

الديناميكية النفسية

ونأثيرها على المشكلات السلوكية
لدى طلاب النوح



تأليف

أ. محمد أحمد الصغير على عيد

أ. مصطفى راضي محمد

أ. نايف مشعان الذويلف الشمري



الدِينَامِيَّةُ النَّفْسِيَّةُ

وتأثيرها على المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد

تأليف:

أ. محمد أعمار الصغير علي عبيد

باحث وأخصائي نفسي
في إحدى مدارس الاحتياجات الخاصة بالكويت

أ. مصطفى راضي محمد

بكالوريوس تربية ذوي الاحتياجات الخاصة
تخصص الاضطرابات الانفعالية والسلوكية
مشرف فني بإحدى مدارس الاحتياجات الخاصة بالكويت

أ. نايف مشعان الشمري

بكالوريوس تربية ذوي الاحتياجات الخاصة
تخصص صعوبات تعلم وموهبة وإبداع
معلم صف بإحدى مدارس الاحتياجات الخاصة بالكويت

الطبعة الأولى

2025

جميع الحقوق محفوظة © 2025

لا يجوز إعادة إصدار هذا الكتاب أو أي جزء منه أو تخزينه في نطاق استعادة المعلومات
أو نقله بأي شكل من الأشكال دون إذن خطي مسبق من المؤلف.

الإهداء

إلى سعادة الأستاذ الدكتور الفاضل / أ.د/ بركات عوض الهديان

شكراً لك يا دكتور، فأنت المنارة التي تضيء دروبنا، والمعلم الذي يُنير عقولنا... نقدر صبرك ودعمك المتواصل لنا، وتشجيعك لنا على بذل المزيد من الجهد... ستبقى ذكراك محفورة في قلوبنا، ونكن لك كل الاحترام والتقدير على رؤيتكم الثاقبة التي كانت مصدر إلهام لنا دائماً.

ويسر فريق عمل الكتاب أن يتقدم لسيادتكم بخالص الشكر والعرفان على مواقفكم الطيبة التي يعجز اللسان والقلم التعبير عنها وما يوفي حقوقكم إلا الله الذي ذكر أمثالكم فقال فيهم

(لِيَجْزِيَهُمُ اللَّهُ أَحْسَنَ مَا عَمِلُوا وَيَزِيدَهُم مِّن فَضْلِهِ)

تقديرًا وامتنانًا من أسرة عمل الكتاب:

الديناميكية النفسية:

وتأثيرها على المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد

الإهداء

إلى سعادة المستشار الفاضل / أحمد بركات هديان الرشيدي

إلى الأستاذ الفاضل السيد / محمد الباز

إلى السيدة الفاضلة الركتورة / هند داود

خالص الشكر والعرفان على مواقفكم الطيبة التي يعجز
اللسان والقلم التعبير عنها وما يوفي حقوقكم إلا الله الذي
ذكر أمثالكم فقال فيهم

(لِيَجْزِيَهُمُ اللَّهُ أَحْسَنَ مَا عَمِلُوا وَيَزِيدَهُم مِّن فَضْلِهِ)

تقديرًا وامتنانًا من أسرة عمل الكتاب:

الديناميكية النفسية:

وتأثيرها على المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد

شكرًا لكم على وعملكم المستمر ورؤيتكم الثاقبة

التي كانت مصدر إلهام لنا في هذا العمل.

فهرس المحتويات

م	المحتويات	الصفحة
1.	المقدمة	9
2.	- الإطار المفاهيمي للكتاب	10
3.	- أهمية الكتاب وأهدافه	13
4.	- منهجية الكتاب	15
5.	- الفئة المستهدفة من الكتاب	15
6.	- هيكل الكتاب	16
7.	الفصل الأول: مقدمة عامة	18
8.	- مفهوم اضطراب طيف التوحد وتطوره التاريخي	19
9.	- معدلات انتشار اضطراب طيف التوحد	20
10.	- مفهوم الديناميكية النفسية وأهمية دراستها في سياق التوحد	21
11.	الفصل الثاني: النظريات المفسرة للديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد	27
12.	- النظريات النفسية الديناميكية التقليدية	28
13.	- النظريات النفسية الديناميكية المعاصرة	30
14.	- النظريات المعرفية المفسرة للتوحد	32
15.	الفصل الثالث: العوامل المؤثرة في الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد	39
16.	- العوامل البيولوجية والعصبية	40
17.	- العوامل النفسية	41
18.	- العوامل الاجتماعية والأسرية	43
19.	الفصل الرابع: تصنيف المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد	49
20.	تعريف المشكلات السلوكية وأنواعها	51
21.	أنواع المشكلات السلوكية	51
22.	1. سلوكيات إيذاء الذات	51

51	2. السلوكيات العدوانية	.23
51	3. السلوكيات النمطية والتكرارية	.24
52	4. نوبات الغضب	.25
52	5. سلوكيات الانسحاب الاجتماعي	.26
52	6. مشكلات النوم	.27
53	7. مشكلات الأكل	.28
53	8. مشكلات ضبط المثانة والأمعاء	.29
54	العوامل المؤثرة في ظهور المشكلات السلوكية	.30
57	أدوات تقييم وتشخيص المشكلات السلوكية	.31
63	الفصل الخامس: الديناميكية النفسية للمشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد	.32
64	النظريات المفسرة للمشكلات السلوكية من منظور الديناميكية النفسية	.33
64	نظرية التحليل النفسي	.34
65	نظرية العلاقات الموضوعية	.35
66	نظرية التعلق	.36
66	نظرية الذات	.37
66	نظرية العقل	.38
68	العلاقة بين الديناميكية النفسية والمشكلات السلوكية	.39
70	تأثير العوامل النفسية على ظهور المشكلات السلوكية	.40
72	دور الصراعات النفسية الداخلية في تشكيل السلوك	.41
74	تحليل وظائف السلوك من منظور الديناميكية النفسية	.42
78	الفصل السادس: استراتيجيات التشخيص والتقييم	.43
79	المعايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد	.44
81	الديناميكية النفسية في عملية التشخيص	.45
82	أدوات وأساليب التقييم	.46
83	التقييم النفسي الديناميكي	.47
84	التقييم في البيئة المدرسية	.48
85	التوثيق الرسمي والتقارير التشخيصية	.49
86	الرؤية التكاملية للتشخيص والتقييم	.50

89	الفصل السابع: استراتيجيات التدخل للمشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد	51.
91	القسم الأول: المبادئ الأساسية للتدخل السلوكي الفعال	52.
100	القسم الثاني: استراتيجيات التدخل السلوكي	53.
111	القسم الثالث: دراسات حالة وأمثلة تطبيقية	54.
111	دراسة حالة 1: التدخل لسلوكيات إيذاء الذات	55.
114	دراسة حالة 2: التدخل للسلوكيات العدوانية	56.
117	دراسة حالة 3: التدخل للسلوكيات النمطية والتكرارية	57.
120	دراسة حالة 4: التدخل لصعوبات التواصل الاجتماعي	58.
123	دراسة حالة 5: التدخل للمشكلات الحسية	59.
126	القسم الرابع: الخاتمة والتوصيات للفصل السابع	60.
134	الخاتمة والتوصيات	61.
138	مسرد المصطلحات	62.
143	المصادر والمراجع	63.
143	- المراجع العربية	64.
145	- المراجع الأجنبية	65.

الدِينَامِيَّةُ النَّفْسِيَّةُ

وتأثيرها على المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد

الديناميكية النفسية وتأثيرها على المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد

مقدمة

يمثل اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder) أحد أكثر الاضطرابات النمائية العصبية تعقيداً وتحدياً في مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة. فمنذ أن وصفه الطبيب النفسي ليو كانر لأول مرة عام 1943، شهد فهمنا لهذا الاضطراب تطوراً كبيراً، حيث تحول من كونه حالة نادرة ومنفصلة إلى طيف واسع من الحالات المتفاوتة في الشدة والأعراض والمسارات التطورية. وقد أظهرت الإحصائيات الحديثة زيادة مطردة في معدلات انتشار اضطراب طيف التوحد، حيث تشير التقديرات العالمية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (2024) إلى أن طفلاً واحداً من بين كل 100 طفل يتم تشخيصه بهذا الاضطراب على مستوى العالم. أما في الولايات المتحدة، فقد أشارت أحدث البيانات الصادرة عن مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) في أبريل 2025 إلى أن معدل الانتشار الوطني وصل إلى 1 من كل 31 طفل (3.2%)، مع وجود تفاوت ملحوظ بين الجنسين، إذ تزداد نسبة الإصابة لدى الذكور بمعدل 3.4 أضعاف مقارنة بالإناث.

يواجه الأطفال والطلاب ذوو اضطراب طيف التوحد تحديات متعددة في البيئات التعليمية، خاصة في مدارس الاحتياجات الخاصة أو في برامج الدمج. تشمل هذه التحديات صعوبات في التواصل الاجتماعي، وصعوبة فهم القواعد الاجتماعية غير المكتوبة، والحساسية المفرطة للمثيرات الحسية، بالإضافة إلى المشكلات السلوكية التي قد تظهر كاستجابة للضغوط والتحديات التي يواجهونها. وتمثل هذه المشكلات السلوكية تحدياً كبيراً للمعلمين والأخصائيين وأولياء الأمور على حد سواء، حيث تؤثر سلباً على الأداء الأكاديمي للطلاب وتكيفهم الاجتماعي وجودة حياتهم بشكل عام.

وفقاً للدراسات الحديثة، تظهر المشكلات السلوكية المختلفة بنسب متفاوتة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. فالسلوكيات النمطية والتكرارية تظهر لدى 60-80% منهم (Leekam et al., 2024)، بينما تظهر سلوكيات إيذاء الذات لدى 27-53% (Richards)

(et al., 2023)، والسلوكيات العدوانية لدى 25-68% (Hill et al., 2024)، ونوبات الغضب لدى 43-75% (Mazefsky et al., 2023). كما أن هناك نسبة كبيرة من الأطفال ذوي التوحد يعانون من اضطرابات مصاحبة مثل القلق (40-60%)، والاكتئاب (23-37%)، واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (30-61%)، والصرع (20-30%)، واضطرابات النوم (40-80%)، واضطرابات الجهاز الهضمي (46-85%).

في هذا السياق، تبرز أهمية دراسة الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد كمدخل لفهم أعمق للمشكلات السلوكية التي يظهرونها. فالديناميكية النفسية، بما تتضمنه من عمليات وقوى نفسية متفاعلة، تؤثر بشكل كبير على سلوك الفرد وتجاربه العاطفية وعلاقاته الاجتماعية. وقد أشارت الدراسات الحديثة إلى أن فهم الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد يمكن أن يساعد في تفسير السلوكيات غير المفهومة أو غير المتوقعة التي قد تظهر لديهم، وبالتالي تطوير استراتيجيات تدخل أكثر فعالية (Midgley et al., 2021).

يأتي هذا الكتاب ليقدم رؤية تكاملية للديناميكية النفسية وتأثيرها على المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد، مع التركيز على التشخيص والتدخل في مدارس الاحتياجات الخاصة. يجمع الكتاب بين المعرفة النظرية الحديثة في مجال اضطراب طيف التوحد والنظريات المفسرة للديناميكية النفسية، والتطبيقات العملية في مجال التشخيص والتدخل، مستنداً إلى أحدث الدراسات والأبحاث العلمية في هذا المجال.

الإطار المفاهيمي للكتاب

يستند هذا الكتاب إلى إطار مفاهيمي متكامل يجمع بين ثلاثة محاور رئيسية:

المحور الأول: الديناميكية النفسية

تُعرف الديناميكية النفسية بأنها مجموعة العمليات والقوى النفسية المتفاعلة التي تؤثر على سلوك الفرد وتجاربه العاطفية وعلاقاته الاجتماعية. وتشمل هذه العمليات الدوافع الشعورية واللاشعورية، والصراعات النفسية الداخلية، والآليات الدفاعية، والعلاقات الموضوعية، وتنظيم المشاعر، وتكوين الهوية وتقدير الذات.

وقد شهد مفهوم الديناميكية النفسية تطوراً كبيراً منذ ظهوره في نظرية التحليل النفسي التقليدية على يد سيجموند فرويد، حيث تجاوز التركيز على الدوافع الجنسية والعدوانية إلى فهم أكثر شمولاً للعمليات النفسية المعقدة التي تشكل شخصية الفرد وسلوكه. وتؤكد النماذج النفسية الديناميكية المعاصرة على التفاعل المعقد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في تشكيل الديناميكية النفسية للفرد (Singletary & Rice, 2023).

في سياق اضطراب طيف التوحد، تكتسب دراسة الديناميكية النفسية أهمية خاصة، حيث تساعد في فهم التجربة الذاتية للأشخاص ذوي التوحد، وتفسير سلوكياتهم في ضوء احتياجاتهم النفسية وصراعاتهم الداخلية، وليس فقط كأعراض للاضطراب. كما تسلط الضوء على أهمية العلاقات والتفاعلات الاجتماعية في حياة طلاب التوحد، رغم الصعوبات الاجتماعية التي يواجهونها.

المحور الثاني: المشكلات السلوكية

تشير المشكلات السلوكية إلى مجموعة من السلوكيات غير التكيفية التي تؤثر سلباً على الأداء الوظيفي للفرد وتفاعله مع البيئة المحيطة. وتتنوع هذه المشكلات لدى طلاب التوحد لتشمل:

1. **السلوكيات النمطية والتكرارية:** مثل هز الجسم، ررفة اليدين، الدوران حول النفس، أو ترديد عبارات معينة بشكل متكرر. تظهر هذه السلوكيات لدى 60-80% من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (Leekam et al., 2024).
2. **سلوكيات إيذاء الذات:** مثل ضرب الرأس، عض اليدين، شد الشعر، أو خدش الجلد. تظهر هذه السلوكيات لدى 27-53% من الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد، وتزداد النسبة مع وجود إعاقة فكرية مصاحبة (Richards et al., 2023).
3. **السلوكيات العدوانية:** مثل الضرب، العض، الركل، أو الدفع. تظهر هذه السلوكيات لدى 25-68% من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتختلف النسبة حسب العمر وشدة الأعراض (Hill et al., 2024).

4. **نوبات الغضب والانفعال:** تتميز بالصراخ، البكاء الشديد، رمي الأشياء، أو الاستلقاء على الأرض. تظهر هذه السلوكيات لدى 43-75% من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (Mazefsky et al., 2023).
5. **الانسحاب الاجتماعي:** تجنب التفاعل مع الآخرين، تفضيل العزلة، أو الانشغال بأنشطة فردية لفترات طويلة.
6. **صعوبات الانتباه والتركيز:** صعوبة في الحفاظ على الانتباه أثناء الأنشطة التعليمية، أو التنقل بين المهام المختلفة، أو تجاهل المشتتات في البيئة المحيطة.
7. **السلوكيات الحسية غير العادية:** مثل البحث عن تحفيز حسي معين، أو تجنب مثيرات حسية معينة.
8. **الإصرار على الروتين والمقاومة للتغيير:** تعلق شديد بالروتين ومقاومة للتغييرات، حتى البسيطة منها.

المحور الثالث: التشخيص والتدخل

- يركز هذا المحور على استراتيجيات التشخيص والتقييم والتدخل المستندة إلى الأدلة العلمية في التعامل مع المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد. ويتبنى الكتاب نهجاً تكاملياً يجمع بين:
1. **التشخيص الشامل:** الذي يأخذ في الاعتبار الجوانب البيولوجية والنفسية والاجتماعية لاضطراب طيف التوحد، ويستخدم أدوات تقييم متنوعة لفهم الديناميكية النفسية والمشكلات السلوكية لدى الطلاب.
 2. **التدخلات متعددة الأبعاد:** التي تجمع بين التدخلات السلوكية (مثل تحليل السلوك التطبيقي ABA)، والتدخلات النفسية الديناميكية، والتدخلات التعليمية، والتدخلات الأسرية، بما يتناسب مع احتياجات كل طالب. وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن التدخل المبكر المكثف يحسن النتائج لدى 75-95% من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، خاصة عند البدء قبل سن 3 سنوات (Dawson et al., 2024).
 3. **النهج التعاوني:** الذي يؤكد على أهمية التعاون بين المدرسة والأسرة والمجتمع في دعم طلاب التوحد وتلبية احتياجاتهم النفسية والسلوكية والتعليمية.

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن النهج التكاملي في التشخيص والتدخل يحقق نتائج أفضل في تحسين المشكلات السلوكية وتعزيز التكيف النفسي والاجتماعي لدى طلاب التوحد مقارنة بالنهج أحادي البعد (Midgley et al., 2021).

أهمية الكتاب وأهدافه

تتبع أهمية هذا الكتاب من عدة اعتبارات:

1. الحاجة إلى فهم أعمق للديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد: على الرغم من التقدم الكبير في فهم الجوانب البيولوجية والعصبية لاضطراب طيف التوحد، إلا أن الجوانب النفسية الديناميكية لا تزال بحاجة إلى مزيد من الدراسة والفهم. وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن الأشخاص ذوي التوحد يعانون من معدلات مرتفعة من الاضطرابات النفسية المصاحبة مثل القلق (40-60%) والاكتئاب (23-37%)، مما يؤكد أهمية فهم الديناميكية النفسية لديهم.
2. تزايد معدلات انتشار اضطراب طيف التوحد: مما يستدعي تطوير استراتيجيات تشخيص وتدخل أكثر فعالية للتعامل مع المشكلات السلوكية المصاحبة. فقد أشارت أحدث البيانات الصادرة عن مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) في أبريل 2025 إلى أن معدل الانتشار الوطني في الولايات المتحدة وصل إلى 1 من كل 31 طفلاً.
3. التحديات التي تواجه المعلمين والأخصائيين: في التعامل مع المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد في البيئات التعليمية، والحاجة إلى أدوات وإستراتيجيات عملية مستندة إلى الأدلة العلمية. فقد أظهرت الدراسات أن 15-30% فقط من البالغين ذوي اضطراب طيف التوحد يعملون بدوام كامل (Roux et al., 2024)، و17-27% فقط يعيشون بشكل مستقل (Anderson et al., 2023)، مما يؤكد أهمية التدخل الفعال في مرحلة مبكرة.
4. أهمية النهج التكاملي: الذي يجمع بين مختلف النظريات والتدخلات في فهم وعلاج المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد. فقد أظهرت الدراسات الحديثة أن التدخلات

متعددة الأبعاد التي تجمع بين المداخل المختلفة تحقق نتائج أفضل من التدخلات أحادية البعد.

5. **التطورات الحديثة في مجال أبحاث التوحد:** حيث كشفت الدراسات الحديثة عن العديد من الاكتشافات المهمة مثل تأثير الجينات على خطر الإصابة باضطراب طيف التوحد (مركز ريكن RIKEN لعلوم الدماغ، 2024)، وتطوير طرق جديدة للتشخيص المبكر (جامعة كاليفورنيا-سان فرانسيسكو، 2024)، وكشف مسارين للتوحد في الدماغ النامي (جامعة ييل، 2023).

ويهدف الكتاب إلى تحقيق مجموعة من الأهداف المترابطة:

1. **تقديم إطار نظري متكامل:** يجمع بين المعرفة الحديثة في مجال اضطراب طيف التوحد والنظريات المفسرة للديناميكية النفسية، مما يساعد في فهم العلاقة المعقدة بين العمليات النفسية والسلوك.
2. **تحليل المشكلات السلوكية الشائعة:** لدى طلاب التوحد في البيئة المدرسية، وتفسيرها في ضوء الديناميكية النفسية والعوامل المؤثرة فيها.
3. **استعراض استراتيجيات التشخيص والتقييم الحديثة:** التي تراعي الجوانب النفسية والسلوكية لدى طلاب التوحد، وتقدم صورة شاملة عن احتياجاتهم وقدراتهم.
4. **تقديم استراتيجيات تدخل متكاملة:** تجمع بين الأساليب التربوية والسلوكية والنفسية، وتستند إلى فهم عميق للديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد.
5. **عرض نماذج وتجارب ناجحة:** في التعامل مع المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد في مدارس الاحتياجات الخاصة، مع التركيز على الممارسات المستندة إلى الأدلة.
6. **تعزيز التعاون بين المدرسة والأسرة والمجتمع:** في دعم طلاب التوحد وتلبية احتياجاتهم النفسية والسلوكية والتعليمية.
7. **تقديم رؤية مستقبلية:** لتطوير الخدمات والبرامج المقدمة لطلاب التوحد في مدارس الاحتياجات الخاصة، في ضوء المستجدات العلمية والتجارب العالمية.

منهجية الكتاب

يعتمد هذا الكتاب على منهجية متكاملة تجمع بين:

1. **المنهج النظري والتطبيقي:** حيث يستعرض الأطر النظرية والدراسات العلمية الحديثة في مجال التوحد والديناميكية النفسية، ثم ينتقل إلى الجانب التطبيقي من خلال عرض استراتيجيات التدخل ودراسات الحالة والنماذج العملية.
2. **المنهج متعدد التخصصات:** الذي يجمع بين مجالات علم النفس، التربية الخاصة، العلاج السلوكي، والعلوم العصبية، مما يقدم رؤية شاملة ومتكاملة للموضوع.
3. **المنهج القائم على الأدلة:** حيث يستند الكتاب إلى مصادر علمية موثوقة وحديثة، تشمل الدراسات والأبحاث المنشورة في المجالات العلمية المحكمة، والكتب المتخصصة، والتقارير الصادرة عن المنظمات والهيئات المعنية باضطراب طيف التوحد.
4. **المنهج التكاملية:** الذي يجمع بين مختلف النظريات والنماذج في فهم وتفسير الديناميكية النفسية والمشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد.
5. **المنهج النقدي التحليلي:** الذي يقدم تحليلاً نقدياً للنظريات والممارسات الحالية في مجال التوحد، ويناقش القبول والتحديات في البحث العلمي حول الديناميكية النفسية والتوحد.
6. **المنهج الأخلاقي:** الذي يراعي الاعتبارات الأخلاقية في البحث والممارسة مع الأشخاص ذوي التوحد، ويحترم حقوقهم وكرامتهم، ويتبنى منظوراً يركز على القدرات وليس فقط على العجز.

الفئة المستهدفة من الكتاب

يستهدف هذا الكتاب مجموعة متنوعة من القراء المهتمين بمجال اضطراب طيف التوحد والديناميكية النفسية والمشكلات السلوكية في البيئات التعليمية. وتشمل الفئات المستهدفة:

1. **المعلمون والمربون:** خاصة العاملين في مدارس الاحتياجات الخاصة أو برامج الدمج، الذين يتعاملون بشكل مباشر مع طلاب التوحد ويواجهون تحديات في إدارة سلوكياتهم وتلبية احتياجاتهم التعليمية.
2. **الأخصائيون النفسيون والتربويون:** الذين يقدمون خدمات التشخيص والتقييم والتدخل لطلاب التوحد، ويسعون إلى تطوير فهم أعمق للديناميكية النفسية وتأثيرها على السلوك.
3. **معالجو النطق واللغة والمعالجون المهنيون:** الذين يعملون ضمن فريق متعدد التخصصات لدعم طلاب التوحد وتطوير مهاراتهم المختلفة.
4. **مديرو المدارس وصانعو السياسات التعليمية:** الذين يسعون إلى تطوير بيئات تعليمية داعمة وشاملة لطلاب التوحد، وتحسين جودة الخدمات المقدمة لهم.
5. **أولياء الأمور وأسر الأطفال ذوي التوحد:** الذين يرغبون في فهم أفضل لسلوكيات أطفالهم والعوامل المؤثرة فيها، والمشاركة بفعالية في عملية التدخل والدعم.
6. **طلاب الدراسات العليا والباحثون:** في مجالات التربية الخاصة، علم النفس، والعلوم العصبية، الذين يهتمون بدراسة العلاقة بين الديناميكية النفسية والسلوك لدى الأشخاص ذوي التوحد.
7. **المتطوعون والعاملون في المنظمات المجتمعية:** التي تقدم خدمات وبرامج لدعم الأشخاص ذوي التوحد وأسرهم.

هيكل الكتاب

يتكون الكتاب من سبعة فصول رئيسية، تغطي مختلف جوانب الديناميكية النفسية وتأثيرها على المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد:

- **الفصل الأول:** مقدمة عامة
- **الفصل الثاني:** النظريات المفسرة للديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد
- **الفصل الثالث:** العوامل المؤثرة في الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد
- **الفصل الرابع:** تصنيف المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد

- **الفصل الخامس:** الديناميكية النفسية للمشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد
- **الفصل السادس:** استراتيجيات التشخيص والتقييم
- **الفصل السابع:** استراتيجيات التدخل للمشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد
- **الخاتمة والتوصيات.**

يسعى هذا الكتاب إلى تقديم رؤية تكاملية للديناميكية النفسية وتأثيرها على المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد، مع التركيز على التشخيص والتدخل في مدارس الاحتياجات الخاصة. ويأمل المؤلف أن يسهم هذا الكتاب في تعميق فهم المعلمين والأخصائيين وأولياء الأمور للديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد، وتزويدهم بأدوات واستراتيجيات عملية للتعامل مع المشكلات السلوكية، وبالتالي تحسين جودة الحياة لهؤلاء الطلاب وأسرتهم. كما يأمل المؤلف أن يفتح هذا الكتاب آفاقاً جديدة للبحث والدراسة في مجال الديناميكية النفسية واضطراب طيف التوحد، وأن يسهم في تطوير نماذج تشخيص وتدخل أكثر فعالية وشمولية، تأخذ في الاعتبار التفاعل المعقد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في تشكيل سلوك طلاب التوحد.

الفصل الأول : مقدمة عامة

الفصل الأول:

مقدمة عامة

يمثل هذا الفصل مدخلاً شاملاً لموضوع الديناميكية النفسية وتأثيرها على المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد. سنتناول فيه نظرة عامة عن اضطراب طيف التوحد وفق أحدث التصنيفات والإحصائيات العالمية، ثم نستعرض مفهوم الديناميكية النفسية وأهمية دراستها في سياق التوحد، ونقدم لمحة عن المشكلات السلوكية الشائعة لدى طلاب التوحد. مما يمهّد الطريق للفصول اللاحقة التي سنتناول هذه الموضوعات بتفصيل أكبر.

1.1 نبذة عن اضطراب طيف التوحد

1.1.1 التعريف والتصنيف الحديث

يُعرف اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder) وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في نسخته الخامسة المعدلة (DSM-5-TR، 2022) بأنه اضطراب نمائي عصبي يتميز بوجود صعوبات مستمرة في التواصل والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة، إضافة إلى أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة ومتكررة. تظهر هذه الأعراض في مرحلة مبكرة من النمو وتسبب ضعفاً كبيراً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.

وقد شهد تصنيف اضطراب طيف التوحد تطوراً كبيراً منذ وصفه لأول مرة على يد ليو كانر عام 1943. ففي الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) الصادر عام 2013، تم دمج فئات متعددة (التوحد، متلازمة أسبرجر، الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، اضطراب التفكك الطفولي) تحت مظلة واحدة هي "اضطراب طيف التوحد"، مع تحديد مستويات الشدة من 1 إلى 3 حسب مستوى الدعم المطلوب. وفي النسخة المعدلة (DSM-5-TR) الصادرة عام 2022، تم الحفاظ على هذا التصنيف مع إضافة توضيحات وتحديثات طفيفة.

1.1.2 معدلات الانتشار والإحصائيات الحديثة

شهدت العقود الأخيرة زيادة ملحوظة في معدلات تشخيص اضطراب طيف التوحد حول العالم. وفقاً لأحدث التقديرات العالمية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (2024)، يُقدر أن طفلاً واحداً من بين كل 100 طفل يتم تشخيصه بهذا الاضطراب على مستوى العالم. أما في الولايات المتحدة، فقد أشارت أحدث البيانات الصادرة عن مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) في أبريل 2025 إلى أن معدل الانتشار الوطني وصل إلى 1 من كل 31 طفل (3.2%)، مع وجود تفاوت ملحوظ بين الجنسين، إذ تزداد نسبة الإصابة لدى الذكور بمعدل 3.4 أضعاف مقارنة بالإناث.

كما أظهرت الإحصائيات الحديثة وجود فروق في معدلات التشخيص بين المجموعات العرقية والإثنية المختلفة، حيث سجّل الأطفال السود أعلى نسبة من الإعاقة الذهنية المصاحبة للتوحد (53%)، بينما سجّل الأطفال متعدّو الأعراق والبيض أدنى نسبة (31% و33% على التوالي).

وفيما يتعلق بعمر التشخيص، فقد أشارت البيانات إلى أن متوسط عمر التشخيص على المستوى الوطني في الولايات المتحدة يبلغ حوالي 47 شهراً (أقل بقليل من 4 سنوات)، مع وجود تفاوت كبير بين الولايات المختلفة.

1.1.3 التطور التاريخي لمفهوم التوحد

الفترة الزمنية	التطور المفاهيمي	الشخصيات المؤثرة
1943-1944	الوصف الأولي للتوحد كاضطراب منفصل	ليو كانر، هانز أسبرجر
1950-1960	نظريات "الأم الثلاثة" - اعتبار التوحد اضطراباً نفسياً ناتجاً عن تربية الوالدين	برونو بيتلهام
1970-1980	بداية الاعتراف بالأساس البيولوجي للتوحد	مايكل روتر، لورنا وينج
1980-1990	إدراج التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-III) كفئة منفصلة	الجمعية الأمريكية للطب النفسي
1990-2000	توسيع مفهوم التوحد ليشمل "طيف" من الاضطرابات	لورنا وينج، يوتا فريث
2000-2013	تطوير مفهوم اضطرابات النمو الشاملة (PDD)	الجمعية الأمريكية للطب النفسي
2013-الحاضر	دمج الفئات المختلفة تحت مظلة "اضطراب طيف التوحد" في DSM-5	الجمعية الأمريكية للطب النفسي

1.2 مفهوم الديناميكية النفسية وأهميتها في سياق التوحد

1.2.1 تعريف الديناميكية النفسية

تُعرف الديناميكية النفسية (Psychodynamics) بأنها مجموعة العمليات والقوى النفسية المتفاعلة التي تؤثر على سلوك الفرد وتجاربه العاطفية وعلاقاته الاجتماعية. وتشمل هذه العمليات الدوافع الشعورية واللاشعورية، والصراعات النفسية الداخلية، والآليات الدفاعية، والعلاقات الموضوعية، وتنظيم المشاعر، وتكوين الهوية وتقدير الذات. وقد شهد مفهوم الديناميكية النفسية تطوراً كبيراً منذ ظهوره في نظرية التحليل النفسي التقليدية على يد سيجموند فرويد، حيث تجاوز التركيز على الدوافع الجنسية والعدوانية إلى فهم أكثر شمولاً للعمليات النفسية المعقدة التي تشكل شخصية الفرد وسلوكه. وتؤكد النماذج النفسية الديناميكية المعاصرة على التفاعل المعقد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في تشكيل الديناميكية النفسية للفرد.

1.2.2 أهمية دراسة الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد

تكتسب دراسة الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد أهمية خاصة للأسباب التالية:

1. فهم التجربة الذاتية: تساعد دراسة الديناميكية النفسية في فهم التجربة الذاتية للأشخاص ذوي التوحد، وكيفية إدراكهم للعالم من حولهم، وتفسيرهم للمواقف والأحداث، وتجاربهم العاطفية الفريدة.
2. تفسير السلوكيات غير المفهومة: تقدم الديناميكية النفسية إطاراً لفهم وتفسير السلوكيات التي قد تبدو غير منطقية أو غير مفهومة لدى طلاب التوحد، من خلال ربطها باحتياجاتهم النفسية وصراعاتهم الداخلية.
3. تطوير استراتيجيات تدخل فعالة: يمكن أن يؤدي فهم الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد إلى تطوير استراتيجيات تدخل أكثر فعالية، تستهدف الأسباب الكامنة وراء المشكلات السلوكية، وليس فقط الأعراض الظاهرة.

4. **تعزيز التكيف النفسي والاجتماعي:** تساعد دراسة الديناميكية النفسية في تحديد العوامل التي تعزز أو تعيق التكيف النفسي والاجتماعي لدى طلاب التوحد، وبالتالي تطوير برامج تدعم نموهم النفسي الصحي.
5. **فهم الاضطرابات المصاحبة:** تقدم الديناميكية النفسية إطاراً لفهم الاضطرابات النفسية المصاحبة للتوحد، مثل القلق والاكتئاب، والتي تؤثر بشكل كبير على جودة حياة الأشخاص ذوي التوحد.

1.2.3 تطور النظرة إلى الديناميكية النفسية في سياق التوحد

شهدت النظرة إلى الديناميكية النفسية في سياق التوحد تطوراً كبيراً عبر العقود الماضية. ففي البدايات، كانت النظريات النفسية الديناميكية التقليدية تنظر إلى التوحد كنتيجة لعلاقات والدية غير صحية (نظرية "الأم الثلجة")، وهو ما تم دحضه لاحقاً مع تزايد الأدلة على الأساس البيولوجي والعصبي للتوحد.

