الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

جامعة آكلي محند اولحاج -البويرة -
كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية

السلوك العدواني على الذات لدى التوحدي

مذكرة لنيل شهادة الليسانس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالب(ة):
فراج أسماء

إشراف الأستاذة:
اينوري عينان

السنة الجامعية: 2020/2019

إهداء

أهدي هذا العمل
إلى أمي غاليتي أدامها الله نورا لنا
إلى روح ابي تغمده الله برحمته
إلى إخوتي وأخواتي وفقهم الله
إلى الأصدقاء والصديقات
الى أستاذتي المشرفة اينوري عينان
إلى كل من وقف بجانبي و شجعني على الإستمرار في ظل ما نمر به

شكرا لمساندتكم ....

فراج أسماء

مقدمة:

تعتبر مرحلة الطفولة من المراحل الاساسية التي يكون فيها الطفل اكثر قابيلة للتعلم

و تعديل السلوك , حيث تؤثر مختلف الاضطرابات على نموهم في مختلف المجالات منها العقلية, الاجتماعية و النفسية.

و التوحد أحد الاضطرابات النمائية التي تصيب الأطفال دون سن الثلاث سنوات , و هو عمر تكوين الصداقات و بناء العلاقات و الالتحام مع المجتمع, و لكن من دون سابق انذار يلاحظ على الطفل التوحدي البدء في الانعزال و التقوقع و الانسحاب و عدم التواصل و اللعب مع اقرانه.

و منذ الانتباه و بداية الاهتمام بالتوحد بقيت اسبابه مجهولة , فهذا الاخير من اعقد الاضطرابات لأنه ليس مرضا محدد أو ذو أعراض ثابتة, فهو يختلف من حيث الشدة و التشابه في المصاب الواحد أو مع الآخرين , و بسبب تعقيد هذا الاضطراب أصبح من الضروري أن تتم عملية التشخيص من قبل فريق متكامل و الذي يتكون من (طبيب نفسي, أخصائي نفسي أخصائي أطفال, أخصائي في الاختبارات, أخصائي في السمع و التخاطب), و هذا لوجوب دراسة الطفل الذي يشتبه في اصابته من جميع النواحي النفسيو و الاجتماعية و العقلية و في جميع المراحل العمرية(عادل جاسب شيب, 2008,ص 9).

و غالبا ما يرافق التوحد السلوك العدواني حيث يشكل مشكلة هامة تعترض المعلمين و الاولياء على حد سواء, بحيث يجدون أنفسهم في حيرة من أمرهم أمام طفل لا يعرفون سبب تصرفاته العدوانية, و يتخذ السلوك العدواني لدى الطفل التوحدي أشكالا عديدة فمنها اللفظي و الغير اللفظي و آخر موجه نحو الآخرين , و الممتلكات, و سلوكا عدوانيا موجها نحو الذات (هشام أحمد غراب, أيمن يوسف حجازي,2011, ص122).

هذا ما أدى بالباحثين إلى الدراسة و التشخيص واقتراح علاج في هذا المجال لما يحتويه من غموض كبير ، حيث قاموا بدراسات مبدئية عن هذا الاضطراب إلى أن توصلوا إلى تحديد المظاهر والسلوكيات و الاعراض المصاحبة له.

سنتطرق في بحثنا هذا الى جانبين, النظري و التطبيقي , فالأول به فصلين و كل فصل به مبحث واحد, فالفصل الاول يتحدث عن السلوك العدواني و يحتوي على:

تعريف السلوك العدواني,أشكال السلوك العدواني, خصائص السلوك العدواني, مؤشرات السلوك العدواني , أسباب السلوك العدواني, النظريات المفسرة للسلوك العدواني, تطور مشاعر العدوان لدى التوحدي, طرق ضبط السلوك العدواني.

والفصل الثاني فيتحدث عن التوحد و يحتوي على:

تعريف التوحد، أسباب التوحد، خصائص التوحد، أنواع التوحد، تشخيص التوحد، علاج التوحد.

أما الجانب التطبيقي فيحتوي على فصل خاص بمنهج البحث، و الدراسة الاستطلاعية، و اهداف الدراسة .

و في الاخير نتطرق الى خلاصة البحث.

الفهرس و المحتويات

الإهداء .....
فهرس المحتويات .....
مقدمة ..... أ–ب

الجانب النظري

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية 1
2. الفرضية 3
3. التحديد الإجرائي للمفاهيم 3
4. أسباب الدراسة 3
5. أهمية الدراسة 3
6. أهداف الدراسة 3
7. الدراسات السابقة 3
8. التعقيب على الدراسات السابقة 7

الفصل الأول: السلوك العدواني

تمهيد 10
1. تعريف السلوك العدواني.....10
2. أشكال السلوك العدواني.....10
3. خصائص السلوك العدوان.....12
4. مؤشرات السلوك العدواني.....13

5. أسباب السلوك العدواني 13
6. النظريات المفسرة للسلوك العدواني 14
7. تطور مشاعر العدوان لدى التوحدي.....16
8. طرق ظبط السلوك العدواني 17
خلاصة 19

الفصل الثاني : التوحد

تمهيد.....21
1. تعريف التوحد 21
2. أسباب التوحد 22
3. خصائص التوحد 31
4. أنواع التوحد 40
5. تشخيص التوحد.....41
6. سبل العلاج 41
خلاصة 45

الجانب الميداني

الفصل الرابع:الإجراءات المنهجية العامة
تمهيد 47
1. الدراسة الاستطلاعية 47
2. منهج البحث 47
3. مجتمع البحث 47
4. مجموعة البحث 48
5. شروط انتقاء مجموعة البحث 48

6. حدود الدراسة 48
7. الادوات و المقاييس المستعملة 48
خلاصة البحث 51
قائمة المراجع والمصادر 52
الملاحق .....

الفصل التمهيدي: الاطار العام للدراسة

1. **الاشكالية**
2. **الفرضية**
3. **التحديد الإجرائي للمفاهيم**
4. **أسباب الدراسة**
5. **أهمية الدراسة**
6. **أهداف الدراسة**
7. **الدراسات السابقة**
8. **التعقيب على الدراسات السابقة**

1-الإشكالية: شهدت العقود الثلاث الماضية تطورا سريعا في شتى مجالات الحياة حيث شهد مجال الفئات الخاصة تقدما سريعا متناميا في المجالات المتعلقة برعايتهم و توفير مختلف الخدمات التربوية و الاجتماعية و التأهيلية و الصحية اللازمة لهم.

و من هذا المنطلق بدأ الاهتمام يزداد بفئة من أهم الفئات الخاصة و التي تأتي في المقدمة لاحتياجها الى التدريب و الرعاية ألا و هي فئة الاطفال التوحديون, حيث يعد هذا الاضطراب من الاضطرابات النمائية الشديدة الشاملة المعقدة التي تظهر خلال مرحلة الطفولة المبكرة و قد يستمر تأثيره عبر مراحل النمو المختلفة, و هذا ما يؤثر سلبا على الكثير من الجوانب النمائية لشخصية المصاب, حيث أن تقارير المتابعة و نتائج الدراسات أوضحت بأن الاطفال المصابين بالتوحد يميلون للعزلة, و عدم الرغبة في الاستجابة للآخرين و التفاعل معهم . و قد يصل الامر الى عدم الاستجابة العاطفية للأم فلا يميلون الى معانقتها او التعبير عن السرور لوجودها او الحزن لغيابها, و يفضلون التقوقع حول انفسهم و ذلك بالعزوف عن اللعب مع أقرانهم أو محاكاتهم أثناء اللعب, اضافة الى انهم لا يستخدمون اللغة العادية للتواصل مع الاخرين, بل قد يستخدمون اصواتا غير عادية و غير مألوفة, كالصراخ او تكرار الاصوات و المقاطع الصوتية عديمة المعنى أو استخدام لغة خاصة و ممارسة سلوكيات نمطية متكررة مع بروز رغبة قوية في الحفاظ على البيئة و الاشياء من حولهم (عبد العزيز الشخص,2007, ص219). لهذا اجرى العلماء عدة دراسات على هذا الاضطراب و ذلك بغية تطوير البرامج المساعدة و كذا الفهم الاعمق لاطفال هذا الاضطراب.

و من بين اهم الصعوبات التي تواجه الطفل التوحدي هو عدم قدرته على التواصل مع العالم الخارجي فيصبح بهذا منعزلا و منغلقا على ذاته غير قادر على التعبير عن احتياجاته و ما يجول في باله , و جراء هذا الانغلاق تظهر عند الطفل التوحدي اضطرابات سلوكية مختلفة منها السلوك العدواني , و يظهر هذا السلوك بدرجات و اشكال و اتجاهات مختلفة و متفاوتة و من بين الاسباب المؤدية اليه عدم اكتمال النضج سواء العقلي أو الانفعالي(مجلة علوم التربية, 1999, ص4).

و قد اعتبر السلوك العدواني عند الاطفال التوحديون من ابرز المشكلات النفسية و السلوكية المنتشرة, حيث يتمثل العدوان في كل السلوكيات التي تستهدف ايذاء الاخر او النفس بصورة مباشرة او غير مباشرة (طه عبد العظيم, 2006,ص39), .

يتطور السلوك العدواني تدريجيا عبر مراحل العمر المختلفة و يظهر في ثلاثة اشكال عدوان موجه نحو الذات, نحو الآخر, و عدوان نحو الممتلكات, و مع التقدم الحالي تم تسليط الضوء على اضطراب التوحد من قبل المباحث العلمية و النفسية للوصول الى الفهم الاعمق لهذا الاضطراب فقد اصبح مشكلة اجتماعية و نفسية تؤثر على الطفل مما يسمح بظهور السلوكيات العدوانية باشكالها المختلفة , اتجاه ذاته أو اتجاه الممتلكات و الاخرين فالتوحد يزيد من حدة العنف لديه.

و من خلال ما سلف ذكره نطرح التساؤل التالي:

هل الطفل التوحدي يوجه السلوك العدواني على ذاته؟

2- فرضية البحث:

للاجابة على التساؤل المطروح في الإشكالية نفترض الفرضية التالية:

يعاني الطفل التوحدي من سلوكيات عدوانية اتجاه ذاته

3-التحديد الإجرائي للمفاهيم:

1.3 التوحد: هو مجموعة الاطفال الذين شخصو من طرف مختص نفسي بهذا الاضطراب .

2.3 السلوك العدواني: و هو مجموعة الافراد الذين تلاحظ عليهم سلوكات شاذة سواء اتجاه ذاتهم او اتجاه الاخرين.

4-أسباب الدراسة:

- الانتشار الكبير الذي يشهده اضطراب التوحد
- صعوبة التعامل مع الطفل التوحدي
- الغموض المحيط بهذا الاضطراب لتعدد اسبابه التي تكمن وراء حدوثه

اضطراب التوحد اضطراب مزمن و هذا ما يتسبب في ظهور سلوكيات عدوانية

5-أهمية الدراسة:

- مساعدة الاطفال التوحديون على اكتشاف انفسهم
- المساعدة في خفض و تعديل السلوكيات العدوانية
- القاء الضوء على معانات اطفال هذه الفئة

6- أهداف الدراسة:

- معرفة أكثر الاسباب المسببة لاضطراب التوحد
- فهم المعاناة النفسية و الاجتماعية التي تواجه الطفل التوحدي
- التوصل الى ما اذا كان للطفل التوحدي سلوكات عدوانية و اتجاهاتها
- الوصول الى ما اذا كان الطفل التوحدي يمارس السلوك العدواني على ذاته

7- الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع السلوك العدواني لدى الطفل التوحدي, و تناولته من زوايا مختلفة, و قد تنوعت هذه الدراسات بين العربية و الاجنبية .

و سوف تستعرض هذه الدراسة جملة من الدراسات التي تم الاستفادة منها مع الإشارة إلى أبرز ملامحها .

1.7-دراسة كوجل وفريا (١٩٩٣م) بعنوان: برنامج تدريبي علاجي لتنمية المهارات الاجتماعية.

هدفت إلى تدريب مجموعة من الأطفال التوحدين ضمت (21)طفلاً تتراوح أعمراهم بين(4–9) سنوات ، على برنامج للتواصل بهدف تحسين وتطوير مهاراتهم الاجتماعية ، والتخلص من بعض السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً ، مثل إيذاء الذات, وتضمن البرنامج استراتيجيات تعديل السلوك مثل التعزيز ، والاقتصاد الرمزي ، والتقبل الاجتماعي ، إلى جانب الاشتراك في عدد من الأنشطة (الحركية ، الفنية ، الاجتماعية ، الألعاب). وأظهرت النتائج ازدياداً في المهارات الاجتماعية وحدث انخفاض في السلوك غير التكيفي كايذاء الذات(ايمان جمال سالم , 2015, ص38).

2.7 – وقام (بخش,٢٠٠٢) بدراسة هدفت إلى قياس فاعلية البرنامج السلوكي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي في خفض مستوى السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال التوحديين, واتبعت الدراسة المنهج التجريبي, وتكونت عينة الدراسة من (24) طفلا من أطفال اضطراب التوحد من مركز أمل الإنماء الفكري بجده, والتي تتراوح أعمارهم ما بين (7–14) سنة, وأظهرت النتائج وجود فروق بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي وأبعاده في اتجاه الأفضل لصالح المجموعة التجريبية, ووجود فروق بين متوسطي المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للسلوك العدواني وأبعاده لصالح القياس البعدي.

3.7– دراسة عبد الله (2004): فاعلية التصحيح الزائد والتعزيز التفاضلي في خفض السلوك النمطي والإيذاء الذاتي لدى عينة من الأطفال التوحديين.

هدفت إلى فحص فعالية التعزيز التفاضلي والتصحيح الزائد في خفض السلوك النمطي، وسلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين، ولتحقيق الأهداف تم استخدام المنهج التجريبي، وطبقت الدراسة على عينة من الأطفال المصابين بالتوحد المسجلين في مراكز التربية الخاصة ومؤسساتها التي تتعامل مع المصابين بالتوحد في منطقة عمان الكبرى، واختير من قائمة المراكز ومؤسسات التربية الخاصة أربعة مراكز، ومؤسسة، وكان عدد الأطفال المصابين بالتوحد الملتحقين فيها (47) طفلا، وكان منهم (31) لديهم السلوك النمطي، وسلوك إيذاء الذات، وشكل هؤلاء أفراد عينة الدراسة وتراوحت أعمارهم ما بين (5 – 12 عاما)، منهم (24) ذكور، و (7) إناث، تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى تجريبية (16)، والثانية ضابطة (15)، واستخدم الباحث تصميم القياسات المتكررة، فأشارت النتائج إلى وجود فروقات في القياسات المتكررة لكل سلوك من السلوكيات النمطية وسلوكيات إيذاء الذات لأفراد المجموعة التجريبية كما أشارت النتائج إلى

وجود تفاعل بين القياسات المتكررة التي ينتمي إليها الفرد، فقد أشارت معظم هذه التفاعلات إلى زيادة تحسن كل سلوك من السلوكيات النمطية مع التقدم في تنفيذ البرنامج ولصالح المجموعة التجريبية، كما أظهرت النتائج إلى أن جميع أفراد المجموعة التجريبيةأظهوا تحسنا ف السلوكيات النمطية و سلوكيات ايذاء الذات لافراد المجموعة التجريبية , كما أشارت النتائج إلى وجود تفاعل بين القياسات المتكررة التي ينتمي إليها الفرد، فقد أشارت معظم هذه التفاعالات إلى زيادة تحسن كل سلوك من السلوكيات النمطية مع التقدم في تنفيذ البرنامج ولصالح المجموعة التجريبية، كما أظهرت النتائج إلى أن جميع أفراد المجموعة التجريبية أظهروا تحسناً في السلوكيات النمطية وسلوكيات إيذاء الذات مع التقدم في تنفيذ البرنامج عدا فردين وفي سلوكين مختلفين(ايمان جمال سالم, 2015, ص 40).

