

جامعة ابن خلدون-تيارت
University Ibn Khaldoun of Tiaret



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
Faculty of Humanities and Social Sciences
قسم علم النفس والفلسفة والأورطفونيا
Department of Psychology, Philosophy, and Speech Therapy

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر الطور الثاني.م.د
تخصص علم النفس العيادي

العنوان

فعالية برنامج هيلب في تنمية مهارات التواصل الغير اللفظي
عند أطفال التوحد

دراسة ميدانية في جمعية الأمل لأطفال التوحد والتريزوميا-تيارت-

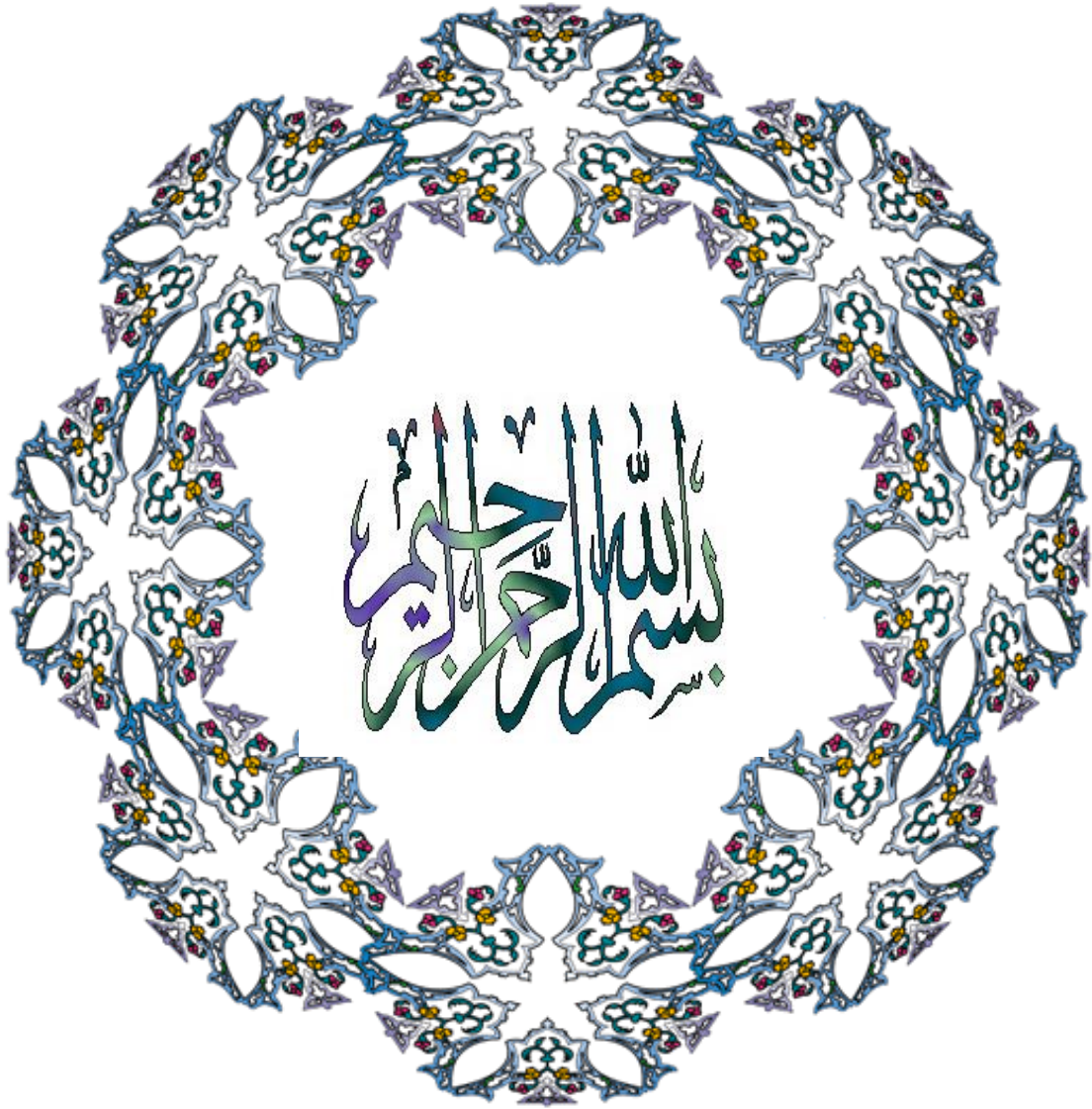
إشراف:
قاضي مراد

إعداد:
بن شريف فاطيمة
هبري رحاب زكية

لجنة المناقشة

الصفة	الرتبة	الأستاذ (ة)
رئيسا		قريصات زهرة
مشرفا ومقررا		قاضي مراد
مناقشا		هدور سميرة

الموسم الجامعي: 2022/2023



كلمة الشكر ونقطة بار

الحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله، الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات من الأعمال، وما أعظم الأعمال التي تنص العلم فهو نور لكل ظلام والهداية لكل ضلال.

بادئا ببدء نشكر المعز وجل ونحمد معلما وهدانا يا ممتنقة واراثة لإنجاح هذا العمل لمتواضع.

وبعد أن من الله جل جلاله علينا بأعمال بحثنا المتواضع في غير صورة وتمام لايسعنا إلا أن نتقدم بخالص الشكر والعرفان الأستاذ قاضي مراد الذي أشرفه على عملنا هذا وبكل فخر أنه كان مشرفا ومرافقا ومقوما وناصحا ومرشدا لنا، ونتقدم بجزيل الشكر إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة على توجيهااتهم، ولكل أساتذة دفعة 2022-2023 ماستر علم النفس العيادي.

ولين ننسى شكرنا وتقديرنا للسيدة مديرة جمعية أطفال التوحد والتريزوميا -تيارت- وكل طاقمها التربوي والإداري على تسميلاهم ودعمهم لنا. وكذا نسدي شكر كبير لأولياء الأطفال المتوحديين على تفهمهم وتعاونهم معنا، وكل زملاء الأختة راجح.

كما ولابد من شكر الأستاذتين الصديقتين والأختين الفاضلتين معصومي مريم وبين عزوز أمينة على دعمهما ومسانتهمنا، وكل زملاء الأختة فاطيمة. ولا يفوتنا أن نتقدم بالشكر إلى كل من ساهم في توجيهاها وتعليمنا بأي أو فكرة أو كلمة.

وكانوا دائما وسندا من قريب أو من بعيد.

الرحاب

بسم الله الرحمن الرحيم

" قال اعملوا في سري الله عملكم ورسوله والمؤمنون "

إلى من بلغ الرسالة أدى الأمانة... ونوع الأمة... بنبي الرحمة ونور العالمين

" سيدنا محمد صلوات الله عليه وسلم "

إلى ملائكي في الحياة... إلى معنى الحب وإلى معنى الحنان والتفاني... إلى من كان

دعاهما سرنجادي... وحنانها بلسم جراحي.... إلى أختي العبايب "أمي الحبيبة".

إلى من كلفه الله بالصبة والوقتار إلى من علمني العطاء بدون انتظار إلى من أجمل

اسمه بكل افتخار "أبي العزيز".

إلى سندي ومسندي أخي "عماد الدين" و"صبري".

إلى الذي دعمني طول المطاف وكان سندي ورفيق دربي وعمري

"زوجي الغالي".

إلى كل عائلة "هبري" وعائلة "مخطاري" حفظهم الله ورعاهم.

إلى صديقتي وزميلتي في التخرج "فاطمة" أسأل الله أن يحقق كل طموحاتها.

إلى استاذنا الفاضل الدكتور "قاضي مراد" الذي تعب معنا إلى نهاية المطاف.

إلى كل طاقم وأصدقاء العمل في جمعية الأمل لأطفال التوحد والتريزوميا.

إلى الجميع أهدي ثمرة جهدي.

رحاب

إلى

الحمد لله قبل كل شيء، والحمد لله بعد كل شيء، والحمد لله على كل شيء، اهدي
هذا العمل الذي خرج من رحم الفكر إلى حياة الوجود، إلى من وفقني لإتمامه وإكماله
الله عز وجل، إلى من ينبض قلبي بحبهما ولا يسكت لساني بالدعاء لهما، إلى من
احتضنت بين يديهما وبقليهما، إلى من حفظاني برعايتهما وبدعاءهما، إلى من أنار
عتمتي وأرشدا وجهتي وسملا صعوبتي، إلى من لم أرو بنجاحي فرحتهما، إلى أبي وأمي
أسعدهما الله وشافاهما وعافاهما وأطال في عمريهما.
إلى من لا تسعني الكلمات لشكره ولا للثناء عليه الي من كان سببا في عودتي للدراسة
من جديد، إلى من كان دعما وسندا وعمونا وأمانا وأمانا إلى زوجي الغالي أمين حفظه
الله ورعاها.
إلى من صبرا على انشغالي ونياي عنهما، إلى قطعة من قلبي وبلسم روحي وجراحي،
إلى ولداي الحبيبين المخترع فاروق، والبروفيسور رطل.
إلى من أعتبر أمهما الثانية إلى من أستمد منهم طاقتي وقوتي، إلى إخوتي: مصطفى،
ومحمد المادي وزوجاتهما، وفغول عبد الكريم.
إلى كل أفراد عائلة بن شريف وعلي باشا وبن حمدونية كبيبا وصغيرا على دعمهم
ومساندتهم لي.
إلى رفيقة مشواربي التي قاسمتني كل لحظاته، إلى التي كانت خير سند لي وفقها الله
ورعاها رحابا.

فاطيمة

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة فعالية برنامج هيلب في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي عند أطفال التوحد في جمعية الأمل لأطفال التوحد والتريزوميا-تيارت- عند عينة مكونة من ثلاث حالات ذكرين وأنثى مشخصة باضطراب التوحد من الدرجة المتوسطة، تتراوح أعمارهم بين (04-06) سنوات. لتحقيق هدف الدراسة اتبعنا المنهج التجريبي للمجموعة الواحدة مع قياس قبلي وبعدي، وقمنا ببناء شبكة ملاحظة لتقييم مهارات التواصل غير اللفظي موزعة على 11 بعداً هي: التواصل البصري، الاستجابة للنداء، الاستقلالية الذاتية، تنفيذ التعليمات، إدراك المتشابهات وغير المتشابهات، أعضاء الوجه، أعضاء الجسم، الحركات الكبرى، الحركات الدقيقة، التقليد الحركي، تقليد الأصوات، في إطار تطبيق برنامج هيلب لتنمية هذه المهارات عند الطفل التوحدي.

وقد أسفرت نتائج الدراسة والبحث عن فعالية برنامج هيلب في تحسين مهارات التواصل غير اللفظي.

الكلمات المفتاحية: التوحد، برنامج هيلب، التواصل الغير اللفظي.

Abstract:

The current study aimed to know the effectiveness of Hilp program on developing non-verbal communication skills of the autistic children in the Association of Al Amal for Autism and Trisomia - Tiaret - at a sample consisting of 3 cases (2boys- 1 girl) with autism disorder, aged (04 - 06) Years ago.

To achieve the goal of the study, we followed the experimental approach to one group with a before and after measuring, and we have built a observation sheet to assess non-verbal communication skills distributed on 11 dimensions: Visual communication, response to the appeal, self-independence, implementation of the instruction, realization of similarities and unsimilarities , facial organs, body members , Major movements, precise movements, movement imitation, imitation of sounds, as part of the application of hilp program to develop these skills in the autistic child.

The results of the study and the search for the effectiveness of hilp program in developing non-verbal communication skills resulted the effectiveness of hilp program.

Keywords: autism, HLEB program, non-verbal communication.

Résumé :

La présente étude visait à déterminer l'efficacité du programme HELP dans le développement des compétences de communication non verbale des enfants autistes de l'Association Al-Amal pour les enfants autistes et trisomiques - Tiaret - dans un échantillon de trois cas(2 garçons/1fille) diagnostiquée avec un trouble autistique de degré moyen, âgée de (04-06).) Ans .

Pour atteindre l'objectif de l'étude, nous avons suivi l'approche expérimentale pour un groupe avec mesure avant et après, et nous avons construit une fiche d'observation pour évaluer les compétences en communication non verbale réparties sur 11 dimensions : communication visuelle, réponse à l'appel, autonomie, instruction exécution, perception des similitudes et des dissemblances, organes du visage, organes du corps, mouvements majeurs, psychomotricité fine, imitation motrice, imitation des sons, dans le cadre de l'application du programme HELP pour développer ces compétences chez l'enfant autiste.

Les résultats de l'étude et de la recherche ont révélé l'efficacité du programme HELP dans le développement des compétences en communication non verbale.

Mots clés : autisme, programme HLEB, communication non verbale.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات:

بسملة

شكر وتقدير

إهداء

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

ملخص الدراسة

أ..... مقدمة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

04 إشكالية الدراسة

04 الفرضية الدراسة

04 أهداف الدراسة

05 أهمية الدراسة

05 أسباب اختيار الموضوع

05 التعاريف الاجرائية

06 الدراسات السابقة

08 التعقيب على الدراسات السابقة

الجانب النظري

الفصل الثاني: التوحد

11 تمهيد

11 التطور التاريخي

12 تعريف التوحد

13 أسباب التوحد

21 أنواع التوحد

25 النظريات المفسرة لاضطراب التوحد

28 تشخيص التوحد

40	النظريات المفسرة للتوحد.....
41	أساليب التكفل بالتوحد.....
47	البرامج العلاجية المقترحة لعلاج التوحد.....
51	خلاصة.....

الفصل الثالث: مهارات التواصل غير اللفظي

53	تمهيد.....
53	تعريف التواصل.....
54	الخصائص التواصلية العامة لدى أطفال التوحد.....
54	العمليات المعرفية المرتبطة بالتواصل.....
55	أنواع التواصل.....
57	أنواع المهارات المطبقة ضمن برنامج هيلب.....
63	خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع: برنامج هيلب

65	تمهيد.....
65	نشأة برنامج هيلب.....
65	تعريف برنامج هيلب.....
65	مجالات برنامج هيلب.....
66	خطوات تطبيق برنامج هيلب.....
68	دليل الأنشطة للأطفال الذاتويين.....
68	خلاصة الفصل.....

الفصل الخامس: المقاربة الميدانية

70	تمهيد.....
70	الدراسة الاستطلاعية.....
71	حدود الدراسة.....
71	منهج الدراسة.....
71	أدوات الدراسة.....

72	الدراسة الأساسية.....
72	عينة الدراسة.....
73	مدة تطبيق البرنامج.....
74	مضمون الجلسات التدريبية.....
74	خلاصة الفصل.....
الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات	
76	تمهيد.....
76	عرض وتحليل نتائج الحالات.....
92	الاستنتاج العام للحالات.....
93	مناقشة الفرضيات.....
93	اقتراحات الدراسة.....
96	خاتمة.....
98	قائمة المراجع.....
105	الملاحق.....
	ملخص

قائمة الجداول:

الصفحة	عنوان الجدول	رقم
73	توزيع الأفراد العينة	1
73	توزيع الجلسات	2
78	القياس القبلي لشبكة الملاحظة	3
79	القياس البعدي لشبكة الملاحظة	4
80	يمثل المقارنة بين القياس القبلي والبعدي للحالة الأول	5
84	القياس القبلي لشبكة الملاحظة للحالة الثانية	6
84	شبكة ملاحظة للقياس البعدي للحالة الثانية	7
86	يمثل المقارنة بين المقياسين القبلي والبعدي للحالة الثانية	8
89	شبكة الملاحظة للقياس القبلي للحالة الثالثة	9
89	شبكة الملاحظة للقياس البعدي للحالة الثالثة	10
91	يمثل المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي للحالة الثالثة	11

مقدمة

يعد اضطراب التوحد من الاعاقات النمائية الشاملة التي مازال يحيطها الكثير من الغموض في كافة جوانبها ، وبالتالي تؤثر على التواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي مع الآخرين ، وتؤدي الى عدم التكيف الاجتماعي مما يزيد من معاناة الطفل ، خاصة في الاتصال بمن حوله .

وجدير بالذكر أن هذه الفئة تعاني العديد من المشكلات ، ولعل أبرز هذه المشكلات هي عدم القدرة على التواصل السليم مع المحيطين به ، بمعنى قصور الطفل التوحدي وعجزه في العديد من مهارات التواصل بنوعيه اللفظي وغير اللفظي ، مقارنة مع أقرانه من العاديين .

وعلى الرغم من أن هناك كثير من المشاكل التي يعاني منها ذوي اضطراب التوحد، إلا أن المشكلة الرئيسية لديهم هي عدم القدرة على التواصل مع الآخرين بسبب اضطراب النمو اللغوي الذي يتسبب في خلل في العلاقات الاجتماعية (عبد السلام، 2005، 3)، كما عرفه (العصاونة وآخرون، 6)، هو أعراض محددة تظهر تلك الأعراض في الطفل المصاب، حيث نجده كما وأنه يعيش في عالمه الخاص به، أو يتعامل داخل عالمه دون الاعتبار بمن حوله وكأنه لا يراهم وهو نوع من اضطرابات النمو والتطور الشامل بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة وفي مجالات العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة، وعادة ما يصيب الأطفال في سن الثلاث سنوات الأولى ومع بداية ظهور اللغة حيث يقتصرون إلى الكلام المفهوم للمعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين وتبلد مشاعرهم. (العصاونة وآخرون، 6)، حيث أن الجزائر وكبقية دول العالم تواجه تحديات وجدل كبير حول هذا الاضطراب الغامض، الذي أصبح يحس قرابة 120.000 طفل في الجزائر، وهو في تزايد مستمر، أما عن ولاية تيارت التي تمت بها الدراسة الميدانية للبحث، والتي أجريت في إحدى جمعياتها المتكفلة بما يزيد عن 700 طفل مشخص باضطراب التوحد على مستوى جميع الجمعيات، داخل الولاية وحتى المناطق النائية. وفي ضوء تلك المشاكل أقرت العديد من الدراسات على ضرورة تقديم برامج تدريبية للطفل التوحدي بهدف تحسين المهارات التواصلية لديه.

لذا فإن محاولات التدخل بالبرامج العلاجية بتنفيذ أساليب تدريبية أو تعليمية لمهارات وسلوكيات هؤلاء الأطفال ، تعد وسيلة امدادهم بحصيلة مهارية ومعرفية ولغوية جديدة ، تساعدهم في تعلم أشكال بديلة للتواصل والتفاعل ، وتساعدهم على تعلم أنماط السلوك والمهارات السوية ، وهذا من شأنه خفض الاضطرابات السلوكية واللغوية الموجودة لديهم (صديق، 2005، 10)

ولأن اضطراب التوحد يؤثر على أهم مهارات التواصل ظهرت عدة برامج علاجية تدريبية، ومنها برنامج help لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي ، كالاتقالية الذاتية والتقليد الصوتي، وأعضاء الوجه والجسم، حركات

كبرى وصغرى..... إلخ، وأيضا برنامج ABA لتنمية المهارات المعرفية للطفل كالإدراك والانتباه، التركيز، وبرنامج لوفاس لتنمية مهارات التواصل للطفل، وكذا برنامج تيتش يعمل على تنمية مهارات التقليد والحركات الكبرى، حيث أننا ومن هذه البرامج كلها سلطنا الضوء على برنامج help، لنرى مدى فعاليته في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي عند الطفل التوحدي.

لتشمل الدراسة الجانبين النظري والتطبيقي معتمدين في ذلك على المنهج الشبه تجريبي وقد قدم العمل في ستة فصول وهي كالتالي:

الفصل الأول تمثل في التعريف بالدراسة وقد ضم إشكالية الدراسة، فرضية الدراسة، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، التعريفات الاجرائية لمتغيرات الدراسة، الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

أما **الفصل الثاني** فقد تطرقنا لاضطراب التوحد بداية من التطور التاريخي للتوحد، تعريف التوحد، أسباب التوحد، أعراض التوحد، سمات التوحد، أنواع التوحد، تشخيص التوحد، التشخيص الفارقي للتوحد، النظريات المفسرة لاضطراب التوحد، أساليب التكفل بالطفل التوحدي، البرامج العلاجية المقترحة، خلاصة الفصل.

وقد خصصنا **الفصل الثالث** لمهارات التواصل غير اللفظي بداية بالتعريف بالتواصل، التعريف النفسي للتواصل، الخصائص التواصلية العامة لدى أطفال التوحد، العمليات المعرفية المرتبطة بالتواصل، التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، تعريف المهارة، أنواع المهارات، خلاصة الفصل.

وكذا اشتمل **الفصل الرابع** على برنامج هيلب من نشأة برنامج هيلب، التعريف بالبرنامج، مجالات برنامج هيلب، إلى خطوات تطبيق برنامج هيلب، دليل الأنشطة للأطفال التوحدين، خلاصة الفصل.

وعن الفصلين الباقيين فقد خصصنا للجانب التطبيقي: **الفصل الخامس** شمل المقاربة الميدانية والتي ضمت الدراسة الاستطلاعية، حدود الدراسة المكانية والزمانية والبشرية، منهج الدراسة وأدواتها، الدراسة الاساسية وخطواتها.

و**الفصل السادس** تضمن عرض وتحليل ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات والدراسات السابقة ثم التعليق العام على نتائج الدراسة وتقديم التوصيات من خلال التجربة وأخيرا خاتمة الدراسة.

الفصل الأول:

الإطار المنهجي للدراسة

- اشكالية الدراسة
- الاشكالية الرئيسية
- الفرضية الرئيسية
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- أسباب اختيار الموضوع
- التعاريف الاجرائية
- الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة:

شهد ميدان التربية الخاصة اهتماما ملحوظا وملموسا في السنوات الأخيرة على الصعيدين العالمي والعربي، وذلك من خلال التعرف على الاحتياجات الأساسية للأفراد من ذوي الإعاقات والاحتياجات الخاصة بوجه عام والأطفال من ذوي اضطرابات التوحد بوجه خاص، خاصة فيما يتمثل بتطوير أساليب واستراتيجيات تعليم ورعاية هذه الفئة، حيث يعد التوحد من أكثر الإضطرابات النمائية تعقيدا، ويتميز بالتداخل مع عدد كبير من الإضطرابات والإعاقات الأخرى المختلفة، وقد ظهر التوحد حديثا في مجال التربية الخاصة وأول من أطلق هذا المصطلح طبيب الأطفال النفسي الأمريكي ليوكانر Kanner (فرج سهيل، 2015، 21).

كما يعتبر اضطراب التوحد من أكثر الإضطرابات النمائية المنتشرة صعوبة وشدة من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعاني منها وقابليته للتعلم أو التنشئة الإجتماعية Socialisations أو التدريب على الإعداد المهني أو تحقيق أي قدر على العمل، أو درجة ولو بسيطة من الإستقلال Independent الإجتماعي Social والإقتصادي Economic أو القدرة على حماية الذات، إلا بدرجة محدودة بالنسبة لعدد محدود من الأطفال (الشرقاوي، 2018، 15).

والتوحد هو إعاقة تطويرية تؤثر في جميع قدرات الطفل خاصة القدرات الإجتماعية والتواصل، وكذلك في الأطفال الذين ليس لديهم تواصل لغوي ويعانون من ضعف في القدرات الإجتماعية والتواصل (العنزي، 2002، 5). وعليه ومن خلال من كل ماسبق جاءت دراستنا الحالية كمحاولة منا لمواجهة هذه المعطيات التي قدمتها الشروحات السابقة وذلك من خلال امتحان مدى تمكن برنامج هيلب Help من تنمية مهارات ما قبل اللفظية لدى الأطفال المتوحدين انطلاقا من اعتمادنا على منهج شبه تجريبي وذلك من أجل الإجابة على التساؤل التالي:

- ما مدى فعالية برنامج هيلب في تحسين المهارات غير اللفظية عند أطفال التوحد؟ أو بصيغة أخرى:
- هل لبرنامج هيلب فعالية في تحسين المهارات غير اللفظية عند أطفال التوحد؟

2- الفرضية:

- لبرنامج هيلب فعالية في تحسين مهارات التواصل غير اللفظي عند أطفال التوحد.

3- أهداف الدراسة:

- التعرف على مدى فعالية برنامج هيلب في تنمية مهارات ما قبل اللفظية عند أطفال التوحد.
- الكشف عن فعالية برنامج هيلب في تحسين المهارات غير اللفظية عند أطفال التوحد.
- مساهمة برنامج هيلب في تحسين المهارات ما قبل اللفظية عند الطفل المتوحد.

- التعريف ببرنامج هيلب كأحد البرامج العلاجية الخاصة بأطفال التوحد.
- خفض أعراض التوحد من خلال اكساب الطفل التوحيدي مهارات بفضل تطبيق البرنامج.

4-أهمية الدراسة:

1- الأهمية النظرية: تتمثل في:

- ندرة الدراسات والبحوث التي تناولت هذا البرنامج ويكون هذا العمل إسهاما في إثراء مكتبة جامعة ابن خلدون وإثراء الطلبة حول برنامج هيلب الخاص بأطفال التوحد.

2- الأهمية التطبيقية: تتمثل في:

- التقرب من هذه الفئة بشكل مباشر والتعايش معها.
- تسليط الضوء على أهمية التدريب في تحسين مهارات غير اللفظية من خلال هذا البرنامج.
- استغلال نتائج الدراسة في إعداد برنامج متنوع لهذه الفئة.

5-أسباب اختيار الموضوع:

- ارتفاع نسبة انتشار اضطراب التوحد في المجتمع الجزائري.
- صعوبة التعامل مع هذه الفئة وتهيئتها.
- إثراء المعلومات الشخصية حول هذا الاضطراب.
- الرغبة في التعريف بالبرنامج للأولياء بهدف مساعدتهم على تدريب أطفالهم على مهارات التواصل غير اللفظي.

6-التعاريف الإجرائية:

أ-التوحد:

هو نوع من الاضطرابات النمائية والإرتقائية التي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، تكون نتيجة لأسباب لا زالت مجهولة لحد الساعة، والتي تؤثر على وظائف المخ وبالتالي على نواحي النمو المختلفة، خاصة الاتصال الإجتماعي سواءً كان لفظيا أو غير لفظي، إضافة إلى الحركات النمطية أو مقاطع الكلمات المتكررة بشكل آلي.

ب-المهارات غير اللفظية:

هي قدرة الطفل التوحدي على أداء بعض المهارات أو السلوكيات كتعبير غير لفظي يتواصل به مع الآخرين ويعبر به عن حاجته، كالتواصل البصري مثلاً.

-أو هي عبارة عن حركات أو إيماءات متسلسلة ومعتبرة يتم اكتسابها عادة عن طريق التدريب المستمر والمتواصل حتى تصبح سلوكاً متأصلاً في الطفل.

ج-تعريف برنامج help :

هو برنامج يعمل على تحسين وتنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي من أجل دمج الطفل التوحدي في المجتمع وتكيفه مع الوسط الخارجي.

6-الدراسات السابقة:

أولاً: الدراسات المحلية:

1-دراسة طاس فتيحة (2016): بعنوان "فاعلية برنامج تحليل السلوك التطبيق ABA في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحدين" دراسة عيادية لخمسة حالات في مستشفى الأمراض العقلية والنفسية للأطفال غرب العاصمة، تحت سن خمسة سنوات هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية برنامج ABA في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحدين، حيث توصلت الدراسة لنتيجة ان برنامج ABA يساهم بدرجة كبيرة في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي.

2-دراسة بوغنيصة فاطيمة (2021): بعنوان "فاعلية برنامج تيتش

لتأهيل أطفال التوحد" بهدف تحسين المهارات الحركية وكل المفاهيم الجسمية والمكانية لتأهيل أطفال التوحد لدى خمسة حالات من الفدرالية الوطنية للتوحد، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى تأكيد قابلية برنامج تيتش في تأهيل الطفل التوحدي.

الدراسات العربية:

3-دراسة عدس (2018): بعنوان "التدخل المبكر باستخدام برنامج هيلب لتنمية المهارات الحسية الحركية لدى الأطفال ذوي صعوبات التفكير" تكونت الدراسة من (12) طفل تتراوح أعمارهم ما بين (3_6) سنوات، وطبقت المنهج شبه التجريبي للمجموعة الواحدة، وقد دلت نتائج الدراسة على نجاح برنامج هيلب لتنمية المهارات الحس حركية للأطفال ذوي صعوبات التفكير.

