وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جـــــــــامعة بلحاج بوشعيب – عين تموشنت
كلية الآداب واللغات والعلوم الإجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر ل.م.د
تخصص: علم النفس العيادي

اضطراب مخطط الجسم لدى أطفال اضطراب طيف التوحد
دراسة عيادية لأربع حالات بمدينة عين تموشنت

من إعداد الطالبة:
سي يعقوب اميرة

تحت إشراف الاستاذ:
أ.د موفق كـــــروم

نوقشت يوم: 00 / 00 / 2024
أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د. سعدون سمية	أستاذ محاضر – أ –	رئيسا ومناقشا
د موفق كروم	أستاذ محاضر التعليم العالي	مشرفا ومقررا
د. زاوي أمال	أستاذ محاضر – أ –	مناقشا
د. بن عيسى رحال نوال	أستاذ مساعد – أ –	عضو مدعو

السنة الجامعية: 2023 – 2024

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جـــــــــامعة بلحاج بوشعيب – عين تموشنت
كلية الآداب واللغات والعلوم الإجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر ل.م.د
تخصص: علم النفس العيادي

اضطراب مخطط الجسم لدى أطفال اضطراب طيف التوحد
دراسة عيادية لأربع حالات بمدينة عين تموشنت

من إعداد الطالبة: سي يعقوب اميرة
تحت إشراف الاستاذ: أ.د موفق كـــــروم

نوقشت يوم: 00 / 00 / 2024

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د. سعدون سمية	أستاذ محاضر – أ –	رئيسا ومناقشا
د موفق كروم	أستاذ محاضر التعليم العالي	مشرفا ومقررا
د. زاوي أمال	أستاذ محاضر – أ –	مناقشا
د. بن عيسى رحال نوال	أستاذ مساعد – أ –	عضو مدعو

السنة الجامعية: 2023 – 2024

اضطراب مخطط الجسم لدى أطفال اضطراب طيف التوحد

الملخص: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على اضطراب مخطط الجسم لدى أطفال اضطراب طيف التوحد. . وقد تم تطبيقها على (04) حالات من مدينة عين تموشنت اختيرت قصديا. تم استخدام المنهج العيادي وبأسلوب دراسة الحالة وبتطبيق مقاييس: تقدير التوحد (CARS). مقياس جيليام لتقدير ال توحد-2(GARS)، اختبار رسم الرجل، واختبار مخطط الجسم.

أظهرت نتائج الدراسة، أن:

- أنه توجد علاقة بين اضطراب مخطط الجسم ودرجات اضطراب طيف التوحد
- أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من اضطراب مخطط الجسم بنسب متفاوتة.
- أن مستوى اضطراب مخطط الجسم يختلف لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حسب درجة التوحد و العمر العقلي و العمر الزمني بينما لا يوجد اختلاف فيما يتعلق بمتغير الجنس.

وفي الأخير تمت مناقشة هذه النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، وعرضت بعض التوصيات والمقترحات المتعلقة بالموضوع.

الكلمات المفتاحية: اضطراب طيف التوحد ؛ مخطط الجسم ؛ الاضطرابات النمائية العصبية.

Body Schema Disonrder In Cildren With Autism Spectrum Disorder

Abstract : This study aimed to identify the body schema disorder in children with Autism Spectrum Disorder (ASD). applied to (04) cases from Ain Temouchent city,which were intentionally chosen. The clinical approach was used using the case study method, applying various assessment scales: the Childhood Autism Rating Scale (CARS), the Gilliam Autism Rating Scale-2 (GARS-2), the Draw-A-Person test, and the body schema test.

The results of the study showed that:

- There is a relationship between body schema disorders and degrees of autism spectrum disorders.
- The level of body schema disorder varies in children with autism spectrum disorders depending on the degree of autism, mental age and chronological age, while there is no difference concerning the sex variable.

Finally, these results were discussed in light of the theoretical framework and previous studies, several recommendations and suggestions related to the topic were presented.

Keywords: *Autism Spectrum Disorder, body schema, neurodevelopmental disorders. Neurodevlepmntal disorder*

الإهـــــداء

أحـــــــمد الله عز وجل على منه وعونه لإتمـــــــام هذا العمل المتواضع ووفقنا في مسيرتنا الدراسية بمذكرتنا هاته التي نهديها الى كل من:

الذي وهبني كل ما يملك حتى أحقق له آماله، ودفعني قدما لنيل مبتغاي، علمني الأمان والشجاعة والقوة "والـــــــدي العزيز"

الى التي أعطتني حق الرعاية وسقتني الحب والحنان، وكانت سندي عند الشدائد، وسهرت على تعليمي بتضحيات جسامة مترجمة في تقديسها العلم "أمـــــــي الحبـــــيبة"

ووالداي اللذان عرفاني قبل أن اعرف نفسي وأحبوني حبا سرمديا حانيا غير مشروط منذ نعومة أظافري عندما كنت عظمة ولحم، وكان لهما تأثير عميق في بناء شخصيتي كيف كنت وكيف أصبحت وكيف سأكون، القلب والعين جزاهم الله خير الجزاء في الدنيا والآخرة.

✍ آميـــــــــــــــرة

شكر وتقدير

الحمدلله الذي ما تم جُهد ولا خُتم سعي الا بِفضله، بفضلٍ من الله وتوفيقه، أتممنا مذكرتنا، تتسابق الكلمات وتتزاحم العبارات لتقديم عقد شكر وتقدير بعدد قطرات المطر من أعماق القلب للأستاذ المشرف الاستاذ "موفق كروم" على الجهود الكبيرة التي بذلتها في إرشادي ومساندتي خلال فترة إعداد مذكرتي، كان لي الشرف الكبير بأنك تكون الشخص الذي استضفتني ووجهتني في هذه الرحلة العلمية المثمرة، أشكرك على الصبر والتفاني الذي أظهرته في توجيهي وتقديم النصائح القيمة. لقد كنت دعمًا ومصدر إلهام لي.

الأستاذة منقوشي فاطمة، الأستاذة زاوي آمال، الأستاذة بن عيسى رحال نوال، يطيب لي أن أتقدم لكم بأسمى آيات الشكر والتقدير والعرفان، تعبيرًا عن امتناني العميق لإسهاماتكم القيمة في تطوير العملية التعليمية والإرشاد الأكاديمي. لقد كنتم قدوةً حسنةً ومثالًا يُحتذى به في الالتزام والاجتهاد، وأثرتم في نفوس طلابكم روح المعرفة وحب التعلم.

كما أتقدم بجزيل الشكر الى الأساتذة الكرام أعضاء لجنة المناقشة، والى كل أساتذة قسم علم النفس العيادي وأساتذة قسم العلوم الاجتماعية. والى كل من علمني حرفا ولقنني درسا، وغرس بي قيما وأفكارا. وساعدني في النجاح بخطوة، كلمة، مساعدة او توجيه، وأوجه شكر الى المهندس موساوي يوسف و فرح جلول عبد الرحمن اللذان ساهما في تحقيق المنتج؛ مهما نطقت الألسن بفضلكم وخطت الأيادي بوصفها تظل مقصرة أمامكم فلا كلمات ثناء تسعفني على قول كلمة الحق فيكم و لا أرقام توفي فضلكم.

آميـــــــــــــرة

قائمة المحتويات

الموضـــوع	الصفحة
ملخص الدراسة	أ
الإهداء	ب
كلمة شكر	ج
محتويات الدراسة	د
قائمة الجداول.....	هـ
قائمة الملاحق.....	و
المقدمة	1
الفصـــــل الأول: مدخل تمهيدي للدراسة	
1. إشكالية الدراسة	5
2. تساؤلات البحث الفرعية.....	15
3. اهداف البحث.....	16
4. فرضيات البحث.....	16
5. أهمية الدراسة.....	17
6. حدود الدراسة	17
7. مصطلحات الدراسة.....	17
الفصل الثالث: منهجية الدراسة وإجراءاتها	
تمهيد.....	29
1. المنهج المستخدم.....	29
2. الدراسة الاستطلاعية.....	30
3. عينة الدراسة.....	31
4. خصائص عينة الدراسة.....	31
5. حدود الدراسة.....	32

6. الأدوات المستخدمة في الدراسة.....	33
الفصل الرابع: عرض نتائج الدراسة	
تمهيد	54
1. عرض نتائج الحالة الأولى.....	54
2. عرض نتائج الحالة الثانية.....	91
3. عرض نتائج الحالة الثالثة.....	121
4. عرض نتائج الحالة الرابعة	149
الفصل الخامس: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة	
تمهيد	179
1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة	179
2. تفسير ومناقشة نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى	185
3. تفسير ومناقشة نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية	190
4. تفسير ومناقشة نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة	193
تفسير ومناقشة نتائج اختبار الفرضية الفرعية الرابعة.....	197
تفسير ومناقشة نتائج اختبار الفرضية الفرعية الخامسة.....	200
خاتمة.....	207
التوصيات والمقترحات	209
المراجع	213
الملاحق	-

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	خصائص عينة الدراسة	32
2	تفسير اختبار جليام -2	38
3	العمر العقلي الذي يتوافق مع كل درجة خام	52
4	بطاقة الملاحظة العيادية للحالة الأولى	61
5	جدول المقابلات التي أجريت مع الحالة الأولى	64
6	نتائج اختبار الحالة الأولى في مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد –الإصدار الثاني	74
7	نتائج الحالة الأولى مقياس مقياس تقدير التوحد	75
8	نقاط للحالة الأولى في اختبار رسم الرجل	76
9	الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه للحالة الأولى لإختبار الواجهة	78
10	القطع التي لم يتعرف عليها الحالة الأولى	79
11	التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الجسم بناءً على العمر المحوري للحالة الأولى	82
12	التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الوجه بناءً على العمر المحوري للحالة الأولى	83
13	الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه للحالة الأولى	84
14	القطع التي لم يتعرف عليها الحالة الأولى	85
15	التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الجسم بناءً على العمر المحوري للحالة الأولى	87

16	التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الوجه بناءً على العمر المحوري للحالة الأولى	88
17	بطاقة الملاحظة العيادية للحالة الثانية	98
18	جدول المقابلات التي أجريت مع الحالة الثانية	101
19	نتائج اختبار الحالة الثانية في مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد –الإصدار الثاني	108
20	نتائج الحالة الثانية مقياس مقياس تقدير التوحد	110
21	نقاط للحالة الثانية في اختبار رسم الرجل	111
22	الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه للحالة الثانية لإختبار الواجهة	113
23	القطع التي لم يتعرف عليها الحالة الثانية	114
24	التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الجسم بناءً على العمر المحوري للحالة الثانية	117
25	التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الوجه بناءً على العمر المحوري للحالة الثانية	118
26	بطاقة الملاحظة العيادية للحالة الثالثة	128
27	جدول المقابلات التي أجريت مع الحالة الثالثة	131
28	نتائج اختبار الحالة الثالثة في مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد –الإصدار الثاني	136
29	نتائج الحالة الثالثة مقياس مقياس تقدير التوحد	137
30	نقاط للحالة الثالثة في اختبار رسم الرجل	138
31	الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه للحالة الثالثة لإختبار الواجهة	140
32	القطع التي لم يتعرف عليها الحالة الثالثة	142

33	التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الجسم بناءً على العمر المحوري للحالة الثالثة	144
34	التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الوجه بناءً على العمر المحوري للحالة الثالثة	145
35	بطاقة الملاحظة العيادية للحالة الرابعة	155
36	جدول المقابلات التي أجريت مع الحالة الرابعة	158
37	نتائج اختبار الحالة الرابعة في مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد –الإصدار الثاني	166
38	نتائج الحالة الرابعة مقياس مقياس تقدير التوحد	166
39	نقاط للحالة الرابعة في اختبار رسم الرجل	168
40	الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه للحالة الثالثة لإختبار الواجهة	170
41	القطع التي لم يتعرف عليها الحالة الرابعة	171
42	التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الجسم بناءً على العمر المحوري للحالة الرابعة	173
43	التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الوجه بناءً على العمر المحوري للحالة الثالثة	174
44	نتائج الحالات الأربع	179

قائمة الأشكال والصور

رقم الشكل	عنوان الشكل /الصورة	الصفحة
1	رسم تخطيطي للمناطق المسؤولة عن صورة الجسم في القشرة الدماغية	23
2	رسم تشكيلي يوضح رسم تخطيطي الباحات المسؤولة عن المخطط الجسدي	24
3	رسم الرجل الأول للحالة الأولى	76
4	مرحلة التركيب للحالة الأولى (الجسد)	80
5	مرحلة التركيب بنموذج للحالة الأولى (الجسد)	81
6	مرحلة التركيب للحالة الأولى (الوجه)	81
7	مرحلة التركيب للحالة الأولى (الوجه)	81
8	مرحلة التركيب للحالة الأولى (الجسد)	86
9	مرحلة التركيب بنموذج للحالة الأولى (الجسد)	86
10	مرحلة التركيب للحالة الأولى (الوجه)	87
11	مرحلة التركيب للحالة الأولى (الوجه)	87
12	الفرق بين الرسم الأول والرسم الثاني لاختبار رسم الرجل للحالة الأولى	89
13	رسم الرجل الأول للحالة الثانية	111
14	مرحلة التركيب للحالة الثانية (الجسد)	116
15	مرحلة التركيب بنموذج للحالة الثانية (الجسد)	116
16	مرحلة التركيب للحالة الثانية (الوجه)	116
17	مرحلة التركيب بنموذج للحالة الثانية (الوجه)	116
18	الفرق بين الرسم الأول والرسم الثاني لاختبار رسم الرجل للحالة الثانية	119
19	رسم الرجل الأول للحالة الثالثة	138
20	مرحلة التركيب للحالة الثالثة (الجسد)	143

21	مرحلة التركيب بنموذج للحالة الثالثة (الجسد)	143
22	مرحلة التركيب للحالة الثالثة (الوجه)	143
23	مرحلة التركيب بنموذج للحالة الثالثة (الوجه)	143
24	الفرق بين الرسم الأول والرسم الثاني لاختبار رسم الرجل للحالة الثالثة	146
25	رسم الرجل الأول للحالة الرابعة	167
26	مرحلة التركيب للحالة الرابعة (الجسد)	172
27	مرحلة التركيب بنموذج للحالة الرابعة (الجسد)	172
28	مرحلة التركيب للحالة الرابعة (الوجه)	172
29	مرحلة التركيب بنموذج للحالة الرابعة (الوجه)	172
30	الفرق بين الرسم الأول والرسم الثاني لاختبار رسم الرجل للحالة الرابعة	175
31	نتائج الحالات الأربع اختبار مخطط الجسم	182
32	الفروق في اضطراب مخطط الجسم باختلاف درجات اضطراب طيف التوحد	191
33	اضطراب مخطط الجسم لدى أطفال التوحد باختلاف الجنس	195
34	اضطراب مخطط الجسم لدى أطفال اضطراب طيف التوحد باختلاف العمر الزمني	198
35	فروق مخطط الجسم باختلاف ا لعمر العقلي.	202

قائمة الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق
01	استمارة دراسة الحالة
02	بطاقة الملاحظة العيادية
03	اختبار جيليام -2
04	اختبار كارز
06	اختبار مخطط الجسم (الاستمارة)
07	ترخيص التربص
08	بطاقة الاشراف على مذكرة التخرج
09	اذن بايداع المذكرة

المـــــــقدمة

المقدمـــــــــــة:

اضطراب مخطط الجسم « Body Schema Disorder » هو حالة تؤثر بشكل كبير على تمثيل الخصائص المكانية للجسم، بما في ذلك طول الأطراف، وأجزاء الأطراف، وترتيبها، وتكوين الأجزاء في الفضاء، وشكل سطح الجسم. هذه الحالة تلعب دورًا حيويًا في كيفية إدراك الفرد لجسمه وكيفية تنسيقه للحركات. في سياق اضطراب طيف التوحد (ASD)، يواجه الأطفال تحديات إضافية في فهم وتكوين صورة ذهنية دقيقة لأجسادهم، مما يؤثر سلبًا على قدرتهم على المشاركة في الأنشطة اليومية والتفاعل مع البيئة المحيطة.

يعتبر التطور البصري اللمسي عاملاً أساسيًا في تكوين مخطط الجسم. ومع ذلك، يظهر هذا التكامل بشكل متأخر لدى الأطفال المصابين بالتوحد، مما يؤدي إلى صعوبات كبيرة في تمثيل الجسم. على سبيل المثال، قد يعاني هؤلاء الأطفال من مشكلات في تحديد مواضع أطرافهم بدقة أو في التنسيق بين الحركات المختلفة للجسم، مما يؤثر على قدرتهم على القيام بمهام تتطلب الدقة والتناسق.

علاوة على ذلك، أن الأفراد الذين لديهم درجة عالية من سمات التوحد يعانون من علاقة ضعيفة بين التمثيل البصري والحركي لحركات الجسم. هذا الضعف في الربط يمكن أن يؤثر بشكل كبير على التعرف الذاتي على حركات الجسم، مما يجعل من الصعب على الأطفال المصابين بالتوحد إدراك أنماط حركاتهم بشكل صحيح أو تعديلها وفقًا للمواقف المختلفة.

مخطط الجسم هو تمثيل غير واعي يوجه التصرفات، في حين أن صورة الجسد هي تصور واعي لكيفية رؤية الأفراد لأنفسهم عند تصوير أنفسهم في أذهانهم أو عند إدراك

أنفسهم في المرآة. نادرًا ما يتم التحقيق في صورة الجسم في اضطراب طيف التوحد، لكن التطورات الحديثة في أبحاث التجسيد حول التحسينات غير اللفظية شجعت على التحقيق في هذا الموضوع. يمكن أن تؤثر الاختلافات الحسية أيضًا على كيفية إدراك الأفراد المصابين بالتوحد لجسدهم والعالم من حولهم.

هناك أهمية فهم كيفية تأثير هذه الاختلافات الحسية على إدراك الجسم لدى الأطفال المصابين بالتوحد. فعلى سبيل المثال، قد يكون لديهم حساسية مفرطة أو منخفضة تجاه المحفزات الحسية، مما يمكن أن يؤثر على إدراكهم لجسدهم والعالم من حولهم. يمكن أن تؤدي هذه التحديات إلى صعوبات في التفاعل الاجتماعي والتكيف مع البيئات المختلفة.

في ضوء هذه المعلومات، تهدف الدراسات الحالية إلى استكشاف اضطراب مخطط الجسم لدى أطفال اضطراب طيف التوحد بشكل أعمق.

وقد اعتمدنا في دراستنا على جانبين أساسين الأول تمثل في الجانب نظري الذي يضم فصلين يتعلق الفصل الأول بتقديم موضوع الدراسة ويتضمن مشكلة الدراسة التي تفرعت إلى خمسة أسئلة وفرضيات الدراسة وأسباب ودوافع اختيار الموضوع، ثم إبراز أهميتها وأهدافها وبعد ذلك تم تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة وحدودها المكانية والزمانية والبشرية والتطرق إلى مصطلحات الدراسة والتي تضم مخطط الجسم، واضطراب مخطط الجسم، اضطراب طيف التوحد.

أما الجانب الميداني فضم ثلاثة فصول، وهما الفصل الثاني الذي يتعلق بالإجراءات المنهجية للدراسة وتم التعرض فيه إلى المنهج المتبع والتطرق إلى الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية.

أما الفصل الثالث فقد تضمن عرضا للحالات وتفسيرها، أما الفصل الرابع فضم مناقشة الفرضيات في ضوء الدراسات السابقة، وختم بخلاصة ثم خاتمة ومجموعة من الاقتراحات والتوصيات كدراسات مستقبلية يمكن للباحثين إجراؤها.

الفصل الأول

مدخل تمهيدي للدراسة

إشكالية الدراسة

أهداف الدراسة

فرضيات الدراسة

أهمية الدراسة

حدود الدراسة

مصطلحات الدراسة

الفصل الأول
مدخل تمهيدي للدراسة

1. إشكالية الدراسة

الجسد هو الكائن الذي يختبر العالم وموضوع تجربتنا الذاتية ككائن، يوفر الجسم معلومات حسية عبر سطح الجسم، والتي تتم معالجتها ودمجها في تمثيل متماسك للجسد، أو مخطط الجسم. يعتبر هذا التمثيل بمثابة بنية حاسمة تقوم على تحديد الهوية الجسدية؛ لقد حظيت عملية دمج المعلومات متعددة الوسائط في تمثيل متماسك للجسد باهتمام بحثي واسع النطاق بهدف زيادة توضيح ارتباطاتها العصبية وعملها في الصحة والمرض. ومع ذلك، لا يُعرف سوى القليل عن الأداء الجيني لمخطط الجسم أو معالجة التكامل متعدد الحواس ودورها في التطور الاجتماعي والعاطفي لدى الأطفال. (Reinersmann, Lücke, 2018).

مخطط الجسم يشير إلى تمثيل وضعيات أجزاء الجسم في الفضاء، الذي يتم تحديثه أثناء حركة الجسم. عادةً لا يدخل هذا التمثيل إلى الوعي، ويستخدم أساسًا لتنظيم الحركة بشكل مكاني. لذلك، يُعتبر مخطط الجسم تمثيلاً مركزيًا لخصائص الجسم المكانية، التي تشمل طول أجزاء الأطراف، وترتيبها الهرمي، وتكوين هذه الأجزاء في الفضاء، وشكل سطح الجسم. (Haggard & Wolpert, 2005: 1)

حسب كل من ستروس (1970) Straus وغرستمان (1942) Gerstmann، شبَّها مخطط الجسم مع "الخريطة" الفسيولوجية لأجزاء الجسم الواقعة في الفص الجداري عند التلفيف اللاحق المركزي؛ على الرغم من أنه يستخدم المصطلح بهذا المعنى ، إلا أنه

يعرّف مخطط الجسم أيضًا على أنه "الصورة الداخلية أو النموذج الذي يشكله المرء في عقله عن جسده... إنه نوع من الرسم التخطيطي الداخلي الذي يمثل الجسد ككل، بالإضافة إلى أجزائه الفردية وفقًا لموقعها وشكلها وحجمها والتمايز الهيكلي والوظيفي والعلاقة المكانية . (Shaun, 1986 : 543)

يمكن تعريفه على أنه عبارة عن مجموعة من الشبكات الأمامية الجدارية التي تدمج المعلومات الصادرة من مناطق الجسم والفضاء الخارجي بطريقة ذات صلة وظيفية بإجراءات محددة تؤديها أجزاء مختلفة من الجسم؛ وهو تمثيل لخصائص الجسم المكانية، بما في ذلك طول الأطراف وأجزاء الأطراف، وترتيبها، وتكوين الأجزاء في الفضاء، وشكل سطح الجسم (Pietro, Maura, 2015).

نرى أن جاك لاكان «J.Lacan» ميَّز مرحلة المرآة ببروز الوحدات الدلالية المتضمنة للفروق بين ما هو خيالي «Imaginaire» والتي تكون قبل المرحلة الأوديبية أين تكون الأم المنظمة لحياته بحضورها وغيابها (عدم الانفصال عن الأم)؛ وبين ما هو رمزي «Symbolique»، أي وصول الطفل الى مرحلة غيرية التي يمكن من خلالها التمييز بين الأنا وانت وهو هي (ملال، 2017: 47-48). فالطفل الجديد لا يحمل أي صورة عن ذاته وبالتالي صورته الفطرية «Image spéculaire» مشوشة وغير مميزة؛ وتمتد حتى تقريبا الشهر الثالث؛ يبدأ الملامح تتضح لتليها مرحلة المرآة التي سبق أن تكلمنا عليها والتي لها دور كبير في تمييز الوحدة الجسدية وبالتوالي انتظام ادراك التماثل والتشابه وهذا ما يراه لاكان «Lacan» ضروري من أجل التمثل الذهني للجسم بالمقارنة بين صورة الأم وصورته الفطرية؛ وعندما الطفل يصبح يميز بين أجزاء الجسم وينظمها في صورة ادراكية ثم يدمجها في تصور واحد؛ ويستنتج أن عن طريق المماثلة والتمييز

يكتسب الطفل الوعي بالوحدة الجسدية. (جلال، مهدي، بريكي، 2011: 183). لا يرى الطفل في الآخر؛ أو في أمه الا الشبيه الذي يميزه عن ذاته؛ فقد نرى على سبيل المثال أن الطفل يبكي اذا واجهه أحد بوجه باكي (الطفل ما بين 6 أشهر-12 شهر)؛ وهذا لا يدل الا على أن هذا الطفل لا يفرق بين صورته وصورة الآخر التي التقطها؛ الا عن طريق المرآة وعن هذا ينتج تمييزه لنفسه عن الآخر. (ملال، 2017: 47-48). وبالتالي نرى أن صورة الجسم ذات أساس انفعالي على غير مخطط الجسم الذي أساسه عصبي، كمقارنة بينهما نرى أن في الحالة الأول، يكون الجسم معاشا كوسيلة أولى للعلاقة مع الاخرين، أما في الحالة الثانية فالجسم يستخدمكأداة للسلوك في المجال ونحو الاخرين، بالإضافة يمكنالتميزبين صورة الجسم التيتنتمي الى السجل الخيالي أما التصور الجسمي فيتعلق بالسجل الحسي الحركي المعرفي. (عبيد، 2018: 17).

إن هذا يمكننا من رؤية هذا تمييز الفرق الطفيف بين صورة الجسم ومخطط الجسم رغم التداخل الشديد بينهما، فالمخطط الجسمي هو عبارة عن تمثيل مواضع جسم الإنسان في الفضاء، ويحددها من خلال حركة الجسم والأعضاء الحسية، مما يحدد ويمثل الخصائص المكانية لأعضاء للجسم وتوضيح محيط الجسم، ونرمي بذلك كل من طول الأطراف وموضعها في الجسم وترتيبها الهرمي وشكل سطح الجسم، على غير صورة الجسم التي نعني بها التمثيل البصري للجسم (المظهر الخارجي أو الظاهري). حيث نرى أن صورة الجسم ذات قاعدة انفعالية لاشعورية تتحكم في تكوين مفهوم واضح عن الجسم وتكون مشاعر وانفعالات للفرد اتجاه الصورة الراسخة في ذهن الفرد وتتأثر بالمعايير الثقافية والاجتماعية، اما مخطط الجسم عبارة عن قاعدة عصبية تكون لنا مكانية أعضاء

الجسم وتناسق تكامل الجسد، وهذا المخطط يتحكم في أوضاع وتحركات الجسم في الفضاء.

كإضافة للفرق المفاهيمي بين صورة الجسم ومخطط الجسم؛ يكون مخطط الجسم كمفهوم واقعي حقيقي للجسم وكيفية تموضعه وحركته؛ بينما صورة الجسم تمثل مفهوم خيالي هوامي ومدى مطابقته للمفهوم الواقعي.لدى أنزو «Anzew» ان صورة الجسم تنشأ عندما يلتقي الجسد المادي مع الذات الجسمية، فهي تنتمي الى الشكل الخيالي وهي لا شعورية قاعدتها انفعالية اما مخطط الجسماني ذو قاعدة عصبية، بينما دالتو «Dalto» يرى ان المخطط الجسمي نفسه بالنسبة للجميع ويرتبط بالنضج العصبي، بينما صورة الجسم لا شعورية تخص كل فرد؛ اما هيد «Head» وهولمز «holmez» فوصفوا المخطط الجسمي يشير على حركة تركز الجسم كوحدة على غير صورة الجسم التي تتعامل مع وضعيات معينة تكون على المستوى الخيالي وهذا يجعلها تتأثر بالبيئة الاجتماعية والثقافية على عكس المخطط الجسمي الذي يتأثر بحالة الجسم فقط. (بن جديدي، 2017: 18).

إن تطوير مخطط الجسم هو عملية معقدة تستمر بعد الولادة، ويعتقد أن النبضات الحسية هي أصل مخطط الجسم (Rodrigues, 2020) يتم إنشاء مخطط الجسم من خلال مجموعة من المعلومات الحسية، في المقام الأول التحسسي واللمسي، والتي يتم دمجها للحفاظ على تمثيل الجسم ثلاثي الأبعاد (Kazumichi Matsumiya, 2021) يتم تحديث مخطط الجسم أثناء حركة الجسم، وعادة ما تكون هذه عملية غير واعية تستخدم في المقام الأول للتنظيم المكاني للعمل. مخطط الجسم عبارة عن مجموعة من الشبكات الأمامية الجدارية التي تدمج المعلومات الصادرة من مناطق الجسم والفضاء الخارجي بطريقة ذات صلة وظيفية بإجراءات محددة تؤديها أجزاء مختلفة من الجسم. يتميز مخطط الجسم

بالمرونة قصيرة المدى وإعادة التنظيم على نطاق زمني من الثواني، كما يتضح من التكامل. واذا تكلمنا عن مخطط الجسم (المخطط الجسدي بعبارة أخرى) فهو يحتل مكانة مهمة كونه يرتبط بنشاطات أدائية مختلفة؛ خاصة المرتبطة بالجانب نفس-حركي «Psychomoteur» وبالتالي أي خلل في التصور يؤدي بخلل في هذه الأنشطة، لأنه من أجل القيام بنشاطات حركية عادية بشكل فعال يجب على الانسان ان يقدر الحالة الساكنة والحركية للجسم ككل والأجزاء الفردية؛ هذه المعلومات مستمدة من عدد من حلقات التغذية الراجعة الحسية؛ ، بما في ذلك الإشارات التي تقع على المستقبلات الحسية في الجسم وربما كنتيجة لتجارب جماعية مع مثل هذه المدخلات الحسية المنفصلة، فقد تم اقتراحأن الأفراد يطورون في النهاية ما يمكن اعتباره إحساس فائق بالجسد، بغض النظر عن حركته في الفضاء أو الزمان؛ هذا الاحساس هو ما بات يعرف في الأدبيات النفسية والتربوية بالمخطط الجسم. خاصة في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة. (بن جخدل، 2021: 70-72). بالإضافة إلى ذلك، يلعب مخطط الجسم دورًا مهمًا في تكامل واستخدام الأدوات من قبل البشر، وفقًا لدراسات متعددة مثل تلك التي أجراها بيترو Pietro و مورا Maura في عام 2015، ورودريغيز Rodrigues في عام 2020. فهم الجسم لموقعه في الفضاء وكيفية تحريكه يمكن أن يؤثر بشكل مباشر على قدرة الفرد على استخدام الأدوات بكفاءة. تكلم أجيراجيرا «Ajuriagurra» أن الصورة الجسدية تكون مجزأة وتبنى بالتدريج لتكون موحدة "ككل منظم" لكي يعي بعدها بكليته الجسدية ويكون ذلك بعد السن "الثالثة" يكون للطفل وعي لجسمه الخاص لكن بصورة جزئية ليبني صورته الكلية، يكون هذا البناء متزامن مع "النضج العصبي" إضافة انه يرتبط بالنضج الانفعالي أيضا.

ومع نمو الطفل في المراحل التقدمية يكتسب قدرات ومهارات نظرا لنموه المعرفي فنراه يكتسب النموذج الطبولوجي لجسده في السن السادسة؛ ويكتسب مفاهيم معرفية تسمح بتكوين أولى الصور التمثلية للجسم «Image schématique»؛ وهذا ما يسمح للطفل للانتقال من التمثل الفضاء الطوبولوجي «Espace topologique» الى الفضاء الإقليدي «Espace eclidien»، وهذا الذي يسمح له باحترام الأبعاد والمحاور والعلاقات بين ابعاد الأشياء؛ وهذا يجعله مدركا للفضاء وفقا لأبعاده الاتساعية الثلاثة؛ وهذا الذي يسمح له بالتمثل الذهني للتصور الجسدي. (جلال، مهدي، بريكي، 2011: 183)

هذا الاكتساب يسمح له بالتحكم في جسده وفي حركاته والتي يكون تنظيمها حسب التخطيط الجسماني؛ كونه أصبح واعي بحجم جسمه وأنه يشكل حيزا في الفضاء؛ فمن يعاني من اضطراب في التخطيط الجسدي لن يتوصل الى تكوين بنيات الحيوية الفعالة؛ ويساعد على الادراك والوعي بالذات الكلي؛ فالجسم يسمح للفرد بتموضع في الفضاء والذي يسمح له بالتحرك يمينا ويسارا؛ واضطراب مخطط الجسم يمنع الفرد من السير بالطريقة الصحيحة أو العادية في العمر المحدد. (بن طالبي، 2021: 391-393)

فالتكامل الحسي هو قدرة الطفل على الشعور، والفهم، وتعميم المعلومات الحسية المدركة من خلال الجسد والبيئة المحيطة، ومن المعروف أن حواس البصر، والسمع،واللمس تعد من الحواس الرئيسية للإنسان، إلا أن إيرس ayres اهتمت بحاستين أخريين في نظريتها، وهما التوازن والإحساس بحركة الجسم"، إذأن إدراك الطفل لجسمه في الفراغ، والمحافظة على توازنه، له من الأهمية ما يسمح له بالتنقل، واللعب، والقفز، والجلوس المعتدل، ومسك الأشياء، ويساعده على الأداء الجيد لمهارات الحياة اليومية. (بن بوزيد، 2017)

غالبًا ما يفشل الأشخاص الذين يعانون من عدم التعرف او إهمال الجانب الأيسر من الجسم في استخدامه، هذا العجز، على الأقل جزئيًا، يُعزى إلى ضعف في "مخطط الجسم"، وهو تمثيل داخلي ديناميكي ثلاثي الأبعاد للخصائص المكانية والميكانيكية الحيوية لجسم الشخص (Branch Coslett,1998).

تعرف الطالبة اضطراب مخطط الجسم هو خلل أو عدم قدرة الشخص على إدراك وفهم واستخدام جسمه. يمكن أن يؤثر هذا الاضطراب على المهارات الحركية والتواصل والوعي بالجسد.

وكما سبق عرفنا اضطراب طيف التوحد على أنه اضطراب نمائي عصبي، وهو من أكثر الاعاقات النمائية غموضا لعدم الوصول الى أسبابه الحقيقية، والذي يتميز بسمات محددة من ناحية انعزاله وتمركزه حول ذاته وهو نوع من سلوكيات الغير تكيفية؛ إضافة الى عجزه الاجتماعي وقصوره في الكلام واللغة وسلوكيات نمطية متكررة، ونظرا لأن طيف التوحد اضطراب نمائي متعدد الاعاقات ويتباين من طفل لآخر. (طالبي، 2022: 225-226)

نرى أن هؤلاء الأطفال يعانون من مصاعب المعالجة الحسية عندما لا تستطيع أدمغتهم تفسير المعلومات الحسية التي يتلقاها؛ والتي تمس الحواس (النظام السمعي، النظام البصري، النظام اللمسي،النظام الشمي والذوقي، النظام الدهليزي)؛ ومما لاشك أن المصاعب في معالجة المعلومات الحسية تؤثر سلباً على سلوكيات الطفل طيف التوحدي وتفاعله ووتواصله مع المحيط. (فادية، 2018: 423)

فنرى أن الأطفال العاديين يدركون أجسادهم على الفور وهو ليس ما يكون عند أطفال طيف التوحد حيث يعيش هؤلاء الأطفال في عالم موازي، فهم غير قادرين على ادراك

حدود أجسادهم لذلك يجب عليهم خلقها؛ وهذا يعني أن طيف التوحديين لهم صعوبة في فصل نفسهم عن الآخر؛ حيث لا يبدو أنهم قد اختبروا سابقا الوجود الجسدي ومع ذلك يستخدمون أجسادهم لتوصيل أحاسيسهم (Behtane, 2019 : 313-314)

حيث يعتبر أن الأشياء الخارجية امتدادا لأجسادهم؛ الأحاسيس التي تنتجها هذه "الأحاسيس الموضوعية" تمنح الطفل شعوراً بالوجود؛ وهو شكل من أشكال الوهم الذي يحمي الجهاز العصبي النفسي لدى الطفل. (Ouedroago, 2015 : 14-15)

فنجد العديد من أطفال طيف التوحد يتمشون على أطراف أصابعهم، هذه الطريقة في المشي وحسب اندري «André Bullinger» طريقة ليشعر بجسده؛ حيث يقترح أن الطفل يبحث عن الإحساس الجسدي؛ فيمشي على أطراف أصابعهم ليحس بعضلات جسده.

كون هذه الطريقة في المشي تساعد على الضغط القوي على العضلات عن طريق رفع كعب الرجل عن الأرض؛ ففي علم النفس الحركي «psychomotricitées»، يتم عملهم عن طريق مختلف الطرق (الدلو، حوض، أنبوب،...) الذي يسمح للطفل الشعور بمحيط جسده ببطء من الخارج والداخل، وهذا يجعله يواجه صعوبات في اكتساب الجانبية (اليمين واليسار) وبالتالي تحديد البنية الزمكانية. (Agène , 2008 :27-28)

نرى في مجال التكامل الحسي الذي يستحق المزيد من البحث هو المعالجة البصرية اللمسية التحسسية. التكامل الدقيق للمدخلات البصرية واللمسية والمستقبلية يكمن وراء إحساسنا بالذات الجسدية (أي تمثيل الجسم)، بما في ذلك توطين الجسم (القدرة على تحديد موقع أطرافنا) والشعور بملكية الجسم (الوعي والفهم بأن جسدنا ينتمي فقط بالنسبة لنا، وأننا نستطيع رؤيتها والشعور بها وتحريكها؛ عند توطين الجسم وملكية الجسم أمرًا مهمًا لتحديد وتمييز ومقارنة أنفسنا مع الآخرين؛ على سبيل المثال، جادل العديد من الباحثين

بأن القدرة على اكتشاف أوجه التشابه بين حركات شخص آخر وحركاتنا هي أساس لاتخاذ المنظور والتعاطف مع الآخرين لأنها تنطوي على "الوقوف عقليًا في مكانهم".

وبالتالي، إذا كان التكامل البصري واللمسي واستقبال الحس العميق لا يتطور بشكل نموذجي، فقد يؤثر ذلك على تطور الذات الجسدية للفرد، مما يؤثر على مختلف العمليات الاجتماعية ذات الترتيب الأعلى. ودعمًا لهذا، وجدت دراسة حديثة (بيرسون وآخرون، 2016) تستكشف الآليات الكامنة وراء المنظور البصري، أن الأداء لدى الأطفال الذين ينمون بشكل طبيعي تم التنبؤ به من خلال الأداء الجيد في مهمة تمثيل الجسم، ومع ذلكلم يكن هذا هو الحال بالنسبة لأولئك الذين يعانون من اضطراب طيف طيف التوحد. علاوة على ذلك، كان هناك دليل على أن التمثيل غير النمطي للجسم يرتبط بضعف التعاطف لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد. (Daniel, 2018 :79)

وتنتشر المشكلات الحسية لدى الأطفال طيف التوحديين بنسبة 95%، وتتحدد هذه المشكلات في الإدراك البصري والسمعي واللمسي والشمي؛ بالإضافة إلى مشكلات في التوازن والإحساس بالألم وقصور في إدراك الصوت،كما يمثل اضطراب طيف التوحد أكثر أشكال الاضطرابات السلوكية، والانفعالية شدة وتطرفا لتأثريه الواسع في مختلف مجالات الشخصية السلوكية والجسمية والانفعالية وعلى الاجتماعية، والأطفالالمصابون بطيف التوحد هم فئة من فئات التربية الخاصة التي تحتاج إلى الرعاية والعناية من قبل القائمين على ميدان التربية الخاصة بمختلف تخصصاتهم. (الحلو، 2021: 111)

يُعتقد أنه من خلال الجسد وتحفيز تعابيرهم، يستطيع الأفراد المصابون باضطراب طيف طيف التوحد تنظيم وفهم البيئة المحيطة بهم، لأن حركة الجسم تؤثر على سلوكهم المعتاد، كونها عاملاً مهمًا في مزاجك وتواصلك.يُعتقد أنه من خلال الجسد وتحفيز

تعابيرهم، يستطيع الأفراد المصابون باضطراب طيف طيف التوحد تنظيم وفهم البيئة المحيطة بهم، لأن حركة الجسم تؤثر على سلوكهم المعتاد، كونها عاملاً مهمًا في مزاجك وتواصلك. (Elvio Marcos Boato, 2020)

من خلال ما تم طرحه في هذا العنصر يمكن توضيح أن طيف التوحد كاضطراب يؤثر على المعالجة الحسية والتي تعد عنصر أساسي في بناء مخطط الجسم؛ والتالي يؤثر على اكتساب مخطط الجسم ويظهر هذا جليا في عدم ادراكهم لحدود الجسد الخاص بهم، ويعتبرون أنفسهم امتدادا للآخر، إضافة الى تأثيره في سلوكياته اتجاه الآخرين ومهاراته الحركية والاجتماعية وحتى اللغوية.

وعليه نذكر دراسة دنيال روبار (Danielle Ropar) وآخرون (2018) التي أظهرت تأثير سمات التوحد على القدرة على تمثيل حركات الجسم والتعرف عليها، ودراسات أخرى مثل دراسة كاتي غرينفايلد Katie Greenfield وآخرون (2017)، ودراسة فابيان جولي Fabien Joly (2010)

كما أظهرت دراسة أجريت في جامعة ييل ونُشرت في مجلة "علم النفس الاستشاري" أن هناك اختلافات في تطور مخطط الجسم بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد بناءً على مستوياتهم العقلية. الأطفال ذوي مستويات أقل في التطور العقلي قد يظهرون مستويات أقل في مخطط الجسم،

نرى أيضا دراسة ليونس وفيتجيرالد (2012) Fitzgerald & Lyons تناولت هذه الدراسة تأثيرات شدة اضطراب طيف التوحد على مهارات مخطط الجسم، ووجدت أن الأطفال ذوي التوحد الشديد يظهرون صعوبات أكبر في تمثيل الجسم.

هناك دراسة أجريت في جامعة ستانفورد إلى وجود فروق بين الجنسين في مخطط الجسم، حيث أظهرت أن الأطفال الذكور المصابين باضطراب طيف التوحد يظهرون مستويات أقل في مخطط الجسم، أكدت دراسة في جامعة كارولينا الشمالية وجود تباينات في قدرات مخطط الجسم بين الأطفال المصابين بالتوحد بناءً على درجة الاضطراب.

تعزز الدراسات الأخرى التي تم تحليلها فهمنا لاضطراب مخطط الجسم لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، حيث توفر دعمًا إضافيًا في بعض النقاط، بينما تظهر تعارضًا في نقاط أخرى مثل الفروق بين الجنسين وتأثير درجة الاضطراب.

تحدد هذه الدراسات الفجوات البحثية الهامة التي تتطلب المزيد من الاستكشاف، مثل تأثير التفاعل بين العوامل المختلفة على اضطراب مخطط الجسم، والتنوع الفردي والفروق بين الجنسين والعمر. هذه الفجوات تشير إلى الحاجة الملحة لمزيد من الدراسات لتوفير فهم شامل ودقيق لهذه الظاهرة، مما سيساهم في تحسين الرعاية والدعم للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد

ببناء على ما سبق في بناء إشكالية الدراسة نطرح الإشكالية التالية: ما مستوى اضطراب مخطط الجسم لدى أطفال اضطراب طيف التوحد؟

2. تساؤلات البحث الفرعية:

- هل يؤثر اضطراب طيف التوحد على مخطط الجسم؟
- هل توجد اختلافات في درجات اضطراب مخطط الجسم باختلاف درجة طيف التوحد؟
- هل توجد اختلافات في درجات اضطراب مخطط الجسم باختلاف الجنس؟
- هل توجد اختلافات في درجات اضطراب مخطط الجسم باختلاف العمر الزمني؟

- هل توجد اختلافات في درجات اضطراب مخطط الجسم باختلاف العمر العقلي؟

3. أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة الى:

- معرفة مستوى اضطراب مخطط الجسم لدى أطفال اضطراب طيف التوحد.
- معرفة مدى تاثير اضطراب طيف التوحد على مخطط الجسم .
- معرفة مدى وجود اختلافات في درجات اضطراب مخطط الجسم باختلاف درجة طيف التوحد
- معرفة مدى وجود اختلافات في درجات اضطراب مخطط الجسم باختلاف الجنس
- معرفة مدى وجود اختلافات في درجات اضطراب مخطط الجسم باختلاف العمر الزمني
- معرفة مدى وجود اختلافات في درجات اضطراب مخطط الجسم باختلاف العمر العقلي

4. فرضيات الدراسة:

وبناءا على ما سبق من الدراسات السابقة يمكننا اقتراح الفرضيات التالية:

- يؤثر اضطراب طيف التوحد على مخطط الجسم
- توجد اختلافات في درجات اضطراب مخطط الجسم باختلاف درجة طيف التوحد
- توجد اختلافات في درجات اضطراب مخطط الجسم باختلاف الجنس
- توجد اختلافات في درجات اضطراب مخطط الجسم باختلاف العمر الزمني
- توجد اختلافات في درجات اضطراب مخطط الجسم باختلاف العمر العقلي

5. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه دراسة بشكل عام في:

- معرفة تأثيرات اضطراب طيف التوحد على مخطط الجسم والعوامل المؤثرة فيه بغرض الوقاية والكشف المبكر.

- المساهمة في تحسين حياة الأطفال المصابين بالاضطراب من خلال تحسين فهمنا لطبيعة الاضطراب.

- تطوير طرق تشخيص وعلاج أكثر فعالية للمصابين باضطراب مخطط الجسم لدى أطفال طيف التوحد.

6. حدود الدراسة:

الحدود الموضوعية: تعالج هذه الدراسة موضوع اضطراب مخطط الجسم لدى الأطفال مصابين ذوي اضطراب طيف التوحد.

الحدود الزمانية: تمت الدراسة الحالية من 01 فبراير 2024 الى 01 ابريل 2024 .

الحدود المكانية: تمت الدراسة في مركز التكفل بأطفال التوحد بولاية عين تموشنت.

الحدود البشرية: تمت الدراسة على 04 حالات تعاني من اضطراب طيف التوحد

الحدود القياسية: التشخيص والقياس تم بأدوات القياس التالية: مقياس كارز « C.A.R.S »، مقياس جيليام -2 « G.A.R.S-2 »، الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM-5، اختبار رسم الرجل، اختبار مخطط الجسم.

7. مصطلحات الدراسة:

1.7. مخطط الجسم: المخطط الجسم «Body Schema» من أهم المواضيع التي يتم طرحها ولاتزال حتى الآن تطرح في ميدان علم الأعصاب، حيث يكسبه الوعي الذاتي ومفهوم الأنا، حيث أكد جاك لاكان «J.Lacan» على مرحلة المرآة « Le Stade de miroir» والتي تكون بين ستة أشهر وعام ونصف، وهي الفترة التي يتمكن فيها الفرد للمرة الأولى من تصور نفسه باعتباره كيانا متناسقا يتحكم بذاته على رغم عدم اكتمال سيطرته على نشاطه الجسمي حيث يستطيع الحصول على هذه الصورة بشكل مجسد عندما يرى صورته في المرآة.

مخطط الجسم هو مفهوم يستخدم في العديد من التخصصات، بما في ذلك علم النفس، وعلم الأعصاب، والفلسفة، والطب الرياضي، والروبوتات؛ ويشير إلى مجموعة العمليات التي تسجل وضعية أجزاء الجسم في الفضاء، والتي يتم تحديثها أثناء حركة الجسم؛ (Pietro, Maura, 2015) هذه العملية عادة غير واعية وتستخدم في المقام الأول للتنظيم المكاني؛ ولذلك فهو تمثيل عملي لخصائص الجسم المكانية، والتي تشمل طول الأطراف وأجزاء الأطراف، وترتيبها، وتكوين الأجزاء في الفضاء، وشكل سطح الجسم. (Yochai Ataria et al , 2021).

رسم أو تصوير لأجزاء الجسم البشرية. يمكن أن يكون مخططًا تخطيطيًا بسيطًا، مما يجعل الفرد يعي بجسده، والوعي بالوحدة الجسدية وحدوده الجسمانية، التوجهات الجانبية (اليمين /اليسار)، التموضع في الفضاء.

تلعب المعلومات الحسية دورًا حاسمًا في تطوير وصيانة مخطط الجسم. مخطط الجسم عبارة عن خريطة حسية حركية للجسم يتم تحديثها باستمرار، وهي ضرورية للأنشطة

الحركية الفعالة. تشمل المعلومات الحسية التي تساهم في تطوير مخطط الجسم ما يلي: معلومات التحفيز: تأتي هذه المعلومات من المستقبلات الموجودة في العضلات والأوتار والأربطة والجلد، مما يوفر ردود فعل حسية حول وضع الجسم وحركته؛ المعلومات الحركية: هذه المعلومات مستمدة من الأذن الداخلية أو الحاسة الدهليزية التي توفر التوجيه والاتجاه وسرعة حركة الرأس؛ المعلومات اللمسية: هذه المعلومات مستمدة من الجلد، وتوفر ردود فعل حسية حول سطح الجسم وتفاعله مع الأشياء الخارجية، المعلومات البصرية: هذه المعلومات مستمدة من العيون، حيث توفر تغذية راجعة حسية حول مظهر الجسم وتفاعله مع الأشياء الخارجية.(John E. Mendoza, 2011)

ينشأ مخطط الجسم من تفاعل طرائق حسية متعددة، ويتميز بالمرونة قصيرة المدى وإعادة التنظيم على نطاق زمني من الثواني (Tobias Heed and Brigitte Rider , 2012) مخطط الجسم عبارة عن مجموعة من الشبكات الأمامية الجدارية التي تدمج المعلومات الصادرة من مناطق الجسم والفضاء الخارجي بطريقة ذات صلة وظيفية بإجراءات محددة تؤديها أجزاء مختلفة من الجسم (Pietro, Maura, 2015)، يسمح هذا التكامل بتمركز المحفزات في الفضاء الخارجي بالنسبة للجسم، وهو أمر ضروري للأنشطة الحركية الفعالة.

يدمج الدماغ المعلومات الحسية لتطوير مخطط الجسم من خلال سلسلة من العمليات التي تشمل مناطق دماغية متعددة وطرائق حسية؛ مخطط الجسم هو تمثيل لخصائص الجسم المكانية، بما في ذلك طول الأطراف وأجزاء الأطراف، وترتيبها، وتكوين الأجزاء في الفضاء، وشكل سطح الجسم (Pietro, Maura, 2015)، يدمج الدماغ المعلومات الحسية

والحركية واللمسية والبصرية لبناء مخطط الجسم (Tobias Heed and Brigitte Röder , 2012).

حسب (KazumichiMatsumiya, 2021) يكون ذلك من خلال المعالجة متعددة الحواس؛ هنا يحاول الدماغ فهم جميع الحواس من خلال دمج جميع المعلومات المتاحة؛ ينشأ مخطط الجسم من تفاعل طرائق حسية متعددة، مثل المعلومات الحسية والحركية واللمسية والبصرية؛ إضافة الى تمثيل أجزاء الجسم عندما يتم تمثيل المعلومات عن أجزاء الجسم وحركتها ووضعيتها في شبكة واسعة الانتشار في الدماغ يبدو أن إدراك حركة الأطراف يعتمد على الهياكل الحركية، في حين أن المناطق الجدارية متعددة الحواس لها أهمية خاصة لتمثيل أجزاء الجسم، نضيف تكامل المعلومات الحسية عندما لا يتم تمثيل مخطط الجسم بالكامل في منطقة واحدة من الدماغ، على سبيل المثال، يتم ترميز مخطط القدمين واليدين بواسطة مناطق مختلفة من الدماغ، في حين يتم تمثيل الأصابع بجزء منفصل تمامًا؛ يسمح هذا التمثيل الموزع بدمج المعلومات الحسية من مصادر مختلفة لبناء مخطط جسم موحد.

يضيف (Pietro, Maura, 2015) التكيف وإعادة التنظيم حينما يتميز مخطط الجسم بالمرونة وإعادة التنظيم على المدى القصير على مقياس زمني بالثواني، وهذا يسمح بالتكامل السريع للأدوات في مخطط الجسم، كما يتضح من الدراسات التي سجلت نشاط الخلايا العصبية في القشرة الجدارية في قرود المكاك.

يمثل مخطط الجسم الموضع والتكوين الجسد كجسم حجمي في الفضاء. بشكل حاسم، مخطط الجسم يدمج المعلومات اللمسية من الجسم مع معلومات التحسس حول تكوين

الأطراف في الفضاء؛ وهذا التكامل يعني حدوث حافز على الجسم يمكن أن تكون مترجمة في الفضاء الخارجي.

تسمح المعلومات حول الزوايا المشتركة لذراعي اليسرىلي أن أبرمج حركة سريعة لذراعي اليمنى لضرب الذبابة. وبالتالي، فإن الأحاسيس اللمسية إلزاميةتتحول من مواقع سطح الجسم إلى مواقع فيه الفضاء الخارجي، مما يوحي بأن تصورات مخطط الجسم تهيمن على التمثيلات الأولية فيالسلوك البشري الطبيعي؛ على سبيل المثال، يسهل التحفيز البصري على الجانب الأيمن

معالجة التحفيز اللمسي اللاحق على أيهما اليد مجاورة للحدث البصري. في الوضع الطبيعي، واليد اليمنى تدل على هذا التيسير، أما إذا كانت اليدين متقاطعة فإن اليد اليسرى تظهر فائدة مماثلة. (P. Haggard, 2002).

من خلال ما تم رؤيته من تعريفات يمكن مناقشة الفروق المهمة في المصطلحين المتداخلين والمتشابكين:

كما نرى أنه من القدم حدث اختلاط بين مفهوم مخطط الجسم وصورة الجسم ومفاهيم أخرى مقاربة، لكن هذا الخلط كان في أشد مظاهره بين مخطط الجسم «Body Schema» وصورة الجسم «Body Image»؛ حيث شاع استخدامهما كمرادفين سواء في ميدان العلم أو غيرها من الميادين، وكما ذكرنا سابقا لازال هذا الخلط قائما في كثير من الأدبيات المعاصرة التي واجهتها خلال بحثي، حيث يتم الإشارة لمصطلح بالمصطلح الآخر؛ في المقابل نجد الكثير من البحوث والمقالات التي ظهرت لوضع الفاصل بينهما كمصطلحين متداخلين، وتعريفهما بطريقة واضحة، رغم التداخل الموجود الا أنه تم الفصل بينهما.

يمكن الإشارة للمخطط الجسم «Body Schema» وهو الإحساس الغير مرئي للجسم، والذي انحدر من المفهوم التصور الوصفي «le schéma postural» كما جاء في أعمال هيد Head والتي ارتكزت على الملاحظات العلمية للمصابين بجراح الجمجمة.