4.7-قام ستولبويارنال وميلز وتاكاهاشيوفريمرمكاثرين (Stoelb , Yarnal, McCathren ,Miles,TakahashiFramer, 2004)بدراسة فاعلية العلاج السلوكي المكثف على مستوى تطور الأطفال, واشتملت الدراسة على (19) طفلا يعانون من التوحد وقدم العلاج السلوكي المكثف لكل فرد من أفراد الدراسة في المدرسة والبيت من خلال فريق مكون من (6) مدربين تحت إشراف مستشار سلوكي. واستخدمت إستراتيجية التدريب من خلال المحاولات المنفصلة بطريقة وأظهرت النتائج تحسنة التعليم الفردي المنظم. في مهارات التمييز وبناء الطلاقة والدمج التدريجي(عزيز احمد الرحامنة, 2019, ص 202).

5.7- دراسة صديق (2006): فاعلية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظيلدى أطفال التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي.

هدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج مقترح لتطوير مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة من الأطفال التوحديين في مدينة الرياض، وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وكانت عينة الدراسة عبارة عن (38) طفلا توحدية، تراوحت أعمارهم ما بين (4 – 6 سنوات، تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى ضابطة وكانت عبارة عن (20) طفلا، والثانية تجريبية وكانت عبارة عن (18) طفلا،وكانت أدوات الدراسة عبارة عن قائمة التقدير مهارات التواصل غير اللفظي: الانتباه المشترك، التواصل البصري، التقليد، الاستماع والفهم، الإشارة إلى ما هو مرغوب، فهم تعبيرات الوجه، وتمييزها، نبرات الصوت الدالة عليها،

وقائمة تقدير السلوك الاجتماعي، برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي، واستخدمت أسلوب تحليل التباين المشترك لتحليلالبيانات (ANCOVA)، فأظهرت الدراسة وجود فروق دالة إحصائية في مهارات التواصل غير اللفظي بين المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة على القياسين البعدي والمتابعة لصالح أفراد المجموعة التجريبية، فيما لم تظهر فروق في السلوك الاجتماعي بين المجموعتين على القياس البعدي، والقياس التتبعي(ايمان جمال سالم , 2015, ص41).

6.7- دراسة (خطاب ,2009) تأثير برنامج علاجي باللعب في خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي:استخدم الباحث المنهج التجريبي, وبلغت عينة الدراسة (20) طفل توحد, تتراوح أعمارهم ما بين (10-12) سنة, وبينت النتائج وجود فروق بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية, ووجود فروق بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي من حيث تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية(عزيز احمد الرحامنة, 2019, ص202).

7.7- دراسة ايمان جمال سالم المصدر 2015 فاعلية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك اطفال التوحد:

هدفت الدراسة التعرف إلى فاعلية برنامج تعديل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك أطفال التوحد، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي، والمنهج شبه التجريبي، وكانت أدوات الدراسة عبارة عن مقياس كارز لتشخيص حالات التوحد، وقائمة المهارات والسلوكيات الواجب تنميتها لدى أطفال التوحد، وبطاقة ملاحظة مهارات وسلوكيات أطفال التوحد، وبرنامج مقترح قائم على تعديل السلوك التطبيقي مكون من (15)جلسة للاطفال، وتضمن البرنامج (3)جلسات لأسر أطفال التوحد، وكانت عينة الدراسة عبارة عن (10) أطفال توحد تتراوح أعمارهم ما بين (6-8) سنو ات، تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين الاولى ضابطة تكونت من(5) حالات توحد، والثانية تجريبية مكونة من (5) حالات توحد.

حيث طبقت الباحثة جلساتالاهالي قبل بدء التجربة، ومن ثم قامت بتطبيق برنامج تحليل السلوك التطبيقي على افراد المجموعة التجريبية بواقع 3 جلسات اسبوعيا بشكل فردي, و تتراوح كل جلسة ما بين (40-60) دقيقة،

فأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارات أطفال التوحد، وتعديل سلوكهم، وخفض التوحد لديهم، حيث ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي لمقياس كارز لتشخيص حالات التوحد، وبطاقة ملاحظة مهارات أطفال التوحد لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

وأسفرت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس كارز وبطاقة ملاحظة مهارات وسلوكيات أطفال في التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لصالح التطبيق البعدي.

كما تبين عدم وجود فروق بين درجات المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي، والتطبيق التتبعي لمقياس كارز وبطاقة ملاحظة مهارات وسلوكيات أطفال التوحد .

كما أسفرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقييم الاخصائي وتقييم الاهالي في التطبيق البعدي لمقياس كارز، وبطاقة ملاحظة مهارات وسلوكيات أطفال التوحد.

8-تعقيب على الدراسات السابقة:

لقد اختلفت الدراسات السابقة العربية و الاجنبية كلا حسب منهجه و اطاره الذي ينطلق منه في دراسته , و تمت ملاحظة أن اغلب الدراسات لم تتناول السلوك العدواني دراسة اكلينيكية بل كانت الدراسة كمية.

ترى الباحثة ان معظم الدراسات اهتمت بخفض بعظ السلوكيات الغير سوية او تنمية مهارات التواصل اللفظي و الغير لفظي, ولم تهتم الدراسات السابقة لعلاج التوحد, كما كان للمنهج التجريبي الحظ الاوفر في هذه الدراسات.

أشارت معظم الدراسات الى فعالية البرامج المستخدمة في تحسين مهارات حالات التوحد و تخفيض سلوكهم الغير سوي .

إستفادت الباحثة من الدراسات السابقة في عنصرين :

- من حيث الهدف: تشابهت بعض الدراسات مع دراستنا مثل دراسة "عبد الله" كونها تناولت السلوك و ايذاء الذات لدى التوحدي و درست ايضا الفروق الجنسية و هو ما يتوافق تقريبا مع دراستنا.

واستفادت من هذه الدراسات في التعرف على الطرق و الاستراتيجيات و الاساليب السلوكية في تنمية مهارات حالات التوحد.

تتفق الدراسة الحالية مع معظم الدراسات السابقة في أنها تتعلق بفئة اطفال التوحد, و تتفق مع دراسات أخرى هادفة لتعديل السلوك.

- من حيث العينة: تناولت الدراسات السابقة التوحد و السلوكيات الغير سوية عند اطفال هذه الفئة , بالاضافة الى ان الدراسات السابقة استخدمت عينات متفاوتة الحجم و هذا ما اتاح الفرصة للباحثة في اختيار عينة دراسة من اطفال التوحد و التي تتراوح اعمارهم من 5 الى ما فوق .

الفصل الاول : السلوك العدواني

تمهيد

1. تعريف السلوك العدواني
2. أشكال السلوك العدواني
3. خصائص السلوك العدواني
4. مؤشرات السلوك العدواني
5. أسباب السلوك العدواني
6. النظريات المفسرة للسلوك العدواني
7. تطور مشاعر العدوان لدى التوحدي
8. طرق ضبط السلوك العدواني

خلاصة

تمهيد:

تعد ظاهر السلوك العدواني من أبرز المشكلات انتشارا بين الاطفال التوحديون, فقد اهتمت العديد من الدراسات في البحث في هذا الاضطراب لمعرفة أسبابه وعوامله , و الكشف عن الاطفال التوحديون الذين يعانون من السلوكات العدوانية و نوع هذه السلوكات التي يستعملونها, حيث يتناول هذا الفصل السلوك العدواني من حيث مختلف تعريفاته و أنواعه لدى التوحدي , و عرض لأهم خصائص هذا الإضطراب السلوكي , كما تم التطرق إلى أسبابه و طرق علاجه أو تعديله.

1-تعريف السلوك العدواني:

يعرف الشخص و الدمياطي (1992) العدوان على انه حالة تبدو فيها أفعال االفرد غير مرغوبة و مزعجة و قد تكون ضارة.

و يعرفه السيد(2004) بأنه السلوك الموجه بصورة مباشرة أو غير مباشرة إلى الغير بهدف الحاق الأذى بالمعتدي عليه أو استفزازه بصورة مباشرة مثل التشاجر و الدفع باليدين و اتلاف الممتلكات, أو بصورة غير مباشرة مثل التهديد (جموعي بالعربي,2018 ,ص 28).

و يعرف بندورا السلوك العدواني على أنه السلوك الذي ينتج عنه الأذى للشخص أو تدمير للذات(جموعي بالعربي, 2018, ص28).

و يعرفه baneton بأنه الاعتداء المادي نحو الآخرين و الذي يتضمن الهجوم أو الضرب و ما يعادله من اعتداء معنوي, و هو أيضا سلوك يحمل عواقب مخربة تتضن تدمير الذات كالانتحار و ايذاء الذات (أسامة مصطفى فاروق, 2011, ص121).

و يعرفه بص buss على أنه سلوك يصدره الفرد لفظيا أو بدنيا أو ماديا, صريحا أو ضمنيا, مباشر أو غير مباشر, ناشطا أو سلبيا, و يترتب على هذا السلوك الحاق أذى بدني أو مادي أو نقص للشخص نفسه صاحب السلوك أو الآخرين (خليل قطب اوقورة, 1996,ص 20) .

2-أشكال السلوك العدواني:

2-1العدوان العدائي: اذا تعمد الطفل الانزلاق على السطح المائل كي يصدم طفلا اخر امامه بغية الانتقام من فعل احدث الطفل الاخر سبب غضب الطفل الاول(أسامة فاروق مصطفى, 2011,ص 1266) .

2-2 العدوان اللفظي: من صوره الصياح , الكلامالبذيئ الذي يشمل السب و الشتم و التهديدو يدخل ضمن هذا النوع من العدوان أيضا بعض التغييرات الدالة على العدوان كالبصاق و حركة قبض اليد على اليد.

2-2 العدوان الجسدي: و يتخذ صورة استعمال أعضاء الجسم في الاعتداء كاليدين و الرجلين و الرأس و الأسنان و الاظافر و غيرها.

2-3 العدوان المباشر: و هو العدوان الذي يوجه مباشرة الى مصدر الإحباط على عاتق إشباع الحاجة باستخدام القوة الجسدية أو التعبيرات اللفظية الحركية.

2-4 العدوان الغير مباشر: و هو الذي يوجه عند تعذر توجيه العدوان نحو سببه الأصلي لسبب من الأسباب, فيوجه عندئذ نحو هدف آخر ذي صلة بالمصدر الأصلي(ميلودي مريم, 2019,ص 43).

و تدخل ضمن السلوك العدواني أشكال أخرى

2-5 السلوك العدواني نحو الذات: و هو السلوك الذي يستهدف ايذاء النفس و ايقاع الأذى و الحاق الضرر بها, كشد الشعر و خدش النفس أو ضرب الرأس.

2-6 السلوك العدواني نحو الممتلكات: و هو السلوك الذي يستهدف ايقاع الأذى و الضرر المادي كتدمير و تخريب الممتلكات .

2-7 السلوك العدواني نحو الآخرين: و هو السلوك الذي يستهدف الاعتداء على الأخرين المحيطين به و الحاق الضرر بهم (عزيز أحمد الرحامنة, 2019,ص 201) .

2-8 العدوان الاشاري: و هو نوع من العدوان تستخدم فيه الاشارات.

2-9 العدوان الوسيلي: وهو وصول الطفل الى هدفه بطريقة وسيلية عدوانية , يتعلم من خلالها الحصول على ما يريد عن طريق العدوان

2-10العدوان السلبي: الاهمال صورة سلبية للعدوان , حيث يعبر عنه عن طريق اللامبالاة و عدم الاكتراث بالاخر او بالموضوع و يتضمن التحقير و الازدراء.

2-11 العدوان الايجابي: و هو الجزء العدواني من الطبيعة الانسانية (أسامة فاروق مصطفى, 2011, ص126) .

3- خصائص السلوك العدواني:

-يبدأ السلوك بنوبة مصحوبة بالغضب و الإحباط , يرافق ذلك مشاعر من الخجل و الخوف.

-تتزايد نوبات السلوك العدواني نتيجة للضغوط النفسية المتواصلة أو المتكررة في البيئة .

-الاعتداء على الأقران انتقاما أو بغرض الازعاج باستخدام اليدين أو الأظافر أو الرأس.

-يتسم في حياته اليومية بكثرة الحركة و عدم أخذ الحيطة لاحتمالات الأذى و الايذاء.

-عدم القدرة على قبول التصحيح.

-سرعة الغضب و الانفعال و كثرة الضجيج.

-تخريب ممتلكات الغير.

-توجيه الشتائم و الألفاظ النابية.

-الايماءات و الحركات التي يقوم بها الاطفال و التي تحمل في داخلها سلوكا عدوانيا.

-استعمال الألفاظ البدائية و احداث أصوات مزعجة.

-التحدث بصوت مرتفع(جموعي بالعربي, 2018, ص32-33).

4- مؤشرات السلوك العدواني :

يشير باندورا الى أن تحديد السلوك العدواني يتوقف على العوامل التالية :

- ✓ خصائص السلوك نفسه (مثل الاعتداء الجسمي و تدمير الممتلكات...)
- ✓ شدة السلوك مصحوبا باستجابات عالية الشدة.
- ✓ تعبيرات عن الاذى أو الضرر أو الألم أو الهروب من سلوك الشخص المتلقي للفعل العدواني.
- ✓ مقاصد واضحة عند الشخص الممارس للفعل العدواني.
- ✓ خصائص الشخص الملاحظ أو الاشخاص الملاحظين من نوع الجنس و المكانة الاجتماعية و الخلفية العرقية و تاريخ السلوك العدواني او غير العدواني.
- ✓ خصائص الشخص المعتدي وهي نفسها خصائص الشخص الملاحظ.

5-أسباب السلوك العدواني:

يمكن تصنيف أسباب السلوك العدواني الى:

5-1 الأسباب النفسية:

*الشعور بالألم:إن الشعور بالألم البدني أو النفسي يمكن أن يحرض على المزيد من الجوانب الانفعالية و بالتالي إمكانية حدوث السلوك العدواني.

*الإحباط: يعرف الإحباط بأنه مصطلح يدل على شعور عميق بالقلق و خيبة الرجاء و تثبيط الهمة و فتور العزيمة و الاستياء و عدم الرضا, منشؤه الفشل في تحقيق الرغبات المطلوبة و الآمال المرجوة , و الصراعات النفسية و المشاكل التي أخفق الفرد في ايجاد حلول لها.