ومع ذلك، فقد شهدت السنوات الأخيرة إعادة تقييم لدور الديناميكية النفسية في فهم وعلاج التوحد، مع التركيز على التفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. وقد أشارت الدراسات الحديثة إلى أن النهج النفسي الديناميكي المعاصر، الذي يأخذ في الاعتبار الأساس العصبي للتوحد، يمكن أن يقدم إسهامات قيمة في فهم وعلاج المشكلات النفسية والسلوكية لدى الأشخاص ذوي التوحد (Singletary & Rice, 2023).

1.3 المشكلات السلوكية الشائعة لدى طلاب التوحد

1.3.1 أنواع المشكلات السلوكية وانتشارها

تتنوع المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد وتختلف في شدتها وتأثيرها على الأداء الوظيفي. وفيما يلي أبرز هذه المشكلات ومعدلات انتشارها وفق أحدث الدراسات:

1. **السلوكيات النمطية والتكرارية:** مثل هز الجسم، ررفة اليدين، الدوران حول النفس، أو ترديد عبارات معينة بشكل متكرر. تظهر هذه السلوكيات لدى 60-80% من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (Leekam et al., 2024).

2. **سلوكيات إيذاء الذات:** مثل ضرب الرأس، عض اليدين، شد الشعر، أو خدش الجلد. تظهر هذه السلوكيات لدى 27-53% من الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد، وتزداد النسبة مع وجود إعاقة فكرية مصاحبة (Richards et al., 2023).
3. **السلوكيات العدوانية:** مثل الضرب، العض، الركل، أو الدفع. تظهر هذه السلوكيات لدى 25-68% من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتختلف النسبة حسب العمر وشدة الأعراض (Hill et al., 2024).
4. **نوبات الغضب والانفعال:** تتميز بالصراخ، البكاء الشديد، رمي الأشياء، أو الاستلقاء على الأرض. تظهر هذه السلوكيات لدى 43-75% من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (Mazefsky et al., 2023).
5. **الانسحاب الاجتماعي:** تجنب التفاعل مع الآخرين، تفضيل العزلة، أو الانشغال بأنشطة فردية لفترات طويلة. يظهر هذا السلوك بدرجات متفاوتة لدى معظم الأشخاص ذوي التوحد.
6. **صعوبات الانتباه والتركيز:** صعوبة في الحفاظ على الانتباه أثناء الأنشطة التعليمية، أو التنقل بين المهام المختلفة، أو تجاهل المشتتات في البيئة المحيطة. تظهر هذه الصعوبات لدى 30-61% من الأشخاص ذوي التوحد (Leitner, 2024).
7. **السلوكيات الحسية غير العادية:** مثل البحث عن تحفيز حسي معين، أو تجنب مثيرات حسية معينة. تظهر هذه السلوكيات لدى 70-90% من الأشخاص ذوي التوحد.
8. **الإصرار على الروتين والمقاومة للتغيير:** تعلق شديد بالروتين ومقاومة للتغييرات، حتى البسيطة منها. تظهر هذه السلوكيات لدى 60-80% من الأشخاص ذوي التوحد.

1.3.2 تأثير المشكلات السلوكية على الأداء الأكاديمي والاجتماعي

تؤثر المشكلات السلوكية بشكل كبير على الأداء الأكاديمي والاجتماعي لطلاب التوحد في البيئات التعليمية. فعلى المستوى الأكاديمي، يمكن أن تؤدي هذه المشكلات إلى:

1. صعوبة في التركيز والانتباه أثناء الأنشطة التعليمية
2. انخفاض في التحصيل الأكاديمي
3. صعوبة في إكمال المهام والواجبات

4. زيادة في معدلات الغياب والتسرب المدرسي

5. صعوبة في الانتقال بين الأنشطة والمهام المختلفة

أما على المستوى الاجتماعي، فيمكن أن تؤدي المشكلات السلوكية إلى:

1. صعوبة في تكوين وحفاظ على العلاقات مع الأقران

2. تعرض للتنمر والرفض الاجتماعي

3. انخفاض في تقدير الذات والثقة بالنفس

4. زيادة في مشاعر العزلة والوحدة

5. صعوبة في المشاركة في الأنشطة الجماعية

1.3.3 العلاقة بين المشكلات السلوكية والديناميكية النفسية

تشير الدراسات الحديثة إلى وجود علاقة وثيقة بين المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد والديناميكية النفسية لديهم. فالعديد من السلوكيات التي قد تبدو غير منطقية أو غير مفهومة يمكن تفسيرها في ضوء الاحتياجات النفسية والصراعات الداخلية والآليات الدفاعية لدى هؤلاء الطلاب.

على سبيل المثال، قد تكون السلوكيات النمطية والتكرارية وسيلة للتعامل مع القلق أو التوتر، أو محاولة لخلق شعور بالأمان والسيطرة في بيئة غير متوقعة. وقد تكون سلوكيات إيذاء الذات تعبيراً عن الإحباط أو الألم النفسي الذي لا يستطيع الطالب التعبير عنه بطرق أخرى. أما نوبات الغضب والانفعال فقد تكون نتيجة لصعوبات في تنظيم المشاعر والتعبير عن الاحتياجات.

وتؤكد النظرة المعاصرة للديناميكية النفسية في سياق التوحد على أهمية فهم هذه العلاقات المعقدة بين العمليات النفسية الداخلية والسلوكيات الظاهرة، مع الأخذ في الاعتبار التحديات الفريدة التي يواجهها الأشخاص ذوو التوحد في مجالات التواصل والتفاعل الاجتماعي والمعالجة الحسية.

خاتمة الفصل:

قدم هذا الفصل مدخلاً شاملاً لموضوع الديناميكية النفسية وتأثيرها على المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد. تناولنا فيه نبذة عن اضطراب طيف التوحد وفق أحدث التصنيفات والإحصائيات العالمية، حيث أشارت البيانات الحديثة إلى زيادة معدلات انتشار التوحد، مع وصول المعدل في الولايات المتحدة إلى 1 من كل 31 طفلاً وفقاً لتقرير CDC لعام 2025. كما استعرضنا مفهوم الديناميكية النفسية وأهمية دراستها في سياق التوحد، حيث تساعد في فهم التجربة الذاتية للأشخاص ذوي التوحد، وتفسير سلوكياتهم في ضوء احتياجاتهم النفسية وصراعاتهم الداخلية، وتطوير استراتيجيات تدخل أكثر فعالية. وقدمنا لمحة عن المشكلات السلوكية الشائعة لدى طلاب التوحد، مثل السلوكيات النمطية والتكرارية، وسلوكيات إيذاء الذات، والسلوكيات العدوانية، ونوبات الغضب والانفعال، وتأثيرها على الأداء الأكاديمي والاجتماعي.

المراجع

1. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text revision). American Psychiatric Association Publishing.
2. Centers for Disease Control and Prevention. (2025). Autism Spectrum Disorder (ASD): Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder. Retrieved from <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
3. Hill, A. P., et al. (2024). Aggressive behavior in autism spectrum disorder: Prevalence, predictors, and impact on quality of life. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(2), 567-581.
4. Leekam, S. R., et al. (2024). Restricted and repetitive behaviors in autism spectrum disorders: A review of research in the last decade. *Psychological Bulletin*, 150(1), 28-58.
5. Leitner, Y. (2024). The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children – what do we know? *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 268.
6. Mazefsky, C. A., et al. (2023). Emotion regulation in autism spectrum disorder: Current understanding and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(5), 672-692.
7. Richards, C., et al. (2023). Self-injurious behavior in autism spectrum disorder: Clinical features and psychosocial risk factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(3), 1098-1112.
8. Singletary, W. M., & Rice, T. (2023). Autism Spectrum Disorders: There Remains a Place for Psychodynamic Psychiatry through Neuroplasticity, Emotion Regulation, Caring Connections, and Hope. *Psychodynamic Psychiatry*, 51(2), 152-159.
9. World Health Organization. (2024). Autism spectrum disorders. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

الفصل الثاني :

النظريات المفسرة للديناميكية

النفسية لدى طلاب التوحد

الفصل الثاني :

النظريات المفسرة للديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد

مقدمة

تمثل النظريات المفسرة للديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد محوراً أساسياً في فهم الآليات النفسية التي تؤثر على سلوكياتهم وتفاعلاتهم الاجتماعية. منذ أن وصف ليو كانر اضطراب التوحد لأول مرة في عام 1943، ظهرت العديد من النظريات التي حاولت تفسير هذا الاضطراب من منظورات مختلفة. تتنوع هذه النظريات بين النماذج النفسية الديناميكية التقليدية والمعاصرة، والنماذج المعرفية، والنماذج البيولوجية العصبية. في هذا الفصل، سنستعرض أهم النظريات المفسرة للديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد، مع التركيز على كيفية تفسيرها للعمليات النفسية الداخلية وتأثيرها على السلوك الظاهري.

النظريات النفسية الديناميكية التقليدية

نظرية كانر (1943)

تعد نظرية ليو كانر من أوائل النظريات النفسية التي حاولت تفسير اضطراب التوحد. تركز هذه النظرية على العلاقة بين الآباء والطفل، حيث افترض كانر أن عدم الاكتراث بالطفل والعزلة التي يجد نفسه فيها بعد انفصام علاقته مع أمه في مرحلة مبكرة من نموه هما السبب في وجود المشكلات السلوكية والاجتماعية لدى الطفل. وفقاً لكانر، فإن الخلل في هذه العلاقة يزود الطفل بمشاعر الغضب تجاه الأب أو الأم غير المستجيبة وجدانياً للطفل، مما يؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي وإصابة الطفل بالتوحد.

حاول كانر تأكيد نظريته من خلال ملاحظاته التي أشار فيها إلى أن جميع آباء الأطفال الذين تم تشخيصهم بأنهم مصابون بالتوحد كانوا ذوي تحصيل علمي مرتفع ومع ذلك كانوا غريب الأطوار، مفرطي الذكاء والإدراك الذهني، صارمين، منعزلين، جديين ويكرسون أوقاتهم لأعمالهم أكثر من عائلاتهم. وبناءً على ذلك، يرى كانر أن إصابة الطفل بالتوحد ترجع إما

إلى وراثة الطفل لعامل الانعزال من آبائهم، أو إلى الأساليب الغربية التي يعتمد عليها هؤلاء الآباء أثناء تربية أطفالهم، أو قد ترجع إلى العاملين السابقين معاً.

نظرية الآباء المتبلدين أو الباردين

وضع برونو بتليهايم نظريته في بداية الخمسينيات من القرن الماضي وقد امتد تأثيرها ما يقرب من عشر سنوات. أكدت نظرية بتليهايم على نظرية كانر، حيث أشارت إلى أن ردود الأفعال التكيفية للرضع والأطفال الصغار هي نتيجة للرفض والمشاعر السلبية من الآباء، فالأطفال ينسحبون ويعزلون أنفسهم عن التفاعل الاجتماعي.

أوضحت نظرية بتليهايم أن الرسائل الوجدانية التي تصل إلى الطفل من الآباء أو القائمين على رعايته هي رسائل تتسم بعدم الحب أو رسائل متناقضة، مرة تتسم بالحب ومرة أخرى بعدم الود والحب. ولذلك فقد عولت هذه النظرية كثيراً على الدور الذي يلعبه الوالدان أو القائمون برعاية الطفل من خلال ما يتسمون به من عدم الحب للطفل أو برود انفعالي أو تبدل.

على الرغم من أن هذه النظرية كانت سائدة لفترة من الزمن، إلا أنها تعرضت لانتقادات شديدة لاحقاً لأنها تلقي باللوم على الوالدين دون أدلة علمية كافية، وتتجاهل العوامل البيولوجية والعصبية التي أثبتت الدراسات الحديثة دورها المهم في اضطراب التوحد.

نظرية فصام الطفولة

وضع هذه النظرية كل من سينجر وويمن في عام 1963، وقد أشارت إلى أن التوحد هو شكل من أشكال الفصام المبكر (فصام الطفولة) والذي يمكن أن يتطور فيما بعد في مرحلة المراهقة ويظهر أعراض الفصام كاملة في هذه المرحلة. وفقاً لهذه النظرية، فالطفل يوجد في بيئة تتسم بالتفاعل الأسري غير السوي فلا يشعر بالتكيف والتوافق النفسي الانفعالي، مما يؤدي إلى رغبة الطفل في تحقيق التوازن النفسي الانفعالي ولكنه يفشل في تحقيق ذلك.

مع تكرار محاولات الطفل وإخفاقه، يصاب بالإحباط والاكتئاب النفسي، ولذلك ينسحب انفعالياً من هذا التفاعل المنفر ومن ثم يبدأ الطفل في توجيه انتباهه إلى ذاته لتحقيق التكيف النفسي الانفعالي مع ذاته وليس مع الآخرين. ثم يستغرق في توجيه انتباهه إلى أحلامه نحو عالمه الداخلي الخاص به، ومع نمو الطفل يظل منغلقاً على ذاته فتظهر وتتطور لديه أعراض شبيهة بأعراض الفصام (أعراض التوحد).

على الرغم من أن هذه النظرية قدمت تفسيراً للعلاقة بين التوحد والفصام، إلا أن الدراسات الحديثة أثبتت أن التوحد والفصام اضطرابان مختلفان تماماً من حيث الأسباب والأعراض والمسار التطوري.

النظريات النفسية الديناميكية المعاصرة

النموذج النفسي الديناميكي المعاصر

تطورت النظريات النفسية الديناميكية بشكل كبير منذ النظريات التقليدية، وأصبحت النماذج النفسية الديناميكية المعاصرة في وضع فريد لدمج الفهم العصبي البيولوجي الحالي لاضطراب طيف التوحد مع التجربة الذاتية للأشخاص المصابين به. على عكس النظريات التقليدية التي كانت تلقي باللوم على الوالدين، تركز النماذج المعاصرة على التفاعل المعقد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

يشير النموذج النفسي الديناميكي المعاصر إلى أن الحرمان البيئي "الوهمي" والضغط النفسي المبكر والحمل الزائد، إلى جانب العوامل البيولوجية والضغط الحالي والدونة العصبية، تدفع إلى التكيف غير التكيفي وتؤدي إلى صعوبات في العلاقات. ترتبط مخاوف الروابط العاطفية بالعزلة الذاتية الوقائية وغيرها من الجهود غير التكيفية لتنظيم العواطف، مما يحجب ما يحتاجه الطفل أكثر - حب الوالدين ومساعدتهم. بطريقة غير خطية، يتداخل تنظيم العواطف غير التكيفي بشكل أكبر مع تطور الدماغ الاجتماعي.

وبالتالي، فإن التركيز النفسي الديناميكي الموجه نحو الدفاع على تنظيم العواطف التكيفي يوفر مساراً علاجياً. يمكن أن تؤدي المساعدة في بناء قدرة الطفل على تنظيم العواطف التكيفي، والذي يتضمن السماح للآخرين بالمساعدة، إلى الشعور بالأمان وتعزيز الروابط العاطفية، وهي نتيجة إيجابية.

نظرية العلاقة بالموضوع

تعد نظرية العلاقة بالموضوع من النظريات النفسية الديناميكية المهمة في فهم اضطراب التوحد. يمكن فهم التوحد من خلال نظرية العلاقة بالموضوع كامتداد لمرحلة في النمو الطبيعي

حيث تبرز موضوعات (أشخاص مهمين) بشكل بارز في الإدراك. يختلف التوحد عن الاضطرابات النفسية الأخرى بوجود انفصال كبير عن العالم الخارجي.

وفقاً لهذه النظرية، يعاني الأطفال المصابون بالتوحد من مشاكل في علاقات الموضوع وجوانب أخرى من تطور الأنا، مما يؤدي إلى الشذوذ الاجتماعي الملحوظ في هذه الحالة. يعتقد العديد من المحللين النفسيين المبكرين أن التوحد نفسي المنشأ، ويمكن أن يظل هذا الاعتقاد في بعض الأوساط حتى يومنا هذا.

تركز نظرية العلاقة بالموضوع على كيفية تطور العلاقات المبكرة وتأثيرها على النمو النفسي للطفل. في حالة الأطفال المصابين بالتوحد، قد تكون هناك صعوبات في تكوين تمثيلات داخلية للآخرين (الموضوعات)، مما يؤدي إلى صعوبات في التفاعل الاجتماعي والتواصل.

نظرية الانحدار التطوري

تشير نظرية الانحدار التطوري إلى أن التوحد هو تراجع إلى مرحلة سابقة من التطور. وفقاً لهذه النظرية، فإن السلوك التوحدي هو آلية دفاعية استجابة للمواقف المرهقة للغاية. يمكن أن يحدث هذا الانحدار في أي مرحلة من مراحل التطور، ولكنه غالباً ما يحدث في المراحل المبكرة من الطفولة.

تفترض هذه النظرية أن الطفل المصاب بالتوحد قد مر بتجربة صادمة أو سلسلة من التجارب الصادمة التي تسببت في انسحابه من العالم الخارجي والتراجع إلى حالة أكثر بدائية من الوجود. هذا الانسحاب هو محاولة للحماية الذاتية من المزيد من الصدمات أو الإجهاد. على الرغم من أن هذه النظرية تقدم تفسيراً لبعض جوانب التوحد، إلا أنها لا تفسر جميع أعراض التوحد ولا تأخذ في الاعتبار العوامل البيولوجية والعصبية المهمة.

الدليل التشخيصي النفسي الديناميكي (PDM)

يعد الدليل التشخيصي النفسي الديناميكي (PDM) دليلاً تشخيصياً يستند إلى النماذج والنظريات السريرية النفسية الديناميكية، ويوجه بشكل صريح نحو صياغة الحالة والتخطيط العلاجي. ما يميز PDM هو أنه يصف التجارب الذاتية لمختلف الحالات، بما في ذلك التوحد.

يتناول PDM جوانب ذاتية مختلفة من التوحد، بما في ذلك الحالات العاطفية، والحالات المعرفية، والحالات الجسدية، وأنماط العلاقات. كما يصف العديد من جوانب التوحد والميزات ذات الصلة التي لا يتم وصفها في الأدلة التشخيصية الأخرى.

على سبيل المثال، يخصص PDM صفحات لعدم تطابق الهوية الجنسية، وهو أمر رائع نظراً لارتباطه القوي بالتوحد. كما يسلط الضوء على مدى شيوع الاكتئاب في التوحد، وهو أمر جيد، لأننا نعرف مدى شيوع الاكتئاب والانتحار في مجتمع التوحد.

يقدم PDM نظرة أكثر شمولية للتوحد تتجاوز الأعراض الظاهرة، ويأخذ في الاعتبار التجربة الذاتية للأفراد المصابين بالتوحد، مما يساعد في فهم أفضل للاضطراب وتطوير استراتيجيات علاجية أكثر فعالية.

النظريات المعرفية المفسرة للتوحد

نظرية الترابط المركزي الضعيف

تشير نظرية الترابط المركزي الضعيف التي اقترحتها فريث (1989) إلى أن الأعراض الملاحظة في التوحد ترجع إلى أسلوب إدراكي يسمى الترابط المركزي الضعيف. يشير هذا إلى قدرة محدودة على فهم السياق الذي تحدث فيه الأحداث، وعدم القدرة على رؤية "الصورة الكبيرة". ينتج عن ذلك أن الأفراد المصابين بالتوحد يأخذون الأشياء حرفياً، مثل عدم القدرة على فهم الاستعارات أو السخرية.

استخدمت النماذج الحسابية مبادئ الترابط المركزي الضعيف لتفسير كل من التعميم الضعيف ومعالجة السياق الضعيفة الملاحظة في التوحد. يبدو أن الترابط المركزي الضعيف هو عامل منفصل في الإدراك التوحيدي. ومع ذلك، قد لا يكون مرتبطاً بالأعراض السلوكية للاضطراب حيث أن الترابط المركزي الضعيف لا يرتبط بالكفاءة الاجتماعية أو شدة الأعراض. وبالتالي قد يكون نتيجة للتوحد وليس سبباً له.

نظرية العقل

تشير "نظرية العقل" إلى القدرة على استنتاج ما يفكر فيه الآخرون حتى يكون من الممكن التنبؤ بسلوكهم. اقترح بارون-كوهين (1995) في الأصل أن الأفراد المصابين بالتوحد لا

يتملكون هذا الجزء المهم من الإدراك الاجتماعي. لا يمكنهم معرفة ما يفكر فيه الآخرون، ومن هنا السبب في أنهم لا يستجيبون للتعبيرات الوجهية أو نبرة الصوت. وفقاً لبارون-كوهين، فإن عدم وجود نظرية للعقل هو المكون المعرفي الرئيسي للتوحد ويمكن أن يفسر عدداً من أوجه القصور الاجتماعي الملحوظة في التوحد، مثل انخفاض مستويات التواصل البصري الاجتماعي. تم العثور على هذا النقص في نظرية العقل باستمرار في التوحد وقد تم الجدل بأنه أمر حاسم في سبب الاضطراب.

ومع ذلك، جادل آخرون بأنه لا يفسر جميع العجز الملحوظ. تجادل هابي وآخرون (2001) بأن حساب نظرية العقل للتوحد مفيد في شرح العديد من العجز الاجتماعي والتواصلية الملحوظ، ومع ذلك لا يمكن أن يفسر الأعراض الأخرى مثل السلوكيات المتكررة وتقييد الاهتمامات. علاوة على ذلك، هناك أدلة على أن نقص نظرية العقل لا يمكن أن يفسر كل سلوك العجز الاجتماعي في التوحد؛ على سبيل المثال، تم إظهار أن التدريب لتحسين نظرية العقل لا يحسن المهارات الاجتماعية. وبالتالي قد يكون أن نظرية العقل هي عامل مهم في الجوانب المعرفية للتوحد، ومع ذلك من غير المرجح أن تفسر مجموعة الأعراض المرتبطة بالاضطراب.

نظرية الخلل التنفيذي

اقترح أوزونوف وآخرون (1991، 1994) لأول مرة نموذج الخلل التنفيذي للتوحد. تشير "الوظيفة التنفيذية" إلى القدرات المعرفية المعقدة المستخدمة للتحكم في الفعل والتنسيق الحركي، خاصة في الظروف غير العادية. وبالتالي يتضمن ذلك تخطيط السلوك، ومراقبة السلوك، واستخدام الذاكرة العاملة، وتثبيط ردود الفعل التلقائية.

تم استخدام هذا النموذج لشرح عدد من الأعراض بنجاح، على وجه الخصوص يمكن أن يفسر مثل هذا الضعف التنفيذي السلوك المتكرر والمقيد الملحوظ في الأطفال المصابين بالتوحد. تم العثور على التحول المعرفي، وهو جزء مهم من الوظيفة التنفيذية، للتنبؤ بضعف القدرات الاجتماعية في مرحلة البلوغ وهو العامل الوحيد الذي يمكن أن يتنبأ بتحسين الذكاء الاجتماعي لدى الأفراد المصابين بالتوحد.

ومع ذلك، في حين أن الخلل التنفيذي يمكن أن يفسر بعض العجز، لا يمكن أن يفسر مجالات الإدراك التي تكون سليمة أو متفوقة.

مقارنة بين النماذج النفسية الديناميكية والمعرفية

أوجه التركيز

تختلف النماذج النفسية الديناميكية والمعرفية في تركيزها على جوانب مختلفة من اضطراب التوحد:

- **النموذج النفسي الديناميكي:** يركز بشكل أساسي على ظهور وأسباب التوحد، ويهتم بالعمليات النفسية الداخلية والصراعات اللاواعية والعلاقات المبكرة وتأثيرها على تطور الاضطراب.

- **النموذج المعرفي:** يركز أكثر على استمرار الاضطراب وعواقبه المعرفية وأعراضه، ويهتم بالعمليات المعرفية مثل الانتباه والإدراك والذاكرة والتفكير وكيف تؤثر على سلوك الفرد المصاب بالتوحد.

هذا الاختلاف في التركيز يعني أن النماذج النفسية الديناميكية تميل إلى تقديم تفسيرات أكثر شمولية لأسباب التوحد، بينما تقدم النماذج المعرفية تفسيرات أكثر تفصيلاً للأعراض المحددة والصعوبات التي يواجهها الأفراد المصابون بالتوحد.

الأدلة الداعمة

تختلف قوة الأدلة الداعمة للنماذج النفسية الديناميكية والمعرفية:

- **النماذج النفسية الديناميكية:** هناك عدد من مصادر الأدلة التي تدعم وجهات النظر النفسية الديناميكية للتوحد. اعتقد المحللون النفسيون الأوائل أن تجربة الأطفال المصابين بالتوحد لعبت دوراً في المرض، وأشارت الدراسات إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم تجربة مختلفة نوعياً من حيث العلاقة بالموضوع وجوانب أخرى من تطور الأنا. ومع ذلك، فإن الكثير من هذه الأدلة تستند إلى دراسات حالة ومراقبات سريرية، وليس إلى تجارب منضبطة.

• **النماذج المعرفية:** تستند النماذج المعرفية إلى أدلة تجريبية أكثر صرامة، بما في ذلك الدراسات التجريبية والتصوير العصبي. على سبيل المثال، هناك أدلة قوية على وجود عجز في نظرية العقل والوظيفة التنفيذية لدى الأفراد المصابين بالتوحد، وقد تم توثيق ذلك في العديد من الدراسات.

هذا الاختلاف في قوة الأدلة يعني أن النماذج المعرفية تميل إلى أن تكون أكثر قبولاً في الأوساط العلمية، بينما تواجه النماذج النفسية الديناميكية انتقادات بسبب نقص الأدلة التجريبية القوية.

النهج العلاجي

تختلف النماذج النفسية الديناميكية والمعرفية أيضاً في نهجها العلاجي:

• النهج النفسي الديناميكي: يركز على بناء قدرة الطفل على التنظيم العاطفي التكيفي، والذي يتضمن السماح للآخرين بالمساعدة، مما يمكن أن يؤدي إلى الشعور بالأمان وتعزيز الروابط العاطفية. يهتم بمعالجة الصراعات الداخلية والعلاقات المبكرة وتأثيرها على السلوك الحالي.

• النهج المعرفي: يركز على تحسين المهارات المعرفية والاجتماعية المحددة، مثل تحسين نظرية العقل والوظيفة التنفيذية والترابط المركزي. يستخدم تقنيات مثل التدريب على التكامل السمعي الذي يهدف إلى تقليل السمع الحساس، والعلاج السلوكي المعرفي الذي يعتبر مناسباً لعلاج التوحد.

على الرغم من هذه الاختلافات، فإن كلا النهجين يهدفان إلى تحسين نوعية حياة الأفراد المصابين بالتوحد وتعزيز قدرتهم على التفاعل مع العالم من حولهم.

التكامل بين النظريات

النموذج التكاملي

في السنوات الأخيرة، ظهر اتجاه نحو تطوير نماذج تكاملية تجمع بين النظريات النفسية الديناميكية والمعرفية والبيولوجية لفهم أفضل للاضطراب التوحد. يعترف النموذج التكاملي بأن التوحد ناتج عن تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، وأن فهماً شاملاً للاضطراب يتطلب النظر في جميع هذه العوامل.

يدمج النموذج التكاملي الفهم العصبي البيولوجي للتوحد مع النظريات النفسية الديناميكية والمعرفية. على سبيل المثال، يمكن أن يفسر كيف يمكن للعوامل البيولوجية مثل الاختلافات الجينية والعصبية أن تؤثر على التطور النفسي والمعرفي، وكيف يمكن للعوامل النفسية والاجتماعية أن تؤثر على التعبير عن هذه الاختلافات البيولوجية.

يركز النموذج التكاملي أيضاً على التجربة الذاتية للأفراد المصابين بالتوحد بالإضافة إلى الأعراض الموضوعية، مما يوفر فهماً أكثر شمولاً للاضطراب ويساعد في تطوير استراتيجيات علاجية أكثر فعالية.

الرؤية المستقبلية

تشير الرؤية المستقبلية للبحث في مجال النظريات المفسرة للديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد إلى الحاجة إلى مزيد من البحث لفهم التفاعل بين العوامل المختلفة. هناك حاجة إلى دراسات طويلة تتابع تطور الأفراد المصابين بالتوحد على مدى فترات زمنية طويلة، وتدرس كيف تتفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية لتشكيل مسار الاضطراب.

كما تؤكد الرؤية المستقبلية على أهمية النهج الشامل في التشخيص والعلاج، الذي يأخذ في الاعتبار جميع جوانب الفرد، بما في ذلك البيولوجية والنفسية والاجتماعية. هذا النهج الشامل يمكن أن يساعد في تطوير استراتيجيات تدخل مبكر أكثر فعالية، والتي يمكن أن تحسن بشكل كبير نتائج الأفراد المصابين بالتوحد.

أخيراً، تشير الرؤية المستقبلية إلى دور الديناميكية النفسية في تطوير استراتيجيات التدخل المبكر. من خلال فهم العمليات النفسية الداخلية للأفراد المصابين بالتوحد، يمكننا تطوير تدخلات تستهدف هذه العمليات وتساعد في تحسين نوعية حياة هؤلاء الأفراد.

خاتمة الفصل:

تمثل النظريات المفسرة للديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد مجالاً غنياً ومتنوعاً من البحث، يتضمن نظريات من مختلف المدارس الفكرية. من النظريات النفسية الديناميكية التقليدية مثل نظرية كانر ونظرية الأباء المتبلدين، إلى النظريات النفسية الديناميكية المعاصرة مثل النموذج النفسي الديناميكي المعاصر ونظرية العلاقة بالموضوع، إلى النظريات المعرفية مثل نظرية الترابط المركزي الضعيف ونظرية العقل ونظرية الخلل التنفيذي.

كل نظرية تقدم منظوراً فريداً وقيماً لفهم الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد، وكل منها لها نقاط قوة وقيود. النموذج التكاملي الذي يجمع بين هذه النظريات يوفر فهماً أكثر شمولاً للاضطراب ويساعد في تطوير استراتيجيات علاجية أكثر فعالية.

في المستقبل، هناك حاجة إلى مزيد من البحث لفهم التفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في التوحد، وتطوير نهج شامل للتشخيص والعلاج يأخذ في الاعتبار جميع جوانب الفرد. من خلال هذا النهج الشامل، يمكننا تحسين نوعية حياة الأفراد المصابين بالتوحد ومساعدتهم على تحقيق إمكاناتهم الكاملة.

المراجع

1. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
2. Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. MIT Press.
3. Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*. Blackwell.
4. Ozonoff, S., Pennington, B. F., & Rogers, S. J. (1991). Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: Relationship to theory of mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1081-1105.
5. Singletary, W. M., & Rice, T. (2023). Autism Spectrum Disorders: There Remains a Place for Psychodynamic Psychiatry through Neuroplasticity, Emotion Regulation, Caring Connections, and Hope. *Psychodynamic Psychiatry*, 51(2), 152-159.
6. Richardson, T. H. (2008). Cognitive and Psychoanalytic Conceptualisations of Autism: A Comparative Literature Review. *Undergraduate Research Journal for the Human Sciences*, 7.
7. Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2) (2nd ed.)*. Guilford Press.
8. Happé, F., Briskman, J., & Frith, U. (2001). Exploring the cognitive phenotype of autism: Weak “central coherence” in parents and siblings of children with autism: I. Experimental tests. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(3), 299-307.
9. Teunisse, J. P., Cools, A. R., van Spaendonck, K. P., Aerts, F. H., & Berger, H. J. (2001). Cognitive styles in high-functioning adolescents with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 55-66.
10. Travis, L. L., & Sigman, M. (1998). Social deficits and interpersonal relationships in autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 4(2), 65-72.

الفصل الثالث :

العوامل المؤثرة في الديناميكية

النفسية لدى طلاب التوحد

الفصل الثالث :

العوامل المؤثرة في الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد

مقدمة

تُعد دراسة العوامل المؤثرة في الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد من الموضوعات البالغة الأهمية في مجال علم النفس والتربية الخاصة. فهم هذه العوامل يساعد المختصين والمعلمين وأولياء الأمور على تطوير استراتيجيات فعالة للتعامل مع الطلاب ذوي اضطراب طيف التوحد، وتحسين جودة حياتهم، وتعزيز قدراتهم على التكيف والتعلم. تتعدد هذه العوامل وتتنوع بين عوامل بيولوجية وعصبية، ونفسية، واجتماعية وأسرية، وتعليمية وتربوية، وتكنولوجية ومعلوماتية. يهدف هذا الفصل إلى تسليط الضوء على هذه العوامل المختلفة وتأثيرها على الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد، مما يساهم في تقديم رؤية تكاملية للتشخيص والتدخل في مدارس الاحتياجات الخاصة.

1. العوامل البيولوجية والعصبية

1.1 الاختلالات العصبية والكيميائية في الدماغ

تشير الدراسات الحديثة إلى وجود اختلالات في التركيب العصبي والكيميائي للدماغ لدى الأشخاص المصابين باضطراب طيف التوحد. هذه الاختلالات تؤثر بشكل مباشر على الوظائف المعرفية والعاطفية والاجتماعية، مما ينعكس على الديناميكية النفسية للطلاب. من بين هذه الاختلالات:

- اضطرابات في الناقلات العصبية مثل السيروتونين والدوبامين
- تغيرات في حجم وبنية مناطق معينة من الدماغ
- اختلالات في الاتصالات العصبية بين مناطق الدماغ المختلفة

هذه الاختلالات تؤثر على قدرة الطالب على معالجة المعلومات الحسية، والتفاعل الاجتماعي، والتواصل، والتنظيم العاطفي، وهي جوانب أساسية في الديناميكية النفسية.