فالمخطط الجسمي الصورة التي يمتلكها الفرد عن جسمه بما فيها مختلف أعضاءه الداخلية وكذلك المكانة الوضعية التي يأخذها المحيط الفضائي، فهذا المفهوم يتطور من نمو الفرد كمن كل مرحلة لأخرى ي مرحلة البلوغ مثلا يتغير شكل الجسم وبالتالي، تتغير الصورة التي يمتلكها المراهق عن جسمه.

وبالتالي نرى أن صورة الجسم ذات أساس انفعالي على غير مخطط الجسم الذي أساسه عصبي، كمقارنة بينهما نرى أن في الحالة الأول، يكون الجسم معاشا كوسيلة أولى للعلاقة مع الاخرين، أما في الحالة الثانية فالجسم يستخدم كأداة للسلوك في المجال ونحو الاخرين، بالإضافة يمكن التميز بين صورة الجسم التي تنتمي الى السجل الخيالي أما التصور الجسمي فيتعلق بالسجل الحسي الحركي المعرفي. (عبيد، 2018: 17)

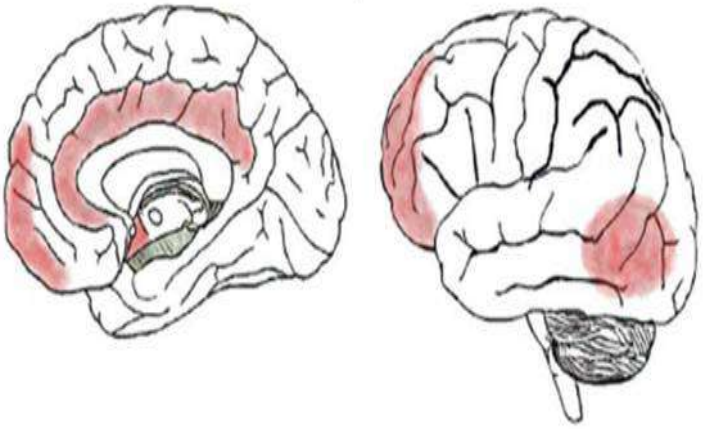
وهذا يمكننا من رؤية هذا تمييز الفرق الطفيف بين صورة الجسم ومخطط الجسم رغم التداخل الشديد بينهما، فالمخطط الجسمي هو عبارة عن تمثيل مواضع جسم الإنسان في الفضاء، ويحددها من خلال حركة الجسم والأعضاء الحسية، مما يحدد ويمثل الخصائص المكانية لأعضاء للجسم وتوضيح محيط الجسم، ونرمي بذلك كل من طول الأطراف وموضعها في الجسم وترتيبها الهرمي وشكل سطح الجسم، على غير صورة الجسم التي نعني بها التمثيل البصري للجسم (المظهر الخارجي أو الظاهري).

حيث نرى أن صورة الجسم ذات قاعدة انفعالية لاشعورية تتحكم في تكوين مفهوم واضح عن الجسم وتكون مشاعر وانفعالات للفرد اتجاه الصورة الراسخة في ذهن الفرد وتتأثر

بالمعايير الثقافية والاجتماعية، اما مخطط الجسم عبارة عن قاعدة عصبية تكون لنا مكانية أعضاء الجسم وتناسق تكامل الجسد، وهذا المخطط يتحكم في أوضاع وتحركات الجسم في الفضاء.

كإضافة للفرق المفاهيمي بين صورة الجسم ومخطط الجسم؛ يكون مخطط الجسم كمفهوم واقعي حقيقي للجسم وكيفية تموضعه وحركته؛ بينما صورة الجسم تمثل مفهوم خيالي هوامي ومدى مطابقته للمفهوم الواقعي.

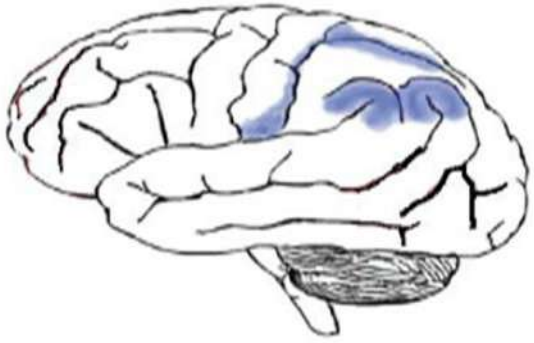
حتى المناطق المسؤولة عنهما في القشرة المخية تختلف وهذا الرسم التخطيطي يوضح الاختلاف.



الشكل (01) يوضح رسم تخطيطي للمناطق المسؤولة عن صورة الجسم في القشرة الدماغية.

ومن هذا المخطط يتضح أن المناطق المسؤولة هي منطقة الفص الجبهي والجهاز اللمبي؛ حتى أنه تم اجراء العديد من الدراسات من بينها وضحت أن الباحة البصرية لها دور إضافة الى الغدة النخامية، والفص الجبهي الصدغي.

بينما "مخطط الجسد" الباحات المسؤولة عنه هي الموضحة في الشكل (02) كما نرى أن هناك تفاعل مع الباحات القشرية الأخرى خاصة التي تعالج المعلومات البصرية والسمعية والدهليزية، والمتموقعة في كل من الفص الجداري العلوي والفص الصدغي.



الشكل (02) رسم تشكيلي يوضح رسم تخطيطي الباحات المسؤولة عن المخطط الجسدي.

كخلاصة القول للفرق بينهما ان المخطط الجسمي عصبي معرفي يقتضي النضج العصبي لمعرفة الخصائص المكانية للجسم بينما صورة الجسم لها خصائص عصبية يضاف اليها خصائص سيكولوجية اجتماعية؛ لكن كلاهما ضروري للنمو السليم للفرد وتشكيل صورة سوية موحدة للجسم، فإدراكنا لبناء الجسم ومعرفة وضعيتنا في الفضاء ومدى تناسق أعضاءه وقدرته في التحكم به يشكل لنا "المخطط الجسمي" الذي يسمح لنا ببناء صورة الجسد بشكل واضح وسليم، وعندما تندمج المشاعر لتحديث تعديل او تغيير في فكرة الفرد عن جسده مما يشكل صورة الجسم والتي تكون بالقبول او الرفض. (بن جديدي، 2017)

2.7. اضطراب مخطط الجسم: حسب TBC (Talking Brains Center) اضطراب مخطط الجسم هو حالة عصبية تؤثر على كيفية إدراك الأفراد لمكونات جسدهم الخاصة وعلاقتها المكانية. يمكن أن يؤدي إلى الارتباك والتشويش في معالجة المعلومات الحسية المتعلقة بالجسم، مما يؤدي إلى تحديات في موقف الجسم والحركة والتوجيه المكاني. تشمل بعض الأعراض الشائعة لاضطراب مخطط الجسم صعوبة تحديد أجزاء الجسم أو تفاعلاتها في الفضاء، وتنسيق متدني، وشعور بفقدان جزء من الجسم، ومشاكل في مهام

التخطيط الحركي، وحركات الجسم غير المتحكم بها، وشعور بأن بعض أجزاء الجسم لا تشعر وكأنها جزء من الجسم.

يذكر ساتين وآخرون (2023) Sattin & al تقنيات العلاج مثل الاستشارات وتقنيات الاسترخاء وتمارين الحركة وممارسات الوعي يمكن أن تساعد الأفراد الذين يعانون من اضطراب مخطط الجسم في فهم وإدارة أعراضهم بشكل أفضل، مما يحسن اتصالهم بأجسامهم. يمكن أن يساعد العلاج أيضًا في التعامل مع أي قضايا نفسية مرتبطة تساهم في الاضطراب.

مفهوم مخطط الجسم حاسم لفهم هذا الاضطراب. يشير مخطط الجسم إلى النموذج الداخلي للفرد لجسده، بما في ذلك وضع الأطراف، ويلعب دورًا حيويًا في التحكم في الحركة وتنظيم المساحي. يتضمن كلا النظامين المركزي (عمليات الدماغ) والطرفي (الحسية) تسجيل وضعية أجزاء الجسم في الفضاء وتحديثها أثناء الحركة. يعد مخطط الجسم متميزًا عن الصورة الجسدية، حيث يركز الأول على الخصائص المكانية ووضع الأطراف، بينما تتضمن الثانية الإدراكات والمواقف تجاه جسد الفرد.

باختصار، يعد اضطراب مخطط الجسم حالة تعطل كيفية إدراك الأفراد وتعاملهم مع مكوناتهم الجسدية الخاصة والتوجيه المكاني، مما يؤدي إلى تحديات مختلفة في الوظيفة الحركية ومعالجة الحسية. تعتبر التدخلات العلاجية وفهم مخطط الجسم أمورًا أساسية في إدارة هذا الاضطراب بشكل فعال.

3.7. اضطراب طيف التوحد: تعريف ليو كانر «Kanner Leo»: عرفه على أنه مجموعة من السلوكيات الغريبة، وركز على امتلاكهم للاضطرابات التواصل والمشاكل

الاجتماعية، كما أنه وصفهم بالانعزال والانطواء ولايتحملون التغيير. (إسماعيل، 2012: 11)

ويعتبر كارنر «Karnner» أول من قدم عرض تشخيصي للتوحد التقليدي عام "1943" والذي أطلق عليه ذلك الوقت "التوحد الطفولي المبكر" من خلال ملاحظته ل"11" حالة. ويوضح كارنر «Karnner» النقاط التالية في تعريف التوحد مركزا على الصفة الأولى والثانية؛ حيث لاحظ انطواءهم على ذاتهم، التفكير الاجتراري، ووضع أعراض طيف التوحد المميزة له والمتمثلة في:

- الانطواء التوحدي «Le retrait autistique»
- انعدام الرغبة في التغيير «Le besoin d'immuabilité»
- النمطية «Stéréotype »
- المصاداة الصوتية «Répétition écolalique» (بوزيان، 2022)

تعريف كولمان «Coleman» على أنه احدى الاضطرابات الارتقائية العامة التي تتسم بقصور واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي والقدرة على التواصل كما أنها تتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات والأنماط السلوكية المحدوجة مع وجود اضطرابات في اللغة والكلام، وتبدأ قبل السنة الثالثة من العمر. (بوبعاية، بابيش،2018: 40)

تعريف رتفو فريمان «Ritvo-freeman» :ويتضمن هذا التعريف الذي وضعه كل من رتفو وفريمان «Ritvo-freeman» والذي أخذت به الجمعية الوطنية لأطفال التوحديين في المملكة المتحدة سنة 1978 «NSAC»؛ أربعة مظاهر والتي تظهر قبل أن يصل الطفل الى (30) شهر وهذه المظاهر هي:

- اضطراب في معدل النمو وسرعته.

- اضطراب حسي عن الاستجابة للمثيرات.
- اضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة.
- اضطراب في التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص. (لحسن، خشاب، 2018: 138-139)
- يمكن تعريف التــوحد على أنه اضطراب نمائي عصبي، مما يؤدي الى اضطرابات على مستوى كل من: اللغة، التواصل، التفاعل الاجتماعي، السلوك، المدخلات الحسية إضافة الى القدرة الفكرية (Gokulchandran, Sane, Biju, Shetty, 2015 : p3).

حيث يتم تعريفه على أساس متلازمة نمائية عصبية والذي يعرف بالقصور الاجتماعي وقصور في التواصل، مع سلوكيات تكرارية، وهو اضطراب يتم والذي عادة يظهر في الطفولة؛ في ثلاث سنوات الأولى. (Catherine, 2011)

ومن خلال ما تم التعرض له من تعريفات السابقة نعرض تعريفا للتوحد على أنه اضطراب عصبي نمائي؛ يظهر بداية (03) سنوات الأولى للطفل، يتميز بخصائص تتمثل بالانعزال والانطواء (قصور اجتماعي)، إضافة الى سلوكيات نمطية، قصور في التواصل وتطور اللغة والكلام، إضافة الى المصاداة الكلامية؛ لازال مبهم الأسباب والعوامل الى يومنا هذا.

اضطراب عصبي نمائي؛ يظهر بداية (03) سنوات الأولى للطفل، يتميز بخصائص تتمثل بالانعزال والانطواء (قصور اجتماعي)، إضافة الى سلوكيات نمطية، قصور في التواصل وتطور اللغة والكلام، إضافة الى المصاداة الكلامية؛ لازال مبهم الأسباب والعوامل الى يومنا هذا.

الفصل الثاني
منهجية الدراسة وإجراءاتها

تمهيد

منهج الدراسة

الدراسة الاستطلاعية

عينة الدراسة

خصائص عينة الدراسة

الدراسة الأساسية

أدوات الدراسة

الفصل الثاني

منهجية الدراسة واجراءاتها

تمهيد:

البحث العلمي هو منهج أساسي لتطوير المعرفة وفهم الظواهر الطبيعية والاجتماعية، حيث يُنفذ بتصميم دراسات علمية وفق منهجية تتضمن عدة خطوات مثل تحديد المشكلة البحثية ووضع الفرضيات وجمع وتحليل البيانات. يهدف البحث العلمي إلى إنتاج معرفة جديدة وفهم العلاقات السببية وتطوير العلاجات والتقنيات الجديدة.

تثبت الدراسات العلمية أهمية الجانب التطبيقي في مجال التعامل مع الحالات المتأثرة بالتوحد والتي تسهم في تحسين جودة الخدمات والرعاية المقدمة للأفراد المعنيين وأسرهم. يعتمد الجانب التطبيقي على تطبيق المفاهيم والأساليب النظرية في سياق عملي يساعد في تحقيق نتائج إيجابية وفعّالة.

1. المنهج المستخدم:

إن طبيعة الدراسة وفرضياتها تقتضي تحديد المنهج الذي يتلاءم معها ويخدمها فيتحليل نتائجها، وقد تم اختيار المنهج العيادي، إذ نريد من خلال هذه الدراسة أن نقدم وصفا محدد ودقيقا لموضوع مخطط الجسدوذلك من خلال اختبار التصور الجسدي ورسم الشخص، وهذا ما سيبنه لنا منهج الدراسة حيث:

استخدمت الطالبة المنهج العيادي والذي يعتبر من المناهج الأساسية والرئيسية للدراسات النفسية، يتيح اختيار المنهج العيادي في دراسة اضطراب التصور الجسدي عند أطفال التوحد التركيز على الجانب العملي والتطبيقي، حيث يمكن للباحث جمع البيانات المباشرة من خلال مراقبة سلوك الأطفال وتفاعلاتهم في بيئتهم الطبيعية. كما يمكن للباحث التفاعل

مباشرة مع المرضى والتعرف على تحدياتهم واحتياجاتهم، هذا يساعد في إجراء دراسة شاملة وفعّالة حول الاضطراب، ويوفر إطارًا مناسبًا لتحديد أفضل السبل لتقديم الدعم والعلاج.

2. الدراسة الاستطلاعية:

البحث الاستطلاعي هو عملية بحثية تستهدف جمع البيانات من عينة محددة من المجتمع عن طريق استخدام استطلاعات أو استبيانات، بهدف فهم وتحليل آراء واتجاهات الأفراد في موضوع معين أو مجموعة من الأسئلة.

أهمية الدراسة الاستطلاعية في مجال اضطراب مخطط الجسم للأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد تظهر في عدة جوانب في مركز التكفل بأطفال التوحد.

بداية، كانت هذه الدراسة الاستطلاعية مرجعًا هامًا لفهم احتياجات وتحديات الأطفال الذين يعانون من اضطراب التصور الجسدي في مركز الرعاية لأطفال التوحد. تمنح الدراسة منصة لأولياء الأمور والموظفين في المركز للتعبير عن أفكارهم وتجاربهم حول الخدمات المقدمة.

بالإضافة إلى ذلك، ساعدت الدراسة الاستطلاعية في تقييم فعالية البرامج والتدخلات التي تُقدم في مركز رعاية الأطفال التوحديين لعلاج اضطراب مخطط الجسم، وبالتالي، تُسهم في تحسين جودة الرعاية وتطوير البرامج بشكل مستمر لتلبية احتياجات الأطفال بشكل أفضل.

بالإضافة إلى ذلك، وفرت الدراسة الاستطلاعية منصة لجمع البيانات حول اضطراب اضطراب مخطط الجسم وتأثيره على الأطفال المصابين بالتوحد، مما يساعد في توجيه البحوث الأكاديمية والعلمية لفهم هذا الاضطراب بشكل أكثر عمقا وفعالية.

في النهاية، كما انها ساهمت في تعزيز فرص التواصل والتفاعل بين فريق العمل في المركز وبين أولياء الأمور والمشاركين الآخرين، مما يعزز فهم المشترك وتحديد الأولويات والعمل المشترك لتحسين الرعاية والدعم للأطفال المعنيين.

من خلال الدراسة الاستطلاعية، يتبين أن الطالبة قد زادت فهمًا أكثر عمقاً لحالات الأطفال الذين يتلقون العناية في المركز، مما يساعدها في اتخاذ إجراءات فعّالة بالتعرف على تلك الحالات والتفاعل مع الأطفال المعنيين، وبناء علاقات إيجابية معهم.

3. عينة الدراسة:

قمنا بالدراسة الحالية على طفلين من أطفال التوحد ما بين عمر 4-16 سنة من قائمة الأطفال التوحديين المتكفل بهم سنة 2023"-2024"، بمركز التكفل بالتوحد في ولاية عين تموشنت؛ تم اختيار اربع حالات وق الشروط التالية:

- ان يكون أفراد العينة من أطفال التوحد المتكفل بهم داخل المركز.
- ان يكون اعمار الأطفال ما بين 4- 11 سنة لأن الاختبار المستخدم (اختبار التصور الجسدي) ينطبق فقط على هذه الفئة.
- ان يكون قادر على الكتابة وامساك القلم (لاختبار رسم الرجل)

4. خصائص عينة الدراسة:

من خلال هذا الجدول، نسعى إلى توفير نظرة شاملة على خصائص العينة، مما يسهم في تحليل البيانات بطريقة منهجية ودقيقة، تتضمن خصائص العينة التي سيتم استعراضها في الجدول التالي معلومات حول العمر، الجنس، درجة التوحد.

الجدول رقم (01) : خصائص الحالات

	الجنس	العمر الزمني	درجة التوحد
حالة (1)	ذكر	11 سنة	متوسط
حالة (2)	انثى	8 سنوات	خفيف
حالة (3)	ذكر	8 سنوات	خفيف
حالة (4)	انثى	7 سنوات	شديد

الجدول يوفر معلومات مهمة حول أربع حالات لأشخاص يعانون من اضطراب طيف التوحد التوحد. من خلال الجدول، يمكن فهم مجموعة متنوعة من العوامل المتعلقة بكل حالة، مثل الجنس، العمر، مستوى التوحد. هذه المعلومات تساعد في تحديد احتياجات الفرد وتوجيه الخدمات والدعم بشكل فعال. كما تعكس التفاصيل المذكورة في الجدول التنوع في مظاهر وخصائص الأشخاص الذين يعيشون مع التوحد، وتؤكد على أهمية تخصيص العناية الفردية والتوجيه المباشر لكل حالة.

5. حدود الدراسة:

1.5. حدود الدراسة المكانية:

تمت الدراسة التطبيقية في "مركز التكفل بأطفال التوحد، الذي تأسس سنة 2017 وهو تابع لمديرية النشاط الاجتماعي التي تقع بمدينة عين تموشنت. يستقبل أطفال التوحد من عمر(6 سنوات-17 سنة).

2.5.حدود الدراسة الزمانية :

دامت فترة الدراسة في "مركز التكفل بالتوحد" بولاية عين تموشنت؛ مدة (03) أشهر من 01 فيفري 2024 الى غاية 30 أفريل 2024 من الموسم الجامعي 2023-2024،

وكانت المقابلات في فترة من 09:00-14:30 وتتخللها فترات الراحة كما أن تقنية الملاحظة كانت لمدة 13 يوما لكل حالة.

5. أدوات المستخدمة:

1.6. دراسة الحالة:

تعتبر دراسة الحالة من الأدوات الرئيسية التي تعين الأخصائي النفسي على تشخيص وفهم حالة الفرد وعلاقته بالبيئة، والمقصود بها جميع المعلومات المفصلة والشاملة التي تجمع عن الفرد المعنى بالدراسة في الحاضر والماضي، دراسة الحالة تاريخ شامل لحياة الفرد المعني بدراسة تاريخ الحالة وماهي الا جزء من دراسة الحالة. وقد تم اختيارها لأنها تعتبر أداة بحثية فريدة وفعّالة في فهم وتحليل الظواهر المعقدة مثل اضطراب التصور الجسدي لدى أطفال التوحد، وتتيح لنا فرصة لاستكشاف تجارب الأطفال الفردية وفهم تفاعلاتهم مع العوامل البيئية والنفسية المحيطة بهم. من خلال تحليل الحالة الفردية، يمكن تحديد العوامل المؤثرة والتفاعلات المعقدة التي قد تسهم في ظهور وتطور اضطراب التصور الجسدي لدى هؤلاء الأطفال.

2.6.الملاحظة: ان اختيار الملاحظة العيادية كأداة دراسة في موضوع اضطراب مخطط الجسم يعتمد على عدة أسباب تجعلها أداة فعالة ومفيدة لفهم هذا الاضطراب بشكل أعمق. فيما يلي بعض الأسباب الرئيسية حسب رؤية الطالبة :

- **ملاحظة السلوكيات الفعلية:** اضطراب مخطط الجسم يتضمن سلوكيات معينة، مما يوفر بيانات دقيقة حول كيفية تعبير الأفراد عن اضطرابهم في الواقع.

- **تقييم الاستجابات غير اللفظية:** الأشخاص الذين يعانون من اضطراب مخطط الجسم قد لا يعبرون دائمًا عن أفكارهم ومشاعرهم بالكلمات. من خلال الملاحظة العيادية، يمكن

للباحثين تقييم الاستجابات غير اللفظية مثل لغة الجسد، تعابير الوجه، ونبرة الصوت، والتي يمكن أن تكون مؤشرات مهمة على شدة الاضطراب وتأثيره على الفرد.

- **التفاعل مع البيئة:** الملاحظة العيادية تمكن الباحثين من رؤية كيفية تفاعل الأفراد مع بيئتهم ومع الآخرين، مما يوفر فهمًا أعمق لتأثير الاضطراب على الحياة اليومية، العلاقات الاجتماعية، والأداء الوظيفي.

- **التكامل مع أدوات أخرى:** يمكن دمج الملاحظة العيادية مع أدوات تقييم أخرى مثل المقابلات المنظمة، الاستبيانات، والاختبارات النفسية، مما يوفر نهجًا شاملاً لفهم اضطراب مخطط الجسم.

- **توفير بيئة آمنة ومراقبة**: في بيئة عيادية، يمكن مراقبة الأفراد في ظروف مضبوطة وآمنة، مما يسمح بجمع بيانات موثوقة ودقيقة دون التدخل في الحياة اليومية للأفراد.

تم استخدام بطاقة الشبكة العيادية لملاحظة السلوك التوحدي استخدام بطاقة الشبكة العيادية لملاحظة السلوك التوحدي يُعَدّ من الأدوات الفعّالة في دراسة وتقييم السلوكيات المرتبطة بالتوحد. هناك عدة أسباب لاختيار هذه الأداة، وفيما يلي أبرزها:

- **التقييم المنهجي والمقنن:** بطاقة الشبكة العيادية توفر إطارًا منهجيًا ومنظّمًا لتقييم السلوكيات التوحدية، مما يضمن أن جميع الجوانب المهمة تُلاحَظ وتُسجَّل بطريقة متسقة.

- **تحديد أنماط السلوك:** يمكن لهذه البطاقة أن تساعد في تحديد الأنماط المتكررة للسلوكيات التوحدية، مثل التكرارية، والمصالح الضيقة، والصعوبات في التفاعل الاجتماعي. هذا يساعد في بناء صورة شاملة عن الحالة.

- **التقييم الشامل والمفصل:** بطاقة الشبكة العيادية تغطي مجموعة واسعة من السلوكيات والمواقف، مما يسمح بجمع بيانات شاملة ومفصلة حول السلوكيات التوحدية في مختلف البيئات والظروف.

- **الموثوقية والمصداقية:** استخدام بطاقة مقننة ومعتمدة يزيد من موثوقية ومصداقية البيانات المُجمَّعة، مما يسهم في تحسين جودة التقييم والتشخيص.

- **تحديد الاحتياجات الفردية**: من خلال ملاحظة السلوكيات التوحدية باستخدام بطاقة الشبكة العيادية، يمكن تحديد الاحتياجات الفردية لكل طفل أو بالغ يعاني من التوحد، مما يساعد في تصميم برامج تدخل وعلاج مخصصة وفعالة.

- **التفاعل مع البيئة الطبيعية**: ملاحظة السلوكيات في البيئة الطبيعية أو العيادية يمكن أن توفر رؤى دقيقة حول كيفية تأثير التوحد على الحياة اليومية للفرد، بما في ذلك التفاعل مع الآخرين والتكيف مع المتغيرات البيئية.

- **التوثيق الدقيق للسلوكيات:** البطاقة تساعد في توثيق السلوكيات بطريقة منهجية، مما يسهل عملية المتابعة وتقييم التغيرات على مدى الزمن.

أ- **المقابلة :** اعتمدت الطالبة على ثلاث أنواع من المقابلة العيادية في الدراسة الحالية، وهي: المقابلة الموجهة، النصف موجهة، الحرة. وذاك بهدف جمع بيانات حول السلوك التوحدي واضطراب مخطط الجسم يأتي من ضرورة تحقيق دقة وعمق في جمع المعلومات. الاعتماد على المقابلة الموجهة، النصف موجهة، والحرة يمكن أن يكون له عدة دواعي وأسباب رئيسية، منها جمع بيانات شاملة ومتنوعة عن الحالات.

4.6. مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد-الإصدار الثاني (GilliamAutism Rating Scale –Second Edition (GARS-2)):

أ- **وصف المقياس:** مقياس جيليام التقديري للتوحد- الإصدار الثاني هو أداة قياسية مصممة لتقييم الأشخاص المصابين بالتوحد وغيره من الاضطرابات السلوكية الشديدة، يوفر جيليام– 2 معلومات معيارية المحك يمكن ان تساعد في تشخيص اضطراب التوحد.

ب- **اختيار البنود:** تستند البنود الواردة في جيليام الى تعريفات اضطرابات التوحد التي تبنته DSM-IV-TR الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع (الجمعية الامريكية للطب النفسي، 2000) وجمعية التوحد الأمريكية 2003.

ت- **البيانات المعيارية:** تم استخراج معايير جيليام– 2 من عينة تكونت من 1107 من الأفراد المصابين بالتوحد من 48 ولاية داخل الولايات المتحدة الأمريكية.

ث- **الثبات:** تم استخدام معامل الفا كرومباخ لحساب ثبات جيليام– 2 وقد كشفت الدراسات المعاملات ألفا كرومباخ 0.84 للسلوكيات النمطية و0.86 للتواصل و0.88 للتفاعل الاجتماعي و0.94 لمؤشر التوحد، تعد معاملات الثبات هذه كبيرة جدا وتشير الى أن الفقرات الموجودة في المقاييس الفرعية متسقة في قياس السلوكيات المميزة للأشخاص المصابين بالتوحد وغيره من الاضطرابات السلوكية الشديدة، جميع الفقرات ثابتة بما فيه الكفاية للمساهمة في اتخاذ القرارات الشخصية الهامة. (احمد، 2005: 8)

ج- **الصدق:** تم اثبات صدق جيليام– 2 من خلال العديد من الدراسات البحثية، أثبت تحليل الفقرات (صدق المحتوى) ان فقرات كل مقياس فرعي في جيليام– 2 متسقة وتمييزية للغاية، أثبتت دراسات الصدق المتعلقة بالمعايير المتزامنة انه يمكن استخدام الدرجات من جيليام– 2 لتحديد الأفراد الذين ينتمون الى مجمعات تشخيصية مختلفة (دليل

آخر للصدق)، تم اجراء الصدق التلازمي من خلال إيجادالعلاقة الارتباطية بين درجات جيليام– 2 مع درجات قائمة السلوك التوحدي تم الوصول الى وجود علاقات ارتباطية (+) مع اختبارات ذات صلة مع هذين المقاييس، أظهرت تحليلات الصدق التمييزي قدرة جيليام– 2 على تمييز الأشخاص المصابين بالتوحد من الأطفال الذين يعانون من الإعاقة العقلية، والأطفال ذوي الاعاقات المتعددة، والأطفال من غير ذوي الإعاقة. (احمد، 2005: 8)

نظرا لتشابه البيئة الجزائرية والبيئة العربية أشارت نتائج البحث الى تمتع الصورة السورية من مقياس جيليام بدالالت صدق وثبات جيدة، حيث جرى التحقق من الصدق بعدة طرق هي:صدق المحتوى وذلك بعرض المقياس على مجموعة من المحكمين،و صدق المجموعات الطرفية الذي دل على تمتع المقياس ب قدرة تمييزية جيدة.و الصدق المحكي حيث بلغ معامل االرتباط للدرجة الكلية 0.78.وقد تم التحقق من الصدق البنيوي من خالل د ارسة االرتباطات الداخلية بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد وقد تراوحت معامالت االرتباط بين .0.713-0.377 أما بالنسبة للثبات المقياس فقد تم تطبيق (الفاكرونباخ) حيث تراوحت معامالت الثبات بين .0.93-61.كما تم تطبيق طريقة التجزئة النصفية حيث تراوحت معامالت الثبات بين .0.93-0.61 وفي ألخير خلصت الباحثة إلى أن المقياس صالح للاستخدام محليا ويمكن الوثوق بنتائجه.

ح- دليل التفسير:

هذا الجدول يوضح تفسير مقياس جيليام -2 وعلاقته بالتوحد. يقيس هذا المقياس مختلف السلوكيات والصعوبات التي قد ترتبط بطيف التوحد

جدول (02): جدول يوضح تفسير مقياس جيليام -2

الدرجات المعيارية	مؤشر التوحد	احتمالية التوحد
7 أو أكثر	85 أو أكثر	محتمل جدا
6-4	84-70	من الممكن
3-1	69 أو أقل	غير محتمل

استخدام مقياس جيليام لتقدير التوحد الإصدار الثاني (GARS-2) يعتمد على مجموعة من الأسباب والدواعي التي تجعله أداة مفيدة وفعالة في تقييم اضطراب طيف التوحد. فيما يلي بعض دواعي استخدام هذا المقياس:

-GARS-2 مصمم لتحديد وجود ودرجة اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال والمراهقين. يمكن الاعتماد عليه لتوفير تقييم تشخيصي أولي يساعد في تحديد مدى الحاجة لمزيد من التقييمات أو التدخلات العلاجية.

- المقياس يتميز ببساطته وسهولة تطبيقه من قبل المهنيين العاملين في مجال الصحة النفسية والتعليم. يتطلب وقتًا قصيرًا نسبياً لإكماله، مما يجعله أداة عملية في البيئات السريرية والتعليمية.

- يتناول GARS-2 مجموعة واسعة من السلوكيات المرتبطة بالتوحد، مثل التواصل، التفاعل الاجتماعي، والسلوكيات المتكررة. هذا الشمول يساعد في الحصول على صورة متكاملة عن السلوكيات التي قد تشير إلى وجود اضطراب طيف التوحد.

-GARS-2 تم اختباره على نطاق واسع وأثبت موثوقيته وصدقه في عدة دراسات. يوفر بيانات موثوقة يمكن استخدامها لاتخاذ قرارات مستنيرة بشأن التشخيص والتدخل.

- يتوافق المقياس مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) ومعايير التصنيف الدولي للأمراض (ICD)، مما يجعله أداة متناسقة مع الأنظمة التشخيصية الدولية المعترف بها.

- يمكن استخدام GARS-2 في الأبحاث لدراسة خصائص اضطراب طيف التوحد وتطوير استراتيجيات التدخل والعلاج.

- تم تصميم GARS-2 ليكون مفهوماً وسهل التطبيق من قبل المختصين، ويحتوي على إرشادات واضحة لتفسير النتائج.

5.6. مقياس تقدير ذاتوية الطفولة (CARS) ChildhoodAutism Rating Scale:

أ- التعريف: المقياس الذي يقدمه مصطفى محمد (2022) هو مقياس تقدير التوحد الطفولي، والذي تم إعداده بواسطة سكوبلر وآخرين في عام 1988. تم ترجمته إلى اللغة العربية على يد هدى أمين في عام 2004 بالبيئة المصرية. يهدف المقياس إلى تحديد درجة التوحد لدى الأطفال، مما يساعد في تجانس العينة. يقسم المقياس الأطفال إلى تصنيفات مختلفة: توحد بسيط، توحد متوسط، وتوحد شديد. يتم استخدام مقياس C.A.R.S لتحديد درجة التوحد عند الأطفال في عينة البحث.

ب- وصف المقياس: المقياس يتضمن بيانات أولية عن الطفل ويشمل 15 بندًا يمكن تنقيط كل بند منها من 0 إلى 4. تشمل البنود على علاقات الطفل مع الآخرين، والتقليد، والاستجابة الانفعالية، وغيرها من السلوكيات.

ج- محتوى المقياس: يركز المقياس على المعلومات السلوكية والتجريبية لتقدير التوحد بدلاً من الاعتماد الكلي على الحكم السريري. يتميز المقياس بأنه يتضمن بنودًا مستمدة من معايير تشخيصية مختلفة ويمكن استخدامه مع الأفراد من مختلف الفئات العمرية. تم

تطوير وتعديل المقياس على مدى أكثر من عشر سنوات باستخدامه مع أكثر من 1500 حالة. كما يعتمد المقياس على الملاحظات السلوكية الموضوعية بدلاً من الحكم النظري غير الموضوعي.

د- تصحيح المقياس: كل بند في المقياس يُقدر من 1 إلى 4، حيث يُعتبر الرقم 1 أن السلوك طبيعي، في حين يُصنف الرقم 4 كتوحد بدرجة متوسطة إلى بسيطة. يُصنف الأطفال الذين تكون درجاتهم أقل من 33 درجة على أنهم ليس لديهم توحد، بينما يُصنف الذين تتراوح درجاتهم بين 33 و38 درجة على أن لديهم توحد بدرجة بسيطة إلى متوسطة.

ي- الخصائص السيكومترية: تم تطبيقهاعلى البيئة المصرية تم التحقق من ثبات المقياس من خلال إعادة تطبيقه بعد أسبوعين من التطبيق الأول على عينة من الأطفال التوحديين، ووجد أن معامل الثبات كان مرتفعًا بين 0.87 و0.99. تم التحقق من صدق المقياس من خلال فحص الفروق في درجات الأطفال التوحديين والأطفال غير التوحديين، وأظهرت الفروق دالة عند 0.01.

بينما تم تطبيقه وحساب الخصائص السيكومترية على البيئة الجزائرية من طرف الباحثان الهواري الشريف وبلميهوب كلثوم (2020) حيث تم استخدام ثبات عن طريق استقرار الزمن وتحصلا على معامل ثبات بقيمة 0.79 وهي قيمة مقبولة؛ وتم استخدم صدق العاملي التوكيدي والذي وضح تأثير الفقرات ومدى تشبعها في متغير لدراسة برجة قوية أو مقبولة ومعظمها تساهم % 70 وكانت أعلى قيمة تشبع للفقرة « k » بقيمة 0.89 وأدنى قيمة تشبع بمقدار 0.52.

هـ- دواعي استخدام اختبار كارز: في دراسة اضطراب التصور الجسدي لدى أطفال التوحد، يعتبر استخدام اختبار "كارز" لتحديد مستويات التوحد لدى الأطفال من أجلالفرضية التحقق من الفرضية الأولى، كما يعتبر أداة مهمة لتقييم وفهم الحالة الحسية والحركية للأطفال في هذه الفئة العمرية.

6.6. الدليل التشخيصي الإحصائي (5) « DSM-5 »:

أ- **مفهوم طيف التوحد:** أحدث DSM-5 تغييرًا في تعريف طيف التوحد ليصبح مفهومًا أكثر شمولاً يشمل مجموعة متنوعة من الاضطرابات التي تشترك في عدة سمات مشتركة، بما في ذلك اضطراب التوحد، واضطراب أسبرجر، واضطراب طفولة الآن، وغيرها.

تصنيف الاضطراب: تم تصنيف طيف التوحد تحت فئة "اضطرابات طيف التوحد" TSA « Trouble du spectre de l'autisme »– بدلاً من فئة "اضطرابات النمائية الشاملة" TED « Trouble envahissant du développement » - كما كان في الإصدارات السابقة.

ج- معايير التشخيص: تم تحديث معايير التشخيص لتشمل السمات الرئيسية لطيف التوحد، مثل الانخراط الاجتماعي والتواصل والتفاعل الاجتماعي، والسلوك المكرر والمحدود.

هذه بعض التغييرات الرئيسية التي طرأت على اضطراب طيف التوحد في الإصدار الخامس من DSM، والتي تهدف جميعها إلى تحسين التشخيص وتقديم الرعاية الفعالة للأفراد المتأثرين بهذا الاضطراب.

يُعتبر الآن تشخيصًا واحدًا هو "اضطراب طيف التوحد"، والذي يشمل عدة تشخيصات سابقة، وهي: التوحُّد، واضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة الآخر، واضطراب النمو غير المحدد بشكل آخر.

ويتميّز اضطراب طيف التوحد أساسًا بالنقاص في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، وتظهر هذه السمة بوضوح من خلال:

- التواصل الاجتماعي المحدود والتفاعل الاجتماعي: يلاحظ عند الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد قصورًا في قدرتهم على التواصل مع الآخرين بشكل طبيعي، ويكونون عادةً مُعزولين اجتماعيًا أو غير قادرين على التفاعل الاجتماعي بالطرق التقليدية.

- الاهتمامات والنشاطات المحدودة والتكرارية: يتميز الأفراد ذوو اضطراب طيف التوحد بتقديم اهتمام محدود لمواضيع معينة، وقد يظهرون تكرارًا في السلوكيات والأنشطة بشكل ملحوظ، مما يمكن أن يكون ملحوظًا في أنشطتهم اليومية وتفاعلاتهم الاجتماعية.

إذا لم تتوفر هذه الصفات المحددة في البند الثاني، فإن التشخيص قد يكون لاضطراب في التواصل الاجتماعي بشكل عام، وليس ضمن طيف التوحد بالتحديد.

يتم التشخيص بناءً على عدد معين من الأعراض التي يظهرها الفرد والتي تتوافق مع معايير التشخيص المحددة. في المعايير الجديدة، تم تقليل عدد الأعراض المطلوبة للتشخيص مقارنة بالمعايير السابقة.

في المعايير الجديدة (DSM-5) ، يتم التشخيص بناءً على وجود 7 أعراض، موزعة كما يلي:

- (3) أعراض في المعيار الأول.
- (4) أعراض في المعيار الثاني.

وهذا يعكس تبسيطًا لعملية التشخيص وتركيزًا على السمات الأكثر أهمية ومعيارية في تشخيص طيف التوحد.

- **معايير التشخيص "أ":** العجز المستمر في التواصل الاجتماعيوالتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة.

- عجز في المعاملة بالمثل الاجتماعية والعاطفية.
- العجز في السلوكيات الغير اللفظية الاتصالية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي.
- القصور في تطوير العلاقات والحفاظ عليها وفهمها.

- **معايير التشخيص "ب":** محدودية السلوكيات أوالاهتمامات أو الأنشطة المقيدة والمتكررة كما يتضح مناثنين على الأقل مما يلي إما في الفترة الحالية أو في الماضي:

- الطبيعة النمطية أو المتكررة للحركات أو استخدامالأشياء أو اللغة.
- عدم تقبل التغيير، والالتزام غير المرن بالروتين أو أنماطالسلوك اللفظي أو غير اللفظي.
- المصالح المقيدة والثابتة، الشاذة سواء في حدتها أو في غايتها.(على سبيل المثال، التعلق أو الانشغال بأشياء غير عادية).
- فرط أو نقص في التفاعل مع المنبهات الحسية.

- **معايير التشخيص " س ":** الأعراض موجودة في فترة النموالمبكر.
- **معايير التشخيص "د":** تسبب الأعراض تأثيرا مهماسريريا من حيث الأداء الحالي أو الاجتماعي أو الأكاديمي.

الوصف الذي قدمته يبدو أنه لمستويات مختلفة من اضطرابات الطيف التوحدي(TSA) ، استنادًا إلى المعايير التشخيصية في دليل التشخيص والإحصاء الإحصائي للاضطرابات النفسية، الطبعة الخامسة .(DSM-5) يتم وصف الثلاثة مستويات بالنسبة لمهارات التواصل الاجتماعي، والسلوكيات المتكررة والمحدودة، بالإضافة إلى درجة الدعم الضروري. إليك ملخص لكل مستوى:

- **المستوى 3 (شديد):**

- مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي محدودة للغاية.
- صعوبة كبيرة في بدء العلاقات الاجتماعية والاستجابة لتفاعلات الآخرين الاجتماعية.
- سلوكيات جامدة وصعوبة متطرفة في التعامل مع التغيير.
- يتطلب دعمًا كبيرًا جدًا للوظيفة في جميع المجالات.

- **المستوى 2 (متوسط):**

- مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي تظهر صعوبات فيها.
- القدرة المحدودة على بدء العلاقات الاجتماعية والاستجابة بشكل مناسب للتفاعلات الاجتماعية.
- سلوكيات جامدة وصعوبة في تحمل التغيير، ولكن أقل حدة من المستوى 3.
- يتطلب دعمًا كبيرًا للوظيفة في مجموعة متنوعة من السياقات.

- **المستوى 1 (خفيف):**

- التواصل الاجتماعي متأثر به، ولكن بشكل أقل حدة مقارنة بالمستويات الأعلى.
- صعوبة في بدء العلاقات الاجتماعية والاستجابة بشكل مناسب للتفاعلات الاجتماعية.
- سلوكيات جامدة وصعوبة في تغيير النشاط أو الانتباه.

- يتطلب المساعدة للوظيفة، لكن العيوب أقل حدة من المستويات الأعلى.

هذه الوصفات توفر نظرة عامة على السمات الرئيسية لكل مستوى من مستويات TSA، وهي مفيدة لتقييم مستوى الدعم الضروري لكل فرد بناءً على احتياجاته الخاصة.

8.2. مقياس المخطط الجسدي:

لاختبار التصويري للجسم (Test schéma corporel) هو أحد الاختبارات المتاحة في المراكز التربوية، وهو يهدف إلى قياس قدرة الطفل على التناسب الفضائي لمفاهيمه حول الأجزاء المكونة لجسده. تم تطوير هذا الاختبار من قبل دورث، ستامباك، وبارجي في عام 1966؛ يتكون الاختبار من جزأين رئيسيين: اختبار الواجهة واختبار الجانب، وكلاهما يتألف من قسمين للوجه والجسم. يمر الاختبار في كل جزء بثلاث مراحل أساسية: التعرف (Evocation)، التركيب (Construction)، وإعادة الإنتاج (Reproduction).

في اختبار الواجهة، يتكون جزء الوجه من 11 قطعة وجزء الجسم من 9 قطع، بينما في اختبار الجانب، يتكون جزء الوجه من 6 قطع والجسم من 3 قطع. يُطلب من الطفل وضع هذه القطع على نموذج مرسوم مسبقًا لشخص على بطاقة، ويتم تقدير نجاحه في وضع القطع في الأماكن المناسبة باستخدام ورقة شفافة مع شبكة من المربعات.

- **الخصائص السيكومترية للاختبار:**

تم قياس الخصائص السيكومترية للاختبار بواسطة سعد بن خجدل في عام 2011 على البيئة الجزائرية، حيث أظهرت النتائج صدقًا قويًا وثباتًا قويًا للاختبار. أثبتت درجات الارتباط بين الأبعاد المختلفة للاختبار والدرجة الكلية للاختبار صدق البناء، كما أظهرت درجات ثبات استقرار الزمن قوة الاختبار في القياس المتكرر لاختبار التصور الجسدي.

أ- **الصدق:** تم قياس الخصائص السيكومترية للاختبار بواسطة سعد بن خجدل في عام 2011 على البيئة الجزائرية، تم التأكد عن طريق صدق البناء باستخدام معامل ارتباط التوافق بين الدرجة الحاصلة عليها القطعة الواحدة والدرجة الكلية للاختبار من ناحية، ثم حساب مصفوفة الارتباط بين أبعاد المقياس المختلفة من ناحية أخرى، تم إيجاد أن جميع معاملات الارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α=0.05) وهذا يدل على أن جميع أبعاد الاختبار متناسقة وأن مفرداته متماسكة مما يجعله اختبار التصور الجسدي يتمتع بصدق بنائي قوي.

ب- **الثبات**: تم قياس الخصائص السيكومترية للاختبار بواسطة سعد بن خجدل في عام 2011 على البيئة الجزائرية، جرى التأكد من ثبات الاختبار عن طريق ثبات استقرار الزمن عن طريق إعادة تطبيقه بعد أسبوعين من التطبيق الأول عن طريق حساب معامل ارتباط بيرسون الذي قدر ب (0.56). وهي دالة احصائيا مما يثبت أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات مقبولة.

- **إجراءات تطبيق الاختبار وطريقة التنقيط:**

تبدأ عملية التقييم بثلاث مراحل متدرجة من السهولة إلى الصعوبة.

1. مرحلة التعرف (Evocation):

- يُقدم للطفل أجزاء الجسم، ويُطلب منه تسميتها وتحديد الجزء المقابل لها على جسمه.
- إذا استطاع التعرف على الجزء، يُمنح (1+).
- إذا لم يتعرف على الجزء ولكن قدم الجزء المقابل من جسمه، يُمنح (0.5+).
- إذا لم يتعرف على الجزء ولم يقدم مقابل صحيحاً لها على جسمه، يُمنح (0).

2. مرحلة التركيب (Construction):

- يُقدم للطفل أجزاء الوجه أولاً، ويُطلب منه تركيبها على نموذج فارغ.
- يتم تقدير مدى احترام المفحوص لتناسب أجزاء وجهه المختلفة بالنسبة لبعضها البعض.
- يُطوى ورقة شفافة للتحقق من التناسب الفضائي الوجهي.
- إذا كانت نقاط الاستدلال في مكانها المناسب بدرجة لا تتجاوز (25' إلى 30')، يُمنح (+1).
- إذا انحرفت النقاط بدرجة أقل من ذلك ولكن مع احترام التناسب العام لأجزاء الوجه، يُمنح (+0.5).
- إذا أهمل التناسب العام، فلا يُمنح أي نقطة.

3. مرحلة التركيب بنموذج (Reproduction):

- يُقدم للطفل صورة نموذجية للوجه ويُطلب منه الاستعانة بها في التركيب كما هو في المرحلة السابقة.

بعد الانتهاء من هذه الثلاث مراحل، يتم جمع نقاط الطفل ومقارنتها بجدول التقييم الخاص بالاختبار لتحديد العمر الخاص بالتصور الجسدي ببعد التنظيم الفضاء - الجسدي.

اختيار مقياس "اختبار التصويري للجسم" لتقييم قدرة الطفل على التناسب الفضائي لمفاهيمه حول الأجزاء المكونة لجسده يعتمد على عدة أسباب ودوافع تربوية ونفسية، والتي تجعله أداة فعالة ومفيدة في المراكز التربوية. فيما يلي بعض الأسباب الرئيسية لاختيار هذا المقياس:

- القدرة على فهم التناسب الفضائي ومعرفة مكونات الجسم هي جزء أساسي من النمو الإدراكي لدى الأطفال. هذا المقياس يساعد في تقييم مدى تطور هذه المهارات الحركية والمعرفية.

- يوفر المقياس تقييمًا دقيقًا ومفصلاً لقدرة الطفل على التعرف على أجزاء الجسم المختلفة ووضعها بشكل صحيح في سياق مكاني. هذا يمكن أن يكون مفيدًا في تحديد نقاط الضعف والقوة لدى الطفل.

- يشمل المقياس ثلاث مراحل رئيسية: التعرف (Evocation)، التركيب (Construction)، وإعادة الإنتاج (Reproduction)، مما يوفر تقييماً شاملاً لكيفية تعامل الطفل مع المعلومات ومعالجتها وإعادة إنتاجها.

- استخدام قطع مرسومة ونماذج ملموسة يسهل على الأطفال التعامل مع المهام ويزيد من دقة التقييم مقارنة بالأساليب النظرية المجردة.

- يمكن تطبيق هذا المقياس في مجموعة متنوعة من البيئات التعليمية والعلاجية، مثل المدارس، والمراكز التربوية، والعيادات النفسية، مما يجعله أداة متعددة الاستخدامات لتقييم تطور الطفل.

- يساعد هذا المقياس في تحديد الأطفال الذين قد يحتاجون إلى تدخلات خاصة أو برامج تعليمية مخصصة لتطوير مهاراتهم في التناسب الفضائي ومعرفة أجزاء الجسم.

- تم تصميم المقياس ليكون سهلاً في التطبيق والفهم من قبل المربين والأخصائيين النفسيين، مما يجعله أداة عملية وفعالة لجمع البيانات.

- تم تطوير هذا المقياس بواسطة خبراء في المجال (دورث، ستامباك، وبارجي) مما يضمن أنه مبني على أسس علمية ومتوافق مع المعايير البحثية.

- اختيار مقياس "اختبار التصويري للجسم" يعتمد على قدرته على تقديم تقييم دقيق وشامل لقدرة الطفل على التناسب الفضائي ومعرفة أجزاء جسده. يسهل تطبيق هذا المقياس في البيئات التربوية والعلاجية المختلفة، ويعتبر أداة فعالة لاكتشاف الاحتياجات الخاصة والتخطيط للتدخلات التربوية المبكرة. تعتمد أهميته على تقديم تقييم متكامل ودقيق يسهم في تحسين النمو الإدراكي والحركي للأطفال.

رسم الرجل: يعتبر اختبار "دي إيه يبي" لغودیناف-هاريس اختبارًا شخصيًا إسقاطيًا نفسيًا، حيث يُستخدم لتقييم الأطفال والمراهقين في مجموعة متنوعة من الأغراض. بدأ الاهتمام بالرسم كوسيلة لدراسة العلاقة بين الإبداع والجنون، حيث يمكن للشخص أثناء الرسم أن يعبر عن إسقاطاته الذاتية وتوتره وقلقه.

أدوات اختبار رسم الشخص بسيطة ولا تتطلب تكلفة مادية كبيرة، وتشمل قلم رصاص، ورقة بيضاء، وطاولة، وممحاة، وأحيانًا مسطرة وأقلام ملونة.

تتضمن شروط اختبار رسم الشخص توجيهات محددة للفاحص والمفحوص، مثل تقديم الورقة باتجاه طولها، وترك الجدية للمفحوص ليرسم بالاتجاه الذي يختاره، وتسجيل وقت استغراق المفحوص لإتمام الرسم وتفاصيل أخرى.

جنس الشخص المرسوم في الاختبار يعتبر مهمًا لأنه يمكن أن يعكس ميولًا جنسية أو مشاكل هوية جنسية. من المعتاد أن يرسم المفحوص شخصًا من نفس جنسه، وإذا كان يرسم شخصًا من الجنس الآخر، فقد يُعتبر ذلك مؤشرًا على مشاكل جنسية أو اضطرابات في الهوية الجنسية. ومن المهم أن نلاحظ أن هذه القاعدة ليست دائمًا صحيحة، وقد تكون للرسم تفسيرات أخرى.

الخصائص السيكومترية:

تم تطبيقه على البيئة الجزائرية من طرف الباحث المختار ستخدم الباحث لحساب ثبات الرائز عينتين إحداهما في الفئة العمرية (6 إلى 5) والثانية في الفئة العمرية (6 إلى7) ووجد أن النتيجة تتراوح بين (0.77 و 0.78) وهي تتناسق مع نتائج دراسات سابقة من ذلك دراسة دروثا مكارثي (1944) حيث وجد معامل ثبات بالإعادة (0.67) ودراسة ح.ج. مكاردي سنة 1948 . أعطت النتيجة نفسها (0.69) ودراسة صفوت فرج (1992) حيث وجد (0.73 و0.79) على التوالي وهذا يدل على أن ثبات رائز رسم الرجل عبر الزمن لا يتعدى هذه النتيجة.

ما لم يكن هناك رائز مسبق مقنن لذكاء الطفل الجزائري، فقد حاول الباحث قياس صدق رائز رسم الرجل بحساب معامل االارتباط بين هذا الرائز وبين النتائج المدرسية لنفس الأطفال، فاختار من بين العشر مدارس مدرستين وقام بحساب معامل الارتباط لبيرسون (ر) بين نتائج رائز رسم الرجل لـــ 16 طفال من الفئة العمرية (7و6 إلى 8و5) وبين مجموع درجات االطفال أنفسهم بالنسبة لكل من المعدالت السنوية: المعدل السنوي لمادة الرياضيات واللغة العربية والمعدل السنوي العام للسنة الدراسية 2009،2008 ميلادية.

وجد أنه يوجد ارتباط ذي داللة إحصائية بين نتائج رائز رسم الرجل والمعدل السنوي العام وكذا المعدل السنوي لمادة اللغة العربية عند مستوى 0.05 ولا يوجد أي ارتباط ذي دلالة إحصائية بين نتائج الرائز والمعدل السنوي لمادة الرياضيات بالنسبة للفئة العمرية (7 و6 إلى 8 و5)

إن هذا التذبذب في النتائج قد يكون ناتجا عن عدم صدق الاختبارات المدرسية أو بالأحرى عدم موضوعيتها في قياس الذكاء، أي عدم وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية بين

االختبارات المدرسية ونسبة ذكاء الأطفال المفحوصين.أضف إلى ذلك عدم دقة المعلمين في تقويم التالميذ، وإلى عدم اعتماد التعليم المدرسي على ذكاء الأطفال كعامل منفرد.

وهذه النتيجة تتفق وما أسفرت عليه كل من دراسة محمد بطاينة بالأردن وعبد الجليل الزوبعي بالعراق ومالك بدري بالسودان عن عدم وجود أي ارتباط ذي دلالة إحصائية بين نتائج رائز رسم الرجل وبين الاختبارات المدرسية).

اختبار رسم الرجل هو أداة تقييم نفسي تستخدم بشكل واسع لتقدير العمر العقلي للأطفال. تم تطويره في الأصل بواسطة فلورنس جودیناف في عام 1926، وأصبح منذ ذلك الحين أداة مفيدة وسهلة التطبيق في العديد من البيئات التعليمية والنفسية. فيما يلي دواعي استخدام هذا الاختبار:

- يعتبر اختبار رسم الرجل بسيطًا وسهل التطبيق، حيث يتطلب من الطفل فقط رسم صورة لشخص. هذا يجعله أداة غير مهددة ومناسبة للأطفال من مختلف الأعمار والقدرات.