*الشعور بعدم الراحة: أشارت بعض الدراسات إلى أن الشعور بعدم الراحة مثل التواجد في أماكن مزدحمة أو مغلقة , أو التواجد مع مجموعة غريبة عن الفرد كلها تساهم في إثارة السلوك العدواني(هشام أحمد غراب, أيمن يوسف حجازي, 2011,ص 128) .

5-2 أسباب إجتماعية:

التنشئة الإجتماعية الخاطئة منها أساليب المعاملة الوالدية الغير سوية كالإهمال, القسوة, العقاب, غياب الأب عن الأسرة , البيئة العدوانية , الرفض الاجتماعي و الشعور بالتهديد(بن حليم أسماء, 2014,ص 28).

5-3 أسباب أسرية:

إن الوضع الأسري الذي ينمو فيه الطفل لديه تأثير كبير في سلوك الطفل , فالإفراط في التدليل إذا غضب الطفل و انفعل و حصل على الإستجابة كم طرف الوالدين فإنه بعد ذلك يكرر المشهد , و حسب الحاجة من أي من أبويه , فهذا يرفض طلبه و الآخر يلبيه , و تصبح هذه الحالة قاعدة لديه(مريم سبعي, 2015,ص 42).

5-4 أسباب بيولوجية:

خاصية البناء الجسماني العضلي الذي لوحظ لدى العدوانيين المجرمين, التعرض للكثير من الحوادث و الإصابات في الطفولة و التي تعكس نقص الضبط الداخلي, و اهمال الأسرة في حماية أطفالها(أحمد محمد عبد الهادي دحلان, ب.س , ص27) .

6- النظريات المفسرة للسلوك العدواني:

6-1 نظرية التحليل النفسي:

يعتقد أصحاب هذه النظرية أن الحياة الإنسانية تقوم على حافزين فطريين هما , الدافع الجنسي , و الدافع للعدوان بحيث يلعب الدور الأول حسبهم دورا خطيرا في توجيه السلوك البشري و تحديد إتجاهاته عبر مختلف مراحل حياة الفرد و هو ضروري للمحافظة على حياته(ميلودي مريم, 2019,ص 44) , أما دافع العدوان فهو غريزة فطرية موجودة في الإنسان , و اعتبر عدوان الإنسان على نفسه أو على غيره تصرفا طبيعيا لطاقة العدوان الداخلية التي تنبهه و تلح في طلب الإشباع, و ترى هذه النظرية أن العدوان يعتبر تدميرا للذات في الأصل و قد اتجه إلى الخارج نحو موضوعات بديلة , فالشخص يقاتل الآخرين و ينزع إلى التدمير لأن رغبته في الموت أقوى من غرائز الحياة(أسامة فاروق مصطفى, 2011, ص132) .

6-2 النظرية السلوكية:

يفسر مؤيدو هذه النظرية أن السلوك العدواني ليس عملية فطرية , بل هو سلوك متعلم بالاشراط و ذلك عن طريق الثواب و العقاب خاصة في مراحل الطفولة المبكرة(أسامة مصطفى فاروق, 2011,ص 133) .

6-3 نظرية الإحباط:

يحدث العدوان نتيجة لإحباطات يواجهها الفرد, و هذه الأخيرة تقوم بالتحريض على القيام بالسلوك العدواني (بن حليم أسماء, 2014 , ص27) .

6-4 نظرية التعلم الإجتماعي:

ترتكز هذه النظرية على أن السلوك العدواني سلوك إجتماعي متعلم يتعلمه الفرد عن طريق النمذجة, و تفترض هذه النظرية أن السلوك العدواني يمكن تعلمه من خلال ملاحظة الطفل لنماذج في البيئة المحيطة به ممن يمارسون السلوك العدواني, كالآباء, الإخوة, الأقران (هشام أحمد غراب , أيمن يوسف حجازي, 2011,ص 130) .

6-5- النظرية البيولوجية:

و تعتقد بأن ما يوجه سلوكنا في حالته السوية أو المرضية إنما هو العوامل الفيزيولوجية , سواء كانت على مستوى الجهاز العصبي أو الجهاز الغددي أو على مستوى الكروموسومات, و من علماء هذا التيار "دايمند" الذي يعتقد بوجود صفات وراثية و فروق بين الجنسين في العدوان, و يؤكد على وجود تأثير ملموس للعوامل الوراثية العضوية في نشأة العدوان لدى الإنسان (ميلودي مريم,2019,ص 45).

6-6 نظرية العدوان الانفعالي:

هي من النظريات المعرفية والتي تربط بين العنف والمتعة, فبعض الافراد يجدون متعة في إيذاء الآخرين، بالاضافة إلى منافع أخرى، فهم يستطيعون إثبات قوتهم، سيطرتهم أو رجولتهم من خلال العنف وبالتالي يلجأون إليه للفت الانتباه وكسب الأهمية وتحقيق المكانة الاجتماعية. وطبق النموذج في تفسير العدوان الإنفعالي فمعظم أعمال العدوان الانفعالي تصدر بدون تفكير مسبق

فالتركيز في هذه النظرية على العدوان غير المتسم نسبيا بالتفكير, و من المؤكد أن الأفكار لها تأثير كبير على السلوك الانفعالي فالأشخاص الثائرون يتأثرون بما يعتبرونه سبب إثارتهم وأيضا تفسيرهم لحالتهم الانفعالية (محمود محمد الكفاوين, 2015, ص95).

7-تطور مشاعر العدوان لدى التوحدي:

7-1مرحلة الرضاعة : من الولادة الى العام الثاني:

يبدأ الرضيع بعض ثدي أمه حيث تظهر اسنانه و سلوك قد يكون غير مقصود أو ناتجا عن احباط نقص اللبن لأنه لا يستطيع أن يستخدم وسائل رمزية مقنعة، ثم يجرب ايذاء الاخرين مع نهاية عامه الأول من خلال تحديقه بأمه أو شد شعرها، و تتمثل مظاهر الغضب في :

منذ الميلاد الى 12 شهرا: صراخ، بكاء عال، ضرب الأذرع و الأرجل.

في سن 15 شهرا: القذف بالأشياء و يستثير غضبه التدخل في مناشطه الجسمانية

في سن 18 شهرا : انفجارات في الغضب، يصرخ و يبكي و يطرح نفسه أرضا و يضرب و يرفض و يدمر الأشياء، خشن و عنيف مع الأطفال و الحيوانات.

في سن 21 شهرا: يشد الشعر، يصرخ و يكي لعجزه عن التعبير عن رغباته بالكلام(ميلودي مريم,2019,ص 47)

7-2 مرحلة الطفولة المبكرة : (من عامين - 6 أعوام):

ينشأ العدوان حيث يكتشف الطفل أنه يستطيع أن يجعل الاخرين يسايرون رغباته التي يتعلمها الطفل بنوع الاستجابات التي تصدر عن الوالدين و غيرهما. و يمكن تلخيص مظاهر السلوك العدواني و تطوره في هذه المرحلة في :

في سن العامين : يضرب الطفل غيره من الأطفال ، يفسد نظام البيت و يشترك في مجاذبة الأشياء و شدها ، و قد يرغب في العض كأسلوب أولي في الهجوم و الدفاع عن نفسه.

في عامين و نصف : يهاجم غيره من الأطفال في عدوان و تعمد لايذاء شديد لتدميرالأشياء.

في 3 سنوات : تكثر لديه نوبات الغضب ، و يضرب الاخرين خلال هذه النوبات كما قد يضرب الأرض بقدميه و يرمي نفسه عليها.

في 4 سنوات : أهم ما يميزها أن المشاعر العدوانية هنا تتخد مظهر اللعب كما يبدأ باللجوء الى الاحتجاج اللفظي بدلا من الهجوم على الفور.

في 5 سنوات : أساليب التهديد و مقاومة التوجيهات اضافة الى ما سبق ذكره(ميلودي مريم,2019, ص48) .

7-3 مرحلة الطفولة المتأخرة : (من 6 أعوام الى 12 سنة) :

يبدأ هنا بتكوين ضمير رادع لسلوك الطفل و يكون أفكارا عن الخير و الشر فمع الشعور بالعداء الذي يحمله في اعماقه الا انه لا يقوم بالسلوك الا عند استفزازه .

و يمكن تلخيص مظاهر العدوان في هذه المرحلة في :

في 6 سنوات : عدوان بالغ جسميا و لفظيا و عدوان اتجاه الممتلكات.

في 7 سنوات : سلوك اقل عدوانا قد ينشأ بينه و بين اخوته .

في 8 سنوات : يستجيب للهجوم أو النقد بحساسية شديدة أكثر منه بالعدوان يتهرب من المسؤوليات يسب بدل الاعتداء جسميا.

في 9 سنوات : معظم عدوانه لفظي كلامي أما العراك و الضرب فيظهر في صورة لعب(ميلودي مريم,2019,ص 49).

8- طرق ضبط السلوك العدواني:

توجد عدة أساليب فعالة لعالج وضبط سلوك العدوان عند ألطفال ومنها:

8-1 تجنب الممارسات والاتجاهات الخاطئة في تنشئة الأطفال: ان الظروف المنزلية مثل النظام الوالدي القاسي غير فعال, و الصراع الاسري و الاجرام الوالدي , و تدليل الاطفال أو إهمالهم و نبذهم يمكن ان تنبأ بظهور نماذج مزمنة و مبكرة من السلوكيات اللااجتماعية, و عندما تتواجد هذه الظروف حول الأطفال فهي بيئة و جو مناسب لظهور الميول و السلوكيات العدوانية أثناء حلقات الصراع مع أعضاء الأسرة (محمد علي عمارة, 2008,ص 167) .

فالدراسات تظهر أن مزيجا من التسيبفي النظام والاتجاهات العدوانية لدى الآباء يمكن أن ينتج أطفالا عدوانيين جدا، وضعيفي الانضباط والأب المتسيب أو المتسامح أكثر من اللازم هو ذلك الذي يستسلم للطفل ويستجيب للطفل و يقوم بتدليله ويعطيه قدرا كبيرا من الحرية، إما بسبب

انصياعه للطفل أو إهماله، والأب ذو الاتجاهات العدوانية لا يتقبل غالبا الطفل ولا يستحسنه وبالتالي لا يعطيه العطف أو الفهم أو التوضيح، كما أنه يميل إلى استخدام العقاب البدني الشديد وعندما يمارس الأب العدواني سلطته فهو يقوم بذلك بطريقه غير مناسبة وغير متوقعة، واستمرار هذا المزيج من ضعف العطف الأبوي والعقاب البدني القاسي لفترة طويلة من الزمن يؤدي إلى العدوانية والتمرد وعدم تحمل المسؤولية لدى الطفل (هشام أحمد غراب, أيمن يوسف حجازي, 2011 ,ص 131).

و من هنا تأتي أهمية المبادرة المجتمعة من خلال الانشطة المجتمعية التي تركز التي تركز أساسا على كسر دوائر العنف داخل محيط الأسرة, و أهم هذه الأنشطة و أكثرها فعالية هو الوساطات و التدخلات طويلة الأمد و التي تمد الأسرة بالخدمات و المعونات المختافة و من بين هذه الخدمات: المجهودات التعاونية من خلال المنظمات الدينية و الترفيهية و الخدمات الاجتماعية (محمد علي عمارة, 2008,ص 168).

8-2 تنمية الشعور بالسعادة: حيث تشير الدراسات إلى أن الناس الذين يمارسون اتجاهات إيجابية

سعيدة يميلون الى أن يكونوا لطيفين نحو أنفسهم ونحو الأخرين بطرق متعددة، أما الأطفال الذين يعيشون في جو من النقد فإنهم يميلون أكثر إلى العدوان .

8-3 إعطاء الطفل مجالا للنشاط الجسمي وغيره من البدائل: إذ إنه من الضروري أن يعطى الأطفال

فرصا كثيرة للتدريب والتمرينات الرياضية بحيث يتم من خلالها تصريف الطاقة الزائدة والتوتر

8-4 تغيير البيئة: يمكن أن يتم ذلك عن طريق إعادة ترتيب المكان الذي يعيش فيه الطفل سواء داخل

الأسرة أو في المدرسة أو داخل حجرة الدراسة من حيث ترتيب المقاعد، مثلا فكلما كان لدى الأطفال حيز مكاني أوسع للعب قل احتمال العدوان لديهم؛ ولذا فإن اللعب الخارجي الذي يعطي فرصا كثيرة للحركة من موقع لآخر أمر هام يساعد على التخفيف من حدة العدوانية كما أن للموسيقى تأثيرا مهدئا على النزعات العدوانية .

8-5 تعزيز السلوك المرغوب: كثيرا ما نفترض نحن الراشدين أن سلوك الأطفال الطيب أمر مفروغ

منه، وبالتالي لا نقوم بتعزيزه مع أن الخطوة الأولى في معالجة السلوك العدواني هي التعزيز(هشام أحمد غراب, أيمن يوسف حجازي, 2011 ,ص 131).

8-6 تقليل الحساسية التدريجي: و يتضمن هذا الأسلوب تعليم الطفل العدواني و تدريبه على استجابات لا تتوافق مع السلوك العدواني, كالمهارات الاجتماعية اللازمة, مع تدريبه على الاسترخاء و ذلك حتى يتعلم الطفل كيفية استخدام الاستجابات البديلة و بطريقة تدريجية , و ذلك لمواجهة المواقف التي تؤدي الى ظهور السلوك العدواني(خولة احمد يحيى ,2000,ص 191).

8-7 أسلوب العزل و ثمن الاستجابة: و يتم هنا التوضيح للطفل بأن قيامه بالسلوك العدواني لا يؤدي فقط الى عدم الحصول على المكافئات , بل ان نتائج هذا السلوك تعني العقاب.

8-8 النمذجة: تعتبر هذه الطريقة من أكثر الطرق فعالية في تعديل السلوك العدواني , و يتم ذلك من خلال تقديم نماذج لاستجابات غير عدوانية للطفل , و ذلك في ظروف استفزازية و مثيرة للعدوان, و يمكن القيام بمساعد الطفل و ذلك عن طريق لعب الادوار من أجر استجرار سلوكات غير عدوانية, و يمكن تقديم التعزيز عند حدوث ذلك من أجل منع الطفل من إظهار السلوك العدواني في الموقف(خولة احمد يحيى ,2000,ص 192).

8-9 توفير طرق لتفريغ العدوان: و هنا يتم تقديم وسائل بديلة و متنوعة من أجل التخلص من الغضب أو تفريغ النزعات العدوانية مثل اللعب و التمرينات الرياضية...الخ(خولة احمد يحيى ,2000, ص192)

خلاصة :

من خلال عرضنا لأهم المفاهيم والنظريات وعوامل السلوك العدواني والأسباب المؤدية إليه، اتضح جليا أنه فعل يؤدي الى الحاق الضرر والأذى بالذات وبالأخرين، وأن هذا الضرر يشمل الكف عن التطور والنضج وتحقيق السواء في شخصية الطفل العدواني،و السلوك العدواني لا يقف على عامل واحد انما عوامله متداخلة مما تستدعي الوقوف عليها كلها للوقاية منه أو علاجه خصوصا و أنه يتطور عبر مراحل نمو الطفل.

