الجمهوريــة الجزائريــة الديمقراطيــة الشعبيــة

République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعلـيـم العـاليو البـحث العلمـي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

جامعة مصطفى اسطمبولي
معسكر

Université Mustapha Stambouli
Mascara

كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس وعلوم التربية

مخبر :مخبر الدراسات الفلسفية وقضايا الإنسان والمجتمع في الجزائر

أطروحة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث

تخصص : علم النفس العيادي(الاكلينيكي)

فرع: علوم إجتماعية

العنوان:

فاعلية تقنية البروفة للازاروس في علاج مشكل التواصل لدى الأطفال مرضى التوحد

– دراسة شبه تجريبية لثمانية حالات بجمعية اليسر سيدي بلعباس–

تقديم الطالبة: دحماني سامية عائشة

يوم: 2026/05/04

لجنة المناقشة:

– بوزار يوسف	أستاذ محاضر"أ" جامعة معسكر	رئيسا
– بن مصمودي علي	أستاذ التعليم العالي جامعة تلمسان	مشرفا ومقررا
– وزاني محمد	أستاذ محاضر"أ" جامعة معسكر	مشرفا مساعدا
– بن صالح هداية	أستاذة محاضرة "أ" جامعة معسكر	مناقشا
– رميل علي	أستاذ محاضر"أ" جامعة معسكر	مناقشا
– قسيلات فتيحة	أستاذة محاضر"أ" جامعة تلمسان	مناقشا

السنة الجامعية: 2025 / 2026

إهـــــــــداء

إلى من كانوا الداعم والسند في مسيرتي العلمية والنور في طريقي.

إلى أسرتي الكريمة التي احتوتني في أوقات التعب والإصرار.

إلى **والدي** العزيزين، منبع الحب والعطاء، اللذين غرسا في الصبر والإصرار، وعلماني أن لا شيء مستحيل أمام الإرادة.

إلى **إخوتي** و **أخواتي** الذين كانوا السند لي في كل خطوة أخطوها، فقد أحاطوني بحبهم وصبرهم وتشجيعهم المتواصل.

إلى "**إياد**"، "**يسرى**" ، "**رهف**" ، "**أسيد**" أنتم بهجة العائلة ونبض الفرح، ببراءتكم أستمد الأمل، وبابتسامتكم أجد المعنى الجميل للحياة، أهديكم هذه الصفحات عربون حب خالص، لعلها تكون بداية طريق ترسمون فيه أنتم مستقبلا أجمل.

إلى الأطفال المشاركين في الدراسة الذين كانوا مصدر الإلهام لهذا البحث.

إلى كل طفل يعاني بصمت خلف جدار التوحد، لكل طفل ناطق بصمته ومتحدث بنظراته.

إلى كل من آمن بي ودعمني بكلمة أو ابتسامة أو دعاء، فلكم جميعا مكان في هذه الصفحات وإن لم تذكر أسماوكم.

شـــــكـــــــر وعـــــرفـــــان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبتوفيقه تنال الغايات، وبفضله تتحقق الطموحات.

يسعدني أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى كل من كان له أثر في إنجاز هذا العمل المتواضع، الذي ما كان ليرى النور لولا دعمهم ومساندتهم.

أتوجه بخالص الشكر والتقدير إلى أستاذي الفاضل المشرف الدكتور البروفيسور **'بن مصمودي علي'**، وأستاذي الفاضل مساعد المشرف الدكتور **'وزاني محمد'** اللذان كانا خير موجهين ومرشدين، قدما لي من علمهم وخبراتهم ما أنار طريقي، ومن نصائحهما ما وجه جهدي في الاتجاه الصحيح، لقد كانا مثالا في الصبر والدقة والالتزام العلمي، فجزاهما الله عني خير جزاء.

كما أتقدم ببالغ الشكر والعرفان إلى **أعضاء لجنة المناقشة** المحترمين على قبولهم مناقشة هذه الأطروحة، وعلى ملاحظاتهم القيمة التي تثري هذا العمل وتزيده عمقا وموضوعية.

كما أخص بالشكر القائمين والعاملين بـ **'جمعية اليسر'** بولاية سيدي بلعباس التي تعاونت معي في إنجاز الجانب الميداني، وفتحت لي أبوابها لتطبيق البرنامج العلاجي.

كما أتقدم بشكر خاص إلى أصدقائي وزملائي الباحثين الذين شاركوني النقاش والرأي والمساندة، فكان لوجودهم الأثر الكبير في استمراري وتحقيقي لهذا الإنجاز.

أسأل الله تعالى أن يجزي كل من ساهم في هذا العمل خير الجزاء، وأن يجعل ما قدموه في ميزان حسناتهم، وأن يوفقنا جميعا لما فيه الخير والعلم النافع للإنسانية.

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار مدى فعالية 'تقنية البروفة' كإحدى فنيات العلاج السلوكي المعرفي متعدد الوسائط في تحسين مهارات التواصل لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، واعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي تصميم المجموعة واحدة (القياس قبلي– بعدي)، قصد قياس أثر البرنامج العلاجي المقترح في تنمية مهارات التواصل المختلفة، حيث تكونت عينة الدراسة من ثمانية (8) أطفال توحديين تتراوح أعمارهم بين 7 و12 سنة من ذوي الاضطراب الخفيف والمتوسط متواجدين على مستوى جمعية اليسر بولاية سيدي بلعباس، تم اختيارهم بالطريقة اللاعشوائية القصدية، واستخدمت في الدراسة مجموعة من الأدوات المقننة من إعداد الباحثة وتمثلت في: مقياس مهارات التواصل، وشبكة الملاحظة السلوكية، إضافة إلى البرنامج العلاجي القائم على تقنية البروفة للازاروس المطبق خلال جلسات علاجية منتظمة، أسفرت المعالجة الإحصائية للمعطيات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية SPSS (المتوسطات الحسابية، الإنحراف المعياري، حجم الأثر، 'ت' للفروق) إلى وجود فروق دالة بين متوسطي القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، مما يؤكد فاعلية تقنية البروفة في تحسين مهارات التواصل البصري، اللغةالاستقبالية، اللفظي، غيراللفظي والاجتماعي، كما تبين أن شدة الاضطراب والجنس يؤثران نسبيا في مستوى التحسن.

الكلمات المفتاحية: البرنامج العلاجي، تقنية البروفة، التواصل، أطفال التوحد.

Abstract:

This study aims to examine the effectiveness of the *Rehearsal Technique* as one of the techniques employed in Multimodal Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in improving communication skills among children with Autism Spectrum Disorder (ASD). The study adopted a quasi-experimental method using a one-group pre-test/post-test design in order to assess the impact of the proposed therapeutic program on the development of various communication skills.

The study sample consisted of eight (8) children with autism, aged between 7 and 12 years, diagnosed with mild to moderate forms of the disorder, and randomly selected from *El Yusr Association* in the province of Sidi Bel Abbès. The participants were selected using non-probability purposive sampling.

The study relied on a set of standardized instruments developed by the researcher, including a Communication Skills Scale, a Behavioral Observation Grid, in addition to a therapeutic program based on the Rehearsal Technique implemented through regular therapeutic sessions.

The statistical analysis of the collected data was conducted using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), including arithmetic means, standard deviation, effect size, and the *t*-test for differences. The findings revealed statistically significant differences between the pre-test and post-test mean scores in favor of the post-test results, confirming the effectiveness of the Rehearsal Technique in improving visual communication, receptive language, verbal, nonverbal, and social communication skills. The results also indicated that both the severity of the disorder and gender had a relative influence on the level of improvement achieved.

Keywords: Therapeutic Program, Rehearsal Technique, Communication, Children with Autism Spectrum Disorder.

قائمة المحتويات

العنوان	الصفحة
إهداء	أ
الشكر والتقدير	ب
ملخص باللغة العربية	ج
ملخص باللغة الأجنبية	د
قائمة المحتويات	هـ
قائمة الجداول	ط
قائمة الأشكال	ك
قائمة الملاحق	ل
مقدمة	1
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
تمهيد	06
1. إشكالية الدراسة	07
2. فرضيات الدراسة	14
3. أهداف الدراسة	15
4. أهمية الدراسة	16
1.4.الأهمية العلمية	16
2.4. الأهمية التطبيقية (العملية)	16
3.4. الأهمية التربوية والإجتماعية	17
5. دواعي إختيار موضوع الدراسة	17
6. التعاريف الإجرائية	18
7. الدراسات السابقة	20
8. التعقيب على الدراسات السابقة	33
9. موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة	36
خلاصة	38

الفصل الثاني: العلاج المعرفي السلوكي	
تمهيد	40
1. نظرة تاريخية	41
2. تعريف العلاج المعرفي السلوكي	43
3. الثلاثية المعرفية	44
4. مرجعية العلاج المعرفي السلوكي	46
1.4.التيار الأول : المدرسة السلوكية	46
2.4.التيار الثاني : الثورة المعرفية	50
3.4. التيار الثالث : العلاجات المعرفية	55
5. المراحل الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي	57
6. التحليل الوظيفي	59
7. أهداف العلاج المعرفي السلوكي	63
8. المنهجية العامة للعلاج المعرفي السلوكي	65
9. دواعي استعمال العلاج المعرفي السلوكي	66
10.موانع استعمال العلاج المعرفي السلوكي	66
11.العلاقة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج متعدد المحاور	66
12.تقنية البروفة للازاروس	68
13.تقنية "البروفة" في العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور للازاروس	73
14.فنيات العلاج المعرفي السلوكي	74
خلاصة	82
الفصل الثالث: اضطرب التوحد	
تمهيد	84
1. التطور التاريخي لاضطراب التوحد	85
2. تعريف اضطراب التوحد	88
3. نسبة انتشار اضطراب التوحد	91
4. عوامل اضطراب التوحد	93
5. النظريات المفسرة لاضطراب التوحد	100

6. أعراض اضطراب التوحد	102
7. أنواع اضطراب التوحد	108
8. تشخيص اضطراب التوحد	111
9. التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد	117
10.مقاييس وأدوات تشخيص اضطراب التوحد	121
11. علاج اضطراب التوحد	124
خلاصة	126
الفصل الرابع: التواصل	
تمهيد	128
1. تعريف التواصل	129
2. أهمية التواصل	131
3. عناصر التواصل	132
4. أشكال التواصل	133
5. تطور اللغة والتواصل عند الطفل العادي	134
6. تعريف اضطرابات التواصل	135
7. أشكال اضطرابات التواصل	136
8. تشخيص اضطرابات التواصل	136
9. اضطرابات التواصل لدى أطفال التوحد	138
10.العلامات المبكرة لاضطرابات التواصل عند أطفال التوحد	139
11.خصائص مهارات التواصل عند أطفال التوحد	139
12. أشكال اضطرابات التواصل لدى أطفال التوحد	142
13. تشخيص اضطرابات التواصل عند أطفال التوحد	143
14.برامج تنمية مهارات التواصل عند أطفال التوحد	145
خلاصة	154
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
تمهيد	156
1. متغيرات الدراسة	157

2. منهج الدراسة	157
3. الاساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة	158
4. الدراسة الإستطلاعية	166
1.4. الحدود المكانية والزمانية للدراسة الإستطلاعية.	166
2.4. مجتمع الدراسة الاستطلاعية.	167
3.4. عينة الدراسة الاستطلاعية.	168
4.3. أدوات الدراسة الاستطلاعية.	170
5.4. نتائج الدراسة الاستطلاعية.	199
5. الدراسة الأساسية	200
1.5. الحدود المكانية والزمانية للدراسة الأساسية	200
2.5. مجتمع الدراسة الأساسية.	201
3.5. عينة الدراسة الأساسية.	201
4.5. أدوات الدراسة الأساسية.	203
خلاصة	211
الفصل السادس: عرض ومناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضيات	
تمهيد	213
1.تقديم الحالات	214
2. عرض سير الجلسات العلاجية	246
3. عرض النتائج	284
3.مناقشة وتفسير النتائج في ضوء فرضيات الدراسة	295
خلاصة	316
خاتمة	318
الإقتراحات والتوصيات	320
قائمة المصادر والمراجع	322
الملاحق	347

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	التطور التاريخي لاضطراب التوحد	86
2	الأعراض المميزة لاضطراب التوحد	104
3	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية	169
4	المراجع المعتمدة في بناء شبكة الملاحظة	172
5	يمثل توزيع فقرات شبكة الملاحظة على الأبعاد	175
6	يوضح صدق الاتساق الداخلي لأبعاد شبكة الملاحظة مع الاختبار ككل	177
7	نتائج صدق شبكة الملاحظة	177
8	نتائج حساب الثبات حسب الملاحظين لشبكة الملاحظة	179
9	نتائج ثبات الاتساق الداخلي لشبكة الملاحظة	180
10	ملخص نتائج ثبات شبكة الملاحظة	180
11	يمثل المراجع المعتمدة في بناء مقياس تقدير مهارات التواصل	182
12	يمثل نتائج حساب صدق المحكمين.	185
13	توزيع فقرات المقياس على الأبعاد بعد عرضه على المحكمين	185
14	نتائج ثبات الاتساق الداخلي للمقياس	187
15	نتائج ثبات إعادة الاختبار	188
16	البرامج التعليمية والتدريبية التي تم الاعتماد عليها في بناء البرنامج	190
17	يمثل جلسات البرنامج العلاجي في صورته الأولية	193
18	نتائج القياس القبلي والبعدي للحالتين	197
19	المقارنة بين نتائج الحالتين	198
20	حالات الدراسة الأساسية	202
21	أبعاد شبكة الملاحظة والهدف منها	204
22	يمثل مفتاح تصحيح شبكة الملاحظة	205
23	تفسير درجات شبكة الملاحظة	206
24	نتائج الخصائص السيكومترية للمقياس	207
25	تفسير الدرجات على كل بعد من أبعاد المقياس	209

26	تفسير الدرجة الكلية للمقياس	209
27	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة الثانية	247
28	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة الثالثة	250
29	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة الرابعة	252
30	مقارنة بين نتاج الحالات على الشبكة ومقياس مهارات التواصل	253
31	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة الخامسة	256
32	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة السادسة	258
33	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة السابعة	261
34	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة الثامنة	263
35	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة التاسعة	265
36	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة العاشرة	267
37	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة الحادية عشر	269
38	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة الثانية عشر	270
39	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة الثالثة عشر	272
40	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة الرابعة عشر	274
41	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة الخامسة عشر	275
42	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة السادسة عشر	277
43	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة السابعة عشر	279
44	يوضح استجابة الحالات خلال الجلسة الثامنة عشر (القياس البعدي)	281
45	نتائج القياس البعدي للحالات على شبكة الملاحظة	282
46	المقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي على مقياس مهارات التواصل	284
47	نتائج نسبة التحسن بين القياسين (القبلي والبعدي)	286
48	نتائج اختبار 'ت' للقياسين (القبلي والبعدي)	287
49	نتائج حساب حجم الأثر لأبعاد المقياس	288
50	نتائج حساب حجم الأثر المحافظ لأبعاد المقياس	289
51	نتائج 'ت' للفروق وحجم الأثر على مقياس مهارات التواصل حسب متغير الجنس	290
52	نتائج 'ت' للفروق وحجم الأثر على مقياس مهارات التواصل حسب متغير الجنس	291

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1	يوضح المخطط الثلاثية المعرفية في العلاج المعرفي السلوكي	46
2	نموذج ABC لـ "ألبرت أليس" (Albert Ellis)	53
3	يوضح المخطط نموذج لشبكة (SORC)	60
4	يوضح المخطط الحلق المفرغة لـ SECCA	62
5	يوضح المخطط فنيات العلاج السلوكي	81
6	عوامل حدوث ثالوث اضطراب التوحد	99
7	الأعراض الأساسية لاضطراب التوحد	104

قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفة
1	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة	348
2	صدق الاتساق الداخلي لبنود شبكة الملاحظة مع درجة الأبعاد وشبكة الملاحظة ككل	349
3	صدق الاتساق الداخلي للمقياس مهارات التواصل لدى أطفال التوحد	350
4	البرنامج العلاجي المصمم على أساس تقنية البروفة للازاروس	352
5	مقياس تقدير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد	356
6	شبكة الملاحظة	360
7	إستمارة جمع المعلومات في دراسة الحالة	362
8	الإذن بالعمل الميداني	/
9	الإذن بالطبع	/

مقدمة

مقدمة:

تعد مرحلة الطفولة من أهم مراحل النمو الإنساني، إذ تشكل الأساس الذي تبنى عليه شخصية الفرد من النواحي النفسية والاجتماعية والعقلية والانفعالية، وتمثل الركيزة الأولى لتكوينه السوي وتفاعله مع بيئته (عبد الرحمن، 2019)، فالاهتمام بهذه المرحلة يعكس مدى وعي المجتمعات بمستقبلها، ويعتبر مؤشرا على تقدمها الإنساني والحضاري، ومن بين الفئات التي تستدعي اهتماما خاصا، نجد فئة الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية، لاسيما اضطراب طيف التوحد الذي يعد من أكثر الاضطرابات تعقيدا وانتشارا في العقود الأخيرة.

يعرف اضطراب طيف التوحد (ASD) بأنه اضطراب عصبي نمائي يظهر فيه الطفل قصورا نوعيا في التفاعل الاجتماعي والتواصل، مع أنماط سلوكية متكررة ومقيدة ، ويعد من أكثر الاضطرابات النمائية شيوعا، إذ تشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية (WHO,2022) إلى أن طفلا واحدا من كل 100 طفل في العالم يصاب بالتوحد، مع تزايد واضح في نسب التشخيص خلال السنوات الأخيرة خصوصا الدول النامية، ويعزى هذا الارتفاع إلى تطور أدوات القياس والتشخيص، وزيادة الوعي المجتمعي بالمظاهر السلوكية المرتبطة بالتوحد، التي غالبا ما تتجلى في ضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي، والعجز في التفاعل الاجتماعي، وصعوبة فهم الرموز والإشارات.

إن مشكلة التواصل تعد من أبرز مظاهر اضطراب التوحد وأكثرها تعقيدا، فهي تمس جوهر العلاقة بين الطفل ومحيطه، وتؤثر في قدرته على التعلم والتعبير والانتماء، وقد أشار Tager-Flusberg & Kasari (2013) إلى أن ضعف التواصل هو العامل الأكثر تأثيرا في تحديد جودة حياة الطفل المصاب بالتوحد، إذ ينعكس على سلوكه العاطفي والاجتماعي والأكاديمي، كما أوضح Prizant & al (2017) أن تطوير مهارات التواصل اللفظي وغير

اللفظي يسهم في تحسين التكيف الاجتماعي، ويعد مؤشرا رئيسيا على فعالية التدخل العلاجي.

مع تطور العلوم النفسية، أصبح العلاج السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioral Therapy) أحد الاتجاهات المعتمدة في التعامل مع اضطرابات النمو، حيث أثبت فاعليته في تعديل السلوك وتنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية لدى الأطفال ذوي التوحد، ومن بين التقنيات التي أفرزها هذا الاتجاه، برزت تقنية البروفة (Rehearsal Technique) التي طورها "آرلند لازاروس" (Arnold A Lazarus) ضمن إطار العلاج متعدد الوسائط (Multimodal Therapy)، والتي تقوم على تدريب الفرد على إعادة تمثيل المواقف الواقعية في بيئة علاجية منظمة، بهدف اكتساب السلوك المناسب من خلال التكرار والتغذية الراجعة.

بحيث تسهم هذه التقنية في تحسين قدرة الأطفال المصابين بالتوحد على اكتساب سلوكيات تواصل جديدة من خلال التكرار المنهجي، إذ تتيح لهم فرصة ممارسة التفاعل الاجتماعي بشكل منظم، مما يساعد على تعزيز التواصل البصري، وتنمية اللغة الاستقبالية والتعبيرية، وتحسين قدرة الطفل على فهم الإشارات الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين بطريقة أكثر فاعلية.

تستمد تقنية البروفة (Rehearsal Technique) فعاليتها من مبادئ نظرية التعلم الاجتماعي لـ "ألبرت باندورا" (Bandura, 1986)، التي ترى أن الانسان يتعلم من خلال الملاحظة، التقليد، والمحاكاة، ويعد هذا المبدأ حجر الزاوية في تأهيل الأطفال المصابين بالتوحد، إذ يسمح لهم بالتدرب عل مهارات التواصل بطريقة عملية ومباشرة، وقد أظهرت دراسات حديثة مثل (Simpson et al,(2020 أن تطبيق أساليب قائمة هلى المحاكاة والتمثيل، مثل تقنية

البروفة يسهم في تحسين التفاعل الاجتماعي، وزيادة المبادرة اللفظية وغير اللفظية لدى الأطفال التوحديين.

ومن هذا المنطلق، جاءت هذه الدراسة لتبحث في فاعلية تقنية البروفة للازاروس في علاج مشكل التواصل لدى أطفال التوحد، باعتبارها أداة علاجية قادرة على إعادة بناء السلوك التواصلي بشكل تدريجي من خلال التدريب والتغذية الراجعة المستمرة، وتتبع أهمية هذا البحث من كونه يسهم في إثراء المقاربات التطبيقية لعلم النفس العيادي، ويقدم نموذجا علاجيا قائما على الأدلة (Evidence-Based Practice) يمكن توظيفه في المؤسسات النفسية والتربوية التي تعنى برعاية هذه الفئة.

إن أهمية هذا البحث لا تنحصر في بعده الأكاديمي فحسب، بل تتعداه إلى البعد الإنساني والاجتماعي، إذ يسهم في تحسين جودة حياة الأطفال المصابين بالتوحد من خلال تعزيز قدراتهم التواصلية والاجتماعية، ويمكن الأخصائيين والمعالجين النفسيين من تبني تقنيات علاجية فعالة مبنية على أسس علمية حديثة، كما تسعى هذه الدراسة إلى تقديم إضافة نوعية في الميدان التطبيقي لعلم النفس العيادي، من خلال دمج مبادئ التعلم الاجتماعي والعلاج السلوكي المعرفي في نموج علاجي عملي وفعال.

لتحقيق أهداف الدراسة ارتأت الباحثة تقسيم الدراسة إلى فصول منها نظرية وأخرى ميدانية، وهي على النحو التالي:

الفصل الأول: تناول الإطار العام للدراسة والذي حدد فيه إشكالية الدراسة، وفرضياتها، إضافة إلى أهميتها وأهدافها، ودواعي اختيارها، وذكر التعاريف الإجرائية الخاصة بمتغيرات الدراسة، وكذا الدراسات السابقة التي جات في نفس السياق وتناولت متغيرات الدراسة.

الفصل الثاني: تم تخصيصه لإلقاء نظرة شاملة عن العلاجات المعرفية السلوكية من خلال تعريفها، وتاريخ تطورها، والنظريات التي تقوم عليها، والتقنيات العلاجية التي تستند عليها مركزين في ذلك على تقنية البروفة للازاروس.

الفصل الثالث: تم إلقاء الضوء على اضطراب التوحد والذي جاء فيه: تعريف الاضطراب، أسبابه، أعراضه، تشخصيه، والتدخلات العلاجية.

الفصل الرابع: من خلال هذا الفصل سلطنا الضوء على جانب التواصل بصفة عامة، والتواصل عند أطفال التوحد بصفة خاصة.

الفصل الخامس: عرضنا فيه الإجراءات المنهجية للدراسة، بداية من الدراسة الإستطلاعية، والتي تم فيها تقنين أدوات الدراسة لتصبح صالحة للاستعمال في الدراسة الأساسية، ثم عرض الدراسة الأساسية وإجراءاتها والأدوات والمنهج المتبع فيها، والعينة التي تم الاعتماد عليها لإجراء هذه الدراسة.

الفصل السادس: يحتوي هذا الفصل على عرض الحالات، وعرض سير المقابلات، وكذا عرض النتائج التي تم التوصل إليها، ومناقشتها وتفسيرها في ضوء فرضيات الدراسة.

ختمنا دراستنا الحالية بخاتمة ومجموعة من التوصيات والاقترحات.

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة.

تمهيد

1- إشكاليةالدراسة.

2- فرضيات الدراسة.

3- أهداف الدراسة.

4- أهمية الدراسة.

5- دواعي إختيار موضوع الدراسة.

6- التعاريف الإجرائية للدراسة.

7- الدراسات السابقة.

8- التعقيب على الدراسات السابقة.

خلاصة

تمهيد:

يعد التواصل من الركائز الأساسية التي يقوم عليها النمو النفسي والاجتماعي للطفل، غير أنه يشكل تحديا جوهريا لدى فئة الأطفال المصابين باضطراب التوحد، لما يعانونه من قصور في التفاعل الاجتماعي وصعوبات في التعبير اللفظي وغير اللفظي، ومع تزايد معدلات الإصابة بهذا الاضطراب في العقود الأخيرة، اتجهت الجهود العلمية والبحثية إلى تطوير برامج علاجية وتربوية تسعى إلى تحسين قدرات هؤلاء الأطفال على التواصل والاندماج في محيطهم الأسري والاجتماعي.

تنبع أهمية هذه الدراسة من الحاجة الماسة إلى إيجاد أساليب علاجية فعالة تساعد الأطفال المصابين بالتوحد على تجاوز صعوبات التواصل التي تحد من اندماجهم، وتفتح لهم آفاقا جديدة للتعبير عن الذات والتفاعل مع الآخرين، مع التركيز على أهمية تقنية البروفة للازاروس كأداة سلوكية تهدف إلى تنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد، ومن هذا المنطلق جاء هذا الفصل ليقدم الإطار العام للدراسة، من خلال عرض الإشكالية وتساؤلاتها، وفرضياتها الأساسية والفرعية، إلى جانب أهدافها وأهميتها العلمية والتطبيقية، ودواعي اختيار الموضوع، وتعريف المفاهيم الإجرائية الرئيسية، واستعراض أهم الدراسات السابقة والتعقيب عليها، لتشكيل أرضية نظرية ومنهجية متكاملة تسند البحث الحالي وتوجه فصوله اللاحقة.

1. الإشكالية:

إن اضطراب طيف التوحد ((Autism Spectrum Disorder(ASD) يعتبر أحد الإعاقات النمائية التي شهدت تزايدا ملحوظا في العقود الأخيرة، وعلى الرغم من أن هذا الاضطراب قد تم اكتشافه بشكل حديث نسبيًا مقارنة ببعض الإعاقات الأخرى مثل: الإعاقة الذهنية أو البصرية أو الحركية، إلا أنه يظل موضعا للعديد من التساؤلات والآراء المختلفة، وظهرت عدة تسميات وأوصاف له مثل "فصام الطفولة المبكر"(Early Infantile Autism)، "إجترارية الطفولة المبكرة"(Early Childhood Autism)، و"ذهان الطفولة" (Children Psychosis)، النمو غير السوي (الشاذ)(Atypical Development)، نمو 'أنا' غير سوي(Atypical Ego Development) وغيرها من المصطلحات التي تعكس التباين في فهمه ومعالجته من قبل العلماء والباحثين.(سليمان، 2000)

يعد الطبيب النفسي الأمريكي"ليو كانر" (Leo Kanner,1943) أول من قدم توضيحا علميا لهذا الاضطراب في عام 1943 من خلال نشر ورقته الشهيرة بعنوان"الإضطراب التوحدي في التواصل الإنفعالي (الوجداني)" (Autistic Disturbances of Affective Contact)، والتي تعد أول ورقة تكتب عن التوحد، فقد سلط الضوء على العلاقة بين اضطراب التوحد والتواصل العاطفي بين الأطفال وعائلاتهم.

فيما بعد أحدث التطور الذي طرأ في التصنيفات الحديثة لاضطرابات النمو الشامل، التي ذكرت في الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية الرابع (DSMIV- TR) تغيرا ملحوظا في تحديد خصائص اضطراب التوحد، مادفع اللجنة المتخصصة لإعداد الطبعة الخامسة(DSM- V)إلى إعادة تصنيفه ليصبح "اضطراب طيف التوحد" Autism Spectrum Disorder(ASD)، وعرف على أنه: " إضطراب عصبي يتميز بإنخفاض في التواصل الإجتماعي المتبادل، والمحدودية ، والأنماط السلوكية المتكررة". (DSMIV- TR)

رغم التطورات الكبيرة في مجال التشخيص والعلاج، إلا أنه لا يزال السبب الدقيق لاضطراب طيف التوحد غير معروف تماما، وتتنوع الآراء حول العوامل المسببة لهذا الاضطراب، حيث يرجع البعض السبب إلى عوامل نفسية واجتماعية متعلقة بالعلاقة بين الطفل وأسرته، بينما يشير آخرون إلى عوامل وراثية وبيولوجية أو تأثيرات بيئية قد تلعب دورا في ظهور هذا الاضطراب.(إبراهيم محمد الجرواني و محمود صديق، 2013)

فقد شهدت السنوات الأخيرة اهتماما ملحوظا باضطراب طيف التوحد، وذلك بسبب انتشاره المستمر والسريع نظرا لما تعانيه هذه الفئة من مشكلات وصعوبات تؤثر سلبا على المعالم الأساسية الطبيعية لأداء ونمو الطفل، ويعد قصور التفاعل الاجتماعي والتواصل اللغوي من الأبعاد الرئيسية التي وضعتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية (2013) لتشخيص التوحد، وحسب ما تم التوصل إليه من خلال الدراسات أن هذه الأعراض تظهر منذ مرحلة الطفولة المبكرة (قبل سن الثالثة)، وتؤثر على كافة النواحي العقلية والانفعالية والاجتماعية للفرد ويستمر معه طوال الحياة، فهو يتبلور سلوكيا في:

- النمو غير الطبيعي في القدرة على التواصل.
- النمو غير الطبيعي في القدرة على التفاعل الاجتماعي.
- محدودية القدرة على القيام بالأنشطة المختلفة. (أبو الفتوح أحمد عمر، 2010).

كما أن قصور في النمو اللغوي وعدم القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والتفاعل الاجتماعي من الأبعاد المحورية التي تم التركيز عليها في تشخيص اضطراب طيف التوحد، بينما يرى الزريقات (2004) أن اضطراب التواصل لدى هذه الفئة لا يقتصر على الجانب اللفظي (اللغة المنطوقة) فقط، بل يشمل التواصل بشكله العام وبشقيه اللفظي وغير اللفظي

والمتمثلة في: التواصل البصري، الانتباه المشترك، التقليد، استخدام الإشارة فهم الإيماءات والتعابير الوجهية والجسدية، الإستجابة وتنفيذ الأوامر.

فقد فسر البعض السلوكيات السلبية مثل: إيذاء الذات، الصراخ، والغضب تعود إلى الفشل في التواصل(Communication) مع الآخرين بشكل فعال، هذا ما يعكس حاجة الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب إلى استراتيجيات علاجية وتعليمية متخصصة لتطوير مهاراتهم الاجتماعية واللغوية.

للتغلب على اضطرابات التواصل (Communication disorders) التي يعاني منها الطفل التوحدي، والتي تتجلى في قصور مهارات: التواصل البصري(Eye contact)، اللغة الاستقبالية (Receptive language)، التواصل اللفظي(Verbal communication)، التواصل اللفظي وغير اللفظي(Verbal and nonverbal communication)، والتواصل الاجتماعي (Social interaction)، فإن عملية التدخل المبكر قد تكون ضرورية جدا للعمل على تطوير قدرة هؤلاء الأطفال على التواصل بشكل تلقائي.

شهدت العلاجات الخاصة باضطراب التوحد تطورات كبيرة على مر السنين، ففي بداية القرن العشرين كان التحليل النفسي(Psychoanalysis) الذي أسسه الطبيب النمساوي 'سيغموند فرويد' (Sigmund Freud)، هو النهج السائد في فهم وعلاج الاضطرابات النفسية بما فيها التوحد، وقد تم تطبيقه على مجموعة واسعة من الاضطرابات بما في ذلك اضطراب التوحد، على الرغم من أن هذا الأخير لم يكن معروفا بهذا الاسم، فقد كانت النظرية السائدة في تلك الفترة تفترض أن التوحد ناجم عن فشل الأم في تكوين علاقة عاطفية قوية مع طفلها، وهو ما أطلق عليه "ثلاجة الأم Mother's refrigerator"، كما افترض فرويد (Freud) أن السلوكيات غير العادية التي يظهرها الأطفال المصابون بالتوحد(Autism) هي نتيجة لصراعات نفسية غير واعية (Subconscious conflicts)، وكان العلاج يركز على كشف

وتفسير هذه الصراعات الداخلية، مع التركيز على دور الأم في عملية العلاج إضافة إلى علاجات قاسية وغير فعالة كالعلاج بالصدمات، وعلى الرغم من أن التحليل النفسي (Psychoanalysis) كان النهج السائد في علاج اضطرابات الطفولة في أوائل القرن العشرين، إلا أنه فشل وأثبت عدم فاعليته في علاج اضطراب طيف التوحد(Autism Spectrum Disorder (ASD)، وتحسين مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي (Communication skills and social interaction) ، وقد أدت النظريات الخاطئة والتركيز على العوامل النفسية والصراعات الداخلية إلى إهمال الأسباب البيولوجية والعصبية لهذا الاضطراب.

شهدت أواخر القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين ظهور عدد من العلاجات النفسية القائمة على أسس علمية، كان أبرزها العلاج السلوكي(Behavior Therapy) الذي انتقل بدوره من التركيز على العوامل النفسية الداخلية غير القابلة للملاحظة إلى تحليل السلوك الإنساني بوصفه ظاهرة قابلة للقياس والتعديل، وانطلقت المقاربات السلوكية من مبدأ أساسي مفاده أن السلوك يكتسب من خلال التفاعل مع البيئة، ويمكن تعديله عبر آليات التعلم المختلفة وتعزيز السلوكيات المرغوبة وتقليل غير المرغوبة (نوري القمش و عبد الرحمن المعايطة، 2009)، ويعد "بافلوف" (Pavlov) من أبرز رواد هذا الاتجاه عبر نظريته في الإشراط الكلاسيكي (Classical Conditioning) التي تقوم على مبدأ الربط بين المحفزات والاستجابات، وهو ما أتاح إمكانية تعديل السلوك تدريجيا من خلال التحكم في المؤثرات البيئية، وقد استخدمت هذه المبادئ بنجاح في تعديل السلوك الاجتماعي والانفعالي لدى الأطفال، بما في ذلك أطفال التوحد. (يوسف محمد القطامي،2009)

في منتصف القرن العشرين ظهرت نظرية الإشراط الإجرائي (Operant Conditioning) التي أسسها سكينر (B.F. Skinner) ، والتي تفترض أن السلوك الإنساني يتعلم ويثبت وفقا للنتائج المترتبة عليه من مكافآت أو عقوبات، وهو ما مهد لظهور تحليل السلوك التطبيقي

(Applied Behavior Analysis – ABA) ، كأحد أكثر الأساليب استخداما في التكفل بأطفال التوحد، حيث يعتمد على تحديد السلوكيات المستهدفة وتدعيمها تدريجيا بالتعزيز الإيجابي وتعديل السلوكيات غير المرغوبة.

ومع تطور الاتجاهات المعرفية، ظهر العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy – CBT) الذي يجمع بين تعديل الأفكار غير التكيفية وتغيير السلوكيات غير المرغوبة، معتمدا على مبادئ التعلم بالملاحظة (Observational Learning) والمحاكاة (Modeling) ، مما ساهم في تطوير برامج تدريبية تستهدف تحسين التواصل والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين بالتوحد (بوفيه و فرحات، 2019)، وقد أظهرت دراسات ميدانية مثل: دراسة بوبكر وآخرين (2019) بعنوان تأثير برنامج مقترح من الألعاب الصغيرة في تنمية بعض مهارات التواصل الإجتماعي لأطفال التوحد، والتي طبق على عينة مكونة من 12 طفلا، وأشارت النتائج إلى أن البرنامج الذي اعتمد على الألعاب الرياضية الصغيرة قد خلق جوا من التفاعل والاحتكاك واللعب الفردي والجماعي بين أطفال التوحد، كما ساعدهم على تعلم كيفية اللعب والتواصل مع الآخرين، وذلك من خلال التقليد (Imitation) والمحاكاة (Simulation) وتنفيذ الأوامر البسيطة، انتظار الدور، فقد أثبت هذا البرنامج نجاعته في إكساب الأطفال عدة مهارات اجتماعية، عاطفية، حركية تساعده على أن يمارس حياته بصفة طبيعية، ودراسة خروبي وبوضياف (2021) التي هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج تدريبي مقترح قائم على التقليد والانتباه المشترك لتحسين مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، من خلال تطبيقه عينة متكونة من 16 طفلا توحدي اختيروا بالطريقة العمدية وباستخدام المنهج التجريبي، فتوصلت النتائج إلى أنه يوجد فاعلية للبرنامج التدريبي المقترح لتحسين مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة الدراسة التجريبية.

تظهر مثل هذه الأبحاث أن التدخلات المبكرة القائمة على المبادئ السلوكية والتعلم الاجتماعي أسهمت بشكل ملحوظ في تحسين التواصل لدى أطفال التوحد، مع الإشارة إلى أن معظم البرامج العلاجية تتقاطع في جوهرها حول تعزيز السلوكيات الاجتماعية وتنمية القدرة على التفاعل والتواصل، حتى وإن اختلفت في الطرق والتقنيات.

في هذا السياق برز نموذج العلاج متعدد المحاور للازاروس (Multimodal Therapy) بوصفه أحد أكثر النماذج تكاملا، إذ يقوم على مقاربة (BASIC-ID) التي تنظر إلى السلوك الإنساني من خلال سبعة محاور مترابطة (السلوك، العاطفة، الإحساس، التخيل، المعرفة، التفاعل الاجتماعي، والعوامل البيولوجية)، ويعتبر هذا النموذج إطارا ملائما بشكل خاص لمعالجة الاضطرابات المعقدة مثل اضطراب التوحد، لكونه يسمح بتكييف التقنيات العلاجية لتستجيب للاختلافات الفردية بين الأطفال، ومن بين التقنيات التي يقدمها لازاروس (Lazarus) تبرز تقنية البروفة (Behavioral Rehearsal) ، كأحد أساليب العلاج السلوكي المعرفي المتعدد المحاور (Multimodal Cognitive Behavioral Therapy) ، حيث تعتمد على مبدأ التعلم بالممارسة والتكرار المنظم للسلوك المستهدف ضمن بيئة علاجية آمنة، وتقوم هذه التقنية على تدريب الأفراد على أداء السلوك أو الموقف المستهدف عدة مرات ذهنيا وواقعيا، مع تقديم تغذية راجعة (Feedback) مستمرة من طرف المعالج، بما يسمح بتثبيت السلوك الجديد وتحسين الأداء الاجتماعي والتواصلي.

يستند هذا الأسلوب إلى نظرية التعلم الاجتماعي (Social Learning Theory) لـ "باندورا" (Bandura)، التي تقوم على الربط بين ما هو معرفي وسلوكي، ويرى أن الأفراد يتعلمون عن طريق الملاحظة والتقليد، حيث أدخل مصطلحات وظواهر معرفية لم تعترف بها النظريات السابقة، حيث يرى أن الفرد هو متعلم نشط وفعال، يعتمد في سلوكاته على البيئة التي يعيش فيها وهي تملي عليه سلوكاته عن طريق المحاكاة (Simulation) والتقليد (Imitation)، فالتعلم عند 'باندورا' (Bandura) مرتبط بسيرورتين اثنتين:

- السيرورة الرمزية المعرفية(Cognitive Symbolic Process): والمتمثلة في الاعتقادات التي تنظم السلوك من خلال الضبط الذاتي والنتائج المرتبطة بهذا السلوك.

سيرورة التعلم الاجتماعي عن طريق المحاكاة (Observational Learning or Modeling): وهي التقليد لنموذج ما، قد يكون حقيقي واقعي أو رمزي خيالي، وهو ما يعرف بالصقل (Modeling) .(بدر إبراهيم الشيباني ، 2003 ، ص.66)

لهذا تعتبر تقنية البروفة (Behavioral Rehearsal) مدخلا علاجيا فعالا في تدريب الأطفال على مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، إذ تمكنهم من إعادة تمثيل المواقف الاجتماعية في جو تدريبي منظم مما يساعدهم على اكتساب السلوكيات التواصلية السليمة تدريجيا.

رغم كثرة الدراسات التي تناولت فعالية البرامج السلوكية أو اللعب التفاعلي أو النموذج التطوري الاجتماعي في تحسين التواصل لدى أطفال التوحد، إلا أن النادر منها فقط تناول تقنية البروفة (Behavioral Rehearsal) تحديدا كإستراتيجية علاجية أساسية ومتكاملة، ولم تدرس – في حدود الاطلاعنا – ضمن إطار منهجي تجريبي يركز على تحسين الأبعاد الخمسة للتواصل (البصري، اللفظي، غير اللفظي، الاجتماعي، واللغة الاستقبالية) لدى أطفال التوحد وفق نموذج لازاروس متعدد المحاور.

إن هذا الفراغ العلمي يعطي للدراسة الحالية قيمتها الإضافية، إذ تسعى إلى توظيف تقنية البروفة بشكل منظم وموجه لمعالجة جوانب التواصل المختلفة لدى هذه الفئة، بما قد يوفر نموذجا علاجيا فعالا قابلا للتطبيق في الممارسات الإكلينيكية.

ذلك من خلال الإجابة عن التساؤل العام التالي:

– ما مدى فاعلية تقنية البروفة للازاروس في علاج مشكل التواصل لدى أطفال التوحد؟

بالإضافة إلى التساؤلات الجزئية:

– هل هناك فروق بين أداء العينة في مهارات التواصل البصري بين القياس القبلي والبعدي؟

– هل هناك فروق بين أداء العينة في مهارات اللغة الاستقبالية بين القياس القبلي والبعدي ؟

– هل هناك فروق بين أداء العينة في مهارات التواصل اللفظي بين القياس القبلي والبعدي ؟

– هل هناك فروق بين أداء العينة في مهارات التواصل غير اللفظي بين القياس القبلي والبعدي ؟

– هل هناك فروق بين أداء العينة في مهارات التواصل الإجتماعي بين القياس القبلي والبعدي ؟

2.فرضيات الدراسة:

الفرضية الأساسية:

– لتقنية البروفة للازاروس فاعلية في علاج مشكل التواصل لدى أطفال التوحد.

الفرضيات الجزئية:

– يوجد فروق بين متوسطي القياس القبلي والقياس البعدي لأداء العينة في مهارات التواصل البصري لصالح القياس البعدي.

– يوجد فروق بين متوسطي القياس القبلي والقياس البعدي لأداء العينة في مهارات اللغة الإستقبالية لصالح القياس البعدي.

– يوجد فروق بين متوسطي القياس القبلي والقياس البعدي لأداء العينة في مهارات التواصل اللفظي لصالح القياس البعدي.

– يوجد فروق بين متوسطي القياس القبلي والقياس البعدي لأداء العينة في مهارات التواصل غير اللفظي لصالح القياس البعدي.

– يوجد فروق بين متوسطي القياس القبلي والقياس البعدي لأداء العينة في مهارات التواصل الإجتماعي لصالح القياس البعدي.

3.أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن فاعلية تقنية البروفة، بوصفها إحدى التقنيات المستخدمة في إطار العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور للازاروس، في علاج مشكلات التواصل لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وذلك من خلال دراسة شبه تجريبية شملت ثماني حالات بجمعية اليسر بسيدي بلعباس، وتسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

– تصميم وتطبيق برنامج علاجي قائم على تقنية البروفة للازاروس ، يستهدف تحسين مهارات التواصل لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، من خلال جلسات علاجية مخصصة لأبعاد التواصل المستهدفة في الدراسة.

– تقييم فاعلية تقنية البروفة في تحسين مهارات التواصل لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (الحالات محل الدراسة).

– تحديد مظاهر التحسن في مهارات التواصل المستهدفة بالتدخل العلاجي، وفقا للأبعاد وأدوات القياس المعتمدة في الدراسة.

– رصد التغيرات التي تطرأ على مهارات التواصل لدى الحالات المدروسة عقب تطبيق البرنامج العلاجي، ومقارنتها بمستوياتها قبل التدخل، وفقا لإجراءات التصميم شبه التجريبي المعتمد.

– استخلاص مؤشرات تطبيقية من نتائج الدراسة بشأن إمكانية الاستفادة من توظيف تقنية البروفة في برامج علاجية، تستهدف تحسين مهارات التواصل لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

4.أهمية الدراسة:

تنبع أهمية هذه الدراسة من تناولها فاعلية إحدى التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور للازاروس، وهي تقنية البروفة، في معالجة مشكلات التواصل لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. وتتجلى أهمية الدراسة في الجوانب الآتية:

1.4. الأهمية العلمية:

تتمثل الأهمية العلمية للدراسة في إثراء المعرفة المتعلقة بالتدخلات العلاجية الموجهة لتحسين مهارات التواصل لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، من خلال تناول تقنية البروفة في إطار العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور للازاروس، كما تقدم الدراسة معطيات مستمدة من تطبيق شبه تجريبي لبرنامج علاجي على ثماني حالات، يمكن الاستناد إليها في مناقشة مدى فاعلية هذه التقنية في السياق الذي أُجريت فيه الدراسة وفي حدود الحالات المدروسة، ويوفر منطلقا لدراسات لاحقة تتناول هذه التقنية في سياقات وعينات مختلفة.

2.4. الأهمية التطبيقية:

تتجلى الأهمية التطبيقية للدراسة في تصميم وتطبيق برنامج علاجي منظم، قائم على تقنية البروفة وموزع على جلسات تستهدف أبعادا مختلفة من التواصل، تشمل التواصل البصري، واللغة الاستقبالية، والتواصل اللفظي، والتواصل غير اللفظي، والتواصل الاجتماعي، ثم تقييم فاعليته في معالجة مشكلات التواصل لدى الحالات محل الدراسة، وتكمن قيمة هذا البرنامج

في إمكانية الاستفادة من خطوات بنائه وإجراءاته ونتائج تطبيقه بوصفها مؤشرات عملية قد تساعد المختصين في علم النفس، والتربية الخاصة على تطوير تدخلات علاجية تراعي الاحتياجات التواصلية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

3.4. الأهمية التربوية والاجتماعية:

تنبع الأهمية التربوية والاجتماعية للدراسة من ارتباط موضوعها بإحدى الصعوبات التي قد تواجه الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وهي مشكلات التواصل وما قد يرتبط بها من تحديات في التفاعل مع المحيط الأسري والتربوي والاجتماعي، ومن ثم فإن دراسة فاعلية تقنية البروفة في هذا المجال والنتائج المترتبة عنها قد تسهم في دعم الجهود الرامية إلى تحسين فرص التواصل والتفاعل لدى هؤلاء الأطفال، بما قد يساعد على تعزيز مشاركتهم في محيطهم الاجتماعي والتربوي، وينعكس إيجابا على حياتهم وحياة أسرهم.

5. دواعي إختيار الموضوع:

إن اختيار موضوع "فاعلية تقنية البروفة في علاج مشكل التواصل لدى أطفال التوحد" يأتي بناء على عدة أسباب منها الانتشار الكبير لاضطراب التوحد في العالم عامة وفي الجزائر خاصة، وكذا الحاجة الماسة لتطوير أساليب علاجية عملية تعتمد على تقنيات علاجية جديدة لتستخدم بشكل مباشر في العيادات.

كما أن الموضوع تناول جانب مهم ألا وهو التواصل الذي يعد عرض أساسي من أعراض اضطراب التوحد، ويعتبر التواصل أحد المهارات الأساسية التي تحتاج إلى تعزيز كبير لدى أطفال التوحد لتحقيق الاندماج الاجتماعي، واختيار هذا الموضوع يعكس اهتماما كبيرا بتأثير هذه التقنية في تطوير المهارات الاجتماعية لديهم.

6. التعاريف الإجرائية:

لا يمكن لأي دراسة أن تستقيم دون تحديد واضح للمتغيرات التي ستخضع للدراسة والتجريب والتحليل، وتمثلت متغيرات الدراسة الحالية في:

1.6. البرنامج العلاجي(Therapeutic Program):

تمثل في مجموعة من الجلسات العلاجية المنظمة (18 جلسة بمعدل جلستين في الأسبوع)، تم إعدادها وتطبيقها من قبل الباحثة على عينة من الأطفال المصابين باضطراب التوحد، وفق منهج العلاج المعرفي السلوكي متعدد الوسائط (BASIC-ID) الذي وضعه لازاروس، ويرتكز البرنامج على تقنية البروفة كأداة رئيسية تهدف إلى تحسين مهارات التواصل بمختلف أبعاده (البصري، الاستقبالي، اللفظي، غير اللفظي والاجتماعي)، يقاس أثره من خلال الفروق بين الاختبارين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التواصل.

2.6. تقنية البروفة (Lazarus's Rehearsal Technique) :

هي مجموعة أنشطة تعتمد على المحاكاة، التكرار، التغذية الراجعة، والتعزيز الإيجابي، بهدف تدريب الأطفال التوحديين على أداء مواقف تواصلية واقعية (كالتحية، الطلب، التفاعل البصري، الاستجابة اللفظية والتفاعل الاجتماعي...) بهدف تحسين المهارات التواصلية، وذلك ضمن جلسات علاجية، ويقاس أثرها عبر ملاحظة التغير في أداء الطفل قبل وبعد التدريب.

3.6.التواصل(Communication):

يقصد به كل سلوك لفظي أو غير لفظي يقوم به الطفل بهدف تبادل المعنى أو التفاعل مع الآخرين، ويشمل النظرات، الإشارات، الكلمات، التعبيرات الوجهية، والإيماءات ...، ويقاس

من خلال أداء الأطفال على مقياس مهارات التواصل الذي أعدته الباحثة، والمتضمن خمسة أبعاد رئيسية هي:

- التواصل البصري(Visual Communication): يقاس بعدد المرات التي يحافظ فيها الطفل على تواصل بصري مباشر أثناء التفاعل في المواقف العلاجية مثل النظر في وجه المتحدث أو تتبع تعابير الوجه أو الإشارة البصرية أثناء الحديث وفقا لبنود مقياس مهارات التواصل من إعداد الباحثة.

- اللغة الاستقبالية (Receptive Language): تقاس من خلال درجة استجابة الطفل للتعليمات اللفظية المختلفة (المكونة من كلمة واحدة أو أكثر)، وفهمه لمعاني المفردات والأوامر، والأسئلة، وفقا لبنود مقياس مهارات التواصل من إعداد الباحثة.

- التواصل اللفظي(Verbal Communication): يقاس من خلال ملاحظة مدى استخدام الطفل للغة المنطوقة في التعبير عن احتياجاته وأفكاره ومشاعره، واستخدامه للكلمات والجمل الوظيفية، تبعا لبنود مقياس مهارات التواصل من إعداد الباحثة.

- التواصل غير اللفظي(Nonverbal Communication): يقاس من خلال أداء الطفل في استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهية والإشارات الجسدية المناسبة للموقف أثناء الجلسات العلاجية، بناءا على بنود مقياس مهارات التواصل من إعداد الباحثة.

- التواصل الاجتماعي (Social Communication): يقاس من خلال مدى مشاركة الطفل في الأنشطة الجماعية، تعاونه مع الزملاء، مبادرته في الحوار، وقدرته على التفاعل في مواقف اليومية والجلسات، تبعا لبنود مقياس مهارات التواصل من إعداد الباحثة.

4.6. أطفال التوحد(Children with Autism Spectrum Disorder):

تم تحديد الأطفال المصابين بالتوحد بناء على درجاتهم في مقياس (CARS) ضمن المستويين الخفيف والمتوسط وفق التشخيص المعتمد بالمراكز المختصة، ويظهرون قصور

واضح في مهارات التواصل (البصرية، الاستقبالية، اللفظية، غير اللفظية، الاجتماعية) من خلال الدرجة التي يتحصلون عليها من مقياس تقدير مهارات التواصل من إعداد الباحثة.

7. الدراسات السابقة:

– هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع البرامج التدريبية القائمة على التقنيات المعرفية السلوكية لعلاج مشكل التواصل لدى أطفال التوحد، وقد تنوعت هذه الدراسات بين الأجنبية والعربية والمحلية، وسوف نستعرض جملة من الدراسات التي تم الاستفادة منها.

1.7.الدراسات الأجنبية:

1.1.7. دراسة "كلين"(Klein):

أجرى "كلين"(Klein) سنة (1995) دراسة بعنوان تدريب الأطفال التوحديين على الإصغاء للكلام للحد من سلوكيات الانسحاب الاجتماعي لديهم، حيث هدفت الدراسة إلى التمييز بين الأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقليا في سلوكيات التواصل مع الآخرين والتعلق لديهم، والانسحاب من المواقف الاجتماعية، تكونت عينة الدراسة من 12 طفلا توحديا تتراوح أعمارهم ما بين (4–6) سنوات، وضمنت الثانية مجموعة مماثلة من الأطفال المتخلفين عقليا، فأوضحت النتائج أن الأطفال التوحديين كانوا أقل تعلقا من أقرانهم المتخلفين عقليا، حيث لم يفضلوا صوت الأم بل كانوا يفضلون إما الضوضاء الناتجة عن أصوات مركبة أو الانسحاب من المواقف الإجتماعية، وذلك بشكل دال قياسيا بأقرانهم المتخلفين عقليا الذين كانوا يفضلون صوت الأم.

2.1.7. دراسة"بال جيمس" (Ball and James):

أجرى "بال جيمس" (Ball and James) سنة (1996) دراسة بعنوان تأثير التدخلات العلاجية على تحسين التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين، بحيث هدفت إلى دراسة أثر التدخلات العلاجية باستخدام أقران طبيعيين على تحسين التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين، وتكونت عينة الدراسة من 8 أطفال من المصابين بالاضطراب التوحدي في مرحلة ما قبل المدرسة تم دمجهم مع أطفال عاديين من نفس المرحلة العمرية، تضمن البرنامج تنمية مهارات التواصل، واللعب التخيلي والمهارات الاجتماعية، وقد أظهرت النتائج تحسنا في مهارات الاتصال، والمهارات الاجتماعية، واللعب التخيلي، والمهارات الأكاديمية لسبعة أفراد العينة.

3.1.7. دراسة "ستون وآخرون"(Stone& al):

أجرى "ستون وآخرون"(Stone& al) سنة(1997) دراسة بعنوان التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين الذين تتراوح أعمارهم بين (3–4) سنوات، حيث اعتمد الباحثون على المنهج الوصفي وعلى عينة تتكون من 28 طفلا ذلك من خلال المقارنة بين 14 طفل يعانون من اضطراب التوحد و 14 طفل آخرين يعانون من تأخر في النمو وضعف في اللغة.

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديين يبدون استخدام أقل للتعليقات كما أنهم لا يستخدمون الإشارة بالإصبع من بعيد للحصول على تعليق بالمقارنة مع أفراد العينة الثانية فقد لوحظ أن الإشارة بالإصبع نادرة جدا لدى أطفال التوحد. (شيخي و بوطغان، 2022).

4.1.7. دراسة "روليرز"(Rollers):

أجرى "روليرز"(Rollers) سنة (1999) دراسة بعنوان التفاعل الاجتماعي والانفعالي للأطفال التوحديين، بحيث هدفت الدراسة إلى تحسين التفاعل الاجتماعي والانفعالي للأطفال التوحديين عن طريق الدمج مع أطفال أسوياء، تكونت عينة الدراسة من 85 من الأطفال التوحديين، و 85 من الأطفال العاديين، تم تقسيم مجموعة الأطفال التوحديين إلى مجموعتين مجموعة ضابطة لم تخضع للبرنامج العلاجي، ومجموعة تجريبية تلقت برنامج العلاج بالدمج مع الأطفال العاديين، مع توفير وتنظيم فرص للتفاعل بينهم خلال اللعب، كما ركز البرنامج على تدريب الأطفال العاديين قبل الدخول في البرنامج على كيفية التعامل مع الأطفال التوحديين، وأظهرت نتائج الدراسة درجات ذات دلالة من التحسن في السلوك الاجتماعي الانفعالي لأطفال المجموعة التجريبية التي اشترك أفرادها في تفاعل مع الأطفال العاديين، أما مجموعة أطفال العينة الضابطة التي لم يشارك أفرادها في تفاعل مع الأطفال العاديين فلم يظهر أي تحسن في السلوك الاجتماعي والانفعالي.

5.1.7. دراسة "كاترينا" و"ألينا"(Katrina and Alina):

أجرت "كاترينا" و"ألينا" (Katrina and Alina) سنة (2013) دراسة بعنوان ضعف التواصل غير اللفظي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، هدفت هذه الدراسة إلى تحليل أشكال ضعف التواصل غير اللفظي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، تم الاعتماد على المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من 12 طفل توحدي (7 ذكور،5 إناث)، وتوصلت النتائج إلى أن عينة الدراسة تعاني من قصور في التقليد، التتبع، انخفاض في إنتاج وإدراك الإيماءات، وإدراك الوجه، ونقص في التواصل أثناء التعبير الجسدي، وطلب الأشياء، وكذا نقص الاهتمام بالآخرين.

6.1.7. دراسة "كاتال بوتلر" (Butler, C) (2013):

بعنوان فاعلية برنامج 'تيتش' (TEACCH) في دعم وتطوير مهارات التواصل للمتعلمين ذوي الإعاقات الذهنية الشديدة، بحيث هدفت هذه الدراسة إلى اكتشاف مدى فاعلية برنامج في تحسين مهارات التواصل، تعزيز استقلالية المتعلمين، و ذلك من خلال تطبيقه على ستة(6) طلاب يزيد أعمارهم عن 16 سنة، يعانون من إعاقة ذهنية شديدة، ويدرسون في مدرسة خاصة، باتباع المنهج شبه التجريبي (قياس قبلي وبعدي)، باستعمال مقاييس التطوير اللغوي (P-scale)، وأهداف خطة التعليم الفردية (IEP)، أظهرت النتائج زيادة ملحوظة في تردد وفعالية مهارات الاتصال، وبالتالي فاعلية البرنامج العلاجي المقترح.

7.1.7. دراسة "سعيد رحيمي بوردنجاني"(Rahimi Pordanjani, S) (2021):

بعنوان فعالية العلاج بالدراما في تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، تهدف هذه الدراسة إلى تقييم مدى فعالية العلاج بالدراما في تحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي التوحد الشديد، والتحقق إذا ما كان العلاج يسهم في تعزيز السلوك الاجتماعي المناسب، والتواصل، وتقليل السلوك العدواني، وطلك من خلال تطبيقه عينة متكونة من 40 طفلا ذوي توحد شديد، تتراوح أعمارهم بين 7 و12 سنة، باتباع المنهج التجريبي واستعمال الأدوات التالية: مقياس مهارت الاتصال الاجتماعي (Matson social skills questionnaire)، برنامج علاج بالدراما وتوصلت النتائج إلى أن العلاج بالدراما كان فعالا في تحسين المهارات الاجتماعية للأطفال في المجموعة التجريبية، وانخفاض في السلوك العدواني وزيادة الثقة بالنفس، بالإضافة إلى تحسين التواصل مع الأقران.

2.7/.الدراسات العربية:

1.2.7. دراسة "ذيب رائد الشيخ" (2005):

هدفت الدراسة إلى تصميم برنامج تدريبي لتنمية المهارات التواصلية والاجتماعية، وكذا الاستقلالية الذاتية لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحديين والتحقق من فاعليته، طبق البرنامج على 4 أطفال كلهم ذكور من فئة الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، باستخدام المقاييس التالية: الصورة العربية من مقياس تقدير التوحد الطفولي CARS، الصورة الأردنية من قائمة السلوك التوحدي ABC، القائمة التشخيصية للأطفال ذوي السلوك E−2، الصورة الأردنية من مقياس المهارات العددية للمعوقين عقليا، الصورة الأردنية من مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقليا، مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، بالإضافة إلى البرنامج التدريبي المقترح لتنمية المهارات التواصلية والاجتماعية وكذا الاستقلالية الذاتية لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحديين (إعداد الباحثة).

توصلت الدراسة إلى تطور مهارات الأطفال التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية، وكذا مهارات الحساب والقراءة بنسب متفاوتة، وفي المقابل انخفضت واختفت العديد من السلوكيات غير التكيفية ونطق بعض من الكلمات الوظيفية وبذلك أثبتت فعالية البرنامج.

2.2.7. دراسة "حساني" (2005):

أجرى "حساني" دراسته بعنوان فاعلية برنامج تعليمي باللعب في تنمية الاتصال اللغوي عند الأطفال المصابين بالتوحد، هدفت الدراسة إلى قياس مدى فاعلية برنامج تعليمي باللعب في تنمية الاتصال اللغوي عند الأطفال المصابين بالتوحد، تم استخدام المنهج التجريبي على عينة تتكون من 20 طفلا مصابا بالتوحد قسمت إلى مجموعتين إحداهما تجريبية خضعت للبرنامج التعليمي لتنمية الاتصال اللغوي، والأخرى ضابطة لم تتبع البرنامج التعليمي باللعب.

ومن ضمن النتائج التي توصلت إليها الدراسة مايلي:

- وجود فروق في مهارة التقليد قبل تطبيق البرنامج وبعده ولصالح الاختبار البعدي للمجموعة التجريبية.
- وجود فروق في مهارة الفهم والمعرفة قبل تطبيق البرنامج وبعده لصالح الاختبار البعدي للمجموعة التجريبية.
- وجود فروق في مهارة توظيف المفاهيم قبل تطبيق البرنامج لصالح الاختبار البعدي للمجموعة التجريبية.

3.2.7. دراسة "لينا عمر الصديق" (2007):

أجرت دراسة بعنوان فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل غير لفظي وأثره على السلوك الاجتماعي للأطفال التوحديين، بحيث هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصلغير لفظي وأثره على السلوكالاجتماعي للأطفال التوحديين، تم الاعتماد على المنهج التجريبي على عينة متكونة من 38 طفلا توحديا تتراوح أعمارهم ما بين (4–6) سنوات، وتقسيمهم إلى مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية.

أظهرت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للمجموعة التجريبية، كما أظهرت النتائج إلى عدم فعالية البرنامج في تنمية السلوك الاجتماعي المناسب لأفراد المجموعة التجريبية، كما أشارت النتائج إلى فعالية البرنامج التدريبي في خفض السلوكالاجتماعي غير المناسب لدى المجموعة التجريبية.

4.2.7. دراسة "خليفة وليد السيد" (2008):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل باستخدام الحاسوب في الانتباه البصري والسمعي والذاكرة العاملة، لدى عينة مكونة من 8 أطفال

مصابين باضطراب طيف التوحد، مقسمين إلى مجموعتين(الضابطة والتجريبية)، ولتحقيق هدف الدراسة استخدم الباحث المقاييس التالية: مقياس الذكاء، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي، مقياس تقدير التوحد الطفولي CARS، اختبار الذاكرة العاملة بالإضافة إلى برنامج تدريبي مقترح لتنمية مهارات التواصل باستخدام الحاسوب في الانتباه البصري والسمعي والذاكرة العاملة لدى الأطفال التوحديين. أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية لصالح القياس البعدي، وهو ما يدل على فاعلية البرنامج التدريبي المقترح.

5.2.7. دراسة كل من "بغدادلي"، "دوبوا بريستو" (2011):

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج تدريبي قائم على المقاربة المعرفية السلوكية لتنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة مكونة من 5 مراهقين مصابين باضطراب طيف التوحد، وأسفرت النتائج على تطور المهارات الاجتماعية خاصة فيما يتعلق بالتعرف وفهم الإيماءات الوجهية بعد تطبيق البرنامج.

6.2.7. دراسة 'روان عيدروس عبد الله البار' (2016):

أجرت 'روان عيدروس عبد الله البار' دراسةبعنوان فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر قائم على السلوك اللفظي في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال من ذوي التوحد في المملكة العربية السعودية، هدفت الدراسة إلى الحاجة إلى التعرف على فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر على السلوك اللفظي في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في المملكة العربية السعودية، وأجريت الدراسة على عينة تكونت من 12 طفلا من ذوي اضطرابات التوحد ممن حققوا درجات توحد متوسط وأقل من المتوسط حسب مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد، تم اختيار العينة بطريقة قصدية منتظمة، تضمنت الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 4–6 سنوات والمنتسبين إلى مركز تنمية الإنسان في الرياض، وتم

تطبيق الأدوات التالية في الدراسة بعد أن تحققت الباحثة من صدق الأدوات وثباتها: مقياس تقدير المعلم للانتباه المشترك لدى الطفل التوحدي، ومقياس مترجم لتقييم السلوك اللفظي، وبرنامج رؤى للطفل التوحدي القائم على نظرية السلوك اللفظي، وتم تطبيق البرنامج في مركز تنمية الإنسان في الرياض، واستخدمت الباحثة المنهج الكمي الشبه تجريبي للإجابة على أسئلة الدراسة، وقد أظهرت النتائج أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال العينة بين القياس القبلي والبعدي على مقياس تقدير المعلم للانتباه المشترك للطفل التوحدي ومقياس تقييم السلوك اللفظي تعود لصالح القياس البعدي، بينما لم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال العينة بين القياس البعدي والتتبعي على مقياس تقدير المعلم للانتباه المشترك للطفل التوحدي، ومقياس تقييم السلوك اللفظي تعزى لأثر البرنامج التدريبي، مما يشير إلى استمرارية فاعلية البرنامج.

7.2.7. دراسة "داحش مغرم العمري صفية" (2017):

أجرت "داحش مغرم العمري صفية" دراسة بعنوان التدريب باستخدام المعينات البصرية والسمعية لتنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي لأطفال الأوتيزم، تهدف الدراسة إلى وضع برنامج علاجي قائم على التدريب باستخدام المعينات البصرية والسمعية لتنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي لأطفال الأوتيزم، وأجريت هذه الدراسة على عينة تكونت من 10 أطفال أوتيزم من المترددين على جمعية للفئات الخاصة-بمحافظة القاهرة ممن تتراوح أعمارهم ما بين 5-8 سنوات ممن تحصلوا على أدنى الدرجات في كل من مقياس تشخيص التوحد ومقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي، واعتمدت الباحثة على المنهج التجريبي من خلال تطبيقها لبرنامج تدريبي باستخدام المعينات البصرية والسمعية لأطفال الأوتيزم (من إعداد الباحثة)، تم التوصل إلى النتائج التالية: توجد فروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي، هذه الفروق تكون لصالح المجموعة التجريبية، كما أنه توجد فروق بين متوسطات

رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس التواصل اللفظي وغير اللفظي وهذه الفروق تكون في إتجاه نتائج القياس البعدي، كما لا توجد فروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج بعد مرور فترة المتابعة (شهرين تقريبا) على مقياسي التواصل اللفظي وغير اللفظي.

8.2.7. دراسة فايزة إبراهيم عبد اللاه أحمد (2020):

بعنوان فعالية برنامج تدريبي قائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي لتنمية المهارات الحياتية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، هدفت الدراسة إلى التعرف عل فعالية البرنامج من خلال تطبيقه على عينة تكونت من 60 طفلا توحدي من مراكز الإعاقة بمحافظة الخرج في المملكة العربية السعودية، ولتحقيق هدف الدراسة قامت الباحثة بإعداد مقياس المهارات الحياتية، وبرنامج التدريب القائم على تحليل السلوك التطبيقي لخفض السلوكيات غير المرغوب فيها وتنمية المهارات الحياتية، وتم استخدام التصميم شبه التجريبي، وقد أظهرت نتائج الدراسة فعالية البرنامج التدريبي في تنمية وتطوير المهارات الحياتية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .

9.2.7. دراسة حمدي محمد مرسي، علي صلاح عبد المحسن، دعاء صابر حامد عبد الكريم" (2023):

هدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج تدريبي قائم على اللعب في تنمية التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد، وقد تم استخدام على المنهج شبه التجريبي (مجموعة واحدة بإجراء قياس قبلي وبعدي على أفرادها) لتحقيق أهداف البحث، والحصول على عينة بلغت 5 أطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم قصور في مهارات التواصل غير اللفظي، وكانت أدوات البحث: مقياس مهارات التواصل غير اللفظي، وبناء برنامج قائم على اللعب،

وانتهت النتائج إلى فاعلية البرنامج ذلك لوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة على أبعاد مقياس مهارات التواصل غير اللفظي.

3.7. الدراسات المحلية:

1.3.7. دراسة "حمادو مسعودة" و"جلطي بشير" (2018):

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر برنامج تدريبي مقترح في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى أطفال التوحد، ولتحقيق أهداف البحث تم تطبيق البرنامج المقترح على عينة من أطفال التوحد اختيروا بطريقة القصدية لتوفر شروط التجريب عليها، حيث تكونت عينة الدراسة من ستة أطفال 5 ذكور و1 أنثى، ولتأكد من فاعلية البرنامج تم تطبيق مقياس مهارات التواصل الاجتماعي من إعداد الباحثة عل عينة الدراسة قبل وبعد تطبيق البرنامج لمعرفة التغير الذي طرأ عل مجموعة البحث، وبعد جمع البيانات تم تحليل النتائج المتوصل إليها بواسطة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS وتم التوصل إلى النتيجة التالية: يوجد فاعليةللبرنامج التدريبي المقترح في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى أطفال التوحد على عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج ولصالح التطبيق البعدي.

2.3.7. دراسة 'الصادق بوبكر'، 'بجاوي فاضلي'، 'عز الدين رامي' (2019):

قام كل من 'الصادق بوبكر' و 'بجاوي فاضلي' و 'عز الدين رامي' بإجراء دراسة بعنوان تأثير برنامج مقترح من الألعاب الصغيرة في تنمية بعض مهارات التواصل الاجتماعي لأطفال التوحد، استخدم الباحثون المنهج التجريبي على عينة تكونت من 12 طفلا تراوحت أعمارهم ما بين 6–9 سنوات، وقاموا باستخدام الأدوات التالية: قائمة تقدير التواصل الاجتماعي لأطفال التوحد (من إعداد الباحثين)، وبرنامج تدريبي مقترح من الألعاب الصغيرة لتنمية مهارات التواصل الاجتماعي لأطفال التوحد، وقد أشارت النتائج إلى أن البرنامج الذي اعتمد على الألعاب الرياضية الصغيرة قد خلق جوا من التفاعل والاحتكاك واللعب الفردي

والجماعي بين أطفال التوحد، كما ساعدهم على تعلم كيفية اللعب والتواصل مع الآخرين، وذلك من خلال التقليد والمحاكاة، تنفيذ الأوامر البسيطة، انتظار الدور، مشاركة الزملاء في اللعب ومن خلال اللمس والتعرف على المثيرات السمعية والبصرية، فخرجوا من دائرة الضيق إلى جو المرح واللعب الذي هو عصب حياة كل طفل، واكتسب الأطفال عدة مهارات اجتماعية، عاطفية، حركية، عقلية، ...إلخ، تساعده على أن يمارس حياته بصفة طبيعية.

3.3.7. دراسة 'شيخي مبروك' و 'بوطغان محمد الطاهر' (2020):

قام 'شيخي مبروك' و 'بوطغان محمد الطاهر' بإجراء دراسة بعنوان تقييم مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد، وتهدف إلى تقييم وتحليل أشكال ضعف التواصل غير اللفظي لديهم أو ما تعرف بمهارات التواصل الاجتماعي، وهي من أهم الخصائص التواصلية التي تمثل عرضا واضحا في الطفل التوحدي، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من 10 حالات مصابة باضطراب التوحد ولا يعانون من أي إعاقات مصاحبة، تراوحت أعمارهم ما بين 4–6 سنوات، وذلك من خلال استعمال قائمة تقدير التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد لـ 'لينا صديق عمر' والتي تقيس 5 أبعاد تمثل مظاهر التواصل غير اللفظي وهي: الانتباه المشترك، التواصل البصري، التقليد، الاستماع والفهم، استخدام الإشارة على ما هم مرغوب فيه، وبعد تطبيق إجراءات الدراسة تم التوصل إلى النتيجة التالية: هناك قصور واضح في مهارات التواصل غير اللفظي لدى مجموعة الدراسة والمصابين باضطراب التوحد وفي كل من الأبعاد التالية: الانتباه المشترك، التواصل البصري، التقليد، الاستماع والفهم، الإشارة إلى ما هو مرغوب فيه.

4.3.7. دراسة "بن عربية لحبيب" و "صواحي صلاح الدين" (2020):

أجرى "بن عربية لحبيب" و "صواحي صلاح الدين" دراسة بعنوان دراسة المهارات الاجتماعية لدى أطفال طيف التوحد TSA (مختلف المستويات)، تهدف الدراسة إلى دراسة المهارات الاجتماعية لدى أطفال طيف التوحد بمختلف درجاته، بحيث تم استعمال المنهج العيادي على عينة تتكون من 4 أطفال بمختلف مستويات التوحد، وخلصت النتائج إلى أن المهارات الاجتماعية تختلف لدى أطفال التوحد باختلاف الدرجة.

5.3.7. دراسة " مشري إبتسام" و "الحسني إبتسام" (2021):

قامت 'الحسني إبتسام' و" مشري إبتسام" بإجراء دراسة بعنوان فاعلية برنامج تدريبي مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدي عينة مكونة من 6 أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، تراوحت أعمارهم ما بين 4–7 سنوات، تم استخدام المنهج شبه تجريبي اعتمادا على السلاسل الزمنية لمعرفة أثر المتغير المستقل، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة سلم تقدير التوحد الطفوليCARS للتحقق من تجانس العينة (توحد خفيف)، كما قامت ببناء مقياس لتقييم مهارات التواصل غير اللفظي بالإضافة إلى إعداد وتطبيق برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي، وقد أسفرت المعالجة الإحصائية للمعطيات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS حيث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وكذا اختبار Wilcoxon Test إلى إثبات وجود تفاوت في فاعلية البرنامج المقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (عينة الدراسة) بين مختلف أبعاده.

6.3.7. دراسة 'خروبي أحمد' و 'بوضياف نادية' (2021):

أجرى'خروبي أحمد' و 'بوضياف نادية' دراسة بعنوان فاعلية برنامج تدريبي لتحسين مهارات التواصل غير اللفظي لدى الطفل التوحدي، هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج تدريبي مقترح قائم على التقليد والانتباه المشترك لتحسين مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمدينة غرداية، وتم استخدام المنهج التجريبي بتصميم شبه التجريبي ذو المجموعتين التجريبية والضابطة بقياس قبلي وبعدي لتحقيق أهداف الدراسة، تكونت عينة الدراسة من 16 طفلا توحديا اختيروا بالطريقة العمدية، وللتأكد من فاعلية البرنامج تم تطبيق مقياس مهارات التواصل غير اللفظي على عينة الدراسة، قبل وبعد تطبيق البرنامج على العينة التجريبية لمعرفة التغيير الذي طرأ على مجموعة البحث، وبعد جمع البيانات ومعالجتها إحصائيا، وتوصلت النتائج إلى أنه يوجد فاعلية للبرنامج التدريبي المقترح لتحسين مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة الدراسة التجريبية.

7.3.7. دراسة سليماني ليلى (2021):

بعنوان فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل لأطفال التوحد بمدينة سطيف، هدفت إلى استقصاء فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات التواصلية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد في مدينة سطيف المسجلين في روضة الإشراق لأطفال التوحد، جيث تبنت الدراسة المنهج شبه التجريبي، وتكونت عينة الدراسة من 20 طفلا توحديا في الروضة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: المجموعة الضابطة (10) خضعت للبرنامج العادي، والمجموعة التجريبية (10) خضعت للبرنامج المقترح، وقد صممت الباحثة استمارة تقدير مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، وبالمعالجة الإحصائية للبيانات، خلصت النتائج إل وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لصالح المجموعة التجريبية، أي فعالية البرنامج المقترح.

8.3.7. دراسة "بن المداني لبنى" و"بولوفة بوخميس" (2022):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية البرنامج التدريبي لوفاس في تنمية الاتصال اللفظي لدى الأطفال التوحديين بقسنطينة، تكونت عينة الدراسة من حالة لديها اضطراب طيف التوحد ذو الدرجة المتوسطة حسب اختبار كارز للتوحد، تم اختيار العينة بطريقة القصدية تضمنت حالة عمرها 7 سنوات متواجدة لجمعية شموع الأمل لأطفال التوحد، وتم تطبيق الأدوات التالية: اختبار التوحد الطفولي كارز(2)، اختبار الاتصال اللفظي وبرنامج 'لوفاس' للطفل التوحدي القائم على تحليل السلوك التطبيقي، وتم الاعتماد عل المنهج الشبه التجريبي ومنهج دراسة الحالة بهدف التعرف على أثر برنامج تدريبي للاتصال اللفظي، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فروق ذات دلالة احصائية في درجات الحالة بين القياس القبلي والقياس البعدي على اختبار الاتصال اللفظي تعود لصالح القياس البعدي على اختبار الاتصال اللفظي تعود لصالح القياس البعدي مما يشير إلى فاعلية البرنامج.

8.التعقيب على الدراسات:

تتعدد الدراسات التي تناولت موضوع الأطفال التوحديين ومهارات التواصل لديهم، حيث اشتملت على مجموعة من المناهج والأساليب العلاجية الموجهة لتحسين هذه المهارات. من خلال التعقيب على بعض هذه الدراسات يمكن تلخيص النقاط التالية:

- **من حيث المتغيرات** : من خلال استعراض الدراسات السابقة وجدت الباحثة أن جميع الدراسات احتوت على متغيرين على الأقل من متغيرات الدراسة، والتي تتمثل في: برنامج تدريبي، مشكل التواصل، أطفال التوحد.
- **التوجهات العلاجية:** معظم الدراسات تتبنى برامج تدريبية تهدف إلى تحسين مهارات التواصل الاجتماعي والتفاعل اللفظي وغير اللفظي، مثل الدراسة التي أجريت في المملكة العربية السعودية حول فعالية برامج التدخل المبكر في تنمية السلوك اللفظي

كدراسة روان عيدروس عبد الله البار(2016)، معظم الدراسات تشير إلى فاعلية هذه البرامج في تحسين مهارات الأطفال التوحديين عند تطبيقها بشكل منهجي ودقيق.

- **من حيث الهدف:** نلاحظ من خلال الدراسات السابقة التي تم التطرق إليها أنها تم اختيارها على أن تكون ذات أهداف متشابهة ألا وهي تنمية مهارة التواصل لدي الطفل التوحدي كدراسة "حسني إبتسام" 2021، و دراسة "خروبي أحمد و بوضياف نادية" 2021، في حين كان الهدف من وراء دراسة "شيخي مبروك" و "بوطغان محمد الطاهر" 2020 هو تقييم و تحليل أشكال ضعف التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد، أما دراسة "بن عربية لحبيب و صوالحي صلاح الدين" 2020 فقد هدفت إل دراسة المهارات الاجتماعية لدى أطفال طيف التوحد بمختلف درجاته.

- **العلاقة بين المهارات الاجتماعية والتدخلات:** دراسات مثل دراسة "روليرز" (1999) أثبتت أن دمج الأطفال التوحديين مع الأطفال الأسوياء في بيئات تفاعلية مثل: اللعب الجماعي قد يحسن من مهاراتهم الاجتماعية والانفعالية، أيضا دراسات أخرى مثل دراسة "الصادق بوبكر" و"بجاوي فاضلي" (2019) أظهرت أن استخدام الألعاب الصغيرة قد يعزز التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين.

- **التركيز على أشكال التواصل غير اللفظي:** العديد من الدراسات تناولت ضعف التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين، على سبيل المثال، دراسة "كاترينا" و"ألينا" (2013) تحدثت عن ضعف التواصل غير اللفظي بشكل عام، كما تم التركيز على أبعاد مثل التقليد، الاستماع، وفهم الإيماءات، كانت العديد من البرامج العلاجية تهدف إلى تطوير هذه المهارات لتيسير التواصل الاجتماعي.

- **المنهج التجريبي والتقييم القبلي والبعدي:** من خلال استخدام المنهج التجريبي على عينات متنوعة، ثبتت فعالية البرامج العلاجية في تحسين المهارات الاجتماعية واللغوية

لدى الأطفال التوحديين. على سبيل المثال، دراسة "حساني" (2005) أكدت أن برنامج تعليمي باللعب ساعد في تطوير مهارات الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين.

- **التحديات المستمرة:** رغم تقدم بعض الدراسات في تقديم نتائج ايجابية فإن التحدي الأكبر يبقى في استمرارية التحسن على المدى الطويل، دراسات مثل تلك التي أجراها "خروبي أحمد" و"بوضياف نادية" (2021) أظهرت أن التحسن في المهارات الاجتماعية قد يكون مؤقتا ما لم يتم المتابعة بعد البرنامج.

- **من حيث العينة:** بالنسبة للعينة المستخدمة في الدراسات التي تم عرضها فقد اتفقت جميعها في الجنس وذلك باعتمادها على كلا الجنسين (ذكور/إناث) في حين أنها اختلفت الدراسات من دراسة إلى أخرى من حيث النوع والحجم:

– النوع: اعتمدت معظم الدراسات السابقة على أطفال التوحد، ما عدا دراسة "كلين، 1995" التي ضمت الأطفال توحديين والأطفال المتخلفين عقليا، ودراسة "ستون وآخرون ،1997" كانت تضم العينة بالإضافة إلى أطفال التوحد أطفال آخرين يعانون من تأخر في النمو وضعف في اللغة، ودراسة "روليرز،1999" كانتا على الأطفال التوحديين والأطفال العاديين.

– الحجم: إن معظم الدراسات السابقة اعتمدت على عينات تتراوح بين 04 و 24طفلا، في حين أن دراسات أخرى اعتمدت على عينات كبيرة كدراسة "ستون وآخرون،1997" والتي بلغ حجمها ن = 28 طفلا ، ودراسة "لينا عمر الصديق،2005" والتي بلغ حجمها ن = 38 طفلا، ودراسة "روليز،1999" وهي الدراسة التي أجريت على أكبر عينة مقارنة بالدراسات السابق ذكرها حيث بلغ حجمها ن = 170 فرد.

- **من حيث الأدوات المستخدمة:** فقد اتجهت كل الدراسات إلى استخدام برامج تدريبية وعلاجية تعنى علاج مشكل التواصل، ولكن كل برنامج كان من اقتراح وتصميم الباحث القائم على الدراسة.

- **من حيث النتائج:** فقد توصلت الدراسات إلى النقاط التالية:

- أن أبرز المشكلات السلوكية التي تظهر على الأطفال في المدرسة هي السلوك العدواني وهو مرتبط بصعوبات التعلم لدى هؤلاء الأطفال.

- أن جميع البرامج الإرشادية المقترحة والمصممة من قبل الباحثين لخفض السلوك العدواني أظهرت أنها على مستوى عال من الفعالية.

- أن كذلك جميع البرامج العلاجية المقترحة والمصممة من قبل الباحثين لتعديل السلوك العدواني أظهرت بأنها على مستوى عال من الفاعلية.

- بناء على هذه الدراسات، يلاحظ أن برامج التدريب المبكر والتدخلات العلاجية الموجهة للأطفال التوحديين تؤدي إلى تحسن كبير في المهارات الاجتماعية والتواصلية، لكن يبقى تحدي الاستمرارية والفعالية على المدى الطويل بحاجة إلى مزيد من البحث والتطوير.

9. موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

أسهمت الدراسات السابقة في تحديد موضوع الدراسة الحالية وتوجيهها، من خلال إبراز طبيعة صعوبات التواصل لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، والتعرف على مختلف التدخلات المستخدمة لتنمية مهاراتهم التواصلية.

تتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في اهتمامها بالتواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد، والسعي إلى تحسين مهاراتهم التواصلية من خلال تدخل منظم، غير أنها تختلف عنها في تركيزها على 'فاعلية تقنية البروفة ضمن العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور

للازاروس'، من خلال برنامج علاجي يستهدف خمسة أبعاد، هي: التواصل البصري، واللغة الاستقبالية، والتواصل اللفظي، والتواصل غير اللفظي، والتواصل الاجتماعي، وذلك على عينة مكونة من ثماني حالات بجمعية اليسر بسيدي بلعباس، وفق المنهج شبه التجريبي.

وقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في بناء خلفيتها النظرية، وتحديد أبعاد التواصل المستهدفة، والاسترشاد بالتدخلات السابقة في إعداد البرنامج العلاجي، فضلا عن الاستفادة من نتائجها في مناقشة النتائج الحالية وتفسيرها، وبذلك تسعى الدراسة إلى الإسهام في إثراء البحوث المتعلقة بالتدخل العلاجي لمشكلات التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد، من خلال دراسة تقنية البروفة للازاروس في إطار علاجي محدد.

خلاصة:

من خلال هذا الفصل، تم تقديم الإطار العام الذي تستند إليه الدراسة، والذي يؤطر الدراسة الحالية، فقد تم توضيح الإشكالية الأساسية المتعلقة التي بمشكل التواصل لدى أطفال التوحد، وعرض الأبعاد النظرية التي تبرر توظيف تقنية البروفة للازاروس (Rehearsal Technique) كعلاج فعال لتحسين هذا الجانب، كما تم عرض أهداف الدراسة وأهميتها العلمية والعملية، بالإضافة إلى فروض ومنهج الدراسة المتبع، وتوضيح المفاهيم الأساسية المرتبطة بالموضوع.

ختاما، يمكن القول أن هذا الإطار النظري يمثل قاعدة ضرورية لفهم طبيعة المشكلة التي تتناولها الدراسة، ويساعد في بناء تصور منهجي متكامليؤهل القارئ للانتقال إلى المراحل التالية من البحث، ويمهد للفصل الثاني الذي سيتناول الإطار النظري التفصيلي حول اضطراب التوحد، وآليات التواصل، وأساليب العلاج السلوكي المعرفي وتقنية البروفة بالتحديد.

الفصل الثاني :

العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد

1- نظرة تاريخية .

2- تعريف العلاج المعرفي السلوكي .

3- الثلاثية المعرفية .

4- مرجعية العلاج المعرفي السلوكي .

5- المراحل الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي .

6- التحليل الوظيفي .

7- أهداف العلاج المعرفي السلوكي .

8- المنهجية العامة للعلاج المعرفي السلوكي .

9- دواعي إستعمال العلاج المعرفي السلوكي .

10- موانع إستعمال العلاج المعرفي السلوكي .

11- العلاقة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج متعدد المحاور.

12- تقنية البروفة للازاروس.

13- تقنية 'البروفة' في العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور للازاروس

14- فنيات العلاج المعرفي السلوكي .

الخلاصة

تمهيد:

يعد العلاج النفسي من أبرز مجالات علم النفس التطبيقي، ويهدف إلى التخفيف من المعاناة النفسية ومساعدة الأفراد على التكيف وحل صراعاتهم الداخلية، ومن بين المقاربات الحديثة التي أثبتت فاعليتها، يبرز العلاج المعرفي السلوكي(Cognitive Behavioral Therapy- CBT) باعتباره نموذجا علميا يجمع بين تعديل السلوك وتقويم العمليات المعرفية التي تولد الانفعالات والسلوكيات غير التكيفية.

ينطلق هذا الاتجاه من مبدأ التفاعل التبادل بين الفكر، الانفعال، والسلوك، حيث يؤدي التدخل المنهجي في أحدها إلى تعديل البقية، ويركز على تغيير أنماط التفكير المشوهة وتدريب الفرد على مهارات سلوكية عملية لتعزيز التكيف والوظيفية اليومية، وقد تميز هذا العلاج بمرونته التطبيقية وفاعليته العالية في علاج اضطرابات القلق والاكتئاب والرهاب وغيرها، مما جعله أكثر الأساليب العلاجية اعتمادا في الممارسة العيادية المعاصرة (Bech,2011)

1. نظرة تاريخية:

إن المتأمل في الجذور التاريخية من حيث الوصف الكرونولوجي للمسار التاريخي لما يسمى بالعلاج المعرفي السلوكي، يرى بوضوح أن ما تنبه إليه الفلاسفة اليونان منذ القدم حيث أشاروا إلى أن إدراك الإنسان للأشياء وليس الأشياء نفسها تلعب دورا هاما في تحديد نوع إستجابته وهي التي تسم سلوكه وتصفه بالاضطراب أو السواء، وفي هذا الصدد يقول الفيلسوف الروماني "إيكتيوس" (Iktios): "لا يضطرب الناس من الأشياء ولكن من الآراء التي يحملونها عنها ".

قد سبقت الفكر الغربي إشارات مماثلة في التراث الإسلامي، حيث أكد علماء النفس والروح المسلمين مثل 'الغزالي' و'ابن القيم' على الدور الحاسم للأفكار في توجيه السلوك، وفي تحقيق السعادة أو الشقاء، فقد رأى 'ابن القيم' أن الأفكار إذا لم تعدل تتحول إلى دوافع ثم إلى سلوكيات راسخة، بينما شدد 'الغزالي' على أن تهذيب الأخلاق يبدأ بتغيير الأفكار والتصورات عن الذات والآخرين، وتدل هذه الرؤى على وعي مبكر بأهمية البعد المعرفي في تفسير السلوك الإنساني وتنظيمه.

يرى بيك (Bech, 1976) أن العلاج المعرفي السلوكي يستند في جوهره إلى دعائم فلسفية قديمة، وخاصة الفلسفة الرواقية التي اعتبرت أن الأفكار والمعتقدات الذاتية هي المسؤولة عن الاضطرابات المزاجية والانفعالية، لا الأحداث الخارجية بحد ذاتها، ويقوم التيار المعرفي السلوكي على هذا المبدأ في تفسير المشكلات النفسية، إذ يعزو الاضطرابات إلى تشوهات معرفية ناتجة عن افتراضات خاطئة وتعلم غير سوي في مراحل النمو المبكرة. (الزعبي، 2009، ص.12)

في النصف الثاني من القرن العشرين، بدأت الثورة المعرفية تعيد الاعتبار للعمليات العقلية

الداخلية بعد نقد الاتجاه السلوكي الذي حصر تفسير السلوك في مثيرات واستجابات ميكانيكية، وقد ظهر العلاج المعرفي السلوكي نتيجة هذا التحول الفكري، إذ سعى إلى الدمج بين مبادئ السلوك الظاهر والبنية المعرفية، ممثلا بذلك نقلة نوعية في مسار العلاج النفسي، ومنذ الستينات برز عدد من الرواد الذين أسسوا ركائز هذا الاتجاه، أبرزهم:

- العلاج العقلاني الإنفعالي (RET) لـ" ألبرت أليس". (Albert Ellis) (1962)
- العلاج المعرفي لـ "أرون بيك"(Aron Beck)
- أسلوب حل المشكلات عند "جولفريدو جولفريد" (Golfred et Golfred)
- تعديل السلوك المعرفي (SIT) عند"ميكينباوم"(Meichenbaoum). (1971)
- إعادة البنية العقلانية المنظومية (SRRT) لـ "ماهوني"(1975) (Mahoney)
- العلاج بالمخططات لـ "يونغ" (Young-J) (2003)

إلى جانب مساهمات 'لازاروس' (Lazarus.A) في العلاج السلوكي متعدد المحاور(MMT) و 'ماهوني'(M.Mahoney) و 'جولدفريد' (M.Goldfreid) في تطوير التكامل بين المدارس.

استخدم مصطلح "العلاج المعرفي السلوكي"(CBT) لأول مرة سنة 1993 على يد 'ألبرت إيليس' (A.Ellis)، ليعبر عن المقاربة التكاملية التي تمزج بين البنية الفكرية والعمليات السلوكية في تفسير الاضطرابات النفسية ومعالجتها.(مؤمن، 2004، ص.135)

منذ ذلك الحين، أصبح هذا الاتجاه يمثل إطارا مرجعيا عاما يضم تحت مظلته عشرات الأساليب العلاجية المتفرعة ، التي تختلف في تقنياتها لكنها تتفق جميعا في هدفها الأساسي ألا وهو 'تغيير التفكير لتغيير السلوك'.

2. تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يعرف "بيك" (Beck,1964) العلاج المعرفي السلوكي على أنه:" علاج منظم متمركز حول حاضر مرض الاكتئاب، وهو موجه أساسا إلى التعامل مع مشاكل المريض الحالية مع إعادة تشكيل التفكير السلبي والسلوك المترتب عليه"، وجاء في تعريف آخر له رفقة "ستيفن" (Stefane & Beck , 1995) "بأنه تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة والعمليات المعرفية".

كما عرفه 'ألبرت بندورا' (Bandura, A,1977) على أنه: أسلوب علاجي قصير إلى متوسط الأمد، منظم، يهدف إلى تحديد وتصحيح الأنماط المعرفية الخاطئة والمشوّهة التي تؤدي إلى استجابات انفعالية وسلوكية غير سوية، بينما يعلم مهارات سلوكية عملية لتحسين التكيف.

يعرف "كوترو" (Cottraux,1993) العلاجات السلوكية المعرفية على أنها " تمثل تطبيق علم النفس العلمي في العلاج النفسي، إذ هي استعمال المنهج التجريبي من أجل فهم وتعديل الاضطرابات النفسية التي تفسد حياة الحالة والتي تستدعي تدخل المختصين في الصحة النفسية ".

يرى "ميشال هيرسن وآخرون" (Michel.Hersen et Al, 2002) أن العلاج المعرفي السلوكي هو"العلاج الذي يستند إلى أسس نظريات معالجة المعلومات ونظريات التعلم حيث يستند إلى فرضية أساسية ترى أن كلا من الوظائف المعرفية والفيزيولوجية والانفعالات، والسلوكيات في عملية تفاعل متبادل، وأن علاج الأعراض لا يأتي إلا من خلال تعديل المعارف والسلوكيات للتحسين من الوظائف المصابة ".

يعرف "هوفمان" (S.J. Hofman) العلاج المعرفي السلوكي "هو نوع من العلاج البسيط، حدسي، وواضح، حيث يندرج تحته مجموعة من التدخلات تتقاسم نفس الأفكار الرئيسية،

تحديدا المعارف التي تؤثر بشكل سببي وقوي في الانفعالات والسلوكيات، ومن ثم تسهم في الإبقاء على المشاكل النفسية ويعتمد هذا النموذج على الاضطراب المستهدف، وتتغير الأساليب كلما زادت المعلومات عن المشكلة المستهدفة.(عبد الله الزعبي،2009 ص. 235)

يعرفه "أوليفي كنسيل وآخرون" (O.Canciel et Al , 2002) "العلاج المعرفي السلوكي يمثل تطبيق المبادئ التجريبية لعلم النفس العلمي في التطبيق العيادي، هذه العلاجات التي أسست في البداية على نظريات التعلم: الإشراط الكلاسيكي، الإجرائي ونظرية التعلم الاجتماعي، ثم أخذت النظريات المعرفية كمرجع لها وبالخصوص نموذج معالجة المعلومة "

يرى(Hayes, Strosahl, & Wilson ,2012) أن العلاج المعرفي السلوكي في جانبه العيادي يتمثلفي مساعدة المعالج للمريض على تحديد الأفكار التلقائية، اختبار دقتها، تعديل المعتقدات الجوهرية، وممارسة استراتيجيات سلوكية (التعرض، التعزيز، التشكيل) في سياق علاقة علاجية تعاونية.

انطلاقا من التعاريف السابقة يمكن القول أن العلاج المعرفي السلوكي هو أحد الأساليب العلاجية الحديثة، التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية،بهدف إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب، وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها.

3. الثلاثية المعرفية (Cognitive Triad):

يرتكز العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive- Behavioral Therapy (CBT)) على مبدأ أساسي مفاده أن الفكر، والسلوك، والانفعال تمثل نظاما مترابطا ومتبادلا، بحيث يؤدي التغيير في أحدها إلى تعديل في العنصرين الآخرين.(Meichenbaum, D,1977)

1.3. السلوك (Behavior):

يمثل السلوك المظهر الخارجي الذي يعكس العمليات المعرفية والانفعالية الكامنة، ويعرف على أنه: "سلسلة منظمة من الأفعال الموجهة نحو التكيف مع الموقف كما يدركه الفرد ويفسره" (بلغالم،2017، ص.50).

فالهدف العلاجي لا يقتصر على إزالة سلوك غير مرغوب فيه، بل على تعليم الفرد أنماطا سلوكية جديدة أكثر تكيفا مع المواقف البيئية والاجتماعية من خلال التعلم التجريبي والممارسة المنتظمة.(Kazdin, A. E. ,2017)

2.3. المعرفة (Cognition):

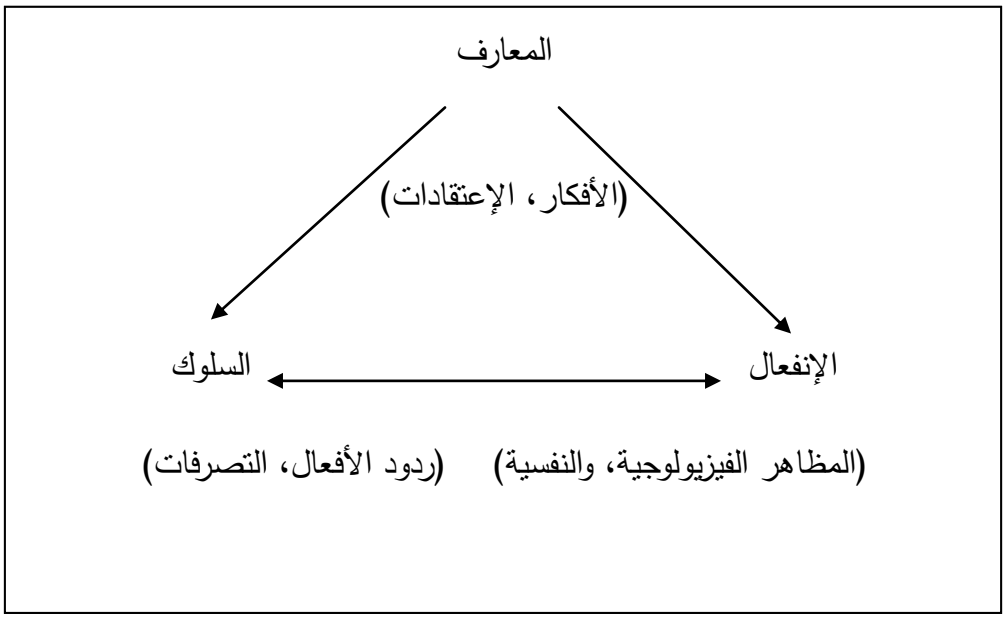
تشير المعرفة إلى مجموعة العمليات العقلية التي تشمل الإدراك، التذكر، التنظيم، واتخاذ القرار، والتي تمكن الفرد من تفسير الواقع والتفاعل معه بفعالية، بحيث يرى (Beck, 1976) أن الاضطرابات النفسية تنشأ عندما تتعرض هذه العمليات إل تحريفات معرفية (Cognitive Distortions) تجعل الفرد يفسر المواقف بطريقة سلبية أو مشوهة، وقد وضح (Young et al,2003) أن هذه المخططات تعد البنية التنظيمية التي تخزن خبرات الفرد السابقة حول ذاته والعالم، وتعمل كوسيط يوجه الإدراك والانتباه والاستجابات الانفعالية.

(بلغالم، 2017، ص.51)

3.3. الانفعال (Affect/ Emotion):

يشير الانفعال إلى الاستجابات الجسدية والنفسية التي تعبر عن الرضا أو عدم الرضا، كالخوف، القلق، الغضب، والفرح، وتعد الانفعالات في العلاج المعرفي السلوكي (CBT) انعكاسا مباشرا لتأويل الفرد للأحداث نفسها، وهو ما يتسق مع الفلسفة الرواقية التي استند إليها هذا الاتجاه. (Beck,2011).

فالاستجابات الانفعالية تنشأ من تفاعل المعرفة والإدراك مع الخبرة السابقة، مما يجعلها تتبعية (Secondary) وليست مستقلة، وعندما يغير الفرد تفسيره المعرفي للموقف، تتغير بالضرورة الاستجابة الانفعالية، وهو ما يشكل جوهر عملية العلاج المعرفي السلوكي.



الشكل رقم (01) يوضح مخطط الثلاثية المعرفية في العلاج المعرفيالسلوكي

الشكل رقم (01) يوضح مخطط الثلاثية العرفية في العلاج المعرفي السلوكي، كيف أن تغيير الأفكار يؤدي إلى تغير السلوك والإنفعال، وأن السلوك يؤثر ويتأثر بالإنفعال.

4. مرجعية العلاج المعرفي السلوكي:

1.4. التيار الأول : المدرسة السلوكية

– نظريات التعلم: يرى (Cottraux, 1993) أنها تشمل نظريات الإشراط الكلاسيكي والإجرائي والتعلم الاجتماعي، والتي تقوم على تعديل السلوك الملاحظ المحرك أواللفظي.

لقد تطورت النظريات السلوكية عند نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، وانتقل من التجريب على الحيوانات وصولا إلى الإنسان وذلك ضمن نظريات الإشراط والمثير والإستجابة وصولا إلى النظريات المعرفية:

1.1.4. نظرية الإشراط الكلاسيكي لـ Pavlov:

إن أسس هذه النظرية ترجع إلى العالم البيولوجي والفيزيولوجي السوفياتي "بافلوف" (Pavlov) وذلك إثر تجريبه على استجابات اللعاب عند الكلاب والإفرازات الهضمية، حيث نشر تجاربه الخاصة "ردود الفعل الشرطي، جاءت نظرية (Pavlov) لطرحه السؤال التالي: "كيف تتكون العادات الجديدة؟"، حيث توصل إلى فكرة أن سلوك الإنسان هو حزمة من الاستجابات الشرطية إلى جانب الأفعال المنعكسة، حيث أن المنعكس هو استجابة آلية لاإرادية لمثير لا تتم إلا من خلال عملية التعلم، أما المنعكس الشرطي فيأتيه الفرد كإستجابة لمثير غير طبيعي إرتبط بمثير طبيعي عن طريق الإشراط، ومن هنا توصل (Pavlov) إلى قوانين التعلم الشرطي، وهي :

- قانون الاكتساب: أي القدرة على التعلم .
- قانون التقارب: من حيث المثير الطبيعي والمثير الاصطناعي من ناحية المدة (تكون قصيرة)
- قانون التعميم: وهي آلية معرفية، يقوم الفرد بتعميم السلوك المتعلم على المثيرات المتشابهة.
- قانون الانطفاء: وهو الاختفاء التلقائي لفاعلية المثير الشرطي في حدوث المنعكس عندما ينعدم التجديد.(محمود القطامي، 2009)

2.1.4. نظرية التعلم الإجرائي لـ Skinner:

إن التعلم عند (Pavlov) يتم على نحو آلي نتيجة للرابطة التي تتكون بين المنبهات الأصلية والمنبهات الشرطية، ولكن التعلم الإجرائي الذي وضع أسسه المنهجية العالم الأمريكي "سكينر" (Skinner) الذي قام بتجاربه على القطط والفئران ومن ثم على الحمام، يقوم في مجمله على قاعدة رئيسية مؤداها أن السلوك هو حصيلة ما يؤدي له من نتائج وآثار، ومن هنا يسمي (Skinner) نظريته بإسم "الإشراط الإجرائي"، للإشارة إلى أن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف على ما يتبع هذا السلوك من نتائج إيجابية (كالتدعيم أو المكافأة) أو سلبية (العقاب)، فالإشراط الإجرائي أو إشراط التعزيز هو الذي يؤدي فيه حدوث السلوك، ويركز(Skinner) على أن السلوك يتأثر بما يتبعه حيث أشار إلى أن الأنماط السلوكية المتبوعة بأنواع معينة من المثيرات تكون ميلا في أن تحدث مرة أخرى في المستقبل (عزيز سمارة و آخرون، 1999)، وقد توصل (Skinner) إلى:

– المكافأة المعطاة تؤدي إلى تغيير السلوك إلى درجة الإعادة .

– المثير لا يؤدي إلى الاستجابة آليا ولكن يؤثر عليها بحيث يساعد تمييز الظروف التي يحدث فيها تعزيز الاستجابة حيث أن السلوك لا يحدث بوجود منبه ولكن لارتباطه بنتيجة .

– لما تؤدي الاستجابة إلى تغيير إيجابي للمحيط يميل الفرد إلى إعادتها .

شروط وقوانين التعلم الإجرائي لـ (Skinner) :

أ. مرحلة الاستكشاف: مثير ← استكشاف ← استجابة + النتيجة ← إيجابية (التكرار، التعزيز)

النتيجة ← سلبية (الانطفاء ، العقاب)

ب.مرحلة الترويض: يبحث عن التكيف مع البيئة التي يعيش فيها من خلال اكتشافه .

ت. مرحلة الإشراط: استجابته ترتبط بالنتيجة بفعل التعزيز والعقاب .

– التعزيز: هو الحدث الذي يتبع الاستجابة ويرفع من توقعات وقوعها لاحقا، وهو عملية نفسية تتمثل في إشباع الحاجة أو اختزال التوتر الناشئ عنها إذا ترتب على سلوك الفرد تعزيز فإنه يثبت ويترسخ ويتحول من العادة إلى عادة راسخة.

(Dobson, D. & Dobson, K,2019)

3.1.4. نظرية التعلم الأدائي لـ Throndike:

وضع "ثروندايك" (Throndike) نظرية التعلم الأدائي وقد جاءت كنظرية نظيرة لنظرية(Pavlov)، ويرى أن التعلم ينتج من الأداء الصحيح للفرد فيتم تعزيزه .

"المحاولة والخطأ" وهو نوع من الإشراط الكلاسيكي وهو نظيره الإشراط الإجرائي، ويستلزم إعطاء الجوائز ومنع العقوبات مثلما هو الحال في الترويض أي التعلم بالمحاولة والخطأ، وسمى (Throndike) هذه العملية بالإشراك الأدائي لأن الارتباط الذي يقوم بين المثير والاستجابة يتقوى إذا كان أداة أو وسيلة للوصول إلى المكافئة، شروط وقوانين التعلم الأدائي:

– قانون الأثر: وهو الأثر الإيجابي الذي يتركه السلوك المتعلم في نفسية الفرد .

– قانون الممارسة (التكرار):كلما تكرر السلوك كلما عزز .

– قانون التنبؤ: يتنبأ بحدوث استجابة صحيحة، والحصول على المكافأة .

(مصطفى ناصف، 1983)

4.1.4. نظرية التعلم الإجتماعي لـ Bandura:

جاءت نظرية "باندورا" (Bandura) للربط بين ماهو معرفي وسلوكي، حيث أدخل مصطلحات وظواهر معرفية لم تعترف بها النظريات السابقة، حيث يرى أن الفرد هو متعلم نشط وفعال، يعتمد في سلوكاته على البيئة التي يعيش فيها وهي تملي عليه سلوكاته عن طريق المحاكاة والتقليد، فالتعلم عند (Bandura) مرتبط بسيرورتين إثنتين :

– السيرورة الرمزية المعرفية: والمتمثلة في الاعتقادات التي تنظم السلوك من خلال الضبط الذاتي والنتائج المرتبطة بهذا السلوك .

– سيرورة التعلم الاجتماعي عن طريق المحاكاة: وهي التقليد لنموذج ما، قد يكون حقيقي واقعي أو رمزي خيالي، وهو ما يعرف بالصقل (La modélisation)

تتلخص قوانين التعلم الإجتماعي في: الإنتباه، الحفظ والتذكر، القدرة على إستعادة الحركات، الهدف أو الحافز. (بدر إبراهيم الشيباني، 2003، ص. 66)

2.4. التيار الثاني : الثورة المعرفية :

1.2.4. النظرية البنائية لـ Piaget :

بناء على نظرية "بياجيه"(Piaget) في النمو المعرفي وتفسير تلامذته الذين عملوا معه في تجاربه على الأطفال، فإن نظرية (Piaget) في البناء (Constructivisme) تعني بأن الطفل يبني معرفته الفيزيقية والمنطقية من خلال ما يقوم به من أعمال وتفاعلات مع الأشياء، وتتطلب عملية البناء هذه نشاطا فعالا من الطفل نفسه من داخله(ألفت محمد حقي، 1992) ركز "بياجيه"(Piaget) على كيفية اكتساب المعرفة، وحسبه يولد الطفل وهو مزود بوظيفتين:
التنظيم: وهو القدرة على عمل الوظائف بطريقة منظمة ومنسقة .
التكيف: وهو البحث عن التوافق والتلائم داخل البيئة .

تستمر عملية البناء مدى الحياة من خلال ما يقوم به الفرد من تنظيم وبناء وإعادة بناء لخبراته في ظل أبنية وخطط (Schemes) فكرية قائمة وهي المرجع، ويجري تعديل وإثراء الخطط الفكرية نتيجة للتفاعل مع العالم الفيزيقي والاجتماعي، ومن خلال عمليتين أسماهما "بياجيه" (Piaget) بـ :

– الإستدماج أو التمثل (Représentation): وهي القدرة على الاستحضار الذهني لشيء غائب.

– المواءمة أو التوافق (Accommodation): هي القدرة على إدخال حلول جديدة على حلول سابقة، وهي مرتبطة بالتمثل والاستيعاب.(Kendall, P. C,2020)

2.2.4.النظرية العقلانية الإنفعالية لـ Albert Ellis :

قدم (Ellis) نظرية العلاج العقلاني مشتملة على الجانبين الأساسيين في الشخصية، وهو الجانب العقلاني الذي اعتبره هو المسئول عن الجانب الانفعالي، أي أن الاضطرابات الانفعالية والنفسية ترجع بدرجة كبيرة إلى التفكير غيرالمنطقي وغير العقلاني، ويرى أن تعاسة الفرد وتوتره ترجع إلى إدراكه المشوه وتفكيره اللامنطقي، حيث يعتبر أن التفكير والانفعال عمليتان متكاملتان وأساسيتان.(باضه آمال،1999)

قد اعتمد في الكشف عن الأفكار غير العقلانية عن طريق الجدل أو الحوار السقراطي (العلاج المتمركز حول العميل)، ويمكن إجمال مراحل العلاج في :

أ.الكشف والتعرف على الأفكار اللاعقلانية: وذلك بمواجهة الحالة بفكرته من خلال طرح الأسئلة التالية: هل هي صحيحة ؟ هل هي سليمة ؟ هل هي مفيدة ؟ .

ب.استبدال الفكرة اللاعقلانية بفكرة عقلانية .

ج.الحرص على تثبيت الفكرة العقلانية .

يهدف العلاج العقلاني الإنفعالي إلى:

– مساعدة المريض في التعرف على أفكاره غير العقلانية التي تسبب ردود الفعل غير المناسبة.

– حث المريض على الشك والاعتراض على أفكاره غير العقلانية.

– محاربة الأفكار والمعتقدات غير العقلانية والخاطئة لدى المريض.

– التخلص من الأفكار والمعتقدات غير العقلانية بالإقناع العقلي المنطقي، إعادة تنظيم نظام المعتقدات لدى المريض.

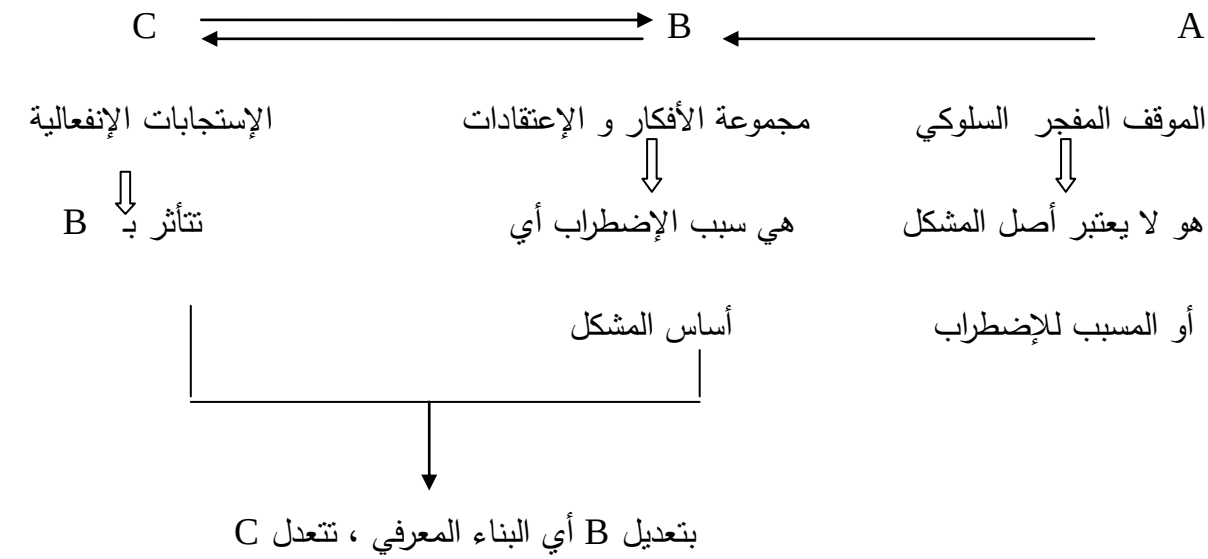
– إزالة أو تقليل النتائج الانفعالية غير العقلانية لدى المريض بصفة خاطئة، تقليل القلق (لوم الذات) وتقليل العدوان أو الغضب (لوم الآخرين والظروف).

– تحقيق المرونة والانفتاح الفكري وتقبل التغيير، وإعادة المريض إلى التفكير العلمي والتحكم في انفعالاته وسلوكه عقلانيا.

كما يستخدم هذا العلاج في مجالات مختلفة ومتعددة، مثل: الأمراض العصابية (الخوف، الاكتئاب)، الأمراض السلوكية (الجناح، السيكوباتية، الإدمان)، المشكلات (المشكلات الزوجية، الأسرية، مشكلات الشباب)(Ellis, A. ,1962)

نموذج ABC لـ "ألبرت أليس" (Albert Ellis) :

يعتبر هذا النموذج من الأسس العامة للعلاج العقلاني الانفعالي، إذ يرى "Ellis" أن سلوكاتنا ترتبط بالحالة الانفعالية، وأن التفكير هو ما يحدث الانفعال وتتأثر الحالة المزاجية للفرد بمعرفته واعتقاداته .



(نقلا عن: بلغالم محمد، 2017، ص. 41)

الشكل رقم (02) يوضح نموذج ABC لـ "ألبرت أليس" (Albert Ellis)

3.2.4.العلاج المعرفي لـ "بيك" (Beck) 1963:

جاء كنقيض لعلاج "Ellis"، كان طبيب عقلي إلا أنه كان ينتمي إلى المدرسة المعرفية، وأثار انتباهه من خلال مقابلاته مع المرضى المكتئبين وجود انفعالات وأفكار غير وظيفية تؤدي إلى هبوط المزاج (الشعور بالحزن) وهذا ما أدى إلى الاكتئاب .

يعتبر"Beck" أول من أصطلح "العلاج النفسي المعرفي"، كما يرجع له الفضل في ربط الفنيات المعرفية مع السلوكية، كما حدد خطوات علاج الاكتئاب خطوة بخطوة.
(قطب أبو قورة، 1996)

تقوم نظريته على التأويلات التي يعطيها العميل لنفسه وذلك من أجل الكشف عن أفكاره الآلية وأخطاء التفكير التي تعد سبب الاضطرابات النفسية، وهذه الأخطاء تظهر على شكل تشوهات معرفية أساسية وتتمثل في تفكير الفرد بطريقة جامدة، ثابتة، ومتصلبة، وأسس النظرية التي حددها "Beck" هي:

– أن إدراكات الفرد وتأويلاته للواقع والأحداث ليست هي الحقيقة .

– التأويلات الخاصة بالواقع مرتبطة بسيرورة معرفية خاطئة .

– أن اعتقادات الفرد تمثل مجموعة الفرضيات التي استنتجها من أحداثه وهي قابلة للتغيير، ومن أجل تغيير هذه المعتقدات وهذه الفرضيات التي تقوم على أساسها، يجب تعريض الفرد إلى مختلف أنواع التعلم إضافة إلى العلاج المعرفي .

حسب"Beck" تعتبر المخططات المعرفية كمصطلحات مفتاحية لتحقيق نجاح العلاج النفسي، ويعرفها على أنها عملية عقلية لمعالجة المعلومات، حيث تأخذ شكل حوار داخلي دائم هذه العملية يقوم بتنظيم التجارب التي يمر بها الفرد فتصبح بنيات معرفية تملي على الفرد سلوكاته . (عبد المعطي، 2003)

4.2.4.علاج المخططات المعرفية لـ "يونغ" (Young) 1999:

كان تلميذ لـ "Beck" وقد واصل أبحاثه حول المخططات المعرفية، واعتبرها المستوى الأخير من اللاشعور (هي نفسها اللاشعور في التحليل)، والمخطط المعرفي هو المرجعية الأساسية التي على أساسها يقوم سلوك الفرد غالبا ما تكون المخططات المعرفية سلبية وتعيق التكيف وينتج عنها سلوكات مضطربة ولذلك جاء "Young" بعلاج لها بأن يعدل المخططات لتصبح إيجابية ومكيفة، ويؤكد " Young " أنه كلما كان المخطط مبكرا كان سلبيا وكلما كان متأخرا كان إيجابيا .

(Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. 2003)

مثير ← مخطط معرفي ← إستجابة

(موقف/حدث يومي) (إيجابي/سلبي) (سلوك مكيف/ أو غير مكيف)

3.4.التيار الثالث : العلاجات المعرفية:

1.3.4.نظرية التدريب على تعليم الذات لـ Meichenbaum:

قام بتطوير هذه النظرية "دونالد ميكينبوم (Meichenbaum,1977) ، حيث استوحى نظريته من الباحث "فيڤوتسكي" (Vigotski) حيث ساعد في الكشف على الربط بين العلاقة بين عملية التعلم واللغة والعمليات المعرفية وكيف تساعد في التعبير، وعملية التعلم أي القدرة على إعطاء معنى من المحسوسات إلى المجردات أي (Autoverbalisation)، وينحدر هذا المنحنى من مصدرين هما: العلاج العقلاني الانفعالي لـ "ألبرت أليس"، ودراسات "لوريا" (1961) على النموذج الناتج عن النمو الحديث الداخلي للأطفال والتحكم في الرمز اللفظي على سلوكهم.

تقوم نظرية "ميكينبوم" (Meichenbaum) على الكشف عن الأفكار الملتوية واضطراب التفكير، وإعطاء المريض تجربة جديدة عن طريق تعليمه حوار داخلي جديد يكون أكثر سواء وواقعية من خلال أن حوارنا يؤثر على سلوكاتنا، ومنه تعليم العملاء على إعاقة سلوكياتهم غير التكيفية وإنتاج إستراتيجيات وسلوكيات متناسبة مع الموقف والمهمة المتطلبة منه، ويتضمن مجموعة من العلاج السلوكي مثل النمذجة المعرفية (التي يقوم بها المعالج)، المهام المتدرجة، تمرينات محددة على مهام تدريبية يتم اختيارها بعناية، الاستظهار الظاهري والتدعيم الذاتي أو التغذية الراجعة للأداء، لعب الأدوار، الإسترخاء، الصور الذهنية، لكي تتحقق هذه الأهداف يجب إتباع الخطوات التالية:

– تدريب العميل على تحديد الأفكار غير التكيفية لديه ويكون واعيا بها.

– تحديد المعالج العلاج من خلال معرفة المشكلة التي يعاني منها العميل، التغيرات الذاتية الإيجابية أو المرغوبة في زيادتها لدى العميل.

– يؤدي العميل المهمة تحت توجيهات وتعليمات النموذج.

– يؤدي العميل المهمة بينما يقول التعليمات لنفسه بصوت عالي.

–يؤدي العميل المهمة، بينما توجيه الأداء يكون داخليا. (عبد السلام زهران، 1997)

2.3.4. العلاج القائم على القبول و الإلتزام لـ Steven Hayes :

طور هذا العلاج من طرف العالم الأمريكي "ستيفن هايز" (Steven Hayes)، يرتبط هذا العلاج بالتجنب التجريبي وهو رغبة الفرد في تجنب التجارب القاسية والمنسية والعمل على تغيير النطاق والإطار الذي يضعه يتعايش مع نفس التجربة .

أ. القبول: يظهر المعالج الذي ينتمي إلى هذا التيار أنه من العادي تجنب تجارب مؤلمة، والهدف هو الرفع من المسافة الموجودة بين الفرد ونموذجه الداخلي التي تقوم عليه تجربته الأساسية، وذلك من خلال التفكير في التفريق بين الذات والعالم الخارجي وأن أفكاره السلبية وانفعالاته هي جزء منه وليست ما هو عليه حقيقة، والهدف من هذا العلاج أن يتقبل الفرد أفكاره، تجاربه، وأحداثه السابقة وأن يتعايش معها والالتزام بوضع سلوكات حديثة.

ب.الإلتزام: من خلال القبول يتم وضع مجموعة من الأهداف وهي ما عرفها (Hayes) "مجموعة الأهداف التي يسعى إليها الفرد وتترتب حسب الأولويات والأهمية في حياته"، إن القبول يستح للفرد أن يتقبل أفكاره السلبية بدل مقاومتها وفي نفس الوقت يستطيع التحكم فيها وإحتواءها، ومن خلال هذا يكتسب الفرد المرونة النفسية وهذا هو الهدف الأساسي للعلاج المعرفي القائم على القبول والالتزام .

3.3.4. العلاج القائم على اليقظة المعرفية لـ Segal:

هو نموذج معرفي صمم من قبل الباحث "سيقال" (Segal) من أجل الوقاية من الانتكاس في الاكتئاب، والهدف من هذا النموذج هو محاولة التحكم في الأفكار وملاحظتها بدون الحكم

عليها والبحث على تقبلها، ويقصد (Segal) باليقضة المعرفية هي دفع الانتباه بطريقة خاصة إلى الأفكار عن قصد في الحاضر أي في اللحظة الآنية، ويستخدم تقنية الاسترخاء، تأمل، العرض .

4.3.4. العلاج المعرفي الجدلي لـ Marsha Linhan:

صمم هذا العلاج من قبل "مارشا لينهان" (Marsha Linhan) صممته من أجل المرضى العاصين الذين لديهم مقاومة للعلاج (مثل: الشخصية الحدية، الإدمان، محاولة الانتحار)، وهي وسيلة خاصة في عملية التعلم يهدف إلى فهم المشكل ومعالجته والتعرف بأنه جزء منه وليس حقيقته عن طريق الحوار، يقوم هذا العلاج على نظرية "روجرز" الغير موجه ومقابلات الدافعية، التي تهدف إلى:

- العمل على الرغبة في الحياة وليس معالجة المشكل.

- تلقين المهارات الكافية التي يحتاجها الفرد داخل الجماعة.

5. المراحل الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي :

إن للعلاج المعرفي السلوكي خاصية يتفرد بها عن باقي العلاجات، وخاصيته أن خلال المقابلات يعتمد على إستراتيجيات من النظريات السلوكية، ويحدد العلاج المعرفي السلوكي عن طريق المراحل التالية حيث لا يمكن المرور إلى المرحلة التي تليها ما لم ينتهي المعالج من المرحلة التي تسبقها وهذه المراحل هي:

1.5. مرحلة التشخيص والتأكد من التشخيص: يتم في هذه المرحلة جمع البيانات عن الحالة والعلامات المرضية، للوصول إلى وضع فرضية تشخيصية، ويتم التحقق والتأكد من الفرضية التشخيصية بالرجوع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية الـ DSM، وتمتد هذه المرحلة من مقابلتين إلى 4 مقابلات .

2.5. مرحلة التقييم (القبلي/البعدي): يقوم فيها المعالج بتقييم شدة الاضطراب وحدته وذلك بالاستعانة بالمقاييس والاختبارات النفسية، حسب فرضية التشخيص أو التشخيص النهائي وهو ما يعرف بالقياس القبلي، وهذه المرحلة تساعد المعالج في اختيار الفنية المناسبة التي تخدم العلاج، وأما القياس البعدي فيكون بعد تطبيق المعالج للبرنامج العلاجي بهدف معرفة مدى فاعلية البرنامج العلاجي .

3.5. مرحلة الدافعية: يقوم المعالج بتقييم دافعية الحالة من أجل العلاج، أي الدرجة التي يريد أن يغير من سلوكه، وفي حال غياب الدافعية يقوم المعالج بتعزيز دافعيته عن طريق "رفع بالوعي" والتشجيع وإبراز نقاط القوة، وتدوم هذه المرحلة على العموم من مقابلتين إلى 4 مقابلات وذلك حسب خبرة المختص، وحسب طبيعة الدافعية .

4.5. مرحلة إعلام المريض والتأكد من فهمه وإدراكه لما يريد أن يوصله له المعالج حيث يقوم المعالج بإعلام الحالة بالتشخيص والنتائج المتحصل عليها من التقييم وكذا البرنامج العلاجية.(Hofmann, & Asnaani, &Vonk, & Sawyer, & Fang, A,2012)

5.5. مرحلة التحالف العلاجي: خلال هذه المرحلة وبعد توصل المعالج وكذا الحالة بكشف مختلف الاضطرابات المسئولة عن معاناته وكذا شرح والتأكد من أن الحالة فهم واستوعب قواعد وأسس العلاج المعرفي السلوكي، ليقوم المعالج والحالة بإبرام عقد علاجي قائم على فهم الأدوار وتحديد أهداف العلاج، هذا العقد يكون عن طريق عمل ثنائي الاتجاه، أين يكون كلاهما نشطا (Actif) .

6.5. المقابلات العلاجية: التكفل النفسي المعرفي السلوكي ذا طابع مميز ومختصر، فغالبا ما يتراوح عدد جلساته في المتوسط ما بين (4) إلى (14) جلسة، وتدوم كل جلسة حوالي (45 إلى 50) دقيقة وبواقع جلستين إلى جلسة واحدة في الأسبوع، وكل حصة تختلف عن سابقاتها مادام أن الأمر يتعلق بالتدرج في المستوى العلاجي.

7.5. مرحلة بداية العلاج: تختلف بناء الجلسة العلاجية الأولى عن بقية الجلسات التالية، وذلك أساسا بسبب أن للعميل مقدمة محدودة عن النموذج المعرفي السلوكي ولم يألفه بعد. (بيرني كورين، 2008، ص. 108)

8.5. المرحلة الوسطى من العلاج: إن محور الاهتمام بالعلاج يتغير عبر مساره إذ أن هناك تداخل بين المرحلة الوسطى من العلاج ومرحلة نهاية العلاج، لكن على المعالج أن يسلم ويكون واعيا (في نفس الوقت) بتغير بؤرة تركيز العلاج عبر الوقت، وبالرغم من ذلك لا يخرج شكل الجلسات عن سابقاتها إلا في بعض الإضافات والتغيرات المرحلية فقط، وتمثل هذه المرحلة العملية الأساسية في العلاج.

(طه عبد العظيم حسين، 2006، ص. 240)

9.5. مرحلة نهاية العلاج: في مرحلتي البداية والوسطى سوف يعمل العميل بالفعل خارج الجلسات العلاجية، وسوف يدرك المعالج ألا ينتقل إلى قضايا جديدة حتى يتم السيطرة على الأجزاء الموجودة بالفعل، والتي تم إنجازها من العمل وفي المرحلة التالية (إنهاء العلاج) تتحرك بؤرة العلاج نحو تثبيت المكاسب السابقة وتشجيع العميل على العمل مستقلا. (خضير و عبد العزيز،2017، ص. 15-38)

6. التحليل الوظيفي في العلاج المعرفي السلوكي :

1.6. التحليل الوظيفي (Functional Analysis):

هدفه هو تحديد السلوكيات المباشرة وغير المباشرة التي تتكرر في بيئة معينة، أي عوامل الظهور والتثبيت (maintien) للسلوكات المرضية، ونلاحظ فيه ثلاثة مستويات وهي: النظام الحركي والنظام المعرفي وكذا النظام العاطفي، يمكن القول أنه إجراء تشخيصي عملي، يقوم على تحليل الحالة ضمنيا والكشف عن وظيفة العرض في السلوك المضطرب، وكذا الربط بين العرض والسلوك، والسلوك والعرض فهو يحتاج إلى مهارات مهنية وكفاءة من أجل

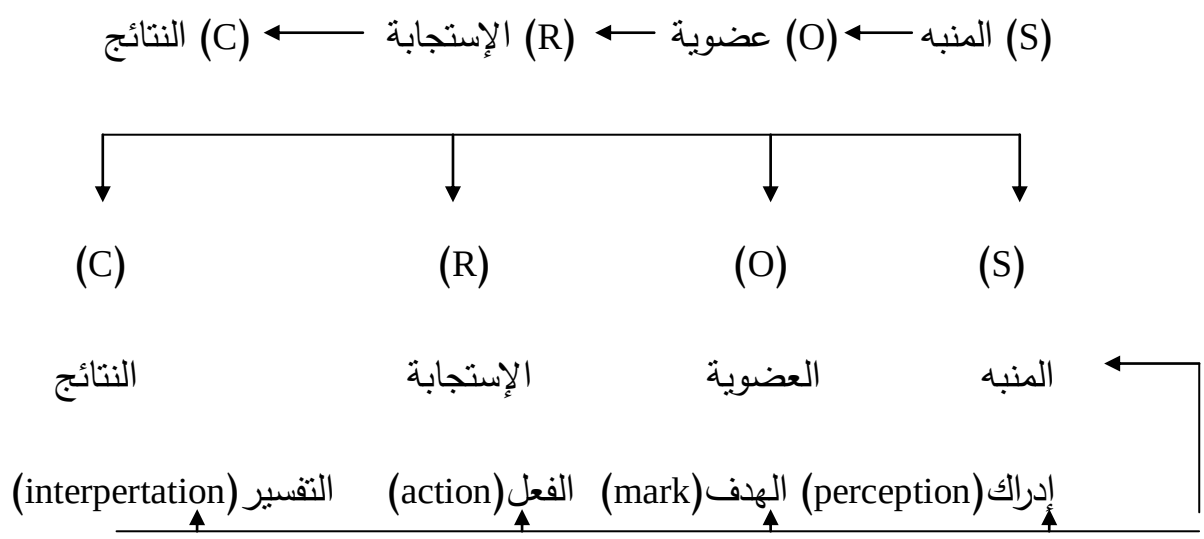
حصر المشكل الأساسي وهذا ما يضم أول عامل في التحالف العلاجي وهي المصداقية، ويجب الوصول إلى (03) أهداف رئيسية :

- أنني أعرف ما هو السلوك الذي يجب تغييره.
- ماهي العوامل التي ساهمت في اكتسابه .
- ماهي العوامل التي ساهمت في التعزيز والتثبيت.

2.6. نماذج التحليل الوظيفي:

حتى يعطي التحليل السلوكي النتائج المرجوة، هناك عدة أنواع من الشبكات المعلوماتية المستخدمة لهذا الغرض و من أهمها نجد:

1.2.6. شبكة سورك (SORC): والتي تتشكل في صورة التخطيط التالي:



الشكل رقم (03) : يوضح مخطط نموذج لشبكة (SORC)

2.2.6. شبكة الفكرة الأساسية (BASIC IDEA): هذا النموذج في التحليل الوظيفي مشتق من أعمال "لزاريس" (Lazarus,1977) ويعرف بإسم BASIC IDEA بمعنى :

(B) : (Behavior) السلوك الملتبس .

(A) : (Affect) العواطف والمشاعر التي تصاحب هذا السلوك .

(S) : (Sensation) الإحساسات (الشدة العضلية بالخصوص) التي تصاحب هذا السلوك .

(I) : (Imagery) التصور الذهني في علاقته مع السلوك .

(C) : (Cognition) المعرفة تنطبق مع الأفكار والمعتقدات للمفحوص .

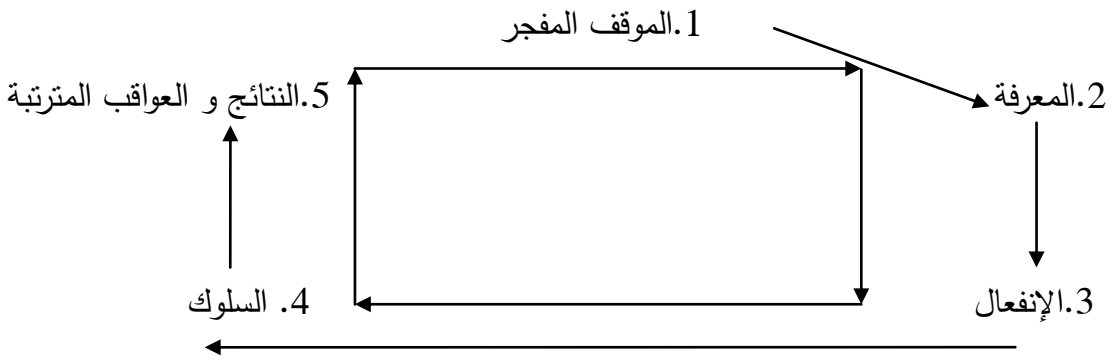
(I) : (Interpersonal) البيئة وتنطبق مع العلاقات البيئية المتصلة بالمشكل .

(D) : (Drogue) العقار ينطبق خصيصا مع الأدوية والحالة الجسدية .

(E) : (Expectation) التوقعات، ما ينتظر ويأمل سواء من المعالج أو العلاج .

(A) : (Attitude) إتجاه (إيجابي أو حيادي أو سطحي) المعالج نحو المفحوص .

3.2.6. شبكة سيكا (SECCA) لـ "كوترو" (Cottraux) وهي على جزئين: جزء تزامني (Synchronie)، والآخر تاريخي (Diachronie) فهذه الشبكة تستهدف فهم الجانب التزامني (الراهن) الذي يسمح بتحليل تتابعي متزامن لـ المنبه (S)– فكرة (C) – انفعال (E) – السلوك (C) – التوقع (A)، وعلاقتهم بالمحيط الاجتماعي، وكذلك جانب تاريخي الذي يسمح بإعادة بناء تاريخي سابق للعميل.



الشكل رقم (04) يوضح مخطط الحلق المفرغة لـ SECCA

- تاريخي (Diachronie) :

- المعطيات البنيوية الممكنة : الوراثية والشخصية .

- العوامل التاريخية .

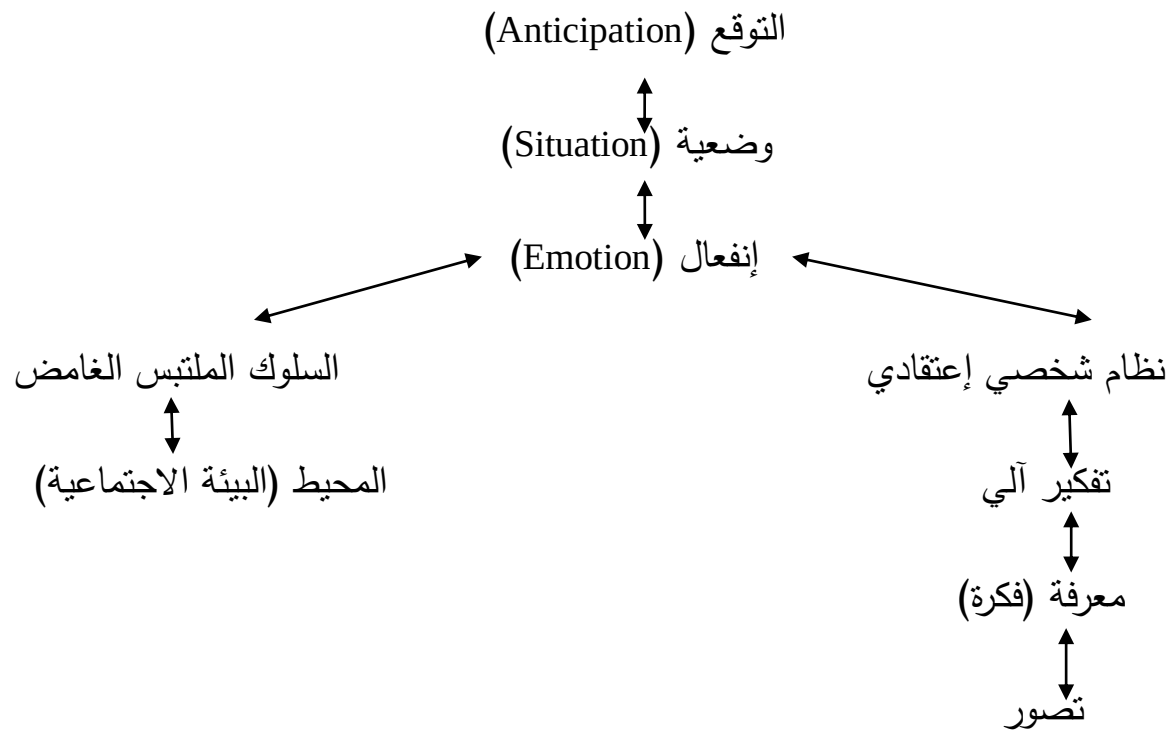
- العوامل المفجرة الأولية .

- الحوادث المعجلة لإضطرابات أخرى .

- العلاجات السابقة .

- الأمراض العضوية .

- التزامن (Synchronie)



7. أهداف العلاج المعرفي السلوكي :

لهذه المقاربة العلاجية أهداف عامة ذات طابع تشاركي بين المعالج والعميل يتم السعي إلى تحقيقها وفق برنامج مسطر ومحدد، وأخرى ذات طابع تصاعدي تتفق والبروتكول العلاجي الممنهج من قبل المعالج.

1.7. الأهداف العامة:

يتضمن هذا النوع من العلاج العديد من الغايات التي يسعى في تحقيقها عبر آلياته التطبيقية ونجد من ضمن هذه الأهداف مايلي:

- تغيير أساليب التفكير المختلة وظيفيا وتنمية أنماط تفكير أكثر إيجابية وواقعية .
- تنمية القدرة على الملاحظة والتقييم والمعالجة الذاتية.

(طه عبد العظيم حسين، 2006، ص. 254)

- اكتساب المهارات اللازمة للتوافق والتكيف مع الواقع.

– مساعدة العميل على تنقية عملياته المعرفية وتنميتها.

– مساعدة الفرد في تنظيم حياته وتنمية القدرة على التحكم في جوانبه التفكيرية والانفعالية وكذا السلوكية لتجنب الوقوع في الاضطرابات النفسية.

– تكوين منظور جديد لدى الفرد يتم تدعيمه وتعزيزه عن طريق ممارسة الفرد لأنماط سلوكية جديدة. (عادل عبد الله، 2008، ص.22)

– وضع الانسجام المتمم بين الفكرة والسلوك.

– زيادة اهتمام المتعالج بنفسه وتقبله لذاته وتقبله للتفكير الواقعي والمنطقي.

–تعلم مهارات أسلوب حل المشكلات.

2.7.الأهداف الخاصة:

للمعالج أهداف ينشدها لكي يجعل من سيرورة العملية العلاجية ذات فائدة إلى أقصى مدى ممكن وتتغير هذه الأهداف عبر مسار العلاج، وبمجرد أن يستوعبها ويعيها المعالج المتدرب بشكل جيد وبشكل تكاملي من خلال ممارسته العيادية، فستبقى هذه الأهداف في ذهن المعالج وسيتشكل على أساسها وبشكل قوي مسار العلاج، ويمكن أنن قسمها إلى ثلاثة أبعاد (Kendall, ,2020, p10-70)، وهي:

العلاقة العلاجية: تطوير العلاقة العلاجية التعاونية واستمرارها.

الجانب المعرفي: تطوير الصياغة المعرفية لمشكلة (تكوين المفهوم المعرفي) أو مشكلات العميل، مساعدته على التمييز بين مختلف الانفعالات.

عملية الأمن: تحديد وتثبيت مدى إشتراك العميل في سلوكيات قد تكون مريحة أو تخفف وقتيا، أوتمكنه من تجنب المشكلة لكنها قد تكون ضد العلاج.

(بودحوش نصر الدين، 2016، ص. 98-99)

8. المنهجية العامة للعلاج المعرفي السلوكي :

- تحديد هدف العلاج: المعالج والعميل في تدرج يعملون على تحديد الفرضيات المشتركة لنوعية الاضطراب الموجود، والوقوف على مختلف الأسباب المفجرة وعوامل بقاءها، ثم بعد هذا الجهد الأولي يبرمون عقدا بينهما يتضمن تحديد الأهداف العلاجية التي يمكن الوصول لها، وكذا الأدوات والتقنيات العلاجية المناسبة لهذا النوع من الاضطراب وانطلاقا من الفرضيات يكون التدخل المنظم والمشاركة العملية مع المعالج تساهم في التغير المنشود.

- وضع برنامج علاجي: البرنامج العلاجي لا يخرج عن إطار المبادئ والتقنيات المتفاهم عليها مسبقا مع المفحوص مع بعض المرونة في التغيير، وهذا بغية الوصول لمساعدة العميل على تنمية قدرته في التعديل الذاتي لسلوكياته، وعلى هذا المنوال يتمكن من تعميم إلى الداخل الوضعية العلاجية بمختلف الأساليب والتغيرات التي تعلمها حتى نمنع الانتكاسة مرة أخرى.

- تقيّيم نتائج العلاج: عملية التقييم تكون بمقارنة العينات المتكررة التي أجريت قبل وأثناء وبعد العملية العلاجية، وأيضا المتابعة يستحسن بعد مضي من (06) أشهر إلى سنة بالتمام. (بلغالم، 2017، ص.53)

9. دواعي إستعمال العلاج المعرفي السلوكي :

يستعمل العلاج المعرفي السلوكي في الحالات التالية :الاضطرابات العلائقية، الاضطرابات الغريزية، الاضطرابات العصابية، القلق بمختلف أشكاله، الفوبيا خاصة الاجتماعية، إجهاد ما بعد الصدمة، الوسواس القهري، الاضطرابات الغذائية، الاضطرابات الجنسية، السلوكيات الاعتمادية، الاكتئاب البسيط، واضطرابات نمائية (كجزء من برامج تدريبية لتقوية التواصل والمهارات الاجتماعية).

10. موانع إستعمال العلاج المعرفي السلوكي :

يمنع استعمال العلاج المعرفي السلوكي في لحالات التالية:

- الذهانات العميقة (بسبب تصدع الوعي وظهور الهذيانات والهلاوس).
- التخلف العقلي .
- الاضطرابات العصبية كفقدان الذاكرة وحالات الخبل (الخرف) .
- وجود خلل على مستوى العمليات المعرفية .
- عدم توفر حماية أو بيئة داعمة (يجب التركيز أولا على التدخل الأسري/البيئي).

(عبد الرحمن و عبد الستار إبراهيم، 2007)

11. العلاقة بين العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والعلاج السلوكي متعدد المحاور(Multimodal Therapy – MMT):

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي (CBT) الإطار النظري العام الذي انبثقت منه العديد من المقاربات العلاجية الحديثة، ومن أبرزها العلاج السلوكي متعدد المحاور (MMT) الذي

طوره 'أرنولد لازاروس' (A.Lazarus) في سبعينيات القرن العشرين، ويعد هذا الأخير توسيعا وتطورا لمبادئ (CBT)، إذ يتبنى 'أرنولد لازاروس' (A.Lazarus) رؤية أكثر شمولا للإنسان من حيث تداخل الجوانب السلوكية والمعرفية والانفعالية والفسيولوجية والاجتماعية، فهو ينظر للإنسان ككائن متعدد الأبعاد، لا يمكن فهم سلوكه أو تغييره من زاوية واحدة فقط، بل من خلال تحليل شامل لمجموعة من الأنماط المتفاعلة التي تشكل بنيته النفسية والسلوكية، التي لخضها في نموذجه الشهير (BASIC I.D) هو اختصار لمكونات الشخصية السبعة التي ينبغي مراعاتها أثناء العلاج: السلوك (Behavior)، الانفعال (Affect)، الإحساس (Sensation)، التصور (Imagery)، المعرفة (Cognition)، العلاقات الاجتماعية (Interpersonal)، العوامل البيولوجية والدوائية (Drugs/ Biology).

كما يركز (MMT) على انتقاء التقنيات العلاجية المناسبة لكل محور من محاور الشخصية، في إطار ما يعرف بـ 'الانتقائية المنهجية' (Technical Eclecticism)، أي توظيف أكثر من أسلوب علاجي بشكل انتقائي وفق حاجات العميل وليس وفق مذهب نظري واحد، ويستخدم مع الاضطرابات المعقدة ومتعددة الأبعاد كاضطرابات الشخصية، اضطرابات التواصل، وحالات التوحد بدرجاته المختلفة. (Lazarus, 1981)

إن العلاقة بين العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والعلاج السلوكي متعدد المحاور (MMT) علاقة تكاملية وليست تضادية، فالعلاج المعرفي السلوكي هو الأساس النظري التجريبي، بينما (MMT) هو التطوير التطبيقي المتعدد الأبعاد الذي جعل من العلاج النفسي ممترسة مرنة تراعي خصوصية كل فرد وتنوع استجاباته الانفعالية والسلوكية والمعرفية.
(Lazarus,1997)

12. تقنية البروفة حسب 'لازاروس'(Lazarus) :

عرف 'لازاروس' (Lazarus,1981) تقنية البروفة أو التدريب السلوكي (Rehearsal / Role-Play): محاكاة مواقف اجتماعية لتدريب الطفل على الاستجابات المتوقعة، مع التغذية الراجعة ، ومن الأمثلة التي يقدمها "لازاروس": موظف يطلب منه أن يتدرب على ما سيقوله وكيف سيقوله قبل أن يطلب ترقية من مديره.

تقنية البروفة هي إجراء علاجي يهدف إلى استبدال الأنماط السلوكية والاجتماعية غير الفعالة بأنماط جديدة أكثر كفاءة، يقوم المريض أو العميل بتعلم السلوك المرغوب فيه عبر الممارسة الموجهة تحت إشراف المعالج، تماما كما يوجه المخرج ممثلا أثناء التمرين على دوره.

1.12. النظريات المؤسسة لتقنية البروفة:

1.1.12 النظرية السلوكية (Behaviorism): تمثل الأساس الأول للتقنية، إذ تعتمد على مبادئ التعلم الشرطي الكلاسيكي والاشتراط الإجرائي، حيث ينظر إلى السلوك على أنه استجابة لمثيرات يمكن ضبطها وتعديلها بالتكرار والتعزيز، ووفق هذه النظرية 'البروفة' هي إعادة تعلم سلوك جديد من خلال المحاكاة والتكرار الموجه، لتكوين استجابات أكثر تكيفا.

2.1.12. نظرية التعلم الاجتماعي "لباندورا" (Social Learning Theory): تؤكد أن التعلم يحدث من خلال الملاحظة والنمذجة (Modeling) ، وهي فكرة جوهرية في تقنية البروفة، فالطفل أو الفرد يكتسب السلوك عبر مشاهدة نموذج ثم تقليده تحت إشراف المعالج مع تقديم تغذية راجعة فورية، هذه النظرية تفسر نجاح البروفة في تعديل السلوك الاجتماعي والتواصلي، خصوصا عند الأطفال المصابين بالتوحد.(Bandura, 1977)

3.1.12. النظرية المعرفية السلوكية (Cognitive Behavioral Theory): ترى أن السلوك ينتج عن عمليات معرفية داخلية، وأن تعديل التفكير يؤدي إلى تعديل السلوك، كما تقنية البروفة ترتبط بهذا الإطار لأنها تدمج بين المعرفة والسلوك والانفعال، وتستخدم الممارسة لتصحيح الأفكار الخاطئة والسلوكيات غير التكيفية.

4.1.12. العلاج متعدد الوسائط للازاروس (Multimodal Therapy – Lazarus): التقنية تعد جزءا من هذا النموذج الذي يدمج بين الأبعاد السبعة للسلوك الإنساني (BASIC I.D) وهي: السلوك (Behavior)، الوجدان (Affect)، الإحساس (Sensation)، التصور (Imagery)، المعرفة (Cognition)، العلاقات بين الأشخاص (Interpersonal)، والعمليات الحيوية (Drugs/Biology)، البروفة هنا تعمل كأداة علاجية تربط بين هذه الأبعاد جميعها من خلال التدريبا لعملي على المواقف الواقعية.(Lazarus, ,2002)

تقنية البروفة تستند إذن إلى تزاوج نظري بين السلوكيات الملاحظة (Behaviorism) ، والعمليات الإدراكية (Cognition) ، وآليات التعلم بالملاحظة (Bandura) ،في إطار العلاج المتعدد الوسائط (Lazarus) الذي يهدف إلى إعادة بناء الاستجابات الإنسانية على مستويات متعددة معرفية وسلوكية وانفعالية واجتماعية.

2.12. المبادئ الأساسية لتقنية البروفة:

– مبدأ التعلم بالممارسة (Learning by Doing): الأداء المتكرر للموقف السلوكي يؤدي إلى تثبيت الاستجابة الصحيحة.

– مبدأ النمذجة والملاحظة (Modeling & Observation): يتعلم الفرد من خلال تقليد النموذج الإيجابي ثم يعزز الأداء الصحيح.

– مبدأ التغذية الراجعة (Feedback): تلعب دورا محوريا في تصحيح السلوك فور حدوثه.

– مبدأ التعزيز (Reinforcement): يستخدم التعزيز الإيجابي (كالثناء أو اللعب أو المكافأة) لتثبيت السلوك المرغوب.

– مبدأ التدرج (Gradual Exposure): تبنى الجلسات من السلوكيات الأبسط إلى الأكثر تعقيدا، ما يقلل القلق ويزيد الكفاءة الاجتماعية.

– مبدأ التكامل بين المعرفة والانفعال والسلوك: الهدف النهائي هو تعديل طريقة التفكير، وتنظيم الانفعال، وتحسين الأداء السلوكي الواقعي.

3.12. طريقة تطبيق التقنية:

كأي تقنية من التقنيات العلاجية فإن تقنية البروفة تتبع مجموعة من الخطوات وهي كالتالي:

1. يحدد المعالج الموقف الذي يثير القلق أو الصعوبة.

2. يتم تمثيل الموقف في الجلسة، حيث يؤدي المعالج دور الطرف المقابل (مثلا المدير أوالزميل).

3. يسجلا لأداء صوتيا أومرئيا ليراجع لاحقا.

4. بعد ذلك يؤدي العميل الدور نفسه بينما يقدم المعالج نموذجا للسلوك الملائم.

5. يتم تكرار الموقف عدة مرات مع تحليل التعبيرات اللفظية وغير اللفظية (نبرة الصوت، الإيماءات، التواصل البصري...).

6. في النهاية، يطلب من العميل تطبيق المهارة المكتسبة في الموقف الواقعي خارج الجلسة.

4.12. التطبيقات العلاجية لتقنية البروفة:

1.4.12.اضطرابات القلق (Anxiety Disorders): تعد من أكثر الحالات التي تستخدم معها التقنية، خصوصا في:

- القلق الاجتماعي (Social Anxiety Disorder) أو ما يعرف برهاب المواقف الاجتماعية.

- الرهاب النوعي (Specific Phobias) عند تدريب المريض على مواجهة المثير المرهِب تدريجيا.

- اضطراب القلق العام (Generalized Anxiety Disorder) لتقليل الانفعال عبر محاكاة المواقف المثيرة للتوتر في بيئة علاجية آمنة. (Masters & al,1987)

يوضح 'لازاروس' (Lazarus) أن البروفة تساعد المريض على إعادة تمثيل المواقف المولدة للقلق مما يسمح بإعادة التعلم الانفعالي (Reconditioning)، فقد عرض'لازاروس' حالة لرجل في الثانية والثلاثين من عمره عانى من القلق والاكتئاب رغم محاولات علاجية سابقة، من خلال العلاج المعرفي السلوكي الذي تم دمجه بالبروفة، تم تدريبه على مواجهة المواقف المثيرة للقلق تدريجيا عبر التمثيل وتكرار الموقف مع المعالج حتى تمكن من التحكم في ردود فعله وتحسين تفاعله الاجتماعي.

2.4.12.اضطرابات التواصل والتفاعل الاجتماعي (Communication and Interpersonal Disorders): تستخدم التقنية لتحسين مهارات التعبير، الانتباه المشترك، التواصل البصري، استخدام الإيماءات، وتبادل الأدوار، كما تساعد على بناء الكفاءة الاجتماعية من خلال تمثيل المواقف الواقعية (مثل التحية، طلب المساعدة، التعبير عن الحاجة)، هذا التطبيق مدعوم بالنظرية السلوكية الاجتماعية لـ "باندورا" التي تؤكد على التعلم بالملاحظة والتقليد.

3.4.12. اضطرابات الشخصية (Personality Disorders):

– اضطراب الشخصية التجنبية (Avoidant Personality Disorder) حيث تستخدم البروفة لتعزيز الثقة بالنفس والقدرة على المواجهة.

– اضطراب الشخصية الاعتمادية (Dependent Personality Disorder) لتقوية السلوك التوكيدي (Assertive Behavior)، يشير "لازاروس" إلى أن التدريب التمثيلي المتكرر يساعد على تصحيح أنماط التفكير والسلوك الانسحابي.

4.4.12 .اضطرابات الاكتئاب (Depressive Disorders): تستخدم البروفة لتحفيز المبادرة السلوكية (Behavioral Activation) عبر إعادة إدماج المريض في مواقف الحياة اليومية والتفاعل الاجتماعي، تسهم في كسر دائرة الانسحاب والعزلة عبر لعب الأدوار الواقعية وإعادة بناء المواقف الإيجابية. (Masters & al,1987)

5.5.12. اضطرابات الإدمان وضبط السلوك (Addictive and Behavioral Control Disorders): تستخدم ضمن برامج تعديل السلوك لمساعدة الأفراد على تعلم مهارات الرفض (Refusal Skills) ومواجهة الضغوط الاجتماعية، كما تستخدم في علاج إدمان الكحول والمخدرات واضطراب ضبط الغضب لتعليم مهارات الاستجابة البديلة عبر المحاكاة العلاجية.

6.4.12. الاضطرابات النمائية والتربوية (Developmental and Learning Disorders):

اضطراب طيف التوحد (ASD) ،اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD) ،وبعض اضطرابات اللغة والتواصل، تستخدم البروفة هن التدريب الطفل على سلوكيات التفاعل الاجتماعي من خلال اللعب التمثيلي الموجه (Guided Role-Play) الذي يدمج التقليد، الانتباه المشترك، والتعبير اللفظي وغير اللفظي. (Charlop-Christy & al, 2000)

5.12. الفئات العمرية المستهدفة:

يمكن استعمال التقنية مع شريحة واسعة من الحالات، وتشمل:

- الأطفال (Children): عبر اللعب الرمزي والتمثيل البسيط.

- المراهقون (Adolescents): خاصة في تنمية المهارات الاجتماعية والتواصل التوكيدي.

- البالغون (Adults): لتحسين الأداء المهني أو التعامل مع مواقف اجتماعية صعبة.

- الأزواج والأسر (Couples & Family Therapy): تستخدم لمحاكاة التفاعل الزوجي أو الأسري وتصحيح أنماط التواصل السلبي.

13. تقنية البروفة ضمن العلاج السلوكي المعرفي متعدد المحاور للازاروس (MMT):

تعد تقنية البروفة (Rehearsal Technique) التي استخدمها 'لازاروس' إحدى التطبيقات العملية لهذا النموذج الانتقائي، إذ تقوم على تدريب الفرد عل تمثيل المواقف السلوكية والمعرفية التي تثير لديه القلق أو العجز في التواصل، داخل بيئة علاجية آمنة، إلى أن يتمكن من اكتساب مهارات جديدة واستبدال السلوكيات غير التكيفية بأخرى أكثر فعالية.

تعتبر هذه التقنية امتدادا عمليا لمبادئ العلاج المعرفي السلوكي، لكنها أكثر شمولا وتعددا في مستويات التدخل، فهي ليست مجرد تمرين سلوكي، بل هي عملية معرفية انفعالية متكاملة تعيد بناء أنماط الاستجابة لدى الفرد من خلال التكرار والملاحظة والتغذية الراجعة (Feedback). (Kazantzis & Reinecke & Freeman ,2010)

14.فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

1.14. التشكيل (Shaping): تعزيز تدريجي للخطوات التقريبية نحو السلوك المطلوب، يستخدم مع تعليم مهارات جديدة (مثلاً: تقوية الاستجابة الاجتماعية خطوة-بخطوة).(Kendall & Hedtke , 2006)

2.14. التعزيز (Reinforcement): ويوجد نوعين هما:تعزيز إيجابي: مكافأة سلوكية فورية (مادية/اجتماعية) لزيادة احتمال تكرار السلوك، تعزيز سلبي: إزالة مصدر مزعج عند إبداء سلوك مرغوب، بحيث يصمم جدول التعزيز وفق مبدأ التدرج ثم التوريق (من متكرر إلى متقطع). (Beck , 2011)

3.14. النمذجة (Modeling): إظهار سلوك مرغوب أمام الطفل ثم تشجيعه على تقليده؛ فعّال في تعليم مهارات التواصل واللعب التبادلي. (Landreth , 2012)

4.14. التعرض التدريجي (Exposure): تعرض منتظم وممنهج لمثيرات مخيفة أو مزعجة مع استخدام تقنيات ضبط الانفعال؛ يستخدم في حالات القلق أو الحساسية الحسية لدى بعض أطفال التوحد.

5.14 التلقين أو التوجيه (Prompting & Fading):تقديم مساعدة واضحة (لفظية، بصرية، حركية) لتوجيه الاستجابة، ثم تقليص المساعدة تدريجيًا حتى الاستقلال.

6.14. العلاج باللعب (Play Therapy): استعمال اللعب لبناء علاقة علاجية، تشجيع التفاعل، التعبير الرمزي، وتعليم مهارات اجتماعية عند الأطفال الصغار.

7.14. التدريب على المهارات الاجتماعية (Social Skills Training): جلسات منظمة لتعليم مهارات بدء أو إبقاء المحادثة، مشاركة الانتباه، حل النزاعات، مع تدريبات منزلية ومع المدرسة. (O'Donohue & Fisher,2009)

8.14. إعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring): تعليم الطفل (أو المراهق) التعرف على الأفكار التلقائية، تقييم الأدلة، واستبدال التفسيرات التلقائية بتفسيرات بديلة واقعية (لا يصلح للأطفال ذوي مستويات إدراكية ضعيفة؛ لهم تُكيَّف أساليب بصرية وبسيطة).

9.14. الإستكشاف الموجّه (Guided Discovery): ويصطلح عليه في بعض الأحيان بالتساؤل السقراطي، ويستخدم كأداة عامةخلال العلاج ويتكامل مع أساليب علاجية أخرى لتعديل أفكار واتجاهات واعتقادات العميل، من خلال استخدام الأسئلة السقراطية مع بداية العلاج ويستمر في ذلك طيلة الجلسات العلاجية حتى نهاية العلاج. (بيرني كورين، 2006، ص.131)

10.14. فنية اختبار الدليل (Evidence Testing): هي من إحدى الفنيات الفعالة لمواجهة الأفكار الخاطئة، وتذكر (Lanet Zarb, 1992) أن هذه الفنية تستخدم من أجل مساعدة العملاء على اكتشاف المنطق الخاطئ والكامن وراء تفسيراتهم ومعتقداتهم المشوهة، حيث يطلب من العميل أن يقدم الدليل المؤيد أو المعارض لمعتقداته وتفسيراته للأحداث، وأن يقوم بتسجيل الدليل المؤيد أوالمعارض في العمود المخصص لذلك.
(حامد الغامدي، 2013، ص. 184-189)

11.14. أسلوب السهم النازل (Downward Arrow Technique): ابتكره (Burns,1980) ويعرف أيضا بأسلوب السهم الرأسي(verticale) يحتفظ المعالج بفكرة العميل مؤقتا، ويسأله افتراضا أن هذاصحيح فماذا كان يعني هذا لك ؟، ويستمر هذا النمط من التساؤلات حتى يتم الوصول إلى إحدى المعتقدات ويمكن استخدام أسئلة أخرى مشابهة مثل: ماذا سوف يقول عنك ؟، ماذا سيحدث عندئذ ؟، ولو كان كذلك فما الخطأ في ذلك ؟، والاحتمال الأكثر ترجيحا أن يتم الوصول إلى إحدى المعتقدات الوسيطة واختبارها بسؤال

"عن ماذا تعني الفكرة للعميل؟ "ويتم الوصول للمعتقد المحوري بسؤال" عن ماذا تعني فكرة العميل؟ . (بيرني كورين،2006 ،ص. 122)

12.14. فنية صرف الانتباه (Distraction): تستخدم هذه التقنية لأهداف محددة وقصيرة المدى، خصوصا في بداية العلاج لكي نجعل العميل يدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها، وهذه خطوة مهمة جدا في العلاج، وقد تستخدم في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض عندما يكون العميل في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية، ومن الممكن إستخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للعميل، فصرف انتباه الشخص لإزاحة قلقه الذي تثيره أفكاره ومشاعره والمواقف المؤلمة لمدة دقائق أو ساعات قليلة، وذلك بالاستماع لموسيقى أو القراءة أو ممارسة نشاط معين. (طه عبد العظيم حسين،2006 ، ص.274)

13.14. إعادة العزو (Reattribution): ويسميه االبعض إعادة الإسناد وبواسطتها يساعد المعالج العميل على إعادة توزيع المسؤولية عن الحدث مع الآخرين، فهي تساعد على خفض اتهام الذات وتأنيبها وإزالة الشخصنة على العجز .

14.14. فنية وقف الأفكار(Thought Stopping Technique): وهذه العملية توقف تدفق الأفكار الأوتوماتيكية عملية بسيطة إلى حد ما، حيث أن المتعالج يقوم ببساطة بإيقاف هذا التيار من الأفكار بواسطة منبه مفاجيء سواء كان هذا المنبه حقيقي أم خيالي.

15.14. التخيّل المعرفي (Cognitive Imagery): يطلب في هذا الإجراء من العملاء تخيل مواقف معينة، وهو على عدة أنواع مثل التخيل المضاد(Cognitive Imagery) يسمح للعميل أن يتخيل نفسه يواجه موقفا صعبا متوقعا، وتغير المواجهة هي مفتاح هذا الأسلوب وليس التحكم والتغلب على المواقف، وسوف يتدرب العميل بانتظام ويكرر ذلك في صورة مهام منزلية، وكذا التخيل الإيجابي لتعزيز حالة الاسترخاء بأن يقوم العميل في هذا الأسلوب

بتصور منظر حقيقي يجده إيجابيا أو سارا، ويمكن استخدام التخيل في التعريض التدريجي وفي الغمر (Inondation) لوضعية مقلقة في أعلى درجة.

16.14. ملء الفراغ (Gap Filling) :بمعنى أن يملء العميل الفجوة ما بين المثير والاستجابة الانفعالية، ويسترجع الأفكار التي وقعت خلال هذه الفجوة (مساعدة في رصد الأفكار الآلية).

17.14. تطوير المعرفيات البديلة (Alternative Cognition Development): باستعمال جدول (Beck) مضافا إليه عمود للتفكير البديل الواقعي والإيجابي.
(طه علي، 2009، ص 102-113)

18.14. التقليل من التفكير المأسوي (Catastrophic Thinking Reduction): وتعرف بتقنية بـ "ماذالو " what if "

19.14. المذكرات اليومية (Daily Journals): مذكرة يومية يسجل فيها أفكاره ومشاعره وسلوكه عندما يتعرض لموقف مؤلم، هذه الطريقة تساعد على أن يكون واعي بأفكاره وتأثيرها على سلوكه ومشاعره.

20.14. تكملة الجملة (Sentence Completion): وهو أسلوب مباشر نسبيا، حيث يطلب من العميل أن يكمل سلسلة من الجمل تبدأ عادة بكلمة واحدة وقد قدم "باديسكي"(Padesky, 1994) الأمثلة التالية: "أنا".....،" الناس".....،" العالم"...، ويمكن استخدام هذه التقنية سواء في الجلسة أو تقديمها كواجب منزلي، وتهدف إلى اكتشاف أفكار واعتقادات العميل حول ذاته ومحيطه ومستقبله.

21.14. كتابة الخطابات (Letter Writing): ويعد إجراء خاص يتبع معا لحالات التي تعاني من الحزن الشديد أو الاعتداء (الاغتصاب) بواسطتها يتمكن العميل من التعبير عن

أفكاره ومشاعره، ومن المناسب أن يطلب من العميل في مهام مابين الجلسات أن يكتب خطابا لشخص ما مع توضيح أنه لن يرسله .(بيرني كورين،2008، ص. 179)

22.14. العلاج بالقراءة (Bibliotherapy): يشمل استخدام العميل مواد تتصل بالمساعدة الذاتية مثل: كتب، مجالات، أسطوانات مدمجة بحسب اقتراح المعالج، فذلك يساعد العميل على فهم طبيعة مشكلاته الخاصة وكيفية التعامل معها، وأن يكون ذلك متوافقا لموقف وإمكانيات العميل.

23.14. الواجب المنزل (Homework Assignment): يعتبر جزء مركزي من العلاج وهي وسيلة هامة تساعد على تحقيق الأهداف العلاجية المنشودة، كما تساهم في تكوين العميل للمراقبة الذاتية والتقييم، فهي تعطي للعميل فرصة ليقوم بممارسة ماتدرب عليه وما تعلمه أثناء جلسات العلاج، وذلك على مواقف الحياة الواقعية، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لإكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثا.

24.14. إعداد جداول الأنشطة (Activity Scheduling) :وهي عبارة عن أنشطة يومية مطالب العميل المواظبة عليها كل ساعة خلال اليوم على أن تكون هذه الأنشطة متدرجة من حيث المستوى ومقدار الصعوبة ، وهذه الأنشطة غالبا ماتكون هادفة ومخططة من جانب المعالج و العميل، وقد تعطى كواجب منزلي وهي فقط دليل وليس وصفا جامدا، وهي مهمة في حالات الاكتئاب لأن لديهم مستوى (نقص) في النشاط العام فهي وسيلة تقديرية وكذا محفزة على النشاط ومشجعة ومبرمجة وهادفة.(روبرت ليهي، 2006، ص. 66)

25.14. أداء الأدوار(Role Playing) :وهو من أساليب معالجي نظرية الصيغة الكلية ويسميه (Young,1990) بأسلوب النقطة والنقطة المقابلة(Point-Counterpoint)، ووفقا لهذا الأسلوب يقوم المعالج بنمذجة الدور المقابل حيث يقوم هو العميل بتبادل الأدوار، ويتم

إستخدام الكرسي الفارغ من قبل العميل للتعامل مع بقية أفكاره مستقبلا عند العلاج وتعطي هذه التقنية إلى إستبصار العميل بمشكلته ومواجهتها.