- الاختبار لا يتطلب مهارات لغوية، مما يجعله مفيدًا للأطفال الذين يعانون من صعوبات لغوية أو اضطرابات تواصل. يمكن تقييم القدرة العقلية بدون الحاجة إلى الاعتماد على اللغة.

- يمكن إجراء الاختبار بسرعة، مما يسمح للمختصين بتقييم عدد كبير من الأطفال في وقت قصير. هذا يجعله مناسبًا للاستخدام في البيئات المدرسية والمراكز التعليمية.

- يساعد الاختبار في تحديد الفروق الفردية بين الأطفال في نفس العمر الزمني، مما يساعد في الكشف المبكر عن التأخر العقلي أو التقدم العقلي لدى الأطفال.

- يمكن أن يكون الاختبار جزءًا من مجموعة أدوات تقييمية تُستخدم لتشخيص مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية والتطورية، مثل اضطرابات التعلم واضطرابات النمو.

- غالبًا ما يستمتع الأطفال برسم الأشخاص، مما يجعل الاختبار أقل توترًا وأكثر قبولًا بالنسبة لهم مقارنة بالاختبارات التقليدية الأخرى.

- يحتوي الاختبار على معايير واضحة لتقييم الرسومات بناءً على تفاصيل معينة مثل عدد الأجزاء المرسومة والتناسب والواقعية. هذا يجعل من السهل على المختصين تقييم الرسومات بدقة.

- الاختبار لا يعتمد على خلفية ثقافية محددة، مما يجعله مناسبًا للاستخدام في مختلف الثقافات والبيئات الاجتماعية.

- يُستخدم اختبار رسم الرجل في العديد من الدراسات النفسية لفهم التطور العقلي والمعرفي للأطفال، مما يساهم في تطوير نظريات وأساليب تعليمية جديدة.

جدول (03) يوضح العمر العقلي الذي يتوافق مع كل درجة خام:

العمر العقلي	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
النقاط	2	6	10	14	18	22	26	30	34	38	42

الفصل الثالث
عرض نتائج الدراسة

تمهيد

عرض نتائج الحالة الأولى

عرض نتائج الحالة الثانية

عرض نتائج الحالة الثالثة

عرض نتائج الحالة الرابعة

الفصل الثالث

عــرض الحالات وتحليلها

تمهيد:

تمثل فصول عرض الحالات جزءًا أساسيًا في أي مذكرة أو دراسة بحثية، حيث يتم استخدامها لتوضيح وتحليل حالات محددة في سياق الدراسة. يهدف هذا الفصل إلى تقديم الحالات المختارة بشكل شامل، بما في ذلك الخلفية والمعلومات الأساسية والتحليل الشامل للمشكلة المطروحة. في هذا الفصل، ستتم مناقشة كل حالة على حدة، مع تقديم التفاصيل الضرورية والتحليلات المعمقة للنتائج والاستنتاجات المستفادة.

الحالة لأولـــــــى:

البيانات الأوليّة:

- الاسم: أ
- الجنس: ذكر
- تاريخ الميلاد: 27-12-2012
- العمر الزمني: 11 سنة 10 أشهر.
- عدد الاخوة: 1 (أنثى)
- ترتيب بين الاخوة: الأصغر.
- زمرة الدم: A+

المعلومات الشخصية للوالدين:

- سن الأب عند انجاب الحالة الأولى: 34 سنة
- المهنة: تاجر

- المستوى التعليمي للأب: الابتدائي
- السوابق المرضية: لا يوجد.
- الحالة الاجتماعية للأبوين: منفصلين.
- زمرم الدم الأب: o+

سن الأم عند انجاب الحالة الأولى: 27 سنة

- المهنة: معلمة
- المستوى التعليمي للأم: جامعي
- السوابق المرضية: الصرع
- زمرة دم الأم: A+

البنية الاجتماعية-الاقتصادية الأسرية:

دينامية الأسرة:

- الحالة الصحية للأشقاء:الأخت مصابة بالصرع
- الأطفال يعيشون: مع الوالدين [ ] مع الأم [ ] مع الأب [ ] مع أحد أعضاء العائلة [X] في المركز [ ]
- العلاقة مع الأب: سيئة؛ لا يذهب له.
- العلاقة مع الجدة: جيدة، تزوره كل مرة في الأسبوع
- العلاقة مع الإخوة: جيدة الا أنه ينعزل عنها
- مع الآخرون: منعزل

الظروف (قبل الحمل، أثناء الحمل، وأثناء الولادة)

- **طبيعة الحمل:**

– طبيعة وسيلة منع الحمل: حبوب الحمل «microgynon»

– الحمل مرغوب به: من طرف الأب نعم من طرف الأم نعم

– المعاش أثناء الحمل: اضطرابات عائلية وزوجية

– وجود اضطراب: القيئ والغثيان والاعياء.

– الاستشفاء قبل الولادة: لا يوجد

- **طبيعة الولادة:**

– مكان الولادة: عين تموشنت

– الولادة: مبكرة [X] في الوقت [ ] متأخرة [ ]

– تمزق الكيس الزلالي: طبيعي [X] اصطناعي [ ]

– طريقة الوضع: الولادة الطبيعية [X] الولادة القيصرية [ ]

– ظروف الولادة: طبيعية [X] بدون مضاعفات [ ] صعبة استخدام الملقط "forceps" [ ]

– التحفيز: [/] مدة العمل: /

- **فترة الولادة الجديدة:**

– الوزن: 1 kg 400g

– المقاس: /محيط الرأس:/

– صراخ فوري [X] نقص الأكسجين: [X] أصفر [ ] الوضع في الحاضنة [ ]

– المدة: / تقييم طفل حديث الولادة: 1د: 10/7 5د : 10/6

- **بعد الولادة:**

– مدة استشفاء الجدة : 3 أيام

– الحالة النفسية للأم : منهكة [X] مكتئبة [X] متألقة [ ]

– الحالة الجسدية للأم: جيدة [ ] اعياء [X]

التغذية:

– رد فعل الامتصاص: موجود [X] غائب [ ]

– الرضاعة: طبيعية [X] المدة: أسبوعين عن طريق الرضاعة: [X] المدة: عام نصف [X]

– رفض الرضاعة: [ ] الشراهة [ ] فقدان الشهية [ ] ارتجاع المريئي

النوم:

– طقوس النوم: لا يوجد

– صعوبات في النوم: لا يوجد

– طبيعة النوم: هادئ [X] مضطرب [ ] الأرق [ ] الكوابيس [ ] الفزع الليلي المشي اثناء النوم [ ]

- **النمو النفس- الحركي للطفل:**

– سنه أول مرة قام بالحبو: 8 أشهر.

– سنه اول مرة تمكن من التحكم في الجلوس: 5 أشهر.

– سنه أول مرة تمكن من الوقوف: 9 أشهر.

– سنه أول مرة تمكن من المشي: 14 شهر.

– سن التحكم في الجذع: 5 أشهر

- سن التحكم في الرأس:7 أشهر
- سنه اول مرة اكتسب المهارات الدقيقة: متأخرة (5 سنوات)
- سنه التوازن والتنسيق الحركي: متأخر.
- سنه اول مرة قام بالمناغاة: 4 أشهر
- سنه أول مرة نطق الكلمة الأولى: 3 سنوات
- سنه أول مرة تكلم جملته الأولى:4 سنوات
- النظافة: النهارية: 5 سنوات الليلية : 5 سنوات

- **سنه اكتساب الاستقلالية:**

- سنه أول مرة بدأ يأكل بمفرده: 7 سنوات
- سنه أول مرة بدأ يلبس بمفرده: لازال لا يلبس وحده
- هل لديه عادات محددة: حمل الكرة معه دائما
- هل لديه مشية مميزة: /
- يسقط بسهولة: /

السوابق:

السوابق المرضية العائلية:

- الوالدين:الأم مصابة بالصرع
- الأشقاء: الأخت مصابة بالصرع
- الأجداد: سكري، ضغط الدم
- نسب الجدة:/
- نسب الأب:/

– القرابة بين الزوجين: لا يوجد الدرجة:/

السوابق الشخصية:

– وجود تشنجات: غائبة سن ظهورها: /

– الشدة: / الدواء:/

– وجود أمراض متكررة: الحصبة ☐ التهاب السحايا ☐ الحصبة الألمانية ☐

– الانفلونزا [X] التهاب النكاف ☐ الجدري ☐ الصرع ☐ التهاب الأذن ☐

– التهاب الحلق ☐ التهاب الأنف والحنجرة ☐

– الاستشفاء: / السبب:/

– العمر: / المدة: / ردة الفعل /

– الختان:

– العمر: الأسبوع الثاني السيرورة: ختان كلي و تم الاعداد لها ردة الفعل: حمى لمدة يومين

– الأحداث/ السقوط: /

التفاعل الاجتماعـــــي:

- **في السياق العائلي و الجيران:**

– الطفل: اجتماعي ☐ انطوائي [X]

– اللعب مع الأطفال : مع سنه ☐ أصغر سنا ☐ أكبر سنا ☐

– يخرج بمفرده للخارج: نعم ☐ لا [X]

– هل يقوم بالشراء بمفرده: نعم ☐ لا [X]

- **قبل التمدرس:**

– الحضانة: / العمر: 6 سنوات المدة: يوم واحد

– سلوك الطفل: كان سلوك الطفل على شكل احتجاج حيث جلس في مكانه طوال اليوم ولم يتحرك لمكان بقي في نفس الوضعية.

– طريقة التواصل: تواصله جد ضعيف.

المدرسة:

– الدراسة: المدرسة العادية [ ] الصف المدمج [ ] معهد متخصص [X]

– هل كان متأخر بالنسبة للسن الطبيعي: لا كم من سنة:/

– هل كرر السنة: لا كم مرة: /

– صعوبات: عامة [X] خاصة [ ] حدد:

– العوامل المرتبطة:

– النمو العقلي [X] النمو النفس الحركي [X] الصف المدمج [X]

– الرؤية [ ] مشكلات في التمايز الجانبي [X] اضطرابات اللغة [X] السياق الاجتماعي العاطفي [X] اضطرابات علائقية [X]

الملمح العام:

– لون البشرة: حنطي.

– لون الشعر: أسود.

– لون العينين: بنية.

– المظهر خارجي: مرتب، نظيف.

– المزاج: يضحك كثيرا بدون سبب، هادئ.

بطاقة شبكة الملاحظة:

تعد بطاقة الملاحظة العيادية أداة أساسية تساعد الباحثين والممارسين في جمع البيانات بطريقة منهجية ومنظمة. تتضمن بطاقة الملاحظة العيادية سلسلة من العروض السلوكية التي يتم رصدها وتصنيفها وفقًا لتكرارها وشدتها.

الجدول (04) يوضح بطاقة الملاحظة العيادية للحالة الأولى:

رقم	العرض	لا	نادرا	احيانا	نعم
1	أداء حركات مكررة ونمطية بالأيدي أو الأصابع أو الأشياء مثل لف الأصابع بطريقة معينة				X
2	اللعب بالألعاب بشكل مكرر ونمطي ليس فيه تخيل أو تجديد				X
3	الاهتمام بالأشياء المتحركة مثل المراوح والعجلات				X
4	الاهتمام بتفاصيل الأشياء مثل الحفر على الأبواب أو نقاط في صورة أوحبة على الوجه مع دوام النظر إليها أو تحسسها بدون الاهتمامب التفاصيل الأكثراهمية			X	
5	الطرق أو الخربشة على الأبواب أو الأسطح بشكل متكرر			X	
6	تحسس الأشياء أو شمها بشكل غريب				X
7	صك الأسنان أو تحريك ألراس		X		
8	الصراخ أو إصدار أصوات معينة بشكل مكرر ونمطي	X			
9	الاهتمام غير المبرر بأشياء معينة، مثل لباس معين اواكل معين أو لعبة معينة والاضطراب عند عدم وجودها أو محاولة استبدالها مثل جاكيت معين أو المفاتيح أوالسيارة أو ركن معين في المنزل				X
10	الغضب عند تغيير روتين معين مثل الانتقال من مكان لأخر أو إعادة ترتيب سريرهأو أثاث المنزل		X		
11	الاهتمام غير المبرر بأصوات معينة مثل :صوت تنقيط الماء أو صوت لعبة معينة	X			
12	جمع أشياء بدون هدف مثل جمع العلب البلاستيكية أوالمفاتيح وصفها في خطوط أو ترتيب معين			X	
13	تكرار أسئلة بعينها وكلام معين مثل نشرات الأخبار		X		
14	ذكر اسمه عند السؤال والجواب الذي يطلب منه	X			
15	طقوس معينة عند النوم مثل النوم في مكان معين وبلباس معين ووقت معين	X			
16	تجنب التواصل مع الآخرين بالعين			X	
17	تكرار حركات جسدية مثل اللف أو القفز أو الدوران أو المشي على شكل زوايا أو خطوط مستقيمة		X		
18	إذاء الذات أو الآخرين مثل العض			X	

حسب دليل الاحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية DMS 5:

المحور الأوّل: وبناءً على الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية «DSM5» قد تحقق عرضين من المعيار"أ" والمتمثلة في :

– عجز في المعاملة بالمثل الاجتماعية والعاطفية.

– القصور في تطوير العلاقات والحفاظ عليها وفهمها.

وتحققت (3) أعراض من المعيار"ب" والمتمثلة في:

- الطبيعة النمطية أو المتكررة للحركات أو استخدام الأشياء أو اللغة.

– عدم تقبل التغيير، والالتزام غير المرن بالروتين أو أنماط السلوك اللفظي أو غير اللفظي. (رفض تغيير أواني طعامه، تغيير أوقات الذهاب من المركز)

– المصالح المقيدة والثابتة، الشاذة سواء في حدتها أو في غايتها. (التعلق بالكرة بشكل شديد ان حاولت أخذها يستثار"Agitation").

بالاعتماد على الملاحظة الميدانية والمقابلة مع الجدة نحدد المستوى التوحد الخاص بالحالة الأولى **بالمستوى 2 (متوسط)** لكونه يتميز بـــ:

– مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي تظهر صعوبات فيها.

– القدرة المحدودة على بدء العلاقات الاجتماعية والاستجابة بشكل مناسب للتفاعلات الاجتماعية.

– سلوكيات جامدة وصعوبة في تحمل التغيير، ولكن أقل حدة من المستوى 3.

– يتطلب دعمًا كبيرًا للوظيفة في مجموعة متنوعة من السياقات.

المحور الثاني: نرى أن الحالة الأولـــى قد تحقق فيها وجود اعاقة ذهنية، وقد تحققت المعايير التالية:

أ- الخلل العقلي يتمثل في عدم القدرة على حل المشكلات، التفكير المنطقي والتجريد وتم التأكد باستخدام رسم الرجل.

ب- خلل في السلوك التكيفي لا يخرج بمفرده و لا يشتري الأشياء؛ كما أنه لا يستطيع اللبس بمفرده ولا يحب الاختلاط الاجتماعي.

ج- ظهرت هذه الأعراض منذ العمر 3

المحور الثالث: لا يوجد حالة طبية

المحور الرابع: وجود اضطرابات علائقية حيث بعد انفصال والديه لا يلتقي أبدا بالأب و رفض الذهاب لديه وهذا قد يعكس الحزن والغضب؛ و الجدة يلتقي معها فقط في نهاية الأسبوع.

وجود مشاكل أكاديمية: توقف عن الدراسة في الصف الثاني ابتدائي.

المحور الخامس: تأثر الوظيفة العامة لغياب الاستقلالية لدى الحالة الأولى، عدم القدرة على الانخراط الاجتماعي كما أنه لايتكيف مع التغيرات و التحديات.

جدول الفحص العيادي من خلال المقابلة العيادية مع الحالة الأولى:

جدول (05) : يوضح جدول المقابلات التي أجريت مع الحالة الأولى:

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	المدة	مكان المقابلة	هدف المقابلة
01	2024-02-10	1سا و 30 د	القسم	بناء علاقة فاحص /مفحوص (الطفل).
02	2024-02-12	55 د	قاعة الانتظار	مقابلة مع الجدة لجمع معلومات حول تاريخ الحالة.
03	2024-02-15	2 سا	القسم	ملاحظة الطفل وتطبيق بطاقة ملاحظة السلوك التوحدي
04	2024-02-21	1 سا		تطبيق اختبار جيليام التقديري لتشخيص التوحد
05	2024-02-26	1سا و 15 د		تطبيق مقياس تقدير التوحد
06	2024-02-28	1سا و 55د	مكتب الاجتماعات	تطبيق اختبار مخطط الجسم
07	2024-03-24	45 د	القسم	مقابلة مع الطفل لإعادة التقييم.

يُظهر جدول المقابلات تسلسلًا مهمًا للمقابلات التي تمت مع الحالة والتي عددها (07) مقابلات، خلال الفترة المحددة 10-02-2024 الى 24-03-2024 في المدة الزمنية ما بين 45 د الى 2 سا؛ من خلال هذا الجدول، يمكننا متابعة تقدم العمل وفهم سير العمل مع الحالة بشكل أفضل. تعكس المقابلات المتعددة مجموعة متنوعة من الأهداف والتواريخ، مما يوضح التنوع والشمولية في الجهود المبذولة.

المقابلة مع الجدة:

تمت المقابلة مع الجدة يوم 12 -02- 2024 على الساعة 8 : 30 صباحا،لمدة 55 دقيقة في قاعة الانتظار.

- **تحليل المقابلة مع الجدة :**

خلال المقابلة مع الجدة نلاحظ أنها تجاوبت مع الأسئلة وأضافت كل ما لديها من معرفة حول الطفل كونها الأم البديل.

أكدت الجدة أن مرحلة الحمل للأم كانت مليئة بالضغوط النفسية والمشاكل الاجتماعية، سواء مع عائلة الزوج أو مع الزوج نفسه، الذي أدى إلى توتر كبير بالنسبة لها، وفي النهاية اتخذت قرار الطلاق. كانت الجدة تذكر الأعراض الصعبة التي مرت بها ابنتها أثناء الحمل، مثل الغثيان والقيء. ولدت بشكل طبيعي، لكن الجنين عانى من نقص الاكسجين نتيجة نوبات الصرع التي كانت تحدث للأم لأثناء الحملإذا كانت الأم تعاني من نوبات صرع قوية أثناء الحمل، فقد يحدث تقلص في تدفق الأكسجين إلى الجنين، مما يؤدي في بعض الحالات إلى نقص الأكسجين في دماغ الجنين.

إذا حدث نقص الأكسجين في الدماغ الناتج عن الصرع، فقد يكون له آثار سلبية على تطور الجنين. قد يتسبب نقص الأكسجين في الدماغ في تلف الأنسجة الدماغية وقد يؤثر

على وظيفة الدماغ والتطور العصبي للجنين. في بعض الحالات الشديدة، يمكن أن يؤدي نقص الأكسجين في الدماغ إلى مشاكل صحية خطيرة للجنين مثل تأخر النمو العقلي أو الإعاقة الذهنية.

نتائج البحث لا تتناول بشكل مباشر العلاقة بين نقص الأكسجين والتوحد والأم المصابة بالصرع. تركز النتائج بشكل أكبر على العلاقة العامة بين نقص الأكسجة (الحرمان من الأكسجين) أثناء الحمل/الولادة وزيادة خطر الإصابة باضطراب طيف التوحد (ASD) لدى الأطفال.

النقاط الرئيسية من نتائج البحث هي:

– تم تحديد نقص الأكسجة في الفترة المحيطة بالولادة (الحرمان من الأكسجين في وقت قريب من الولادة) كعامل خطر لتطور اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال. لقد وجدت الدراسات أن الأطفال الذين لديهم تاريخ من نقص الأكسجين في الفترة المحيطة بالولادة لديهم خطر أكبر بكثير لتشخيص اضطراب طيف التوحد مقارنة بأولئك الذين ليس لديهم مثل هذا التاريخ .

– تتضمن الآليات المقترحة تلفًا في الدماغ ناجمًا عن نقص الأكسجة وتعطيل عمليات النمو العصبي الطبيعية، مما قد يساهم في ظهور سلوكيات وأعراض مرتبطة بالتوحد (Zenghua Yong, Yunlong Dou, 2021).

لكن بعد عدة أشهر من الولادة، بدأت بملاحظة تغيرات في سلوك وتفاعلات حفيدها، تضيف الجدة أن الأم تزوجت للمرة الثانية و سن طفلها كان عامين وتركته عندها التي تكفلت به بعد ذلك.

حول السوابق المرضية تشير الجدة الى أن ابنتها كانت مصابة بالصرع في العمر 14، وكذا حفيدتها وبدأت النوبات في الظهور في العمر 12. تم الختان وهو في أسبوعه الثاني وكانت ردة فعله عبارة عن حمى لمدة يومين

من وجهة نظر فرويد، يمكن أن تسبب صدمة الختان تجربة مؤلمة تترك آثارًا عميقة على النفس الباطنية للفرد، خاصة إذا حدثت في مرحلة الطفولة المبكرة. يمكن أن تثير هذه الصدمة العديد من النزاعات النفسية والصراعات الداخلية التي قد تؤثر على النمو النفسي للشخص.

من الناحية العصبية، قد يؤثر تجربة صدمة الختان على النمو العصبي للطفل، وذلك بسبب الضغط النفسي الناتج عن التجربة المؤلمة. يمكن أن يؤدي هذا الضغط إلى تغيرات في التطور العصبي، مما قد يؤثر على الوظائف العقلية والسلوكية فيما بعد.

وجدت العديد من الدراسات وجود علاقة بين ختان الذكور وزيادة خطر الإصابة باضطراب طيف التوحد، خاصة عند الأولاد الصغار من بينها دراسة M. Frisch, J. Simonsen (2015) تشير الأبحاث التي نشرتها اليوم مجلة الجمعية الملكية للطب إلى أن الأولاد المختونين هم أكثر عرضة من الأولاد السليمين للإصابة باضطراب طيف التوحد (ASD) قبل سن العاشرة. ويكون الخطر مرتفعًا بشكل خاص بالنسبة لمرض التوحد الطفولي قبل سن الخامسة. تم إجراء البحث في الدنمارك على مجموعة من جميع الأطفال المولودين بين عامي 1994 و2003. وخلال الدراسة تمت متابعة أكثر من 340 ألف طفل حتى سن التاسعة بين عامي 1994 و2013، وتم تشخيص ما يقرب من 5000 حالة من حالات اضطراب طيف التوحد. وأظهرت الدراسة أنه بغض النظر عن الخلفية الثقافية فإن الأولاد المختونين قد يكونون أكثر عرضة للإصابة باضطراب طيف التوحد.

كما لاحظ الباحثون بشكل غير متوقع زيادة خطر الإصابة باضطراب فرط النشاط بين الأولاد المختونين في الأسر غير المسلمة.

لاحظت الجدة تغيرات في سلوك وتصرفات حفيدها، وقامت بمقارنتها مع نمو حفيدتها من ابنة أخرى، حيث حسب الجدة يعاني الطفل من سلوكيات نمطية مثل تحريك الأشياء بشكل مستمر حتى الأشياء التي لا تحتاج إلى تحريك، والضحك بدون سبب، بالإضافة إلى حركات الوجه المتكررة ورفع الرأس بكثرة.

تشير الجدة إلى أن الطفل يظهر اهتمامًا كبيرًا بالكرة ويرتبط بها بشكل قوي، حيث يرفض التخلي عنها ويحملها معه في كل الأوقات. يُظهر هذا السلوك الدائم والثابت تفضيله لنشاط محدد وثباته في الروتين.

بالإضافة إلى ذلك، تقول الجدة إن الطفل يظهر رفضًا للتغيير في روتين تناول الطعام أو تغيير في أدوات الطعام التي يستخدمها عندما تقول "إذا كان يريد الطعام، يجب استخدام الشوكة والملعقة التي يعتاد عليها. إذا تم تغييرها، فإنه لن يأكل وسيبحث عنها حتى يجدها". يعكس هذا السلوك ثبات الروتين وعدم التسامح مع التغييرات في البيئة المألوفة، مما يشير إلى احتمال وجود عوامل نمطية مرتبطة بطيف التوحد.

تعكس هذه الأنماط المتكررة التي يظهرها الى تمسكه بالثبات وتفضيله للروتين، وهي سمات شائعة تُلاحظ لدى الأطفال الذين يُعانون من التوحد.

تعبير الجدة عن عجزها في فهم طلبات حفيدها من خلال كلامه أو إشاراته يظهر صعوبة تطوير مهارات اللغة لديه، إذ يواجه الطفل تأخرًا في النطق والفهم ويجد صعوبة في التعبير عن رغباته واحتياجاته بوضوح.

بالإضافة إلى ذلك، تلاحظ الجدة أن الطفل يجد صعوبة في فهم التعليمات الصعبة. عندما يتلقى تعليمات متعددة أو تعليمات تتطلب سلسلة من الخطوات، يشعر بالارتباك ويصعب عليه بدء المهمة بشكل صحيح. ولاحظت الطالبة هذا أيضًا خلال ملاحظتها الميدانية للحالة الأولى خلال اختبار مخطط الجسم. وبالتالي، تم اتخاذ احتياطات إضافية بحرص لضمان فهم الطفل للتعليمات الصعبة والانتقال بين سلسلة من الخطوات. يُعَد فهم التعليمات الصعبة وتنفيذها تحديًا شائعًا بين الأطفال ذوي التوحد، حيث يمكن أن يكون الطفل غير قادر على معالجة وتنظيم المعلومات بشكل فعال، مما يُؤدي إلى صعوبة في فهم التعليمات التي تتضمن خطوات معقدة.

تلاحظ الجدة وجود تفاعلات اجتماعية غير مألوفة في بعض الأحيان، على سبيل المثال، عدم الرغبة في المشاركة في ألعاب الأطفال الأخرى والاختيار باللعب بمفرده أو التركيز على نشاط محدد لفترة طويلة من دون التواصل مع الآخرين. تقول الجدة: "أشعر بالراحة عندما يدير أموره بمفرده، يلبس ويأكل ويظهر استقلالية واهتمام بالنفس". كما تضيف أن هذا السلوك تم تعزيزه بفضل العناية النفسية المبكرة التي قدمتها الاخصائية نفسية.

حسب الجدة أن الحالة يتعرف على جسده لكن بنسبة متوسطة مقارنة بسنه؛ "يقد يتعرف على وجهه ويديه رجليه بصح ينسا ديفوا (des fois) تعاونيه"؛ وقد اضافت انه عنده مشاكل من ناحية الحركات الدقيقة التي تتطلب الأصابع و مشكلة في التوازن.

- **المقابلة مع الطفل:**

تمت المقابلة مع الطفل يوم 15-02-2024 على الساعة 10صباحا، لمدة ساعتين داخل القسم.

- **تحليل المقابلة مع الطفل:**

عندما دخل الطفل في الحصة الأرطوفونية، لاحظت الطالبة وجود لعبة على المكتب. قررت محاولة اللعب مع الطفل، ولكن الطلب كان على الطفل القيام بالاختبار قبل تسليمه اللعبة في النهاية. بالرغم من أن الطفل استجاب للتعليمات، إلا أنه فعل ذلك ببطء وبشكل غير واضح بسبب صعوبته في فهم التعليمات المعقدة.

يرفض أخذ الكرة منه أو أي لعبة ويستجيب بشكل عنيف ويظهر احتجاج قوي، منعزل عن بقية الأطفال داخل القسم؛ عندما يرفض يكون متشدد لرأيه لا يغيره، انتقائي في الأكل، يلعب بالأشكال الدائرية ويحب تحريكها على شكل دوائر، لديه استجابة بشكل متوسط للتعليمات.

يتجنب التواصل البصري ويرفض اقتراب الأطفال الآخرون منه أو مشاركة ألعابه، ينتظر الوقت التي تأتي فيه جدته عادة وان غيرته يستثار بشكل عدواني، اليوم التي تكون أمه قد تغيبت عن حضوره يأتي بمزاج سيء ولا يحب ان يشارك في أي نشاط أو لعبة ويظهر استجابات سلوكية جديدة سلبية.

قدمت الطالبة قبل اختبار مخطط الجسم لعبة التعرف على الجسد للحالة وقد لاحظت صعوبة في ترتيب اللعبة في المراحل المعقدة التي تحتوي على تفاصيل عديدة.

- **التاريخ النفسي والاجتماعي:**

- **تاريخ الولادة والحمل:** وُلد الطفل بشكل طبيعي، ولكنه عانى من نقص الأكسجين في الدماغ نتيجة لنوبات الصرع التي كانت تعانيها الأم أثناء الحمل. هذا يمكن أن يؤدي إلى تأثيرات سلبية على تطور الجنين ووظيفة الدماغ، وقد يرتبط ذلك بزيادة خطر الإصابة بطيف التوحد.

• **تجارب الطفولة المبكرة:** ختان الطفل في الأسبوع الثاني من العمر قد يكون له تأثير على تطور الطفل وصحته العقلية. تجربة الختان المؤلمة في مرحلة الطفولة المبكرة قد تسبب صدمة وضغطًا نفسيًا قد يؤثر على النمو العصبي ويزيد من خطر الإصابة بطيف التوحد.

• **سوابق العائلة:** وجود تاريخ عائلي بالصرع لدى الأم والحفيدة قد يكون له تأثير على صحة الطفل، وقد يزيد من احتمالية وجود تشوهات تطورية أو اضطرابات عصبية مثل طيف التوحد.

• **الحمل والولادة:** مرت الأم بضغوط نفسية ومشاكل اجتماعية خلال فترة الحمل، سواء مع عائلة الزوج أو الزوج نفسه، مما تسبب في توتر كبير أدى إلى الطلاق؛ عانت الجدة من أعراض صعبة أثناء الحمل مثل الغثيان والقيء.

• **نشأة الطفل**: تم ترك الطفل في رعاية الجدة بعد زواج الأم للمرة الثانية عندما كان الطفل بعمر 3 سنوات. لاحظت الجدة سلوكيات نمطية لدى الطفل مثل تحريك الأشياء بشكل مستمر والضحك بدون سبب؛ يظهر الطفل اهتمامًا كبيرًا بالكرة ورفض التخلي عنها، مما يعكس تفضيله للأنشطة المحددة وثباته في الروتين.

• **تفاعل الطفل:** يظهر الطفل تمسكًا بثبات الروتين ورفضًا للتغيير في روتين تناول الطعام أو تغيير أدوات الطعام؛ يعاني الطفل من صعوبة في تطوير مهارات اللغة، ويواجه تأخرًا في النطق والفهم، وصعوبة في التعبير عن رغباته واحتياجاته.

• **التواصل الاجتماعي:** يواجه الطفل صعوبة في فهم التعليمات المعقدة ويتطلب دعمًا إضافيًا لفهم التعليمات الصعبة؛ كما يميل إلى عدم الرغبة في المشاركة في ألعاب الأطفال

الآخرين ويختار اللعب بمفرده أو التركيز على نشاط محدد لفترة طويلة دون التواصل مع الآخرين.يظهر استقلالية في أموره اليومية ويهتم بالنفس.

- **التحديات المعرفية:** يعاني الطفل من مشاكل في المهارات الدقيقة التي تتطلب استخدام الأصابع، ويظهر صعوبة في التوازن، بالإضافة الى أنه يجد صعوبة في ترتيب المهام المعقدة والتركيز على التفاصيل.

ملخص:

يشير التاريخ النفسي والاجتماعي إلى أن الطفل يواجه تحديات متعددة تشمل سلوكيات نمطية واهتمامًا محددًا بأشياء معينة، فضلاً عن صعوبات في التواصل الاجتماعي وتطوير المهارات اللغوية والمعرفية. يرتبط هذا باضطراب طيف التوحد الذي يظهر من خلال تفضيله للروتين وصعوبة فهم التعليمات المعقدة.

العوامل المرتبطة بالاصابة باضطراب طيف التوحد:

- تاريخ الولادة والحمل:
- وُلد الطفل بشكل طبيعي، ولكنه عانى من نقص الأكسجين في الدماغ نتيجة لنوبات الصرع التي كانت تعانيها الأم أثناء الحمل. هذا يمكن أن يؤدي إلى تأثيرات سلبية على تطور الجنين ووظيفة الدماغ، وقد يرتبط ذلك بزيادة خطر الإصابة بطيف التوحد.

– تجارب الطفولة المبكرة:

– ختان الطفل في الأسبوع الثاني من العمر قد يكون له تأثير على تطور الطفل وصحته العقلية. تجربة الختان المؤلمة في مرحلة الطفولة المبكرة قد تسبب صدمة وضغطًا نفسيًا قد يؤثر على النمو العصبي ويزيد من خطر الإصابة بطيف التوحد.

– سوابق العائلة:

– وجود تاريخ عائلي بالصرع لدى الأم والحفيدة قد يكون له تأثير على صحة الطفل، وقد يزيد من احتمالية وجود تشوهات تطورية أو اضطرابات عصبية مثل طيف التوحد.

– الضغوط النفسية والاجتماعية أثناء الحمل: عانت الجدة من ضغوط نفسية ومشاكل اجتماعية كبيرة خلال الحمل، مما قد يؤثر على تطور الطفل.

– العوامل البيئية: تنشئة الطفل في بيئة غير مستقرة، مع انفصال الوالدين وترك الطفل في رعاية الجدة، قد يؤثر على نموه وتطوره.

الأعـــــــراض:

– السلوكيات النمطية: تشمل تحريك الأشياء بشكل مستمر، والضحك بدون سبب، وحركات الوجه المتكررة ورفع الرأس بكثرة.

– الاهتمام المحدود بنشاط محدد: يظهر الطفل ارتباطًا قويًا بالكرة، ويرفض التخلي عنها، مما يعكس تفضيله لنشاط معين.

– رفض التغيير في الروتين: يرفض الطفل تغيير أدوات الطعام أو روتين تناوله، مما يدل على حاجته إلى الثبات والروتين.

– صعوبات في تطوير مهارات اللغة: يعاني الطفل من تأخر في النطق والفهم، مع صعوبة في التعبير عن احتياجاته ورغباته.

– صعوبة في فهم التعليمات المعقدة: يواجه الطفل تحديات في معالجة التعليمات الصعبة ويفتقر إلى القدرة على تنفيذ المهام المتعددة الخطوات.

– صعوبات في التواصل الاجتماعي: يفضل الطفل اللعب بمفرده والتركيز على نشاط محدد لفترات طويلة، ويظهر عدم الرغبة في المشاركة في الأنشطة الاجتماعية.

– مشاكل في المهارات الدقيقة والتوازن: يعاني الطفل من تأخر في المهارات الدقيقة التي تتطلب استخدام الأصابع، ويظهر مشكلة في التوازن.

نتائج مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد –الإصدار الثاني:

نقدم نتائج اختبار الحالة الأولى باستخدام مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد – الإصدار الثاني، والذي يتضمن مقاييس فرعية متعددة تهدف إلى تقييم جوانب مختلفة من السلوكيات النمطية، التواصل، التفاعل الاجتماعي، والنمو وهذا ما يوضحه الجدول (06).

جدول رقم (06):

يوضح نتائج اختبار الحالة الأولى في مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد –الإصدار الثاني:

المقاييس الفرعية	الدرجة الخام	درجة المعيارية	النسب المئوية
السلوكيات النمطية	25	12	٪75
التواصل	22	10	٪50
التفاعل الاجتماعي	27	10	٪50
النمو	8	11	٪63
مجموع الدرجات المعيارية للأبعاد:		43	
مؤشر التوحد		105	٪63

يبدو من جدول النتائج أن الحالة الأولى تظهر نمطًا واضحًا من السلوكيات النمطية، حيث حصلت على 75٪ في هذا الجانب من الاختبار. ومع ذلك، تظهر درجات منخفضة نسبيًا في الجوانب الأخرى مثل التواصل والتفاعل الاجتماعي حيث حصلت على 50٪ في كل

منهما. علاوة على ذلك، تبدو النتيجة الإجمالية لمؤشر التوحد مرتفعة نسبيًا بنسبة 63٪، مما يشير إلى وجود أعراض ملحوظة تتماشى مع اضطراب طيف التوحد.

نتائج مقياس مقياس تقدير التوحد(Childhood Autism Rating Scale (CARS:

تقديم نتائج الحالة الأولى باستخدام مقياس CARS، والذي يتضمن 15 مستوىً مختلفًا، يقيس كل منها جانبًا معينًا من سلوك الطفل. يتم تقييم كل بند على مقياس من 1 إلى 4، حيث تعكس الدرجات الأعلى شدة أكبر في عرض الأعراض المرتبطة بالتوحد.

جدول رقم (07): يوضح نتائج الحالة الأولى مقياس مقياس تقدير التوحد:

رقم المستوى	البند	الدرجة
1	إقامة علاقة مع الناس	2.5
2	القدرة على التقليد والمحاكاة	2
3	الاستجابة العاطفية	3.5
4	استخدام الجسم	2.5
5	استخدام الأشياء	3.5
6	التكيف والتأقلم	3
7	الاستجابة البصرية	2.5
8	الاستجابة السمعية	2
9	استجابات استخدام التذوق والشم واللمس	1.5
10	الخوف والعصبية	3
11	التواصل اللفظي	2.5
12	التواصل الغير اللفظي	2
13	مستوى النشاط	2.5
14	مستوى ثبات الاستجابة العقلية	2
15	انطباعات الفاحص	3
	المجموع	38

هذا الجدول يظهر نتائج تقييم التوحد بحسب المستويات المختلفة. يبدو أن هناك 15 مستوىً مختلفًا في هذا التقييم، وكل مستوى له درجة محددة. يبدو أن المجموع الإجمالي للدرجات هو 38 والتي تفسر بوجود توحد بسيط الى متوسط.

نتائج الحالة الأولى اختبار رسم الرجل الأول:

الصورة رقم (3): تمثل رسم الرجل الأول للحالة الأولى:

نعرض نتائج الحالة الأولى لاختبار رسم الرجل، حيث تم تقييم الرسم بناءً على 51 بندًا مختلفًا. يمثل الجدول رقم (08) النقاط التي حصلت عليها الحالة الأولى في كل من هذه البنود، مما يوفر صورة شاملة عن المهارات الحركية والتفاصيل الإدراكية التي يمتلكها الطفل.

الجدول(08) : يوضح نقاط للحالة الأولى في اختبار رسم الرجل:

الرقم	البنود	النقطة	الرقم	البنود	النقطة
1	وجود الرأس	1	**26**	التفاصيل الكاملة للأصبع	0
2	وجود الساقين	1	**27**	تمايز اليدين	1
3	وجود الذراعين	1	**28**	مفاصل الذراعين	0
4	وجود الجذع	1	**29**	مفاصل الساقين	0
5	جذع عال أكثر منه عريض	1	**30**	تناسب الرأس	0
6	وضع الكتفين	1	**31**	تناسب الذراعين	0
7	وضع الأطراف	1	**32**	تناسب الساقين	0
8	الموضع الصحيح للأطراف	1	**33**	تناسب القدمين	0
9	وجود العنق	0	**34**	أبعاد الأطراف	0
10	مخطط العنق	0	**35**	كعب القدم	0
11	وجود العينين	1	**36**	تناسب حركي عام	0
12	وجود الأنف	1	**37**	تناسب الموقف	0
13	وجود الفم	1	**38**	تناسب اتصالات الرأس	0
14	أبعاد الأنف والفم	0	**39**	تناسب اتصالات الجذع	0
15	وجود المناخير	0	**40**	تناسب الأطراف	0
16	وجود الشعر	0	**41**	تناسق ملامح الوجه	1

17	الشعر يغطي الرأس	0	**42**	وجود الأذنين	1
18	وجود ملابس	0	**43**	الموضع الصحيح للأذنين	1
19	قطعتين من الملابس	0	**44**	وجود البؤبؤ	0
20	ملابس غير شفافة	0	**45**	وجود الحواجب والرموش	0
21	موقع الابهام	0	**46**	تناسب العينين	1
22	أربع قطع مكان الملابس	0	**47**	وجود الجبين والذقن	0
23	ثياب كاملة	0	**48**	تمايز الذقن	1
24	وجود الأصابع	1	**49**	بروفيل أولي)رأس، جذع، أقدام)	1
25	عدد الأصابع	1	**50**	اتجاه اليدين	0
			51	بروفيل كامل	0
			الدرجة الخام		22

يوضح الجدول المقاييس المختلفة المستخدمة لتقييم العناصر المختلفة للرجل. يتمثل ذلك في وجود أجزاء الجسم المختلفة مثل الرأس، العينين، الأنف، والفم، بالإضافة إلى التناسبات والتفاصيل الشخصية. تظهر النقاط المحصلة في النهاية درجة خام المقدرة ب22 والتي تناسب العمر العقلي 8 سنوات. لحساب معدل الذكاء « IQ »:

IQ= 72.72

IQ~ 73

وحسب النتيجة نجد أن الحالة ذات معدل ذكاء IQ=73 و بالتالي تعاني الحالة الأولى من تأخر عقلي خفيف.

نتائج اختبار الحالة الأولى لمخطط الجسم :

تم إجراء اختبار مخطط الجسم في جلسة واحدة، وكانت مدتها ساعة و 55د.

مقارنة بين العمر الزمني والعمر العقلي والعمر نمو مخطط الجسم:

بناءً على أن الحالة الأولى لديه عمر عقلي يبلغ 8سنوات، قررنا تطبيق اختبار الواجهة لمخطط الجسم ثم تم تطبيق اختبار الجانبية.

أظهرت النتائج التي حصلنا عليها مع الحالة اولأولى في اختبار مخطط الجسم أن عمر مخطط الجسم لديه هو 7 سنوات؛ وهو أقل من عمره الحقيقي البالغ 11 عامًا. استنادًا إلى ذلك، يمكننا القول إن الحالة الأولى يعاني من تأخرفي اكتساب مفهوم مخطط الجسم، حيث يصل هذا التأخر إلى 4 سنوات.

المقارنة بين الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه للحالة الأولى:

نقارن بين الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه للحالة الأولى، كما هو موضح في الجدول (09). يوضح الجدول الدرجات في ثلاثة مجالات رئيسية: التعرف، التركيب، والتركيب بنموذج، بالإضافة إلى المجموع الكلي.

الجدول (09) : يوضح الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه للحالة الأولى لإختبار الواجهة:

	التعرف	التركيب	التركيب بنموذج	المجموع
الوجه	8	7	11	26
الجسد	6	8	8	22
معا	14	15	19	48
عمر مخطط الجسم				7 سنوات

تمحورت نتائج الحالة الأولى في اختبار توجيه الجسم حول الحصول على درجة 26 لجميع الأجزاء باستثناء العنق، بينما حصل على درجة 22 في اختبار توجيه الوجه، وذلك بسبب الحصول على درجات متفاوتة للوجه مقارنة بالجسد خصوصا مرحلة التعرف.

عند وضع اختبار الواجهة – الوجه- نرى لم يتعرف على الحواجب أما الأذنين لم يتعرف عليها شفويا لكن قدمها في الموضع الصحيح؛ بالنسبة لمرحلة التركيب نرى أن الحالة

تحصلت على 7 نقاط لغيابالحواجب والعينين في التركيب تماما، في مرحلة التركيب بالنموذج قدم النموذج بالشكل المطلوب وكامل الأجزاء بالتالي تحصل على النقطة كاملة 11.

في اختبار الواجهة –الجسد خلال مرحلة التعرف لم يتعرف على العنق وتم تجاهل مكانه؛ بينما لم يتعرف شفويا على الساعدين لكن وضعها في المكان المناسب وبالتالي تحصل على مجموع 6، من خلال مرحلة التركيب تحصل على 8 لم يضع العنق، وحتى في مرحلة التركيب بالنموذج تحصل على 8 لعدم وضع العنق.

وبالتالي نرى انه تحصل في الاستكشاف "Reconaissance" 5/9 في اختبار الواجهة الجسد، و7/11 في اختبار الواجهة- الوجه؛ بعض القطع التي لم يتعرف عليها الحالة الأولى:

الجدول (10) يوضح القطع التي لم يتعرف عليها الحالة الأولى:

إجابات الحالة الأولى	القطع	
لم يعرف	الحاجب	الوجه
عين	الاذن اليمنى	
عين	الاذن اليسرى	
لم يعرف	الحاجب	
تجاهله	العنق	الجسم
يد	الساعد الأيمن	
يد	الساعد الأيسر	

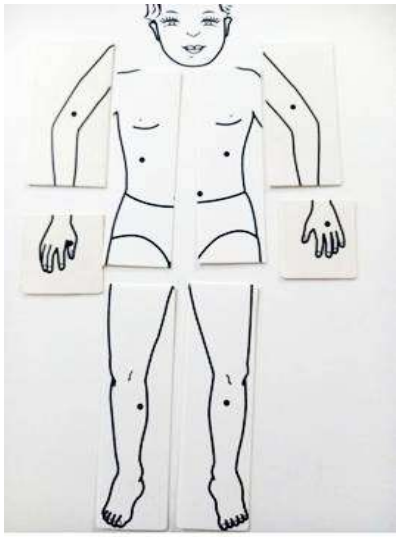
نرى ان مرحلة التعرف على أجزاء الوجه كانت افضل منها على التعرف على اجزاء الجسد؛ فيما يتعلق بتحديد الموقع أجزاء الجسد نرى في مرحلة التركيب قام بوضع أجزاء الجسد بشكل غير متصل؛ نرى غياب العنق اما الساعدين كانا أعلى موقعهما الحقيقي، اما

في مرحلة التركيب بنموذج نرى وجود تحسن فيما يخص الساعدين وان أجزاء الجسم متصلة في بعضها؛ مع الغياب للعنق.

اما تحديد الموقع للوجه في مرحلة التركيب لا حظنا غياب الحاجبين و العينين؛ اما مرحلة التركيب بنموذج وضع الوجه بالشكل الصحيح مع عدم غياب أي عنصر.

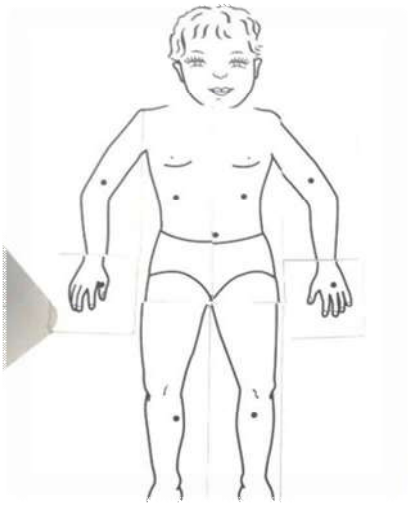
المقارنة بين التعرف، التركيب والتركيب بنموذج:

الصورتين (04) و (05) توضح أداء الحالة (1) في مقياس مخطط الجسم للواجهة-الجسد



الصورة (04)

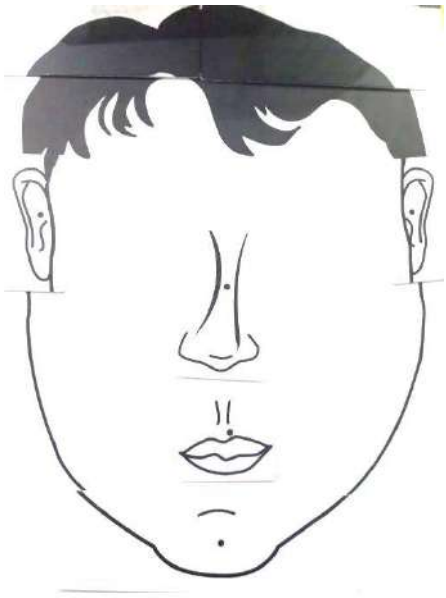
توضح مرحلة التركيب للحالة الأولى (الجسد)



الصورة (05)

توضح مرحلة التركيب بنموذج للحالة الأولى (الجسد):

الصورتين (06) و(07) توضح أداء الحالة الأولى في مقياس مخطط الجسم الواجهة – الوجه:



الصورة (06)

توضح مرحلة التركيب للحالة الأولى (الوجه)

الصورة (07)

توضح مرحلة التركيب بنموذج للحالة الأولى (الوجه)

في توجيه الجسم، حصل الحالة الأولى على درجة تقييمية بنقاط تساوي 06 في مرحلة التعرف بعد تحديد جميع الأجزاء باستثناء العنق والساعدين، وحصل على درجة بنقاط تساوي 08 في مرحلة البناء والتكرار بعد تحديد موقع أجزاء لجسم باستثناء العنق.

بالنسبة لتوجيه الجسم، حصل الحالة الأولى على درجة متوسطة في مرحلة التعرف، والتي كانت أقل من الفاصلتين الأخريين، وهما مرحلة التركيب ومرحلة التركيب بنموذج؛ بينما تحصل الحالة الأولىفي توجيه الوجه على درجة 8 في مرحلة التعرف، ثم حدث تراجع إلى 7 في المرحلة التركيب، ثم تراجع إلى 11 في مرحلة التركيب بنموذج

المقارنة بين التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الجسم والوجه بناءً على العمر المحوري للحالة الأولى:

أ- توجيه الجسم:

نقدم مقارنة بين التعرف وتحديد مواقع أجزاء الجسم والوجه للحالة الأولى، وذلك باستخدام الجدول (11) الذي يوضح التعرف وتحديد المواقع لكل جزء من أجزاء الجسم بناءً على العمر المحوري للحالة.

الجدول (11) يوضح التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الجسم بناءً على العمر المحوري للحالة الأولى:

الموقع	الاستكشاف	العمر المحوري	القطع
K-N/11-14 ; H-K/11-14	بطن	5-6	الجذع G/D
K/7	العنق	8-7	العنق
G-J/20-22 ; L-O/20-22	رجل	4	الساقG/D
F-I/9-12 ; M-P/9-12	الذراع	8	الذراعG/D
E-I/13-16 ;N-R/13-16	يد	4	اليدG/D

- **ملاحظة:** نرى أن الحالة الأولى لم يتعرف على الذراع لأنه العمر المحوري للتعرف على الذراع هو 8 سنوات، والعنق ما بين 7-8 سنوات ونرى أن الحالة لم تكتسب هذا بعد.

أ- توجيه الوجه:

نقدم مقارنة بين التعرف وتحديد مواقع أجزاء الجسم والوجه للحالة الأولى، وذلك باستخدام الجدول (11) الذي يوضح التعرف وتحديد المواقع لكل جزء من أجزاء الجسم بناءً على العمر المحوري للحالة.

الجدول (12) يوضح التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الوجه بناءً على العمر المحوري للحالة الأولى:

الموقع	الاستكشاف	العمر المحوري	القطع
M-P/11-16 ; E-H/11-16	عين	4	العين G/D
k/25-27	الذقن	8	الذقن
A-C/12-16 ; S-U/12-16	الأذن	8	الأذن G/D
E-H N-Q	الحواجب	8	الحواجب G/D
P-R/3-5 ; E-G/3-5	شعر	4	الشعرG/D
J-K/14-18	فم	6	الفم
J-K/14-18	الأنف	8	الأنف

- **ملاحظة:** نرى أن الحالة الأولى تعرفت على كامل الوجه ما عدا الحواجب والتي يتم التعرف عليها في العمر 8.
- **نوع التشابه:**

– مرحلة تركيب للجسم لا تشبه أي نموذج؛ فقد وضع الأذرع على الأكتاف، وحذف العنق.

– أما بالنسبة لمرحلة الوجه، فإن كل من مرحلة التركيب ومرحلة التركيب بنموذج لا تشبه بعضها؛ نلاحظ أنه في مرحلة التركيب تكون القطع مناسبة وفي الموقع المناسب مع عدم وجود العينين والحواجب، وفي مرحلة إعادة التركيب بنموذج كان يشبه النموذج بشكل جيد.

المقارنة بين الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه للحالة الأولى بالنسبة لاختبار الجانبية :

نقارن بين الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الجانبية للحالة الأولى، كما هو موضح في الجدول (13).

الجدول (13) يوضح الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه للحالة الأولى:

	التعرف	التركيب	التركيب بنموذج	المجموع
الوجه	2	0	2	4
الجسد	3	1	2	6
معا	5	1	4	10
عمر مخطط الجسم				**7 سنوات**

تمحورت نتائج الحالة الأولى في اختبار توجيه الجسم حول الحصول على درجة 10 لجميع الأجزاء باستثناء العنق، بينما حصل على درجة2 في اختبار توجيه الوجه، وذلك بسبب الحصول على درجات متفاوتة للوجه مقارنة بالجسد خصوصا مرحلة التعرف.

عند وضع اختبار الجانبية – الوجه- نرى لم يتعرف على الوجه الاّ الأذنين لم يتعرف عليها شفويا لكن قدم الأذنفي الموضع الصحيح بالاشارة و الشفاه؛ بالنسبة لمرحلة التركيب نرى أن الحالة تحصلت على 0 نقاط ركب الجه وكأنه الواجهة الجدةامية، في مرحلة التركيب بالنموذج قدم النموذج بشكل فوضوي ما عدا الشفاه و العين وتحصل على 4 نقاط كمجموع.

في اختبار الواجهة –الجسد خلال مرحلة التعرف لم يتعرف على الجذعتم تجاهل مكانه؛ بينما تعرف شفويا على الساعد لكن وضعها في المكان المناسب وبالتالي تحصل على

مجموع 3، من خلال مرحلة التركيب تحصل على 1 لم يضع الاّ الجذع في المكان المناسب، وحتى في مرحلة التركيب بالنموذج تحصل على 3 لعدم وضع الساعد.

وبالتالي نرى انه تحصل في الاستكشاف « Reconaissance» 2/4 في اختبار الواجهة الجسد، و3/6 في اختبار الواجهة- الوجه؛ بعض القطع التي لم يتعرف عليها الحالة الأولى:

الجدول (14) يوضح القطع التي لم يتعرف عليها الحالة الأولى:

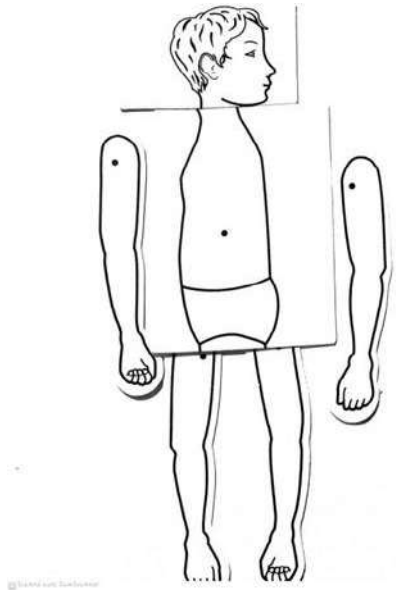
إجابات الحالة الأولى	القطع	
الجبهة	الذقن	الوجه
خد	الجبهة	
لم يعرف	الحاجب	
اذن	الأنف	
شفاه	العين	
لم يعرف	الحاجب	
تجاهله	**الجذع**	**الجسم**

نرى ان مرحلة التعرف على أجزاء الجسد كانت افضل منها على التعرف على اجزاء الوجه؛ فيما يتعلق بتحديد الموقع أجزاء الجسد نرى في مرحلة التركيب قام بوضع أجزاء الجسد بشكل فوضوي،اما الساعدين كانا على شكل الواجهة مع غياب الجذع، اما في مرحلة التركيب بنموذج نرى وجود تحسن في لان أجزاء الجسم متصلة في بعضها.

