



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

عنوان المذكرة



أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر

المختصين النفسيين

دراسة استكشافية في بعض المراكز العمومية والخاصة بولايتي قالمة وسوق اهراس

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

تحت إشراف

إعداد:

د. بوتفنوشات حميدة

- براهيمية وفاء.

- سلاطينية مسرارة.

لجنة المناقشة

| الرقم | الاسم واللقب | الرتبة | مؤسسة الانتماء | الصفة |
|-------|----------------------|-----------------|------------------------|-------------|
| 1 | بهتان عبد القادر | أستاذ محاضر (أ) | جامعة 8 ماي 1945 قالمة | رئيسا |
| 2 | بوتفنوشات حميدة | أستاذ محاضر (أ) | جامعة 8 ماي 1945 قالمة | مشرفا، مقرا |
| 3 | بورصاص فاطمة الزهراء | أستاذ محاضر (ب) | جامعة 8 ماي 1945 قالمة | عضوا مناقشا |

السنة الجامعية : 2021 / 2022

الله أكبر

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بحمده تتم الصالحات، والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

الشكر الأول والخالص لله عز وجل الذي أعاننا وألهمنا الصحة والعافية والعزيمة حتى وصلنا إلى

هذه المرحلة وإنجاز هذا العمل المتواضع.

و بعد شكر الله تعالى الذي وفقنا في إتمام هذا البحث المتواضع لا يسعنا سوى أن نقف

وقفة احترام وتقدير أمام الأستاذة الكريمة "بوتفنوشات حميدة" التي أشرفت على عملنا هذا بكل صدر رحب فكانت خير مرشد لنا ونموذج للعلم والمعرفة سادتنا بأرائها وملاحظاتها القيمة التي ساهمت في إثراء دراستنا في جوانبها المختلفة.

كما نتقدم بجزيل الشكر إلى أعضاء لجنة المناقشة الموقرة الأستاذ "بهتان عبد القادر" رئيساً والأستاذة "بورصااص فاطمة الزهراء" مناقشة على همتهم العالية في سبيل العلم ولنا الشرف العظيم لقبولهم مناقشة هذا العمل المتواضع. ولا ننسى أن نتقدم بأسمى معاني الشكر والتقدير إلى رئيس قسم علم النفس "دشاش نادية"

كذلك الشكر لجميع أساتذة قسم علم النفس الذين تلقينا التعليم على أيديهم. والشكر الخاص لكل الأخصائيين العاملين بالمراكز العمومية والخاصة الذين قدموا لنا يد العون في إنجاز مذكرتنا.

شكراً جزيلاً

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين في المراكز العمومية والخاصة، وفي سياق ذلك اتبعنا المنهج الوصفي التحليلي على عينة من الأخصائيين النفسيين قدر حجمهم بـ 30 أخصائي نفسي ممارس بمراكز عمومية و خاصة، و تم اختيار العينة بطريقة قصدية في كل من ولايتي سوق اهراس و قالمة و تمثلت أداة الدراسة في استبيان لتقييم أساليب التكفل بأطفال التوحد من طرف المختصين النفسيين في التكفل بأطفال التوحد من إعداد الدكتور قيروود الطاهر. ولمعالجة وتحليل معطيات الدراسة تم الاعتماد على المعالجة الإحصائية SPSS.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- ❖ أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد متنوعة.
 - ❖ أكثر أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد هو أسلوب TEACH.
 - ❖ يوجد اختلاف في أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين باختلاف المراكز بين العمومية والخاصة.
- الكلمات المفتاحية : اضطراب طيف التوحد، تكفل النفسي، أخصائي نفسي.

Abstract:

The study aims at revealing the methods of psychological care for autism spectrum disorder from the Psychologists' point of view in public and private centers in Souk Ahras and Guelma towns. The study tool was represented in a questionnaire to assess the methods of taking care of children with autism by Psychologists prepared by Dr. Qayroud Al-Taher. In order to process and analyze the study data, the SPSS statistical treatment was used.

The study has reached the following results:

- * Methods of psychological care for autism spectrum disorder are diverse.
- * The most common method of psychological care for autism spectrum disorder is the TEACH method.
- * There is difference in the methods of psychological care for autism spectrum disorder from the Psychologists' point of view in different centers whether public or private.

Keywords: autism spectrum disorder, psychological care, psychologist.

فهرس المحتويات:

| الرقم | المحتوى | الصفحة |
|--|------------------------------------|--------|
| | شكر وتقدير | |
| | ملخص | |
| | فهرس المحتويات | |
| | فهرس الجداول | |
| | فهرس الأشكال | |
| أ | مقدمة | |
| الجانب النظري | | |
| الفصل الأول : إشكالية الدراسة و منطلقاتها | | |
| 1. | الإشكالية | 4 |
| 2. | تساؤلات الدراسة | 6 |
| 3. | أهداف الدراسة | 6 |
| 4. | أهمية الدراسة | 6 |
| 5. | تحديد المصطلحات | 7 |
| 6. | الدراسات السابقة والتعقيب عليها | 8 |
| الفصل الثاني: اضطراب طيف التوحد | | |
| | تمهيد | 18 |
| 1. | مفهوم اضطراب طيف التوحد | 19 |
| 2. | نبذة تاريخية عن اضطراب طيف التوحد | 22 |
| 3. | نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد | 26 |
| 4. | أنواع اضطراب طيف التوحد | 28 |
| 5. | خصائص اضطراب طيف التوحد | 32 |
| 6. | أعراض اضطراب طيف التوحد | 38 |
| 7. | تشخيص اضطراب طيف التوحد | 40 |
| 8. | الأسباب المفسرة لاضطراب طيف التوحد | 46 |
| 9. | التشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد | 53 |

| | | |
|---|--|-------|
| 58 | النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد | .X |
| 64 | الوقاية من اضطراب طيف التوحد | .XI |
| 65 | خلاصة | |
| الفصل الثالث : التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد | | |
| 68 | تمهيد | |
| 69 | مفهوم التكفل النفسي | .I |
| 69 | أنواع التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد | .II |
| 71 | أهمية التكفل النفسي بالطفل التوحيدي | .III |
| 71 | أهداف التكفل النفسي بالطفل التوحيدي | .IV |
| 72 | أطراف العملية التكفلية بالطفل التوحيدي | .V |
| 74 | مفهوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي | .VI |
| 75 | المهام الذي يقوم به الأخصائي النفسي الإكلينيكي | .VII |
| 81 | سمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي | .VIII |
| 84 | أخلاقيات المهنة الخاصة بالأخصائي النفسي الإكلينيكي | .IX |
| 88 | مهارات الأخصائي النفسي الإكلينيكي | .X |
| 91 | التكفل المبكر بالطفل التوحيدي | .XI |
| 94 | طرق التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد | .XII |
| 107 | خلاصة | |
| الجانب التطبيقي | | |
| الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة | | |
| 111 | تمهيد | |
| 112 | المنهج المستخدم في الدراسة | .I |
| 112 | عينة الدراسة | .II |
| 115 | أدوات الدراسة | .III |
| 117 | الأساليب المستخدمة في الدراسة | .IV |
| 118 | مجالات الدراسة | .V |
| 119 | خلاصة | |

| الفصل الخامس : عرض نتائج الدراسة ومناقشتها | | |
|--|-----------------------------------|------|
| 123 | تمهيد | |
| 124 | عرض خصائص عينة الدراسة | .ا |
| 145 | عرض نتائج الدراسة | .اا |
| 145 | عرض النتائج الخاصة بالسؤال الأول | .1 |
| 145 | عرض النتائج الخاصة بالسؤال الثاني | .2 |
| 145 | عرض النتائج الخاصة بالسؤال الثالث | .3 |
| 146 | مناقشة النتائج على ضوء التساؤلات | .ااا |
| 146 | مناقشة نتائج السؤال الأول | .1 |
| 151 | مناقشة نتائج السؤال الثاني | .2 |
| 153 | مناقشة نتائج السؤال الثالث | .3 |
| 155 | الاستنتاج العام | .ااا |
| 157 | خاتمة | |
| 160 | التوصيات و الاقتراحات | |
| 162 | قائمة المراجع | |
| الملاحق | | |

فهرس الجداول:

| رقم الجدول | عنوان الجدول |
|------------|---|
| .1 | تطور تسميات التوحد عبر الدليل الإحصائي للأمراض العقلية. |
| .2 | الفروق في تشخيص اضطراب التوحد بين الطبعة الرابعة (DSM 04) والطبعة الخامسة (DSM 05). |
| .3 | الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد والتخلف العقلي. |
| .4 | الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد واضطراب فصام الطفولة. |
| .5 | الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد واضطرابات التواصل واللغة. |
| .6 | الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد واضطراب ريت. |
| .7 | الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد ومتلازمة أسبرجر. |

فهرس الأشكال:

| رقم الشكل | عنوان الأشكال |
|-----------|--|
| .1 | أنواع اضطراب طيف التوحد. |
| .2 | خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. |
| .3 | أعراض الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد. |
| .4 | الأسباب المؤدية لاضطراب طيف التوحد. |

مقدمة

يعتبر الاهتمام بالأطفال في أي مجتمع اهتماماً بمستقبل هذا الأخير بأسره لأنه حقاً استثمار حقيقي للمستقبل، فالطفل هو عماد هذا المستقبل وسيقع على عاتقه بناء المجتمع وتطويره. وتقدم الأمم وتحضرها بمدى اهتمامها وعنايتها بكافة فئات المجتمع، وعلى نحو خاص ذوي الاحتياجات الخاصة، منهم المعاق جسدياً أو حسيّاً أو ذهنياً أو اجتماعياً. ومن بين تلك الفئات التي لم تجد اهتماماً كافياً في مجتمعاتنا العربية بشكل عام والجزائر بشكل خاص هم فئة أطفال طيف التوحد.

طيف التوحد... المستقبل المجهول، الذي أدخل هؤلاء الأطفال في دوامة بعيداً عن مجتمعهم وعيشتهم في عالمهم الخاص. فبالرغم من التقدم العلمي الهائل إلا أن الأبحاث لا زالت جارية بخصوص هذا الاضطراب. في حين يؤدي بهم هذا الأخير إلى فقدان التواصل والتفاعل الاجتماعي إلى جانب تكرارهم لحركات غريبة تدعو كل من حولهم في اندهاش واستغراب خاصة الأولياء الذين يصيهم الإحباط لما يلاحظونه على طفلهم من سلوكيات غريبة مقارنة بإخوته وأقرانه.

ويعتبر طيف التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية انتشاراً في الآونة الأخيرة ومن أكثر الاضطرابات غموضاً لأسباب غير معروفة، وباعتباره اضطراباً غامضاً ومعقداً لأعراضه الغير ثابتة واختلافاته من حيث الشدة والتشابه في المصاب الواحد، يجب الاهتمام بهذه الفئة قدر الإمكان.

وقد أجمع المختصون أن حالة هؤلاء الأطفال يمكن أن تتحسن إذا تم التكفل بهم منذ سن مبكرة على مستوى هياكل صحية ونفسية، باعتبار التكفل عملية تساهم في فهم إمكانيات الفرد واستعداداته من أجل وضع حلول لمشكلاته، فهو خطوة بسيطة للدخول إلى عالم هذا الطفل ومحاولة الخروج به إلى عالم يتلاءم فيه مع خصائصه. فبالرغم من الرعاية الكثيفة بهذه الفئة من الأطفال إلا أنهم لا يصبحون طبيعيين مئة بالمائة لكنهم يندمجون في الحياة الطبيعية.

وباعتبارهم يدخلون في نطاق الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فطبعاً هم بحاجة إلى عناية ورعاية خاصة واهتمام سواء من الأسرة أو المجتمع، ومن ثم تحتاج هذه الفئة إلى التكفل الطبي، النفسي والبيداغوجي. كذلك ضرورة التكفل النفسي من قبل فريق من متعدد الاختصاصات من أجل مساعدتهم على التكيف في المجتمعات. فعلمية التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد يقوم بها أخصائين نفسيين لديهم مجموعة من الخصائص تمكنهم من التعامل مع هذه الفئة من الأطفال ويكون ذلك بالاعتماد على مجموعة من الأساليب و البرامج المتفق عليها عالمياً (TEACH، ABA، PECS...) بغية التخفيف من حدة وشدة هذا الاضطراب.

ومن هذا المنطلق أردنا القيام بدراسة حول التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين والتي تحتوي على جانبين جانب نظري وجانب تطبيقي.

فالجانب النظري يتألف مما يلي:

الفصل الأول: خصصناه لإشكالية الدراسة ومنطلقاتها والذي يتضمن: الإشكالية، أهداف الدراسة، أهميتها من الناحية النظرية والتطبيقية، تحديد المصطلحات، الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

الفصل الثاني: وتم التطرق فيه إلى اضطراب طيف التوحد من حيث مفهومه، نبذة تاريخية عنه، نسبة انتشاره، أنواعه، خصائصه، أعراضه، تشخيصه، الأسباب المفسرة له، التشخيص الفارقي لهذا الاضطراب، النظريات المفسرة له وأخيراً الوقاية منه.

الفصل الثالث: وتناول هذا الفصل التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من حيث مفهومه، أنواعه، أهميته، أهدافه، أطراف العملية التكفلية إلى جانب آخر وهو الأخصائي النفسي من حيث مفهومه، مهامه، سماته، أخلاقيات مهنته، مهاراته، التكفل المبكر بالطفل التوحدي وأخيراً طرق التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد.

أما الجانب التطبيقي فيحتوي على فصلين:

الفصل الرابع: الذي تم التطرق فيه إلى الإجراءات المنهجية للدراسة حيث يضم المنهج المستخدم في الدراسة، عينتها، أدواتها، الأساليب المستخدمة فيها وأخيراً مجالاتها.

الفصل الخامس: وهو آخر فصل في الدراسة يحتوي على عرض نتائج الدراسة التي تم التوصل إليها ومناقشتها واستنتاج عام.

وأخيراً تم وضع خاتمة للدراسة، و تقديم بعض التوصيات والاقتراحات، ثم قائمة المراجع والملاحق.

العجائب النظرية

الفصل الأول

الفصل الأول: إشكالية الدراسة ومنطقاتها

- .I الإشكالية.
- .II التساؤلات.
- .III أهداف الدراسة.
- .IV أهمية الدراسة.
- .V ضبط المفاهيم الاجرائية.
- .VI الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

1. الإشكالية:

تعد مرحلة الطفولة من أهم المراحل العمرية التي يمر بها الإنسان من الميلاد حتى البلوغ فهي بمثابة الركيزة الأساسية للبناء السليم و المتكامل للطفل في جميع الجوانب، ففي هذه المرحلة يكتسب الطفل بعض المهارات الحسية والحركية والسلوكية والمعرفية، ومن خلالها يمكن التنبؤ بما سيحدث في المراحل العمرية الأخرى.

وقد أصبحت الطفولة محل اهتمام العديد من العلماء و الباحثين الذين أكدوا على ضرورة الاهتمام بالطفل من جميع النواحي النفسية والاجتماعية والبيولوجية، باعتبارها من أكثر المراحل العمرية التي قد يتعرض فيها الطفل للعديد من المشكلات والأزمات التي ينجم عنها الإصابة ببعض الاضطرابات من بينها الاضطرابات النمائية.

تعتبر الاضطرابات النمائية من الاضطرابات الأكثر شيوعاً وانتشاراً لدى الأطفال لأن ظهورها يترافق مع بداية مرحلة النمو، وتظهر عادة بشكل مبكر وغالباً ما تبدأ لدى الطفل قبل دخوله مرحلة الدراسة، ونجد من أبرزها وأكثرها خطورة اضطراب طيف التوحد.

فالتوحد يعد من الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، وهو من أكثر الاضطرابات السلوكية والانفعالية شدة وتطرفاً وذلك نتيجة تأثيراته وانعكاساته السلبية على كافة جوانب نمو الطفل الحسية، الحركية، الانفعالية، العقلية والاجتماعية. مما يجعل الطفل المصاب بهذا الاضطراب لا يشعر بما يحدث حوله من أحداث في بيئته الاجتماعية ويفتقر لمهارات التواصل الاجتماعي مع أفراد أسرته وجميع من حوله، عدم القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي وأداء سلوكيات نمطية متكررة. ولكن هذه السمات لا تظهر مظهرياً على الطفل المصاب بل في شكل سلوكيات وتصرفات يقوم بها من خلالها يمكن معرفة هذا الاضطراب.

وتشير الإحصائيات بأن التوحد في الجزائر في تزايد مستمر ففي سنة 2016 تشير إلى أن عدد المصابين

بالتوحد في الجزائر تبلغ 400.000 حالة. (http://f-s-h-s. univ-

batna.dz/images/2019/seminaire/dirassi.pdf) وفي سنة 2018 تم تسجيل 500 ألف طفل مصاب

بالتوحد. (https://radioalgerie.dz/news/ar/reportage/156547.html)، وفي سنة 2021 أكثر من

450.000 شخص مصاب بالتوحد (https://autisme. Sante. gov. Dz/autisme-en-algerie/etat-

(des-lieux-sur-lautisme-en-algerie). هذه الإحصائيات دق بشأنها ناقوس الخطر من أجل التدخل

والتكفل بهذه الفئة من الأطفال التوحديين.

و أمام هذه الإحصائيات والانتشار الواسع لهذا الاضطراب أصبح من الضرورة السعي للحصول على رعاية جيدة ودقيقة و متكاملة و شاملة من ذوي الخبرة و المعرفة المهنية باضطراب طيف التوحد، و التكفل بهذه

الفئة من الأطفال من الناحية الطبية و النفسية، و اللغوية، والاجتماعية، و التربوية، من أجل تمكينهم من اكتساب المهارات الاجتماعية ومن ثم تحقيق التواصل و التفاعل مع أفراد مجتمعهم وصولاً إلى إمكانية دمجهم في مدارس التعليم العادية.

والجزائر كغيرها من الدول أولت اهتمام كبير لعملية التكفل النفسي بهذه الفئة، وهذا الأخير يعتبر عملية تشخيصية و علاجية يتم من خلاله تشخيص هذا الاضطراب و التعرف على درجة خطورته (ضعيف، متوسط، حاد). ولأجل نجاح هذه العملية التكيفية يجب تدخل فريق متعدد التخصصات يتكون من مجموعة من الأخصائيين الحاصلين على شهادات في علم النفس العيادي و الأطفونيا... و يعملون في مؤسسات متخصصة للتكفل باضطراب طيف التوحد سواء كانت حكومية أو خاصة، حيث يلتزمون بأداء واجباتهم المهنية أهمها التكفل بهذه الفئة من الناحية النفسية بغية مساعدة هذه الفئة على التحسن الإيجابي مع التركيز على الأعراض والأحداث الراهنة و البيئة المحيطة و مثيراتها.

و بالنظر إلى الدور الأساسي والمهم للأخصائي النفسي بالتكفل بفئة الأطفال التوحديين، فهو يسعى دائماً لأداء مهامه على أكمل وجه اتجاه هذه الفئة من خلال استخدام أساليب و برامج تدريبية لتعديل السلوكيات والتخفيف من حدة الاضطراب، نجد من بين هذه البرامج: برنامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA) الذي يعمل على تطبيق القوانين العلمية للتعلم من أجل خلق سلوكيات جديدة و سوية أو تغيير سلوكيات شاذة لدى الطفل التوحدي، وبرنامج تيتش (TEACH) الذي يعمل على توفير بيئة ممنهجة باستخدام شتى الوسائل البصرية كالصور و الرسومات و البيانات التوضيحية لدعم التواصل و تسهيل إنجاز الأنشطة، وبرنامج دينفر (DENVER) للتدخل المبكر الذي يهدف الى تطوير التواصل اللفظي و غير اللفظي والتقليد و الانتباه والمشاركة من خلال الأنشطة المرحلة التي يشارك فيها الأولياء و هذا باستخدام تقنيات مشتقة من (ABA) بالإضافة إلى العديد من الأساليب الأخرى. كل هذه الأساليب تهدف إلى التخفيف من وطأة هذا الاضطراب و العمل على إعادة توظيف القدرات المميزة و استرجاع توظيفها العادي و تحسين المستوى التوافقي للطفل التوحدي مع نفسه و وسط مجتمعه.

و إلى جانب التكفل النفسي نجد التكفل الدوائي الطبي الذي يتم من خلاله علاج بعض الاضطرابات المصاحبة للتوحد كاضطرابات النوم و فرط النشاط و الحركة وذلك بتقديم بعض الأدوية والعقاقير للطفل التوحدي، و لا ننسى كل من التدخل الأطفونوني الذي يتكفل باضطراب اللغة الشفوية والمنطوقة، والتدخل البيداغوجي الذي يعمل على تسطير برامج تعليمية تمكن الطفل من تحقيق الإدماج الاجتماعي وصولاً إلى إدماج الطفل التوحدي في المدرسة.

فالطفل التوحدي وكغيره من الأطفال يحتاج إلى عناية طبية وأكثر منها إلى مساندة نفسية، ومن هنا أصبح التكفل النفسي بهذه الفئة ضرورة حتمية. ولقد جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على طرق وأساليب

التكفل باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين وذلك من خلال الإجابة على مجموعة من التساؤلات.

II. التساؤلات:

- ✓ هل أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين متنوعة؟
- ✓ ما هي أكثر أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين؟
- ✓ هل يوجد اختلاف في أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين باختلاف المراكز بين العمومية والخاصة؟

III. أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

- ✓ الكشف عن ما إذا كانت أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين متنوعة.
- ✓ التعرف على أكثر الأساليب المستخدمة في التكفل باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين.
- ✓ معرفة ما إذا كان هناك اختلاف في استخدام أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين باختلاف المراكز بين العمومية والخاصة.

IV. أهمية الدراسة:

1-الأهمية النظرية:

- ✓ دراسة فئة جد حساسة في المجتمع وهي فئة أطفال طيف التوحد وإبراز دور التكفل النفسي وأهميته.
- ✓ توفير جانب نظري للمهتمين باضطراب طيف التوحد وكيفية التكفل به.
- ✓ الكشف عن الواقع الذي يعيشه الطفل التوحدي ودور الأخصائي النفسي في التكفل بهذه الفئة.

2-الأهمية التطبيقية:

- ✓ تسليط الضوء على كيفية التكفل باضطراب طيف التوحد في كل من ولايتي سوق اهراس وقالمة.
- ✓ التعرف على مدى تطبيق البرامج العلاجية في مختلف مراكز التكفل النفسي في كل من ولايتي سوق اهراس وقالمة.
- ✓ إثراء المربين والأخصائيين النفسيين بهدف التدخل السريع من أجل رفع كفاءة الطفل التوحدي.

.٧ تحديد المصطلحات:

1. طيف التوحد: هو أحد الاضطرابات النمائية الشاملة يتزامن مع الفرد منذ الولادة إلى مدى الحياة، يتميز بقصور في التفاعل والتواصل الاجتماعي والأنماط السلوكية المتكررة. و أطفال التوحد هم الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، الملتحقون بمراكز التكفل والذين تم تشخيصهم من قبل فريق متخصص في كل مركز والمتواجدون سواء في مراكز خاصة أو مؤسسات حكومية والتي أجريت فيها الدراسة الحالية.
2. التكفل النفسي: هو عملية الفحص والتشخيص والعلاج النفسي أو مجموعة الخدمات النفسية التي تقدم للطفل التوحدي. و الذي يتم قياسها في الدراسة الحالية من خلال استبيان موجه للأخصائيين النفسيين.
3. أساليب التكفل النفسي: هي مجموعة من التقنيات والطرق التشخيصية والعلاجية التي يستخدمها الأخصائي النفسي في المراكز العمومية والخاصة لتحقيق التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد.
4. الأخصائي النفسي: هو ذلك المتحصل على شهادة جامعية في علم النفس العيادي، مدرب على تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية والممارس لمهامه العيادية بصفة دائمة أو مؤقتة و الذي يقدم خدمات نفسية لأطفال التوحد بمؤسسة عمومية أو خاصة التي أجريت فيها الدراسة الحالية.
5. المراكز العمومية: هي المؤسسات العمومية التي تشمل المؤسسات العمومية الاستشفائية والمركز النفسي البيداغوجي والمركز الوسيط للإدمان التي أجريت فيها الدراسة الحالية، والتي تضم فريق متعدد التخصصات للتكفل باضطراب طيف التوحد.
6. المراكز الخاصة: هي عيادات خاصة تم تأسيسها من قبل الأخصائي النفسي تقدم خدمات نفسية لأطفال طيف التوحد، وتعتمد على طرق تشخيصية وعلاجية للتكفل باضطراب طيف التوحد والتي أجريت بها الدراسة الحالية.

VI. الدراسات السابقة والتعقيب عليها:

1-الدراسات السابقة:

1-1-الدراسات التي تناولت التوحد:

1-1-1-دراسات محلية:

1-دراسة سميرة رزاق لبرة. منى عتيق (2021): بعنوان: "الكفاية الوالدية وعلاقتها بمستوى المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر أوليائهم".

سعت الدراسة الحالية للكشف عن طبيعة العلاقة بين الكفاية الوالدية ومستوى المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر أوليائهم، واتبع في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، تم تطبيق الدراسة على عينة عشوائية تألفت من (30) ولياً يتابعون أطفالهم المصابين بالتوحد بمراكز وجمعيات التكفل بالتوحد بالوادي، وتم الحصول على البيانات باستخدام مقياس المهارات الاجتماعية ومقياس الكفاية الوالدية، حيث تم إعدادهما للدراسة الحالية، توصلت الدراسة إلى ما يلي:

- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$) بين الكفاية الوالدية والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد.
- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$) في المهارات الاجتماعية لدى أطفالهم المصابين بالتوحد تعزى لمستويات الكفاية الوالدية من وجهة نظر أوليائهم.
- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$) في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد تعزى لمستوي الكفاية الوالدية (المرتفعة / المنخفضة) من وجهة نظر أوليائهم.
- لا توجد فروق في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد تعزى لمتغير الجنس (ذكور/ إناث).

2-دراسة حرش كريم (2020): بعنوان: "آليات الدمج المدرسي للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين".

هدفت الدراسة للكشف عن آليات الدمج المدرسي للطفل التوحدي، باستخدام المنهج الوصفي الاستكشافي عن طريق المقابلة، وتحليل المحتوى مع عينة من الأخصائيين النفسيين، وخلصت للنتائج التالية: يمكن للنفسانيين تشخيص اضطراب طيف التوحد، بالاستناد للدليل الإحصائي الخامس أو الرابع للأمراض العقلية (DSM5.DSM4) والاختبارات النفسية المتخصصة، والمقابلة والملاحظة، كما أن الدمج المدرسي من وجهة نظر النفسانيين هو نموذج من التعليم المخصص لذوي الاحتياجات الخاصة، وليس كل الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بالإمكان دمجهم مدرسياً حسب النفسانيين. كما خلصت إلى أن

للفنساني أن يقرر إدماج الطفل التوحدي في الصفوف العادية للمدرسة، وتوجد آليات وشروط للدمج المدرسي للطفل التوحدي حسب نظرهم.

2-1-1-دراسات عربية:

1- دراسة دخان نبيل كامل محمد (2018): بعنوان: "فاعلية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك أطفال التوحد".

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

2-دراسة دلشاد علي (2013): بعنوان: "فاعلية برنامج تدريبي لتنمية السلوكيات غير اللفظية لدى عينة من الأطفال التوحديين".

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي لتنمية السلوكيات غير اللفظية لدى عينة مكونة من (8) أطفال توحديين تراوحت أعمارهم بين (4-8) سنوات، وللتحقق من فرضيات الدراسة قام الباحث ببناء قائمة لتقدير السلوكيات غير اللفظية مؤلفة من (27) بنداً موزعة على أربعة أبعاد هي: (التركيز والانتباه، التعبيرات الانفعالية، التواصل الإشاري والتقليد، الإيماءات والأوضاع الجسدي)، بعد أن استخرجت لها دلالات الصدق والثبات المناسبة كما استخدم الباحث كلاً من مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) وقائمة السلوك التوحدي (ABC) بهدف تجانس العينة.

أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية السلوكيات غير اللفظية المستهدفة عند الأطفال التوحديين عينة البحث وبدرجات متفاوتة، كان أكثرها في بعد التركيز والانتباه وأقلها في بعد الإيماءات والأوضاع الجسدية.

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

1-1-3-دراسات أجنبية:

1-دراسة تونج ، وبيرتون ، وآخرون (2004): بعنوان " قائمة لفحص سلوك الطفل التوحدي".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى التأكد من إمكانية استخدام قائمة لفحص سلوك الطفل التوحدي،
تقييمه ومتابعته.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (120) طفلاً وطفلة من الأطفال التوحديين وعينة ضابطة من
الأطفال المتخلفين عقلياً.

نتائج الدراسة : توصلت إلى أن الأطفال التوحديين لهم بروفيل خاص باضطرابات التواصل والمشكلات
الاجتماعية ، والانفعالية ، والسلوكية.

2-1-الدراسات التي تناولت التكفل النفسي:

2-1-1-دراسات محلية:

1-دراسة سامية شينار. نهى بوخنوفة (2018): بعنوان: " واقع التكفل النفسي والتربوي بالطفل المصاب
بمتلازمة داون (تقرير ميداني بالمركز النفسي البيداغوجي CPP 2 لولاية باتنة)

هدفت الدراسة الحالية إلى لإلقاء الضوء على واقع التكفل النفسي والتربوي بالطفل المصاب بمتلازمة
داون من خلال معرفة مراحل وطرق التكفل النفسي والتربوي بالطفل المصاب بمتلازمة داون داخل المركز.
واستقصاء أهم المشاكل السلوكية والنفسية التي يعاني منها الطفل المصاب بمتلازمة داون، إضافة إلى
معرفة الصعوبات والمعوقات التي يواجهها الأخصائي النفسي العيادي والتربوي في عملية التكفل بالطفل
المصاب بمتلازمة داون وقد تمت الدراسة بالمركز النفسي البيداغوجي CPP 2 لولاية باتنة مع الأخصائيين
النفسانيين العياديين والتربويين العاملين به.

توصلت الدراسة إلى أن مستوى التخلف العقلي يعد محكاً أساسياً في المركز على أساسه يتم تصنيف
الأطفال المصابين بمتلازمة داون إلى أفواج كل فوج له أهداف محددة يسعى لتحقيقها، كما توصلت
الدراسة إلى أن أهم المشاكل التي يعاني منها هؤلاء الأطفال: التبول اللاإرادي، السلوكيات العدوانية،
المشاكل الجنسية والانطواء، ويعتمدون في التشخيص على الشكل الخارجي للجسم واختبار كولومبيا، أما
التقنيات العلاجية فيعتمدون على التعزيز الإيجابي، أسلوب الخطة الفردية والعلاج العائلي أما عن
المعوقات فكانت عدم تفهم الأولياء بدرجة أولى إضافة إلى غياب الأطفال ونقص التأطير وغيرها من
المعوقات.

2-دراسة قارش محمد. قابوش فهيمة (2018): بعنوان: "واقع التكفل النفسي والتربوي بأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر".

تهدف هذه الورقة البحثية في محاولة الإجابة على الإشكال الذي يتمثل في واقع التكفل النفسي والتربوي بأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر، وهذا نظراً لأهمية الموضوع في حد ذاته، حيث أن فئة ذوي الاحتياجات الخاصة تعد من بين أهم الفئات التي وجب على المجتمع أن يمنحها حقها من الأهمية في كل مؤسساته وتحديداً المؤسسات التربوية منها، إضافة إلى العناية الخاصة وكذا توفير تكفل واسع لهذه الفئة سواء من الناحية النفسية كالقيام بحملات الفحص والتشخيص أو استخدام مختلف طرق وأساليب العلاج النفسي إضافة إلى التكفل بهذه الفئة من الناحية التربوية كالاعتماد على البطاقات الفنية وغيرها، خاصة وأن فئة ذوي الاحتياجات الخاصة بالنسبة لمرحلة الطفولة التي وجب أن يكون لها اهتمام خاص ومختلف عن بقية المراحل، الأمر الذي يجعل من المسؤولية التي تقع على عاتق مدراء ومسؤولي المدارس الخاصة مسؤولية أكبر. في إطار هذا السياق فإن دراستنا كانت تطبيقية من خلال التطرق لبعض مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة بولاية أم البواقي، ضمن دراسة وصفية تحليلية، موظفة لأداة المقابلة في جمع البيانات.

وقد تم التوصل إلى عدة نتائج أهمها أن اللجوء إلى المحللين النفسيين والتربويين يتم مباشرة بطريقة نظامية تتبعها المدرسة، إضافة إلى أن هناك متابعة جد منتظمة ومتواصلة للحالات التي عانت من مشكلات نفسية وتم علاجها، ومن بين النتائج السلبية نقص في الميزانية ما من شأنه التأثير على طرق العلاج لهؤلاء الأطفال.

3-دراسة نادية بوضياف، جمال زهار (2015): بعنوان: "اتجاهات الأولياء نحو نظام التكفل في المؤسسات الخاصة بالفئات الخاصة".

تشكل الإعاقة مفهوم لا يزال قيد التطور، فقد لعبت التربية الخاصة دوراً بارزاً في الاعتناء بهذه الفئة، فالطفل المعاق ذهنياً يعاني قصوراً يحول دون تواصله مع الناس العاديين وهنا تكمن دور المؤسسة الخاصة التي تقدم الرعاية النفسية والتربوية والاجتماعية عن طريق برامج مصممة خصيصاً لهم، لذا نجد أن العديد من الآباء يسعون إلى دمج طفلهم المعاق ذهنياً في مؤسسة مختصة طامحين في أن تجعل المؤسسة منه شخصياً مستقلاً بذاته و مندمجاً في المجتمع، هدفت دراستنا الحالية إلى الكشف عن طبيعة اتجاهات الأولياء نحو نظام التكفل في المؤسسات المختصة والفروق بينها حسب متغير الجنس والمستوى التعليمي والاقتصادي.

4- دراسة عائشة نحوي (2012): بعنوان: "التوحد(التشخيص و التكفل)".

تشخيص التوحد دائما متبوع بحقيقتين الأول لا نعرف له سبب معين، والثانية لا نعرف كيفية الشفاء منه، و مدام التوحد اضطراب شامل في النمو، يمس الإدراك و التواصل و بالتالي الحياة الاجتماعية، في هذه الدراسة سنعرض بعض جوانب لطبيعة مشروع التكفل النفسي بالطفل المتوحد، إذ تبين أن أحسن النتائج نتحصل عليها من خلال التكفل التربوي، السلوكي، المعرفي، التطوري النمائي بشرط أن يتم ذلك منذ السنتين من عمره، فهذه الدراسة أوضحت فائدة العلاج السلوكي المطبق ABA في تعديل السلوك.

2-1-2-دراسات أجنبية:

1- دراسة (2015) Massaouda Saadoumi: بعنوان : "تأملات حول التكفل النفسي بالمرهقين ضحايا العنف المكثف".

أصبحت البحوث غزيرة حول الصدمة النفسية الناتجة عن الأحداث الصادمة المختلفة، إن عملنا العيادي مع ضحايا العنف المقصود قد أبرز لنا بعض الوقائع فيما يخص التكفل النفسي بالمرهقين، نقدم في هذه الورقة المعاش النفسي للمراهقين الذين استفادوا من العلاج الجماعي بمركز التكفل النفسي والاجتماعي بسيدي موسى، و الذي ينتمي إلى SARP حيث تبعد المسافة بحوالي عشرين كلومتر عن الجزائر العاصمة . وكانت منطقة سيدي موسى و ضواحيها معرضة لأعمال العنف المكثف خلال العشرية التي عاشتها الجزائر في التسعينات، سنيين من خلال عرضنا للحالات أن المرهقين ضحايا العنف المقصود لم يتمكنوا من التقدم و الشفاء بطريقة "عادية" كما تنص الادبيات حول علاج الصدمات.

1-3-الدراسات التي تناولت طرق التكفل النفسي باضطراب التوحد:

1-3-1-دراسات محلية:

1-دراسة حفيظة مكاوي. مريوحة قارة (2022): بعنوان: "دور مركز التوحد في التكفل بأطفال طيف التوحد".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على دور مركز ونوغي للتعليم والتدريب والاستشارات النفسية في التكفل بأطفال طيف التوحد، حيث توصلت إلى النتائج التالية:

يتم التكفل بأطفال طيف التوحد بعد تشخيصهم وعرضهم على فريق من الأطباء المختصين، بعدها يتم بناء خطة علاجية حسب كل حالة للتكفل بهم داخل المركز بالاعتماد على دمج مجموعة من البرامج العالمية المخصصة لأطفال التوحد مع المداومة على القيام بمجموعة من الأنشطة الترفيهية لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي. ثم يتم دمجهم داخل المدارس العادية مع المتابعة النفسية والبيداغوجية.

2- دراسة الطاهر قيروود، مزوز بركو (2020): بعنوان: "التكفل بأطفال التوحد في الجزائر من وجهة نظر المختصين. الواقع والمأمول . دراسة تقييمية لولاية باتنة".

هدفت الدراسة إلى تقييم واقع التكفل بأطفال التوحد من وجهة نظر فريق التدخل بولاية باتنة، وأجريت الدراسة في 09 مؤسسات معنية بعملية التكفل بأطفال التوحد منها 05 مؤسسات عمومية و03 جمعيات، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من 43 مختصا عامل بهذه المؤسسات، و بالاعتماد على استبيان من تصميم الباحثين كأداة للدراسة، وقد توصلت الدراسة إلى أن مؤسسات التكفل المعنية هي عبارة عن مؤسسات عمومية و جمعيات غير متخصصة في مجال التكفل باضطراب التوحد وأن هذه المؤسسات لا تحترم المعايير الدولية في مجال التكفل بالأطفال ذوي اضطراب التوحد.

3-دراسة الطاهر قيروود. بركو مزوز (2019): بعنوان: "تقييم أساليب التكفل بأطفال طيف التوحد من وجهة نظر أوليائهم دراسة ميدانية بولاية باتنة".

هدفت الدراسة إلى تقييم واقع التكفل بأطفال طيف التوحد الذين يتم التكفل بهم في مؤسسات التكفل بولاية باتنة من وجهة نظر أوليائهم، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من 64 ولي، وهذا بالاعتماد على استبيان من تصميم الباحثين موجه لهؤلاء الأولياء كأداة للدراسة، وتوصلت الدراسة إلى:

- ❖ عدم احترام مؤسسات التكفل باضطراب طيف التوحد بولاية باتنة للمعايير الدولية في التكفل من وجهة نظر أولياء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- ❖ وجود مستوى منخفض في رضا أولياء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عن عملية التكفل بأبنائهم.

2-التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد عرض الدراسات السابقة التي ارتبطت بمتغيرات الدراسة يمكن أن نسجل بعض النقاط والملاحظات من حيث الأهداف والمنهج والعينة والأدوات على النحو التالي:

اتفقت دراسة الطاهر قيروود و مزوز بركو (2020) بعنوان: " التكفل بأطفال التوحد في الجزائر من وجهة نظر المختصين .الواقع و المأمول . دراسة تقييمية لولاية باتنة" مع دراستنا الحالية في الهدف و هو معرفة أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين، و اختلفت مع دراسة الطاهر قيروود و مزوز بركو (2020) أيضا بعنوان: " تقييم أساليب التكفل بأطفال طيف التوحد من وجهة نظر أوليائهم دراسة ميدانية بولاية باتنة" والتي كان هدفها معرفة أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر أوليائهم، في حين اختلفت دراستنا مع دراسة كل من نادية بوضياف وجمال زهار (2015): بعنوان: "اتجاهات الأولياء نحو نظام التكفل في المؤسسات الخاصة بالفئات الخاصة" و دراسة سامية شينار و نهى بوخنوفة (2018): بعنوان: "واقع التكفل النفسي والتربوي بالطفل المصاب بمتلازمة داون (تقرير ميداني بالمركز النفسي البيداغوجي CPP 2 لولاية باتنة) على استخدام المنهج بحيث اعتمد كل منهما على المنهج الوصفي والمنهج الاستكشافي، بينما اتفقت دراستنا مع دراسة دراسة سميرة رزاق لبرة. منى عتيق (2021): بعنوان: "الكفاية الوالدية وعلاقتها بمستوى المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر أوليائهم" على استخدام المنهج الوصفي التحليلي.

أما فيما يخص عينة دراستنا ضمت فئة من الأخصائيين النفسيين كذلك بالنسبة لدراسة حرش كريم (2020): بعنوان: "آليات الدمج المدرسي للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين" بينما اختلفت مع دراسة تونج و وبرتون وآخرون (2004): بعنوان: "قائمة لفحص سلوك الطفل التوحدي" والتي اشتملت على مجموعة من الأطفال التوحديين. كما نجد هناك تباين واختلاف في طريقة اختيار العينة بين دراستنا و دراسة دخان نبيل كامل محمد (2018): بعنوان: "فاعلية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك أطفال التوحد" فهذه الأخيرة كانت بطريقة عشوائية بينما دراستنا كانت بطريقة قصدية. كما اختلفت دراسة حفيظة مكاوي. مربوحة قارة (2022): بعنوان: " دور مركز التوحد في التكفل بأطفال طيف التوحد" مع دراستنا في المركز الذي أجريت فيه الدراسة حيث أجريت هذه الأخيرة في مركز خاص بينما دراستنا أجريت في مراكز عمومية وخاصة.

أما بالنسبة لدراسة الطاهر قيروود و مزوز بركو السابقة الذكر فهي تتطابق مع دراستنا من حيث الاعتماد على نفس الاستبيان الذي اعتمدنا عليه في دراستنا، حيث نجد اختلافها مع دراسة قارش محمد و قابوش فهيمة (2018): بعنوان: "واقع التكفل النفسي والتربوي بأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر" التي استخدمت أداة المقابلة.

بالإضافة إلى دراسة عائشة نحوي بعنوان: "التوحد التشخيص والتكفل" حددت لنا مدى فائدة العلاج السلوكي المطبق ABA في تعديل السلوك، وهذا يخدم دراستنا من حيث التحقق من مدى احترام مؤسسات التكفل عندنا لهذا المعيار، كما نجد حتى في دراسة دلشاد علي (2013): بعنوان: "فاعلية برنامج تدريبي لتنمية السلوكيات غير اللفظية لدى عينة من الأطفال التوحديين" تناولت تقييم مدى فاعلية هذا البرنامج و الذي يدخل في صلب موضوع دراستنا في مدى تنميته للسلوكيات غير اللفظية، أما بالنسبة لدراسة (2015) Massaouda Saadoumi: بعنوان: "تأملات حول التكفل النفسي بالمراهقين ضحايا العنف المكثف" فهي تناولت جانب مهم في دراستنا وهو التكفل النفسي، حيث تناولت دراستنا هذا الجانب.

الفصل الثاني

الفصل الثاني: اضطراب طيف التوحد

تمهيد

- .I مفهوم اضطراب طيف التوحد.
- .II نبذة تاريخية عن اضطراب طيف التوحد.
- .III نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد.
- .IV أنواع اضطراب طيف التوحد.
- .V خصائص اضطراب طيف التوحد.
- .VI أعراض اضطراب طيف التوحد.
- .VII تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- .VIII الأسباب المفسرة لاضطراب طيف التوحد.
- .IX التشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد.
- .X النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد.
- .XI الوقاية من اضطراب طيف التوحد.

خلاصة

تمهيد:

يعد اضطراب طيف التوحد من أهم المشكلات التي تواجه المجتمعات والتي شغلت تفكير واهتمام شرائح متعددة كالطبيب و الأخصائي النفسي و الاجتماعي و التربوي، وذلك لأنه يؤثر تأثيراً كبيراً على مظاهر نمو الطفل المختلفة التي تكون على المستوى الارتقائي اللغوي و الاجتماعي و الحركي وفي عمليات الإدراك والانتباه، فالأطفال التوحديين يعانون من قصور شديد في التفاعل الاجتماعي ومهارات العناية بالذات الأمر الذي يجعلهم يمثلون فئة تتميز عن غيرها من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة.

وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل الذي درجنا فيه مفهوم اضطراب طيف التوحد، نبذة تاريخية عنه، نسبة انتشاره، أنواعه، خصائصه، أعراضه، الأسباب المفسرة لهذا الاضطراب، تشخيصه، التشخيص الفارقي، النظريات المفسرة له وأخيراً طرق الوقاية من هذا الاضطراب.

1. مفهوم اضطراب طيف التوحد:

لغة:

تشق كلمة التوحد Autism من الكلمة الإغريقية "AUT" وتعني النفس أو الذات وكلمة "ISM" وتعني انغلاق، والمصطلح ككل يمكن ترجمته على أنه الانغلاق على الذات. (مصطفى والشريبي، 2011، ص 26)

اصطلاحاً:

تعددت تعاريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظريات التي حاولت تفسير هذا الاضطراب ومن أهم هذه التعاريف ما يلي:

يعرف اسماعيل بدر التوحد بأنه: "اضطراب انفعالي في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية وخاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة. ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية". (سليمان، 2010، ص 19)

وتعرفه الجمعية القومية للأطفال التوحديين بأنه: "اضطراب أو متلازمة (زملة) يعرف سلوكيا، وأن المظاهر المرضية المتضمنة يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهرا، ويتضمن ذلك اضطراب في سرعة أو تتابع النمو، واضطراب في الاستجابة الحسية للمثيرات واضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية، واضطرابات في التعلق أو الانتماء للناس أو الاحداث والموضوعات. (بدر، 2004، ص 21-22)

وأيضاً كانر يرى بأن التوحد: "هو حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم ويوصف أطفال التوحد بأن لديهم اضطرابات لغوية حادة". (العبادي، 2006، ص 13)

أما سميث فقد عرف التوحد بأنه: "أولئك الاطفال الذين يعانون من الانسحاب الشديد من المجتمع، وفقدان التواصل، أو الفشل في تطوير العلاقات مع الآخرين، التردد الميكانيكي للكلمات والعبارات السلبية في التغيير، إعادة المملة للأفعال ونطق الكلمات". (الجلبي، 2015، ص 16-17)

كما عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه: "أحد الاضطرابات النمائية التي تظهر قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ويؤدي إلى عجز في استخدام اللغة واللعب والتواصل وفي التفاعل الاجتماعي". (سپيل، 2015، ص 28)

أصبح التوحد يسمى حسب الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض العقلية الخامس DSM5: "باسم اضطراب طيف التوحد وهو يعتبر من الاضطرابات النمائية التطورية والذي يظهر في مراحل الطفولة

المبكرة وعادة ما يظهر في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وينتج عنه اضطرابات عصبية تؤثر في وظائف الدماغ وتظهر على شكل مشكلات تشمل مجالين من النمو والسلوك وهما التواصل والتفاعل الاجتماعي، اهتمامات مقيدة ومكررة من السلوك والاهتمامات والأنشطة". (بن خنيش، د س ن، ص 9)

تعريف الجمعية الفرنسية للاضطرابات العقلية عند الطفل و الراشد CFTMEA في آخر إصدار لها في 2012 بأن: "طيف التوحد يندرج تحت مظلة الاضطرابات النمائية الشاملة ولقد تخلت عن تصنيفها القديم باعتباره من ذهانات الطفولة، و أدرجت تحته عدة تصنيفات هي: التوحد الطفولي، متلازمة أسبرجر، اضطراب توحد الطفولي التفككي، اضطرابات النمو الشاملة الأخرى، اضطراب النمو الشامل غير المحدد". (سعودي وعبد السلام، 2022، ص318)

كما يعرف التوحد على أنه: "اضطراب شديد في التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ما بين (30-42) شهراً من العمر يؤثر في سلوكهم، حيث نجد معظمهم يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين، تبدل المشاعر، وقد ينصرف اهتمامهم أحياناً إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية ويلتصقون بها". (أخرس وسليمان، د س ن، ص 311)

وتبين Mayada Elsabbagh (2012) بأن التوحد هو: "اضطراب في النمو العصبي يتميز بصعوبات في العلاقات الاجتماعية والتواصل بالإضافة إلى سلوكيات نمطية متكررة، يظهر هؤلاء الأطفال أيضاً تشوهات في عمليات الإدراك والانتباه والتطور الحركي". (Elsabbagh , 2012 , p3)

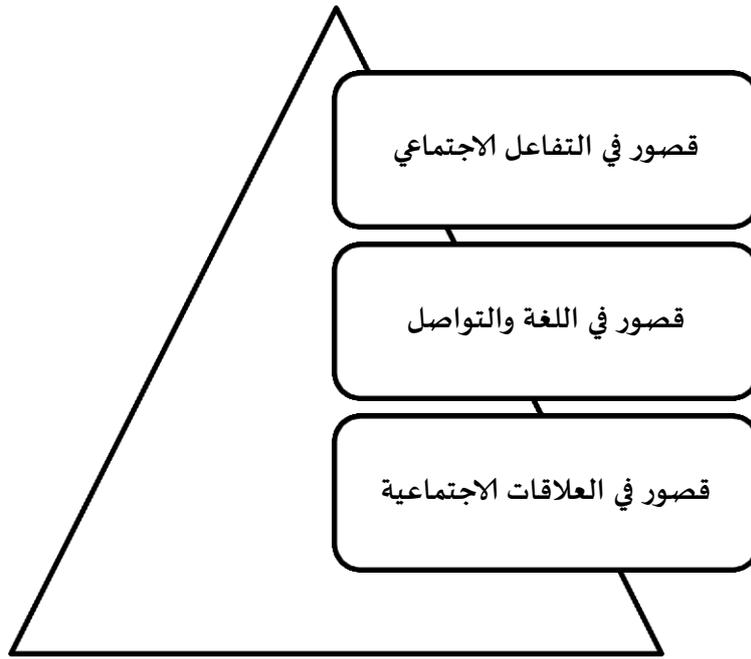
ووفقاً لفريق مايو كلينيك يقصد بالتوحد أنه: "اختلال دماغي يسبب نوع من المشاكل التطورية لدى الأطفال تتضمن نقص في المهارات الاجتماعية، وتطور اللغة، وسلوك شاذ، ويظهر كتأخر في التطور أو ارتداد في التطور مع نقص الاهتمام بالآخرين وتظهر الأعراض بعمر ثلاث سنوات، وهو نمو غير طبيعي ينتج عنه إعاقة مستديمة قبل 36 شهراً من عمر الطفل وتؤثر على جوانب عديدة في الطفل تؤدي إلى ضعف العلاقات الاجتماعية والتواصل اللغوي والحسي مع الآخرين إضافة إلى محدودية الاهتمامات والنشاطات". (الجلامة، 2013، ص19)

وتشير مارिका Marica (1990) بأن التوحد: "مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على الانتباه وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، فضلاً عن وجود النشاط الحركي المفرط". (محمد والسيد، 2019، ص 9)

وتوضح كل من الطيبي سناء و فوزي ناظم بأن التوحد: "مصطلح لاتيني الأصل يصف الأطفال الذين تظهر لديهم سلوكيات خاصة وغريبة وشاذة في مجالات عديدة أهمها المجال الاجتماعي حيث يظهر المصابون فقدان الاهتمام بالآخرين والانعزال الاجتماعي أو السوك الاجتماعي غير السوي، وفي مجال التواصل والذي

يكون على شكل غياب التواصل اللغوي الشفهي وغير الشفهي واضطرابات لغوية أخرى، ومظاهر سلوكية مثل السلوك الروتيني". (الطيبي وناظم، 2005، ص18)

ومن التعاريف السابقة لطيف التوحد لم يختلف الكثير من الباحثين في تعريفهم لاضطراب طيف التوحد ونخرج بتعريف شامل لهذا الاضطراب على أنه أحد الاضطرابات النمائية الشاملة يبقى متزامناً مع الطفل طول حياته، يظهر خلال 3 سنوات الأولى من عمر الطفل ناتج عن خلل في وظائف الدماغ يتضمن عجز في التواصل اللفظي وغير اللفظي مع العزلة والانسحاب مما يؤثر على تكوين علاقات مع الآخرين والتفاعل معهم إلى جانب ظهور حركات وقصور في العلاقات الاجتماعية.



شكل (1): أشكال اضطراب طيف التوحد. (من إعداد الطالبتان)

II. نظرة تاريخية عن طيف اضطراب التوحد:

يعد مودزلي أول طبيب نفسي اهتم بالاضطرابات التي تسبب اضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال وذلك عام 1867 وكان يعدها ذهانات. (العبادي، 2006، ص11). إن تسمية الاضطراب بالتوحد كانت من قبل الطبيب النفسي البارز أيجون بلولر (Eugen Bleuler) 1911 والذي كان معروفاً في الطب النفسي، والذي وصف به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي والانشغال بالذات من وجهة نظره هو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة فيفكر الجائع في الطعام. (مصطفى والشريبي، 2011، ص22)

كانت البداية على يد الأمريكي (ليو كانر Leo Kanner) الذي يعد أول من أشار إلى إعاقة طيف التوحد عام 1943، حيث لاحظ وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنفين على أنهم معاقين ذهنياً حيث لاحظ استغراقهم المستمر في انغلاق كامل على الذات، ولا يلفتون لكل من حولهم من ظواهر وأحداث أو أفراد حتى لو كانوا الأبوين فهم دائمو العزلة ولا يتجاوبون لأي مثير خارجي. (القرشي، 2013، ص324)

لم تكن تسمية التوحد موجودة قبل مائة عام غير أن الاضطراب كان بالطبع موجوداً ومع ذلك فإن التاريخ لم يوثق ظهور التوحد إلا على يدي اثنين من العلماء هما ليو كانر (Leo Kanner) والذي عاش في الفترة ما بين 1894-1981 وهانز أسبرجر والذي عاش في الفترة ما بين 1906-1980 وقد تصادف أن الباحثين قاما بذلك في فترة الأربعينات من القرن العشرين في منتصف الحرب العالمية الثانية في وقت كان العالم يسوده الخراب والفوضى وعندما بدأ العالم يستعيد نظامه وعافيته بدأ الحديث عن اضطراب التوحد ينتشر بداية بأوروبا وأمريكا ثم باقي أرجاء العالم. (البحيري وإمام، 2019، ص26)

ولقد شخص كلا من كانر وأسبرجر التوحد على أنه اضطراب نمائي مختلف ومتفرد بشكل ملحوظ، وأنه لم يتم وصفه إكلينيكياً من قبل وأن الناس الذين يعانون منه قد اعتبروا -بشكل غير مبرر معاقين عقلياً. (الإمام والجوالدة، 2010، ص19)

ومنذ عام 1943 استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة ومن هذه التسميات على سبيل المثال:

- التوحد الطفولي المبكر (Early Infantile Autism).
- ذهان الطفولة (Psychosis A Typical).
- فصام الطفولة (Childhood Schizophrenia).
- النمط غير السوي في النمو (الشاذ) (Atypical Development). (العبادي، 2006، ص16)

ويرى بعض الباحثين أن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي (إعاقة طيف التوحد) واختلاف اهتمامات وتخصصات العاملين في مجال التربية الخاصة والمهتمين بهذا الاضطراب فضلاً عن استخدام عدد من التسميات كان بسبب الغموض وتعقد التشخيص. وعلى الرغم من أن كانر قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات ولكن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح التوحد لم يتم إلا في عقد الستينات حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي. (الجلبي، 2015، ص11-12)

لقد ذاع صيت كانر عبر العالم حيث ارتبط اسمه ارتباطاً وثيقاً بالتوحد، بينما لم يدع صيت الطبيب النمساوي هانرأسبرجر (Hans Asperger) الذي توصل عام (1944) في بحثه الذي كتبه باللغة الألمانية إلى مجموعة من الأعراض مشابهة لبعض الشيء مع أعراض أطفال كانر كالقصور في التفاعل الاجتماعي، القصور في التواصل مع الآخرين وفهمهم لمشاعرهم ولكن كانت ثلاثة من أحد عشر من عينة كانر لا يتكلمون تماماً والبقية نادراً ما يتكلمون بينما كانت عينة هانرأسبرجر تتكلم وقد أطلق أسبرجر على أطفاله مصطلح التوحد المرضي. (الظاهر، 2009، ص18)

وذلك وفق ما ورد في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية (DSM2) ولم يتم الاعتراف بخطأ التصنيف إلا في عام 1980 حينما نشرت الطبعة المعدلة (DSM3) والتي فرقت بوضوح بين الفصام والتوحد حيث أكدت أن التوحد ليست حالة مبكرة من الفصام وربما يرجع هذا الخلط إلى وجود بعض الأعراض المشتركة مثل الانطواء والاكتماء على الذات والانعزالية ولكن في الواقع إن الاختلاف في الأعراض أكثر من التشابه بينها، ذلك أن حالات التوحد تخلو تماماً من أعراض الهلوسة أو الهذات. (القشاعلة، 2021، ص3)

وفي عام 1981 تم تصنيف التوحد باعتباره إعاقة صحية بالاعتماد على توصيات منظمات وجمعيات ذات علاقة مثل الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (The National Autistic Society-NAS).

