

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 Muhend Ulhag - Tubirett -
Faculté des Sciences Sociales et Humaines



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

شعبة علم النفس

قسم علم النفس وعلوم التربية

تخصص: علم النفس العيادي

عنوان المذكرة:

التكفل النفسي بأطفال التوحد داخل
المراكز المتخصصة

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

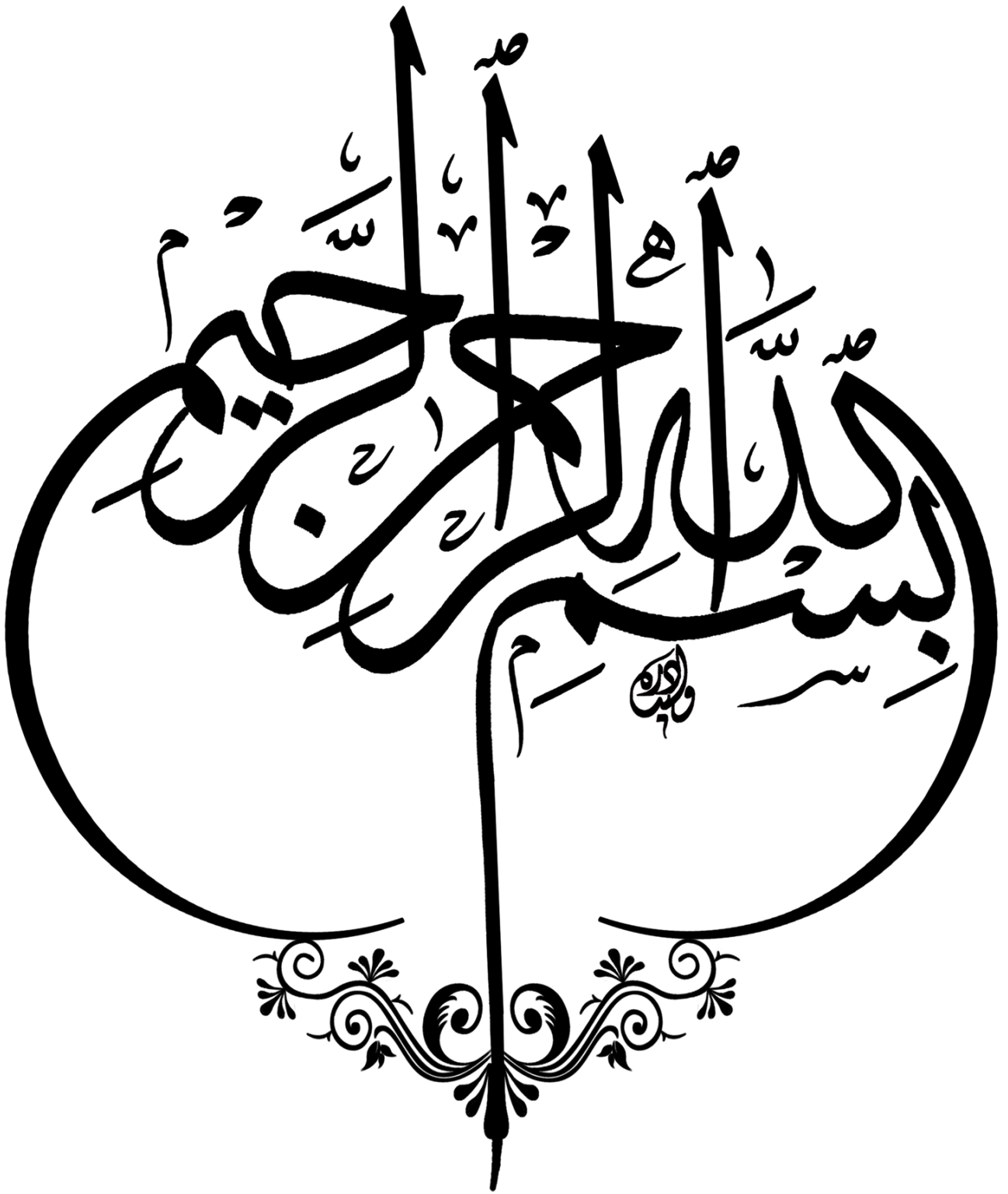
عطا الله أمينة

من إعداد الطالبين:

- قراش إكرام

- موسوس إكرام

السنة الجامعية: 2022 - 2023



المحتويات

شكر وتقدير

إهداء

أ-ج مقدمة

الفصل التمهيدي

الإطار العام للدراسة

- 04 1. الإشكالية
- 07 2. أهداف الدراسة
- 07 3. أهمية الدراسة
- 07 4. تحديد المصطلحات
- 08 5. الدراسات السابقة

الجانب النظري

الفصل الأول

التوحد

- 11 تمهيد
- 12 1. لمحة تاريخية
- 14 2. تعريف التوحد
- 15 3. أسباب التوحد
- 18 4. النظريات المفسرة للتوحد

22	.....	5. أعراض التوحد
24	.....	6. أنواع التوحد
26	.....	7. تشخيص التوحد
32	.....	8. علاج التوحد
40	.....	خلاصة الفصل

الفصل الثاني

التكفل النفسي

41	.....	تمهيد
42	.....	1. التكفل
42	.....	2. أهمية التكفل النفسي
43	.....	3. أهداف التكفل النفسي
45	.....	4. أنواع التكفل النفسي
46	.....	5. أساليب التكفل النفسي
49	.....	6. برامج التكفل النفسي بأطفال التوحد
56	.....	خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث

منهجية الدراسة وإجراءاتها

57	تمهيد
58	1. مجتمع الدراسة
58	2. عينة الدراسة
58	3. مكان الدراسة
59	4. منهج الدراسة
59	5. أداة الدراسة

الفصل الرابع

عرض ومناقشة النتائج

60	تمهيد
61	أولاً: عرض نتائج بنود المحور الأول: المستوى التكويني
70	ثانياً: عرض نتائج بنود المحور الثاني: الأساليب التشخيصية
85	ثالثاً: عرض نتائج بنود المحور الثالث: البرامج التدريبية والعلاجية
94	رابعاً: التحليل العام للنتائج
95	الخاتمة

قائمة المراجع

الملاحق

فهرس الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
001	جدول يوضح خصائص عينة الدراسة	58
1. نتائج بنود المحور رقم 01 : المستوى التكويني		
01-01	جدول يوضح نسبة التكوين الكافي لتطبيق المقاييس والاختبارات للكشف عن التوحد	61
02-01	جدول يوضح نسبة دراسة جميع الإعاقات المختلفة	61
03-01	جدول يمثل نسبة البند الخاص بتكوين الأخصائيين	62
04-01	جدول يمثل نسبة الأخصائيين الراغبين في تلقي تكوين إضافي	63
05-01	جدول يمثل نسبة الأخصائيين الراغبين في حضور دورات	63
06-01	جدول يمثل نسبة البند حول قيام الأخصائيين بتكوين خاص عن التوحد	64
07-01	جدول يوضح نسبة إمكانية الأخصائيين وضع تشخيص فريقي للتوحد	65
08-01	جدول يوضح نسبة مدى تأهيل الأخصائيين للتكفل	65
09-01	جدول يمثل نسبة الأخصائيين ذوي الخبرات السابقة	66
10-01	جدول يوضح نسبة وجود علاقات بين مختلف الأخصائيين	67
11-01	جدول يمثل نسبة الصعوبة الموجودة في تشخيص مرض التوحد	67
12-01	جدول يمثل نسبة المتوسط الحسابي لإجابات العينة على المحور الأول: المستوى التكويني	68
2. نتائج بنود المحور رقم 02 : الأساليب التشخيصية		
01-02	جدول يوضح نسبة قيام الأخصائيين بتشخيص التوحد لوحدهم	70
02-02	جدول يوضح نسبة التنسيق بين مختلف التخصصات للتشخيص	70
03-02	جدول يوضح نسبة اعتماد الأخصائيين على فريق متعدد التخصصات	71
04-02	جدول يوضح نسبة جمع المعلومات عن الطفل من طرف الأولياء	71
05-02	جدول يوضح نسبة جمع المعلومات عن الحالة من الملف	72

73	جدول يوضح نسبة استخدام كل الوسائل للحصول على المعلومات الخاصة بالطفل	06-02
73	جدول يوضح نسبة قيام الأخصائيين بمقابلات أولية مع عائلة الطفل	07-02
74	جدول يوضح نسبة اعتماد الأخصائيين بشكل أساسي على المقابلات الوالدية	08-02
74	جدول يوضح نسبة قيام الأخصائيين بمقابلات موجهة قصد ملاحظة مختلف السلوكات	09-02
75	جدول يوضح نسبة الأخصائيين الذين يكتفون بالمقابلة الوالدية	10-02
76	جدول يوضح نسبة القيام بمقابلات توجيهية قصد الإرشاد العلاجي	11-02
76	جدول يوضح نسبة ملاحظة النشاط العام للطفل	12-02
77	جدول يوضح نسبة ملاحظة سلوكات الطفل في القسم	13-02
77	جدول يوضح نسبة ملاحظة سلوكات الطفل في المطعم	14-02
78	جدول يوضح نسبة تسجيل السلوك الملاحظ وتفسيره باستمرار	15-02
79	جدول يوضح نسبة تسجيل مختلف السلوكات المتكررة	16-02
79	جدول يوضح نسبة إعداد تخطيط محكم لعملية الملاحظة	17-02
80	جدول يوضح نسبة الاكتفاء بالملاحظة المباشرة في الفحص والتشخيص	18-02
80	جدول يوضح نسبة استخدام نفس الاختبارات والمقاييس مع جميع الحالات	19-02
81	جدول يوضح نسبة حرية الأخصائيين في اختيار مختلف الاختبارات	20-02
82	جدول يوضح نسبة صعوبة تعامل الأخصائيين مع حالات التوحد	21-02
82	جدول يوضح نسبة وصول الأخصائيين إلى النتائج المرغوبة باستمرار	22-02
83	جدول يمثل نسبة المتوسط الحسابي لإجابات العينة على المحور الثاني: الأساليب التشخيصية	23-02
3. نتائج بنود المحور رقم 03 : البرامج التدريبية والعلاجية		
85	جدول يمثل نسبة القيام بتدريب الطفل التوحيدي على التواصل	01-03
85	جدول يمثل نسبة المراكز التي لها مساحات خاصة لتدريب التوحيدين	02-03

86	جدول يمثل نسبة مساهمة الأسر في تدريب أطفاله التوحديين	03-03
86	جدول يمثل نسبة البرامج التدريبية المناسبة لتنمية المهارات الخاصة لدى التوحدي	04-03
87	جدول يمثل نسبة تقديم علاج تربوي نفسي للتوحدي	05-03
88	جدول يمثل نسبة الاعتماد على طريقة العلاج باللعب	06-03
88	جدول يمثل نسبة اتباع أسلوب التعزيز بالمكافأة	07-03
89	جدول يمثل نسبة مشاركة الأولياء في عملية التكفل والعلاج	08-03
90	جدول يمثل نسبة تخصص المراكز بالتوحد فقط	09-03
90	جدول يمثل نسبة وجود أقسام خاصة بأطفال التوحد	10-03
91	جدول يمثل نسبة وجود تقنيات ومعدات كافية لعلاج التوحد	11-03
91	جدول يمثل نسبة الأخصائيين المؤيدين لدمج الطفل التوحدي مع العادي في المدارس	12-03
92	جدول يمثل نسبة توفير الدولة مراكز كافية لاستقبال التوحديين	13-03
93	جدول يمثل نسبة المتوسط الحسابي لإجابات العينة على المحور الثالث: البرامج التدريبية والعلاجية	14-03

شكر وعرفان

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ

وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ ﴾ الآية 19 من سورة النمل .

نشكر الله سبحانه وتعالى على جميع نعمه وعطاياه ، وعلى عونه وتوفيقه لنا على إنجاز هذا البحث المتواضع ،

فألهمك الحمد حتى ترضى ولك الحمد إذا مرضيت ولك الحمد بعد الرضى .

كما نتقدم بأسمى عبارات التقدير والاحترام للدكتورة الفاضلة: عطا الله أمينة المشرفة على

بجثنا هذا ، فلها خالص الشكر على ما قدمته لنا من جهد واهتمام ونصح وتوجيه طيلة فترة هذا البحث وهذه الدراسة .

الشكر الجزيل والخاص لوالدينا الذين قدّموا لنا الغالي والنفيس ، وكانوا لنا الدعم والسند طيلة مسامرتنا

الدراسي . فاللهم أطل أعمارهم واحفظهم لنا تاجاً فوق رؤوسنا .

نتقدم بجزيل الشكر لكل الأخصائيين والعاملين بالمراكز النفسية البيداغوجية لولاية البويرة .

كما نشكر كل من مدّ لنا يد العون والمساعدة في سبيل إنجاز هذا البحث المتواضع ولو بالكلمة الطيبة .

نسأل الله العليّ القدير أن يجعل هذا العمل خالصاً لوجهه الكريم ، وأن يمدّنا بعونه وتوفيقه لنا ويجعل ما تعلمناه

علماً نافعاً في مشوارنا الدراسي لمستويات أعلى والمهني بأفضل أداء ، والله وليّ ذلك والقادر عليه .

إهداء

إهداء خاص خالص إلى مروح أخي "موسوس محمد أنيس" والذي
شاء الله أن يتليه بمتلازمة داون فكان ولا يزال ليس السبب بل الفضل في
اختياري لهذا التخصص ومواصلي الدراسة وعلى الدرب سابقى .

فكلّ الشكر والحبّ إلى مروحك يا غالي ، أهديك هذا الجهد لأنك أنت
من زرعته بداخلي هذه القوة ، تمنيت كثيراً مثلما كنت أخنًا ومرفيقة لك
بحب وحنان وعطف أن أكون أخصائيّتك ومرافقتك بعلم ودمراية . فالحمد
لله الذي بفضله وفضل رئيسة الجمعية - ساعدني للعيش معك لأطفال التوحد -
التي فتحت لي أبوابها وحققت بعضًا من أميتي قبل مرحيلك .

موسوس إكرام

إهداء

الحمد لله الذي هداني لهذا وما كنت أن أهتدي لو لا أن هداني الله .
لم تكن مرحلة قصيرة ولم يكن الحلم قريباً ولا الطريق كان محفوفاً بالتسهيلات
لكنتي فعلتها .

وفي اللحظة الأكثر فخراً أهديته تخرجني إلى من شرفني أن أحمل
اسمه "أبي الغالي" طاب بك العمر يا سيد الرجال وطبت لي عمراً يا أبي .
إلى من ظلت تنفق عمرها لتخيط لنا الطريق مستقيماً ، حبيتي وحبتي
قلبي "أمي الغالية" دمتي مروحاً لا أعيش إلا بها .
إلى إخوتي ظلعي الثابت .

كما لا أنسى ربّ عملي الذي كان عوناً لي في هذا الطريق .
ممتنة لكم جميعاً ، ما كنت لأصل لو لا فضلكم بعد الله .

قرائش إكرام

مقدمة

مقدمة:

كل فرد يعيش على سطح الأرض له وجود وكيان، يساهم بدوره في مختلف الوظائف الاجتماعية والعملية والدراسية. وتتواجد في كل مجتمع فئة خاصة تتطلب تكيف خاص مع البيئة التي يعيشون فيها نتيجة لوضعهم الصحي الذي يوجد به خلل ما، وهذا التكيف لا يأتي من قبلهم بل يقع على عاتق من يحيطون بهم بتوجيه الاهتمام لهم ليكونوا مثل أي شخص طبيعي يمارس حياته.

مما لا شك فيه أنّ الاهتمام بالتوحد أصبح ضرورة من ضروريات الحياة، وذلك لانتشاره في عدد كبير من أطفال العالم ويرجع ذلك إلى غموض هذا الاضطراب على كثير من الناس بجميع طبقاتهم الاجتماعية والثقافية، لأنّه أكثر الاضطرابات والإعاقات غموضاً. ويرجع ذلك الغموض إلى أنّ الطفل التوحدي لا تظهر عليه علامات الاضطراب كغيره من الأطفال الآخرين إلا بعد سنتين. فيعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية شدةً من حيث تأثيرها السلبي على الطفل في مجال الحياة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين وارتباطه بالعالم الخارجي، ومهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي. حيث أشارت الدراسات الحديثة أنّ التوحد ليس اضطراب له علاج شافٍ ولكنّه نوع من اضطرابات النمو يصيب بعض الأطفال دون غيرهم. وقد أجمع المختصون أنّ حالة هؤلاء الأطفال يمكن أن تتحسن إذ تمّ تشخيصهم في سن مبكرة والتكفل بهم على مستوى هياكل صحية ونفسية من أجل تعليمهم كيف يصبحون مستقلين ومسؤولين في حياتهم.

ويقوم بعملية التكفل الأخصائي النفسي وتعرف على أنها تلك التقنيات العلاجية والبرامج التعليمية ذات هدف إنساني تربوي بصفة عامة. فتكفل الأخصائي يهدف دائماً إلى الوصول بالطفل التوحدي إلى حالة التكيف في مجالات نفسية واجتماعية.

وتتم هذه العملية في المراكز النفسية البيداغوجية الخاصة بالتكفل بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة، ومن بينها فئة الأطفال المتوحدين التي تعتبر الموضوع الذي نحن بصدد دراسته ويتعلق بالتعرف على أهم برامج التكفل النفسي بهم داخل المراكز.

ولهذا أتت دراستنا الحالية والتي تمحورت في جانبين أساسيين أحدهما نظري وآخر تطبيقي حيث يتضمن الجانب النظري الفصول التالية:

الفصل التمهيدي: ويمثل الإطار العام للدراسة، تمّ التطرق فيه إلى: إشكالية الدراسة، فرضيات الدراسة، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، وكذلك تحديد المفاهيم الأساسية، الدراسات السابقة.