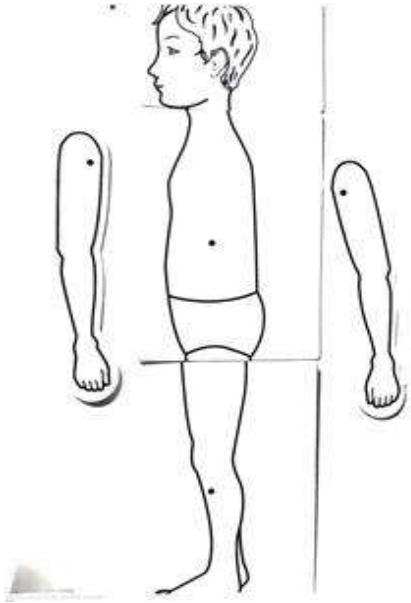
اما تحديد الموقع للوجه في مرحلة التركيب لا حظنا غياب الجبهة والذقن مع عدم وجود العين والشفاه والأنف في الموقع المطلوب أو المسموح به؛ اما مرحلة التركيب بنموذج وضع الوجه بالشكل الواجهة ما عدا العين والشفاه.

المقارنة بين التعرف، التركيب والتركيب بنموذج:

الصورتين (08) و (09) توضح أداء الحالة الأولى في مقياس مخطط الجسم للواجهة -الجسد

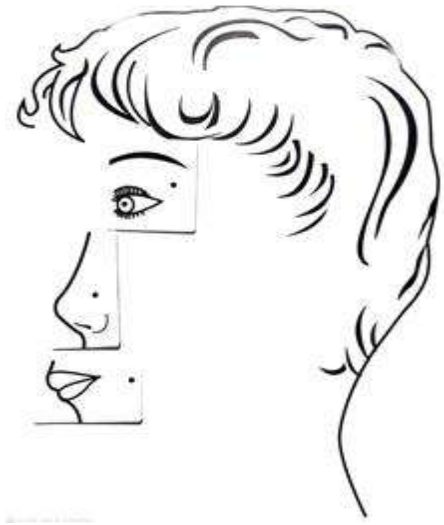


الصورة(08) توضح مرحلة التركيب للحالة الأولى (الجسد)

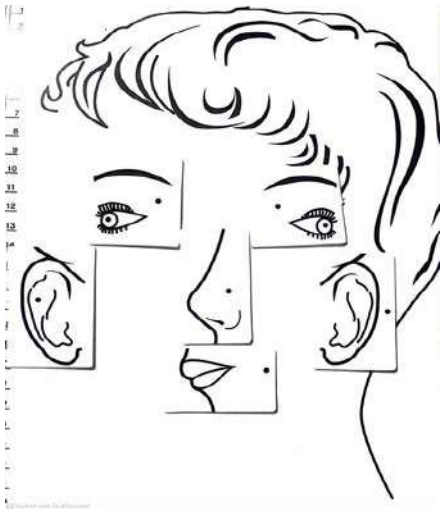


الصورة (09) توضح مرحلة التركيب بنموذج الحالة الأولى (الجسد)

الصورتين (10) و(11) توضح أداء الحالة الأولى في مقياس مخطط الجسم الواجهة – الوجه:



الصورة (10)
توضح مرحلة التركيب الحالة الأولى الوجه



الصورة (11)
توضح مرحلة التركيب بنموذج

في توجيه الجسم، حصل الحالة الأولى على درجة تقييمية بنقاط تساوي 03 في مرحلة التعرف بعد تحديد جميع الأجزاء باستثناء الجذع، وحصل على درجة بنقاط تساوي1 في مرحلة التركيب بعد تحديد موقع أجزاء لجسم كما نرى وجود خلل فيما يخص الساعد و الرجل وحتى في اتجاه الوجه.

بالنسبة لتوجيه الجسم، حصل الحالة الأولى على درجة مرتفعة في مرحلة التعرف، والتي كانت أقل من الفاصلتين الأخريين، وهما مرحلة التركيب ومرحلة التركيب بنموذج؛ بينما تحصل الحالة الأولىفي توجيه الوجه على درجة 2 في مرحلة التعرف، ثم حدث تراجع إلى 0 في المرحلة التركيب، ثم تراجع إلى 2 في مرحلة التركيب بنموذج.

المقارنة بين التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الجسم والوجه بناءً على العمر المحوري للحالة الأولى:

نقدم مقارنة بين التعرف وتحديد مواقع أجزاء الجسم والوجه للحالة الأولى، وذلك باستخدام الجدول (15) الذي يوضح التعرف وتحديد المواقع لكل جزء من أجزاء الجسم بناءً على العمر المحوري للحالة، و الجدول (16) الذي يوضح التعرف وتحديد المواقع لكل جزء من أجزاء الوجه بناءً على العمر المحوري للحالة.

أ- توجيه الجسم:

الجدول (15) يوضح التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الجسم بناءً على العمر المحوري للحالة الأولى:

الموقع	الاستكشاف	العمر المحوري	القطع
K-N/11-14 ; H-K/11-14	بطن	5-6	الجذع G/D
K/7	العنق	8-7	العنق
G-J/20-22 ; L-O/20-22	رجل	4	الساقG/D
F-I/9-12 ; M-P/9-12	الذراع	8	الذراعG/D
E-I/13-16 ;N-R/13-16	يد	4	اليدG/D

• **ملاحظة:** نرى أن الحالة الأولى لم يتعرف على الذراع لأنه العمر المحوري للتعرف على الذراع هو 8 سنوات، والعنق ما بين 7-8 سنوات ونرى أن الحالة لم تكتسب هذا بعد.

أ- توجيه الوجه:

الجدول (16) يوضح التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الوجه بناءً على العمر المحوري للحالة الأولى:

الموقع	الاستكشاف	العمر المحوري	القطع
M-P/11-16 ; E-H/11-16	عين	4	العين G/D
k/25-27	الذقن	8	الذقن
A-C/12-16 ; S-U/12-16	الأذن	8	الأذن G/D
E-H N-Q	الحواجب	8	الحواجب G/D
P-R/3-5 ; E-G/3-5	شعر	4	الشعرG/D
J-K/14-18	فم	6	الفم
J-K/14-18	الأنف	8	الأنف

• **مـــلاحظة:** نرى أن الحالة الأولى تعرفت على كامل الوجه ما عدا الحواجب والتي يتم التعرف عليها في العمر 8.

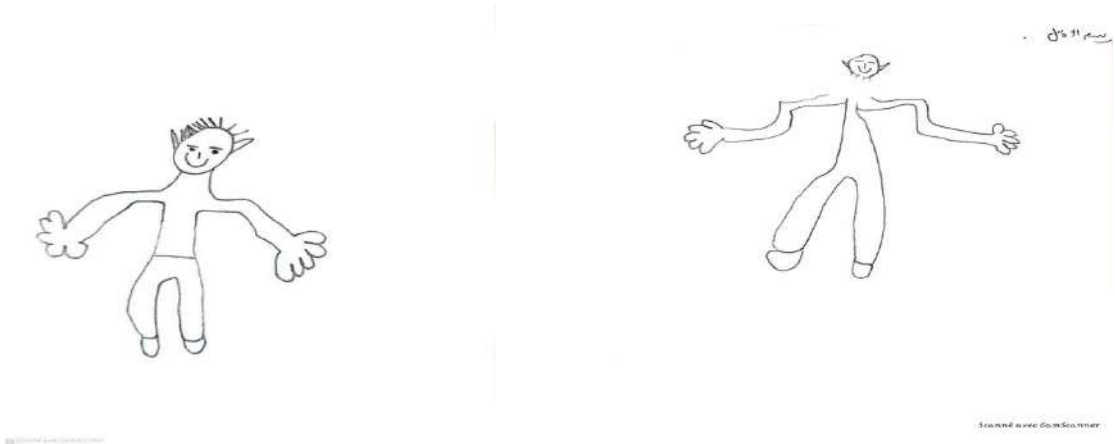
• **نوع التشابه:**

– مرحلة تركيب للجسم لا تشبه أي نموذج؛ فقد وضع الأذرع على على الجانبين وكأنه على الواجهة، والوجه كان عكس الاتجاه كما أنه وضع الأذرع مكان الأرجل، اما مرحلة التركيب بنموذج كانت أفضل فقذ خلل في الساعدين.

– أما بالنسبة لمرحلة الوجه، فإن كل من مرحلة التركيب ومرحلة التركيب بنموذج لا تشبه بعضها؛ نلاحظ أنه في مرحلة التركيب نرى أن القطع في غير مكانها حيث يبدو

الترتيب و كأنه واجهة الوجه، وفي مرحلة إعادة التركيب بنموذج تم تركيب الوجه بشكل جيد مع غياب الذقن و الأذن و الفك.

الفرق بين الرسم الأول والرسم الثاني لاختبار رسم الرجل للحالة الأولى :



الصورة رقم (12) توضح الفرق بين الرسم الأول والرسم الثاني لاختبار رسم الرجل للحالة الأولى:

الحالة الأولى قدَّم الرأس على شكل بيضاوي يمثل بالنسبة له دائرة، نرى الذراعين واليدين قد رسمهم بشكل ضخم، الاختلاف يكمن في أنه أضاف العنق والشعر وقسم الجزء العلوي والسفلي من الجسد مع إضافة الحواجب في الرسمة الثانية.

استنتاج الحالة الأولى:

بناءً على نتائج اختبار رسم الرجل، لوحظ أن الحالة الأولى يمتلك عمر عقلي يعادل عمر الطفل البالغ 8 سنوات ؛ و عمره الزمني هو 11 سنة أي أنه يعاني من إعاقة عقلية خفيفة.

أما بالنسبة لاختبار مخطط الجسم، فقد لوحظ أن الدرجات المحصل عليها في تمثيل الوجه أفضل من تلك التي تم الحصول عليها في تمثيل الجسم، وكذلك الدرجات المحصل عليها في مرحلة التركيب بنموذج أفضل من تلك في المرحلتين الأخريين: التركيب والتعرف.

واستنادًا إلى نتائج اختبار مخطط الجسم، يظهر أن الحالة الأولى يمتلك عمر تطور مخطط الجسم يبلغ 7 سنوات، وهو أقل من عمره الحقيقي البالغ 11 سنة، ومن ثم، يمكننا أن نستنتج أن الحالة الأولى يعاني من تأخر خفيف في اكتساب مخطط الجسم.

- **نتائج دراسة الحالة الأولى :**

بناءً على المقابلة مع الجدة ونتائج الاختبارات المقدمة؛ الطفل يظهر أعراضًا واضحة متوافقة مع اضطراب طيف التوحد. تمثلت هذه الأعراض في السلوكيات النمطية مثل التدوير المتكرر للأشياء، والضحك بدون سبب، وحركات الوجه غير العادية مثل هز الرأس بشكل متكرر، بالإضافة إلى الصعوبات في التواصل والتفاعل الاجتماعي وفهم التعليمات المعقدة. كما يشير تقييم مقياس جيليام التقديري إلى وجود نسب مرتفعة من السلوكيات النمطية ومؤشر التوحد، مما يدل على وجود أعراض ملحوظة للتوحد. بالإضافة إلى ذلك، نتائج مقياس مقياس تقدير ذاتوية الطفولة تشير إلى وجود توحد بسيط إلى متوسط.

وبناءً على الدليلي التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية DSM 5 قد تحقق عرضين من المعيار"أ" والمتمثلة في :

- عجز في المعاملة بالمثل الاجتماعية والعاطفية.
- القصور في تطوير العلاقات والحفاظ عليها وفهمها.

وتحققت (3) أعراض من المعيار"ب" والمتمثلة في:

– الطبيعة النمطية أو المتكررة للحركات أو استخدام الأشياء أو اللغة.

– عدم تقبل التغيير، والالتزام غير المرن بالروتين أو أنماط السلوك اللفظي أو غير اللفظي.(رفض تغيير أواني طعامه، تغيير أوقات الذهاب من المركز)

– المصالح المقيدة والثابتة، الشاذة سواء في حدتها أو في غايتها. (التعلق بالكرة بشكل شديد ان حاولت أخذها يستثار"Agitation").

بالاعتماد على الملاحظة الميدانية والمقابلة مع الجدة نحدد المستوى التوحد الخاص بالحالة الأولى **بالمستوى 2 (متوسط)** لكونه يتميز ب:

– مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي تظهر صعوبات فيها.

– القدرة المحدودة على بدء العلاقات الاجتماعية والاستجابة بشكل مناسب للتفاعلات الاجتماعية.

– سلوكيات جامدة وصعوبة في تحمل التغيير، ولكن أقل حدة من المستوى 3.

– يتطلب دعمًا كبيرًا للوظيفة في مجموعة متنوعة من السياقات.

واستنادًا إلى نتائج اختبار مخطط الجسم، يظهر أن الحالة الأولى يمتلك عمر تطور التصوررسم الجسدي يبلغ 7 سنوات، وهو أقل من عمره الحقيقي البالغ 11 سنة، ومن ثم، يمكننا أن نستنتج أن الحالة الأولى يعاني من تأخر خفيف في اكتساب مخطط الجسم.

- **الحالة الثانية:**

البيانات الأولـــــــــيّة:

– الاسم: ع

– الجنس: أنثى

– تاريخ الميلاد: 30-03-2015

- العمر الزمني:8 سنوات و10 أشهر
- عدد الاخوة: 4 (ذكور)
- ترتيب بين الاخوة: ما قبل الأصغر
- زمرة الدم: AB+

المعلومات الشخصية للوالدين:

- عمر الأب عند انجاب الحالة الثانية : 46 سنة
- المهنة: تاجر
- المستوى التعليمي للأب: الابتدائي
- السوابق المرضية: لا يوجد.
- هل يوجد صلة قرابة بين الأب والأم: يوجد.
- الحالة الاجتماعية للأبوين: متزوجين.
- زمرة الدم الوالد: A+
- عمر الأم عند انجاب الحالة الثانية : 39 سنة
- المهنة: ماكثة في البيت
- المستوى التعليمي للأم: متوسط
- السوابق المرضية: لا يوجد
- زمرة الدم للأم: B-

البنية الاجتماعية-الاقتصادية الأسرية:

دينامية الأسرة:

الحالة الصحية للأشقاء:الأخت مصابة بالصرع

الأطفال يعيشون: مع الوالدين [X] مع الأم [ ] مع الأب [ ] مع أحد أعضاء العائلة [ ]

في المركز [ ]

العلاقة مع الأب: سيئة؛ لا يذهب له.

العلاقة مع الجدة: جيدة، تزوره كل مرة في الأسبوع

العلاقة مع الإخوة: جيدة الا أنه ينعزل عنها

مع الآخرون: منعزل

الظروف (قبل الحمل، أثناء الحمل، وأثناء الولادة)

طبيعة الحمل:

طبيعة وسيلة منع الحمل: حبوب الحمل «microgynon»

الحمل مرغوب به: من طرف الأب نعم من طرف الأم نعم

المعاش أثناء الحمل: اضطرابات عائلية وزوجية

وجود اضطراب: القيئ والغثيان والاعياء.

الاستشفاء قبل الولادة: لا يوجد

طبيعة الولادة:

مكان الولادة: عين تموشنت

الولادة: مبكرة [ ] في الوقت [X] متأخرة [ ]

تمزق الكيس الزلالي: طبيعي [X] اصطناعي [ ]

طريقة الوضع: الولادة الطبيعية [X] الولادة القيصرية [ ]

ظروف الولادة: طبيعية [ ] بدون مضاعفات [X] صعبة [ ] استخدام الملقط "forceps " [ ]

التحفيز: / مدة العمل: /

فترة الولادة الجديدة:

الوزن: 900g

المقاس: /محيط الرأس:/

صراخ فوري [X] نقص الأكسجين: [ ] أصفر [ ] الوضع في الحاضنة [ ]

المدة: / تقييم طفل حديث الولادة: 1د: 10/5.5 5د : 10/7

بعد الولادة:

مدة استشفاء الأم : 24ســـا

الحالة النفسية للأم : منهكة [X] مكتئبة [X] متألقة [ ]

الحالة الجسدية للأم: جيدة [ ] اعياء [X]

التغذية:

رد فعل الامتصاص: موجود [X] غائب [ ]

الرضاعة: طبيعية [X] المدة: عامين عن طريق الرضاعة: [ ] المدة:

رفض الرضاعة: [X] الشراهة [ ] فقدان الشهية [ ] ارتجاع المريئي [X]

النوم:

طقوس النوم: لا يوجد

صعوبات في النوم: لا يوجد

طبيعة النوم: هادئ ☐ مضطرب ☒ الأرق ☐ الكوابيس ☐ الفزع الليلي المشي ☐ اثناء النوم

النمو النفس- الحركي للطفل:

سنه لأول مرة قام بالحبو: 9 أشهر.

سنه لأول مرة تمكن من التحكم في وضعية الجلوس: 6 أشهر.

سنه أول مرة تمكن من الوقوف: 12 أشهر .

سنه أول مرة تمكن من المشي: 16 شهر.

سن التحكم في الجذع: 5أشهر

سن التحكم في الرأس:8أشهر

سنه اول مرة اكتسب المهارات الدقيقة: متأخرة (4سنوات)

سنه التوازن و التنسيق الحركي: متأخر.

سنه اول مرة قام بالمناغاة: حوالي 4أشهر

سنه أول مرة نطق الكلمة الأولى: 5سنوات

سنه أول مرة تكلم جملته الأولى:7سنوات

النظافة: النهارية: 6سنوات الليلية : 7سنوات

سنه اكتساب الاستقلالية:

سنه أول مرة بدأ يأكل بمفرده: لا يأكل بمفرده بعد

سنه أول مرة بدأ يلبس بمفرده: لازال لا يلبس وحده

هل لديه عادات محددة: لا يوجد

- هل لديه مشية مميزة: /

• يسقط بسهولة: /

السوابق:

السوابق المرضية العائلية:

الوالدين: لا يوجد

الأشقاء: شقيقين مصابين بإعاقة ذهنية و أخ مصاب بالتوحد.

الأجداد: /

نسب الجدة:/

نسب الأب:/

القرابة بين الزوجين: لا يوجد الدرجة:/

السوابق الشخصية:

وجود تشنجات: غائبة سن ظهورها: /

الشدة: / الدواء:Risperdal

وجود أمراض متكررة: الحصبة [ ] التهاب السحايا [ ] الحصبة الألمانية [ ]

الانفلونزا [X] التهاب النكاف [ ] الجدري [ ] الصرع [ ] التهاب الأذن [ ]

التهاب الحلق [X] التهاب الأنف والحنجرة [X]

الاستشفاء: / السبب:/

العمر: / المدة: / ردة الفعل /

التفاعل الاجتماعـــــي:

في السياق العائلي و الجيران:

الطفل: اجتماعي [ ] انطوائي [X]

اللعب مع الأطفال : مع سنه [ ] أصغر سنا [ ] أكبر سنا [ ]

يخرج بمفرده للخارج: نعم [ ] لا [X]

هل يقوم بالشراء بمفرده: نعم [ ] لا [X]

قبل التمدرس:

- الحضانة: / العمر: / المدة: /
- سلوك الطفل: هادئة، لديها نظرة جانبية، تعيد الكلام "ايكولاليا".
- طريقة التواصل: تواصلها ضعيف.

المدرسة:

الدراسة: المدرسة العادية [ ] الصف المدمج [ ] معهد متخصص [X]

هل كان متأخر بالنسبة للسن الطبيعي: نعم كم من سنة:/

هل كرر السنة: نعم كم مرة: /

صعوبات: عامة [X] خاصة [ ] حدد:

العوامل المرتبطة:

النمو العقلي [X] النمو النفس الحركي [X] الصف المدمج [ ]

الرؤية [ ] مشكلات في التمايز الجانبي [ ] اضطرابات اللغة [X] السياق الاجتماعي العاطفي [ ] اضطرابات علائقية

الملمح العام:

- لون البشرة: بيضاء.
- لون الشعر: أسود.
- لون العينين: بنية.

- المظهر خارجي: مرتب، نظيف.
- المزاج: هادئة، ذات نظرة جانبية.
- لون البشرة: بيضاء.
- لون الشعر: أسود.
- لون العينين: بنية.
- المظهر خارجي: مرتب، نظيف.
- المزاج: هادئة، ذات نظرة جانبية.

بطاقة شبكة الملاحظة:

نعرض بطاقة الملاحظة العيادية للحالة الثانية، والتي تسلط الضوء على مختلف الأعراض السلوكية ومدى تكرارها لدى الفرد محل الدراسة.

الجدول (17) يوضح بطاقة الملاحظة العيادية الحالة الثانية:

رقم	العرض	لا	نادرا	احيانا	نعم
1	أداء حركات مكررة ونمطية بالأيدي أو الأصابع أو الأشياء مثل لف الأصابع بطريقة معينة		X		
2	اللعب بالألعاب بشكل مكرر ونمطي ليس فيه تخيل أو تجديد		X		
3	الاهتمام بالأشياء المتحركة مثل المراوح والعجلات			X	
4	الاهتمام بتفاصيل الأشياء مثل الحفر على الأبواب أو نقاط في صورة أو حبة على الوجه فيداومون النظر إليها أو تحسسها بدون الاهتمام بالتفاصيل الأكثر أهمية			X	
5	الطرق أو الخربشة على الأبواب أو الأسطح بشكل متكرر	X			
6	تحسس الأشياء أو شمها بشكل غريب				X
7	صك الأسنان أو تحريك ألراس				X
8	الصراخ أو إصدار أصوات معينة بشكل مكرر ونمطي	X			
9	الاهتمام غير المبرر بأشياء معينة، مثل لباس معين او اكل معين أو لعبة معينة و الاضطراب عند عدم وجودها أو محاولة		X		

	استبدالها مثل جاكيت معين أو المفاتيح أو السيارة أو ركن معين في المنزل			X	
10	الغضب عند تغيير روتين معين مثل الانتقال من مكان لأخر أو إعادة ترتيب سريره أو أثاث المنزل			X	
11	الاهتمام غير المبرر بأصوات معينة مثل :صوت تنقيط الماء أو صوت لعبة معينة	X			
12	جمع أشياء بدون هدف مثل جمع العلب البلاستيكية أو المفاتيح وصفها في خطوط أو ترتيب معين				X
13	تكرار أسئلة بعينها وكلام معين مثل نشرات الأخبار				X
14	ذكر اسمه عند السؤال والجواب الذي يطلب منه				X
15	طقوس معينة عند النوم مثل النوم في مكان معين وبلباس معين ووقت معين	X			
16	تجنب التواصل مع الآخرين بالعين				X
17	تكرار حركات جسدية مثل اللف أو القفز أو الدوران أو المشي على شكل زوايا أو خطوط مستقيمة			X	
18	إذاء الذات أو الآخرين مثل العض	X			

حسب دليل الاحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية DMS 5:

المحور الأول:

وبناءً على الدليل الاحصائي التشخيصي لاضطرابات العقلية "DSM5" قد تحقق عرضين من المعيار"أ" و المتمثلة في :

- عجز في المعاملة بالمثل الاجتماعية و العاطفية.
- القصور في تطوير العلاقات و الحفاظ عليها و فهمها.
- وتحققت أعراض من المعيار "ب" و المتمثلة في:
- الطبيعة النمطية أو المتكررة للحركات أو استخدام الأشياء أو اللغة.
- عدم تقبل التغيير، والالتزام غير المرن بالروتين أو أنماط السلوك اللفظي أو غير اللفظي.

بالاعتماد على الملاحظة الميدانية و المقابلة مع نحدد المستوى التوحدالخاص بالحالة الثانية

- **المستوى 1 (خفيف):**

– التواصل الاجتماعي متأثر به، ولكن بشكل أقل حدة مقارنة بالمستويات الأعلى.

– صعوبة في بدء العلاقات الاجتماعية و الاستجابة بشكل مناسب للتفاعلات الاجتماعية.

– سلوكيات جامدة و صعوبة في تغيير النشاط أو الانتباه.

– يتطلب المساعدة للوظيفة، لكن العيوب أقل حدة من المستويات الأعلى.

المحور الثاني: وجود اعاقة ذهنية قد تحققت المعايير التالية:

أ- الخلل العقلي يتمثل في عدم القدرة على حل المشكلات، التفكير المنطقي والتجريد وتم التأكد باستخدام رسم الرجل.

ب- خلل في السلوك التكيفي لا تخرج بمفردها و لا تشتري الأشياء؛ كما أنها لاتستطيع اللبس و لا الأكل بمفردها ولا تحب الاختلاط الاجتماعي.

ج- ظهرت هذه الأعراض منذ العمرالسنة والنصف.

المحور الثالث: لا وجود لحالة طبية

المحور الرابع: عدم وجود اضطرابات علائقية داخل الأسرة، لكن تعاني من اضطرابات اكاديمية، لم يتم دمجها بعد وقد تأخر لأربع سنوات عن الدراسة.

المحور الخامس: تأثرالوظيفة العامة لغياب الاستقلالية لدى الحالة الثانية، عدم القدرة على الانخراط الاجتماعي حيث تبدو منعزلة عن باقي الاطفال.

جدول الفحص العيادي من خلال المقابلة العيادية مع الحالة الثانية:

جدول (18) : يوضح جدول المقابلات التي أجريت مع الحالة الثانية:

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	المدة	مكان المقابلة	هدف المقابلة
01	2024-02-11	2سا	القسم	بناء علاقة فاحص /مفحوص (الطفل).
02	2024-02-14	40 د	قاعة الانتظار	مقابلة مع الوالدين لجمع معلومات حول تاريخ الحالة.
03	2024-02-17	1سا 45د	القسم	ملاحظة الطفل وتطبيق بطاقة ملاحظة السلوك التوحدي
04	2024-02-19	1سا 15د		تطبيق اختبار جيليام التقديري لتشخيص التوحد
05	2024-02-23	1سا 30 د		تطبيق مقياس تقدير التوحد
06	2024-02-26	1سا و 20 د	مكتب الاجتماعات	تطبيق اختبار مخطط الجسم
07	2024-03-02	30 د	القسم	مقابلة مع الطفل لإعادة التقييم.

يُظهر جدول المقابلات تسلسلًا مهمًا للمقابلات التي تمت مع الحالة والتي عددها (07) مقابلات، خلال الفترة المحددة 11-02-2024 الى 02-03-2024 في المدة الزمنية ما بين 30 د الى 1 سا و 30 د؛ من خلال هذا الجدول، يمكننا متابعة تقدم العمل وفهم سير العمل مع الحالة بشكل أفضل. تعكس المقابلات المتعددة مجموعة متنوعة من الأهداف والتواريخ، مما يوضح التنوع والشمولية في الجهود المبذولة.

المقابلة مع الأم:

تمت المقابلة مع الأم يوم 14 -02- 2024 على الساعة 14 : 05 ،لمدة 40 دقيقة في قاعة الانتظار.

تحليل المقابلة مع الأم:

أظهرت الأم نوعا ما من الاهمال فيما يخص ملابسها و شكلها، كما أنها لا تحضر ابنتها وابنها يوميا للمركز أو بشكل منتظم لقولها "منقدش بزاف وقت باش نطلعهم ونهودهم"؛ كما أن الأب عادة ما يكون مشغول وعندما يجد وقت يقوم باحضارهم، لا حظنا تشتت انتباهها وعدم قدرتها على الجلوس لفترات طويلة و بالها مشغول غالبية الوقت في المقابلة.

من خلال المقابلة مع الأم يظهر أن الحمل وفترة ما بعد الولادة قد تميزت بضغوطات نفسية ومشاكل اجتماعية، حيث كانت ترعى طفلين يعانيان من التأخر العقلي. هذا الوضع المعقد قد أثر بشكل كبير على حالة الأم، مما أدى إلى اجهاد نفسي و جسدي في فترة الحمل.

نلاحظ أنه يوجد اختلاف في عامل الريزوس «RH» حيث زمرة الأم تحمل عامل ريزوس B- بينما الطفلة AB+ الذي قد يكون عاملا من عوامل التسبب باضطراب طيف التوحد العلاقة بين اختلاف عامل الريزوس بين الأم والجنين وحدوث اعاقات تطورية عصبية هامة. عندما تحمل الأم ذات الريزوس السالبة جنيناً ذو عامل الريزوس الإيجابي، يمكن أن يؤدي ذلك إلى عدم التوافق في Rh، وهو سبب رئيسي لمرض فقر الدم الهيموليتي للمولود. يمكن أن يتسبب هذا العدم التوافق في تدمير خلايا الدم الحمراء الجنينية، مما يؤدي إلى زيادة نسبة البيليروبين في الدم، وإذا لم يتم معالجته بشكل سريع، فقد ينتج عن ذلك إجهاد مزمن وضرر للجهاز العصبي المركزي. يمكن أن يزيد هذا الضرر من خطر الإصابة بمختلف أنواع الإعاقات التطورية العصبية، بما في ذلك الإجهاض، والولادة الميتة، وشلل الدماغ، وشلل الأطراف، والتخلف الذهني.

أظهرت الدراسات باستمرار أن عدم التوافق بين دم الأم ودم الجنين يزيد من احتمال ولادة الأطفال ذوي الإعاقات. على سبيل المثال، أظهرت إحدى الدراسات أن عدم التوافق بين دم الأم ودم الجنين يزيد بشكل كبير من خطر ولادة الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية والحركية الجسدية. وأكدت دراسة أخرى أن عدم التوافق الدموي للأم يزيد من احتمال ولادة أطفال معاقين.

نجد دراسة Peter P. Zandi,al (2006) تشير نتائج البحث إلى وجود علاقة محتملة بين عدم توافق Rh وABO بين الأم والجنين وخطر الإصابة بالتوحد. تشير الدراسات إلى أن عدم التوافق بين الأم والجنين في مواضع Rh أو ABO قد يساهم في خطر الإصابة بالتوحد، مع وجود أسباب بيولوجية معقولة تدعم هذه الفرضية.

الحمل والتربية لطفلين بحاجة إلى اهتمام خاص يمكن أن يكون مرهقًا بشكل كبير، وخاصة عندما تواجه الأم صعوبات في فهم وتعامل مع احتياجاتهم الفردية؛ بعد بضعة أشهر من ولادة الطفل، بدأت الأم تلاحظ اختلافات في سلوك الحالة تنم عن احتمالية وجود اضطراب طيف التوحد.

تم تشخيص الطفلة من طرف أخصائيين في هذا المجال؛ تم وصف لها riperdal ويتم استخدام ريسبريدون لعلاج الأعراض المزعجة لاضطراب طيف التوحد مثل السلوكيات العدوانية والعنفية، والتهيج، والتشتت، والتحفظ الاجتماعي، والأعراض السلبية.

سلوك الهز الذي تظهره الطفلة أثناء مشاهدة التلفاز قد يكون علامة مبكرة على اضطراب طيف التوحد. هذا النوع من السلوكيات المكررة والنمطية قد يشير إلى وجود اهتمام غير عادي بالحركة أو الأشياء، وهو شائع لدى الأطفال ذوياضطراب طيف التوحد.

ضعف اللغة وتأخر اكتساب المهارات اللغوية الأولية يعتبر علامة مبكرة مشتركة في اضطراب طيف التوحد. الأطفال الذين يعانون من التوحد غالبًا ما يظهرون تأخرًا في نمو المهارات اللغوية، سواء كانت لفظية أو غير لفظية، مما يؤثر على قدرتهم على التواصل بشكل فعال.

أيضًا، السلوكيات النمطية التي تم وصفها من قبل الأم، مثل هز الألعاب والاهتزاز الجسدي، قد تشير إلى وجود اهتمام غير عادي بالحركة وانشغال محدود بأشياء محددة، وهو أمر شائع في الأطفال ذوي التوحد. عادةً ما يكون لديهم اهتمام محدود باللعب الاجتماعي ويظهرون تفضيلًا للأنشطة التي تتضمن تكرار الحركات أو الأنشطة المتكررة. تعبر الأم عن مشاعرها بالقلق حول عدم اكتساب البنت أي لغة في العمر العادي والطبيعي الذي يكونعامة بعد بلوغ 12 الشهر محاولا المحاكاة والتقليد وفهم الأوامر البسيطة؛ وهذا الذي آثار قلق الأم "بنتي اللولة عادية بدات تهدر بكري كي شفت بلي مانعيا نستنا تعاود مورايا تدور وجهها" ؛ تعبر الأم عن مشاعر قلقها حول عدم اكتساب ابنتها المهارات اللغوية بالشكل المأمول في العمر العادي، وهذا قد يكون مؤشرًا على وجود تحديات في النمو قد تكون مرتبطة بالتوحد. تأخر اكتساب المهارات اللغوية الأولية يعتبر علامة مشتركة في اضطراب طيف التوحد، والتي قد تظهر بشكل واضح في العمروات الأولى من الحياة.

بالإضافة إلى ذلك، الثبات في الروتين ورفض التغييرات، بالإضافة إلى السلوكيات المتكررة مثل هز الألعاب والاهتزاز، قد تكون علامات على وجود اضطراب طيف التوحد. يفضل الأطفال ذوي التوحد الثبات والتوقع في الروتين والبيئة المحيطة بهم، ويمكن أن يعتمدوا على أنماط معينة في اليومية والأكل كوسيلة للتهدئة وزيادة الراحة

بعد أن اكتسبت الطفلة لغة بدائية تشكل لها ما يعرف بإعادة الكلام الذي يجري داخل البيت "تقول "ع" شابة، بابا يقول "ع" مشي شابة" وإعادة هذا الكلام مرارا وتكرارا دون فاصل.

بالإضافة إلى ذلك، تذكر الأم أن الحالة الثانية تظهر تفاعلات اجتماعية غير معتادة في بعض الأحيان. مثال عدم الانخراط في النشاطات الاجتماعية والتفاعلات مع الغير؛ ورفض الدخول في ألعاب مع الأطفال الآخرين، وحتى في المناسبات الاجتماعية ترفض التواصل و تعطي النظرة الجانبية في أغلب الأحيان. هذا يمكن أن يعكس هذا سلوكًا اجتماعيًا غير عادي.

تظهر السلوكيات التي تشير الأم إليها، مثل إعادة الكلام بشكل متكرر دون فاصل وعدم الانخراط في النشاطات الاجتماعية ورفض التواصل مع الآخرين، علامات إضافية تشير إلى وجود اضطراب التوحد.

إعادة الكلام بشكل متكرر دون فاصل قد تكون علامة على ما يُعرف بالـــ "إيكولاليا" وهو سلوك شائع في الأطفال ذوي التوحد حيث يقومون بتكرار الكلمات أو العبارات التي يسمعونها بدون فهمها بشكل صحيح أو استخدامها في السياق المناسب.

أيضًا، رفض الانخراط في النشاطات الاجتماعية والتفاعلات مع الآخرين يعكس عدم القدرة على فهم العواطف والتواصل الاجتماعي بشكل طبيعي، وهذا يُعتبر علامة من علامات اضطراب طيف التوحد.

- **المقابلة مع الطفل:**

تمت يوم 17-02-2024 على الساعة 30: 8 سا في القسم؛ لمدة 1 سا و 45 د.

- **تحليل مقابلة الطفل:**

عندما دخل الطفل إلى الحصة الأرطوفونية، لاحظت الطالبة هدوءها، ارتأينا الى أن الطفلة شاركت في النشاط المعطى إليها.

لا حظنا أنه داخل القسم عادة ما تكون الطفلة في هدوء تام وفي انعزال تشارك فقط في التعليمات المعطى لها، لا تتحدث و تتحاشى التواصل البصري، كما نرى أنها تملك النظرة الجانبية وهي سلوك مكرر ، اضافة الى أنها تعيد الأسئلة أو التعليمة التي تحتاج الى اجابة لفظية.

حسب المربية كانت تقوم بسلوكيات تكرارية، لكن قد تم تعديلها عن طريق برنامج تعديل السلوك؛ من بينها الرفرفة والمشي على أطراف اصابعها، الاهتزاز للامام و الخلف.

تم تطبيق لعبة للتعرف على الجسد؛ وتم اعادته 3 مرات وفي كل مرة كانت تعطي اجابة مختلفة وترتيب مختلف؛ مما نلاحظ عدم ادراكها لترتيب الصحيح.

يبدوأن الطفلة تظهر سلوكًا اجتماعيًا محدودًا وانغماسًا في النشاطات التي تعطى لها دون المشاركة الفعالة في التواصل معا لآخرين. الهدوء التام والانعزالية تشير إلى تفضيل الاحتفاظ بالمسافة الشخصية والتفاعل المحدود مع البيئة الاجتماعية.

لتاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة:

نستنتج مما سبق أنفترة الحمل وفترة ما بعد الولادة تميزت بضغوط نفسية ومشاكل اجتماعية نتيجة رعايتها لطفلين يعانيان من التأخر العقلي، مما زاد من إجهادها العصبي بشكل كبير؛ بعد بضعة أشهر من ولادة الطفل ، بدأت الأم تلاحظ اختلافات في سلوك الطفل. وفي سن الثالثة تم تشخيصها باضطراب التوحد.

السلوكيات المتكررة والنمطية، مثل هز الجسم أثناء مشاهدة التلفاز، واهتمام غير عادي بالحركة أو الأشياء، كلها علامات تشير إلى اضطراب طيف التوحد.

ضعف اللغة وتأخر اكتساب المهارات اللغوية الأولية هي علامات مبكرة على اضطراب طيف التوحد، ويظهر الأطفال المصابون بالتوحد تأخراً في تطور المهارات اللغوية سواء كانت لفظية أو غير لفظية.

تظهر أيضًا سلوكيات نمطية مثل هز الألعاب والاهتزاز الجسدي، والتي تشير إلى اهتمام محدود بالحركة أو أشياء محددة، ورفض الدخول في ألعاب مع الأطفال الآخرين ورفض التواصل مع الآخرين.

بالإضافة إلى ذلك، لاحظت الأم إعادة الكلام بشكل متكرر دون فاصل، وهي علامة على الإيكولاليا، وهو سلوك شائع لدى الأطفال ذوي التوحد حيث يقومون بتكرار الكلمات أو العبارات التي يسمعونها دون فهمها.

توضح الأم أن الطفلة تظهر تفاعلات اجتماعية غير معتادة، مثل عدم الانخراط في النشاطات الاجتماعية ورفض التواصل الاجتماعي، مما يعكس صعوبة في فهم العواطف والتواصل الاجتماعي الطبيعي، وهي علامات على وجوداضطراب طيف التوحد

الأسباب المستخلصة من تحليل المقابلة:

1.اختلاف عامل الريزوس بين الأم والجنين وخطر حدوث اضطرابات طيف التوحد.

الضغوط النفسية والاجتماعية: الأم واجهت ضغوطًا نفسية شديدة ومشاكل اجتماعية نتيجة رعاية طفلين يعانيان من التأخر العقلي.

2. التحديات في الرعاية: وجود طفلين بحاجة إلى رعاية خاصة وصعوبات في فهم وتلبية احتياجاتهم الفردية أدى إلى زيادة الضغط النفسي على الأم.

3. عوامل وراثية: احتمالية وجود عوامل وراثية قد تساهم في اضطراب طيف التوحد لدى الطفل.

الأعراض المستخلصة من تحليل المقابلة:

1. السلوكيات المتكررة والنمطية: مثل هز الجسم أثناء مشاهدة التلفاز والاهتمام غير العادي بالحركة أو الأشياء.

2. ضعف اللغة: تأخر اكتساب المهارات اللغوية الأولية، بما في ذلك ضعف في تطور المهارات اللفظية وغير اللفظية.

3. الإيكولاليا: إعادة الكلام بشكل متكرر دون فاصل، وهو سلوك شائع لدى الأطفال ذوي التوحد.

4. صعوبات في التواصل الاجتماعي: رفض الانخراط في النشاطات الاجتماعية والتفاعلات مع الآخرين.

5. الروتين والثبات: تفضيل الثبات في الروتين ورفض التغييرات.

6. عدم القدرة على التواصل الاجتماعي الطبيعي: يظهر ذلك من خلال رفض التواصل وإعطاء النظرة الجانبية في أغلب الأحيان.

نتائج مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد –الإصدار الثاني:

نقدم نتائج اختبار الحالة الثانية باستخدام مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد –الإصدار الثاني، والذي يتضمن مقاييس فرعية متعددة تهدف إلى تقييم جوانب مختلفة من السلوكيات النمطية، التواصل، التفاعل الاجتماعي، والنمو. يوضح الجدول رقم (19) هذه النتائج، مما يوفر نظرة شاملة على مستوى أداء الحالة الأولى في كل من هذه الجوانب.

جدول رقم (19): يوضح نتائج اختبار الحالة الثانية في مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد – الإصدار الثاني:

المقاييس الفرعية	الدرجة الخام	درجة المعيارية	النسب المئوية
السلوكيات النمطية	16	9	٪37
التواصل	24	11	٪63
التفاعل الاجتماعي	23	9	٪37
النمو	12	16	٪98
مجموع الدرجات المعيارية للأبعاد:	45		
مؤشر التوحد	108		٪70

يبدو من جدول النتائج أن الحالة الثانية تظهر نمطًا واضحا في النمو، حيث حصلت على 98٪ في هذا الجانب من الاختبار. ومع ذلك، تظهر نتائج متوسطة نسبيا في ما يخص بعد التواصل 36٪، وتظهر درجات منخفضة نسبيًا في الجوانب الأخرى مثل السلوكيات النمطية و التفاعل الاجتماعي حيث حصلت على 37٪ في كل منهما. علاوة على ذلك، تبدو النتيجة الإجمالية لمؤشر التوحد متوسطة نسبيًا بنسبة 70٪، مما يشير إلى وجود أعراض ملحوظة تتماشى مع اضطراب طيف التوحد.

نتائج مقياس مقياس تقدير التوحد(Childhood Autism Rating Scale (CARS:

نقدم نتائج الحالة الثانية باستخدام مقياس CARS، والذي يتضمن 15 مستوىً مختلفًا، يقيس كل منها جانبًا معيناً من سلوك الطفل. يتم تقييم كل بند على مقياس من 1 إلى 4، حيث تعكس الدرجات الأعلى شدة أكبر في عرض الأعراض المرتبطة بالتوحد.

جدول رقم (20) يوضح نتائج الحالة الثانية مقياس مقياس تقديرالتوحد:

رقم المستوى	البند	الدرجة
1	إقامة علاقة مع الناس	3.5
2	القدرة على التقليد والمحاكاة	2.5
3	الاستجابة العاطفية	3
4	استخدام الجسم	1.5
5	استخدام الأشياء	2.5
6	التكيف والتأقلم	2
7	الاستجابة البصرية	2
8	الاستجابة السمعية	1.5
9	استجابات استخدام التذوق والشم واللمس	1.5
10	الخوف والعصبية	2
11	التواصل اللفظي	2
12	التواصل الغير اللفظي	1
13	مستوى النشاط	2
14	مستوى ثبات الاستجابة العقلية	2.5
15	انطباعات الفاحص	3
	المجموع	32.5

هذا الجدول يظهر نتائج تقييم التوحد بحسب المستويات المختلفة. يبدو أن هناك 15 مستوىً مختلفًا في هذا التقييم، وكل مستوى له درجة محددة. يبدو أن المجموع الإجمالي للدرجات هو 32.5 والتي تفسر بوجود توحد بسيط.

نتائج الحالة الثانية اختبار رسم الرجل الأول:

الصورة رقم (13): تمثل رسم الرجل الأول للحالة الثانية:

نعرض نتائج الحالة الثانية لاختبار رسم الرجل، حيث تم تقييم الرسم بناءً على 51 بندًا مختلفاً. يمثل الجدول رقم (21) النقاط التي حصلت عليها الحالة الثانية في كل من هذه البنود، مما يوفر صورة شاملة عن المهارات الحركية والتفاصيل الإدراكية التي يمتلكها الطفل.

الجدول (21) يوضح نقاط للحالة الثانية في اختبار رسم الرجل:

الرقم	البنود	النقطة	الرقم	البنود	النقطة
1	وجود الرأس	1	**26**	التفاصيل الكاملة للأصبع	0
2	وجود الساقين	1	**27**	تمايز اليدين	1
3	وجود الذراعين	1	**28**	مفاصل الذراعين	0
4	وجود الجذع	0	**29**	مفاصل الساقين	0
5	جذع عال أكثر منه عريض	0	**30**	تناسب الرأس	0
6	وضع الكتفين	1	**31**	تناسب الذراعين	0
7	وضع الأطراف	1	**32**	تناسب الساقين	0
8	الموضع الصحيح للأطراف	1	**33**	تناسب القدمين	0
9	وجود العنق	0	**34**	أبعاد الأطراف	0
10	مخطط العنق	0	**35**	كعب القدم	0
11	وجود العينين	1	**36**	تناسب حركي عام	0
12	وجود الأنف	0	**37**	تناسب الموقف	0
13	وجود الفم	1	**38**	تناسب اتصالات الرأس	0
14	أبعاد الأنف والفم	0	**39**	تناسب اتصالات الجذع	0
15	وجود المناخير	0	**40**	تناسب الأطراف	0
16	وجود الشعر	1	**41**	تناسق ملامح الوجه	1
17	الشعر يغطي الرأس	1	**42**	وجود الأذنين	0
18	وجود ملابس	0	**43**	الموضع الصحيح للأذنين	0
19	قطعتين من الملابس	0	**44**	وجود البؤبؤ	0
20	ملابس غير شفافة	0	**45**	وجود الحواجب والرموش	0
21	موقع الابهام	0	**46**	تناسب العينين	1
22	أربع قطع مكان الملابس	0	**47**	وجود الجبين والذقن	0
23	ثياب كاملة	0	**48**	تمايز الذقن	0
24	وجود الأصابع	1	**49**	بروفيل أولي)رأس، جذع، أقدام)	1
25	عدد الأصابع	0	**50**	اتجاه اليدين	1
			51	بروفيل كامل	0
			الدرجة الخام		16

يوضح الجدول(23) المقاييس المختلفة المستخدمة لتقييم العناصر المختلفة للرجل. يتمثل ذلك في وجود أجزاء الجسم المختلفة مثل الرأس، العينين، الأنف، والفم، بالإضافة إلى التناسبات والتفاصيل الشخصية. تظهر النقاط المحصلة في النهاية درجة خام المقدرة ب 16 والتي تناسب العمر العقلي 6 سنوات.

لحساب معدل الذكاء « IQ »:

IQ= 75

وحسب النتيجة نجد أن الحالة ذات معدل ذكاء IQ=75 و بالتالي تعاني الحالة من تأخر عقلي خفيف**.**

نتائج الحالة الثانية في اختبار مخطط الجسم:

تم إجراء اختبار مخطط الجسم في جلسة واحدة، وكانت مدتها ساعة و30 د.

مقارنة بين العمر الزمني والعمر العقلي وعمر النمو النفس الحركي لمخطط الجسم :

بناءً على أن الحالة الثانية لديها عمر عقلي يبلغ 6 سنوات، قررنا تطبيق اختبار الواجهة لمخطط الجسم.

أظهرت النتائج التي حصلنا عليها مع الحالة الثانية في اختبار مخطط الجسم أن عمر نمو النفس الحركي لمخطط الجسم لديها هو 6 سنوات؛ وهو أقل من عمرها الحقيقي البالغ 8 سنوات. استنادًا إلى ذلك، يمكننا القول إن الحالة الثانية تعاني من تأخر في اكتساب مفهوم مخطط الجسم، حيث يصل هذا التأخر إلى سنتين.

المقارنة بين الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه:

نقارن بين الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه للحالة الثانية، كما هو موضح في الجدول (22). يوضح الجدول الدرجات في ثلاثة مجالات رئيسية: التعرف، التركيب، والتركيب بنموذج، بالإضافة إلى المجموع الكلي

الجدول (22) يوضح الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه:

	التعرف	التركيب	التركيب بنموذج	المجموع
الوجه	4	6	7	17
الجسد	6	5	6.5	17.5
معا	10	11	13.5	34.5
عمر مخطط الجسم				6 سنوات

تمحورت نتائج الحالة الثانية في اختبار توجيه الجسم حول الحصول على درجة 6، بينما تحصلت على درجة 4 في اختبار توجيه الوجه.

عند وضع اختبار الواجهة – الوجه نرى أنه تعرفت الحالة الثانية على العينين والفم و الأنف؛ بالنسبة لمرحلة التركيب نرى أن الحالة تحصلت على 5 نقاط لغياب الحواجب والذقن في التركيب تماما، اما الشعر والأذنين كانا في غير مكانهم؛ في مرحلة التركيب بالنموذج نلاحظ غياب الحواجب اما الشعر والأذنين كانا في غير مكانهم.

في اختبار الواجهة –الجسد خلال مرحلة التعرف لم تتعرف على الجذع والعنق؛ وبالتالي تحصلت على مجموع 6، من خلال مرحلة التركيب تحصلت على 5 لم تضع الجذع اما الساقين فقد كانت بعيدة من منطقة التسامح ومقلوبة والعنق في الأعلى، وحتى في مرحلة التركيب بالنموذج تحصلت على 7 لعدم وضع العنق ووضع الجذع بشكل خاطئ.

وبالتالي نرى انه تحصلت في الاستكشاف 6/9 "Reconaissance" في اختبار الواجهة الجسد، و4/11 في اختبار الواجهة- الوجه؛ بعض القطع التي لم تتعرف عليها الحالة الثانية:

الجدول (23) يوضح القطع التي لم يتعرف عليها الحالة الثانية:

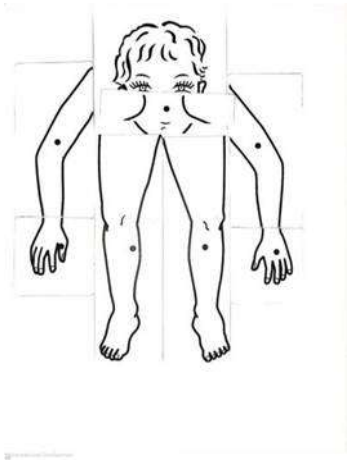
إجابات الحالة الثانية	القطع	
ابتسامة	الحاجب	الوجه
/	الاذن اليمنى	
/	الاذن اليسرى	
شفاه	الحاجب	
أنف	الذقن	
سواد	الشعر	
أنف	العنق	الجسم
/	الجذع الأيمن	
/	الجذع الأيسر	

نرى ان مرحلة التعرف على أجزاء الجسد كانت افضل منها على التعرف على اجزاء الوجه؛ فيما يتعلق بتحديد الموقع أجزاء الجسد أثناء اختبار الواجهة - الجسد خلال مرحلة التعرف، لم تتعرف الحالة على الجذع والعنق، وخلال مرحلة التركيب لم يتم وضع العنق بشكل صحيح وغياب الجذع، أما الساقين فكانت بعيدة ومقلوبة عن موضعها المناسب. وحتى في مرحلة التركيب بنموذج، لم يتم تحديد مكان العنق بشكل صحيح ولم يتم وضع الجذع بالشكل الصحيح.

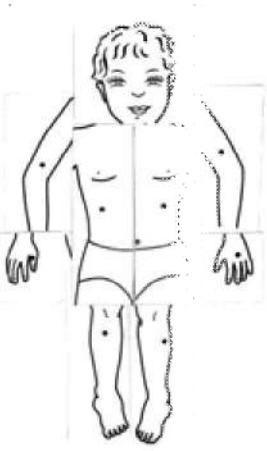
اما تحديد الموقع للوجه في مرحلة التركيب نلاحظ غياب الحواجب والذقن تمامًا في التركيب، وكذلك كان الشعر والأذنان في أماكن مختلفة.؛ اما مرحلة التركيب بنموذج نلاحظ غياب الحواجب اما الشعر والأذنين كانا في غير مكانهم.

المقارنة بين التعرف، التركيب والتركيب بنموذج:

الصورتين (14) و (15) توضح أداء الحالة الثانية في مقياس مخطط الجسم للواجهة -الجسد

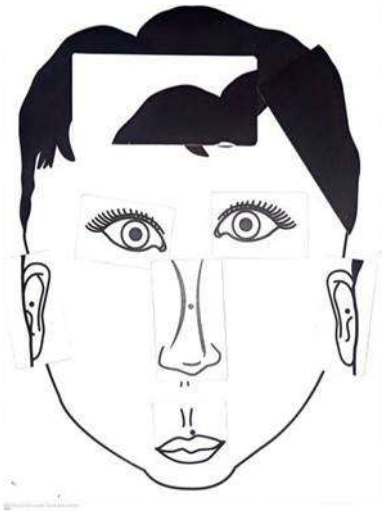


الصورة (14) توضح مرحلة التركيب



الصورة (15) توضح مرحلة التركيب بنموذج

الصورتين (16) و(17) توضح أداء الحالة الثانية في مقياس مخطط الجسم الواجهة – الوجه



الصورة (16) مرحلة التركيب

الصورة (17) مرحلة التركيب بنموذج

أثناء اختبار الواجهة -الجسم في مرحلة التعرف، لم يتم التعرف على الجذع والعنق، مما أدى إلى الحصول على درجة إجمالية قدرها 6. وأثناء مرحلة التركيب، تم الحصول على درجة 5 بسبب عدم وضع العنق في مكانه و غياب الجذع، وتم وضع الساقين بشكل بعيد عن منطقة التسامح وبشكل معكوس. وحتى في مرحلة التركيب مع النموذج، تم الحصول على درجة 7 بسبب عدم وضع العنق بشكل صحيح ووضع الجذع بشكل غير صحيح.

بالنسبة لتوجيه الجسم، حصلت الحالة الثانية على درجة متوسطة في مرحلة التعرف، بينما تحصلت الحالة الثانية في توجيه الوجه على درجة 6 في مرحلة التعرف، ثم حدث تراجع إلى 5 في المرحلة التركيب؛ والتي كانت أقل من الفاصلتين الأخريين، وهما مرحلة التعرف ومرحلة التركيب بنموذج؛ ، ثم تحسن إلى 7 في مرحلة التركيب بنموذج.

المقارنة بين التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الجسم والوجه بناءً على العمر المحوري:

نقدم مقارنة بين التعرف وتحديد مواقع أجزاء الجسم والوجه للحالة الثانية، وذلك باستخدام الجدول (24) الذي يوضح التعرف وتحديد المواقع لكل جزء من أجزاء الجسم بناءً على العمر المحوري للحالة، و الجدول (25) الذي يوضح التعرف وتحديد المواقع لكل جزء من أجزاء الجسم بناءً على العمر المحوري للحالة.