الفصل الثاني : التوحد

تمهيد

1. تعريف التوحد
2. أسباب التوحد
3. خصائص التوحد
4. أنواع التوحد
5. تشخيص التوحد
6. سبل العلاج

خلاصة

تمهيد: يعرف التوحد ارتفاع كبير في نسبة المصابين به سنويا وهذا حسب الإحصائيات الراجعة إلى الجمعية الأمريكية للتوحد سنة 1999,ورغم هذا فهو يواجه نقص واضح في أساليب التشخيص و التشخيص الخطأ أو تأخر الكشف عنه من قبل العائلة أو الأخصائي النفساني ,وقد يعود هذا الخلل و النقص إلى عدم وضوح الأسباب لذا يعرض هذا الفصل خصائص اضطراب التوحد و كذا الأعراض التي يمكن الكشف عنها مبكرا من خلال الملاحظة الدقيقة للسلوك.

1-تعريف التوحد:

اشتقت كلمة التوحد من كلمة إغريقية autisme حيث تعني aut الذات و Aism الانغلاق , و المصطلح يعني الانغلاق على الذات حيث تعني هذه الكلمة غالبا "يتوحدون بأنفسهم" و ينسحب داخل ذاته ولا يبدي أي اهتمام بالأفراد الآخرين لأنه يتصف بالعجز في إقامة العلاقات الاجتماعية , كما أنه يفشل في استخدام اللغة لغرض التواصل و لديه النمطية في السلوك و هذه الصفات تحدث غالبا قبل 30 شهرا و حتى 42 شهرا من عمر الطفل .

وفيما يلي مجموعة من التعاريف التي تناولت التوحد :

-التوحد كما عرفته الجمعية الأمريكية للتوحد 1960هو اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكيا و أن المظاهر الأساسية له لابد أن تظهر قبل بلوغ الطفل 30 شهرا من العمر,وهو اضطراب في سرع النمو و كذلك اضطراب في الانتماء للآخرين و تتجلى أعراضه في :

- ضعف التواصل اللفظي و الغير لفظي
- ضعف التواصل الاجتماعي
- ضعف النمو الحسي (عمر محمد كمال أبو الفتوح, 2012, ص18)

-أما جمعية الأوتيزم الوطنية في بريطانيا فقد عرفته على أنه صعوبة نمائية تؤثر على طريقة تواصل و انتماء الطفل إلى الأشخاص من حوله فتظهر هذه الصعوبات في 3 مجالات هي :

- التفاعل الاجتماعي.

- التواصل الاجتماعي.
- القدرة على التخيل.

-أما الجمعية الوطنية للأطفال المتوحدين 1987 فتعرفه على انه اضطراب أو متلازمة تجعل الطفل منعزل عن العالم المحيط به.

-التوحد هو نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية التي تتعارض مع الواقع و الاستغراق في التخيلات مما يشبع الرغبات التي لم تتحقق.

وكما يقصد به:

1.انه تفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو بالذات

2.إدراك العالم الخارجي من خلال الرغبات بدلا من الواقع

3.الانكباب على الذات و الاهتمام بالأفكار و الخيالات الذاتية (مصطفى نوري القمش, 2010 ,ص 19) .

-تعريف التوحد طبقا لتصنيف DSM-5:

1.يبدي الطفل عجزا نوعيا في تفاعله الاجتماعي الذي يتضمن عجزا عن الاستخدام المناسب للسلوكيات الغير لفظية ليوجه انفعالاته, والفشل في نمو أو تطوير علاقات مع الأقران.

2.العجز العجز على التواصل , وهذا العجز يتضح في نمو اللغة المنطوقة و العجز في تعزيز المحادثة , والسلوك النمطي و الاستخدام المتكرر للغة و قصور في مهارات اللعب التلقائي المناسب للمرحلة النمائية .

3.ظهور أنماط في السلوك النمطي في الأنشطة التي يؤديها و في اهتماماته و هذه الأنماط تشمل الانشغال بواحدة أو أكثر من الأنماط المقيدة للسلوك النمطي و تمسكه غير المرن بأعمال محددة أو طقوس أو الانشغال بأجزاء من الموضوعات (جهاد محمد محمد , ص28).

2- أسباب التوحد

لقد تعددت و اختلفت أسباب الإصابة بالتوحد و فيما يلي تم التطرق إلى أهم أسبابها:

2-1 العوامل الجينية:

-تبدأ حياة الجنين باتحاد الخلية الذكرية و الأنثوية, و نتيجة لهذا تتكون حلية مخصبة يطلق عليها الزيجوت, وهذه الخلية تمثل أولى مراحل تكوين الجنين, و يحوي الجسم البشري على ما يقرب من 100 تريليون من الخلايا معضمها يقل عرضه عن عشر من المليمتر, ونصف هذه الكر وموسومات مأخوذة من الأب و النصف الآخر من الأم, و توجد منظمة في ثلاثة و عشرين زوجا, كل زوج منها له نفس الشكل, ونفس الوظيفة, تؤخذ واحدة في كل زوج من الوالدين, و بهذا يشترك الأبوان مناصفة في نقل الصفات الوراثية .

ولكل كروموسوم نظير له يمثلان معا زوجا, أما الزوج الثالث و العشرون فانه يختص بتحديد النوع, فيكون عند الأنثى XX وعند الذكر XY.

و تتوقف العوامل الوراثية على هذه الكر وموسومات, لأنها تنقل العوامل الوراثية عن طريق ما يسمى بالجينات المورثات و هي عبارة عن أكياس كيماوية في منتهى الدقة تنتظم على الكروموسومات.

و يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي, فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب, حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) أكثر من التوائم الأخوية (من بويضتين مختلفتين).

فالتوحد ينتشر بنسبة 96% بالنسبة للتوائم المتطابقة , و بنسبة 27% بين أزواج التوائم الأخوية, و قد وجد أن ما نسبته 15% من بين الأطفال الذين يعانون من حالات التوحد يعانون من حالات الريت أو فراجل إكس fragile x وهما إعاقتان ثبت أن لهما أساسا وراثيا و يتضح من ذلك أن الوراثة ربما تكون عاملا ممهدا للإصابة, إلا أن ذلك لا يمنع من وجود عوامل بيئية مسببة له (أسامة مصطفى فاروق, 2011,ص 38-39).

وانتهت نتائج دراسة بايلي و آخرين إلى أن نسبة الإصابة من بويضة واحدة تبلغ 73%, و قد قدر روزين و آخرون أن الوراثة تساهم بنسبة 85%, و انتهت نتائج دراسة ميرسيرل و آخرين إلى أن العوامل الوراثية تساهم بنسبة 90.2% والعوامل ما قبل الولادة بنسبة 43.9% والعوامل في أثناء الولادة بنسبة 68.3%.

و هناك منطقتان في الكروموسوم (2) و الكروموسوم (17) ربما تحتضنان الجين الذي يجعل الفرد أكثر قابلية للتوحد, و هناك استدلالات سابقة تقترح أن منطقتي الكروموسوم (7) و (16) لهما دور في التحديد عما إذا كان الطفل سيصاب بالتوحد .

و يتوفر عاملين من أقوى العوامل التي تسبب في حالات التوحد:

- شذوذ الكروموسومات (x).
- تصلب الأنسجة الدرنية tuber sclerosis.

و توصل باحثون بريطانيون إلى أن أطوال الأصابع يمكن أن تكون مفتاحا لمعرفة سبب التوحد لدى الأطفال, و قد وجد هؤلاء الباحثون أن الأطفال الذين يعانون من هذا المرض تكون الأصابع الوسطى لديهم أطول بشكل غير عادي مقارنة بالإصبع السبابة , و هذه الصورة البدنية مصحوبة بمستويات عالية من التيستيرون في الرحم, و هذه المعلومات الجديدة تؤكد الدور المهم الذي تلعبه المورثات في الإصابة بهذا المرض (مصطفى نوري القمش, 2010,ص 40-41).

2-2 العوامل المناعية:

أشارت العديد من الدراسات الى وجود خلل في الجهاز المناعي لدى الاشخاص التوحديين .

وتشير بعض الادلة الى أن بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الام و الجنين قد تساهم في حدوث اضطراب التوحدية كما ان الكريات اللمفاوية لبعض الاطفال المصابين بالتوحدية يتأثرون وهو أجنة بالاجسام المضادة لدى الامهات وهي حقيقة تثير احتمال ان انسجة الاجنة قد تتلف اثناء مرحلة الحمل (أسامة مصطفى فاروق,2011-2014,ص 40).

ان جهاز المناعة يحمي الطفل عن طريق تكوين اجسام مضادة للقضاء على الفيروسات و التخلص منها , فإذا حدث له اصابة او ضعف يكون الطفل عرضة للإصابة بالعدوى الفيروسية الذي ينتج عنها إضطرابات في نمو الطفل , وقد ينتج عنها الاصابة بالتوحد(مصطفى نوري القمش,2010,ص 37).

2-3 العوامل العصبية:

المخ مكنون في التجويف العظمي و يحاط المخ و النخاع الشوكي أيضا بالسائل المخي الشوكي الذي تحويه تجاويف المخ و يقوم السائل المخي بالاضافة الى عمله كوسادة لحماية المخ و

النخاع بخدمة عمليات التغذية الخاصة بالمخ , و يبلغ وزن المخ في الانسان البالغ حوالي 1400 جرام في المتوسط , أي ما يقرب من كيلو جرام و نصف , و يختلف حجمه حسب السن,فيزداد تدريجيا منذ الولادة حتى يصل إلى أقصى نمو له في الثامنة عشر الى العشرين, و يتركب المخ من حوالي عشرين بليون وحدة عاملة, أو خلية عصبية و تصل إليه المعلومات التي تختص بما يدور في الوسط الخارجي المحيط بالجسم, و بما يجري داخل أجزاء الجسم المختلفة عن طريق أسلاك توصيل خاصة , تعرف بالالياف العصبية و حجم المخ من الناحية السيكولوجية ليست له دلالة و بالفحص المجهري تبدو الفروقات ضئيلة بين الذكور و الاناث في الخلايا العصبية بإستثناء الكروموسومات الجنسية في نواة الخلية , و هناك إحتمالية ان الفروقات في المخ بين الذكور و الاناث تكون نتيجة للخبرة , و أن الاستثارة الأموية تؤثر في عدد الخلايا العصبية التي تبقى حية , حيث أن المخ متكون من نصفين كرويين و هما قسمان متماثلان تماما , يضبط الجزء الأيمن الجانب الأيسر من الجسم في حين يضبط الجزء الأيسر الجانب الأيمن , و تربط بين هذين الجزئين أجسام صلبة .

و إضطراب التوحد حالة لها أصول عصبية نمائية حيث يرجع التوحد الى حدوث إلى حدوث أمراض في المخ , و أوضحت دراسات و فحوصات الرنين المغناطيسي أن حجم المخ في الأطفال التوحديين أكبر من الأطفال الأطفال الأسوياء على الرغم من أن التوحديين المصابين بتخلف عقلي شديد تكون رؤوسهم أصغر حجما .

و النسبة الكبيرة من الزيادة في الحجم حدثت في كل من الفص القفوي و الفص الجداري و أظهر الفحص العصبي للأطفال الذين يعانون من التوحد انخفاضا في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ التي تحتوي على الفص الجداري مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية و الأستجابة السوية و اللغة , أما باقي الاعراض فتتولد نتيجة اضطراب في الفص الامامي, ويضع الباحثون احتمالا بنشوء مشكلات تنجم عن هذا التطور النوعي و الكمي المعقد للدماغ الذي يحوي بلايين الخلايا كأن تذهب بعض الخلايا الى مكان أو مواقع خاطئة في الدماغ , أو عطل يصيب المسالك العصبية أو خلل في المرسلات أو النواقل العصبية التي تمرر الاشارة من خلية إلى أخرى (مصطفى نوري القمش, 2010,ص 40).

2-4 الأسباب النفسية:

ساهم عمل الطبيب النفسي كانر kanner في دعم الموقف من ان التوحد الطفولي هو ناتج بشكل أساسي عن عوامل نفسية , منها إتجاهات الآباء و معاملتهم لأطفالهم و يقول كانر أن معظم المرضى كانو معرضين مندذ البداية للبرود الأبوي و نوع آلي من الإهتمامبالإحتياجات المادية فقط, و أن إنسحابهم يبدو كأنه فعلة للهروب من مثل هكذا موقف و السعي وراء الحصول على الراحة في تلك العزلة.

أما برونو بتلهايم الذي استخدم نظرية التحليل النفسي لتفسير التفاعل الطفولي الأبوي باعتباره مركزيا لتطور التوحد, فقد قال بأنهم السبب حيث أن الأطفال يحاولون الدفاع عن أنفسهم من مواقف لا يستطيعون تحملها و ليس من الضروري أن تكون إتجاهات الآباء هي التي تسبب التوحد , و هذا الرأي يبين بأن التوحد ينشأ عن اعتقاد الطفل بأن الوضع المفرط هو أمر ميؤوس منه.

أما ريملاند فقد اتخذ موقفا صارما ضد الإتجاهات السيكولوجية لبتلهايم و الآخرين الذين يلومون الآباء في تسبب التوحد, و حدد هذه النقاط كبراهين ضد السبب السيكولوجي .

1-من الواضح أن بعض الأطفال المتوحدين مولودون لآباء لا تنطبق عليهم أنماط الشخصية الأبوية التوحدية .
2-الأباء الذين ينطبق عليهم وصف الآباء المورثين جينا, فإن لديهم أطفالا طبيعيين و غير متوحديين .
3-مع وجود استثناءات قليلة جدا, فإن اخوة الأطفال المتوحدين هم طبيعيون.
4-الاطفال المتوحدون من الناحية السلوكية غير عاديين منذ لحظة الولادة .
5-توجد نسبة ثابتة ل3 او 4 من الذكور الى الاناث واحدة فقط أي أن الاصابة بالمرض بين الذكور أكبر منها بين الاناث .
6-جميع حالات التوائم التي ذكرت في الادب كانت محددة مع وجود اصابات فيما بينها.
7-يمكن للتوحد أن يظهر و يمكن أن يكون زائفا لدى الاطفال المصابين بتلف دماغي عضوي.
8-ان علم الاعراض المرضية فريد للغاية و محدد .

9- يوجد غياب في درجات التوحد الطفولي الذي قد يخلق تآلفات و اندماجات من أشخاص طبيعيين الى أشخاص مصابين بشدة (ابراهيم عبدالله الفرج الزيقات,2004, ص110-111)

2-5 العوامل الكيميائية الحيوية:

في التوحد كما هو الحال في الفصام فإن التركيز الرئيسي للأبحاث اليوم على الناقلات العصبية اصبح الان معروفا و واضحا, فالعديد من المتوحدين لديهم مستويات عالية من السيروتونين و الدوبامين مهما كان الدور الذي يلعبانه في تطور التوحد فان هذان الناقلان العصبيان يلعبان دورا في العلاج (ابراهيم عبد الله الفرج الزيقات ,2004, ص112).