26.14. التّدريب على مهارات حل المشكلة (Problem Solving Training): وهي مهارات يتم تعلمها للتعامل مع المشكلات الحياة الواقعية، وتتضمن أن يقوم كل من المعالج والعميل بتقسيم المشكلة إلى عناصر فرعية، ويتم وضع قائمة بالحلول الممكنة، ثم بعد ذلك يقوم العملاء بتجربة وتنفيذ هذه الحلول في الواجب المنزلي.

(طه عبد العظيم حسين، 2006، ص 236)

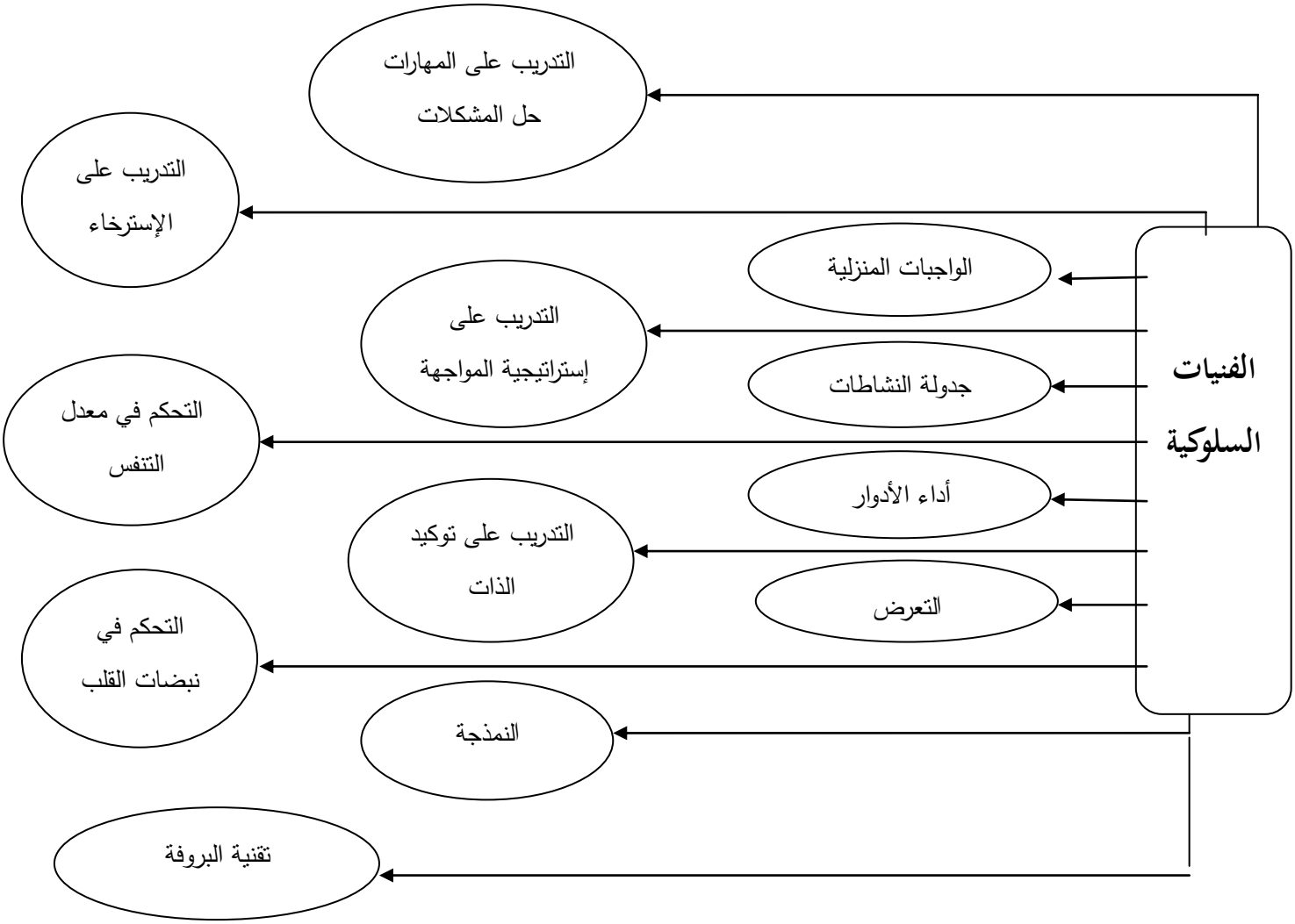
27.14. التدريب على إستراتيجيات المواجهة (Coping Skills Training): وهي نوعان من الإستراتيجيات أحدها يرتكز على المشكلة والآخر على الانفعال وكلاهما يساهم في منع حدوث الانتكاسة.

28.14. التدريب التوكيدي(Assertiveness Training): وهو أحد التدريب على أساليب المواجهة ويستهدف مساعدة العملاء على التعبير عن مشاعره الإيجابية والسلبية بطريقة مقبولة اجتماعيا، ويتم تدريب التوكيدي من خلال عدة خطوات تتضمن تحديد الصعوبات بين الشخصية التي يعاني منها العميل، ثم يجسد ذلك بلعب دور الموقف المشكل، وبعد ذلك قلب الدور.

29.14. التدريب على الاسترخاء (Relaxation Training): وهي فنية مفيدة في التغلب على التوتر الجسمي والعقلي، علاوة على أن الاسترخاء يمكن أن يتم في جلسة العلاج أو يتم في المنزل، لأنه يعمل على تحقيق فوائد فيزيولوجية ونفسية معا وتوجد فنيات عدة للاسترخاء، ومن أكثر طرق شيوعا أسلوب الاسترخاء العضلي المتصاعد لـ "جاكبسون" وتبين دراسات أن التدريب على الاسترخاء يؤدي إلى تغير في مفاهيم المرضى عن ذواتهم (مفهوم الذات) فيصبحون بعد تعلمهم الاسترخاء أكثر ثقة بأنفسهم.(حامد الغامدي،2013)

30.14. التحكّم في معدل التّنفس (Controlled Breathing): فالتحكم في معدل التنفس يعمل على استعادة العميل السيطرة على نفسه وعلى القلق، ويتم ذلك من خلال تعليم وتدريب العملاء على طريقة معينة للتنفس لتحسين وتعديل عملية الشهيق العميق من الأنف والزفير من خلال الفم، وهذا التدريب أتبث فعاليته في حالة نوبات الهلع والأعراض الجسمية للقلق. (طه عبد العظيم حسين، 2006)

31.14.التحكّم في نبضات القلب (Heart Rate Regulation) : وهذه التقنية تدخل ضمن نطاق مبدأ التحكم الذاتي، ويتم من خلالها تدريب العميل في كيفية التحكم في مستوى نبضات القلب، وغالبا مايتم تعليمها للذين يعانون من اضطراب القلق وكذا الهلع.



الشكل رقم (04) : يوضح المخطط فنيات العلاج السلوكي

الشكل رقم (05) عبارة عن مخطط يجمع ويوضح باختصار مختلف الفنيات العلاجية السلوكية.

خلاصة:

العلاج المعرفي السلوكي هو الجانب التطبيقي للمقاربة المعرفية السلوكية التي تنطلق من مبدأ" هنا و الآن" (now & here) ،التي ترى بأن لكل مشكل واضطراب إستراتيجية علاجية معينة وكذا تقنيات محددة مع مراعاة جانب المرونة في السيرورة التطبيقية للعلاج، فهذا النوع من العلاجات السيكولوجية يوصف بأنه علاج نشط، تعاوني، توجيهي، تعليمي، قصير المدى، أهدافه واضحة ومحددة، ويسعى المتدخل في الأساس مساعدة الأفراد على فهم العمليات المعرفية والسلوكية خاصة التي تشكل جوهر اضطراباتهم، تبرز فعالية هذا المنهج عند دمجه مع برامج تربوية ونماذج تدخل مبكرة لذوي اضطراب التوحد، مع ضرورة تكييف التقنيات بحسب مستوى الطفل الإدراكي واللغوي وبيئته الأسرية.

الفصل الثالث :

اضطراب التوحد

تمهيد.

1- التطور التاريخي لاضطراب التوحد.

2- تعريف اضطراب التوحد .

3- نسبة انتشار اضطراب التوحد.

4- عوامل اضطراب التوحد.

5- النظريات المفسرة لاضطراب التوحد.

6- أعراض اضطراب التوحد.

7- أنواع اضطراب التوحد.

8- تشخيص اضطراب التوحد.

9- التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد.

10- مقاييس وأدوات تشخيص اضطراب التوحد.

11- علاج اضطراب التوحد.

الخلاصة.

تمهيد

يعد اضطراب التوحد من بين الاضطرابات النمائية العصبية الأكثر تعقيدا في ميدان علم النفس العيادي، لما يتسم به من تداخل في الأعراض وصعوبة في التشخيص والتأهيل، فقد أصبح هذا الاضطراب محور اهتمام الباحثين والاكلينيكيين، نظرا لتأثيره العميق على الجوانب المعرفية، التواصلية، والانفعالية لدى الطفل، ويلاحظ أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من قصور في التواصل الاجتماعي، وأنماط سلوكية نمطية متكررة، إضافة إلى محدودية في الاهتمامات والأنشطة.

يرجع الاهتمام العلمي المتزايد بالتوحد إلى ارتفاع نسب انتشاره عالميا، وتطور مناهج التشخيص والتدخل، مما جعل من دراسته ضرورة أساسية في إعداد الممارس الإكلينيكي، وتمكينه من فهم ديناميكية الاضطراب وأبعاده النفسية والمعرفية والاجتماعية.

1. التطور التاريخي للتوحد:

(The Historical Development of Autism Spectrum Disorder)

تعود الجذور التاريخية لدراسة اضطراب التوحد إلى بدايات القرن العشرين، حين ظهرت أولى الملاحظات السريرية حول الأطفال الذين يظهرون انسحابا اجتماعيا وسلوكا نمطيا، وقد كان الطبيب النمساوي 'ليو كانر'(Leo Kanner) سنة 1943 أول من استخدم مصطلح «التوحد الطفولي المبكر» (Early Infantile Autism) لوصف مجموعة من الأطفال يتميزون بضعف في التفاعل الاجتماعي وصعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، مع تكرار سلوكي واضح.(Kanner, 1943)

في السنة الموالية (1944) قام الطبيب 'هانز أسبرغر' (Hans Asperger) بوصف فئة أخرى من الأطفال الذين يظهرون خصائص مشابهة ولكن بدرجة أخف، إذ يتمتعون بقدرات لغوية ومعرفية أفضل، فيما عرف لاحقا بـ «متلازمة أسبرغر» (Asperger Syndrome).

عرفت مرحلة السبعينيات والثمانينيات تطورا ملحوظا في النظريات المفسرة للتوحد، حيث انتقل التركيز من المقاربة النفسية التحليلية، التي كانت تعتبره نتيجة 'برودة الأم' أو خلل في العلاقة العاطفية بين الطفل والوالدين، إلى المقاربات العصبية والمعرفية التي أثبتت وجود اضطراب وظيفي في الدماغ يؤثر على مناطق الإدراك الاجتماعي واللغة.

في فترة التسعينيات، ومع صدور الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV) سنة 1994، تم إدراج التوحد ضمن فئة اضطرابات النمو الشاملة (Pervasive Developmental Disorders)، إلى جانب اضطرابات أخرى مثل: متلازمة ريت (Rett Syndrome)، واضطراب الطفولة التفككي.

(American PsychiatricAssociation ,1994)

أما في الطبعة الخامسة من الدليل (DSM-5) سنة 2013، فقد تم توحيد المفهوم تحت تسمية واحدة هي اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder – ASD)، للتأكيد على أن التوحد لا يمثل حالة واحدة بل طيفا من الأعراض تتدرج من البسيطة إلى الشديدة. (American Psychiatric Association , 2013)

يعد هذا التطور التاريخي دليلا على التحول في النظرة الإكلينيكية نحو فهم أكثر عمقا للتوحد، باعتباره اضطرابا نمائيا عصبيا متعدد الأبعاد، يتطلب تشخيصا دقيقا وتدخلا متكاملا يجمع بين المقاربة السلوكية والمعرفية والعصبية. (عواد، 2020، ص.189)

يمكن عرض باختصار أهم محطات تطور هذا الاضطراب كالتالي:

الجدول رقم(01): التطور التاريخي لمفهوم التوحد

السنة	التطور
1867	يعد الطبيب النفسي البريطاني "هنري مودزلي" (Maudsley)أول طبيب نفسي يهتم بأسباب الاضطرابات العقلية الشديدة والتي أطلق عليها في هذه الفترة الذهانات(Psychoses)، محاولا التمييز بينها وبين التخلف العقلي، مما مهد لاحقا للتفرقة بين الاضطرابات العقلية والنمائية.
1895	كتب الطبيب الألماني "إميل كريبلين"(Kraepelin.E)عن ما أسماه الخرف المبكر (Dementia Praecox) والذي عرف لاحقاب الفصام(Schizophrenia)، وهو المفهوم الذي ارتبط لاحقا بمصطلح التوحد في بداياته.
1908	أشار المربي "تيودر هيلر"(Theodore.H) إلى حالات الأطفال بين سنتين وأربع سنوات الذين يفتقدون المهارات المكتسبة فجأة،وأطلق عليها 'الخرف الطفولي (Childhood Disintegrative Disorder)، وهي إحدى الاضطرابات النمائية المشابهة للتوحد.

1911	استخدم الطبيب النفسي السويسري 'أوجين بلولر'(Eugen Bleuler) مصطلح التوحد (Autismus) لأول مرة، وعرفه كـ 'انفصال عن الواقع وتوجه نحو الذات' ضمن أعراض الفصام.
1943	قام الطبيب الأمريكي" ليو كانر"(Leo Kanner) بنشر بحثه الشهير بعنوان Autistic Disturbances of Affective Contact، وميز فيه التوحد الطفولي المبكر كاضطراب مستقل عن الفصام، محددا خصائصه الأساسية كالعزلة الاجتماعية، والتماثل، ومشكلات التواصل.
1944	وصف الطبيب النمساوي 'هانز أسبرجر'(Asperger.H,1944) حالات لأطفال أذكياء لغويا لكن يعانون من صعوبات في التواصل الاجتماعي، فيما عرف لاحقا بمتلازمة أسبرجر (Asperger Syndrome)
1967	طرح 'برونو بيتلهيم' (Bruno Bettelheim,1967) نظرية 'الأم الثلاجة'، زاعما أن التوحد ينتج عن برودة الأم العاطفية، وهي فرضية نقدت لاحقا وألغيت تماما.
1977	قدم الباحثان 'ريمر و فولكنسون(Rimland & Folstein) أول دراسات التوائم التي أكدت الأصل الجيني للتوحد، مبينين أنه اضطراب نمائي عصبي وليس نفسي المنشأ.
1980	أدرج اضطراب التوحد رسميا لأول مرة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-IIIكفئة مستقلة عن الفصام.
1994	في DSM – IVتم تصنيف التوحد ضمن مجموعة اضطرابات النمو الشاملة(Pervasive Developmental Disorders –PDD) إلى جانب أسبرجر وريت وغيرها.
2013	مع صدور DSM-5 تم توحيد جميع الأنواع السابقة تحت مسمى واحد هو اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder- ASD)، مع تحديد مستويات الشدة والدعم المطلوبة.

2. تعريف التوحد: (Definition of autism)

يعد اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية شيوعا في وقتنا الحالي، ولقد تعددت تعريفاته لعدم وجود سبب واضح ومفسر له حتى الآن، وفيما يلي عرض لأهم تعريفات التوحد منذ بدء ظهوره وحتى يومنا هذا:

- تعريف كانر التشخيصي (1943) Kanner Diagnostic Definition: يعد 'كانر' (Kanner) سنة 1943 أول من حاول تعريف التوحد على أنه: اضطراب يظهر خلال الثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل، ويعاني الأطفال المصابون من الصفات التالية مركزا على الصفتين الأولى والثانية كمعيار في تشخيص التوحد:

- نقص شديد في التواصل العاطفي مع الآخرين.
- الحفاظ على الروتين و مقاومة التغيير.
- تمسك غير مناسب بالأشياء.
- ضعف القدرة على التخيل.
- العزلة الشديدة. (Kanner,1943)

في عام (1978) إقترح كل من "رتفو و فريمان" Ritvo & Freema تعريفا يتضمن خصائص وصفات الشخص الإجتراري، بأنه الذي يجب أن توجد الأعراض التالية لديه، وذلك قبل ثلاثين شهرا من العمر:

- اضطراب في سرعة النمو أو مراحله.
- اضطراب في الاستجابة للمثيرات الحسية.
- اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية.

- اضطراب في التعلق المناسب بالأشخاص والأحداث والموضوعات.

(سيد سليمان، دس، ص. 183)

أما 'جيلبريج وكوليمان' (Gillberge and Colmen) 1992 فيعرف التوحد بأنه أزمة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة ومصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفض، وتتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي واتصال شاذ (يزيد وائل، 2013، ص.17)

أما الدليل الطبي العلمي لتصنيف الأمراض (ICD-10) فقد عرف التوحد بأنه: مجموعة من الاضطرابات تتميز بقصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفي أنماط التواصل، ومخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات.

(خلف المقابلة، 2015، ص. 14)

تعرف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين The National Society of Autistic Children (NSAC) : التوحد بأنه اضطراب أو متلازمة يعرف سلوكيا، وأن المظاهر المرضية الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهرا، والذي يتضمن الاضطرابات التالية:

- اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.
- اضطراب في الاستجابة الحسية.
- اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية.
- اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

(عيسى إنصوره، 2018، ص. 22)

قد قدمت منظمة الصحة العالمية تعريفا للتوحد باعتباره اضطرابا نمائيا يظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر، يتميز بعجز نوعي في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، إضافة إلى أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة محدودة ومتكررة.

(World Health Organization ,2018)

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 فقد صنفه ضمن اضطرابات طيف التوحد، مؤكدا أنه يتضمن درجات متفاوتة من الأعراض، تختلف في شدتها وتأثيرها على الأداء اليومي. (American Psychiatric Association ,2013).

ترى "آن كي (Ann K, 2000"): أن اضطراب التوحد هو اضطراب نمائي يصيب الطفل طوال حياته ويمكن وصفه من خلال مثلث الضعف المتمثل في:

- صعوبة في التفاعل الاجتماعي.
- قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- محدودية في الأنشطة والاهتمامات ونقص في القدرة على التخيل.

-كما عرفه "غيرلاش" (Gerlach,2003) بأنه: 'أحد الاضطرابات النمائية الأساسية يصيب الأطفال منذ لحظة الميلاد، وتظهر عليهم السلوكيات النمطية والتكرارية وفي العادة يبدأ تشخيصهم في أعمار تبدأ من عامين ونصف إلى أربعة أعوام لوضوح الأعراض عليهم في تلك الفترة، إلا أن حالتهم تكون واضحة نوعا ما منذ لحظة الميلاد'.

تعرفه 'مورين.أ' (Maureen.A) و 'تيسا.ج' (Tessa.G) (2005) بأنه: اضطراب في القدرة المعرفية، مصحوب ببعض الاضطرابات في الناحية النفسية والحيوية مما يجعل له عظيم الاثر في تطور الجانب الاجتماعي للفرد.

يعرف "النمر" (2008) التوحد على أنه: خلل وظيفي في المخ لم يصل العلم بعد لتحديد أسبابه بدقة ويظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، ويمتاز بقصور وتأخر في النمو الاجتماعي، والإدراكي والتواصل مع الآخرين.

ذكر 'بروك.إ' (Brook.I) و 'أنا. د' (Anna.D) (2010) أن التوحد إعاقة تصيب الأطفال بضعف في القدرة على التفاعل الاجتماعي والتواصل، وضعف وعدم مرونة في التفكير، سلوكيات نمطية متكررة تتداخل وتؤثر على تعلم الطفل في المدرسة.

مما سبق يمكن القول أن التوحد هو اضطراب نمائي عصبي يؤثر على التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك، ويتراوح في شدته بين الخفيف والشديد، ويظهر منذ الطفولة المبكرة.(محمد، 2021، ص.46)

من خلال استعراض أهم التعريفات التي تناولت موضوع التوحد نلاحظ أنها تباينت في بعض الجوانب، لكنها جميعا تتفق في أن للتوحد مظاهر أساسية تتمثل بالخصائص التي تفرق الطفل العادي عن الطفل المصاب بالتوحد، وهذه الخصائص هي: عجر في التفاعل الاجتماعي، عجر في التواصل، سلوك استحواذي ونمطي.

3. نسبة انتشار التوحد: (Prevalence of Autism)

تعد نسبة انتشار اضطراب التوحد من أكثر المؤشرات التي تعكس الاهتمام المتزايد بهذا الاضطراب في الميدان العيادي، فقد شهدت العقود الأخيرة ارتفاعا ملحوظا في عدد الحالات المشخصة، الأمر الذي أثار نقاشا واسعا حول ما إذا كان هذا الارتفاع يعكس فعلا زيادة في عدد المصابين، أم أنه نتيجة لتحسّن وسائل التشخيص والتوعية والبحث العلمي في المجال.(العيّادي ،2020، ص.57)

تشير التقارير الصادرة عن منظمة الصحة العالمية إلى أن معدل انتشار اضطراب طيف التوحد يقدّر بحالة واحدة تقريبا لكل 100 طفل على المستوى العالمي، مع وجود فروق بين البلدان من حيث طرق التشخيص والمعايير المعتمدة.

(World Health Organization,2023)

أما في الدول المتقدمة مثل الولايات المتحدة، فقد أظهرت مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC) سنة 2023 أن معدل الانتشار وصل إلى حالة واحدة من بين كل 36 طفلا، أي ما يعادل حوالي 2.8% من الأطفال.

(Centers for Disease Control and Prevention, 2023)

هذا الارتفاع اللافت في معدلات الانتشار جعل الباحثين في علم النفس العيادي يعيدون النظر في مفهوم "الاضطراب النادر"، إذ لم يعد التوحد حالة استثنائية كما كان يعتقد سابقا، بل أصبح ظاهرة نمائية تستوجب استراتيجيات وقائية وتشخيصية مبكرة، كما أن التحسن في أدوات القياس الإكلينيكي مثل: مقياس CARS وADI وADOS، أسهم في الكشف عن حالات كانت تمر دون تشخيص دقيق في الماضي، خصوصا لدى الأطفال ذوي الذكاء المتوسط أو المرتفع الذين يظهرون أعراضا خفيفة من الطيف. (Lord & al ,2012)

من الناحية السوسيولوجية، لا يمكن إغفال أن الوعي الأسري والتربوي ساهم في زيادة الإبلاغ عن الحالات، فالأسرة اليوم أكثر انفتاحا على الاستشارة النفسية والطبية مقارنة بالماضي، وأصبح الأخصائي النفسي العيادي يلعب دورا محوريا في الكشف المبكر والتوجيه التشخيصي.

أما في السياق العربي، ما تزال نسب انتشار التوحد أقل دقة بسبب غياب قواعد بيانات وطنية شاملة، إلا أن بعض الدراسات الميدانية تشير إلى أن النسبة تتراوح بين 0.6% و1.2% من الأطفال، وهي نسب قريبة من المعدلات العالمية، ويرجع بعض الإكلينيكيين

ذلك إلى نقص الوعي المجتمعي بخصائص الاضطراب، وصعوبة الوصول إلى خدمات التشخيص المتخصصة، خصوصا في المناطق النائية. (الكرمي ،2021، ص.112)

إن ارتفاع معدلات التشخيص لا يجب أن يفهم بالضرورة كزيادة مرضية، بل كدليل على تطور المنظومة الإكلينيكية وقدرتها على التعرف على اضطراب طيف التوحد بمستوياته المختلفة، كما أن هذا الارتفاع يعكس أيضا اتساع مفهوم 'الطيف' نفسه، الذي بات يشمل أشكالا خفيفة كانت تعتبر سابقا مشكلات تواصل أو سلوك فقط.

كما أن فهم نسب الانتشار من منظور علم النفس العيادي لا يقتصر على الأرقام، بل يتعداها إلى تحليل البيئة الثقافية، والأسرية، والمؤسساتية التي تسمح أو تعيق الكشف المبكر والتكفل السليم، وهو ما يجعل من دراسة التوحد ظاهرة متعددة الأبعاد تتطلب تعاون الباحثين والأطباء والأخصائيين في إطار تكامل مهني شامل.

4. العوامل اضطراب التوحد: (Factors of Autism)

من الصعب تحديد سبب واحد وواضح لاضطراب التوحد، إذ تشير أغلب الدراسات الحديثة إلى أن الأمر يتعلق بتفاعل معقد بين العوامل الجينية والبيئية والعصبية، ويؤكد الباحثون في علم النفس العصبي العيادي أن التوحد ليس ناتجا عن سبب منفرد، بل هو نتيجة اضطراب في النمو العصبي يؤثر على تكوين وظائف الدماغ منذ المراحل الأولى من الحياة الجنينية.(العيادي، 2020، ص.61).

لغرض الفهم العيادي، يمكن تصنيف أسباب التوحد إلى عدة محاور، أولها العوامل الجينية التي تمثل الأساس البيولوجي الأكثر ثباتا في تفسير الاضطراب.

1.4 العوامل الجينية: (Genetic Factors)

تشير الأبحاث إلى أن للعوامل الجينية دورا أساسيا في نشوء اضطراب طيف التوحد، حيث أظهرت الدراسات العائلية والتوأمية أن احتمالية إصابة أحد التوأمين المتطابقين بالتوحد تصل إلى أكثر من 70%، في حين تنخفض النسبة بشكل ملحوظ عند التوائم غير المتطابقة(Bailey, & al. ,1995)، وهذا يشير إلى وجود قابلية وراثية تسهم في ظهور الاضطراب عند بعض الأفراد دون غيرهم.

كما بينت البحوث الجزيئية أن هناك عدة جينات مرتبطة بوظائف الدماغ، كجين SHANK3 المسؤول عن تشكل المشابك العصبية، وجين MECP2 المتعلق بتنظيم التعبير الجيني، قد تلعب دورا في ظهور بعض الأعراض التوحدية (Bourgeron, 2015)، هذه الطفرات الجينية لا تفسر الاضطراب بمفردها، لكنها تزيد من قابلية الدماغ للتأثر بالعوامل البيئية أثناء النمو المبكر، ما يؤدي إلى خلل في شبكات الاتصال العصبي.

إن بعض حالات التوحد تكون مصحوبة باضطرابات جينية معروفة مثل: متلازمة الكروموسوم الهش X أو متلازمة ريت (Rett Syndrome)، ما يعزز الفرضية الجينية في تفسير الاضطراب (Volkmar & Pauls, 2003)، ومع ذلك فإن معظم حالات التوحد لا يمكن ربطها بخلل جيني محدد، وإنما بمجموعة من التفاعلات المعقدة بين عدة جينات صغيرة التأثير.

يمكن القول أن التفسير الجيني لا ينبغي أن يفهم بمعزل عن البيئة النفسية والاجتماعية، لأن الجينات تحدد القابلية وليس المصير، فحتى وإن وجد الاستعداد الوراثي يبقى الوسط الأسري، ونوعية التفاعل المبكر، والبيئة الإدراكية، عوامل قد تخفف أو تزيد من ظهور الأعراض، لذلك لا يمكن للوراثة وحدها أن تفسر الفروق الإكلينيكية بين الأطفال التوحديين، بل هي عنصر ضمن منظومة سببية متعددة المستويات.

إن المقاربة الجينية للتوحد، رغم أهميتها في الكشف المبكر، لا تغني عن المقاربة النفسية الإكلينيكية التي تسعى إلى فهم ديناميكية الطفل وسلوكياته في ضوء بيئته العاطفية والاجتماعية، فالفهم الشامل للتوحد يتطلب تكاملا بين ما هو بيولوجي وما هو نفسي، إذ لا يمكن عزل أحدهما عن الآخر دون الوقوع في التبسيط المخل.

2.4. العوامل العصبية (Neurobiological Factors):

يعد الجانب العصبي من أكثر المحاور التي حظيت بالاهتمام في تفسير اضطراب التوحد، حيث تشير الدراسات الحديثة إلى وجود خلل في بنية الدماغ ووظائفه لدى الأطفال المصابين بالتوحد، فقد أظهرت تقنيات التصوير العصبي مثل الرنين المغناطيسي الوظيفي (fMRI) والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET) وجود اختلافات في حجم بعض المناطق الدماغية، خصوصا في الفص الجبهي، المخيخ، واللوزة الدماغية، وهي المناطق المسؤولة عن الانفعالات، اللغة، والانتباه. (Courchesne & al,2011)

يلاحظ أيضا أن هناك زيادة في حجم الدماغ خلال السنوات الأولى من حياة الطفل المصاب، ثم تباطؤا في معدل نموه لاحقا، مما يؤدي إلى اضطراب في الاتصال بين الخلايا العصبية، خصوصا في الشبكات المسؤولة عن المعالجة الاجتماعية والإدراكية (Amaral & al ,2008)، هذه الاضطرابات لا تتعلق بخلية واحدة أو منطقة واحدة في الدماغ، بل تتعداها إلى خلل في التكامل الوظيفي بين مختلف المناطق العصبية.

إن هذه النتائج العلمية توضح أن التوحد ليس مجرد اضطراب سلوكي يمكن تفسيره بالعوامل التربوية أو النفسية فقط، بل هو اضطراب معقد تتداخل فيه العوامل العصبية مع الجينية والبيئية، ويبدو أن المشكلات في التوصيل العصبي داخل الدماغ، خاصة في مناطق مثل القشرة الجبهية الأمامية واللوزة الدماغية، تؤثر مباشرة في قدرات الطفل على التواصل وفهم الإشارات الاجتماعية، لذا، فإن فهم البنية العصبية للدماغ لا يساعد فقط في تشخيص التوحد

مبكرا، بل يفتح آفاقا جديدة في العلاج القائم على التدريب العصبي وإعادة التأهيل الإدراكي. (Belmonte & al ,2004)

كما تشير بعض الدراسات إلى وجود خلل في مستوى بعض النواقل العصبية مثل: السيروتونينوالدوبامين، وهما مادتان كيميائيتان تلعبان دورًا مهمًا في تنظيم المزاج والسلوك، وقد لوحظ أن ارتفاع أو انخفاض مستواهما عن المعدل الطبيعي قد يفسر بعض السلوكيات النمطية والعزلة الاجتماعية التي تميز الطفل التوحد. (Lam & Aman ,2007)

يمكن القول أن اضطراب التوحد يمثل نموذجا فريدا لتفاعل العوامل العصبية والوظيفية مع البيئة المحيطة، مما يجعل دراسته أكثر تعقيدا من غيرها من الاضطرابات النمائية، إذ إن الخلل العصبي لا يعمل بمعزل عن البيئة أو الوراثة، بل يفعل من خلالهما، وهو ما يفسر تنوع مظاهر التوحد من حالة إلى أخرى.

3.4. صعوبات قبل الولادة وأثناءها وبعدها (Prenatal, Perinatal, and Postnatal Difficulties):

أظهرت الأبحاث أن أمهات الأطفال التوحديين قد يواجهون مشكلات خلال الحمل والولادة، ومع ذلك لم يتبين فيما إذا كانت هذ الصعوبات تسبب الإصابة بالتوحد، أن التوحد هو الذي يسبب مشكلات في الحمل والولادة، ولقد تم رصد مجموعة من العوامل الأكثر ارتباطا بالإصابة بالتوحد، يمكن سردها على النحو التالي:

- عوامل ما قبل الولادة: تسمم الدم، الحصبة الألمانية، صدمات، نزيف حاد من الشهر الرابع وإلى الشهر الثامن من الحمل، تناول الأدوية خلال الحمل.
- عوامل ما أثناء الولادة: عسر الولادة، قلة تدفق الأكسجين، إنعاش الوليد، التهاب الدماغ ما بعد الولادة.

4.4. اختلال في تركيبة أو وظيفة الدماغ (Brain Structural or Functional Abnormalities):

لقد كشف العديد من الباحثين أمثال: "كورشيسن" و "تونسند" و"سيث" من خلال تحليل صور الرنين المغناطيسي لدى أدمغة أفراد توحديين عن وجود خلل تشريحي في المخيخ لدى أفراد التوحد، يبدأ في مرحلة مبكرة خلال النمو مع وجود منحنى ارتدادي يوحي بأن البداية كانت قبل الولادة، والظاهر أن التلف الدماغي يحدث قبل الولادة أو بعدها بوقت قصير، والأسباب غير معروفة ولكنها قد تتضمن: وجود عيوب وراثية، نقص في إمداد الأكسجين في مرحلة الجنين أو خلال الولادة، عدوى، اضطرابات أيضية، التعرض للسموم.

وجد "هاشيموتو" ورفاقه (HASHIMOTO & AL,1995) أن حجم المخيخ وجذع الدماغ قد ازداد بطريقة مناسبة نمائيا لدى كل من المجموعة التوحدية والمجموعة الضابطة، مما يعني أن التغيرات لدى أفراد العينة من التوحديين ليست عملية تخصيص عشوائي، بل قد تحدث في وقت مبكر من النمو.

يعتبر "كورشيسن" (COURCHESNE,1996) أن الفقدان التطوري المبكر للعصبونات الدماغية غير مجموعة الدوائر الدماغية الداخلية، مما ينتج عنه نشاط عصبوني غير سوي، ويفترض "كورشيسن" أن هذا الدماغ المختل قد يخلق نظاما مختلا يعمل في العديد من الأنظمة المرتبطة تشريحيا مع المخيخ، وأن نموذج النتائج التشريحية في القشرة الدماغية والجهاز الطرفي، وجذع الدماغ لدى التوحديين قد يتم فهمه من خلال النشاط الدماغي غير السوي الذي يغير تطور الدماغ (محمد، 2011، ص.159).

5.4. العوامل المعرفية والإدراكية (Cognitive and Perceptual Factors):

يرى الاتجاه المعرفي أن اضطراب التوحد يرتبط بخلل في معالجة المعلومات والإدراك الاجتماعي، إذ يعاني الطفل التوحدي من قصور في فهم النوايا والمشاعر والسياقات

الاجتماعية التي تحيط به (Baron-Cohen & Leslie, & Frith ,1985)، وقد أطلق على هذا القصور مصطلح "نظرية العقل" (Theory of Mind)، أي القدرة على إدراك أن للآخرين أفكارا ونوايا ومعتقدات تختلف عن الذات، فغياب هذه القدرة يجعل الطفل غير قادر على تفسير سلوك الآخرين، مما يفسر ضعف التفاعل الاجتماعي لديهم.(Frith, 2001)

كما تشير دراسات أخرى أن السبب يرجع إلى وجود خلل في الوظائف التنفيذية، وهي مجموعة من القدرات المعرفية العليا المسؤولة عن التخطيط، التنظيم، وضبط السلوك،فالأطفال المصابون بالتوحد يواجهون صعوبة في تغيير استراتيجياتهم عندما لا تنجح، ويظهرون سلوكا نمطيا متكررا يعكس ضعف المرونة المعرفية (Ozonoff, Pennington, & Rogers, 1991)، هذا الضعف يؤدي إلى ميل واضح نحو الروتين ومقاومة التغيير، وهي سمات سلوكية مميزة للتوحد.

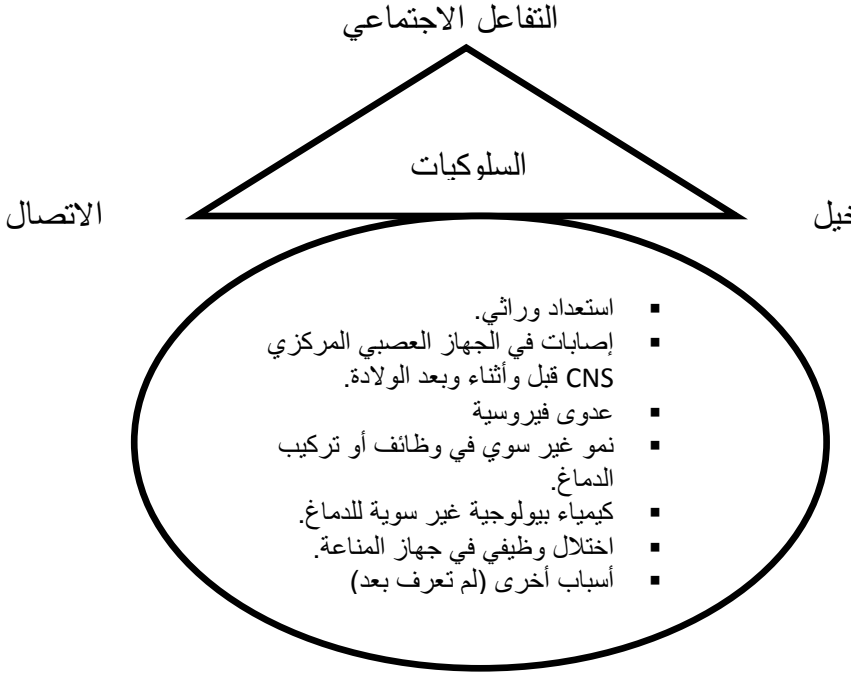
إن ما يميز المقاربة المعرفية هو تركيزها على العمليات الذهنية الداخلية بدل الاكتفاء بالمظاهر السلوكية، فهي تسعى إلى فهم كيف يفكر الطفل التوحدي وكيف يدرك العالم من حوله، إذ يبدو أن المشكل ليس في غياب الذكاء بالضرورة، وإنما في طريقة معالجة المعلومات، فالكثير من الأطفال التوحديين يمتلكون قدرات عالية في المجالات البصرية أو الحسابية، لكنهم يعجزون عن ربط هذه القدرات بسلوك اجتماعي متكيف.
(Happé & Frith, 2006)

من بين النظريات المعرفية الأخرى التي حاولت تفسير التوحد، نجد نظرية الضعف في التماسك المركزي (Weak Central Coherence Theory)، التي ترى أن الأفراد التوحديين يميلون إلى التركيز على التفاصيل الدقيقة بدلا من المعنى الكلي للموقف أوالصورة (Pellicano, 2010)، هذا ما يجعلهم بارعين في المهام التي تتطلب دقة مفرطة، لكن ضعيفين في إدراك السياقات العامة أو العلاقات الاجتماعية.

كما يربط بعض الباحثين بين اضطراب التوحد وخلل في الانتباه المشترك (Joint Attention)، أي القدرة على مشاركة الانتباه نحو موضوع معين مع شخص آخر، غيابهذه القدرة يُضعف من تطور اللغة والتواصل، لأنها تمثل حجر الأساس في تبادل الإشارات والتفاعل المبكر بين الطفل وبيئته.(Mundy & Sigman, 2006)

إن هذه التفسيرات المعرفية تساهم في بناء برامج تربوية وعلاجية أكثر فعالية، لأنها تسمح بتصميم تدخلات تستهدف مهارات التفكير والانتباه والتواصل، بدل الاقتصار على تعديل السلوك الظاهري فقط، فكلما تمكنا من فهم طريقة اشتغال عقل الطفل التوحدي، اقتربنا أكثر من مساعدته على التكيف والاندماج.

من خلال استعراض مختلف التفسيرات السابقة، يتضح أن اضطراب التوحد لا يمكن إرجاعه إلى عامل واحد منفرد، بل هو نتاج تفاعل معقد بين العوامل الجينية، العصبية، المناعية، والمعرفية، فكل اتجاه من هذه الاتجاهات قدم بعدا يكمل الآخر، مما يجعل التوحد نموذجا متشابكا لفهم السلوك الإنساني في بعده البيولوجي والنفسي والاجتماعي.



الشكل رقم (06): يبين عوامل حدوث ثالوث اضطراب التوحد

(نقلا عن:صالح الإمام، عيد الجوالده،2010، ص93)

إن المقاربة الشمولية هي الأجدر بتفسير هذا الاضطراب، لأنها تراعي تداخل المستويات المختلفة في تكوينه، فالعوامل الجينية قد تهيئ الأرضية البيولوجية، والعوامل العصبية تحدث التغيرات الوظيفية، بينما تحدد العوامل المعرفية والإدراكية من خلال شكل الاستجابة والسلوك الظاهر، أما البيئة التربوية والاجتماعية فهي إما أن تدعم عملية التكيف أو تزيد من تفاقم الاضطراب.

إن فهم هذه الجوانب بشكل تكاملي لا يكتفي بتوسيع أفق البحث العلمي، بل يسهم أيضا في تطوير استراتيجيات علاجية متعددة الأبعاد، تجمع بين التدخل العصبي، النفسي، والسلوكي، في إطار رؤية إنسانية شاملة تسعى لدمج طفل التوحد في المجتمع دون وصم أو عزلة.

5. النظريات المفسرة لاضطراب التوحد (Theories Explaining Autism):

1.5.النظرية العصبية (Neurobiological Theory):

تركز هذه النظرية على أن اضطراب التوحد ناتج عن اختلالات في الدماغ، بما في ذلك الاختلافات في التركيبة العصبية والأدزا الدماغية المسؤولة عن التواصل الاجتماعي والتفاعل، وتشير الأبحاث إلى أن هناك تأثيرات جينية وعصبية تؤدي إل تطوير مشكلات في التواصل الاجتماعي والانفعالي.

2.5. النظرية الجينية (Geneti Theory):

تفترض أن التوحد مرتبط بعوامل وراثية تتسبب في خلل في نمو الدماغ، وقد أظهر الدراسات التي أجريت على التوائم أن العوامل الوراثية تلعب دورا كبيرا في توجيه تكور التوحد، مع وجود احتمالية أعلى للإصابة لدى الأطفال الذي لديهم أقارب مصابين.

(نوري القمش،2011)

3.5.نظرية 'الأم الثلاجة' (Refrigerator Mother Theory):

تعتبر هذه النظرية قديمة جدا وتزعم أن التوحد ناتج عن سلوك الأمهات الباردات عاطفيا، إلا أنه تم رفض هذه النظرية لاحقا في الأوساط العلمية، حيث أكدت الدراسات الحديثة أن العوامل البيئية لا تسبب التوحد. (فاروق مصطفى و كامل الشربيني، 2014)

4.5.النظرية المعرفية (Cognitive Theory):

ترى أن التوحد ناتج عن اختلالات في العمليات المعرفية مثل: المعالجة الحسية والانتباه، وأن الأفراد المصابون بالتوحد قد يعانون من تأخيرات أو تحريفات في معالجتهم للمعلومات الاجتماعية. (الشرقاوي، 2018)

5.5.نظرية العقل (Mind Theory):

تشير إلى أن الأشخاص المصابين بالتوحد يواجهون صعوبة في فهم مشاعر وأفكار الآخرين، ويرتبط التوحد بعدم القدرة على التعاطف وفهم نوايا الآخرين، مما يؤثر على التفاعل الاجتماعي. (صالح إمام و عيد الجوالده، 2010)

6.5. نظرية المعالجة المفرطة للمعلومات (Weak Central Coherence Theory):

تشير هذه النظرية أن الأفراد المصابين بالتوحد يميلون إلى تركيز الانتباه على التفاصيل الدقيقة بدلا من إدراك الصورة الكبيرة، وبالتالي يواجهون صعوبة الفهم الاجتماعي واللغوي. (صالح إمام و عيد الجوالده،2010)

7.5. نظرية السلوك والتعلم (Behavioral and Learning Theory):

تركز على أن التوحد هو نتيجة لأساليب التعلم غير التكيفية، ويشمل ذلك تعزيز السلوكيات غير المرغوب فيها، وعدم القدرة على تعلم استراتيجيات التفاعل الاجتماعي بشكل طبيعي. (الشرقاوي، 2018)

6. أعراض اضطراب التوحد:(Symptoms of Autism)

يظهر الطفل المصاب باضطراب التوحد مجموعة من الأعراض السلوكية والمعرفية والاجتماعية التي تتفاوت في شدتها، لكنها تشترك في ثلاثة محاور أساسية: الانسحاب الاجتماعي، القصور اللغوي، والسلوك النمطي المتكرر (American Psychiatric Association ,2013)، هذه الأعراض هي التي تشكل "ثالوث التوحد" الذي يعتمد عليه في أغلب التشخيصات الإكلينيكية.

1.6.الانسحاب والعزلة الاجتماعية: (Social Withdrawal and Isolation)

يميل الطفل التوحدي إلى الانعزال عن الآخرين، ويبدو كأنه يعيش في عالم خاص به، ولا يبدي اهتماما بالآخرين ولا يسعى إلى تكوين صداقات أو مشاركة الأنشطة الجماعية حتى عندما يحاول أحد التواصل معه، قد لا يستجيب بالنظرات أو الابتسامات أو الإيماءات الاجتماعية المعتادة.(Wing & Gould, 1979)

إن هذا الانسحاب لا يعكس بالضرورة رفضا للآخر، بل هو ناتج عن عجز إدراكي في فهم الإشارات الاجتماعية وصعوبة في تفسير نوايا الآخرين، بمعنى آخر، هو عجز في التواصل وليس موقفا عدوانيا أو رفضا إراديا. (Volkmar & Klin, 2005)

2.6.القصور اللغوي: (Language Deficits)

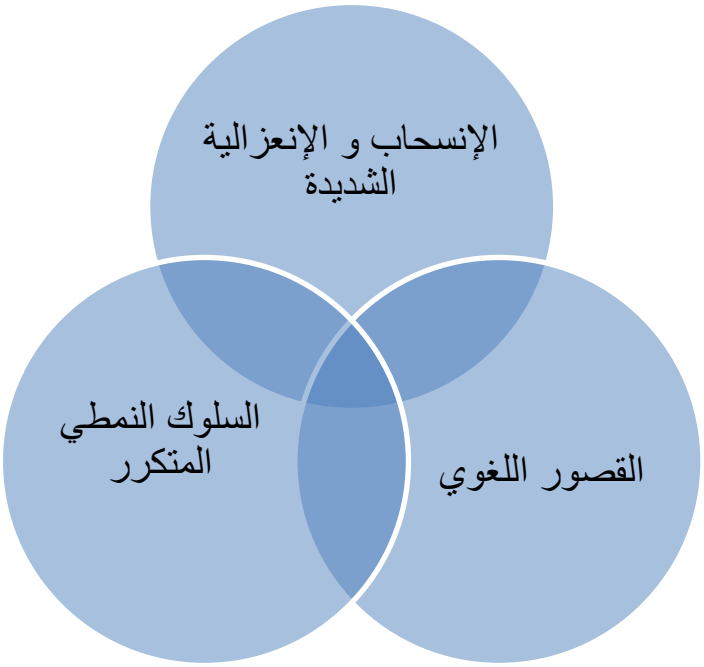
يعد تأخر أو اضطراب اللغة من أبرز العلامات الإكلينيكية للتوحد، فقد يتأخر الطفل في النطق أو يستخدم لغة غير وظيفية مثل تكرار الكلمات أو الجمل (الصدى اللفظي)، أو يتحدث بصوت رتيب يخلو من التنغيم العاطفي (Kanner, 1943)، كما يعاني من صعوبة في استخدام اللغة كوسيلة للتفاعل الاجتماعي أو التعبير عن الذات.

من خلال الملاحظة الإكلينيكية، يلاحظ أن بعض الأطفال يمتلكون حصيلة لغوية لا بأس بها، لكنهم يعجزون عن توظيفها في مواقف الحياة الواقعية، مما يشير إلى خلل في الجانب التداولي للغة (Pragmatics)، أي في القدرة على استخدام اللغة بشكل مناسب حسب الموقف. (Lord & Rutter & DiLavore ,2000)

3.6.السلوك النمطي المتكرر: (Repetitive and Stereotyped Behaviors)

يظهر الأطفال المصابون بالتوحد سلوكيات متكررة وثابتة مثل: هز الرأس أو تدوير الأجسام أو السير في مسارات محددة، كما يبدون حساسية مفرطة أو ضعيفة اتجاه المثيرات الحسية (Schopler & Mesibov, 1994)، هذه السلوكيات تمثل آلية دفاعية ضد القلق أو التغيرات المفاجئة في البيئة.

إن هذه المظاهر السلوكية يمكن فهمها بوصفها محاولة غير واعية للسيطرة على المحيط، فالتكرار يمنح الطفل شعورا بالأمان في عالم يبدو له غير متوقع وغير قابل للفهم.



الشكل(07): يمثل أعراض الأساسية للتوحد

(نقلا عن: محمد السعيد أبو حلاوة، د.س)

تظهر هذه الأعراض منذ الولادة، ويمكن التطرق إليها من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (02): الأعراض المميزة لاضطراب التوحد منذ الولادة

السن	الأعراض المميزة
الشهور الستة الأولى التالية للولادة	– يبدو وكأنه لا يريد أمه ولا يحتاج إليها ولا إلى وجودها معه. – لا يبالي بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين، ويقوم بحمله حتى وإن كان هذا الشخص وثيق الصلة به. – لا يبكي إلا قليلا ومع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير – لا يستطيع الطفل أن يلاحظ امه او يتابعها ببصره. – تكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة. – لا يبدي الطفل اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه. – من الأمور المهمة التي تميز استجاباته أنها دائما ما تكون غير متوقعة. – غياب ابتسامة التعرف التي تظهر عادة في سن أربعة أشهر.

من ستة شهور إلى سنة	– لا يبدي الطفل أي اهتمام بالألعاب الاجتماعية. – لا يبدي الطفل أي انفعال نتيجة حدوث أي شيء أمامه. – يفتقر الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظ. – تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جدا.
بعد عمر السنة	– شذوذ في نمو المهارات المعرفية دون اعتبار للمستوى الذكاء العام. – شذوذ في الاكل والشرب والنوم. – الغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية ونقص الخوف من مخاطر حقيقية، والخوف المفرط من موضوعات غير مؤذية. – سلوك إيذاء النفس بالإضافة إلى اضطرابات نفسية أخرى كنوبات الاكتئاب العظمى في المراهقة أو الرشد. – التبلد وعدم الاكتراث بالناس بالإضافة إلى أعراض سلوكية شاذة – الانسحاب الاجتماعي والانطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين. – لا يستعمل اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية

(محمود، 2018، ص.79-81).

إضافة إلى الأعراض الأساسية التي بهايتسم الأطفال التوحديون، هناك سمات أخرى يمكنالاستدلال منها على هذه الفئة. ويمكن عرض أهم هذه السمات الرئيسية كالتالي:

– **ضعف التفاعل الاجتماعي (Impaired social interaction):** يكون الأطفال التوحديين بمعزل عن الآخرين. كما تظهر على هؤلاء الأطفال أعراض الانسحابالاجتماعيوالانطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ويظهر الخلل في التفاعل الاجتماعي حيث يفشل في تنمية علاقات مع الأشخاص ويعاني من نقص الاستجابة للآخرين والاهتمام بهم. (خلف المقابلة، 2016)

- **البرود العاطفي الشديد (Severe emotional detachment):** من الخصائص التي تلاحظ على أطفال التوحد هو عدم استجابتهم لمحاولة الحب والعناق أو إظهار مشاعر العطف، وإخفاقهم في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين، وكذا فشلهم في الاستجابة لمحاولات التدليل ونقص الانتباه إلى الآخرين وعدم التقاء عينيه بعيونهم واللامبالاة أو النفور من العاطفة والمودة.

- **ضعف استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين Impaired language and Communication:** يعاني الأطفال التوحديين من ضعف استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين، وعدم القدرة على تسمية الأشياء وعدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة. ويكون كلامه على وتيرة واحدة بحيث يكون للطفل نطق خاص به ولقد أسماها "كانر" (Kanner) لغة مجازية (Metaphorical Language)؛ أما التواصل غير اللفظي مثل تعبيرات الوجه والإيماءات فغائبة أو نادرة. (خليل العبادي، 2006)

- **ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية Reduced responsiveness to external stimuli:** أشارت بعض الدراسات إلى أن الطفل التوحدي يبدو وكأن حواسه أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي، فيبدو كأنه لم يرى أو يسمع أو يحس أو يتذوق أي شيء، ويظهر عليه بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية، هذا وقد يؤدي الفشل في اكتساب اللغة وكافة وسائل الاتصال الأخرى إلى قصور في عمليات الإدراك الحسي وغيرها من العمليات العقلية الأخرى، كالتخيل والتذكر ومعالجة المشكلات والاستيعاب وغيرها.

-**السلوك النمطي المتكرر Repetitive and stereotyped behaviors:** إن الملاحظ لدى الأطفال التوحديين أنهم يقضون فترات طويلة في أداء سلوكيات غير هادفة تتسم بالتكرار والرتابة والميل إلى النمطية، سواء في الحركة أو الأداء كهز رجليه، أو رأسه أو الدوران حول

النفس، أو تكرار إصدار نغمة أو صوت أو همهمة بشكل متكرر، ولاسيما في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة. (شاكر مجيد،2010، ص. 41-53)

- **السلوك العدواني Aggressive behavior:** يكون السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو المختصين العاملين على رعايته وتأهيله (كالعض والخدش والرفس)، كما يتجه هذا العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعض نفسه حتى يدمي نفسه، أو يضرب رأسه في الحائط أو بعض الأثاث مما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام، أو قد يتكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه.

- **الانشغال المرضي بموضوعات معينة Obsessive interest in specific topics:** يقصد به الانخراط أو الانشغال الكامل بشكل مرضي بموضوعات وأشياء معينة، ويصر على تنفيذ الروتين اليومي الذي اعتاد عليه بطريقة قسرية دون أي تغيير، وإذا حدث تغيير في البيئة المحيطة به حتى لو كان طفيفا يدخل في ثورة عارمة من الغضب والصراخ وإيذاء النفس والآخرين. (محمود بدر، 2004)

- **القصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية Deficits in self-help and life skills:** يبدو على الطفل التوحدي القصور والعجز في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداءها الأطفال العاديين من هم في نفس سنه ومستواه الاجتماعي والاقتصادي، كعجزه عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه، وخلع أو ارتداء ملابسه. (شاكر الجبلي، 2015، ص28-38)

7. أنواع اضطراب التوحد(Types of Autism):

1.7.حسب DSM:

حسب التصنيف الأمريكي DSM-5، تم إدراج كل الاضطرابات السابقة مثل متلازمة أسبرجر واضطراب النمو الشامل غير المحدد ضمن مصطلح واحد هو "اضطراب طيف التوحد" (ASD)، وهو يتراوح بين الخفيف والشديد من حيث الأعراض والتأثيرات على السلوك والتواصل. (American Psychiatric Association. ,2013, p. 50-52)

وتم تصنيف إضطرابات طيف التوحد حسب **DSM**4:

1.1.7. إضطراب التوحد Autism Disorder: هو اضطراب يصيب الدماغ ويبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة ويستمر خلال المراحل التالية حتى الرشد، وتتمثل أهم أعراضه في: قصور كيفي في كلا من التفاعل الاجتماعي، اللغة والتواصل، الأنشطة والاهتمامات المحدودة، اللزمات والحركات التكرارية.

2.1.7. متلازمة أسبرجر Aspergers Syndrome: هذا الاضطراب يشبه أعراض التوحد العادي ولكن دون وجود إضطراب عملية الكلام واللغة، وهو يشبه إلى حد كبير التوحد ذي المستوى الأداء الوظيفي المرتفع.

يتميز هذا الاضطراب بالقصور في القدرة على التفاعل مع الآخرين والاهتمامات المحدودة، والافتقار إلى القدرة عل إدراك روح الدعابة والمرح، وعدم الحكمة، وعدم التلقائية في مشاركة الآخرين اهتماماتهم أو إنجاز أعمال مشتركة معهم وممارسة سلوكيات نمطية.
(صالح إمام و عيد الجوالده،2010)
تشير الدراسات إلى انتشار هذا الاضطراب بمعدل (3–4) حالات لكل عشرة آلاف طفل، وهو يوجد بين الذكور بنسبة تفوق كثيرا الإناث (عشر أضعاف تقريبا).

3.1.7.متلازمة "رت" Ret Syndrome: تتمثل أهم خصائص هذا الاضطراب في أنه يظهر بين الإناث بصورة أساسية بنسبة حالة لكل عشر آلاف بنت، ويتميز بوجود فترة نمو عادي بعد الولادة في جميع الجوانب لمدة خمس أشهر على الأقل، ثم يبدأ معدل النمو الجسمي في الانخفاض خاصة في حجم الرأس مما يؤدي إلى تناقص حجم المخ بنسبة 30% تقريبا، مع فقدان المهارات اليدوية الإرادية، وترنح في المشي وعيوب وتشوهات في القدم والعمود الفقري واضطراب التآزر الحركي، وتذبذب (حركة سريعة) لمقلة العين، واضطرابات ملحوظة في الكلام واللغة، وصعوبات البلع والتنفس، واضطرابات القدرة التواصلية مع تدهور القدرات العقلية، و يصاحب ذلك نوبات من الصرع في نسبة كبيرة من الحالات، إلى جانب نوبات الغضب الشديد و الهياج.

4.1.7. اضطراب الطفولة التفككي Childhood Disintegrative Disorder: يطلق على هذا الاضطراب أيضا اضطراب الطفولة (التحللي، متلازمة هيلر) وتظهر الأعراض على الطفل بعد فترة متأخرة كثيرة مقارنة بما يحدث في حالة التوحد العادي

يتميز هذا الاضطراب بفقدان القدرة اللغوية، وفقدان ما تم اكتسابه من مهارات اجتماعية، وفقدان كثير من المهارات الحركية، والعزوف عن اللعب مع الآخرين، وفقدان تدريجي لمهارات الرعاية الذاتية كما تتدهور القدرة على التواصل (سواء اللفظي أو غير اللفظي) بالإضافة إلى فقدان القدرة على فهم مشاعر الآخرين وانفعالاتهم.

5.1.7. إضطراب التوحد غير المصنف

Pervasive Developmental Disorder not other Specified : Atypical Autism

يشمل هذا الاضطراب الأطفال الذين يعانون من أعراض تشبه إلى حد كبير تلك التي تبدو على الأطفال مضطربي التوحد، إلا أنه لا تنطبق عليهم المعايير الأساسية المستخدمة في تشخيص التوحد والتي تشمل:

- قصور في المهارات الاجتماعية

- قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.

- السلوكيات النمطية.

أو قد تنطبق عليهم بعض هذه المعايير إلا أنه يحدث في عمر متأخر عن ذلك الذي تظهر عنده أعراض التوحد العادي. (فرح سهيل، 2015)

2.7.حسب شدة الإصابة:

يقسم بعض المختصين التوحد إلى ثلاث درجات:

- خفيف: الطفل قادر على التواصل بمساعدة بسيطة ويُظهر استقلالية محدودة.

- متوسط: يحتاج إلى دعم مستمر في التفاعل الاجتماعي والتواصل.

- شديد: يعاني من قصور شامل في التواصل والسلوك التكيفي ويحتاج إلى رعاية دائمة. (Bishop, 2017)

3.7. حسب كولمان (Coleman):

اقترح كولمان (Coleman) تصنيفا للتوحد إلى:

- التوحد الكلاسيكي: يشمل الانسحاب الكامل وصعوبة التواصل.

- التوحد الوظيفي العالي: يتميز بذكاء متوسط إلى مرتفع، لكن مع ضعف في العلاقات الاجتماعية.

– التوحد المصحوب بإعاقة عقلية: حيث يظهر الاضطراب إلى جانب تأخر ذهني واضح. (Prizant & Wetherby, 1993)

8. تشخيص اضطراب التوحد: (Diagnosis of Autism)

يعتبر الأطفال التوحديون مشكلة شديدة التعقيد وذلك لصعوبة تمييزهم عن غيرهم من الأطفال ذوي التخلف العقلي أو الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة، وترجع الصعوبة في التشخيص لهذه الفئة هي تداخل أعراضها مع أعراض الفئات السابقة، وغير ذلك أنه لا يوجد الفريق الإكلينيكي المناسب لتشخيص هذه الفئة، بجانب ذلك أنه لا توجد مقاييس واختبارات تساعد في التشخيص.

تتم عملية التشخيص وفق معايير متعددة، تبدأ بالملاحظة الإكلينيكية وتستند إلى دلائل علمية، ومن هنا يجب أن نطلع على أهم وأنسب الطرق المتاحة لتشخيص التوحد والتي تتمثل فيما يلي:

1.8 حسب ليو كانر (Leo Kanner)

يعتبر الطبيب ليو كانر (Leo Kanner) أول من وصف التوحد سنة 1943، حيث لاحظ 11 حالة لأطفال يعانون من انسحاب اجتماعي شديد ونمط سلوك متكرر وصعوبات لغوية، واعتبره اضطرابا متميزا عن التخلف العقلي.

وضع كانر قائمة من (12) معيارا، ولابد على الأقل من وجود معيارين من (أ) ومعيار من (ب)، ومعيار واحد من (ج)، ولا تعتبر هذه المعايير متحققة إلا إذا كان السلوك شاذا بالنسبة لمستوى نمو الطفل.

الفئة (أ): تعبر هذه الفئة عن قصور نوعي في محصلة التفاعل الاجتماعي المتبادل، وهو يتمثل فيما يلي:

1-عدم تأثر الطفل بمشاعر الآخرين.

2-لا يشعر الطفل بالحاجة إلى موائاة الاخرين له في وقت الضيق أو القلق.

3-لا يقلد الطفل الآخرين أو أحيانا يقوم بتقليدهم بشكل غير معتاد، فهو لا يلوح مودعا، ولا يقلد أنشطة الأم داخل المنزل، أو يقلد الآخرين بصورة آلية.

4-لا يلعب لعبا اجتماعية أو يلعب بطريقة شاذة.

5-لديه عجز كلي في القدرة على تكوين صداقات مع أقرانه.

الفئة (ب): قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وفي النشاط التخيلي، ويتمثل فيما يلي:

1-لا يوجد تواصل مع الآخرين، مثل الحوار اللفظي والتعبير الوجهي، والإيماءات أو اللغة المنطوقة.

2-اتصال غير لفظي شاذ بشكل واضح.

3-غياب النشاط التخيلي.

4-شذوذ واضح في طريقة إخراج الكلام.

5-شذوذ واضح في صورة محتوى الكلام، ويتضمن الكلام النمطي أو التكرار في الكلام.

6-قصور واضح في القدرة على تقليد الآخرين وإقامة حوار معهم.

(Baron-Cohen & Tager-Flusberg & Cohen, 2000)

2.8. حسب DSM:

حسب DSM4(1994):

اشترط وجود ثلاث محكات أساسية لتشخيص التوحد:

المحك الأول: توفر ستة أعراض على الأقل كالآتي: اثنان على الأقل من الفئة (أ) وعرض واحد على الأقل من الفئة (ب) وعرض واحد على الأقل من الفئة (ج).

الفئة (أ) قصور أو خلل نوعي في التفاعل الاجتماعي يظهر فيما يلي:

- قصور في استخدام أنماط السلوكات غير اللفظية.
- عدم القدرة على إقامة علاقة مع أقرانه من العمر النمائي نفسه.
- الافتقار إلى العضوية التلقائية في مشاركة الاخرين أفراحهم واهتماماتهم.
- الافتقار إلى التبادل العاطفي والاجتماعي.

الفئة (ب): قصور أو خلل نوعي في التواصل اللفظي كما يظهر فيما يلي:

- استخدام نمطي أو تكراري في اللغة.
- عدم القدرة على المبادرة بالكلام وإجراء المحادثة والمحافظة على الاستمرارية.
- تأخر أو انعدام اللغة دون محاولة التعويض عنها بأشكال التواصل البديلة كالإيماءات وتعبيرات الوجه .

الفئة (ج): سلوكات وأنشطة نمطية واهتمامات وأنشطة محددة كما يظهر فيما يلي:

- الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء.

- الإصرار على روتين معين والمحافظة عليه.
- حركات يدوية وجسمية تكرارية ونمطية.
- الانشغال النمطي ببعض الأشياء.

المحك الثاني: ظهور أداء وظيفي غير عادي في واحد على الأقل مما يأتي ويكون ذلك قبل الثلاث سنوات من عمر الطفل:

- التفاعل الاجتماعي.
- اللعب الرمزي أو التخيلي.
- استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.

المحك الثالث: أن لا يكون سبب هذه الاضطرابات يرجع إلى اضطرابات ريث أو اضطراب الطفلة التفككي .

حسب :DSM-5(2013)

اشترط وجود محكين رئيسيين لتشخيص التوحد:

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

1- عجز عن التفاعل العاطفي بالمثل، يتراوح من فشل الأخذ والرد في المحادثة إلى تدني في المشاركة بالاهتمامات والعواطف أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء الرد في التفاعلات الاجتماعية.

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

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

المحك الثاني: أنماط متكررة من السلوك والاهتمامات أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ.

1-نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء أو الكلام.

2-الإصرار على التشابه، والالتزام غير المرن بالروتين، أو انماك طقوسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي.

3-اهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز.

4-فرط أو تدني في التفاعل الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة.

3.8.حسب قائمة كريك:

تستخدم قائمة كريك كأداة تشخيصية ملاحِظة لتحديد السلوكيات النمطية والعزلة الاجتماعية، حيث تسجل الملاحظات وفق مقياس تدرجي من "نادر جدًا" إلى "دائم".

(Lord & al, 2000)

4.8.حسب الدليل الدولي العاشر (ICD-10)

يعرف التوحد في هذا الدليل بأنه اضطراب نمائي شامل يتميز بخلل نوعي في التفاعل الاجتماعي، التواصل، والسلوك المقيد المتكرر، ويصنف ضمن فئة اضطرابات النمو الشاملة.(Dunn & Dunn, 2007).

أ- وجود عجز في النمو على الأقل في واحدة من المناطق الآتية قبل سن الثالثة:

1-اللغة التعبيرية المستخدمة في الاتصال.

2-تطور التفاعل الاجتماعي والتفاعل المشترك.

3-اللعب الرمزي أو الوظيفي.

ب- العجز الوصفي في التفاعل الاجتماعي المشترك:

1-الفشل في استخدام النظر بالعبن، التعيبير بالوجه، الإيحاء بالجسم، الإشارة، تنظيم التفاعل الاجتماعي.

2- الفشل في نمو وتطور العلاقات التي تتضمن مشاركة الاهتمامات والأنشطة والمشاعر.

3-قلة البحث عن أشخاص آخرين لإيجاد الراحة واللعب معهم.

4-نقص المتعة المشتركة بينهم وبين الآخرين.

5-نقص المشاركة الاجتماعية والعاطفية، عجز في الاستجابة لعواطف الآخرين.

ج-العجز الوصفي في الاتصال:

1-تأخر أو نقص في اللغة المنطوقة، لا يحاول استخدام إشارات بديلة للاتصال.

2- فشل في بدء أو تكملة حوار.

3- استخدام متكرر للغة.

4- شذوذ في درجة الصوت والنبرة.

د- الأنشطة والاهتمامات:

1-الانشغال بأنواع محدود من الاهتمامات.

2-ارتباط وتعلق خاص بأشياء غير عادية.

3- التصاق واضح بأشياء غريبة.

4-سلوك آلي متكرر.

الصورة الإكلينيكية للطفل ليست منسوبة لاضطراب النمو الشامل PDD أو اضطراب اللغة أو اضطراب في النواحي العاطفية والاجتماعية.

9. التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد: (Differential Diagnosis of Autism)

يجب التمييز بين التوحد وعدد من الاضطرابات المشابهة:

1.9. التوحد والتخلف العقلي (Autism & Intelletctual Disability):

فيما يلي نستعرض بعض المؤشرات التي تسهل عملية التشخيص الفارقي والتمييز بين إعاقة التوحد وإعاقة التخلف العقلي، والتي يمكن تسجيلها من تجارب الملاحظة الموضوعية للإعاقتين وهي:

– طفل التخلف العقلي من الممكن أن بيني حصيلة لغوية وأن يكتسب نموا في اللغة ولو أنه قد يتأخر في بنائها إلى حد ما، ولكنه يستخدم حتى القليل منها مبكرا في التواصل مع أفراد أسرته وأقرانه.

– طفل التخلف العقلي لا يعاني من مشكلة رجع الصدى التي يعاني منها طفل التوحد الذي يعيد نطق أخر كلمة أو كلمتين في أي سؤال أو كلام يوجه إليه.

– طفل التخلف العقلي لا يستثيره التغيير في عاداته اليومية في ملبسه ومأكله أو لعبه أو أثاث غرفته، ولا يندفع في ثورات غضبه وإيذاء ذاته أو الآخرين كما يحدث للطفل الذي يعاني من التوحد.

– طفل التخلف العقلي يشارك أقرانه في أنشطتهم ويستمتع باللعب معهم وممارسة تقليد الآخرين واللعب الإيهامي، بعكس طفل التوحد الذي يعزف عن ممارسة تلك الأنشطة كليا.

– طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء أو صراخ يستمر طويلا بدون سبب ظاهر، بينما لا يحدث هذا في حالة التخلف العقلي.

- طفل التوحد غالبا ما يحتاج إلى الرعاية مدى الحياة تقريبا أما طفل التخلف العقلي (المتوسط والبسيط) فإنه يحقق استقلالا ذاتيا بمساعدة برامج التأهيل، ويعتمد على ذاته ويحميها من الأخطار يعمل على حرفة مناسبة.
- في التوحد يكون الذكاء متفاوتا، أما في التخلف العقلي فالعجز عام وشامل.

(Bondy & Frost,2001)

2.9. التوحد والإعاقة السمعية (Autism & Hearing Impairment):

- نسبة الذكاء في حالة الإعاقة السمعية أعلى من التوحد.
- يمكن للمعاق سمعيا تكوين علاقات اجتماعية.

- سهولة تشخيص المعاق سمعيا مقارنة بالتوحدي.
- يمكن للتوحدي تحقيق تواصل لفظي بينما لا يستطيع الأصم.
- يميل التوحدي للانسحابالاجتماعي، والانزعاج من تعيير الروتين بشكل أساسي مقارنة بالمعاق سمعيا.
- الأطفال الصم يظهرون رغبة في التواصل بالإشارات، على عكس الطفل التوحدي. (Mesibov & Shea & Schopler, 2005)

3.9. التوحد والفصام الطفولي (Autism & Childhood Schizophrenia):

أوضح كل من "جولدستان"1986 ، "عبد الرحيم بخيت" 1997 أنه يفترض أن التشابه بين الإضرابين كان منطقيا لدرجة أن بعض الباحثين كانوا يسمون التوحد بالفصام، إلى أن استخدمت التفرقة النسبية بينهما من خلال نتائج الدراسات وكان أهم أوجه الاختلاف ما يلي:

- الطفل التوحدي غير قادر على استخدام الرموز مقارنة بالفصامي.
- ضعف النمو اللغوي لدى التوحدي اكثر من الفصامي.
- ضعف النمو الاجتماعي عامة لدى التوحدي أكثر من الفصامي.
- ضعف النمو الانفعالي عامة لدى التوحدي بينما يكثر وجودها لدى الفصامي.
- يبدأ ظهور التوحد قبل سن عامين ونصف، بينما الفصام يبدأ بعد هذا السن، فالفصام يبدأ في عمر متأخر في الطفولة أو مع بداية المراهقة.

(توفيق الراوي و صالح حماد، 1999)

4.9. التوحد وصعوبات التعلم (Autism & Learning Disabilities):

أوضحت دراسة التشابه 'شيا وميسيبون' (SHEA & MESIBON ,1985)، بين كل من الطفل التوحدي وذوي صعوبات التعلم في كل من:

- البروفيل الشخصي.
- صعوبات تعلم اللغة.
- عدم التمييز المعرفي.

إلا أن هذا التشابه يبدو واضحا لدى حالات التوحد الحاد.

5.9.التوحد واضطرابات التواصل (Autism & Communication Disorders):

- العجز عن استخدام اللغة كأداة للتواصل لدى التوحدي، بينما يتعلم المضطرب التواصل معاني مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين.
- يظهر التوحدي بتعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة بينما يحاول المضطرب تواصليا أن يحقق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه تعويضا عن مشكلة الكلام.
- يمكن لكليهما إعادة الكلام، إلا أن التوحدي يظهر إعادة الكلام المتأخر أكثر.

(شاكر مجيد، 2010)

6.9.التوحد ومتلازمة "أسبرجر"(Autism & Asperger's Syndrome):

تختلف متلازمة "أسبرجر"(**Asperger**) عن التوحد فيما يلي:

- متلازمة "أسبرجر" لا يعانون من الإعاقة العقلية بينما التوحد 75% منهم يعانون من الإعاقة العقلية، بل الكثير منهم ذو قدرات عقلية عالية أو عادية أو نقص في القدرة على تبادل الأحاسيس والتركيز والتحكم.
- صعوبة التواصل الاجتماعي تكون أكثر عند التوحدي.
- الفرط الحركي عند "أسبرجر" أكثر.
- اضطراب "أسبرجر" يظهر بعد سن الثالثة بينما التوحد من الشهور الأولى.

(عصام النمر،د.س، ص. 228)

10. مقاييس وأدوات تشخيص التوحد(Measures & Tools for Diagnosing Autism):

من بين الأدوات المستعملة في العيادات النفسية:

1.10.قائمة التحقق المعدلة والمنقحة للأطفال (M-CHAT-R/TM):

هي أداة فحص تستخدم لتحديد الأطفال الذين قد يكونون معرضين لخطر الإصابة بالتوحد، تتكون من 20 سؤالا يجيب عليها الوالدان، وتستخدم للأطفال بين 16 و30 شهرا.

(Robins & Fein & Barton, 2009)

2.10. مقياس التقدير للتوحد الطفولي (Childlrend Autism Rating Scale –CARS):

وضع المقياس من قبل SHEPLER, MEICHLER, DERLLIS & DALLY (1998) واستخدم في تحديد الأطفال المعوقين والتوحديين الذين هم بحاجة إلى البرنامج التعليمي (TEACHH)، حددت في المقياس (15) مقياسا فرعيا لتقدير السلوك لدى الأطفال التوحديين ولتمييزهم عن اضطرابات النمو الأخرى والأطفال غير التوحديين، ويمكن استخدام المقياس مع الأطفال الذين هم بعمر سنتين فأكثر، واستخدمت سبعة مؤشرات في المقياس

لتقدير القدرات والسلوك لأطفال التوحد، والدرجات العالية التي يحصل عليها الطفل يمكن أن تحدد مستوى التوحد لديه سواء كان بسيطا أو متوسطا أو شديدا.

(Schopler, & al ,2010)

3.10. مقابلة التشخيص للتوحد– النسخة المنقحة (ADI-R):

هي مقابلة هيكلية تجرى مع الوالدين لجمع معلومات مفصلة حول تاريخ الطفل التطوري وسلوكه الحالي، تستخدم لتقييم الأعراض الأساسية للتوحد وتعتبر معيارا أساسيا في التشخيص. (Rutter & LeCouteur & Lord, 2003)

4.10. جدول المراقبة التشخيصية للتوحد (ADOS):

اختبار "أدوس"(ADOS) هو عبارة عن مراقبة الطفل وسلوكياته في غرفة مخصصة عن طريق تقديم بعض ألعاب محددة له (الخاصة بالاختبار)، وتسجيل تفاعل الطفل مع كل لعبة وقدرته على التواصل مع المختبر وتفاعله الاجتماعي، وطريقة لعبه يصلح للأطفال والمراهقينالمصابين بالتوحد ، ويستلزم حوالي من 20 إلى 40 دقيقة لتطبيق، ويتضمن أربع وحدات كل وحدة خاصة بمدى قدرة المفحوص على استخدام الكلام واللغة التعبيرية بوجه عام، ويمكن تطبيقها من خلال الجلوس على منضدة وفيها يتم طرح مجموعة من الأسئلة المباشرة بين المعالج والمفحوص. (Lord & al ,2012)

5.10. مقياس جيليام لتقييم التوحد (GARS):

أداة تقييم سلوكية تستخدم لتحديد وجود التوحد لدى الأطفال من 3 إلى 22 سنة، تتضمن 42 سؤالا تقيم السلوكيات النمطية والتواصل والتفاعل الاجتماعي. (Gilliam, 2014)

6.10.مقياس السلوك التكيفي فينلاند (VABS):

يستخدم لتقييم مهارات الحياة اليومية والتواصل والتفاعل الاجتماعي لدى الأفراد، يساعد في تحديد مستوى الاستقلالية والاحتياجات التربوية.(Sparrow & al ,2016)

7.10.مقياس الاستجابة الاجتماعية (SRS-2):

يستخدم لتقييم السلوكيات الاجتماعية لدى الأطفال والمراهقين، ويساعد في تحديد مدى تأثير الأعراض التوحدية على التفاعلات الاجتماعية. (Constantino & Gruber, 2012)

8.10.مقياس التفاعل الاجتماعي(SCQ):

أداة فحص تستخدم لتقييم السلوكيات الاجتماعية لدى الأفراد، وتساعد في تحديد الحاجة إلى تقييمات إضافية. (Rutter & Bailey & Lord, 2003)

9.10. المقاييس النمائية (Developmental Scales):

تعد المقاييس النمائية (Developmental Scales) أدوات قياس تهدف إلى تقييم النمو الشامل للطفل في مجالات متعددة مثل: النمو العقلي، الحركي، اللغوي، الاجتماعي والانفعالي، كما تستخدم لتحديد مستوى الأداء النمائي ومقارنته بالعمر الزمني للطفل، مما يمكن الأخصائيين من اكتشاف التأخر النمائي أو الاضطرابات النمائية المبكرة، (Gray, 2010 , p 33-49)، ومن أبرز المقاييس المستخدمة:

– مقياس بيلي للنمو العقلي والحركي(Bayley Scales of Infant and Toddler Development- BSID-III): يقيس القدرات العقلية، الحركية، واللغوية للأطفال من عمر شهر إلى 42 شهرا.

– مقياس دنفر للنمو (Denver Developmental Screening Test-DDST-II): يستخدم للكشف المبكر عن التأخر النمائي لدى الأطفال من الميلاد حتى سن 6 سنوات، ويقيم الجوانب: الحركية الكبرى، الحركية الدقيقة، اللغة، والعلاقات الاجتماعية.

–مقياس 'جريفيث' للنمو العقلي (Griffiths Mental Development Scales): يستخدم لتقييم الأطفال من عمر الولادة حتى 8 سنوات، ويغطي مجالات النمو الحركي، الاجتماعي، اللغوي، والتكيف الشخصي.

11.علاج اضطراب التوحد (Autism Therapy):

يعتبر اضطراب طيف التوحد(ASD) من الاضطرابات النمائية العصبية المعقدة التي تتطلب تدخلا علاجيا متعدد الأبعاد يستهدف تنمية القدرات التكيفية وتقليص السلوكيات غير الوظيفية، لا يوجد علاج واحد محدد يصلح لجميع الحالات، وإنما اتجهت الأبحاث المعاصرة إلى تبني النموذج العلاجي التكاملي (Integrative Model)، الذي يجمع بين المقاربة السلوكية، المعرفية، التواصلية، الطبية، والاجتماعية ضمن خطة علاج فردية تصمم وفق احتياجات كل طفل ومستواه المعرفي واللغوي والسلوكي.

1.11. العلاج السلوكي(Behavioral Therapy):

يعد العلاج السلوكي، وخاصة تحليل السلوك التطبقي (– Applied Behavior Analysis ABA)، من أكثر الأساليب فاعلية في علاج التوحد، يرتكز عل مبادئ الإشراط الإجرائي (Operant Conditioning) لـ "سكينر" (Skinner)، ويهدف إلى تعزيز السلوكيات المرغوبة وتقليل غير المرغوبة عن طريق تقديم التعزيز والثواب، وقد أثبتت الدراسات فعاليته في تحسين مهارات اللغة، الانتباه، السلوك التكيفي، والتواصل الاجتماعي.

(Matson & Smith,2008)

4.11.العلاج المعرفي السلوكي(Cognitive Behavioral Therapy- CBT):

يستخدم مع المراهقين والبالغين ذوي القدرات اللغوية الجيدة، خاصة في علاج القلق، الاكتئاب والرهاب الاجتماعي، يركز هذا العلاج على تعديل أنماط التفكير السلبية التي تولد الانفعالات والسلوكيات غير التكيفية. (Beck,2011)

3.11.العلاج الأسري والتدريب الوالدي(Parent Training & Family Therapy):

يعتبر إشراك الأسرة عنصرا أساسيا في النجاح العلاجي، إذ يساعد عل تعميم السلوكيات المكتسبة خارج الجلسة العلاجية، من خلال تدريب الأسرة عل طرق التعزيز، وإدارة السلوك، والتفاعل اللفظي وغير اللفظي مع الطفل، وقد أثبتت برامج التدريب الأسري فاعليتها في تخفيف الضغوط النفسية للوالدين وتحسين العلاقة الأبوية. (Koegel & al,2002)

4.11.العلاج الدوائي (Pharmacological Treatment):

يهدف هذا النوع من العلاج إلى التخفيف من الأعراض والسلوكيات غير المناسبة للطفل، ويقوم على فرضية أن التغيرات الفيزيولوجية التي يمكن أن يحدثها العلاج يمكن أن تؤدي إلى التخفيف من اعراض التوحد.

لا يوجد دواء محدد لعلاج حالات التوحد إلا أن العلاج الدوائي يستخدم لتنظيم وتعديل المنظومة الكيميائية التي تقف على السلوك غير السوي، وتساعد هذه الأدوية على التحكم بنوبات الصرع، وتلك التي تخفف من نوبات الغضب أو السلوك العدواني والنشاط الحركي الزائد، ويجب الإشارة إلى أن نوع الدواء ومقدار الجرعة يجب أن يعطى بإشراف طبي ويجب الأخذ بعين الاعتبار تأثير الدواء على النواحي التعليمية والتدريبية للأطفال، ويعد هذا النوع من العلاج فعالا في حال توافقه مع البرامج السلوكية والتربوية.(McCracken & al,2002)

خلاصة:

يمكن القول إن اضطراب التوحد يمثل نموذجا معقدا من الاضطرابات النمائية التي تمس أساس التواصل الإنساني، فهو ليس مجرد عجز لغوي أو اجتماعي، بل اضطراب في فهم الذات والآخر والعالم، ومن هذا المنظور العيادي، فإن كل تفسير أو برنامج علاجي لا بد أن يبنى على فهم شامل يجمع بين البيولوجي والمعرفي والسلوكيوالاجتماعي.

ترى الباحثة أن الرهان الأساسي اليوم هو الانتقال من منطق "تصنيف الحالة" إلى منطق "فهم الفرد"، لأن كل طفل توحدي هو عالم قائم بذاته، يحتاج إلى مقاربة متفهمة أكثر من حاجة إلى تصنيف جامد.

الفصل الرابع :

الـتـــــواصـــــل

تمهيد

1- تعريف التواصل .

2- أهمية التواصل.

3- عناصر التواصل.

4- أشكال التواصل.

5- تطور اللغة والتواصل عند الطفل العادي.

6- تعريف اضطرابات التواصل.

7- أشكال اضطرابات التواصل.

8- تشخيص اضطرابات التواصل.

9- اضطرابات التواصل لدى أطفال التوحد.

10- العلامات المبكرة لاضطرابات التواصل عند أطفال التوحد.

11- خصائص مهارات التواصل عند أطفال التوحد.

12- أشكال اضطرابات التواصل لدى أطفال التوحد.

13- تشخيص اضطرابات التواصل عند أطفال التوحد.

14- برامج تنمية مهارات التواصل عند أطفال التوحد.

خلاصة

تمهيد:

يعتبر التواصل أحد الركائز الأساسية في الحياة الإنسانية، إذ يمكن الفرد من التعبير عن ذاته وإدراك الآخرين، والتفاعل معهم في سياق اجتماعي منظم، ومنذ لحظة الولادة يظهر الطفل استعدادا فطريا للتواصل من خلال الإشارات الانفعالية والبصرية والصوتية، التي تشكل لاحقا نواة اللغة والتفاعل الاجتماعي.