4-دراسة نهي (2018): بعنوان "فاعلية برنامج هيلب لتنمية مهارات التواصل الاجتماعي والعناية بالذات لدى الأطفال الذاتويين" تكونت الدراسة من (10) أطفال دوى اضطراب الذاتوية ذكور وإناث،هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية البرنامج المقدم لتنمية مهارة العناية بالذات والتواصل الاجتماعي لدى الأطفال الذاتويين، حيث توصلت الدراسة لنتيجة أن برنامج هيلب له فاعلية في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي والعناية بالذات ،لدى الأطفال الذاتويين.

ثانيا: الدراسات الأجنبية:

1-دراسة بلينز(2008): والتي هدفت إلى برنامج تدخل مبكر للأطفال المعاقين وقد كانت العينة(10) أطفال معاقين إعاقات مختلفة وتراوح أعمارهم من (5-9) سنوات الملتحقين بمدرسة بلونجايلند بنيويورك وقد تم استخدام تقارير التقديم وأداة التقييم من اجل تحديد ما إذا كان الطفل حقق تقدم أم لا ،بعد تطبيق البرنامج بالطريقة الفردية وقد كانت النتائج انه تم نجاح برنامج التدخل المبكر من 8 أطفال من العينة وقدموا هؤلاء الثمانية تقدم ملحوظ في المجالات الخمس من نموذج " هيلب للتعليم المبكر".

2-دراسة والف (2014): بعنوان "تأثير برنامج هيلب لتنمية المهارات الحسية لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم" وتكونت عينة الدراسة من (80) طفل وطفلة تتراوح أعمارهم ما بين (3-9) سنوات، وتم تطبيق استمارات هيلب الحسية وتوصلت النتائج إلى نجاح البرنامج في تنمية المهارات الحسية.

7-التعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح لنا من خلال عرض الدراسات السابقة التي تم طرحها أنها تناولت موضوع التوحد وفعالية البرامج التدريبية من خلال ذلك يمكن تحليل النقاط التالية:

اتفقت دراستنا مع بعض الدراسات السابقة الذكر واختلفت مع أخرى ومن امثلة ذلك،اتفقت مع دراسة عدس (2018) من حيث البرنامج المستخدم والمنهج المعتمد في الدراسة وهو المنهج الشبه التجريبي للمجموعة الواحدة وكذا دراسة نهي (2018) التي هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج هيلب.

في حين اختلفت دراستنا مع دراسة بوغنيصة فاطيمة (2021) في البرنامج المختار وهو فاعلية برنامج تيتش لتأهيل أطفال التوحد وكذا دراسة طاس فتيحة (2016) التي دراسة فاعلية برنامج ABA في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين.

اتفقت دراستنا مع الدراسات السابقة في تأهيل وتدريب أطفال التوحد، وأهمية تطبيق البرامج التدريبية في سن مبكر ، كانت دراسة والف (2014) على الأطفال تتراوح أعمارهم ما بين (3-9) سنوات ودراسة بلينز(2008) على الأطفال تتراوح أعمارهم ما بين(5-9) سنوات ودراسة عدس(2018) على الأطفال تتراوح أعمارهم ما بين (3-6) سنوات.

الجانب النظري

الفصل الثاني

التوحد

- تمهيد
- التطور التاريخي
- تعريف التوحد
- أسباب التوحد
- أنواع التوحد
- أعراض التوحد
- سمات الطفل التوحيدي
- تشخيص التوحد
- النظريات المفسرة للتوحد
- أساليب التكفل بالتوحد
- البرامج العلاجية المقترحة لعلاج التوحد

تمهيد:

اضطراب التوحد من الاضطرابات القديمة والعميقة حيث لاحظ الأطباء في العصور الوسطى مجموعة من الأطفال لا يتكلمون ومحدودي الاتصال سواء مع أسرهم أو المحيطين بهم، ويظهرون سلوكيات غير سوية، وصنفوا من خلالها بالمرضى العقليين أو الفصاميين وتم التكفل بهم على هذا الأساس في عام 1943 كان أحد أساتذة الطب النفسي بجامعة هارفارد بالولايات المتحدة الأمريكية وهو العالم ليو كانر LeoKanner يقوم بفحص وملاحظه 11 طفلا من المتخلفين عقليا والذين كانوا يتميزون بسلوك منغلق بالكامل على الذات واعتزلهم عن كل ما حولهم حتى اقرب الناس، وقد قام كانر برصد دقيق لخصائص هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي InfantileAutisme وأنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها، إلا أن الاعتراف بهم كفته يطلق عليها مصطلح Autism. أوالتوحد لم يتم بعد، وعليه فقد تطرقنا في هذا الفصل إلى كل ما يخص هذا الاضطراب بداية بـ:
أولا: التطور التاريخي:

يعد مودزلي Maudsly أول طبيب نفسي إهتم بالاضطرابات التي تسبب اضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال وذلك عام 1867 وكان يعدها ذهانات(شاكرا مجيد، 2010، 19).

ورغم أن كانر يعتبر من حدد زملة أعراض التوحد إلا أن هذه الزملة قد استخدمت من قبل تحت مسينات عديد، فقد استخدمها BLEULER 1911 في إشارته لزمة أوسع بكثير للميكانيزمات التي يستخدمها المرضى الفصاميون أو الأشخاص العاديون باعتبارها إحدى السمات الأولية للفصام (قمش، 2011، 17)

كان ليو كانر LEOKANNER وهانز أسبرجر HANSASPERGER أول من نشر تقرير عن مرضى التوحد في مرحله الطفولة، العمل بشكل مستقل كانر بالتيمور 1943 واسبرجر في فينا (1944) ودراسات الحالة التفصيلية حاولوا وصف الاضطراب قبل ان يكتب ليو كانر ورقته التي تحدد الأطفال المصابين بالتوحد، ثم تصنيف هؤلاء الأطفال على أنهم مضطربين عاطفيا أو متخلفين عقليا، وأشار كانر إلى أن الأطفال ليسوا مجرد متعلمين بطيئين وأنهم لم يقعوا في فئة الاضطراب العاطفي.(Nambudripad, 39).

وفي الستينات كان تشخيص هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي وفي السنين 1940s ووفق ما ورد في الطبعة الثانية من القاموس الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية DSM 2 ولم يتم اعتراف بخطأ هذا التصنيف إلا عام 1980 حينما نشرت الطبعة الثالثة المعدلة في القاموس الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية DSM3(مهدي زمام والجماعي، 41)

ثانيا: تعريف التوحد:

مصطلح التوحد بالانجليزية، اوتيزم autisme وهو مشتق من autonomy أي الاستقلالية والذاتية، ومن المعروف أن الغرض الرئيسي للاضطراب وهو الانغلاق على الذات والانطوائية الشديدة، ويعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للأمراض النفسية DSM 3 الصادر عن 1980م أول دليل تشخيصي يدخل مصطلح التوحد إلى قائمة الأمراض العقلية تحت اسم التوحد الطفولي باعتباره احد اضطرابات مرحلة الطفولة (السيد وعبد الله، 2003، 12)

-عرفه leokannerالمختص في الطب النفس للأطفال والذي يعتبر أول عالم اهتم بدراسة مظاهر التوحد عند الأطفال وأطلق عليه بالتوحد الطفو لي المبكر early infantile autism وذلك عام 1943 وعرف التوحد الطفو لي بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون اضطرابا في أكثر من المظاهر الآتية.

-صعوبة في تكوين الاتصال والعلاقات مع الآخرين.

-انخفاض في مستوى الذكاء.

-العزلة والانسحاب الشديد من المجتمع.

-الإعادة الروتينية للكلمات والعبارات التي يذكرها الآخرون أمام الطفل.

-الإعادة والتكرار للأنشطة الحركية.

-اضطرابات في المظاهر الحسية.

-اضطرابات في اللغة أو فقدان القدرة على الكلام أو امتلاك اللغة البدائية ذات النغمة الموسيقية.

-الاضطراب الشديد في السلوك وإحداث بعض الأصوات المثيرة للأعصاب(شاكر مجيد 2010، 23، 24)

-هو نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية التي تتعارض مع الواقع والاستغراق في التخيلات بما يشبع الرغبات التي لم تتحقق كما يقصد به:

-أنه تفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو بالذات.

-إدراك العالم الخارجي من خلال الرغبات بدلا من الواقع.

-الانكباب على الذات والاهتمام بالأفكار والخيالات الذاتية. (القمش، 2011، 19)

- كما عرفته الجمعية الوطنية للتوحد (National autistic society (1978 أنه عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر عند الطفل قبل أن يبلغ 30 شهرا ويتضمن:

- اضطرابات في سرعة أو تتابع النمو.
- اضطرابات في الاستجابات الحسية للمثيرات.
- اضطرابات التعلق أو الانتماء للناس والاحداث.
- اضطرابات في اللغة والكلام والمعرفة (الظاهر، 2008، 23)
- وعرفته الجمعية الأمريكية للتوحد 1982 Americanautismsociety على أنه إعاقة شديدة تستمر طوال الحياة، تظهر عادة خلال الأعوام الثلاثة الأولى ويؤثر على النمو السوي للدماغ في المجالات التي تتحكم في الثلاثية التالية:
- التواصل اللفظ والغير اللفظي.
- التفاعل الاجتماعي.
- التطور الحسي (الامام، الخوالدة، 2010، 21)
- تعريف التوحد طبقا لتصنيف الدليل التشخيص والإحصاء في طبعته: DSMIV1994
- بيدي الطفل عجزا نوعيا في تفاعله الاجتماعي الذي يتضمن:
- العجز عن الاستخدام المناسب للسلوكيات غير اللفظية ليوجه انفعالاته والفتش في نموه أو تطوير علاقات مع الأقران.
- العجز عن التواصل يرى غالبا في الأطفال المتوحدين وهذا العجز يتضح في نمو اللغة المنطوقة.
- العجز عن المناداة أو تعزيز المحادثة، والسلوك النمطي والاستخدام المتكرر للغة وقصور في مهارات اللعب التلقائي المناسب للمرحلة النمائية.
- ظهور أنماط من السلوك النمطي في الأنشطة التي تؤديها وفي اهتماماته وهذه الأنماط تشمل الانشغال بوحدة أو أكثر من الأنماط المقيدة للسلوك النمطي وتمسكه غير المرن بأعمال محده أو طقوس، أو الانشغال بأجزاء من الموضوعات (مصطفى الشربيني 2011، 28، 29).
- ثالثا: أسباب التوحد:

رغم أن السبب الجوهري لحدوث التوحد لا يزال غير واضح إلى حد الآن بالرغم من تعدد البحوث العلمية التي أجريت حول هذا الاضطراب، إلا أن بعض العوامل من المحتمل أن تؤدي دورا في حدوثه من أهمها:

1 الجينية والوراثية Hereditary & genetic hypothyroidism يمكن أن تكون الوراثة احد أسباب اضطراب-الأسباب راب طيف التوحد، وهذا التفسير سبب إصابة إخوة ذوي اضطراب طيف التوحد بالاضطراب نفسه، أو أحد الاضطرابات النمائية الأخرى، كما يجدر الإشارة إلى أنه لا يظهر على أغلبية حالات اضطراب طيف التوحد تشوهات واضحة على مستوى الكروموزومات، وقد اقترح الباحثون أن هناك من 3-5.5٪، كما وجد Gilleber (1998) أن 2.5٪ من ذوي اضطراب التوحد يعانون تشوهات الكروموزوم X (الزراع 2010، 46).

- أن الاضطرابات الجينية ليست بالضرورة وراثية، فقد يحدث تغيير مفاجئ في الكروموسومات والجينات نتيجة لعوامل سيئة، تتراوح نسبه توارث التوحدين 36-96٪. بين التوائم المتطابقة 3-9٪. بين الإخوة وأقل من 1٪. بين الأقارب واستنتج الباحثون إن نمط وراثة التوحد متعدد الجينات، أي أنه يحكمه عدد من الجينات التي تتفاعل معا ويكون اشد مظاهر اضطرابات اجتماعيه أو لغوية أو صعوبات إدراكية ولا تكتمل جميع سمات التوحد فيها. (سليمان، 2010، 24).

2-العوامل البيولوجية:

وتنحصر هذه العوامل في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة وأثناءها أو بعدها، وتعني بذلك اصابه الام بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل (نصر، 2002، 22)

تشير نمله غندور(2000) أن التوحد مرض جيني له علاقة بيكروموزوم Chromosome رقم (7) وكروموزوم رقم (15) وله أسباب بنيوية وتعني كلمة بنيوية، بنية الجهاز العصبي المركزي، وبخاصة الدماغ وتشير إلى أن الدراسات في هذا الحقل أظهرت أن هناك اختلافا في حجم بعض أجزاء الدماغ بين الأطفال المصابين بالتوحد وغير المصابين به، كما أنه اكتشف وجود خلل في نسبة بعض النواقل العصبية Neurotransmitter مثل السيروتونين Serotonin وفي أحجام الخلايا العصبية الموجودة في الدماغ وان للتوحد أسباب هضمية حيث يفتقر بعض الأطفال المصابين بالتوحد إلى وجود الإنزيمات التي تساعد في بعض المواد الغذائية وبالتحديد الأطعمة التي تحتوي على مكونات الحليب والقمح وأن وجود هذا الخلل يتسبب في تسرب بعض المواد المفككة إلى الدماغ فتؤثر على عمله بشكل سلبي (اللوشي، 2018، 49).

أثبتت دراسات أخرى حديث أن هناك جزء في المخ يتأثر في التكوين وأوضححت هذه الدراسات أن هناك اختلافات في جزء في المخ لدى الأطفال التوحيدين عن غيرهم من الأطفال العاديين، وهذا ما أشارت إليه دراسة... أن هناك

شدوذ لدى الطفل التوحدي على جهاز رسم المخ الكهربائي والتي توصلت إلى حوالي 10٪، 80٪. من الأطفال التوحدين غالبا ما يظهرون شدوذا في جهاز رسم المخ الكهربائي، وهذا الشدوذ يشير إلى فشل في التجنب المخي، والاستجابة السمعية المستثارة من جزع المخ لدى الأطفال التوحدين (نصر، 2002، 22).

3-العوامل النفسية الأسرية:

تصور كانر المكتشف الأول لهذه الإعاقة عام 1943م في أول تقرير له عنها، أن العوامل النفسية وطريقه تربية الطفل في الأسرة هي المسؤولة عن حدوث الإعاقة، ومن هذه العوامل أسلوب تنشئة أو تعامل الأسرة مع الطفل، وافتقاد الطفل الحب والحنان ودفئ العلاقة بينه وبين أمه، وغياب الاستثارة والنبذ، واضطراب العلاقات الأسرية الوظيفية وغياب العلاقات العاطفية، غير أن الدراسات المقارنة المنضبطة التي قارنت بين آباء الأطفال التوحدين وآباء أطفال غير المصابين بالتوحد لم تظهر فروقا 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 مما يستبعد معه أن تكون العوامل النفسية والأسرية لها أية علاقة كعامل مسبب لتلك الإعاقة. (بدر، 2004، 33)

4-العوامل البيوكيميائية:

يعتبر السيروتونين من النواقل العصبية الهامة في الجهاز العصبي المركزي، ويتحكم في العديد من العمليات والوظائف الحيوية والسلوكية بما فيها النوم، وتناول الطعام، وحرارة الجسم والشهية. ولقد أجريت العديد من البحوث العصبية والكيميائية في اضطراب التوحد وقد ركزت على السيروتونين فيه. -قد تبين أن نسبة عالية من السيروتونين عند الأطفال التوحدين تعبر عن وجود فروق في صفيحات الهيدروكستير بتامين التي يتم امتصاصها وفي عدد هذه الصفيحات، كما تبين ان السيروتونين قد زاد عن معدله الطبيعي لدى الأطفال التوحدين.

... أن مسحا شاملا للدراسات وبحوث البيوكيميائية العصبية التي أجريت على التوحدين، أظهرت فروقا ضئيلة في التنبيه للعلاقات العصبية بين التوحدين والأسوياء، مما دفع الباحثين لمزيد من البحث والدراسة التي لا تزال مستمرة، وقد ثبت ان هناك زيادة في السيروتونين [5HT] في الدم لدى التوحدين وكذلك وجود خلل في البيبتيدات العصبية وهرمونات الغدد الصماء، وزيادة في الدوبامين [DA](السيد، عبد الله 2003، 17، 18)

5-العوامل البيئية:

وهي تعرض الأم للنزيف قبل الولادة أو تعرضها لحادثة أو كبير سن الأم، كل هذه العوامل قد تكون سبب مداخله في حالة التوحدية.

6-العوامل النيولوجينية:

أثبتت بعض الدراسات أن هناك ارتباط بين بعض الحالات التوحدية والتغيير في كيميائية الدم لدى هؤلاء الأطفال. (نصر، 2002، 22)

7-العوامل العصبية:

-حجم المخ عند أطفال التوحد أكبر.
-زيادة أو انخفاض في عدد الخلايا المكونة للمخ.
-نقص في تشابك الخلايا العصبية.
-حدوث خلل في بعض النواقل العصبية مثل السير وتين والدوبامين حيث أن الخلل البيوكيميائي من شأنه أن يؤدي إلى آثار سلبية في المزاج والذاكرة وإفراز الهرمونات وتنظيم حرارة الجسم وإدراك الألم.

8-عوامل أثناء الحمل:

-سوء تغذية الأم.
-إصابة الأم بمرض معدي.
-النزيف خلال الشهر الأولي.
-نقص الأكسجين أو اختناق الطفل بالحبل السري.
-التعرض للأشعة السينية أثناء الحمل.
-تدخين الأم. (اسماعيل، 2012، 22)

9-الفيروسات والتطعيم:

وجد العلماء علاقة بين إصابة الأم ببعض الالتهابات الفيروسية وإصابة التوحد ومن هذه الالتهابات الحصبة الألمانية، تضخم الخلايا الفيروسية، ويرى البعض أن التطعيم قد يؤدي إلى أعراض التوحد سبب فشل الجهاز المناعي في إنتاج المضادات الكافية للقضاء على فيروسات اللقاح مما يجعلها قادرة على إحداث تشوهات في الدماغ.

-أسباب أفضية:

وهي عدم مقدره الطفل التوحدي على هضم البروتين وخصوصا بروتين الجلوتين الموجود في الحليب مما يؤدي إلى ظهور البيفيد غير المهضوم والذي يصبح له تأثير تحذيري شبه تأثير الأفيون.

-التلوث البيئي:

يرى بعض الباحثين أن تعرض الطفل في مراحل نموه الأولى إلى التلوث البيئي يحدث دماغيا مثل الزئبق، والمادة الحافظة للمطاط والرصاص، وأول أكسيد الكربون، (حازم رضوان 2012، 22-24)

رابعاً: أعراض التوحد:

يختلف اضطراب طيف التوحد بشكل كبير في الأعراض ومستويات الشدة وكذلك في الإعلالات المصاحبة للاضطراب، حيث يظهر الأطفال اختلافا كبيرا في الخصائص السلوكية والمتعلقة بالمهارات والاهتمامات والوظائف وكذا في حاجتهم التعليمية التي تتغير بتقدمهم في السن وتشمل ثلاث مجالات يجب ان يظهر فيها القصور وهي:

-التواصل Communication

-التفاعل والمشاركة الاجتماعية Socialisation

-الاهتمامات والأنشطة InterestsAndActivities

1-التواصل Communication:

تتباين القدرات التواصلية لدى الأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد فتتراوح من الضعف الشديد في كل من اللغة التعبيرية (المنطوقة) واللغة الاستقبالية (المدركة- المستوعبة، Recognizable إلى الطلاقة اللفظية واللغوية المعقدة، فقد يظهرون غياب وتأخرا في استخدام اللغة المنطوقة مع إحتمالية وجود محاولات قليلة لاستخدام وسائل بديلة للتواصل كالتلميحات بشكل عام، يفشل الاطفال ذو التوحد في استخدام تعبيرات الوجه والايحاءات للتواصل، وما يمكن قوله: إن مظاهر القصور، العجز في الجانب التواصلية تتضمن:

-غياب أو تأخر اللغة التعبيرية (المنطوقة).

-الفشل في استخدام الوسائل البديلة للتواصل كالإيماءات وحركات اليدين وتعبيرات الوجه (الزراع، عبيدات، 2016، 28-30).

-المصادات المباشرة والمؤجلة (المتأخرة)

-عكس الضمائر.

-صعوبه فهم اللغة غير المنطوقة من قبل الآخرين.

-قصور في التواصل غير اللفظي.

2-التفاعل والمشاركة الاجتماعية Socialization

يقترح كل من كانوا وتر هاوس وفن ومودهل أن القصور في الجانب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد يعتبر من العناصر الدالة وبشكل مباشر، والتي يلازمها بشكل عال قصور في اللغة الوظيفية، فنحن نلاحظ عادة بان الأطفال الذين يتطورون بشكل طبيعي بدون رغبة في النظر إلى عيون الآخرين، وما يصاحبها مثيرات إجتماعية أكثر من النظر إلى المثيرات غير الحية أو الجامدة.

-وعلى العكس من ذلك، في الأطفال الذين تم تشخيصهم لاحقا بأن لديهم اضطراب طيف التوحد كما أشار أولياء أمورهم على أن أطفالهم يتجنبون التواصل البصري معهم، ويظهرون اهتماما بالأشياء الجامدة أكثر من اهتمامهم بالأشخاص، بالإضافة إلى أنهم لا يتكلمون ولا يتسمون.

-إن غياب السلوكات المهمة للتواصل والتفاعل الاجتماعي يعيق قدرة هؤلاء الأطفال عن تطوير العلاقات والصدقات الاجتماعية، وبشكل عام فإن القصور في التفاعل الاجتماعي يتمثل في:

-عدم الوعي لحضور الآخرين.

-إظهار عدم الاهتمام بالتفاعلات الاجتماعية.

-إظهار الفشل في الاستماع والإصغاء لأصوات الآخرين.

-الرغبة في مشاركة الآخرين المواضيع المفضلة لديهم فقط.

-يطورون القليل من العلاقات الاجتماعية(الزراع، عبيدات 31، 32)

3-الاهتمامات والأنشطة InterestsAndActivities

-يظهر الأطفال ذوو اضطرابات طيف التوحد مدى محدودا من الاهتمامات والذي يعتبر غيرعادي ضمن معايير التطور النمائي الطبيعي، وقد يعزى بعض ذلك إلى ميلهم نحو الأشياء وتفضيلها على التفاعل مع الآخرين وبشكل خاص يفضلون الاهتمام بأجزاء الأشياء أكثر من الاهتمام بالشيء ككل.

-وبشكل عام توصف الأنشطة والاهتمامات لدى أطفال اضطرابات طيف التوحد بما يلي:

-اهتمامات محدودة وغير عادية.

-الاهتمام بتفاصيل الأشياء وأجزائها.

-التعلق والانشغال في الأنشطة المفضلة.

-الإصرار على الروتين.

-حركات نمطية متكررة (السلوك النمطي وسلوك إثارة الذات)

-الاستجابة غير العادية للمثيرات الحسية (الزراع عبيدات، 2016، 34، 35)

كما أشار باحثون آخرون إلى الأعراض التالية والمتمثلة في:

4-الخصائص الاجتماعية SocialCharacteristics

يعاني الأطفال ذو اضطراب التوحد من صعوبات في بدء العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها مع أقرانهم، رغم احتمالية ارتباطهم بشكل أفضل مع والديهم ومقدمي الرعاية وأشخاص آخرين يستطيعون توفير احتياجاتهم وقراءة مشاعرهم، فالقصور في المجال الاجتماعي يعد أهم مشكلة تظهر على حالات اضطراب التوحد. هناك ثلاث سلوكيات إذا حدثت مجتمعة في السنة الأولى من عمر الطفل يمكن أن تميز الطفل التوحدي عن غيره مثل:

1- عدم الاستجابة لأسمائهم.

2- عدم مشاركة الآخرين في الأفعال.

3- عدم النظر في أعين الآخرين.

وفي حالة حدوث هذه الأمور لدى طفل في عمر 12 شهرا فان هناك احتمال نسبة 9% أنه مصاب بالتوحد، وفي عمر سنة ونصف نجد أن انعدام مهارات الاهتمام المشترك، والاستخدام غير الطبيعي لتحديق العينين، وانعدام اللعب التمثيل أهم ما يميز الأطفال التوحيديين عن غيرهم.

-الخصائص اللغوية LinguistiCharacteristics

تعتبر اللغة من أهم ما يميز الطفل التوحدي عن غيره، حيث يظهر متأخرا لغويا ويؤكد الباحثين أن العجز باستقبال اللغة والإدراك المعرفي غير السوي كاف في تفسير التوحد حيث يفضل إضافة العجز الاجتماعي كعامل إضافي ضمن العوامل المسببة لاضطراب التوحد.

-يتمثل العجز اللغوي لدى الأطفال التوحيديين في عدم فهم معاني الكلمات، وعدم القدرة على استخدام القواعد، وان الفروق بين التوحيديين والعاديين لا تختلف عن الفروق بين المتخلفين عقليا والعاديين في عناصر العجز اللغوي.

-ويرى رابين وديون (rapin&dunn1997) أن من أعراض اضطراب التوحد لدى الأطفال أن:

- 1- اللغة لديهم غير مفهومة ولا يستخدمون حصيلة الكلمات التي ترد اهتمامهم من الآخرين.
- 2-العلاقات الاجتماعية تكاد تكون معدومة فهم منعزلون ولا يحاولون تقليد من حولهم ومن ثم فهم لا يحققون أي إضافة في التعلم أو التطبيع الاجتماعي لديهم.(الجلامدة، 2013، 22)

5-الخصائص النفسية الانفعالية PsychologicalAndEmotionalCharacteristics

- تعكس المهارة الاجتماعية والانفعالية الوعي والإدراك الذاتي للطفل، القدرة على التفاعل مع الأطفال الآخرين والكبار، وهذه المهارات هامة لحياة الطفل.
- ويشير كوك وجولدينغ (2001) إلى أن المخاوف الشديدة والفوبيا غالبا ما تظهر لدى الأطفال المصابين بالتوحد الذين يعانون من فرط الإدراك الحسي، إذ وجد انه يستمر لفترة طويلة بالإضافة إلى ردود فعل غريبة تعيق تقدمهم وأدائهم. ولعل من بين التعبيرات الشاذة في الحالات الانفعالية النفسية.
- 1- ضرب البطن أو لف الأصابع في حالة التعبير عن الفرح.
 - 2- الضحك الشاذ غير الموظف في حالة التوتر.

وقد أكدت الدراسات أن الحالة النفسية للمتوحدين يمكن أن تتبدل بين متضادين بسرعة دون سابق إنذار. كما يمكن أن يظهر الطفل بالتوحد بعض مشاعر الغيرة، والإحساس بالسعادة والتعلق بالآخرين والحزن، وقد تكون حالات الانفعالات الحادة كالعدوان والصراخ ونوبات الغضب العارمة شائعة بين الأطفال المصابين بالتوحد.(الجلامدة، 2013، 25، 26).

6-الخصائص التواصلية CommunicationCharacteristics

- التواصل من أكثر المظاهر التي يحققها الطفل، والفكرة هي أن الطفل الصغير يبذل كل جهوده لتسهيل استعمال الكلمات والرموز أو الإيماءات لنقل المعلومات، ويبدأ التواصل بداية بالصراخ أو البكاء الذي يساعد الطفل على ضبط بيئته الاجتماعية، ومع مرور الوقت يتناقص البكاء مع إنتاجهم لأصوات أكثر.
- تنفذ عملية التواصل من خلال طريقتين هما:

اللغة الاستقبالية: والتي تتمثل بفهم الكلمات والرموز والإيماءات.

واللغة التعبيرية: وهي القدرة على التعبير بالكلمات والإيماءات والرموز، ومع ذلك فإن معظم الأطفال يفهمون أكثر من القدرة على التواصل.

-وتعتبر اضطرابات التواصل من الخصائص الأساسية التي يعاني منها الأفراد التوحد يون والتي يعتمد عليها الأخصائيون في تشخيص التوحد، حيث تضم مجموعة من الاضطرابات التواصلية اللفظية وغير اللفظة والتي تتفاوت في الشدة والشكل، ولذلك اعتمد العديد من الباحثين بتوظيف هذه الخاصية للكشف المبكر عن التوحد. -وتزداد الإعاقة التواصلية بنوعها التعبيرية والاستقبالية لدى الأفراد التو حديين كلما ازدادت درجة التوحد، كما أن هناك ارتباطا قويا ما بين القدرات العقلية لدى الأفراد التو حديين والقدرات اللغوية.