ثمّ انتقلنا إلى الجانب النظري الذي يحتوي على فصلين هما:

الفصل الأول: تمّ التطرق فيه إلى "التوحد"، لمحة تاريخية عن التوحد، تعريفه، أسبابه، النظريات التي تفسره، أعراضه، أنواعه، تشخيصه وعلاجه.

الفصل الثاني: يحتوي على تعريف التكفل، أهميته، أهدافه، أنواعه، كذلك أساليب التكفل وبرامج التكفل النفسي بأطفال التوحد.

ثم تطرّقنا إلى الجانب التطبيقي الذي يتضمن فصلين:

الفصل الثالث: فيتمثل في الجانب المنهجي للدراسة ويحتوي على الإجراءات المنهجية المتبعة

والمتمثلة في: مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، مكان الدراسة، منج الدراسة وأداة الدراسة.

الفصل الرابع: الذي تمّ فيه عرض ومناقشة النتائج اللذان يتمثلان في: عرض نتائج بنود المحور

الأول - المستوى التكويني - ، عرض نتائج بنود المحور الثاني - الأساليب التشخيصية - ، عرض

نتائج بنود المحور الثالث - البرامج العلاجية والتدريبية - ، وفي الأخير قمنا بتحليل النتائج.

وختمنا دراستنا بخاتمة.

الفصل التمهيدي

الإطار العام للدراسة:

1. الإشكالية.
2. أهداف الدراسة.
3. أهمية الدراسة.
4. تحديد المصطلحات.
5. الدراسات السابقة.

1. الإشكالية:

تعتبر مرحلة الطفولة من المراحل المهمة في حياة الإنسان والتي يبدأها بالاعتمادية الكاملة على الغير، كما تعتبر مرحلة حرجة في تكوين شخصيته، لهذا وجب الاعتناء به وذلك بإشباع حاجاته النفسية والاجتماعية، كالحاجة للتقبل والتقدير والحاجة للتعبير عن الذات واللعب وإحساسه بذاته، كما تكون هذه المرحلة مسؤولة عن معظم المشكلات النفسية والاضطرابات العقلية، وعدم القدرة على التكيف الاجتماعي، فهناك العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية التي تصادف مرحلة الطفولة والتي أصبحت منتشرة في جميع أنحاء العالم، من بينها اضطراب التوحد، فالتوحد هو اضطراب نهائي يؤثر سلباً في قدرة الشخص التوحدي على تكوين علاقات مع الآخرين، والاستجابة أو التجاوب المناسب والصحيح مع بيئته.

الكثير من العلماء اعتبروا التوحد أحد أشكال الإعاقة الانفعالية، وقد ظهر هذا المفهوم لأول مرة على يد الطبيب النفسي الأمريكي **ليو كانر "Leo Kanner"** 1943 حيث نشر ورقة بعنوان **"اضطراب التوحد للتواصل العاطفي"** وفي ذلك نتيجة لعمله مع 11 طفلاً يشتركون في كثير من الخصائص أهمها : عدم القدرة على الارتباط بالناس أو المواقف بصورة عادية، الافتقاد التام للاستجابة الجسمية والانفعالية، عدم اليأس والخوف حين يحاول أي أحد اقتحام عالمه الخاص، ويعتبر **كانر** أول من أشار إلى التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة وسماه التوحد الطفولي وذلك عام 1943، ومنذ ذلك التاريخ استخدمت تسميات مختلفة للاضطراب مثل: توحد الطفولة المبكرة وذهان الطفولة، ومن الناحية التاريخية استخدم مصطلح التوحد في البداية في ميدان الطب النفسي

عندما عُرف الفصام، حيث استُخدم التوحد كصفة للفصامي ثم أخذ مصطلح يستخدم للإشارة إلى الاضطراب بكامله والمسمّى اضطراب التوحد.

ولقد ذكر Kuffman و Halman أنّ التوحد يمكن أن يحسب لحوالي 5 إلى 7 حالات عن كلّ 10000 طفل من كلا الجنسين وفي كلّ المجتمعات.

(F. Halman and J.M. Kuffman, 2003)

وتضيف "سوسن شاكر مجيد" إلى أنّ التقديرات الإحصائية لعدد الأطفال المصابين بالتوحد بلغت ما يقارب 2 - 6 حالات عن كلّ عشرة آلاف من عمر 5-11 سنة.

(سوسن شاكر مجيد، 2010)

أمّا في الجزائر فإنّ الإحصائيات المقدّمة سنة 2016 تشير إلى أنّ عدد المصابين بالتوحد قد بلغ 400.000 حالة وهذا حسب مخبر التطبيقات النفسية في الوسط العقابي LAPMC المقرر يوم 19 نوفمبر 2018 فيما يبقى الإحصاء الرسمي غير ممكن الجزم به نظراً للحالات الغير مصرّح بها والموضوعة في خانة المجهول نظراً لنقص التوعية بهذا الاضطراب، إضافة إلى عدم تقبّل الأسرة الجزائرية لحقيقة أنّ طفلها توحيدي دون الرؤية إليهم كذات فاعلة لها مميزات وقدراتها على الرغم من كلّ ما تعانیه من عجز في بناء وتكوين العلاقات.

فالمصاب باضطراب التوحد لا يحتاج إلى أسرته والأقربين له فقط بل يتعدّى ذلك إلى الأخصائيين النفسانيين المكلفين به والمتتبعين لحالته والذين يحملون مسؤولية رعايته والعمل على تحسين وضعيته أو التخفيف منه، من هنا يأتي الدور المهم للأخصائيين وعلى هذا الأساس وجب توفير الرعاية النفسية والإرشادية لهم في المراكز البيداغوجية التي تقوم بالتكفل بالأطفال غير المؤهلين

ذهنيًا كالأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، متلازمة داون، اضطراب التوحد، اضطراب الصرع، الاضطرابات الحركية، الاضطرابات السمعية،...إلخ.

وقد عمل العلماء والباحثون في علم النفس على وضع برامج وتقنيات سلوكية وتدريبية تساعد على تطوير المهارات وتحسين السلوكيات والعلاقات الاجتماعية، والتواصل والاستقلالية لدى الأطفال، وخاصة بطريقة مبكرة من أجل الحصول على النتائج المناسبة، من أجل إدماج الطفل في المجتمع.

إنّ التكفل النفسي هو مجموعة من الطرق التدريبية والبرامج العلاجية التي يعتمدها الأخصائيين النفسانيين والأرطوفونيين، الذين يعملون في المراكز الطبية البيداغوجية في إطار التوظيف العمومي كأخصائيين عياديين، حيث يلتزمون بأداء واجباتهم المهنية، أهمّها التكفل النفسي بالأطفال ذوي الإعاقات والاضطرابات المختلفة بغية مساعدتهم على التعبير الإيجابي مع التركيز على الأعراض والأحداث الراهنة والبيئة المحيطة ومثيراتها. ومن بين هذه الفئات نجد أطفال التوحد كونهم ينتمون إلى تلك المراكز المختصة التي تضمن التكفل النفسي لهم، انطلاقًا ممّا سبق قمنا بطرح التساؤل التالي :

كيف يتمّ التكفل النفسي بأطفال التوحد داخل المراكز المتخصصة ؟

2. أهداف الدراسة:

- دراسة فئة جدّ حساسة في المجتمع.
- توصيل دور التكفل النفسي بأطفال التوحد.
- اكتشاف الدور الأساسي للأخصائي النفسي في التكفل بأطفال التوحد.

3. أهمية الدراسة:

- ✓ التعرف على أهم طرق التكفل النفسي بأطفال التوحد داخل المراكز المتخصصة.
- ✓ التركيز على أهم وأنجح الطرق المساهمة في التكفل النفسي بأطفال التوحد.
- ✓ اكتشاف الدور الأساسي للمختصين النفسانيين في التكفل بهذه الفئة.

4. تحديد المصطلحات:**❖ تعريف التوحد حسب سميث عام 1975:**

بأنهم أولئك الأطفال الذين يعانون من الانسحاب الشديد من المجتمع، وفقدان التواصل، أو الفشل في تطوير العلاقات مع الآخرين، التردد الميكانيكي للكلمات والعبارات السلبية في التعبير، الإعادة الممّلة للأفعال ونطق الكلمات.

(القبالي، 2017)

❖ التكفل النفسي:

هو مجموعة من الإجراءات الوقائية أو العلاجية باستعمال الوسائل والإمكانيات العملية التي يتم من خلالها التركيز على الفرد بهدف علاجه ومساعدته في حلّ مشكلة ما.

❖ **المراكز المتخصصة:**

هي كل المؤسسات التي أسست من أجل رعاية فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، عن طريق برامج وتقنيات خاصة بمراعاة قدراتهم وتلبية احتياجاتهم، حتى يتمكنوا من الاندماج اجتماعياً ومهنياً، وتحقيق التوافق النفسي والانفعالي.

5. الدراسات السابقة:

إنّ الدراسات السابقة التي سنوردها هي كل ما استطعنا جمعه من دراسات حول متغيرات الدراسة، كلٌّ على حدّاء، وتخدم الدراسة.

1.5. دراسة سها عليوة (1999):

بغنوان: فعالية كل برنامج إرشادي، وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض التوحد.

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى التحقّق من فعالية برنامجين أحدهما لتنمية المهارات الاجتماعية، والثاني يعتمد على إرشاد وتوجيه أسر الأطفال التوحديين. وذلك لتخفيف أعراض اضطراب التوحد، ومن هذه الأعراض: القصور في الانتباه والتفاعل الاجتماعي.

عينة الدراسة: تكوّنت عينة الدراسة من 16 طفلاً وطفلة ذوي اضطراب توحدي منهم 11 من الذكور و 5 من الإناث، بمتوسط عمري ما بين 8-10 سنوات، ومتوسط ذكاء ما بين 51-81.

نتائج الدراسة: توصلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج مع الدراسة (المهارات الاجتماعية، الإرشاد الأسري) في تخفيف حدّة اضطراب التوحد. (الشرقاوي، 2018)

2.5. دراسة محمد بن سعيد بن محمد الحزنوي (2010):

بعنوان: معوقات دمج تلاميذ ذوي اضطرابات التوحد في مدارس التعليم العام، بحث مكمل لنيل شهادة الماجستير في المناهج وطرق التدريس.

هدف الدراسة: تهدف الدراسة للكشف عن معوقات الدراسة التعليمية والاجتماعية لفئة التوحد، والتعرف على صعوبات الدمج المرتبطة بالخدمات المدرسية، وذلك بوضع استبيان للقائمين على التكفل بهم من خلال طرح عبارات استفهامية للإجابة عنها.

نتائج الدراسة: توصلت نتائج الدراسة إلى وجود قصور في خدمات الكشف عن اضطراب وندرة المشرفين المتخصصين في الاضطرابات السلوكية والتوحد.

3.5. دراسة أمال بوثلجي (2015):

بعنوان: التقنيات المستخدمة لتشخيص اضطراب التوحد لدى الأخصائيين الأطفونيين، بحيث قامت به أستاذة التعليم العالي بالجزائر العاصمة كمداخلة في يوم تحسيبي دراسي عن التوحد.

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى التعرف على واقع التكفل بالطفل التوحدي من الناحية التشخيصية في المراكز البيداغوجية المتواجدة في الجزائر العاصمة بالتحديد في بومرداس من خلال طرح استبيان على الأخصائيين القائمين بالتكفل بفئة التوحد.

نتائج الدراسة: توصلت الباحثة إلى وجود نقص كبير في مجال التوحد ولا بد من تدعيم تقنيات التكفل بهم.

4.5. التعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال العرض السابق لهذه الدراسات أنّها ركزت على المتغيرات المرتبطة بالتوحد والتكفل وكذلك البرامج التدريبية.

فدراسة "سها عليوة" كانت تدور حول البرامج التدريبية وبرامج إرشادية لتخفيف من حدّة الاضطراب. في حين أنّ دراسة "محمد بن سعيد" فقد ركزت على الكشف عن المعوقات الدراسية التعليمية والاجتماعية لفئة التوحد والتعرف على صعوبات الدمج المرتبطة بالخدمات المدرسية. أمّا دراسة "أمال بوثلجي" تناولت دراسة التعرف على واقع التكفل بالطفل التوحدي من الناحية التشخيصية في المراكز البيداغوجية.

حيث لاحظنا من خلال عرضنا لهذه الدراسات ورغم جودتها وقيمتها لم نجد منها ما اعتنت بدراسة البرامج التدريبية للتكفل بأطفال التوحد، وهذا ما دفعنا إلى اختيار الموضوع المطروح للدراسة.

بجانب النظری

الفصل الأول

التوحد

تمهيد.

1. لمحة تاريخية.

2. تعريف التوحد.

3. أسباب التوحد.

4. النظريات المفسرة للتوحد.

5. أعراض التوحد.

6. أنواع التوحد.

7. تشخيص التوحد.

8. علاج التوحد.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعتبر التوحد من الاضطرابات التي تصادف مرحلة الطفولة التي باتت منتشرة في وقتنا الحالي والتي تصيب الطفل خلال المراحل العمرية الأولى تعيق مساره النهائي وتعرقل تواصله الاجتماعي واللغوي، وهذا مما دفع الباحثين والعلماء إلى البحث والجهد والسهر من أجل الوصول إلى الأسباب والحلول التي ظلت مبهمة إلى يومنا هذا. سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على مفهوم التوحد وكذا أسبابه، نظرياته، أعراضه وأنواعه إضافة إلى التشخيص والعلاج.

1. لمحة تاريخية:

مازال موضوع الاهتمام بدراسة الأطفال المتوحدين موضوعاً جدلياً حيث تشير بعض التقارير العلمية إلى أنّ الاهتمام بهذه الفئة يعود إلى البداية العلمية للتربية الخاصة وتحديداً الطفل الذي وجده إيتارد (Itard, 1801,1807) في غابات الأفيرون الفرنسية وسمّاه فيما بعد "فيكتور" حيث كان يعاني من التوحد إضافة إلى الإعاقة العقلية الشديدة.

وقدّم الطبيب النفسي بلوبر (Bleuber 1991) أول وصف للتوحد وذلك عند حديثه عن الانسحاب الاجتماعي لدى الأشخاص الفصامين وشبهه بما وصفه فرويد (Freud) بالإثارة الذاتية (outo-eroticism) والانسحاب من الواقع واللعب بأجزاء الأشياء والتكيف المحكوم بالمشاعر، وهي من الصفات الرئيسية للمتوحدين. وفي سنة 1944 كتب هانز أسبرجر Hans Asperger مقالاً بعنوان "مرض الانغلاق لدى الأطفال" وجاءت ملاحظات أسبرجر على الحالات المدروسة متركزة على أمرين هما :

- التباين الشديد في الآثار المترتبة على الإصابة بالانغلاق بين الأفراد الذين تناولتهم الدراسة.
- وجود المهارات والاهتمامات الخاصة لدى الأطفال المنغلقين يلعب دوراً إيجابياً في التكيف الاجتماعي اللاحق لهؤلاء الأطفال.

وقد أشار فيكتور لونز 1979 في مراجعته لنتائج خمس وعشرون دراسة متلاحقة أجريت ما بين أواسط الخمسينات وأواخر الخمسينات من هذا القرن حول ذهان الطفولة إلى أن غالبية هذه

الدراسات تشوبها بعض الأخطاء المنهجية وأنها تعتمد على التقارير الذاتية كما أن النتائج التي تم التوصل إليها صعبة التفسير وغير متسقة.

ولكن ليوكانر Leo Kanner الطبيب النفسي الأمريكي المتخصص في الأطفال ومؤلف كتاب (نفس الطفل) عام 1953 أشار إلى التوحد الطفولي كاضطراب يحدث في الطفولة وقد كان ذلك عام 1943 عندما قام بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقلياً بجامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية ولفت انتباهه وجود مجموعة من الأنماط السلوكية غير العادية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنّفين على أنهم متخلفين عقلياً، فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح اضطراب الذاتوية الطفلية Early Infantile Autism حيث لاحظ انغلاقهم الكامل على الذات والابتعاد عن الواقع والانطواء والعزلة وعدم التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم.

ومنذ عام 1943 استخدمت تسميات متعددة منها التوحد Autism ، وذهان الطفولة Children Psychosis ، النمط غير السوي في النمو (الشاذ) Atypical Development ويرى بعض الباحثين أن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي لمصطلح (إعاقة التوحد) واختلاف اهتمامات وتخصصات العاملين في مجال التربية الخاصة والمهتمين بهذا الاضطراب فضلاً عن استخدام عدد من التسميات كان بسبب الغموض وتعقد التشخيص .

(الركزة، 2018)

2. تعريف التوحد حسب الجمعية البريطانية للأطفال التوحديين:

National Society for Autistic Children NSAC, 1978

لقد كان الصدق من تعريف الجمعية البريطانية للأطفال التوحديين في المملكة رسم سياسة اجتماعية وقانونية بخصوص اضطراب التوحد وكذلك نوعية الرأي العام بهذا الاضطراب ويشمل اضطراب التوحد على المظاهر التالية:

- ✓ اضطراب في معدّل النمو، اضطراب حسّي عند الاستجابة للمؤثرات.
- ✓ اضطراب التعلّق بالأشياء والموضوعات والأشخاص.
- ✓ اضطراب في التحدّث والكلام واللغة والمعرفة.

(القبالي، 2017)

تعريف كولمان 2003:

هو إحدى الاضطرابات الارتقائية العامة التي تتسم بقصور واضح في القدرة على التواصل، كما أنها تتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات والأنماط السلوكية المحدودة مع وجود اضطرابات في اللغة والكلام، وتبدأ قبل سن الثالثة من العمر.