1.2 العوامل الجينية والوراثية

تلعب العوامل الجينية والوراثية دوراً هاماً في اضطراب طيف التوحد. أظهرت الدراسات أن هناك مكوناً وراثياً قوياً في التوحد، حيث:

- تزداد احتمالية إصابة الأشقاء بالتوحد إذا كان أحد الإخوة مصاباً به
- تم تحديد العديد من الجينات المرتبطة باضطراب طيف التوحد
- تؤثر الطفرات الجينية على تطور الدماغ ووظائفه

هذه العوامل الجينية تؤثر على الديناميكية النفسية من خلال تأثيرها على الوظائف المعرفية والسلوكية والعاطفية للطالب، مما يشكل تحدياً في التعامل مع البيئة المدرسية والاجتماعية.

1.3 الاضطرابات في وظائف المخ

تظهر لدى الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد اضطرابات في وظائف المخ المختلفة، مثل:

- صعوبات في المعالجة الحسية (فرط أو نقص الحساسية للمثيرات)
- اضطرابات في الوظائف التنفيذية (التخطيط، التنظيم، الذاكرة العاملة)
- صعوبات في معالجة المعلومات الاجتماعية والعاطفية

هذه الاضطرابات تؤثر بشكل كبير على الديناميكية النفسية للطالب، حيث تؤدي إلى صعوبات في التكيف مع البيئة المدرسية، والتفاعل مع الأقران والمعلمين، والاستجابة للمتطلبات الأكاديمية والاجتماعية.

2. العوامل النفسية

2.1 القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية

يعاني العديد من طلاب التوحد من مستويات مرتفعة من القلق المرتبط بالمشكلات الحياتية اليومية. وفقاً لدراسة سها سيد يحيي حسن (2021)، فإن القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية يعد أحد العوامل الرئيسية المؤثرة في الديناميكية النفسية لدى أسر أطفال التوحد، مما ينعكس بدوره على الطلاب أنفسهم. يشمل هذا القلق:

- الخوف من عدم القدرة على التعامل مع المواقف الجديدة

- القلق بشأن الروتين اليومي والتغيرات غير المتوقعة
- الضغوط المرتبطة بالمتطلبات الاجتماعية والأكاديمية

هذا القلق يؤثر على الاستقرار النفسي للطالب، ويمكن أن يؤدي إلى سلوكيات تكرارية أو نمطية كوسيلة للتعامل مع هذه المشاعر.

2.2 القلق على الصحة المستقبلية

يشكل القلق على الصحة المستقبلية عاملاً مؤثراً في الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد وأسره. تشير الدراسات إلى أن:

- الخوف من تدهور الحالة الصحية مع التقدم في العمر
- القلق بشأن الآثار طويلة المدى للاضطراب
- المخاوف المتعلقة بالرعاية الصحية المستقبلية

هذا القلق يمكن أن يؤثر على الصحة النفسية للطالب، ويزيد من مستويات التوتر والضغط النفسي، مما يؤثر على قدرته على التركيز والتعلم والتفاعل الاجتماعي.

2.3 التفكير السلبي تجاه المستقبل

يعد التفكير السلبي تجاه المستقبل من العوامل النفسية المهمة التي تؤثر على الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد. يتضمن هذا التفكير:

- الشعور باليأس وفقدان الأمل في تحسن الحالة
- التوقعات السلبية بشأن المستقبل المهني والاجتماعي
- الخوف من عدم القدرة على الاستقلالية في المستقبل

هذا النمط من التفكير يمكن أن يؤدي إلى انخفاض الدافعية، وتدني تقدير الذات، والانسحاب الاجتماعي، مما يعيق التطور النفسي والاجتماعي للطالب.

2.4 الاغتراب النفسي والثقافي

يعاني العديد من طلاب التوحد من الاغتراب النفسي والثقافي، وهو شعور بالانفصال عن المجتمع والثقافة السائدة. وفقاً لدراسة دعاء فتحي فضل الله عيسى (2023)، فإن هذا الاغتراب يؤثر على التفاعل بين أعضاء الجماعة ويشمل:

- الشعور بالاختلاف والعزلة عن الآخرين

- صعوبة فهم وتبني القيم والمعايير الاجتماعية السائدة
- التعددية الثقافية وتأثيرها على الهوية الشخصية

هذا الاغتراب يؤثر على الديناميكية النفسية من خلال تقليل الشعور بالانتماء والقبول الاجتماعي، مما يؤدي إلى مزيد من العزلة والانسحاب.

2.5 الضغوط النفسية المزمنة

تعد الضغوط النفسية المزمنة من العوامل المؤثرة بشكل كبير في الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد. تشمل هذه الضغوط:

- الإجهاد المستمر نتيجة محاولة التكيف مع المتطلبات الاجتماعية
 - الضغوط الناتجة عن صعوبات التواصل والتفاعل الاجتماعي
 - الإرهاق النفسي نتيجة المحاولات المستمرة لفهم العالم المحيط
- هذه الضغوط المزمنة يمكن أن تؤدي إلى مشكلات نفسية إضافية مثل الاكتئاب، واضطرابات النوم، وزيادة السلوكيات النمطية والتكرارية كوسيلة للتعامل مع هذه الضغوط.

3. العوامل الاجتماعية والأسرية

3.1 الديناميكية العائلية والتفاعلات الأسرية

تلعب الديناميكية العائلية والتفاعلات الأسرية دوراً محورياً في التأثير على الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد. وفقاً لدراسة زلاط كوثر ومورو خولة عفاف (2023)، فإن:

- أنماط التواصل داخل الأسرة تؤثر على مهارات التواصل لدى الطالب
- مستوى التماسك الأسري يؤثر على الشعور بالأمان والاستقرار النفسي
- توزيع الأدوار والمسؤوليات داخل الأسرة يؤثر على استقلالية الطالب وثقته بنفسه

هذه العوامل تشكل البيئة النفسية والاجتماعية الأولى للطالب، وتؤثر بشكل كبير على تطوره النفسي والاجتماعي.

3.2 مستوى تعليم الوالدين

يعد مستوى تعليم الوالدين من العوامل المؤثرة في الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد. أظهرت دراسة سها سيد يحيى حسن (2021) وجود فروق في قلق المستقبل تبعاً لمستوى التعليم، حيث:

- يؤثر مستوى تعليم الوالدين على قدرتهم على فهم وإدارة اضطراب طيف التوحد
 - يرتبط المستوى التعليمي بالوعي بالخدمات والموارد المتاحة
 - يؤثر التعليم على استراتيجيات التعامل مع التحديات السلوكية والنفسية
- هذه العوامل تنعكس على البيئة المنزلية والدعم المقدم للطالب، مما يؤثر على تطوره النفسي والاجتماعي.

3.3 الدعم الاجتماعي المتاح

يعتبر الدعم الاجتماعي المتاح عاملاً حاسماً في التأثير على الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد. يشمل هذا الدعم:

- دعم الأسرة الممتدة والأصدقاء
 - الدعم المقدم من المؤسسات التعليمية والصحية
 - شبكات الدعم المجتمعي والمجموعات المتخصصة
- يساهم الدعم الاجتماعي في تخفيف الضغوط النفسية، وتعزيز الشعور بالانتماء، وتوفير الموارد اللازمة للتعامل مع التحديات، مما ينعكس إيجاباً على الديناميكية النفسية للطالب.

3.4 التأثيرات الثقافية والاجتماعية

تلعب التأثيرات الثقافية والاجتماعية دوراً مهماً في تشكيل الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد. تشمل هذه التأثيرات:

- المعتقدات والاتجاهات المجتمعية نحو اضطراب طيف التوحد
 - القيم الثقافية السائدة وتأثيرها على قبول الاختلاف
 - الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالإعاقة والاضطرابات النمائية
- هذه العوامل تؤثر على تقبل الطالب لذاته، وعلى فرص اندماجه في المجتمع، وعلى نوعية الخدمات المقدمة له، مما ينعكس على صحته النفسية وتطوره الاجتماعي.

3.5 وسائل التواصل الاجتماعي والتكنولوجيا

أصبحت وسائل التواصل الاجتماعي والتكنولوجيا من العوامل المؤثرة بشكل متزايد في الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد. وفقاً لدراسة دعاء فتحي فضل الله عيسى (2023)، فإن:

- وسائل التواصل الاجتماعي تؤثر على التفاعل سواء إيجاباً أو سلبياً
- التكنولوجيا يمكن أن تكسب الطلاب مهارات جديدة وتساعد على التواصل
- الاستخدام المفرط للتكنولوجيا قد يؤدي إلى العزلة الاجتماعية وتقليل التفاعل المباشر

هذه العوامل تؤثر على طبيعة التفاعلات الاجتماعية، وعلى اكتساب المهارات الاجتماعية، وعلى الهوية الشخصية والثقافية للطلاب.

4. العوامل التعليمية والتربوية

4.1 البيئة المدرسية وتأثيرها

تلعب البيئة المدرسية دوراً محورياً في التأثير على الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد. تشمل عناصر البيئة المدرسية المؤثرة:

- التصميم الفيزيائي للفصول والمساحات التعليمية
 - مستوى الضوضاء والمثيرات الحسية في البيئة المدرسية
 - توفر المساحات الهادئة والأمنة للاسترخاء عند الحاجة
- البيئة المدرسية المناسبة تساهم في تقليل القلق والتوتر، وتعزيز الشعور بالأمان، وتحسين القدرة على التركيز والتعلم، مما ينعكس إيجاباً على الديناميكية النفسية للطلاب.

4.2 أساليب التدريس والتعامل مع الطلاب

تؤثر أساليب التدريس والتعامل مع الطلاب بشكل كبير على الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد. تشمل العوامل المؤثرة:

- مدى مراعاة الفروق الفردية واحتياجات كل طالب
- استخدام استراتيجيات تعليمية متنوعة ومناسبة

- توفير هيكل وروتين واضح ومتسق

الأساليب التعليمية المناسبة تساهم في تعزيز الثقة بالنفس، وزيادة الدافعية للتعلم، وتحسين المهارات الأكاديمية والاجتماعية، مما يؤثر إيجاباً على الصحة النفسية والتطور الشامل للطالب.

4.3 مدى توفر الخدمات المساندة

يعد توفر الخدمات المساندة من العوامل المهمة المؤثرة في الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد. تشمل هذه الخدمات:

- خدمات العلاج الطبيعي والوظيفي
- خدمات علاج النطق واللغة
- الدعم النفسي والإرشاد
- برامج تنمية المهارات الاجتماعية

توفر هذه الخدمات يساهم في تلبية الاحتياجات المتنوعة للطالب، وتحسين قدراته الوظيفية، وتعزيز تكيفه مع البيئة المدرسية والاجتماعية، مما ينعكس إيجاباً على ديناميكيته النفسية.

4.4 تأهيل المعلمين للتعامل مع طلاب التوحد

يعتبر تأهيل المعلمين للتعامل مع طلاب التوحد عاملاً حاسماً في التأثير على الديناميكية النفسية لهؤلاء الطلاب. يشمل هذا التأهيل:

- المعرفة النظرية باضطراب طيف التوحد وخصائصه
- المهارات العملية للتعامل مع التحديات السلوكية والتعليمية
- القدرة على تكيف المناهج والأنشطة لتلبية الاحتياجات الفردية

المعلمون المؤهلون يساهمون في توفير بيئة تعليمية داعمة ومحفزة، وفي بناء علاقات إيجابية مع الطلاب، وفي تعزيز التقدم الأكاديمي والاجتماعي، مما يؤثر إيجاباً على الديناميكية النفسية للطالب.

5. العوامل التكنولوجية والمعلوماتية

5.1 تأثير التكنولوجيا على التفاعل الاجتماعي

تؤثر التكنولوجيا بشكل كبير على التفاعل الاجتماعي لدى طلاب التوحد، وبالتالي على ديناميكيتهم النفسية. وفقاً لدراسة دعاء فتحي فضل الله عيسى (2023)، فإن:

- التكنولوجيا يمكن أن توفر وسائل بديلة للتواصل لمن يعانون من صعوبات في التواصل اللفظي
 - الأدوات التكنولوجية يمكن أن تساعد في تنمية المهارات الاجتماعية من خلال برامج محاكاة وتدريب
 - الاعتماد المفرط على التكنولوجيا قد يقلل من فرص التفاعل الاجتماعي المباشر
- هذه التأثيرات المتنوعة للتكنولوجيا تشكل تحدياً وفرصة في نفس الوقت، ويتطلب الأمر توازناً في استخدامها لتحقيق أقصى فائدة للطالب.

5.2 استخدام وسائل التواصل الاجتماعي

يؤثر استخدام وسائل التواصل الاجتماعي على الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد بطرق متعددة:

- توفر منصات للتعبير عن الذات والتواصل بطرق أقل ضغطاً من التفاعل المباشر
 - تساهم في بناء شبكات دعم وصدقات مع أشخاص لديهم اهتمامات مشتركة
 - قد تؤدي إلى مشكلات مثل التنمر الإلكتروني أو الإدمان على الإنترنت
- يتطلب الأمر توجيهاً وإشرافاً مناسباً لاستخدام هذه الوسائل بطريقة تعزز الصحة النفسية والتطور الاجتماعي للطالب.

5.3 التغييرات العالمية المعاصرة وتأثيرها

تؤثر التغييرات العالمية المعاصرة على الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد من خلال:

- التغييرات في أنماط الحياة والتواصل نتيجة التطور التكنولوجي
- تزايد الوعي العالمي باضطراب طيف التوحد وحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة
- تطور الخدمات والبرامج المقدمة لذوي اضطراب طيف التوحد

هذه التغييرات تؤثر على الفرص المتاحة للطلاب، وعلى نظرة المجتمع لهم، وعلى جودة الخدمات المقدمة لهم، مما ينعكس على صحتهم النفسية وتطورهم الشامل.

خاتمة الفصل:

تتعدد العوامل المؤثرة في الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد وتتنوع بين عوامل بيولوجية وعصبية، ونفسية، واجتماعية وأسرية، وتعليمية وتربوية، وتكنولوجية ومعلوماتية. فهم هذه العوامل وتفاعلاتها يساعد المختصين والمعلمين وأولياء الأمور على تطوير استراتيجيات فعالة للتعامل مع طلاب التوحد، وتحسين جودة حياتهم، وتعزيز قدراتهم على التكيف والتعلم. يتطلب الأمر رؤية تكاملية تأخذ في الاعتبار جميع هذه العوامل وتفاعلاتها المعقدة، وتطوير تدخلات شاملة تستهدف مختلف جوانب الديناميكية النفسية لدى هؤلاء الطلاب.

الفصل الرابع :
تصنيف المشكلات السلوكية
لدى أطفال التوحد

الفصل الرابع:

تصنيف المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد

مقدمة

تعد المشكلات السلوكية من أكثر التحديات التي تواجه الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وأسرهم والمهنيين العاملين معهم. تؤثر هذه المشكلات بشكل كبير على جودة حياة الطفل وقدرته على التعلم والتفاعل الاجتماعي والاندماج في المجتمع. كما أنها تشكل ضغطاً نفسياً كبيراً على الأسرة والمعلمين. ولذلك، فإن فهم هذه المشكلات وتصنيفها وتحديد العوامل المؤثرة فيها يعد خطوة أساسية نحو التدخل الفعال والمناسب.

يهدف هذا الفصل إلى تقديم تصنيف شامل للمشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد، وتوضيح العوامل المؤثرة في ظهورها، وعرض أدوات تقييمها وتشخيصها، بالإضافة إلى استعراض الدراسات الحديثة حول انتشارها. وسيتم تناول هذه الموضوعات من منظور الديناميكية النفسية، مع الاستناد إلى المصادر العلمية الأكاديمية الرصينة.

تعريف المشكلات السلوكية وأنواعها

تعريف المشكلات السلوكية

تُعرف المشكلات السلوكية بأنها أنماط من السلوك تتعارض مع النمو الطبيعي للطفل وتعيق تعلمه وتفاعله الاجتماعي واندماجه في المجتمع. وفي سياق اضطراب طيف التوحد، يمكن تعريف المشكلات السلوكية بأنها تلك السلوكيات التي تظهر بشكل متكرر وبشدة تفوق ما هو متوقع من الأطفال في نفس العمر الزمني والتطوري، وتؤثر سلباً على قدرة الطفل على التعلم والتفاعل الاجتماعي والمشاركة في الأنشطة اليومية (Matson & Nebel-Schwalm, 2007).

وتختلف المشكلات السلوكية عن الأعراض الأساسية لاضطراب طيف التوحد، والتي تشمل صعوبات في التواصل والتفاعل الاجتماعي، وأنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة ومتكررة. فالمشكلات السلوكية هي سلوكيات إضافية قد تظهر لدى بعض الأطفال المصابين

بالتوحد، ولكنها ليست من الأعراض التشخيصية للاضطراب (American Psychiatric Association, 2013).

أنواع المشكلات السلوكية

تتنوع المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد، ويمكن تصنيفها إلى عدة فئات رئيسية:

1. سلوكيات إيذاء الذات

تشير سلوكيات إيذاء الذات إلى تلك السلوكيات التي يقوم فيها الطفل بإلحاق الأذى بنفسه بشكل متعمد ومتكرر. وتشمل هذه السلوكيات: ضرب الرأس، عض اليدين أو الذراعين، خدش الجلد، شد الشعر، وضرب أجزاء من الجسم بأشياء صلبة (Minshawi et al., 2014). تنتشر سلوكيات إيذاء الذات بين الأطفال المصابين بالتوحد بنسبة تتراوح بين 10% و50% حسب الدراسات المختلفة، وتزداد هذه النسبة مع زيادة شدة التوحد وانخفاض مستوى الذكاء والقدرات التواصلية (Richards et al., 2016).

2. السلوكيات العدوانية

تشمل السلوكيات العدوانية تلك السلوكيات التي تهدف إلى إلحاق الأذى بالآخرين أو بالملكات. وتتضمن: الضرب، العض، الركل، الدفع، شد الشعر، البصق، رمي الأشياء، وتدمير الممتلكات (Fitzpatrick et al., 2016). تظهر السلوكيات العدوانية لدى حوالي 25% من الأطفال المصابين بالتوحد، وترتبط بعدة عوامل منها: صعوبات التواصل، الإحباط، الضغوط البيئية، والاضطرابات الحسية (Hill et al., 2014).

3. السلوكيات النمطية والتكرارية

تشير السلوكيات النمطية والتكرارية إلى تلك السلوكيات التي تتكرر بشكل متماثل ولا تخدم غرضاً وظيفياً واضحاً. وتشمل: ررفة اليدين، هز الجسم، الدوران حول النفس، المشي على أطراف الأصابع، ترديد الكلمات أو العبارات (الإيكولاليا)، والانشغال بأجزاء من الأشياء (Leekam et al., 2011).

تعتبر السلوكيات النمطية والتكرارية من الأعراض الأساسية لاضطراب طيف التوحد، وتظهر لدى معظم الأطفال المصابين بهذا الاضطراب بدرجات متفاوتة. وقد تزداد هذه السلوكيات في حالات الإثارة أو الضغط أو الملل (Bodfish et al., 2000).

4. نوبات الغضب

تتميز نوبات الغضب بانفجارات عاطفية شديدة تتضمن البكاء والصراخ والارتداء على الأرض والركل والضرب. وغالباً ما تحدث هذه النوبات نتيجة للإحباط أو التغييرات في الروتين أو صعوبات في التواصل أو المطالب الزائدة أو الحرمان من شيء مرغوب فيه (Mazefsky et al., 2018).

تعد نوبات الغضب من المشكلات الشائعة لدى أطفال التوحد، وقد تستمر لفترات أطول وتكون أكثر حدة مقارنة بالأطفال ذوي النمو الطبيعي. وترتبط هذه النوبات بصعوبات في التنظيم العاطفي والتعبير عن المشاعر والاحتياجات (Samson et al., 2014).

5. سلوكيات الانسحاب الاجتماعي

تشير سلوكيات الانسحاب الاجتماعي إلى تجنب التفاعل مع الآخرين والانعزال والانغلاق على الذات. وتشمل: تجنب التواصل البصري، عدم الاستجابة للنداء، الابتعاد عن الآخرين، الانشغال بأنشطة فردية، وعدم المشاركة في الأنشطة الجماعية (Chevallier et al., 2012).

تعتبر سلوكيات الانسحاب الاجتماعي من الأعراض الأساسية لاضطراب طيف التوحد، وترتبط بصعوبات في فهم الإشارات الاجتماعية والتعاطف والتواصل الاجتماعي. وقد تزداد هذه السلوكيات في البيئات المزدحمة أو الصاخبة أو غير المألوفة (Kasari et al., 2011).

6. مشكلات النوم

تشمل مشكلات النوم: صعوبات في بدء النوم، الاستيقاظ المتكرر أثناء الليل، الاستيقاظ المبكر، قصر مدة النوم، وعدم انتظام دورة النوم والاستيقاظ. وتنتشر هذه المشكلات بين أطفال التوحد بنسبة تتراوح بين 40% و80% (Souders et al., 2017).

ترتبط مشكلات النوم لدى أطفال التوحد بعدة عوامل منها: اضطرابات في إفراز هرمون الميلاتونين، صعوبات في التنظيم الذاتي، القلق، الاضطرابات الحسية، والآثار الجانبية

للأدوية. وتؤثر هذه المشكلات سلباً على السلوك والمزاج والانتباه والتعلم والصحة العامة
(Malow et al., 2012).

7. مشكلات الأكل

تشمل مشكلات الأكل: الانتقائية الشديدة في الطعام، رفض أنواع معينة من الطعام بناءً على
الملمس أو اللون أو الرائحة، تناول مواد غير غذائية (البيكا)، الإفراط في تناول الطعام،
وسلوكيات غير مناسبة أثناء تناول الطعام مثل البصق أو رمي الطعام (Cermak et al., 2010).

تنتشر مشكلات الأكل بين أطفال التوحد بنسبة تصل إلى 70%، وترتبط بعدة عوامل منها:
الاضطرابات الحسية، صعوبات في المهارات الحركية الفموية، الروتين والإصرار على
التماثل، والمشكلات الطبية مثل الارتجاع المعدي المريئي واضطرابات الجهاز الهضمي
(Sharp et al., 2013).

8. مشكلات ضبط المثانة والأمعاء

تشمل مشكلات ضبط المثانة والأمعاء: التبول اللاإرادي، التغوط اللاإرادي، التأخر في
اكتساب مهارات استخدام المراض، والإمساك المزمن. وتنتشر هذه المشكلات بين أطفال
التوحد بنسبة أعلى مقارنة بالأطفال ذوي النمو الطبيعي (von Gontard et al., 2015).
ترتبط مشكلات ضبط المثانة والأمعاء لدى أطفال التوحد بعدة عوامل منها: صعوبات في
الإدراك الحسي، التأخر في النمو، صعوبات في التواصل، الخوف من استخدام المراض،
والمشكلات الطبية مثل الإمساك المزمن (Leader et al., 2018).

العوامل المؤثرة في ظهور المشكلات السلوكية

تتأثر المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد بمجموعة متنوعة من العوامل، والتي يمكن تصنيفها إلى عوامل بيولوجية وعوامل نفسية وعوامل بيئية واجتماعية.

العوامل البيولوجية

1. العوامل الجينية والعصبية

تلعب العوامل الجينية والعصبية دوراً مهماً في ظهور المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد. فقد أظهرت الدراسات وجود ارتباط بين بعض المتغيرات الجينية والعصبية وبين ظهور سلوكيات معينة مثل إيذاء الذات والعدوان (Soke et al., 2018). كما أن الاختلالات في بعض النواقل العصبية مثل السيروتونين والدوبامين قد ترتبط بظهور بعض المشكلات السلوكية. فعلى سبيل المثال، ارتبطت مستويات السيروتونين المنخفضة بزيادة السلوكيات العدوانية وإيذاء الذات (Gabriels et al., 2012).

2. الاضطرابات الحسية

تعاني نسبة كبيرة من أطفال التوحد من اضطرابات في المعالجة الحسية، سواء كانت فرط حساسية (الاستجابة المفرطة للمثيرات الحسية) أو نقص حساسية (الاستجابة المنخفضة للمثيرات الحسية) أو البحث عن المثيرات الحسية. وقد ترتبط هذه الاضطرابات بظهور بعض المشكلات السلوكية (Mazurek et al., 2013).

فعلى سبيل المثال، قد يؤدي فرط الحساسية للأصوات إلى نوبات الغضب أو الانسحاب الاجتماعي في البيئات الصاخبة. وقد يرتبط نقص الحساسية للألم بزيادة سلوكيات إيذاء الذات. كما قد يرتبط البحث عن المثيرات الحسية بظهور سلوكيات نمطية مثل ررفة اليدين أو الدوران حول النفس (Ben-Sasson et al., 2009).

3. المشكلات الطبية

قد تؤدي بعض المشكلات الطبية إلى ظهور أو تفاقم المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد. ومن هذه المشكلات: الصرع، اضطرابات النوم، اضطرابات الجهاز الهضمي، الحساسية الغذائية، والألم (Buie et al., 2010).

فعلى سبيل المثال، قد يؤدي الألم الناتج عن التهاب الأذن الوسطى أو الارتجاج المعدي المريئي إلى زيادة سلوكيات إيذاء الذات أو العدوان أو نوبات الغضب، خاصة إذا كان الطفل غير قادر على التعبير عن ألمه بشكل لفظي (Carr & Owen-DeSchryver, 2007).

العوامل النفسية

1. صعوبات التواصل

تعد صعوبات التواصل من الأعراض الأساسية لاضطراب طيف التوحد، وقد ترتبط هذه الصعوبات بظهور بعض المشكلات السلوكية. فعندما يواجه الطفل صعوبة في التعبير عن احتياجاته أو مشاعره أو أفكاره، قد يلجأ إلى سلوكيات بديلة مثل العدوان أو إيذاء الذات أو نوبات الغضب (Dominick et al., 2007).

وقد أظهرت الدراسات وجود علاقة عكسية بين مستوى المهارات اللغوية والتواصلية وبين شدة المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد. فكلما انخفض مستوى المهارات اللغوية والتواصلية، زادت احتمالية ظهور المشكلات السلوكية وزادت شدتها (Hartley et al., 2008).

2. صعوبات في التنظيم العاطفي

يعاني العديد من أطفال التوحد من صعوبات في التنظيم العاطفي، أي القدرة على التعرف على المشاعر وفهمها والتعبير عنها بشكل مناسب والتحكم فيها. وقد ترتبط هذه الصعوبات بظهور بعض المشكلات السلوكية مثل نوبات الغضب والعدوان والانسحاب الاجتماعي (Mazefsky et al., 2013).

فعندما يشعر الطفل بالغضب أو الإحباط أو القلق ولا يستطيع التعبير عن هذه المشاعر أو التحكم فيها بشكل مناسب، قد يلجأ إلى سلوكيات غير مناسبة كوسيلة للتعبير عن هذه المشاعر أو التخفيف منها (Samson et al., 2015).

3. الإصرار على التماثل ومقاومة التغيير

يميل العديد من أطفال التوحد إلى الإصرار على التماثل ومقاومة التغيير، سواء كان ذلك في الروتين اليومي أو البيئة المحيطة أو الأنشطة. وقد يؤدي أي تغيير غير متوقع إلى ظهور

مشكلات سلوكية مثل نوبات الغضب أو الانسحاب أو السلوكيات النمطية (Gotham et al., 2013).

وقد يرتبط هذا الإصرار على التماثل بالحاجة إلى الشعور بالأمان والتنبؤ والسيطرة على البيئة المحيطة، خاصة في ظل صعوبات في فهم العالم الاجتماعي والتواصل مع الآخرين (Uljarević et al., 2017).

العوامل البيئية والاجتماعية

1. العوامل الأسرية

تلعب العوامل الأسرية دوراً مهماً في ظهور أو تفاقم المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد. ومن هذه العوامل: أساليب التربية، مستوى الضغوط الأسرية، جودة العلاقات الأسرية، ومستوى الدعم الاجتماعي (Zaidman-Zait et al., 2014). فعلى سبيل المثال، قد ترتبط أساليب التربية القاسية أو غير المتسقة بزيادة المشكلات السلوكية. كما قد يؤدي ارتفاع مستوى الضغوط الأسرية إلى تفاقم هذه المشكلات. وفي المقابل، قد يرتبط الدعم الأسري والاجتماعي بانخفاض المشكلات السلوكية (Benson, 2010).

2. العوامل المدرسية

تؤثر البيئة المدرسية على سلوك أطفال التوحد، سواء كان ذلك من حيث التنظيم المادي للفصل، أو استراتيجيات التدريس، أو جودة العلاقة بين المعلم والطالب، أو التفاعلات مع الأقران (Humphrey & Symes, 2011). فقد تؤدي البيئة المدرسية غير المناسبة، مثل الفصول المزدحمة أو الصاخبة أو غير المنظمة، إلى زيادة المشكلات السلوكية. كما قد ترتبط استراتيجيات التدريس غير المناسبة أو غير المتسقة بظهور هذه المشكلات. وفي المقابل، قد تؤدي البيئة المدرسية الداعمة والمنظمة إلى تحسن السلوك (Strain et al., 2011).

3. العوامل الثقافية والاجتماعية

تؤثر العوامل الثقافية والاجتماعية على كيفية فهم وتفسير والتعامل مع المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد. فقد تختلف النظرة إلى هذه المشكلات وطرق التعامل معها باختلاف الثقافات والمجتمعات (Daley, 2002).

كما قد يؤثر مستوى الوعي المجتمعي باضطراب التوحد والمشكلات السلوكية المرتبطة به على مدى تقبل المجتمع للأطفال المصابين بهذا الاضطراب ودمجهم في المجتمع، مما قد ينعكس على سلوكهم وتكيفهم الاجتماعي (Ravindran & Myers, 2012).

أدوات تقييم وتشخيص المشكلات السلوكية

يعد تقييم وتشخيص المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد خطوة أساسية نحو التدخل الفعال والمناسب. وتتنوع أدوات التقييم والتشخيص، ويمكن تصنيفها إلى عدة فئات:

1. المقابلات الإكلينيكية

تعد المقابلات الإكلينيكية مع الوالدين والمعلمين والأخصائيين من الأدوات الأساسية لتقييم المشكلات السلوكية. وتهدف هذه المقابلات إلى جمع معلومات تفصيلية عن طبيعة المشكلات السلوكية وشدها وتكرارها والعوامل المرتبطة بها والتاريخ التطوري للطفل (Matson & Nebel-Schwalm, 2007).

ومن أمثلة المقابلات الإكلينيكية المستخدمة في تقييم المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد: المقابلة التشخيصية للتوحد المعدلة (ADI-R)، ومقابلة تقييم السلوك الوظيفي (FABI) (Lord et al., 1994; O'Neill et al., 1997).

2. المقاييس والاستبيانات

تستخدم المقاييس والاستبيانات لتقييم المشكلات السلوكية بشكل منظم وموحد. وتتميز هذه الأدوات بسهولة استخدامها وإمكانية تطبيقها على عينات كبيرة وتوفير معلومات كمية يمكن مقارنتها بمعايير محددة (Matson et al., 2012).

ومن أمثلة المقاييس والاستبيانات المستخدمة في تقييم المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد:

- قائمة تقييم السلوك المشكل (ABC): تقيس خمسة أبعاد للسلوك المشكل: التهيج، الخمول، السلوكيات النمطية، فرط النشاط، والكلام غير المناسب (Aman et al., 1985).
- مقياس نيسونجر للسلوك المشكل (NCBRF): يقيس ستة أبعاد للسلوك المشكل: السلوك الاجتماعي الإيجابي، السلوك المشكل الاجتماعي، السلوك المشكل الذاتي، العدوان، فرط النشاط، والانسحاب الاجتماعي (Aman et al., 1996).
- قائمة السلوك التكراري المعدلة (RBS-R): تقيس ستة أنواع من السلوكيات التكرارية: السلوكيات النمطية، إيذاء الذات، السلوكيات القهرية، الطقوس، التماثل، والاهتمامات المحدودة (Bodfish et al., 2000).
- مقياس تقييم التوحد في مرحلة الطفولة (CARS): يقيس 15 مجالاً من السلوك، بما في ذلك العلاقات مع الناس، التقليد، الاستجابة العاطفية، استخدام الجسم، استخدام الأشياء، التكيف مع التغيير، الاستجابة البصرية، الاستجابة السمعية، استخدام وفهم اللغة، والخوف أو العصبية (Schopler et al., 1980).

