Route Educational and Social Science Journal *ISSN: 2148-5518*

Volume 5(1), January 2018

Article History

Received/Geliş	*Accepted/Kabul*	*Available Online/Yayınlanma*
02/12/2017	*27/12/2017*	*10/01/2018*

مسارات نمو الأطفال المصابين بالتوحد في ظل علاج ادماجي
دراسة عيادية طولية على عينة من الأطفال المصابين بالتوحد في الجزائر

الدكتورة: لينة بلال[1]

مقدمة

في الآونة الأخيرة، نعيش موجة إعلامية كبيرة حول التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة وهذا قصد الوصول إلى تغير عميق في الرأي العام حول هذا الاضطراب الذي يعرف على أنه مرض عصبي نمائي يمس خاصة : التفاعلات الإجتماعية، الإتصال، السلوك العام للطفل، إذ أصبح هذا الاضطراب يمثل مشكلا رئيسا للصحة العمومية. . كثيرا ما كان يعرَّف هذا الإضطراب على أنه غامض وعويص وبالتالي صعب العلاج أو حتى غير قابل للعلاج، هذا ما أدى إلى نفور المختصين منه وتوجههم إلى معالجة اضطرابات أقل تعقيدا أو على الأقل أبسط علاجا. كثيرا ما كان يسمع الأولياء بعد تشخيص أولادهم مصابين بالتوحد عبارات كالتالية: *"لا يمكن فعل أي شيء، دعوهم و شأنهم* "، أو "*يجب إدماجهم في مستشفيات عقلية*" ، لكن الطفل المتوحد قابل للتطور، التحسن والتكيف مع النشاطات اليومية، فالتوحد ليس حكما مؤبدا.

[1] **الدكتورة لينة بلال**: دكتوراه في تقنيات وتطبيقات العلاج النفسي متخرجة من جامعة ابي بكر بلقايد تلمسان–الجزائر–، متحصلة على شهادة الماستر في الصحة العقلية للطفل وكذا شهادة الليسانس في علم النفس العيادي والباثولوجي من جامعة عبد الحميد ابن باديس –مستغانم– ، أستاذة بجامعة مستغانم، ناشطة اجتماعية في منظمات وجمعيات المجتمع المدني، البريد الإلكتروني: linabelal5@gmail.com .

هناك في الوقت الراهن، مجموعة واسعة من التدخلات العلاجية تُنفذ على المستوى الدولي ولكن لم يتم أي تقنين بعد على المستوى الوطني الجزائري أو حتى الإقليمي العربي. هناك عوامل أخرى تدفعنا للتعرض إلى حقيقة هذا الإضطراب:

- عدم وجود بيانات واضحة عن اضطراب التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة فيما يخص نسبة الانتشار.
- التوحد متلازمة نمو معقدة، وتطوره لا يزال مجهولا بسبب تميز الاضطراب وعدم وجود أبحاث في هذا الاتجاه. فملاحظة طفل أو حتى مجموعة من الأطفال، لا يسمح لنا أن نحدد الاتجاه العلاجي لجميع الحالات الأخرى.
- التوحد لا يؤثر فقط على الطفل المتوحد بل يمتد هذا التأثير إلى أسرهم. فهم أول طرف في العمل العلاجي، ودون مشاركتهم الكاملة فيه لا يمكن إحراز تقدم.

العلاجات المشهورة بكفاءتها وفعاليتها بالنسبة للأطفال المصابين بالتوحد، قد تم إنشاؤها وبنائها في بيئات خارجية مع ميزات تتعلق بالمجتمعات الغربية الحالية، هذه الميزات لا تتطابق مع خصائص المجتمع الجزائري بخصوص، وحتى المجتمعات العربية عموما (اللغة، الدين والتقاليد... الخ.) بمعنى علاجات خارجية طبقت على أرضية داخلية غير مهيأة لذلك.

تطرقت جل الدراسات العربية التي اطلعنا عليها بفعالية البرامج العلاجية على المدى القصير ولم تتبع مسارات نمو الأطفال المتوحدين المستفيدين بتلك البرامج العلاجية ومن بينها دراسة:

- (**سهام عليوه عبد الغفار،1999**) اختبار إمكانية التدخل السيكولوجي لدى عينة من الأطفال المتوحدين بإستخدام استراتيجية علاجية، تعتمد على الطفل ذاته ويستخدم فيه برنامج تنمية المهارات الاجتماعية واستراتيجيات علاجية خاصة بالعائلات، تكونت عينة الدراسة من 16 طفلا من بينهم (11) ذكرا و(5) إناث تراوحت أعمارهم ما بين (4 إلى 14 سنة) وقد استغرق تدريب الأطفال عاما دراسيا كاملا، وتوصلت الباحثة إلى وجود تأثير أساسي على المهرات الاجتماعية لأطفال العينة مع تراجع حدة أعراض التوحد لديهم.
- بالإضافة إلى دراسة **عادل عبد الله مُحَّد والسيد فرحات (عادل عبد الله مُحَّد، 2001**) الذين حاولوا التعرف على مدى فعالية الإرشاد الأسري، من خلال برنامج يقوم على الرعاية الأبوية بواسطة جداول النشاطات المصورة، بحيث استفاد أولياء الأطفال من حصص إرشادية حول كيفية متابعة أطفالهم على إستخدام جداول النشاطات في المحيط الأسري، استهدف هذا البرنامج تحسين التفاعلات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً، تكونت عينة الدراسة من 20 طفلاً تتراوح أعمارهم من 8 إلى 14 سنة، وتم تقسيمها إلى مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية.
- أما دراسة (**أميرة بخش،2002**) فقد حاولت التحقق من فعالية برنامج سلوكي تدريبي على عينة من الأطفال التوحديين لتنمية مهارات تفاعلهم الاجتماعي وخفظ سلوكهم العدواني وقد تكونت عينة الدراسة من 24 طفلا في مركز علاجي بجدة تتراوح أعمارهم ما بين (7 و14) سنة، وقسمت الباحثة العينة إلى مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية. توصلت الباحثة إلى تأكيد فعالية البرنامج في خفض السلوك العدواني لدى عينة الدراسة حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين.

- أما دراسة (**الشيخ ذيب،2004**) قامت ببناء برنامج علاجي يهدف إلى تطوير القدرات الاجتماعية والاستقلالية لدى عينة متكونة من 4 ذكور متوحدين، وقام الباحث بتطبيق نوعين من المقاييس، فأستخدم الأول لتدقيق في التشخيص وأما الثاني فأستخدم لقياس فعالية البرنامج العلاجي، واعتمد الباحث على القياس القبلي والقياس البعدي للأطفال. أظهرت نتائج البحث التطور الهائل للمهرات الاجتماعية والاستقلالية وانخفاض الأعراض العيادية للتوحد.

لقد هدفت معظم الدراسات العربية السابقة إلى تنمية المهارات الاجتماعية متخلية عن المهارات المتبقية، كما ركزت دراسات أخرى إلى بناء برامجا علاجية ودراسة مدى فعاليتها غير أنها اقتصرت في دراساتها على قياس قبلي وبعدي بفارق زمني قصير لا يتعدى بضعة أشهر، ومعظمها لم تستخدم في قياساتها أدوات تقييم للمكونات العاطفية والمعرفية لنمو الطفل المتوحد –في حدود علمنا- . كما لاحظنا في بحثنا البيبليوغرافي، ندرة الدراسات العربية التتبعية الطولية التي قَيَمَت مدى فعالية برامج علاجية على سلوك وقدرات الطفل سواء كان متوحدا أو ذو احتياجات خاصة بشكل عام.