(الخليل، 2002)

3. أسباب التوحد:

➤ إصابة في المخ:

قامت مراكز البحوث بالعديد من الدراسات لمعرفة ما هو نوع التلف المخي لدى الأطفال التوحديين، فقد استخدموا كل الطرق التشخيصية، ولكن تلك الطرق كانت عاجزة عن التعرف على هذا التلف ومكانه، فالنتائج محيرة ومربكة، حيث تم اكتشاف التلف في أجزاء متعددة تختلف من طفل لآخر، كما أن هذا التلف قد يوجد في أطفال غير مصابين بالتوحد، ومن تلك الفحوصات:

- الدراسات التشريحية بعد الوفاة
- الفحوص الإشعاعية للمخ مثل الرنين المغناطيسي MRI الأشعة المقطعية CT-scan ، PET ، SPET
- النشاط الكهربائي للمخ EEG
- كيمياء المخ Brain Chemistry

➤ الأسباب النفسية Psychogenic والبيئية:

البيئة هي كل ما يحيط بالإنسان من الخارج من ظروف طبيعية وعلاقات إنسانية، وهذه البيئة تؤثر وتتأثر بالتفاعل الناتج بينهما لتبني له الخبرة والتجربة، وما يكون عليه مستقبل الطفل النفسي والاجتماعي، والتعايش مع المجتمع حوله، ومن الأسباب البيئية النفسية:

- العلاقة بين الطفل ووالديه.
- شخصية الوالدين : الانعزالية والتحفظ في التعامل ، الأم الباردة عاطفياً.

- الأمراض النفسية لدى الوالدين : انفصام الشخصية.

إلا أنه لا يوجد ما يؤيد ذلك، فعند القيام بنقل هؤلاء الأطفال التوحديين للعيش مع عائلات بديلة كعلاج لم يكن هناك تحسن لحالتهم، كما أننا نجد أطفال أصحاء لدى نفس العائلة، كما نرى بعض الحالات تبدأ من الولادة حيث لا يكون لتعامل الوالدين مع الطفل أي دور.

➤ الأسباب البيولوجية Biological :

هناك العديد من المؤشرات الدالة على أن التوحد يحدث نتيجة لعوامل بيولوجية تؤدي إلى خلل في أحد أو بعض أجزاء المخ، ومن تلك المؤشرات أن الإصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية، كما أن انتشار التوحد في جميع المجتمعات ينفي تأثير العوامل النفسية الاجتماعية، ولكن قد يكون هناك عدم قبول لنظرية الأسباب البيولوجية عندما لا نجد أي سبب طبي أو إعاقة عقلية يمكن أن يعزى لها السبب، وذلك يقودنا إلى الاستنتاج بأن هناك أسباب طبية مستترة خفية وراء كل حالات التوحد لم يتم التعرف سوى على القليل منها:

- الأمراض الوراثية.
- الالتهابات الفيروسية.
- الأسباب الطبية.
- الأسباب الكيماوية الحيوية.

➤ الأسباب الوراثية:

المورثات (الجينات) تنقل الكثير من الخصائص البشرية من الوالدين إلى طفلهم كاللون

والطول والشكل وغيرها، بالإضافة إلى الكثير من الاضطرابات الحيوية of Inborn error

metabolism، وقد توصل العلم الحديث إلى معرفة البعض منها، ومعرفة مكانها على خارطة

الكروموسوم، ولكن حتى الآن لم يتم معرفة أي مورث (جين) يكون سبباً لحدوث التوحد.

➤ أسباب طبية:

هناك حالات وأمراض كثيرة قبل الولادة وبعدها ترتبط بالتوحد، ولكن العديد من تلك الإصابات

لا تؤدي إلى التوحد، ليكون الترابط بينهما غامض وسبب غير مؤكد، ومنها:

- إصابات قبل الحمل مثل الزهري الذي يؤدي إلى الزهري الوراثي.
- إصابات الحمل: الإصابة بأمراض معدية كالحصبة وقت الحمل قد تؤدي للتوحد.
- إصابات حول الولادة: مشاكل الولادة يمكن أن تكون عوامل خطر لحصول التوحد ومنها:
نقص الأكسجين، النزيف، إصابات الرأس ونزيف المخ، وغيرها.
- الحرارة العالية (أكثر من 41.5 درجة) قد تؤثر على المخ وبالتالي تؤدي إلى تلف جزء منه.

(الجبالي، 2016)

من خلال عرض مجموعة هذه الأسباب التي أعطيت كمحاولة لتفسير اضطراب التوحد. إلى

يومنا الحالي لم يجد العلماء السبب الفعلي الذي يؤثر في ظهور اضطراب التوحد.

4. النظريات المفسرة لاضطراب التوحد:

1.4. النظرية النفسية:

تشير (نادية أبو سعود، 2000) : إن أصحاب هذه النظرية يروا أنّ سبب الاضطراب التوحي هو الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة، ومع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة، وقد افترض أنّ التوحد ينشأ بسبب وجود الأطفال التوحيين في بيئة تفتقد التفاعل والتواصل والجمود، مما يؤثر على نمو الطفل النفسي والاجتماعي واهتماماته.

ويُعتبر (كانر) أول من وصف آباء هؤلاء الأطفال بأنهم شديدي الاهتمام بالتفاصيل، ويتسمون بالانطوائية والبرود الانفعالي، ولا يظهرون الود لأولادهم إلى جانب أنّهم متفوقون عقلياً، لذا يرى أصحاب وجهة النظر هذه أنّ التوحد ناتج عن إحساس الطفل بالفض من قبل والديه وعدم إحساسه بالعاطفة.

وقد تعرّض وصف (كانر) للخصائص الأبوية للانتقاد من بعض الباحثين، ولكنّ بعضهم اعترف بأنّه يمثل التفسير النفسي بعد سنوات من وصف (كانر) لسبب التوحد، والذي أدّى إلى إرباك بسبب كلا السببين الفطري أو عند الولادة وكرد فعل للبرود والأناية الوالدية.

(الشرقاوي، 2018)

2.4. النظرية الإدراكية والمعرفية:

يرى بعض المهتمين بالمجال أنّ اضطراب التوحد سببه اضطراب إدراكي نمائي حيث أشارت دراسة آلين وآخرون (1991) أنّ الطفل يعاني من انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة وبالتالي تؤثر على قدراته وعلى إدراكه بالإضافة إلى اضطراب اللغة.

(Mesitey. G, 1997)

ويلاحظ أنّ الأطفال التوحديين لديهم مشكلات معرفية شديدة تؤثر على قدرتهم على التقليد والفهم والمرونة والإبداع لتشكيل وتطبيق القواعد والمبادئ واستغلال المعلومات. ويحاول العلماء إلقاء الضوء على العيوب المعرفية عند الأطفال التوحديين، ويرى البعض بأنّ المشكلة الرئيسية هي في تغيير ودمج المدخلات من الحواس المختلفة، ويلاحظ العيب الرئيسي للطفل التوحدي هو فهم الأصوات المصاحبة للمشكلات الإدراكية، ويلاحظ أنّ التوحديين يستجيبون لمثير واحد فقط حسي أو بصري أو سمعي، وهذا يعود للتخلّف الذكائي والاجتماعي للطفل الذاتي حسب رأي لوفيس (Lovass 1993) وتبرهن النظريّات المعرفية أنّ التوحد نتيجة لعيوب إدراكية متعددة، ويلاحظ أنّ إنارة الضوء وإطفاءه بعد كل استجابة صحيحة كان معزّزاً فعّالاً أكثر من الثناء الكلامي ومن الطعام. (السعيد، 2001)

3.4. النظرية السلوكية:

تفترض هذه النظرية أنّ المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال التوحديين هي مشكلات أولية وتسبب مشكلات اجتماعية، حيث يرى البعض أنّ المشكلة الرئيسية تتمثل في تغيير ودمج

المدخلات من الحواس المختلفة تقوم على عدم وجود تكامل بين الحواس بعضها ببعض وتتسم بالصفات الآتية:

- 1-زيادة في الاستقبال الحسي للحاسة الواحدة.
- 2-نقص في الاستقبال الحسي للحاسة الواحدة.
- 3-زيادة ونقصان للاستقبال الحسي.
- 4-استقبال القناة الواحدة.
- 5-إثارة حاسة واحدة تؤدي إلى استثارة حواس أخرى.

(Sandy, 2006)

وتشير (فرث) : إلى أنّ التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب إدراكية رئيسية ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة، وهذا البحث أدى إلى أنواع مهمة من العلاج التي تطوق العيوب المعرفية والسلوكية، وبعض المعالجين السلوكيين علّموا الأطفال التوحديين بعض التعبيرات الانفعالية المختلفة ولغة الإشارة اعتماداً على استغلال حساسيتهم للحس والحركة وعدم حساسيتهم للكلام المنطوق، وذلك بواسطة معززات مكافئات العلاج السلوكي.

(Fith, 2007)

4.4. النظرية الصّينية:

لقد عرف الصّينيون اضطراب التوحد (إعاقة) وقاموا وما يزالون بمعالجة التوحد عن طريق تحسين الجهاز الهضمي والمناعي للمصابين بالتوحد، والذي كانت نتائجه تحسّن أعراض التوحد والسلوكيات الشاذة المصاحبة له. وقد افترض الباحثون في مجال التوحد أنّ مسببات التوحد ربما

تكون بعد الولادة أثناء فترة الحمل وبمقارنة المصطلحات الطبية الصينية بعلم التشريح في الطب الغربي الحديث نجد أنّ هناك اختلافات واضحة في تفسير التوحد.

(السليمان، 2008)

5.4. نظرية العقل Theory of mind:

نظرية العقل هو أنّ العجز الاجتماعي الملاحظ عند الأطفال المصابين بالتوحد ما هو إلاّ نتيجة لعدم مقدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين ولديهم. فالمشكلات الاجتماعية هي نتيجة للعجز الإدراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية، وبالتالي فإنّ العجز الاجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل.

(الزريقات، 2004)

6.4. نظرية الاضطراب الأيضي:

في هذه النظرية افتراض أن يكون التوحد نتيجة وجود بيبتايد Peptide خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، ممّا يؤدي أن تكون العمليات داخله مضطربة.

هذه المواد Peptides تتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض الأغذية المحتوية على الغلوتين Glotines مثل: 1. القمح. 2. الشعير. 3. الشوفان. 4. كما الكازيين الموجود في الحليب ومنتجات الألبان.

لكن في هذه النظرية نقاط ضعف كثيرة فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد.

(العبادي، 2006)

5. أعراض التوحد:

1.5. التواصل:

يتميز الطفل التوحيدي بضعف قدرته على التعبير اللغوي وتأخر الكلام، ويستعمل كلمات غريبة قد تكون من تأليفه، ويكرر استعمالها ويميل لترديد آخر لمة في الجكلة التي يسمعها (Écolalie). ويواجه صعوبة في استعمال الضمائر، فبدلاً من أن يقول "أريد أن أنام" يقول "أحمد يريد أن ينام".

2.5. التفاعل الاجتماعي:

يعاني من ضعف في العلاقات الاجتماعية مع أمه وأبيه فهو لا يفرح عندما يراها ولا يستجيب لمحاولة الحب والعناق أو إظهار مشاعر العطف.

3.5. المشكلات الحسية:

تكون لدى الطفل التوحيدي استجابة غير معتادة للأحاسيس الجسدية مثل أن يكون حساساً أكثر من المعتاد للمس أو يكون أقل حساسية للألم أو النظر أو السمع أو الشم.

4.5. اللعب:

يظهر لديه نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري، كما أنه لا يقلد حركات الآخرين ولا يحاول أن يبدأ في عمل ألعاب خيالية أو مبتكرة وبدلاً من قيامه بمداعبة أو ملاطفة الدمية أو درجة السيارة لفترة وجيزة نجده يدحرجها لساعات طويلة.

5.5. السلوك:

قد يكون نشطاً أكثر من المعتاد أو أقل من المعتاد مع وجود نوبات من السلوك غير السوي، مثل: ضرب الحائط برأسه، العض الإصرار على الأشياء، ارتباط بشخص واحد وتعلقه به، لا يحب النظام والتنظيم. ونجد أنه لديه سلوك عنيف وعدواني للذات.

6.5. اضطراب الوجدان:

يعاني من التقلب الوجداني مثل: الضحك، البكاء دون سبب واضح والغياب الظاهر للتفاعلات العاطفية، ونقص الخوف من المخاطر الحقيقية والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات غير مؤذية.

7.5. الأكل والشرب والنوم:

يعانون من اضطراب في الأكل والشرب والنوم مثل قصر الطعام على أنواع قليلة أو شرب السوائل بكثرة والاستيقاظ ليلاً بهز الرأس وأرجحته.

(العبادي، 2006)

6. أنواع التوحد:

بما أنّ كل الأطفال المصابين بالتوحد لا يظهرون الخصائص نفسها أو خصائص مشابهة مع نفس الشدة، فقد اتجه الباحثون إلى البحث عن طرق تصنيف الأطفال المتوحدين، فعلى سبيل المثال اقترح البعض تصنيفات مختلفة، اعتماداً على المستوى الوظيفي الذكائي، والعمر عند الإصابة، وعدد الأعراض وشدتها. ويرى البعض الآخر أنّ الأعراض المختلفة يمكن أن تكون نتيجة للأنماط المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ (Smith, 2001) ماري كولمان (Mary Coleman, 1976) اقترحت نظام تصنيفي للأطفال المصابين بالتوحد يضعهم في ثلاث مجموعات أساسية، ويبين عملها أن التوحد ليس متلازمة منفردة، كما أكد كانر (Kanner)، بل إنّهُ مكون من ثلاث تصنيفات فرعية، كما يلي:

(الزريقات، 2004)

1.6. النوع الأول Type I:

المتلازمة التوحدية الكلاسيكية Classical Autistic Syndrome، يظهر الأطفال في هذه المجموعة أعراض مبكرة، ولكن لا تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة. كما تقول كولمان Coleman، فإنّ الأطفال في هذه المجموعة يبدؤون بالتحسن تدريجياً ما بين سن الخامسة والسابعة. (الزريقات، 2004)

2.6. النوع الثاني Type II:

متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحديّة Childhood Schizophrenic Syndrome with Autistic Symptoms، يشبه أطفال هذه المجموعة النوع الأول، ولكن العمر عند الإصابة يتأخر شهرًا بعد التلاميذ. تقول كولمان Coleman بأنّ أطفال الفئة الثانية يظهرون أعراضًا نفسية أخرى إضافة إلى المتلازمة التوحديّة الكلاسيكية التي عرضها كانر Kanner.

(الزريقات، 2004)

3.6. النوع الثالث Type III:

المتلازمة التوحديّة المعاقة عصبيًا Neurologically Impaired Autistic Syndrome ، يظهر لدى أطفال المجموعة الثالثة مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيضية ومتلازمات فيروسية مثل الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي (الصمم والعمى).

(الزريقات، 2004)

أمّا سيفن وماتسون وكو وفي وسيفن (Sevin, Matson, Coe, Fee, & Sevin, 1991) فقد اقترحوا نظامًا تصنيفيًا من أربع مجموعات كما يلي:

1.3.6. المجموعة الشاذة Atypical Group:

يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحديّة والمستوى الأعلى من الذكاء.

(الزريقات، 2004)

2.3.6. المجموعة التوحديّة البسيطة Mildy Autistic Group:

يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث، لتكون روتينية، كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضاً تخلفاً عقلياً بسيطاً والتزاماً باللغة الوظيفية. (الزريقات، 2004)

3.3.6. المجموعة التوحديّة المتوسطة Moderately Autistic Group:

ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية (مثل التأرجح والتلويح باليد) لغة وظيفية محددة وتخلف عقلي. (الزريقات، 2004)

4.3.6. المجموعة التوحديّة الشديدة Savetly Autistic Group:

أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعياً، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ. (الزريقات، 2004)

7. تشخيص اضطراب التوحد:

يتم تشخيص اضطراب التوحد في الوقت الحالي من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة المتخصصين في المجال، ويمر تشخيص التوحد على عدد من المتخصصين منهم طبيب الأطفال (طبيب نفسي، أخصائي نفسي، أخصائي اجتماعي، أخصائي نطق وتخابط، أخصائي علاج طبيعي، أخصائي العلاج المهني، أخصائي السمع، أخصائى عيون، طبيب مخ وأعصاب، معلم التربية الخاصة). (أسامة مصطفى فاروق، 2011)

1.7. معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد حسب الدليل التشخيصي الإحصائي

الخامس DSM5: فيما يلي :

A. عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما

ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال ما يلي:

1- عجز عن التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح على سبيل المثال، من الأسلوب الاجتماعي

الغريب، مع فشل الأخذ والرد في المحادثة، إلى تدني في المشاركة بالاهتمامات والعواطف

أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

2- العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي يتراوح من

ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد

أو العجز في فهم استخدام الإيماءات، إلى انعدام تام للتعبير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3- العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح (مثلاً: من صعوبات تعديل

السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في

تكوين صداقات إلى انعدام الاهتمام بالأقران).

B. أنماط متكررة محددة من السلوك والاهتمامات أو الأنشطة، وذلك بحصول اثنين مما يلي

على الأقل، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ:

1- نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام (مثلاً: أنماط حركية بسيطة، صف

الألعاب أو تقليب الأشياء، والصدى اللفظي، وخصوصية العبارة).

2-الإصرار على التشابه، والالتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي (مثلاً: الضيق الشديد عند التغيرات الصّغيرة، والصّعوبات عند التعبير، وأنماط التفكير الجامدة وطقوس التحية والحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).

3-اهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز (مثلاً: التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة مفرطة، المواظبة).

4-فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة (مثلاً: عدم الاكتراث الواضح للألم، درجة الحرارة، والاستجابة السلبية لأصوات محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركة).

C.تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النّمّو (ولكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلقة لاحقاً في الحياة).

D.تسبب الأعراض تدنياً سريريّاً هاماً في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني الحالي، أو غيرها من المناحي المهمة.

