

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

Université Akli Mohand Oulhadj - Bouira -

Tasdawit Akli Muḥend Ulḥağ - Tubirett -



جامعة البويرة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أكلي محمد أولحاج

- البويرة -

Faculté des Sciences Sociales et Humaines

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

شعبة علم النفس

قسم علم النفس و علوم التربية

تخصص علم النفس العيادي

التكفل النفسي بالأطفال ذوي اضطراب التوحد عن طريق

برنامج تيتش

دراسة ميدانية ل 5 حالات بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في

الأمراض العقلية بسور الغزلان

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

تحت اشراف الاستاذة :

من اعداد الطالبتين :

- ولد محند لامية

• قصري شهيناز

• مسلم فوزية

السنة الجامعية 2023/2022



التصريح الشرفي الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية

لإنجاز بحث

انا الممضي اسفله،

السيد(ة) مسلمة صورية

الصفة: طالب (ماستر / دكتوراه)

الحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية: 109968050 والصادرة بتاريخ 20/8/2023

المسجل(ة) بكلية / معهد علم النفس قسم علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

والمكلف(ة) بإنجاز اعمال بحث (مذكرة، التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، اطروحة دكتوراه).

عنوانها: التدخل النفسي بالطفل الضعيف التوحد في ظل جائحة كورونا

سنة

أصريح بشرفي اني ألتم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية الاخلاقيات المهنية والنزاهة الاكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور أعلاه.

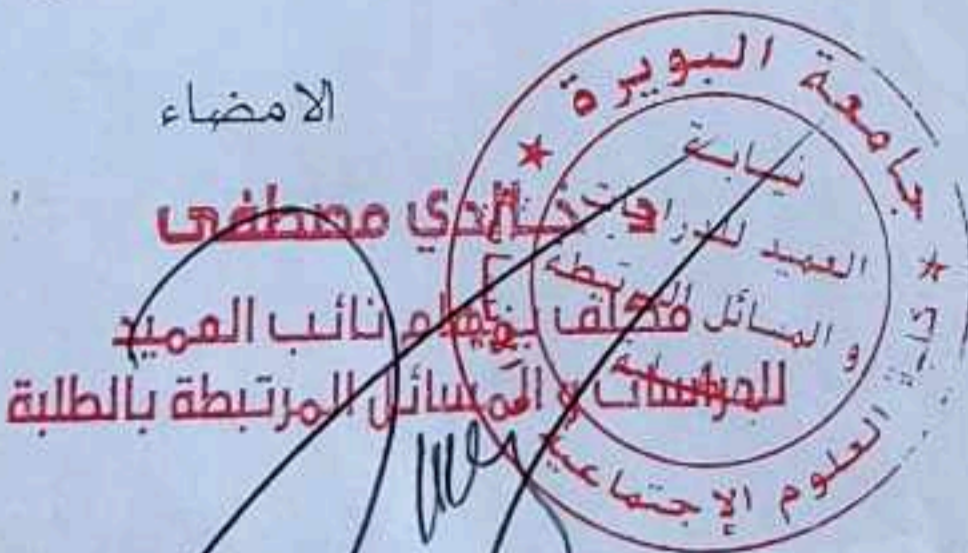
توقيع المعني (ة)

التاريخ:

البويرة في 2023 12 0

هيئة مراقبة السرقة العلمية:

الامضاء



%

13

نسبة:



التصريح الشرفي الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية

لإنجاز بحث

انا الممضي اسفله،

السيد(ة) قصري شهنار الصفة: طالب (ماستر / دكتوراه)

الحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية: 15576109 والصادرة بتاريخ 2013.04.22

المسجل(ة) بكلية / معهد علم النفس قسم علم النفس

تخصص: علم النفس العملي

والمكلف(ة) بإنجاز اعمال بحث (مذكرة، التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، اطروحة دكتوراه).

عنوانها: التحليل النفسي با حفل ذوي الفعاليات التوجيه

عن طريق ...

أصرح بشرفي اني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية الاخلاقيات المهنية والنزاهة الاكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور أعلاه.

توقيع المعني (ة)

التاريخ:

20 JUL 2023 البويرة في

هيئة مراقبة السرقة العلمية:

الامضاء

% 13

النسبة:





بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر و التقدير

الحمد لله رب العالمين وصلي على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين...

وبعد

نشكر أولا وأخيرا الله سبحانه وتعالى على نعمته العظيمة ونحمده على فضله
علينا بإتمام الدراسة ونرجو الله أن ينفع بها كل من يطلع عليها
ويسرنا أن نقدم بأوفر وأبلغ معاني الشكر لكل من ساعدنا في إعداد هذه المذكرة
ونخص بالذكر الأستاذة الكريمة والمشرقة " ولد محند لامية "
على قبولها لتأطيرنا و التي أعطت هذه الدراسة الكثير من وقتها وجهدها منذ بداية هذه
وأيضًا أساتذة التخصص " علم النفس العيادي " خاصة وكافة الزملاء و
الطلاب الجامعة

نشكر عميدة كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و رئيس قسم علم النفس

نشكر كل من ساعدنا من قريب او من بعيد و إلي كل من منحنا نبضة الإرادة

الاهداء



بسم الله الرحمن الرحيم الحمد لله و الصلاة و السلام على نبي الله
الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات الذي وفقني في مسيرتي الدراسية ووفقني لتثمين هذه المذكرة
للذي وضع الله - سبحانه وتعالى - الجنة تحت قدميها .لملاكي في الحياة .إلي سر الوجود إلي بسمه
الحياة .إلى من كان دعائها سر ناجحي "أمي العزيزة".
إلى من كلله الله بالهيبة و الوقار إلى من احمل اسمه بكل افتخار إلى مصدر الأمان إلى سندي في
الحياة "أبي العزيز".
أرجو من الله أن يمد في عمركما و أن ترو ثمارا قد حان وقت قطافها بعد طول انتظار بكل افتخار.
إلى من بوجودهما اكسب قوة و محبة أختاي الحبيبتان . "إيمان . ابتسام"
إلى ازواج اختاي : توفيق و عبد الكريم
إلى براعمي : ملاك . ليليان . تسنيم . محمد . اياد . حبيب الله.
إلى حبيبات القلب و الروح: شيماء. نسرين. راضية. حنان. نجاة. مروة. شهرة، صبرين.
إلى زميلتي و صديقتي في المذكرة : فوزية.
إلى عائلتي الكبيرة فردا فردا.
إلى كل زملائي في تخصص علم النفس العيادي .
إلى كل أساتذتي الذين حملوا أقدس رسالة في الحياة و أساتذتي المشرفة ولد محند لامية بارك الله
فيكم و لكم.

قصري شهيناز



الاهداء



بسم الله الرحمن الرحيم والحمد لله على انجاز هذا العمل الذي اهديه الى احب

الناس امي الغالية سبب وجودي ونجاحي اطل الله في عمرها ، وابي العزيز

الذي لن ياتي احد بمثله الذين رافقوني وساعدوني طيلة حياتي .حفظه الله ورعاه.

والى اخوتي : شهيناز ، وهديل وعبد النور والى فيروز وابنتيها قرة عيني وصال وفرح

واهداء خاص الى زوجي اطل الله في عمره ، والى كل صديقتي في العمل خاصة الهام وامينة

والى زميلتي وصديقتي في المذكرة شهيناز اتمنى لها كل التوفيق في حياتها.

والى استاذتي المشرفة ولد محند لامية وكل اساتذة علم النفس العيادي

لكم مني الف تحية وتقدير.

الى كل من مد لي يد العون من قريب او من بعيد.

مسلم فوزية



التكفل النفسي بالأطفال ذوي اضطراب التوحد عن طريق برنامج تيتش

هدفت الدراسة إلى التكفل النفسي بأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال برنامج تيتش في تعديل سلوك أطفال التوحد وإعادة التأهيل، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج العيادي ودراسة حالة، واختيار عينة قصديه مكونة من خمسة أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تتراوح أعمارهم ما بين (03 - 06 سنوات)، بمصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بسور الغزلان ولاية البويرة، وكانت أدوات الدراسة عبارة عن مقابلة نصف موجهة، واختبار M-CHAT ومقياس CARS لتشخيص حالات التوحد وتحديد درجته وقائمة مهارات وسلوكيات الواجب تنميتها لدى أطفال التوحد. وبعد تطبيق برنامج تيتش على هذه الفئة من الأطفال من خلال الجلسات التدريبية والتعاونية بين الأخصائيين والوالدين، تمكنا من الوصول بالطفل إلى تنمية المهارات في مختلف الجوانب مثل التقليد، الإدراك الحسي، الحركة العامة، الحركة الدقيقة، التنسيق بين العين واليد، الكفاءة اللغوية، الإدراك المعرفي، التفاعل الاجتماعي، الاستقلالية.

وقد أسفرت نتائج برنامج تيتش إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات التوحد وذلك من خلال مقياس CARS القبلي والبعدي لدى أطفال التوحد.

كما أسفرت نتائج الدراسة انه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقييم الأخصائي وتقييم الأهالي في التطبيق القبلي والبعدي لمقياس كارس CARS

Résumé d'étude

L'étude visait à fournir des soins psychologiques aux enfants atteints de troubles autistiques par le biais du programme teacch en modifiant le comportement des enfants autistes et en réadaptation ,et pour atteindre les objectifs de l'étude, on a utiliser l'approche clinique et l'étude de cas,Un échantillon raisonné de cinq enfants atteints de troubles du spectre autistique, âgés de 3 à 6 ans, a été sélectionné.et ceux au niveau du service la de pédopsychiatrie de l'établissement hospitalier spécialiser en psychiatrie de Sour el-Ghazlan, wilaya de Bouira. Les outils d'étude consistaient en un entretien semi-dirigé, un test MCHAT et une échelle CARS pour diagnostiquer les cas d'autisme, et déterminer son degré, et énumérer les compétences et les comportements qui doivent être développés chez les enfants autistes.

Et après avoir appliqué le programme Teeach à ce groupe d'enfants à travers des séances de thérapies et de collaboration entre spécialistes et parents, nous avons pu atteindre a que l'enfant a pu développer des compétences dans divers aspects tels que l'imitation, la perception, la motricité générale, la motricité fine ,la coordination œil-main , compétence verbale , perception cognitive, l'adaptation social et l'autonomie

Les résultats du programme Teacch ont abouti à la présence de différences statistiquement significatives dans les degrés d'autisme, à travers l'échelle pré et post des enfants autistes.

Les résultats de l'étude ont également révélé qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre l'évaluation du spécialiste et l'évaluation des parents dans l'application avant et après l'échelle de CARS

فهرس الموضوعات

فهرس الموضوعات

الصفحة	العنوان
/	كلمة الشكر
/	اهداء 1
/	اهداء 2
/	ملخص الدراسة بالعربية
/	ملخص الدراسة بالفرنسية
أ - ب	مقدمة
الفصل التمهيدي: الاطار العام للإشكالية	
1	1. الإشكالية
5	2. فرضية البحث
5	3. أهمية البحث
5	4. أهداف البحث
5	5. أسباب اختيار البحث
6	6. التحديد الإجرائي لمصطلحات البحث
7	7. الدراسات السابقة
10	8. التعقيب على الدراسات السابقة
الباب الاول: الجانب النظري	
الفصل الاول: اضطراب التوحد	
14	تمهيد
15	1. لمحة تاريخية عن اضطراب التوحد.
16	2. تعريف اضطراب التوحد
18	3. أعراض التوحد.

20	4. أسباب اضطراب التوحد.
22	5. النظريات المفسرة ل اضطراب التوحد.
26	6. أشكال التوحد
27	7. خصائص اضطراب التوحد.
31	8. مشاكل الطفل التوحيدي.
33	9. كيفية تشخيص اضطراب التوحد.
37	خلاصة
الفصل الثاني: التكفل النفسي	
40	تمهيد
41	1- التكفل
41	1-1 التكفل المبكر .
42	1-2 فاعلية التكفل المبكر
42	1-3 أهمية التكفل المبكر
44	1-4 أهداف التكفل المبكر
45	1-5 مراحل التكفل المبكر
45	1-6 أنواع التكفل المبكر
46	1-7 نماذج التكفل المبكر
49	2-التكفل النفسي
49	2-1 تعريف التكفل النفسي
50	2-2 بعض المفاهيم المتداخلة للتكفل النفسي
51	2-3-أهمية التكفل النفسي
52	2-4-أهداف التكفل النفسي

52	2-5- الأسس العامة التكفل النفسي
53	2-6- مراحل التكفل النفسي
57	2-7 أساليب التكفل النفسي
61	خلاصة
الفصل الثالث: البرنامج التدريبي تيتش teacch	
63	تمهيد
64	1- تاريخ برنامج تيتش teacch
66	2- تعريف برنامج تيتش teacch
67	3- محتوى النشاطات التعليمية لبرنامج تيتش teacch
70	4- اهداف برنامج تيتش teacch
70	5- اهمية دور الاسرة في برنامج teacch
71	6- مميزات برنامج تيتش teacch
72	7- ركائز برنامج تيتش teacch
75	خلاصة
الباب الثاني: الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: منهجية البحث	
79	تمهيد
80	1. الدراسة الاستطلاعية
80	2. منهج البحث
81	3. مجموعة البحث
82	4. مجالات البحث (زمني ومكاني)
83	5. ادوات وتقنيات جمع المعلومات

الفصل الخامس: عرض الحالات ومناقشتها	
97	1. الحالة الاولى
102	2. الحالة الثانية
105	3. الحالة الثالثة
112	4. الحالة الرابعة
117	5. الحالة الخامسة
122	6. تفسير النتائج ومناقشة الفرضية
124	الخاتمة
128	قائمة المراجع
135	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

والملاحق

عنوان الجدول

الجدول	عنوان
100	1 جدول يوضح نتائج المتحصل عليها بعد تطبيق برنامج تيتش للحالة الاولى
103	2 جدول يوضح نتائج المتحصل عليها بعد تطبيق برنامج تيتش للحالة الثانية
110	3 جدول يوضح نتائج المتحصل عليها بعد تطبيق برنامج تيتش للحالة الثالثة
115	4 جدول يوضح نتائج المتحصل عليها بعد تطبيق برنامج تيتش للحالة الرابعة
120	5 جدول يوضح نتائج المتحصل عليها بعد تطبيق برنامج تيتش للحالة الخامسة

عنوان الملحق

الجدول	عنوان الملحق	رقم الملحق
135	ملحق رقم 1 دليل المقابلة	الملحق رقم 01
139	Echelle devaluation de lautisme infantile (CARS)	الملحق رقم 02
147	استمارة M-CHAT	الملحق رقم 03
148	Profil psycho-Educatif (PEP-3)	الملحق رقم 04
159	استمارة برنامج تيتش	الملحق رقم 05

مقدمة

كلمة التوحد تردد ذكرها بين علماء النفس والأطباء النفسانيين وإن أول من قدمه هو الطبيب النفسي السويسري يجن للولر عام 1911 حيث استخدمه ليصف بيه الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي والمنسحبين عن الحياة الاجتماعية فهو يعد من الاضطرابات النمائية بحيث يؤثر على العديد من المظاهر نمو الطفل المختلفة. فنجد الطفل يعاني من مشكلات على المستوى اللغة والسلوك والتواصل الاجتماعي. تظهر عادة خلال ثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل وتنتج عن اضطرابات في الجهاز العصبي مما يصر على وظائف المخ

و يعرف أيضا التوحد بمصطلح الذاتية وهو نوع من الإعاقات التطويرية حيث يعيق عمليات التواصل والتعلم والتفاعل ويتميز بقصور وتأخر في النمو الحركي والإدراكي واللغوي عند الطفل

حيث يلاحظ على الطفل ألتوحي الانعزال وعدم التواصل واللعب مع الآخرين وعدم القدرة على التخابط اللفظي والبكاء أو الضحك بدون سبب وغيرها من الأعراض التي تجعل الاهتمام بهذه الشريحة اهتمام ضروري ومهم من اجل تخفيف تلك الإعراض وإمكانية جعلهم يتكيفون مع الإعاقة والمجتمع. إضافة إلى مساعدة الأسرة وإعانتها على التعايش والتعامل مع المتوحد بأقل ضغط وتوتر نفسي يقع على العائلة وهذا بسبب الأعراض التي يصبح ليس من السهل التعايش معها

التوحد اعقد الاضطرابات والأمراض لانه ليس مرض محدد أو ذي أعراض ثابتة فهو يختلف من حيث الشدة والتشابه في المصاب الواحد أو مع الآخرين.

و بسبب تعقيد هذا الاضطراب وعدم معرفة أسبابه أصبح من الضروري والمهم إن تتم عملية التشخيص من قبل فريق متكامل من (طبيب نفسي. أخصائي نفسي عيادي. أخصائي في تصحيح النطق والتعبير اللغوي. أخصائي في العلاج الوظيفي. عون رعاية أطفال) وذلك من اجل التكفل الجيد بالطفل ألتوحي ووضع برامج تساعد على تأهيل وتدريب الطفل المصاب بالتوحد.

لعل كل هذا ما دفعنا لاختيار بحثنا المتمثل في التكفل النفسي بأطفال التوحد عن طريق برنامج تيتش. من خلال تقديم مجموعي بحث تتمثل في 5 حالات حيث تستخدم فيه أربع تقنيات أولها المقابلة النصف الموجهة واختبار M-CHAT واختبار CARS لتحديد درجة التوحد واختبار PEP3 للتقييم كل ستة أشهر ولقد تم كونت دراستنا الحالية من:

إطار العام للإشكالية:

قمنا بصياغة الاشكالية ووضع الفرضيات للبحث إضافة إلى أهداف وأسباب ودوافع الاختيار لهذا البحث وأهميته وتحديد المفاهيم الإجرائية ,الدراسات السابقة والتعقيب حول الدراسات السابقة

الباب الأول الجانب النظري

الفصل الأول يتضمن اضطراب التوحد بحيث قمنا في هذا الفصل بعرض ما تيسر من العناصر التي تخدم موضوع دراستنا وهي تدور تاريخ التوحد,تعريف التوحد ,أهمية دراسة التوحد, خصائص أطفال ذوي اضطراب التوحد الأعراض الإنمائية المبكرة لطيف التوحد ,أسباب التوحد. النظريات المفسرة لاضطراب التوحد. مشكلات الطفل التوحدي,تشخيص التوحد.

الفصل الثاني يتضمن هذا الفصل التكفل النفسي بأطفال التوحد حيث فيه تكلمنا فيه عن التكفل المبكر فعاليته. أهميته. أهدافه. مراحله. أنواعه. نماذجه. ثم تطرقنا إلى التكفل النفسي تعريفه. بعض المفاهيم المتداخلة فيه. أهميته. أهدافه. الأسس العامة له. مراحله. أساليبه ثم المرشد النفسي.

الفصل الثالث تضمن هذا الفصل البرنامج التدريبي تيتش. **teacch**تاريخ برنامج تيتش **teacch**. تعريفه. محتوى النشاطات التعليمية له.اهداف البرنامج تيتش. أهمية دور الاسرة في البرنامج. مميزات برنامج تيتش وركائز برنامج تيتش **teacch**

الباب الثاني الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: فقد تناولنا فيه الاجراءات المنهجية للبحث بحيث تتضمن منهج البحث. دراسة استطلاعية ومجموعة البحث ومكان وزمان إجراء البحث وأدوات البحث المتمثلة في **M-CHAT CARS** و**3-PEP**.

الفصل الخامس: يتضمن عرض النتائج المتحصل عليها في الميدان من عرض المقابلة وتحليلها, وعرض نتائج **M-CHAT** وعرض نتائج مقياس **CARS** , التطبيق القبلي والبعدي لسلم تقدير التوحد الطفولي, وتحليل ومناقشة نتائج متعلقة بالفرضية والجلسات التدريبية, و تفسير النتائج والخاتمة.

الفصل التمهيدي

الإطار العام

لإشكالية البحث

الفصل التمهيدي الاطار العام لإشكالية البحث:

1. الإشكالية
2. فرضية البحث
3. أهمية البحث
4. أهداف البحث
5. أسباب اختيار البحث
6. التحديد الإجرائي لمصطلحات البحث
7. الدراسات السابقة
8. التعقيب على الدراسات السابقة

1- الإشكالية

تعتبر مرحلة الطفولة مرحلة هامة وحاسمة في حياة الفرد، حيث تنمو شخصيته وتتشكل وتبرز ملامحها في جميع جوانبها الجسمية والعقلية والوجدانية والخلقية، وفي هذه المرحلة يتحدد بشكل كبير مدى السواء أو الاضطراب في شخصية الفرد، حيث تعتبر الطفولة مرحلة محددة لما سيكون عليه الشخص في بقية المراحل لذلك فيجب علينا الإعتناء بالطفل وذلك بإشباع حاجاته النفسية والاجتماعية كالحاجة للقبول والحاجة للتقدير، والحاجة للتعبير عن الذات واللعب وإحساسه بذاته وتصوره عنها، فالطفل يميز ذاته عن ذات الآخرين بنشاطه العقلي.

لذا فقد اهتمت مدارس علم النفس المختلفة بسلوكيات الطفولة، فيعتبر أصحاب الواجهة التحليلية أن الخمس سنوات الأولى من حياة الكائن البشري هي العامل الحاسم في بناء صرح شخصيته، ويرى أصحاب الواجهة السلوكية أن من ضمن العوامل التي تسهم في انبثاق وإتيان السلوك هو الزاد الخبراتي والسلوكي الذي تعلمه هذا الكائن في سنوات عمره. كما يؤكد أصحاب النزعة السيكتارية أن دراسات الطفولة هي أهم فروع علم النفس، ويرى كمال مرسي أن الفترة من ثماني أشهر إلى ثلاث سنوات مرحلة هامة في النمو المعرفي والانفعالي والاجتماعي للأطفال العاديين وغير العاديين، وأنه لابد من الاهتمام بهذه الفترة لعدم حدوث إعاقة في نموهم العقلي وإنحرافات السلوكية فيسوء توافقهم في مراحل حياتهم المقبلة. (سهام عليه، 1999، ص 02)

تعد الاضطرابات النمائية، من الاضطرابات ذات الطابع العصبي التي هي محل البحث والدراسة من قبل العديد من العلماء والباحثين، فهي تصيب الأطفال أكثر ما تصيب الكبار، بمعنى انها توجد في مرحلة الطفولة التي تعتبر من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان. فهي حالات اضطرابية عصبية تتمثل في توقف النمو على المحاور اللغوية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية ولكن فقدان هذه المحاور يؤثر سلبا مستقبلا على بناء شخصيته هؤلاء الأطفال في العقود الأخيرة تطور مجال الاهتمام بالإعاقات بمختلف جوانبها وانعكس على الأشخاص ذوي الإعاقات واسرهم بشكل ايجابي من حيث تنمية القدرات والمهارات من خلال ابتكار عدة برامج تدريبية تعد رعاية المعاقين من ذوي الاحتياجات الخاصة من المشكلات المهمة التي تواجه المجتمعات إذ لا يخلو مجتمع من المجتمعات من وجود نسبة لا يستهان بها من أفرادها من يواجهون الحياة وقد أصيبوا بنوع أو أكثر من أنواع الإعاقة التي تقلل من قدراتهم على القيام بأدوارهم في المجتمع على الوجه المقبول مقارنة بالأشخاص العاديين كدراسة (بال جيمس 1996) والتي هدفة الى معرفة أثر التدخلات العلاجية باستخدام أقران طبيعيين على تحسين التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين، كما صاحب

وجودها تباينا في وجهات نظر المجتمعات حيث لاقت هذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة الكثير من المعاملات التي اختلفت باختلاف فلسفة كل مجتمع منهم، فتدرجت المعاملة مع هذه الفئة من الازدراء والقسوة ومحاولة التخلص منهم إلى الإشفاق عليهم والتوجه إلى رعايتهم تحقيقاً لمبدأ تكافؤ الفرص بينهم وبين الأسوياء (دراسة بوكر 2000)

و مثال على ذلك يعد التوحد أحد الاضطرابات النمائية الشاملة التي تعد من أكثر مشكلات الطفولة إزعاجاً وارباكاً وحيرة لأنها تتضمن اضطراباً في جوانب الأداء النفسي خلال مرحلة الطفولة والذي قد يمتد ليشمل مراحل عمرية أخرى بما في ذلك الانتباه والإدراك والتعلم واللغة ومهارات التواصل والمهارات الحسية والحركية وكل ذلك ينعكس سلباً على كل من يتعامل مع هؤلاء الأطفال من أسر ومعلمين واختصاصيين وأقران (الجارحي. 2010 ص 1330)

يعرف أيضاً التوحد بأنه إعاقة تطورية حادة تدوم بدوام الحياة تظهر في غضون السنوات الثلاثة من العمر وتصيب حوالي خمسة من كل عشرة آلاف مولود، وهي بين الذكور أربعة أمثالها بين الإناث تستوي، في ذلك الأسر من كل العروق والأجناس والخلفيات الاجتماعية.

(راضي الواقفي، 2004 ص 495)

و هو إعاقة عصبية حيوية للتطور تؤدي الى احداث اختلافات او فروق في طريقة معالجة المعلومات حيث تؤثر هذه الفروق على قدرة الفرد في فهم واستخدام اللغة والتواصل مع الاخر وفهم الارتباط بطريقة طبيعية مع الناس والاشياء والاحداث والبيئة وفهم المثيرات الحسية والاستجابات لها مثل الالم والسمع والذوق بالإضافة الى التعلم والتفكير (اسامة محمد واخرون 2007 ص 573)

يسعى المختصين النفسيين الى سبل وطرق لكيفية التكفل بهذه الفئة ومساعدتهم على الاستقلالية فالتوحد واحد من اكثر الاضطرابات انتشارا عنا هو معتقد لمعظم الناس بإختلاف الجنسيات والخلفيات الثقافية والدينية والاجتماعية، على الرغم من أنه يبدو بأنه يؤثر على الذكور أكثر من الإناث بمعدل 4 اضعاف اذ يصيب التوحد 1 من كل 37 طفل ذكرو 1 من بين كل 151 طفلة حول العالم . هناك حوالي 700، 000 شخص في المملكة المتحدة الذين يعيشون مع مرض التوحد - لتكون هذه أكبر نسبة من 1 في 100 شخص.

من المعروف ان التوحد منتشر على نطاق واسع عبر العالم خلال وقتنا الحالي ويصيب الملايين حول العالم حيث أشارت الدراسات الإحصائية إلى ان عدد الأطفال المصابين بالتوحد الطفولي بلغت حوالي (4- 5) من كل 10000

حيث ان مركز أبحاث في جامعة كامبردج قدم تقرير بازدياد عدد حالات التوحد وأصبحت 60 حالة من كل 10000 من (5-11) سنة وتعد هذه الإحصائية أكبر عما كان معروف عند الأخصائيين وهي (4- 15) حالة في كل من 1000 (الجلبي 2015 ص 20)

من اهم المشاكل التي يعاني منها اطفال التوحد توجد اضطرابات على مستوى السلوك والتفاعلات الاجتماعية واللغة والتكفل بهم من خلال برامج تربوية نفسية وإنشاء مراكز خاصة في هذا المجال أو مؤسسات تربوية تساعدهم وتقدم لهم أساليب الاعتماد على النفس، وتعمل على إعطاء النصائح والإرشادات للأسر التي تعاني من صعوبة التعامل مع أطفالها من هذا النوع، وكذلك العمل على تكوين معلمين مختصين لتعليم هذه الفئة حتى لا يجهلون طرق المعاملة الصحيحة. وبالتأكيد فان تواجد هذه المراكز والمؤسسات والمعلمين المختصين فهذا يساعد كثيرا في تشخيص وعلاج هذه الفئة.

ضف اضطراب التوحد إذن من أعقد الاضطرابات والأمراض، فهو ليس مرض محدد واضح العوامل المسببة له أو ذو أعراض ثابتة فهي تختلف من حيث الشدة والتشابه في المصاب الواحد، لهذا أصبح الطفل التوحدي يحتاج إلى تكفل طبي، تكفل نفسي، تكفل بيداغوجي، يشمل جميع النواحي النفسية والاجتماعية والعقلية. وان تتم عملية التشخيص من قبل فريق متكامل يضم كل من (طبيب نفسي، أخصائي نفسي، أخصائي أطفال، ومختص أرطفوني)، فتتكاف جهود الأفراد والمؤسسات والمجتمع بهدف مساعدة ورعاية هذه الفئة، خاصة وأن التكفل بمثل هذه الفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة يعتبر واجبا إنسانيا وأخلاقيا ودينيا على جميع الأطراف والهيكل المسؤولة يكون التكفل النفسي باطفال المصابين باضطراب التوحد عن طريق عدة برامج تربوية تدريبية من اجل اعادة تاهيلهم ورعايتهم للاندماج في الحياة الاجتماعية العادية واكتساب المهارات التي تمكنهم من التواصل مع افراد المجتمع وهي تلك المهارات التي يفتقدها الطفل التوحدي ومن اهم هذه البرامج:

- برنامج التدخل المكثف لوفاس (ABA):

يقوم على منهج تحليل السلوك التطبيقي (ABA) وهو علم يهتم بدراسة سلوك البشر والحيوانات وتقوم القاعدة الاساسية لهذا البرنامج على ان التدخل السلوكي يسمح ببناء سلوكيات ايجابية والتخلص من سلوكيات الغير مرغوبة (baghdadi et magali 2007 p 65)

يقوم برنامج ABA على تنمية مهارات التقليد (الحركات ثم الاصوات ثم اكتساب الخبرات ثم ينتقل الى تعليم المهارات الاكثر تعقيدا)

- نموذج التدخل المبكر دنفر:

تم تصميمه للأطفال الصغار من 24 الى 60 شهر مصابون بالتوحد وقد ركز هذا البرنامج على بناء علاقة قريبة من الاطفال كاساس للتنمية الاجتماعية (سليمان 201 ص 195-213)

تعتمد على تطوير روتينات اجتماعية حسية بهدف جعل الطفل يتفاعل اجتماعيا

(Andernson et al 1987 p 352-360)

- برنامج سن رايز (son-rise):

يقوم برنامج على تدعيم الاتصال البصري والتواصل الغير لفظي للذان يعدان من اقوى الطرق لتحسين التواصل والتفاعل الاجتماعي. حيث يساعد على النطق وتعلم المهارات الاجتماعية والتفاعل

(روان 2016 ص 15)

- نظام التواصل بتبادل الصور (PRCS):

هو احد وسائل التواصل المعززة والبديلة متدنية التقنية يكثر استخدامه مع الاطفال المصابين بالتوحد او الذين يعانون من اضطرابات التواصل الاخرى ايضا المراهقين والبالغين

يستعمل لتعليم الاطفال مهارات التواصل الوظيفي من خلال التركيز على الاستقلالية في التواصل وهو نظام خالي من التعقيد وغير مكلف وتهدف هذه الطريقة الى تعليم الطفل طريقة مساعدة للتواصل عن طريق تبادل الصور. حيث يتم تدريبه على اعطاء المتعلم الصورة المناسبة التي تعبر عن رغباته وحاجاته (سهيل 2015. ص 210)

- برنامج تيتش:

هو برنامج لعلاج وتربية الاطفال التوحديين يقدم فيه التشخيص ,التقييم, العلاج , التكوين المهني , مرافقة الاولياء ' البحث , وتم اعتماده كادة شاملة للصحة العمومية لفائدة الاشخاص الذين يعانون من التوحد من كل الفئات العمرية يركز على التعاون بين الاولياء والمختصين من اجل تحسين نوعية الحياة لاطفال التوحد داخل المحيط العائلي والمدرسي وتشجيع ادماجهم في الوسط الاجتماعي.

(barnadette 2007 p 9-19)

سنحاول من خلال هذه الدراسة معرفة فعالية برنامج تيتش في التكفل بأطفال التوحد وعليه نطرح السؤال التالي هل لبرنامج تيتش فاعلية في التكفل النفسي بأطفال التوحد لخفض درجة التوحد لديهم ؟

2-فرضية البحث

يعمل برنامج تيتش على التكفل النفسي بأطفال التوحد لخفض درجة التوحد لديهم.

3-أهمية البحث

- معرفة المشكلات والمعانات التي يعاني منها أطفال التوحد في مجال السلوك والتفاعل الاجتماعي والتواصل اللغوي.
- فهم اضطراب التوحد في البناء النظري من حيث أسبابه خصائصه تشخيصه وعلاجه.
- تقديم برنامج تيتش وأنشطته ودوره في عملية التكفل النفسي على مستوى السلوك والتفاعل الاجتماعي واللغة.
- تقديم المقاييس المستعملة لمعرفة درجة التوحد.
- زيادة انتشار اضطراب التوحد في المجتمع الجزائري.
- الإهتمام بفئة أطفال التوحد فهي من الفئات التي تتطلب الرعاية والتكفل بها لتحقيق تكييف وتوافق نفسي وذاتي واجتماعي.

4-اهداف البحث

- التحقق من فعالية برنامج تيتش التدريبي في التكفل النفسي وحفض درجة التوحد.

5-اسباب اختيار البحث

- الرغبة الشخصية في التعريف ببرنامج "تيتش" ودوره في تنمية مهارات العناية بالذات، كوننا متربصين في مستشفى الأمراض العقلية بسور الغزلان واستخدامهم في التكفل بأطفال التوحد.
- منطقية المشكلة المطروحة وقابلية قياسها على أرض الواقع.
- جعل هذه الدراسة كدليل علمي ومرجع الأهل الاختصاص.
- زيادة انتشار اضطراب التوحد في المجتمع الجزائري

6-التحديد الإجرائي لمصطلحات البحث

6-1-التكفل

هو عملية نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته، وأنه قادر على التواصل مع الآخرين وتحقيق التكيف مع ذاته ومجمعه، من خلال تنمية قدراته ومهاراته واستغلالها أحسن استغلال
و هو عملية يقوم بها المجتمع لتحقيق مجموعة من الاهداف للوصول بالفرد الى ضمان حقوقه والاحساس بالعدالة في وسط المجتمع (الحازمي 2007)

6-2-التكفل النفسي:

يعرفه حامد الزهران بأنه العملية التي يتم من خلالها مساعدة الطالب في رسم الخطط التربوية التي تتلاءم مع قدراته وميوله وأهدافه وأن يختار نوع الدراسة والمناهج المناسبة والمواد الدراسية التي تساعد في اكتشاف الإمكانيات التربوية فيما بعد المستوى التعليمي الحاضر ومساعدته في النجاح في برنامجه التربوي والمساعدة في تشخيص وعلاج المشكلات التربوية بما يحقق توافقه التربوي

(حامد زهران 2003 ص200)

6-3-المفهوم الاجرائي للتكفل النفسي:

وهي الطرق والوسائل التي يستخدمها الأخصائي النفسي بالمؤسسات الصحية للتكفل باطفال التوحد كما يحددها، ومن خلال الاستبيان المعد لهذا الغرض.

6-4-التوحد:

نوع من اضطرابات النمو المعقدة والتي تتميز بغياب العلاقات الاجتماعية والاتصال والمحاذة مع وجود العديد من السلوكيات الشاذة والمنحرفة عن النمو العادي، ويحدث هذا الاضطراب دائما قبل سن 3 سنوات. (المغلوث، 2006، ص27)

6-5-المفهوم الاجرائي

اضطراب انفعالي يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى يتسم بالعجز في تكوين علاقات اجتماعية وعدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية حيث يؤثر ذلك بشكل ملحوظ في شبكة التفاعلات الاجتماعية، إضافة إلى السلوك النمطي ومحدودية استخدام اللغة المنطوقة.

6-6- تعريف برنامج تيتش:

يعرفه ويندك 2000 ، بأنه برنامج يهدف إلى مساعدة أطفال ذو طيف التوحد إلى أن يتعلموا كيف يكونوا أكثر استقلالية من خلال مساعدتهم على تحقيق الفهم الأفضل للعالم من حولهم.

(الزريقات 2004 ص 313 ،)

6-7- المفهوم الإجرائي:

هو البرنامج الذي يستخدم ويطبق على مستوى المراكز التي تتكفل باطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

7-الدراسات السابقة

7-1-دراسة عادل جاسب شيب 2008

الخصائص النفسية والاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الأباء، بحث مقدم لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العام، تهدف الدراسة الى التعرف على خصائص المتوحدين من الأباء لتسهيل عملية التكفل بهم وتأهيلهم من طرف الأخصائيين النفسيين والأرطفونيين والاجتماعيين، وتوصل في نهاية دراسته الى ان هناك أباء يخفون خصائص ابنائهم لذلك تصعب عملية تأهيلهم، وأباء وصفوا جميع خصائص ابنائهم كانت نتائج تأهيلهم جيدة، وهذه الدراسة تشترك ودراستنا في المتغير الثاني وهو الطفل المتوحد.

7-2-دراسة محمد بن سعيد بن محمد الحزنوي 2010

معوقات دمج تلاميذ ذوي اضطرابات التوحد في مدارس التعليم العام، بحث مكمل لنيل شهادة الماجستير في المناهج وطرق التدريس، تسعى هذه 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، وتوصلت الدراسة الى نتيجة ان وجود قصور في خدمات الكشف عن الاضطراب، وندرة المشرفين المتخصصين في الاضطرابات السلوكية والتوحد.

7-3-دراسة طراد نفيسة (2013)

كان عنوان الدراسة هو فاعلية برنامج التدريبي في تحسين المهارات الإجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين (مذكرة ماستر)وقد أجرت الباحثة دراسة ميدانية على عينة من الأطفال التوحديين بالمركز الطبي

التربوي للمتخلفين ذهنيا بتقرت - الجزائر - وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة أثر برنامج تدريبي في تحسين المهارات الإجتماعية لدى التوحدين، وبعدما تم التطرق لمناقشة نتائج فرضية الدراسة القائلة بوجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، حيث إستخدمت الباحثة إختبار « T-Test » للتأكد من دلالة الفروق بين المتوسطات توصلت الباحثة وبعد تطبيق البرنامج الذي يهدف إلى تحسين المهارات الإجتماعية إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القسمين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. بت الدراسة من خلال نتائج الفرضية فعالية البرنامج التدريبي الذي ساهم في تحسين مستوى المهارات الإجتماعية لدى الأطفال التوحدين، وإستكملت الباحثة دراستها بالعديد من الإقتراحات من بينها ضرورة الإهتمام بالبرامج التدريبية الخاصة بالأطفال ذوي التوحد حتى تساعد على الاندماج مع محيطهم وحتى تساهم تلك البرامج على تنمية مهاراتهم الشخصية والاجتماعية، كما أوصت الباحثة بضرورة تقديم الرعاية النفسية والتربوية للأطفال المصابين بالتوحد وذلك من خلال إشراكهم المستمر في الأنشطة الحياة اليومية المتنوعة حتى يتحقق تقدم في النمو النفسي والاجتماعي والتربوي والمهني.

7-4-دراسة حسام محمد أحمد علي(2014)

أجريت الدراسة بعنوان فعالية برنامج معرفي إلكتروني قائم على توظيف الإنتباه الإنتقائي في تحسين إستجابات التواصل لدى أطفال التوحد، وهدفت الدراسة إلى توضيح مفهوم الإنتباه الإنتقائي والكشف عن أهمية تفعيل الإنتباه الإنتقائي للطفل التوحدي في عملية تعديل وتطوير الإستجابات المرغوبة (اللفظي وغير اللفظي (من خلال تقديم برنامج معرفي إلكتروني قائم على توظيف الإنتباه الإنتقائي في تحسين إستجابات التواصل لدى أطفال التوحد. وطبق البحث على عينة من (20) طفل من الأطفال التوحدين الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين (5 - 3) سنة، وقد تم تقسيمها إلى مجموعتين متجانستين أحدهما مثلت المجموعة الضابطة (10) أطفال 9 عرق تطبيق البرنامج (4) اشهر بواقع جلستان منهم (8) ذكور 2 - ، إناث والأخرى مثلت المجموعة التجريبية (10) أطفال منهم (8) ذكور 2 - إناث(، كل اسبوع، بجمعية الطفولة والتنمية اسبوط. وتم التوصل إلى النتائج التالية. 1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس التواصل بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية. 2 توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في الأداء على مقياس التواصل لصالح القياس البعدي.. 3 لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتبعي.

