " تيش" متوسط بقيت على حالها فلم يشهد أي تقدم يقدر: 2,5 في القياس القبلي و البعدي على مقياس "كارس".

4- إستخدام الجسم:

لم تتغير شدة العرض بالنسبة لإستخدام الجسم بحيث يجلس الطفلة بهدوء، فقد بقي العرض نفسه ولم يظهر أي تغيير في القياس القبلي والبعدي لمقياس "كارس" والذي قدر ب: 3,5 وهو إنحراف شديد.

5-أستعمال الأدوات:

تنتبه "كرم" للأدوات التي تم التعرف عليها في التمارين، ولكن بالنسبة للأدوات التي يعرفها الأطفال في نفس سنه فلا تتعرف عليها، وقد أنخفض العرض من 3,5 إلى 2,5 على مقياس "كارس".

6- التكيف مع التغيير:

لقد بقيت شدة العرض بالنسبة للتكيف مع التغيير في القياسين القبلي و البعدي، تقدر درجته ب: 3 وهي إنحراف شديدة، حيث لا تظهر انتباه ولا مقاومة التغيير.

7- الإستجابة البصرية:

لا يظهر "كرم" أي إستجابة بصرية، وخاصة التواصل بالنظرة، وعليه بقيت شدة العرض على حالها في القياسين القبلي و البعدي التي تقدر ب: 3,5 على المقياس.

8- الإستجابة السمعية:

بعد تطبيق برنامج العلاج، ظهرت لدى الطفلة إستجابة سمعية طفيفة المتمثلة في فهم التعليمات لتطبيق التمرين ، وبذلك أنحفظ العرض انخفاض طفيف من الشديد قدر ب4 في القياس القبلي إلى 3 في القياس البعدي على مقياس "كارس".

9- الإستجابة وطريقة الإستكشاف (التذوق - الشم - اللمس):

لم تظهر الطفلة أي تحسن بالنسبة للإستجابة المتعلقة بالشم والتذوق واللمس، بحيث بقي إكتشافه للتذوق على حاله، حيث تأكل بدون تمييز في الأكل، تضع الدمية في فمها، وقد بقيت شدة العرض على حالها في القياسين القبلي و البعدي تقدر 2,5.

10 - الخوف والقلق:

لا تستجيب الطفلة "كرم" للسلوكيات التي تعبر على الخوف أو الحذر، وهي جد هادئة، وقد بقي العرض على حاله قدر: 2,5 على مقياس "كارس".

11- التواصل اللفظي:

إنعدام اللغة، فلا تتكلم أي كلمة واضحة ولا حتى إصدار أصوات تعبر عن اللغة، وقد تحصل في القياس القبلي على درجة 3,5 وبقيت على شدتها في القياس البعدي .

12- التواصل غير لفظي:

لا وجود للسلوكيات الدالة على التواصل الغير لفظي غير أن لديها إنتباه للأشياء، وقد بقي العرض على حاله ولم يحصل أي تقدم قدر 3 في القياسين القبلي والبعدي.

13- مستوى النشاط:

مستوى النشاط ثابت يتميز بهدوء وعدم تركيز للتمارين، وقد بقي العرض على حاله من قدر ب:3 في القياس القبلي و البعدي على مقياس "كارس"

14- المستوى العقلي والتجانس في مجال الوظائف العقلية:

ليس للطفلة "كرم" أي ذكاء وأي تطور، وقد تحصل على إنحراف شديدة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس "كارس" قدر 3,5 .

15- الإنطباع العام:

بالنسبة للإنطباع العام لحالة "كرم" فإن النتائج المتحصل عليها في القياس القبلي والبعدي توحى بذلك، وهو بقاء الحالة ضمن التوحد الحاد الذي تعبر عليه الدرجة المتحصل عليها في القياس البعدي وهي التي تقدر ب: 48 على مقياس تقدير التوحد الطفولي "كارس"، بعدما كانت 51.

■ خلاصة الحالة :

بالنسبة لكرم فإن الأم لم تمتثل لشروط تطبيق البرنامج التي تصب في نجاحه، غير أنه انخفضت بعض الأعراض في شدتها، وهذا ما تم تسجيله من خلال مقياس " كارس"، وقد شمل ذلك بعض المحاور، حيث قدر بانخفاض 03 درجات في مجموع المحاور، بعد تطبيق برنامج العلاج، وهي درجة تعبر عن بقاء الطفلة " كرم" ضمن التوحد الحاد.

6- الحالة السادسة:

6-1- المعطيات الشخصية:

- الإسم: (لياس)
- اللقب: س
- الجنس: ذكر
- السن: 05 سنوات و 8 أشهر.
- الرتبة في العائلة: الطفل الأكبر.
- المستوى التعليمي للأُم: معلمة ثانوية.
- المستوى التعليمي للأب: موظف إداري.
- المستوى الإجتماعي: عائلة ميسورة المعيشة.

6-2- عرض ملخص المقابلة:

الطفل "إلياس" يعد الطفل البكر في العائلة، يبلغ سنه 05 سنوات و 08 أشهر، لديه أخ أصغر عمره 03 سنوات لا يعاني أية مشاكل صحية، وبالنسبة للأولياء ليس لديهم أي أمراض تذكر، تقدم إلى المصلحة للتشخيص في سن مبكر وذلك في عمر ثلاثة سنوات في: 10-04-2013، أين تحصل من خلال سلم التشخيص (CHAT) و (ECAN)، على أعراض تدل على اضطراب التوحد، بحيث تحصل على 17 عرض شديد يقع بين المجال (3-4) على سلم (ECAN)، و 13 عرض متوسطة بين (2-1)، أما 03 عرض فلم يلاحظ، وعليه فقد شخص الطفل ضمن فئة الأطفال التوحديين، وفي مقابلة موالية تم تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) لمعرفة شدة الإصابة التي يعاني منها، بحيث تحصل على 42 وهو توحد حاد.

6-3- تحليل المقابلة:

تقدم الطفل " إلياس " رفقة والديه إلى المصلحة في سن مبكرة، فبعد طرح أسئلة على الأم حول حالة حملها ونمو طفلها من خلال المقابلة نصف موجهة أجابت: (لا يعاني وليدي من أي اضطراب أو مرض، كما أن فترة الحمل نتاعي جرت عادية)، وعن إكتشاف طفلها وطريقة تشخيصه تقول: (كنت نلاحظ أعراض غريبة ركبتلي الشك في العام الأول والثاني)، وقد تم توجيه الأم من خلال الأصدقاء و الأقارب إلى زيارة طبيب مختص حيث قليل لها: (راني نشوف وليدك ماشي كيما الدراري لخرين)، و في مصلحة " دريد حسين " أين تم تشخيص " إلياس " من طرف الأخصائيين ضمن فئة الأطفال التوحديين، الذي قدرت درجته 42 على مقياس (CARS) وهو توحّد حاد، وبالتالي تم تقديم برنامج العلاج " تيش " و معلومات ونصائح حول أهمية البرنامج وكيفية تطبيقه، التياً تمثلت لها الأم جيداً، حيث تقوم بالحضور في اللقاءات الشهرية بين الأولياء والاختصاصيين، وتقوم بتطبيق تمارين البرنامج يومياً، محترمة في ذلك الزمان والمكان والظروف في تطبيق برنامج العلاج و تقول: (تمارين البرنامج واضحة وسهلة الفهم بالنسبة لي)، أم بالنسبة لولدي: (كانت في البداية صعبة عليه، مي بصح بإستشارة الأطباء والأخصائيين وبالصرامة تجاوزتها)، حيث تخصص الأم 30 دقيقة لابنها يومياً، في ذلك يقول الدكتور " سليمان " (2001): «من المهم أن تكون فترات التدريب قصيرة، وذلك لأن التوحدي ليس لديه فترة إنتباه طويلة ». (علي عبد الرحيم صالح : ص173)، كما تقدم له ما يطلب من أجل إكمال تمارين البرنامج ، كوسائل للتعزيز التي تعتبر إستراتيجيات يستعملها المعالج لتسهيل عملية التعليم والتدريب وهو ما أوضحته الدراسات السابقة كل (Harold et Benjamin) هارولد وبنجامين سنة (2000)، التي أثبتت "أن المداخل السلوكية مبنية على مجموعة من الإستراتيجيات التي تعتبر مهمة في تطبيق برنامج علاج اضطراب التوحّد، منها إستخدام أساليب التعزيز كمدعمات للسلوك من أجل تعديل السلوك. (لمياء عبد الحميد بيومي: 2008: ص33: بتصرف)، و قد لاحظت الأم تحسن ملحوظ في انخفاض الأعراض التي تدل على اضطراب التوحّد منذ تطبيق برنامج العلاج، كما يتم تخصيص حصة كل أسبوع عند المختص الأطفونوني التي تهدف إلى تنمية التواصل

اللفظي والغير لفظي من خلال أسلوب (النمذجة)، في ذلك بين "باندورا" (Bandura)، سنة 1969 من خلال دراساته: « أن عملية التعلم الإجتماعي عملية نشطة وتحتاج إلى شروط لضمان نجاحها، مثل إعطاء تعليمات لفظية خلال ملاحظة النموذج وإثارة الدوافع والإهتمامات ». (إبراهيم عبد الستار:1994:ص54) و ذلك من أجل تحسين عرض التواصل اللفظي والغير لفظي، حيث تعمل بعض التدخلات السلوكية المعرفية الخارجة عن برنامج العلاج في زيادة فعالية البرنامج، وبالتالي فقد تم تحسين التواصل لدى "إلياس"، فحسب الحكيم (2003)، تنمية التكامل الحسي لدى المصاب بالتوحد، يتم عن طريق تدريب حاسة معينة من أجل التغلب على إعاقة في حاسة أخرى، كتدريب مهارات التواصل باللغة الإشارة اليدوية والعيون.(علي عبد الرحيم صالح:2012:ص165)، ومن التحسن تذكر الأم:(وليدي كان يقاوم التغيير و دوك ولا يسمع ويشوف فيا ويطبق واش نقولو، يعرف اسمه، ويكتب ويقرا، يعرف الألوان، يعرف أيام الأسبوع، يعرف باباه ويقولو نروحو نصلو صلاة الجمعة، يعرف الفواكه، يتعرف على الأطفال وعندو صحابو ويلعب معاهم، يشير بصباعو كي يحي حاجة، يعرف الاماكن، يعرف الدراهم ويروح يشري واحدوا، وكلي طفل عادي).

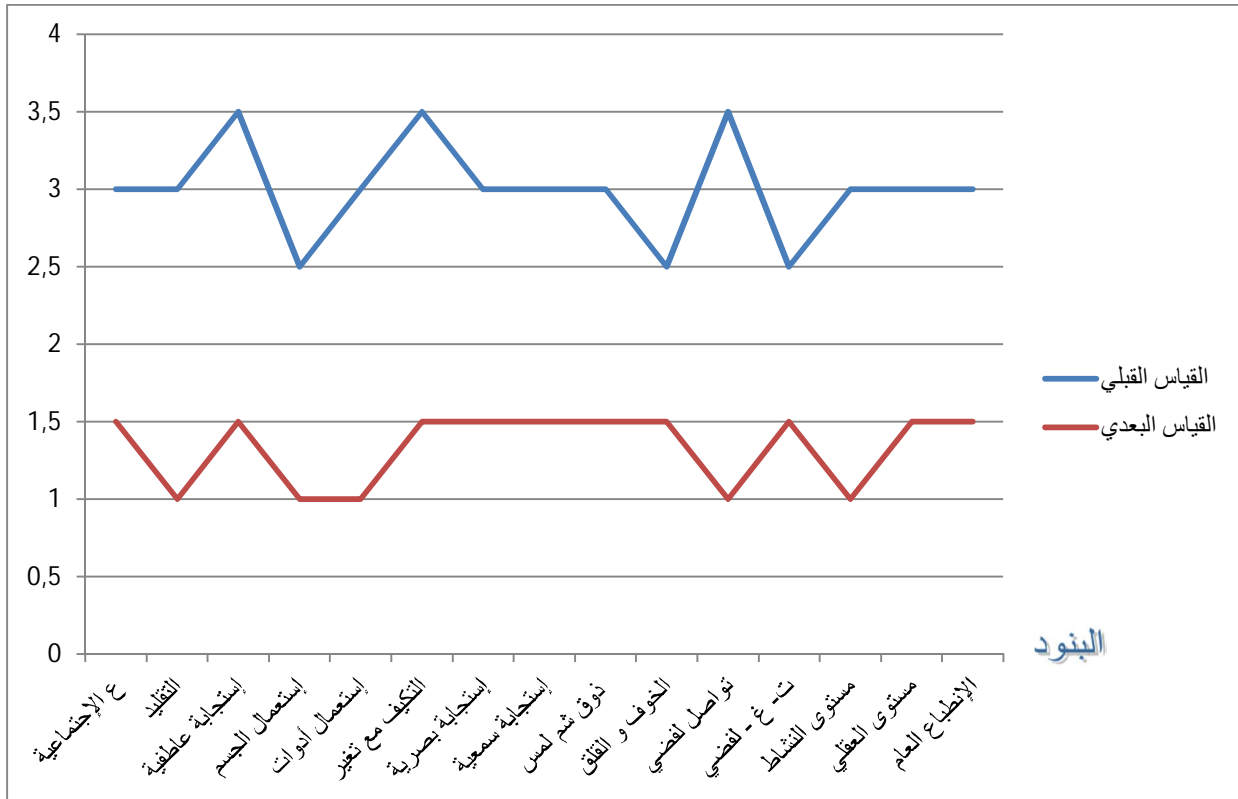
4-6- عرض نتائج تطبيق القبلي والبعدى لسلم تقدير التوحد الطفولي(CARS)

1-الجدول رقم(12):يمثل نتائج التطبيق القبليوالبعدى لسلم تقدير التوحدالطفليCARS"إلياس"

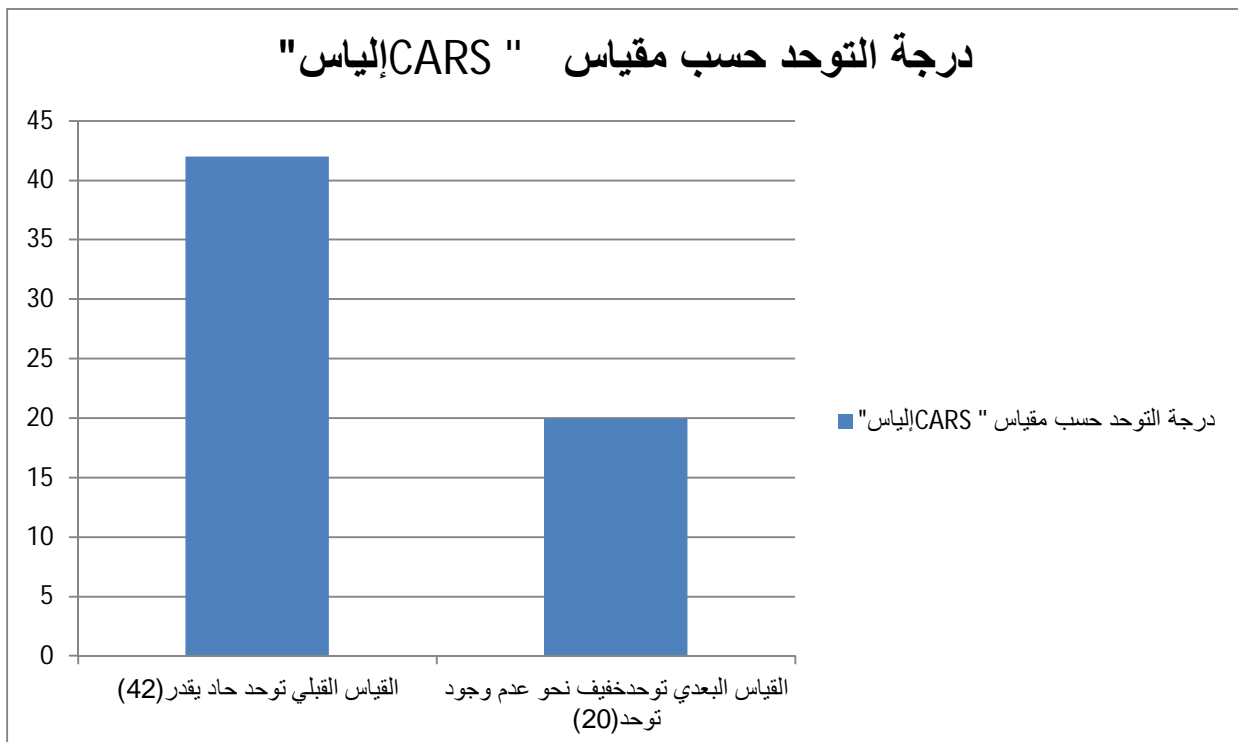
منذ بداية العلاج إلى التقييم للحالة (لمدة: عامين ونصف) في:27-04-2015

الرقم	بنود مقياس (CARS)	التطبيق القبلي (CARS)	الملاحظة بعد تطبيق العلاج (TEACCH)	التطبيق البعدى (CARS)
01	العلاقات الإجتماعية	3	تحسن في العلاقات الإجتماعية	1,5
02	التقليد	3	يقلد بكل سهولة وبدون إلحاح	1
03	الإستجابة العاطفية	3,5	إستجابات مناسبة بتعبيرات وجهية	1,5
04	إستعمال الجسد	2,5	إستعمال الجسم طبيعية، وهادفة	1
05	إستعمال الأدوات	3	يتعرف على الأدوات ويستعملها جيدا	1
06	التكيف مع التغييرات	3,5	تقبل وتجاوب مع التغيير	1,5
07	الإستجابة البصرية	3	الإستجابة بالنظرة طبيعية في مثل سنه	1,5
08	الإستجابة السمعية	3	يستجيب لاسمه، والتعليمه جيدا	1,5
09	الذوق الشم اللمس	3	يتعرف على الأطعمة	1,5
10	الخوف والقلق	2,5	يستجيب للتحذير	1,5
11	التواصل اللفظي	3,5	يشير بالأصبع نحو الأشياء والأماكن	1
12	التواصل غير لفظي	2,5	ظهور اللغة و التواصل	1,5
13	مستوى النشاط	3	نشاط وإنجاز التمارين بجدية	1
14	المستوى العقلي	3	قدرات عقلية طبيعية مناسب لسنه	1,5
15	الإنطباع العام	3	صنف ضمن عدم وجود توحد.	1,5
مجموع درجات		42	القياس البعدىCARS	20
تصنيف التوحد		توحدحاد	تصنيف بعدىCARS	عدم وجود توحد

الشكل رقم (12):منحنى يبين درجة التوحد حسب مقياس (CARS)في القياس القبلي والبعدي الحالة (6)



الشكل رقم (13):أعمدة تبين درجة التوحد حسب مقياس (CARS)في القياس القبلي والبعدي الحالة (6).



6-5- تحليل نتائج المتعلقة بالتطبيق القبلي والبعدي لمقياس (CARS) الحالة (6):

1- العلاقات الإجتماعية:

لقد حقق الطفل تحسن ملحوظ في العلاقات الإجتماعية، فقد تحصل في القياس القبلي على إنحراف 3,5، وبعد تطبيق برنامج العلاج تحسنت حالته ضمن الحدود الطبيعية قدرت ب: 1,5، حيث يبحث عن أخيه والأطفال الآخرين من أجل للعب، ولديه أصدقاء في الروضة.

2- التقليد:

لم يكن الطفل يقلد أي شيء، فقد كانت شدة العرض تقدر ب: 3، وبعد تطبيق البرنامج أصبح يقلد بكل سهولة وبدون إحاح، ويقلد سلوكيات عديدة بسهولة وطلاقة، وعليه تحصل درجة طبيعية قدرت ب: 01.

3- الإستجابة العاطفية:

لم يكن الطفل يستجيب أي استجابة عاطفية، وقد تحصل على إنحراف شديد في القياس القبلي قدر ب: 3,5، وبعد تطبيق البرنامج أصبحت استجابته ملائمة للطفل مثل سنه باستجابات مناسبة مصحوبة بتعبيرات وجهيه كالإبتسامة قدرت ب: 1,5.