E.لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الدّهني) أو تأخر النّمّو الشامل، إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معاً في كثير من الأحيان،

ويوضح التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد. ينبغي أن يكون التّواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

2.7. التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد:

يتشابه التوحد ويتداخل مع بعض الاضطرابات التي تحمل بعض الخصائص المشتركة نذكر

منها:

1.2.7. التوحد ومتلازمة أسبيرجر:

لقد شخّص الدكتور Hans Aspergers من جامعة فينا (قسم طب الأطفال) التوحد بأنّه يشمل عدة أعراض سميت بمتلازمة اسبيرجر وهي قصور في مهارات التوازن، الاكتئاب، الكلام التكراري، إخراج الصّوت بنفس الوتيرة، كراهية التغيير في كل شيء سواء في الأكل أو الملابس وعادة ما تكون لهم طقوس معينة في حياتهم، حبّ الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي. ومعظم هؤلاء الأطفال لديهم نسبة ذكاء عادية أو ذا معدّل عالي من الذكاء ولا يوجد لديهم تأخر في النطق، وينشغلون ويلعبون في أغلب الأوقات بشيء واحد، لديهم حساسية كبيرة من الأصوات. كما أنّ بعض الأطفال لديهم قدرات فائقة في بعض النواحي (مثال: لديهم قدرة عالية على الحفظ) وهم عرضة أحياناً للسخرية والتهكم من أقرانهم لكونهم غريبين في تصرفاتهم في بعض الأحيان.

(السّوسن، 2010)

2.2.7. التوحد ومتلازمة ريت:

إنّ اضطراب ريت من فصيلة الاضطرابات التي تتشابه مع اضطراب التوحد، وتصيب البنات فقط وهو من الاضطرابات التّادرة، ويظهر بعد فترة من النمو الطبيعي، فيكون ظهوره عادة ما بين الشهر السادس والشهر الثامن من عمر الطفل، حيث تبدأ القدرات العقلية واللغوية والاجتماعية والحركية للطفل بالتراجع، فيحدث تجنب للتواصل البصري، وتصبح الاستجابة لديهم ضعيفة نحو الأهل. كما أنّ التحكم في الأقدام في أثناء المشي يصبح ضعيفاً، وتظهر حركات غريبة في اليدين كالتلويح بهما.

(نايف بن عابد ابراهيم الزّراع، 2010)

المصابين باضطراب ريت ينظرون للآخرين ولكن لا يتفاعلون معهم وخاصة في الطفولة المبكرة، أمّا التوحد لديهم قصور في التفاعل الاجتماعي. الحركة عند التوحدي غالباً لا توجد وإن وجدت نتيجة عادات مكتسبة أمّا عند متلازمة ريت فهي عشوائية ونمطية في حركة اليد، غياب توازن جسم.

(هالة إبراهيم الجرواني، 2011)

3.2.7. التوحد والفصام:

في الواقع هناك تشابه بين الفصام والتوحد من حيث الانغلاق على الذات، والاضطراب الانفعالي، وقصور واضح في المشاعر، وعجز في بناء الصّداقات مع الآخرين، ويمكن التفريق بينهما فيما يلي:

✓ يعاني الفصامي من الهلوس والأوهام، واضطرابات من التفكير، لكن عند التوحد لا توجد هلاوس، وما يبدو من ضحك الطفل التوحد بسبب مشاكل حسية.

✓ لا يستجيب للمثيرات البصرية، وخاصة التقاء العيون لدى التوحد، أما الفصامي يستجيب للمثيرات البصرية، ونادرًا ما يتجنب التقاء العيون.

✓ يعاني التوحد من قصور في النمو اللغوي، وعدم القدرة على استخدام الرموز، مع ندرة عملية تطور اللغة لديه، أما الفصامي لديه قدرات لغوية عادية يستفيد منها ويستطيع استخدام الرموز، مع إمكانية التطور اللغوي.

✓ فحص جينات التوحد قد لا تظهر الحالة، أما فحص جينات الفصامي يظهر الحالة بوضوح. (نبيه إبراهيم إسماعيل، 2009)

4.2.7. التوحد واضطراب الانتكاس الطفولي:

فهي من أندر الحالات تصيب (1000/1) مولود، يشابه مع التوحد (الذاتوي) والأسبيرجر أنه يصيب الذكور أكثر من الإناث حيث ينمو الطفل بشكل طبيعي لفترة زمنية طويلة وتنمو معه القدرات الإدراكية والمهارات الحركية والاجتماعية وقدرته على قضاء حاجاته الخاصة إلى أن يصل الطفل إلى عمر (3-5 سنوات) وأحيانًا (10 سنوات) يبدأ بعدها في التدهور بشكل ملحوظ خلال أشهر أو بضعة أسابيع، ويفقد الطفل جميع المهارات التي كان قد اكتسبها مثل: الكلام، المهارات الاجتماعية، يفقد السيطرة على التحكم بالحمام، يفقد الرغبة باللعب، وتظهر لديه اثنان من ثلوث أعراض التوحد. ولعدم الخلط بين حالات الانتكاس الطفولية وبين التوحدين يجب المعرفة الدقيقة لتاريخ النمو في المرحلة الأولى من حياته.

☉ التوحد يظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى، أما الانتكاسة الطفولية تظهر متأخرة ما بين (3-5) سنوات أو حتى يبلغ العاشرة.

(السعيد، 2001)

8. علاج التوحد:

يجدر بنا الإشارة بأنه حتى الآن لا يوجد علاج دوائي أو غير دوائي يشفي هذا المرض تمامًا. والغرض من الطرق العلاجية المتاحة حاليًا هو التقليل من شدة أعراض هذا الاضطراب - بئدر المستطاع - ومحاولة دمج الطفل مع المجتمع الخارجي وإكسابه العديد من المهارات التي تجعله يتواصل مع المجتمع في أفضل صورة حسب قدراته حتى يستطيع الحياة بصورة مستقلة - إن أمكن - أو بأقل قدر ممكن من الاعتماد على الآخرين.

ويعتمد العلاج في الوقت الحالي على: 1. العلاج النفسي. 2. تنمية القدرات اللغوية عند الطفل عن طريق التخاطب. 3. العلاج السلوكي... إلخ.

(جيهان، 2008)

1.8. العلاج النفسي (التحليل النفسي):

كان استخدام جلسات التحليل النفسي أحد الأساليب العلاجية السائدة حتى السبعينات من هذا القرن، وكان أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة ودية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة وهي علاقة تنطلق من افتراض مؤداه أنّ الطفل التوحدي لم تستطع تزويده لها، غير أنّ هنالك تحفظ على هذا الافتراض وهو أنّ هذه العلاقة تحتاج إلى سنوات عدة حتى تتطور

خلال عملية التحليل النفسي. وعلى أية حال هناك من يرى أنّ العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين:

⊖ الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التّدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.

⊖ الثانية: يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء.

ومما يذكر أنّ معظم برامج المعالّجين التحليليين مع الأطفال التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصحية من الناحية العقلية.

(الجلبي، 2015)

2.8. العلاج السلوكي:

للعلاج السلوكي أثر كبير في تحسين كثير من الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد وهو منبثق من نظرية التعلم، وهذا التكنيك يؤثر تأثيراً قوياً في البرامج التي تؤسس عليه.

وبالرغم من أنّه أساساً مفيد لنظام الثواب والعقاب إلاّ أنّه اليوم هناك العديد من الأنظمة السلوكية للعمل مع المعاقين، كالتعليم الإجرائي والتعليم المعرفسي والتعليم الاجتماعي.

يمكن تقديم برامج تعديل سلوك أطفال التوحد للأسباب الآتية:

1- أنّها تقدم المنهج التطبيقي للبحوث التي تركز على الحاجات التربوية لأطفال التوحد.

2- تعتمد على أساسيات التعلّم والتي يكون تعلّمها بشكل سهل من قبل غير المهنيين.

3- يمكن تعليم أطفال اضطراب طيف التوحد نماذج من السلوك التكيفي وبوقت قصير ومن

السلوكيات التي يمكن تعليمها للأطفال التوحديين:

✓ مهارات تعلّم اللغة والكلام.

✓ السلوك الاجتماعي الملائم.

✓ مهارات متنوعة من العناية الذاتية.

✓ اللعب بالألعاب الملائمة.

✓ المزاجية والقراءة.

✓ المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقليد العام.

وتقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل

مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة تمامًا وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى

الأطفال.

4- أنه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلّمها الناس من غير المتخصصين المهنيين

وأن يطبقوها بشكل سليم بعد ترتيب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً.

5- أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبير أو تأثر بالعوامل الشخصية

التي غالباً ما تتأثر مع نتائج القياس وأنه لا يعبر اهتماماً لحدوث الاضطراب وإنما يهتم بالظاهرة

ذاتها دون التعرّض لخلافات العلماء حول أصلها ونشأتها.

6- أنه أسلوب يضمن نظام ثابت لإثابة ومكافأة السلوك الذي يهدف إلى تعليم وحدات استجابة صغيرة متتالية ومتتابعة تدريجياً عن طريق استخدام معززات قوية.

7- أنه ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرط مقابلة جميع طلباته وتوفّر الدقة في التطبيق.

وهناك من ناحية ثانية عدّة خطوات يتعين الاهتمام بها وذلك لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب، وهذه الخطوات يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

✓ تحديد الهدف.

✓ سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل.

✓ حث الطفل على الاستجابة.

✓ مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك.

(المقابلة، 2015)

3.8. العلاج بالعقاقير (الدواء):

أكثر الأدوية استخداماً في علاج المسكلات السلوكية عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد هو عقار الهالوبريدول Halopridol واسمه التجاري هالدول Haldol. هو دواء مضاد للذهان يستخدم في علاج الفصام. أوضحت بعض الدراسات الضابطة أنّ هذا العقار يقلل من الانسحاب الاجتماعي، والسلوك النمطي، وكذلك سلوكيات سوء التأقلم مثل التشويه الذاتي للجسد والعدوان. لا يستجيب كثير من الأطفال بشكل فعّال للعقار. إلا أنه لم تظهر أيّة تأثيرات فعّالة على

جوانب أخرى من اضطراب طيف التوحد كالأداء الوظيفي الاجتماعي، وضعف اللغة، وكذلك فربما تكون لعقار Halopridol آثار جانبية خطيرة. وفي إحدى الدراسات المطولة ظهر أن ما يزيد عن 30% من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون صعوبة الحركة dyskinesias الناتجة عن استخدام العقاقير، أو اضطرابات تشنج العضلات، بالرغم من أن معظمها قد اختفى بعد انسحاب العقار شجعت الأدلة التي تشير إلى أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لديهم مستويات مرتفعة من السيروتونين Sérotonine. وقام الباحثان Anderson, Hoshino 1987 بالبحث عن أدوية تقلل من نشاط السيروتونين، كانت هناك موجة أولية من المطالبات والدعاوي المتحمسة بأن الفينفلورامين Fenfluramine، وهو عقار مشهور ومعروف بقدرته على تقليل مستويات السيروتونين في الفئران والقروود كان مرتبطاً بتحسين مثير في العمليات السلوكية والفكرية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

توصلت الدراسات لاحقاً إلى نتائج أكثر ضعفاً بالرغم من أن Fenfluramine قد يؤثر على الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد محدثاً تحسناً طفيفاً في تكيفهم الاجتماعي، وزيادة انتباههم، ومستوى نشاطهم، وسلوكهم النمطي، إلا أن ذلك لم يكن مصحوباً بتأثير مستمر مماثل على المعايير المعرفية مثل مقياس الذكاء أو الأداء اللغوي.

قام الباحثون أيضاً بدراسة عقار الـ naltrexon، وهو مقاوم للمستقبلات، فوجدوا أن هذا العقار يؤدي إلى تقليل النشاط المفرط عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، ويؤدي إلى تحسن متوسط في المبادرة في الاشتراك في التفاعلات الاجتماعية Aman&Langworthy, 2000, Willemsen-Swinkle, Buitelaar&van Engeland,1996, Williams,Allard, Spear, et al, 2001

أشارت دراسة ضابطة إلى حدوث تحسنات طفيفة في استهلال علاقات الاتصال كذلك Kolmen, Feldman, Handen, et al, 1995. إلا أنّ دراسات أخرى توصلت إلى عدم وجود تغيرات في الاتصال أو في السلوك الاجتماعي -willemsen- Feldman, Kolmen& Gonzaga, 1999, Swinkels et al, 1996, Willemsen- Swinkels, Buitelaar, Weijnen, et al 1995. لا يبد أنّ العقار يؤثر على الأعراض الجوهرية لاضطراب طيف التوحد، وتشير بعض الأدلة إلى أنّه إذا تم تناوله بجرعات محددة، فقد يؤدي إلى زيادة السلوكيات الضارة بالذات Anderson, Hanson, Malecha, et al, 1997.

وبإيجاز فإنّ العلاج الدوائي لاضطراب طيف التوحد يعدّ الأقل فاعلية بين طرق المعالجة السلوكية حتى الآن.

(Sheril وآخرون، 2016).

4.8. العلاج باستخدام الحمية الغذائية Dietary treatment:

حيث يشير بطرس حافظ (2007) إلى أنّ آخر ما توصل إليه العلماء والأطباء والكيميائيين من استخدام النّظام الغذائي الخالي من الجلوتين والكازيين، ويعدّ الجلوتين هو البروتين الموجود في المواد النشوية (القمح والشوفان والشعير)، والكازيين هو البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته، وذلك لأنّ العديد من الأطفال التوحديين لديهم أمعاء ومعدة لها خلل أو تلف تسمح لبعض الأطعمة المهضومة جزئيًا للمرور من خلال مجرى الدّم، وهذه البروتينات المهضومة جزئيًا تكوّن مادة البيدات

التي تكون لها تأثيرات تحذيرية وتحدث أضرار مثل: أيّ مخدر عادي، هذه المخدرات تستطيع أن تسبّب التوحد.

(الشكري، 2019).

5.8. العلاج بالتكامل الحسي Sensory Integration Therapy:

تستخدم نفس المبادئ في علاج التكامل الحسي، حيث كان العلاج يستهدف الحواس الرئيسية الثلاث: اللمس ractility ، الإدراك الوعي لما حوله proprioception ، التوازن vestibular system. برامج وأنشطة لتحقيق المستهدفات المرغوبة وهناك عدّة أنماط من علاج التكامل الحسي مثل: التكامل الحسي التعددي وتضعيف الحساسية وهي تشمل أنشطة حسية تستهدف رفع عتبة الإثارة لدى الأطفال وهناك مفهوم الحماية الحسية وهو مستخدم بشكل واسع في علاج التكامل الحسي حيث أنّه: برنامج منظم ومخطط مكون من تمارين حسية مصممة لتلبية حاجات الجهاز العصبي لكل طفل على حدى ويستفيد منه الآباء في كيفية استخدام أساليب مختلفة مع الطّفل في البيت: كما يمكنهم من توجيه استجابات الطّفل.

ويفترض داعموا علاج التكامل الحسي أنّ عمليات تنظيم الدماغ تتأثر إلى حد كبير بهذا العلاج. وبما أنّه من الصعب ملاحظة أية تغييرات في الدماغ، فإنّ الوسائل الوحيدة لتقويم فعالية العلاج محددة بالسلوكات التي يمكن ملاحظتها.

(الجوالدية وآخرون، 2011).

6.8. العلاج باستخدام الموسيقى:

يستخدم العلاج بالموسيقى في العديد من المواقف التعليمية المختلفة مع الأطفال المتوحدين، فقد يستخدم في تعليم جوانب معرفية أو إنشاء التدريب على مهارات الحياة الأساسية، كما يمكن تقديم العلاج بالموسيقى بصورة منفصلة، فقد ثبت أنّ للموسيقى تأثير كبير على العديد من الأطفال المتوحدين، وقد تستخدم الموسيقى أحسانًا لتعزيز لدى قيام الطفل بالسلوك المناسب. (الزاوي وآخرون، 1999).

خلاصة الفصل:

ومن خلال ما سبق ذكره وبيانه نستخلص بأنه حتى الآن لا يوجد علاج قاطع للتوحد بالرغم من الجهودات المتواصلة والبحوث المتراكمة من طرف الباحثين والمختصين في المجالات النفسية والطبية، لكن التعلم الخاص وتقديم العون والمساعدة في الأماكن يقلل من الاضطرابات السلوكية التي قد يتعرض لها المصاب بالتوحد. مع تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لديه، ويتوقف نجاح المعالجة على كفاءة المعالج ودقة العلاجات النفسية.

الفصل الثاني

التكفل النفسي

تمهيد.

1. التكفل.

2. أهمية التكفل النفسي.

3. أهداف التكفل النفسي.

4. أنواع التكفل النفسي.

5. أساليب التكفل النفسي.

6. برامج التكفل النفسي.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعتبر التكفل النفسي وسيلة مواساة ومساعدة المختصين للرعاية بأطفال التوحد والتخفيف من شدة الاضطراب. كما أنّ هناك تخصصات عديدة ظهرت للتحكم أو تعديله إلى أنسب الوضعيات لكي يتأقلم في المجتمع. ومن بين هذه التخصصات نذكر (الطب النفسي، الأخصائيين الأرتفونيين، الأخصائيين التربويين، المعلمين،... إلخ). فالتكفل النفسي هو مجموعة من الإجراءات الوقائية أو العلاجية باستعمال الوسائل والإمكانيات العملية التي يتم من خلالها التركيز على الفرد بهدف علاجه ومساعدته في حل مشكلة ما. ففي هذا الفصل سنحاول التعرض إلى مختلف جوانب التكفل النفسي من معناه، أهميته، أهدافه، أنواعه وأساليبه، وكذا مختلف البرامج الخاصة به.