بالإضافة إلى لورنا وينج (Lorna Wing) التي لها بنت تعاني من حالات التوحد، دور هام في إثارة الاهتمام بأعمال أسبرجر عام (1981) عندما وصفت (19) حالة لأعمار ما بين (5-35) سنة كانت مشابهة للأعراض التي ذكرها أسبرجر حدث ذلك عندما التقت لورنا (طبيبة الأطفال) مع هانز أسبرجر في إحدى اللقاءات العلمية في فيينا، وقامت بتلخيص بحثه من خلال تقارير دورية. (الظاهر، 2009، ص18)

وفي عام 1992 أوردت منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, WHO) اضطراب التوحد في تصنيفها الدولي العاشر للأمراض (International Classification of Diseases, ICD-10) تحت اسم "التوحد الطفولي" (Childhood Autism). (الزراع، 2010، ص26-27)

وفي عام 1994 تم اعتبار التوحد في الدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية بأنه أحد أشكال الاضطرابات النمائية الشاملة والتي تضم إضافة للتوحد فصام الطفولة ومتلازمة أسبرجر. (غاليم، 2017، ص22)

ومن منظور نفسي تحليلي أشارت ميلاني كلاين في مقالها: أهمية تكوين الرمز في نمو الأنا L'importance de la formation du symbole dans le développement du Moi إلى حالة الطفل البالغ من العمر أربع سنوات والذي قدم جدولاً عيادياً لاضطراب التوحد يظهر من خلال اللاتمايز أمام حضور أو غياب الأم والبلادة العاطفية وعدم الاهتمام لأي شيء ما عدا غلق وفتح الأبواب والقطارات المتحركة، غياب كل أنواع التواصل مع المحيط والآخرين. وأشارت ميلاني كلاين إلى الصعوبة المتواجدة لدى هذا الطفل في تكوين الرموز. (جعديوني، 2013، ص226-227)

كما يمكن الإشارة إلى تاريخ اضطراب التوحد من زاوية المراحل التي مرت بها الدراسات التي تناولته منذ أن أوضح "كانر" اللثام عن أعراضه في الأربعينيات من هذا القرن وذلك على النحو التالي:

المرحلة الأولى:

يمكن أن يطلق عليها مرحلة الدراسات الوصفية الأولى، وهي تلك الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين أواسط وأواخر الخمسينات من هذا القرن، وكان الهدف الذي تسعى إلى الوصول إليه هو أن يتضح من خلال التقارير وصف سلوك الأطفال التوحديين وأثر هذا الاضطراب على السلوك بصفة عامة، حيث اهتمت تلك الدراسات بالأطفال ذوي "ذهان الطفولة المبكرة" حيث كانت تشخص إعاقة التوحد على أنها إحدى ذهانات الطفولة بالإضافة إلى الأنماط الأخرى من اضطرابات الطفولة. وقد أسفر تحليل نتائج هذه الدراسات التي اشتملت على الكثير من المعلومات إلى الكشف عن كثير من خصائص التوحد غير أنه لوحظ أن عدم التجانس بين المجموعات أو أفراد المجموعات الموصوفة في هذه الدراسات سواء بالنسبة للعمر الزمني أو المستوى العقلي أو أساليب التشخيص أو تفسير الأسباب قد أدى إلى الحصول على القليل من استنتاجات والاستخلاصات التي يمكن أن توضع في الاعتبار عند دراسة هذا الاضطراب على المدى الطويل.

ويمكن أن نذكر بعض الأسماء التي ساهمت في هذه المرحلة المبكرة بجهودها سواء في القيام بالدراسات أو كتابة التقارير مثل "ليون ايزنبرج" (1956) Leon Eisenberg "ليو كانر" (1953) Leo Kanner

"هانز أسبرجر" (1953) Hans Asperger. (عامر، 2008، ص23)

المرحلة الثانية:

كانت المرحلة الثانية امتداداً واستمراراً للمرحلة الأولى، وفي هذا يقرر أحد الباحثين وهو فيكتور لوتر (Victor Lotter, 1978) "إن الدراسات التي أجريت في هذه المرحلة وكانت منذ أواخر الخمسينات إلى أواخر السبعينات لا تزال في طور التقارير المبدئية للأثار الناجمة عن التوحد".

كما أنها تركز على التطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدى الأطفال التوحديين نتيجة التدريب، ومن بين الأسماء التي شاركت في دراسات هذه المرحلة "مايكل روتر" (Michael, Rutter, 1960) و"ميتلر" (Mittler, 1968) ودراسات هذه المرحلة بشكل عام يمكن أن نستخلص منها ثلاث ملاحظات ساعدت بشكل جوهري على التكهن فيما بعد بوضع معايير تشخيصية لحالات اضطراب التوحد.

وهذه الملاحظات هي كما يشير إليها سليمان (2001):

- التأكيد على أهمية التطور المبكر للغة في سن مبكرة، حيث الاستخدام الجيد أو الواضح للغة لدى الأطفال يعد أحد المؤشرات المهمة لتحديد حالات التوحد.
- النظر إلى مقدار انخفاض القدرات العقلية كأحد العوامل التي يمكن أن تستخدم كمؤشر يعتمد عليه حيث أن الأطفال التوحديين غير القادرين على الاستجابة لمقاييس الذكاء أو الذين كانت درجاتهم منخفضة على مقاييس الذكاء ممن تقل نسبة ذكائهم عن IQ 55 كان معظمهم يستمرون في الاعتماد على الآخرين بشدة.
- القابلية للتعلم تعد هي الأخرى من المؤشرات المهمة في تشخيص حالات اضطراب التوحد.(العبادي، 2006، ص17-18)

المرحلة الثالثة:

ويشار إليها في أدبيات البحث العلمي في ميداني علم النفس والتربية الخاصة وبالتحديد في مجال اضطراب التوحد بأنها شهدت تياراً ثابتاً من التقارير المتتابعة والكثيرة في مجال دراسات اضطراب التوحد واستغرقت هذه الفترة عقد الثمانينيات وبداية التسعينيات ومن الأسماء التي برزت في هذه المرحلة على سبيل المثال: "شينج ولي" (Chung and Lee, 1990) "جليبرج، ستيفن برج" (Gillberg and Stoltenberg, 1987) "كوباياشي وآخرون" (Kobayashi, 1992).

ويشير كامل (1998) في سياق هذه المرحلة والتي يمكن القول عنها لا تزال مستمرة حتى الآن، وأن الدراسات خاصة في الفترات الأخيرة قد ركزت على ما يلي:

➤ أهمية تطور اللغة بالنسبة للأطفال التوحديين وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة الممتدة من سن سنة إلى 6 سنوات.

➤ أهمية التدخل المتخصص فمجرد تمتع الأطفال التوحديين ببعض المهارات أو القدرات الإدراكية واللغوية الكبيرة نسبياً لا يضمن لهم بالضرورة أن تتطور حالة هؤلاء بشكل جيد دون التدخل المتخصص من أجل التدريب في بعض المجالات المعينة مثل العمليات الحسابية أو الموسيقى على سبيل المثال.

✚ إن المعلومات المتضمنة في تقارير دراسات المرحلة الثالثة أكثر تنظيماً وموضوعية من دراسات المرحلتين السابقتين.

✚ وسائل التشخيص ومن ثم نتائج التصميم التي كانت مستخدمة في الدراسات الباكورة تختلف بعض الشيء عن تلك المستخدمة في الدراسات اللاحقة، ومن ثم فإن تقييم أي تطور في أداء عينات الدراسات سوف تختلف نتيجته النهائية وكذلك النتائج المترتبة عليه وفقاً لاختلاف الأدوات المستخدمة، والخلفية الثقافية والاجتماعية لأفراد عينة كل دراسة على حدى. (الزارع، 2004، ص 16-15)

المرحلة الرابعة:

وهذه المرحلة تتداخل في بدايتها مع أواخر المرحلة السابقة وتمتد إلى الفترة الحالية، وقد زادت الدراسات المقدمة في هذه الفترة بشكل ملحوظ بالإضافة إلى ما تميزت به من دقة وانتظام ويرجع ذلك إلى:

- تطور آليات البحث العلمي المقننة ويشمل ذلك المقاييس والاختبارات الخاصة بفئة التوحد.
- التطور التكنولوجي في الأجهزة الطبية.
- تدعيم الفرضيات بأدلة علمية. (قطب، د س ن، ص 20)

وبالرغم من أن التوحد اضطراب يثير الفضول والغموض لما له من تاريخ عريق كما أصبح اضطراب العصر ما جعله محطة اهتمام العديد من العلماء إلا أن التاريخ الذي اكتشف فيه هذا الاضطراب لا يعني بدايته فربما قد يكون هناك أطفال عانوا من هذا الاضطراب قبل ذلك الوقت ولم يذكرهم التاريخ.

III. نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد :

يعتبر التوحد من الاعاقات الأقل انتشاراً و ظلت النسبة التقليدية مسيطرة لفترة طويلة نسبياً حيث تراوحت النسبة ما بين (4-5) لكل عشرة آلاف مولود إلا أن تغير تعريف التوحد وامتداد العمر إلى (36 شهراً بدلاً من 30 شهراً). إضافة لتوسع مفهوم التوحد الذي أصبح لا يقتصر على فئة التوحد التقليدي التي وصفها كانر أدى إلى ازدياد النسبة حيث أن تقديرها ما بين (15-20) لكل عشرة آلاف مولود، كما أن التوحد ينتشر عند الذكور بمعدل ثلاثة إلى أربعة أضعاف مقارنة مع الإناث. (القمش والمعايطة، 2009، ص 170)

دراسات كانر التي بدأت في الأربعينات وحتى أوائل السبعينات من القرن الماضي، فاعتمدت في تشخيصها لحالات التوحد على المعايير التي وضعها لهذا الغرض، حيث أوضحت أن نسبة الإصابة بإعاقة التوحد في أمريكا غالباً تكون بنسبة (4-5) حالات في كل 10000 والدة حية في الأعمار الأقل من (15) سنة، وتظهر في

الذكور أكثر من الإناث وأن البنات المصابات بالتوحد يكن أشد اضطراباً ويشير تاريخهن الأسري إلى كثرة انتشار الخلل المعرفي عن الذكور. (القمش، 2011، ص26)

حيث أشارت دراسات أخرى حديثة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أنه يوجد على الأقل 360,000 فرداً مصاباً بالتوحد، ثلثهم من الأطفال أوضحت الدراسات أن التوحد يعد الإعاقة الرابعة الأكثر شيوعاً بين الإعاقات المختلفة والتي تتمثل في التخلف العقلي، الشلل المخي، ويحدث التوحد في حالة 4-5 أطفال في كل 10,000 مولود. (عسل، 2012، ص277)

اختلفت الدراسات حول معدل انتشار التوحد حيث تشير أحد الدراسات إلى أن معدل حدوث التوحد هو 4-5 لكل 10 آلاف طفل تقل أعمارهم عن 15 سنة. وتشير بارتيشيا رودير إلى أن من بين كل 10 آلاف طفل يولد 16 منهم على الأقل مصابين بالتوحد أو بأحد الاضطرابات المتعلقة به. وتؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد (1999) أن نسبة انتشار التوحد في الولايات المتحدة 0,6% ويرى كندول (2000) أن نسبة انتشار التوحد في اليابان أعلى من مثيلاتها من دول العالم حيث تتراوح بين 0,13%-0,16%، و سواء كان معدل حدوث التوحد مرتفعاً أو منخفضاً فإن الأطفال التوحديين يمثلون فئة من المجتمع و يجب تقديم الخدمات التي تكفل لهم النمو الطبيعي في حدود ما تسمح به قدراتهم. (عامر، 2008، ص31)

أما مركز الأبحاث في جامعة كامبردج أصدر تقريراً بزيادة نسبة مرض التوحد حيث أصبحت 75 حالة في كل 10,000 من عمر 5-11 سنة وتعتبر هذه نسبة كبيرة عما كان معروف سابقاً. (رياض، 2008، ص11)

ووفقاً للدراسات التي أجريت لم تظهر لحد الآن أي دراسات تدل على مدى انتشار التوحد في العالم العربي، ولكن بناءً على الدراسات التي أجريت تراوحت نسبة انتشار التوحد بجميع درجاته بين 5-15 من كل 10,000 مولود بينما تقدر ب 5 من كل 10,000 مولود لاضطراب التوحد الشديد، وهناك دلائل كثيرة على أن مدى انتشار التوحد أخذ في التزايد. (الشامي، 2004، ص19)

والجدير بالذكر أن اضطراب طيف التوحد من أكثر الاضطرابات شيوعاً و انتشاراً عربياً وعالمياً، حيث أثبتت الدراسات العلمية أن نسبة انتشار هذا الاضطراب تختلف من باحث لآخر ومن مجتمع لآخر وذلك لتباين المحكات المستخدمة في التشخيص، وبالتالي فهي في تزايد مستمر على الصعيد العالمي في الآونة الأخيرة. فمعظم الأبحاث العلمية تشير إلى أن اضطراب طيف التوحد ينتشر بين الذكور أكثر منه بين الإناث وأن إصابة هذه الأخيرة تكون أكثر صعوبة وخطراً.

بالرغم من اتفاق معظم الدراسات التي تناولت التوحد من زاوية الفروق بين الجنسين في أن معدل الإصابة لدى الذكور أعلى منها لدى الإناث إلا أن هذه الدراسات اختلفت في تحديد هذه النسبة، وقد يكون سبب هذا الاختلاف في النتائج راجعاً إلى خطأ في التشخيص ولا زالت الأبحاث والدراسات مستمرة في البحث أكثر عن هذا الاضطراب للوصول إلى نسب دقيقة.

IV. أنواع اضطراب طيف التوحد:

1-متلازمة أسبرجر:

لقد شخص الدكتور هانز أسبرجر Hans Asperger (1944) من جامعة فيينا/ قسم طب الأطفال التوحد بأنه يشمل عدة أعراض سميت بمتلازمة أسبرجر وهي قصور في مهارات التوازن، الاكتئاب، الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة، كراهية التغيير في كل شيء سواء في الأكل أو الملابس وعادة ما تكون لهم طقوس معينة في حياتهم، حب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي. ومعظم هؤلاء الأطفال لديهم نسبة ذكاء عادية أو ذا معدل عالي من الذكاء ولا يوجد لديهم تأخر في النطق، وينشغلون ويلعبون في أغلب الأوقات بشيء واحد، لديهم حساسية كبيرة من الأصوات، كما أن بعض الأطفال لديهم قدرات فائقة في بعض النواحي مثل (لديهم قدرة غير عادية على الحفظ) وهم عرضة أحياناً للسخرية والتهكم من أقرانهم لكونهم غريبين في تصرفاتهم في بعض الأحيان. (الجلبي، 2015، ص 21-22)

كما يعد اضطراب أسبرجر من الاضطرابات النمائية وهو أحد أطياف التوحد ويعتبر أكثر شيوعاً من اضطراب التوحد، وهو مشابه لاضطراب التوحد من حيث شيوعه بين الذكور أكثر من شيوعه بين الإناث بنسبة (1,4%)، ويتصف بإعاقة في التواصل والنمو الاجتماعي وباهتمامات محددة وسلوكيات نمطية متكررة بخلاف التوحد الكلاسيكي حيث لا يعاني المصاب بمتلازمة أسبرجر من تأخر في اللغة أو النمو الإدراكي. (سهيل، 2015، ص 40)

2-متلازمة ريت:

يظهر اضطراب ريت عبر التواصل بين المجموعة من الخصائص الجسدية والسلوكية والمستويات المتصاعدة لأمونيا الدم أو مرض الدم، لقد كانت هذه الملامح توجد عند الإناث فقط بالمشاركة مع أمونيا الدم فمنذ ذلك الوقت كانت تظهر على أنها شاذة ولكن الوصف الجسدي والسلوكي الذي وضعه كل من ريت وهامبرغ هو اضطراب مختلف وفريد. (الزريقات، 2004، ص 68)

تم وصف هذا الاضطراب لأول مرة من قبل العالم أندرياس ريت (Rett) سنة 1966 وهو اضطراب عصبي تصاعدي (الشمري، 2007، ص 7)، يكون النمو في البداية طبيعياً من حيث الجوانب الحركية ومحيط الرأس، ويظهر بعد ذلك بطئ في نمو الرأس بين (5-48 شهراً) وفقدان للقدرات مثل استخدام اليدين بطريقة صحيحة، وفقدان للترابط الاجتماعي، وعدم السيطرة على حركات مثل المشي الصحيح وفقدان في الجانب اللغوي سواء الاستيعابي أو التعبيري ويظهر لدى الإناث وعادة يكون بسبب الجينات ويصاحبه مشكلات عصبية وإعاقة عقلية شديدة، وتدهور في الحالة بتقدم العمر. (القمش، 2010، ص 253-254)

يصيب اضطراب ريت الإناث فقط، قد تشخص المصابات باضطراب ريت في السنوات الأولى على أنهم حالات توحد، ويرجع الالتباس بين هذين الاضطرابين إلى العجز الاجتماعي والحركات الشعائرية التي تظهر على المصابات باضطراب ريت بالإضافة إلى الصعوبات الأخرى المشابهة لما نشاهده لدى التوحديين. ولا تظهر الأعراض الفسيولوجية الأخرى التي تسمح بتشخيص اضطراب ريت تشخيصاً دقيقاً إلا في السنوات اللاحقة من النمو (غير أن الاكتشاف الحديث للعلامات الجينية لاضطراب ريت جعلت تشخيصه المبكر أمراً ممكناً). كما أن التطور الطويل المدى للمصابات بهذا الاضطراب سيء جداً، حيث تعاني معظم المصابات من تدهور مستمر في القدرات الحركية والقدرة على التنقل، ويتبع ذلك انخفاض في معدل العمر بالإضافة إلى تدهور في القدرات العقلية. (شريممان، 2010، ص70)

3-اضطراب التفكك الطفولي:

يعتبر ثيودور هيلر Theodor Heller أول من أشار إلى هذا الاضطراب عام 1908، وهو أخصائي تربية خاصة يعمل في فيينا لذلك يسمى هذا الاضطراب باسمه أحياناً (متلازمة ثيودور). (سعادة، 2018، ص 17)

يعد هذا الاضطراب من أندر الحالات، فهو يحدث لمولود واحد من 100,000 مولود وهو يشبه اضطراب أسبرجر والتوحد من حيث أنه يصيب الذكور أكثر مما يصيب الإناث. (الشامي، 2004، ص71)، وينمو الطفل المصاب بهذا الاضطراب بشكل طبيعي إلى أن يصل إلى (3-5 سنوات) أو حتى (10 سنوات) من عمره، بعدها يبدأ بالتدهور بشكل ملحوظ حيث يفقد العديد من المهارات التي سبق أن اكتسبها وخلال فترة قصيرة يتحول الطفل من طبيعي إلى طفل لا يتكلم، ولا يهتم بأي تفاعل عاطفي من حوله وعندما تحدث الانتكاسة يظهر على الطفل جانبان أساسيان من ثلوث التوحد. (المصدر، 2015، ص15)

ويلاحظ أن التشابه بين أعراض اضطراب التوحد وأعراض اضطراب الطفولة التفككي من الكبر بحيث يكاد التشخيص الفارقي بينهما يقوم بشكل أساسي على دقة تحديد بداية ظهور الاضطراب، فإذا كانت بداية ظهور الأعراض المشتركة مبكراً قبل العامين من عمر الطفل كان التشخيص المرجح هو التوحد، أما إذا كانت البداية بعد ذلك فيكون التشخيص هو اضطراب الطفولة التفككي. (بدر، 2004، ص51)

تشير البحوث إلى أن أسباب اضطراب الطفولة التفككي لها أصول عصبية فالفاعلية الدماغية كما تم قياسها من قبل تخطيط الدماغ الكهربائي تبدو غير طبيعية في نصف حالات هذا الاضطراب تقريباً ونسبة حدوث النوبات المرضية هي 10% من هذه الحالات ويمكن أن ترتفع حتى إلى ربع الحالات في أعمار المراهقة وفي الوقت الحاضر لم يتم تحديد أي سبب لاضطراب الطفولة التفككي وكما هو الحال مع الاضطرابات النمائية العامة الأخرى فإن معالجة هذا الاضطراب تتضمن التدخلات السلوكية لتعليم الأشخاص

المصابين المهارات التي فقدوها وكذلك استخدام الأدوية والمعالجات السلوكية لمساعدتهم على التغلب على مشكلاتهم السلوكية. (أبوزيد، 2011، ص 87)

4-متلازمة تيرنر (الكروموزوم الهش):

هو اضطراب تفقد فيه الأنثى جزء من كروموزوم (X) الزوجي، بالإضافة إلى وجود جوانب طبيعية مميزة لهذا الاضطراب، فإن أعراض تيرنر ترتبط بوجود مهارات لفظية متوسطة ونمط من اضطرابات التعلم غير اللفظية وإعاقات اختيارية في التوجهات المكانية البصرية وفي مجالات الذاكرة مع انخفاض واضح في التحصيل في مادة الحساب وخاصة في القدرة العددية والحساب العقلي والهندسة والمنطق.

هناك البعض من الأطفال والمراهقين ذوي أعراض تيرنر يتشابهون مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وضعف مرتبط باستخدام المعلومات المكانية البصرية غير اللفظية، وقد حددت نتائج الدراسات النوعية لاضطرابات التعلم مجموعة من الأطفال ذوي نقص في المهارات غير لفظية مثل التوجهات المكانية البصرية أو في الوظائف الحركية البصرية، وقد وجد أن الأطفال ذوي النقائص في المهارات البصرية يعملون أخطاء غير لفظية أكثر في الحساب مثل سوء قراءة الإشارات الحسابية، أو جمع الأرقام في صفوف، وانتشار اضطرابات التعلم غير اللفظية عند ذوي اضطراب التوحد تقدر ب 5 % إلى 10% (حوكي، 2019، ص 156-155)

يصاب الأطفال المصابين بالتوحد بمتلازمة الكروموزوم الهش بنسبة أعلى من الأطفال الآخرين، وتعرف متلازمة الكروموزوم الهش على أنها حالة وراثية يصحبها إعاقة عقلية واضطرابات سلوكية. ويعاني من هذه المتلازمة 2,7% من إجمالي المصابين بالتوحد، ولا تزال العلاقة بين التوحد ومتلازمة الكروموزوم الهش مجهولة. (اسماعيل، 2011، ص 22)

5-الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة:

ويعرف الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد أيضا باسم التوحد غير النمطي و من أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً ويتم تشخيص هذا الاضطراب عند ملامح التوحد التقليدي في الفرد وليس جميع معايير التشخيص، وبمعنى آخر وإن كان غير دقيق يكون الفرد توحدياً ولكن ليس لدرجة كافية من لتشخيص حالته بالتوحد، وتمتاز الأعراض في هذا الاضطراب بأنها أقل شدة من التوحد والاضطرابات النمائية الأخرى. (الجلامدة، 2016، ص 39-40)

يتعين استخدام هذا النوع حينما توجد إعاقة معمة حادة في نمو التفاعل الاجتماعي التبادلي أو المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية أو عندما يوجد السلوك والاهتمام والنشاطات النمطية، ولكنه في الوقت نفسه لا تتطابق المعايير مع اضطراب نمو معمم نوعي ولا مع معايير الفصام أو معايير اضطراب الشخصية

التجنبيه. فمثلاً أن هذا النوع يتضمن الاضطراب التوحدي غير النموذجي فالأعراض في هذا النوع لا تتوافق مع معايير اضطراب التوحد ذلك لأنها ظهرت في سن متأخر. (المقابلة، 2016، ص21)

اقترحت ماري كولمان ثلاثة تصنيفات للتوحد هي:

-المتلازمة التوحدية الكلاسيكية: ويحدث تحسن لها ما بين سن الخامسة والسابعة. (مصطفى، 2011، ص31)

-متلازمة الطفولة الفصامية: بأعراض توحد وتكون مثل الأولى إلا أنه يحدث تأخر لمدة شهر. (مصطفى، نفس المرجع السابق، ص31)

-المتلازمة التوحدية المعوقة عصبياً: ويظهر لدى المصابين بها مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيضاً، ومتلازمات فيروسية مثل الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي. (مصطفى، نفس المرجع السابق، ص31)

واقترح كل من سيفن وماتسون وكو وفي وسيفن

(Sevin, Matson, Coe, Fee et Sevin, 1991) تصنيفاً من أربع مجموعات كما يلي:

1-المجموعة الشاذة **Atypical Group**: يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء. (مصطفى، نفس المرجع السابق، ص32)

2-المجموعة التوحدية البسيطة **Mildly Autistic Group**: يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث لتكون روتينية كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضاً تخلفاً عقلياً بسيطاً والتزاماً باللغة الوظيفية. (مصطفى، نفس المرجع السابق، ص32)

3-المجموعة التوحدية المتوسطة **Moderately Autistic Group**: ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية (مثل التأرجح والتلويح باليد) لغة وظيفية محدودة وتخلف عقلي. (مصطفى، نفس المرجع السابق، ص32)

4-المجموعة التوحدية الشديدة **Severely Autistic Group**: أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعياً، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ. (مصطفى، نفس المرجع السابق، ص32)

وتوجد أنماط أخرى للتوحد:

1-التوحد عالي الأداء (HFA) High-Functioning Autism.

2-متدني الأداء (LFA) Low- Functioning Autism.

3-التوحد البسيط Mild Autism.

4-التوحد المعتدل Moderate Autism.

5-التوحد الشديد Severe Autism.

6-توحد كانر Autism Kanner.

7-التوحد الكلاسيكي Classic Autism.

8-توحد أسبرجر Asperger Autism. (سهيل، 2015، ص46)

نستنتج مما سبق أن اضطراب طيف التوحد متشعب و متعدد بمعنى أن أعراضه و صفاته تظهر على شكل أنواع كثيرة متداخلة تتفاوت بين الخفيف و الحاد ، فقد نجد طفلان مصابان بالتوحد إلا أنهما مختلفان تماما في السلوك و لذلك يتفق أغلبية المختصين على عدم وجود نوع واحد لاضطراب طيف التوحد و نجد من بينها متلازمة أسبرجر، ريت، اضطراب التفكك الطفولي، متلازمة تيرنر والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة.

٧. خصائص اضطراب طيف التوحد :

في مرحلة الطفولة المبكرة يكون التوحد في أوج شدته و تظهر بعض أو جميع السمات التالية على الأطفال التوحديين :

1. يشير الطفل إلى لعبة أو الأشياء التي يحبها كنوع من المشاركة أو التفاعل الاجتماعي.
2. لا يستجيب الطفل عند مناداته باسمه و يبدو كأنه أصم، و لكنه قد يستجيب للصوات أخرى تصدر في البيئة المحيطة به كصوت لعبة.
3. لا يركز الطفل بصره على والديه كما يفعل باقي الأطفال الأسوياء بل يتفادى الكثير منهم التواصل البصري مع الآخرين.
4. لا يصدر الطفل أصوات المناغاة كغيره من الأطفال.
5. لا يلعب الطفل بلعبه ولا مع الآخرين بطريقة طبيعية كما أنه يفتقد القدرة على التخيل أو اللعب التمثيلي.
6. يعاني ضعفاً في مهارات التقليد.

7. يقل اهتمامه بالأشخاص المحيطين به أو أنه يغفل وجودهم ويبدو أنه يعيش في عالمه الخاص.
8. لا يشارك في الألعاب البسيطة التي يحبها غيره من الأطفال.
9. لا يرفع ذراعيه إلى الأعلى لكي يحمله أحد والديه.
10. يصعب جعل الطفل يوجه بصره إلى الآخرين ويتابعهم بنظراته.
11. تأخر أو فقدان التطور اللغوي.
12. صعوبة فهم انفعالات و عواطف الآخرين ولا يرد على ابتسامة الغير بمثلها.
13. يواجه بعض الأطفال التوحدين صعوبات في النوم.
14. يظهر لدى الكثير منهم نوبات غضب شديدة.
15. الاستجابات الحسية غير طبيعية لدى الكثيرين منهم فقد تكون حاستهم للألم أو للحرارة ضعيفة أو قد يبدو البعض وكأنهم صم أو يكون للبعض اهتمامات بصرية غريبة.
16. يظهر لدى الكثير منهم حركات نمطية متكررة مثل رفرفة اليدين أو الدوران حول أنفسهم و ما إلى ذلك.
17. تتطور المهارات الاجتماعية و اللغوية لدى فئة قليلة من الأطفال المصابين بالتوحد ثم تتعرض لفقدان مفاجئ للغة أو فقدان المهارات الاجتماعية عند بلوغ عمر السنة و نصف تقريبا. (سليمان، 2010، ص35-36)

ونورد فيما يلي خصائص ذوي اضطراب التوحد بالتفاصيل :

1-الخصائص العقلية والمعرفية:

يظهر الأفراد التوحديون عيوباً في العمليات الإدراكية فهم يقومون باستجابات شاذة للإثارة الحسية. وتقول نظرية التماسك المركزي بأن الأفراد التوحدين لديهم عيوب في دمج المعلومات و معالجتها على المستوى الأعلى من المعلومات. وأن التوجيه الإدراكي لهم يكون باتجاه الجزء أكثر من الكل. أما فرضية العيب الهرمي فتري أن التوحدين يظهرون اهتماماً بالتفاصيل الدقيقة. ويمتازون بعيوب في المعالجات أو العمليات العامة المعقدة والتي تتطلب معلومات ذات مستوى عالي و يذكر مصطفى (2000) أن حوالي 4 بالمائة الذين يعانون من التوحد نسب ذكائهم أدنى من 50_55 (تخلف عقلي متوسط شديد أو شديد جداً 30 بالمائة من نسبة ذكائهم من 50-70 تخلف عقلي بسيط 30 بالمائة نسبة ذكائهم 70 أو أكثر). وتظهر الدراسات الإكلينيكية أن الخطرة بالنسبة لاضطراب التوحد يزداد بتناقص نسب الذكاء حوالي 1/5 الأطفال التوحدين لديهم ذكاء غير لفظي عادي إذا تميل درجات أو معاملات الذكاء لدى الأطفال التوحدين إلى أن تعكس مشكلات في مهارات التسلسل اللفظي أكثر من المهارات البصرية المكانية أو مهارات الاستظهار من الذاكرة.

و ينقل قنديل (2000) عن "روتز" أن عدداً من الدراسات تجمع على أن الكثير من الأطفال التوحديين لديهم قصور معرفي يصعب تفسيره في ضوء ما أطلق عليه "كاتز" سلوك العزلة الاجتماعية باعتبارها السبب لجعل التوحديين معاقين عقلياً، حيث يرى روتز أن نسب ذكاء الأطفال التوحديين تعد ثابتة بشكل مناسب ويذكر روتز أن هناك تفسرين محتملين للأداء المنخفض على اختبارات الذكاء بالنسبة لهؤلاء الأطفال الأول أن الطفل التوحدي ربما يعرف الإجابة ولكنه يتعمد تجنب إعطائها، و الثاني أداء الطفل محكوم بطبيعة موقف الاختبار. (الزغبى، 2015، ص40-41)

2-الخصائص الحسية:

إن من أهم الحواس التي يتعلم بها الطفل التوحدي هي حاسة البصر وقد يؤثر عليها مؤشرات بسيطة جداً مثل انزعاجه من الضوء ويستجيب لها بشكل مبالغ فيه العادي، وأن المعلومات التي يجمعها الطفل عن الأشياء من حوله عن طريق الحواس إذا كانت مشوشة أو مغلوبة لا يستطيع الطفل عندها تكوين صورة صحيحة أو مكتملة عن المثيرات من حوله وقد يكون هذا ناتج عن مشاكل في طبيعة وصول الإشارات الحسية إلى الحالتين معاً الدماغ أو في عملية تمثيل هذه الإشارات أو في. وهذا ما يجعل الدماغ غير قادر على موازنة بين الحواس بشكل معقول و مثال ذلك الشعور البرد العادي إذا أن الطفل لا يكاد به، أما بعض أطفال التوحد قد يصيبه ما يشبه الهيستيريا دون أن يعرف المحيطون به أن سبب كل هذا الألم هو البرد العادي، و كذلك فإن الطفل التوحدي قد يضرب راسه في الحائط أو يكسروا يده دون أي صراخ، وبالمقابل فإن لمسة بسيطة تجعله يصرخ بشدة. (عبد الجواد، 2015، ص21)

حواس الطفل التوحدي سليمة، لديه مشكلة في تفسير الإحساسات حيث الكثير من هذه الإحساسات يفسرها بشكل خاطئ، صعوبات في توحيد المعلومات الواردة من الحواس المختلفة، لديه حساسية سمعية لبعض الأصوات (مكنسة كهربائية، خلاط)، قد يسمع أصواتاً حقيقية موجودة في محيطه لا يسمعا الآخرون، قد يخاف من رؤية بعض الألوان، قد يرى أشياء حقيقية لا يراها الآخرون، قد يبتعد عند محاولة لمسه أو حضنه أو وضع اليد على كتفه، الإحساس بالألم عند البعض بطريقة شاذة إما عدم الإحساس أو إحساس مبالغ به كما تم ملاحظة أن التوحديين لديهم أشكال غير متساوية من حيث تطوير المهارات. يظهر البعض قدرات فائقة في مجالات معينة مثل الموسيقى و الميكانيك و الرياضيات بينما تشهد المجالات الأخرى تأخراً كبيراً. (عبد الله، 2013، ص42)

3- الخصائص التواصلية:

يلاحظ عند الطفل ذوي اضطراب التوحد قصور في التواصل سواء كان تواصل لغوي أو تواصل بصري أو تواصل سمعي.

تمثل مشكلات اللغة لدى ذوي اضطراب التوحد في التأخر في الكلام ونقص نمو اللغة و إذا كان يوجد لغة فيكون استخدامها بشكل مفرط للحساسية و التردد لما يقولها الآخرين و تكون على وتيرة واحدة و دون تنغيم والفضل في بدء المحادثة مع أي أحد.

أما التواصل البصري فيلاحظ أن الطفل ذوي اضطراب التوحد يعاني من ضعف في التواصل البصري حيث صعوبة في التقاء العين بالعين و صعوبة في تتبع شيء متحرك و صعوبة في لفت الانتباه لانتباه البصر إلي شيء من حوله، وإذا كان يوجد تواصل بصري فيكون لثواني معدودة بسيطة و أحيانا بلفت انتباهه شيء و أحيانا لا تلتفت نظره له.

أما التواصل السمعي فيلاحظ أن الطفل ذوي اضطراب التوحد يجد صعوبة في التواصل لها، وكثيراً السمعي حيث لا يستجيب لأصوات عالية و أحيانا صوت منخفض فهو يستجيب من الآباء يعتقد أن طفله أصم و يأخذه إلى طبيب سمعية لقياس السمع و من ثم يكتشف أنه لا توجد مشكلة لدى الطفل و تعتبر المشكلات المتعلقة بالتواصل من الدلائل الهامة التي تميز الأطفال التوحديين ومن أبرزها:

عدم تطور الكلام بشكل كلي و الاستعاضة عنه بالإشارة أحيانا، وهذه الصفة هي الغالبة لدى أكثر من ثلث الأفراد ذوي اضطراب التوحد.

تطور اللغة بشكل غير طبيعي و اقتصرها على بعض الكلمات النمطية مثل ترديد بعض العبارات أو أن يصدر الطفل التوحدي كألم غير معبر و لا يخدم غرض التواصل، بالإضافة إلى صدى الصوت الذي يسمعه الطفل بأوقات و أماكن غير مناسبة، وتوجد مثل هذه المشكلات لدى ربع الأطفال تقريبا.

تطور اللغة بشكل طبيعي مع حدوث مشكلات تتعلق بعدم الاستخدام المناسب للغة كالانتقال من موضوع إلى آخر و عدم القدرة على تفسير نبرات الصوت و التعبيرات الجسمية المصاحبة للغة بالإضافة للمشكلات المتعلقة بارتفاع الصوت أو انخفاضه بحيث لا يتناسب مع الموقف و كذلك المشكلات المتعلقة باللغة الاستقبالية. (محمود، 2015، ص30-31)

4-الخصائص الاجتماعية:

يعد الضعف في المجال الاجتماعي من أهم المشكلات التي تظهر على حالات اضطراب التوحد، وتتجلى مظاهر هذا الضعف في مختلف مراحل النمو فالأطفال التوحديين غالباً ما يكونون قليلي التفاعل الاجتماعي، فهم في العادة ما يوصفون بأنهم يعيشون في عالمهم الخاص بهم و يفضلون الوحدة و نادراً ما

يبحثون عن تواصل اجتماعي، حيث أن الطفل التوحدي غالباً ما ينسحب من الكثير من أشكال التفاعل والتواصل مما يؤدي إلى صعوبة في تكوين وإقامة علاقات اجتماعية، كما أنهم يبدون اهتمام أقل بتكوين صداقات مع الآخرين وتكون استجاباتهم للمثيرات الاجتماعية أقل مثل الابتسامة والنظر في العيون ويمكن تفسير مثل هذه السلوكيات في ضوء عجزه عن محاكاة سلوك الآخرين وتقليدهم، حيث أن من الواضح أن مصدر الإخفاق لدى الطفل التوحدي فيما يتعلق بالسلوك الاجتماعي هو عدم القدرة على تبادل المشاعر في المواقف الاجتماعية، أو على الأقل العجز في فهم الطبيعة التبادلية في عملية التفاعل الاجتماعي. (عواد، 2018، ص 19-20)

فالأطفال التوحديين لا يتفاعلون مع الآخرين بنفس الطريقة التي يتفاعل بها الأطفال الآخرون أو لا يتفاعلون على الإطلاق، ويبدوا أنهم يفضلون أن يعيشوا في عزلة تامة وهم يعانون من صعوبات كبيرة في فهم العواطف والتعبير عنها، ويظهرون عدداً قليلاً وغير معتاد من إشارات وعلامات الاتصال والترابط العاطفي الذي يحدث بين من يهتمون ببعضهم بعضاً، وعندما يلاحظ الاتصال فإنه ربما يكون غريباً وشاذاً و من جانب واحد وهذا السلوك يختلف تمام الاختلاف عن السلوك الاجتماعي لدى معظم الأطفال. (عامر، 2008، ص 59)

ويشير الزارع (2004) إلى عدد من الخصائص الاجتماعية لدى الطفل ذوي اضطراب التوحد ومنها:

الانسحاب من المواقف الاجتماعية والانفعالية، صعوبة في إظهار اهتمام بسيط بوجود الآخرين فقد لا ينظر الطفل أبداً في وجه أحد خاصة في السنوات الأولى من عمره فقد يشك الوالدين عند التحدث إلى الطفل أو إثارة انتباهه بأن لديه مشكلة في السمع حيث لا يتجاوب الطفل مع الصوت أو الكلام بصورة مناسبة، كذلك صعوبة في إظهار ابتسامة اجتماعية مع الأشخاص المحيطين به وقصور في القدرة على تفسير مشاعر الآخرين وخصوصاً من خلال التواصل الغير لفظي، بالإضافة إلى قصور في التخيل والتقليد ومشاركة الآخرين فالطفل هنا يفقد القدرة على اللعب التخيلي والاجتماعي حتى ولو كان مستوى النمو المعرفي واللغوي لديه مرتفعاً مما يؤدي إلى وجود نمط محدود في لعبهم. (عبد الجليل، 2018، ص 347)

5- الخصائص السلوكية:

يعتبر سلوك الطفل التوحدي محدوداً و ضيق المدى، كما أنه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات ويكون في معظم الأحيان مصدر ازعاج للآخرين ومعظم سلوكياته تكون بسيطة مثل تدوير القلم بين أصابعه، تكرار فك وربط الحذاء، ويرى هولين (1989) أنه من الممكن في الوقت الحالي أن نقدم وصفاً سلوكياً فقط لحالات التوحد. (القبالي، 2018، ص 239)

وأن الملامح الرئيسية التوحد يمكن الإشارة إليها على النحو التالي :

✚ الوحدة الشديدة و عدم الاستجابة للناس الآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم يحافظ بروتين معين.

✚ هذه الملامح تبقى طوال حياة الأفراد ولكن مع البرامج تصبح هذه الملامح أقل شدة.

و يضيف سوليفان أن الأفراد التوحديون يتميزون بمجموعة من السلوكيات تختلف من فرد لآخر من حيث الشدة:

✚ قصور في التواصل و بالنسبة للسلوك التواصلي و الاجتماعي المنحرف و المترافق مع التوحد، فإنه غالباً ما يكون ناتجاً عن اضطرابات في تصور اللغة لديهم و هذا ما يفسر ما أشار إليه هانكوك وكايسر(2002) من أن صعوبة التواصل قد تزيد من خطورة أنماط السلوك التي يظنها الأطفال التوحديين.

✚ سلوك إيذاء الذات، فقد ذكر(كين) أن الأطفال التوحديين يظهرون سلوك إيذاء الذات أو العدوان لتوصيل رسالة معينة و قد برهنت أنماط السلوك فعاليتها في تلبية احتياجاتهم فالعدوان هو سلوك يهدف إيقاع الأذى الأم بالآخرين أو إلى تخريب ممتلكات الذات أو ممتلكات الآخرين، فهو سلوك يحدث نتائج مؤذية أو تخريرية أو يتضمن السيطرة أو إيذاء الآخرين جسدياً أو لفظياً ويأخذ السلوك العدواني أشكالاً مختلفة منها العدوان الموجه نحو الآخرين، و العدوان الموجه نحو الذات، و العدوان اللفظي و الجسدي و تعد الأنماط السلوكية المتكررة و المخرجة من الأنماط السلوكية المصاحبة لاضطراب التوحد وذلك من خلال إصدار السلوك النمطي أو ما يعرف بالسلوك الطقوسي أيضاً أو التوحدي أو سلوك إثارة الذات. (الزغبى، 2015، ص43-45)

6- الخصائص الحركية :

يصل الأطفال التوحديين إلى المهارات الحركية الرئيسية مثل أقرانهم الأسوياء على الرغم من بعض التأخر البسيط، وهم يكررون نفس الحركات عدة مرات و تبدو هذه السلوكيات المتكررة في الأوقات التي تتم فيها استثارة الطفل أو عندما يكون منغمساً في بعض الخبرات الحسية و القدرات الحركية لدى التوحديين تتباين بدرجة كبيرة، فبعض الأطفال يعانون من قصور أو عجز جوهري في قدراتهم الحركية الدقيقة أو الكبيرة، و من الممكن عند البعض الآخر أن يظهروا مهارات نمائية جيدة و يمكن أن نلاحظ مجموعة من العيوب في النمو الحركي لدى الأشخاص التوحديين و تشمل هذه العيوب الإيماءات النمطية و عدم القدرة على التقليد الحركي، وقد يظهر الأطفال واحدة أو أكثر من السلوكيات التالية بشكل متباين كالتلويح بالأيدي، التأرجح، و التمايل أو التلويح و الشقلبة على الرأس بعنف و أظهرت عدة دراسات منها جازدين وآخرون (1994) و دراسة منجفينا وبرابر(1995) ودراسة كورنيس و مكنتش (1996) إلى وجود قصور كبير وجوهري في الحركات الدقيقة و الكبيرة لدى الأطفال التوحديين، و وجود قصور في السرعة حين اتسمت

حركتهم بالبطء. وأظهرت نتائج دراسة هيوز (1996) وجودة شذوذ حركي لدى الأطفال التوحديين وأن بعضهم يبدون هيئة وقوف غير طبيعية، حيث يبدو عليهم ميل جانبي، وقد يقوم بعض الأشخاص التوحديين إلى وضع وزن زائد من ثقلهم على إحدى القدمين أو على رؤوس أصابع القدم أو على كعب القدم وكما يصعب عليهم تعلم نشاطات حركية متناسقة وأن لديهم قصورا في دمج أو تكامل الإحساسات الفردية ودمجها في وحدات متماسكة، فإن لديهم قصوراً في إدراك الصورة ككل ويمكنهم معالجة الأجزاء أو التفاصيل. (حسن، 2016، ص24-25)

نستنتج مما سبق أن الطفل التوحدي يتميز بمجموعة من الخصائص الحسية والحركية و التواصلية والمعرفية بالإضافة إلى السلوكية والاجتماعية التي تؤثر عليه وتجعله غير قادر على التكيف مع المجتمع، ولا يهتم بردود الفعل العاطفية اتجاه الآخرين بما فيهم الوالدين، كما نجد لديه انعزالية شديدة و انسحاب من الواقع والميل إلى النمطية ورفض التغيير.

VI. أعراض اضطراب طيف التوحد:

1. التفاعل الاجتماعي: هناك ضعف واضح في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ويتصفون بالعزلة المفرطة والانسحاب والتجنب للمواقف الاجتماعية، عاجزين عن التواصل مع المحيطين وكأنهم في قوقعة. (القمش والمعايطة، 2006، ص298)، ففي حالة وجود الناس بالقرب منهم فقد يعاملهم هؤلاء الأطفال باعتبارهم أشياء وليسوا بشراً. فقد نجد أحد هؤلاء الأطفال يتعامل مع أي جزء من جسد الفرد وكأنه لعبة أو وسيلة، فقد يمسك يد الفرد -على سبيل المثال- ويستخدمها في تحريك مفتاح الإضاءة دون أن يتفاعل معه مطلقاً أي أنه لا توجد لديه أي رغبة أو اهتمام للارتباط بالآخرين أو الانتماء إليهم. (الشخص والسرطاوي، 2010، ص246)

2. القصور اللغوي وغياب القدرة على الاتصال اللغوي: كثيراً ما يعتقد بعض الآباء أن الطفل يعاني من الصمم وبالتالي البكم بينما تثبت الملاحظة الطويلة أن الطفل رغم أن الأصوات العالية قد لا تثير أي استجابة لديه، بينما يمكن أن يلفت انتباهه صوت غطاء زجاجة المرطبات في غرفة ثانية أو صوت ورقة الألمنيوم التي تغلف قطعة الشوكولاتة.

وعلى هذا لا يكون عدم تجاوبه نتيجة صمم ولكن نتيجة عدم قدرته على تفهم الرموز اللغوية وما هو مفروض أن تنقله إليه من معاني وبالتالي -كما هو الحال في معظم أطفال التوحد- لا يمكن أن يتقن الكلام للتعبير عن نفسه ورغباته بل يصدر أصواتاً ليست ذات معنى أو همهمة غير مفهومة وحتى بالنسبة لمن يتعلم منهم فهو كثيراً ما لا يفهم ما يقول، وإذا قال شيئاً فإنه يكون إعادة أو صدى ما يوجه إليه من كلام فإذا سألته ما سمك فإنه يردد نفس السؤال ما اسمك؟ بشكل ترددي وبنفس شدة الصوت والنغمة التي توجه بها السؤال. وفي بعض الأحيان قد يتأخر الرد على السؤال أو يبدأ الطفل بتريد العبارة أو السؤال بعد ساعات من سماعه أو حتى بعد مرور يوم أو أكثر وكثيراً ما نلاحظ

أن الطفل يردد جملة أو كلمة أو لحناً موسيقياً في غياب التواصل غير اللفظي تعبيراً أو فهماً. (محمد والسيد، 2019، ص16-17)

3. نشاطه واهتمامه وألعابه متكررة ومحدودة: هناك نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري. فلا يوجد فيها تجديد مثل أن يلعب بالسيارات فقط أو المكعبات أو طريقة لعبه لا تتماشى مع اللعبة التي يلعب بها مثل أن يركب السيارات بطريقة معينة بدل أن يتخيل أنها تسير في الطريق أيضاً يحب الروتين، ولا يحب التغيير في ملابسه أو أنواع أكله أو طريقة تنظيم غرفته. التعلق بالأشياء مثل مخدة معينة ويحملها معه دوماً، وقد يكون عنده أيضاً حركات متكررة لليد والأصابع. (جميل، 2011، ص158)

يقتصر استعمال الموضوعات والأشياء غير الحية عند الأطفال التوحديين الأكبر سناً على النقر أو الضغط عليها، وهناك نزعة لتنظيم الأشياء وترتيبها بشكل ثابت ويبدو الطفل وكأنه يحاول أن يبقى على الأشياء نفسها لتكون متشابهة مع بيئته. (عبد الله، 2001، ص24)

4. خلل في الحواس: فأحياناً لدى هؤلاء الأطفال حساسية عالية جداً للمس أو المسك، وفي بعض الأحيان لا يهتمون لذلك ويضطربون من بعض الأصوات المنبعثة من الأجهزة الكهربائية كالمكنسة والخلاطات والمصاعد وما شابه ذلك وكذلك الحال بالنسبة للشم، التدوق والبعض منهم يألف أصنافاً محددة من الطعام لا يحيد عنها. (القمش و المعايطة، 2006، ص298)، زيادة على ذلك نجد لدى بعض المصابين بالتوحد سلوكيات سمعية نمطية مثل النقر أو الضرب على الأذنين وطققة الأصابع أو إخراج أو إحداث أصوات معينة. (الطبيبي وناظم، 2005، ص17)

5. السلوكيات النمطية: تتمثل السلوكيات النمطية بعدم ظهور أية رغبة للطفل التوحدي في السنوات المبكرة من عمره في التعرف على الأشياء والأشخاص المحيطين به في بيئته، حيث يتناول اللعب والأشياء التي تقع في متناول يده بشكل عشوائي محدود في نوعيته وتكراره بدون هدف وبشكل نمطي وغير مقصود، وإذا حدث وشوهد مندمجاً في لعب فهو جامد، متكرر، متشابه، وهو يفضل الارتباط بالجوامد أكثر من البشر، وفي معظم الحالات يقوم الطفل بتكرار حركات نمطية مثل هز الرأس، وثني الجذع والرأس للأمام والخلف لمدة زمنية طويلة ودون تعب خاصة عندما يترك الطفل وحده دون انشغاله بنشاط معين، ولذا فالطفل التوحدي يقاوم التغيير مثل تغير نظام الملابس وأثاث الغرفة والحياة اليومية ويثور الطفل ويصل لحالة من الغضب قد تصل درجتها إلى إيذاء ذاته. (كامل، 2012، ص149)

6. البرود العاطفي الشديد: حيث يفتقد الطفل الاستجابة لمشاعر العطف والانتماء التي يمكن أن يتلقاها من الآخرين لدرجة أن الأهل يعتقدون أن الطفل يعزف عن صحبة الآخرين ولا يهتم بأن

يكون وحيداً. (مختار، 2018، ص33-34). وكثيراً ما يشكو أبواه من عدم مداعبته بل وربما لا يجدان منه اهتماماً بحضورهما أو غيابهما عنه، وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما وقد تمضي ساعات طويلة وهو في وحدته لا يهتم بالخروج من عزلته أو تواجد الآخرين معه. ومن النادر أن يبدي عاطفة نحو الآخرين بل تنقصه في كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية. (سليمان، 2000، ص56-57)

انطلاقاً مما سبق ذكره من أعراض طيف التوحد نجد أن الطفل المصاب بالتوحد لا يعاني من نفس الأعراض تماماً مثل طفل آخر مصاب بنفس الاضطراب، يمكن أن تختلف عدد وشدة الأعراض والتي تتمثل في: عجز في التواصل اللفظي وغير اللفظي، صعوبة في التواصل الاجتماعي، وأكثر ما يتسم به الطفل التوحيدي الارتباط الشديد بأشياء معينة كتعلقه بلعبة معينة مثلاً، القيام بحركات نمطية غريبة كرفرة اليدين وهزهة الجسم، وقد يكون الطفل أكثر أو أقل نشاطاً من المعتاد، نوبات الغضب وإيذاء الذات، ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية، البرود الانفعالي، انخفاض مستوى الوظائف العقلية.

VII. تشخيص اضطراب طيف التوحد:

يعد تشخيص التوحد من الأمور الصعبة التي يواجهها المختصون لأن تشخيص الطفل التوحيدي يعتمد بشكل كبير على السلوكيات التي تظهر عليهم، لأنه لا توجد علامات جسدية أو دلالات بيولوجية تشير إلى إصابة الطفل بالتوحد لذلك من المهم أن يكون هناك دقة في تقييم وتشخيص الطفل على أنه مصاب بالتوحد.

1-أشار الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM4) إلى أن أعراض التوحد تشمل على ظهور (1) أعراض أو أكثر من المجموعات (1،2،3) التالية واثنين من أعراض المجموعة (1) وعرض واحد لكل من المجموعتين (2،3).

- وتضم المجموعة (1): إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي: ويعبر عن ذاته بواسطة اثنين على الأقل من الأعراض التالية:

1-قصور واستعمال قليل للسلوكيات غير اللفظية مثل تلاقي العين بالعين وتعبيرات الوجه مثل (الابتسامة، العبوس) أو حركات في المواقف الاجتماعية والاتصال مع الآخرين.

2-قصور في بناء علاقات صداقة مع الأقران تناسب مع العمر ومرحلة النمو كما يفعل الاطفال الآخرين.

3-غياب المشاركة الوجدانية والانفعالية أو التعبير عن المشاعر.

4-قصور القدرة على مشاركة الآخرين في الاهتمامات والهوايات والتمتع والتحصيل أو إنجاز أعمال مشتركة معهم.

- وتضم المجموعة (2): قصور كفي في القدرات على التواصل: ويكشفها واحد على الأقل من الأعراض التالية:

1-تأخر أو غياب تام في نمو القدرة على التواصل بالكلام (اللغة المنطوقة).

2-لغة غير مألوفة تشتمل على التكرار والنمطية.

3-بالنسبة للأطفال الذين يتكلمون لديهم قصور في الحديث والمبادرة فيه وموصلة.

4-غياب وضعف القدرة على المشاركة في اللعب أو تقليد الآخرين الذين يتناسب مع العمر ومرحلة النمو.

- تضم المجموعة (3): قصور نشاط الطفل على سلوكيات نمطية وتكرارية: كما هي ظاهرة على الأقل في واحدة من التالية:

1-استغراق وانشغال بأنشطة واهتمامات نمطية شاذة من حيث شدتها وطبيعتها.

2-حركات نمطية تكرارية غير هادفة مثل (فرقة الأصابع، وضرب الرأس، وتحريك الجذع للأمام والخلف).

3-انشغال طويل المدى بأجزاء من الأدوات والأشياء مثل يد لعبة، سلسلة مفاتيح.

4-جهود وعدم مرونة في الالتزام بسلوكيات وأنشطة روتينية لا جدوى منها. (القبائلي، 2001، ص 257)

2-تتمثل معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد حسب الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس (DSM5) فيما يلي:

A- عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال ما يلي:

1-عجز عن التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح على سبيل المثال من الأسلوب الاجتماعي الغريب مع فشل الأخذ والرد في المحادثة إلى تدن في المشاركة بالاهتمامات، والعواطف أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

2-العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات، إلى انعدام تام للتعبير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3-العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح مثلاً من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

تحديد الشدة الحالية:

- تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة(انظر للقائمة الثانية).
- B- أنماط متكررة محددة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة):
- 1-نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام (مثلاً، أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب أو تقليب الأشياء، والصدى اللفظي، وخصوصية العبارات).
- 2-الإصرار على التشابه، والالتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي (مثلاً، الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة، والصعوبات عند التغيير، وأنماط التفكير الجامدة وطقوس التحية، والحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).
- 3- اهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز (مثلاً، التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة مفرطة المواظبة).
- 4- فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة (مثلاً، عدم الاكتراث الواضح للألم/درجة الحرارة، والاستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الانهيار البصري بالأضواء أو الحركة).

تحديد الشدة الحالية:

- تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة.
- C-تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقاً في الحياة).
- D-تسبب الأعراض تدنياً سريرياً هاماً في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني الحالي، أو في غيرها من المناحي المهمة.