4 - إستخدام الجسم:

لقد كانت حركات الطفل غير موجهة وغير عادية بحيث كان إنحراف العرض متوسط قدر ب: 2,5، وبعد تطبيق البرنامج أنخفض العرض إلى درجة طبيعية قدرت ب: 1,5، حيث أصبحت حركة الجسم طبيعية، ووضعية الجلوس مستقيمة، ويحسن إستعمال اليدين جيدا في الكتابة، الرسم، التلوين.

6-أستعمال الادوات:

لم يكن الطفل يتعرفعلناالأشياء ولا يعلم منفعتها، وإنحراف العرض كان شديد قدر ب: 3 وبعده تطبيق برنامج العلاج، سجل في القياس البعدي انخفاضإلى الحدود الطبيعية:1,5، حيث يستعمل الأدوات والألعاب بطريقة عادية، ويسميتها باسمها ويعرف منفعتها.

7-التكيف مع التغيير:

يتجاوب الطفل مع التغيير متوسط فالطفل يقاوم التغيير ويصعب ترك العمل وقد كان إنحراف العرض متوسط قدر: 2,5، وبعدها أصبح الطفل يتجاوب مع التغيير وعندما الراشد يغير التمرين لا يقاوم التغيير وقد تحصل في القياس البعدي على: 1,5.

8-الإستجابة البصرية:

من قبل كان الطفل ينظر في الفراغ و يتجنب الإحتكاك البصري، وعليه سجل في القياس القبليإنحراف ب: 2,5، وقد إنخفض العرض بدرجة ضئيلة قدرت ب: 1,5 في القياس البعدي، حيث أصبح بإمكان الطفل أن يوجه نظره نحو الأشياء، كماالإستجابةبالنظرة طبيعية ومناسبة تقترب جدا من الطفل العادي.

9-الإستجابة السمعية:

تحصل في القياس القبلي على إنحراف شديد قدر ب: 3,5 بحيث كان يتجاهل كل الأصوات، وبعدها أصبح يستجيب لاسمه، والتعليمة، ويقوم بالتمرين بدون إلحاح وقد أنخفض العرض إلى حدود طبيعية: 1,5.

10-الإستجابة وطريقة الإستكشاف (التذوق - الشم - اللمس):

لم يكن الطفل يتعرف للتذوق ولا يميز بين الأطعمة وعليه فقد تحصل في القياس القبلي لمقياس(CARS)على انحراف شديد قدر ب: 3، وبعد تطبيق برنامج العلاج لمدة عامين ونصف، أنخفض العرض إلى الحدود الطبيعية حيث يتعرف على الأطعمة ويفضل بعضها، وقد قدر في القياس البعدي ب: 1.

10- الخوف والقلق:

أنخفض العرض بدرجة واحدة فيما يخص الخوف والقلق، حيث أنخفض من 2,5 في القياس القبلي (CARS) إلى 1,5 بعد تطبيق برنامج العلاج، وهي حدود تقترب من الطبيعي.

11- التواصل اللفظي:

بالنسبة للغة الطفل سجلت بإنحراف شديد قدر ب: 3,5 وذلك قبل تطبيق برنامج العلاج (TEACCH)، وبعد تطبيق البرنامج سجل في القياس البعدي لمقياس (CARS)، إنخفاض العرض إلى حدود الطبيعية حيث قدرت 01، فظهرت اللغة حيث يتكلم بكلطلاقة واستطاعته رواية قصة صغيرة، ويعرف القراءة في الكتاب.

12- التواصل غير لفظي:

عند تشخيص الحالة كان هنالك تواصل غير لفظي لدى الطفل " إلباس"، بحيث ينتبه للأشياء، ويعرف اسمه ويشير بالأصبع ويلمس ما يريده، وقد تحصل على إنحراف قدر ب: 2 في القياس القبلي، وبعدها في القياس البعدي وبعد تطبيق برنامج العلاج أصبح في الحدود الطبيعية، حيث يشير بالإبهام نحو المكان، يفهم التعليم.

13- مستوى النشاط:

في السابق كان مستوى النشاط بإنحراف يقترب من الشديد قدر ب: 3، بحيث كان الطفل هادئ وقليل الإبتقان، وبعدها حقق إنخفاض وكأنه طفل بحيث قدر في القياس البعدي ب: 1 أين أصبح يتصرف بنشاط عما قبل و وأصبح يكمل التمارين ويطلب الإذن لإنجازها ويتمتع بقدرات مثل الطفل العادي.

14- المستوى العقلي والتجانس في مجال الوظائف العقلية:

كانت حالة الطفل شديدة بالنسبة للمستوى العقلي وتجانس الوظائف العقلية، وبعدها في القياس البعدي استطاع الطفل أن يسجل تحسن ملحوظ يقترب من الطفل العادي بحيث قدر ب: 1,5، وقد أظهر قدرات عقلية كالقدرة على العد، التعرف على الأماكن، أيام الأسبوع، الفصول الأربعة والوقت، الألوان.

15- الإنطباع العام:

بعدها كانت حالة " إلياس " ضمن فئة التوحد الحاد، ظهرت الكثير من التغيرات في السلوكيات وانخفضت جل الأعراض وبذلك قدرت الدرجة من 3 إلى 1,5 على مقياس (CARS)، وللتحقق من التحسن الملحوظ طبق إختبار رسم الرجل للتأكد، وفيه تم الطفل فهم التعليمات بكل وضوح، وطلب هل يرسم رسم كبير أو صغير، وقد تمكن من رسم الرجل الذي حقق فيه درجة لا بأس بها، وبالتالي صنف ضمن عدم وجود توحد.

▪ خلاصة الحالة :

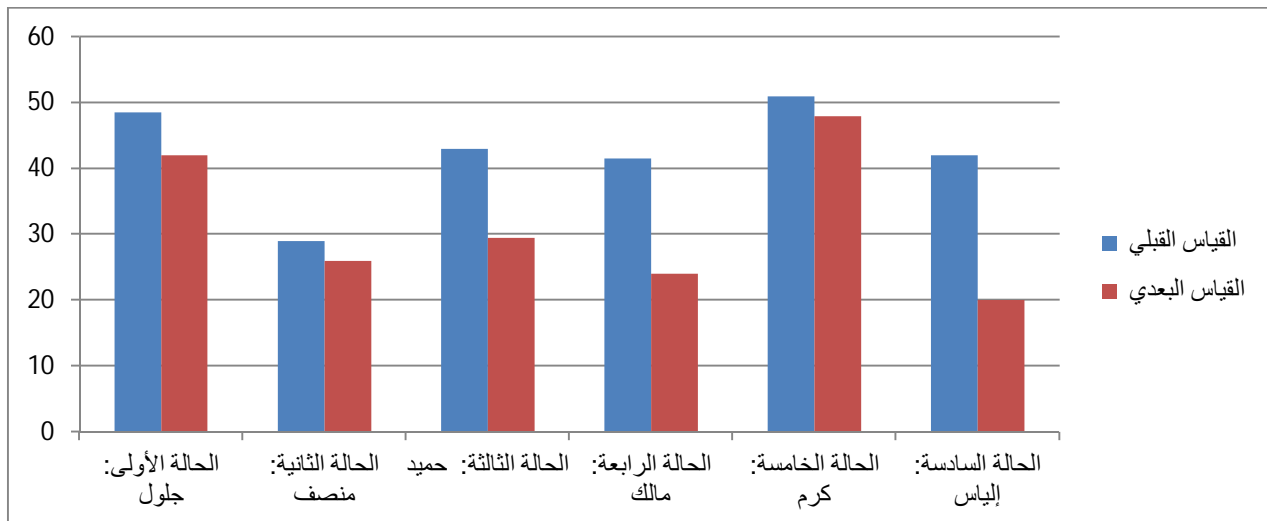
تم تسجيل درجة منخفضة قدرت ب:20 على المقياس، ويعني ذلك إنخفاظ درجة التوحد الحاد من 42 إلى توحد خفيف ويعود ذلك لتوفر كل الشروط اللازمة للعلاج من طرف الأم والأخصائيين، وقد تحصل الطفل إلى درجة توحد جد خفيفة تعبر عن عدم وجود توحد، وهي درجة نادرة من العلاج التي يتم التوصل إليها.

7- عرض نتائج الحالات الستة لمجموعة البحث :

الجدول رقم(13):يمثل نتائج التطبيق القبلي و البعدي لمقياس(CARS) لمجموعة البحث الستة.

مدة تطبيق برنامج العلاج (TEACCH)	بداية تطبيق برنامج العلاج (TEACCH)	درجة التوحد (بعد)	التطبيق الثاني البعدي (CARS)	درجة التوحد (قبل)	التطبيق الأول القبلي (CARS)	مجموعة البحث إسم الحالة
18 شهر	ثلاثة سنوات ونصف	توحد حاد	42	توحد حاد	48,5	1-جلال
30 شهر	ثلاثة سنوات	توحد خفيف	26	توحد حاد	39	2- منصف
15 شهر	ثلاثة سنولت	توحد متوسط	29,5	توحد حاد	43	3- حميد
15 شهر	3 سنوات	توحد خفيف	24	توحد حاد	41,5	4- مالك
18 شهر	أربعة سنوات	توحد حاد	48	توحد حاد	51	5- كرم
30شهر	ثلاثة سنوا ت	عدم وجود توحد	20	توحد حاد	42	6- لياس

الشكل رقم (14):أعمدة تبين درجة التوحد حسب مقياس(CARS) القبلي والبعدي " مجموعة البحث " الستة.



8- تحليل ومناقشة النتائج المتعلقة بفرضية الدراسة:

وعلى ضوء المعطيات المتحصل عليها، وبعد عرض نتائج الدراسة المتمثلة في درجة التوحد لكل الحالات، ثم عرض النتائج في التطبيق البعدي لنفس المقياس وأهم التغيرات و الملاحظات المسجلة من خلاله، و بعد تطبيق برنامج العلاج (TEACCH)، لمدة زمنية مختلفة حسب كل حالة، التي تتراوح بين 15 شهر إلى 30 شهر، وعليه فقد حققت معظم حالات مجموعة البحث، التي صنفتم ضمن التوحد الحاد بإختلاف درجته على المقياس، انخفاض في درجة التوحد وذلك من التوحد الحاد إلى توحد خفيفوعددتها 4 من أصل 6، واستنادا لهذه الحالات الأربعة ومن خلال النتائج المتحصل عليها من تحليل المقابلات، وكذا تطبيق وتحليل مقياس التوحد الطفولي " كارس" للحالات الأربعة تم التوصل إلى أن:

الفرضية العامة قد تحققت بالنسبة للحالات الأربعة التي تمثل مجموعة البحث من أصل ستة، والتي تتمثل

في الأطفال التوحديين كل من: (مالك - إلياس - منصف - حميد) مفادها:

يعمل برنامج العلاج " تيش" (TEACCH)، في خفض درجة التوحد لدى الفئة العمرية (3 - 6) سنوات، والمتحصل عليها حسب مقياس تقدير التوحد الطفلي " كارس" (CARS)، من خلال الدرجة المنخفضة بعد تطبيق برنامج العلاج " تيش" لمدة زمنية متباينة حسب كل حالة ، بإعتبار أن المقياس (CARS)، يقوم بتقييم جميع أعراض التي يعاني منها الطفل التوحدي، حيث يعتبر " البروفيسور محمود ولد طالب مقياس (CARS) من أدوات تقييم الهامة الموجة بالخصوص للطفل التوحدي (Mahmoud ould taleb :2012 :P15)، وذلك من خلال محاوره الخمسة عشر، التي تعطي تقديرات عن شدة أعراض التوحد كإفنية وكمية، التي من خلالها يمكن الحكم على فعالية برنامج العلاج.

وقد حقق "إلياس" أسمى هدف من برنامج العلاج " تيش" و الذي وضعة " إريك شوبلر" ويتمثل ذلك في التكيف والتأقلم على المستوى المدرسة، كما يعد الهدف الأساسي والأسمى بالنسبة الأولياء والمعالجين هو التأقلم والتكيف والتحسن حتى بلوغ المدرسة: (Eric Shopler.et Autres:2002:p47-49)

ويمثل الأهل والأأم على وجه الخصوص عامل من عوامل نجاح برنامج العلاج في خفض درجة التوحد وذلك من خلال ما يحصلون عليه من تدريبات وتعليمات التي تعمل على حسن سير عملية العلاج، و صرامتهم وتوفير الأدوات، الوقت، و المكان المناسب في تطبيق تمارين البرنامج، حيث يعد ذلك عاملا آخر يصب في نجاح العلاج وفي ذلك يقول "شوبلر" (Schopler :1997) في ذلك : « العلاج المتمثل في البرنامج يركز بصفة أساسية على تكوين للأباء التوحيديون كمعالجين لأطفالهم، بإعتبارهم حلقة لا يمكن الاستغناء عنها في عملية العلاج » . (Amaria baghdadi et Autre :2007 :p37)

كما يمثل سن التشخيص و بداية تطبيق برنامج العلاج عاملا هاما وأساسيا في فعالية العلاج وخفض درجة التوحد، بحيث الحالات الأربعة التي تحققت فيهم فرضية الدراسة قد احتوت على هذين الشرطين، فحسب " شوبلر": « يبدأ التشخيص من 24 شهرا حتى ستة أعوام ، كما يكون الإكتشاف المبكر انطلاقا من سن 02، والتشخيص النهائي في 03 سنوات ويعتمد على الأدوات عدة أدوات إكلينيكية يجب أن تطبق من طرف مختصين » . (Mahmoud Ould Taleb: 2012 :P119)

وبالنسبة لزمان تطبيق البرنامج يعد ذلك عاملا آخر لتحقيق العلاج، فلا يمكن لنا أن نحكم على فعالية البرنامج بدون مرور فترة زمنية معتبرة لذلك، فقد بدأت بوادر الشفاء بالظهور حسب ما تحصلنا عليه من طرف بعض الأولياء، و عليه فإن فعالية برنامج العلاج لا بد أن تتوفر على جميع الأسس والمبادئ والعوامل المتعلقة بسن التشخيص وبداية تطبيق برنامج العلاج، وتوفير المكان، الأداة و الوقت المناسب توفر شروط منها: « أن يكون مكثفا بمعدل 30 إلى 40 ساعة أسبوعيا، وأن يتم على يد فريق تربوي، ويشكل الأهل جزءا من الفريق،

وتجهيز جيد، وتدخل الأهل مماثل، وضمان إبطار فردي محدد بدقة، ويكون فعالا إذا ما طبق مبكرا «، وهو ما أشار اليه "لوفاس" (Lovaas) سنة 1960. (كريستين نصار.جانيت يونس:2012:ص80).

كما تعتبر أدوات المستعملة في تطبيق برنامج العلاج " تيش" في غاية الأهمية فهي أدوات بسيطة متوفرة في البيت والمدرسة، كما أنها مألوفة عند الطفل مما يسهل إكتساب مهارات جديدة.فحسب إريك ويلاي" « الأدوات تعتبر كتشجيعات مادية و أساسية، التي من خلالها نولد كل ما نصبوا إلى تحقيقه من سلوكات وإيماءات مرغوبة لدى الطفل التوحدي «. (Eric Willaye:2005:P24)، وتعمل أدوات البرنامج كمنبهات تسعى إلى تحقيق ما نصبوا إليه العلاج في ذلك " تقول "بريجيت نيل" : « توضع الأدوات في إبطار مبني على أساس المنبه أو الإستثارة و الوضعية التي تسعى الى إعطاء الطفل التوحدي درجة قصوى من الحيرة تجعله وتضعه في الخارج من التفاعلات الخارج بينية. (Brigille Neller :1992 :P42)

وبما أن هذا البحث يتمثل في عملية الحكم على سلوك الطفل التوحدي من خلال التطبيق البعدي لقياس (CARS) الذي من خلاله يتم الحصول على درجة التوحد التي نحكم على فعالية العلاج من خلال التعلم و تغير في الأداء تحت ظروف التدريب، بحيث: « تدرس تطورات النمو بالعديد من الطرق، من أهمها ما يكون عن طريق القياسات السنوية أو النصف سنوية، وهو ما خضعت لها مجموعة البحث الأساسية الخاصة بالدراسة وذلك ما وضعه "ماكجوش" و" إريوين" (Geoch et Irwin) سنة 1952 . (سعيدة محمد على بهاور:1981:ص66-68).

وعليه يمكننا القول أن برنامج العلاج (TEACCH)، يعمل على خفض درجة التوحد و يكتسي فعالية في ذلك، وبالتالي فقد تحققت فرضية العامة للدراسة، التي مفادها: يعمل برنامج العلاج (TEACCH) في خفض درجة التوحد لدى الأطفال المصابين بإضطراب التوحد للفئة العمرية (3 - 6) سنوات.

وبالنسبة لباقي حالات مجموعة البحث والتي قدرت ب: حالتين (02) (كرم - جلال) ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها من تحليل المقابلات، والتطبيق البعدي لمقياس كارس للحالتين تم التوصل إلى أن:

الفرضية العامة لم تتحقق بالنسبة للحالتين (كرم - جلال) والتي مفادها: أن برنامج العلاج " تيش" لم يعمل على خفض درجة التوحد لديهما، وذلك حسب النتائج المتحصل عليها من خلال مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS).

لكن يجدر الذكر أنه قد حققت الحالتين تحسنا في بعض أعراض اضطراب التوحد، حسب ما تم تقديره على مقياس (CARS)، غير أن كلتا الحالتين قد بقيت في نفس الدرجة التوحد المقدره بالتوحد الحاد في التطبيقين، قبل تطبيق العلاج وبعد تطبيق العلاج، وذلك من خلال بعض الأعراض التي يقيسها المقياس التي انخفضت شدتها، بحيث حققت تحسن قدر مجموع الدرجات بالنسبة لحالة "جلال" إنخفاض 7 درجات في مجموع مقياس (CARS)، بعد تطبيق برنامج العلاج لمدة 28 شهر، وهي نسبة معتبرة، أما بالنسبة لحالة " كرم" فقد قدر بانخفاض 3 درجات في مجموع مقياس (CARS)، بعد تطبيق برنامج العلاج لمدة 15 شهر، و يعود ذلك إلى مدة تطبيق البرنامج الغير كافية حيث أن أم " كرم" لم تحترم مواعيد العلاج ولم تحضر إلى اللقاءات الشهرية الخاصة بتطبيق البرنامج ، بداية تطبيق برنامج العلاج متأخر وذلك منذ 4 سنوات من عمر كرم، حيث يعد سن بداية العلاج عاملا مهما في نجاعة العلاج وفعالته كما أن اضطراب التوحد عند الإناث حاد ويصعب علاجه يصنف ضمن متلازمة "ريت". مثل حالة "كرم"، وذلك ما أشار إليه إبراهيم الزريقات (2004)، أن متلازمة "ريت" « هو اضطراب تصاعدي تطوري يزداد تعقيدا كلما زاد عمر الطفلة المصابة به، ويضل ملازما لها مدى الحياة ويتميز بالتخلف العقلي، بحيث التوحد عند الإناث يكون دائما حادا ويصعب علاجه » (إبراهيم الزريقات: 2004:ص 45)، كما أن عملية تطبيق البرنامج لم تكن وفق الشروط المطلوبة حيث لم تخصص " أم كرم" الوقت اللازم لتطبيق تمارين البرنامج ، كما أنها لا تقوم بذلك باستمرار وصرامة، وكل ذلك يصب في نجاح برنامج العلاج وخاصة في العنصر الخاص بالفعالية .

كما يعد إضطراب التوحد عند الإناث يصعب علاجه والتكفل به مصحوب بإعاقة في المهارات الحركية وتظهر هذه الصعوبات بعد أن يكون الشخص قد تجاوز مرحلة النمو الطبيعية، كما تعد الإناث المصابات بالتوحد أكثر درجة في حدة الإصابة من الذكور مع وجود إعاقة عقلية حادة وهو ما أوضحته كل من "كارولطارديف" و "برينوجوبنر" (Carole Tardif et BrunoGepner) سنة (2010).