1. التكفل:

هو عملية يقوم بها المجتمع لتحقيق مجموعة من الأهداف للوصول بالفرد إلى ضمان حقوقه والإحساس بالعدالة في وسط المجتمع، وهو أيضًا وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته وبأنه قادر على التواصل مع الآخرين لتحقيق الاستقلالية من خلال تنمية القدرات والمهارات واستغلالها أحسن استغلال.

(الجازمي، 2007)

واعتبر التكفل بأنه العملية الكلية التي تتضافر فيها جهود فريق من المختصين في مجالات مختلفة لمساعدة الشخص المعاق على تحقيق أقصى ما يمكن من التوافق في الحياة.

(بهاء الدين والعيد، 2007)

ونقصد به في هذا البحث هو تلك الخدمات والأنشطة الشاملة التي تقدم لكل طفل توحدي بحاجة إلى الرعاية بحكم حالته الصحية ودرجة إصابته بالاضطراب من الكشف والتشخيص إلى الرعاية والعلاج.

2. أهمية التكفل النفسي:

✓ ضرورة الإنسانية والأخلاقية.

✓ الضرورة الاجتماعية تتمثل في صيانة الأسرة وحمايتها وتدعيمها والمحافظة على العلاقات

الاجتماعية الإيجابية بين الناس وحماية الأهل وأولادهم من خطر التشرد والضياع.

✓ ظروف العصر التي تتسم بالقلق والتوتر والصراع.

✓ ازدياد مشاكل الأسرة وتفاقمها، وضعف سلطتها ورقابتها وقدرتها في توجيه أبنائها مما يؤدي إلى الانحراف.

✓ أهمية التكفل في ضبط سلوك الفرد وترشيده وتصويبه وتوجيهه.

(العيسوي، 1997)

3. أهداف التكفل النفسي:

يهدف التكفل النفسي إلى حل مشاكل المفحوص بأنواعها ومن بين هذه الأهداف ما يلي:

✓ تعديل أو إزالة سلوكيات أو أعراض معينة أو تغيير أنماط سلوك ظاهري.

✓ المساهمة في نمو تقدير الذات واحترامها وغرس الثقة بنفسها وبالآخرين.

✓ محاولة تحسين من الاضطراب أو اختصار مدة التكفل به، وذلك باختيار أفضل طريقة لمعالجته ومعالجة كل حالة على حدى.

✓ إزالة الاضطرابات وتدعيم قدرات المفحوص لجعله قادرًا على التحكم في الحالات الانفعالية الصراعية.

✓ ترميم الشخصية وإعادة بنائها وذلك بمساعدة الطفل على التكيف مع العائلة.

✓ الاستمتاع الجيد للطفل في إطار علائقي بنيوي يسمح للطفل الحصول على التعويض الذي

الحتاجه، والفهم الجيد لنفسه، وهذا الكلام المصغى إليه يصبح عنصرًا أساسيًا لتطوره مستقبلاً.

(العطوف، 1981)

✓ زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه لذاته فهماً صائباً وموضوعياً بعيداً عن المبالغة.

✓ حل الصراعات الناجمة عن العجز الذي يسبب عجز الإنسان وتبدد طاقته وتحرمه من السعادة.

(النايلسي، 1988)

✓ زيادة قبول الميل لذاته والرضا عنها.

✓ انتهاج أساليب أكثر من الكفاءة في التعامل مع المشكل الذي يواجه العميل من ثم التغلب عليه.

✓ تنمية قوة الذات لدى العميل بحيث يشعر بالموءامة، بالأمن والأمان.

4. أنواع التكفل النفسي بأطفال التوحد:

1.4. التكفل الاجتماعي:

والهدف منه تحقيق التكامل في التكفل بهذه الفئة بين المؤسسة المسؤولة والأسرة، الطفل وحيطة الخارجي، ويلعب الأخصائي الاجتماعي دور الوسيط بين الأسرة والمركز فهو يقوم بالعديد من الأعمال أهمها عند تسجيل أي طفل للاستفادة من خدمات المركز يقوم الأخصائي الاجتماعي بإجراء تحقيق مطوّل عن الطفل وأسرته والبيئة المحيطة به ويحتوي هذا التحقيق على: معلومات عامة عن الطفل، الحالة المدنية للأولياء، الوضعية الاجتماعية للعائلة، الحالة الصحية للوالدين، الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية للعائلة، التاريخ التطوري للحالة، النمو الحركي، الحالة الدراسية، نظرة الأسرة تجاه الإعاقة، وأخيراً بعض الاقتراحات من قبل المشرف الاجتماعي وخالصة ما وصل إليه هذا التقرير، ويرفق هذا التقرير في الملف.

2.4. التكفل الطبي:

تتكوّن من فرقة تحتوي على طبيب وعدد من الممرضين المساعدين حيث يستقبل الطبيب المريض ويتم فحصه جسديًا ويسجّل البيانات العامة حول المريض في بطاقة طبية، كتاريخ الدخول والخروج، ورقم الملف، وتكون معلقة على سرير المريض، كما يتضمن علاجًا كاستعمال التخدير، التهدئة والمعالجة بالفيتامينات والأدوية المهدئة.

3.4. التكفل الوقائي الاندماجي:

هو ذلك التأهيل النفسي الذي يعمل على تبصير المجرم بطبيعة الجرم الذي ارتكبه وبعواقبه وبأضراره فضلاً عن التّدخل لإعداده وتهيئته من خلال خدمات تعليمية وترفيهية والجلسات الموجهة للمرحلة الانتقالية.

(اليشير، 2021)

4.4. التكفل النفسي:

نعني بالتكفل النفسي مجموعة الطرق والمنهجية النفسية والذهنية الإجرائية، وحتى البدنية المبذولة المستخدمة للعناية بالأشخاص الذين يعانون من مختلف الاضطرابات سواء نفسية أو عضوية أو عقلية تتمثل في تدخّل الأخصائي النفسي. والتكفل النفسي يكون فردي أو جماعي وتختلف الأهداف حسب طريقة الإرشاد والمساعدة الفردية والعائلية بالإضافة إلى مناهج كإكلينيكية مستعملة كالاختبارات والمقابلات.

من الناحية الأكاديمية: هو تعليم المعاقين أكاديمياً حسب قدراتهم ودرجة إعاقتهم الجسمية والعقلية وتزويدهم بالمهارات الأكاديمية اللازمة، والتي تفيدهم في حياتهم العملية، كإجادة القراءة والكتابة والحساب، أو النشاطات اليومية، ويتم تلقين هذه المهارات في مراكز خاصة بالمعاقين في صفوف خاصة بهم ضمن صفوف عادية.

(السيد عبيد، 2000)

5. أساليب التكفل النفسي بأطفال التوحد:

1.5. التعزيز Reinforcement :

يعرف التعزيز على أنه الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية أو إلى إزالة توابع سلبية الأمر الذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة، فإنّ تعزيز سلوك ما يعني أن نزيد من احتمال حدوثه مستقبلاً ويسمى المثبر الشيء الذي يحدث بعد السلوك فيؤدي إلى تقويته بالمعزز.

(العزة، 2009)

إن تقوية السلوك قد يتم من خلال التعزيز الإيجابي أو التعزيز السلبي، التعزيز الإيجابي هو إضافة مثبر بعد السلوك مباشرة مما يؤدي إلى احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في مواقف مماثلة. وهذا المعزز الإيجابي من أكثر الأساليب استخداماً في تعديل السلوك، فالمدرسون يستخدمون المعززات كمكافأة السلوك الملائم بعد ظهوره مما يساعد على زيادة تكراره حتى يتمكّن (طعام، منحة، هدية، الدرجات)، حتى يتمكّن التلميذ الربط بسرعة بين السلوك الذي بدر منه والمعزز الذي

قُدّم له. والتعزيز الإيجابي ليس الطريقة الوحيدة لزيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب فباستطاعتنا أن نعمل على تقوية سلوك من خلال إزالة مثير بغيض (شيء أو حدث يكرهه الفرد) بعد حدوث السلوك المرغوب فيه مباشرة، وهذا الإجراء يسمى بالتعزيز السلبي، بحيث يستخدم في إيقاف السلوك غير الملائم أو غير المرغوب فيه. ونعتبر كل من المعززات الإيجابية والسلبية فكلاهما يعملان على زيادة السلوك الملائم أو الحدّ من السلوك غير الملائم وتعديله، وإنّ أوجه الاختلاف بينهما هو أنّ المعززات الإيجابية تضيف شيئاً مرغوب فيه أمّا المعززات السلبية فتزيل أو تحذف شيئاً غير مرغوب فيه. وهناك عدة أشكال من المعززات وهي:

1.1.5. المعززات الغذائية:

لقد أوضحت مئات الدراسات (خاصة في مجال تعديل سلوك الأطفال المعوقين) أنّ المعززات الغذائية ذات أثر بالغ في السلوك إذا ما كان إعطاءها للفرد متوقفاً على تأديته لذلك السلوك، والمعززات الغذائية تشمل كل أنواع الطعام والشراب التي يفضلها الفرد. ولكن هناك مشكلة أساسية تواجه المعالج أو المربي عند استخدامه المعززات الغذائية هي مشكلة الإشباع، والمقصود به أنّ المعزز يفقد فعاليته نتيجة استهلاك الفرد كمية كبيرة منه.

2.1.5. المعززات المادية:

تشمل الأشياء التي يحبها الفرد كالألعاب والصور، بالرغم من فعالية هذه المعززات فهناك من يتعارض مع استخدامها أيضاً. وإنّ تقديم معززات خارجية للفرد يبدو وكأنه (دفع شيء ما).

3.1.5. المعززات الرمزية:

وهي رموز معينة كالنجوم والنقاط، يحصل عليها الفرد عند تأديته للسلوك المقبول المراد تقويته، ويستبدلها فيما بعد بمعززات أخرى

2.5. العقاب Punishment:

يقصد بالعقاب هو إيقاع الجزاء على شخص نتيجة لأنّ سلوكه مرفوض و لأنه فشل في أداء سلوك مرضي أو مشبع وتتمثل العقوبة في أي شكل من أشكال عدم الرضا مثل: إيجاد مثير مؤلم مادياً أو اجتماعياً، أو إنكار حق الفرد في مرة كان تحصل عليها من قبل. والعقاب يمكن أن يكون دافع للتعلّم، وقد يكون العقاب تلقائياً مثلما يحدث حيث يلتقي الفرد بموقف مؤلم نتيجة لسلوك غير موافق عليه، ومن أمثلة العقاب (الضرب، الحرمان من التفاعل الاجتماعي، زجر الطفل، الصراخ في وجهه). ولكي يكون العقاب مفيداً في تعديل السلوك يجب أن يتبع الخطأ مباشرة، يناسب الخطأ الذي ارتكبه الطفل، لا يجرح كبرياء الطفل حتى لا يشعور بالإهانة، ولا يستعمل إلا لضرورة.

ويقوم هذا المبدأ في تعديل السلوك على إضعاف السلوك الموجود أو المتبع من خلال إضافة مثير منفر أو سلبي ويسمى العقاب من الدرجة الأولى. أو من خلال إزالة مثير إيجابي أو تعزيز، ويسمى العقاب هنا بالعقاب من لدرجة الثانية، وذلك حسب الظروف التي يتواجد فيها الفرد والسلوك الذي يصدر عنه، يختلف العقاب عن التعزيز في أنّه يقلل من تكرار السلوك.

(عمر عبد الرحيم، 2008)

6. برامج التكفل النفسي بأطفال التوحد:

1.6. برنامج تيتش : Treatment and Education of Autistic and Realated

Communication Handicapped Children (Teach)

أي علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له، ويتم تقديم هذه الخدمة عن طريق مركز تيتش في ولاية نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تدار هذه المراكز بواسطة مركز متخصص في جامعة نورث كارولينا يسمى Division Teach ويديره سكوبلر Schopler,1972 وهو من كبار الباحثين في مجال التوحد.

ويركز منهج تيتش على تعليم مهارات التواصل، والمهارات الاجتماعية، واللعب، ومهارات الاعتماد على النفس، والمهارات الإدراكية، ومهارات تمكن الطالب من التكيف في المجتمع، والمهارات الحركية، والعمل باستقلالية، ومهارات أكاديمية. وتمتاز طريقة تيتش بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلاً متكاملًا للطفل عن طريق مراكز تيتش المنتشرة في الولاية، كما أنها تمتاز بأنها طريقة علاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل، حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد 5-7 أطفال مقابل مدرسة ومساعدة مدرسة، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجاته.

(أسامة فاروق، كامل الشربيني، 2014)

2.6. برنامج صن رايز Son Rise Program:

يهتم برنامج صن رايز بتقوية التواصل الاجتماعي للطفل، وهذا ما يميزه عن بقية البرامج، ومن الأساسيات التي يتبناها البرنامج، استخدام رغبات الطفل أساسًا للتعليم والتّعلم من خلال اللعب المشترك، واستعمال الإثارة والمتعة.

ومثالاً: طفل يقوم بحركات متكررة فبدلاً من أن توقف هذه الحركات بالقوة نشاركه فعل هذه الحركات ونقوم أمامه كي يرانا، وقد يعترض على طريقة المشاركة هذه على أساس أنّ التقليد لهذه الحركات قد تعززها أكثر ويعطي برنامج صن رايز استراتيجيات للأطفال الذين يستعملون لغة التواصل، فمن أهداف البرنامج أن يتعلم الطفل أنّ الكلمات التي يستعملها هي لاستعمالها بهدف التواصل. وينصح كوفهان في البداية. وبعد ذلك ينفذ الوالدان الاستراتيجيات التي تعلموها مع طفلهم فترة من الزمن. ثم يرجع الوالدان مع طفلهم إلى المركز لتكملة المرحلة الثانية. ثم المرحلة الأخيرة، وتسمى مرحلة الفعالية القصوى (Intensive).

(السنة محمد سليمان، 2011)

3.6. برنامج إيدن Eden Program:

ويعتمد هذا البرنامج على التكامل بين تنمية المجموعة الأساسية من المهارات الحياتية والأكاديمية مع تنمية التفاعل والعلاقات الاجتماعية كأساس الأنشطة التعليمية في تعاون وتكاتف مع أسرة الطفل، وقد بدأ استخدام هذا البرنامج عام 1975 في مدرسة نهائية عرفت باسم معهد إيدن في ولاية نيوجيرسي الأمريكية، تركز خدماتها لأطفال التوحد وأسرهم. وفي عام 1983 أعلن عن

إنشاء مؤسسة إيدن لتمويل المشروع عن طريق جمع التبرعات والاستثمارات المحلية. ويستهدف البرنامج تدريب الطفل ودعم نمو قدراته الجسمية والتعليمية إلى أقصى حد ممكن بحيث يحقق أكبر قدر من الاستقلال Independant والاعتماد على النفس Selfcare في حياته في المجتمع والاستمتاع بحقوقه كمواطن.

(الشرقاوي، 2018)

4.6. برنامج ليب LEAP: Learning Experiences Analtnerative Programing

بدأ برنامج ليب عام 1981 في بنسلفانيا لتقديم خدمات للأطفال العاديين والتوحيديين من عمر (3-5 سنوات)، وتدريب الآباء على المهارات السلوكية بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى. وما يمتاز به برنامج ليب LEAP أنه يعتيو أول برنامج يجمع بين الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال العاديين منذ بداية البرنامج، ويتم استخدام الرفاق في التدريب على المهارات الاجتماعية وتشتمل الأهداف في المنهاج الفردي على مجالات النمو الاجتماعية والانفعالية واللغوية والسلوك التكيفي والمجالات النمائية المعرفية والجسمية والحركية. ويجمع المنهاج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة.

ويركز برنامج LEAP بالدرجة الأولى على تزويد المؤسسات والمدارس الخاصة والعامة بخدمات تدخل مبكر نوعي، وتقدم هذه الخدمات من خلال الزيارات والإجابة على الأسئلة، وإقامة ورش تدريبية، وتقديم الاستشارات حسب الحالة ويشتمل التدريب على: تنظيم الصف وضبطه، تدريب الرفاق على المهارات الاجتماعية، متابعة لمحاور عمل المعلمين، مشاركة الأسرة.

(فرح سهيل، 2015)

5.6. برنامج استخدام الصور لتحقيق التواصل PECS:

Picture Exchange Communication System « Bordey, Forst, 1994 »

يقدم هذا البرنامج مساعدة للأطفال التوحديين تعينهم على التواصل على الرغم مما يعانونه من قصور وسائل التواصل اللفظي وغير اللفظي، وذلك باستخدام صور ورسومات ورموز لتمتية القدرة على التواصل. وقد نشأت فكرة البرنامج في مركز ديلاور Delaware للتوحد. ويستخدم البرنامج 6 عناصر تقدم خطوة خطوة للتدريب على التواصل لأطفال ما قبل المدرسة أو الأكبر سناً. ويقوم البرنامج على مبادئ المدرسة السلوكية مثل التشكيل Shopping والتعزيز Reinforcement والتلقين Prompting والتسلسل العكسي Backward chaining والانطفاء Fading ، وهو مناسب لطفل التوحد الذي يعاني من عجز لغوي حيث يسمح له ببدء التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه الطفل مع المدرس أو الأب الذي عليه أن يتجاوب مع الطفل ويساعده على تنفيذ رغباته.

مثال: إذا كان الطفل يريد أن يشرب فإنه يأخذ بطاقة مكتوب عليها "أنا أريد" ويثبتها على اللوحة الوبرية، ثم يأخذ صورة لطفل يشرب ويضعها بجوار "أنا أريد" على اللوحة الوبرية. ثم يساعد المدرس قبل أن يعطيه كوب الماء على أن ينطق الكلمات المكتوبة "أنا أريد أن أشرب" فإذا نطقها بعد عدة محاولات يعطى له كوب الماء.