7-5-دراسة قالي فوزية (2015)

قامت الباحثة بدراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيًا بولاية أم البواقي - الجزائر تحت عنوان تقييم الخصائص السلوكية عند الطفل التوحد بتطبيق مقياس STARS 2 المعياري (مذكرة ماستر) ، وتهدف الدراسة إلى تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفولي - المعياري STARS 2 - المعدل في 2010 بنسخته الأصلية باللغة الإنجليزية أما تعريبه فقد كان في ماي 2014 من طرف الدكتور جيلان رياض بالمركز المصري للتدريب والتطوير، ولغرض البحث تمت الدراسة على أربع حالات لم يتم تشخيصها من قبل ولم يتم التكفل بها وكان ذلك بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيًا بولاية أم البواقي كحالات خارجية بما أن الباحثة موظفة في إطار عقود ما قبل التشغيل كأخصائية أرطفونية هناك، ومن خلال نتائج الدراسة لاحظت الباحثة أن الطفل الذي لم يتلقى تكفل مبكر كالتدريب على تعديل سلوكياته من الصعب جدا أن يستجيب للمواقف المنظمة كالإختبارات بأنواعها وهذا ما أجبر الباحثة على التخلي عن البند رقم 14 وال مثل الإستجابة العقلية لذا تقترح الباحثة أن تكون عملية التقييم في شكل ألعاب ونشاطات تستهدف السلوك الذي يرغب الفاحص تقييمه باستعمال الملاحظة التشخيصية كمعيار موضوعي مهم بالإضافة للمعلومات المتحصل عليها من المقابلة واستخبار الوالدين مع مراعاة توفير الظروف المناسبة لهذه العملية. وعليه توصي الباحثة بأن تسيطر برامج التكفل فرديا لأطفال التوحد مع مراعاة مستوى الأداء الحالي للمفحوص

7-6-دراسة درمشي أحسن " 2015

فاعلية برنامج تيتش في خفض درجة التوحد. هدفت إلى التحقق من فرضية الدراسة حول فعالية البرنامج العلاجي تيتش على خفض درجة التوحد لدى الأطفال المصابين بالتوحد. تكونت عينة الدراسة من 6 أطفال من ذوي طيف التوحد تم اختيارهم بطريقة قصدية استخدم الباحث المنهج العيادي، وأداة المقابلة العيادية، ومقياس تقدير الذات الطفولي توصلت الدراسة إلى أن برنامج تيتش TEACCH ذو فاعلية في خفض درجة التوحد لدى الطفل التوحد.

7-7دراسة أمال بوثلجي 2015

تمثل عنوان الدراسة في التقنيات المستخدمة لتشخيص متلازمة التوحد لدى الأخصائيين الارطفونيين هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع التكفل بالطفل المتوحد من الناحية التشخيصية في المراكز البيداغوجية المتواجدة في الجزائر العاصمة اعتمدت الباحثة على طرح استبيان على الأخصائيين النفسانيين القائمين

بالتكفل بفئة التوحد. وصلت الباحثة إلى وجود نقص كبير في مجال التكفل بالتوحد ولا بد من تدعيم تقنيات التكفل بهذه الفئة.

8 - التعقيب حول الدراسات السابقة

أكدت معظم الدراسات على فعالية العلاج بواسطة العلاج السلوكي لدى أطفال التوحد حيث أكدت الدراسات على ضرورة إن تكون البرامج العلاجية والتدريبية في سن مبكرة. فان معظم الدراسات أكدت على ضرورة إن تكون البرامج الموجهة للأطفال التوحديين بشكل فردي مخطط ومنظم وضرورة إشراك الأسرة إشارة معظم الدراسات إلى فاعلية البرامج المستخدمة في تحسين مهارات حالات التوحد وتخفيض سلوكهم غير السوي وأرحت تخفيف حدة التوحد لديهم.

تتفق الدراسات الحالية مع معظم الدراسات السابقة في الهادفة لتعديل السلوك وتتفق مع دراسات أخرى في أنها تتعلق بتحقيق حدة التوحد لكن الدراسات الحالية تختص بأنها تستخدم برنامج تيتش في تنمية مهارات وسلوكيات أطفال التوحد وتخفيف حدة التوحد لديهم كما إن الدراسات الحالية تستعين بالمنهج العيادي ودراسة الحالة لتحديد قائمة بالمهارات الواجب تنميتها لدى أطفال التوحد كما تختص الدراسات الحالية بأنها تطبق بعض الجلسات على أسر أطفال التوحد لتعديل اتجاهاتهم نحو أطفالهم وتحسين قدراتهم ومهاراتهم في التعامل مع أطفالهم ومعرفة كيف يمكنهم مساعدة أطفالهم المصابين بالتوحد.

الجانب النظري:

الفصل الأول:

اضطراب التوحد:

الفصل الاول اضطراب التوحد

التمهيد

1. لمحة تاريخية عن اضطراب التوحد.
2. تعريف اضطراب التوحد
3. أعراض التوحد.
4. أسباب اضطراب التوحد.
5. النظريات المفسرة ل اضطراب التوحد.
6. خصائص اضطراب التوحد.
7. مشاكل الطفل التوحيدي.
8. كيفية تشخيص اضطراب التوحد.

الخلاصة

تمهيد:

لقد كرم الله سبحانه وتعالى الإنسان بالعقل وذلك ليميز بين الأمور وليتواصل مع الآخرين بطبيعته اجتماعيا بالفطرة، والتعبير عن أفكاره لكن في بعض الأحيان نرى أن هناك مشاكل وعقبات نفسية تعيق هذا الإنسان في التواصل مع غيره فلا يمكن التعبير عنها فتسمى الإضطرابات النفسية غير العضوية، ففي بعض الاحيان نجد العديد من الأطفال الذين يصابون بهذه الأمراض النفسية والعقلية ونذكر منها التوحد.

ويعد أطفال التوحد أحد فئات ذوي الإحتياجات الخاصة والذين بحاجة إلى الإهتمام والرعاية الخاصة لأن عددهم في تزايد ملحوظ فأسر هؤلاء الأطفال بحاجة للإرشاد والتوجيه للتعرف على أسباب هذا الإضطراب وأساليب الرعاية والعلاج ونتطرق من خلال مشروعنا المتواضع إلى معرفة أسباب هذا الإضطراب وكيفية التعرف على الطفل والطرق اللازمة لعلاجيه ومن هذا المنطلق نصل إلى طرح السؤال "ما هو التوحد وكيف تتم معالجته؟"

1- نبذة التاريخية:

اعتبر موضوع التوحد موضوعاً مثيراً لاهتمام الكثير من الناس، إذ تشير الروايات والسجلات القديمة إلى وجود أشخاص مصابين بالتوحد عبر التاريخ، وتم وصف هؤلاء الأشخاص الذين تظهر عليهم أعراض التوحد على أنهم أشخاص متوحشين، أو مجانين، أو أنهم أشخاص تحكمهم الشياطين وتستحوذ عليهم. (إحسان براجل، 2017، ص 96)

بعد مودزلي، أول طبيب نفسي مهتم بالاضطرابات النفسية الحادة عند الأطفال، عام 1867، واعتبرهم مرضى الذهان. لكن ليو كانر، الطبيب النفسي الأمريكي المتخصص في الأطفال ومؤلف كتاب الطب النفسي للأطفال في عام 1935، أشار إلى التوحد عند الأطفال باعتباره اضطراباً يحدث في مرحلة الطفولة، وكان ذلك في عام 1943 عندما فحص مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً في جامعة هارفارد بالولايات المتحدة. الولايات الأمريكية ولفت انتباهه إلى أنماط سلوكية غير عادية. بالنسبة لأحد عشر طفلاً ممن تم تصنيفهم على أنهم متخلفون عقلياً، سُمي سلوكهم بعد ذلك بمصطلح اضطراب التوحد الطفولي والعزلة وعدم الاستجابة للمنبهات التي تحيط بهم. (عادل محمد العدل، 2013، ص. 151)

ويلاحظ كانر أن الأطفال المصابين بالتوحد لا يظهرون ليس فقط لأنهم أطفال عاديون، بل هم أيضاً جذابون عادة، لذلك ليس من المستغرب أن هذا الأمر شجع كانر على افتراض أن هؤلاء الأطفال أذكى أيضاً، خاصة بعد ظهور مجموعة من المهارات الخاصة في مجالات معينة لديهم. وبخصوص شرح سبب انطواء الطفل التوحدي وعزلته الاجتماعية، رأى كاير أن السبب وراء هذا الموقف يرجع إلى الوالدين، حيث يلوم الأم على حقيقة أن الطفل انطوائي أو متوحد، وبعبارة أخرى هو يقر بذنب الأم التي تخلو من الإحساس والمشاعر.

تم تسمية اضطراب التوحد على اسم الطبيب النفسي البارز ايغون بلولر الذي كان معروفاً في الطب النفسي الذي وصفه فيه إحدى السمات الأساسية للفصام والانشغال الذاتي أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي والانشغال الذاتي من وجهة نظره هو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة

(اسامة فاروق مصطفى والسيد كمال الشربيني 2011 ص 22-23)

وصف بعض العلماء التوحد عند الأطفال بالفصام واستخدم مصطلح آخر للتوحد الطفولي في مجال التشخيص الإكلينيكي لأنه يتجنب الكثير من التفسيرات النظرية حيث يوجد العديد من النماذج السلوكية التي يمكن ان تتواجد في منطقة الفصام.

وتبدأ نماذج السلوك التوحدي من الطفولة أو خلال السنوات الأولى من العمر ثم يأخذ سلوك الطفل بالتطور بعد عمر ثلاث سنوات. (عادل محمد العادل، 2013، ص 152)

2- تعريف التوحد:

التوحد باللاتينية أوتيزم autism تنقسم إلى قسمين. القسم الأول aut تعني النفس أو الذات. إما القسم الثاني ism وتعني الانغلاق وبالتالي فتعني الانغلاق على الذات (باحشوان 2017 ص 387)

يعني الاستقلالية والذاتية، ومن المعروف أن الغرض الرئيسي للاضطراب هو: الانغلاق على الذات والانطوائية الشديدة. (عبد الحميد، ومحمد قاسم، 2003، ص 13)

ويعرفه الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس DSM5 للاضطرابات العقلية 2013 التوحد، بأنه اضطراب يتميز بعجز في بعدين أساسيين هما عجز في التواصل والتفاعل الاجتماعي وصحة ودية الأنماط والأنشطة السلوكية، ويتضمن ثلاث مستويات، على أن تظهر الأعراض في فترة نمو مبكرة مسببة ضعف شديد في الأداء الاجتماعي والمهني. (شكري، 2020، ص 11)

كما يعرفه المعهد القومي للصحة العقلية 2007 بأنه اضطراب نمائي واسع الانتشار يظهر في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، والسلوك والاهتمامات بالإضافة إلى الاستجابات الشاذة للخبرات الحسية (شكري، 2020، ص 12)

وأضاف زكريا الشربيني 2004 ان التوحد من الاضطرابات النمائية التي تعزل الطفل عن المجتمع دون شعور بما يحدث حوله من أحداث في البيئة الاجتماعية. (الجرواني، ورحاب، 2013، ص 21)

حسين جار في 1977 قال ان التوحد ضعف شديد في إقامة علاقات مع الآخرين بما فيهم الأبوية والفشل في تطوير اللغة، وعرف ذلك على أنه ضعف شديد وعجز نمائي واضح حيث يظهره الاضطراب في السنوات الأولى من عمر الطفل وكذلك الانسحاب والعزلة. (فرح سهيل، 2015، ص 31)

وقد وضع هوسيون 1986 تصور للتوحد بأنه اضطراب في العلاقات مع الآخرين يتيح عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية. (فرح سهيل 2015، ص 32)

أما سماش فقد عرف التوحد الطفولي 1975 بأنهم هؤلاء الأطفال اللذين يعانون من الانسحاب الشديد من المجتمع وفقه أن التواصل، او الفشل في تطوير العلاقات مع الآخرين، التردد للكلمات والعبارات، السلبية في التعبير، الإعادة المملة للأفعال ونطق الكلمات (شاكر 2010)

يعرف كانر التوحد بأنه: أولئك الاطفال الذين يظهرون اضطرابا في اكثر من مظاهر كصعوبة تكوين العلاقات مع الآخرين والعزلة وانخفاض مستوى الذكاء والنمطية وتكرار الأنشطة الحركية والكلمات اضافة الى اضطرابات في الاستجابة المظاهر الحسية (الجلبي 2015 ص15)

يعرفه كريك :انه حالة من الاضطراب تصيب الأطفال في السنوات الثلاثة من العمر، حيث يشمل الاضطراب عدم القدرة على إقامة علاقات إجتماعية ذات معنى، وأنه يعاني من اضطراب في الإدراك ومن ضعف الدافعية ولديه خلل في تطوير الوظائف المعرفية وعدم القدرة على فهم المفاهيم الزمانية والمكانية ولديه عجز شديد في استعمال اللغة وتطورها وأنه يعاني من ما يوصف باللعب النمطي playing - Mannerism وضعف القدرة على التخيل ويقاوم حدوث تغيرات في بيئته.

(سعيد حسني العزة، 2009، ص 53-54)

يعرف أحمد عكاشة الطفل التوحدي على " :أنه شخص لديه خلل في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وكثيرا منهم يظهرون الفزع، الخوف، واضطرابات النوم والأكل، ونوبات المزاج العصبي، والعدوان، وإيذاء الذات مثل العض كما أن أغلبهم يفتقدون التلقائية، والمبادرة، والقدرة على الابتكار في شغل أوقات فراغهم، ويجدون صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية على اتخاذ القرار في العمل.

(أسامة فاروق مصطفى والسيد الشربيني، 2011، ص 28-29)

ايضا تعرف الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية عام 1944 اضطراب التوحد هو فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثرا بذلك على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر في سن ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره على الأداء في التعليم، وفي بعض الحالات التوحدية تكون مرتبطة بتكرار آلي لمقاطع معينة من كلمات محددة، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير أو تغير في الروتين اليومي، وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات".

-تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد: "التوحد نوع من الاضطرابات النمائية والتي تظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل وتكون نتاج الاضطرابات نيروولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو، فيصبح التواصل اللغوي والاجتماعي صعبا عند هؤلاء الأطفال، فهم دائما يكررون حركات جسمية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة.

(السيد عبد القادر الشريف، 2014، ص 276-278)

ومن خلال عرضنا للتعريف السابقة يمكن تعريف التوحد بأنه اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ، غير معروف الأسباب يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين وإقامة علاقات معهم، وضعف واضح في التفاعل وعدم تطور اللغة بشكل مناسب، وضعف في اللعب التخيلي. وتزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات، ويعرف بشذوذ في السلوك ويشمل ثلاث نواحي من النمو والسلوك:

- خلل في التفاعل الإجتماعي.
- خلل في التواصل والنشاط التخيلي.
- القلة الملحوظة للأنشطة والإهتمامات والسلوك المتكرر آليا. (سوسن شاكر مجيد 2010 ص 24)

3- اعراض اضطراب التوحد:

تختلف وتتوعد أعراض اضطراب التوحد عند الطفل وهي تنقسم إلى ما يلي:

3-1-الأعراض السلوكية:

مثل السلوك النمطي وتحريك أصابعه أو يديه أو جسمه... الخ وكذلك يمكن أن يظهر الطفل سلوك إيذاء الذات أو الضرب أو التخريب بمعنى أن الأطفال الذين يعانون من التوحد يفتقرون الوعي بأجسادهم والتحكم الإدراكي وإلى التكامل الحركي.

(مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمان المعاينة، ص 297 - 298)

النمطية في التصرفات والتعلق (كتحريك الرأس أو الجسم ذهابا وإيابا) وعدم تقبل التعبير والاحتفاظ بروتين معين (فالي فوزية 2015 ص 41)

3-2-الأعراض الاجتماعية:

تأخر النمو الاجتماعي والانفعالي بصفة عامة وعدم القدرة على بناء العلاقات مع أفراد العائلة خاصة الوالدين الانطواء والرغبة في ممارسة الأنشطة الترفيهية واللعب منفردا إظهار السلوك لانسحابي في المواقف الانفعالية والمناسبات الاجتماعية (باسي 2016 ص 29).

لا يظهر الطفل التوحدي التودد والملاحظة المتبادلة والمتوقعة والتي تدل على التعلق والتفاعل مع والديه فمثلا يلاحظ على الطفل الرضيع انعدام أو غياب الابتسامة المتبادلة أو المعهودة على الأطفال الرضع الطبيعيين.

- تضايقه ومقاومته عندما تريد الأم حمله.

- قليل التواصل بالنظرات مع الأهل والآخرين.

- الانزعاج عندما يغير له في المعاملة العادية.

- لا يبدي أي قلق أو انزعاج عند تركه لوحده أو مع غريب.

وعند التحاقه بالمدرسة عادة ما بين 5 إلى 7 سنوات من العمر فمن المحتمل أن تقل سلوكياته الانعزالية. غير أنه يعاني من نقص في مهارة كسب الرفاق (سليمان 2000 ، ص 28-30)

3-3- الأعراض الانفعالية:

النقص الواضح في الاستجابة للآخرين والفشل في الاستجابة لمحاولات التدليل والعناق والنطق وبالتالي يتميز أطفال التوحد بالبرودة العاطفية الشديدة وعدم القدرة على تطوير علامات انفعالية وعاطفية مع الآخرين. خاصة مع الوالدين. (بيومي 2008).

لديهم خلل في الحواس: فأحيانا لدى هؤلاء الأطفال حساسية عالية جدا للمس أو للمسك وفي بعض الأحيان لا يهتمون لذلك وينزعجون من بعض الأصوات المنبعثة من الأجهزة الكهربائية كالمكنسة والخلاطات، والمصاعد وما شابه ذلك، وكذلك الحال بالنسبة للشم، التذوق، والبعض منهم يألف أصنافا محددة من الطعام لا يحيد عنها.

كما يلاحظ على أطفال التوحديين أيضا استخدام السلوك العدواني الموجه نحو واحد من أفراد الأسرة أو أكثر ويتميز هذا السلوك العدواني بالبدائية ويكون متمثلا في العض والخدش وحتى الرفس وقد يوجد الطفل التوحدي سلوكه العدواني نحو ذاته أيضا وذلك من خلال إلحاق الأذى بجسده عن طريق ضرب رأسه على الحائط وبعض السلوكيات الغير مفهومة للأهل (جلبي 2015 ض 35)

3-4- الأعراض اللغوية:

مشاكل في التواصل اللفظي وغير اللفظي: وعادة ما يطورون أشكالا شاذة من اللغة كالترديد النمطي لما يقوله الآخرين، وعدم القدرة على التواصل البصري وارتباط شديد بالجمادات لا بالأشخاص.

مشاكل النطق والكلام من اهم المشاكل التي يعاني منها أطفال التوحد حيث ان غالبية هؤلاء الأطفال يعانون من ما يلي:

- تأخر النطق أو انعدامه.

- تكرار الجمل والكلمات بشكل مبالغ فيه.
- سوء استخدام الضمائر.
- عدم القدرة على تسمية الأشياء بأسمائها الحقيقية وقد يسميها بكلمات غير مفهومة وبدون معني.
- صعوبة الاستجابة للأسئلة والتعليمات والحفاظ على استمرارية المحادثة
- (الفرحاتي وآخرون 2015ص31).

4- أسباب مرض التوحد:

لا يوجد سبب معروف لمرض التوحد ولكن نظرًا لتعقيد المرض واختلاف أعراضه وشدها من شخص لآخر فقد يوجد أكثر من سبب للمرض، وتجدر الإشارة إلى وجود العديد من الخلافات حول حقيقة وجود صلة بين اضطراب طيف التوحد واللقاحات التي تُعطى في فترة الطفولة، ولكن لم تثبت الأبحاث المكثفة التي أُجريت وجود أي علاقة بينهما، لذلك تم سحب الدراسة الأصلية التي أشعلت الجدل قبل سنوات وذلك لضعف التصميم وأساليب البحث المستخدمة فيها المشكوك بأمورها، ويجب التنويه إلى أنّ الإمتناع عن أخذ اللقاحات قد يؤدي إلى تعريض الأطفال والآخرين لخطر الإصابة بأمراض خطيرة وانتشارها، بما في ذلك السعال الديكيّ أو الحصبة)، أو النكاف. تعتبر أهم الأسباب التي قد تؤدي للإصابة بالتوحد كالاتي:

4-1- الأسباب السيكولوجية النفسية:

في الأربعينيات والخمسينيات من القرن العشرين سادت النظريات النفسية التي أشارت إلى أن الخصائص الشخصية والبيئية والاجتماعية للوالدين تلعب دورا رئيسيا في حدوث التوحد عند الطفل، فأباء الأطفال التوحديين وفق هذه النظرية يتصفون بالبرود والفتور العاطفي، وهم سلبيون من الناحية الانفعالية مع أطفالهم ولا يزودونهم بالحنان والدفء الكافيين، مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة بينهم خلل في النمو اللغوي، والتفاعل الاجتماعي لدى الطفل.

ويعتبر برونوبتلهم من أكثر المتحمسين والداعمين لهذه النظرية التي تفسر حدوث اضطراب التوحد من الجوانب النفسية والاجتماعية.

ولقد انتقد ريميلاند التفسيرات النفسية للتوحد ورد عليها بشدة وقدم جملة من البراهين التي تدحض تلك التفسيرات، ومن تلك البراهين أن بعض الأطفال التوحديين قد ولدوا الآباء والأمهات لا تنطبق عليهم خصائص نموذج والد الطفل التوحدي من ناحية، ومن ناحية أخرى هناك الكثير من الآباء الذين تنطبق

عليهم صفات ذلك النموذج قد أنجبوا أطفال غير توحديين، كما أشقاء الأطفال التوحديين هم غالباً أطفال عاديون مما يشير الى بطلان تلك النظرية، والتي أصبحت اليوم محل رفض الباحثين في هذا المجال.

(يوسف محمد العايد وآخرون، 2012، ص 399)

4-2- أسباب جينية وراثية:

يقول اكثر الباحثين أنّ بعض الجينات التي يرثها الطفل من والديه يمكن أن يكون معرضاً لخطر الإصابة بالتوحد، ومن المعروف أنّ التوحد يعدّ من الحالات التي من الممكن أن تنتقل في العائلة، فعلى سبيل المثال: يمكن للأشقاء الأصغر سناً لطفل مصاب بالتوحد أن يصابوا بالتوحد أيضاً، كما من الشائع إصابة التوائم المتطابقين بالتوحد، ويجب ان نقول أنّه لم يتم تحديد ارتباط جينات محدّدة بمرض التوحد، ولكن من الممكن لجينات المصاب أن تُعطي سمات بعض المتلازمات الجينية النادرة.

(يوسف محمد العايد وآخرون، 2012، ص 401)

4-3- تشوهات في الدماغ:

يقال أنّ التوحد مرتبط بنمو الدماغ أثناء الحمل أو بعد الولادة، وقد أظهرت العديد من دراسات نشاطات غير طبيعية أو عيوباً تركيبية في عدة مناطق من الدماغ لدى بعض المصابين بالتوحد، كما تمّ تحديد مستويات غير طبيعيّة لبعض النواقل العصبيّة، وهذا قد يلعب دوراً في تشويه الرسائل المستقبلية والمرسلة من الدماغ، ومع ذلك فإنّه يجب إجراء المزيد من الأبحاث لتحديد سبب المرض.

(يوسف محمد العايد وآخرون، 2012، ص 403)

4-4- اسباب البيئية والاجتماعية:

الباحثون حاولو اكتشاف إن كانت عوامل مثل الالتهابات الفيروسية، أو الأدوية، أو المضاعفات أثناء الحمل، أو ملوثات الهواء، تلعب دوراً في تحفيز اضطراب التوحد وبعض الدراسات ترجع الى ان إصابة الطفل باضطرابات التوحد سببية إحساسه بالحرمان العاطفي إضافة الى إحساسه برفض والديه يؤدي به الى الخوف والانسحاب والإحباط والانسحابية او إلى أساليب التنشئة الغريبة او الغير سوية.

(جليبي 2015 ص49).

4-5- الأسباب البيوكيميائية:

يقول الباحثان وجود اضطراب في مستوى تركيز بعض النواقل العصبية في الجهاز العصبي المركزي لدى الأطفال التوحديين يظهر أعراض التوحد ومن أهم هذه النواقل نجد:

4-5-1 - **السيروتونين**: ومن النواقل العصبية المهمة في الجهاز العصبي المركزي، والذي ينشأ من جدران القناة الهضمية، ويتحكم في العديد الوظائف والعمليات والسلوكية مثل النوم، تقلب المزاج الذاكرة، درجة الحرارة.

4-5-2 - **الدوبامين**: وينشأ من الحامض الأميني الفينيلانين ويلعب دورا حيويا في النشاطات الحركية، والذاكرة، واستقرار المزاج، والسلوك النمطي.

4-5-3 - **النورينفرين**: له دور في التوتر والإثارة ودرجة القلق.

4-5-4 - **الببتيدات العصبية**: وهي مسئولة بشكل رئيسي على الإنفعالات وإدراك الألم وضبط السلوك الجنسي. (يوسف محمد العايد وآخرون، 2012، ص 400)

5- النظريات المفسرة للتوحد:

5-1 - نظرية التحليل النفسي لفرويد:

تعد نظرية التحليل النفسي من أقدم النظريات التي تفسر التوحد خاصة عندما وصف فرويد أم طفل المصاب بالتوحد بالثلاجة، حيث حملها مسؤولية إصابة طفلها بهذه الأعراض وفسر ذلك بأن طفل التوحد كان في الأصل ذكيا لكنه انسحب عن العالم بما فيه من تواصل وتفاعل اجتماعي نتيجة أحداث صادمة في منزله، وخاصة تلك الأحداث المتعلقة بحالات الدفء العاطفي سواء من الأم أو الأب أو من كليهما.

أشار **أيمن جيرة (1984)** إلى أن فشل أنا الطفل في تكوين وعيه نحو الأم والتي تكون في ذلك الوقت تمثل أول ممثل لعالمه الخارجي هو سبب الإصابة بالتوحد، فطفل التوحد لا تسمح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه،

أكد **كانر (1943)** (واتفق مع **أرونس وجيتنس (1992)** على ان التوحد هو نتيجة لإصابة شديدة ومبكرة في المراحل السوية لتكوين الأنا، فالتوحد ماهو إلا نتيجة حتمية لمناخ وجداني انفعالي مرضي، وهو نتيجة خبرات مبكرة غير مشبعة بل وتهديديه وأكدت **سامية القطان** على أن الطاقة النفسية التي يولد بها الفرد يضيع بعضها في صورة مكبوتات ويضيع بعضها الآخر في صورة دفاعات والباقي من الطاقى يكون تحت تصرف الجانب الشعوري وقبل الشعوري من الأنا معيار لقوة هذه الأنا، وبالتالي بقي العديد من الباحثين

يحاولون فك لغز الإصابة بالتوحد معتمدين على هذه المفاهيم النفسية المتمثلة في قوة الأنا وقوة طاقتها النفسية، فيرون بأن ضعف الأنا يسحب الطفل عن العالم الواقع ليغرق في عالم الخيالات التائه مستشهدين برونو بيتلهيم حينما رأى أن التوحد ماهو إلا انعكاس لتلك الحالة اللفظية التي يعيشها الطفل مع أمه، والمتمثلة في حرمانه من الحب والحنان وبالتالي يغرق في تخيلاته هروبا من يأسها وإحباطها محاولا إشباع ما كان يصبو إليه.

وأكد بوجدا شينا (Bougdashina) على أن العلاج النفسي كان لا يزال يستخدم في علاج حالات التوحد، خاصة أن من يستخدم هذا العلاج يؤمنون بأن الأم هي السبب الرئيسي في الإصابة بالتوحد، وكان وصف الأم بالثالجة في علاقتها بطفلها التوحدي حيث ابرز لهؤلاء المتمسكون بالعلاج النفسي مع التوحد.

ومن الجيد ان نذكر أن استخدام العلاج النفسي أو مبادئ نظرية التحليل النفسي في التكفل بالأطفال التوحديين بهدف تحسين حالتهم يتمثل في كيفية إيجاد وسط بيئي يشجع الطفل على عملية الإستقلال الذاتي ويمهد له الطريق لتكوين علاقات انفعالية سوية مع الآخرين، و اكتساب سلوكيات سوية ولغة سليمة وعلى الرغم من هذه المعادلات التي بينت وجهة نظر التحليل النفسي في تفسير وعلاج التوحد إلا أنه يمكن القول بأن هذ المحاولات لم تعطي تفسيراً شاملاً وكاملاً لتوحد

(محمود كامل أبو الفتوح عمر، 2011، ص98)

5-2- نظرية المرأة المعكوسة:

إن نظرية المرأة المعكوسة في التوحد ترجع جذورها كما أكد ديكتي وآخرون إلى أن نتائج تلك الدراسات التي اهتمت بدراسة سلوك التقليد والمحاكاة في التوحد، حيث اقترحة هذه النظرية إن المشكل في قدرة أطفال التوحد على التقليد ومحاكاة سلوك الآخرين هو نتيجة لمشكل في نظام العصب العاكس في المخ، وبالتالي فإن العديد من المؤيدين لهذه النظرية يؤمنون بأن تلف نظام العصب العاكس هو الذي يلعب دوراً أساسياً في تلك المشكلات التي يعاني منها أطفال التوحد والتي تمثلت في مشكلاتهم الاجتماعية ومشكلات اللغة والتقليد والمحاكاة. وتحت عنوان "التقليد أكثر من مجرد انعكاس"

أوضح هيرز وآخرون إن الذين يؤمنون بأن الخلل في نظام العصب العاكس هو السبب الرئيسي في عدم قدرة أطفال الأوتيزم على التقليد ومحاكاة سلوك الغير ويرون أن عملية التقليد بوجه عام عملية محددة تتمثل في التحويل المباشر للمعلومات المرئية إلى مخرجات حركية، وتلك النظرة خاطئة غير علمية، فعملية التقليد والمحاكاة الناجحة لا تقتصر على محاكاة المحركات من حين لآخر، بل إن التقليد يتطلب عمليات معرفية

وعديدة التحليل البصري وتقييم أهداف الفعل المقلد وانتقاء ما يتم تقليده، ومتى يتم تقليده، ومما سبق يتضح أن أطفال التوحد غالباً ما يفشلون في تقليد أفعال الآخرين، وكانت وجهة النظر القديمة على أن هذا الفشل كان نتيجة لعطب وخلل. في نظام العصب العاكس، أما الآن فقد تغيرت هذه الواجهة في ظل تلك النتائج التي تؤكد أن أطفال الأوتيزم قادرون على التقليد السليم في مواقف معينة.

(محمد كمال أبو الفتوح، 2011، ص 109 110)

5-3 - نظرية العقل:

تعد نظرية العقل من النظريات التي اكتسبت شهرة في الآونة الأخيرة وهذه النظرية هي امتداد للنظرية المعرفية في التوحد.

وبقي مفهوم نظرية العقل لدى الأفراد بواسطة **والمسان** يفسر عمليات فهم الحالات العقلية داخل الفرد وخارجه وتقول أن الطفل غير قادر على التنبؤ وشرح سلوكيات الآخرين من خلال حالتهم العقلية، في حال نجد أن الأشخاص الأسوياء لديهم فهم خاص وإحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين، فالأطفال المصابين بالتوحد يعجزون عن التمييز بين ما هو موجود في عقولهم وما هو موجود في عقول الآخرين وتشير هذه النظرية إلى أن الفرد الذي يكون قادراً على فهم الحالة العقلية للشخص الآخر لكي يتمكن من فهم وتنبؤ سلوك ذلك الشخص، ربما يكون رد هذا القصور في نظرية العقل إلى القصور السلوكي والاجتماعي لدى الطفل التوحدي الذي يؤدي إلى عجز في عملية الفهم.

إن العجز الاجتماعي عند الأطفال التوحديين هو نتيجة لعدم قدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين فالمشكلات الاجتماعية هي نتيجة للعجز الإدراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية وبالتالي فإن العجز الاجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل ويعتقد أكثر الباحثين أن التوحد يبدأ ببعض القصور الفطري الذي يعوق الوظيفة الإدراكية المعرفية للطفل والقدرة على تفسير المثيرات والتعامل مع العالم المحيط به. (أسامة فاروق مصطفى والسيد كمال الشربيني، 2011، ص 57).

5-4 - النظرية السلوكية:

تعتقد النظريات السلوكية أن المعرفة المتعمقة و الدقيقة والصادقة تنبع من الخبرات والتطبيق، لا يتحقق الفهم الدقيق العلمي للسلوك الإنساني إلا من خلال دراسته في بيئة تجريبية محكمة الضبط، حيث يتم ربط السلوك بالعوامل البيئية المحيطة به، ولا توجد استجابة بدون مثير فهو مبدأ ومسلمة أساسية في

المدارس السلوكية، يحدث التعلم نتيجة لحدوث ارتباط بين المثير والاستجابة بحيث إذا ظهر هذا المثير مرة أخرى فإن الاستجابة التي ارتبطت به سوف تظهر في الأخرى.

لذلك فإن تفسير التوحد وفقا للمدرسة السلوكية يعتمد على نقطتين رئيسيتين: الأولى هي التحديد الدقيق السلوكيات التي يظهرها هؤلاء الأطفال، أو الثانية فهي معرفة العلاقة الوظيفية لهذه السلوكيات بالبيئة المحيطة.

ولذلك اتفق كل من كون وتسريمان سنة 2000 على أن أطفال التوحد قد يظهرون سلوكيات بكثرة تسمى زيادات سلوكية، وأحيانا أخرى يظهرون سلوكيات محددة بشكل نادر الحدوث تسمى نواقص سلوكية، وبالتالي فإن التفسير السلوكي للتوحد يدلنا إلى أن التوحد ماهو إلا تكوين مركب من نواقص وزيادات سلوكية، تتمثل النواقص في العيوب الاجتماعية واللغوية وعيوب الانتباه، أما الزيادات فتتمثل في السلوكيات النمطية، وتفسير هذه السلوكيات لا يتم إلا في ضوء تحديد للمثيرات التي تسبقها والوقوف على طبيعتها الوظيفية، وهذا لا يتم إلا من خلال النظر للأوتيزم من خلال ما يعرف بالتوافق ثلاثي الأطراف (المقدمات، السلوكيات، النتائج).

فالمقدمات والسوابق هي تلك الأحداث البيئية المحيطة التي تسبق السلوك الأوتيسي والنتائج هي مردود هذه السلوكيات على ذات الطفل، ومن هنا فالأوتيزم من وجهة نظر السلوكيين ماهو إلا ارتباط لعدد من السلوكيات المحددة بمثيرات معينة يستلزم للحد منها ما يعرف بضبط السلوك.

(محمود كمال أبو الفتوح عمر، 2011، ص 100)

ومن خلال ما سبق نلاحظ أن كل نظرية تختصر اضطراب التوحد من منظورها، حيث نجد نظرية التحليل النفسي تنسب إصابة الطفل بالتوحد إلى الأم وذلك بسبب فشل الوالدين في إشباع للحاجات العاطفية والوجدانية للطفل وإهمالهم له، بينما نجد نظرية المرأة العاكسة التي ترى أن الطفل المصاب بالتوحد يجد صعوبة في تقليد ومحاكاة ما يدور من حوله بسبب وجود خلل في الجهاز العصبي الانعكاسي، أما بالنسبة لنظرية النظرية السلوكية فهي تفسر التوحد من خلال السلوكيات التي يظهرها الطفل التوحدي وكذلك معرفة العلاقة الوظيفية لهذه السلوكيات، بينما نجد نظرية العقل التي تعتبر أن القصور الاجتماعي والسلوكي للطفل ناتج عن عجز في عملية الفهم بإضافة إلى القصور في الإدراك.

6- اشكال التوحد:

هناك خصائص ومظاهر سلوكية مشتركة يتصف بها ذوي التوحد، وفي المقابل فإنه لا يمكن لنا من ناحية علمية إن نجد نفس الخصائص لدى كل هؤلاء الأطفال، وحتى إن وجدنا نفس الخصائص فإنها في الأغلب تختلف في طريقة ظهورها أو الدرجة و المستوى الحالي لها. و يقع تحت هذه المجموعة خمس أشكال أساسية من اضطراب التوحد:

- التوحد التقليدي (classic Autism) .
- متلازمة أسبرجر (Asperger's syndrome) .
- متلازمة ريت (Rett's syndrome) .
- اضطرابات الطفولة التحليلية أو الإنتكاسية (Disorders Disintegrative Childhood) .
- اضطرابات النمو غير محددة (Pewasive Developmental Disorder Otherwise Specified) (ابراهيم بن عبد الله العثمان. ص 9)

ولمعرفة هذه الخصائص لدى الأطفال ذوي التوحد فقد تم تصنيف أنماط ظهورها بهدف فهم أكثر لحالة طفل ما يمكن إن يقدم له من خدمات و برامج علاجية، لذلك يمكن تصنيف اضطراب التوحد على النحو التالي:

- التوحد التقليدي: و هو يظهر لدى الأطفال في أعمار مبكرة و يكون لديهم مشكلات في التفاعل الاجتماعي و التواصل و اللعب التخيلي.
- متلازمة أسبرجر: حيث يكون لدى الطفل ضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي ولديه سلوكيات نمطية و تكرارية، وفي المقابل لا يوجد تأخر في اللغة أو التطور المعرفي أو مهارات العناية الذاتية وتظهر المشكلات الاجتماعية عادة في سن المدرسة بشكل واضح حيث يكون هناك مشكلات في التفاعل وإظهار الإنفعالات مع الأرقان (لورا شريبنان .2010.ص71)
- متلازمة ريت: و يظهر لدى الإناث فقط، وأسبابه جينية عادة حيث إن النمو في البداية يكون طبيعي في الجوانب الحركية و محيط الرأس، و يظهر بعد ذلك ببطء في نمو الرأس، و يظهر فقدان القدرات مثل استخدام اليدين بطريقة صحيحة، و كذلك فقدان للت ارتباط الاجتماعي، وعدم السيطرة على الحركات مثل المشي الصحيح، و فقدان في الجانب اللغوي، سواء الاستجابي أو التعبيري، و كذلك يصاحبه مشكلات عصبية، و إعاقة عقلية شديدة، و تدهور في الحالة مع تقدم العمر.
- اضطراب الطفولة التحليلي: عادة ما يظهر الاضطراب بعد سنتين من عمر الطفل بعدها يبدأ بفقدان

المهارات الأساسية و تصبح لديه حركات غير عادية و يصاحبها مشكلة في اللغة الاستقبالية التعبيرية وتظهر مشكلات في المهارات الاجتماعية و السلوك التكيفي، و كذلك في القدرة على تطوير علاقات صداقة مع الأقران، و مشكلات في التواصل من خلال فقدان أو ضعف في اللغة المنطوقة و يظهر لدى الطفل سلوكيات نمطية و تكرار للنشاطات و يصاحبه عادة إعاقة عقلية شديدة ولا يوجد لدى الطفل مشاكل عصبية.

- اضطراب النمو الشامل غير المحدد: و الذي يشمل على العديد من مظاهر التوحد و لكن في الأغلب يكون من الدرجة البسيطة و ليس الشديدة أو الشاملة لكل جوانب الاضطرابات و لعل الجوانب التي يظهر فيها الاضطراب لدى هؤلاء الأطفال يتركز في الجوانب الاجتماعية و كذلك في المهارات اللفظية و غير اللفظية. (لورا شريمان 2010.ص71)

7- خصائص اضطراب التوحد:

7-1- خصائص الاجتماعية:

يتميز أطفال المصابين بهذا الاضطراب بخلل في السلوك الاجتماعي، حيث لا يطورون علاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين. ومن المعروف أيضا بتجنبهم التواصل البصري. ومن المؤشرات المبكرة لضعف التواصل الاجتماعي نجد: عدم استجابة للابتسامات الأم، عدم إظهار أي استجابة عند محاولة الأم مد يدها لحمل الطفل، قد يعانون من القلق إذا غاب عنهم شخص مألوف نلخصها في

- الانعزال الاجتماعي، وعدم القيام بأي مبادرة أو رد فعل اجتماعي.

- عادة ما يفشل في تكوين صداقات والعلاقات.

- غياب الرغبة في التواصل الاجتماعي.

- نقص واضح في الوعي بوجود الآخرين.

- لا يقوم بأي شيء لجذب انتباه الآخرين.

- عدم فهم القواعد السلوكية في التفاعل مع الآخرين.

- نقص في وضوح المعنى للكلام.

- لا يستطيع التعبير بالوجه عن مشاعره، ولا يفهم مشاعر الآخرين.

- اللامبالاة الاجتماعية. (السيد عبد القادر شريف 2014 ص 298)

7-2- الخصائص المعرفية:

- ت تسم أنماط التفكير التوحيدي بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة سواء كانت تتطلب قدرة لفظية أو بصرية لحلها.
- عدم القدرة على إدراك المنبهات التي تتطلب قدرات بصرية مكانية.
- قصور في فهم واستخدام اللغة بأنواعها.
- صعوبة مجال الرؤية الشاملة للأشياء.
- صعوبة في التفكير، والانتباه، والتذكر، والقدرة على التخيل.
- صعوبات معرفية تتعلق بالفهم وإدراك أبعاد الموقف واستيعاب المنبهات والرد عليها.
- قصور في إدراك العلاقات واستخدام الرموز وحل المشكلات.

(السيد عبد القادر شريف، 2014، ص 196-197)

7-3- الخصائص اللغوية:

- أن مهارات التواصل لطفل المصاب بالتوحد ضعيفة وذلك يعود لعدم احتكاكهم الاجتماعي وعدم قدرتهم على التعبير بأحاسيسهم ومشاعرهم. فيمكن تغيب اللغة كلياً ويمكن أن تنمو دون نضج أو تركيب لغوي ركيك مع ترديد الكلام أو إعادة آخر جملة سمعها أو استعمال الخاطئ لضمائر. وتتمثل المشكلات اللغوية التي يعانون منها:
- ندرة استخدامهم لكلمات تشير إلى القدرات العقلية.
- المصاداة (ترديد الكلام).
- قلب الضمائر فيستعمل ضمير أنت بدلاً من أنا.
- الاستخدام المتقطع للغة حيث يمتلكون رصيذاً كبيراً من الكلمات، لكن لا يمتلكون القدرة على استخدام هذه الكلمات.
- التعبير اللغوي أسهل من الفهم اللغوي.
- صعوبات جمّة في علم دلالات الألفاظ وتطورها.
- صعوبات في النطق. (أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني، 2011، ص 98)

7-4- الخصائص السلوكية:

7-4-1- السلوك النمطي: حيث يقوم الطفل تكرر لنفس السلوك مرارا وتكرارا دون اي ملل. كما يقضي الطفل ساعات طويلة في تعامله مع السلوك معين مثل: حركة الرفرفة بالذراعين او الأصابع اليدين، او تكرر إصدار نغمة او صوت ما. كذلك يعاني الطفل من نوبات الغضب حيث يظهرون حزنهم بنوبات غضب شديدة , او حركات معينة كالهز الى الأمام والوراء. أو ركض في الغرفة على أطراف أصابعه.