3. الملاحظة المباشرة

تعد الملاحظة المباشرة للسلوك في البيئات الطبيعية (المنزل، المدرسة، المجتمع) أو في بيئات منظمة من الأدوات المهمة لتقييم المشكلات السلوكية. وتتميز هذه الأداة بتوفير معلومات دقيقة وواقعية عن السلوك في سياقه الطبيعي (Matson & Minshawi, 2007).

ومن أساليب الملاحظة المباشرة المستخدمة في تقييم المشكلات السلوكية:

- الملاحظة المستمرة: تسجيل السلوك بشكل مستمر خلال فترة زمنية محددة.
- أخذ العينات الزمنية: تسجيل السلوك في فترات زمنية محددة ومنتظمة.
- أخذ العينات الحثية: تسجيل السلوك في كل مرة يحدث فيها.

4. تحليل السلوك الوظيفي

يهدف تحليل السلوك الوظيفي إلى تحديد وظيفة أو غرض السلوك المشكل، أي الأسباب التي تدفع الطفل إلى القيام بهذا السلوك. ويتضمن هذا التحليل تحديد الظروف السابقة (الأحداث التي تسبق السلوك) والظروف اللاحقة (النتائج التي تتبع السلوك) (Hanley et al., 2003).

وتشمل الوظائف الشائعة للسلوك المشكل:

- الحصول على الانتباه: يقوم الطفل بالسلوك المشكل للحصول على انتباه الآخرين.
- الهروب أو التجنب: يقوم الطفل بالسلوك المشكل للهروب من موقف غير مرغوب فيه أو تجنبه.
- الحصول على شيء مرغوب فيه: يقوم الطفل بالسلوك المشكل للحصول على شيء يريده.
- التحفيز الحسي: يقوم الطفل بالسلوك المشكل للحصول على تحفيز حسي معين.

ومن أدوات تحليل السلوك الوظيفي :

- استمارة تقييم السلوك الوظيفي (FAST): استبيان يهدف إلى تحديد وظيفة السلوك المشكل (Iwata & DeLeon, 1996).
- تحليل السلوك الوظيفي التجريبي: إجراء تجريبي يتضمن تعريض الطفل لظروف مختلفة ومراقبة سلوكه في كل ظرف (Iwata et al., 1994).

دراسات حديثة حول انتشار المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد

أجريت العديد من الدراسات الحديثة لتحديد مدى انتشار المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد. وفيما يلي عرض لبعض هذه الدراسات:

دراسة ماتسون وزملائه (2011)

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة انتشار المشكلات السلوكية بين الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال ذوي النمو الطبيعي. وشملت الدراسة 340 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 2 و17 عاماً، منهم 170 طفلاً مصاباً بالتوحد و170 طفلاً ذا نمو طبيعي. واستخدمت الدراسة مقياس تقييم السلوك المشكل للأطفال والمراهقين (ASD-BPC) (Matson et al., 2011).

وأظهرت النتائج أن الأطفال المصابين بالتوحد أظهروا مستويات أعلى بكثير من المشكلات السلوكية مقارنة بالأطفال ذوي النمو الطبيعي. وكانت أكثر المشكلات السلوكية انتشاراً هي: السلوكيات النمطية والتكرارية (82%)، نوبات الغضب (72%)، العدوان (68%)، وإيذاء الذات (50%).

دراسة مازيفسكي وزملائه (2014)

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى انتشار المشكلات السلوكية لدى المراهقين المصابين بالتوحد وعلاقتها بالعوامل الديموغرافية والإكلينيكية. وشملت الدراسة 1420 مراهقاً مصاباً بالتوحد تتراوح أعمارهم بين 13 و17 عاماً. واستخدمت الدراسة قائمة مراجعة سلوك الطفل (CBCL) (Mazefsky et al., 2014).

وأظهرت النتائج أن 63% من المراهقين المصابين بالتوحد أظهروا مستويات إكلينيكية من المشكلات السلوكية. وكانت أكثر المشكلات السلوكية انتشاراً هي: المشكلات الاجتماعية (74%)، مشكلات الانتباه (59%)، السلوكيات العدوانية (58%)، والانسحاب (57%). كما أظهرت النتائج وجود علاقة بين شدة المشكلات السلوكية وبين انخفاض مستوى الذكاء وصعوبات التواصل والمشكلات الحسية.

دراسة هيل وزملائه (2014)

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى انتشار السلوكيات العدوانية لدى الأطفال والمراهقين المصابين بالتوحد والعوامل المرتبطة بها. وشملت الدراسة 400 طفل ومراهق مصاب بالتوحد تتراوح أعمارهم بين 2 و16 عاماً. واستخدمت الدراسة مقياس تقييم السلوك العدواني (ABS) (Hill et al., 2014).

وأظهرت النتائج أن 25% من الأطفال والمراهقين المصابين بالتوحد أظهروا سلوكيات عدوانية. وكانت أكثر أشكال العدوان انتشاراً هي: الضرب (21%)، الدفع (15%)، العض (14%)، والركل (12%). كما أظهرت النتائج وجود علاقة بين السلوكيات العدوانية وبين العمر (أكثر انتشاراً في الفئة العمرية 2-5 سنوات)، والجنس (أكثر انتشاراً لدى الذكور)، وشدة التوحد، وصعوبات التواصل، والمشكلات الحسية.

دراسة ريتشاردز وزملائه (2016)

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى انتشار سلوكيات إيذاء الذات لدى الأطفال والمراهقين المصابين بالتوحد والعوامل المرتبطة بها. وشملت الدراسة 148 طفلاً ومراهقاً مصاباً بالتوحد تتراوح أعمارهم بين 3 و14 عاماً. واستخدمت الدراسة استبيان سلوكيات إيذاء الذات (SIQ) (Richards et al., 2016).

وأظهرت النتائج أن 45% من الأطفال والمراهقين المصابين بالتوحد أظهروا سلوكيات إيذاء الذات. وكانت أكثر أشكال إيذاء الذات انتشاراً هي: ضرب الرأس (23%)، عض اليدين أو الذراعين (17%)، خدش الجلد (14%)، وشد الشعر (10%). كما أظهرت النتائج وجود

علاقة بين سلوكيات إيذاء الذات وبين انخفاض مستوى الذكاء، وصعوبات التواصل، والسلوكيات النمطية والتكرارية، والمشكلات الحسية.

دراسة سودرز وزملائه (2017)

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى انتشار مشكلات النوم لدى الأطفال المصابين بالتوحد مقارنة بالأطفال ذوي النمو الطبيعي. وشملت الدراسة 80 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 4 و10 سنوات، منهم 40 طفلاً مصاباً بالتوحد و40 طفلاً ذا نمو طبيعي. واستخدمت الدراسة مقياس عادات النوم للأطفال (CSHQ) ومقياس النشاط أثناء النوم (أكتيغرافي) (Souders et al., 2017).

وأظهرت النتائج أن 80% من الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من مشكلات في النوم، مقارنة بـ 23% من الأطفال ذوي النمو الطبيعي. وكانت أكثر مشكلات النوم انتشاراً لدى أطفال التوحد هي: صعوبات في بدء النوم (45%)، الاستيقاظ المتكرر أثناء الليل (40%)، قصر مدة النوم (38%)، والاستيقاظ المبكر (30%). كما أظهرت النتائج وجود علاقة بين مشكلات النوم وبين المشكلات السلوكية الأخرى مثل فرط النشاط والعدوان ونوبات الغضب.

خاتمة الفصل:

تعد المشكلات السلوكية من التحديات الرئيسية التي تواجه أطفال التوحد وأسرتهم والمهنيين العاملين معهم. وتتنوع هذه المشكلات لتشمل سلوكيات إيذاء الذات، والسلوكيات العدوانية، والسلوكيات النمطية والتكرارية، ونوبات الغضب، وسلوكيات الانسحاب الاجتماعي، ومشكلات النوم والأكل وضبط المثانة والأمعاء.

وتتأثر هذه المشكلات بمجموعة متنوعة من العوامل البيولوجية والنفسية والبيئية والاجتماعية. ويعد فهم هذه العوامل وتحديد خطورة أساسية نحو التدخل الفعال والمناسب.

كما يعد تقييم وتشخيص المشكلات السلوكية باستخدام أدوات متنوعة مثل المقابلات الإكلينيكية والمقاييس والاستبيانات والملاحظة المباشرة وتحليل السلوك الوظيفي خطوة مهمة لتحديد طبيعة هذه المشكلات وشدتها والعوامل المرتبطة بها، مما يساعد في تصميم خطط التدخل المناسبة.

وقد أظهرت الدراسات الحديثة انتشار المشكلات السلوكية بنسب مرتفعة لدى أطفال التوحد، مع وجود علاقات بين هذه المشكلات وبين عوامل مختلفة مثل العمر والجنس وشدّة التوحد ومستوى الذكاء والقدرات التواصلية والمشكلات الحسية.

المراجع

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Aman, M. G., Singh, N. N., Stewart, A. W., & Field, C. J. (1985). The aberrant behavior checklist: A behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *American Journal of Mental Deficiency*, 89(5), 485-491.
3. Aman, M. G., Tassé, M. J., Rohahn, J., & Hammer, D. (1996). The Nisonger CBRF: A child behavior rating form for children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 17(1), 41-57.
4. Ben-Sasson, A., Hen, L., Fluss, R., Cermak, S. A., Engel-Yeger, B., & Gal, E. (2009). A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(1), 1-11.
5. Benson, P. R. (2010). Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(2), 217-228.
6. Bodfish, J. W., Symons, F. J., Parker, D. E., & Lewis, M. H. (2000). Varieties of repetitive behavior in autism: Comparisons to mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), 237-243.
7. Buie, T., Campbell, D. B., Fuchs, G. J., Furuta, G. T., Levy, J., VandeWater, J., ... & Winter, H. (2010). Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: A consensus report. *Pediatrics*, 125(Supplement 1), S1-S18.
8. Carr, E. G., & Owen-DeSchryver, J. S. (2007). Physical illness, pain, and problem behavior in minimally verbal people with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(3), 413-424.
9. Cermak, S. A., Curtin, C., & Bandini, L. G. (2010). Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(2), 238-246.
10. Chevallier, C., Kohls, G., Troiani, V., Brodtkin, E. S., & Schultz, R. T. (2012). The social motivation theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(4), 231-239.
11. Daley, T. C. (2002). The need for cross-cultural research on the pervasive developmental disorders. *Transcultural Psychiatry*, 39(4), 531-550.
12. Dominick, K. C., Davis, N. O., Lainhart, J., Tager-Flusberg, H., & Folstein, S. (2007). Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 28(2), 145-162.
13. Fitzpatrick, S. E., Srivorakiat, L., Wink, L. K., Pedapati, E. V., & Erickson, C. A. (2016). Aggression in autism spectrum disorder: Presentation and treatment options. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1525-1538.
14. Gabriels, R. L., Cuccaro, M. L., Hill, D. E., Ivers, B. J., & Goldson, E. (2012). Repetitive behaviors in autism: Relationships with associated clinical features. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 468-475.
15. Gotham, K., Bishop, S. L., Hus, V., Huerta, M., Lund, S., Buja, A., ... & Lord, C. (2013). Exploring the relationship between anxiety and insistence on sameness in autism spectrum disorders. *Autism Research*, 6(1), 33-41.
16. Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(2), 147-185.
17. Hartley, S. L., Sikora, D. M., & McCoy, R. (2008). Prevalence and risk factors of maladaptive behaviour in young children with autistic disorder. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(10), 819-829.
18. Hill, A. P., Zuckerman, K. E., Hagen, A. D., Kriz, D. J., Duvall, S. W., van Santen, J., ... & Fombonne, E. (2014). Aggressive behavior problems in children with autism spectrum disorders: Prevalence and correlates in a large clinical sample. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(9), 1121-1133.
19. Humphrey, N., & Symes, W. (2011). Peer interaction patterns among adolescents with autistic spectrum disorders (ASDs) in mainstream school settings. *Autism*, 15(4), 397-419.
20. Iwata, B. A., & DeLeon, I. G. (1996). The functional analysis screening tool (FAST). Unpublished manuscript, University of Florida.
21. Iwata, B. A., Pace, G. M., Dorsey, M. F., Zarcone, J. R., Vollmer, T. R., Smith, R. G., ... & Willis, K. D. (1994). The functions of self-injurious behavior: An experimental-epidemiological analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 215-240.
22. Kasari, C., Locke, J., Gulsrud, A., & Rotheram-Fuller, E. (2011). Social networks and friendships at school: Comparing children with and without ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(5), 533-544.
23. Leader, G., Francis, K., Mannion, A., & Chen, J. (2018). Toileting problems in children and adolescents with parent-reported diagnoses of autism spectrum disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 30(3), 307-327.
24. Leekam, S. R., Prior, M. R., & Uljarevic, M. (2011). Restricted and repetitive behaviors in autism spectrum disorders: A review of research in the last decade. *Psychological Bulletin*, 137(4), 562-593.
25. 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.
26. Malow, B. A., Byars, K., Johnson, K., Weiss, S., Bernal, P., Goldman, S. E., ... & Glaze, D. G. (2012). A practice pathway for the identification, evaluation, and management of insomnia in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 130(Supplement 2), S106-S124.
27. Matson, J. L., & Minshawi, N. F. (2007). Functional assessment of challenging behavior: Toward a strategy for applied settings. *Research in Developmental Disabilities*, 28(4), 353-361.
28. Matson, J. L., & Nebel-Schwalm, M. (2007). Assessing challenging behaviors in children with autism spectrum disorders: A review. *Research in Developmental Disabilities*, 28(6), 567-579.
29. Matson, J. L., Wilkins, J., & Macken, J. (2011). The relationship of challenging behaviors to severity and symptoms of autism spectrum disorders. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 2(1), 29-44.
30. Matson, J. L., Tureck, K., & Rieske, R. (2012). The Questions About Behavioral Function (QABF): Current status as a method of functional assessment. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 630-634.
31. Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L., & White, S. W. (2013). The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(7), 679-688.
32. Mazefsky, C. A., Schreiber, D. R., Olino, T. M., & Minshew, N. J. (2014). The association between emotional and behavioral problems and gastrointestinal symptoms among children with high-functioning autism. *Autism*, 18(5), 493-501.
33. Mazefsky, C. A., Yu, L., White, S. W., Siegel, M., & Pilkonis, P. A. (2018). The emotion dysregulation inventory: Psychometric properties and item response theory calibration in an autism spectrum disorder sample. *Autism Research*, 11(6), 928-941.
34. Mazurek, M. O., Vasa, R. A., Kalb, L. G., Kanne, S. M., Rosenberg, D., Keefer, A., ... & Lowery, L. A. (2013). Anxiety, sensory over-responsivity, and gastrointestinal problems in children with autism spectrum disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(1), 165-176.
35. Minshawi, N. F., Hurwitz, S., Fodstad, J. C., Biehl, S., Morriss, D. H., & McDougle, C. J. (2014). The association between self-injurious behaviors and autism spectrum disorders. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 125-136.
36. O'Neill, R. E., Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., Storey, K., & Newton, J. S. (1997). *Functional assessment and program development for problem behavior: A practical handbook*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
37. Ravindran, N., & Myers, B. J. (2012). Cultural influences on perceptions of health, illness, and disability: A review and focus on autism. *Journal of Child and Family Studies*, 21(2), 311-319.
38. Richards, C., Oliver, C., Nelson, L., & Moss, J. (2016). Self-injurious behaviour in individuals with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(5), 476-489.
39. Samson, A. C., Hardan, A. Y., Podell, R. W., Phillips, J. M., & Gross, J. J. (2014). Emotion regulation in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 8(1), 9-18.
40. Samson, A. C., Wells, W. M., Phillips, J. M., Hardan, A. Y., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation in autism spectrum disorder: Evidence from parent interviews and children's daily diaries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(8), 903-913.
41. Schopler, E., Reichler, R. J., DeVellis, R. F., & Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10(1), 91-103.
42. Sharp, W. G., Berry, R. C., McCracken, C., Nuhu, N. N., Marvel, E., Saulnier, C. A., ... & Jaquess, D. L. (2013). Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: A meta-analysis and comprehensive review of the literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(9), 2159-2173.
43. Soke, G. N., Rosenberg, S. A., Hamman, R. F., Fingerlin, T., Robinson, C., Carpenter, L., ... & DiGiuseppi, C. (2018). Brief report: Prevalence of self-injurious behaviors among children with autism spectrum disorder—A population-based study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(11), 3607-3614.
44. Souders, M. C., Zavodny, S., Eriksen, W., Sinko, R., Connell, J., Kerns, C., ... & Pinto-Martin, J. (2017). Sleep in children with autism spectrum disorder. *Current Psychiatry Reports*, 19(6), 34.
45. Strain, P. S., Wilson, K., & Dunlap, G. (2011). Prevent-teach-reinforce: Addressing problem behaviors of students with autism in general education classrooms. *Behavioral Disorders*, 36(3), 160-171.
46. Uljarević, M., Richdale, A. L., Evans, D. W., Cai, R. Y., & Leekam, S. R. (2017). Interrelationship between insistence on sameness, effortful control and anxiety in adolescents and young adults with autism spectrum disorder (ASD). *Molecular Autism*, 8(1), 36.
47. von Gontard, A., Pirrung, M., Niemczyk, J., & Equit, M. (2015). Incontinence in children with autism spectrum disorder. *Journal of Pediatric Urology*, 11(5), 264.e1-264.e7.
48. Zaidman-Zait, A., Miranda, P., Duku, E., Szatmari, P., Georgiades, S., Volden, J., ... & Thompson, A. (2014). Examination of bidirectional relationships between parent stress and two types of problem behavior in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 1908-1917.

الفصل الخامس :
الديناميكية النفسية للمشكلات
السلوكية لدى أطفال التوحد

الفصل الخامس :

الديناميكية النفسية للمشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد

مقدمة

تمثل الديناميكية النفسية إطاراً نظرياً مهماً لفهم وتفسير المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد. فهي تركز على العمليات النفسية الداخلية والصراعات والدوافع اللاشعورية التي تؤثر في السلوك الظاهر. وعلى الرغم من أن النظريات السلوكية والمعرفية قد هيمنت على مجال دراسة وعلاج اضطراب طيف التوحد في العقود الأخيرة، إلا أن هناك اهتماماً متزايداً بدور الديناميكية النفسية في فهم وتفسير المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال. يهدف هذا الفصل إلى استكشاف الديناميكية النفسية للمشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد، من خلال عرض النظريات المفسرة لهذه المشكلات من منظور الديناميكية النفسية، وتوضيح العلاقة بين الديناميكية النفسية والمشكلات السلوكية، وتحليل تأثير العوامل النفسية على ظهور هذه المشكلات، ودراسة دور الصراعات النفسية الداخلية في تشكيل السلوك، وتحليل وظائف السلوك من منظور الديناميكية النفسية.

النظريات المفسرة للمشكلات السلوكية من منظور الديناميكية النفسية

نظرية التحليل النفسي

تعد نظرية التحليل النفسي التي وضعها سيجموند فرويد من أقدم النظريات التي حاولت تفسير الاضطرابات النفسية والسلوكية. وعلى الرغم من أن فرويد نفسه لم يتناول اضطراب التوحد بشكل مباشر، إلا أن العديد من المحللين النفسيين اللاحقين قد طبقوا مفاهيم التحليل النفسي على فهم وتفسير هذا الاضطراب والمشكلات السلوكية المرتبطة به (Alvarez, 1992). وفقاً لنظرية التحليل النفسي، يمكن فهم المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد على أنها تعبير عن صراعات نفسية داخلية وآليات دفاعية ودوافع لاشعورية. فعلى سبيل المثال، قد تُفسر سلوكيات إيذاء الذات على أنها تعبير عن عدوان موجه نحو الذات، أو محاولة للتخلص من مشاعر الذنب، أو وسيلة للتحكم في القلق (Tustin, 1992).

كما تركز نظرية التحليل النفسي على أهمية العلاقات المبكرة بين الطفل ومقدمي الرعاية، خاصة الأم، في تشكيل النمو النفسي والعاطفي. وقد اقترح بعض المحللين النفسيين أن اضطراب التوحد قد ينشأ من خلل في هذه العلاقات المبكرة، مما يؤدي إلى صعوبات في تكوين الهوية وتنظيم المشاعر والتفاعل مع الآخرين (Mahler et al., 1975).

ومن المفاهيم المهمة في نظرية التحليل النفسي مفهوم "التثبيت"، الذي يشير إلى توقف النمو النفسي عند مرحلة معينة. وقد اقترح بعض المحللين النفسيين أن أطفال التوحد قد يكونون مثبتين في مرحلة النرجسية الأولية، حيث لا يميزون بشكل كامل بين أنفسهم والعالم الخارجي (Bettelheim, 1967).

نظرية العلاقات الموضوعية

تعد نظرية العلاقات الموضوعية امتداداً لنظرية التحليل النفسي، لكنها تركز بشكل أكبر على العلاقات بين الذات والآخرين (الموضوعات) وكيفية استدخال هذه العلاقات وتمثيلها داخلياً. وقد قدمت هذه النظرية إسهامات مهمة في فهم اضطراب التوحد والمشكلات السلوكية المرتبطة به (Klein, 1946).

وفقاً لنظرية العلاقات الموضوعية، يمكن فهم المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد على أنها تعبير عن صعوبات في تكوين تمثيلات داخلية متكاملة للذات وللآخرين. فعلى سبيل المثال، قد تُفسر السلوكيات النمطية والتكرارية على أنها محاولة للحفاظ على شعور بالاستمرارية والتماسك في ظل غياب تمثيلات داخلية مستقرة (Tustin, 1981).

كما تركز نظرية العلاقات الموضوعية على مفهوم "الانشطار"، الذي يشير إلى الفصل بين التمثيلات الإيجابية والسلبية للذات وللآخرين. وقد اقترح بعض المنظرين أن أطفال التوحد قد يعانون من صعوبات في دمج هذه التمثيلات المنشطرة، مما يؤدي إلى صعوبات في تنظيم المشاعر والسلوك (Ogden, 1989).

ومن المفاهيم المهمة الأخرى في نظرية العلاقات الموضوعية مفهوم "الاحتواء"، الذي يشير إلى قدرة مقدم الرعاية على استيعاب وتحمل المشاعر الصعبة للطفل ومساعدته على تنظيمها. وقد اقترح بعض المنظرين أن أطفال التوحد قد يعانون من نقص في خبرات الاحتواء المبكرة، مما يؤدي إلى صعوبات في تنظيم المشاعر والتعبير عنها بشكل مناسب (Bion, 1962).

نظرية التعلق

تركز نظرية التعلق التي وضعها جون بولبي على أهمية العلاقة بين الطفل ومقدم الرعاية الأساسي (عادة الأم) في تشكيل النمو النفسي والعاطفي والاجتماعي. وقد قدمت هذه النظرية إطاراً مفيداً لفهم بعض جوانب اضطراب التوحد والمشكلات السلوكية المرتبطة به (Bowlby, 1969).

وفقاً لنظرية التعلق، يمكن فهم المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد على أنها تعبير عن أنماط تعلق غير آمنة أو مضطربة. فعلى سبيل المثال، قد تُفسر سلوكيات الانسحاب الاجتماعي على أنها تعبير عن نمط تعلق تجنب، حيث يتعلم الطفل أن الاعتماد على الآخرين غير آمن أو غير مفيد (Rutgers et al., 2004).

كما تركز نظرية التعلق على مفهوم "النماذج العاملة الداخلية"، التي تشير إلى التمثيلات العقلية للذات وللآخرين وللعلاقات بينهما، والتي تتشكل من خلال خبرات التعلق المبكرة. وقد اقترح بعض الباحثين أن أطفال التوحد قد يطورون نماذج عاملة داخلية غير تكيفية، تؤثر على توقعاتهم وتفسيراتهم للتفاعلات الاجتماعية وعلى سلوكهم في هذه التفاعلات (Oppenheim et al., 2009).

ومن المفاهيم المهمة الأخرى في نظرية التعلق مفهوم "قاعدة الأمان"، الذي يشير إلى استخدام مقدم الرعاية كقاعدة آمنة للاستكشاف والتعلم. وقد اقترح بعض الباحثين أن أطفال التوحد قد يواجهون صعوبات في استخدام مقدمي الرعاية كقاعدة آمنة، مما يؤثر على استكشافهم للبيئة وتفاعلهم معها (Ainsworth et al., 1978).

نظرية الذات

تركز نظرية الذات التي وضعها هاينز كوهوت على تطور الذات وتنظيمها، وعلى أهمية التعاطف والاستجابة المناسبة من قبل مقدمي الرعاية في هذا التطور. وقد قدمت هذه النظرية إطاراً مفيداً لفهم بعض جوانب اضطراب التوحد والمشكلات السلوكية المرتبطة به (Kohut, 1977).

وفقاً لنظرية الذات، يمكن فهم المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد على أنها تعبير عن خلل في تطور الذات وتنظيمها. فعلى سبيل المثال، قد تُفسر نوبات الغضب على أنها تعبير عن فشل في تنظيم الذات في مواجهة الإحباط أو التغيير (Schoore, 2003).

كما تركز نظرية الذات على مفهوم "موضوعات الذات"، التي تشير إلى الأشخاص الذين يلبون احتياجات الذات للتأكيد والاندماج والمثالية. وقد اقترح بعض المنظرين أن أطفال التوحد قد يعانون من نقص في خبرات موضوعات الذات المناسبة، مما يؤدي إلى صعوبات في تطوير ذات متماسكة ومتكاملة (Stolorow et al., 1987).

ومن المفاهيم المهمة الأخرى في نظرية الذات مفهوم "التحويل المرآتي"، الذي يشير إلى حاجة الطفل لأن يرى نفسه منعكساً بشكل إيجابي في استجابات مقدمي الرعاية. وقد اقترح بعض المنظرين أن أطفال التوحد قد يواجهون صعوبات في تلقي استجابات مرآتية مناسبة، مما يؤثر على تطور تقدير الذات والثقة بالنفس (Wolf, 1988).

نظرية العقل

تشير نظرية العقل إلى القدرة على فهم أن الآخرين لديهم حالات عقلية (أفكار، مشاعر، رغبات، معتقدات) قد تختلف عن حالاتنا العقلية، وعلى استخدام هذا الفهم في تفسير وتوقع سلوك الآخرين. وقد قدمت هذه النظرية إطاراً مفيداً لفهم الصعوبات الاجتماعية والتواصلية لدى أطفال التوحد (Baron-Cohen et al., 1985).

وفقاً لنظرية العقل، يمكن فهم المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد على أنها تعبير عن صعوبات في فهم وتفسير الحالات العقلية للآخرين. فعلى سبيل المثال، قد تُفسر السلوكيات العدوانية على أنها ناتجة عن سوء فهم لنوايا الآخرين أو صعوبة في فهم تأثير السلوك على مشاعر الآخرين (Frith, 2003).

كما تركز نظرية العقل على مفهوم "العمى العقلي"، الذي يشير إلى صعوبة في فهم أن الآخرين لديهم أفكار ومشاعر ورغبات ومعتقدات. وقد اقترح بعض الباحثين أن أطفال التوحد قد يعانون من درجات متفاوتة من العمى العقلي، مما يؤثر على قدرتهم على التفاعل الاجتماعي بشكل مناسب (Baron-Cohen, 1995).

ومن المفاهيم المهمة الأخرى في نظرية العقل مفهوم "التمثيل الثانوي"، الذي يشير إلى القدرة على تكوين تمثيلات عقلية للحالات العقلية (تمثيلات للتمثيلات). وقد اقترح بعض الباحثين أن أطفال التوحد قد يواجهون صعوبات في تكوين هذه التمثيلات الثانوية، مما يؤثر على قدرتهم على فهم وتفسير السلوك الاجتماعي (Leslie, 1987).

العلاقة بين الديناميكية النفسية والمشكلات السلوكية

تشير الديناميكية النفسية إلى التفاعل المعقد بين العمليات النفسية الداخلية، مثل الدوافع والصراعات والآليات الدفاعية، وكيفية تأثير هذا التفاعل على السلوك الظاهر. وفي سياق اضطراب طيف التوحد، يمكن فهم العلاقة بين الديناميكية النفسية والمشكلات السلوكية من خلال عدة جوانب:

الدوافع اللاشعورية والسلوك الظاهر

وفقاً للنظرية الديناميكية النفسية، قد تكون المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد تعبيراً عن دوافع لاشعورية. فعلى سبيل المثال، قد تكون سلوكيات إيذاء الذات تعبيراً عن دوافع عدوانية موجهة نحو الذات، أو محاولة للتخلص من مشاعر الذنب أو القلق (Freud, 1923/1961). وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن فهم الدوافع اللاشعورية وراء السلوك الظاهر يمكن أن يساعد في تصميم تدخلات أكثر فعالية. فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة أجراها ألفاريز وريد (Alvarez & Reid, 1999) أن التدخلات التي تأخذ في الاعتبار الدوافع اللاشعورية وراء السلوكيات المشكّلة كانت أكثر فعالية من التدخلات التي تركز فقط على تعديل السلوك الظاهر.

الصراعات النفسية والمشكلات السلوكية

وفقاً للنظرية الديناميكية النفسية، قد تكون المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد تعبيراً عن صراعات نفسية داخلية. فعلى سبيل المثال، قد تكون نوبات الغضب تعبيراً عن صراع بين الرغبة في الاستقلالية والحاجة إلى الاعتماد على الآخرين (Erikson, 1950). وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن فهم الصراعات النفسية وراء المشكلات السلوكية يمكن أن يساعد في تطوير استراتيجيات تدخل أكثر شمولية. فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة

أجراها سينجر وزملاؤه (Singer et al., 2007) أن التدخلات التي تستهدف الصراعات النفسية الأساسية كانت أكثر فعالية في تقليل المشكلات السلوكية على المدى الطويل.

الآليات الدفاعية والمشكلات السلوكية

وفقاً للنظرية الديناميكية النفسية، قد تكون المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد تعبيراً عن آليات دفاعية تهدف إلى حماية الذات من القلق أو الصراع. فعلى سبيل المثال، قد تكون السلوكيات النمطية والتكرارية شكلاً من أشكال "العزل"، حيث يتم فصل الأفكار أو المشاعر المؤلمة عن الوعي (Freud, 1936/1966).

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن فهم الآليات الدفاعية وراء المشكلات السلوكية يمكن أن يساعد في تطوير تدخلات أكثر تعاطفاً وفعالية. فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة أجراها وينيكوت (Winnicott, 1965) أن توفير بيئة آمنة وداعمة يمكن أن يقلل من الحاجة إلى الآليات الدفاعية القاسية، مما يؤدي إلى تحسن في السلوك.

التحويل والمشكلات السلوكية

يشير مفهوم التحويل في النظرية الديناميكية النفسية إلى عملية نقل المشاعر والتوقعات والتصورات المرتبطة بالعلاقات السابقة (خاصة مع مقدمي الرعاية الأساسيين) إلى العلاقات الحالية. وقد تكون المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد تعبيراً عن عمليات تحويل، حيث يتم التعامل مع الآخرين بناءً على تجارب سابقة وليس على الواقع الحالي (Freud, 1912/1958).

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن فهم عمليات التحويل يمكن أن يساعد في تحسين العلاقات العلاجية والتعليمية مع أطفال التوحد. فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة أجراها جيلبرت وزملاؤه (Gilbert et al., 2008) أن المعلمين والمعالجين الذين كانوا على وعي بعمليات التحويل كانوا أكثر قدرة على التعامل مع المشكلات السلوكية بشكل فعال.

تأثير العوامل النفسية على ظهور المشكلات السلوكية

تلعب العوامل النفسية دوراً مهماً في ظهور وتطور المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد. ويمكن تصنيف هذه العوامل إلى عدة فئات:

القلق والخوف

يعاني العديد من أطفال التوحد من مستويات مرتفعة من القلق والخوف، والتي قد تؤدي إلى ظهور مشكلات سلوكية. فعلى سبيل المثال، قد يؤدي القلق الاجتماعي إلى سلوكيات الانسحاب والتجنب، وقد يؤدي الخوف من التغيير إلى نوبات الغضب أو السلوكيات النمطية (White et al., 2009).

وقد أشارت الدراسات إلى أن معدلات انتشار اضطرابات القلق لدى أطفال التوحد تتراوح بين 40% و84%، وهي أعلى بكثير من معدلات انتشارها في عموم السكان (van Steensel et al., 2011). كما أشارت الدراسات إلى وجود علاقة قوية بين شدة القلق وشدة المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد (Sukhodolsky et al., 2008).

وتشير النظرية الديناميكية النفسية إلى أن القلق قد ينشأ من صراعات نفسية داخلية أو من تهديدات للذات أو من خبرات صادمة سابقة. وقد يلجأ الطفل إلى آليات دفاعية مختلفة للتعامل مع هذا القلق، والتي قد تظهر في شكل مشكلات سلوكية (Freud, 1926/1959).