(محمود بدر، 2004)

6.6. برنامج لوفاس LOVAAS:

وتسمى بالعلاج السلوكي Behavior Therapy، أو علاج التحليل السلوكي Behavior Analysis Therapy. وتعتبر واحدة من طرق العلاج السلوكي، ولعلها تكون الأشهر، حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، حيث يعتبر كل سلوك استجابة لمؤثر ما. ومبتكر هذه الطريقة هو Lovaas Ivar أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس (كاليفورنيا) UCLA، حيث يدير مركزاً متخصصاً لدراسة وعلاج التوحد. زال علاج السلوكي قائم على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية في علم النفس حيث يتم مكافأة الطفل على كل سلوك جيد، أو على عدم ارتكاب السلوك السيء، كما يتم عقابه (كقول قف أو عدم إعطائه شيئاً يحبه) على كل سلوك سيء. وطريقة لوفاس تعتمد على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف/ حيث يجب أن لا تقل مدة العلاج السلوكي عن 40 ساعة في الأسبوع، ولمدة غير محددة، وفي التجارب التي قام بها لوفاس وزملاءه كان سن الأطفال صغيراً، وقد تم انتقاؤهم بطريقة معينة وغير عشوائية، وقد كانت نتيجة إيجابية، حيث استمر العلاج المكثف لمدة سنتين. وتقوم العديد من المراكز باتباع أجزاء من هذه الطريقة، وتعتبر هذه الطريقة مكلفة جداً نظراً لارتفاع تكاليف العلاج، خاصة مع العدد الكبير من الساعات المخصصة للعلاج. كما أنّ كير من الأطفال الذين يؤدون بشكل جيد في العيادة قد لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية.

7.6. برنامج سبيل The Spell Approach:

تطبق طريقة "سبيل" لتعليم الأطفال التوحديين في جميع المدارس التي طورتها الجمعية الوطنية للتوحد في بريطانيا. وأفضل ما يمكن أن نوصف به هذه الطريقة أنها طريقة انتقائية eclectic approach تتبنى عناصر معينة من العديد من البرامج التي صممت لتربية أطفال التوحديين. وهناك خمسة مبادئ أساسية لطريقة "سبيل" أخذ أول من كل منها ليشكل الاسم النهائي للبرنامج Spell وهي كالتالي:

1.7.6. التنظيم Structure:

يعتبر التعليم المنظم من العناصر الأساسية لنجاح البرامج التربوية للأطفال التوحديين.

2.7.6. الموقف الإيجابي Positive Atitude:

كان من الضروري أن يتم جميع العاملين في مجال التوحد بسلوك إيجابي نحو الأطفال الذين يعانون من التوحد والذي تظهر نتائجه من خلال ثقة الطفل بنفسه.

3.7.6. التقمص العاطفي Empathy:

يحاول المختصون في هذه المدارس أن يروا العالم بمنظور الطفل التوحدي، وتتطلب مثل هذه المقدرة معرفة شاملة بخصائص التوحد.

4.7.6. درجة منخفضة من المثيرات Low Arousal:

تنظم البيئة التعليمية بشكل يراعي حساسيات الأطفال التوحديين إزاء المثيرات الحسية من خلال تخفيض عدد المثيرات في البيئة واستخدام دلائل بصرية مثل الصور والكلمات المكتوبة.

5.7.6. حلقات الوصل Links:

تؤسس حلقة اتصال مستمرة بين الأسر والمدرسة، ويتم هذا من خلال التواصل المستمر بينهما ومن خلال تدريب أفراد الأسرة.

(الشامي، 2004)

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل حول التدخل المبكر والتكفل النفسي، نلخص أنّ هذان الأخيران لهما أهمية كبيرة ودور فعّال في تعديل سلوك الطفل التوحدي، وتحسين قدراته على العناية بذاته وإكسابه أنماط سلوكية جديدة لم يكن قادرًا على تأديتها، وذلك باستخدام الأخصائي النفسي لمجموعة من الأساليب والتقنيات خاصة بالتكفل النفسي. وتتمثل في حصص يبرمجها المختص النفسي مبنية على أسس وقواعد علمية، تأخذ بعين الاعتبار نمو الطفل، حاجاته، إمكاناته الذاتية والمحيط الذي يعيش فيه، وكذلك الجانب النفسي.

الجانب والتطبیق

الفصل الثامن

منهجية الدراسة وإجراءاتها

تمهيد.

1. مجتمع الدراسة.

2. عينة الدراسة.

3. مكان الدراسة.

4. منهج الدراسة.

5. أداة الدراسة.

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل وصف الإجراءات المنهجية التي اتبعت لتحقيق الدراسة و التحقق من فرضياتها، بداية بالدراسة الاستطلاعية وتحديد المنهج المناسب للدراسة وحدودها المكانية والزمانية والبشرية، ثم تحديد مجتمع وعينة الدراسة الاستطلاعية والأساسية. أداة الدراسة وخصائصها السيكمترية، وتحديد الأساليب الإحصائية.

1. مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من الأخصائيين النفسيين المتواجدين بالعيادات والمراكز البيداغوجية في كل من ولاية البويرة والجزائر.

2. عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 06 أخصائيين نفسيين الذين يقومون بالتكفل بأطفال التوحد. حيث كان هناك 05 أخصائيين نفسيين من ولاية البويرة على مستوى العيادات النفسية والمراكز البيداغوجية الخاصة بأطفال التوحد. ومن ولاية الجزائر - بعين طاية - كانت هناك أخصائية نفسية عبر عيادتها النفسية. وتم توضيح العينة في (الجدول رقم 001) :

الحالات	السن	الجنس	المستوى الدراسي	الخبرة المهنية
الحالة 01	32	أنثى	ماستر	05 سنوات
الحالة 02	56	ذكر	دكتوراه	أقل من 05 سنوات
الحالة 03	36	أنثى	ماستر	أكثر من 05 سنوات
الحالة 04	33	أنثى	ماستر	05 سنوات
الحالة 05	36	أنثى	ماستر	أكثر من 05 سنوات
الحالة 06	25	أنثى	ليسانس	أقل من 05 سنوات

3. مكان الدراسة:

تمت دراستنا الميدانية عبر كل من ولاية البويرة والجزائر العاملون في المراكز البيداغوجية.

4. منهج الدراسة:

المنهج المستخدم هو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة، واكتشاف الحقيقة، والإجابة على الأسئلة والاستفسارات التي يثيرها موضوع البحث وطبيعة ونوع المشكلة في الدراسة هي التي تحدد نوع المنهج الذي يتبع من بين المناهج المختلفة.

وفي دراستنا اعتمدنا على المنهج الوصفي الإحصائي الذي يعرفه الأغا حسان (1997):
بأنه طريقة في البحث عن الحاضر تهدف إلى تجهيز البيانات لإثبات فروض معينة تمهد للإجابة عن تساؤلات محددة سلفاً بدقة والتي تتعلق بالظواهر الحالية والأحداث الراهنة التي يمكن جمع المعلومات عنها في زمن إجراء البحث وذلك باستخدام الأدوات المناسبة. (الأغا، 1997)

5. أداة الدراسة:

الاستبيان: يعرف بأنه مجموعة من الأسئلة المرتبة حول موضوع معين يتم وضعها في استمارة ترسل لأشخاص معينين عن طريق البريد أو يجرى تسليمها باليد تمهيداً للحصول على إجابة الأسئلة الواردة فيها، للتوصل إلى حقائق جديدة عن الموضوع، ويعرف بأنه نموذج يضم مجموعة من الأسئلة توجه للأفراد للحصول على جمع المعلومات حول موضوع ما أو مشكلة ما.

(زررواتي، 2002)

ومن خلال دراستنا استعملنا استبيان للباحث محلين أسامة.

ولقد اعتمدنا في دراستنا على هذا الاستبيان (أنظر الملحق رقم 01) وهو استبيان مغلق (محدد الإجابة) بهدف عدم إرهاق الأخصائيين ولتسهيل الإجابة من جانبهم على جميع الأسئلة، وقد ساعدنا على جمع كم هائل من المعلومات حسب رغبتنا ووفق طبيعة الأسئلة المطروحة. ولقد اشتمل على ثلاث محاور خادمة لدراستنا، وكل محور يتكون من بنود خاصة به، وكانت محاور الاستبيان كالتالي:

أولاً: بيانات شخصية.

المحور الأول: المستوى التكويني: ويتضمن 11 بنداً.

المحور الثاني: الأساليب التشخيصية: ويحتوي على 22 بند.

المحور الثالث: البرامج التدريبية والعلاجية: ويتكون من 13 بنداً.

الفصل الرابع

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد.

أولاً : عرض نتائج بنود المحور الأول: المستوى التكويني.

ثانياً : عرض نتائج بنود المحور الثاني: الأساليب التشخيصية.

ثالثاً : عرض نتائج بنود المحور الثالث: البرامج التدريبية والعلاج.

رابعاً : التحليل العام للنتائج.

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عرضاً مفصلاً لنتائج بنود المحاور الثلاثة والتحليل العام لهذه النتائج اعتماداً على إجراءات وأسس منهجية تم وصفها في الفصل السابق. للوصول في الأخير إلى غاية هذه الدراسة.

أولاً: عرض نتائج بنود المحور الأول: المستوى التكويني

1. جدول البند رقم 01 من المحور 01 (الجدول رقم 01-01) :

هل تلقيتم التكوين الكافي فيما يتعلق بتطبيق المقاييس والاختبارات للكشف عن التوحد؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	02	% 33.33
لا	04	% 66.67
المجموع	06	% 100

$$33.33\% = \frac{100 \times 02}{06}$$

$$66.67\% = \frac{100 \times 04}{06}$$

التعليق: من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة إجابات الأخصائيين حول تكوينهم فيما يخص تطبيق اختبارات ومقاييس الكشف عن التوحد كانت %33.33 أجابوا ب نعم مؤكدين أنهم لديهم تكوين كافي لهذه المقاييس. ونسبة %66.67 كانت إجابتهم ب لا ، أظهرت تلقيهم لتكوين غير كافي.

2. جدول البند رقم 02 من المحور 01 (الجدول رقم 02-01) :

أثناء تكوينكم هل درستم جميع الإعاقات المختلفة (متلازمة اسبرجر، متلازمة ريت، الإعاقة الذهنية، الفصام، الصمم، اضطرابات التعلم)؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 33.33	02	نعم
% 66.67	04	لا
% 100	06	المجموع

$$33.33\% = \frac{100 \times 02}{06}$$

$$66.67\% = \frac{100 \times 04}{06}$$

التعليق: من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأخصائيين والتي أجابت بـ نعم المقدره بـ 66.67% لم يتعرضوا أثناء تكوينهم إلى دراسة جميع الإعاقات (متلازمة اسبرجر، متلازمة ريت، الإعاقة الذهنية، الفصام، الصمم، اضطرابات التعلم)، والنسبة الأقل منهم والمقدره بـ 33.33% الذين أجابوا بـ نعم قد درسوا جميع الإعاقات المذكورة آنفًا. ومنه فإن النسبة الغالبة من الأخصائيين يفتقرون إلى التكوين اللازم والمتنوع والشامل لمختلف الإعاقات.

3. جدول البند رقم 03 من المحور 01 (الجدول رقم 01-03) :

هل التكوين الذي تلقيتموه كافي ؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 33.33	02	نعم
% 66.67	04	لا
% 100	06	المجموع

$$33.33\% = \frac{100 \times 02}{06}$$

$$66.67\% = \frac{100 \times 04}{06}$$

التعليق: يوضح الجدول أنّ نسبة التكوين الذي تلقوه الأخصائيون كافي كانت 33.33%. أمّا نسبة الإجابة ب لا هي 66.67%، فهنا نجد أنه ليس لديهم تكوين كافي للتكفل بأطفال التوحد.

4. جدول البند رقم 04 من المحور 01 (الجدول رقم 01-04) :

هل ترغب في تلقيك تكوينًا إضافيًا؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 100	06	نعم
% 00	00	لا
% 100	06	المجموع

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: يمثل الجدول نسبة إجابات الأخصائيين عن رغبتهم في تلقي تكوين إضافي كانت 100%.

فعلية كل الأخصائيين راغبون في تلقي تكوينات إضافية. أمّا الإجابة ب لا فلم نصادفها.

5. جدول البند رقم 05 من المحور 01 (الجدول رقم 01-05) :

هل ترغب في حضور دورات تكوينية بغية تحسين المستوى؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 100	06	نعم
% 00	00	لا
% 100	06	المجموع

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: يمثل الجدول نسبة رغبة الأخصائيين في حضور دورات تكوينية بغية تحسين المستوى حيث كانت عالية جداً 100%. خلاف الإجابة ب لا فتقابلها 00%.

6. جدول البند رقم 06 من المحور 01 (الجدول رقم 01-06) :

هل قمت بتكوين خاص عن التوحد؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 50	03	نعم
% 50	03	لا
% 100	06	المجموع

$$50\% = \frac{100 \times 03}{06}$$

$$50\% = \frac{100 \times 03}{06}$$

التعليق: يمثل الجدول أعلاه أنّ نسبة إجابات الأخصائيين فيما يخص قيامهم بتكوين خاص عن التوحد حيث تقابل الإجابة بـ نعم نسبة 50% أمّا الإجابة بـ لا فكانت نسبتها 50%. وبالتالي فقد تلقينا نسبة متعادلة.

7. جدول البند رقم 07 من المحور 01 (الجدول رقم 01-07) :

هل يمكنك وضع تشخيص فريقي للتوحد؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	06	100 %
لا	00	00 %
المجموع	06	100 %

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: يمثل الجدول نسبة إجابة الأخصائيين عن السؤال المطروح، الإجابة بـ نعم تحصلت على نسبة 100% أمّا الإجابة بـ لا فكانت نسبتها 00%.

8. جدول البند رقم 08 من المحور 01 (الجدول رقم 01-08) :

هل تجد نفسك مؤهل للتكفل؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 100	06	نعم
% 00	00	لا
% 100	06	المجموع

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: يمثل الجدول السابق نسبة إجابات الأخصائيين حول تأهيلهم بحيث هل يجدون أنفسهم مؤهلين للتكفل بفئة التوحد. كانت الإجابة ب نعم نسبتها 100% وهنا نلاحظ أن الأخصائيين مؤهلين للتكفل بأطفال التوحد.

9. جدول البند رقم 09 من المحور 01 (الجدول رقم 01-09) :

هل لديك خبرات سابقة عن التكفل بالتوحد في قطاعات سابقة ؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 33.33	02	نعم
% 66.67	04	لا
% 100	06	المجموع

$$33.33\% = \frac{100 \times 02}{06}$$

$$66.67\% = \frac{100 \times 04}{06}$$

التعليق: الجدول السابق يمثل إجابات الأخصائيين عن إذا كانت لديهم خبرات سابقة في مجال للتكفل بالأطفال المتوحدين. فكانت نسبة إجابتهم بـ نعم 33.33%، أما الأخصائيين الذين لم تكن لهم خبرات سابقة فنسبتهم 66.67%. إذن أغلبية الأخصائيين لم تكن لديهم خبرات سابقة.

10. جدول البند رقم 10 من المحور 01 (الجدول رقم 01-10) :

هل لديك علاقات بأشخاص مختصين (أطباء أطفال مختصين، أطباء أعصاب، أخصائيين نفسانيين،... إلخ)؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	06	% 100
لا	00	% 00
المجموع	06	% 100

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: الجدول يمثل نسبة إجابات الأخصائيين حول ما إذا كانت لديهم علاقات بأخصائيين آخرين فكانت إجابتهم بـ نعم نسبتها 100%.

11. جدول البند رقم 11 من المحور 01 (الجدول رقم 01-11) :

هل تجدون صعوبة في تشخيص اضطراب التوحد؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 33.33	02	نعم
% 66.67	04	لا
% 100	06	المجموع

$$33.33\% = \frac{100 \times 02}{06}$$

$$66.67\% = \frac{100 \times 04}{06}$$

التعليق: يوضح الجدول السابق مدى صعوبة تشخيص اضطراب التوحد، رغم أن النسبة الأكبر والتي نفت صعوبة تشخيص التوحد بإجابتها ب لا بلغت 66.67%، إلا أن تأكيد المجموعة الثانية من الأخصائيين على صعوبة التشخيص بنسبة 33.33%، يدل على صعوبته حقاً ولا يمكن تجاهلهم.

12. جدول نسبة المتوسط الحسابي المحور الأول (الجدول رقم 01-12) :

يمثل نسبة المتوسط الحسابي لإجابات العينة على المحور الأول: المستوى التكويني.

البند	احتمالات (نعم)	النسبة (%)	احتمالات (لا)	النسبة (%)
01	02	% 33.33	04	% 66.67
02	02	% 33.33	04	% 66.67
03	02	% 33.33	04	% 66.67
04	06	% 100	00	% 00
05	06	% 100	00	% 00

% 50	03	% 50	03	06
% 00	00	% 100	06	07
% 00	00	% 100	06	08
% 66.67	04	% 33.33	02	09
% 50	03	% 50	03	10
% 00	00	% 100	06	11
% 33.3	0.333	% 66.7	0.667	المتوسط الحسابي

التعليق: من الجدول أعلاه نستنتج أنّ نسب إجابات الأخصائيين بالنسبة للمحور الأول الذي يشير للسيرورة التكوينية الخاصة بهم، قد أجابوا بنسبة المتوسط الحسابي التي تقدر بـ 66.7% على الاحتمال بنعم، ونسبة الإجابة بـ لا تمثل 33.3%. وبهذا نصل لنتيجة أنّ هؤلاء الأخصائيين لديهم تكوين كافي في مجال التكفل بأطفال التوحد.