أما بالنسبة لحالة " جلال " فهو يعاني من صعوبات تعيق تقدم برنامج العلاج ، حيث تعمل بعض الصعوبات على عرقلة البرنامج العلاجي، وقد أشار إلى ذلك " إريك شوبلر" حيث يستجيب المصابين بالتوحد على قدر ما يعانون من صعوبات وعلى قدر درجتها.

كما توصلت الدراسة إلى فعالية برنامج العلاج (TEACCH)، في خفض درجة التوحد، و أثبتت الدراسة مساهمة برنامج العلاج في تحسن الأعراض التي يعاني منها الطفل المصاب بإضطراب التوحد، والتي تمثل جل أعراض الإضطرابو المجالات التي يتناولها البرنامج وتشمل: العلاقات الإجتماعية، التقليد، الإستجابة العاطفية، إستعمال الجسم، إستعمال الأشياء، التكيف مع التغيير، الإستجابة السمعية، الإستجابة البصرية، الإستجابة وطريقة الإستكشاف(التذوق - الشم - اللمس)، الخوف والقلق، الإتصالاللفظي، الإتصال غير لفظي، مستوى النشاط، المستوى العقلي وتجانس الوظائف العقلية، وبالتالي تحققت فرضية الدراسة.

وفي ذلك يشير بن الخطاب خليل(1991:ص33)، إلى أن العلاج السلوكي المعرفي يعتمد على فنية إدارة السلوك، و ذلك للتخلص من السلوكيات الغير مقبولة والتقليل من الأفعال التكرارية النمطية، وغيرها من أشكال السلوك اللاتوافقي و بإستعمال التشريط الإجرائي الذي يفيد في علاج الأطفال التوحديين، بحيث يعد الثواب والعقاب من أساسيات تطوير و تعزيز السلوك الإيجابي، ولقد تبين نجاح العلاج السلوكي المعرفي مع هؤلاء الأطفال في تشجيع إكتساب المهارات الإجتماعية ومهارات التواصل ورعاية الذات والمهارات المعرفية.(لمياء عبد الحميد بيومي:2008:ص33)وعليه تبين من خلال الدراسة فعالية العلاجي السلوكي

المعرفي وتأثيره في حصول الشفاء مقارنة بالاتجاهات الأخرى للعلاج النفسي، و حيث « يمتاز بقدرة الباحث في هذا المجال على الضبط والتحكم في وضع خطة العلاج، وهو ما أيدته الدراسات الإحصائية حول أهمية وفعالية العلاج السلوكي بحيث وصلت نسبة الشفاء إلى (90 %) ». (فيصل محمد خير الزراد:1984:ص141).

وهذا ما جاءت به الدراسة هارولد"بنيامين" (Harold et Binjamin) (2000)، كما توصلت الدراسة إلى فعالية برنامج العلاج (TEACCH) في تنمية المهارات الإجتماعية لدى الأطفال التوحديين.

■ خاتمة:

تعد اضطرابات الطفولة من أهم المشكلات التي لا بد أن تواجه بشتى الطرق، ويكون ذلك من خلال كل ما نملك من وقت وعلم ووسائل التي تساهم في مد يد العون لهذه الفئة، ففي السنوات الأخيرة أصبح هناك إنتشار مخيف لإضطراب التوحد، الذي يمس الأطفال الصغار في مرحلة مبكرة من العمر، و لا يميز في ذلك أي ظروف إجتماعية و إقتصادية أو مستوى ثقافي للأولياء وبدون سابق إنذار، حيث تعدى الحدود وأصبح منتشر في كل أنحاء العالمو يعيق عملية نمو الطفل وبالتالي تكوين الأسرة و المجتمع على سبيل العموم.

و لأهمية الموضوع كانت أول إنطلاقة في بحثنا هذا من خلال دافع الفضول العلمي، هذا الدافع الغاية منه فك الغموض الذي يدور حوله إضطراب التوحد من خلال تفسير و المعرفة أكثر على فئة التوحديين، و كيفية التشخيص والعلاج، وتقديم ما تيسر من جهود خاصة في مجال معالجة الإضطراب، و تمثل ذلك في محاولة معرفة والتحقق من فعالية البرنامج العلاج (TEACCH)، في تقليل أو خفض درجة التوحد.

وبعدما أجرينا البحث والكشف عن الواقع الذي يعيشه الأطفال التوحديين وأهلهم والمختصين في البيت والمراكز المخصصة للتكفل بهذه الشريحة الهامة من المجتمع، والتعرف على الظروف الصعبة التي يواجهها الجميع، بالتحدي كل الصعوبات الزمانية والمكانية التي واجهتنا أثناء الدراسة، وقد زاد ذلك فينا إصرارا وعزيمة على إكمال البحث نظرا لأهميته و العمل على إنقاص بعض الغموض، وذلك من خلال ما تطرقنا إليه في الفصول الخمسة المكونة لدراستنا، هذه الأخيرة التي توضح فيها، بعد تحليل النتائج المتوصل إليها، توصلت إلى أن برنامج العلاج (TEACCH)، يساهم في خفض درجة التوحد لدى الأطفال الفئة العمرية (3-6) سنوات، وذلك من خلال أربعة حالات التي تمثل مجموعة البحث من أصلة ستة حالات، أم الحالتين المتبقيتين فقد ساهم البرنامج في تحسين بعض الأعراض، غير أنه لم يعمل على إخراجهم من دائرة إضطراب التوحد الحاد، إلا أن عدم فعالية البرنامج العلاجي يرجع ذلك إلى بعض النقص وعدم الإمتثال لشروط تطبيقه التي تؤدي إلى الأهداف المسطرة، وبالتالي فقد قمنا بالإجابة عن الإشكالية الدراسة المطروحة في البحث وذلك بتحقيق الفرضية

البحث لأربعة حالات أطفال توحديين، وعليه نقول أن برنامج العلاج (TEACCH)، يكتسي فعالية في خفض درجة التوحد غير أنه قد لا يحقق ذلك بالنسبة لبعض الحالات، ولكنه يعمل على تحسين بعض الأعراض.

▪ توصيات و إقتراحات:

من خلال الدراسة النظرية والميدانية، و من خلال عرض النتائج والتحليل والتطبيقوما تم ملاحظته في ميدان البحث، وما صادفناه من صعوبات، الأمر الذي دعانا للإنتقالإلى جانب من جوانب البحث العلمي يتمثل في تقديم أهم التوصياتوالإقتراحات التي لا بد أن ننتبه لها، و صعوبات التي واجهناها والتي يمكن أن تواجه كل طالب وكل واحد منا.

• توصيات:

- ✓ لا بد أن يكون التدخل العلاجي من طرف البرامج العلاجية التكفلية في سن مبكرة، يستحسن في سن عامين ونصف، وذلك من أجل ربح الوقتلتطبيق مثل هذه البرامج العلاجية حيث يعتبر الوقت محكا أساسيا في نجاح عملية التكفل والعلاج.
- ✓ تعتبر مدة العلاج غاية في الأهمية إذ لا بد من إكمال العلاج تقاديا للإنتكاسة.
- ✓ تكوين مختصينمؤهلين لمعالجة مثل هذه الإضطرابات،
- ✓ وإبراز أهمية الأولياء في العلاج،بإعتبارهم العامل الفعال في نجاعة العلاج وفعاليتة.
- ✓ تكوين الأولياء الجيد فيما يتعلق ببرامج العلاج(TEACCH)،
- ✓ عدم الخلط بين تمارين البرنامج في السن، وبين تمارين أخرى خارجة عن مضمون البرنامج العلاجي.
- ✓ صرامة المعالج وخاصة الأم حيث لوحظ أن الأم تلعب دورا هاما في نجاعة العلاج.
- ✓ ضرورة توفيرمراكز قريبة للتكفل بهذه الفئة لتقليل عناء التنقل.

- ✓ لفت انتباه المراكز التي تتكفل بالأطفال المصاب بالتوحد بضرورة استخدام برنامجالعلاج "تش"، من شأن هذا الأخير تحسين حالتهم، لأن هؤلاء لهم ظروف خاصة بهم، الذي يستدعي استخدام هذا البرنامج.
- ✓ لقاء الضوء على الميدان، الذي يأوي الأطفال المصابين بالتوحد وما يعانون منه هم وأهلهم وحتى المختصين في الميدان.
- ✓ توعية الأولياء بهشاشة مرحلة الطفولة الأولى، وعليه تطلب الحذر و اليقظة في هذه المرحلة الحساسة، وذلك بالتقدم إلى المصالح الصحية من أجل الكشف المبكر عن الإضطراب التوحد بمجرد الشك.
- ✓ إنشاء أقسام خاصة في المدارس للفئة التي حققت تقدما في العلاج، الأمر الذي يساعد على تقدم العلاج وتطور نموهم بشكل طبيعي أكثر.

• الإقتراحات:

- من خلال البحث لفت إنتباهناإقتراحات عديدة، التي رأيناها جد مهمة و التي من شأنها أن تساهم في مساعدة فئة التوحديين وبرنامج العلاج الموجه، من هذه الإقتراحات نذكر:
- ✓ ضرورة البحث أكثر حول أسباب إضطراب التوحد، بحيث لم تتوصل أي دراسة إلى حد الآن على إيجاد سبب واضح للإصابة بالتوحد، وقد تم توضيح ذلك في الجانب النظري.
- ✓ دراسة فعالية العلاجات الأخرى على تغيير سلوكيات الطفل التوحدي، لعلها تثبت فعالية أكثر في علاج إضطراب التوحد.
- ✓ القيام بدراسة علمية لمن يهمله الأمر، حول نسبة إنتشار التوحد في بلدنا، وما هي الحالات المنتشرة أكثر من حيث الشدة

▪ صعوبات البحث:

لا يخلوا أي بحث من أي صعوبات، بل يواجه الباحث صعوبات وعراقيل جمة، نذكر من أهمها مايلي:

✓ ندرة المراجع المتعلقة بالمتغير البحث المتمثل في برنامج العلاج (TEACCH)،

✓ صعوبة الوصول إلى مجموعة البحث، إذ يحتاج ذلك إلى التنقل إلى الجزائر العاصمة، والوصول في الوقت

المناسب المخصص لتقييم الحالات.

✓ ندرة المراكز المتخصصة بإضطراب التوحد، بحيث توجد مصلحتان في العاصمة تتم فيها استقبال حالات

على المستوى القطر الوطني، الأمر الذي يؤدي إلى رفض بعض المتربصين من أجل إجراء البحث.

✓ ندرة حالات التوحد التي تمثل مجموعة البحث والتي يجب أن تتوفر فيها شروط الدراسة.

✓ عدم إلتزام بعض الحالات بموعد التقييم، وهو ما يضيع لنا الوقت والمال، والرجوع في الاسبوع المقبل.

✓ ضيق الفترة الزمنية المخصصة للبحث، بحيث تحتاج بعض الدراسات إلى وقت أكبر.

قائمة المراجع

❖ قائمة المراجع :

▪ قائمة المراجع العربية:

1. إبراهيم عبد الله الزريقات (2004): التوحد الخصائص والعلاج، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
2. أسماء عبد الله عطية (2008): برنامج تنمية السلوك التكيفي (لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية)، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، ط1، الإسكندرية، مصر.
3. بدرة معتصم ميموني (2011): الإضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجامعية، وهران، الجزائر.
4. بشرى إسماعيل (2004): المرجع إلى القياس النفسي، المكتبة الأنجلو مصرية للنشر، ط1، مصر.
5. حلمي المليحي (1999): مناهج البحث في علم النفس، دار النهضة العربية، ط1، بيروت لبنان.
6. حامد عبد السلام زهران (2005): الصحة النفسية والعلاج النفسي، دار عالم الكتاب، ط4، القاهرة، مصر.
7. خليل إيهاب محمد (2009): التوحد والإعاقة العقلية (دراسة سيكولوجية طبية)، مؤسسة طبية للطبع والنشر والتوزيع، ط1، القاهرة، مصر.
8. فيصل عباس (1997): الإختبارات النفسية (تقنياتها وإجراءاتها)، دار الفكر العربي، ط1، بيروت لبنان.
9. فيصل محمد خير الزراد (1984): علاج الأمراض النفسية والإضطرابات السلوكية، دار العلم للملايين، ط1، بيروت، لبنان.
10. قاسم حسين صالح (2008): الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية (أسبابها أراضها علاجها)، دار دجلة ناشرون و موزعون، عمان، الأردن

11. صلاح الدين محمود علام(1993):البحوث النفسية والتربوية تحليل البيانات،دار الفكر العربي،ط1، القاهرة، مصر.
12. صالح حسين الداھري(2011):أساسيات القياس النفسي في الإرشاد والصحة النفسية، دار الحامد للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
13. صلاح مصطفى الفوال(1982): منهجية العلوم الإجتماعية، عالم الكتاب، القاهرة، مصر.
14. سيد النبي عبد السيد (2004) : الأنشطة التربوية للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، المكتبة الالكترونية، القاهرة، مصر.
15. مروان عبد المجيد إبراهيم(2000):أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق، عمان.
16. محمد بوعلاق (2009):الموجه في الإحصاء الوصفي و الإستدلالي في العلوم النفسية والتربوية و الإجتماعية، دار الأمل للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.
17. محمد محروس الشناوي (1998): التخلف العقلي (الأسباب التشخيص العلاج)، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، القاهرة، مصر.
18. محمد محروس الشناوي وآخرون(1998): العلاج السلوكي الحديث، دار النشر للطباعة والتوزيع، القاهرة.
19. محمد عدنان عليوات (2007): الأطفال التوحديون، دار العلمية للنشر والتوزيع، بدون طبعة، الأردن.
20. محمد السعيد أبو حلاوة (2010): دليلك السريع للتعرف على الطفل الأوتيزم، المكتبة الإلكترونية، الاسكندرية،مصر.
21. محمد صالح الإمام وآخرون (2011): إضطرابات النمو الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع،ط1.
22. محمد خليل إيهاب(2009): التوحد والإعاقة العقلية (دراسة سيكولوجية)، مؤسسة طبية للطبع والنشر، ط1، القاهرة. مصر.

23. عبد الستار إبراهيم وآخرون (1990): العلاج السلوكي للطفل (أساليب ونماذج من حالاته)، دار عالم المعرفة، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية.
24. عبد المجيد الخليدي (1988): الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الطفل، دار الفكر العربي، ط1، بيروت، لبنان.
25. علي عبد الرحيم صالح (2012): مدخل إلى دراسة التوحد، تموز للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، دمشق، سوريا.
26. عادل عبد الله محمد (2000): العلاج المعرفي السلوكي (أسس وتطبيقات)، دار الراشد للطباعة والنشر، ط1، القاهرة، مصر.
27. علاء عبد الباقي إبراهيم (2011): اضطرابات التوحد، (أعراضه أسبابه وطرق علاجه وبرامج تدريبية لتنمية الأطفال المصابين به)، دار عالم الكتاب، ط1، القاهرة، مصر.
28. كريستين نصار.جانيت يونس:(2012)، التوحد، حركة المطبوعات الجامعية للنشر والتوزيع، ط3، بيروت، لبنان.
29. كمال بكاش.رالف رزق الله (1977): مدخل إلى ميادين علم النفس ومناهجه، دار الطليعة للطباعة والنشر، ط3، بيروت ، لبنان.
30. سعيد رشدي الأعظمي (2009): إضطرابات السلوك (تشخيصها والوقاية منها)، دار جليس الزمان، ط1، عمان، الأردن.
31. سعيده محمد علي بهاور(1981): علم النفس النمو، دار البحوث العلمية، ط2، الكويت.
32. طارق عامر:(2008)، الطفل التوحدي، دار العلمية للنشر والتوزيع، بدون طبعة، عمان، الأردن.
33. طلعت همام:(1984): سين وجيم عن مناهج البحث العلمي، الشركة المتحدة للتوزيع، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان.
34. ربيع سلامة شكري (2005): التوحد اللغز الذي حير الأطباء والعلماء، دار النهار، القاهرة، مصر.

35. لويس مليكة (1990): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، دار القلم للنشر والتوزيع، ط1، الكويت.

▪ قائمة الماجستير و الدكتوراه:

36. أحمد الحميضي (2004): فعالية برنامج سلوكي لتنمية بعض المهارات لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم، رسالة ماجستير، جامعة نايف للعلوم الأمنية.

37. أميرة طه بخش (2010): فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الإجتماعي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديون، أطروحة دكتوراه في الصحة النفسية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

38. إبراهيم بن عبد الله عثمان (2009): الاستراتيجيات التربوية الخاصة والخدمات المساندة الموجهة للتلاميذ ذوي التوحد، أطروحة دكتوراه، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.

39. بوسنة عبد الباقي إبراهيم: محاضرات في منهجية البحث في علم النفس العيادي وأخلاقيات المهنة، دكتوراه بجامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.

40. على الرفاعي (1999): إضطرابات بعض الوظائف المعرفية بمستوى التوافق لدى الأطفال الذواتيين، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس

41. عادل حاسب شبيب (2008): الخصائص النفسية والاجتماعية والنفسية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء، رسالة للحصول على درجة ماجستير في علم النفس العام، أكاديمية التعليم المفتوح، بريطانيا.

42. لمياء عبد الحميد بيومي (2008): فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات العناية بالذات لدى الأطفال المصابين بالتوحد، دكتوراه جامعة قناة السويس، مصر.

43. وليد محمد علي (2005): التوحد مفهوم وطرق العلاج، مركز الكويت للتوحد، موقع دراسات والبحوث الماعوقين، الكويت.

▪ المجالات والمنشورات:

44. عبد العزيز إبراهيم سليم (2008): التوحد والتواصل، المكتبة الإلكترونية أطفال الخليج ذو الإحتياجات الخاصة، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة الإسكندرية. www.gulfkids.com

45. محسن محمود الكيكي (2011): المظاهر السلوكية للأطفال التوحد في معهد غسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية ، العدد1، مجلد 11،
46. فاطمة عبد الصمد: (1980): أثر مشاهدة البرامج على المهارات الإجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين بدولة الكويت، مجلة رسالة الخليج، الكويت، العدد103.

▪ قائمة المراجع الأجنبية:

47. Adrienne perry.D.Rosemary Condillac.(2003):Pratique fondée sur les resultats s'appliquant aux enfant et aux adollessants atteints troubles du spectre autistique. Santé Mondiale pour enfant.Ontario,toranto .canada .
48. Amera Baghdadi.D.Magali moyert et Autre (2007) : Intervention éducatives pédagogique et thérapeutique proposées dans l'autisme. Centre régional pour enfant et adolissace.france.Montpellier.
- 49.Brigitte Nelles (1992): L'éducation structurée selon la Philosophie (TEACCH).les cahier de l'actif N° 208 ,paris, France .
- 50.Carol tardif et Brino Geper (2010) :LAUTISME,ARMAND COL, 3^{eme} édition,paris,France .
- 51.Eric Willay-Marie Francoise et autre(2010) Manuel a L'Intention des Parents Ayant un Enfant Présent de L'Autisme, paris ,France .
- 52.Eric Shopler.Robrt-jay Reichler.Margaret Lansing: .(2002). Stratégies éducatives de l'autisme. Maisson . France .paris .
53. Francoise Blondiou.Marie Helene Bouchey et autre :(2005), Manuel a l'intention des parents ayant un enfant présent de l'autisme,Maison, France, Paris.
- 54.Hallan Daniel et autre :(2003),Exceptional learners Introduction To spesial education,boston ,USA .
- 55.Nadia chibane,Bernadette Rogé :(2003),Autiste Comprendre et Agir ,Dunod, paris,France.
56. Nadia boulekrass:(2011), Petit guide sure l'autisme, office des publications universitaires, Oran , Algérie .