7-الخصائص السلوكية والاهتمامات المحدودة

Behavioral Characteristics And Restricted Interests

يبيد الأفراد التو حديين العديد من السلوكيات النمطية والسلوكيات الأخرى التكرارية، مثل: ررفة اليدين، وهزهزة الجسم، وقد يأخذ السلوك النمطي شكلا عدوانيا موجها للآخرين مثل الضرب أو تحطيم الممتلكات، وقد يكون على شكل إيذاء الذات مثل ضرب الرأس، أو العض أو الحك القوي للجلد، كما يقوم بعض التو حديين بإصدار أصوات متعددة النغمات وبشكل نمطي متكرر من فترة إلى أخرى أو في مواقف معينة. -وربما يكون السبب الرئيسي لظهور السلوك العدواني لدى افراد التوحد هو محدودية المهارات التواصلية.

Cognitive Characteristics

تعود المعرفة إلى المعلومات التي يمتلكها الطفل في مخزونه وتحديد أكثر فان المهارات المعرفية تشمل التفكير، والتذكر، والمجادلة السببية وحل المشكلات. -تعتبر النواحي المعرفية من الملامح المميزة لاضطراب التوحد وذلك بسبب ما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي ونقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين. -يعتبر الإدراك والتفكير، والانتباه، والذاكرة واللغة والتخيل من أهم الوظائف المعرفية التي في حال تعرضها لضرر فإنها تؤثر على مجالات أخرى لدى الطفل. (الجلامدة، 2013، 31)

خامسا: أنواع التوحد:

أشار العديد من الباحثين إلى أن للتوحد تصنيفات مختلفة أهمها ما ذكره (فهد المغلوث، 2006) تبقى احتمالية ظهور أنواع جديدة من التوحد قائمة ما دامت الأبحاث التي يقوم بها العلماء والباحثون قائمة حسب اختلاف تخصصاتهم وتوجهاتهم.

1- المتلازمة التوحدية الكلاسيكية: **classicautistic syndrome**

- وفي هذا النوع يظهر الأطفال أعراضا مبكرة، دون أن تظهر عليهم إعاقة عصبية ملحوظة، إلا أنهم في هذه المجموعة، وكما تقول كولمان يبدو ان في التحسن التدريجي فيما بين سن الخامسة إلى السابعة.

2- ملازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحدية **Childhoodschizophrenicsyndromewithautistic**

هناك تشابه بين أطفال هذا النوع والنوع الأول إلا أن العمر عند الإصابة يتأخر شهرا لدى البعض، كما أنهم يظهرون أعراضا نفسية أخرى، إضافة إلى المتلازمة التوحدية الكلاسيكية التي أشار إليها كانر.

3- المتلازمة التوحدية المعاقة عصبيا **Neurologicallyimpairedautisticsyndrome**

ويلاحظ ظهور مرض دماغي عضوي في هذا النوع، متضمنا اضطرابات أيضية ومتلازمات فيروسية مثل: الحصبة، ومتلازمة الحرمان الحسي، الصم والعمى. (المغلوث، 2006، 48).

- وتصنيف (wing 1995 , 125) إلى أنها قامت بدراسة للتعرف على الفئات الفرعية لاضطراب طيف التوحد صنفته إلى ثلاثة أنماط هي:

- النمط الأول: هو النمط الانعزالي Aloof ونجده في معظم الأفراد المنسحبين الذين هم عادة غير مباليين أو رافضين للاقتراب الجماعي حتى من قبل الأطفال الآخرين ولديهم الحد الأدنى من سلوك التعلق والحب.
- النمط الثاني: هو النمط السلبي **passive** ونلاحظ التفاعلات السلبية في الأفراد الذين يتقبلون الاقتراب الجماعي، وقد يلعبون مع الأطفال الآخرين، إذا تم تنظيم موقف اللعب.

النمط الثالث: هو النمط التقشط ولكنه غريب **Active -but-odd**. فنجد أن الأطفال هنا يقتربون من الآخرين بتلقائية ولكن التفاعل الاجتماعي في معظم الأحيان غير ملائم وضوء اتجاه واحد.

- وقد حاولت دراسات أخرى تقسيم الأشخاص ذوي اضطراب التوحد على أساس مستوى الكفاية الوظيفية **functioning** إلى نمطين هما:

النمط الأول: ويضم الأشخاص ذوي الأداء الوظيفي المرتفع.

النمط الثاني: ويضم الأشخاص ذوي الأداء الوظيفي المنخفض.

- أن الدليل التشخيص والإحصاء إلى الاضطرابات العقلية في طبعته الرابعة **DSMIV** وصف خمسة اضطرابات لطيف التوحد هي:

- اضطراب التوحد **DisorderAutistic**

-متلازمة أسبرجر Aspergers Syndrome

-اضطراب ريت Reet Disorder

-اضطراب الطفولة ألتفكيكي childhood designegrative disorder

اضطراب النمـــو المتشـــو ر غــــــــــــير

المحدد specified pevvasive Developmental Disorder not Other vive (الشرفاوي، 2018، 79،

(80

سادسا: سمات التوحد:

عادة ما تظهر العلامات المبكرة في الإصابة باضطراب طيف التوحد في عدم حدوث سلوكيات نموذجية بدلا من حدوث سلوكيات غير نمطية، ويتمتع الوالدان بقدرة اكتشاف علامات التحذير المبكرة، حيث يجب عليهم مراقبة النمو الاجتماعي والعاطفي والمعرفي واللغوي لأطفالهم مع مراعاة تطور الأطفال بسرعة مختلفة، وبالرغم من ذلك فانه من الواجب استشارة الطبيب إذا شعر الوالدان أن لطفلها لا يحقق المعالم القياسية للنمو.

-وهنا بعض السمات التي يمكن ان تلفت نظر الوالدين أو الطبيب للإصابة بالتوحد والتي تظهر عادة بين عمر 18 شهرا أو ثلاث سنوات
أولا: قبل 18 شهرا:

قد تشير بعض الدلائل إلى إمكانية إصابة الطفل بالتوحد قبل 18 شهرا ولا بد من وجود العديد من هذه الدلائل معا وهي تشمل:

-رفض الرضاعة من الثديين وهي علامة على رفض التواصل مع الأم.
-لا ينحني الطفل ولا يمد يديه عندما نريد حمله، ولا يتكيف الجسم مع اليدين اللتين تحمله ويصبح كالدمية.
-غياب ابتسامة الثلاثة شهور وخوف الثمانية شهور من الغرباء حيث ان الطفل يخاف من الغرباء، وقد أظهرت بعض الدراسات أن هناك إشارات تحدث في مخ الأطفال الطبيعيين عند رؤيتهم الغرباء، وهذه الإشارات لا تحدث عند الأطفال التوحيدين (جيهان، 2008، 27)

-اضطرابات النوم غير الرتاح أو يضرب رأسه لينام.

-غياب اللعب وقد يكون اللعب الوحيد الذي يلعبه هو النظر إلى حركة اليد التكرارية.

-حالات متكررة من القلق الحاد والبكاء بدون سبب.

- القيام بالحركات الجسدية التكرارية مثل هز الجسم كله أو جزءا منه أو الدوران المتكرر حول النفس أو تدوير الأشياء.
- الاهتمام بالأشياء أكثر من الاهتمام بالأشخاص.

ثانيا : عند سن 18 شهرا:

- من الجدير بالذكر أن عدم مقدرة الطفل عند سن 18 شهرا على أداء ثلاث من الوظائف العقلية المهمة معا قد يشير إلى أن هذا الطفل غالبا ما يكون متوحدا وهي تشمل:
- عدم قيام الطفل بالألعاب التخيلية كما سبق أن ذكرناه.
- عدم قيام الطفل بالنظر إلى نفس الشيء الذي ينظر إليه الشخص الذي يقوم بحمله.
- عدم قيام الطفل بالإشارة بأصبعه شيء يثير انتباهه ليلفت النظر الآخرين لهذا شيء.
- والجدير بالذكر أن العالم النفسي بارون كوهير عام 1992 قد وضع مقياس لمعرفة وجود علامات تشير إلى مدى خطورة إمكانية إصابة الطفل بمرض التوحد عند سن 18 شهرا وهي تشمل:

(أ سؤال الأبوين عن:

- 1- مدى تمتع الطفل عند أرجحته أو وضعه على الركبتين (جيهان 2008، 28)
- 2- مدى اهتمام الطفل بالأطفال الآخرين.
- 3- مدى حب الطفل للعبة اختفاء الأشياء تم إظهارها مثلتخبئة الوجه باليدين ثم إظهار الوجه فجأة.
- 4- مدى حب الطفل لتسلق الأشياء مثل السلم.
- 5- مدى مقدرة الطفل على اللعب التخيلي.
- 6- مقدرة الطفل على الإشارة بأصبعه للسؤال على شيء ما.
- 7- مقدرة الطفل على الإشارة بأصبعه لإبداء اهتمامه بشيء ما.
- 8- مقدرة الطفل على إحضار أشياء تمهه ليربها لوالديه.

(ب ملاحظة الطفل:

- 1- مقدرة الطفل على التواصل البصري.
- 2- نثير انتباه الطفل ثم نشير بأصبعنا لشيء في الحجرة مثل لعبة ونشاهد وجه الطفل، ونلاحظ ما إذا كان الطفل ينظر لهذا الشيء الذي أشرنا إليه.

3- نثير انتباه الطفل ونعطيه فنجانا صغيرا وبرد شاي(لعبة أطفال) ونسأله هل نستطيع عمل كوب من الشاي لنرى مقدرة الطفل على أن يتخيل انه يصب الشاي من البراد للفتجان.

4- نقول للطفل أين النور أو أريني النور ونلاحظ هل سيشير الطفل بأصبعه إلى النور أو لا.

5- عدم مقدرة الطفل على رص المكعبات فوق بعضها مع ملاحظة عدد هذه المكعبات التي يستطيع رصها فوق بعض.

-إذا فشل الطفل في أداء 5أ و7أ و2ب و3 فيكون لديه خطر شديد لإمكانية الإصابة بالتوحد(جيهان، 2008، 29)

-وإذا فشل في أداء 7أ فقط فيكون لديه خطر بسيط للإصابة بالتوحد.

-إذا اظهر الطفل فشلا في القيام بثلاثة(أو أكثر) أشياء في كل من البندين(أ) و(ب) فيكون لديه خطرا للإصابة بأحد المسببات الأخطر للإعاقة الذهنية غير التوحد.

-أما إذا أظهر الطفل فشلا في أقل من ثلاثة أشياء في كل من البندين(أ) و(ب)، يكون هذا الطفل طبيعيا من الناحية عقلية.

ومن الجدير بالذكر أن التشخيص المبكر يعد من الدعامات الأساسية للعلاج.

-ولهذا يجب على طبيب الأطفال أن يكون على دراية تامة بأعراض مرض التوحد والدلائل المبكرة التي تشير إلى احتمالية إصابة الطفل بالتوحد لأن الأبوين غالبا ما يلجأون لطبيب الأطفال عندما يشعرون بأن طفلهم لديه مشاكل لغوية أو سلوكية ومن ثم، لا بد أن يقوم طبيب الأطفال بتحويل هؤلاء الأطفال لطبيب المختص في علاج الأمراض النفسية للأطفال حتى يتم التأكد من تشخيص المرض وعلاجه مبكرا.(جيهان، 2008، 29، 30).

سابعاً: النظريات المفسرة لإضطراب التوحد:

اختلفت آراء المتخصصين حول الاضطراب وإن اتفقت كلها أن الجهاز العصبي المركزي لا يتطور بالصورة المطلوبة لأسباب مجهولة، هذا الاختلاف استقطبها تمام الكثير من العلماء لتطوير نظريات عديدة تعمل على تفسير وفهم هذا الاضطراب أبرزها:

1-نظرية التغذية:

من النظريات التي تحاول أن تفسر كيفية حدوث الذاتوي من هذه النظريات النظرية الأيضية الهضمية التي تقول أن الغذاء يشتمل على الجلوتين والكاسين التي هي عناصر البروتين في القمح ومشتقاته أو البروتين الموجود في

الحليب ومشتقاته قد تكون سببا في حدوث الاضطرابات أو ظهور أعراض الذاتوي عند الطفل بحيث أن الشخص الذاتوي بحسب النظرة الأيضية لا يهضم العناصر الغذائية الضارة التي قد تصل إلى المخ وقد تسبب خللا في الدماغ مما يؤدي إلى ظهور أعراض الذاتوي لدى الشخص. (السعيد ، 75)

2- النظرية العصبية البيولوجية:

تتحكم العوامل البيولوجية بوظائف الدماغ وتعليم الإنسان وسلوكه وهي تؤثر على النمو الطبيعي للجهاز العصبي المركزي وبالتالي تؤدي إلى سلوكيات ذاتوية.

- رأى بعض الباحثين أن أعراض الذاتوية لها علاقة بالاضطرابات العصبية مثل الحصبة الألمانية German Measles والفيليكيتونوبوريا PK4 والتصلب الدرني Tuberous Sclerosis التي تتعرض لها الأم الحامل.

- البعض يرى أن نسبة 4-30% من الناس الذين لديهم أعراض الذاتية كان لديهم نوبة صرع كبرى Grandmal Seizures في وقت ما ولاحظ من خلال الرسم المقطعي للمخ MRI بالرنين المغناطيسي Magnetic Resonance Imaging كشف عن افتراض مظاهر شاذة في فصوص المخ وقشرة المخ مما يؤثر على نمو الطفل (السعيد ، 70).

3- النظرية المعرفية:

- تشير (كريستين نصار جانيت يونس، 2009) إلى أن الخصائص المعرفية الملاحظة عند توحيدين تحدد طريقتهم في إدراك البيئة المادية والاجتماعية فالمعري يتحدد في القاموس Jarrowse بأهميته توافق مع الاسناق التي يكتسب الكائن الحي عبرها معلومات عن بيئته، وتمر هذه المعلومات بوظائف ذهنية تجمع بين التفكير والحكم والإدراك والذاكرة والانتباه، وبالتالي يجب أخذ هذه الخصائص في الاعتبار لفهم الأشخاص المصابين بالتوحد، ولتحديد نوع المساعدة الخاصة المتكيفة مع حاجاتهم لتمكينهم من تنمية طاقاتهم، فقد تكون خصائص معالجة المعلومات مسؤولة عن الصعوبات التي يواجهها.

- ويشير (رفعة بهجات، 2007) إلى أنه يمكن القول بأن استخدام طفل التوحد لذاكرته يعتمد على سياق مجموعة من عوامل التلميح وأن عملية بحث الطفل التوحدي عن شيء معين في ذاكرته تصبح عملية صعبة جدا أو مستحيلة نظرا لعدم وجود خبرات ذاتية في ذاكرته، وهذا يؤدي بدوره إلى ظهور مجموعة من الصعوبات أو المشكلات لدى الطفل التوحدي.

4- النظرية الاجتماعية:

-يشير (إبراهيم بدر، 2004، سوسن حلي، 2005) إلى أن أصحاب هذه النظرية يروا أن اضطراب التوحد الناتج عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم، فضلا عن وجود بعض المشكلات الأسرية، مما يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري وانطوائه على نفسه.

-ويرى كانر أن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي هما أساس المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات غير الطبيعية، حيث أن معظم آباء الأطفال التوحيديين تم تشخيصهم كانوا من ذوي التحصيل العلمي، وكانوا غربيي التصرف، مفرطي الذكاء، والإدراك الذهني، صارمين، منعزلين، جادين، يكرسون أوقاتهم لمهنتهم ولأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم، كما يرى أن كانر بأن توحد الطفولة المبكرة قد يكون عائدا إلى تأثر الطفل (الشرقاوي، 2018، 49) بعد أو انعزال الأب عن المجتمع بصورة ملحوظة، غير أن الدراسات المقارنة التي قارنت بين آباء الأطفال التوحيديين وآباء الأطفال غير التوحيديين لم تظهر فروقا ذات دلالة بين المجموعتين من حيث الجو النفسي داخل الأسرة وأسلوب رعاية وتنشئة الأطفال والتعامل معهم مما يستبعد أن تكون الأسباب الاجتماعية والأسرية لها علاقة مباشرة بالتوحد.

-كما أشار (Rog. B. 2003, 71) إلى أن بعض الدراسات أشارت إلى أن الطفل التوحدي يعاني من صعوبات ترتبط بمختلف أشكال التبادل الاجتماعي، والعجز عن تحقيق التأخر بين مختلف مظاهر السلوك الاجتماعي ومشاركة الآخرين تجربتهم الاجتماعية (الشرقاوي، 2018، 49، 50)

5- نظرية المناعة:

المناعة بشكل عام موجودة في جسم الإنسان وهي نعمة من الله سبحانه وتعالى، فوظيفتها حماية الجسم والتصدي لأي هجوم من جراثيم أو فيروسات خارجية دخلت الجسم، وهي تكون أجساما مضادة لهذه الجراثيم الغريبة بحيث تفتك بها وتحطمها ونستطيع قياس هذه الأجسام المضادة في الدم.

- ويرى المتخصصون في مناعة الجهاز العصبي أن التوحد يحدث بسبب تفاعل ذاتي مناعي، أي أن الجهاز المناعي أصبح يعمل بشكل غير طبيعي حيث أصبح يهاجم أعضاء الجسم نفسه ويعتبرها أجساما غريبة، و يهاجم بالتحديد المخ والغشاء المغطى للأعصاب (NyelinSheath) وهو في طور النمو، كما يؤدي إلى تغيرات في الغشاء تبقى مدى العمر، وتؤثر على وظائف المخ مثل. السمع والذاكرة والتواصل والعلاقات الاجتماعية.

- يرى المتخصصون في مناعة الجهاز العصبي أن التوحد يسبب تفاعل ذاتي مناعي، أي أن الجهاز المناعي أصبح يعمل بشكل غير طبيعي، حيث أصبح يهاجم أعضاء الجسم نفسه ويعتبرها أجساما غريبة ويهاجم بالتحديد المخ والغشاء المغطى للأعصاب، ومن هنا أتت تسميته (ذاتي) وهذا التفاعل الذاتي يؤدي الى:

1- الضرر بالغشاء المغطي للأعصاب وهو في طور النمو.

2- إلى تغيرات في الغشاء تبقى مدى العمر.

3- يؤثر على وظائف المخ مثل السمع والذاكرة والتواصل والعلاقات الاجتماعية. (الجلامدة، 2013، 126)

6- النظرية السيكلوجية:

في الخمسينيات والستينات من القرن الماضي كانت نظرية التحليل النفسي تنظر إلى التوحد على أنه نتيجة المعاملة الأبوية الراضية وغير الدافئة للأبناء، ولم يكن ينظر إلى العوامل العضوية على أنها عوامل رئيسية في التوحد فقد نال برونر بلتاهام اهتمام الكثيرين فتركيزه على منهج التحليل النفسي، أكد بيلتهام على أن ردود الأفعال التكيفية للرضع والأطفال الصغار ما هي إلا نتيجة للرفض والمشاعر السلبية من الآباء فالأطفال ينسحبون ويعزلون أنفسهم عن التفاعل الاجتماعي، لقد تأثر عدد كبير من المعلمين بكتب مثل: الحب غير الكافي والقلعة الخيالية وغيرها.

- وخلال فترة الخمسينيات وحتى السبعينات من القرن العشرين كان أنصار مدرسة التحليل النفسي، وأنصار التعلم بوجه عام يؤمنون بأن التوحد يحدث بسبب عوامل نفسية بالدرجة الأولى حيث أسهم عمل الطبيب النفسي كانر في دعم الموقف من أن التوحد الطفولي هو ناتج بشكل أساسي عن عوامل نفسية منها اتجاهات الآباء ومعاملتهم لأطفالهم، ويقول كانر أن معظم المرضى كانوا معرضين منذ البداية للبرود الأبوي واستحواذي، ونوع من الاهتمام بالاحتياجات المادية فقط وأن انسحابهم يبدو وكأنه ردة فعل للهروب من مثل هذا الموقف والسعي وراء الحصول على الراحة في تلك العزلة. (الجلامدة، 2013، 135)

7- النظرية العضوية:

ترى أن هؤلاء الأطفال يأتون إلى العالم بعجز فطري ذا أساس بيولوجي يعوق نمو الاتصال العادي مع الناس لذا يمثل التوحد اضطرابا فطريا للاتصال الوجداني.

كما تتخذ هذه النظرية وجهة نظر وهي أنه يرى الباحثين والمهتمين بذلك الاضطراب على أنه اضطرابا معرفيا وإجتماعيا. في الوقت ذاته وأن هناك أسباب بيولوجية متعددة وليست سببا واحدا حدث في وقت ما، ما بين

العمل والولادة وأدت بدورها إلى تلك الآثار السلبية التي تتضمن الملامح الأساسية المميزة لاضطرابات التوحد(404).

8- النظرية البيئية:

تشير إلى أن الطفل التوحدي يعد عاديا من حيث الجانب العضوي غير أنه يتعرض لمؤشرات قوية في مرحلة مبكرة من حياته، تسفر عن إصابته بالاضطراب النفسي الشديد ويضع أصحاب هذه النظريات معظم مسؤولية تعرض الطفل للاضطراب على الوالدين بصفة خاصة ولقد لاحظ كانر أن معظم أولياء أمور هؤلاء الأطفال يتميزون بالوسوسة واللامبالاة وجمود المشاعر العاطفية.

- ونظرا لتلك الأوصاف المبكرة لأولياء أمور الأطفال التوحدين تضمنت اتسامهم باللامبالاة وتبلد المشاعر والعزلة والتقليدية أو الرسمية، لذلك فقد ظهرت وجهة نظر (تبلهايم) وهي الحرمان العاطفي العوامل الأساسية المسببة لاضطراب التوحد ويبدو أن هؤلاء الأطفال ينتمون إلى أسر تتميز بالبرود العاطفي أو التلقائية الحقيقية إلى حد كبير وكذلك إخفاق الأطفال التوحديون في تنمية المشاعر الكافية للارتباط بالوالدين وأثر الانغلاق على أنفسهم والارتباط بالأشياء أكثر ارتباطهم بالناس. (البدراوي، 2017، 403)

ثامنا: تشخيص التوحد:

اضطراب طيف التوحد هي الحالات التي يواجه فيها الأشخاص صعوبة في تطوير العلاقات الاجتماعية العادية، أو استخدام اللغة بشكل مناسب طبيعي أو العجز عن استخدامها بشكل مطلق، ويظهرون سلوكيات مقيدة أو تكرارية، في حالة ملاحظة شكوك حول وجود طفل ضمن طيف التوحد، ينصح بإجراء تشخيص مبكر له قدر الإمكان، بالاستعانة بالفحوص الدقيقة التي قد يستخدمها الأطباء النفسيون وغيرهم من الاختصاصيين ضمن جداول مراقبة تشخيص التوحد والتي تكون أكثر شمولية إضافة إلى أدوات أخرى.

ويعد تشخيص التوحد من أصعب الأمور وأعقدتها لكونه لا يعتمد على أعراض جسدية واضحة، بل على الملاحظة الدقيقة لسلوك الطفل ولمهارات التواصل لديه.

وليس من الضروري أن تظهر جميع الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعاني من إعاقة التوحد فقد يظهر بعضها في حالة وتتناهي في حالة أخرى.

- يتباين ظهور الأعراض من حيث الشدة والاستمرارية أو السن الذي يظهر عنده العض.

-ومن أهم الصعوبات التي يواجهها المتعاملين مع هذه الفئة هي التشخيص لأن التوحد إعاقه نمائية متداخلة ومعقدة عادة خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، ويقدر عدد الأطفال الذين يصابون بالتوحد والاضطرابات السلوكية المرتبطة به حوالي 20 طفل من كل 10,000.

وتعد المعايير التي وضعها كانر kanner عام 1943 م من أول المعايير التي وضعت لتشخيص اضطراب

طيف التوحد وهي كالآتي:

- 1- سلوك إنسحابي إنطوائي، شديد، وعدم الرغبة في التواصل مع الآخرين.
- 2- التمسك الشديد بالروتينية، والإصرار على عدم التغيير في البيئة المحيطة به.
- 3- التعلق والارتباط الشديد بالأشياء أكثر من الأشخاص جميعاً ومنهم أبواه وإخوانه.
- 4- عدم القدرة على الكلام لأنه أصمّ وأبكم أو يتكلم بمهمة غير مفهومة تحيد من التواصل بالآخرين.
- 5- ضعف الشعور بالهوية الشخصية
- 6- خبرات إدراكية وقدرات غير عادية كأنه يقوم بعملية حسابية معقدة أو يبدي مهارة في الرسم والموسيقى، أو الغناء بشكل طفرات فجائية (القمش، 2011، 104، 105)

-وأشار عادل مُجّد عبد الله مُجّد (14، 20، 47) إلى أن الدليل التصنيفي الإحصائي الأمراض، والاضطرابات النفسية، والعقلية في طبعته الرابعة DSMIV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) والتصنيف الدولي الصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص اضطراب طيف التوحد، ويلاحظ أن محور التركيز لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية وهي:

1-البداية:

عادة ما تكون بداية الاضطراب في مرحلة الطفولة المبكرة، ويكون الأداء الوظيفي للطفل مختلاً في واحد على الأقل من عدد من الجوانب، وهي: التفاعل الاجتماعي، إستعمال اللغة للتواصل الاجتماعي، اللعب الرمزي أو الخيالي.

2-التفاعلات الاجتماعية:

يوجد لدى الطفل قصور كفي في التفاعلات الاجتماعية وذلك في اثنين من أربعة محكات على الأقل وهي: التواصل غير اللفظي، وإقامة علاقات مع الأقران والمشاركة مع الآخرين والاستعمال نمطي أو المتكرر للغة، إلى جانب قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي. (نافع 2020، 18، 19)

3- الأنشطة والاهتمامات:

توجد أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية في واحدة على الأقل من أربعة محكات هي: الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادي، الرتابة والروتين، والأساليب النمطية في الأداء والانشغال بأجزاء من الأشياء.

- وتمثل معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM5، 2013، 50) على بعض محكات تشخيصية في تشخيص اضطراب طيف التوحد وهي:

وجود قصور مستمر دائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي يتمثل في:

- قصور في المردود الاجتماعي والانفعالي، ويتمثل في ضعف المشاركة في الاهتمامات والفشل في البدء في التفاعل الاجتماعي أو الاستجابة له.

- قصور في التواصل غير اللفظي المستعمل في التفاعل الاجتماعي ويتمثل في ضعف التواصل البصري، وعدم القدرة على فهم واستعمال لغة الجسد والإيماءات، وقصور في تعبيرات الوجه.

- قصور في نمو العلاقات الاجتماعية وفهمها والمحافظة عليها.

- وجود سلوك نمطي تكراري يشمل الاهتمامات والأنشطة ويبدو ظاهرا فيما لا يقبل عن بندين من الآتي:

- حركة جسمية متكررة ونمطية، تتمثل في استعمال الأشياء بشكل نمطي، أو تكرار الأصوات.

- التزام حاد بالروتين في السلوك اللفظي وغير اللفظي، وحدوث اضطراب وتوتر عند حدوث أي تغيير.

- محدودية الهوايات والاهتمامات.

- زيادة أو نقص في الإحساس بالمتغيرات الحسية.

- هذه الأعراض لا بد أن تكون موجودة في مدة النمو المبكر.

- وتظهر أعراض اضطراب طيف التوحد خلال مدة الطفولة المبكرة (2-6) سنوات. (نافع 2020، 19، 20). إلا أن

تلك السمات قد تظهر مجتمعة منذ سن مبكر، أو أن تظهر تبعا خلال مدة النمو (نافع، 2020، 20).

- أما عن الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM5) فقد حدد المعايير

التالية Diagnostic criteria

1- العجز المستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة في الفترة الراهنة أو من خلال التاريخ السابق

وذلك من خلال ما يلي: (الأمثلة توضيحية وليست شاملة)

-العجز في التبادل أو المعاملة الاجتماعية والعاطفية، والتي تتراوح على سبيل المثال ما بين النهج الاجتماعي غير الطبيعية والفتل في إجراء محادثة عادية بين طرفين هات وخذ إلى انخفاض مشاركة الاهتمامات ومشاركة العواطف أ، و ما تأثر به إلى الفتل في البدء أو المبادرة أو الاستهلال بالتفاعلات الاجتماعية أو الاستجابة لها.

-العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، والتي تتراوح على سبيل المثال من ضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى ضعف في التواصل البصري وضعف لغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الاءاءات إلى انعدام تام لتعابير الوجه والتواصل غير اللفظي.