و العديد من الدراسات بينت ارتفاعا في مادة حمض الهوموفانيليك في السائل النخاعي وهذه المادة هي الناتج الرئيسي لأيض الدوبامين مما يشير إلى احتمالات ارتفاع مستوى الدوبامين في المخ للاطفال المصابين, و كذلك أيضا ارتفاعا لمستوى السيروتونين في دم ثلث الاطفال التوحديين و لكن هذا الارتفاع ليس مقصورا عليهم, اذ انه يوجد ايضا في الاطفال المتخلفين عقليا بدون اضطرابات ذاتوية , وعلى العكس من ارتفاع مستوى السيروتونين في الدم نجد انخفاضا في مستواه في السائل النخاعي بالمخ في ثلث الاطفال التوحديين.

و مما يشير الى ارتفاع نسبة السيروتونين فعالية استخدام عقار فينفلرومين في خفض نسبة السيروتونين من خلال استخدامه مع خمسة من التوحديين فقد وجد أن اثنين من هؤلاء الاطفال تحسنو على الاختبارات المعرفية و الاكاديمية .

و قد أثبتت نتائج الدراسات أن الاطفال الذين يعانون من التوحد تظهر لديهم مستويات غير عادية من المادة الكيميائية الدماغية , و دراسات أخرى أثبتت أن مادة كيميائية مرتبطة بالدماغ تسمى تسمىالنيورتروفين في دماء الاطفال قد تكون هي المسبب للتوحد.

حيث يشير بالتن و آخرون إلى أن المرضى باضطراب التوحد لديهم لديهم حدوث عال من الهيبرسيروتونيمياhyperserotonemia و لدى بعض الاطفال التوحديين توجد زيادة في السائل النخاعي الشوكي (أسامة فاروق مصطفى , 2014,ص 45).

و هناك عدة عوامل بيئية ارتبطت بالتوحد لكونها سببا من اسباب الاصابة بالتوحد و تشمل العديد من الاحتمالات كنها التلوث البيئي الكيميائي, تعرض البويضات او الحيوانات المنوية قبل

الحمل للمواد الكيميائية و الاشعاعات ...و يمكن تناول اهم هذه المواد الكيميائية ذات التأثير على حياة الجنين في الآتي:

-**التلوث البيئي** :و هو اضافة او ادخال اية مادة غير مألوفة الة اي من الاوساط البيئية (الماء, الهواء, التربة) حيث تؤدي هذه المادة الدخيلة عند وصولها الى تركيز ما الى حدوث في تغير نوعية و خواص تلك الاوساط و غالبا ما يكون هذا التغير مصحوبا بنتائج ضارة مباشرة و غير مباشرة على كل ما هو موجود في الوسط البيئي , و قد ثبتت علاقة الاصابة بالتوحد كنتيجة للتلوث البيئي ببعض الكيماويات.

كما أسفرت ننائج دراسة ويندام و آخرون من خلال نتائج الاصابة بالتوحد التي عرفتها قرية LEO MESTER في ولاية ماساتشوستش في امريكا الى ان ارتفاع نسبة الاصابة بهذا الاضطراب ليست نسبة طبيعية فقد سجلت اصابة طفل في كل مائة طفل, و هذا ما شد انتباه المسؤولين في الاجهزة المعنية بالصحة في تلك القرية و اعتقادهم بأن هناك عاملا معينا و في الغالب هو نفايات كيميائية تلوث البيئة, و تم التأكد من أنها نفايات سائلة و غازية تصب حوالي خمسة أطنان منها في النهر الجاري بالقرية و التي تنبعث من مصنع للنضارات الواقية من أشعة الشمس, و تحتوي هذه النفايات على الرصاص و الزئبق و أول الأكسيد و مركبات النيتروجين و الكبريت و غيرها من تركيزات مرتفعة من الهواء المملوء بالزئبق و الكاديوم في ولاية كاليفورنيا ارتبطت بمعدلات مرتفعة من التوحد .

و تشير نتائج دراسة كل من ستاين و آخرون , ثومبسون و آخرون الى آثار سلبية للتعرض للرصاص في مرحلة الطفولة يقلل من نسبة ذكاء الاطفال و الانتباه و يسبب النشاط المفرط.

- **الاشعاعات:** تؤثر الاشعة السينية (أشعة x) على حوض و بطن الام الحامل لا سيما اذا كانت الجرعات كبيرة مما يؤدي الى الاجهاض و الشذوذ الجسمي .

- **العقاقير** اقترح wakefidle et al ارتباط الاصابة بالتطعيمات و خاصة التطعيم الثلاثي , و يعزز هذا الافتراض زيادة التطعيمات التي تعطى للأطفال الى ان وصلت الى 41تطعيما قبل بلوغ الطفل العامين كما ان وجود نسبة عالية من المعادن الثقيلة داخل جسم الاطفال المصابين بالتوحد و التي هي من مصادر بيئية و من ضمنها اللقاحات اعطت دعما قويا للفرضية .

– **التدخين:** ترتفع نسبة وفاة الجنين عند الولادة و في خلال الاسبوع الاول اذا كانت الام مدخنة و يحدث ذلك بنسبة 35% اذا كانت الام تدخن بانتظام بعد شهر الحمل الرابع.

و يرتبط التدخين بالولادة المبتسرة حيث يسمح تدخين الام الحامل بانتقال النيكوتين السام من دم الام الى دم الجنين مما يؤدي الى اسراع نبضات القلب لديه, كما يؤثر سلبا على نتائج الجانب المعرفي لدى الاطفال بعد ولادتهم, و في هذا الصدد انتهت نتائج دراسة هيلتمن و آخرون الى ان ارتباط تدخين الام اثناء الحمل و اصابة الطفل بالتوحد.

–**إصابة الأم بالأمراض المعدية :** يحتمل أن يكون التعرض للأمراض المعدية وخاصة

الأم الحامل وإصابتها بها، أو تعرض الطفل لها في بداية حياته، أو خلال عامه الأول سببا من أسباب الإصابة بالتوحد.

وأوضحت بعض الدراسات بأن الأعراض التي نراها في الأطفال المصابين باضطراب الطيف التوحدي ASD من المحتمل أن تكون ناتجة عن العدوى، حيث أوضح Vojdani أن عينات دم الأطفال المصابين بالتوحد لديهم أجسام مضادة تتفاعل مع بروتين الحليب Chlamydia Dia Streptococcus /Pneumonia

وهما عدويين شائعتين, والمشكلة أن هذه الأجسام المضادة التي تتفاعل مع هذه البروتينات والعدوى ربما تتلف الحاجز الدموي الدماغي BBB وبضم هذه مع السموم مثل الزئبق أو المادة الحافظة Thimerosal في تحصينات الأطفال يمكن أن تعبر المخ من خلال الحاجز الدموي الدماغي التالفة مسبة تلف خلايا المخ .

وتفيد الدراسات أيضا أن من أهم أنواع الإصابة بالعدوى والتي تكون ذات صلة بالتوحد الإصابة بالحمى والالتهاب الدماغي

وتفيد الدراسات أيضا بأن الكثير من حالات التوحد تكون الأم فيها قد تعرضت إلى حالة من حالات قصور التمثيل أو عانت من تعقيدات أخرى في أثناء الحمل وقبل الولادة أكثر بكثير من الأطفال الأسوياء، أو غيرهم ممن يعانون من إعاقات أخرى، ويؤكد كثير من الأطباء الاختصاصيين تأثير تلك التعقيدات بوصفها سببة لإعاقة التوحد، لاسيما تلك التي تحدث خلال الشهور الثلاثة من الحمل.

والحصبة الألمانية Rubella هي أحد أخطر الأمراض التي يمكن أن ينتقل تأثيرها من الأم إلى الجنين، وينتشر في العالم وباء الحصبة الألمانية ففي الولايات المتحدة الأمريكية وحدها كشفت الإحصاءات عام 1964 إصابة 30.000 طفل على الأقل من المعوقين الذين تعزي أسباب إعاقتهم إلى وباء الحصبة الألمانية، وكانت إصابات الأمهات الحوامل بها هي السبب المباشر لهذه الإعاقة , والحصبة الألمانية تمثل العدد الكبير من 8-10% من هؤلاء الأطفال التوحديين (براهيم الزريقات، 2004، ص113-114).

وتشير نتائج دراسة جيلبير وهيجبيل والتي أجريت على عينة من الأطفال في السويد عدم وجود زيادة في معدلات التوحد نتجت عن تعاطي الأطفال التطيعمات الخاصة بالحصبة الألمانية والحصبة والنكاف , و انتهت نتائج دراسة تشيس و آخرون الى اصابة 250 طفلا بالحصبة الالمانية 7% تم تشخيصهم على انهم توحديون

2-6 أسباب أخرى للتوحد:

- في مرحلة الحمل قد يؤثر نزيف الأم بعد الشهور الثلاثة الأولى على الجنين، كماأن المواد الموجودة في بطن الجنين والسائل الداخلي المحيط بالجنين، قد وجد في تاريخ الأطفال التوحديين أكثر مما لدى الأطفال الأسوياء، حيث يصاب الطفل التوحدي بعد الولادة بمتاعب التنفس والأنيميا. كما تشير بعض الأدلة إلى حدوث عال لتأثير العقاقير التي تتعاطاها الأم أثناء فترة الحمل على الأجنة والنتيجة هيميلاد الطفل التوحدي .

- يمكن أن يؤثر قصور التغذية لدى الأمهات في حدوث التوحد لدى أبنائهن، فقدوجدت مستويات منخفضة بدرجة دالة من المواد الغذائية في الدم، وفي الشعر, و الانسجة الاخرى لدى الاطفال التوحديين و كذلك انخفاض في مستويات الماغنيسيوم.

- وجد بول شاتوك وهو عالم كيمياء حيوية بريطاني دليلا على أن المشاكل الهضميةلدى الطفل ربما تؤدي إلى إصابته بالتوحد، وقد اقترح بأن بعض الأطفال لا يستطيعون هضم لبن الأبقار والقمح وتكسيره إلى أحماض أمينيه عن بقاء البيبيتيداتPeptides مؤذية في أجهزتها الهضمية تحدث فوضى شديدة من خلال تقليدها لمخدرات الدماغ والمرسلات العصبية .

- التعرض للنزيف، والتشنجات.

- أشارت نتائج الدراسات السابقة إلى أن الحالة الاجتماعية والاقتصادية لها تأثير.

– الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأمن والتاريخ النفسي للأبوين يمكن أن تمثل أو تشمل عوامل خطر لإصابة الأطفال بالتوحد.

– و قد أظهرت المسوح التي أجريت في كثير من الدول الى تباين في التركيب الوراثي, و المناخ, و العادات الغذائية,و لوحظ أن هناك زيادة ملحوظة في عدد المواليد التوحديين في فصل الربيع و في معظم أشهر الصيف.

– الولادة المتعسرة أو وجود تاريخ من المرض الذهني لدى أحد الوالدين قد يزيد من خطر تعرض الطفل للإصابة بمرض التوحد(أسامة فاروق مصطفى,2014,ص 46-56).

3-خصائص التوحد :

إن أهم الخصائص الحسية والاجتماعية والانفعالية والإدراكية التي يتسم بها الأطفال التوحديين هي ما يأتي:

3-1 ضعف التفاعل الاجتماعي:

غالبا ما يكون الأطفال التوحديين بمعزل عن الآخرين، وهم متحفظون، يقيمون اتصالات قليلة، وعلاقات ضعيفة مع كل من الراشدين والأطفال. وغالبا مايهيمون على وجوههم في ارجاء الغرفة التي يوجدون فيها، غير مهتمين ولاعابئين بما يفعله الآخرون، ولا يستجيبون للذي يحاول أن يقدم لهم شيئا ولايأبهون له، كما أنهم يظهرون نوعا من اللإدراك للآخرين الموجودين معهم سواء كانوا أشخاصة ام أشياء،

كما تظهر على هؤلاء الأطفال أعراض الانسحاب الاجتماعي والانطواء علي النفس وعدم القدرة على إقامة العلاقات الاجتماعية مع الأخرين, كما يظهر الطفل الخلل في التفاعل الاجتماعي حيث يفشل في تنمية علاقات مع الأشخاص ويعاني من نقص الاستجابة للآخرين والاهتمام بهم. ولا يبحث عن الراحة وقت التعب ويحاكي الآخرين بصورة مضطربة ولا يشارك الآخرين في اللعب الاجتماعي ويفضل اللعب الفردي وإذا شارك الأطفال الآخرين فإنه يعاملهم كآلات ويبدو أن لديه خلل واضح في قدرته على عمل الصداقات مع الرفاق, كما أن الطفل الرضيع لايستجيب للعمل والاحتضان، ويتجنب الطفل الأكبر سنا في العادة النظر في وجه إنسان آخر، ويمتنع بشكل خاص عن إقامة الاتصال بالعين وعندما يمسك الطفل التوحدي بأي إنسان آخر فكأنه يمسك بقطعة أثاث وليس انسان(سوسن شاكر الجلبي,2015,ص 29) .

ويفسر بريور و آخرون عجز الأطفال التوحديين عن التنبؤ بمعتقدات الآخرين، بأن العجز الاجتماعي ينتج عن قصور أو عجز في أجزاء محددة منها المعرفة والمستويات العقلية للذات والآخرين، ويترتب على ذلك قصور في مهارة التصور او ما وراء الوصف Metarepresnfational وبذلك يظهر الطفل التوحدي بأنه غير قادر على فهم قصص مصورة تتطلب تخمينا لنوايا أو مقاصد الآخرين، كما أنه لا يستطيع أن ينسب اعتقادات خاطئة للآخرين, ويتصف الأطفال التوحديون بمجموعة من السمات الفرعية التي تعبر جميعها عن الإصابة بالعجز الاجتماعي وتناولتها دراسات عديدة ويمكن عرضها على النحو التالي:

- ❖ قصور أو عجز في تحقيق تفاعل اجتماعي او اتصال اجتماعي متبادل
- ❖ رفض التلامس الجسدي وعدم الرغبة في الاتصال العاطفي البدني.
- ❖ قصور في فهم العلاقات الاجتماعية والتزاماتها.
- ❖ عدم التأثر بوجود الآخرين أو الاقتراب منهم.
- ❖ عدم الرغبة في تكوين صداقات أو علاقات مع الآخرين بمن فيهم أسرهم.
- ❖ قصور في التواصل البصري، فيتجنب النظر في وجه شخص آخر.
- ❖ عدم الاستجابة لانفعالات الآخرين أو مبادلتهم المشاعر نفسها.
- ❖ لا يرد الابتسامة للآخرين، وإذا ابتسم تكون الابتسامة للأشياء دون الاشخاص
- ❖ يفضل العزلة عن الوجود مع الآخرين ولا يطلب من احد الاهتمام به
- ❖ يفضل اللعب بمفرده عن اللعب مع الآخرين، وغالبا تكون ألعابه غير هادفة (مصطفى نوري القمش, 2010,ص 48-49) .