أ- توجيه الجسم:

الجدول (24) يوضح التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الجسم بناءً على العمر المحوري:

الموقع	الاستكشاف	العمر المحوري	القطع
K-N/11-14 ; H-K/11-14	بطن	5-6	الجذع G/D
K/7	العنق	8-7	العنق
G-J/20-22 ; L-O/20-22	رجل	4	الساقG/D
F-I/9-12 ; M-P/9-12	الذراع	8	الذراعG/D
E-I/13-16 ;N-R/13-16	يد	4	اليدG/D

•ملاحـــــــــــظة:

نرى أن الحالة لم يتعرف على الذراع لأنه العمر المحوري للتعرف على الذراع هو 8 سنوات، والعنق بين 7-8؛ ونرى أن الحالة لم تكتسب هذا بعد كون عمر نمو مخطط الجسم للحالة (02) هو 6 سنوات.

أ- توجيه الوجه:

الجدول (25) يوضح التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الوجه بناءً على العمر المحوري:

الموقع	الاستكشاف	العمر المحوري	القطع
M-P/11-16 ; E-H/11-16	عين	4	العين G/D
k/25-27	الذقن	8	الذقن
A-C/12-16 ; S-U/12-16	الأذن	8	الأذن G/D
E-H N-Q	الحواجب	8	الحواجب G/D
P-R/3-5 ; E-G/3-5	شعر	4	الشعرG/D
J-K/14-18	فم	6	الفم
J-K/14-18	الأنف	8	الأنف

• ملاحـــــــــــــــظة:

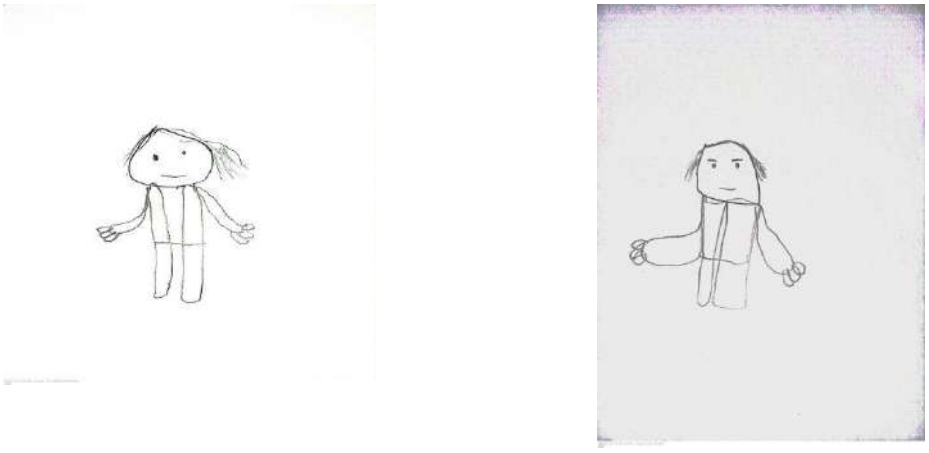
نرى أن الحالة تعرفت على الأنف والعنين والفم؛ اما الذي تبقى فلم يتم التعرف عليه كون سن تطور مخطط الجسم للحالة لا زال 6 سنوات.

نوع التشابه:

– مرحلة تركيب للجسم لا تشبه أي نموذج؛ فقد وضعت الساقين والذراعين على غير مكانهم بينما لم تضع الجذع والعنق؛ أما بالنسبة لمرحلة الوجه، فإن كل من مرحلة التركيب ومرحلة التركيب بنموذج لا تشبه بعضها؛ نلاحظ أنه في مرحلة التركيب تكون القطع مناسبة وفي الموقع المناسب مع عدم وجود الحواجب والأذنين والذقن والشعر، وفي مرحلة إعادة التركيب بنموذج كان يشبه النموذج بشكل جيد مع غياب الحواجب .

الفرق بين الرسم الأول والرسم الثاني لاختبار رسم الرجل :

الصورة رقم (18) توضح الفرق بين الرسم الأول والرسم الثاني لاختبار رسم الرجل :



الحالة الثانية قدَّمت الرأس على شكل بيضاوي يمثل بالنسبة له دائرة ووجود الشعر، نرى غياب الرجلين في كلاهما، عدم وجود الجذع أيضا؛ الاختلاف يكمن في أنه أضافت الحواجب.

استنتاج الحالة الثانية:

بناءً على نتائج اختبار رسم الرجل، لوحظ أن الحالة الثانية تمتلك عمر عقلي يعادل عمر طفلة البالغة 6 سنوات؛ وعمرها الزمني هو 8 سنوات أي أن الحالة الثانية تعاني من إعاقة عقلية خفيفة.

أما بالنسبة لاختبار مخطط الجسم، فقد لوحظ أن الدرجات المحصل عليها في تمثيل الجسم أفضل من تلك التي تم الحصول عليها في تمثيل الوجه.

واستنادًا إلى نتائج اختبار مخطط الجسم، يظهر أن الحالة الثانية تمتلك عمر نمو مخطط الجسم يبلغ 6 سنوات، وهو أقل من عمرها الحقيقي البالغ 8 سنة، ومن ثم، يمكننا أن نستنتج أن الحالة الثانية تعاني من تأخر خفيف في اكتساب مخطط الجسم.

- **نتائج دراسة الحالة الثانية :**

بناءً على الوصف الذي قدمته للحالة، يبدو أن هناك احتمالًا كبيرًا لوجود اضطراب طيف التوحد لدى الطفلة. السلوكيات والعلامات التي وصفتها الأم تتماشى مع السمات المعتادة للاضطراب، مثل ضعف التواصل اللغوي، والاهتمام المحدود بالأشياء المحددة، والميل إلى الثبات في الروتين ورفض التغييرات، وعدم الانخراط في النشاطات الاجتماعية. كما يشير تقييم مقياس جيليام التقديري إلى وجود نسب مرتفعة من تأخر النمو و التواصل ومؤشر التوحد، مما يدل على وجود أعراض ملحوظة للتوحد. بالإضافة إلى ذلك، نتائج مقياس مقياس تقدير التوحد تشير إلى وجود توحد بسيط إلى متوسط.

وبناءً على الدليل الاحصائي التشخيصي لاضطرابات العقلية «DSM 5»قد تحقق عرضين من المعيار"أ" والمتمثلة في :

– عجز في المعاملة بالمثل الاجتماعية والعاطفية.

– القصور في تطوير العلاقات والحفاظ عليها وفهمها.

وتحققت أعراض من المعيار"ب" والمتمثلة في:

– الطبيعة النمطية أو المتكررة للحركات أو استخدام الأشياء أو اللغة.

– عدم تقبل التغيير، والالتزام غير المرن بالروتين أو أنماط السلوك اللفظي أو غير اللفظي.

– المصالح المقيدة والثابتة، الشاذة سواء في حدتها أو في غايتها.

بالاعتماد على الملاحظة الميدانية والمقابلة مع الأم نحدد المستوى التوحد الخاص بالحالة الثانية

- **المستوى 1 (خفيف):**

– التواصل الاجتماعي متأثر به، ولكن بشكل أقل حدة مقارنة بالمستويات الأعلى.

– صعوبة في بدء العلاقات الاجتماعية والاستجابة بشكل مناسب للتفاعلات الاجتماعية.

– سلوكيات جامدة وصعوبة في تغيير النشاط أو الانتباه.

– يتطلب المساعدة للوظيفة، لكن العيوب أقل حدة من المستويات الأعلى.

هذه الوصفات توفر نظرة عامة على السمات الرئيسية لكل مستوى من مستويات TSA، وهي مفيدة لتقييم مستوى الدعم الضروري لكل فرد بناءً على احتياجاته الخاصة.

واستنادًا إلى نتائج اختبار مخطط الجسم، يظهر أن الحالة الثانية تمتلك عمر نمو مخطط الجسم يبلغ 6 سنوات، وهو أقل من عمرها الحقيقي البالغ 8 سنة، ومن ثم، يمكننا أن نستنتج أن الحالة الثانية تعاني من تأخر خفيف في اكتساب مخطط الجسم.

- **الحالة الثالثة:**

البيانات الأولـــــــــيّة:

- الاسم: ت
- الجنس: ذكر
- تاريخ الميلاد: 03-08-2015
- العمر: 8 سنوات و6 أشهر..
- ترتيب بين الاخوة: الأكبر (لديه أخ أصغر).
- عدد الاخوة: واحد (أخ أصغر).
- الزمرة الدموية: A+

المعلومات الشخصية للوالدين:

- عمر الأب عند الانجاب: 32 سنة
- المهنة: عامل يومي
- المستوى التعليمي للأب: ابتدائي
- السوابق المرضية : لا يوجد.
- هل يوجد صلة قرابة بين الأب والأم: يوجد
- درجة القرابة: الدرجة الثالثة.
- الحالة الاجتماعية للأبوين: منفصلين.
- زمرة الدموية للأب: A+
- عمر الأم عند الانجاب: 24 سنة
- المهنة: ماكثة

- المستوى التعليمي للأم: جامعي
- السوابق المرضية: لا يوجد
- زمرة الدموية للأم: O+

البنية الاجتماعية-الاقتصادية الأسرية:

دينامية الأسرة:

- الحالة الصحية للأشقاء:وجيدة
- الأطفال يعيشون: مع الوالدين ☐ مع الأم ☒ مع الأب ☐ مع أحد أعضاء العائلة ☒ في المركز ☐
- العلاقة مع الأب: سيئة، غائب طوال الوقت.
- العلاقة مع الأم: جيدة.
- العلاقة مع الإخوة: جيدة.
- مع الآخرون: منعزلة

الظروف (قبل الحمل، أثناء الحمل، وأثناء الولادة)

- **طبيعة الحمل:**

- طبيعة وسيلة منع الحمل: حبوب الحمل «DESONETTE»
- الحمل مرغوب به: من طرف الأب نعم من طرف الأم نعم
- المعاش أثناء الحمل: اضطرابات زوجية كما أنها مرضت وقد تعرضت للإغماء.
- وجود اضطراب: لا يوجد.
- الاستشفاء قبل الولادة: لا يوجد

- **طبيعة الولادة:**

– مكان الولادة: عين تموشنت

– الولادة: مبكرة [ ] في الوقت [X] متأخرة [ ]

– تمزق الكيس الزلالي: طبيعي [X] اصطناعي [ ]

– طريقة الوضع: الولادة الطبيعية [X] الولادة القيصرية [ ]

– ظروف الولادة: طبيعية [ ] بدون مضاعفات [X] صعبة [ ]

– التحفيز: مدة العمل: / استخدام الملقط "forceps "

- **فترة الولادة الجديدة:**

– الوزن: kg5 المقاس: / محيط الرأس:/

– صراخ فوري نقص الأكسجين: أصفر الوضع في الحاضنة

المدة: / تقييم طفل حديث الولادة: 1د: 10/8 5د : 10/8.5

- **بعد الولادة:**

– مدة استشفاء الأم : 48 سا

– الحالة النفسية للأم : منهكة [ ] مكتئبة [X] متألقة [ ]

– الحالة الجسدية للأم: جيدة [ ] اعياء [X]

التغذية:

– رد فعل الامتصاص: موجود [ ] غائب [X]

– الرضاعة: طبيعية [X] المدة: عام ونصف عن طريق الرضاعة: المدة

– رفض الرضاعة: [ ] الشراهة [ ] فقدان الشهية [ ] ارتجاع المريئي [X]

النوم:

- طقوس النوم: لا يوجد
- صعوبات في النوم: يوجد
- طبيعة النوم: هادئ [X] مضطرب [ ] الأرق [ ] الكوابيس [ ] الفزع الليلي [ ] المشي اثناء النوم [ ]

النمو النفس- الحركي للطفل:

- سنه لأول مرة قام بالحبو: 7 أشهر.
- سنه لاأول مرة تمكن من التحكم في الجلوس: 5 أشهر.
- سنه أول مرة تمكن من الوقوف: 11 أشهر .
- سنه أول مرة تمكن من المشي: عام وشهرين.
- سن التحكم في الجذع: 5أشهر
- سن التحكم في الرأس:7 أشهر
- سنه اول مرة اكتسب المهارات الدقيقة: 3سنوات
- سن التوازن و التنسيق الحركي: متأخر.
- سنه اول مرة قام بالمناغاة: حوالي 7أشهر
- سنه أول مرة نطق الكلمة الأولى: 5 سنوات
- سنه أول مرة تكلم جملته الأولى:7سنوات
- النظافة: النهارية: 4سنوات الليلية : 5 سنوات
- سنه اكتساب الاستقلالية:
- سنه أول مرة بدأ يأكل بمفرده: 4 سنوات

- سنه أول مرة بدأ يلبس بمفرده: 7 سنوات
- هل لديه عادات محددة: لا يوجد
- هل لديه مشية مميزة: /
- يسقط بسهولة: /

السوابق:

السوابق المرضية العائلية:

- الوالدين:لا يوجد
- الأشقاء : لايوجد.
- الأجداد: لا يوجد.
- نسب الأم:/
- نسب الأب:/
- القرابة بين الزوجين: يوجد الدرجة: ثالثة

السوابق الشخصية:

- وجود تشنجات: لا سن ظهورها: /
- الشدة:/ الدواء: rispal
- وجود أمراض متكررة: الحصبة ☐ التهاب السحايا ☐ الحصبة الألمانية ☐
الانفلونزا ☒ التهاب النكاف ☐ الجدري ☐ الصرع ☐ التهاب الأذن ☐
التهاب الحلق ☒ التهاب الأنف والحنجرة ☐
- الاستشفاء: / السبب: /
- العمر: / المدة: / ردة الفعل /

- الختان:
- العمر: 4 أشهر السيرورة: / ردة الفعل: حمى و احباط.
- الأحداث/ السقوط: /

التفاعل الاجتماعـــــي:

- **في السياق العائلي و الجيران:**

- الطفل: اجتماعي [ ] انطوائي [X]
- اللعب مع الأطفال : مع سنه [ ] أصغر سنا [ ] أكبر سنا [ ]
- يخرج بمفرده للخارج: نعم [X] لا [ ]
- هل يقوم بالشراء بمفرده: نعم [ ] لا [X]

قبل التمدرس:

- الحضانة: / العمر: / المدة: /
- سلوك الطفل: الطفل يعاني من ترتيب الأشياء بشكل معين، الاهتزاز للأمام والخلف، تجنب التواص البصري، غياب اللغة.
- طريقة التواصل: غائب.

المدرسة:

- الدراسة: المدرسة العادية [ ] الصف المدمج [ ] معهد متخصص [X]
- هل كان متأخر بالنسبة للسن الطبيعي: نعم كم من سنة:/
- هل كرر السنة: لا كم مرة: /
- صعوبات: عامة [X] خاصة [ ] حدد: النطق، الحساب، الكتابة.
- العوامل المرتبطة:

– النمو العقلي [X] النمو النفس الحركي [X] الصف المدمج [ ]

الرؤية [ ] مشكلات في التمايز الجانبي [X] اضطرابات اللغة [X] السياق الاجتماعي العاطفي [ ] اضطرابات علائقية [ ]

- **الملمح العام:**

– لون البشرة: ابيض.

– لون الشعر: أشقر.

– لون العينين: عسلية.

– المظهر خارجي: مرتب، نظيف.

– المزاج: يضحك كثيرا بدون سبب، هادئ.

بطاقة شبكة الملاحظة:

في الجدول (26)، نعرض بطاقة الملاحظة العيادية للحالة الثالثة، والتي تسلط الضوء على مختلف الأعراض السلوكية ومدى تكرارها لدى الفرد محل الدراسة.

جدول (26) يوضح بطاقة الملاحظة العيادية للطفل التوحدي للحالة الثالثة:

رقم	العرض	لا	نادرا	احيانا	نعم
1	أداء حركات مكررة ونمطية بالأيدي أو الأصابع أو الأشياء مثل لف الأصابع بطريقة معينة			X	
2	اللعب بالألعاب بشكل مكرر ونمطي ليس فيه تخيل أو تجديد				X
3	الاهتمام بالأشياء المتحركة مثل المراوح والعجلات		X		
4	الاهتمام بتفاصيل الأشياء مثل الحفر على الأبواب أو نقاط في صورة أو حبة على الوجه فيداومون النظر إليها أو تحسسها بدون الاهتمام بالتفاصيل الأكثر أهمية				X
5	الطرق أو الخربشة على الأبواب أو الأسطح بشكل متكرر	X			
6	تحسس الأشياء أو شمها بشكل غريب				X
7	صك الأسنان أو تحريك ألراس	X			
8	الصراخ أو إصدار أصوات معينة بشكل مكرر ونمطي		X		
9	الاهتمام غير المبرر بأشياء معينة ,مثل لباس معين او اكل معين أو	X			

	لعبة معينة والاضطراب عند عدم وجودها أو محاولة استبدالها مثل جاكيت معين أو المفاتيح أو السيارة أو ركن معين في المنزل				
10	الغضب عند تغيير روتين معين مثل الانتقال من مكان لأخر أو إعادة ترتيب سريره أو أثاث المنزل				X
11	الاهتمام غير المبرر بأصوات معينة مثل :صوت تنقيط الماء أو صوت لعبة معينة		X		
12	جمع أشياء بدون هدف مثل جمع العلب البلاستيكية أو المفاتيح وصفها في خطوط أو ترتيب معين				X
13	تكرار أسئلة بعينها وكلام معين مثل نشرات الأخبار				X
14	ذكر اسمه عند السؤال والجواب الذي يطلب منه			X	
15	طقوس معينة عند النوم مثل النوم في مكان معين وبلباس معين ووقت معين	X			
16	تجنب التواصل مع الآخرين بالعين				X
17	تكرار حركات جسدية مثل اللف أو القفز أو الدوران أو المشي على شكل زوايا أو خطوط مستقيمة			X	
18	إذاء الذات أو الآخرين مثل العض	X			

حسب الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية «DSM 5» :

المحور الأول: وبناءً على الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية «DSM 5» قد تحقق عرضين من المعيار"أ" والمتمثلة في :

- عجز في المعاملة بالمثل الاجتماعية والعاطفية.
- القصور في تطوير العلاقات والحفاظ عليها وفهمها.

وتحققت (3) أعراض من المعيار"ب" والمتمثلة في:

- الطبيعة النمطية أو المتكررة للحركات أو استخدام الأشياء أو اللغة.
- عدم تقبل التغيير، والالتزام غير المرن بالروتين أو أنماط السلوك اللفظي أو غير اللفظي.
- المصالح المقيدة والثابتة، الشاذة سواء في حدتها أو في غايتها.

بالاعتماد على الملاحظة الميدانية والمقابلة مع الأم نحدد المستوى التوحد الخاص بالحالة الثالثة

- **المستوى 1 (خفيف):**

– التواصل الاجتماعي متأثر به، ولكن بشكل أقل حدة مقارنة بالمستويات الأعلى.

– صعوبة في بدء العلاقات الاجتماعية والاستجابة بشكل مناسب للتفاعلات الاجتماعية.

– سلوكيات جامدة وصعوبة في تغيير النشاط أو الانتباه.

– يتطلب المساعدة للوظيفة، لكن العيوب أقل حدة من المستويات الأعلى.

هذه الوصفات توفر نظرة عامة على السمات الرئيسية لكل مستوى من مستويات TSA، وهي مفيدة لتقييم مستوى الدعم الضروري لكل فرد بناءً على احتياجاته الخاصة.

المحور الثاني: وجود اعاقة ذهنية قد تحققت المعايير التالية:

أ- الخلل العقلي يتمثل في عدم القدرة على حل المشكلات، التفكير المنطقي و التجريد وتم التأكد باستخدام رسم الرجل.

ب- خلل في السلوك التكيفي.

ج- ظهرت هذه الأعراض منذ العمر السنة و 8 أشهر.

المحور الثالث: لا وجود لأي حالة طبيّة

المحور الرابع: اضطرابات علائقية داخل الأسرة خصوصا مع الأب، لكن يعاني من اضطرابات اكاديمية، يتم دمجه بعد وقد تأخر لأربع سنوات عن الدراسة مع وجود اضطرابات في اللغة.

المحور الخامس: تأثر الوظيفة العامة، عدم القدرة على الانخراط الاجتماعي حيث يبدوا منعزلا كما يعاني من اللغة.

جدول الفحص العيادي من خلال المقابلة العيادية مع الحالة الثالثة:

جدول (27) يوضح جدول المقابلات التي أجريت مع الحالة الثالثة:

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	المدة	مكان المقابلة	هدف المقابلة
01	2024-02-15	الفترة الصباحية	القسم	بناء علاقة فاحص /مفحوص (الطفل).
02	2024-02-18	50 د	قاعة الانتظار	مقابلة مع الوالدين لجمع معلومات حول تاريخ الحالة.
03	2024-02-20	1سا55 د	القسم	ملاحظة الطفل وتطبيق بطاقة ملاحظة السلوك التوحدي
04	2024-02-24	1 سا		تطبيق اختبار جيليام التقديري لتشخيص التوحد
05	2024-02-28	1سا 10د		تطبيق مقياس تقدير التوحد
06	2024-03-04	1سا	مكتب الاجتماعات	تطبيق اختبار مخطط الجسم
07	2024-03-10	20 د	القسم	مقابلة مع الطفل لإعادة التقييم.

يُظهر جدول المقابلات تسلسلًا مهمًا للمقابلات التي تمت مع الحالة والتي عددها (07) مقابلات، خلال الفترة المحددة 09-02-2024 الى 29-02-2024 في المدة الزمنية ما بين 20 د الى (الفترة الصباحية والتي تقدّر ب 4 سا)؛ من خلال هذا الجدول، يمكننا متابعة تقدم العمل وفهم سير العمل مع الحالة بشكل أفضل. تعكس المقابلات المتعددة مجموعة متنوعة من الأهداف والتواريخ، مما يوضح التنوع والشمولية في الجهود المبذولة.

المقابلة مع الأم:

تمت المقابلة مع الأم يوم 18 -02- 2024 على الساعة 11صباحا،لمدة 45 دقيقة في قاعة الانتظار.

تحليل المقابلة مع الأم:

حسب الأم ان فترة الحمل كانت مصاحبة لبعض المشاكل مع الزوج، مما تسبب في زيادة الضغط عليها وتطلب ذلك منها دخول الاستعجالات . يتميز الزوج بصعوبة التعامل كان صارما، شديد الانتقاد وتأتيه نوبات غضب شديدة.

من خلال الملاحظة العيادية أظهرت الأم نوعا ما من الحزن؛ تلبس ملابس فضفاضة تظهر نوعا من الهدوء الشديد، لا تخرج بمفردها الاّ بمرافقة من الأب أو الأم حسب قولها" تعرفي المطلقة منقدش نخرج وحدي"، عند الحديث عن ماضيها وزواجها السابق، تبدي الأم علامات من الحزن وتكبت الدموع، مما يشير إلى وجود ألم عميق أو تجارب صعبة قد مرت بها في الماضي. قد يكون هذا الحزن مرتبطًا بالمشاكل التي واجهتها في الزواج أوبالظروف الصعبة التي عاشتها خلال فترة الحمل وما بعدها.

من الجانب الصحي، كانت الفترة الأولى من الحمل طبيعية، ولد الطفل بشكل طبيعي، لكن عندما بلغ عمر عام و8 أشهر، تم تشخيصه بالتوحد بناءً على تقييم من قبل أخصائيين في المجال.

حسب الأم تم الختان في السن 4 أشهر وأظهر من خلالها استجابة جسدية تتمثل في الحمى و استجابة نفسية متمثلة في الاحباط.

هذا التشخيص يُظهر التحديات التي تواجه الأم في تربية طفل يعاني من اضطراب التوحد، والتي تزداد تعقيدًا بسبب الظروف الصعبة التي عاشتها خلال فترة الحمل وما بعدها؛ توضح الأم أن الطفل كان يظهر نموًا طبيعيًا في مقارنة مع أقرانه، لكنها لاحظت تأخرًا شديدًا في اللغة، وتم توجيهه لجلسات تأهيل لغوي مع أخصائية أرطوفونية. بالإضافة إلى ذلك، كان هناك نقص في التواصل في البداية، تلاحظ الأم أن الطفل بدأ

يظهر علامات التوحد مع تفضيل النظام والترتيب، ورفض تغيير الروتين، والمصاداة (Écholalie)

توضح الأم أن ابنها انتقائي في الأكل "ياكل غي المعجنات" ويرفض تناول أنواع أخرى من الطعام، مما يشير إلى ثباته في الروتين وعدم تسامحه مع التغييرات في البيئة المألوفة، وهو مؤشر إضافي على احتمالية وجود عوامل نمطية متعلقة بطيف التوحد.

بالإضافة إلى ذلك،يشير تعبير الأم "تجيه الحرنة ويبكي سيرتو كي تقلعيله حاجة" إلى أن الطفل يظهر نوبات غضب تتضمن ضرب النفس والبكاء، خصوصًا عند تغيير الروتين أو استخدام الأشياء التي يحبها؛هذه النوبات قد تكون مؤشرًا على الصعوبات التي يواجهها في التعبيرعن احتياجاته ورغباته.

تذكر الأم أنه يلعب بمفرده جل الوقت، "كي يكنو الناس يحب يلعب وحده الطفل، ولكن الأم تعمل على تشجيعه على التفاعل مع الآخرين من خلال تسجيله في المدرسة القرآنية.

تقول الأم أنها عملت على استقلالية الطفل منذ ان كان عمره عام، ابتداءً من سن مبكرة، الا أنه بعد السن 3 بدأت تظهر عليه علامات التوحد من تنظيم وترتيب الأشياء، وإعادة تصنيفها مرارا وتكرارا؛ حسب الأم تقول " كي يشوف حاجة مشي مستفة ولا ما يعجبهش تستافها يحطها و يولي ينظمها".

المقابلة مع الطفل:

تمت المقابلة مع الطفل يوم 20-02-2024 لمدة 1 سا و 55 د داخل القسم، على الساعة 10: 30 صباحا.

تحليل المقابلة مع الطفل:

عندما دخل الطفل إلى الحصة الأرطوفونية، لاحظت الطالب أن الطفل لا يتواصل بصريا. قدمت الاختبار على أساس لعبة سيلعبانها، وكان التواصل معه سهلا يفهم التعليمات، و يجيب بشكل شفوي والاشارة معا.

منخلال ما تم في الحصة نلاحظ أن الطفل لا يتحرك كثيرا؛ كما أنه لا يتكلم مع الآخرين باستثناء طفلين اللذان يعتبران أقرب له، لكنه يستجيب للتعليمات بسهولة و يعطي استجابات سريعة، يتجنب التواصل البصري لمدة 2 د.

كما أنه في حصة العلاج النفس-الحركي؛ نرى أن الطفل كانت جيدة في الحركات الدقيقة وحتى الحركات العامة؛ كما أنه يتجنب الآخرين، حضرت نشاط ثقافي و لاحظت أنه يرتاح ويحب الموسيقى والغناء و يتفاعل اجتماعيا.

اضافة الى لاحظت أنه يحب القفز والدوران، في القسم يقوم بأنشطته على اكمل وجه رغم وجود بعض الصعوبات في النطق والكتابة.

قدمت له لعبة ترتيب أعضاء الجسم، 3 مرات لكنه كان يخطأ كلما زاد الأمر تعقيدا وكلما احتاج تركيزا أطول.

التاريخ النفسي و الاجتماعي:

خلال فترة الحمل، واجهت الأم مشاكل مع الزوج، مما تسبب في زيادة الضغط النفسي عليها ودخولها المستشفى لمدة أسبوع. بعد الولادة الطبيعية، تم تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد في عمر عام و8 أشهر، مما يشير إلى تحديات في تربيته وتعليمه. لاحظت الأم تأخرًا في اللغة لدى الطفل، مما استدعى جلسات تأهيل لغوي. يظهر الطفل اهتمامًا شديدًا بالنظام والروتين، حيث يرفض تغيير الروتين وينظم الأشياء بشكل متكرر. يعاني

أيضًا من انتقائية في الأكل، مفضلًا المعجنات فقط. تتضمن نوبات الغضب التي تصيبه ضرب النفس والبكاء عند تغيير الروتين أو فقدان الأشياء المحببة له. يفضل اللعب بمفرده ولا يتفاعل كثيرًا مع الآخرين، رغم أن الأم حاولت تشجيعه على التفاعل من خلال تسجيله في المدرسة القرآنية. تعزز الأم استقلالية الطفل منذ سن مبكرة، لكنه يواجه تحديات في التواصل البصري والفهم. بشكل عام، يعيش الطفل في بيئة أسرية مفككة بسبب انفصال الوالدين تماما، مما يضيف تحديات إضافية إلى نموه الاجتماعي والنفسي.

الأسبـــــــاب:

– الضغوط النفسية أثناء الحمل: تعرضت الأم لضغوط نفسية كبيرة خلال فترة الحمل، مما أدى إلى دخولها المستشفى لمدة أسبوع. هذا الضغط النفسي قد يؤثر على نمو الجنين.

– البيئة الأسرية المعقدة: الانفصال بين الوالدين يزيد من تعقيد البيئة الأسرية، مما قد يؤثر على تطور الطفل.

– صلة القرابة بين الزوجين قد تكون أحد العوامل المساهمة.

الأعراض:

– تأخر النمو اللغوي: يعاني الطفل من تأخر في النطق والفهم، مما يسبب صعوبة في التواصل مع الآخرين.

– سلوكيات نمطية: يفضل الطفل النظام والترتيب، ويرفض التغييرات في الروتين، ويظهر اهتمامًا كبيرًا بتنظيم الأشياء وإعادة تصنيفها.

– نوبات غضب واضطرابات عاطفية: يعاني الطفل من نوبات غضب تشمل ضرب النفس والبكاء، خاصة عند فقدان الأشياء التي يحبها أو عند تغيير الروتين.

– تفاعل اجتماعي محدود: يميل الطفل إلى اللعب بمفرده ويفضل ذلك، ويظهر صعوبة في التفاعل الاجتماعي وقلة التواصل البصري.

– صعوبات في فهم التعليمات: يواجه الطفل صعوبة في فهم التعليمات المعقدة أو المتسلسلة، وقد يظهر ارتباكًا في تنفيذها.

نتائج مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد –الإصدار الثاني:

نقدم نتائج اختبار الحالة الثالثة باستخدام مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد – الإصدار الثاني، والذي يتضمن مقاييس فرعية متعددة تهدف إلى تقييم جوانب مختلفة من السلوكيات النمطية، التواصل، التفاعل الاجتماعي، والنمو. يوضح الجدول رقم (28) هذه النتائج، مما يوفر نظرة شاملة على مستوى أداء الحالة الأولى في كل من هذه الجوانب.

جدول رقم (28): نتائج اختبار الحالة الثالثة في مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد–الإصدار الثاني:

المقاييس الفرعية	الدرجة الخام	درجة المعيارية	النسب المئوية
السلوكيات النمطية	13	8	٪25
التواصل	19	10	٪50
التفاعل الاجتماعي	20	10	٪50
النمو	5	8	٪20
مجموع الدرجات المعيارية للأبعاد:		36	
مؤشر التوحد		93	٪32

يبدو من جدول النتائج أن الحالة الثالثة تظهر نمطًا واضحًا من ناحية التواصل والتفاعل الاجتماعي والتي كانت 50٪ ، حيث حصلت على 25٪ في هذا جانب السلوكيات النمطية. ومع ذلك، تظهر درجات منخفضة نسبيًا في الجانب النمو حيث حصلت على 20٪ في كل منهما. علاوة على ذلك، تبدو النتيجة الإجمالية لمؤشر التوحد منخفضة نسبيًا

بنسبة 32٪، يشير إلى وجود أعراض ملحوظة ونسبة متوسطة لوجود اضطراب طيف التوحد

نتائج مقياس مقياس تقدير التوحد (Childhood Autism Rating Scale (CARS:

نقدم نتائج الحالة الثالثة باستخدام مقياس CARS، والذي يتضمن 15 مستوىً مختلفاً، يقيس كل منها جانبًا معيناً من سلوك الطفل. يتم تقييم كل بند على مقياس من 1 إلى 4، حيث تعكس الدرجات الأعلى شدة أكبر في عرض الأعراض المرتبطة بالتوحد.

جدول رقم (29): يوضح نتائج الحالةالثالثة مقياس تقدير التوحد:

رقم المستوى	البند	الدرجة
1	إقامة علاقة مع الناس	2
2	القدرة على التقليد والمحاكاة	2
3	الاستجابة العاطفية	2.5
4	استخدام الجسم	2
5	استخدام الأشياء	2
6	التكيف والتأقلم	2.5
7	الاستجابة البصرية	1.5
8	الاستجابة السمعية	2
9	استجابات استخدام التذوق والشم واللمس	2
10	الخوف والعصبية	2.5
11	التواصل اللفظي	2
12	التواصل الغير اللفظي	1.5
13	مستوى النشاط	2
14	مستوى ثبات الاستجابة العقلية	2
15	انطباعات الفاحص	1.5
	المجموع	30

هذا الجدول يظهر نتائج تقييم ذاتية الطفولة بحسب المستويات المختلفة. يبدو أن هناك 15 مستوىً مختلفًا في هذا التقييم، وكل مستوى له درجة محددة. يبدو أن المجموع الإجمالي للدرجات هو 30 والتي تفسر بوجود توحد بسيط.

نتائج الحالة الثالثة اختبار رسم الرجل الأول:

الصورة رقم (19): تمثل رسم الرجل الأول للحالة الثالثة :

نعرض نتائج الحالة الثالثة لاختبار رسم الرجل، حيث تم تقييم الرسم بناءً على 51 بندًا مختلفًا. يمثل الجدول رقم (08) النقاط التي حصلت عليها الحالة الأولى في كل من هذه البنود، مما يوفر صورة شاملة عن المهارات الحركية والتفاصيل الإدراكية التي يمتلكها الطفل.

الجدول(30) يوضح نقاط للحالة الثالثة في اختبار رسم الرجل:

الرقم	البنود	النقطة	الرقم	البنود	النقطة
1	وجود الرأس	1	**26**	التفاصيل الكاملة للأصبع	0
2	وجود الساقين	1	**27**	تمايز اليدين	1
3	وجود الذراعين	1	**28**	مفاصل الذراعين	0
4	وجود الجذع	1	**29**	مفاصل الساقين	0
5	جذع عال أكثر منه عريض	1	**30**	تناسب الرأس	0
6	وضع الكتفين	0	**31**	تناسب الذراعين	0
7	وضع الأطراف	1	**32**	تناسب الساقين	0
8	الموضع الصحيح للأطراف	0	**33**	تناسب القدمين	0
9	وجود العنق	0	**34**	أبعاد الأطراف	0

10	مخطط العنق	0	**35**	كعب القدم	0
11	وجود العينين	1	**36**	تناسب حركي عام	0
12	وجود الأنف	1	**37**	تناسب الموقف	0
13	وجود الفم	1	**38**	تناسب اتصالات الرأس	0
14	أبعاد الأنف والفم	0	**39**	تناسب اتصالات الجذع	0
15	وجود المناخير	0	**40**	تناسب الأطراف	0
16	وجود الشعر	0	**41**	تناسق ملامح الوجه	0
17	الشعر يغطي الرأس	0	**42**	وجود الأذنين	0
18	وجود ملابس	0	**43**	الموضع الصحيح للأذنين	0
19	قطعتين من الملابس	0	**44**	وجود البؤبؤ	0
20	ملابس غير شفافة	0	**45**	وجود الحواجب والرموش	0
21	موقع الابهام	0	**46**	تناسب العينين	0
22	أربع قطع مكان الملابس	0	**47**	وجود الجبين والذقن	0
23	ثياب كاملة	0	**48**	تمايز الذقن	0
24	وجود الأصابع	1	**49**	بروفيل أولي)رأس، جذع، أقدام)	1
25	عدد الأصابع	0	**50**	اتجاه اليدين	0
			51	بروفيل كامل	0
			الدرجة الخام		12

يوضح الجدول المقاييس المختلفة المستخدمة لتقييم العناصر المختلفة للرجل. يتمثل ذلك في وجود أجزاء الجسم المختلفة مثل الرأس، العينين، الأنف، والفم، بالإضافة إلى التناسبات والتفاصيل الشخصية. تظهر النقاط المحصلة في النهاية درجة خام المقدرة ب12 والتي تناسب العمر العقلي 6 سنوات.

لحساب معدل الذكاء « IQ »:

IQ= 75

وحسب النتيجة نجد أن الحالة ذات معدل ذكاء IQ=75 و بالتالي تعاني الحالة من تأخر عقلي خفيف.

نتائج الحالة الثالثة لمقياس مخطط الجسم :

تم إجراء مقياس مخطط الجسم في جلسة واحدة، وكانت مدتها ساعة

مقارنة بين العمر الزمني والعمر العقلي وعمر النمو النفس الحركي لمخطط الجسم:

بناءً على أن الحالة الثالثة لديه عمر عقلي يبلغ 6 سنوات، قررنا تطبيق اختبار الواجهة مخطط الجسم

ظهرت النتائج التي حصلنا عليها مع الحالة الثالثة في اختبار مخطط الجسم أن عمر النمو النفس الحركي لمخطط الجسم لديه هو 6 سنوات؛ وهو أقل من عمره الحقيقي البالغ 8 سنوات. استنادًا إلى ذلك، يمكننا القول إن الحالة الثالثة يعاني من تأخر في اكتساب مفهوم مخطط الجسم، حيث يصل هذا التأخر إلى سنتين.

المقارنة بين الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه:

نقارن بين الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه للحالة الثالثة، كما هو موضح في الجدول (31).

الجدول (31) يوضح الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه:

	التعرف	التركيب	التركيب بنموذج	المجموع
الوجه	7	3	4	14
الجسد	7	4	4	15
معا	14	8.5	8	29
عمر مخطط الجسم				6 سنوات

تمحورت نتائج الحالة الثالثة حول اختبار مخطط الجسم بصورة كاملة على 29، حيث تحصل في توجيه الجسم على درجة 15، بينما حصل الوجه على درجة 14؛ يعود ذلك إلى تفاوت الدرجات التي حصل عليها الوجه مقارنة بالجسم، خاصة في مرحلة التعرف.

عند إجراء اختبار لواجهة الوجه، لوحظ عدم قدرة الحالة على تمييز الحواجب والذقن وموقع الأذن اليمنى مما أدى إلى الحصول على درجة 7. أما خلال مرحلة التركيب، حصل الحالة على 3 نقطة بسبب غياب الشعر وقلب العينين ووضع الشفاه بشكل معكوس ووضع الأذنين في غير مكانهما. في مرحلة التركيب بالنموذج، حصل النظام على 4 نقاط بسبب وضع الأذن اليسرى بشكل خاطئ وغياب الأذن اليمنى ووضع الأذن اليسرى بشكل معكوس وغياب الشعر والذقن.

خلال اختبار الواجهة - الجسد في مرحلة التعرف، تم منح الحالة 7 نقاط لتعرفه على كل أجزاء الجسم دون وضع اليدين والساعدين في مكانها الصحيح، أما في مرحلة التركيب فتحصل على 4 نقاط إذا لم يضع العنق ووضع الرجلين بدلاً من اليدين. وحتى في مرحلة التركيب بالنموذج، تحصل المشارك على 4 نقاط عندما وضع الذراعين في مكان غير الصحيح وغياب اليدين، وعكس الرجلين.

وبالتالي نرى انه تحصل في الاستكشاف « Reconaissance » 6/9 في اختبار الواجهة الجسد، و8.5/11 في اختبار الواجهة- الوجه؛ بعض القطع التي لم يتعرف عليها الحالة الثالثة:

الجدول (32) يوضح القطع التي لم يتعرف عليها الحالة الثالثة:

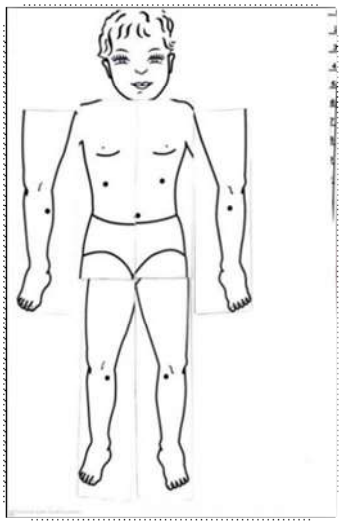
إجابات الحالة الثالثة	القطع	
لم يعرف	الحاجب	الوجه
الشفاه	الذقن	
الرجل	الساق	الجسم
البطن	الجذع	
يد	الساعد	

نرى أن مرحلة التعرف كانت متساوية بين الوجه والجسم؛ حيث حصل كل منهما على 7 نقاط؛ بالنسبة لتحديد موقع أجزاء الجسم، لاحظنا في مرحلة التركيب وضع بعض الأجزاء في أماكن غير صحيحة؛ فنلاحظ غياب العنق ووضع الساقين في مكان الذراعين، بينما في مرحلة التركيب بالنموذج، شاهدنا وضع الساقين بشكل معكوس ووضع الذراعين في أماكن غير صحيحة مع فقدان اليدين والرقبة.

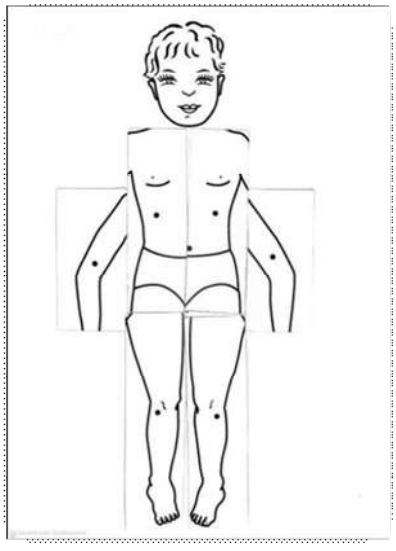
أثناء تحديد موقع الوجه خلال مرحلة التركيب، لاحظنا قلب العينين، ووضع الشفاه بشكل عكسي وغياب الذقن والشعر. وأثناء تركيب النموذج، تم وضع الأذن اليسرى بشكل خاطئ، وكانت الأذن اليمنى مفقودة، وتم وضع الأذن اليسرى في مكان الأذن اليمنى، مع غياب الشعر والذقن.

المقارنة بين التعرف، التركيب والتركيب بنموذج:

الصورتين (20) و (21) توضح أداء الحالة الثالثة في مقياس مخطط الجسم للواجهة -الجسد



الصورة (20) توضح مرحلة التركيب



مرحلة (21) توضح مرحلة تركيب بنموذج

الصورتين (22) و(23) توضح أداء الحالة الثالثة في مقياس مخطط الجسم الواجهة – الوجه

الصورة (22) يوضح مرحلة تركيب

الصورة (23) توضح مرحلة التركيب بنموذج

في توجيه الوجه، حصلت الحالة الثالثة على تقييم مكون من 07 نقاط في مرحلة التعرف بعد تحديد جميع الأجزاء باستثناء الذقن والحواجب. لتراجع في مرحلة التركيب فقد حصلت الحالة على 3 نقاط بسبب غياب الشعر وعدم وضع الشفاه والأذنين في الموضع الصحيح. وفي مرحلة التركيب بالنموذج، حصلت الحالة على 4 نقاط بسبب وضع الأذن اليسرى بشكل خاطئ وغياب الأذن اليمنى وعدم وضع الأذن اليسرى بشكل صحيح وغياب الشعر والذقن.

فيما يتعلق بتوجيه الجسم، حصلت الحالة الثالثة على تقييم جيد في مرحلة التعرف، وكانت أفضل من المرحلتين الأخيرتين الا وهما مرحلة التركيب ومرحلة التركيب بنموذج. يمكننا أن نلاحظ أن الحالة الثالثة حصلت على تقييم 7 في مرحلة التعرف على توجيه الوجه، وحصلت على تقييم 4 في مرحلة التركيب ومرحلة التركيب بنموذج.

المقارنة بين التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الجسم والوجه بناءً على العمر المحوري:

نقدم مقارنة بين التعرف وتحديد مواقع أجزاء الجسم والوجه للحالة الثالثة، وذلك باستخدام الجدول (11) الذي يوضح التعرف وتحديد المواقع لكل جزء من أجزاء الجسم بناءً على العمر المحوري للحالة و الجدول (12) الذي يوضح التعرف وتحديد لكل جزء من أجزاء الوجه.

- **توجيه الجسم:**

الجدول (33) يوضح التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الجسم بناءً على العمر المحوري:

الموقع	الاستكشاف	السن المحوري	القطع
K-N/11-14 ; H-K/11-14	الجذع	5-6	الجذع G/D
K/7	العنق	8-7	العنق
G-J/20-22 ; L-O/20-22	رجل	4	الساقG/D
F-I/9-12 ; M-P/9-12	الذراع	8	الذراعG/D
E-I/13-16 ;N-R/13-16	يد	4	اليدG/D

- **مـــلاحظة:**

نرى ان الحالة تعرف على كل أجزاء الجسد اما شفويا او بالإشارة، الا انه لم يتعرف على مكان كل من اليد التي يتم تعرف عليها بالسن 8 سنوات، إضافة الى الساق الت يتم التعرف عليها في السن 8 أيضا، والحالة الثالثة عمر نمو لمخطط الجسم الخاص بها هو 6 سنوات لهذا لم يكتسبها بعد.

أ- توجيه الوجه:

الجدول (34) يوضح التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الوجه بناءً على العمر المحوري:

الموقع	الاستكشاف	السن المحوري	القطع
M-P/11-16 ; E-H/11-16	عين	4	العين G/D
k/25-27	الذقن	8	الذقن
A-C/12-16 ; S-U/12-16	الأذن	8	الأذن G/D
E-H N-Q	الحواجب	8	الحواجب G/D
P-R/3-5 ; E-G/3-5	شعر	4	الشعرG/D
J-K/14-18	فم	6	الفم
J-K/14-18	الأنف	8	الأنف

- **مـــلاحظة:**

نرى أن الحالة تعرفت على كامل الوجه ما عدا الحواجب والتي يتم التعرف عليها في السن 8، والذقن الذي يعرف في السن 8 سنوات، مع وضع الأذنين في المكان الخاطئ وحسب الدليل السن الذي يرافق معرفة موقع الأذن بشكل صحيح هو 8 سنوات فما فوق هذا يوضح سبب خطأ الحالة كون عمر مخطط الجسم الخاص بالحالة الثالثة هو 6 سنوات.

نوع التشابه

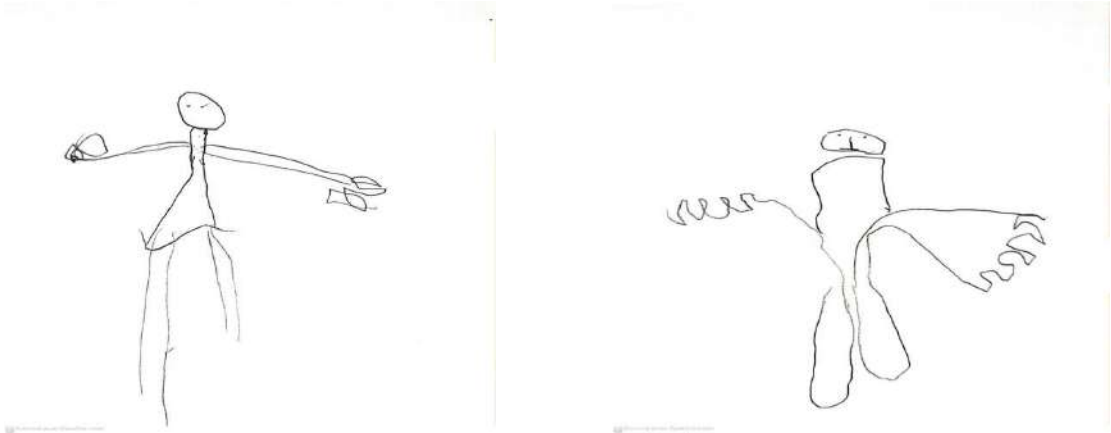
– مرحلة تركيب للجسم لا تشبه أي نموذج؛ فقد وضع الأرجل مكان الأذرع وحذف العنق؛ اما إعادة التركيب وضع الذراعين أسفل مكانهما الطبيعي مع غياب اليدين والعنق.

– أما بالنسبة لمرحلة الوجه، فإن كل من مرحلة التركيب ومرحلة التركيب بنموذج تشبه بعضها نوعا ما؛ نلاحظ أنه في مرحلة التركيب تكون القطع غير مناسبة وفي

الموقع الغير المناسب مع عكس العينين ووضع الحاجب مكان الذقن، وفي مرحلة إعادة التركيب بنموذج كان قريب من النموذج مع عدم وضع الذقن والشعر والحواجب والأذنين في

المكان الغير مناسب.

الفرق بين الرسم الأول والرسم الثاني لاختبار رسم الرجل :



الصورة رقم (22) توضح الفرق بين الرسم الأول والرسم الثاني لاختبار رسم الرجل :

الحالة الثالثة قدَّم الرأس على شكل بيضاوي يمثل بالنسبة له دائرة، نرى الذراعين واليدين قد رسمهم بشكل ضخم في الرسم الأول وغياب الأذنين والشعر، الاختلاف يكمن في أنه وضح رسم اليد ووضح الجزء العلوي والسفلي من الجسد مع غياب الأنف والفم في الرسمة الثانية.

استنتاج الحالة الثالثة :

بناءً على نتائج اختبار رسم الرجل، لوحظ أن الحالة الثالثة يمتلك عمر عقلي يعادل عمر الطفل البالغ 6 سنوات ؛ ويعاني من إعاقة عقلية خفيفة.

أما بالنسبة لاختبار مخطط الجسم، فقد لوحظ أن الدرجات المحصل عليها في تمثيل الجسد أفضل من تلك التي تم الحصول عليها في تمثيل الوجه، وكذلك الدرجات المحصل عليها في مرحلة التعرف أفضل من تلك في المرحلتين الأخريين: التركيب والتركيب بنموذج.

واستنادًا إلى نتائج اختبار مخطط الجسم، يظهر أن الحالة الثالثة يمتلك عمر نمو النفس الحركي لمخطط الجسم يبلغ 6 سنوات، وهو أقل من عمره الحقيقي البالغ 8 سنة، ومن ثم، يمكننا أن نستنتج أن الحالة الثالثة يعاني من تأخر خفيف في اكتساب مخطط الجسم.

- **نتائج دراسة الحالة الثالثة :**

بناءً على الوصف المقدم من الأم، يتضح أن الطفل يعاني من عدة علامات مرتبطة بطيف التوحد. يمكن تقديم تشخيص للحالة الأعراض الملحوظة، مثل تأخر اللغة الشديد، ونقص في التواصل الاجتماعي، والتفضيل للروتين ورفض التغييرات، والمصاداة (Écholalie)، تشير جميعها إلى وجود اضطراب طيف التوحد، التحديات التي يواجهها الطفل في التكيف مع التغييرات وفي التواصل الاجتماعي، إلى جانب السلوكيات النمطية مثل اللعب المنفرد والتفضيل للروتين، تعزز من الاحتمالية الكبيرة لوجود طيف التوحد؛ كما يشير تقييم مقياس جيليام التقديري إلى وجود نسب مرتفعة من السلوكيات النمطية ومؤشر التوحد، مما يدل على وجود أعراض ملحوظة للتوحد. بالإضافة إلى ذلك، نتائج مقياس مقياس تقدير ذاتوية الطفولة تشير إلى وجود توحد بسيط.

وبناءً على الدليل الاحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية «DSM5» قد تحقق عرضين من المعيار"أ" والمتمثلة في :

- عجز في المعاملة بالمثل الاجتماعية والعاطفية.
- القصور في تطوير العلاقات والحفاظ عليها وفهمها.

وتحققت (3) أعراض من المعيار"ب" والمتمثلة في:

– الطبيعة النمطية أو المتكررة للحركات أو استخدام الأشياء أو اللغة.

– عدم تقبل التغيير، والالتزام غير المرن بالروتين أو أنماط السلوك اللفظي أو غير اللفظي.(رفض تغيير أواني طعامه، تغيير أوقات الذهاب من المركز)

– المصالح المقيدة والثابتة، الشاذة سواء في حدتها أو في غايتها.

بالاعتماد على الملاحظة الميدانية والمقابلة مع الأم نحدد المستوى التوحد الخاص بالحالة (03)

- **المستوى 1 (خفيف):**

– التواصل الاجتماعي متأثر به، ولكن بشكل أقل حدة مقارنة بالمستويات الأعلى.

– صعوبة في بدء العلاقات الاجتماعية والاستجابة بشكل مناسب للتفاعلات الاجتماعية.

– سلوكيات جامدة وصعوبة في تغيير النشاط أو الانتباه.

– يتطلب المساعدة للوظيفة، لكن العيوب أقل حدة من المستويات الأعلى.

هذه الوصفات توفر نظرة عامة على السمات الرئيسية لكل مستوى من مستويات TSA، وهي مفيدة لتقييم مستوى الدعم الضروري لكل فرد بناءً على احتياجاته الخاصة.

واستنادًا إلى نتائج اختبار مخطط الجسم، يظهر أن الحالةالثالثة يمتلك عمر تطور مخطط الجسم يبلغ 6 سنوات، وهو أقل من عمره الحقيقي البالغ 8 سنة، ومن ثم، يمكننا أن نستنتج أن الحالة الثالثة يعاني من تأخر خفيف في اكتساب مخطط الجسم.

- **الحالة الرابعة:**

البيانات الأولـــــــــيّة:

- الاسم: ق
- الجنس: انثى
- تاريخ الميلاد: 11-10-2016
- العمر الزمني: 7 سنوات و 4 أشهر.
- ترتيب بين الاخوة: الأصغر.
- عدد االإخوة: 4 اخوة.
- زمرة الدموية: A+

المعلومات الشخصية للوالدين:

- عمر الأب عند الانجاب: 32 سنة
- المهنة: تاجر
- المستوى التعليمي للأب: ثانوي
- السوابق المرضية: لا يوجد.
- هل يوجد صلة قرابة بين الأب والأم: لا يوجد.
- الحالة الاجتماعية للأبوين: منفصلين
- زمرة الدموية للأب: A+.
- عمر الأم عند الانجاب: 31 سنة
- المهنة: معلمة
- المستوى التعليمي للأم: جامعي

– السوابق المرضية: لا يوجد

– حدث اجهاض مرة واحدة وهو الحمل الأول

– زمرة الدموية للأم: A+

البنية الاجتماعية-الاقتصادية الأسرية:

دينامية الأسرة:

– الحالة الصحية للأشقاء:جيدة

– الأطفال يعيشون: مع الوالدين ☐ مع الأم ☒ مع الأب ☐ مع أحد أعضاء العائلة ☐ في المركز ☐

– العلاقة مع الأب:جيدة تزوره اسبوعيا كما أنه مهتم بجانب التكفل النفسي.