إن التواصل ليس مجرد عملية لغوية، بل هو وظيفة نفسية معرفية تعبر عن سلامة العمليات العقلية والانفعالية للفرد، ومن ثم فإن أي اضطراب فيه يعكس خللا في البناء المعرفي والانفعالي والاجتماعي للطفل.

كما يعد اضطراب التواصل من الخصائص الجوهرية في اضطراب طيف التوحد، إذ يشكل أحد المظاهر السلوكية الأكثر وضوحا وتأثيرا في التكيف اليومي والتفاعل الاجتماعي للأطفال المصابين.

1. تعريف التواصل (Communication):

التواصل هو عملية معقدة تتضمن تبادل المعلومات والأفكار بين الأفراد باستخدام مجموعة من الوسائل مثل: اللغة، الرموز، الإشارات، أو الأفعال، وقد قدم العلماء في هذا المجال عدة تعريفات من بينها:

– عرف "بيرلو" (Berlo) التواصل بأنه: عملية دينامية يتم من خلالها نقل الأفكار والمعلومات والمشاعر من شخص إلى آخر عبر رموز مشتركة ذات معنى محدد.

(Berlo, 1960,p 22-35)

– يعرف "لوي فيجوتسكي" (Vygotsky, 1978) التواصل على أنه عملية اجتماعية ترتكز على التفاعل بين الأفراد، تهدف إلى التعبير عن الأفكار وتبادلها ضمن سياق اجتماعي مشترك.

– وصف "بيير بورديو" (Bourdieu,1991) التواصل بأنه أداة من أدوات إنتاج المعنى الاجتماعي، حيث ينظر إلى اللغة كأداة تمكين اجتماعي من خلالها يمكن بناء وتكوين الهويات.

– تعريف بورغون وهال(Burgoon & Hall, 2002) :التواصل هو تفاعل رمزي بين الأفراد يشمل اللغة، الإيماءات، والتعبيرات الوجهية لتحقيق أهداف شخصية أو اجتماعية".

(Burgoon & Hall, 2002)

– اعطت "ميلر"(Mille,2005) تعريفا للتواصل بأنه العملية التي من خلالها يتم تبادل الرسائل بين المرسل والمستقبل باستخدام وسائل وأدوات متنوعة كالكلمات أو الصور أو الإيماءات.

– عرف هارجي(Hargie, 2011) التواصل هو نشاط اجتماعي يتم من خلاله تبادل الرسائل بين الأفراد باستخدام الكلام، اللغة الجسدية، والسلوك غير اللفظي لتحقيق التأثير والفهم المتبادل. (Hargie, 2011)

– بينما يرى "محمد ناصر العاني (2014)" أن التواصل هو تبادل منظم للمعلومات والمشاعر بين الأفراد بهدف التأثير المتبادل وتحقيق التفاهم.

– أما 'أرنولد' (Arnold, 2016) عرف التواصل هو قدرة الفرد على إدراك، تفسير، والاستجابة بفعالية للرسائل اللفظية وغير اللفظية في السياقات المختلفة.(Arnold, 2016)

– تعريف 'ديفيتو' (DeVito, 2019) : التواصل هو عملية مستمرة ومعقدة حيث يقوم الأفراد بإنشاء وتبادل المعاني من خلال الرسائل في سياقات اجتماعية وثقافية مختلفة".

بالنسبة لتعريف التواصل في سياق علم النفس، فإن التواصل يعرف بأنه عملية عملية تفاعلية ديناميكية تتضمن تبادل الرموز والمعاني بين أفراد أو مجموعات، مما يسهم في بناء الواقع المشترك وتشكيل الهوية الذاتية والاجتماعية، ويقوم على آليات وسياسات نفسية تشمل الإشارات غير اللفظية، واللغة، والإشارات السياقية، مع اعتماد تقنيات مثل التهيئة العقلية والتمثيل الذهني لتحسين عملية الفهم والتفاعل الاجتماعي، كما يركز على دور العوامل النفسية مثل الأساليب الدفاعية، والاعتراف بالذات، والثقة، والتعاطف في تعزيز فاعلية الاتصال وتقليل سوء الفهم والنزاعات الدّينامكية بين الأفراد، ويعد من أدوات التفاعل الأساسية في عمليات التنمية الشخصية والعلاقات الاجتماعية والعمليات العلاجية النفسية.

إن التواصل في بعده العيادي ليس مجرد نقل للرسائل، بل هو تفاعل وظيفي بين المرسل والمستقبل، يعكس البنية الداخلية للفرد، أي قدرته على إدراك ذاته والآخرين، والتعبير عن حاجاته بطريقة مفهومة ومقبولة اجتماعيا.

2. أهمية التواصل (Importance of Communication):

يعد التواصل عنصرا أساسيا في نمو الإنسان وتفاعله مع بيئته الاجتماعية، وتكمن أهمية التواصل في الجوانب التالية:

– بناء العلاقات (Building Relationships): يساعد التواصل في تكوين العلاقات الإنسانية، وإرساء أسس التفاهم بين الأفراد.

– تنظيم الفكر والمشاعر(Organizing Thoughts and Emotions): من خلال التواصل يمكن للإنسان التعبير عن أفكاره وعواطفه وفهم الآخرين.

– نقل المعرفة (Transferring Knowledge): يعتبر التواصل وسيلة أساسية لنقل المعرفة والمعلومات من جيل إلى جيل.

– التمكين الاجتماعي (Social Empowermet): يساهم التواصل في تعزيز قدرة الأفراد على التفاعل والاندماج في المجتمع. (عبد الله، 2015)

يمكن القول أن التواصل يحتل موقعا مركزيا في النمو النفسي والاجتماعي للطفل، فهو الأداة التي من خلالها يتعلم أنماط السلوك، ويطور قدراته الإدراكية واللغوية، ويكتسب مهارات التفاعل الاجتماعي. (عبد الله محمد عبد الله،2018)

إن أهمية التواصل تتعدى البعد الوظيفي لتشمل الدور العلاجي أيضا، حيث يشكل تطوير مهارات التواصل مدخلا أساسيا للتدخل العيادي والتربوي مع أطفال التوحد، لما له من أثر مباشر في تحسين السلوك التكيفي والاستقلالية الذاتية.

3. عناصر التواصل (Elements of Communication):

تتكون عملية التواصل من مجموعة من العناصر المترابطة التي تعمل في إطار نظام ديناميكي لتحقيق تبادل الرسائل والمعاني بين الأفراد، وقد وضع "كلودشانون ووارنويفر" (Shannon & Weaver, 1949) النموذج الكلاسيكي الذي يعد الأساس في تحليل بنية الاتصال، ويتضمن العناصر التالية:

1.3. المرسل (Sender): هو المصدر الذي ينتج الرسالة ويرغب في نقلها إلى طرف آخر. يمثل الانطلاقة الفعلية لعملية التواصل من خلال تحديد الغرض والمحتوى.

2.3. الرسالة (Message): هي المحتوى أو المعلومة أو الفكرة التي يريد المرسل إيصالها، سواء كانت لغوية أو غير لغوية.

3.3.الوسيلة أو القناة (Channel): الأداة التي تستخدم لنقل الرسالة (مثل: اللغة المنطوقة، الكتابة، الصور، أو الوسائط الرقمية)

4.3.المستقبل (Receiver): هو الشخص الذي يتلقى الرسالة ويفك رموزه او يفهمها ضمن سياقه المعرفي والاجتماعي.

5.3. الرموز (Codes): هي الإشارات أو الأنظمة اللغوية وغير اللغوية المستخدمة لتشفير الرسائل وفهمها.

6.3. التغذية الراجعة (Feedback): الاستجابة التي يصدرها المستقبل اتجاه الرسالة، وتعتبر مقياسا لمدى نجاح التواصل.

7.3. الضوضاء أوالتشويش (Noise): كل مايعيق أو يشوه وصول الرسالة بوضوح، سواءا كان فيزيائيا أو نفسيا أو دلاليا.

يلاحظ من منظور عيادي أن أي خلل في أحد هذه العناصر يؤدي إلى اضطراب التواصل، سواء على المستوى اللفظي (كعسر النطق) أو غير اللفظي (كضعف التواصل البصري أو الانفعالي). (Jakobson, 1960)

4. أشكال التواصل (Forms of Communication):

يتخذ التواصل أشكالا متعددة، تتراوح بين اللفظي وغير اللفظي، المباشر وغير المباشر، الهادف والعفوي، ومن أبرزها:

1.4.التواصل اللفظي (Verbal Communication):

وهو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة لنقل المعنى، ويتطلب سلامة في العمليات الإدراكية والمعرفية واللغوية. (النمر، 2015، ص.154-155)

1. التواصل غير اللفظي (Nonverbal Communication):

يشمل الإيماءات، تعبيرات الوجه، نبرة الصوت، لغة الجسد، والاتصال البصري، وهو ذو أهمية بالغة في التفاعل الاجتماعي.

2. التواصل الرمزي (Symbolic Communication):

وهو استخدام الرموز أو الصور أو الإشارات كبديل عن اللغة اللفظية، ويستخدم غالبا في برامج التواصل البديل لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

للإشارة أن الأطفال التوحديين غالبا ما يظهرون ضعفا في التواصل غير اللفظي رغم قدرتهم الجزئية على التواصل اللفظي، مما يبرز أهمية التدريب على الرموز التعبيرية والبصرية كوسيلة علاجية فعالة. (خليفة علي الحوسني، 2020، ص. 89-101).

5. تطور اللغة والتواصل عند الطفل العادي (Language and Communication Development in the Normal Child):

يمر تطور التواصل عند الطفل بمراحل متدرجة، تبدأ بالتفاعل الانفعالي غير اللفظي ثم تتطور تدريجيا إلى لغة رمزية منظمة، ويمكن تلخيصها كما يلي:

1.5. **المرحلة الأولى (من الولادة إلى 12 شهرا):** التواصل غير اللفظي من خلال البكاء، النظرات، والابتسامات.

2.5. **المرحلة الثانية (من 12 إلى 24 شهرا):** ظهور الكلمات الأولى واستخدام الإشارات المصاحبة.

3.5. **المرحلة الثالثة (من سنتين إلى ثلاث سنوات):** بناء الجمل القصيرة وفهم الأوامر البسيطة.

4.5. **المرحلة الرابعة (بعد ثلاث سنوات):** تطور المفردات وبناء الجمل المعقدة وفهم السياقات الاجتماعية.(Owens, 2016)

إن سلامة هذه المراحل مؤشر قوي على النمو المعرفي والانفعالي السوي، بينما أي انقطاع أو تأخر في إحدى المراحل قد يكون علامة مبكرة على اضطراب في التواصل أو أحد اضطرابات الطيف التوحدي.

6. تعريف اضطرابات التواصل (Communication Disorders):

تعد اضطرابات التواصل (Communication Disorders) من أكثر الاضطرابات النمائية واللغوية شيوعا لدى الأطفال، وهي تشير إلى صعوبات ملحوظة في القدرة على الفهم أو التعبير عن اللغة المنطوقة أو المكتوبة أو الرمزية، تؤثر سلبا في الأداء الأكاديمي والاجتماعي للفرد.

– يرى (Bloom & Lahey ,1978) أن اضطرابات التواصل هي "أي خلل أو تأخر في أحد مكونات اللغة: الشكل أو المحتوى أو الاستخدام، مما يؤدي إلى صعوبة في إيصال المعنى أو فهمه".

– أما "عبد العزيز الشخص" (2007) فيرى أنها "اضطرابات تصيب أحد مكونات عملية التواصل وتؤثر في قدرة الفرد على التفاعل اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين".

– بينما يؤكد (Tomblin ,2008) أن اضطرابات التواصل هي "نمط من الصعوبات المستمرة التي تؤثر على النطق أو اللغة أو الصوت أو الطلاقة، وتنعكس على الأداء الاجتماعي والأكاديمي".

– يعرفها الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس(DSM-5 ,APA, 2013) بأنها "مجموعة من الاضطرابات التي تتضمن عجزا في استخدام اللغة أو النطق أو الصوت أو الطلاقة أو التواصل الاجتماعي، بحيث لا تتناسب المهارات الاتصالية مع عمر الفرد الزمني ومستوى نموه المعرفي".

– يعرفها (Owens ,2016) بأنها "قصور في عملية الإرسال أو الاستقبال للرسائل، سواء كانت لفظية أو غير لفظية أو رمزية".

– تعرف "نوال خليل" (2017) اضطرابات التواصل بأنها صعوبات نوعية في فهم أو استخدام اللغة اللفظية أو غير اللفظية تؤثر في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي للفرد.

تشير الدراسات الحديثة إلى أن ضعف التواصل في الطفولة المبكرة يرتبط باضطرابات في التكيف النفسي والاجتماعي لاحقا. (عبد الله محمد عبد الله،2018)

7.أشكال اضطرابات التواصل (Forms of Communication Disorders):

تشمل اضطرابات التواصل الأنواع التالية:

– اضطرابات النطق (Speech Disorders) : صعوبات في إنتاج الأصوات أو ترتيبها.

– اضطرابات الصوت (Voice Disorders): مشكلات في طبقة أو شدة الصوت

– اضطرابات اللغة (Language Disorders): قصور في فهم أو استخدام الرموز اللغوية. (Bloom & Lahey, 1978)

–اضطرابات الطلاقة (Fluency Disorders): مثل التأتأة.

–اضطرابات التواصل الاجتماعي (Social (Pragmatic) Communication Disorder): صعوبات في استخدام اللغة في المواقف الاجتماعية بطريقة مناسبة. (عبد اللطيف، 2015)

8. تشخيص إضطرابات التواصل (Diagnosis ofCommunication Disorders):

تشخيص اضطرابات التواصل عند الأطفال العاديين يعتمد على مجموعة من الاختبارات اللغوية والنمائية المعيارية، التي تقيم الجوانب المختلفة للغة والنطق والصوت والطلاقة، أبرز الأدوات المستخدمة عالميا وعربيا هي:

1.8.اختبار اللغة المصورة (The Peabody Picture Vocabulary Test – PPVT): من أشهر المقاييس لتقييم الحصيلة اللغوية الاستقبالية لدى الأطفال من عمر سنتين إلى المراهقة، بحيثيقدم للطفل مجموعة صور، ويطلب منه اختيار الصورة التي تعبر عن الكلمة المنطوقة. (Dunn & Dunn, 2007)

2.8.اختبار اللغة التعبيرية (Expressive One-Word Picture Vocabulary Test – EOWPVT): يقيس اللغة التعبيرية من خلال قدرة الطفل على تسمية الصور أو الأشياء المألوفة. (Brownell, 2000)

3.8.اختبار تطور اللغة (The Clinical Evaluation of Language Fundamentals – CELF):يستخدم لتشخيص اضطرابات اللغة النمائية (Developmental Language Disorder) عند الأطفال من 5 إلى 21 سنة، من خلال فحوص فرعية للفهم، والمورفولوجيا، وبناء الجملة، والذاكرة العاملة اللغوية. (Semel & Wiig & Secord, 2013)

4.8.مقياس تطور اللغة المبكر (Reynell Developmental Language Scales – RDLS): يقيس اللغة الاستقبالية والتعبيرية عند الأطفال الصغار (من 1 إلى 7 سنوات)، ويعد من المقاييس الشائعة في العيادات النطقية.(Reynell, 1990)

5.8.بطارية النطق العربية المصورة: أداة عربية لتقييم اضطرابات النطق والأصوات اللغوية لدى الأطفال من عمر 3 إلى 9 سنوات،تستخدم لتحديد الأخطاء الصوتية ومدى توافقها مع المراحل النمائية. (عبد العزيز الشخص، 2007؛ عبد اللطيف، 2015)

6.8.الملاحظة الإكلينيكية والمقابلة الأسرية: تستخدم لاستكمال البيانات حول تاريخ تطور اللغة، أنماط التفاعل الأسري، والعوامل البيئية المؤثرة في التواصل.(Owens, 2016)

9. اضطرابات التواصل لدى أطفال التوحد (Communication Disorders in Children with Autism):

تعد اضطرابات التواصل أحد المحاور المركزية لاضطراب طيف التوحد (ASD) ،إذ تمثل إحدى السمات التشخيصية الأساسية إلى جانب ضعف التفاعل الاجتماعي والسلوك النمطي المتكرر.

فأطفال التوحد يعانون غالبا من قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي، ويتراوح هذا القصور من غياب تام للكلام إلى استخدام اللغة بطريقة غير وظيفية أو غير اجتماعية.

– يشير (Kanner ,1943) في وصفه الأول للتوحد إلى أن الأطفال المصابين "يفشلون في استخدام اللغة كوسيلة للتفاعل الاجتماعي، رغم امتلاكهم القدرة الميكانيكية على النطق".

– أما (Wing & Gould ,1979) فقد أوضحا أن اضطرابات التواصل لدى هذه الفئة لا تقتصر على الكلام فقط، بل تمتد لتشمل اللغة الجسدية، وتبادل النظرات، ونغمة الصوت، والإيماءات، أي جميع مكونات التواصل الاجتماعي.

– ويشير (Tager-Flusberg & al. ,2005) إلى أن ضعف التواصل الاجتماعي لدى أطفال التوحد يرتبط بخلل في المعالجة المعرفية الاجتماعية (Social Cognition) ونقص فيما يسمى "نظرية العقل" (Theory of Mind) ،أي القدرة على إدراك نوايا ومشاعر الآخرين.

– أما(Prizant & Wetherby ,1993) فيؤكدان أن اضطرابات التواصل ليست مجرد عرض للتوحد، بل تمثل جوهر الاضطراب ذاته، إذ تؤثر في كل مجالات النمو الأخرى كاللعب والتفاعل العاطفي والتعلم.

في سياق التوحد، فإن العجز في التواصل يعد من المظاهر التشخيصية المحورية، إذ ينعكس على التفاعل الاجتماعي، استخدام اللغة، وفهم الإشارات غير اللفظية مثل تعابير الوجه ونبرة الصوت.(Watzlawick & Beavin & Jckso, 1967,p. 14-22)

10. العلامات المبكرة لاضطرابات التواصل عند أطفال التوحد (Early Signs of Communication Disorders in Children with Autism):

من العلامات التي يمكن ملاحظتها في الطفولة المبكرة:

- عدم الاستجابة للنداء بالاسم.
- غياب الابتسامة الاجتماعية.
- ضعف التواصل البصري.
- عدم الإشارة إلى الأشياء أو الأشخاص.
- تأخر واضح في الكلام أو غيابه.
- استخدام نبرة صوت غير طبيعية.(Lord & Risi, 2000)

تؤكد الأدبيات الإكلينيكية أن الكشف المبكر عن هذه العلامات يسهم في نجاح البرامج العلاجية القائمة على التدريب اللغوي والمعرفي.

11. خصائص مهارات التواصل عند أطفال التوحد (Characteristics of Communication Skills in Children with Autism):

وفقا للدليل التشخيصي DSM-5، فإن الطفل التوحدي قد يظهر أحد الأشكال التالية من اضطرابات التواصل:

- تأخر لغوي ملحوظ أو غياب تام للغة المنطوقة.

- صعوبة في بدء المحادثة أو الاستمرار فيها حتى مع وجود لغة مقبولة.

- استخدام لغة نمطية أو متكررة (Echolalia).

- ضعف في التواصل غير اللفظي مثل الإيماءات أو التواصل البصري.

- عدم القدرة على فهم المعاني الاجتماعية للغة، مثل التلميحات أو النكت.

يلاحظ أن هذا العجز لا يرتبط فقط بمهارة لغوية ناقصة، بل هو نتيجة خلل في المعالجة الاجتماعية والمعرفية، أي في فهم المقاصد والرموز والمعاني الضمنية، ومن هنا تبرز أهمية التدخل العلاجي المبكر الموجه نحو تنمية الإدراك الاجتماعي واللغة التفاعلية.

(Tager-Flusberg, 2007)

تتميز خصائص مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في الجانب التعبيري بـ:

- يعجز 50% من الأطفال المصابين بالتوحد عن التواصل اللفظي الوظيفي.

- إن تمكن بعض الأطفال من التحدث، فلا يجدون سهولة في التواصل اللفظي.

- المصاداة الكلامية (Echolalia) ويقصد بها تكرار ما يتم سماعه، وتحدث لدى 85% من الأطفال المصابين بالتوحد.

- الاستعمال اللغوي لديهم يعطي انطباعا أنهم تعلموا ذلك عن ظهر قلب.

- تكرار الأسئلة والمواضيع التي يتحدثون بها.

- تعديل الصوت بشكل غير طبيعي.

- عكس الضمائر.

- ضعف التواصل غير اللفظي.

- صعوبة التعبير عن العواطف.

- ضعف القدرة على الحوار المتبادل، ويشمل ذلك ضعف المقدرة على أخذ الدور أثناء الحوار والمحافظة على الموضوع أثناء الحديث.

- التواصل يكون غالبا أحادي الاتجاه (يخبر ولا يتحاور).

- غياب التعابير الوجهية المصاحبة للحديث. (رضوان آل اسماعيل،2011، ص.42)

أما الخصائص التي تتعلق بالجانب الاستقبالي فتتمثل في:

- يبدو الطفل وكأنه أصم.

- الحاجة إلى المزيد من الوقت لفهم المدخلات اللفظية والاستجابة لها.

- صعوبة الاستجابة للإيماءات والمعلومات الاجتماعية، وصعوبة تحليلها أيضا.

- ضعف في إدراك مشاعر الآخرين.

- استخدام لغة حرفية دون فهم المعاني المجازية أو الضمنية.

(Prizant & Wetherby, 2005)

يشير الباحث هنا إلى أن هذه الخصائص تجعل الطفل التوحدي يعيش في عزلة لغوية ومعرفية رغم قدرته أحيانا على النطق، مما يقتضي تدخلات علاجية تركز على المعنى الاجتماعي للغة وليس على النطق فقط.

12.أشكال اضطرابات التواصل لدى أطفال التوحد (Forms of Communication Disorders in Children with Autism):

يظهر الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد عجزا ملحوظا في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي والاجتماعي، وهي من الخصائص الجوهرية لهذا الاضطراب، ويظهر هذا القصور في عدد من المجالات السلوكية القابلة للملاحظة والقياس، من أبرزها:

1.12. التواصل البصري (Eye Contact):

يقصد به قدرة الطفل على استخدام العينين لإرسال واستقبال المعلومات والانفعالات أثناء التفاعل مع الآخرين، في حين يعاني الطفل التوحدي غالبا من ضعف في التواصل البصري أو تجنبه كليا، مما يؤثر على بناء العلاقات الاجتماعية وفهم المواقف الانفعالية.

(Baron-Cohen & al., 1997; Lord & McGee, 2001)

2.12. اللغة الاستقبالية (Receptive Language):

تشير إلى قدرة الطفل على فهم واستيعاب اللغة المنطوقة أو المكتوبة، والاستجابة المناسبة للمثيرات اللفظية مثل تنفيذ التعليمات أو الإجابة عن الأسئلة، أما الأطفال ذوو التوحد غالبا ما يظهرون صعوبة في معالجة المعاني اللغوية، مما يحد من قدرتهم على المشاركة في المواقف التواصلية الطبيعية. (Tager-Flusberg & al, 2005)

3.12. التواصل اللفظي (Verbal Communication):

يتجلى في استخدام الكلمات أو الجمل للتعبير عن الأفكار والمشاعر أو لتبادل المعلومات، في حين أن الأطفال المصابون بالتوحد قد يستخدمون لغة محدودة أو غير وظيفية (مثل

تكرار العبارات أو مايعرف بـ Echolalia)، أو يواجهون صعوبة في التعبير التلقائي عن احتياجاتهم.(Kanner, 1943; American Psychiatric Association, 2013)

4.12. التواصل اللفظي وغير اللفظي (Verbal and Nonverbal Communication):

يتضمن الدمج بين اللغة المنطوقة والإشارات الجسدية وتعبيرات الوجه ونبرة الصوت، الطفل التوحدي غالبا ما يظهر قصورا في فهم واستخدام هذه الوسائل التكميلية للتواصل، مما يعيق قدرته على التعبير الدقيق عن مشاعره أو تفسير مشاعر الآخرين.

(Zwaigenbaum & al., 2005)

5.12. التواصل الاجتماعي (Social Interaction):

يشير إلى قدرة الطفل على التفاعل المتبادل والمبادرة الاجتماعية مع الآخرين، من خلال اللغة والسلوكيات غير اللفظية المناسبة للسياق، يعاني الأطفال المصابون بالتوحد من ضعف في المبادلة الاجتماعية العاطفية، مثل مشاركة الاهتمام، أو الاستجابة لانفعالات الآخرين، أواستخدام الإيماءات بشكل هادف.

(Wing & Gould, 1979; Volkmar & Klin, 2005)

13. تشخيص اضطرابات التواصل عند الأطفال المصابين بالتوحد (Diagnosis of Communication Disorders in Children with Autism):

تشخيص التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ASD) يحتاج أدوات أكثر تخصصا، لأنها تدمج الجانب السلوكي الاجتماعي واللغوي في آن واحد، من أهم المقاييس المعتمدة دوليا:

1.13. مقياس ملاحظة تشخيص التوحد (Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS-2): يعد من الأدوات الأكثر استخداما عالميًا لتقييم التواصل الاجتماعي والسلوك التكراري، يتضمن فحوصا عملية ملاحظة الطفل في مواقف لعب وتفاعل.

(Lord & Rutter & DiLavore & Risi, 2012)

2.13. مقابلة تشخيص التوحد المعدلة (Autism Diagnostic Interview – Revised, ADI-R): مقابلة شبه مقننة تجرى مع الوالدين لتقييم تاريخ نمو الطفل في مجالات التواصل، التفاعل الاجتماعي، والسلوك التكراري.(Rutter & Le Couteur, & Lord, 2003)

3.13. مقياس جيليام لتقييم التوحد (Gilliam Autism Rating Scale – GARS-3): يستخدم في البيئات التعليمية والعيادية لتقييم السلوكيات التوحدية في ثلاثة مجالات: التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوك النمطي.(Gilliam, 2014)

4.13. مقياس تقييم التواصل الاجتماعي (Social Communication Questionnaire – SCQ): أداة قصيرة تتكون من 40 بندا، تستخدم كأداة فحص أولية لقياس مهارات التواصل الاجتماعي واللغة قبل تطبيق أدوات أعمق مثل ADOS.

(Rutter & Bailey & Lord, 2003)

5.13. قائمة فحص الأطفال المشتبه بإصابتهم بالتوحد (Modified Checklist for Autism in Toddlers – M-CHAT-R/F): تستخدم لفحص الأطفال بين 16 و30 شهرا، وتركز على الاستجابات الاجتماعية والتواصل غير اللفظي.

(Robins & Fein & Barton, 2009)

6.13. مقياس التواصل الاجتماعي العلاجي (The Pragmatic Language ObservationScale – PLOS): يقيم الجوانب البراغماتية (الاجتماعية) للغة لدى الأطفال ذوي التوحد. (Adams, 2005)

14. برامج تنمية مهارات التواصل عند أطفال التوحد (Programs for Developing Communication Skills in Children with Autism):

تعتبر البرامج التدريبية الموجهة لتطوير التواصل من أهم الأساليب العلاجية المعتمدة، تتعدد البرامج العلاجية والتربوية، من أهمها:

1.14. برنامج علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة: Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicaped Children (TEACCH)

هو أول برنامج تربوي قام بإعداده "شوبلر" (Chopler) وفريقه من جامعة نورث كارولينا(North Carolina) سنة 1972، حيث صمموه خصيصا لتعليم التوحديين الذين يبدون مشاكل على مستوى التواصل والمهارات الاجتماعية. واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية وذلك ابتداء من السنتين حتى الرشد.

(مصطفى أسامة و السيد كامل، 2014، ص.252)

يعتمد البرنامج في التقييم على مقياس تقدير التوحدي (CARS) ليكون مليئا باحتياجات كل طفل، ومن أجل تنمية مهارات الفرد في الوسط العائلي والوسط المدرسي وبين أفراد المجتمع، فإنه من الضروري التركيز على نقاط قوة الأطفال المتمثلة في إدراكهم البصري من خلال استخدام المعينات البصرية كالصور والكلمات المكتوبة.

لقد أكد "شوبلر" (Chopler) بأن البرنامج يراعي الفروق الفردية بين الأطفال المصابين بالتوحد ليكون فردي أي يتم تصميمه حسب كل شخص، وأكد كذلك على أن نجاح البرنامج

مرتبط بضرورة إشراك الأولياء في العلاج، وحسب "شوبلر" (Chopler) فإن البرنامج يستمر مدى الحياة، كما أنه يتسم بالمرونة فهو لا يقتصر فقط على الأطفال المصابين بالتوحد ما قبل المدرسة الذي صمم لهم في الأصل وإنما يمتد ليستفيد منه حتى البالغون.

(Goldstein & Naglieri, 2013)

2.14. برنامج لوفاس أو التحليل السلوكي التطبيقي Applied Behavioral Analysis (ABA):

سنة 1967 قام الأستاذ النرويجي "إيفار لوفاس (IVAR LOVAS) في علم النفس من جامعة كاليفورنيا(University of California) ببناء برنامج منبثق عن نظرية تعديل السلوك يهدف إلى إدماج الطفل اجتماعيا، وهو يعتبر من أكثر البرامج تطبيقا لاسيما في مرحلة التدخل المبكر وقبل الخمس سنوات(ما قبل المدرسة)، ويرتكز أساسا على تنمية مهارات التقليد والمطابقة مع استخدام المهارات الاجتماعية والتواصل. (Cooper, 2014)

يستلزم نجاح البرنامج إشراك الوالدين والإخوة مع المختص وهو قائم على مجموعة مبادئ يلخصها "دالا بيازا وفاداني" (Dalla Piazza & Fadanni) (2002) في النقاط التالية:

- تكثيف العلاج 40 ساعة/ أسبوعيا ولا يقل عن سنتين.
- متابعة مستمرة حتى بعد مرحلة العلاج المكثف.
- التدخل في مختلف الأوساط: البيت، المدرسة، المستشفى ...إلخ.
- تعقيد المهام بصفة تدريجية.
- تسلسل الأهداف.
- صب الاهتمام على النجاحات المحققة ومحاولة الحد أو التقليل من الفشل.

يتم العمل بهذا البرنامج وفق بعض الخطوات وهي كالتالي:

أ. الملاحظة والتقييم (Observation and evaluation): يتم ملاحظة السلوك المستهدف بدقة لتحديد العوامل التي تؤثر عليه مثل:

- المتغيرات التي تسبق السلوك (المحفزات).

- النتائج التي تلي السلوك (العواقب).

ب. تحديد الأهداف (Objective setting): يتم تحديد الأهداف المحددة التي يسعى العلاج لتحقيقها.

ج. التدخل (Intervention): يتم تطبيق مجموعة متنوعة من الإستراتجيات والتقنيات لتغيير السلوك. مثل:

- التعزيز الإيجابي (Positive reinforcement): مكافأة السلوك المطلوب.

- التعزيز السلبي (الانقراض) (Negative reinforcement): تجاهل السلوك غير المرغوب فيه.

- التقليد (Modeling): تشجيع الفرد على تقليد سلوك الآخرين.

- العقاب (Punishment): تقديم عواقب سلبية للسلوك غير المرغوب فيه (يستخدم بحذر شديد).

- التشكيل (Successive approximations): تقسيم السلوك المعقد إلى خطوات أصغر. وتدريب الفرد على كل خطوة على حدة.

د. التقييم المستمر(Ongoing evaluation): يتم تقييم التقدم بشكل مستمر لضمان فعالية التدخل وتعديله حسب الحاجة. (عبد الله الزريقات، 2018)

3.14. برنامج تبادل التواصل عن طريق الصور Picture Exchange Communication System (PECS):

طور هذا البرنامج عام (1994) في الولايات المتحدة الأمريكية (USA) على يد أخصائي النطق" بوندي "وزوجته" فروست "Bondi & Frost" اعتمادا على مبادئ تحليل السلوك التطبيقي (ABA) للأطفال الذين لديهم قصورا واضح في اللغة الشفهية، ثم انتقل هذا البرنامج في عام (1997) إلى بريطانيا ليطبق كأحد الأساليب للأفراد الذين يعانون من مشاكل التواصل.

هو عبارة عن نظام تبادل الاتصال عن طريق الصور، لأن الأفراد المصابين بالتوحد يتعلمون عن طريق البصر بشكل أساسي، ولا يحتاج هذا البرنامج إلى مواد معقدة أو مركبة أو تقنيات عالية إذ أن الصعوبة التي يعاني منها الفرد المصاب بالتوحد تكمن في التقليد اللفظي والحركي، إضافة إلى القصور الواضح بعدم المبادرة هو الذي أدى بالمختصين إلى استخدام نظام الصور، الذي يحفز الأفراد للتواصل مع الآخرين تحقيقا لحاجاته مع استخدام التعزيز السلبي والاجتماعي. (سهيل تامر،2014،ص. 210)

4.14. برنامج ماكتون Makaton:

طور هذا البرنامج بشكل خاص لتحسين الجانب اللغوي للأفراد الذين يعانون من قصور لغوي سواء كان في عملية التواصل أو مهارات القراءة والكتابة، وليغطي عدة شرائح من ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يشتركون في مظاهر الاضطرابات اللغوية كالأطفال المصابين بالتوحد والمعاقين عقليا وذوي الاضطرابات الكلامية واللغوية، والأطفال المصابين بالتوحد يتصفون بشكل أساسي بقصور التواصل اللغوي اللفظي وغير لفظي، والتي تشكل أحد الأعراض الثلاثة الرئيسية إضافة إلى القصور الواضح في التفاعل الاجتماعي والسلوك النمطي والقهري، يعتمد البرنامج على لغة الإشارة فهو يختلف عن برنامج "بيكس "

(PECS) في كون الأخير يحتاج إلى صور، بينما يحتاج هذا البرنامج يدي الطفل، طورت هذا البرنامج" 'مارجريت ووكر'(Margaret Walker) في أوائل الستينات، وهي أخصائية في النطق بكلية طبسان جورج بجامعة لندن(London).

يتكون البرنامج بشكل أساسي من مفردات أساسية تصل إلى (450) كلمة، لكل منها مفهوم لغوي يكون اللبنة الجوهرية للبرنامج، تقدم هذه المفردات عبر مراحل ثمانية بشكل تدريجي من البسيط إلى الصعب.

والمكون الثاني للبرنامج مصادر المفردات التي تعطي حوالي (9000) مفهوما لغويا لكل جوانب الحياة، وإمكانية الفرد هي التي تحدد عدد المفردات التي يمكن تعليمها للطفل، قسمت المفردات الأساسية إلى ثماني مراحل ومرحلة إضافية. (عيسى إنصوره، 2018)

5.14.برنامج دينفر Denver Model

أسس برنامج دينفر(Denver Model) للعلوم الصحية على يد "سالي روجرز" Sally Rogers وزملائها في جامعة كولورادو الأمريكية University of Colorado سنة 1981. بحيث يعتبر نموذج دينفرDenver Model واحد من البرامج التي تم اشتقاقها والعمل بها كونها تحتوي على العديد من المفاهيم القائمة على أساس النظرية التطورية developmental theorist في تفسير وتنظيم ومعرفة الطبيعة الأساسية لاضطرابات التوحد Autism Spectrum Disorder (ASD)، ومن هنا يتضح أنه بالأساس يستند على نظرية النمو المعرفي (cognitive developmental theorist).

يعرف نموذج "دينفر" (Denver Model) على أنه التفاعل بين كل من النمو الانفعالي والاجتماعي والتواصلي والإدراكي ويهدف هذا البرنامج إلى تحقيق هدفين أساسيين هما:

– مساعدة الطفل التوحدي للوصول به إلى أقصى درجة من العلاقات الاجتماعية التفاعلية المنظمة والتي تستند بشكل كبير على التقليد والتواصل الرمزي والشخصي والذي يتم من خلاله تبادل المعرفة ونقل الأفكار.

– تقديم تعليم مكثف لتغطية النقص في عملية التعليم لدى الأطفال التوحديين.

لقد تم تصميم وتطوير هذا البرنامج لخدمة الأطفال التوحديين وذلك خلال مرحلة الطفولة المبكرة، أي مرحلة ما قبل المدرسة من عمر 2–5 سنوات، والتدخل الناجح يكون من خلال انقضاء أغلب وقت الأطفال في النشاطات الموجهة اجتماعيا، وذلك بتزويدهم بـ 20 ساعة تدريبية أسبوعيا في الحد الأدنى من التدخل العلاجي المنظم والذي يكون ضروريا لتحقيق التقدم والتحسن.

يعتبر برنامج دينفرDenver Model من البرامج المميزة والمنظمة والتي تشمل على فريق متعدد التخصصات يقوم كل شخص بوظيفته، ويتكون هذا الفريق عادة من: أخصائي التربية الخاصة special education specialist، أخصائي علم نفس الطفولة child psychologist، أخصائي النطق واللغة speech-language pathologist. أخصائي العلاج الوظيفيoccupational therapist؛ كما يتعاون هذا الفريق مع ولي الأمر على وضع الخطة بعد عملية التقييم والتشخيص ويطورون الأهداف التي سيبدأ العمل بها مع الطفل.

(محمد عودة،2015)

إن هذه البرامج تختلف من حيث المنهج لكنها تشترك في هدف واحد هو تحسين التفاعل الاجتماعي والتواصل وتخفيف السلوكيات غير التكيفية، مع ضرورة أن تكيف حسب خصائص كل طفل وظروفه الأسرية والتربوية.

6.14. برنامج صن رايز :Son-Rise Program

فى أواخر الستينات وأول السبعينات صمم برنامج "صن رايز" من قبل (Barry Neil & Kaufman Samahria) لمساعدة طفلهم الذي شخص بأنه اضطراب طيف توحد من الدرجة الشديدة، أعد البرنامج انطلاقا من فرضية أن التوحد اضطراب عصبي يؤثر على قدرة الطفل على التواصل وليس مجرد كونه اضطراب سلوكي، ويعتمد البرنامج اعتمادا كبيرا على مشاركة أولياءالأمور، لذلك يعد تدريب الآباء عنصراً رئيسيا في برنامج 'صن رايز'، يركز البرنامج على اللعب وبناء العلاقات الاجتماعية، حيث يتم تحديد المحفزات للطفل ومن ثم استخدامها لتشجيع مشاركة الطفل.(Kim Rosenberg, 2015,p.22)

في أواخر عام 2013 نشرت أول دراسة تقدم الدليل على فعالية برنامج "صن رايز" والتي أجراها باحثون في جامعة Northwestern University ، حيث وجدت الدراسة أن الأطفال الذين تعرضوا لبرنامج "صن رايز" ظهرت لديهم زيادة المشاركة والتفاعل الاجتماعي ، وأسندت الاختلاف في نتائج التعرض للبرنامج لمدى فعالية تدخل الوالدين بصفتهم عنصر أساسي في نجاحه ، وأوصت الدراسة بمزيد من البحوث لتقييم الفرق بين المواقف الأبوية بالبرنامج وارتباطها بفعالية التدخل. (Houghton & al , 2013,p.506-495)

7.14. برنامج "ليب":(LEAP)

learning experiences : an alternative program for preschoolers and parent

يعد برنامج "ليب" أحد افضل برامج التدخل المبكر للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، ويرجع ظهور البرنامج للعام 1981 في 'بنسلفانيا حيث يقدم للأطفال في عمر الثلاث إلى الخمسة أعوام في صورة برنامج شامل يستهدف مرحلة ما قبل المدرسة، وكذلك المهارات السلوكية للوالدين ويضم كذلك عدة أنشطة مجتمعية.

(إبراهيم الزريقات،2004، ص. 309)

يتميز برنامج "ليب" أنه من البرامج التي تجمع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مع أقرانهم العاديين ويمتاز أيضا المنهاج في البرنامج باستخدامه للرفاق في تدريبات اكتساب المهارات الاجتماعية، كذلك تشتمل الأهداف على مجالات النمو اللغوية والاجتماعية والانفعالية والتكيفية والمجالات الأخرى نحو الجوانب النمائية المعرفية.

(National Research Council,2001).

يقوم البرنامج على تقديم خدمات التدخل المبكر بشكل نوعي لمدارس والمؤسسات المختلفة، من خلال زيارات ميدانية وورش عمل وتقديم استشارات حسب كل حالة على حدها، وكذلك تقديم الوسائل التعليمية المناسبة، ويضم التدريب المقدم كيفية القيام بضبط وتنظيم البيئة الصفية، وكيفية زيادة فرص التعلم للطفل خلال يومه، كذلك تريب رفاقه على مهارات اجتماعية مختلفة، وتكوين فريق إشراف على الصف، وكذلك مشاركه فعالة للأسرة، مع التركيز على تحقيق أهداف خاصة بكل طفل تشبع احتياجاته الخاصة، مع التركيز على التعميم كونه احد خصائص المصابين باضطراب طيف التوحد.

(Strain & Marilyn, 2000,p.20)

8.14. القصص الاجتماعية: Social stories

تهدف القصص الاجتماعية المصممة خصيصا لذوي اضطراب طيف التوحد لتوصيف مواقف اجتماعية وتبادل أحاديث ورموز مجتمعية طبيعية تدور بين الأفراد، وتساعد في تنمية التواصل الاجتماعي في مجالات ومواقف متعددة في الحياة اليومية، والعلاقات الشخصية (عبد العزيز السرطاوي وآخرون،2014، ص45) ،كما تسهم في التعريف بما يدور في كل موقف من أحاديث ومجاملات، وكذلك في تفسير سلوكيات الآخرين والدوافع المحركة له سواء كانت إيجابية أو سلبية (فراج ،2002).

وفي هذا الصدد، أشار كل من(Grand & Grray , 1993) إلى فاعلية القصص الاجتماعية عند استخدامها مع ذوي اضطراب طيف التوحد، كما أكد (Swaggart, 1995) على الدور الهام للقصص الاجتماعية في تنمية المهارات الاجتماعية لدى المصابين باضطراب طيف التوحد بكافة درجات الإصابة.

يشار هنا أن القصة الاجتماعية تعد فقط وفق الهدف الذي يأمل المعلم تحقيقه ووفق ما لدى الطفل من قصور ، فقد تستهدف القصة الاجتماعية فهم المشاعر أو السلوكيات الخاطئة ، وغالبا ما تتكون القصة الاجتماعية من جملتين إلى خمس جمل، وقد يزيد عدد هذه الجمل، وتعد القصة الاجتماعية باستخدام صور فتوغرافية أو خطيه أو رسومات (Richord &Juane,1998) مع مراعاة أن تكون الجمل المستخدمةفيالقصص مختصرة وغير مجردة بقدر الإمكان .(عبد العزيز السرطاوي وآخرون،2014، ص.46)

إن نجاح أي برنامج يعتمد على الفردية في التطبيق، أي تكييف الجلسات حسب قدرات كل طفل ومستواه اللغوي والإدراكي.

خلاصة:

إن التواصل باعتباره ظاهرة نفسية اجتماعية ولغوية، يمثل البعد الأعمق في فهم اضطراب التوحد، فالعجز في التواصل ليس فقط عرضا، بل هو جوهر الاضطراب الذي ينعكس على كل أبعاد الشخصية، ولذلك فإنّ بناء البرامج التشخيصية والعلاجية يجب أن ينطلق من فهم شامل لآليات التواصل الطبيعي والمرضي، بما يدمج بين المقاربة العصبية المعرفية والمقاربة السلوكية.

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

1. تحديد متغيرات الدراسة.

2. منهج الدراسة.

3. الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة.

4. الدراسة الإستطلاعية.

1.4. الحدود المكانية والزمانية للدراسة الإستطلاعية.

2.4. مجتمع الدراسة الإستطلاعية.

3.4. عينة الدراسة الإستطلاعية.

4.4. أدوات الدراسة الاستطلاعية.

5.4. نتائج الدراسة الإستطلاعية.

5. الدراسة الأساسية.

1.5. الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الأساسية.

2.5. مجتمع الدراسة الأساسية.

3.5. عينة الدراسة الأساسية.

4.5. أدوات الدراسة الاساسية

الخلاصة

تمهيد:

انطلاقا من الجانب النظري الذي تم التطرق إليه والذي يعتبر جانب مهم لأي باحث لانطلاقه في بحثه العلمي، والذي تناول اضطراب التوحد وأهم المعلومات التي تتعلق به وتزيل الغموض حوله سواء بالنسبة للباحث بالدرجة الأولى أو القارئ بالدرجة الثانية، تم التركيز خصوصا على جانب مشكل التواصل لدى هذه الفئة وأهمية التدخل المبكر بالاعتماد على البرامج العلاجية السلوكية على وجه الخصوص في علاج وتنمية مهارات التواصل لدى الطفل التوحدي لمساعدته على الاندماج والتكيف داخل المجتمع.

يعد الجانب التطبيقي الخطوة الثانية التي يقوم بها الباحث خلال بحثه العلمي، الذي من خلاله سيجد ما تم عرضه في الجانب النظري، بالإضافة إلى اختبار صحة الفروض من عدمها، بدءا بالدراسة الاستطلاعية مرورا إلى الدراسة الأساسية للبحث.

1. تحديد متغيرات الدراسة:

تشير المتغيرات(Variable) في البحث العلمي إلى الخصائص أو العوامل التي يمكن قياسها أو التحكم فيها يتم تصنيفها على دورها ونوعها. (Kristin & Balding, 2014)

ويشمل البحث الحالي على متغيرين هما:

1.1. المتغير المستقل (Independent Variable): تقنية البروفة للازاروس وهي التقنية العلاجية التي سيتم تطبيقها من خلال برنامج علاجي يتكون من 18 جلسة يهدف إلى تحسين مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

2.1. المتغير التابع (Dependante Variable) : مهارات التواصل لدى أطفال التوحد التي يراد الكشف عن مدى تحسنها نتيجة تطبيق تقنية البروفة للازاروس، وتشمل هذه المهارات وفقا لأبعاد البرنامج العلاجي: التواصل البصري، التواصل المتمثل في اللغة الاستقبالية، التواصل اللفظي، التواصل اللفظي وغير اللفظي، التواصل الاجتماعي.

2. منهج الدراسة:

المنهج (Method) هو مجموعة من الإجراءات التي يتبعها الباحث لدراسة ظاهرة أو مشكلة واستكشاف الحقائق المرتبطة بها، والوصول إلى نتائج موثوقة وصحيحة، والتالي تأكيد أو نفي الفرضيات المطروحة في الدراسة.(Creswell & al, 2017)

طبيعة الدراسة تفرض على الباحث في كثير من الأحيان منهج معين يتلائم مع موضوع البحث وأهدافه، للوصول إلى نتائج دقيقة وعلمية تمكنه من فهم الظاهرة المراد دراستها، لعل أنسب منهج لهذه الدراسة هو المنهج شبه التجريبي (Quasi-experimental method) باعتباره أسلوب من أساليب البحث العلمي، يقوم على إخضاع العينة للتجربة وفق تغيير عمدي ومضبوط للشروط المحددة لحدث ما، بهدف اختبار الفرضيات، وقياس مدى تأثير

المتغير المستقل على المتغير التابع، مع ملاحظة التغيرات الواقعة في ذات الحدث وتفسيرها. (Heiman, 1995)

استخدمنا هذا المنهج لأن هدف الدراسة هو اختبار فاعلية تقنية سلوكية ألا وهي تقنية البروفة للازاروس في علاج مشكل التواصل عند أطفال مرضى التوحد، حيث تم إختيار المجموعة التجريبية والقيام بالقياس القبلي وذلك قبل البدأ بتطبيق البرنامج العلاجي ، ليتم بعد تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية القيام بالقياس البعدي للمجموعة (التجريبية) للتعرف على فاعلية البرنامج في علاج مشكل التواصل.

3. الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة:

1.3. الأساليب الإحصائية في الدراسة الاستطلاعية:

تم إجراء دراسة إستطلاعية تسبق الدراسة الأساسية بغرض التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، حيث تم الاعتماد على الأساليب الاحصائية التالية:

1.1.3. نسبة الاتفاق بين المحكّمين:

تستخدم لتقدير مدى اتفاق المحكمين حول ملاءمة البنود لقياس السمة المستهدفة، وتعبر عن نسبة الاتفاقات مقارنة بمجموع الاتفاقات والاختلافات.

المعادلة:

حيث: عدد مرات الاتفاق هو الحالات التي اتفق فيها المحكمون على الحكم نفسه

عدد مرات الاختلاف هو الحالات التي اختلفت فيها أحكامهم.

2.1.3. معامل ارتباط بيرسون (Pearson's r):

معامل إحصائي يستخدم لقياس قوة العلاقة الخطية واتجاهها بين متغيرين كميين، استخدم للتحقق من الاتساق الداخلي، عبر الارتباط بين البند والبعد الذي ينتمي إليه، وبين البند والدرجة الكلية، وكذلك بين الأبعاد والدرجة الكلية. (بشير معمرية، 2007)

المعالة: $$r = \sum_{i=1}^{n} \frac{[(Xi - \bar{X})(Yi - \bar{Y})]}{\sqrt{\{\Sigma(Xi - \bar{X})^2 \times \Sigma(Yi - \bar{Y})^2\}}}$$

حيث:

Xi و Yi : درجتا الفرد في المتغيرين.

$\bar{X}$ و $\bar{Y}$: المتوسط الحسابي لكل متغير.

n : عدد الأفراد.

r : معامل الارتباط، وتتراوح قيمته بين −1 و+1.

3.1.3. معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha):

مؤشر لقياس الاتساق الداخلي لفقرات المقياس، أي مدى ترابط البنود التي يفترض أنها تقيس بعدا أو سمة واحدة. (أبو الهاشم، 2006)

المعادلة:

حيث:

α: معامل ألفا كرونباخ.

k: عدد بنود المقياس.

σ^2_i: تباين البند i.

σ^2_T: تباين الدرجة الكلية للمقياس.

4.1.3. معامل كابا لكوهين (Cohen's Kappa):

معامل يستخدم لتقدير الاتفاق بين ملاحظين أو محكمين عند تصنيف الحالات إلى فئات، مع تصحيح الاتفاق المتوقع حدوثه بالمصادفة.

المعادلة:

حيث:

κ : معامل كابا المصحّح للاتفاق العشوائي.

Po : نسبة الاتفاق الفعلي.

Pe: نسبة الاتفاق المتوقع بالمصادفة.

$\kappa = 1$ اتفاقا تاما، و$\kappa = 0$ اتفاقا لا يتجاوز المتوقع بالمصادفة، وقد تكون سالبة إذا كان الاتفاق أقل من المتوقع بالمصادفة.

5.1.3. معامل الارتباط داخل الفئات (ICC –Intraclass Correlation Coefficient):

معامل يستخدم لتقدير درجة التشابه أو الاتفاق بين القياسات الكمية التي يقدمها ملاحظون متعددون أو بين قياسات متكررة، بحسب النموذج الإحصائي المختار.

معادلة:

بحيث:

MS_B : متوسط مربعات التباين بين الأفراد.

MS_W : متوسط مربعات التباين داخل الأفراد.

K : عدد القياسات أو الملاحظات لكل فرد.

6.1.3. المتوسط الحسابي (Arithmetic Mean):

مقياس للنزعة المركزية يحدد القيمة المتوسطة لدرجات مجموعة من الأفراد، بجمع الدرجات وقسمتها على عددها. (بدر الأنصاري، 2000)

المعادلة:

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^{n} x_i}{n}$$

بحيث:

x_i : درجة الفرد.

n : عدد الأفراد.

$\bar{X}$: المتوسط الحسابي.

7.1.3. الانحراف المعياري (Standard Deviation):

مقياس للتشتت يوضح مدى ابتعاد الدرجات عن المتوسط الحسابي؛ فكلما ارتفعت قيمته، ازداد تباعد الدرجات حول المتوسط.

المعادلة:

بحيث:

s : الانحراف المعياري للعينة.

x_i : درجة الفرد.

$\bar{X}$: المتوسط الحسابي.

n : حجم العينة. (شرف الدين خليل، د.س، ص. 66)

8.1.3. التكرارات والنسب المئوية:

يستخدم التكرار لتحديد عدد الأفراد أو الحالات التي تنتمي إلى فئة معينة، بينما تعبر النسبة المئوية عن حجم هذه الفئة مقارنة بالمجموع الكلي.

المعادلة:

بحيث:

P : النسبة المئوية للفئة.

f : تكرار الفئة.

N : العدد الكلي للحالات.

2.3. الأساليب الإحصائية في الدراسة الأساسية:

لاختبار صحة فرضيات الدراسة الأساسية تم الاعتماد على الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية إضافة إلى الأساليب التالية:

1.2.3. نسبة التحسن بين القياسين القبلي والبعدي:

مؤشر وصفي لتقدير مقدار التغير النسبي في الدرجة البعدية مقارنة بالدرجة القبلية، ويعبر عنه بالنسبة المئوية.

المعادلة:

بحيث:

$\mathbf{X}_{\text{قبلي}}$: الدرجة القبلية هي الدرجة قبل تطبيق البرنامج.

$\mathbf{X}_{\text{بعدي}}$: الدرجة البعدية هي الدرجة بعد تطبيقه.

2.2.3. اختبار ت للعينات المرتبطة (test-Samples t-Paired):

اختبار إحصائي معلمي يستخدم للكشف عن دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية، وفي حالة القياس القبلي والبعدي للمجموعة نفسها، يستخدم اختبار ت للعينات المرتبطة -Paired) Samples t-test) لتحديد ما إذا كان الفرق بين القياسين ذا دلالة إحصائية.

(National Institute of Standards and Technology [NIST], n.d.)

المعادلة:

بحيث:

t : القيمة المحسوبة للاختبار.

$\bar{D}$: متوسط الفروق بين الدرجات البعدية والقبلية.

S_D : الانحراف المعياري لفروق الأفراد.

n : عدد الأفراد.

يحسب متوسط الفروق وفق المعادلة التالية:

حيث:

تفسر النتيجة بالرجوع إلى قيمة p، مع مراعاة افتراضات الاختبار، وخاصة طبيعة توزيع الفروق، وفي دراستنا يستخدم الاختبار لمقارنة درجات الحالات الثماني قبل البرنامج وبعده.

3.2.3. حجم الأثر باستخدام معامل كوهين للقياسات المرتبطة (Cohen's dz):

مؤشر معياري يوضح مقدار الفرق بين القياسين القبلي والبعدي نسبة إلى الانحراف المعياري لفروق الأفراد، وهو يقدر قوة التغير، بينما تقدر الدلالة الإحصائية مدى توافق النتائج مع فرضية عدم وجود فرق.(Lakens, 2013)

المعادلة:

حيث:

d_z : حجم الأثر المعياري للقياسات المرتبطة.

$\bar{D}$: متوسط الفروق بين القياسين.

S_D : الانحراف المعياري لفروق القياسين.

كلما ارتفعت القيمة المطلقة لـ d_z ، دل ذلك عل فرقق معياري أكبر، ويجب تفسير قيمة حجم الأثر في ضوء تصميم الدراسة وحجم العينة وطبيعة المقياس، لا اعتمادا على قيمة ثابتة وحدها.

4.2.3. حجم الأثر باستخدام (Cohen's dav)av _d):

مؤشر معياري لحجم الفرق بين القياسين القبلي والبعدي، يقسم متوسط الفرق على الانحراف المعياري المجمّع بطريقة تعتمد على تباييني القياسين.

المعادلة:

حيث يحسب الانحراف المعياري المتوسط وفق المعادلة:

الانحراف المعياري المتوسط: SDav = √[(s²القبلي + s²البعدي) ÷ 2].

الرموز:

SD_{av}: الانحراف المعياري المتوسط للقياسين.

$\bar{X}_{قبلي}$: المتوسط الحسابي للقياس القبلي.

$\bar{X}_{بعدي}$: المتوسط الحسابي للقياس البعدي.

$S_{قبلي}$: الانحراف المعياري للقياس القبلي.

$S_{بعدي}$: الانحراف المعياري للقياس البعدي. (Lakens,2013)

5.2.3. حجم الأثر المصحّح لهيدجز (Hedges' gav):

نسخة مصحّحة من حجم الأثر dav، تأخذ في الحسبان التحيز الذي قد ينتج عن تقدير حجم الأثر من عينة صغيرة.

المعادلة العامة:

حيث يحسب معامل التصحيح تقريبا وفق الصيغة:

حيث:

d_{av}: حجم الأثر قبل التصحيح.

$J\ (df)$: معامل تصحيح التحيز الناتج عن صغر العينة.

df : درجات الحرية المعتمدة في التصحيح، ويجب تحديدها وفق الصيغة الإحصائية المعتمدة. (Lakens,2013)

4.الدراسة الاستطلاعية:

يوجد مجموعة من الأهداف للدراسةالاستطلاعية، وتختلف هذه الأهداف تبعا للمشكلة التي يختارها الباحث، وانطلاقا من مشكلة بحثي هذا تتمثل أهداف الدراسة الاستطلاعية في:

- ضبط متغيرات الدراسة.

- التعرف على مجتمع البحث وتحديد خصائص عينة الدراسة.

- اكتشاف مجال الدراسة الأساسية وتحديد فروض الدراسة.

- صياغة الإشكالية صياغة دقيقة.

- معرفة وتحديد أدوات الدراسة.

- التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.

- التعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث كالمكان والزمان المناسبين للتطبيق وكذا طريقة التطبيق (فردية، جماعية).

- يمكن تحديد من خلال الدراسة الاستطلاعية ما سوف تستغرقه الدراسة الميدانية من وقت.

1.4. الحدود المكانية والزمانية للدراسة الاستطلاعية:

1.1.4.الحدود المكانية: أجريت الدراسة الحالية بمصلحة العلاج النفسي للأطفال التابع للمؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية بولاية سيدي بلعباس، وجمعية اليسر للتكفل بأطفال التوحد المتواجدة بسيدي بلعباس.

2.1.4. الحدود الزمانية: تراوحت فترة إجراء الدراسة الاستطلاعية من 10 أكتوبر 2024 إلى غاية 10 جانفي 2025 .

2.4. مجتمع الدراسة الإستطلاعية:

إن مجتمع الدراسة أو البحث (Population Research) يتضمن كافة الوحدات أو الأفراد أو الظواهر التي تتفق مع خصائص ومعايير معينة يحددها الباحث، ويهدف إلى دراستها وتحليلها، واستنتاج نتائج عنها لتعميمها.(Gagnon, 2010)

يتمثل مجتمع الدراسة الاستطلاعية في شريحة الأطفال المشخصين على أنهم يعانون من اضطراب التوحد خفيف ومتوسط الشدة المتواجدون في كل من:

1.2.4. مستشفى المجاهد المتوفي بن زايدي عبد القادر بولاية سيدي بلعباس: وهي مؤسسة عمومية ذات طابع استشفائي متخصصة للأمراض العقلية، تم إنشاؤها طبقا للمرسوم رقم 06-207 في جوان 2006، فهو قطاع تابع لوزارة الصحة والسكان، فتح أبوابه بتاريخ أفريل 2006، وهو يحتوي هلى 04 مصالح استشفائية: جناح الرجال، جناح النساء، جناح العلاج النفسي للأطفال، مصلحة الاستعجالات.

تمت الدراسة الحالية على مستوى مصلحة العلاج النفسي للأطفال التي فتحت أبوابها للأطفال في 02 ماي 2016 وتتكون من قاعتان للانتظار ، و 7 غرف للأخصائيين النفسانيين وغرفتين للأخصائيين العقليين و 03 غرف للأرطفونيين وغرفة خاصة بالطبيبة العامة الرئيسية، وغرفتين للترفيه، و 03 غرف لدورة المياه، وقاعة اجتماعات، وقاعة إدارة تشغلها موظفتين لضبط المواعيد، تقدم المصلحة خدماتها من الأحد إلى يوم الخميس ابتداء من الساعة 08.00 صباحا إلى غاية 16.00 مساءا، حيث تستقبل في اليوم الواحد ما بين

35 إلى 40 حالة تتراوح أعمارهم من 03 أشهر إلى 16 سنة، مقسمة على الأخصائيين المتواجدين بالمصلحة.

2.2.4. جمعية اليسر التربوية لرعاية وترقية الطفولة: تاخذ الجمعية طابع اجتماعي، تقع بحي عبد الحق بن حمودة بالقرب من محطة سوقرال ومقابل مسجد الصفا بسيدي الجلالي– سيدي بلعباس، فتحت الجمعية أبوابها بداية من 16 مارس 2021، وتتكون من غرفة أرطوفونيا، وغرفة الأخصائية نفسانية، قاعة للأكل، مطبخ، غرفة تعليم وإدماج، غرفة نوم، غرفة التحضيري، غرفة للتحضيري خاصة للادماج في المحيط المدرسي، مكتب الإدارة، مساحة مخصصة للنشاطات البيئية، مساحات خضراء طابق علوي: ساحة لعب؛ تستوعب من 60 إلى 100 طفل تتراوح أعمارهم من 3 سنوات إلى غاية 16 سنة، وتعمل من الأحد إلى الخميس بداية من الساعة 8.00 صباحا إلى غاية 16.00 مساءا، وهي تقدم الخدمات التالية:

- تحتوي عل قسم خاص برعاية أطفال التوحد.
- مساعدة أطفال تأخر النطق والكتابة بمتابعة ارطوفونية لتصحيح النطق.
- قسم تحضيري خاص لادماج الاطفال في المحيط المدرسي.
- التكفل بالاطفال التخلف العقلي ومتلازمة داون وحالات فرط النشاط والحركة.
- الرعاية النفسية.
- تعديل السلوك.
- قسم التحضيري ابتداءا من 4 سنوات.

3.4. عينة الدراسة الاستطلاعية:

خلال الدراسة الاستطلاعية تم الاعتماد على العينة اللاعشوائية القصدية: وهي نوع من العينات غير العشوائية، يتم اختيارها عمدا من قبل الباحث على أساس أنها تحقق اغراض

الدراسة التي يقوم بها، وذلك بناء على معايير محددة وملائمة لموضوع الدراسة.
(جلال الغندور،2015)

لتحقيق أهداف الدراسة الاستطلاعية تم تحديد عينتين بناء على المعلومات التي جمعت من المختصين النفسانيين المشرفين على حالات أطفال التوحد، وكذا الملاحظة المباشرة، واختلفتا في الحجم وهي كالتالي:

1.3.4. العينة الأولى: تكونت من (ن=30) طفلا يعانون من اضطراب التوحد بدرجتيه الخفيفة والمتوسطة، تم اختيارهم بطريقة العينة اللاعشوائية القصدية من مختلف المراكز النفسية المتخصصة، قصد التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (شبكة الملاحظة، مقياس تقدير مهارات التواصل) .

2.3.4. العينة الثانية: تمثلت في حالتين تراوحت أعمارهما 7 و 8 سنوات، تم تشخيصهما بأنهما يعانيان من اضطراب التوحد بدرجتيه الخفيفة والمتوسطة، وتم استخدامهما من أجل التحقق من الخصائص التطبيقية والفعالية الميدانية للبرنامج العلاجي .

الجدول رقم (03) : يمثل توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية

العينة	الحالة	الجنس	السن	شدة الاضطراب	الحدود المكانية
العينة الأولى	ن=30	ذكور إناث	4-12 سنة	خفيف متوسط	مختلف المراكز بولاية سيدي بلعباس
العينة الثانية	محمد	ذكر	7 سنوات	خفيف	بمصلحة العلاج النفسي للأطفال بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية بسيدي بلعباس.
	علاء	ذكر	8 سنوات	متوسط	جمعية اليسر بسيدي بلعباس

التعليق على الجدول: يمثل الجدول عينة الدراسة الاستطلاعية التي تكونت من حالتين من جنس ذكر مشخصين على أنهما يعانون من اضطراب التوحد تتراوح شدته بين الخفيف والمتوسط.

4.4. أدوات الدراسة الاستطلاعية:

يقصد بها الأدوات والوسائل التي تم الاستعانة بها في تحقيق أهداف الدراسة، ولتحقيق أهداف الدراسة الحالية استخدمت الباحثة مجموعة من الأدوات تمثلت في:

1.4.4.المقابلة :

تعتبر المقابلة الإكلينيكية من التقنيات الأساسية لدراسة الحالة وفهم معاش الفرد، استدلالاته ودوافعه، وهي عبارة عن لقاء يتم بين الأخصائي النفسي القائم بالبحث وبين الفرد أوموضوع البحث، في هذا اللقاء يتم تبادل الحديث بينهما بحيث تقع على الأخصائي مهمة توجيه الحديث وقيادة المقابلة.(Gerard P,2005)

- قمنا بإجراء مقابلات موجهة ونصف موجهة مع الأخصائيين النفسانيين المرافقين لأطفال التوحد وأوليائهم بغرض عقد التحالف العلاجي، معتمدين في ذلك على أسئلة موجه ونصف الموجهة عن الحالات قصد تقصي بعض الحقائق وجمع المعلومات التي تتطلبها الدراسة.
- كما تم الاعتماد على المقابلات العلاجية مع الأطفال من خلال تطبيق البرنامج العلاجي الذي يقوم أساسا على تقنية البروفة للازاروس.

2.4.4.الملاحظة :

اعتمدنا على الملاحظة البسيطة والمباشرة باعتبارها أداة علمية مكملة لمقابلاتنا مع أطفال ذوي اضطراب التوحد، التي يتم فيها ملاحظة الظواهر في ظروفها الطبيعية دون اخضاعها للضبط العلمي، بهدف رصد وتسجيل السلوكيات والمهارات التي يبديها الأطفال في جانب التواصل بما في ذلك: التواصل البصري، التواصل المتمثل في اللغة الاستقبالية، التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، التواصل الاجتماعي، وذلك بالاستعانة بـ 'شبكة الملاحظة' (Observation Checklist) التي عرفتها (Day 2011,p28) على أنها: "وسيلة قياس منهجية ومنظمة تستخدم لجمع البيانات عن سلوك معين في سياقات طبيعية أو اصطناعية، باعتمادها على تقنية المراقبة الجزئية حيث يتم تسجيل حدوث أو تكرار سلوك معين خلال فترات زمنية محددة من خلال ملاحظين مدربين بهدف قياس التغيرات في السلوك أو استجابة للتدخلات"، وتستخدم بشكل واسع في الدراسات السلوكية والتربوية خاصة مع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة مثل اضطراب طيف التوحد.

قمنا ببناء شبكة الملاحظة انطلاقا من الإطلاع على التراث النظري الذي له علاقة بخصائص أطفال التوحد والقصور الذي يعانون منه في جانب التواصل، بالإضافة إلى بعض المقاييس المرجعية، والتي تم تلخيصها في الجدول التالي:

الجدول رقم (04): يمثل المراجع المعتمدة في بناء شبكة الملاحظة

كيفية الإستفادة	القيمة المضافة في بناء شبكة الملاحظة	ملاحظات منهجية
المرجع: المقابلة نصف الموجهة مع الأخصائيين النفسيين		
تم إجراء مقابلات مع الأخصائيين النفسيين الذين يقدمون الرعاية اليومية للأطفال ذوي اضطراب التوحد، ساعدت هذه الأداة في الكشف عن أكثر السلوكيات التي يلاحظها الممارسون بشكل متكرر، والصعوبات المرتبطة برصدها وتفسيرها، كما ساعدت في صياغة فئات واقعية تعكس السياق الإكلينيكي والتربوي.	مكنت الباحثة من جعل شبكة الملاحظة مطابقة للواقع، من خلال تقصي خبراتهم العلمية وملاحظاتهم المباشرة لسلوكيات الأطفال، التي ساعدتها في تحديد المحاور الأساسية للأسئلة، وصياغة بنود شبكة الملاحظة، ومن ضمان أن البنود لا تبقى مجرد إعادة صياغة نظرية بمعايير التشخيص، بل مؤشرات علمية ذات معنى للمختصين.	يعزز استخدام المقابلة نصف الموجهة من التفاعل مع الخبراء في المجال، مما يتسح جمع بيانات دقيقة من الميدان.
الملاحظة البسيطة والمباشرة		
اعتمدت الباحثة على الملاحظة المباشرة لسلوكيات الأطفال في بيئتهم الطبيعية(المركز العلاجي)، ساعد ذلك في اختبار ملاءمة البنود المبدئية التي تم جمعها من المقابلات والمراجع النظرية، والتأكد ومن أن كل مؤشر يمكن رصده ميدانيا.	أتاحت الملاحظة أساسا لتحديد الصياغة الدقيقة لمعايير ومؤشرات واقعية قابلة للملاحظة داخل الشبكة، وضبط طريقة تسجيل السلوكيات بشكل علمي ودقيق، ما يجعل شبكة الملاحظة قابلة للتطبيق الميداني وليست فقط نظرية.	تأكيد صلة الشبكة بالواقع الميداني يجعلها أداة فعالة وقابلة للتطبيق في البيئة العلاجية.

الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية		
– وفر الأسس التشخيصية الرسمية لمعايير اضطراب التوحد، وتم الاعتماد عليه لتحديد الفئات والمحاور الكبرى للسلوكيات التي يتم من خلالها تشخيص الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وبالتحديد الجانب المتعلق بالتواصل لدى هذه الفئة.	تم الرجوع إلى معايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد كما حددها الدليل، والذي ساعد في صياغة فقرات شبكة الملاحظة كونه مرجعية علمية وتشخيصية معتمدة دوليا، مما يعزز مصداقيتها العلمية، ويضمن توافقها مع الأدبيات العالمية حول التوحد.	استخدام المعايير التشخيصية الرسمية يزيد من مصداقية الشبكة، ويؤكد توافقها مع الأسس المعترف بها.
قائمة تقدير السلوك التوحدي		
– زودت شبكة الملاحظة ببنود تفصيلية مرتبطة بالسلوكيات النمطية والمتكررة المتعلقة بجانب التواصل، وساعدت على تحويلها إلى مؤشرات يمكن رصدها بشكل مباشر.	أضافت القائمة طابعا تطبيقيا، وساعدت على شمولية شبكة الملاحظة وذلك من خلال استخراج بنود فرعية عملية، مع إعادة صياغة بعض البنود لتناسب شبكة الملاحظة، بحيث تغطي الجوانب السلوكية المتعددة التي تشير إلى مظاهر التواصل التي يبديها أطفال التوحد، والتي لا تظهر في المعايير التشخيصية الرسمية فقط.	تعزيز الشبكة بجوانب سلوكية علمية تجعلها أكثر شمولا ودقة.
مقياس تقدير التوحد الطفولي		
– ساعد في وضع معايير كمية/كيفية لتقدير شدة اضطراب التواصل لدى الطفل التوحدي، مما	مكن هذا المقياس شبكة الملاحظة من الجمع بين البعد الكيفي(الوصف) والبعد الكمي(القياس)، من خلال وضع التدريجات	الجمع بين القياس الكمي والكيفي يعزز من دقة الشبكة،

جعل شبكة الملاحظة أكثر دقة في رصد وتقدير مستويات هذا الاضطراب.	الكمية لشدة السلوكت الناجمة عن اضطراب التواصل، ما جعل شبكة الملاحظة لا تكتفي برصد وجود السلوك أو غيابه فقط، بل إلى تقدير درجته أيضا،مما يزيد من صلاحيتها العلمية وقابليتها للاستخدام في البحث الأكاديمي وفي الممارسة العملية.	ويوفر مقياسا موضوعيا لتدير شدة وتكرار السلوكيات.

التعليق على الجدول: يوضح الجدول أن بناء شبكة الملاحظة اعتمد على تكامل أدوات نوعية (المقابلة والملاحظة المباشرة)، وأخرى معيارية (DSM-5)، إضافة إلى أدوات كمية (ABCو CARS)، هذا الدمج أضفى على الشبكة قوة علمية من حيث الدقة والموضوعية، كما أبرز الحاجة إلى ضبط منهجي (توحيد الإجراءات، التحكم في ظروف الملاحظة) لضمان مصداقية النتائج وصرامتها العلمية.

1.2.4.4. حساب صدق شبكة الملاحظة:

الصدق (Validity) يعرف بأنه 'مدى قدرة الأداة على قياس ما يفترض أن تقيسه فعلا' (كوافحة،2010،ص107)، ونقصد بصدق شبكة الملاحظة مدى قدرة بنودها على قياس مهارات التواصل الفعلية لدى أطفال التوحد، ومدى كونها قابلة للتحقق من خلال التحكيم العلمي والتجريب الميداني، وللتأكد من صدق الشبكة تم حسابها بالطرق التالية:

أ .**صدق الخبراء (Expert Validity):** هو أحد أنواع الصدق الظاهري أو صدق المحتوى، ويتم التحقق منه من خلال عرض شبكة الملاحظة على مجموعة من الخبراء أو المختصين في المجال لتقييم مدى مناسبتها ودقتها في قياس الظاهرة المستهدفة.

(نصراوي، 2020، ص.61)

للتأكد من صدق شبكة الملاحظة تم عرضها على مجموعة محكمين (أساتذة جامعيين ومختصين نفسانيين)، من أجل تقييم كل بند وبعد في الشبكة بناء على مدى ملائمته وشموليته ودقته في قياس مهارات التواصل، وبعد الإطلاع على الملاحظات التي دونوها، تم إجراء التعديلات كحذف بعض العبارات المكررة ضمنيا أو تلك التي لا تفي بغرض الدراسة، ودمج بعدين مع بعض.

تم حساب نسبة الاتفاق بين الخبراء كالتالي:

$$\text{نسبة الاتفاق} = \frac{\text{عدد مرات الاتفاق بين المحكمين} \times 100}{\text{عدد مرات الاتفاق + عدد مرات الاختلاف}}$$

بلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين حول صدق البنود **80%** وهي نسبة جيدة للحكم على صدق فقرات شبكة الملاحظة.

تم إعداد الشبكة في صيغتها النهائية من 20 مهارة/أو سلوك موزعة على 05 أبعاد كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (05): يمثل توزيع فقرات شبكة الملاحظة على الأبعاد

الرقم	البعد	البنود
01	التواصل البصري	4-3-2-1
02	اللغة الاستقبالية	8-7-6-5
03	التواصل اللفظي	12-11-10-9
04	التواصل غير اللفظي	16-15-14-13
05	التواصل الاجتماعي	20-19-18-17

التعليق على الجدول: يمثل الجدول توزيع فقرات شبكة الملاحظة على الأبعاد في صورتها النهائية وبعد عرضها على المحكمين وإجراء التعديلات، بحيث تضمن كل بعد 4 بنود تعبر عنه.

ب. صدق الاتساق الداخلي (Internal Consistency Validity): تعتمد هذه الطريقة على حساب معاملات الارتباط بين درجة البند والبعد عندما يكون متعدد الأبعاد، وحساب معامل الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للاختبار عندما يكون أحادي البعد، إن اتساق البنود من خلال معاملات الارتباط الدالة إحصائيا بينها وبين الدرجة الكلية، يشير إلى أن بنود الاختبار متماسكة ومترابطة، ومتسقة فيما بينها وبالتالي تقيس كلها متغير واحد وهذا يدل على صدق الاختبار. (معمرية، 2007)

لحساب صدق الاتساق الداخلي تم تطبيق شبكة الملاحظة على عينة متكونة من 30 طفل مصاب باضطراب التوحد خفيف ومتوسط الشدة بمساعدة أخصائيين نفسانيين، ثم تفريغ النتائج في برنامج التحليل الاحصائي (SPSS) فكانت نتائج حساب معاملات الارتباط بين البنود والأبعاد التي تنتمي إليها وكذلك مع الاختبار ككل، تتراوح بين (0.61-0.79) للبنود مع الأبعاد، وبين (0.65-0.77) مع الشبكة ككل، وجميعها دالة إحصائيا عند (0.01)، تشير النتائج إلى أن جميع بنود شبكة الملاحظة ترتبط بشكل قوي مما يعني أن كل بند يسهم فعليا في قياس مهارات التواصل، وهو ما يؤكد صدق الاتساق الداخلي (Internal Consistency Validity) وقوة البناء المفاهيمي للشبكة.

الجدول رقم(06): يوضح صدق الاتساق الداخلي لأبعاد شبكة الملاحظة مع الاختبار ككل

البعد	معامل الارتباط مع الاختبار ككل
التواصل البصري	0.83
اللغة الاستقبالية	0.79
التواصل اللفظي	0.82
التواصل غير اللفظي	0.85
التواصل الاجتماعي	0.77

مستوى الدلالة 0.01*

التعليق على الجدول: من خلال الجدول فإننتائج ارتباط كل بعد من أبعاد شبكة الملاحظة مع الاختبار ككل، تراوحت بين (0.77-0.85) عند مستوى الدلالة (0.01)، مما يدل على أن كل بعد يسهم بوضوح في بناء مهارات التواصل التي تقيسها الشبكة.

ج. نتائج صدق شبكة الملاحظة:

الجدول رقم (07): نتائج صدق شبكة الملاحظة

نوع صدق		القيمة
صدق الخبراء	نسبة الاتفاق	%80
صدق الاتساق الداخلي	البنود مع الأبعاد	(0.61-0.79)
	البنود مع الشبكة الملاحظة ككل	(0.65-0.77)
	الأبعاد مع الشبكة الملاحظة ككل	(0.77-0.85)

التعليق على الجدول: يمثل النتائج التي تم التحصل عليها عند حساب صدق شبكة الملاحظة من خلال صدق الخبراء وصدق الاتساق الداخلي.

يمكن القول انطلاقا من النتائج أن شبكة الملاحظة تتمتع بصدق جيد مما يتيح استعمالها في البحوث الميدانية.

2.2.4.4. حساب ثبات شبكة الملاحظة:

أشار 'الأنصاري' (2002) إلى الثبات (Reliability) على أنه اتساق الدرجات المستخرجة من الأفراد أنفسهم عندما يعاد اختبارهم بالاختبار ذاته، أي أننا نحصل على نفس نتائج الاختبار كلما اعدنا تطبيقه على نفس عينة الأفراد، نتأكد عن طريق الثبات أننا نقيس نفس السمة او السلوك كلما أعدنا عملية القياس.

لحساب ثبات شبكة الملاحظة اعتمدنا على نفس العينة المكونة من 30 طفل مشخص باضطراب التوحد خفيف ومتوسط الشدة، فكانت النتائج كالتالي:

أ.الثبات عبر الملاحظين (Inter-Rater Reliability): ثبات شبكة الملاحظة يعني أن الشبكة تعطي نتائج متسقة عند استخدامها في نفس الظروف أو على نفس الأشخاص من قبل نفس الملاحظ أو ملاحظين مختلفين، وقد تم الاعتماد على هذا النوع من الثبات لقياس مدى توافق الملاحظين المختلفين عند استخدام الشبكة نفسها.(عبد الخالق، 2012)

تم تحليل ومقارنة النتائج بين الملاحظين باستخدام:

– معامل التوافق داخل الفئة (Intraclass Correlation Coefficient (ICC)) عندما تكون الاستجابات رقمية (0–3).

– معامل اتفاق "كوهين"(Cohen'sKappa)عندما تكون الاستجابات تصنيفية(تمت بشكل مستقل، تمت بدعم جزئي، تمت بمساعدة كاملة، لم تنفذ).

وتوصلت النتائج إلى:

الجدول رقم (08): نتائج حساب الثبات حسب الملاحظين لشبكة الملاحظة

المؤشر	القيمة	الدلالة	التفسير
التوافق داخل الفئة(ICC)	0.784	P< 0.001	اتفاق جيد جدا بين الملاحظين
"كوهين"(Cohen's Kappa)	0.78	P< 0.001	اتفاق جيد جدا

التعليق على الجدول: يظهر الجدول نتائج حساب ثبات الملاحظين من خلال مقارنة نتائج ملاحظين سجلوا أداء نفس العينة من الأطفال، بحيث بلغت قيمة معامل التوافق داخل الفئة (P<0.001) ICC= 0.784 مما يدل على وجود اتفاق جيد جدا بين الملاحظين حول تقدير البنود المختلفة لشبة الملاحظة، كما بلغ متوسط معامل Kappa = 0.78، وهو ما يؤكد أن الملاحظين أعطوا تقديرات متقاربة للغاية، تظهر هذه النتائج أن شبكة الملاحظة تتمتع بدرجة عالية من الثبات عبر الملاحظين(Inter-Rater Reliability).

ب.**ثبات الاتساق الداخلي (Internal ConsistencyReliability) :** تعتمد هذه الطريقة على مدى ارتباط الوحدات أو البنود مع بعضها البعض داخل الاختبار، وكذلك ارتباط كل بند مع الاختبار ككل، ومن أهم المعاملات التي تستخدم هنامعامل "كرونباخ ألفا"(Cronbach's Alpha). (أبو الهاشم، 2006)

معامل ثبات كرونباخ ألفا(Cronbach's Alpha) : يرمز إليه عادة بـ 'α' وهو يربط ثبات الاختبار بثبات بنوده، إن قيمة معامل "كرونباخ ألفا" المثالية تتراوح بين**0.7 و 0.9.**

الجدول رقم (09): يوضح ثبات الاتساق الداخلي لشبكة الملاحظة

البعد	عدد البنود	قيمة'α"كرونباخ ألفا"	التفسير
التواصل البصري	4	0.81	ثبات جيد
اللغة الاستقبالية	4	0.79	ثبات مقبول
التواصل اللفظي	4	0.83	جيد جدا
التواصل غير اللفظي	4	0.85	جيد جدا
التواصل الاجتماعي	4	0.77	مقبول
المجموع الكلي للأداة	20	0.87	ثبات مرتفع جدا

التعليق على الجدول: أظهرت نتائج قياس الثبات الداخلي بواسطة معامل "كرونباخ ألفا" أن قيمه تراوحت بين 0.77 و 0.85 للأبعاد الفرعية، في حين بلغت القيمة الكلية لشبكة الملاحظة 0.87، وهي قيمة مرتفعة تشير إلى درجة عالية من الاتساق الداخلي بين البنود، وهو ما يؤكد ثبات الأداة واستقرارها الداخلي.

ج. ملخص الثبات شبكة الملاحظة:

الجدول رقم (10): يمثل نتائج ثبات شبكة الملاحظة

نوع الثبات	المعامل	القيمة	التفسير
الثبات عبر الملاحظين	(ICC)	0.784	جيد جدا
	Cohen’s Kappa	0.78	جيد جدا
الثبات الداخلي	Cronbach's Alpha	0.87	مرتفع جدا

التعليق على الجدول: تظهر نتائج الثبات التي تظهر في الجدول أعلاه أن شبكة الملاحظة تتسم بدرجة عالية من الثبات، سواء من حيث اتساق البنود داخليا أو من حيث اتفاق الملاحظين عند تطبيقها ميدانيا.

صدق وثبات شبكة الملاحظة: انطلاقا من نتائج التحليل الإحصائي فإن شبكة الملاحظة المصممة تتمتع بخصائص سيكومترية عالية من حيث الصدق والثبات، مما يجعلها أداة علمية وعملية لتقييم مهارات التواصل لدى أطفال اضطراب طيف التوحد (خفيف/متوسط)، وقابلة للاستخدام في الدراسات الميدانية وبرامج التدخل السلوكي التربوي.