7-4-1- سلوك إيذاء الذات: هو سلوك عدواني موجه نحو الذات حيث يقوم الطفل بعض نفسه حتى يدمي او يضرب رأسه في الحائط وقد يتكرر ضربه او لطمه على وجهه.

7-4-2- اللعب :بشكل عام يهتم الطفل المصاب أكثر باللعب الحسي (يشمون،يتذوقون ،يتسمعون الاصوات...)،كذلك لديهم نقص من ناحية اللعب التخيلي والتلقائي , ولا يبادرون باللعب الظاهري.

- اضطراب التأزر البصري الحركي.

- قد يصاحب التوحد حالات من النشاط الزائد.

- الشغف بكل أنواع الحركات وخاصة المتكررة (التأرجح، المطاردة).

- يظهر على بعض التوحديين سلوكيات نمطية آلية (التصفيق، الدوران).

- حب الروتين ومقاومة التغيير حتى لو كان طفيفا.

- تتسم أنشطته بالجفاف وعدم المرونة.

- عدم الوعي بمصادر الخطر.

- تقلب المزاج السريع.

- الاستجابة الحسية المنعدمة (الأصوات، الألم، الأضواء)..

- لا تشغله سوى اللحظة الحاضرة، وترديد الكلمات بصورة آلية نمطية بدون أن تناسب الموقف.

(السيد عبد القادر شريف، 2014، ص 300-301)

7-5- الخصائص الحسية والإدراكية:

يقوم بإظهار استجابة زائدة او ناقصة للمنبهات الحسية مثل: الصوت او الألم فأحيانا يغطي الطفل المضطرب اذنه كما لو كانت أصوات معينة تضايقه، وفي المقابل قد يتجاهل الأصوات المفاجئة ولا يظهر

علامات تشير الى استجابة للصوت. وقد يكون الطفل اما مفرط الحساسية تجاه الألم او نقص الحساسية اي لا يشعر به بسهولة. وقد يظهر استجابة شديدة عصبية.

7-5-1 - بعض المظاهر الاضطرابات الحسية السمعية:

- تغطية الأذنين باليدين.
- البكاء او الصراخ في الإمكان المزدحمة.
- الانتباه الشديد للأصوات الضعيفة.
- فتح وغلق الأبواب بشكل متكرر .
- التعلق بسماعة الإذن.

7-5-2 - بعض المظاهر الاضطرابات الحسية البصرية:

- تلمس أوجه الآخرين.
- تقريب الأشياء لأعينهم بشكل مبالغ فيه.
- النظر والحملقة في الضوء بشكل شديد.
- متابعة الظل بشكل قهري.

7-5-3 - بعض المظاهر الاضطرابات الحسية الشمعية:

- شم الأطعمة قبل أكلها.
- رفض بعض الأطعمة ذات رائحة.
- شم الأدوات والأشياء قبل استعمالها.
- رفض استخدام الصابون.

7-5-4 - بعض المظاهر الاضطرابات الحسية اللمسية:

- رفض العناق.
- طحن او صرير الأسنان.
- رفض التلامس الجسدي.

- التلذذ بالعب بعنف.

- ضرب النفس وعض اليد.

7-5-5- بعض المظاهر الاضطرابات الحسية التذوقية:

- كراهية بعض الأطعمة ذات القوام الهلامي.

- تفضيل بعض الأطعمة اللاذعة.

- وضع أشياء في الفم. (عبد الله حسين الزعبي 2014 ص 39-40)

8- مشكلات الطفل التوحدي:

يقوم الطفل التوحدي بمواجهة العديد من المشكلات المختلفة في حياته التي تؤثر عليه سلباً، وعل تواصله الإيجابي مع المجتمع، مما يزيد من حدة المشكلة. والأكثر من هذا جزءاً من هذه المشكلات يصاب بها الآباء ويتأثرون بها ولا يستطيعون سوى تقبلها والتعامل معها بالحكمة والصبر، وإلا أصبحت حياتهم صعبة لذلك لابد لهم العناية بأبنائهم وتقديم كل وسائل الدعم والمساعدة، ومن تلك المشكلات نذكر:

8-1- مشكلات الاتصال واللغة:

الكثير من الأطفال التوحديين يفتقدون القدرة على استخدام اللغة وصعوبة في الاتصال مع الآخرين وأيضاً لا يستطيعون اكتساب الكثير من المفاهيم الأساسية التي تقوم بمساعدتهم على الإتصال والتعامل مع الآخرين، حيث ان هؤلاء الأطفال يفتقرون للغة بكل أشكالها وقواعدها، وهذا يؤثر على اتصالهم مع محيطهم الخارجي، ومن أهم مشكلات الاتصال نذكر:

8-1-1- عكس الضمائر: يخلطون دائماً بين الضمير (أنا) والضمير (أنت) ويشيرون إلى أنفسهم بالضمير الثالث بدلاً من أن يستخدموا الضمير (أنا)، واستنتج العلماء أن هؤلاء الأطفال يقلدون ويعيدون الضمائر التي يسمعونها ولا يتعلمونها.

8-1-2- تكرار الكلام: هو أحد العلامات المميزة للغة الطفل التوحدي، فترديد الكلام أو الصدى الصوتي كما يطلق عليه البعض يعد صفة معوقة لتواصل الطفل التوحدي، وتظهر هذه الصفة عند بدء الكلام عند الأطفال التوحديين مع الأفراد الآخرين، وتظهر في المواقف التي يشعرون فيها بعدم الأمان وتعرضهم إلى تغيرات مفاجئة.

8-1-3- مشكلة الفهم: حيث يكونون غير قادرين على استخلاص المفاهيم من اللغة المسموعة وغير

المسموعة، وهذا يؤثر على الاتصال اللغوي بينهم وبين الآخرين.

8-1-4 - مشكلة الانتباه: يخفق الأطفال التوحديين في الانتباه للأشياء التي ينتبه لها الآخرون، ولكن إذا

حدث وانتبه هؤلاء الأطفال إلى أشياء معينة يكون من خلال التوجيه مع الآخرين.

(فهد حمد المغلوث، 2006، ص 70-71)

8-2- مشكلات بصرية:

قد يكون الأطفال التوحديين لديهم مشكلات بصرية نتيجة لاصابة في العينين أو اصابة في الأعصاب المتصلة بالعينين والمخ، أو على أجزاء مخية متصلة تستقبل الرسائل الحسية من العينين.

ونجد لدى الأطفال التوحديين احيانا مشكلة بصرية ولديهم حركات بالأيدي وميول للقفز والدوران المستمر، كما نجد لديهم حساسية اتجاه تغير أشياء اعتادوا رؤيتها وقد تم تغييرها من مكانها.

8-3- مشكلات غذائية وهضمية:

أكثر الاوقات تكون لدى الأطفال التوحديين مشكلات غذائية وهضمية سببها التخوف من الطعام أو تفضيل لبعض الأطعمة، وربما يواجهون اضطرابات في عملية الهضم.

(فهد حمد المغلوث، 2006 ص 72)

8-4- مشكلات سلوكية:

وتتمثل المشكلات السلوكية في:

8-4-1- السلوك العدواني: لحسن الحظ أن غالبية الأطفال التوحديين لا يظهر عليهم زيادة واضحة في السلوك العدواني، وهذا لا يعني أنهم لا يمرون بحالات غضب شأنهم شأن غيرهم عندما يتعرضون لمواقف محبطة.

ويبقى الاحتمال قائما لممارسة بعض الأطفال التوحديين سلوكا عدوانيا كن يضرب أو يؤذي غيره وفي الغالب يتضح أن الطفل التوحدي لا يدرك مدى التأثير العاطفي على صحته حتى وإن كان يلاحظ الأثر المادي عليه (مثل البكاء)، ولذلك يكون من المجدي تعليم الطفل التوحدي أهمية تقدير مشاعر الآخرين واحترامها.

8-4-2- السلوك الاستحواذي: يعتبر السلوك الاستحواذي من أبرز الأنماط السلوكية المصاحبة للإصابة بالتوحد فهل يجب تعديل هذا النمط السلوكي لمجرد كونه غير عادي؟

هناك من يعتقد أن مجرد كون السلوك الاستحواذي يمثل سلوكا غير عادي لا يعتبر سببا كافيا لطلب المساعدة في تعديله أو علاجه، فكل واحد منا لديه جوانب شخصية غير طبيعية، ولكل واحد منا الحق في أن يكون الشخص الذي يريد، بما في ذلك ما تشمل عليه شخصيته من غرابة في السلوك هذا بشكل عام، ولكن إذا كان السلوك الاستحواذي يعرقل أو يعوق نمو الطفل وتطوره عندها يجب البحث مساعدة أو علاج، فعلى سبيل المثال الطفل بلغ سن العاشرة وكان يصبر على قراءة الأحرف الأبجدية (ألف، باء) ويرفض قراءة غيرها، وهذا السلوك يمثل عائقا نكوه التربوي والتعليمي، ففي مثل هذه الحالات لابد من التدخل بغرض توسيع دائرة اهتمام الطفل من خلال حثه وتشجيعه على قراءة كتب غيرها ومكافأته على لذلك.

8-4-3- إيذاء النفس: يتصرف بعض الأطفال التوحديين بطريقة تلحق الأذى والضرر بأنفسهم مثل ضرب الراس في الأرض أو الحائط، وتعتمد أفضل طريقة للتعامل مع السلوكيات المؤذية للنفس على تقييم العوامل التي تدفع الطفل التوحدي للبدء بممارسة إيذاء نفسه وتلك التي تجعله يستمر في الإيذاء.

8-4-4- نوبات الغضب: تحدث نوبات الغضب عندما يطرأ تغيير على بيئة الطفل لا سيما إذا كان التغيير يمس جوانب السلوكيات الاستحواذية التي اعتادها الطفل، مثل طريقة أو نوع الأكل الذي يفضلها، وقد ثبت أن أفضل الطرق للتعامل مع نوبات الغضب هو إهمالها، فمتى ما أيقن الطفل أن سلوكه لن يمكنه من تحقيق ما يريد فإن هذا السلوك يتلاشى أو يختفي.

(بطرس حافظ بطرس، 2007، ص 178-180)

9- تشخيص اضطراب التوحد:

يتم تشخيص اضطراب التوحد من قبل فريق متكامل من الأخصائيين ويتمثل في:

- طبيب عقلي للأطفال.
- أخصائي نفسي.
- أخصائي ارطفوني.
- أخصائي أطفال.
- أخصائي اجتماعي.
- أخصائي تربية خاصة (باسي هناء 2016 ، ص31)

كلمة تشخيص مأخوذة في الأصل عن الطب، والتشخيص هو الفن والسبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل ونوع المرض، ويهدف التشخيص إلى تزويد الأخصائيين والأسر بتسهيلات واضحة في التواصل فيما بينهم واتخاذ الإجراءات المناسبة للوقاية بأشكالها المختلفة.

وأيضاً تصميم برامج تربوية وتعليمية مناسبة للأفراد وقدرتهم، وهو ما يعرف بالخطط التربوية الفردية، وتحدد فئات التربية الخاصة إذا كانت عميقة أو متوسطة أو بسيطة (زهران 1997 ص 172)

وتعتبر عملية تشخيص الطفل المتوحد من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً، وخصوصاً في المراحل الأولى لوجود اختلافات في الأعراض وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والتحاليل الطبية وغيرها. (رائد خليل، 2006، ص 45)

9-1- التشخيص الطبي:

ونقصد به فحص حالة الطفل من جوانب متعددة يمكن إجمالها على النواحي التالية:

- التاريخ التطوري والمرضي للأسرة والطفل: يشمل معرفة التاريخ المرضي ومتابعة عملية الحمل والولادة وتطور الطفل في المراحل الأولى، المشكلات التي قد تعرض لها الطفل وتحديد زمنيها، ومشاكل التفاعل الاجتماعي.

- الكشف الاكلينيكي: وهو كشف مبدئي مباشر من طرف الطبيب بهدف التعرف على الوضع الصحي الأولي للطفل.

- الفحوصات الطبية: تشمل: التصوير الطبقي، الرنين المغناطيسي فحص السمع، النظر، فحوصات الدم والبول ولبراز... الخ، تهدف هذه الفحوصات الى التأكد من وظائف الجسم والدماغ لدى الطفل وهل يوجد أي اضطراب أو خل عضوي واضح لديه.

- ملاحظة الوضع العام والسلوك العام للطفل: من خلال الزيارات الأولى في العيادة، وكذلك تطبيق القائمة الخاصة بالدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية DSM، الذي يمكن من خلالها جمع المعلومات الخاصة به عن طريق أسرة الطفل مبدئياً.

يجب علينا ان نذكر أن عملية التشخيص للجانب الطبي يمكن أن يشارك فيها أكثر من طبيب مثل: طبيب الأطفال، طبيب الأعصاب، اختصاصي الأذن والأنف والحنجرة، وذلك يتوقف على طبيعة المشكلات الموجودة لدى الطفل. (مصطفى نوري القمش، 2013، ص 241-242)

9-2- التشخيص والتقييم السلوكي:

يقوم الأخصائيون في تشخيص التوحد على ملاحظة الخصائص السلوكية لكل طفل ويمكن القول أنه كلما زادت المؤشرات والأعراض التي يبدىها الطفل ازدادت احتمالات تشخيص حالته كطفل توحدي، كما يلعب الوالدين دورا أساسيا في عملية التشخيص، من خلال تقديم المعلومات عن التاريخ التطوري النمائي للطفل وأنماطه السلوكية لأن اضطراب التوحد يتم سلوكيا، وكلما ازداد عدد الأخصائيين الذين يلاحظون سلوك الطفل في أوقات مختلفة ومواقف معينة ازدادت احتمالات تشخيص التوحد، وفي سبيل الوصول إلى تشخيص سلوك دقيق للسلوك التوحدي فإن هناك 5 محاور يجب أن يشملها هذا التشخيص وهي على النحو التالي:

(سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010، ص 199)

* وصف السلوكيات التوحدية:

لقد اكد الممارسون والباحثون على الاهمية البالغة لتعريف السلوكيات التوحدية بأسلوب يتصف بالموضوعية والإجرائية، والقدرة على الملاحظة مما يؤدي إلى فهمها من قبل الآخرين.

(بلال أحمد عودة وأحمد نايل الغرير، 2009، ص 118)

* درجة كل سلوك ومقداره:

يعني أن القوة أو الدرجة التي يظهر فيها السلوك، ويتم ذلك بتحديد تكرير السلوك أو مقداره.

* البيئات التي يظهر فيها السلوك المستهدف:

للمساعدة في فهم وتوقع السلوك فلا بد من تحليل وتقييم البيئة التي يظهر فيها وكذلك الفعل الذي عادة يلي السلوك في البيئة وهو ما يطلق عليه سوابق السلوك وهذا التحليل يرجع إلى النموذج المعرفي وهو ما يطلق عليه توابع السلوك.

* الوظيفة المقصودة:

السلوك الوظيفي ممكن أن يكون وسيلة فعالة للتواصل، إن إتباع تقييم سوابق السلوك، والسلوك وتوابعه يعتبر محاولة لتحديد الوظيفة المدركة للسلوك وهو أمر ضروري لتطوير سلوك مكافئ وظيفيا.

* الاستثمار الذاتية:

إن سلوك الاستثارة الذاتية أو ما يدعى السلوك النمطي يعود إلى السلوكيات المتكررة مثل ضرب اليد، تحريك الأشياء أمام العينين وهز الجسم، والتي تمتد فترة طويلة من الوقت، كما يبدو أنها تزود الأطفال التوحديين بتغذية ا رجعة حسية حركية، والتعبير عن سلوكيات الاستثارة الذاتية بطرق مختلفة قد تكون أحيانا من قبل حركات العينين عند تعرضها للضوء، وعند القيام بتعبيرات الوجه غير مناسبة ومعظم هذه السلوكيات تظهر وكأنها تحمل القليل من المعاني الاجتماعية الواضحة للآخرين، ومن الممكن أن لا تمثل هذه المعاني أبدا، كما أنها قد تؤثر في العلاقات الاجتماعية وفي التعلم وفي النمو العصبي، وما يكسب هذه السلوكيات علاقات عكسية مع كثير من السلوكيات علاقات عكسية مع كثير من السلوكيات المناسبة، فإن ذلك يؤدي إلى زيادة تلقائية من الاستجابات الأكاديمية ويكون اللعب واضحا وذلك في الوقت الذي تكون فيه أنماطه قد ازدادت وتطورت. (سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم، 2010، ص 201)

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل نلخص أن اضطراب التوحد يعتبر من بين أكثر الإضرابات النمائية المزمنة والمعقدة التي قد تصب الطفل، حيث أنه لا يوجد علاج قاطع للتوحد بالرغم من المجهودات المتواصلة والبحوث المتراكمة من طرف الباحثين والعلماء والمختصين في المجالات النفسية والطبية، لكن التعلم الخاص وتقديم العون والمساعدة بإمكانه أن يقلل من الاضطرابات السلوكية التي قد يتعرض لها المصاب بالتوحد مع تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لديه، ويتوقف نجاح المعالجة على كفاءة المعالج ودقة البرامج العلاجية، كما أن للوالدين دور في مساعدة طفل التوحد وذلك بتدريبه على بعض المهارات اللازمة في حياة الطفل التوحيدي اليومية، فالوعي المبكر كذلك واكتشاف مواطن القوة والضعف في إمكانات طفل التوحد ومن ثم العمل على تنميتها وتطويرها من شأنه أن يوفر الكثير من الجهد والوقت والمعاناة.

الفصل الثاني

التكفل النفسي

الفصل الثاني: التكفل النفسي

- تمهيد

1- التكفل

1-1 التكفل المبكر .

2-1 فاعلية التكفل المبكر

3-1 أهمية التكفل المبكر

4-1 أهداف التكفل المبكر

5-1 مراحل التكفل المبكر

6-1 أنواع التكفل المبكر

7-1 نماذج التكفل المبكر

2- التكفل النفسي

1-2 تعريف التكفل النفسي

2-2 بعض المفاهيم المتداخلة للتكفل النفسي

3-2 أهمية التكفل النفسي

4-2 أهداف التكفل النفسي

5-2 الأسس العامة للتكفل النفسي

6-2 مراحل التكفل النفسي

7-2 أساليب التكفل النفسي

الخلاصة.

تمهيد:

شهادة الآونة الأخيرة انتشار الكثير من الاضطرابات والتأخرات النمائية التي انتشرت لا يستطيع الطب التحكم بها عن طريق الأدوية أو المواد الكيميائية، تؤثر على استقرار المجتمع وتتأثر هي من خلال النقائص والاختلال الذي أصيبت به.

فلذلك شهد العقدين الأخيرين توسعا كبيرا وسريعا في كثير من دول العالم فيما يتعلق بخدمات وبرامج التدخل المبكر والتكفل النفسي، فهذا الميدان من الطب النفسي يعني بتربية وتدريب الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة بهدف مساعدتهم على علاج تأخرهم النمائي من خلال تدريبهم على تعلم سلوكيات جديدة مرغوبة تمكنهم من تحقيق توافقهم الذاتي والنفسي، وبالمقابل مساعدتهم على تعديل بعض سلوكياتهم الشاذة أو الكف عنها، وفي هذا الفصل سنتطرق إلى تعريف كل من التكفل المبكر والتكفل النفسي إضافة إلى بعض المفاهيم ذات الصلة، أهداف كل منهما، الأنواع والمراحل والخدمات العلاجية التي يقدمونها للأطفال التوحد.

1 - التكفل:

هو عبارة عن عملية يقوم بها المجتمع لتحقيق مجموعة من الأهداف من أجل الوصول للفرد لضمان حقوقه والإحساس بالعدالة في وسط المجتمع، كما أنها طريقة نفسية واجتماعية لتوعية الفرد بذاته وبأنه قادر على التواصل مع الآخرين لتحقيق الاستقلالية من خلال تنمية القدرات والمهارات واستغلالها أحسن استغلال (الحازمي، 2007 ص 124)

1-1 التكفل المبكر:

تعني الرعاية والضمان، وهو نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية المقدمة للأطفال وحتى سن سنوات 6 من ذوي الاحتياجات الخاصة النمائية والتربوية، والمعرضين لخطر الإعاقة المبكر لأسباب عديدة.

وهي أيضا إجراء التكفل في وقته المناسب بعد تشخيص الاضطراب مباشرة، وهذا ما تنص عليه الدراسات للحصول على نتائج إيجابية.

يعتبر التدخل المبكر من أهم أنظمة دعم الأسرة ويرتبط ارتباطا وثيقا باكتشاف الإعاقة بعد حدوثها، ويعتمد على الاختبارات البيئية والصحية والوراثية، وعوامل تتعلق بالأم الحامل وبالجنين وفترة الحمل، وفترة الولادة، وهناك أيضا العديد من المؤشرات الأخرى تحتاج إلى التدخل مبكر.

(المشرفي، 2006، ص 14)

فحسب هذا التعريف يشمل التكفل المبكر للأطفال منذ الولادة حتى سن المدرسة لأن الأطفال يعتمدون على والديهم لتلبية حاجاتهم، وهكذا يركز التدخل المبكر على تطوير مهارات أولياء الأمور على مساعدة الأطفال على النمو والتعلم.

هو تلك التدابير الهادفة المنظمة المتخصصة التي يكفلها المجتمع بهدف منع حدوث الإعاقة أو الحد منها، والحيلولة دون تحولها إلى عجز معقد دائم وتقادي الآثار السلبية والمشكلات التي يمكن أن تترتب على ما يعانيه الطفل من خلل أو قصور في جوانب نموه وتعلمه وتوافقه أو التقليل من حدوث هذه الآثار وحصرها في أضيق نطاق ممكن. (عبد المطلب أمين القريطي، 1996، ص 24)

هي خدمات وبرامج تقدم للأطفال ذوي الإعاقة بهدف الإسراع في تعديل نموهم وانتهاك وتخفيف أثر الظروف الصعبة التي يواجهونها، مع السعي لإشباع احتياجاتهم وتعويضهم عن النقص الذي يعانون منه، والإسراع بهؤلاء الأطفال لمحاولة اللحاق بمن في مثل عمرهم الذين يتقدمون في نموهم بدون تعثر.

(سعيدة محمد بهادر، 2002، ص 99)

وفي الآونة الأخيرة أصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية وأوسع نطاقا لأنه أصبح يستهدف بالإضافة إلى الأطفال المعاقين الأكثر عرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية بما فيه أطفال التوحد وطيف التوحد. (احمد نايل الغرير وبلال احمد عودة، 2009، ص 132)

1-2 فاعلية التكفل المبكر:

النتائج التي توصلت إليها الدراسات العلمية قدمت أدلة قوية على فاعلية برامج التكفل المبكر، فقد قام كاسترو وماستر بير بتحليل النتائج التي توصلت إليها أربعة وسبعون دراسة علمية فاستنتج أن التكفل المبكر ينتج عنه تحسين من مستوى في النمو المعرفي واللغوي والأكاديمي للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة.

- واستنتج هذان الباحثان أيضا أن الفائدة تكون أكبر كلما كان:

1. تكفل مبكر أكثر.

2. تكفل مبكر أكثر كثافة.

3. أكثر إهتمام بتنشيط المشاركة الأسرية.

أما بالنسبة لديمومة الأثر، إلا أن الدراسات التي أجريت حول الأطفال الأقل حظا أشارت إلى أن التأثيرات لبرامج الإثارة المبكرة للأطفال الرضع تضعف مع مرور الوقت.

(الخطيب، 1968، ص 36)

1-3 أهمية التكفل المبكر:

تكمن أهمية التكفل المبكر في انه وسيلة لإدماج الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة من الجوانب النفسية، الاجتماعية، والعقلية.

وتوعية أفراد المجتمع بضرورة النظر بموضوعية لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة للقضاء على نظرة التحفيز أو الشفقة يمنح الفرد فرصة العيش، وتحقيق الاستقلالية وتنمية قدراته الاجتماعية والعاطفية، فيصبح قادر على العيش في المجتمع.

يهدف بشكل أساسي إلى إحداث محفزات حيث يصبح قادرا على التعرف عليها والتصرف معها. كما ان له هدف عام وهو تحقيق دمج المعاق مهنيًا واجتماعيًا وتحقيق الاستقلالية الذاتية.

أظهرت الدراسات التي أجريت على الأطفال المعوقين في سنوات حياتهم المبكرة، أن لبرامج التكفل المبكر في إصلاح الانحرافات النمائية المكنة، وكونهم في مراحل العمر الأولى لنموهم، كما أن تطبيق مختلف البرامج العلاجية وربطها بالبرامج التربوية فور حصول الإصابة بالإعاقة يعطي نتائج باهرة، وهذا يؤكد الأهمية، الكبرى لتوفير برامج تربوية متخصصة للأطفال قبل وصولهم إلى مرحلة التعليم الابتدائي. (الحازمي، 2007 ص90)

ويمكننا ان نستخلص أهمية التكفل المبكر في النقاط التالية:

- يساعد الأطفال الذين يعانون من تأخر النمو على تحقيق مستويات متقدمة من الوظائف الإدراكية والاجتماعية.
- وقت التكفل مهم لأنه مرحلة الإعداد القصوى.
- له تأثير هام على الوالدين والأخوة، وكذلك الطفل
- يمنع أيضا العيوب الثانوية عند الأطفال ذوي الإعاقة.

(جوالده، 2012، ص183-184)

التكفل المبكر ينمي النمو الحسي الحركي من خلال تمارين التربية النفسية الحركية، كما أنه يمكن من الشعور بالذات.

- بإمكان الطفل ان يستدخل مفاهيم جد معقدة على شكل لعب لتساعده على بناء اللغة.

- التقليل من فرص الفشل عند الالتحاق بالمدرسة أو المراكز الخاصة.

(جوالده، 2012، ص 185-186)

وإن التكفل المبكر يلعب دورا وقائيا حيويا يتمثل في:

- اكتساب الطفل الأنماط السلوكية المقبولة اجتماعيا في المدرسة وغيرها.

- اكتساب مهارات معينة للتعایش مع صعوبات الحياة.
- تطوير مفهوم إيجابي عن ذاته وتنمية الشعور بالقدرة على الإنجاز.
- فهم مشاعره ومشاعر الآخرين.
- تطوير اتجاهات إيجابية نحو المركز أو المدرسة. (الخطيب، 1995، ص52)

1-4 أهداف التكفل المبكر:

- يهدف التدخل المبكر لاجراء معالجة فورية وقائية تهدف إلى تنمية قدرات الطفل المكتشف في مختلف المجالات (حركية، اجتماعية، لغوية...) (وغيرها من الإرشادات الطبية والفحوصات المخبرية اللازمة).
- التطور الحركي هو القاعدة الأساسية التي يمكن للطفل من خلالها اكتساب مجموعة من المهارات، فعندما يستطيع الطفل أن يتحكم براسه، هذا يساعده على التركيز البصري بالعين بشكل أفضل مما يساعده على تنمية مهاراته الإدراكية، ومن ثم فمن الافضل أن يتم البدء في أي برنامج تدخل مبكر بالتنمية الحركية مثل التحكم براس، استخدام اليدين، الحبو، الوقوف، المشي...الخ.
- يؤخر التأخر الحركي والعقلي الطفل عن اكتساب المهارات اللغوية على الرغم من أن المراحل التي يمر بها الطفل المتأخر عقليا هي نفس المراحل التي يمر بها إي طفل، لذلك يجب مساعدة الطفل على المتأخر على الاتصال البصري ليتمكن من رؤية الأشياء ورؤية حركة الشفاه، وتشجيعه على إصدار أصوات وتدريبه على مهارات التقليد وربط ما يقوم به بالتوجيه اللفظي.
- مساعدة الأسرة، إذ أن أسرة الطفل المعاق تواجه مجموعة من المشاكل الاجتماعية والنفسية لذلك يجب الاستماع بدقة إلى أسئلة الأسرة والإجابة عليها بشكل واقعي وغير مبالغ فيه، ويجب إيضاح مواقع القوة والضعف ويجب إشراك الأسرة في الاختبارات وتصاميم البرامج العلاجية كما ويستحسن دعوة أسر أخرى لحضور جلسات تدريب للأسر أطفال آخرون.

(احمد نايل الغيرير وبلال احمد عودة، 2009، ص، 234-235)

1-5 مراحل التكفل المبكر:

لدى عملية التدخل التكفل عدة مراحل تتكون منها هي:

- التعرف:

أي التحقق ويعني ملاحظة العلامات الأولى أو الإرشادات التي تنبه أن الطفل معرض لخطر النمو أو أنه في تقدم شاد.

- الاكتشاف:

من خلال بحث هذه العلامات والتعليمات بطريقة منظمة لجميع السكان والتي تشمل برامج مسحية، مثل تحليل الفينيل كيتونوريا واختبارات كشف الإعاقة السمعية واضطرابات النمو، ولا تمثل مخرجات هذه الاختبارات التشخيص بل يتم تحويل الأطفال لعمل فحوصات تشخيصية أخرى.

- التشخيص:

و هي نتيجة وجود إعاقة في النمو بالإضافة الى تحديد الأسباب المسببة لها، والتشخيص يأخذ مكانة في الترتيب بعد التعرف على العلامات والإشارات التي تعتبر الطفل معرض لخطر أو انحراف النمو.

- التدريب:

تم تصميم جميع أهداف الأنشطة المؤثرة في الطفل وبيئته لخلق ظروف أفضل للنمو، وتشمل هذه الأنشطة تنبيه وتنمية مجالات النمو، الأنشطة التعليمية وخدمات إضافية عن طريق أخصائيين في الطب، العلاج المهني، العلاج الطبيعي، التخاطب، السمعية والتغذية.

- الإرشاد:

وهو كافة أشكال التدريب والاستشارة المتاحة للآباء، الأسرة، الأسرة المفككة والإمداد بالمعلومات عامة. (فؤاد عيد الجوالده،، 2012 ص196-197)

1-6 أنواع التكفل المبكر:

1-6-1 التكفل النفسي: يحتاج إلى الجانب البيداغوجي التربوي حيث نجد الأخصائي مكلف بتحضير البرامج التربوية وكما يقوم بالاجتماعات الإدارية التربوية.

1-6-2- التكفل التربوي: ويتمثل تكفله فيما يلي:

- يقوم بتدريب وتعليم البرامج الخاصة.

- ضمان النموذج الحركي للطفل.

- ضبط النشاطات المتبعة.

- تنظيم الأعمال والأنشطة في وقتها المحدد.

- وضع البيانات الخاصة بالطفل.

1-6-3- التكفل الاجتماعي: ويتمثل فيما يلي:

- التكفل التام بالطفل من حيث النوم والأكل.

- السهر على نظافة الطفل الجسمية والمكانية.

- القيام بنشاطات ترفيهية.

- مراقبة وملاحظة التغيرات في سلوك الطفل.

- وضع أوقات المشاركة الأسرية. (المشرقي، 2006، ص 23 ص 24)

1-7 نماذج التكفل المبكر:

كانت هناك العديد من نماذج التكفل المبكر نتيجة التطور المستمر في تقديم هذه الخدمات للأطفال، ولكن المشكلة أن بعض هذه النماذج قد تكون مناسبة لبعض الأطفال دون آخرين وأيضاً لكل هذه النماذج إيجابيات وسلبيات أهمها:

1. التكفل المبكر في المراكز:

يمكن أن تكون هذه المراكز إما أن تكون مركز أو مدرسة، معظم هذه المراكز هي مراكز ربحية ومكلفة ولا يستفيد منها كثيراً من الفقراء، بينما هناك مراكز مدعومة من جهات حكومية وأخرى مدعومة من جمعيات خيرية، وبرامج التكفل المبكر تقدم في المركز خدمات من طرف المختصين، ويتميز بوجود عدد من الحالات المختلفة الذي تتعامل معها، كما أنها تعتمد على أوقات محددة للتكفل وفق برامج تعليمية حيث يتم تدريبهم في جميع المجالات النمائية المختلفة تتراوح أعمار هؤلاء الأطفال عمر سنتين إلى ست سنوات.

إيجابيات هذا النموذج

- توفير الفرص لتثقيف المجتمع المحلي بالأمور المتعلقة بالتكفل المبكر
- يقوم فريق متعدد التخصص بالتخطيط والتنفيذ للخدمات.
- تمكين الطفل من اكتساب المعارف لمواكبة قواه.
- إتاحة الفرصة للطفل للتفاعل مع الآخرين.

سلبيات هذا النموذج

- مشكلة توفير المواصلات.
- عدم مشاركة الأولياء بالنشاط.
- التكلفة المادية عالية الثمن. (Neisworth & Bagnato ; 1992 ; p 23-57)

2. التكفل المبكر في المنزل:

يتم تقديم خدمات التكفل المبكر في المنزل عندما يكون الطفل صغيرا جدا أو عندما تكون الحالة الصحية شديدة، حيث يقوم الاخصائي أو المربي أو معلم الأسرة على تقديم الخدمات الخاصة بالطفولة المبكرة أو التربية الخاصة بزيارة المنزل من زيارة واحدة إلى ثلاث زيارات في الأسبوع، كما تعمل على تدريب الأمهات على برامج التكفل المبكر، وتقدم الاقتراحات اللازمة بكيفية التعامل مع الطفل في البيئة المنزلية. ومعظم برامج التكفل المبكر في المنزل تكون في أماكن نائية وعدد المضطربين قليل ولصعوبة النقل.

إيجابيات هذا النموذج:

- يضمن مشاركة الأسرة في التكفل.
- يوفر خدمات للأطفال الحالات الخاصة في بيئتهم الأسرية العادية.
- غير مكلف من الناحية المادية.

سلبيات هذا النموذج:

- ضعف المستوى التعليمي للأسرة يؤدي إلى عدم قدرة بعض الأولياء على تدريب أبنائهم بشكل فعال ومناسب.
- وضع قيود على الفرص المتاحة للطفل في أن يتفاعل اجتماعيا.

- إهمال بعض الأولياء للتعليمات الأخصائيين.

(الحازمي وعدنان ناصر، 2007، ص 92-95)

التدخل المبكر في المستشفيات:

هذا النموذج يعد من أكثر النماذج استخداماً وخاصة من قبل المستشفيات الكبيرة ويركز على برامج الحاجات التربوية والحاجات الطبية للطفل، بالإضافة إلى توجيه الوالدين وتدريبهما على يد فريق متعدد التخصصات ويستخدم هذا النوع من النماذج لتقديم خدمات للأطفال الصغار الذين يعانون من مشاكل وصعوبات نمائية شديدة، تتطلب دمجهم بشكل متكرر أو لفترات طويلة إلى المستشفى.

إيجابيات هذا النموذج:

- يتضمن تدريب الوالدين وحثهم على المشاركة الفاعلة في رعاية طفلهم.

سلبات هذا النموذج:

- قد يكون باهظ الثمن. (جمال الخطيب ومنى الحديدي، 2004، ص 40)

التدخل المبكر من تقديم الاستشارات:

يقوم الآباء في هذا النموذج بزيارات دورية للمركز بواقع مرة أو مرتين في الأسبوع ويتم خلالها تقييم ومتابعة أداء الأطفال وتدريب أولياء الأمور ومناقشة القضايا المهمة معهم ويتم مقابلة الآباء بشكل فردي أو في مجموعات ويقدم فريق متعدد التخصصات الخدمات للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة، ومن أهم خصائص هذا النموذج أنه يقوم بتدريب أولياء الأمور.

التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام:

يستخدم هذا النموذج التلفاز أو المواد المطبوعة أو الأفلام أو الأشرطة أو الألعاب لتدريب أولياء أمور الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الصغار في السن ولتوصيل المعلومات المفيدة لهم، وغالباً ما يتم تنفيذ هذا النموذج على شكل أدلة تدريبية توضيحية تبين لأولياء الأمور بلغة واضحة كيفية تنمية مهارات أطفالهم في مجالات النمو المختلفة وكيفية التعامل مع الاستجابات غير السوية التي يظهرونها.

(سماح نور محمد وشاحي، 2003، ص 29)

في ضوء ما تم ذكره حول نماذج التدخل المبكر نجد أنها تستند على أساس الفروق الفردية بين الأطفال في النمو، فالبرنامج الذي يناسب طفلاً قد لا يناسب طفلاً آخر بنفس الدرجة، فكل طفل في حاجة

إلى برنامج خاص به وذلك بما يتناسب مع شدة الاضطراب، ومن هذا المبدأ تعددت وتنوعت نماذج التدخل المبكر، ولكنها تشترك من حيث المبتغى حيث أنها تهدف إلى تقديم خدمات طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي، للحد من زيادة السلوك الغير طبيعي.

2- التكفل النفسي

1-2 تعريف التكفل النفسي:

1-1-2 لغة:

اشتق التكفل في اللغة العربية من كلمة كفل، ويقال كفلا وكفالة، أي أخذ على عاتقه على مسؤوليته وتعهده بشيء أو بشخص وألزمه. (المنجد في اللغة العربية المعاصرة، 2000، ص 1240)

1-1-2 اصطلاحا:

التكفل النفسي هو مجموع الخدمات النفسية التي تقدم للفرد لتمكنه من التخطيط لمستقبله وفقا لإمكاناته وقدراته البدنية وميوله بشكل يشجع حاجاته ويحقق تصوره لذاته، ويشمل مجالات متعددة أسرية، شخصية، مهنية، وهو عادة يهدف إلى الحاضر والمستقبل مستفيدا من الماضي وخبراته.

(جودت عزة عبد الهادي وسعيد حسني العزة، 1999، ص 14)

يعتبر التكفل وظيفة ذات طابع تعديلي يسعى الى تعديل السلوك وفقا للمعايير، أي هي عملية لفهم إمكانيات الفرد واستعداداته واستخدامها في حل مشكلاته ووضع خطط لحياته من خلال فهمه لواقعه وحاضره ومساعدته في تحقيق أكبر قدر من السعادة والكفاية وتحقيق ذاته وصولا الى درجة التوافق.

(أحمد، 1999، ص 9)

و هو أيضا بأنه مجموعة التقنيات العلاجية والمواقف التي يستخدمها الفاحص لعلاج أي اضطراب نفسي أو اضطرابات سلوكية بالاعتماد في ذلك على أساليب نفسية في العلاج. مبتعدا قدر المستطاع عن الأدوية حيث يعتمد على الإختبارات النفسية، ودراسة تاريخ الحالة المرضية للكشف عن السبب الحقيقي للاضطراب الذي يعاني منه المفحوص.

(حسن مصطفى عبد المعطي، 1998، ص 165)

من خلال التعريفات السابقة يمكن القول أن التكفل النفسي هو طريقة يتبناها الأخصائي النفسي بهدف إقامة علاقة تقوم على التواصل بينه وبين المفحوص الذي يعاني من اضطرابات في التكيف مع الواقع أو من يعانون من مشكلات نفسية أو سلوكية، حيث يعمل الأخصائي النفسي على التكفل بتشخيص الاضطرابات التي يعاني منها المفحوص قصد معرفة الأسباب ومن ثم تحديد استراتيجيات وطرق العلاج والتكفل.

2-2 التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة:

1. التكفل:

انها عملية يقوم بها المجتمع متمثل في منظمة أو مؤسسة لتحقيق مجموعة من الأهداف تسمح للفرد بالوصول للفرد بتأمين حقوقه والشعور بالعدالة في وسط المجتمع، وهو وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته وإنه قادر على التواصل مع الآخرين لتحقيق استقلاليته من خلال تنمية القدرات والمهارات والاستفادة منها على أفضل وجه.

2. الرعاية:

هي الخدمة التي تقدم جهود مشتركة والقائمين عليها لديهم القدرة على المعرفة والمهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد والمتحسين منهم على العودة لنشاطاتهم التي كانوا عليها قبل المرض.

(بن فاضل سعاد، 2012 ص 25)

3. التأهيل:

هو العملية الشاملة التي تتضافر فيها جهود فريق المختصين في مجالات مختلفة لمساعدة الشخص المعوق على تحقيق أقصى ممكن من التوافق في الحياة من خلال تقدير طاقاته ومساعدته على ترميمها والإفادة منها لأقصى حد ممكن. (أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني، 2013، ص 281)

4. التوافق:

انها مجموعة الأنشطة التي يقوم بها الفرد لتلبية واشباع حاجة أو التغلب على صعوبة أو اجتياز معوق أو العودة إلى حالة التوافق والتلاؤم والانسجام، مع البيئة المحيطة ويمكن ان تصبح هذه الأنشطة ردود فعل أو استجابات عادية مألوفة في سلوك الفرد في المواقف المشابهة، والتكيف الناجح يؤدي إلى التوافق. (معصومة سهيل المطيري، 2005، ص 117)

5. التكيف:

عملية تلاؤم الفرد مع البيئة التي يعيش فيها وقدرته على التأثير فيها، ويعني أيضا محاولات الفرد النشطة والفعالة التي يبذلها خلال حياته المختلفة لتحقيق التلاؤم والتوافق والانسجام مع بيئته حيث هذا التوافق يساعده على البقاء والنمو وأداء دوره ووظيفته الاجتماعية بصورة طبيعية.