– العلاقة مع الأم: جيدة.

– العلاقة مع الإخوة:منعزلة عنهم لكن ليست بعلاقة سيئة.

– مع الآخرون: منعزلة

الظروف (قبل الحمل، أثناء الحمل، وأثناء الولادة)

- **طبيعة الحمل:**

– طبيعة وسيلة منع الحمل: حبوب الحمل «microgynon»

– الحمل مرغوب به: من طرف الأب نعم من طرف الأم نعم

– المعاش أثناء الحمل:عانت من ضغوط اسرية و صحية.

– وجود اضطراب:ارتفاع ضغط الدم، وحالات من الغثيان والاغماءات خصوصا الأشهر الأولى.

– الاستشفاء قبل الولادة:يوجد.

- **طبيعة الولادة:**

– مكان الولادة:وهران

– الولادة: مبكرة [X] في الوقت [ ] متأخرة [ ]

– تمزق الكيس الزلالي: طبيعي [X] اصطناعي [ ]

– طريقة الوضع: الولادة الطبيعية [ ] الولادة القيصرية [X]

– ظروف الولادة: طبيعية [ ] بدون مضاعفات [ ] صعبة [X]

– التحفيز: مدة العمل: / استخدام الملقط "forceps "

- **فترة الولادة الجديدة:**

– الوزن: g700 المقاس: / محيط الرأس:/

– صراخ فوري [ ] نقص الأكسجين: [ ] أصفر [ ] الوضع في الحاضنة [X]

– المدة: قريب شهرين تقييم طفل حديث الولادة: 1د: 10/5 5د : 10/6

- **بعد الولادة:**

– مدة استشفاء الأم :3 أيام

– الحالة النفسية للأم : منهكة [X] مكتئبة [X] متألقة [ ]

– الحالة الجسدية للأم: جيدة [ ] اعياء [X]

التغذية:

– رد فعل الامتصاص: موجود [ ] غائب [X]

– الرضاعة: طبيعية [X] المدة: عام ونصف عن طريق الرضاعة: [X] المدة: عامين

– رفض الرضاعة: [X] الشراهة [ ] فقدان الشهية [X] ارتجاع المريئي [ ]

النوم:

- طقوس النوم:تتمثل في الحاجة الى وسادتها وغطاءها المحدد.
- صعوبات في النوم: يوجد
- طبيعة النوم: هادئ ☐ مضطرب ☐ الأرق ☒ الكوابيس ☐ الفزع الليلي ☐ المشي اثناء النوم ☐

النمو النفس- الحركي للطفل:

- سنه لأول مرة قام بالحبو: 12 أشهر.
- سنه لاأول مرة تمكن من التحكم في الجلوس: 6 أشهر.
- سنه أول مرة تمكن من الوقوف: حوالي العام و 8 أشهر.
- سنه أول مرة تمكن من المشي: بعد 18 شهر.
- سن التحكم في الجذع:8أشهر
- سنه اول مرة اكتسب المهارات الدقيقة: 6سنوات
- سنه التوازن و التنسيق الحركي: متأخر.
- سنه اول مرة قام بالمناغاة: حوالي8أشهر
- سنه أول مرة نطق الكلمة الأولى: 7سنوات
- سنه أول مرة تكلم جملته الأولى: ليس بعد
- النظافة: النهارية:ليس بعد الليلية : ليس بعد
- سنه اكتساب الاستقلالية:
- سنه أول مرة بدأ يأكل بمفرده: ليس بعد
- سنه أول مرة بدأ يلبس بمفرده: ليس بعد

- هل لديه عادات محددة: لا يوجد
- هل لديه مشية مميزة: المشي على أطراف الأصابع.
- يسقط بسهولة: نعم

السوابق:

السوابق المرضية العائلية:

- الوالدين:لا يوجد
- الأشقاء : لايوجد.
- الأجداد: لا يوجد.
- نسب الأم:/
- نسب الأب:/
- القرابة بين الزوجين: لا يوجد الدرجة:/

السوابق الشخصية:

- وجود تشنجات: / سن ظهورها: /
- الشدة: / الدواء:depakine, respirdal, mélatonine
- وجود أمراض متكررة: الحصبة ☐ التهاب السحايا ☐ الحصبة الألمانية ☐

الانفلونزا ☒ التهاب النكاف ☐ الجدري ☐ الصرع ☐ التهاب الأذن ☐

التهاب الحلق ☒ التهاب الأنف والحنجرة ☒

- الاستشفاء: / السبب: /
- العمر: / المدة: / ردة الفعل /

التفاعل الاجتماعـــــي:

- **في السياق العائلي و الجيران:**

– الطفل: اجتماعي [ ] انطوائي [X]

– اللعب مع الأطفال : مع سنه [ ] أصغر سنا [ ] أكبر سنا [ ]

– يخرج بمفرده للخارج: نعم [ ] لا [X]

– هل يقوم بالشراء بمفرده: نعم [ ] لا [X]

قبل التمدرس:

– الحضانة: / العمر: / المدة: /

– سلوك الطفل:شديدة الحركة، لا تركز أبدا، انتباه جد ضعيف، رفرفة باليدين والضحك دون سبب، الاهتزاز، غياب القدرة على الحركات الدقيقة.

– طريقة التواصل: غائب.

المدرسة:

– الدراسة: المدرسة العادية الصف المدمج معهد متخصص X

– هل كان متأخر بالنسبة للسن الطبيعي: نعم كم من سنة: عامين

– هل كرر السنة: لا كم مرة: /

– صعوبات: عامة [X] خاصة [ ] حدد:

– العوامل المرتبطة:

– النمو العقلي [X] النمو النفس الحركي [X] الصف المدمج [ ]

الرؤية [ ] مشكلات في التمايز الجانبي [X] اضطرابات اللغة [X] السياق [ ]

الاجتماعي العاطفي [ ] اضطرابات علائقية

الملمح العام:

- لون البشرة: بيضاء.
- لون الشعر: بني.
- لون العينين: بنية.
- المظهر خارجي: مرتب، نظيف، المشي على رأس الأصابع.
- المزاج: الضحك بدون سبب، كلام و أصوات غير مفهوم، الصراخ كثيرا.

بطاقة شبكة الملاحظة:

في الجدول (35)، نعرض بطاقة الملاحظة العيادية للحالة الرابعة، والتي تسلط الضوء على مختلف الأعراض السلوكية ومدى تكرارها لدى الفرد محل الدراسة.

الجدول (35) يوضح بطاقة الملاحظة العيادية لطفل التوحدي للحالة الرابعة:

رقم	العرض	لا	نادرا	احيانا	نعم
1	أداء حركات مكررة ونمطية بالأيدي أو الأصابع أو الأشياء مثل لف الأصابع بطريقة معينة				X
2	اللعب بالألعاب بشكل مكرر ونمطي ليس فيه تخيل أو تجديد				X
3	الاهتمام بالأشياء المتحركة مثل المراوح والعجلات			X	
4	الاهتمام بتفاصيل الأشياء مثل الحفر على الأبواب أو نقاط في صورة أو حبة على الوجه فيداومون النظر إليها أو تحسسها بدون الاهتمام بالتفاصيل الأكثر اهمية				X
5	الطرق أو الخربشة على الأبواب أو الأسطح بشكل متكرر			X	
6	تحسس الأشياء أو شمها بشكل غريب				X
7	صك الأسنان أو تحريك ألراس				X
8	الصراخ أو إصدار أصوات معينة بشكل مكرر ونمطي			X	
9	الاهتمام غير المبرر بأشياء معينة ,مثل لباس معين او اكل معين أو لعبة معينة والاضطراب عند عدم وجودها أو محاولة استبدالها مثل جاكيت معين أو المفاتيح أو السيارة أو ركن معين في المنزل			X	
10	الغضب عند تغيير روتين معين مثل الانتقال من مكان لأخر أو إعادة ترتيب سريرهأو أثاث المنزل			X	

11	الاهتمام غير المبرر بأصوات معينة مثل :صوت تنقيط الماء أو صوت لعبة معينة		X		
12	جمع أشياء بدون هدف مثل جمع العلب البلاستيكية أو المفاتيح وصفها في خطوط أو ترتيب معين		X		
13	تكرار أسئلة بعينها وكلام معين مثل نشرات الأخبار	X			
14	ذكر اسمه عند السؤال والجواب الذي يطلب منه	X			
15	طقوس معينة عند النوم مثل النوم في مكان معين وبلباس معين ووقت معين				X
16	تجنب التواصل مع الآخرين بالعين				X
17	تكرار حركات جسدية مثل اللف أو القفز أو الدوران أو المشي على شكل زوايا أو خطوط مستقيمة				X
18	إذاء الذات أو الآخرين مثل العض			X	

الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية «DSM 5»:

المحور الأوّل: وبناءً على الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية «DSM 5» قد تحقق عرضين من المعيار"أ" والمتمثلة في :

– عجز في المعاملة بالمثل الاجتماعية والعاطفية.

– القصور في تطوير العلاقات والحفاظ عليها وفهمها.

وتحققت (3) أعراض من المعيار"ب" والمتمثلة في:

– الطبيعة النمطية أو المتكررة للحركات أو استخدام الأشياء أو اللغة.

– عدم تقبل التغيير، والالتزام غير المرن بالروتين أو أنماط السلوك اللفظي أو غير اللفظي.

– المصالح المقيدة والثابتة، الشاذة سواء في حدتها أو في غايتها.

بالاعتماد على الملاحظة الميدانية والمقابلة مع الأم نحدد المستوى التوحد الخاص بالحالة (04) •المستوى 3 (شديد):

– مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي محدودة للغاية.

– صعوبة كبيرة في بدء العلاقات الاجتماعية والاستجابة لتفاعلات الآخرين الاجتماعية.

– سلوكيات جامدة وصعوبة متطرفة في التعامل مع التغيير.

– يتطلب دعمًا كبيرًا جدًا للوظيفة في جميع المجالات.

المحور الثاني: وجود اعاقة ذهنية لتحقق المعايير التالية:

أ- الخلل العقلي يتمثل في عدم القدرة على حل المشكلات، التفكير المنطقي والتجريد وتم التأكد باستخدام رسم الرجل.

ب- خلل في السلوك التكيفي.

ج- ظهرت هذه الأعراض منذ العمر السنة و 8 أشهر.

المحور الثالث: لديها نقص في المادة البيضاء في الدماغ، وظهر لديها كهرباء زائدة في الدماغ ولكن بدون نوبات الصرع.

المحور الرابع: لا وجود لأي اضطرابات عائلية، الا أنه يوجود اضطرابات اكاديمية لتأخرها عن الدراسة الى هذا السن

المحور الخامس: تعاني من ناحية الأداء الوظيفي العام لغياب الاستقلالية التامة فالطفلة لازالت بالحفاظات، لا يمكنها الأكل بمفردها ولا اللبس بمفردها، غياب تام الأداء المدرسي لا تنجز نشاطاتها لا تفهم التعليمات، لا تنخرط اجتماعيا.

جدول الفحص العيادي من خلال المقابلة العيادية مع الحالة الرابعة:

جدول (36) : يوضح جدول المقابلات التي أجريت مع الطفلةالحالة الرابعة:

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	المدة	مكان المقابلة	هدف المقابلة
01	2024-02-27	1سا 30 د	القسم	بناء علاقة فاحص /مفحوص (الطفل).
02	2024-03-05	1 سا	قاعة الانتظار	مقابلة مع الوالدين لجمع معلومات حول تاريخ الحالة.
03	2024-03-11	1سا 45 د	القسم	ملاحظة الطفل وتطبيق بطاقة ملاحظة السلوك التوحدي
04	2024-03-14	55 د		تطبيق اختبار جيليام التقديري لتشخيص التوحد
05	2024-03-18	45 د		تطبيق مقياس تقدير التوحد
06	2024-03-20	1سا 55 د	مكتب الاجتماعات	تطبيق اختبار مخطط الجسم

يُظهر جدول المقابلات تسلسلًا مهمًا للمقابلات التي تمت مع الحالة والتي عددها (06) مقابلات، خلال الفترة المحددة27-02-2024 الى 20-03-2024 في المدة الزمنية ما بين 45 د الى 1 سا و 55د؛ من خلال هذا الجدول، يمكننا متابعة تقدم العمل وفهم سير العمل مع الحالة بشكل أفضل. تعكس المقابلات المتعددة مجموعة متنوعة من الأهداف والتواريخ، مما يوضح التنوع والشمولية في الجهود المبذولة

6.1. المقابلة مع الأم:

تمت المقابلة مع الأم يوم 20 -02- 2024 على الساعة 9صباحا،لمدة 30 دقيقة في قاعة الانتظار.

- **تحليل المقابلة مع الأم:**

أثناء المقابلة لاحظنا تعاون و تجاوب من طرف الأم كانت ملابسها منظمة وأنيقة حتى أنه هناك تفاؤل شديد في حديثها.

حسب وصف الأم، كانت فترة الحمل مليئة بالتحديات والضغوطات، حيث تعرضت لارتفاع في ضغط الدم ومشاكل صحية أخرى، مما أدى إلى ولادة الطفلة في الشهر الثامن ووضعها في الحاضنة الخاصة بالرعاية المكثفة نتيجة لتسمم الحمل.عندما بلغت عامًا ونصف العام، تم تشخيصها بمرض التوحد بعد تقييم دقيق .

لاحظت الأم تغيرات في تأخر نمو ابنتها على مختلف الجوانب، حيث لم تبدأ في المشي حتى بعد مرور عام وسبعة أشهر، وعندما بدأت في المشي، كانت تستخدم أطراف أصابعها. تعبيرًا عن قلقها، قالت الأم: "كانت ابنتي تتأخر في كل شيء، حتى الهدرة لم تكن تستطيع التحدث بسبب ارتباط لسانها." توضح الأم أن رغم إجراء عملية لفك لسان ابنتها، إلا أن ذلك لم يحقق التحسن المطلوب في قدرتها على التحدث.

توضح الأم أن الطفلةلا تبدي اهتمامًا كبيرًا بالتفاعل مع الأشخاص وتظهر ضعفًا في التواصل البصري، إذ لا تتجاوب بشكل جيد. كما أن استجابتها للمحادثات الصوتية ضعيفة للغاية، حيث لا تلتفت إلى الشخص الذي يناديها أو يصدر أصواتًا، وتعاني من قلة في استخدامها للغة.

بالإضافة إلى ذلك، تلاحظ الأم أن الطفلة تظهر سلوكيات نمطية مثل الرفرفة والنقر بأصابعها/يديها أمام عينيها بشكل متكرر، وتخفق بيديها أمام وجهها. تصدر أيضًا أصوات مختلفة وتضحك بدون سبب، بالإضافة إلى استمرارها في المشي على أطراف أصابعها والاهتزاز أثناء جلوسها.

تقول الأم "كلما نقريها حاجة تروحلها ولا نعلمها وندربها؛ رحت درتلها URM " وعندما قامت الأم بإجراء فحص (URM)؛ وجدت أن الطفلة لديها نقص في المادة البيضاء في

الدماغ، وهو مؤشر يمكن أن يكون مهمًا في تفسير السلوكيات غير المعتادة التي تظهرها الحالة.

وقد لوحظت تغيرات في المادة البيضاء لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد (ASD). تشير الأبحاث إلى أن هناك تغيرات كبيرة في البنية المجهرية للمادة البيضاء في الدماغ لدى المراهقين والشباب المصابين باضطراب طيف التوحد التي يمكن أن تنتج المزيد من الأعراض لدى الأشخاص المصابين بالتوحد. ترتبط هذه التغييرات في المادة البيضاء بالأعراض الحسية ويتم مشاركتها بين اضطراب طيف التوحد واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD). بالإضافة إلى ذلك، تم تحديد تفكك البنية المجهرية للمادة البيضاء المعتمد على العمر في مرض التوحد، مما يسلط الضوء على الطبيعة التقدمية للتغيرات في المادة البيضاء لدى الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد(; Haruhisa Ohta& Clara F. Weber, 2022 ; Dickie, D. A., Ritchie , 2016) ; others, 2020)

تضيف الى أنه ظهر ارتفاع في كهرباء الدماغ عند اجراء تخطيط الدماغ «EEG»، الاّ أنها لا تظهر نوبات صرع لكنها تدخل في حالات absence ؛فيما يتعلق باضطراب طيف التوحد، هناك بعض الأبحاث التي تشيرإلى وجود اختلافات في نشاط الكهرباء في الدماغ لدى الأشخاص المصابين بالتوحد مقارنة بالأفراد غير المصابين بهذا الاضطراب. واحدة من التقنيات التي استخدمت لدراسة هذه الاختلافات هي تخطيط الدماغ بالكهرباء (EEG).

تشير بعض الأبحاث إلى أن الأشخاص المصابين بالتوحد قد يظهرون نمطًا مختلفًا من النشاط الكهربائي في بعض المناطق الدماغية، مثل المناطق المرتبطة بالتواصل والتفاعل

الاجتماعي. على سبيل المثال، قد تشير بعض الدراسات إلى وجود زيادة فيالنشاط الكهربائي في المناطق التي تتعلق بمعالجة المعلومات الاجتماعية.

توجد عدة تغيرات في النشاط الكهربائي في أدمغة الأشخاص المصابين بالتوحد. أظهرت الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد غالبًا ما يظهرون زيادة في النشاط في الفرد الدلتا وثيتا وبيتا وجاما، إلى جانب انخفاض في النشاط في الترددات الألفا. أظهرت الأبحاث التي تركز على الرضع ذوي المخاطر المرتفعة للتوحد أن هناك نشاطًا دماغيًا أقل من المعتاد عبر ترددات مختلفة، كما تم قياسه باستخدام تقنية تخطيط الدماغ بالكهرباء (EEG). بالإضافة إلى ذلك، يظهر الأطفال الذين يعانون من التوحد نتائج غير طبيعية في تخطيط الدماغ بالكهرباء بشكل متكرر، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن 80% من الأطفال الذين يعانون من التوحد يظهرون أنماطًا غير طبيعية في تخطيط الدماغ بالكهرباء. قد تؤثر هذه التغيرات في النشاط الكهربائي في الدماغ على شدة أعراض التوحد ويتم استكشافها بشكل أعمق لفهم الأسباب المرضية لاضطراب طيف التوحد. (Bosetti, C.; Ferrini, L.; Ferrari, A.R.; Bartolini, E.; Calderoni, S ,.2024; Paula, C. A. R., Reategui, C., Costa, B. K. S., da Fonseca, C. Q., da Silva, L., Morya, E ,.& Brasil, F. L.,2017)

تم وصف لها دواء «depakin» 175 غ مرتين في اليوم من طرف الطبيب، وقد تحدثت الأم عن أن هناك طبيب أعصاب وصف لها respirdal الا أنه سبب لها العصبية ونوبات غضب شديدة، فتم سحبه بالتدريج حتى توقفت عنه.أما للنوم فتأخذ mélatonine و على شكل مكمل غذائي الذي يتم طلبه من الخارج لمساعدتها على النوم، كونه غير متوفر هنا.

تضيف الأم حول الاضطرابات التي تعاني منها الحالة الثالثة انها لا تمتلك أي استقلالية أو عناية بالذات حيث لا زالت تملك الحفاظ و لا تأكل بمفردها الأم فقط هي التي تساعدها في كل شيء ابتداءً من لبسها حتى ذهابها للمرحاض؛ من الواضح أن الحالة تعاني من مستوى عالٍ من الاعتمادية على الأم في الحياة اليومية. الاعتماد الشديد على الآخرين في الأمور البسيطة مثل اللبس والأكل يشير إلى قدرة محدودة على الاستقلالية الشخصية والعناية الذاتية. هذا النوع من الاضطرابات قد يكون متصلًا بالتوحد.

تضيف الأم أن طفلتها لا تفهم الأوامر المعقدة، وأنها لا تقوم بها حتى تقوم أمها بتوجيهها "كان نقولها جيبي لاكوموند متجيبهاليش وما نعيا نعاود ونأشر حتى ندير مساعدة باليد كل مرة ومازالت كيفيكف"؛ التحليل الأولي يركز على ضرورة فهم قدرات الطفلة والتحديات التي تواجهها. من الواضح أن الطفلة تستجيب بشكل أفضل للتوجيه المباشر والبسيط، مما يشير إلى أنها قد تحتاج إلى استراتيجيات تواصل بسيطة ومباشرة تتناسب مع مستواها الحالي.

من الجانب العاطفي، يمكن أن يكون هذا التحدي محبطًا للأم، حيث قد تشعر بالقلق والضغط من عدم قدرة ابنتها على فهم الأوامر والتعلم بشكل مستقل. لذلك، من المهم أن توفر الأم الدعم العاطفي لابنتها.

تظهر الطفلة حسب الأم نوبات من الغضب والبكاء والعناد بشكل ملحوظ عندما تجد الطفلة صعوبة في الفهم أو في مواجهة مواقف تثير استياءها. الاستجابة العنيفة مثل الضرب أو العض للنفس أو للآخرين قد تكون علامة على عدم القدرة على التعامل مع الضغوط بطريقة صحية أو على تعبير الاحتياجات والمشاعر بطرق مناسبة.

- **المقابلة مع الطفلة:**

تمت في القسم يوم 11-03-2024 على الساعة 13 مساءا، لمدة 1 سا و 45 د.

- **تحليل المقابلة مع الطفلة:**

عندما دخلت الطفلة الى مكتب الارطوفونية، كانت لا تنظر الى الطالبة ونظرت الى السقف ومختلف أنحاء الغرفة مع الضحك بدون سبب مع المشي على رؤوس الأصابع؛ تم تقديم لها الاختبار ولم تجيب على أغلب الاختبار خصوصا في مرحلة التعرف.

كما لاحظت ان الطفلة لا تركز داخل القسم، كثيرة الحركة والرفرفة تمشي على أطراف اصابعها، لا تتحدث أبدا اضافة الى أنها تظهر سلوكيات متكررة في فترات متقاربة، التواصل البصري معدوم.

المهارات الدقيقة تقريبا غير مكتسبة؛ تضحك بدون سبب أما عند الأكل لا يمكنها الأكل بمفردها و لا تعرف كيفية حمل الملعقة أو القلم؛ النظافة الشخصية شبه معدومة، لازالت ترتدي الحفاظات، و لا تخرج أبدا بمفردها.

التاريخ النفسي و الاجتماعي:

تعاني الطفلة من تاريخ نفسي واجتماعي معقد نتيجة لتحديات حمل الأم الذي تضمن ارتفاع ضغط الدم وتسمم الحمل، مما أدى إلى الولادة المبكرة واحتياج الطفلة للرعاية المكثفة بعد الولادة. انفصال الوالدين قد يكون له تأثير سلبي على البيئة الأسرية واستقرارها، مما يزيد من الضغوط على الأم.

تظهر الطفلة تأخرًا في النمو الحركي واللغوي، وضعفًا في التواصل البصري، إضافة إلى سلوكيات نمطية مثل الرفرفة والنقر بأصابعها أمام وجهها والضحك بدون سبب، مما يشير

إلى احتمال إصابتها باضطراب طيف التوحد. كما تظهر الطفلة نوبات غضب وبكاء عند مواجهة مواقف تثير استياءها، وتجد صعوبة في فهم الأوامر المعقدة.

تعتمد الطفلة بشكل كبير على والدتها في الأنشطة اليومية، مما يشكل عبئًا إضافيًا على الأم في توفير الرعاية والدعم اللازمين للطفلة. على الرغم من محاولات الأم لتوجيه وتعليم ابنتها، إلا أن التحديات التي تواجهها الطفلة تعيق تقدمها في النمو.

الأسباب:

1. ارتفاع ضغط الدم وتسمم الحمل: تعرضت الأم لمشاكل صحية خطيرة مثل ارتفاع ضغط الدم وتسمم الحمل، مما أدى إلى ولادة الطفلة في الشهر الثامن ووضعها في الحضانة الخاصة بالرعاية المكثفة.

2. نقص المادة البيضاء في الدماغ: تشير نتائج فحص URM إلى وجود نقص في المادة البيضاء في دماغ الطفلة، مما قد يفسر بعض السلوكيات غير المعتادة وارتباطها باضطرابات طيف التوحد.

3. العوامل الوراثية: قد تكون هناك عوامل وراثية تسهم في اضطراب طيف التوحد لدى الطفل؛ وجود خالة مصابة بالصرع والتوحد.

4. البيئة الأسرية المعقدة: الضغوطات النفسية والصعوبات في البيئة الأسرية قد تؤثر على تطور الطفلة.

الأعراض:

1. تأخر النمو الحركي واللغوي: تأخر المشي حتى عمر عام وسبعة أشهر، وكانت تستخدم أطراف أصابعها للمشي. كما تأخرت في التحدث بسبب ارتباط لسانها.

2. ضعف التواصل الاجتماعي: تعاني الطفلة من ضعف التواصل البصري، ولا تتفاعل بشكل جيد مع المحيط البصري، وضعف الاستجابة للمحادثات الصوتية.

3. سلوكيات نمطية: تظهر الطفلة سلوكيات نمطية مثل الرفرفة والنقر بأصابعها أو يديها أمام عينيها، وإصدار أصوات مختلفة والضحك بدون سبب.

4. اعتمادية في العناية الذاتية: تفتقر الطفلة إلى الاستقلالية وتعتمد على الأم في معظم الأنشطة اليومية مثل اللبس والأكل.

5. صعوبات في فهم الأوامر: تجد الطفلة صعوبة في فهم الأوامر المعقدة وتحتاج إلى توجيه مباشر وبسيط.

6. نوبات غضب وعناد: تعاني الطفلة من نوبات غضب وبكاء عند مواجهة مواقف صعبة أو استياء، وتظهر استجابة عنيفة مثل ضرب النفس أو العض.

نتائج مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد –الإصدار الثاني:

نقدم نتائج اختبار الحالة الرابعة باستخدام مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد – الإصدار الثاني، والذي يتضمن مقاييس فرعية متعددة تهدف إلى تقييم جوانب مختلفة من السلوكيات النمطية، التواصل، التفاعل الاجتماعي، والنمو. يوضح الجدول رقم (37) هذه النتائج، مما يوفر نظرة شاملة على مستوى أداء الحالة الأولى في كل من هذه الجوانب.

جدول رقم (37) يوضح نتائج اختبار الحالة الرابعة في مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد – الإصدار الثاني:

المقاييس الفرعية	الدرجة الخام	درجة المعيارية	النسب المئوية
السلوكيات النمطية	29	13	٪84
التواصل	32	14	٪91
التفاعل الاجتماعي	29	11	٪63
النمو	12	16	٪97
مجموع الدرجات المعيارية للأبعاد:	54		
مؤشر التوحد	122		٪94

يبدو من جدول النتائج أن الحالة الرابعة تظهر نمطًا واضحًا من السلوكيات النمطية، حيث حصلت على 84٪ في هذا الجانب من الاختبار. ومع ذلك، تظهر درجات متوسطة نسبيًا في الجوانب الأخرى مثل التواصل والتفاعل الاجتماعي حيث حصلت على 91٪ و 63٪. علاوة على ذلك، تبدو النتيجة الإجمالية لمؤشر التوحد مرتفعة بنسبة 94٪، مما يشير إلى وجود أعراض ملحوظة تتماشى مع اضطراب طيف التوحد.

نتائج مقياس مقياس تقدير التوحد (Childhood Autism Rating Scale (CARS :

نقدم نتائج الحالة الرابعة باستخدام مقياس CARS، والذي يتضمن 15 مستوىً مختلفًا، يقيس كل منها جانبًا معينًا من سلوك الطفل. يتم تقييم كل بند على مقياس من 1 إلى 4، حيث تعكس الدرجات الأعلى شدة أكبر في عرض الأعراض المرتبطة بالتوحد.

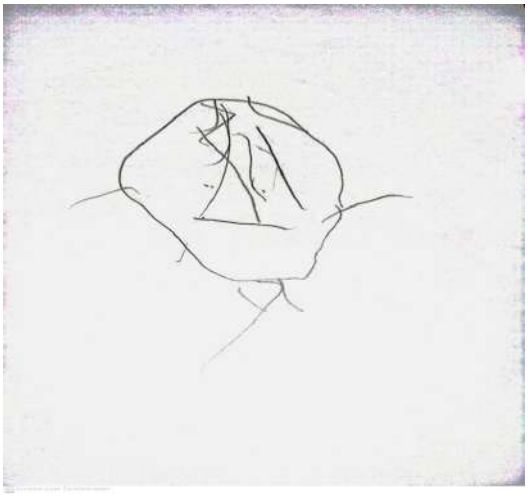
جدول رقم (38) يوضح نتائج الحالة الرابعة مقياس مقياس تقدير التوحد:

رقم المستوى	البند	الدرجة
1	إقامة علاقة مع الناس	3
2	القدرة على التقليد والمحاكاة	3.5
3	الاستجابة العاطفية	2
4	استخدام الجسم	3
5	استخدام الأشياء	3.5

6	التكيف والتأقلم	3
7	الاستجابة البصرية	3.5
8	الاستجابة السمعية	3
9	استجابات استخدام التذوق والشم واللمس	2.5
10	الخوف والعصبية	3
11	التواصل اللفظي	3.5
12	التواصل الغير اللفظي	3
13	مستوى النشاط	2.5
14	مستوى ثبات الاستجابة العقلية	3
15	انطباعات الفاحص	3.5
	المجموع	45.5

هذا الجدول يظهر نتائج تقييم درجة التوحد بحسب المستويات المختلفة. يبدو أن هناك 15 مستوىً مختلفًا في هذا التقييم، وكل مستوى له درجة محددة. يبدو أن المجموع الإجمالي للدرجات هو 45.5 والتي تفسر بوجود توحد شديد.

9.1. نتائج الحالة الرابعة اختبار رسم الرجل الأول:



الصورة رقم (25) تمثل رسم الرجل الأول للحالة الرابعة:

نعرض نتائج الحالة الرابعة لاختبار رسم الرجل، حيث تم تقييم الرسم بناءً على 51 بندًا مختلفًا. يمثل الجدول رقم (39) النقاط التي حصلت عليها الحالة الأولى في كل من هذه البنود، مما يوفر صورة شاملة عن المهارات الحركية والتفاصيل الإدراكية التي يمتلكها الطفل.

الجدول(39) : يوضح نقاط للحالة الرابعة في اختبار رسم الرجل:

الرقم	البنود	النقطة	الرقم	البنود	النقطة
1	وجود الرأس	**1**	26	التفاصيل الكاملة للأصبع	**0**
2	وجود الساقين	**0**	27	تمايز اليدين	**0**
3	وجود الذراعين	**1**	28	مفاصل الذراعين	**0**
4	وجود الجذع	**0**	29	مفاصل الساقين	**0**
5	جذع عال أكثر منه عريض	**0**	30	تناسب الرأس	**0**
6	وضع الكتفين	**0**	31	تناسب الذراعين	**0**
7	وضع الأطراف	**0**	32	تناسب الساقين	**0**
8	الموضع الصحيح للأطراف	**0**	33	تناسب القدمين	**0**
9	وجود العنق	**0**	34	أبعاد الأطراف	**0**
10	مخطط العنق	**0**	35	كعب القدم	**0**
11	وجود العينين	**1**	36	تناسب حركي عام	**0**
12	وجود الأنف	**0**	37	تناسب الموقف	**0**
13	وجود الفم	**1**	38	تناسب اتصالات الرأس	**0**
14	أبعاد الأنف والفم	**0**	39	تناسب اتصالات الجذع	**0**
15	وجود المناخير	**0**	40	تناسب الأطراف	**0**
16	وجود الشعر	**1**	41	تناسق ملامح الوجه	**0**
17	الشعر يغطي الرأس	**1**	42	وجود الأذنين	**0**
18	وجود ملابس	**0**	43	الموضع الصحيح للأذنين	**0**
19	قطعتين من الملابس	**0**	44	وجود البؤبؤ	**0**
20	ملابس غير شفافة	**0**	45	وجود الحواجب والرموش	**0**
21	موقع الابهام	**0**	46	تناسب العينين	**0**
22	أربع قطع مكان الملابس	**0**	47	وجود الجبين والذقن	**0**

23	ثياب كاملة	0	48	تمايز الذقن	0
24	وجود الأصابع	0	49	بروفيل أولي (رأس، جذع، أقدام)	1
25	عدد الأصابع	0	50	اتجاه اليدين	0
			51	بروفيل كامل	0
				الدرجة الخام	7

يوضح الجدول المقاييس المختلفة المستخدمة لتقييم العناصر المختلفة للرجل. يتمثل ذلك في وجود أجزاء الجسم المختلفة مثل الرأس، العينين، والفم، بالإضافة إلى التناسبات والتفاصيل الشخصية. تظهر النقاط المحصلة في النهاية درجة خام المقدرة ب7 والتي تناسب العمر العقلي 4 سنوات.

لحساب معدل الذكاء « IQ »:

IQ= 57

وحسب النتيجة نجد أن الحالة ذات معدل ذكاء IQ=57 و بالتالي تعاني الحالة من تأخر عقلي متوسط.

نتائج الحالة الرابعة لاختبار مخطط الجسم :

تم إجراء اختبار مخطط الجسم في جلسة واحدة، وكانت مدتها ساعة.

مقارنة بين العمر الزمني والعمر العقلي وعمر نمو النفس الحركي لمخطط الجسم :

بناءً على أن الحالة الرابعة لديها عمر عقلي يبلغ 4 سنوات، قررنا تطبيق اختبار الواجهة مخطط الجسم.

أظهرت النتائج التي حصلنا عليها مع الحالة الرابعة في اختبار مخطط الجسم أن عمر نمو النفس الحركي مخطط الجسم لديها هو 4 سنوات؛ وهو أقل من عمرها الحقيقي البالغ

7سنوات. استنادًا إلى ذلك، يمكننا القول إن الحالة الرابعة تعاني من تأخر في اكتساب مفهوم مخطط الجسم، حيث يصل هذا التأخر إلى 4 سنوات.

المقارنة بين الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه:

نقارن بين الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه للحالة الأولى، كما هو موضح في الجدول (40). يوضح الجدول الدرجات في ثلاثة مجالات رئيسية: التعرف، التركيب، والتركيب بنموذج، بالإضافة إلى المجموع الكلي.

الجدول (40) يوضح الدرجات الجزئية لتمثيل الجسم والدرجات الجزئية لتمثيل الوجه:

	التعرف	التركيب	التركيب بنموذج	المجموع
الوجه	2	0	0	2
الجسد	2	2	2	6
معا	4	2	2	8
عمر مخطط الجسم				4 سنوات

تمحورت نتائج الحالة الرابعة في اختبار توجيه الجسم حول الحصول على درجة 2 لعدم تعرفها على اغلب تفاصيل الجسدي، بينما حصلت على درجة 6 في اختبار توجيه الوجه. عند وضع اختبار الواجهة – الوجه- نرى لم تتعرف الحالة على أجزاء الوجه ما عدا العنين؛ بالنسبة لمرحلة التركيب نرى أن الحالة تحصلت على 0 نقاط لأن التركيب مشوه تماما، في مرحلة التركيب بالنموذج قدمت النموذج بالشكل المشوه.

في اختبار الواجهة –الجسد خلال مرحلة التعرف لم تتعرف على الجسد ماعدا الرجلين، التركيب كان فوضوي تم وضع كلا الجهة اليسرى على شكل يدين، والرجلين كانا من نفس الاتجاه؛ في مرحلة التركيب بنموذج كان بنفس الشكل تقريبا.

وبالتالي نرى انه تحصلت في الاستكشاف « 9/« Reconaissance2 في اختبار الواجهة الجسد، و2/11 في اختبار الواجهة- الوجه؛ بعض القطع التي لم تتعرف عليها الحالة الرابعة.

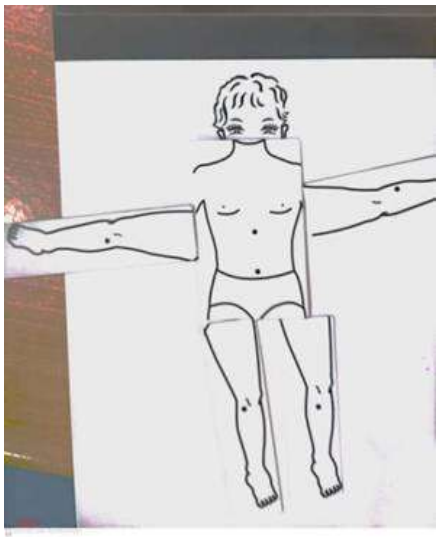
الجدول(41) يوضح القطع التي لم يتعرف عليها الحالة الرابعة:

إجابات الحالة الرابعة	القطع	
لم تتعرف	الحاجب G/D	الوجه
صمت	الاذن G/D	
صمت	العين G/D	
لم تتعرف	الشعر	
انف	العنق	الجسم
تجاهلت	الساعد G/D	
الرجلين	الساق G/D	
لم تتعرف	الجذع	

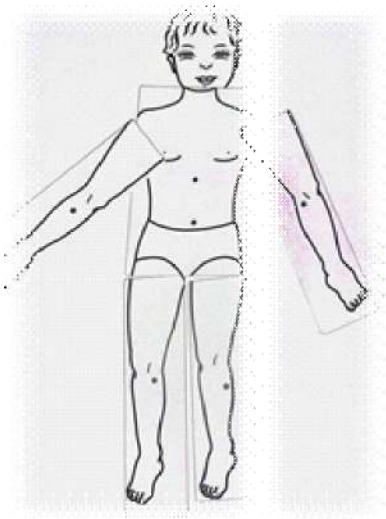
كان الأداء ضعيف في كلا الاختبارين، لم تتعرف سوى على الرجلين والعينين، مرحلة التركيب والتركيب بنموذج كانا مشوهين .

المقارنة بين التعرف، التركيب والتركيب بنموذج:

الصورتين (26) و (27) توضح أداء الحالة الرابعة في مقياس مخطط الجسم للواجهة –الجسد

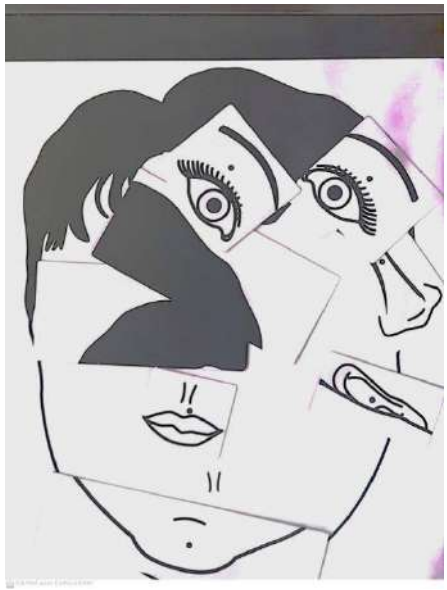


الصورة (26) توضح مرحلة التركيب



الصورة (27) مرحلة التركيب بنموذج

الصورتين (28) و(29) توضح أداء الحالة في مقياس مخطط الجسم الواجهة – الوجه



الصورة (28) تضح مرحلة التركيب

الصورة (29) توضح مرحلة تركيب بنموذج

في توجيه الجسم، تحصلت الحالة الرابعة على درجة تقييمية بنقاط تساوي 06 في مرحلة التعرف بعد تحديد الساقين فقط ، وتحصلت على درجة بنقاط تساوي 2 في مرحلة البناء والتركيب بالنموذج بعد عدم القدرة على تحديد موقع أجزاء الجسم.

بالنسبة لتوجيه الجسم، تحصلت الحالة الرابعة على درجة منخفضة في مرحلة التعرف، والتي كانت أفضل من الفاصلتين الأخريين، وهما مرحلة التركيب ومرحلة التركيب بنموذج؛ بينما تحصلت الحالة الرابعة في توجيه الوجه على درجة 2 في مرحلة التعرف، ثم حدث تراجع إلى 0 في المرحلة التركيب و في مرحلة التركيب بنموذج.

المقارنة بين التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الجسم والوجه بناءً على العمر المحوري:

نقدم مقارنة بين التعرف وتحديد مواقع أجزاء الجسم والوجه للحالة الأولى، وذلك باستخدام الجدول (41) الذي يوضح التعرف وتحديد المواقع لكل جزء من أجزاء الجسم بناءً على العمر المحوري للحالة.

أ- توجيه الجسم:

الجدول (41) يوضح التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الجسم بناءً على العمر المحوري:

الموقع	الاستكشاف	العمرالمحوري	القطع
K-N/11-14 ; H-K/11-14	بطن	5-6	الجذع G/D
K/7	العنق	8-7	العنق
G-J/20-22 ; L-O/20-22	رجل	4	الساقG/D
F-I/9-12 ; M-P/9-12	الذراع	8	الذراعG/D
E-I/13-16 ;N-R/13-16	يد	4	اليدG/D

• **مـــلاحـــــــــظة:**

نرى أن الحالة لم تتعرف سوى على الساقين والتي تعرف عادة في العمر4، والعمر نمو مخطط الجسم للحالة الرابعة هو 4 سنوات اما بقية الأجزاء فيتم التعرف عليها بعد نمو عمر اكتساب مخطط الجسم.

أ- توجيه الوجه:

الجدول(42) يوضح التعرف وتحديد مواقع كل جزء من الوجه بناءً على العمر المحوري:

الموقع	الاستكشاف	العمرالمحوري	القطع
M-P/11-16 ; E-H/11-16	عين	4	العين G/D
k/25-27	الذقن	8	الذقن
A-C/12-16 ; S-U/12-16	الأذن	8	الأذن G/D
E-H N-Q	الحواجب	8	الحواجب G/D
P-R/3-5 ; E-G/3-5	شعر	4	الشعرG/D
J-K/14-18	فم	6	الفم
J-K/14-18	الأنف	8	الأنف

• **مـــــلاحظة:**

نرى أن الحالة تعرفت على العينين فقط واللتان يتم التعرف عليهم عادة في العمر4 سنوات؛ والعمر الحالةالرابعة في نمو عمر اكتساب مخطط الجسم هو 4 سنوات.

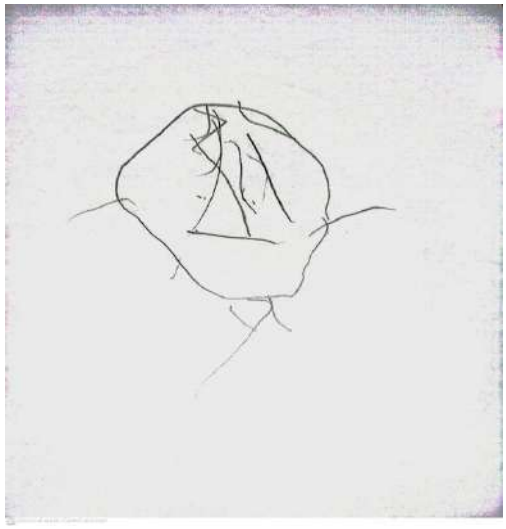
نوع التشابه:

– مرحلة تركيب للجسم لا تشبه أي نموذج؛ فقد وضع الساقين مكان الذراعين، اما الساقين اللتان وضعهما كانتا في نفس الاتجاه.

– أما بالنسبة لمرحلة الوجه، فإن كل من مرحلة التركيب ومرحلة التركيب بنموذج تشبه بعضها؛ نلاحظ أنه في مرحلة التركيب تشوه الجسم وعدم معرفة مواقع الأعضاء؛ وفي مرحلة إعادة التركيب بنموذج كان قريبا من الشكل المقدم في مرحلة التركيب

الفرق بين الرسم الأول والرسم الثاني لاختبار رسم الرجل :

الصورة رقم (30) توضح الفرق بين الرسم الأول والرسم الثاني لاختبار رسم الرجل :



الحالة الرابعة قدَّمت الرأس على شكل بيضاوي يمثل بالنسبة له دائرة، نرى الذراعين واليدين قد رسمهم بشكل خطوط وغياب العنق والجذع واليدين، الاختلاف يكمن في أنه الشعر و وضح رسمه هو الرجلين والذراعين.

استنتاج الحالة الرابعة:

بناءً على نتائج اختبار رسم الرجل، لوحظ أن الحالة الرابعة تمتلك عمر عقلي يعادل عمر الطفل البالغ 04 سنوات ؛ وتعاني من إعاقة عقلية متوسطة.

أما بالنسبة لاختبار مخطط الجسم، فقد لوحظ أن الدرجات المحصل عليها في تمثيل الجسد أفضل من تلك التي تم الحصول عليها في تمثيل الوجه، وكذلك الدرجات المحصل عليها في مرحلة التعرف أفضل من تلك في المرحلتين الأخريين: التركيب والتركيب بنموذج.

واستنادًا إلى نتائج اختبار مخطط الجسم، يظهر أن الحالة الرابعة تمتلك عمر نمو مخطط الجسم يبلغ 4 سنوات، وهو أقل من عمرها الحقيقي 7 سنوات، ومن ثم، يمكننا أن نستنتج أن الحالة الرابعة تعاني من تأخر متوسط في اكتساب مخطط الجسم.

- **نتائج دراسة الحالة الرابعة :**

بناءً على الوصف الذي قدمته الأم، تظهر الحالة الرابعة عدة علامات وأعراض تشير إلى وجود اضطرابات النمائيةة، ولا سيما اضطراب طيف التوحد. وتشمل هذه العلامات:

تم الإشارة إلى تأخر في بدء المشي واستخدام الأطراف الصغيرة للأرجل منذ سن مبكرة، وهو أمر شائع لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، تظهر الحالة الرابعة قلة في التفاعل مع الأشخاص وضعف في الاستجابة للمحادثات الصوتية، وهو مؤشر على اضطراب التواصل الاجتماعي الشائع في اضطراب طيف التوحد؛ يُذكر وجود سلوكيات نمطية مثل الرفرفة وتنقر الأصابع والتخفيف أمام الوجه، وهذه السلوكيات النمطية تعد علامات مشتركة في اضطراب طيف للتوحد، كما تشير الحاجة الملحة للتحفيز الحسي إلى احتمال وجود اضطرابات حسية مشتركة مع اضطراب طيف التوحد، وجود نقص في المادة البيضاء في الدماغ يمكن أن يكون علامة على اضطراب طيف التوحد، حيث تشير الأبحاث إلى تغيرات في البنية المجهرية للمادة البيضاء في الدماغ لدى الأفراد المصابين بالتوحد.

كما يشير تقييم مقياس جيليام التقديري إلى وجود نسب مرتفعة في مؤشر التوحد، مما يدل على وجود أعراض ملحوظة للتوحد. بالإضافة إلى ذلك، نتائج مقياس مقياس تقدير ذاتوية الطفولةالتوحد تشير إلى وجود توحد شديد.

وبناءً على الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية DSM 5 قد تحقق عرضين من المعيار"أ" والمتمثلة في :

– عجز في المعاملة بالمثل الاجتماعية والعاطفية.

– القصور في تطوير العلاقات والحفاظ عليها وفهمها.

وتحققت (3) أعراض من المعيار"ب" والمتمثلة في:

– الطبيعة النمطية أو المتكررة للحركات أو استخدام الأشياء أو اللغة.

– عدم تقبل التغيير، والالتزام غير المرن بالروتين أو أنماط السلوك اللفظي أو غير اللفظي.

– المصالح المقيدة والثابتة، الشاذة سواء في حدتها أو في غايتها.

بالاعتماد على الملاحظة الميدانية والمقابلة مع الأم نحدد المستوى التوحد الخاص بالحالة الرابعة

- **المستوى 3 (شديد):**

– مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي محدودة للغاية.

– صعوبة كبيرة في بدء العلاقات الاجتماعية والاستجابة لتفاعلات الآخرين الاجتماعية.

– سلوكيات جامدة وصعوبة متطرفة في التعامل مع التغيير.

– يتطلب دعمًا كبيرًا جدًا للوظيفة في جميع المجالات.

واستنادًا إلى نتائج اختبار مخطط الجسم، يظهر أن الحالة الرابعة تمتلك عمر نمو مخطط الجسم يبلغ 4 سنوات، وهو أقل من عمرها الحقيقي البالغ 7 سنة، ومن ثم، يمكننا أن نستنتج أن الحالة الرابعة تعاني من تأخر متوسط في اكتساب مخطط الجسم.

الفصل الرابع

تفسير ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الأولى

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثالثة

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية لرابعة

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الخامسة

الاستنتاجات

الفصل الرابع
تفسير ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل تفسير النتائج المتوصل عليها علميا ومناقشتها وفقا لمعطيات الخلفية النظرية والدراسات السابقة.

نستعرض نتائج الحالات الأربعة ونفسرها وفقاً للفرضيات المدروسة.

جدول (44) يوضح نتائج الحالات الأربعة:

	اضطراب مخطط الجسم	درجة التوحد	الجنس	العمر الزمني	العمر العقلي
الحالة الأولى	أن الحالة الأولى يعاني من تأخر خفيف في اكتساب مخطط الجسم.	متوسط	ذكر	11 سنة	8 سنوات
الحالة الثانية	عمر النمو النفسي الحركي لمخطط الجسم يبلغ 6 سنوات، مما يشير إلى تأخر خفيف في اكتساب مخطط الجسم	خفيف	انثى	8 سنوات	6 سنوات
الحالة الثالثة	عمر النمو النفسي الحركي لمخطط الجسم يبلغ 6 سنوات، مما يشير إلى تأخر خفيف في اكتساب مخطط الجسم	خفيف	ذكر	8 سنوات	6 سنوات
الحالة الرابعة	عمر النمو النفسي الحركي لمخطط الجسم يبلغ 4 سنوات، مما يشير إلى تأخر متوسط في اكتساب مخطط الجسم	شديد	انثى	7 سنوات	4 سنوات

يوضح الجدول النتائج المستخلصة من فصل عرض الحالات وفي ما يلي نفسر النتائج ونناقشها حسب تسلسل فرضيات الدراسة:

مناقشة الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على وجود تباين في مستوى اضطراب مخطط الجسم لدى مجموعة من حالات أطفال مصابون باضطراب طيف التوحد في مركز التكفل بأطفال التوحد،

وللتحقق من هذه الفرضية تم استخدام المنهج العيادي، عن الطريق القيام بمقابلات وتقديم مقياس لمعرفة نسبة اضطرب مخطط الجسم عند أطفال المصابين باضطراب التوحد.

1. من خلال المقابلات العيادية سواء مع الأم أو الطفل:

عكست المقابلات التي تم اجراءها مع حالات الدراسة، وجود اضطراب طيف التوحد حيث عكست الأعراض حسب معايير الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية dsm 5، والتي تتمثل في نقص في التفاعل الاجتماعي والتواصل اضافة لوجود سلوكيات نمطية.

كما تطرقنا الى العوامل المختلفة التي قد تكون سببا في التوحد من صلة قرابة، اختلاف عامل الريزيس، وجود عوامل طبية ووراثية وغيرها في الحالات الأربعة؛ امام هذه المعطيات العيادية نرى ان الحالات الأربع تعاني من اضطراب طيف التوحد.

1. من خلال نتائج جيليام 2 لقياس التوحد ومقياس تقدير التوحد درجات و مستويات مختلفة من التوحد، حيث نرى أن الحالة الأولى تعاني من توحد ذو مستوى متوسط بدرجة تقدر بـــ: 38، أما الحالة الثانية والثالثة أظهرتا مستوى خفيف من اضطراب طيف التوحد بدرجة تقدر بـــ: 32.5 و 30 على التوالي أما الحالة الرابعة أظهرت مستوى شديد من اضطراب طيف التوحد قدر بـــ: 45.5.

2. كما أظهرت نتائج اختبار رسم الرجل وجود تأخر عقلي بالنسبة للحالات الأربع؛ والتي قدرت للحالة الأولى بتأخر عقلي خفيف بدرجة ذكاء بـــ 73 ودرجة خام 22 بينما الحالتين الثانية والثالثة بتأخر عقلي خفيف بدرجة ذكاء قدرت ب75، و درجة خام بـــ: 16 و 12 على التوالي، أما الحالة الرابعة وجود تأخر عقلي بدرجة خام 7 و درجة ذكاء قدرت بـــ: 57.

3. وأظهرت نتائج اختبار مخطط الجسم أن الحالة الأولى وجود تأخر اكتساب مخطط الجسم بنتيجة مجموعها 10 درجات قدر التأخر بـــ: 3 سنوات حيث عمر مخطط الجسم 4 سنوات وعمره الزمني 11 سنة، اما الحالتين الثانية أظهرت أن هناك تأخر اكتساب مخطط الجسم بنتيجة مجموعها 34.5 قدرت بسنتين حيث عمر مخطط الجسم 6 سنوات بينما العمر الزمني 8 سنوات، نجد أن الحالة الثالثة تحصلت على درجة مجموعها 29 مما يدل على وجود تأخر في اكتساب مخطط الجسم قدر بـــ: سنتين حيث عمر مخطط الجسم 6 سنوات بينما عمرها الزمني 8 سنوات، أظهرت نتائج الاختبار للحالة الرابعة وجود تأخر اكتساب مخطط الجسم بدرجة مجموعها 8 و تأخر قدر بـــ: 3 سنوات حيث أن العمر الزمني هو 7 سنوات والعمر مخطط الجسم هو 4 سنوات.

وبعد عرض الحالات توصلنا الى هذه النتائج والتي تنص على أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون بشكل متباين في مستوى اضطرب في مخطط الجسم؛ فكل الحالات الأربع باختلاف سنهم و درجة اضطراب التوحد لديهم وجنسهم يعاونون من اضطراب واضح في مخطط الجسم وتأخر في سن نمو مخطط الجسم حسب نتائج الاختبار الذي تم تطبيقه عليهم ونرى النتائج تتمثل في:

1. التأخر في اكتساب مخطط الجسم يتفاوت بين الخفيف والمتوسط:

1. الأطفال في الحالات الأولى والثانية والثالثة يعانون من تأخر خفيف.
2. الطفل في الحالة الرابعة يعاني من تأخر متوسط، وهو الأكثر شدة بين الحالات الأربع.

3. التوحد المرافق باضطرابات إضافية مثل ADHD والصرع يؤثر على مستوى

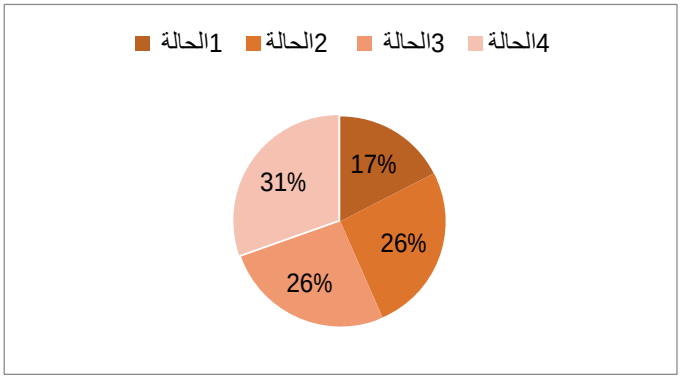
اضطراب مخطط الجسم:

1. الحالة الثانية والثالثة تظهر تداخل اضطراب طيف التوحد مع ADHD يؤدي إلى تأخر خفيف مشابه للتوحد المنعزل لدى الحالة الأولى.
2. الحالة الرابعة تظهر اضطراب طيف التوحد مع الصرع يؤدي إلى تأخر أكثر شدة في مخطط الجسم.