أ-التجنب الإجتماعي Sociallyavoidant:

يتجنب اطفال التوحد كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الآخرين الذين يودون التفاعل معهم وكانت ردود فعل البيئة الاجتماعية ازاء هذا التصرف يؤشر بأن أطفال التوحد لايحبون الناس ويخافون منهم. وفسر بعض علماء النفس أسباب ذلك من خلال استنادهم على المقابلات التي اجريت مع الأطفال البالغين أن هذه المشكلة تتعلق بالحساسية الزائدة ازاء بعض المثيرات، فبعض الأطفال كان ينزعج من أصوات الوالدين

والبعض الآخر ينزعج من رائحة العطر التي يضعها الأبوين ووصف البعض الآخر الآلام التي عانوها عندما كانوا يلمسون أو يحملون من قبل والديهم.

ب- اللامبالاة الاجتماعية Sociallyindifferent:

وصف أطفال التوحد بأنهم غير مبالين ولايبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين وهم لايشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين (سوسن شاكر الجلبي, 2015, ص31) .

ج. الارباك الاجتماعي sociallyawkward:

يعاني أطفال التوحد الصعوبة في الحصول على الأصدقاء ولكن لا يحافظون عليهم وهذه ظاهرة شائعة عند الأطفال الذين يعانون من أعراض Asperger syndrom ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الأخرين هو الإفتقار إلى التفاعل الاجتماعي وأن الحديث يدور حول أنفسهم وأنانيتهم فضلا عن عدم تعلمهم للمهارات الاجتماعية والانعزال الاجتماعي والافتقار إلى القدرة في اتخاذ القرارات الاجتماعية.

وهناك ثلاثة أشكال من علامات النفس الاجتماعي لأطفال التوحد، وهي:

- النقص في الإدراك الاجتماعي.
- صعوبة فهم معتقدات الناس الآخرين واتجاهاتهم ومشاعرهم
- ضعف القدرة على توقع ما للآخرين من أقوال أو أفعال في معظم المواقف الاجتماعية.

ويمكن معالجة ذلك من خلال تدريب حواس الطفل مثل التكامل السمعي والحسي والبصري ويمكن اتباع استراتيجيات خاصة من بيئة الطفل. كما يمكن استخدام استراتيجيات تحسين السلوك الاجتماعي باستخدام القصص الاجتماعية لتعليم السلوك وفهم سلوك الآخرين (سوسن شاكر الجلبي, 2015, ص31) .

3-2 البرود العاطفي الشديد:

من الخصائص التي تلاحظ على أطفال التوحد هو عدم استجابتهم لمحاولة الحب والعناق أو اظهار مشاعر العطف. ويذهب الوالدان إلى أن طفلهما لا يعرف أحدا ولا يهتم بأن يكون وحيدا أو في صحبة الآخرين، فضلا عن القصور والإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين كما يلاحظ على الأطفال التوحديين النقص الواضح في الاستجابة للآخرين والفشل في

الاستجابة لمحاولات التدليل ونقص الانتباه إلى الآخرين وعدم التقاء عينيه بعيونهم واللامبالاة أو النفور من العاطفة والمودة .

كما أن كثيرا من الآباء يشكون من عدم اكتراث و تجاوب أطفالهم مع أية محاولات لإبداء العطف أو الحب له أو محاولات تدليله أو ضمه أو تقبيله أو مداعبته بل وربما لا يجدان منه اهتماما بحضورهما أو غيابهما عنه. وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما. وقد تمضي ساعات طويلة وهو في وحده لايهتم بالخروج من عزلته أو تواجد الآخرين معه. ومن النادر أن يبدي عاطفة نحو الآخرين بل تنقصه في كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية (سوسن شاكر الجلبي, 2015, ص 31-32) .

3-3 ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية:

تبدو على أطفال التوحد كما لو أن حواسهم قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازهم العصبي، فإذا مر شخص قريب منه وضحك أو سعل أمامه أو ناد عليه فإنه يبدو كما لو كان لم ير أو يسمع أو أنه قد أصابه الصمم أوكف البصر, وما أن تزداد معرفتنا بالطفل فإننا ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية , هذا وقد يؤدي الفشل في اكتساب اللغة وكافة وسائل الاتصال الأخرى إلى قصور في عمليات الإدراك الحسي وغيرها من العمليات العقلية الأخرى كالتخيل والتذكر ومعالجة المشكلات والاستيعاب وغيرها (سوسن شاكر الجلبي, 2015,ص 33) .

تشير دراسات وبستر webster et als وآخرين إلى أن الطفل التوحدي يبدو وكان حواسه اصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي فيبدو كأنه لم ير او يسمع او يحس او يتذوق أي شيء (مصطفى نوري القمش, 2010,ص 53) .

ويعاني الأطفال التوحديون من عدم الإحساس الظاهر بالألم وعدم تقديرهمللمخاطر التي يتعرضون لها والتي يعيدون التعرض لها المرة تلو الأخرى على الرغم من الأضرار التي تلحقهم أو الإيذاء الذي يصيبهم، كما أن الأطفال يعانون من شذوذ في الإدراك فكثيرا ما يستجيب الأطفال بطرق غريبة وقد يبدون عاجزين عن سماع الأصوات العالية ولكنهم يستجيبون للأصوات المنخفضة التي لا يسمعها الآخرون إلا بصعوبة أو يقفلون آذانهم تجنبا لسماع أصوات معينة، ويتجنبون أن يلمسهم أحد وأحيانا يظهرون انبهارا ببعض الإحساسات مثل التفاعل المبالغ مع الضوء والروائح

وقد يحب الطفل إمساك وتفحص الأجسام الدقيقة كحبات الرمل أو بذور الأعشاب ويبدو كأنه لا يشعر بشيء قد يسبب له الألم(أسامة فاروق مصطفى, 2014,ص 65).

ويمكن استخلاص أهم سمات الأفراد التوحديين المرتبطة بقصور الإدراك الحسي من خلال دراسات أوجرمان (1970)، كانر (1973)، وبستر و آخرين (1980)، كريستين مايلز (1992)

أ- الميل إلى الاستجابة لبعض المثيرات بشكل غير طبيعي، فيبدو كأنه مصابالصمم أحيانا فلا يستجيب لنداء الآخرين عليه، بينما يستجيب لبعض الاصوات الخافتة جدا

ب- عدم التقدير للمخاطر التي يمكن أن يتعرض لها عند الاقتراب من أماكنالأدخنة الكثيفة أوالحرائق او الاصطدام بشدة بالحيطان والسقوط على الأرض أو المسك بالأجسام والأسطح الساخنة جدا أو الباردة جدا، وعدم ظهور أي ردود فعل تجاه هذه المخاطر.

ج- يأكل أو يمص المواد المنفرة دون أن يظهر اختلافا في ردود الفعل

د- يبدو كأنه لم يسمع أو ير إذا مر أمامه شخص وضحك أو سعل أو نادي فلا يعط انتباه لهذه الأصوات.

هـ- يميل إلى تجاهل الأصوات الشديدة في حين ينجذب إلى صوت تحريك لعبة أو جرس باب، كما أن بعض الأصوات تزعجه بدرجة شديدة مثل نباح كلب أو صوت دراجة هوائية في حين أنه لا يبدي أي حساسية نحو صوت صراخه أو صياحه.

و- يستطيع الانفصال و الانسحاب عن الاصوات و المناظر و الروائح و الآلام وكذلك الإنسحاب عن الناس(مصطفى نوري القمش, 2010, ص54).

3-4 ضعف استخدام اللغة و التواصل مع الآخرين:

يعاني بعض الأطفال التوحديين من ضعف استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين وبعض الأطفال قد لا يتعلمون الكلام أبدا كما أن هناك كثير من الملامح غير السوية عند بدء الحديث لدى الأطفال التوحديين فقد يردد الطفل ما قد يسمعه توا وفي نفس اللحظة وكأنه صدى لما يقال وتعرف بظاهرة (المصاداةecholalia).

والحديث التلغرافي الذي يتم فيه حذف بعض الكلمات الصغيرة واستخدام الضمائر بصورة مشوشة وخاطئة حيث يستعمل " أنت " عندما يود أن يقول " أنا " وعدم القدرة على تسمية الأشياء وعدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة ويكون للطفلنطق خاص به يعرف معناه فقط من

يعرفون ماضي الطفل ولقد أسماها كانر لغة مجازية rhetaphoricallanguage ويكون الكلام على وتيرة واحدة ,ويعاني الطفل الخلط في ترتيب الكلمات والصعوبة في فهم أي شيء سوى بعض التعليمات اللفظية البسيطة وذلك لكون هذه التعليمات حرفية ومحسوسة عيانية عند استخدام الطفل التوحدي لها لأنه لا يفهم إلا الحديث، العياني المباشر (سوسن شاكر الجلبي,2015, ص34).

أوضحت التقارير الصادرة عن دراسات روتر(Rutter 1968– 1983) أن العجز المعرفي لدى الأطفال التوحديين يظهر في العجز اللغوي، صعوبات التعلم، عدم القدرة على التفكير المنطقي، صعوبات الكتابة. وهذا العجز لا يرجع إلى الإصابة بالأوتيزم، بل هو المسبب الرئيسي في ظهور عدد من الخصائص الشاذة التي تميز الأفراد التوحديين.

كما أن روتر لا يعتبر أن العجز في استقبال اللغة، والإدراك المعرفي الشاذ كاف لتفسير الإصابة بالتوحد، بل يفضل إضافة العجز الاجتماعي كعامل ثانوي في العوامل المسببة، وهذا يفسر عدم القدرة على الاستجابة لمثير وجداني أو ذي دلالة اجتماعية، والقصور في العمليات المعرفية المتعلقة بالإحساس الكلي (مصطفى نوري القمش, 2010, ص50).

ويمكن استخلاص أهم المشكلات المرتبطة بالعجز اللغوي لدى حالات التوحد من خلال الدراسات التي أجراها كل من:

(Kanner, 1973, Brizant, 1979; Chock, 1979 ; Rutter, 1983; Ramondo, Milech , 1984; Sahakian , et als , 1986 ; Secan, et als , 1989; Ozonoff, et als 1991 ; Dianne , 1992)

أ– قصور في فهم كثير من المفاهيم أو معاني الكلمات التي يتلقونها من الأخرين.

ب–قصور في تعميم المفاهيم التي يتلقونها من الآخرين.

ج– قصور واضح في القدرات التعبيرية لدرجة أن ما يقولونه يبدو غريبا أو غير مرتبط بموضوع الحديث د– الفشل في الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة إليهم.

هـ– الميل إلى التفسير الحرفي لما يقال لهم، ما يترتب عليه مشكلات اجتماعية كثيرةعند التفاعل مع الآخرين

و- الاستخدام المضطرب للكلمات غير المناسبة للحوار، فكثيرا ما نلاحظ أنهم يرددون عبارات سبق لهم أن سمعوها في الماضي البعيد، ويمكن وصف أسلوبهم في الحديث بأنه كوميدي أو ديكتاتوري او متطاول على الآخرين.

ز. ترديد الكلام Echolalia صفة مشتركة لدى الأفراد التوحديين الذين يتكلمون،فعندما يوجه له سؤال تكون الاجابة بالسؤال نفسه، مثلا: ما اسمك؟ يجيب ما اسمك؟ فهذا الترديد يشير إلى رغبة هؤلاء الأطفال في التواصل مع الاخرين والرغبة في التعبير عن انفسهم وان كان يشير في الوقت نفسه إلى انخفاض القدرات التعبيرية لديهم.

ح. عدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة وعدم فهم النكات.

ط. عدم القدرة على الربط بين المعنى والشكل والمضمون والاستخدام الصحيحللكلمة.

ي- عدم القدرة على تقدير تأثير حديثهم على الاخرين، سواء كان في الأسلوب أو المحتوى، فلا يدركون متى يتحدثون ومتى يتوقفون للاستماع.

ك- عدم القدرة على بدء محادثة مع الاخرين او الاستمرار في محادثة.

ل- قصور في استخدام الضمائر.

م- قد يستخدم جملة كاملة ليعبر بها عن أحد الأشياء بسبب الموقف الذي سمع فيه هذه الجملة لأول مرة(مصطفى نوري القمش, 2010,ص 52-51).

3-5 ايذاء الذات:

يثور الأطفال التوحديين في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو أصدقاء الأسرة أو المتخصصين العاملين على رعايته وتأهيله. ويتميز هذا السلوك بالبدائية كالعض والخدش والرفس. وقد تشكل عدوانيته ازعاجا مستمرا لوالديه بالصراخ وعمل ضجة مستمرة أو عدم النوم ليلا لفترات طويلة مع اصدار اصوات مزعجة أو في شكل تدمير ادوات أو أثاث أو تمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس أو بعثرة أشياء على الأرض أو القاء ادوات من النافذة أو سكب الطعام على الأرض إلى غير ذلك من أنماط السلوك التي تزعج الأبوين اللذان يقفان أمامها حائرين. وكثيرا ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعض نفسه حتى يدمي نفسه أو بضربه رأسه في الحائط أو بعض الاثاث مما يؤدي إلى اصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام, أو قد يتكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدي أو كلتا يديه, كما ويظهر الأطفال حزنهم بنوبات

غضب شديدة أو بحركات معينة كالهز إلى الأمام والوراء أو القفز صعودا وهبوطا أو الركض في أرجاء الغرفة على أطراف أصابعه وكثيرا مالا يستطيع أحد معرفة سبب حزن الطفل أو استيائه وقد لا تجدي كل محاولات إراحة الطفل مما يعانيه نفعا(سوسن شاكر الجلبي, 2015,ص 35).

وإيذاء الذات وفق فافازا 1986 , Favazza يتضمن تشويه الذات الأساس (ويشمل اشياء مثل بتر الأطراف، إزالة حدقة العين) ونادرا ما تحدث، وترتبط بحالات الذهان، والنوع الثاني يشمل نمطية إيذاء الذات مثل ارتطام الرأس بشكل عنيف وبصورة متكررة، ونراها في الشخص التوحدي.

ويقوم الطفل التوحدي بالعدوان على الذات أو الأشياء المحيطة به عندما يحدث له تغيير في النمط السلوكي الذي اعتاده كل يوم، مثلا عندما يسير في الشارع يوميا ونقوم في يوم من الأيام بتغيير هذا الشارع، فيقوم الطفل بالتعبير عن غضبه أو عدوانه بأن يؤذي نفسه، أو يلقي بنفسه على الأرض، وكل هذا يحدث عندما يفاجأ الطفل التوحدي ببعض السلوكيات غير المعتاد عليها، أي عندما يكون الوضع غير مألوف له. ولكي نتجنب، هذا السلوك من الطفل يجب أن نعرف الطفل التوحدي بالتغيير الذي سوف يحدث و لا تفاجأه بالتغيير مما ينعكس على سلوكه إما بالعدوان أو إيذاء الذات (أسامة فاروق مصطفى, 2014,ص 75)

3-6 فقدان الإحساس بالهوية الشخصية:

يبدو على الأطفال التوحديين بأنهم لا يعرفون بوجود هوية شخصية أو ذات خاصة بهم. وكثيرا ما يحاول هؤلاء الأطفال استكشاف أجسادهم والامساك بها كما لو كانت أشياء جامدة أو إلى درجة إيذاء أنفسهم أو يتخذ الأطفال وضعية خاصة في الوقوف أو الجلوس وكأن اجسامهم أشياء غير مألوفة لديهم(سوسن شاكر الجلبي, 2015, ص 36) .