(معصومة سهيل المطيري، 2005، ص 118)

2-3 أهمية التكفل النفسي:

- دواعي سياسية تتمثل في ضرورة حفاظ المجتمع على الفكر الإيديولوجي المطلوب وتربية أبناء المجتمع على القيم والمبادئ والأفكار والنظريات الموالية للمجتمع، والتي تحفظ على المجتمع ووحدته وتماسكه، وبالتالي حمايته من عوامل التمزق والتفكك الاجتماعي والنفسي.
- لعب الدور التنموي الصحيح لتحقيق التوافق والصحة النفسية.
- ضرورة إنسانية وأخلاقية ودينية
- ضرورة إجتماعية تتمثل في الحفاظ على الأسرة وحمايتها وتدعيمها والحفاظ على العلاقات الإجتماعية الإيجابية بين الناس وحماية المرضى واطفالهم من خطر التشرد والضياع.
- ظروف العصر التي تتسم بالقلق والتوتر والصراع وارتفاع شدة المنافسة بين أبناء المجتمع.
- زيادة مشاكل الأسرة وتفاقمها، وضعف سلطانها ورقابتها وقدرتها في توجيه أبنائها مما يؤدي إلى الإنحراف.
- إزدياد معدلات الفقر والغلاء الفاحش والبطالة والجريمة وتغيير أنماطها وخاصة جرائم الأقارب والسطو المسلح والإغتصاب.
- العلاقة الوطيدة بين الإدمان والجريمة.
- أهمية العقل في ضبط سلوك الفرد وترشيده وتصوبه وتوجيهه.

(الرحمان العيسوي، 1997، ص 21-23)

2-4 أهداف التكفل النفسي:

- إزالة الاضطرابات من خلال تقوية وتدعيم قدرات الفرد لجعله قادرا على التحكم في حالاته الانفعالية المضطربة.
- ترميم الشخصية وإعادة بنائها وذلك بمساعدة الطفل على تحقيق التوافق الذاتي والنفسي.
- محاولة تحسين حالة المريض واختصار مدة التكفل به، وذلك من خلال اختيار أفضل طريقة لمعالجة كل حالة على حدى.
- تعديل أو تبديل أو ازالة أنماط سلوكية ظاهرية.
- تجديد العلاقات الاجتماعية.
- المساهمة في نمو تقدير الذات وتعزيز الثقة بالنفس وبالأخرين.
- زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه لذاته فهما صائبا وموضوعيا بعيدا عن المبالغة.

(عطوف محمود ياسين، 1981 ص125)

- استخدام أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشاكل التي تواجه العميل ومن ثم التغلب عليها.
- حل النزاعات الناجمة عن العجز، الصراعات التي تسبب عجز الإنسان وتبدد طاقته وتحرمه من السعادة.
- تنمية تحقيق الذات لدى العميل بحيث يشعر بالأمن والأمان.
- زيادة قبول العميل لذاته والرضا عنها.

(أحمد النابلسي، 1988، ص 74)

2-5 الأسس العامة للتكفل النفسي:

لثبات النسبي للسلوك البشري:

حدث هذا السلوك هو نتيجة التفاعل بين الفرد والبيئة، وهو استجابة الفرد للمنبهات من البيئة، حيث يتميز هذا السلوك بالتعلم والاكتئاب، وقد تم يوصف بأنه الاستقرار النسبي واحتمالية التنبؤ به، خاصة بالنظر إلى الظروف والمحفزات المتاحة.

مرونة السلوك البشري:

وهي ليست جامدة، لذلك على الرغم من أنها مستقرة نسبيًا ويمكن تغييرها وفقًا لبرامج تعديل السلوك البشري، إلا أنها يجب أن تخضع للتعديل.

السلوك الإنساني الاجتماعي:

حيث يلعب الأفراد أدوارًا اجتماعية مختلفة مثل الأب، والأخ، والزوج... والشخص، ومعايير ومواقف المجموعة..، والقيم السائدة في مجتمعه في محاولة تغيير سلوكه غير المرغوب فيه

الاستعداد الشخصي للإرشاد:

لديه رغبة في الإرشاد والرعاية والاستعداد لتقبله للخروج منه. المشاكل التي واجهها، وتلبية احتياجاته.

حرية الاختيار:

الإنسان هو خالق مصيره ومستقبله، يجب على المعالج أن يساعده على فهم نفسه وميوله وقدراته، حتى يتمكن من حل مشاكله والسيطرة عليها والسيطرة عليها، وعدم فرضها على الآخرين. اتخاذ القرارات نيابة عنه.

القبول:

يجب على المعالج أن يتقبل المريض بغض النظر عن موقفه، سواء قبله أم لا، ويجب أن يفهم مشكلته ولا يصفه بأنه ممل أو منحرف أو غير كفء بأي شكل من الأشكال. إذا قبله دون قيد أو شرط فهو يساعد على خلق جو من الثقة والاحترام يساعده على حل مشاكل مرضاه.

(رحيمة بن سماعيل، 411ص 84)

2-6 مراحل التكفل النفسي:

يمر التكفل النفسي بمراحل يعمل عليها الأخصائي النفسي وتتمثل هذه المراحل فيما يلي:

- الفحص:

حالة أو وضع معين للشخص أو الشيء. يتم استخدام الفحوصات في مجموعة واسعة من المجالات، بما في ذلك الطب، والعلوم، والهندسة، والتقنية، والتجارة، وغيره الفحص الدقيق هو حجر الزاوية للتشخيص

الناجح والعلاج الناجح، ويجب أن تكون عملية الفحص واضحة تماماً للمعالج من حيث أهميتها، والغرض منها، ومصادر المعلومات مثل البيانات وخطوات الفحص.

ونعني بالفحص مجموع الخطوات الفنية المؤدية إلى تحديد مدى توازن الشخصية ومدى الخلل الحاصل في هذا التوازن، كما يمكن يعرف أيضاً على أنه مجموع الخطوات التي تستطيع أن تساعدنا على تحديد خمسة متغيرات في شخصية المفحوص وهي:

- تحديد الاضطرابات وتصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية.

- التعرف على الاضطراب الشخصية في حال وجودها.

- تحديد منشأ هذه الاضطرابات.

- مقارنة التناسب بين الشخصية والعمر الزمني للمفحوص.

- فهم أبعاد الشخصية ومدى نضجها.

يقصد بالفحص النفسي ذلك الفحص المتكامل الذي لا يقتصر على بعد من أبعاد الشخصية مهملًا بقية أبعادها، ويعتبر الباحثان Rabbins و stern ان الفحص النفسي " يعني أن يتعلم الفاحص متى يسكت، ومتى يتدخل، ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه، كما يجب على الفاحص أن يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وأن يتدرب على التحكم بمجرى الفحص".

الهدف من الفحص:

الغرض من الفحص هو تطوير فهم ديناميكي ووظيفي لشخصية المريض، والتعرف على نقاط قوته وضعفه، والتعرف على اضطرابات الشخصية التي تؤثر على سلامته، ورفاهيته، وتوافقه النفسي والاجتماعي، وعلاقاته مع الآخرين. وخاصة علاقته مع المقربين منه، والتعرف على حياته الحالية والماضية ومدى ارتباطها بمشكلاته وأمراضه.

شروط الفحص:

يجب مراعاة الشروط التالية لعملية الفحص:

- سرية المعلومات: أمور ضرورية يجب على المعالج أن يؤكد لها مع المريض حتى يتمكن من التحدث بحرية وثقة في جو آمن.

- دقة وموضوعية الفحص: للوصول إلى تشخيص دقيق وبالتالي تقييم مسار العلاج.

- المعلومات التنظيمية: وهذا ما يجعل تفسيرها دقيقاً، بما في ذلك الحصول على خريطة شخصية كاملة
- تشجيع العميل على التعاون والاهتمام بعملية الفحص حتى يتمكن المعالج من مساعدته، لأن مقاومة المريض وعدم تعاونه غالباً ما تمنع إجراء الفحص.
- تقييم المعلومات التي حصل عليها المعالج وبناء على ذلك تحديد ما إذا كانت الحقيقة ثابتة أم محتملة، ويمكن قياس صدق العميل من خلال طرح بعض الأسئلة التي لا يمكن الإجابة عليها بالنفي، ويجب على الممتحن وضعها فيما يلي بعض الملاحظات العامة من حسابه أثناء الفحص
- التآني في الحكم والتقدير وعدم الاعتماد على الملاحظة العابرة أو الصدفة.
- معرفة ماذا ولماذا وكيف ومتى يسأل.
- إتمام الفحص بطريقة سهلة وطبيعية تمهد لها الخبرة والخلفية العلاجية.
- تجنب التسامح الزائد أو التعسف الزائد.

(علي حمادية، 2015-2016 ص 37)

- التشخيص:

تعريفه:

حالة أو وضع معين للشخص أو الشيء. يتم استخدام الفحوصات في مجموعة واسعة من المجالات، بما في ذلك الطب، والعلوم، والهندسة، والتقنية، والتجارة، وغيرها.

من المهم أن يتم تشخيص الاضطراب النفسي من قبل محترف صحي مؤهل، مثل طبيب نفسي أو معالج نفسي، وذلك للحصول على تقييم دقيق وتوجيه العلاج المناسب للمشكلة النفسية المحددة.

انها مجموعة الإجراءات التي يقوم بها فريق بالمراكز متعددة التخصصات من أطباء وتربية خاصة وعلم نفس وإرشاد وأمراض كلام وعلاج طبيعي وعلاج وظيفي، وهذه الإجراءات تهدف إلى التأكد من وجود حالة إعاقة لدى الطفل الذي تم التعرف عليه في عملية الكشف المبكر.

(عادل محمد العدل، 2013 ص 319)

ويعرف أيضاً بأنه عملية هامة في العلاج النفسي ويعني السبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض، وتتضمن عملية التشخيص التعرف على ديناميات شخصية المريض وأسبابه، وأعراض مرضه. (عبد الله يوسف أبو زعيزع، 2014 ص 241)

وبالتالي نقصد بالتشخيص فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب ثم جمع المعلومات والملاحظات في صورة متكاملة وبالتالي تحديد نوع المرض وتقديم العلاج المناسب.

هدفه:

هدفه هو تحديد وتوضيح حالة صحة المريض من خلال جمع المعلومات السريرية، والتاريخ المرضي، والفحوصات الطبية المناسبة. يهدف التشخيص السريري إلى تحديد السبب المحتمل للأعراض التي يشعر بها المريض، وتحديد التشخيص الدقيق للمرض، وتوجيه العلاج المناسب وتتمثل الأهداف العامة لتشخيص الإكلينيكي فيما يلي:

- تحديد العوامل المسببة للاضطراب.
- التمييز بين الاضطراب الوظيفي والعضوي.
- الكشف عن كيفية الاستجابة للاضطراب.
- تقدير درجة العجز العضوي والوظيفي.
- تقدير عمق ودرجة وشدة الاضطراب.
- التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب.
- تحديد الأسس يبني عليها اختبار خطة علاجية معينة.
- تحديد الأساس العلمي لتصنيف البيانات وتحليلها إحصائياً.

(خالد عبد الرازق النجار، 4113، ص44)

العلاج:

عدّ إجراءات العلاج النفسي وسيلة فعّالة للتعامل مع الاضطرابات النفسية والجسدية، وذلك عن طريق استخدام الوسائل السيكولوجية المختلفة وتأسيس علاقة جيدة بين المعالج والمريض..

في عملية العلاج النفسي، يشارك متخصصون مختلفون مثل أخصائي العلاج النفسي، والطبيب النفسي، والأرطوفوني، والمربي. ودور المعالج النفسي لا يقتصر على تطبيق التقنيات والوسائل العلاجية، بل يتعداها إلى تبني وتطبيق برامج ذات أهداف علاجية محددة. ومن الضروري تشجيع الأهل والمدرسين على المشاركة في تنفيذ هذه البرامج المختصة بمعالجة ومساعدة الأطفال.

ويتمثل الهدف النهائي للعلاج النفسي في مساعدة الفرد على التوافق من جديد، لذا لابد على الأخصائي النفسي أن يمضي في تناوله المشكلة إلى أبعد من التشخيص وحده، وإلا كان العمل عميق ينبغي إذن أن توضع خطة للعلاج وأن تكون هذه الخطة موضع تنفيذ.

(علي حمايدي 2015-2016، ص41)

باختصار، يُعدّ العلاج النفسي وسيلة فعّالة لمعالجة الاضطرابات النفسية والجسدية، ويتضمن تطبيق الوسائل السيكلوجية المختلفة وبناء علاقة ثقة بين المعال.

التنبؤ:

يمكن القول أن الفحص يتناول ماضي وحاضر العميل (ما حدث، وما يحدث)، في حين أن التشخيص يتناول حاضر المريض (ما هو المرض) مع نظرة إلى مستقبله، أما بالنسبة للتنبؤ فهو يتناول مستقبل المريض (ماذا سيحدث) في ضوء ماضيه وحاضره ويتضمن المآل الذي يتحدد في ضوء بدايته وأسبابه وأعراضه وفحصه وتشخيصه وطريقة علاجه، وشخصية المريض وتوافقه مع بيئته وظروف حياته وصحته العامة.

وعندما يقوم المعالج بتحديد التنبؤ يكون حاله مثل الطبيب الجراح الذي يحاول التنبؤ بمدى النجاح المحتمل.

الهدف من التنبؤ:

تهدف عملية المآل إلى توجيه وتحسين عملية العلاج في ضوء المآل المتوقع وتحديد أنسب طرق العلاج لتحديد أكبر قدر من النجاح (علي حمايدي، 2015-2016 ص41)

7-2 أساليب التكفل النفسي:

1. التعزيز (Reinforcement) :

هي عملية تهدف إلى جعل حدوث سلوك معين يؤدي إلى نتائج إيجابية أو إزالة نتائج سلبية. تعرف هذه العملية وظيفياً بناءً على تأثيرها على السلوك؛ إذا أدت النتائج المرتبطة بالسلوك إلى زيادة احتمال حدوثه في المستقبل، فإن هذه النتائج تُعتبر تعزيزاً يمكن تحقيق تقوية السلوك عن طريق التعزيز الإيجابي أو التعزيز السلبي. التعزيز الإيجابي يتضمن إضافة أو تقديم مكافأة ملائمة ومرغوبة من قبل الفرد بعد حدوث السلوك، مما يزيد من احتمالية تكراره في المستقبل أو في سياقات مشابهة. من جهة أخرى، التعزيز السلبي

يشمل إزالة أو تجنب نتائج سلبية موجودة بالفعل، وذلك بعد حدوث السلوك، وهذا يعزز احتمالية تكراره في المستقبل.

(حسين عبد المعطي وآخرون، 2013، ص 118)

وهذا المعزز الإيجابي من أكثر الأساليب استخداماً في تعديل السلوك، فالمدرسون يستخدمون المعززات كمكافأة السلوك الملائم بعد ظهوره مما يساعد على زيادة تكراره في المستقبل، ومن المعززات الإيجابية (طعام، منحة، هدية، الدرجات... الخ)، والتعزيز الإيجابي ليس الطريقة الوحيدة لزيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب فيه فيمكننا أيضاً العمل على تقوية السلوك من خلال إزالة مثير بغيض أو مؤلم بعد حدوث السلوك المرغوب فيه مباشرة وهذا الإجراء يسمى التعزيز السلبي، بحيث يستخدم في إيقاف السلوك غير الملائم أو غير مرغوب فيه (أحمد رشيد زيادة، 2013، ص 54)، ونعتبر كل من المعززات الإيجابية والسلبية يعملان على زيادة السلوك الملائم أو الحد من السلوك غير الملائم وتعديله، وأن أوجه الاختلاف بينهما هو أن المعززات الإيجابية تضيف شيئاً مرغوب فيه أم المعززات السلبية فتزيل أو تحذف شيئاً غير مرغوب فيه، وهناك عدة أشكال من المعززات وهي:

- رمزية: وهي معززات قابلة للاستبدال (رموز معينة كالنقاط، أو النجوم... الخ) يحصل عليها الفرد عند تأديته للسلوك المقبول ويستبدلها فيما بعد بمعززات أخرى.

- مادية: وهي الأشياء التي يحبها الفرد (كالألعاب والقصص، أقلام تلوين، صور، تذاكر... الخ).

- نشاطية: وهي نشاطات معينة يحبها الفرد يسمح له بالقيام حيال تأديته للسلوك المرغوب فيه كالسماع للطفل بمشاهدة برنامج التلفزيوني المفضل فقط بعد الانتهاء من تأدية وظيفته المدرسية أو السماح له بالخروج مع أصدقائه بعد أن يقوم بترتيب غرفته.

- غذائية: تشمل كل أنواع الطعام والشراب التي يفضلها الفرد، وإحدى المشكلات الأساسية التي تواجه المعالج عند استخدام هذه المعززات هي مشكلة الإشباع أي أن المعزز يفقد فعاليته نتيجة لاستهلاك الفرد لكمية كبيرة منه ويمكن التغلب على ذلك من خلال التنويع أو استخدام أكثر من معزز.

- اجتماعية: وهي الابتسام، الثناء، الانتباه، التعزيز اللفظي ولهذه المعززات إيجابيات كثيرة من حيث أنها مثيرات طبيعية يمكن تقديمها بعد السلوك مباشرة ونادر ما يؤدي استخدامها إلى إشباع.

(رشيد زيادة، 2013، ص 54-55)

2. العقاب (Punishment) :

واحدة من الاجراءات السلوكية المستخدمة في تعديل لسلوكات غير المرغوبة هو العقاب. يتضمن هذا الإجراء تقديم مثير منفر (عقاب سلبي) أو إزالة معزز إيجابي (عقاب إيجابي) فور حدوث السلوكية غير المرغوبة. يهدف العقاب إلى تقليل احتمالية حدوث السلوكية غير المرغوبة في المستقبل، ويتطلب تدريباً على سلوك بديل يحل محل السلوكية غير المرغوبة يتم أيضاً تعزيز الاستجابات التي تتعارض مع الاستجابات التي تتعرض للعقاب. تُعتبر الآثار الجانبية للاستخدام العقابية من بينها ارتفاع شدة الاستجابة العاطفية للفرد الذي يتعرض للعقاب، وتجنب الفرد وسائل العقاب، وتقليد أساليب العقاب وتطبيقها على الآخرين. يأخذ العقاب أشكالاً مختلفة، ومن أهم هذه الأشكال:

- العزل

اجراء العزل العقابي يتضمن إبعاد الفرد عن البيئة العادية ووضعه في بيئة منعزلة لفترة زمنية محددة، حيث تكون هذه البيئة أقل تعزيزاً وتحتوي على أقل عدد من المثيرات الحسية يتم تطبيق هذا الإجراء كعقاب على سلوك غير مرغوب يقوم به الفرد. يمكن تصنيف العزل العقابي إلى نوعين.

- **العزل الاجتماعي:** يتضمن عزل الفرد عن التفاعلات الاجتماعية والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية المعتادة. يتم إبعاد الفرد عن الأشخاص الآخرين ووضعه في بيئة اجتماعية منعزلة

- **العزل الحسي:** يتضمن عزل الفرد عن المثيرات الحسية المعتادة وتقليل المحفزات الحسية في البيئة المحيطة به. يمكن تحقيق ذلك عن طريق وضع الفرد في غرفة خالية من المثيرات الحسية، مثل الضوضاء أو الأضواء الساطعة. يتم استخدام العزل العقابي كوسيلة لتعديل السلوك غير المرغوب عن طريق خلق تجربة غير مرغوبة للفرد وتحفيزه على تجنب تكرار السلوكية الغير مرغوبة في المستقبل.

- **تكلفة الاستجابة:** شكل من أشكال العقاب يتضمن سحب كمية معين من المعززات المتاحة للفرد بعد قيامه بسلوك غير المرغوب فيه مباشرة، مع العلم أنه يجب الاتفاق على كل شيء يتعلق بهذا الإجراء مع العميل، ومن إيجابيات هذا الأسلوب أنه سهل التطبيق وقوي الفعالية.

• **التوبيخ:** وهو إجراء عقابي شائع يتمثل في التعبير عن عدم الموافقة على سلوك الفرد، وقد يكون التوبيخ لفظي أو غير لفظي كقول كلمة أسكت أو من خلال إيماءات الوجه. وهو ذو فاعلية كبيرة إذا استعمل بانتظام وبشكل صحيح يتضمن التوبيخ العقابي إظهار عدم الرضا عن السلوك غير المرغوب من خلال الكلمات أو الإيماءات التي تعبر عن الانتقاد أو الإدانة. يمكن أن يشمل ذلك استخدام عبارات مثل "أسكت"

أو تعابير الوجه الغاضبة. يهدف التوبيخ العقابي إلى توضيح للفرد أن سلوكه غير مقبول ولن يكون مقبولا في المستقبل. لكن يجب استخدام التوبيخ العقابي بحذر وبشكل متوازن. ينبغي أن يكون مرتبطا بالسلوك غير المرغوب وليس بالشخص نفسه، ويجب أن يتم بطريقة تعزز التواصل الفعال والتفاهم. يُنصح بأن يتم توجيه التوبيخ العقابي بشكل مناسب وفي سياقات مناسبة لتحقيق النتائج المرجوة.

- **الممارسة السلبية:** وهي إجراء سلوكي عقابي يستخدم لتقليل السلوك غير المرغوب يشتمل على إجبار الفرد تكلفا بتأدية السلوك الخاطئ بش كل متكرر، خلال مدة يحددها المعالج. ويقوم بهذا الإجراء على فكرة أن تكرار الفرد للسلوك غير المرغوب وفي وضع غير مريح يجعله يشعر بالتعب، وهكذا تتولد لديه النزعة للامتناع عن القيام بهذا السلوك مستقبلا. (عبد الله يوسف أبو زعيزع، 2014، ص 65-67)

خلاصة الفصل

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل حول التكفل المبكر والتكفل النفسي، نلخص أن هذان الأخيران لهما أهمية كبيرة ودورا فعال في تعديل سلوك الطفل التوحدي وتحسين قدراته على العناية بذاته وإكسابه أنماط سلوكية جديدة لم يكن قادرا على تأديتها وذلك باستخدام الأخصائي النفسي مجموعة من الأساليب وكذا الوسائل والتقنيات الخاصة بالتكفل النفسي التي تستخدم في العملية العلاجية، وذلك من أجل تنمية قدراته ومهاراته اللغوية وكذا الاجتماعية وإعادة تأهيله داخل المجتمع.

الفصل الثالث

برنامج تيتس

الفصل الثالث البرنامج التدريبي تيتش teacch

تمهيد

1. تاريخ برنامج تيتش teacch
2. تعريف برنامج تيتش teacch
3. محتوى النشاطات التعليمية لبرنامج تيتش teacch
4. اهداف برنامج تيتش teacch
5. اهمية دور الاسرة في برنامج teacch
6. مميزات برنامج تيتش teacch
7. ركائز برنامج تيتش teacch

خلاصة

تمهيد:

تجدر الإشارة إلى أن التوحد يعد من الإعاقات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال في طفولتهم المبكرة على كافة جوانب النمو العقلية ' الاجتماعية، الانفعالية، الحركية، الحسية، ولقد حاولت دراسات كثيرة تطوير المهارات الاجتماعية والتكيفية عند طفل اضطراب طيف التوحد للتخفيف من أعراضه بعدة طرق كالبرامج الإرشادية، التربية للطفل واسرته والبرامج السلوكية واللعب والتمثيل.

(عبد القادر، محمد، الغنيمي 2010)

رغم هذه الصعوبات فإن البرامج التربوية والعلاجية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد قد حققت نتائج ايجابية ومن بين هذه البرامج نجد برنامج تيتش the teach programme حيث يمثل من خلال اسمه العلاج والتربية الخاصة في ان واحد وهو تدريب للوالدين للتعامل مع الطفل من اجل تطوير مهاراته كونه برنامج تعليمي شامل قدم تأهيلا متكاملًا للطفل المصاب باضطراب التوحد.

1 - تاريخ برنامج تيتش Teacch:

في بداية الستينات من القرن الماضي في كارولينا شمالية caroline du nord بالولايات المتحدة الأمريكية نظمت مجموعة من المحللين النفسانيين لقاء مع الأطفال المصابين بالتوحد وأولياؤهم لتقديم مجموعة من التدخلات العلاجية القائمة على مبادئ السيكوندينامية psychodynamiques حيث حظرت ذلك اللقاء اريك شوبلر E Shopler أستاذ بجامعة كارولينا الشمالية ب شابل هل Chapel Hill حيث شارك في البرنامج العلاجي الجماعي للأطفال التوحديين الذين يستطيعون التعبير عن مشاعرهم بكل حرية وعلاج جماعي أيضا للأولياء الذين يعتبرون السبب الرئيسي لاضطرابات أطفالهم لكن ذلك البرنامج فشل في الأخير لان اضطرابات هؤلاء الأطفال زادت حدة وسلوكياتهم الشاذة تضاعفت ولم يستطيعوا التعبير عن مداخلهم وهذا ما دفع اريك شوبلر وزميله ريشلر إلى توجيه أبحاثهما في اتجاه آخر وذلك من خلال الملاحظات الموضوعية المتكررة لسلوكيات الأطفال وبعدها وضعوا فرضية مثبتة علمية بان إصابة الطفل بالتوحد لا يرجع إلى خلل وظيفي في علاقة (طفل، أولياء) بل إلى خلل دماغي عضوي مجهول. anomalie cérébrale « organique d'origine inconnue » وفي سنة 1966 قام شوبلر وزملاؤه بتحضير مشروع بحث تحت رعاية national institutes of mental Health (N.I.M.H)

حيث ارتكز المشروع البحثي على مشاكل التشخيص والتقييم والمعالجة والمتابعة إضافة إلى

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

- الشروع في تطبيق برنامج العلاج الفردي لكل طفل وتطويره

- تعليم الأولياء طرق وتقنيات التدخل العلاجي حيث الهدف منه تسهيل التواصل بينهم وبين أطفالهم.

- وفي سنة 1972 أثمرت جهود شوبلر وزملاؤه بإنشاء division teacch وهو أول برنامج حكومي أمريكي للتشخيص والعلاج والبحث في تربية الأطفال المصابين بالتوحد وعائلاتهم وكان الهدف الأساسي من ذلك كله هو تحسين نوعية الحياة لهؤلاء الأطفال مع عائلاتهم في المنزل أو في المدرسة ودمجهم في المجتمع. إذ يفترض أن أداء الأطفال يتحسن بشكل أفضل عندما يكون التدريب في وسط منظم مع استعمال وسائط بصرية (سوسن شاكر مجيد 2010، ص 137).

وقد عرف هذا البرنامج شهرة كبيرة في الولايات المتحدة الأمريكية مثل مقال mesibov في كتابه le défi du programme teacch هو مثال نادر عن برنامج ممول من الحكومة الفدرالية ومتبني ومطور من

طرف الدولة division teacch الوحيد والشرعي الذي يخدم الأشخاص التوحيديون وأولياؤهم في كل ولاية كارولينا الشمالية.

2- تعريف برنامج تيتش:

يعتبر برنامج تيتش أو كما يعرف ببرنامج شوبلر أسسه الطبيب النفسي اريك شوبلر Eric shopley برنامجا أكاديميا قائما على الحقائق والأدلة، حيث يهدف نظام تيتش teach إلى مساعدة الأطفال إلى أن يتعلمو بعض المهارات من خلال مساعدتهم على تحقيق وفهم أفضل للعالم من حولهم. فهم يحصلون على مساعدة في مهارات التواصل وتعلم اتخاذ القرارات (wineck , 2012.p 122)

- صمم برنامج شوبلر للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، بالإضافة لكونه فعالا للأطفال العاديين أيضا حيث أظهرت العديد من الدراسات الأولية أثارا ايجابية له. وبالموازاة مع تطبيق البرنامج كانت لابد من زيادة وعي أسرة الطفل بطرق التعامل معه ومع سلوكا ته. فكان مبدأ التعزيز الايجابي والتجاهل ذو قيمة هامة عند العناد واستعماله لأسلوب البكاء لتحقيق مطالبه. إذ يجب على الأسرة إلا تستجيب لطلباته تحت ضغط البكاء، فتجاهل كثير من جوانب السلوك المزعجة تؤدي إلى اختفائها.

(إبراهيم عبد الستار وآخرون، 1993 ص 79)

مع المشاركة في اللعب معه من اجل زيادة تواصله، إذ يمثل اللعب احد أهم وسائل تعديل السلوك سواء مع الطفل العادي أو التوحيدي، باعتباره نشاط تفاعلي حقيقي بين الطفل والمعالج، ويشعر الطفل من خلاله بثلاث ميزات هي التقبل، الثقة والاحترام، (كلارك موسستاكس، 1990، ص 163)، لذلك فمن المهم ان نحاكي أفعال الطفل ومصاداته بدون فتور، لينجح الطفل في معرفة تلك السلوكيات، فنفتح نافذة تواصل من خلال هذه التجربة المشتركة. (كريستين ماكنثير 2004 ص 59).

- يهدف البرنامج إلى تطوير المهارات الإدراكية والاستقلالية الشخصية لدى الطفل ويحدد لكل طفل برنامج فردي ويعتمد على تنظيم التعليم باستعمال الوسائل البصرية ويعمل على ضبط السلوك لتسهيل العملية التعليمية كونه يمتاز بأنه طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة والسلوك فقط بل تقدم تأهيلا متكاملًا للطفل كما يمتاز بطريقة مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات لكل طفل.

(إبراهيم زكي عبد الجليل 2019 ص 184-285)

3- محتوى النشاطات التعليمية لبرنامج تيتش:

يشمل المحتوى فيما يلي:

3-1- التقليد: imitation

يعتبر التقليد الركيزة الأساسية في التعلم وتطورا لسلوكيات الأساسية للطفل التوحدي، حيث يعتمد التقليد أساسا على التكرار في تقليد الأصوات وتقليد ضرب الأيدي، تقليد حركة الذراعين، تقليد استعمال الشفتين، تقليد حركات الحيوانات، تقليد استعمال العجينة تقليد لمس أعضاء من الجسم...الخ.

3-2- الإدراك الحسي: perception sensoriel

يعرف الإدراك الحسي بأنه عبارة عن مجموعة من الاستجابات الكلية للمنبهات الحسية الصادرة عن المثيرات الخارجية المختلفة والتي يستقبلها الفرد عن طريق الأعصاب الحسية الموجودة في الأعضاء الحسية عن طريق المنبهات الخارجية وقد يشمل الإدراك الحسي مهارات يتم تعليمها للطفل التوحدي منها المتابعة بالعينين، الاستجابة للأصوات المألوفة، تمييز مصدر الصوت، تمييز الأشكال، المطابقة بين الألوان، القراءة البصرية.

3-3- الحركة العامة: motricité générale

يعطي برنامج teacch أهمية كبيرة لتطوير ونمو الحركة العامة حيث تعد جزءا هاما من البرنامج التعليمي الفردي لكل طفل، رغم أن الإمكانيات الحركية العامة للأطفال التوحيدين تعرف غالبا تطورا عاديا إلا أنه يبقى من المهم جدا تعليمهم المهارات الحركية الجديدة عن طريق النشاطات المقترحة من طرف برنامج teacch لتطوير هذا الجانب من النمو فإنها تسهل في توعية الطفل التوحدي بجسمه وعلاقته بمحيطه الاجتماعي وتعديل سلوكه.

(schopler et Al traduction m Dominique et Al 2001 p39)

قد تشمل الحركة العامة مهارات يتم تعليمها للطفل التوحدي مثل: ضرب الأيدي، المشي على حواجز بسيطة، الصعود على الأدراج، الوقوف على أصابع الأرجل، القفز، تمارين التوازن، القفز على الحبل، جذب الحبل.

(برنامج النشاطات التعليمية للأطفال التوحد ل Eric schopler من إعداد نورا لدين شيباني)

3-4 الحركة الدقيقة: motricité fine

إن مهارات الحركة الدقيقة ترجع بشكل خاص إلى النشاطات التي تحتوي على استعمال اليدين والأشياء وهذه الأشياء لها علاقات وطيدة مع مجالات العمل الأخرى.

- القدرات الأساسية التي تلعب دورا هاما في الحركة الدقيقة هي: مسك ملعقة، تطوير المسك بالملقط، لعبة العطاء والأخذ، الضغط على الأزرار، بداية التلوين، التخطيط بالإصبع، القص باستعمال المقص، الدبابيس، فقاعات الصابون.

(برنامج النشاطات التعليمية لأطفال التوحد ل Eric schopler من إعداد نورا لدين شيباني)

3-5 التنسيق بين العين واليد: coordination œil-main

تعد مهارة التنسيق بين العين واليد نقطة ضعف بالنسبة للأطفال التوحديين حتى عند الذين عندهم كفاءة في الحركة الدقيقة وهذا راجع إلى المشاكل الإدراكية التي يعانون منها ولقد خصص برنامج تيتش مجموعة من النشاطات التي تهدف إلى تطوير القدرة على التنسيق بين ما يراه الطفل وبين ما يقوم به من عمل عن طريق يديه وتنسيق كفاءاته مع قدراته الإدراكية مثل: التحضير للبال، تكديس المكعبات، خشبة بثقوب، التلوين، الملاقط، خط خطوط أفقية، لوحة البراغي، تقطيع الصور، رسم دوائر ومربعات. (برنامج النشاطات التعليمية لأطفال التوحد ل Eric schopler من إعداد نورا لدين شيباني)

3-6 الإدراك المعرفي: perception cognitive

هذا المجال يخص الاكتسابات المعرفية للطفل حيث يضم عنصرين هامين وهما:

1- القدرات المعرفية فيما يخص التنظيم، الترتيب، الجمع

2- الاكتسابات اللغوية مثل فهم الأوامر اللفظية والإشارات والرموز.

ويعطي لهذا الجانب أهمية كبيرة لأنه يسمح للطفل التوحيدي يفهم محيطه الخارجي والدخول في علاقة مع الأشخاص المحيطين به

- المهارات الأساسية في الإدراك المعرفي التي نقوم بتعليمها للطفل التوحيدي مثل: معرفة اسمه، الإشارة إلى أشياء محبوبة، الجلوس استجابة لأمر لفظي، مماثلة الصورة والجسم، تعلم أسماء أفراد العائلة، تمثيل الأشكال، تعيين الحيوانات، تطابق الألوان، تجميع أجزاء الجسم. (برنامج النشاطات التعليمية لأطفال التوحد

ل Eric schopler من إعداد نورا لدين شيباني)

3-7 الكفاءة اللغوية: compétence verbale

هذا المجال يخص كل مايتعلق باللغة التعبيرية سواء بالكلام أو بالإشارات وتهدف النشاطات المقترحة في هذا المجال إلى: صوت الحروف، التأليف بين الأصوات، ترديد اسمه، الملكية، تسمية الحيوانات، تسمية الأشياء، فهم الجمل، التعبير برسالة صوتية، رواية حكاية.

(برنامج النشاطات التعليمية لأطفال التوحد ل Eric schopler من إعداد نورا لدين شيباني)

3-8 الاستقلالية: l'autonomie

هذا المجال من أهم المجالات التي يسعى برنامج تيتش إلى تحقيقها وذلك بتدريب الطفل على المهارات اللازمة ليستطيع العيش بصفة مستقلة عن غيره والتأقلم مع محيطه الخارجي وذلك حسب سنه ومن بين تلك المهارات يتم تدريبه عليها هي: الأكل بالملعقة والشوكة، ارتداء الثياب، تعلم النظافة، الشطف، قفل الأزرار، تنظيف الأسنان، ارتداء الثياب بسرعة، اخذ حمام بصورة مستقلة، التمييز بين ماهو صالح وغير صالح.

(برنامج النشاطات التعليمية لأطفال التوحد ل Eric schopler من إعداد نورا لدين شيباني)

3-9 التالف الاجتماعي: la sociabilité

وهو الوصول بالطفل التوحدى إلى أحداث كم معقول من التفاعلات الاجتماعية مع أقرانه وذلك عن طريق نشاطات اللعب الهادف إلى تعديل بعض مايصدر عن الطفل التوحدى من أنماط سلوكية.

التدريب المنظم والمستمر على النشاطات الخاصة بالتعايش الاجتماعي يسهل من عملية انخراط الطفل في المجتمع ويساعد الأولياء والمعلمين على التعامل مع الطفل وتوجيهه الى مستويات أكثر ارتفاعا مثل احترام الآخرين، احترام ممتلكات الغير، احترام القوانين.

- والمهارات التي نعلمها للطفل التوحدى في هذا المجال هي: المداعبة، الدغدغة، مساعدة الآخرين، لعبة الاختباء، الحصان المتأرجح، تنظيف الطاولة، لعبة العطاء والتلقي، الرد على الهاتف، تنفيذ التعليمات المكتوبة باستقلالية، الرسم بطريقة مستقلة. (برنامج النشاطات التعليمية لأطفال التوحد ل Eric schopler من إعداد نورا لدين شيباني).

3-10 السلوكيات: comportement:

في هذا المجال يتم تعديل السلوكيات الشاذة والمضطربة عن طريق التدريب المنظم والمدرّس على حسب حدة السلوك ونوعه (سلوك عدواني، طقوسي، انسحابي..).

فيتم التعامل مع هذه السلوكيات بشكل فردي، حيث يتم تدريب الطفل على المهارات اللازمة التي تساعد في التخفيف من المشاكل السلوكية. من بين هذه المشاكل: إيذاء النفس مثل عض ظهر اليد، لطم الرأس، العنف، سلوك التدمير مثل: رمي الأشياء، الصراخ والبكاء والصياح تعبيراً عن الرفض، مضغ أشياء غير قابلة للأكل، الاختلال مثل: قلة التركيز والاندفاع.. الخ (برنامج النشاطات التعليمية للأطفال التوحد ل Eric schopler من إعداد نورا لدين شيباني)

4 - أهداف برنامج تيتش teacch:

- 1- اكتساب مهارات التكيف مع البيئة
- 2- وضع استراتيجيات التدخل العلاجي لتعديل البيئة.
- 3- مساعدة الأسرة على التعاون مع السلوكيات الشاذة للطفل وتعديلها.
- 4- مساندة جهود تخطيط البرنامج التعليمي الفردي للطفل.
- 5- دعم فريق التعاون وفريق العمل والخبراء المشاركين في تنمية قدرات الطفل الأساسية وفي رعاية الذات والتفاعل الاجتماعي والتواصل. (مدحت أبو النصر، 2005، ص 185)
- 6- التدخل المبكر من خلال استخدام التعليم البنائي لتشجيع مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية، ومهارات اللعب والانتباه.
- 7- يهدف إلى توفير الخدمات المناسبة للأطفال التوحدين بشكل مستمر إلى سن الرشد، وإشراكهم في الأنشطة الإكلينيكية الخاصة بغض النظر عن قدرة والديهم المالية.
- 8- مشاركة الوالدين في تطبيق البرنامج لذلك يتم تقديم خدمات خاصة للأسرة بهدف تدريبهم والاهتمام برعايتهم وتحديد رغباتهم وأولوياتهم (أسامة مدبولي، 2016)

5 - أهمية دور الأسرة في برنامج teacch

- يقدم برنامج تيتش خدمات للأسرة يمكنها من المشاركة الفعالة في تعليم أبنائها وتنميتها
- تلعب الأسرة دوراً أساسياً في تطبيق برامج التدخل المبكر مثل تيتش للأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، فكلما كان التدخل المبكر " مبكراً " كان ذلك أفضل للطفل التوحد.

- تلعب الأسرة دورا كبيرا في نجاح برنامج تيتش حيث يقوم بمساعدة الأسرة مجموعة من الأخصائيين وذلك في فهم العديد من جوانب الضعف والقوة لدى الطفل، لذلك تأتي هنا أهمية المشاركة الفاعلة للوالدين منذ عملية التشخيص الأولى حتى صياغة البرامج التربوية وتطبيقها وتقييمها.

- تعد الأسرة أهم أعضاء فريق العمل، لان لديها المعلومات التي تؤهل أفرادها من الناحية العملية، لأخذ دور مهم في اختيار الأهداف وتحديد الأولويات ومتابعة التدريب وتسجيل التقدم الذي يطرأ على طفلهم في المنزل بناء على برنامج تيتش.

- زيارات منزلية يتم ترتيبها بين الأسرة والمركز ويتم خلالها تحديد وتصميم البيئة المنزلية.
-التواصل اليومي من خلال الكتابة في سجل يخص الطفل وإرساله إلى أسرته، ولكن المهم لكل أم أن تعرف مايلي:

* كيف يفكر الطفل

* ماهي وسيلة التواصل المناسبة لطفلها.

* كيفية تهيئة المنزل والبيئة.

* كيف تقوي التواصل الاجتماعي.(shopler et traduction dominic2001p12)

- ان التعاون مابين الأولياء والمربين ضروري للحصول على تسيير منطقي للسلوك ولتطوير برامج تعليمية فردية بصفة حسنة، ليأتي بعدها العمل على صياغة برامج خاصة بكل طفل.