3. العمر العقلي الأقل يرتبط بتأخر أكبر في مخطط الجسم:

الحالات التي لديها عمر عقلي أقل تظهر تأخرًا أكبر في اكتساب مخطط الجسم.

وبالتالي مستوى اضطراب مخطط الجسم عند أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الحالات الأربع يتراوح بين التأخر الخفيف والمتوسط، حيث يظهر أن شدة التوحد ونوع الاضطرابات المصاحبة مثل ADHD أو الصرع تلعب دورًا هامًا في تحديد مستوى التأخر. الأطفال الذين يعانون من توحد شديد مع صرع يظهرون اضطرابًا أكبر في مخطط الجسم مقارنة بالأطفال الذين يعانون من توحد خفيف أو متوسط مع أو بدون اضطرابات إضافية.



الشكل (31) يوضح نتائج الحالات الأربع في اختبار مخطط الجسم.

ويتم تفسير هذه النتيجة كون ان اضطراب التوحد اضطراب من اضطرابات النمائية العصبية وقد يكون اضطراب التصور الجسدي نتيجة لاضطراب الاتصال العصبي حيث يعتقد أن هناك تشوهات في التواصل بين الدماغ والجسم قد تكون لها دور في اضطراب مخطط الجسم؛ فنرى دراسة اثناسيوس بيوبولز (2022) Athanasios Beopoul & al التي درست التسبب في اضطرابات طيف التوحد نحو نموذج شامل يعتمد على اعتبارات التشريح العصبي والنمو العصبي ، والذي توصل الى ان اضطراب طيف التوحد يتضمن تغيرات في الاتصال العصبي الذي يمكن ان يؤثر على تنظيم القشرة الشبكة القشرية واستثارتها؛ مما قد يؤثر على تطور وتكامل مخطط الجسم لدى الأطفال المصابين بالتوحد؛ أفادت العديد من الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد (ASD) لديهم أنماط مختلفة من اتصال الدماغ مقارنة بالأفراد الذين ينمون بشكل طبيعي، مما يشير إلى أن الاتصال العصبي المتغير قد يكون سمة شائعة في اضطراب طيف التوحد وهذا حسب دراسةايمان محمد رزازيدة (2016) Iman Mohammed-Rezazadeh & al .

وقد نضيف أيضا ضعف التكامل الحسي لدى أطفال التوحد الذي لديه دور في عدم القدرة على تحديد الإحساس بالجسم بالشكل الصحيح؛ فالعلاقة بين مخطط الجسم والمعالجة الحسية في مرض التوحد هي تفاعل معقد يؤثر بشكل كبير على كيفية إدراك الأفراد المصابين بالتوحد لبيئتهم والتفاعل معها؛ حيث تقول ايميلي كيلروي (2019) Emily Kilroy أن وصف أيريس أهمية المبدأ الجسدي (المخطط) في التفاعل الاجتماعي، وتسليط الضوء على كيفية ارتباط المعالجة الحسية غير النمطية لدى الأطفال المصابين بالتوحد بصعوبات تمثيل الجسم؛ ونرى أن العديد من الأبحاث تشير إلى أن صعوبات تمثيل

الجسم لدى الأطفال والمراهقين المصابين بالتوحد قد تكون مرتبطة بتأخر تطور الارتباط الزمني البصري واللمسي، مما يشير إلى التحديات في دمج المعلومات الحسية لإدراك الجسم كما تشير دراسة دنيال روبار (2018) Danielle Ropar & al؛ أظهرت الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد قد يواجهون صعوبات في القدرة على الاعتراض والوعي الجسدي، وهي مكونات أساسية للتنظيم الذاتي وفهم جسد الفرد، مما يزيد من التأكيد على العلاقة بين المعالجة الحسية ومخطط الجسم في مرض التوحد من بينها دراسة كيمبرلي شودر (2015)Kimberly B. Schauder & al؛ كما نرى إن اقتراح راسل بأن الأفراد المصابين بالتوحد لديهم مخططات جسدية محددة بشكل سيء مما يؤدي إلى تجربة غير نمطية للقوة يسلط الضوء على كيف يمكن أن تساهم المعالجة الحسية المتغيرة في إحساس مشوه بتمثيل الذات والجسد في مرض التوحد حسب دراسة فيكتوريا ليونز و ميشال فيتزجيرلد (2013) Viktoria Lyons and Michael Fitzgerald.

ونجد دراسات أخرى مثل : الدراسة الموسومة ب الـــ"قدرة التصور الحركي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: استعراض نظامي" (2019) - هذا الاستعراض النظامي استكشف قدرة التصور الحركي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وقد بحث الدراسات المختلفة التي فحصت مهارات التصور الحركي في هذه الفئة السكانية وخلصت إلى استنتاجات مشابهة بشأن اضطراب التصور الحركي بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

ودراسة أخرى تحت عنوان: التصور الحركي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: استعراض" (2017) - ركز هذا الاستعراض بشكل خاص على التصور الحركي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وقد خلاص إلى الأدبيات الموجودة حول هذا الموضوع

وناقش تداعيات اضطراب التصور الحركي على الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد. وقد يقدم الاستعراض نظرة عامة إلى العلاقة بين اضطراب طيف التوحد وصعوبات التصور الحركي.

وأعرض دراسة أخرى مثل : "تطور التصور الحركي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: دراسة تجريبية" (2018) - قامت هذه الدراسة التجريبية بالتحقيق في تطور مهارات التصور الحركي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وقد قامت على الأرجح بتقييم قدرات التصور الحركي لمجموعة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وقارنتها بالأطفال الذين يتطورون بشكل طبيعي، لتقديم إلمامات حول الإعاقات المحددة التي يواجهها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

تؤكد هذه النتائج بشكل جماعي على العلاقة الوثيقة بين مخطط الجسم والمعالجة الحسية في مرض التوحد، مما يوضح كيف يمكن للتحديات في التكامل الحسي أن تؤثر على تطور وإدراك مخطط الجسم لدى الأفراد المصابين بالتوحد.

اتفقت هذه النتائج مع نتائج كل من دراسة دنيال روبار (Danielle Ropar & al 2018 و دراسة كاتي جرينفيلد (Katie Greenfield & al (2017 ودراسة فابيان جولي(Fabien Joly (2010؛ دراسة بهتان عبد القادر وجبلي نور الدين(2019) BEHTANE Abdelkader و DJABALI Noureddine ودراسة جوزيف (2018) Joseph وآخرون تأثير سمات التوحد على القدرة على تمثيل حركات الجسم والتعرف عليها.

مناقشة الفرضيات الفرعية:

الفرضية الأولى : يؤثر اضطراب طيف التوحد على مخطط الجسم

تنص الفرضية الفرعية الأولى على وجود تأثير لاضطراب طيف التوحد على مخطط الجسم؛ نرى أن هذه الفرضية محققة فرغم ان أطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون من اضطراب مخطط الجسم الاّ أن درجات التوحد لديها تأثير حسب نتائج الحالات التي تم تطبيق عليها اختبار مخطط الجسم.

عكست المقابلات التي تم اجراءها مع حالات الدراسة، وجود اضطراب طيف التوحد حيث عكست الأعراض حسب معايير الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية dsm، والتي تتمثل في نقص في التفاعل الاجتماعي والتواصل اضافة لوجود سلوكيات نمطية.

كما تطرقنا الى العوامل المختلفة التي قد تكون سببا في التوحد من صلة قرابة، اختلاف عامل الريزيس، وجود عوامل طبية ووراثية وغيرها في الحالات الأربعة؛ امام هذه المعطيات العيادية نرى ان الحالات الأربع تعاني من اضطراب طيف التوحد.

.من خلال نتائج جيليام 2 لقياس التوحد ومقياس تقدير التوحد درجات و مستويات مختلفة من التوحد، حيث نرى أن الحالة الأولى تعاني من توحد ذو مستوى متوسط بدرجة تقدر بـــ: 38، أما الحالة الثانية والثالثة أظهرتا مستوى خفيف من اضطراب طيف التوحد بدرجة تقدر بـــ: 32.5 و 30 على التوالي أما الحالة الرابعة أظهرت مستوى شديد من اضطراب طيف التوحد قدر بـــ: 45.5. أظهرت نتائج اختبار مخطط الجسم أن الحالة الأولى (ذكر) وجود تأخر اكتساب مخطط الجسم بنتيجة مجموعها 10 درجات قدر التأخر بـــ: 3 سنوات حيث عمر مخطط الجسم 4 سنوات وعمره الزمني 11 سنة، اما الحالة الثانية (أنثى) أظهرت أن هناك تأخر اكتساب مخطط الجسم بنتيجة مجموعها 34.5 قدرت بسنتين حيث عمر مخطط الجسم 6 سنوات بينما العمر الزمني 8 سنوات، نجد أن الحالة

الثالثة (ذكر) تحصلت على درجة مجموعها 29 مما يدل على وجود تأخر في اكتساب مخطط الجسم قدر بـــ: سنتين حيث عمر مخطط الجسم 6 سنوات بينما عمرها الزمني 8 سنوات، أظهرت نتائج الاختبار للحالة الرابعة (انثى) وجود تأخر اكتساب مخطط الجسم بدرجة مجموعها 8 و تأخر قدر بـــ: 3 سنوات حيث أن العمر الزمني هو 7 سنوات والعمر مخطط الجسم هو 4 سنوات.

نوع التوحد وتأثيره على اضطراب مخطط الجسم:

توحد منعزل (الحالة الأولى): يظهر تأخر خفيف في اكتساب مخطط الجسم، مع درجة توحد متوسطة وعمر عقلي أقل من العمر الزمني. يبدو أن التوحد المنعزل يسبب تأخرًا، لكنه أقل حدة مقارنة بالحالات المصاحبة لاضطرابات أخرى.

توحد مع ADHD (الحالة الثانية والثالثة): كلا الحالتين تعانيان من تأخر خفيف في اكتساب مخطط الجسم، مع توحد خفيف وعمر عقلي أقل من العمر الزمني. يظهر أن الجمع بين التوحد وADHD يؤدي إلى تأخر خفيف مماثل للتوحد المنعزل، لكن قد يكون السبب الرئيسي في هذا التأخر هو عدم القدرة على التركيز والانتباه.

توحد مع صرع (الحالة الرابعة): تظهر هذه الحالة تأخرًا متوسطًا في اكتساب مخطط الجسم، مع درجة توحد شديدة وعمر عقلي أقل بكثير من العمر الزمني. يبدو أن وجود الصرع مع التوحد يزيد من شدة التأخر في اكتساب مخطط الجسم، مما يشير إلى أن الصرع قد يفاقم من تأثيرات التوحد على النمو النفسي الحركي.

بناءً على النتائج التي قدمتها، يبدو أن هناك علاقة بين عمر اكتساب مخطط الجسم ودرجات اضطراب طيف التوحد. الحالات المدروسة التي تعاني من مستويات مختلفة من اضطراب طيف التوحد وأنواع ختلفة (منعزلة ومرتبطة باضطرابات مصاحبة) أظهرت

أيضًا تأخرًا مختلفًا في اكتساب مخطط الجسم.

على سبيل المثال، تبدو الحالة الأولى التي تعاني من اضطراب طيف التوحد بمستوى متوسط قد حققت تأخرًا في اكتساب مخطط الجسم بمعدل 3 سنوات، بينما الحالة الثانية التي تعاني من اضطراب طيف التوحد بمستوى خفيف أظهرت تأخرًا بمعدل سنتين. وهكذا، يظهر أن هناك تأثير شدة اضطراب طيف التوحد وتأخر اكتساب مخطط الجسم، حيث زادت شدة الاضطراب عندما زاد تأخر اكتساب مخطط الجسم.

نوع التوحد له تأثير واضح على اضطراب مخطط الجسم. التوحد المنعزل يسبب تأخرًا خفيفًا، بينما التوحد المصاحب لاضطرابات مثل ADHD يسبب تأخرًا خفيفًا مماثلًا، ولكن عدم القدرة على التركيز والانتباه هو العامل المشترك في هذا التأخر. التوحد المصاحب للصرع يسبب تأخرًا أكثر وضوحًا، مما يشير إلى أن الصرع يفاقم من تأثيرات التوحد على النمو النفسي الحركي. فهم هذه العلاقة يمكن أن يساعد في تطوير استراتيجيات علاجية مخصصة لكل نوع من أنواع التوحد لتحسين نتائج الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

من بين الدراسات التي اتفقت مع نتائج دراستنا نجد:

دراسة "The Relationship between Motor Skills, Social Communication, and Cognitive Development in Autism Spectrum Disorder: How Much Variability Can One Include in One Study?" التي أجريتها Elisa Benevides Rodrigues et al. ونشرت في مجلة "Frontiers in Psychology" في عام 2018، تبحث في العلاقة بين المهارات الحركية والتواصل الاجتماعي والتطور العقلي في اضطراب طيف التوحد. أظهرت الدراسة أن هناك ارتباطًا بين مستوى التطور الحركي والعقلي والتواصل

الاجتماعي لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

دراسة "Motor skills in ASD: The impact of social and cognitive deficits" التي قام بها Megan MacDonald et al. ونشرت في مجلة "Journal of Child Psychology and Psychiatry" في عام 2013، تقدم أدلة على العلاقة بين مهارات الحركة والاضطرابات الاجتماعية والعقلية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

مقال "The Link Between Autism and Delayed Motor Skills" الذي نُشر في موقع "Psychology Today" من قبل Michelle K. Lawlor في عام 2019، يسلط الضوء على البحوث التي تظهر علاقة بين تأخر مهارات الحركة واضطراب طيف التوحد ويقدم تفسيرات حول كيفية تلك العلاقة.

دراسة Besag, F. M. C. (2016) نشرت في مجلة Pediatric Neurology:

أظهرت هذه الدراسة أن الأطفال الذين يعانون من التوحد والصرع قد يظهرون تأخرًا أكبر في النمو الحركي والتطور اللغوي مقارنة بالأطفال الذين يعانون فقط من واحدة من هذه الاضطرابات. تشير النتائج إلى أهمية معالجة الصرع بجانب التوحد لتحسين نتائج الأطفال.

مقالة Amiet, C (2008) نشرت في مجلة Developmental Medicine & Child Neurology أوضحت هذه المقالة أن الأطفال الذين يعانون من التوحد المصاحب للصرع قد يظهرون مستويات أعلى من التأخر الحركي والتأخر اللغوي مقارنة بالأطفال الذين يعانون فقط من التوحد. هذا يشير إلى أن الصرع قد يزيد من صعوبات التوحد المتعلقة بالنمو الحركي واللغوي.

دراسة Danielsson, S (2005) نشرت في مجلة Epilepsy & Behavior أظهرت هذه الدراسة أن الأطفال الذين يعانون من التوحد والصرع قد يكونون أكثر عرضة للإصابة بالإعاقة العقلية والتأخر الحركي مقارنة بالأطفال الذين يعانون فقط من التوحد. هذه النتائج تدعم أهمية التقييم والعلاج المبكر لهؤلاء الأطفال.

الفرضية الثانية: توجد اختلافات في اضطراب مخطط الجسم باختلاف درجات اضطراب طيف التوحد

تنص الفرضية الفرعية الثانية على وجود اختلافات في عمر اكتساب مخطط الجسم باختلاف درجات التوحد؛ نرى أن هذه الفرضية محققة فرغم ان أطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون من اضطراب مخطط الجسم الاّ أن درجات التوحد لديها تأثير حسب نتائج الحالات التي تم تطبيق عليها اختبار مخطط الجسم.

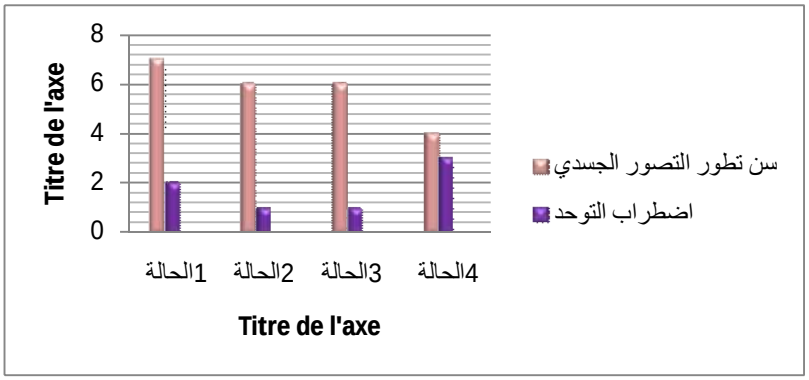
عكست المقابلات التي تم اجراءها مع حالات الدراسة، وجود اضطراب طيف التوحد حيث عكست الأعراض حسب معايير الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية dsm 5، والتي تتمثل في نقص في التفاعل الاجتماعي والتواصل اضافة لوجود سلوكيات نمطية.

كما تطرقنا الى العوامل المختلفة التي قد تكون سببا في التوحد من صلة قرابة، اختلاف عامل الريزيس، وجود عوامل طبية ووراثية وغيرها في الحالات الأربعة؛ امام هذه المعطيات العيادية نرى ان الحالات الأربع تعاني من اضطراب طيف التوحد.

.من خلال نتائج جيليام 2 لقياس التوحد ومقياس تقدير التوحد درجات و مستويات مختلفة من التوحد، حيث نرى أن الحالة الأولى تعاني من توحد ذو مستوى متوسط بدرجة تقدر بـــ: 38، أما الحالة الثانية والثالثة أظهرتا مستوى خفيف من اضطراب طيف التوحد

بدرجة تقدر بـــ: 32.5 و 30 على التوالي أما الحالة الرابعة أظهرت مستوى شديد من اضطراب طيف التوحد قدر بـــ: 45.5.

وأظهرت نتائج اختبار مخطط الجسم أن الحالة الأولى (ذكر) وجود تأخر اكتساب مخطط الجسم بنتيجة مجموعها 10 درجات قدر التأخر بـــ: 3 سنوات حيث عمر مخطط الجسم 4 سنوات وعمره الزمني 11 سنة، اما الحالة الثانية (أنثى) أظهرت أن هناك تأخر اكتساب مخطط الجسم بنتيجة مجموعها 34.5 قدرت بسنتين حيث عمر مخطط الجسم 6 سنوات بينما العمر الزمني 8 سنوات، نجد أن الحالة الثالثة (ذكر) تحصلت على درجة مجموعها 29 مما يدل على وجود تأخر في اكتساب مخطط الجسم قدر بـــ: سنتين حيث عمر مخطط الجسم 6 سنوات بينما عمرها الزمني 8 سنوات، أظهرت نتائج الاختبار للحالة الرابعة (انثى) وجود تأخر اكتساب مخطط الجسم بدرجة مجموعها 8 و تأخر قدر بـــ: 3 سنوات حيث أن العمر الزمني هو 7 سنوات والعمر مخطط الجسم هو 4 سنوات.



الشكل (32) يوضح اختلافات في اضطراب مخطط الجسم باختلاف لدرجات اضطراب طيف التوحد.

النتائج التي ذكرتها تشير إلى أن هناك تبايناً في درجات اضطراب مخطط الجسم وتأثره بدرجات اضطراب طيف التوحد بين الحالات المدروسة، وهذا التباين قد يؤثر على تأثير

اضطراب التوحد على مخطط الجسم. على سبيل المثال، يشير راسل إلى أن شدة التوحد يمكن أن تؤثر على مخططات الجسم لدى الأفراد المصابين بالتوحد، مما يؤدي إلى تجربة غير نمطية للقوة وقد يؤدي إلى تفاقم صعوبات مخطط الجسم.

بالنظر إلى نتائج الدراسة، يبدو أن هناك تأكيداً على أن اختلاف درجات اضطراب طيف التوحد تترافق مع اختلافات في مخطط الجسم، حيث يمكن رؤية هذه الفروق في الاختبارات التي تم إجراؤها والتي تظهر تأخراً في اكتساب مخطط الجسم بالنسبة للحالات ذات الشدة المختلفة من اضطراب طيف التوحد.

وقد نفسر هذا لأن تباين في شدة ونطاق اضطرابات التوحد بين الأطفال المشمولين في الدراسة. يمكن لهذا التباين أن يؤثر على تأثير اضطراب التوحد على مخطط الجسم، بالتالي يمكن أن تؤثر شدة مرض التوحد على صعوبات مخطط الجسم لدى الأفراد المصابين بالتوحد يشير راسل إلى أن الأفراد المصابين بالتوحد لديهم مخططات جسدية محددة بشكل سيء مما يؤدي إلى تجربة غير نمطية للقوة، مما يعني أن شدة التوحد قد تؤثر على إدراك وفهم جسد الفرد، مما قد يؤدي إلى تفاقم صعوبات مخطط الجسم وفي الحالات الأكثر شدة حسب دراسة فيكتوريا و ميشال فيتزجيرلد (2012) Viktoria Lyons and Michael Fitzgerald .

أجرت دراسة في جامعة كارولينا الشمالية ونُشرت في مجلة "التوحد: الدورية الدولية للبحث والممارسة" عام 2016 أظهرت وجود تباينات في قدراتمخطط الجسم بين الأطفال المصابين بالتوحد، حيث أن درجة الاضطراب في التوحد يمكن أن تؤثر على هذه القدرات بشكل ملحوظ. الدراسة استكشفت تطور قدرة تكوين التمثيلات الحركية العقلية (تصور الحركة) لدى مجموعة من الأطفال، وأظهرت أن هذه التباينات قد تكون متأثرة

بشكل كبير بدرجة اضطراب التوحد لديه.

أجرت دراسة في جامعة كامبريدج ونُشرت في مجلة "Journal of Consulting and Clinical Psychology" عام 2018، وجدت علاقة بين شدة أعراض التوحد وفقدان قدرات التصور الحركي لدى الأطفال المصابين بالتوحد. الدراسة استكشفت هذه العلاقة وأظهرت أن هناك تبايناً في قدرات التصور الحركي بين الأطفال المصابين بالتوحد، مما يشير إلى أن شدة اضطراب طيف التوحد تؤثر بشكل كبير على هذه القدرات.

و نجد دراسة دراسة كاتي جريندفيلد (2017) Katie Greenfield & al الموسومة ب "صعوبات تمثيل الجسم لدى الأطفال والمراهقين المصابين بالتوحد قد تكون بسبب تأخر تطور الارتباط الزمني البصري اللمسي": تشير هذه الدراسة إلى أن صعوبات تمثيل الجسم لدى الأفراد المصابين بالتوحد قد تكون مرتبطة بتأخر تطور الارتباط الزمني البصري اللمسي، مما يشير إلى وجود العلاقة المحتملة بين شدة مرض التوحد والتحديات في مخطط الجسم.بالتالي نرى نتائج هذه الدراسة تتوافق مع كل من دراسة كاتي جريندفيلد (2017) Katie Greenfield & al و دراسة فيكتوريا ليونز وميشال فيتزجيرلد (2012) Viktoria Lyons and Michael Fitzgerald ودراسة ايمانويلا نوبيل (2018) Emanuela Nobile al& ودراسة شوغو هيراتا (2015) Shogo Hirata & al .

الفرضية الثالثة: توجد اختلافات في اضطراب مخطط الجسم لدى أطفال اضطراب طيف التوحد باختلاف الجنس.

تنص الفرضية الفرعية الثانية على وجود اختلافات في مخطط الجسم باختلاف الجنس؛ نرى أن هذه الفرضية غير محققة فرغم ان أطفال المصابين بالتوحد يعانون من اضطراب مخطط الجسم الاّ أن نوع الجنس ليس لديه تأثير حسب نتائج الحالات التي تم

تطبيق عليها اختبار مخطط الجسم.

وأظهرت نتائج اختبار مخطط الجسم أن الحالة الأولى (ذكر) وجود تأخر اكتساب مخطط الجسم بنتيجة مجموعها 10 درجات قدر التأخر بـــ: 3 سنوات حيث عمر مخطط الجسم 4 سنوات وعمره الزمني 11 سنة، اما الحالة الثانية (أنثى) أظهرت أن هناك تأخر اكتساب مخطط الجسم بنتيجة مجموعها 34.5 قدرت بسنتين حيث عمر مخطط الجسم 6 سنوات بينما العمر الزمني 8 سنوات، نجد أن الحالة الثالثة (ذكر) تحصلت على درجة مجموعها 29 مما يدل على وجود تأخر في اكتساب مخطط الجسم قدر بـــ: سنتين حيث عمر مخطط الجسم 6 سنوات بينما عمرها الزمني 8 سنوات، أظهرت نتائج الاختبار للحالة الرابعة (انثى) وجود تأخر اكتساب مخطط الجسم بدرجة مجموعها 8 و تأخر قدر بـــ: 3 سنوات حيث أن العمر الزمني هو 7 سنوات والعمر مخطط الجسم هو 4 سنوات.

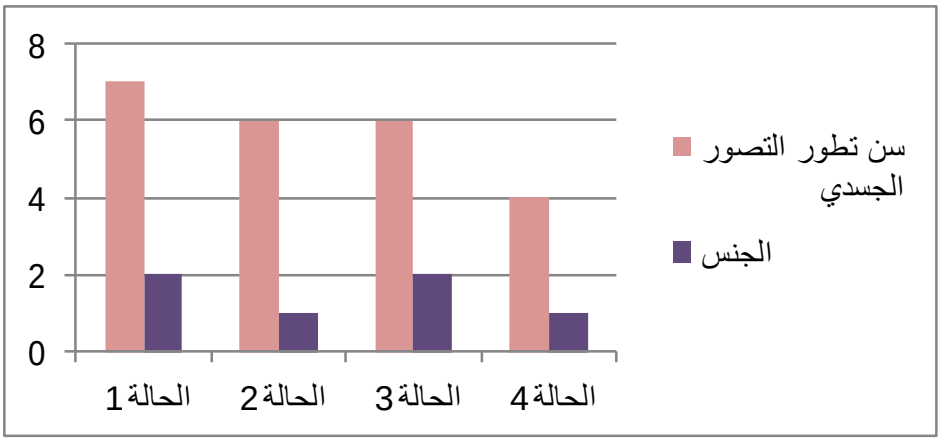
التحليل يوضح أن الفرضية الفرعية التي تفترض وجود اختلافات في مخطط الجسم باختلاف الجنس ليست محققة بناءً على النتائج التي حصلت عليها الدراسة. على الرغم من أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من اضطرابات في مخطط الجسم، إلا أن النتائج لم تظهر فروقاً يمكن تصنيفها حسب الجنس.

في النتائج التي ذكرت، تبين أن هناك تأخراً في اكتساب مخطط الجسم في الحالات الأربعة، ولكن هذا التأخر لم يكن مرتبطاً بالجنس. فمثلاً، الحالة الأولى (ذكر) والثانية (أنثى) والثالثة (ذكر) والرابعة (أنثى) جميعها أظهرت تأخراً مشابهاً في اكتساب مخطط الجسم بالرغم من الفروق في الجنس.

بناءً على هذه النتائج، يمكن التوصل إلى استنتاج أن الجنس لم يكن له تأثير ملحوظ على مخطط الجسم في هذه الحالات المدروسة. يمكن أن توجه هذه المعرفة الأبحاث

والتطبيقات العملية لتطوير برامج الدعم والعلاج التي تتناول صعوبات مخطط الجسم عند الأطفال المصابين بالتوحد دون الضرورة للتمييز بين الجنسين في هذا السياق.

فنرى ان كل من الحالة (2) أنثى والحالة (3) ذكر، باختلاف جنسهم كلاهما في درجة توحد البسيط لكن لا يوجد اختلاف في التصور الجسدي؛ باختصار، هذه العوامل توضح أن تفسير عدم وجود فروق قابلة للقياس بين الجنسين في التصور الجسدي يمكن أن يكون متعلقاً بتفاعل عدة عوامل متشابهة بين الأطفال من كلا الجنسين.



الشكل(33) يوضح اختلافات في اضطراب مخطط الجسم لدى أطفال التوحد باختلاف الجنس:

ونفسر هذا على أنه قد تكون العوامل البيولوجية التي تؤثر على مخطط الجسم متشابهة بين الجنسين، مما يقلل من وجود فروق قابلة للقياس بينهما؛ قد يكون هناك تفاعلات بيئية مشتركة بين الجنسين تؤثر على نمو مخطط الجسم بطريقة مماثلة، مما يجعل الفروق بينهما غير ملحوظة.

الأبحاث حول مشاكل مخطط الجسم التي يعاني منها الأشخاص المصابون باضطراب طيف التوحد مع هذا النوع تكشف عن جوانب مهمة. الأشخاص المتوحدون، بغض النظر

عن نوعهم، قد يواجهون صعوبات في بناء مخططهم الجسدي، مما قد يؤدي إلى صعوبات في التكيف، وسوء التغذية، وعدم التنسيق، وصعوبات التعلم حسب دراسة بهتان عبد القادر و جبلي نور الدين (2018) Behtane Abdelkader و Noureddine Djabali.

الا أن هذه النتائج اختلفت مع دراسة نُشرت في مجلة "تطور الطفولة المبكرة والرعاية الطبية" في عام 2015 قام بها باحثون في جامعة بيركلي. أظهرت الدراسة أن الأطفال الذكور المصابين بالتوحد يعانون من تأخر أكبر في التطور الحركي مقارنة بالإناث المصابات بنفس الاضطراب.

و دراسة أُجريت في جامعة ستانفورد ونُشرت في مجلة "التوحد: الدورية الدولية للبحث والممارسة" في عام 2018. أظهرت الدراسة أن الفروق في مخطط الجسم بين الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد والأطفال الأصحاء تختلف تبعًا للجنس، حيث وُجد أن الأطفال الذكور المصابين باضطراب طيف التوحد يظهرون مستويات أقل في مخطط الجسم مقارنة بالإناث المصابات بنفس الاضطراب.

ودراسة أُجريت في جامعة ييل ونُشرت في مجلة "الطب التجريبي والسلوكي" في عام 2016. أظهرت الدراسة أن الفتيات المصابات بالتوحد يظهرن مهارات أفضل في مخطط الجسم مقارنة بالفتيان المصابين بنفس الاضطراب.

الفرضية الرابعة: توجد اختلافات اضطراب مخطط الجسم لأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد باختلاف العمر الزمني.

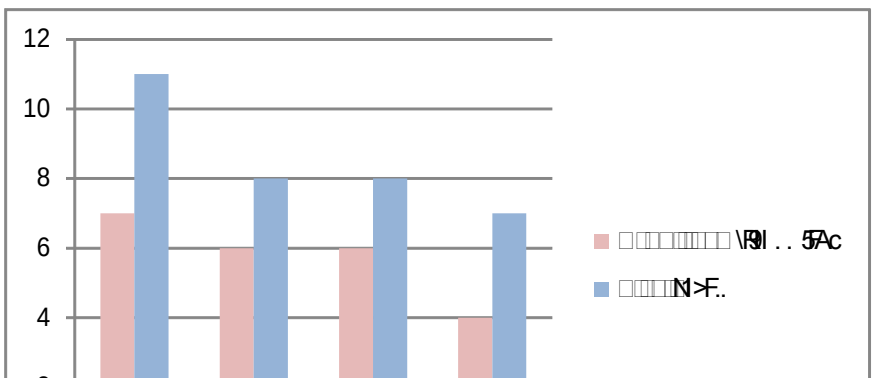
تنص الفرضية الفرعية الثالثة على وجود اختلافات في اضطراب مخطط الجسم باختلاف العمر الزمني؛ نرى أن هذه الفرضية محققة فرغم ان أطفال المصابين باضطراب طيف

التوحد يعانون من اضطراب مخطط الجسم الاّ أن العمر الزمني لديه تأثير حسب نتائج الحالات التي تم تطبيق عليها اختبار مخطط الجسم. ملخص للنتائج الاختبار:

الحالة الأولى تُظهر تأخرًا شديدًا في اكتساب مخطط الجسم، حيث يبلغ عمر مخطط الجسم 4 سنوات بينما العمر الزمني 11 سنة، مما يشير إلى تأخر قدره 7 سنوات. هذا يشير إلى تأخر كبير في تطور المهارات الحركية والنفسية المتعلقة بالجسم، مما قد يؤثر بشكل كبير على الأداء اليومي والتفاعل الاجتماعي للطفل.

الحالة الثانية والثالثة تظهر تأخرًا معتدلاً، حيث يبلغ عمر مخطط الجسم 6 سنوات في حين أن العمر الزمني هو 8 سنوات، مما يشير إلى تأخر قدره 2 سنوات. هذا التأخر، رغم أنه أقل حدة من الحالة الأولى، لا يزال يؤثر على المهارات الحركية والمعرفية للطفل، لكن بدرجة أقل تأثيرًا من الحالة الأولى.

الحالة الرابعة تُظهر تأخرًا في اكتساب مخطط الجسم يبلغ 3 سنوات، حيث يبلغ عمر مخطط الجسم 4 سنوات بينما العمر الزمني 7 سنوات. هذا التأخر يشير إلى وجود صعوبات متوسطة في اكتساب مهارات مخطط الجسم، مما يؤثر على قدرة الطفل على التفاعل مع البيئة المحيطة وإجراء الأنشطة اليومية بكفاءة



الشكل (34) يوضح اختلافات اضطراب مخطط الجسم لدى أطفال اضطراب طيف التوحد بتوزع العمر الزمني

بناءً على هذه النتائج، العمر الزمني يؤثر على اضطراب مخطط الجسم بشكل غير مباشر، حيث يكون تأثيره ملحوظاً فقط عندما يكون هناك فجوة كبيرة بين العمر الزمني والعقلي. الفهم الدقيق لهذه العلاقة يمكن أن يساعد في تطوير استراتيجيات تعليمية وعلاجية أكثر دقة وفعالية.. يتفق النتائج مع الفرضية الفرعية التي تفترض وجود فروق في مخطط الجسم تعزى للعمر الزمني، حيث يظهر التأخر في اكتساب مخطط الجسم مع تقدم العمر الزمني.

على سبيل المثال، في الحالة الأولى (ذكر)، كان عمر مخطط الجسم 4 سنوات بينما كان العمر الزمني 11 سنة، مما يشير إلى تأخر بـــ 3 سنوات في اكتساب مخطط الجسم. وبالمثل، في الحالة الثانية (أنثى)، كان عمر مخطط الجسم 6 سنوات بينما كان العمر الزمني 8 سنوات، مما يشير أيضًا إلى تأخر بـــ 2 سنة.

وذلك يعني أن هناك اختلافات في قدرة الأفراد على تصور وفهم الأجسام والحركات والمسافات تبعًا لعمرهم الزمني. وبالنظر إلى نتائج الحالات التي تم تطبيق عليها اختبار التصور الجسدي، يبدو أن هذه الفرضية محققة في بعض الحالات. على الرغم من أن أطفال المصابين بالتوحد قد يعانون من اضطراب مخطط الجسم، إلا أن العمر الزمني

يمكن أن يكون له تأثير ملحوظ على قدرتهم على تطوير هذه المهارة.

بمعنى آخر، حتى لو كانت هناك مشكلة مشتركة في اضطراب مخطط الجسم بين الأطفال المصابين باضطراب طيف لتوحد، فإن الفرق في العمر الزمني يمكن أن يؤثر على مدى نمو هذه المهارة في كل فرد. وهذا يعني أنه يمكن أن يكون هناك تباين كبير في مستوى القدرة على التصور الجسدي بين الأفراد حتى وإن كانوا يعانون من نفس الاضطراب.

وهذا يتوافق مع دراسة دراسة نُشرت في مجلة " Autism: The International Journal of Research and Practice" عام 2017 وأُجريت من قبل باحثين في جامعة كارنيجي ميلون وجامعة أوتريخت في هولندا، أظهرت أن العمر يؤثر على تطوير قدرات تصور الحركة لدى الأطفال، حتى في حالة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. الدراسة استكشفت تطور القدرة على تكوين تمثيلات حركية عقلية (تصور الحركة) لدى 14 طفلاً يعانون من اضطراب طيف التوحد و17 طفلاً يتطورون بشكل طبيعي في سن 7 و8 و9 سنوات. أظهرت النتائج تباينًا كبيرًا في أداء مجموعة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث كانت نسبة الفشل أكبر من المجموعة التحكم في مهمة تصور الحركة، خاصة عند سن 7 سنوات. كانت نسبة الأخطاء أعلى بشكل ملحوظ وزمن الاستجابة أطول لمجموعة الأطفال ذوي اضطراب التوحد مقارنة بالمجموعة التحكم. يُشير هذا إلى تأخر أو إعاقة في قدرة تصور الحركة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مما قد يكون متعلقًا بصعوبات أخرى في أداء التدوير الذهني المطلوب.

وهناك دراسة نُشرت في مجلة "Early Childhood Research Quarterly" عام 2019 من قبل باحثين في جامعة فرجينيا وجامعة هيوستن أظهرت اختلافات واضحة في تطور تصور الحركة بين الأطفال الذين يتطورون بشكل طبيعي والأطفال ذوي اضطراب طيف

التوحد، مما يشير إلى أن هذه الاختلافات قد تتغير مع مرور الوقت وتكون مؤثرة بواسطة العمر. الدراسة استكشفت تطور قدرة تكوين التمثيلات الحركية العقلية (تصور الحركة) لدى 14 طفلاً يعانون من اضطراب طيف التوحد و17 طفلاً يتطورون بشكل طبيعي في سن 7 و8 و9 سنوات. أظهرت النتائج أن هناك تباينًا كبيرًا في أداء مجموعة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث كانت نسبة الفشل أكبر من المجموعة التحكم في مهمة تصور الحركة، خاصة عند سن 7 سنوات. كانت نسبة الأخطاء أعلى بشكل ملحوظ وزمن الاستجابة أطول لمجموعة الأطفال ذوي اضطراب التوحد مقارنة بالمجموعة التحكم. يُشير هذا إلى تأخر أو إعاقة في قدرة تصور الحركة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مما قد يكون متعلقًا بصعوبات أخرى في أداء التدوير الذهني المطلوب.

وبالتالي هذه الدراسة اتفقت نتائجها مع دراسة أيضا انا- ماريا جونسون (2022) Anna- Maria Johansson & al .

الفرضية الخامسة: توجد اختلافات في اضطراب مخطط الجسم لدى أطفال المصابين باضطراب طيف التوحد تعزى للعمر العقلي.

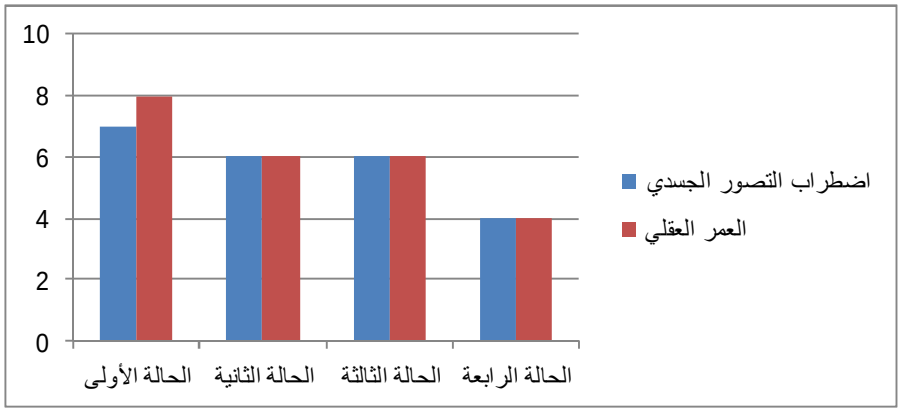
الفرضية الفرعية الخامسة التي تقترح وجود اختلافات في اضطراب مخطط الجسم تعزى إلى العمر العقلي تعني أن العمر العقلي للأفراد قد يكون عاملاً مؤثراً على قدرتهم على مخطط الجسم. بمعنى آخر، تقترح هذه الفرضية أن الأفراد في مراحل العمر العقلي المختلفة قد يظهرون مستويات مختلفة من الاضطراب في مخطط الجسم.

بالنظر إلى النتائج التي قدمتها، يمكن ملاحظة وجود فروق في عمر اكتساب مخطط الجسم بالنسبة لعمر العقلي. في الحالات المدروسة، يظهر أن هناك تأخرًا عقليًا بمستويات مختلفة، وفي الوقت نفسه يظهر وجود تأخر في اكتساب مخطط الجسم بالنسبة لعمر

الزمني.

من خلال مقارنة النتائج، يمكن أن نرى أنه في بعض الحالات، على سبيل المثال، الحالة الأولى، تظهر فروق في عمر اكتساب مخطط الجسم بالنسبة لعمر العقلي، حيث كان هناك تأخر عقلي بدرجة خفيفة وتأخر في مخطط الجسم بثلاث سنوات. وفي الحالات الأخرى، مثل الحالة الثانية، تظهر فروق في عمر العقلي ولكن لا تظهر فروق كبيرة في عمر اكتساب مخطط الجسم، حيث يكون التأخر عقلي بدرجة خفيفة وتأخر في مخطط الجسم بمقدار سنتين.

بالتالي، يمكن القول بأن هناك فروق في عمر اكتساب مخطط الجسم بالنسبة لعمر العقلي في بعض الحالات، ولكن ليس دائمًا، حيث تظهر هذه الفروق بشكل متفاوت بين الحالات المختلفة.



الشكل رقم (35) يوضح فروق مخطط الجسم التي تعزى لعمر العقلي

بالنظر إلى النتائج التي تم تقديمها من الحالات التي تمت دراستها، يبدو أن هذه الفرضية محققة. على الرغم من أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون من اضطراب مخطط الجسم، إلا أن هذا الاضطراب يبدو أنه يتأثر بشكل ملحوظ بالعمر

العقلي للأفراد. وهذا يعني أنه قد يكون هناك تباين في مستوى الاضطراب بين الأفراد في مراحل مختلفة من النمو العقلي.

وهذا ما يتوافق مع كل من : دراسة نُشرت في مجلة "تطور الطفولة المبكرة والرعاية الطبية" في عام 2016، قام بها باحثون في جامعة هارفارد. أظهرت الدراسة أن هناك اختلافات ملحوظة في قدرات مخطط الجسم لدى الأطفال مع التطور العقلي. وجدت الدراسة أن مستوى الاضطراب في مخطط الجسم يمكن أن يتغير بمرور الوقت مع نمو العمر العقلي والعمليات العقلية لدى الأفراد.

و دراسة أخرى نُشرت في "مجلة اضطراب التوحد واضطرابات التنمية" في عام 2018 قام بها باحثون في جامعة ستانفورد. أظهرت الدراسة أن العمر العقلي يمكن أن يكون عاملاً مؤثراً على حدة اضطراب مخطط الجسم لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. وجدت الدراسة أن الأطفال في مراحل التطور المبكر قد يظهرون مستويات أكثر تطورًا في مخطط الجسم بمرور الوقت.

و دراسة أُجريت في جامعة ييل ونُشرت في مجلة "علم النفس الاستشاري" في عام 2017. أظهرت الدراسة أن هناك اختلافات في تطور مخطط الجسم بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد بناءً على مستوياتهم العقلية. وجدت الدراسة أن الأطفال ذوي مستويات أقل في التطور العقلي قد يظهرون مستويات أقل في مخطط الجسم أيضًا.

ونتائج هذه الدراسة اتفقت مع كل من الدراسات التالية : مع دراسة انا ماريا (2022) Anna-Maria Johansson & al و دراسة توقلمينت فاطيمة و وراد ليندا (2018) taguelmint fahima &ouaret lynda و دراسة هرموش بلال و حباش اسعد (2017) hebbache essaid & Harmouch billel

استنتاجات :

من خلال تحليل البيانات، يمكن ملاحظة أن شدة اضطراب مخطط الجسم تتفاوت بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بناءً على العمر الزمني والعمر العقلي، الجنس، درجة التوحد والاضطرابات المتداخلة. الحالة الأولى تعاني من تأخر شديد، مما يتطلب تدخلات مكثفة ومخصصة لتحسين مهارات مخطط الجسم. الحالات الثانية والثالثة تعاني من تأخر معتدل، مما يشير إلى حاجة هؤلاء الأطفال لدعم مستمر ولكن ليس بالضرورة مكثفًا كالحالة الأولى. الحالة الرابعة تظهر تأخرًا متوسطًا، مما يشير إلى أن الطفل يحتاج إلى تدخلات متوسطة المدى لتحسين هذه المهارات.

1. التأخر في اكتساب مخطط الجسم يتفاوت بين الخفيف والمتوسط:

- الأطفال في الحالات الأولى والثانية والثالثة يعانون من تأخر خفيف.
- الطفل في الحالة الرابعة يعاني من تأخر متوسط، وهو الأكثر شدة بين الحالات الأربع.

2. التوحد المرافق باضطرابات إضافية مثل ADHD والصرع يؤثر على مستوى اضطراب مخطط لجسم:

- التوحد مع ADHD يؤدي إلى تأخر خفيف مشابه للتوحد المنعزل.
- التوحد مع الصرع يؤدي إلى تأخر أكثر شدة في مخطط الجسم.

3. العمر العقلي الأقل يرتبط بتأخر أكبر في مخطط الجسم:

الحالات التي لديها عمر عقلي أقل تظهر تأخرًا أكبر في اكتساب مخطط الجسم.

- مستوى اضطراب مخطط الجسم عند أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الحالات الأربع يتراوح بين التأخر الخفيف والمتوسط، حيث يظهر أن شدة التوحد

ونوع الاضطرابات المصاحبة مثل ADHD أو الصرع تلعب دورًا هامًا في تحديد مستوى التأخر. الأطفال الذين يعانون من توحد شديد مع صرع يظهرون اضطرابًا أكبر في مخطط الجسم مقارنة بالأطفال الذين يعانون من توحد خفيف أو متوسط مع أو بدون اضطرابات إضافية.

4. العمر الزمني و اضطراب مخطط الجسم:

العمر الزمني يظهر تأثيرًا واضحًا على شدة اضطراب مخطط الجسم عند النظر إلى الحالات بشكل فردي. الحالة الأولى ذات العمر الزمني الأكبر تعاني من تأخر خفيف، بينما الحالة الرابعة ذات العمر الزمني الأقل تعاني من تأخر متوسط.

5. اضطراب مخطط الجسم ودرجات اضطراب طيف التوحد:

تؤثر درجة التوحد بشكل كبير على اضطراب مخطط الجسم. الحالات التي تعاني من توحد شديد تظهر تأخراً أكبر في اكتساب مخطط الجسم مقارنة بالحالات ذات التوحد الخفيف. هذا يؤكد أهمية التقييم الشامل لكل طفل لتطوير استراتيجيات علاجية مناسبة تدعم تحسين مخطط الجسم وتخفيف تأثير التوحد على النمو الحركي والعقلي.

6. اضطراب مخطط الجسم والجنس:

أن الجنس لم يكن له تأثير ملحوظ على مخطط الجسم في هذه الحالات المدروسة. يمكن أن توجه هذه المعرفة الأبحاث والتطبيقات العملية لتطوير برامج الدعم.

الخـــــــــاتمة

الخاتمـــــــــــــة:

باختتام هذه الدراسة المهمة حول اضطراب مخطط الجسم لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد، نجد أن النتائج تسلط الضوء على تعقيد هذا الاضطراب وتأثير العوامل المتعددة عليه .إن فهمنا لهذه الظاهرة يتطلب مزيدًا من البحث والتحليل، مع التركيز على التفاعلات بين العوامل المختلفة وتأثيرها على تطور الأطفال.

من الواضح أن هذه الدراسة تبرز أهمية تقديم الدعم المبكر والتدخل الفعّال للأطفال المصابين بطيف التوحد، وذلك من خلال توفير بيئة ملائمة تعزز تطوير مهارات مخطط الجسم وتعزز الاستقلالية والتفاعل الاجتماعي.

كما أنه من المهم أن نضع في اعتبارنا التنوع الفردي بين الأطفال والفروق الجنسية والعمرية والثقافية التي قد تؤثر على تجربتهم وتطورهم. من خلال التواصل مع العائلات والمجتمعات المحلية والمتخصصين في مجال الصحة العقلية، يمكننا بناء بيئة أكثر دعمًا وفهمًا للأفراد المصابين بالتوحد.

في النهاية، فإن توجيه جهودنا نحو فهم أفضل لاضطراب مخطط الجسم والعوامل المؤثرة فيه يمكن أن يساهم في تحسين الرعاية والدعم المقدم للأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد، وبالتالي تعزيز جودة حياتهم ومشاركتهم الفعّالة في المجتمع.

التوصيات
والاقتراحات

التوصيات

في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها، توصي الدراسة الحالية، بما يلي:

- تطبيق مجموعة متنوعة من أدوات التقييم التي تقيس جوانب مختلفة من اضطراب مخطط الجسم لضمان شمولية ودقة التشخيص.

- تقييم تأثير البرامج التعليمية والعلاجية المختلفة على تحسين مخطط الجسم لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

- تطوير برامج تدخل مخصصة لتحسين مهارات مخطط الجسم، تشمل الأنشطة الحركية والعلاج الوظيفي والعلاج بالتكامل الحسي.

- تدريب المعلمين والأخصائيين على تنفيذ هذه البرامج بفعالية داخل المدارس ومراكز التأهيل.

- تقديم ورش عمل ودورات تدريبية للأهل لزيادة وعيهم باضطراب مخطط الجسم وكيفية دعمه في المنزل.

- تعزيز الوعي المجتمعي حول احتياجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ودور المجتمع في دعمهم.

- تشجيع التعاون بين الباحثين والأطباء والمعلمين والأهل لتبادل الخبرات والمعلومات وتطوير استراتيجيات شاملة ومتكاملة.

- دعم الأبحاث المشتركة بين الجامعات والمراكز البحثية والمؤسسات التعليمية والصحية.

المقترحات

واستكمالا للجوانب ذات العلاقة بمجال الدراسة الحالي يُفضل كاقتراح:

- تحسين وتطوير أدوات القياس المستخدمة لضمان ملاءمتها للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

- دراسة العوامل التي قد تؤثر على اضطراب مخطط الجسم مثل الوراثة، العوامل البيئية، والتدخلات السابقة.

- إجراء دراسة طولية لمتابعة تطور اضطراب مخطط الجسم على مدى عدة سنوات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

- تقييم تأثير التدخلات العلاجية المختلفة على مر الزمن ومراقبة التغيرات في مخطط الجسم.

- إجراء دراسة طولية لمتابعة تطور اضطراب مخطط الجسم على مدى عدة سنوات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

- تقييم تأثير التدخلات العلاجية المختلفة على مر الزمن ومراقبة التغيرات في مخطط الجسم.

- إجراء دراسة طولية لمتابعة تطور اضطراب مخطط الجسم على مدى عدة سنوات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

- تقييم تأثير التدخلات العلاجية المختلفة على مر الزمن ومراقبة التغيرات في مخطط الجسم.

- إجراء دراسة طولية لمتابعة تطور اضطراب مخطط الجسم على مدى عدة سنوات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

- تقييم تأثير التدخلات العلاجية المختلفة على مر الزمن ومراقبة التغيرات في مخطط الجسم.

المـــــــــــراجع

المراجع والمصادر:

أولا: المراجع العربية

اجلال محمد سرى. (2000). علم النفس العلاجي. ط2، مصر: عالم الكتب للنشر والتوزيع.

اية، محمد، محمد، أحمد. (2023) برنامج مقترح قائم على التكامل الحسي بإستخدام الواقع المختلط في تحسين اضطرابات التخاطب للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، مجلة الطفولة، 44.

ايمان ملال (2017). جاك لاكان وبنية الوعي، مجلة التراث، 7(1).

بن شدة مليكة. (2023). طيف التوحد الافتراضي: مقاربة استكشافية مقارنة بين اعراض طيف التوحد الافتراضي وطيف التوحد، مجلة التدوين، 15(1).

بن طالبي ليندة (2021) أهمية التخطيط الجسدي في اكتساب الجانبية عند الأطفال المصابين بإعاقة ذهنية، مجلة المرشد، المجلد 11 (2).

بوزياني ع. (2022). اضطراب طيف التوحد عند الأطفال، تاريخه، مفهومه، تشخيصه، تصنيفاته وتوعية الآباء والأمهات به. دراسات, 11(1), 790-807. https://www.asjp.cerist.dz/en/article/188566

حازم رضوان آل إسماعيل (2012) التوحد واضطرابات التواصل، عمان: دار مجدلاوي

خالد، عبد الرزاق النجار. (2008). حقيبة تدريبية – دراسة الحالة، المملكة العربية السعودية: جمعية البر بالإحساء مركز التنمية البشرية.

ديوبولد، دالين. (1977). مناهج البحث في التربية وعلم النفس. تر: محمد نبيل، نوفل؛ سليمان، الخضري الشيخ؛ طلعت، منصور غبريال. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

زينب محمد أحمد الحلو (2021) المعالجة الحسية وعلاقتها ببعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، دراسات تربوية واجتماعية - مجلة دورية محكمة تصدر عن كلية التربية - جامعة حلوان، 27.

سعاد بن جديدي. (2017) الأسس النيروسيكولوجية لصورة الجسم والمخطط الجسمي، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، 2(5).

سعد الحاج بن جخدل، (2021). التصور الجسدي أي مصطلح لأي مفهوم؟، مجلة الراشد لدراسات العلوم الاجتماعية، المجلد 1، العدد 1.

شرادي، نادية. (2007). المنهج العيادي، الصوتيات، 1(3).

صلاح الدين جلال. مبارك مهدي. الطاهر بريكي. (2011). نشوء التصور الجسدي وأثر الحركات الوظيفية عند الطفل المتخلف ذهنيًا. مجلة الابداع الرياضي. 2(2).

طالبي مليكة (2022) تقييم القصور المعرفي للذاكرة الدلالية لدى الأطفال التوحديين المدمجين: دراسة مقارنة بين الأطفال ذوي التوحد البسيط والأطفال ذوي التوحد المتوسط؛ مجلة أفكار وآفاق، 10(1).

فادية حمد أبو حسن (2018) مصاعب المعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في ضوء متغيري العمر وشدة الاضطراب، مجلة جامعة تشرين لمبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد (40) العدد (22).

كرينغ، آن. جونسون، شيري. نيل، جون. دافيدسون، جيرالد (2016): علم النفس المرضي، استنادا على الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس، ترجمة الحويلة، أمثال وآخرون، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.