أما بخصوص الدراسات الغربية الأجنبية، فاهتمت هذه الأخيرة بإشكالية تطور نمو الأطفال المتوحدين غير أن معظمها خصصت دراساتها على العلاج بالتبادل والنمو[2] (أدريان وبلان)، ولكنها استخدمت أدوات قياس مقننة لتدقيق التشخيص مثل المقابلة شبه المنظمة لتشخيص التوحد ADI-R كما استخدمت بطارية تقييم القدرات المعرفية والاجتماعية العاطفية BECS، غير أنها اقتصرت على فارق زمني يتراوح ما بين (9) إلى

[2] *Evolution psychologique d'enfants autistes suivis en thérapie d'échange et de développement*. Adrien, JL .et al, (1998). Paris : Psychologie Française

(14) شهرا. إلا دراسة عمارية بغدادلي[3]، التي اهتمت بإشكالية تطور نمو الأطفال المتوحدين بتتبع دام (10) سنوات غير أنها ارتكزت في دراستها على تقييم السلوكات التكييفية فقط.

أوضحت لنا هذه الدراسات، إمكانية القيام بدراسة طولية نتتبع فيها تطور قدرات الطفل، غير أنه لا يجب التغاضي على أن هذه الدراسات تمت على مجتمعات غربية ليس كمجتمعنا العربي الاسلامي فليس لنا نفس التقاليد والمعتقدات.

إشكالية البحث:

إن المنحى الجديد الذي نأتي به في بحثنا هذا هو دراسة مسارات نمو الأطفال المتوحدين في ظل علاج إدماجي وهو برنامج علاجي قمنا ببنائه سابقا، يتمثل في مجموعة من الأنشطة المخططة والمتكاملة التي تم اختيارها من عدة برامج علاجية ودمجها وتكييفها حسب قدرات الطفل المتوحد، الواقع الذي يعيش فيه وانتظارات أوليائه.

فلقد درسنا في بحثنا هذا مسارات نمو الأطفال المتوحدين في ظل علاج إدماجي من الناحية المعرفية، الاجتماعية والعاطفية مع تتبع تطور حدة التوحد طيلة ثلاث (3) سنوات من خلال استخدام بطارية تقييم القدرات المعرفية والاجتماعية العاطفية BECS[4] التي قمنا بتقنينها وكذا سلم تقييم التوحد CARS[5] .

[3] *Interventions éducatives, psychologiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme ; une revue de la littérature*. Baghdadli, A. et al., (2007). Ministere de la santé et des solidarités : Paris.

[4] *Manuel de la batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle.* Adrien, JL. (2007). France: Editions du centre de psychologie appliquée (ECPA).

[5] *Adaptation Française de l'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (C.A.R.S.)*.ROGE, B. (1989). Paris : Editions d'Applications psychotechniques.

وعليه سيقوم هذا البحث بالدراسة الطولية للتغيرات في النمو المعرفي والاجتماعي العاطفي للأطفال المستفيدين من هذا البرنامج العلاجي الإدماجي، مع التركيز بشكل أساسي على نتائج التقييمات العيادية " CARS" قصد قياس شدة الاضطراب ونتائج التقييمات "BECS" لقياس درجة التطور المعرفي الاجتماعي العاطفي للأطفال، سعيا إلى تحديد مسارات النمو للأطفال المصابين بالتوحد الذين يتلقون هذا العلاج. مع العلم انه حتى ولو ثبتت فعالية هذا التكفل على المدى القصير[6](Belal,2011)، فإن مسألة مسارات تطور هؤلاء الأطفال على المدى المتوسط والطويل لا تزال غامضة، فيا ترى **ما هي مسارات نمو الأطفال المصابين بالتوحد المستفيدون من العلاج الإدماجي؟**

ولتوضيح إشكالية البحث طرحنا التساؤلات التالية:

- ماهو المنحى التطوري الذي ستسلكه قدراتهم المختلفة بمرور الزمن في ظل العلاج الادماجي؟
- هل هناك إمكانية تراجع حدة الإضطراب في ظل العلاج الادماجي ؟
- هل يعرف الأطفال المصابون بالتوحد إنتكاسات علاجية؟

تمثلت فرضيات البحث فيما يلي:

---

[6] *Prise en charge integrative de l'enfant autiste: étude Clinique de 3 cas au diagnostic d'autisme à Oran*. Belal,L (2012). (Thèse de master non éditée).Université de Tlemcen. Algérie

- **الفرضية العامة:**

تُحدد مسارات نمو الأطفال المصابين بالتوحد والمستفيدين من العلاج الإدماجي بارتفاعات في مستوى قدراتهم وتراجع في حدة الاضطراب لديهم.

- **الفرضيات الجزئية:**

- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي من حيث تطور مختلف القدرات.
- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي من حيث تحسن في بعض الأعراض المرضية.
- يعرف سن نمو قدرات الأطفال المتوحدين المستفيدين من العلاج الادماجي تصاعدا بمرور الزمن.

اعتمدنا في دراستنا الحالية على ثلاث مناهج، الأول **وصفي**: في جمع المعطيات النظرية المتعلقة بموضوع البحث، بحيث اطلعنا على الدراسات السابقة (العربية والأجنبية) وقمنا بتحليلها وفحصها من أجل حصر متغيرات بحثنا الحالي وضبط إشكاليته، قمنا بعدها بصياغة فروض البحث، تحديد عينة البحث والمقاييس التي ستمكننا بقياس دقيق للمتغيرات التي نريد ضبطها. كما تم استخدام المنهج الوصفي كذلك في مرحلة تحليل النتائج المتحصل عليها ومناقشة فرضيات البحث.

كما استخدمنا في بحثنا منهجًا ثانياً وهو المنهج **التجريبي**، بحيث قمنا بدراسة إستطلاعية قصد محاولة تطبيق البرنامج العلاجي الإدماجي وتسجيل نتائجه على المدى القصير، وقمنا بدراسة سيكومترية بهدف تقنين بطارية تقييم القدرات المعرفية والاجتماعية العاطفية BECS، وبعدها بالتصميم التجريبي للبرنامج العلاجي الإدماجي على عينة قوامها عشرين (20) طفلا متوحدا تتراوح أعمارهم الزمنية بين (5-11)

سنة، وتتبع هذا العلاج على مدى ثلاث سنوات، ومحاولة تقييم النتائج تقييما مرحليا، فاعتمدنا على التجريب كمنهجا أساسياً للبحث.

واستخدمنا في دراستنا هذه، التقييمات العيادية التالية:

مقياس تقييم التوحد الطفولي : (C.A.R.S)[7]: تم تطويره لتشخيص الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب وتمييزهم عن غيرهم من الأطفال المصابين باضطرابات النمو. وبالإضافة إلى ذلك ، فإنه يسمح بتمييز الأطفال الذين يعانون من التوحد بعلامات خفيفة الى معتدلة ، والأطفال الذين يعانون من توحد عميق. استخدم هذا الاختبار في أول دراستنا للكشف عن درجة حدة التوحد عند الأطفال وأعدنا تطبيقه كل سنة لتسجيل تطور شدة التوحد عندهم.