57. Mahmoud ould taleb:(2012), MANUEL DE Pédopsychiatrie ,offer des publications universites,alger,algerie.

58. Mahmoud ould taleb:(2009),LE SPECTR DE L'AUTISME, office des publications universitaires, alger ,Algerie.

- Doctorats françaises :

59.Amaria baghdadli (2007):Magali Noyer ,Intervention éducatives Pédagogiques et thérapie de la sante et des soliderite proposes dans l'autisme,Ministere de la sante, centre de pessourc autistes .doctorat

60.Francoise Duvale Laurence (2008) :L'Animale peut il aider l'individu autiste,Thèse pour doctorat, faculté de medcine de cretiel,France .

-dexionaire :

_ LE LIVRE DE MEDCINE (2001) : Sous la derction de Michel Severs et Nayala Fabguki ,Le Pommier. France .

- (DSM-IV-TR) (2004):Manual et diagnostique et statistique des trouble Montaux ,version international ,Masson ,4^e edition, tradiction francais par lecipe de tradiction .

- REVUES:

63.Anssio Mounib:Revue de Littérature : Syndrome D'Asperger (Trouble Envahissant du Développement de Haut niveau), Rigie Régional de Sante et des service sociaux de Montréal ,Centre Canada, janvier 2012.

- site internet :

<http://www.av.com>

<http://www.gulfkids.com>

<http://www.arabpdynet.com>

<http://www.shifaahlamoutada.com>

الملاحق

الملحق رقم (1) : (مقابلة نصف موجهة)

• المعطيات الشخصية:

- الإسم:

- اللقب:

- الجنس:

- السن:

- الرتبة في العائلة:

- عدد الإخوة :

- درجة التوحد:

- المستوى التعليمي للأم:

- المستوى التعليمي للأب:

- المستوى الإجتماعي:

▪ أسئلة المقابلة النصف موجهة: (مع الأولياء)

• المحور الأول: حول الطفل.

- كيف كانت فترة الحمل؟

- هل أصيب طفلكم بأمراض معينة ؟

- متى تم إكتشاف أن طفلكم مصاب بالتوحد ؟

- ما هي أول المؤشرات الأولى التي أثارت إنتباهكم على أنها غير طبيعية ؟

- هل هذه السلوكيات التي دفعتمكم إلى إستشارة طبيب مختص؟

- من قام بتوجيهكم لمركز معالجة الأطفال التوحديين؟

- هل تم تشخيص حالة طفلكم عند أول زيارة ؟
- ما هو التشخيص الذي قدمه الطبيب المختص لطفلكم؟
- في أي عمر تم تشخيص طفلكم؟
- هل هناك أمراض أو اضطراب أخرى يعاني منها طفلكم ؟
- هل يعاني أحد من العائلة من مشاكل أو مصاب بالتوحد، أو اضطرابات أخرى ؟
- **المحور الثاني: حول عملية التشخيص.**

- كيف تكون عملية تشخيص التوحد؟
- ما هي الأدوات المعتمدة للقيام بعملية التشخيص؟
- من يقوم بعملية التشخيص؟
- ما هي التعليمات والنصائح التي يتم تقديمها من طرف الفريق الطبي؟
- من هم الأشخاص الذين يقومون بتطبيق برنامج العلاج؟
- ما هي الشروط التي يجب أن تتوفر فيهم؟

- **المحور الثالث: حول كيفية تطبيق الوالدين برنامج العلاج (TEACCH) .**

- في أي سن بدأ تطبيق برنامج العلاج (TEACCH)؟
- هل قمتم بتكوين حول برنامج العلاج (TEACCH) ؟
- هل تداومون الحضور في الاجتماعات الشهرية الخاصة بالتكوين؟
- هل محتوى البرنامج واضح بالنسبة لكم؟ (المحاور، التمارين، التطبيق)؟
- هل يوجد مكان متوفر لديكم لتطبيق تمارين البرنامج في المنزل ؟
- كيف تطبقين تمارين برنامج العلاج ؟ (الوقت المكان)
- هل الأدوات اللازمة لتطبيق برنامج العلاج متوفرة لديكم؟
- من يساعدكم على تطبيق تمارين برنامج العلاج؟
- ما هي الصعوبات التي تواجهونها أثناء تطبيق البرنامج العلاج (TEACCH)؟
- ما هي ملاحظتكم في سلوكيات طفلكم الحالية؟
- هل يتم تناول بعض الأدوية قبل أو أثناء تطبيق برنامج العلاج؟
- هل تقومون بتطبيق تمارين أخرى خارجة عن برنامج العلاج (TEACCH)؟ ما هي؟

(ترجمة من إعداد الطالب درموشي أحسن)

الملحق رقم (2): مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)

ECHELLE D'EVALUATION DE L'AUTISME INFANTILE

• سجل المعلومات

الأسم:.....
رقم الملف:.....
تاريخ التشخيص: اليوم.....الشهر.....السنة.....
تاريخ الولادة: اليوم.....الشهر.....السنة.....
العمر الزمني: السنة.....الشهر.....
الفاحص:.....

• النتائج في مختلف المحاور:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 مجموع النتائج

• نقاط المقياس:

- توحد خفيف نحو عدم وجود توحد = 15 - 29,5

- درجة توحد وسطى = 30 - 36,5

- درجة توحد حاد = 37 - 60

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60

• التعليمات:

تستخدم المعطيات التالية لوضع ملاحظات عن السلوكيات المذكورة والمتناسبة مع كل درجة من درجات التقويم الكمي.

• سلم الدرجات

بعد مراجعة الملاحظات المسجلة على ورقة العمل يجب وضع درجات حسب التقويم شاملة

لكل حقل، بحيث يمكن إعطاء قيمة التي تقع بين الحقلين كالتالي: (1,5-2,5-3,5)

- 1 = عدم وجود إنحراف

- 2 = إنحراف بسيط.

- 3 = إنحراف متوسط.

- 4 = إنحراف شديد.

1- العلاقات الإجتماعية:

- 1 = - عدم وجود صعوبة في العلاقات مع الآخرين: سلوكيات الطفل تتزامن مع سنه
- 2 = - شذوذ قليلة في العلاقات: تجنب الإتصال البصري لتجنب التواصل ومشاركة ضئيلة ومجبرة
- 3 = - شذوذ متوسط: إظهار سلوكيات التجنب أحيانا وحساسية مع إثارة إنتباهه صعبا نادرا
- 4 = - شذوذ حاد في العلاقة: الطفل لا يهتم ولا يدرك بما يفعل الراشد ولا يستجيب إطلاق

ملاحظة:

2- التقليد:

- 1 = - تقليد مناسب: الطفل يستطيع تقليد الأصوات والكلمات والحركات التي في نفس سنه
- 2 = - تقليد غيرعادي خفيف: تقليد سلوكيات بسيطة كتصفيق أو صنع أصوات بعد زمن
- 3 = - تقليد غيرعادي متوسط: تقليد بإلحاح وإعانة من طرف الراشد لإنجازه مع مرور وقت
- 4 = - عدم تقليد حاد: لا يقلد الطفل أبدا الأصوات والحركات بوجود دفع من طرف الراشد

ملاحظة:

3- الإستجابات العاطفية:

- 1 = - إستجابات عاطفية ملائمة ومناسبة للسن: الطفل يظهر أستجابة عادية بتعبيرات الوجه
- 2 = - استجابات عاطفية خفيفة: يظهر أستجابات عاطفية خفيفة،علاقات مع الاشياء والأحداث
- 3 = - استجابات عاطفية متوسطة: إظهار استجابات عاطفية لا تمد بعلاقة مع الحدث كالضحك
- 4 = - عدم وجود أستجابات عاطفية: نادرة، لا يتبادل الحب والعطف، وجود عواطف مختلفة للوضع

ملاحظة:

4- إستخدام الجسم:

- 1 = - إستخدام الجسم عادي لسنه: الطفل يتحرك ويتبادل بنفس الوتيرة والمستوى طفل بنفس سنه
- 2 = - استخدام الجسم غيرعادي خفيف: وجود حركات تكرارية وفقر التناسق،حركات غير موجه
- 3 = - استخدام الجسم غيرعادي متوسط: غريبة وغير إعتيادية ،حركات للأصبع وأوضاع الجسم
- 4 = - استخدام الجسم غير عادي حاد: أستعمال للجسم غير عادي شديد و ملفتة تبعث للوضع

ملاحظة:

5- إستعمال الأدوات :

- 1 = اهتمام عادي للألعاب والأدوات: يستعمل الأدوات والألعاب بطريقة عادية بنفس سنه
- 2= اهتمام غيرعادي خفيف للأدوات والألعاب: مع إظهار تعلق غير مصنف للمنفعة الشيء
- 3= اهتمام غيرعادي متوسط الأشياء: يهتم لجزء من الأشياء، أو يستعمل بطريقة غريبة
- 4 = أهتمام غير عادي حاد للأشياء: استعمالات للأشياء غير نافعة، بحدة و متكررة

ملاحظة:

6- التكيف مع التغيرات:

- 1 = تجاوب مع التغيير نافع و مناسب للعمر:الطفل يستطيع ملاحظة التغيير و يعلق بلا قلق
- 2= تجاوب غيرعادي خفيف للتغيير: عندما الراشد يغير الأشياء يبقى الطفل مع نفس النشاط
- 3= تجاوب غيرعادي متوسط: الطفل يقاوم التغيير ويكمل النشاط السابق ويصعب ترك العمل
- 4= تجاوب حاد وغير عادي للتغيير: الطفل يظهر استجابات حادة للتغيير مع رفض المشاركة

ملاحظة :

7- الإستجابات البصرية:

- 1= استجابة بصرية نافعة و مناسبة للسن:الطفل يتواصل بالبصر من لإكتشاف شيء جديد
- 2= استجابة بصرية غير عادية خفيفة:الطفل أحيانا ينظر للأشياء بتذكيره ويهتم للمرأة والضوء
- 3= استجابة بصرية غيرعادية متوسطة:لا بد من تذكيره مرارا ليما يفعل ويمكنه أن ينظر في الفراغ
- 4= استجابة بصرية غير عادية حادة: يتجنب النظر إلى الأشخاص والأشياء بإغلاق العين مثلا

ملاحظة :

8- الإستجابات السمعية

- 1= استجابة سمعية عادية مناسبة للسن:تجاوب سمعي عادي ومناسب للسن و لباقي الأصوات
- 2= استجابة سمعية غريبة خفيفة: نقص للتجاوب أو مغاير، لا بد إصدار أصوات للفت انتباهه
- 3= استجابة سمعية غريبة متوسطة:باستجابات للضحج متنوعة، بإهمال الضجيج أوغلق الأذن
- 4= استجابة سمعية غريبة حادة:الطفل يستجيب قليلا جدا للضحج بتناقص مهما كان نوع المنبه

ملاحظة:

9- التذوق الشم واللمس الإستجابات وطريقة إكتشافها:

- 1 = -استجابة عادية لمنبه اللمسي والشمي والذوقي: إستعمالات عادية للحواس وإكتشاف الأشياء
- 2 = -استجابة غريبة خفيفة لمنبه الشمي والمسي والذوقي: الطفل يضع الأشياء في الفم لتذوقها
- استجابة غريبة متوسطة لمنبه الشم والذوق واللمس: إستجابات غريبة لحواسه، الطفل لا ينتبه عند لمسه، بدون إحساس، يتذوق الأشياء والأشخاص، يستجيب ببودة، مع عدم احساس بالألم
- 3 = -استجابة حادة غريبة لمنبه الذوق الشم اللمس: إهمال كامل للذوق اللمس والأشياء المحسوسة
- 4 =

ملاحظة :

10-الخوف والقلق:

- 1 = - خوف وقلق عاديين: سلوكيات الطفل مناسبة للظروف الملائمة لمحتوى السن
- خوف وقلق غيرعادي خفيف:الطفل يظهر أحيانا خوف وقلق جد ضعيفة ومهمة مقارنة بالطفل العادي المواقف المخيفة والغريبة
- 2 =
- خوف وقلق غيرعادي متوسط:الطفل يظهر خوف جد ضعيف لأوضاع ملفنة مقارنة بالعادي
- 3 =
- خوف وقلق غيرعادي حاد:عدم الخوف للموقف المخيف وتجاوب غريب رغم إعادة الموقف
- 4 =

ملاحظة :

11-التواصل لفظي:

- 1 = - تواصل لفظي عادي مناسب للسن و للموقف
- تواصل لفظي غير عادي خفيف: تأخر في اللغة، وأساسيات التخاطب والتعبير، قلب الضمائر، وجود كلمات ضئيلة مستعملة في بعض المناسبات
- 2 =
- تواصل لفظي غيرعادي متوسط:غياب اللغة،وجود الإكولاليا، قلب الضمائر، أسئلة معادة
- 3 =
- تواصل لفظي غير عادي حاد:الطفل لا يستعمل اللغة، يقوم بضجيج مركب يقترب من اللغة، قلق حيواني، أصوات غريبة، يظهر بعض الكلمات أو الجمل
- 4 =

ملاحظة :

12 - تواصل الغير لفظي

- 1= -تواصل غير لفظي عادي بالنسبة للسن وللموقف.
- 2= -تواصل غير لفظي غيرعادي خفيف: قليلة،الطفل يشير بالأصبع، ويلمس ويظهر ما يريده
- 3= -تواصل غيرلفظي غيرعادي متوسط: غالبا لا يستطيع التعبيرعن رغباته بالإشارة، والإماءات
- 4= -تواصل غير لفظي غيرعادي حاد: يستعمل إشارات غريبة وغير معبرة، لا ينتبه للإماءات

ملاحظة :

13 - مستوى النشاط :

- 1= -مستوى نشاط عادي بالنسبة للسن: الطفل غير نشط ولا هاديء أكثر من سنه للموقف العادي
- 2= -مستوى نشاط غيرعادي خفيف:الطفل مرة مبعثر ومرة هاديء،نشاط خفيف وقلة في الإتقان
- 3= -مستوى نشاط غيرعادي متوسط: الطفل كثير الحركة وصعب التحكم، شح الطاقة والتقليد
- 4= -مستوى نشاط غيرعادي حاد: الطفل يظهر مستوى نشاط حركي حاد، والانتقال لهدوء حاد

ملاحظة:

14 -المستوى العقلي والتجانس في مجال الوظائف العقلية:

- 1= -ذكاء عادي وتوظيف عقلي متجانس:الطفل ذكي مثل سنه،لا يظهر أي تأهيل وأي مشاكل
- 2= -توظيف عقلي غيرعادي خفيف: ليس ذكي ولا متطور، وليس له قدراته في كل المجالات
- 3= -توظيف عقلي غيرعادي متوسط:ليس للطفل أي ذكاء، أي تطور، قد يظهر إتقان في حالات
- 4= -توظيف عقلي غيرعادي حاد:ليس للطفل أي ذكاء، أي تطور،ولا يظهر أي قدرة على الإتقان

ملاحظة :

15 - الإنطباع العام:

- 1= - عدم وجود توحيد
- 2= - توحيد خفيف
- 3= - توحيد متوسط
- 4= - توحيد حاد

ملاحظة :

المحور رقم : 01

ECHELLE D'EVALUATION DE L'AUTIDME INFANTILE

• سجل المعلومات

الأسم:.....
رقم الملف:.....
تاريخ التشخيص:اليوم.....الشهر.....السنة.....
تاريخ الولادة: اليوم.....الشهر.....السنة.....
العمر الزمني: السنة.....الشهر.....
الفاحص:.....

• النتائج في مختلف المحاور:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

مجموع النتائج 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

• نقاط المقياس:

- توحيد خفيف نحو عدم وجود توحيد = 15 - 29,5

- درجة توحيد وسطي = 30 - 36,5

- درجة توحيد حاد = 37 - 60

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60

• التعليمات:

تستخدم المعطيات التالية لوضع ملاحظات عن السلوكيات المذكورة والمتناسبة مع كل درجة من درجات التقويم الكمي.

• سلم الدرجات

بعد مراجعة الملاحظات المسجلة على ورقة العمل يجب وضع درجات حسب التقويم شاملة

لكل حقل، بحيث يمكن إعطاء قيمة التي تقع بين الحقلين كالتالي: (1,5-2,5-3,5)

- 1 = عدم وجود إنحراف

- 2 = إنحراف بسيط.

- 3 = إنحراف متوسط.

- 4 = إنحراف شديد.

2- العلاقات الإجتماعية:

- 1 = عدم وجود صعوبة في العلاقات مع الآخرين: سلوكيات الطفل تتزامن مع سنه
- 2 = شذوذ قليلة في العلاقات: تجنب الإتصال البصري لتجنب التواصل ومشاركة ضئيلة ومجبرة=
- 3 = شذوذ متوسط: إظهار سلوكيات التجنب أحيانا وحساسية مع إثارة إنتباهه صعبا نادرا
- 4 = شذوذ حاد في العلاقة: الطفل لا يهتم ولا يدرك بما يفعل الراشد ولا يستجيب إطلاق

ملاحظة:

2- التقليد:

- 1= تقليد مناسب: الطفل يستطيع تقليد الأصوات والكلمات والحركات التي في نفس سنه
- 2= تقليد غيرعادي خفيف: تقليد سلوكيات بسيطة كتصفيق أو صنع أصوات بعد زمن
- 3= تقليد غيرعادي متوسط:تقليد بإلحاح وإعانة من طرف الراشد لإنجازه مع مرور وقت
- 4= عدم تقليد حاد:لا يقلد الطفل أبدا الأصوات والحركات بوجود دفع من طرف الراشد

ملاحظة:

3-الإستجابات العاطفية:

- 1= إستجابات عاطفية ملائمة ومناسبة للسن: الطفل يظهر أستجابة عادية بتعبيرات الوجه
- 2= استجابات عاطفية خفيفة: يظهر أستجابات عاطفية خفيفة،علاقات مع الاشياء والأحداث
- 3= استجابات عاطفية متوسطة:إظهار استجابات عاطفية لا تمد بعلاقة مع الحدث كالضحك
- 4= عدم وجود أستجابات عاطفية: نادرة،لا يتبادل الحب والعطف،وجودعواطف مختلفة للوضع

ملاحظة:

4-إستخدام الجسم:

- 1= إستخدام الجسم عادي لسنه:الطفل يتحرك ويتبادل بنفس الوتيرة والمستوى طفل بنفس سنه
- 2= إستخدام الجسم غيرعادي خفيف: وجود حركات تكرارية وفقر التناسق،حركات غير موجه
- 3= استخدام الجسم غيرعادي متوسط: غريبة وغير إعتيادية ،حركات للأصبع وأوضاع الجسم
- 4= إستخدام الجسم غير عادي حاد: أستعمال للجسم غير عادي شديد و ملفقة تبعث للوضع

ملاحظة:

6- إستعمال الأدوات:

- 1 = اهتمام عادي للألعاب والأدوات: يستعمل الأدوات والألعاب بطريقة عادية بنفس سنه
- 2 = اهتمام غيرعادي خفيف للأدوات والألعاب: مع إظهار تعلق غير مصنف للمنفعة الشيء
- 3 = اهتمام غيرعادي متوسط الأشياء: يهتم لجزء من الأشياء، أو يستعمل بطريقة غريبة
- 4 = اهتمام غير عادي حاد للأشياء: استعمالات للأشياء غير نافعة، بحدة و متكررة

ملاحظة:

6- التكيف مع التغيرات:

- 1 = تجاوب مع التغيير نافع و مناسب للعمر: الطفل يستطيع ملاحظة التغيير و يعلق بلا قلق
- 2 = تجاوب غيرعادي خفيف للتغيير: عندما الراشد يغير الأشياء يبقى الطفل مع نفس النشاط
- 3 = تجاوب غيرعادي متوسط: الطفل يقاوم التغيير ويكمل النشاط السابق ويصعب ترك العمل
- 4 = تجاوب حاد وغير عادي للتغيير: الطفل يظهر استجابات حادة للتغيير مع رفض المشاركة

ملاحظة:

7- الإستجابات البصرية:

- 1 = استجابة بصرية نافعة و مناسبة للسن: الطفل يتواصل بالبصر من لإكتشاف شيء جديد
- 2 = استجابة بصرية غير عادية خفيفة: الطفل أحيانا ينظر للأشياء بتذكيره ويهتم للمرأة والضوء
- 3 = استجابة بصرية غيرعادية متوسطة: لا بد من تذكيره مرارا ليما يفعل ويمكنه أن ينظر في الفراغ
- 4 = استجابة بصرية غير عادية حادة: يتجنب النظر إلى الأشخاص والأشياء بإغلاق العين مثلا