لحسن ذبيحي. سعاد خشاب. (2018). تشخيص التوحد بين الطبعة الرابعة المعدلة (2000. dsm lv-tr) والطبعة الخامسة (dsm-5-(apa,2013، مجلة الفتح للدراسات النفسية والتربوية، 2(2).

مصطفى، محمد، أحمد، حسن. (2022). الخصائص السيكومترية لمقياس الاستجابات الانفعالية لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، مجلة ذوي الاحتياجات الخاصة، 4(7).

الهواري، شريف؛ بلميهوب، كلتوم. (2020). دراسة الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير التوحد الطفولي، مجلة العلوم النفسية والتربوية، 6(2).

يمينة بوبعاية. عتيقة بابش. (2018). الصعوبات التي تواجه تشخيص اضطرابات التوحد بين الخلط والحداثة وخصائص الطفل التوحدي. مجلة الفتح للدراسات النفسية والتربوية، 2(2).

ثانيا: قائمة المراجع الأجنبية

Agathe CROS-MAYREVIEILLE, (2008). Le corps dans la prise en charge de l'enfant autiste. Institut Superieur de Reeducation Psychomotrice, France.

Aldosari, M. S. (2014). Validity and reliability of the Arabic version of the Gilliam Autism Rating Scale (GARS-2). Journal of Autism and Developmental Disorders, 44(8), 2010-2022

Anaïs Madrennes (2014). AUTISME, psychomotricité à Marseille, (web article) : https://psychomot-marseille.fr/enfance-adolescence/autisme/

Annika Reinersmann , Thomas Lücke. (2018). [Body schema, multisensory integration and developmental disorders], Fortschr Neurol Psychiatr;86(4):233-241. doi: 10.1055/s-0043-119797 .

Behtane abdelkader, Djabali Noureddine (2019) Penser le corps chez l'enfant autiste « Étude clinique », Revue des sciences Sociale et Humaines, Université de Batna1. Vol (19).

Boato, E. M., Albuquerque, A. P., Diniz, S. V., & Rodrigues, G. M.. (2020). The methodology of body approach for autists - a case study. Motriz: Revista De Educação Física, 26(3), e10200076. https://doi.org/10.1590/S1980-6574202000030076

Bosetti C, Ferrini L, Ferrari AR, Bartolini E, Calderoni S. Children with Autism Spectrum Disorder and Abnormalities of Clinical EEG: A Qualitative Review.(2024) Journal of Clinical Medicine.; 13(1):279. https://doi.org/10.3390/jcm13010279

Carnet2psychologie,(2023) La définition de Schéma corporel (web article) https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-schema-corporel.html

Cassandre Racinet.(2023). ”S’ancrer pour se déployer” : approche du schéma corporel en psychomotricité auprès d’adolescents présentant un trouble du développement intellectuel au travers de la médiation yoga. Psychologie. ffdumas-04319221f

Coslett, H. B., & Saffran, E. M. (1998). Reading and the right hemisphere: Evidence from acquired dyslexia. In M. Beeman & C. Chiarello (Eds.), Right hemisphere language comprehension: Perspectives from cognitive neuroscience (pp. 105–132). Lawrence

Daniel OUEDRAOGO. (2015). le dessin du bonhomme chez des enfants autistes : quatres etude de cas à l’Association Burkinabè d’Accompagnement psychologique et d’aide à l’enfance (ABAPE), mémoire de maitrise en psychologie clinique et pathologique, departement de philosophie –psychologie, université OUAGA I Professeur Joseph ki zerbo.

Danielle Ropar & others (2018) Body representation difficulties in children and adolescents with autism maybe due to delayed development of visuo-tactile temporal binding , Developmental Cognitive Neuroscience, 29.

Dickie, D. A., Ritchie, S. J., Cox, S. R., Sakka, E., Royle, N. A., Aribisala, B. S., Valdés Hernández, M.delC., Maniega, S. M., Pattie, A., Corley, J., Starr, J. M., Bastin, M. E., Deary, I. J., & Wardlaw, J. M. (2016). Vascular risk factors and progression of white

matter hyperintensities in the Lothian Birth Cohort 1936. Neurobiology of aging, 42, 116–123. https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2016.03.011

Doré, J., Stambak, M., & Bergès, J. (1966). Test schéma corporel. Paris: Presses Universitaires de France.

Emeline (2019). Le schéma corporel chez l'enfant (web article) : https://aide-assmat.fr/schema-corporel-enfant /

Erlbaum Associates Publishers .

Frisch, M., & Simonsen, J. (2015). Ritual circumcision and risk of autism spectrum disorder in 0- to 9-year-old boys: national cohort study in Denmark. Journal of the Royal Society of Medicine, 108(7), 266–279. https://doi.org/10.1177/0141076814565942

Gaëlle Ribière (2023), À quoi sert l'intégration du schéma corporel ? (web article) https://www.eveiletconseil.fr/a-quoi-sert-lintegration-du-schema-corporel /

Gilliam, J. E. (2006). Gilliam Autism Rating Scale - Second Edition (GARS-2). Pro-Ed.

Haggard, P., Clark, S., & Kalogeras, J. (2002). Voluntary action and conscious awareness. Nature Neuroscience, 5(4), 382–385. https://doi.org/10.1038/nn827

Harris, D. B. (1963). Children's Drawings as Measures of Intellectual Maturity. Harcourt, Brace & World

Heed T, Backhaus J, Röder B.(2012).Integration of hand and finger location in external spatial coordinates for tactile localization. J Exp Psychol Hum Percept Perform.;38(2):386-401. doi: 10.1037/a0024059. Epub 2011 Jun 20. PMID: 21688947.

John E. Mendoza.(2011). Body Schema, Encyclopedia of Clinical Neuropsychology, ISBN : 978-0-387-79947-6

Joly, F. (2010). L'autisme à bras le corps : une approche corporelle et psychomotrice de l'autisme. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, 50, 47-58. https://doi.org/10.3917/nras.050.0047

Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 24(5), 659-685.

Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 24(5), 659-685.

Matson, J. L., & Sturmey, P. (2011). International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. Springe.

Matsumiya K.. (2022)Multiple representations of the body schema for the same body part. Proc Natl Acad Sci U S A. 2022 Jan 25;119(4):e2112318119. doi:

10.1073/pnas.2112318119. Erratum in: Proc Natl Acad Sci U S A. 2022 Mar 15;119(11):e2201624119. PMID: 35046030; PMCID: PMC8795559.

Morin, C. (2013). Schéma corporel, image du corps, image spéculaire: Neurologie et psychanalyse. Érès. https://doi.org/10.3917/eres.morin.2013.01

P. Haggard & D. M. Wolpert (2005) Disorders of Body Scheme, To appear in: Higher-Order Motor Disorders, Ed. Freund, Jeannerod, Hallett & Leiguarda, Oxford University Press.

Parr, J. R., Le Couteur, A., Baird, G., Rutter, M., Pickles, A., Fombonne, E., Bailey, A. J., & International Molecular Genetic Study of Autism Consortium (IMGSAC) Members (2011). Early developmental regression in autism spectrum disorder: evidence from an international multiplex sample. Journal of autism and developmental disorders, 41(3), 332–340. https://doi.org/10.1007/s10803-010-1055-2

Paula, C. A. R., Reategui, C., Costa, B. K. S., da Fonseca, C. Q., da Silva, L., Morya, E., & Brasil, F. L. (2017). High-Frequency EEG Variations in Children with Autism Spectrum Disorder during Human Faces Visualization. BioMed research international, 2017, 3591914. https://doi.org/10.1155/2017/3591914

Pietro Morasso , Maura Casadio , Vishwanathan Mohan , Francesco Rea , Jacopo Zenzeri. (2015) Revisiting the body-schema concept in the context of whole-body postural-focal dynamics, Front Hum Neurosci, 17:9:83. doi: 10.3389/fnhum.2015.00083.

Rodrigues MRM PT MSc. "A New Definition of Body Schema with Respect to Body-Centered Vs External Frames of Reference". Acta Scientific Neurology 3.11 (2020): 92-100.

Sarah Brault-Hamery (2016). La construction du schéma corporel à l'école maternelle (classe de moyenne section). Education. ffdumas-01400215

Sarah Brault-Hamery. (2016)La construction du schéma corporel à l'école maternelle (classe de moyenne section). Education.. ⟨dumas-01400215⟨

Sattin, D., Parma, C., Lunetta, C., Zulueta, A., Lanzone, J., Giani, L., Vassallo, M., Picozzi, M., & Parati, E. A. (2023). An Overview of the Body Schema and Body Image: Theoretical Models, Methodological Settings and Pitfalls for Rehabilitation of Persons with Neurological Disorders. Brain sciences, 13(10), 1410. https://doi.org/10.3390/brainsci13101410

Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. R. (1988). The Childhood Autism Rating Scale (CARS). Western Psychological Services.

Sharma, A., Gokulchandran, N., Sane, H., Nagrajan, A., Paranjape, A., Kulkarni, P., Shetty, A., Mishra, P., Kali, M., Biju, H., & Badhe, P. (2013). Autologous bone marrow mononuclear cell therapy for autism: an open label proof of concept study. Stem cells international, 2013, 623875. https://doi.org/10.1155/2013/623875

Shaun Gallagher. (1986). Body image and body schema : A conceptual Clarification, The Journal of Mind and Behavior, vol 4, N°4.

Volkmar, F. R., & Klin, A. (2000). Diagnostic issues in autism: Toward a new understanding. In International review of research in mental retardation (Vol. 23, pp. 1-31). Academic Press.

Webarticle : https://www.talkingbrainscenter.com/services/children-body-schema-disorder/

Weber CF, Lake EMR, Haider SP, Mozayan A, Mukherjee P, Scheinost D, Bamford NS, Ment L, Constable T and Payabvash S (2022) Age-dependent white matter microstructural disintegrity in autism spectrum disorder. Front. Neurosci. 16:957018. doi: 10.3389/fnins.2022.957018

Yochai Ataria, Shogo Tanaka, Shaun Gallagher. (2021). Body Schema and Body Image: New Directions, Oxford University Press, unied kingdom.

Yong, Z., Dou, Y., Gao, Y., Xu, X., Xiao, Y., Zhu, H., Li, S., & Yuan, B. (2021). Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism spectrum disorder cases in Xuzhou, China. Translational pediatrics, 10(3), 635–646. https://doi.org/10.21037/tp-21-54

Zandi, P. P., Kalaydjian, A., Avramopoulos, D., Shao, H., Fallin, M. D., & Newschaffer, C. J. (2006). Rh and ABO maternal-fetal incompatibility and risk of autism. American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuropsychiatric Genetics, 141(6), 643-647. https://doi.org/10.1002/ajmg.b.303

الملاحق

استمارة دراسة الحالة

البنية الاجتماعية-الاقتصادية الأسرية:

دينامية الأسرة:

- الحالة الصحية للأشقاء:
- الأطفال يعيشون: مع الوالدين ☐ مع الأم ☐ مع الأب ☐ مع أحد أعضاء العائلة ☐ في المركز ☐
- العلاقة مع الأب:
- العلاقة مع الجدة:
- العلاقة مع الإخوة:
- مع الآخرون:

الظروف (قبل الحمل، أثناء الحمل، وأثناء الولادة)

- **طبيعة الحمل:**

- طبيعة وسيلة منع الحمل:
- الحمل مرغوب به: من طرف الأب من طرف الأم
- المعاش أثناء الحمل:
- وجود اضطراب:
- الاستشفاء قبل الولادة:

- **طبيعة الولادة:**

- مكان الولادة: عين تموشنت
- الولادة: مبكرة ☐ في الوقت ☐ متأخرة ☐
- تمزق الكيس الزلالي: طبيعي ☐ اصطناعي ☐
- طريقة الوضع: الولادة الطبيعية ☐ الولادة القيصرية ☐
- ظروف الولادة: طبيعية ☐ بدون مضاعفات ☐ صعبة ☐ استخدام الملقط "forceps" ☐

– التحفيز: مدة العمل:

- **فترة الولادة الجديدة:**

– الوزن:

– المقاس: محيط الرأس:

– صراخ فوري ☐ نقص الأكسجين: ☐ أصفر ☐ الوضع في الحاضنة ☐

– المدة: تقييم طفل حديث الولادة: 1د: /10 5د : /10

- **بعد الولادة:**

– مدة استشفاء الجدة :

– الحالة النفسية للأم : منهكة ☐ مكتئبة ☐ متألقة ☐

– الحالة الجسدية للأم: جيدة ☐ اعياء ☐

التغذية:

– رد فعل الامتصاص: موجود ☐ غائب ☐

– الرضاعة: طبيعية ☐ المدة: عن طريق الرضاعة: ☐ المدة:عام نصف

– رفض الرضاعة: ☐ الشراهة ☐ فقدان الشهية ☐ ارتجاع المريئي ☐

النوم:

– طقوس النوم:

– صعوبات في النوم:

– طبيعة النوم: هادئ ☐ مضطرب ☐ الأرق ☐ الكوابيس ☐ الفزع الليلي ☐ المشي اثناء النوم ☐

- **النمو النفس- الحركي للطفل:**

– سنه أول مرة قام بالحبو:

– سنه اول مرة تمكن من التحكم في الجلوس:

- سنه أول مرة تمكن من الوقوف:
- سنه أول مرة تمكن من المشي:
- سن التحكم في الجذع:
- سن التحكم في الرأس:
- سنه اول مرة اكتسب المهارات الدقيقة:
- سنه التوازن والتنسيق الحركي:
- سنه اول مرة قام بالمناغاة:
- سنه أول مرة نطق الكلمة الأولى:
- سنه أول مرة تكلم جملته الأولى:
- النظافة: النهارية: الليلية :

- **سنه اكتساب الاستقلالية:**

- سنه أول مرة بدأ يأكل بمفرده:
- سنه أول مرة بدأ يلبس بمفرده:
- هل لديه عادات محددة:
- هل لديه مشية مميزة:
- يسقط بسهولة:

السوابق:

السوابق المرضية العائلية:

- الوالدين:
- الأشقاء:
- الأجداد:
- نسب الجدة:

– نسب الأب:

– القرابة بين الزوجين: الدرجة:

السوابق الشخصية:

– وجود تشنجات: سن ظهورها:

– الشدة: الدواء:

– وجود أمراض متكررة: الحصبة ☐ التهاب السحايا ☐ الحصبة الألمانية ☐

– الانفلونزا ☐ التهاب النكاف ☐ الجدري ☐ الصرع ☐ التهاب الأذن ☐

– التهاب الحلق ☐ التهاب الأنف والحنجرة ☐

– الاستشفاء: السبب:

– العمر: المدة: ردة الفعل:

– الختان:

– العمر: السيرورة: ردة الفعل:

– الأحداث : السقوط:

التفاعل الاجتماعـــــي:

- **في السياق العائلي و الجيران:**

– الطفل: اجتماعي ☐ انطوائي ☐

– اللعب مع الأطفال : مع سنه ☐ أصغر سنا ☐ أكبر سنا ☐

– يخرج بمفرده للخارج: نعم ☐ لا ☐

– هل يقوم بالشراء بمفرده: نعم ☐ لا ☐

- **قبل التمدرس:**

– الحضانة: العمر: المدة: يوم واحد

– سلوك الطفل:.

– طريقة التواصل:.

المدرسة:

– الدراسة: المدرسة العادية ☐ الصف المدمج ☐ معهد متخصص ☐

– هل كان متأخر بالنسبة للسن الطبيعي: كم من سنة:/

– هل كرر السنة: كم مرة:

– صعوبات: عامة ☐ خاصة ☐ حدد:

– العوامل المرتبطة:

– النمو العقلي ☐ النمو النفس الحركي ☐ الصف المدمج ☐

– الرؤية ☐ مشكلات في التمايز الجانبي ☐ اضطرابات اللغة ☐ السياق الاجتماعي العاطفي ☐ اضطرابات علائقية ☐

بطاقة الملاحظة العيادية

رقم	العرض	لا	نادرا	احيانا	نعم
1	أداء حركات مكررة ونمطية بالأيدي أو الأصابع أو الأشياء مثل لف الأصابع بطريقة معينة				
2	اللعب بالألعاب بشكل مكرر ونمطي ليس فيه تخيل أو تجديد				
3	الاهتمام بالأشياء المتحركة مثل المراوح والعجلات				
4	الاهتمام بتفاصيل الأشياء مثل الحفر على الأبواب أو نقاط في صورة أوحبة على الوجه مع دوام النظر إليها أو تحسسها بدون الاهتمامب التفاصيل الأكثراهمية				
5	الطرق أو الخربشة على الأبواب أو الأسطح بشكل متكرر				
6	تحسس الأشياء أو شمها بشكل غريب				
7	صك الأسنان أو تحريك ألراس				
8	الصراخ أو إصدار أصوات معينة بشكل مكرر ونمطي				
9	الاهتمام غير المبرر بأشياء معينة، مثل لباس معين اواكل معين أو لعبة معينة والاضطراب عند عدم وجودها أو محاولة استبدالها مثل جاكيت معين أو المفاتيح أوالسيارة أو ركن معين في المنزل				
10	الغضب عند تغيير روتين معين مثل الانتقال من مكان لأخر أو إعادة ترتيب سريرهأو أثاث المنزل				
11	الاهتمام غير المبرر بأصوات معينة مثل :صوت تنقيط الماء أو صوت لعبة معينة				
12	جمع أشياء بدون هدف مثل جمع العلب البلاستيكية أوالمفاتيح وصفها في خطوط أو ترتيب معين				
13	تكرار أسئلة بعينها وكلام معين مثل نشرات الأخبار				
14	ذكر اسمه عند السؤال والجواب الذي يطلب منه				
15	طقوس معينة عند النوم مثل النوم في مكان معين وبلباس معين ووقت معين				
16	تجنب التواصل مع الآخرين بالعين				
17	تكرار حركات جسدية مثل اللف أو القفز أو الدوران أو المشي على شكل زوايا أو خطوط مستقيمة				
18	إذاء الذات أو الآخرين مثل العض				

جيليام-٢

مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد – الاصدار الثاني

GILLIAM AUTISM RATING SCALE - SECOND EDITION (GARS-2)

نموذج ملخص الإستجابات

إعداد: جيمس جيليام ترجمة وتعريب: عبد الرحمن أحمد

PRO-ED ,2005

القسم الاول: معلومات تعريفية

اسم المفحوص: _____

الجنس: ☐ ذكر ☐ انثى الصف الدراسي: _____

المدرسة: _____

إسم المقدر: _____

إسم الفاحص: _____

وظيفة الفاحص: _____

	اليوم	الشهر	السنة
تاريخ الاختبار	_____	_____	_____
تاريخ الميلاد	_____	_____	_____
العمر	_____	_____	_____

القسم الثاني: ملخص الدرجات

المقاييس الفرعية	الدرجة الخام	الدرجة المعيارية	الرتبة المئوية	خمم
السلوكيات النمطية	_____	_____	_____	١
التواصل	_____	_____	_____	١
التفاعل الاجتماعي	_____	_____	_____	١
مجموع الدرجات المعيارية		_____		
مؤشر التوحد		☐		٤

القسم الثالث: دليل التفسير

الدرجات المعيارية للأختبارات الفرعية	مؤشر التوحد	إحتمالية التوحد
٧ أو أكثر	٨٥ أو أكثر	محتمل جداً
من ٤ - ٦	٧٠ إلى ٨٤	من الممكن
من ١ - ٣	٦٩ أو أقل	غير محتمل

القسم الرابع: بروفايل الدرجات

الدرجة المعيارية	المقاييس الفرعية: السلوكيات النمطية	المقاييس الفرعية: التواصل	المقاييس الفرعية: التفاعل الاجتماعي	مؤشر التوحد
٢٠	•	•	•	١٥٠
١٩	•	•	•	١٤٥
١٨	•	•	•	١٤٠
١٧	•	•	•	١٣٥
١٦	•	•	•	١٣٠
١٥	•	•	•	١٢٥
١٤	•	•	•	١٢٠
١٣	•	•	•	١١٥
١٢	•	•	•	١١٠
١١	•	•	•	١٠٥
١٠	•	•	•	١٠٠
٩	•	•	•	٩٥
٨	•	•	•	٩٠
٧	•	•	•	٨٥
٦	•	•	•	٨٠
٥	•	•	•	٧٥
٤	•	•	•	٧٠
٣	•	•	•	٦٥
٢	•	•	•	٦٠
١	•	•	•	٥٥

دريم بن للترجمة والنشر والتوزيع والطباعة

القسم الخامس:

المقياس الفرعي الاول: السلوكيات النمطية

قدر كل بند من البنود الأتية طبقا لمعدل حدوثه، مستخدماً الخطوط الإرشادية الآتية لتحقيق أفضل مستوى للتقدير:
(صفر)لا يلاحظ إطلاقا لم تلاحظ إطلاقا أن هذا الشخص تصرف بهذه الطريقة.
(١) يُلاحظ بصورة نادرة: يتصرف هذا الشخص بهذه الطريقة مرة أو مرتين كل ست ساعات.
(٢) يُلاحظ أحيانا: يتصرف هذا الشخص بهذه الطريقة ٣-٤ مرات كل ست ساعات.
(٣) يلاحظ بصورة متكررة: يتصرف هذا الشخص بهذه الطريقة ٥-٦ مرات كل ست ساعات.
ضع دائرة حول الرقم الذي يصف ملاحظاتك لتصرفات الحالة في الظروف الطبيعة (مثلا: في معظم الأماكن، مع الأشخاص المألوفين له، في الأنشطة اليومية (العادية)، لا تنسى الإجابة على كل البنود، وإذا كنت غير واثق من إجابتك على بند معين أجل إجابتك ولاحظ هذا الشخص لمدة ست ساعات حتى تحدد تقديرك للبنود المؤجلة، تذكر كل فقرة يجب أن تحصل على تقدير.

		لا يلاحظ	يلاحظ نادرا	يلاحظ أحيانا	يلاحظ دائما
١	يتجنب دوام التقاء الأعين: ينظر بعيداً عندما يحاول احد أن ينظر إليه.	٠	١	٢	٣
٢	يحدق في الأيدي، الأشياء والمواد الموجودة في البيئة لفترة لا تقل عن خمس ثوان.	٠	١	٢	٣
٣	ينقر بسرعه بأصابعه أو بيديه أمام عينيه لفترات مدتها خمس ثوان أو أكثر.	٠	١	٢	٣
٤	يأكل طعام معين ويرفض ان يأكل ما يأكله أغلب الناس – عادة.	٠	١	٢	٣
٥	يلعق، يتذوق، أو يحاول أكل أشياء لا تُأكل (مثل : يد شخص، ألعاب، كتب).	٠	١	٢	٣
٦	يشم أو يتشمم أشياء (مثل :ألعاب، يد شخص، شعر).	٠	١	٢	٣
٧	يدور أو يتحرك في دوائر.	٠	١	٢	٣
٨	يدير أشياء غير مصممة للتدوير (مثل :أطباق الفناجين، الفناجين، اكواب).	٠	١	٢	٣
٩	يهتز للأمام وللخلف أثناء الجلوس أو الوقوف.	٠	١	٢	٣
١٠	يقوم بحركات خاطفة، مندفعة، وسريعة عندما ينتقل من مكان لأخر.	٠	١	٢	٣
١١	يتبختر في مشيته (يمشي على أطراف أصابعه).	٠	١	٢	٣
١٢	يخفق بيديه أو أصابعه أمام وجهة أو على جنبيه.	٠	١	٢	٣
١٣	يصدر أصوات حادة (مثل :أي اي أي) أو أصوات أخري شبيهه كدافع أو حافز نفسي له.	٠	١	٢	٣
١٤	يصفع، يضرب، أو يعض نفسه أو يحاول إيذاء نفسه بأي طريقة أخري.	٠	١	٢	٣

——+——+——

الدرجة الخام الكلية للسلوكيات النمطية	

المقياس الفرعي الثاني: التواصل

قدر كل بند من البنود الآتية طبقا لمعدل حدوثه، مستخدماً الخطوط الإرشادية الآتية لتحقيق أفضل مستوى للتقدير:
(صفر) لا يلاحظ إطلاقا لم تلاحظ إطلاقا أن هذا الشخص تصرف بهذه الطريقة.
(١) يُلاحظ بصورة نادرة: يتصرف هذا الشخص بهذه الطريقة مرة أو مرتين كل ست ساعات.
(٢) يُلاحظ أحيانا: يتصرف هذا الشخص بهذه الطريقة ٣-٤ مرات كل ست ساعات.
(٣) يلاحظ بصورة متكررة: يتصرف هذا الشخص بهذه الطريقة ٥-٦ مرات كل ست ساعات.
ضع دائرة حول الرقم الذي يصف ملاحظاتك لتصرفات الحالة في الظروف الطبيعية (مثلا: في معظم الأماكن، مع الأشخاص المألوفين له، في الأنشطة اليومية (العادية)، لا تنسى الإجابة على كل البنود، وإذا كنت غير واثق من إجابتك على بند معين أجل إجابتك ولاحظ هذا الشخص لمدة ست ساعات حتى تحدد تقديرك للبنود المؤجلة، تذكر كل فقرة يجب أن تحصل على تقدير.

		لا يلاحظ	يلاحظ نادرا	يلاحظ أحيانا	يلاحظ دائما
	كيف يتواصل هذا الطفل مع الآخرين؟ بالكلام ( ) بالإشارات ( ) لا يتكلم أو يصدر إشارات ( ). إذا كان الطفل لا يتكلم أو لا يستخدم أي طريقة أخرى للتواصل تجاهل هذا المقياس الفرعي.				
١٥	يعيد (يردد) الكلمات لفظيا أو بإيماءات (إشارات).	٠	١	٢	٣
١٦	يعيد كلمات خارج سياق الحديث (يعيد كلمات سمعها في وقت سابق، على سبيل المثال يعيد كلمات سمعها من دقيقة أو أكثر).	٠	١	٢	٣
١٧	يعيد الكلمات والعبارات مراراً وتكراراً.	٠	١	٢	٣
١٨	يتكلم أو يُصدر إشارات بتأثيرات ثابته رتيبة أو إيقاع غير جيد.	٠	١	٢	٣
١٩	يستجيب بطريقة غير ملائمة للأوامر البسيطة (مثل :اجلس، قف).	٠	١	٢	٣
٢٠	ينظر بعيداً أو يتجنب النظر للمتكلم إذا نادي عليه باسمه.	٠	١	٢	٣
٢١	يتجنب/يتجنب طلب الأشياء التي يريدها.	٠	١	٢	٣
٢٢	لا يبدأ الحديث مع الأقران أو مع الراشدين.	٠	١	٢	٣
٢٣	يستخدم كلمة نعم ولا بطريقة غير ملائمة. يقول "نعم" إذا سُئل عما إذا كان يريد شيء يكرهه، أو يقول "لا" إذا سُئل عما إذا كان يريد لعبته أو الحلوى المفضلة.	٠	١	٢	٣
٢٤	يستخدم الضمائر بطريقة غير ملائمة (يشير إلي نفسه بالضمير هو، أنت، هي).	٠	١	٢	٣
٢٥	يستخدم الضمير أنا بطريقة غير ملائمة (لا يقول أنا عندما يشير إلي نفسه).	٠	١	٢	٣
٢٦	يردد أصوات غير واضحة (بقبقة) مراراً وتكراراً.	٠	١	٢	٣
٢٧	يستخدم الإشارات بدلاً من الحديث لكي يحصل علي الأشياء.	٠	١	٢	٣
٢٨	يجيب بصورة غير ملائمة علي أسئلة عن قصص موجزة أو جمل إخبارية.	٠	١	٢	٣
	ـــــ+ـــــ+ـــــ				
	الدرجة الخام الكلية للتواصل				

المقياس الخامس:

المقياس الفرعي الثالث: التفاعل الاجتماعي

قدر كل بند من البنود الآتية طبقا لمعدل حدوثه، مستخدماً الخطوط الإرشادية الآتية لتحقيق أفضل مستوى للتقدير:
(صفر) لا يلاحظ إطلاقا لم تلاحظ إطلاقا أن هذا الشخص تصرف بهذه الطريقة.
(١) يُلاحظ بصورة نادرة: يتصرف هذا الشخص بهذه الطريقة مرة أو مرتين كل ست ساعات.
(٢) يُلاحظ أحيانا: يتصرف هذا الشخص بهذه الطريقة ٣-٤ مرات كل ست ساعات.
(٣) يلاحظ بصورة متكررة: يتصرف هذا الشخص بهذه الطريقة ٥-٦ مرات كل ست ساعات.
ضع دائرة حول الرقم الذي يصف ملاحظاتك لتصرفات الحالة في الظروف الطبيعية (مثلا: في معظم الأماكن، مع الأشخاص المألوفين له، في الأنشطة اليومية (العادية)، لا تنسى الإجابة على كل البنود، وإذا كنت غير واثق من إجابتك على بند معين أجل إجابتك ولاحظ هذا الشخص لمدة ست ساعات حتى تحدد تقديرك للبنود المؤجلة، تذكر كل فقرة يجب أن تحصل على تقدير.

		لا يلاحظ	يلاحظ نادرا	يلاحظ أحيانا	يلاحظ دائما
٢٩	يتجنب التقاء الأعين: ينظر بعيداً عندما يحاول احد أن ينظر إليه.	٠	١	٢	٣
٣٠	يحدق أو يبدو غير سعيد او مضجر عندما يُثني عليه، أو يداعب أو يروح أحد عنه.	٠	١	٢	٣
٣١	يقاوم الاتصال الجسدي مع الآخرين (مثل: العناق، او يحمله أحد، او أن يقترب منه أحد).	٠	١	٢	٣
٣٢	لا يقلد الآخرين حين يكون التقليد مطلوباً أو مرغوب فيه، (مثل: انشطة اللعب أو التعلم).	٠	١	٢	٣
٣٣	ينسحب، أو ينعزل، أو يبقى غير مهتم بالمواقف الاجتماعية.	٠	١	٢	٣
٣٤	يتصرف بخوف غير منطقي أو يملك بطريقة يبدو عليه منها الفزع.	٠	١	٢	٣
٣٥	غير عاطفي أو ودود، أي انه لا يعطي استجابات ودودة(مثل : الاحضان والقبلات).	٠	١	٢	٣
٣٦	يبدي عدم ادراكه بوجود شخص من حوله (ينظر بين الأشخاص).	٠	١	٢	٣
٣٧	يضحك ويبكى بطريقة غير ملائمة.	٠	١	٢	٣
٣٨	يستخدم الالعاب والأشياء بصورة غير ملائمة (مثل : يدير السيارات في دوائر، يفكك الألعاب إلى أجزاء).	٠	١	٢	٣
٣٩	يفعل أشياء معينة بشكل تكراري أو كما لو كانت طقوس.	٠	١	٢	٣
٤٠	يشعر بالحزن عندما يتغير النظام (الروتين).	٠	١	٢	٣
٤١	يستجيب سلبيا أو بمزاج عكر عندما تعطى له الأوامر، المطالب، أو الارشادات.	٠	١	٢	٣
٤٢	يرتب الاشياء بطريقة دقيقة ومنظمة، ويشعر بالضيق إذا اختل هذا الترتيب.	٠	١	٢	٣
		___+	___+	___+	___
	الدرجة الخام الكلية للسلوكيات النمطية				

القسم السادس: مقابلة الوالدين

هذا الجزء يجب ملؤه عن طريق الآباء أو أحد القائمين على رعاية الطفل ممن لهم اتصال ودعم مباشر له. أجب عن كل سؤال بتسجيل أحد الإجابتين (نعم) أو (لا)، أجب على كل الأسئلة.

• تأخر في:

١- التفاعل الاجتماعي:

خلال الثلاث سنوات الأولى للطفل:	نعم	لا
أ هل يظهر الطفل أي رغبة أو يجهز نفسه لرفعه عندما يحاول أحد الآباء حمله؟		
ب هل يبكي الطفل أو ينزعج عندما يترك بدون مراقبة في سريره أو روضة الأطفال؟		
ج هل يبكي الطفل أو ينزعج عندما يحمل أو يرفع؟		
د هل يبكي الطفل أو ينزعج عندما يسلم من شخص بالغ لآخر؟		
هـ هل حاول الطفل الانضمام لأفراد الأسرة في الأنشطة الجماعية (مثل: مشاهدة التلفاز)؟		

٢- اللغة المستخدمة في التواصل الاجتماعي:

خلال الثلاث سنوات الأولى للطفل:	نعم	لا
أ هل استخدم الطفل كلمات فردية بعمر ١٦ شهراً؟		
ب هل استخدم الطفل عبارات تواصلية ذات معنى في عمر الثانية؟		
ج هل تطور الطفل بشكل طبيعي من حيث اللغة (المناغاة، الثرثرة، التحدث دون انقطاع)؟		
د هل اتبع الطفل التوجيهات (يبدو أنه يفهم ما يجب فعله عندما يُطلب منه فعل شيء ما)؟		
هـ هل يبدو أن الطفل يتمتع بسمع طبيعي؟		

• أداء غير طبيعي في:

١- التفاعل الاجتماعي:

خلال الثلاث سنوات الأولى للطفل:	نعم	لا
أ هل يبتسم الطفل للوالدين أو الأشقاء عندما يبتسمون له أو يلعب معهم؟		
ب هل يبكي الطفل عندما اقترب منه أشخاص غير مألوفين له خلال العام الأول؟		
ج هل قلد الطفل شخص آخر قبل سن الثالثة (مثل تقليد الأصوات أو اللعب بالعرائس)؟		
د هل يبدو الطفل مشارك ومستجيب للآخرين؟		
هـ هل يفضل الطفل قضاء الوقت مع الآخرين؟		

٢- اللغة المستخدمة في التواصل الاجتماعي:

خلال الثلاث سنوات الأولى للطفل:	نعم	لا
أ هل يستجيب الطفل لأسمه عند ناداه (مثل أن يلتفت وينظر نحو الشخص المنادي)؟		
ب هل يطلب الطفل الأشياء أو يستخدم الإشارات لتوصيل ما يريده؟		
ج هل يتبع الطفل التعليمات البسيطة (مثل تعال هنا، إديني حضن، اعمل باي باي)؟		
د هل يبدو الطفل أنه يفهم ما يجب فعله عندما يُطلب منه فعل شيء ما؟		
هـ هل يفهم الطفل (يُظهر القلق على وجهه) عندما يحزن أو يبكي أحد الوالدين أو الأشقاء؟		

٣- اللعب التخيلي أو الرمزي:

خلال الثلاث سنوات الأولى للطفل:	نعم	لا
أ هل شارك الطفل في لعب بالتقليد (مثل اللعب بالعرائس، أو الأبطال الخارقون، أو مجسمات الحيوانات) بشكل مناسب؟		
ب هل تظاهر الطفل بأنه شخص آخر(مثل بابا، ماما، أو بطل خارق)؟		
ج هل تظاهر الطفل بأن شيئاً ما هو شيء آخر (مثل هل تظاهر الطفل بأن عصا ما هي حصان ووضعها بين رجليه وتظاهر بأنه يركب حصاناً)؟		
د هل تظاهر الطفل بأن لديه صديق أو حيوان خيالي؟		
هـ هل لعب الطفل بالدمى متظاهراً بأنهم أشخاص حقيقيون؟		

الغرض من القسم الرابع هو توثيق ما إذا كان الفرد يلبي مجموعة من معايير التشخيص من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع-المعدل. إذا حددت "لا" لأي سؤال في هذا القسم، فإن الفرد يفي بمعايير التأخر أو الأداء غير الطبيعي.

القسم السابع: اسئلة رئيسية

تم تصميم الأسئلة التالية لمساعدة الفاحص للوصول إلى نتيجة تشخيصية. يجب على الفاحص الاهتمام بهذه الأسئلة لأنها تساعد في تفسير نتائج جيليام -٢.

١. ما السلوكيات التي يفعلها الفرد والتي تجعلك تعتقد أنه مصاب بالتوحد؟ صف هذه السلوكيات على وجه التحديد قدر المستطاع.

٢ متى حدثت هذه السلوكيات لأول مرة؟ يجب أن تظهر قبل سن ٣٦ شهراً.

٣ هل تظهر هذه السلوكيات في كل الأماكن؟ يجب أن يظهر الفرد هذه السلوكيات في جميع الأماكن وبتواجد جميع الأشخاص، وليس في أماكن محددة أو عند وجود أشخاص محددون.

٤ هل يمكن أن تكون السلوكيات نتيجة إعاقة أخرى؟ هل تم استبعاد التشخيصات الأخرى؟ كيف؟

٥ من قام بتقييم الفرد وما هي النتائج؟ هل تم تقييم الفرد من قبل أشخاص مؤهلون لإجراء التشخيص (مثل أخصائي نفسي، طبيب نفسي)؟

٦ ما التقييمات الأخرى التي أجريت بجانب جيليام -٢؟ هل تم إجراء اختبارات فردية أخرى مثل (اختبار الذكاء، اختبار التحصيل الدراسي، اختبار اللغة)؟

٧ هل تم ملاحظة وجود دلائل في المجالات الثلاثة لتعريف التوحد (السلوكيات النمطية، التواصل، التفاعل الاجتماعي)؟

٨ ما هي المجالات التشخيصية الأكثر تأثراً؟ ما هي الأعراض؟

٩ ما مدى حدة الأعراض؟ كيف تعيق الأعراض الأداء الطبيعي؟

١٠ ما المعلومات الأخرى التي يجب جمعها؟ من يستطيع الإدلاء بتلك المعلومات؟

١١ ما التقييمات الأخرى المتاحة لمزيد من المعلومات؟

مقيـــــاس تقدير التوحد في الطفولة

(C . A . R . S)

الاسم : _____ السن : _____

تاريخ الميلاد _____ التاريخ : _____

الفاحص : _____ المكان : _____

كيفية التقيـــــم و التسجيل :

يقدر كل بند على كمي متصل بين قطبين من السواء ، أو الطبيعية والاضطراب الشديد ، وتوضع علامة في المربع المناسب .

1 = السلوك العادي أو الطبيعي ومناسب مع سن الطفل . = صفر

2 = السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة طفيفة . = 1.5

3 = السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة متوسطة . = 2.5

4 = السلوك غير طبيعي وغير مناسب ومعوق بدرجة شديدة . =3.5

حاصل المجموع النسبي للفئات

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة																

حاصل جمع المقياس

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

ملاحظات الفاحص وتوصياته :

التوقيع

1. إقامة العلاقة مع الناس .

☐ طبيعي لا يوجد أي اختلاف بإقامة العلاقة بالناس وتصرفاته بمثل عمره.

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يمتنع من التواصل بالبصر ، يتجنب عندما يجبر على التواصل ، الخجل بصورة مبالغ بها ، لا يتجاوب ، ملتصق بالوالدين أكثر من الطفل الذي بنفس عمره.

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة ، انطواني ، يحب العزلة ، لا يوجد اهتمام بالتفاعل مع المحيطين ، مقفول على نفسه ، تستطيع الحصول منه على القليل من التواصل .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة عزلة تامة افتقاد القدرة على الاستجابة .

2. القدرة على التقليد والمحاكاة.

☐ طبيعي يقلد الطفل الأصوات ، الكلمات ، الحركات بحيث تكون بحدود قدراته .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيف يقوم الطفل بتقليد بعض السلوكيات البسيطة مثال يصفق ، بعض الكلمات المفردة ويحتاج وقت لترديد الكلمة عند سماعها

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يقلد الطفل بعض السلوكيات البسيطة ولكن يحتاج إلى وقت كبير ومساعدة .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة نادرا ما يقوم الطفل بالتقليد او لا يقلد نهائيا الأصوات أو الكلمات ، أو الحركات حتى بوجود مساعدة .

ملاحظات

3 الاستجابة العاطفية .

☐ طبيعي يتفاعل الطفل للمواقف السارة والغير سارة .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة تظهر عليه احيانا تصرفات غير مرغوب فيها كاستجابة منفصلة عن الواقع .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة مثال الضحك الشديد بدون معنى أو بدون سبب وليس له علاقة مع الواقع .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة إستجابة منفصلة نهائيا عن الواقع وأن كان مزاجه في شيء معين من الصعب جدا أن يتغير .

ملاحظات .

4 استخدام الجسم .

☐ طبيعي تشمل التناسق والتوازن لطفل بمثل عمره .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة له بعض السلوك النمطي المكرر مثال التكرار في اللعب اوالانشطة .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة له سلوكيات غير مرغوب فيها واضحة لطفل في عمره مثال حركات لف الاصابع ، الاهتزاز ، الدوران ، الحملقة ، ايذاء النفس ، المش على الاطراف ، خبط الدماغ ، الاستمناء ، تحريك اليدين ورفرفتها .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة ، فهو يستمر في الحركات المكرره المذكورة في الاعلى حتى لو شارك في نشاط اخر .

ملاحظات .

5. إستخدام الاشياء

☐ طبيعي يهتم بالالعاب والاشياء من حوله والتعامل معها واستخدامها بالطريقة الصحيحة .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يهتم بلعبة واحدة فقط ويتعامل معها بطريقة غريبة كأن يطرقها بالارض .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يظهرعدم اهتمامه بالاشياء وان اظهر تكون بطريقة غريبة مثال يلف اللعبة طول الوقت وينظر لها من زاوية واحدة فقط .(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة تكرار ماسبق ولكن بطريقة مكثفة ومن المستحيل أن ينفصل عنها إذا كان مشغولا بها .

ملاحظات.

6. التكيف والتأقلم

☐ طبيعي يتكيف مع الموقف والتغير للروتين .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يقاوم التغير والتكيف للموقف بعد تغير النشاط الذي تعود عليه.

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يقاوم التغير والتكيف للموقف بعد تغير النشاط الذي تعود عليه .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة الاصرار على ثبات الظروف والروتين وعدم التغيير.

ملاحظات.

7. الاستجابة البصرية

☐ طبيعي يستخدم التواصل البصري مع الحواس لاكتشاف الشيء الجديد أمامه.

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يحتاج للتذكير لكي يتواصل وينظر الى الشيء ، يهتم في النظر بالمرآة الضوء ، النظر الى اعلى ، أو الفضاء ويتحاشى النظر في الاشخاص .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يحتاج للتذكير المستمر للتواصل البصري للشيء الذي يفعله وتظهر نفس السلوكيات السابقة .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة الامتناع عن التواصل البصري مع الاشخاص وبعض الاشياء وتظهر نفس السلوكيات السابقة .

ملاحظات

8. استجابة الاصات(الاستماع)

☐ طبيعي ويستمع باهتمام مع عدم وجود أي مؤثرات صوتيه مستخدما حواسه.

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة رد فعل متاخر للاصوات يحتاج تكرار الاصوات لشد انتباهه يبالغ قليلا في رد فعل لبعض الاصوات

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة متنوع في رد الفعل مثال يتجاهل الصوت مرارا، يقفل أذنيه لبعض الاصوات منها الاصوات الانسانية المكررة يوميا .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة مبالغ في رد الفعل للاصوات والتجاهل نهائيا للاصوات بصورة واضحة

ملاحظات

9. استجابات استخدام التذوق والشم واللمس

☐ طبيعي يستجيب الطفل لمثيرات الحواس كالألم وغيرها

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يضع اشياء في فمه يشم ويتذوق أشياء لا تؤكل يتجاهل الألم أو يبالغ به.

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يبالغ باستخدام الشم والتذوق واللمس ويتجاهل الألم .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة فهو يبالغ كثيرا أو يتجاهل نهائيا ولا تظهر أي نوع من الشعور بالألم أو المبالغة الشديدة لحدث بسيط جدا.

ملاحظات

10.الخوف والعصبية

☐ طبيعي يتصرف الطفل مع الموقف مناسب لعمره .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يتصرف الطفل بصورة مبالغة أو يتجاهل الحدث قليلا بالنسبة لطفل في مثل عمره .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يتصرف بصورة مبالغة واضحة أوتجاهل واضح بالنسبة لطفل في مثل عمره.

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة خوف مستمر حتى عند إعادة المواقف غير الخطرة ومن الصعب جدا تهدئته وليس له ادراك للمواقف الخطرة والمواقف الغير خطرة.

ملاحظات

11. التواصل اللفظي

☐ طبيعي يظهر الطفل كل مظاهر النطق والكلام واللغة لعمره.

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة تأخر في الكلام ظهور بعض الكلام المبهم ، ترديد كلام ، لا يستخدم الضمائر أنا أنت و ، المهمهة ، الخروج عن الحديث المألوف ، عكس المقاطع أو الكلمات .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة صمت ، وعند وجود نطق هناك ترديد كلام واضح ، همهمة .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة لا يستخدم اللغة في التواصل فقط همهمة واصوات غريبة أشبه بصوت الحيوان واظهار اصوات مزعجة.

ملاحظات

12 . التواصل الغير للفظي

☐ طبيعي يستخدم تعبير الوجه أو تغير الملامح والاوضاع وحركات الجسم والراس .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة تواصل غير لفظي ناقص مثال يمسك اليد من الخلف لطلب المساعدة والوصول للشيء بطريقة تختلف عن الطرق التى يستعملها الطفل في مثل عمره.

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة لا يستطيع ان يعبر عن احتياجه بالتواصل غير اللفظي ولا يستطيع فهم لغة التواصل غير اللفظي .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة يستخدم سلوكيات غريبة غير مفهومة للتعبير عن احتياجاته مع عدم الاهتمام بالايماءات وتعابير وجوه الاخرين .

ملاحظات.

13. مستوى النشاط

☐ طبيعي نشاطه عادي مناسب لعمره .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يظهر نشاط زائد أو كسل زائد ويكون خاص بذاته .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة نشاط زائد لا يهدء يصعب التحكم به هائم لا ينام الا قليلا فوضوي غير منتظم ، أو خامل لا يتحرك من مكانه ويحتاج الى جهد كبير ليتفاعل مع نشاط معين .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة هائم ، نوبات غضب حركة مستمرة لا يجلس ساكنا فوضوي يرمي كل شيء على الارض ، يفتح ويقلب الاشياء .

ملاحظات.

14.مستوى وثبات الاستجابات الذهنية

☐ طبيعي في اداء المهارات في المواقف المختلفة المناسبة لعمره.

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يظهر تأخر في أداء المهارات المختلفة .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة تأخر في أداء المهارات ولكن من الممكن ان يتفاعل لنفس عمره في احدى المهارات وتاخر في باقي المهارات.

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة يكون أفضل من الطفل الطبيعي في مهارتين وتكون مبالغ فيها ولكن يتأخر بباقي المهارات .

ملاحظات .

15.الانطباعات العامة

☐ ليس توحد لا تظهر فيه صفات التوحد

☐ توحد بسيط لديه بعض الصفات .

☐ توحد متوسط لديه صفات واضحة من التوحد .

☐ توحد شديد لديه معظم الصفات التوحدية .

*تدون من الاسره او الملفات او البنود السابقة في التقيم .

ملاحظات.

EPREUVE DE SCHEMA CORPOREL

NOM : _____ Prénoms : _____ N° _____

Heure Fin ____h.____ Date Exam. _____

Heure Début ____h.____ Date Naiss. _____

Durée [ ] Age [ ]

EPREUVE DE FACE . CORPS

Pièces	N°	Evocation				Construction		Reproduction	
		Rec.	Comm.	Local.	Pts	Local.	Pts	Local.	Pts
Jambe	1								
Tronc	2								
Main	3								
Cou	4								
Bras	5								
Jambe	6								
Tronc	7								
Bras	8								
Main	9								
Totaux par Phase									

OBSERVATIONS :

Examinateur : _____

LES EDITIONS DU CENTRE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUEE, 25, rue de la Plaine 75980 Paris cedex 20 - Tél 40.09.62.62
Copyright © 1966 by Ed. du Centre de Psychologie Appliquée - TOUS DROITS RESERVES - Dépôt légal 1er trim. 1966 Ed. n°4040301
Imp. A.J. Communication

Scanné avec CamScanner

EPREUVE DE FACE · VISAGE

Pièces	N°	Evocation				Construction		Reproduction	
		Rec.	Comm.	Local.	Pts	Local.	Pts	Local.	Pts
Œil	1								
Cheveux	2								
Oreille	3								
Menton	4								
Œil	5								
Bouche	6								
Sourcil *	7								
Nez	8								
Oreille	9								
Cheveux	10								
Sourcil *	11								
Totaux par Phase — Visage									
Totaux par Phase — Corps									
Totaux par Phase — Ensemble									

* Pour la notation des Sourcils, on néglige la position latérale, gauche ou droite.

OBSERVATIONS :

TOTAUX (3 Phases)

Placement	
Corps	
Visage	
Ensemble	

CONCLUSIONS :

Scanné avec CamScanner

EPREUVE DE PROFIL - VISAGE

Groupes de Pièces		N°	Evocation				Construction		Reproduction	
			Rec.	Comm.	Local.	Pts	Local.	Pts	Local.	Pts
Œil	G	1								
	FG									
	FD									
	D									
Bouche	G	2								
	F									
	D									
Nez	G	3								
	F									
	D									
Oreille	G	4								
	FG									
	FD									
	D									
Menton	G	5								
	F									
	D									
Front	G	6								
	D									
Totaux par Phase					Ch.	Pl.	Ch.	Pl.	Ch.	Pl.

OBSERVATIONS :

Scanné avec CamScanner

Heure Début : _____ Heure Fin : _____ Durée : _____

EPREUVE DE PROFIL - CORPS

Groupes de Pièces		N°	Evocation				Construction		Reproduction	
			Rec.	Comm.	Local.	P^te	Local.	P^te	Local.	P^te
Tête	G F D	1								
Jambe	G FG FD D	2								
Tronc	G F D	3								
Bras	G AG AD D	4								
Totaux par Phase	Corps				Ch. Pl.		Ch. Pl.		Ch. Pl.	
	Visage				Ch. Pl.		Ch. Pl.		Ch. Pl.	
	Ensemble				Pl.		Pl.		Pl.	

OBSERVATIONS :

TOTAUX (3 Phases)

	Choix	Placement
Corps		x 2
Visage		
Ensemble		

CONCLUSIONS :

Scanné avec CamScanner

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de L'enseignement Supérieur et de La Recherche Scientifique
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Université Ain T'émouchent Belhadj Bouchaib
جامعة بلحاج بوشعيب – عين تموشنت
Faculté des lettres et des langues et sciences humaines
كلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية

عين تموشنت في ...28.../ ...04.../ 2024

رقم: ...../ ك.آ.ل.ع/ ج.ب.ب.ع.ع / 2024

رخصة تربص

نرجو منكم التفضل بقبول داخل مؤسستكم/هيئتكم:

المؤسسة/الهيئة : ...مركز التوصيل...

الطالب (ة) : ...بن يعقوب أميرة...

تاريخ الميلاد: ...01/10/1998...

المسجل في: السنة : الثانية ماستر علم النفس تخصص: علم النفس العيادي

وذلك لإجراء دورة تدريبية داخل مصالحكم الخاصة والتي تهدف إلى افتراض تطبيق المعارف التي يتم تدريسها لهم داخل مؤسستكم وهذا تحضيرا لمذكرة التخرج السنة الجامعية 2024/2023.

تاريخ فترة التدريب: ...2024/04/30 إلى 2024/07/04...

خلال هذا التدريب ، الطالب مُلزم بتقديم كل المساعدة اللازمة للتنفيذ السليم للبرنامج الموكول إليه.

كما أن الطالب مدعو للامتثال الصارم لقواعد الانضباط المنصوص عليها في القانون الداخلي لمؤسستكم، والالتزام بالقواعد والإجراءات والتعليمات الوقائية الخاصة بالصحة والأمن.

نعتمد على تعاونكم، ونرجو أن تتقبلوا ، سيدتي ، سيدي ، خالص شكرنا وتحياتنا.

المؤسسة المستقبلة

المدير
العون: بوعزة عبير عبد العزيز

المسؤول البيداغوجي

قائم رئيس قسم العلوم الاجتماعية
مكلف بما بعد التدرج و البحث العلمي
م/ أ سويسر أحمد بن موسى

قسم العلوم الاجتماعية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنتبلحاج بوشعيب
كلية الآداب، اللغات و العلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

Ministère de L'enseignement Supérieur et de La Recherche Scientifique
Université Ain TémouchentBelhadjBouchaib
Faculté des lettres ,langues et des sciences sociales
Département des sciences sociales

السنة الجامعية: 2023- 2024

بطاقة الاشراف على مذكرة التخرج

الاسم و اللقب الطالب(ة): بن حربة أميرة تاريخ و مكان الازدياد: 30/10/2000 عين الكرمة

الاسم و اللقب الطالب(ة): / تاريخ و مكان الازدياد: /

الشهادة المحضرة: ماستر التخصص: علم النفس العيادي

عنوان المذكـــرة: اضطراب معالجة السمع لدى الأطفال اضطراب طيف التوحد دراسة عيادية لأربع حالات بمدينة عين تموشنت

اسم ولقب الأستاذ المشرف: موفق كسوم الدرجة العلمية:

مكان التربص: مركز التكفل بأطفال التوحد بعين تموشنت

التاريخ	التاريخ	التاريخ
2024/05/05	2024/05/08	2024/05/09
إمضاء الطالب	إمضاء الأستاذ المشرف	تأشيرة رئيس القسم

الأستاذ : كوم موفق

Scanné avec CamScanner

Ministère de L'enseignement Supérieur
et de La Recherche Scientifique
Université Ain Temouchent Belhadj Bouchaib
Facultés des Lettres et Langues
et Science Sociales
DEPARTMENT DES SCIENCES SOCIALES

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

إذن بإيداع المذكرة

من أجل نيل شهادة الماستر للسنة الجامعية 2023 / 2024 يشهد الأستاذ المشرف :

اسم ولقب الأستاذ(ة) المشرف(ة): ..... مونية طورم .....

أنّه قد تابع وراجع العمل النهائي للمذكرة الموسومة:

..... اضطراب محكم الطسم لدى الأطفال اضطراب طيف التوحد .....
..... دراسة ميدانية لأربع حالات بمدينة عين تموشنت .....
.....

من إعداد :الطالب (الطالبين):

الطالب الأول: ..... اسماء العقون بن آمينة .....

والطالب الثاني: .....

شعبة : ..... علم النفس .....

تخصص: ..... علم النفس العيادي .....

وعليه أعلن أنّ القرار أعلاه قد اتخذ تحت كامل مسؤوليتي.

حرّر بعين تموشنت، في : ..... 2024/05/22 .....

الكتابة السابقة لاسم ولقب الأستاذ(ة)المشرف(ة) :

(باللغة اللاتينية)

..... Moura ffak Nour .....

إمضاء الأستاذ المشرف

Scanné avec CamScanner