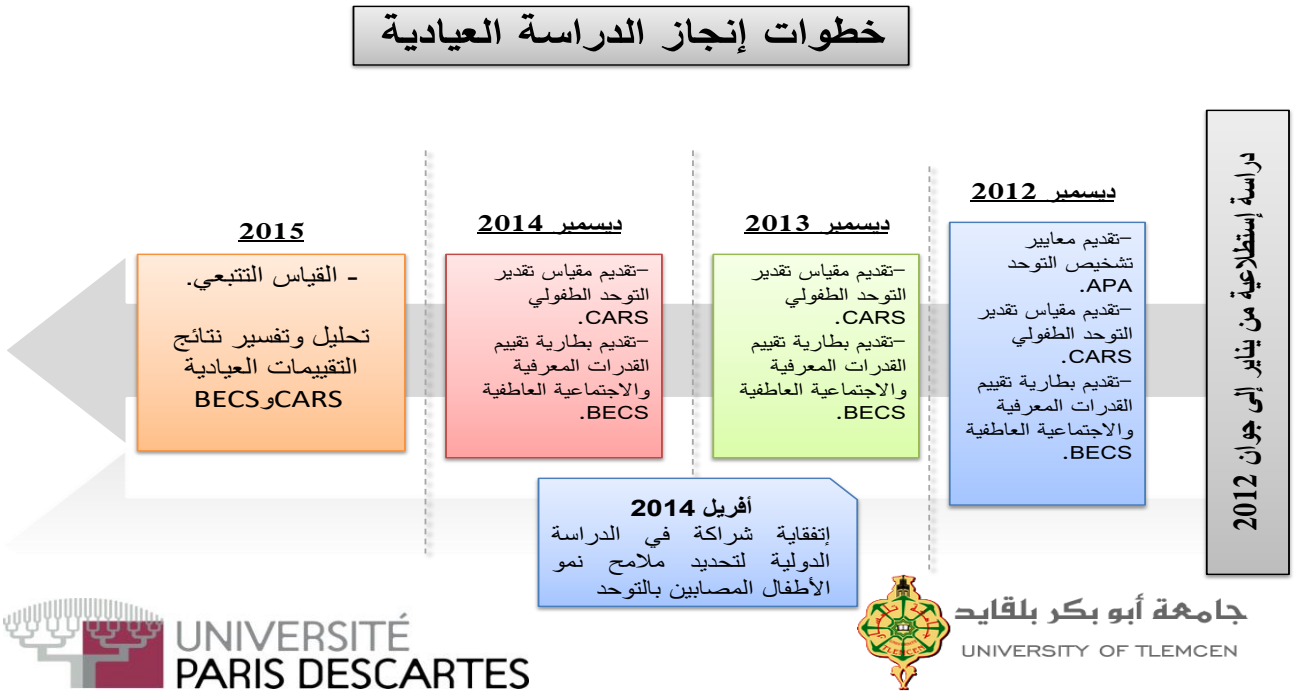
بطارية تقييم القدرات المعرفية و الاجتماعية العاطفية (BECS)[8]: مقترحة من لدن جون لويس أدريان في عام 2007، تمكننا هذه البطارية من تقييم قدرات الطفل على المستوى المعرفي والاجتماعي العاطفي من خلال سلاسل مختلفة من الألعاب تجرى معه، فتسمح لنا هذه البطارية من تحديد العمر الحقيقي لنمو الأطفال وتحديد مستوى النمو المعرفي والاجتماعي العاطفي للأطفال الذين يستفيدون من البرنامج الادماجي، طبقت هذه البطارية كل سنة وهذا لمعرفة مستوى قدرات الأطفال.

[7] *Adaptation Française de l'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (C.A.R.S.)*. ROGE, B. (1989). Paris : Editions d'Applications psychotechniques.

[8] *Manuel de la batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle.* Adrien, JL. (2007). France: Editions du centre de psychologie appliquée (ECPA).

كما استخدمنا في بحثنا هذا **المنهج الإحصائي**، قصد دراسة موضوعنا من الناحية الكمية، بحيث اعتمدنا عليه في جمع البيانات، تنظيمها، وعرضها جدولياً وبيانيًا ثم تحليلها تحليلا رياضيًا من خلال استخدام برنامجي: EXCEL وSPSS في عرض وتحليل النتائج والاستدلالات العلمية. وارتكزنا عليه في دراسة ما إن كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لأعضاء عينة البحث بفارق زمني يقدر بثلاث (3) سنوات.

ويمكننا تلخيص خطوات الدراسة العيادية كالآتي:



تقديم نتائج البحث

1. تقديم نتائج معايير تشخيص التوحد:

تفاديا لاحتمالات الخطأ في التشخيص، وسعيا للتأكد من صحة تشخيص الإضطرابات النمائية الشاملة من نوع التوحد، استخدمنا في دراستنا معايير الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في طبعته الرابعة المراجعة (2000)[9] للتحقق من تشخيص التوحد. وقدم كل أطفال عينة الدراسة الأعراض الأساسية للتوحد، ما يعرف بثلاثية التوحد حسب الجمعية الأمريكية للتوحد :

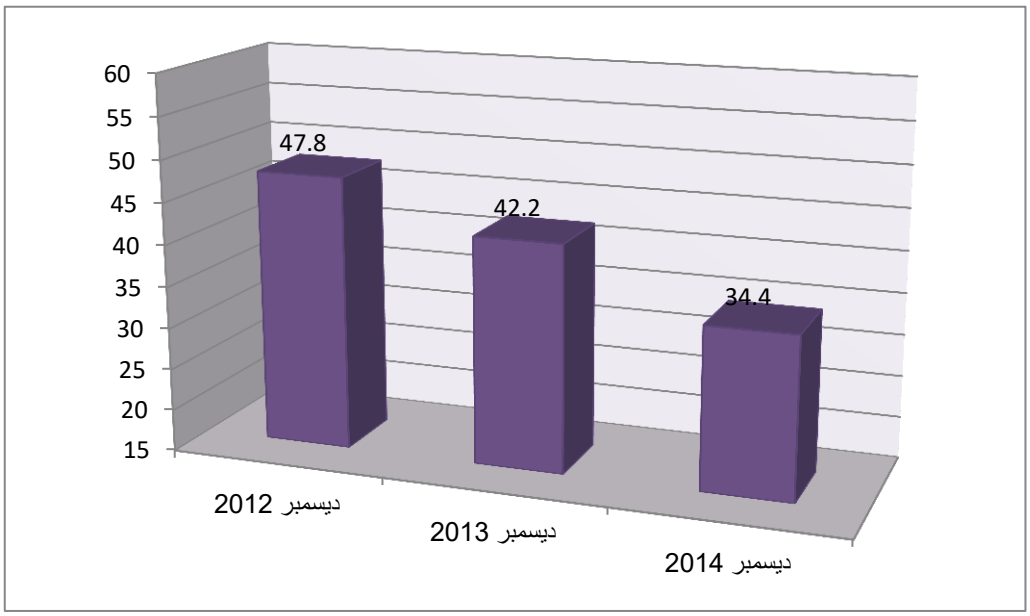
- اضطراب نوعي في التفاعل الاجتماعي.
- العجز النوعي في التواصل.
- النمطية والمحدودية في السلوك والنشاطات والاهتمامات.

2. عرض نتائج مقياس تقدير التوحد الطفولي CARS:

أُستُخدِمَ هذا الاختبار للكشف عن درجة حدة التوحد عند الأطفال، وتم تطبيقه في الأزمنة الثلاث للدراسة، للكشف عن تطور الشدة العامة للتوحد عند الأطفال، وتمييز الفروق في نمو القدرات المختلفة. وفي الفقرات الآتية سنقدم نتائج تقدير التوحد الطفولي:

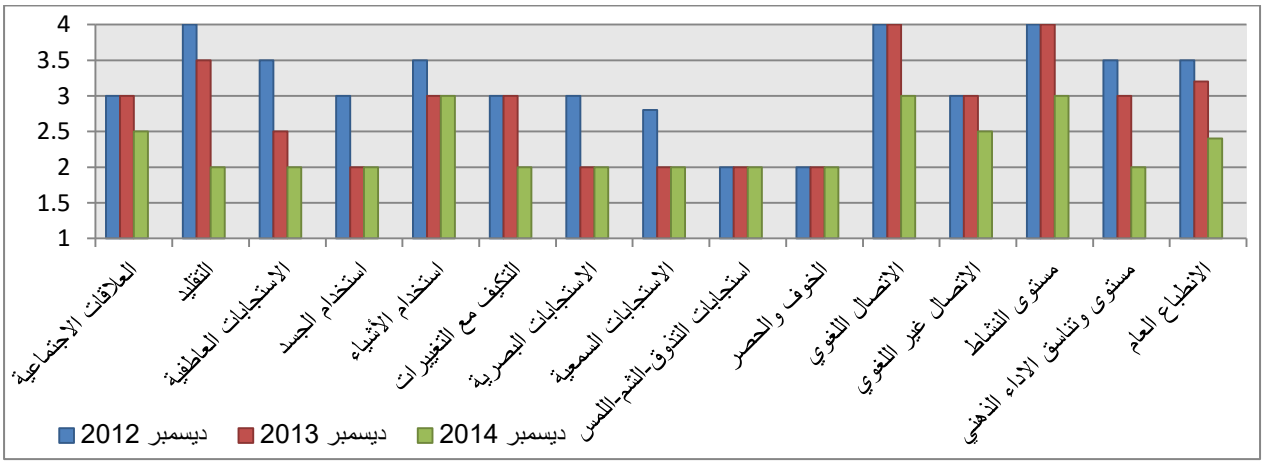
[9] *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux* (4e éd,Texte revision,). American psychiatric association. (2002). Paris: Elsevier Masson.