(برنامج النشاطات التعليمية ل Eric shopler من إعداد نورا لدين شيباني)

6- مميزات برنامج تيتش teacch:

- هذا البرنامج له مميزات عديدة بالإضافة إلى التدخل المبكر فهو يعتمد على نظام STRUCTURE TEACHING أو التنظيم لبيئة الطفل سواء كان في المنزل أو البيت حيث أن هذه الطريقة أثبتت أنها تناسب الطفل التوحدي وتناسب عالمه.

- من مزايا هذا البرنامج انه ينظر إلى الطفل التوحدي كل على انفراد ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية، العقلية، العضلية، واللغوية وبذلك باستعمال اختبارات مدروسة.

- برنامج تيتش يدخل عالم الطفل التوحدي ويستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبهِ للروتين، أيضا هذا البرنامج متكامل من عمر 3-18 سنة حيث أن تهيئة الطفل للمستقبل وتدريبه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له عامل جدا مهم..لملا الفراغ.. وإحساسه بان يقوم بعمل منتج مفيد..قبل ان يكون وسيلة لكسب العيش.

- ويرتكز منهج تيتش التربوي على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية ومهارات للتكيف في المجتمع ومهارات حركية والمهارات الأكاديمية.

7- ركائز برنامج تيتش:

لبرنامج تيتش بيئة تعليمية منظمة تقوم على المعينات والدلائل البصرية منظمة كالجداول والصور والأنشطة حيث أن الطفل التوحدي يعاني من بعض هذه السلوكيات:

- التعلق بالروتين
- القلق والتوتر
- صعوبة في فهم بداية ونهاية الأنشطة وتسلسل أحداث يومية.
- صعوبة في الانتقال من نشاط لآخر
- صعوبة في فهم الكلام
- صعوبة في فهم الأماكن والمساحات في الصف. (فكري لطيف متولي 2015 ص 166)

7-1 الركيزة الأولى تكوين روتين محدد:

يعمل الأخصائيين والمربيون بإتباع روتين معين في تعليم أطفال التوحد بتوضيح الأحداث في المنزل أو المدرسة حيث تشمل العناصر التالية:

- تسلسل الأحداث خلال اليوم والأسبوع.
- كيفية البدء بنشاط معين.
- تحديد خطوات النشاط.
- تحديد المدة الزمنية لكل نشاط.
- تجهيز وسائل وأدوات كل نشاط.
- تحديد أماكن تنفيذ النشاط.

7-2 الركيزة الثانية تنظيم المساحات البيئية:

إن إعداد البيئة وتنظيمها مهم وأساسي لأطفال التوحد حيث لا يمكن التغاضي عند تقديم البرنامج التعليمي فهم يميلون إلى الروتين ويكرهون التغيير لذا فهم في أمس الحاجة إلى بيئة منظمة ومحددة يجدون بها كل شيء في مكانه فالبيئة المزدحمة لا توفر جو من الطمأنينة وتؤدي إلى التعثر الدائم بالأشياء.

(سليمان 2012 ص 215)

يتم مساعدة أطفال التوحد على التمييز بين نشاط وآخر من خلال الألوان وعناصر أخرى أي قد يتم اختيار كرسي وطاولة باللون الأحمر لإكمال الأنشطة الفردية وباللون الأخضر لإكمال الأنشطة المستقلة.

(اسامة فاروق مصطفى 2011 ص 253)

7-3- الركيزة الثالثة الجداول اليومية:

ان الجداول اليومية هي مجموعة من الالبومات المصورة مثل ما اشار اليها الزارع والتي يستطيع الطفل التوحدي من خلالها تعلم المهارات اليومية في ضوء اجراءات منظمة ومخططة، فيطرا للصعوبات التي يواجهها الاشخاص الذين يعانون من التوحد في فهم الوقت وتسلسل الاحداث اليومية الاسبوعية والشهرية والسنوية.

هناك نوعان من الجداول اليومية:

النوع الاول يقصد به الجدول العام الذي يشترك فيه الجميع والذي يشتمل على اوقات العمل واوقات الراحة واوقات الطعام ويحدد الاحداث اليومية ويحدد أنشطة العمل.

النوع الثاني يقصد به الجدول الفردي الخاص هذا الجدول يكون لكل طفل على حدا بحيث يراعي الفروق الفردية بينهم فيصمم لكل فرد جدول خاص به ويراعي صفاته المختلفة ويتضمن اسم الطفل، صورته الشخصية، والانشطة التي يفترض القيام بها على شكل بطاقات وجدول النشاط المصورة تعد بمثابة اسلوب واستراتيجية حديثة لتربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة حيث يمكن خلالها تعليمهم مهارات معينة او سلوكيات مرغوبة او نقوم بالحد من السلوكيات غير مرغوبة اجتماعيا.

7-4 الركيزة الرابعة تنظيم العمل:

يجد أطفال التوحد صعوبة فهم بداية ونهاية كل نشاط ولمعالجة هذه الصعوبة ينبغي تنظيم العمل بشكل التالي:

- * كم هي كمية العمل ؟
- * كيف يعرف الطفل أن العمل انتهى ؟
- * ما هو النشاط ؟

7-5 الركيزة الخامسة التعليمات البصرية:

يقصد بالتعليمات البصرية إعطاء الطفل إرشادات من خلال استخدام دلائل بصرية كالصور والكلمات المكتوبة مثلا كي يتعلم الطفل خطوات غسل اليدين يقوم الأخصائي بعرض عدد من الصور تدل كل صورة

منها على خطوة من خطوات العمل، نلصق هذه الصور فوق المغسلة التي يقوم باستخدامها (أسامة فاروق مصطفى 2011)

خلاصة الفصل

يعاني أطفال التوحد الكثير من الأعراض على مستوى التفاعل الاجتماعي والتواصل اللغوي والسلوك ولهذا نجد الكثير من الدراسات والبحوث حول برامج تعليمية وتربوية توجه لهذه الفئة من الأطفال، حيث نجد الكثير من الاخصائيين النفسيين والباحثين يطبقون هذه البرامج من بينها برنامج تيتش teacch الذي يعمل على إعادة التأهيل لأطفال التوحد فهو برنامج تعليمي علاجي شامل لا يتعامل مع جانب واحد بل يقدم تأهيلا متكاملًا للطفل للوصول إلى أقصى مستوى من مستويات الاستقلالية عند الكبر، حتى يستطيع ان يتفهم العالم المحيط به.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

منهجية البحث

الفصل الرابع منهجية البحث

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية
2. منهج البحث
3. مجموعة البحث
4. مجالات البحث (الزماني والمكاني)
5. ادوات وتقنيات جمع المعلومات

خلاصة

تمهيد

تعتبر الدراسة الميدانية وسيلة هامة للوصول الى الحقائق الموجودة في مجتمع الدراسة اذ عن طريق الميدان يصبح بإمكاننا جمع البيانات وتحليلها لدعم الجانب النظري وتأكيد، فمن خلال الجانب التطبيقي يمكننا إثبات أو نفي فرضيات الدراسة وذلك من خلال تحويل البيانات النظرية من نتائج كيفية إلى نتائج كمية مجسدة على أرض الواقع، وكأي دراسة علمية سنقوم في هذا الفصل بالتطرق إلى الإجراءات المنهجية لدراستنا بداية بتوضيح منهج الدراسة وإجراءاته التي اتبعناها في دراستنا، يليها وصف ميدان الدراسة ومجالاته وبعد ذلك تحديد كل من عينة الدراسة وأدواتها وخصائصها واخيرا ادوات المستعملة في الدراسة.

1 - الدراسة الاستطلاعية

في البداية لم تكن الرؤية واضحة فهدفنا كان فئة الأطفال دون تحديد نوع الاضطراب لكن كوني أخصائية نفسانية عيادية بمصلحة طب الأطفال بمستشفى سور الغزلان لفت انتباهي فئة الأطفال المصابين باضطراب التوحد الذي ظهر بكثرة في الآونة الأخيرة لما لمسناه من قلق وتوتر وعدم تقبل أوليائهم لهذا الاضطراب ومعاناتهم مع السلوكيات الغير اللائقة التي تصدر من أبنائهم.

و على هذا الأساس حددنا موضوع دراستنا (التكفل النفسي للأطفال المصابين باضطراب التوحد من خلال برنامج تيتش)

كما تجدر الإشارة إلى أن الدراسة الاستطلاعية تعد أهم مرحلة من مراحل البحث العلمي فبناء على التجربة الاستطلاعية وعلى ضوء ما يصادف الباحث من صعوبات فإنه يقوم بالمراجعة النهائية لخطوات البحث حيث يكون مطمئنا لسلامة التنفيذ فهذه الفرصة الوحيدة للتعديل ولا يمكن له ذلك بعد التطبيق (خليفة بركات 1984 ص 76)

2 - منهج البحث

المنهج هو الطريقة التي يعتمد عليها الباحث للإجابة عن الأسئلة التي يثيرها موضوع بحثه وطريقة الدراسة المتعلقة ويعرف المنهج بأنه " مجموعة من القواعد التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة في العلم، أو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة من أجل اكتشاف الحقيقة".

(صلاح الدين شروخ، 2003، ص39)

يعرف المنهج بأنه عبارة عن مجموعة العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق أهداف بحثه (رشيد زرواتي 2002 ص 119).

و بالتالي استخدمنا المنهج العيادي ودراسة الحالة في بحثنا لانهما الوسائل الأكثر شيوعا يتصفان باكبر قدر من الشمولية والتحليل وتناول الفرد بوصفة واحدة شاملة لا تقبل التجزئة لجمع اكبر عدد من المعلومات عن الفرد وقد عرف دانيال لاغاش المنهج العيادي بأنه تناول للسيرة في منظورها وضعيات الخاص كذلك التعرف على المواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولة بذلك اعطاء معنى لها لتعرف على بنيتها وتكوينها كما يكشف عن الصراعات التي تحركها محاولات الفرد كلها.

(m. men ehlin 1992 p 113)

وبما ان علم النفس هو علم السلوك اي بعبارة اخرى علم الاستجابات التكيفية والملاحظة الموروثة والمكتسبة على الفرد في محيطه فان المنهج احدى الوسائل المعرفية التي استعملها هذا العلم لدراسة الفرد وتلخص المهام الاساسية التي يتضمنها استعمال المنهج العيادي ودراسة الحالة في الملاحظة المطولة والمعتمدة والمقابلة والمقاييس كما يعرف المنهج العيادي الى التشخيص وعلاج من يعانون من مشكلات سلوكية (بكداش كمال رالف رزق الله 1971 ص 34)

3- مجموعة البحث

هي المجموعة التي تجمع منه البيانات الميدانية، وهي تعتبر جزءا من الكل بمعنى أنه تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة للمجتمع لتجريب عليها الدراسة، فالعينة إذن هي معنى أو بنية معينة من أفراد المجتمع الأصلي، ثم تعميم نتائج الدراسة على المجتمع كله، ووحدات العينة قد تكون أشخاصا، كما تكون أحياء أو شوارعا أو مدنا أو غير ذلك (دلال القاضي ومحمد البياني ص 148)

تشكل العينة في البحث العلمي على وجه الخصوص دعامة أساسية فالعينة هي جزء من المجتمع الأصلي، أو هي عدد من الحالات التي تؤخذ من المجتمع الأصلي وتجمع منها البيانات بقصد دراسة خصائص المجتمع الأصلي (رشيد زواتيني 2008 ص 50)

هي مجموعة من الأفراد يبني الباحث عمله عليها وهي مأخوذة من المجتمع الأصلي شريطة أن تكون ممثلة لأحسن تمثيل (رشيد زرواتي 2002 ص 12)

3-1 خصائص مجموعة البحث

تتكون عينة بحثنا من 5 حالات لاطفال التوحد والذين تم متابعتهم في مصلحة الطب العقلي للاطفال بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الامراض العقلية جلال محمد بسور الغزلان ولاية البويرة و قد تم انتقاء مجموعة بحثي حيث المعايير التالية:

- السن يتراوح بين عاميين الى 5 سنوات.
- الجنس تتكون مجموعة بحثنا على اناث وذكور وهذا من اجل نتائج اكثر شمولية.
- المرض فقد اشتملت عينة بحثنا على الاطفال المصابين باضطراب التوحد.

4- مجالات البحث

تميزت دراستنا الاستطلاعية أنها كانت ميدان تربصنا ونظرا لأهمية ما أريناه حول موضوعنا، فهي تعتبر بمثابة الخطوة الأولى للإلمام بجوانب الموضوع والتقرب أكثر من مجموعة البحث قمنا بتربص المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الامراض العقلية جلال محمد بسور الغزلان وهذا بعد حصولنا على الموافقة من طرف المدير بعد تقديم له طلب خطي ومن ثم تم قبولنا وذلك يوم 14-03-2023 كانت لنا دراسات ميدانية موزعة تقريبا يوميا. فبعد الاحتكاك الدائم ومعرفة كيف يقومون بالتكفل بأطفال ذوي طيف التوحد من خلال البرنامج العلاجي تيتش الذي كان يطبق للتكفل بهم حددنا موضوع دراستنا. فبعد تحديد لموضوع دراستنا ومكانها المتمثل في:

- مستشفى الأمراض العقلية بسور الغزلان مصلحة طب الأطفال، وعينة الدراسة هم مجموعة من..... ذوي اضطراب التوحد المتكفل به بالمستشفى، لمعرفة فعالية برنامج تيتش في تنمية المهارات اللغوية وتعديل السلوك وخفض درجة التوحد. وجمع المعلومات اللازمة كون الفريق العملي المتكون من اخضائيين نفسانيين وارطفونيين وطبية امراض عقلية للاطفال ومتخصصة في العلاج الحسي الحركي يتكفلون بأطفال ذوي اضطراب التوحد و باستخدام برنامج تيتش.

- وق د قمنا ببدء بتسجيل الملاحظات حول سلوكات الأطفال بتاريخ 14-03-2023 الى غاية وقتنا الحالي لمعرفة كيفية تطبيق برنامج تيتش وكيف يستخدمونه للتكفل.

- كما كانت هناك لقاءات يومية مع الأخصائيين النفسانيين والفريق العملي استطعنا من خلالها التعرف على برنامج تيتش وطريقة التدريب والتعليم والتي ساعدتنا في جمع المعلومات من اجل دراستنا.

- اخذ موافقة أولياء أطفال التوحد لتطبيق الأنشطة عليهم.

التعرف على ادوات التشخيص والتقييم والعلاج الخاص بطيف التوحد.

المجال الزمني بدء تربصنا بتاريخ 14-03-2023 إلى غاية وقتنا الحالي

المجال المكاني قمنا بإجراء دراستنا الميدانية الحالية المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية جلال محمد بسور الغزلان بولاية البويرة بمصلحة طب الأطفال لأنه المكان المناسب الذي توجد فيه عينة بحثنا.

يتكون من طابقين:

الطابق السفلي يحتوي على 5 مكاتب

- المكتب الأول مخصص للاستقبال للأطفال المصابين بمختلف الاضطرابات النفسية والذي تتراوح أعمارهم

ما بين 18 شهر الى 16 سنة ويكونون مرفقين بأولياهم

- اما المكاتب الأربعة تحتوي على أطباء للكشف الطبي

- اما الطابق العلوي يحتوي على 8 مكاتب

ثلاث مكاتب للمختصين النفسيين العياديين

مكتبين للمختصين الارطفونيين

و مكتب للأخصائية المداوية بالعمل argotherqpeute

و مكتب لعون رعاية الأطفال perecultrice

وقاعة لتعلم المهارات الحسية الحركية

- يعمل نظام المؤسسة وفق . hopital du jour et hopital externe

- يضم أكثر من 90 طفل مصاب باضطراب التوحد حيث تختلف شدة الإصابة التوحد لديهم من بسيطة

إلى متوسط إلى شديد وفق للملف الخاص بالطفل والتشخيص من طرف الأطباء والاختصاصيين النفسيين

5- أدوات وتقنيات جمع المعلومات

تعتبر هذه المرحلة مرحلة جمع البيانات وهي مهمة وعلى الباحث ان يختار من هذه الأدوات أداة او

أكثر للحصول على المعلومات التي يحتاجها لدراسة الظاهرة اعتمدنا في هذه الدراسة على مجموعة من

الأدوات تتمثل في الملاحظة العيادية. المقابلة النصف موجهة. الاختبارات والمقاييس النفسية (Cars. M-

chat. PEP-3).

5-1 المقابلة النصف الموجهة

تعتبر التقنية الأكثر استعمالا من طرف المختصين النفسيين سواء كان الهدف التشخيص او العلاج

النفسي او الهدف البحث.في هذا الصدد استعملت المقابلة نصف الموجهة لما تكتسبه من أهمية في

الموضوع ومناسبتها في دراستنا تمنح درجة من الحرية والتعمق عن طريق الإجابات الحرة (أسئلة مفتوحة)

لذلك لا بد من تقديم أسئلة عديدة من أجل التشخيص والتقييم اذ كلما كانت درجة الحرية كبيرة كلما كانت الاجابة غنية وثرية. (chiland celette 1983 p 118)

تساعد في معرفة ظروف التشخيص و تطبيق برنامج العلاج. تعتبر المقابلة من الأدوات الضرورية لفهم الفرد و إدراك مشاعره واتجاهاته في المواقف التي يوجهها اتجاه العالم المحيط به, وهدف المقابلة هو الحصول على المؤشرات التي تساعد المختص في فهم المفحوص فإنها تقدم للفاحص معطيات هامة وقد تتخذ المقابلة شكلا غير موجه فلا يتدخل النفساني أثناءها إلا عند الضرورة, كما يمكن أن تتخذ شكل موجه يتدخل الفاحص بأسئلة ويتبادل المعلومات (فيصل عباس 1955 ص30).

كيفية سيرورة المقابلة:

الفحص: أسئلة موجهة عن حالة الأم أثناء الولادة:

- هل كانت لديك رغبة في الحمل ؟
- هل كانت لديك مشاكل أثناء الحمل ؟
- هل كانت الولادة في الوقت المحدد؟
- الولادة هل طبيعية أو قيصرية ؟
- كم كان وزن طفلك أثناء الولادة ؟
- هل كان هناك صراخ أثناء الولادة ؟

التطور النفسي الحركي:

- هل كانت وضعية وضعية الجلوس في الوقت المحدد ومتى كانت أول خطوة ؟
- متى كانت أول كلمة وكم دامت مدة الرضاعة ؟
- هل كان هناك اضطراب في النوم وهل توجد استقلالية في الرضاعة ؟
- سبب قلق الوالدين على الطفل- لم يكن لديه الإشارة بالإصبع
- يفتح ويغلق الأبواب باستمرار ولا يستجيب لمناداة اسمه.

5-2 مقياس تقدير التوحد الطفولي CARS

بني المقياس من قبل shopler reichler deveillis daly 1988 , وهو وسيلة تستخدم لتشخيص اضطرابات التوحد من عمر سنتين وأكثر والتفريق بينهم وبين الأطفال ذوي الإعاقة النمائية ذوي التخلف العقلي والقابلين للتدريب بهدف إعطاء درجة وقيمة لحالة التوحد من خلال الملاحظة الإكلينيكية لسلوكيات الطفل أو من خلال توجيه أسئلة للام لإعطاء تقييم عددي لشدة الأعراض.

5-2-1 الهدف من مقياس كارز للتوحد:

- يعمل على تحديد شدة ودرجة التوحد ومدى تأثيرها عليه.
- يساعد على التفريق بين الأطفال المصابين بالتوحد والمصابين بإعاقة مرتبطة بالنمو.
- هو تشخيص تقييم درجة التوحد وتقييم - cars إن الغاية من استعمال مقياس تقدير التوحد الطفولي البرنامج العلاجي الخاص تيتش لشوبلر وذلك بالتعرف على جوانب التطور والقصور.

5-2-2 مكونات المقياس

يتكون هذا المقياس من 3 أنماط ويتم الاختيار الإجابة من أصل أربعة تعليمات التطبيق بناء على تكرار حدوثها مستخدما التدرج التالي:

- 0 غير ملاحظة لم يسبق لكان لاحظت الطفل يؤدي هذا السلوك ابدا.
- 1 ملاحظة بندرة لقد سبق ل كان لاحظت ان الطفل يؤدي السلوك 1-2 مرات كل 6 ساعات.
- 2 ملاحظة أحيانا لقد سبق ل كان لاحظت الطفل يؤدي السلوك 3-4 مرات كل 6 ساعات.
- 3 ملاحظة دائمة لقد سبق لاحظت الطفل يؤدي السلوك 5-6 مرات كل ساعات.

5-2-3 محاور مقياس كارز:

يشمل المقياس الأنماط السلوكية التالية:

- * التقليد: تعني القدرة علي تقليد ومحاكاة الأطفال مثل تقليد الحركات...
- * الاتصال بالآخرين: إقامة العلاقات بالناس بسهولة التواصل الود والألفة في مواقف مختلفة.
- * الاستجابة الانفعالية: يعني ما يلاحظ من تفاعل الطفل في مواقف السارة وغير السارة.
- * استخدام الجسم: استجابة حركات الجسم التي تعني طريقة قيام الجسم بالحركات المختلفة.

* استخدام الأشياء: يعني كيفية استخدام الألعاب ومدى اختلافه في التكيف معها.

* التكيف مع التغير: مدى تقبل التغير أو مقاومته والاستجابة لأي تغيير يدخل على بيئته المألوفة.

* الاستجابة البصرية: يقصد بها الالتفاتات البصري الطبيعي أو الغير الطبيعي نحو مثيرات الانتباه.

* الاستجابة السمعية: يقصد بها الالتفاتات السمع الطبيعي أو الغير الطبيعي نحو مؤثرات صوتية طبيعية أو وهمية.

* استجابة التذوق واللمس والشم واستخدامها: تعني طريقة الاستجابة للتذوق والشم واللمس للمثيرات المختلفة وها هي طبيعية أم بها قدر من الشذوذ.

* الخوف او العصبية: هي علامات الخوف والتوتر وكيفية الاستجابة للعوامل التي تثير.

* الاتصال اللفظي: يعني كيفية التعبير اللفظي وما قد يصاحبه من التردد او الشذوذ او الخروج عن المألوف.

* الاتصال الغير اللفظي: يمثل في طريقة التفاعل أو التعبير بغير الألفاظ مثل حركات الوجه أو الجسم أو اليدين أو الرأس.

* مستوى النشاط: يقصد به طبيعة النشاط ومقداره وذلك من خلال ملاحظة في أماكن ومواقف مختلفة.

* مستوى اتساق وتبات الاستجابة العقلية: يعني مستوى الاستجابة الذهنية واتساقها وتقييم الأداء المعرفي العام واتساقه عبر المهارات والمواقف المختلفة.

* الانطباعات العامة: الإنطباع العام للدرجة التي يمكن أن يوصف بها الطفل بأنه توحدي.

(علي الرفاعي 1999 ص 221 - 225)

5-2-4 تفسير نتائج المقياس

يستغرق الانتهاء من الإجابة على الأسئلة في مقياس كارز للتوحد بين 20 - 30 دقيقة حيث يتم كل عنصر بناء على مقياس يتكون من 7 نقاط. يكون ذلك بقياس التصرف مقارنة بالتصرفات الطبيعية للفئة العمرية التي ينتمي إليها المريض.

- من 15 الى 30 توحّد خفيف.

- من 30-37 توحّد متوسط.

- من 37 الى 60 توحّد حاد.

3-5 مقياس M-CHAT

تكون مدة الاختبار قصيرة جدا يستغرق غالبا اقل من 5 دقائق يسأل عادة الآباء أو يتم إعطائهم الاستبيان حول نمو طفلهم تتضمن مجموعة أسئلة 23 سؤال نعم/ لا.

- العمر 18 -24 شهر.

3-5-1 تعليمات الاستخدام يمكن ان يتم تطبيقها وإجراء التقييم أثناء الزيارة الروتينية للطفل ويمكن أن تستخدم من قبل المختص لتقييم احتمال التوحّد والهدف الأساسي M-CHAT هو زيادة الكشف على اكبر عدد من الحالات المحتملة للتوحّد.

2-3-5 محاور M-CHAT

1- هل يحب طفلك النشاط الحركي الأرجحة على ركبتيه نعم/ لا

2- هل يهتم طفلك بالأطفال الآخرين نعم/ لا

3- هل يحب طفلك التسلق على الأشياء نعم/ لا

4- هل طفلك يحب الغميضة نعم / لا

5- هل يتظاهر طفلك أثناء اللعب لجعلك يصدقين انه يمثل دور اللعب التخيلي التظاهر والشرب من كوب فارغ أو يدعي التحدث في الهاتف نعم / لا

6- هل يشير طفلك بإصبعه واحد السبابة لكي يسأل عن شيء أو الحصول على مساعدة نعم/ لا

7- هل يشير طفلك بإصبع واحد ليظهر لكي ما يشير انتباهه نعم / لا

8- هل يلعب طفلك بطريقة صحيحة مع العاب صغيرة سيارة مكعبات دون وضعها في فمه أو يسقطها في الأرض نعم/ لا

9- هل طفلك ينظر في عينيك لبضع ثواني نعم/ لا

10- هل ينزعج طفلك من ضجيج الحياة اليومية حتى يغلق أذنيه نعم/ لا

11- عندما تبتسم لطفلك هل يبادلك الابتسامة نعم/ لا

- 12- هل يحاول طفلك تقليد ما تفعله باي باي أو يقلد الضجة التي تؤديها نعم / لا
- 13- هل يستجيب طفلك عند مناداته اسمه نعم/ لا
- 14- هل ينظر طفلك في عينيك عندما تتحدث إليه أو تلعب معه أو تغيير ملابسه نعم/ لا
- 15- هل يستطيع طفلك المشي دون مساعدة نعم/ لا
- 16- عندما تلتفت براسك وتنتظر أو تحقق في شيء ما هل يلتفت طفلك وينظر حوله ليرى ما تنتظرين إليه نعم/ لا
- 17- هل يحرك طفلك أصابعه حركات غير عادية قرب عيونه مثل يلاعب أصابعه يستمر النظر لأصابعه دون تحريكهم نعم/ لا
- 18- هل يستعرض طفلك الأشياء أمامك أو يقدمها لكي ويحملها ليريك المشاركة والاهتمام وليس للحصول على المساعدة نعم/ لا
- 19- هل سبق ل كان تساءلت عما إذا كان طفلك أصم نعم/ لا
- 20- هل طفلك يفهم ما يتكلمون له الناس نعم/ لا
- 21- هل طفلك لديه الشذوذ الذهني بلا هدف نعم/ لا
- 22- إذا حدث شيء جديد هل ينظر طفلك في وجهك ليرى كيف تشعر حيال ذلك إذا سمع أصوات غريبة أو مضحكة هل ينظر لوجهك نعم / لا

5-3-4 تقييم النتائج

توضيح النتائج عند تطبيق أداة M-CHAT

0-2 احتمال ضعيف

إذا كان الطفل اصغر من 24 شهرا فيكرر الاستبيان ويعاد التقييم مرة

أخرى بعد عيد ميلاده الثاني ولا يستدعي أي إجراء آخر مع ضرورة متابعة التطور النمائي عند كل زيارة روتينية.

3-7 احتمال متوسط

إذا استمر الطفل بتسجيل 2 نقط بقائمة المتابعة مع ايجابية الاحتمال بفحص الطفل.

7-20 احتمال قوي

الطفل في خطر الإصابة بالتوحد أو اضطراب نمائي يجب إحالة الطفل فوراً للتشخيص والتدخل المبكر.

-تكون الإجابة على هذه الأسئلة مع الأخذ بعين الاعتبار الإجابة تكون حول التصرفات الاعتيادية للطفل إذا كان طفلك يقوم بالسلوك نادراً أو بضع مرات وهو في العادة لا يقوم بمثل هذا السلوك.

-عند الإجابة ب لا لجميع الأسئلة ماعدا 2.5.12 تشير احتمال طيف التوحد

-الإجابة بنعم على كل الأسئلة وهذا يعني انه ليس لديه طيف التوحد.

4-5 اختبار PEP3

قياس الملف النفس تربوي - الإصدار الثالث (PEP- Psychoeducational Profile-Third Edition) (3) والذي طوره (Schopler ,Lansing , Reichler Marcus. 2005) وهو الاختبار الأساسي والمدخلي لبرنامج TECCH وهو اختبار أدائي يطبق على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من سنتين وحتى سن 7.6 سنوات وذلك بهدف تحديد مستوى الأداء الحالي للأطفال المصابين باضطرابات طيف التوحد والاضطرابات النمائية المرتبطة وتقييم نقاط القوة والضعف لديهم , كما ويستخدم المقياس كأداة مهمة ومساعدة للأخصائيين لإصدار التشخيص الدقيق للأطفال المصابين بالاضطرابات النمائية. يوفر الاختبار معلومات عن مستوى المهارات النمائية والتي هي مفيدة في التشخيص وتحديد الخدمة المناسبة ,كما ويقدم الاختبار معلومات من مصدران هاما.

الأول مقياس معياري المرجع صمم لتقييم التطور في التواصل والمهارات الحركية والسلوكيات غير التكيفية الحالية للأطفال المصابين أو الذين يشتبه إصابتهم باضطراب التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة (PDDs).

المصدر الثاني هو إجراء غير رسمي يستخدم للحصول على معلومات من والدي الطفل حول طفلهم. يقسم إلى قسمين أدائي يحتوي على 172 فقرة أدائية تقيس مستوى الأداء النمائي الحالي للطفل التوحيدي في 10 مجالات نمائية مختلفة والقسم الثاني خاص بملاحظة المربين للطفل ويحتوي على 3 مجالات

هو نموذج تقرير الآباء أو مقدمي الرعاية للطفل، والذي يتم تعبئته قبل مرحلة التقييم، للحصول على عمر تقديري من الآباء أو مقدمي الرعاية تبعاً لأداء الطفل الوظيفي في المجالات النمائية الأساسية وهي: التواصل، المجال الاجتماعي والحركي، والسلوك التكيفي والتفكير .

الدرجة المركبة للسلوك غير التكيفي (التي يحصل عليها الفاحص خلال التقييم) والمشكلات السلوكية والاختبارات الفرعية للسلوك التكيفي (من تقرير الآباء) توازي الأبعاد المعيارية للتوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV ، وإن إشراك الوالدين من شأنه أن يعزز من إدماجهم في عملية تقييم الطفل وإعداد برنامج التربي الفردي.

وبالإضافة إلى تحديد نقاط القوة التعليمية الخاصة والمهارات القابلة للتعلم عند الطفل، فإن اختبار PEP-3 يقدم معلومات تصف شدة أعراض التوحد عند الطفل (عبر التقييم الرسمي وتقرير مقدم الرعاية). وتعتبر هذه المعلومات مفيدة لفهم وتقديم التقارير عن المهارات النمائية الحالية للطفل في ضوء أعراض التوحد الحالية عنده. وقد تقود هذه المعلومات أيضاً إلى مساعدة الفاحص في تحديد تشخيص أطفال التوحد أو الاضطرابات النمائية المعقدة الأخرى، إلا أن هذا الاختبار لا ينبغي استخدامه كأداة تشخيص وحيدة للتوحد. تعد المواد والأدوات المحفزة والجزابة التي تستخدم في تطبيق الاختبار من أهم مزاياه، وعلاوة على أنه لا يوجد وقت محدد لعملية التقييم، فإن هذا الاختبار قد صمم خصيصاً لتقليل اللغة المطلوبة للتواصل مع الطفل، حيث أن اللغة اللازمة للطفل من أجل الإستجابة على غالبية فقرات الاختبار تعتبر قليلة جداً. لموضوعات الأدائية:

1. الإدراك اللفظي وغير اللفظي (CVP) Cognitive Verbal / Preverbal

2. اللغة التعبيرية Expressive Language (EL)

3. اللغة الاستقبالية Receptive Language (RL)

4. المهارات الحركية الدقيقة Fine Motor (FM)

5. المهارات الحركية الكبيرة Gross Motor (GM)

6. التقليد الحركي البصري Visual-Motor Imitation (VMI)

7. التعبير الفعّال Affective Expression (AE)

8. التجاوب الاجتماعي Social Reciprocity (SR)

9. السمات السلوكية الحركية Characteristic Motor Behaviors (CMB)

10. السمات السلوكية اللفظية Characteristic Verbal Behaviors (CVB)

تقرير الاختبار الفرعي لولي الأمر:

1. المشاكل السلوكية (PB) Problem Behaviors

2. العناية بالذات (PSC) Personal Self-Care

3. السلوك التكيفي (AB) Adaptive Behavior

(Schopler, Lansing, Reichler & Marcus 2004)

5-4-1 بنية اختبار PEP-3

تم تصميم المقياس لمساعدة المعلمين لتخطيط وإعداد البرنامج التربوي الفردي ولتشخيص الأطفال المصابين بالتوحد أو غيره من الاضطرابات النمائية الشاملة. يتألف المقياس من جزئين رئيسيين:

الجزء الأول: ويستخدم فيه أدوات الاختبار والملاحظة المباشرة للطفل ويتألف هذا الجزء من 10 اختبارات فرعية , 6 منها تتعلق بالقدرات النمائية (التطورية) و 4 خاصة بالسلوكيات اللاتكيفية , وقد جمعت هذه الاختبارات لتشكّل 3 مجالات رئيسية: التواصل , والحركة , والسلوك اللاتكيفي.

يسجل فيه الفاحص أداء الطفل على مهارات الاختبار , ويقدم تقييم نمائي وسلوكي للأطفال المصابين باضطراب التوحد والاضطرابات النمائية الأخرى , ويتألف من 10 اختبارات فرعية.

الجزء الثاني: تقرير الاختبار الفرعي لولي الأمر

الجزء الثاني يتمثل في تقرير ولي الأمر والذي يسجل فيه الأهل ملاحظاتهم , وهو مؤلف من قسمين و 3 اختبارات فرعية , اختبار خاص بالقدرات النمائية للطفل واختبارين فرعيين خاصة بالسلوكيات التكيفية. يقوم الأهل أو ولي الأمر بتعبئة النموذج الخاص بتقرير ولي الأمر استناداً على ملاحظاته اليومية للطفل. هذه الملاحظات مهمة بشكل خاص الآن حيث أنها تجعل الأهل أعضاء في فريق العلاج. تقرير ولي الأمر يحتوي على قسمين والتي يحدد فيها ولي الأمر:

أ/ المستوى النمائي الحالي للطفل في عدد من الجوانب.

ب/ مستوى المشكلة التي يعاني منها الطفل في تصنيفات تشخيصية مختلفة. تقرير ولي الأمر يحتوي على ثلاث اختبارات فرعية.

5-4-2 أهداف الملف النفس تربوي:

الملف النفس تربوي هو أداة مساعدة في تخطيط وبناء البرامج التربوية كما ويعتبر أداة لتشخيص التوحد وغيره من الاضطرابات النمائية الشاملة. PDDs وقد صمم بحيث يساعد على تنسيق جهود التعليم بين البيت والمدرسة وذلك بإضافة تقرير لولي الأمر ضمن عملية التقييم.

تحديداً صمم الاختبار لـ:

أ/ تحديد نقاط القوة والضعف لكل طفل الأمر المهم لصياغة الخطط التربوية الفردية الملائمة.

ب/ جمع المعلومات للتأكد من التشخيص.

ج/ يحدد المستويات التطورية النمائية.

د/ أداة للبحث والتعلم.

وهذه الأهداف موضحة كالتالي:

نقاط القوة والضعف:

يمكن استخدام الاختبارات التي تقيس المهارات التطورية في تخطيط البرنامج التربوي للطفل. عند بناء خطة تربوية فردية للطفل يجب على فريق الذي يضع الخطة أن يأخذ بالاعتبار نتائج الاختبارات الفرعية وأداء الطفل على العناصر , وخاصة العناصر التي حصل فيها الطفل على أداء متوسط (عن طريق المحاولة).

التشخيص والتقييم:

مركب السلوكيات التكيفية والذي يتكون من الجزء الأدائي ومن الاختبارات الفرعية (المشاكل السلوكية , والسلوك التكيفي) الخاصة بتقرير ولي الأمر يمكن أن تستخدم لمساعدة المختصين لإعطاء تشخيصات دقيقة وتقدم دلائل تؤكد التشخيصات العيادية غير الواضحة. مركب السلوكيات التكيفية والاختبارات الفرعية (المشاكل السلوكية , والسلوك التكيفي) توازي المعايير الخاصة بالتوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي للاضطرابات العقلية - الإصدار الرابع - المنقح., DSM-4- TR/2000 والذي يتضمن القصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل والأنماط التكرارية والنمطية من السلوك , الاهتمامات , والأنشطة.

المستويات التطورية النمائية:

يفيد في تحديد أولوية التشخيص للأطفال المشخصين بتشخيصين أو أكثر. كما وتساعد المستويات التطورية في تحديد التغيرات في مهارات نمائية معينة أو سلوكية , والتي بدورها قد تحدث تغيرات في الخطة التعليمية أو حتى التصنيف التشخيصي للطفل. ولأن المستويات التطورية تركز على الرتب النمائية فإنه يمكن استخدامها فقط مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وسبع سنوات ونصف , وللتمكن من تقدير المستويات النمائية للأطفال ذوي المستويات الأدائية المتدنية الذين هم أكبر من سبع سنوات ونصف فإن الفاحص بإمكانه استخدام الأعمار النمائية أو التقييم غير الرسمي لأداء الطفل على المهارات الفردية.

(Schopler, Lansing, Reichler & Marcus 2004)

3-4-5 تطبيق الإختبار:

يجب اجراء الإختبار من قبل الأخصائيين الذين تلقوا تدريباً رسمياً في مجال التقييم، يتوفر لديهم الإلمام بالتطبيق العام، ووضع الدرجات وتفسيرها، والخبرة الكافية في كيفية اختبار الأطفال صغار السن والتعامل معهم. ومن المفضل أن يقوم الفاحصين الجدد بتطبيق هذا الإختبار لمدة 3 مرات كحد أدنى في بدايات التطبيق، وذلك تحت إشراف فاحص متمرس.

ويتم تطبيق هذا الإختبار بشكل فردي في بيئة خالية من المشتتات قدر الإمكان، وللأخصاص الحرية اختيار نقطة البداية في الإختبار تبعاً لميول الطفل وقدراته، بينما يالمفضل اتباع الترتيب المعياري في التطبيق. وقد يكون من المفيد وجود أحد الوالدين في غرفة الإختبار، خاصة إذا كان الطفل يشعر بالقلق جراء الابتعاد عنهما، مع أهمية وجود المعززات المادية.

(Schopler, Lansing, Reichler & Marcus 2004)

المواد المستخدمة:

يحتوي الإختبار على مجموعة أدوات من الألعاب الجذابة للطفل والمواد التعليمية التي يتم عرضها عليه في سياق أنشطة اللعب المنظمة. حيث يسجل الفاحص الاجابات، ويلاحظ ويقيم استجابات الطفل وسلوكه خلال أنشطة اللعب هذه.

تقنين الاختبار:

يحتوي الإختبار على البيانات الحالية المعيارية التي تم الحصول عليها من عينة ممثلة كبيرة لـ 407 شخص من ذوي التوحد والإضطرابات النمائية الأخرى المعممة، وكذلك من مجموعة مقارنة مكونة من 148 طفل من ذوي التطور النمائي العادي. والفائدة من المجموعة المعيارية هي تمكين الفاحص من المقارنة بين الأطفال ذوي التوحد والأطفال غير التوحديين.

(Schopler, Lansing, Reichler & Marcus 2004)

الفصل الخامس

عرض الحالات ومناقشتها

الفصل الخامس: عرض الحالات ومناقشتها

1. الحالة الاولى
2. الحالة الثانية
3. الحالة الثالثة
4. الحالة الرابعة
5. الحالة الخامسة
6. تفسير النتائج ومناقشة الفرضية
7. الخاتمة

1- عرض الحالة الأولى:

- المعطيات الشخصية :

- 1- * الاسم : امير
- 2- * اللقب : ع
- 3- * الجنس : ذكر
- 4- * السن : 2017/10/26
- 5- * الرتبة في العائلة : 02
- 6- * المستوى التعليمي للام : bac + 04
- 7- * المستوى التعليمي للأب : bac + 03
- 8- * المستوى الاجتماعي : متوسط
- 9- - أسئلة المقابلة النصف الموجهة مع الأولياء :
- 10- - المحور الأول : اسئلة موجهة عن حالة الأم أثناء فترة الحمل
- 11- - هل كانت لديكي رغبة في الحمل : نعم كنت ارغب في ذلك .
- 12- - هل كانت هناك مشاكل أثناء الحمل : لا توجد
- 13- - هل كانت الولادة في الوقت المحدد : نعم في 9 أشهر
- 14- - مانوع الولادة : قيصرية
- 15- - كم كان وزن الطفل أثناء الولادة : 4 كغ و 250 غ
- 16- - هل صرخ أثناء الولادة : نعم
- 17- - التطور النفسي الحركي :
- 18- - هل تمكن من الجلوس في الوقت المحدد ؟ نعم حوالي 6 أشهر
- 19- - ماهي أول كلمة ؟ ماما ، دادا
- 20- - متى كانت أول خطوة ؟ حوالي 12 شهر
- 21- - هل كان هناك اضطراب في النوم ؟ كان يبكي طوال الليل بسبب الغازات

22- - تاريخ المرض :

23- - لا يوجد أشخاص من العائلة مصابين بالمرض النفسي أو العقلي ولا عضوي أيضا ، كما أن الطفل لا يعاني من أي أمراض عضوية .