3.4.4. مقياس تقدير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد :

إن طبيعة الموضوع هي التي توجه الباحث إلى الأدوات التي سيقوم بالاعتماد عليها خلال إجراءه لدراسته، ونظرا لخصوصية الموضوع تم بناء مقياس لتقدير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد، ونقصد بـ 'مقياس التقدير'(Rating Scale) الأداة أو الوسيلة التي نضع على أساسها رتبة رقمية أو معدلا كميا لخاصية معينة أو سلوك خاص أو سمة محددة، اجتماعية أو خلقية أو انفعالية، سواء أكانت دالة على الصحة النفسية أو سوء التوافق، سمات سوية أو أعراض مرضية. (عبد الخالق، 1996، ص.139)

من أبجديات بناء أي مقياس أو اختبار نفسي الاطلاع على مجموعة من الأدلة النظرية والتطبيقية، التي تساعد الباحث في تحديد أبعاده وصياغة بنوده، ولهذا الغرض تم الاعتماد على مجموعة من المصادر والمراجع لبناء مقياس تقدير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد وهي كالتالي:

الجدول رقم (11)): يمثل المراجع المعتمدة في بناء مقياس تقدير مهارات التواصل

المرجع/ المصدر	أوجه الاستفادة منه	أمثلة عل البنود أو الجوانب المستقاة
الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية (DSM V)	تحديد المظاهر السلوكية والمعرفية واللغوية التي تعيق التواصل لدى أطفال التوحد، واعتمادها كأساس لتوزيع المهارات على الأبعاد الخمسة.	البنود التي تتعلق بنقص التواصل البصري، ضعف المبادرة بالتفاعل الاجتماعي، القصور في تبادل المشاعر أو التعبيرات الوجهية.
قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC)	استخدمت كمصدر في تحديد مظاهر السلوكيات التواصلية السلبية التي يجب قياسها، مثل ضعف التقليد أو صعوبة الاستجابة للأوامر.	البنود التي تتعلق بتأخر في فهم التعليمات، عدم الاستجابة عند مناداته باسمه، تكرار الألفاظ أو العبارات دون مناسبة (المصاداة)
مقياس تقدير التوحد في الطفولة (CARS)	الاستفادة منه في تحديد مستويات الأداء لصياغة البنود بطريقة تدريجية من السهل إلى الصعب، ولتحديد درجات التقدير الرباعية (دائما– أحيانا– نادرا– أبدا).	البنود الخاصة بالاهتمام بالآخرين، الاستجابة للمثيرات الاجتماعية، استخدام الإشارات أو النظرات.
سلم تقييم اللغة الأساسية ومهارات التعلم (ABLLS)	مصدر أساسي في صياغة البنود المتعلقة بالمهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية، وخاصة في أبعاد التواصل اللفظي وغير اللفظي.	البنود التي تتعلق بفهم التعليمات المكونة من كلمتين أو أكثر، التعبير عن الاحتياجات بالكلمات أو الإشارات، تسمية الأشياء أو الإشارة إليها عند الطلب.

المقابلات مع الأخصائيين النفسانيين العاملين مع أطفال التوحد	ساهمت في تحسين الصياغة الواقعية للبنود بما يتناسب مع السلوك الفعلي للأطفال في المراكز، وضمان ملاءمة البنود لبيئة التطبيق.	تعديل العبارات لتكون سلوكية وقابلة للملاحظة، مثل ينظر إلى الشخص عند التحدث إليه...
الدراسات السابقة والإطار النظري مهارات التواصل عند أطفال التوحد	تم من خلالها تحديد الأبعاد النظرية الخمسة للمقياس وبناء بنود تغطي مهارات التواصل المختلفة وفق الأدبيات العلمية الحديثة.	تقسيم المقياس إلى 5 أبعاد رئيسية، وصياغة البنود.

التعليق على الجدول: من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أنه تم بناء المقياس انطلاقا من أساس مرجعي، حيث ساهم كل مصدر في إثراء جانب محدد من جوانب التواصل، بدءا من تحديد الخصائص التشخيصية العامة للتوحد(DSM-5) وصولا إلى تحديد المهارات اللغوية الدقيقة (ABLLS)، وصياغتها في شكل بنود سلوكية قابلة للملاحظة والتقدير، كما أضافت المقابلات مع الأخصائيين بعدا واقعيا جعل المقياس مناسبا لبيئة التطبيق ومتكيفا مع مستويات التوحد المختلفة (الخفيف والمتوسط).

تكون مقياس تقدير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في صورته الأولية من60 سلوك/ أو مهارة موزعة على (05) أبعاد وهي كالآتي:

- مهارات التواصل البصري: يحتوي على 10 بندا.
- مهارات التواصل المتمثلة في اللغة الاستقبالية: يحتوي على 11 بندا.
- مهارات التواصل اللفظي: يحتوي على 13 بندا.
- مهارات التواصل غير اللفظي: يحتوي على 11 بندا.
- مهارات التواصل الاجتماعي: يحتوي على 15 بندا.

ليتم الإجابة عليهابوضع علامة (x) أمام البديل الذي يتوافق مع السلوك/أو المهارة التي يظهرها أطفال التوحد بحيثتقابل كل فقرة (04) بدائل :

- لا يحدث: يتحصل على درجة (1).
- يحدث أحيانا:يتحصل على درجة (2).
- يحدث غالبا:يتحصل على درجة (3).
- يحدث باستمرار :يتحصل على درجة (4).

للتأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير مهارات التواصل للأطفال ذوي اضطراب التوحد، قمنا بحساب صدق وثبات المقياس من خلال تطبيقه على عينة متكونة من 30 طفل مشخص باضطراب التوحد خفيف ومتوسط الشدة.

1.3.4.4.صدق المقياس: للتأكد من أن بنود المقياس تقيس ما وضعت لقياسه فعلا،تم حسابه بطريقتين:

أ.صدق المحكمين: للتحقق من صدق المقياستم عرض صورته الأولية المكونة من 60 بندا موزعة على 05 أبعاد، على مجموعة من الخبراء والمختصين في التخصص، بغرض تحديد مدى ملائمة البنود لقياس المهارات التواصلية، وذلك من خلال حساب نسبة اتفاق المحكمين على كل بند، وتوصلنا إلى النتائج التالية:

الجدول رقم (12): يمثل نتائج حساب صدق المحكمين.

البعد	عدد البنود قبل التحكيم	عدد البنود بعد التحكيم	مدى نسب الصدق	المتوسط العام لصدق المحكمين
التواصل البصري	10	9	%94 - %81	%89
اللغة الاستقبالية	11	9	%96 - %83	%91
التواصل اللفظي	13	9	%95 - %80	%90
التواصل غير اللفظي	11	9	%94 - %82	%89
التواصل الاجتماعي	15	9	%95 - %84	%91
المقياس ككل	60	45	%96 - %80	%90

التعليق على الجدول: من خلال النتائج المدونة في الجدول، نلاحظ أن جميع البنود التي تم الإبقاء عليها تجاوزت نسبة اتفاق 80% بين المحكمين، مما يدل على صدق محتوى مرتفع جدا، كما تم حذف 15 بندا تراوحت نسب صدقها بين (62% -75%) بناءا على ملاحظات المحكمين بخصوص الغموض اللغوي أو تكرار المفهوم، ليستقر المقياس في صورته النهائية كالتالي:

الجدول رقم (13): توزيع فقرات المقياس على الأبعاد بعد عرضه على المحكمين

الرقم	البعد	السلوك/المهارة
01	التواصل البصري	1-2-3-4-5-6-7-8-9
02	اللغة الاستقبالية	10-11-12-13-14-15-16-17-18
03	التواصل اللفظي	19-20-21-22-23-24-25-26-27
04	التواصل غير اللفظي	28-29-30-31-32-33-34-35-36
05	التواصل الاجتماعي	37-38-39-40-41-42-43-44-45

التعليق على الجدول: من خلال الجدول نلاحظ أن المقياس في صورته النهائية تكون من 45 بند موزع على 5 أبعاد بالتساوي، أي أن كل بعد يشمل 9 بنود.

ب. صدق الاتساق الداخلي (Internal Consistency Validity): للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس مهارات التواصل، تم حساب معامل الارتباط 'بيرسون' (Pearson's) الذي هو الأكثر استخداما والأدق في حالة المقاييس ذات الدرجات الكمية، بين كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه (Item-Dimension Correlation)، وكذلك بين البند والدرجة الكلية للمقياس ككل (Item-Total Correlation)، فقد تراوحت معاملات الارتباط بين 0.69 و0.88 مع الأبعاد الفرعية، وبين 0.67 و 0.84 مع الدرجة الكلية، وجميعها دالة عند مستوى الدلالة 0.01، مما يشير إلى أن البنود متسقة داخليا وتمثل بدقة المفهوم الذي يقيسه المقياس، مما يعني تحقق صدق الاتساق الداخلي بدرجة مرتفعة جدا.

انطلاقا من نتائج صدق المحتوى (صدق المحكمين، الاتساق الداخلي) يمكن القول أن مقياس تقدير مهارات التواصل عند أطفال التوحد يتمتع بدرجة عالية من صدق المحتوى، وهو ما يعد دليلا قويا على صلاحية البنود لقياس مهارات التواصل لدى أطفال التوحد بدرجاتهم المختلفة (خفيف – متوسط).

2.3.4.4. ثبات المقياس (Reliability): للتحقق من مدى اتساق واستقرار المقياس في قياس الظاهرة عبر الزمن أو عبر فقراته، تم الاعتماد على مؤشرين رئيسيين:

أ. ثبات الاتساق الداخلي(Internal Consisteny): تم حساب معامل 'كرونباخ ألفا' (Cronbacch's Alpha) لكل بعد من الأبعاد الخمسة، وللمقياس ككل.

الجدول رقم (14): ثبات الاتساق الداخلي للمقياس مهارات التواصل

البعد	عدد البنود	قيمة'α' 'كرونباخ ألفا'	التفسير
التواصل البصري	9	0.88	جيد جدا
اللغة الاستقبالية	9	0.91	ممتاز
التواصل اللفظي	9	0.90	ممتاز
التواصل غير اللفظي	9	0.89	جيد جدا
التواصل الاجتماعي	9	0.92	ممتاز
المقياس الكلي	45	0.94	ثبات عال جدا

التعليق على الجدول: انطلاقا من نتائج الجدول نلاحظ أن قيمة "ألفا" تراوحت بين 0.88 و 0.92 للأبعاد الخمسة، وبلغت 0.94 للمقياس الكلي مما يدل على تجانس الفقرات الداخلية قياسها لنفس السمة (مهارات التواصل).

ب. ثبات إعادة تطبيق الإختبار(Test-Retest Reliability): للتأكد من ثبات المقياس تمت إعادة تطبيق الإختبار على نفس عينة الاطفال بالغ عددهم 30 طفل، وذلك بعد مرور 15 يوم من إجراء التطبيق الأول، من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون (Pearson's r) بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني لكل بعد والمقياس الكلي، فكانت النتائج المتحصل عليها كالتالي:

***الجدول رقم (15): يوضح* ثبات إعادة تطبيق الإختبار**

البعد	قيمة معامل (Pearson's r)
التواصل البصري	0.86
اللغة الاستقبالية	0.87
التواصل اللفظي	0.85
التواصل غير اللفظي	0.88
التواصل الاجتماعي	0.89
المقياس الكلي	0.90

مستوى الدلالة 0.01

التعليق على الجدول: انطلاقا من نتائج المبينة في الجدول أعلاه، نلاحظ أن قيم الارتباط تتجاوز 0.80، ما يشير إلى أن المقياس يعطي نتائج مستقرة عند تطبيقه في أوقات مختلفة، أي أن المقياس يتمتع بثبات إعادة التطبيق ممتاز.

أظهرت نتائج التحقق من الخصائص السيكومترية أن مقياس تقدير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد يتمتع بدرجة مرتفعة من الصدق، ودرجة ممتازة من الثبات، مما يجعله أداة صحيحة وموثوقة لقياس مهارات التواصل لدى أطفال ذوي اضطراب التوحد بمستوياته المختلفة (الخفيف والمتوسط).

4.4.4. البرنامج العلاجي(Therapeutic Program):

هو مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة والتي تسير وفق تسلسل منطقي، هدفه تقديم خدمة علاجية فعالة للمريض، بحيث يستند البرنامج العلاجي إلى إطار نظري لمدرسة علاجية يختارها المعالج.

تم تصميم برنامج علاجي منظم على أسس علمية واضحة باستخدام تقنية البروفة (Rehearsal Technique)، التي طورها أرنولد لازاروس (Arnold Lazarus)، وهي تقنية علاجية تستخدم في العلاج السلوكي المعرفي (CBT)، لتدريب الأفراد على أداء سلوكيات مرغوبة من خلال التمثيل، المحاكاة، والتكرار الموجه حتى تصبح عادة تلقائية؛ وقد غطى هذا البرنامج جوانب متعددة من التواصل(البصري، اللفظي، الاجتماعي...)، وذلك عبر 17 جلسة علاجية متسلسلة.

1.4.4.4. الأهداف الإجرائية:

- أن يستطيع الطفل النظر في عين المتحدث إليه لفترات أطول.
- أن يستطيع الطفل أن يستجيب عند مناداته باسمه، وتنفيذ الأوامر البسيطة والمعقدة.
- أن يستطيع الطفل نطق الحروف وإلقاء التحية، واستعمال الكلمات للتعبير عن احتياجاته.
- أن يستطيع الطفل التعرف عن تعابير الوجه المناسبة لكل حالة(الحزن، الفرح، الضحك، البكاء...)
- أن يستطيع الطفل المبادرة بالحديث مع الآخرين، والمشاركة في اللعب مع الأقران.

لقد تم الإطلاع على التراث النظري ومختلف الأدبيات التي تناولت موضوع التواصل واضطرابات التواصل بصفة عامة، ولدى أطفال التوحد بصفة خاصة، من حيث أسبابها وتشخيصها، وأنواع القصور فيها، وطرق علاجها.

- الإطلاع على مجموعة من الدراسات السابقة الأجنبية والعربية والمحلية التي تطرقت إلى البرامج العلاجية لتحسين مهارات التواصل لدى أطفال التوحد مثل: دراسة "بوندي وفروست"(Body &Frost, 1995) التي هدفت إلى تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى

عينة من الأطفال التوحديين، وكذا الدراسة التي أجراها "بيفينجتون" (1998) حول مهارات التواصل لدى التوحديين، وتهدف إلى تنمية مهارات التواصل غير اللفظية باستخدام مجموعة من الإيماءات والإشارات المناسبة للمهارة المستهدفة، ونذكر كذلك دراسة "جيهان سليمان"(2004) هدفها محاولة التحقق من فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين.

- الاطلاع على البرامج التعليمية والتدريبية التي استخدمت مع أطفال التوحد، والتي تم الاستفادة منها عل النحو التالي:

الجدول رقم (16): البرامج التعليمية والتدريبية التي تم الاعتماد عليها في بناء البرنامج.

البرنامج المرجعي	أهم المبادئ	طريقة الاستفادة توظيفه في بناء البرنامج العلاجي
برنامج علاج و تعليم الأطفال المصابين بالتوحد و إعاقات التواصل المشابهة: Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicaped Children (TEACCH)	- البيئة المنظمة: هيكل ثابت وجداول زمنية. التصميم الفردي:تكييف الأنشطة حسب قدرات كل طفل. - التوجيه البصري: استخدام الإشارات البصرية لتوضيح التوقعات	تخصيص الأنشطة: تم الاستفادة من مبدأ التخصيص الفردي عبر تكييف الأنشطة وفقا لمستوى التواصل لكل طفل. - التنظيم المكاني: تم تصميم بيئة تعلم مهيكلة تساعد على تقليل التشويش و تعزيز التواصل. - استخدام جداول زمنية ثابتة: تم توظيف الجداول الزمنية لتوضيح مواعيد الأنشطة، مما يعزز من التوقعات ويساعد الطفل على التكيف سهولة.
برنامج لوفاس أو التحليل السلوكي التطبيقي Applied Behavioral Analysis (ABA)	- التعزيز: تعزيز السلوكيات الجيدة وتقليل السلوكيات غير المرغوب فيها من خلال	- التكرار المنظم: تم الاستفادة من مبدأ التكرار عبر تدريب الأطفال بشكل منتظم على مهارات التواصل

	المكافآت. التكرار: تكرار الأنشطة لتثبيت السلوكيات الجديدة. – التغذية الراجعة الفورية: استخدام المكافآت فورا لتعزيز السلوكيات.	باستخدام تقنية البروفة للازاروس. – التعزيز الفوري: تم توظيف المكافآت عل السلوكيات الصحيحة التي يتبعها الأطفال أثناء تمارين التواصل في البيئة التدريبية.
برنامج تبادل التواصل عن طريق الصور(PECS)	– التواصل البصري: استخدام الصور كوسيلة لتسهيل التواصل. التعلم خطوة بخطوة: تعليم الطفل كيفية استخدام الصور للتعبير عن رغباته واحتياجاته. التعزيز: تعزيز استخدام الصور من خلال المكافآت.	استخدام الصور والرموز: تم توظيف البروفة للازاروس لدمج صور ورموز تمثل الأشياء والأنشطة التي يود الأطفال التواصل بشأنها. – التعلم التدريجي: استفاد البرنامج من مبدأ التعلم خطوة بخطوة عبر تعليم الطفل كيفية استخدام الصور بشكل تدريجي و متسلسل. – التحفيز والمكافأة: تم استخدام المكافآت لتحفيز الطفل على استخدام الصور بشكل مستمر.

التعليق عن الجدول: إن الجدول المقدم يوضح كيفية الاستفادة من البرامج العلاجية الرائدة في مجال تعليم وعلاج أطفال التوحد، ويعكس التوظيف الفعال للمبادئ الأساسية لكل من برنامج تيتش (TEACCH)، وبرنامج التحليل السلوكي التطبيقي (ABA)، وبرنامج تبادل التواصل عن طريق الصور(PECS)، في بناء برنامج علاجي مبتكر يعتمد على تقنية البروفة للازاروس (Rehearsal Technique)، تمثل هذه البرامج الثلاثة معايير أساسية وأساليب متبعة في مجال علاج التوحد، حيث تساهم كل واحدة منها في تعزيز مهارات التواصل لدى الأطفال بطرق مدروسة ومنهجية.

2.4.4.4.الفنيات والأساليب التي تم الاعتماد عليها: إن البرنامج العلاجي اعتمد أساسا على تقنية البروفة للازاروس (Rehearsal Technique) بالاضافة إلى تقنيات أخرى وهي كالتالي:

-تقنية البروفة للازاروس (Rehearsal Technique) :هي تقنية سلوكية للازاروس تعتمد على تمثيل المواقف الحياتية بشكل مبسط وتكرارها مع الطفل. (Lazarus,2002)

-تقنية التلقين (Prompting) : أي أنه مجموعة المساعدات والتلميحات سواءا: لفظية (قول العبارة المطلوبة)، جسدية (إمساك اليد لتوجيه الحركة) أو إيمائية (استخدام إشارات أو صور) المستخدمة في الأنشطة والتدريبات والممارسات الهادفة إلى تنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد. (Tezcan Kardas & Sadik, 2018)

- التعزيز الإيجابي(Positive Reinforcement) :هو الحدث الذي يتبع الاستجابة من خلال تقديم مكافأة مشجعة بعد قيام الطفل بسلوك مرغوب فيه، بهدف زيادة احتمال تكرار هذا السلوك في المستقبل.(النشواتي،2003)

- النمذجة (Modeling): هي عملية تعلم السلوك من خلال مراقبة وتقليد تصرفات الآخرين، يتم استخدامها لإكساب الطفل مهارات تواصل جديدة أو سلوكيات اجتماعية عبر ملاحظة شخص آخر (قدوة أو نموذج) يقوم بها. (ليهي،2006)

- اللعب (Play Therapy): يعد اللعب نشاطا تفاعليا يسهم في تنمية قدرات الطفل الإدراكية والحسية من خلال استكشافه للأصوات والألوان والأشكال والأحجام، ويعزز قدراته على التخيل والملاحظة والتعبير الوجداني والاجتماعي باستخدام أدوات وخامات متنوعة.

3.4.4.3. محتوى البرنامج: تم تصميم برنامج علاجي يعتمد على تقنية البروفة للازاروس (Rehearsal Technique) لعلاج مشكل التواصل لدى أطفال التوحد، يتكون البرنامج من 17 جلسة، وكل جلسة تشمل مجموعة من الأهداف والإجراءات والفنيات وهي كالتالي:

الجدول رقم (17): يمثل جلسات البرنامج العلاجي في صورته الأولية

رقم	موضوع الجلسة	الهدف	المدة	التقنية المعتمدة	الأدوات و الوسائل
01	جلسة تمهيدية	التعرف على الحالات وجمع المعلومات+ عقد التحالف العلاجي	60 د	المقابلة	إستمارة المعلومات الملاحظة
02		بناء الثقة و تكوين علاقة إيجابية مع الحالة	40 د	اللعب الحر الملاحظة الأسئلة المفتوحة	ألعاب بسيطة دمى
03	القياس القبلي	تقييم التواصل قبل تطبيق البرنامج	60 د	المقابلة الملاحظة	مقياس مهارات التواصل
04 **05**	التدريب على مهارات التواصل البصري	تحقيق التواصل البصري من خلال إتصال العين بالعين	40د	البروفة التعزيز اللعب	كرة – مرآة لعبة الإختباء تحت البطانية
06	التركيز على مهارات التواصل المتمثلة في اللغة الإستقبالية	تحقيق التواصل من خلال اللغة الإستقبالية أي الإستجابة للأوامر التي تطلب من الطفل	40 د	البروفة التقليد التعزيز	كرة – يطلب منه تنفيذ مجموعة من الحركات والأوامر
07		تدريب الطفل على الإستماع الفعال	40 د	البروفة لعب الأدوار التعزيز	كتب لقصص مصورة دمى
08		تدريب الطفل على تقليد أصوات الحروف والحيوانات	40 د	البروفة التقليد التعزيز	مسجل صوتي (أصوات الحروف والحيوانات) دمى الحيوانات الصغيرة
09	التركيز على مهارات التواصل	تدريب الطفل على التحية وإستخدام	45 د	البروفة التقليد	بطاقات صور تظهر شخصيات تحيي

	اللفظي	الكلمات البسيطة (مثل: مرحبا، مع السلامة)		التعزيز الإيجابي	بعضها. ألعاب دمى لتمثيل الموقف. كلمات تشجيعية ومكافآت (مثل ملصقات أو نجوم)
10	التركيز على مهارات التواصل غير اللفظي	تسمية الأشياء ويطلب منه إعادة تسميتها مع الإشارة إليها		البروفة التقليد التعزيز	صور لأشياء مختلفة (خضر، فواكه، أماكن) ألعاب
11		عرض بعض الصور ويطلب من الطفل تسميتها وتقليد الوضعيات التي بالصورة	50 د	البروفة الحث التقليد التعزيز	مجموعة صور تعبر عن وضعيات مختلفة
12	التركيز على مهارات التواصل الإجتماعي التركيز على مهارات التواصل الإجتماعي	تعليم الطفل كيفية طلب المساعدة عند الحاجة (مثل: أحتاج مساعدة)	45 د	البروفة *تمثيل موقف: شخص يطلب مساعدة في إحضار شيء ما *تكرار الموقف مع دعم تدريجي للطفل حتى يتقنه	أدوات مملوسة (ألعاب، صناديق مغلفة تحتاج لفتح) *فيديو قصير يوضح موقف طلب المساعدة. *بطاقات تحتوي على صور لعبارات بسيطة مثل: "ساعدني"
13		تدريب الطفل على تبادل الحديث أو اللعب مع الآخرين	50 د	البروفة: مواقف لعب تفاعلية مع الآخرين.	ألعاب جماعية بسيطة (مثل الكرات، بناء المكعبات)

				*تعزيز التوجه البصري والنظر إلى الشخص الآخر أثناء الحديث	*مشاركة مع زميل أو فرد من الأسرة *مكافآت (إعطاء وقت إضافي للعب المفضل)
14	التركيز على مهارات التواصل الإجتماعي	تدريب الطفل عل إستخدام عبارات بسيطة للتعبير عن إحتياجاته مثل: أريد ماء	45 د	*تقديم نموذج للسلوك المطلوب. *إستخدام تقنية التلقين و التدرج في تقليل الدعم	*بطاقات تحتوي على صور للطعام، الشراب، الألعاب، تطبيق تواصل (إن أمكن) *جلسة تفاعلية تتضمن تقديم خيارات محدود للطفل.
15	التركيز على مهارات التواصل الإجتماعي	تعليم الطفل كيفية التفاعل مع الغرباء في مواقف بسيطة (مثل: الرد على سؤال شخص غريب)	50 د	البروفة، تمثيل مواقف واقعية بمشاركة أحد أعضاء الفريق العلاجي) التعزيز الإيجابي	تمثيل الأدوار مع إستخدام الدمى. بطاقات تحتوي على أسئلة شائعة وردود مناسبة.
16	مراجعة وتطبيق المهارات المكتسبة	مراجعة المهارات المكتسبة سابقا وتطبيقها في مواقف متنوعة	60 د	البروفة على سيناريوهات تتضمن دمج المهارات(تحية، طلب المساعدة، تعبير عن الإحتياجات).	ألعاب تتطلب مشاركة وتعاونا. مشاركة أفراد الأسرة لتطبيق المهارات خارج الجلسات. مكافآت متنوعة للحفاظ على الدافع.

				تعميم المهارات في مواقف قريبة من الواقع	
17	القياس البعدي	تقييم التواصل عند الطفل بعد خضوعه للبرنامج العلاجي للتأكد من نجاعته	60 د	المقابلة	مقياس مهارات التواصل لدى أطفال التوحد (إعداد الباحثة)

4.4.4.4. الخصائص السيكومترية: للتأكد من الخصائص السيكومترية للبرنامج العلاجي، تم الاعتماد على:

أ. صدق المحتوى(Content Validity): يقصد به مدى تمثيل جلسات البرنامج وأهدافها لمهارات التواصل المستهدفة، لهذا الغرض تم عرض البرنامج العلاجي على مجموعة محكمين نفسانيين ممارسين للتأكد من شمولية الأهداف والإجراءات والأنشطة، وانطلاقا من التقديرات التي تم تقديمها، قمنا باجراء التعديلات حسب الملاحظات المدونة.

ب. صدق الفاعلية/التجريبي (Effectiveness Validity): أي مدى تحقيق البرنامج للأهداف العلاجية فعليا، وذلك من خلال نتائج القياس القبلي البعدي واختبار دلالة الفروق إحصائيا. (Perepletchikova, 2011).

لاختبار صدق البرنامج تم تطبيقه على حالتين من أطفال التوحد، أحدهم متواجد بمصلحة العلاج النفسي للأطفال بالمؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية بسيدي بلعباس، أما الحالة الثانية فهو ينتمي لجمعية اليسر المتواجدة بولاية سيدي بلعباس.

تم تنفيذ البرنامج العلاجي في 17 جلسة علاجية، بمعدل جلستين أسبوعيا لكل حالة، والتي تمحورت حول مراحل تدريجية تبدأ من التعارف وتنتهي بالتقييم البعدي، هدفها هو علاج مشكل التواصل لدى أطفال التوحد بالاعتماد على تقنية البروفة للازاروس.

فكانت نتائج القياس القبلي والبعدي للحالتين كالتالي:

الجدول رقم (18): نتائج القياس القبلي والبعدي للحالتين

أبعاد المقياس	الحالة "محمد" توحد خفيف			الحالة: "علاء" توحد متوسط		
	القياس القبلي	**القياس البعدي**	**نسبة التحسن**	**القياس القبلي**	**القياس البعدي**	**نسبة التحسن**
التواصل البصري	20	33	+65%	14	28	+100%
اللغة الإستقبالية	18	31	+72%	12	24	+100%
التواصل اللفظي	16	30	+87%	10	21	+110%
التواصل غير اللفظي	17	32	+88%	11	22	+100%
التواصل الإجتماعي	17	33	+94%	12	24	+100%
الدرجة الكلية (من 180)	88	159	+81%	59	119	+101%

التعليق على الجدول: عند إجراء القياس القبلي للحالة "محمد" تراوحت درجاته بين ضعيف ومتوسط، وبعد إخضاعه للبرنامج العلاجي وصل إلى مستوى جيد (القياس البعدي) بحيث بلغت نسبة التحسن التي أحرزها (+81%)، كما سجل أعلى نسبة تحسن في مهارات التواصل الاجتماعي واللفظي، وذلك راجع إلى أن الطفل كان يمتلك أساسا لغويا جيدا مكنه من الاستفادة السريعة من تقنية البروفة للازاروس.

أما عند إجراء القياس القبلي للحالة "علاء" كانت درجاته على المقياس ضعيف جدا، وبعد إخضاعه للبرنامج العلاجي تحسنت درجاته إلى مستوى متوسط مرتفع (القياس البعدي) بحيث بلغت نسبة التحسن التي أحرزها (+101%)، كما سجل أعلى نسبة تحسن في مهارات التواصل اللفظي والبصري، وذلك نتيجة للتركيز على النمذجة والدعم البصري، وبالرغم من أن أنه لوحظ عليه استجابته البطيئة إلا أنها مستقرة ومتنامية تدريجيا، واستطاع أن يتجاوب مع تقنية البروفة للازاروس.

النتيجة الإجمالية للمقارنة

الجدول رقم (19): المقارنة بين نتائج الحالتين

المؤشر	الحالة "محمد"	الحالة "علاء"
متوسط التحسن الكلي	+81%	+101%
أعلى بعد تحسنا	التواصل الإجتماعي	التواصل اللفظي
مستوى الأداء النهائي	مرتفع جدا	متوسط مرتفع
قابلية التعميم	عالية (بادر تلقائيا)	متوسطة (بحاجة إلى دعم بصري مستمر)

تفسير النتائج: أظهرت النتائج الكمية أن البرنامج العلاجي القائم على تقنية البروفة للازاروس كان فعالا في تحسين مهارات التواصل لدى الحالتين، بنسب تحسن تراوحت بين 65%و 110% عبر الأبعاد المختلفة.

رغم اختلاف شدة اضطراب التوحد بين الحالتين، إلا أن كليهما استفاد من تقنية البروفة للازاروس مما يؤكد أنها تمثل أداة فعالة وقابلة للتطبيق على مختلف درجات اضطراب التوحد، مع الأخذ بعين الإعتبار تعديل بيئة التدريب وفق خصوصية كل حالة.

انطلاقا من نتائج القياس البعدي التي أظهرت تحسن الحالتين في مهارات التواصل من خلال تطبيق تقنية البروفة للازاروس، فيمكن القول أن البرنامج يتمتع بدرجة عالية من الصدق ما تجعله قابلا للتطبيق ميدانيا.

5.4.4.4. ثبات البرنامج العلاجي: إن الصدق يرتبط بالثبات بمعنى أن الاختبار الذي يتمتع بصدق عال فهو بالتالي يتمتع بثبات عال أيضا (النمر، 2013)، وبما أن البرنامج يتمتع بدرجة من الصدق فيمكن القول بأنه يتمتع كذلك بدرجة من الثبات مع مراعاة الفروق الفردية.

5.4. نتائج الدراسةالإستطلاعية:

يمكن حصر نتائج الدراسة الإستطلاعية التي تم القيام بها في:

– التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الأساسية (شبكة الملاحظة، مقياس مهارات التواصل لدى أطفال التوحد، برنامج علاجي قائم على تقنية البروفة للازاروس).

– تحديد حجم عينة الدراسة الأساسية.

– الحدود الزمانية التي ستطبق فيها الدراسة الأساسية :حدد وقت الجلسات طوال أيام الأسبوع من الأحد إلى الأربعاء ابتداءا من الساعة التاسعة صباحا.

– الحدود المكانية التي ستطبق فيها الدراسة الأساسية: والتي ستكون على مستوى 'جمعية اليسر' بولاية سيدي بلعباس وذلك لتردد الحالات على الجمعية بشكل منتظم

– إجراء تعديلات في البرنامج العلاجي على مستوى الدعم والإيقاع العلاجي، وحتى في شكل التعزيز نظرا للفروق الفردية في شدة التوحد.

– التحكم في المحفزات البيئية لتجنب تأثيرها على سير الجلسات.

– احترام ايقاع كل طفل في التعلم من حيث زمن المهمة وعدد تكرارها عند تطبيق البرنامج.

– جعل الجلسات أكثر فردانية (Individualized) أي أن كل جلسة تحقق نفس الهدف العام لكن بطريقة تختلف في الوسائل، سرعة التقدم وعدد التكرارات.

–حدد وقت الجلسات بجلستين في الأسبوع (من الأحد إلى الأربعاء) ابتداءا من الساعة التاسعة صباحا.

5. الدراسة الأساسية:

بعد الانتهاء من إجراء الدراسة الاستطلاعية التي تم فيها بناء الأدوات وضبط خصائصها السيكومترية من حيث الصدق والثبات، سننتقل إلى تنفيذ الدراسة الأساسية التي تمثل الجانب التطبيقي من هذا البحث، والتي تهدف إلى التحقق من فاعلية البرنامج العلاجي القائم على تقنية البروفة للازاروس في تحسين مهارات التواصل لدى أطفال التوحد، واختبار صحة الفرضيات التي انبثقت عن الإطارين النظري والميداني، وذلك من خلال تطبيق أدوات البحث على عينة الدراسة الأساسية وفق خطة زمنية وإجرائية محددة.

يشمل هذا الجانب وصفا دقيقا لإجراءات الدراسة بدءا من تحديد مجتمع الدراسة وعينتها وكذا منهج الدراسة، مرورا لأدوات البحث وطريقة تطبيقها، ثم البرنامج العلاجي.

1.5. الحدود المكانية والزمانية للدراسة الأساسية:

1.1.5.الحدود المكانية: أجريت الدراسة الأساسية على مستوى جمعية اليسر للتكفل بأطفال التوحد المتواجدة بولاية سيدي بلعباس.

2.1.5. الحدود الزمانية: تراوحت فترة إجراء الدراسة الأساسية من 19 جانفي 2025 إلى غاية 24 أفريل 2025.

2.5. مجتمع الدراسة الأساسية.

مجتمع البحث هو جميع الأفراد أو الحالات أو الظواهر التي تنطبق عليها خصائص أو معايير ذات علاقة بموضوع البحث يحددها الباحث، والتي يسعى من خلالها إلى دراسة سلوك أو خاصية معينة، ويشتق منه عادة العينة التي سيتم إجراء الدراسة عليها. (Jhangiani, 2013, p256)

يتمثل مجتمع الدراسة الأساسية في جميع الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد خفيف ومتوسط الشدة، والذين تتوفر فيهم الشروط المرتبطة بمشكل التواصل، والمتواجدين على مستوى 'جمعية اليسر' بولاية سيدي بلعباس، الذين يمكن أن يطبق عليهم البرنامج العلاجي المقترح.

3.5. عينة الدراسة الأساسية.

تكونت عينة الدراسة الأساسية من ثماني (08) حالات تتوفر فيهم الشروط الملائمة لطبيعة الدراسة وأهدافها، تم اختيارهم بطريقة اللاعشوائية المقصودة (Échantillonnage non probabiliste ciblé)، حيث قمنا بتحديدها بناءا على المعلومات التي تم جمعها من المختصين النفسانيين المشرفين على حالات أطفال التوحد والدراسة الإستطلاعية التي قامنا بها، تراوحت أعمارهم مابين 7 و 12 سنة، وجميعهم مشخصون باضطراب التوحد بدرجتيه الخفيفة، والمتوسطة ، ويتواجدون على مستوى جمعية اليسر للتكفل بأطفال التوحد بولاية سيدي بلعباس .

الجدول رقم (20): يمثل الحالات الثمانية للدراسة الأساسية

الحالات	الجنس	العمر	شدة الاضطراب
الحالة الأولى	"م.ي" ذكر	7 سنوات	خفيف
الحالة الثانية	"م.ج.م" ذكر	8 سنوات	متوسط
الحالة الثالثة	"ح.ن" أنثى	8 سنوات	خفيف
الحالة الرابعة	"ب.خ" ذكر	9 سنوات	متوسط
الحالة الخامسة	"د.م.م" ذكر	10 سنوات	خفيف
الحالة السادسة	"م.أ" أنثى	10 سنوات	متوسط
الحالة السابعة	"ز.ي" أنثى	11 سنوات	خفيف
الحالة الثامنة	"ج.ي" ذكر	12 سنوات	متوسط

التعليق على الجدول: يوضح الجدول رقم (39) حالات الدراسة الأساسية، حيث تمثلت في ثمانية حالات منها:3 إناث و 5 ذكور، بحيث 4 حالات شخصوا على أنهم ذوي اضطراب توحد خفيف الشدة منهم 2 ذكور و 2 إناث، و 4 حالات تم تشخيصهم على أنهم ذوو اضطراب توحد متوسط الشدة منهم أنثى وثلاثة ذكور.

وما يميز حالات الدراسة الأساسية أنهم :

- جميع الحالات متواجدة على مستوى جمعية اليسر للتكفل بأطفال التوحد بسيدي بلعباس .
- يعانون من مشاكل في التواصل بدرجات و جوانب مختلفة.
- جميع الحالات لا تعاني من أي اضطراب نفسي أو سلوكي آخر.
- تتراوح أعمارهم ما بين 7 و 12سنوات .
- يعيشون في الوسط الحضري وشبه الحضري .

– مشخصين على أنهم يعانون من اضطراب التوحد الذي تتراوح شدته بين الخفيف والمتوسط .

– المستوى الإجتماعي–الإقتصادي متوسط .

4.4. أدوات الدراسة الأساسية:

انطلاقا من نتائج الدراسة الاستطلاعية فقد تمثلت أدوات الدراسة الأساسية في:

1.4.4.المقابلات العلاجية: تم الاعتماد عليها في تطبيق البرنامج العلاجي، الذي يتكون من 18 جلسة قائمة على تقنية البروفة للازاروس.

2.4.4.الملاحظة المباشرة: تعتبر أداة مهمة من أدوات جمع البيانات، ورصد السلوكات التي يظهرها الأطفال خلال المقابلات العلاجية، والتي اعتمدنا عليها طيلة فترة تطبيق البرنامج العلاجيمن خلالتم إعداد 'شبكة الملاحظة' لقياس مهارات التواصل لدى أطفال التوحد، التي اعتمدت على القياس السلوكي للأداء (Performance-Based Assessment)، أي أنها تقيم درجة تحقق المهارات التواصلية كما تظهر فعليا أثناء الملاحظة الطبيعية أو الموجهة، وهدفها الأساسي هو تحديد مستوى الاستقلالية التواصلية لدى الطفل المصاب باضطراب التوحد.

– تضم شبكة الملاحظة في صورتها النهائية 20 بند موزعة على 05 أبعاد أساسية وهي كالتالي:

الجدول رقم(21): يمثل أبعاد شبكة الملاحظة والهدف منها

الرقم	البعد	البنود	الهدف
01	التواصل البصري	1-2-3-4	يقيس الانتباه المشترك (Joint Attention)
02	اللغة الاستقبالية	5-6-7-8	يقيس قدرة الطفل على فهم اللغة والتفاعل معها، لا إنتاجها.
03	التواصل اللفظي	9-10-11-12	يركز على التعبير اللفظي ومهارة استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي
04	التواصل غير اللفظي	13-14-15-16	يقيس التكامل بين الكلام والتعبير الجسدي.
05	التواصل الاجتماعي	17-18-19-20	يقيس مدى قدرة الطفل على الاندماج الاجتماعي والتفاعل ضمن السياقات اليومية.

التعليق على الجدول: من خلال الجدول نلاحظ أن لكل بعد 04 بنود، كما أن كل بعد يقيس جانب معين والذي يعبر عن مهارات التواصل عند طفل التوحد.

أ. **استعمال الشبكة:** يفضل أن تستعمل(تطبق) الشبكة من طرف مختص نفسي أو أخصائي أرطوفوني، كما يمكن للأم أو المربية أو الأخصائي النفساني المتابع للحالة أن يساهم في الإجابة على بنود الشبكة عند الحاجة.

ب.**مفتاح التصحيح:** لكل بند أو مهارة، يعطى تقدير كمي وفق سلم رباعي يعبر عن مستوى الاستقلالية في انجاز السلوك:

الجدول رقم(22): يمثل مفتاح تصحيح شبكة الملاحظة

البدائل	التعريف العلمي	التقدير الكمي
تمت بشكل مستقل	الطفل أنجز السلوك دون أي توجيه أو دعم	3
تمت بدعم جزئي	الطفل أظهر السلوك بعد توجيه لفظي أو إشارة خفيفة	2
تمت بمساعدة كاملة	الطفل احتاج مساعدة مباشرة أو تكرار مكثف ليؤدي السلوك	1
لم تنفذ	الطفل لم يظهر السلوك رغم التوجيه	0

التعليق على الجدول: انطلاقا من الجدول نلاحظ أن التقدير الكمي لبنود شبكة الملاحظة قد تراوح بين 0-3 درجات، بما أن الشبكة تحتوي على 20 بندا، فالمجموع الأقصى للتقدير الكمي للشبكة هو 60 نقطة.

ج. طريقة الحساب: يمكن حساب درجة كل بعد، والدرجة الإجمالية بالطريقة التالية:

$$\textbf{درجة البعد} = \frac{\text{مجموع نقاط بنوده}}{\text{عدد البنود}\mathbf{3X}} X\,100$$

تعطي هذه الصيغة نسبة مئوية تمثل درجة الإتقان في كل بعد من أبعاد شبكة الملاحظة، التي قد يتحصل عليها الطفل بعد تطبيقها عليه.

$$\text{الدرجة الكلية للتواصل} = \frac{\text{مجموع جميع النقاط}}{\text{الحد الأقصى الكلي}} X\,100$$

تعطي هذه الصيغة نسبة مئوية تمثل الدرجة الكلية التي يتحصل عليها الطفل على شبكة الملاحظة ككل.

د. تفسير الدرجات: تفسر الدرجات التي تم تحويلها إلى نسب مئوية وفق الجدول التالي:

الجدول رقم (23): تفسير درجات شبكة الملاحظة

النسبة المئوية	مستوى الأداء	التفسير العلمي	الملاحظات
%80 – %100	تواصل متطور	يظهر الطفل كفاءة تواصلية شبة طبيعية يحتاج إلى التدريب والتعزيز.	يوصى بالتفاعل الاجتماعي الموجه ودعم التعميم.
%60 – %79	تواصل متوسط	بعض المهارات ما تزال مدعومة جزئيا، الطفل قادر على التفاعل مع محفزات محددة	يوصى بخطة دعم لفظي وغير لفظي متكاملة.
%40 – %59	تواصل محدود	ضعف في الاستقلالية التواصلية، الاعتماد على المساعدة اللفظية والجسدية	يحتاج إلى تدخل سلوكي منظم
أقل من 40%	تواصل ضعيف جدا	غياب شبه تام للسلوك التواصلي المنظم	يوصى بتدخل مكثف متعدد الوسائط (حسي، لغوي، سلوكي)

التعليق على الجدول: يمثل الجدول كيف يتم تفسير الدرجات المحولة إلى نسب مئوية التي يتحصل عليها الطفل على شبكة الملاحظة، وفق سلم معياري من أربع مستويات (متطور– متوسط– محدود– ضعيف جدا).

3.4.4. مقياس تقدير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد: يهدف المقياس إلى تقدير مستوى مهارات التواصل لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد، الذين تتراوح أعمارهم بين 4 – 12 سنة ممن لديهم توحد خفيف إلى متوسط الشدة ، عبر خمسة أبعاد رئيسية:

1. مهارات التواصل البصري.

2. مهارات اللغة الإستقبالية.

3. مهارات التواصل اللفظي.

4. مهارات التواصل غير اللفظي.

5. مهارات التواصل الإجتماعي.

أ. ملخص الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم حساب الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد وتوصلنا إلى النتائج التالية:

الجدول رقم (24): الملخص العام للخصائص السيكومترية للمقياس.

الخصائص السيكومترية	النوع	القيمة	التفسير
الصدق (صدق المحتوى)	صدق المحكمين	%90	مرتفع جدا
	الاتساق الداخلي	0.78	ارتباط قوي جدا
	الصدق العام للمقياس	0.84	مرتفع جدا
الثبات	الاتساق الداخلي	0.94	مرتفع جدا
	إعادة التطبيق	0.90	مرتفع جدا
	الثبات العام للمقياس	0.92	ممتاز

التعليق على الجدول: أظهرت نتائج التحقق من الخصائص السيكومترية أن مقياس تقدير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد يتمتع بدرجة مرتفعة من الصدق، ودرجة ممتازة من الثبات، مما يجعله أداة صحيحة وموثوقة لقياس مهارات التواصل لدى أطفال ذوي اضطراب التوحد بمستوياته المختلفة (الخفيف والمتوسط).

ب. تطبيق المقياس: يفضل أن يطبق المقياس من طرف مختص نفسي أو أخصائي أرطوفوني، كما يمكن للأم أو المربية أو الأخصائي النفساني المتابع للحالة أن يساهم في الإجابة على بنود المقياس عند الحاجة.

ج. سلم التقدير: يتم تقدير إجابات الفاحص على مقياس رباعي من نوع ليكرت (Likert Scale) كما يلي:

- لا يحدث: درجة 1.
- يحدث أحيانا: درجة 2.
- يحدث غالبا: درجة 3.
- يحدث باستمرار: درجة 4.

د. طريقة التصحيح: بعد الإجابة على كل فقرات المقياس، يتم تحويلها إلى درجات رقمية بناء على السلم التقدير السابق، وتحسب درجات كل بعد على حدا بجمع درجات فقراته التسعة (9 فقرات x 4 درجات كحد أقصى = 36 درجة لكل بعد).

أما الدرجة الكلية للمقياس فتحسب بجمع درجات الأبعاد الخمسة بحيث:

- الحد الادنى = 45 درجة (في حال كل الإجابات "لايحدث").
- الحد الأقصى = 180 درجة (في حال كل الإجابات "يحدث باستمرار").

هـ. تفسير الدرجات: يتم تفسير النتائج لكل بعد أو للمجموع الكلي وفق التصنيف التالي:

الجدول رقم (25): تفسير الدرجات على كل بعد من أبعاد المقياس.

مجموع الدرجات على البعد	مستوى الأداء	التفسير النوعي
9 – 15	ضعيف جدا	قصور واضح في هذا الجانب من التواصل
16 – 22	ضعيف	المهارة موجودة بشكل محدود أو متقطع
23 – 29	متوسط	المهارة قيد التطور وتحتج دعما تدريبيا
30 – 36	مرتفع	المهارة مكتسبة وتظهر بانتظام في المواقف

التعليق على الجدول: يبين الجدول كيف يتم تفسير الدرجة التي يتحصل عليها الطفل على كل بعد من أبعاد المقياس.

هـ. تفسير الدرجة الكلية للمقياس: يتم تفسير الدرجة الكلية التي يتحصل عليها كالتالي:

الجدول رقم (26): تفسير الدرجة الكلية لمقياس مهارات التواصل لدى أطفال التوحد.

الدرجة الكلية	مستوى الأداء	التفسير النوعي
45 – 90	مستوى ضعيف جدا	اضطراب حاد في التواصل
91 – 126	مستوى متوسط	مهارات التواصل قيد التكوين
127 – 162	مستوى جيد	تطور واضح في مهارات التواصل
163 – 180	مستوى مرتفع	مهارات التواصل متقدمة ومستقرة

التعليق على الجدول: يبين الجدول كيف يتم تفسير الدرجة الكلية للمقياس التي يتحصل عليها الطفل، بحيث أدنى درجة قد يتحصل عليها الطفل هي 45، في حين أن أعلى درجة يمكن أن يتحصل عليها الطفل على هذا المقياس هي 180 درجة.

4.4.4.البرنامج العلاجي القائم على تقنية البروفة للازاروس: بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية والتعرف على أهم الملاحظات المتعلقة بملاءمة البرنامج للفئة المستهدفة، تم إجراء تعديلات جوهرية على محتوى البرنامج القائم على تقنية البروفة للازاروس، بهدف تحسين تسلسل الجلسات وضمان توافقها مع القدرات التواصلية لأطفال التوحد بمستوييه الخفيف والمتوسط.

تمحورت التعديلات حول تبسيط بعض الأنشطة، وتكييف لغة التعليمات بما يتناسب مع مستوى الفهم اللغوي للأطفال، إلى جانب زيادة فترات التعزيز الإيجابي وتنويع الوسائل البصرية والحسية لتحفيز الانتباه والمشاركة.

كما أضيفت جلسة أولية للتقييم الموجه لتحديد الاستجابات اللفظية وغير اللفظية، وجلسة ختامية لتعميم المهارات المكتسبة في مواقف الحياة اليومية بمشاركة الأسرة، بحيث أصبح يتكون البرنامج في صورته النهائية من 18 جلسة علاجية (انظر الملاحق).

الخلاصة:

تضمن هذا الفصل عرضا تفصيليا للإجراءات المنهجية التي اتبعت في تنفيذ الدراسة الحالية، بدءا من الدراسة الاستطلاعية التي أجريت بهدف اختبار صلاحية أدوات البحث المتمثلة في شبكة الملاحظة، ومقياس تقدير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد، والبرنامج العلاجي القائم على تقنية البروفة للازاروس في علاج مشكل التواصل لدى أطفال التوحد، من حيث التأكد من الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات)، وصولا إلى إعداد البرنامج العلاجي في صورته النهائية بعد التعديل.

بهذا يكون هذا الفصل قد مهد للانتقال إلى عرض نتائج الدراسة الأساسية ومناقشتها، والتي سيتم من خلالها اختبار فروض البحث والكشف عن مدى تحقيق البرنامج لأهدافه العلاجية.

الفصل السادس :

عرض الحالات ومناقشة وتفسير النتائج في ضوء فرضياتالدراسة

تمهيد

1. تقديم حالات الدراسة.
2. عرض سير الجلسات العلاجية.
3. عرض نتائج الدراسة.
4. مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضيات.

الخلاصة

تمهيد:

يعد هذا الفصل جوهر الدراسة الميدانية، إذ يمثل المرحلة التي يتم فيها الانتقال من الوصف الإجرائي للبحث إلى تحليل نتائجه وتفسيرها علميا، بما يتيح التحقق من الفرضيات المطروحة، وأثر البرنامج العلاجي القائم على تقنية 'البروفة للازاروس' (RehearsalTechnique) في تحسين مهارات التواصل لدى أطفال طيف التوحد.

في هذا الفصل تسعى الباحثة إلى عرض النتائج الكمية والكيفية التي تم التوصل إليها بعد تطبيق الأدوات الميدانية وفق تسلسل منطقي، بهدف تحليل التغيرات التي طرأت على أداء الحالات المشاركين في البرنامج قبل وبعد التدخل في ضوء الاطارين النظري والتجريبي، مع التركيز على أبعاد التواصل الخمسة التي استهدفها البرنامج وهي: التواصل البصري، التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، اللغة الاستقبالية، والتواصل الاجتماعي، وبالتالي استخلاص الدلالات التطبيقية للبرنامج العلاجي، وتقييم مدى مساهمته في تحسين مهارات التواصل لدى أطفال التوحد.

1. تقديم حالات الدراسة:

سنتطرق في هذا العنصر إلى تقديم الحالات الثمانية التي شاركت في الدراسة الأساسية وخضعت للبرنامج العلاجي القائم على تقنية البروفة، من خلال عرض معلومات كل حالة، وهي كالتالي:

1.1. تقديم الحالة الأولى:

تقديم الحالة	
"م.ي" يبلغ من العمر 7 سنوات	الجنس: ذكر
الحمل مرغوب	نعم
ظروف الحمل	عادية
ظروف الولادة	ولادة في وقتها
مضاعفات أثناء وبعد الولادة	لا توجد
ترتيبه في الأسرة	الثاني بين ثلاثة إخوة
تشخيصه	توحد خفيف الشدة
سن التشخيص	5 سنوات
اضطرابات وأمراض مصاحبة	لا توجد
تناول الأدوية	لا يتناول أدوية
نمو الطفل	عادي
المكتسبات الأولية	مدرك لجسمه ومحيطه
مهارات الاعتماد على النفس	جيدة
النمو اللغوي	تأخر في المناغات إلى ما بعد السنة الأولى
النطق	نطق الكلمات المفردة في حدود 3 سنوات، تأخر مستمر وواضح في تكوين الجمل

اللغة التعبيرية	لغة فقيرة يستخدم بين 5 و10 كلمات مفردة للتعبير عن حاجاته اليومية
اللغة الاستقبالية	يفهم التعليمات البسيطة جدا المرتبطة بالروتين اليومي
النمو الحركي	تأخر، جلس في عمر 10 أشهر، وحبا في السنة والنصف، والمشي بعد بلوغ عامين تقريبا
المهارات الأكاديمية	ضعيفة
المهارات الاجتماعية	محدودة
المهارات الحركية	متوسطة
المهارات الحسية	حساسية خفيفة للأصوات العالية
مهارة التواصل البصري	يحافظ على التواصل البصري لمدة لا تتجاوز 2-3ثوان، ويحتاج إلى تكرار التوجيه البصري ليستجيب.
مهارات التقليد	موجودة
السوابق المرضية في العائلة (الوراثة)	أحد أقارب الأم كان يعاني من تأخر لغوي وصعوبات في التواصل الاجتماعي، دون تشخيص رسمي بالتوحد.

1.1.1. وصف عام للحالة:

أ.الجانب الخارجي: "م.ي" يمتلك بنية جسدية متوسطة تتناسب مع عمره الزمني، ولا يعاني تشوهات خلقية أو مشاكل صحية ظاهرة، تاريخه الطبي لا يشير إلى وجود أي مضاعفات أثناء الولادة أو بعدها بما في ذلك نقص الأوكسجين.

التعبيرات الوجهية لدى "م.ي" محدودة تظهر ملامح وجهه جامدة في أغلب الأوقات، مع استجابات بصرية غير مستقرة لا تدوم لأكثر من ثوان معدودة.

حركاته الجسدية متناسقة إلى حد ما، رغم وجود تأخر سابق في الوقوف والمشي، إلا أنه أصبح قادرا على التنقل بشكل مستقل، ويلاحظ أنه يظهر بعض الحركات النمطية البسيطة مثل: تحريك يديه أو الدوران حول نفسه في حالات التوتر والقلق.

ب. الجانب السلوكي: يظهر "م.ي" سلوكيات نمطية ترتبط بشكل أساسي باضطراب التوحد الخفيف، حيث يفضل الروتين الثابت ويظهر مقاومة للتغييرات المفاجئة في البيئة أو الأنشطة اليومية، يميل إلى اللعب الفردي بدلا من اللعب الجماعي مع الآخرين، ويظهر اهتماما خاصا بالأشياء المتحركة أو الدوارة، كما أن استجابته للتعليمات تكون مرتبطة بمستوى وضوحها وبساطتها، إذ يستطيع تنفيذ الأوامر البسيطة التي تتضمن حركة واضحة أو إشارة جسدية، لكنه يواجه صعوبة في متابعة التعليمات اللفظية المجردة.

كما يلاحظ أنه في بعض الأحيان يظهر نوبات من النشاط الزائد تليها فترات انسحاب وشرود ذهني، خاصة في المواقف الجديدة أو عند وجود أشخاص غير مألوفين، السلوك العدواني نادر ، عادة ما يكون نتيجة الإحباط أو سوء الفهم.

ج. الجانب الانفعالي: يظهر "م.ي" انفعالات محدودة، حيث يصعب عليه التعبير اللفظي عن مشاعره، ولكن يمكنه إظهار الفرح والحزن بطريقة غير متناسبة مع المواقف في بعض الأحيان.

يتفاعل "م.ي" بشكل إيجابي مع التعزيز اللفظي والابتسامة من الكبار، ويظهر ارتياحا واضحا عندما يتلقى التشجيع والاحتضان، في حالات الغضب أو الإحباط، يتجنب التعبير بالكلام، وقد يظهر علامات انزعاج جسدي مثل: الصراخ الخفيف أو الابتعاد عند الضغط عليه لأداء مهمة لا يرغب فيها.

عموما استقراره الانفعالي محدود إلى حد ما، حيث يحتاج إلى دعم مستمر في تنظيم انفعالاته.

د. الجانب الاجتماعي: الحالة "م.ي" يميل إلى الانعزال الاجتماعي، ويفضل التفاعل مع الكبار المألوفين له أكثر من أقرانه، ولا يبادر بالتواصل أو المشاركة في الأنشطة الجماعية، لكنه يبدأ تدريجيا في التفاعل عندما يتم إشراكه في أنشطة تفاعلية مثل: اللعب أو المحاكاة

الاجتماعية، فهو يظهر استجابة اجتماعية متقطعة في حدود 10-15 ثانية من التفاعل المتبادل.

كما أنه لا يستخدم التحية أو العبارات الاجتماعية بشكل تلقائي، ولكن عندما يتم تحفيزه بشكل مناسب قد يظهر بعض الاستجابة في هذا الجانب، عموما إن تفاعله الاجتماعي محدود جدا، يحتاج إلى دعم المهارات الاجتماعية والقدرة على التفاعل مع أقرانه والآخرين بشكل طبيعي.

هـ. الجانب المعرفي: "م.ي" يظهر مستوى معرفي جيد يتناسب مع عمره الزمني، مع تفاوت في قدراته الذهنية بناء على نوع المهمة المطروحة، ويمتلك إدراكا جسديا جيدا حيث يستطيع تمييز أجزاء جسمه، والألوان والأشكال الأساسية، ومع ذلك يظهر صعوبة في المهام التي تتطلب تركيزا طويلا أو في تعميم المهارات المكتسبة.

عموما اللغة الاستقبالية لديه أفضل من اللغة التعبيرية، حيث يستطيع فهم الأوامر البسيطة، ولكنه يواجه صعوبة في التعبير لفظيا بسبب اللغة الفقيرة والمصاداة الكلامية، كما أن مهارات التقليد موجودة، وهو قادر على تقليد الأصوات والحركات، رغم أن استخدام هذه المهارات في الحياة اليومية لا يزال محدودا.

2.1.1. الملخص التشخيصي للحالة:

الطفل "م.ي" يعاني من اضطراب طيف التوحد من الدرجة الخفيفة، يتسم بـ:

- تأخر لغوي ملحوظ مع وجود مصاداة كلامية.
- تفاعل اجتماعي محدود، ويحتاج إلى دعم مستمر لتحسين مهارات التواصل الاجتماعي.
- مهارات معرفية مقبولة في المهام الحسية والملموسة.

– قابلية واضحة للتطور باستخدام تقنيات العلاج المناسبة.

– استقرار نسبي في الحالة الانفعالية، لكنه يحتاج إلى مزيد من الدعم في التنظيم الانفعالي.

استنادا إلى الملاحظات السريرية التي تم جمعها من خلال المقابلة والملاحظة، فإن الحالة "م.ي" لا يزال بحاجة إلى دعم في جميع الجوانب (اللغوية، الاجتماعية، المعرفية) لتعزيز مهاراته الحياتية والاجتماعية.

2.1. تقديم الحالة الثانية:

تقديم الحالة	
"م.ج.م" يبلغ من العمر 8 سنوات	الجنس: ذكر
الحمل مرغوب	لا
ظروف الحمل	حمل مرهق، وتوتر زائد
ظروف الولادة	ولادة مبكرة (في الأسبوع 36)
مضاعفات أثناء وبعد الولادة	نقص مؤقت في الأكسجين، وصعوبة التنفس في الأيام الأولى
ترتيبه في الأسرة	الأول بين أربعة إخوة
تشخيصه	توحد متوسط الشدة
سن التشخيص	5 سنوات
اضطرابات وأمراض مصاحبة	قلق عام
تناول الأدوية	الأدوية المعالجة للقلق
نمو الطفل	عادي في البداية، لكن تأخر في المهارات الدقيقة
المكتسبات الأولية	مدرك لجسمه ومحيطه، صعوبة التحكم في الحركات الدقيقة
مهارات الاعتماد على النفس	محدودة
النمو اللغوي	لم تظهر المناغاة في الوقت الطبيعي، تواصله الصوتي اقتصر على الصراخ حتى سنتين

النطق	تأخر في النطق، بدأ اصدار مقاطع صوتية غير مفهومة في حدود 4 سنوات.
اللغة التعبيرية	يستخدم الكلمات البسيطة، ويعاني من المصاداة الكلامية
اللغة الاستقبالية	يفهم بعض الأوامر المألوفة جدا، لكنه يفشل في فهم أكثر من كلمة في جملة واحدة، يحتاج إلى التكرار مع إشارة جسدية مصاحبة.
النمو الحركي	تأخر طفيف في المشي والجلوس، ضعف التنسيق الحركي خصوصا الحركات الدقيقة
المهارات الأكاديمية	ضعيفة جدا
المهارات الاجتماعية	ضعيفة جدا
المهارات الحركية	جيدة، لكن يواجه صعوبة في الأنشطة التي تتطلب التنسيق الدقيق
المهارات الحسية	حساسية مفرطة للأصوات العالية
مهارة التواصل البصري	يتجنب النظر المباشر للآخرين في معظم المواقف، ويستطيع تثبيت النظر لفترة لا تتجاوز ثانية فقط عند توجيه النداء له.
مهارات التقليد	موجودة لكن ضعيفة
السوابق المرضية في العائلة (الوراثة)	الأب عانى من تأخر في النطق في صغره، ووجود حالة اضطراب طيف التوحد خفيف لدى ابن العم.

1.2.1. وصف عام للحالة:

أ. الجانب الخارجي: "م.ج.م"يتمتع ببنية جسدية متوسطة، يظهر عليه نمو طبيعي يتناسب مع عمره الزمني، ولادته كانت مبكرة (في الأسبوع 36) ما تتسبب له بنقص مؤقت في الأكسجين أثناء الولادة، وصعوبة في التنفس لأيام قليلة بعدها.

تعبيراته الوجهية محدودة، حيث تظهر ملامحه جامدة في معظم الأوقات، مع استجابات بصرية غير مستقرة لا تدوم لأكثر من ثوان معدودة، حركاته الجسدية متناسقة إلى حد ما، ولكنه يعاني من ضعف في التنسيق الحركي خصوصا الحركات الدقيقة، مما يؤدي إلى صعوبة في التفاعل مع الأنشطة التي تتطلب مهارات حركية دقيقة.

ب. الجانب السلوكي: "م.ج.م" يظهر سلوكيات مرتبطة باضطراب توحد متوسط الشدة، حيث يفضل الروتين الثابت ويميل إلى رفض التغيير المفاجئ في الأنشطة اليومية أو في البيئة المحيطة به، ويفضل اللعب الفردي عل اللعب مع الآخرين، ولا يبادر إلى التفاعل مع الأطفال الآخرين إلا إذا تم تحفيزه، يظل مهتما بالأشياء المتحركة مثل الكرات أو الألعاب التي تصدر أصواتا.

استجابته للتعليمات تكون محدودة، حيث يتبع الأوامر البسيطة التي تحتوي عل إشارة جسدية واضحة، ولكن يواجه صعوبة في الاستجابة للأوامر اللفظية المعقدة أو المجردة.

نوبات النشاط الزائد تظهر أحيانا خاصة في المواقف الجديدة أو في حضور أشخاص غير مألوفين، ويعقب ذلك فترة انسحاب وشرود ذهني.

ج. الجانب الانفعالي: انفعالات "م.ج.م"محدودة نسبيا، ويواجه صعوبة في التعبير عن مشاعره لفظيا، ويظهر أحيانا فرحا وحزنا بشكل غير متناسب مع المواقف، في حين يتفاعل بشكل إيجابي مع التعزيز اللفظي من الكبار، ويظهر ارتياحا عندما يتلقى التشجيع والاحتضان، أما في حالات الغصب والإحباط، يتجنب التعبير بالكلام ويظهر علامات انزعاج جسدي.

د. الجانب الاجتماعي: "م.ج.م"يظهر ميلا للانعزال الاجتماعي، حيث يفضل التفاعل مع الكبار المألوفين له أكثر من اللعب مع أقرانه، لا يبادر بالتواصل أو المشاركة في الأنشطة الجماعية، ولكنه يظهر استجابة تدريجية عندما يتم تحفيزه من خلال الأنشطة التفاعلية، كذلك هو لا يستخدم التحية أو العبارات الاجتماعية بشكل تلقائي، لكنه يظهر بعد الاستجابة عندما يتم تحفيزه.

هـ. الجانب المعرفي: "م.ج.م" يظهر مستوى معرفي مقبول يتناسب مع عمره الزمني، ولكن هناك تفاوت في قدراته الذهنية حسب نوع المهمة المطلوبة، ويمتلك إدراكا جسديا جيدا،

حيث يمكنه تمييز أجزاء جسمه والألوان والأشكال الأساسية، لكنه يواجه صعوبة في المهام التي تتطلب تركيزا طويلا أو في تعميم المهارات المكتسبة.

أما اللغة الاستقبالية فتظل أفضل من اللغة التعبيرية، حيث يستطيع فهم الأوامر البسيطة، ولكنه يجد صعوبة في التعبير عنها لفظيا بسبب المصاداة الكلامية، كما أن مهارت التقليد موجودة لكن استخدامها في الحياة اليومية يظل محدودا.

2.2.1. الملخص التشخيصي للحالة:

الطفل "م.ج.م"يعاني من اضطراب طيف التوحد من الدرجة المتوسطة، يتسم بـ:

- تأخر لغوي ملحوظ مع وجود مصاداة كلامية.
- تفاعل اجتماعي محدود، ويحتاج إلى دعم مستمر لتحسين مهارات التواصل الاجتماعي.
- مهارات معرفية مقبولة في المهام الحسية والملموسة.
- استقرار نسبي في الحالة الانفعالية، لكنه يحتاج إلى مزيد من الدعم في التنظيم انفعالاته.

استنادا إلى الملاحظات السريرية التي تم جمعها من خلال المقابلة والملاحظة، فإن الحالة "م.ج.م" يحتاج إلى دعم مستمر في جميع الجوانب (اللغوية، الاجتماعية، المعرفية) لتعزيز مهاراته الحياتية والاجتماعية.

3.1. تقديم الحالة الثالثة:

تقديم الحالة	
"ح.ن" يبلغ من العمر 8 سنوات	الجنس: أنثى
الحمل مرغوب	نعم
ظروف الحمل	عادية، وجود توتر نفسي متكرر
ظروف الولادة	طبيعية في وقتها
مضاعفات أثناء وبعد الولادة	لا توجد
ترتيبه في الأسرة	الثالثة بين أربعة إخوة
تشخيصه	توحد خفيف الشدة
سن التشخيص	6 سنوات
اضطرابات وأمراض مصاحبة	لا توجد
تناول الأدوية	لا تتناول أدوية بانتظام
نمو الطفل	طبيعي بوجه عام
المكتسبات الأولية	مدركة لجسمها ومحيطها المباشر
مهارات الاعتماد على النفس	جيدة في الأكل واللباس، وتحتاج إلى المساعدة في التنظيم الذاتي.
النمو اللغوي	تأخر المناغاة، نطق مقاطع صوتية بسيطة في عمر ثلاث سنوات، تكوين جمل واضحة حتى الخامسة
النطق	تأخر متوسط في اكتساب اللغة المنطوقة، مع نطق غير واضح لبعض الحروف
اللغة التعبيرية	فقيرة نسبيا، يغلب عليها استخدام الألفاظ المتكررة دون بناء لغوي سليم
اللغة الاستقبالية	تستوعب التعليمات القصيرة والمألوفة فقط.
النمو الحركي	تأخر الحبو، والمشي، لكنها تمتلك مهارات حركية جيدة ومتناسقة حاليا
المهارات الأكاديمية	ضعيفة، تحتاج إلى دعم في التركيز والانتباه
المهارات الاجتماعية	محدودة، تبادر نادرا بالتفاعل، وتفضل العزلة
المهارات الحركية	جيدة.
المهارات الحسية	حساسية خفيفة اتجاه الأصوات الحادة، وبعض الملابس القماشية

مهارة التواصل البصري	غير ثابتة، تتفادى النظر المباشر لفترات طويلة
مهارات التقليد	موجودة، تستجيب تقليديا للتقليد الحركي أكثر من اللفظي
السوابق المرضية في العائلة (الوراثة)	يوجد ابن عم مصاب باضطراب التوحد بدرجة خفيفة.

1.3.1. وصف عام للحالة:

أ. **الجانب الخارجي:** الطفلة "ح.ن" ذات بنية جسدية نحيفة نسبيا، وتبدو هادئة الملامح، بوجه يخلو من التعبير الانفعالي في أغلب الأحيان، ملامحها الجسدية تتناسب مع عمرها الزمني، ولا توجد علامات مرضية أو تشوهات ظاهرية.

تظهر استجابات بصرية ضعيفة جدا، إذ تتجنب النظر المباشر للوجوه وتحتاج إلى توجيه متكرر لتثبيت التواصل البصري، حتى عند وجود مثيرات لونية أو حركية.

تظهر حركاتها الجسدية متوازنة عموما، لكنها تميل إلى الحركات النمطية البسيطة في اليدين، خاصة عند القلق أو الانزعاج (مثل لف الأصابع أو تحريكها أمام وجهها).

ب. **الجانب السلوكي:** تظهر "ح.ن" سلوكيات روتينية واضحة، إذ تظهر مقاومة لأي تغيير في ترتيب الأشياء أو الأنشطة اليومية، وتفضل الأنشطة المتكررة التي تمنحها الإحساس بالاستقرار كاللعب بنفس اللعبة لفترات طويلة.

تستجيب للتعليمات البسيطة التي تقدم ببطء وبأسلوب بصري(مع الإشارة أو العرض المباشر)، وعند التوتر أو الإرهاق تميل إلى الانسحاب الصامت أو الجلوس في زاوية الغرفة، وتظهر نوبات رفض أو انزعاج في حال أجبرت على التواصل أو المشاركة في موقف جماعي غير مألوف.

ج. الجانب الانفعالي: انفعالاتها محدودة في المظهر لكنها مفهومة من خلال سلوكها، فهي تعبر عن الارتياح بالابتسام أو الهدوء، بينما يظهر انزعاجها من خلال الصراخ أو الانسحاب.

تجد صعوبة في التعبير اللفظي عن مشاعرها، وتعتمد على الإيماءات البسيطة أو التعبير بالوجه عند الفرح أو الغضب، وتظهر حساسية عالية تجاه الأصوات المزعجة أو التوبيخ، ما يؤدي أحيانا إلى استجابات انفعالية مفرطة (بكاء أو تغطية الأذنيين)، فهي تحتاج إلى بيئة آمنة ومستقرة لتقليل التوتر وتسهيل التواصل معها.

د. الجانب الاجتماعي: من الناحية الاجتماعية تظهر "ح.ن" ميولا واضحة للعزلة، حيث تفضل اللعب الفردي على الأنشطة الجماعية، وتتعامل بشكل انتقائي مع الأشخاص المحيطين بها، إذ تميل إلى الارتياح للأم والمعالجة النفسية أكثر من تفاعلها مع أقرانها، ونادرا ما تبادر بالتحية أو الكلام، وغالبا ما تنتظر أن يبدأ التفاعل معها.

في حال وجود أشخاص غرباء، فهي تميل إلى تجنب التفاعل، وتظهر عليها علامات توتر واضحة (تجنب النظر، التراجع الجسدي، وضع اليدين خلف الظهر)، يمكن القول أن تواصلها الاجتماعي محدود يقتصر على المحيط المألوف، دون القدرة على بناء تفاعلات جديدة بسهولة.

هـ. الجانب المعرفي: تظهر "ح.ن" قدرات معرفية متوسطة، فهي قادرة على تمييز الأشكال، والألوان، وبعض المفاهيم البسيطة مثل: كبير– صغير، وأعلى– أسفل، لكنها تعاني من ضعف في التركيز والانتباه المستمر، مما يؤثر على أدائها الأكاديمي.

أما اللغة الاستقبالية لديها أفضل من التعبيرية، فهي تفهم التعليمات البسيطة وتستجيب لها عندما تكون مصحوبة بإشارة أو مثال بصري، أما من حيث اللغة التعبيرية فمفرداتها محدودة ولا تستطيع بناء جمل متكاملة، وتعتمد أحيانا على التكرار الآلي(المصاداة)، أو العبارات

المقتبسة من المحيط دون إدراك تام لمعناها، في حين أن التواصل غير اللفظي أكثر فاعلية لديها، إذ تستخدم الإشارة أو التعبير الوجهي بشكل بديل للكلام في مواقف متعددة.

2.3.1. الملخص التشخيصي للحالة:

الطفلة "ح.ن" تعاني من اضطراب طيف التوحد من الدرجة الخفيفة، وتظهر خصائص مميزة في مجالات التواصل المختلفة، أهمها:

- ضعف في التواصل البصري واستجابات بصرية غير مستقرة.
- محدودية في التواصل اللفظي ووجود مصاداة كلامية جزئية.
- اعتماد أكبر على التواصل غير اللفظي عبر الإيماءات والتعبير الوجهي.
- قصور في اللغة الاستقبالية يتضح في صعوبة فهم التعليمات المعقدة.
- تفاعل اجتماعي محدود للغاية، مع ميل واضح للعزلة وصعوبة في بناء علاقات اجتماعية جديدة.

بناءا على المقابلات والملاحظات الإكلينيكية، فإن الطفلة "ح.ن" تحتاج إلى برنامج علاجي يركز على تحفيز التواصل البصري، وتنمية اللغة الاستقبالية، وتعزيز المبادرات اللفظية والاجتماعية بشكل تدريجي ومدروس.

4.1. تقديم الحالة الرابعة:

تقديم الحالة	
"ب.خ" يبلغ من العمر 9 سنوات	الجنس: ذكر
الحمل مرغوب	نعم
ظروف الحمل	مضطربة نوعا ما بسبب ارتفاع ضغط الدم المتكرر للأم، وإصابتها السكري في الشهرين الأخيرين.
ظروف الولادة	قيصرية في الأسبوع 38 بعد مضاعفات بسيطة أثناء المخاض
مضاعفات أثناء وبعد الولادة	صعوبة في التنفس خلال الساعات الأولى من الولادة تطلب رعاية في الحاضنة ليومين
ترتيبه في الأسرة	الطفل الوحيد
تشخيصه	توحد متوسط الشدة
سن التشخيص	3 سنوات ونصف
اضطرابات وأمراض مصاحبة	نوبات قلق وانزعاج حسي
تناول الأدوية	يخضع لعلاج دوائي خفيف، وجرعات منخفضة لتقليل فرط النشاط والانفعال.
نمو الطفل	جسديا طبيعي، لكنه يميل إلى النحافة
المكتسبات الأولية	يدرك أجزاء جسمه، ويستجيب لاسمه بشكل متقطع
مهارات الاعتماد على النفس	متوسطة، يحتاج إلى إشراف أثناء الأكل وارتداء الملابس.
النمو اللغوي	متأخر في مراحله، يستخدم الأصوات أكثر من الكلمات للتعبير
النطق	بقي غير ناطق حتى الرابعة، حاليا ينطق مقاطع غير مفهومة في الغالب
اللغة التعبيرية	فقيرة جدا، لا تتجاوز كلمتين متكررتين في أغلب المواقف.
اللغة الاستقبالية	ضعيفة، لا يفهم إلا التعليمات البسيطة جدا
النمو الحركي	تأخر في الجلوس والحبو، تظهر عليه حاليا حركات نمطية متكررة مع نشاط زائد.
المهارات الأكاديمية	غير مكتسبة بعد، لا يركز في الأنشطة التعليمية
المهارات الاجتماعية	ضعيفة جدا، لا يبادر بالتفاعل، ويقاوم الاقتراب الجسدي من الآخرين.

المهارات الحركية	جيدة من حيث التنقل والجري، لكن الحركات الدقيقة ضعيفة.
المهارات الحسية	حساسية مفرطة للضوء، الأصوات الحادة
مهارة التواصل البصري	محدودة جدا، غالبا يتجنب النظر المباشر إلى الوجوه
مهارات التقليد	جزئية، يستجيب لتقليد الحركات البسيطة دون الألفاظ.
السوابق المرضية في العائلة (الوراثة)	خالة عانت من تأخر لغوي بسيط في الطفولة دون تشخيص توحدي رسمي.

1.4.1. وصف عام للحالة:

أ. الجانب الخارجي: "ب.خ" طفل ذو قوام نحيف وبنية جسدية عادية تتناسب مع عمره الزمني، ملامحه هادئة ومحدودة التعبير، ونادرا ما يظهر ابتسامة تلقائية، تظهر عليه صعوبة في الثبات البصري، إذ لا يطيل النظر في وجه المتحدث، وغالبا يوجه نظره نحو الأجسام أو الزوايا المحيطة بدلا من الأشخاص.

يلاحظ أيضا أنه يقوم ببعض الحركات النمطية مثل التأرجح للأمام والخلف أو تحريك اليدين أمام عينيه، خاصة في المواقف التي تثير توتره، كما أن حركاته العامة متناسقة، لكن الحركات الدقيقة (كإمساك القلم أو استخدام الملعقة) غير متقنة.

ب. الجانب السلوكي: سلوك "ب.خ" يتسم بدرجة عالية من الرتابة والتمسك بالروتين اليومي، يظهر انزعاجا شديدا عند تغيير ترتيب الأشياء في غرفته أو عند تبديل نشاطه المفاجئ.

يفضل الأنشطة الفردية خاصة تلك التي تتضمن إعادة ترتيب أو تكرار نفس الفعل (مثل تدوير العجلات أو تحريك الأشياء في صفوف مستقيمة)، أما استجابته للتعليمات اللفظية محدودة، بينما يتحسن أداؤه عند تقديم التوجيهات بالإشارة أو النمذجة الحركية، كما أنه يظهر أحيانا نوبات غضب أو رفض عند منعه من نشاط مفضل أو عند التعرض لضوضاء غير متوقعة.

ج. الجانب الانفعالي: من الناحية الانفعالية يبدو "ب.خ" محدود التعبير الوجهي ويجد صعوبة في إظهار مشاعره بوضوح، وتترجم حالاته الانفعالية عادة من خلال سلوكياته الجسدية أكثر من اللغة والملامح، فمثلا عندما يغضب قد يبتعد أو يصدر أصواتا مرتفعة.

يتفاعل إيجابيا مع المكافآت اللفظية والملموسة (مثل التصفيق أو قطعة حلوى) أكثر من الكلمات التشجيعية المجردة، كما يبدي توترا واضحا عند الاقتراب منه جسديا من قبل أشخاص غير مألوفين، يمكن وصفه بأنه انفعالي حساس، سريع التأثر بالمثيرات الخارجية وضعيف القدرة على ضبط الانفعالات.

د. الجانب الاجتماعي: تفاعله الاجتماعي ضعيف جدا إذ لا يبادر إلى التواصل أو اللعب الجماعي، ويظهر ميلا للعزلة، وغالبا ما ينشغل بأشيائه الخاصة دون الاكتراث بمن حوله، وعند محاولة التفاعل معه قد يتجاهل الطرف الآخر أو يكتفي بنظرات قصيرة غير متواصلة، كما أنه لا يستخدم التحية أو العبارات الاجتماعية، ولا يظهر اهتماما بوجود الآخرين إلا عند الحاجة إلى شيء محدد، في المواقف الاجتماعية عموما يميل إلى الانسحاب أو التوتر الحركي، ويظهر مقاومة لأي تفاعل جسدي مباشر.

هـ. الجانب المعرفي: يظهر "ب.خ" قدرات معرفية دنيا إلى متوسطة، مع تباين واضح بين قدرته على الإدراك البصري واللغوي، ويظهر أداءا جيدا في الأنشطة البصرية الحركية مثل تركيب الأشكال، لكنه يجد صعوبة في الأنشطة اللفظية.

لغته الاستقبالية محدودة جدا كونه يفهم ويستجيب للأوامر القصيرة جدا فقط (مثل: قف، تعال)، بينما يفشل في إدراك المعاني المجردة أو العبارات المركبة حتى عند تكرارها بصوت واضح، لكنه لا يفهم الجمل المركبة أو التعليمات متعددة المراحل، واللغة التعبيرية شبه غائبة، إذ يستخدم أصواتا متكررة أو مقاطع ليس لها معنى بدلا من الكلمات الواضحة، كما أنه لا يعتمد على التواصل اللفظي بل يستخدم التواصل غير اللفظي مثل الإشارة أو جذب

يد الشخص ليعبر عن حاجته، ولديه قدرة محدودة على التركيز، ويفقد اهتمامه سريعا بالأنشطة التعليمية أو التفاعلية.

2.4.1. الملخص التشخيصي للحالة:

الطفل "ب.خ" يعاني من اضطراب طيف التوحد من الدرجة المتوسطة، ويظهر عجزا واضحا في مجالات التواصل المختلفة، خاصة:

- ضعف شديد في التواصل البصري مع ميل لتجنب النظر المباشر.
- قصور واضح في التواصل اللفظي (محدودية المفردات وغياب الجمل).
- اعتماد كبير على التواصل غير اللفظي (الإشارة، جذب اليد، الحركات الجسدية).
- ضعف اللغة الاستقبالية وفشل في إدراك المعاني المجردة، وصعوبة فهم التعليمات المركبة.
- انعزال اجتماعي شبه تام مع مقاومة للمشاركة أو التفاعل الاجتماعي.

بناءا على المقابلات والملاحظات الإكلينيكية، فإن الطفل "ب.خ" يظهر خصائص تشير إلى ضعف تكامل مهارات التواصل بمستوياته المختلفة، ويحتاج إلى برنامج علاجي متكامل يركز على تحفيز التواصل البصري واللفظي والتدريب على مهارات الاستجابة الاجتماعية في مواقف آمنة وموجهة.

5.1. تقديم الحالة الخامسة:

تقديم الحالة	
"د.م.م" يبلغ من العمر 10 سنوات	الجنس: ذكر
الحمل مرغوب	نعم
ظروف الحمل	طبيعية، باستثناء اصابة الأم بفقر دم خفيف في الثلث الأخير
ظروف الولادة	طبيعية في موعدها
مضاعفات أثناء وبعد الولادة	لا توجد
ترتيبه في الأسرة	الثالث بين أربعة إخوة
تشخيصه	توحد خفيف الشدة
سن التشخيص	6 سنوات
اضطرابات وأمراض مصاحبة	لا توجد
تناول الأدوية	لا يتناول أي دواء بانتظام.
نمو الطفل	طبيعي من حيث النمو الجسدي والطولي
المكتسبات الأولية	مدرك لجسمه، وأجزاء وجهه، ويعرف الاتجاهات الأساسية
مهارات الاعتماد على النفس	جيدة، قادر على تناول الطعام وارتداء ملابسه بمفرده.
النمو اللغوي	تأخر متوسط، ومحدود من حيث الطلاقة والتعبير، لكن دون وجود عجز في تكوين الجمل القصيرة.
النطق	تأخر في النطق، مع صعوبات في النطق الواضح للحروف الساكنة
اللغة التعبيرية	بسيطة، يغلب عليها التركيب النحوي غير السليم
اللغة الاستقبالية	ضعيفة إلى متوسطة، يستوعب التعليمات المألوفة، ويستجيب عند التكرار.
النمو الحركي	طبيعي نسبيا، لا تجود مشاكل في المشي أو التوازن.
المهارات الأكاديمية	ضعيفة، خاصة في القراءة والكتابة
المهارات الاجتماعية	متوسطة، يشارك في بعض الأنشطة الجماعية عند التحفيز.
المهارات الحركية	جيدة قادر على أداء الحركات الرياضية البسيطة.
المهارات الحسية	لا توجد حساسية واضحة للمؤثرات

مهارة التواصل البصري	موجودة لكنها غير مستقرة، إذ يتجنب النظر المباشر
مهارات التقليد	موجودة بشكل جيد خاصة التقليد الحركي.
السوابق المرضية في العائلة (الوراثة)	يوجد العم كان يعاني في الطفولة من تأخر لغوي استدعى علاجا نطقيا لعدة سنوات.