الشكل رقم (2): **يوضح متوسط درجات تقييم شدة التوحد بمقياس تقدير التوحد الطفولي CARS خلال (3) سنوات**



من خلال الأعمدة البيانية نلاحظ أن نتائج متوسط تقييم درجة حدة التوحد لعينة الدراسة خلال ثلاث سنوات بواسطة مقياس تقدير التوحد الطفولي. في انخفاض مستمر ومباشر لدرجة شدة التوحد، من معدل 47,8 الذي يوافق توحد حاد وعميق في الزمن الأول (ديسمبر 2012) إلى 42,2 في الزمن الثاني (ديسمبر 2013) للوصول إلى 34,4 في آخر الدراسة وتوافق هذه الدرجة توحد متوسط. وتوضح النتائج مدى تأثير البرنامج العلاجي الإدماجي الذي استفاد منه أطفال عينة الدراسة على درجة حدة التوحد، بحيث هناك انخفاض واضح لدرجة التوحد مابين ز1 وز3.

الشكل رقم (3): **يبين متوسط درجات تقييم بنود مقياس تقدير التوحد الطفولي CARS طيلة مدة الدراسة**



من خلال الأعمدة الموضحة في الشكل رقم (3) لمتوسط درجات تقييم بنود مقياس تقدير التوحد الطفولي CARS لعينة الدراسة خلال الأزمنة الثلاثة لدراستنا، تم تسجيل الملاحظات التالية:

- **العلاقات الاجتماعية:** نلاحظ إرتفاع في حدة إضطراب هذه القدرة بحيث استقرت في الدرجة 3، خلال $z_{2,1}$ (2012،2013) لتنخفض بعدها حدة الإضطراب بنصف درجة في z_3 (2014).
- **التقليد:** نلاحظ تراجع مستمر في شدة اضطراب هذه القدرة، بحيث بلغت في أول تقييم أي في z_1 الدرجة 4، وفي z_2 شهدت انخفاضا بطيئًا بنصف درجة، لتشهد في z_3 (2014) تراجعا سريعا في شدة الإضطراب بحيث بلغت الدرجة 2.

- **الاستجابات العاطفية:** بلغت العينة درجة 3.5 من حيث شدة اضطراب هذه القدرة في ز1(2012)، وانخفضت بدرجة في ز2 (2013) لتشهد انخفاضًا من جديد بنصف درجة في ز3 (2014) بحيث وصلت الدرجة2.

- **استخدام الجسد:** سجلت الدرجة 3 في ز1 (2012)، لتنخفض بعدها وتستقر في الدرجة 2 في ز2،3 (2013 و2014).

- **استخدام الأشياء:** بلغت العينة درجة 3.5 من حيث شدة اضطراب هذه القدرة في ز1(2012)، وانخفضت بنصف درجة في ز2 (2013) لتشهد استقرارًا في هذه الدرجة في ز3 (2014).

- **التكيف مع التغيرات:** بلغت الدرجة 3 في ز1،2 (2012،2013) من حيث حدة إضطراب القدرة، لتعرف انخفاضا في حدة الاضطراب إلى الدرجة 2 في ز3 (2014).

- **الاستجابات البصرية:** بلغت المستوى الثالث في ز1(2012)، لتعرف انخفاضًا واستقرارًا في حدة الاضطراب في الدرجة الثانية في ز2،3.

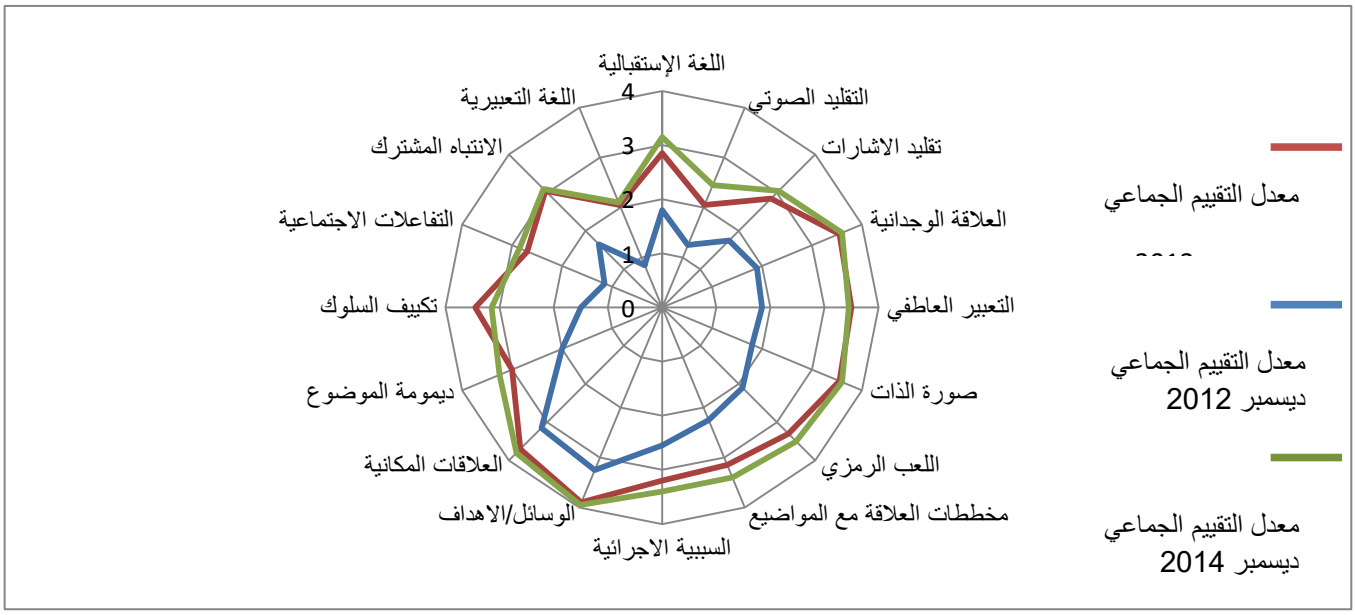
- **الاستجابات السمعية:** قاربت المستوى الثالث دون الوصول إليه في ز1(2012)، لتنخفض بنصف درجة في ز2 (2013) وتستقر في هذه الدرجة في ز3 (2014).

- **استجابات التذوق–الشم–اللمس وكذا الخوف/الحصر:** عرفت استقرارا في الأزمنة الثلاث للدراسة العيادية (2012،2013،2014) في الدرجة 2، وهذا ما يدل على أن البرنامج

العلاجي لم يأتي بأي تغيير في درجة حدة إضطرابات هذه القدرات، بحيث بقيت في مستوى يدل على سلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة طفيفة.