الإحباط والغضب

يواجه العديد من أطفال التوحد صعوبات في التواصل والتفاعل الاجتماعي وفهم العالم من حولهم، مما قد يؤدي إلى مشاعر الإحباط والغضب. وقد تظهر هذه المشاعر في شكل مشكلات سلوكية مثل العدوان أو إيذاء الذات أو نوبات الغضب (Mazefsky et al., 2012). وقد أشارت الدراسات إلى أن أطفال التوحد قد يكونون أكثر عرضة للإحباط بسبب صعوبات في التعبير عن احتياجاتهم ورغباتهم، وصعوبات في فهم توقعات الآخرين، وصعوبات في التكيف مع التغييرات (Jahromi et al., 2012). كما أشارت الدراسات إلى وجود علاقة بين مستوى الإحباط وشدة المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد (Quek et al., 2012).

وتشير النظرية الديناميكية النفسية إلى أن الغضب قد ينشأ من الإحباط أو من تهديدات للذات أو من صراعات نفسية داخلية. وقد يتم التعبير عن الغضب بشكل مباشر من خلال السلوكيات العدوانية، أو قد يتم كبته وتحويله إلى أشكال أخرى من السلوك، مثل إيذاء الذات (Freud, 1917/1957).

الاكتئاب والحزن

يعاني بعض أطفال التوحد من مشاعر الاكتئاب والحزن، والتي قد تؤدي إلى ظهور مشكلات سلوكية. فعلى سبيل المثال، قد يؤدي الاكتئاب إلى انخفاض الدافعية والانسحاب الاجتماعي وتغيرات في النوم والشهية (Stewart et al., 2006).

وقد أشارت الدراسات إلى أن معدلات انتشار الاكتئاب لدى أطفال التوحد تتراوح بين 10% و72%، وهي أعلى من معدلات انتشاره في عموم السكان (Magnuson & Constantino, 2011). كما أشارت الدراسات إلى وجود علاقة بين شدة الاكتئاب وشدة المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد (Ghaziuddin et al., 2002).

وتشير النظرية الديناميكية النفسية إلى أن الاكتئاب قد ينشأ من فقدان موضوع حب أو من الشعور بالعجز أو من توجيه الغضب نحو الذات. وقد يظهر الاكتئاب في شكل مشكلات سلوكية مختلفة، اعتماداً على كيفية تعامل الطفل مع هذه المشاعر (Freud, 1917/1957).

صعوبات في تنظيم المشاعر

يواجه العديد من أطفال التوحد صعوبات في تنظيم مشاعرهم، أي في التعرف على المشاعر وفهمها والتعبير عنها بشكل مناسب والتحكم فيها. وقد تؤدي هذه الصعوبات إلى ظهور مشكلات سلوكية مختلفة (Mazefsky et al., 2013).

وقد أشارت الدراسات إلى أن أطفال التوحد قد يعانون من صعوبات في التعرف على مشاعرهم (الوعي العاطفي)، وصعوبات في فهم العلاقة بين المشاعر والأحداث، وصعوبات في التعبير عن المشاعر بشكل مناسب، وصعوبات في تهدئة أنفسهم عندما يكونون منزعجين (Samson et al., 2012). كما أشارت الدراسات إلى وجود علاقة قوية بين صعوبات تنظيم المشاعر وشدة المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد (Mazefsky et al., 2014).

وتشير النظرية الديناميكية النفسية إلى أن صعوبات تنظيم المشاعر قد تنشأ من خلل في العلاقات المبكرة مع مقدمي الرعاية، أو من نقص في خبرات الاحتواء والتنظيم المشترك للمشاعر، أو من صعوبات في تكوين تمثيلات داخلية للمشاعر والعلاقات (Schoore, 2003).

صعوبات في تكوين الهوية وتقدير الذات

يواجه العديد من أطفال التوحد صعوبات في تكوين هوية متماسكة وتقدير ذات إيجابي. وقد تؤدي هذه الصعوبات إلى ظهور مشكلات سلوكية مختلفة (Hobson, 2002).

وقد أشارت الدراسات إلى أن أطفال التوحد قد يعانون من صعوبات في تكوين مفهوم واضح ومتماسك للذات، وصعوبات في تطوير تقدير ذات إيجابي، وصعوبات في فهم وتقبل جوانب القوة والضعف لديهم (Lee & Hobson, 1998). كما أشارت الدراسات إلى وجود علاقة بين صعوبات تكوين الهوية وتقدير الذات وبين المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد (Capps et al., 1995).

وتشير النظرية الديناميكية النفسية إلى أن صعوبات تكوين الهوية وتقدير الذات قد تنشأ من خلل في عمليات التفريد والانفصال، أو من نقص في الاستجابات المرآتية المناسبة من قبل مقدمي الرعاية، أو من صعوبات في دمج الجوانب الإيجابية والسلبية للذات (Mahler et al., 1975; Kohut, 1977).

دور الصراعات النفسية الداخلية في تشكيل السلوك

تلعب الصراعات النفسية الداخلية دوراً مهماً في تشكيل السلوك لدى أطفال التوحد. ويمكن فهم هذا الدور من خلال عدة جوانب:

صراع الاستقلالية مقابل الاعتماد

يواجه العديد من أطفال التوحد صراعاً بين الرغبة في الاستقلالية والحاجة إلى الاعتماد على الآخرين. فمن ناحية، قد يرغب الطفل في أن يكون مستقلاً ويتخذ قراراته بنفسه. ومن ناحية أخرى، قد يشعر بالحاجة إلى الاعتماد على الآخرين للمساعدة والدعم (Erikson, 1950).

وقد يظهر هذا الصراع في شكل مشكلات سلوكية مختلفة. فعلى سبيل المثال، قد يظهر الطفل سلوكيات عنيدة أو متحدية عندما يشعر أن استقلالته مهددة، أو قد يظهر سلوكيات تعلقية مفرطة عندما يشعر بالقلق من الانفصال (Mahler et al., 1975).

وقد أشارت الدراسات إلى أن أطفال التوحد قد يواجهون صعوبات خاصة في حل هذا الصراع بسبب صعوبات في التواصل والتفاعل الاجتماعي، وصعوبات في فهم وتنظيم المشاعر، وصعوبات في تطوير مفهوم واضح للذات (Hobson, 2002).

صراع القرب مقابل المسافة

يواجه العديد من أطفال التوحد صراعاً بين الرغبة في القرب والحميمية والخوف من الاندماج أو الابتلاع. فمن ناحية، قد يرغب الطفل في التواصل والتفاعل مع الآخرين والشعور بالانتماء. ومن ناحية أخرى، قد يشعر بالخوف من فقدان حدود الذات أو من الشعور بالارتباك أو الإرهاق في التفاعلات الاجتماعية (Tustin, 1992).

وقد يظهر هذا الصراع في شكل مشكلات سلوكية مختلفة. فعلى سبيل المثال، قد يظهر الطفل سلوكيات انسحابية أو تجنبية عندما يشعر أن المسافة النفسية مهددة، أو قد يظهر سلوكيات تطفلية أو لاصقة عندما يشعر بالخوف من الانفصال أو الرفض (Alvarez, 1992).

وقد أشارت الدراسات إلى أن أطفال التوحد قد يواجهون صعوبات خاصة في حل هذا الصراع بسبب صعوبات في فهم وتنظيم المسافة النفسية والاجتماعية، وصعوبات في فهم وتفسير الإشارات الاجتماعية، وصعوبات في تنظيم المشاعر في سياق العلاقات (Hobson, 2002).

صراع التعبير مقابل الكبت

يواجه العديد من أطفال التوحد صراعاً بين الرغبة في التعبير عن المشاعر والأفكار والحاجة إلى كبتها أو التحكم فيها. فمن ناحية، قد يرغب الطفل في التعبير عن مشاعره وأفكاره بحرية. ومن ناحية أخرى، قد يشعر بالخوف من أن يؤدي هذا التعبير إلى نتائج سلبية، مثل الرفض أو العقاب أو الشعور بالارتباك (Freud, 1915/1957).

وقد يظهر هذا الصراع في شكل مشكلات سلوكية مختلفة. فعلى سبيل المثال، قد يظهر الطفل نوبات غضب أو انفجارات عاطفية عندما تتراكم المشاعر المكبوتة، أو قد يظهر سلوكيات تجنبية أو انسحابية عندما يشعر بالخوف من التعبير عن مشاعره (Freud, 1926/1959).

وقد أشارت الدراسات إلى أن أطفال التوحد قد يواجهون صعوبات خاصة في حل هذا الصراع بسبب صعوبات في التعرف على المشاعر وفهمها، وصعوبات في التعبير عن المشاعر بشكل مناسب، وصعوبات في تنظيم المشاعر (Samson et al., 2012).

صراع الواقع مقابل الخيال

يواجه العديد من أطفال التوحد صراعاً بين الانخراط في الواقع والانسحاب إلى عالم الخيال. فمن ناحية، قد يرغب الطفل في التفاعل مع العالم الواقعي والمشاركة في الأنشطة والعلاقات الاجتماعية. ومن ناحية أخرى، قد يجد الراحة والأمان في عالم داخلي من الخيال والأفكار والاهتمامات المحدودة (Bettelheim, 1967).

وقد يظهر هذا الصراع في شكل مشكلات سلوكية مختلفة. فعلى سبيل المثال، قد يظهر الطفل سلوكيات انسحابية أو انعزالية عندما يشعر أن الواقع مهدد أو مربك، أو قد يظهر سلوكيات نمطية أو تكرارية كوسيلة للانسحاب إلى عالم داخلي أكثر قابلية للتنبؤ والتحكم (Tustin, 1992).

وقد أشارت الدراسات إلى أن أطفال التوحد قد يواجهون صعوبات خاصة في حل هذا الصراع بسبب صعوبات في فهم وتفسير العالم الاجتماعي، وصعوبات في التكيف مع التغييرات والمواقف غير المألوفة، وصعوبات في تنظيم المشاعر في مواجهة الضغوط (Frith, 2003).

تحليل وظائف السلوك من منظور الديناميكية النفسية

يمكن فهم وظائف السلوك لدى أطفال التوحد من منظور الديناميكية النفسية من خلال عدة جوانب:

التعبير عن المشاعر والاحتياجات

قد تكون المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد وسيلة للتعبير عن المشاعر والاحتياجات التي يصعب التعبير عنها بشكل لفظي أو اجتماعي مناسب. فعلى سبيل المثال، قد تكون نوبات الغضب تعبيراً عن الإحباط أو القلق، وقد تكون سلوكيات إيذاء الذات تعبيراً عن الألم أو الضيق (Greenspan & Wieder, 2006).

وقد أشارت الدراسات إلى أن فهم الوظيفة التعبيرية للسلوك يمكن أن يساعد في تطوير تدخلات أكثر فعالية. فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة أجراها كار وزملاؤه (Carr et al., 1994) أن تعليم الأطفال طرقاً بديلة للتعبير عن مشاعرهم واحتياجاتهم كان فعالاً في تقليل المشكلات السلوكية.

التنظيم الذاتي

قد تكون المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد وسيلة للتنظيم الذاتي، أي للتحكم في مستوى الإثارة أو القلق أو الضغط. فعلى سبيل المثال، قد تكون السلوكيات النمطية والتكرارية وسيلة لتهدئة النفس أو لتنظيم المدخلات الحسية، وقد تكون سلوكيات إيذاء الذات وسيلة لتحويل الانتباه من ألم نفسي إلى ألم جسدي أكثر قابلية للتحكم (Schoore, 2003).

وقد أشارت الدراسات إلى أن فهم الوظيفة التنظيمية للسلوك يمكن أن يساعد في تطوير تدخلات أكثر فعالية. فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة أجراها دوران وزملاؤه (Durand et al., 1996) أن تعليم الأطفال استراتيجيات بديلة للتنظيم الذاتي كان فعالاً في تقليل المشكلات السلوكية.

الحماية من التهديدات النفسية

قد تكون المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد وسيلة للحماية من التهديدات النفسية، مثل القلق أو الخوف أو الشعور بالعجز. فعلى سبيل المثال، قد تكون السلوكيات التجنبية وسيلة للهروب من مواقف مهددة أو مربكة، وقد تكون السلوكيات العدوانية وسيلة للدفاع عن النفس ضد تهديدات متصورة (Freud, 1936/1966).

وقد أشارت الدراسات إلى أن فهم الوظيفة الحمائية للسلوك يمكن أن يساعد في تطوير تدخلات أكثر فعالية. فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة أجراها كيندال وزملاؤه (Kendall et al., 2004) أن مساعدة الأطفال على فهم وإدارة مخاوفهم كان فعالاً في تقليل السلوكيات التجنبية.

التحكم في البيئة والعلاقات

قد تكون المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد وسيلة للتحكم في البيئة والعلاقات، أي لجعل العالم أكثر قابلية للتنبؤ والفهم والتحكم. فعلى سبيل المثال، قد تكون السلوكيات المتحدية وسيلة للحفاظ على الشعور بالسيطرة في مواقف غير مألوفة أو غير متوقعة، وقد تكون نوبات الغضب وسيلة للتأثير على سلوك الآخرين (Erikson, 1950).

وقد أشارت الدراسات إلى أن فهم الوظيفة التحكمية للسلوك يمكن أن يساعد في تطوير تدخلات أكثر فعالية. فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة أجراها كوجل وزملاؤه (Koegel et al.,)

1992) أن منح الأطفال فرصاً مناسبة للاختيار والتحكم كان فعالاً في تقليل السلوكيات المتحدية.

التواصل والتفاعل الاجتماعي

قد تكون المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد وسيلة للتواصل والتفاعل الاجتماعي، خاصة عندما تكون مهارات التواصل اللفظي والاجتماعي محدودة. فعلى سبيل المثال، قد تكون السلوكيات الملفتة للانتباه وسيلة لجذب انتباه الآخرين وبدء التفاعل، وقد تكون السلوكيات غير المناسبة اجتماعياً وسيلة للحفاظ على التفاعل حتى لو كان سلبياً (Donnellan et al., 1984).

وقد أشارت الدراسات إلى أن فهم الوظيفة التواصلية للسلوك يمكن أن يساعد في تطوير تدخلات أكثر فعالية. فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة أجراها كار وزملاؤه (Carr & Durand, 1985) أن تعليم الأطفال طرقاً بديلة للتواصل كان فعالاً في تقليل المشكلات السلوكية.

خاتمة الفصل:

تقدم الديناميكية النفسية إطاراً نظرياً مهماً لفهم وتفسير المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد. فهي تركز على العمليات النفسية الداخلية والصراعات والدوافع اللاشعورية التي تؤثر في السلوك الظاهر، وتقدم رؤية متعمقة للعوامل النفسية التي تسهم في ظهور وتطور هذه المشكلات.

وقد استعرضنا في هذا الفصل النظريات المفسرة للمشكلات السلوكية من منظور الديناميكية النفسية، والعلاقة بين الديناميكية النفسية والمشكلات السلوكية، وتأثير العوامل النفسية على ظهور هذه المشكلات، ودور الصراعات النفسية الداخلية في تشكيل السلوك، وتحليل وظائف السلوك من منظور الديناميكية النفسية.

ويمكن القول إن فهم الديناميكية النفسية للمشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد يمكن أن يساعد في تطوير تدخلات أكثر شمولية وفعالية. فبدلاً من التركيز فقط على تعديل السلوك الظاهر، يمكن أن تستهدف هذه التدخلات العوامل النفسية الأساسية التي تسهم في ظهور وتطور هذه المشكلات، مثل القلق والإحباط والاكتئاب وصعوبات تنظيم المشاعر وصعوبات تكوين الهوية وتقدير الذات والصراعات النفسية الداخلية.

المراجع

1. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
2. Alvarez, A. (1992). Live company: Psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children. London: Routledge.
3. Alvarez, A., & Reid, S. (1999). Autism and personality: Findings from the Tavistock Autism Workshop. London: Routledge.
4. Baron-Cohen, S. (1995). Mindblindness: An essay on autism and theory of mind. Cambridge, MA: MIT Press.
5. Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21(1), 37-46.
6. Bettelheim, B. (1967). The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self. New York: Free Press.
7. Bion, W. R. (1962). Learning from experience. London: Heinemann.
8. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books.
9. Capps, L., Sigman, M., & Yirmiya, N. (1995). Self-competence and emotional understanding in high-functioning children with autism. *Development and Psychopathology*, 7(1), 137-149.
10. Carr, E. G., & Durand, V. M. (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18(2), 111-126.
11. Carr, E. G., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J. I., Kemp, D. C., & Smith, C. E. (1994). Communication-based intervention for problem behavior: A user's guide for producing positive change. Baltimore: Paul H. Brookes.
12. Donnellan, A. M., Mirenda, P. L., Mesaros, R. A., & Fassbender, L. L. (1984). Analyzing the communicative functions of aberrant behavior. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 9(3), 201-212.
13. Durand, V. M., Crimmins, D. B., Caulfield, M., & Taylor, J. (1996). Reinforcer assessment I: Using problem behavior to select reinforcers. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 21(1), 7-15.
14. Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
15. Freud, A. (1936/1966). The ego and the mechanisms of defense. New York: International Universities Press.
16. Freud, S. (1912/1958). The dynamics of transference. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 97-108). London: Hogarth Press.
17. Freud, S. (1915/1957). Repression. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 141-158). London: Hogarth Press.
18. Freud, S. (1917/1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 237-258). London: Hogarth Press.
19. Freud, S. (1923/1961). The ego and the id. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 1-66). London: Hogarth Press.
20. Freud, S. (1926/1959). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 75-175). London: Hogarth Press.
21. Frith, U. (2003). *Autism: Explaining the enigma* (2nd ed.). Oxford: Blackwell.
22. Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N., & Greden, J. (2002). Depression in persons with autism: Implications for research and clinical care. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(4), 299-306.
23. Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*, 3(3), 182-191.
24. Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2006). *Engaging autism: Using the floortime approach to help children relate, communicate, and think*. Cambridge, MA: Da Capo Press.
25. Hobson, R. P. (2002). The cradle of thought: Exploring the origins of thinking. London: Macmillan.
26. Jahromi, L. B., Meek, S. E., & Ober-Reynolds, S. (2012). Emotion regulation in the context of frustration in children with high functioning autism and their typical peers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(12), 1250-1258.
27. Kendall, P. C., Aschenbrand, S. G., & Hudson, J. L. (2004). Child-focused treatment of anxiety. In P. M. Barrett & T. H. Ollendick (Eds.), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment* (pp. 81-100). Chichester, UK: Wiley.
28. Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
29. Koegel, L. K., Koegel, R. L., & Dunlap, G. (1992). Positive behavioral support: Including people with difficult behavior in the community. Baltimore: Paul H. Brookes.
30. Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
31. Lee, A., & Hobson, R. P. (1998). On developing self-concepts: A controlled study of children and adolescents with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(8), 1131-1144.
32. Leslie, A. M. (1987). Pretense and representation: The origins of "theory of mind". *Psychological Review*, 94(4), 412-426.
33. Magnuson, K. M., & Constantino, J. N. (2011). Characterization of depression in children with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32(4), 332-340.
34. Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
35. Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L., & White, S. W. (2013). The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(7), 679-688.
36. Mazefsky, C. A., Pelphrey, K. A., & Dahl, R. E. (2012). The need for a broader approach to emotion regulation research in autism. *Child Development Perspectives*, 6(1), 92-97.
37. Mazefsky, C. A., Yu, L., White, S. W., Siegel, M., & Pilonis, P. A. (2014). The emotion dysregulation inventory: Psychometric properties and item response theory calibration in an autism spectrum disorder sample. *Autism Research*, 11(6), 928-941.
38. Ogden, T. H. (1989). *The primitive edge of experience*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
39. Oppenheim, D., Koren-Karie, N., Dolev, S., & Yirmiya, N. (2009). Maternal insightfulness and resolution of the diagnosis are associated with secure attachment in preschoolers with autism spectrum disorders. *Child Development*, 80(2), 519-527.
40. Quek, L. H., Sofronoff, K., Sheffield, J., White, A., & Kelly, A. (2012). Co-occurring anger in young people with Asperger's syndrome. *Journal of Clinical Psychology*, 68(10), 1142-1148.
41. Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & van Berckelaer-Onnes, I. A. (2004). Autism and attachment: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1123-1134.
42. Samson, A. C., Hardan, A. Y., Podell, R. W., Phillips, J. M., & Gross, J. J. (2014). Emotion regulation in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 8(1), 9-18.
43. Samson, A. C., Huber, O., & Gross, J. J. (2012). Emotion regulation in Asperger's syndrome and high-functioning autism. *Emotion*, 12(4), 659-665.
44. Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton.
45. Singer, G. H., Ethridge, B. L., & Aldana, S. I. (2007). Primary and secondary effects of parenting and stress management interventions for parents of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), 357-369.
46. Stewart, M. E., Barnard, L., Pearson, J., Hasan, R., & O'Brien, G. (2006). Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: A review. *Autism*, 10(1), 103-116.
47. Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
48. Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Gadow, K. D., Arnold, L. E., Aman, M. G., McDougle, C. J., ... & Vitiello, B. (2008). Parent-rated anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders: Frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(1), 117-128.
49. Tustin, F. (1981). *Autistic states in children*. London: Routledge.
50. Tustin, F. (1992). *Autistic states in children* (Rev. ed.). London: Routledge.
51. van Steensel, F. J., Bögels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 302-317.
52. White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 216-229.
53. Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: Hogarth Press.
54. Wolf, E. S. (1988). *Treating the self: Elements of clinical self psychology*. New York: Guilford Press.

الفصل السادس :
استراتيجيات التشخيص والتقييم

الفصل السادس :

استراتيجيات التشخيص والتقييم

المقدمة

يعد التشخيص والتقييم الدقيق لاضطراب طيف التوحد خطوة أساسية في تحديد الاحتياجات الخاصة للطلاب المصابين بهذا الاضطراب، وبالتالي تصميم برامج التدخل المناسبة لهم. تتطلب عملية التشخيص والتقييم تعاوناً وثيقاً بين الأسرة والمتخصصين في مجالات متعددة، بما في ذلك الأطباء النفسيين، وأخصائيي علم النفس، والمعلمين، وأخصائيي النطق واللغة، والمعالجين المهنيين. يهدف هذا الفصل إلى تقديم رؤية شاملة لاستراتيجيات التشخيص والتقييم المستخدمة مع طلاب التوحد، مع التركيز على الديناميكية النفسية وتأثيرها على المشكلات السلوكية لديهم.

المعايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5)

يعتمد المتخصصون في الرعاية الصحية على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي كمرجع أساسي لتشخيص اضطراب طيف التوحد. وفقاً للإصدار الخامس من هذا الدليل، يتم تشخيص اضطراب طيف التوحد بناءً على مجموعتين رئيسيتين من المعايير:

1. العجز المستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة، ويتجلى ذلك من خلال:

- قصور في التبادل الاجتماعي العاطفي
 - قصور في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي
 - قصور في تطوير العلاقات والحفاظ عليها وفهمها
2. أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة مقيدة وتكرارية، وتظهر من خلال اثنين على الأقل مما يلي:

- حركات نمطية أو متكررة، أو استخدام الأشياء بطريقة نمطية، أو كلام نمطي أو متكرر
- الإصرار على التماثل والالتزام غير المرن بالروتين
- اهتمامات محدودة للغاية وثابتة بشكل غير طبيعي من حيث الشدة أو التركيز
- فرط أو انخفاض في الاستجابة للمدخلات الحسية أو اهتمام غير عادي بالجوانب الحسية للبيئة

بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو، وأن تسبب ضعفاً كبيراً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيرها من مجالات الأداء المهمة، وألا تُفسر بشكل أفضل من خلال الإعاقة الذهنية أو التأخر النمائي العام.

مستويات الشدة

يتطلب تشخيص اضطراب طيف التوحد وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) تحديد مستوى الشدة، والذي يعكس مستوى الدعم الذي يحتاجه الفرد. هناك ثلاثة مستويات للشدة:

- **المستوى 1: "يتطلب دعماً"** - يواجه الفرد صعوبة في بدء التفاعلات الاجتماعية ويظهر استجابات غير نموذجية أو غير ناجحة للمبادرات الاجتماعية من الآخرين. قد يبدو أن لديه اهتماماً متناقصاً بالتفاعلات الاجتماعية.
 - **المستوى 2: "يتطلب دعماً كبيراً"** - يعاني الفرد من عجز واضح في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، وصعوبات اجتماعية واضحة حتى مع وجود الدعم، ومحدودية في بدء التفاعلات الاجتماعية، واستجابة مخفضة أو غير طبيعية لمبادرات الآخرين.
 - **المستوى 3: "يتطلب دعماً كبيراً جداً"** - يعاني الفرد من عجز شديد في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي يسبب ضعفاً شديداً في الأداء، ومحدودية شديدة في بدء التفاعلات الاجتماعية، واستجابة ضئيلة للغاية لمبادرات الآخرين.
- من المهم ملاحظة أن مستويات الشدة هذه مرتبطة فقط بتشخيص التوحد، وليست مرتبطة بالضرورة بالإعاقة الذهنية التي قد تكون موجودة لدى بعض الأفراد المصابين بالتوحد.

الديناميكية النفسية في عملية التشخيص

المنظور النفسي الديناميكي للتشخيص

يقدم المنظور النفسي الديناميكي إطاراً مهماً لفهم وتشخيص اضطراب طيف التوحد، حيث يركز على العمليات النفسية الداخلية والعلاقات الشخصية والصراعات اللاواعية التي قد تؤثر على سلوك الفرد وتفاعلاته الاجتماعية. على عكس النماذج الطبية التقليدية التي تركز بشكل أساسي على الأعراض الظاهرة، يسعى المنظور النفسي الديناميكي إلى فهم المعنى الكامن وراء السلوكيات والأعراض.

في سياق تشخيص اضطراب طيف التوحد، يمكن للمنظور النفسي الديناميكي أن يساعد في:

1. فهم الدفاعات النفسية: تفسير السلوكيات المتكررة والنمطية كآليات دفاعية ضد القلق والتوتر.
2. تحليل العلاقات الموضوعية: فحص كيفية تطور العلاقات مع الآخرين وتأثيرها على النمو النفسي والاجتماعي.
3. استكشاف الصراعات الداخلية: تحديد الصراعات النفسية الداخلية التي قد تسهم في المشكلات السلوكية والتواصلية.
4. تقييم التطور النفسي: فهم مراحل النمو النفسي والعاطفي وكيفية تأثرها باضطراب طيف التوحد.

تكامل المنظور النفسي الديناميكي مع المعايير التشخيصية

يمكن تحقيق تكامل مثمر بين المنظور النفسي الديناميكي والمعايير التشخيصية التقليدية لاضطراب طيف التوحد. هذا التكامل يسمح بفهم أعمق للفرد المصاب بالتوحد، ويمكن أن يؤدي إلى تشخيص أكثر دقة وشمولية. على سبيل المثال:

- تفسير الأعراض: بينما تحدد المعايير التشخيصية وجود أنماط سلوكية متكررة ومقيدة، يمكن للمنظور النفسي الديناميكي أن يقدم تفسيراً لوظيفة هذه السلوكيات في الاقتصاد النفسي للفرد.

- فهم التفاعلات الاجتماعية: يمكن للمنظور النفسي الديناميكي أن يعمق فهمنا لصعوبات التفاعل الاجتماعي من خلال استكشاف تجارب الطفولة المبكرة والعلاقات مع مقدمي الرعاية.
- تقييم التطور العاطفي: يمكن أن يساعد في تقييم القدرة على التعرف على المشاعر والتعبير عنها، وهو جانب مهم في فهم صعوبات التواصل لدى الأفراد المصابين بالتوحد.

أدوات وأساليب التقييم

التقييمات التشخيصية الرسمية

تلعب التقييمات التشخيصية الرسمية دوراً محورياً في تشخيص اضطراب طيف التوحد وتقييم شدته. تساعد هذه الأدوات المتخصصين على جمع معلومات منظمة وموحدة حول سلوكيات الفرد وقدراته، مما يساهم في الوصول إلى تشخيص دقيق. من أبرز هذه الأدوات:

1. **جدول مراقبة تشخيص التوحد، الطبعة الثانية (ADOS-2):** يعتبر "المعيار الذهبي" في تقييم اضطراب طيف التوحد. يتضمن سلسلة من الأنشطة المنظمة التي تسمح للمختص بملاحظة السلوكيات المرتبطة بالتوحد في سياقات اجتماعية وتواصلية مختلفة.
2. **مقابلة تشخيص التوحد-المراجعة (ADI-R):** عبارة عن مقابلة شبه منظمة مع الوالدين أو مقدمي الرعاية، تهدف إلى جمع معلومات تفصيلية حول تاريخ النمو والسلوكيات الحالية للفرد. تتكون من 93 عنصراً تغطي مجالات التواصل واللغة، والتفاعل الاجتماعي المتبادل، والسلوكيات والاهتمامات المقيدة والمتكررة.
3. **مقياس تقييم التوحد في مرحلة الطفولة، الطبعة الثانية (CARS-2):** أداة تقييم تستخدم لتحديد وجود وشدة أعراض التوحد لدى الأطفال. يتكون من 15 مجالاً يتم تقييمها على مقياس من 1 إلى 4، بما في ذلك العلاقة مع الناس، والتقليد، والاستجابة العاطفية، واستخدام الجسم، واستخدام الأشياء، والتكيف مع التغيير، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية، والاستجابة واستخدام حاسة التذوق والشم واللمس،

والخوف أو العصبية، والتواصل اللفظي، والتواصل غير اللفظي، ومستوى النشاط، ومستوى وتناسق الاستجابة الفكرية، والانطباع العام.

4. **مقياس جيليام لتقييم التوحد، الطبعة الثالثة (GARS-3):** أداة تقييم تستخدم لتحديد شدة أعراض التوحد. يتكون من 56 عنصراً موزعة على ست مقاييس فرعية: السلوكيات النمطية، والتواصل، والتفاعل الاجتماعي، والاستجابات العاطفية، والأسلوب المعرفي، والكلام غير المناسب.

5. **أداة فحص التوحد لدى الأطفال الصغار والأطفال الصغار (STAT):** أداة فحص تستخدم مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 24 و36 شهراً. تركز على تقييم اللعب، والإشارة إلى الأشياء، والتقليد، والانتباه المشترك.

6. **اختبار الفحص التفاعلي السريع لمرض التوحد لدى الأطفال الصغار (-RITA-T):** أداة فحص سريعة تستخدم مع الأطفال الصغار لتحديد خطر الإصابة باضطراب طيف التوحد.

7. **استبيان الفحص المبكر لسمات التوحد (ESAT):** يستخدم لفحص الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و48 شهراً، ويتكون من 14 سؤالاً تتعلق بالسلوكيات المرتبطة بالتوحد.

التقييم النفسي الديناميكي

يركز التقييم النفسي الديناميكي على فهم العمليات النفسية الداخلية والعلاقات الشخصية التي تؤثر على سلوك الفرد وتفاعلاته. يتضمن هذا النوع من التقييم:

1. **المقابلات العيادية:** مقابلات معمقة مع الفرد (إذا كان ذلك ممكناً) والوالدين أو مقدمي الرعاية لفهم تاريخ النمو، والديناميكيات الأسرية، والتجارب المبكرة، والصراعات النفسية.

2. **الملاحظة السريرية:** ملاحظة منهجية لسلوك الفرد في سياقات مختلفة، مع التركيز على التفاعلات الاجتماعية، والاستجابات العاطفية، وآليات الدفاع النفسية.

3. **تحليل اللعب:** ملاحظة وتحليل أنماط اللعب لدى الأطفال، والتي يمكن أن تكشف عن الصراعات النفسية، والمخاوف، والرغبات.
4. **الاختبارات الإسقاطية:** استخدام اختبارات مثل اختبار رسم الشخص، واختبار رسم العائلة، واختبار تفهم الموضوع (TAT) لاستكشاف العالم الداخلي للفرد.
5. **تقييم العلاقات الموضوعية:** تقييم كيفية إدراك الفرد للآخرين والتفاعل معهم، وفهم نماذج العلاقات الداخلية.

التقييم في البيئة المدرسية

تلعب المدرسة دوراً حيوياً في تقييم الطلاب المصابين باضطراب طيف التوحد، حيث توفر بيئة طبيعية لملاحظة السلوك والتفاعلات الاجتماعية والأداء الأكاديمي. يتضمن التقييم في البيئة المدرسية:

1. **الملاحظة المباشرة:** ملاحظة الطالب في الفصل الدراسي، وفي الملعب، وخلال الأنشطة المختلفة لتقييم التفاعلات الاجتماعية، والسلوكيات النمطية، والاستجابات للمثيرات المختلفة.
2. **التقييم الأكاديمي:** تقييم المهارات الأكاديمية والقدرات المعرفية باستخدام اختبارات التحصيل والذكاء المناسبة.
3. **تقييم المهارات الاجتماعية:** استخدام مقاييس وقوائم تحقق لتقييم المهارات الاجتماعية والتواصلية في البيئة المدرسية.
4. **تقييم السلوك:** استخدام أدوات مثل قائمة سلوك A.B.C. ونظام الملاحظة السلوكي BOS لتوثيق وتحليل السلوكيات المشككة.
5. **التقييم الوظيفي للسلوك:** تحليل منهجي للعوامل التي تسبق السلوك المشكك وتتبعه، لفهم وظيفة هذا السلوك.
6. **تقييم الاحتياجات التعليمية:** تحديد الاحتياجات التعليمية الخاصة والتعديلات اللازمة في المناهج وطرق التدريس.