3-7 السلوك النمطي المتكرر StereoTyped:

إن الملاحظ للأطفال التوحديين يجد أنهم ينغمسون لفترات طويلة في أداء سلوكيات غير هادفة تتسم بالتكرار والرتابة والميل إلى النمطية، سواء في الحركة أو الأداء، ولا سيما في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة(مصطفى نوري القمش,2010, ص54).

ويظهر بعض الأطفال السلوك النمطي المتصف بالتكرار وخاصة في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة أو تحريك الجسم بشكل معين وبدون توقف دون شعور بالملل أو الإعياء والمشي على أطراف أصابع القدمين والأوضاع الغريبة لليد والجسم وضعف التحكم الحركي، ويتجه أطفال

التوحد للعب بالأشياء وقد يستغرقون وقتا طويلا في تكرار عمل الأشياء نفسها بشكل متكرر دون كلل (سوسن شاكر الجلبي,2015, ص 39) .

ويرى فراج أن هذه الأفعال والأنماط السلوكية التي يمارسها الطفل التوحدي ليست استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استشارة ذاتية تبدأ وتنتهي بشكلمفاجئ تلقائي ثم يعود مرة أخرى إلى وحدته المفرطة وانغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي ورغبة قلقة متسلطة في البقاء طويلا على حالته كما هي (مصطفى نوري القمش, 2010,ص 54).

وتتبلور الأعراض الإكلينيكية الخاصة بهذه السلوكيات في النقاط التالية :

1. يظل يلعب بمفرده لفترات زمنية طويلة.
2. يرفرف بيديه كأنه يريد أن يطير.
3. يهز يديه من وقت لآخر .
4. يتمسك بنمط سلوكي غريب لفترات طويلة.
5. يستمتع بالإضاءة العالية التي تظل مشتعلة .
6. يفرح حينما نضيء إليه المصباح.
7. حينما يمسك لعبته يظل يحركها لفترات طويلة.
8. عادة ما يشد لعبته من الطرفين .
9. يظهر تعلقا غريبا بجزء من اللعبة.
10. يفضل أشياء غريبة للعب بها
11. يلعب بلعبته المفضلة بشكل خاطىء.
12. يتخذ وضعا جسديا غريبا يعيقه عن الحركة.
13. يدور حول نفسه لفترات طويلة
14. يجلس فوق المنضدة ويحرك قدميه.
15. يستلقي على ظهره ليهز قدميه بشكل غريب.
16. نظامه اليومي روتيني لا يظهر فيه أي تغيير.

17. يجلس بجوار لعبته لفترات طويلة دون أن يلعب بها
18. يتمسك بلعبة وحيدة فقط ليلعب بها.
19. ينام لفترات طويلة تتجاوز العشر ساعات.
20. يستخدم مشابك الغسيل للعب بها (محمد كمال أبو الفتوح عمر, 2010, ص44) .

4- أنواع التوحد:

4-1 النوع الاول:

المتلازمة التوحدية الكلاسيكية classicautistic syndrome حيث يظهر الأطفال في هذه المجموعة أعراضا مبكرة, و لكن لا تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة.كما تقول كولمانcoleman, فإن الأطفال في هذه المجموعة يبدؤوون بالتحسن تدريجيا ما بين سن الخامسة الى السابعة(ابراهيم عبد الله فرج الزيقات, 2010,ص 54).

4-2 النوع الثاني:

متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحدية إذ يشبه أطفال هذه المجموعة النوع الأول و لكن العمر عند الإصابة يتأخر شهرا بعد التلاميذ(ابراهيم عبد الله فرج الزيقات, 2010,ص 54).

4-3 النوع الثالث:

المتلازمة التوحدية المعاقة عصبيا و يظهر لدى أطفال المجموعة الثالثة مرض دماغي عضوي متضمنة إضطرابات أيضية , و متلازمات فيروسية مثل الحصبة و متلازمة الحرمان الحسي(أسامة فاروق مصطفى, 2014,ص 31) .

أما سيفن و ماتسون و كو و في و سيفن فقد اقترحو نظاما تصنيفيا من أربع مجموعات كما يلي:

1.المجموعة غير الطبيعية Atypical group:

يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية و المستوى الأعلى من الذكاء .

2.المجموعة التوحدية البسيطة mildyautistic group:

يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية و حاجة قوية للأشياء و الأحداث لتكون روتينية كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا اعاقة عقلية بسيطة و التزاما باللغة الوظيفية.

3.المجموعة التوحدية المتوسطة moderatlyautistic group:

و يمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة و انماط شديدة من السلوكات النمطية (مثل التأرجح و التلويح باليد) و لغة وظيفية محدد و اعاقة عقلية.

4.المجموعة التوحدية الشديدة sevetlyautistic group:

أفراد هذه المجموعة معزولون إجتماعيا و لا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية و يظهرون اعاقة عقلية على مستوى ملحوظ (ابراهيم عبد الله فرج الزيقات, 2010, ص55).

5-تشخيص التوحد Diagnosis of autism:

يعتبر تشخيص التوحد وغيره من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا وخصوصا في المراحل الأولى لوجود اختلافات في الأعراض. وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائي التخاطب والتحاليل الطبية وغيرها ويشير بيشوب (Bishop , 1989) من خلال مناقشته الشاملة عن الصعوبة في عمل تشخيص عندما وصف طفلا عمره الزمني 4 سنوات، والذي تم تشخيصه من خلال فريق عمل يتكون من طبيب الأطفال، طبيب أعصاب، أخصائي نفسي، طبيب نفسي للأطفال، أخصائي اضطرابات الكلام. في غياب أية علامات أو إشاراتعصبية، فإن تشخيص طبيب الأعصاب يشير إلى أن الطفل لديه صعوبات في النطق، أما الأخصائي النفسي فشخص الطفل على أنه طفل توحدي لأنه يعاني من قصور واضح في النمو اللغوي وفي سلوكه الاجتماعي. أما الطبيب النفسي فقد شخص الطفل بمتلازمة إسبرجر ويرجع ذلك إلى أن لغة الطفل والمهارات الاجتماعية لا تكون شديدة بدرجة كافية لتشخيص التوحد، أما أخصائي النطق والكلام فقد شخص الطفل على أن لديه اضطرابات لفظية على أساس مهارات اللغة والتحدث المتدني لديه، وأخيرا فقد شخص الطفل طبيب الأطفال ووجد بأنه ينتمي إلى الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة(أسامة فاروق مصطفى, 2014,ص 112).

6- سبل العلاج:

من الجدير بالذكر أنه لا يوجد في الوقت الحالي علاج محدد للأوتيزم، وهذا يعد شيئا بديهيا؛ لأن الأوتيزم ليس مرضا ولكنه اضطراب نمائي يتميز بالغموض وهو مسمى ملخص لمجموعة من السلوكيات المحددة غير المرغوب فيها وغير القابلة للعلاج ولكنها قابلة للتغيير، ولذلك نكون بصدد مسمى آخر بديل لكلمة علاج وهو تحسين حالة، ولقد حظي هذا الجانب البحثي بالعديد من الدراسات والمحاولات المختلفة والتي كان هدف باحثيها تحسين حالة هؤلاء الأطفال بدرجة ما

وفقا لمدخلات إرشادية وتدريبية وعلاجية متعددة، فالأسلوب المستخدم أسلوب علاجي والقصد تحسين الحالة بدرجة ما وليس العلاج الكامل، ولذلك فالمتتبع للتراث السيكولوجي الخاص بتحسين حالة أطفال الأوتيزم يلاحظ تعددية المدخلات والاستراتيجيات المتبعة في ذلك ومع ذلك فمعظم هذه العلاجات تعد علاجات سلوكية أو علاجات تكميلية و من بينها ما يلي:

تحليل السلوك التطبيقي ABA وبرنامج لوفاسLovass.

- برنامج سن – رايز Son– Rise .
- برنامج تيتشTEACCH.
- العلاج بالحياة اليومية Daily Life Therapy ومدرسة هيجاشي.
- التدريب على التضامن السمعي AIT.
- التواصل الميسر FC.
- العلاج بالتكامل الحسي SIT وطريقة إيرلينIrlen.
- العلاج باللعب Play Therapy –

العلاج بالفن Art Therapy.

- العلاج بالموسيقا Music Therapy.
- العلاج باستخدام استراتيجية الفلور تايمFloor Time.
- نظام التواصل بتبادل الصورة .PECS
- تدريبات المحاولة المنفصلة .Discrete Trial Training.
- استراتيجية تأخير الوقت Time Delay.

6-1 تحليل السلوك التطبيقي برنامج لوفاسLovass.

على أن تحليل السلوك التطبيقي هو الدراسة العلمية للسلوك، وعلى وجه rاتفق سكينر وبير وريسلي الخصوص، فهو العلم الذي يسعى إلى استخدام إجراءات تعديل السلوك الصادقة تجريبيا من أجل مساعدة الأشخاص والأفراد في تنمية المهارات ذات القيمة الاجتماعية. وأكد هيوارد وكوب أن علم السلوك بدأ رسميا في عام ١٩٣٨ وذلك عندما قام "سكينر بنشر كتابه الشهير (سلوك الكائنات) The Behavior Of Organisms ، وكان تحليل السلوك التطبيقي آنذاك يقوم على تحسين

السلوكيات المحددة والملحوظة، وقد قام تحليل السلوك التطبيقي على ثلاثة أركان علمية هي: الوصف description والتقدير quantification والتحليل analysis . وأشار جينسنوسينكلير إلى أن تحليل السلوك التطبيقي هو العلم الذي يتضمن إجراءات مشتقة من مبادىء السلوك، والتي يتم تطبيقها التحسين سلوكيات دالة اجتماعيا بطريقة منظمة، ولذلك لا ينبغي أن ننظر إلى تحليل السلوك التطبيقي على أنه أسلوب تدخل خاص، بل إنه علم شامل يقدم خدمات إرشادية وعلاجية لإعداد برامج التدخل الفعالة.

واتفق رومانسزيكوماتهيوسمع أندرسون ورومانسزيك (١٩٩٩) على أن المدخل السلوكي القائم على تحليل السلوك التطبيقي الخاص بأطفال الأوتيزم يتضمن بروتوكولا يحوي العناصر التالية:

1- التحليل والقياس: ويتضمن تحديد السلوك المراد وتعريفه ومن ثم بناء نظام موضوعي القياس تكرار أو مدة الوقوع (الحدوث)

2- تقييم حالة الطفل: ويتضمن التقييم الوظيفي بعناية والذي يشير بدوره إلى عملية التأكد التجريبي للمتغيرات الضابطة التي تدعم أو تعوق التعبير عن السلوك.

3- تطوير المنهج الفردي: ويتضمن وضع تسلسل للأهداف طويلة المدى وقصيرة المدى نتيجة للتقييم، والذي يعكس الأولويات الجماعية لكل الأفراد المشتركين في التدخل العلاجي (الوالدين، الطفل، مقدم العلاج وتطبيقه على مستوى النمو الحالي للطفل.

4- انتقاء المعززات واستخدامها: وتتضمن تنفيذ تقييم مستمر لتحديد المعززات الوظيفية التي تزيد من الدافعية للتعلم.

5- دعم التعميم: ويتضمن وضع خطة تفصيلية محددة حتى يتم التعبير عن المهارات الجديدة المكتسبة في ظل ظروف معينة وأماكن مختلفة وفي غياب العلاج.

6- انتقاء أساليب التدخل: ويتضمن انتقاء الأسلوب والمدخل العلاجي الخاص بالمهارات المحددة والسلوكيات الخاصة بكل فرد على حدا(محمد كمال أبو الفتوح عمر, 2010,ص 124).

6-2 برنامج سن –رايزson-raise:

ان أسلوب برنامج سن – رايز يهتم بتقوية التواصل الاجتماعي للطفل وقد يكون هذا ما يميزه عن بقية البرامج العلاجية الأخرى، ومن الأساسيات التي يتبناها هذا البرنامج هي المشاركة واستخدام

رغبات الطفل كأساس للتعلم، وكذلك التعلم من خلال اللعب المشترك واستعمال عامل الإثارة والمتعة. إن المدخل الفلسفي لبرنامج سن – رايز يتلخص في أن الطفل ينبغي له أن يستمد المعلومات والفهم والتبصر من خلال المعلم، وينبغي على المعلم استخدام ما يعرف بالتدريس الحاني " الملطف " وإيجاد بيئة اجتماعية مثيرة للتعلم، واستخدام هذا الأسلوب مع أطفال الأوتيزم يتمثل في انتقاء حجرة خاصة تساعد في تقليل تشتت الانتباه بقدر الإمكان، ويدعم برنامج سن – رايز تحسين حالة أطفال الأوتيزم من خلال:

1- الاشتراك في السلوكيات التقليدية المتكررة للطفل وتحريرها، وبالتالي تسهل هذه العملية القدرة على الاتصال البصري للطفل وهي البداية الأولى للتحسن.

2 – استخدام دافعية الطفل بشكل جيد وهي الخطوة الأولى للتعلم واكتساب المهارة من وجهة نظر مصممي هذا الأسلوب.

3 – اللعب التفاعلي وتعزيز المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل.

4 – استغلال الطاقة والإثارة والحماس والحب المستمر.

5- خلق بيئة آمنة وخالية من التشتيت الذهني والتي بدورها تيسر عملية التعليم والتعلم(محمد كمال أبو الفتوح عمر, 2010, ص126).

3-6 العلاج باللعب playtherapy:

لقد اتفق كل من ويليامزوستانتون ومور على أن اللعب يعد أسلوبا علاجا فعالا مع الأطفال الأوتيزميين، وتأتي ألعاب الدمى وألعاب الماء في مقدمة هذه الألعاب، ويعتبر اللعب مع الأقران من الألعاب ذات الدور البالغ الأهمية مع الأطفال الأوتيزميين إذ يتيح لهم فرصا جيدة لتحسين التفاعل الاجتماعي لديهم. فقد أكدت دراسات كل من ستاهمر ولويس وبوشر ، وباروس أن للعب فعالية إيجابية في تحسن حالة الأطفال الأوتيزميين بوجه عام، فالبرامج التدريبية القائمة على اللعب تزيد من القدرة اللغوية والكلامية لدى هؤلاء الأطفال، كما تحسن من قدرتهم على التواصل والتفاعل الاجتماعي الإيجابي مع الآخرين المحيطين من حولهم. |

كما أن العلاج باللعب يزيد من القدرة الابتكارية لدى هؤلاء الأطفال. وفي دراسة أجرتها أدامس على عينة من أطفال الأوتيزم مستخدمة برنامجا قائما على العلاج باللعب أفادت نتائجها أن أسلوب العلاج باللعب يزيد من القدرة الاجتماعية والتواصلية لديهم، كما يتيح أمامهم آفاقا متسعة

تزيد من قدرتهم على الخيال والإبداع مما ينعكس على تفاعلاتهم مع أقرانهم في البيئة المحيطة بهم. وأكد هشام الخوليأن اللعب يعد أحد الاستراتيجيات التي تبدو فعالة في تحسين انتباه أطفال الأوتيزم من خلال تحسين الانتباه المشترك لديهم على الرغم مما يظهرونه من نقص في اللعب التلقائي في المواقف الحرة(محمد كمال أبو الفتوح عمر, 2010, ص132).