- **الاتصال اللغوي**: عرفت هذه القدرة استقرارا في ز$_{1}$ز$_{2}$ (2012،2013) في أعلى درجة: 4 من حيث شدة الإضطراب، وتنخفض بعدها إلى الدرجة3 في ز$_{3}$ (2014).
- **الاتصال غير اللغوي**: عرفت استقرارا في ز$_{1}$ز$_{2}$ (2012،2013) في الدرجة 3، لتنخفض بعده بنصف درجة في ز$_{3}$ (2014).
- **مستوى النشاط**: عرفت هذه القدرة استقرارا في ز$_{1}$ز$_{2}$ (2012،2013) في أعلى درجة: 4 من حيث شدة الإضطراب، وتنخفض بعدها إلى الدرجة3 في ز$_{3}$ (2014).
- **مستوى وتناسق الأداء الذهني**: بلغت هذه القدرة الدرجة 3.5 في ز$_{1}$ (2012)، لتنخفض بعدها في ز2 بنصف درجة، وتستمر في الإنخفاض إلى أن وصلت الدرجة 2 في الزمن الثالث من الدراسة.
- **الانطباع العام**: نلاحظ تراجع مستمر في شدة اضطراب هذه القدرة، بحيث بلغت في أول تقييم أي في ز$_{1}$ الدرجة 3.5، وفي ز$_{2}$ شهدت انخفاضا طفيفا لم تصل فيه إلى الدرجة 3، لتشهد في ز$_{3}$ (2014) تراجعا لابأس به في شدة الإضطراب بحيث انخفضت بقليل عن الدرجة 2,5 .

الشكل (4): يوضح متوسط مستوى نمو القدرات المعرفية والاجتماعية العاطفية للأطفال خلال (3) سنوات



سنوات

يوضح الشكل رقم (4) متوسط مستوى نمو القدرات المعرفية والاجتماعية العاطفية لأطفال عينة الدراسة، خلال ثلاث سنوات (من ديسمبر2012 إلى ديسمبر2014) بإستخدام بطارية تقييم القدرات المعرفية والاجتماعية العاطفية، حيث نلاحظ:

- **اللغة الإستقبالية**: خلال z_1 (ديسمبر2012) قاربت المستوى الثاني، بينما شارفت على المستوى الثالث في z_2 (ديسمبر2013) وتعدته بقليل في z_3 (ديسمبر2014).
- **التقليد الصوتي**: خلال z_1 (ديسمبر2012)تجاوزت المستوى الأولى لتتوقف عند z_2،(ديسمبر2013) وترتفع بشكل نسي على المستوى الثاني في z_3(ديسمبر2014).

- **تقليد الإشارات**: قاربت المستوى الثاني، في ز1 (ديسمبر2012)والمستوى الثالث في ز2 (ديسمبر2013) لتتوقف عند هذا المستوى في ز3(ديسمبر2014).
- **العلاقة الوجدانية**: في ز1(ديسمبر2012)، كادت تلامس المستوى الثاني، لترتفع مباشرة وبصفة سريعة ما فوق المستوى الثالث في ز2 (ديسمبر2013) وز3 (ديسمبر2014).
- **التعبير العاطفي**: في ز1(ديسمبر2012) كادت تلامس المستوى الثاني، لترتفع مباشرة وبصفة سريعة ليفوق المستوى الثالث في ز2 (ديسمبر2013)، وتراجعت بشكل طفيف جدا في ز3(ديسمبر2014).
- **صورة الذات**: الإشراف على المستوى الثاني في ز1(ديسمبر2012)، ليكون إرتفاعا سريعا في ز2 (ديسمبر2013)، وأكثر منه بقليل في ز3 (ديسمبر2014).
- **اللعب الرمزي ومخططات العلاقة مع المواضيع**: تجاوزت هذه القدرات المستوى الثاني في ز1(ديسمبر2012)، والمستوى الثالث في ز2 (ديسمبر2013)، وز3 بفارق طفيف.
- **السببية الإجرائية**: قاربت المستوى الثالث في ز1(ديسمبر2012)، وقاربت من المستوى الرابع في ز2,3. (ديسمبر2013)
- **العلاقات المكانية**: تجاوزت المستوى الثالث في ز1(ديسمبر2012)، وقاربت المستوى الرابع في ز2,3. (ديسمبر2013)
- **ديمومة الموضوع**: بلغت المستوى الثاني في ز1(ديسمبر2012)، لتصل إلى المستوى الثالث في ز2(ديسمبر2013)، وتزيد عنه بفارق طفيف في ز3.

– **تكييف السلوك**: تجاوزت المستوى الأول في ز1(ديسمبر2012)، لتصل إلى منتصف المستوى الثالث في ز2(ديسمبر2013)، لتتراجع في ز3.

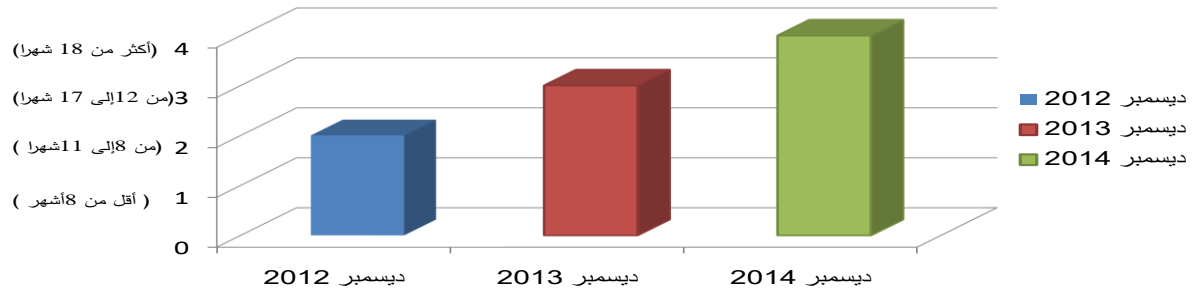
– **التفاعلات الاجتماعية**: تجاوزت المستوى الأول في ز1(ديسمبر2012)، لتقترب من المستوى الثالث دون الوصول إليه في ز2(ديسمبر2013)، وشارفت المستوى الثالث في ز3.

– **الانتباه المشترك**: بلغت منتصف المستوى الثاني في ز1(ديسمبر2012) لترتفع حتى تستقر عند المستوى الثالث في ز2,3. (ديسمبر2013)

– **اللغة التعبيرية**: لم تتجاوز المستوى الأول في ز1(ديسمبر2012)، وارتفعت للوصول إلى المستوى الثاني في ز2(ديسمبر2013)، وتعدته بقليل في ز3.

– **الوسائل والأهداف**: تجاوزت بقليل المستوى الثالث في ز1 (ديسمبر 2012)، لترتفع إلى المستوى الرابع في ز2 (ديسمبر 2013) وتستقر فيه في ز3(ديسمبر 2014).