ملاحظة:

8- الإستجابات السمعية

- 1 = استجابة سمعية عادية مناسبة للسن: تجاوب سمعي عادي ومناسب للسن و لباقي الأصوات
- 2 = استجابة سمعية غريبة خفيفة: نقص للتجاوب أو مغاير، لا بد إصدار أصوات للفت انتباهه
- 3 = استجابة سمعية غريبة متوسطة: بإستجابات للضحج متنوعة، بإهمال الضجج أوغلق الأذن
- 4 = استجابة سمعية غريبة حادة: الطفل يستجيب قليلا جدا للضحج بتناقص مهما كان نوع المنبه

ملاحظة:

9- التذوق الشم واللمس الإستجابات وطريقة إكتشافها:

- 1 = استجابة عادية لمنبه اللمسي والشمي والذوقي: إستعمالات عادية للحواس وإكتشاف الأشياء
- 2 = استجابة غريبة خفيفة لمنبه الشمي والشمي والذوقي: الطفل يضع الأشياء في الفم لتذوقها
- 3 = استجابة غريبة متوسطة لمنبه الشم والذوق واللمس: إستجابات غريبة لحواسه، الطفل لا ينتبه عند لمسه، بدون إحساس، يتذوق الأشياء والأشخاص، يستجيب ببودة، مع عدم احساس بالألم
- 4 = استجابة حادة غريبة لمنبه الذوق الشم اللمس: إهمال كامل للذوق اللمس والأشياء المحسوسة

ملاحظة :

11- الخوف والقلق:

- 1 = خوف وقلق عاديين: سلوكيات الطفل مناسبة للظروف الملائمة لمحتوى السن
- 2 = العادي المواقف المخيفة والغريبة
- 3 = خوف وقلق غيرعادي متوسط: الطفل يظهر خوف جد ضعيف لأوضاع ملفتة مقارنة بالعادي
- 4 = خوف وقلق غيرعادي حاد: عدم الخوف للموقف المخيف وتجاوب غريب رغم إعادة الموقف

ملاحظة :

11- التواصل لفظي:

- 1 = - تواصل لفظي عادي مناسب للسن و للموقف
- 2 = -تواصل لفظي غير عادي خفيف: تأخر في اللغة، وأساسيات التخاطب والتعبير، قلب الضمائر، وجود كلمات ضئيلة مستعملة في بعض المناسبات
- 3 = -تواصل لفظي غيرعادي متوسط: غياب اللغة، وجود الإكولاليا، قلب الضمائر، أسئلة معادة
- 4 = -تواصل لفظي غير عادي حاد: الطفل لا يستعمل اللغة، يقوم بضجيج مركب يقترب من اللغة، قلق حيواني، أصوات غريبة، يظهر بعض الكلمات أو الجمل

ملاحظة :

12- تواصل الغير لفظي

- 1= -تواصل غير لفظي عادي بالنسبة للسن والموقف.
- 2= -تواصل غير لفظي غيرعادي خفيف: قليلة،الطفل يشير بالأصبع، ويلمس ويظهر ما يريده
- 3= -تواصل غيرلفظي غيرعادي متوسط: غالبا لا يستطيع التعبيرعن رغباته بالإشارة، والإماءات
- 4= -تواصل غير لفظي غيرعادي حاد: يستعمل إشارات غريبة وغير معبرة، لا ينتبه للإماءات

ملاحظة :

13 - مستوى النشاط :

- 1= -مستوى نشاط عادي بالنسبة للسن: الطفل غير نشط ولا هاديء أكثر من سنه للموقف العادي
- 2= -مستوى نشاط غيرعادي خفيف:الطفل مرة مبعثر ومرة هاديء،نشاط خفيف وقلة في الإتقان
- 3= -مستوى نشاط غيرعادي متوسط: الطفل كثير الحركة وصعب التحكم، شح الطاقة والتقليد
- 4= -مستوى نشاط غيرعادي حاد: الطفل يظهر مستوى نشاط حركي حاد، والانتقال لهدوء حاد

ملاحظة:

15-المستوى العقلي والتجانس في مجال الوظائف العقلية:

- 1= -ذكاء عادي وتوظيف عقلي متجانس:الطفل ذكي مثل سنه،لا يظهر أي تأهيل وأي مشاكل
- 2= -توظيف عقلي غيرعادي خفيف: ليس ذكي ولا متطور، وليس له قدراته في كل المجالات
- 3= -توظيف عقلي غيرعادي متوسط:ليس للطفل أي ذكاء، أي تطور، قد يظهر إتقان في حالات
- 4= -توظيف عقلي غيرعادي حاد:ليس للطفل أي ذكاء، أي تطور،ولا يظهر أي قدرة على الإتقان

ملاحظة :

15 - الإنطباع العام:

- 1 = - عدم وجود توحده
- 2= - توحده خفيف
- 3 = - توحده متوسط
- 4 = - توحده حاد

ملاحظة :

تابع للملحق رقم (3): يبين آراء المحكمين حول ترجمة المقياس (CARS)

النسبة المئوية	لا	نعم	الأسئلة
%100		X	هل هي مناسبة لموضوع الدراسة
%98		X	هل هي مصاغة صياغة جيدة
%98		X	هل هي واضحة لغويا
%100		X	هل الأعراض كافة
%98		X	هل التعليلة واضحة

عرض مضمون المقابلة النصف

موجهة

الحالات الستة

▪ الحالة الأولى (جلال): (مقابلة نصف موجهة)

• المعطيات الشخصية:

- الإسم: جلال.

- اللقب: م

- الجنس: ذكر.

- السن: 05 سنوات.

- الرتبة في العائلة: الطفل الأوسط

- المستوى التعليمي للأب: مستوى نهائي .

- المستوى التعليمي للأب: تاسعة متوسط.

- المستوى الإجتماعي: متوسطة.

▪ أسئلة المقابلة النصف موجهة: (مع الأولياء)

• المحور الأول: حول الطفل.

- كيف كانت فترة الحمل؟

(فترة طبيعية أو عادية)

- هل أصيب طفلكم بأمراض معينة ؟

(لا لعندوا حتى مرض أو أصابة بصح عندوا النوم نتاعو مضطرب ما يرقدش وينود في الليل)

- متى تم إكتشاف أن طفلكم مصاب بالتوحد ؟

(في عامين ونص)

- ما هي أول المؤشرات الأولى التي أثارت إنتباهكم على أنها غير طبيعية ؟

(شكيت في سلوكات وليدي في عامين ونص ما يهدرش كيما الدراري لخرين)

- هل هذه السلوكيات التي دفعتمكم إلى إستشارة طبيب مختص؟

(كي ولا ما يهدرش كيما الدراري راحت للطبيب)

- من قام بتوجيهكم لمركز معالجة الأطفال التوحديين؟
(طبيب تاع الدراري بيدياطر)

- هل تم تشخيص حالة طفلكم عند أول زيارة ؟
(نعم في أول زيارة في دريد حسين)

- ما هو التشخيص الذي قدمه الطبيب المختص لطفلكم؟
(قالولي بلي طفل متوحد)

- في أي عمر تم تشخيص طفلكم؟
(في عامين و نص)

- هل هناك أمراض أو اضطراب أخرى يعاني منها طفلكم ؟
(ما يرقدش بزاف ما يعرفش الليل والنهار ما يركزش)

- هل يعاني أحد من العائلة من مشاكل أو مصاب بالتوحد، أو اضطرابات أخرى ؟
(عندو عمو مريض بالتخلف العقلي)

• المحور الثاني: حول عملية التشخيص.

- كيف تكون عملية تشخيص التوحد؟

(موعد يكون بحضور الطبيب المختص وحالة الطفل الصحية جيدة وعزل الإضطرابات المشابهة)

- ما هي الأدوات المعتمدة للقيام بعملية التشخيص؟

(أدوات التشخيص، شا، أوكان ، كارس لمعرفة درجة التوحد)

- من يقوم بعملية التشخيص؟

(من خلال الأطباء المختصين والمقيمين و النفسانيين المتخصصين في المصلحة)

- ما هي التعليمات والنصائح التي يتم تقديمها من طرف الفريق الطبي؟

(العلاج يركز على الأم بالدرجة الأولى، ضرورة مراعات سن التمرين، ومداومة في التطبيق)

- من هم الأشخاص الذين يقومون بتطبيق برنامج العلاج؟

(الأم بالدرجة الأولى، ثم يليها المختصين النفسانيين والأورطوفونيين، والمربين المكونين)

- ما هي الشروط التي يجب أن تتوفر فيهم؟

(تكوين فيما يخص طريقة " تيش ")

- المحور الثالث: حول كيفية تطبيق الوالدين برنامج العلاج (TEACCH) .
 - في أي سن بدأ تطبيق برنامج العلاج (TEACCH)؟
(منذ التشخيص ثلاثة سنوات ونصف)
 - هل قمتم بتكوين حول برنامج العلاج (TEACCH) ؟
(نعم)
 - هل تداومون للحضور في الاجتماعات الشهرية الخاصة بالتكوين؟
(في كل شهر)
 - هل محتوى البرنامج واضح بالنسبة لكم؟ (المحاور، التمارين، التطبيق)
(هناك تمارين سهلة وأخرى صعبة بالنسبة لي)
 - هل يوجد مكان متوفر لديكم لتطبيق تمارين البرنامج في المنزل ؟
(نعم يوجد)
 - كيف تطبقين تمارين برنامج العلاج ؟ (الوقت، المكان)
(يوم بعد يوم في مكان في الغرفة)
 - هل الأدوات اللازمة لتطبيق برنامج العلاج متوفرة لديكم؟
(عندي ماشي كلش)
 - من يساعدكم في تطبيق تمارين برنامج العلاج؟
(مرات نروح عند نفساني يوريلي)
 - ما هي الصعوبات التي تواجهونها أثناء تطبيق البرنامج العلاج (TEACCH)؟
(وليدي ما يطبقش والتمارين صعبة عليه خاصة التقليد)
 - ما هي ملاحظاتكم على سلوكيات طفلكم الحالية؟
(تحسن شويأ خير من قبل)
 - هل تقومون بتطبيق تمارين أخرى خارجة عن برنامج العلاج (TEACCH)؟ ماهي؟
(نوريلو تصاور تاع حيوانات)

▪ الحالة الثانية (منصف): (مقابلة نصف موجهة)

• المعطيات الشخصية:

- الإسم: منصف.
- اللقب: ب
- الجنس: ذكر.
- السن: 05 سنوات ونصف .
- الرتبة في العائلة: الطفل الأوسط.
- المستوى التعليمي للأُم: جامعية.
- المستوى التعليمي للأب: مهندس.
- المستوى الإجتماعي: ميسورة المعيشة.

▪ أسئلة المقابلة النصف موجهة: (مع الأولياء)

• المحور الأول: حول الطفل.

- كيف كانت فترة الحمل؟
- (كانت مرحلة عادية)
- هل أصيب طفلكم بأمراض معينة ؟
- (ما كش مي بصح مرض حساسية في 06 أشهر)
- متى تم إكتشاف أن طفلكم مصاب بالتوحد ؟
- (3 سنوات)
- ما هي أول المؤشرات الأولى التي أثارت إنتباهكم على أنها غير طبيعية ؟
- (ربيت ولاد من قبل بصح هذا الطفل ماشي نورمال سلوكات غريبة ما يتواصلش ما يهدرش)
- هل هذه السلوكيات التي دفعتمكم إلى إستشارة طبيب مختص؟
- (نعم سورتو كي ما يهدرش)

- من قام بتوجيهكم لمركز معالجة الأطفال التوحديين؟
(الطبيب البيدياتر)
- هل تم تشخيص حالة طفلكم عند أول زيارة ؟
(نعم في السببطار دريد حسين)
- ما هو التشخيص الذي قدمه الطبيب المختص لطفلكم؟
(قالت الطبيبة وليدكم متوحد)
- في أي عمر تم تشخيص طفلكم؟
(في ثلاث سنين)
- هل هناك أمراض أو اضطراب أخرى يعاني منها طفلكم ؟
(ما كش)
- هل يعاني أحد من العائلة من مشاكل أو مصاب بالتوحد، أو اضطرابات أخرى ؟
(ما كش)

• المحور الثاني: حول عملية التشخيص.

- كيف تكون عملية تشخيص التوحد؟
(من خلال عزل الإضطرابات المشابهة، من طرف الأطباء المختصين بحضور الوالدين)
- ما هي الأدوات المعتمدة للقيام بعملية التشخيص؟
(سلالمة التشخيص "شا" و "أوكان" و مقياس "كارس" لمعرفة درجة التوحد)
- من يقوم بعملية التشخيص؟
(الأطباء المختصين والمقيمين الى جانب الأخصائيين النفسانيين)
- ما هي التعليمات والنصائح التي يتم تقديمها من طرف الفريق الطبي؟
(تبين للأم أهميتها في العلاج مع ضرورة توفر المكان والوقت وبداية بتمارين التقليد)
- من هم الأشخاص الذين يقومون بتطبيق برنامج العلاج؟
(الأم بالدرجة الأولى، ويمكن تخصيص جلسات عند الأرتوفوني أو النفسانيين)
- ما هي الشروط التي يجب أن تتوفر فيهم؟
(التمكن من أداة التشخيص والتقييم والعلاج)

- المحور الثالث: حول كيفية تطبيق الوالدين برنامج العلاج (TEACCH) .
- في أي سن بدأ تطبيق برنامج العلاج (TEACCH)؟
(منذ 03 سنوات)
- هل قمتم بتكوين حول برنامج العلاج (TEACCH) ؟
(نعم نحضر كل مرة في الشهر للإجتماعات، ونروح عند مختصين في علاج شوبلر)
- هل تداومون للحضور في الاجتماعات الشهرية الخاصة بالتكوين؟
(نعم)
- هل محتوى البرنامج واضح بالنسبة لكم؟ (المحاور، التمارين، التطبيق)
(واضح و كاين الي ساهل)
- هل يوجد مكان متوفر لديكم لتطبيق تمارين البرنامج في المنزل ؟
(نعم كاين غرفة وأدوات وطابلة)
- كيف تطبقين تمارين برنامج العلاج ؟ (الوقت، المكان)
(كل يوم نص ساعة كيما قالولي في الغرفة وفوق الطابلة)
- هل الأدوات اللازمة لتطبيق برنامج العلاج متوفرة لديكم؟
(كاين كلش عندي كيما الكاس المغرفة الباطا)
- من يساعدكم في تطبيق تمارين برنامج العلاج؟
(كي نجي للمصلحة الأطباء والأرطوفونيين والنفسانيين الي على بارا)
- ما هي الصعوبات التي تواجهونها أثناء تطبيق البرنامج العلاج (TEACCH)؟
(كاين تمارين ما يحبش الطفل يديرها يعطل منين داك)
- ما هي ملاحظاتكم على سلوكيات طفلكم الحالية؟
(تحسن بزاف على من قبل قريب كي الدراري)
- هل تقومون بتطبيق تمارين أخرى خارجة عن برنامج العلاج (TEACCH)؟ ماهي؟
(لا)

▪ الحالة الثالثة (حميد): (مقابلة نصف موجهة)

• المعطيات الشخصية:

- الإسم: حميد
- اللقب: ن
- الجنس: ذكر
- السن: 04 سنوات
- الرتبة في العائلة: الطفل الأصغر.
- المستوى التعليمي للأم: ثلاثة ثنوي.
- المستوى التعليمي للأب: الأولى ثانوي.
- المستوى الإجتماعي: ميسورة.

▪ أسئلة المقابلة النصف موجهة: (مع الأولياء)

• المحور الأول: حول الطفل.

- كيف كانت فترة الحمل؟
- (عادية)
- هل أصيب طفلكم بأمراض معينة ؟
- (ما كش حتى واحد)
- متى تم إكتشاف أن طفلكم مصاب بالتوحد ؟
- (29 شهر)
- ما هي أول المؤشرات الأولى التي أثارت إنتباهكم على أنها غير طبيعية ؟
- (وليدي كلي دمية، ما يدوموندي والوا، كلي ماكاشو، كلي راني نهدر معا الحيط)
- هل هذه السلوكيات التي دفعتمكم إلى إستشارة طبيب مختص؟
- (أيه سورتوا قالولي وليدك ماشي طفل نورمال)

- من قام بتوجيهكم لمركز معالجة الأطفال التوحديين؟
(طبيب الأطفال)

- هل تم تشخيص حالة طفلكم عند أول زيارة؟
(نعم)

- ما هو التشخيص الذي قدمه الطبيب المختص لطفلكم؟
(بلي وليدكم متوحد)

- في أي عمر تم تشخيص طفلكم؟
(30 شهر)

- هل هناك أمراض أو اضطراب أخرى يعاني منها طفلكم؟
(ما عنده حتى مرض)

- هل يعاني أحد من العائلة من مشاكل أو مصاب بالتوحد، أو اضطرابات أخرى؟
(ما كش)

• المحور الثاني: حول عملية التشخيص.

- كيف تكون عملية تشخيص التوحد؟

(التأكد من حالة الطفل الصحية وعزل كل الإضطرابات المشابهة، معرفة وتقييم قدرات الطفل)

- ما هي الأدوات المعتمدة للقيام بعملية التشخيص؟

(أدوات التشخيص " أوكان " " شا " " كارس " لتقييم ومعرفة درجة التوحد)

- من يقوم بعملية التشخيص؟

(الأطباء المختصين)

- ما هي التعليمات والنصائح التي يتم تقديمها من طرف الفريق الطبي؟

(ضرورة تكوين الأم في تطبيق تمارين البرنامج باعتبارها العامل المهم في العلاج)

- من هم الأشخاص الذين يقومون بتطبيق برنامج العلاج؟

(الأم بالدرجة الأولى، الأرتوفونيون، النفسانيون، المربين)

- ما هي الشروط التي يجب أن تتوفر فيهم؟

(تكون جيد فيما يخص تطبيق برنامج " تش ")

• المحور الثالث:

• حول كيفية تطبيق الوالدين برنامج العلاج (TEACCH) .

- في أي سن بدأ تطبيق برنامج العلاج (TEACCH)؟
(3 سنوات)

- هل قمتم بتكوين حول برنامج العلاج (TEACCH) ؟
(في المصلحة وعند اخصائين خارج المصلحة)

- هل تداومون للحضور في الاجتماعات الشهرية الخاصة بالتكوين؟
(نعم كل شهر)

- هل محتوى البرنامج واضح بالنسبة لكم؟ (المحاور، التمارين، التطبيق)
(واضحة)

- هل يوجد مكان متوفر لديكم لتطبيق تمارين البرنامج في المنزل ؟
(يوجد غرفة وبلاسا مخصصة)

- كيف تطبقين تمارين برنامج العلاج ؟ (الوقت، المكان)
(نخصص 30 دقيقة كل يوم)

- هل الأدوات اللازمة لتطبيق برنامج العلاج متوفرة لديكم؟
(نعم متوفرة)

- من يساعدكم في تطبيق تمارين برنامج العلاج؟

(المختصين العياديين والأرطوفونيين في المصلحة وخارج المصلحة)

- ما هي الصعوبات التي تواجهونها أثناء تطبيق البرنامج العلاج (TEACCH)؟
(كايين تمارين ما يحبهاش و صعبة عليه)

- ما هي ملاحظاتكم على سلوكات طفلكم الحالية؟
(تحسن خير من قبل)

- هل تقومون بتطبيق تمارين أخرى خارجة عن برنامج العلاج (TEACCH)؟ ما هي؟
(لا)

▪ الحالة الرابعة (مالك): (مقابلة نصف موجهة)
• المعطيات الشخصية:

- الإسم: مالك

- اللقب: ف

- الجنس: ذكر.

- السن: 05 سنوات .

- الرتبة في العائلة: الطفل الأكبر والوحيد.