E-لا تُفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل. إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معاً في كثير من الأحيان، ولوضع التشخيص

المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

ملاحظة: الأفراد الذين لديهم تشخيصات ثابتة حسب الدليل الرابع لاضطراب التوحد، واضطراب أسبرجر، أو اضطراب النمو الشامل غير المحدد في مكان آخر، ينبغي منحهم تشخيص اضطراب طيف التوحد. الأفراد الذين لديهم عجز واضح في التواصل الاجتماعي، ولكن أعراضهم لا تلي المعايير لاضطراب طيف التوحد، ينبغي تقييمهم لاضطراب التواصل الاجتماعي (العملي). (الحمادي، 2014، ص 28-29)

3-محكات التشخيص الواردة في التصنيف الدولي للأمراض في طبعته الحادية عشر ICD 11 (2017):

لقد أجريت تغييرات جذرية في آخر طبعة للتصنيف ICD -11 نذكرها فيما يلي:

1. العجز الدائم والمستمر في البدء والحفاظ على التفاعل والتواصل الاجتماعي المتبادل.
2. مجموعة من الاهتمامات والسلوكيات المحددة والمتكررة والنمطية.
3. يظهر اضطراب طيف التوحد في مراحل الطفولة المبكرة لكن الأعراض قد لا تظهر كلها بشكل كامل مجتمعة، وقد تظهر كلها في وقت لاحق.
4. كما أكد على أن العجز في السلوكيات المحددة سابقا تؤدي به إلى انخفاض وحتى تدهور أداء الفرد على المستوى الشخصي والعائلي والتعليمي والمهني، كما أن درجة الانخفاض والتأثر بحسب الظروف الاجتماعية والثقافية.
5. في التصنيف الجديد أصبح اضطراب فرط النشاط وطيف التوحد يظهران في نفس الوقت.
6. تم عزل متلازمة أسبرجر واضطرابات النمو الغير مصنف في فئة واحدة وتخلى عنها في التصنيف الجديد. (سعودي وعبد السلام، 2022، ص 325-326)

6-معايير تشخيص طيف التوحد وفق CFTMEA في سنة 1933:

صر التصنيف CFTMEA على الإبقاء على المصطلح "الذهان" بدلاً من مصطلح اضطراب طيف التوحد، كما اعتمد في تشخيصه للتوحد في مرحلة الطفولة المبكرة على نوع توحد كانر الذي يمكن تحديد أهم معاييره في النقاط التالية:

1. يبدأ ظهوره في السنة الأولى وتكتمل صورته قبل 3 سنوات.
2. كما تم تصنيف الذهان (طيف التوحد) إلى مجموعة من الاضطرابات المميزة ب:

- انسحاب التوحد.
- المقاومة للتغيير.
- النمطية.
- غياب اللغة أو اضطراب في اللغة أو استعمال لغة خاصة.
- عدم التناسق في النمو النفسي المعرفي. (سعودي وعبد السلام، نفس المرجع السابق، ص 326-327)

7-محك التشخيص CFTMEA في آخر طبعة سنة 2012:

في آخر إصدار للتصنيف CFTMEA والمراجع، تم إدراج طيف التوحد ضمن اضطرابات النمو الشاملة TED كما قاموا بتصنيفه إلى عدة فئات مختلفة هي:

1. توحد طفولي مبكر.
2. توحد أو TED يصاحبه تخلف ذهني مبكر.
3. متلازمة أسبرجر.
4. Dysharmonies psychotique (ذهانات ذات تجليات عوزية).
5. اضطراب التفككي الطفولي.
6. TED & TED –NS. (سعودي وعبد السلام، نفس المرجع السابق، ص 327)

• صعوبات تشخيص التوحد:

1. عدم وجود أدوات أو اختبارات مقننة للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات.
2. ندرة انتشار حالات التوحد التي يكشف الفحص الدقيق عنها.
3. حداثة البحوث التي تجري على هذه الفئة حيث تعتبر البحوث التي اهتمت بدراسة التوحد حديثة نسبياً بالمقارنة بغيرها من الإعاقات الأخرى. (القمش، 2011، ص104)
4. قد يحدث خلط بين التوحد واضطرابات أخرى عند عملية التشخيص وذلك لتشابه الأعراض من بينها:

- الصمم الاختياري: من مظاهره أن يرفض الطفل في مواقف معينة.
- اضطرابات التعلق العاطفي: حيث لا يتمكن الطفل من خلالها تطوير علاقات عاطفية ثابتة مع الأبوين حيث تحدث هذه الحالة نتيجة حرمانه العاطفي الأسري.
- اضطراب اللغة النمائية: حيث يتأثر النمو اللغوي عند الطفل ويتأخر النمو الاجتماعي طبيعياً بدرجة نسبية.
- الإعاقة العقلية: حيث أن هناك أنواع مختلفة من مظاهر الإعاقة العقلية تتشابه في بعض مظاهرها مع مظاهر التوحد. (بوعايدة وبابش، د س ن، ص 44)
- 5. عزل وتحديد التوحد كعرض مستقل كان ولا يزال أمراً يتسم بالكثير من الصعوبة والتعقيد.
- 6. أن سلوكيات التوحد تتغير مع تقدم الطفل في العمر، وسلوكيات الأفراد المصابين بالتوحد تختلف من موقف إلى آخر باختلاف المحيطين بهم.
- 7. التشخيص الفارق للاضطرابات النمائية يكون صعباً في حالة الأطفال الصغار جداً، وكلما صغر سن الطفل كلما ازداد التدخل بين التخلف العقلي واضطراب النمو اللغوي، والاضطرابات النمائية المتداخلة والذي يطلق عليه أحيانا اضطرابات سلسلة أو مجموعة التوحد.
- 8. عدم اكتمال الأنماط السلوكية للطفل قبل عامه الثاني، ومن ثم صعوبات التشخيص.
- 9. قد تكون مظاهر النمو طبيعية، ثم يحدث فجأة سلوك التوحد، وفقدان المهارات وخاصة عندما يتجاوز الطفل العامين من العمر.
- 10. قد يواجه الطبيب صعوبة في تحديد اضطراب التوحد، ومن ثم يكون تقييم الإصابة على أنها من مشكلات النمو البسيطة أو الطارئة.
- 11. التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي والعاطفي، وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب والتعلم أو باختصار تصيب عمليات تطويع الشخصية في الصميم، فتتعدى أو تستحيل عمليات التعامل مع الطفل لتشخيص حالته والقياس والتقييم وغيرها.
- 12. حدوث تغيير في شدة بعض الأعراض واختفاء البعض الآخر مع تقدم الطفل في العمر.
- 13. عدم التحديد الدقيق للعوامل المسببة لاضطراب التوحد. (باظة، 2002، ص 32)

نستنتج مما سبق أن عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد جد معقدة و صعبة و هذا راجع إلى طبيعة هذا الاضطراب، الأمر الذي جعل الأخصائيين النفسانيين يواجهون العديد من الصعوبات في تشخيصه ومن أجل التغلب على هذه الصعوبات و الوصول إلى تشخيص أدق اعتمدوا على مجموعة من المحكات والمعايير العالمية و الأساسية في تشخيص اضطراب طيف التوحد نذكر من بينها: DSm4 , DSm5,ICD 11 , CFTMEA.

VIII. الأسباب المفسرة لاضطراب طيف التوحد:

يتفق كثير من الباحثين على أن العوامل المسببة لاضطراب التوحد لم يتم التعرف عليها بشكل كامل أو حتى القطع بواحد منها: هل هي وراثية جينية أو بيئية اجتماعية أو بيوكيميائية أم هي نتيجة لعوامل مسببة أخرى لا يزال العلم يجهد لها.

وسوف نحاول أن نلقى الضوء على بعض أسباب التوحد ومنها:

1-1 الأسباب الجينية (الوراثية):

وقد أشارت نتائج البحوث المستفيضة التي أجريت للكشف عن العوامل المسببة للتوحد إلى أن أهم تلك العوامل هي الجذور الجينية الوراثية.

تبدأ حياة الجنين باتحاد الخلية الذكرية والأنثوية، ونتيجة لهذا تتكون خلية مخصبة يطلق عليها الزيجوت وهذه الخلية تمثل أولى مراحل تكوين الجنين، ويحوي الجسم البشري على ما يقرب من 100 تريليون من الخلايا معظمها يقل عرضه من عشر من المليمتر.

ونصف هذه الكروموسومات مأخوذ عن الأب والنصف الآخر مأخوذ عن الأم وتوجد منظمة في ثلاثة وعشرين زوجاً كل زوج منها له نفس الشكل ونفس الوظيفة تؤخذ واحدة في كل زوج من أحد الوالدين، وبهذا يشترك الأبوان مناصفة في نقل الصفات الوراثية.

ولكل كروموسوم نظير له يمثلان معا زوجاً، أما الزوج الثالث والعشرون فإنه يخص بتحديد النوع فيكون عند الأنثى XX وعند الذكور XY. وتتوقف العوامل الوراثية على هذه الكروموسومات لأنها تنقل العوامل الوراثية عن طريق ما يسمى بالجينات "المورثات" وهي عبارة عن أكياس كيماوية في منتهى الدقة تنتظم على الكروموسومات. (مصطفى، 2011، ص38)

كما أثبتت بعض الدراسات الحديثة ليدا (Lida,1993) أن هناك ارتباطاً بين التوحيدين خلل الكروموسومات، وأوضحت هذه الدراسة أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية وهذا مع تواجد هذا الكروموسوم الذي يسمى (Fregil X) يعتبر شكل وراثي حديث مسبب التوحد والإعاقة العقلية وصعوبات التعلم وله دور في حدوث مشكلات سلوكية مثل: النشاط الزائد وهذا الكروموسوم يكون شائع بين الذكور

أكثر من الإناث ويؤثر هذا الكروموسوم في حوالي (10.7%) من حالات التوحد الذي يؤدي إلى تصلب في بعض الخلايا الداخلية التي تتحول إلى الجنين المسيطر على الناحية العقلية وربما يؤدي ذلك إلى حدوث (15%) من حالات التوحد. (القمش والمعايطة، 2006، ص172)

هناك العديد من الدراسات التي بحثت في هذه الفرضية على سبيل المثال Szatmari et al 1993 وجد أن 5,3% من إخوان الطفل التوحدي من الممكن أن يصابوا بطيف التوحد أما "باتريك بولتن" قام بدراسة 195 آباء و أمهات أطفال توحديين و 137 إخوان و أخوات لأطفال توحديين وجد أن 6% من إخوان هؤلاء الأطفال التوحديين شخصوا بمرض التوحد.

وهذه النسبة الضئيلة لاحتمال تكرار الإصابة بالتوحد ضمن الإخوة تم التوصل إليها نتيجة لفحص جميع الإخوة والأخوات في الأسرة ممن ولدوا قبل أو بعد الطفل التوحدي وتشير الدراسات أنه إذا كان الطفل ذكراً فاحتمال الإصابة يصل إلى 7% بينما إذا كانت أنثى فقد ترتفع إلى 14,5% فيصبح متوسط الحالتين 8,6% بالإضافة إلى أنهم وجدوا أن الأسرة التي لديها طفلان توحديان ترتفع فرصة تكرار فيها للمرة الثالثة إلى 35% وعلى الرغم من ذلك تظل نسبة الأسر التي لا تتعرض لإنجاب طفل توحدي آخر نحو 91% وقد يتبادر إلى الذهن على هذا الأساس أنه لا يوجد سند قوي لوجود عوامل جينية ولكن الحقيقة ليست كذلك حيث أن نسبة انتشار التوحد هي تقريباً 5-15% من كل 10000 مولود بين الناس عامة بينما تصل إلى 6-8 في كل 100 مولود لديه أخ توحدي وبالتالي تتضاعف فرصة إصابة إخوة الأشخاص التوحديين 100 مرة أو أكثر عن عامة الناس إذن هذه الزيادة الكبيرة تدل على أنه لا شك في وجود عوامل جينية مسببة للإصابة بالتوحد وحتى تكرار ظهور التوحد لأقارب من الدرجة الثانية أو الثالثة بما في ذلك الأجداد أو العمات والخالات وأولاد العم أو الخالة تتراوح بين صفر إلى 0,4%. (أبو زيد، 2011، ص25-26)

ويلخص (عادل عبد الله، 2004) دور العوامل الوراثية في حدوث الاضطراب التوحدي في النقاط التالية:

1. الشذوذ الكروموسومي وخاصة الكروموزوم رقم 13 يؤدي إلى هذا الاضطراب.
2. اشتراك عدد من الجينات يتراوح بين 3-5 جينات في حدوث التوحد وتوزع هذه الجينات على عدد من الكروموسومات المختلفة.
3. أن محيط الرأس لدى أطفال التوحد يكون أكثر من مثليه لدى أقرانهم العاديين، وقد وجد أن هناك علاقة سلبية بين كبر محيط الرأس والوظائف اللغوية والتنفيذية.
4. أن نتائج الدراسات الميكروسكوبية على الأطفال التوحديين تؤكد عدم وجود خلايا بيركنجي بالمخيخ لديهم الى جانب تزايد عدد الخلايا العصبية في مكونات الجهاز الطرفي.
5. نقص طول ومحيط المخ Brain Stem لدى الأطفال التوحديين.

6. عدم وجود جزأين أساسيين من أجزاء جذع المخ لديهم يتمثل أولهما في النواة الوجهية Facial Nucleus التي تتحكم في عضلات الوجه والتي تكون مسؤولة عن التعبير غير اللفظي، والثانية تتمثل في الزيتونة العليا Super Olive وهي التي تلعب دورا هاما في توجيه وتوزيع المعلومات المرتبطة بالمشيريات السمعية.

7. نقص عدد كبير من الخلايا العصبية التي ترتبط بعضلات الوجه. (الشرقاوي، 2018، ص114-119)

يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) أكثر من التوائم الأخوية (من بويضتين مختلفتين). (مصطفى و الشربيني، 2010، ص24) بحيث أن التوحد ينتشر بنسبة 36% في المجموعة الأولى، ولم يوجد على الإطلاق في العينة الثانية. (بدر، 2004، ص34)

وقد وجد بعض العلماء مثل روان وآخرون (Brawn et al , 1985) أن العامل الوراثي الجيني الذكري الهش أعلى في حالات التوحد، وقد تصل إلى (16%) من حالات الذكور المصابين بالتوحد كما أشار العالم بلا نجاست (Blonguist) إلى نفس النتيجة، كما دلت الأبحاث المختلفة أن نسبة حدوث هذا العامل الوراثي تتراوح بين (0-16%) في حالات التوحد وأشارت بعض الدراسات الأخرى إلى وجود علاقة بين المرض الوراثي "فينال كينونيوريا" (PKR) وحالات التوحد. (قاسم، 2000، ص135)

بالرغم من وجود دراسات كثيرة تؤكد على أن التوحد يعود إلى أسباب جينية إلا أن هناك دراسات أخرى لها وجهات نظر مختلفة تؤكد أنه يعود إلى أسباب بيولوجية.

2- الأسباب البيولوجية:

تنحصر هذه العوامل كما تذكر ليدا (Lida, 1993) في الحالات التي تسبب إصابة الدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها، ونعني بذلك إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرضها أثناء الولادة لمشكلات مثل نقص الاوكسجين، استخدام الآلات في الولادة أو عوامل بيئية أخرى مثل تعرض الأم للنزف قبل الولادة أو تعرضها لحادثة أو كبر سن الأم، كل هذه العوامل قد تكون أسباب متداخلة سببت حالة التوحد. (الزراع، 2004، ص29)

بينت نتائج دراسة (Quintand , 1995) أن مستوى السيروتونيميا (Serotonemia) مرتفع لدى الأطفال التوحديين ويرتبط ذلك بانخفاض مستوى الذكاء، ويزداد في الدم بنسبة 57% عن المعدل الطبيعي كما أشارت نتائج (Balottin , et al , 1998) إلى أن صورة الرنين المغناطيسي التي تقارن بين التوحديين والعاديين أظهرت أن الحجم الكلي للمخ يتزايد لدى التوحديين وذلك في الفص الجداري والصدغي إلا أنه لم توجد فروقا في الفصوص الأمامية. (الجرواني و صديق، 2013، ص20-21)

وتشير (سميرة عبد اللطيف السعد، 1992) إلى أن العديد من الأبحاث تشير إلى أن التوحد متعلق بأشكال إعاقات عصبية محددة بالرغم من أن الضعف العصبي المحدود نفسه ما زال محيراً ولم يعرف بعد، وقد بين العديد من الباحثين علاقة عصبية ظاهرة مع التوحد بالرغم من هذه العلاقة المحددة بالإعاقاة ما زالت غير واضحة وأن الأطفال التوحدين لديهم إشارات عصبية تظهر في الرسم الكهربائي للمخ أكثر ليونة من الأطفال العاديين، وتقرر الدراسات أن بين 40-100% من الأطفال التوحدين يظهرون على الأقل واحدة من هذه الإشارات كما أن الأشخاص التوحدين لديهم أيضاً احتمالات عالية في ظهور إشارات غير طبيعية في فحص الرسم الكهربائي للمخ (EEG) ودلت الدراسات على أن (EEGS) غير طبيعية في 20-65% من الأطفال التوحدين توصف بميلان حاد أو نوبات من موجات حادة منطلقاً بالإضافة إلى EEG غير الطبيعي للأطفال التوحدين فإن لديهم إمكانية حدوث نوبات الصرع. (الشرقاوي، 2018، ص120)

حيث يرى (سعد رياض، 2008) أن الخلل في التركيب العضوي للمخ قد يكون أحد أسباب التوحد حيث ينشأ عن بعض المضاعفات التي تحدث للأم أثناء فترة الحمل مثل الإصابة ببعض الأمراض أو انتقال بعض الفيروسات مثل فيروس "سايتميجالو" أو أثناء الولادة مما يسبب نقص الأوكسجين الذي يصل لمخ الطفل، حيث تؤكد الكثير من الدراسات أن التوحد ناتج عن اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي. (سلامة، 2013، ص48)

وتشير دراسة (Trevarthen, et al) إلى وجود أدلة كثيرة حديثة على وجود اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية ينتشر في مركز المخ وبصفة خاصة في مراكز الانتباه والتعلم. (سليمان، 2014، ص67)

وفي تقارير ريملان (Rimland, 1995) تبين وجود خلل أو إصابة أو ضرر في نسيج مركز ساق المخ الذي يعرف باسم النظام الشبكي النشط (R.A.S) وهو النسيج الذي يتحكم في استقبال عمليات الاستثارة والانتباه والنوم، وهي إصابة أو خلل يحدث في أثناء فترة الحمل فيضعف من قدرة الجهاز العصبي المركزي أو مخ الجنين على الاستجابة للمثيرات الخارجية وحساسيته لها أو الشعور بما يحدث في عالمه المحيط به، كما أنه المركز الأساسي للمعرفة من استقبالها من الخارج عن طريق الحواس الخمس، مروراً بالإدراك لمعانيها وتشفيرها Coding وتخزينها في الذاكرة واستدعائها عند الحاجة واستخدامها في التجاوب مع المثيرات المرتبطة بها، بالإضافة إلى أهميتها في التعلم والتخيل والتعبير. كما يؤكد ريملان أن هذا التنظيم R.A.S الذي يقع في ساق المخ يعمل في تناسق وتعاون مع التنظيم اللمباوي Limbic System (الذي يقع في مركز المخ) لأداء هذه الوظائف، ويعد الجهاز اللمباوي مركزاً لتنظيم وترجمة الانفعالات والعواطف (وهي من نقط الضعف أو الغياب التام عند طفل التوحد). (اللالا، 2011، ص403)

وان كانت الأسباب المبنية على دراسات تشير على أن اضطراب طيف التوحد يعود لأسباب بيولوجية ترجع إلى خلل في تركيب الدماغ، فإن هناك دراسات أخرى تؤكد على أن اضطراب طيف التوحد يعود إلى أسباب بيوكيميائية.

3- الأسباب البيوكيميائية:

تلعب اضطرابات الكيمياء الحيوية دوراً كبيراً في حدوث التوحد وإن كان العلماء غير متأكدون من كيفية حدوثه، مع أهمية ودور الأسباب الأخرى، فالكيمياء الحيوية تلعب دوراً مهماً في عمل الجسم البشري، وإن كنا لا نعرف إلا النزر اليسير منها.

المخ والأعصاب تتكون من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي تستطيع أن تنقل الإشارات العصبية من الأعضاء إلى الدماغ وبالعكس من خلال ما يسمى بالموصلات العصبية Neurotransmitters وهي مواد كيميائية بتركيزات مختلفة من وقت لآخر حسب عملها في الحالة الطبيعية، ولتوضيح الصورة نذكر بعضها:

- بعض المواد وجدت بنسبة جيدة في المناطق التي تتحكم في العواطف والانفعالات-Nor epinephrine ,Dopamine ,Nor-epinephrine, Serotonin .
- وجد ارتفاع السيروتونين في بعض أطفال التوحد بنسبة تصل إلى 100% ولكن العلاقة بينهما غير واضحة.
- الدوبامين Dopamine يزيد في المناطق التي تتحكم في الحركة الجسمية، وعند استخدام علاجاً لتخفيض نسبتها Dopamine antagonist فقد تؤدي إلى تحسن الحركة لدى الأطفال الذين لديهم حركات متكررة Stereotypic movement.
- Epinephrine , Nor-epinephrine تتركز في المناطق التي تتحكم في التنفس، الذاكرة، الانتباه، وتلعب دوراً مجهولاً في حصول التوحد. (الجبالي، 2016، ص28)

وفي عدد آخر من البحوث ثبتت علاقة الإصابة بالتوحد – كنتيجة للتلوث البيئي- ببعض الكيماويات... ففي قرية صغيرة تدعى Leo mister في ولاية "ماساتشوستس" بأمريكا يبلغ عدد سكانها 36.000 نسمة، ظهر أن هناك ارتفاعاً كبيراً غير طبيعي في انتشار حالات التوحد، حيث وجد أنها أصابت طفلاً من كل مائة طفل وهي نسبة عالية للغاية بالمقارنة بنسبتها في المجتمع الأمريكي العام (20 إلى 30 في كل 10.000) مما أثار اهتمام المسؤولين في الأجهزة المعنية بالصحة في هذه القرية، واعتقادهم أن هناك عاملاً معيناً وغالباً هو نفايات كيميائية تلوث البيئة وبناء على طلبهم تقدمت جامعة ستانفورد بأمريكا برصد 25 مليون دولار لإجراء بحث مسحي شامل للبيئة في تلك المنطقة والقرية، يقوم به قسم خاص بالجامعة معني بالتلوث الكيميائي وعلاقته بالجوانب الوراثية للجنين.

وبدأت النتائج الأولية تشير إلى النفايات السائلة والغازية التي تصيب حوالي خمسة أطنان منها في النهر الجاري بالقرب التي تنبعث من مصنع للنظارات الواقية من أشعة الشمس، كان قد بدأ عمله أواخر الثلاثينيات في القرية وتحتوي النفايات السائلة والغازية على كيماويات أهمها الرصاص والزئبق اللذان ثبتت علاقتهما كعامل مسبب للإعاقات الذهنية فضلا عن أول أكسيد ومركبات النتروجين الأخرى ومركبات الكبريت وغيرها التي تنتج من احتراق وقود المازوت في المصنع. (فراج، 2002، ص64-65)

في هذا الاتجاه يرجع بعض الباحثين أن اضطراب طيف التوحد يعود لأسباب بيوكيميائية، بينما هناك اتجاه آخر يرجع هذا الاضطراب إلى أسباب نفسية.

4- الأسباب النفسية:

تعرض الطفل للصدمة النفسية الآتية: كثيراً ما تؤثر علاقة الوالدين المضطربة على الأطفال في جميع النواحي ومنها مرض التوحد، إذا نشأ الطفل في أسرة مفعمة بالمشاكل واضطراب العلاقة بين الوالدين أو أفراد الأسرة فإنه ينشأ مضطرباً أيضاً وذلك لانعكاس تلك السلوكيات على الطفل حتى لو كان وليداً وقد يصاب بالتوحد إن كان لديه استعداد للمرض. كما أن إهمال المصاب وعدم التعرف على المرض بسبب انشغال الوالدين بمشاكلهم الأسرية فإن هذا الإهمال يعقد الأمر ويصعب المرض. (المخزومي، 2017، ص 118)

تصور كانر المكتشف الأول لهذه الإعاقة عام 1943 في أول تقريره له عنها، أن العوامل النفسية وطريقة تربية الطفل في الأسرة هي المسؤولة عن حدوث الإعاقة، ومن هذه العوامل أسلوب تنشئة أو تعامل الأسرة مع الطفل وافتقار الطفل للحب والحنان ودفء العلاقة بينه وبين أمه وغياب الاستثارة والنبذ، واضطراب العلاقات الأسرية الوظيفية وغياب العلاقات العاطفية. غير أن الدراسات المقارنة المنضبطة التي قارنت بين آباء الأطفال التوحديين وآباء أطفال غير مصابين بالتوحد لم تظهر فروقاً ذات دلالة بين المجموعتين من حيث الجو النفسي داخل الأسرة وأسلوب رعاية وتنشئة الأطفال والتعامل معهم والعلاقات بين أفراد الأسرة من جهة وبينهم وبين أطفالهم من جهة أخرى. (بدر، 2004، ص33)

كما أشارت دراسة (Sergi, 1991) حيث توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية مرتفعة بين اضطرابات الطفل الاجتماعية وتوتر الآباء حيث ظهر أن ضغط الوالدين له تأثير كبير على الاضطراب الاجتماعي لطفل الأوتيزم. (محمد، 2013، ص71)

فيما مضى كان بعض الخبراء يعتقدون بأن الوالدين الذين هم باردان ومنعزلان وبعيدان أو الذين لديهم اضطرابات سيكولوجية واضطرابات في الشخصية يدفعون أطفالهم للتوحد. (قاسم ومصطفى، 2010، ص 81-82)

أسفرت الدراسات عن تعرض الطفل للعديد من العوامل التي تساعد في ظهور الاضطراب منها:

- تعرضه للعديد من المشكلات الاقتصادية والاجتماعية داخل الأسرة.
 - خوف الطفل وانسحابه من الجو الأسري وانعزاله بعيداً عنها وانطوائه على نفسه.
 - الضغوط الوالدية المتعددة تعرض الطفل للحوادث والصدمات البيئية التي تصيب الرأس.
- (خطاب، 2005، ص41)

كذلك تشير بعض الدراسات إلى دور المستوى الثقافي –والذكاء فوق المتوسط ووجود ميول وسواسية قهريّة لدى الأشخاص، والبرود العاطفي لها وخاصة الأم والميل الزائد إلى العقلانية دور في حدوث هذا الاضطراب (طيف التوحد). (عبد الله، 2013، ص52)

وذهب البعض مثل "كويجل" (1983) إلى أن أي شذوذ نفسي عند الوالدين قد يرجع غالباً إلى أن يكون رد فعل للمشكلات الناتجة عن إنجاب هذا الطفل. كما اقترح البعض أن هذا الخلل قد يكون نتيجة لرفض الأسرة للطفل حتى قبل مولده، وعدم وجود مكان له في حياة الأسرة أو اكتئاب الأم في فترة الحمل أو بعد الولادة قد ينعكس على حالة الطفل. (رياض، 2008، ص25)

كما قال "فيرستر" إلى أنه نتيجة للفشل في تقديم التعزيز المناسب لاستجابات الطفل المتطور المختلفة بشكل عام فإن ذلك يقلل من فرص ظهور الاستجابات المناسبة مقارنة مع الأطفال الآخرين، والدليل على ذلك قلة الاستجابات التي يظهرها الطفل المتوحد مع البيئة من حوله ويعود السبب إلى عدم حصول الأطفال المتوحدون على المعززات الإيجابية الكافية لتشكيل سلوكهم الاجتماعي وتعزيزه واستمرار حدوثه وما ينتج عن ذلك من عدم تعلم الطفل لأشكال السلوك الاجتماعية المختلفة. (الراوي، 1999، ص33)

كما يعود توحد الطفولة المبكر إلى انعزال الأب عن المجتمع بصورة ملحوظة أو كنتيجة للأساليب الغربية التي يعتمد عليها الأبوان الغربيان أثناء تربية طفلهم أو بسبب تداخل تلك المشكلة معاً... ولم تثبت هذه الدراسات الموضوعية أي دليل على أن آباء الأطفال التوحديين ذوو شخصيات غريبة أو أنهم أثروا على شخصية طفلهم بصورة خاطئة أثناء تربيتهم له. (مجيد، 2010، ص64-65)

نستنتج مما سبق أن اضطراب طيف التوحد شأنه شأن العديد من الاضطرابات تقف خلفه مجموعة من الأسباب إلا أنه لا يوجد سبب رئيسي يتفق عليه الجميع ليكون السبب في الإصابة بهذا الاضطراب، ولهذا نجد تعدد و اختلاف هذه الأسباب حسب وجهات نظر العلماء فهناك من يرجع حدوث هذا الاضطراب إلى:

- عوامل جينية تخص الضعف في الكرموسوم الهش وزيادة إمكانية حدوثه للتوائم المتطابقة.
- عوامل بيولوجية تصيب بعض مراكز المخ والتي تؤثر بدورها على الإدراك و الانتباه و التوافق الحركي، بالإضافة إلى نقص الأوكسجين أو عدوى فيروسية أو الولادة المبكرة.

- عوامل بيوكيميائية بحيث توجد مواد كيميائية تسمى بالناقلات العصبية والتي لا تعمل بالشكل الصحيح عند بعض الأطفال التوحديين (الدوبامين، السيروتونين).
- أسباب نفسية كسوء العلاقة مع الطفل وخاصة مع الأم و انفصال الوالدين .

IX. التشخيص الفارقى لاضطراب طيف التوحد:

مزال تشخيص اضطراب التوحد من أكبر المشكلات التي تواجه المهنيين، وسبب ذلك هو أن خصائص التوحد غالباً ما تشبه الاضطرابات الأخرى. ولذلك يجب الحصول على معلومات دقيقة لكي يتم تشخيص الأفراد التوحديين وتمييزهم عن الأفراد ذوي الاضطرابات الأخرى ويشير معظم الباحثين المهتمين بتشخيص اضطراب التوحد الى قضية تشابه السلوك المرتبط بالتوحد باضطرابات أخرى وهذه الاضطرابات هي الإعاقة العقلية (التخلف العقلي) و فصام الطفولة و اضطرابات التواصل و اضطراب أسبيرجر و اضطراب ريت. (سهيل، 2015، ص215)

1-طيف التوحد و التخلف العقلي:

يتصاحب التوحد و التخلف العقلي في كثير من الأحيان فهناك نسبة كبيرة من الأطفال التوحديين يعانون أيضاً تخلف عقلي بنسبة قد تصب إلى 70% و لكن قد يصاب الطفل بالتوحد دون أن يصاحبه الإصابة بالتخلف العقلي أو العكس فهناك العديد من الاختلافات بين المرضين كما يلي:

✚ تتسم لغة الطفل التوحدي بالغرابة و أحياناً يعجز تماماً عن استخدام اللغة، بينما يتمكن الطفل المصاب بالتخلف العقلي من استخدام اللغة وفق عمره العقلي.

✚ يفقد الطفل التوحدي إلى القدرة على التواصل مع المحيطين بينما يتمكن الطفل المصاب بالتخلف العقلي من التواصل مع المحيطين وفق عمره العقلي.

✚ قد يتميز بعض الأطفال التوحديين بمهارات خاصة، بينما لا يتمتع أي من الأطفال المصابين بالتخلف العقلي بمثل هذه المهارات. (القاضي، 2009، ص49)

غالباً ما نجد أن الأطفال التوحديين من ذوي التخلف العقلي اجتماعيين و لا يظهرون الأعراض الأولية للتوحد المتمثلة في العجز في تكوين العلاقات مع الآخرين بينما نجد أن الأطفال من ذوي التوحد بخلاف ذلك يفشلون في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين. (الشرقاوي، 2016، ص74)

ويشير عبد المجيد منصور وآخرون (2003) إلى أهم الفروق بين توحد الطفل وإعاقة عقلية فيما يلي:

✚ الطفل المتخلف عقلياً ينتمي ويتعلق بالآخرين ولديه وعي اجتماعي بينما الطفل التوحدي لا يوجد لديه تعلق بالغير حتى إذا كان له مستوى ذكاء متوسط.

✚ الطفل التوحيدي له أداء أكثر في المهمات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى و يكون الأداء أقل في المهمات اللفظية بينما المعوق عقليا يكون الأداء منخفضا أو متساويا في المهمات سواء لفظية أو غير لفظية .

✚ تتناسب لغة المتخلف عقليا مع نسب ذكائه بينما التوحيدي يمكن أن تكون لغته غير متوفرة و أن وجدت فهي غير عادية.

✚ العيوب الجسمية لدى المعوق عقليا أكثر من العيوب الجسمية لدى التوحيدي.

✚ للطفل التوحيدي إمكانية أداء مهارات خاصة مثل الرسم و الموسيقى و هذا لا يظهر لدى الطفل المعوق عقليا بشكل كبير.

✚ للطفل التوحيدي سلوكيات نمطية شائعة تختلف عن تلك الموجودة لدى الطفل المعوق عقليا. (الشرقاوي، 2016، ص75)

الفرق بين التخلف العقلي و التوحد يتمثل في اختفاء الحركات النمطية المتكررة تدريجيا مع التقدم في العمر و التحسن الكبير في التجاوب مع التأهيل اللغوي و التخاطب و النضج الاجتماعي في حالات التخلف العقلي، أما إذا لم يحدث تقدم يذكر في نتائج برامج التدريب المستمر على تنمية القدرة على الاتصال اللغوي و الغير لغوي أو زيادة حجم الحصيلة اللغوية فإنه قد يحدث نقص تدريجي لتلك الحصيلة التي يكون الطفل قد اكتسبها في المراحل السابقة، مما يؤكد على أن الحالة هي حالة أكثر من أنها تخلف عقلي. (سليمان، 2014، ص116-117)

2- طيف التوحد و الفصام:

وهو من الأمراض النادرة التي من الممكن أن تتشابه أعراضه مع أعراض الطفل التوحيدي و لكن هناك اختلافات بين المرضين و مما لاشك فيه أن درائتنا بهذه الاختلافات تعد عاملا مساعدا من أجل الوصول إلى التشخيص الصائب و هذا يتضح فيما يلي:

✚ لا يتم تشخيص فصام الطفولة قبل بلوغ الطفل خمس سنوات، و لكن في حالة التوحد يتم التشخيص في الثلاث سنوات الأولى في العمر.

✚ من بين أعراض فصام الطفولة الضلالات و الهلوس و اضطراب التفكير، بينما يتسم الطفل التوحيدي بقصور في النمو الاجتماعي و التواصل و وجود أنماط سلوكية غريبة و مكررة.

✚ يعاني الطفل المصاب بفصام الطفولة من تدهور في القدرات، بينما يعاني الطفل التوحيدي من وجود قصور في النمو الاجتماعي و التواصل منذ البداية و في مراحل مبكرة من العمر.

لا يوجد اختلاف بين الأولاد و البنات في نسبة الإصابة بمرض فصام الطفولة، بينما تزيد الإصابة بمرض التوحد بين الأولاد عن البنات بنسبة 4,1%.

تكون نسبة الذكاء بين الأطفال المصابين بالفصام في حدود المتوسط ويتسم بكونه متساويا، بينما في حالة الطفل التوحدي يكون الذكاء العملي أكبر من ذكاءه اللغوي.

لا يوجد نوبات صرعية بين الأطفال الذين يعانون من فصام الطفولة أو توجد بنسبة ضئيلة، بينما قد يعاني الأطفال التوحديين من نوبات صرعية بنسبة 4%-32% (القاضي، 2009، ص 47-48)

3- طيف التوحد واضطرابات التواصل و اللغة :

أوضحت دراسة سميث (1995) بعض الفروق بين اضطراب طيف التوحد و اضطرابات التواصل على النحو التالي :

العجز عن استخدام اللغة كأداة للتواصل لدى الطفل التوحدي بينما يتعلم مضطرب التواصل معاني مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين.

يظهر الطفل التوحدي تعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة بينما المضطرب في التواصل يحقق التواصل بالإيماءات و تعبيرات الوجه تعويضا عن مشكلة الكلام .

كلاهما يمكنهما إعادة الكلام إلا التوحدي يظهر إعادة الكلام المتأخر من الجمل و العبارات بعكس الطفل المضطرب تواصلياً.

ويشير عبد الرحمن سليمان، سميرة محمد سند، إيمان فوزي سعيد (2004) إلى بعض الفروق بين اضطراب التوحد و اضطرابات التواصل كما يلي:

يظهر التوحديين و ذو اضطرابات النطق و التواصل إعادة الكلام و ترديده غير أن التوحديين يتميزون بترديد أواخر الكلمات بدرجة أكبر.

ظهر الطفل التوحدي تعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة بينما ذو اضطراب التواصل يمكنه تحقيق التواصل بالإيماءات و تعبيرات الوجه تعويضا عن مشكلة الكلام.

يعجز الأطفال التوحديين عن استخدام اللغة كأداة للتواصل، بينما يتعلم الطفل ذو اضطراب التواصل معاني ومفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين. (الشرقاوي، 2016، ص 80-81)

4- طيف التوحد و اضطراب ريت :

يشخص اضطراب ريت عادة عند الإناث فقط بينما يحدث اضطراب التوحد بدرجة أكبر عند الذكور، يتميز اضطراب ريت أنه بعد خمسة أشهر من النمو الطبيعي للطفل يحدث تدهورا لجوانب من النمو منها نقص في سرعة نمو الرأس، و فقدان مهارات استخدام الأيدي التي سبق أن تعلمها الطفل، و فقدان مهارات التواصل و التفاعل الاجتماعي، وتدهور في تناسق الجذع و قصور شديد في نمو قدرات التعبير اللغوي أو فهم كلام الآخرين. ويمكن تمييز اضطراب ريت عن اضطراب التوحد في الجوانب التالية:

✚ يبدي طفل التوحد قصوراً في النمو منذ الميلاد أي في وقت مبكر، بينما يعاني طفل الريت من تدهور تدريجي واضح في النمو مع تقدم العمر.

✚ يعاني طفل الريت من غياب التوازن-ترنح في المشي - وغياب التناسق الحركي بينما تؤدي الوظائف العضلية الكبيرة لطفل التوحد بشكل سليم.

✚ اضطرابات التنفس أحد الأعراض الرئيسية المصاحبة لاضطراب ريت و تكون نادرة أو لا توجد مع اضطراب التوحد.

✚ يعاني طفل الريت من فقدان تام للوظائف اللغوية بينما يعاني طفل التوحد من استخدام اللغة دون أن يفقد حصيلتها.

✚ نوبات الصرع تظهر مبكراً في 75% من حالات الريت و تتسم بالعنف و التكرار و يصاحبها إفرازات فمية، بينما تكون نوبات الصرع في حالات التوحد قليلة أو نادرة و إذا ظهرت ففي مرحلة المراهقة.

(بدر، 2004، ص49)

5- التوحد و اضطراب الأسبرجر:

على الرغم من تشابه إعاقتي الأسبرجر و التوحد في بعض الخصائص السلوكية و الانفعالية إلا أنه في دليل التشخيص الإحصائي الرابع وضع الإعاقين ضمن تصنيف اضطرابات النمو الشامل إلا أنه هناك اختلافات تميز كلا منهما عن الآخر:

✚ يتم اكتشاف إعاقه التوحد في 18 شهراً من حيث عمر الطفل حيث تبدأ تظهر أعراض التوحد، أما الأسبرجر في بداية حياته فهو طفل طبيعي إلى مرحلة سنية معينة حتى (4-6) سنوات حتى تظهر الإعاقه.

✚ النمو اللغوي لدى الطفل التوحدي يكاد يكون متوقفاً أو محدوداً للغاية، وإذا تكلم فإن كلامه يكون مضطرباً و خالياً من النغمات الصوتية التعبيرية التي تضيف على الكلمات معاني إضافية،

أما طفل الأسبرجر فإن نموه اللغوي ليس له مثل هذه الأعراض التي تظهر لدى الطفل التوحدي، فالأسبرجر ليس لديه قصوراً في النمو اللغوي بل ليست لديه القدرة على إدراك العلاقات بين السبب و النتيجة، أو الجزء و الكل، وليست لديه القدرة على فهم الألفاظ و التعبيرات غير المباشرة، وقد يجد صعوبة في التعميم و المفاهيم المجردة (الإيمان، الصدق، الإخلاص).

✚ طفل الأسبرجر أسهل مراساً في التعامل معه و تدريبه في تنفيذ برامج العلاج و التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جنود فائقة و صبر في التعامل معه أو تدريبه.

✚ طفل الأسبرجر تكون معدلات ذكائه عادية أو عالية بما يسمح بالنمو المعرفي لدرجة تيسر في عملية العلاج و التأهيل النفسي و الاجتماعي، أما أطفال التوحد فتوجد نسبة 75% منهم لديهم تخلف عقلي.

✚ حالات التخلف العقلي تكون مصحوبة بطفل التوحد عنها لدى طفل الأسبرجر.

✚ طفل الأسبرجر قد يحقق استقلالاً ذاتياً بمساعدة برامج التأهيل و يعتمد على ذاته و يحممها من الأخطار، أما طفل التوحد غالباً ما يحتاج إلى رعاية مدى الحياة تقريباً.

✚ طفل التوحد لا يقتصر عجزه عن التواصل اللغوي بل يمتد ليشمل التواصل في لغوي بالعيون، بحركات الأيدي، بينما طفل الأسبرجر يستطيع أن يتواصل مع الآخرين لغوياً أو غير لغوياً فيكون التواصل معهم في أنشطة ضيقة محدودة تدور غالباً حول اهتماماته و حاجاته الشخصية التي قد تبدو غريبة و عادة غير مألوفة.

✚ هناك من وضع تقارباً بين طفل التوحد ذي الأداء العالي وظيفياً، و طفل الأسبرجر من حيث معدل الذكاء اللفظي إلا أنه إذا كان متساوياً فهناك فروقات في معدل الذكاء غير اللفظي.

✚ طفل التوحد غير واع لوجود الآخرين حوله، و لا يبدي أي إحساس أو اهتمام بهم و لا يحاول التواصل معهم أما طفل الأسبرجر فيدرك جيداً وجود الآخرين حوله و يشعر بهم و يبذل محاولات للحديث معهم. (مصطفى، 2011، ص 279)

يتضح مما سبق ذكره أن عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد تعد من أكثر العمليات تعقيداً و صعوبة وذلك لتداخله و تشابهه مع بعض الاضطرابات والتي ذكرنا من بينها (اضطرابات اللغة و التواصل، اضطراب الفصام الطفولي، اضطراب ريت، اضطراب أسبرجر، التخلف العقلي)، الأمر الذي استدعى وجود ما يسمى بالتشخيص الفارقي الذي يعتمد على معايير و أدوات تشخيصية للتفريق بين طيف التوحد و الاضطرابات المشابهة له من حيث شدة، حدة، أعراض و خصائص الاضطراب.

X. النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد:

لا توجد نظرية واحدة يتفق عليها المختصون في تفسير حدوث حالات التوحد إذا لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت في هذا الجانب إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد وهناك العديد من النظريات التي فسّرت حدوث التوحد وأشهرها :

1-النظرية السيكلوجية (ذو منشأ نفسي):

وهي من أقدم وأشهر النظريات التي فسّرت حالات التوحد والتي بدأها كانر والتي تفسر التوحد على أنه حالة من الهرب والعزلة من واقع مؤلم يعيشه الطفل نتيجة الجمود والفتور واللامبالاة في العلاقة بين الأم وابنها وقد تكون نتيجة للعلاقة بينها وبين زوجها، ويمكن أن يكون ذلك في فترة الحمل من خلال عدم حمل الأم أي مشاعر وانفعالات نحو جنينها الأمر الذي يفضي إلى ولادة طفل مصاب بالتوحد، وتعد هذه العلاقة علاقة مرضية لا يتخللها الحب والحنان، لذلك فإن السلوكيات التي تصدر من الطفل هي بمثابة وسيلة دفاع لرفضه عاطفياً، لذلك النشأة الأولى التي عاشها الطفل هي السبب الرئيسي لحالة التوحد حسب هذه النظرية. (الظاهر، 2009، ص 83)

أكدت النظرية النفسية على الدور الكبير للوالدين في إصابة طفلهم بالتوحد، وأنه يرجع نتيجة للضغط الوالدي وفشلهم في أداء واجبهم تجاه طفلهم، وأطلق على أم الطفل التوحدي مصطلح الأم الثالجة ذلك لوصفها بالبرودة، حتى أن بعضهم كان يقوم بنقل الأطفال التوحديين إلى أسر أخرى كطريقة لعلاج التوحد، مما أدى إلى تنامي الشعور بالذنب لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين، وتتسم شخصية آباء وأمهات الأطفال التوحديين بالكمال والبرود والانعزال، مع مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع، ومستوى معني وتعليمي مرتفع مع ذكاء مرتفع، ومع ذلك فإن هذه النظريات لم تلق الاهتمام حيث رفض معظم الباحثين هذه النظريات للعديد من الأسباب منها:

✚ إن الدراسات والبحوث لم تؤكد صحة الفرض القائل بأن التوحد يظهر بصورة أكثر في الأسر ذات المستوى الفكري والاقتصادي المرتفع، حيث أكدت الدراسات على أن آباء الأطفال التوحديين لا يختلفون في الذكاء والطبقة والشخصية عن آباء الأطفال العاديين .

✚ أن آباء الأطفال الذين وجه إليهم اللوم لإصابة أطفالهم بالتوحد لديهم أطفال عاديين .

✚ أن السلوك الوالدي المضطرب قد يكون رد فعل لشذوذ الطفل أكثر منه لأي شيء آخر، أي أنه تقع ضغوط كبيرة على الوالدين نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد مما يؤدي إلى وقوع مشاكل عاطفية لاحقة وليست سابقة لحدوث التوحد. (صابر، د س ن، ص 260)

2- النظرية البيوكيميائية:

إن الخلل الكيميائي في الدماغ قد يؤثر في الأداء الوظيفي لأجزاء من المخ كالفصين الصدغي و الأمامي وكذلك جذع المخ و المخيخ.

و يعد السيروتين من النواقل العصبية المهمة في الجهاز العصبي المركزي الذي يتمركز في وسط الدماغ، ويتحكم في العديد من الوظائف و العمليات السلوكية وبما فيها إفرازات الهرمونات و النوم و حرارة الجسم و الذاكرة و السلوك النمطي. (الظاهر، 2009، ص84)

وقد عمل المختصون على فحص مستوى الناقل فحوص سائل المخ الشوكي و مستويات السيروتين في الدم و السيروتين ينشأ في الدم من جدران الأحشاء أو القناة الهضمية كالأمعاء و يخزن على شكل صفيحات أثناء الدوران حيث يتم هدمه من خلال عملية بواسطة انزيمات خاصة بعد امتصاصها في الكبد و لكن عندما يكون هناك مشكلات في عملية الأيض يترسب بكميات أعلى في الدم و البول لدى التوحديين. وأشار بوتزون و اكوسيل (1993) إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد إذا تناولوا عقاقير تخفف من مستوى السيروتين في الدم ، فإن ذلك من شأنه أن يحسن الكلام و السلوك الاجتماعي، ودرجة الذكاء و استمر هذا التحسن لمدة ستة أسابيع و لكن بعد مضي ثلاثة أشهر تضاءل التحسن الذي حدث، وقد يتطلب الأمر مزيداً من الدراسات.

كما أن الدوبامين يلعب دوراً في التوحد، وهذا يتشكل من الحمض الأميني الفيتيلانين و يتركز كذلك في الدماغ الأوسط و إذا زادت كميته فهو يلعب دوراً في السلوكيات التوحدية مثل الطقوسية و النمطية والنشاط الزائد. إن السيروتين و الدوبامين هي مواد كيميائية أشبه بالسماعة التي تبث إلى مناطق واسعة من الدماغ و هي التي تولد السلوكيات التي تظهر في غرفة الصف كالانتباه و التوتر أو النعاس و قد أشار كامبل و زملاؤه (1982) في هذا الصدد إلى أن الكثير من أعراض التوحد تقل مثل سلوك إيذاء الذات والحركات النمطية المتكررة عند تناول الطفل عقار يخفف من مستوى الدوبامين. (الظاهر، نفس المرجع السابق، ص84-85)

3- النظرية الوراثية الجينية:

أشارت العديد من الدراسات و الأبحاث إلى الدور الذي تلعبه الوراثة و الجينات في حدوث اضطراب التوحد، من خلال ملاحظتهم على حدوث الإصابة باضطراب التوحد بين الإخوة، و إصابة بعض الأقارب ببعض الإعاقات النمائية للتوحد، فقد أشار فولست و روتر (1977) إلى أن نسبة حدوث الإصابة بالتوحد بين التوائم الحقيقيين تقدر بـ 37% عند دراسته لإحدى عشر زوجاً من التوائم الحقيقيين، في حين لم يجد علاقة بين التوائم غير الحقيقيين، وتوصلت نتائج أبحاث ريتوف و كوول (1986) إلى نسبة الإصابة بين التوائم الحقيقيين هي 90% أو عند التوائم غير الحقيقيين تبلغ 30%. بينما أشار الدليل التشخيصي

الإحصائي للاضطرابات العقلية في نسخته الرابعة إلى أن خطر الإصابة بين الإخوة إنثاءً وذكوراً يقدر بنسبة 6%، بينما أشار نفس الدليل في طبعته الخامسة إلى أن نسبة الاحتمالات الوراثية للإصابة باضطراب التوحد تتراوح ما بين 37% و أكثر من 90%، أن 16% من الحالات تعود إلى طفرة جينية معروفة مع الاختلاف في عدد نسخ الطفرات.

إن هذا الخطر قد يمتد إلى أجيال متعددة. كما أشارت مارون (2008) "أن هناك عدد من الكروموسومات تفسر حدوث اضطراب التوحد ومن هذه الكروموسومات هي (2، 7، 13، 16، 17). غير أن العلماء لم يتفقوا على علاقة خلل في كرموسوم معين باضطراب طيف التوحد، فهناك من يربط بين الكرموسوم رقم 2 وحالات التوحد لوجود علاقة بينه وبين اضطراب النطق، وهناك من يربط بين الكرموسوم رقم 3 لارتباطه بجين الذي له علاقة بصناعة البروتين والذي يعمل مع النواقل العصبية جابا و توصيل الرسائل بين خلايا الدماغ، وينشط خلايا الدماغ فوق الطبيعي، مما يؤدي إلى ظهور السلوكيات التوحدية. (قيروود، 2020، ص32)

في حين ربط البعض منهم بين التوحد و الكرموسوم رقم 7 لاحتوائه على مجموعة من الجينات لها وظائف مرتبطة بالنطق واللغة وتعابير الوجه والانفعالات. إن النتائج المتوصل إليها على اختلاف نسبيها تؤكد بشكل لا يقبل الشك بأن للوراثة دوراً تلعبه في حدوث التوحد، وهي مرتفعة وقد ترتفع إلى نسبة 90%، كما أشارت هذه الدراسات إلى أن نسبة الإصابة بالتوحد عن التوائم الحقيقيين تكون مرتفعة مقارنة باضطرابات أخرى كالفصام واضطرابات ثنائية القطب. (قيروود، 2020، ص32-33)

4-نظرية العقل:

يرى فيرث (1989) أن نظرية العقل تعني القدرة على التنبؤ بالعلاقة بين الحالات الخارجية للأحداث والحالات الداخلية للعقل، أي أنها القدرة على استنتاج الحالات الذهنية للأفراد الخاصة بأفكارهم ومعتقداتهم ورغباتهم ونواياهم، و أيضا القدرة على استعمال هذه المعلومات لتغيير ما يقولونه و فهم سلوكياتهم و التنبؤ بما سيقومون به لاحقا. ولإعطاء معنى لسلوكياتهم و لتنبؤ بما سيفعلونه في المستقبل، أن مشكلة الأطفال التوحديين تكمن في عدم قدرتهم على تكوين نظرية العقل كونهم لا يستطيعون التنبؤ وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية فهم لا يرون الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر. تؤكد الكثير من الأبحاث وجود صعوبة لدى الطفل التوحدي على التفكير، أما الاضطراب الاجتماعي فيرجع إلى عدم قدرته على تقدير الناس كوسطاء لهم عقول و أذهان مستقلة، وأما الاضطراب في التواصل فيرجع إلى عدم القدرة على تمثيل النيات أو التعرف على التغيرات اللفظية باعتبارها نفس أفكار المتحدث. (بلخيري ووزق الله، 2021، ص 122)

تفترض هذه النظرية أن العلاقة في الجوانب الاجتماعية و التواصلية و التخيلية التي تميز الأطفال التوحديين تأتي من الشذوذات في الدماغ التي تمنع الشخص من تكوين فهم صحيح للمواقف الاجتماعية، وكيفية تفسير المشاعر الخاصة بالآخرين أثناء التفاعل معهم، ويرى بارون كوهين العالم الأمريكي و صاحب نظرية العقل أن الشخص التوحدي غير قادر على التنبؤ و شرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية أو أنه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر بينما الأشخاص العاديون لديهم فهم خاص أو إحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين. ويشير ابراهيم الرزيقات (2004) إلى أن هذه النظرية تشير إلى العجز الاجتماعي الملاحظ عند أطفال التوحد ما هو إلا نتيجة لعدم مقدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين وبالتالي فالمشكلات الاجتماعية هي نتيجة للعجز الإدراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية للآخرين، وبالتالي فإن العجز الاجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل. (الشرقاوي، 2018، ص 57-58)

5- النظرية الصينية:

عرف الصينيون إعاقة التوحد و قاموا و ما يزالون يعالجون التوحد منذ أكثر من 2000 عام عن طريق تحسين الجهاز الهضمي و المناعي للمصابين بالتوحد و الذي كانت نتائجه تحسن أعراض التوحد والسلوكيات الشاذة المصاحبة له. وقد افترض الباحثون في مجال التوحد أن مسببات التوحد ربما تكون بعد الولادة أو أثناء فترة الحمل. (و بمقارنة المصطلحات الطبية الصينية بعلم التشريح في الطب الغربي الحديث نجد أن هناك اختلافات واضحة في تفسير المصطلحات الطبية الصينية ربما لا يتوافق مع الغرب). (خالد، 2010، ص 24)

نظرية الكلى" التي وضعها الباحثون الصينيين في مجال التوحد تنص على أن الكلى هي عضو خلقي موجود منذ الولادة بينما الحال هو عضو وظيفي رئيسي بعد الولادة و بناءً على هذه النظرية فإن سبب التوحد بعد الولادة غالباً ما يكون تلف في الجهاز الهضمي و هو عبارة عن مشكلة في الطحال و/أو المعدة سويماً تمنع الجسم من امتصاص فيتامين ب6 وغيرها من العناصر الغذائية التي تساعد على نمو و تطور المخ و صيانتته. والكليتان و الطحال التالفان أيضا يسببان تلف الجهاز المناعي. أن النظرية الطبية الصينية تشير إلى أن المخ هو محيط نخاع و الكليتين تهيمن و تنتج النخاع، بالنسبة للأطفال التوحديين و استناداً إلى النظرية الطبية الصينية فإن التوحد الذي يحدث أثناء الحمل يعزى إلى مشكلة في وظيفة الكلى لدى الوالدين والتي ربما تكون عن طريق الأم و أحيانا الأب. ويشير الأطباء الصينيين أنه عندما يكون لدى الأم كلية ضعيفة فإن الجسم لا يمتص الفيتامين ب6 بطريقة فعالة (هذه لا تعتبر مشكلة بالنسبة لمصطلحات الطب الغربي).