-العجز في فهم وتطوير العلاقات والحفاظ عليها، ويتراوح ذلك على سبيل المثال من صعوبات في تكيف السلوك ليناسب السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في المشاركة في اللعب التخيلي أو تكوين صداقات، وغياب الاهتمام بالأقران.(عودة، فقيري، 92)

-وكما ذكر آنفا أن عملية التشخيص من أصعب المراحل التي تمر على الطفل التوحدي، حيث أن هذه العملية يجب أن تشمل التشخيص الطبي والتشخيص السلوكي والتربوي، وتشخيص التكامل، والتشخيص الفارقي، ويكون ذلك ضمن فريق عمل متعدد التخصصات في كل جانب من هذه الجوانب، ما يجعلنا نتطرق إليها، بإيجاز فيما يلي:

1-التشخيص الطبي:

ونقصد به فحص حالة الطفل من جوانب متعددة يمكن إجمالها على النحو التالي:.

أ- التاريخ التطوري والمرضي للأسرة والطفل.

ب- الكشف السريري.

ج- الفحوصات الطبية مثل: التصوير الطبقي، الرنين، فحص السمع، النظر، فحوصات الدم، والبراز ... إلخ

د- ملاحظة الوضع العام والسلوك العام للطفل من خلال الزيارات الأولى في العيادة وكذلك تطبيق القائمة الخاصة بالدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية.

هـ- المشاركة في عملية التشخيص والتشخيص الفارقي، ونقصد به تحديد نوع من الاضطراب لدى الطفل التوحدي في حالة ظهور نفس الأعراض في اضطرابات أخرى.

و- ويمكن الإشارة أيضا إلى أن الطبيب هو أحد الأعضاء المهمين جدا في فريق العمل الذي سوف يضع البرامج للطفل التوحدي.

-ومن الجدير بالذكر بأن عملية التشخيص للجانب الطبي يمكن أن يشارك فيها أكثر من طبيب مثل: طبيب الأطفال، الأعصاب،

الطب النووي، اختصاصي الأذن والأنف والحنجرة، وذلك يتوقف على طبيعة المشكلات الموجودة لدى الطفل. (القمش، المعاينة 2007، 299، 300).

وبناء على ذلك فإنه لا بد من الأخذ بعين الاعتبار ضرورة التشخيص الطبي بداية لأنه بمثابة الخطوة الأولى للتعرف على الاضطراب الذي يعاني منه الطفل. والذي يمكن أن يعطينا إشارات أو علامات مميزة وخاصة باضطراب التوحد.

2- التشخيص السلوكي والتربوي:

وحتى نصل إلى تشخيص تكاملي لحالة الطفل التوحدي، والوقوف على الخصائص والمشكلات المختلفة لديه فإنه لا بد من التطرق إلى الجزء المكمل في عملية التشخيص، وهو الجانب السلوكي والتربوي -وتجدر الإشارة إلى أن هناك نقاط عديدة تيسر فهم طبيعة المشكلات التي يتم معالجتها من خلال التركيز على الجوانب السلوكية والتربوية الموجودة لدى الطفل التوحدي، ويمكن أن نشير إليها على النحو التالي:

1- التركيز على الملاحظة كأسلوب فعال وطريقة موضوعية الهدف منها وصف السلوك الذي يقوم به الطفل التوحدي كما هو، وبذلك يمكن الإشارة إلى الملاحظة المباشرة وغير المباشرة والتي تتيح الفرصة للمعلم والأخصائي لمراقبة أنماط السلوك المختلفة التي تظهر على الطفل التوحدي.

ومن الجدير بالذكر أن أهم أدوات الكشف المستخدمة للتعرف على جوانب الاضطراب بشكل عام هي: (القمش، المعاينة، 2007، 300)

1-ICD10(1994):

أ - وجود قصور أو عجز نمو.

ب - القصور في التفاعل الاجتماعي المشترك.

ج - القصور في التواصل.

د - الأنشطة والإهتمامات.

2- DSM 5 (1994):

وقد حددت سابقا العناصر التي يتم التشخيص على أساسها باستعماله، على أن يكون المجموع الكلي (6) فما فوق في:

المرحلة الأولى:

- أ- ضعف في التفاعل الاجتماعي.
- ب- ضعف نوعي في التواصل يجب أن يتوفر على الأقل نقطتين.
- ج - عجز في الأنشطة والاهتمامات، يجب أن يتوفر على نقطة واحدة على الأقل.

المرحلة الثانية:

يجب أن يكون لدى الطفل تأخر أو وظائف غير عادية في بداية الثلاث سنوات الأولى من العمر في واحد من الجوانب التالية على الأقل:

- أ- التفاعل الاجتماعي
- ب- استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي
- ج- اللعب التخيلي أو البسيط

المرحلة الثالثة:

- هذا الاضطراب لا يكون أفضل في المعدل من اضطراب عرض ريت أو اضطراب الطفولة التحليلي.
- أ- الاستخدام الفعال لبعض المقاييس والمعايير المتعارف عليها والتي تستخدم للكشف عن الجوانب المختلفة من الاضطراب لدى الطفل التوحدي.
- ب- توظيف هذه المقاييس والمعايير التي تطبق عادة على الطفل التوحدي بشكل إيجابي.
- ج- بالإضافة إلى أن هذه المقاييس تستخدم لأغراض التقييم فإنه لا يمكن الاستفادة منها في إعادة التقييم لمستوى الأداء الحالي الذي يصل اليه الطفل التوحدي.

3-التشخيص التكاملي:

إن عملية التشخيص عملية صعبة ومعقدة تشمل أكثر من جانب وبمحااجة إلى العديد من الاختصاصيين للقيام بها، ولعل ذلك يساعد بشكل مباشر على الوصول إلى التشخيص الدقيق من جهة، ومن جهة أخرى فإنه يسمح لنا أن نتعرف على طبيعة الخصائص السلوكية والتربوية. (قمش، المعاينة 2007، 308).

4- التشخيص الفارقي:

ما يزيد عملية التشخيص تعقيدا هو أن بعض الأطفال لديهم خصائص وأعراض توحدية (AUTISTICLIKE)، ولكنهم ليسوا ضمن الفئة التشخيصية نظرا لعدم انطباق المعايير عليهم وعادة ما تظهر هذه الخصائص لدى بعض الفئات مثل: الإعاقات الحسية السمعية والبصرية، ومتلازمة الكروموزوم الجيني الهش..... وغيرها.

كما تزداد صعوبة التشخيص الفارقي بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد والأطفال ذوي الاضطرابات الأخرى بازدياد العمر، وبالتحديد تزداد تلك الصعوبة عندما تكون المقارنة بين أطفال ذوي اضطراب متلازمة أسبيرجر، والأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة مع غيرهم من الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى، حيث يتميز أفراد هاتين المجموعتين بدرجة ذكاء ضمن أو أعلى من المتوسط بالتزامن مع قدرتهم اللفظية العالية الأمر الذي يؤخر عملية التشخيص حتى عمر 11 سنة (الزراع، عبيدات 2016، 63، 64) وعليه فيما يلي سنعرض أهم الاضطرابات المتداخلة مع اضطراب طيف التوحد وأهمها:

أ- التوحد والإعاقة العقلية:

عندما اقترح كانر Kanner محكمات لتشخيص التوحد، فقط أشار إلى أن الأفراد التوحديين لديهم قدرات معرفية جيدة، لذلك فقد كانت الإعاقة العقلية مستبعدة، ولكن بعض الباحثين أمثال رتفوفيرمان أشارا إلى أنه حوالي 75% من التوحديين قدراتهم العقلية في حدود التخلف العقلي، ومع أن الأداء الوظيفي بشكل عام للأطفال التوحديين المعوقين عقليا والأطفال المعوقين عقليا متشابه، لكن الأداء في الإعاقة العقلية يكون منخفضا ومتساويا في جوانب الأداء، ولكن التوحديين المعوقين عقليا لا يكون أداءهم متساويا إذ نلاحظ أداء أعلى بمهارات الإدراك الحركي في حين يكونوا أقل أداء في المهمات اللفظية.

إن الخلط بين التوحد والإعاقة العقلية جاء من أن بعض خصائص الإعاقة تشبه السلوكيات التي يظهرها الأطفال التوحديين.

إن الفرق بين التوحد والإعاقة هو:

1- الأطفال المعوقين عقليا ينتمون أو يتعلقون بالآخرين، وهم نسبيا لديهم وعيا اجتماعيا، ولكن لا يوجد لدى الأطفال التوحديين تعلق حتى مع وجود ذكاء متوسط لديهم.

2- القدرة على المهام غير اللفظية وخاصة الإدراك الحركي، والبصري ومهارات التعامل موجودة لدى التوحديين ولكنها غير موجودة لدى الأطفال المعوقين عقليا.

- 3- كمية واستخدام اللغة للتواصل تكون مناسبة مستوى ذكاء المعوقين عقليا، ولكن لدى المعوقين عقليا التوحيدين يمكن أن تكون اللغة غير موجودة وإن وجدت فإنها تكون غير عادية.
- 4- العيوب الجسمانية في التوحد أقل بكثير من العيوب الجسمية لدى الإعاقاة العقلية وهذا ما يدعم ما أشار إليه «كانر» سابقا من أن الأطفال التوحيدين يميلون أن يكونوا جذابين من الناحية الجسمية.
- 5- يبدى الأطفال التوحيدين مهارات خاصة تشمل الذاكرة، الموسيقى، الفن ... الخ، وهذا لا يوجد في حالة الأشخاص أو الأطفال المعوقين عقليا.
- 6- سلوكيات نمطية شائعة توجد لدى التوحيدين تشمل حركات الذراع واليد أمام العينين والحركات الكبيرة مثل التأرجح أما المعوقين عقليا يختلفون في نوع السلوك النمطي الذي يظهرونه (عبد الرحيم، 1999، 233، 244)

ب- اضطراب الريت Rett's Disorder

- يشخص اضطراب الريت عادة عند الإناث فقط بينما يحدث اضطراب التوحد بدرجة أكبر عند الذكور.
- يتميز اضطراب الريت أنه بعد خمسة أشهر من النمو الطبيعي للطفل يحدث تدهورا لجوانب من النمو منها:
- نقص في سرعة نمو الرأس، وفقد مهارات استخدام الأيدي التي سبق أن تعلمها الطفل، وفقد مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، وتدهور في تناسق الجذع وقصور شديد في نمو قدرات التعبير اللغوي أو فهم كلام الآخرين.
 - ويمكن تمييز اضطراب الريت عن اضطراب التوحد في الجوانب التالية :
- 1- يبدى طفل التوحد قصورا في النمو منذ الميلاد أي في وقت مبكر بينما يعاني طفل الريت من تدهور تدريجي واضح في النمو مع تقدم العمر.
 - 2- يعاني طفل الريت من غياب التوازن- ترنح في المشي - غياب التناسق الحركي بينما تؤدي الوظائف العضلية الكبيرة لطفل التوحد بشكل سليم.
 - 3- اضطرابات التنفس أحد الأعراض الرئيسية المصاحبة لاضطراب الريت وتكون نادرة أو لا توجد مع اضطراب التوحد.
 - 4- يعاني طفل الريت من فقدان تام للوظائف اللغوية بينما يعاني طفل التوحد من اضطراب استخدام اللغة دون أن يفقد حصيلتها.
 - 5- نوبات الصرع تظهر مبكرا في 75% من حالات الريت وتتسم بالعنف والتكرار ويصاحبها إفرازات فمية، بينما تكون نوبات الصرع في حالات التوحد قليلة أو نادرة وإذا ظهرت ففي مرحلة المراهقة (بدر، 2004، 39)

ج-اضطراب الطفولة التراجعي:

يعتبر هذا الاضطراب نادرا جدا، حيث لم تسجل إلا 100 حالة منذ وصف وتشخيص هذا الاضطراب للمرة الأولى في عام 1908، وبينما يتصف المصابون بهذا الاضطراب بالأعراض التي نراها لدى التوحديين فإن الاختلاف الأساسي بين الأطفال المصابين باضطراب الطفولة التراجعي والتوحديين، هو أن النكوض والتراجع لدى هؤلاء يبدأ بعد سنتين من العمر والنمو الطبيعي، على العكس من ذلك فإن أعراض التوحد تكون واضحة منذ السنة الأولى، وفي بعض الأحيان الأشهر الأولى، وتباين النتائج الإكلينيكية للأطفال المصابين باضطراب الطفولة التراجعي، ففي 75% من الحالات تقريبا يحدث تدهور بشكل واضح من دون أي تحسن، بعض الحالات يتبع التدهور بعض التحسن وفي حالات نادرة جدا يحدث تحسن كبير وملحوظ للحالات (عياد 2010، 70، 71).

د-اضطراب النمو الشامل غير المحدد pervasivedevelopmentaldisorder- not otherwisespecified (PDD NOS)

والذي يشتمل على العديد من مظاهر التوحد، ولكن في الأغلب يكون من الدرجة البسيطة وليس الشديدة أو الشاملة لكل جوانب الاضطراب، ولعل أهم الجوانب التي يظهر فيها الاضطراب لدى هؤلاء الأطفال هي الجوانب الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي، ومن جهة أخرى فإن هناك ضعف واضح في المهارات اللفظية وغير اللفظية (القمش، المعاينة، 2007، 309)

هـ-اضطراب الطفولة التحليلي ChildhoodDisintegrativeDisorder

يمر الطفل المصاب بهذا الاضطراب بفترة نمو طبيعية، حتى بلوغه العامين، يتمكن في هذه الفترة من اكتساب مهارات تواصلية واجتماعية تماثل مع أقرانه في نفس العمر، يعقب هذا فقدان ملحوظ لتلك المهارات التي تمكن الطفل من اكتسابها ويكون هذا على الأقل في مجالين مما يلي:

- القدرة على التعبير باللغة
- أو استقبالها.
- اللعب.
- المهارات الحركية.
- القدرة على التحكم في البول أو البراز.
- المهارات الاجتماعية حيث يعاني على الأقل في اثنين مما يلي:
- قصور القدرة على الاندماج مع الآخرين.

- قصور في التواصل مع المحيطين.
- عدم الاهتمام بالعالم المحيط والأشياء من حوله.
- وجود اهتمامات محدودة وغريبة وسلوكيات نمطية ومكررة. (متولي، 2018، 110، 111)

و-التوحد وزملة أسبرجر:

أسبرجر هي أحد اعاقات مجموعة اضطرابات النمو ذات الأصول التكوينية والنمائية والخلقية الولادية (أي تكون موجودة منذ الولادة) ولكنها لا تنكشف مبكراً، بل بعد فترة نمو عادي على معظم محاور النمو وقد تمتد إلى عمر 4-6 سنوات وتصيب الأطفال ذوي الذكاء العادي أو العالي، ونادراً ما يصاحبها تخلف عقلي، وتتميز بقصور كيني واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي مع سلوكيات شاذة واهتمامات محدودة غير عادية، وغياب القدرة على الاتصال غير اللفظي وعلى التعبير عن العواطف والانفعالات أو المشاركة الوجدانية وتنتشر بين البنين والبنات.

ز-التوحد و زملة أعراض أسبرجر:

يتضح الفرق بين التوحدي Autism و زملة أعراض أسبرجر في النقاط التالية:

- 1- يعاني الطفل التوحدي من تأخر وتوقف تام في نموه اللغوي والقدرة على التخاطب والاتصال، بينما طفل الأسبرجر لا يبدي مثل هذه الأعراض حيث لا يحدث تأخر أو توقف في نمو هذه القدرات ولو أنه قد يعاني من صعوبة في تفهم كلام الآخرين وخاصة بالنسبة لما قد يحتويه الحديث من تورية أو تشبيهات غير مناسبة.
- 2- في حالات التوحد قد يصاحبها حالات تخلف عقلي وقصوري القدرات المعرفية بينما في الأسبرجر من النادر أن نجد قصورا ملحوظا في النمو المعرفي حيث تكون معدلات الذكاء عادية أو ربما عالية بما يسمح بالنمو المعرفي، لدرجة مناسبة له والإمكانات البيئية والثقافية التي يعيش فيها الطفل المصاب بأسبرجر.
- 2- إذا كان الطفل المصاب بالتوحد Autism يتجنب الآخرين فإن الطفل المصاب بأسبرجر، لا يتجنب الآخرين بل يقبل على التعامل معهم بنشاط.
- 3- في الاوتيزم Autism يكون معدل الذكاء اللفظي اقل من معدل الذكاء غير اللفظي بكثير ويكون الفرق بينهما في الغالب كبير، بينما في حالات الاسبرجر يكون معدل الذكاء اللفظي مساويا أو مقاربا لمعدل الذكاء غير اللفظي.
- 4- تظهر أعراض Autism الاوتيزم بعد الولادة بقليل أو قبل سنتين ونصف على الأكثر، بينما تظهر اعراض اسبرجر متأخرة بين 4-6 سنوات وأحيانا بعد ذلك وأحيانا أخرى قد لا تظهر حتى يدخل الطفل في مرحلة المراهقة.

5- على الرغم من أن كلا من الطفل الاوتيزموالاسبرجر يعاني من العزلة الإجتماعية إلا أن الفرق بينهما هو أن الاوتيزم غير واع بوجود الاخرين حوله، ولا يبدي أي احساس أو اهتمام ولا يحاول التواصل، بينما طفل الاسبرجر يدرك جيدا وجود الاخرين حوله ويشعر بهم ولكن قصور قدراته في التفاعل الاجتماعي وغلظة أسلوبه.(رياض، 39.38)

ح- لاندروكليفنر:

يظهر عرض لاندروكليفنر لدى الأطفال على شكل فقدان اللغة بعمر 3-7 سنوات يفقد الطفل القدرة على الاستيعاب ثم القدرة على الكلام أن الأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب يعانون من موجات دماغية غير عادية تظهر بتخطيط الدماغ لديهم، وييدي الطفل بعرض لاندرو سلوكيات تعد من عائلة اضطراب التوحد، مثل عدم الاستجابة الأصوات، وعدم الإحساس بالألم، والعدوان وندرة النظر الآخري والتعلق بالأشياء، أو الإصرار على عمل نفس الأشياء ومشاكل النوم، يعالج المرض الاضطرابي الحالي بالتدريب على الكلام وتناول بعض الأدوية حسب وصفات طبية دقيقة وأحيانا بإجراء جراحة لممرات الأنشطة الكهربائية الموجهة للدماغ

ط- اضطراب برادر ويلي:

إن الخصائص التقليدية لهذا العرض الاضطرابي هي هوس الأكل والجسم الممتلئ والخصائص الجنسية القاصرة وفقر التناغم في حركة العضلات والوزن الزائد والتخلف العقلي الخفيف.

أما السلوكيات التي يظهرها بعض أفراد برادر توازي قرينا لها لدى المتوحدين فهي التأخر في اللغة والتطور الحركي وإعاقات التعلم ومشاكل الأكل في الطفولة ومشاكل النوم وتوارث الغضب وعدم الإحساس بالألم وكما هو مع عرض انغلمان فإن سبب العرض الاضطرابي الحالي هو فقدان جزء من كروموزوم رقم 15 الموروث عن جانب الأم هذا وإن أكثر الأساليب العلاجية فعالية لعرض برادرويللي هو التعديل السلوكي(شريف، 2014، 300، 301)

ن- متلازمة الكروموزوم الهش:

اضطراب جيني في الكروموزوم الجنسي الأثوي X ويظهر في 10% من أطفال التوحد وخاصة الذكور، ومعظم الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط، ومتوسط، للطفل صفات معينة مثل بروز الأذن، كبر مقاس محيط الرأس، مرونة شديدة في المفاصل، وغالبا ما تظهر استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت، اضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي واضطرابات معرفية (الجيلي، 2015، 22).

-التوحد واضطراب التواصل:

لأن اضطرابات اللغة والكلام مظاهر أساسية في التوحد فإن هناك تشابه بين التوحد والاضطرابات اللغوية وبسبب هذا التشابه، فإنه يتم الخلط أحيانا بين التوحد وهذه الاضطرابات.

- فقد وجد أن اضطرابات اللغة الاستقبالية تتشابه مع اضطرابات اللغة التي يظهرها الأفراد التوحيديون وتشير النتائج إلى أنه مع وجود التشابه إلا أنه هناك تميز بينهم، فالأطفال ذو الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل بالإيماءات وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام بينما لا يظهر الأطفال التوحيديون تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل لفظية مصاحبة وقد تظهر المجموعتان إعادة الكلام ولكن الأطفال التوحيديون يظهرون إعادة الكلام وخاصة إعادة الكلام المتأخر أكثر، وبناء عليه فإن القدرة أو القابلية على التعلم والتعامل مع الرموز تعتبر الفارق الرئيسي بين المجموعتين التوحد واضطرابات السمع والبصر (مُحَمَّد، أحمد 2019، 51، 52).

-التوحد والاضطرابات السمعية والبصرية:

من بين الأعراض والسلوكيات الثانوية التي قد يظهرها الأطفال المعاقون سمعياً، السلوك الإنسحابي والانزعاج من تغيير الروتين أو بعض السلوكيات الأخرى المشابهة وهم في هذا يشتركون مع بعض سلوكيات أطفال التوحد.

- مع فارق جوهري هو أن السلوك الإنسحابي والانزعاج من تغيير الروتين وما إلى ذلك من أعراض أولية وأساسية لدى أطفال التوحد، وعلاوة على ذلك فإن أطفال التوحد لا يعانون من الصمم في الأعم والأغلب، ومن الناحية الأخرى قد يظهر الأطفال المعاقون بصرياً بعض السلوكيات الدالة على الاستشارة الذاتية والحركات النمطية وهم في ذلك يشبهون ما يقوم به أطفال التوحد فضلاً على استجابة أطفال التوحد للمثيرات البصرية قد تشير إلى إصابتهم بإعاقة التوحد (مُحَمَّد، أحمد، 2019، 80).

اضطراب الخرس الإحتياري Selectivemutism:

في الخرس الإحتياري مرحلة النمو المبكر لا تكون مزعجة عادة، فالطفل المصاب يظهر عادة مهارات تواصل ملائمة في بعض السياقات والأوضاع حتى في الأوضاع التي يكون فيها الطفل صامتاً لا يتكلم فإن التبادلية الإجتماعية لا تتأثر أو تضعف، ولا تظهر أنماط محدودة أو متكررة من السلوك. (عودة، فقيري، 110).

تاسعا: أدوات تشخيص التوحد

- قائمة السلوك A. B. C.

- نظام الملاحظة السلوكي BOS.

- مقياس رتيغو، فريمان، لتقدير مواقف للحياة اليومية. - مقياس ملاحظة الأوتيزم.

- مقياس الطب النفسي لتقييم الأطفال.

- قائمة ريم لاند التشخيصية للأطفال ذوي السلوك المضطرب. الطبعة الثانية، 1981.

- مقياس تقدير أوتيزم الطفلي CARC.

- المقابلة التشخيصية للأوتيزم ADI.

ويعتمد الأطباء في التشخيص على:

- مقياس التقدير التوحدي الأطفال Cars- ChildrenAutismRatingScale.

- قائمة التشخيص (Autismresearch Institute) Diagnostic ChecklistFormE2.

- مقياس المقابلة التشخيصي لاضطرابات التواصل الاجتماعي The diagnostic Interview For Social

And Communication Disorders U. K

- أداة تقويم الطفل التوحدي للتخطيط التعليمي Autism Screening Instrument

For Educational Planning (ASIEP2).

- يقوم بتشخيص التوحد فريق طبي يتكون من:

- أخصائي طب نفسي أطفال.

- أخصائي طب أعصاب أطفال.

- أخصائي سمع وتخاطب.

- وهناك ضرورة بأن تكون المقابلة التشخيصية عدة مرات وذلك لاستبعاد بعض الأسباب الممكن علاجها وتحديد

مدى حدة الإعاقة بالإضافة إلى تحديد الطرق العلاجية المناسبة (محمد، أحمد، 2019، 95، 96)

عاشرا: الأساليب العلاجية:

يعتبر اضطراب التوحد من أشد الاضطرابات النمائية صعوبة لما له من تأثير سلبي كبير على الفرد المصاب

وعلى كل عائلته ومجتمعه الذي يعيش فيه بسبب الخلل الوظيفي الذي يظهر في معظم جوانب نموه خاصة، التواصل،

اللغة، التفاعل الاجتماعي، الإدراك الحسي والانفعالي، الأمر الذي يؤدي إلى إعاقة عمليات النمو والاكتساب لديه

وتفاعله مع الآخرين، وهنا يأتي دور التدخل العلاجي للمتوحدين الذي يعتبر في غاية الأهمية خاصة إذا كان بشكل مبكر لما يقدمه من فرص للشفاء أو التخفيف من حدة الأعراض أو منع ظهور أعراض جديدة والعكس فإن كل تأخر يعيق نموه واكتسابه للمعرفة وتنمية قدراته.

حيث أن التدخل يكون ضمن فريق متكامل ومتكاتف الجهود على اختلاف التخصصات والمجالات العلاجية والتأهيلية وفيما يلي سوف نعرض أهم الأساليب العلاجية الخاصة بالطفل التوحدي:

1-العلاج الطبي:

يعتبر التوحد واحدا من الاضطرابات النمائية الغامضة سبب عدم تمكن العلماء والباحثين من تحديد سبب حدوثه، وعادة ما يلجأ أهالي الأطفال التوحدين على الأطباء وخاصة أطباء الأعصاب لمساعدتهم في اتخاذ القرار المناسب لاختيار العلاج الطبي لابنهم التوحدي، يتم وصف مجموعة من الأدوية المسكنة والمهدئات للتخفيف من المشاكل السلوكية الكثيرة التي يعاني منها الأطفال التوحدين مثل الحركة الزائدة والتشتت والنمطية في السلوك. ومن أكثر الأدوية المستخدمة مع الأطفال التوحدين تيكريتول Tecretol وريسبيريدال Resperidal، ريتالين Retalin، وذكرت إحدى الدراسات إن (26 - 51%) من الأطفال التوحدين يظهرون تحسنا ملحوظا عند استخدامهم العقاقير الطبية، وهناك مشاكل مصاحبة لاضطراب التوحد ولذلك يتم وصف مجموعة من الأدوية المساعدة في حل هذه المشاكل عند الأطفال التوحدين مثل قلة النوم ونوبات الصرع (محمد، أحمد 2019، 48، 49).

-العلاج بالفيتامينات:

أثبتت العديد من الدراسات الحديثة فائدة الفيتامينات في علاج الذاتية لدى الأفراد فمثلا فيتامين (ب 6) ينتج عنه تحسنات سلوكية بنسبة 30% وفي دراسة أخرى وجد أن خلط فيتامين (6) مع المغنيسيوم يؤدي إلى تحسن أفضل من استخدام الفيتامين بمفرده (الشريف، 2011، 236).

2-العلاج بالحمية الغذائية:

أثبتت الدراسات أن 75% من الأطفال التوحدين لديهم مشاكل في الغذاء، وفي فحص أجري على 500 طفل توحدي تبين أن لديهم مواد مورفينية في البول وعلى سبيل المثال: بيتيدالكازومورفين: Casomafine: وهو بروتين غير مهضوم أو مهضوم جزئيا ناتج عن عدم هضم الجزئيات الموجودة في الحليب.

- بيتيدالغيلوتومورفين Ghilotomorfine:

وهو جلوتين غير مهضوم ناتج عن عدم هضم الجزيئات الموجودة في القمح والشوفان والجودار.

- المركبات الأخرى التي وجدت في تحليل بول المصابين بالتوحد وجدت مواد أخرى في تحاليل بول العينة التي أجري عليها الفحص وهذه المواد هي:

الدلترومورفين Diltromorfine - الديرو مورفين Diromorfine موجودة تحت جلد ضفدع سام موجود في أمريكا الجنوبية وتعادل قوة هذه المواد مرات مضاعفة لقوة الأنواع المخدرة المعروفة، وربما لهذا السبب يشبه البعض مدمن المخدرات بالطفل التوحدي (ترديد الكلام النمطي، شرود الذهن، الإنطواء)

- كيف تكون البداية للعلاج بالحمية الغذائية؟:

يجب أن يتوقف أي قرار بشأن إدخال نظام الحمية الغذائية للطفل التوحدي على الوالدين نفسيهما لأنه موضوع غير سهل ويحتاج إلى متابعة دائمة وذلك للأسباب التالية:

أولاً- هذا النظام يحتاج للمراقبة والتنسيق التام مع أفراد الأسرة وبقية العائلة والأصدقاء والأهم أعلام المسؤولين المباشرين عن التعامل مع الطفل في المدرسة.