- المستوى التعليمي للأم: ثالثة ثانوي.

- المستوى التعليمي للأب: تقني سامي.

- المستوى الإجتماعي: عائلة ميسورة المعيشة.

▪ أسئلة المقابلة النصف موجهة: (مع الأولياء)

• المحور الأول: حول الطفل.

- كيف كانت فترة الحمل؟

(كانت فترة عادية)

- هل أصيب طفلكم بأمراض معينة ؟

(لم يصب بأي مرض بصح بعد عام تغير النمو نتاعو)

- متى تم إكتشاف أن طفلكم مصاب بالتوحد ؟

(في 18 شهر شفت سلوكات غريبة وماشي عادية)

- ما هي أول المؤشرات الأولى التي أثارت إنتباهكم على أنها غير طبيعية ؟

(وليدي كلي ماكاشو، ما يتفاعلش معايا، ما يدوموندي والوا ما يهدر حتى كلمة)

- هل هذه السلوكيات التي دفعتمك إلى إستشارة طبيب مختص؟

(نعم إيه)

- من قام بتوجيهكم لمركز معالجة الأطفال التوحديين؟
(قالولي الي عندهم ولادهم كيما وليدي متوحد)
- هل تم تشخيص حالة طفلكم عند أول زيارة ؟
(طبيب الاطفال قال ليه اضطرابات نفسية هو اللي وجهنا الي لدريد حسين)
- ما هو التشخيص الذي قدمه الطبيب المختص لطفلكم؟
(في المصلحة تاع دريد حسين شخص الطفل لأول مرة بلي طفل متوحد)
- في أي عمر تم تشخيص طفلكم؟
(في عامين ونص)
- هل هناك أمراض أو اضطراب أخرى يعاني منها طفلكم ؟
(لا ما عندو حتى مرض، مي مايركزش يدرب روحوا)
- هل يعاني أحد من العائلة من مشاكل أو مصاب بالتوحد، أو اضطرابات أخرى ؟
(لا يوجد ما كش حتى واحد)

• المحور الثاني: حول عملية التشخيص.

- كيف تكون عملية تشخيص التوحد؟
(من طرف الفريق الطبي في المصلحة، بعزل كل الإضطرابات المشابهة)
- ما هي الأدوات المعتمدة للقيام بعملية التشخيص؟
(من خلال أدوات التشخيص " شا" و " أوكان" ومقياس كاريس لمعرفة درجة التوحد)
- من يقوم بعملية التشخيص؟
(الأطباء المختصين والمقيمين في المصلحة إلى جانب النفسانيين)
- ما هي التعليمات والنصائح التي يتم تقديمها من طرف الفريق الطبي؟
(يتم تقديم تعليمات للأم حول عملية تطبيق البرنامج، وبداية تطبيقه فوراً)
- من هم الأشخاص الذين يقومون بتطبيق برنامج العلاج؟
(الأم بالدرجة الأولى الى جانب الأخصائين النفسانيين والمربين والأرطوفونيين)
- ما هي الشروط التي يجب أن تتوفر فيهم؟
(لا بد من تكوين خاص بعلاج " تيش")

- المحور الثالث: حول كيفية تطبيق الوالدين برنامج العلاج (TEACCH) .
 - في أي سن بدأ تطبيق برنامج العلاج (TEACCH)؟
(03 سنوات)
 - هل قمتم بتكوين حول برنامج العلاج (TEACCH) ؟
(نعم في التجمعات الشهرية الخاصة بالأولياء، وعند بعض المختصين خارج المصلحة)
 - هل تداومون للحضور في الاجتماعات الشهرية الخاصة بالتكوين؟
(نعم نحضر في كل مرة، وستقت منها بزاف)
 - هل محتوى البرنامج واضح بالنسبة لكم؟ (المحاور، التمارين، التطبيق)
(التمارين واضحة بالنسبة ليا، والتطبيق مرة ساهل ومنين داك يصعب)
 - هل يوجد مكان متوفر لديكم لتطبيق تمارين البرنامج في المنزل ؟
(عندو غرفة)
 - كيف تطبقين تمارين برنامج العلاج ؟ (الوقت، المكان)
(كل يوم نطبقو من نص ساعة حتى 45 دقيقة في غرفة واحدو في زاوية فوق الطابلة)
 - هل الأدوات اللازمة لتطبيق برنامج العلاج متوفرة لديكم؟
(عندي كل الادوات الازمة، سورتو أدوات التقليد)
 - من يساعدكم في تطبيق تمارين برنامج العلاج؟
(المختصين في كل مرة في المصلحة وبعض الاخصائيين في العيادات)
 - ما هي الصعوبات التي تواجهونها أثناء تطبيق البرنامج العلاج (TEACCH)؟
(بعض التمارين ما يحبش الطفل يطبقها)
 - ما هي ملاحظاتكم على سلوكيات طفلكم الحالية؟
(في ست أشهر من بعد بدا يتبدل وتحسن بزاف)
 - هل تقومون بتطبيق تمارين أخرى خارجة عن برنامج العلاج (TEACCH)؟ ما هي؟
(بعض الاشكال، الأرقام، الالوان، الرسم، اللعب)

الحالة الخامسة: (كرم): (مقابلة نصف موجهة)

• المعطيات الشخصية:

- الإسم: كرم.
- اللقب: ط
- الجنس: أنثى.
- السن: 05 سنوات .
- الرتبة في العائلة: البنت الوحيدة.
- المستوى التعليمي للأُم: جامعية.
- المستوى التعليمي للأب: جامعي.
- المستوى الإجتماعي: متوسطة.

▪ أسئلة المقابلة النصف موجهة: (مع الأولياء)

• المحور الأول: حول الطفل.

- كيف كانت فترة الحمل؟
(عادية)
- هل أصيب طفلكم بأمراض معينة ؟
(لا)
- متى تم إكتشاف أن طفلكم مصاب بالتوحد ؟
(في ثلاث سنين)
- ما هي أول المؤشرات الأولى التي أثارت إنتباهكم على أنها غير طبيعية ؟
(طفلة كالم بزاف، وما تهدرش كامل)
- هل هذه السلوكيات التي دفعتكم إلى إستشارة طبيب مختص؟
(نعم)

- من قام بتوجيهكم لمركز معالجة الأطفال التوحديين؟
(سقسيت وجيت للمصلحة، قبضت رونديفو)
- هل تم تشخيص حالة طفلكم عند أول زيارة؟
(نعم بعد ما ديرتلها الراديووات، قالولي بنتك أوتيست)
- ما هو التشخيص الذي قدمه الطبيب المختص لطفلكم؟
(قالي بلي بنتك تعاني من التوحد الحاد)
- في أي عمر تم تشخيص طفلكم؟
(في ثلاث سنوات ونص)
- هل هناك أمراض أو اضطراب أخرى يعاني منها طفلكم؟
(ما عنها حتى مرض)
- هل يعاني أحد من العائلة من مشاكل أو مصاب بالتوحد، أو اضطرابات أخرى؟
(ما كنش)

• المحور الثاني: حول عملية التشخيص.

- كيف تكون عملية تشخيص التوحد؟
(بعد عزل الإضطرابات المشابهة للتوحد من خلال الكشوف المختلفة من طرف الفريق الطبي)
- ما هي الأدوات المعتمدة للقيام بعملية التشخيص؟
(من خلال سلالمة التشخيص "شا" "أوكان" و مقياس كارس لمعرفة درجة التوحد)
- من يقوم بعملية التشخيص؟
(الأطباء المختصين والأطباء المقيمين إلى جانب النفسانيين)
- ما هي التعليمات والنصائح التي يتم تقديمها من طرف الفريق الطبي؟
(إعلام الأم بضرورة بداية تطبيق البرنامج مبكرا كل يوم في غرف فوق الطاولة والأدوات اللازمة)
- من هم الأشخاص الذين يقومون بتطبيق برنامج العلاج؟
(تعتبر الأم العنصر الفعال في برنامج العلاج الى جانب الأطباء والمختصين)
- ما هي الشروط التي يجب أن تتوفر فيهم؟
(التمكن من تطبيق العلاج)

- المحور الثالث: حول كيفية تطبيق الوالدين برنامج العلاج (TEACCH) .
 - في أي سن بدأ تطبيق برنامج العلاج (TEACCH)؟
(أربعة سنوات)
 - هل قمتم بتكوين حول برنامج العلاج (TEACCH) ؟
(لا لم أقم بتكوين)
 - هل تداومون للحضور في الاجتماعات الشهرية الخاصة بالتكوين؟
(لم أحضر غير مرة ولا زوج)
 - هل محتوى البرنامج واضح بالنسبة لكم؟ (المحاور، التمارين، التطبيق)
(كايين تمارين سهلة وكايين الى ما فهمتهاش)
 - هل يوجد مكان متوفر لديكم لتطبيق تمارين البرنامج في المنزل ؟
(نعم عندي مكان)
 - كيف تطبقين تمارين برنامج العلاج ؟ (الوقت، المكان)
(خدمت شويا معاها مرة و الا زوج في السمانا)
 - هل الأدوات اللازمة لتطبيق برنامج العلاج متوفرة لديكم؟
(ما عنديش كلش)
 - من يساعدكم في تطبيق تمارين برنامج العلاج؟
(نطبق وحدي)
 - ما هي الصعوبات التي تواجهونها أثناء تطبيق البرنامج العلاج (TEACCH)؟
(ما تحبش بنتي تطبق، بصعوبة)
 - ما هي ملاحظاتكم على سلوكيات طفلكم الحالية؟
(ما زلها شويا بصح تحسنت ولات تجي لعندي وتريح معيا وتلصق فيا)
 - هل تقومون بتطبيق تمارين أخرى خارجة عن برنامج العلاج (TEACCH)؟ ماهي؟
(لا)

الحالة السادسة (لياس): (مقابلة نصف موجهة)

• المعطيات الشخصية:

- الإسم: إلياس.
- اللقب: س .
- الجنس: ذكر
- السن: 05 سنوات و 8 أشهر.
- الرتبة في العائلة: الطفل الأكبر.
- المستوى التعليمي للأم: معلمة ثانوية.
- المستوى التعليمي للأب: موظف إداري.
- المستوى الإجتماعي: عائلة ميسورة المعيشة.

▪ أسئلة المقابلة النصف موجهة: (مع الأولياء)

• المحور الأول: حول الطفل.

- كيف كانت فترة الحمل؟
- (فترة عادية)
- هل أصيب طفلكم بأمراض معينة ؟
- (لا ما صرالو والوا)
- متى تم إكتشاف أن طفلكم مصاب بالتوحد ؟
- (في 30 شهر)
- ما هي أول المؤشرات الأولى التي أثارت إنتباهكم على أنها غير طبيعية ؟
- (أعراض غريبة نشوف وليدي ماشي كيما الدراري لخرين)
- هل هذه السلوكيات التي دفعتكم إلى إستشارة طبيب مختص؟
- (نعم)

- من قام بتوجيهكم لمركز معالجة الأطفال التوحديين؟
- (قالولي الأصدقاء والأقارب بزيارة المصلحة تاع دريد حسين)
- هل تم تشخيص حالة طفلكم عند أول زيارة ؟
- (نعم في المصلحة لأول مرة)
- ما هو التشخيص الذي قدمه الطبيب المختص لطفلكم؟
- (قلولي وليدك مريض بالتوحد)
- في أي عمر تم تشخيص طفلكم؟
- (في عامين ونص)
- هل هناك أمراض أو اضطراب أخرى يعاني منها طفلكم ؟
- (لا ما كش)
- هل يعاني أحد من العائلة من مشاكل أو مصاب بالتوحد، أو اضطرابات أخرى ؟
- (لا ما عندناش حتى واحد)
- المحور الثاني: حول عملية التشخيص.

- كيف تكون عملية تشخيص التوحد؟
- (بعد عزل كل الإضطرابات المشابهة، وتخصيص مقابلة مع الوالدين، وإحضار الكشوف الطبية)
- ما هي الأدوات المعتمدة للقيام بعملية التشخيص؟
- (سلالم التشخيص، "شا" أو "كان" ومقياس كارس لمعرفة درجة التوحد من أجل التدخل)
- من يقوم بعملية التشخيص؟
- (الفريق الطبي المكون من الأطباء المختصين والمقيمين الى جانب النفسانيين العباديين)
- ما هي التعليمات والنصائح التي يتم تقديمها من طرف الفريق الطبي؟
- (بداية تطبيق برنامج العلاج فوراً وبدون إنقطاع ، وضرورة وإحترام سن التمرين)
- من هم الأشخاص الذين يقومون بتطبيق برنامج العلاج؟
- (الأم بالدرجة الأولى، النفسانيين، المرين، الأروفونيين، الأطباء)
- ما هي الشروط التي يجب أن تتوفر فيهم؟
- (ضرورة تكوين خاص ببرنامج "تيش" من خلال تربص ميداني)

- المحور الثالث: حول كيفية تطبيق الوالدين برنامج العلاج (TEACCH) .
 - في أي سن بدأ تطبيق برنامج العلاج (TEACCH)؟
(منذ 3 سنوات)
 - هل قمتم بتكوين حول برنامج العلاج (TEACCH) ؟
(نعم في التجمعات الشهرية بين الأولياء والمختصين ، والأرطوفونيين خارج المصلحة)
 - هل تداومون للحضور في الاجتماعات الشهرية الخاصة بالتكوين؟
(نحضر بإستمرار في كل مرة)
 - هل محتوى البرنامج واضح بالنسبة لكم؟ (المحاور، التمارين، التطبيق)
(كانت صعبة في البداية، لكن الآن هي واضحة وسهلة)
 - هل يوجد مكان متوفر لديكم لتطبيق تمارين البرنامج في المنزل ؟
(نعم عندي غرفة ومكان خاص بالتطبيق)
 - كيف تطبقين تمارين برنامج العلاج ؟ (الوقت، المكان)
(نخصص 30 دقيقة كل يوم ونعطي لوليدي واش يحب باه يخدم التمرين كيما قالولي)
 - هل الأدوات اللازمة لتطبيق برنامج العلاج متوفرة لديكم؟
(عندي كلش وشريت كلش)
 - من يساعدكم في تطبيق تمارين برنامج العلاج؟
(نخدم معاه وحدي ونديه عند أرطوفونيست كل سمانة)
 - ما هي الصعوبات التي تواجهونها أثناء تطبيق البرنامج العلاج (TEACCH)؟
(كتن يقاوم التغيير والتمرين، بصح دوك يطبق واش نقولو)
 - ما هي ملاحظاتكم على سلوكيات طفلكم الحالية؟
(ولا طفل عادي، يتعرف على الأطفال، عندو صحابو، يلعب معا صحابوا، يشير بصباوعا، يعرف باباه، يقولو نروحو نصلو الجمعة، يعرف الفواكه، يعرف الدراهم، يروح يشري)
 - هل تقومون بتطبيق تمارين أخرى خارجة عن برنامج العلاج (TEACCH)؟ ماهي؟
(نديه عند أرطوفونيست كل اسبوع على جال النطق)

عرض القياس القبلي و البعدي
لسلم (ECAN)
الحالات الستة

سلم (ECHELLE ECAN):

تعريف السلم:

هذه الأداة عبارة عن سلم موجهة للأطفال، وقد تم تكييفها على الأطفال الصغار من سن (3-0) سنوات سنة (1982)، تحتوي على 33 عنصر، تدور الأسئلة حول مراحل النمو الأولى عند الطفل، يهدف إلى الكشف والتشخيص على اضطراب التوحد،

يحتوي السلم على 33 عنصر في جدول، الذي يعبر عن الأعراض الأساسية للتوحد، بحيث كل عنصر أو عرض يتم وصفه و إعطاء قيمة له كالتالي:

- 0 = العرض لم يلاحظ أبدا.

- 1 = بعض الأحيان.

- 2 = أحيانا كثيرة.

- 3 = أحيانا جدا.

- 4 = دائما.

○ تفسير النتائج:

- في حالة توفر ثلاثة عناصر من الأرقام التالية: (11-13-16)

يعبر عن ضعف في القدرة التعبيرية الإنفعالية والسلوكيات النفسية الحركية (Psychomoteur).

- في حالة توفر 13 عنصر من الأرقام التالية:

(1-2-3-4-5-6-8-9-12-23-24-26-28)

تعبر هذه العناصر عن عدم القدرة على العلاقة و التكيف مع الآخرين.

(Deficience Relationnelle)

التعليمة: ضع علامة X في الخانة التي تشير إلى النقطة الملائمة الأكثر دقة بحيث:

0- لم يلاحظ العرض

1- بعض الأحيان

2- مرارا

3- كثيرا

4- كثيرا جدا

ECHELLE ECAN

04	03	02	01	0	البنود أو الأعراض	الرقم
					تجاهل الآخرين	01
					يفضل أن يكون وحيدا مثل (الإنعزال في وضعيات داخل أو تحت شيء)	02
					علاقة غير كافية مع الوالدين (تبادل نادر)	03
					لا يضحك	04
					لا يتواصل بالنظرة	05
					إنعدام النظرة الجانبية	06
					غياب التواصل بالصوت	07
					غياب الإماءات المعبرة	08
					غياب السلوكيات أو العادات الرمزية المعبرة	09
					لا يتفاعل مع الأصوات والإثارات المحيطة	10
					طفل هادئ جدا	11
					طفل سريع الإثارة	12
					إستعمال غير نافع للأشياء (لا يعرف منفعة الأشياء وعدم اللعب الرمزي)	13
					حركات تكرارية أو دورانية أو ترديد كلمات نفسها	14
					نشاط حركي ضعيف	15
					إفراط حركي	16
					طفل بليد العواطف	17
					وضعيات جسدية غير طبيعية (كوضعية الجلوس و الوقوف)	18
					عدوانية نحو الذات (كضرب الوجه، شد الشعر، ضرب الرأس)	19
					عدوانية نحو الآخرين (كضرب الآخرين أو الصراخ عليهم)	20
					عدم التمييز (بحيث لا يفرق بين الأشخاص ولا حتى والديه)	21
					لا يظهر الإنفعالات	22
					ضحك أو بكاء غير عادي و بلا سبب	23
					لا يحتمل الإحباط أو العقاب	24
					لا يحتمل التغيير ويقاومه (ويحب الروتين)	25
					إضطراب في الغذاء (أكل غير عادي رفض الأكل عم التذوق والهضم)	26
					إضطراب في النوم (لا ينام في غرفته، مستيقظ في فترات الليل، نوم متأخر)	27
					حساسية للمس (لا يحب أن يلمس)	28
					رفض الإتصال (لا يحب العناق)	29
					صعوبة التركيز على شيء (كإمعان النظر)	30
					لا يميز عالم الأصوات	31
					رد فعل غريب للأصوات (مثلا يعلق فم أبيه عند الكلام)	32
					سلوكيات متنوعة في آن واحد (هادئ، يتحرك، يصرخ، يبكي)	33

الحالة الأولى (جلال): جدول يمثل سلم (ECAN) عند تشخيص بتاريخ: 2011-05-14

04	03	02	01	0	البنود أو الأعراض	الرقم
	X				تجاهل الآخرين	01
	X				يفضل أن يكون وحيدا مثل (الإنعزال في وضعيات داخل أو تحت شيء)	02
X					علاقة غير كافية مع الوالدين (تبادل نادر)	03
X					لا يضحك	04
X					لا يتواصل بالنظرة	05
	X				إنعدام النظرة الجانبية	06
X					غياب التواصل بالصوت	07
	X				غياب الإماءات المعبرة	08
	X				غياب السلوكيات أو العادات الرمزية المعبرة	09
X					لا يتفاعل مع الأصوات والإثارات المحيطة	10
		X			طفل هادئ جدا	11
		X			طفل سريع الإثارة	12
	X				إستعمال غير نافع للأشياء (لا يعرف منفعة الأشياء وعدم اللعب الرمزي)	13
	X				حركات تكرارية أو دورانية أو ترديد كلمات نفسها	14
		X			نشاط حركي ضعيف	15
		X			إفراط حركي	16
			X		طفل بليد العواطف	17
			X		وضعيات جسدية غير طبيعية (كوضعية الجلوس و الوقوف)	18
			X		عدوانية نحو الذات (كضرب الوجه، شد الشعر، ضرب الرأس)	19
			X		عدوانية نحو الآخرين (كضرب الآخرين أو الصراخ عليهم)	20
X					عدم التمييز (بحيث لا يفرق بين الأشخاص ولا حتى والديه)	21
	X				لا يظهر الإنفعالات	22
		X			ضحك أو بكاء غير عادي و بلا سبب	23
			X		لا يحتمل الإحباط أو العقاب	24
X					لا يحتمل التغيير ويقاومه (ويحب الروتين)	25
	X				إضطراب في الغذاء (أكل غير عادي رفض الأكل عم التدوق والهضم)	26
	X				إضطراب في النوم (لا ينام في غرفته، مستيقظ في فترات الليل، نوم متأخر)	27
X					حساسية للمس (لا يحب أن يلمس)	28
X					رفض الإتصال (لا يحب العناق)	29
X					صعوبة التركيز على شيء (كإمعان النظر)	30
X					لا يميز عالم الأصوات	31
	X				رد فعل غريب للأصوات (مثلا يغلق فم أبيه عند الكلام)	32
		X			سلوكيات متنوعة في أن واحد (هادئ، يتحرك، يصرخ، يبكي)	33

يمثل سلم (ECAN): بعد تطبيق برنامج العلاج لمدة: 15 شهر للحالة الأولى (جلال).