إن نقص فيتامين ب6 و بعض العناصر الحيوية يعوق عمليات بناء و نمو المخ و نتيجة لذلك يولد الطفل ذو اضطراب وظيفي في المخ. وقد توصل الباحثون الذين كرسوا جهودهم الدراسة التوحد إلى نتيجة مشابهة لنتائج الأطباء الصينيين وأنهم بتطوير الجهاز الهضمي و المناعي لدى المصابين بالتوحد تحسنت أعراض التوحد، قد وجدوا أيضا أن التوحديين الذين يتبعون نظام الحماية الخالية من الكازيين و الغلوتين و بعض

الملاحق الغذائية الأخرى قد تحسنت لديهم أعراض التوحد وبعض السلوكيات الشاذة قلصت بنسبة 90% بدأ العلماء في التركيز على أن سبب التوحد ربما يكون خللاً عضوياً ومهما كانت الأسباب فإن التدخل المبكر يعتبر من أهم مراحل العلاج بالإضافة إلى برامج التربية الخاصة الموجهة، كما أن العلماء وحتى هذه اللحظة لم يتمكنوا من الوصول إلى علاج طبي يشفي المصابين بالتوحد تماماً. حيث أن بعض أعراض التوحد تستمر مدى الحياة ولكن نجح بعض الباحثين في تقليص هذه الأعراض عن طريق الغذاء والملاحق الغذائية المساندة لمساعدة المصاب بالتوحد. (خالد، نفس المرجع السابق، ص 24-25)

6- النظرية الاجتماعية:

يرى رواد هذه النظرية أنه يمكن النظر إلى التوحد باعتباره اضطراب في التواصل الاجتماعي حيث أن المهارات اللغوية والإدراكية للأطفال التوحدين كانت طبيعية في البداية و نتيجة لظروف التنشئة الاجتماعية ينتج عنها انسحاب الطفل من التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط به، وانغلاقه على ذاته لإحساسه بعدم التكيف كما بينت أيضاً أن التوحدين لديهم إعاقات عضوية تعوق عملية التواصل مع الآخرين بصورة طبيعية كما أوضحت تلك النظرية الاجتماعية أن ميول واتجاه آباء وأمهات الأطفال التوحدين تلعب دوراً أساسياً في إعاقته ميكانيكياً التواصل مع هؤلاء الأطفال، كما أن ظروف التنشئة الاجتماعية التي تتسم بالعواطف الجافة ونقص التواصل اللفظي بين الأبوين والطفل تعد من العناصر الأساسية المسببة للتوحد وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة التي تتكون فيها شخصية الطفل حيث أنها تؤدي إلى انسحاب الطفل من التفاعل مع العالم الخارجي وانغلاقه على ذاته ، وأشارت لورنا وينج إلى أن القصور الأساسي في التوحد هو قصور اجتماعي، وهذا القصور الاجتماعي يظهر في ثلاث مجالات مختلفة أطلقت عليها اسم أوجه القصور الثلاثية للتفاعل الاجتماعي. (كريم، 2017، ص 37)

7- النظرية البيولوجية:

ينتج التوحد من إصابة أو خلل وظيفي في وظائف النظام العصبي المركزي يتسبب في نمو غير سوي في الدماغ ومن أسبابه الاستعداد الوراثي، إصابات الجهاز العصبي المركزي قبل وبعد وأثناء الولادة، العدوى الفيروسية، نمو غير سوي في وظائف أو تركيب الدماغ، كيميائية بيولوجية غير سوية، اختلال وظيفي وفي جهاز المناعة، حيث أن الأفراد التوحدين يتعرضون في الواقع لمعدل مرتفع لحدوث الاضطرابات بالمخ فضلاً عن تعرضه للعديد من أوجه القصور المعرفية. كما كشفت العديد من الدراسات عن أن حجم المخ وحجم الرأس بالنسبة لأولئك الأطفال الصغار الذين يعانون من اضطراب التوحد يعد أكبر من الحجم العادي كما ذكر كانر في ورقته البحثية. كما تعتبر الإصابة بالمرض الفيروسي ونقص المناعة والتي تنشأ إما قبل الولادة أو خلال العامين الأولين من الولادة. كما أن الجدل العلمي لا يزال على أشده في الجرم بأن الإصابة بالحصبة الألمانية والغدة النكفية، والتطعيم ومرض التهاب المعدل تكون أسباب التوحد. (فضل الله، 2018، ص 23)

تعتبر هذه النظرية من أكثر النظريات التي حظيت بالدراسات والأبحاث، إذا ترى هذه النظرية بأن الخلل موجود بدمغ الطفل، مما يسبب لديه اضطراب التوحد. وفي دراسة قام بها موترون وآخرون، كشفت أشعة الرنين المغناطيسي عن وجود إصابة شديدة في الفص الصدغي الأيمن لدى طفل مصاب بالتوحد، ويعتقد الباحثون أن عدم الاتساق الإدراكي، هو الخلل الوظيفي الأساسي في التوحد. (البناء، 2017، ص 55)

يتضح مما سبق ذكره أن هناك العديد من النظريات التي حاولت تفسير أسباب حدوث اضطراب طيف التوحد ويرجع هذا التعدد إلى عدم التوصل إلى حد الآن إلى سبب وحيد و أكيد للإصابة بهذا الاضطراب ومن بين هذه النظريات نجد:

النظرية النفسية التي ركزت على طبيعة العلاقة الموجودة بين الوالدين والطفل في تفسير هذا الاضطراب وترجمته إلى طبيعة اتجاهات الأبوين نحو الطفل. في حين أن النظرية الاجتماعية تعتبر التوحد اضطراب في التواصل الاجتماعي يحدث نتيجة لظروف التنشئة الاجتماعية، وكذلك نظرية العقل ترجع حدوث هذا الاضطراب إلى عدم القدرة على فهم سلوك الآخرين من وجهة نظرهم بمعنى وجود خلل في الاستبصار وعدم القدرة على فعل مثل ما يفعله الأطفال العاديين.

وهناك نظريات أخرى تعتبر اضطراب طيف التوحد اضطراباً عضوياً والمتمثلة في:

النظرية البيولوجية التي ترجع سبب حدوث التوحد إلى وجود خلل أو شذوذ على مستوى الدماغ الذي يحدث إما أثناء فترة الحمل أو بعد الحمل. كما نجد النظرية البيوكيميائية التي ترجع هذا الاضطراب إلى عوامل كيميائية عصبية تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة في إفرازات النواقل العصبية (السيروتونين، الدوبامين). بالإضافة إلى النظرية الوراثية الجينية التي تعتبر أن الوراثة أحد أسباب حدوث هذا الاضطراب وذلك بوجود خلل أو تشوه على مستوى الكروموسومات (الكروموسوم X).

وبالرغم من وجود العديد من النظريات المفسرة للتوحد إلا أنها لم تقدم أي سبب مقنع لحدوث طيف التوحد، فهي مجرد نظريات لم يتم إثباتها حتى الآن.

XI. الوقاية من اضطراب طيف التوحد:

لا يوجد وقاية من اضطراب الذاتوية (التوحد) ولكن علينا أن نتعلم بعض الأشياء لكي تساعد أبنائنا من التوحد:

1. مساعدة الأسرة في الكشف عن وجود اضطراب التوحد ومعرفة كيف نعلم أن هذا الشخص لديه توحد من خلال إعطاء فئات الاحتياجات الخاصة اهتمام ومكان في الإعلام ومؤسسات المجتمع المختلفة.
2. مساعدة الأسرة على التفرقة بين الإعاقات الأخرى وخاصة التخلف العقلي وعدم إدخاله مع التوحد.
3. أن نجعل نظرة المجتمع إلى الأطفال ذوي الإعاقة ليست نظرة الشفقة أو الخوف بل نظرة الاهتمام، ومعرفة أن هؤلاء الأفراد لهم حقوق في المجتمع ونقوم بذلك من خلال عمل بعض الندوات للتعريف أكثر بالإعاقة.
4. أن يقرأ الوالدين والأم خاصة كل ما تستطيع عن التوحد.
5. محاولة تطوير علاقة الوالدين بالطفل والتأكيد بأن محبتهم له لن تقل بسبب أنه متأخر عن أقرانه وهذه المحبة أشياء يحسها الأطفال من نظرة أو لمسة.
6. تعلم الأطفال التوحديين بعض الأشياء: كتعليمه لبعض الألعاب مثل لعبة الألوان وأسماء الفواكه والخضروات، تعليمه القراءة وتعزيز حب الكتابة في مفهوم الطفل فهو ما يساعد على تجاوز الأزمة أو على الأقل الخروج منها بأقل ضرر. (سليمان، 2014، ص148-149)

خلاصة:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل نستنتج أن اضطراب طيف التوحد أحد أهم الاضطرابات النمائية أو بالأحرى واحد من المعوقات التي تقف أمام الطفل ليعيش حياته بشكل طبيعي، ونظراً لغموضه وصعوبة تشخيصه جعل الكثير من الباحثين والمختصين في هذا المجال في حيرة ولأن هذا الاضطراب يحدث نتيجة لعدة عوامل لكن لحد الآن لم يجد أي باحث السبب الرئيسي في حدوثه وكذا بالنسبة للعلاج، الأمر الذي جعل التعامل معه صعباً سواء بالنسبة للأخصائيين النفسيين أو بالنسبة لأفراد الأسرة الذي ينتهي إليها الطفل التوحدي.

سنتطرق في الفصل الموالي إلى التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد وسنحاول فهم والتعرف على أهم الطرق العلاجية للتكفل بهذه الفئة.

الفصل الثالث

الفصل الثالث: التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد

تمهيد

- .I مفهوم التكفل النفسي.
- .II أنواع التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد.
- .III أهمية التكفل النفسي بالطفل التوحد.
- .IV أهداف التكفل النفسي بالطفل التوحد.
- .V أطراف العملية التكفلية بالطفل التوحد.
- .VI مفهوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي.
- .VII المهام الذي يقوم به الأخصائي النفسي الإكلينيكي.
- .VIII سمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي.
- .IX أخلاقيات المهنة الخاصة بالأخصائي النفسي الإكلينيكي.
- .X مهارات الأخصائي النفسي الإكلينيكي.
- .XI التكفل المبكر بالطفل التوحد.
- .XII طرق التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد.

خلاصة

تمهيد:

إن الطفل التوحدي في مجتمعنا يعاني من الحرمان في شتى المجالات بسبب الإعاقة التي تقلل من قدرته على القيام بدوره في المجتمع بشكل مقبول مقارنة بالأشخاص العاديين، ومن هذا المنطلق أصبح من الضروري الاهتمام بهذه الفئة و التكفل بهم طبيياً و نفسياً و اجتماعياً من خلال استخدام وسائل واستراتيجيات من أجل تحسين سلوكيات الطفل التوحدي وصولاً إلى إدماجه في الوسط الاجتماعي.

وفي هذا الإطار جاءت دراستنا لمعرفة عملية التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين وهذا ما سنتطرق إليه من مفهوم التكفل النفسي، أنواعه، أهميته، أهدافه، أطراف العملية التكفلية، إلى جانب مفهوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي، مهامه، سماته، أخلاقيات المهنة للأخصائي النفسي الإكلينيكي، مهاراته، التكفل المبكر بالطفل التوحدي وأخيراً طرق التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد.

ا. مفهوم التكفل النفسي:

هو مجموع الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقاً لإمكانياته وقدراته الجسمية وميوله وبأسلوب يشبع حاجاته ويحقق تصوره لذاته ويتضمن ميادين متعددة: أسرية، شخصية، مهنية، وهو يهدف للحاضر والمستقبل مستفيداً من الماضي وخبراته. (قارش وقابوش، 2018، ص124-125)

هوتلك الخطة العلاجية المبنية على مبادئ وأسس المقاربات النظرية للعلاقات النفسية، حيث يوظف فيها المختص النفسي الأسس النظرية التي تحصل عليها في مراحل التكوين وهي كما يلي: سيكولوجية النمو، علم النفس المرضي للطفل والمراهق والراشد، دراسة حالة، القياس النفسي، التشخيص، والعلاجات النفسية، ويعرف أيضاً على أنه استخدام جميع الوسائل النفسية لعلاج مرض عقلي أو نفسي أو سواء توافق أو تكيف أو اضطراب نفسي. (جنادي وأحسن جاب الله، 2022، ص3)

هو مجموعة من الطرق والمنهجيات النفسية التنظيمية الاجرائية والمستخدمه للعناية بالأشخاص الذين يعانون من مختلف الاضطرابات. (علاوي، 2018، ص240)

من التعاريف السابقة نستنتج أن التكفل النفسي عملية متكاملة تضم عدة إجراءات مرحلية ومنهجية، تشمل في محاورها الأساسية عمليتي التشخيص والعلاج النفسي التي يقوم بها الأخصائي النفسي.

ا. أنواع التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد:

1-التكفل الصحي: يتمثل في:

- ❖ الحفاظ على وضع صحي مستقر المرضى المقيمين بالمستشفى بعدم تأزم حالاتهم.
- ❖ المتابعة الطبية اليومية العامة الخاصة بالمريض.
- ❖ توزيع الأدوية على المرضى حسب الخطة العلاجية الطبية.
- ❖ تقديم الإسعافات الأولية في حالة الجروح، كذا التطهير، والتضميد، والأدوية اللازمة، وتجهيز المريض في حالة التدخلات السريعة، والخطيرة.
- ❖ نقل المريض في مواعيد محددة للعيادات الخاصة (تحاليل، أشعة...) فحوصات خاصة قلبية، طب العظام، مع إجراء التحاليل المطلوبة لكل مريض في وقتها.
- ❖ متابعة الطبيب، وعلمه بالتغيرات الطارئة على حالة المريض. (بن سماعيل، 2015، ص38-39)

2-التكفل الاجتماعي:

تمثل الرعاية الاجتماعية للأشخاص جملة أنشطة تهدف إلى توفير الحماية والوقاية لهم، والحد من مشكلاتهم الاجتماعية التي تقودهم للشعور باليأس والاكتئاب. وتشمل مهام الأخصائي الاجتماعي ما يلي:

- ❖ إجراء تحقيقات اجتماعية حول المرضى المقيمين بالمراكز، والمؤسسات الاستشفائية.

- ❖ حماية حقوق المرضى في المؤسسات و المراكز الاستشفائية مع المصالح الخارجية، العمومية، والإدارية.
- ❖ ربط الصلة بين الأفراد في حالة المرض، أو الإصابة، والمرافق العمومية.
- ❖ محاولة إدماج المرضى المقيمين في المراكز اجتماعيا في الوسط الأسري، والمحيط.
- ❖ مرافقة المرضى في الوسط الخارجي لكسب الاستقلالية، وتحقيق التكيف الاجتماعي.
- ❖ برمجة النشاطات، والرحلات الترفيهية مع الوسط الاجتماعي.
- ❖ متابعة الوثائق الإدارية المتعلقة بالأشخاص، والمرضى المقيمين في المؤسسات و المراكز الاستشفائية مع المصالح العمومية. (بن سماعيل، نفس المرجع السابق، ص39)

3-التكفل النفسي:

يتمثل في التخفيف من حدة المشاكل، والأزمات النفسية، إذ يعمل الأخصائي النفسي على:

- ❖ محاولة إعادة ثقة الأشخاص في ذواتهم، بأنهم لا يزالون يملكون القدرة على مواصلة الحياة، كما أن المجتمع بحاجة إليهم.
- ❖ خلق جو أسري داخل المراكز و المؤسسات الاستشفائية بين المقيمين بها يساعدهم على استعادة التوافق، والتكيف النفسي، والاجتماعي.
- ❖ محاولة القيام بتشخيص فعلي للحالة، أزماتها النفسية، بتطبيق أدوات يستعين بها الأخصائي النفسي في إطار التكفل النفسي، كالملاحظة، المقابلة، الاختبارات النفسية. (بن سماعيل، نفس المرجع السابق، ص39)

نستنتج مما سبق أن الشخص أو الفرد الذي يعاني من مشكلات أو أزمات أو اضطرابات نفسية مهما كان نوعها و طبيعتها يجب أن يحض بتكفل في العديد من الجوانب تذكر منها الجانب الصحي و الاجتماعي والنفسي للتصدي و الوقوف ضد تشكل أي اضطراب نفسي أو العمل على التخلص منه إن وجد.

III. أهمية التكفل النفسي بالطفل التوحدي:

- ✚ ضرورة إنسانية وأخلاقية ودينية.
- ✚ ضرورة اجتماعية تتمثل في صيانة الأسرة وحمايتها وتدعيمها والمحافظة على العلاقات الاجتماعية الإيجابية بين الناس وحماية المرضى وأولادهم من خطر التشرد والضياع.
- ✚ دواعي سياسة تتمثل في ضرورة حفاظ المجتمع على الفكر الإيديولوجي المطلوب، وتربية أبناء المجتمع على القيم والمبادئ والأفكار والنظريات الموالية للمجتمع والتي تحفظ على المجتمع وحدته وتماسكه، وبالتالي تكامله وتحميه من عوامل التمزق والتفرق والانقسام والتفكك الاجتماعي.
- ✚ ظروف العصر الذي يتسم بالقلق و التوتر والصراع واحتدام المنافسة بين أبناء المجتمع وارتفاع مستويات الطموح بين الشباب.
- ✚ ازدياد معدلات الفقر والغلاء الفاحش والبطالة والجريمة وتغير أنماطها، وخاصة جرائم الأقارب والسطو المسلح والجرائم الجماعية.
- ✚ أهمية العقل في ضبط سلوك الفرد وترشيده وتوجيهه وتصويبه. (العيصوي، 1997، ص 21-24)

أما فيما يخص التكفل بالطفل التوحدي فتكمن أهمية التكفل النفسي في كونه وسيلة لإدماج الطفل التوحدي من الناحية النفسية والاجتماعية والمهنية، وتوعية أفراد المجتمع بضرورة النظر بموضوعية ويعدل لفئة ذوي اضطراب التوحد للقضاء على نظرة النقص أو التحقير أو الشفقة لمنح الفرد فرصة العيش وتحقيق استقلالي بتنمية قدرته الحركية الاجتماعية والعاطفية فيصبح قادر على العيش في المجتمع. (<https://ihsen47berriane.7olm.org/t854-topic/>)

إن التكفل بالأطفال التوحديين أمر في غاية الأهمية يجب أن تتكاتف جهود الأفراد والمؤسسات من أجل تقديم التكفل النفسي لهذه الفئة من إعادة تأهيل ورعاية ومساعدة للاندماج في الحياة العادية وفي المجتمع.

IV. أهداف التكفل النفسي بالطفل التوحدي:

- ✚ عيش بعض الأشخاص المصابين بالتوحد بكل استقلالية، أما البعض الآخر فهم في حاجة إلى التكفل والمرافقة طوال حياتهم. والهدف من ذلك هو تعزيز النمو وتفادي الإعاقات الإضافية وكذا خلق ظروف معيشية ملائمة لرفاهية المصاب وعائلته.
- ✚ تحسين الأداء الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي للمصاب.
- ✚ تعزيز تكوينه على المدى القصير والطويل.
- ✚ تطوير مهاراتهم والانفتاح على الآخرين. (<https://autisme.sante.gov.dz/>)

من خلال الأهداف السابقة الذكر نخرج بهدف رئيسي للتكفل النفسي وهو محاولة التخفيف من شدة الاضطراب لدى أطفال التوحد.

٧. أطراف العملية التكفلية:

تتم عملية التكفل بأطفال التوحد في إطار فريق متعدد التخصصات يتكون من:

1-طبيب الأطفال (Pédiatre): هو طبيب مختص في أمراض الأطفال، بحيث تعتبر الوقاية من أهم الأولويات في طب الأطفال. (Journal, 2021, p1) وهو أول من يلجأ إليه الأولياء عند ملاحظتهم لقصور في النمو لدى أطفالهم، في حين يضمن المراقبة العامة لصحة الطفل ويمكنه توجيه المصاب إلى المختصين. وقد يكون أول من يكتشف العلامات أو يحيل الوالدين إلى طبيب نفسي للأطفال لبدء رحلة التشخيص. ([/https://autisme.sante.gov.dz](https://autisme.sante.gov.dz))

2- الطبيب العقلي (النفسي) للأطفال (Pédopsychiatre) : وهو طبيب تلقى تكويناً متخصصاً في علاج الأمراض العقلية خاصة عند الأطفال، وهو المشرف على عملية التشخيص لاضطراب التوحد باعتباره اضطراباً عقلياً في إطار فريق متعدد التخصصات، حيث يقوم بإجراء الفحوصات الطبية اللازمة، وتشخيص الاضطراب من خلال الاعتماد على عدة أدوات وآليات مثل تطبيق الاختبارات النفسية، وإجراء التحاليل و الفحوصات الاشعاعية، تقديم العلاج الدوائي للاضطرابات المصاحبة للتوحد كاضطرابات النوم، وفرط النشاط والحركة. (قيروود، 2019-2020، ص68)

3-الأخصائي النفسي العيادي (Psychologue) : وهو مختص تلقى تكويناً في علم النفس العيادي وفي العلاج النفسي، وله دور أساسي في عملية التكفل بأطفال التوحد، بدءاً بعملية التشخيص من خلال عملية تقييم الحالة في الجانب التطوري والسلوكي، عن طريق المقابلات والملاحظة العلمية للسلوك، إجراء الاختبارات النفسية، وإعداد الميزانية النفسية للحالة، كما يشرف أيضاً على إعداد برامج التكفل بأطفال التوحد في المجال النفسي، و القيام بالعلاجات السلوكية من أجل تعديل سلوك الطفل التوحدي غير مرغوب فيه، وإكسابه مهارات سلوكية أخرى كما يصهر على تقديم العلاج النفسي لأولياءه ومساعدتهم على التغلب على الضغوط النفسية التي يعانون منها سواء بشكل فردي أو في إطار العلاج الأسري. (قيروود، نفس المرجع السابق، ص69)

4-المختص الاجتماعي (Social Worker) : يتولى مسؤولية مقابلة الوالدين وجمع تقارير الفحوصات الطبية والنفسية وتحصيل المعلومات عن مراحل تطور الطفل وتاريخه الصحي والتعليمي من الوالدين. كما أنه يقوم بتقويم تكوين وبنية الأسرة وأوضاعها الاجتماعية والنفسية والمادية. وبعد مقابلة الأسرة بهدف استقطاب المعلومات اللازمة للتقويم، يقوم المختص الاجتماعي بكتابة تقرير يوضح من خلاله جميع

المعلومات التي تم استنتاجها، ويعطي هذا التقرير للاختصاصيين ممن سيقومون بمهمة تقييم الطفل والاجتماع معهم لمناقشة المعلومات الواردة في التقرير للاختصاصيين ممن سيقومون بمهمة تقييم الطفل والاجتماع معهم لمناقشة المعلومات الواردة في التقرير وغيرها، إلا أنه لا يقوم في العادة بمهمة تقييم الطفل مباشرة. (الزارع، 2010، ص118)

5-أخصائي اللغة و التخاطب أو المختص الأطفوني (Speech and Language Pathologist) : و هو مختص في اضطرابات اللغة و الكلام، له دور في تقييم و تشخيص اضطراب التوحد من خلال إعداد الميزانية الأطفونية في مجال القدرات اللغوية للطفل في شقها التعبيري و الاستقبالي بالاعتماد على عدة اختبارات، كما يقوم بعملية التكفل من خلال تدريب الطفل على اكتساب المهارات اللغوية. (قيروود، 2019-2020، ص69)

6-أخصائي العلاج الطبيعي (Physical Therapist : PT) : و يرتكز دوره في تقييم المهارات الحركية الكبيرة المتمثلة في المشي و الحبو و وضع الوقوف، وليس من الضروري وجود أخصائي العلاج الطبيعي ضمن فريق تقييم الأشخاص التوحديين، لأنه في غالب الحالات لا ترتبط مشكلات حركية أساسية بالتوحد. (الزارع، 2010، ص119)

7-أخصائي العلاج الوظيفي (Occupational Therapist : OT): يتمثل دوره في تقييم الطفل في نشاطاته ومهاراته اليومية التي تتطلب كلاً من المهارات الحركية الكبيرة أو الدقيقة من خلال عملية التأهيل الوظيفي، بالإضافة إلى التكامل الحسي، يركز على تعليم المهارات الحركية المستخدمة في الحياة اليومية كمسك القلم أو الملعقة، أو قلب صفحات الكتاب أو شد الحبل أو اللعب بمواد متنوعة الأشكال...، وفي كثير من الأحيان تتداخل أدوار أخصائي العلاج الطبيعي وأخصائي العلاج الوظيفي. ومع ذلك فإن أهم الفروق بين الوظيفيتين أن عمل أخصائي العلاج الطبيعي يركز في مجموعة العضلات الكبيرة، بينما يركز عمل الأخصائي الوظيفي على الحركات الكبيرة بكل أشكالها و الحركات الدقيقة. (الزارع، نفس المرجع السابق، ص 119-120)

8-معلم التربية الخاصة أو البيداغوجي (Special Education Teatcher): إن للمعلم دوراً هاماً في عملية تقييم الطفل. فبينما يقوم باقي أفراد الفريق بتحديد الإطار العام لمستوى تطور الطفل في جميع المجالات، يقوم المعلم بإعطاء تفاصيل أكثر عن الطفل مثلاً: تفاعله مع غيره من الأطفال، ومقدرته على تطابق الصور والمجسمات، وعلى التصنيف و على اتباع الجدول وروتين الفصل، ومثيلها من المهارات. كما أنه قد يساعد في تحديد البيئة المثلى لتعليم الطفل. (الزارع، نفس المرجع السابق، ص120)

نستنتج مما سبق أن عملية التكفل و التشخيص و التقييم لاضطراب التوحد تتطلب تدخل فريق متعدد التخصصات: أخصائي نفسي، أطفوني، بيداغوجي، و طبيب أطفال...إلخ، وهذا راجع إلى درجة تعقيد

الاضطراب و اختلافه من طفل إلى آخر. بحيث يقدم كل مختص خبرته من أجل التكفل بالمتوحد في مجالات مختلفة. ويتدخل المختصون في مراحل مختلفة من المسار التكفلي وهذا اعتماداً على تخصصهم.

VI. مفهوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

الأخصائي الإكلينيكي هو: "العنصر الفعال وحلقة الوصل بين المريض والتشخيص الدقيق فيجب أن يتحلى بالصفات الإيجابية حتى يكون عنصراً ناجحاً في التعامل مع الأسوياء وغير الأسوياء.

كما ينبغي أن تكون لديه قدرة خاصة على فهم الآخرين ودوافعهم وإحباطاتهم وتكون لديه شخصية ثابتة وناضجة ذات توازن انفعالي ونظرة شاملة". (عسكر، 2009، ص39)

الأخصائي النفسي هو: "الأخصائي الذي يقوم بالدور الرئيسي في عملية العلاج النفسي ويتخرج المعالج النفسي في أحد أقسام علم النفس بالجامعة، ويتخصص في الصحة النفسية والعلاج النفسي على مستوى الدراسات العليا حتى الدكتوراه. ويدرس المعالج النفسي علمياً المواد المتخصصة في الصحة النفسية والعلاج النفسي والإرشاد النفسي وعلم النفس المرضي وعلم النفس الفيسيولوجي وقدر كافٍ من المعلومات الطبية والاجتماعية اللازمة في عملية العلاج النفسي". (زهران، 2005، ص184)

الأخصائي الإكلينيكي هو: "الشخص المتخصص حامل الماجستير و الدكتوراه في علم النفس العيادي أو الصحة النفسية والعلاج النفسي مع خبرة لا تقل عن ثلاث سنوات في العمل العلاجي النفسي، والذي يستخدم التقنيات والأساليب والطرائق السيكولوجية من ملاحظة، مقابلة، دراسة الحالة، تطبيق مقاييس نفسية في تقييم وتشخيص الاضطرابات النفسية ورسم خطة المعالجة وتنفيذها". (حمود وقاسم، 2015، ص69)

ومن التعاريف السابقة نستنتج أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو الشخص المتحصل على شهادة جامعية في علم النفس العيادي وأن يخضع للتدريب الذي يؤهله للممارسة العملية لتقديم الخدمات النفسية باستخدام الطرق والإجراءات السيكولوجية من فحص وتشخيص وعلاج لمحاولة حل المشكلات وتعديل السلوك الإنساني، وذلك بالتعاون مع طاقم طبي من جهة قد يكون طبيب أطفال أو طبيب عقلي أو طبيب عام... والأولياء من جهة أخرى. كما قد يكون ممارساً وباحثاً في نفس الوقت.

VII. المهام الذي يقوم به الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

تشير جوليان روتر إلى أن الأخصائي الإكلينيكي يقوم بالأدوار التالية:

✚ قياس الذكاء والقدرات العامة، وهذا النشاط لا يتضمن مجرد قياس القدرة الحالية للفرد، بل يتضمن أيضاً تقدير إمكاناته، وكفاءاته، وأثر المشكلات أو الظروف الأخرى التي تحيط به في قيامه بوظائفه العقلية.

✚ قياس الشخصية ووصفها وتقويمها، وما يتضمنه من تشخيص ما يمكن أن نطلق عليه السلوك المشكل أو الشاذ أو غير التوافقي.

✚ العلاج النفسي. (روتر، 1984، ص 25-26)

إن للأخصائي الإكلينيكي الكثير من الأدوار والتي منها ما هو أساسي ومنها ما هو فرعي، وقد حدد جولدنبرج (Goldenberg) حدّد الأدوار التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي على النحو التالي:

✚ عمل الاختبارات النفسية والمقابلات الإكلينيكية من أجل تشخيص الحالة.

✚ الإرشاد والعلاج النفسي للأفراد والأزواج والأسر والجماعات.

✚ عمل البحوث النفسية عن نمو الشخصية ووظائفها، وأسباب المرض النفسي وغيرها.

✚ اختيار وتدريب الجماعات غير المهنية كالمساعدين في مجال الصحة النفسية والجماعات التطوعية والإشراف عليهم.

✚ تقديم الاستشارات النفسية للمؤسسات العلاجية من أجل وضع برامج للعلاج والوقاية من الاضطرابات النفسية. (فالح، 2011، ص 14)

لعل مما يزيد معرفتنا أن نعلم بأن قاموس الألقاب المهنية في الولايات المتحدة قام بتحديد مواصفات العمل الإكلينيكي وهذا هو مصدر آخر يثري معرفتنا بواجبات الأخصائي الإكلينيكي:

✚ يشخص اضطرابات الأفراد العقلية والانفعالية والسجون والمؤسسات الأخرى.

✚ تنفيذ برامج العلاج.

✚ مقابلة المرضى ويدرس تاريخ الحالة الطبي والاجتماعي.

✚ ملاحظة المرضى أثناء اللعب أو المواقف الأخرى.

✚ انتقاء الاختبارات الإسقاطية والنفسية الأخرى وتطبيقها وتفسيرها ليشرحها الاضطراب.

✚ وضع خطة العلاج ومعالجة الاضطرابات النفسية لإحداث التوافق باستخدام أفضل أنواع العلاج

المختلفة مثل: علاج البيئة، العلاج باللعب والسيكودراما وغيرها.

✚ اختيار الأسلوب الذي يستخدم في العلاج الفردي مثل العلاج الموجه والعلاج غير الموجه والعلاج المساند.

✚ التخطيط عدة مرات العلاج أسبوعياً وعمقه ومدته.

✚ التعاون مع تخصصات مهنية أخرى منها الأطباء الأخصائيون في الطب مثل أطباء الأمراض العقلية (الأمراض النفسية) وأطباء الأطفال وأطباء الأعصاب والأطباء الباطنيين وغيرهم، كالأخصائيين الاجتماعيين والسيكياتريين والمساعدين لتطوير برامج علاج المرضى التي تعتمد على تحليل البيانات الاكلينيكية.

✚ تدريب الطلبة الإكلينكيون الذين يؤدون فترات الامتياز والنيابة في المستشفيات والعيادات.

✚ تطوير التصميمات التجريبية ويقوم بالبحوث في ميدان تطور الشخصية ونموها والتوافق، وفي مشكلات التشخيص والعلاج والوقاية من الأمراض العقلية.

✚ العمل كمستشار في المؤسسات الاجتماعية والتربوية والترفيهية والمؤسسات الأخرى وذلك بالنسبة لحالات الأفراد أو التقييم أو التخطيط أو تطوير برامج الصحة النفسية.

✚ استخدام مهارات التدريس والبحث والاستشارة التي تتضمنها مستويات أعلى من الخدمة المهنية قد يتخصص في واحدة مما يأتي:

- مشكلات السلوك.
- الجريمة والجناح.
- العلاج الجماعي.
- التشخيص والعلاج الفردي.
- الضعف أو التخلف العقلي.
- الاختبارات الموضوعية.
- الأساليب الإسقاطية.
- أمراض الكلام. (عطوف، 1981، ص 96-97)

وقد أقرت هيئة الصحة العالمية دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في مؤسسات الصحة النفسية، وقد حددت بعض الأدوار للأخصائي الإكلينيكي منها:

1- دور الأخصائي النفساني الإكلينيكي بالنسبة لاحتياجات المجتمع:

يحتاج أي مجتمع إلى أن تقوم له خدمات معينة، ولكن الأخصائي النفسي الإكلينيكي يلزمه أن يحاول اكتشاف وتحديث الاحتياجات التي لم يتوصل هذا المجتمع نفسه إلى معرفتها بعد.

وبالتالي مطلوب إجراء بحوث كثيرة من تأثير العوامل النفسية الاجتماعية على الصحة عموماً. (عسكر، 2009، ص43)

2- دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في تقدير المرضى:

تؤكد مجموعة العمل أنه لا ينبغي أن ينظر إلى علم النفس الإكلينيكي بوصفه مجرد مساعدة تقدم إلى الطبيب النفسي المسؤول عن التشخيص النهائي، وإنما على أنه خدمة للمريض. وقد اعترفت مجموعة العمل بدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في تقدير المرضى. (عسكر، نفس المرجع السابق، ص44)

3- دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في العمل الوقائي:

نذكر مهمة الأخصائي النفسي الإكلينيكي على مهمة تحسين نوعية الحياة بتعديل الظروف في المؤسسات الاجتماعية بالطريقة التي تصبح معها الإصابات الاجتماعية والنفسية أقل ما تكون كما يقوم بالكشف عن المجموعات البشرية المعرضة لمرض النفسي والبحث عن الأسر والأفراد المحتاجين إلى العون.

كما يعتبر الأخصائي النفسي الإكلينيكي موجهاً طبيياً في المجتمع ويتناول المشاكل ذات الخلفية السيكولوجية، كتعاطي المخدرات، والأمراض التناسلية والجناح والتخلف العقلي. (عسكر، نفس المرجع السابق، ص44)

4- دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في العلاج:

للأخصائي الإكلينيكي دور مهم وحيوي في العلاج النفسي حيث يستخدم الأخصائي الإكلينيكي العلاج النفسي والعلاج النفسي الحالي ويستخدم المناهج الدينامية، وبأهمية تعديل الشخصية ولزيادة المعرفة بمواصفات ودور الأخصائي الإكلينيكي فقد عرفه الألقاب المهنية: "الأخصائي الإكلينيكي يشخص اضطرابات أفراد العقلية والانفعالية والسجون والمؤسسات الأخرى ويقوم بتنفيذ برامج العلاج، ويقوم بمقابلة المرضى، ويدرس تاريخ الحالة الطبي والاجتماعي. ويلاحظ المرضى أثناء اللعب أو المواقف الأخرى ويطبق الاختبارات الإسقاطية والنفسية الأخرى ويطبقها ويفسرها ليشرحها لاضطراب، ويضع خطة العلاج ويعالج الاضطرابات النفسية لإحداث التوافق باستخدام أفضل أنواع العلاج المختلفة: مثل علاج البيئة والعلاج باللعب، السيكدراما وغيرها، ويختار الأسلوب الذي يستخدم في العلاج الفردي مثل العلاج الموجه والعلاج غير الموجه والعلاج المساند ويخطط عدد مرات العلاج أسبوعياً وعمقه ومدته وقد يتعاون مع تخصصات مهمة أخرى منها الأطباء الأخصائيون في الطب مثل أطباء الأمراض العقلية "الأمراض النفسية" وأطباء الأطفال وأطباء الأعصاب والأطباء الباطنيون وغيرهم، كالأخصائيين الاجتماعيين والسيكياترين والمساعدین لتطوير برامج علاج المرضى التي تعتمد على تحليل البيانات الإكلينيكية. (عسكر، نفس المرجع السابق، ص

5- دور الأخصائي النفسي في الفحص والتقدير:

يمثل الأخصائي الاكلينيكي الواجهة المباشرة التي يلتقي بها المجتمع في تعامله مع علم النفس ويلعب الأخصائي النفسي الإكلينيكي الدور الرئيسي في زيادة ثقة المجتمع بدوره وأدواته وانعدام هذه الثقة وبينما يسهم الأخصائي النفسي في عمليات التصنيف المختلفة فإن خدماته مطلوبة أيضا في التشخيص الفراق كما يحدث في التمييز بين الذهان والعصاب ويسن الاضطراب الوظيفي والعضوي ويستطيع الأخصائي استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية المختلفة أن يقدم تقييماً لمدى واسع من الوظائف والقدرات ومظاهر السلوك والخصائص الشخصية مثل الذكاء والتفكير والانتباه والإدراك والذاكرة بمختلف مستوياتها و اللغة والكلام والأداء النفسي والحركي والعصابية والذهانية والانبساط والمرونة والتصلب والمثابرة والنشاط الزائد والقلق والاكتئاب والخوف والمعتقدات والقيم والإصابات العضوية وغير ذلك. ويوجد دراسات كثيرة تعكس ما يمكن أن يقوم به الأخصائي النفسي الإكلينيكي في مجال الفحص والتقدير للمرضى النفسيين والعقليين وذوي الاضطرابات السلوكية، وهناك العديد من الاختبارات النفسية والمقابلات والملاحظات التي قد يستخدمها الأخصائي في مجال الاضطرابات النفسية والعقلية. (فالح، 2011، ص18-19)

ويجب أن نلاحظ في البداية أن عمل الأخصائي النفسي لا يقتصر على إجراء المقاييس النفسية، وإلا لكان دوره أشبه بدور المساعد الفني. بل يتجاوز دور الأخصائي النفسي ذلك.

كذلك قد يقوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي بعمل الفحوص للتعرف على نتائج استخدام علاج معين. فيقوم بإجراء الاختبار بعد فترة كافية من أخذ العلاج ويقارن نتائج الاختبارات بتلك السابقة على العلاج. وتوضح هذه المقارنة بشكل دقيق وموضوعي التغييرات التي حدثت للمريض كنتيجة للعلاج.

كما يقوم الفريق العيادي بفحص الحالة أو قد يقوم الطبيب النفسي بتحويل الحالة مع إثارة بعض الأسئلة لكي يسهم الأخصائي النفسي بأدواته في محاولة الإجابة عليها.

ويقوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي بقياس عدّة جوانب من السلوك نستطيع أن نحصرها في النواحي التالية:

- قياس القدرة العقلية العامة.
- قياس العمليات المعرفية النوعية.
- قياس القدرات النفسية الحركية.
- قياس سمات الشخصية.
- قياس النضوج الاجتماعي. (عويضة، 1996، ص179-180)

بتعبير آخر، ينطلق الفحص النفسي من المعرفة الشاملة لتصرفات ودينامية الشخص في إطار اجتماعي معين، أي دراسة الشخصية ضمن بيئتها أو ظروفها الاجتماعية ومستوى علاقاتها الإنسانية. والهدف من ذلك هو فهم شامل عن الشخص ووضعه، وتأثير العالم المحيط به على مآزمه وإشكالاته النفسية. (عباس، 1996، ص36)

6- دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في إجراء البحوث:

يعتبر إجراء البحوث العلمية أحد المهام الأساسية للأخصائي النفسي الإكلينيكي وتنوع هذه البحوث تنوعاً كبيراً ولكننا نستطيع أن نذكر أمثلة منها على النحو التالي:

1. بحوث تتعلق بتقنين الأدوات والاختبارات السيكولوجية.
2. بحوث تتعلق بتقييم آثار العلاجات المختلفة.
3. بحوث تتعلق بدراسة الفروق بين فئات المرضى بعضهم البعض، وبينهم وبين الأسوياء.
4. بحوث تتعلق بتقييم آثار العقاقير المستخدمة في العلاج.

وتجري هذه البحوث عادة في شكل فريق يجمع بين عدد من التخصصات العلمية ولكن نظراً للأعداد العلمي الخاص للأخصائي النفسي ولتمرسه بالمنهج العلمي وأساليب التحليل والإحصاء نجد أن دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في إجراء البحوث دور رئيسي. (عويضة، 1996، ص190-191)

7- دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في التشخيص:

في التشخيص يركز الاهتمام حول تحديد طبيعة المرض أو الاضطراب وذلك عن طريق دراسة أصوله ونشاته وخصائصه، وتطوره والعلامات التي يظهرها. (عباس، 1994، ص74)

أما مهام الأخصائي النفسي للصحة العمومية في الجزائر:

حسب المادة 18 للمرسوم التنفيذي رقم 240-09 المؤرخ في 22 جويلية 2009 يكلف النفسانيون العياديون للصحة العمومية لاسيما بما يأتي:

- تصور المناهج وتطبيق الوسائل والتقنيات المطابقة لمؤهلاتهم في مجالات اختصاصاتهم.
- المساهمة في تحديد وتباين وتحقيق النشاطات الوقائية والعلاجية التي تضمنها المؤسسات والمساهمة في مشاريعها العلاجية أو التربوية، لاسيما الاختبارات والتحليل والتشخيص والتنبؤات النفسية.
- المشاركة في أعمال التكوين وتأطير الطلبة ومهني الصحة في مجالات اختصاصاتهم.

وتشير المادة 19 من نفس المرسوم التنفيذي زيادة على المهام المسندة للنفسانيين العياديين للصحة العمومية، يكلف النفسانيون العياديون الرئيسيون للصحة العمومية بضمان التأطير التقني لنشاطات النفسانيين العياديين الذين يتم تعيينهم في مجموعة من هياكل الصحة.

ويكلفون بهذه الصفة لا سيما بما يأتي:

- إنجاز تقنيات نفسانية علاجية متخصصة.
- القيام بالخبرة النفسية.
- تحليل العلاقات والتفاعلات بين الفرق.
- المشاركة في التقييم والبحث في مجالات اختصاصاتهم.

أما المادة 20 تشير إلى زيادة على المهام المسندة للنفسانيين العياديين الرئيسيين للصحة العمومية، يكلف العياديون النفسانيون الممتازون للصحة العمومية، لاسيما بما يأتي:

- إدارة أشغال البحث والقيام بالتحقيقات في مجالات اختصاصاتهم.
- تحديد الاحتياجات النفسية الجديدة للمرضى.
- دراسة واقتراح كل إجراء من شأنه تحسين الصحة النفسية للمرضى.
- دراسة بواسطة مسعى مهني خاص، العلاقات المتبادلة بين الحياة النفسية والسلوكيات الفردية والجماعية قصد ترقية استقلالية الشخصية. (الجريدة الرسمية، 2009، ص 21-22)

والجدير بالذكر أن الأخصائي النفسي و كغيره من الأخصائيين له أدوار ومهام عدّة يقوم بها ومسؤوليات متنوعة قد نقول نوعاً ما صعبة، كما تتعدد مجالات عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي بمعنى أنه لا يعمل في مؤسسة واحدة فقط بل في مؤسسات مختلفة يقوم في كل منها بمهام وظيفية عديدة، بحيث يمكن تقسيم مهامه على حسب طبيعة ومتطلبات مكان العمل قد تكون مستشفيات، سجون، مراكز نفسية بيداغوجية للأطفال المتخلفين ذهنياً، مدارس... دون أن ننسى أهم الأدوار الرئيسية التي يقوم بها في كل مؤسسة والمتمثلة في الفحص والتشخيص والعلاج.

VIII. سمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

يعتبر الأخصائي الإكلينيكي صلة الوصل بين العميل والتشخيص الدقيق، ولا بد أن تتوافر فيه مجموعة من الصفات الإيجابية التي تجعله عنصراً ناجحاً في تعامله مع الأسوياء وغير الأسوياء. وتصبح هذه السمات ضرورية لأنها ستساعده على حسن التكيف مع الأجواء المختلفة، ويجب أن تكون لديه قدرة خاصة على فهم الآخرين ودوافعهم وإحباطاتهم وأن تكون لديه شخصية ثابتة وناضجة ذات توازن انفعالي ونظرة شاملة وبعيدة لكل ما يتصدى له من واجبات.

وقد أوردت اللجنة الخاصة بالتدريب لعلم النفس الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية السمات التي يجب توافرها لدى الأخصائي ونعرض أبرزها كالتالي:

1. الرغبة في معاونة الآخرين ومساعدتهم: دون محاولة لفرض سيطرته عليهم، واحترام حرية الآخرين واستقلالهم.
2. أن يتمتع الأخصائي الإكلينيكي بقدر عالٍ من الاستبصار لدوافعه ومشاعره ورغباته وحاجاته حتى لا تعرقل رغباته الذاتية الحياد في عمله وعلى الأخص احترامه (للمرأة) على أنها شريكة وليست منافسة له.
3. أن يتمتع بصفة التسامح واحترام وجهات نظر الآخرين، ولا سيما مع الطوائف الدينية والسلالات المختلفة.
4. أن يتمتع بمستوى عالٍ من الضبط الانفعالي والذاتي لأن تكامل الشخصية والالتزان من العناصر الضرورية التي توجي بالثقة، وأن يكون مخلصاً أميناً محافظاً على وعوده مستخدماً كافة مهاراته ومعلوماته لمصلحة المريض بعيداً عن مظاهر الاستغلال وأن يعطي الناس فكرة ثابتة وجيدة عن سلوكه في نطاق العمل وخرج نطاق العمل حتى لا يجدوا في أسلوبه نوعاً من الازدواج وأن تكون لديه بعض القيم والمثل الطيبة كصورة تعكس نضج شخصيته وتكاملها.
5. أن يكون الأخصائي على مستوى أكاديمي عالٍ ومستوى لائق من الذكاء الاجتماعي.
6. أن تكون لديه قدرة على المرونة Flexibility والقيادة Leadership والإبداع Creativity والصبر وحسن الإصغاء Good listening. (عطوف، 1981، ص 85-86)

لقد أشار كوري (Corey, 2011) إلى أن المعالج النفسي الفعال هو الذي يتصف بالصفات الشخصية التالية:

1. المعالج النفسي الفعال يملك هوية خاصة به، والمعالجون يعرفون من هم ويعرفون إمكانية تطوره كما يعرفون ماذا يريدون من الحياة.

2. المعالج الفعال يحترم نفسه ويقدرها، إنه يعطي المحبة بدافع شعوره بأهمية ذاته وقوته، حيث يشعر بنفس الكفاءة التي لدى الآخرين ويسمح للآخرين بأن يشعروا بالقوة وهم أمامه.
3. المعالج الفعال يتقبل التغيير ومنفتح عليه حيث يبدي المعالج رغبة وشجاعة لمواجهة المخاطر والمجهول والأزمات، ويمكنه اتخاذ القرارات الهامة فيها كما يجتهد لتحقيق التغيير المنشود.
4. المعالج الفعال يواجه اختباره نحو إثراء الحياة والتمسك بها، فهو غالباً على وعي بالقرارات السابقة التي اتخذها بحق نفسه والآخرين تجاه العالم من حوله، كما يرفض أن يكون ضحية لتلك القرارات السابقة وعلى استعداد ليقوم بعملية مراجعة حين الضرورة.
5. المعالج الفعال هو شخص أصيل مخلص وصادق لا يختبئ وراء مظاهر كاذبة أو دفاعات أو أدوار عقيمة أو وجوه مصطنعة.
6. المعالج الفعال يملك حاسة المرح والفكاهة حيث أنه قادر على وضع أحداث الحياة وضغوطاتها تحت المجهر، وهو لا ينسى الضحك كنعمة ومعالجة.
7. المعالج الفعال يرتكب أخطاء ويعترف بها، كما يحاول التخلص منها ومواجهتها بنفس الوقت لا ينج نفسه في حياة كلها بؤس وشقاء.
8. المعالج الفعال يعيش بشكل عام حاضره، فهو ليس مكبل بالماضي ولا المستقبل، فبإمكانه الدخول في تجارب الحياة ويتفاعل مع الآخرين في حاضره وليس في الماضي والمستقبل.
9. المعالج الفعال يثمن قيمة الثقافة وأثرها لأنه على وعي بالأساليب التي تؤثر فيها الثقافة في الأفراد، ويحترم تباين القيم التي تتبناها كل ثقافة ومجتمع. فهو حساس للفروق بين الأفراد النابعة من اختلاف الطبقات الاجتماعية والعرق والجنس والانتماء.
10. المعالج الفعال يحب الخير للآخرين وهذا مبني على الاحترام والعناية والثقة ونظرة إيجابية نحو الآخرين.
11. المعالج الفعال يمتلك مهارات تفاعل اجتماعي وتواصل فعال، حيث يمكنه الدخول في عوالم الآخرين بدون أن يفقد هويته في هذه العوالم ويكافح لبناء علاقات مشاركة معهم.
12. المعالج الفعال ينغمس في عمله ويستخلص معنى الحياة من هذا العمل.
13. المعالج الفعال عاطفي وعنده الشجاعة للمضي وراء عواطفه ومتحمس للحياة وعمله.
14. المعالج الفعال قادر على الحفاظ على وضع حدود صحية له، فمع حرصه على أن يكون دائماً متواجد بكليته مع عملائه إلا أنه لا يحمل مشكلات عملائه أينما ذهب خلال وقت فراغه، لأنه يعرف كيف يقول "لا" الأمر الذي يساعدهم بالاحتفاظ بتوازن في حياتهم الشخصية. (حمود وقاسم، 2015، ص73-74)

وفيما يلي بعض الخصائص التي يجب توافرها في الأخصائي الإكلينيكي:

1. يتطلب الإكلينيكي كفاءة شخصية وقدرة على اتخاذ القرارات الملائمة في أكثر المواقف غموضاً، وتزداد أهمية هذا العامل إذا أخذنا في الاعتبار أن علم النفس علم لا زال حديثاً ولا زالت قضايا السلوك المرضي أمر يصعب تفسيرها تفسيراً دقيقاً ومع ذلك فإن الإكلينيكي الذي يعمل في ميدان الممارسة يجد تقريباً مشكلات يومية تحتاج منه لاتخاذ القرارات وإلا فقد يكون الضرر بليغاً بالمرضى وبالوضع المهني ذاته، ومجالات الممارسة تختلف عن مجالات الدرس والبحث في أنها تحتاج لنصائح عملية بسيطة. وقد يجد الأخصائي الإكلينيكي المدرب على البحث نفسه في مواقف خرقاء وعاجزة عن المساهمة في الميدان إذا لم يكن على درجة كبيرة من الثقة بالنفس والكفاءة والمبادرة واتخاذ القرارات العملية السليمة حتى وإن افتقدت البحث.
 2. صحيح أنه يجب على الأخصائي الناجح أن ينمي في نفسه حب البحث والتساؤل، لكن يجب في نفس الوقت أن ينمي ثقته في معالجة المشكلات الطارئة والعملية، ولهذا فإن المؤتمرات المهنية والتدريبية والتفاعلات بالزملاء ضرورة لإعطائه هذا السلاح القائم على خبرة.
 3. كان اهتمامه موجهاً للبحث احترام الذات وفهمها وتطوير إمكانياتها عمل ضروري لكل إكلينيكي سواء أو العلاج أو الاستشارة ولهذا فإن الأخصائي الإكلينيكي المؤثر هو من يستطيع أن يحقق التوازن بين حاجاته للانغماس أو البعد عن عمله أن يعرف متى ينشط ومتى ينسحب ويتراجع.
- (عبد الستار وعسكر، 2008، ص35-36)

فقد تميز الإكلينيكيين العاملون بالبحث الأكاديمي بارتفاع مستوى الذكاء، والإلمام النظري العلمي بميدان التخصص والشهرة، لكن نشاطاتهم الاجتماعية محدودة وقد تميزت طفولتهم للعض الاضطرابات والصراعات أما نشاطاتهم الرياضية بدورها محدودة كذلك قدراتهم على القيادة، يعانون من العزلة والوحدة ولكن يغلب عليهم حب الاستطلاع والتفوق الأكاديمي طوال فترات الدراسة.

1. أما طائفة الإكلينيكيين العاملون بالإدارة والإشراف فقد غلبت عليهم خصائص الانبساط والمساهمات الرياضية مبكراً والقدرات القيادية، وعادة ما كانوا ينجحون نجاحاً لا بأس به ولكن درجاتهم على مقاييس الذكاء كانت أكثر انخفاضاً من فريق الباحثين كذلك يغلب عليهم القدوم من أسر أكثر تديناً.
 2. أما طائفة المعالجين تتميز بخصائص مستقلة عن الجامعتين السابقتين فقد جمعت هذه الطائفة خصائص موجودة في الطائفتين السابقتين، ولو أن طفولتهم تشابهت مع طفولة فريق العاملين بالبحث من حيث تميزها بالصراعات والتصدع الأسري، وغلبة مشاعر النقص خلال فترة الدراسة.
- (عبد الستار وعسكر، نفس المرجع السابق، ص32-33)

مما سبق ذكره من بعض النماذج المعروضة عن أهم السمات التي يجب توفرها في الأخصائي النفسي الإكلينيكي، يتضح ضرورة التزامه بالسمات التي تؤهله في أدائه لمهامه العيادية على أكمل وجه. ومن خلال هذا حاولنا الإلمام بأهم النقاط الرئيسية والمشاركة التي تساعد على جعل حياة المرضى أفضل، وتقديم الدعم النفسي الكامل لهم بغض النظر عن حجم مشكلاتهم النفسية. ولهذا فلا بد أن يتحلَّى الأخصائي النفسي الإكلينيكي بالقدرة على التعاون مع الأخصائيين الآخرين كالتبيب، الأخصائي الاجتماعي، طبيب عقلي... من أجل الوصول لتشخيص دقيق للحالة كذلك إقامة علاقات مهنية تتصف بالموضوعية والحياد والاحتفاظ بسرية المعلومات وذلك لخلق جو أساسه الثقة بين الطرفين إلى جانب تقبل المفحوص كما هو لا كما يحب الأخصائي النفسي لأن هذا التقبل يبث الثقة في نفس العميل فيفصح عن مشاكله لأنه لن يكون موضع النقد أو السخرية. وهنا ما على الأخصائي إلا الإصغاء وترك الحرية للمفحوص في التعبير وعدم التدخل إلا للضرورة.

لا تتوقف السمات على هذا فقط بل هناك العديد من السمات التي يجب على الأخصائي الالتزام بها.