2-1- عرض ملخص المقابلة:

الطفل أمير. ع من مواليد 2017/10/26، اي يبلغ من العمر 5 سنوات و6 أشهر، يحتل المرتبة الثانية في العائلة، ينتمي إلى عائلة متوسطة الدخل، تتكون من أب عمره 47 سنة، ذو مستوى تعليمي bac 03 +، وأم 42 سنة ذات مستوى تعليمي bac + 04، كما لا يوجد أشخاص من العائلة مصابين بالمرض النفسي أو العقلي ولا عضوي أيضا، بينت الكشف والتحليل انه لا يعاني من أي مرض عضوي غير انه يعاني من اضطرابات على مستوى السلوك واللغة، أما بالنسبة للأمراض العائلية فهي لا توجد أي أمراض وراثية.

تقدم الوالدين لمصلحة الطب العقلي للأطفال بسور الغزلان وعمر الطفل 3 سنوات و4 أشهر، وتم إجراء المقابلة النصف الموجهة مع أولياء الطفل والطفل، وتم تشخيصه من طرف الفريق الطبي المكون من أخصائية نفسانية عيا دية psychologue clinicienne، وطبيب نفسي pédopsychiatre، وأخصائية تصحيح التعبير اللغوي orthophoniste بعد توفر جميع الأعراض التي تدل على اضطراب التوحد، تم تطبيق مقياس كارز cars لمعرفة درجة التوحد حيث تحصل على درجة 41 أي توحد متوسط (moyennement autistique).

2-2- تحليل المقابلة:

من خلال المقابلة النصف الموجهة مع الأم، تحصلنا على بعض المعلومات حول حالة الطفل أمير أثناء مرحلة النمو، نقول الأم أنها لم تصب بأي مرض أثناء فترة الحمل وكانت الولادة قيصرية، وكان وزن الطفل 4 كغ وصرخ أثناء ولادته، كذلك كانت وضعية الجلوس خلال 6 أشهر لم يكن هناك تأخر وتمكن من القيام بأول خطوة خلال سنة من نموه وبعد سنة كاملة نطق كلمة ماما، ودادا، إلا انه كانت لديه اضطرابات في النوم بسبب الغازات على حسب قول الأم.

خلال هذه الفترة كانت الأم تشغل التلفاز لطفلها أمير وتتركه بالساعات أمام الشاشة لكي لا يزعجها وتذهب لشغل البيت.

بعد سنة ونصف بدأت تظهر علامات التأخر لدى طفلها وسلوكيات غير مرغوب فيها، بدا الخوف والقلق يتسلل إلى قلب الأم وبدأت تعيش في شكوك لان طفلها لا توجد لديه مهارات مقارنة بإقرانه.

أصبحت لدى الطفل أمير اضطرابات على مستوى السلوك، واللغة، والتفاعل الاجتماعي، وأيضا نقص التواصل البصري، ومنعزل عن الآخرين، غياب كلي للغة مع الفريق الطبي، أما حسب الأم يتلفظ ببعض الكلمات فقط مع والديه وأخته، إلا انه لا يستعمل الإشارة.

قام الفريق الطبي بتطبيق برنامج تيتش ووضعنا خطة علاجية تتبعها الأم لمدة أسبوع وتتجدد التمارين كل أسبوع، ويكون التقييم كل 6 اشهر بواسطة اختبار Pep 3. لمعرفة المهارات التي اكتسبها عن طريق برنامج تيتش ونطبق كذلك مقياس cars كل 6 أشهر لمعرفة درجة التوحد لديه.

2-3- عرض نتائج التطبيق القبلي والبعدى لسلم تقدير التوحد الطفولي cars قبل تطبيق برنامج تيتش.

مقياس	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	3.5	2.5	3.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	1.5	2.5	4	2.5	2.5	2.5	3.5	41

2-4- عرض نتائج القياس البعدى ل cars بعد تطبيق برنامج تيتش

مقياس	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	1.5	1.5	2.5	1.5	1.5	1.5	2.5	1.5	1.5	2.5	2.5	1.5	2.5	2.5	2.5	29.5

2-5- جدول يمثل عرض النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق برنامج تيتش (بعد عامين من المتابعة).

المحاور	المهارات المكتسبة	السن		المهارات الغير مكتسبة بعد 5 سنوات والموافقة لسنه
		متأخر	موافق لسنه	
التقليد	تقليد استعمال الشفتين تقليد استعمال العجينة، تقليد حركات الفك، تقليد أصوات الحيوانات.	نعم	/	/
لإدراك الحسي	تمييز الرسومات، تمييز الأشكال المتطابقة والالون، البازل .	نعم	/	/

الحركة العامة	درجحة الكرة، القفز، الوقوف على رجل واحدة، لمس الأذنين، مسار الحواجز البسيطة والمتوسطة.	نعم	/	/
الحركة الدقيقة	التلوين، لعب البناء، خط خطوط أفقية، رسم دوائر ومربعات، الملاقط.	نعم	/	/
الإدراك المعرفي	معرفة اسمه، الإشارة لأشياء محبوبة، إيجاد أشياء مخفية، تجميع أجزاء الجسم، لعبة التوقف والانطلاق.	نعم	/	/
الكفاءة اللغوية	الكلمات الأولى، ترديد اسمه، الغناء، تسمية بعض الألوان والحيوانات، .	لا	متأخر بسنتين	أحياناً لا يتكلم ولا حرف واحد، وأحياناً يتكلم بعض الكلمات بصوت خافت.
الاستقلالية	الشرب والأكل لوحده، نزع الثياب، تنظيف الأسنان،	لا	متأخر بسنة	يجد صعوبة في اللباس وسهولة في خلع لباسه، قفل الأزرار،
التألف الاجتماعي	المداعبة، الدغدغة، التقبيل في الخد، لعبة العطاء والتلقي،	لا	متأخر بسنة	لعبة الاختفاء، لعبة التظاهر، لعبة أنا بحاجة إلى ماذا.

الاستنتاج:

يتضح من خلال الجدول أن الطفل أمير بعد خضوعه لبرنامج تيتش وتدريبه على مختلف النشاطات الموجودة في البرنامج إضافة إلى حرمانه من برامج التلفاز والمشاهدة عبر الشاشات التي كانت سبب في تأخره، نجده قد اكتسب عدة مهارات موافقة لسنه في المحاور التالية: التقليد، الإدراك الحسي، الحركة العامة والدقيقة، والإدراك المعرفي، إلا أن هناك مهارات لم يكتسبها بشكل جيد مثل الكفاءة اللغوية، الاستقلالية، التألف الاجتماعي.

عرض الحالة الثانية:

1- عرض ملخص المقابلة:

الطفل ب. محمد البالغ من العمر حاليا 5 سنوات و 4 أيام، وكانت المقابلة الأولى مع الطفل يوم 2020/06/17 حيث كان عمره آنذاك 3 سنوات و 3 أشهر وذلك على مستوى مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بسور الغزلان ولاية البويرة، حيث تم توجيهه من طرف طبيب الأطفال بسور الغزلان على أساس أن الطفل لديه تأخر لغوي مع هيجان في السلوك.

- كما أن الأم أرادت الاستفسار عن الانفعال والسلوكيات الغريبة التي يقوم بها طفلها محمد مقارنة بإخوته الأكبر منه وباقي الأطفال في سنه أي أقرانه حيث كان عمره آنذاك سنتين وشهرين.

- يحتل الطفل محمد في العائلة المرتبة الرابعة بعد الأخ الأكبر الذي يبلغ من العمر 23 سنة، والأخ الثاني الذي يبلغ من العمر 21 سنة، والأخت الثالثة تبلغ من العمر 18 سنة.

الوالدان يعيشان معا في أسرة يسودها الاستقرار، ذات مستوى اقتصادي متوسط، المستوى الدراسي متوسط لكلا الوالدين (9AF) ولا توجد أي سوابق مرضية نفسية او عقلية في العائلة

- فيما يخص مرحلة الحمل كان عمر الأم أثناء حملها بمحمد 44 سنة، كان الحمل مرغوب فيه ومرت هذه الفترة بدون أي مشاكل نفسية أو عضوية وبالنسبة للولادة كانت بعد اكتمال 9 أشهر وبطريقة طبيعية (voie basse)، بعد ذلك كان النمو النفسي الحركي ل محمد يسير بطريقة طبيعية إلا أن التأخر كان ظاهرا بشدة في اللغة مع اضطرابات في النوم، نوبات البكاء والصراخ المستمر في كل حصة (crise de colère)

- عندما بلغ محمد سن 12 شهر بدا قلق الأم يتفاقم وذلك بسبب ملاحظتها أن ابنها يختلف عن باقي الأطفال من حيث عدم الاستجابة لاسمه عند مناداته، لايتواصل بصريا مع الأشخاص المحيطين به وكأنهم غير موجودين، عدواني اتجاه نفسه (auto agressivité)، واتجاه الآخرين ((hétéro agressivité، تدوير الأشياء، وهذا مادفع الأم لزيارة طبيب الأطفال والذي بدوره وجهها إلى طبيب الأمراض العقلية pédopsychiatre، حيث طلب هذا الأخير من الأم أن تجري لابنها محمد فحوصات مثل اختبار قياس السمع ((PEA)، والتخطيط الكهربائي للدماغ (EEG) و(IRM)، وتحاليل الدم (BILAN).

- اتضحت النتائج انه لا يوجد اي مشكل على مستوى السمع والدماغ.

- قمنا بتقييم الحالة وإجراء المقابلة العيادية النصف الموجهة لجمع المعلومات اللازمة عن الحالة واثناء هذه المدة وضعنا حالة محمد تحت الملاحظة حيث اشرف على هذه الحالة فريق طبي متكون من طبيب نفسي

pédopsychiatre وأخصائية نفسانية عيادية psychologue clinicienne، وأخصائية تصحيح اللغة والتعبير orthophoniste، وأخصائية العلاج الوظيفي Ergothérapeute، وكانت ملاحظاتهم على النحو التالي:

- قصور في التفاعل الاجتماعي: غياب التواصل البصري، عدم الاستجابة لاسمه، العزلة، عدم الاندماج مع أقرانه، العدوانية اتجاه الذات Auto agressivité، واتجاه الآخر Hétéro agressivité.

- قصور في التواصل: تأخر في الكلام، عدم استخدام الإشارة، ترديد كلمات لامتني لها Écholalie.

- السلوك النمطي المتكرر: مثل الدوران، تدوير الأشياء، سلوك تكراري مثل ترتيب الأشياء بنفس الطريقة، مقاومة التغيير بشدة، هيجان، بكاء وصراخ مستمر.

- بعد ملاحظة هذه الأعراض تبين لنا ان الطفل يعاني من اضطراب التوحد حينها قمنا نحن الأخصائيين النفسيين بتطبيق مقياس كارز CARS لمعرفة درجة التوحد عند الطفل وتحصل على درجة 37 بمعنى توحد متوسط moyennement autistique.

بعدها قامت الطبيبة النفسية pédopsychiatre بإعلان التشخيص النهائي للوالدين وتم تطبيق برنامج تيتش كون هذا البرنامج ساهم في تنمية المهارات لأطفال التوحد حيث يساعدهم على اكتساب المهارات المناسبة لسنه وفق خطة عمل منظمة مع إعطاء الأم مجموعة التمارين التي تطبقها مع ابنها في البيت خلال الأسبوع والتي يتم تقييمها في الأسبوع الموالي من طرف الفريق الطبي.

1-2- تحليل ومناقشة الحالة:

بعد عدة جلسات طبقنا اختبار Pep3 لتقييم حالة الطفل محمد وكان ذلك خلال 6 أشهر من التكفل بهذه الحالة وتوصلنا إلى النتائج التالية:

1-2-1 - نقاط القوة والضعف:

- كان أداء محمد في محور التقليد، والإدراك الحسي، والكفاءة اللغوية، والتألف الاجتماعي، والتناسق بين العين واليد، والإدراك المعرفي ضعيف، قدر سنه على هذه المحاور بسنة واحدة أي أن محمد لديه تأخر مقدر بسنتين مقارنة بالمحاور الباقية كان ادائه قويا في الحركة العامة، والحركة الدقيقة، والاستقلالية، لديه مهارات طفل يبلغ سنتين من العمر، أي أن محمد لديه تأخر مقدر بسنة واحدة.

1-2-2 - استعراض ملاحظات الأولياء:

- مشكلات التفاعل الاجتماعي عند الطفل محمد تتمثل في ضعف التواصل البصري واستخدام الإيماءات، أي تعابير الوجه، والتأخر في اللغة المنطوقة، العزلة، عدم الاندماج مع أقرانه.
- مشكلات سلوكية عند محمد مثل اذية النفس والعنف اتجاه الآخرين، تدمير الأشياء، تستيف الأشياء، لا يتجاوب للحضن والعناق، لا يظهر اهتمام بالألعاب والأنشطة التربوية.
- واصل محمد حصص المتابعة النفسية على مستوى مصلحة الطب العقلي للأطفال، وفقا لبرنامج تيتش مع التقييم العام لكل ستة أشهر.
- بعد مرور سنتين (02) من المتابعة الطبية والنفسية والارطفونية على مستوى مصلحة الطب العقلي للأطفال والجد في العمل وتطبيق تعليمات المختصين وعدم استلام الأولياء أي الأم التي عملت بجد لأجل تحسن ابنها الذي حقق تطورا ملحوظا من حيث اكتساب المهارات المختلفة مثل:
- فيما يخص الكفاءة اللغوية نجد: اللغة التعبيرية عند محمد يتحدث بصوت خافت بعدما كان لاينطق أي كلمة صحيحة أي كانت له لغة غير مفهومة، وترديد كلمات لا معنى لها Écholalie.
- أما اللغة الاستقبالية: يفهم التعليمات، معرفة البعض من أجزاء جسمه، ويقرأ الحروف باللغة العربية.
- كما أن الطفل محمد لديه ذاكرة بصرية mémoire visuelle.
- أما فيما يخص القدرات المعرفية فهي جيدة لكن نجد لديه نوع من اللامبالاة (tendance a l'immuabilité).
- أما التقليد l'imitation: نجد الطفل محمد يقلد كل ما نطلبه منه لكن يمل بسرعة ويرفض الاستمرار في النشاط المطلوب.
- الإدراك الحسي: perception sensoriel يتواصل محمد بصريا عند الطلب منه بإلحاح لكنه يرفض الإطالة في النظر في العينين (contact visuel fuyant)، مستقر نفسيا بعدما كان كثير الحركة ودائم الصراخ والبكاء.
- الإدراك المعرفي: perception cognitive يعرف محمد اسمه ويستجيب عند مناداته، معرفة أجزاء جسمه (partie de Corp.)، والتعرف على صورته في المرآة.
- الحركة الدقيقة: motricité fine يقوم بتشكيل العجين، التلوين، طي الورق، وضع خطوط أفقية وعمودية بالإصبع، الإشارة بالإصبع.
- الحركة العامة: motricité général القفز، دحرجة الكرة، المشي على حواجز بسيطة

ملاحظة: بعد إدماج الطفل في روضة الأطفال لاحظنا تحسن كبير فيما يخص الاندماج مع الأطفال واللعب معهم بعدما كان يفضل العزلة ويلعب لوحده كما لاحظنا اختفاء العدوانية لديه.

1-3 جدول يوضح نتائج المتحصل عليها بعد تطبيق برنامج تيتش (الحالة الأولى)

المحاور	المهارات المكتسبة	السن		المهارات الغير مكتسبة بعد الموافقة لسنة 5 سنوات
		متأخر	موافق لسنة	
التقليد	تقليد الضرب، تقليد لمس الأعضاء، تقليد حركة الذراعين، تعلم الخربشة، التقليد لتحقيق الاستقلالية	نعم	/	/
الإدراك الحسي	المتابعة بالعينين، البحث عن شيء سقط، الاستجابة للأصوات المألوفة، البحث عن أشياء محبوبة، تمييز مصدر الصوت، تمييز الأشكال المتطابقة والألوان.	نعم	/	/
الحركة العامة	دحرجة الكرة، ركلها ومسكها دون مساعدة، القفز، المشي على حواجز بسيطة.	نعم	/	/
الحركة الدقيقة	التلوين، طي الورق، فقاعات الصابون، النفخ على الشمعة، استعمال العجينة.	نعم	/	/
الإدراك المعرفي	معرفة اسمه، الإشارة لأشياء محبوبة، المجيء استجابة للنداء، التعرف على صورته في المرآة، فهم الجمل المتكونة من قسمين.	نعم	/	/
الكفاءة اللغوية	ترديد اسمه، .	/	متأخر قليلا	خلل في تصريف الأفعال، أحيانا إعادة الكلام

الاستقلالية	الأكل لوحده مع الاستعمال الصحيح للمعلقة، الشرب في كوب، نزع الجوارب، دخول المراض وقضاء الحاجة لوحده	/	متأخر	يجد صعوبة في اللباس وسهولة في خلع لباسه
التألف الاجتماعي	الاستجابة للمداعبة، الدغدغة، التقبيل في الخد	نعم	/	/

الاستنتاج:

يتضح من خلال الجدول أن الطفل محمد اكتسب عدة مهارات موافقة لسنه في المحاور التالية التقليد، الإدراك الحسي، الحركة العامة، الحركة الدقيقة، الإدراك المعرفي، والتألف الاجتماعي، وهناك مهارات لم يكتسبها بالطريقة الصحيحة الموافقة لسنه وهي تشمل محور الكفاءة اللغوية والاستقلالية.

3- عرض الحالة الثالثة:

3-1- عرض ملخص المقابلة:

الطفل إياد، م يبلغ من العمر 4 سنوات وشهر واحد، يعيش في أسرة ذات مستوى اقتصادي جيد، تتكون من الأب والأم واخوين (أخ، وأخت) يعد أصغرهم، الأخ الأكبر عمره 8 سنوات والأخت الثانية عمرها 06 سنوات، اظهر منذ الطفولة أعراض تشير إلى التوحد على مستوى النمو النفسي الحركي وأيضا على مستوى اللغة حسب قول الأم والأب أن هذا التأخر كان واضحا مقارنة بأخويه وهذا ماجعلهم في حيرة وقلق حيث دفعهم إلى طلب المساعدة من الأخصائيين.

اتجه والدان إياد إلى مصلحة الطب العقلي للأطفال بمستشفى الأمراض العقلية بسور الغزلان لطلب تشخيص الحالة وتفسيرات لسلوك طفلهم الغير مرغوب فيها من طرف الطبيب النفسي *pédopsychiatre* وذلك كان بتاريخ 2022/04/06 حيث كان عمره آنذاك 03 سنوات، بالرغم أن أعراض التوحد تظهر في الأشهر الأولى من الميلاد إلا أن طلب الوالدين كان متأخرا وهو ما يفوت فرصة للتدخل المبكر والحصول على نتائج جد مرضية مع الطفل التوحدي.

3-2- تحليل المقابلة: بعدما أجرينا المقابلة النصف الموجهة مع الوالدين والطفل تمكنا من جمع المعلومات التالية:

3-2-1- التاريخ الطبي للطفل:

لم يحمل أي أمراض في الطفولة، وكان الحمل مرغوب فيه من الوالدين، فترة الحمل لم تشهد أي اضطرابات نفسية إلا أن الأم أثناء فترة الحمل أصيبت بمرض السكري (*diabète*) وكانت فترة الحمل تسعة أشهر كاملة وعملية الوضع كانت عادية (VB)، لم تشهد اختناق ولا نقص في الأكسجين، ولا ارتفاع كبير لدرجة حرارة الطفل، كان وزنه أثناء الولادة 3 كغ و200 غ كما لم تظهر لدى الأم أي أعراض مرضية أو اكتئاب بعد الولادة.

الرضاعة الطبيعية دامت لمدة 9 أشهر ثم رضاعة اصطناعية (*artificielle*) حتى السنتين من عمر الطفل، ظهرت صعوبات في النوم (الأرق)، وأيضا البكاء والهيجان (*agitation*) أثناء النوم.

نجد لدى إِيَاد صعوبات في التواصل البصري الذي يعد احد أهم سمات المميّزة لأطفال التوحد، مع غياب الابتسامة أثناء المناغاة. حسب أقوال الأم لم يكن يبدي اهتمام لحضورها أو غيابها ولا يستجيب بالفرح أو القلق أو البكاء عند التواصل بأشخاص أجبيين.

3-2-2- أما الجانب النمو النفسي الحركي: الطفل إِيَاد لم يشهد أي تأخر في الجلوس والوقوف حيث كانت أول خطوة له في 10 أشهر، لكن كان تأخرا واضحا في النمو اللغوي، أين بدا في استعمال أول كلماته "ماما، بابا" في عمر يفوق (02 سنتين)، أي أن في هذا العمر يكون القاموس اللغوي قد اكتمل بالنسبة للطفل العادي.

3-2-3 - بالنسبة للتاريخ الأسري: لم يظهر في العائلة أي اضطرابات عقلية لدى أفرادها ولا يوجد تأخر في جوانب النمو سواء اللغوي أو الحركي لدى إخوته.

- من خلال المقابلة النصف الموجهة مع والدين إِيَاد تحصلنا على بعض المعلومات التي تخص الطفل في مرحلة النمو واكتشاف الأعراض التي يعاني منها،

اتضح لنا أن أسرة الطفل إِيَاد متماسكة لايسودها صراع أو مشاكل زوجية، تحمل الكثير من الرغبة في التكفل بطفلها، إلا أن هناك أعراض ظهرت لنا تتمثل في:

- صعوبات في التواصل اللفظي والغير اللفظي.

- صعوبة على مستوى التفاعل الاجتماعي.

- تأخر في اللغة وصعوبات في توظيف الكلمات.

اهتمام واستغراق وقت كبير في مشاهدة التلفاز والأجهزة الالكترونية الذكية.

كل هذه الأعراض جعلتنا نبني فرضية إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد، وقبل بناء التشخيص النهائي كان لابد من أن نتجه نحو إلغاء فرضية الإصابات العضوية، لأجل ذلك قامت الطيبة النفسية pédopsychiatre لإخضاع الطفل إلى اختبارات طبية مثل التخطيط الكهربائي للدماغ ((EEG من اجل استبعاد فرضية الإصابة بالصرع (l'épilepsie)، والتصوير بالرنين المغناطيسي (IRM) والتخطيط السمع (PEA) وبعض تحاليل الدم، وذلك لاستبعاد الأمراض العضوية. حيث أن العمل مع أطفال التوحد يحتاج إلى مجموعة متعددة الاختصاصات من اجل تكفل أفضل. حيث توصلنا من خلال هذه الفحوصات أن الطفل إِيَاد لايعاني من أي أمراض عضوية ولا إصابات في المخ ولا نوبات صرع، وقدرات السمع لديه طبيعية.

بعد إلغاء فرضية الإصابة العضوية قمنا نحن الأخصائيين النفسيين بتقييم القدرات العقلية للتعرف على ذكاء الطفل إياد، إذ يظهر لدى أطفال التوحد بعض الاضطرابات المصاحبة لعل أهمها التخلف الذهني، حيث تبين الكثير من الدراسات بان نسبة 75 بالمائة يعانون من تخلف ذهني.

(لورا شريمان 2010 ص 55)

وهو مايزيد من صعوبة التواصل والتعلم والاستجابة للتعليمات عند تطبيق برامج التكفل، وقد ظهر أن لدى إياد صعوبة في المجالات التي تتعلق باللغة والتفكير المجرد إلا انه جيد في مجالات الذاكرة البصرية والحفظ، لذلك يمكن أن نقول بان القدرات العقلية لدى إياد عادية ولا يعاني من تخلف ذهني.

وبما أننا في مصلحة طب العقلي للأطفال بسور الغزلان نشكل فريق طبي يشرف على حالة الطفل إياد قامت أيضا الأخصائية الارطوفونية بتقييم القدرات اللغوية لان أهم الصعوبات التي تظهر لدى الطفل التوحيدي تتعلق باكتساب اللغة واستعمالها بشكل جيد، فقد كان من اللازم تقييم قدرات الطفل اللغوية، إذ أبدى في بداية أول مقابلة نطق بعض الكلمات باللغة الانجليزية وترديد كلمات غير مفهومة، وقد بين التقييم الارطفوني بان لدى الطفل قدرات لايأس بها في نطق مخارج الحروف بالانجليزية رغم عدم وضوح بعض الكلمات وفشل في بناء الجمل وعندما يطلب شيء معين يأخذ بيد الشخص الذي أمامه ليحصل على مايريد ولا يستعمل الإشارة.

كما قمت بالتقييم النفسي للطفل إياد كوني أخصائية نفسانية عيادية وذلك بتطبيق بعض المقاييس والاختبارات للحصول على تقييم كمي وكيفي لسلوكات الطفل، وتحديد أي المناحي تشهد اضطراب اكبر، لأننا سنركز فيما بعد أكثر على نقاط القوة والضعف في سلوك الطفل، من بين هذه المقاييس استعملت مقياس M-CHAT الذي يعد أداة كشفية للأطفال المشتبه في إصابتهم بالتوحد من سن 18 شهر حتى 24 شهر. وهو لايعتبر أداة تشخيص، ففي حالة الاشتباه في وجود أعراض التوحد يوجه الطفل إلى طلب رأي متخصص، إذ له قيمة كبيرة في الكشف المبكر ومن ثم التكفل الجيد.

(robins et all , 2009)،

وبعدها قمت بتطبيق الاختبار الأكثر استعمالا وهو اختبار childhood autism rating (CARS) scale الذي يعد أداة تشخيص لاضطراب طيف التوحد.

وفي الأخير تمكنا من التشخيص النهائي الذي تبين لنا من خلال المقابلة والملاحظة وكل الفحوصات والاختبارات النفسية والطبية أن الطفل إياد يعاني من توحّد متوسط.

بعدها قامت الطبيبة النفسية *pédopsychiatre* بإبلاغ والدين الطفل إياد باضطراب الذي يعاني منه طفلهم إياد وإبلاغهم بأنه يحتاج إلى تكفل نفسي وارتفوني بمساعدة الأسرة من أجل تحسين قدراته على التواصل والتعلم، واخترنا له برنامج تيتش من أجل تطوير مهاراته وتفاعله الاجتماعي والتواصل لديه، حيث هذا البرنامج يعد أحد أشهر برامج التكفل بأطفال التوحّد.

يركز برنامج تيتش على نواحي مختلفة من السلوك لدى الطفل أين بدأنا في العمل مع الحالة من خلال تقييم المؤهلات والعجز في مختلف الجوانب، يشمل هذا البرنامج نشاطات أدائية تتدرج تحت عشرة محاور وهي: التقليد، الإدراك الحسي، الحركة العامة، الحركة الدقيقة، التنسيق والتآزر بين العين واليد، الإدراك المعرفي، الكفاءة اللغوية، الاستقلالية، التألف الاجتماعي، والسلوكيات.

لقد كان من المهم التركيز على جوانب القصور في سلوك الطفل، إذ بين التقييم الأول ضعف في جوانب اللغة، الإدراك المعرفي، التألف الاجتماعي، فيما أظهرت قدرات لا بأس بها في الحركة العامة والتنسيق، وقد كانت التدخل من خلال تطبيق البرنامج من طرف الأخصائيين بالتعاون مع الأسرة وخاصة الأم، أين قمنا بتطبيق البرنامج وأنشطته، حيث كانت المواعيد مرة في الأسبوع في مستشفى النهار *hôpital du jour* تحت إشراف فريق طبي مكون من نفساني عيادي (*psy clinicien*)، مختص تصحيح التعبير اللغوي (*orthophoniste*)، أخصائي في العلاج الوظيفي (*ergothérapeute*)، عون رعاية الطفولة (*puéricultrice*) نطبق فيها نشاطات مختلفة من كل محاور البرنامج التي ذكرناها آنفاً، ونقوم الأسرة بتطبيق أنشطة أخرى في المنزل.

لقد كان من المهم عند العمل مع الطفل إياد التركيز على أهمية بناء علاقة جيدة بين الأم والطفل، ورفع درجة فهم الأسرة لطبيعة الاضطراب وخصائصه لضمان تكفل أفضل، ضف إلى ذلك رفع روح المشاركة في العمل مع الطفل وغرس أمل تحسن الطفل من خلال المشاركة الفعالة مع مزيد من الصبر والتفهم والمرافقة.

ولزيادة مهاراته الاجتماعية كان لابد من الاندماج مع أقرانه، والتوقف عن مشاهدة التلفاز واللعب بالأجهزة الذكية، والدخول إلى الروضة يساعد في تقوية الجانب الاجتماعي لديه.

3-3- التقييم بعد عام تقريبا:

بعد مرور أكثر من 6 أشهر من تطبيق البرنامج والتعامل المطلوب من طرف الفريق الطبي مع سلوكيات الطفل والتغيرات التي قمنا بها، كان لابد من أن نقوم بتقييم جوانب سلوك الطفل لمعرفة المهارات التي اكتسبها في مختلف المحاور أو من التقدم الذي حققه في مختلف الجوانب، وقد بينت نتائج التقييم مايلي:

3-3-1- التقليد: تحسن التقليد لدى الطفل إياد أين أصبح إياد يقلد كل شيء يطلب منه، وحتى عندما يكون لوحده ويرى الأطفال كيف يلعبون والحركات التي يعملونها أثناء مزحهم مع بعض تجده يقلدهم بعدما كان منعزل عن الجميع ولا يجذب انتباهه وجود آخرين معه.

3-3-2- التواصل: لقد أصبح ظاهرا أن إياد قد اكتسب قدرات جيدة في التواصل الغير اللفظي من خلال التواصل البصري وفهم التعابير الوجهية أو الإيماءات.

3-3-3- الحركة العامة والدقيقة: ساعد هذا البرنامج أي النشاطات الأدائية والتربوية في تحسن قدرات الطفل إياد أين أصبح قادرا على استعمال الأشياء، والتعرف على صورة جسمه والإشارة إلى أجزاء جسمه.

3-3-4- الكفاءة اللغوية: هناك تحسن طفيف في مجال اللغة للطفل إياد لم يتمكن بشكل جيد اكتساب اللغة العربية، فمزال ينطق الألوان باللغة الانجليزية، كما انه غير قادر على تكوين جملة قصيرة، والتفريق بين الضمائر، الا انه يفهم التعليمات واستعمال الإشارة في طلب الأشياء مع ترديد كلمات باللغة الانجليزية التي تعلمها عن طريق الأجهزة الذكية.

3-3-5- التفاعل الاجتماعي: اظهر الطفل إياد تحسن ملحوظ في التواصل الاجتماعي، أين أصبح يندمج مع أقرانه ويفضل اللعب معهم ويظهر اللعب التخيلي مثل الرد على الهاتف. إلا انه يظهر بعض العدوانية والرغبة في تملك الأشياء.

3-3-6- الاستقلالية: لانرى الكثير من التحسن في هاذ المحور، لازال إياد لا يرتدي ثيابه لوحده، وكذلك فيما يخص امورات النظافة مزال تحت رعاية الأم، إلا انه يظهر تحسن في الأكل والشرب لوحده، كما يميز بين ماهو صالح وغير صالح للأكل.

3-4- عرض نتائج التطبيق القبلي والبعدى لسلم تقدير التوحد الطفولي cars قبل تطبيق برنامج تيتش.

مقياس	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	3.5	3.5	3.5	2.5	1.5	1.5	2.5	2.5	1.5	1.5	3.5	2.5	2.5	2.5	3.5	38.5

3-5- عرض نتائج القياس البعدي ل cars بعد تطبيق برنامج تيتش

مقياس	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	2.5	1.5	2.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	2.5	1.5	1.5	2.5	2.5	27.5

3-6- جدول يمثل عرض النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق برنامج تيتش (بعد عامين من المتابعة).

المحاور	المهارات المكتسبة	السن		المهارات الغير مكتسبة بعد والموافقة لسنه 5سنوات
		متأخر	موافق لسنه	
التقليد	تقليد استعمال الشفتين تقليد استعمال العجينة، تقليد حركات الفك، تقليد أصوات الحيوانات.	نعم	/	/
الإدراك الحسي	تمييز الرسومات، تمييز الأشكال المتطابقة والالون، البازل .	نعم	/	/
الحركة العامة	دحرجة الكرة، القفز، الوقوف على رجل واحدة، لمس الأذنين، مسار الحواجز البسيطة والمتوسطة.	نعم	/	/
الحركة الدقيقة	التلوين، لعب البناء، خط خطوط أفقية، القص باستعمال المقص.رسم دوائر ومربعات، الملاقط.	نعم	/	/
الإدراك المعرفي	معرفة اسمه، الإشارة لأشياء محبوبة، إيجاد أشياء مخفية، تجميع أجزاء الجسم،	نعم	/	/

			لعبة التوقف والانطلاق.	
الكفاءة اللغوية	تسمية أفراد العائلة، تسمية الحيوانات، التعبير برسالة صوتية، الحساب، تسمية الألوان، مفاهيم زمنية.	لا	متأخر بسنتين	تسمية الألوان باللغة الانجليزية، ترديد بعض الكلمات بالإنجليزية مثل (yes, no)
الاستقلالية	قفل الأزرار، تنظيف الأسنان، ارتداء الثياب بسرعة، اخذ حمام بصورة مستقلة، تحضير للمجة.	لا	متأخر بسنة	يجد صعوبة في اللباس وسهولة في خلع لباسه، يأكل ويشرب لوحده
التألف الاجتماعي	لعبة الاختفاء، مساعدة الآخرين، التقبيل في الخد، تنظيف الطاولة، وضع الطاولة، الملاعق، الشوكات، الصحن.	نعم	/	/

الاستنتاج

- إن التقييم الشامل لمختلف جوانب النمو لدى الطفل قد اظهر تحسنا ملحوظا، وذلك ناتج عن العمل المشترك بين الفريق الطبي والأولياء، حيث كانت مساعدة الوالدين محفزة بقوة من اجل مساعدة طفلها ليتكيف مع الحياة بشكل جيد، هذا العمل الذي قمنا به لازال مستمرا من اجل الوصول إلى نتائج أفضل وأكثر ديمومة إذ يحتاج المصاب باضطراب طيف التوحد إلى مرافقة طوال مراحل نموه.

4- عرض الحالة الرابعة:

4-1- عرض ملخص المقابلة:

الطفل معاذ يبلغ من العمر 6 سنوات وشهرين، أي من مواليد 2017/02/08 بسور الغزلان، يحتل المرتبة الأولى، ينتمي إلى عائلة ضعيفة الدخل تتكون من أب يتراوح سنه 35 سنة، ذو مستوى تعليمي ليسانس تخصص رياضة حاليا بدون عمل، وأم سنها 29 سنة، ربة بيت، وأخ اصغر يبلغ من العمر 03 سنوات.

بينت الكشف والتحليل الطبية أن الطفل معاذ لايعاني من اي مرض عضوي، غير انه ظهر لنا أعراض تشكل اضطرابات على مستوى السلوك، والتفاعل الاجتماعي، واللغة، أما بالنسبة للأمراض العائلية فهناك مرض السكري عند عائلة الأب.

تقدم والدين الطفل معاذ لمصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بسور الغزلان وعمر الطفل 4سنوات و4 أشهر، تم تشخيصه من طرف الفريق الطبي بالمصلحة المتشكل من طبيبة نفسية pédopsychiatre، وأخصائية نفسانية عيادية psychologue clinicienne، وأخصائية التصحيح التعبير اللغوي orthophoniste، وأخصائية في العلاج الوظيفي ergothérapeute، بعد توفر جميع الأعراض التي تدل على اضطراب التوحد وذلك بعد إلغاء فرضية إصابة الطفل معاذ بأمراض عضوية وذلك من خلال نتائج الفحوصات والاختبارات التي خضع لها معاذ، حيث تم بعد ذلك تطبيق مقياس كارز CARS لمعرفة درجة التوحد لدى معاذ حيث حصلنا على درجة 46.5 التي تشير إلى توحد حاد sévèrement autistique.

4-2- تحليل المقابلة:

من خلال المقابلة النصف الموجهة مع والدين الطفل معاذ حصلنا على بعض المعلومات حول حالة الطفل معاذ أثناء مرحلة النمو التي شهدت تأخرا، تقول الأم أنها لم تصب بأي مرض أثناء فترة الحمل وكانت الولادة طبيعية وفي الوقت المحدد، وكان وزن الطفل 3كغ و500غ، إلا انه شهد تأخرا في الجلوس أي لم يتمكن من التحكم في وضعية الجلوس الا بعد 9 أشهر تقريبا، وأيضا الكلمة الأولى التي كانت في 18 شهر تقريبا، خلال هذه الفترة كانت أسرة الطفل معاذ تظن أن هذا التأخر عادي وسيستجيب لاحقا بحجة "دمو ثقيل"، الجملة التي يرددونها اغلب اسر أطفال التوحد.

بعد مرور 3 سنوات من عمر الطفل بدأت تظهر علامات التأخر لدى الطفل معاذ بشكل مبالغ فيه، وذلك بظهور سلوكيات غير مرغوب فيها (الحركات النمطية، الدوران حول نفسه وتدوير الأشياء، الجري، غلق وفتح الأبواب باستمرار، المشي على أصابع الأرجل)، وغياب التفاعل الاجتماعي (لايستجيب لمناداته باسمه، لايلعب مع أقرانه، لايفهم الإيماءات الوجهية، لايتواصل بصريا مع محدثه، لايهتم لوجود الأشخاص، ينكمش على نفسه، انطوائي، منغلق ومنعزل عن العالم المحيط به، يفضل البقاء واللعب لوحده)، غياب اللغة (صراخ، ترديد كلمات غير مفهومة، غياب الإشارة عندما يريد شيء ما يأخذ بيد الآخر للطلب)، وهنا أدرك الوالدين أن طفلهم يعاني من اضطراب ما أكثر مما كانوا متوقعين. خلال هذه الفترة كانوا يتوجهون فقط لطبيب الأطفال *pédiatre* الذي كان بدوره يوجههم إلى الطبيب النفسي للتشخيص والكفالة النفسية لكن الأبوين كانوا معارضين الفكرة لان حسب رأيهم أن الطبيب النفسي هو طبيب للمجانين فقط وطفلهم غير مجنون ولاداعي للذهاب إلى الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي. واصررو على هذا العناد إلى أن وصل الطفل معاذ إلى سن الخامسة من عمره، والتحقوا قرانه بالمدرسة أي الصف التحضيري وهذا ما جعلهم يقررون أخيرا أن يتوجهوا بطفلهم لمصلحة الطب العقلي، ومن هنا اكتشف وان طفلهم يعاني من اضطراب التوحد كما شرحنا سابقا.

بعدها قام الفريق الطبي في المصلحة الذي اشرف على حالة معاذ بتطبيق برنامج تيتش *teacch*، ووضعنا خطة علاجية يتبعها الوالدين لمدة أسبوع، وتتجدد التمرينات كل أسبوع في حالة إتقان التمرين، ويكون التقييم كل 6 أشهر بواسطة اختبار *pep3*، لمعرفة المهارات التي اكتسبها من خلال هذا البرنامج ونطبق كذلك مقياس *cars* كل 6 أشهر لمعرفة مدى انخفاض درجة التوحد لديه.

4-3 - التقييم بعد ستة أشهر:

بعد مرور ستة أشهر من تطبيق البرنامج والتعامل المطلوب مع سلوكيات الطفل، لم نشهد تغيرات كبيرة خلال هذه المدة، وهذا راجع للتشخيص المتأخر، فكلما كان التشخيص مبكر كلما كانت نتائج مرضية في اكتساب المهارات عند الطفل التوحدي، وقد بينت نتائج التقييم مايلي:

4-3-1 - التقليد: نجد عند الطفل معاذ تحسن طفيف في هاذا المجال حيث نجده يقلد بعد عدة محاولات الطلب منه مثل تقليد استعمال الشفتين، تقليد لمس أعضاء من الجسم، تقليد استعمال العجينة، تقليد أصوات الحيوانات... الخ.

4-3-2- الإدراك الحسي: لقد أصبح ظاهراً أن هناك تحسن مقارنة بالبداية لكن ليس بالشكل الجيد الذي يناسب سنه الحالي، فمثلاً نجده في تمرين المتابعة بالعينين يقوم باتصال بصري للأشياء المحبوبة، أو بجذب انتباهه بالمناداة والتكرار، وليس من تلقاء نفسه، كذلك تمييز الألوان (بعض الألوان فقط مثل الأحمر والأصفر والأزرق).

4-3-3- الحركة العامة والدقيقة : ساعدت الأنشطة التي طبقت على الطفل معاذ في الحركة العامة على تحسن القدرات واكتساب المهارات في هذا المحور مثل المشي على حواجز بسيطة، النقاط للعب من الأرض، دحرجة الكرة، بسط الكف لمسك شيء، الوقوف على رجل واحدة، القفز. أما الحركة الدقيقة لم يكتسب مهارات توافق سنه في هذا المجال حيث يجد صعوبات كثيرة منها القص باستعمال المقص، جذب الخيوط... الخ

4-3-4- التنسيق بين العين واليد: اتضح لنا أن من خلال هذا المحور تمكن الطفل معاذ من تعلم وإتقان بعض التمارين مثل: التحضير للتكديس، والبازل، عمود من الحلقات، الخط بالإصبع، تشكيل العجينة، رسم دوائر ومربعات، لعب البناء.

4-3-5- الإدراك المعرفي: أظهر الطفل معاذ تحسن طفيف وذلك لاستجابته لبعض التمارينات مثل الإشارة إلى أشياء محبوبة، معرفة اسمه، الجلوس استجابة لأمر لفظي، تطابق الألوان، إلا أنه لا يستجيب عند مناداته باسمه بالرغم من أنه يعرف اسمه الأبعد الكثير من المحاولات، لا يفهم وظائف الأشياء، أحياناً لا يفهم الأسئلة والتعليمات.