تطور سن النمو العام طيلة 3 سنوات

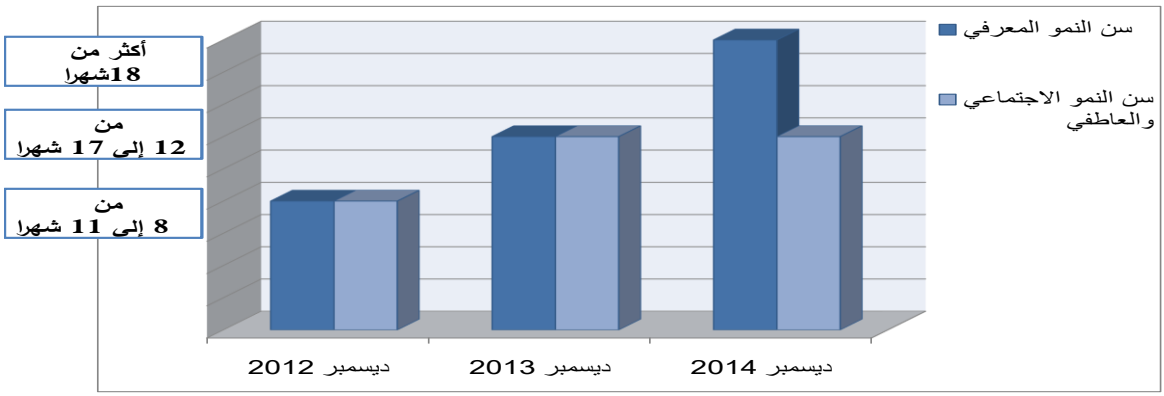


من خلال الأعمدة التكرارية الموضحة في الشكل رقم(5) نلاحظ تطور سن النمو العام طيلة ثلاث (3) سنوات، لعينة متكونة من عشرين (20) طفلا متوحدا، بإستخدام بطارية تقييم القدرات المعرفية والاجتماعية العاطفية، من ديسمبر 2012، إلى غاية ديسمبر 2014، من خلال اتباع برنامج علاجي إدماجي، نلاحظ من خلال الوثيقة:

- خلال ز1: ديسمبر 2012، نلاحظ أن سن النمو العام لقدرات أطفال عينة الدراسة، كان يتراوح ما بين 8 إلى 11 شهرا.
- وبعد مرور سنة من العلاج، وفي ز2: ديسمبر 2013، لاحظنا تطور سن النمو العام للقدرات إلى 12-17 شهرا.
- وفي ز3: ديسمبر 2014، ارتفع سن النمو العام لقدرات الأطفال بحيث تجاوز 18 شهرا.

ويعود هذا التطور إلى البرنامج العلاجي المكثف الذي استفاد منه الأطفال طيلة مدة الدراسة.

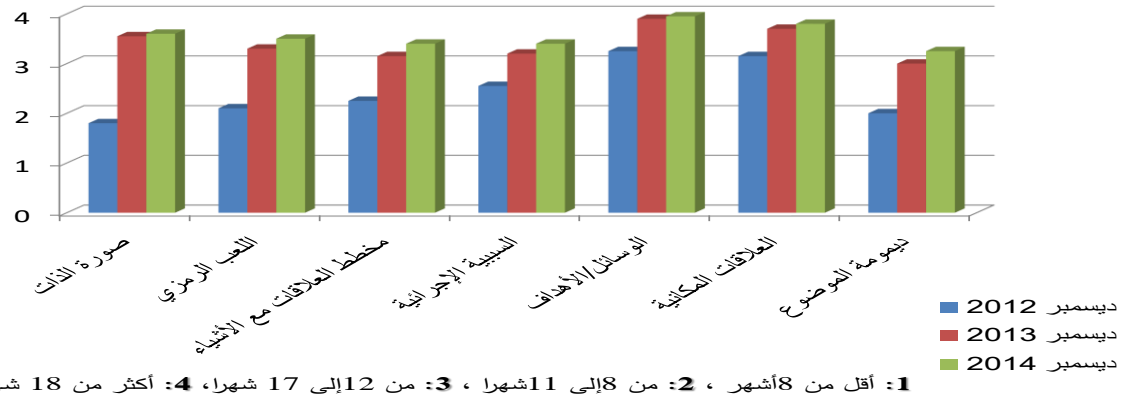
التطور المفصل لسن النمو خلال 3 سنوات



من خلال الأعمدة التكرارية الموضحة في الشكل رقم (6) نلاحظ تقدم التطور المفصل لسن نمو أطفال عينة الدراسة (20طفلا متوحدا) خلال ثلاث سنوات، بإستخدام بطارية تقييم القدرات المعرفية والاجتماعية العاطفية، من ديسمبر 2012 إلى ديسمبر2014، بحيث تقدم لنا البطارية، معطيات عن سن النمو المعرفي والاجتماعي العاطفي كلٌ على حدى، حيث نلاحظ من خلال الوثيقة مايلي:

- خلال z_1 (ديسمبر2012) توازن سن النمو المعرفي وسن النمو الاجتماعي العاطفي للعينة الدراسة الذي إستقر مابين 8 إلى 11 شهرا.
- خلال z_2 (ديسمبر 2013) يبقى سن النمو المعرفي وسن النمو الاجتماعي العاطفي متوازن ومستقر مابين 12 إلى 17 شهرا.
- خلال z_3 (ديسمبر 2014) نلاحظ ارتفاع في سن النمو المعرفي الذي سجل أكثر من 18 شهرا، بينما بقي سن النمو الاجتماعي العاطفي منحصرا ما بين 12 إلى 17شهرا ويعود هذا التوازن والاختلال إلى عدم التناسق في وتيرة النمو بدرجة الأولى، لكن وفي حالة دراسة كل حالة على حدى، يمكن تمييز إختلافات فردية بين النمو المعرفي والنمو الاجتماعي العاطفي لبعض الأطفال، فهناك بعض الحالات التي لم تعرف تطورا في النمو المعرفي والاجتماعي العاطفي بين z_2,z_3، لكن تعتبر النتائج المقدمة أعلاه معدل نمو السن المعرفي والاجتماعي العاطفي والمستوى الجماعي لعينة الدراسة.

معدل النتائج لمختلف البنود المعرفية للأطفال لكل سنة على حدى



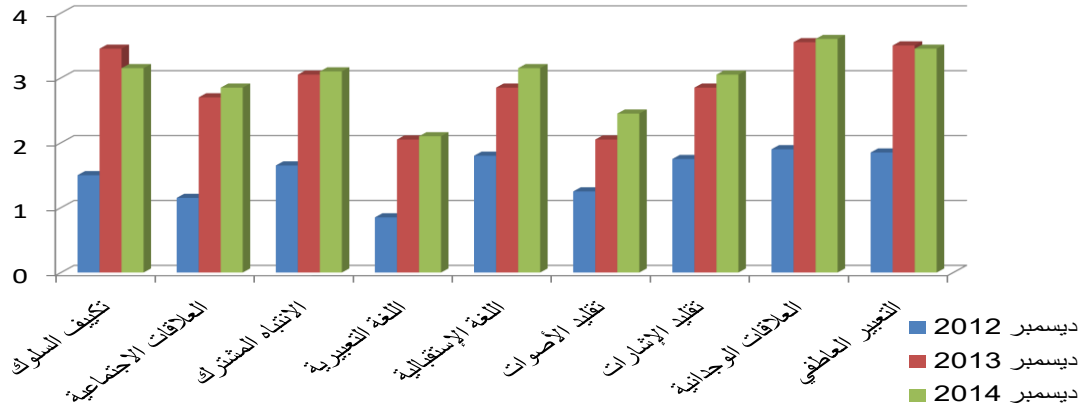
1: أقل من 8أشهر ، **2**: من 8إلى 11شهرا ، **3**: من 12إلى 17 شهرا، **4**: أكثر من 18 شهرا

من خلال الأعمدة التكرارية الموضحة في الشكل رقم (7) نلاحظ تقدم معدل سن نمو القدرات المعرفية (7 قدرات) للعينة الدراسة، من ز1 إلى ز3 (من ديسمبر 2012 إلى ديسمبر2014) باستخدام بطارية تقييم القدرات المعرفية والاجتماعية العاطفية، من خلال تطبيق برنامج علاجي إدماجي، نلاحظ من خلال الوثيقة:

- فيما يخص **صورة الذات** نجد أن العينة في ز1 (ديسمبر2012) بقيت تحت معدل من 8إلى 11 شهرا، وفي ز2 (ديسمبر2013) تجاوزت المستوى الثالث (12 إلى 17شهرا) وفي ز3 (ديسمبر2014) سجلت إرتفاع طفيف.
- فيما يخص **اللعب الرمزي** سجلت العينة في ز1 إرتفاعا وصل إلى المستوى الثاني (8 إلى 11شهرا) ليتجاوز المستوى الثالث بقليل في ز2، وأكثر منه في ز3 (ديسمبر 2014).
- فيما يحصل **مخطط العلاقات مع الأشياء** تسجل العينة إرتفاعا تجاوز بقليل المستوى الثاني (8إلى 11شهرا)، ليصل في ز2 المستوى الثالث (12إلى 17شهرا)، ليفوقه بقليل في ز3.