IX. أخلاقيات المهنة الخاصة بالأخصائي النفسي الإكلينيكي:

أخلاقيات العلاج النفسي جزء لا يتجزأ من أخلاقيات علم النفس وأخلاقيات العلم والأخلاقيات بصفة عامة، وقد وضعت الجمعية المصرية للدراسات النفسية ميثاقاً أخلاقياً للمشتغلين بعلم النفس في مصر يرجى الالتزام به وتوعية الآخرين به، وفيما يلي كلمة عن أهم أخلاقيات العلاج النفسي:

1- العلم والخبرة: العلاج النفسي خدمات متخصصة، ومن ثم يجب أن يكون المعالج مؤهلاً ومزوداً بالعلم والمعرفة المتخصصة المتطورة، والخبرات والمهارات اللازمة لذلك، وأن يكون دائماً حريصاً على التزود بالمعلومات الأكاديمية وعلى دراية بالدراسات والبحوث في ميدان الصحة النفسية والعلاج النفسي. (زهرا، 2005، ص 187)

2- ترخيص العلاج: ويعطى الترخيص للمعالج من الجهات العلمية والرسومية بعد التأكد من المؤهلات العلمية والعملية في العلاج النفسي. وقبل الحصول على الترخيص يؤدي المعالج قسم المهنة بأن يراعي الله في عمله ويراعي أخلاقيات المهنة. (زهرا، نفس المرجع السابق، ص 187)

3- العلاقة المهنية: إن العلاقة المهنية يجب أن تكون محددة في إطار العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض ويجب أن تكون محكومة في إطار محدد من المعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية وألا تخرج عن حدود هذه المعايير وتلك القيم حتى يجد المريض فيها خبرة حقيقية لعلاقة أخلاقية مع إنسان آخر. (زهرا، نفس المرجع السابق، ص 187)

4-سرية المعلومات: وسرية المعلومات والبيانات أمر بالغ الأهمية في عملية العلاج النفسي، فالمريض حين يفضي للمعالج بأسرار حياته قد يبوح بسلوك يشعره بالذنب أو يدينه قانوناً... فالمريض قبل أن يبوح بمثل هذه الأسرار يحتاج إلى تأكيد من جانب المعالج أن كل ما يدلي به من معلومات سوف يحاط بإطار كامل من السرية المطلقة وأن أسراره تكون عند المعالج في أمان تام. (زهرا، نفس المرجع السابق، ص 187)

5-العمل المخلص: فالعلاج النفسي عمل إنساني يحتاج إلى الإخلاص في العمل ممّا يرضي ضمير المعالج حين يقدم كل الخدمات النفسية العلاجية للمريض. (زهرا، نفس المرجع السابق، ص 187)

6-العمل كفريق: والتعاون بين الأخصائيين المختلفين في عملية العلاج مثل المعالج النفسي والطبيب النفسي والأخصائي الاجتماعي وغيرهم. فمن المعروف أن معظم الأمراض النفسية لها أسبابها الاجتماعية ومظاهرها الجسمية، وكذلك فإن معظم الأمراض الجسمية لها عناصرها النفسية وآثارها الاجتماعية... وهكذا، وقد أكد المؤتمر الدولي المصري الأول المنعقد في القاهرة (مارس 1986) في توصياته على ضرورة الاهتمام بفريق العلاج وإعداد الكوادر المطلوبة للفريق وتدريبهم على العمل الجماعي لزيادة كفاءة الخدمة. (زهرا، نفس المرجع السابق، ص 187-188)

7-احترام الاختصاصات: أي احترام اختصاص الزملاء، وهذا واجب حتى حين يضطر أحد الأخصائيين للقيام جزئياً بعمله. (زهرا، نفس المرجع السابق، ص 188)

8-الاستشارة المتبادلة: والاستعانة بأي أخصائي آخر، فأحياناً يحتاج المعالج إلى مشورة طبيب الأعصاب أو الطبيب الباطني أو الأخصائي الاجتماعي أو حتى المحامي. (زهرا، نفس المرجع السابق، ص 188)

9-إحالة المريض: إلى أخصائي آخر. وهذا واجب إذا لاحظ المعالج أن الحالة تحتاج إلى علاج متخصص يخرج في إطار تخصصه. فمن الخطأ أن يحاول المعالج علاج كل شيء. (زهرا، نفس المرجع السابق، ص 188)

10-موضوع التكاليف: وهذا أمر هام ولكنه يجب ألا يتحكم في عملية العلاج نفسها مهما كانت الظروف، سواء كان العلاج مجاناً أو يدفع المريض تكاليفه. (زهرا، نفس المرجع السابق، ص 188)

11-كرامة المهنة: ويجب أن يحافظ المعالج النفسي على كرامة المهنة في علاقته بالجمهور والمرضى وذويهم وفي سلوكه بصفة عامة. (زهرا، نفس المرجع السابق، ص 188)

• الميثاق الأخلاقي للأخصائي النفسي للجمعية الأمريكية:

يتضمن قانون الأخلاقيات خمسة مبادئ هامة هي:

المبدأ (أ): الإحسان وعدم الإيذاء:

يبدل الممارسين النفسيون قصارى جهدهم لمنفعة الذين يعملون معهم والاهتمام بهم وعدم تعريضهم للأذى. ويسعى الممارسون النفسيون لحماية مصالح وحقوق كل من يتعامل معهم في المجال بشكل مهني من التأثير سواء كانوا أشخاصاً، حيوانات التجارب، وعندما يحدث صراع بين التزامات الممارسين النفسيين واهتماماتهم المهنية فإنهم يحاولون حل هذه الصراعات بشكل مسؤول يمنع وقوع الأذى أو يقلله. ولأن طبيعة الممارسين النفسيين -العلمية والمهنية والمواقف التي يتخذونها- قد تؤثر في حياة الآخرين فإنهم متيقظون على الدوام للظروف الشخصية والمالية والاجتماعية والتنظيمية والسياسية التي قد تؤدي لإساءة استخدام نفوذهم. ويجب أن يكونوا مدركين أيضاً لحالتهم الجسدية والذهنية التي من المحتمل أن تؤثر على قدرتهم في مساعدة الآخرين. (المالكي، د س ن، ص 16)

المبدأ (ب): الإخلاص والمسؤولية:

يبني الممارسون النفسيون علاقات ثقة مع الذين يعملون معهم. إنهم على دراية بمسؤولياتهم المهنية والعلمية تجاه المجتمع بشكل عام والمجتمعات المحلية التي يعملون بها. ويوضحون أدوارهم والتزاماتهم المهنية، ويقبلون المسؤولية المناسبة لسلوكهم، ويسعون لمنع صراع المصالح الذي قد يؤدي إلى حدوث أي استغلال أو أذى للآخرين. ويحرص الممارسون النفسيون على التشاور مع خبراء آخرين ومؤسسات أخرى، فيرجعون إليهم أو يتعاونون معهم إلى الحد الذي يخدم عملائهم ومرضاهم على أفضل وجه كما أنهم مهتمون بشأن الامتثال الأخلاقي لزملائهم وسلوكهم المهني، كما يسعى الممارسون النفسيون إلى التطوع بجزء من وقتهم المهني إما بمقابل فائدة ضئيلة أو بدون فائدة أو بدون ميزة شخصية. (المالكي، نفس المرجع السابق، ص 16)

المبدأ (ج): النزاهة:

يسعى الممارسون النفسيون إلى تحري الدقة وتعزيز النزاهة والصدق في العلم والتدريس والممارسة، وفي جميع هذه الأنشطة فإم الممارسون النفسيون لا يغشون ولا يسرقون ولا يحتالون ولا يخادعون ولا ينهجون التحريف المعتمد للواقع. كما يسعى الممارسون النفسيون للحفاظ على وعودهم وتجنب الالتزامات غير الحكيمة وغير الواضحة وفي بعض الحالات قد يكون لإخفاء الحقيقة مسوغاً أخلاقياً لتحقيقاً لمصلحة المرضى أو حمايتهم من الأذى، فإن الممارسون النفسيون يلتزمون وبشكل جدي بدراسة الحاجة إلى تصحيح أي

فقدان للثقة أو أي آثار ضارة أخرى تنشأ عن مثل هذا السلوك ونتائج المحتملة، مع مراعاة مسؤوليتهم ونتائج المحتملة مع مراعاة مسؤوليتهم تجاه ذلك. (المالكي، نفس المرجع السابق، ص 17)

المبدأ (د): العدالة:

يعترف الممارسون النفسيون بالعدالة بأن الانصاف والعدالة يخولان جميع الأشخاص الوصول إلى مساهمات علم النفس والاستفادة منها والحصول على جودة متساوية في العمليات والإجراءات والخدمات التي يجريها الممارسون النفسيون. يمارس الممارسون النفسيون أحكاماً معقولة ويتخذون الاحتياطات للتأكد من أن تحيزاتهم المحتملة وحدود اختصاصاتهم وحدود خبراتهم لا تؤدي إلى ممارسات غير عادلة أو تتغاضى عنها. (المالكي، نفس المرجع السابق، ص 17)

المبدأ (هـ): احترام حقوق الأشخاص وحفظ كرامتهم:

يلتزم الممارسون النفسيون بحفظ كرامة وقيمة جميع الأشخاص، وحقوق الأفراد من حيث الخصوصية والسرية وتقدير المصير. يدرك الممارسون النفسيون أن الضمانات الخاصة قد تكون ضرورية لحماية حقوق وراحة الأشخاص أو المجتمعات الذين يتأثرون بعملية اتخاذ القرار المستقل، كما يحترم الممارسون النفسيون الاختلافات الثقافية والفردية واختلافات الأدوار بما في ذلك القائمة على العمر ونوع الجنس، والهوية الجنسية والعرق، والثقافة والأصل والدين والتوجه الجنسي والإعاقة واللغة، والحالة الاجتماعية الاقتصادية، ويأخذون هذه العوامل بعين الاعتبار عند العمل مع أشخاص من ثقافات مختلفة. كما يحاول الممارسون النفسيون تقليل تأثير انحيازاتهم القائمة على اختلاف هذه العوامل، ولا يشاركون عن قصد بذلك ولا يتغاضون عن نشاطات لأشخاص آخرين تعتمد على مثل هذه الانحيازات.

إذا علم الممارسون النفسيون بإساءة استخدام أو إساءة تفسير لعملهم، فإنهم يتخذون إجراءات معقولة لتصحيح أو تقليل سوء الاستخدام أو تفسير ما حدث وتقليل آثاره. (المالكي، نفس المرجع السابق، ص 18)

لكل مهنة من المهن في المجتمع لها أخلاقيات ومبادئ وقواعد تحكم ذلك العمل والسلوك الذي يجب أن يتقيد به ممارسو تلك المهنة، ويعتبر الميثاق الأخلاقي معاهدة دستورية والتي بموجبها يلتزمون بالسلوك من أجل الوصول إلى الأداء المهني الخالي من الأخطاء أو الانتهاكات الضارة بالمهنة أو بالإنسان الذي تستهدفه هذه المهنة. وبما أن أخلاقيات المهنة كثيرة سنحاول الإشارة إلى الأكثر أهمية من الناحية التطبيقية أي في الميدان بداية بحسن الإصغاء فالأخصائي النفسي عندما يستمع إلى المفحوص وهو يتحدث عن مشكلته ويعبر عن آلامه ينبغي الاهتمام بهذه المشكلة وأن يحلل محتوى الرسالة الموجودة وراء الكلام الذي يقوله، وبالتالي ينبغي على الأخصائي الاهتمام والتركيز والتحلي بالصبر إن صح التعبير إلى جانب أهم نقطة وهي نقطة البداية والمتمثلة في بناء علاقة بين الطرفين أساسها الثقة مع توفير جو يسوده الراحة والطمأنينة والأمان

والهدوء للمفحوص هذا يشجعه أكثر على الإفصاح والتعبير دون خوف، أن يوفر له الحيادية والموضوعية وعدم الذاتية.

وقوفاً على أهم عنصر والذي بموجبه تستمر العملية العلاجية أو لا وهذا يعود إلى خبرة وكفاءة الأخصائي النفسي وهو سرية المعلومات على الأخصائي النفسي ألا يبوح بأسرار مريضه لأي شخص كان مهما كان هذا الشخص قريباً منه أو من مفحوصه ومهما كان المشكل صغيراً أو كبيراً تافه أو عميق، عليه أن يحفظ سره وأن يأخذ على عاتقه هذا السر مهما كانت الظروف. مروراً إلى عدم الحكم على المفحوص فالأخصائي ليس قاضي هو فقط شخص يستمع لمعاناة إنسان يشعر بالألم يفهم هذه المعاناة ويساعد هذا الشخص على تخطي هذا الألم لا يلقي أحكام. كما يوجد عناصر أخرى تدخل ضمن أخلاقيات المهنة منها الجدية والالتزام فالأخصائي يجب أن يكون جاداً وملتزماً في مواعيده مع مفحوصه، الكفاءة، العمل المخلص، احترام الاختصاصات...

وتعتبر مهنة الأخصائي النفسي الإكلينيكي من أكثر المهن التي تحمل في طياتها البعد الأخلاقي المتأصل في السلوك الإنساني وتشكل أساس للعمل المهني، فقانون أخلاقيات المهنة يرفع من كفاءة وقدرة الأخصائيين على أداء عملهم ويجعلهم أكثر نشاطاً وقوة والتزاماً نحو الزملاء من جهة ولأداء المهام على أكمل وجه من جهة أخرى.

X. مهارات الأخصائي النفسي العيادي:

1-الاتصال البصري:

إن الاتصال البصري Eye Contact الجيد ليس هو تلك النظرة الجامدة أو التي لا معنى لها، ولكنها تلك النظرة المحفوفة بالانتباه والتي تقول للمسترشد أن المرشد يهتم بك وينصت إليك ومتعاطف معك وحريص على مساعدتك، والنظرة المتفهمة لا تصدر عن المرشد فقط، ولكنها تصدر أيضاً عن المسترشد نحو المرشد تقول أن المسترشد يثق به ويأمل في العملية الإرشادية ويتوقع منها تحقيق توافقه. وقد أثبتت الدراسات أن النظرات المتبادلة الفعالة تحدث بدرجة أكبر حينما تكون هناك مسافة فيزيقية أكبر بين المرشد والمسترشد، وحينما تكون الموضوعات المناقشة أقل في طابعها الشخصي أو الحميم، وحينما لا يحاول المسترشد أو أن يخفى شيئاً، وحينما تكون الألفة بين المرشد والمسترشد قد بنيت على أساس وثيق، وعادة ما يرسل النظرة الشخص المستمع أكثر من الشخص المتكلم. والاعتبارات الثقافية تؤثر في الاتصالات البصرية فقد تضع بعضها قيوداً على هذا الاتصال، وبعضها لا يحتاج فيه الفرد إلى إذن أو طلب للاتصال البصري، أي أن الأفراد تعودوا على الاتصال البصري مع الآخرين منذ الصغر. (كفاي، 1999، ص56)

2- لغة الجسم:

أن وضع الجسم وتوجهه يمكن أن يشجع أو يثبط التفاعلات البينشخصية وحركة الجسم القليلة إلى الإمام مع الاتصال البصري تستقبل من قبل المرشد بإيجابية لأنها توصل له رسالة تتضمن اهتمام المرشد به. ويستخدم "إيجان" المقطع ليصف الوضع الجسدي الذي يشير إلى الانتباه والاهتمام. وتشير حروفه إلى الآتي:

Squarely: Face the client. واجه العميل:

Open : Body Posture. وضع الجسم:

Lean: Forward slightly. الميل الأمام قليلاً:

Contact: Contact. الاتصال:

Relaxed : Manner. طريقة أو أسلوب:

(كفاي، نفس المرجع السابق، ص 57)

3-المسافة الشخصية:

والمسافة الشخصية Personal distance بين المرشد والمرشد أيضاً تؤثر على الاتصال. وهناك "منطقة ارتياح" قصوى يمكن الاحتفاظ بها. وهذه المسافة محكومة إلى حد ما -مثل الاتصال البصري- بالاعتبارات الثقافية وفي الثقافة الأمريكية تبلغ هذه المسافة طوال الذراع وعندما يقترب شخصان إلى أقل من هذه المسافة يشعر كلاهما بعدم الارتياح، كما أن المسافة عندما تزيد عن هذا المعدل تقلل من قدر التواصل بينهما. وبالنسبة للموقف الإرشادي ينبغي أن يكون المرشد واعياً بمستوى الارتياح (أو عدم الارتياح) الذي يخبره المرشد فيما يتعلق بالمسافة بينهما، وأن يعمل على توفير هذا المسافة الشخصية المثلى. وفي غياب دراسات توضح قدر هذه المسافة في ثقافتنا فيترك الأمر إلى خبرة المرشد ودقة ملاحظته لمسترشده.

وقد تضيق المسافة الشخصية بين المرشد والمرشد، حتى يصل إلى حد أن يلمس المرشد مسترشده بأن يربت على كتفه مثلاً. وتشير بعض الدراسات أن اللمس يجعل المرشد يشعر بالرغبة في الانفتاح والمشاركة، وقد أوضحت دراسة لكل من دريسكول ونيومان وسيلز أن لمس المرشد لمسترشده ارتبط بكفاءة المرشد، وللمس قيمة في عملية التواصل إن لم يصحب هذا الأخير شعور أصيل بالتعاطف من جانب المرشد للمسترشد -وبحيث يدرك المرشد هذا الشعور- يكون ضرره أكثر من نفعه. وأمام المرشدين أساليب كثيرة ينقلون من خلالها إلى مسترشدهم الرسالة بأنهم موضع الاهتمام، ولا بد أن يكون المرشد

واعياً بالأساليب المتكلفة والمتصنعة وأن يتعد عنها، لأنها تكون مربكة ومحيرة لمستشرده وهناك أساليب أخرى يمكن أن تضر بالتواصل بين المرشد والمسترشد وتنقل للمسترشد إحساس بعدم اهتمام المرشد به مثل تدخين السجائر أو التغيير المستمر في وضع الجسم. (كفاي، نفس المرجع السابق، ص57)

4-النعمة الصوتية:

والنعمة الصوتية Vocal Tone جانب آخر من الجوانب المعبرة عن الاهتمام، وبالتالي عن التواصل بين المرشد والمسترشد، فنعمة الصوت الدافئة السارة التي تعكس روح الدعابة تدل بوضوح على الاهتمام والرغبة في الاستماع إلى المسترشد. إن طبقة الصوت وحجمه ومعدل الحديث قادرة على أن تنقل الكثير من المشاعر التي يكتبها المرشد للمسترشد.

إن استخدام المفاتيح أو العلامات شبه الصوتية يمكن أن تنتقل الرسائل المتضمنة للمستويات العالية من الشقة أو المستويات المنخفضة من الثقة، فالصوت العالي الجاف مع الإيقاع السريع ينقل ثقة بالنفس، بينما ينقل الصوت الناعم الهادئ مع النبرة المنخفضة والإيقاع البطيء وبعض الترددات مستوى أكثر انخفاضاً من الثقة بالنفس. وهذه العلامات الدالة على الثقة بالنفس تؤثر في إدراكات المسترشد للمرشد ولخبرته وجاذبيته وجدارته بالاحترام وللإشباع الذي يتوقعه المسترشد من العلاقة الإرشادية. (كفاي، نفس المرجع السابق، ص58)

5-المسلك اللفظي:

يحدث في بعض الحالات أن ينشغل المسترشد في حديث طويل لا علاقة له بموضوع المقابلة أو بأسئلة المرشد، وعلى المرشد في هذه الحالة أن يبقى هادئاً ومستمعاً لحديث المسترشد لأنه يعكس جزءاً من اهتمامه وأفكاره ومنطقة في التفكير، وله أن يختار إما أن يهتم بما قاله المسترشد كله أو بعضه أو أن يتجاهله، والذي يحدث في كثير من الحالات أن المرشد يهتم ببعض ما جاء في حديث المسترشد ويحاول أن يستفيد منه لأن له دلالة في فهم المسترشد. وهذا السلوك من جانب المرشد يسمى بالانتباه الانتقائي والجزء الذي ينتبه إليه المرشد في حديث المسترشد يعتمد على توجه المرشد النظري وقناعاته وتدريبه وممارساته. (كفاي، نفس المرجع السابق، ص58-59)

6-الصمت:

الصمت Silence أيضاً من الفنيات التي تساعد على التواصل الجيد، وتعكس الاهتمام رغم التناقض الظاهري بين مظهرها ووظيفتها، حيث يمكن للمرشد أن يستثمر الصمت على نحو جيد في خدمة أهداف المقابلة الإرشادية. وعلى المرشد أن يميز بين أنواع من الصمت أو بمعنى آخر أن يقرأ صمت المسترشد ماذا يعني؟ وعلى ما يدل؟ إن الصمت قد يدل على عدم تعاون أو عدم ثقة أو إرهاق أو جهل بأسئلة المرشد أو

تحد له ولقدراته على المساعدة، أو نتيجة تذكره شيئاً اقتحم مجرى حدث ولم يستطع بعد أن يرتب أفكاره وهل يستمر في حديثه أو يغيره ويتحدث في الموضوع الطارئ؟

إن الصمت مطلوب أثناء الحديث وعلى كل من المرشد والمسترشد أن يتبادلا الحديث والصمت، ولكنه ليس الصمت الذي يقطع الاتصال ولكنه الصمت الذي يصل ما بين جزء من حديث وجزء آخر، وكما قلنا فعلى المرشد أن يفهم صمت المسترشد ودوافعه وأن يتدخل لتناول هذه الدوافع إذا كانت مما يعوق التواصل. (كفاقي، نفس المرجع السابق، ص59)

7- الإنصات:

الإنصات Listening أيضا من مهارات التواصل الأساسية وتشبه الصمت ولكنها تختلف لأن الإنصات عنا عمل فعال يعكس تجاوباً مع الطرف الآخر الذي يتحدث، بل إن الإنصات الجيد ينقل للمسترشد رسالة تفيد أنه ما يقوله موضع اهتمام من المرشد، وأنه كشخص موضع التقبل من جانب المرشد أيضا. والإنصات وسيلة هامة تمكن المرشد من أن يفهم كثيراً من الجوانب عن مسترشده حيث يقف - خلال الإنصات- على مفهوم المسترشد عن نفسه ومفهومه عن الآخرين وعن عملية الإرشاد.

ويهتم المرشد بالإنصات إلى نقاط معينة في حديث المسترشد التي يمكن أن تعكس مفاهيمه السابقة، كما ينبغي أن ينتبه المرشد إلى الموضوعات المتكررة في حديث المسترشد. (كفاقي، نفس المرجع السابق، ص59-60)

XI. التكفل المبكر لدى الطفل التوحدي:

هو نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية تقدم للأطفال منذ الولادة وحتى سن 6 سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة المبكر لأسباب متعددة. ويعتبر التدخل المبكر من أهم أنظمه دعم الأسر ومرتبطة ارتباطاً وثيقاً باكتشاف الإعاقة بعد حدوثها، ويعتمد على الكشف النمائي، والاختبارات البيئية والصحية والوراثية، وعوامل تتعلق بالأم الحامل وبالجنين وبفترة الحمل وفترة الولادة. (المشرقي، 2008، ص6)

أصبحت قضية التدخل المبكر للأطفال التوحديين تحتل مكانة كبيرة على المستويين العالمي والمحلي، وأصبحت هناك اتجاهات تتزايد يوماً بعد يوم تنادي بضرورة أخذ هؤلاء الأطفال في الاعتبار للوقوف على أفضل الأساليب الملائمة للتعامل معهم، وضرورة تنوع هذه الأساليب وفقاً لدرجة التوحدية واختلاف الفروق بين أفرادها.

وتعتبر السنوات الأولى من عمر الطفل من الفترات النمائية الحرجة التي تؤثر في استجاباته لخبرات التعلم، وأيضاً في اكتساب الكثير من المهارات والسلوكيات... ويحدث التوحد في تلك الفترة الحرجة والهامة في حياة الطفل فيوجد الخبرات والمثيرات التي يحصل عليها في ذلك الوقت، حيث يعد من الاضطرابات النمائية المعقدة التي تؤثر على تواصل الطفل مع الآخرين سواء بطريقة لفظية أو غير لفظية، وأيضاً على تفاعله مع الآخرين، وأيضاً على استجاباته الحسية للمثيرات وأيضاً على الجوانب المعرفية عنده.

ويعتبر التوحد من الإعاقات التي لا يمكن تجاهلها الآن، وذلك لأن إعاقة التوحد تمثل الآن ثاني أكثر الإعاقات انتشاراً، ولا يسبقه في ذلك سوى التخلف العقلي، أما متلازمة داون فتأتي بعده مباشرة. (كامل، 2012، ص88)

• استراتيجيات التكفل المبكر لدى الاضطراب التوحدي:

التدخل المبكر يفيد ويثمر بشكل إيجابي مع الأطفال التوحديين، وعلى الرغم من الاختلاف بين برامج رياض الأطفال، إلا أنها تشترك جميعها في التركيز على أهمية التدخل التربوي الملائمة والمكثف في سن مبكرة من حياة الطفل، ومن العوامل المشتركة الأخرى بين تلك البرامج درجة معينة من مستويات الدمج خاصة في حالات التدخل المستندة إلى السلوك، والبرامج التي تعزز من اهتمامات الطفل، والاستخدام الواسع للمثيرات البصرية أثناء عملية التدريس، والجداول عالية التنظيم للأنشطة وتدريب آباء الأطفال التوحديين والمهنيين العاملين معهم، والتخطيط والمتابعة المستمرة للمرحلة الانتقالية... وقد يتضمن أسلوب التدخل المبكر الذي يتم تصميمه بعناية أجزاء تعنى بعلاج المشاكل التواصلية، وتنمية المهارات الاجتماعية، وعلاج الضعف الحسي، وتعديل السلوك يقدمها مختصون مدربون في مجال التوحد على نحو متوافق وشامل ومنسق، ومن الأفضل يتم التعامل مع التحديات الأكثر حدة للأطفال التوحديين من خلال برنامج سلوكي تربوي منظم يقوم على توفير معلم تربية خاصة لكل طالب أو من خلال العمل في مجموعات صغيرة.

إن دعم النمو المبكر يعود بفوائد عديدة على الأطفال وآبائهم، حيث يؤثر إيجابياً على قدرة الطفل على العطاء، وبالتالي على العلاقات الوالدية، فعلى سبيل المثال معرفة أسباب الإعاقة من شأنها أن تساعد في البرامج الإرشادية والوقاية والحد من الإعاقة.

ولا يقتصر التدخل المبكر على التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة لدعم نمو الأطفال المتأخرين نمائياً، والأطفال المعرضين لخطر الإعاقة، والأطفال ذوي الإعاقات المثبتة، ولكن يشتمل أيضاً على خدمات الكشف والتشخيص المبكر، والخدمات المساندة، والعلاج الطبيعي والوظيفي والتطبيقي، والإرشاد والدعم والتدريب الأسري، والخدمات الوقائية متعددة الأوجه التي يتم تنفيذها بالتعاون مع العاملين في المجالات الطبية المختلفة، وخاصة مجال الرعاية الصحية الأولية، والتوعية الأسرية، والجمهورية بوسائل الاتصال المسموعة والمقروءة والمرئية. (كامل، 2012، ص89-90)

يتم التدخل مبكراً وفقاً لاستراتيجيات ثلاثة هي:

- ✚ عملية توسيطية (Re-Mediation) ويكون التدخل بتعديل في سلوك الطفل في سياق عمليات النمو والتكيف ببرامج التدخل الطبي أو التعليمي أو السلوكي.
- ✚ تعديل مفاهيمه وتعويضه (Re-Deining) بتعديل إدراكات الوالدين للطفل والمعالجات وممارسات الوالدين نحو الطفل.
- ✚ إعادة تعليم الوالدين (Re-Education) لرعاية الطفل وتحسن قدرة الوالدين وكفاءتهم في التعامل مع الطفل. (كامل، نفس المرجع السابق ، ص 90-91)

إن أهمية التدخل المبكر لعلاج التوحد يكمن في وجود العديد من المبررات التي تدعو إلى ضرورة تقديم برامج التدخل المبكر لمساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بطريقة أقرب ما تكون إلى العادية، فالتدخل المبكر هو عملية تقديم الخدمات الطبية والتربوية والعلاجية الطبيعية والوظيفية والنطقية من خلال تصميم برامج تربوية فردية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والذين هم في السنوات الأولى من أعمارهم.

وتعتمد عملية التدخل المبكر على نظريات النمو الإنساني التي تحدد العوامل التي تيسر أو تعيق نمو الأطفال وعلى البحوث الميدانية في مجالات مختلفة مثل خصائص هؤلاء الأطفال والتأثير المبكر من الاستشارة أو الفوائد المباشرة لبرامج التدخل المبكر على الطفل والأسرة والمجتمع. (مركون، 2017، ص 65-66)

على هذا الصعيد، قال حسام مهنا، اختصاصي أول في علم النفس السلوكي ومنسق برنامج التوحد في مركز تطوير الطفل، "لا يشفى الطفل من التوحد بمجرد تقدمه في السن، إلا أنه من الممكن معالجة هذه الحالة المرضية. فالدراسات تشير إلى أن التشخيص والتدخل المبكر يؤدي إلى تحسين النتائج بشكل ملحوظ". (<https://www.aljazeera.net/news/healthmedicine/>)

وختاماً على هذا تعد مرحلة الطفولة من المراحل المهمة في نمو الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة الذي يتطلب التدخل المبكر، وهو نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يعانون من تأخر نمائي، كما أنه من الإجراءات المنظمةة التي تهدف إلى تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة من ذوي الاحتياجات الخاصة وهذا الأخير بدوره يهدف إلى تحسين مهاراتهم التواصلية وزيادة قدراتهم وكفاءتهم والتقليل من نتائج الإعاقة وأيضاً الحد من الآثار السلبية للإعاقة بعد ظهورها. وتبرز أهميته من خلال تأثيره الإيجابي على جوانب النمو المختلفة سواء في الجانب العقلي أو الجانب الانفعالي أو الاجتماعي أو اللغوي والسلوكي، ويخفف من تأثيرات الإعاقة أكثر مما لو تم التدخل متأخراً.

التدخل المبكر يساعد الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو على تحقيق مستويات متقدمة من الوظائف الإدراكية والاجتماعية.

XII. طرق التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد:

1-1-الأاليب المستخدمة للتكفل باضطراب طيف التوحد:

1-1-العلاج الطبي :

تقتصر أهداف التدخل العلاجي الطبي على تخفيف الأعراض السلوكية، وتعويض غياب المهارات الأساسية للحياة اليومية مثل رعاية الذات، وتحقيق قدر من التفاعل و النمو الاجتماعي و التدخل العلاجي يعتمد على العلاج بالأدوية أو الحمية الغذائية، ويستخدمها المؤيدون للنظرية أن اضطراب طيف التوحد سببه اضطراب أيضي يحدث نتيجة تأثير البيبتايد، و هي مادة تنشأ عن عدم هضم البروتينات، خاصة بروتينات الجلوتين (بروتين القمح و مشتقاته) و الكازين (بروتين الحليب و مشتقاته)، وهذا الخلل يحدث أثاراً تخديريا على الجهاز العصبي، ويحدث له اضطرابات و اختلالات معرفية و مركزية .

و العلاج الطبي يشتمل على طريقتين هما العلاج بالغذاء و العلاج بالعقاقير و الأدوية:

1-1-1-العلاج بالغذاء:

إن الدور الذي يلعبه الغذاء و الحساسية الغذائية في حياة الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد هو دور بالغ الأهمية، فالحساسية للغذاء تؤدي إلى انتفاخ أنسجة الدماغ و التهابه، مما يؤدي إلى اضطرابات في التعلم و السلوك، و إن المواد الغذائية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية لدى أطفال التوحد هي: السكر و الحليب و القمح و الشوكولاتة، و الدجاج و البندورة، و بعض الفواكه ، و إن المفتاح للمعالجة الناجحة هو معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية، و غالباً ما تكون عدة مواد مسؤولة عن ذلك، و بالإضافة إلى المواد الغذائية هناك مواد أخرى ترتبط بالاضطرابات السلوكية التي يعاني منها أطفال التوحد، وهي: المواد الاصطناعية المضافة للطعام، و المواد الكيميائية و العطور و الرصاص و الألمنيوم.(البننا، 2017، ص50)

1-1-2-العلاج بالحمية الغذائية:

أشارت عدة دراسات إلى أن استخدام الحمية الغذائية الخالية من الكازين و الجلوتين لها فائدة في تخفيف أعراض التوحد السلوكية، و خاصة لدى أطفال التوحد الذين لديهم خلل بالأمعاء و المعدة و هو ما يعرف بالأمعاء المرشحة، حيث تسمح هذه الأمعاء لبعض الأطعمة الغير مهضومة بشكل كامل التي تحتوي على الكازين و الجلوتين بالمرور إلى مجرى الدم و منه إلى الدماغ، هذه الأطعمة المهضومة جزئياً تحتوي على ببتيدات لها تأثيرات تخديرية و تحدث أضراراً مثل أي مخدر، هذه المخدرات من الممكن أن تسبب اضطراب التوحد، و يكون الحل وفق وجهة نظر أصحاب هذا العلاج بإخضاع الطفل لحمية غذائية خالية من بروتيني

الجلوتين و الكازين طوال حياة الطفل، أو تزويد الطفل بمادة السيرنيد و هو أنزيم متعدد صمم لمساعدة الجسم على زيادة هضم الببتيدات المهضومة جزئيا الناتجة عن بروتيني الكازين و الجلوتين، و الجديد ذكره هنا بأن ليس كل الأطفال الذين لديهم توحد يعانون من مشاكل بهضم الجلوتين و الكازين و بالتالي فهذا النوع من العلاج لا يفيد إلا الأطفال الذين لديهم مشاكل فعلية بالمعدة و الأمعاء. (غانم، 2013، ص63)

1-1-3-العلاج بالفيتامينات:

وهذا النوع من العلاج يقوم على أن عدد من الأطفال الذين لديهم توحد لا يستفيدون من الفيتامينات والمعادن بشكل طبيعي في الأغذية لأن لديهم مشاكل بالأمعاء، لذلك يعتمد العلماء إلى إعطاء الطفل الذي لديه توحد كميات إضافية من الفيتامينات و خاصة فيتامين ب6، و المغنسيوم فهو معدن مساعد في تكوين الناقلات العصبية المضطربة لدى الأطفال التوحديين عادة، كما أنه مساعد في بناء العظام و حماية الخلايا العصبية و العضلات و يقوي دور الأنزيمات في الجسم، وينصح الأطباء في حال لم يلاحظ أي تحسن على الطفل خلال 4 أو 6 أسابيع بالتوقف عن العلاج بالفيتامينات. (غانم، نفس المرجع السابق، ص64)

1-2-العلاج النفسي:

كان من أوائل من اقترح الطريقة النفسية في علاج التوحد مشيراً إلى والدين باردين في عواطفهما ورافضين العلاقة مع الطفل، وأن هذا هو السبب الرئيسي للتوحد. وهو يشجع ويدافع على ضرورة نقل الطفل من منزل والديه وإدخاله إلى مصحات أو بيوت داخلية سواء داخل مستشفى أو ملحقة لها (كما هو في أمريكا) وطريقته متداخلة مع نقل الطفل من سيطرة الوالدين مع العلاج وتغيير البيئة السكنية بالنسبة للطفل. (السعد، 1997، ص21)

وفي عام 1943 حاول ليو كانر و هو أول من اكتشف التوحد تفسيره بأن السبب يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية و التواصلية بين الوالدين و خاصة الأم و الطفل. لهذا كانت النظرة للآباء خلال عقدين متتاليين من الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم. ولذلك ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج التوحد و اعتمدت على فكرة النمو النفسي لدى الطفل و إن هذا النمو يضطرب و يتوقف عن التقدم في حال لم يعيش الطفل حالة من التواصل و الانفعال الجيد و السوي في علاقته مع أمه . ويركز العلاج النفسي على أهمية خبرة الطفل لعلاقات نفسية و انفعالية جيدة و مشبعة مع الأم، كما أنه لا ينبغي أن يحدث احتكاك جسدي مع الطفل في هذه الفترة لأنه يصعب عليه تحمله كما لا ينبغي دفع الطفل بسرعة نحو التواصل الاجتماعي لأن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى استجابات ذهانية حادة. (صندقلي، 2012، ص133)

ومن رواد هذا النوع من العلاج النفسي نجد ميلاني كلاين و برونو بتلهبايم و مرشانت المتحمسين لهذا الأسلوب العلاجي النفسي و الذين أشاروا الى وجود تحسن كبير لدى الحالات التي عولجت باستخدام هذه الأساليب النفسية، كما يقدم العلاج النفسي القائم على مبادئ التحليل النفسي لآباء الأطفال التوحديين

دورات تدريبية للمساعدة على تخطيم مشكلة أطفالهم و التعامل معها بصورة غير مباشرة. بالإضافة إلى النصيحة و المشورة التي يقدمها المتخصصين النفسيين لمساعدة أهل في تربية ابنهم و تدريبه على البرامج الخاصة في التأهيل. وإذا كان الطفل في برنامج مدرسي يقدم العلاج النفسي شرحاً للأهل و المدرسين ليتعرفوا على التوحد و أعراضه و مدى تأثيره على قدرات الطفل و فعاليته في المنزل و المدرسة و المجتمع المحيط به، بالإضافة إلى متابعة الاختصاصي النفسي للطفل التوحدي و تقييم حالته في كل المراحل ليعطي الإرشادات و التوجيهات و التدريبات السلوكية اللازمة. مما يجعل هذا العلاج عملية مساندة للأهل تسهل عليهم طرق العناية بطفلهم و تجعل حياة الأسرة أكثر استقراراً. (صندقلي، نفس المرجع السابق، ص134)

1-2-1-العلاج باللعب:

تري وست(1992) أن الأهمية العظمى لعالم اللعب لدى الأطفال تعادل أهميته لدى الراشدين، بل أن اللعب هو اللغة التي تشكل عالم الطفل، أنه أفضل أداة لعمليات النمو و التعلم معا، وأن احتياج الأطفال للعب بأنواعه و أدواته و أساليبه يعكس خصائص النمو و التغيرات الارتقائية التي تحقق للطفل في كل مرحلة من مراحل نموه، من أنواعه (اللعب الفردي و الجماعي و الأغاني)، و يذكر محمد الفوزان (2000) توصيات بخصوص ألعاب الطفل التوحدي منها:

✚ يجب أن تدل اللعبة على مثيرات بصرية حتى تشد الطفل التوحدي على التحديق في الأضواء و تركيز و تثبيت بصره.

✚ يجب أن تحتوي اللعبة على مثيرات سمعية لأنه دائماً يعبر و ينطق و يههمهم.

✚ يجب أن تحتوي اللعبة أيضاً على مثيرات ملموسة لأن الطفل التوحدي عادة يحاول ضرب جسمه أو وضع إصبعه في فمه فلا بد أن تكون الألعاب ناعمة.

✚ يجب أن تحتوي هذه الألعاب على مثيرات تلقائية لأن الطفل التوحدي لديه عادات مثل أحيانا يضع جسمه في وضع غريب أو أحيانا يمشي على إصبع القدم و يقلب رأسه إلى الخلف. (بيومي، 2008، ص41)

و بذلك يعتبر اللعب مادة جيدة لحل بعض المشكلات و الاضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي، ولذلك ركزت عليه بعض الدراسات التي تعمل على تعديل السلوك، و من هذه الدراسات دراسة عيسى جابر(1989) التي استهدفت الكشف عن فعالية البرنامج الذي يحتوي على ألعاب مختلفة في علاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال، فقد أظهرت النتائج فعالية استخدام اللعب في حدوث انخفاض ملحوظ في كل من السلوك العدواني و الانطوائي، ودراسة عزة عبد الفتاح (1990) و كان الهدف منها التحقق من تأثير اللعب على حل المشكلات لدى الأطفال التوحدين، حيث توصلت النتائج إلى أن اللعب و طريقة المشاركة و طريقة الممارسة تؤثر إيجابياً في حل مشاكل الأطفال. أما محمد خطاب (2005) في دراسته و التي هدفت إلى إعداد برنامج علاجي باللعب لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى

الطفل التوحدي حيث أسفرت النتائج أن اللعب شأنه في ذلك شأن معظم اساليب العلاج النفسي حيث يتناول الشخصية ككل، ويؤثر عليها بشكل عام. (بيومي، نفس المرجع السابق، ص41)

3-2-1-العلاج بالموسيقى:

هذا النوع يستخدم في معظم المدارس الخاصة بالأطفال الذاتويين و تكون نتائجه جيدة فقد ثبت على سبيل المثال أن العلاج بالموسيقى يساعد على تطوير مهارات انتظار الدور و هي مهارة تمتد فائدتها لعدد من المواقف الاجتماعية. و العلاج بالموسيقى أسلوب مفيد و له أثار إيجابية في تهدئة الأطفال الذاتويين و بالتالي يمكن أن يتم توظيف ذلك و الاستفادة منه كوسيلة من وسائل التواصل. (شبيب، 2008، ص49)

يرى كل من عبد العزيز الشخص و عبد الغفار الدماطي (1992) أن العلاج بالموسيقى يستخدم لتحقيق أهداف علاجية حيث يقوم أخصائي العلاج الطبيعي باستخدام الموسيقى لإحداث تغييرات مرغوبة في سلوك الفرد. ويشير عمر بن الخطاب خليل (2001) إلى أن العلاج بالموسيقى نوع من أنواع العلاج الذي يستخدم الموسيقى في مساعدة المرضى في التعامل الأكثر فعالية مع حياتهم، و الصعوبات التي تواجههم، فالعلاج بالموسيقى له أهمية خاصة مع الأطفال التوحديين بسبب طبيعة الموسيقى كمادة غير لغوية و غير مهددة و الأنشطة الموسيقية الموازنة يتم تصميمها لمساندة أنشطة الطفل كما يرى المعالج. و يذكر ميرا (1999) في دراسة فائدة العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين:

✚ العلاج بالموسيقى ينمي و يطور المهارات الاجتماعية الانفعالية الإدراكية، التعليمية و الإدراك الحسي.

✚ الألعاب الموسيقية العلاجية تحقق التفاعل و الاتصال الاجتماعي مع الآخرين.

✚ ألعاب التصنيف و الغناء تشجع الاتصال بالعين بين الطفل التوحدي و الآخرين.

✚ اللعب بالموسيقى بجوار الطفل التوحدي ينمي الانتباه لديه.

✚ العلاج بالموسيقى يساعد على تعديل السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي مثل الجلوس على مقعد بهدوء أو الالتزام بالوجود مع مجموعة الأطفال الآخرين في دائرته مثلا.

✚ يساعد العلاج بالموسيقى الطفل التوحدي على الشعور و الإحساس بنفسه، والشعور بقيمته وسط المجموعة، وذلك من خلال مشاركته مع الآخرين في النشاط الموسيقي . (بيومي، 2008، ص40)

4-2-1-العلاج السلوكي:

يعتمد العلاج السلوكي على التطبيق المنظم للإجراءات المستندة إلى مبادئ التعلم بهدف تغيير السلوك الإنساني، و يتم ذلك من خلال تنظيم و إعادة تنظيم الظروف و المتغيرات البيئية الحالية ذات العلاقة بالسلوك و بخاصة منها تلك التي تحدث بعد السلوك، كذلك يشتمل تعديل السلوك على تقديم الأدلة على

تلك الإجراءات وحدها ولا شيء غيرها هي التي تكمن وراء التغيير الملاحظ في السلوك ولهذا اقترح العديد من الباحثين والمهتمين باضطراب التوحد استخدام الأساليب العلاجية السلوكية (كطرائق لتعديل السلوك) في علاج التوحد، سواء كان ذلك في البيت أو في فصول دراسية خاصة. يركز العلاج السلوكي على تعديل سلوك الأطفال التوحديين باستخدام العديد من الأساليب كالتعزيز والتشكيل والتسلسل والتلقين والإخفاء والعقاب والتصحيح الزائد والتعزيز التفاضلي والأغذية الراجعة، ويتم ذلك من خلال وضع خطة سلوكية تتألف من 6 خطوات هي:

✚ تحديد السلوك المحوري .

✚ وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شيعه.

✚ تحديد السوابق واللواحق التي تؤثر على السلوك.

✚ وضع برنامج العلاج والخطة العلاجية.

✚ بناء توقعات علاجية.

✚ تقييم السلوك على البيئة الطبيعية.

وذلك للتخلص من السلوكيات المصاحبة للتوحد كالعنف ونوبات الغضب وإيذاء الذات وغيرها من المشاكل السلوكية التي تمثل ضغطاً على الوالدين والمتعاملين مع الطفل بهدف تحسين العلاقات والتفاعلات مع الآخرين. وقد أثبتت الكثير من الدراسات أهمية هذا البرنامج في تنمية الحصيلة اللغوية والاجتماعية والسلوكية والتعليمية في علاج أطفال التوحد. (فاضل، 2015، ص 44-45)

1-2-5-العلاج بالفن:

تعد الأنشطة الفنية من أهم الأنشطة للأطفال التوحديين فهي تساعدهم في تنمية إدراكهم الحسي بتنمية مهارة التعليم والانتباه والإدراك البصري عن طريق الإحساس باللون والخط والمسافة والبعض والحجم، وتدريب الأطفال التوحديين على بعض الأنشطة كاستخدام الأدوات والخامات التي تمهد الإمساك والتحكم في ما بعد في أدوات الكتابة. ويحتاج العلاج بالفن عدداً من متطلبات، والتي يقصد بها المواد والمكان وتنظيم عملية العلاج، أما عن الزمن يتم تحديد زمن كل جلسة على حسب حالة الطفل وأيضاً لطريقة العلاج كان فردياً أو جماعياً أو مختصراً، ومن المهم أن تكون جلساته متصلة -مستمرة- يحسن أن تقل مدة الجلسة عن ساعة أو اثنتين للجلسة الواحدة وأن لا يقل عدد الجلسات عن واحدة في الأسبوع، وأما عن الأنشطة الفنية فيعني بها تلك الأنشطة الفعلية في العلاج بالفن وهناك أنشطة فنية يطلب من الطفل القيام بها، وأما عن المواد التي يجب توافرها فأهمها: ألوان الباستيل، الفلوماستر وألوان المياه والفرش والصلصال والورق والمقصات وأشغال فنية والطباعة والصمغ وأدوات متنوعة أخرى... إلخ. (الشمري، 2007، ص 19)

أما عن مضمون الجلسة فإنه يتفاوت من البساطة إلى التعقيد حسب المواد المتوفرة و حسب الزمن المتاح و حسب ما إذا كان العلاج فردياً أم جماعياً، و حسب هدف العلاج و تهدف هذه الأنشطة إلى إعداد الطفل للتعلم الكتابية، تنمية قدرة الطفل التوحدي على النسخ، زيادة فرص التوحدي لتحقيق ذاته و التقليل من شعوره بالدونية و القصور، و تنمية التواصل الاجتماعي بالعمل الجماعي و التعاون مع الآخرين لإخراج عمل فني و تدريب استعدادات الطفل و وظائفه الفعلية كالانتباه أو التحيز الحركي و الحفظ و التذكر و الملاحظة، و تنمية استعدادات الطفل و مهاراته الجسمية اليدوية و الوظائف الحركية، تطوير قوى التوافق و التحكم و التأزر الحركي الحسي، و مساعدة الطفل على التعبير عن ذاته بإنتاج أعمال جديدة تعمق شعوره بالنجاح و أساسه بالقدرة على الإنجاز، و مساعدة الطفل على التعبير عن نفسه و تواصله مع الآخرين من حوله دون الإفصاح عن ما يجول في خاطره من كلمات. (الشمري، نفس المرجع السابق، ص19)

ويشير جونز (1998) إلى أن العلاج بالفن مع التوحديين يهتم بالعديد من الأشياء :

✚ يعمل العلاج بالفن على معالجة المشاكل اللغوية و الاجتماعية التي تواجه الأطفال التوحديين، و ذلك من خلال العلاقات و التفاعل الداخلي الذي يحدث بين الطفل و العمل الفني و للمعالجة.

✚ إن أهم الأشياء التي يهتم بها برنامج العلاج بالفن هي مراحل تقبل الطفل لكيفية صناعة العمل الفني و استقباله للخامات المناسبة.

✚ يعالج برنامج العلاج بالفن الطفل التوحدي على الخروج من حيز التفاعل مع نفسه إلى التفاعل مع المعالجة و العمل الفني و من ثم الأصحاب في بيئته، و من هنا يحدث الاتصال اللغوي أو الاجتماعي. (الشمري، نفس المرجع السابق، ص19)

يتضح ممّا سبق ذكره أنه لا يوجد علاج محدد لاضطراب طيف التوحد وهذا راجع للطبيعة المعقدة لهذا الاضطراب و اختلاف أعراضه من طفل لآخر، و يعتبر العلاج السلوكي من أكثر العلاجات تأثيراً على الطفل التوحدي إذا تم تطبيقه بشكل سليم.

2-البرامج العلاجية المستخدمة للتكفل باضطراب طيف التوحد:

1-2-برنامج تيتش (Teatch):

وهو من إعداد ايريك شويلر و زملائه بولاية نورث كارولينا في أوائل السبعينات، ويشتمل البرنامج على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية و السلوكية و يتم التعامل مع كل منها بشكل فردي، كما يقدم البرنامج خدمات التشخيص و التقييم لحالات الذاتويين بجانب ما يعطيه من اهتمام كبير بالبناء التنظيمي للعملية التعليمية الذي يؤدي بدوره الى تنمية مهارات الحياة اليومية و الاجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الشخص الذاتوي.

وقد اشتملت الوحدات البنائية للبرنامج على: تنظيم الأنشطة التعليمية، تنظيم العمل، جدول العمل، استغلال وظيفي متكامل للوسائل التعليمية، وبذلك فهو يعتبر طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة و السلوك فقط، بل تقدم تأهيلاً متكاملًا للطفل، كما تمتاز بأنها طريقة مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل حيث يتم تصميم برنامج تعليمي مفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل. وبرغم الانتشار الواسع الذي حققه هذا البرنامج إلا أنه مزال بحاجة إلى إثبات فعاليته مقارنة بالبرامج الأخرى. (الشريف، 2011، ص238)

تتسم البيئة لبرامج تيتش بطابع مميز ، فهي مليئة بمعينات بصرية مختلفة و يتكون البرنامج من عدة ركائز:

- ✚ تكوين روتين محدد يتضمن تسلسل الأحداث خلال اليوم و خلال الأسبوع و الانتقال إلى النشاط التالي، مقدار ما يستغرقه كل نشاط، وتحديد الأمكنة التي يمارس فيها النشاط.
- ✚ تنظيم المساحات: ينبغي تنظيم مساحة اللعب الحر، ومساحة الانتظار، ومساحة الكرسي، والمساحة الخاصة بالتلميذ.
- ✚ الجداول اليومية: استخدام جداول فردية للطفل التوحدي تسلسل الأحداث اليومية.
- ✚ تنظيم العمل: ينبغي تنظيم العمل بشكل يوضح للتلميذ ما هو المطلوب منه؟ كم هي كمية العمل؟ كيف يعرف الطفل ان العمل انتهى؟ ما هو النشاط الذي سيلبي.
- ✚ التعليمات البصرية : إعطاء التلميذ إرشادات من خلال استخدام دلائل بصرية كالصور والكلمات المكتوبة. (مصطفى، 2010، ص253)

2-2-برنامج بيكس(PECS):

هو برنامج أمريكي صمم لتطوير نظام التواصل مع أطفال التوحد في مرحلة ما قبل الدراسة أي في سن 4-6 سنوات، ويهدف البرنامج إلى مساعدة الطفل على التواصل و التعبير عن رغباته و احتياجاته، وتدريب الطفل على الكلام و النطق بحيث تدعم الصور بالكلام أثناء التدريب و التخاطب ثم يقل استخدام الصور تدريجياً و يحل محلها الكلمات و الجمل و يتعلم الطفل في نظام (PECS) كيفية التعرف على صورة الشيء الذي يرغبه ثم يأخذها و يقوم بإعطائها للمدرس أو المربي، في مقابل أن يأخذ هذا الشيء الحقيقي في يده الشيء الذي حصل عليه الطفل في مقابل الصورة)، ويتكون هذا البرنامج من 6مراحل هي:

- ❖ مرحلة التبادل الجسمي: الهدف من هذه المرحلة هو أن يلتقط الطفل الصورة المرغوب فيها، يتجه نحو المدرس و يضعها في يده بحيث تبدأ هذه المرحلة بالمعززات المفضلة لدى الطفل.
- ❖ مرحلة التلقائية في الأداء: و الهدف منها أن يتجه الطفل إلى اللوحة المعلق عليها الصور، و يخلع منها الصورة ثم يتجه إلى المدرس و يسلمها له في يده.
- ❖ مرحلة التمييز بين الصور: الهدف منها أن يدرّب الطفل على الذهاب إلى لوحة الصور و يختار صورة مناسبة و يعطيها للمدرس .

- ❖ مرحلة بناء الجمل: الهدف منها أن يطلب الطفل أشياء موجودة وأشياء غير موجودة مستخدماً لذلك جملة متعددة الكلمات.
- ❖ مرحلة الاستجابة للسؤال ماذا تريد: والهدف منها أن يستجيب الطفل لسؤال المعلم أو المربي.
- ❖ مرحلة التعميم والاستجابة والتلقائية: للهدف منها أن يستجيب الطفل في هذه المرحلة للعديد من الأسئلة المختلفة. (عمراني و بخوش ، 2021، ص21-22)
- ❖ تقوم فلسفة برنامج بيكس على كتاب عالم النفس الأمريكي سكينر "السلوك اللفظي" حيث ذكر سكينر في كتابه أن المؤثرات اللفظية الوظيفية يتم تعليمها من خلال التلقين و استراتيجيات التعزيز و التي تقود إلى التواصل المستقل. ويتم مع مرور الوقت تقليل استخدام التلقين بشكل تدريجي إلى أن يتم تجنب استخدامه. كما يمكن تعليم الأطفال الكثير من المفاهيم اللغوية المتقدمة باستخدام نظام بيكس و التي يصعب على الأطفال المصابين بالتوحد عادة فهمها و من الأمثلة عليها : الأحلام(كبير، صغير) والأشكال (مربع، مثلث، مستطيل، دائرة) والألوان والأعداد، حيث يستطيع الطفل في مراحل متقدمة تكوين رسالة يطلب فيها ما يريد باستخدام بعض المفاهيم اللغوية المتقدمة للطلب و من الأمثلة على ذلك: أريد كرة كبيرة صفراء. ويجدر بالذكر أن مبادئ برنامج بيكس تقترن بعناصر تحليل السلوك. (اسماعيل، 2011، ص64)

3-2-برنامج لوفاس(ABA):

يعد من أشهر الطرق التي تستخدم مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، قدمه لوفاس سنة 1987 بجامعة كاليفورنيا حيث سماه بطريقة المكثفة يقوم على منهج تحليل السلوك التطبيقي (ABA) و هو علم يهتم بدراسة سلوك البشر و الحيوانات و ما يفعلونه ويقولونه و تفسيره و التنبؤ به و من هنا سمي أسلوب لوفاس بهاته التسمية (أسلوب تحليل السلوك التطبيقي ABA) ، يعرف اختصاراً ب ABA ، وقد عرف هذا الأسلوب أيضا بعدة مسميات منها الاشرط الاجرائي (نظرية سكينر)، ومحاولات التدريب المفضلة، وعلاج لوفاس ABA، و الاسم الأكثر استخداما هو التدخل السلوكي المكثف. (قيروود وموزو ، 2021، ص201)

وتقوم القاعدة الأساسية لهذا البرنامج على أن التدخل السلوكي يسمح ببناء سلوكيات إيجابية والتخلص من السلوكيات الغير مرغوب فيها و حسب لوفاس كلما كان الطفل صغيرا فإن إمكانية التعلم المعمم تكون فعالة. هو برنامج للتنبؤ بسلوك الفرد و ضبطه يعتمد على المقاربة التربوية المعتمدة على مبادئ التعلم للمدرسة السلوكية، من خلال التركيز على العلاقة التي يمكن ملاحظتها بين السلوك و البيئة و هذا من خلال ثلاث وظائف أساسية هي:

- تحليل السلوك و الذي نعني به تحليل السلوك الصادر عن الطفل بغرض الوصول إلى تعديله و تغييره، أن يتميز هذا التحليل بالشمولية و الدقة و الوضوح و التفاصيل، من خلال تحليل المثيرات و الاستجابة و عواقبها.

✚ التقييم الوظيفي للسلوك، ويشمل وصف العلاقة الارتباطية بين المتغيرات الثلاث التي أشرنا إليها سابقاً، وصفاً محكماً و دقيقاً يهدف التوصل إلى فهم أفضل لهذا السلوك، ويمكننا هذا التقييم من تحديد دوافعه معززات ذلك السلوك سواء كان سلوكاً مرغوباً فيه أو غير مرغوب فيه.

✚ تطبيق السلوك المتعلم على الواقع، حيث لا يتوقف برنامج تحليل السلوك التطبيقي عند تحليل السلوك غير مرغوب فيه و تقييمه الوظيفي إنما يتعدى إلى تعليم سلوكاً بديلاً و العمل على تطبيقه في الواقع من خلال تبسيط المهمة أو المهارة المراد تعليمها إلى عناصرها الصغيرة التي يستطيع الطفل تعلمها عن طريق المحاولة و تعزيز ذلك السلوك المتعلم الجديد و التطبيق الفعلي له في الواقع. (قيروود ومزوز، نفس المرجع السابق، ص201)

يقوم برنامج ABA على تنمية مهارات التقليد حتى يتمكن الطفل من التعلم، ويبدأ بتدريب الطفل على تقليد الحركات، ثم الأصوات، ثم اكتسابه الخبرات، ثم ينتقل إلى تعليم المهارات الأكثر تعقيداً مثل المطابقة مع نموذج معين، وكتابة الكلمات و الجمل و الأرقام، مما يساعد الطفل على اكتساب المهارات الاجتماعية كما يعتني البرنامج بالتطبيق الفعلي للأنشطة المختلفة في المواقف الطبيعية. ويركز التدخل المكثف الذي يعتمد على تدريب الطفل تدريباً مكثفاً لمدة تتراوح ما بين 30 أو 40 ساعة في الأسبوع أي بمعدل 7 ساعات في اليوم لمدة ثلاث سنوات على الأقل، يقوم به فريق من المختصين من بينهم طبيب الأطفال العقلي، المختص النفسي، مختص في الأرتوفونيا، مختص في البيداغوجيا بالإضافة إلى الأولياء الذين يتم تدريبهم في كيفية التدخل الذي يتم في إطار برنامج فردي محدد و مضبوط بشكل جيد. يركز برنامج التدخل المكثف للوفاس على التدخل المكثف و المستمر طوال اليوم في المراكز المتخصصة و في المنزل، حيث يتم التعليم بمراحل من خلال تقسيم كل مرحلة إلى حصص متكررة و متتابعة بشكل سريع إلى أن ينجح الطفل في الاستجابة بشكل صحيح بدون توجيه أو مساعدة خاصة و كل مرحلة تتضمن :

✚ تقديم طلب أو توجيهات للطفل من أجل القيام بنشاط معين.