ثانيا- صعوبة إيجاد الأطعمة الخالية من الغلوتين والكازيين فهذه المواد لا نجد لها في كل مكان وفي كل زمان.

ثالثاً- العبء المالي الكبير في استعمال حمية الأغذية الخالية من الغلوتين والكازيين لأن هذه الأغذية أغلى بكثير من المواد الأخرى المتضمنة ونسبة للفترة الغير محددة لاستخدام الطفل لتلك الأغذية فسوف ترتفع التكلفة أكثر فأكثر.

رابعاً- تفادي الحفلات والأماكن التي تتوفر فيها المشهيات والمغريات في الأطعمة مثل هذه المناسبات حيث أن الطفل سوف يشعر بالعزلة والتفرقة اذا لم يسمح له بتناول ما يتناوله الأطفال الآخريين.

خامساً- اعتماد هذا النظام على زيارات واستشارات دورية للأطباء وأخصائي التغذية (زمام، 2013، 62).

3-العلاج الوظيفي:

هو إحدى المهن الطبية المساعدة، تعني بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، المصابين بإعاقات جسدية، حسية، حركية، فكرية، عقلية، نفسية أو اجتماعية...، وصممت برامج العلاج الوظيفي لتحسين قدرة الطفل على إنجاز الأنشطة في المدرسة والبيت اعتمادا على احتياجاته وظروفه الفردية، ويستخدم المعالج الوظيفي أنشطة وألعابا متنوعة لمساعدة الطفل في تطوير المهارات الضرورية، قد تختلف التقنيات المستخدمة في الجلسات ولكن التركيز دائما على التعليم من خلال الأنشطة الممتعة والتي لها دور في تحفيز الطفل أيضا إن الهدف الرئيسي للعلاج الوظيفي:

1- هو تطوير استقلالية الفرد الشخصية والاجتماعية والمهنية وعلى أداء الواجبات والأعمال باستقلالية، والحد من اعتماده على الغير.

2- تحسين قدرات الفرد الشخصية والاجتماعية والمهنية.

3- دمج الفرد في مجتمعه والتغلب على جوانب القصور أو العجز الناتج عن الإصابة.

أي أنها مهنة تعمل في مجالات، الوقاية والتأهيل وإعادة التأهيل والتدريب والدمج المدرسي والمهني (ابراهيم، أحمد، 2019، 89، 90).

4-العلاج السلوكي:

أن جملة الأساليب السابقة ذكرها تركز على الاضطرابات السلوكية المصاحبة للذاتوية، ولكن التدخل السلوكي يعتبر من الأساليب المبنية على تعزيز ومكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك غير المناسبة كلياً وتتضح أهمية برامج وأساليب التدخل السلوكي فيما يلي:

أ - أنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الشخص العادي ويطبقها بشكل صحيح بعد تدريب بسيط عليها.
ب- يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون صعوبة وبدون تأثير بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس.

ج- نظراً لعدم وجود اتفاق حول أسباب حدوث الذاتوية، فإن هذه الأساليب لا تعير اهتماماً للأسباب وإنما تهتم بالظاهرة ذاتها.

د- ثبت من التجارب والخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك (الشريف، 2011، 237).

5-العلاج النفسي:

تعد التدخلات النفسية هي الوسائل الأولية لعلاج الأطفال التوحديين ورأى هذا الاتجاه أن الاضطراب ينتج عن الخبرات البيئية غير السوية، لذلك فتعرض الطفل للخبرات البيئية الإيجابية قد يخلصه من هذا الاضطراب، والعلاج النفسي الفردي للطفل التوحدي يعمل على توفير مواقف تتسم بالدفء والرعاية والضبط حيث يتعلم الأطفال مبادئ الهوية والتفاعل الإنساني، ورغم الأبحاث التي تمت في هذا المجال إلا أنها لم تكن ذات فعالية بدرجة كبيرة مع هؤلاء الأطفال (الشخص، السرطاوي، 1999، 440).

6-العلاج النفسي الديناميكي:

يعتبر هذا المصطلح واسع يشمل مجموعة من المعالجات التي لها نفس الأساس النظري، وهو يركز على الاعتقاد بأن مشاعر الفرد وانفعالاته وسلوكياته تتأثر بشكل مباشر بالأحداث الماضية مثلاً: يمكن أن يكون للصدمة النفسية في مرحلة الطفولة آثار طويلة المدى في مرحلة البلوغ، ونتيجة لذلك فإن الهدف الرئيسي للعلاج الديناميكي النفسي إستقصاء ما في المريض من أجل الربط ما بين الأحداث الماضية والسلوكيات والمشاعر الحالية، كما يعتقد أننا عندما نقوم بالتعريف بهذه الارتباطات يمكن للشخص أن يقوم بتغييرات واعية في سلوكه.

أ-التحليل النفسي:

كان التحليل النفس لعلاج التوحد شائعاً في الماضي وهو لا يزال شائع في بعض الدول.

ويعتبر التحليل النفسي الوالدين وخاصة الأم هي السبب في الحالة التي يكون عليها الطفل، وكان الافتراض الجوهري للعلاج إمكانية علاج التوحد إذا ما نقل الطفل وأبعد عن الوالدين الباردتين أو الآباء الذين تم تعليمهم كيفية تشكيل روابط لائقة مع الطفل، ولقد أثبت أن التحليل النفسي غير فعال وقد يكون في بعض الأحيان مؤذياً أو مضللاً في علاج التوحد.

ب- العلاج بالاحتضان:

في أواخر الثمانينات أعلن عن العلاج بالاحتضان على أنه يشفي التوحد بطريقة عجيبة، وجادلت مارثا ويلش MathaWelch التي أنشأت هذا العلاج بأن التعلق الخاطئ ما بين الأم وطفلها يسبب الخوف لدى الطفل مما يؤدي بدوره إلى إنسحاب الطفل وإصابته بالتوحد وعندما يصبح التعلق مطمئناً أكثر يمكن للطفل أن يتقدم عبر مسار تطوره وينظر إلى العلاج بالاحتضان على أنه يقوي روابط المحبة ما بين الأم وطفلها، ويعتبر هذا أساس التطور الصحي السعيد، ولقد افترض أنه في ضم الأم لطفلها بأمان بين ذراعها يتعلم الطفل التوحيدي التغلب على الخوف من اتصال العينين المباشر ومن التعلق الحميم، كما يساعد هذا الطفل في تحرير مشاعر الغضب التي كان يكتبها في السابق(الإمام، جريدة 2010، 209، 210).

7-العلاج بالدمج الحسي:

المعالجة بالتكامل الحسي هي علاج حسي حركي للأطفال المصابين بتوحد وقد طورتها جين آيرز JeanAyres1972، والتي تؤكد فيها على العلاقة بين الخبرات الحسية والأداء السلوكي الحركي، والتدخل

واستراتيجيات التدخل، ويكون الهدف من خلال الدمج الحسي تحسين النظام العصبي لتنظيم ودمج وتكامل المعلومات من البيئة والتي تزود باستجابات كيفية وتعلم على نحو جيد (مصطفى، الشربيني، 2011، 206).

8-العلاج بالفن والموسيقى:

تعتبر الموسيقى الفن الوحيد الذي يمكن أن يحسه ويشعر به الأطفال التوحديون، لأنها تتضمن في حد ذاتها عاملا طبيعيا صرفا أشبه بالتيار الكهربائي من شأنه أن يؤثر على الأعصاب بغض النظر على مستوى النمو ونسبة الذكاء وهو الأمر الذي يجعل التوحديين أو المتخلفين عقليا يقبلون على الموسيقى أكثر من أي أنشطة أخرى، فضلا عن أن الطفل التوحدي يميل إلى الموسيقى وينجذب إليها.

- إن استخدام الفن والموسيقى مفيد جدا في تحسين التكامل الحسي لأنهما يستطيعان توفير تنبيه لمسي وبصري وسمعي في محيط مضبوط، ويمكن إستخدام المعالجة بالفن لتعزيز التناسق بين اليد والعين من خلال الرسم بالقلم وبالألوان.

- ويمكنها زيادة التنبيه للمسي عندما يستخدم الطين أو الشمع لصنع مختلف الأشكال، إن إبداع الطفل التوحدي للأعمال الفنية وتفسير الأعمال الفنية التي أبدعها، يزودان هذا الطفل بطريقة رمزية غير كلامية للتعبير عن النفس، ويساعد أيضا الاستماع للموسيقى وسماع الأغاني وغناؤها في تطوير النطق وفهم الكلام، كما يساعد تعلم العزف على آلة معينة الطفل على فترة التركيز وزيادة تركيزه(مصطفى، الشربيني 2011، 207، 208).

9-العلاج بالتعلم الإجتماعي:

ترى نظرية التعلم الاجتماعي أن خصائص اضطراب طيف التوحديين تكون نتيجة لفشل عمليات التعلم الاجتماعي والقصور في الجانب المعرفي يكون في التشفير وفي التوعية في إطار تشكيل التمثيلات الذاتية الأخرى، والقصور المعرفي منخفض المستوى يعلن عن نفسه في قصور التقليد الاجتماعي، وقصور الطفل عن التقليد في المراحل المبكرة من حياته يؤثر سلبا على قدرته على النمو الاجتماعي.

فالتعلم بالتمجيدية هو العملية التي من خلالها يلاحظ الشخص أنماط لسلوك الآخرين، ويكون فكرة عن الأداء ونتائج الأنماط السلوكية الملاحظة، بمعنى أن يكون هناك شخص فعلي يكون سلوكه قدوة يقتدى به من يلاحظه، أي أن الفرد قد يتعلم في موقف سلوكا ما حتى ولو لم يظهر هذا السلوك المتعلم من خلال الملاحظة بصورة فورية، ولكنه قد يؤدي هذا السلوك في ظروف مستقبلية بصورة لا يستطيع معها إلا أن يستنتج أنه قد تعلم بالفعل من الموقف السابق. (متولي، 2018، 152).

10-العلاج بالحياة اليومية (مدرسة هيجاشي : (DLT) DailyLifeTherapyHigashiSchool):

ويرتكز هذا الأسلوب على العمر، وليس المستوى النمائي، وعلى أنشطة جماعية من أجل إعداد الطفل لمواجهة أنشطة الحياة العامة، وتركز هذه الطريقة على تمارين بدنية نشيطة، وفنون ومهارات اجتماعية واتصال، يذكر مدرسة هيجاش بدأت أولاً في اليابان عام 1964 وكلمة هيجاشي باليابانية تعني (الأمل) وتعتمد فلسفتها على اكتساب الطفل التوحيدي المهارات الأساسية التي تنقصه من خلال حياته اليومية، وتفاعله مع أقرانه ومدربيه وفي الأنشطة الرياضية المركزة اكتساب خبرات رعاية الذات، وإتباع التعليمات والتفاعل مع الأقران الذين هم خليط من الأطفال التوحيدين وآخرين لا يعانون من أي إعاقة في الفصل الدراسي الواحد، ويرى (الزريقات 2005) أن مبتكر هذا الأسلوب من العلاج عن طريق دكتورة Kiyokitahara من اليابان هيجاش وهي كلمة باليابانية تعني الحياة اليومية وهذا النوع من العلاج ينتشر في اليابان ويتم بشكل جماعي ويقوم على افتراض مفاده أن الطفل المصاب بالتوحد لديه معدل عالي من القلق، ولذلك يركز هذا البرنامج على التدريبات البدنية تطلق فيه الأندورفينات Endorphins التي تحكم القلق والاحباط بالإضافة إلى كثير من الموسيقى والدراما مع السيطرة على سلوكيات الطفل غير المناسبة واهتمام أقل قدر بتنمية المهارات التواصلية التلقائية أو تشجيع الفردية (متولي، 2018، 169).

11-العلاج باللعب:

هذه الطريقة من العلاج تساعد الطفل على الإحساس بوجود شخصيته كإنسان في هذا العالم يشارك فيه ويستمتع بالتعامل مع من حوله كما أن اللعب يساعد الطفل على التعبير عن رأيه في الأشياء والإحساس بالفرح أو الحزن عن طريق اللعب بالألعاب والتحدث إليها تحت إشراف المعالج الوظيفي والعلاج عن طريق اللعب يساعد على تنمية قدرة الطفل على التخيل وتعلم الأشياء (محمد، أحمد، 2019، 66).

حادي عشر: البرامج العلاجية:

أجمعت كل الآراء حول أن التوحد من الاضطرابات المعقدة والصعبة لأنه يمس كل الجوانب المتعلقة بشخصية الطفل انفعالية كانت أو سلوكية، وهو الأمر الذي يستدعي التدخل المبكر للحصول على نتائج جيدة في العلاج وعلى غرار الأساليب العلاجية السابقة الذكر نخص بالعلاج هنا البرامج العلاجية التي تعمل على تنمية المهارات ومساعدة الطفل التوحيدي في الاكتساب، وقد تعددت هذه البرامج وتنوعت لإثراء وتعزيز مكتسبات المتوحد في جوانب مختلفة وأهم

- برنامج تحليل السلوك التطبيقي AppliedBehaviorAnalysis:

يعتبر إجراء تحليل السلوك التطبيقي (ABA) أحد الأسباب الفعالة والتي يمكن استخدامها مع أطفال التوحد في تعليم المهارات الاستقلالية والاجتماعية والمعرفية والإدراكية والحركية وكذلك المشكلات السلوكية التي تظهر لدى أطفال التوحد.

ولعل ما يميز تحليل السلوك التطبيقي أنه إجراء يعتمد على تحليل السلوك وفهمه والعمل على تطبيقه ضمن إجراءات منظمة تصل في النهاية إلى تحقيق الأهداف التعليمية التي يتم وضعها للطفل بناءً على ملاحظات موضوعية يتم جمعها من الطفل والاستفادة منها في تطبيق الإجراء (القمش، المعاينة 2007، 317، 318).

-برنامج دينفر للعلوم الصحية DineverHealth Sciences Program:

يعتمد هذا البرنامج على الاتجاه النمائي حسب نظرية بياجيه في النمو المعرفي، ويطبق من قبل فريق متعدد الاختصاصات ويشمل منهاج هذا البرنامج مجالات التواصل، واللعب، والمجال الاجتماعي، والمجال الحسي، والمجال الحركي.

ويتبنى البرنامج فلسفة تعتمد على التأكيد على أهمية مشاركة الأسرة في البرنامج العلاجي وتزويد الأطفال المتوحدين بالأنشطة التعليمية، كما يركز البرنامج على التواصل اللفظي والرمزي في وقت واحد، بالإضافة إلى التنظيم واستخدام اللعب والتزكيز على اللعب النهاري (الصمادي وآخرون 2013، 344).

-برنامج الخبرة التعليمية كبرنامج بديل: Learning Experience An Alternative Program L. E. A.P:

وأسس البرنامج ستر كوردسك 1994: Strain&Condisco. عام 1994 للأطفال التوحدين في مرحلة ما قبل المدرسة منطلقين من فلسفة الدمج في رياض الأطفال وأهمية تطوير المهارات الاجتماعية في الظروف الطبيعية باستخدام المجموعات والاستفادة من خبرات الأطفال الآخرين من خلال تفاعل الطفل التوحدي المستمر مع زملائه عبر تخطيط المعلمين الدقيق للنشاطات وتوفير فرص التفاعل الاجتماعي الفعال عن طريق النشاطات الجماعية وقراءة قصص واللعب الخيالي المنظم (السيد، أحمد 2019، 17، 18).

- برنامج لوفاس (Lovaas Young Autistic Program YAP):

هو برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحدين للدكتور (إفار لوفاس IvarLovaas وهو دكتور نفساني بدأ رحلته في عالم التوحد في أواخر الخمسينيات من القرن العشرين وقد بنى تجاربه على نظرية تعديل السلوك، ويعتبر أول من طبق تقنيات تعديل السلوك في تعليم الأشخاص التوحدين، ويقوم هذا البرنامج على التدريب في التعليم المنظم والتعليم الفردي بناءً على نقاط القوة والضعف للطفل وإشراك الأسرة في عملية التعليم.

ويقبل الأطفال الذين شخصت حالاتهم بالتوحد ويعتبر العمر المثالي لابتداء البرنامج من سنتين ونصف إلى خمس سنوات وتكون درجات الذكاء أعلى من 40% ولا يقبل من هم أقل من ذلك وقد يقبل لهذا البرنامج من هم في عمر ست سنوات إذا لديه المقدرة على الكلام، ويتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود 40 ساعة أسبوعاً أي بمعدل 8 ساعات يومياً، حيث يبدأ الطفل في بداية الالتحاق بالتدريب لمدة 20 ساعة وتزداد تدريجياً خلال الشهور القادمة وأهم المجالات التي يركز عليها لوفاس هي: الانتباه، التقليد، لغة الاستقبال، لغة التعبير، ما قبل الأكاديمي، الاعتماد على النفس، ومع تقدم الطفل وتطور قدراته تزداد صعوبة الأهداف لكل مجال من المجالات السابقة (شيبب 2008، 40، 41).

-برنامج تيتش TeachTreatment And Education Of Autistic And Related Communication Handicapped Children:

هذا البرنامج من إعداد إيريك شوبلر وزملائه في ولاية نورث كارولينا في أوائل السبعينيات ويشتمل البرنامج على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية ويتم التعامل مع كل منهما بشكل فردي، كما يقدم أيضاً هذا البرنامج خدمات التشخيص والتقييم لحالات التوحديين وكذلك يقدم المركز القائم على هذا البرنامج وهو Teacch Division في جامعة نورث كارولينا خدمات استشارية فنية للأسرة والمدارس والمؤسسات التي تعمل في مجال التوحد والإعاقات المشابهة ويعطي برنامج Teacch اهتماماً كبيراً للبناء التنظيمي للعملية التعليمية Structured Learning الذي يؤدي إلى تنمية مهارات الحياة اليومية والاجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الشخص التوحدي.

ويعتبر أهم الوحدات البنائية القائم عليها البرنامج هي تنظيم الأنشطة التعليمية، تنظيم العمل، جدول العمل، استغلال وظيفي متكامل للوسائل التعليمية، بالرغم من الانتشار الواسع الذي حققه برنامج Tecch في العالم إلا أنه ما زال في حاجة إلى إثبات فعاليته من خلال بحوث ميدانية علمية، تطبيقية فلم تجرى المؤسسات والمراكز العلمية مقارنة بين فاعلية هذا البرنامج والبرامج العلاجية الأخرى. (بدر 1997، 73)

-برنامج صن رايز (SonRaise-Program):

لقد بدأت قصة (صن رايز) مع السيد والسيدة كوفمان عندما شخص أحد الأطباء طفلهم الذي يبلغ من العمر 19 شهرا، أنه مصاب بالتوحد الشديد، وبدلا من البحث عن علاج له قاموا باختراع برنامج منزلي وحولوا طفلهم الذي كان لا يستطيع الكلام، وكان منعزلا ودرجة ذكائه ضعيفة، إلى طفل يتكلم ويتفاعل اجتماعيا، وبدرجة ذكاء عالية وبعد سنتين ونصف من تطبيق البرنامج لم يعد طفلهم يحمل تشخيص توحد بل كبر (راين) وتخرج من الجامعة، ويهتم برنامج (صن رايز) بتقوية التواصل الاجتماعي للطفل، وهذا ما يميزه عن بقية البرامج، ومن الأساسيات التي يتبناها البرنامج استخدام رغبات الطفل أساسا للتعليم والتعلم من خلال اللعب المشترك واستعمال عامل الإثارة والمتعة (سليمان، 2012، 161).

-برنامج تحقيق التواصل بنظام تبادل الصور (Pecs) picture exchange communication system
:Bondy Forst 1994

ويعد هذا البرنامج من أوسع البرامج الحديثة انتشارا والذي أعده بوندي فروست لمضطربي التوحد الذين يعانون من قصور لغوي حيث يبدأ التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه المدرس أو الوالد الذي يتواصل معه، ويعمل على تحقيق رغباته بعد أن يحضر الصورة التي تتضمن ما يريد أن يفعل، فهو برنامج يستخدم الصور كبديل عن الكلام إذ يعاني حوالي 50% من المتوحدين من غياب اللغة التام.

كما يقوم البرنامج على مبادئ تحليل السلوك التطبيقي، حيث يتعلم الأطفال مضطربي التوحد التواصل مع الآخرين من خلال الصور وبذلك يعتبر إحدى أنظمة التواصل البديل التعويضي Augmentative And Alternative Communication لهؤلاء الذين لديهم صور لغوي أو ممن يستخدمون اللغة بشكل غير وظيفي،

وقد أشار « بوندي » و « فروست » 2002 أنه ليس من الضروري:

- أ - تعليم الطفل مهارات التقليد أو الكلمات قبل البدء بالتدريب.
- ب- أن يكون لدى الطفل قدرة على التواصل البصري باستمرار.
- ج - تعليم الطفل الجلوس على الكرسي مهدوء قبل البدء بالتدريب.
- د - تعليم الطفل مطابقة الصور مع المجسمات قبل البدء بالتدريب.

هـ - كما لا يوجد حد أدنى لمستوى تطور الأطفال قبل البدء بتدريب. (انصوره، 2018، 160، 161)

خلاصة الفصل:

لقد ألمنا في هذا الفصل بجميع الجوانب الأساسية التي يحتاج أي قارئ معرفتها عن التوحد بداية من النبذة التاريخية إلى التعريف، الأسباب، الأعراض، النظريات المفسرة للاضطراب والسمات، فالتشخيص الذي يعد أهم خطوة لتمييز اضطراب التوحد عن باقي المتلازمات، وهو ما ذكرناه في التشخيص الفارقي، وصولا إلى الأساليب العلاجية المعمول بها حاليا لمحاولة بلوغ نتائج إيجابية تخص هذه الفئة.

كما ذكرنا بعض البرامج العلاجية المستعملة عبر مختلف دول العالم من أجل مساعدة الأطفال التوحديين على اكتساب مهارات حياتية وتواصلية ومعرفية مختلفة تسهل عليهم التكيف والتعايش مع الاضطراب.

الفصل الثالث:

مهارات التواصل غير اللفظي

- تمهيد
- تعريف التواصل
- التعريف النفسي للتواصل
- الخصائص التواصلية العامة لدى أطفال التوحد
- العمليات المعرفية المرتبطة بالتواصل
- التواصل اللفظي
- التواصل غير اللفظي
- مهارات التواصل غير اللفظي
- خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي من المهارات التي يفتقدها الطفل التوحدي، لذا عملت البرامج التدريبية وبرامج التربية الخاصة على تنميتها بصفتها عملية ينقل من خلالها الطفل التوحدي رغباته واحتياجاته ومشاعره دون لغة منظوقة وفي هذا الفصل تم التطرق إلى تعريف التواصل بصفة عامة والتواصل اللفظي وغير اللفظي بصفة خاصة، وقد تم التركيز على التواصل غير اللفظي من خلال التعرف على أهم المهارات التي طبقت على هذه الفئة ومنها التقليد الصوتي، الإستقلالية الذاتية، أعضاء الوجه، أعضاء الجسم، المتشابهات وغير المتشابهات، الحركات الكبرى، التواصل البصري والحركي، تنفيذ التعليمات في إطار تطبيق برنامج هيلب.

1-تعريف التواصل:

-**لغة:** في القاموس المحيط اشتقت كلمة < تواصل > من الفعل وصل الشيء بالشيء وصلا وصلة أي بلغه وانتهى إليه ولم ينقطع وفي المعجم الوسيط، جاءت كلمة « تواصل » في باب « أوصله » الشيء - أنهاه وأبلغه إياه وتوصل إلى الشيء انتهى إليه وبلغه، وفي مختار الصحاح(1999) وردت كلمة تواصل مشتقة من الفعل « وصل » ووصل إلى الشيء (وصولاً) أي بلغه.

- وفي الإنجليزية إشتقت كلمة « تواصل » من الفعل اللاتيني Communis ويشمل التواصل كافة الأساليب والطرق التي يؤثر بموجبها عقل في عقل آخر باستعمال الرموز.

وتعرف ولمان Wolman(1989) التواصل بأنه انتقال أو استقبال الإشارات أو الرسائل بين الأشخاص وفي قاموس وارن Waren فإن التواصل هو نقل انطباع أو تأثير من منطقة إلى أخرى دون النقل الفعلي لمادة ما، وقد يشير إلى النقل انطباعات من البيئة إلى الكائن، أو من فرد إلى آخر (شاش، 2007، 16).

-المفهوم النفسي للتواصل:

توجد تعريفات كثيرة لمفهوم التواصل منها:

- ما ذهب إليه الأشول (1987) من أن التواصل نوع من التفاعل المتبادل حيث يكون سلوك فرد ما بمثابة مثير لسلوك فرد آخر ففي مثل هذا النظام نجد الرموز تشير إلى محتويات الفكرة.

- ويعرف الدسوقي(1990) التواصل بأنه إرسال الانفعالات والاتجاهات والأفكار والأفعال من شخص إلى آخر، وعن طريق التواصل تنقل عادات الفعل والتفكير والشعور من الكبار إلى الصغار.

- ويرى الشناوي (1996) أن التواصل (التخاطب) عملية متبادلة بين شخصين على الأقل أحدهما مرسل والثاني مستقبل، والتواصل لا يقصد به الكلام الموجه لشخص آخر أو الكلام مع شخص آخر، وإنما هو عملية يجب أن تسير في كلا الاتجاهين، وأن الموضوع الذي يجري توصيله هو الذي يفهمه المستقبل، أما الذي لم يفهمه فإنه لم يتم توصيله (شاش، 2007، 16).

2- الخصائص التواصلية العامة لدى الأطفال المتوحدين:

يستعمل الأطفال المتوحدين نفس مهارات التواصل غير اللفظي التي يعتمد عليها الأطفال العاديين ولكنها تتميز بقصور واضح في:

-التقليد:

الطفل المتوحد لا يستطيع التقليد كأقرانه وهذا بالنسبة للتقليد الحركي (الأفعال) وبالتالي لا يمكنه اكتساب الخبرات من الأفراد المحيطين به عن طريق المحاكاة.

- الفهم:

يعاني الطفل التوحيدي من مشاكل في الفهم وتوظيف التعبيرات الوجهية والإيماءات والإشارات المصاحبة للكلام مثل المعبرة عن الحزن، الفرح أو الخوف، وهو ما يتمركز حول قطبين من التعبير العاطفي، إما في العاطفة الايجابية (فرح، سرور) أو في العاطفة السلبية (إحباط، الغضب).

3-العمليات المعرفية المرتبطة بالتواصل:

-الانتباه:

للطفل التوحيدي خلل في الانتباه حيث يلاحظ تثبيت الانتباه على مثير معين لمدة زمنية طويلة، إهمال المثيرات الأخرى التي يجب الانتباه لها.

-الإدراك:

الطفل التوحيدي يعد اضطراب على مستوى الإدراك السمعي البصري سبب اضطرابات نواحي الإدراك السمعي والبصري في الدماغ نتيجة خلل على مستوى الناقلات العصبية المسؤولة عن نقل السيالات العصبية والرسائل العصبية الصادرة عن المخ والمرتبطة بالحواس، أي إيصال الرسائل وتفسيرها، إعادة إرسالها تراهم كأنهم لا يسمعون لعدم الاستجابة للمثير السمعي مثلا عند المناداة أو وجود استجابة شاذة وتحسس مفرط من بعض الأصوات أو الروائح أو الأطعمة.

-الذاكرة:

على خلاف العمليات المعرفية السابقة فإن الطفل التوحدي يتميز بقوة بنوعيهما السمعية والبصرية لكن بسبب الخلل في الإدراك السمعي والبصري فإن المعلومات المخزنة يكون فيها خلل (تبين، كعوش. 2020، 32، 33).

4-أنواع التواصل:

هناك نوعين من التواصل هما:

أ-التواصل اللفظي: Verbalcommunication:

إن التواصل اللفظي أكثر تحديدا من التواصل غير اللفظي، إن الراشدين الذين يستخدمون اللغة يترجمون أفكارهم إلى كلمات محددة ويرتبونها بطريقة تمكنهم من نقل رسائلهم، وتلك الرسائل من الممكن أن تنقل إما مكتوبة أو منطوقة وتعرف هذه العملية كلها بالشفير، وعندما يتلقى المستقبل الرسالة ويترجمها إلى معنى مفهوم فإن هذه العملية تعرف بفك التشفير، وحتى يتمكن المستقبل من تلقي المعنى الذي يقصده المرسل يجب أن يستخدم أصوات متشابهة جدا ومعاني كلمات قريبة وترتيب معروف، وهكذا تعرف عملية تشفير وفك تشفير الرسائل باللغة. (البيلاوي، 2010، 24).