- فيما يخص **السببية الإجرائية** سجلت عينة الدراسة تطورا فاق المستوى الثاني في ز1(ديسمبر2012)، ثم وصل في ز2 (ديسمبر2013)إلى المستوى الثالث،ليفوقه بقليل في ز3. (ديسمبر 2014)
- فيما يخص **الوسائل والأهداف** تجاوزت العينة المستوى الثالث في ز1 (ديسمبر2012)، وفي ز2 (ديسمبر2013) و ز3 (ديسمبر 2014) قاربت المستوى الرابع.
- فيما يخص **العلاقات المكانية** وصلت عينة الدراسة إلى المستوى الثالث في ز1(ديسمبر2012)، وتجاوزته بقليل في ز2 (ديسمبر2013) وز3 (ديسمبر 2014) مع وجود تفاوت طفيف.
- فيما يخص **ديمومة الموضوع** نجد أن عينة الدراسة قاربت المستوى الثاني في ز1 (ديسمبر2012) في حين دنت المستوى الثالث في ز2 (ديسمبر2013) لتتجاوزه بقليل في ز3(ديسمبر 2014).

معدل النتائج لمختلف البنود الاجتماعية العاطفية للأطفال لكل سنة على حدى



1: أقل من 8أشهر ، **2:** من 8إلى 11شهرا ، **3:** من 12إلى 17 شهرا، **4:** أكثر من 18 شهرا

من خلال الأعمدة التكرارية الموضحة في الشكل رقم (8) نلاحظ تقدم معدل سن نمو القدرات الإجتماعية العاطفية (9 قدرات) للعينة الدراسة، من ز1 إلى ز3 (من ديسمبر 2012 إلى ديسمبر2014) باستخدام بطارية تقييم القدرات المعرفية والاجتماعية العاطفية، من خلال تطبيق برنامج علاجي إدماجي، نلاحظ من خلال الوثيقة:

- فيما يخص **تكييف السلوك** نلاحظ إرتفاع مستوى نمو القدرة الذي تجاوز المستوى الأول في ز1 (ديسمبر2012) ليعرف في ز2 (ديسمبر2013) إرتفاع سريعا تجاوز المستوى الثالث لكن في ز3 (ديسمبر 2014) تراجع قليلا إلى مستوى الثالث.
- أما بالنسبة إلى **العلاقات الاجتماعية** وصلت عينة الدراسة المستوى الأول في ز1 (ديسمبر2012) لنسجل لها ارتفاعا سريعا في ز2 (ديسمبر2013) قارب المستوى الثالث لتتباطئ سرعة نمو القدرة في ز3 (ديسمبر 2014) بحيث لم تصل للمستوى الثالث.
- بينما تتجاوز قدرة **الانتباه المشترك** المستوى الثاني في ز1 (ديسمبر2012) لتعرف بعده توازن في المستوى الثالث في كل من ز2 (ديسمبر2013) وز3 (ديسمبر 2014).
- في حين نجد أن قدرة **اللغة التعبيرية** لم تصل إلى المستوى الأول في ز1 (ديسمبر2012) وعرفت تباطئ في سرعة النمو بحيث اسقرت ما بين ز2 (ديسمبر2013)وز3 (ديسمبر 2014) في المستوى الثاني.

- أما فيما يخص **اللغة الإستقبالية** فإننا نلاحظ أن العينة شهدت تصاعدا لتقارب المستوى الثاني في $ز_1$(ديسمبر2012)، والمستوى الثالث في $ز_2$ (ديسمبر2013)، وتتجاوزه بقليل في $ز_3$(ديسمبر 2014).
- كما تجاوزت عينة الدراسة المستوى الأول بالنسبة للقدرة على **تقليد الأصوات** في $ز_1$(ديسمبر2012)، لتبلغ المستوى الثاني في $ز_2$(ديسمبر2013)، وتفوقه بقليل في $ز_3$ (ديسمبر 2014).
- في حين اقتربت قدرة عينة الدراسة على **تقليد الاشارات** إلى المستوى الثاني دون الوصول إليه في $ز_1$(ديسمبر2012)، لتقترب إلى حدود المستوى الثالث في $ز_2$،(ديسمبر2013) وتصل إليه في $ز_3$(ديسمبر 2014).
- أما بالنسبة **للعلاقات الوجدانية** فقد شهدت ارتفاعا ملحوظا في $ز_1$ (ديسمبر2012)لتقترب كثيرا من المستوى الثاني، لتتجاوز في $ز_2$ (ديسمبر2013) و$ز_3$ (ديسمبر 2014)المستوى الثالث.
- وأخيرا، وبالنسبة للقدرة على **التعبير العاطفي**، فلاحظنا ارتفاع مستوى نمو القدرة الذي تجاوز المستوى الأول في $ز_1$ (ديسمبر2012)، ليعرف في $ز_2$ (ديسمبر2013) ارتفاعا سريعا يفوق فيه المستوى الثالث، لكن في $ز_3$ (ديسمبر 2014) شهد مستوى نمو القدرة تراجعا طفيفا دون تدني المستوى الثالث.

تحليل وتفسير النتائج المتوصل إليها:

أسفرت الدراسة الحالية على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي من حيث تطور مختلف القدرات المعرفية والاجتماعية العاطفية حيث لاحظنا تطورًا مستمرًا لمعظم القدرات خلال السنوات الثلاث للدراسة، ماعدا قدرتي التعبير العاطفي وتكييف السلوك التي بالرغم من تطورها الأكيد والواضح في ظل تطبيق البرنامج العلاجي إلا انها شهدت تدبدبًا وحالة غير مستقرة في نموها، وبينت نتائج الدراسة أن مسارات نمو الأطفال المتوحدين يتميز بأنه غير متجانس وغير متناسق فهو غير نمطي، فعند تطور القدرات نلاحظ ركودًا أو حتى إنتكاساً في نمو قدرات أخرى.

كما أوضحت لنا نتائج الدراسة أن نمو قدرات الأطفال المتوحدين في ظل علاج إدماجي يبقى حبيساً للمستوى الأوّلي والمعالم العيادية الأولية للأطفال، فالمستوى الأولي المتأخر للأطفال يؤثر بصفة مباشرة على نمو هؤلاء الأطفال.

ولقد أسفرت نتائج البحث باختلاف وتفاوت سرعة نمو الأطفال المتوحدين المستفيدين من علاج إدماجي، حيث لاحظنا في بعض الحالات سرعة عالية نسبيًا في نمو بعض القدرات وفي آن واحد تباطُؤَ وتيرة نمو قدرات أخرى، ذلك أنّ للأطفال المتوحدين وتيرة نمو خاصة بهم أكثر بطءً من تلك التي يعرفها نمو الأطفال العاديين. كل هذه النتائج تعتبر دافعاً قوياً للقيام بدراسات طولية عميقة قائمة على تقييمات عيادية دقيقة ومتعددة الأبعاد لجل قدرات النمو النفسي للأطفال التوحدين.

ولقد تأكدنا من خلال الدراسة الإحصائية وجود فروق دالّة بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي من حدة بعض الأعراض المرضية للتوحد، ممّا يؤكد أن تطبيق البرنامج العلاجي الإدماجي ساهم في الحد من السلوكيات التوحدية وإنخفاض شدة الإضطراب على العموم، وتمكنا من ملاحظة خصائص وميزات هذا

التراجع في الإضطرابات التوحدية حيث تميزت بالركود أحيانًا وبالتباين والتغيّر في سرعة التطور، حيث كانت هناك أعراض انخفضت شدتها بسرعة وأخرى عرفت ركوداً سواء في بداية الدراسة أو في وسطها أو في آخرها وهذا راجع إلى شدة إضطراب هذه الأعراض وعلاقتها مع ثلاثية التوحد فكل الأعراض التي تمس عرضًا من الأعراض الأساسية في الجدول العيادي للتوحد شهدت ركودًا في سرعة تراجع شدتها، التي تتطلب وقتا أطول لتراجعها.