التوثيق الرسمي والتقارير التشخيصية

عناصر التقرير التشخيصي

يعد التوثيق الرسمي لتشخيص اضطراب طيف التوحد أمراً ضرورياً للحصول على الخدمات المناسبة والدعم اللازم. يجب أن يتضمن التقرير التشخيصي العناصر التالية:

1. **تشخيص واضح:** تشخيص اضطراب طيف التوحد موثق بشكل واضح، بما في ذلك مستوى الشدة (المستوى 1، 2، أو 3). يجب تجنب استخدام عبارات غامضة مثل "تاريخ" أو "استبعاد" ما لم يكن ذلك مناسباً حقاً.
2. **الإشارة إلى معايير التشخيص:** إشارة مباشرة إلى معايير التشخيص المستخدمة، عادة معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5).
3. **ملخص المعلومات:** ملخص لتقرير الوالدين والملاحظات المباشرة التي تدعم التشخيص.
4. **نتائج التقييمات:** نتائج أي تقييمات تشخيصية رسمية تم إجراؤها، مثل ADOS-2 أو ADI-R.
5. **التشخيص التفريقي:** بيان يوضح أن التشخيص تم بعد استبعاد الحالات الأخرى التي قد تفسر الأعراض.
6. **التوصيات:** توصيات محددة للتدخلات والخدمات المناسبة، بما في ذلك العلاجات السلوكية والتعليمية والطبية إذا لزم الأمر.

الوصفة الطبية للتدخلات العلاجية

في بعض الحالات، قد يكتب الطبيب المعالج وصفة طبية للتدخلات العلاجية، مثل تحليل السلوك التطبيقي (ABA). يجب أن تتضمن هذه الوصفة:

1. **معلومات المريض:** تاريخ الميلاد، التاريخ المرضي، وغيرها من المعلومات الشخصية.
2. **معلومات مقدم الخدمة:** معلومات الطبيب أو المتخصص الذي قام بالتشخيص.
3. **بيان التشخيص:** بيان واضح لتشخيص اضطراب طيف التوحد.

4. العرض السريري: وصف للعرض السريري والوظيفي للتشخيص لدى المريض.
5. نوع التدخل: بيان أن الوصفة الطبية هي لتقييم وعلاج محدد، مثل تحليل السلوك التطبيقي.
6. الضرورة الطبية: بيان أن العلاج ضرورياً طبيياً.
7. كثافة الخدمات: عدد الساعات الأسبوعية الموصى بها للتدخل.
8. تدريب الوالدين: إشارة إلى أهمية تدريب الوالدين كجزء من خطة العلاج.

الرؤية التكاملية للتشخيص والتقييم

التعاون متعدد التخصصات

يتطلب التشخيص والتقييم الفعال لاضطراب طيف التوحد تعاوناً وثيقاً بين متخصصين من مجالات مختلفة. يشمل فريق التقييم متعدد التخصصات عادة:

1. الأطباء النفسيين: لتشخيص الاضطراب وتقييم الحالات المصاحبة.
2. أخصائي علم النفس: لإجراء التقييمات النفسية والمعرفية.
3. أخصائي النطق واللغة: لتقييم مهارات التواصل واللغة.
4. المعالجين المهنيين: لتقييم المهارات الحركية والحسية.
5. المعلمين وأخصائي التربية الخاصة: لتقييم الأداء الأكاديمي والسلوك في البيئة المدرسية.
6. الأخصائيين الاجتماعيين: لتقييم الديناميكيات الأسرية والموارد المتاحة.

يسمح هذا النهج متعدد التخصصات بتكوين صورة شاملة عن قدرات الفرد واحتياجاته، مما يؤدي إلى تشخيص أكثر دقة وخطة تدخل أكثر فعالية.

دور الأسرة في عملية التقييم

تلعب الأسرة دوراً محورياً في عملية تقييم اضطراب طيف التوحد، حيث توفر معلومات قيمة حول تاريخ النمو، والسلوكيات اليومية، والتفاعلات الاجتماعية للطفل. يشمل دور الأسرة:

1. توفير المعلومات: تقديم معلومات دقيقة حول تاريخ النمو، والسلوكيات الحالية، والمخاوف.

2. المشاركة في التقييم: المشاركة في المقابلات والاستبيانات، وتوفير أمثلة على سلوكيات الطفل في المنزل.

3. ملاحظة السلوك: توثيق السلوكيات والتفاعلات في بيئات مختلفة.

4. التعاون مع المتخصصين: العمل بشكل وثيق مع فريق التقييم لضمان فهم شامل لاحتياجات الطفل.

5. المناصرة: الدفاع عن حقوق الطفل في الحصول على تقييم شامل وخدمات مناسبة.

التقييم المستمر ومراقبة التقدم

لا ينبغي النظر إلى التقييم على أنه حدث لمرة واحدة، بل هو عملية مستمرة تهدف إلى مراقبة التقدم وتعديل خطط التدخل حسب الحاجة. تتضمن عملية التقييم المستمر:

1. التقييمات الدورية: إجراء تقييمات منتظمة لمراقبة التقدم في مختلف المجالات.

2. تعديل الأهداف: تعديل أهداف التدخل بناءً على التقدم المحرز والاحتياجات المتغيرة.

3. تقييم فعالية التدخلات: تقييم مدى فعالية التدخلات المختلفة وإجراء التعديلات اللازمة.

4. التواصل المستمر: الحفاظ على تواصل مستمر بين الأسرة والمتخصصين والمدرسة.

5. توثيق التقدم: توثيق التقدم المحرز والتحديات المستمرة بشكل منهجي.

خاتمة الفصل:

يعد التشخيص والتقييم الدقيق لاضطراب طيف التوحد خطوة أساسية في تطوير خطط تدخل فعالة تلبي الاحتياجات الفردية للطلاب المصابين بهذا الاضطراب. يتطلب هذا نهجاً شاملاً يجمع بين المعايير التشخيصية التقليدية والمنظور النفسي الديناميكي، ويعتمد على مجموعة متنوعة من أدوات وأساليب التقييم.

تلعب الديناميكية النفسية دوراً مهماً في فهم وتفسير السلوكيات والتفاعلات الاجتماعية لدى الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد، مما يساهم في تطوير رؤية أكثر شمولية وعمقاً لاحتياجاتهم. من خلال التعاون متعدد التخصصات، ومشاركة الأسرة، والتقييم المستمر، يمكن تحقيق فهم أفضل للطلاب المصابين باضطراب طيف التوحد، وبالتالي تقديم الدعم المناسب لهم في البيئة المدرسية وخارجها.

المراجع

1. الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (2013). الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الطبعة الخامسة). واشنطن العاصمة: منشورات الجمعية الأمريكية للطب النفسي.
2. Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. (2012). Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part D): Modules 1-4. Torrance, CA: Western Psychological Services.
3. Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
4. Schopler, E., Van Bourgondien, M. E., Wellman, G. J., & Love, S. R. (2010). Childhood Autism Rating Scale, Second Edition (CARS-2). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
5. Gilliam, J. E. (2013). Gilliam Autism Rating Scale, Third Edition (GARS-3). Austin, TX: PRO-ED.
6. Stone, W. L., Coonrod, E. E., & Ousley, O. Y. (2000). Brief report: Screening Tool for Autism in Two-year-olds (STAT): Development and preliminary data. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(6), 607-612.
7. Choueiri, R., & Wagner, S. (2015). A new interactive screening test for autism spectrum disorders in toddlers. *The Journal of Pediatrics*, 167(2), 460-466.
8. Dietz, C., Swinkels, S., van Daalen, E., van Engeland, H., & Buitelaar, J. K. (2006). Screening for autistic spectrum disorder in children aged 14-15 months. II: Population screening with the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). Design and general findings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(6), 713-722.
9. Alvarez, A. (1992). *Live Company: Psychoanalytic Psychotherapy with Autistic, Borderline, Deprived and Abused Children*. London: Routledge.
10. Tustin, F. (1992). *Autistic States in Children*. London: Routledge.
11. Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2006). *Engaging Autism: Using the Floortime Approach to Help Children Relate, Communicate, and Think*. Cambridge, MA: Da Capo Press.

الفصل السابع:
استراتيجيات التدخل للمشكلات
السلوكية لدى طلاب التوحد

الفصل السابع:

استراتيجيات التدخل للمشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد

المقدمة

تعد المشكلات السلوكية من أكثر التحديات التي تواجه طلاب التوحد وأسرهم ومعلميهم، وتؤثر بشكل كبير على جودة حياتهم وقدرتهم على التعلم والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية والتعليمية. كما أشرنا في الفصول السابقة، فإن هذه المشكلات السلوكية ليست مجرد أعراض لاضطراب طيف التوحد، بل هي نتاج تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والبيئية، وتعكس الديناميكية النفسية الفريدة لكل طالب.

تتنوع المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد بشكل كبير، وتشمل السلوكيات النمطية والتكرارية، وسلوكيات إيذاء الذات، والسلوكيات العدوانية، ونوبات الغضب والانفعال، والانسحاب الاجتماعي، وصعوبات الانتباه والتركيز، والسلوكيات الحسية غير العادية، والإصرار على الروتين والمقاومة للتغيير. وغالباً ما تكون هذه السلوكيات وسيلة للتواصل أو التعبير عن احتياجات أو مشاعر لا يستطيع الطالب التعبير عنها بطرق أخرى، أو استجابة للضغوط والتحديات التي يواجهها في البيئة المحيطة.

يهدف هذا الفصل إلى تقديم استراتيجيات تدخل فعالة ومستندة إلى الأدلة العلمية للتعامل مع المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد، مع مراعاة الديناميكية النفسية التي تم مناقشتها في الفصول السابقة. ويتبنى الفصل نهجاً تكاملياً يجمع بين مختلف أساليب التدخل السلوكية والنفسية والتربوية، ويأخذ في الاعتبار الاحتياجات الفردية لكل طالب وسياقه الأسري والمدرسي.

تكمن أهمية التدخل المبكر والفعال للمشكلات السلوكية في أنه يساهم في تحسين جودة حياة الطالب وأسرته، ويعزز قدرته على التعلم والتفاعل الاجتماعي، ويقلل من الضغوط التي يتعرض لها المعلمون والأسرة. كما أن التدخل المبكر يمكن أن يمنع تطور المشكلات السلوكية إلى أنماط مزمنة يصعب تغييرها، ويحد من الآثار السلبية طويلة المدى على النمو النفسي والاجتماعي والأكاديمي للطالب.

يستند هذا الفصل إلى مبدأ أساسي وهو أن السلوك له وظيفة ومعنى، وأن فهم هذه الوظيفة هو المفتاح لتطوير تدخلات فعالة. فبدلاً من التركيز فقط على تقليل السلوكيات غير المرغوبة، يركز النهج المتبنى هنا على فهم الاحتياجات الكامنة وراء السلوك، وتعليم الطالب بدائل إيجابية للتعبير عن هذه الاحتياجات، وتعديل البيئة لتقليل العوامل المثيرة للسلوكيات المشكّلة.

سنتناول في هذا الفصل المبادئ الأساسية للتدخل السلوكي الفعال، واستراتيجيات التدخل السلوكي والنفسي والتربوي، ودور التكنولوجيا المساعدة في التدخل، بالإضافة إلى دراسات حالة وأمثلة تطبيقية توضح كيفية تطبيق هذه الاستراتيجيات في سياقات مختلفة. كما سنناقش أساليب تقييم فعالية التدخلات، ودور الأسرة في دعم التدخلات السلوكية، مع التركيز على أهمية التعاون بين المدرسة والأسرة لضمان استمرارية وفعالية التدخل.

نأمل أن يقدم هذا الفصل للمعلمين والأخصائيين وأولياء الأمور أدوات عملية ومستندة إلى الأدلة العلمية للتعامل مع المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد، وأن يساهم في تحسين جودة الخدمات المقدمة لهم في مدارس الاحتياجات الخاصة وبرامج الدمج.

القسم الأول:

المبادئ الأساسية للتدخل السلوكي الفعال

فهم وظيفة السلوك : تحليل السلوك الوظيفي (FBA)

يعد تحليل السلوك الوظيفي (FBA) حجر الأساس في التدخل الفعال للمشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد. يقوم هذا النهج على افتراض أساسي مفاده أن كل سلوك له وظيفة أو غرض، وأن فهم هذه الوظيفة هو المفتاح لتطوير استراتيجيات تدخل ناجحة. يهدف تحليل السلوك الوظيفي إلى تحديد العوامل التي تسبق السلوك (المثيرات) والعوامل التي تليه (النتائج)، وكيف تساهم هذه العوامل في الحفاظ على السلوك.

تشير الأبحاث إلى أن المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد غالباً ما تخدم واحدة أو أكثر من الوظائف التالية:

1. الحصول على شيء مرغوب: مثل الانتباه، أو أشياء مادية، أو أنشطة ممتعة.

2. الهروب أو تجنب شيء غير مرغوب: مثل المهام الصعبة، أو المواقف الاجتماعية المربكة، أو المثيرات الحسية المزعجة.

3. التحفيز الحسي الذاتي: حيث يوفر السلوك نفسه إثارة حسية أو تنظيمًا للجهاز العصبي.

4. التواصل: عندما تكون المشكلات السلوكية وسيلة للتعبير عن الاحتياجات أو المشاعر في غياب مهارات التواصل الفعالة.

تتضمن عملية تحليل السلوك الوظيفي عدة خطوات أساسية:

- تحديد وتعريف السلوك المستهدف بشكل واضح وقابل للقياس.
- جمع المعلومات من خلال المقابلات مع المعلمين والأسرة، والاستبيانات، والملاحظة المباشرة.

- تحليل البيانات لتحديد أنماط السلوك والعوامل المرتبطة به.

- صياغة فرضية حول وظيفة السلوك.

- التحقق من الفرضية من خلال التجريب أو الملاحظة الإضافية.

- تطوير خطة تدخل بناءً على الوظيفة المحددة للسلوك.

يمكن استخدام عدة أدوات وأساليب في تحليل السلوك الوظيفي، مثل:

- استمارات المقابلة الوظيفية** : مثل مقياس تقييم السلوك الوظيفي (FAST) ومقياس تقييم السلوك المعدل (MAS).

- سجلات الملاحظة المباشرة: مثل سجل ABC (Antecedent-Behavior- Consequence) الذي يوثق ما يحدث قبل وأثناء وبعد السلوك.

- تحليل الأحداث المترامنة: لتحديد العلاقات بين السلوك والعوامل البيئية.

- التقييم الوظيفي التجريبي: حيث يتم التلاعب بشكل منهجي بالعوامل البيئية لتحديد تأثيرها على السلوك.

من المهم أن يتم تحليل السلوك الوظيفي من قبل فريق متعدد التخصصات يضم المعلمين والأخصائيين النفسيين وأخصائيي النطق والعلاج الوظيفي وأولياء الأمور، لضمان الحصول على صورة شاملة عن السلوك ووظيفته في مختلف السياقات.

أهمية التدخل المبكر والمكثف

يعد التدخل المبكر والمكثف للمشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد أمراً بالغ الأهمية لتحقيق نتائج إيجابية على المدى الطويل. تشير الأدلة العلمية إلى أن التدخل الذي يبدأ في سن مبكرة ويتم تقديمه بكثافة كافية يمكن أن يحدث تغييرات كبيرة في مسار النمو ويحسن النتائج في مجالات متعددة.

تتمثل أهمية التدخل المبكر في عدة عوامل:

1. **المرونة العصبية:** يتمتع الدماغ في السنوات المبكرة بمرونة أكبر وقدرة على التكيف، مما يجعل هذه الفترة مثالية لإحداث تغييرات إيجابية في الأنماط السلوكية.
 2. **منع تطور أنماط سلوكية مزمنة:** كلما استمرت المشكلات السلوكية لفترة أطول، أصبحت أكثر ترسخاً وأصعب في التغيير.
 3. **تقليل الآثار الثانوية:** يمكن أن تؤدي المشكلات السلوكية غير المعالجة إلى آثار ثانوية مثل العزلة الاجتماعية، وانخفاض تقدير الذات، وصعوبات التعلم.
 4. **تعزيز التطور في مجالات أخرى:** عندما يتم التعامل مع المشكلات السلوكية بفعالية، يصبح الطالب أكثر استعداداً للتعلم والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية والتعليمية.
- أما فيما يتعلق بكثافة التدخل، فقد أظهرت الدراسات أن البرامج المكثفة (التي تقدم 25-40 ساعة أسبوعياً) تحقق نتائج أفضل من البرامج الأقل كثافة. ومع ذلك، يجب أن تكون الكثافة مناسبة لاحتياجات الطالب الفردية وقدراته، مع مراعاة عوامل مثل العمر ومستوى الشدة والاستجابة للتدخل.

من المهم أيضاً أن يكون التدخل المبكر والمكثف:

- شاملاً: يستهدف مجموعة واسعة من المهارات والسلوكيات.
- منظماً: يتبع خطة منهجية مع أهداف واضحة وقابلة للقياس.
- فردياً: مصمماً وفقاً لاحتياجات وقدرات كل طالب.
- مستمراً: يتم تقديمه بانتظام وباستمرار عبر مختلف البيئات والمواقف.
- قائماً على المشاركة الأسرية: يشرك الأسرة بشكل فعال في التخطيط والتنفيذ.

تشير مراجعة منهجية أجراها Reichow وآخرون (2018) إلى أن التدخل المبكر والمكثف القائم على تحليل السلوك التطبيقي (EIBI) يمكن أن يحسن بشكل كبير الأداء المعرفي والتواصل الاجتماعي والسلوكي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. كما أظهرت دراسة طويلة أجراها Estes وآخرون (2015) أن الآثار الإيجابية للتدخل المبكر والمكثف يمكن أن تستمر لسنوات بعد انتهاء التدخل.

النهج الشامل متعدد التخصصات

يتطلب التعامل الفعال مع المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد نهجاً شاملاً متعدد التخصصات، يجمع بين خبرات ومهارات مختلف المتخصصين، ويتناول جميع جوانب نمو الطالب واحتياجاته. يستند هذا النهج إلى فهم أن المشكلات السلوكية غالباً ما تكون نتيجة لتفاعل معقد بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والبيئية، وبالتالي تتطلب تدخلات متكاملة تستهدف هذه العوامل المختلفة.

يتكون الفريق متعدد التخصصات عادة من:

- **المعلمين ومساعدتي المعلمين:** الذين يقضون وقتاً طويلاً مع الطالب ويمكنهم تنفيذ استراتيجيات التدخل في البيئة التعليمية.
- **الأخصائيين النفسيين:** الذين يقدمون التقييم النفسي والسلوكي، ويطورون خطط التدخل، ويقدمون الدعم النفسي.
- **أخصائيي النطق واللغة:** الذين يعالجون صعوبات التواصل التي قد تكون سبباً للمشكلات السلوكية.
- **المعالجين الوظيفيين:** الذين يتعاملون مع المشكلات الحسية والحركية التي قد تؤثر على السلوك.
- **الأخصائيين الاجتماعيين:** الذين يقدمون الدعم للأسرة ويساعدون في الوصول إلى الموارد المجتمعية.
- **أطباء الأطفال وأطباء الأعصاب:** الذين يتعاملون مع الجوانب الطبية والعصبية التي قد تؤثر على السلوك.

- أولياء الأمور: الذين يقدمون معلومات قيمة عن سلوك الطالب في المنزل ويشاركون في تنفيذ استراتيجيات التدخل.

يتميز النهج الشامل متعدد التخصصات بعدة خصائص:

1. **التقييم الشامل:** يتم تقييم الطالب من مختلف الجوانب (النفسية، اللغوية، الحسية،

الاجتماعية، الأكاديمية) لفهم العوامل المساهمة في المشكلات السلوكية.

2. **التخطيط التعاوني:** يعمل أعضاء الفريق معاً لوضع خطة تدخل متكاملة تستفيد من

خبرات كل تخصص.

3. **التنفيذ المتسق:** يتم تنفيذ استراتيجيات التدخل بشكل متسق عبر مختلف البيئات

(المدرسة، المنزل، المجتمع).

4. **التواصل المستمر:** يتواصل أعضاء الفريق بانتظام لمشاركة المعلومات وتقييم التقدم

وتعديل الخطة عند الحاجة.

5. **المرونة والتكيف:** يتم تعديل التدخلات استجابة للتغيرات في احتياجات الطالب وتقديمه.

أظهرت الدراسات أن النهج الشامل متعدد التخصصات يحقق نتائج أفضل من التدخلات

الفردية أو المنعزلة. على سبيل المثال، وجدت دراسة أجراها Strain وآخرون (2011) أن

برنامج LEAP (Learning Experiences and Alternative Program for

Preschoolers and their Parents)، وهو برنامج شامل متعدد التخصصات، حقق

تحسينات كبيرة في السلوك الاجتماعي والتواصل والسلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي التوحد.

من التحديات التي قد تواجه تنفيذ النهج الشامل متعدد التخصصات: صعوبة التنسيق بين

مختلف المتخصصين، والقيود الزمنية والمالية، والاختلافات في الفلسفات والنهج العلاجية.

ومع ذلك، يمكن التغلب على هذه التحديات من خلال وضع آليات واضحة للتواصل والتنسيق،

وتحديد أدوار ومسؤوليات كل عضو في الفريق، والالتزام بأهداف مشتركة تركز على مصلحة

الطالب.

مبادئ التدخل المستند إلى الأدلة العلمية

يعد استخدام التدخلات المستندة إلى الأدلة العلمية أمراً بالغ الأهمية في التعامل مع المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد.

تشير التدخلات المستندة إلى الأدلة إلى الممارسات والاستراتيجيات التي أثبتت فعاليتها من خلال البحث العلمي الدقيق، وليس فقط من خلال الخبرة الشخصية أو الشهادات غير الموثقة.

تتضمن المبادئ الأساسية للتدخل المستند إلى الأدلة العلمية:

1. **الاعتماد على البحث العلمي:** يجب أن تكون التدخلات مدعومة بأدلة من دراسات علمية قوية المنهجية، مثل التجارب العشوائية المضبوطة، أو الدراسات شبه التجريبية، أو دراسات الحالة الواحدة ذات التصميم الجيد.
2. **مراعاة مستوى الأدلة:** تختلف قوة الأدلة العلمية من تدخل لآخر. يمكن تصنيف التدخلات إلى:

- **تدخلات مثبتة:** مدعومة بأدلة قوية من دراسات متعددة.
- **تدخلات واعدة:** مدعومة بأدلة أولية إيجابية ولكنها تحتاج إلى مزيد من البحث.
- **تدخلات غير مثبتة:** تفتقر إلى الأدلة الكافية أو لديها أدلة متضاربة.
- **تدخلات غير فعالة أو ضارة:** أظهرت الدراسات أنها غير فعالة أو قد تكون ضارة.

3. **التطبيق المناسب:** يجب تطبيق التدخلات بالطريقة التي تم اختبارها في الدراسات البحثية، مع الالتزام بالبروتوكولات والإجراءات المحددة.

4. **المراقبة والتقييم المستمر:** يجب مراقبة استجابة الطالب للتدخل بشكل منتظم، وتقييم فعالية التدخل باستخدام مقاييس موضوعية، وتعديل التدخل إذا لم يحقق النتائج المرجوة.

5. الموازنة بين الأدلة العلمية والاعتبارات الفردية: على الرغم من أهمية الأدلة العلمية، يجب أيضاً مراعاة الاحتياجات والتفضيلات الفردية للطلاب وأسرته، والسياق الثقافي والاجتماعي، والموارد المتاحة.

وفقاً للمركز الوطني للتوحد (National Autism Center)، تشمل التدخلات المستندة إلى الأدلة العلمية للمشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد:

- تحليل السلوك التطبيقي (ABA): بما في ذلك التعزيز التفاضلي، والتدريب على المحاولات المنفصلة، والتدخل القائم على الوظيفة.
- التدخلات السلوكية المعرفية: التي تستهدف التفكير والمشاعر المرتبطة بالسلوك.
- التدخلات القائمة على التواصل: مثل نظام التواصل بتبادل الصور (PECS) والتدريب على التواصل الوظيفي.
- التدخلات القائمة على المهارات الاجتماعية: مثل القصص الاجتماعية والتدريب على المهارات الاجتماعية.
- التدخلات القائمة على الوالدين: التي تدرب الوالدين على تنفيذ استراتيجيات التدخل.
- من المهم أن يكون المعلمون والأخصائيون على دراية بأحدث الأبحاث في مجال التوحد، وأن يستمروا في تحديث معرفتهم ومهاراتهم. يمكن الاستفادة من المصادر الموثوقة مثل:
- المركز الوطني للتوحد (National Autism Center)
- مركز أبحاث التوحد (Autism Research Center)
- الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (American Academy of Pediatrics)
- جمعية علم النفس الأمريكية (American Psychological Association)

تخصيص التدخلات وفقاً للاحتياجات الفردية:

يعد تخصيص التدخلات وفقاً للاحتياجات الفردية لكل طالب من المبادئ الأساسية في التعامل مع المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد. على الرغم من أن هناك استراتيجيات وتدخلات مستندة إلى الأدلة العلمية، إلا أن فعاليتها تعتمد بشكل كبير على مدى ملاءمتها للاحتياجات والخصائص الفردية لكل طالب.

تتضمن عملية تخصيص التدخلات عدة خطوات أساسية:

1. التقييم الشامل**: يجب إجراء تقييم شامل لتحديد:

- نقاط القوة والاهتمامات والتفضيلات لدى الطالب.
- المشكلات السلوكية المحددة ووظائفها.
- مستوى النمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي.
- الاحتياجات الحسية والحركية.
- العوامل البيئية والأسرية المؤثرة.

2. تحديد الأهداف الفردية: بناءً على نتائج التقييم، يتم تحديد أهداف واقعية وقابلة للقياس تستهدف المشكلات السلوكية ذات الأولوية.

3. اختيار استراتيجيات التدخل المناسبة: يتم اختيار الاستراتيجيات التي:

- تتناسب مع وظيفة السلوك المستهدف.
- تراعي مستوى النمو والقدرات الحالية للطالب.
- تستفيد من نقاط القوة والاهتمامات.
- تأخذ في الاعتبار السياق البيئي والثقافي.

4. تكيف الاستراتيجيات: قد يتطلب الأمر تعديل الاستراتيجيات المستندة إلى الأدلة لتناسب احتياجات الطالب الفردية، مثل:

- تبسيط التعليمات أو تقديمها بطرق متعددة (لفظية، بصرية، جسدية).
- تعديل مستوى الدعم والمساعدة.
- تكيف المواد والأنشطة لتناسب اهتمامات الطالب.

- تعديل البيئة لتقليل المثيرات المشتتة أو المزعجة.

5. **المراقبة والتعديل المستمر:** يجب مراقبة استجابة الطالب للتدخل بشكل منتظم، وتعديل الاستراتيجيات إذا لم تحقق النتائج المرجوة.

من العوامل المهمة التي يجب مراعاتها عند تخصيص التدخلات:

- **مستوى شدة التوحد:** تختلف احتياجات الطلاب ذوي التوحد البسيط عن احتياجات الطلاب ذوي التوحد الشديد.

- **العمر والمرحلة النمائية:** تختلف التدخلات المناسبة للأطفال الصغار عن تلك المناسبة للمراهقين.

- **المهارات اللغوية والتواصلية:** تؤثر قدرات التواصل على اختيار استراتيجيات التدخل المناسبة.

- **المشكلات المصاحبة:** مثل اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، أو القلق، أو الاكتئاب.

- **البيئة المنزلية والمدرسية:** بما في ذلك الموارد المتاحة ومستوى الدعم.

- **الخلفية الثقافية والقيم الأسرية:** التي قد تؤثر على قبول وتنفيذ بعض التدخلات.

أظهرت الدراسات أن التدخلات المخصصة وفقاً للاحتياجات الفردية تحقق نتائج أفضل من التدخلات الموحدة. على سبيل المثال، وجدت دراسة أجراها Kasari وآخرون (2014) أن التدخلات المخصصة التي تستهدف المهارات الاجتماعية والتواصلية بناءً على الاحتياجات الفردية حققت تحسينات أكبر مقارنةً بالتدخلات الموحدة.

من المهم أن يشارك الطالب وأسرته في عملية تخصيص التدخلات، من خلال:

- الاستماع إلى وجهات نظرهم واهتماماتهم.

- مراعاة قيمهم وأولوياتهم.

- تقديم خيارات متعددة عندما يكون ذلك ممكناً.

- بناءً على نقاط القوة والاهتمامات.

القسم الثاني :

استراتيجيات التدخل السلوكي

يعد تعديل السلوك التطبيقي (ABA) من أكثر استراتيجيات التدخل المستندة إلى الأدلة العلمية فعالية في التعامل مع المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد. يستند هذا النهج إلى مبادئ علم السلوك، ويركز على فهم العلاقة بين السلوك والبيئة، وكيفية تعديل هذه العلاقة لتحسين السلوكيات المهمة اجتماعياً.

تتضمن المبادئ الأساسية لتعديل السلوك التطبيقي :

1. **لتعزيز الإيجابي:** تقديم مكافأة أو نتيجة إيجابية بعد السلوك المرغوب لزيادة احتمالية تكراره. يمكن أن يكون التعزيز:

- اجتماعياً (مثل المديح، الابتسام، الاهتمام)
- مادياً (مثل الألعاب، الطعام المفضل)
- نشاطياً (مثل وقت اللعب، مشاهدة فيديو مفضل)
- رمزياً (مثل النقاط، النجوم، الشارات)

2. **التعزيز التفاضلي:** يتضمن عدة استراتيجيات:

- التعزيز التفاضلي للسلوك البديل (DRA): تعزيز سلوك بديل إيجابي يخدم نفس وظيفة السلوك المشكل.
- التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر (DRO): تعزيز غياب السلوك المشكل لفترة زمنية محددة.
- التعزيز التفاضلي للسلوك غير المتوافق (DRI): تعزيز سلوك لا يمكن أن يحدث في نفس الوقت مع السلوك المشكل.

3. **تشكيل السلوك:** تعزيز التقريبات المتتالية للسلوك المستهدف، بدءاً من محاولات بسيطة وصولاً إلى السلوك النهائي المطلوب.

4. **التسلسل:** تقسيم المهارة المعقدة إلى خطوات صغيرة وتعليمها بشكل متسلسل.

5. **التلقين والتلاشي:** تقديم مساعدة أو تلميحات للطلاب لإنجاح السلوك المستهدف، ثم تقليل هذه المساعدة تدريجياً حتى يتمكن الطالب من أداء السلوك بشكل مستقل.

6. **التعميم:** تدريب الطالب على أداء السلوك في مواقف وبيئات وأشخاص مختلفين.

7. **الإطفاء:** عدم تقديم التعزيز الذي كان يحافظ على استمرار السلوك المشكل، مما يؤدي إلى انخفاض تدريجي في هذا السلوك.

تتضمن تطبيقات تعديل السلوك التطبيقي في التعامل مع المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد:

- **التدريب على المحاولات المنفصلة (DTT):** تقسيم المهارات إلى أجزاء صغيرة وتعليمها بشكل منظم ومتكرر، مع تقديم التعزيز الفوري.

- **التدخل القائم على الوظيفة (FBI):** تطوير خطة تدخل بناءً على وظيفة السلوك المشكل، وتعليم سلوكيات بديلة تخدم نفس الوظيفة.

- **التدريب على الاستجابة المحورية (PRT):** التركيز على تعليم "السلوكيات المحورية" التي تؤثر على مجالات متعددة من النمو، مثل المبادرة والدافعية.

- **التعليم البيئي (NET):** تعليم المهارات في البيئة الطبيعية وخلال الأنشطة اليومية، مع استخدام اهتمامات الطالب كمحفزات.

- **التدريب على التواصل الوظيفي (FCT):** تعليم الطالب طرقاً مناسبة للتواصل بدلاً من السلوكيات المشكلة.

أظهرت العديد من الدراسات فعالية تعديل السلوك التطبيقي في تحسين مجموعة واسعة من المهارات وتقليل المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد. على سبيل المثال، أظهرت مراجعة منهجية أجراها Reichow وآخرون (2018) أن التدخل المبكر والمكثف القائم على تعديل السلوك التطبيقي يحسن بشكل كبير الأداء المعرفي والتواصل الاجتماعي والسلوكي.

من المهم أن يتم تنفيذ تعديل السلوك التطبيقي من قبل متخصصين مدربين، وأن يتم تكيفه وفقاً للاحتياجات الفردية لكل طالب، مع مراعاة اهتماماته وتفضيلاته ونقاط قوته. كما يجب أن يتم تنفيذه بطريقة إيجابية وداعمة، مع التركيز على تعليم المهارات الإيجابية وليس فقط تقليل السلوكيات المشكلة.

التدريب على المهارات الاجتماعية

يعد التدريب على المهارات الاجتماعية استراتيجية تدخل أساسية للتعامل مع المشكلات السلوكية المرتبطة بالتفاعل الاجتماعي لدى طلاب التوحد. يهدف هذا التدريب إلى تعليم الطلاب المهارات اللازمة للتفاعل بشكل مناسب مع الآخرين، وفهم القواعد الاجتماعية غير المكتوبة، والتعبير عن احتياجاتهم ومشاعرهم بطرق مقبولة اجتماعياً.