ثانياً: عرض نتائج بنود المحور الثاني: الأساليب التشخيصية :

1. جدول البند رقم 01 من المحور 02 (الجدول رقم 02-01) :

هل يقوم الأخصائي بتشخيص الحالات لوحده؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	00	00 %
لا	06	100 %
المجموع	06	100 %

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

التعليق: من خلال الجدول السابق نلاحظ مدى قيام الأخصائيين بتشخيص الحالات لوحدهم. أنّ

نسبة 100% أجابوا بـ لا ، وهذا يبين أنهم يقومون بعملية التشخيص كفريق عمل.

2. جدول البند رقم 02 من المحور 02 (02-02) :

هل يتم التنسيق بين مختلف التخصصات حول تشخيص حالات التوحد؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	05	83.33 %
لا	01	16.67 %
المجموع	06	100 %

$$83.33\% = \frac{100 \times 05}{06}$$

$$16.67\% = \frac{100 \times 01}{06}$$

التعليق: من خلال الجدول السابق نلاحظ أنّ نسبة 83.33% قد أجابوا ب نعم وأكّدوا على وجود تنسيق بين مختلف التخصصات حول تشخيص حالات التوحد.

3. جدول البند رقم 03 من المحور 02 (الجدول رقم 02-03) :

هل تعتمدون على فريق متعدد التخصصات لتشخيص حالات التوحد؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	06	% 100
لا	00	% 00
المجموع	06	% 100

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: من خلال الجدول السابق نلاحظ أنّ الأخصائيين يعتمدون بنسبة 100% على فريق متعدد التخصصات في تشخيص التوحد.

4. جدول البند رقم 04 من المحور 02 (الجدول رقم 02-04) :

هل يتم جمع المعلومات عن الطفل من طرف الأولياء؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 100	06	نعم
% 00	00	لا
% 100	06	المجموع

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: من خلال الجدول السابق نلاحظ أنّ بنسبة 100% قد أكدوا على ضرورة جمع المعلومات اللازمة عن الطفل من الأولياء.

5. جدول البند رقم 05 من المحور 02 (الجدول رقم 02-05) :

هل يتم جمع المعلومات عن الحالة من الملف النفسي؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 83.33	05	نعم
% 16.67	01	لا
% 100	06	المجموع

$$83.33\% = \frac{100 \times 05}{06}$$

$$16.67\% = \frac{100 \times 01}{06}$$

التعليق: يبين الجدول التالي أنّ نسبة 83.33% من الأخصائيين أكدوا على أنه يتم جمع المعلومات عن الحالة من الملف النفسي العيادي. بينما أجاب أخصائي واحد بـ لا أي بنسبة 16.67%.

6. جدول البند رقم 06 من المحور 02 (الجدول رقم 02-06) :

هل تستخدم كل الوسائل للحصول على المعلومات الخاصة بالطفل؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	06	% 100
لا	00	% 00
المجموع	06	% 100

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: يُظهر الجدول السابق أنّ نسبة 100% من الأخصائيين أكدوا على استخدامهم كل الوسائل للحصول على المعلومات الخاصة بالطفل.

7. جدول البند رقم 07 من المحور 02 (الجدول رقم 02-07) :

هل يقوم الأخصائيون بمقابلات أولية مع عائلة الطفل ؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	06	% 100
لا	00	% 00
المجموع	06	% 100

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: نلاحظ من الجدول السابق أنّ بنسبة 100% قد أجابوا بـ نعم حول المقابلات الأولية مع عائلة الطفل التوحدي.

8. جدول البند رقم 08 من المحور 02 (الجدول رقم 02-08) :

هل تعتمد بشكل أساسي على المقابلات الوالدية في جميع البيانات اللازمة عن الحالة ؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 83.33	05	نعم
% 16.67	01	لا
% 100	06	المجموع

$$83.33\% = \frac{100 \times 05}{06}$$

$$16.67\% = \frac{100 \times 01}{06}$$

التعليق: من الجدول السابق نجد أنّ نسبة 83.33% من الأخصائيين قد أجابوا بـ نعم حول اعتمادهم بشكل أساسي على المقابلات الوالدية في جمع البيانات اللازمة عن الحالة، بينما أجاب أخصائي واحد بـ لا أي بنسبة 16.67%.

9. جدول البند رقم 09 من المحور 02 (الجدول رقم 02-09) :

هل تقوم بمقابلات موجهة مع الحالة قصد ملاحظة مختلف السلوكات ؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 100	06	نعم
% 00	00	لا
% 100	06	المجموع

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: نلاحظ من الجدول أعلاه أنّ بنسبة 100% من الأخصائيين يقومون بمقابلات موجهة مع الحالة (الطفل) قصد ملاحظة مختلف السلوكيات.

10. جدول البند رقم 10 من المحور 02 (الجدول رقم 02-10) :

هل يكتفي الأخصائي النفسي بالمقابلة الوالدية للطفل التوحدي للتعرف على جميع الاضطرابات المصاحبة؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 00	00	نعم
% 100	06	لا
% 100	06	المجموع

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

التعليق: يبين الجدول أعلاه أنّ كل الأخصائيين أجابوا بـ لا والمقدرة نسبتهم بـ 100% . ومنه فإنّ الأخصائيين لا يكتفون بالمقابلات الوالدية للتعرف على جميع الاضطرابات المصاحبة.

11. جدول البند رقم 11 من المحور 02 (الجدول رقم 02-11) :

هل تقوم بمقابلات توجيهية قصد الإرشاد العلاجي لفائدة أبوي الطفل التوحدي ؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	06	% 100
لا	00	% 00
المجموع	06	% 100

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: من خلال الجدول أعلاه أكّد الأخصائيون بنسبة 100% على قيامهم بمقابلات توجيهية لفائدة أبوي الطفل التوحدي.

12. جدول البند رقم 12 من المحور 02 (الجدول رقم 02-12) :

هل يتم ملاحظة النشاط العام للطفل ؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	06	% 100
لا	00	% 00
المجموع	06	% 100

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: يبين الجدول أعلاه أنّ نسبة 100% من الأخصائيين يهتمون بملاحظة النشاط العام للطفل.

13. جدول البند رقم 13 من المحور 02 (الجدول رقم 02-13) :

هل يتم ملاحظة سلوكيات الطفل في القسم؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 83.33	05	نعم
% 16.67	01	لا
% 100	06	المجموع

$$83.33\% = \frac{100 \times 05}{06}$$

$$16.67\% = \frac{100 \times 01}{06}$$

التعليق: من خلال الجدول السابق فإنّ الأخصائيين أجابوا بـ نعم بنسبة 83.33%، بينما أجاب أخصائي واحد بـ لا أي بنسبة 16.67%. وهذا ما يعكس ملاحظة الأخصائيين للطفل داخل القسم.

14. جدول البند رقم 14 من المحور 02 (الجدول رقم 02-14) :

هل يتم ملاحظة سلوكيات الطفل في المطعم؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 83.33	05	نعم
% 16.67	01	لا
% 100	06	المجموع

$$83.33\% = \frac{100 \times 05}{06}$$

$$16.67\% = \frac{100 \times 01}{06}$$

التعليق: نلاحظ من الجدول السابق أنّ نسبة 83.33% من الأخصائيين أجابوا بـ نعم، وهذا ما يعكس مدى ملاحظة الطفل في المطعم .

15. جدول البند رقم 15 من المحور 02 (الجدول رقم 02-15) :

هل يتم تسجيل السلوك الملاحظ وتفسيره باستمرار ؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 100	06	نعم
% 00	00	لا
% 100	06	المجموع

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: من خلال الجدول أعلاه نجد أنّ نسبة 100% من الأخصائيين أجابوا بـ نعم، أي أنه يتم تسجيل السلوك الملاحظ وتفسيره باستمرار .

16. جدول البند رقم 16 من المحور 02 (الجدول رقم 02-16) :

من خلال ملاحظتك للطفل هل يتم تسجيل مختلف السلوك المتكررة ؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	06	% 100
لا	00	% 00
المجموع	06	% 100

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: يبين الجدول أعلاه أنّ نسبة 100% من الأخصائيين أجابوا بـ نعم، أي أنهم يقومون بتسجيل السلوكيات المتكررة.

17. جدول البند رقم 17 من المحور 02 (الجدول رقم 02-17) :

هل يتم إعداد تخطيط محكم لعملية الملاحظة ؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	06	% 100
لا	00	% 00
المجموع	06	% 100

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: يبين خلال الجدول أعلاه فنسبة 100% من الأخصائيين أجابوا بـ نعم، أي أنهم يقومون بتخطيط محكم لعملية الملاحظة.

18. جدول البند رقم 18 من المحور 02 (الجدول رقم 02-18) :

هل تكتفي بالملاحظة المباشرة في فحص وتشخيص التوحد ؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	00	00 %
لا	06	100 %
المجموع	06	100 %

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

التعليق: من الجدول يتبين أنّ نسبة 100% من الأخصائيين أجابوا بـ لاوأكدوا على أنّ الملاحظة المباشرة لا تكفي لفحص وتشخيص التوحد.

19. جدول البند رقم 19 من المحور 02 (الجدول رقم 02-19) :

هل تستخدم نفس الاختبارات والمقاييس مع جميع حالات التوحد ؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	01	16.67 %
لا	05	83.33 %
المجموع	06	100 %

$$16.67\% = \frac{100 \times 01}{06}$$

$$83.33\% = \frac{100 \times 05}{06}$$

التعليق: يبين الجدول أعلاه أنّ ما يعادل نسبة 83.33% من الأخصائيين قد أجمعوا على عدم استخدام نفس المقاييس والاختبارات مع جميع حالات التوحد، بينما أجاب أخصائي واحد بـ نعم بنسبة 16.67%.

20. جدول البند رقم 20 من المحور 02 (الجدول رقم 02-20) :

هل لديكم حرية في اختيار مختلف الاختبارات التي ترون أنها الأنسب قصد التشخيص الجيد ؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 83.33	05	نعم
% 16.67	01	لا
% 100	06	المجموع

$$83.33\% = \frac{100 \times 05}{06}$$

$$16.67\% = \frac{100 \times 01}{06}$$

التعليق: يبين الجدول أعلاه أنّ نسبة الأخصائيين الذين لهم حرية اختيار الاختبارات أكبر من الأخصائيين المقيدون باختبارات وتقنيات معينة. حيث أنّ الأخصائيين الذين أجابوا بـ نعم تعادل 83.33%، في حين أخصائي واحد أجاب بـ لا بنسبة 16.67%.

21. جدول البند رقم 21 من المحور 02 (الجدول رقم 02-21) :

هل تجدون صعوبة في التعامل مع حالات التوحد ؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	04	% 66.67
لا	02	% 33.33
المجموع	06	% 100

$$66.67\% = \frac{100 \times 04}{06}$$

$$33.33\% = \frac{100 \times 02}{06}$$

التعليق: يمثل الجدول السابق نسبة صعوبة التعامل مع حالات التوحد، حيث بلغت نسبة إجابة

الأخصائيين بـ نعم 66.67% ونسبة الإجابة بـ لا 33.33% ومنه نرى أن أغلبية الأخصائيين قد

أجمعوا على وجود صعوبة في التعامل مع حالات التوحد.

22. جدول البند رقم 22 من المحور 02 (الجدول رقم 02-22) :

هل تصلون إلى النتائج المرغوبة باستمرار ؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	04	% 66.67
لا	02	% 33.33
المجموع	06	% 100

$$66.67\% = \frac{100 \times 04}{06}$$

$$33.33\% = \frac{100 \times 02}{06}$$

التعليق: نلاحظ من الجدول أعلاه أنّ نسبة 66.67% من الأخصائيين يصلون إلى النتائج المرغوبة باستمرار، أمّا بقية الأخصائيين والبالغ نسبتهم 33.33% فقد عبّروا عن عدم توصلهم إلى النتائج المرغوبة باستمرار.

23. جدول نسبة الوسيط الحسابي المحور الثاني (الجدول رقم 02-23) :

يمثل الوسيط الحسابي لإجابات العينة على المحور الثاني: الأساليب التشخيصية.

النسبة (%)	احتمالات (لا)	النسبة (%)	احتمالات (نعم)	البند
% 100	06	% 00	00	01
% 16.67	01	% 83.33	05	02
% 00	00	% 100	06	03
% 00	00	% 100	06	04
% 83.33	01	% 83.33	05	05
% 00	00	% 100	06	06
% 00	00	% 100	06	07
% 16.67	01	% 83.33	05	08
% 00	00	% 100	06	09
% 100	06	% 00	00	10
% 00	00	% 100	06	11
% 100	00	% 100	06	12

% 16.67	01	% 83.33	05	13
% 16.67	01	% 83.33	05	14
% 00	00	% 100	06	15
% 00	00	% 100	06	16
% 00	00	% 100	06	17
% 100	06	% 00	00	18
% 83.33	05	% 16.67	01	19
% 16.67	01	% 83.33	05	20
% 33.33	02	% 66.67	04	21
% 33.33	02	% 66.67	04	22
% 25	0.25	% 75	0.75	المتوسط الحسابي

التعليق: ومن الجدول السابق نلاحظ أنّ الأخصائيين يستخدمون أساليب تشخيصية فعالة قصد

تسهيل عملية التكفل بالأطفال التوحديين، وذلك من خلال النتائج التي توصلنا إليها فقد قدرت نسبة

المتوسط الحسابي للإجابة بـ نعم 75% ، أمّا نسبة الإجابة بـ لا فكانت 25%.

ثالثاً: عرض نتائج بنود المحور الثالث: البرامج التدريبية والعلاجية.

1. جدول البند رقم 01 من المحور 03 (الجدول رقم 03-01) :

هل يقوم المركز النفسي بتدريب الطفل التوحدي على التواصل مع الآخرين ؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	06	% 100
لا	00	% 00
المجموع	06	% 100

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: نلاحظ من الجدول أعلاه أنّ قيام المركز بتدريب الطفل التوحدي على التواصل مع الآخرين

قد بلغت نسبته %100 أي أنّ المراكز تقوم بتدريب الطفل التوحدي على التواصل بشكل جيد.

2. جدول البند رقم 02 من المحور 03 (الجدول رقم 03-02) :

هل لديكم فئات ومساحات خاصة لتدريبهم ؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	06	% 100
لا	00	% 00
المجموع	06	% 100

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: يوضح الجدول أعلاه أنه هناك فئات ومساحات خاصة لتدريب أطفال التوحد، بحيث كانت الإجابات بـ نعم بنسبة 100%.

3. جدول البند رقم 03 من المحور 03 (الجدول رقم 03-03) :

هل تساهم الأسرة في تدريب طفلهم التوحيدي ؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 83.33	05	نعم
% 16.67	01	لا
% 100	06	المجموع

$$83.33\% = \frac{100 \times 05}{06}$$

$$16.67\% = \frac{100 \times 01}{06}$$

التعليق: نلاحظ من الجدول أنّ نسبة الإجابة بـ نعم 83.33% والإجابة بـ لا 16.67% وهذا يبين أنّ الأسرة عموماً تساهم في تدريب طفلهم التوحيدي.

4. جدول البند رقم 04 من المحور 03 (الجدول رقم 04-03) :

حسب رأيك هل توجد برامج تدريبية لتنمية المهارات الخاصة لديهم بالشكل المناسب ؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
50 %	03	نعم
50 %	03	لا
100 %	06	المجموع

$$50\% = \frac{100 \times 03}{06}$$

$$50\% = \frac{100 \times 03}{06}$$

التعليق: يبين الجدول أن نسبة الإجابتين (ب نعم و لا) كانتا متعادلتان بنسبة 50% لكل إجابة عن التساؤل المطروح.

5. جدول البند رقم 05 من المحور 03 (الجدول رقم 03-05) :

هل تقدم المراكز الخاصة لمرضى التوحد علاج تربوي نفسي ؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
66.67 %	04	نعم
33.33 %	02	لا
100 %	06	المجموع

$$66.67\% = \frac{100 \times 04}{06}$$

$$33.33\% = \frac{100 \times 02}{06}$$

التعليق: وضح الجدول أنّ نسبة 66.67% من الأخصائيين قد أجابوا بـ نعم، بينما البعض أجابوا بـ لا بنسبة 33.33%. وهذا يدل على وجود علاج نفسي تربوي داخل المراكز الخاصة باضطراب التوحد.

6. جدول البند رقم 06 من المحور 03 (الجدول رقم 03-06) :

هل تعتمدون على طريقة العلاج باللعب ؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	06	100 %
لا	00	00 %
المجموع	06	100 %

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: يبين الجدول أنّ نسبة 100% من الأخصائيين قد أجابوا بـ نعم، وهذا ما يدلّ على أنّ جلّ الأخصائيين يعتمدون على طريقة العلاج باللعب.

7. جدول البند رقم 07 من المحور 03 (الجدول رقم 03-07) :

هل تتبعون أسلوب التعزيز بالمكافأة مع الطفل التوحيدي ؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 100	06	نعم
% 00	00	لا
% 100	06	المجموع

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: يبين الجدول أنّ نسبة 100% من الأخصائيين يعتمدون أسلوب التعزيز بالمكافأة مع الطفل التوحدي.

8. جدول البند رقم 08 من المحور 03 (الجدول رقم 03-08) :

هل يتم مشاركة الأولياء في عملية التكفل والعلاج ؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 100	06	نعم
% 00	00	لا
% 100	06	المجموع

$$100\% = \frac{100 \times 06}{06}$$

$$00\% = \frac{100 \times 00}{06}$$

التعليق: يبين الجدول أعلاه من خلال إجابات الأخصائيين أنّه يتم مشاركة الأولياء في عملية التكفل والعلاج، فكانت إجاباتهم بـ نعم بنسبة 100%.

9. جدول البند رقم 09 من المحور 03 (الجدول رقم 03-09) :

هل هذا المركز المتواجدين به خاص بأطفال التوحد فقط ؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 83.33	05	نعم
% 16.67	01	لا
% 100	06	المجموع

$$83.33\% = \frac{100 \times 05}{06}$$

$$16.67\% = \frac{100 \times 01}{06}$$

التعليق: نلاحظ من الجدول أعلاه أنّ معظم المراكز المتواجدين بها خاصة بأطفال التوحد، فوضّحت

ذلك نسبة الإجابة بـ نعم 83.33% أمّا الإجابة بـ لا فكانت 16.67%.