4-3-6- الكفاءة اللغوية: نلاحظ أن قدراته اللغوية غير مناسبة لسنه الحالي فالطفل معاذ لا يستطيع بناء جملة مفيدة، والتفريق بين الضمائر، وأسماء الإشارة هذا وهذه، صعوبة في فهم التعليمات، يستعمل اللغة في طلب الأشياء التي يريد بها بعدما كان يطلبها بالصراخ والأخذ بيد محدثه.

4-3-7- الاستقلالية: في هذا المجال مازال الطفل معاذ تحت رعاية والدته فهو يجد صعوبة في ارتداء ثيابه، والنظافة، لكنه يستطيع الأكل لوحده، والتمييز بين ما هو صالح وغير صالح للأكل.

4-3-8- التفاعل الاجتماعي: يظهر لنا تحسن طفيف من خلال استجابته للدغدغة، والمداعبة، والحضان المتأرجح، لكنه لا يجيد الاختفاء، ومساعدة الآخرين، وأعمال منزلية، والرسم بطريقة مستقلة.

4-4 - عرض نتائج التطبيق القبلي والبعدي لسلم تقدير التوحد الطفولي cars قبل تطبيق برنامج تيتش.

مقياس	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	2.5	4	3.5	2.5	2.5	3.5	3.5	2.5	3.5	3.5	49

4-5 - عرض نتائج القياس البعدي ل cars بعد تطبيق برنامج تيتش

مقياس	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	2.5	2.5	3.5	3.5	2.5	2.5	3.5	3.5	2.5	2.5	3.5	3.5	2.5	2.5	3.5	42

4-6 - جدول يمثل عرض النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق برنامج تيتش (بعد عام من المتابعة).

المحاور	المهارات المكتسبة	السن		المهارات الغير مكتسبة بعد والموافقة لسنه 5 سنوات
		متأخر	موافق لسنه	
التقليد	تقليد استعمال الشفتين تقليد استعمال العجينة، لمس أعضاء من الجسم، تقليد حركات الفك، تقليد أصوات الحيوانات.	لا	متأخر ب 3 سنوات	اغلب تمارينات محور التقليد لايتقنها من الوهلة الأولى ولكن ينجزها بعد عناء شديد من التكرار ومحاولة لفت انتباهه إلى مانفعله أمامه من اجل التقليد.
الحركة العامة	درجة الكرة، القفز، الوقوف على رجل واحدة، لمس الاننيين، مسار الحواجز البسيطة والمتوسطة.	نعم	/	/
التنسيق بين العين واليد	التلوين، لعب البناء، خط خطوط أفقية، رسم دوائر ومربعات، الملاقط.	لا	متأخر	لا يتقن القص باستعمال المقص، تطوير المسك بالملقط، نسج ماتحت الاواني.الدبابيس.

الإدراك المعرفي	معرفة اسمه، إيجاد أشياء مخفية، بعض الحروف.	لا	متأخر بسنتين	المجيء استجابة للنداء بعد التكرار، لايعرف أسماء أفراد عائلته، تمثيل الصور، فهم الاسئلة، ترتيب الصور حسب التسلسل.
الكفاءة اللغوية	الكلمات الاولى، ترديد اسمه، تسمية الاشكال.	لا	متأخر بسنتين	رواية حكاية، المحادثة المتشعبة أو المركبة، التعبير عن منافع الأشياء،
الاستقلالية	ياكل ويشرب لوحده، تنظيف الأسنان، التمييز بين ماهو صالح وغير صالح للاكل، خلع لباسه	لا	متأخر بسنة	يجد صعوبة في اللباس بسرعة، تحضير للمجة، اخذ حمام بصورة مستقلة.
التألف الاجتماعي	التقبل في الخد، تنظيف الطاولة، وضع الطاولة، الملاعق، الشوكات، الصحون.	نعم	/	لعبة الاختفاء، مساعدة الآخرين، الرسم بصورة مستقلة، لعبة التظاهر

الاستنتاج:

تبين لنا من خلال الجدول ان الطفل بعد متابعته في المصلحة لمدة عام تقريبا تحسنا في جانب (التألف الاجتماعي والحركة العامة)، بينما شاهدنا تحسن طفيف جدا في الجوانب التالية:(الاستقلالية، الكفاءة اللغوية، الإدراك المعرفي، الحركة الدقيقة، التنسيق بين العين واليد، التقليد، الإدراك الحسي)، وهذا يرجع إلى أن الطفل يعتبر من الحالات الحادة التي لم تشخص مبكرا ولهذا لم يستطع اكتساب مهارات في وقت قصير. إضافة إلى عدم تعاون الأولياء مع الأخصائيين في تطبيق البرامج التربوية والأدائية.

5- عرض الحالة الخامسة:

5-1- عرض ملخص المقابلة:

تبلغ أسيل 3 سنوات و3 أشهر، كانت المقابلة الأولى مع الأسرة والطفلة يوم 2022/01/02 حيث كان عمرها آنذاك 23 شهر أي عامين تقريبا، تم توجيهها من طرف طبيب الأطفال (pédiatre)، على أن الطفلة تعاني من اضطراب على مستوى السلوك وتأخر لغوي.

تحتل الطفلة أسيل المرتبة الأولى في العائلة، حيث أن الوالدان يعيشان معا في أسرة يسودها الاستقرار، ذات مستوى تعليمي واقتصادي جيد، حيث أن المستوى التعليمي للام ماستر 02 في الحقوق، وتعمل كمحامية، أما المستوى التعليمي للأب ليسانس يعمل متصرف في إحدى المؤسسات العمومية.

كما لا توجد أي سوابق مرضية، نفسية، عقلية، في العائلة. أما فيما يخص الحمل كان مرغوب فيه ولم تحدث مشاكل أثناء فترة الحمل، كما كانت وضعية الولادة طبيعية وبعد اكتمال الشهر التاسع.

بالنسبة للنمو النفسي الحركي للطفلة أسيل يسير بطريقة طبيعية حيث كانت وضعية الجلوس حوالي 7 أشهر. وأول خطوة حوالي 11 شهر إلا أن التأخر كان ظاهرا بعد عام ونصف وحسب أقوال الأم أن في تلك الفترة طفلتها لا تتفاعل ولا يثير اهتمامها شيء، لا تهتم للألعاب، تظهر سلوكيات غير مرغوب فيها كالصراخ، والبكاء بدون سبب، غياب اللغة والإشارة، تنقذ الكثير من المهارات التي نجدها عند الأطفال في سنها (أقرانها).

حسب أقوال الأم أن الطفلة أسيل بعد 3 أشهر من عمرها كانت تتركها عند مربية الأطفال بحكم أنها هي وزوجها يضطران للخروج للعمل. وفي تلك الفترة كانت المربية تشغل التلفاز لأسيل وتتركها تشاهد برامج قناة طيور الجنة وهذا ما جعل الطفلة أسيل تصبح مدمنة لهذه القناة، حيث كلما كانت تبكي يشغلون لها التلفاز لتسكت بعدها ويعم الهدوء، ومع مرور الوقت أصبح يظهر لدى الطفلة تأخر واضحا في القدرات المعرفية واللغوية، وهذا ما جعل الأم تعيش حالة خوف وقلق لمصير مستقبل ابنتها وتوجهت لأهل الاختصاص لمساعدة طفلتها.

5-2- تحليل ومناقشة الحالة:

طلبت طبية الأمراض النفسية والعقلية (pédopsychiatre) بعض الفحوصات والتحاليل للطفلة أسيل، مثل اختبار قياس السمع (PEA)، والتخطيط الكهربائي للدماغ (EEG)، وبعض تحاليل الدم لفحص الهرمونات التي يؤثر اضطراب إفرازها على نمو الطفلة، وذلك لاستبعاد فرضية الإصابة العضوية.

اتضح لنا من خلال النتائج أن الطفلة أسيل لا تعاني من أي إصابة عضوية سواء على مستوى الدماغ، أو السمع، والتحليل كلها سليمة.

بعد إلغاء فرضية الإصابة العضوية لحالة أسيل، اشرف على حالتها فريق طبي بمصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بسور الغزلان.

مكون من طبيب مختص في الأمراض العقلية والنفسية (pédopsychiatre)، أخصائية نفسانية عيادية (psychologue clinicienne)، أخصائية في تصحيح التعبير اللغوي، أخصائية في العلاج الوظيفي (ergothérapeute). حيث اجمعوا على إدخال الطفلة إلى مستشفى النهار (hôpital du jour) وذلك لصغر سنها كي تكون استجابات جيدة في وقت قصير.

وكانت ملاحظاتهم على النحو التالي:

- قصور في التفاعل الاجتماعي: اضطراب في التواصل البصري، عدم الاستجابة لمناداتها (وكأنها لا تسمع محدثها)، عدم الاندماج مع أقرانها (تفضل اللعب لوحدها، انطوائية، منغلقة على نفسها). لا تهتم لوجود الآخرين، لا تهتم للألعاب.

- قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي: تأخر في الكلام، ترديد كلمات غير مفهومة، التعبير بالصراخ والبكاء، لا تستخدم الإشارة عند طلب الشيء (تأخذ بيد الأم).

- اضطراب في السلوك: حركات نمطية تكرارية (الدوران، النظر في الفضاء، تدوير الألعاب، تستيف الأشياء والألعاب)، تنقذ اللعب التخيلي (jeux imaginatif)، شديدة الحساسية للأضواء والأصوات العالية، عدوانية اتجاه الذات (auto agressivité) والآخر (hétéro agressivité).

بعد ملاحظة الفريق لهذه الأعراض إضافة إلى نتائج الفحوصات الطبية، تبين لنا أن الطفلة أسيل تعاني من اضطراب التوحد. حينها قمت بتطبيق مقياس cars لمعرفة درجة التوحد عند الطفلة أسيل حيث حصلت على درجة 34 بمعنى توحد خفيف إلى متوسط (l'égerment et moyennement autistique).

بعدها قامت الطبية النفسية بإعلان التشخيص النهائي للوالدين وتم تطبيق برنامج تيتش كونه يحتوي على نشاطات أدائية وتربوية مناسبة لسن الطفلة أسيل وفق خطة عمل منظمة مع إعطاء الأم مجموعة من التمارين الأسبوعية التي تطبقها في البيت مع طفلتها والتي يتم تقييمها في الأسبوع الموالي من طرف الأخصائيين. إضافة إلى إعطاء نصائح للوالدين حول مخاطر التلفاز والشاشات عامة على طفلتهم ولهذا

يجب حرمان الطفلة من مشاهدة البرامج التي كانت سبب في تأخرها من اجل إخراجها من العالم المنغلق الذي تعيش فيه.

5-3- التقييم بعد 6 أشهر:

بعد مرور أكثر من ستة أشهر من تطبيق برنامج تيتش، كان من المهم أن نقوم بتقييم جوانب سلوك الطفلة لمعرفة مدى التقدم الذي حققته ومدى وصولنا للأهداف المرجوة، وقد بينت نتائج التقييم مايلي:

5-3-1- التواصل اللفظي والغير اللفظي: تحسن اللغة عند أسيل أين أصبحت الطفلة بإمكانها بناء جمل قصيرة، وفهم التعليمات، واستعمال اللغة في طلب الأشياء التي تريدها. إلا أنها لازالت أحيانا تردد كلمات (écholalie). واكتسبت قدرات جيدة من خلال التواصل البصري وفهم التعبيرات الوجهية.

5-3-2- الحركة العامة والدقيقة: ساعدت التمارين والنشاطات الأدائية في تحسن قدرات الحالة أين أصبحت قادرة على استعمال الأشياء والتعرف على صورة جسمها وتسميتها.

5-3-3- التفاعل الاجتماعي: أظهرت الطفلة تحسن ملحوظ في التواصل الاجتماعي أين أصبحت تفضل اللعب مع أقرانها وهذا بفضل التحاقها بالروضة، رغم أنها أبدت في البداية بعض العدوانية.

5-3-4- التنسيق بين العين واليد: ساعدت الأنشطة التي طبقت مع الطفلة في نمو قدرات التناسق لديها مما أعطاه استقلاليتها اكبر في حياتها اليومية.

5-3-5- الإدراك المعرفي: ساعدت النشاطات التربوية في برنامج تيتش الطفلة أسيل على اكتساب القدرات المعرفية وطاعة الأوامر التي من خلالها اكتسبت العديد من المهارات التي كانت تجهلها في البداية وأصبح التعامل معها سهل.

5-3-6- الاستقلالية: من خلال برنامج تيتش اكتسبت أسيل مهارات مختلفة في هذا المجال منها الأكل، والشرب، لوحدها دون الاستعانة بوالدتها، تخلع ملابسها لوحدها لكنها تجد صعوبة في ارتدائها.

5-4- عرض نتائج التطبيق القبلي والبعدي لسلم تقدير التوحد الطفولي cars قبل تطبيق برنامج تيتش.

مقياس	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	2.5	2.5	2.5	1.5	2.5	1.5	2.5	2.5	2.5	1.5	3.5	2.5	2.5	2.5	2.5	34.5

5-5- عرض نتائج القياس البعدي ل cars بعد تطبيق برنامج تيتش

مقياس	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	1.5	1.5	2.5	1.5	1.5	1.5	1.5	2.5	1.5	1.5	2.5	1.5	2.5	1.5	2.5	26

5-6- جدول يمثل عرض النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق برنامج تيتش (بعد عام من المتابعة).

المحاور	المهارات المكتسبة	السن		المهارات الغير مكتسبة بعد والموافقة لسنه 5سنوات
		متأخر	موافق لسنه	
التقليد	تقليد الضرب، تقليد الأصوات، تقليد لمس أعضاء من الجسم، تقليد استعمال الشفتين، تعلم الخريشة.	نعم	/	/
الإدراك الحسي	اكتشاف لعبة، البحث عن المكافأة تحت الإناء، نسخ تنسيق المكعبات، النازل، تمييز مصدر الصوت، تمييز الألوان.	نعم	/	/
الحركة العامة	ضرب الأيدي، الجلوس دون مساعدة، بسط الكف لمسك شيء، المشي على حواجز بسيطة، الصعود على الأدراج، دحرجة الكرة، الوقوف على رجل واحدة، القفز	نعم	/	/
الحركة الدقيقة	تطوير المسك بالملقط، التقاط السكر بالملقعة، نزع الجوارب، بداية التلوين، فقاعات الصابون، مسافة ملابس.	نعم	/	القص باستعمال المقص.
الإدراك المعرفي	معرفة اسمه، الإشارة إلى أشياء محبوبة، المجيء استجابة للنداء،	نعم	/	/

			الجلوس استجابة لأمر لفظي، التعرف على صورته في المرأة،	
التنسيق بين العين واليد	نعم	/	تشكيل العجينة، التلوين،	التحضير للتكديس، التحضير للبالز، عمود من الحلقات، خشبة بالثقب، لعب البناء .
الكفاءة اللغوية	نعم	/	/	بداية النطق، صوت الحروف، الكلمات الأولى، ترديد اسمه، تسمية الحيوانات،
الاستقلالية	نعم	/	قفل الأزرار، ارتداء الثياب، الأكل باستعمال الشوكة	الشرب في كوب، الأكل بالملقعة، نزع الثياب، التمييز بين ما هو صالح وغير صالح للأكل،
التألف الاجتماعي	نعم	/	لعبة الاختفاء،	المداعبة، الدغدغة، كوكو، التقبيل في الخد، لعبة التفاعل بالشاحنة، .

الاستنتاج

- اتضح من خلال الجدول أن الطفلة أسيل اكتسبت عدة مهارات موافقة لسنها في وقت قصير، بحيث أن التدخل المبكر يطور مستوى الأطفال ذوي طيف التوحد كون أن هذا البرنامج قائم على إيجاد الحلول للنهوض بالطفل إلى اعلي مستوى لقدراته وإمكاناته، إضافة إلى الدور الفعال الذي تلعبه الأسرة في التعاون المشترك بينها وبين الأخصائيين القائمين على البرنامج حتى تتمكن الطفلة من تطبيق ما تعلمته أو ما اكتسبته وتعميمه في حياتها والوصول إلى الهدف الاسمي والمتمثل في تحقيق الاستقلالية لدى كل مصاب باضطراب طيف التوحد.

6- تفسير النتائج

إن العمل مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ينطلق من دافع إنساني وأخلاقي، ويحتاج إلى الكثير من الصبر والتقدير والثقة من أجل الوصول بهم إلى مستويات جيدة من التكيف مع البيئة والخروج من العالم المنغلق الذي يعيشون فيه. واكتساب الكثير من المهارات التي يفقدونها والقدرات التي هم بحاجة إليها، ورغم صعوبة الاتصال والتفاعل الاجتماعي مع هؤلاء إلا أننا بحاجة إلى الصبر معهم والنظر إلى أوجه القوة في سلوكياتهم وتنميتها وتعزيز ثقتهم بأنفسهم.

من خلال دراستنا للحالات الخمس لاحظنا أن التشخيص المبكر والتدخل المبكر بتطبيق برنامج تيتش يطور مستوى الأطفال التوحديين وذلك عن طريق جلسات تدريبية تعاونية بين الأخصائيين في المركز والأولياء. كون هذا البرنامج قائم على إيجاد الحلول للنهوض بالطفل إلى أعلى مستوى لقدراته وإمكاناته ويساهم في خفض درجة التوحد لديهم، كما أن الأدوات المستعملة في كل نشاط بسيطة ومتوفرة في البيت وهي مألوقة لدى الطفل مما يسهل اكتسابه لمهارات جديدة، كما لانغفل على الدور الفعال الذي يجب أن تلعبه الأسرة ووجوب التعاون المشترك بين الأسرة والأخصائيين القائمين على البرنامج حتى يستطيع الطفل تطبيق ما تعلمه وتعميمه في حياته والوصول إلى الهدف الأسمى والمتمثل في تحقيق الاستقلالية لدى كل مصاب باضطراب طيف التوحد.

إن نجاح هذا العمل ينطلق من الاكتشاف المبكر للاضطراب ليكون لدينا وقت كافٍ للتكفل بالطفل المصاب لذلك فعلى الأم باعتبارها الإنسان الأقرب لطفلها أن تلاحظ أي قصور أو أعراض غير سوية فتطلب رأي المتخصصين ومساعدتهم. إذ كلما كان التشخيص مبكراً كان التدخل أكثر فاعلية، والنتائج أحسن وأفضل، كل هذا في إطار تدخل متخصص من طرف فريق عمل متعدد الاختصاصات يضمن تكفل نفسي، ارطفوني وطبي شامل.

في ضوء الدراسة النظرية والميدانية توصلنا إلى أن لبرنامج تيتش فعالية في خفض درجة التوحد لدى المصابين بالاضطراب مما يثبت صحة الفرضية على العموم.

خاتمة

يعتبر التوحد من الامراض المحيرة والتي لازالت قيد البحث والدراسة ومراجعة الطرق التشخيصية والعلاجية، كما انه يؤثر على النمو الطبيعي للمخ في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل، حيث عادة ما يواجه الاطفال المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل غير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي وكذلك صعوبات في الانشطة الترفيهية وصعوبة في الارتباط مع العام الخارجي، كما انه قد يظهر سلوكا عدوانيا اتجاه الغير او اتجاه الذات.

لوحظ ان الاطفال الذين يعانون من التوحد يعانون من حساسية من مادة الكازيين الموجودة في (اللبن، وحليب الابقار والماعز)، وكذلك الجلوتين وهي مادة بروتينية موجودة في القمح والشعير والشوفان. وهذا ما يؤثر على سلوكيات الاطفال لذا يجب اتباع حمية غذائية من طرف اخصائي في التغذية.

هناك عدد من النشاطات المختلفة التي تعتمد على تقوية المهارات الادراكية، ومهارات تناسق العين مع اليد، ومهارات الادراك الحسي السمعى والتطوري، ومهارات الحركة العامة والدقيقة، والمهارات اللغوية، ومهارات الاستقلالية اي الاعتماد على النفس.

الكثير من الاطفال لديهم تفاوت بين هذه المهارات، هناك العديد من الالعاب على شكل تمارين تقوي هذه المهارات وكل هذه المهارات نجدها في البرنامج المختار لهذه الدراسة الا وهو برنامج تيتش، كما ان اختيار هذه التمارين والالعاب يعتمد على تحديد المهارات الضعيفة والقوية عند الطفل وكذلك العمر التطوري لهذه المهارات.

من اجل تحقيق الهدف الذي نسعى الى الوصول اليه وهو التكفل الجيد بالطفل التوحدي خصصنا فريق طبي متعدد التخصصات بمصلحة الطب العقلي بالمؤسسة الاستشفائية بسور الغزلان ولاية البويرة . يشمل الطبيب النفسي للاطفال (الذي له صلاحية طلب التحاليل، والفحوصات الطبية، وتدوين الادوية ان استلزم الامر)، وطبيب مختص فالاعصاب لاجراء .

(IRM , EEG)، و اخصائي نفسي عيادي (لتعديل السلوك، ويقوم بعمل اختبارات الذكاء)، و اخصائي في التعبير والتصحيح اللغوي (الذي يقيم الطفل من الناحية اللغوية ويحدد هل مستواه اللغوي يتماشى مع عمره)، و اخصائي العلاج الوظيفي، او المختص التعليمي (الذي يقيم الطفل من الناحية التعليمية ويضع له البرنامج التعليمي المناسب له. حيث يكون العمل بروح الفريق الواحد فرعاية الطفل التوحدي تتطلب عملية مستمرة من التواصل والتعاون المشترك بين كل من له علاقة بالرعاية وان يتمتع افراد الفريق بالمرونة والروح

العلمية وسرعة التفكير، اضافة الى التعاون الاسري مع الفريق الطبي وعلى الاسرة الالتزام بنصائح الاخصائيين من بين هذه النصائح التي توجه للأسرة بان لا تترك الطفل في فراغ أو مشاهدة التلفاز او عن طريق الاجهزة الذكية (الهاتف ' الطابلات ..الخ)، لساعات طويلة لابد ان يكون هناك تنظيم للوقت واستغلاله في التعليم وتطبيق برنامج منزلي هادف.

يقوم الفريق الطبي بتحديد برنامج تربوي فردي مع وضع خطة تعليمية وتنظيمية فردية لمساعدة اسرة الطفل التوحيدي في تطبيق البرنامج في المنزل كل اسبوع . الا ان هناك عوائق صادفتنا اثناء تعاملنا مع اولياء هذه الفئة من الاطفال، كون الأغلبية منهم لم يتقبلوا حقيقة أطفالهم ورفضوا التشخيص وتطبيق البرنامج ومنهم من اتجه بطفله الى الرقية الشرعية، والحجامة، ولسع النحل مما ازداد الوضع سوءا وظهور اضطرابات شاذة على مستوى السلوك . ومنهم من الالباء من وصلوا الى الطلاق بحكم ان الام هي المسؤولة على انجاب هذا النوع من الاطفال وان تتحمل مسؤوليته لوحدها . بالإضافة الى عوائق اخرى تتمثل في نقص المختصين فالمصلحة مثل : الطبيب المختص في الاذن والانف والحنجرة (ORL).

لاجراء التخطيط السمعى وذلك لتحديد درجة السمع، وطبيب مختص في الغدد الصماء والامراض الوراثية لمساعدتنا في التفريق بين الامراض المشابهة لاعراض التوحد.

لكن ليس من السهل وجود هذا الفريق في مكان واحد في وطننا العربي ولهذا السبب يضطر بعض الاولياء لدفع تكاليف باهضة من اجل الفحوصات عند الاطباء الخواص مما يصعب على البعض منهم اجراء هذه الفحوصات لضعف دخلهم المعيشي وبالتالي نجد صعوبة في التشخيص.

وفي الاخير قد تبين لنا من خلال هذه الحالات التي درسناها في مستشفى الامراض العقلية بسور الغزلان البويرة طبيعة اضطراب التوحد واعراضه لدى الطفل المصاب به ومدى اهمية التكفل المبكر، ثم فعالية التكفل عندما يكون من طرف فريق متخصص اذ يجب ان نركز على تعديل سلوكيات الطفل، من خلال برنامج ملائم كبرنامج تيتش ليساعده على التعلم واكتساب مهارات يفتقدها، كل هذا ليتمكن من التكيف مع البيئة التي يعيش فيها والتفاعل الجيد مع محيطه.

بعد كل هذ الدراسات توصلنا للاجابة على محتوى سؤال الاشكالية - هل لبرنامج تيتش فاعلية في التكفل النفسى بأطفال التوحد و خفض درجة التوحد لديهم ؟

فان الفرضية قد تحققت على العموم من خلال النتائج المدروسة حول فعالية برنامج تيتش في التكفل النفسى بأطفال التوحد و خفض درجة التوحد لديهم

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1. فوزية خالي 2015 تقييم الخصائص السلوكية عند الطفل التوحد بتطبيق طبعة 1 دار النشر والتوزيع STCAH.
2. هناء باسي 2016 إساليب المعاملة الوالدية للأطفال ذوي اضطراب التوحد. جامعة فاصدي مرباح ورقلة الجزائر.
3. لمياء عبد الحميد بومي 2006 فاعلية برنامج تدريس للأطفال التوحد. رسالة دكتوراه جامعة قناة السويس دار الطباعة والنشر.
4. سوسن شاكر الجلي 2015 التوحد الطفولي اسبابه خصائصه... دار النشر والتوزيع دمشق سوريا.
5. الفرحاني السنة محمود ابو العيني نعيمة محمد المقدامي فاطمة سعيد الطلي 2015 مذكرة ماستر بوجمعة لندة 2014 2015 دليل المعلم والأسرة في التشخيص والتدخل.
6. وليد محمد احمد علي 2014 فاعلية برنامج معرفي الكتروني قائم على توظيف الانتباه الانتقائي رسالة ماجستير.
7. جيهان أحمد مصطفى، (2015)، السلسلة الطبية التوحد، دار أخبار اليوم، القاهرة
8. محمد أحمد خطاب، (2005)، سيكولوجية الطفل التوحد، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان
9. عبد الله الزريقات (2010). التوحد: السلوك التشخيص والعلاج. الطبعة الاولى، عمان، دار وائل
10. مصطفى، القمش (2011). اضطراب التوحد، الطبعة الاولى، عمان، دار الميسر لنشر.
11. أحمد النابلسي (1988 :) الربو عند الأطفال، دار النهضة العربية للنشر والطباعة، بيروت.
12. أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني (2011 :) التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج) ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
13. بطرس حافظ بطرس (2007 :) إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم، ط 1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان
14. بلال أحمد عودة وأحمد نايل الغزير (2009 :) سيكولوجية أطفال التوحد، ط 1 ، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.

15. جمال الخطيب ومنى الحديدي (1998) : التدخل المبكر (مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة)، ط1 ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان
16. حسين مصطفى عبد المعطي (1998) : علم النفس الإكلينيكي، دار قباء، القاهرة.
17. رشيد زرواتي (2008) : تدريبات حول منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط8 ، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
18. رضا الواقفي (2004) : أساسيات التربية الخاصة، جبهة للنشر والتوزيع، عمان.
19. أحمد رشيدة زيادة (2013) : علم النفس العيادي، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان
20. إبراهيم عبد الله الزريقات (2004) : التوحد (الخصائص والعلاج)، ط1 ، دار وائل، عمان
21. سعيد حسني العزة (2009) : التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية (التشخيص الأسباب، العلاج، استراتيجيات التعليم)، ط1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
22. السيد عبد القادر شريف (2014) : مدخل إلى التربية الخاصة، دار الجواهر للنشر والتوزيع، القاهرة.
23. عادل محمد العادل (2013) : صعوبات التعلم وأثر التدخل المبكر والدمج التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1 ، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
24. العازمي وعدنان ناصر (2007) : الإعاقة العقلية، ط1 ، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
25. عبد الله حسين الزعبي (2014) : التوحد (تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين)، ط4 دار الخليج، عمان
26. عطوف محمود ياسين (1981) : علم النفس الإكلينيكي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان
27. عبد الله يوسف أبو زعيزع (2014) : تطبيقات في العلاج النفسي، ط1 ، دار جليس الزمان، عمان.
28. فؤاد عبد الجوالده (2012) : الإعاقة السمعية، ط1 ، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
29. فهد حمد المغلوث (2006) : التوحد، مكتبة فهد بن حمد للنشر والتوزيع، الرياض
30. فيصل عباس (1996) : الاختبارات النفسية تقنياتها وإجراءاتها، ط1 ، دار الفكر العربي، للنشر والتوزيع، القاهرة.
31. محمود كامل عمر أبو الفتوح (2011) : الأطفال الأوتيستيك (ماذا تعرف عن اضطراب الأوتيزم) ط1 دار زهران للنشر والتوزيع، عمان.
32. المنجد في اللغة العربية المعاصرة (2000) : دار الشروق، بيروت.
33. المعصومة سهيل المطيري (2005) : الصحة النفسية (مفاهيمها، اضطراباتها)، ط1 ، دار حنين للنشر والتوزيع، القاهرة.

قائمة المراجع

34. احسان براجل (2017/2016) علاقة مصادر الضبط بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات التوحد، رسالة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة
35. تامر فرج سهيل. (2015) التوحد تعريف أسباب تشخيص علاج..ط(1). دار الإعصار النشر والتوزيع الاردن عمان
36. الجرواني إبراهيم محمد روخاب محمود صديقي (2013) ، مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين، دار الجامعة الجديدة للنشر الأزراطية الإسكندرية
37. سليمان عبد الرحمن (2006) سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة.كلية التربية جامعة عين الشمس مكتبة زهراء الشرق
38. مصطفى فوزي قمش، 2011العلاقات المتعددة، ط1 ، دار المسيرة، عمان،
39. عبد الرحمان العيساوي، 2006 النمو النفسي ومشكلات الطفولة، ط1 ، دار المعرفة الجامعية، مصر
40. مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمان المعايطه، 2009 سيكولوجيا الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المقدمة في التربية الخاصة، ط2 ، دار المسيرة، الأردن،
41. رائد خليل، العبادي (2006 التوحد، دون طبعة، عمان، دار اليازوري للنشر .
42. زهران، حامد، ((1997، الصحة النفسية والعلاج، الطبعة الثالثة، مصر، عالم الكتب للنشر .
43. سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم (2010 :) اضطراب النطق والكلام واللغة لدى المعاقين عقليا والتوحيدين، ط1 ، دار ابتكار للطباعة والنشر، مصر .
44. عبد المطلب أمين القريطي (1996 :) سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط1 ، القاهرة.
45. يوسف محمد العايد وزيادة كامل (2012 :) أساسيات التربية الخاصة، ط1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
46. رحيمة بي اسماعيل(2015/2014) بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي للمتعاش مع فيروس نقص المناعة المكتسبة SIDA ، رسالة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
47. سماح نور محمد وشاحي (2004/2003) التدخل المبكر وعلاقته بتحسين مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون، رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، مصر
48. علي حمادية (2016/2015) التكفل النفسي بالأمراض المستعصية بالوساطة العلاجية والعلاج بالفن، رسالة دكتوراه، جامعة الدكتور محمد لمين دباغين، سطيف.
49. شكري محمود حمدي (2020) اضطراب طيف التوحد مشكلات المعالجة الحسية ومشكلات تناول الطعام (ط1) دار تبنة للنشر القاهرة.

قائمة المراجع

50. السيد عبد الحميد سليمان، ومحمد قاسم عبدالله. (2003) الدليل التشخيصي للتوحدين. القاهرة:، دار الفكر العربي
51. خالد عبد الرزاق النجار (2008) حقيقة تدريبية أكاديمية. دراسة الحالة مركز التنمية الاسرية السعودية
52. الزريقات فرج عبد الله (2003) التوحد الخصائص والعلاج (ط 2) كلية العلوم التربوية جامعة اردنية
53. -العازمي، عدنان ناصر، (2007)، الإعاقة العقلية، الطبعة الأولى، عمان، دار الفكر للنشر
54. المشرفي، إنشراح، ((2006، الاكتشاف المبكر للإعاقات الطفولية، دون طبعة، مصر، مكتبة الإسكندرية للنشر.
55. عبد الغفار عليوة، سهام علي، (1999)، فعالية برنامج ارشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات للتخفيف من التوحد، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة مصر
56. عبد الله يوسف ابو زعزع (2014) مفاهيم معاصرة في الصحة النفسية الاكاديميون للنشر وتوزيع
57. رمضان محمد القذافي (2003) اساسيات الصحة النفسية المكتب الجامعي الحديث
58. الاكاديمية المهنية للمعلمين
59. خليفة بركات (1984) تحليل الشخصية دار مصر للطباعة مكتبة مصر
60. صلاح دين شروخ (2003) منهجية البحث القانوني دار العلوم عنابة
61. بكداش كمال رالف رزق الله (1971) مدخل الى ميادين علم النفس ومناهجه
62. اسامة محمد واخرون (2007) علم النفس الطفل الغير عادي دار المسيرة للنشر والتوزيع ط1
63. روان (2016) الامن النفسي وعلاقته بتقدير الذات والشخصية الارتياحية لدى طلبة المرحلة الاعدادية في مدينة باقة ماجستار الاردن
64. باحشوان (2017) المشكلات والاحتياجات التي تواجه اسر اطفال التوحد ودور المؤسسات في مواجهتها دراسة ميدانية على عيني من الاسر في مدينة المكلا جامعة الاندلس للعلوم والتقنية. اليمن
65. يوسف محمد العايد (2012) اساسيات التربية الخاصة دار المسيرة للنشر والتوزيع بيروت لبنان.
66. علي الرفاعي 1999 اضطرابات بعض الوظائف المعرفية وعلاقته بمستوى التوافق لدى الاطفال الذاتويين، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين الشمس، معهد الدراسات العليا للطفولة.
67. اسامة مدبولي (2016) برنامج تيتش
68. نورالدين شيباني النشاطات التعليمية لاطفال التوحد
69. ابراهيم زكي عبد الجليل (2019) علاج وتأهيل طفل التوحد الاوتيزم، المنهل

قائمة المراجع

70. اسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني (2011)، التوحد، اسباب، تشخيص، علاج (ط1)، عمان مسيرة للنشر والتوزيع.
71. سوسن شاكر مجيد (2010) التوحد، اسبابه، خصائص، (ط2) دار النشر والتوزيع عمان.
72. رشيد زرواتي (2002) تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، (ط1) القاهرة، دار الفكر.
73. فكري لطيف متولي (2015) استراتيجيات تدريبية لذوي اضطراب الاوتيزم (ط1) استاذة التربية الخاصة المساعدة مكتبة الرشد.
74. سليمان عبد الرحمان السيد (2012) معجم مصطلحات اضطراب التوحد القاهرة، مكتبة الانجلو مصرية.
75. د. ابراهيم عبد الستار وآخرون (1993) العلاج السلوكي للطفل، اساليبه ونماذج من حالاته، عالم المعرفة.
76. كلارك موستاكس (1990)، العلاج باللعب واطفال التوحد، دار الفكر العربي.
77. كريستين ماكنثير (2004)، اهمية اللعب للاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفاروق الحديثة للطباعة والنشر.
78. مدحت ابو النصر (2005)، الاعاقة الجسمية، مجموعة النيل العربية طباعة نشر وتوزيع.
79. عبد القادر، محمد غنيمي (2010، ط1)، المهارات الاجتماعية لدى اطفال الاوتيزم. دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.
80. لورا شريمان، اضطراب طيف التوحد، (2010) عالم المعرفة، الكويت
- المراجع باللغة الأجنبية:

- 81-Neisworth, J.T. and Bagnato, S.J (1996): Assesement for early intervention emerging themes and pr, Icticls.In S.L. odom and M.E. Mclean (eds) , Early Intervetion/Early Childhood Speciel Education. Austin, TX:PRO-WD
- 82-Schopler, Lansing, Reichler & Marcus (2004). Psychoeducational
- 83-Profile Third Edition (PEP-3), Pro-Ed, USA
- 84-Anderson et al)1987) articles universitaires correspondant aux termes
- 85-schopler ,lansing,reichler, and marcus , l.m (2004) psycho educational profile.
- 86-robins et all ,2009
- 87-shopler et traduction (2001) dominique.

الملاحق

الملحق رقم 1

دليل المقابلة النصف الموجهة

*محور المعلومات الشخصية:

1/-الطفل:

الاسم:..... اللقب:.....

تاريخ ومكان الازدياد:.....

العنوان:.....

رقم الهاتف: *****

الإدماج الاجتماعي:.....

موجه من طرف:.....

قدم للمقابلة مع:.....

2/-للأبوين:

اسم الأب:..... العمر:.....

المستوى الدراسي:..... المهنة:.....

السوابق المرضية:..... رقم ب ت:.....

اسم الأم:..... العمر:.....

المستوى الدراسي:..... المهنة:.....

السوابق المرضية:..... رقم ب ت:.....

*محور الحالة المرضية:

1-السوابق المرضية العائلية:

أ/- الطبية:.....

ب/- النفسية:.....

2-السوابق المرضية الشخصية:

ا/- الطبية:.....

ب/- جراحية:

ج/- نفسية:

***محور المعاش الاقتصادي:**

عدد غرف البيت:.....

عدد الأشخاص المقيمين بالبيت:.....

المستوى المعيشي:.....

*** محور النمو:**

الرغبة فالحمل:.....

الولادة في الوقت المحدد:.....

نوع الولادة:.....

وزن الطفل عند الولادة: الطول: محيط الرأس:.....

Apgar:.....

صراخ الطفل: الضائقة التنفسية: اليرقان:.....

***محور التطور النفسي الحركي:**

1/- الابتسامة:

2/- وضعية الجلوس مع المساعدة: بدون مساعدة:.....

3/-أول خطوة:.....

4/- أول كلمة:.....

5/- الرضاعة:.....

6/- النوم:.....

7/- استقلالية الأكل: sélectivité:.....

8/- التحكم في التبول: نهاري: (...) ليلي: (...)

9/- اجتماعي: (.....)

***محور تاريخ المرض:**

1/-سبب قلق الوالدين:

.....

.....

.....

2/-الأعراض الملاحظة:

.....

.....

.....

***الفحص النفسي للطفل:**

- توافق السن مع الجسم:.....

-مظهر الجسم والملابس:.....

-كيفية دخوله للمكتب:.....

- الاستقرار الحركي:

-التواصل البصري:.....

- الانتباه المتبادل:.....

- الإشارة بالإصبع:.....

- اللعب التخيلي:.....

- الاهتمام بالألعاب:.....

- النمطية:.....
- *الحركية:.....
- * اللفظية:.....
- التغيير:.....
- اللغة:.....
- التعبيرية:.....
- الاستقبالية.....

- القدرات المعرفية:
- الألوان: (.....)
- الحيوانات: (.....)
- الأرقام: (.....)
- الحروف: (.....)
- قدرة الذاكرة: (.....)

العدوانية:

- * اتجاه الذات:.....
- * اتجاه الآخر:.....

تقنيات التشخيص:

-:CARS
-M-CHAT

الملحق رقم 2

CARS-T

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'AUTISME INFANTILE

Eric SCHOPLER et col.

Traduction et adaptation française : Bernadette ROGÉ

CAHIER DE NOTATION

Nom			
Date de l'examen	Année	Mois.....	Jour.....
Date de naissance	Année	Mois.....	Jour.....
Âge chronologique	Année	Mois.....	
Examineur			

SCORES AUX DIFFÉRENTES CATÉGORIES

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	SCORE TOTAL	

15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	

NON AUTISTIQUE LÉGÈREMENT À MOYENNEMENT AUTISTIQUE SÉVÈREMENT AUTISTIQUE

CONSIGNES D'ADMINISTRATION

Pour chaque catégorie, utiliser l'espace prévu en dessous de chaque item pour prendre des notes sur les comportements à évaluer. Lorsque l'observation est terminée, coter les comportements correspondant à chaque item. Pour chaque item, entourer le nombre qui correspond le mieux à la description du comportement de l'enfant. Il est possible de nuancer la description en utilisant les notes intermédiaires 1,5 - 2,5 - 3,5. Pour chaque item, des critères de cotation abrégés sont fournis. Se reporter au chapitre 2 du Manuel pour prendre connaissance des critères de cotation détaillés.

I. RELATIONS SOCIALES

1. *Pas de difficulté ou d'anomalie dans les relations avec les personnes.* Le comportement de l'enfant est approprié pour son âge. Un certain degré de timidité, de gêne ou de contrariété lié au fait d'être guidé dans les activités peut être observé, mais pas davantage que chez les enfants normaux du même âge
1,5
2. *Anomalies mineures dans les relations.* L'enfant peut éviter de regarder l'adulte dans les yeux, peut éviter l'adulte ou se montrer réticent si l'interaction est initiée de manière forcée, être excessivement timide, être moins sensible à la présence de l'adulte qu'il ne serait normal ou s'agripper aux parents légèrement plus souvent que la plupart des enfants du même âge.
2,5
3. *Anomalies moyennes dans les relations.* L'enfant présente parfois des comportements de retrait, il paraît insensible à la présence de l'adulte. Une intervention importante et durable peut parfois être nécessaire pour attirer l'attention de l'enfant. L'enfant initie un minimum de contact
3,5
4. *Anomalies sévères dans les relations.* L'enfant est constamment en retrait et insensible à ce que fait l'adulte. Il ne répond pratiquement jamais à l'adulte et ne cherche presque jamais le contact avec lui. Seuls les efforts les plus prolongés pour attirer l'attention de l'enfant peuvent avoir un effet.