✚ ملاحظة استجابة أو سلوك الطفل.

✚ دور أو ردة فعل المتدخل.

كل استجابة صحيحة يتم تعزيزها إيجابياً مباشرة بشيء يسعد الطفل و يفرحه مثل تقديم لعبة أو الثناء و الشكر مثل (جميل، أحسنت، برفو)، أما الاستجابات الأخرى غير الصحيحة إما يتم تجاهلها أو تصحيحها وتعديلها. (قيروود ومزوز، نفس المرجع السابق، ص202)

4-2-برنامج دينفر (Denver) :

صمم نموذج دينفر للتدخل المبكر من أجل تلبية احتياجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد من عمر 12 شهراً من خلال المعالجين والآباء باللعب، حيث يستمتع الأطفال باللعب مع المعالجين أو الآباء في أي مكان مثل المنزل، على الأرض مثلاً أو في أي مراكز متخصصة فهذا النموذج مبني على المرح و العلاقة الإيجابية مع المعالج فهو نموذج للاستمتاع و السعادة للطفل ذي اضطراب التوحد. وقد احتل برنامج دينفر أهمية كبيرة

في مجال التدخل المبكر حتى أصبح أسلوباً متبعاً في العديد من المراكز المتخصصة في تأهيل وعلاج الأطفال ذوي اضطراب التوحد، بل أصبح محور دراسات عديدة منها دراسة داوسون (2010) التي هدفت إلى الكشف عن فعالية نموذج دينفر في تحسين النتائج الخاصة بالأطفال ذوي اضطراب التوحد في المرحلة العمرية من حديثي الولادة حتى عمر ثلاث سنوات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن من طبق عليهم برنامج دينفر أثبتوا تحسناً ملموساً وملحوظاً في مستوى الذكاء والسلوك التكيفي، كما أسفرت المجموعة المطبق عليها برنامج دينفر في التواصل عن نجاحات في السلوك التكيفي مقارنة بالعينة الأخرى التي طبق عليها التدخل المجتمعي، وهذا عمل على تحسين السلوك التكيفي والذهني، والتقليل من الاضطرابات الخاصة بالأطفال ذوي اضطراب التوحد. (شاهين، 2017، ص 196)

يسعى نموذج دينفر إلى تحقيق العديد من الأهداف، وفي هذا الصدد تذكر سالي روجرز وزملائها (2000) أنه تم تصميم برنامج دينفر لخدمة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وذلك من خلال مرحلة الطفولة المبكرة أي مرحلة ما قبل المدرسة من عمر 2-5 سنوات لكن من الممكن أن تتاح الفرصة أيضاً لتقديم الخدمات للأطفال الأكبر سناً ممن شخصوا أن لديهم اضطرابات نمائية وسلوكية، خلال العقد السابقيين وجد أن أكثر من 100 طفل قد استفادوا من هذا البرنامج من خلال خدمات أخرى كالتشخيص والتقييم، وتقديم الاستشارات وغيرها. وقد ذكرت روجرز وآخرون و ابراهيم العثمان وآخرون (2012)، و أمل علي محمد (2016) أن برنامج دينفر للتوحد يستند في خدمة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على أساس معرفي، وعملية من المسلمات الأساسية، وجملة من الممارسات العملية، وهذا البرنامج يسعى إلى تحقيق هدفين أساسيين أو رئيسيين هما:

- ✚ تقديم تعليم مكثف لتغطية أوجه القصور في عملية التعلم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
 - ✚ مساعدة الطفل ذي اضطراب التوحد للوصول به إلى أقصى درجة من العلاقات الاجتماعية
- التفاعلية المنظمة والتي تستند بشكل كبير على التقليد والتواصل الرمزي، والشخصي، والذي يتم من خلال تبادل المعرفة ونقل الأفكار. (شاهين، نفس المرجع السابق، ص 198-199)

5-2-برنامج سون رايز (SonRise):

يعرف برنامج سون رايز كمدخل علاجي للتوحد حيث يمضي أفراد الأسرة أو المتطوعون أو المختصون عدداً كبيراً من الساعات في تقليد حركات الطفل و"الدخول إلى عالم الطفل الخاص". فإذا قام الطفل ببرم لعبة أو صحن كما يفعل العديد من الأطفال التوحديين، قام الراشدون ممن يعملون معه بتقليده ومشاركته في اللعب و بناء على فلسفة البرنامج، فإن تقليد حركات الطفل ينمي لديه الشعور بالحب والقبول والرضا، ويشعره بأن الراشدين من حوله لديهم اهتمامات مشتركة معه وهكذا يتمكن الراشد من الدخول إلى عالم الطفل، وبعد أن يشعر الطفل بثقة أسرته به وحبها له، ويشعره كذلك بارتياح في محيطه، تقوم الأسرة بتدريبه على مهارات ينبغي أن يتعلمها مثل اللغة والتواصل والادراك والحركة وما إلى ذلك. (الشامي، 2004، ص 91)

و يعتقد باري كافمان و سمرية كافمان أن موقف الأسرة اتجاه طفلها يؤثر بدرجة أساسية على تقدم الطفل، و تنقل مثل هذه المعلومات للأسرة خلال الفترة التدريبية، وبذلك تدرك الأسرة أنه لا جدوى من تطلعها إلى تقدم الطفل حسب رغبتها هي لكي تطمئن لمصيره و يتقبله المجتمع مادامت المهارات التي تريدها الأسرة و تشعر بأن طفلها ينبغي عليه أن يتعلمها تختلف عن تلك التي يحتاج إليها الطفل بالفعل والتي يستطيع أن يتعلمها. وفي المقابل تتجه الأسرة نحو تقبل وضع طفلها التوحد كما هو، و تصبح على معرفة بالأسباب الباعثة لسلوكيات التوحد و ما يعنيه التوحد، وينشأ عن هذا الإدراك اختيار أهداف تعليمية تفيد الطفل و تساعد على العيش سعيدا و معتمدا على نفسه ، مع تقبل بعض القصور السلوكي لديه كجزء من خاصيته التوحدية. (الشامي، نفس المرجع السابق، ص91)

الخصائص العامة للبرنامج:

- ❖ سياسة قبول التلاميذ: يعتبر برنامج سون رايز برنامجاً تدريبياً للأسر وليس مركزاً أو مدرسة تقبل الأشخاص التوحديين.
- ❖ نسبة المعلمين الى التلاميذ: تقوم الأسرة (أو المتطوعون) بتدريب طفلهم بشكل فردي و لمدة عدة سنوات.
- ❖ عدد ساعات التعلم : يتلقى الطفل العلاج على مدى 12 ساعة يوميا، سبعة أيام أسبوعيا و على مدارس السنة، و لمدة عدة سنوات، وهكذا فإن الطفل يتلقى التدريب في معظم ساعات يقظته.
- موقع التعليم: وضع برنامج سون رايز كبرنامج تدريب لأسر أطفال يعانون التوحد أو اضطرابات نمائية شاملة أخرى، و بالتالي يتم علاج الطفل التوحد في منزله و في غرفة خالية من أي مثيرات قد تشتت انتباهه، وهكذا فإن الطفل يقضي سنوات عديدة بعيداً عن البيئة الطبيعية و التي يفترض في فلسفة البرنامج أنها تعيق من عملية التعليم. (الشامي، نفس المرجع السابق، ص89-90)

6-2-برنامج مكاتون (Makaton):

هو برنامج بلغات متعددة الوسائط طورته مارغريت و وكر في السبعينات في بريطانيا و تحديداً سنة 1976 بغرض تحقيق التواصل الفعال و الوظيفي مع نزلاء مستشفى القديس جورس الذين كانوا يعانون من الإعاقة العقلية و الصمم، و اسم البرنامج مشتق من أسماء ثلاث علماء قاموا بإعداده و هم Margaret Walker و Kathy Johnso و Tony Conforth، وهو موجه للأشخاص من الأطفال و المراهقين الذين يعانون من اضطرابات التواصل: كالأطفال الذين يعانون من اضطرابات في النطق، و اضطراب التوحد، متلازمة داون و الشلل الدماغي، بالإضافة إلى إمكانية استخدامه مع أسرهم و من يقومون على رعايتهم أو التعامل معهم، و عادة ما يستخدم مع الأطفال لمساعدتهم على اكتساب اللغة و الكلام. يتألف البرنامج من مفردات قاعدية و مفردات إضافية، المفردات القاعدية تجمع 450 مفهوم منظمة في مستويات، حيث تم اختيار هذه المفاهيم لتلبية احتياجات كل شخص طفل أو بالغ في وضعية إعاقة، مع دمج البعد النمائي، لا

تحتوي هذه المفردات القاعدية على أي علامة نحوية في أبسط استخدام لها ، والتي يتم شخصتها لكل مستخدم، ابتداء من قاعدة مشتركة تكمل المفردات الإضافية المفردات القاعدية، أين يتم تنظيمها حسب المواضيع، وتهدف إلى تلبية توقعات محددة من المستخدمين (الحيوانات، الفنون، الصحة...)، تتضمن هذه المفردات الإضافية أكثر من 7000 مفهوم من لغة الإشارات و الصور الأصلية يرافقها الكلام. تهدف هذه الأداة إلى تطوير المهارات في التواصل، اللغة و القراءة مرفوقة بطرائق مرنة للتعلم، وتمكن أيضا من تلبية حاجيات المستخدمين الذين هم في حاجة إلى وسيلة تواصل للتعبير عن حاجاتهم الأساسية، أو فهم محيطهم مثل الذين يسعون إلى بناء لغة أكثر تفصيلا أو القراءة. (فيروودو مزوز، 2021، ص209)

ويعتمد برنامج الماكاتون على استخدام الكلام و الإشارات و التواصل البصري بالعين، و لغة الجسد وإيماءات الوجه و الصور و الرسوم ، و الكلمات المكتوبة، بالتزامن مع إعداد مجموعة من الإشارات الدالة عليها، يقدمها المربي للطفل على شكل تعليم لغة الإشارة، غير أن هذا البرنامج ليس بلغة الإشارة، حيث تقدم الكلمات في شكل مفرد أو في شكل جمل على أن تقدم الرموز و الإشارات حسب ترتيبها في الجملة، ومن الأمثلة على ذلك تعليم كلمة "أشرب"، أين يقوم المربي بحمل الكأس إلى الفم و ينطق كلمة "أشرب"، ويقدم معها مباشرة رمزا أو صورة تدل على شرب فيها شخصا. وفي حالة الجمل يجب أن تقدم مفصلة كلمة بكلمة مرفقة بالرموز التي قد تكون صور أو رسومات أو إشارات مرتبة حسب ترتيب الكلمات في الجملة، و في مثال على ذلك، إذا أراد المعلم تعليم جملة: "سعيد يشرب الماء" عليه أن يقوم في البداية بتحضير الثلاث رموز التالية: صورة لسعيد، ثم ينطق كلمة يشرب و يشير إلى الرمز الذي يدل على كلمة يشرب، ثم يحمل كأس الماء و يقربه من فمه و يقوم بعملية الشرب. يتم التعليم في برنامج ماکاتون بالانتقال بالتدرج من الأسهل إلى الأصعب، حيث تمر العملية التعليمية بثمان مراحل باستخدام لغة الإشارة المحلية، كل مرحلة تتضمن مجموعة من المفردات اللغوية، تبدأ بالكلمات المألوفة عند الطفل إلى أن يصل إلى استخدام كلمات أكثر تعقيداً. و قبل الشروع في استخدام هذه الرموز يتم في البداية تشجيع الطفل على التواصل باستخدام الإشارات بنمذجة الإشارة، و تشجيعه على تقليدها حتى يتقنها و يتمكن من توظيفها مما يؤدي إلى ربط علاقة بين الطفل التوحدي و عالم الإشارة و تحبيبها لديها، و بعد ذلك نقوم بسحب الإشارات تدريجيا و استبدالها بمفردات لغوية و كلمات يستطيع الطفل التعبير بها في المستقبل. (فيروودو مزوز، نفس المرجع السابق، ص210)

و يشير عادل (2014) إلى أن برنامج الماكاتون يعتمد على مجموعة من الأفكار الأساسية و المبادئ ساهمت في تعزيز أهمية البرنامج هي:

- ✚ عدم استبدال الكلمات بالإشارات و إنما استبدال الإشارات في تعليم الكلمات.
- ✚ أن تعمل الإشارة على تدعيم التواصل الشفوي.
- ✚ أن الرمز يدعم الكلمة المكتوبة و يساهم في تحقيق التواصل من خلالها.
- ✚ أنه يعتمد على التمثيل البصري للكلمات.

- ✚ إن دمج هذه الأساليب معا في أسلوب واحد يجعل منه أسلوباً فعالاً.
- ✚ استخدام كل القنوات معا التي تتمثل في الإشارة، و الرمز، و الكلمة، والتعبيرات الوجهية في تكوين اتجاه متعدد الأشكال و الأفكار لتحقيق الأهداف المحددة له .
- ✚ أن يتم تعليم الطفل الكلمات المتضمنة في البرنامج على مدى ثمان مراحل متدرجة و تتزايد في مستوى الصعوبة.
- ✚ أن يتسم البرنامج بالمرونة فيمكن استخدام أي أنساق أخرى وفق الحاجة.
- ✚ أن يقدم أسلوباً مميزاً للتواصل البديل. (فيروودو مزوز، نفس المرجع السابق، ص 211)

نستنتج مما سبق أنه لا يوجد برنامج معين و محدد يصلح لعلاج كل حالات التوحد، وذلك بسبب طبيعة اضطراب طيف التوحد و اختلاف أعراضه من طفل إلى آخر، ومع ذلك نجد معظم البرامج و الأساليب العلاجية التي يتم استخدامها مع ذوي اضطراب التوحد تركز على توفير الدعم النفسي و الاجتماعي والصحي للطفل التوحيدي فنجد من بينها: برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA و برنامج TEACH . إلى جانب برنامج SONRISE و MAKATON. وليس هذا فقط وإنما توجد برامج أخرى للتكفل باضطراب طيف التوحد.

خلاصة:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل من مفهوم التكفل و الفريق المشرف عليه خصوصاً الأخصائي النفسي الذي يعتبر أساس العملية التكفلية وجوهرها الذي بدوره يقدم المساعدة للأفراد عامة ولأطفال التوحد خاصة وإدماجهم نفسياً واجتماعياً. هذا الأخير يضم كل من عمليتي التشخيص والعلاج وذلك بهدف دمج هؤلاء الأطفال في المجتمع عن طريق عدة أساليب وتقنيات ووسائل: نفسية، طبية، اجتماعية، بحيث يكون الهدف من العلاج الدوائي التخفيف و التقليل من الأعراض و منع الانتكاسات، بينما العلاج النفسي فمهدف إلى مساعدة الطفل التوحدي على تعلم طرق التفاعل السوية مع عالمه، بإضافة إلى برامج التأهيل النفسي والاجتماعي التي تهدف إلى إعادة دمجهم في المجتمع.

وبعد ما تطرقنا إلى موضوع التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين من الناحية النظرية سنسعى في الفصل الموالي تسليط الضوء على الجانب التطبيقي الذي يحتوي على 30 أخصائياً نفسانياً.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

- .I المنهج المستخدم في دراسة العينة.
- .II عينة الدراسة.
- .III أدوات الدراسة.
- .IV الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.
- .V مجالات الدراسة.

خلاصة

تمهيد:

بعد التطرق إلى الجانب النظري الذي يعتبر أساس أي دراسة علمية، وما تم التعرض له من فصول نظرية للدراسة حيث تضمنت: اضطراب طيف التوحد و التكفل النفسي، حيث سيتم التعرض في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية وتقنياتها انطلاقاً من المنهج المستخدم في الدراسة. عينتها، أدواتها، بالإضافة إلى الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة وأخيراً مجالات الدراسة.

I. المنهج المستخدم في دراسة العينة:

إن أي باحث في دراسته لموضوع ما يعتمد على منهج معين يسير عليه، واختيار المنهج المتبع أمر تحدده طبيعة مشكلة البحث المراد دراسته للوصول إلى نتيجة معينة كما يلعب منهج البحث دوراً أساسياً في تدوين معلومات البحث. وهذا الأخير يعتبر الطريق المؤدي للكشف عن الحقائق في العلوم المختلفة بوساطة مجموعة أو طائفة من القواعد والتي تهيمن على العقل وتحدد عملياته من أجل الوصول عن طريق ذلك إلى نتائج معلومة. (العساف، 2006، ص169)

كما يعرف أيضا بالطريق أو المسار الذي يسلكه الباحث لاختيار المعلومات التي يجمعها. وهي الطريقة المحددة التي توصل الإنسان الباحث من نقطة إلى نقطة أخرى أي عبارة عن عدد من الخطوات المنظمة التي تسهم في تنفيذ البحث بالأسلوب الصحيح. (لطاد وتيغزة، 2019، ص115)

و نظراً لدراستنا الحالية التي تهدف للكشف عن أساليب التكفل بهذه الشريحة من ذوي الاحتياجات الخاصة، ولأن طبيعة الدراسة هي وصفاً لواقع التكفل النفسي بأطفال طيف التوحد في كل من ولايتي سوق اهراس وقالمة، فقد اعتمدنا في دراستنا التالية: "التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين" على المنهج الوصفي التحليلي لتلاؤمه مع موضوع الدراسة، والذي يعرف على أنه: "وصف دقيق وتفصيلي لظاهرة أو موضوع محدد على صورة نوعية أو كمية رقمية، فالتعبير الكيفي يصف الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفاً رقمياً يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجة ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى، وقد يقتصر هذا المنهج على وضع قائم في فترة زمنية محددة أو تطويراً يشمل عدة فترات زمنية". (دويدري، 2000، ص183)

II. مجالات الدراسة:

1-5-المجال المكاني:

أجريت الدراسة في مراكز عمومية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية كعرار السبتي بولاية سوق اهراس والمؤسسة العمومية الاستشفائية 01 نوفمبر 1945 ببلدية تاورة والمركز البيداغوجي ببلدية سدراتة والمؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر و مركز الإدمان بولاية قالمة إلى جانب الأخصائيين النفسيين بالعيادات الخاصة بكل من ولايتي سوق اهراس وقالمة.

2-5-المجال الزمني:

تمت الدراسة الميدانية في الفترة الممتدة ما بين 20 مارس-29 أفريل حيث وزعت 30 نسخة من الاستبيان على الأخصائيين النفسيين.

3-5-المجال البشري:

يتكون مجتمع الدراسة من مجموعة من الأخصائيين النفسيين المؤهلين للتكفل بأطفال التوحد على مستوى المؤسسات المعنية بولاية سوق اهراس وقالمة. حيث بلغ عددهم 30 أخصائياً ذكوراً وإناثاً.

III. عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية وهي العينة التي يتم اختيارها لغرض معين، كونها تحقق أغراض الدراسة التي يقوم بها الباحث. محاولين تغطية أكبر قدر ممكن من الحالات، حيث شملت الدراسة على عينة من الأخصائيين النفسيين العاملين بالمؤسسات الاستشفائية والمراكز النفسية البيداغوجية ومركز الإدمان، وكذا العيادات الخاصة في كل من ولايتي سوق اهراس وقالمة، ويبلغ عددهم 30 أخصائياً منهم 04 ذكور و 26 أنثى. وتتوزع عينة الدراسة على النحو التالي:

2-1- عرض خصائص عينة الدراسة حسب الجنس:

جدول (1): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفق متغير الجنس

| الجنس | التكرار | النسبة |
|---------|---------|--------|
| ذكر | 04 | 13,33% |
| أنثى | 26 | 86,66% |
| المجموع | 30 | 100% |

يوضح الجدول رقم (01) يتضح أن توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس تقدر ب أي ذكور وإناث، 26 أخصائية نفسانية، وقدر عدد الذكور ب 04 أخصائي نفسي عيادي.

والشكل التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية بالنسب المئوية كما يلي:



شكل رقم (01) يبين توزيع عينة الدراسة الأساسية بالنسب المئوية حسب متغير الجنس.

من الشكل رقم (01) يتضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس، حيث قدرت النسب المئوية للإناث ب (87%)، بينما كانت النسبة المئوية للذكور ب (13%).

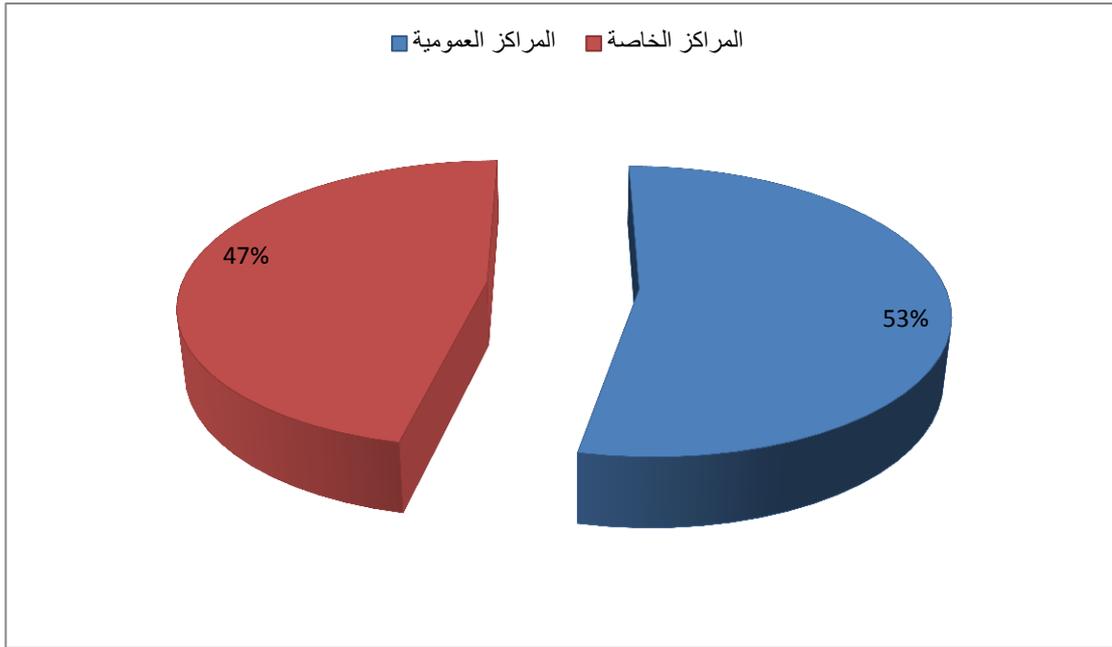
2-2- عرض خصائص عينة الدراسة حسب مكان العمل:

جدول (2): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير مكان العمل

| مكان العمل | التكرار | النسبة |
|--------------|---------|--------|
| مراكز عمومية | 16 | %53,34 |
| مراكز خاصة | 14 | %46,66 |
| المجموع | 30 | %100 |

يمثل الجدول رقم(02) توزيع عينة الدراسة حسب متغير مكان العمل، حيث قدر عدد الأخصائيين في المراكز العمومية ب (16) مركزاً، بينما في المراكز الخاصة قدر عددهم ب (14) مركزاً.

والشكل التالي يبين توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمل بالنسب المئوية كما يلي:



شكل رقم (02) يبين توزيع عينة الدراسة بالنسب المئوية حسب متغير العمل.

يمثل الشكل رقم (02) توزيع عينة الدراسة حسب متغير مكان العمل، حيث قدرت النسب المئوية في المراكز العمومية ب (53,34%)، بينما كانت النسبة المئوية في المراكز الخاصة (46,66%).

IV. أدوات الدراسة:

1-4-1-الاستبيان:

"أداة لجمع المعلومات المتعلقة بموضوع البحث عن طريق استمارة معينة تحتوي على عدد من الأسئلة مرتبة بأسلوب منطقي مناسب، يجري توزيعها على أشخاص معينين لتعبئتها". (عليان وغنيم، 2000، ص 82)

في هذه الدراسة اعتمدنا على استبيان للدكتور قيود الطاهر الموجه للمختصين النفسيين المعنيين بعملية التكفل، تمت صياغته بالاستناد على المعايير الدولية التي استخلصها الباحث من التراث النظري لدراسته.

يتكون الاستبيان من 105 بند موزع على المعايير التالية:

المحور الأول: معلومات عامة للمختص: تتضمن 04 بنود تعلقت بجمع معلومات عن:

✓ مؤسسة العمل.

✓ الوظيفة.

✓ التخصص.

✓ الشهادة العلمية المتحصل عليها.

المحور الثاني: التكوين الخبرة في مجال التوحد: وتضمن 13 بندا لجمع معلومات تتعلق ب:

✓ التكوين.

✓ الخبرة في الميدان.

✓ طبيعة مؤسسات التكوين.

المحور الثالث: البيئة التعليمية: وتضمن 16 بندا يتم من خلالها جمع المعلومات حول:

✓ طبيعة العمل مع طفل التوحد.

✓ طبيعة فريق التكفل النفسي.

✓ أدوات التكفل من أدوات والهيكل المخصصة لذلك.

✓ التكفل البيداغوجي.

المحور الرابع: التشخيص: وتضمن 14 بنود لجمع المعلومات حول عملية التشخيص من حيث:

✓ القائم على عملية التشخيص.

✓ المعايير المعتمد عليها في التشخيص.

✓ الأدوات المستخدمة في التشخيص.

المحور الخامس: بعملية التقييم: وتضمن 16 بندا لجمع معلومات تتعلق ب:

✓ التقييم الدوري.

✓ القائم على عملية التقييم.

✓ أدوات التقييم.

✓ مجالات التقييم.

المحور السادس: التدخل العلاجي والتربوي: وتضمنت 23 بندا تعلق بجمع المعلومات حول:

✓ طبيعة فريق التكفل.

✓ دور الأولياء في عملية التكفل.

✓ الحجم الساعي الأسبوعي المخصص لعملية التكفل.

✓ نوع التدخل خارجيا أم داخليا/ أو فردي أو جماعي.

✓ معايير الانتقاء للتدخل الجماعي.

✓ المواعيد المخصصة لعملية التكفل للمتكفل بهم خارجياً.

المحور السابع: الخدمات والبرامج وأساليب التدريس المستخدمة: وضم 12 بند لجمع المعلومات حول:

✓ طبيعة البرامج التدريبية المستخدمة.

✓ طبيعة الأساليب التدريبية المستخدمة.

المحور الثامن: مشاركة ودعم وتمكين الأسرة: وتضمن 04 بنود لجمع المعلومات تتعلق بما يلي:

✓ تكوين أولياء الأطفال التوحيدين المتكفل بهم في كيفية التعامل مع أبنائهم من طرف مؤسسة التكفل.

✓ تقديم الإرشاد الأسري لهؤلاء الأولياء وأسرتهم.

✓ تقديم التقارير الدورية للأولياء حول وضعية أبنائهم التوحيدين.

✓ مدى مشاركة الأسرة في عملية التكفل وتقديم الخدمات التكفلية لابنهم.

المحور التاسع: رؤية المؤسسة للتكفل بالطفل التوحيدي: وتضمن 03 بنود تتعلق بما يلي:

✓ مدى تبني مؤسسة التكفل لأهداف واضحة وملائمة لعملية التكفل.

✓ مخططات التكفل وتحيينها.

✓ مدى مشاركة المختصين في إعداد سياسة التكفل للمؤسسة. (قبرود، 2019-2020، ص ص133-

(136)

1-1-الخصائص السيكومترية للاستبيان: تم عرض الاستبيان على مجموعة من الخبراء للتحكيم في

نسخته الأولى، أين أبدى المحكمون جملة من الملاحظات تمثلت في:

- تقسيم كل الاستبيان إلى محاور.

- وضع بدائل للإجابة بدل من تركها إجابات مفتوحة.

بعد تعديله وإعادة صياغته وفق ملاحظات الخبراء كما هو مبين في نسخته النهائية بالمحلل رقم 01

وإعادة عرضه من جديد على المحكمين تم اتفاقهم عليه بالإجماع. (قبرود، نفس المرجع السابق، ص138)

2-1-تحليل المحتوى:

يهدف تحليل المحتوى إلى الاطلاع على الملفات والوثائق المستخدمة في عملية التكفل، وتحليلها تحليلًا علميًا، لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول سير عملية التكفل بالمؤسسات المعنية بالدراسة بالاستناد إلى وثائق ومستندات رسمية، مثل ملفات المصابين، المخططات، الشهادات، وقد لجأ الباحث إلى استخدام

هذه الأداة لتدعيم عملية التحقيق في الأساليب المستخدمة في عملية التكفل ومدى احترامها للمعايير الدولية في هذا المجال.

ولهذا الغرض صمم الباحث استمارة تحقيق لجمع المعلومات استناداً كما أشار سابقاً إلى الوثائق الرسمية المستخدمة في هذه المؤسسات المتعلقة بالعناصر التالية:

- ✓ رؤية وفكر وسياسة المؤسسة اتجاه عملية التكفل بأطفال طيف التوحد وتضمنت 04 بنود.
- ✓ الإدارة والعاملون القائمون على عملية التكفل وتضمن 07 بنود.
- ✓ التقييم وآليته لحالة الأطفال التوحديين المتكفل بهم وتضمن 04 بنود.
- ✓ الخدمات والبرامج وتضمنت 05 بنود.
- ✓ الدمج والخدمات الانتقالية المقدمة لأطفال طيف التوحد وتضمن 06 بنود.
- ✓ التقييم الذاتي الذي تجريه المؤسسة وتضمن 04 بنود. (فيروود، نفس المرجع السابق، ص 138-

(139)

v. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على التكرارات والنسب المئوية، لأن دراستنا تتطلب هذا الأسلوب، بالإضافة إلى المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري واختبار "T" للمجموعات المستقلة.

خلاصة:

تعرضنا في هذا الفصل على أهم الخطوات المنهجية المتبعة في الدراسة الميدانية لهذا البحث، حيث تناولنا العناصر الدراسة الأساسية المتمثلة في المنهج المعتمد عليه في هذه الدراسة، كما قدمنا نظرة شاملة عن عينة الدراسة الأساسية إلى جانب الأدوات التي استعملناها وجل الأساليب الاحصائية التي استعنا بها لتحليل المعلومات بالإضافة إلى مجالات الدراسة.

بعد التطرق إلى الإجراءات المنهجية المعتمد عليها في هذا البحث و مختلف الأدوات الموضوعية. في الفصل الموالي سنعرض النتائج المتحصل عليها من تطبيق الاستبيان على الأخصائيين النفسيين و من ثم تحليلها و مناقشتها للوصول إلى نتيجة علمية تجيب على تساؤلات الدراسة.

الفصل الخامس

الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

تمهيد

- .I عرض خصائص عينة الدراسة.
- .II عرض نتائج الدراسة.
 - .1 عرض النتائج الخاصة بالسؤال الأول.
 - .2 عرض النتائج الخاصة بالسؤال الثاني.
 - .3 عرض النتائج الخاصة بالسؤال الثالث.
- .III مناقشة النتائج على ضوء التساؤلات.
 - .1 مناقشة نتائج السؤال الأول.
 - .2 مناقشة نتائج السؤال الثاني.
 - .3 مناقشة نتائج السؤال الثالث.
- .IV الاستنتاج العام.

تمهيد:

بعد التطرق إلى الإجراءات المنهجية للدراسة الأساسية وبعد جمع البيانات وتحليلها بواسطة الأساليب الإحصائية، سنتناول في هذا الفصل عرض النتائج المحصل عليها في هذه الدراسة ومناقشتها، بحسب ترتيب التساؤلات في الفصل الأول.

ا. عرض خصائص عينة الدراسة:

1. عرض خصائص عينة الدراسة حسب الوظيفة الحالية:

جدول رقم (01) يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة الحالية.

| الوظيفة الحالية | التكرار | التكرار النسبي |
|-----------------|---------|----------------|
| أخصائي نفسي/ة | 30 | %100 |

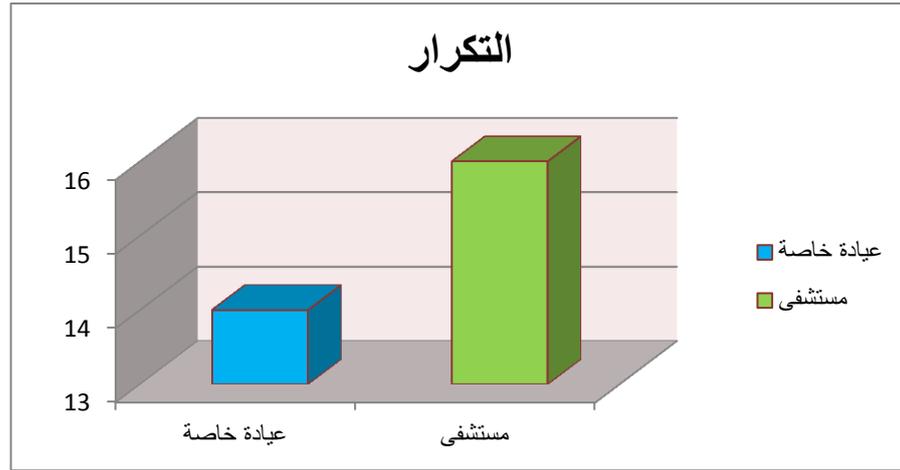
من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (01) أعلاه، نلاحظ أن أفراد عينة الدراسة تتكون من 30 أخصائياً نفسانياً وبنسبة (100%).

2. عرض خصائص عينة الدراسة حسب اسم مؤسسة العمل:

جدول رقم (02) يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة حسب مؤسسة العمل.

| اسم مؤسسة العمل | التكرار | التكرار النسبي |
|-----------------|---------|----------------|
| مؤسسات خاصة | 16 | %53,3 |
| مؤسسات عمومية | 14 | %46,7 |
| المجموع | 30 | %100 |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (02) نلاحظ أن مؤسسات التكفل بأطفال طيف التوحد في كل من ولايتي سوق اهراس وقالمة أغلبها مؤسسات عمومية بمجموع 16 مؤسسة بنسبة 53,3% ، منها 03 مستشفيات ومركز نفسي بيداغوجي ومركز الإدمان. في حين كان مجموع المؤسسات الخاصة 14 مؤسسة بنسبة 46,7%.



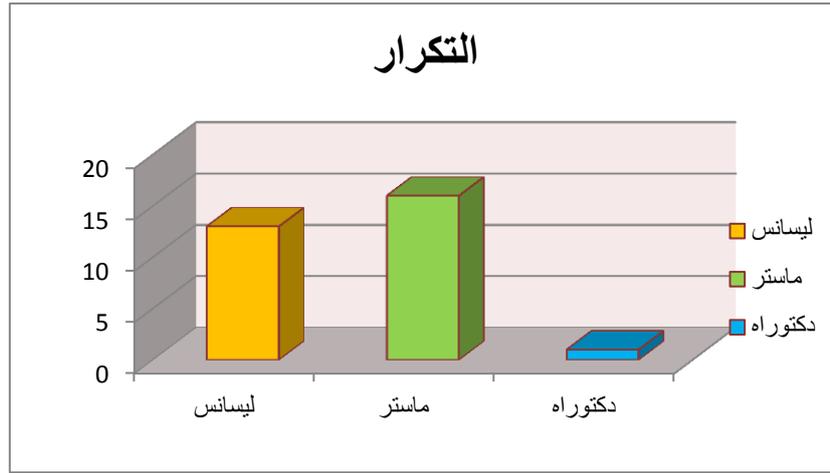
أعمدة بيانية توضح توزيع عينة الدراسة حسب اسم مؤسسة العمل.

1. عرض خصائص عينة الدراسة حسب اسم الشهادة العلمية:

جدول رقم (03) يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الشهادة العلمية.

| التكرار النسبي | التكرار | الشهادة العلمية |
|----------------|---------|-----------------|
| %53,3 | 16 | ليسانس |
| %43,3 | 13 | ماستر |
| %3,3 | 1 | دكتوراه |
| %100 | 30 | المجموع |

يتضح من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول رقم (03) أن الشهادة العلمية لمعظم الأخصائيين النفسيين في المؤسسات العمومية والخاصة هي شهادة الماستر بمجموع (16) أخصائياً بنسبة (53,3%)، ثم تليها شهادة الليسانس بمجموع (13) أخصائياً والتي تقدر بنسبة (43,3%)، وفي الأخير نجد شهادة الدكتوراه بمجموع أخصائي نفسي (01) وبنسبة (3,3%).



أعمدة بيانية توضح توزيع عينة الدراسة حسب الشهادة العلمية.

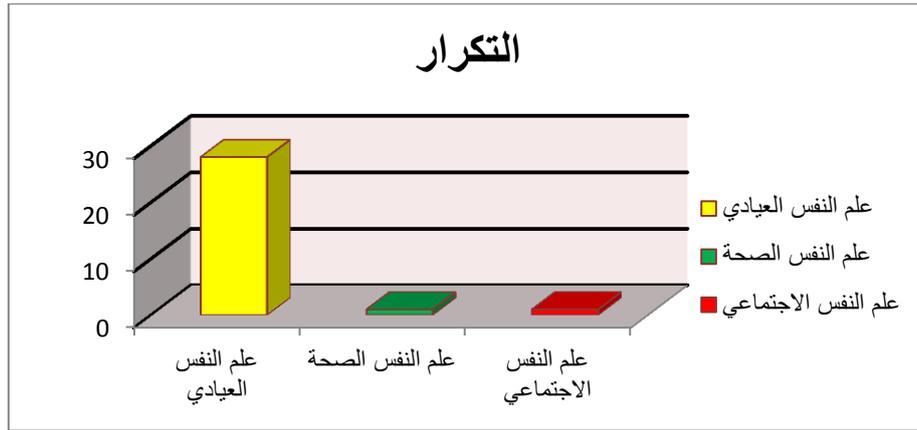
1. عرض خصائص عينة الدراسة حسب التخصص العلمي:

جدول رقم (04) يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة حسب التخصص العلمي.

| التخصص العلمي | التكرار | التكرار النسبي |
|---------------------|---------|----------------|
| علم النفس العيادي | 28 | 93,3% |
| علم النفس الصحة | 1 | 3,3% |
| علم النفس الاجتماعي | 1 | 3,3% |
| المجموع | 30 | 100% |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (04) نلاحظ أن التخصص العلمي المشترك بنسبة كبيرة بين الأخصائيين النفسيين في كل من المؤسسات العمومية والخاصة هو علم النفس العيادي بمجموع 28 أخصائياً وبنسبة مئوية تقدر ب (93,3%)، في حين نجد أن نسبة الأخصائيين النفسيين المتخصصين في علم النفس الصحة وعلم النفس الاجتماعي أقل بكثير من علم النفس العيادي بمجموع أخصائي نفسي ونسبة (3,3%) لكل منهما.

أعمدة بيانية توضح توزيع عينة الدراسة حسب التخصص العلمي.



2 عرض نتائج المحور الثاني: (التكوين)

جدول رقم (05) يوضح نتائج المحور الثاني للاستبيان والخاص بالتكوين بمدى الخبرة، نوع التكوين، طبيعة التكوين والمؤسسات التي قامت بهذه الدورات.

| التكرار النسبي | التكرار | مدة الخبرة |
|----------------|---------|-----------------------------------|
| 6,6 | 2 | عام |
| 13,3% | 4 | عامين |
| 10,0% | 3 | 6 سنوات |
| 3,3% | 1 | 7 سنوات |
| 3,3% | 1 | 8 سنوات |
| 10,0% | 3 | 10 سنوات |
| 6,7% | 2 | 12 سنة |
| 3,3% | 1 | 20 سنة |
| 36,67% | 11 | التشخيص |
| 23,33% | 7 | التشخيص + العلاج + التربية الخاصة |

| | | | |
|---------|----|------------------------------------|------------------------------------|
| | | التقييم | |
| % 16,67 | 5 | العلاج | |
| %10 | 3 | التشخيص+ العلاج+ التربية الخاصة | |
| %10 | 3 | التشخيص+ العلاج | |
| %3,33 | 1 | التشخيص+ التقييم | |
| %46,66 | 14 | في إطار تكوينك الأكاديمي | طبيعة التكوين |
| %53,3 | 16 | دورات متخصصة في التوحد | |
| %3,33 | 1 | جمعيات | المؤسسات التي قامت بهذه الدورات |
| %23,3 | 7 | مراكز تدريب | |
| %23,3 | 7 | مؤسسات تكوين متخصصة | |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (05) الذي يتمحور حول التكوين نلاحظ أن مدة الخبرة المهنية للأخصائيين النفسيين في مجال التكفل بطيف التوحد تكون ما بين (عام – 20 سنة)، وهي الخبرة المطلوبة في المعايير الدولية في هذا المجال أي بنسبة تحقق قدرت ب (100%) بمؤشر الخبرة. بينما نلاحظ أن نسبة كبيرة كانت في التشخيص فقط بنسبة (36,67%) و (23,33%) في التشخيص والعلاج والتربية الخاصة والتقييم معاً، و(16,67%) في العلاج بينما سجلت نسبة (10%) في التشخيص والعلاج والتربية الخاصة وأيضاً في التشخيص والعلاج، و(3,33%) في التشخيص والتقييم. مروراً إلى طبيعة التكوين التي كانت أغلبها دورات متخصصة في التوحد بنسبة (53,3%)، حيث نجد أن نسبة (46,7%) من أفراد العينة كان تكوينهم أكاديمي فقط. وكانت أغلبية المؤسسات التي قامت بهذه الدورات مراكز تدريب ومؤسسات تكوين متخصصة بنسبة (23,3%) بالإضافة إلى الجمعيات بنسبة (3,3%).

عرض نتائج المحور الثالث: (البيئة التعليمية)

جدول رقم (06): يوضح نتائج المحور الثالث للاستبيان والخاص بالبيئة التعليمية.

| التقدير | التكرار | التكرار النسبي | تجد صعوبة في التعامل مع الطفل التوحدي | |
|---|---------|----------------|---------------------------------------|-----------------------|
| موافق جدا | 4 | %13,3 | تجد صعوبة في التعامل مع الطفل التوحدي | |
| موافق | 17 | %56,7 | | |
| غير موافق | 9 | %30,0 | | |
| الصبر | 9 | %30 | يحتاج التعامل مع الطفل التوحدي إلى | |
| الصبر+ القوة+ الإرادة+ التنظيم في العمل | 7 | %23,34 | | |
| التنظيم في العمل | 3 | %10 | | |
| الصبر+ الإرادة+ التنظيم في العمل | 2 | %6,67 | | |
| الإرادة+ التنظيم في العمل | 2 | %6,67 | | |
| الصبر+ التنظيم في العمل | 2 | %6,67 | | |
| الصبر+ القوة+ الإرادة | 1 | %3,33 | | |
| الصبر+ الإرادة | 1 | %3,33 | | |
| الصبر+ القوة+ التنظيم في العمل | 1 | %3,33 | | |
| القوة+ التنظيم في العمل | 1 | %3,33 | | |
| القوة+ الإرادة+ التنظيم في العمل | 1 | %3,33 | | |
| نعم | 30 | %100,0 | | هل تعمل ضمن فريق |
| لا | 00 | 00% | | عمل متعدد الاختصاصات؟ |
| طبيب+ نفساني+ أطفوني | 8 | %26,66 | فريق التدخل يتكون من | |
| نفساني+ بيداغوجي+ أطفوني | 6 | %20 | | |
| كل الفريق | 4 | %13,33 | | |
| أطفوني | 4 | %13,33 | | |
| نفساني | 2 | %6,66 | | |
| نفساني+ أطفوني | 2 | %6,66 | | |

| | | | |
|------------------------------------|----|-------|--|
| طبيب | 1 | %3,34 | |
| طبيب + نفساني | 1 | %3,34 | |
| نفساني + أطفوني + أخصائي نفسي حركي | 1 | %3,34 | |
| أخصائي نفسي حركي | 1 | %3,34 | |
| هل وسائل العمل متوفرة؟ | | | |
| نعم | 23 | %76,7 | اختبارات التشخيص |
| لا | 7 | %23,3 | |
| نعم | 22 | %73,3 | اختبارات التقييم |
| لا | 8 | %26,7 | |
| الغرف الصفية تتضمن | | | |
| نعم | 18 | %60,0 | ورشة عمل فردي |
| لا | 12 | %40,0 | |
| نعم | 18 | %60,0 | ورشة العمل الجماعي |
| لا | 12 | %40,0 | |
| نعم | 12 | %40,0 | ورشة الاسترخاء، |
| لا | 18 | %60,0 | اللعب، النوم |
| نعم | 13 | %43,3 | قاعة أو قاعات |
| لا | 17 | %56,7 | للتدريس البيداغوجي |
| نعم | 18 | %60,0 | أثناء التكفل الجماعي |
| لا | 12 | %40,0 | عدد المختصين في كل فوج هو |
| نعم | 14 | %46,7 | تتوفر بالغرف الصفية |
| لا | 16 | %53,3 | على طاولات فردية مزودة بكراسي تحتوي على مثيرات بصرية |
| نعم | 27 | %90,0 | غرف مصادر مزودة |
| لا | 3 | %10,0 | بوسائل العمل اللازمة |
| نعم | 19 | %63,3 | ألعاب |
| لا | 11 | %36,7 | |
| نعم | 16 | %53,3 | أدوات التقييم |
| لا | 14 | %46,7 | |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (06) الذي يتمحور حول البيئة التعليمية نجد أن تقدير صعوبة التعامل مع الطفل التوحدي بالنسبة للأخصائيين النفسيين تتراوح بين موافق وغير موافق وموافق جداً، بحيث تقدر بنسبة (56,7%) و (30%) و (13,3%). بينما التعامل مع الطفل التوحدي يحتاج إلى الصبر بنسبة (30%) وإلى كل من الصبر والقوة والإرادة والتنظيم في العمل بنسبة (23,34%) وإلى التنظيم في العمل فقط بنسبة (10%). و (6,67%) في كل من الصبر والإرادة والتنظيم في العمل كذلك بالنسبة للإرادة والتنظيم في العمل وحتى في الصبر والتنظيم في العمل، أما بالنسبة للصبر والإرادة فهي بنسبة (3,33%) كما نجدها أيضاً في الصبر والقوة والتنظيم في العمل وحتى في القوة والتنظيم في العمل إلى جانب القوة والإرادة والتنظيم في العمل.

زيادة على ذلك نلاحظ أن جميع الأخصائيين النفسيين يعملون ضمن فريق عمل متعدد الاختصاصات للتكفل بالطفل التوحدي، بحيث يتكون فريق التدخل متعدد التخصصات في أغلب المؤسسات العمومية والخاصة إما من طبيب نفساني وأرطفوني فقط بنسبة (26,66%) أو من نفساني وبيداغوجي وأرطفوني بنسبة تقدر ب (20%) كما نلاحظ توفر كل الفريق في المؤسسات الخاصة بنسبة (13,33%)، وأيضاً نجد أن الأرطفوني موجود في كل من المؤسسات العمومية والخاصة بنسبة (13,33%)، في نجد فريق التدخل يتكون من نفساني فقط أو نفساني وأرطفوني بنسبة (6,66%) و (3,34%) بالنسبة لكل من طبيب فقط أو طبيب نفساني أو نفساني وأرطفوني وأخصائي نفسي حركي أو أخصائي نفسي حركي فقط.

من خلال النتائج المتوصل إليها بالنسبة لوسائل العمل نلاحظ أن نسبة (76,7%) من أفراد العينة المستجوبين يرون أن اختبارات التشخيص متوفرة في كل من المؤسسات العمومية والخاصة وأيضاً بالنسبة لاختبارات التقييم فأغلبية المستجوبين يرون أنها متوفرة بنسبة (73,3%)، أما البقية فيرون أن هذه الاختبارات غير متوفرة بنسبة (23,3%) لاختبارات التشخيص و (26,7%) لاختبارات التقييم.

ومن النتائج المتوصل إليها بالنسبة للغرف الصفية فهي كالتالي: نلاحظ أن نسبة (60%) من المستجوبين يعتقدون أن مؤسساتهم تتوفر على ورشة للعمل الفردي والجماعي في حين نلاحظ أن (40%) يرون أن هذه الورشات غير متوفرة في 24 مؤسسة بين العمومية والخاصة، ونلاحظ أن 12 مؤسسة تتوفر على غرف للاسترخاء واللعب والنوم بنسبة (40%) و 18 مؤسسة لا تتوفر على هذه الغرف بنسبة (60%). كما نلاحظ أيضاً وجود قاعات للتدريس البيداغوجي في 13 مؤسسة بين الخاصة والعمومية بنسبة (43,3%) مع غيابها في 17 مؤسسة أخرى بنسبة (56,7%).

كما نلاحظ أن نسبة (60%) من الأخصائيين النفسيين يرون أن التكفل الجماعي بأطفال طيف التوحد يتم في مجموعات تتكون من 6 أطفال أو أقل في حين يرى (40%) منهم أن التكفل الجماعي بهذه الفئة يتم في مجموعات أكثر من 6 أطفال في المجموعة الواحدة. مروراً إلى الغرف الصفية التي تتضمن طاولات فردية مزودة بكراسي تحتوي على مثيرات بصرية متوفرة بنسبة (53,3%) بمعدل 16 مؤسسة، ولا تتوفر في 14

مؤسسة بنسبة (46,7%). مع توفر غرف مصادر مزودة بوسائل العمل اللازمة في 27 مؤسسة بنسبة (90%)، وغيابها في 3 مؤسسات بنسبة (10%).

في حين نلاحظ من خلال النتائج أن نسبة (63,3%) من الأخصائيين النفسيين يرون أن مؤسستهم تتوفر على الألعاب التي تعبر كأدوات رئيسية في عملية التكفل، في حين أن نسبة (36,7%) من الأخصائيين يرون عدم توفر مؤسستهم على الألعاب اللازمة في عملية التكفل. أما بالنسبة لأدوات التقييم فهي متوفرة بنسبة (53,3%) من أصل 16 مؤسسة مع غيابها في 14 مؤسسة بنسبة (46,7%).

3- عرض نتائج المحور الرابع: (التشخيص)

جدول رقم (07) يوضح نتائج المحور الرابع الخاص بالتشخيص.

| التكرار النسبي | التكرار | التقدير | |
|----------------|---------|--|--|
| %33,34 | 10 | الأخصائي النفسي | من يقوم بعملية التشخيص في مؤسستكم |
| %20 | 6 | الطبيب العقلي | |
| %10 | 3 | الطبيب العقلي+ الأخصائي النفسي | |
| %10 | 3 | الأخصائي النفسي+ الأخصائي الأرتفوني | |
| %6,67 | 2 | الأخصائي الأرتفوني | |
| %6,67 | 2 | طبيب الأطفال+ الطبيب العقلي+ الأخصائي النفسي | |
| %3,33 | 1 | الطبيب العقلي+ الأخصائي النفسي+ الأخصائي الأرتفوني | |
| %3,33 | 1 | طبيب الأطفال+ الطبيب العقلي+ الأخصائي النفسي+ الأخصائي الأرتفوني | |
| %3,33 | 1 | طبيب الأطفال | |
| %3,33 | 1 | طبيب الأطفال+ الأخصائي النفسي | |
| %00 | 00 | الأخصائي التربوي | |
| %93,34 | 28 | الدليل الأمريكي التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية DSM | ماهي المعايير المعتمدة في التشخيص في مؤسستكم |
| %3,33 | 1 | التصنيف الدولي العاشر CIM10 | |

| | | | |
|--------|---|--|---|
| 3,33% | 1 | الدليل الأمريكي التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية DSM + التصنيف الدولي العاشر CIM10 | ماهي الأدوات المستخدمة في التشخيص التي تعتمدون عليها؟ |
| 26,69% | 8 | الخبرة الذاتية والمهنية | |
| 23,39% | 7 | MCHAT + الخبرة الذاتية والمهنية | |
| 10% | 3 | CARS | |
| 10% | 3 | +CARS+ CHAT+ MCHAT الخبرة الذاتية والمهنية+ الاختبارات المكملة | |
| 6,69% | 2 | CARS+ MCHAT +الخبرة الذاتية والمهنية+ الاختبارات المكملة | |
| 3,39% | 1 | CARS +الخبرة الذاتية والمهنية+ الاختبارات المكملة | |
| 3,39% | 1 | CARS +الخبرة الذاتية والمهنية | |
| 3,39% | 1 | CHAT +الخبرة الذاتية والمهنية | |
| 3,39% | 1 | MCHAT | |
| 3,39% | 1 | +MCHAT +CARS الاختبارات المكملة | |
| 3,39% | 1 | CHAT | |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (07) نلاحظ أن (33,34%) و(20%) من الأخصائيين يرون أن التشخيص يتم من طرف الأخصائي النفسي أو الطبيب العقلي، وأن (10%) منهم يرون أن التشخيص يتم إما من طرف الطبيب العقلي والأخصائي النفسي معاً أو الأخصائي النفسي والأخصائي الأرتفوني معاً، وأن (6,67%) يرون أن التشخيص يتم فقط من طرف الأخصائي الأرتفوني مع غياب باقي المختصين أو يتم من طرف طبيب الأطفال و الطبيب العقلي والأخصائي النفسي، في حين نجد (3,33%) لكل من الطبيب العقلي و الأخصائي النفسي والأخصائي الأرتفوني أو طبيب الأطفال والطبيب العقلي والأخصائي النفسي والأخصائي الأرتفوني أو طبيب الأطفال فقط كما نجدها أيضاً بالنسبة لطبيب

الأطفال والأخصائي النفسي، بالإضافة إلى غياب دور الأخصائي التربوي في عملية التشخيص في كلا المؤسساتين.

كما لاحظنا أن معظم الأخصائيين النفسيين يعتمدون في عملية التشخيص على الدليل الأمريكي التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية DSM بنسبة (93,34%)، بينما يعتمد الأقلية منهم إما على التصنيف الدولي العاشر CIM10 فقط أو على كل من الدليل الأمريكي التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية DSM و التصنيف الدولي العاشر CIM10 معاً بنسبة (3,33%). أما بالنسبة للأدوات المستخدمة في التشخيص التي تعتمدون عليها الأخصائيين في كل من المؤسسات العمومية والخاصة هي الخبرة الذاتية والمهنية بنسبة تقدر ب (26,69%) و MCHAT والخبرة الذاتية والمهنية معاً بنسبة (23,39%)، في حين يعتمد آخرون على CARS فقط أو توفر جميع الأدوات بنسبة (10%)، في حين نجد (6,69%) يعتمدون على كل من MCHAT و CARS والخبرة الذاتية والمهنية والاختبارات المكملة، كما نلاحظ أن (3,39%) يعتمدون إما على CARS والخبرة الذاتية والمهنية والاختبارات المكملة أو CARS و MCHAT والاختبارات المكملة بالإضافة إلى وجود نفس النسبة لكل من CARS والخبرة الذاتية والمهنية أو CHAT والخبرة الذاتية والمهنية كذلك حتى في MCHAT أو CHAT.