1.5.1. وصف عام للحالة:

أ.الجانب الخارجي: الطفل "د.م.م" ذو بنية جسدية متناسقة، ومظهر عام سليم يعكس نموا جسديا طبيعيا لعمره، لا توجد أي تشوهات خلقية أو علامات مرضية ظاهرة، تعبيراته الوجهة محدودة، يحافظ على التواصل البصري لفترات قصيرة جدا، ويظهر تجنبا للنظر عند التحدث إليه مباشرة، خصوصا في المواقف الجديدة أو مع أشخاص غير مألوفين.

تلاحظ عليه بعض الحركات التكرارية البسيطة، مثل تحريك القدمين أو النقر بالأصابع على الطاولة عند التوتر أو التركيز، لكنها لا تعد مفرطة، كما أنه يظهر مستوى جيد من الوعي بالمكان وقدرته على تنظيم حركاته أثناء الأنشطة اليومية.

ب. الجانب السلوكي: يميل "د.م.م" إلى الروتين المنتظم، ويظهر انزعاجا طفيفا عند تغيير ترتيب الأنشطة أو مواعيدها، ويفضل الأنشطة الفردية مثل تركيب المكعبات أو مشاهدة الرسوم المتحركة، لكنه لا يمانع المشاركة إذا تم تشجيعه.

استجابته للتعليمات تعتمد على الوضوح والتكرار، إذ يظهر فهما أفضل عندما تكون الأوامر مصحوبة بإشارة أو مثال عملي، وفي مواقف الضغط والإحباط يعبر عنها من خلال الانسحاب الهادئ أكثر من السلوك العدواني، كما يظهر ميلا للهدوء والالتزام لكنه يشتت بسهولة في الأنشطة التي تتطلب تركيزا مستمرا.

ج. الجانب الانفعالي: يظهر "د.م.م" استجابات انفعالية معتدلة نسبيا، فهو يعبر عن السرور بالابتسام أو التصفيق، وعن الانزعاج بالصمت أو تجنب الموقف، وتبدو انفعالاته سطحية ومحدودة المدى، إذ لا يظهر تدرجات انفعالية واضحة بين الفرح والغضب أو الحزن، فهو يميل إلى الهدوء النفسي العام لكنه يظهر حساسية انفعالية اتجاه النقد أو الفشل في أداء مهمة، كما أنه يتفاعل بشكل إيجابي مع التشجيع اللفظي والمكافآت المادية الصغيرة، ما يعكس قابليته للتعزيز الخارجي.

د. الجانب الاجتماعي: من الناحية الاجتماعية، يتميز"د.م.م" ببعض الانفتاح النسبي على الآخرين، لكنه لا يبادر غالبا إلى التفاعل، ويشارك أحيانا في الأنشطة الجماعية عند الحث، إلا أن مبادراته الاجتماعية نادرة، فهو لا يستخدم التحية بشكل تلقائي، لكنه يستجيب عندما يسلم عليه، في المواقف الاجتماعية يتجنب التواصل البصري الطويل ويفضل التفاعل عبر اللعب أو الإشارة بدل الكلام، علاقته بأفراد الأسرة محدودة من حيث التعبير اللفظي، لكنه يظهر تعلقا واضحا بالأم واستجابة عاطفية لوجودها.

هـ. الجانب المعرفي: يظهر "د.م.م" مستوى معرفيا مقبولا يتناسب مع شدة الاضطراب (توحد خفيف)، يستطيع تمييز الأشكال والألوان والأحجام، ويدرك العلاقات البسيطة بين الأشياء (مثل: كبير–صغير، فوق– تحت)، ضعيفة إلى متوسطة، إذ يستوعب التعليمات المألوفة فقط، بينما يجد صعوبة في فهم العبارات الجديدة أو المجردة.

اللغة التعبيرية محدودة في الطلاقة والتنظيم، إذ يستخدم جملا قصيرة وأحيانا مفككة، أما التواصل غير اللفظي حاضر في سلوكياته اليومية، مثل الإشارة باليد لطلب شيء أو الإيماء بالرأس للموافقة أو الرفض، ويمتلك قدرة على التقليد الحركي الجيد، مما يشير إلى إمكانية استثمارها لاحقا في تنمية التواصل اللفظي والاجتماعي.

2.5.1. الملخص التشخيصي للحالة:

الطفل "د.م.م"يعاني من اضطراب طيف التوحد من الدرجة الخفيفة، ويظهر خصائص تواصلية تتمثل في:

- ضعف نسبي في التواصل البصري رغم قابليته للتحسن بالتحفيز.
- تأخر لغوي خفيف في النطق والتعبير الشفوي
- اعتماد متوازن بين التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- لغة الاستقبالية جيدة نسبيا مقارنة بالتعبيرية.
- تفاعل اجتماعي محدود لكنه موجود في مواقف مألوفة.

بناءا على المقابلات والملاحظات الإكلينيكية، فإن الطفل "د.م.م" يعد نموذجا لطفل توحدي خفيف قادر على التعلم من خلال النمذجة والتعزيز الايجابي، ويتوقع أن يستفيد من البرامج التي تركز عل تحسين التواصل اللفظي والبصري وتعزيز المبادرات الاجتماعية التلقائية.

6.1. تقديم الحالة السادسة:

تقديم الحالة	
""م.أ" يبلغ من العمر 10 سنوات	الجنس: أنثى
الحمل مرغوب	لا، حمل غير مخطط له، بسبب خلافات أسرية
ظروف الحمل	مضطربة نفسيا(توتر نفسي ونوبات قلق متكررة)، وإصابتها بتسمم حملي بسيط في الشهر الثامن
ظروف الولادة	قيصرية في الأسبوع 37 من الحمل
مضاعفات أثناء وبعد الولادة	صعوبة في التنفس تطلبت وضع الطفلة في الحاضنة لثلاثة أيام
ترتيبه في الأسرة	الثانية بين ثلاثة أطفال
تشخيصه	توحد متوسط الشدة

سن التشخيص	4 سنوات
اضطرابات وأمراض مصاحبة	اضطرابات في النوم وفرط النشاط
تناول الأدوية	جرعات منخفضة من "الريسبيريدون" (Risperidone) بانتظام
نمو الطفل	جسديا طبيعي، مع ضعف التنسيق الحركي
المكتسبات الأولية	تدرك أجزاء جسمها، وتستجيب لاسمها أحيانا
مهارات الاعتماد على النفس	تحتاج إلى إشراف ومساعدة في اللباس والعناية الذاتية.
النمو اللغوي	تأخر ملحوظ في مراحل النمو اللغوي، تستخدم أصواتا ومقاطع متكررة بدل الكلمات الواضحة.
النطق	تأخر في النطق (3 سنوات)، حاليا ضعيف جدا لا تستخدم الجمل الكاملة.
اللغة التعبيرية	فقيرة جدا (بعض الكلمات)
اللغة الاستقبالية	محدودة، تفهم الأوامر القصيرة فقط مثل "تعالي" أو "اجلسي".
النمو الحركي	تأخر في الجلوس والحبو، مع بطء واضح في تطور الحركات الدقيقة
المهارات الأكاديمية	غير مكتسبة، لا تتابع التعليم النظامي
المهارات الاجتماعية	ضعيفة جدا، لا تبادر بالتفاعل أو اللعب مع الآخرين.
المهارات الحركية	متوسطة إلى ضعيفة في التحكم الدقيق.
المهارات الحسية	حساسية مرتفعة اتجاه الأصوات القوية والإضاءة الساطعة.
مهارة التواصل البصري	ضعيفة جدا، تتجنب النظر المباشر للآخرين
مهارات التقليد	محدودة، تستجيب لتقليد الحركات البسيطة فقط.
السوابق المرضية في العائلة (الوراثة)	يوجد أحد أقارب الأم مصاب باضطراب طيف التوحد بدرجة خفيفة.

1.6.1. وصف عام للحالة:

أ. **الجانب الخارجي:** تبدو "م.أ" طفلة ذات ملامح وجه هادئة خالية من التعبير في أغلب الأوقات، مع تواصل بصري شبه غائب، نموها الجسدي يتناسب مع عمرها الزمني، ولا

تظهر عليها تشوهات خلقية أو مشكلات صحية واضحة، فهي تتحرك بحذر وبطئ، وتظهر تأرجحا بسيطا في التوازن عند السير لفترات طويلة.

تعابير وجهها جامدة، وتتحول أحيانا إلى حركات نمطية متكررة مثل: تحريك اليدين أو لمس شعرها باستمرار وفي بعض الأحيان أكله عند شعورها بالتوتر، ويلاحظ أن استجابتها للمثيرات البصرية ضعيفة، إذ تميل إلى النظر إلى الفراغ أو الأسطح المضيئة بدلا من الأشخاص.

ب. الجانب السلوكي: سلوك "م.أ" يتسم بالجمود والروتينية المفرطة، فهي تظهر رفضا واضحا لأي تغيير في ترتيب الأشياء أو تسلسل الأنشطة اليومية، وتميل إلى العزلة والانشغال بأنشطة غير هادفة مثل: تحريك خيوط أو تدوير الأشياء، كما تستجيب للأوامر البسيطة فقط إذا كانت مصحوبة بإيماءات أو توجيه جسدي مباشر، أما التعليمات اللفظية المجردة فلا تستوعبها غالبا.

تظهر نوبات انزعاج متكررة عند وجود أصوات مرتفعة أو ازدحام بصري، وتلجأ حينها إلى الصراخ أو تغطية أذنيها بيديها، ولا تبادر بالتفاعل مع الآخرين، ويقتصر سلوكها الاجتماعي على الاستجابات السلبية أو الانسحاب.

ج. الجانب الانفعالي: تظهر "م.أ" ضعفا في التعبير الانفعالي، إذ يصعب تمييز مشاعرها من خلال ملامح الوجه، وتعبر عن الرفض بالبكاء أو الابتعاد الجسدي دون استخدام الكلمات.

عند الفرح تصدر أصواتا متكررة أو حركات جسدية متكررة بدلا من الابتسام أو الضحك الطبيعي، وتتأثر بسرعة بالمواقف المثيرة للتوتر، وتحتاج إلى وقت طويل لاستعادة هدوئها، ويمكن القول أن انفعالاتها سطحية ومحدودة المدى، وتفتقر إلى المرونة الانفعالية في التفاعل مع المواقف المختلفة.

د. الجانب الاجتماعي: تفاعل "م.أ" الاجتماعي شبه معدوم، إذ لا تبادر إلى التواصل أو اللعب مع الآخرين، حتى أفراد أسرتها، وتفضل الانعزال وتظهر قلقا واضحا عند محاولة أحدهم إشراكها في نشاط جماعي، ولا تستخدم التحية أو العبارات الاجتماعية إطلاقا، وغالبا ما تتجاهل من يناديها.

علاقتها بأفراد الأسرة قائمة على الاعتماد العملي(كطلب المساعدة بالأصوات أو الإيماءات)، دون تفاعل عاطفي واضح، كما تتجنب المواقف الاجتماعية الجديدة، خاصة عند وجود غرباء، وقد تبكي أو تنسحب كليا من الموقف.

هـ. الجانب المعرفي: تظهر "م.أ" قدرات معرفية ضعيفة مقارنة بعمرها الزمني، مع قصور واضح في الانتباه والتركيز، وتستجيب بصريا للألوان الزاهية، لكنها لا تميز العلاقات المكانية أو المفاهيم المجردة (مثل فوق، تحت أو قبل، بعد)، ولغتها الاستقبالية محدودة جدا، فهي تفهم الأوامر البسيطة فقط، بينما تفشل في فهم الجمل المركبة حتى مع التكرار، أما اللغة التعبيرية شبه منعدمة، إذ تستخدم أصواتا أو كلمات لا ترتبط بسياق مفهوم.

تعتمد بشكل أساسي على التواصل غير اللفظي، مثل الإشارة أو الإمساك بيد الشخص عندما تحتاج شيئا، لا تظهر استجابات تقليدية في مواقف التواصل، وتبدو منعزلة إدراكيا عن المحيط في كثير من الأحيان.

2.6.1. الملخص التشخيصي للحالة:

الطفلة "م.أ"تعاني من اضطراب طيف التوحد من الدرجة المتوسطة، وتعاني من قصور واضح في جميع مجالات التواصل، يتجلى في:

- ضعف شديد في التواصل البصري وتجنب النظر المباشر للوجوه.

- لغة استقبالية محدودة جدا، لا تتعدى الأوامر القصيرة.

- غياب شبه تام للتواصل اللفظي واستبداله بالأصوات أو الإيماءات.

- قصور في التواصل غير اللفظي من حيث استخدام التعابير أو الإشارات المناسبة.

- انعزال اجتماعي واضح وصعوبة كبيرة في الاندماج أو المبادرة.

بناءا على المقابلات والملاحظات الإكلينيكية، فإن الطفلة "م.أ" تعد الحالة نموذجا لطفل توحدي متوسط الشدة يعاني من اضطراب تواصلي شامل يستلزم تدخلا علاجيا مكثفا يركز على تنمية المهارات التواصلية بمستوياتها المختلفة باستخدام أساليب تدريجية، واقعية، وآمنة.

7.1. تقديم الحالة السابعة:

تقديم الحالة	
""ز.ي" يبلغ من العمر 11 سنوات	الجنس: أنثى
الحمل مرغوب	نعم، حمل تم التخطيط له.
ظروف الحمل	عادية، مع متابعات طبية منتظمة
ظروف الولادة	طبيعية في موعدها.
مضاعفات أثناء وبعد الولادة	لا توجد
ترتيبه في الأسرة	الكبرى بين شقيقتين
تشخيصه	توحد خفيف الشدة
سن التشخيص	6 سنوات
اضطرابات وأمراض مصاحبة	لا توجد اضطرابات عصبية أو حركية
تناول الأدوية	لا تتناول أي دواء بانتظام
نمو الطفل	طبيعي من الناحية الجسدية
المكتسبات الأولية	مدركة لجسمها وأجزائه، قادرة على تمييز الأشخاص المألوفين
مهارات الاعتماد على النفس	جيدة نسبيا، قادرة على الأكل وارتدا الملابس بمساعدة بسيطة
النمو اللغوي	تأخر ملحوظ في مراحل النمو اللغوي (المناغاة، النطق...)

النطق	تأخر في النطق (3 سنوات)، ولم تستخدم جمل مفهومة إلا بعد السابعة، مع بطئ في الكلام وصعوبة في إخراج بعض الحروف(الراء، السين)
اللغة التعبيرية	فقيرة نسبيا، جمل قصيرة وبناءها اللغوي غير دقيق، وتستخدم كلمات مفردة أو جمل بسيطة للتعبير عن حاجاتها.
اللغة الاستقبالية	محدودة، تفهم الأوامر القصيرة فقط مثل "تعالي" أو "اجلسي".
النمو الحركي	تأخر بسيط، في الجلوس والحبو والمشي
المهارات الأكاديمية	متوسطة إلى ضعيفة
المهارات الإجتماعية	محدودة، تميل للعزلة وتظهر تحفظا في التفاعل مع الآخرين.
المهارات الحركية	جيدة، تنسق حركاتها العامة بشكل طبيعي.
المهارات الحسية	حساسية خفيفة اتجاه الأصوات العالية والضوء الساطع.
مهارة التواصل البصري	غير مستقرة، تتفادى النظر المباشر لفترات طويلة.
مهارات التقليد	موجودة، لكنها تحتاج إلى توجيه لفظي وبصري لتنجح في الأداء
السوابق المرضية في العائلة (الوراثة)	معاناة الجد من جهة الأب من التلعثم المزمن وصعوبات لغوية في الطفولة، إضافة إلى تأخر لغوي لدى بعض أبناء العمومة.

1.7.1. وصف عام للحالة:

أ. **الجانب الخارجي:** الطفلة "ز.ي" ذات بنية جسدية متوسطة تتناسب مع عمرها الزمني، ولا تظهر عليها تشوهات خلقية أو علامات مرضية مميزة، وتبدو هادئة الملامح وذات تعبيرات وجه محدودة، ونادرا ما تنظر مباشرة إلى المتحدث، بحيث تظهر تواصلا بصريا متقطعا، إذ تلتفت سريعا عند النداء لكنها لا تثبت النظر لوقت كاف.

حركاتها الجسدية منسقة، إلا أنها تميل أحيانا إلى الحركات النمطية الخفيفة مثل: فرك اليدين أو لمس شعرها عند شعورها بتوتر، كما أن استجابتها للمثيرات البصرية أقوى من السمعية، وتنجذب إلى الألوان اللامعة والحركات المتكررة.

ب. الجانب السلوكي: يلاحظ على "ز.ي" ميل قوي للروتين، إذ تفضل الأنشطة المتكررة وتظهر ترددا واضحا في مواجهة التغيير المفاجئ، وتبدي مقاومة عند مطالبتها بالقيام بنشاط جديد أو التحدث أمام الآخرين، كما تظهر اهتماما خاصا بالأنشطة الفردية مثل ترتيب الأدوات أو الرسم دون هدف تواصلي.

استجابتها للتعليمات تعتمد على الوضوح البصري والمرافقة بالإشارة، إذ تفشل غالبا في تنفيذ الأوامر اللفظية المجردة، وعند التوتر أو الانزعاج تلجأ إلى الانسحاب أو الصمت التام، وأحيانا تصدر أصواتا متكررة منخفضة.

ج. الجانب الإنفعالي: تتسم انفعالات "ز.ي" بالسطحية والتقلب المحدود، ففرحها أو حزنها لا تعبر عنه بشكل لفظي أو وجهي طبيعي، وتظهر توترا ملحوظا عند التواجد في أماكن مزدحمة أو أثناء التفاعل مع أشخاص غير مألوفين، كما أنها تعبر عن الرفض بالبكاء أو الابتعاد، وعن الرضا بالهدوء أو الابتسامة الخفيفة، فهي تفتقر إلى التعبير اللغوي عن المشاعر، وتعتمد كليا على التواصل غير اللفظي.

تحتاج إلى تعزيز مستمر وتشجيع إيجابي للحفاظ على الاستقرار الانفعالي خلال الجلسات التفاعلية.

د. الجانب الاجتماعي: تميل "ز.ي" إلى العزلة الانتقائية فهي تتفاعل مع الأم فقط، وتتجنب التواصل مع الغرباء، ولا تستخدم التحية أو العبارات الاجتماعية تلقائيا، وغالبا لا ترد على الأسئلة اللفظية المباشرة، وتفضل التواصل بالإشارة أو جذب يد الشخص بدلا من الكلام.

في المواقف الاجتماعية تراقب الآخرين دون المشاركة الفعلية، وتبدو متوترة عند محاولة دمجها في الأنشطة الجماعية، فعلاقاتها الاجتماعية محدودة للغاية، وتقتصر على المحيط الأسري الضيق.

هـ. الجانب المعرفي: تظهر "ز.ي" قدرات معرفية متوسطة نسبيا مع ضعف واضح في المهام التي تتطلب تركيزا أو فهما لغويا، فهي قادرة على فهم التعليمات القصيرة فقط، ولكنها لا تدرك العلاقات المكانية أو المفاهيم المجردة بسهولة.

لغتها الاستقبالية ضعيفة وتحتاج إلى دعم بصري وتكرار لفهم المقصود، كما أن لغتها التعبيرية محدودة من حيث المفردات والطلاقة، وغالبا تستخدم كلمات مفردة غير مترابطة، فهي تعتمد بشكل واضح على التواصل غير اللفظي مثل: الإيماء، أو الإشارة، أو التعبير بالوجه لطلب المساعدة، وتظهر قدرة على التقليد الحركي البسيط، لكنها تواجه صعوبة في تقليد الأنماط اللفظية المعقدة.

2.7.1. الملخص التشخيصي للحالة:

الطفلة "ز.ي" مصابة باضطراب طيف التوحد من الدرجة الخفيفة، وتظهر قصورا واضحا في جميع مجالات التواصل، يتمثل في:

- تواصل بصري ضعيف ومتقطع.
- لغة استقبالية محدودة وصعوبة فهم التعليمات المعقدة.
- لغة تعبيرية فقيرة تتسم بالاختصار والركاكة التركيبية.
- تواصل غير لفظي محدود يعتمد على الإشارة والوجه دون مرونة.
- تفاعل اجتماعي محدود جدا مع ميل قوي للعزلة.

تظهر المقابلات والملاحظات الإكلينيكية، أن الطفلة "ز.ي" تعد الحالة نموذجا لطفل توحدي خفيف الشدة يعاني من اضطراب تواصلي شامل يستلزم تدخلا علاجيا مكثفا يركز على تنمية المهارات التواصلية بمستوياتها المختلفة باستخدام أساليب تدريجية، واقعية، وآمنة.

8.1. تقديم الحالة الثامنة:

تقديم الحالة	
"ج.ي" يبلغ من العمر 12 سنوات	الجنس: ذكر
الحمل مرغوب	لا، إذ أشارت الأم أن الحمل كان مفاجئ
ظروف الحمل	غير مستقرة نفسيا (توتر نفسي متواصل)، مع ارتفاع في ضغط الدم في الأشهر الأخيرة
ظروف الولادة	قيصرية في الأسبوع 36 من الحمل.
مضاعفات أثناء وبعد الولادة	اختناق بسيط عند الولادة تطلب تدخلا عاجلا وتنفسا بالأوكسجين
ترتيبه في الأسرة	الأصغر بين ثلاثة أطفال
تشخيصه	توحد متوسط الشدة
سن التشخيص	3 سنوات بعد ملاحظة تأخر لغوي وانعزال اجتماعي مبكر
اضطرابات وأمراض مصاحبة	فرط نشاط حركي واضطراب في النوم
تناول الأدوية	يتناول جرعات خفيفة من ريسبيريدون(Risperidone) بمتابعة طبية منتظمة
نمو الطفل	بطيء نوعا ما في السنوات الأولى.
المكتسبات الأولية	مدركة لأجزاء جسمه الأساسية، لكن لا يستخدمها في التواصل
مهارات الاعتماد على النفس	ضعيفة يحتاج مساعدة في اللباس والعناية الشخصية.
النمو اللغوي	تأخر شديد في المراحل الأولى للنمو اللغوي (المناغاة، النطق...)
النطق	تأخر في النطق لم ينطق كلمات مفهومة حتى عمر الخامسة.
اللغة التعبيرية	فقيرة للغاية، فهو يستخدم أصواتا ومقاطع غير واضحة أكثر من الكلمات المفهومة، ولا يكون جملا أو عبارات متكاملة.
اللغة الاستقبالية	ضعيفة للغاية، لا يفهم سوى التعليمات البسيطة.
النمو الحركي	تأخر في الجلوس والحبو والمشي
المهارات الأكاديمية	غير مكتسبة، لم يتمكن من الالتحاق بالتعليم النظامي.
المهارات الإجتماعية	شبه منعدمة، يميل إلى العزلة والانسحاب التام.

المهارات الحركية	جيدة في الجري والتنقل، لكنها ضعيفة في التحكم الدقيق(كإمساك القلم)
المهارات الحسية	حساسية عالية الأصوات العالية .
مهارة التواصل البصري	شبه غائبة، يتجنب النظر المباشر بشكل مستمر.
مهارات التقليد	محدودة جدا، لا يستجيب إلا لتقليد الحركات البسيطة مع الحث المتكرر.
السوابق المرضية في العائلة (الوراثة)	الخال كان يعاني من تأخر لغوي وصعوبات في التواصل الاجتماعي في الطفولة، كما أن الجد من جهة الأب كان يوصف بأنه قليل الكلام ومنعزل اجتماعيا.

1.8.1. وصف عام للحالة:

أ. **الجانب الخارجي:** "ج.ي" طفل ذو بنية جسدية نحيفة نسبيا، دون تشوهات ظاهرية أو علامات جسدية مميزة، وملامحه جامدة أغلب الوقت، وتعبيرات وجهه محدودة جدا، تكاد تخلو من التواصل العاطفي، كما يلاحظ انخفاض ملحوظ في التواصل البصري، حيث لا يلتفت عند النداء باسمه، ونادرا ما يوجه نظره نحو الشخص الذي يتحدث معه.

تظهر لديه حركات نمطية متكررة كالرفرفة بالأيدي أو التأرجح أثناء الجلوس، خاصة في المواقف المجهدة، تظهر استجاباته الجسدية تأخرا بسيطا، لكنه قادر عل التنقل والتحرك بحرية في البيئة المحيطة.

ب. **الجانب السلوكي:** يتسم سلوكه بالرتابة والانغلاق حيث يكرر نفس الأنشطة بشكل متواصل دون هدف واضح مثل: فتح وغلق الأبواب وترتيب الأدوات، ويظهر حساسية مفرطة للمثيرات البيئية، خصوصا الأصوات العالية، مايدفعه إلى الصراخ أو وضع يديه على أذنيه، كما أنه يواجه صعوبة شديدة في التفاعل الموجه، إذ لا يستجيب للتعليمات اللفظية ما لم تدعم بإشارات جسدية واضحة.

في حال التغير المفاجئ في الروتين، فإنه يظهر نوبات غضب وانسحاب حاد، وقد يلجأ إلى سلوكيات رفض أو بكاء لوقت طويل، ويميل إلى الجلوس في زاوية الغرفة أو الانشغال بتكرار نفس الحركات عندما يكون بمفرده.

ج. الجانب الإنفعالي: يظهر "ج.ي" تعبيرا انفعاليا محدودا جدا، ويصعب على المحيطين به التمييز بين حالات الفرح أو الغضب أو الانزعاج، فعند الإحباط يصدر أصواتا حادة متكررة جون استخدام كلمات، ولا يظهر استجابات وجهية متناسبة مع المواقف، وتعبيراته غالبا خالية من الانفعال.

تلاحظ عليه نوبات قلق واضحة عند تغير المحيط و عند وجدو أشخاص غير مألوفين، ويميل إلى الهدوء النسبي فقط عند وجود الأم أو في بيئة مألوفة ذات روتين ثابت.

د. الجانب الاجتماعي: يعتبر تفاعل "ج.ي" شبه معدوم، لا يبادر بالتواصل، ولا يظهر أي رغبة في التفاعل مع الآخرين، ويتجاهل المحاولات اللفظية للتواصل ويكتفي أحيانا بجذب يد الآخر نحو الشيئ الذي يريده دون استخدام كلمات أو إيماءات إضافية.

لا يظهر فهما للمواقف الاجتماعية، ولا يستخدم التحية أو العبارات الاجتماعية، ويميل إلى الانعزال التام، ويبدو غائب الذهن عند وجود الآخرين حوله، فتفاعله الاجتماعي محدود جدا حتى مع أفراد الأسرة المقربين، وغالبا يعتمد على التوجيه المباشر للحصول عل ما يريد.

هـ. الجانب المعرفي: تظهر الملاحظة ضعفا معرفيا واضحا في قدرته على الإدراك والفهم اللفظي، ولا يميز العلاقات المكانية (فوق، تحت، أمام، خلف)، ويظهر تشتتا سريعا في الانتباه.

لغت الاسقبالية شبه غائبة، فهو لا يفهم سوى الأوامر البسيطة التي تتكرر مرارا وبنبرة ثابتة، أما لغته التعبيرية محدودة جدا، يقتصر تواصله على أصوات متكررة أو مقاطع غير

مفهومة، فهو يعتمد على التواصل غير اللفظي البدائي (جذب اليد، الصراخ) للتعبير عن الحاجات، كما أن القدرات الأكاديمية غير مكتسبة، ولا يظهر استعدادا للانخراط في أنشطة تعليمية دون إشراف مكثف.

2.8.1. الملخص التشخيصي للحالة:

الطفل "ج.ي" مصاب باضطراب طيف التوحد من الدرجة المتوسطة، ويظهر قصورا شاملا في جميع مجالات التواصل:

- انعدام شبه تام للتواصل بصري، مع تجنب النظر للأشخاص.
- ضعف شديد في اللغة الاستقبالية، يقتصر على الأوامر البسيطة جدا.
- لغة تعبيرية فقيرة وغير مفهومة، مع استخدام محدود جدا للكلمات.
- غياب شبه كلي للتواصل غير اللفظي الوظيفي (الإيماءات، التعبيرات).
- تفاعل اجتماعي معدوم تقريبا، مع ميل قوي للعزلة والروتين الثابت.

تظهر المقابلات والملاحظات الإكلينيكية، يعد "ج.ي" من الحالات التوحد متوسط الشدة يعاني من اضطراب تواصلي شامل نتيجة ضعف تكامل المهارات اللغوية والاجتماعية،يستلزم تدخلا علاجيا مكثفا يركز على تنمية المهارات التواصلية بمستوياتها المختلفة باستخدام أساليب تدريجية، واقعية، وآمنة.

9.1. خلاصة عامة عن حالات الدراسة قبل تطبيق البرنامج العلاجي:

من خلال تحليل الحالات الثمانية التي شملتها الدراسة، يتضح أن جميع الأطفال موضوع البحث يعانون بدرجات متفاوتة من قصور في مهارات التواصل الأساسية، سواء في الجانب البصري (ضعف أو انعدام التواصل البصري المباشر)، أو اللفظي(تأخر لغوي واضح مع لغة تعبيرية فقيرة أو غير مفهومة)، أو غير اللفظي (استخدام محدود أو غير وظيفي للإشارات والتعابير الوجهية)، إلى جانب ضعف في اللغة الاستقبالية وصعوبة في فهم التعليمات، فضلا عن قصور في التواصل الاجتماعي يتجلى في الانعزال والافتقار للمبادرة التفاعلية.

كما أظهرت البيانات أن معظم الأطفال لديهم تاريخ نمائي مضطرب، يتمثل في تأخر النمو اللغوي والحركي المبكر، مع وجود مؤشرات وراثية محتملة في بعض الأسر، ما يعزز فرضية التداخل بين العوامل العصبية والوراثية في اضطراب التواصل.

وعليه، يمكن القول إن هذه الحالات تمثل أنموذجا متنوعا لاضطراب طيف التوحد من حيث درجة الشدة ومستوى القصور التواصلي، الأمر الذي يجعلها ملائمة لتطبيق برنامج علاجي قائم على تقنية البروفة الهادفة إلى تحسين مهارات التواصل تدريجيا وفق أسلوب تكرري وتفاعلي آمن.

2. عرض الجلسات العلاجية:

تم تطبيق البرنامج على الحالات بشكل فردي وفق خطة علاجية متسلسلة تراعي الفروق الفردية في الشدة والعمر الزمني ومستوى الأداء التواصلي، وفيما يلي سيتم عرض سير الجلسات العلاجية، وأهداف كل جلسة، والتقنيات المعتمدة، والاستجابات الملاحظة لدى كل حالة الأطفال.

1.2. الوحدة الأولية: جلسات التقييم والقياس القبلي.

خصصت الجلسات من 1 إلى 4 للتعرف على الحالات وجمع المعلومات وعقد التحالف العلاجي مع الأولياء، وإجراء القياس القبلي لمهارات التواصل، والتي كانت خطوة أساسية قبل الشروع في الجلسات العلاجية، ويمكن عرضها كالتالي:

1.1.2. الجلسة رقم (01): التواصل مع الأسرة ومقدمي الرعاية.

تمثل هدف الجلسة في جمع المعلومات حول التاريخ النمائي والسلوكي واللغوي، والتعرف على مدى إدراك الوالدين لمشكل التواصل لدى الطفل، وتوضيح خطة العمل العلاجية وبالتالي عقد التحالف العلاجي، وذلك من خلال الاعتماد على المقابلة نصف الموجهة واستمارة جمع المعلومات، التي سمحت بالحصول على بيانات دقيقة حول ظروف الحمل، الولادة، النمو اللغوي والحركي، والأدوية المتناولة، والمظاهر السلوكية وغيرها من البيانات التي تخدم الدراسة.

2.1.2. الجلسة رقم (02): التعرف على الحالة.

إن الهدف وراء هذه الجلسة هو بناء علاقة إيجابية قائمة على الثقة بين الطفل والباحثة من خلال اللعب الحر والأنشطة المفتوحة غير الموجهة، والاعتماد على الملاحظة لرصد بعض المهارات المتعلقة بالتواصل، من خلال استعمال مجموعة من لألعاب المتنوعة والأدوات

الحسية، لوحظ تباين واضح في سلوك التفاعل الأولي بين الأطفال الثمانية، حيث أبدى بعضهم تقبلا سريعا للموقف الجديد كالحالات التي تعاني من توحد خفيف الشدة، التي أظهرت استعدادا أكبر للتفاعل مع الباحثة، خاصة عند إدخال اللعب المفضل أو التعزيز (ابتسامة– تصفيق).

بينما أظهرت الحالات التي تعاني من توحد متوسط الشدة مقاومة أولية اتسمت بالانسحاب أو الرفض أو السلوك الدفاعي اتجاه الباحثة والبيئة الجديدة، والتي يمكن تصنيفها وفقا لطبيعتها كما يلي:

الجدول رقم (27): يمثل مظاهر المقاومة التي أبدتها الحالات خلال الجلسة الثانية.

نوع المقاومة	المظاهر السلوكية الملاحظة	الحالات التي أبدتها	أساليب التدخل
انسحابية	تجنت النظر، الابتعاد عن الباحثة، الانشغال باللعب الفردي دون التفاعل.	"ج.ي" "م.أ" "ب.خ"	– التهيئة التدريجية. – التعزيز الإيجابي الفوري. – مرحلة التطبيع التفاعلي.
انفعالية	الصراخ الخفيف، رفض المشاركة أو رفض ملامسة الأدوات الجديدة.	"م.ج.م" "ج.ي"	
سكوتية/ تجمدية	التوقف عن الحركة، تثبيت النظر نحو الأرض أو زاوية القاعة، الصمت التام.	"م.أ" "ب.خ"	
تفاعلية محدودة	مراقبة الباحثة دون تفاعل فعلي، ثم الاقتراب التدريجي بعد الاطمئنان.	"م.ي" "ز.ي"	

التعليق على الجدول: يمثل الجدول مجموعة من السلوكيات التي تكررت لدى بعض الحالاتتعبيرا عن المقاومة خلال الجلسة الثانية من البرنامج، والجلسة الأولى للاتصال الفعلي مع الحالات، وأساليب التدخل التي اعتمدتها الباحثة للتخفيف من المقاومة.

أ. **التفسير:** تعد المقاومة سلوكا توقعيا وطبيعيا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، خاصة في المواقف الجديدة أو عند مواجهة شخص غير مألوف، ويرجع هذا إلى القلق المرتبط بالتغيير (Anxiety of Novelty)،حيث يظهر الطفل صعوبة في تقبل بيئة جديدة تخالف روتينه المعتاد، وهو ما يتفق مع ما تم ذكره في (DSM-5) من أن أطفال التوحد يظهرون مقاومة للتغيير في السياقات اليومية.

.(American Psychiatric Association,2013)

كما يمكن أن تكون هذه المقاومة ناتجة عن ضعف في القدرة على التنبؤ بالمواقف الاجتماعية وصعوبة فهم النوايا(Deficit in Social Prediction)، مما يؤدي إلى تجنب التفاعل حتى يتم اختبار الموقف إن كان آمنا من خلال المراقبة، كما أن بعض الأطفال لديهم فرط أو نقص في الاستجابة للمثيرات الحسية(Sensory Modulation Dysfunction)، مما يجعلهم أكثر حساسية اتجاه الأصوات أو اللمس أو الإضاءة الجديدة، وهو ما يؤدي إلى سلوكيات الانسحاب أو المقاومة.

كما اتبعت الباحثة منهج التدخل المرن التدريجي المستمد من تقنية البروفة للازاروس، من خلال ثلاث مراحل علاجية تكيفية:

مرحلة التهيئة التدريجية (Gradual Exposure): تم السماح للطفل بالبقاء في وضع المراقبة دون إجباره على التفاعل، مع الحديث بصوت منخفض وبنبرة هادئة، والبدء بأنشطة غير موجهة (مثل تمرير الكرة دون طلب مباشر).

مرحلة التعزيز الإيجابي الفوري (Immediate Positive Reinforcement): تم تعزيز أي استجابة تفاعلية بسيطة بكلمات تشجيعية ولغة جسدية إيجابية.

- **مرحلة التطبيع التفاعلي (Social Modeling & Role Play):** استخدمنا خلال هذه المرحلة اللعب بالدمى والتمثيل البسيط لتخفيف التوتر، حيث كانت الدمية تمثل "الطفل الذي يلعب ويحيي الآخرين"، وتمت دعوة الطفل لتقليد الدمية.

مع نهاية الجلسة الثانية تقلصت المقاومة لدى جميع الأطفال تقريبا، ولوحظ تحسن تدريجي في تفاعل الحالات متوسطة الشدة (خاصة "م.أ" و"ب.خ")، حيث انتقلوا من المراقبة إلأ المشاركة الجزئية، وبالتالي تمكنا من تشكيل علاقة أولية إيجابية مع الحالات، ما مهد لنا الانطلاق في الجلسات اللاحقة، وهذا ما يتسق مع ما أكده "لازاروس" (Lazarus,1981) في نظريته حول فاعلية 'البروفة السلوكية' في خفض القلق وتعزيز الدافعية الداخلية للتواصل قبل الانتقال إلى التدريب المهاري الفعلي.

3.1.2. الجلسة رقم (03): التقييم الفردي (القياس القبلي).

جاءت هذه الجلسة بهدف تحديد مستوى التواصل لدى كل طفل، من خلال تطبيق مقياس مهارات التواصل لدى أطفال التوحد بشكل فردي مع كل حالة في بيئة آمنة و مألوفة، وبحضور ولي الأمر أو الأخصائي النفسي، ويمكن عرض نتائج القياس القبلي للحالات الثمانية كالتالي:

الجدول رقم (28): يمثل نتائج القياس القبلي للحالات الثمانية على مقياس مهارات التواصل

الحالة	التواصل البصري	اللغة الاستقبالية	التواصل اللفظي	التواصل غير اللفظي	التواصل الاجتماعي	**الدرجة الكلية**	**التفسير العام**
"م.ي" (خفيف)	15	17	16	17	16	81	ضعف واضح في التواصل البصري والاجتماعي
"م.ج.م" (متوسط)	11	13	12	12	11	59	ضعف شديد في جميع أبعاد التواصل
"ح.ن" (خفيف)	17	18	17	18	17	87	أداء متوسط يميل للضعف في اللغة الاجتماعية
"ب.خ" (متوسط)	12	14	13	13	12	64	ضعف عام مع صعوبة اللغة الاستقبالية
"د.م.م" (خفيف)	19	21	20	21	20	101	أداء متوسط في التواصل اللفظي وضعيف اجتماعيا
"م.أ" (متوسط)	10	12	11	12	11	56	ضعف شديد في التواصل الكلي
"ز.ي" (خفيف)	18	19	18	19	18	92	أداء متوسط مع قصور في المبادرة الاجتماعية
"ج.ي" (متوسط)	9	11	10	10	9	49	تواصل ضعيف جدا في جميع الأبعاد.

التعليق على الجدول: أظهرت نتائج القياس القبلي باستخدام مقياس تقدير مهارات التواصل وجود فروق كمية واضحة بين الأطفال تبعا لشدة الاضطراب، حيث تراوحت الدرجات الكلية بين 49 و 101 درجة.

التفسير: سجلت الحالات ذات التوحد خفيف الشدة درجات تتراوح بين 81-101 درجة، ما يعكس قدرة أولية على التفاعل والاستجابة في مواقف التواصل البسيطة، بينما تراوحت درجات الحالات ذات التوحد المتوسط بين 49-64 درجة، وهو ما يشير إلى ضعف بنيوي في الأداء اللغوي والتواصلي يشمل الجوانب البصرية، اللفظية وغير اللفظية.

هذه النتائج تتفق مع ما أشارت إليه أدبيات DSM-5 حول أن اضطراب طيف التوحد يتميز بصعوبات جوهرية في التفاعل الاجتماعي والتواصل عبر وسائط متعددة، إلى جانب محدودية المبادرة التواصلية، كما تتسق مع ما توصلت إليه دراسات مثل: دراسة (Prizant & Wetherby,2005) التي أوضحت أن الأطفال ذوي التوحد المتوسط يواجهون صعوبات أكثر حدة في التواصل اللفظي بسبب ضعف الانتباه المشترك وصعوبة تكامل المدخلات الحسية، كما يمكن تفسير هذا التفاوت في الدرجات من منظور النمو اللغوي العصبي، بأنه كلما كان الاضطراب أشد كانت البنى العصبية المسؤولة عن التكامل بين المجال السمعي والبصري أقل فاعلية، مما يحد من تطور مهارات التقليد والاستقبال اللغوي.(Maro & al,2011)

وعليه فإن التحليل الكمي للقياس القبلي يؤكد الحاجة إلى برنامج علاجي تكاملي يدمج بين المثيرات البصرية، والأنشطة اللغوية، والمواقف الاجتماعية الواقعية، وهو ما سيتم تحقيقه من خلال الاعتماد على تقنية البروفة(Rehearsal Technique) كمنهج علاجي سلوكي متعدد المحاور للالازاروس في الجلسات القادمة.

4.1.2. الجلسة رقم (04): التقييم الموجه.

تعد هذه الجلسة هي متممة للجلسة التي سبقتها (الجلسة رقم 3)، حيث هدفت إلى تحديد أنماط السلوك التواصلي الفعلي في مواقف تفاعلية طبيعية موجهة، بالاعتماد على تطبيق شبكة الملاحظة بشكل فردي، حيث تم تسجيل استجابات الأطفال لكل بند من بنود الشبكة في مواقف اللعب والتفاعل، وتم التوصل إلى النتائج التالية:

الجدول رقم (29): يمثل نتائج شبكة الملاحظة (القياس القبلي).

الحالة	الدرجة الكلية	النسبة المئوية	مستوى الأداء
"م.ي"	26	%43.3	تواصل محدود
"م.ج.م"	19	%31.7	تواصل ضعيف جدا
"ح.ن"	28	%46.7	تواصل محدود
"ب.خ"	20	%33.3	تواصل ضعيف جدا
"د.م.م"	33	%55	تواصل محدود
"م.أ"	17	%28.3	تواصل ضعيف جدا
"ز.ي"	30	%50	تواصل محدود
"ج.ي"	15	%25	تواصل ضعيف جدا

التعليق على الجدول: تظهر نتائج شبكة الملاحظة القبلية انخفاضا عاما في مستوى الأداء التواصلي لدى الأطفال الثمانية، فقد حققت الحالات المصنفة ضمن توحد الخفيف نسب أداء تراوحت بين 43%–55% ، بينما الحالات المصنفة ضمن توحد متوسط فقد تراوحت بين 31%–33%، تشير هذه النتائج إلى أن جميع الحالات رغم تفاوتها في شدة الاضطراب، تعاني من قصور واضح في استخدام مهارات التواصل ضمن المواقف الطبيعية التفاعلية.

التفسير: إن عدم تجاوز أي حالة مستوى "تواصل محدود" يعكس قصورا بنيويا في المهارات التواصلية الواقعية خاصة في المواقف التفاعلية الطبيعية، فالدرجات التي حققتها الحالات

المصنفة ضمن التوحد الخفيف تشير إلى وجود مهارات أولية مثل: التواصل البصري أو التقليد الحركي، لكنها غير مستقرة أو غير تلقائية، كما أبدت الحالات قابلية مبدئية للتفاعل عند استخدام التعزيز اللفظي أو اللعب التبادلي.

بينما الدرجات التي حققتها الحالات المصنفة ضمن التوحد المتوسط التي تم تفسيرها على أنها تواصل ضعيف جدا، فهي تدل على ضعف شديد في اللغة اللفظية والتواصل الاجتماعي، كما لوحظ على هذه الحالات بأنهم يظهرون تفاعلا بطيئا أو متقطعا مع البيئة العلاجية.

5.1.2.المقارنة بين نتائج شبكة الملاحظة ومقياس مهارات التواصل (القياس القبلي)

تم إجراء مقارنة بين النتائج التي تم التحصل عليها بتطبيق مقياس مهارات التواصل لدى أطفال التوحد ، ونتائج شبكة الملاحظة، بحيث تعتبر خطوة أساسية يتم إبراز من خلالها مدى اتساق النتائج وصدقها التقاربي قبل تطبيق البرنامج العلاجي، وكانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (30): يمثل المقارنة بين نتائج شبكة الملاحظة ومقياس مهارات التواصل (القياس القبلي)

الحالة	مقياس مهارات التواصل		شبكة الملاحظة		الفرق بين الأداتين
	الدرجة الكلية (من 180)	النسبة المئوية	الدرجة الكلية (من 60)	النسبة المئوية	
"م.ي" (خفيف)	81	%45	26	%43.3	%1.7 +
"م.ج.م" (متوسط)	59	%32.8	19	%31.7	%1.1 +
"ح.ن" (خفيف)	87	%48.3	28	%46.7	%1.6 +
"ب.خ" (متوسط)	64	%35.6	20	%33.3	%2.3 +

"د.م.م" (خفيف)	101	%56.1	33	%55	%1.1 +
"م.أ" (متوسط)	56	%31.1	17	%28.3	%2.8 +
"ز.ي" (خفيف)	92	%51.1	30	%50	%1.1 +
"ج.ي" (متوسط)	49	%27.2	15	%25	%2.2 +

التعليق على الجدول: يظهر الجدول المقارن أن أداء الأطفال في كل من مقياس مهارات التواصل وشبكة الملاحظة كان متقاربا جدا، إذ لم يتجاوز الفارق بين الأداتين في معظم الحالات 3%، مما يعكس اتساقا واضحا في النتائج، وصدقا تقاربيا جيدا بين الأداة المقننة والملاحظة المباشرة.

يتضح أن الحالات المصنفة ضمن التوحد الخفيف (م.ي، ح.ن، د.م.م، ز.ي) سجلت نسبا تراوحت بين 43% و56% على المقياسين، وهي مؤشرات لأداء تواصلي منخفض إلى متوسط يعكس وجود مهارات أولية غير مستقرة مثل التقليد أو التواصل البصري.

أما الحالات ذات التوحد المتوسط (م.ج.م، ب.خ، م.أ، ج.ي) فسجلت نسبا أقل من 35%، ما يدل على ضعف لغوي وتواصلي شديد، مع غياب شبه تام للمبادرة الاجتماعية أو التواصل اللفظي.

التفسير: تشير المقارنة بين نتائج الأداتين إلى أن كلاهما قام بقياس نفس البنية السلوكية (مهارات التواصل الواقعية لدى أطفال التوحد)، لكن كل أداة أظهرت جانبا مختلفا من الأداء فـ 'المقياس' قدر المهارة من خلال التقييم الكمي المنظم بناء على البنود المحددة، في حين أنشبكة الملاحظة عكست السلوك الفعلي في البيئة العلاجية أثناء التفاعل المباشر، ومنه فإن النتائج المتقاربة بين الأداة المقننة وشبكة الملاحظة تدل على أن الأطفال يظهرون نفس

أنماط القصور التواصلية في كل من المواقف المنظمة والعفوية، وهو ما يعزز الصدق البنائي والتقاربي للأداتين، ويؤكد أن القياس القبلي عكس بدقة المستوى الواقعي للمهارات التواصلية قبل التدخل.

وبناء عليه، فإن هذه النتائج القبلية تبرر الحاجة إلى تدخل علاجي قائم على التكرار والمحاكاة (تقنية البروفة) لتحفيز التنمية التدريجية للمهارات التواصلية وتحسين الكفاءة الاجتماعية الواقعية.

6.1.2. خلاصة الوحدة الأولية:

من خلال الجلسات الأربعة تم جمع معلومات شاملة وعقد التحالف العلاجي من المقابلات مع أولياء الأمور والأخصائيين، إلى جانب الملاحظة المباشرة أثناء التفاعل الحر والمواقف الموجهة، أظهرت نتائج هذه المرحلة أن جميع الأطفال يعانون بدرجات متفاوتة من قصور في مهارات التواصل الأساسية سواء عل مستوى التواصل البصري، أو اللغة الاستقبالية، أو التواصل اللفظي، وغير اللفظي، إضافة إلى ضعف واضح في التفاعل الاجتماعي، وقد مكنتنا شبكة الملاحظة من تحديد الأنماط الفردية في الاستجابة، فلقد شكلت هذه النتائج القاعدة أساسية للتخطيط للجلسات العلاجية التالية، من حيث نقاط القوة والقصور في التواصل لدى كل حالة، لضمان تكييف التدخل العلاجي وفق الفروق الفردية وتدرج مستوى الصعوبة في الأنشطة.

2.2. الوحدة الأساسية: الجلسات العلاجية.

بعد الانتهاء من مرحلة التقييم القبلي للحالات الثمانية، والتي أظهرت جميعها قصورا بدرجات متفاوتة في مهارات التواصل، تم الانتقال إلى تنفيذ الجلسات العلاجية القائمة على تقنية البروفة (Rehearsal Technique)، حيث سيتم عرض نتائج هذه الوحدة من خلال الجداول كالآتي:

1.2.2. الجلسة رقم (05): التدريب على مهارات التواصل البصري.

هدفت هذه الجلسة إلى تدريب الطفل على تحقيق التواصل البصري من خلال اتصال العين بالعين، بالاعتماد على مجموعة من الوسائل (كرة، مرآة، بطانية)، فكانت استجابة الحالات كالتالي:

الجدول رقم(31): يمثل استجابة الحالات الثمانية على الجلسة الخامسة من البرنامج العلاجي.

الحالة	التعديلات	الاستجابات	ملاحظات الباحثة
"م.ي"	تم الاعتماد على أنشطة التمرير البصري للكرة وإعادة توجيه الانتباه بالاسم، مع تقليل التعليمات اللفظية	استجاب منذ البداية بالنظر إلى الكرة، ثم وجه انتباهه تدريجيا نحو وجه الباحثة عند الحديث معه	تحسن في مدة التواصل البصري من ثانيتن إل خمس ثوان، حافظ على التواصل في الأنشطة الممتعة فقط
"م.ج.م "	تم تكرار النشاط عدة مرات بوتيرة أبطأ مع فواصل قصيرة لخفض القلق، مع استخدام مرآة مضيئة لجذب الانتباه	أبدى مقاومة في البداية ورفض النظر، ثم بدأ بالنظر القصير عبر المرآة فقط.	استجابة محدودة جدا، يحتاج إلى إعادة النشاط لاحقا مع تغيير نمط اللعب ليشمل مثيرا سمعيا بسيطا (صوت جرس).
"ح.ن"	استخدمت دمى محببة ، وألعاب لزيادة الانتباه	تجاوبت بسرعة، ونظرت مباشرة للباحثة أثناء الحديث والضحك	أداء جيد جدا في التواصل البصري، يظهر استعدادا للتفاعل الاجتماعي.
"ب.خ"	تم تعديل النشاط إلى "رمي الكرة نحو الباحثة وإعادة إلتقاطها" لتعزيز النتباه المتبادل.	بعد عدة محاولات بدأ بالنظر للباحثة أثناء تمرير الكرة.	التواصل البصري متقطع، لكنه في تحسن ملحوظ مقارنة بالجلسة التمهيدية.
"د.م.م"	تم تعزيز النظر المباشر بمدح لفظي فوري وتشجيع حركي (تصفيق، ابتسامة)	بادر بالنظر عند النداء، واستمر في التواصل أثناء اللعب دون تشتت	تواصل بصري ثابت ومستقر، يعد من أكثر الحالات تجاوبا.

"م.أ"	استخدمت لعبة "الاختباء بالبطانية" لتقليل التوتر الحسي والخوف من النظر المباشر	تجنبت النظر في البداية، ثم بدأت تنظر للحظة قصيرة عند كشف البطانية	تحسن طفيف جدا، لكن لا تزال تظهر حساسية للاتصال البصري المباشر.
"ز.ي"	تم استخدام بطاقات تحتوي على وجوه مبتسمة وألعاب	تجاوبت مع الصور والوجوه المرسومة أكثر من التواصل المباشر	التواصل البصري تحسن تدريجيا مع الأنشطة غير المهددة
"ج.ي"	استخدمت مرآة كبيرة وصوت خفيف أثناء اللعب لجذب الانتباه	تجاهل في البداية ثم بدأ يوجه نظرات قصيرة جدا عند النداء المتكرر	لم يتحقق تواصل بصري ثابت، يفضل تغيير النشاط لاحقا إلى مثيرات بصرية متحركة (فقاعات أو إضاءة ملونة)

التعليق على الجدول: أظهرت الجلسة الخامسة تباينا ملحوظا في استجابات الأطفال، حيث حققت الحالات ذات التوحد الخفيف ("م.ي"، "ح.ن"، "د.م.م"، "ز.ي") تحسنا واضحا في مدة التواصل البصري وثباته، بينما ظلت الحالات ذات التوحد المتوسط ("م.ج.م"، "ب.خ"، "م.أ"، "ج.ي") في نطاق الاستجابة المحدودة أو المتقطعة، ولوحظ أن إعادة النشاط بوتيرة أبطأ ساعدت في خفض المقاومة لدى الحالات المتوسطة، كما أن استخدام المثيرات المألوفة(الدمى، المرآة) كان أكثر فاعلية من التواصل المباشر في البداية، أما الحالات التي ظلت متجنبة للنظر (خاصة "م.ج.م" و "م.أ")، فقد استفادت من الأنشطة ذات الإيقاع الثابت، في حين أبدت الحالات الأكثر تفاعلا (مثل "د.م.م" و "ح.ن") استعدادا للانتقال إلى أنشطة أكثر تعقيدا في الجلسة القادمة.

بشكل عام، أكدت هذه الجلسة أن التواصل البصري يحتاج إلى تهيئة نفسية تدريجية قبل تطويره، وأن الأنشطة القائمة على اللعب والمثيرات البصرية تعد نقطة انطلاق أساسية لتأسيس الانتباه المشترك.

2.2.2. الجلسة رقم (06): التدريب على مهارات التواصل البصري.

هدفت هذه الجلسة إلى تعزيز التواصل البصري واستمراريته من خلال مواقف أكثر تنويعا في اللعب الموجه، مع تقليل الدعم المباشر تدريجيا، وتشجيع الطفل على البدء بالمبادرة البصرية نحو المعالج، من خلال تقنية البروفة، التعزيز الإيجابي والتلقين التدريجي،فكانت استجابة الحالات كالتالي:

الجدول رقم(32): يمثل استجابة الحالات الثمانية على الجلسة السادسة من البرنامج العلاجي

الحالة	التعديلات	الاستجابات	ملاحظات الباحثة
"م.ي"	تم تقليل المدة الإجمالية للنشاط الواحد (من 10إلى 5 دقائق) مع إدخال إستراحة قصيرة للحفاظ على الانتباه.	بدأ بالنظر للباحثة قبل بدء النشاط دون توجيه مباشر، واستمر في التواصل أثناء تمرير الكرة.	تحسن واضح في المبادرة البصرية، مما يشير إلى بداية تعميم المهارة.
"م.ج.م "	تم تكرار التمرين بوتيرة بطيئة مع فترات توقف قصيرة لخفض التوتر، وتعزيز فوري بعد كل استجابة بصرية.	تحسن بسيط، بدأ يرفع نظره نحو المعالجة لفترات قصيرة (1–2 ثانية) بعد سماع اسمه	يظهر تراجعا في المقاومة مقارنة بالجلسة السابقة، يحتاج إل زيادة فترات التعزيز الإيجابي.
"ح.ن"	تم تقليل المثيرات المحيطة (إضاءة وضوضاء) لرفع التركيز البصري.	حافظت على تواصل بصري مستقر طوال الجلسة تقريبا، خاصة أثنا اللعب بالدمى.	أداء ممتاز، التواصل البصري أصبح تلقائيا في سياقات اللعب المألوف.
"ب.خ"	تمت إضافة تعزيز مادي بسيط (ملصقات) بعد كل استجابة صحيحة للحفاظ على الدافعية.	أظهر ثباتا في التواصل أثناء الأنشطة المنظمة، لكنه فقد الانتباه عند الانتقال بين الأنشطة.	يحتاج إلى تحسين "الانتقال الانتباهي" بين المهام.
"د.م.م"	تم تخفيض التعزيز اللفظي تدريجيا لتشجيعه على الاستقلالية في الأداء.	استمر في التواصل البصري التلقائي دون الحاجة إلى توجيه.	المهارة أصبحت شبه مكتسبة، جاهز للانتقال إلى التواصل الاستقبالي.

"م.أ"	أضيفت فترات راحة قصيرة (دقيقتان بين كل نشاط) مع تعزيز لمجرد النظر الجزئي	نظرت لوجه الباحثة لثوان محدودة، واستجابت بشكل أفضل عند استخدام المرآة.	لا تزال تظهر قلقا طفيفا لكنها بدأت تربط التواصل البصري بالمكافأة الإيجابية.
"ز.ي"	تم تقليل تكرار التعليمات اللفظية، مع تعزيز التواصل عند كل استجابة تلقائية	بادرت بالنظر للباحثة مرتين دون توجيه، خاصة أثناء اللعب.	تحسن تدريجي يدل على اكتساب المهارة في المواقف الاجتماعية المصغرة.
"ج.ي"	استخدم أسلوب 'العد البصري' النظر لمدة 3 ثوان مقابل التعزيز، مع فترات راحة قصيرة	أبدى تحسنا طفيفا، وتمكن من الحفاظ على التواصل البصري لمدة أطول قليلا (حتى 3 ثوان).	لا يزال التواصل البصري غير تلقائي، لكن القلق البصري في انخفاض.

التعليق على الجدول:أظهرت نتائج الجلسة السادسة تحسنا طفيفا إلى متوسط في التواصل البصري مقارنة بالجلسة الخامسة، خصوصا لدى الأطفال الذين استجابوا بسرعة في الجلسة الأولى من التدريب (م.ي، ح.ن، د.م.م، ز.ي)، إذ بدؤوا يظهرون مبادرات بصرية تلقائية دون الحاجة إلى التلقين المباشر، أما الحالات ذات الاضطراب المتوسط (م.ج.م، ب.خ، م.أ، ج.ي) فقد استجابت بشكل أبطأ، لكن يلاحظ وجود انخفاض واضح في السلوك التجنبي والقلق البصري،مما يعد مؤشرا إيجابيا على بدء تكيفهم مع بيئة الجلسة العلاجية.

يلاحظ أيضا أن التعديلات الدقيقة في زمن الأنشطة والتعزيز لعبت دورا فعالا في ضبط انتباه الأطفال، وأن فترات الراحة القصيرة (1–2 دقيقة) ساعدت على تجنب الإشباع والانهاك المعرفي، كما أن الانتقال من 'النظر الموجه' إلى 'النظر التلقائي' يعد إنجازا أساسيا في هذه المرحلة، لأنه يمثل أول خطوة نحو تطوير التواصل الاجتماعي واللغوي لاحقا.

أ. حوصلة نتائج الجلستين الخامسة والسادسة (مهارات التواصل البصري):

أظهرت نتائج الجلستين الخاصتين بالتدريب على مهارات التواصل البصري تحسنا تدريجيا لدى جميع الأطفال بدرجات متفاوتة،حيث تمكنت الحالات ذات اضطراب التوحد الخفيف من تحقيق تواصل بصري أطول وأكثر استقرارا، بينما أظهرت الحالات ذات الاضطراب المتوسط استجابات محدودة ولكنها متزايدة بمرور الوقت.

يتضح من ملاحظات الجلسات أن تكرار الأنشطة بوتيرة معتدلة، والتعزيز الفوري بعد كل استجابة صحيحة، إضافة إلى استخدام فترات راحة قصيرة لتقليل القلق،كانت من العوامل الأساسية التي ساهمت في خفض المقاومة السلوكية ورفع مستوى الانتباه البصري، كما لوحظ أن التواصل البصري تحسن في الأنشطة التفاعلية الممتعة مثل: اللعب بالكرة أو المرآة، بينما ظل ضعيفا في المواقف الرسمية أو التي تتطلب تركيزا عاليا.

هذا يشير إلى أن الأطفال بدأوا يتعلمون النظر إلى الوجه كوسيلة تواصل اجتماعي، وليس فقط كاستجابة لمثير خارجي، وهي خطوة أولية مهمة تمهد لاكتساب مهارات اللغة والتفاعل الاجتماعي في الجلسات اللاحقة.

3.2.2. الجلسة رقم (07): التركيز على مهارات التواصل المتمثلة في اللغة الإستقبالية.

هدفت هذه الجلسة إلى تدريب الطفل على الاستجابة عند مناداته باسمه، وفهم وتنفيذ الأوامر اللفظية البسيطة (مثل: قف، اجلس، أعطني كرة)، من خلال الاعتماد على تقنية البروفة (Rehearsal Technique)، التقليد، والتعزيز الإيجابي، والاستعانة بمجموعة من الأدوات والوسائل، فكانت استجابة الحالات كالتالي:

الجدول رقم (33): يمثل استجابة الحالات الثمانية على الجلسة السابعة من البرنامج العلاجي.

الحالة	التعديلات	الاستجابات	ملاحظات الباحثة
"م.ي"	تم تقديم التعليمات بصوت واضح ومصحوبة بإشارة جسدية بسيطة في المرات الأولى.	استجاب لـ 4 من أصل 5 أوامر بشكل صحيح، مع الحاجة لتكرار النداء أحيانا	يظهر انتباها سمعيا جيدا وقدرة على الفهم الحسي اللفظي، يحتاج إلى تقليل المساعدة تدريجيا.
"م.ج.م "	استخدمت الباحثة تكرار التعليمات بوتيرة بطيئة مع تعزيز مباشر بعد كل استجابة صحيحة.	استجاب لـ 2 من أصل 5 أوامر بعد تكرارها لعدة مرات.	تحسن بسيط في الفهم السمعي، يحتاج إلى ربط الكلمة بالمثير الفعلي أكثر من اللفظ المجرد.
"ح.ن"	تم إدماج الأوامر في لعبة 'نفذ ما أقول' مع التعزيز الاجتماعي (التصفيق والمدح).	استجابت بسرعة ودقة ونفذت جميع الأوامر دون إشارة جسدية.	تظهر استعدادا واضحا لتلقي التعليمات وفهم اللغة الاستقبالية بسهولة.
"ب.خ"	تم استخدام الأوامر المصحوبة بالإيماء اليدوي وتفسيمها إلى خطوات أصغر.	نفذ 3 أوامر صحيحة بعد تكرارها، لكنه تشتت في التعليمات الطويلة	يحتاج إلى تبسيط الجمل اللفظية وتدعيمها بالإشارة في البداية.
"د.م.م"	تم التقليل من عدد التعليمات لتفادي الإرهاق، مع تعزيز بعد كل استجابة فورية	نفذ جميع الأوامر الموجهة له دون الحاجة للتكرار.	يظهر فهما جيدا للكلمات البسيطة والقدرة على ربطها بالسياق.
"م.أ"	استخدمت الباحثة مقاطع فيديو قصيرة توضح الأوامر (مثلا: طفل يجلس، طفل ينهض)	استجابت لأمرين فقط تكرارها لعدة مرات، مع تجنب التواصل البصري أثناء التنفيذ.	تحتاج إلى دعم بصري أقوي وتعزيزات حركية محسوسة.
"ز.ي"	تم استخدام البطاقات المصورة للأوامر مع الأداء الحركي المشترك.	استجابت لـ 4 أوامر صحيحة وتفاعلت بالضحك عند الخطأ	تحسن واضح في الفهم البصري– اللفظي، تبدي حماسا أثناء اللعب.
"ج.ي"	تم تقليل زمن النشاط إلى 5 دقائق لكل مجموعة أومر لتفادي التشتت	استجاب لأمر واحد فقط بعد تكرار مكثف	يظهر بطئا في المعالجة السمعية وضعف الربط بين الكلمة والفعل.

التعليق على الجدول: أظهرت نتائج الجلسة السابعة تحسنا متفاوتا في قدرة الأطفال على فهم وتنفيذ التعليمات اللفظية البسيطة، فقد كانت الاستجابة الأفضل لدى الأطفال ذوي التوحد الخفيف (م.ي، ح.ن، د.م.م، ز.ي) الذين تمكنوا من الربط بين اللفظ والفعل بسرعة أكبر، في حين ظلت الحالات ذات التوحد المتوسط (م.ج.م، ب.خ، م.أ، ج.ي) بحاجة إلى تكرار وتعزيز بصري مكثف، كما يتضح أن دمج الأوامر بالتمثيل العملي والإشارة الجسدية ساعد في رفع مستوى الفهم لدى معظم الأطفال، كما ساعد استخدام الوسائط البصرية (بطاقات، فيديوهات قصيرة) في توضيح معنى الكلمة وتقليل الغموض اللفظي.

لوحظ أن الأطفال بدأوا يظهرون علامات الانتباه السمعي المشترك كالنظر نحو المعالج عند النداء أو تكرار الأوامر، وهو مؤشر أولي على بداية تكوين الرابط بين الصوت والمعنى في البيئة العلاجية.

4.2.2. الجلسة رقم (08): التركيز على مهارات التواصل المتمثلة في اللغة الإستقبالية.

هدفت هذه الجلسة إلى تدريب الطفل على الإصغاء بتركيز وفهم مضمون الرسالة السمعية باستخدام القصص القصيرة والألعاب الحوارية، بالاعتماد على تقنية البروفة (Rehearsal) ، لعب الأدوار، التعزيز الإيجابي، والاستعانة بمجموعة من الأدوات والوسائل (كتب مصورة، تسجيلات صوتية قصيرة...)، فكانت استجابة الحالات كالتالي:

الجدول رقم (34): يمثل استجابة الحالات الثمانية على الجلسة الثامنة من البرنامج العلاجي.

الحالة	التعديلات	الاستجابات	ملاحظات الباحثة
"م.ي"	تم تقصير مدة القصة إلى دقيقتين فقط مع تكرار الأسئلة بعد كل مقطع قصير	أجاب عن الأسئلة البسيطة المرتبطة بالقصة، لكنه فقد التركيز في المقاطع الطويلة	يظهر تحسنا في الانتباه السمعي، إلا أن فترة التركيز مازالت محدودة
"م.ج.م "	تم استخدام دمية متحركة بصوت مرتفع لجذب الانتباه	ظل صامتا معظم الوقت، لكنه أدار رأسه نحو مصدرا لصوت عند تكرار النداء	الاستجابة غير لفظية، يحتاج إلى دعم بصري أكبر وتكرار النشاط
"ح.ن"	تم استخدام القصة التفاعلية القصيرة مع إشراكها في الحوار (أسئلة عن الصور)	استجابت لفظيا لثلاثة أسئلة وأعادت جزءا من الكلمات بشكل صحيح	تظهر فهما جيدا للمضمون وتفاعلا اجتماعيا متناميا
"ب.خ"	تم تقليل مدة الجلسة إلى 40 دقيقة وإدخال فواصل قصيرة كل 10 دقائق	استمع بهدوء، لكنه لم يجب عن الأسئلة إلا بعد تكرارها مرتين	يظهر تحسنا في الانتباه لكنه بطيء في الاستجابة اللفظية
"د.م.م"	استخدم التسجيل الصوتي المفضل لديه لتعزيز الانتباه والانخراط في النشاط.	استمع بإصغاء جيد، وأجاب إجابات صحيحة دون تكرار	يبرهن على استيعاب واضح للمضمون السمعي وقدرة على الاستماع الموجه
"م.أ"	تم استعمال القصة المصورة فقط دون صوت لتقليل فرط التحفيز السمعي	تابعت الصور وكررت بعض الكلمات بصوت منخفض	يظهر تحسنا طفيفا في المشاركة اللفظية
"ز.ي"	استخدمت الباحثة أسلوب المحادثة الثنائية القصيرة بدل القصة الطويلة	شاركت بفعالية وردت بجمل قصيرة عند طرح الأسئلة	أظهرت تحسنا جيدا في التواصل اللفظي أثناء الإصغاء
"ج.ي"	تم تخفيض المثيرات الصوتية واستخدام الإيماءات لتوجيه الانتباه	لم يظهر استجابة لفظية، لكنه أبدى اهتماما بصريا بدمية الراوي	لايزال يعاني من ضعف في الاستماع، لكن القلق الصوتي أقل من السابق

التعليق على الجدول: تظهر نتائج الجلسة الثامنة تفاوتا واضحا في تطور مهارة الاستماع الفعال بين الأطفال، ففي حين استطاعت الحالات ذات الاضطراب الخفيف (م.ي، ح.ن،

د.م.م، ز.ي) تحقيق تحسن نسبي في القدرة على المتابعة السمعية والإجابة عن الأسئلة، ظلت الحالات ذات الاضطراب المتوسط (م.ج.م، ب.خ، م.أ، ج.ي) تعاني من ضعف في الفهم السمعي ومحدودية في الاستجابة اللفظية، ويلاحظ أن استخدام الوسائط المتعددة (القصص المصورة، الدمى، التسجيلات الصوتية) كان فعالا في تقليل التشتت ورفع الانتباه، بينما ساعدت الفواصل الزمنية القصيرة والأنشطة الحوارية البسيطة على الحفاظ على دافعية الطفل دون إرهاق.

كما تبين أن التحفيز الشخصي (اختيار القصة أو الصوت المفضل) عزز الانتباه السمعي لدى بعض الحالات مثل (د.م.م)، في حين أن فرط التحفيز السمعي أدى إلى مقاومة في حالات أخرى (م.أ وج.ي)، ما استدعى تكييف الجلسة بما يتناسب مع الحساسية الفردية لكل طفل.

أ. خلاصة نتائج الجلستين السابعة والثامنة (مهارات التواصل الاستقبالي)

يتضح من تحليل الجلستين أن جميع الحالات، رغم تفاوتها، بدأت تظهر استجابات سمعية إدراكية أولية، تمثلت في الانتباه للصوت، توجيه النظر نحو المتحدث، ومحاولات الاستجابة للأوامر أو الأسئلة البسيطة، فالأطفال ذوو الاضطراب الخفيف تمكنوا من ربط اللفظ بالفعل وبدأوا باستخدام اللغة الاستقبالية بشكل وظيفي، أما الأطفال ذوو الاضطراب المتوسط فقد اقتصر تحسنهم على الانتباه السمعي غير اللفظي دون ترجمة ذلك إلى استجابة لفظية واضحة.

عموما، تشير نتائج هذا المحور إلى أن تقنية البروفة وفرت بيئة منظمة آمنة لتكرار المثيرات السمعية بطريقة سمحت بتقليل المقاومة والانغلاق السمعي تدريجيا، وهي خطوة أساسية قبل الانتقال إلى تدريب مهارات التواصل اللفظي.

5.2.2. الجلسة رقم (09): التركيز على مهارات التواصل اللفظي.

هدفت هذه الجلسة إلى تدريب الطفل عل إصدار أصوات الحروف وتقليد أصوات الحيوانات أو الأشياء المألوفة بهد تنشيط مهارات النطق الأولي، وذلك من خلال تقنية البروفة(Rehearsal)، التعزيز الإيجابي، بالاستعانة على مسجل صوتي بطاقات مصورة، فكانت استجابة الحالات كالتالي:

الجدول رقم (35): يمثل استجابة الحالات الثمانية على الجلسة التاسعة من البرنامج العلاجي.

الحالة	التعديلات	الاستجابات	ملاحظات الباحثة
"م.ي"	تم البدء بأصوات حروف العلة (أ،و،ي) لتسهيل النطق، مع استخدام المرآة للتقليد البصري	قلد ثلاثة أصوات صحيحة من أصل خمسة، مع وضوح نسبي في النطق	يظهر استعدادا جيدا لتقليد الأصوات خصوصا عند وجود مثير بصري (مرآة)
"م.ج.م"	استخدمت التسجيلات الصوتية مرتين متتاليتين مع فاصل زمني قبل التقليد	أصدر صوتا واحدا (مم) دون تكراره لاحقا، وأظهر مقاومة عند الحروف الصعبة	الاستجابة محدودة جدا، يحتاج إلى تعزيز أكبر وإعادة النشاط لاحقا
"ح.ن"	استخدمت الباحثة أصوات الحيوانات المألوفة لتسهيل التقليد	كررت خمسة أصوات صحيحة متبوعة بحركات وجه مناسبة	أظهرت دقة لفظية وتحكما جيدا في النطق، واستمتاعا بالتمرين
"ب.خ"	تم تقليل عدد الأصوات إلى ثلاثة فقط مع فواصل قصيرة	أصدر صوتين صحيحين بعد التكرار الثالث	بدأ يتحسن تدريجيا في التقليد لكنه يتشتت بسرعة بعد كل مثير جديد
"د.م.م"	استخدمت الباحثة طريقة "الصوت والنظير" (نطق المعالجة ثم الطفل مباشرة)	كرر أربعة أصوات صحيحة دون مساعدة لفظية إضافية	أداء جيد جدا، بدأ يظهر تطابقًا في المقاطع الصوتية
"م.أ"	تم تقليل مدة الجلسة إلى 45 دقيقة بسبب التشتت، واستخدام أصوات طويلة وواضحة	أعادت صوتين من أصل خمسة، مع محاولات غير مكتملة للحروف الانفجارية (ب،د)	تبدي تقدما بطيئا لكنها بدأت تدرك العلاقة بين الصوت والمثير

"ز.ي"	استخدمت البطاقات المصوّرة مع الأصوات المسجلة لتسهيل الربط اللفظي البصري	كررت أربعة أصوات بشكل واضح ومتعمد	تقدم جيد في التحكم في الفم ونبرة الصوت
"ج.ي"	استخدمت دمية حيوانية ناطقة لتقليل القلق الصوتي	أطلق صوتا غير مفهوم ثم صمت رغم تكرار النشاط ثلاث مرات	لم يتحقق تقليد فعلي، لكن بدأ يظهر انتباها سمعيا للصوت

التعليق على الجدول: تظهر نتائج الجلسة التاسعة أن معظم الحالات بدأت تتفاعل مع الأصوات اللفظية بدرجات متفاوتة، حيث تمكن الأطفال ذوو التوحد الخفيف (م.ي، ح.ن، د.م.م، ز.ي) من إصدار أصوات قريبة من النماذج المقدمة، في حين ظلت استجابات الأطفال ذوي التوحد المتوسط (م.ج.م، ب.خ، م.أ، ج.ي) محدودة أو غير مستقرة.

لوحظ أن استخدام المرآة وتقنية النمذجة الصوتية المباشرة ساعد الأطفال على تحسين وضوح النطق، بينما أدى الاعتماد المفرط على التسجيل الصوتي فقط إلى تشتت بعضهم بسبب ضعف الانتباه السمعي، كما برز دور التعزيز الفوري والابتسامة اللفظية في تحفيز الأطفال على المحاولة اللفظية المتكررة، إذ أظهر بعضهم رغبة في إعادة الصوت رغم الخطأ، مما يعد مؤشرا إيجابيا على ارتفاع الدافعية للتواصل.

6.2.2. الجلسة رقم (10):التركيز على مهارات التواصل اللفظي

هدفت هذه الجلسة إلى تدريب الطفل عل استعمال كلمات بسيطة في مواقف اجتماعية، ومن أجل التعبير عن حاجاته اليومية، بالاعتماد على تقنية البروفة والتقليد اللفظي، والتعزيز الإيجابي، فكانت استجابة الحالات كالتالي:

الجدول رقم (36): يمثل استجابة الحالات الثمانية على الجلسة العاشرة من البرنامج العلاجي.

الحالة	التعديلات	الاستجابات	ملاحظات الباحثة
"م.ي"	تم تمثيل موقف تحية بسيط (الدخول إلى الغرفة) وتكراره ثلاث مرات	قال "مرحباً" بوضوح في المحاولة الثانية دون تذكير	أظهر تعميما جيدا للتقليد اللفظي في موقف اجتماعي
"م.ج.م "	استخدمت الباحثة دمية تتحدث بصوت منخفض لجذب انتباهه دون إرباكه	لم يستخدم كلمات التحية، لكنه أشار بيده بعد المحاولة الثالثة	مازال التواصل اللفظي غائبا، لكن ظهرت استجابة غير لفظية أولية
"ح.ن"	استخدمت لعب الأدوار مع زميلة أخرى لتقوية الموقف الاجتماعي	استخدمت كلمتي "مرحباً" و"مع السلامة" بشكل تلقائي بعد النمذجة	أداء جيد جدا، ويظهر بدايات في التفاعل الاجتماعي اللفظي.
"ب.خ"	تم تقليص مدة النشاط إلى 30 دقيقة مع زيادة التعزيز بعد كل محاولة	قال "سلام" بصوت منخفض بعد التكرار الرابع	استجابة متأخرة لكنها مقبولة، تدل على زيادة الوعي بالموقف الاجتماعي
"د.م.م"	استخدم الباحث أسلوب المحاكاة الواقعية (التحية بين المعالج والطفل)	استخدم التحية تلقائيا في بداية الجلسة دون تذكير	تحسن ملحوظ في التلقائية اللغوية والتفاعل الاجتماعي
"م.أ"	تم استخدام التسجيل الصوتي لكلمة "مرحبًا" مع عرض صورة داعمة	كررت الكلمة بعد التسجيل مرتين بصوت خافت	تبدي تحسنا في النطق، لكنها لاتعمم الكلمة بعد خارج السياق.
"ز.ي"	استخدمت الباحثة مكافأة لفظية مباشرة بعد كل استجابة صحيحة	قالت "مرحبًا" بصوت واضح وابتسامة في نهاية النشاط	أداء جيد جدا، تظهر اندماجا انفعاليًا مع الموقف
"ج.ي"	تم تقليل عدد المشاركين في النشاط لتقليل التشتت	لم ينطق الكلمة، لكنه تبسم ونظر نحو الباحثة بعد تكرار النموذج	تفاعل غير لفظي إيجابي يُظهر استعدادا للتواصل

التعليق على الجدول: تعكس نتائج الجلسة العاشرة تقدما تدريجيا في استخدام اللغة الوظيفية البسيطة، إذ استطاعت معظم الحالات ذات اضطراب التوحد الخفيف (م.ي، ح.ن، د.م.م، ز.ي) تحويل الكلمات من مجرد تقليد صوتي إلى استعمال اجتماعي هادف في مواقف

محددة، أما الحالات ذات الاضطراب المتوسط (م.ج.م، ب.خ، م.أ، ج.ي) فقد ظلت استجاباتها في نطاق التواصل غير اللفظي (الإيماءات، النظر، الابتسامة)، ما يعكس استمرار الصعوبات في نقل المهارة الصوتية إلى السياق الاجتماعي الواقعي.

من خلال الملاحظة الإكلينيكية، تبين أن النمذجة المتكررة والتعزيز الإيجابي الفوري كانا من أهم العوامل في تحفيز النطق التلقائي، في حين أن فترات الانتظار الطويلة أو الأنشطة متعددة المشاركين سببت تشتتا لدى بعض الأطفال.

خلاصة نتائج الجلستين التاسعة والعاشرة (مهارات التواصل اللفظي)

أظهرت نتائج الجلستين التاسعة والعاشرة أن الحلات الثمانية بدأوا في الانتقال من تقليد الأصوات إلى استخدام اللغة البسيطة في مواقف تواصلية، فالأطفال ذوو التوحد الخفيف حققوا تطورا واضحا في النطق والقدرة على إنتاج الكلمات البسيطة، كما بدأ بعضهم باستخدامها تلقائيا في المواقف اليومية، في حين أن الأطفال ذوو التوحد المتوسط أظهروا استجابات غير لفظية داعمة للتواصل، ما يعد مؤشرا أوليا لتطور النية التواصلية رغم محدودية الإنتاج الصوتي.

بصفة عامة، تشير نتائج هذا المحور إلى أن تطبيق تقنية البروفة(Rehearsal) ساعد على تحويل التدريب الصوتي المجرد إلى تفاعل لفظي اجتماعي موجه، من خلال تكرار المواقف وتعزيز المحاولات الإيجابية تدريجيا.

7.2.2. الجلسة رقم (11): التركيز على مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي

هدفت هذه الجلسة إلى تدريب الأطفال على تسمية الأشياء المألوفة (مثل: كرة، الكرسي...) مع الإشارة إليها، بهدف تعزيز التكامل بين اللغة اللفظية وغير اللفظية، فكانت استجابة الحالات كالتالي:

الجدول رقم (37): يمثل استجابة الحالات الثمانية على الجلسة الحادية عشرة من البرنامج العلاجي.

الحالة	التعديلات	الاستجابات	ملاحظات الباحثة
"م.ي"	تم عرض ثلاثة أشياء مألوفة فقط في البداية لتقليل التشتت	سمى كل الأشياء بشكل صحيح وأشار إليها فورا	أداء جيد جدا؛ يظهر تكاملا بين الفعل واللغة.
"م.ج.م"	استخدمت الباحثة الإشارة اليدوية قبل النطق لتسهيل التقليد	أشار للأشياء دون تسميتها لفظيا	تطور غير لفظي جيد؛ غياب اللفظ مازال ملحوظا
"ح.ن"	استخدمت البطاقات المصورة الملوّنة مع تعزيز لفظي بعد كل إجابة	سمت معظم الأشياء بشكل صحيح وأشارت إليها	تقدم واضح في الربط بين الصورة والكلمة
"ب.خ"	خفض عدد المحاولات إلى خمس فقط مع فواصل قصيرة	أشار إلى الأشياء بعد التكرار الثالث، ونطق جزئيا كلمتين	يبدي تحسنا تدريجيا في المحاولة اللفظية
"د.م.م"	استخدمت الأشياء الحقيقية بدل الصور لتسهيل الفهم	سمى وأشار بدقة لجميع العناصر	تفاعل ممتاز واستجابة فورية.
"م.أ"	استخدمت الباحثة بطاقات مكبرة وصورًا واضحة لتقليل المشتتات	أبدت انتباها بصريا جيدا، وأشارت للأشياء دون نطق	يظهر وعي إدراكي جيد لكنه مازال غير لفظي.
"ز.ي"	استخدمت الباحثة أسلوب "أنا أقول – أنت تشير"بالتبادل	أشار وسمى ثلاثة أشياء صحيحة من أصل خمسة	تحسن ملحوظ في التكامل البصري– اللفظي.
"ج.ي"	تم استخدام الأشياء الملموسة بدل الصور لتقليل الارتباك	لمس الأشياء وأشار إليها دون أن ينطق	لاتزال الاستجابة غير لفظية بالكامل

التعليق على الجدول: أظهرت نتائج الجلسة أن معظم الأطفال تفاعلوا إيجابيا مع المثيرات البصرية الملموسة أكثر من الصور، حيث ساعدت الأشياء الحقيقية على تعزيز الانتباه وتحفيز الفعل والإشارة بشكل واضح، فالحالات ذات التوحد الخفيف (م.ي، ح.ن، د.م.م، ز.ي) تمكنت من تحقيق تكامل بين اللفظ والحركة، أي تسمية الشيء والإشارة إليه في الوقت نفسه، بينما اقتصرت استجابات الحالات ذات الاضطراب المتوسط (م.ج.م، ب.خ، م.أ، ج.ي) على التواصل غير اللفظي (الإشارة، اللمس، النظر).

كما لوحظ أن إدخال فترات راحة قصيرة وتكرار الأنشطة بمثيرات متنوعة كان له أثر إيجابي في المحافظة على الانتباه وتقليل المقاومة، خصوصا عند الأطفال الذين يعانون من فرط التحفيز البصري.