الرقم	البنود أو الأعراض	0	01	02	03	04
01	تجاهل الآخرين				X	
02	يفضل أن يكون وحيدا مثل (الإنعزال في وضعيات داخل أو تحت شيء)			X		
03	علاقة غير كافية مع الوالدين (تبادل نادر)				X	
04	لا يضحك	X				
05	لا يتواصل بالنظرة			X		
06	إنعدام النظرة الجانبية			X		
07	غياب التواصل بالصوت					X
08	غياب الإماءات المعبرة		X			
09	غياب السلوكيات أو العادات الرمزية المعبرة				X	
10	لا يتفاعل مع الأصوات والإثارات المحيطة				X	
11	طفل هادئ جدا			X		
12	طفل سريع الإثارة			X		
13	إستعمال غير نافع للأشياء (لا يعرف منفعة الأشياء وعدم اللعب الرمزي)			X		
14	حركات تكرارية أو دورانية أو ترديد كلمات نفسها		X			
15	نشاط حركي ضعيف			X		
16	إفراط حركي		X			
17	طفل بليد العواطف		X			
18	وضعيات جسدية غير طبيعية (كوضعية الجلوس و الوقوف)		X			
19	عدوانية نحو الذات (كضرب الوجه، شد الشعر، ضرب الرأس)			X		
20	عدوانية نحو الآخرين (كضرب الآخرين أو الصراخ عليهم)		X			
21	عدم التمييز (بحيث لا يفرق بين الأشخاص ولا حتى والديه)				X	
22	لا يظهر الإنفعالات		X			
23	ضحك أو بكاء غير عادي و بلا سبب		X			
24	لا يحتمل الإحباط أو العقاب				X	
25	لا يحتمل التغيير ويقاومه (ويحب الروتين)				X	
26	إضطراب في الغذاء (أكل غير عادي رفض الأكل عم التذوق والهضم)			X		
27	إضطراب في النوم (لا ينام في غرفته، مستيقظ في فترات الليل، نوم متأخر)		X			
28	حساسية للمس (لا يحب أن يلمس)		X			
29	رفض الإتصال (لا يحب العناق)			X		
30	صعوبة التركيز على شيء (كإمعان النظر)		X			
31	لا يميز عالم الأصوات		X			
32	رد فعل غريب للأصوات (مثلا يغلق فم أبيه عند الكلام)			X		
33	سلوكيات متنوعة في أن واحد (هادئ، يتحرك، يصرخ، يبكي)			X		

الحالة الثانية (منصف): يمثل سلم (ECAN) عند تشخيص بتاريخ: 10-01-2013 .

الرقم	البنود أو الأعراض	0	01	02	03	04
01	تجاهل الآخرين				X	
02	يفضل أن يكون وحيدا مثل (الإنعزال في وضعيات داخل أو تحت شيء)				X	
03	علاقة غير كافية مع الوالدين (تبادل نادر)			X		
04	لا يضحك			X		
05	لا يتواصل بالنظرة			X		
06	إنعدام النظرة الجانبية	X				
07	غياب التواصل بالصوت				X	
08	غياب الإماءات المعبرة		X			
09	غياب السلوكيات أو العادات الرمزية المعبرة		X			
10	لا يتفاعل مع الأصوات والإثارات المحيطة		X			
11	طفل هادئ جدا		X			
12	طفل سريع الإثارة			X		
13	إستعمال غير نافع للأشياء (لا يعرف منفعة الأشياء وعدم اللعب الرمزي)			X		
14	حركات تكرارية أو دورانية أو ترديد كلمات نفسها			X		
15	نشاط حركي ضعيف		X			
16	إفراط حركي			X		
17	طفل بليد العواطف		X			
18	وضعيات جسدية غير طبيعية (كوضعية الجلوس و الوقوف)		X			
19	عدوانية نحو الذات (كضرب الوجه، شد الشعر، ضرب الرأس)		X			
20	عدوانية نحو الآخرين (كضرب الآخرين أو الصراخ عليهم)				X	
21	عدم التمييز (بحيث لا يفرق بين الأشخاص ولا حتى والديه)				X	
22	لا يظهر الإنفعالات			X		
23	ضحك أو بكاء غير عادي و بلا سبب		X			
24	لا يحتمل الإحباط أو العقاب				X	
25	لا يحتمل التغيير ويقاومه (ويحب الروتين)				X	
26	إضطراب في الغذاء (أكل غير عادي رفض الأكل عم التذوق والهضم)			X		
27	إضطراب في النوم (لا ينام في غرفته، مستيقظ في فترات الليل، نوم متأخر)		X			
28	حساسية للمس (لا يحب أن يلمس)		X			
29	رفض الإتصال (لا يحب العناق)				X	
30	صعوبة التركيز على شيء (كإمعان النظر)				X	
31	لا يميز عالم الأصوات		X			
32	رد فعل غريب للأصوات (مثلا يغلق فم أبيه عند الكلام)		X			
33	سلوكيات متنوعة في أن واحد (هادئ، يتحرك، يصرخ، يبكي)		X			

يمثل سلم (ECAN): بعد تطبيق برنامج (TEACCH) لمدة 31 شهر للحالة الثانية (منصف).

الرقم	البنود أو الأعراض	0	01	02	03	04
01	تجاهل الآخرين		X			
02	يفضل أن يكون وحيدا مثل (الإنعزال في وضعيات داخل أو تحت شيء)			X		
03	علاقة غير كافية مع الوالدين (تبادل نادر)		X			
04	لا يضحك	X				
05	لا يتواصل بالنظرة					
06	إنعدام النظرة الجانبية	X				
07	غياب التواصل بالصوت		X			
08	غياب الإماءات المعبرة	X				
09	غياب السلوكيات أو العادات الرمزية المعبرة	X				
10	لا يتفاعل مع الأصوات والإثارات المحيطة	X				
11	طفل هادئ جدا	X				
12	طفل سريع الإثارة	X				
13	إستعمال غير نافع للأشياء (لا يعرف منفعة الأشياء وعدم اللعب الرمزي)		X			
14	حركات تكرارية أو دورانية أو ترديد كلمات نفسها		X			
15	نشاط حركي ضعيف	X				
16	إفراط حركي	X				
17	طفل بليد العواطف	X				
18	وضعيات جسدية غير طبيعية (كوضعية الجلوس و الوقوف)	X				
19	عدوانية نحو الذات (كضرب الوجه، شد الشعر، ضرب الرأس)	X				
20	عدوانية نحو الآخرين (كضرب الآخرين أو الصراخ عليهم)	X				
21	عدم التمييز (بحيث لا يفرق بين الأشخاص ولا حتى والديه)		X			
22	لا يظهر الإنفعالات		X			
23	ضحك أو بكاء غير عادي و بلا سبب	X				
24	لا يحتمل الإحباط أو العقاب	X				
25	لا يحتمل التغيير ويقاومه (ويحب الروتين)		X			
26	إضطراب في الغذاء (أكل غير عادي رفض الأكل عم التذوق والهضم)		X			
27	إضطراب في النوم (لا ينام في غرفته، مستيقظ في فترات الليل، نوم متأخر)	X				
28	حساسية للمس (لا يحب أن يلمس)	X				
29	رفض الإتصال (لا يحب العناق)		X			
30	صعوبة التركيز على شيء (كإمعان النظر)	X				
31	لا يميز عالم الأصوات		X			
32	رد فعل غريب للأصوات (مثلا يعلق فم أبيه عند الكلام)		X			
33	سلوكيات متنوعة في أن واحد (هادئ، يتحرك، يصرخ، يبكي)		X			

الحالة الثالثة(حميد): يمثل سلم (ECAN) عند تشخيص الحالة بتاريخ: 2013/09/01.

الرقم	البنود أو الأعراض	0	01	02	03	04
01	تجاهل الآخرين					X
02	يفضل أن يكون وحيدا مثل (الإنعزال في وضعيات داخل أو تحت شيء)					X
03	علاقة غير كافية مع الوالدين (تبادل نادر)					X
04	لا يضحك	X				
05	لا يتواصل بالنظرة			X		
06	إنعدام النظرة الجانبية			X		
07	غياب التواصل بالصوت					X
08	غياب الإماءات المعبرة					
09	غياب السلوكيات أو العادات الرمزية المعبرة				X	
10	لا يتفاعل مع الأصوات والإثارات المحيطة					X
11	طفل هادئ جدا	X				
12	طفل سريع الإثارة	X				
13	إستعمال غير نافع للأشياء (لا يعرف منفعة الأشياء وعدم اللعب الرمزي)				X	
14	حركات تكرارية أو دورانية أو ترديد كلمات نفسها				X	
15	نشاط حركي ضعيف	X				
16	إفراط حركي	X				
17	طفل بليد العواطف	X				
18	وضعيات جسدية غير طبيعية (كوضعية الجلوس و الوقوف)					
19	عدوانية نحو الذات (كضرب الوجه، شد الشعر، ضرب الرأس)	X				
20	عدوانية نحو الآخرين (كضرب الآخرين أو الصراخ عليهم)			X		
21	عدم التمييز (بحيث لا يفرق بين الأشخاص ولا حتى والديه)				X	
22	لا يظهر الإنفعالات				X	
23	ضحك أو بكاء غير عادي و بلا سبب				X	
24	لا يحتمل الإحباط أو العقاب	X				
25	لا يحتمل التغيير ويقاومه (ويحب الروتين)			X		
26	إضطراب في الغذاء (أكل غير عادي رفض الأكل عم التذوق والهضم)					X
27	إضطراب في النوم (لا ينام في غرفته، مستيقظ في فترات الليل، نوم متأخر)				X	
28	حساسية للمس (لا يحب أن يلمس)			X		
29	رفض الإتصال (لا يحب العناق)				X	
30	صعوبة التركيز على شيء (كإمعان النظر)					X
31	لا يميز عالم الأصوات				X	
32	رد فعل غريب للأصوات (مثلا يغلق فم أبيه عند الكلام)				X	
33	سلوكيات متنوعة في أن واحد(هادئ، يتحرك، يصرخ، يبكي)			X		

يمثل سلم (ECAN): بعد تطبيق برنامج العلاج لمدة 12 شهر الحالة الثالثة (حميد).

04	03	02	01	0	البنود أو الأعراض	الرقم
		X			تجاهل الآخرين	01
		X			يفضل أن يكون وحيدا مثل (الإنعزال في وضعيات داخل أو تحت شيء)	02
		X			علاقة غير كافية مع الوالدين (تبادل نادر)	03
				X	لا يضحك	04
		X			لا يتواصل بالنظرة	05
		X			إنعدام النظرة الجانبية	06
		X			غياب التواصل بالصوت	07
			X		غياب الإماءات المعبرة	08
			X		غياب السلوكيات أو العادات الرمزية المعبرة	09
				X	لا يتفاعل مع الأصوات والإثارات المحيطة	10
				X	طفل هادئ جدا	11
		X			طفل سريع الإثارة	12
	X				إستعمال غير نافع للأشياء (لا يعرف منفعة الأشياء وعدم اللعب الرمزي)	13
				X	حركات تكرارية أو دورانية أو ترديد كلمات نفسها	14
				X	نشاط حركي ضعيف	15
				X	إفراط حركي	16
				X	طفل بليد العواطف	17
				X	وضعيات جسدية غير طبيعية (كوضعية الجلوس و الوقوف)	18
			X		عدوانية نحو الذات (كضرب الوجه، شد الشعر، ضرب الرأس)	19
		X			عدوانية نحو الآخرين (كضرب الآخرين أو الصراخ عليهم)	20
					عدم التمييز (بحيث لا يفرق بين الأشخاص ولا حتى والديه)	21
				X	لا يظهر الإنفعالات	22
				X	ضحك أو بكاء غير عادي و بلا سبب	23
				X	لا يحتمل الإحباط أو العقاب	24
			X		لا يحتمل التغيير ويقاومه (ويحب الروتين)	25
	X				إضطراب في الغذاء (أكل غير عادي رفض الأكل عم التذوق والهضم)	26
				X	إضطراب في النوم (لا ينام في غرفته، مستيقظ في فترات الليل، نوم متأخر)	27
			X		حساسية للمس (لا يحب أن يلمس)	28
				X	رفض الإتصال (لا يحب العناق)	29
	X				صعوبة التركيز على شيء (كإمعان النظر)	30
			X		لا يميز عالم الأصوات	31
		X			رد فعل غريب للأصوات (مثلا يعلق فم أبيه عند الكلام)	32
				X	سلوكيات متنوعة في أن واحد (هادئ، يتحرك، يصرخ، يبكي)	33

الحالة الرابعة (مالك): يمثل سلم (ECAN) عند تشخيص الحالة بتاريخ: سبتمبر 2013.

الرقم	البنود أو الأعراض	0	01	02	03	04
01	تجاهل الآخرين				X	
02	يفضل أن يكون وحيدا مثل (الإنعزال في وضعيات داخل أو تحت شيء)				X	
03	علاقة غير كافية مع الوالدين (تبادل نادر)				X	
04	لا يضحك				X	
05	لا يتواصل بالنظرة				X	
06	إنعدام النظرة الجانبية				X	
07	غياب التواصل بالصوت				X	
08	غياب الإماءات المعبرة			X		
09	غياب السلوكيات أو العادات الرمزية المعبرة		X			
10	لا يتفاعل مع الأصوات والإثارات المحيطة				X	
11	طفل هادئ جدا				X	
12	طفل سريع الإثارة			X		
13	إستعمال غير نافع للأشياء (لا يعرف منفعة الأشياء وعدم اللعب الرمزي)				X	
14	حركات تكرارية أو دورانية أو ترديد كلمات نفسها		X			
15	نشاط حركي ضعيف		X			
16	إفراط حركي		X			
17	طفل بليد العواطف					
18	وضعيات جسدية غير طبيعية (كوضعية الجلوس و الوقوف)					
19	عدوانية نحو الذات (كضرب الوجه، شد الشعر، ضرب الرأس)			X		
20	عدوانية نحو الآخرين (كضرب الآخرين أو الصراخ عليهم)			X		
21	عدم التمييز (بحيث لا يفرق بين الأشخاص ولا حتى والديه)			X		
22	لا يظهر الإنفعالات			X		
23	ضحك أو بكاء غير عادي و بلا سبب				X	
24	لا يحتمل الإحباط أو العقاب					
25	لا يحتمل التغيير ويقاومه (ويحب الروتين)				X	
26	إضطراب في الغذاء (أكل غير عادي رفض الأكل عم التذوق والهضم)				X	
27	إضطراب في النوم (لا ينام في غرفته، مستيقظ في فترات الليل، نوم متأخر)				X	
28	حساسية للمس (لا يحب أن يلمس)				X	
29	رفض الإتصال (لا يحب العناق)				X	
30	صعوبة التركيز على شيء (كإمعان النظر)				X	
31	لا يميز عالم الأصوات			X		
32	رد فعل غريب للأصوات (مثلا يغلق فم أبيه عند الكلام)			X		
33	سلوكيات متنوعة في آن واحد (هادئ، يتحرك، يصرخ، يبكي)		X			

يمثل سلم (ECAN) : بعد تطبيق برنامج العلاج لمدة 12 شهر لحالة (مالك).

الرقم	البنود أو الأعراض	0	01	02	03	04
01	تجاهل الآخرين		X			
02	يفضل أن يكون وحيدا مثل (الإنعزال في وضعيات داخل أو تحت شيء)		X			
03	علاقة غير كافية مع الوالدين (تبادل نادر)		X			
04	لا يضحك		X			
05	لا يتواصل بالنظرة		X			
06	إنعدام النظرة الجانبية		X			
07	غياب التواصل بالصوت			X		
08	غياب الإماءات المعبرة					X
09	غياب السلوكيات أو العادات الرمزية المعبرة		X			
10	لا يتفاعل مع الأصوات والإثارات المحيطة					X
11	طفل هادئ جدا					X
12	طفل سريع الإثارة		X			
13	إستعمال غير نافع للأشياء (لا يعرف منفعة الأشياء وعدم اللعب الرمزي)					X
14	حركات تكرارية أو دورانية أو ترديد كلمات نفسها		X			
15	نشاط حركي ضعيف					X
16	إفراط حركي		X			
17	طفل بليد العواطف					X
18	وضعيات جسدية غير طبيعية (كوضعية الجلوس و الوقوف)		X			
19	عدوانية نحو الذات (كضرب الوجه، شد الشعر، ضرب الرأس)					X
20	عدوانية نحو الآخرين (كضرب الآخرين أو الصراخ عليهم)					X
21	عدم التمييز (بحيث لا يفرق بين الأشخاص ولا حتى والديه)					X
22	لا يظهر الإنفعالات					X
23	ضحك أو بكاء غير عادي و بلا سبب		X			
24	لا يحتمل الإحباط أو العقاب					
25	لا يحتمل التغيير ويقاومه (ويحب الروتين)		X			
26	إضطراب في الغذاء (أكل غير عادي رفض الأكل عم التدوق والهضم)					X
27	إضطراب في النوم (لا ينام في غرفته، مستيقظ في فترات الليل، نوم متأخر)					X
28	حساسية للمس (لا يحب أن يلمس)					X
29	رفض الإتصال (لا يحب العناق)					
30	صعوبة التركيز على شيء (كإمعان النظر)			X		
31	لا يميز عالم الأصوات					X
32	رد فعل غريب للأصوات (مثلا يعلق فم أبيه عند الكلام)					X
33	سلوكيات متنوعة في أن واحد (هادئ، يتحرك، يصرخ، يبكي)					X

الحالة الخامسة: (كرم): يمثل سلم (ECAN) عند تشخيص الحالة بتاريخ: منذ 3 سنوات.