4- عرض نتائج المحور الخامس: (التقييم)

الجدول رقم (08) يوضح نتائج المحور الخامس للاستبيان والخاص بالتقييم.

| هل يتم التقييم | التقدير | التكرار | التكرار النسبي |
|---|---|---------|----------------|
| الدوري للأطفال المتكفل بهم؟ | نعم | 28 | 93,3% |
| | لا | 2 | 6,7% |
| إذا كانت الإجابة بنعم هل يتم تقييم في مدة | كل ثلاثة أشهر | 21 | 70,0% |
| | كل ستة أشهر | 9 | 30,0% |
| | كل سنة | 00 | 00% |
| من يقوم بعملية التقييم؟ | النفساني | 9 | 30% |
| | الطبيب العقلي+ الأخصائي النفساني+ الأخصائي الأطفوني | 7 | 23,33% |
| | كل الفريق | 6 | 20% |
| | الطبيب العقلي | 4 | 13,34% |
| | الأخصائي النفساني+ الأخصائي الأطفوني | 2 | 6,67% |
| | الطبيب العقلي+ الأخصائي الأطفوني | 1 | 3,33% |
| | الأخصائي الأطفوني | 1 | 3,33% |

| ماهي الأدوات التي تستخدمها في عملية التقييم | | | | | | | | |
|---|--------|---------|-------|---|--------|-------------|--------|---|
| غير مناسبة | | أحياناً | | مناسبة | | مناسبة جداً | | |
| 13 | 43,33% | 21 | 70% | 7 | 23,33% | 8 | 26,66% | PEP |
| 25 | 83,3% | 00 | 00% | 1 | 3,33% | 4 | 13,33% | CARS |
| 00 | 00% | 00 | 00% | 00 | 00% | 00 | 00% | PECS |
| 5 | 16,7% | 3 | 10,0% | 6 | 20,0% | 16 | 53,3% | الملاحظة بالاعتماد على الخبرة المهنية |
| %73,35 | | 22 | | التفاعل الاجتماعي + مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية + السلوكيات التوحديّة + مهارات اللعب + مهارات الاستقلالية التكامل الحسي | | | | يتضمن التقييم المجالات التالية |
| %10 | | 3 | | التفاعل الاجتماعي | | | | |
| %3,33 | | 1 | | التفاعل الاجتماعي + مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية + السلوكيات التوحديّة | | | | |
| %3,33 | | 1 | | مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية + السلوكيات التوحديّة + مهارات اللعب | | | | |
| %3,33 | | 1 | | التفاعل الاجتماعي + مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية + السلوكيات التوحديّة + مهارات اللعب | | | | |
| %3,33 | | 1 | | السلوكيات التوحديّة + مهارات اللعب + مهارات الاستقلالية التكامل الحسي | | | | |
| %3,33 | | 1 | | مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية + مهارات اللعب + مهارات الاستقلالية التكامل الحسي | | | | |
| %46,7 | | 14 | | فعال | | | | |
| %50,0 | | 15 | | فعال إلى حد ما | | | | |
| %3,33 | | 1 | | غير فعال | | | | |

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (08) نلاحظ أن جل مؤسسات التكفل سواء العمومية والخاصة تقوم بتقييم دوري بنسبة (93,3%) أما باقي المؤسسات لا تقوم بهذه العملية بنسبة (6,7%)، وهذه العملية تتم في أغلب المؤسسات كل ثلاثة أشهر بنسبة (70%) وكل ستة أشهر بنسبة (30%)، ونلاحظ أن فريق التقييم في أغلب مؤسسات التكفل يتكون إما من الأخصائي النفسي فقط بنسبة (30%) أو من الطبيب العقلي والأخصائي النفسي والأخصائي الأطفوني بنسبة تقدر ب (23,33%) في توفر كل الفريق بنسبة (20%) حيث ترى مؤسسات أخرى أن عملية التقييم يقوم بها الطبيب العقلي فقط بنسبة تقدر ب (23,34%)، والبعض الآخرون أن هذه العملية تتم من طرف الأخصائي النفسي والأخصائي الأطفوني بنسبة تقدر ب (6,67%) بينما نلاحظ أن مؤسسات أخرى ترى أن الطبيب العقلي والأخصائي الأطفوني معاً من يقومون بعملية التقييم أو الأخصائي الأطفوني فقط بنسبة (3,33%).

كما نلاحظ أن فريق التقييم يعتمد على أدوات من بينها PEP الذي يكون مناسب في بعض الأحيان عند أغلب الأخصائيين بنسبة (70%)، و غير مناسب بنسبة (43,33%) في حين يكون مناسب جدا بنسبة (26,66%)، ويكون مناسب عند نفس أفراد العينة بنسبة (23,33%).

إلى جانب برنامج CARS الذي نجده غير مناسب بالنسبة لأغلبية فريق التقييم بنسبة (83,33%)، ومناسب جداً بنسبة (13,33%) في حين يكون مناسب بنسبة (3,33%). بالإضافة إلى برنامج PECS الذي يتم استخدامه كأداة للتقييم من طرف فريق التقييم. مروراً إلى الملاحظة بالاعتماد على الخبرة المهنية التي نجدها مناسبة جداً عند معظم فريق التقييم بنسبة (53,33%)، ومناسبة بنسبة (20%) في حين تكون غير مناسبة عند فئة قليلة من أفراد العينة بنسبة (16,66%)، وأحياناً بنسبة (10%).

ومن خلال النتائج الخاصة ب تقييم الأخصائيين للمجالات المذكورة في الجدول أعلاه نلاحظ توفر كل المهارات المتعلقة باضطراب طيف التوحد في أغلب المؤسسات بنسبة تقدر ب (73,35%)، في حين نجد مهارة التفاعل الاجتماعي فقط بنسبة (10%) أما بالنسبة لكل من التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية والسلوكيات التوحدية تتوفر بنسبة (3,33%) ونجدها أيضاً في مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية والسلوكيات التوحدية ومهارات اللعب بالإضافة إلى توفر بعض المؤسسات سواء العمومية أو الخاصة إما على مهارة التفاعل الاجتماعي و مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية والسلوكيات التوحدية ومهارات اللعب أو على السلوكيات التوحدية ومهارات اللعب ومهارات الاستقلالية التكامل الحسي أو على مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية ومهارات اللعب ومهارات الاستقلالية التكامل الحسي بنسبة (3,33%).

حيث نلاحظ نسبة (50%) من الأخصائيين النفسيين يرو أن عملية التكفل باضطراب طيف التوحد في مؤسساتهم فعال إلى حد ما، بينما ترى نسبة (46,7%) من ذات العينة أنه فعال، في حين نجد نسبة (3,33%) ترى أنه غير فعال.

5- عرض نتائج المحور السادس: (التكفل)

جدول رقم (09) يوضح نتائج المحور السادس للاستبيان والخاص بالتكفل.

| التكرار النسبي | التكرار | التقدير | فريق التدخل |
|----------------|---------|---|-----------------------------------|
| %30 | 9 | الطبيب العقلي + الأخصائي النفسي | للطفل التوحدي في مؤسستكم يتكون من |
| %16,67 | 5 | الطبيب العقلي + الأخصائي النفسي + الأخصائي الأطفوني | |
| %10 | 3 | كل الفريق | |
| %10 | 3 | الأخصائي النفسي + الأخصائي الأطفوني + المربيات + الأولياء | |
| %6,68 | 2 | الأخصائي النفسي + الأخصائي الأطفوني | |
| %6,68 | 2 | الأخصائي النفسي + الأخصائي الأطفوني + الأخصائي النفس الحركي + المربيات + الأولياء | |
| %3,33 | 1 | الأخصائي النفسي + الأخصائي الأطفوني + الأخصائي البيداغوجي + الأخصائي النفس الحركي + المربيات + الأولياء | |
| %3,33 | 1 | الأخصائي النفسي | |
| %3,33 | 1 | الأخصائي النفسي + المربيات + الأولياء | |
| %3,33 | 1 | الطبيب العقلي + الأخصائي النفسي + الأولياء | |
| %3,33 | 1 | الأخصائي النفسي + الأخصائي الأطفوني + الأخصائي البيداغوجي + المربيات + الأولياء | |
| %3,33 | 1 | الأخصائي النفسي + الأخصائي البيداغوجي + المربيات + الأولياء | |

| | | | | |
|-------|----|---------------------------------|--|---|
| 26,6% | 8 | يشاركون بفاعلية | دور الأولياء في عملية التكفل | |
| 56,7% | 17 | يشاركون أحيانا | | |
| 16,7% | 5 | غير مباينين | | |
| 13,3% | 4 | أقل من 10 ساعات في الأسبوع | ما هو الحجم الساعي الأسبوعي لتكفل بطفل التوحد في مؤسستكم | |
| 30,0% | 9 | من 10 إلى 20 ساعة في الأسبوع | | |
| 3,3% | 1 | من 20 إلى 30 ساعة | | |
| 20,0% | 6 | من 30 إلى 40 ساعة | | |
| 10,0% | 3 | مرة كل 15 يوم | | |
| 23,3% | 7 | مرة كل شهر | | |
| 00% | 00 | تتعدى الشهر | | |
| 56,7% | 17 | داخليا | | هل يتم التكفل بالطفل التوحدي؟ |
| 50,0% | 15 | خارجيا | | |
| 23,3% | 7 | فردية | | ما طبيعة التكفل بطفل التوحد في مؤسستكم؟ |
| 3,3% | 1 | جماعية | | |
| 73,3% | 22 | الإثنين معا | | |
| 00% | 00 | حسب السن | أثناء التكفل الجماعي يتم تفويج الأطفال وفقا لمعايير الانتقاء التالية | |
| 16,7% | 5 | حسب القدرات المعرفية | | |
| 80,0% | 24 | حسب درجة الاضطراب | | |
| 3,3% | 1 | حسب التوقيت الذي يناسب الأولياء | | |
| 00% | 00 | حسب المربية | | |
| 43,3% | 13 | أسبوعية | الأطفال المتكفل بهم خارجيا مواعيدهم؟ | |
| 6,7% | 2 | نصف شهرية | | |
| 3,3% | 1 | شهرية | | |
| 00% | 00 | أكثر من شهر | | |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم (09) أعلاه، نلاحظ أن فريق التدخل متعدد التخصصات في أغلب مؤسسات التكفل يتكون من الطبيب العقلي والأخصائي النفسي فقط بنسبة (30%) والطبيب العقلي والأخصائي النفسي والأخصائي الأطفوني بنسبة (16,67%)، كما يتوفر كل الفريق في بعض المؤسسات الخاصة من الأخصائي النفسي و الأخصائي الأطفوني والمربيات والأولياء بنسبة (10%)، في حين نلاحظ توفر الأخصائي النفسي و الأخصائي الأطفوني أو من الأخصائي النفسي والأخصائي

الأرطفوني والأخصائي النفس الحركي والمربيات والأولياء بنسبة (6,68%) ، بينما نجد نسبة ضئيلة جدا (3,33%) من فريق التدخل في بعض المؤسسات العمومية والخاصة المتكون من الأخصائي النفسي والأخصائي الأرطفوني والأخصائي البيداغوجي والأخصائي النفس الحركي والمربيات والأولياء أو من الأخصائي النفسي فقط أو من الأخصائي النفسي والمربيات والأولياء، ونجد نفس النسبة للطبيب العقلي والأخصائي النفسي والأولياء أو الأخصائي النفسي والأخصائي الأرطفوني والأخصائي البيداغوجي والمربيات والأولياء أو من الأخصائي النفسي والأخصائي البيداغوجي والمربيات والأولياء.

كما نجد دور الأولياء في مشاركتهم في عملية التكفل بأطفالهم تختلف من مؤسسة إلى أخرى، فنلاحظ مشاركة الأولياء أحيانا بنسبة (56,7%) في حين يشاركون بفاعلية بنسبة 26,6%، وغير مبالين بنسبة (16,7%).

ويكون الحجم الساعي الأسبوعي المخصص للتكفل بأطفال طيف التوحد في أغلبية المؤسسات من 10 إلى 20 ساعة في الأسبوع بنسبة تقدر ب (30%)، ثم تليها مرة كل شهر بنسبة (20,3%)، في حين نجد الحجم الساعي في مؤسسات أخرى يكون من 30 إلى 40 ساعة بنسبة (20%)، بينما في مؤسسات أخرى يكون الحجم الساعي أقل من 10 ساعات في الأسبوع بنسبة (13,33%)، ومرة كل 15 يوم بنسبة (10%) في نجد (3,33%) من 20 إلى 30 ساعة، كما نلاحظ أن الحجم الساعي الأسبوعي في جل المؤسسات لا يتعدى الشهر.

في حين نلاحظ أن عملية التكفل في كل من المؤسسات العمومية والخاصة تتم في نوعين داخليا بنسبة (56,7%) أو خارجيا بنسبة (50%). كما نجد أن نسبة (73,33%) من الأخصائيين النفسيين يرون أن عملية التكفل بهؤلاء الأطفال تتم بشكل فردي وجماعي معاً بينما نجد نسبة (23,33%) من نفس أفراد العينة يرون أن هذه العملية تتم بشكل فردي فقط، ونسبة ضئيلة جدا منهم يرون أنها تتم بشكل جماعي فقط بنسبة (3,33%). وهذا الأخير يتم تفويج الأطفال المتكفل بهم بشكل كبير حسب درجة الاضطراب بنسبة (80%). وبنسبة (16,6%) حسب القدرات المعرفية، بينما نجد نسبة ضئيلة جدا يتم تفويجها حسب التوقيت الذي يناسب الأولياء بنسبة (3,33%). في حين نلاحظ غياب تفويج هؤلاء الأطفال حسب كل من السن و المربية بنسبة (00%).

كما نلاحظ بالنسبة لمواعيد التكفل بهؤلاء الأطفال خارجياً تكون أسبوعية في أغلب مؤسسات التكفل بنسبة (43,3%)، في حين النسبة الباقية تتم في شكل مواعيد نصف شهرية بنسبة (6,7%) أو مواعيد شهرية بنسبة (3,33%). وتكون مواعيد التكفل في جل المؤسسات لا تتعدى الشهر بنسبة (00%).

6- عرض نتائج المحور السابع: (الخدمات والبرامج وأساليب التدريس المستخدمة)

جدول رقم (10) يوضح نتائج المحور السابع للاستبيان والخاص بالخدمات والبرامج وأساليب

التدريس المستخدمة.

| التكرار النسبي | التكرار | التقدير | نعمتد كبرامج للتكفل البرامج التالية |
|----------------|---------|--|---|
| %26,67 | 8 | PECS+ TEACH +ABA | نستخدم كأساليب تعليمية ما يلي |
| %23,33 | 7 | ABA +TEACH | |
| %20 | 6 | TEACH | |
| %16,66 | 5 | ABA | |
| %6,66 | 2 | SONRISE +PECS+TEACH | |
| %3,34 | 1 | DENVER +PECS +ABA | |
| %3,34 | 1 | PECS +ABA | |
| %26,67 | 8 | المثيرات البصرية+ ننتقل من المحسوس فشبه المحسوس إلى المجرد+ التعليمات اللفظية المختصرة+ اللعب+ أساليب التعزيز المختلفة+ يتم ضبط المثيرات المرغوب قبل وقوعها | |
| %20 | 6 | التعليمات اللفظية المختصرة+ أساليب التعزيز المختلفة | |
| %13,34 | 4 | التعليمات اللفظية المختصرة | |
| %6,67 | 2 | التعليمات اللفظية المختصرة+ يتم ضبط المثيرات المرغوب قبل وقوعها | |
| %6,67 | 2 | المثيرات البصرية+ أساليب التعزيز المختلفة | |
| %6,67 | 2 | المثيرات البصرية+ التعليمات اللفظية المختصرة+ اللعب+ أساليب التعزيز | |
| %3,33 | 1 | المثيرات البصرية+ ننتقل من المحسوس فشبه المحسوس إلى المجرد+ اللعب+ أساليب التعزيز | |
| %3,33 | 1 | ننتقل من المحسوس فشبه المحسوس إلى المجرد+ التعليمات اللفظية المختصرة+ أساليب التعزيز+ يتم ضبط المثيرات | |

| | | | |
|-------|---|--|--|
| | | المرغوب قبل وقوعها | |
| 3,33% | 1 | المثيرات البصرية+ اللعب+ أساليب التعزيز+ يتم ضبط المثيرات المرغوب قبل وقوعها | |
| 3,33% | 1 | المثيرات البصرية+ ننتقل من المحسوس فشبه المحسوس إلى المجرد+ التعليمات اللفظية المختصرة+ اللعب+ أساليب التعزيز | |
| 3,33% | 1 | ننتقل من المحسوس فشبه المحسوس إلى المجرد+ التعليمات اللفظية المختصرة+ اللعب+ أساليب التعزيز+ يتم ضبط المثيرات المرغوب قبل وقوعها | |
| 3,33% | 1 | ننتقل من المحسوس فشبه المحسوس إلى المجرد+ التعليمات اللفظية المختصرة+ اللعب+ أساليب التعزيز | |

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (10) أعلاه، نلاحظ أن أغلب البرامج المستخدمة في عملية التكفل هي:

- TEACH و PECS بنسبة (26,67%) .
- TEACH و ABA بنسبة (23,33%) .
- TEACH بنسبة (20%) .
- ABA بنسبة (16,66%) .

بينما نجد أن البرامج الأقل استخداماً في عملية التكفل هي: بنسبة (26,67%) .
 - TEACH و PECS و SONRISE بنسبة (6,66%) .
 - ABA و PECS و DENVER بنسبة (3,34%) .
 - ABA و PECS بنسبة (3,34%) .

كما نلاحظ أيضاً أن أغلب المؤسسات العمومية منها والخاصة تستخدم أساليب تعليمية في عملية التكفل تتمثل في:

- المثيرات البصرية+ ننتقل من المحسوس فشبه المحسوس إلى المجرد+ التعليمات اللفظية المختصرة+ اللعب+ أساليب التعزيز المختلفة+ يتم ضبط المثيرات المرغوب قبل وقوعها بنسبة (26,67%) .
- التعليمات اللفظية المختصرة+ أساليب التعزيز المختلفة بنسبة (20%) .

- التعليمات اللفظية المختصرة بنسبة (13,34%).
 - التعليمات اللفظية المختصرة+ يتم ضبط المثيرات المرغوب قبل وقوعها بنسبة (6,67%).
 - المثيرات البصرية+ أساليب التعزيز المختلفة بنسبة (6,67%).
 - المثيرات البصرية+ التعليمات اللفظية المختصرة+ اللعب+ أساليب التعزيز بنسبة (6,67%).
- بينما نلاحظ أن الأساليب التعليمية المستخدمة بنسبة ضئيلة جداً في كل من المؤسسات العمومية والخاصة للتكفل باضطراب طيف التوحد تتمثل في:
- المثيرات البصرية+ ننتقل من المحسوس فشبه المحسوس إلى المجرد+ اللعب+ أساليب التعزيز بنسبة (3,33%).
 - ننتقل من المحسوس فشبه المحسوس إلى المجرد+ التعليمات اللفظية المختصرة+ أساليب التعزيز+ يتم ضبط المثيرات المرغوب قبل وقوعها بنسبة (3,33%).
 - المثيرات البصرية+ اللعب+ أساليب التعزيز بنسبة (3,33%).
 - المثيرات البصرية+ ننتقل من المحسوس فشبه المحسوس إلى المجرد+ التعليمات اللفظية المختصرة+ اللعب+ أساليب التعزيز بنسبة (3,33%).
 - ننتقل من المحسوس فشبه المحسوس إلى المجرد+ التعليمات اللفظية المختصرة+ اللعب+ أساليب التعزيز+ يتم ضبط المثيرات المرغوب قبل وقوعها بنسبة (3,33%).
 - ننتقل من المحسوس فشبه المحسوس إلى المجرد+ التعليمات اللفظية المختصرة+ اللعب+ أساليب التعزيز بنسبة (3,33%).

7- عرض نتائج المحور الثامن (مشاركة ودعم وتمكين الأسرة)

جدول رقم (11) يوضح نتائج المحور الثامن للاستبيان والخاص بمشاركة ودعم وتمكين الأسرة.

| التكرار النسبي | التكرار | التقدير | تقدم المؤسسة للأسرة |
|----------------|---------|---------|--|
| 80,0% | 24 | نعم | تدريباً على كيفية التعامل مع الطفل التوحدي |
| 20,0% | 6 | لا | تقدم المؤسسة الإرشاد الأسري لأسر الأطفال التوحديين |
| 86,7% | 26 | نعم | تقدم المؤسسة تقارير دورية للأسر عن مدى تقدم حالة إبنهم |
| 13,3% | 4 | لا | يتم إشراك الأسرة في |
| 70,0% | 21 | نعم | |
| 30,0% | 9 | لا | |
| 86,7% | 26 | نعم | |

| | | | |
|-----------------------------------|----|---|-------|
| جميع مراحل تقييم الخدمات التكفلية | لا | 4 | 13,3% |
|-----------------------------------|----|---|-------|

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (11) أعلاه، نلاحظ أن نسبة (80%) من الأخصائيين يرون أن مؤسسة التكفل تقدم الدعم لأسر وأولياء الأطفال التوحيديين المتكفل بهم بهذه المؤسسة، من خلال تقديم دورات تدريبية حول كيفية التعامل مع أبنائهم، بينما ترى نسبة أخرى (20%) أن مؤسساتهم لا تقدم هذا النوع من الدورات، وأن نسبة (86,7%) من الأخصائيين يرون أن مؤسسة التكفل تقدم الإرشاد الأسري لأسر هؤلاء الأطفال، وأن نفس النسبة ترى أن الأسر يتم إشراكها في كل مراحل العملية التكفلية وأن هناك (13,3%) ترى أن المؤسسة لا تقدم هذا النوع من الخدمات. في حين نجد نسبة (70%) من أفراد العينة يرون أن مؤسساتهم تقدم التقارير الدورية للأولياء حول حالة تقدم العملية العلاجية لأبنائهم. ونسبة (30%) من نفس العينة يرون أن مؤسساتهم لا تقدم هذه الخدمة.

8- عرض نتائج المحور التاسع (الدمج والخدمات الانتقالية)

جدول رقم (12) يوضح نتائج المحور التاسع للاستبيان والخاص بالدمج والخدمات الانتقالية.

| التكرار النسبي | التكرار | التقدير | تتوفر المؤسسة على إمكانية |
|----------------|---------|---------|--|
| 80,0% | 24 | نعم | دمج الأطفال التوحيديين |
| 20,0% | 6 | لا | التي تتوفر فيهم الشروط في المدارس العادية |
| 63,3% | 19 | نعم | تقوم المؤسسة بإجراء |
| 36,7% | 11 | لا | تقييم مدارس الدمج العادية قبل دمج الأطفال فيها؟ |
| 33,3% | 10 | نعم | يشرف المربيون على |
| 66,7% | 20 | لا | الأطفال المدمجون الذين يشرفون على تربيتهم كمساعدين للمعلمين العاديين |
| 73,3% | 22 | نعم | تقدم المؤسسة دورات |
| 26,7% | 8 | لا | تدريبية لمعلمي المدرسة العاديين في كيفية التعامل مع الطفل التوحيدي |

من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (12) أعلاه، نلاحظ أن معظم الأخصائيين النفسيين العاملين في مؤسسات التكفل العمومية منها والخاصة يرون أن مؤسستهم تتوفر على إمكانية دمج الأطفال التوحديين التي تتوفر فيهم الشروط في المدارس العادية بنسبة (80%) والبقية يرون أن مؤسستهم لا تتوفر على هذا النوع من الخدمات بنسبة (20%)، وأن نسبة (63,3%) تجري تقييما لمدارس الدمج العادية قبل دمج الأطفال التوحديين المتكفل بهم من طرفها في هذه المدارس والبعض الآخر يرون أن مؤسستهم لا تتوفر على هذا الإجراء بنسبة (36,7%)، غير أنهم يؤكدون أن هذا الإدماج يرافقه مرافقة المربيين لهؤلاء الأطفال إلى قسمهم العادي للعمل كمساعدين للمعلمين العاديين بنسبة (33,3%) بينما يؤكدون آخرون أن هذا الإدماج لا يرافقه هذا النوع من المرافقة بنسبة تقدر ب (66,7%)، وأن المعلمين العاديين يخضعون لدورات تدريبية حول التكفل بأطفال طيف التوحد بنسبة (73,3%) ونسبة (26,7%) لا يخضعون لهذه الدورات.

9- عرض نتائج المحور العاشر: (رؤية المؤسسة للتكفل بالطفل التوحدي)

جدول رقم (13) يوضح نتائج المحور العاشر للاستبيان الخاص برؤية المؤسسة للتكفل بالطفل

التوحدي.

| التكرار النسبي | التكرار | التقدير | تتبنى المؤسسة التي تعمل بها رؤية أهداف واضحة وملائمة للتكفل بأطفال التوحد |
|----------------|---------|---------|--|
| 66,7% | 20 | نعم | تقوم المؤسسة التي تعمل بها بإعداد خطط للتكفل بأطفال التوحد وتحيينها باستمرار |
| 33,3% | 10 | لا | تقوم المؤسسة التي تعمل بها بإعداد خطط للتكفل بأطفال التوحد وتحيينها باستمرار |
| 56,7% | 17 | نعم | تقوم المؤسسة التي تعمل بها بإعداد خطط للتكفل بأطفال التوحد وتحيينها باستمرار |
| 43,3% | 13 | لا | تقوم المؤسسة التي تعمل بها بإعداد خطط للتكفل بأطفال التوحد وتحيينها باستمرار |
| 80,0% | 24 | نعم | تقوم المؤسسة التي تعمل بها بإعداد خطط للتكفل بأطفال التوحد وتحيينها باستمرار |
| 20,0% | 6 | لا | تقوم المؤسسة التي تعمل بها بإعداد خطط للتكفل بأطفال التوحد وتحيينها باستمرار |

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم (13) أعلاه، نلاحظ أن أغلب الأخصائيين بنسبة (66,7%) يرون أن مؤسستهم تتبنى رؤية أهداف واضحة وملائمة للتكفل بأطفال التوحد وبنسبة ضئيلة (33,3%) ترى العكس، وأن نسبة (56,7%) من أفراد العينة يرون أن مؤسستهم تقوم بإعداد خطط للتكفل بأطفال التوحد وتحيينها باستمرار، بينما يرى آخرون من نفس العينة أن مؤسستهم لا تقوم بإعداد هذه المخططات، في حين نجد نسبة (80%) يرون أن مؤسستهم تقوم بإعداد خطط للتكفل بأطفال التوحد وتحيينها باستمرار.

II. عرض نتائج الدراسة:

1. عرض النتائج الخاصة بالسؤال الأول: هل أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين متنوعة؟
من خلال الجدول رقم (10) نلاحظ أن هناك تنوع في أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين هو أسلوب TEACH و ABA بنسبة (23,33%)، و TEACH بنسبة (20%)، و ABA بنسبة (16,66%)، و TEACH و PECS و SONRISE بنسبة (6,66%)، و ABA و PECS و DENVER بنسبة (3,34%)، و ABA و PECS بنسبة (3,34%).
2. عرض النتائج الخاصة بالسؤال الثاني: ماهي أكثر أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين؟
من خلال الجدول رقم (10) نلاحظ أن أكثر أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين هو أسلوب TEACH بنسبة (76,66%).
3. عرض النتائج الخاصة بالسؤال الثالث: هل يوجد اختلاف في أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين باختلاف المراكز بين العمومية والخاصة؟
جدول رقم (14) يوضح نتائج اختبار T test.

| المتغير | العينة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الحرية | قيمة (ت) | مستوى الدلالة |
|---------|-------------------|-----------------|-------------------|-------------|----------|---------------|
| المؤسسة | المؤسسات العمومية | 1,9340 | 0,21800 | 28 | 0,004 | 0.05 |
| | المؤسسات الخاصة | 1,8926 | 0,29015 | | | |

نلاحظ من الجدول (14) أعلاه أن قيمة اختبار T test للعينتين المستقلتين تساوي (0,004) وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ بمعنى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين باختلاف المراكز بين العمومية والخاصة.

III. مناقشة النتائج على ضوء التساؤلات:

1. مناقشة نتائج السؤال الأول:

والذي كان مفاده: " هل أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين متنوعة؟"

وكانت الإجابة كالآتي: أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين متنوعة.

وهذا بالرجوع إلى الجدول رقم (10) الذي يوضح:

| التكرار النسبي | التكرار | الأساليب |
|----------------|---------|------------------------|
| %26,67 | 8 | PECS+ TEACH +ABA |
| %23,33 | 7 | ABA +TEACH |
| %20 | 6 | TEACH |
| %16,66 | 5 | ABA |
| %6,66 | 2 | SONRISE +PECS+TEACH |
| %3,34 | 1 | DENVER +PECS +ABA |
| %3,34 | 1 | PECS +ABA |

وهذا يدل على وجود تنوع في الأساليب المستخدمة فالأخصائي لا يعتمد على أسلوب واحد فقط في عملية التكفل بهذه الفئة من الأطفال بل يقوم بوضع العديد من البرامج التشخيصية والعلاجية بما يتناسب مع احتياجات كل طفل توحدي لأنه لا يمكن لأي أسلوب تكفل أن يحل لوحده جميع الصعوبات المرتبطة بالتوحد.

فهذا الأخير يعود حدوثه إلى أسباب مختلفة ومتعددة وذلك لشدة تعقيده، فبالرجوع إلى النظريات المفسرة لهذا الاضطراب نجد اختلاف فيما بينها بحيث ترجع النظرية النفسية هذا الاضطراب إلى طبيعة العلاقة الموجودة بين الوالدين والطفل في تفسير هذا الاضطراب كما ترجعه إلى طبيعة اتجاهات الأبوين نحو الطفل. أكدت النظرية النفسية على الدور الكبير للوالدين في إصابة طفلهم بالتوحد، وأنه يرجع نتيجة للضغط الوالدي و فشلهم في أداء واجبهم تجاه طفلهم، وأطلق على أم الطفل التوحدي مصطلح الأم الثلاثة ذلك لوصفها بالبرودة، حتى أن بعضهم كان يقوم بنقل الأطفال التوحديين إلى أسر أخرى كطريقة لعلاج التوحد. (صابر، د س ن، ص260)

في حين أن النظرية الاجتماعية تعتبر التوحد اضطراب في التواصل الاجتماعي يحدث نتيجة لظروف التنشئة الاجتماعية. يرى رواد هذه النظرية أنه يمكن النظر إلى التوحد باعتباره اضطراب في التواصل الاجتماعي حيث أن المهارات اللغوية و الإدراكية للأطفال التوحديين كانت طبيعية في البداية و نتيجة لظروف التنشئة الاجتماعية ينتج عنها انسحاب الطفل من التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط به، وانغلاقه على ذاته لإحساسه بعدم التكيف. (قيس، 2017، ص37). وكذلك نظرية العقل ترجع حدوث هذا الاضطراب إلى عدم القدرة على فهم سلوك الآخرين من وجهة نظرهم بمعنى وجود خلل في الاستبصار وعدم القدرة على فعل مثل ما يفعله الأطفال العاديين. و أن مشكلة الأطفال التوحديين تكمن في عدم قدرتهم على تكوين نظرية العقل كونهم لا يستطيعون التنبؤ وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية فهم لا يرون الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر. (بلخيري ورزق الله، 2021، ص 122)

و بالنسبة للنظرية البيولوجية فهي ترجع سبب حدوث التوحد إلى وجود خلل أو شذوذ على مستوى الدماغ الذي يحدث إما أثناء فترة الحمل أو بعد الحمل. ينتج التوحد من إصابة أو خلل وظيفي في وظائف النظام العصبي المركزي يتسبب في نمو غير سوي في الدماغ و من أسبابه الاستعداد الوراثي، إصابات الجهاز العصبي المركزي قبل و بعد و أثناء الولادة، العدوى الفيروسية، نمو غير سوي في وظائف أو تركيب الدماغ، كيمياء بيولوجية غير سوية، اختلال وظيفي و في جهاز المناعة. (فضل الله، 2018، ص23)

فالاختلاف في تعدد الأسباب المؤدية لحدوث هذا الاضطراب ينجم عنه مجموعة من الأعراض تختلف شدتها من طفل إلى آخر، بحيث نجد ثلاث أعراض رئيسية أو ما يسمى بثالوث التوحد والمتمثلة في التفاعل الاجتماعي والذي يظهر في عجز الطفل التوحدي عن إقامة علاقات مع الآخرين أي يتجنب المواقف الاجتماعية بما فيها العزلة والانسحاب وعيشه في عالمه الخاص بعيداً عن الآخرين، إلى جانب القصور اللفظي و غير اللفظي بحيث نجد أن القدرة على الكلام والتخاطب لدى الطفل التوحدي ضعيفة وغير متطورة فأحياناً تنمو اللغة لديه في البداية ثم يتوقف عن الكلام بصورة مفاجئة، كما نجد لديه ضعف في التواصل البصري مع الآخرين وقصور في استخدام تعبيرات الوجه المناسبة للحالة الانفعالية ويكون غير قادر على استخدام الإيماءات والحركات المرافقة للكلام، كما نجد لديه سلوكيات نمطية التي تتسم بالتكرار والجمود وعدم التنوع بالإضافة إلى عدم ملائمتها للمواقف والكلام (الدوران في نفس المكان، رفرقة اليدين، اللعب بنفس اللعبة...).

بما في ذلك تأخذ أعراض كل طفل ويتم تشخيصها من قبل الأخصائي النفسي من خلال معايير تشخيصية بما فيها DSM و CIM10، ليخرج بنوع المتلازمة التي يعاني منها الطفل التوحدي والتي بدورها تنقسم إلى أنواع كثير ومتداخلة تتفاوت بين الخفيف والحاد نجد من بينها متلازمة أسبرجر الذي يعتبر اضطراباً نمائياً شديداً من خصائصه الأساسية معاناة المصابين به من صعوبات في التفاعل الاجتماعي وأنماط وسلوكيات جامدة محدودة نمطية متكررة، بحيث يرى الجلي (2015) أن هذا الاضطراب يظهر في

شكل قصور في مهارات التوازن، الاكتئاب، الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة، كراهية التغيير في كل شيء سواء في الأكل أو الملابس وعادة ما تكون لهم طقوس معينة في حياتهم، حب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي. (الجلبي، 2015، ص 21)، كما نجد متلازمة ريت التي تعتبر من الاضطرابات الوراثية العصبية التي تصيب الإناث وتؤثر على الطريقة التي يتطور بها الدماغ مما يؤدي إلى فقدان تدريجي للمهارات الحركية والكلام والمشكلات العصبية والسلوكية، بحيث أكد شريمان (2010) أن معظم المصابات تعاني من تدهور مستمر في القدرات الحركية والقدرة على التنقل، ويتبع ذلك انخفاض في معدل العمر بالإضافة إلى تدهور في القدرات العقلية. (شريمان، 2010، ص 70)

وبالنسبة إلى اضطراب التفكك الطفولي الذي يعد اضطراب نمائي معمم ونادر ينطوي على تغيير في القدرة على تطوير اللغة والمهارات الاجتماعية والمهارات الحركية والقدرات المعرفية والسلوكية بحيث تكون بداية هذا الاضطراب مفاجئة أو تدريجية كما يمكن أن يعاني الطفل من مشاكل اجتماعية وعاطفية مثل أن يصبح الطفل الذي كان سعيداً في السابق عند حضنه يكره الاتصال الجسدي، مثل ما يرى (المصدر، 2015) الطفل المصاب بهذا الاضطراب ينمو بشكل طبيعي إلى أن يصل إلى (3-5 سنوات) أو حتى (10 سنوات) من عمره، بعدها يبدأ بالتدهور بشكل ملحوظ حيث يفقد العديد من المهارات التي سبق أن اكتسبها وخلال فترة قصيرة يتحول الطفل من طبيعي إلى طفل لا يتكلم، ولا يهتم بأي تفاعل عاطفي من حوله وعندما تحدث الانتكاسة يظهر على الطفل جانبان أساسيان من ثالث التوحد. (المصدر، 2015، ص 15)

في حين نجد الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة تمس جميع الجوانب نذكر منها جانب التفاعل الاجتماعي التبادلي والمهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية والسلوكيات والنشاطات النمطية، كما لا يمكن تشخيص هذا النوع من المتلازمات في الوقت الحالي لأنه يشمل فقط جزءاً من خصائص بقية المتلازمات ضمن طيف التوحد، وهذا ما تطرق إليه المقابلة (2016) بأن هذا النوع يتعين استخدامه حينما توجد إعاقة معممة حادة في نمو التفاعل الاجتماعي التبادلي أو المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية أو عندما يوجد السلوك والاهتمام والنشاطات النمطية، ولكنه في الوقت نفسه لا تتطابق المعايير مع اضطراب نمو معمم نوعي ولا مع معايير الفصام أو معايير اضطراب الشخصية التجنبية. فمثلاً أن هذا النوع يتضمن الاضطراب التوحدي غير النموذجي فالأعراض في هذا النوع لا تتوافق مع معايير اضطراب التوحد ذلك لأنها ظهرت في سن متأخر. (المقابلة، 2016، ص 21)

فهذا النوع يوضح أنه لا يوجد أسلوب معين ومحدد لعلاج كل حالات التوحد، ومع ذلك نجد معظم أساليب التكفل بالطفل التوحدي تركز على توفير الدعم النفسي نجد من بينها: برنامج TEACH الذي يعتبر طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة والسلوك بل تقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل، كما أنها تمتاز بأنها مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل فهو يركز على تعليم مهارات التواصل

والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية ومهارات التكيف في المجتمع والمهارات الحركية والأكاديمية، كما نجد برنامج ABA يعد من أكثر البرامج المعتمدة لتدريب الأطفال التوحديين من مختلف الفئات العمرية، والذي يهدف إلى تعليم مهارات وسلوكيات جديدة للطفل التوحدي بالإضافة إلى الحفاظ على السلوكيات السوية والمرغوب فيها والحد من السلوكيات غير المرغوب فيها، هذا ما وضحه قيروود ومزوز (2021) أن هذا البرنامج يقوم على تنمية مهارات التقليد حتى يتمكن الطفل من التعلم، ويبدأ بتدريب الطفل على تقليد الحركات، ثم الأصوات، ثم اكتسابه الخبرات، ثم ينتقل إلى تعليم المهارات الأكثر تعقيداً مثل المطابقة مع نموذج معين، وكتابة الكلمات والجمل والأرقام، مما يساعد الطفل على اكتساب المهارات الاجتماعية كما يعتني البرنامج بالتطبيق الفعلي للأنشطة المختلفة في المواقف الطبيعية. ويركز التدخل المكثف الذي يعتمد على تدريب الطفل تدريباً مكثفاً لمدة تتراوح ما بين 30 أو 40 ساعة في الأسبوع أي بمعدل 7 ساعات في اليوم لمدة ثلاث سنوات على الأقل، يقوم به فريق من المختصين من بينهم طبيب الأطفال العقلي، المختص النفسي، مختص في الأطفونيا، مختص في البيداغوجيا. (قيروود ومزوز، نفس المرجع السابق، ص 202)

في حين نجد برنامج DENVER الذي يعد أداة تهتم بجميع مراحل نمو الطفل على أساس العلاقات ويلعب الوالدي دوراً أساسياً فيه وهو يهدف إلى تحقيق تغيير وتحسن في جوانب النمو المتمثلة في التقليد واللغة والاستجابة الانفعالية والتواصل بالإضافة إلى العمل على جلب الطفل إلى الشبكة الاجتماعية، وهذا ما يراه شاهين (2017) بأن هذا البرنامج صمم نموذج دينفر للتدخل المبكر من أجل تلبية احتياجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد من عمر 12 شهراً من خلال المعالجين والآباء باللعب، حيث يستمتع الأطفال باللعب مع المعالجين أو الآباء في أي مكان مثل المنزل، على الأرض مثلاً أو في أي مراكز متخصصة فهذا النموذج مبني على المرح والعلاقة الإيجابية مع المعالج فهو نموذج للاستمتاع والسعادة للطفل ذي اضطراب التوحد. وقد احتل برنامج دينفر أهمية كبيرة في مجال التدخل المبكر حتى أصبح أسلوباً متبعاً في العديد من المراكز المتخصصة في تأهيل وعلاج الأطفال ذوي اضطراب التوحد. (شاهين، 2017، ص 196)

إلى جانب برنامج PECS الذي يتمثل في نظام تواصل عن طريق تبادل مجموعة من الصور بحيث يعتمد الطفل في هذا البرنامج على الصور التي تتضمن احتياجاته التي يرغب فيها، فهو يعد من أهم البرامج التي تساعد على التواصل لدى الأطفال وهذا ما يشير إليه عمراني وبخوش (2021) أن هذا البرنامج يهدف إلى مساعدة الطفل على التواصل والتعبير عن رغباته واحتياجاته، وتدريب الطفل على الكلام والنطق بحيث تدعم الصور بالكلام أثناء التدريب والتخاطب ثم يقل استخدام الصور تدريجياً ويحل محلها الكلمات والجمل ويتعلم الطفل في نظام (PECS) كيفية التعرف على صورة الشيء الذي يرغبه ثم يأخذها ويقوم بإعطائها للمدرس أو المري، في مقابل أن يأخذ هذا الشيء الحقيقي في يده. (عمراني وخبوش، 2021، ص

مروراً إلى برنامج SonRise الذي يركز أساساً على العلاقة الموجودة بين الطفل التوحدي ووالده بحيث يقلد كل من المختصين والأولياء حركات وسلوكيات الطفل من أجل اكتساب ثقته ثم تحقيق التواصل مع الآخرين، وهذا ما تطرق إليه الشامي (2004) الذي يعرف برنامج SonRise كمدخل علاجي للتوحد حيث يمضي أفراد الأسرة أو المتطوعون أو المختصون عدداً كبيراً من الساعات في تقليد حركات الطفل و"الدخول إلى عالم الطفل الخاص". فإذا قام الطفل ببرم لعبة أو صحن كما يفعل العديد من الأطفال التوحديين، قام الراشدون ممن يعملون معه بتقليده ومشاركته في اللعب و بناء على فلسفة البرنامج، فإن تقليد حركات الطفل ينمي لديه الشعور بالحب والقبول والرضا، ويشعره بأن الراشدين من حوله لديهم اهتمامات مشتركة معه وهكذا يتمكن الراشد من الدخول إلى عالم الطفل، وبعد أن يشعر الطفل بثقة أسرته به وحبها له، ويشعره كذلك بارتياح في محيطه، تقوم الأسرة بتدريبه على مهارات ينبغي أن يتعلمها مثل اللغة والتواصل والادراك والحركة وما إلى ذلك. (الشامي، 2004، ص91)

وكل ما سبق ذكره يفسر لنا تنوع أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين.

2. مناقشة نتائج السؤال الثاني:

والذي كان مفاده: " ماهي أكثر أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين؟"

دلت نتائج الجدول رقم (10) على أن أكثر أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين هو أسلوب TEACH بنسبة (76,66%).

| الأسلوب | التكرار | التكرار النسبي |
|---------|---------|----------------|
| TEACH | 23 | %76,66 |

وهذا راجع إلى مدى فعالية هذا البرنامج باعتباره طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد مثل اللغة أو السلوك بل تقدم تأهيلاً متكاملًا للطفل، وطريقة العلاج هذه مصممة بشكل فردي وذلك حسب احتياجات كل طفل لوجود فروق فردية بين حالات التوحد من حيث شدة الأعراض. هذا البرنامج يعمل على تقييم وتطوير برامج التعليم الفردية الموجهة لهذه المجموعة من الأطفال، بحيث يعتمد في التقييم على مقياس تقدير التوحد الطفولي CARS ويركز البرنامج على مواطن القوة والاهتمامات بدل من التركيز على مواطن القصور.

فعلى أساس هذا العمل التقييمي يحدد الأخصائي النفسي نوعية الاستراتيجيات التعليمية لتحقيق الأهداف والغايات المنشودة والمتمثلة في: مساعدتهم على الوصول إلى أقصى مستوى من مستويات الاستقلالية عند الكبر، ضمان مساعدتهم على فهم العالم المحيط بهم في اكتساب مهارات التواصل التي تساعدهم على التعامل مع الآخرين ومنحهم الأهلية الضرورية لكي يكونوا قادرين على الاختيار في الأمور الخاصة بحياتهم. هذا ما توصلت إليه زيري وبوريدح (2022) في دراستهم التي هدفت لمعرفة مدى مساهمة برنامج تيتش في تحسين التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد ما بين 3 و 5 سنوات، حيث توصلوا إلى أن برنامج تيتش يساهم في تحسين التواصل اللفظي وتنمية القدرات اللغوية عند الطفل التوحدي.

إلى جانب تحسين مهارات التواصل والاستقلالية ورفعها إلى أقصى مستوى ممكن للطفل، مستخدماً في ذلك تحسين مهارات التواصل والاستقلالية ورفعها إلى أقصى مستوى ممكن للطفل، مستخدماً التعليم كوسيلة لتحقيق هذا الهدف، وكلما نما الطفل وتقدم مستواه كلما تغير البرنامج التعليمي المستخدم. وهذا ما تطرق إليه كل من قشاو وبوشعيل (2020) في دراسة تهدف إلى محاولة تبيان مدى فعالية برنامج تيتش في تنمية المهارات الاستقلالية كالأكل والشرب واللباس والنظافة الشخصية لدى أطفال التوحد، بحيث توصلت إلى وجود تحسن بين المستوى القبلي- والبعدي للمهارات الاستقلالية الذاتية.

بالإضافة إلى مدى فاعلية برنامج TEACH في التكفل المبكر بالأطفال التوحديين، الذي بدوره يطور مستوى هؤلاء الأطفال كونه قائم على إيجاد الحلول التي تساعد الطفل على رفع قدراته وإمكانياته، ولا يقتصر التدخل المبكر على التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة لدعم نمو الأطفال المتأخرين نمائياً،

والأطفال المعرضين لخطر الإعاقة، والأطفال ذوي الإعاقات المثبتة، ولكن يشتمل أيضا على خدمات الكشف والتشخيص المبكر (كامل، 2012، ص 89)، كونه عملية تقدم الخدمات الطبية والتربوية والعلاجية الطبيعية والوظيفية والنطقية من خلال تصميم برامج تربوية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمتمثلة في برنامج TEACH (مركون، 2017، ص 65)، وهذا الأخير يعود بفوائد عديدة على هؤلاء الأطفال لتحقيق مستويات متقدمة من الوظائف الإدراكية والاجتماعية. فالهدف الرئيسي من التدخل المبكر عبر برنامج TEACH يتمثل في التخفيف من شدة الاضطراب و إكساب الطفل مهارات التوصل والمهارات السلوكية من أجل تحقيق التفاعل والتواصل الاجتماعي.

وكل ما تطرقنا إليه يوضح لنا مدى فعالية برنامج TEACH، وهذا ما يفسر أن أكثر أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين هو أسلوب TEACH. حيث اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع النتيجة التي توصلت إليها عائشة نحوي (2012): والمتمثلة في: "مدى فائدة العلاج السلوكي المطبق ABA في تعديل السلوك".

3. مناقشة نتائج السؤال الثالث:

والذي كان مفاده: " هل يوجد اختلاف في أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين باختلاف المراكز بين العمومية والخاصة؟"

يوجد اختلاف في أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد لصالح المراكز الخاصة حيث أن النتائج توصلت بالرجوع إلى الجدول رقم (14) الذي أصر على وجود فروق ذات دلالة إحصائية للأساليب المتبعة باختلاف المراكز بين العمومية والخاصة، بحيث أن قيمة اختبار T test للعينتين المستقلتين تساوي (0,004) وهي أقل من مستوى الدلالة $\alpha=0.05$. وهذا الاختلاف يعود لصالح المراكز الخاصة لوجود مصادر تمويل خاصة، وإمكانيات فردية والعلاج بالمقابل ما يجعل صاحب المركز الخاص يوفر أكثر التقنيات ذات المعايير العالمية، كما يعمل على تطوير نفسه بالمشاركة في دورات تكوينية وتدريبية داخل وخارج الوطن. بحيث يعتمد على أغلب التقنيات العلاجية لتحقيق التكفل بهذه الفئة التي تتمثل في TEACH و ABA و PECS بنسبة كبيرة إلى جانب كل من SONRISE و DENVER، بحيث تكون المراكز الخاصة متخصصة في التكفل باضطراب طيف التوحد، في حين نجد المراكز العمومية توجد بها عدة اضطرابات وخدمات وليست مراكز متخصصة باضطراب طيف التوحد بالإضافة أنها لا تتوفر على تمويل خاص والمقابل فيها لا يتوافق مع الجهود المبذولة من طرف الأخصائي النفسي هذا ما يجعله غير قادر على توفير التقنيات اللازمة للتكفل بالطفل التوحدي على أكمل وجه، بحيث نجد الأخصائيين العاملين بهذه المراكز يعتمدون على الخبرة الذاتية والمهنية إلى جانب برنامج TEACH و ABA ، الأمر الذي يجعلها غير قادرة على إعطاء هذه الفئة من الأطفال القدر الكافي من الاهتمام وعملية التكفل بهم تكون غير متكاملة. وزيادة على ذلك يمكن تفسير هذا الاختلاف أيضا إلى وجود فريق متعدد التخصصات في أغلب المراكز الخاصة والمتكون من الطبيب العقلي، الأخصائي النفسي، الأخصائي الأطفوني، الأخصائي النفس حركي، البيداغوجي، المربيات والأولياء في حين نجد البعض الآخر من المراكز الخاصة لا تتوفر على فريق متكامل بينما لا يوجد جل الفريق في أغلب المراكز العمومية لكن تتوفر البعض الآخر من المراكز العمومية على فريق متكامل.

فهذا الفريق المتعدد التخصصات يقدم خبرته من أجل التكفل بالطفل التوحدي في مجالات مختلفة من المسار التكفلي وهذا اعتماداً على تخصصهم.

وهذا ما يفسر وجود اختلاف في أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد لصالح المراكز الخاصة.

الاستنتاج العام

IV. الاستنتاج العام:

توصلت الدراسة الحالية إلى:

✚ أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين متنوعة.

✚ أكثر أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين هو أسلوب TEACH.

✚ يوجد اختلاف في أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين.

كما توصلت الدراسة إلى:

✚ التنوع في الأساليب المستخدمة من طرف الأخصائيين النفسيين العاملين في مؤسسات التكفل الخاصة.

✚ عدم التزام مؤسسات التكفل العمومية بالمعايير الدولية في مجال أساليب التكفل النفسي بأطفال التوحد المعتمدة عالمياً.

خاتمة

يعتبر اضطراب طيف التوحد من بين الاضطرابات النفسية شدت انتباه العديد من العلماء والباحثين لدرجة تعقيده، فقد كان ولا زال محطة اهتمام وبحث العديد من الباحثين بغية الوصول إلى معرفة السبب الرئيسي وراء حدوثه ومحاولة علاجه والتخفيف من معاناة الطفل. من أجل أن يعيش حياة نفسية، معرفية وسلوكية عادية، لذا يفترض أن يتم اختيار نوع التكفل النفسي الدقيق من قبل فريق متكامل الأدوار قائم على التشخيص والعلاج باستخدام مجموعة من البرامج والأساليب في عملية التكفل. والمراقبة المستمرة للحالة من شأنها أن تخفف في بعض الأحيان من الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب ومساعدة الطفل التوحدي على الخروج إلى العالم الواقعي.

وهذا ما تم التطرق إليه في هذه الدراسة التي هدفت إلى تقييم أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين المستخدمة في مؤسسات التكفل بولايي سوق اهراس وقلمة سواء كانت عمومية أو خاصة، وهذا من أجل الوقوف على واقع التكفل بهذه الفئة من الأطفال.

واعتمدت دراستنا الحالية على استبيان موجه إلى الأخصائيين النفسيين العاملين بمؤسسات التكفل العمومية منها والخاصة.

ولقد توصلت نتائج الدراسة إلى:

- تنوع أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين.
- أكثر أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين هو أسلوب TEACH.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسيين باختلاف المراكز بين العمومية والخاصة.

فدراستنا الحالية يتمحور مضمونها حول اضطراب طيف التوحد والصعوبات التي يواجهها المصابين بهذا الاضطراب، كونه مصنف ضمن فئة ذوي الاحتياجات الخاصة، كما أنه اعتبر نوع من ذهان الطفولة المبكرة وإعاقة عقلية. فكل الأعراض تمس الجوانب النفسية منه أكثر من العضوية إلا أنه ما دام لا يعرف سببه بالتحديد يصعب علاجه.

فعملية التكفل النفسي تلعب دوراً هاماً في التخفيف من شدة هذا الاضطراب وتحسين حالة هؤلاء الأطفال من خلال التكفل المبكر بهم من أجل إدماجهم نفسياً واجتماعياً، إذ يجعلهم هذا الأخير يتأقلمون مع المجتمع بشكل جيد بعد معالجة سلوكياتهم غير المرغوبة واكتساب مهارات جديدة تمكنهم من التواصل والاندماج. وهذا التعديل يكون بواسطة أساليب التكفل النفسي التي تؤثر على سلوك الطفل التوحدي

وتحويله إلى سلوك يتوافق مع المجتمع الذي يعيش معه، ويساهم في ذلك الأخصائي النفسي الذي له دوراً بارزاً في نجاح هذه العملية، وتقديمه للدعم والرعاية الخاصة لهذه الفئة ومساعدتهم على الاستقلالية من خلال تقديمه لتشخيص دقيق والذي يتطلب فريق متعدد التخصصات لوضع خطة علاجية مناسبة لكل طفل توحدي.

إن دراسة عملية التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين هي دراسة واسعة النطاق، لذا يجب إعادة هذا الموضوع على عينة أكبر ولمدة أطول وبأكثر دقة من أجل الوصول إلى نتائج فعالة تساعد في وضع استراتيجيات تساهم في مساعدة فئة أطفال طيف التوحد.

التوصيات والاقتراحات

التوصيات:

- ✓ إنشاء مراكز متخصصة للتكفل باضطراب طيف التوحد في كل ولاية تضم طاقم طبي متكامل (أخصائي نفسي، بيداغوجي، أرتوفوني....).
- ✓ إنشاء مكاتب متخصصة للتكفل باضطراب طيف التوحد في كل بلدية للتخفيف من عبئ التنقل.
- ✓ توفير الأساليب و الأدوات اللازمة للتكفل باضطراب طيف التوحد في مختلف المراكز (الحكومية أو الخاصة).
- ✓ القيام بدورات تكوينية حول اضطراب طيف التوحد من طرف المختصين للوصول إلى إمكانية اللازمة والصحيحة للتكفل بهذا الاضطراب.

الاقتراحات:

- ✓ تقييم أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأولياء.
- ✓ فاعلية برنامج TEACH في التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد، و الذي يطور مستوى الأطفال ذوي طيف التوحد.
- ✓ تقييم الأساليب المستخدمة في عملية التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد في المراكز العمومية.