- كما عرفه (اللالا والزيري وآخرون، 315) بأنه الكلمات والأفكار التي تنتقل بين الأفراد بطريقة تمكنهم من نقل رسائلهم والتي يمكن أن تكون مكتوبة أو منطوقة والتي تعرف بمفهومها العام بالشفير، والشفير هو عبارة عن ترجمة للمفردات والكلمات إلى معان والتي تتطلب أصواتا متشابهة ومعاني وكلمات قريبة ومرتبة وفيما بعد تعرف باللغة.

- ويتكون التواصل اللفظي من العناصر التالية:

1- الصوت voice

2- النطق. Articulation

3- اللغة language

4- الطلاقة الكلامية Fluency

5- السمع. Hearing (اللالا والزيري وآخرون 315).

ب-التواصل غير اللفظي:

من الصعب تعريف الرسائل غير اللفظية من خلال مثال واحد، وذلك لكبر القائمة التي تتضمنها الأساليب ما غير اللفظية، ومن بين الأساليب غير اللفظية، تعبيرات الوجه، الإيماءات والإشارات... وغيرها، وكذلك المسافة بين المتحدث والمستمع... وغيرها.

- ولقد قام إسنبج وسميت (Eisenberg, A&Smith (1971 بتقسيم أساليب التواصل غير اللفظي إلى ثلاث فئات أساسية وهي:

الفئة الأولى: هو التواصل المرتبط باللغة ويتضمن متغيرات الصوت استخدامه.

الفئة الثانية: هو التواصل الحركي والذي يشتمل على حركات الجسم.

الفئة الثالثة: هو التواصل الجسدي والذي يشمل على وضع الجسم والعلاقات المكانية (البيلاوي، 2010، 15).

والتواصل غير اللفظي يقصد به NowverbalCommunication ويقصد بها استخدام الوسائل المتاحة غير الكلام لاجراء عملية التواصل، ويمكن أن يشمل لغة الاشارة، تعابير الوجه الايماءات، الرسومات لوحات التواصل، الحاسوب.

إن الاطفال التوحديين يواجهون صعوبة في تطوير مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، وتظهر هذه الصعوبة في عدم القدرة على التقليد اللفظية والنمذجة والاسترجاع وعدم القدرة على تطوير واكتساب المهارات اللغوية الادراكية ReceptiveLanguageSKills أو المهارات اللغوية التعبيرية ExpressiveLanguageSKills تكمن مشكلة التواصل عن الاطفال التوحديين بعدم قدرتهم على استيعاب أو ادراك المعلومات لأن المثيرات البيئية المحيطة بهم تبدو غير مفهومة وكونهم لا يستطيعون إدراك هذه المثيرات أو أن يوظفوها بالشكل الصحيح في المواقف الاجتماعية المختلفة، حيث يقوم هؤلاء الاطفال بتزديد جمل أو كلمات أو مقاطع من كلمات دون فهم أو معرفة لوقت استخدامها وهو ما يسمى بالمصاداة Echolalia، أو استرجاع كلمات سمعها سابقا واستخدامها في غير وقتها المناسب. (محمد، أحمد، 52، 53)

ويعرف التواصل غير اللفظي بأنه: كل وقائع الاتصال الإنساني التي تتجاوز الكلمات المنطوقة أو المكتوبة، وأن كثيرا من السلوكيات غير اللفظية تفسرها الرموز اللفظية. (شاش، 2007، 24).

5-أنواع المهارات المطبقة ضمن برنامج help:

تعد المهارات شيء مكتسب يعين على أداء أفعال جديدة مركبة بسهولة ودقة لتحقيق هدف (عبد الحميد وكفافي، 1995، 66).

- أو هي شئ يمكن علمه أو اكتسابه أو تكوينه لدى المعلم عن طريق المحاكاة والتدريب، وأن ما يتعلمه يختلف باختلاف نوع المادة وطبيعتها وخصائصها والهدف من تعلمها (رحاب عبد الشافي، 1997، 213).

ويتطلب التواصل غير اللفظي تنمية بعض المهارات أهمها:

أ-التقليد الحركي:

تقليد الحركي يعتبر من المهارات المرتبطة بالسلوك اللفظي، ولديه نفس خصائص التقليد اللفظي (الصوتي) ويعد مهارة أساسية لتعلم لغة الإشارة للأطفال حيث يتعلم الطفل أولاً أن يقلد حركة مميزة للدلالة على شيء ما في حالة عدم تسميتها بشكل لفظي.

والتقليد الحركي مهم للأطفال الذين يسمعون ولا ينطقون فعندما يقوم الطفل بعمل حركة معينة لطلب البسكويت أو الشيبس دون مساعدة من الآخرين، فإن ذلك السلوك يعزز فرص التواصل والتفاعل الاجتماعي لديه بشكل أفضل.

كما أن القدرة على التقليد تسمح للمعلم أن يستخدم لغة الإشارة، وذلك للبدء في تعلم الطلب والتسمية والحوار أو المحادثة، مما يسمح للطفل بالتواصل مع الآخرين، وتجنب حدوث السلوكيات السلبية للحصول على ما يريد، وهو ما يعد الأساس للكثير من المهارات الحياتية والانتباه وتعلم الروتين داخل الفصل، بالإضافة إلى أنه يساعد على تطوير مهارات اللعب والسلوكيات الاجتماعية (مُجَّد، 2000، 70).

ب-تنمية العضلات الكبيرة:

لا تقل العضلات الكبيرة أهمية من حقول التطور عند الطفل التوحدي فهذه العضلات هي التي تتحكم بالجلوس والوقوف ومد الذراعين، والتحرك والانحناء، التحرك زحفاً، أو دبذبة، المشي، صعود ونزول الدرج، القفز، الرقص، وتحريك الأشياء والركض والتسلق وغيرها من المهمات التي تحتاج لقوة دفع الجسم والأطراف، ومن أهم الأنشطة والتمارين التي تعمل عليها مع المصابين بتوحد في مجال تنمية العضلات والكبيرة.

1- حركات المرونة في تغيير الاتجاه بشكل دائم مكتسبا حرية الحركة.

2- تدريب للطفل على الجلوس على الكرة العلاجية الكبيرة ثم يعمل على تحريكه.

3- المشي بمختلف الاتجاهات بعد تحميل الطفل وزنا خفيفا.

4- اللعب بالكرة بحيث يقذفها ثم يتابع تنفيذها على الأرض على ما يشابه اللعب بكرة السلة (بلتاجي، 2019، 109، 110).

5- المشي على رؤوس الأصابع.

6- يتوقف الطفل في الملعب بحيث تكون قدماه في صندوق كرتون صغير تقذف الكرة باتجاهه، ويطلب منه تجنب الكرة بتحريك جسمه دون قدميه.

7- تقليد سير الحيوانات (مشية الدب، مشية الضفدع، مشية البطة)

8- المشي على الركب والمشي على وسائل مختلفة الحجم والصلابة

9- الدحرجة من على علو.

10- السير والحبو والزحف من خلال أنفاق صناعية. (بلتاجي، 2019، 110)

ج- تنمية العضلات الدقيقة (حركات دقيقة):

تأتي أهمية العضلات الدقيقة نظرا لحاجة الطفل إلى هذه العضلات في كل ما يدخل لعملية التعليم المنظم وكل ما من شأنه الإعداد والتدريب المهني كالرسم والكتابة والحرف اليدوية على أنواعها ولغة الإشارة والإيماء واستعمال الأشياء على أنواعها البسيطة منها والمعقدة.

- الحركات الدقيقة هي التي تمكن الطفل من إمساك الهاتف، فتح الأبواب الشبائيك، واستعمال كافة المفاتيح والقيام بأعمال يدوية واستعمال الأدوات الموسيقية والأعمال اليومية كالمسح والتنظيف والغسيل وربما الكي وتقطيع وتصنيف الخضار والفواكه.

- أهم الأنشطة والتمارين التي تعمل فيها مع المصابين بالتوحد في مجال تنمية العضلات الدقيقة:

- صور التركيبيةPuzzel من مختلف الأحجام.

- مطابقة الأشكال بالفراغات.

- شك الخرز من مختلف الألوان.

- الملابس على أنواعها (قمصان، سراويل، أزرار، بيجامات، شريط، الحذاء، أدوات الطعام، أكواب، صحن، ملاعق وشوك وسكاكين، فوط، وأوعية مطبخية، على أنواعها، مع مراعاة، شروط السلامة، عينات حقيقية من الخضار والفواكه واللحوم والبذور والحبوب والمواد الأولية لصناعة الحلويات، والعجين. (زمام، الجماعي 2013، 86، 87).

د- مهارات الإستقلالية الذاتية:

تعد المهارات الاستقلالية من المهارات الأساسية في حياة كل إنسان، سواء كان لديه اضطراب ام لم يكون لديه، ويتلقى الإنسان في بداية حياته هذه المهارات من خلال الأسرة وخاصة الأب والأم، ثم من بقية أفراد مجتمعه فيما بعد، وفيما يخص الأشخاص ذوي الإعاقة فإن تلك المهارات تعد من المهارات الضرورية التي تحتوي عليها مناهجهم التعليمية بغض النظر عن درجات وأنواع إعاقاتهم وتصنيفها، حيث إن ذوي الإعاقة يحتاجون أكثر من غيرهم إلى تعلم مثل تلك المهارات، لأن تعلمهم يكسبهم الكثير من الصفات التي يفقدونها بسبب الإعاقة أو غيرها من الأسباب.

- تصنيف الجمعية الأمريكية للاضطرابات الذهنية والنمائية التي تنطلق من مقياسها وهو مقياس السلوك التكيفي، حيث صنفت المهارات الاستقلالية إلى:

- 1- مهارات تناول الطعام مثل: تناول الطعام، تناول السوائل، آداب الطعام.
 - 2- مهارات استعمال المرحاض، والتي تركز على كيفية استخدام الطفل للمرحاض وقضاء حاجته.
 - 3- مهارات المظهر الشخصي مثل: ارتداء الملابس مهارات العناية بالملابس.
 - 4- مهارات النظافة مثل: غسل اليدين، غسل الوجه، الاستحمام،
 - 5- مهارات التنقل مثل: الإحساس بالاتجاهات، استخدام المواصلات العامة. (شليحي، 2011، 307، 308).
- هـ-مهارات التواصل البصري الحركي:

تخص هذه المهارة أيضا التأزر البصري اليدوي، وهو ضبط العضلات التي يتيح لليد أن تقوم بالمهمة وفق الطريقة التي تراها العين، فللبصر دور هام في تعلم الإنسان، فهو الحاسة الأقوى والنفاذة نحو المثيرات ومن خلالها يستطيع الفرد اكتساب مراد التعلم، وعملية الكتابة عنصر من عناصر التعلم لذا فإن التأزر البصري اليدوي يلعب دورا هاما.

ولتحقيق هذا التأزر ينبغي تدريب الطفل على التمرينات المهمة لتنمية التأزر البصري واليدوي.

- 1- تدريب الطفل بتحريك أصابعه على الحروف البارزة.
- 2- استخدام الأواني والأدوات الصغيرة.
- 3- التشجيع على تجميع صور الأشياء من المجالات ولصقها في كراسه خاصة مع ربط الأشياء بعضها ببعض (تجميع صور الحيوانات معا، الأطعمة معا).
- 4- ألعاب الفك والتكيب وألعاب بناء الصور والرسوم والزخارف المثبتة على قطع صلبة متعددة على قوالب.
- 5- العزف على البيانو، واللعب بالقطع النقدية، ونظم الحز في خيوط أو أسلاك رفيعة والنسيج والخياطة.

- 6- القفز على الحبل أو تسلق السلم.
 - 7- ضبط حركة العين للتوافق مع حركة اليد عند الكتابة لمراعاة الكتابة على السطور المحددة، ومراعات حجم الحروف واتساق الحروف والكلمات معا وتوافق المساحات بين الكلمات.
 - 8- المعجون. 11- تزيير الأزرار.
 - 9- طلاء الأصابع. 12- متابعة الأثر.
 - 10- ضم الحز في الخيط. 13- ربط الأحذية. (بيجي، عبيد، 2007، 96، 97، 98).
- و- اللغة الإستقبالية، (تنفيذ التعليم):

وفقا للاختبار اللفظي VIQ تعرف اللغة الاستقبالية بأنها قدرة الطفل على إدراك وفهم ما يقال. (نصر، 2001، 34).

ويعرفها عبد العزيز السرطاوي وآخرون بأنها قدرة الفرد على فهم وإدراك كلام الآخرين وتمكنه من استخدام قدراته العقلية ومعلوماته ومفاهيمه السابقة في إدراك وفهم كما يقوم إليه من معلومات لفظية والإستجابة لها بطريقة منطقية (الزريقات، 2004، 472).

ز- إدراك المتشابهات وغير المتشابهات: ونبدأ أولا بـ:

- المهارات البصرية:

وتعرف على أنها النظر، الانتباه إلى ما تراه بهدف تفسير معناه.

- التمييز البصري:

هو القدرة أوجه الشبه والاختلاف بين الأشياء والقيام بالتمييز على أساس اللون أو الشكل أو الأبعاد وغيرها. تتطور القدرة على تمييز الشكل ببطء نسبيا، فالأطفال يجدون سهولة في مطابقة الأشياء أكثر من رسمها لأن الرسم يتطلب إدراكا حسيا أكثر دقة للحدود وتوافقا جيدا بين العين واليد وحتى سن السنتين ونصف يستمر الأطفال بمطابقة الأشكال على أساس التجربة والخطأ، بينما يجد الأطفال بين ثلاث وأربع سنوات أنه من المفيد لهم اللعب بالأشكال. البسيطة أسهل من المعقدة حتى سن السادسة.

- المطابقة و الانتقاء:

وهي قدرة إدراكية، كالانتقاء حسب اللون أو الشكل أو الوظيفة، يستطيع الطفل في عمر السنتين أن يطابق شيئين متماثلين، وفي عمر سنتين ونصف حتى ثلاث سنوات يستطيع مطابقة شيئين غير متماثلين تبعا للون، أو

الشكل أو الحجم، شريطة استخدام الأشكال البسيطة والألوان الأساسية وبعد ذلك بفترة قصيرة، يبدأ الطفل بانتقاء أعداد كبيرة من الأشياء مستخدماً في بداية معياراً واحداً كاللون ثم اثنين كاللون والحجم. (الدوخي والصقر، 1425، 142).

ح- مهارة تقليد الأصوات:

- مرحلة التقليد: الشهر الثامن - الشهر الحادي عشر:

يقلد فيها الطفل ما يسمعه من أصوات وهو تقليد يخلو من أي نوع من الإدراك أو الوعي، لذا فإن معظم ما يقلد يشوبه كثيراً من الأخطاء وقد يرجع ذلك إلى عدم اكتمال نضج عضلات جهاز النطق وضعف الإدراك السمعي. (الفرماوي، 2006، 33).

- التقليد الصوتي البصري:

- الأهداف:

1 . تشجيع الطفل لتقليد أصوات مع رفع مقدرته على التركيز البصري لما يفعله الشخص الآخر.

2 . إصدار أصوات معينة بحركات بسيطة يسهل تقليدها.

- الإجراءات:

1- اختر فعلاً من الأفعال الآتية:

أ . ضع أصبعك على شفتيك قائلاً (هـش).

ب . اضرب بيدك على فمك قائلاً (واو).

ج . أصدر صوتاً بشفتيك مثلاً (قبلة في الهواء).

2 . عليك أن تفعل أنت أولاً أيّاً من هذه الحركات، ثم أطلب من الطفل أن يقلدك ممسكاً بيده لتوجيهه.

3 . قلل شيئاً فشيئاً مساندتك له، قبل أن تنتقل لحركة أخرى وصوت آخر، عليك تكرار الحركة والصوت اللذين بدأت بهما عدة مرات أولاً. (عبد الحميد، 2003، 27).

ط- الدلائل الوجهية (أعضاء الوجه):

الابتسامة في العمر من 2 إلى 3 أشهر يمكن للطفل العادي أن يتعرف على وجه أحد الوالدين أو كليهما ويتسم ليبيدي تعرفه عليهم وسعادته بوجودهم بجانبه، وهو ما يفتقد إليه الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد وقد يلاحظ الوالدان ذلك منذ البداية.

-التواصل بالعين في نهاية السنة الثانية من العمر يظهرالأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، درجة من ضعف التواصل بالعين فتغيب النظرة المتعمقة للأشخاص وربما للأشياء (الظاهر، 2009، 84).

- تعد الوجوه بمثابة المرآة العاكسة، ليس فقط لما في دواخلنا وإنما لما يحدث حولنا مع الآخرين في الحياة اليومية، فالوجه بمثابة وسيلة تغذية رجعية للآخرين، ولنا في تفاعلاتنا اليومية من ناحية فهمنا للمواقف التواصلية ومدى رغبتنا من عدمها في الاستمرار في علاقتنا، كما تعتبر العيون هي أكثر أجهزة إرسال الإشارات الإجتماعية التي نملكها قوة، لذلك يطلق على العينين نوافذ الروح.

فالاتصال بالعين يمكن أن يستخدم كوسيلة للبحث عن العلاقات الحميمة أو محاولة الإبتزاز والتهديد، والعيون هي أكثر مناطق الوجه استخداما كقناة تواصل (لغة العينين) فهي ترسل وتستقبل العديد من الرسائل غير اللفظية في آن واحد معا مثل: الخجل، الصدق، الحيرة، الكذب (الغزالي، 2011، 23، 24).

ن-أعضاء الجسم:

تؤثر أوضاع الجسم واستعمال الخبرات المكانية على التواصل بطريقتين هما:

الأولى: هي المسافة بين المتكلم والمستمع ولها تأثير واضح على التواصل، فهي تؤثر على آلية تفسير الرسالة.
الثانية: هي الثقافات المختلفة لها تأثيرات مختلفة فعلى سبل المثال العرب واليونانيون يميلون إلى الوقوف بالقرب من بعضهم عندما يريدون أن يتكلموا وجها لوجه مقارنة مع الأفراد في أمريكا الشمالية (الزريقات، 2005، 31).

م-حركات الجسم:

وظيفة الجسم تشمل على الإشارات البصرية التي ترسل غير حركات الجسم خصوصا الإيماءات، وعند استعمال حركات الجسم فإنه يجب تعليم المعنى الكامل لهذه الحركات والمعنى الكامل للأصوات والكلمات للغة المشتركة.

وينقسم التواصل الجسمي غير اللفظي إلى ثلاث مجموعات هي:

- العشوائية ARBITTRORY: وتهتم هذه بمحور المحادثة أكثر من التشبيه إلى ماذا تعود(الزريقات، 2005، 30).

- الأيقونة LCONIC: وهي عبارة عن حركات تحمل في طياتها بعض التمثيل أو التشبيه إلى ماذا تقصد أو تعني، مثل حرف برمز V إلى النصر.

- جوهرية أو حقيقية INTRINSIC: وهي القدرات التي تعتبر جزءا من الظرف المهم مثل حركات الجسم التي تحدث البكاء والضحك.

- وقد تعكس الإيماءات وأوضاع الجسم معاني كثيرة تتطلب خبرة وقدرة ووقت في وضعها فقد تعني الإنفتاحية وقد تعني الدماغية أو الظن أو التحمل أو التقبل وغيرها (الزريقات، 2005، 30، 31).

خلاصة الفصل:

تم التطرق في هذا الفصل إلى كل ما يخص التواصل اللفظي وغير اللفظي بالنسبة إلى الطفل التوحدي وخاصة المهارات التي اعتمدها الباحثان في شبكة الملاحظة الخاصة بتنمية مهارات التواصل غير اللفظي. تعرفنا في هذا الفصل على مهارات التواصل غير اللفظي التي يجب أن يمتلكها الأطفال المتوحدون لتسهيل تواصلهم مع من حولهم، والتي تم تطبيقها من خلال برنامج هيلب الذي اعتمده الباحثان محل الدراسة للتأكد من فاعليته في إطار البرامج العلاجية الخاصة بتدريب هذه الفئة.

الفصل الرابع:

برنامج help

تمهيد:

ركز مجال التربية الخاصة على البرامج العلاجية التي اهتمت بتدريب وتنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى الاطفال التوحدين، والتي اعتنت بتسهيل عملية التواصل والتعبير عن الرغبات لديهم، بتطبيق ما يحتاجونه في اطار التكفل لاكتساب ما يساعدهم على التواصل مع العالم الخارجي.

ومن بينها برنامج هيلب الذي سنعرضه في هذا الفصل:

1- نشأة برنامج help:

لقد تم تأسيس نظام التعليم المبكر في هاواي وذلك للحاجة إلى وجود وسيلة يمكن من خلالها إنجاز التطوير على مراحل بخطوات صغيرة تدريجياً واقتراحات خاصة بالنشاطات لتعليم المهارات التنموية، وقد نشأ هذا المشروع عن المشروع التجريبي وبرنامج التدريب 1971 إلى 1979 والمسمى بمشروع هيلب، صدرت النشرة الأولى في عام 1979 من قبل شركة vort أما التنقيح ففي عام 1985 من قبل الشركة نفسها وبدأ تطويره وتطبيقه في المجتمع العربي سنة 2010.

2- تعريف برنامج help:

تحمل كلمة هيلب معنى مركب هو: Hawaii Early Learning Profile أي: نموذج هاواي للتعليم المبكر. فهو أحد برامج التدخل المبكر التي يمكن ان تخدم الاهل، فهو برنامج قائم على تقديرالضعف في جميع القدرات بالنسبة لأطفال التوحد، ويعتمد في تطبيقه على استراتيجيات التدخل التي تشجع وتحفز الطفل فهي قائمة على اللعب ويتم تطبيقه بمرونة لكل طفل أدواته المرفقة به وقد وضع هذا البرنامج قائمة لوائح للمهارات التي يجب ان يتقنها الطفل. (نهي، 139، 2010)

3- مجالات برنامج help:

المجال الأول: التنظيم الحسي التناسقي:

ويشمل (التنظيم الحسي، اللعب الرمزي، العلاقات المكانية، تقليد الايماءات، ادراك الأصوات).

المجال الثاني: اللغة الادراك الارسال والاستقبال:

ويشمل (فهم معنى الكلمة، تعلم القواعد والتعليمات، التواصل من خلال الموسيقى، تطور الأصوات ووضوحها، مفردات التعبيرية).

المجال الثالث: الحركات الكبرى:

ويشمل (الانبطاح على الارض، الاستلقاء على الظهر، وضعية الجلوس، تطوير التحكم في الجسم، الحركات الانتقالية الوقوف، التوازن، المشي، الركض، السباحة).

المجال الرابع: الحركات الدقيقة

ويشمل (القبض، المسك باليد، القص الأنشطة الورقية، المكعبات والمجسمات، ضم الخرز).

المجال الخامس: الاجتماعي العاطفي:

ويشمل (الإحساس بالهوية الذاتية، الشعور بالمسؤولية، إتباع القواعد، التفاعلات الاجتماعية، الألعاب الاجتماعية، الأخلاق).

المجال السادس: العناية بالذات:

وتشمل (خلع الملابس، اللباس، الشرب، الطعام، النظافة الشخصية، الذهاب إلى الحمام، العناية بنظافة الأسنان).

4- خطوات تطبيق برنامج help:

أولاً: عملية التقييم:

- 1- القيام بعملية تقييم رسمية وغير رسمية وهذا يتطلب يعمل مع الطفل والوالدين.
- 2- الوالدين للحصول على المعلومات والبيانات الإضافية حول الأسرة وحالة الإعاقة عند الطفل وغيرها من المعلومات.
- 3- نطلب من الوالدين التوقيع على ورقة للسماح بالحصول على معلومات إضافية للطفل من الطبيب المعالج أو أي مصادر أخرى لها علاقة بالطفل.

ثانياً: مراجعة معلومات تقويم الطفل:

نقوم باختيار لون ليكون بديل عن المعلومات والتقويم التي يتم تحصيلها اعتباراً من تاريخ التقويم ونحدد هذا اللون نضع تاريخ التقويم في خانة مخصصة لذلك في لوائح اللون المختار، نقوم برسم خط رأس أسفل اللوحة: للدلالة على عمر الطفل.

من بين كل بند من البنود التي يتم إتقانها من قبل الطفل اعتباراً من تاريخ التقويم.

-استخدام عدة ألوان أظهر صورة شاملة عن الطفل تظهر المهارات التي أتقنها الطفل في السابق.

- القيام بإعادة تقويم وتحديث لوائح باستخدام لون مختلف حسب تاريخ التقويم الجديد

ثالثا: حفظ السجلات:

إن قائمة المراجعة عبارة عن نموذج احدث للمهارات الظاهرة في اللوائح وتستخدم هذه القائمة مع اللوائح حيث أنها عبارة عن نموذج يعتبر أوضح واسهل من اجل التسجيل الاولي بينما توفر اللوائح متابعة بصرية هامة لسير تقدم الطفل، وتستخدم القائمة كوسيلة تقويم وتسجيل التقويم والمتابعة وذلك حتى لو لم تستعمل لوائح للمراقبة.

1- نحدد اولا اذا كنا نريد مراقبة وتدوين مهارات الطفل في قائمة المراجعة، وهذا يتم باتباع التعليمات المدونة على القائمة للتعرف على قدرات الطفل وحاجياته ثم تدوينها في القائمة كما يوجد هناك مكان في القائمة مخصص لتدوين توارىخالتقويم والملاحظات ومن ثم نقل البيانات إلى اللوائح ليتم متابعة الطفل بالنظر من قبل الآباء والمعلمين.

رابعا: كتابة الاهداف السلوكية

1- مراجعة الهدف التعليمي والسلوكي المكتوب جيدا ويجب ان يكون قابل للقياس والمراقبة ومحدد بتاريخ معين ومحتوى على معيار معين.

2- مراجعة لوائح الطفل بالهيلب، وتحديد الهدف الذي له الاولوية الوقت الحالي ومراجعة كل نقص لدى الطفل(لم يتقنه وغير ملون بعد).

3- استخدام المهارات غير الملونة غير المتقنة بعد من قبل الطفل كأساس لاختيار الهدف والأنشطة المناسبة.

خامسا: البرمجة من خلال استعمال دليل النشاط

1- بناء على المهارات المختارة أو الاهداف التي تم اعداد اهدافها.

2- انظر إلى الدليل واحصل على الأنشطة الملائمة للمهارات، ودرس الهدف من الدليل لبند هذه المهارة بصورة عامة يتم ترتيب الأنشطة بصورة معقدة نقوم باختيار الأنشطة والمهام من بين الأنشطة المقترحة في الدليل والتي تساعد الطفل المعاق في تحقيق الهدف.

3- لكي يتم تنفيذ الأنشطة في المنزل مع الاسرة يجب التخطيط لها جيدا واستخدام مواد من البيئة الاسرية اقرب إلى نفس الطفل.

سادسا: استمارة التخطيط

- تحديث اللوائح كلما اتقن الطفل مهارات مختلفة وذلك بوضع علامات على تاريخ تحقيق الهدف أو من خلال عملية التلوين.

– عيد وقت معين لإعادة التقويم، نقوم بوضع علامه على العمر المناسب مع تلوين البنود وبعد ذلك نقوم بتقويم الهدف واذا حقق الطفل الهدف قبل التاريخ المدون نقوم بتقييد التاريخ الجديد ونكتب هدف جديد واجب التحقيق مرة اخرى.

- تلوين الخانة في بداية المهارة اذا ما استطاع الطفل اداء المهارة جزئيا ببطء.
- نضع خط ملون على خانة المهارة إذا حقق الطفل بمقدرته وليس بالطريقة المتوقعة منه.
- للحفاظ على استمراريه التخطيط للطفل يجب ترتيب اللوائح لكل برنامج يحضره الطفل.

5- دليل الأنشطة للأطفال الذاتويين:

تم تصميمه هذا البرامج فهو يحتوي على العديد من الانشطة التي تم تطبيقها مع أطفال التوحد للاستفادة من البرامج التالية في جميع هذا الدليل: التربية الخاصة، علاج اللعب، التحليلي، علاج السلوكي، علاج الحسي، الغذائي. (عبد السلام، 2015، 221)

خلاصة الفصل:

نستنتج مما سبق ان برنامج help برنامج علاجي تدريبي يساعد على التكفل السليم لأطفال التوحد وتنمية مهارتهم التي تجعلهم أكثر استقلالية ولا يقتصر فقط على الاخصائي فهو يساعد أسر أطفال التوحد في التدريب والتكفل المبكر وتنمية مهاراتهم في التواصل اللفظي وغير اللفظي.