10. جدول البند رقم 10 من المحور 03 (الجدول رقم 03-10) :

هل هناك أقسام خاصة بأطفال التوحد ؟

النسبة المئوية	التكرارات	الاحتمالات
% 83.33	05	نعم
% 16.67	01	لا
% 100	06	المجموع

$$83.33\% = \frac{100 \times 05}{06}$$

$$16.67\% = \frac{100 \times 01}{06}$$

التعليق: يبين الجدول أعلاه بأنّ هناك أقسام خاصة بأطفال التوحد، ودليل ذلك نسبة الإجابة بـ نعم كانت 83.33% والإجابة بـ لا كانت 16.67%.

11. جدول البند رقم 11 من المحور 03 (الجدول رقم 03-11) :

هل ترون أنّ هذا المركز به تقنيات ومعدّات كافية لعلاج اضطراب التوحد ؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	02	33.33 %
لا	04	66.67 %
المجموع	06	100 %

$$33.33\% = \frac{100 \times 02}{06}$$

$$66.67\% = \frac{100 \times 04}{06}$$

التعليق: يلاحظ من الجدول أنّ أغلبية الأخصائيين يشكون من قلة المعدات والتقنيات اللازمة لعملية التكفل والتخفيف من شدة الاضطراب.

12. جدول البند رقم 12 من المحور 03 (الجدول رقم 03-12) :

هل تؤيد دمج الطفل التوحيدي مع العادي في المدارس ؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	05	83.33 %
لا	01	16.67 %
المجموع	06	100 %

$$83.33\% = \frac{100 \times 05}{06}$$

$$16.67\% = \frac{100 \times 01}{06}$$

التعليق: يوضح الجدول أنّ أغلبية الأخصائيين والبالغه نسبتهم 83.33% قد أجابوا ب نعم أي أنّهم يؤيدون دمج الطفل التوحيدي مع العادي في المدارس.

13. جدول البند رقم 13 من المحور 03 (الجدول رقم 03-13) :

حسب رأيك هل توفر الدولة لهم مراكز كافية لاستقبالهم ؟

الاحتمالات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	01	% 16.67
لا	05	% 83.33
المجموع	06	% 100

$$16.67\% = \frac{100 \times 01}{06}$$

$$83.33\% = \frac{100 \times 05}{06}$$

التعليق: يوضح الجدول أعلاه المتعلق بسؤال هل توفر الدولة لهم مراكز كافية لاستقبالهم حيث أجمع أغلبية الأخصائيين على عدم توفر مراكز كافية لاستقبال أطفال التوحد حيث أجابوا ب نعم بنسبة 83.33% ، ونسبة 16.67% فقط ب لا.

14. جدول نسبة الوسيط الحسابي المحور الثالث (الجدول رقم 03-14) :

يمثل الوسيط الحسابي لإجابات العينة على المحور الثالث: البرامج العلاجية والتدريبية.

البند	احتمالات (نعم)	النسبة (%)	احتمالات (لا)	النسبة (%)
01	06	% 100	00	% 00
02	06	% 100	00	% 00
03	05	% 83.33	01	% 16.67
04	03	% 50	03	% 50
05	04	% 66.67	02	% 33.33
06	06	% 100	00	% 00
07	06	% 100	00	% 00
08	06	% 100	00	% 00
09	05	% 83.33	01	% 16.67
10	05	% 83.33	01	% 16.67
11	02	% 33.33	04	% 66.67
12	05	% 83.33	01	% 16.67
13	01	% 16.67	05	% 83.33
المتوسط الحسابي	0.77	% 77	0.23	% 23

التعليق: الجدول أعلاه يوضح نسبة الإجابة على المحور الذي يشير إلى البرامج التدريبية والعلاجية في التكفل بأطفال التوحد، حيث كانت نسبة المتوسط الحسابي للإجابة بـ نعم على المحور هي 77% والتي تؤكد تساؤلات المحور، أما نسبة المتوسط الحسابي 25% كانت خاصة بالإجابة بـ لا. ومن خلال هذا نستنتج أنّ جميع البرامج التدريبية والعلاجية مطبقة للتكفل بهذه الفئة.

رابعًا: التحليل العام للنتائج:

ومن خلال عرض ومناقشة النتائج التي تحصلنا عليها عبر استبيان الدراسة والذي يهدف إلى التعرف على التكفل النفسي بأطفال التوحد في المراكز البيداغوجية بولاية البويرة، توصلنا إلى أنّ الأخصائيين لديهم مستوى تكوين كافي في مجال التكفل بأطفال التوحد، أمّا فيما يخص الأساليب التشخيصية فهي تطبق بشكل جيّد وفعال قصد تسهيل عملية التكفل بأطفال التوحد. ومن ناحية البرامج التدريبية والعلاجية فأغلبيتها مطبقة قصد التكفل بهم.

ومنه نستخلص كإجابة للتساؤل العام بأنّ التكفل النفسي بأطفال التوحد في المراكز المتخصصة (بوالية البويرة) يحظى بأهمية بالغة من طرف المختصين عن طريق تدريبهم على كافة البرامج الخاصة بعلاج أطفال التوحد.

الحائمة

الخاتمة:

كل طفل توحدي يستطيع التقدم والتحسن إذا استطعنا نحن كباحثين أصحاب التخصص والمعلمين واقتناع الأهل بقدراته الظاهرة والباطنة والتعامل معه وفق خطط واضحة ومدروسة، مع تقديم الحب والتقدير وتقبله. بالإضافة إلى تقديم برامج وخطط علاجية، سلوكية وتربوية، لأنّ تعرض الطفل التوحدي لأي مشكلة من المشكلات التالية سواء شخصية أو سلوكية أو نمائية تعيق عملية التطور والتنمية، ويرهق مختلف المهتمين بشؤونهم سواء في المنزل أو في المركز أو المجتمع ككل. فبعدما تطرقنا إلى دراسة التكفل النفسي بأطفال التوحد داخل المراكز المتخصصة، ومن خلال دراسة 06 حالات، توصلنا إلى أنّ هناك تكفل نفسي بهم. ويبقى أن نقول أنّ هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى اهتمام ورعاية أكثر من طرف الأسرة أو من طرف الأخصائيين، لذلك لا بد من مساعدتهم والمساهمة في التكفل الجيد بهم للوصول إلى تطوير قدراتهم ودمجهم في المجتمع. ومن هنا يتطلب اتخاذ مجموعة من الإجراءات وبعض التقنيات الموجهة للتكفل بهذه الفئة من توفير المختصين المؤهلين والأخصائيين النفسيين العياديين الذين يمكن أن يساعدوا في العلاج مرتكزين في ذلك على كل الوسائل والتقنيات الجديدة للتكفل بهذه الفئة، للحصول على أفضل نتائج تتفع بها أطفال التوحد وترقى بهم إلى أقرانهم العاديين.

مراجع

قائمة المراجع:

1. المراجع باللغة العربية:

1.1. الكتب:

1. أسامة، ف.م. (2011). مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية (الأسباب - التشخيص - العلاج). الأردن: ط1. دار المسيرة.
2. الآغا، إ. (1997). البحث التربوي عناصره ومناهجه. فلسطين: ط2. مكتبة مقداد.
3. الجبالي، ح. (2016). التوحد واضطرابات الذاتوية. دار الأسرة للإعلام ودار الثقافة.
4. الجلامدة، ف.ع. (2013). اضطرابات التوحد في ضوء النظريات (المفهوم، التعليم، المشكلات المصاحبة). الرياض: دار الزهراء.
5. الجوالدة، ف.ع. والإمام، ص.م. (2011). التوحد (رؤية الأهل والأخصائيين). الأردن: ط1. دار الثقافة.
6. الحلبي، س.ش. (2015). التوحد الطفولي (أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه). سوريا: دار مؤسسة رسلان.
7. الزاوي، ف.ت. وحماد، أ.ص. (1999). التوحد الإعاقة الغامضة. قطر.
8. الزريقات، إ.ف. (2004). التوحد (الخصائص والعلاج). الأردن: دار وائل.
9. السعيد، ه. (2009). الطفل الذاتوي (بين المعلوم والمجهول دليل الآباء والمختصين). مصر: ط1. مكتبة أنجلو المصرية.

المراجع

10. الشامي، ع.و. (2004). علاج التوحد (الطرق التربوية والفسية والطبية). الرياض: ط1. فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية.
11. الشربيني، س.ك. وأسامة، ف.م. (2014). التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج). الأردن: ط2. دار المسيرة.
12. الشرقاوي، م.ع. (2018). التوحد (ووسائل علاجه). دسوق: ط1. دار العلم والإيمان.
13. العازمي، ن.ع. (2007). الإعاقة العقلية. الأردن: ط1. دار الفكر.
14. العبادي، ر.خ. (2006). التوحد. الأردن: ط1. مكتبة المجتمع العربي.
15. العزة، س.ح. (2019). الإرشاد الأسري. الأردن: مكتبة دار الثقافة.
16. العيساوي، ع. (1997). سيكولوجية الطفولة والمراهقة. لبنان: دار النهضة العربية.
17. القبالي، أ.ي. (2017). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. الأردن: ط2. دار الخليج.
18. المقابلة، ج.خ. (2016). اضطرابات طيف التوحد (التشخيص، التدخلات العلاجية). الأردن: ط1. دار ياف.
19. النابلسي، أ. (1988). الربو عند الأطفال. لبنان. دار النهضة العربية.
20. بدر، إ.م. (2004). الطفل التوحدي (التشخيص والعلاج). مصر: مكتبة أنجلو المصرية.
21. تامر، ف.س. (2015). التوحد (التعريف، الأسباب، التشخيص والعلاج). الأردن: ط1. دار الإعصار العلمي.
22. خليل، إ.م. (2009). الأوتيزم (التوحد) والإعاقة العقلية. القاهرة: مؤسسة طبية.
23. ركزة، س. (2018). التوحد. الجزائر: جسور.

24. سليمان، م.س. (د.ت). الطفل الذاتوي (التوحد) بين الغموض والشفقة... والفهم والرعاية). السعودية: عالم الكتب.
25. شاكر، س.م. (2010). التوحد (أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه). الأردن: ط2. دار ديونو.
26. شكري، م.ح. (2020). مشكلات المعالجة ومشكلات تناول الطعام. مصر: دار نبتة.
27. عطوف، م.ي. (2011). علم النفس الإكلينيكي. لبنان: دار المسيرة.
28. غانم، م. ح. (2009). مقدمة في علم النفس الإكلينيكي - تقييم وتشخيص وعلاج. مصر: المكتبة المصرية.
29. مصطفى، ج. (2008). التوحد. مصر: دار الأخبار اليوم.
30. نبيه، إ.إ. (2009). الاضطراب التوحد (مفهومه و تشخيصه و علاجه وكيفية التعامل معه). مصر: مركز الإسكندرية للكتاب.
31. نصر الله، ع.ع. (2008). الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. الأردن: دار وائل.

2.1. المذكرات:

1. سعودي، ب. (2022/2021). صعوبات التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر المعلمين

المتخصصين في المدارس الابتدائية - دراسة ميدانية بمدارس مسيلة (مذكرة ماستر منشورة).

الجزائر: جامعة المسيلة.

2. محلين، أ. (2019/2018). واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد (دراسة ميدانية بالمراكز النفسية

البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنياً بولاية أم البواقي) (مذكرة ماستر منشورة). الجزائر: جامعة

أم البواقي.

2. المراجع باللغة الفرنسية:

1. Flusberg, H. (2001). Autistic children's talk about psychological states: deficits in the early acquisition of a theory of mind.
2. Furth, uta. (2007).Autism : Explaining The Enigma. oxford Blackwell publishing (common, Mils. 2000).

املا حقا

قائمة الملاحق

الملحق رقم 01:

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أكلي محند أولحاج - البويرة -

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية
السنة الثالثة ليسانس علم النفس العيادي

استمارة بحث بعنوان :

التكفل النفسي بأطفال التوحد داخل المراكز المتخصصة

في إطار إنجاز مذكرة بحث لنيل شهادة ليسانس علم النفس العيادي وإعداد مذكرة التخرج بعنوان:
التكفل النفسي بأطفال التوحد داخل المراكز المتخصصة، وضعت بين أيديكم هذه الاستمارة لإبداء
رأيكم عن كل فقرة ونرجوا منكم الإجابة بكل صراحة عن أسئلة الاستبيان وذلك لاستعمال المعلومات
المطلوبة لغرض البحث العلمي.

ملاحظة: ضع علامة + أمام الإجابة التي تناسبك.

السنة الدراسية: 2022 / 2023

معلومات شخصية

• الجنس :

أنثى

ذكر

• المستوى التعليمي :

تكوين خاص

جامعي

ثانوي

• الشهادة المتحصل عليها :

..... أخرى تذكر

ماجستير

ليسانس

• الخبرة المهنية :

أقل من 05 سنوات

بين 05 و 10 سنوات

10 سنوات فما فوق

المستوى التكويني

لا	نعم	البنود	المحاور
		1. هل تلقيتم تكوين كافي فيما يتعلق بتطبيق المقاييس والاختبارات للكشف عن التوحد؟	
		2. أثناء تكوينكم هل درستم جميع الإعاقات المختلفة (متلازمة اسبرجر، متلازمة ريت، الإعاقة الذهنية، الفصام، الصمم، اضطرابات التعلم)؟	
		3. هل التكوين الذي تلقيتموه كافي ؟	
		4. هل ترغب في تلقيك تكوينًا إضافيًا؟	
		5. هل ترغب في حضور دورات تكوينية بغية تحسين المستوى؟	
		6. هل قمت بتكوين خاص عن التوحد؟	
		7. هل يمكنك وضع تشخيص فارق للتوحد؟	
		8. هل تجد نفسك مؤهل للتكفل؟	
		9. هل لديك خبرات سابقة عن التكفل بالتوحد في قطاعات سابقة ؟	
		10. هل لديك علاقات بأشخاص مختصين (أطباء أطفال مختصين، أطباء أعصاب، أخصائيين نفسانيين،... إلخ)؟	
		11. هل تجدون صعوبة في تشخيص اضطراب التوحد؟	

الأساليب التشخيصية

لا	نعم	البند	المحاور
		1. هل يقوم الأخصائي بتشخيص الحالات لوحده؟	
		2. هل يتم التنسيق بين مختلف التخصصات حول تشخيص حالات التوحد؟	
		3. هل تعتمدون على فريق متعدد التخصصات لتشخيص حالات التوحد؟	
		4. هل يتم جمع المعلومات عن الطفل من طرف الأولياء؟	
		5. هل يتم جمع المعلومات عن الحالة من الملف النفسي؟	
		6. هل تستخدم كل الوسائل للحصول على المعلومات الخاصة بالطفل؟	
		7. هل يقوم الأخصائيون بمقابلات أولية مع عائلة الطفل؟	
		8. هل تعتمد بشكل أساسي على المقابلات الوالدية في جميع البيانات اللازمة عن الحالة؟	
		9. هل تقوم بمقابلات موجهة مع الحالة قصد ملاحظة مختلف السلوكيات؟	
		10. هل يكتفي الأخصائي النفسي بالمقابلة الوالدية للطفل التوحدي للتعرف على جميع الاضطرابات المصاحبة؟	
		11. هل تقوم بمقابلات توجيهية قصد الإرشاد العلاجي لفائدة أبوي الطفل التوحدي؟	
		12. هل يتم ملاحظة النشاط العام للطفل؟	

		13. هل يتم ملاحظة سلوكيات الطفل في القسم؟	
		14. هل يتم ملاحظة سلوكيات الطفل في المطعم؟	
		15. هل يتم تسجيل السلوك الملاحظ وتفسيره باستمرار؟	
		16. من خلال ملاحظتك للطفل هل يتم تسجيل مختلف السلوك المتكررة؟	
		17. هل يتم إعداد تخطيط محكم لعملية الملاحظة؟	
		18. هل تكفي بالملاحظة المباشرة في فحص وتشخيص التوحد؟	
		19. هل تستخدم نفس الاختبارات والمقاييس مع جميع حالات التوحد؟	
		20. هل لديكم حرية في اختيار مختلف الاختبارات التي ترون أنها الأنسب قصد التشخيص الجيد؟	
		21. هل تجدون صعوبة في التعامل مع حالات التوحد؟	
		22. هل تصلون إلى النتائج المرغوبة باستمرار؟	

البرامج التدريبية والعلاجية

لا	نعم	البنود	المحاور
		1. هل يقوم المركز النفسي بتدريب الطفل التوحدي على التواصل مع الآخرين ؟	
		2. هل لديكم فناءات ومساحات خاصة لتدريبهم ؟	
		3. هل تساهم الأسرة في تدريب طفلهم التوحدي ؟	
		4. حسب رأيك هل توجد برامج تدريبية لتنمية المهارات الخاصة لديهم بالشكل المناسب ؟	
		5. هل تقدم المراكز الخاصة لمرضى التوحد علاج تربوي نفسي ؟	
		6. هل تعتمدون على طريقة العلاج باللعب ؟	
		7. هل تتبعون أسلوب التعزيز بالمكافأة مع الطفل التوحدي ؟	
		8. هل يتم مشاركة الأولياء في عملية التكفل والعلاج ؟	
		9. هل هذا المركز المتواجدين به خاص بأطفال التوحد فقط ؟	
		10. هل هناك أقسام خاصة بأطفال التوحد ؟	
		11. هل ترون أنّ هذا المركز به تقنيات ومعدّات كافية لعلاج اضطراب التوحد ؟	
		12. هل تؤيد دمج الطفل التوحدي مع العادي في المدارس ؟	
		13. حسب رأيك هل توفر الدولة لهم مراكز كافية لاستقبالهم ؟	