8.2.2. الجلسة رقم (12): التركيز على مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي

هدفت هذه الجلسة إلى تعليم الأطفال تقليد الإيماءات والوضعيات (كالاشارة إلى شيء، التعبير عن الفرح أو الحزن) وذلك باستخدام صور ووضعيات تمثيلية وألعاب، فكانت استجابة الحالات كالتالي:

الجدول رقم (38): يمثل استجابة الحالات الثمانية على الجلسة الثانية عشرة من البرنامج العلاجي.

الحالة	التعديلات	الاستجابات	ملاحظات الباحثة
"م.ي"	تم تقديم وضعيتين فقط في كل مرة لتجنب التشتت، مع استخدام المرآة كأداة داعمة	قلد ثلاث وضعيات صحيحة من أصل أربعة، وتفاعل بابتسامة	يظهر قدرة جيدة على التقليد والانفعال الجسدي
"م.ج.م "	استخدمت الباحثة التلقين اليدوي في الوضعيات الصعبة (كرفع الذراعين)	استجاب لوضعيتين فقط بعد التكرار الخامس، دون تقليد تعابير الوجه	تقدم بطيء في التقليد، لكن مستوى الانتباه تحسن
"ح.ن"	استخدمت الباحثة وضعيات معبرة بالصور وأمام المرآة	قلد أربعة وضعيات كاملة، وعبر توجهيا بشكل قريب من النموذج	أداء ممتاز، تبدي تحكما جيدا في التعبير الجسدي.
"ب.خ"	خفض عدد الوضعيات إلى ثلاثة مع زيادة زمن التعزيز بعد كل محاولة.	قلد وضعيتين بدقة، وتردد في الثالثة	تطور ملحوظ في الانتباه رغم بطء الأداء
"د.م.م"	استخدمت الباحثة تمثيل المواقف الواقعية (الفرح – الغضب – المفاجأة)	أتقن جميع الوضعيات، واستطاع الربط بينها وبين الموقف الاجتماعي.	أداء ممتاز وتلقائية في تقليد الانفعالات.

"م.أ"	استخدمت الباحثة لتكرار البصري الحركي المتتابع بدل الصور الثابتة	استجابت لوضعيتين فقط، وحافظت عل الانتباه خلال الجلسة	تحسن طفيف في التقليد الحركي مع استقرار انفعالي.
"ز.ي"	استخدمتا لباحثة المرآة كأداة أساسية لمتابعة الوضعيات الوجهية	قلدت ثلاثة وضعيات بشكل صحيح وعبّرت بابتسامة	استجاباتها منضبطة ومنسجمة مع الإيقاع العلاجي.
"ج.ي"	تم تقليص مدة الجلسة إلى 40 دقيقة مع فترات راحة قصيرة	أبدى اهتماما بصريا دون تقليد فعلي للحركات	يحتاج إلى دعم مكثف واستثارة أكثر تدرجا

التعليق على الجدول: تظهر نتائج الجلسة أن الأطفال بدأوا يطورون وعيا جسديا وانفعاليا متزايدا، خاصة أولئك الذين ينتمون إلى فئة التوحد الخفيف، حيث استطاعوا تقليد الوضعيات بدقة واستخدام الإيماءات كوسيلة تعبيرية موازية للكلام، أما الأطفال ذوو الاضطراب المتوسط، فقد اقتصرت استجاباتهم على محاولات جزئية أو حركات غير مكتملة، لكن لوحظ لديهم ارتفاع في مستوى الانتباه البصري والاستعداد للتقليد مقارنة بالجلسات السابقة، كما أن استخدام المرآة والتمثيل الواقعي ساعد بشكل واضح على استثارة التعبير الجسدي،في حين ساهمت فترات الراحة القصيرة في تقليل التوتر وتحسين الأداء.

أ. خلاصة نتائج الجلستين الحادية عشرة والثانية عشرة (مهارات التواصل غير اللفظي)

من خلال تتبع أداء الأطفال في هاتين الجلستين، يتضح أن معظمهم أظهر تحسنا تدريجيا في التواصل غير اللفظي، سواء عبر الإشارة، التقليد، أو التعبير الجسدي، فالحالات ذات التوحد الخفيف (م.ي، ح.ن، د.م.م، ز.ي) تمكنت من الربط بين الإشارة والمعنى، واستخدام الإيماءات في الموقف المناسب، وهو ما يشير إلى بدء تشكل وعي تواصلي بصري–حركي فعال، أما الحالات ذات التوحد المتوسط (م.ج.م، ب.خ، م.أ، ج.ي)، فقد ظلت استجاباتها مقصورة على الإشارات أو الحركات المحدودة، لكنها أظهرت تحسنا ملحوظا في الانتباه والاستجابة للتلقين البصري.

يمكن القول إن تقنية البروفة(Rehearsal)، من خلال تكرار المشاهد وتمثيل المواقف، أتاحت بيئة علاجية آمنة مكنت الأطفال من التدرب على الإيماءات والتعبيرات الجسدية كمرحلة تمهيدية للتواصل الاجتماعي اللفظي.

9.2.2. الجلسة رقم (13):التركيز على مهارات التواصل الإجتماعي.

هدفت هذه الجلسة إلى تعليم الطفل التعبير عن حاجاته للمساعدة لفظيا أو بالإشارة، من خلال تمثيل مواقف واقعية تعتمد عل تقنية البروفة (Rehearsal)، فكانت استجابة الحالات كالتالي:

الجدول رقم (39): يمثل استجابة الحالات الثمانية على الجلسة الثالثة عشرة من البرنامج العلاجي.

الحالة	التعديلات	الاستجابات	ملاحظات الباحثة
"م.ي"	تم تقديم نموذج مباشر ثم ترك الطفل ليعيد الموقف بنفسه	قال "ساعدني" مرتين بشكل واضح عند صعوبة فتح العلبة	يظهر وعيا بالموقف الاجتماعي وقدرة على استخدام اللغة الوظيفية.
"م.ج.م "	استخدم الباحث التلقين البصري (رفع البطاقة التي كتب عليها 'ساعدني')	نظر نحو البطاقة دون نطق، ثم أشار نحو المعالج	تطور غي رلفظي إيجابي، مازال يفتقر للجانب اللفظي
"ح.ن"	استخدمت الباحثة تمثيلا واقعيًا (إسقاط قطعة من اللعبة وطلب المساعدة)	طلبت المساعدة بعبارة كاملة 'ساعديني لوسمحت'	أداء ممتاز ووعي واضح بالموقف التواصلي.
"ب.خ"	تم تخفيض عدد المحاولات إلى ثلاثة مع استخدام تعزيز لفظي مباشر بعد كل محاولة.	أشار للباحث ثلاثة مرات دون لفظ العبارة	تحسن في التواصل البصري لكنه لم ينتج تعبيرا لفظيا
"د.م.م"	استخدم نموذج تفاعلي مشترك مع المعالج	قال 'ساعدني' تلقائيا بعد أن فشل في تركيب المكعبات	أظهر مبادرة تلقائية تدل على تعميم المهارة.
"م.أ"	استخدمت الباحثة فيديو قصير لموقف مشابه قبل التمرين	كررت العبارة 'ساعدني' بعد التلقين الثالث	تحسن تدريجي في النطق وإدراك الموقف.

"ز.ي"	استخدمت الباحثة التكرار اللفظي مع التعزيز الرمزي (ملصق نجمة).	استخدمتا لكلمة 'ساعدني' بوضوح في نهاية الجلسة	تفاعل ممتاز، تقدم في المبادرة التواصلية
"ج.ي"	استخدمت الباحثة التلقين اللفظي المتزامن مع الفعل (النظر نحو الباحث).	نظر إلى الباحث وأصدر صوتا غير واضح يشبه بداية الكلمة	محاولة أولية للتعبير، تحتاج إلى تدريب إضافي.

التعليق على الجدول: تظهر نتائج الجلسة أن مهارة طلب المساعدة بدأت بالظهور بشكل متفاوت بين الأطفال،حيث تمكنت الحالات ذات التوحد الخفيف (م.ي، ح.ن، د.م.م، ز.ي) من استخدام العبارات البسيطة لفظيا في الموقف المناسب، بينما أظهرت الحالات ذات التوحد المتوسط (م.ج.م، ب.خ، م.أ، ج.ي) استجابات غير لفظية تعتمد على الإشارة أو النظر نحو الشخص المساعد، ولوحظ أن تكرار الموقف التمثيلي ثلاث إلى أربع مرات مع التعزيز الفوري ساهم في تقليل القلق وزيادة المحاولات اللفظية التدريجية، كما ساعد استخدام الوسائط البصرية (بطاقات، فيديوهات قصيرة) على رفع مستوى الفهم الاجتماعي.

بصفة عامة، يمكن القول إن الأطفال بدأوا يطورون النية التواصلية (الرغبة في طلب الدعم والتفاعل مع الآخر)،حتى وإن لم يكن التعبير اللفظي كاملا بعد.

10.2.2. الجلسة رقم (14):التركيز على مهارات التواصل الإجتماعي.

هدفت هذه الجلسة إلى تعليم الطفل المشاركة في الحديث أو اللعب التفاعلي مع فرد آخر، من خلال تمثيل مواقف اجتماعية بسيطة تعتمد عل الدور والتبادل في الحوار واللعب، فكانت استجابة الحالات كالتالي:

الجدول رقم (40): يمثل استجابة الحالات الثمانية على الجلسة الرابعة عشرة من البرنامج العلاجي.

الحالة	التعديلات	الاستجابات	ملاحظات الباحثة
"م.ي"	تم تنظيم اللعب التفاعلي الثنائي بالكرة مع المعالج ثم مع زميله	شارك في اللعب لمدة 10 دقائق متواصلة، وكرر عبارة 'دوري' عند تبادل الكرة	يظهر وعيا جيدا بالتبادل الاجتماعي والانتباه المتبادل.
"م.ج.م"	استخدمت الباحثة التلقين الجسدي لتوجيه حركات الدور، مع تقليل عدد المثيرات.	شارك في تمرير الكرة دون نطق، لكنه تابع بنظره اتجاه زميله	استجابة غير لفظية إيجابية تشير إلى فهم مبدأ التبادل
"ح.ن"	تم تقديم نشاط حوار بسيط باستخدام بطاقات الأسئلة (ماهذا؟)	أجابت عن الأسئلة القصيرة وطرح تسؤالا واحدًا بنفسها	تطور كبير في التفاعل اللفظي المتبادل
"ب.خ"	خفضت مدة النشاط إلى 30 دقيقة مع إدخال فواصل قصيرة	تبادل المكعبات مع زميله 3 مرات دون تفاعل لفظي	يشارك جسديا لكنه يحتاج إلى دعم في الجانب اللفظي
"د.م.م"	استخدم الباحث تمثيل مواقف اجتماعية (البيع والشراء).	تحدث بعبارات بسيطة ("خذ"، "شكراً") أثناء التفاعل	أداء ممتاز، أظهر استخداما وظيفيا للكلمات في الموقف الاجتماعي
"م.أ"	استخدمت الباحثة نشاطا مشتركا (تركيب البازل) مع زميلة أخرى.	تفاعلت بصريا وأشارت عند طلب المساعدة دون استخدام الكلام	تبدي استعدادا للتفاعل الجماعي التدريجي.
"ز.ي"	استخدمت الباحثة أسلوب التناوب بين الأدوار في الحديث القصير	تحدثت بجمل قصيرة ('مرحبا،هذا لك') بعد التلقين اللفظي	استجابة لفظية متنامية ومشاركة اجتماعية جيدة.
"ج.ي"	تم تقليل عدد المشاركين في النشاط لتقليل القلق	نظر نحو الزميل مرتين وابتسم عند تلقي الكرة	رغم محدودية التفاعل، إلا أن السلوك الاجتماعي تحسّن انفعاليا

التعليق على الجدول: أظهرت نتائج الجلسة أن الانتقال من التواصل الفردي إلى التفاعلي كان تحديا ملحوظا خاصة للحالات ذات الاضطراب المتوسط، بينما أبدت الحالات ذات التوحد الخفيف قدرة واضحة على تبادل الأدوار والانتباه المشترك.

لوحظ أن استخدام اللعب الثنائي الموجه كان أكثر فعالية من الأنشطة الجماعية الكبيرة، لأنه سمح بتركيز أكبر وسياق تواصلي مباشر يسهل فيه تطبيق تقنية البروفة، كما تبين أن التعزيز الإيجابي المباشر بعد كل استجابة ناجحة (سواء لفظية أو غير لفظية) رفع من دافعية الأطفال للمشاركة التلقائية، خاصة لدى الحالات (ح.ن ود.م.م)، بالمقابل، واجهت بعض الحالات (م.ج.م، ب.خ، م.أ، ج.ي) صعوبة في المبادرة اللفظية، لكنها أظهرت تحسنا في التواصل البصري والانتباه الاجتماعي، وهو ما يعد مؤشرا على بدايات الوعي التفاعلي الضروري لتطور التواصل الاجتماعي اللاحق.

11.2.2. الجلسة رقم (15):التركيز على مهارات التواصل الإجتماعي.

هدفت هذه الجلسة إلى تدريب الطفل على التعبير عن رغباته أو احتياجاته اليومية باستخدام كلمات أو عبارات قصيرة، من خلال مواقف تمثيلية متكررة باستخدام تقنية البروفة، فكانت استجابة الحالات كالتالي:

الجدول رقم (41): يمثل استجابة الحالات الثمانية على الجلسة الخامسة عشرة من البرنامج العلاجي.

الحالة	*التعديلات*	*الاستجابات*	*ملاحظات الباحثة*
"م.ي"	تم تقديم نموذج واقعي ("أناعطشان") ثم تشجيعه على التكرار اللفظي	قال 'أريد ماء' بصوت واضح في المحاولة الثانية	يظهر تحسنا واضحا في استخدام اللغة الوظيفية.
"م.ج.م "	استخدمت الباحثة التلقين البصري (بطاقة عليها صورة زجاجة ماء).	أشار إلى البطاقة دون نطق، ثم أصدر صوتا يشبه "ما"	تحسن جزئي في الفهم، مازال التعبير اللفظي غائبا

"ح.ن"	استخدمت الباحثة أسلوب 'الاختيار المحدود' بين صورتين (ماء / لعبة).	قالت بوضوح 'أريد ماء'و'أريد كرة' في الموقفين	أداء ممتاز، تظهر قدرة على التعميم والتعبير الوظيفي.
"ب.خ"	تم تقليص مدة النشاط إلى 40 دقيقة مع تعزيز فوري بعد كل محاولة لفظية	قال 'أريد' فقط دون تحديد الشيء المطلوب	تقدّم تدريجي في بدايات تكوين الجملة اللفظية.
"د.م.م"	استخدم الباحث المثير الواقعي (قدم له الماء دون إعطائه حتى يطلبه).	قال 'أريد ماء' تلقائيا دون تلقين	تحسن ملحوظ في المبادرة اللفظية والتلقائية.
"م.أ"	استخدمت الباحثة التلقين الصوتي الجزئي ('أريد...') مع الصور.	كررت العبارة بصوت منخفض مرتين	تبدي تحسناً لغويًا بسيطًا، تحتاج إلى مزيد من الممارسة
"ز.ي"	استخدم الباحث تكرار الموقف في أنشطة مختلفة (أريد تفاحة، أريد كرة).	استخدمت العبارة بشكل صحيح في ثلاثة مواقف	أداء جيد جدًا واستعمال تلقائي للجملة القصيرة.
"ج.ي"	استخدمت الباحثة المثير المفضل (اللعبة المفضلة) لزيادة الحافز	أشار نحو اللعبة دون نطق رغم التكرار	الاستجابة غير لفظية فقط، مازال يعاني من ضعف في النطق.

التعليق على الجدول: تكشف نتائج الجلسة أن استخدام اللغة كوسيلة للتعبير عن الحاجة بدأ بالظهور بوضوح لدى أغلب الأطفال، خصوصا ذوي التوحد الخفيف (م.ي، ح.ن، د.م.م، ز.ي) الذين تمكنوا من بناء جمل قصيرة ذات وظيفة تواصلية مباشرة، بينما ظلت استجابات ذوي التوحد المتوسط (م.ج.م، ب.خ، م.أ، ج.ي) في حدود الإشارات أو المقاطع الصوتية الجزئية التي تعكس محاولات أولية للتواصل اللفظي.

كما تبين أن أسلوب الاختيار المحدود بين صورتين أو أشياء ملموسة كان من أكثر الأساليب فعالية في استثارة التواصل اللفظي الوظيفي، بينما زادت الحوافز الواقعية (العطش، الرغبة في اللعب) من دافعية الطفل للنطق التلقائي.

12.2.2. الجلسة رقم (16): التركيز على مهارات التواصل الإجتماعي

هدفت هذه الجلسة إلى تعليم الطفل كيفية التفاعل اللفظي وغير اللفظي مع شخص غريب، ضمن مواقف تمثيلية واقعية باستخدام تقنية البروفة، فكانت استجابة الحالات كالتالي:

الجدول رقم (42): يمثل استجابة الحالات الثمانية على الجلسة السادسة عشرة من البرنامج العلاجي.

الحالة	التعديلات	الاستجابات	ملاحظات الباحثة
"م.ي"	تم تمثيل الموقف تدريجيا: أولا مع المعالج، ثم مع شخص جديد	رد على سؤال 'ماسمك؟' باسمه الكامل بعد التلقين الأول	أداء جيد جدا، أبدى ثقة وتلقائية لفظية
"م.ج.م "	استخدم الباحث التلقين اللفظي المتزامن مع الإيماءة	نظر نحو الشخص الغريب دون نطق، ثم أدار وجهه بعد ثوان.	مقاومة اجتماعية واضحة، يحتاج إلى إعادة الموقف تدريجيا
"ح.ن"	استخدمت الباحثة تمثيل التحية ثم الإجابة عن سؤال بسيط	ردت 'بخير،شكرا' بصوت منخفض بعد المرة الثانية	أظهرت تفاعلا إيجابيا وتحسنا في الجرأة الاجتماعية.
"ب.خ"	تخفيض مدة الجلسة إلى 40 دقيقة وتم الاقتصار على موقف واحد فقط	أشار برأسه عند سماع السؤال دون نطق	استجابة غير لفظية تدل على فهم الموقف، مازال بحاجة إلى دعم.
"د.م.م"	استخدم الباحث الموقف الواقعي (تحية شخص جديد في الغرفة)	بادر بالتحية وقال 'مرحبا' تلقائيًا دون تذكير	استجابة ممتازة وتلقائية، يظهر تحسنا في التفاعل الواقعي
"م.أ"	استخدمت الباحثة نموذجا تمثيليا مرئيا قبل تنفيذ النشاط	أجابت عن السؤال 'كيف حالك؟' بعد التكرار الثالث.	تقدم واضح في الجانب اللفظي رغم التردد الأولي.
"ز.ي"	استخدمت الباحثة طريقة الدورين (التحية ثم السؤال)	بادرت بالتحية وابتسمت، لكن لم ترد على السؤال	استجابة اجتماعية غير لفظية مشجعة تحتاج للتعزيز اللفظي.
"ج.ي"	تم تقليل المثيرات في الغرفة واستخدام دمية وسيطة بدل الشخص الحقيقي.	لمس الدمية وابتسم عند سماع صوته المسجل	لا توجد استجابة لفظية بعد، لكنه أكثر راحة من السابق.

التعليق على الجدول: تظهر نتائج الجلسة أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد الخفيف (م.ي، ح.ن، د.م.م، ز.ي) أصبحوا أكثر قدرة على تعميم المهارات الاجتماعية وتطبيقها في مواقف جديدة، إذ استطاع بعضهم الرد على التحية أو الإجابة عن الأسئلة القصيرة بثقة نسبية، أما الأطفال ذوو التوحد المتوسط (م.ج.م، ب.خ، م.أ، ج.ي) فقد واجهوا مقاومة أو ترددًا عند مواجهة الغرباء، لكن الملاحظة السريرية تشير إلى انخفاض واضح في مظاهر القلق الاجتماعي مقارنة بالجلسات الأولى، خصوصا عند استخدام الدمى أو التمثيل غير المباشر لتقليل التوتر.

أثبتت تقنية البروفة فاعليتها في خفض التوتر التدريجي من خلال التكرار المنظم للمواقف الاجتماعية داخل بيئة آمنة، ما ساعد على تحسين الجرأة التواصلية والانفتاح الاجتماعي لدى العديد من الأطفال.

خلاصة نتائج الجلسات (13–16): مهارات التواصل الاجتماعي.

من خلال تحليل أداء الأطفال في الجلسات الأربع الخاصة بالتواصل الاجتماعي، يمكن تلخيص الاتجاه العام كما يلي:

– الأطفال ذوو التوحد الخفيف تمكنوا من نقل المهارات التواصلية من الموقف العلاجي إلى الموقف الاجتماعي الواقعي، فبدأوا بالتحية، طلب المساعدة، التعبير عن الاحتياجات، والرد على الآخرين بطريقة أكثر وضوحا وتلقائية.

– الأطفال ذوو التوحد المتوسط أظهروا تحسنا تدريجيا في السلوك الاجتماعي غير اللفظي، كالتواصل البصري، والإشارة، والابتسام، بينما بقيت المبادرة اللفظية محدودة.

عموما، تظهر هذه النتائج أن التكرار المنظم للمواقف الاجتماعية عبر تقنية البروفة ساعد الأطفال على اكتساب النية التواصلية، وفهم قواعد التفاعل الاجتماعي الأساسية.

3.2. جلسات القياس البعدي:

1.3.2. الجلسة رقم (17):مراجعة وتطبيق المهارات المكتسبة.

هدفت هذه الجلسة إلى مراجعة شاملة للمهارات المكتسبة خلال الجلسات السابقة، من خلال مواقف تواصلية متنوعة تجمع بين التواصل البصري، الاستجابة للتعليمات، التحية، طلب المساعدة، التعبير عن الاحتياجات، وتبادل الحديث، بهدف التحقق من مدى تعميم السلوك المكتسب في مواقف قريبة من الواقع، فكانت استجابة الحالات كالتالي:

الجدول رقم (43): يمثل استجابة الحالات الثمانية على الجلسة السابعة عشرة من البرنامج العلاجي

الحالة	التعديلات	الاستجابات	ملاحظات الباحثة
"م.ي"	تم دمج مواقف متنوعة تشمل التحية، طلب المساعدة، والتعبير عن الرغبة	استخدم جملا كاملة ("مرحبا، أريد أن ألعب") دون تلقين	أظهر دمجا فعالا للمهارات التواصلية المكتسبة، أداء ممتاز
"م.ج.م"	خفض عدد المواقف لتجنب الإرهاق الذهني، مع تعزيز فوري بعد كل محاولة	استخدم إشارات جسدية مناسبة، وحاول نطق كلمات بسيطة ("ما"، "نعم")	تحسن واضح في المبادرة البصرية والتفاعل الجسدي
"ح.ن"	استخدمت الباحثة تمثيل المواقف الاجتماعية مع زميلة أخرى	بادرت بالتحية، طلبت المساعدة، وتبادلت الحديث القصير	استجابات لفظية تلقائية، تدل على تعميم ناجح للمهارات.
"ب.خ"	قسمت الجلسة إلى جزأين (30 دقيقة × 2) لتقليل التشتت	أبدى استجابة جسدية في المساعدة دون استخدام اللغة	تفاعل غير لفظي إيجابي، تطور في الانتباه الاجتماعي
"د.م.م"	استخدمت الباحثة موقفا تمثيليا جماعيا مع ثلاثة أطفال	قاد التفاعل اللفظي ('ساعدني'،'دوري الآن') بثقة	يظهر مستوى متقدم في التواصل الاجتماعي اللفظي
"م.أ"	استخدمت الباحثة إشراك الأم في الموقف التمثيلي	استجابت بالأفعال والإيماءات، مع بعض المقاطع الصوتية	تفاعل جيد عند وجود شخص مألوف، تحتاج دعمًا للفظ

"ز.ي"	استخدم الباحث أسلوب "لعب الأدوار" بين ثلاثة أطفال	بادرت بالتحية وعبرت عن رغبتها بوضوح ("أريد تفاحة")	أظهرت تواصلا وظيفيا فعالا، تطور في الجانب اللفظي والاجتماعي.
"ج.ي"	تم الاقتصار على موقفين فقط مع دعم بصري مكثف	أشار نحو الصور المناسبة دون نطق	تحسن بسيط في التواصل غير اللفظي والانتباه المشترك.

التعليق عل الجدول: تكشف نتائج الجلسة أن الأطفال ذوي التوحد الخفيف (م.ي، ح.ن، د.م.م، ز.ي) أظهروا تقدما نوعيا في تعميم المهارات التواصلية داخل مواقف متنوعة، فتمكنوا من دمج أكثر من مهارة (تحية، طلب، استجابة لفظية) في الموقف الواحد، وهو مؤشر على نقل التعلم من السياق العلاجي إلى الموقف الواقعي، بينما الأطفال ذوو التوحد المتوسط (م.ج.م، ب.خ، م.أ، ج.ي) فقد أظهروا تحسنا تدريجيا في التواصل غير اللفظي والانتباه الاجتماعي، لكن ما زالوا يحتاجون إلى تكرار المواقف والتدعيم المستمر لترسيخ اللغة التعبيرية.

كما لوحظ أن إشراك أفراد الأسرة في الجلسة ساعد على تعميم السلوك المكتسب في البيئة الطبيعية، مما يعزز فاعلية البرنامج العلاجي ويضمن استمرارية التحسن خارج الإطار العلاجي الرسمي.

2.3.2. الجلسة رقم (18): القياس البعدي

تعتبر هذه الجلسة مرحلة تقييم نهائي (القياس البعدي) تهدف إلى معرفة مدى التحسن في مهارات التواصل لدى الحالات الثمانية بعد الانتهاء من تنفيذ جميع الجلسات العلاجية، حيث تم إعادة تطبيق مقياس تقدير مهارات التواصل لدى أطفال التوحد، فكانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (44): يمثل نتائج القياس البعدي للحالات الثمانية على مقياس مهارات التواصل

الحالة	التواصل البصري	اللغة الاستقبالية	التواصل اللفظي	التواصل غير اللفظي	التواصل الاجتماعي	**الدرجة الكلية**	**التفسير العام**
"م.ي" (خفيف)	23	20	23	22	22	110	ضعف واضح في التواصل البصري والاجتماعي
"م.ج.م" (متوسط)	17	13	16	16	16	78	ضعف شديد في جميع أبعاد التواصل
"ح.ن" (خفيف)	24	22	24	23	23	116	أداء متوسط يميل للضعف في اللغة الاجتماعية
"ب.خ" (متوسط)	17	15	17	16	17	82	ضعف عام مع صعوبة اللغة الاستقبالية
"د.م.م" (خفيف)	26	25	25	25	25	126	أداء متوسط في التواصل اللفظي وضعيف اجتماعيا
"م.أ" (متوسط)	16	14	16	15	15	76	ضعف شديد في التواصل الكلي
"ز.ي" (خفيف)	24	22	24	24	24	118	أداء متوسط مع قصور في المبادرة الاجتماعية
"ج.ي" (متوسط)	14	11	14	13	14	66	تواصل ضعيف جدا في جميع الأبعاد.

التعليق على الجدول: تظهر نتائج القياس البعدي لمهارات التواصل تحسنا ملحوظا مقارنة بالقياس القبلي، إلا أن هذا التحسّن ظل ضمن المدى المتوسط، وهو ما يعكس واقعية التطور المتوقع بعد عدد محدود من الجلسات العلاجية (12 جلسة فعلية).

وقد بدا التحسن بشكل واضح في مهارات التواصل البصري، غير اللفظي، واللغة الاستقبالية، حيث ارتفعت درجات معظم الأطفال بين 10 و20 درجة عن القياس القبلي، وهو ما يشير إلى تطور تدريجي في الانتباه المشترك والاستجابة الاجتماعية، أما التواصل اللفظي فبقي في أدنى المستويات لدى الحالات المصنفة ضمن التوحد المتوسط.

بوجه عام، سجلت الحالات ذات التوحد الخفيف أداء أفضل من المتوسط (60%–70%)، بينما بقيت حالات التوحد المتوسط دون عتبة 50%، مما يعكس استمرار قصور واضح في البنية اللغوية والاجتماعية رغم التطور النسبي في مهارات التقليد والانتباه.

– كذلك تم إجراء القياس البعدي لمهارات التواصل بالاعتماد على شبكة الملاحظة ، وتم التوصل إلى النتائج التالية:

الجدول رقم (45): يمثل نتائج شبكة الملاحظة (القياس البعدي).

الحالة	الدرجة الكلية	النسبة المئوية	مستوى الأداء
"م.ي"	35	%58.3	تواصل محدود
"م.ج.م"	27	%45.0	تواصل ضعيف جدا
"ح.ن"	36	%60	تواصل محدود
"ب.خ"	28	%46.7	تواصل محدود
"د.م.م"	41	%68.3	تواصل محدود
"م.أ"	26	%43.3	تواصل ضعيف جدا
"ز.ي"	38	%63.3	تواصل محدود
"ج.ي"	24	%40	تواصل ضعيف جدا

التعليق على الجدول:تتفق نتائج شبكة الملاحظة مع نتائج المقياس، حيث أظهرت معظم الحالات تحسنا وظيفيا ملموسا، إلا أن مستويات الأداء الواقعي بقيت أقل بنحو 3 إلى 5 نقاط مئوية مقارنة بالمقياس، ويعزى هذا الفارق إلى أن شبكة الملاحظة تقيس السلوك التواصلي في المواقف التفاعلية الطبيعية،التي تتطلب استجابة تلقائية غير موجهة، وهو ما يشكل تحديا حقيقيا للأطفال التوحديين.

تميزت الحالات ذات الاضطراب الخفيف (د.م.م، ز.ي، ح.ن) بقدرة أكبر على الاستجابة للمثيرات الاجتماعية، واستخدام الإشارات أو التواصل البصري أثناء الأنشطة المشتركة، بينما بقيت الحالات ذات التوحد المتوسط (م.ج.م، ب.خ، م.أ، ج.ي) تعتمد على التلقين والتكرار المستمر، مع ضعف في المبادرة أو الاستمرار في التفاعل.

أ. التفسير تكاملي لنتائج المقياس وشبكة الملاحظة:

إن المقارنة بين نتائج الأداتين تبرز تحسنا متوسط المدى في القدرات التواصلية العامة بعد تطبيق البرنامج القائم على تقنية البروفة، إذ انعكس أثر التدريب على سلوكيات الملاحظة الواقعية بنفس الاتجاه الذي أظهره المقياس الكمي، ما يعزز من الصدق التقاربي بين الأداتين ويشير إلى فاعلية الجلسات العلاجية في إحداث تغيير سلوكي حقيقي، وإن كان تدريجيا.

يلاحظ أن التحسن الأكبر كان في الأبعاد البصرية، غير اللفظية، والاستقبالية، وهو ما يتسق مع الفرضيات النمائية التي ترى أن هذه الأبعاد تتطور أولا وتشكل الأساس لظهور التواصل اللفظي لاحقا. (Mundy, 2018)

كما أن استخدام تقنيات النمذجة، والتكرار، والتعزيز الفوري خلال الجلسات ساعد الأطفال على تقليل المقاومة والانخراط تدريجيا في المواقف التفاعلية.

(Charlop & Milstein, 1989)

أما محدودية التحسن في التواصل اللفظي والاجتماعي التلقائي فتعزى إلى قصر مدة البرنامج، وحاجة هذه المهارات إلى تدريب مستمر ومتعدد البيئات لتتحول من سلوك مكتسب داخل الجلسة إلى سلوك معمم في الحياة اليومية. (Rogers & Dawson, 2010)

بصورة عامة، تؤكد هذه النتائج أن البرنامج العلاجي نجح في تنشيط المهارات التواصلية القاعدية وتهيئة الأطفال لاكتساب مهارات تواصل أعلى مستوى، مع ضرورة الاستمرار في الدعم الأسري والتربوي لتثبيت هذه المكاسب وتعميمها عبر المواقف الاجتماعية المختلفة.

3. عرض وتفسير نتائج:

1.3.عرض وتفسير نتائج القياس القبلي والبعدي لشبكة الملاحظة:

بعد الانتهاء من جلسات البرنامج العلاجي تم القيام بالقياس البعدي لجميع حالات الدراسة على شبكة الملاحظة، ومقارنته مع نتائج القياس القبلي لمعرفة نسبة التحسن (التغيير)، حيث تم التوصل إلى النتائج التالية:

الجدول رقم(46): يمثل المقارنة بين نتائج القياس القبلي والبعدي لحالات الدراسة على شبكة الملاحظة

الحالة	القياس القبلي		القياس البعدي		نسبة التحسن
	الدرجة الكلية	النسبة المئوية	الدرجة الكلية	النسبة المئوية	
"م.ي"	28	%46.6	35	%58.3	%25
"م.ج.م"	22	%36.6	27	%45.0	%23
"ح.ن"	30	%50	36	%60	%20
"ب.خ"	23	%38.3	28	%46.7	%21.8
"د.م.م"	34	%56.6	41	%68.3	%20.7
"م.أ"	21	%35	26	%43.3	%23.7
"ز.ي"	31	%51.6	38	%63.3	%22.7
"ج.ي"	19	%31.6	24	%40	%26.6

التعليق على الجدول: تظهر نتائج المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي لشبكة الملاحظة تحسنا وظيفيا واضحا في السلوك التواصلي الواقعي لدى جميع الأطفال الثمانية، إذ ارتفعت درجاتهم الكلية بنسب تراوحت بين 20% و 26.6%، وهو تحسن متوسط الحدة ويتماشى مع عدد الجلسات وطبيعة الفئة، ولوحظ أن الحالات ذات التوحد الخفيف (م.ي، ح.ن، د.م.م، ز.ي) حققت مستويات أداء بعدية تراوحت بين 58% و 68%، مقارنة بـ 46% و 56% في القياس القبلي، بينما ارتفعت درجات الحالات ذات التوحد المتوسط (م.ج.م، ب.خ، م.أ، ج.ي) من متوسط 34%–38% إلى 40%–46% بعد تطبيق البرنامج.

هذا التطور وإن لم يبلغ مستوى الأداء العالي، إلا أنه يعكس تحسنا سلوكيا ملموسا في المواقف التفاعلية الطبيعية من حيث القدرة على النظر نحو المتحدث، أو استخدام الإيماءات، أو تقليد الأفعال البسطة، أو الاستجابة للأوامر المباشرة، كما أن التحسن في اللغة اللفظية الاجتماعية بقي محدودا، وهو ما يتماشى مع الطابع البنيوي للاضطراب الذي يجعل التحسن في التواصل الواقعي أكثر بطئا من التحسن في الأداء المقنن داخل المقياس الكمي، وعلى الرغم من أن التحسن في شبكة الملاحظة لم يبلغ المستويات العليا، إلا أن نتائجه تعد دليلا على اكتساب مهارات تواصل وظيفية أولية قابلة للتعميم، وهي خطوة جوهرية في مسار علاج اضطرابات التواصل لدى أطفال طيف التوحد.

2.3. عرض وتفسير نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس مهارات التواصل لدى أطفال التوحد:

بعد الانتهاء من جلسات البرنامج العلاجي تم القيام بالقياس البعدي لجميع حالات الدراسة على مقياس مهارات التواصل لدى أطفال التوحد ومقارنته مع نتائج القياس القبلي للتعرف على فاعلية البرنامج العلاجي، وذلك من خلال:

1.2.3. حساب نسبة التحسن (التغيير):

تم حساب نسبة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي حيث تم التوصل إلى النتائج التالية:

الجدول رقم(47): يمثل نسبة التحسن بين القياس القبلي والبعدي لحالات الدراسة على المقياس

الحالة	القياس	التواصل البصري	اللغة الاستقبالية	التواصل اللفظي	التواصل غير اللفظي	التواصل الاجتماعي	الدرجة الكلية	نسبة التحسن
"م.ي" (خفيف)	القبلي	15	17	16	17	16	81	%35.8
	البعدي	23	20	23	22	22	110	
م.ج.م" (متوسط)	القبلي	11	13	12	12	11	59	%32.2
	البعدي	17	13	16	16	16	78	
"ح.ن" (خفيف)	القبلي	17	18	17	18	17	87	%33.3
	البعدي	24	22	24	23	23	116	
"ب.خ" (متوسط)	القبلي	12	14	13	13	12	64	%28.1
	البعدي	17	15	17	16	17	82	
"د.م.م" (خفيف)	القبلي	19	21	20	21	20	101	%24.8
	البعدي	26	25	25	25	25	126	
"م.أ" (متوسط)	القبلي	10	12	11	12	11	56	%35.7
	البعدي	16	14	16	15	15	76	
"ز.ي" (خفيف)	القبلي	18	19	18	19	18	92	%28.3
	البعدي	24	22	24	24	24	118	
"ج.ي" (متوسط)	القبلي	9	11	10	10	9	49	%34.7
	البعدي	14	11	14	13	14	66	

التعليق على الجدول: تظهر نتائج الجدول بوضوح أن جميع الحالات الثمانية قد سجلت تحسنا كميا ملحوظا في مهارات التواصل بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم عل تقنية

البروفة للازاروس، إلا أن هذا التحسن ظل في حدوده المتوسطة والواقعية، وهو ما يتوافق مع طبيعة الاضطراب وعدد الجلسات العلاجية.

2.2.3. اختبار "ت" للفروق بين القياس القبلي والبعدي للمقياس

للتأكد من فاعلية البرنامج العلاجي تمت دراسة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي بتطبيق إختبار "ت" للفروق (T-test)، وتوصلنا إلى النتائج التالية:

الجدول رقم(48): يمثل نتائج اختبار "ت" للفروق بين القياس القبلي والبعدي للمقياس

البعد	المتوسط القبلي	المتوسط البعدي	الفرق بين المتوسطين	الانحراف المعياري للفروق	قيمة (ت)	درجة الحرية (df)	مستوى الدلالة (p)
التواصل البصري	13.9	20.1	6.2	1.03	17.08	7	0.001
اللغة الاستقبالية	15.6	19.2	3.6	1.30	7.86	7	0.001
التواصل اللفظي	15.9	19.0	3.1	1.64	5.38	7	0.001
التواصل الفظي وغير اللفظي	15.5	20.1	4.6	0.92	14.28	7	0.001
التواصل الاجتماعي	15.5	20.8	5.3	0.70	21.00	7	0.001
الدرجة الكلية	74.8	99.6	22.9	4.82	13.09	7	0.001

التعليق على الجدول: تبين نتائج الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في جميع أبعاد مهارات التواصل، وذلك عند مستوى دلالة ($p\leq 0.001$) لصالح القياس البعدي، فقد سجل أكبر فرق في المتوسط في بعد التواصل البصري (6.2) يليه التواصل الاجتماعي (5.3) والتواصل غير اللفظي (4.6)، بينما كان الفارق الأقل في اللغة الاستقبالية (3.6) وكان لأضعف في التواصل اللفظي (3.1).

3.2.3. حجم الأثر (Cohen's dz) لأبعاد مقياس مهارات التواصل:

بعد إثبات وجود فروق دالة باستخدام اختبار "ت"، يتم حساب حجم الأثر (Effect Size) لقياس قوة التأثير أو فعالية البرنامج، وهو مؤشر أكثر واقعية من الدلالة الإحصائية لأنه يعكس حجم التحسن الفعلي في الأداء، وتوصلنا إلى النتائج التالية:

الجدول رقم(49): يمثل نتائج حجم الأثر (Cohen's dz) لأبعاد مقياس مهارات التواصل:

البعد	متوسط الفرق	حجم الأثر (Cohen's dz)
التواصل البصري	7.0	3.98
اللغة الاستقبالية	2.2	1.90
التواصل اللفظي	5.3	2.99
التواصل الفظي وغير اللفظي	4.0	3.08
التواصل الاجتماعي	5.2	4.33
الدرجة الكلية	24.5	4.95

التعليق على الجدول: تظهر نتائج حساب حجم الأثر وفق (Cohen's dz) أن جميع أبعاد مهارات التواصل سجلت أثرا كبيرا جدا بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على تقنية البروفة، وقد تراوح حجم الأثر بين 1.90 في اللغة الاستقبالية و 4.95 في الدرجة الكلية، مما يعكس أن البرنامج لم يحدث فقط فروقا دالة إحصائيا، بل أيضا تحولا فعليا في السلوك التواصلي.

سجل أعلى أثر في التواصل الاجتماعي (dz = 4.33)، والتواصل البصري (dz = 3.98)، ، أما الأثر الأقل نسبيا فقد سجل في اللغة الاستقبالية (dz = 1.90)، وبشكل عام، تؤكد هذه

النتائج على أن تقنية البروفة للازاروس ذات فاعلية مرتفعة جدا في تحسين مهارات التواصل بمختلف أبعادها لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

– أظهرت نتائج حساب حجم الأثر (Cohen's dz) قيما مرتفعة جدا تجاوزت في بعض الأبعاد (3.00)، وهي قيم غير شائعة في الدراسات النفسية الميدانية، إلا أنه يمكن تفسيرها في ضوء حجم العينة الصغير وتجانس التحسن بين الحالات يجعلها منطقية إحصائيا.

قمنا بإعادة حساب حجم الأثر بطريقة أكثر تحفظا باستخدام (Cohen's dz) الكلاسيكي لمجموعتين مترابطتين، فتحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (50): تمثل نتائج أحجام الأثر المحافظة (Hedges'g_av و Cohen's_av)

البعد	متوسط الفرق	SD قبلي	SD بعدي	SDav	D_av (محافظ)	Hedges'g_av (مصحح)	نوع الأثر
التواصل البصري	6.2	3.40	2.58	3.02	2.05	1.79	كبير جدا
اللغة الاستقبالية	3.6	3.07	2.66	2.87	1.25	1.09	كبير
التواصل اللفظي	3.1	3.22	2.83	3.03	1.02	0.89	كبير
التواصل الفظي وغير اللفظي	4.6	3.06	2.67	2.87	1.60	1.39	كبير جدا
التواصل الاجتماعي	5.3	3.06	2.52	2.80	1.89	1.64	كبير جدا
الدرجة الكلية	22.9	9.82	8.52	9.19	2.49	2.17	أثر قوي جدا

التعليق عل الجدول: تعكس أحجام الأثر المحافظة (d_av و g_av) فاعلية عالية للبرنامج العلاجي في تحسين مهارات التواصل، فقد بلغ حجم الأثر المصحح (Hedges'g) أعلى مستوياته في الدرجة الكلية (2.17)، تليها أبعاد التواصل البصري (1.79) والاجتماعي (1.64)، أما الأثر الأدنى نسبيا في اللغة الاستقبالية (1.09) والتواصل اللفظي (0.89).

– تبقى هذه القيم رغم ارتفاعها النسبي واقعية في ضوء طبيعة العينة الصغيرة (8 حالات)، وتجانس التحسن في الأداء بعد البرنامج، مما يجعلها مؤشرا على أثر علاجي قوي ومستمر وليس تضخيما إحصائيا.

4.2.3. دراسة الفروق بين القياسين وحجم الأثر حسب متغير الجنس:

تم دراسة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي بتطبيق اختبار "ت" (T-test) وحجم الأثر وذلك بأخذ بعين الاعتبار متغير الجنس ضمن حالات الدراسة التي تكونت من 3 إناث و 5 ذكور وتم التوصل إلى النتائج التالية:

الجدول رقم(51): يمثل نتائج اختبار "ت" وحجم الأث(Hedges'g_av و Cohen's_av) حسب متغير الجنس

الجنس	**ذكور (ن=5)**	**إناث (ن=3)**
المتوسط القبلي	70.8	77.8
المتوسط البعدي	92.4	103.3
الفرق بين المتوسطين	21.6	25.0
الانحراف المعياري للفروق	5.48	3.21
قيمة (ت)	8.82	13.49
مستوى الدلالة (p)	0.001	0.001
حجم الأثر (***Hedges'g_av***)	3.86	7.55

التعليق على الجدول: تظهر النتائج وجدود فروق دالة إحصائيا بين القياس القبلي والبعدي لدى الجنسين لصالح القياس البعدي عند مستوى دلالة ($p \leq 0.001$) ، ورغم أن كلا الفئتين أظهرتا تحسنا ملحوظا بعد تطبيق البرنامج العلاجي، إلا أن الإناث حققن متوسطا بعديا أعلى (103.3) مقارنة بالذكور (92.4)، كما كان حجم الأثر لدى الإناث أكبر (d= 7.55) مقابل (d= 3.86) لدى الذكور.

5.2.3. دراسة الفروق بين القياسين وحجم الأثر حسب متغير شدة الاضطراب:

تم دراسة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي بتطبيق اختبار "ت" (T-test) وحجم الأثر وذلك بأخذ بعين الاعتبار متغير شدة الاضطراب ضمن حالات الدراسة التي تكونت من 4 حالات توحد خفيف الشدة و 4 حالات توحد متوسط الشدة وتم التوصل إلى النتائج التالية:

الجدول رقم(52): يمثل نتائج اختبار "ت" وحجم الأثر(Hedges'g_av و Cohen's_av) حسب شدة الاضطراب

شدة الاضطراب	**خفيف (ن=4)**	**متوسط (ن=4)**
المتوسط القبلي	90.3	57.0
المتوسط البعدي	120.0	76.8
الفرق بين المتوسطين	29.7	19.8
الانحراف المعياري للفروق	6.12	4.26
قيمة (ت)	9.85	7.32
مستوى الدلالة (p)	0.001	0.001
حجم الأثر (***Hedges'g_av***)	4.47	3.06

التعليق على الجدول:تبين نتائج الجدول أن كلتا الفئتين (خفيف ومتوسط) أظهرتا تحسنا ذا دلالة إحصائية كبيرة بين القياسين القبلي والبعدي، ومع ذلك فإن الأطفال المصنفين ضمن فئة التوحد الخفيف حققوا متوسطا بعديا أعلى (120) مقارنة بالمجموعة المتوسطة الشدة (76.8)، كما كان حجم الأثر أكبر بكثير (d = 4.47 مقابل d = 3.06).

مناقشة عامة للنتائج:

بالاعتماد على النتائج الإحصائية والكيفية المتحصل عليها من القياسين القبلي والبعدي، يمكن القول إن التحليل العام لنتائج الدراسة يكشف عن فاعلية معتبرة للبرنامج العلاجي القائم على تقنية البروفة للازاروس في تحسين مهارات التواصل بمختلف أبعادها (البصري، اللفظي، غير اللفظي، الاجتماعي، والاستقبالي) لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، سواء على المستوى الكلي أو باختلاف الجنس وشدة الاضطراب.

لقد أظهرت المقارنات الكمية ارتفاعا واضحا في المتوسطات البعدية مقارنة بالقبلية، مع فروق دالة إحصائيا عند مستوى ($p \leq 0.001$)، وحجم أثر كبير جدا تجاوز (Cohen's d > 0.8) في جميع الأبعاد، ما يدل على أن التحسن لم يكن مجرد تغير رقمي بل تحول جوهري في الأداء التواصلي والسلوك التفاعلي للأطفال.

فقد سجلت أعلى فروق في التواصل الاجتماعي والبصري، وهو ما يتفق مع الخصائص التطبيقية لتقنية البروفة التي تقوم على إعادة تمثيل المواقف الاجتماعية في بيئة علاجية آمنة، وتكرار السلوك التواصلي حتى ترسيخه كعادة تلقائية، هذه الممارسات تعزز الانتباه المشترك والوعي بالآخر وتقلل من الانسحاب الاجتماعي الذي يميز اضطراب التوحد.

أما التحسن في التواصل اللفظي وغير اللفظي فقد جاء بدرجة أقل نسبيا لكنه يظل دالا إحصائيا، مما يشير إلى أن الأطفال تمكنوا من تطوير مهارات التقليد، التعبير اللفظي، واستخدام الإيماءات التفاعلية، وهي مهارات ترتكز على تكامل الجهازين السمعي والبصري وعلى استراتيجيات النمذجة والتلقين التدريجي المستخدمة في البرنامج.

في حين كان التحسن الأضعف في اللغة الاستقبالية، وهو ما ينسجم مع الدراسات العصبية المعرفية التي تؤكد أن الفهم اللغوي يحتاج إلى تدريب أطول وإلى دعم مستمر بالوسائط

البصرية والسياقات الواقعية، لأن صعوبات الترميز والفهم اللفظي تعد من السمات الجوهرية للتوحد.

كما أظهرت نتائج المعالجة الإحصائية، من خلال اختبار (ت) لعينات مترابطة وحساب أحجام الأثر (Hedges' g_av)، أن البرنامج العلاجي القائم على 'تقنية البروفة' حقق فاعلية معتبرة في تحسين مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بغض النظر عن الجنس أو شدة الاضطراب، فقد كشفت التحليلات المقارنة عن فروق كمية ونوعية مرتبطة بهذين المتغيرين، تعكس خصوصية الاستجابة العلاجية لكل فئة، فعلى صعيد الجنس، بينت النتائج أن الإناث سجلن متوسطات أعلى وفروقا أوسع بين القياسين القبلي والبعدي مقارنة بالذكور، مع أحجام أثر بلغت (7.55) مقابل (3.86) على التوالي.

ويفسر هذا التفوق النسبي بالرجوع إلى ما تشير إليه الأدبيات من أن الإناث يتميزن بدرجة أعلى من الحس الاجتماعي والقدرة على التقليد الوجداني والانتباه للملامح اللفظية وغير اللفظية للتفاعل، مما يعزز استفادتهن من المقاربات العلاجية التي تعتمد على المحاكاة التمثيلية وإعادة الأداء (البروفة)، كما أن طبيعة الجلسات التي تضمنت مواقف تواصلية وجدانية (كالتحية، طلب المساعدة، التعبير الانفعالي) قد تفاعلت معها الإناث بسرعة أكبر نظرا لحساسيتهما لاجتماعية واستعدادهم العاطفي الأعلى نسبيا. (Baron-Cohen, 2002)

أما فيما يتعلق بشدة الاضطراب، فقد أظهرت النتائج أن الأطفال ذوي التوحد الخفيف تفوقوا بوضوح على ذوي التوحد المتوسط من حيث التحسن الكلي في مهارات التواصل، إذبلغت فروق المتوسطات (29.7) مقابل (19.8) على التوالي، وبأحجام أثر كبيرة (4.47 و3.06)، ويعزى ذلك إلى أن الفئة الأولى تمتلك أسسا لغوية وإدراكية أفضل تساعدها على استيعاب النماذج السلوكية الممثلة داخل الجلسات العلاجية، في حين يواجه ذوو التوحد المتوسط صعوبات في اللغة الاستقبالية والانتباه الانتقائي والضبط السلوكي مما يبطئ عملية

التعميم والنقل إلى مواقف الحياة الواقعية، هذه النتيجة تتسق مع ما ورد لدى(Volkmar & Klin ,2005) و(American Psychiatric Association,DSM-5, 2013)، الذين أكدوا أن حدة الأعراض تعد من أبرز المحددات في سرعة الاستجابة العلاجية وكفاءة اكتساب المهارات التواصلية والاجتماعية.

وعليه، يمكن القول إن فاعلية البرنامج العلاجي القائم على تقنية البروفة ظهرت على نحو شامل ومتمايز، حيث أثبت فعاليته عبر الفروق الإحصائية الدالة، مع تفاوت في درجة التحسن تبعا للخصائص الفردية (الجنس،الشدة)، مما يبرهن على مرونة التقنية العلاجية وقابليتها للتكيف مع الفروق الشخصية دون أن تفقد قوتها في إحداث التغيير المستهدف في التواصل اللفظي وغير اللفظي والاجتماعي لدى أطفال التوحد.

4. مناقشة وتفسير النتائج في ضوء فرضيات الدراسة:

انطلاقا من الفرضية العامة والفرضيات الجزئية التي قامت عليها الدراسة الحالية وبغرض التحقق منها، تم تصميم البرنامج العلاجي القائم على تقنية البروفة للازاروس لعلاج مشكل التواصل لدى أطفال التوحد، وتطبيقه على ثمانية حالات من أطفال يعانون من اضطراب توحد خفيف ومتوسط الشدة، حيث تم التوصل إلى مجموعة من النتائج التي سيتم مناقشتها وتفسيرها تبعا لصحة فرضيات الدراسة كالتالي:

1.4. الفرضية العامة: " لتقنية البروفة للازاروس فاعلية في علاج مشكل التواصل لدى أطفال التوحد"

تحققت الفرضية العامة حيث أثبتت نتائج الدراسة الحالية بوضوح أن تقنية البروفة أسهمت في تحسين مختلف جوانب التواصل لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بنسب متفاوتة، حيث ارتفعت مؤشرات الأداء العام من (38٪) في القياس القبلي إلى (81٪) في القياس البعدي، مع فروق دالة لصالح القياس البعدي في جميع أبعاد التواصل: البصري، الاستقبالي، اللفظي، غيراللفظي، والاجتماعي، وقد ظهر هذا التحسن خلال سير الجلسات العلاجية من خلال الانتقال التدريجي للأطفال من الانسحاب والعزلة إلى المبادرة والمشاركة والتفاعل اللفظي وغير اللفظي داخل الأنشطة الجماعية والفردية على حد سواء.

فقد تبين أن الأطفال الذين كانت شدة اضطرابهم أقل أظهروا نسب تحسن أكبر (تراوحت بين 75٪ و85٪)، في حين بلغت لدى الحالات المتوسطة ما بين (55٪ و65٪)، كما كانت عينة الإناث أكثر سرعة في التفاعل واكتساب المهارات الجديدة مقارنة بالذكور، وهو ما يمكن تفسيره بتفوقهن في الإدراك الاجتماعي والانتباه الوجهي، وهي فروق وثقتها دراسات سابقة مثل دراسة (Katrina & Alina ,2013) ودراسة 'بن عربية وصواحي' (2020).

من الناحية النظرية، يمكن تفسير هذه النتائج من خلال تضافر عدة نماذج تفسيرية، أولها النظرية السلوكية المعرفية متعددة المحاور لـ "لزاروس" (Lazarus, 1981) ، التي تشكل الأساس النظري لتقنية البروفة، إذ ترى أن السلوك الإنساني يتحدد من خلال التفاعل بين سبعة أنظمة (BASIC ID): السلوك، التأثير، الإحساس، التخيل، الإدراك، العلاقات بين الأشخاص، والعوامل البيولوجية، وعليه فإن تقنية البروفة لا تكتفي بتدريب السلوك الظاهر، بل تعمل على إعادة هيكلة الإدراك والانفعال المصاحب للموقف الاجتماعي، وهو ما ظهر بوضوح في استجابات الأطفال أثناء المواقف التمثيلية التي جمعت بين اللفظي وغير اللفظي والانفعالي في وحدة واحدة متكاملة.

أما نظرية التعلم الاجتماعي "لباندورا" (Bandura, 1977) فقد وفرت إطارا تفسيريا آخر، إذ أكدت أن التعلم يحدث عبر الملاحظة والنمذجة والتعزيز الرمزي، وهي آليات تجسدت في جلسات البروفة من خلال تقليد الأطفال لحركات المعالج أو زملائهم، ثم إعادة إنتاجها تدريجيا في مواقف مشابهة، هذا ما يفسر التحسن الملحوظ في التقليد الحركي واللغوي والانفعالي معا، خصوصا لدى الحالات التي كانت تتميز بمستوى إدراكي متوسط، إذ بلغت نسبة التقليد الصحيح للحركات الاجتماعية أكثر من 80٪ في الجلسات الأخيرة.

كما يمكن تفسير التغيرات الملحوظة من خلال مبادئ النظرية التفاعلية الاجتماعية لـ "فيغوتسكي" (Vygotsky) ، التي تؤكد أن التعلم يتشكل ضمن ما يسمى "منطقة النمو القريب" عبر التفاعل مع الآخرين، إذ بينت الملاحظة الميدانية أن تطور التواصل لدى الأطفال كان أوضح في الجلسات الجماعية، عندما تم دمجهم تدريجيا ضمن ثنائيات تفاعلية، هذه الدينامية تفسر أيضا ما تم ملاحظته من "تعميم المهارة" إلى المواقف غير العلاجية، كالتفاعل مع الأسرة أو الاستجابة لأوامر خارج الجلسة.

تتفق هذه النتائج مع ما أشار إليه نموذج 'دينفر' (Denver Rogers, 1981) القائم على التفاعل الاجتماعي المنظم، حيث يعد التواصل مخرجا للنمو الانفعالي والمعرفي المتكامل، ومع مبادئ برنامج 'تيتش' (TEACCH (Schopler), 1972) الذي ركز على التعلم البصري وتنظيم البيئة لتسهيل التواصل، إذ لوحظ أن استخدام الوسائط البصرية في الجلسات (بطاقات، صور، تمثيلات) ساعد في رفع نسبة الفهم اللغوي والانتباه البصري، وقلل من السلوكيات النمطية، كما ساهم توظيف عناصر من برامج ABA وPECS في تعزيز التواصل الوظيفي عبر التكرار المنظم والتعزيز الإيجابي والمكافآت الفورية.

تتلاقى هذه النتائج مع العديد من الدراسات السابقة الأجنبية والعربية والمحلية، مثل دراسة(Ball & James ,1996) التي أثبتت أثر التدخلات العلاجية على تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين، ودراسة(Rahimi Pordanjani ,2021) التي بينت أن العلاج بالدراما يرفع من الكفاءة الاجتماعية وخفض السلوك العدواني، ودراسة 'ذيب الشيخ' (2005) التي برهنت على فاعلية البرامج التدريبية في تطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية، ودراسة 'حمادو وجلطي' (2018) التي أكدت أثر البرامج القائمة على اللعب الموجه في تحسين التواصل الاجتماعي لدى عينة جزائرية من الأطفال التوحديين.

كماأظهرت النتائج أن تقنية البروفة نجحت في تقليص مظاهر الانسحاب الاجتماعي والجمود الانفعالي لدى أغلب الحالات، إذ أصبحت ردود الفعل أكثر مرونة وتدرجا، وتنوعت مظاهر التواصل بين اللفظي (كلمات بسيطة، جمل قصيرة) وغير اللفظي (نظرات، ابتسامات، إيماءات)، مما يدل على أن العلاج لم يكن لغويا بحتا بل إدراكيا – انفعاليا في آن واحد، ويؤكد ذلك ماورد في مذكرات الجلسات حول الطفل "**م.ي**" الذي انتقل من الرفض التام للمشاركة إلى التعبير اللفظي عن مشاعره، والحالة "**ح.ن**" التي أظهرت مهارة في المبادرة الاجتماعية وتبادل الأدوار.

تبرز الدراسة أيضا أن فاعلية التقنية لا تتحدد فقط بنوعية التدريب، بل تتأثر بمتغيرات داخلية وخارجية مثل: شدة الاضطراب، الجنس، والدعم الأسري، فكلما كانت شدة الاضطراب أقل ودرجة التفاعل الأسري أكبر، كان التحسن أسرع وأكثر ثباتا، مما يوافق ما بينته برامج 'صن رايز' (Son-Rise) و 'ليب' (LEAP) من ضرورة إشراك الأولياء والمربين في تنفيذ الجلسات لضمان استمرارية التعلم وتعميم المهارة في البيئات الطبيعية للطفل.

انطلاقا من التحليل النظري والنتائج الميدانية، يمكن القول إن تقنية البروفة أثبتت فاعليتها كمنهج علاجي شامل ومتكامل يعالج اضطرابات التواصل لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد عبر تفعيل التعلم بالملاحظة، والتفاعل الاجتماعي المنظم، وإعادة البناء المعرفي – الانفعالي للسلوك التواصلي، كما تعد التقنية نموذجا يجمع بين المدرسة السلوكية (في تعديل السلوك)، والمعرفية (في إعادة هيكلة الفهم والإدراك)، والتفاعلية الاجتماعية (في بناء المعنى المشترك)، مما يجعلها أحد أكثر الأساليب العلاجية تكاملا وفعالية في دعم النمو التواصلي والاجتماعي لهذه الفئة.

2.4. الفرضية الجزئية: " لتقنية البروفة للازاروس فاعلية في علاج مشكل التواصل البصري لدى أطفال التوحد"

تحققت الفرضية الجزئية الأولى، حيث أظهرت نتائج الدراسة تحسناواضحا في التواصل البصري لدى الأطفال المشاركين بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على تقنية البروفة(Rehearsal)، إذ ارتفعت نسبة الاستجابات البصرية الصحيحة من 31٪ قبل البرنامج إلى 76٪ بعده، كما لوحظ من خلال سير الجلسات أن الأطفال الذين كانوا يتجنبون النظر إلى وجه المتحدث في الجلسات الأولى أصبحوا قادرين على تثبيت النظر والتفاعل البصري مع المحاور لفترات أطول تجاوزت أحياناً 20 ثانية متصلة، وهو مؤشر على تحسن في الانتباه المشترك والتفاعل الاجتماعي، وقد كانت نسب التحسن أعلى لدى

الأطفال ذوي التوحد الخفيف بنسبة بلغت 82٪، مقارنة بـ65٪ لدى ذوي الدرجة المتوسطة، كما تفوقت الإناث بفارق بسيط (حوالي 6٪) على الذكور في سرعة اكتساب مهارة التثبيت البصري، وهو ما يرتبط غالبا بارتفاع حساسية الانتباه الانفعالي لدى الإناث.

يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء نظرية الانتباه المشترك (Joint Attention Theory) التي تؤكد أن التواصل البصري هو المدخل الأساسي لكل تفاعل اجتماعي ناجح، وأن اكتساب هذه المهارة يشكل المرحلة الأولى لبناء النية التواصلية (Communicative Intent)، فقد ساعدت جلسات البروفة على تحفيز الانتباه المشترك عبر تمارين محاكاة المواقف الواقعية، حيث كان الطفل يكرر مشاهد تفاعلية تتطلب منه النظر في وجه الآخر ومتابعة نظره، مما أسهم في تطوير مهارات الإدراك الاجتماعي البصري. كما تفسَّر هذه النتائج من خلال نظرية الإدراك الاجتماعي البصري (Social Visual Cognition) التي ترى أن التواصل البصري لا يقتصر على التثبيت البصري وإنما يشمل فهم المعنى الاجتماعي للنظرة، إذ بينت ملاحظات الجلسات أن الأطفال أصبحوا قادرين على تمييز الإشارات الانفعالية (كالابتسامة أو التعجب)، وهو ما يعكس تحسنا في معالجة المعلومات الاجتماعية.

يعزز هذا التفسير ما توصلت إليه دراسة (Stone & al ,1997) التي لاحظت أن الأطفال التوحديين يستخدمون الإشارات البصرية بمعدل أقل بكثير من أقرانهم، لكن عند تدريبهم على مواقف تفاعلية مقصودة تتحسن استجاباتهم بشكل واضح، كما تدعم النتائج الحالية ما ورد في دراسة (Katrina & Alina ,2013) التي بينت أن تدريب الأطفال على إدراك الوجوه والإيماءات يزيد من التفاعل البصري ويقلل من السلوكيات الانسحابية، أما الدراسة العربية لـ 'خليفة' (2008) فقد أوضحت أن التدريب باستخدام الوسائط السمعية والبصرية يسهم في رفع كفاءة الانتباه البصري والذاكرة العاملة لدى الأطفال التوحديين، وهو ما ينسجم مع الملاحظات المسجلة في هذه الدراسة، حيث تحسن أداء الطفل "**م.ج.م**" في المهام البصرية بعد دمج الأنشطة السمعية مع الحركية.

تتفق هذه النتائج أيضا مع المبادئ الأساسية لبرامج علاج اضطرابات التواصل مثل TEACCH الذي يعتمد على إدراك الطفل البصري لتنظيم بيئته والتفاعل معها من خلال الصور والمثيرات البصرية المهيكلة، وهو ما يتقاطع مع فلسفة تقنية البروفة التي تقوم على التكرار البصري المنظم للمواقف الاجتماعية، كما أن برنامج التحليل السلوكي التطبيقي (ABA) يفسر التحسن الحالي من خلال مبدأ التعزيز الإيجابي الذي استخدم في الجلسات عند كل استجابة بصرية صحيحة، مما ساعد على ترسيخ السلوك المرغوب، وفي هذا السياق، أكدت دراسة (Rollers ,1999) أن الدمج في مواقف اللعب التفاعلي مع أقران عاديين يسهم في تحسين الانتباه الاجتماعي والانفعالي للأطفال التوحديين، وهي نتيجة مشابهة لما تحقق في هذه الدراسة حين تمت محاكاة مواقف تواصل جماعي داخل الجلسات.

كما أن 'نموذج دينفر' (Denver Model) يقدم تفسيرإضافيا، إذ يعتبر التواصل البصري جزءا من سلسلة النمو الانفعالي والاجتماعي الذي يتطور من خلال التفاعل المنظم، حيث تؤدي الأنشطة الرمزية والمحاكاة الدرامية في جلسات البروفة إلى تنشيط هذا المسار. وقد رصدت الباحثة أن الطفل "**م.ي**" الذي كان يتفادى النظر إلى الوجوه في البداية أصبح مع نهاية البرنامج يستخدم التواصل البصري كبادرة لبدء التفاعل، وهو تحول نوعي في الوظيفة التواصلية للنظرة.

من منظور النظرية المعرفية السلوكية المتعددة المحاور للازاروس، يمكن اعتبار التحسن في التواصل البصري نتيجة لتكامل الأبعاد السلوكية والمعرفية والانفعالية (BASIC I.D) في العملية العلاجية؛ فالمثيرات البصرية كانت تستخدم لتوليد استجابات انفعالية إيجابية (كالابتسامة والضحك) تعزز معرفيا وسلوكيا في السياق نفسه.

وعند مقارنة هذه النتائج بالدراسات المحلية، نجد اتفاقا واضحا مع نتائج 'خروبي و بوضياف' (2021) اللذين برهنا على فاعلية برنامج قائم على التقليد والانتباه المشترك في تحسين

مهارات التواصل غير اللفظي، ومع 'سليماني' (2021) التي أثبتت أن التدريب التفاعلي المنظم يرفع من مستوى التواصل البصري واللفظي معا.

وتجدر الإشارة إلى أن الاستجابات لم تكن متجانسة بين جميع الحالات، إذ حقق بعض الأطفال تقدماسريعا في التواصل البصري بينما ظل آخرون بطيئين في اكتساب هذه المهارة،فمثلا أظهر الطفل "**م.ي**"تقدماملحوظا في تثبيت النظر والمتابعة البصرية، في حين ظلت الحالة "**م.ج.م**" تعاني من ضعف في الثبات البصري وصعوبة في الحفاظ على الانتباه لأكثر من عشر ثوان متواصلة، وهو ما يمكن تفسيره بارتفاع مستوى التوتر الحسي لديه وتشتت الانتباه الناتج عن شدة الاضطراب، كما لاحظت الباحثة أن الإناث أبدين استجابات أسرع وأكثر استقرارا مقارنة بالذكور، إذ أظهرت الطفلة "**ح.ن**" قدرة مبكرة على الربط بين النظرة والانفعال، مما يشير إلى تأثير عامل الجنس في سرعة استيعاب الإشارات الاجتماعية،ويعزى هذا التفاوت أيضا إلى الفروق في درجة التوحد، حيث كانت التحسينات أوضح لدى ذوي الاضطراب الخفيف، ممن يمتلكون احتياطيا إدراكيا أفضل وقدرة أعلى على التقليد والانتباه المشترك.

كل هذه النتائج تؤكد أن التحسن الذي تحقق في التواصل البصري لم يكن تحسنا آليا بل ناتجا عن تنشيط آليات الإدراك الاجتماعي والانتباه المشترك (Joint Attention) عبر تقنيات المحاكاة، وهو ما يجعل تقنية البروفة أداة علاجية فاعلة تدمج بين مبادئ البرامج الكلاسيكية (TEACCH, ABA, Denver, PECS) ومقاربة العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، لتحدث تغييرا حقيقيا في البنية السلوكية والإدراكية للطفل التوحدي، وتضعه على مسار تواصل بصري وظيفي يفتح المجال أمام تحسين أبعاد التواصل الأخرى.

3.4. الفرضية الجزئية:"لتقنية البروفة للازاروس فاعلية في علاج مشكل اللغة الاستقبالية لدى أطفال التوحد"

تحققت الفرضية الجزئية الثانية، حيثأظهرت نتائج الدراسة تحسنا واضحا في مهارات اللغة الاستقبالية لدى الأطفال بعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على تقنية البروفة، حيث ارتفع متوسط نسب الفهم اللغوي من 28٪ إلى 73٪، وهو تطور دال يعكس قدرة هذه التقنية على تنمية مهارة استقبال وفهم الرسائل اللفظية وغير اللفظية، ومن خلال سير الجلسات، لوحظ أن الأطفال في المراحل الأولى كانوا يعتمدون على الإشارات اليدوية أو نبرة الصوت لفهم التعليمات، في حين أصبحت استجاباتهم في الجلسات الأخيرة أكثر دقة وسرعة حتى في غياب الدعم البصري، وقد تميزت الحالة "**ح.ن**" بتحسن لافت في تفسير الكلمات المجردة وتنفيذ الأوامر متعددة الخطوات بنسبة استجابة تجاوزت 80٪، في حين تحسنت الحالة "**م.ج.م**"تدريجيا في تمييز الأفعال من الأسماء وربطها بالمعاني الصحيحة، كما بينت المقارنات أن الأطفال من فئة التوحد الخفيف سجلوا معدلات تحسن أعلى بنسبة 14٪ من ذوي الدرجة المتوسطة، وأن الإناث أظهرن تجاوبا أسرع مع الأنشطة السمعية اللغوية.

يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء النظرية الاجتماعية الغوية لـ ' فيجوتسكي' (Vygotsky, 1978) التي تؤكد أن الفهم اللغوي يتشكل عبر التفاعل الاجتماعي الموجه داخل 'منطقة النمو القريب'، وهو ما تحقق فعليا في جلسات البروفة من خلال التبادل اللفظي الموجه بين المعالج والطفل في مواقف حوارية حقيقية، كما تفسر هذه النتائج من خلال نظرية معالجة المعلومات (Information Processing Theory) التي تفترض أن التعلم اللغوي يحدث حين ينجح الطفل في ترميز المثيرات السمعية، ومعالجتها دلاليا، ثم تخزينها في الذاكرة العاملة لاستدعائها لاحقا، وهو ما قامت به تقنية البروفة عبر التكرار المنظم والربط بين الكلمة والموقف، مما زاد من كفاءة المعالجة السمعية والتمييز الدلالي.

وتتسق هذه النتائج مع المبادئ الأساسية لبرامج علاج اللغة عند أطفال التوحد، وخاصة برنامج تبادل التواصل بالصور (PECS) الذي يعتمد على الربط بين الصورة والكلمة بهدف تعزيز الفهم قبل التعبير، إذ أظهرت ملاحظات الجلسات أن الأطفال الذين استخدموا بطاقات وصورا لتسمية الأشياء في البداية أصبحوا لاحقا قادرين على فهم الطلبات اللفظية دون الاعتماد على الوسيط البصري، كما يتقاطع ذلك مع أسلوب 'برنامج ماكتون' (Makaton) الذي يمزج بين الإشارة والكلمة لتقوية الفهم اللغوي، حيث ساعد استخدام الإشارات اليدوية في المراحل الأولى على بناء الجسر المعرفي بين اللغة المحسوسة والمجردة، أما 'برنامج لوفاس' (ABA) فيفسر التحسن من خلال مبدأ التكرار المنظم والتعزيز الفوري، إذ أسهم التعزيز الإيجابي أثناء جلسات البروفة في تثبيت الفهم الصحيح للمثير اللفظي.

وقد دعمت هذه النتائج دراسات علمية سابقة عديدة، من بينها دراسة (Klein ,1995) التي أظهرت أن التدريب المنظم على الإصغاء للكلام يقلل من السلوكيات الانسحابية ويحسن الإصغاء الاجتماعي، ودراسة (Ball & James ,1996) التي أثبتت أن إشراك الأطفال في مواقف تفاعلية مع أقرانهم العاديين ينمي فهمهم للمثيرات اللفظية والسياقية، أما دراسة 'حساني' (2005) فتوصلت إلى أن البرامج القائمة على اللعب التعليمي ترفع من مهارة الفهم والمعرفة لدى الأطفال التوحديين، ودراسة 'روان عيدروس' (2016) أثبتت أن التدخل المبكر القائم على السلوك اللفظي يحسن الانتباه المشترك والفهم اللفظي بصورة مستمرة. وعلى المستوى المحلي، أكدت دراسة 'خروبي وبوضياف' (2021) أن التدريب المنظم على التقليد والانتباه المشترك أدى إلى تحسن واضح في بعدي الفهم والاستماع، وهو ما يتوافق مع الاتجاه العام لنتائج هذه الدراسة.

تفسر هذه التحسينات أيضا في ضوء النظرية التداولية (Pragmatic Theory) التي ترى أن اللغة تكتسب من خلال استخدامها في مواقف ذات معنى اجتماعي، وهو ما تحقق في جلسات البروفة التي مثلت مواقف واقعية من الحياة اليومية، مما عزز الفهم المقصود للسياق

الكلامي لا للكلمة في حد ذاتها، وقد انعكس ذلك في التحسن الملحوظ لدى الأطفال في إدراك النوايا التواصلية (مثل الطلب، الرفض، الاستفهام) بدلا من الفهم الحرفي، كما تدعم هذه النتائج مبادئ 'برنامج دينفر' (Denver Model)' الذي يركز على الدمج بين الجانب الانفعالي والاجتماعي واللغوي في تنمية التواصل، إذ أدت التفاعلات الوجدانية داخل الجلسات إلى زيادة تركيز الأطفال واستجابتهم الفورية للأوامر اللفظية.

إن فاعلية تقنية البروفة في تنمية اللغة الاستقبالية ترجع إلى تكامل مكوناتها المعرفية والسلوكية والانفعالية، فهي لم تقتصر على تدريب الطفل على تكرار الكلمات أو الجمل، بل وظفت المحاكاة والتفاعل الواقعي لتفعيل المعاني داخل الذاكرة طويلة المدى، كما أن خصوصية التقنية في الجمع بين التمثيل السلوكي والتغذية الراجعة الفورية جعلت الطفل يربط بين الكلمة والسياق الاجتماعي بشكل فعال، مما أدى إلى انتقال التعلم من بيئة الجلسة إلى المواقف اليومية، وأظهرت البيانات أيضا فروقا ملحوظة بين الأطفال من حيث سرعة التحسن في مهارات الفهم اللغوي، إذ تفوقت الحالات ذات التوحد الخفيف في استيعاب التعليمات متعددة الخطوات وتنفيذ الأوامر المعقدة بنسبة تجاوزت 80٪، في حين بقيت الحالات ذات الدرجة المتوسطة عند حدود 60٪ رغم تحسنها الملحوظ مقارنة بالقياس القبلي، كما تبين أن الإناث كنّ أكثر قدرة على التمييز السمعي الدقيق، وامتلكن مرونة لغوية أسرع في ربط الكلمة بالموقف مقارنة بالذكور الذين أظهر بعضهم مقاومة للتدريب السمعي في الجلسات الأولى قبل أن تتحسن استجاباتهم تدريجيا، وتشير هذه النتائج إلى أن فاعلية تقنية البروفة تتأثر بعاملي شدة الاضطراب والجنس، إذ يتسارع التطور عند الأطفال ذوي الاضطراب الخفيف وعند الإناث بفضل الانتباه السمعي الأعلى والاستقرار الانفعالي، في حين يحتاج الأطفال ذوو التوحد المتوسط إلى فترات تدريب أطول لتثبيت المهارة وتعميمها.

وبذلك يمكن القول إن النتائج المحققة تثبت أن تقنية البروفة تمثل أداة علاجية فعالة في بناء الفهم اللغوي لدى أطفال التوحد، من خلال دمج مبادئ البرامج الكلاسيكية (PECS، ماكتون،

لوفاس، دينفر) مع آليات العلاج المعرفي السلوكي الحديث، بما يحقق تنمية شاملة للغة الاستقبالية على المستويين المعرفي والاجتماعي والانفعالي.

4.4. الفرضية الجزئية:"لتقنية البروفة للازاروس فاعلية في علاج مشكل التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد"

تحققت الفرضية الجزئية الثالثة، حيثأظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال التوحديين الذين خضعوا للبرنامج القائم على تقنية البروفة قد شهدوا تطورا ملحوظا في مهارات التواصل اللفظي من حيث النطق، المبادرة بالكلام، وتوظيف اللغة داخل الموقف الاجتماعي، فقد ارتفعت نسبة الأداء اللفظي العام من 24٪ قبل تطبيق البرنامج إلى 68٪ بعده، كما أظهرت الملاحظات الكيفية من 'سير الجلسات العلاجية'تحسنا نوعيا في البنية اللغوية التعبيرية، إذ انتقل الأطفال من مرحلة إنتاج أصوات أو مقاطع غير واضحة إلى نطق كلمات مفردة، ثم جمل بسيطة ذات معنى، ففي الجلسات الأخيرة، لوحظ أن الطفل "**م.ي**" أصبح يستخدم كلمات مثل 'أعطني' و'أريد' بصورة وظيفية، بينما بدأت الطفلة "**ح.ن**" في تكوين جمل من كلمتين للتعبير عن رغباتها أو الإجابة على الأسئلة البسيطة، وبدأ الطفل "**م.ج.م**" يقلد الأصوات الصحيحة وينتج مقاطع جديدة بعد أن كان يكرر نفس الكلمة تلقائيا دون فهم سياقها.

يمكن تفسير هذا التحسن في ضوء النظرية السلوكية اللفظية لـ"سكنر" (Skinner, 1957) التي ترى أن اللغة تكتسب من خلال التعزيز والنمذجة والتكرار في سياقات تفاعلية، وهو ما جسدته تقنية البروفة عبر تمارين المحاكاة التي تضع الطفل في مواقف واقعية تحفزه على النطق في سياق اجتماعي ذي معنى، كما يمكن تفسيره بالاستناد إلى النظرية التداولية للغة (Pragmatic Theory) التي تعتبر أن المعنى اللفظي يتولد من خلال الموقف وليس من البنية اللغوية وحدها، إذ ساعدت الجلسات الموجهة على جعل الطفل يدرك الوظيفة

التواصلية للكلمة، لا مجرد تكرارها، وقد توافقت هذه النتائج مع مبادئ برنامج التحليل السلوكي التطبيقي (ABA) الذي يركز على التدريب المكثف والمتكرر مع التعزيز الفوري، حيث تم خلال الجلسات تعزيز كل محاولة لفظية صحيحة سواء بالمدح أو بالمكافأة، ما أدى إلى تثبيت السلوك اللغوي الجديد في الذاكرة اللفظية طويلة المدى.

كما تتطابق هذه النتائج مع 'برنامج ماكتون' (Makaton) الذي يجمع بين الإشارة والكلمة لتقوية النطق، حيث ساعد استخدام الإشارات الحركية المصاحبة للكلمة في تحسين النطق ودقة الصوت، وهو ما لاحظته الباحثة لدى الأطفال في المراحل الأولى حين كانت الكلمات ترافق بالإيماءات ثم تستبدل لاحقا بالنطق المباشر، كذلك يدعم برنامج 'صن رايز' (Son-Rise) هذا التوجه من خلال اعتماده على اللعب العاطفي لبناء التواصل اللفظي التلقائي، إذ أظهرت بعض الجلسات أن إدخال المثيرات المبهجة (كالضحك أو التقليد) حفز الأطفال على النطق دون ضغط أو توجيه مباشر، أما 'برنامج ليب' (LEAP) فقد أثبت فعاليته في دمج الأطفال ذوي التوحد مع أقرانهم الأسوياء لتنمية التواصل اللفظي والاجتماعي عبر النمذجة المباشرة، وهو المبدأ نفسه الذي اعتمدته البروفة عند إشراك الأطفال في مواقف جماعية لمحاكاة الحوار أو الطلب.

على المستوى النظري، يمكن تفسير التحسن اللفظي أيضًا في ضوء نموذج دينفر (Denver Model) الذي يدمج بين النمو الانفعالي واللغوي، ويرى أن اللغة التعبيرية تتطور حين يكون الطفل مندمجا وجدانيا في الموقف التواصلي، إذ ساهم التفاعل الانفعالي الإيجابي داخل الجلسات في جعل الأطفال يستخدمون أصواتهم للتعبير عن الرغبة أو الرفض أو الفرح، وهو ما يعد تحولانوعيا في الوظيفة التواصلية للغة لديهم، كما أن النموذج المعرفي السلوكي متعدد المحاور للازاروس يفسر التحسن من خلال التكامل بين المكونات السلوكية (النطق)، المعرفية (التمييز الدلالي)، والانفعالية (التحفيز والتعزيز)، إذ يتفاعل الطفل عبر القنوات السبع (BASIC I.D) لتكوين نمط لغوي أكثر وعيا وسياقية.

وتتوافق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة 'داحش العمري' (2017) التي أثبتت فاعلية التدريب باستخدام المعينات البصرية والسمعية في تنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى أطفال التوحد، ومع دراسة 'بن المداني وبولوفة' (2022) التي بينت أن تطبيق برنامج 'لوفاس' القائم على تحليل السلوك التطبيقي أدى إلى تحسن كبير في التواصل اللفظي لدى طفل توحدي متوسط الدرجة، ومع 'عبد الحميد' (2015) التي أظهرت أن تقنيات المحاكاة اللفظية واللعب التفاعلي تسهم في تحسين القدرة على التعبير اللغوي وتقليل السلوكيات النمطية، كما تدعم نتائج هذه الدراسة ما توصلت إليه (Butler ,2013) حول فاعلية برنامج TEACCH في تطوير التواصل اللفظي لدى الأفراد ذوي الإعاقات الذهنية، حيث اعتمد كلا البرنامجين على التدريب الفردي الموجه حسب قدرات كل طفل.

أما دراسة (Rahimi Pordanjani ,2021) فقد قدمت دليلاإضافيا على أن توظيف النشاط الدرامي والمواقف التمثيلية يسهم في تحسين التواصل الاجتماعي واللفظي لدى الأطفال التوحديين، وهو ما يتطابق مع طبيعة تقنية البروفة التي تعتمد على التمثيل السلوكي والمسرحة العلاجية، كما أشارت دراسات عربية ومحلية مثل 'سليماني' (2021) و'حمادو وجلطي' (2018) إلى أن إدماج الأطفال في برامج تدريبية واقعية يعزز المبادرة اللفظية ويزيد من استخدام اللغة في الحياة اليومية.

كما كشفت المقارنة بين الحالات عن تباين واضح في سرعة النمو اللغوي اللفظي، فقد حققت الطفلة "**ح.ن**" أعلى نسب التحسن بنسبة قاربت 78٪ نتيجة استعدادها الانفعالي العالي وقدرتها على التقليد السمعي، بينما أظهر الطفل "**م.ي**" تطورا متوسطا في مهارة تكوين الجمل لكنه بقي محدودا في تنويع المفردات، أما الطفل "**م.ج.م**" الذي يعاني من شدة أكبر في الاضطراب فظل أداؤه اللفظي متذبذبا رغم تحسنه في المبادرة الصوتية، وهو ما يرجع إلى ضعف في آليات المعالجة الصوتية وتأخر في النمو الفونولوجي، كما لوحظ أن الإناث عموما أكثر قابلية للتعلم اللفظي مقارنة بالذكور، وهو ما يتماشى مع ما أثبتته

الدراسات العصبية الحديثة حول الفروق في تنظيم النصف الأيسر من الدماغ المسؤول عن اللغة، وبالتالي فإن تفاوت الاستجابات بين الحالات يؤكد أن فاعلية تقنية البروفة لا تتحدد فقط بنوعية التدريب، بل تتأثر بالعوامل الفردية المرتبطة بشدة الاضطراب، والجنس، والقدرات الإدراكية المرافقة.