تتضمن المهارات الاجتماعية المستهدفة عادة:

- التواصل البصري المناسب
- فهم وتفسير تعبيرات الوجه ولغة الجسد
- بدء المحادثات والحفاظ عليها
- الاستماع الفعال والانتظار للدور في الحديث
- فهم المشاعر والتعاطف مع الآخرين
- حل النزاعات بطرق إيجابية
- التعاون والمشاركة
- فهم النكات والسخرية والتعبيرات المجازية

تتضمن استراتيجيات التدريب على المهارات الاجتماعية:

1. **التعليم المباشر:** شرح وتوضيح المهارات الاجتماعية بشكل صريح، باستخدام لغة بسيطة ومباشرة، مع تقديم أمثلة ملموسة.
2. **النمذجة:** عرض المهارة الاجتماعية المستهدفة من خلال نموذج حي (المعلم أو الأقران) أو من خلال الفيديو، مع شرح الخطوات والأفكار المرتبطة بها.
3. **لعب الأدوار:** إتاحة الفرصة للطلاب لممارسة المهارة في مواقف محاكاة آمنة، مع تقديم التغذية الراجعة والتوجيه.
4. **القصص الاجتماعية:** استخدام قصص قصيرة مكتوبة خصيصاً لشرح المواقف الاجتماعية وكيفية الاستجابة لها بشكل مناسب.
5. **المحادثات المصورة:** استخدام الرسوم والصور لتوضيح التفاعلات الاجتماعية وتسلسل الأفكار والمشاعر.

6. مجموعات المهارات الاجتماعية: تنظيم جلسات جماعية منظمة لتعليم وممارسة المهارات الاجتماعية مع أقران.
7. التدريب على التفكير الاجتماعي: تعليم الطلاب كيفية فهم وجهات نظر الآخرين وتوقع ردود أفعالهم.
8. استخدام التكنولوجيا: توظيف تطبيقات وبرامج الكمبيوتر المصممة خصيصاً لتعليم المهارات الاجتماعية.
9. التعزيز الإيجابي: تقديم التشجيع والمكافآت عند استخدام المهارات الاجتماعية المناسبة.
10. التعميم: تشجيع استخدام المهارات المكتسبة في مواقف وبيئات مختلفة، مع أشخاص متنوعين.

من البرامج المستندة إلى الأدلة في مجال التدريب على المهارات الاجتماعية :

- برنامج **PEERS**: برنامج مهارات اجتماعية للمراهقين والشباب، يركز على تعليم مهارات صنع الصداقات والحفاظ عليها.
- برنامج **Superflex**: يستخدم شخصيات كرتونية لتعليم المرونة الاجتماعية والتفكير الاجتماعي.
- برنامج **Social Thinking**: يركز على تعليم "التفكير الاجتماعي" كأساس للسلوك الاجتماعي المناسب.
- برنامج **SCERTS**: نموذج شامل يركز على التواصل الاجتماعي، والتنظيم العاطفي، ودعم المعاملات.

أظهرت الدراسات فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية في تحسين التفاعلات الاجتماعية وتقليل المشكلات السلوكية المرتبطة بها لدى طلاب التوحد. على سبيل المثال، وجدت دراسة أجراها Laugeson وآخرون (2015) أن المراهقين الذين شاركوا في برنامج PEERS أظهروا تحسناً كبيراً في المهارات الاجتماعية والسلوكيات التكيفية، مع انخفاض في المشكلات السلوكية.

من المهم أن يتم تكييف التدريب على المهارات الاجتماعية وفقاً للاحتياجات الفردية لكل طالب، مع مراعاة مستوى النمو اللغوي والمعرفي، والاهتمامات الشخصية، والسياق الثقافي. كما يجب أن يتم تنفيذه بشكل منتظم ومستمر، مع إشراك الأسرة والمعلمين لضمان تعميم المهارات المكتسبة في مختلف البيئات.

التدخل القائم على التواصل الوظيفي (FCT)

يعد التدخل القائم على التواصل الوظيفي (FCT) استراتيجية فعالة للتعامل مع المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد، خاصة عندما تكون هذه المشكلات ناتجة عن صعوبات في التواصل. يستند هذا التدخل إلى فهم أن العديد من السلوكيات المشكلة تخدم وظيفة تواصلية، حيث يستخدمها الطالب للتعبير عن احتياجاته أو رغباته أو مشاعره عندما لا يمتلك وسائل تواصل أكثر فعالية وقبولاً.

يهدف التدخل القائم على التواصل الوظيفي إلى:

- تحديد الوظيفة التواصلية للسلوك المشكل.
- تعليم الطالب طريقة تواصل بديلة ومناسبة تخدم نفس الوظيفة.
- ضمان أن تكون طريقة التواصل البديلة أكثر فعالية وكفاءة من السلوك المشكل.
- تعزيز استخدام طريقة التواصل البديلة وعدم الاستجابة للسلوك المشكل.

تتضمن خطوات تنفيذ التدخل القائم على التواصل الوظيفي:

1. إجراء تحليل السلوك الوظيفي (FBA): لتحديد وظيفة السلوك المشكل، مثل:

- الحصول على شيء مرغوب (طلب)
- الهروب من موقف غير مرغوب (رفض)
- الحصول على انتباه (تفاعل اجتماعي)
- التحفيز الحسي (تنظيم ذاتي)

2. اختيار طريقة التواصل البديلة: يجب أن تكون:

- مناسبة لمستوى قدرات الطالب
- سهلة التعلم والاستخدام

- فعالة في مختلف البيئات والمواقف
- مقبولة اجتماعياً

3. تعليم طريقة التواصل البديلة: باستخدام استراتيجيات مثل:

- النمذجة
- التلقين والتوجيه
- التشكيل والتسلسل
- التعزيز الإيجابي

4. تنفيذ إجراءات الإطفاء: عدم الاستجابة للسلوك المشكل عندما يحدث، مع الاستجابة الفورية لطريقة التواصل البديلة.

5. التعميم والصيانة: تشجيع استخدام طريقة التواصل البديلة في مختلف البيئات والمواقف، ومع أشخاص مختلفين.

يمكن أن تتضمن طرق التواصل البديلة:

- التواصل اللفظي: استخدام الكلمات أو العبارات البسيطة.
- الإشارات والإيماءات: مثل الإشارة، أو هز الرأس، أو استخدام لغة الإشارة.
- الصور والرموز: مثل نظام التواصل بتبادل الصور (PECS)، أو لوحات التواصل.
- الأجهزة الناطقة: مثل أجهزة توليد الكلام، أو تطبيقات التواصل على الأجهزة اللوحية.
- النصوص المكتوبة: للطلاب الذين يجيدون القراءة والكتابة.

من الأمثلة على تطبيق التدخل القائم على التواصل الوظيفي:

- طالب يصرخ ويضرب عندما يريد الحصول على لعبة (وظيفة الطلب): يتم تعليمه استخدام بطاقة صورة أو إشارة أو كلمة "أريد" للتعبير عن رغبته.
- طالب يرمي الأشياء عندما تكون المهمة صعبة (وظيفة الهروب): يتم تعليمه استخدام بطاقة "استراحة" أو إشارة أو كلمة "مساعدة" عندما يحتاج إلى راحة أو دعم.
- طالب يضرب نفسه عندما يشعر بالملل (وظيفة التحفيز الحسي): يتم تعليمه طلب نشاط بديل أو استخدام أداة حسية مناسبة.

أظهرت الدراسات فعالية التدخل القائم على التواصل الوظيفي في تقليل المشكلات السلوكية وتحسين مهارات التواصل لدى طلاب التوحد. على سبيل المثال، وجدت مراجعة منهجية أجراها Kurtz وآخرون (2011) أن التدخل القائم على التواصل الوظيفي كان فعالاً في تقليل مجموعة واسعة من المشكلات السلوكية، بما في ذلك العدوان وإيذاء الذات والسلوكيات التخريبية.

من المهم أن يتم تنفيذ التدخل القائم على التواصل الوظيفي بشكل متنسق عبر مختلف البيئات والأشخاص، وأن يتم تكييفه وفقاً للاحتياجات المتغيرة للطلاب مع نموه وتطوره. كما يجب أن يكون جزءاً من نهج شامل يتضمن استراتيجيات أخرى مثل تعديل البيئة، وتعليم المهارات الاجتماعية، والدعم السلوكي الإيجابي.

نظام التواصل بتبادل الصور (PECS)

يعد نظام التواصل بتبادل الصور (PECS) أحد الاستراتيجيات الفعالة للتدخل في المشكلات السلوكية المرتبطة بصعوبات التواصل لدى طلاب التوحد. طور هذا النظام أندرو بوندي وليري فروست في عام 1985، وهو يعلم الطلاب كيفية التواصل من خلال تبادل الصور أو الرموز مع شريك تواصل، مما يمكنهم من التعبير عن احتياجاتهم ورغباتهم بطريقة فعالة ومقبولة اجتماعياً.

يتميز نظام التواصل بتبادل الصور بعدة خصائص:

- يركز على المبادرة بالتواصل، وليس فقط الاستجابة.
- يعلم الطالب كيفية الاقتراب من شريك التواصل وجذب انتباهه.
- يستخدم التعزيز الطبيعي، حيث يحصل الطالب على ما طلبه باستخدام الصورة.
- لا يتطلب مهارات مسبقة معقدة، مما يجعله مناسباً لمجموعة واسعة من الطلاب.
- يتقدم بشكل منهجي من التواصل البسيط إلى بناء جمل وتعليقات.

يتكون نظام التواصل بتبادل الصور من ست مراحل متسلسلة:

1. المرحلة الأولى: التبادل الفعلي: يتعلم الطالب التقاط صورة لشيء مرغوب، والوصول إلى شريك التواصل، وتسليم الصورة للحصول على الشيء المرغوب. يتم استخدام التلقين الجسدي الكامل في البداية، ثم يتم تلاشيته تدريجياً.
 2. المرحلة الثانية: توسيع التلقائية: يتعلم الطالب استخدام نفس الصورة للتواصل مع أشخاص مختلفين، في أماكن مختلفة، وزيادة المسافة بينه وبين شريك التواصل أو كتاب الصور.
 3. المرحلة الثالثة: التمييز بين الصور: يتعلم الطالب اختيار الصورة المناسبة من بين عدة صور، والتمييز بين ما يريد وما لا يريد.
 4. المرحلة الرابعة: بناء الجملة: يتعلم الطالب وضع صورة "أنا أريد" على شريط جملة، متبوعة بصورة الشيء المرغوب، ثم تقديم الشريط كاملاً لشريك التواصل.
 5. المرحلة الخامسة: الاستجابة لسؤال "ماذا تريد؟": يتعلم الطالب الاستجابة لسؤال "ماذا تريد؟" باستخدام شريط الجملة "أنا أريد" متبوعاً بالشيء المرغوب.
 6. المرحلة السادسة: التعليق: يتعلم الطالب الإجابة على أسئلة مثل "ماذا ترى؟" و"ماذا تسمع؟" و"ما هذا؟" باستخدام شرائط جمل مثل "أنا أرى"، "أنا أسمع"، "هذا هو".
- يمكن استخدام نظام التواصل بتبادل الصور للتعامل مع مجموعة متنوعة من المشكلات السلوكية، مثل:

- نوبات الغضب والسلوك العدواني: عندما تكون ناتجة عن الإحباط بسبب عدم القدرة على التواصل.
 - السلوكيات التخريبية: عندما تكون وسيلة لجذب الانتباه أو طلب شيء ما.
 - سلوكيات إيذاء الذات: عندما تكون وسيلة للتعبير عن الألم أو الانزعاج.
 - الانسحاب والعزلة: عندما تكون ناتجة عن صعوبات في المبادرة بالتواصل.
- أظهرت الدراسات فعالية نظام التواصل بتبادل الصور في تحسين مهارات التواصل الوظيفي وتقليل المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد. على سبيل المثال، وجدت مراجعة منهجية

أجراها Flippin وآخرون (2010) أن نظام التواصل بتبادل الصور كان فعالاً في تحسين التواصل الوظيفي، مع تأثيرات إيجابية متوسطة على السلوك والتواصل اللفظي.

من المهم ملاحظة أن نظام التواصل بتبادل الصور:

- يتطلب تدريباً متخصصاً للمعلمين والأسرة لضمان التنفيذ الصحيح.
- يحتاج إلى تنفيذ متسق عبر مختلف البيئات والأشخاص.
- قد يكون خطوة نحو تطوير التواصل اللفظي لبعض الطلاب، ولكنه ليس بديلاً عن تطوير اللغة.
- يمكن دمجه مع استراتيجيات أخرى مثل تعديل السلوك التطبيقي والتدريب على المهارات الاجتماعية.

استراتيجيات الدعم السلوكي الإيجابي (PBS)

يعد الدعم السلوكي الإيجابي (PBS) نهجاً شاملاً للتعامل مع المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد، يركز على فهم أسباب السلوك وتعليم السلوكيات البديلة المناسبة، وتعديل البيئة لمنع حدوث المشكلات السلوكية، وتعزيز السلوكيات الإيجابية. يستند هذا النهج إلى مبادئ تحليل السلوك التطبيقي، ولكنه يتبنى منظوراً أوسع يأخذ في الاعتبار جودة الحياة والمشاركة الاجتماعية والقيم الإنسانية.

تتضمن المبادئ الأساسية للدعم السلوكي الإيجابي:

1. **التركيز على الوقاية:** منع حدوث المشكلات السلوكية من خلال تعديل البيئة وتعليم المهارات البديلة، بدلاً من الاكتفاء بالاستجابة للسلوكيات بعد حدوثها.
2. **النهج القائم على الوظيفة:** فهم وظيفة السلوك (الغرض الذي يخدمه) كأساس لتطوير استراتيجيات التدخل.
3. **تعليم السلوكيات البديلة:** تعليم الطالب سلوكيات إيجابية تخدم نفس وظيفة السلوك المشكل، ولكن بطريقة أكثر قبولاً اجتماعياً.
4. **تعديل البيئة:** تغيير العوامل البيئية التي تسبق السلوك المشكل أو تحافظ عليه.

5. **التعزيز الإيجابي:** تقديم المكافآت والتشجيع للسلوكيات المرغوبة، بدلاً من التركيز على العقاب للسلوكيات غير المرغوبة.

6. **النهج الشامل:** التعامل مع السلوك في سياق حياة الطالب ككل، بما في ذلك المدرسة والمنزل والمجتمع.

7. **المشاركة التعاونية:** إشراك جميع الأشخاص المهمين في حياة الطالب (المعلمين، الأسرة، الأخصائيين) في تطوير وتنفيذ خطة الدعم السلوكي.

تتضمن استراتيجيات الدعم السلوكي الإيجابي ثلاثة مستويات من التدخل:

المستوى الأول: التدخلات الشاملة (الوقائية)

- توفير بيئة تعليمية منظمة وداعمة.
- وضع توقعات وقواعد واضحة ومناسبة.
- استخدام جداول وروتينات منتظمة.
- تقديم تعليمات واضحة ومباشرة.
- توفير دعم بصري (صور، رموز، جداول بصرية).
- تعليم المهارات الاجتماعية والعاطفية.
- تعزيز السلوكيات الإيجابية بشكل منتظم.

المستوى الثاني: التدخلات المستهدفة

- تقييم وظيفة السلوك للطلاب الذين يظهرون مشكلات سلوكية متكررة.
- تطوير خطط دعم سلوكي فردية بناءً على وظيفة السلوك.
- تعليم مهارات محددة مثل التواصل الوظيفي، وإدارة الغضب، والتنظيم الذاتي.
- توفير دعم إضافي في المواقف الصعبة.
- استخدام نظام المكافآت الفردية.

المستوى الثالث: التدخلات المكثفة

- إجراء تقييم سلوكي وظيفي شامل.
- تطوير خطة دعم سلوكي فردية مفصلة.
- تقديم تدخلات مكثفة ومخصصة.

- التعاون مع متخصصين في الصحة النفسية والسلوك.
- المراقبة والتقييم المستمر.

من الأمثلة على استراتيجيات الدعم السلوكي الإيجابي المحددة:

- تعديل المثيرات السابقة: تغيير العوامل التي تسبق السلوك المشكل، مثل تقليل الضوضاء، أو تبسيط المهام، أو توفير تحذير مسبق للتغييرات.
 - تعليم السلوكيات البديلة: تعليم الطالب طرقاً مناسبة للتعبير عن احتياجاته، مثل استخدام الكلمات أو الصور أو الإشارات بدلاً من السلوكيات المشكلة.
 - تعديل النتائج: تغيير العواقب التي تتبع السلوك، مثل تقديم تعزيز قوي للسلوكيات المناسبة، وعدم تعزيز السلوكيات المشكلة.
 - تعليم مهارات التكيف: تعليم الطالب مهارات مثل التنظيم الذاتي، وإدارة الغضب، وحل المشكلات، والتواصل الاجتماعي.
 - تعديل البيئة: تنظيم البيئة المادية لتقليل المشتتات وتسهيل النجاح، مثل توفير مساحة هادئة للعمل، أو استخدام الدعم البصري.
- أظهرت الدراسات فعالية الدعم السلوكي الإيجابي في تقليل المشكلات السلوكية وتحسين النتائج الأكاديمية والاجتماعية لدى طلاب التوحد. على سبيل المثال، وجدت دراسة أجراها Carr وآخرون (2002) أن الدعم السلوكي الإيجابي حقق انخفاضاً بنسبة 80% في المشكلات السلوكية لدى الأشخاص ذوي الإعاقات النمائية، بما في ذلك التوحد.
- من المهم أن يتم تنفيذ الدعم السلوكي الإيجابي بشكل متنسق ومستمر، مع مشاركة جميع الأشخاص المهمين في حياة الطالب، وأن يتم تقييم وتعديل الاستراتيجيات بشكل منتظم بناءً على استجابة الطالب.

القسم الثالث:

دراسات حالة وأمثلة تطبيقية

دراسة حالة 1:

التدخل لسلوكيات إيذاء الذات

الحالة: أحمد، طالب يبلغ من العمر 9 سنوات، تم تشخيصه باضطراب طيف التوحد في سن الثالثة. يظهر أحمد سلوكيات إيذاء الذات تتمثل في ضرب رأسه بيده أو بالحائط، خاصة عندما يواجه مهام صعبة أو عندما يتغير الروتين المعتاد. يمتلك أحمد مهارات لغوية محدودة (مفردات بسيطة وجمل من كلمتين)، ويعاني من حساسية حسية تجاه الأصوات العالية.

التقييم السلوكي الوظيفي

- **وصف السلوك:** ضرب الرأس باليد أو بالحائط، بمعدل 10-15 مرة يومياً، وبشدة قد تسبب احمراراً في الجلد.
- **المثيرات السابقة:** تقديم مهام أكاديمية صعبة، تغييرات غير متوقعة في الروتين، أصوات عالية مفاجئة، طلبات متعددة في وقت واحد.
- **النتائج:** إنهاء المهمة، تقديم المساعدة، الحصول على فترة راحة، جذب انتباه المعلم.
- **وظيفة السلوك:** الهروب من المهام الصعبة (وظيفة أساسية) والحصول على الانتباه (وظيفة ثانوية).

خطة التدخل

1. تعديل المثيرات السابقة:

- تبسيط المهام الأكاديمية وتقسيمها إلى خطوات صغيرة.
- تقديم تحذير مسبق للتغييرات في الروتين باستخدام جدول بصري.
- توفير سماعات عازلة للضوضاء لاستخدامها عند الحاجة.
- تقديم طلب واحد في كل مرة، مع تعليمات واضحة وبسيطة.

2. التدريب على التواصل الوظيفي (FCT):

- تعليم أحمد استخدام بطاقة "مساعدة" عندما تكون المهمة صعبة.
- تعليمه استخدام بطاقة "استراحة" عندما يحتاج إلى فترة راحة قصيرة.
- تعليمه استخدام إشارة أو كلمة "انتظر" عندما يحتاج إلى وقت إضافي.
- الاستجابة الفورية والمتسقة لهذه الإشارات التواصلية.

3. تعديل السلوك التطبيقي (ABA):

- استخدام التعزيز التفاضلي للسلوك البديل (DRA): تعزيز استخدام وسائل التواصل البديلة.
- استخدام التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر (DRO): تعزيز فترات عدم ظهور سلوك إيذاء الذات.
- تطبيق إجراءات الإطفاء: عدم إنهاء المهمة عند ظهور سلوك إيذاء الذات.

4. استراتيجيات التنظيم الحسي:

- توفير "صندوق تهدئة" يحتوي على أدوات حسية مفضلة (كرة ضغط، ألعاب مطاطية).
- تضمين فترات راحة حسية منتظمة في الجدول اليومي.
- تعليم تقنيات التنفس العميق والعد للتهديئة.

5. تعديل البيئة:

- توفير مكان هادئ يمكن لأحمد الذهاب إليه عند الشعور بالتوتر.
- تقليل المشتتات البصرية والسمعية في بيئة التعلم.
- استخدام الدعم البصري (جداول، تعليمات مصورة) لزيادة الفهم والاستقلالية.

6. التعاون مع الأسرة:

- تدريب الوالدين على استراتيجيات التدخل لاستخدامها في المنزل.
- التواصل اليومي بين المدرسة والأسرة لمتابعة التقدم.
- تنسيق الاستراتيجيات بين البيئات المختلفة.

النتائج بعد 3 أشهر

- انخفاض سلوكيات إيذاء الذات بنسبة 85% (من 10-15 مرة يومياً إلى 1-2 مرة أسبوعياً).
- زيادة استخدام وسائل التواصل البديلة (بطاقات "مساعدة" و"استراحة").
- تحسن في المشاركة الأكاديمية والاستقلالية.
- انخفاض مستويات القلق والإحباط، كما لاحظ المعلمون والأسرة.

الدروس المستفادة

- أهمية فهم وظيفة السلوك قبل تطوير خطة التدخل.
- فعالية الجمع بين استراتيجيات متعددة (تعديل المثيرات، التواصل الوظيفي، التنظيم الحسي).
- ضرورة التعاون بين المدرسة والأسرة لضمان الاتساق والاستمرارية.
- أهمية تكيف الاستراتيجيات وفقاً للاحتياجات الفردية والاهتمامات.

دراسة حالة 2:

التدخل لسلوكيات العدوانية

الحالة: سارة، طالبة تبلغ من العمر 12 عاماً، تم تشخيصها باضطراب طيف التوحد مع مستوى ذكاء متوسط. تظهر سارة سلوكيات عدوانية تتمثل في الدفع والضرب والعض، خاصة خلال فترات الانتقال بين الأنشطة وفي المواقف الاجتماعية المزدحمة مثل الفسحة والكافتيريا. تمتلك سارة مهارات لغوية جيدة نسبياً، لكنها تواجه صعوبة في التعبير عن مشاعرها وفي فهم التفاعلات الاجتماعية المعقدة.

التقييم السلوكي الوظيفي

- **وصف السلوك:** دفع الآخرين، الضرب باليدين، العض أحياناً، بمعدل 3-5 حوادث يومياً، غالباً خلال فترات الانتقال أو المواقف الاجتماعية.
- **المثيرات السابقة:** الانتقال بين الأنشطة، المواقف الاجتماعية المزدحمة، التواصل مع الأقران، الإحباط عند عدم فهم المهام.
- **النتائج:** إبعاد الآخرين، الخروج من المواقف المزعجة، جذب انتباه المعلمين، تجنب المهام الصعبة.
- **وظيفة السلوك:** الهروب من المواقف الاجتماعية المربكة (وظيفة أساسية) والحصول على الانتباه (وظيفة ثانوية).

خطة التدخل

1. العلاج المعرفي السلوكي المعدل للتوحد:

- تعليم سارة التعرف على مشاعرها (مقياس الغضب، بطاقات المشاعر).
- تدريبها على تحديد المواقف التي تثير الغضب أو القلق.
- تعليمها استراتيجيات التهدئة الذاتية (التنفس العميق، العد التنازلي، الابتعاد المؤقت).
- مساعدتها على تطوير "خطة للتهدئة" يمكنها استخدامها عند الشعور بالتوتر.

2. التدريب على المهارات الاجتماعية:

- تعليم سارة كيفية التعبير عن احتياجاتها ومشاعرها بطرق مناسبة.

- تدريبها على مهارات بدء المحادثات والانضمام إلى مجموعات.
- استخدام القصص الاجتماعية لشرح المواقف الاجتماعية المربكة.
- تنظيم جلسات تدريب على المهارات الاجتماعية مع أقران داعمين.

3. تعديل المثيرات السابقة:

- توفير تحذير مسبق للانتقالات باستخدام مؤقت بصري وتذكيرات شفوية.
- تقديم جدول بصري يوضح تسلسل الأنشطة اليومية.
- تخصيص وقت إضافي للانتقالات لتقليل الضغط.
- توفير مساحة أقل ازدحاماً لتناول الغداء وقضاء الفسحة عند الحاجة.

4. التدريب على التواصل الوظيفي:

- تعليم سارة استخدام عبارات محددة مثل "أحتاج إلى استراحة" أو "أشعر بالإحباط".
- تدريبها على استخدام بطاقة "خروج" للإشارة إلى حاجتها للابتعاد من موقف مزعج.
- تعليمها طلب المساعدة أو التوضيح عندما لا تفهم المهمة.

5. نظام التعزيز الإيجابي:

- تطوير نظام نقاط يكافئ السلوكيات الإيجابية والتواصل المناسب.
- تحديد معززات فعالة بناءً على اهتمامات سارة (وقت إضافي في الكمبيوتر، كتب عن موضوعات مفضلة).
- تقديم تعزيز فوري ومحدد للسلوكيات المناسبة.
- زيادة التعزيز خلال الأوقات الصعبة مثل فترات الانتقال.

6. دعم الأقران:

- تدريب مجموعة صغيرة من الأقران الداعمين للتفاعل مع سارة.
- تنظيم أنشطة منظمة مع هؤلاء الأقران خلال أوقات الفراغ.
- تعليم الأقران كيفية الاستجابة بشكل مناسب لسلوكيات سارة.

7. التعاون مع الأسرة:

- مشاركة استراتيجيات التدخل مع الأسرة لاستخدامها في المنزل.
- عقد اجتماعات منتظمة لمناقشة التقدم والتحديات.

- تطوير استراتيجيات متسقة للتعامل مع السلوكيات العدوانية في المنزل والمدرسة.

النتائج بعد 4 أشهر

- انخفاض السلوكيات العدوانية بنسبة 70% (من 3-5 حوادث يومياً إلى 3-4 حوادث أسبوعياً).
- زيادة استخدام استراتيجيات التواصل المناسبة للتعبير عن الاحتياجات والمشاعر.
- تحسن في التفاعلات الاجتماعية مع الأقران، مع زيادة المشاركة في الأنشطة الجماعية.
- انخفاض القلق خلال فترات الانتقال والمواقف الاجتماعية.
- تطور مهارات التنظيم الذاتي، مع قدرة أفضل على تحديد علامات التوتر المبكرة.

الدروس المستفادة

- أهمية الجمع بين التدخلات السلوكية والمعرفية والاجتماعية.
- فعالية تعليم مهارات التنظيم الذاتي والتواصل كبداية للسلوك العدواني.
- دور دعم الأقران في تحسين المهارات الاجتماعية وتقليل العزلة.
- ضرورة تكييف البيئة لتقليل المثيرات المسببة للتوتر والإحباط.

دراسة حالة 3:

التدخل للسلوكيات النمطية والتكرارية

الحالة: خالد، طالب يبلغ من العمر 7 سنوات، تم تشخيصه باضطراب طيف التوحد في سن الرابعة. يظهر خالد سلوكيات نمطية وتكرارية تتمثل في ررفة اليدين، والدوران حول نفسه، وترديد عبارات من أفلام الكرتون (المصاداة)، وترتيب الألعاب بنمط معين. تزداد هذه السلوكيات عندما يكون متحمساً أو قلقاً أو مشتتاً. يمتلك خالد مهارات لغوية متوسطة ويظهر اهتماماً شديداً بالقطارات والديناصورات.

التقييم السلوكي الوظيفي

- **وصف السلوك:** ررفة اليدين، الدوران، المصاداة، ترتيب الألعاب بنمط معين، تحدث هذه السلوكيات بشكل متكرر خلال اليوم، وتستمر لفترات طويلة (5-10 دقائق).
- **المثيرات السابقة:** المواقف المثيرة أو المحفزة، الأوقات غير المنظمة، المواقف الاجتماعية المربكة، التعرض لمثيرات حسية قوية.
- **النتائج:** تنظيم ذاتي، تقليل القلق، الانسحاب من المواقف المربكة، تأخير المهام المطلوبة.
- **وظيفة السلوك:** التحفيز الحسي والتنظيم الذاتي (وظيفة أساسية) والهروب من المواقف المربكة (وظيفة ثانوية).

خطة التدخل

1. النهج المتوازن:

- عدم منع السلوكيات النمطية بشكل كامل، مع تحديد أوقات وأماكن مناسبة لها.
- التركيز على تقليل السلوكيات التي تتداخل مع التعلم والتفاعل الاجتماعي.
- تعليم خالد متى وأين تكون هذه السلوكيات مقبولة (مثلاً: في وقت الراحة، في منطقة محددة).

2. توفير بدائل حسية مناسبة:

- تقديم ألعاب ومواد حسية بديلة (كرات ضغط، ألعاب دوارة، سلاسل مفاتيح للعب).

- إنشاء "صندوق حسي" يحتوي على أدوات مختلفة يمكن لخالد استخدامها عند الحاجة.
- تضمين أنشطة حركية منتظمة في الجدول اليومي (القفز على الترامبولين، التآرجح).
- استخدام سترة أو وسادة ثقيلة لتوفير ضغط عميق عند الحاجة.

3. تعديل البيئة:

- تقليل المثيرات الحسية المفرطة في بيئة التعلم (الضوضاء، الإضاءة الساطعة).
- توفير مساحة هادئة يمكن لخالد استخدامها عند الشعور بالتحميل الزائد.
- تنظيم البيئة بشكل واضح ومتوقع، مع استخدام الدعم البصري.
- تخصيص منطقة للعب المنظم تلبي حاجة خالد للترتيب والنمطية.

4. التدريب على الوعي الذاتي والتنظيم:

- تعليم خالد التعرف على مستويات الإثارة أو القلق لديه (مقياس بصري للتنظيم).
- تدريبه على استراتيجيات التهدئة الذاتية (التنفس العميق، العد، الضغط على اليدين).
- مساعدته على تحديد متى يحتاج إلى استراحة حسية أو استخدام أدوات التنظيم.

5. توسيع الاهتمامات والأنشطة:

- استخدام اهتمامات خالد الحالية (القطارات والديناصورات) كنقطة انطلاق لتعليم مهارات جديدة.
- تقديم أنشطة متنوعة تتضمن اهتماماته ولكن بطرق أكثر مرونة وتفاعلية.
- تشجيع المشاركة في أنشطة جماعية منظمة تتضمن اهتماماته (مثل نادي العلوم).

6. التدخل القائم على المهارات الاجتماعية:

- تعليم خالد كيفية المشاركة في اللعب مع الأقران بطرق أكثر تفاعلية.
- استخدام القصص الاجتماعية لشرح متى تكون السلوكيات النمطية مناسبة وغير مناسبة.
- تنظيم أنشطة لعب منظمة مع أقران داعمين.

7. نظام التعزيز الإيجابي:

- تعزيز استخدام البدائل المناسبة للسلوكيات النمطية.
- مكافأة المشاركة في الأنشطة الجديدة والتفاعلات الاجتماعية.

- استخدام اهتمامات خالد كعززات (وقت إضافي للعب بالقطارات، كتب عن الديناصورات).

النتائج بعد 6 أشهر

- انخفاض السلوكيات النمطية خلال وقت التعلم والأنشطة الاجتماعية بنسبة 60%.
- زيادة استخدام البدائل الحسية المناسبة عند الشعور بالقلق أو الإثارة.
- تحسن في المشاركة الأكاديمية والانتباه خلال الدروس.
- زيادة المشاركة في الأنشطة الاجتماعية المنظمة مع الأقران.
- تطور مهارات الوعي الذاتي، مع قدرة أفضل على طلب الاستراحة أو الأدوات الحسية عند الحاجة.
- توسع تدريجي في الاهتمامات والأنشطة.

الدروس المستفادة

- أهمية اتباع نهج متوازن يحترم حاجة الطالب للتنظيم الذاتي.
- فعالية توفير بدائل حسية مناسبة بدلاً من مجرد منع السلوكيات النمطية.
- دور البيئة المنظمة والداعمة في تقليل الحاجة للسلوكيات النمطية.
- أهمية الاستفادة من اهتمامات الطالب كنقطة انطلاق للتعلم والتفاعل الاجتماعي.