تعرف قدرات الأطفال المتوحدين المستفيدين من العلاج الإدماجي تصاعدًا بمرور الزمن، حيث تنمو القدرات التي ترتبط بالجانب المعرفي وتتطور بشكل أسرع من القدرات التي ترتبط بالجوانب الاجتماعية والعاطفية.مما يؤكد فكرة أن في اضطراب التوحد يعتبر الجانب الإجتماعي العاطفي هو الأكثر إضطرابًا، والأكثر بطءً، لأنه في الغالب لا تنموا ولاتتطور الجوانب الاجتماعية والعاطفية بشكل متناسق.

أوضحت لنا المنحنيات البيانية، ضرورة القيام بدراسات كيفية عيادية محضة حول وتيرات نمو الأطفال المتوحدين وكذا أهمية التقييمات العيادية المكيفة والمفصّلة لكل حالة متوحدة لأن الدراسات الإحصائية كثيراً ما تكون بدون جدوى في هذا النوع من الاضطرابات الذي يعرف بعدم التناسق والانسجام في النمو.

إنّ ممارسة وتطبيق البرنامج العلاجي الإدماجي قد أظهرت تحسنًا وتطورًا لقدرات الأطفال المتوحدين الذين استفادوا منه، كما كان للبرنامج أثر مباشر على شدة التوحد فلاحظنا انخفاضًا هاماً في درجة حدة الأعراض التوحدية، لكنه يحتاج إلى إعادة هيكلة بعض نقاط العلاج فيه وهي كالتالي:

- لقد وضّحت نتائج الدراسة ضرورة إعادة هيكلة جانب تطوير قُدرتي التعبير العاطفي وتكييف السلوك في البرنامج العلاجي، وهذا قصد مواجهة التدبدب الذي عرفته هاتين القدرتين.

- كما بينت الدراسة ضرورة إعادة هيكلة جانب إنخفاض درجة شدة الإضطرابات المرضية التي تمس الاستجابات الحسية: التذوق، الشم، اللّمس وقدرة العلاقات المكانية وكذا أعراض الخوف والحصر، وهذا لأنها بقيت مستقرة ولم تشهد تراجعاً في شدة إضطرابتها طيلة مدة الدراسة، ممّا يجعلنا نستخلص فكرة أنّ تطوّر الأطفال المتوحدين سواءً كان من حيث نمو القدرات أو تراجع حدة الإضطرابات يعرف تطورًا غير متجانس.
- أوضحت نتائج الدراسة، أن مسارات نمو الأطفال المصابين بالتوحد والمستفيدين من علاج إدماجي تتميز بإرتفاعات في مستوى قدراتهم على العموم والتراجع وإنخفاض في شدة أعراضهم المرضية، ولكن نموهم يتميز بخصوصيات لا زالت غامضة، تتطلب القيام بالمزيد من البحوث والدراسات حتى يتسنى لنا فهم كل مميزات نمو الأطفال المتوحدين.

توصيات البحث:

في ضوء نتائج البحث الحالي طُرحَت عدة تساؤلات ذات علاقة وطيدة مع الدراسة والتي تبدو لنا ذات أهمية كبرى لتطوير الدراسات في نفس المجال ولعلّ أهم اقتراحات البحث التي يمكننا تقديمها هي:

- إدماج العائلات في التقييمات العيادية، لملاحظة ما إذا كانت التطورات والتحسينات التي يبديها الأطفال في المركز الطبي التربوي، لها آثار على نوعية حياتهم، وهل ستعمّم مكتسباتهم الجديدة في الوسط العائلي الصغير والكبير أم لا؟.
- كما يبدو لنا أنّ دراسة العلاقة بين سن الأطفال المتوحدين- وأثر البرنامج العلاجي – وحدة الإضطراب وكذا وتيرة نمو الأطفال مواضيع تستحق أن تدرس بدقةٍ محكمةٍ.

- القيام بدراسات طولية لنمو قدرات الأطفال المتوحدين في سن المراهقة وحتى سن الرشد، ودراسة تأثير النمو الهرموني والإنفعالي في الفترة الإنتقالية ما بين سن الطفولة والمراهقة، وإلقاء النظر على تأثير التغيرات الفيزيولوجية على صورة الذات للمراهقين المتوحدين.
- دراسة العلاقة مابين تطور قدرتي اللّغة التعبيرية واللّغة الإستقبالية، فلاحظنا عياديًا أن كثيرًا ما تتراجع إحداهم في ظل تطور الأخرى.
- ولعلّ من أهم الاقتراحات التي يمكننا تقديمها لمجال البحث والتي استنبطت مباشرةً ودراستنا الحالية، هي أولاً دراسة التكيف العاطفي وتطور القدرة على التعبير العاطفي وثانيًا دراسة تطور الجانب الحسي والإدراكي للأطفال المتوحدين.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

1. التوحد و نظرية العقل(ط1)صالح الامام،محمّد (2010)، ، بيروت: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
2. التوحد وطيف التوحد (ط1)، الصبي، عبد الله(2003)، الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
3. التوحد:الخصائص والعلاج، فرج الزريقات، ابراهيم عبد الله (2004)، عمان: دار وائل.
4. الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الأباء، جاسب شبيب، عادل(2008)، رسالة نيل شهادة الماجيستر غير منشورة، الأكاديمية الإفتراضية للتعليم المفتوح، بريطانيا.
5. خفايا التوحد: أشكاله وأسبابه وتشخيصه (ط1)، الشامي، وفاء (2004)، جدة: مركز جدة للتوحد.
6. محاولة لفهم الذاتوية: إعاقة التوحد لدى الأطفال (ط1)، سيد سليمان،عبد الرحمن (2001)، عين الشمس: مكتبة زهراء الشرق.

7. واقع الصحة النفسية بالمراكز الطبية التربوية للأطفال المتخلفين عقليا في الجزائر، فقيه، العيد(1997)، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة وهران، الجزائر.

المراجع باللغات الأجنبية:

1. *Adaptation Française de l'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (C.A.R.S.)*. ROGE, B. (1989). Paris : Editions d'Applications psychotechniques.
2. *Evolution psychologique d'enfants autistes suivis en thérapie d'échange et de développement*. Adrien, JL et al., (1998). Paris : Psychologie Française.
3. *interventions éducatives, psychologiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme ; une revue de la littérature*. Baghdadli, A. et al., (2007). Ministere de la santé et des solidarités : Paris.
4. *L'autisme de l'enfant: évaluations, interventions et suivis.* Adrien, JL., Pilar Gattegno, M., (2011). Belgique : éditions Mardaga.
5. *L'autisme de l'enfant: la thérapie d'échange et de développement.* Barthelemy, C., Hameury, L., Lelord, G. (1995). Paris : Expansion scientifique française.
6. *La batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle d'enfants avec autisme et autres troubles du développement.* Adrien, JL. (2008). Belgique :De Boeck.
7. *Manuel de la batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle.* Adrien, JL. (2007). France: Editions du centre de psychologie appliquée (ECPA).
8. *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux* (4e éd,Texte revision,). American psychiatric association. (2002). Paris: Elsevier Masson.
9. *Prise en charge integrative de l'enfant autiste: étude Clinique de 3 cas au diagnostic d'autisme à Oran*. Belal,L (2012). (Thèse de master non éditée).Université de Tlemcen. Algérie