OBSERVATIONS :

II. IMITATION

1. *Imitation appropriée.* L'enfant peut imiter des sons, des mots et des mouvements qui correspondent à son niveau.
1,5
2. *Imitation légèrement anormale.* La plupart du temps, l'enfant imite des comportements simples tels que taper des mains ou reproduire des sons. Occasionnellement, il n'imité que s'il y est poussé ou après un délai.
2,5
3. *Imitation moyennement anormale.* L'enfant n'imité que de temps à autre et l'adulte doit insister et l'aider pour qu'il le fasse. Fréquemment, il n'imité qu'après un délai.
3,5
4. *Imitation sévèrement anormale.* L'enfant n'imité que rarement ou jamais des sons, des mots ou des mouvements, même quand il y est poussé ou aidé par l'adulte.

OBSERVATIONS :

III. RÉPONSES ÉMOTIONNELLES

1. *Réponses émotionnelles appropriées à l'âge et à la situation.* L'enfant présente un type et une intensité de réponse normaux. Cela se manifeste par un changement au niveau de son expression faciale, de sa posture et de sa façon de se comporter.
1,5
2. *Réponse émotionnelles légèrement anormales.* L'enfant présente parfois un type et un degré de réactions émotionnelles inappropriés. Les réponses ont parfois peu de liens avec les objets ou les événements présents.
2,5
3. *Réponses émotionnelles moyennement anormales.* L'enfant présente des signes d'inadéquation dans le type et l'intensité de ses réponses émotionnelle. Les réactions peuvent être relativement inhibées ou excessives et peuvent être sans rapport avec la situation. L'enfant peut grimacer, rire, ou se raidir même si rien dans l'environnement ne semble devoir provoquer une émotion.
3,5
4. *Réponse émotionnelles sévèrement anormales.* Les réponses sont rarement appropriées à la situation. Lorsque l'enfant est dans un état émotionnel déterminé, il est difficile de le faire changer d'humeur. Inversement, il peut présenter des émotions très différentes sans que rien n'a changé dans la situation.

OBSERVATIONS :

IV. UTILISATION DU CORPS

1. *Utilisation du corps normale pour l'âge.* L'enfant bouge avec la même aisance, la même habileté et le même niveau de coordination qu'un enfant du même âge.
1,5
2. *Utilisation du corps légèrement anormale.* De légères particularités telles que maladresse, mouvements répétitifs, pauvreté des coordinations sont observées. Des mouvements plus inhabituels apparaissent parfois.
2,5
3. *Utilisation moyennement anormale du corps.* Des comportements qui sont nettement étranges ou inhabituels pour un enfant de cet âge sont relevés: mouvements bizarres des doigts, postures particulières des doigts ou du corps, fixation du regard sur une partie du corps ou manipulation du corps, auto-agression, balancement, tournoiement, agitation des doigts ou marche sur la pointe des pieds.
3,5
4. *Utilisation sévèrement anormale du corps.* Des mouvements, tels que ceux décrits ci-dessus apparaissant avec une intensité et une fréquence importante, correspondent à une utilisation sévèrement anormale du corps. Ces comportements peuvent persister en dépit des tentatives pour les éliminer ou pour engager l'enfant dans d'autres activités.

OBSERVATIONS :

V. UTILISATION DES OBJETS

- 1,5 1. *Intérêt normal pour les jouets et autres objets, utilisation appropriée.* L'enfant manifeste un intérêt normal pour les jouets et les autres objets adaptés à son niveau d'habileté, et les utilise d'une manière appropriée.
- 2,5 2. *Intérêt légèrement anormal pour les jouets et les autres objets, utilisation légèrement inappropriée.* L'enfant peut présenter peu d'intérêt pour les objets, ou jouer avec eux d'une manière immature (par exemple frappe avec le jouet ou le suce).
- 3,5 3. *Intérêt moyennement anormal pour les objets, utilisation moyennement inappropriée.* L'enfant peut manifester très peu d'intérêt pour les jouets ou d'autres objets ou peut les utiliser d'une manière étrange. Il peut focaliser son attention sur une partie insignifiante du jouet, être fasciné par le reflet de lumière sur l'objet, mobiliser de manière répétitive une partie de l'objet ou jouer avec un seul objet à l'exclusion de tous les autres.
4. *Intérêt sévèrement anormal pour les objets, utilisation sévèrement inappropriée.* L'enfant peut s'engager dans les comportements décrits ci-dessus, mais avec une fréquence et une intensité plus marquées. L'enfant est plus difficile à distraire de ses activités inappropriées.

OBSERVATIONS :

VI. ADAPTATION AU CHANGEMENT

- 1,5 1. *Réaction au changement normale pour l'âge.* L'enfant peut remarquer les changements de routine et faire des commentaires, mais il accepte ces modifications sans signes de détresse.
- 2,5 2. *Réactions légèrement anormales au changement.* Quand un adulte essaie de changer les tâches, l'enfant peut continuer la même activité ou utiliser le même matériel.
- 3,5 3. *Réaction moyennement anormale au changement.* L'enfant résiste activement aux changements de routine, essaie de continuer l'ancienne activité et il est difficile de le distraire. Il peut se mettre en colère et se montrer perturbé quand une routine établie est modifiée.
4. *Réaction sévèrement anormale au changement.* L'enfant présente des réactions sévères au changement. Si un changement est imposé, il peut se fâcher, refuser de coopérer et manifester de la colère.

OBSERVATIONS :

VII. RÉPONSES VISUELLES

- 1,5 1. *Réponses visuelles appropriées pour l'âge.* Le comportement visuel de l'enfant est normal et approprié pour un enfant de cet âge. La vision est utilisée avec les autres sens pour explorer un nouvel objet.
- 2,5 2. *Réponses visuelles légèrement anormales.* Il faut rappeler de temps en temps à l'enfant de regarder les objets. L'enfant peut être plus intéressé par les miroirs ou les lumières que par ses pairs, il peut parfois fixer dans le vide. Il peut aussi éviter de regarder les gens dans les yeux.
- 3,5 3. *Réponses visuelles moyennement anormales.* Il faut fréquemment rappeler à l'enfant de regarder ce qu'il fait. Il peut fixer dans le vide, éviter de regarder les gens dans les yeux, regarder les objets sous un angle inhabituel, ou tenir les objets très près des yeux.
4. *Réponses visuelles sévèrement anormales.* L'enfant évite constamment de regarder les gens ou les objets et peut présenter des formes extrêmes des particularités visuelles décrites ci-dessus..

OBSERVATIONS :

VIII. RÉPONSES AUDITIVES

- 1,5 1. *Réponses auditives normales pour l'âge.* La réponse auditive est normale et appropriée pour l'âge. L'audition est utilisée avec les autres sens tels que la vision et le toucher.
- 2,5 2. *Réponses auditives légèrement anormales.* Un certain manque de réponse ou une réaction légèrement excessive à certain bruits peuvent être relevés. Les réponses aux sons peuvent être différées, et il peut être nécessaire de reproduire un son pour attirer l'attention de l'enfant. Celui-ci peut être distrait par des bruits extérieurs.
- 3,5 3. *Réponses auditives moyennement anormales.* La réponse de l'enfant aux bruits peut varier. Il ignore souvent un son lors de sa première présentation. Il peut sursauter ou se couvrir les oreilles en entendant des bruits auxquels il est pourtant quotidiennement confronté.
4. *Réponses auditives sévèrement anormales.* L'enfant répond trop ou trop peu aux bruits. Sa réponse est excessive quel que soit le type de stimulus sonore.

OBSERVATIONS :

IX. GOÛT - ODORAT - TOUCHER (RÉPONSES ET MODES D'EXPLORATION)

- 1,5 1. *Réponse normale aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles ; utilisation normale des 5 sens.* L'enfant explore les nouveaux objets d'une manière appropriée pour l'âge, généralement en les touchant et en les regardant. Le goût et l'odorat peuvent être utilisés quand cela est adapté. Lorsqu'il réagit à des douleurs minimales et courantes, l'enfant exprime de l'inconfort mais n'a pas de réaction excessive.
- 2,5 2. *Réponses légèrement anormales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles; utilisation légèrement anormale des 5 sens.* L'enfant peut continuer à porter les objets à la bouche, renifler ou goûter des objets non comestibles, ignorer une petite douleur ou présenter une réaction excessive par rapport à la simple réaction d'inconfort d'un enfant normal.
- 3,5 3. *Réponse moyennement anormales aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles; utilisation moyennement anormale des 5 sens.* L'enfant peut être moyennement préoccupé par le fait de toucher, sentir ou goûter les objets ou les personnes. Il peut réagir trop fortement ou trop peu à la douleur.
4. *Réponse sévèrement anormale aux stimuli gustatifs, olfactifs et tactiles; utilisation sévèrement anormale de ces sens.* L'enfant est préoccupé par le fait de renifler, goûter ou toucher les objets, davantage pour la sensation que par souci d'explorer ou d'utiliser ces objets. L'enfant peut ignorer complètement la douleur ou réagir très fortement à un léger inconfort.

OBSERVATIONS :

X. PEURS, ANXIÉTÉ

- 1,5 1. *Peur ou anxiété normale.* Le comportement de l'enfant est approprié à la situation compte tenu de son âge.
- 2,5 2. *Peur ou anxiété légèrement anormale.* L'enfant présente de temps à autre une peur ou une angoisse trop forte ou trop faible comparée à la réaction d'un enfant normal du même âge dans la même situation.
- 3,5 3. *Peur ou anxiété moyennement anormale.* L'enfant présente une peur trop intense ou trop faible par rapport à la réaction d'un enfant même plus jeune dans une situation identique.
4. *Peur ou anxiété sévèrement anormale.* Les peurs persistent même après l'expérience répétée de situations ou d'objets sans danger. Il est extrêmement difficile de calmer et de réconforter l'enfant. A l'inverse, l'enfant peut ne pas réagir de manière appropriée à des dangers qu'évitent les enfants du même âge.

OBSERVATIONS :

XI. COMMUNICATION VERBALE

- 1,5 1. *Communication verbale normale pour l'âge et la situation*
- 2,5 2. *Communication verbale légèrement anormale.* Le langage présente un retard global. L'essentiel du discours a une signification: cependant, l'écholalie ou l'inversion pronominale peuvent. Des mots particuliers ou un jargon peuvent être utilisés occasionnellement.
- 3,5 3. *Communication verbale moyennement anormale.* Le langage peut être absent. Lorsqu'elle est présente, la communication verbale peut être un mélange de langage doté de sens et de particularités telles que jargon, écholalie ou inversion pronominale. Le langage peut comporter aussi des particularités comme les questions répétées ou une préoccupation excessive pour des sujets spécifiques.
4. *Communication verbale sévèrement anormale.* L'enfant n'utilise pas un langage fonctionnel. Il peut émettre des cris infantiles, des sons étranges ou ressemblant à des cris d'animaux, des bruits complexes se rapprochant du langage, ou peut faire un usage bizarre et persistant de certains mots ou phrases.

OBSERVATIONS :

XII. COMMUNICATION NON-VERBALE

- 1,5 1. *Communication non-verbale normale pour l'âge et la situation.*
- 2,5 2. *Communication non verbale légèrement anormale.* La communication non verbale est immature. L'enfant peut pointer vaguement du doigt, ou toucher ce qu'il veut dans les situations où un enfant normal du même âge montre du doigt ou présente des gestes spécifiques pour indiquer ce qu'il veut.
- 3,5 3. *Communication non verbale moyennement anormale.* L'enfant est généralement incapable d'exprimer ses besoins ou désirs par gestes. Il est également incapable de montrer ce qu'il veut par des gestes.
4. *Communication non verbale sévèrement anormale.* L'enfant n'utilise que des gestes bizarres ou particuliers qui n'ont pas de signification apparente. Il n'intègre pas la signification des gestes et des expressions faciales des autres

OBSERVATIONS :

XIII. NIVEAU D'ACTIVITÉ

- 1,5 1. *Niveau d'activité normal à l'âge et la situation.* L'enfant n'est ni plus actif, ni moins actif qu'un enfant normal du même âge dans une situation semblable.
- 2,5 2. *Niveau d'activité légèrement anormal.* L'enfant est parfois légèrement agité ou plutôt ralenti. Son niveau d'activité n'interfère que très légèrement avec sa performance.
- 3,5 3. *Niveau d'activité moyennement anormal.* L'enfant peut être très actif et difficile à contrôler. Il peut dépenser de l'énergie sans limite et ne va pas volontiers au lit le soir. A l'inverse, il peut être apathique et une stimulation importante est alors nécessaire pour le faire bouger.
4. *Niveau d'activité sévèrement anormal.* L'enfant présente des niveaux d'activité extrêmes allant de l'hyperactivité à l'apathie. Il peut même passer d'un extrême à l'autre.

OBSERVATIONS :

XIV. NIVEAU ET HOMOGENÉITÉ DU FONCTIONNEMENT INTELLECTUEL

- 1,5 1. *Intelligence normale : fonctionnement intellectuel homogène.* L'enfant est aussi intelligent qu'un enfant du même âge et ne présente ni habileté exceptionnelle, ni problème.
- 2,5 2. *Fonctionnement intellectuel légèrement anormal.* L'enfant n'a pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant du même âge et ses capacités sont également retardées dans tous les domaines.
- 3,5 3. *Fonctionnement intellectuel moyennement anormal.* En général, l'enfant n'a pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant normal du même âge. Cependant, il peut présenter une performance proche de la normale dans un ou plusieurs domaines du fonctionnement intellectuel.
4. *Fonctionnement intellectuel sévèrement anormal.* Alors que l'enfant n'a généralement pas une intelligence aussi développée que celle d'un enfant normal du même âge, il se montre capable de fonctionner à un niveau supérieur par rapport aux enfants de son âge dans un ou plusieurs domaines

OBSERVATIONS :

XV. IMPRESSION GÉNÉRALE

- 1,5 1. *Pas d'autisme.* L'enfant ne présente aucun des symptômes caractéristiques de l'autisme.
- 2,5 2. *Autisme léger.* L'enfant présente seulement quelques symptômes ou un léger degré d'autisme.
- 3,5 3. *Autisme moyen.* L'enfant présente un certain nombre de symptômes ou un degré moyen d'autisme.
4. *Autisme sévère.* L'enfant présente beaucoup de symptômes ou un degré extrême d'autisme.

OBSERVATIONS :

الملحق رقم 3

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Nom de l'enfant _____ Date de naissance _____ Age _____

Merci de remplir ce questionnaire en considérant la façon dont votre enfant se comporte habituellement. Essayez de répondre à toutes les questions. Si le comportement est rare (c'est-à-dire si vous avez vu votre enfant agir de cette façon seulement une ou deux fois), répondez comme si votre enfant ne le faisait pas.

1. Est-ce que votre enfant aime être balancé ou qu'on le fasse sauter sur les genoux ?	OUI	NON
2. Est-ce que votre enfant montre de l'intérêt pour les autres enfants ?	OUI	NON
3. Est-ce que votre enfant aime grimper sur les choses, par ex. escalader les escaliers ?	OUI	NON
4. Est-ce que votre enfant aime jouer aux jeux de cache-cache ou à 'coucou me voilà' ?	OUI	NON
5. Est-ce que votre enfant a déjà joué à faire semblant, par ex. faire semblant de parler au téléphone ou jouer à la dinette ou avec des poupées ?	OUI	NON
6. Est-ce que votre enfant a déjà pointé avec son index pour demander quelque chose ?	OUI	NON
7. Est-ce que votre enfant a déjà pointé avec son index pour montrer quelque chose qui l'intéresse ?	OUI	NON
8. Est-ce que votre enfant joue de façon adaptée avec de petits jouets (des voitures, des cubes) sans se contenter de les mettre à la bouche, les tripoter ou les laisser tomber ?	OUI	NON
9. Est-ce que votre enfant vous apporte parfois des objets pour vous les montrer ?	OUI	NON
10. Est-ce que votre enfant peut soutenir votre regard plus d'une ou deux secondes ?	OUI	NON
11. Est-ce que votre enfant vous a déjà paru excessivement sensible à certains bruits (par ex., se bouche les oreilles en réponse à certains bruits) ?	OUI	NON
12. Est-ce que votre enfant sourit en réponse à vos sourires ?	OUI	NON
13. Est-ce que votre enfant vous imite (par ex., si vous faites une grimace) ?	OUI	NON
14. Est-ce que votre enfant répond quand vous l'appellez par son prénom ?	OUI	NON
15. Si vous pointez vers un jouet à l'autre bout de la pièce, votre enfant regarde-t-il dans la direction ?	OUI	NON
16. Est-ce que votre enfant marche sans aide ?	OUI	NON
17. Est-ce que votre enfant regarde des objets que vous regardez ?	OUI	NON
18. Est-ce que votre enfant fait des mouvements bizarres des doigts devant son visage ?	OUI	NON
19. Est-ce que votre enfant essaie d'attirer votre attention sur ce qu'il est en train de faire ?	OUI	NON
20. Vous êtes vous déjà demandé si votre enfant était sourd ?	OUI	NON
21. Est-ce que votre enfant comprend ce que disent les gens ?	OUI	NON
22. Est-ce que parfois votre enfant regarde dans le vide ou déambule sans but ?	OUI	NON
23. Est-ce que votre enfant observe votre visage pour vérifier votre réaction lorsqu'il est confronté à une situation nouvelle ?	OUI	NON

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton

Traduction libre par Nelly Labruyère, neuropsychologue

Source : Robins, D. et al. (2001). The Modified Check-List for Autism in Toddlers : An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 31(2), 131-144.

PEP-3

Profil Psycho-Éducatif – Troisième Édition

Cahier de Passation



Partie 1 : Informations Signalétiques

Nom _____	Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>	
Année Mois Jour			
Date du test _____	Nom des parents _____		
Date de naissance _____	Nom de l'examineur _____		
Âge _____	Qualification de l'examineur _____		

Partie 2 : Enregistrement des Scores aux Sous-Tests

	Score Brut	Âge de Développement	Rang Percentile	Niveau Développement/ Adaptatif
Sous-tests de Performance				
1 Cognition Verbale/Préverbale (CVP)	_____	_____	_____	_____
2 Langage Expressif (LE)	_____	_____	_____	_____
3 Langage Réceptif (LR)	_____	_____	_____	_____
4 Motricité Fine (MF)	_____	_____	_____	_____
5 Motricité Globale (MG)	_____	_____	_____	_____
6 Imitation Oculo-Motrice (IOM)	_____	_____	_____	_____
7 Expression Affective (EA)	_____	_____	_____	_____
8 Réciprocité Sociale (RS)	_____	_____	_____	_____
9 Comportements Moteurs Caractéristiques (CMC)	_____	_____	_____	_____
10 Comportements Verbaux Caractéristiques (CVC)	_____	_____	_____	_____
Sous-tests du Rapport de l'Éducateur				
1 Problèmes de Comportement (PC)	_____	_____	_____	_____
2 Autonomie Personnelle (AP)	_____	_____	_____	_____
3 Comportement Adaptatif (CA)	_____	_____	_____	_____

Partie 3 : Enregistrement des Scores Combinés en Catégories

Catégories	Notes standard des mesures de Performance (NS)										Somme NS	Rang %ile	Niveau Développement/ Adaptatif	Âge de Développement
	CVP	LE	LR	MF	MG	IOM	EA	RS	CMC	CVC				
Communication (C)	_____	_____	_____								_____	<input type="text"/>	_____	_____
Motricité (M)				_____	_____	_____					_____	<input type="text"/>	_____	_____
Comportements Inadaptés (CI)							_____	_____	_____	_____	_____	<input type="text"/>	_____	_____

N° item	Item	CVP	LE	LR	MF	MG	IOM	EA	RS	CMC	CVC
22	Insère 3 formes dans un encastrement				<input type="checkbox"/>						
23	Nomme un rond, un carré et un triangle		<input type="checkbox"/>								
24	Sélectionne un rond, un carré et un triangle lorsque l'examineur les nomme			<input type="checkbox"/>							
Encastrement de 4 objets											
25	Placer les formes dans un encastrement	<input type="checkbox"/>									
26	Traverse sa ligne médiane pour prendre les pièces de l'encastrement					<input type="checkbox"/>					
Encastrement des moufles											
27	Indique l'emplacement correct des 3 pièces	<input type="checkbox"/>									
28	Encastre correctement les 3 pièces				<input type="checkbox"/>						
29	Nomme des grandes et des petites formes		<input type="checkbox"/>								
30	Indique si une pièce est grande ou petite			<input type="checkbox"/>							
Puzzle du chat											
31	Indique l'emplacement correct des pièces	<input type="checkbox"/>									
32	Assemble les 4 pièces du puzzle				<input type="checkbox"/>						
Puzzle de la vache											
33	Assemble les 6 pièces d'une image	<input type="checkbox"/>									
Plaque aimantée et puzzle du garçon											
34	Reconstitue un garçon composé de 8 pièces	<input type="checkbox"/>									
Claquette, clochette et cuillère											
35	Après démonstration, active 3 objets sonores	<input type="checkbox"/>									
Chaussette, verre, brosse à dents, crayon de couleur, ciseaux, peigne et feutre											
36	Nomme 5 objets		<input type="checkbox"/>								
Tasse, cuillère, crayon de couleur, peigne et ciseaux											
37	Montre comment se servir correctement de 4 objets						<input type="checkbox"/>				
38	Donne sur demande 3 objets à l'examineur			<input type="checkbox"/>							
Livre d'images, chaussette, verre, brosse à dents, cuillère, ciseaux, peigne et crayon											
39	Fait correspondre 5 objets avec leur image	<input type="checkbox"/>									
40	Reconnaît les noms de 3 objets courants lorsqu'on les nomme			<input type="checkbox"/>							
M&Ms											
41	Utilise le pouce et l'index pour saisir un bonbon M&M				<input type="checkbox"/>						
Totaux de la page 3		___	___	___	___	___	___	0	0	0	0
(2) Réussi/Approprié											
(1) Émergence/Léger											
(0) Échec/Sévère											

Item	Item	CVP	LE	LR	MF	MG	IOM	EA	RS	CMC	CVC
Tasse et petit objet apprécié											
42	Trouve un objet complètement dissimulé	<input type="checkbox"/>									
Aliment ou objet apprécié par l'enfant et 3 gobelets opaques											
43	Trouve un aliment ou un objet apprécié caché sous 1 des 3 gobelets et déplacé	<input type="checkbox"/>									
Sac en toile contenant une cuillère, un cube, un feutre, une balle et un pion de jeu de dame											
44	Identifie au toucher 4 objets cachés dans un sac lorsque l'examineur les nomme	<input type="checkbox"/>									
45	Examine et manipule le matériel du test de manière appropriée									<input type="checkbox"/>	
46	Regarde le matériel du test et l'environnement de façon appropriée									<input type="checkbox"/>	
47	Applaudit					<input type="checkbox"/>					
48	Se tient sur 1 pied					<input type="checkbox"/>					
49	Apprécie le contact physique de l'examineur							<input type="checkbox"/>			
50	Apprécie les chatouillements de l'examineur							<input type="checkbox"/>			
Serviette											
51	Initie la répétition d'un jeu social								<input type="checkbox"/>		
52	Initie des interactions sociales								<input type="checkbox"/>		
53	Saute à pieds joints					<input type="checkbox"/>					
54	Imite 3 mouvements de motricité globale						<input type="checkbox"/>				
Escalier (de préférence sans rampe)											
55	Monte un escalier en alternant les pieds					<input type="checkbox"/>					
Gobelet et boisson appréciée par l'enfant											
56	Boit au gobelet sans renverser					<input type="checkbox"/>					
Sifflet											
57	Arrête une activité lorsqu'il entend un sifflet et cherche d'où vient le son									<input type="checkbox"/>	
Ballon en mousse de 20 à 25 cm de diamètre											
58	Attrape un ballon au moins 1 fois sur 3					<input type="checkbox"/>					
59	Lance un ballon au moins 1 fois sur 3					<input type="checkbox"/>					
60	Donne un coup de pied dans un ballon au moins 1 fois sur 3					<input type="checkbox"/>					
61	Se sert systématiquement du même pied pour taper dans le ballon, ou pour commencer à monter un escalier					<input type="checkbox"/>					
62	Fait au moins 4 pas en avant sans laisser tomber le ballon					<input type="checkbox"/>					
Totaux de la page 4		___	0	0	0	___	___	___	___	___	0
(2) Réussi/Approprié											
(1) Émergence/Léger											
(0) Échec/Sévère											

N° item	Item	CVP	LE	LR	MF	MG	IOM	EA	RS	CMC	CVC
63	Pousse le ballon intentionnellement vers une cible					<input type="checkbox"/>					
Lacet avec un nœud à une extrémité											
64	Joue avec un lacet de façon appropriée									<input type="checkbox"/>	
2 perles cubiques et un lacet avec un nœud à une extrémité											
65	Enfile une perle				<input type="checkbox"/>						
66	Balance les perles sur le lacet comme un pendule					<input type="checkbox"/>					
6 perles cubiques et cure-pipe d'environ 25 cm											
67	Enlève 6 perles d'un cure-pipe en utilisant les mains de façon coordonnée				<input type="checkbox"/>						
68	Utilise systématiquement ses mains de façon coordonnée				<input type="checkbox"/>						
69	Transfère des objets d'une main à l'autre					<input type="checkbox"/>					
Cahier d'écriture et feutre											
70	Gribouille spontanément				<input type="checkbox"/>						
71	Montre une latéralisation nette de la main : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche					<input type="checkbox"/>					
72	Repasse sur 3 formes				<input type="checkbox"/>						
73	Copie une ligne verticale	<input type="checkbox"/>									
74	Copie un rond	<input type="checkbox"/>									
75	Copie un carré	<input type="checkbox"/>									
76	Copie un triangle.	<input type="checkbox"/>									
77	Copie un losange.	<input type="checkbox"/>									
78	Colorie à l'intérieur des lignes.				<input type="checkbox"/>						
79	Recopie 7 lettres correctement	<input type="checkbox"/>									
80	Dessine un bonhomme (critères dans le Guide d'Administration des Items)	<input type="checkbox"/>									
81	Écrit son prénom	<input type="checkbox"/>									
Papier et ciseaux											
82	Coupe du papier avec des ciseaux				<input type="checkbox"/>						
Livre d'Images											
83	S'intéresse au Livre d'Images	<input type="checkbox"/>									
84	Mime l'usage de 5 objets	<input type="checkbox"/>									
85	Désigne du doigt 14 images sur 20 quand l'examineur les nomme (coter en utilisant la partie 8)			<input type="checkbox"/>							
Totaux de la page 5		___	0	___	___	___	0	0	0	___	0
(2) Réussi/Approprié											
(1) Émergence/Léger											
(0) Échec/Sévère											

N° item	Item	CVP	LE	LR	MF	MG	IOM	EA	RS	CMC	CVC
86	Nomme correctement 14 images sur 20 (coter en utilisant la partie 8)		<input type="checkbox"/>								
87	Produit une phrase correcte de 4 ou 5 mots		<input type="checkbox"/>								
9 lettres du loto (H,J,V,Z,U,E,Y,S,G)											
88	Identifie correctement 9 lettres			<input type="checkbox"/>							
89	Nomme 9 lettres correctement		<input type="checkbox"/>								
Livre d'Images et 9 lettres du loto											
90	Place 9 lettres sur le loto	<input type="checkbox"/>									
Livre d'Images											
91	Lit correctement des chiffres de 1 à 10		<input type="checkbox"/>								
92	Lit 3 mots		<input type="checkbox"/>								
93	Lit correctement 1 phrase courte (coter en utilisant la partie 8)		<input type="checkbox"/>								
94	Lit un passage en ne faisant pas plus de 3 erreurs (coter en utilisant la partie 8)		<input type="checkbox"/>								
95	Lit un passage et répond correctement à 2 questions de compréhension (coter en utilisant la partie 8)		<input type="checkbox"/>								
Livre d'Images, balle de 3-4 cm de diamètre, boîte de tri											
96	Lit une phrase et suit les consignes		<input type="checkbox"/>								
6 cubes et boîte de tri											
97	Met un cube dans une boîte				<input type="checkbox"/>						
98	Met des cubes dans une boîte à tour de rôle								<input type="checkbox"/>		
12 cubes											
99	Empile 8 cubes				<input type="checkbox"/>						
Tasse et cubes											
100	Exécute une consigne en 2 parties			<input type="checkbox"/>							
8 cubes de même couleur											
101	Donne 2 cubes et 6 cubes à la demande de l'examineur			<input type="checkbox"/>							
7 cubes de même couleur											
102	Compte 2 et 7 cubes		<input type="checkbox"/>								
103	Compte de 1 à 10 à voix haute		<input type="checkbox"/>								
6 cubes de même couleur, 6 pions noirs et 2 boîtes de tri											
104	Trie 6 cubes et 6 pions dans des boîtes séparées	<input type="checkbox"/>									
Livre d'Images et 5 cubes de couleur (jaune, rouge, bleu, vert, blanc)											
105	Associe 5 cubes de couleur à 5 ronds de couleur	<input type="checkbox"/>									
106	Nomme 5 couleurs		<input type="checkbox"/>								
Totaux de la page 6		___	___	___	___	0	0	0	___	0	0
(2) Réussi/Approprié											
(1) Émergence/Léger											
(0) Échec/Sévère											

N° item	Item	CVP	LE	LR	MF	MG	IOM	EA	RS	CMC	CVC
107	Désigne 5 couleurs quand l'examineur les nomme			<input type="checkbox"/>							
12 cartes de catégorie (losanges, cercles, carrés, triangles en vert, rouge, violet)											
108	Trie 12 cartes par couleur ou par forme sans démonstration.	<input type="checkbox"/>									
109	Réagit à l'imitation de ses propres actions	<input type="checkbox"/>									
110	Réagit à l'imitation de ses propres sons	<input type="checkbox"/>									
111	Répète 3 sons émis par l'examineur	<input type="checkbox"/>									
112	Répète 2 chiffres	<input type="checkbox"/>									
113	Répète 3 chiffres	<input type="checkbox"/>									
114	Répète 2 mots	<input type="checkbox"/>									
115	Répète 2 phrases de 3 à 4 mots	<input type="checkbox"/>									
116	Réagit au langage en regardant directement le visage de l'examineur								<input type="checkbox"/>		
117	Ne répète pas de façon inappropriée des mots ou des phrases après un certain délai										<input type="checkbox"/>
Aliments, petite assiette, gobelet de jus de fruit											
118	Demande à manger ou à boire		<input type="checkbox"/>								
119	Montre une certaine compréhension des pronoms personnels			<input type="checkbox"/>							
Biscuits, cubes, gobelets											
120	Utilise 2 substantifs au pluriel		<input type="checkbox"/>								
Jus de fruit, 2 gobelets, biscuits, marionnette d'animal											
121	Utilise 1 pronom		<input type="checkbox"/>								
Jus de fruit, gobelet, biscuit, peigne, bulles											
122	Émet 3 phrases appropriées de 2 mots		<input type="checkbox"/>								
Balle de 3-4 cm, gobelet, marionnette de chien et boîte assez grande pour contenir un sac en toile											
123	Exécute 4 consignes à 1 ou 2 étapes			<input type="checkbox"/>							
Interrupteur (dans le local d'évaluation)											
124	Actionne un interrupteur				<input type="checkbox"/>						
125	Réagit systématiquement aux gestes			<input type="checkbox"/>							
126	Arrête ce qu'il est en train de faire en réponse à «Non !» ou «Arrête !».			<input type="checkbox"/>							
127	Arrête ce qu'il est en train de faire quand on dit son prénom.			<input type="checkbox"/>							
128	Comprend la consigne simple « Viens ici »			<input type="checkbox"/>							
Totaux de la page 7		—	—	—	—	0	0	0	—	0	—
(2) Réussi/Approprié											
(1) Émergence/Léger											
(0) Échec/Sévère											

N° item	Item	CVP	LE	LR	MF	MG	IOM	EA	RS	CMC	CVC
129	Dit son nom quand on le lui demande		<input type="checkbox"/>								
130	Précise son sexe lorsqu'on le lui demande		<input type="checkbox"/>								
131	Montre qu'il comprend le sens de 3 verbes d'action			<input type="checkbox"/>							
132	Utilise des pronoms correctement		<input type="checkbox"/>								
133	Répond aux questions commençant par qui, que, où et quand			<input type="checkbox"/>							
134	Suit 3 consignes composées d'une seule action	<input type="checkbox"/>									
135	Utilise des informations visuelles de façon appropriée									<input type="checkbox"/>	
136	Joue seul en utilisant l'espace et le matériel de façon appropriée à l'âge									<input type="checkbox"/>	
137	Explore de façon appropriée l'environnement de l'évaluation									<input type="checkbox"/>	
138	Écoute de façon appropriée l'examineur et les sons produits									<input type="checkbox"/>	
139	Examine les textures de façon appropriée									<input type="checkbox"/>	
140	Goûte à la nourriture pendant l'évaluation et ne porte pas à la bouche ou ne lèche pas les objets de façon inappropriée.									<input type="checkbox"/>	
141	Montre un intérêt olfactif approprié									<input type="checkbox"/>	
142	Réalise la plupart des activités adaptées à son âge									<input type="checkbox"/>	
143	Utilise des mots ou des gestes pour obtenir de l'aide		<input type="checkbox"/>								
144	Ne répète pas de façon inappropriée des mots ou des phrases entendus récemment										<input type="checkbox"/>
145	Ne répète pas continuellement certains mots ou certains sons										<input type="checkbox"/>
146	Parle avec une intonation, un débit et un volume normaux										<input type="checkbox"/>
147	Émet rarement des sons sans signification ou inintelligibles										<input type="checkbox"/>
148	Utilise principalement des mots appropriés à son âge pour communiquer avec les autres										<input type="checkbox"/>
149	N'utilise pas un langage idiosyncrasique ou un jargon										<input type="checkbox"/>
150	Articule correctement pour son âge										<input type="checkbox"/>
151	Montre une communication spontanée appropriée à son âge										<input type="checkbox"/>
152	Communique spontanément avec l'examineur										<input type="checkbox"/>
153	Poursuit une conversation plus longtemps qu'un simple échange										<input type="checkbox"/>
Totaux de la page 8		___	___	___	0	0	0	0	0	___	___
(2) Réussi/Approprié											
(1) Émergence/Léger											
(0) Échec/Sévère											

N° item	Item	CVP	LE	LR	MF	MG	IOM	EA	RS	CMC	CVC
154	Essaie de collaborer aux demandes de l'évaluateur								<input type="checkbox"/>		
155	Utilise une syntaxe appropriée à son âge		<input type="checkbox"/>								
156	Utilise des expressions faciales pour exprimer ses sentiments							<input type="checkbox"/>			
157	Exprime ses sentiments ou sensations par les positions de son corps							<input type="checkbox"/>			
158	Exprime des émotions appropriées au cours de l'évaluation							<input type="checkbox"/>			
159	Manifeste des marques d'affection appropriées au cours de l'évaluation							<input type="checkbox"/>			
160	Manifeste un niveau de peur approprié au cours de l'évaluation							<input type="checkbox"/>			
161	Manifeste un temps d'attention approprié à son âge							<input type="checkbox"/>			
162	Passe facilement d'une activité à une autre									<input type="checkbox"/>	
163	Utilise le raisonnement par essais-erreurs pour se corriger							<input type="checkbox"/>			
164	Réalise avec persévérance des activités appropriées à son développement							<input type="checkbox"/>			
165	Attire l'attention de l'examineur sur ses intérêts et compétences particuliers							<input type="checkbox"/>			
166	Établit le contact visuel tout au long de l'évaluation								<input type="checkbox"/>		
167	Montre qu'il reconnaît la voix de l'examineur par ses actions								<input type="checkbox"/>		
168	Recherche l'aide de l'examineur de manière appropriée								<input type="checkbox"/>		
169	Utilise son corps de manière appropriée à son âge									<input type="checkbox"/>	
170	Réagit à l'examineur de manière appropriée, établit le contact visuel, écoute et sourit								<input type="checkbox"/>		
171	La performance de l'enfant est influencée par les récompenses concrètes								<input type="checkbox"/>		
172	La performance de l'enfant est influencée par les félicitations sociales								<input type="checkbox"/>		
Totaux de la page 9		<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
(2) Réussi/Approprié											
(1) Émergence/Léger											
(0) Échec/Sévère											
Totaux de la page 9		<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Totaux de la page 8		<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Totaux de la page 7		<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Totaux de la page 6		<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Totaux de la page 5		<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Totaux de la page 4		<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Totaux de la page 3		<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Totaux de la page 2		<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Totaux généraux (à reporter sur la première page)		<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>

Partie 5: Cotation des Sous-tests du Rapport de l'Éducateur

	Problèmes de Comportement	Autonomie Personnelle	Comportement Adaptatif
Cotation	Pas un Problème = 2 Problème Léger à Modéré = 1 Problème Sévère = 0	Première ligne = 2 Seconde ligne = 1 Troisième ligne = 0	Première ligne = 2 Seconde ligne = 1 Troisième ligne = 0
1.		1.	1.
2.		2.	2.
3.		3.	3.
4.		4.	4.
5.		5.	5.
6.		6.	6.
7.		7.	7.
8.		8.	8.
9.		9.	9.
10.		10.	10.
		11.	11.
		12.	12.
		13.	13.
			14.
			15.
Scores totaux			

Partie 6 : Profil des Âges Développementaux

Âges en mois	Notes brutes aux sous-tests							Âges en mois
	CVP	LE	LR	MF	MG	IOM	AP	
83	68						26	83
82	-						-	82
81	-						-	81
80	-						-	80
79	-						-	79
78	67						25	78
77	-						-	77
76	-	50					-	76
75	-	-					-	75
74	-	49					-	74
73	66	-					-	73
72	-	48					-	72
71	-	-					24	71
70	-	47					-	70
69	65	-	38				-	69
68	-	46	-				-	68
67	-	-	-				-	67
66	-	45	-				-	66
65	64	-	-				-	65
64	-	44	37				-	64
63	63	-	-				-	63
62	62	-	-				-	62
61	-	43	-				23	61
60	61	-	-				-	60
59	-	-	-				-	59
58	60	42	-				-	58
57	-	-	-				-	57
56	59	-	36				-	56
55	-	41	-	40			-	55
54	58	-	-	-			-	54
53	57	-	-	-			-	53
52	-	40	35	-			22	52
51	56	-	-	39			-	51
50	55	-	-	-			-	50
49	54	39	-	-			-	49
48	53	-	34	-			-	48
47	52	-	-	-			-	47
46	51	38	-	38			21	46
45	50	-	-	-			-	45
44	49	-	33	-			-	44
43	48	37	-	-			-	43
42	47	-	-	37		20	-	42
41	46	-	-	-		-	20	41
40	45	36	-	-		19	-	40
39	44	-	-	36		-	-	39
38	43	-	32	-	30	-	-	38
37	42	35	-	-	-	18	-	37
36	40-41	-	-	35	29	-	-	36
35	39	34	-	34	-	-	-	35
34	37-38	33	-	-	28	17	19	34
33	36	32	31	33	27	-	-	33
32	35	31	-	32	26	16	-	32
31	33-34	30	30	31	25	15	-	31
30	32	29	29	30	24	14	18	30
29	31	28	28	29	23	13	-	29
28	29-30	26-27	27	28	22	12	17	28
27	27-28	25	26	27	21	11	-	27
26	26	23-24	25	26	20	10	16	26
25	24-25	21-22	24	25	19	9	15	25
24	22-23	19-20	22-23	24	18	8	14	24
23	21	16-18	20-21	21-23	17	-	13	23
22	20	13-15	18-19	18-20	15-16	7	11-12	22
21	19	9-12	16-17	17	14	6	9-10	21
20	18	8	13-15	16	12-13	-	7-8	20
19	17	7	11-12	15	11	5	6	19
18	16	6	10	14	10	4	-	18
17	14-15	-	-	12-13	9	-	5	17
16	12-13	5	9	11	8	3	-	16
15	10-11	-	8	10	7	-	-	15
14	9	-	7	9	6	-	-	14
13	8	4	-	-	5	2	4	13
12	6-7	-	6	8	4	-	-	12
< 12	< 6	< 4	< 6	< 8	< 4	< 2	< 4	< 12
Scores réussis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Scores d'émergence	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Partie 7 : Commentaires et Recommandations

Partie 8 : Cotation des items 85, 86, et 93-95

85. A _ B _ C _ D _ E _ F _ G _ H _ I _ J _ K _ L _ M _ N _ O _ P _ Q _ R _ S _ T _

86. A _ B _ C _ D _ E _ F _ G _ H _ I _ J _ K _ L _ M _ N _ O _ P _ Q _ R _ S _ T _

93 – 95.

P.E.P SELON LA METHODE DE SCHOPLER

NOM ET PRENOM: ND°: .../23

DATE DE NAISSANCE: ../../....(...ANS/....MOIS) DATE D'EVALUATION:

L'AGE MENTAL DES EXECERCICES: 0-1

Age Domaine	0-6mois	06-12mois	01-02ans	02-03 ans	03-04ans	04-05ans	05- 06ans
Imitation							
Perception							
Motricité générale							
Motricité fine							
COM							
Cognition							
Langage Compréhension							
Langage Expression							
Autonomie							
Sociabilité							