من خلال هذه النتائج، يمكن القول إن فاعلية تقنية البروفة في تنمية التواصل اللفظي ترجع إلى قدرتها على تحويل اللغة من استجابة ميكانيكية إلى أداة تفاعل اجتماعي مقصود، فهي تجمع بين التعلم بالملاحظة (Bandura)، والتعزيز السلوكي (Lovas, ABA)، والتفاعل الانفعالي (Denver, Son-Rise)، والتدرج الإدراكي–الحسي (Makaton, TEACCH)، وقد أدت هذه المكونات مجتمعة إلى تحفيز الأطفال على استخدام اللغة اللفظية بشكل تلقائي وظيفي يتجاوز حدود الجلسة، وهو ما يبرهن على أن التقنية لا تعمل فقط على تدريب النطق، بل على بناء المعنى الاجتماعي للكلمة ضمن منظومة تواصلية متكاملة.

5.4. الفرضية الجزئية:"لتقنية البروفة للازاروس فاعلية في علاج مشكل التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد"

تحققت الفرضية الجزئية الرابعة، حيثكشفت نتائج الدراسة عن تحسن معتبر في مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال المشاركين في البرنامج العلاجي القائم على تقنية البروفة، حيث ارتفع المتوسط العام للأداء من 30٪ قبل تطبيق البرنامج إلى 71٪ بعده، وهو ما يعكس قدرة التقنية على تطوير الإيماءات والتعبيرات الجسدية والنظرات التواصلية، ومن خلال تحليل 'سير الجلسات العلاجية'، لوحظ أن الأطفال أصبحوا أكثر استخداما للإشارات اليدوية (كالطلب، الرفض، التحية) وأكثر حساسية لتعبيرات الوجه ونبرة الصوت، فمثلا، أظهر الطفل **'م.ي'** تطورا ملحوظا في قدرته على تقليد الإيماءات كالتصفيق أو الإشارة إلى الأشياء المطلوبة بنسبة 80٪ في نهاية الجلسات، بينما كانت الطفلة **'ح.ن'**

متميزة في التعبير الوجهي (الابتسامة، التعجب) لكنها واجهت صعوبة في التنسيق الحركي للإشارات المركبة، أما الطفل **'م.ج.م'** فرغم تحسنه في الاستجابة البصرية، بقي أداؤه ضعيفا في التعبير غير اللفظي، إذ ظل مترددا في استخدام يديه للتعبير عن رغباته، وهو ما يرجع وفق الملاحظات إلى اضطرابه الحسي الحركي وصعوبة التقليد الحركي المتسلسل، مما يؤكد أن درجة الاضطراب تؤثر في فاعلية التقنية.

يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء نظرية الإدراك الحسي–الحركي (Sensory-Motor Integration Theory) التي تؤكد أن ضعف التكامل بين الإدراك البصري والحركي لدى الأطفال التوحديين يؤدي إلى قصور في التعبير الجسدي، وأن التدريب المنظم على التقليد الحركي يسهم في إعادة بناء هذا التكامل، وهو ما تحقق فعلا في جلسات البروفة من خلال التمارين التي جمعت بين الحركة والنظر والتقليد، كما تدعم نظرية التواصل الاجتماعي غير اللفظي (Nonverbal Social Communication Theory) هذا التفسير، إذ تعتبر أن الإيماءات والتعبيرات الوجهية هي مؤشرات مبكرة على النية التواصلية، وأن اكتسابها شرط أساسي للتواصل اللفظي لاحقا.

من جهة أخرى، تفسر التحسينات التي ظهرت لدى بعض الأطفال من خلال المبادئ التطبيقية لبرامج علاجية مثل نظام تبادل التواصل بالصور (PECS) ، الذي يعتمد على الربط بين الصورة والإيماءة، حيث لاحظت الباحثة أن الأطفال الذين استخدموا الصور في المراحل الأولى أصبحوا قادرين على الإشارة إلى الأشياء المطلوبة دون الاعتماد على الوسيط البصري، مما يدل على انتقال التعلم من المحسوس إلى السلوكي، كما ساعد 'برنامج ماكتون' (Makaton) ، الذي يجمع بين الإشارة والكلمة، على تحسين التنسيق بين الحركة والمعنى، إذ أظهرت الحالة "**ح.ن**" زيادة في استخدام الإشارات الحركية المصاحبة للكلام بنسبة 70٪ بنهاية البرنامج، أما المبادئ التي استند إليها برنامج TEACCH فقد تجلت في هيكلة البيئة البصرية داخل الجلسات، مما سهل على الأطفال فهم المطلوب من خلال

الأنشطة المنظمة مكانا وزمنا، وقد ساعدت هذه الهيكلة على خفض السلوكيات العشوائية وزيادة التركيز أثناء تنفيذ الإيماءات.

وفي هذا السياق، أظهرت دراسة (Katrina & Alina ,2013) أن الأطفال التوحديين يعانون من ضعف في إدراك الوجه والتقليد والتعبير الجسدي، وأن التدريب المنظم على التواصل غير اللفظي يقلل من هذه الصعوبات، وهو ما يتطابق مع النتائج الحالية، كما أثبتت دراسة 'لينا عمر الصديق' (2007) فاعلية برنامج تدريبي في تحسين التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين، رغم أن التحسن في الجانب الاجتماعي لم يكن بنفس القوة، وهو ما لوحظ أيضا في هذه الدراسة عند الطفل "م.ج.م" الذي بقي محدودا في المبادرة الاجتماعية رغم تحسنه الحركي، كذلك تدعم دراسة 'داحش العمري' (2017) هذه النتائج من خلال تأكيدها أن التدريب باستخدام المعينات البصرية والسمعية يحسن من الإيماءات والنظرات التبادلية، وهو ما ظهر بوضوح في الجلسات الأخيرة عند الأطفال ذوي الاضطراب الخفيف.

أما دراسة 'حمدي مرسي وآخرون' (2023) ، التي اعتمدت على اللعب كوسيلة لتنمية التواصل غير اللفظي، فقد بينت أن التفاعل الحركي الجماعي يساعد الأطفال على التعبير الجسدي وتبادل الأدوار، وهي نتيجة متطابقة مع ما تحقق في جلسات البروفة التي تضمنت مواقف جماعية لمحاكاة الحوار والإشارة، كما توصلت دراسة 'مشري والحسني' (2021) إلى أن البرامج التدريبية المقننة القائمة على التقليد الحركي تؤدي إلى تحسن في التواصل غير اللفظي لدى الأطفال ذوي التوحد، وهو ما يدعم نتائج هذه الدراسة التي سجلت ارتفاعا كبيرا في نسب التقليد البصري والحركي.

من ناحية أخرى، يفسّر تفاوت التحسن بين الحالات وفق نموذج لازاروس متعدد المحاور (BASIC I.D) ، إذ تختلف درجة الاستجابة تبعا لتكامل القنوات السبع (السلوك، الانفعال، الإحساس، التصور، المعرفة، التفاعل، الدواء)، فالأطفال الذين يعانون من اضطرابات حسية

شديدة أو توتر انفعالي مرتفع يكونون أبطأ في تحقيق نتائج ملموسة، كما لاحظت الباحثة لدى الطفل "**م.ج.م**" الذي أظهر توترا واضحا في الجلسات الأولى وانسحابا جزئيا عند مواجهة مواقف تتطلب تقليدا مباشرا.

تدعم هذه النتائج أيضا المبادئ العلاجية لأسلوب القصص الاجتماعية (Social Stories) التي تركز على تمثيل المواقف اليومية من خلال الصور والحركات لتعليم الطفل قواعد التفاعل والتعبير الاجتماعي، حيث تم في بعض الجلسات توظيف هذه التقنية لتهيئة الأطفال قبل أداء التمارين الجديدة، مما سهل عليهم فهم معنى الإيماءات والسياق الاجتماعي المرافق لها.

إن الفروق المسجلة بين الأطفال من حيث درجة التحسن تبرز أن فاعلية تقنية البروفة في تنمية التواصل غير اللفظي ليست آلية، بل تتأثر بعوامل متعددة، أهمها مستوى التوحد، درجة التكامل الحسي–الحركي، والقدرة على التقليد، ومع ذلك، فقد حققت جميع الحالات تحسنا بدرجات متفاوتة، مما يدل على أن التقنية توفر بيئة تعليمية مرنة تسمح بالتكيف مع الخصائص الفردية.

وفي ضوء كل ما سبق، يمكن القول إن تقنية البروفة أثبتت فاعليتها في تحسين التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد من خلال اعتمادها على المحاكاة الجسدية والتمثيل الواقعي، ودمجها بين مبادئ البرامج البصرية والحركية (PECS، ماكتون، TEACCH، القصص الاجتماعية) وآليات العلاج المعرفي السلوكي، مما أسهم في تعزيز التعبير الحركي والانفعالي لدى الأطفال، وتحويل الإيماءة من استجابة تقليدية إلى وسيلة للتفاعل الاجتماعي الهادف.

6.5. الفرضية الجزئية: " لتقنية البروفة للازاروس فاعلية في علاج مشكل التواصل الاجتماعي لدى أطفال التوحد"

تحققت الفرضية الجزئية الخامسة، حيث أظهرت نتائج الدراسة تحسنا واضحا في مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال المشاركين بعد تطبيق البرنامج القائم على تقنية البروفة، حيث ارتفع متوسط الأداء العام من (34٪) في القياس القبلي إلى (78٪) في القياس البعدي، ويعني ذلك أن البرنامج أسهم في تنمية المبادرة الاجتماعية، والاستجابة للتفاعل، والمشاركة في الأنشطة الجماعية، وفهم الأدوار الاجتماعية، وقد لوحظ خلال الجلسات الأخيرة أن الأطفال أصبحوا أكثر قدرة على التفاعل مع الآخرين، سواء عبر اللعب التبادلي أو تبادل النظرات أو تقليد السلوك الاجتماعي المناسب للموقف.

فمثلا أظهر الطفل "**م.ي**" تطورا ملحوظا في المبادرة الاجتماعية، إذ أصبح يبادر بالتحية والمشاركة في الحوار بعد أن كان يلتزم الصمت والانعزال في المراحل الأولى، وارتفعت نسبة استجاباته للمثيرات الاجتماعية إلى أكثر من 80٪، أما الطفلة "**ح.ن**" فقد أبدت حسا اجتماعيا عاليا تجلى في محاولاتها التعبير عن مشاعرها والتعاطف مع أقرانها، في حين ظل الطفل "**م.ج.م**" متحفظا اجتماعيا رغم تحسنه في الجوانب الأخرى، إذ كان يميل إلى الانسحاب عند زيادة المحفزات أو الضوضاء، وهو ما يمكن تفسيره بارتفاع درجة الاضطراب لديه وبانخفاض قدرته على التنظيم الانفعالي الذاتي.

تؤكد هذه النتائج ما أشار إليه نموذج 'دينفر' (Denver Model) القائم على التفاعل الاجتماعي المكثف، والذي يرى أن التعلم لدى الطفل التوحدي يتم عبر العلاقات الموجهة اجتماعيا، وليس عبر التعليم المباشر فقط، فالأنشطة التي صممت في جلسات البروفة كانت تعتمد على المحاكاة الواقعية للمواقف الاجتماعية: التبادل في الحوار، الانتظار، طلب

المساعدة، الاستجابة للابتسامة، وغيرها، مما أتاح للأطفال أن يتعلموا السلوك الاجتماعي من خلال التجربة الانفعالية المباشرة لا عبر التلقين.

كما أن تقنية البروفة قد دمجت عناصر من برنامج 'ليب' (LEAP) الذي يعتمد على التعليم بالقدوة في جماعات صغيرة تضم أطفالا عاديين أو ذوي اضطراب أقل حدة، حيث تم في بعض الجلسات العمل على تفاعل ثنائي بين الأطفال داخل مواقف لعب تمثيلي (Role-play) لتجسيد المواقف الاجتماعية مثل: 'طلب شيء بطريقة مهذبة' أو 'مساعدة زميل'، وهي أنشطة ساعدت في ترسيخ الاستجابات الاجتماعية السليمة من خلال التعزيز الإيجابي.

من جهة أخرى، فإن استجابة الإناث كانت عموما أفضل من الذكور، إذ أظهرت الطفلة "**ح.ن**" سرعة أكبر في اكتساب مهارات التبادل الاجتماعي وفهم التعبيرات الانفعالية، وهو ما يتوافق مع نتائج دراسة 'بن عربية وصواحي' (2020) التي أشارت إلى أن الإناث ذوات التوحد يظهرن حسا اجتماعيا أعلى، وقدرة أكبر على التعبير الوجداني مقارنة بالذكور، في المقابل ظلت الاستجابات الاجتماعية لدى الطفل "**م.ج.م**" محدودة رغم تحسنه في التواصل غير اللفظي، مما يعزى إلى شدة الاضطراب وصعوبة التفاعل في المواقف الجماعية، وهو ما يدعم ما توصلت إليه دراسة 'خروبي وبوضياف' (2021) من أن شدة الاضطراب تعدمتغيرا حاسما في مدى فاعلية البرامج التدريبية.

من الناحية النظرية، يمكن تفسير هذه النتائج عبرالنموذج التفاعلي الاجتماعي (Social Interactionist Model) الذي يرى أن التواصل الاجتماعي ليس مهارة مستقلة بل نتاج لتكامل القدرات اللغوية والانفعالية والإدراكية، فكلما تحسن الطفل في التواصل اللفظي وغير اللفظي (كما أثبتت الفرضيات السابقة)، انعكس ذلك إيجابا على تفاعله الاجتماعي، وقد أظهرت الملاحظات الميدانية أن بعض الأطفال بدأوا يستخدمون الكلمات أو الإيماءات

ضمن مواقف اجتماعية حقيقية، مثل نداء زميل أو الرد على نداء المعالج، مما يدل على تعميم المهارة (Generalization) وهو أحد أهم مؤشرات النجاح في البرامج العلاجية.

أما من حيث المرجعية التطبيقية، فإن البرنامج قد استلهم مبادئ 'صن رايز'(Son-Rise) التي تشجع على المشاركة الوجدانية والتفاعل عبر اللعب الهادف، إذ لوحظ أن استخدام مواقف اللعب المشتركة (مثل: تقليد حركات المعالج أو تبادل الأدوات) كان له أثر قوي في تقليل الانسحاب الاجتماعي وزيادة الانتباه المشترك، كما دعمت أنشطة القصص الاجتماعية (Social Stories) هذا التحسن من خلال تهيئة الأطفال لمواقف اجتماعية واقعية (كالمدرسة أو الزيارة العائلية)، مما زاد من قدرتهم على فهم تسلسل الحدث ودورهم فيه.

تتوافق هذه النتائج مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة، مثل دراسة 'روليرز' (Rollers, 1999) التي أثبتت أن الدمج الاجتماعي المنظم مع الأطفال العاديين يساهم في تحسين السلوك الاجتماعي والانفعالي، ودراسة 'ذيب الشيخ' (2005) التي أكدت فاعلية البرامج التدريبية في تعزيز التواصل الاجتماعي والاستقلالية الذاتية، ودراسة 'حمادو وجلطي' (2018) التي بينت أن الأنشطة الجماعية المنتظمة تخلق جوا من التفاعل والمشاركة لدى الأطفال التوحديين، بالإضافة إلى دراسة 'الصادق بوبكر وآخرون' (2019) التي أثبتت أن الألعاب الصغيرة التفاعلية تسهم في تحسين التعاون وتبادل الأدوار بين الأطفال.

من جهة أخرى، تبرز نتائج الدراسة الحالية أن التحسن في التواصل الاجتماعي لم يكن متجانسا بين جميع الأطفال، بل اختلف باختلاف شدة التوحد، والجنس، ومستوى التحفيز الأسري، فالحالات التي كانت تحظى بدعم أكبر من الأولياء ومتابعة يومية للتمارين المنزلية حققت تحسنا أسرع وأكثر استقرارا، مما يؤكد أهمية الشراكة العلاجية بين المعالج والأسرة كما نصت عليه برامج مثل: 'دينفر' (Denver) و'ليب' (LEAP) و'صن رايز' (Son-Rise) التي تشدد على مشاركة الوالدين في الجلسات.

يستخلص من ذلك أن تقنية البروفة تمثل إطارا علاجيا فعالا في تعزيز التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين من خلال التمثيل الواقعي للمواقف، والتكرار المنظم، والتعزيز الانفعالي الايجابي إلا أن فاعليتها تبقى نسبية وتتأثر بالعوامل الفردية كالنوع والشدة والدافعية الداخلية، ما يدعو إلى ضرورة تخصيص الخطة العلاجية بما يتلاءم مع خصوصيات كل طفل.

خلاصة

يعد هذا الفصل جوهر الدراسة التطبيقية، إذ عرض نتائج تنفيذ البرنامج العلاجي القائم على تقنية البروفة ومدى فاعليته في تحسين مهارات التواصل لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، تبين من خلال تحليل الحالات ومتابعة سير الجلسات العلاجية أن الأطفال أظهروا تطورا تدريجيا في التواصل البصري، الاستقبالي، اللفظي، غيراللفظي والاجتماعي، مع انخفاض واضح في السلوكيات الانسحابية وتزايد المبادرة للتفاعل، كما كشفت النتائج عن فروق دالة إحصائيا بين القياسين القبلي والبعدي لصالح البعدي، تراوحت نسب التحسن فيها بين (55٪ و85٪)، تبعا لشدة الاضطراب والجنس، وقد كانت استجابات الإناث والحالات ذات الشدة البسيطة أكثر تفاعلا واستقرارا من غيرها.

أظهرت المناقشة أن فعالية التقنية ترجع إل ىقدرتها على دمج التعلم بالملاحظة والتفاعل الاجتماعي المنظم، وفق ما تؤكده نظريات 'باندورا' (Bandura)، 'لازاروس' (Lazarus)، و'فيغوتسكي'، مع انسجامها ومبادئ برامج علاجية معترف بها مثل: TEACCH و Denver وABA، وتؤكد النتائج النهائية أن تقنية البروفة تمثل مدخلا علاجيا فعالا ومتكاملا يسهم في تطوير التواصل بمختلف أبعاده، ويشكل إضافة علمية وميدانية مهمة في مجال علاج اضطرابات التواصل لدى أطفال التوحد.

الخاتمة

الخاتمة:

يشكل اضطراب طيف التوحد أحد أبرز التحديات في ميدان علم النفس العيادي والتربوي، لما له من تأثير عميق على الجوانب التواصلية والاجتماعية والانفعالية والمعرفية للطفل، ويعد ضعف مهارات التواصل من أكثر المظاهر بروزا لدى هذه الفئة، إذ يحد من قدرتهم على التفاعل مع محيطهم الاجتماعي والأسري ويعيق اندماجهم الطبيعي في البيئة اليومية.

انطلاقا من هذه الإشكالية، جاءت هذه الدراسة لتختبر فاعلية تقنية البروفة للازاروس كمدخل علاجي معرفي سلوكي متكامل يهدف إلى تحسين مهارات التواصل لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد، وقد طبق البرنامج العلاجي على عينة مكونة من ثمانية (8) أطفال تتراوح أعمارهم بين (7–12) سنة ممن يعانون من اضطراب التوحد بدرجتيه الخفيفة والمتوسطة، وذلك وفق خطة علاجية قائمة على مبادئ التكرار، المحاكاة، والتغذية الراجعة الهادفة.

بعد تطبيق أدوات القياس في مرحلتي الاختبارين القبلي والبعدي، أظهرت النتائج فروقا دالة إحصائيا لصالح القياس البعدي، مما يعكس تحسنا واضحا في مختلف أبعاد التواصل (البصري، اللغة الاستقبالية، اللفظي، غيراللفظي، والاجتماعي)، وقد بينت النتائج الميدانية مايلي:

– أن تقنية البروفة تسهم بفاعلية في تنمية مهارات التواصل من خلال تمكين الأطفال من إعادة تمثيل المواقف الاجتماعية وتكرارها تحت إشراف المعالج، الأمر الذي عزز الانتباه المشترك، التواصل البصري، استخدام الإيماءات، وفهم اللغة الاستقبالية والتعبيرية.

– أن تقنية البروفة للازاروس ساعدت في زيادة الثقة بالنفس وتحسين التفاعل الاجتماعي داخل بيئة علاجية آمنة خالية من الضغوط، مما خفض من مظاهر الانسحاب والعزلة.

– أن هذه التقنية ليست مجرد أسلوب علاجي قائم على المحاكاة والتكرار، بل أداة نمائية وإدراكية فعالة تعيد بناء مهارات التواصل اللغوي والاجتماعي من خلال التجريب العملي والتغذية الراجعة المنظمة، وهو ما يتوافق مع مبادئ النموذج المعرفي السلوكي متعدد الوسائط (BASIC-ID) الذي طرحه لازاروس.

– أن البروفة قادرة على تحويل الصمت إلى تفاعل، والعزلة إلى مشاركة، والانسحاب إلى اندماج، مما يجعلها إضافة نوعية في ميدان العلاج السلوكي المعرفي للأطفال ذوي اضطراب التوحد.

– أن شدة الاضطراب والعمر الزمني للطفل شكلا عاملين حاسمين في سرعة الاستجابة للعلاج، حيث أظهرت الحالات ذات الشدة البسيطة والأعمار الأصغر نسب تحسن أعلى.

– أن العلاج السلوكي المعرفي متعدد الوسائط يظل من أكثر المقاربات فاعلية في تحسين جودة الحياة النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين، خصوصا حين يدمج بأساليب التدريب الواقعي والتفاعل الاجتماعي الموجه.

– أن الأساليب التطبيقية القائمة على المحاكاة والتغذية الراجعة المباشرة تمثل من أنجح الوسائل في تعزيز القدرات التواصلية والانفعالية، لما توفره من فرص تعلم حقيقي قائم على الملاحظة، النمذجة، والتجريب الآمن.

– أن هذه النتائج تفتح آفاقا واسعة أمام الباحثين والأخصائيين لتطوير برامج علاجية أكثر تكاملا تجمع بين المقاربة السلوكية، المعرفية، واللغوية، في إطار تعددي يراعي الفروق الفردية، ويدعم التكامل بين الأسرة والمعالج والمحيط التربوي.

وعليه، تؤكد الدراسة أن تقنية البروفة للازاروس تمثل مدخلا علاجي افعالا وشاملا لتحسين مهارات التواصل بمختلف أبعاده الدى الأطفال المصابين بالتوحد، وتشكل إضافة علمية وميدانية ذات قيمة في حقل علم النفس العيادي، لما تجمعه من واقعية، ومرونة، وقدرة على إحداث تغيير سلوكي إدراكي مستدام لدى الطفل.

التوصيات والاقتراحات:

استنادا إلى النتائج المتوصل إليها، التي أكدت فاعلية البرنامج العلاجي القائم على تقنية البروفة للازاروس في تحسين مهارات التواصل (البصري، اللغة الاستقبالية، اللفظي، غير اللفظي، والاجتماعي) لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، ترى الباحثة ضرورة توجيه الاهتمام العلمي والعملي نحو تعميم تطبيق التقنية وتطويرها، وفي ضوء ذلك، تطرح التوصيات والاقتراحات التالية:

1. التوصيات:

1.1. ضرورة اعتماد تقنية البروفة للازاروس كأحد المداخل العلاجية الأساسية في البرامج النفسية والتربوية الموجهة لأطفال التوحد داخل المراكز المتخصصة، لما أثبتته من فعالية في تحسين التواصل بمختلف أبعاده.

2.1. تفعيل دور الأسرة في العملية العلاجية عبر إشراكها في الجلسات التدريبية وتزويدها بوسائل تطبيقية لمواصلة التدريب في البيئة المنزلية، مما يضمن تعميم الأثر العلاجي واستمراريته.

3.1. تكوين الأخصائيين النفسيين والتربويين على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي متعدد الوسائط (BASIC-ID) الذي تنتمي إليه تقنية البروفة، وتمكينهم من توظيفها بمرونة داخل البرامج الفردية والجماعية.

4.1. التركيز على المقاربة التعددية (العلاج السلوكي–المعرفي–اللغوي) في العمل مع الأطفال التوحديين، وذلك بدمج تقنية البروفة مع برامج فعالة أخرى مثل:TEACCH، ABA، Denver، وPECS، لتحقيق التكامل بين المحاور التواصلية المختلفة.

5.1. تهيئة بيئة علاجية تفاعلية تعتمد على اللعب المنظم، المحاكاة، والتعزيز الإيجابي، بما يسمح للطفل بممارسة التواصل في مواقف طبيعية تشبه الحياة اليومية.

6.1. تعزيز التعاون بين المؤسسات التربوية والصحية لضمان استمرارية البرامج العلاجية وتكاملها بين الوسطين المدرسي والعلاجي، بما يسهم في دعم الاندماج الاجتماعي للأطفال التوحديين.

2. الاقتراحات:

1.2.توسيع نطاق الدراسات التطبيقية لتشمل عينات أكبر وفئات عمرية متعددة، بغرض التحقق من مدى عمومية نتائج تقنية البروفة في بيئات مختلفة.

2.2. إجراء دراسات طولية (Longitudinal Studies) لتتبع الأثر المستدام للبرنامج على المدى البعيد، ومعرفة مدى ثبات المهارات التواصلية بعد انتهاء التدخل العلاجي.

3.2. دراسة فاعلية التقنية في ضوء متغيرات وسيطة مثل: العمر الزمني والعقلي للطفل، شدة الاضطراب، نمط التواصل السائد، ودور الأسرة في الدعم والتعزيز.

4.2. إجراء دراسات مقارنة بين تقنية البروفة للازاروس وبرامج علاجية أخرى لمعرفة نقاط القوة والتكامل الممكن بينها.

5.2. استكشاف تطبيق التقنية في مجالات جديدة مثل: تعديل السلوك الاجتماعي، تنميةالتنظيم الانفعالي، وتحسين مهارات اللعب الرمزي.

6.2. تشجيع البحث التطبيقي متعدد التخصصات الذي يجمع بين علم النفس، علوم التربية، وعلاج النطق، لتصميم برامج أكثر تكاملا تتناسب مع الخصوصيات الثقافية واللغوية للبيئة الجزائرية والعربية.

7.2. تطوير أدلة إجرائية محلية (manuals) لتطبيق تقنية البروفة في المؤسسات الجزائرية، تراعي الخصوصيات الثقافية والاجتماعية وتضمن جودة التطبيق الميداني.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

1.المراجع العربية:

1. إبراهيم الشيباني، بدر. (2003). سيكولوجية النمو. الكويت: دار الوراقين للنشر والتوزيع.
2. إبراهيم عبد الله أحمد، فايزة. (2020). فعالية برنامج تدريبي قائم على فنيات تحليل السلوك التطبيقي لتنمية المهارات الحياتية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. *المجلة الدولية للعلوم الإنسانية والاجتماعية*، (17)،210-233.
3. ابراهيم قنديلجي،عامر.(د.س). منهجية البحث العلمي. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
4. إبراهيم محمد الجرواني، هالة و محمود صديق، رحاب. (2013). مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين. مصر: دار الجامعة الجديدة.
5. أبو الفتوح عمر، محمد كمال. (2010). الأطفال الأوتيستيك- ماذا تعرف عن إضطراب الأوتيزم؟-. عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.
6. أبو الهاشم حسن، السيد محمد. (2006). الخصائص السيكومترية لأدوات القياس في البحوث النفسية والتربوية باستخدام SPSS. رسالة ماجستير منشورة. جامعة الملك سعود.
7. أبو حلاوة، محمد السعيد. (د.س). دليلك السريع للتعرف على طفل الأوتيزم(التوحدي). المكتبة الالكترونية www.gulfKids.com
8. أحمد الخطيب، محمد و حامد الخطيب،أحمد. (2010). الإختبارات والمقاييس النفسية. عمان: دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع.
9. إسماعيل، طهعلي.(2009). العلاج المعرفي السلوكي: بين النظرية والتطبيق. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

10. باظه، آمال. (1999). الشخصية والإضطرابات السلوكية والوجدانية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
11. بدر الأنصاري، محمد. (2000). قياس الشخصية. (د.ط). حقوق الطبع محفوظة. الكويت: دار الكتاب الحديث.
12. بدر الأنصاري، محمد.(2002). المرجع في مقاييس الشخصية. (د.ط). الكويت: دار الكتاب الحديث.
13. بدر، أحمد. (1996). أصول البحث العلمي ومناهجه. القاهرة: المكتبة الأكاديمية.
14. بلغالم، محمد. (2017) . بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لخفض نوبات الهلع عند المصابين بفوبيا الأماكن المفتوحة –عينة جامعة تلمسان–. رسالة دكتوراه منشورة.
15. بلغالم، محمد. (2017). العلاج المعرفي السلوكي: النظرية والتطبيق. الجزائر: دار هومة للطباعة والنشر.
16. بن أحمد ضيف الله الغامدي، حامد. (2013). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض إضطرابات القلق. (ط1). الإسكندرية: دار الوفاء..
17. بن المداني، لبنى و بولوفة، بوخميس. (2022). فاعلية برنامج تدريبي لوفاس في تنمية الاتصال اللفظي لدى الأطفال التوحديين. *مجلة دراسات نفسية وتربوية*، 15 (2)، 278- 287.
18. بن عربية، لحبيب و صواحي، صلاح الدين.(2020). دراسة المهارات الاجتماعية لدى أطفال طيف التوحد TSA (مختلف المستويات). *مجلة الأثر للدراسات النفسية والتربوية*، 1 (2)، 106-120.
19. بودحوش، نصر الدين. (2016). أثر برنامج علاجي في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المصابين بالعقم، رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي، منشورة، جامعة وهران .

20. بوفيه، سيريل و فرحات، بوزيان.(2019). مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية. الجزائر: دار المجدد للنشر والتوزيع.
21. توفيق الراوي، فضيلة و صالح حماد، آمال.(1999). التوحد الإعاقة الغامضة. قطر
22. جلال الغندور، محمد.(2015). البحث العلمي بين النظرية والتطبيق. مصر: دار الجوهرة للنشر والتوزيع.
23. حازم رضوان، إسماعيل. (2011). التوحد واضطرابات التواصل. عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
24. الحساني، سامر عبد الحميد. (2005). فاعلية برنامج تعليمي باللعب لتنمية الاتصال اللغوي لدى أطفل التوحد. رسالة ماجستير منشورة. الجامعة الأردنية. الأردن.
25. حسن أحمد الدليمي، عصام و عبد الرحيم صالح، علي.(2014). البحث العلمي أسسه ومناهجه. الطبعة الأولى. عمان: دار الرضوان للنشر والتوزيع.
26. حمادو، مسعودة و جلطي، بشير.(2018). مدى فاعلية برنامج تدريبي مقترح في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى أطفال التوحد- دراسة تجريبية على عينة من أطفال التوحد بمدينة تقرت-. *مجلة الباحث في العلوم الانسانية والإجتماعية*. 35. 1035-1044.
27. الحوسني، خليفة علي. (2020). اضطرابات النطق واللغة لدى الأطفال: التشخيص والعلاج. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
28. خروبي، أحمد و بوضياف، نادية. (2021). فاعلية برنامج تدريبي لتحسين مهارات التواصل غير اللفظي لدى الطفل التوحدي. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*. 7 (3) . 221- 236.
29. خضير، عبد العزيز. (2017). مدخل إلى العلاج المعرفي السلوكي. عمّان: دار الكتاب الجامعي.

30. خلف المقابلة، جمال. (2015). اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية. عمان: دار بافا العلمية للنشر والتوزيع.
31. خلف المقابلة، جمال. (2016). اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية. عمان: دار بافا العلمية.
32. خليل العبادي، رائد. (2006). التوحد. عمان: مكتبة المجتمع العربي.
33. خليل، نوال. (2017). اضطرابات اللغة والتواصل عند الأطفال. الإسكندرية: دار الرشاد الجامعية. (كتاب تطبيقي)
34. داحش مغرم العمري، صفية .(2017). التدريب بإستخدام المعينات البصرية والسمعية لتنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي لأطفال الأوتيزم. تخصص علم نفس تعليمي. رسالة ماجستير منشورة. *مجلة البحث العلمي في التربية*. العدد18 .
35. رائد الشيخ، ذيب. (2005). تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراة. الجامعة الأردنية.
36. الزريقات، إبراهيم. (2004). التوحد الخصائص والعلاج . عمان : دار وائل للطباعة والنشر.
37. الزريقات، إبراهيم.(2018). تحليل السلوك التطبيقي مبادئ وإجراءات في تعديل السلوك. دار الفكر.
38. سليماني، ليلى. (2021). فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل لأطفال التوحد بمدينة سطيف. *مجلة افاق للعلوم*. 06(04)، 318-333.
39. سمارة، عزيز و آخرون. (1999). سيكولوجية الطفولة. (ط3). عمان: دار الفكر للنشر.
40. سيد سليمان، عبد الرحمن. (دس). سكولوجية ذوي الحاجات الخاصة الجزء الأول: ذوو الحاجات الخاصة –المفهوم والفئات–. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

41. سيد سليمان، عبد الرحمن. (2000). محولة لفهم الذاتوية–إعاقة التوحد عند الأطفال. مصر: مكتبة زهراء الشرق.

42. السيد محمد أبو الهاشم، حسن.(2006). الخصائص السيكومترية لأدوات القياس في البحوث النفسية والتربوية باستخدام spss. رسالة ماجستير منشورة. جامعة الملك سعود.

43. شاكر الجبلي، سوسن.(2015). التوحد الطفولي: أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه. سوريا: دار ومؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع.

44. شاكر مجيد، سوسن.(2010). التوحد: أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه. عمان: دار ديبونو للنشر والتوزيع.

45. الشخص، عبد العزيز. (2007). اضطرابات النطق واللغة عند الأطفال. القاهرة: دار الفكر العربي.

46. شرف الدين، خليل. (د.س). الاحصاء الوصفي. شبكة الأبحاث والدراسات الاقتصادية. الموقع www.rr4ee.net

47. الشرقاوي، محمود عبد الرحمن عيسى.(2018). التوحد ووسائل علاجه. مصر: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

48. شيخي، مبروك و بوطغان، محمد الطاهر. (2020). تقييم مهارات التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد. *مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية*. 10(01)، 171–184.

49. شيخي، مبروك و بوطغان، محمد الطاهر. (2022). أثر الانتباه عل مهارات التواصل غير اللفظي لدى الطفل التوحدي. *مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية*. 19. العدد(02)، 249–260.

50. الصادق، بوبكر و بجاوي، فاضلي و عز الدين، رامي. (2019). تأثير برنامج مقترح من الألعاب الصغيرة في تنمية بعض مهارات التواصل الاجتماعي لأطفال التوحد–دراسة ميدانية لجمعية مرام لأطفال التوحد تيجلابين–. *مجلة دراسات نفسية وتربوية*. 8(1)، 31–46.

51. صالح إمام، محمد و عيد الجوالده، فؤاد.(2010). التوحد رؤية الأهل والأخصائيين. عمان: دار الثقافة.

52. طه عبد العظيم، حسين. (2006). العلاج النفسي المعرفي: مفاهيم وتطبيقات. (ط1). الإسكندرية: دار الوفا.

53. طه عبد العظيم، حسين. (2007). إستراتيجيات الغضب والعدوان. (ط1). عمان: دار الفكر.

54. عباس، فيصل.(1996). الاختبارات النفسية تقنياتها وإجراءاتها. بيروت: دار الفكر العربي.

55. عبد الرحمن، سمية. (2019). النمو النفسي والاجتماعي للطفل. القاهرة: دار الفكر العربي.

56. عبد الرحمن، عبد الستار إبراهيم. (2007). العلاج المعرفي السلوكي: الأسس النظرية والتطبيقات العملية .الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. سلسلة عالم المعرفة.

57. عبد السلام زهران، حامد .(1997). التوجيه والإرشاد النفسي. (ط3). القاهرة: عالم الكتاب.

58. عبد اللطيف، عبد الرحمن. (2015). مدخل إلى اضطرابات التواصل والنطق واللغة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

59. عبد الله الزغبي، إبتسام. (2009). العلاج المعرفي السلوكي تعريفه،أهدافه،قواعده. رسالة ماجستير منشورة. قسم علم النفس بجامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن. السعودية.

60. عبد الله فرج الزريقات، ابراهيم. (2004). التوحد- الخصائص والعلاج. دار العلوم للتحقيق والطباعة والنشر والتوزيع.

61. عبد الله محمد، عبد الله. (2018). التواصل الإنساني وفن الحوار. القاهرة: دار الفكر العربي. كتاب أكاديمي.

62. عبد الله، ابراهيم. (2015). التواصل الانساني: المفهوم والأهمية في بناء العلاقات الاجتماعية. القاهرة: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

63. عبد الله، عادل. (2008). الإضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين. القاهرة: دار الرشاد.

64. عثمان، فراج. (2002). الإعاقات الذهنية. القاهرة: المجلس العربي للطفولة والأمومة.

65. عمر الصديق، لينا. (2007). فاعلية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير لفظي لدى أطفال التوحد وأثره على السلوكهم الاجتماعي. *مجلة الطفولة العربية*. 09 (33)، 1-39.

66. عواد، نادية. (2020). الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال. عمان: دار اليازوري.

67. عودة محمد، محمد. (2015). تشخيص وتنمية مهارات الطفل الذاتوي. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

68. العيادي، فاطمة. (2020). اضطرابات النمو العصبي: مدخل تشخيصي وعلاجي. القاهرة: دار الفكر الجامعي.

69. عيدروس عبد الله البار، روان. (2016). فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر قائم على السلوك اللفظي في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال من ذوي التوحد في المملكة العربية السعودية، أطروحة الماجستير في التربية –منشورة–.جامعة الإمارات العربية المتحدة – كلية التربية– قسم التربية الخاصة.

70. عيسى إنصوره، نجاة .(2018). اضطرابات طيف التوحد: المشكلة والمآل الإستراتيجيات العلاجية. الطبعة الأولى. دار الكتب الوطنية.

71. فاروق مصطفى، أسامة و الشربيني كامل،السيد. (2014). التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

72. فرح سهيل، تامر. (2014). التوحد، التعريف، الأسباب، التشخيص. العلاج. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.

73. فرح سهيل، تامر. (2015). التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.

74. قطب أبو قورة، خليل. (1996). سيكولوجية العدوان. القاهرة: مكتبة الشباب.

75. الكرمي، حسين (2021). الاضطرابات النمائية في الوطن العربي: الواقع والتحديات. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

76. كوافحة، تيسير مفلح. (2010). القياس والتقييم وأساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

77. كورين، بيرني وآخرون. (2008) العلاج المعرفي السلوكي المختصر. (ط1). القاهرة: دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

78. ليهي، روبرت. (2006) دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الإضطرابات النفسية. تر: جمعة سيد يوسف، محمد نجيب الصبوة. (ط1). القاهرة: دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

79. محمد القطامي، يوسف. (2009). مدخل إلى علم النفس. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
80. محمد حقي، ألفت. (1992). علم النفس النمو. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
81. محمد عبد الخالق، أحمد.(1996). قياس الشخصية. الطبعة الأولى. الكويت: لجنة التأليف والتعريب والنشر.
82. محمد عبد الخالق، أحمد.(2012). قياس الشخصية. مصر: دار المعرفة الجامعية طبع–نشر–توزيع.
83. محمد مرسي، حمدي و عبد المحسن، علي صلاح و صابر حامد عبد الكريم، دعاء. (2023). فعالية برنامج تدريبي قائم على اللعب في تنمية التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد. *مجلة دراسات في مجال الارشاد النفسي والتربوي*. 06(02)، 89–130.
84. محمد ناصر، العاني. (2014). علم النفس الاجتماعي. عمّان: دار اليازوري العلمية. كتاب جامعي.
85. محمد، عبد القادر. (2021). الاضطرابات النمائية لدى الأطفال. عمان: دار الصفاء للنشر.
86. محمد، فؤاد. (2011). الاضطرابات النمائية الشاملة: التشخيص والعلاج. القاهرة: دار الفكر العربي.
87. محمود بدر، إبراهيم.(2004). التوحد: تشخيصه وعلاجه. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
88. محمود قطامي، يوسف. (2009). مدخل إلى علم النفس. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
89. محمود، فوزي. (2018). اضطرابات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

90. مشري، إبتسام و الحسني، إبتسام. (2021). فاعلية برنامج تدريبي مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال مصابين باضطراب طيف التوحد. *مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية*. 06(01)، 195-210.

91. معمرية، بشير . (2007). القياس النفسي وتصميم أدواته. الطبعة الأولى. الجزائر: منشورات.

92. منظمة الصحة العالمية. (2022) .(WHO). تقرير الإعاقة العالمي. جنيف: منظمة الصحة العالمية.

93. مؤمن، داليا. (2004). الأسرة والعلاج الأسري. (ط1). عمان: دار السحاب للنشر والتوزيع.

94. ناصف، مصطفى. (1983). نظريات التعلم . (د.ط). عالم المعرفة.

95. النشواتي، عبد المجيد.(2003).علم النفس التربوي. عمان: دار الفرقان للنشر والتوزيع.

96. نصراوي، صباح. (2020). القياس النفسي. الطبعة الأولى. عمان: دار الأيام للنشر والتوزيع.

97. النمر، عصام. (2008). مدخل إلى علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

98. النمر، عصام. (د.س). علم النفس الإكلينيكي: النظرية والتطبيق. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

99. النمر،عصام.(2015). الأسرة وأطفالها ذوو الاحتياجات الخاصة. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

100. نوري القمش، مصطفى و عبد الرحمن المعايطة، خليل. (2009). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: جار المسيرة للنشر والتوزيع.

101. نوري القمش، مصطفى.(2011). اضطرابات التوحد. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
102. يزيد وائل، وليد. (2013). اضطراب طيف التوحد: التشخيص والعلاج النفسي والتربوي. دمشق: دار الفكر.

2. المراجع الأجنبية:

103. Adams, C. (2005). Clinical Diagnostic Evaluation of Pragmatic Language Impairments. Child Language Teaching and Therapy, 21(2), 157–179
104. Amaral, D. G., Schumann, C. M., & Norda'l, C. W. (2008). Neuroanatomy of autism. Trends in Neurosciences, 31(3), 137–145
105. American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Washington, DC.
106. American Psychiatric Association (1994). DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental isorders. Washington, DC.
107. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) – DSM-5. Washington, DC: APA Publishing.
108. Ann, K. (2000).Understanding Autism: From Theory to Practice. London: Jessica Kingsley.
109. Arnold, E. (2016). *Communication in Nursing* (8th ed.). Elsevier Health Sciences
110. Asperger, H. (1944). Autistische Psychopathen im Kindesalter. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 117, 76–136.
111. Bailey, A. Et al. (1995). Autism as a strongly genetic disorder: Evidence from a British twin study. Psychological Medicine, 25(1), 63–77.
112. Balding, K. C. (2014). *Research Design in Social Science*. Springer
113. Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
114. Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
115. Baron-Cohen, S. (2017). Autism and the Empathizing–Systemizing Theory. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 71, 164–175.

116. Baron-Cohen, S., Leslie, A., & Frith, U.(1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? Cognition. 21(1) 37–46.
117. Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., & Cohen, D. (Eds.). (2000). Understanding Other Minds: Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press145–134 ..
118. Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Jolliffe, T. (1997). Is There a "Language of the Eyes"? Cognition, 64(1), 23–29.
119. -Bayley, N. (2006). Bayley Scales of Infant and Toddler Development (3rd ed.). San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
120. Beck, A. T. (1976). .Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press.
121. Beck, A. T. (2011). Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond (2nd/3rd ed.). New York: Guilford Press ..
122. -Belmonte, M. K. Allen, G. Beckel-Mitchener, A. Boulanger, L. M. Cerper R. A, & Webb, S. J. (2004). Autism and abnormal development of brain connectivity. Journal of Neuroscience, 24(42), 9228–9231.
123. Berlo, D. K. (1960). The Process of Communication: An Introduction to Theory and Practice. New York: Holt, Rine”art and Winston. (Book, pp. 22–35.
124. Bettelheim, B. (1967). The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self. New York: Free Press.
125. Bishop, D. V. M. (2017). Uncommon Understanding: Development and Disorders of Language Comprehension in Children (2nd ed.). New York: Psychology Press.91–87 .
126. Bleuler, E. (1911). Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig: Deuticke.
127. Bloom, L., & Lahey, M. (1978). Language Development and Disorders. New York: Wiley.

128. Bondy, A., & Frost, L. (1994). The Picture Exchange Communication System (PECS): Training Manual. Newark, DE: Pyramid Educational Products.
129. Bondy, A., & Frost, L. (2001). The Picture Exchange Communication System (PECS): Enhancing Communication for Individuals with Autism and Related Disabilities. Newark, DE: Pyramid Educational Consultants.67–45 .
130. Bourdieu, P. (1991). Language and Symbolic Power. Cambridge, MA: Harvard University Press.
131. Bourgeron, T. (2015). From the genitic architecture to synaptic plasticity in autism spectrum disorder. Nature Reviews Neuroscience, 16(9), 551–563.
132. Brook, I., & Anna, D. (2010). Autism: A Comprehensive Introduction. New York: Routledge.
133. Brownell, R. (2000). Expressive One-Word Picture Vocabulary Test. Academic Therapy Publications.
134. Burgoon, J. K., & Hall, E. T. (2002). *Nonverbal Communication*. Allyn & Bacon.
135. Butler, C. (2021). The effectiveness of the TEACCH approach in supporting the development of communication skills for learners with severe intellectual disabilities [PDF]. University of Bedfordshire.

https://doi.org/10.13140/RG.2.2XXXXXXX

136. Centers for Disease Control and Prevention (2023). Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder (ASD).
137. Charlop-Christy, M. H., Carpenter, M., LeBlanc, L. A., & Kellet, K. (2002). Using the picture exchange communication system (PECS) with children with autism: Assessment of PECS acquisition, speech, social-communicative behavior, and problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *35*(3), 213-231.

138. Charlop-Christy, M. H., Le, L., & Freeman, K. A. (2000). A comparison of video modeling with in vivo modeling for teaching children with autism. Journal of Autism & Developmental Disorders, 30(6), 537–552.

139. Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2012). Social Responsiveness Scale, Second Edition (SRS-2)

140. Cooper, Heron Heward. (2014). Applied Behavior Analysis (2 nd ed). Pearson Education Limited

141. Coren ,B. (2006). Cognitive Behaviour Therapy : A Pratical Guide. London: Routledge.

142. Cottraux,J.(1993). Les therapies cognitive et comportementales. Paris: Masson.

143. Courchesne, E. (1996). Brainstem, Cerebellar and Limbic Neuroanatomical Abnormalities in Autism. Current Opinion in Neurobiology, 6 (2), 227–233.

144. Courchesne, E., Campbell, K., & Solso, S. (2011). Brain growth across the life span in autism: Age-specific changes in anatomical pathology Brain Research, 1380, 138–145.

145. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). Sage Publications.

146. Dalla Piazza, M., & Fadanni, C. (2002). Autismo e Comunicazione: Approcci Educativi e Terapeutici. Milano: FrancoAngeli.

147. Day, A. S. (2011). Social skills intervention for students with autism spectrum disorders: A survey of school psychologists. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21(4), 45-60.

148. DeVito, J. A. (2019). The Interpersonal Communication Book (15th ed.). New York: Pearson Education.

149. Dunn, L. M., & Dunn, D. M. (2007). Peabody Picture Vocabulary Test, Fourth Edition (PPVT-4). Pearson Assessment, Minneapolis..

150. Ellis, A. (1962). Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Lyle Stuart

151. -Frankenburg, W. K., Dodds, J., Archer, P., Shapiro, H., & Bresnick, B. (1992). Denver II: Technical Manual. Denver, CO: Denver Developmental Materials.

152. Freeman, S., & Reeve, S. (2019). Cognitive Behavioral Interventions for Children with Autism Spectrum Disorder. Journal of Applied Behavior Analysis, 52(4), 1125–1141.

153. Frith, U. (2001). Mind blindness a"d the brain in autism. Neuron, 32(4), 969–979.

154. Gagnon, Y.-C. (2010). *The case study as research method: Implementation guide*. Presses de l'Université du Québec.

155. Gerard Paussin,2005, la pratique de l'entretien clinique, 3 ed, DUNOD. Paris.

156. Gerlach, M. (2003). Autism Spectrum Disorders: Neurobiological and Clinical Issues. Berlin: Springer-Verlag .

157. -Gillberg,C.,& Coleman,M.(1992). The Biology of the Autistic Synd

158. Gilliam, J. E. (2014). Gilliam Autism Rating Scale (3rd ed.). Austin, TX: Pro-Ed.(GARS-3)

159. Goldstein, Sam. Naglieri, Jack A.(2013).Interventions for Autism Spectrum Disorders.Springer New York Dordrecht Heidelberrg London.

160. Gray, C. (2010). The New Social Story Book: Teaching Social Skills to Children with Autism Spectrum Disorders. Future Horizons, Texas.49–33 .

161. -Griffiths, R. (1984). The Abilities of Young Children: A Comprehensive System of Mental Measurement for the First Eight Years of Life. London: Child Development Research Centre.

162. Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 36(1), 5–25

163. Hargie, O. (2011). *Skilled Interpersonal Communication: Research, Theory and Practice* (5th ed.). Routledge

164. Hashimoto, T., Tayama, M., Murakawa, K., Yoshimoto, T., Miyazaki, M., Harada, M., & Kuroda, Y. (1995). Development of the Brain in Autism: A Case Report and MRI Study.Brain and Development, 17 (5), 335–339 .

165. Hayes, S. C. Strosahl, K. & Wilson, K' G. (2012). Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change (2nd ed.). New York: Guilford Press.

166. Heiman, Gary W(1995),Research methods in psychology , Boston Toronto: Houghton Mifflin Company.

167. Houghton, S., Douglas, G., West, J., & Carroll, A. (2013). Understanding and Supporting Children with Communication Difficulties. Child Language Teaching and Therapy, 29(4), 495–506**.**

168. Jakobson, R. (1960). Closing Statement: Linguistics and Poetics. In T. A. Sebeok (Ed.), Style in Language (pp. 350–377). Cambridge, MA: MIT Press**.**

169. Jhangiani. Rajiv, 2013, Research Methods in Psychology, 1ed ,https://thatpsychprof.com/wp-content/uploads/2014/07/Research-Methods-in-Psychology-1st-Cdn-ed.pdf

170. Johnson, S. (2024). Contemporary Approaches to Quantitative and Qualitative Research. New York: Academic Press.

171. Kadham, S. H., & Al-Khazraji, N. H. F. (2024). The positive impact of the ABLLS-R model for communication on children with ASD at Al-Sibtain Academy for Autism and Developmental Disorders. *Al-Adab Journal*, *149*, 59–61. https://doi.org/10.31973/zvb5ct98

172. -Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child, 2, 217–250

173. Kazantzis, N, Reinecke, M. A, & Freeman, A. (2010). Cognitive and Behavioral Theories in Clinical Practice. New York: Guilford Press..

174. Kazdin, A. E. (2017). Behavior Modification in Applied Settings (8th ed.). New York: Routledge.

175. Kevin,Callahan. Smita,Shukla-Melta.Sandy,Magee. ABA Versus TEACCH: The Case for Defining and Validating Comprehensive Treatment Models in Autism. Article in Journal of Autism and Developmental Disorders. September 2009. 74-88 . 10.1007/s10803-009-0834-0

176. Kim, Y., & Rosenberg, C. R. (2015). Social Communication Development in Children with Autism Spectrum Disorder. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 20(1), 21–33**.**

177. -Koegel, R. L., Symon, J. B., & Kern Koegel, L.(2002). Parent Education for Families of Children with Autism Living in Geographically Distant Areas. Journal of Positive Behavior Interventions, 4(2), 103–113.

178. -Kraepelin, E. (1895). Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig: Barth.

179. Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. Frontiers in Psychology, 4, Article 863.

https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863

180. -Lam, K. S., & Aman, M. G. (2007). The Repetitive Behavior Scale-Revised: Independent validation in individuals with autism spectrum disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37(5), 855–866.

181. Lazarus, A. A. (1981). The Practice of Multimodal Therapy: Systematic, Comprehensive, and Effective Psychotherapy. New York: McGraw-Hill.

182. Lazarus, A. A. (1989). The Practice of Multimodal Therapy: Systematic, Comprehensive, and Effective Psychotherapy. New York: McGraw-Hill.
183. Lazarus, A. A. (1997). Brief but Comprehensive Psychotherapy: The Multimodal Way. Springer Publishing Company.
184. Lazarus, A. A. (2002). Behavior Rehearsal. In Encyclopedia of Psychotherapy (Vol. 1, pp. 253–257). Elsevier Science.
185. Lord, C., & McGee, J. (2001). Educating Children with Autism. Washington, DC: National Academy Press.
186. Lord, C., & Risi, S. (2000). Frameworks and Methods in Diagnosing Autism Spectrum Disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 30(2), 107–114.
187. Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2020). Autism spectrum disorder. Nature Reviews Disease Primers, 6(5), 1–23.
188. Lord, C., Rutter, M., & DiLavore,.(2000). Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Los Angeles: Western Psychological Services.
189. Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., & Risi, S. (2012). Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2). Western Psychological Services.
190. Margaret, M. Walker. (1994). Communication Skills in Children with Autism. Journal of Communication Disorders, 27(2), 87–98.
191. Masters, J. C., Burish, T. G., Hollon, S. D., & Rimm, D. C. (1987). Behavior Therapy: Techniques and Empirical Findings (3rd ed.). New York: Harcourt Brace Jovanovich.
192. -Matson, J. L., & Smith, K. R. M. (2008). Current status of intensive behavioral interventions for young children with autism and PDD-NOS. Research in Autism Spectrum Disorders, 2(1), 60–73.
193. -Maudsley, H. (1867). The Physiology and Pathology of the Mind. New York: Appleton and Co.

194. Maureen, A., & Tessa, G. (2005). Early Intervention for Autism Spectrum Disorders: A Guide for Practitioners. London: SAGE Publications.
195. Meichenbaum, D. (1977). Cognitive Behavior Modification: An Integrative Approach. New York: Plenum Press.
196. Mesibov, G. B., Shea, V., & Schopler, E. (2005). The TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders. Springer.88–71 .
197. Mesibov, Gary B., & Shea, Victoria. (2010). The TEACCH program in the era of evidence-based practice. Journal of Autism and Developmental Disorders, 40(5), 570–579. 10.1007/s10803-009-0901-6
198. Miller, P. (2005). Theories of Developmental Psychology (4th ed.). New York: Worth Publishers.
199. -Mundy, P., & Sigman, M. (2006). Empathy and the Development of Social Understanding. In P. D. Zelazo (Ed.), The Oxford Handbook of Developmental Psychology (Vol. 1, pp. 102–123). Oxford University Press.
200. Mundy, P., & Sigman, M. (2006). Joint attention, social competence, and developmental psychopathology. In. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), Developmental Psychopathology (Vol. 1, pp. 293–332). Wiley
201. National Institute of Standards and Technology. (n.d.). Analysis of paired observations. In NIST/SEMATECH e-Handbook of Statistical Methods.

https://www.itl.nist.gov/div898/handbook/prc/section3/prc311.htm

202. National Research Council. (2001). Educating Children with Autism. Washington, DC: National Academy Press.
203. Neuman, W. L. (2013). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Pearson Education Limited.
204. Owens, R. E. (2016). Language Development: An Introduction (9th ed.). Pearson.

205. Ozonoff, S., Pennington, B. F., & Rogers, S. J. (1991). Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: Relationship to theory of mind. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32(7),'1081–1105

206. Pellicano, E. (2010). Individual differences in executive function and central coherence predict developmental changes in theory of mind in autism. Developmental Psychology, 46(2), 530–544.

207. Perepletchikova, F. (2011). *On the topic of treatment integrity*. Clin Psychol (New York), 18(2), 148–153.

https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01246.x

208. Prizant, B. M., & Wetherby, A. M. (1993). Communication, Language, and Speech Development and Disorders in Autism. In D. Cohen & F. Volkmar (Eds.), Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. Wiley.

209. Prizant, B. M., Wetherby, A. M., Rubin, E., & Laurent, A. C. (2003). The SCERTS Model: A Comprehensive Educational Approach for Children with Autism Spectrum Disorders. Brookes Publishing

210. Prizant, B. M., Wetherby, A. M., Rubin, E., & Laurent, A. C. (2017). The SCERTS Model: Enhancing Communication and Socioemotional Abilities of Children with Autism Spectrum Disorder. Baltimore: Brookes Publishing.

211. Rahimi Pordanjani, S. (2021). Effectiveness of Drama Therapy on Social Skills of Autistic Children. Journal ofPractice in Clinical Psychology, 9(1), 9-18. https://doi.org/10.32598/jpcp.9.1.344.1

212. Reichow, B., Hume, K., Barton, E. E., & Boyd, B. A. (2018). Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) for Young Children with Autism Spectrum Disorders (ASD): A Systematic Review. Campbell Systematic Reviews, 14(1), 1–42.

213. Rellini, E., Tortolani, D., Trillo, S., Carbone, S., & Montecchi, F. (2001). Childhood Autism Rating Scale (CARS) and Autism Behavior Checklist

(ABC) correspondence and conflicts with DSM-IV criteria in diagnosis of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21(4), 707–711.

214. Reynell, J. (1990). Reynell Developmental Language Scales. NFER-Nelson.

215. Robins, D. L., Fein, D., & Barton, M. L. (2009). Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F). Pediatrics, 123(5), 139–148.

216. Rogers, S. J., & Vismara, L. A. (2008). Evidence-Based Comprehensive Treatments for Early Autism. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37(1), 8–38.

217. -Rutter, M., Bailey, A., & Lord, C. (2003). Social Communication Questionnaire (SCQ). Western Psychological Services.

218. -Rutter, M., LeCouteur, A., & Lord, C. (2003). Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)

219. Schopler, E., & Mesibov, G. (1994). TEACCH approach to autism spectrum disorders. Springer.

220. -Schopler, E., Van Bourgondien, M. E., Wellman, G. J., & Love, S. R. (2010). Childhood Autism Rating Scale, Second Edition (CARS2).

221. Semel, E., Wiig, E. H., & Secord, W. A. (2013). CELF-5: Clinical Evaluation of Language Fundamentals. Pearson.

222. Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949). The Mathematical Theory of Communication. Urbana: University of Illinois Press

223. Simpson, R. L., de Boer-Ott, S. R., & Smith-Myles, B. (2020). Social Skills Interventions for Students with Autism Spectrum Disorders. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 35(2), 91–102.

224. -Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Saulnier, C. A. (2016). Vineland Adaptive Behavior Scales, Third Edition (VABS-3).

225. Strain, P. S., & Hoyson, M. (2000). The Importance of Early Intervention for Young Children with Autism. Topics in Early Childhood Special Education, 20(2), 20–29.

226. Tager-Flusberg, H. (2007). "Defining Language Phenotypes in Autism." Clinical Neuroscience Research, 6(3–4), 219–224

227. Tager-Flusberg, H., & Kasari, C. (2013). Minimally verbal school-aged children with autism spectrum disorder: The neglected end of the spectrum. Autism Research, 6(6), 468–478.

228. Tager-Flusberg, H., Paul, R., & Lord, C. (2005). Language and Communication in Autism. In F. Volkmar et al. (Eds.), Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders (3rd ed.). Wiley.

229. Tezcan Kardas, N., & Sadik, R. (2018). An Analysis of the Effect of Educational Game Training on Social Skills of Children with Autism Spectrum Disorders. Asian Journal of Education and Training, 4(4), 319–325.

230. Tezcan Kardas, Nurgul.,& Sadik,Resat.(2018). An Analysis of the effect of educational Game Training on Some Physical Parameters and Social Skills of the Children with Autism Spectrum Disorders. Asian Journal of Education and Training. 4(4). 319-325.

231. Tomblin, J. B. (2008). Communication Disorders in Children*. Pediatrics in Review, 29(5), 168-176.

232. Volkmar, F. R., & Klin, A. (2005). Issues in the classification of autism and related conditions. Archives of General Psychiatry, 62(10), 1161–1170.

233. Volkmar, F. R., & Pauls, D. (2003). Autism. The Lancet, 362(9390), 1133–1141

234. Vygotsky, L. S. (1978). Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes. Cambridge, MA: Harvard University Press.

235. Watzlawick, P., Beavin, J. H., & J”ckso’, D. D. (1967). Pragmatics of Huma” Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes. New York: Norton

236. Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. Journal of Autism and Developmental disorders, 9(1), 11–29.

237. Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification. Journal of Autism and Developmental Disorders, 9(1), 11–29.

238. World Health Organization (2018). International Classification of Diseases (ICD-11). Geneva: WHO.

239. World Health Organization (2023). Autism Spectrum Disorders: Key Facts. Geneva: WHO.

240. Young, J. E, Klosko, J. S, & Weishaar, M. E. (2003). Schema Therapy: A Practitioner’s Guide. New York: Guilford Press.

241. Zwaigenbaum, L., et al. (2005). Behavioral Manifestations of Autism in the First Year of Life. International Journal of Developmental Neuroscience, 23(2–3), 143–152.

https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu.2004.05.001

الملاحق

الملحق (01)

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

الأسلوب الإحصائي	الغرض منه	المعادلة الأساسية
نسبة الاتفاق	تقدير اتفاق المحكمين	ق
معامل الارتباط بيرسون	قياس الارتباط بين الدرجات	
معامل ألفا كرونباخ	قياس الاتساق الداخلي	
معامل كابا لكوهين	قياس الاتفاق المصحح للمصادفة	
معامل (ICC)	قياس الاتفاق بين القياسات الكمية	
المتوسط الحسابي	تحديد مركز الدرجات	
الانحراف المعياري	قياس تشتت الدرجات	
النسبة المئوية	التعبير عن نسبة فئة	
نسبة التحسن	قياس التغيير النسبي بين القياسين	
اختبار 'ت' للعينات المرتبطة	اختبار دلالة الفرق بين قياسين مترابطين	
حجم الأثر (**Cohen's dz**)	تقدير حجم الفرق نسبة إلى انحراف الفروق	
حجم الأثر (**Cohen's dav**)	تقدير حجم الفرق نسبة إلى الانحراف المعياري المتوسط	
أحجام الأثر المحافظة (Hedges'g_av)	تصحيح dav من تحيز العينة الصغيرة	

الملحق (02)

صدق الاتساق الداخلي لبنود شبكة الملاحظة مع درجة الأبعاد وشبكة الملاحظة ككل.

الفقرة	معامل الارتباط مع البعد	معامل الارتباط مع الشبكة ككل
01	0.74	0.71
02	0.71	0.69
03	0.78	0.75
04	0.76	0.72
05	0.69	0.66
06	0.73	0.70
07	0.70	0.68
08	0.68	0.65
09	0.64	0.61
10	0.71	0.69
11	0.74	0.72
12	0.77	0.75
13	0.79	0.77
14	0.75	0.73
15	0.73	0.71
16	0.78	0.76
17	0.72	0.69
18	0.69	0.66
19	76.	0.73
20	0.71	0.68

مستوى الدلالة 0.01*

الملحق (03)

صدق الاتساق الداخلي للمقياس مهارات التواصل لدى أطفال التوحد

البنود	معامل الارتباط مع البعد	معامل الارتباط مع الاختبار ككل
01	0.73**	0.71**
02	0.76**	0.74**
03	0.78**	0.75**
04	0.81**	0.78**
05	0.74**	0.72**
06	0.69**	0.67**
07	0.83**	0.79**
08	0.77**	0.74**
09	0.80**	0.77**
10	0.75**	0.73**
11	0.78**	0.76**
12	0.82**	0.79**
13	0.74**	0.72**
14	0.77**	0.75**
15	0.80**	0.77**
16	0.83**	0.79**
17	0.85**	0.82**
18	0.79**	0.77**
19	0.71**	0.69**
20	0.73**	0.70**
21	0.76**	0.74**
22	0.80**	0.78**
23	0.82**	0.79**
24	0.77**	0.74**
25	0.84**	0.80**

26	0.78**	0.75**
27	0.81**	0.78**
28	0.75**	0.72**
29	0.77**	0.73**
30	0.80**	0.77**
31	0.82**	0.79**
32	0.79**	0.76**
33	0.83**	0.80**
34	0.78**	0.75**
35	0.84**	0.81**
36	0.81**	0.78**
37	0.76**	0.74**
38	0.79**	0.76**
39	0.81**	0.78**
40	0.83**	0.80**
41	0.82**	0.79**
42	0.85**	0.82**
43	0.84**	0.80**
44	0.86**	0.82**
45	0.88**	0.84**

**مستوى الدلالة عند 0.01

الملحق (04): الـــبرنـــــامـــج الـــعـلاجـــــي

	موضوع الجلسة	الهدف	المدة	التقنية المعتمدة	الأدوات و الوسائل
01	**التواصل مع الأسرة ومقدمي الرعاية**	جمع معلومات من الوالدين ومقدمي الرعاية حول تاريخ الطفل ومهاراته الحالية في التواصل. شـرح الخطـة العلاجيـة.+ عقد التحالف العلاجي	60 د	المقابلة	إستمارة المعلومات
	التعارف مع الطفل	بناء الثقة و علاقة إيجابية مـع الطفـل لجعلـه يشـعر بالراحة	60 د	اللعب الحر الملاحظة	ألعاب (دمى، كرة ...)
03	**التقييم الفردي (القياس القبلي)**	تقييم مهارات التواصل لدى الطفل قبل تطبيق البرنامج	60 د	المقابلة الملاحظة	قائمـة تقـدير مهـارات التواصـل مـن إعـداد الباحثة.
04	**التقييم الموجه**	تقيـيم الإسـتجابات اللفظيـة وغيـر اللفظيـة، ومـدى قـدرة الطفل على تنفيذ التعليمات البسيطة وفهم الإشارات		المقابلة الملاحظة	شبكة الملاحظة أنشطة تواصلية بسيطة
05-06	**التدريب على مهارات التواصل البصري**	تـدريب الطفـل علـى تحقيـق التواصل البصري من خلال إتصال العين بالعين. تـــدريب الطفـــل علـــى الإســتجابة لصــورته فــي المرآة تـــدريب الطفـــل علـــى المحافظـة علـى التواصـل البصري أثناء التفاعل	60 د	البروفة التعزيز الإيجابي اللعب الموجه	كرة مرآة لعبـة الإختبـاء تحـت البطانية

07	**التركيز على مهارات التواصل المتمثلة في اللغة الإستقبالية**	تـــدريب الطفـــل علـــى الإســتجابة عنــد مناداتــه بإسمه تـــدريب الطفـــل علـــى الإسـتجابة للأوامـر التـي تطلـب منــه (مثـل قـف، إجلس)	60 د	البروفة التقليد التعزيز الإيجابي	كـرة – يطلـب منـه تنفيـذ مجموعـة مـن الحركـات والأوامر
08		أن يتــدرب الطفــل علــى الإستماع الفعال	60 د	البروفة لعب الأدوار التعزيز الإيجابي	كتب لقصص مصورة دمى
09	**التركيز على مهارات التواصل اللفظي**	تـدريب الطفـل علـى تقليـد أصـــــوات الحـــــروف والحيوانات.	60 د	البروفة التقليد التعزيز الإيجابي	مسجل صوتي (أصوات الحروف والحيوانات) دمى الحيوانات الصغيرة بطاقات الحروف
10		تـدريب الطفـل علـى التحيـة وإسـتخدام الكلمـات البسيطة (مثـــل: مرحبـــا، مـــع السلامة).	60 د	البروفة التقليد التعزيز الإيجابي	*بطاقـات صـور تظهـر شخصيات تحيي بعضها. *ألعـــاب دمـــى لتمثيـــل الموقف. *كلمـــــات تشـــــجيعية ومكافآت (مثل ملصقات أو نجوم)
11	**التركيز على مهارات التواصل غير اللفظي**	تدريب الطفل على تسمية الأشياء مع الإشارة إليها تدريب الطفل على إستعمال الإيماءات أثناء الحديث	60 د	البروفة التلقين التعزيز الإيجابي	صور لأشياء مختلفة (خضر، فواكه، أماكن) ألعاب
12		تدريب الطفل على تسمية وتقليـد الوضـعيات التـي تعرض عليهفي صور	60 د	البروفة الحث التعزيز الإيجابي	مجموعة صور تعبر عن وضعيات مختلفة

13		تدريب الطفل كيفية طلب المساعدة عند الحاجة (مثل: أحتاج مساعدة)	60 د	البروفة التلقين النمذجة	أدوات مملوسة (ألعاب، صناديق مغلفة تحتاج لفتح) *فيديو قصير يوضح موقف طلب المساعدة. *بطاقات تحتوي على صور لعبارات بسيطة مثل: "ساعدني"
14	**التركيز على مهارات التواصل الإجتماعي**	تدريب الطفل على تبادل الحديث مع الآخرين. تدريب الطفل على مشاركة اللعب مع الآخرين	60 د	البروفة التلقين التعزيز الإيجابي	ألعاب جماعية بسيطة (مثل الكرات، بناء المكعبات) *مشاركة مع زميل أو فرد من الأسرة *مكافآت (إعطاء وقت إضافي للعب المفضل)
15		تدريب الطفل عل إستخدام عبارات بسيطة للتعبير عن إحتياجاته مثل: أريد ماء	60 د	البروفة النمذجة التعزيز الإيجابي	*بطاقات تحتوي على صور للطعام، الشراب، الألعاب، تطبيق تواصل (إن أمكن) *جلسة تفاعلية تتضمن تقديم خيارات محدود للطفل.
16		تعليم الطفل كيفية التفاعل مع الغرباء في مواقف بسيطة (مثل: الرد على سؤال شخص غريب)	50 د	البروفة النمذجة التعزيز الإيجابي	تمثيل الأدوار مع إستخدام الدمى. *بطاقات تحتوي على أسئلة شائعة وردود مناسبة. *ملاحظات وتعزيز إيجابي.

17	**مراجعة وتطبيق المهارات المكتسبة**	مراجعة المهارات المكتسبة سابقا وتطبيقها في مواقف متنوعة.	60 د	البروفة السيكودراما التعزيز الإيجابي الملاحظة	ألعاب تتطلب مشاركة وتعاونا. *مشاركة أفراد الأسرة لتطبيق المهارات خارج الجلسات. *مكافآت متنوعة للحفاظ على الدافع. شبكة الملاحظة
18	**القياس البعدي**	تقييم التواصل عند الطفل بعد خضوعه للبرنامج العلاجي للتأكد من نجاعته	60د	المقابلة	قائمة تقدير مهارات التواصل من إعداد الباحثة

الملحق (05)

قائمة تقييم مهارات التواصل لدى أطفال التوحد

(إعداد الباحثة)

تم تصميم قائمة تقدير مهارات التواصل لدى الأطفال المصابين بإضطراب التوحد بناءا على خمسة أبعاد متمثلة في: (1) التواصل البصري، (2) اللغة الإستقبالية، (3) التواصل اللفظي، (4) التواصل غير اللفظي، (5) التواصل الإجتماعي.

تعليمة الإختبار:

إليك مجموعة من المؤشرات التي تصف لنا سلوك الطفل المصاب بإضطراب التوحد أثناء تواصله مع الغير، يرجى منك قراءتها بعناية وتقييم كل فقرة من فقرات بما يتماشى وسلوك الملاحظ على الطفل خلال تفاعله وتواصله مع الآخرين في مختلف المواقف والنشاطات اليومية وذلك بوضع علامة (x) أمام الإجابة التي تكون الأقرب للصحةكما نرجو ألا تضع أكثر من علامة واحدة أمام كل عبارة.

معلومات عن المفحوص:

الإسم:..... تاريخ الميلاد:...../...../.....

الجنس: ذكر☐ أنثى ☐ السن:.....

تاريخ إجراء الإختبار: ...../...../.....

تم تشخيص الطفل على أنه ذو: ☐ بسيط

توحد متوسط ☐

توحد شديد ☐

	الـبـعد الأول: مهارات التواصل البصري				
	الـفـقـرة	**لا يحدث**	**يحدث أحيانا**	**يحدث غالبا**	**يحدث بإستمرار**
1	ينظر للمتحدث للحصول على التعليمات				
2	يحافظ على التواصل البصري أثناء التفاعل				
3	يتتبع بعينيه الأشياء المتحركة				
4	يستخدم التواصل البصري لطلب شيء أو التعبير عن رغبة				
5	يتبع الطفل بصره للأشياء التي يشير إليها الآخرون				
6	يتجنب النظر لأعين المتحدث (أي يتجنب الإلتقاء البصري مع الغير)				
7	يستجيب لصورته في المرآة				
8	يختلس النظر إلى الآخرين وسرعان ما يحول نظره				
9	يستجيب للمحفزات البصرية				
	الـبـعد الثاني: مهارات التواصل المتمثلة في اللغة الإستقبالية				
	الـفـقـرة	**لا يحدث**	**يحدث أحيانا**	**يحدث غالبا**	**يحدث بإستمرار**
1	يستجيب بسرعة عند تلقيه للتوجيهات				
2	يستجيب عند مناداته بإسمه				
3	قدرته على التمييز بين الكلمات أو الأوامر المختلفة (مثل قف وإجلس)				
4	يفهم التعليمات البسيطة (مثل تعال هنا أو اعطيني)				
5	يستطيع مطابقة الأشياء مع الصور أو الكلمات عند طلب ذلك				
6	يستطيع فهم الأسئلة البسيطة (مثل أين الكرة؟) ويستطيع الإجابة عليها.				
7	يستطيع الطفل فهم الكلمات البسيطة في الكتب والصور				
8	يجد صعوبة في فهم اللغة المنطوقة أو الحديث الموجه إليه				
9	يستطيع فهم التعابير الوجهية والحركات الجسدية للآخر والتمييز بينها كالغضب أو التحذير أو الإبتسامة.				

	البـعد الثالث: المهارات التواصل اللفظية				
	الـفـقـرة	لا يحدث	يحدث أحيانا	يحدث غالبا	يحدث بإستمرار
1	يستخدم كلمات أو عبارات للتعبير عن إحتياجاته				
2	ينطق الكلمات بوضوح وكلامه مفهوم				
3	يستطيع تكوين جملة كاملة بسيطة أو معقدة				
4	يجد صعوبة في تسمية الأشياء				
5	يكرر الكلمات التي تلفت إنتباهه (الايكولاليا)				
6	يحاول تقليد الأصوات والكلمات التي يسمعها				
7	يظهر تقدما في عدد الكلمات التي يستخدما				
8	يجد صعوبة في نطق بعض الحروف و الكلمات				
9	يستعملظروف المكان والزمان الضمائر بشكل خاطئ (كقوله أنت بدلا من أنا)				
	البـعد الرابع: مهارات التواصل غير اللفظي				
	الـفـقـرة	لا يحدث	يحدث أحيانا	يحدث غالبا	يحدث بإستمرار
1	يتطابق كلام الطفل مع تعبيرات وجهه و لغة جسده				
2	يستخدم الإشارات والإيماءات أثناء الكلام				
3	يستخدم التواصل الجسدي لجذب إنتباه الآخرين				
4	يطلب الأشياء التي يريدها عن طريق الكتابة				
5	يطلب الأشياء التي يريدها عن طريق الإشارة إليها				
6	يصرخ ويشير للشيء للحصول عليه				
7	يحاكي الطفل الحركات أو التعبيرات الجسدية للآخرين (مثل: تقليد تعابير الوجه)				
8	يجيب عن الأسئلة الموجهة إليه بالإيماءات أو الإشارات				
9	يعبر عن مشاعره أو رغباته بكلمات أو إشارات				

	البـعد الخامس: مهارات التواصل الإجتماعي				
	الـفـقـرة	لا يحدث	يحدث أحيانا	يحدث غالبا	يحدث بإستمرار
1	يبادر بالحديث مع الآخرين				
2	يشارك في الأنشطة الجماعية مع الآخرين				
3	يستطيع الطفل التعرف على مشاعره و مشاعر الآخرين				
4	يستجيب لمشاعر الآخرين بشكل مناسب				
5	يظهر إهتمامه بالمشاركة في الأنشطة الإجتماعية				
6	يتفاعل بشكل مناسب مع أقرانه				
7	يطلب المساعدة من الآخرين				
8	يظهر الطفل إهتماما بالآخرين من خلال محاولة لفت إنتباههم				
9	يستطيع مشاركة الآخرين مشاعرهم				

الملحق (06)شبكة الملاحظة

اللقب والاسم: **الجنس:** **السن:**

الجلسة رقم: **التاريخ:** **التوقيت:**

العبد	السلوك/ أو المهارة	تمت بشكل مستقل	تمت بدعم جزئي	تمت بمساعدة كاملة	لم تنفذ	ملاحظات إضافية
مهارات التواصل البصري	يستجيب بصريا للمثيرات					
	يستجيب لصورته في المرآة					
	يستجيب بصريا عندما يتكلم إليه شخص ما					
	يحافظ على التواصل البصري أثناء التحدث إليه					
مهارات التواصل المتمثلة في اللغة الإستقبالية	يستجيب عند مناداته بإسمه					
	لديه القدرة على فهم التعليمات					
	يستجيب للتوجيهات المقدمة إليه					
	تكرار المهارة المطلوبة بنجاح					
مهارات التواصل اللفظي	إلقاء التحية(قول مرحبا)					
	تقليد أصوات الحروف والحيوانات					
	القدرة على تكوين جملة كاملة مثل(أريد أن ألعب)					
	يتكلم بشكل مفهوم					

العبد	السلوك/ أو المهارة	تمت بشكل مستقل	تمت بدعم جزئي	تمت بمساعدة كاملة	لم تنفذ	ملاحظات إضافية
مهارات التواصل غير اللفظي	تسمية الأشياء مع الإشارة إليها					
	يستخدم تعابير الوجه عند كلامه					
	يستخدم لغة الجسد للتعبير عن عواطفه					
	يقلد الأصوات مع الحركة المناسبة لها					
مهارات التواصل الإجتماعي	طلب المساعدة من الآخرين					
	القدرة على تبادل الحديث أثناء اللعب					
	يبادر بالحديث مع الآخرين					
	التفاعل مع الغرباء					

الملحق (07)

إستـــمـــارة المـــمـــعـــلـــومـــات

1).معلومات عامة:

اللقب والإسم: .....السن:.....

الجنس: ذكرأنثى ☐ ☐

عدد أفراد الأسرة: عدد ا ☐ ☐اث ☐

ترتيبه في الأسرة: ☐

مهنة الأب:.....مهنة الأم:.....

تاريخ الدخول إلى المركز: .....

نوع الإضطراب:.....شدة الإضطراب: .....

التاريخ المرضي للحالة:

مرحلة ماقبل الولادة:

عمر الأم عند الحمل: ..... نوعية الحمل: .....

مدة الحمل: ..... ترتيب الحمل: .....

رغبة الأم في الحمل: .....

المضاعفات التي عانت منها الأم أثناء فترة

الحمل:.....

.....

الأدوية المتناولة من طرف الأم في مرحلة الحمل:

.....

.....

مرحلة الولادة:

مكان ولادة الطفل: .....

طبيعة ولادة الطفل : .....

وزن الطفل أثناء الولادة: ..... طول الطفل أثناء الولادة: .....

إصابة الطفل بنقص الأكسجين عند الولادة: .....

صرخ الطفل عند الولادة: .....

مرحلة ما بعد الولادة:

الأمراض التي عانى منها الطفل بعد الولادة:

اسم المرض	سن الإصابة	مدته	تناول الأدوية	نوعها	تأثيرها

التاريخ التطوري للحالة:

المهارة	العمر
الجلوس	
الحبو	
الوقوف	
المشي	
التسنين	
المناغاة	
التقليد	
الإبتسام	
نطق أول كلمة	
نطق جملة ذات كلمتين	

هل توقف الطفل عن الكلام في فترة معينة؟ وماهو السبب؟

.....

.....

.....

السلوكات العامة للطفل:

السلوك/أو المهارة	موجود	موجود بشكل جزئي	غير موجود	ملاحظات
سلوكات عدوانية				
سلوكات قهرية تكرارية				
مهارة العناية بالذات				
المهارات الإجتماعية				
المهارات الحركية				
المهارات الحسية				
المهارات الأكاديمية				

ملاحظات عامة :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة مصطفى إسطمبولي- معسكر

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

الرقم: ..23../ك.ع.أ/ج-ق/2025

التاريخ: 2025/01/20

إلـــى السيدة: مديرة جمعية اليسر للتكفل بأطفال التوحد

بسيدي بلعباس

الموضوع: طلب ترخيص لإجراء بحث ميداني.

في إطار تكوين الطلبة الدكتوراليين شعبة: .....**علوم إجتماعية- علم النفس** .....

يشرفني أن أطلب من سيادتكم الترخيص للطالب(ة) الباحث(ة) الدكتوراليي(ة): ..... **دحماني سامية عائشة**.....

المولود(ة) بتاريخ: .....**1995/08/10** .....بـــ: .....**سيدي بلعباس**..... لإجراء بحثه(ها) الميداني بمؤسستكم

المعنون بـ: **فاعلية تقنية البروفة للازاروس في علاج مشكل التواصل لدى أطفال التوحد.**

والذي سيساعده (ها) في استكمال أطروحة تخرجه(ها).

تقبلوا منا فائق الإحترام والتقدير.

رئيس لجنة التكوين في الدكتوراه

رئيسة لجنة التكوين في الدكتوراه
علوم إجتماعية
علم النفس
د. بجـــرة كريمـــة

رئيس القسم

رئيسة قسم علم النفس وعلوم التربية
د. بجـــرة كريمـــة

العميد

المكلف بتسيير مهام عمادة كلية
العلوم الإنسانية و الإجتماعية
الأستاذ الدكتور

رأي المؤسسة المستقبلة

بن شهرة حضرية أمال
رئيسة جمعية اليسر

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة مصطفى اسطمبولي – معسكر

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

التاريخ: 2024/10/08

الرقم: 285/ك ع إ إ/ ج م/ 2024

إلى السيـــد :مدير مؤسسة الأمراض العقلية –زايدي عبد القادر– سيدي بلعباس

الموضوع: طلب الحصول على على الترخيص لاجراء التربص الميداني

في إطار تكوين الطلبة الدكتوراليين شعبة:.....**علم النفس العيادي– علم النفس**.....

يشرفني أن أطلب من سيادتكم الترخيص للطالب(ة) الباحث(ة) الدكتوراليي(ة):.....**دحماني سامية عائشة**.....

المولود(ة) بتاريخ:.....**1995/08/10**..... بـــ:.....***سيدي بلعباس***..... لإجراء تربص ميداني على مستوى

مؤسسة الأمراض العقلية زايدي عبد القادر–مصلحة العلاج النفسي للأطفال–

المعنون بـــ:.....**فاعلية تقنية البروفات للازاروس في علاج مشكل التواصل لدى أطفال التوحد**.....

والذي سيساعده (ها) في استكمال أطروحة تخرجه(ها).

تقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير.

رئيس لجنة التكوين في الدكتوراه

رئيسة لجنة التكوين في الدكتوراه
علوم إجتماعية علم النفس علم النفس
د. بجـــرة كريمـــة

رئيس القسم

رئيسة قسم علم التفس وعلوم التربية
د. بجـــرة كريمـــة

العميد

المكلف بتسيير مهام عمادة كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية
الأستاذ الدكتور كرد...

رأي المؤسسة المستقبلة

MAATALLAH Yl
PSYCHOLOGUE CLINICIENNE