الفصل الخامس:

الجانب التطبيقي

تمهيد:

بعد التطرق النظري لموضوع البحث المتمثل في فعالية برنامج هيلب في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي عند أطفال التوحد، نشرع الآن في الجانب التطبيقي والذي يكمل الجانب النظري ويوصلنا إلى الإجابة عن الإشكالية المطروحة في هذا البحث وكذا التحقق من فرضياته، وهذا باتباع طريقة علمية نعتمد فيها على خطوات منهجية واضحة تتمثل في الدراسة الاستطلاعية، حدود الدراسة، منهج الدراسة، أدوات الدراسة، الدراسة الأساسية.

أولاً: الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية من أهم خطوات البحث العلمي، وتكون أهميتها في التعرف على المشكل والعقبات التي قد تتعرض الباحث قبل واثناء الدراسة، وتهدف إلى جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول موضوع الدراسة بعد الاطلاع على الدراسات السابقة.

افتتح المركز رسمياً يوم 20 جوان 2020 تحت اسم الفيدرالية الوطنية لأطفال التوحد والتريزوميا وتكفل

ب120 طفل متوحد، وتهدف عملية التكفل بالطفل التوحدي إلى:

- تحقيق الاستقلالية الذاتية للطفل التوحدي.

- تحقيق الدمج الاجتماعي والانفعالي والمدرسة والمهني.

يحتوي المركز على مجموعة من الهياكل تتمثل في:

- الجناح الإداري:

- مكتب المديرية.

- مصلحة الاقتصادية.

- الجناح البيداغوجي:

- مكتب الإحصائية الإطفونية.

- مكتب الإحصائية النفسانية.

- الورشات.

- الأفواج.

وبالإضافة إلى مرافق التالية:

-المطبخ.

-الفناء.

ثانيا: حدود الدراسة:

تمثلت حدود الدراسة في النقاط التالية:

1- حدود المكانية:

جمعية الأمل الاطفال التوحد وتريزوميا تيارت كانت ميدانا لتطبيق الدراسة وباعتبار إحدى الباحثين تعمل في المركز لم نتلقى أي صعوبة في إجراء الدراسة الميدانية.

2- الحدود الزمنية:

جربة الدراسة الميدانية خلال مده زمنية قدرت 6 أشهر (من 06سبتمبر 2023 إلى 6 مارس 2023)

3-الحدود البشرية:

تتكون طاقم عمل المتكون من 5 أخصائيين نفسين مسؤولين عن الحصص الفردية وجلسات النسقية وارطفونية مسؤول عن تطوير مهارات التواصل عند الأطفال توحد 4 مربين مسؤولين على الافواج خرجات الميدانية المتمثلة في مركز الفروسية ومركز السباحة بإضافة إلى طبخة والمسؤولة على النظافة مركز.

ثالثا: منهج البحث:

لطبيعة البحث وتحقيق اهدافه استخدامنا المنهج شبه تجريبي للمجموعة الواحدة، الذي يستخدم في الدراسات التي يستطيع الباحث ضبط جميع المتغيرات فيها بشكل شبه كامل والتأثير الذي يحدثه المتغير في متغير اخر قابل للتقصي والدراسة.

رابعا: أدوات الدراسة:

1-الملاحظة العيادية: المشاهدة والمراقبة الدقيقة لسلوك أو ظاهره معينه وتسجيل الملاحظات أول أنا بأساليب الدراسة المناسبة لطبيعة ذلك السلوك أو تلك الظاهرة بغية التحقيق افضل النتائج والحصول على أدق المعلومات.

2-دراسه حالة: قوم على جمع البيانات والمعلومات كثيره وشامله عن حاله الفرد واحد أو عدد من حالات بهدف الوصول إلى فهم اعمق للظاهرة المدروسة وما يشبهها من الظواهر. (مُحَمَّد، 2019، 194)

- 3- شبكة الملاحظة: تعتبر شبكة الملاحظة اداة وظيفتها التقاط عناصر وعمليات وافعال من الوضعيات تكون تسجيل احد الطرق الملاحظة المبنية بحيث تسمح بطريقه منتظمة من تسجيل ظهور أو اختلاف سلوك معين.
- 4- القياس القبلي والبعدى: يتم توزيع افراد العينة على مجموعتين ثم يتم القياس المتغيرات تابعه للمجموعتين وذلك قبل التدخل التجريبي للمجموعة التجريبية وهذا ما يسمى القياس القبلي ثم يتم القياس لنفس المتغيرات مره اخرى لمجموعتين بعد التدخل التجريبي للمجموعة التجريبية ويسمى ذلك بالقياس البعدى. (سعد، 2019، 150)
- 5- برنامج هيلب: برنامج علاجي تدريبي يعتمد على تنميه مهارات الطفل مهارات الاستقلالية، مهارات التقليد، مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي ومهارات الاجتماعية.

خامسا: الدراسة الأساسية:

مراحل دراسة الاساسية:

-المرحلة الاولى:

تشمل الجلسات الاولى التي تسبق تطبيق البرنامج التدريبي، والتي تم من خلالها مقابلة الأولياء والطفل، حيث يتم فيها جمع المعلومات الشاملة على الطفل وبناء الثقة العلاجية مع الاسرة.

-المرحلة الثانية:

وفيهما يتم ملاحظة الطفل ومعرفة قدراته وقصوره في التواصل، وتحديد كل رغباته، وميوله، وجمع كل المعلومات والبيانات التي تخص الطفل، وتحضير خطة مناسبة في للتدريب.

المرحلة الثالثة:

في هذه المرحلة يتم تطبيق القياس القبلي لمهارات التواصل غير اللفظي على أطفال التوحد.

المرحلة الرابعة:

في هذه المرحلة تطبيق لوائح البرنامج والعمل على تدريب المهارات والتواصل غير اللفظي.

المرحلة الخامسة:

في هذه المرحلة يتم تطبيق القياس البعدى لمهارات التواصل غير اللفظي.

سادسا: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ثلاث أطفال ذكرين وانثى تتراوح اعمارهم بين 4 و6 سنوات وتزاول الحالات المتابعة النفسية في جميعه الامل لأطفال التوحد والتريزوميا.

الجدول رقم (1): توزيع الأفراد العينة:

العينة	الجنس	السن
2	ذكور	سنوات 4-6
1	اناث	سنوات 4_6

سابعاً: مدة تطبيق البرنامج:

طبق برنامج هيلب في مدة زمنية قدرت ب 6 اشهر بمعدل 48 جلسة، و8 جلسات في الشهر، وجلستين في الاسبوع، هي عبارات عن حصص فردية وفي نهاية كل شهر الجلسة الاخيرة مخصصة لاولياء أطفال التوحد، من أجل التوصيات ومعرفة حالة الطفل في المنزل.

الجدول رقم (2): توزيع الجلسات:

رقم الجلسة	ادوات مستعملة	هدف من جلسة	مدة الجلسة
الجلسة 01	دراسة حالة (مع الاولياء)	جمع المعلومات دقيقة التي تخص الطفل من كل الجوانب	40د
الجلسة 2,3,4	ملاحظة العيادية	ملاحظة سلوكيات الطفل وتدوينها.	45د للجلسة الواحدة
الجلسة 5,6,7	تعليمات و أوامر، ومنادات بالاسم	الاستجابة للنداء	45د للجلسة الواحدة
الجلسة 8, 9, 10	الذهاب إلى المرحاض، خلع وارتداء الملابس بمفرده، أكل وشرب	الاستقلالية الذاتية	45د للجلسة واحدة
الجلسة 11,12,13	شعاع ضوئي، لوحة مسامير	العمل على تواصل بصري	45د للجلسة واحدة
الجلسة 14,15,16	الأوامر، الاشارة، التعين	العمل على تنفيذ التعليمات	45د للجلسة واحدة
الجلسة 17,18,19	تطابق، فرز، تصنيف	العمل على ادراك المتشابهات و غير المتشابهات	45د للجلسة واحدة

20,21,22 جلسة	مرأة، صوتة جسم، مجسم، دميمة	العمل على اعضاء الوجه واعضاء الجسم	45د للجلسة واحدة
23,24,25 جلسة	الانبطاح على الارض، الوقوف، التوازن	العمل على الحركات الكبرى	45د للجلسة واحدة
26,27,28 جلسة	القبض، القص، الامساك باليد، بناء مكعبات	العمل على الحركات الدقيقة	45د للجلسة واحدة
29,30,31 جلسة	مرأة، كراس تسممة بأصوات	تقليد الحركات والاصوات	45د للجلسة واحدة

ملاحظة: في نهاية كل شهر كانت تقام جلسة نسقية مع الاهل، من اجل توعية وارشاد وتقديم برنامج تدريبي للطفل داخل المنزل، من اجل التدريب والتكفل الجيد.

ثامنا: مضمون الجلسات التدريبية:

تتضمن الجلسات التدريبية استراتيجيات خاصة يجب ان تشمل:

- 1- زمن الجلسة: يقصد به المدة المستغرقة للجلسة والتي تتراوح من بين 40 الى 45 دقيقة للجلسة واحدة.
- 2- هدف الجلسة: يتمثل في المهارات المراد تدريبها وتنميتها.
- 3- الأدوات المستعملة: الوسائل التدريبية التي تم العمل بها، من اجل التدريب وتطوير المهارات جيدا.

خلاصة الفصل:

تعرضنا في هذا الفصل إلى الدراسة الميدانية في تحديد الاطار المكاني وزماني للدراسة، وتطرقنا إلى منهج البحث، وهو المهج شبه التجريبي للمجموعة الواحد، وأدوات الدراسة، المتمثلة في الملاحظة العيادية، ودراسة الحالة وشبكة الملاحظة، ثم تسليط الضوء على مراحل تطبيق برنامج هيلب، وجدول المقابلات.

الفصل السادس:

تحليل ومناقشة النتائج

تمهيد:

تطرقنا في هذا الفصل إلى عرض نتائج الدراسة ومناقشتها وذلك لمعرفة مدى صحة الفرضية.

1- عرض وتحليل نتائج الحالات:

-الحالة الاولى:

البيانات الاولى:

الاس: ح. ن.

العمر: 5 سنوات

الجنس: أنثى

العنوان: تيارت

سبب الفحص: التكفل والتدريب من طرف الاخصائي النفساني

المرسل من طرف: طبيب العقلي للأطفال

الحالة العائلية:

اسم الاب: ح. ب.

المهنة: سائق سيارة

السن: 40 سنة

اسم الام: م. ر.

المهنة: مأكثة في البيت

السن: 35 سنة

هل الوالدين يعيشان معا: نعم

هل هناك قرابة بين الوالدين: نعم

عدد الاخوة: ثلاثة

رتبه الطفل بين الاخوة: الاخير

مراحل الحمل:

هل الحمل كان مرغوب فيه: نعم

حوادث اثناء الحمل: لا توجد

تناولت ادويه اثناء فترة الحمل: نعم

حمل عادي أو مضطرب: عادي

مراحل الولادة:

هل كانت الولادة في الوقت المحدد: نعم

مدة الولادة طويلة أو قصيرة: طويلة

وضعيه الخروج: عادية

صرخة الميلاد: لا توجد

هل ظهرت عليه زرقه في الجسم: لا

مراحل النمو:

سن شد الراس: شهرين

الجلوس بمساعدة الغير: أربعة اشهر

الحبوى: سبع اشهر

الوقوف: سنة

المشي: سنه وشهرين

مراحل النمو اللغوي:

ابتسامه الميلاد: موجودة

متى بدا يتعرف على اسمه: سنتين

في اي سنه نطق اول كلمة: ثلاث سنوات

هل يتواصل مع اطفال في مثل سنه: لا

في حاله عدم القدرته على التواصل كيف تكون رده فعله عليه بكاء أو صراخ: بكاء وعدوانية نحو الذات

هل يضحك بدون سبب أو يجلس أو يلعب وحيدا: نعم

هل يضحك اثناء النوم: لا

هل يظهر عليه السهو: نعم

هل يدور حول نفسه: نعم

هل لديه تقليد الحركي واللفظي: نعم

نتائج EEG (تخطيط الدماغ): جيدة

نتائج PEA (اختبار السمع): جيدة

الجدول رقم (3): القياس القبلي لشبكة الملاحظة:

الملاحظة	درجة المهارات			المهارات
	غير متوفر	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل جيد	
		×		الاستجابة لنداء
	×			الاستقلالي الذاتية
		×		التواصل البصري
	×			تنفيذ التعليمات
	×			ادراك التشابهات وغير متشابهات
		×		أعضاء الوجه
		×		اعضاء الجسم
		×		الحركات الكبرى
		×		الحركات دقيقة
	×			التقليد الحركي
	×			تقليد أصوات

الجدول رقم (4): القياس البعدي لشبكة الملاحظة:

الملاحظة	درجة المهارات			المهارات
	غير متوفر	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل جيد	
			×	الاستجابة للنداء
		×		الاستقلالية ذاتية

			×	التواصل بصري
			×	تنفيذ التعليمات
		×		ادراك المشابهات وغير المتشبهات
			×	أعضاء الوجه
			×	أعضاء الجسم
		×		الحركات الكبرى
			×	الحركات الدقيقة
		×		التقليد الحركي
			×	تقليد الأصوات

الجدول رقم (05): يمثل المقارنة بين القياس القبلي والبعدى للحالة الأول :

المهارات / درجة المهارة	الاستجابة للنداء	الاستقلالية الذاتية	التواصل البصرى	تنفيذ التعليمية	ادراك المتشابهات وغير المتشابهات	اعضاء الوجه	اعضاء الجسم	الحركات الكبرى	الحركات الدقيقة	تقليد الحركات	تقليد الأصوات
الدرجة قبل تطبيق برنامج هيلب	متوفر بشكل نسبي	غير متوفر	متوفر بشكل نسبي	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل نسبي	غير متوفر	غير متوفر
الدرجة بعد تطبيق برنامج هيلب	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل جيد

الاستنتاج عام للحالة الأولى:

من خلال التقييم الأولى للحالة ح.ن، تمت ملاحظة نقص في (الاستجابة للنداء، تنفيذ التعليم، نحارية الاستقلالية الذاتية، التواصل البصري، القدرات المعرفية، المتمثلة في الإدراك والانتباه، والذاكرة، إضافة إلى غياب نهائي في التواصل اللفظي).

بعد التكفل الشامل بالحالة ضمن تطبيق برنامج هيلب لتنمية مهارات تواصل غير اللفظي لمدة شهرين، ما يعادل 16 حصة فردية، مدة كل حصة 45 دقيقة، تمت ملاحظة استجابات ما بين متوسطة وحسنة، في المهارات التي تم ذكرها سبقاً وهذا راجع إلى التكفل النفسي، وخصص الإرشاد الوالدي، وتعميم العمل في المحيط الخارجي عن المؤسسة المنزل بالدرجة الأولى، تم التوصل إلى النتائج التالية بعد مدة 6 أشهر من التكفل ومن خلال تطبيق برنامج هيلب إلى:

- الاستجابة لنداء من متوفر بشكل نسبي إلى متوفر بشكل جيد.
 - الاستقلالية الذاتية من غير متوفر إلى متوفر بشكل نسبي.
 - التواصل البصري من غير متوفر إلى متوفر بشكل نسبي.
 - تنفيذ التعليم من غير متوفر إلى متوفر بشكل جيد.
 - ادراك المشاهات وغير المشاهات من غير متوفر إلى متوفر بشكل جيد.
 - أعضاء الوجه من غير متوفر إلى متوفر بشكل نسبي.
 - اعضاء الجسم من متوفر إلى متوفر بشكل جيد.
 - الحركات الكبرى لم تكن استجابة جيدة فيها ولم تتغير درجة (متوفر بشكل نسبي).
 - الحركات الدقيقة من متوفر بشكل نسبي إلى متوفر بشكل جيد.
 - تقليد الحركات من غير متوفر إلى متوفر بشكل جيد.
 - تقليد أصوات من غير متوفر إلى متوفر بشكل جيد.
- تم استنتاج ان تطبيق البرنامج لديه فاعلية في تحسين مهارات التواصل غير اللفظي للحالة ح.ن.

-الحالة الثانية:

البيانات الأولية:

الاسم: ت.و

العمر: 6 سنوات

الجنس: ذكر

العنوان: تيارت

سبب الفحص: التكفل وتدريب من طرف الاخصائي النفسي

المرسل من طرف: طيب العقلي لاطفال

الحالة العائلية :

اسم الاب: ق.و

السن: 52 سنة

المهنة: متقاعد من الجيش

الاسم لام: ه.و

السن: 45 سنك

هل الوالدين يعيشان معا: نعم

هل هناك قرابة بين والدين: لا

عدد الاخوة: 4

الرتبة بين الاخوة: ثالث

مراحل الحمل:

هل الحمل كان مرغوب فيه: لا

توجد حوادث اثناء الحمل: لا

هل تناولتي ادوية اثناء فترة الحمل: نعم

حوادث اثناء الحمل: لا توجد

مراحل الولادة:

هل ولادة كانت في الوقت المحدد: نعم

- مدة الولادة قصيرة أو طويلة: قصيرة
- وضعية الخروج: عادية
- صرخة ملاد: لا
- هل ظهرة زرقه عليه: نعم
- مراحل نمو
- سن شد الراس: شهرين
- الجلوس بمساعدة الغير: ثلاثة اشهر
- الجبوى: تسعة اشهر
- الوقوف: سنة وشهرين
- المشي: سنتين
- مراحل النمو اللغوي:
- ابتسامه الميلااد: موجودة
- متى بدا يتعرف على اسمه: ثلاثة سنوات
- في اي سنه نطق اول كلمة: ثلاثة سنوات
- هل يتواصل مع اطفال في مثل سنه: لا
- في حاله عدم القدرته على التواصل كيف تكون رده فعله عليه بكاء أو صراخ: بكاء
- هل يضحك بدون سبب أو يجلس أو يلعب وحيدا: نعم
- هل يضحك اثناء النوم: لنعم
- هل يظهر عليه السهو: نعم
- هل يدور حول نفسه: نعم
- هل لديه تقليد الحركي واللفظي: نعم
- (تخطيط الدماغ): جيدة EEG نتائج
- (اختبار السمع): جيدة PEA نتائج

الجدول رقم (6): القياس القبلي لشبكة الملاحظة للحالة الثانية:

ملاحظة			درجة المهارات	المهارات
		×		الاستجابة لنداء
			×	الاستقلالية ذاتية
		×		التواصل بصري
	×			تنفيذ التعليمات
		×		ادراك المتشابهات وغير المتشابهات
		×		أعضاء الوجه
		×		أعضاء الجسم
	×			الحركات الكبرى
		×		الحركات الدقيقة
		×		التقليد الحركي
		×		تقليد الأصوات

الجدول رقم (7): شبكة ملاحظة للقياس البعدي للحالة الثانية

الملاحظة			درجة المهارات	المهارات
			×	الاستجابة لنداء
			×	الاستقلالية ذاتية
			×	التواصل البصري
		×		تنفيذ التعليمات
			×	ادراك المتشابهات وغير المتشابهات
			×	أعضاء الوجه
			×	أعضاء الجسم

		×		الحركات الكبرى
			×	الحركات الدقيقة
			×	التقليد الحركي
		×		تقليد الأصوات

الجدول رقم (08): يمثل المقارنة بين المقياسين القبلي والبعدي للحالة الثانية

المهارات / درجة المهارات	الاستجابة للنداء	الاستقلالية الذاتية	التواصل البصري	تنفيذ التعليمات	ادراك المتشابهة وغير المتشابهة	اعضاء الوجه	اعضاء الجسم	الحركات الكبرى	الحركات الدقيقة	تقليد الحركات	تقليد الأصوات
الدرجة قبل تطبيق برنامج هيلب	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل نسبي	غير متوفر	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل نسبي	غير متوفر	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل نسبي
الدرجة بعد تطبيق برنامج هيلب	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل نسبي

الاستنتاج العام للحالة الثانية:

بعد التقييم الأولى للحالة ت.و، تمت ملاحظة وجود نسبي لعدة مهارات خاصة بالتواصل غير اللفظي قبل تطبيق برنامج هيلب، وغياب كلي لمهاراتي: تنفيذ التعليمات والحركات الكبرى، إضافة إلى الاستقلالية الذاتية، والتي كانت متوفرة بشكل جيد، من خلال تطبيق برنامج هيلب تم العمل على تعميم الاستقلالية الذاتية النهارية والعمل على الليلية، وتنمية المهارات المكتسبة بشكل نسبي إلى شكل جيد، من بينها الاستجابة للنداء، التواصل البصري، ادراك المتشابهات وغير المتشابهات، أعضاء الوجه، أعضاء الجسم، الحركات الدقيقة، التقليد الحركي والصوتي، وتم التركيز بنسبة كبيرة على تنفيذ التعليمات والحركات الكبرى لغيابها نهائيا من جانب الاكتساب، هذا الاختلاف في الاكتساب قبل تطبيق برنامج هيلب راجع إلى تفاوت القدرات المعرفية، وبعد التكفل الشامل للحالة وتطبيق برنامج هيلب لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لمدة 6 أشهر، ما يعادل 48 حصة، بمعدل حصتين في الأسبوع، ومدة كل حصة 45 دقيقة، تمت ملاحظة استجابة جيدة في المهارات المذكور سابقا، أي انه تم تنمية كل المهارات بشكل جيد الا تنفيذ التعليمات والحركات الكبرى وتقليد الأصوات فقط، رغم أن التكفل كان داخل المؤسسة شاملا، الا ان التكفل داخل المنزل شبه منعدم خاصة من جهة الأب، أي أن الأم هي التي كانت تقوم بدور الأب والأم في نفس الوقت.

نستنتج مما سبق ذكره أن برنامج هيلب له فاعلية جيدة في تحسين مهارات التواصل غير اللفظي على الحالة

ت.و.

-عرض وتحليل النتائج للحالة الثالثة:

البيانات الأولية:

الاسم: ب.ا.

العمر: 4 سنوات

الجنس: ذكر

العنوان: تيارت

سبب الفحص: التكفل والتدريب من طرف الاخصائي النفساني

المرسل من طرف: طبيب العقلي للأطفال

الحالة عائلية:

اسم الاب: ب.م.

المهنة: شرطي

السن: 39 سنة

اسم الام: ز.ش

المهنة: معلمة

السن: 36 سنة

هل الوالدين يعيشان معا: نعم

هل هناك قرابة بين الوالدين: لا

عدد الاخوه: ثلاثة

رتبه الطفل بين الاخوة: ثاني

مراحل الحمل:

هل الحمل كان مرغوب فيه: نعم

حوادث اثناء الحمل: لا توجد

تناولت ادوية اثناء فترة الحمل: لا

حمل عادي أو مضطرب: عادي

مراحل الولادة:

هل كانت الولادة في الوقت المحدد: لا قبل وقت محدد

مدة الولادة طويلة أو قصيرة: طويلة

وضعية الخروج: عادية بستعمال ملقط حديدي

صرخة الميلاد: لا توجد

هل ظهرت عليه زرقه في الجسم: لا

مراحل النمو:

سن شد الراس: شهرين

الجلوس بمساعدة الغير: أربعة اشهر

الحبوه: لم يجبو وقف مباشرة

الوقوف: ثمانية اشهر

المشي: سنة

مراحل النمو اللغوي:

ابتسامه الميلاد: لا توجد

متى بدا يتعرف على اسمه: لا يتعرف على اسمه

في اي سنه نطق اول كلمة: لم ينطق اي كلمة يصدر اصوات فقط

هل يتواصل مع اطفال في مثل سنه: لا

في حاله عدم القدره على التواصل كيف تكون رده فعله عليه بكاء أو صراخ: صراخ

هل يضحك بدون سبب أو يجلس أو يلعب وحيدا: نعم

هل يضحك اثناء النوم: نعم

هل يظهر عليه السهو: نعم

هل يدور حول نفسه: نعم

هل لديه تقليد الحركي واللفظي: لا

نتائج EEG (تخطيط الدماغ): لديه صرع

نتائج EPA (اختبار السمع): جيدة

الجدول رقم (09): شبكة الملاحظة للقياس القبلي للحالة الثالثة:

الملاحظة	درجة المهارات			المهارات
	غير متوفرة	متوفرة بشكل نسبي	متوفرة بشكل جيد	
		×		الاستجابة لنداء
	×			الاستقلالية ذاتية
		×		اتواصل البصري
		×		تنفيذ التعليمات
	×			دراك المتشابهات وغير المتشابهات

	×			أعضاء الوجه
	×			أعضاء الجسم
	×			الحركات الكبرى
		×		الحركات الدقيقة
		×		التقليد الحركي
	×			تقليد اصوات

الجدول رقم (10): شبكة الملاحظة للقياس البعدي للحالة الثالثة:

الملاحظة	درجة المهارات			المهارات
			×	الاستجابة لنداء
		×		الاستقلالية ذاتية
		×		التواصل البصري
			×	تنفيذ التعليمات
		×		ادراك المتشبهات وغير المتشابهات
	×			أعضاء الوجه
	×			أعضاء الجسم
		×		الحركات الكبرى
			×	الحركات الدقيقة
		×		التقليد الحركي
	×			تقليد الاصوات

الجدول رقم (11): يمثل المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي للحالة الثالثة:

المهارات / درجة المهارة	الاستجابة للنداء	الاستقلالية الذاتية	التواصل البصري	تنفيذ التعليمات	ادراك المشابجات وغير المشابجات	اعضاء الوجه	أعضاء الجسم	الحركات الكبرى	الحركات الدقيقة	تقليد الحركات	تقليد الاصوات
الدرجة قبل تطبيق البرنامج	متوفر بشكل نسبي	غير متوفر	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل نسبي	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل نسبي	غير متوفر
الدرجة بعد تطبيق البرنامج	جيد	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل نسبي	متوفر	غير متوفر	متوفر بشكل نسبي	متوفر بشكل جيد	متوفر بشكل نسبي	غير متوفر

الاستنتاج العام للحالة الثالثة:

تم اختيار هذه الحالة (ب.ا) من خلال الغياب النهائي للتكفل (الحالة جديدة)، أي لم يسبق لها التكفل من قبل داخل مؤسسة، وهذا لتأكيد فاعلية برنامج هيلب على الحالة، حيث أنه يجب التركيز فيها على تعديل السلوك والثبات أولاً للوصول إلى المهارات المراد تنميتها ودراستها.

فمن خلال التقييم الاولي للحالة تمت ملاحظة غياب نهائي للمهارات التالية (الاستقلالية الذاتية، ادراك المشابهات وغير المشابهات، أعضاء الوجه، أعضاء الجسم، الحركات الكبرى، وتقليد الأصوات ، وضعف في مهارات الاستجابة للنداء، والتواصل البصري، أعضاء الجسم، الحركات الكبرى، والحركات الدقيقة). وبعد التكفل الشامل للحالة وتطبيق برنامج هيلب لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لمدة 6 اشهر ، و تطبيق القياس القبلي والبعدي، والعمل داخل المنزل ، بنسبة ضعيفة تم الوصول إلى الاختلاف بين القياس القبلي والبعدي والتطور في بعض المهارات فقط وهي:

- الاستجابة للنداء من متوفر بشكل نسبي إلى متوفر بشكل جيد.
- الاستقلالية الذاتية من غير متوفر إلى متوفر بشكل نسبي.
- تنفيذ التعليمات من متوفر بشكل نسبي إلى متوفر بشكل جيد.
- ادراك المشابهات من غير متوفر إلى متوفر بشكل نسبي.
- الحركات الكبرى من غير متوفر إلى متوفر بشكل جيد.

وغياب تام في التطور والاكساب في مهارات التواصل البصري، وأعضاء الوجه، وأعضاء الجسم، وتقليد الحركات وأصوات، وهذا راجع إلى غياب الحالة في بعض الحصص وغياب التكفل والتدريب داخل المنزل (عدم حرص الاولياء على التدريب الاحسن لابنهم) ، فمن هنا يمكننا القول ان برنامج هيلب له فاعلية في تنمية بعض مهارات التواصل غير اللفظي للحالة.