فائمة المراجع

قائمة المراجع:

- الإمام، محمد صالح؛ الجوالدة، فؤاد عيد. (2010). التوحد ونظرية العقل. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- البحيري، عبد الرقيب أحمد؛ إمام، محمود محمد. (2019). اضطراب طيف التوحد (الدليل التطبيقي للتشخيص والتدخل العلاجي). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- البنا عمر حسن ، حنين. (2017). درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس . رسالة مكملة في الماجستير في الإدارة التربوية. قسم علم النفس، جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين.
- الجابري، محمد عبد الفتاح. (2014). التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. المملكة العربية السعودية: ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة: الرؤى والتطلعات المستقبلية. ص 7.
- الجبالي، حمزة. (2016). التوحد والاضطرابات الذاتية. دار الأسرة وعالم الثقافة للنشر.
- الجرواني ابراهيم محمد، هالة؛ صديق محمود، رحاب. (2013). مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين. الاسكندرية: دار الجامعة الجديدة للنشر والتوزيع.
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 43، 22 يوليو 2009، 21-22.
- الجزيرة. (2018). التدخل المبكر لأفضل النتائج لأطفال التوحد. تم استرجاعه في تاريخ 11/04/2022 على الرابط <https://www.aljazeera.net/news/healthmedicine/>.
- الجلامدة، فرج عبد الله. (2013). اضطرابات التوحد في ضوء النظريات. الرياض: دار الزهراء.
- الجلامدة، فرج عبد الله. (2016). قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد.
- الجلبي شاكر، سوسن. (2015). التوحد الطفولي: أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه. دمشق: دار مؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع.
- الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (2013). الدليل تشخيصي وإحصائي للاضطرابات النفسية (الطبعة الخامسة DSM-5) أرلينغتون، الطبعة الأمريكية للطب النفسي، فيرجينيا. خلال الأنشطة الرياضية. عمان: دار الخليج للنشر والتوزيع.
- الراوي توفيق، فضيلة؛ حماد صالح، أمال. (1999). التوحد والإعاقة الغامضة. الدوحة: المركز الثقافي الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة.
- الزارع، نايف بن عابد بن ابراهيم. (2004). قائمة تقدير السلوك التوحدي. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الزارع، نايف بن عابد بن ابراهيم. (2010). المدخل إلى اضطراب التوحد. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

- الزريقات، ابراهيم عبد الله فرج. (2004). التوحد الخصائص والعلاج. عمان: دار العلوم للتحقيق والطباعة والنشر والتوزيع.
- الزغي، عبد الله حسين. (2015). التوحد تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين.
- السعد عبد اللطيف، سميرة. (1997). معاناتي والتوحد. الكويت: منشورات ذات السلاسل.
- السيد الفرحاني، محمود؛ أبو العينين العدروس، مرفت. (2015). اضطرابات التوحد (دليل المعلم و الأسرة في التشخيص و التدخل).
- الشامي علي، وفاء. (2004). خفايا التوحد: أسبابه، أشكاله، تشخيصه. الرياض: مركز جدة للتوحد.
- الشامي علي، وفاء. (2004). علاج التوحد. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.
- الشخص، عبد العزيز السيد؛ السرطاوي، زيدان أحمد. (2010). الاضطرابات السلوكية الاتجاه التكاملية في تربية الأطفال والمراهقين. الرياض: دار الناشر الدولي للنشر والتوزيع.
- الشرقاوي، محمد عبد الرحمان عيسى. (2016). الإعاقة العقلية والتوحد. دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- الشرقاوي، محمد عبد الرحمان عيسى. (2018). مشكلات الطفل التوحدي. دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- الشريف، عبد الفتاح. (2011). التربية الخاصة وبرامجها العلاجية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية للنشر والتوزيع.
- الشمري، محمد بن خلف الحسيني . (2007). تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية. رسالة مكملة لدرجة الماجستير في التربية الخاصة. قسم علم النفس، الجامعة الأردنية، الأردن.
- الطيبي، سناء؛ ناظم، فوزي. (2005). معجم مصطلحات اضطراب التوحد. الأكاديمية العربية للتربية الخاصة للنشر، الرياض.
- الطيبي، محمد؛ أبو سمر، محمود أحمد. (2020). مناهج البحث العلمي بين التبيين إلى التمكين. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- الظاهر، قحطان أحمد. (2008). التوحد. عمان: دار وائل للنشر.
- العبادي، رائد خليل. (2006). التوحد. عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
- العساف، صالح بن حمد. (2006). المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية. الرياض: مكتبة العبيكان للنشر.
- العيسوي، عبد الرحمان. (1997). العلاج السلوكي في حالات خاصة. بيروت: دار الراتب الجامعية للنشر.
- القاضي، منال. (2009). التوحد المشكلة و الحل. القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة للنشر والتوزيع.

- القبالي، يحي أحمد. (2018). مدخل إلى الاضطرابات السلوكية و الانفعالية. عمان: دار الخليج للنشر والتوزيع.
- القرشي، أمير ابراهيم. (2013). التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة بين التصميم والتنفيذ. القاهرة: عالم الكتب.
- القشاعلة، بديع. (2021). الأوتيزم وليس التوحد.
- القمش، مصطفى النوري. (2011). اضطرابات التوحد الأسباب والتشخيص و العلاج. عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- القمش، مصطفى النوري؛ المعاينة، عبد الرحمان خليل. (2009). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- القمش، مصطفى نوري ؛ المعاينة، خليل عبد الرحمان. (2006). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مقدمة في التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- القمش، مصطفى نوري. (2010). الإعاقات المتعددة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- اللالا، زياد كامل. (2011). أساسيات التربية الخاصة. الرياض: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- المالكي، تركي محمد. (د س ن). المبادئ الأخلاقية للممارسين النفسيين وقواعد السلوك المهني. الرياض: المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية.
- المشرفي ابراهيم، انشراح. (2008). التدخل المبكر لإعاقات الطفولة. الاسكندرية: المكتبة الالكترونية.
- المصدر جمال سالم، إيمان. (2015). فاعلية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك أطفال التوحد. قدمت هذه الدراسة كأحد متطلبات الحصول على درجة الماجستير من كلية التربية تخصص الصحة النفسية المجتمعية. قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.
- المقابلة، جمال خلف. (2016). اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية. عمان: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.
- ابراهيم، مروان عبد المجيد. (2000). أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية. عمان: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
- أبوز زيد، حسام. (2011). التوحد لغز نبحت عن إجابته. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع.
- أحمد ابراهيم، فايزة. (2013). المدخل الى اضطراب التوحد وأساليب التدخل المبكر. الرياض: مكتبة الرشد للنشر.
- أخرس، نائل محمد عبد الرحمان؛ سليمان، عبد الرحمان؛ المولى، أحمد محمد جاد. اضطرابات التواصل. مكتبة المتنبى.

- اسماعيل، حازم رضوان. (2011). التوحد واضطرابات التواصل. عمان: در مجدلاوي للنشر والتوزيع.
- باظة عبد السميع، أمال. (2002). سيكولوجية غير العاديين ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية للنشر.
- بدر، ابراهيم محمود. (2004). الطفل التوحدي تشخيص وعلاج. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- بطرس، حافظ بطرس. (2015). إعاقات النمو الشاملة. عمان: دار المسيرة للطباعة والنشر.
- بلعوز، فتيحة؛ جابر، نصر الدين. (2020). إشكالية التشخيص الفارقي بين اضطراب طيف التوحد واضطرابات اللغة ميدانياً. ورقة: مجلة الباحث. المجلد 12 (العدد 4). 390-383.
- بن خنيش، أمينة. التكفل النفسي بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عن طريق برنامج تيتش. الجزائر، 93.
- بن سماعيل، رحيمة. (2015). بناء برنامج للتكفل النفسي العلاجي للمتعاقبين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة. أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس. قسم العلوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر بسكرة.
- بهتان، عبد القادر. (2019). تكيف الطفل "التوحد" في الحياة المدرسية من خلال بناء ذكاءه المتعدد. قائمة: مجلة نفسانيات وأنام. المجلد 2 (العدد 3). ص 23.
- بوبعاية، يمينة؛ بابش عتيقة. الصعوبات التي تواجه تشخيص اضطرابات التوحد بين الخلط والحدائث وخصائص الطفل التوحدي. جامعة الجزائر والمسييلة، 44.
- بيومي عبد الحميد، لمياء. (2008). فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين. رسالة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في الصحة النفسية. قسم علم النفس، جامعة قناة السويس، الإسماعيلية.
- توحيد. (2020). التوحد في الجزائر. الجزائر. تم استرجاعه في تاريخ 2022/05/09 على الرابط [/https://autisme.sante.gov.dz](https://autisme.sante.gov.dz)
- جعدوني، الزهراء. (2013). تشخيص اضطراب التوحد من خلال التقنية الإسقاطية: التحقق من فرضية الفردانية النفسية لحالات التوحد. معسكر: مجلة المواقف للبحوث والدراسات في المجتمع والتاريخ. (08)، 227-226.
- جمعية لمن كان له قلب الخيرية. (2011/12/06). طرق التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة. الجزائر. تم استرجاعه في تاريخ 2022/04/10 على الرابط [./https://ihsen47berriane.7olm.org/t854-topic/](https://ihsen47berriane.7olm.org/t854-topic/)
- جميل طه، سميرة. (2011). مشكلات الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة وعلاجها. عالم الكتب.

- جنادي، لمياء؛ أحسن جاب الله، حسيبة. (2022). المهارات الأدائية للمختص النفسي في التكفل بالأطفال مفرطي النشاط . سكيكدة: مجلة البحوث و الدراسات العلمية . المجلد 16 (العدد01)، 3 .
- حسن محمد، إلهام.(2016). الذاكرة البصرية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في مراكز التربية الخاصة و الأطفال العاديين. بحث معدل للحصول على درجة الماجستير في التربية الخاصة. قسم علم النفس، جامعة دمشق، سوريا.
- حمود، محمد عبد الحميد الشيخ؛ قاسم، عبد الله محمد. (2015). علم النفس العيادي وتطبيقاته الإرشادية. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
- حوكي، بشرى. (2019). التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد. سيدي بلعباس: المجلة المغاربية للدراسات التاريخية والاجتماعية. المجلد 10 (01)، 155-156.
- خالد، حازم. (2010). التوحد الأسباب و الأعراض و العلاج. الجيزة: وكالة الصحافة العربية.
- خطاب، محمد أحمد. (2005). سيكولوجية الطفل التوحدي. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- دويدري وحيد، رجا. (2000). البحث العلمي: أساسيته النظرية وممارسته العملية. دمشق: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- روتر، جوليان. (1984). علم النفس الإكلينيكي. (ترجمة عطية هناء و محمد عثمان نجاتي). بيروت: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- رياض، سعد. (2008). الطفل التوحدي أسرار الطفل التوحدي وكيف نتعامل معه. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- زهران، حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة.
- سعادة، محمد موسى أحمد. (2018). دليل التدريب على مهارات العلاج الوظيفي لذوي اضطراب طيف التوحد. عمان: دار الجنان للنشر والتوزيع.
- سعودي، فاطمة الزهراء؛ عبد السلام، خالد. (2022). تطور تشخيص طيف التوحد في ضوء المعايير العالمية ل: CFTMEA, DSM-5, ICD-11 دراسة تحليلية مقارنة. وهران: مجلة دراسات انسانية واجتماعية. المجلد 11 (01)، 318-327.
- سلامة فتحي محمد، مشيرة. (2014). الانتباه والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- سليمان، أحمد السيد. (2010). تعديل سلوك الأطفال التوحديين النظرية والتطبيق. الإمارات: دار الكتاب الجامعي.
- سليمان، السيد عبد الحميد؛ قاسم، عبد الله محمد. (2003). الدليل التشخيصي للتوحديين. القاهرة: دار الفكر العربي للنشر والطباعة.

- سليمان، عبد الرحمان. (2000). الذاتية "إعاقاة التوحد لدى الأطفال". القاهرة: مكتبة زهراء الشرق للنشر والتوزيع.
- سهيل تامر، فرح. (2015). التوحد التعريف و الأسباب و التشخيص و العلاج. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر و التوزيع.
- السيد عبيد ، ماجدة. (2015). الاضطرابات السلوكية. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- شاهين فوزي، إيمان . (2017). نموذج دينفر للتدخل كأحد النماذج التي تقدم للأطفال ذوي اضطراب التوحد في المنزل. مصر: مجلة الارشاد النفسي . العدد49، 196-199.
- شبيب، عادل جاسب. (2008). ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء. رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في علم النفس العام. قسم علم النفس، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح، بريطانيا.
- شريمان، لورا. (2010)، التوحد بين العلم والخيال. ترجمة فاطمة عياد. الكويت: عالم المعرفة للنشر والتوزيع.
- صابر، محمد. (2020). فعالية برنامج علاجي أسري في خدمة الفرد لتنمية مهارات المساعدة الذاتية للأطفال التوحديين. الفيوم: مجلة كلية الخدمة الاجتماعية. المجلد19 (19)، 260.
- صندقلي ابراهيم، هناء. (2012). التوحد للغز الذي حير العلماء. لبنان: دار النهضة العربية.
- عامر، طارق. (2008). الطفل التوحدي. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- عباس، فيصل. (1994). أضواء على المعالجة النفسية النظرية والتطبيق. بيروت: دار الفكر اللبناني.
- عباس، فيصل. (1996). الاختبارات النفسية تقنياتها وإجراءاتها. بيروت: دار الفكر العربي.
- عبد الجليل، ابراهيم زكي. (2018). مهارات الحب الوالدي: مدخل علاج وتأهيل طفل التوحد (الأوتيزم). الجيزة: أطلس للنشر والإنتاج الإعلامي.
- عبد الجواد حسونة، ربا. (2015). مستوى تغطية الإعلام الأردني لظاهرة اضطراب التوحد في المجتمع الأردني من وجهة نظر أولياء الأمور. رسالة ماجستير في الإعلام. قسم علم النفس، جامعة الشرق الأوسط، الأردن.
- عبد الستار، ابراهيم ؛ عسكر، عبد الله. (2008). علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الفتاح، عبد المجيد الشريف. (2011). التربية الخاصة و برامجها العلاجية. القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.
- عبد الله، مجدي أحمد. (2013). طيف التوحد واستراتيجيات التدخل المبكر التشخيص والعلاج. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد الله، محمد قاسم. (2001). الطفل التوحدي أو الذاتوي. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

- عسكر، رأفت السيد أحمد. (2009). علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عسل، خالد محمد. (2012). ذوو الاحتياجات الخاصة رؤى نظرية وتدخلات إرشادية. الإسكندرية: دار الوفاء لندنيا للطباعة والنشر.
- عطوف، محمود ياسين. (1981). علم النفس العيادي الإكلينيكي. بيروت: دار العلم للملايين للنشر.
- علاوي، محمد . (2018). واقع التكفل النفسي لذوي صعوبات التعلم في الوسط المدرسي. أدرار: مجلة أكاديمية فصلية محكمة نعمة بالبحوث الفلسفية و الاجتماعية و النفسية . المجلد 05 (العدد 01)، 240.
- عليان، ربيعي مصطفى؛ غنيم، عثمان محمد. (2000)، مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- عمران، زهير؛ بخوش، اخلاص. (2021). تنمية الادراك البصري لدى فئة أطفال التوحد من خلال برنامج علاجي مقتبس من برنامج تيتش في الجزائر. أم البواقي: مخبر البحث في علم النفس و علوم التربية . المجلد 13 (العدد 04)، 21-22.
- عواد أحمد محمد، شرين. (2018). السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد للأطفال واستراتيجيات التأهيل في التعامل معهم في فلسطين. رسالة ماجستير. قسم علم النفس، كلية الدراسات العليا. جامعة القدس، فلسطين.
- عويضة، كامل محمد. (1996). علم النفس الاجتماعي في الصناعة. بيروت: دار الكتب العلمية.
- غالم، يمينة. (2017). الاتصال اللغوي وغير اللغوي للطفل التوحدي. عمان: مركز الكتاب الأكاديمي.
- غانم، أحمد شوقي . (2013). تقنين مقياس لتشخيص اضطراب التوحد لدى الأطفال دون عمر السادسة في اللاذقية وطرطوس . دراسة مكملة في الماجستير. قسم التربية وعلم النفس، الجامعة العربية الألمانية للعلوم والتكنولوجيا، سوريا.
- فاضل مالك، ريماء. (2015). فاعلية برنامج تدريبي باستخدام اللعب في تنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. بحث مقدم لنيل درجة الماجستير في تقويم اللغة و الكلام. قسم علم النفس، كلية التربية، دمشق.
- فالج، بن صنهاة الدليحي. (2011). دور الأخصائي النفساني الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض. رسالة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الاجتماعية. قسم العلوم الاجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية الرياض.
- فراج، عثمان لبيب. (2002). الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة. القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية.

- قارش، محمد؛ قابوش، فهيمة (2018). واقع التكفل النفسي و التربوي بأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالجزائر. أم البواقي: مجلة الروائز. المجلد 02(العدد22)، 124-125.
- قاسم، رانيا؛ مصطفى، دينا. (2010). اضطرابات النمو الشامل والمتلازمات لدى الأطفال. الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة للطباعة والنشر والتوزيع.
- قطب عبد الرحمان بكر، نيرمين. (د س ن). برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي وأثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية لعينة من أطفال التوحد. بحث لنيل درجة الماجستير في علم النفس بكلية التربية بجامعة أم القرى تخصص إرشاد نفسي. قسم علم النفس، جامعة أم القرى، السعودية.
- قيروود، الطاهر. (2019-2020). دراسة تقييمية لأساليب التكفل بأطفال التوحد بالجزائر. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي: علم النفس المرضي للطفل والمراهق. قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، جامعة الحاج لخضر باتنة.
- قيروود، الطاهر. (2020). دراسة تقييمية لأساليب التكفل بأطفال التوحد بالجزائر. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي. قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
- قيروود، الطاهر؛ مزوز، بركو. (2021). برامج التكفل باضطراب التوحد بين الأهداف المشتركة و الاختلاف في أساليب التدخل. باتنة: دراسات نفسية وتربوية. المجلد 14(العدد 01)، 201-211.
- كامل أحمد، سهير. (2012). اضطرابات الطفولة المبكرة تأخر النمو والإعاقات. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر والتوزيع.
- كريم قيس، وفاء. (2017). اضطراب التوحد التشخيص والعلاج. ديالي: حولية علمية محكمة متخصصة. المجلد 11، 37.
- كفاي، علاء الدين. (1999). الإرشاد والعلاج النفسي الأسري المنظور النسقي الاتصالي. القاهرة: دار الفكر العربي.
- لطاد، ليندة؛ تيغزة، زهرة. (2019). منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية. برلين: المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية.
- مجيد شاكر، سوسن. (2010). التوحد أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه. عمان: دار ديونو للنشر والتوزيع.
- محمد سليمان، سناء. (2014). الطفل الذاتي التوحدي بين الغموض والشفقة والفهم والرعاية. القاهرة: عالم الكتب.
- محمد، أيمن أحمد السيد. (2013). الإساءة الوالدية تجاه أطفال الأوتيزم وأساليب مواجهتها. القاهرة: دار الكتب والوثائق القومية للنشر والتوزيع.

- محمد، حسن أحمد رمضان؛ السيد، أحمد ابراهيم جابر. (2019). أثر اضطراب التوحد على سلوك الأطفال. دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- محمد، حسن أحمد رمضان؛ السيد، أحمد ابراهيم جابر. (2019). العلاج البيولوجي للتوحد. دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دار الجديد للنشر والتوزيع.
- مختار، وفيق صفوت. (2018). أطفال التوحد الأوتيزم. الجيزة: أطلس للنشر والإنتاج الإعلامي.
- مركون، هبة. (2017). دور التدخل المبكر للتكفل بأطفال اضطراب الذاتوية (التوحد). الجزائر: مجلة المعيار. جامعة خميس مليانة، 65-66.
- مصطفى، أحمد فاروق. (2010). التوحد (الأسباب-التشخيص-العلاج). عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع.
- مصطفى، أسامة فاروق. (2011). مدخل إلى الاضطرابات السلوكية و الانفعالية. عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع.
- مصطفى، أسامة فاروق؛ الشريبي، السيد كامل. (2011). التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- نايف، بن عابد الزارع. (2010). المدخل إلى اضطراب التوحد المفاهيم الأساسية وطرق التدخل. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- وطفة، علي إسماعيل. (2014). التوحد عند الأطفال. عمان: الأكاديميون للنشر والتوزيع.
- Elsabbagh, Mayad and Clarke, Margaret. (2012). Autisme. Canada: University McGill, University of Clagary.
- Le journal des femmes santé . (15/02/2021) . pédiatre : définition , jusqu'à quel âge le consulter ?.Extrait du site website (<https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sante-du-quotidien>).

الملاحق

الملحق رقم 01

استبيان لتقييم أساليب التكفل بأطفال التوحد من طرف المختصين في التكفل بأطفال التوحد.

تعليلة الاستبيان

أخي الكريم (أختي الكريمة)، نحن بصدد إجراء بحث علمي حول أساليب التكفل بأطفال التوحد في الجزائر ونرغب في مساعدتك لنا في إجرائه من خلال الإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، التي تتناول بعض الآراء الشخصية، وليس فيها إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، المهم أن تعبر عن رأيك وخبرتك الشخصية بصدق وأمانة.

المطلوب أن تقرأ كل عبارة وتحدد رأيك بدقة حولها، وتأكد أن إجابتك ستكون محل سرية تامة، وتستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

يمكنك الإجابة على الاسم بحرف مثلا (س).

مع أطيب التمنيات بالتوفيق

الباحث

1-المحور الأول: (معلومات عامة)

الوظيفة الحالية:.....

اسم مؤسسة العمل:.....

الشهادة العلمية:.....

التخصص العلمي:.....

2-المحور الثاني: (التكوين)

مدة الخبرة المهنية في مجال التوحد:.....

هل تلقيت (ي) تكويننا في طرق التكفل بالتوحد؟: نعم لا

ما نوع التكوين؟: التشخيص العلاج التربية الخاصة التقييم

ما طبيعة هذا التكوين؟: في إطار تكوينك الأكاديمي دورات تدريبية متخصصة في التوحد

عدد الدورات التدريبية:.....

من المؤسسات التي قامت بهذه الدورات؟: جمعيات مراكز تدريب مؤسسات تكوين متخصصة

3-المحور الثالث: البيئة التعليمية

تجد صعوبة في التعامل مع الطفل التوحدي؟ موافق جدا موافق غير موافق

هل يحتاج التعامل مع الطفل التوحدي إلى؟ الصبر القوة الإرادة التنظيم في العمل

هل تعمل ضمن فريق عمل متعدد الاختصاصات؟ نعم لا

فريق التدخل يتكون من؟ طبيب نفسي بيداغوجي أطفوني أخصائي نفسي حركي

آخر (حدده).....

هل وسائل العمل متوفرة؟:

اختبارات التشخيص: نعم لا

اختبارات التقييم: نعم لا

الغرف الصفية تتضمن:

ورشة العمل الفردي: نعم لا

ورشة العمل الجماعي: نعم لا

ورشة الاسترخاء، اللعب والنوم: نعم لا

قاعة أو قاعات للتدريس البيداغوجي: نعم لا

تتوفر بالغرف الصفية على طاولات فردية مزودة بكراسي تحتوي على مثيرات بصرية: نعم لا

غرف مصادر مزودة بوسائل العمل اللازمة: نعم لا

ألعاب: نعم لا

أدوات التقييم: نعم لا

4-المحور الرابع: التشخيص

من يقوم بعملية التشخيص في مؤسساتكم؟

طبيب الأطفال

الطبيب العقلي

الأخصائي النفسي

الأخصائي الأطفوني

الأخصائي التربوي

ما هي المعايير المعتمدة في التشخيص في مؤسساتكم؟:

التصنيف الدولي العاشر للأمراض CIM 10:

الدليل الأمريكي التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية DSM:

أخرى (حددها):.....

ما هي الأدوات المستخدمة في التشخيص التي تعتمدون عليها؟

:CARS

:CHAT

:MCHAT

الخبرة الذاتية والمهنية:

الاختبارات المكتملة:

أدوات أخرى (حددها):.....

5-المحور الخامس: التقييم

هل يتم التقييم الدوري للأطفال المتكفل بهم؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم هل يتم التقييم في مدة؟: كل ثلاثة أشهر كل ستة أشهر كل سنة

الملاحق:

- من يقوم بعملية التقييم؟: الطبيب العقلي النفساني الأطفوني البيداغوجي كل الفريق

ما هي الأدوات التي تستخدمها في عملية التقييم؟ (يمكنك إضافة أخرى إن وجدت)

| فعالية الأداة حسب رأيك | | | | البرنامج | الرقم |
|------------------------|--------|--------|-----------|---------------------------------------|-------|
| مناسبة جدا | مناسبة | أحيانا | غ. مناسبة | | |
| | | | | PEP | |
| | | | | CARS | |
| | | | | GARS | |
| | | | | BECS | |
| | | | | الملاحظة بالاعتماد على الخبرة المهنية | |
| | | | | | |

يتضمن التقييم المجالات التالية:

- التفاعل الاجتماعي
- مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية
- السلوكيات التوحدية (النمطية، الاهتمامات، الأنشطة)
- مهارات اللعب
- مهارات الاستقلالية التكامل الحسي
- ما هو تقييمكم لعملية التكفل بمؤسستكم؟ فعال فعال إلى حد ما غير فعال

6-المحور السادس: التكفل

فريق التدخل للطفل التوحدي في مؤسستكم يتكون من؟

- الطبيب العقلي

- الأخصائي النفسي
- الأخصائي الأطفوني
- الأخصائي البيداغوجي
- الأخصائي النفسي الحركي
- المربيّات
- الأولياء
- دور الأولياء في عملية التكفل: يشاركون بفعالية يشاركون أحياناً غير مباينين

ما هو الحجم الساعي الأسبوعي للتفل بطفل التوحد في مؤسستكم؟

- أقل من 10 ساعات في الأسبوع
- من 10 ساعات إلى 20 ساعة في الأسبوع
- من 20 ساعة إلى 30 ساعة
- من 30 ساعة إلى 40 ساعة
- مرة كل 15 يوم
- مرة كل شهر
- تتعدى الشهر

- هل يتم التكفل بالطفل التوحد؟ داخلياً خارجياً
- ما طبيعة التكفل بطفل التوحد في مؤسستكم؟ فردي جماعي الاثنين معاً

أثناء التكفل الجماعي يتم تفويج الأطفال وفقاً لمعايير الانتقاء التالية:

- حسب السن
- حسب القدرات المعرفية
- حسب درجة الاضطراب

- حسب التوقيت الذي يناسب الأولياء
- حسب كل مربية
- الأطفال المتكفل بهم خارجياً مواعيدهم؟ أسبوعية نصف شهرية شهرية أكثر من شهر

7-المحور السابع: الخدمات والبرامج وأساليب التدريس المستخدمة

نعتمد كبرامج للتكفل البرامج التالية:

- ABA
- TEACH
- PECS
- SONRISE
- DENVER

أخرى أذكرها:.....

نستخدم كأساليب تعليمية ما يلي:

- المثبرات البصرية
- تنتقل من المحسوس فشبه المحسوس إلى المجرد
- التعليمات اللفظية المختصرة
- اللعب
- أساليب التعزيز المختلفة
- يتم ضبط المثبرات المرغوب قبل وقوعها

أخرى (أذكرها):.....

8-المحور الثامن: مشاركة ودعم وتمكين الأسرة

- لا نعم تقدم المؤسسة للأسرة تدريباً على كيفية التعامل مع الطفل التوحدي: نعم لا
- لا نعم تقدم المؤسسة الإرشاد الأسري لأسر الأطفال التوحديين: نعم لا

- لا نعم تقدم المؤسسة تقارير دورية للأسر عن مدى تقدم حالة ابنهم: نعم
- لا نعم يتم إشراك الأسرة في جميع مراحل تقييم الخدمات التكفيلية؟: نعم

9-المحور التاسع: الدمج والخدمات الانتقالية:

- نعم لا تتوفر المؤسسة على إمكانية دمج الأطفال التوحديين التي تتوفر فيهم الشروط في المدارس العادية؟ نعم
- لا نعم تقوم المؤسسة بإجراء تقييم لمدارس الدمج العادية قبل دمج الأطفال فيها؟: نعم
- نعم لا تقدم المؤسسة دورات تدريبية لمعلمي المدرسة العاديين في كيفية التعامل مع الطفل التوحدي: نعم

10-المحور العاشر: رؤية المؤسسة للتكفل بالطفل التوحدي

- لا نعم تتبنى المؤسسة التي تعمل بها رؤية واضحة وملائمة للتكفل بأطفال التوحد: نعم
- لا نعم تقوم المؤسسة التي تعمل بها بإعداد خطط للتكفل بأطفال التوحد وتحسينها باستمرار: نعم
- لا نعم تقوم المؤسسة التي تعمل بها بإشراككم في إعداد سياستها التكفيلية بأطفال التوحد: نعم

الملحق رقم 02:

جدول (1): يوضح تطور تسميات التوحد عبر الدليل الإحصائي للأمراض العقلية, (APA, 2000),
(OMS 1995).

| DSM- v & CIM-11 (2013) | DSM-IV-TR 2000& CIM 10 (1994) | CIM-10 (1992) | DSM-III-R (1987) | DSM III (1980) |
|---|---|--|---|---|
| TSA (2013) | TED (1996) | TED (1993) | TED (1992) | TED (1983) |
| -اضطراب طيف التوحد. -تحسين وأخذ بعين الاعتبار أبعاد مصطلح التوحد. | -اضطراب التوحد. -تناذر Rett. -اضطرابات مدمجة للطفولة. -تناذر "أسبرجر". -اضطراب غير نوعي (بما فيه توحد غير نمطي). | -توحد طفلي. -توحد غير نوعي. -تناذر Rett. -اضطرابات أخرى مدمجة. -اضطرابات نشطة مع تأخر عقلي ونمطي. -تناذر "أسبرجر". -اضطراب مداهم غير محدد. | -اضطراب التوحد. -اضطراب مداهم غير نوعي. | -توحد طفولي. -تناذر كامل. -تناذر متبقي. |

(بهتان، 2019، ص23)

الملحق رقم 03:

جدول (2): يوضح الفروق في تشخيص اضطراب التوحد بين الطبعة الرابعة (DSM 04) والطبعة الخامسة (DSM 05)

| المعايير | DSM4 | DSM5 |
|----------------------------|--|---|
| مسمى الفئة | عرف التوحد والاضطرابات المصاحبة له على أنه اضطرابات شاملة في النمو. | تم استبدال الاضطرابات المصاحبة بمفهوم طيف التوحد والتي تم تبويبها في فئة أوسع هي الاضطرابات العصبية النمائية. |
| بنية الفئة | مظلة لخمسة اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض. | متصلة لثلاثة فئات ممتدة وفقاً لمستوى شدة الأعراض. |
| مكونات الفئة | تتضمن فئة الاضطرابات النمائية الشاملة خمسة أنواع فرعية هي: الاضطراب التوحدين اضطراب ريت، الاضطراب التفككي في الطفولة، اضطراب أسبرجر، اضطراب نمائي شامل غير محدد في مكان آخر (ويشمل التوحد اللانموذجي). | تم دمج كل من: الاضطراب التوحد، اضطراب أسبرجر، الاضطراب التفككي في الطفولة والاضطراب النمائي الشامل الغير محدد تحت مسمى واحد هو طيف التوحد وتم التخلي نهائياً عن زملة ريت. |
| محكات التشخيص | ثلاثة محكات وهي: التفاعل الاجتماعي، التواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية. | التشخيص استناداً على معيارين اثنين بدلاً من ثلاثة معايير وهما: التشخيص وفقاً لمعيار القصور في التواصل الاجتماعي، التفاعل الاجتماعي، الصعوبات في الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية. |
| عدد الأعراض | استخدمت 12 عرضاً سلوكياً موزعة على شكل 4 أعراض سلوكية لكل معيار تشخيصي. | تضمنت مجموعة 7 أعراض سلوكية موزعة كما يلي: 3 أعراض في المعيار الأول و 4 أعراض في المعيار الثاني. |
| مستوى الشدة | خمسة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافاً في شدة الأعراض. | توظف المعايير الجديدة ثلاثة مستويات لمستوى الشدة لكل معيار تشخيصي (ضمن فئة واحدة). |
| المصاحبة لإعاقات أخرى | غير محددة. | محددة: الإعاقة العقلية، اضطرابات اللغة، الحالات الطبية والجينية، اضطرابات السلوك، الكتاتونيا. |
| المدى العمري لظهور الأعراض | 3 سنوات. | الطفولة المبكرة (8 سنوات). |

الملحق رقم 04:

جدول (3): يوضح الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد والتخلف العقلي.

| الإعاقة العقلية (التخلف العقلي) | طيف التوحد |
|--|---|
| الأطفال المعاقين عقليا يكونون متعلقين بالآخرين ولديهم إلى حد ما بعض الوعي الاجتماعي. | يختفي سلوك التعلق تماما لدى الاطفال التوحديين، حتى مع وجود ذكاء متوسط لديهم. |
| لا يتمتع الأطفال المعاقين عقليا بالقدرة على أداء المهام غير اللفظية، وخاصة ما يتعلق منها بالإدراك الحركي و البصري، كما أنهم لا يتمتعون بمهارات التعامل مع الآخرين. | الأطفال التوحديين لديهم القدرة على أداء المهام غير اللفظية، خاصة ما يتعلق منها بالإدراك الحركي، والبصري، كما أنهم يتمتعون بمهارات التعامل مع الآخرين. |
| المعاقين عقليا لديهم قدرة لغوية و استخداماتهم للغة تتناسب مع مستوى ذكائهم. | الأطفال التوحديين المعاقين عقليا قد ينعدم وجود اللغة لديهم و حتى لو وجدت فاستخدامها يكون شاذا أي غير عادية. |
| الأطفال المعاقين عقليا يعانون عيوب جسمية بنسب أكثر بكثير من تلك التي يعاني منها الأطفال التوحديين. | الأطفال التوحديين يعانون من عيوب جسمية بنسب أقل بكثير من تلك التي يعاني منها الأطفال المعاقين عقليا. |
| لا يتمتع الأطفال المعاقين عقليا بأية مهارة. | الأطفال التوحديين قد يبدون بعض المهارات الخاصة مثل التذكر، عزف الموسيقى، ممارسة بعض ألوان الفنون. |
| يختلف السلوك النمطي الذي يظهره الأطفال المعاقين عقليا عن نظيره لدى التوحديين. | يتضمن سلوك الأطفال التوحديين بعض السلوكيات النمطية الشائعة مثل حركات الذراع و اليد أمام العينين، وكذلك الحركات الكبيرة مثل التأرجح. |

(سليمان، 2014، ص116-117)

الملحق رقم 05:

جدول (4): يوضح الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد واضطراب فصام الطفولة.

| المظاهر الاكلينيكية | فصام الطفولة | طيف التوحد |
|----------------------------|--|--|
| بداية ظهور المرض | بشكل تدريجي وبين عمر سنتين إلى 11 سنة بعد فترة نمو طبيعية. | ظهوره تدريجياً بعد الولادة بثلاثين شهراً. |
| المظاهر الاجتماعية | اهتمام منخفض مع الآخرين و انسحاب و فقدان التواصل و علاقات معاقبة مع الآخرين. | ال فشل في إظهار حركات ايمائية متوقعة، اصرار على التماثل، البقاء في عالمه الخاص حتى عندما يكون مع الآخرين. |
| المظاهر المعرفية و الذهنية | اضطراب التفكير، تشوه في التوجيه المكاني و الزماني و متوسط متدني في الذكاء ومشكلات إدراكية. | قدرة مكانية عالية، ذاكرة جيدة، ذكاء متعدد. |
| الانفعالات | عيوب الاستجابة انفعالية، الانفعالات غير مناسبة، و متدنية. | عدم الاستجابة انفعالياً مع الآخرين، ويمكن ان يستجيب بالتدريب لبعض الانفعالات البسيطة مثل التقليد، الابتسامة الضحك السرور، من خلال تعبيرات الوجه. |
| اللغة | اضطراب في الكلام، بكم في الكلام غير المستعمل في التواصل. | اضطراب في الكلام، بكم في الكلام غير المستعمل في التواصل، حرفية مادة، عكس الضمائر. |
| الحركة | حركات جسمية غريبة، وحركات نمطية و تكرارية تشوه في الحركة أو التنقل. | تمايل الجسم و الرأس انشغال بالأشياء الميكانيكية، حركات نمطية. |
| الأنماط الحركية والجسمية | نمو جسدي غير معتاد أو اضطراب الأنماط الإيقاعية و التخطيط الكهربائي للدماغ شاذ. | عادات تناول طعام شاذة، تفضيل أطعمة معينة، التخطيط الكهربائي للدماغ طبيعية، مستوى ذكائي و تربوي و مهني وانفعالي أفضل. |

(الشرقاوي، 2016، ص 79-80)

الملحق رقم 06:

جدول (5): يوضح الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد واضطرابات التواصل واللغة.

| اضطراب اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط | طيف التوحد | المحك |
|---|--|--|
| 5 في كل 10000. | 4-3 في كل 10000. | الحدوث |
| يتساوى الجنسان أو قريب من التساوي. | 4/1-3/1. | نسبة الجنس (الذكور-إناث) |
| يظهر في حوالي 25% من الحالات. | يظهر في حوالي 25% من الحالات. | المشكلات اللغوية |
| ليس نادراً. | نادراً جداً. | الصمم |
| موجود. | بدائي غير متطور. | التواصل غير لفظي |
| أقل شيوعاً. | أكثر شيوعاً. | شذوذ اللغة (مثل التكرار) |
| أكثر تكراراً. | أقل تكراراً. | مشكلات النطق |
| خلالها يمكن أن يحدث ضعف. | غالباً ما يوجد ضعف حاد. | مستوى الذكاء |
| متساوية أكثر على الرغم من أن نسبة الذكاء اللفظية أكثر انخفاضاً عن نسبة الذكاء الأدائية. | متفاوتة منخفضة في الدرجات اللفظية لدى مرضى عسر الكلام. | نمط نسبة اختبارات الذكاء |
| تغيب وان وجدت تكون أقل حدة. | أكثر شيوعاً وأكثر حدة. | السلوك التوحدي ضعف الحياة الاجتماعية القولية والأنشطة الطقوسية |
| موجه بصورة غير عادية. | غائب أو طقوسي. | اللعب التخيلي |

(بلعزوز وجابر ، 2020 ، ص 387)

الملحق رقم 07:

جدول (6): يوضح الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد واضطراب ريت.

| تسلسل | متلازمة ريت | طيف التوحد |
|-------|--|--|
| 1 | ييدي المصاب تدهوراً واضحاً تدريجياً في النمو مع تقدم العمر. | قصور النمو موجود و ظاهر بعد الميلاد (مبكراً). |
| 2 | اضطراب و عشوائية و نمطية حركية اليد (عرض مميز). | غالباً لا توجد و اذا وجدت فهي غالباً نتيجة عادات مكتسبة. |
| 3 | غياب التوازن -ترنح في المشي- غياب التناسق الحركي. | الوظائف العضلية الكبيرة سليمة. |
| 4 | فقدان تام للوظائف اللغوية | قد يوجد في استخدام اللغة و لا تفقد. حصيلتها |
| 5 | اضطراب التنفس أحد الأعراض الرئيسية. | اضطرابات التنفس نادرة أو لا توجد. |
| 6 | التدهور في محاور النمو عرض أساسي حتى يصل في مرحلة البلوغ الى عمر 6-12 شهراً على المحور اللغوي. | ثبات في مهارات محاور النمو المختلفة دون تدهور. |

(الشرقاوي، 2016، ص82)

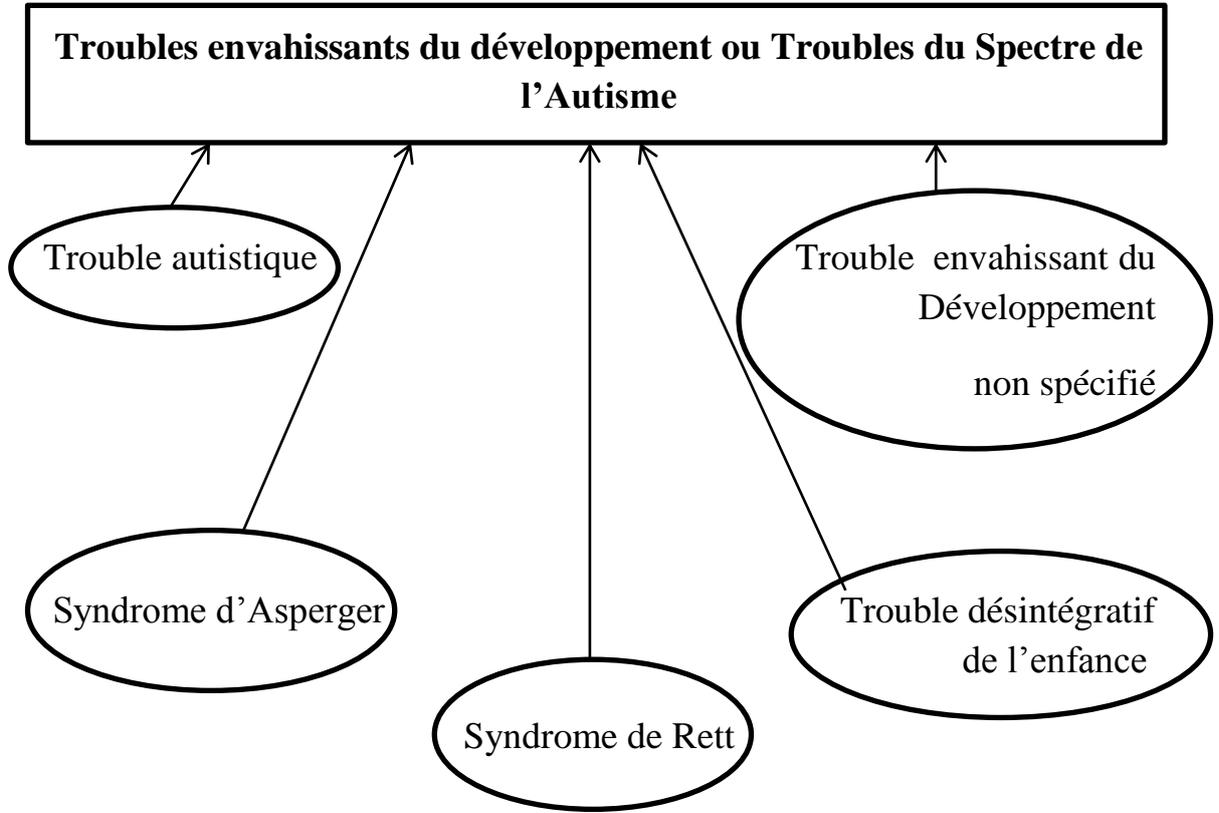
الملحق رقم 08:

جدول (7): يوضح الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد ومتلازمة أسبرجر.

| متلازمة أسبرجر | طيف التوحد |
|---|--|
| لا يعاني المصابون بمتلازمة أسبرجر من إعاقة ذهنية. | يعاني التوحديون من تأخر ذهني. |
| نسبة الذكاء في متلازمة أسبرجر قريبة من النسب العادية وتتراوح ما بين (90-110). | نسبة الذكاء في حالات التوحد متدنية وواضح التباين في الذكاء اللفظي والعملي. |
| لا يوجد لدى الأطفال المصابين بمتلازمة أسبرجر تأخر عام في اللغة ولا يوجد لديهم صعوبات في استخدام الضمائر. | يعاني الأطفال التوحديون تأخر ملحوظ في التطور اللغوي. |
| تظهر أعراض متلازمة أسبرجر في مرحلة الطفولة المتأخرة. | تظهر الأعراض التوحدية في مرحلة الطفولة المبكرة. |
| الخلل في التفاعل الاجتماعي أقل شدة. | الخلل في التفاعل الاجتماعي أكثر شدة. |
| الأطفال المصابون بمتلازمة أسبرجر يكونوا في مرحلة الطفولة المبكرة أكثر التصاقاً بالعائلة ويظهرون نوع من التفاعل مع أقرانهم. | الأطفال المصابون بالتوحد لا يظهرون أو بنسبة أقل من حيث التصاقهم بأفراد العائلة ولا يظهرون نوع من التفاعل مع أقرانهم. |
| تظهر السلوكيات النمطية والتكرارية بدرجة أقل. | تعتبر السلوكيات النمطية والتكرارية أعراض أساسية. |
| لا تظهر المشكلات الكلامية مثل المصاداة وعكس الضمائر لدى المصابين بمتلازمة أسبرجر. | تظهر المشكلات الكلامية مثل المصاداة وعكس الضمائر لدى الأطفال المصابين بالتوحد. |
| بينما أشار الدليل التشخيصي الإحصائي الطبعة الرابعة DSM4 والتصنيف العالمي للأمراض الطبعة العاشرة ICD-10 إلى الأطفال المصابين بمتلازمة أسبرجر لديهم مستوى متوسط أو فوق متوسط من الذكاء. | أشار الدليل التشخيصي الإحصائي للطبعة الرابعة DSM4 والتصنيف العالمي للأمراض الطبعة العاشرة ICD-10 إلى أن الأطفال التوحديين لديهم صعوبات في التعليم والتأخر الإدراكي وإعاقة ذهنية. |
| 50% من الأطفال المصابين بمتلازمة أسبرجر يعانون من عدم اتزان حركي. | 67% من الأطفال المصابين بالتوحد عالي الوظيفة يعانون من عدم اتزان حركي. |
| يتصف المصابون بمتلازمة أسبرجر بالقلق والاكتئاب والعدوانية. | لا تظهر سمات القلق والاكتئاب والعدوانية بشكل أساسي لدى المصابين بالتوحد. |
| لا يتجنب الأطفال المصابين بمتلازمة أسبرجر الآخرين. | يتجنب الأطفال التوحديون الآخرين. |
| الأطفال المصابين بمتلازمة أسبرجر يعانون من العزلة الاجتماعية ولكنهم مدركين جيد بوجود | الأطفال التوحديون يعانون من العزلة الاجتماعية إذ أنهم غير مدركين وواعين بوجود الآخرين. |

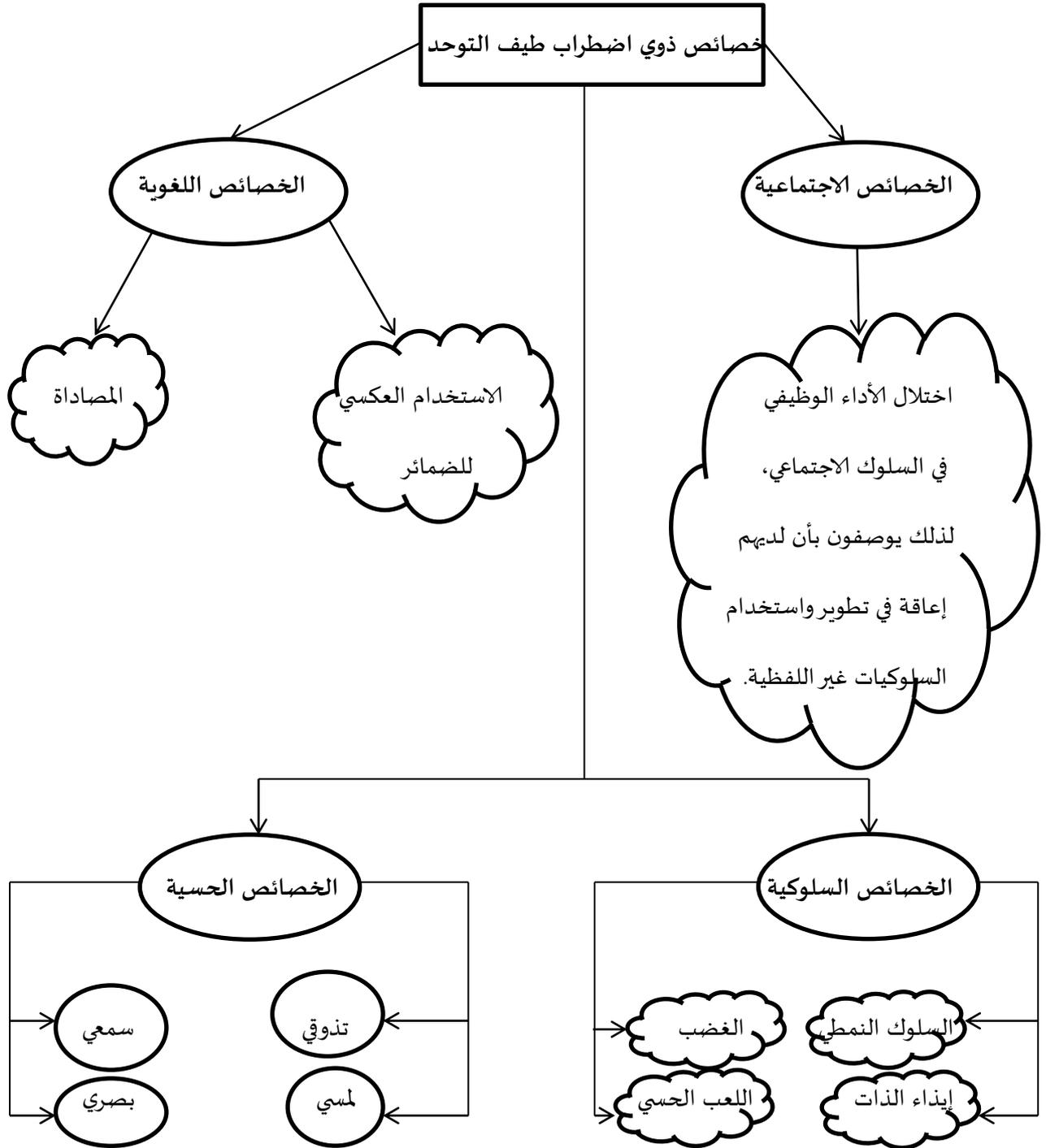
| | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| الآخرين ولكن لا يحاولون التواصل معهم. | |
| أعراض حالات التوحد أكثر شدة. | أعراض حالات متلازمة أسبرجر أقل شدة. |

(عبد الله، 2013، ص141)



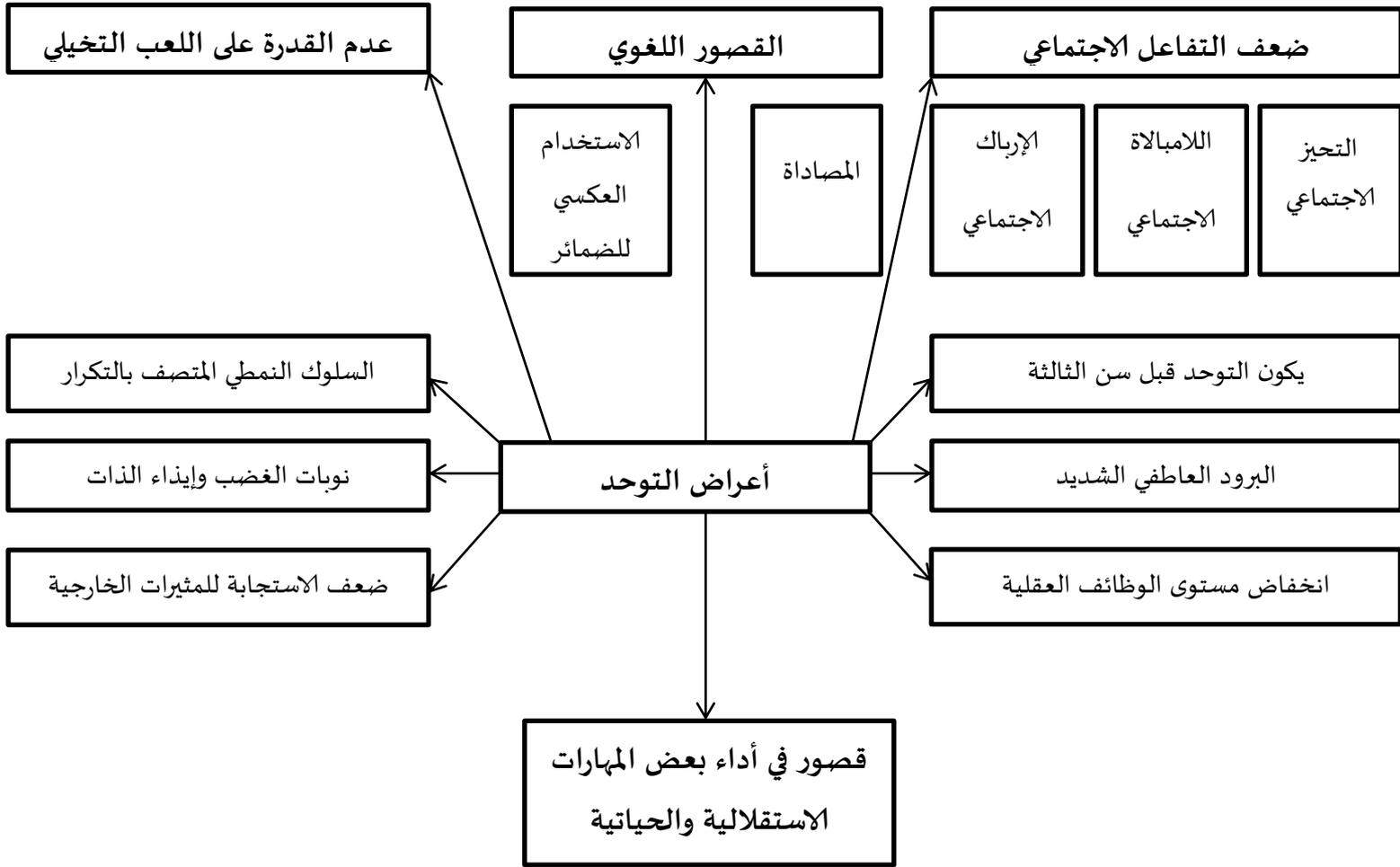
شكل (1): يوضح أنواع اضطراب طيف التوحد. (من إعداد الطالبتان)

الملحق رقم 10:



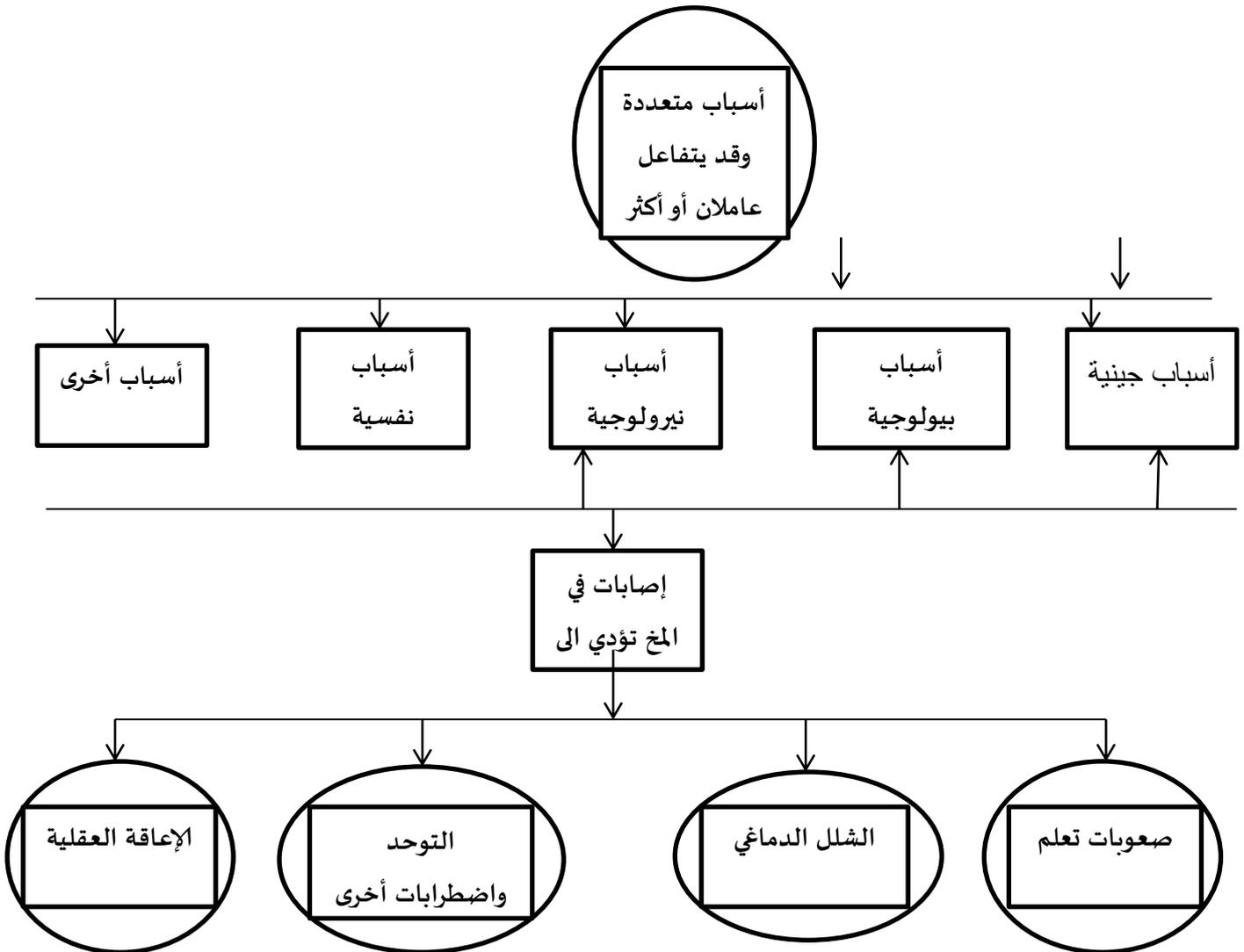
شكل (2): يوضح خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. (من إعداد الطالبتان)

الملحق رقم 11:



شكل (3): يوضح أعراض الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد. (من إعداد الطالبتان)

الملحق رقم 12:



شكل (4): يوضح الأسباب المؤدية لاضطراب طيف التوحد. (من إعداد الطالبتان)