خلاصة:

التوحد اضطراب نمائي يجتاح نمو الطفل و يعيقه , و قد اصبح اتجاه العلماء منصبا نحوه لتأثيره على مختلف جوانب النمو , و كذا صعوبة تشخيصه و عدم الاتفاق على أسبابه لكثرة تشعبها , حيث تعددت اساليب علاجه و لكن يبقى التدخل المبكر من أهم العوامل المساعدة في علاج التوحد.

الفصل الثالث : الاجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1-الدراسة الاستطلاعية

2-منهج الدراسة.

3-مجتمع البحث.

4-مجموعة الدراسة

5-شروط انتقاء مجموعة البحث

6-حدود الدراسة

7-الادوات و المقاييس المستعملة

تمهيد: بعد الإنتهاء من الجانب النظري انتقلنا إلى الجانب التطبيقي, حيث تم الإعتماد فيه على منهج بحث و مجموعة دراسة , و مجتمع البحث, و أدوات البحث, و الحدود الزمانية و المكانية.

1- الدراسة الاستطلاعية: تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة ضرورية لانجاز أي بحثعلمي , و تعد اساسا جوهريا لبناء البحث كله (حكيمة باكيني, 2017, ص109).

تقوم الدراسة الاستطلاعية في بحثنا على امكانية اجراء البحث , توفير مجموعة البحث, قدرة التطبيق و تطبيق المقاييس و الادوات.

2-المنهج:

هذا البحث يدرس السلوك العدواني على الذات لدى التوحدي , والمنهج المتبع في دراستنا هو المنهج العيادي و الذي اعتمدنا فيه على جمع بيانات تفصيلية عن تاريخ الحالة وظروف تنشئته وعلاقاته عن طريق المقابلة مع من تربطهم به علاقة (الوالدين) .

و يعرف المنهج العيادي على أنه العلم الذي يهتم بدراسة الافراد الذين يعانون من الاضطرابات النفسية حيث يهتم بدراسة و تشخيص الاضطرابات النفسية و يقوم بفهم السلوكات الغير مكيفة و قياسها و تشخيصها و يهتم بعلاجها و الوقاية منها.

3-مجتمع البحث:

هو جميع الافراد و الاشخاص الذين يشكلون موضوع مشكلة البحث , و هو جميع العناصر ذات العلاقة لمشكلة الدراسة التي يسعى الباحث الى ان يعمم عليها نتائج الدراسة لذا فان الباحث يسعى الى اشراك افراد المجتمع ولكن الصعوبة تكمن في عدد افراد المجتمع(محمد عبد مطشراللامي, بدون سنة, 1).

ومجتمع البحث الخاص بنا هو كل الاطفال التوحديون الدين يعانون من السلوك العدواني .

4-مجموعة البحث:

هي صورة مصغرة لمجتمع البحث وهي مجموعة من الأفراد ،يبني

الباحث عمله عليها وتكون مأخوذة من مجتمع أصلي .(لادي عمر، 2016، ص 75)

أما بالنسبة لمجموعة بحثنا هي مجموعة من التوحديين الذين يعانون من السلوكات العدوانية.

5-شروط انتقاء مجموعة البحث:

السن: ابتداءا من 5 سنوات فما اكثر.

الجنس: أفراد المجتمع الخاص بالدراسة من كلا الجنسين(اناث و ذكور).

6- حدود الدراسة:

الحدود الزمانية: كان من المفروض أن تتم هذه الدراسة في السنة الدراسية 2020/2019.

الحدود المكانية: كان مبرمج ان تقام هذه الدراسة في المركز البيداغوجي – بعين بسام-البويرة-

7-الأدوات و المقاييس المستعملة:

-**المقابة:** تعرف المقابلة العيادية في ميدان البحث العلمي على انها محادثة بين القائم بالمقابلة و المستجيب بغرض الحصول على المعلومات و البيانات من المستجيب(بلقايد سعدية, 2015, ص93).

تعد المقابلة انسب وسائل جمع البيانات من الاشخاص الاميين و المتعلمين, كما انها تتيح فرصة اكبر للكشف عن البيانات التي تتصل بموضوعات معقدة أو مثيرة للانفعال مما لا تكشفه وسائل جمع البيانات الاخرى,(أسامة فاروق مصطفى, 2011,ص 66) .

تم الاعتماد في هذا البحث على المقابلة العيادية النصف موجهة, لانها تسمح للمبحوث بالاجابة بكل اريحية دون الابتعاد عن موضوع البحث الاساسي .

المقابلة العيادية النصف موجهة تقع بين المقابلة الحرة و الموجهة, يقوم فيها العيادي بالاستماع الى المفحوص و التدخل لغرض توجيهه فيما يخدم مقابلة البحث, و هذا النوع من المقابلة يفتح المجال للمفحوص بالتعبير عن نفسه بكل ارتياح و يشجعه على الكلام(بلقايد سعدية, 2015,ص 93).

تم الاعتماد في هذه الدراسة على دليل مقابلة موجه نحو أولياء الطفل التوحدي المصاب بالسلوك العدواني متكون من أربع محاور و هي كالآتي:

محور البيانات الشخصية: يهدف الى جمع معلومات شخصية عن المبحوث .

محور الحالة الاجماعية: و يهدف الى معرفة طبيعة العلاقات الاجتماعية للطفل التوحدي مع محيطه الاجتماعي .

محور السلوك العدواني: و يهدف الى معرف السلوك العدواني و نوعه و اتجاهه .

محور النظرة الى المستقبل: و يهدف الى معرفة نظرة الوالدين لطفلهم المصاب بهذا الاضطراب.

(انظر الملحق1)

- مقياس السلوك العدواني:

تم الاعتماد على مقياس السلوك العدواني لاحمد عبد الكريم العمايرية(1991) المطبق في الاردن على طلبة الصفوف الابتدتئية , حيث يتكون المقياس من 23 عبارة موزعة على 3 ابعاد هي : العدوان الموجه نحو الاخرين , نحو الممتلكات, و نحو الذات.

تم شرح هذا المقياس لكل معلم من أجل تطبيقه على الحالات المختارة للدراسة .

على المعلم ان يحدد مدى انطباق كل عبارة على الطالب/ة و ذلك بموضع علامة (x) امام العبارة في الخانة التي يرى انها هي الاكثر انطباقا عليه, و يفضل عدم وضع اكثر من علامة امام العبارة الواحدة.

طريقة التفسير و تصحيح النتائج :

عدد فقرات المقياس (23)

الاوزان:

-(لا يحدث) تأخذ الدرجة 0.

-(احيانا يحدث) تأخذ الدرجة 1.

-(يحدث باستمرار)تأخذ الدرجة 2.

الدرجة الكلية للقياس تتروح بين (0 -46)

اعتبرت العلامة 18فما فوق مستوى عال من العدوانية

(أ.بن حليم أسماء , 2014,ص 29).

(أنظرالملحق2)

خلاصة البحث: حاولنا في بحثنا هذا المتمثل في "السلوك العدواني على الذات لدى التوحدي " معرفة ما اذا كان للطفل التوحدي سلوكيات عدوانية اتجاه ذاته, حيث تم اختيار عينات من سن 5 سنوات فما فوق بالمركز البيداغوجي, كما قمنا بالتطرق الى بعض السبل العلاجية للتخفيف من حدة التوحد و كذا طرق الخفض من السلوك العدواني .

ملاحظة: تعذر علينا اجراء التربص بسبب جائحة كورونا.

قائمة المراجع و المصادر

1-مراجع الكتب العربية

1. ابراهيم عبد الله فرج الزيقات,2010, **التوحد السلوك والتشخيص و العلاج** ,عمان, الطبعة الاولى, دار وائل للنشر و التوزيع.
2. أسامة فاروق مصطفى, 2011, **مدخل الى الاضطرابات السلوكية و الانفعالية, الاسباب التشخيص العلاج** , عمان, الطبعة الاولى , دار المسيرة للنشر و التوزيع.
3. أسامة فاروق مصطفى,السيد كامل الشربيني,2011, **التوحد الاسباب التشخيص و العلاج,** عمان, الطبعة الاولى, دار المسيرة للنشر و التوزيع.-
4. حولة أحمد يحيى,2000, **الاضطرابات السلوكية و الانفعالية**, عمان, الطبعة الاولى, دار الفكر.
5. خليل قطب الو قورة, 1996, **سيكولوجية العدوان**, الهيئة العامة لقصور الثقافة.
6. سوسن شاكر الجلبي, 2015, **التوحد الطفولي: أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه**, سوريا, دمشق, جرمانا, دار و مؤسسة رسلان للطلاعة و النشر و التوزيع.
7. سوسن شاكر مجيد, 2010, **التوحد أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه**,عمان, الاردن الطبعة الثانية, دار ديبونو للنشر و التوزيع.
8. محمد علي عمارة, 2008, **برامج علاجية لخفض مستوى السلوك العدواني**, المكتب الجامعي الحديث.
9. محمد كمال ابو الفتوح عمر, 2010, **الاطفال الاوتيستيك: ماذا تعرف عن اظطرابالاوتيزم**, عمان, الطبعة الاولى, دار زهران للنشر و التوزيع.
10. محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي,2018, **مشكلات الطفل التوحدي**, دار العلم و الايمان للنشر و التوزيع.

11. مصطفى نوري القمش, 2011, **اضطرابات التوحد: الاسباب التشخيص العلاج دراسات عملية**, عمان, الطبعة الاولى , دار المسيرة للنشر و التوزيع.

2 - رسائل مذكرة الدوكتوراه:

12. جموعي بالعربي, 2018/2017, **فاعلية برنامج ارشادي (معرفي سلوكي) للتخفيف من السلوك العدواني لدى تلاميذ المرحلة الثانوية وفقا لحاجتهم الارشادية**, جامعة محمد لمين دباغين-سطيف2

3- رسائل مذكرة الماجستر:

13. أحمد محمد عبد الهادي دحلان, 2003, **العلاقة بين مشاهدة بعض برامج التلفاز و السلوك العدواني لدى الاطفال بمحافظة غزة**, الجامعة الاسلامية غزة.

14. عادل جاسب شيب,2008,**الخصائص النفسية و الاجتماعية و العقلية للاطفال**المصابين **بالتوحد من وجهة نظر الاباء**, الاكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح بريطانيا.

4- رسائل مذكرات الماستر:

15. بلقايد سعدية, 2015/2014, **تقدير الذات لدى والدي الطفل التوحدي دراسة عيادية ل (08) حالات بولاية البويرة**, جامعة البويرة .

15.عثماني حفصة, 2018/2017, **فاعلية برنامج تدريبي موجه للوالدين قائم على برنامج ابلز في تنمية التنوعات الصوتية عند الطفل التوحدي بين 4 سنوات** ' جامعة عبد الحميد بن باديس-مستغانم-.

16. ميلودي مريم, 2019/2018, أثر العلاج بالموسيقى, في التخفيف من السلوك العدواني لدى الطفل دراسة ميدانية لثلاث ذكور من ابتدائية عبد الرحمان ديسي–مستغانم–, جامعة عبد الحميد بن باديس–مستغانم–.

17. بن حليم أسماء, 2019, **السلوك اعلدواني لدى الطفل و علاقته بالاساءة اللفظية و الاهمال من طرف الام**, جامعة ابو بكر بلقايد تلمسان.

18. لادي عمر, عبدو سمير, 2016/2015, **قلق الانفصال و ظهور الفوبيا المدرسية عند الاطفال المتمدرسين 5–6سنوات** , جامعة آكلي محند اولحاج البويرة.

19. حكيمة باكيني, رمضاني سارة, 2017/2016, **تقدير الذات و علاقته بالتوافق النفسي لدى المراهق الموهوب**, جامعة حمه لخضر الوادي.

5– المجلات:

20. دعاء محمد محمد الاختيار, 2019, تأثير الحمية الغذائية على السلوك اعلدواني للنفس أو للغير لدى أطفال التوحد"دراسة اكلينيكية, الجامعة الاسلامية العالمية في ماليزيا.

21. مجلة البحث العلمي في التربية, العدد عشرين, 2019.

22. هشام أحمد , أيمن يوسف حجازي, 2011, **فاعلية برنامج ألعاب الصيف, في خفض مظاهر السلوك العدواني لدى الاطفال في قطاع غزة**, مجلة جامعة الشارقة للعلوم الانسانية و الاجتماعية.

23. مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية, العدد16, 2014.

24. ايمان جمال سالم المصدر, 2015, **فاعلية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك اطفال التوحد**, غزة–فلسطين.

الملاحق

الملحـق رقـــم (1)

دليـل المقابلـة

المحور الأول: البيانات الشخصية

- ✓ السن:
- ✓ الجنس:
- ✓ الاسم:

المحور الثاني:الحالة الاجتماعية

- ✓ هل يذهب للعب في الخارج؟
- ✓ هل لديه اصدقاء ؟
- ✓ كيف هي طريقة لعبه خارجا او داخل المنزل؟

المحور الثالث:السلوك العدواني

- ✓ هل يسبب الاذى للأخرين بطريقة غير مباشرة؟
- ✓ هل يضرب رأسه على الاشياء بصورة شديدة؟
- ✓ هل يكسر الشبابيك ؟

المحور الرابع: النظرة للمستقبل

- ✓ كيف ترى مستقبل طفلك المصاب بالتوحد ؟
- ✓ كيف تتخيل ان يكون تطور حالته ؟
- ✓ كيف تبدو لك حياتك معه في المستقبل؟

الملحق رقم 2

بنود مقياس السلوك العدواني لأحمد عبد الكريم العمايرية

الرقم	الفقرة	لا يحدث	أحيانا	بإستمرار
01	يسبب الأذى للآخرين بطريقة مباشرة.			
02	يبصق على الآخرين.			
03	يدفع أو يخمش أو يقرص الآخرين.			
04	يشد شعر الآخرين و آذانهم.			
05	يعض الآخرين.			
06	يرفس أو يضرب أو يصفع الآخرين.			
07	يرمي الأشياء على الآخرين.			
08	يحاول خنق الآخرين .			
09	يستعمل أشياء حادة (مثل السكين) ضد الآخرين.			
10	يمزق أو يشد أو يمضغ ملابسه.			
11	يلوث ممتلكاته.			
12	يمزق دفاتره أو كتبه أو اي ممتلكات أخرى.			
13	يمزق دفاتر أو كتب أو اي ممتلكات للآخرين.			
14	يمزق أو يشد أو يمضغ ملابس الآخرين.			
15	يلوث ملابس الآخرين.			
16	يمزق المجلات و الكتب أو أي ممتلكات عامة أخرى.			
17	يتعامل بخشونة مفرطة مع الأثاث (كضربه أو كسره أو رميه على الأرض).			
18	يكسر الشبابيك.			
19	يبكي و يصرخ.			
20	يضرب الأشياء بقدميه و هو يصرخ و يصيح.			
21	يرمي بنفسه على الأرض و يصيح و يصرخ.			
22	يضرب بقدميه أو يغلق الأبواب بعنف.			
23	يقوم بأشياء أخرى (حددها).			