الرقم	البنود أو الأعراض	0	01	02	03	04
01	تجاهل الآخرين				X	
02	يفضل أن يكون وحيدا مثل (الإنعزال في وضعيات داخل أو تحت شيء)					X
03	علاقة غير كافية مع الوالدين (تبادل نادر)				X	
04	لا يضحك				X	
05	لا يتواصل بالنظرة					X
06	إنعدام النظرة الجانبية				X	
07	غياب التواصل بالصوت					X
08	غياب الإيماءات المعبرة				X	
09	غياب السلوكيات أو العادات الرمزية المعبرة			X		
10	لا يتفاعل مع الأصوات والإثارات المحيطة					X
11	طفل هادئ جدا	X				
12	طفل سريع الإثارة	X				
13	إستعمال غير نافع للأشياء (لا يعرف منفعة الأشياء وعدم اللعب الرمزي)				X	
14	حركات تكرارية أو دورانية أو ترديد كلمات نفسها				X	
15	نشاط حركي ضعيف	X				
16	إفراط حركي	X				
17	طفل بليد العواطف				X	
18	وضعيات جسدية غير طبيعية (كوضعية الجلوس و الوقوف)				X	
19	عدوانية نحو الذات (كضرب الوجه، شد الشعر، ضرب الرأس)	X				
20	عدوانية نحو الآخرين (كضرب الآخرين أو الصراخ عليهم)	X				
21	عدم التمييز (بحيث لا يفرق بين الأشخاص ولا حتى والديه)	X				
22	لا يظهر الإنفعالات			X		
23	ضحك أو بكاء غير عادي و بلا سبب	X				
24	لا يحتمل الإحباط أو العقاب				X	
25	لا يحتمل التغيير ويقاومه (ويحب الروتين)				X	
26	إضطراب في الغذاء (أكل غير عادي رفض الأكل عم التذوق والهضم)				X	
27	إضطراب في النوم (لا ينام في غرفته، مستيقظ في فترات الليل، نوم متأخر)			X		
28	حساسية للمس (لا يحب أن يلمس)			X		
29	رفض الإتصال (لا يحب العناق)					X
30	صعوبة التركيز على شيء (كإمعان النظر)				X	
31	لا يميز عالم الأصوات					X
32	رد فعل غريب للأصوات (مثلا يغلق فم أبيه عند الكلام)				X	
33	سلوكيات متنوعة في آن واحد (هادئ، يتحرك، يصرخ، يبكي)				X	

يمثل سلم (ECAN) : بعد تطبيق برنامج العلاج لمدة 12 شهر لحالة (كرم).

الرقم	البنود أو الأعراض	0	01	02	03	04
01	تجاهل الآخرين			X		
02	يفضل أن يكون وحيدا مثل (الإنعزال في وضعيات داخل أو تحت شيء)					X
03	علاقة غير كافية مع الوالدين (تبادل نادر)				X	
04	لا يضحك				X	
05	لا يتواصل بالنظرة					X
06	إنعدام النظرة الجانبية			X		
07	غياب التواصل بالصوت					X
08	غياب الإيماءات المعبرة				X	
09	غياب السلوكيات أو العادات الرمزية المعبرة			X		
10	لا يتفاعل مع الأصوات والإثارات المحيطة					X
11	طفل هادئ جدا	X				
12	طفل سريع الإثارة	X				
13	إستعمال غير نافع للأشياء (لا يعرف منفعة الأشياء وعدم اللعب الرمزي)				X	
14	حركات تكرارية أو دورانية أو ترديد كلمات نفسها				X	
15	نشاط حركي ضعيف	X				
16	إفراط حركي	X				
17	طفل بليد العواطف	X				
18	وضعيات جسدية غير طبيعية (كوضعية الجلوس و الوقوف)			X		
19	عدوانية نحو الذات (كضرب الوجه، شد الشعر، ضرب الرأس)	X				
20	عدوانية نحو الآخرين (كضرب الآخرين أو الصراخ عليهم)			X		
21	عدم التمييز (بحيث لا يفرق بين الأشخاص ولا حتى والديه)			X		
22	لا يظهر الإنفعالات			X		
23	ضحك أو بكاء غير عادي و بلا سبب			X		
24	لا يحتتمل الإحباط أو العقاب			X		
25	لا يحتتمل التغيير ويقاومه (ويحب الروتين)				X	
26	إضطراب في الغذاء (أكل غير عادي رفض الأكل عم التذوق والهضم)				X	
27	إضطراب في النوم (لا ينام في غرفته، مستيقظ في فترات الليل، نوم متأخر)			X		
28	حساسية للمس (لا يحب أن يلمس)			X		
29	رفض الإتصال (لا يحب العناق)		X			
30	صعوبة التركيز على شيء (كإمعان النظر)		X			
31	لا يميز عالم الأصوات					X
32	رد فعل غريب للأصوات (مثلا يغلغ فم أبيه عند الكلام)			X		
33	سلوكيات متنوعة في أن واحد (هادئ، يتحرك، يصرخ، يبكي)			X		

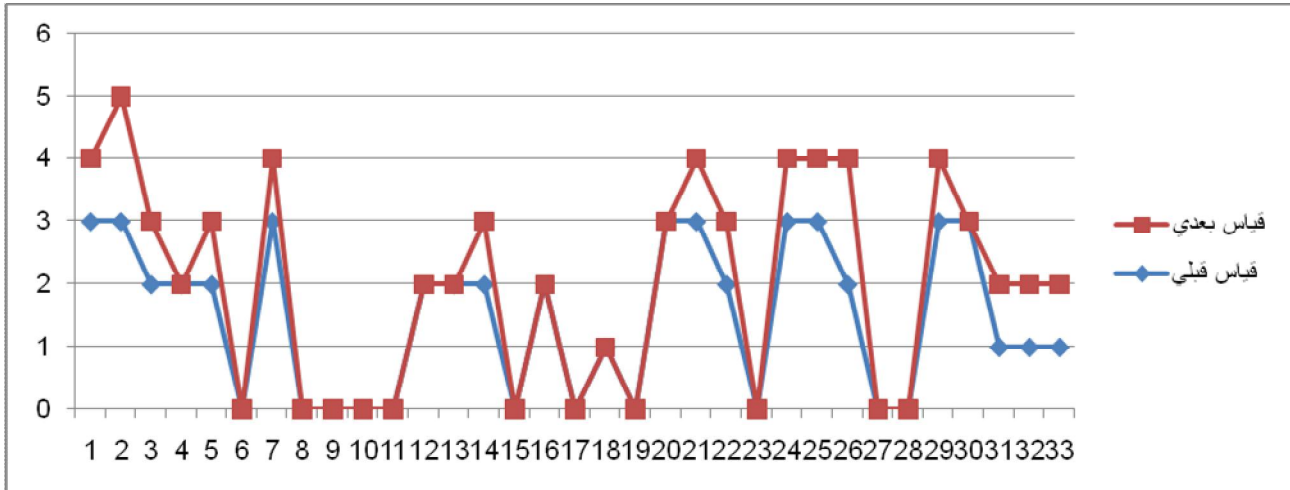
الحالة السادسة (لياس): يمثل سلم (ECAN) عند التشخيص سن 3 سنوات: 2013-04-10

الرقم	البنود أو الأعراض	0	01	02	03	04
01	تجاهل الآخرين					X
02	يفضل أن يكون وحيدا مثل (الإنعزال في وضعيات داخل أو تحت شيء)					X
03	علاقة غير كافية مع الوالدين (تبادل نادر)					X
04	لا يضحك				X	
05	لا يتواصل بالنظرة				X	
06	إنعدام النظرة الجانبية		X			
07	غياب التواصل بالصوت					X
08	غياب الإماءات المعبرة				X	
09	غياب السلوكيات أو العادات الرمزية المعبرة				X	
10	لا يتفاعل مع الأصوات والإثارات المحيطة				X	
11	طفل هادئ جدا				X	
12	طفل سريع الإثارة		X			
13	إستعمال غير نافع للأشياء (لا يعرف منفعة الأشياء وعدم اللعب الرمزي)		X			
14	حركات تكرارية أو دورانية أو ترديد كلمات نفسها				X	
15	نشاط حركي ضعيف			X		
16	إفراط حركي		X			
17	طفل بليد العواطف		X			
18	وضعيات جسدية غير طبيعية (كوضعية الجلوس و الوقوف)		X			
19	عدوانية نحو الذات (كضرب الوجه، شد الشعر، ضرب الرأس)				X	
20	عدوانية نحو الآخرين (كضرب الآخرين أو الصراخ عليهم)				X	
21	عدم التمييز (بحيث لا يفرق بين الأشخاص ولا حتى والديه)			X		
22	لا يظهر الإنفعالات				X	
23	ضحك أو بكاء غير عادي و بلا سبب				X	
24	لا يحتمل الإحباط أو العقاب				X	
25	لا يحتمل التغيير ويقاومه (ويحب الروتين)					X
26	إضطراب في الغذاء (أكل غير عادي رفض الأكل عم التذوق والهضم)				X	
27	إضطراب في النوم (لا ينام في غرفته، مستيقظ في فترات الليل، نوم متأخر)				X	
28	حساسية للمس (لا يحب أن يلمس)					X
29	رفض الإتصال (لا يحب العناق)		X			
30	صعوبة التركيز على شيء (كإمعان النظر)				X	
31	لا يميز عالم الأصوات		X			
32	رد فعل غريب للأصوات (مثلا يعلق فم أبيه عند الكلام)		X			
33	سلوكيات متنوعة في آن واحد (هادئ، يتحرك، يصرخ، يبكي)		X			

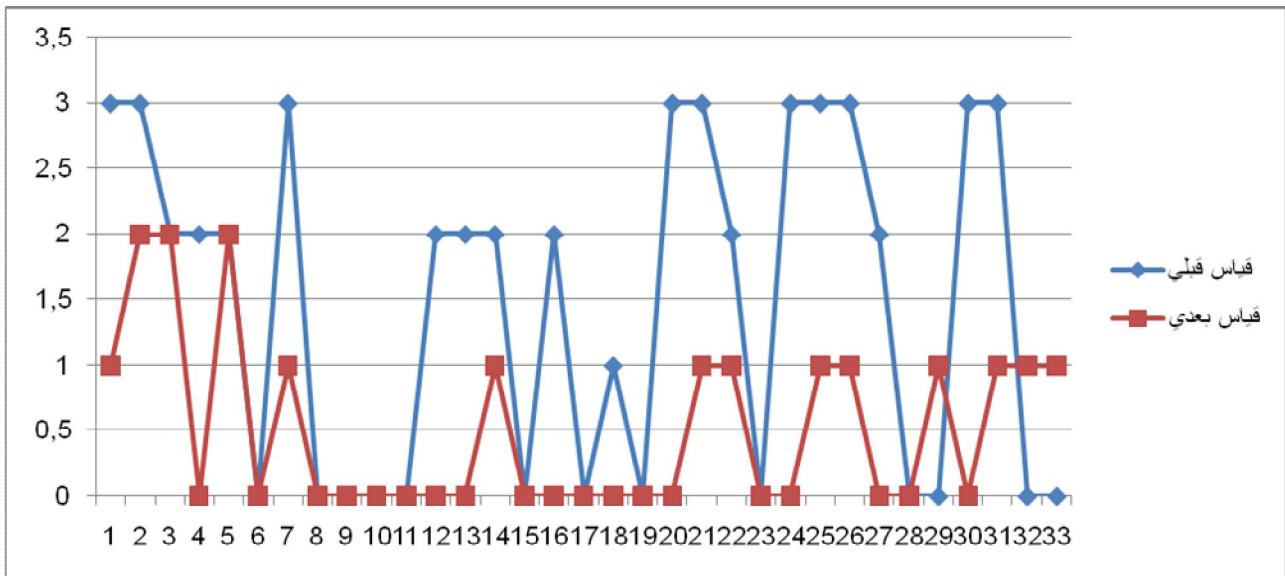
يمثل سلم (ECAN): بعد تطبيق برنامج العلاج لمدة 26 شهر .

04	03	02	01	0	البنود أو الأعراض	الرقم
				X	تجاهل الآخرين	01
				X	يفضل أن يكون وحيدا مثل (الإنعزال في وضعيات داخل أو تحت شيء)	02
				X	علاقة غير كافية مع الوالدين (تبادل نادر)	03
				X	لا يضحك	04
				X	لا يتواصل بالنظرة	05
		X			إنعدام النظرة الجانبية	06
				X	غياب التواصل بالصوت	07
				X	غياب الإماءات المعبرة	08
				X	غياب السلوكيات أو العادات الرمزية المعبرة	09
				X	لا يتفاعل مع الأصوات والإثارات المحيطة	10
			X		طفل هادئ جدا	11
				X	طفل سريع الإثارة	12
				X	إستعمال غير نافع للأشياء (لا يعرف منفعة الأشياء وعدم اللعب الرمزي)	13
			X		حركات تكرارية أو دورانية أو ترديد كلمات نفسها	14
				X	نشاط حركي ضعيف	15
		X			إفراط حركي	16
				X	طفل بليد العواطف	17
				X	وضعيات جسدية غير طبيعية (كوضعية الجلوس و الوقوف)	18
				X	عدوانية نحو الذات (كضرب الوجه، شد الشعر، ضرب الرأس)	19
				X	عدوانية نحو الآخرين (كضرب الآخرين أو الصراخ عليهم)	20
				X	عدم التمييز (بحيث لا يفرق بين الأشخاص ولا حتى والديه)	21
			X		لا يظهر الإنفعالات	22
			X		ضحك أو بكاء غير عادي و بلا سبب	23
				X	لا يحتمل الإحباط أو العقاب	24
			X		لا يحتمل التغيير ويقاومه (ويحب الروتين)	25
		X			إضطراب في الغذاء (أكل غير عادي رفض الأكل عم التذوق والهضم)	26
				X	إضطراب في النوم (لا ينام في غرفته، مستيقظ في فترات الليل، نوم متأخر)	27
				X	حساسية للمس (لا يحب أن يلمس)	28
			X		رفض الإتصال (لا يحب العناق)	29
				X	صعوبة التركيز على شيء (كإمعان النظر)	30
				X	لا يميز عالم الأصوات	31
		X			رد فعل غريب للأصوات (مثلا يعلق فم أبيه عند الكلام)	32
				X	سلوكيات متنوعة في أن واحد (هادئ، يتحرك، يصرخ، يبكي)	33

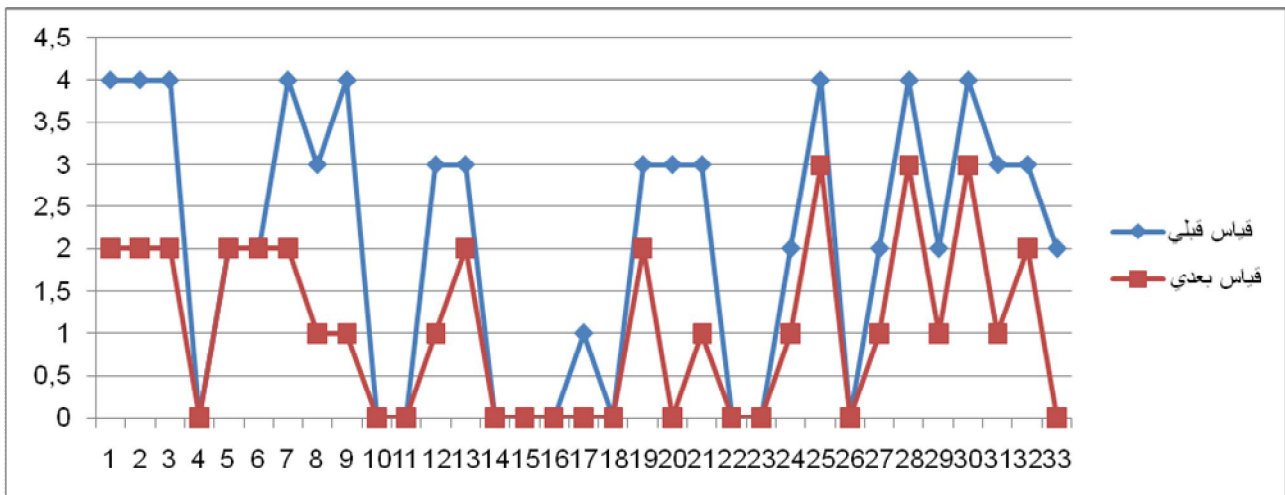
الشكل: يمثل التغيرات في الأعراض من خلال سلم (ECAN) القبلي والبعدى للحالة الأول.



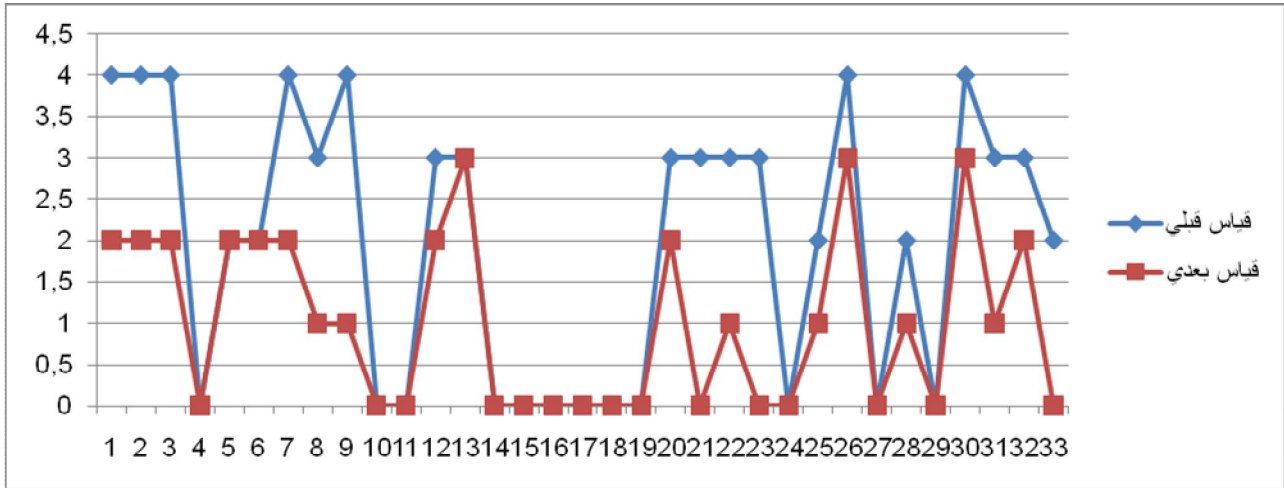
الشكل: يمثل التغيرات في الأعراض من خلال سلم (ECAN) القبلي و البعدى للحالة الثانية.



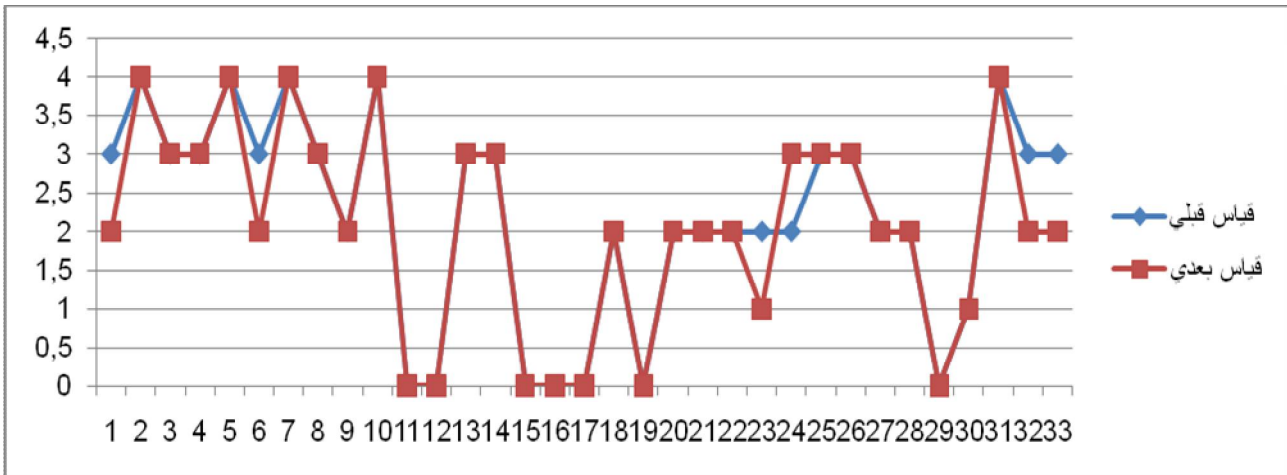
الشكل: يمثل التغيرات في الأعراض من خلال سلم (ECAN) القبلي والبعدى للحالة الثالثة.



الشكل: يمثل التغيرات في الأعراض من خلال سلم (ECAN) القبلي والبعدى الحالة الرابعة.



الشكل: يبين التغيرات في الأعراض من خلال سلم (ECAN) القبلي والبعدى الحالة الخامسة.



الشكل: يبين التغيرات في الأعراض من خلال سلم (ECAN) القبلي والبعدى الحالة (6).