2-الاستنتاج العام للحالات:

من خلال الملاحظات العيادية المذكورة والتقييم الفردي لكل حالة والاستنتاج المتحصل عليه ، يمكن القول أن الفرضية العامة قد تحققت بالنسبة للحالتين الأولى (ح.ن) والحالة الثانية (و.ت)، بنسب متفاوتة وحسب القدرات الفردية ، وهذا راجع أيضا إلى التكفل القبلي لهذه الحالات لمدة غير محددة ، أي أن برنامج هيلب يحتاج إلى التكفل القبلي، ليركز على الأقل على تعديل السلوك والثبات (فتوفر هاتين الميزتين في الحالة ، إضافة لتطبيق البرنامج لمدة 6 اشهر كاملة داخل وخارج المؤسسة أي العمل في المنزل) يؤدي الى نتائج جيدة للحصول على تواصل غير لفظي

نسبي قابل للتنمية والتطوير. كما يرجع ذلك أيضا الى اقتناع الأسرة بدور البرنامج في تدعيم السلوكيات المرغوبة لدى الأطفال التوحدين ، حيث شجعت أمهات أطفال التوحد على تكرار المهام التي يتدربون عليها خلال الجلسات في المنزل مما أدى الى بقاء أثر البرنامج على المدى الأطول .

والحالة الثالثة (ب.ا) كانت النتائج المتحصل عليها غير مرضية، مقارنة بحالة (ح.ن) و(ت.و) ، وهذا راجع لعدة أسباب منها: غياب التكفل في المنزل، عدم الانضباط، والحالة جديدة لم يسبق التكفل بها من قبل. في الأخير يمكن القول ان برنامج هيلب له فاعلية في تحسين مهارات التواصل غير اللفظي، وكلما زادت مدة التكفل وتعاون المحيط، زاد الوصول بالطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة إلى بر الأمان .

3- مناقشة الفرضيات:

بشكل عام أظهرت النتائج عن فاعلية برنامج help في تحسين مهارات التواصل غير اللفظي ، وبهذا اتفقت الباحثتان مع بعض الأدبيات التربوية والدراسات السابقة ، ذات العلاقة بتطبيق البرامج العلاجية لفائدة أطفال التوحد بهدف اكتسابهم مهارات التواصل المفقودة لديهم ، منها دراسة عدس 2018 حيث توافقا في المنهج شبه التجريبي للمجموعة الواحدة ، أما دراسة نهي 2018 فقد توافقا في فعالية البرامج العلاجية الخاصة بتنمية وتحسين المهارات المختلفة لأطفال التوحد ، حيث تبين أن هناك تطورا ملحوظا للحالتين الأولى والثانية في اكتساب مهارات التواصل غير اللفظي المبرمجة في شبكة الملاحظة ضمن تطبيق البرنامج ، أما الحالة الثالثة فقد كانت نتائجها ضعيفة مقارنة بالحالتين السابقتين .

وتشير النتائج أيضا أن لبرنامج help المطبق على حالات التوحد ، والذي اختارته الباحثتان فاعلية في تنمية وتحسين مهارات التواصل عامة ، ومهارات التواصل غير اللفظي لدى الطفل التوحدي خاصة .

4-الاقتراحات:

- يجب تقبل الطفل ومعاملته برقة وحب واهتمام دون تدليل أو إهمال مع الحرص في تنفيذ التعليمات.
- الاهتمام بالاطلاع على المقاييس التشخيصية الحديثة المفتة على البيئة الجزائرية خاصة، للتعرف على الحالات ولتصميم برامج تناسبها.
- الاهتمام بتوعية وإرشاد الأسرة خاصة الوالدين في كيفية التدخل وتعديل السلوك.
- الحرص على البحث عن مدارس خاصة لهاته الفئة حتى يتم التكفل بهم بتقديم الخدمات المناسبة لهم إلى جانب إعداد المعلمين والأخصائيين المؤهلين.

- يجب تعاون أفراد الأسرة من والدين وإخوة في تطبيق البرامج العلاجية للوصول إلى النتائج المرجوة.
- العمل على تدريب وتعليم وتنمية المهارات التواصلية لهذه الفئة أنواعها مبكرا.
- ضرورة العمل على توعية وتثقيف الأهالي والمجتمع المدني حول الاضطراب وأنواعه وأعراضه وكيفية التعامل مع الطفل التوحدي.
- التركيز على الجوانب الإيجابية لهذه الفئة والعمل على تنمية نقاط القوة واستغلالها لتسهيل حاجاتهم.
- تسليط الضوء إعلاميا على معاناة فئة المتوحدين والعمل على تسطير برامج مستقبلية خاصة بتكوينهم مهنيا وميدانيا.

خاتمة

ركزت دراستنا على مدى فعالية البرنامج التدريبي help في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة من أطفال التوحد.

وذلك من أجل تسليط الضوء على جانب من الجوانب التي تتأثر في حياتهم بسبب الاضطراب ، ألا وهو التواصل مع الآخرين . حيث تبين لنا أن برنامج help يقدم مساعدة كبيرة في تحسين المهارات الضعيفة التي يمتلكها الطفل التوحد في التواصل بنوعيه اللفظي وغير اللفظي ، و تمكنه من التعبير عن حاجياته و مشاعره للآخرين ، مما يسهل فهمه حتى يتم تحقيق التواصل الايجابي ، والنخلص من السلوكات السلبية غير المرغوبة التي يبيدها التوحد بسبب صعوبة تعبيره عن مشاعره وانفعالاته .

حيث أننا توصلنا من خلال دراستنا الى النتائج التالية :

لبرنامج help فعالية في تحسين مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد ، وعليه فان الفرضية المطروحة قد تحققت .

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

أولاً: الكتب:

1. إبراهيم محمود بدر، 2004، الطفل التوحدي، تشخيصه وعلاجه، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
2. إبراهيم محمود بدر، 2004، الطفل التوحدي، تشخيصه وعلاجه، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
3. أحمد السيد سليمان، 2010، تعديل سلوك الأطفال التوحديين، النظرية والتطبيق، ط1، الإمارات العربية المتحدة، دار الكتاب الجامعي.
4. أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، 2011، التوحد، الاسباب، التشخيص، العلاج، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
5. أشرف محمد بلتاجي، 2019، طيف التوحد، رحلة مع الذات Autism Spectrum Disorder الطبعة الأولى.
6. ايهاب الببلاوي، 2010، اضطرابات التواصل، الطبعة الرابعة، دار الزهراء، الرياض.
7. بوغنيصة فاطيمة، فاعلية برنامج تيشلتاهيل أطفال التوحد، جامعة تيارت، 2021.
8. تامر فرج سهيل، 2015، التوحد، التعريف، الأسباب، التشخيص والعلاج، ط1، الأردن، دار الاعصار العلمي.
9. جابر عبد الحميد وعلي الكفاني، 1995، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السابع، دار النهضة المصرية القاهرة.
10. جمال الصمادي وآخرون، 2013، مقدمة تعليم، طلبة ذوي الحاجات الخاصة، الطبعة السادسة، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، عمان.
11. جيهان أحمد مصطفى، 2008، التوحد، أخبار اليوم، القاهرة.
12. حازم رضوان ال اسماعيل، 2011-2012- التوحد واضطرابات التواصل، ط1، عمان، دار مجدلاوي.
13. حازم رضوان ال اسماعيل، 2011، التوحد واضطرابات التواصل، ط1، عمان، دار مجدلاوي للنشر.
14. حسن أحمد رمضان محمد، إبراهيم جابر السيد احمد، 2019، مرض التوحد بين الاضطراب والإعاقة الطفيلية، الطبعة الأولى، دار العلم والإيمان، دار الجديد، الجزائر.
15. حسن يوسف اللوشي 2018، اضطراب طيف التوحد، المشكلة والمآل والاستراتيجيات العلاجية، ط1، دار الكتب الوطنية بنغازي، ليبيا.

16. حمدي علي الفرماوي، 2006، نيوروسيكولوجيا، معالجة اللغة واضطرابات التخاطب، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
17. خولة أحمد يحيى، ماجدة السيد عبيد، 2007، أنشطة الأطفال العاديين ولذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
18. الزريقات ابراهيم عبد الله فرح، 2005، اضطرابات الكلام واللغة (التشخيص والعلاج) الطبعة الأولى، دار الفكر ناشرون وموزعون، الأردن.
19. زياد كامل الالاء، واخرون، دون سنة، أساسيات التربية الخاصة دار المسيرة للنشر والتوزيع.
20. سعد رياض، دون سنة، الطفل التوحدي، أسرار الطفل التوحدي وكيف نتعامل معه.
21. سعد سليمان المشهداني، (2019)، منهجية البحث العلمي، الأردن- عمان، دار أسامة للنشر والتوزيع الطبعة الأولى.
22. سناء مُحمَّد سليمان، دس، الطفل الذاتوي التوحدي بين الغموض والشفقة والفهم والرعاية، عالم الكتب.
23. سهير مُحمَّد سلامة شاش، 2007، اضطرابات التواصل، التشخيص الاسباب والعلاج، الطبعة الأولى، زهراء الشرق، مصر.
24. سوسن شاكر الجلبي، 2015، التوحد الطفولي، أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، دار ومؤسسة رسلان الطباعة والنشر، دمشق، سوريا.
25. سوسن شاكر مجيد، 2010، التوحد، أسبابه، خصائصه تشخيصه علاجه- الأردن، الطبعة 2، ديونو للطباعة والنشر والتوزيع.
26. السيد عبد الحميد سليمان السيد، مُحمَّد قاسم عبد الله، 2003، الدليل التشخيصي للتوحديين(العيادي) ط1، القاهرة، دار الفكر العربي.
27. السيد عبد القادر شريف، 2014، مدخل إلى التربية الخاصة، الطبعة الأولى، دار الجوهرة للنشر والتوزيع، القاهرة.
28. صابر مصطفى ابراهيم مُحمَّد، إبراهيم جابر السيد أحمد، 2019، المقاييس التشخيصية والتنموية لدى الأطفال التوحديين، ط1، دسوق، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الجزائر، دار الجديد للنشر والتوزيع.
29. صابر مصطفى إبراهيم مُحمَّد، إبراهيم جابر السيد احمد، 2019، النمو النفس حركي للتوحد، الطبعة الأولى، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دار الجديد للنشر والتوزيع، دسوق، الجزائر.

30. الظاهر قحطان، 2009، التوحد، الطبعة الاولى، دار وائل للنشر والتوزيع، الاردن
31. عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم مُجَّد، 1999، الطفل التوحدي الذاتي الإجتراي autisticchild، القياس والتشخيص الفارق، دار المنظومة، القاهرة.
32. عبد السلام بهاء،(2015)، برنامج هيلب لأفراد المعاقين من الولادة حتى 6 سنوات معدل للبيئة العربية، القاهرة، دار العلوم للنشر.
33. عبد العزيز السيد الشخص، زيدان احمد السراطوي، 1999، تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا، ج 1 الإمارات العربية المتحدة، دار الكتاب الجامعي.
34. عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، 2011، التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
35. عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، 2011، التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
36. عبد اللطيف مهدي زمام، 2013، التوحد الذاتي عند الأطفال، الطبعة الأولى، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن.
37. عبد اللطيف مهدي زمام، صلاح الجماعي، 2013، التوحد الذاتي عند الأطفال، الطبعة، الأردن، دار زهران.
38. الغزالي عبد الحميد، عبد الحميد سعيد، 2011، اضطرابات النطق والكلام، الطبعة الاولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
39. فكري لطيف متولي، 2018، موسوعة اضطراب طيف التوحد، دراسة نقدية، المركز العربي للنشر والتوزيع، مصر.
40. فهد بن حمد المغلوث، 2006، التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه، ط1، الرياض، إصدارات مؤسسة الملك خالد الخيرية.
41. فوزية عبد الله الجلامدة، 2013، اضطرابات التوحد في ضوء النظريات، الطبعة الأولى، دار الزهراء للنشر والتوزيع، الرياض.
42. لورا شريمان، ترجمة، فاطمة عياد، 2010، التوحدين العلم والخيال، عالم المعرفة، الكويت.
43. مُجَّد إبراهيم عبد الحميد، 2003، الطفل الذاتوي، برنامج تنموي لبعض المهارات، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة.

44. مُجَّد رضا السيد مُجَّد، 2000، تحليل السلوك اللفظي لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية.
45. مُجَّد سرحان على المحمودي، (2019)، مناهج البحث العلمي، الجمهورية اليمنية، دار الكتب، الطبعة الثالثة.
46. مُجَّد صالح الإمام، فؤاد عبد الجوالدة، 2010، التوحد ونظرية العقل، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
47. مُجَّد مُجَّد عوة، دون سنة، ناهد شعيب، فقيري، الدليل التشخيصي للاضطرابات النمائية العصبية، مكتبة الأنجلو المصرية.
48. محمود عبد الرحمن عيسى الشرفاوي، 2018، التوحد ووسائل علاجه، ط1، دار العلم والايمان.
49. محمود عبد الرحمن عيسى الشرفاوي، 2018، المشكلات الطفل التوحد، ط1، دار العلم والايمان دار الجديد.
50. مصطفى القمش، خليل المعايطه 2007، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مقدمة في التربية الخاصة، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، الأردن.
51. مصطفى نوري قمش، 2011، اضطرابات التوحد، الأسباب، التشخيص، العلاج، دراسات علمية، ط1، الأردن، دار المسيرة.
52. مصطفى نوري قمش، خليل عبد الرحمن المعايطه، 2007، سيكولوجية الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن - عمان.
53. نايف عابد الزارع، يحيى فوزي عبيدات، 2016، الطلاب، ذوو اضطرابات طيف التوحد، ممارسات التدريس الفعالة، ط2، دار الفكر، الأردن.
54. هالة ابراهيم مُجَّد الجرواني، رحاب محمود صديق، 2013، مهارات العناية بالذات لدى أطفال التوحد، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية..
55. هشام مصطفى أحمد السيد، إبراهيم جابر السيد أحمد، 2019، آلية الاهتمام بالأطفال التوحد، الطبعة الأولى، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دار الجديد للنشر والتوزيع.
56. هلا السعيد، د س، الطفل الذاتوي بين المعلوم والمجهول، دليل الآباء والمتخصصين، مكتبة الأنجلو المصرية.
57. يزيد عبد المهدي العضوانة، وائل مُجَّد الشرمان، فهمي مصطفى البكور، التوحد والفن النظرية والتطبيق، دار الزهراء - الرياض.

ثانيا: الرسائل والمذكرات الجامعية:

1. تين، فريدة، كعوش سمية، 2020، فعالية برنامج peccs في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الطفل التوحدي، مذكرة، مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، غير منشورة، تيارت، جامعة ابن خلدون.
2. شليحي رابح، 2011، فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لعينة من أطفال التوحد، رسالة ماجستير في التربية الخاصة، جامعة الجزائر 2.
3. عادل حاسب شبيب، 2008، الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في علم النفس العام، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح بريطانيا، قسم علم النفس.
4. عبد السلام محمد شوقي عبد المنعم، 2005، فعالية برنامج ارشادي فردي لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين، رسالة ماجستير، جامعة طنطا، جمهورية مصر العربية.
5. عزة جمال عبد العظيم محمد، (2018)، فعالية برنامج هيلب لتنمية مهارات التواصل الاجتماعية والعناية بالذات لدى الأطفال الذاتويين، رسالة ماجستير في التربية، جامعة القاهرة.
6. طاس فتيحة، برنامج تحليل السلوك التطبيقي اب في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين، جامعة البويرة، 2016.
7. صديق لينا، 2005، فعالية برنامج مقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي، رسالة دكتوراه، الجامعة الاردنية.

ثالثا: المجلات والمقالات العلمية:

1. اسماعيل محمد بدر، 1997، مدى فعالية برنامج العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال ذوي التوحد، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي، ديسمبر، المجلد الثاني، كلية التربية، جامعة عين شمس.
2. رحاب عبد الشافي أحمد، 1997، فعالية برنامج مقترح لتنمية المهارات الاملائية اللازمة لتلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الاساسي لدى طلاب كلية التربية (قسم اللغة العربية، مجلة التربية، كلية التربية، سيوهاج، جامعة جنوب الوادي العدد 12، الجزء الاول، يناير).
3. شرين البدرابي عبد التواب السعيد، 2017، التوحد لدى الأطفال، المجلد الرابع، العدد الثاني، المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال، جامعة المنصورة.

4. مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد 170، الجزء الثاني، أكتوبر 2016، مستوى مهارات الاستقلالية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المدمجين في المدارس في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية من وجهة نظر المعلمين النظاميين في الأردن.
- منصور بن محمد دوخي، عبد الله ناصر الصقر، 1425هـ، برامج نظرية وتطبيقية لاضطرابات اللغة عند الأطفال، الجزء الثالث، مؤسسة الرياض الخيرية للعلوم، جامعة الأمير سلطان، مركز خدمة المجتمع والعلم المستمر.

المراجع باللغة الأجنبية:

Lyons, belinda,(2008),early interevention, multiple casse studies of the impact of early intervention on tenpre_school children m a Hofstra university.

Wolf, Cheryl klaimani (2014) using computerizd games to teach face recognitnon skills to children with autism spectrum disorder, the let s face it program, journal of child psychology.

الملاحق

الملحق رقم (01): شبكة الملاحظة

شدة التوجه	شبكة الملاحظة			تاريخ
	اسم الحالة			
الموضوع : التوامل الخطير ما قبل الذاتي عند أخطر التوجه				
الملاحظة	درجة المهارات			المهارات
	غير متوفر	متوفر بشكل متفرد	متوفر بشكل جيد	
				الاستجابة للذواء
				الاستقلالية الذاتية
				التواصل البصري
				نوعية التعليم
				المراكز المتشابهة داخل المتشابهة
				الحذاء الوحيد
				الحذاء الجسد
				المرحاة الكبرى
				المرحاة الدقيقة
				التقليد المرئي
				تقليد أصوات

- متوفرة بشكل جيد من محاولة 1 إلى محاولتين 2.
- متوفرة بشكل نسبي من 2 إلى 4 محاولات.
- غير متوفرة من 4 إلى 6 محاولات.

الملحق رقم (02): شهادة تربص

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

شهادة تربص

يشهد السيد(ة) مسؤول التربص: ز. نيسوج. تيارت

بان الطالب(ة): زين. تشاريت. فاجيمة المولود(ة) في: 28.05.1986 بـ: تيارت

المسجل(ة) بجامعة: البن. جليل. تيارت

قد أجرى(ت) تربص نهاية التكوين في (تخصص): المعلم. المسنين. الجيادى بجمعية الأمل لأطفال التوحد والتريزوميا - تيارت
في الفترة الممتدة بين: 2023.09.06 و 2023.09.06

حرر بـ: تيارت في: 2023.03.14


مسؤول(ة) مؤسسة التعليم أو التكوين العالين

مسؤول(ة) الجمعية

ZEBBOUDJ SARA
Psychologue clinicien

سلمت هذه الشهادة لاستعمالها بما يسمح به القانون

الملحق رقم (04): تصريح شرقي


 جامعة ابن خلدون - تيارت
 كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
 قسم علم النفس و الأروطونيا و الفلسفة


تصريح شرقي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بقرائية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا المعطى أدناه،

الطالب (ة) ... د. نسور ديفين فاجيمية

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم 200484309 والصادرة بتاريخ 2016/09/26

المسؤول (ة) بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس والأروطونيا والفلسفة

و المكلف بإجتاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر عنونها:

تحليلات في فلسفة هيلينيسم في تصنيفات صغار الواسل عنين

المعتمدين على البحث في المجال المستوحى من

شعبة: علم النفس والأروطونيا والعلوم الإنسانية

أصرح بشرقي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية النزاهة الأكاديمية المطلوبة في إجتاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ 3.1.05.2023

امضاء المعطى



الملحق رقم (05): تصريح شرقي


 جامعة ابن خلدون - تيارت
 كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
 قسم علم النفس و الأرتقونيا و الفلسفة


تصريح شرقي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(مثنق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بقرابية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا المعضي أدناه،

الطالب (ة)

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم والصادرة بتاريخ:

المسجل (ة) بكلية: والالتحاق بكلمة: ولانظفوننا وفلسفة

و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر عنوانها:

.....

.....

شعبة: تخصص:

أصرح بشرقي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية النزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ: 31/05/2023

إمضاء المعني



الملحق رقم (06): برنامج هيلب

منهج هيلب

1- لوائح المهارات للمرحلة العمرية من صفر إلى 6 سنوات

لوائح المهارات هي أداة لقياس تطور النمو لدى الأطفال ، وهي مقسمة بالأشهر طبقاً للمدى الزمني لظهور المهارة لدى الأطفال وهي تصلح لجميع فئات الأطفال الذين يعانون من تأخر في مراحل النمو المختلفة : (مستوي أول)

المجال الأول (التنظيم الحسي / التناسقي)			
التنظيم الحسي التناسقي	(1-1)	تطور اللعب الرمزي	(2-1)
تقليد الإيماءات	(3-1)	إدراج الصوت والمكان (مهارات ما قبل اللغة)	(4-1)
حل المشكلات	(5-1)	العلاقة المكانية	(6-1)
المفاهيم	(7-1)	التمييز والتصنيف	(8-1)

المجال الثاني : اللغة الإدراك إرسال واستقبال			
فهم معاني الكلمات	(1-2)	فهم وإتباع التعليمات (توجيهات والأوامر)	(2-2)
المفردات التعبيرية	(3-2)	التواصل مع الآخرين	(4-2)
نظم القواعد والجمل المركبة	(5-2)	تطور الأصوات ووضوحها	(6-2)
التواصل من خلال الموسيقى	(7-2)		

المجال الثالث : الحركي الكبير			
الإبطاح على الأرض	(1-3)	الاستلقاء على الظهر	(2-3)
وضع الجلوس	(3-3)	تحميل الوزن على الأرجل في وضع الوقوف	(4-3)
الحركة والحركات الإنتقالية	(5-3)	ردات القفل / الاعداسات / الإستجابات	(6-3)
تطور التحكم في حركة الجسم	(7-3)		

المجال الرابع : الحركي الدقيق			
الإستجابات المرئية والمتابعية	(1-4)	القبض والتمسك	(2-4)
الوصول والأقتراب	(3-4)	تطور عملية الإمالة والإرادي	(4-4)
مهارات خط المنتصف والثلاثية	(5-4)	الحركة الحسية المتداخلة لقواعد الجانب الحركي الدقيق (المكان)	(6-4)
الإمساك باليد	(7-4)		

المجال الخامس : الاجتماعي والعاطفي			
تطور مفهوم الذات	(2-5)	الاتصال والانفصال / الاستقلال	(1-5)
تعلم القوانين وما هو متوقع	(4-5)	التعبير عن المشاعر	(3-5)
		اللعب والتفاعل الاجتماعي	(5-5)

المجال السادس : المساعدة الذاتية (مهارات العناية بالذات)			
ارتداء الملابس	(2-6)	تطور حركات العم	(1-6)
سلوكيات وأوضاع النوم	(4-6)	الأكل باستقلالية	(3-6)
استخدام المراحيض	(6-6)	النظافة والاعتناء بالنفس	(5-6)
		الاستقلالية داخل البيت / المسؤولية	(7-6)

2- منهج (هيلب) (المستوي المتقدم) من عمر 3 - 6 سنوات

منهج (هيلب) ، (المستوي المتقدم) من عمر 3-6 سنوات

المجال الأول : المجال العقلي (الذهني) المهارات الأكاديمية			
مهارات الكتابة	(2-1)	الاستعداد للرياضيات	(1-1)
التمييز والتصنيف والمطابقة	(4-1)	حل المشكلات	(3-1)
مهارات الاستعداد للقراءة	(6-1)	التمييز والتصنيف بناء على الحجم	(5-1)
الانتباه	(8-1)	التمييز والتصنيف (مستوى أعلى)	(7-1)

المجال الثاني : المهارات الحركية الدقيقة			
الأنشطة الورقية	(2-2)	مهارات القص	(1-2)
بناء المكعبات وتركيب البازل	(4-2)	المفاهيم الحسية الحركية	(3-2)
مهارات ما قبل الكتابة	(6-2)	لضم الفرز وتنسيقه	(5-2)

المجال الثالث : المهارات الحركية الكبرى			
الرسم ، اللفظ	(2-3)	الوقوف / التوازن	(1-3)
التوازن الحركي	(4-3)	اللعب التلقائي	(3-3)
السباحة	(6-3)	الوثب / القفز	(5-3)
الكرسي المتحرك	(8-3)	العشي / الركض	(7-3)

المجال الرابع : الاجتماعي			
الإحساس بالهوية الذاتية	(2-4)	مهارات التعلق التكيفية	(1-4)
العناية بالنظافة الشخصية	(4-4)	الشعور بالمسئولية وأتباع القواعد	(3-4)
العناية بالأمن الذاتي	(6-4)	الأخلاق الاجتماعية	(5-4)
		اللغة الاجتماعية	(7-4)

المجال الخامس : العناية بالذات			
التبليس	(2-5)	خلع الملابس	(1-5)
العناية بالنظافة الشخصية	(4-5)	الشرب	(3-5)
العناية بالأسنان	(6-5)	الذهاب للحمام	(5-5)
الأكل	(8-5)	العناية بالآلاف	(7-5)

المجال السادس : التواصل	
التواصل	(1-6)

المجال السابع : الاهداف العامة لمنهج الدين الإسلامي			
حفظ القرآن	(2-7)	التعرف على الدين	(1-7)
الوضوء	(4-7)	الطهارة	(3-7)
الأخلاق الإسلامية	(6-7)	الصلاة	(5-7)
		آداب وسلوكيات	(7-7)

الملحق رقم (07): رخصة إيداع المذكرة

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة فعالية برنامج هيلب في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي عند أطفال التوحد في جمعية الأمل لأطفال التوحد والتريزوميا-تيارت- عند عينة مكونة من ثلاث حالات ذكرين وأثنى مشخصة باضطراب التوحد من الدرجة المتوسطة، تتراوح أعمارهم بين (04-06) سنوات.

لتحقيق هدف الدراسة اتبعنا المنهج التجريبي للمجموعة الواحدة مع قياس قبلي وبعدي، وقمنا ببناء شبكة ملاحظة لتقييم مهارات التواصل غير اللفظي موزعة على 11 أبعاد هي: التواصل البصري، الاستجابة للنداء، الاستقلالية الذاتية، تنفيذ التعليمات، إدراك المشابهات وغير المشابهات، أعضاء الوجه، أعضاء الجسم، الحركات الكبرى، الحركات الدقيقة، التقليد الحركي، تقليد الأصوات، في إطار تطبيق برنامج هيلب لتنمية هذه المهارات عند الطفل التوحدي.

وقد أسفرت نتائج الدراسة والبحث عن فعالية برنامج هيلب في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي.

الكلمات المفتاحية: التوحد، برنامج هيلب، التواصل الغير اللفظي.

Abstract :

The current study aimed to know the effectiveness of Hilp program on developing non-verbal communication skills of the autistic children in the Association of Al Amal for Autism and Trisomia - Tiaret - at a sample consisting of 3 cases (2boys- 1 girl) with autism disorder, aged (04 - 06) Years ago.

To achieve the goal of the study, we followed the experimental approach to one group with a before and after measuring, and we have built a observation sheet to assess non-verbal communication skills distributed on 11 dimensions: Visual communication, response to the appeal, self-independence, implementation of the instruction, realization of similarities and unsimilarities , facial organs, body members , Major movements, precise movements, movement imitation, imitation of sounds, as part of the application of hilp program to develop these skills in the autistic child.

The results of the study and the search for the effectiveness of hilp program in developing non-verbal communication skills resulted the effectiveness of hilp program.

Keywords: autism, HLEB program, non-verbal communication.

Résumé :

La présente étude visait à déterminer l'efficacité du programme HELP dans le développement des compétences de communication non verbale des enfants autistes de l'Association Al-Amal pour les enfants autistes et trisomiques - Tiaret - dans un échantillon de trois cas (2 garçons/1 fille) diagnostiquée avec un trouble autistique de degré moyen, âgée de (04-06).) Ans .

Pour atteindre l'objectif de l'étude, nous avons suivi l'approche expérimentale pour un groupe avec mesure avant et après, et nous avons construit une fiche d'observation pour évaluer les compétences en communication non verbale réparties sur 11 dimensions : communication visuelle, réponse à l'appel, autonomie, instruction exécution, perception des similitudes et des dissemblances, organes du visage, organes du corps, mouvements majeurs, mouvements fins, imitation motrice, imitation des sons, dans le cadre de l'application du programme HELP pour développer ces compétences chez l'enfant autiste.

Les résultats de l'étude et de la recherche ont révélé l'efficacité du programme HELP dans le développement des compétences en communication non verbale.

Mots clés : autisme, programme HLEB, communication non verbale.