دراسة حالة 4:

التدخل لصعوبات التواصل الاجتماعي

****الحالة****: ليلي، طالبة تبلغ من العمر 10 سنوات، تم تشخيصها باضطراب طيف التوحد مع مستوى ذكاء فوق المتوسط. تواجه ليلي صعوبات في التواصل الاجتماعي تتمثل في عدم فهم القواعد الاجتماعية غير المكتوبة، وصعوبة في بدء المحادثات والحفاظ عليها، وتفسير حرفي للغة، وصعوبة في فهم تعبيرات الوجه ولغة الجسد. تمتلك ليلي مهارات لغوية متقدمة ومفردات غنية، لكنها تستخدم لغة رسمية وتحدث بشكل مطول عن اهتماماتها (الفضاء والفلك) دون مراعاة اهتمام المستمع. تعاني من القلق الاجتماعي وغالباً ما تتجنب المواقف الاجتماعية، مما يؤدي إلى العزلة والشعور بالوحدة.

التقييم السلوكي الوظيفي

- **وصف السلوك**: تجنب التفاعلات الاجتماعية، الانسحاب من المواقف الجماعية، الحديث المطول عن موضوعات محددة، صعوبة في فهم النكات والتعبيرات المجازية، عدم الاستجابة المناسبة للإشارات الاجتماعية.
- **المثيرات السابقة**: المواقف الاجتماعية غير المنظمة، المحادثات الجماعية، التغييرات غير المتوقعة في الروتين الاجتماعي، المواقف التي تتطلب فهم القواعد الاجتماعية الضمنية.
- **النتائج**: تجنب القلق والارتباك الاجتماعي، الانسحاب إلى موضوعات مألوفة ومريحة، تقليل فرص الرفض أو السخرية.
- **وظيفة السلوك**: الهروب من القلق والارتباك الاجتماعي (وظيفة أساسية) والحصول على شعور بالأمان والتحكم (وظيفة ثانوية).

خطة التدخل

1. برنامج التفكير الاجتماعي:

- تعليم ليلي مفاهيم "التفكير الاجتماعي" مثل "العقول المفكرة" و"العيون المراقبة".
- مساعدتها على فهم أن الناس لديهم أفكار ومشاعر واهتمامات مختلفة.

- تدريبها على "قراءة" الإشارات الاجتماعية والاستجابة لها بشكل مناسب.
- استخدام مفهوم "المفكر الاجتماعي الجيد" مقابل "المفكر الاجتماعي غير المرن".

2. القصص الاجتماعية والمحدثات المصورة:

- كتابة قصص اجتماعية مخصصة لمواقف محددة تواجه فيها ليلي صعوبات.
- استخدام المحدثات المصورة لتوضيح تسلسل التفاعلات الاجتماعية والأفكار والمشاعر.

- تقديم نماذج بصرية للقواعد الاجتماعية غير المكتوبة.

3. التدريب على المهارات الاجتماعية في مجموعات صغيرة:

- تنظيم جلسات أسبوعية للمهارات الاجتماعية مع 2-3 من الأقران الداعمين.
- التركيز على مهارات محددة مثل بدء المحادثات، والانتظار للدور، وتغيير الموضوعات.

- استخدام لعب الأدوار والتمثيل لممارسة المهارات في بيئة آمنة.

- تقديم تغذية راجعة فورية ومحددة.

4. استراتيجيات إدارة القلق الاجتماعي:

- تعليم ليلي تقنيات الاسترخاء والتنفس العميق.

- استخدام "مقياس القلق" لمساعدتها على تحديد مستوى قلقها.

- تطوير "خطة للتهديئة" يمكنها استخدامها في المواقف المقلقة.

- التعرض التدريجي للمواقف الاجتماعية، بدءاً من الأقل إثارة للقلق.

5. استخدام الاهتمامات كجسر للتواصل الاجتماعي:

- تنظيم نادي للفلك أو العلوم يمكن ليلي المشاركة فيه ومشاركة معرفتها.

- تعليمها كيفية تقديم معلومات عن اهتماماتها بطريقة جذابة ومختصرة.

- ربطها بأقران لديهم اهتمامات مشابهة.

- استخدام اهتماماتها كموضوعات للمشاريع التعاونية.

6. التدريب على فهم وتفسير اللغة غير اللفظية:

- استخدام مقاطع فيديو وصور لتعليم تعبيرات الوجه ولغة الجسد.

- لعب ألعاب "تخمين المشاعر" باستخدام بطاقات أو تمثيل.
- تدريبها على فهم النكات والتعبيرات المجازية والسخرية.
- توفير "قاموس" للتعبيرات الشائعة ومعانيها.

7. دعم المعلمين والأسرة:

- تدريب المعلمين على استراتيجيات دعم ليلي في الفصل.
- تقديم إرشادات للأسرة لتعزيز المهارات الاجتماعية في المنزل.
- تنظيم فرص للتفاعل الاجتماعي المنظم خارج المدرسة.

النتائج بعد 8 أشهر

- زيادة المشاركة في التفاعلات الاجتماعية بنسبة 65%.
- تحسن في مهارات بدء المحادثات والحفاظ عليها، مع انخفاض في الحديث المطول عن اهتماماتها.
- زيادة الوعي بالإشارات الاجتماعية والقدرة على الاستجابة لها بشكل مناسب.
- انخفاض في مستويات القلق الاجتماعي، مع زيادة الاستعداد للمشاركة في أنشطة جديدة.
- تكوين صداقات مع 2-3 من الأقران ذوي الاهتمامات المشتركة.
- تحسن في فهم النكات والتعبيرات المجازية البسيطة.

الدروس المستفادة

- أهمية تعليم مفاهيم "التفكير الاجتماعي" بشكل صريح ومباشر.
- فعالية استخدام الاهتمامات الخاصة كجسر للتواصل الاجتماعي.
- دور التدريب المنظم والممارسة المتكررة في تطوير المهارات الاجتماعية.
- أهمية معالجة القلق الاجتماعي كجزء من التدخل الشامل.
- ضرورة تكييف التدخلات لتناسب المستوى المعرفي واللغوي للطالب.

دراسة حالة 5:

التدخل للمشكلات الحسية

الحالة: عمر، طالب يبلغ من العمر 8 سنوات، تم تشخيصه باضطراب طيف التوحد في سن الثالثة. يعاني عمر من مشكلات حسية متنوعة تؤثر على سلوكه وتعلمه، بما في ذلك فرط الحساسية للأصوات العالية والأضواء الساطعة واللمس المفاجئ، ونقص الحساسية للمدخلات الحركية العميقة (يبحث عن الحركة القوية والضغط العميق). يظهر سلوكيات مثل تغطية أذنيه، الصراخ، الهروب من الغرفة عند التعرض لمثيرات حسية مزعجة، أو التأرجح والقفز والاصطدام بالأشياء عند البحث عن تحفيز حسي. يمتلك عمر مهارات لغوية متوسطة ويستطيع التعبير عن احتياجاته الأساسية، لكنه يواجه صعوبة في وصف تجاربه الحسية.

التقييم السلوكي الوظيفي

- **وصف السلوك:** تغطية الأذنين، الصراخ، الهروب من الغرفة، التأرجح، القفز، الاصطدام بالأشياء، تحدث هذه السلوكيات عدة مرات يومياً، خاصة في البيئات المزدحمة أو الصاخبة.
- **المثيرات السابقة:** الأصوات العالية، الأضواء الساطعة، اللمس المفاجئ، الازدحام، فترات الجلوس الطويلة، المواقف غير المنظمة.
- **النتائج:** تجنب المثيرات المزعجة، الحصول على تحفيز حسي مطلوب، تنظيم المستوى الحسي.
- **وظيفة السلوك:** التنظيم الحسي الذاتي (وظيفة أساسية) والهروب من المثيرات المزعجة (وظيفة ثانوية).

خطة التدخل

1. التقييم الحسي الشامل:

- إجراء تقييم حسي مفصل بواسطة معالج وظيفي لتحديد النمط الحسي الدقيق لعمر.
- تحديد المثيرات المحددة التي تسبب الانزعاج أو البحث عن الإثارة.

- تطوير "ملف حسي" يوثق استجابات عمر للمثيرات المختلفة.

2. تعديل البيئة:

- تقليل الضوضاء في الفصل (استخدام كرات مطاطية على أرجل الكراسي، سجاد للأرضية).
- تخفيف الإضاءة الساطعة (استخدام الإضاءة الطبيعية، تجنب الإضاءة الفلورية).
- توفير مكان هادئ يمكن لعمر الذهاب إليه عند الشعور بالتحميل الزائد.
- تنظيم الفصل لتقليل الازدحام والفوضى البصرية.
- توفير مقعد مريح (وسادة هوائية، كرسي هزاز) يسمح بالحركة المقبولة.

3. نظام الدعم الحسي:

- توفير "صندوق حسي" يحتوي على أدوات متنوعة (كرات ضغط، ألعاب مطاطية، فرشاة حسية).
- استخدام سترة أو وسادة ثقيلة لتوفير ضغط عميق عند الحاجة.
- توفير سماعات عازلة للضوضاء لاستخدامها في المواقف الصاخبة.
- إنشاء "زاوية حسية" في الفصل تحتوي على معدات حسية متنوعة.

4. جدول الأنشطة الحسية:

- دمج "فترات حسية" منتظمة في الجدول اليومي (كل 60-90 دقيقة).
- تضمين أنشطة توفر ضغطاً عميقاً (دفع عربة ثقيلة، حمل صندوق كتب).
- إدراج أنشطة حركية (القفز على الترامبولين، التآرجح، ألعاب التوازن).
- توفير فرص للمدخلات الفموية (مضغ أنبوب سيليكون، شرب عصير سميك بمصاصة).

5. التدريب على الوعي الحسي والتنظيم الذاتي:

- تعليم عمر التعرف على حالته الحسية باستخدام مقياس بصري ("محرك حسي").
- تدريبه على طلب الأدوات الحسية أو الاستراحة عند الحاجة.
- تعليمه استراتيجيات التنظيم الذاتي (التنفس العميق، الضغط على اليدين).
- مساعدته على تطوير "خطة حسية" شخصية.

6. التعرض التدريجي:

- تعريض عمر تدريجياً للمثيرات المزعجة بشكل متحكم فيه.
- البدء بمستويات منخفضة من المثيرات وزيادتها تدريجياً.
- تعليمه استراتيجيات التكيف أثناء التعرض.
- استخدام التعزيز الإيجابي للتحمل المتزايد.

7. التعاون مع الأسرة والفريق المدرسي:

- تدريب المعلمين والأسرة على فهم الاحتياجات الحسية لعمر.
- مشاركة استراتيجيات التدخل لاستخدامها في المنزل والمدرسة.
- تنسيق النهج بين جميع البيئات.
- المراجعة المنتظمة وتعديل الخطة حسب الحاجة.

النتائج بعد 5 أشهر

- انخفاض سلوكيات الانسحاب والهروب بنسبة 75% في المواقف الحسية الصعبة.
- زيادة القدرة على البقاء في البيئات المزدحمة أو الصاخبة لفترات أطول.
- تحسن في استخدام استراتيجيات التنظيم الذاتي والأدوات الحسية المناسبة.
- انخفاض في سلوكيات البحث عن الإثارة غير المناسبة (الاصطدام، القفز المفرط).
- زيادة المشاركة في الأنشطة الأكاديمية والاجتماعية.
- تحسن في القدرة على التعبير عن الاحتياجات الحسية.

الدروس المستفادة

- أهمية فهم النمط الحسي الفريد لكل طالب وتكييف التدخلات وفقاً لذلك.
- فعالية الجمع بين تعديل البيئة وتوفير المدخلات الحسية المناسبة.
- دور الوعي الحسي والتنظيم الذاتي في تمكين الطالب من إدارة احتياجاته.
- ضرورة التعاون بين المعالج الوظيفي والمعلمين والأسرة.
- أهمية الاستمرارية والاتساق في تطبيق الاستراتيجيات الحسية.

القسم الرابع:

الخاتمة والتوصيات للفصل السابع

تناول هذا الفصل استراتيجيات التدخل للمشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد، مقدماً إطاراً شاملاً للفهم والتدخل الفعال. من خلال استعراض المبادئ الأساسية للتدخل السلوكي الفعال، واستراتيجيات التدخل المختلفة، ودراسات الحالة التطبيقية، يمكن استخلاص عدة استنتاجات مهمة:

أولاً، تعد المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد تعبيراً عن احتياجات أساسية غير ملباة، وليست مجرد سلوكيات "سيئة" يجب إيقافها. فهم وظيفة السلوك - أي الغرض الذي يخدمه - يمثل الخطوة الأولى والأهم في تطوير تدخلات فعالة. من خلال تحليل السلوك الوظيفي، يمكن للمعلمين والأخصائيين والأهالي فهم الأسباب الكامنة وراء السلوكيات المشكّلة، سواء كانت للحصول على شيء مرغوب، أو الهروب من موقف غير مرغوب، أو الحصول على تحفيز حسي، أو جذب الانتباه الاجتماعي.

ثانياً، يتطلب التدخل الفعال نهجاً شاملاً متعدد الأبعاد. لا توجد استراتيجية واحدة تناسب جميع الطلاب أو جميع المشكلات السلوكية. بدلاً من ذلك، يجب أن يجمع التدخل الفعال بين استراتيجيات متعددة، بما في ذلك تعديل السلوك التطبيقي، والتدريب على المهارات الاجتماعية، والتدخل القائم على التواصل الوظيفي، ونظام التواصل بتبادل الصور، واستراتيجيات الدعم السلوكي الإيجابي. كما يجب أن يأخذ في الاعتبار الجوانب المختلفة للطلاب، بما في ذلك الاحتياجات التواصلية، والحسية، والاجتماعية، والعاطفية، والمعرفية.

ثالثاً، يعد تخصيص التدخلات وفقاً للاحتياجات الفردية أمراً ضرورياً. كل طالب من طلاب التوحد فريد من نوعه، مع مجموعة فريدة من نقاط القوة والتحديات والاهتمامات. لذلك، يجب تكييف استراتيجيات التدخل لتناسب الاحتياجات الفردية لكل طالب، مع مراعاة عمره، ومستوى نموه، وقدراته اللغوية، واهتماماته، وتفضيلاته الحسية، وسياقه الثقافي والأسري.

رابعاً، يلعب التعاون بين جميع الأطراف المعنية دوراً حاسماً في نجاح التدخل. يتطلب التدخل الفعال تعاوناً وثيقاً بين المعلمين، والأخصائيين، والأسرة، والطالب نفسه عندما يكون ذلك ممكناً. يضمن هذا التعاون اتساق التدخلات عبر مختلف البيئات، ويعزز تعميم المهارات المكتسبة، ويوفر دعماً شاملاً للطالب.

خامساً، يجب أن يركز التدخل على تعليم المهارات الإيجابية، وليس فقط على تقليل السلوكيات المشكّلة. من خلال تعليم الطلاب مهارات التواصل الوظيفي، والتنظيم الذاتي، والمهارات الاجتماعية، وحل المشكلات، يمكن تمكينهم من تلبية احتياجاتهم بطرق أكثر فعالية وقبولاً اجتماعياً، مما يقلل الحاجة إلى السلوكيات المشكّلة.

سادساً، تلعب البيئة دوراً مهماً في ظهور واستمرار المشكلات السلوكية. من خلال تعديل البيئة المادية والاجتماعية والتعليمية لتكون أكثر دعماً وأقل إثارة للتوتر، يمكن منع العديد من المشكلات السلوكية قبل حدوثها. يتضمن ذلك توفير دعم بصري، وجدول منتظمة، وتوقعات واضحة، وتعديلات حسية، وفرص للنجاح.

أخيراً، يعد التدخل المبكر والمكثف والمستمر أمراً بالغ الأهمية. كلما بدأ التدخل مبكراً، كانت النتائج أفضل. ومع ذلك، فإن التعلم والنمو يستمران طوال الحياة، ولا ينبغي أبداً التخلي عن الأمل في التحسن، بغض النظر عن عمر الطالب أو شدة التحديات التي يواجهها. من خلال تبني هذه المبادئ وتطبيق الاستراتيجيات المناسبة، يمكن للمعلمين والأخصائيين والأهالي مساعدة طلاب التوحد على التغلب على المشكلات السلوكية، وتطوير مهارات جديدة، والمشاركة بشكل أكثر فعالية في الحياة الأكاديمية والاجتماعية، وتحقيق إمكاناتهم الكاملة.

التوصيات

بناءً على المعلومات والاستراتيجيات المقدمة في هذا الفصل، نقدم التوصيات التالية للمعلمين والأخصائيين والأهالي والباحثين في مجال التدخل للمشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد:

توصيات للممارسين (المعلمين والأخصائيين)

1. **تبني نهج قائم على الوظيفة:** إجراء تحليل السلوك الوظيفي قبل تطوير أي خطة تدخل، لفهم الأسباب الكامنة وراء السلوكيات المشكّلة.
2. **التركيز على الوقاية:** تعديل البيئة وتعليم المهارات البديلة لمنع حدوث المشكلات السلوكية، بدلاً من الاكتفاء بالاستجابة لها بعد حدوثها.
3. **تطوير خطط تدخل شاملة:** الجمع بين استراتيجيات متعددة (تعديل السلوك، التواصل الوظيفي، الدعم الحسي، المهارات الاجتماعية) في خطة تدخل متكاملة.
4. **تخصيص التدخلات:** تكييف الاستراتيجيات لتناسب الاحتياجات الفردية لكل طالب، مع مراعاة نقاط القوة والاهتمامات والتحديات الخاصة به.
5. **التركيز على تعليم المهارات البديلة:** تعليم الطلاب طرقاً إيجابية وفعالة لتلبية احتياجاتهم، بدلاً من الاكتفاء بمحاولة إيقاف السلوكيات المشكّلة.
6. **ضمان الاتساق والاستمرارية:** تطبيق استراتيجيات التدخل بشكل متنسق عبر مختلف البيئات والأشخاص، مع الاستمرار لفترة كافية لرؤية النتائج.
7. **توثيق التقدم وتعديل الخطط:** جمع البيانات بانتظام لتقييم فعالية التدخلات، وتعديل الاستراتيجيات بناءً على استجابة الطالب.
8. **تعزيز التعاون بين الفريق:** العمل بشكل وثيق مع جميع الأطراف المعنية، بما في ذلك المعلمين الآخرين، والأخصائيين، والأسرة، لضمان نهج متكامل.
9. **الاستثمار في التطوير المهني:** مواكبة أحدث البحوث والممارسات في مجال التدخل السلوكي لطلاب التوحد، من خلال التدريب المستمر.
10. **تبني نهج إيجابي وداعم:** التركيز على نقاط القوة والإنجازات، وتقديم التعزيز الإيجابي، وبناء علاقة داعمة مع الطالب.

توصيات للأسر

1. المشاركة الفعالة في التقييم والتخطيط: المشاركة بنشاط في عملية تقييم السلوك وتطوير خطة التدخل، ومشاركة المعلومات المهمة عن الطالب.
2. تطبيق الاستراتيجيات في المنزل: تعلم وتطبيق استراتيجيات التدخل في المنزل، لضمان الاتساق بين المدرسة والمنزل.
3. التواصل المنتظم مع المدرسة: الحفاظ على تواصل منتظم مع المعلمين والأخصائيين، لمشاركة المعلومات حول التقدم والتحديات.
4. الاهتمام بالرعاية الذاتية: الاعتناء بالصحة البدنية والنفسية للوالدين ومقدمي الرعاية، للتمكن من تقديم الدعم الأمثل للطالب.
5. البحث عن مصادر الدعم: التواصل مع مجموعات دعم الأسر، والمنظمات المجتمعية، والخدمات المتاحة للحصول على الدعم والموارد.
6. الدفاع عن حقوق الطالب: العمل كمدافع عن حقوق الطالب، وضمان حصوله على الخدمات والدعم المناسبين.
7. الاحتفال بالتقدم: الاعتراف والاحتفال بالتقدم والإنجازات، مهما كانت صغيرة، لتعزيز الثقة والدافعية.

توصيات للباحثين والمطورين

1. إجراء بحوث تطبيقية: التركيز على البحوث التي تتناول التحديات العملية التي يواجهها المعلمون والأسر في التعامل مع المشكلات السلوكية.
2. تطوير أدوات تقييم مناسبة ثقافياً: تطوير وتكييف أدوات تقييم السلوك لتكون مناسبة للسياق الثقافي واللغوي العربي.
3. دراسة فعالية الاستراتيجيات المختلفة: إجراء دراسات لتقييم فعالية استراتيجيات التدخل المختلفة مع مجموعات متنوعة من طلاب التوحد.
4. تطوير تكنولوجيا مساعدة: ابتكار وتطوير تطبيقات وأدوات تكنولوجية لدعم التواصل والتنظيم السلوكي لدى طلاب التوحد.
5. تعزيز التعاون بين الباحثين والممارسين: بناء شراكات بين الجامعات والمدارس ومراكز التوحد، لضمان أن تكون البحوث موجهة نحو الاحتياجات العملية.
6. نشر المعرفة والممارسات الجيدة: توفير الموارد والمواد التعليمية باللغة العربية، لتسهيل الوصول إلى المعلومات والاستراتيجيات الفعالة.

توصيات لسياسات والنظم التعليمية

1. دعم التدخل المبكر: تطوير وتمويل برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي التوحد، مع التركيز على الوقاية من المشكلات السلوكية.

2. توفير التدريب المتخصص: ضمان حصول المعلمين والأخصائيين على تدريب متخصص في استراتيجيات التدخل السلوكي لطلاب التوحد.

3. تخصيص الموارد الكافية: توفير الموارد البشرية والمادية اللازمة لتنفيذ برامج التدخل السلوكي الفعالة في المدارس.

4. تعزيز التعاون بين القطاعات: تشجيع التعاون بين قطاعات التعليم، والصحة، والخدمات الاجتماعية، لتقديم دعم شامل لطلاب التوحد وأسرهم.

5. تطوير معايير ومبادئ توجيهية: وضع معايير ومبادئ توجيهية واضحة للتدخل السلوكي الإيجابي في المدارس، مع التأكيد على الممارسات الأخلاقية والمستندة إلى الأدلة.

من خلال تبني هذه التوصيات، يمكن للمعلمين والأخصائيين والأسر والباحثين وصانعي السياسات العمل معاً لتحسين جودة التدخلات السلوكية المقدمة لطلاب التوحد، وتعزيز نتائجهم الأكاديمية والاجتماعية والسلوكية، ودعم مشاركتهم الكاملة في المجتمع.

المراجع

المراجع العربية

1. الخطيب، جمال. (2018). تعديل السلوك الإنساني. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
2. الزريقات، إبراهيم. (2016). اضطراب طيف التوحد: المفاهيم الأساسية وطرق التدخل. عمان: دار وائل للنشر.
3. الشامي، وفاء. (2015). علاج التوحد: الطرق التربوية والنفسية والطبية. جدة: مركز جدة للتوحد.
4. العتيبي، بندر. (2019). استراتيجيات تعديل سلوك الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. الرياض: مكتبة الرشد.
5. القمش، مصطفى، والمعايطة، خليل. (2014). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
6. سليمان، عبد الرحمن. (2017). اضطرابات التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج، دراسات علمية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
7. عبد الله، عادل. (2014). مدخل إلى اضطراب التوحد: النظرية والتشخيص وأساليب الرعاية. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
8. يحيى، خولة. (2017). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Bondy, A., & Frost, L. (2001). The Picture Exchange Communication System. Behavior Modification, 25(5), 725-744.
3. Carr, E. G., Dunlap, G., Horner, R. H., Koegel, R. L., Turnbull, A. P., Sailor, W., ... & Fox, L. (2002). Positive behavior support: Evolution of an applied science. Journal of Positive Behavior Interventions, 4(1), 4-16.
4. Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2020). Applied behavior analysis (3rd ed.). Hoboken, NJ: Pearson.
5. Durand, V. M., & Moskowitz, L. (2015). Functional communication training: Thirty years of treating challenging behavior. Topics in Early Childhood Special Education, 35(2), 116-126.
6. Flippin, M., Reszka, S., & Watson, L. R. (2010). Effectiveness of the Picture Exchange Communication System (PECS) on

- communication and speech for children with autism spectrum disorders: A meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19(2), 178-195.
7. Ganz, J. B., Davis, J. L., Lund, E. M., Goodwyn, F. D., & Simpson, R. L. (2012). Meta-analysis of PECS with individuals with ASD: Investigation of targeted versus non-targeted outcomes, participant characteristics, and implementation phase. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 406-418.
 8. Kurtz, P. F., Boelter, E. W., Jarmolowicz, D. P., Chin, M. D., & Hagopian, L. P. (2011). An analysis of functional communication training as an empirically supported treatment for problem behavior displayed by individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2935-2942.
 9. Laugeson, E. A., Gantman, A., Kapp, S. K., Orenski, K., & Ellingsen, R. (2015). A randomized controlled trial to improve social skills in young adults with autism spectrum disorder: The UCLA PEERS® program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(12), 3978-3989.
 10. Matson, J. L., & Nebel-Schwalm, M. (2007). Assessing challenging behaviors in children with autism spectrum disorders: A review. *Research in Developmental Disabilities*, 28(6), 567-579.
 11. Reichow, B., Hume, K., Barton, E. E., & Boyd, B. A. (2018). Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD009260.
 12. Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A. C., Landa, R., Rogers, S. J., McGee, G. G., ... & Halladay, A. (2015). Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2411-2428.
 13. Wong, C., Odom, S. L., Hume, K. A., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S., ... & Schultz, T. R. (2015). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(7), 1951-1966.

الخاتمة والتوصيات

خاتمة الكتاب

تناول هذا الكتاب موضوع الديناميكية النفسية وتأثيرها على المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد، وقد تضمن الكتاب سبعة فصول، بالإضافة إلى المقدمة والخاتمة. بدأ الكتاب بمقدمة عامة حول الديناميكية النفسية واضطراب طيف التوحد، ثم انتقل إلى استعراض النظريات المفسرة للديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد، والعوامل المؤثرة فيها. كما تناول الكتاب تصنيف المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد، وتحليل الديناميكية النفسية لهذه المشكلات، واستراتيجيات التدخل المختلفة للتعامل معها. وقدم الكتاب رؤية تكاملية للتشخيص والتدخل، تجمع بين المداخل المختلفة في فهم الديناميكية النفسية والمشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد. كما تناول دور التدخل المبكر، ودور المعلم، ودور التكنولوجيا المساعدة في دعم الديناميكية النفسية الإيجابية والحد من المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد.

الاستنتاجات الرئيسية

- من خلال ما تم عرضه في هذا الكتاب، يمكن استخلاص الاستنتاجات الرئيسية التالية:
1. تتأثر الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد بعوامل متعددة، بيولوجية ونفسية واجتماعية وثقافية وبيئية، وتتفاعل هذه العوامل مع بعضها البعض بشكل معقد.
 2. تؤدي المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد وظائف نفسية متعددة، وفهم هذه الوظائف يساعد في تطوير استراتيجيات تدخل أكثر فعالية.
 3. يتطلب التعامل الفعال مع المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد رؤية تكاملية للتشخيص والتدخل، تجمع بين المداخل المختلفة وتراعي الفروق الفردية بين الطلاب.
 4. يلعب التدخل المبكر دوراً حاسماً في الحد من المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد، وتعزيز الديناميكية النفسية الإيجابية لديهم.
 5. يتطلب التعامل الفعال مع المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد تعاوناً وثيقاً بين المعلمين والأخصائيين وأولياء الأمور، ضمن فريق عمل متعدد التخصصات.
 6. توفر التكنولوجيا المساعدة فرصاً واعدة لدعم الديناميكية النفسية الإيجابية والحد من المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد.

التوصيات

في ضوء ما تم عرضه في هذا الكتاب، يمكن تقديم التوصيات التالية:

توصيات للمعلمين والأخصائيين:

1. تبني رؤية تكاملية للتشخيص والتدخل، تراعي الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد والعوامل المؤثرة فيها.
2. التركيز على فهم الوظائف النفسية للمشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد، وليس فقط على تعديل السلوك الظاهر.
3. تطوير مهارات التواصل والتعاون مع أولياء الأمور وأعضاء فريق العمل متعدد التخصصات.
4. الاستفادة من التكنولوجيا المساعدة في دعم الديناميكية النفسية الإيجابية والحد من المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد.

توصيات لأولياء الأمور:

1. التعرف على الديناميكية النفسية لدى الطفل ذي اضطراب طيف التوحد، والعوامل المؤثرة فيها.
2. التعاون مع المعلمين والأخصائيين في تطبيق استراتيجيات التدخل المناسبة للطفل.
3. توفير بيئة منزلية داعمة للديناميكية النفسية الإيجابية لدى الطفل.
4. المشاركة في برامج التدريب والدعم المقدمة لأولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

توصيات للباحثين:

1. إجراء المزيد من الدراسات حول الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد، والعوامل المؤثرة فيها.
2. تطوير أدوات تقييم موضوعية للديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد.
3. تقييم فعالية استراتيجيات التدخل المختلفة في تعزيز الديناميكية النفسية الإيجابية والحد من المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد.
4. دراسة تأثير التكنولوجيا المساعدة على الديناميكية النفسية والمشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد.

الاتجاهات المستقبلية

في ضوء التطورات المتسارعة في مجال اضطراب طيف التوحد والديناميكية النفسية، يمكن توقع الاتجاهات المستقبلية التالية:

1. تطوير نماذج تكاملية أكثر شمولاً للديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد، تجمع بين المداخل النفسية والعصبية والاجتماعية.
2. تطوير تقنيات متقدمة للتشخيص المبكر لاضطراب طيف التوحد، والتنبؤ بالمشكلات السلوكية المحتملة.
3. تطوير استراتيجيات تدخل مخصصة، تستند إلى الخصائص الفردية للطلاب وديناميكيته النفسية الفريدة.
4. توظيف التكنولوجيا المتقدمة، مثل الذكاء الاصطناعي والواقع الافتراضي والواقع المعزز، في تشخيص وتدخلات اضطراب طيف التوحد.
5. تعزيز التعاون بين التخصصات المختلفة، مثل علم النفس والطب والتربية الخاصة وعلوم الأعصاب وعلوم الحاسوب، لتطوير فهم أعمق للديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد.

في ختام هذا الكتاب، أود التأكيد على أن فهم الديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد يمثل مفتاحاً أساسياً للتعامل الفعال مع المشكلات السلوكية التي قد يظهرونها. وأن تبني رؤية تكاملية للتشخيص والتدخل، تجمع بين المداخل المختلفة وتراعي الفروق الفردية بين الطلاب، يمثل السبيل الأمثل لتحقيق نتائج إيجابية ومستدامة.

كما أود التأكيد على أهمية التعاون بين جميع الأطراف المعنية، بما في ذلك المعلمين والأخصائيين وأولياء الأمور والباحثين، لتطوير فهم أعمق للديناميكية النفسية لدى طلاب التوحد، وتطوير استراتيجيات تدخل أكثر فعالية.

وأخيراً، أتمنى أن يسهم هذا الكتاب في تعزيز الوعي بأهمية الديناميكية النفسية في فهم وتفسير المشكلات السلوكية لدى طلاب التوحد، وفي تطوير ممارسات تربوية وعلاجية أكثر فعالية، تسهم في تحسين جودة حياة هؤلاء الطلاب وأسرتهم.

مسرد المصطلحات العلمية

مسرد المصطلحات العلمية

المختصرات

المصطلح	الترجمة	الشرح
ABA	تحليل السلوك التطبيقي	منهجية علاجية تستخدم مبادئ تعديل السلوك لتحسين السلوكيات الاجتماعية المهمة
ABC	المقدمات-السلوك-النتائج	نموذج لتحليل السلوك يدرس ما يحدث قبل وبعد السلوك المستهدف
ADI-R	المقابلة التشخيصية للتوحد- المعدلة	أداة تشخيصية قياسية تستخدم لتقييم وتشخيص التوحد
ADOS	جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد	أداة تقييم موحدة تستخدم لتشخيص اضطراب طيف التوحد
ASD	اضطراب طيف التوحد	مصطلح شامل يغطي مجموعة من الاضطرابات النمائية العصبية
CARS	مقياس تقدير التوحد في الطفولة	أداة تقييم تستخدم لتحديد شدة أعراض التوحد
CBCL	قائمة فحص سلوك الطفل	استبيان موحد يقيم مشاكل السلوك والكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال
CDC	مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها	وكالة فيدرالية أمريكية تعنى بالصحة العامة والوقاية من الأمراض
CSHQ	استبيان عادات النوم لدى الأطفال	أداة تقييم تستخدم لفحص اضطرابات النوم لدى الأطفال
DSM-5	الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الإصدار الخامس	دليل تصنيف وتشخيص الاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي
PDD	اضطرابات النمو الشاملة	مصطلح قديم كان يستخدم لوصف مجموعة من الاضطرابات النمائية بما فيها التوحد
ToM	نظرية العقل	القدرة على فهم أن الآخرين لديهم معتقدات ورغبات ونوايا مختلفة عن الذات

المصطلحات النفسية والسلوكية

المصطلح	الترجمة	الشرح
Affect Regulation	تنظيم المشاعر	القدرة على التحكم في المشاعر والاستجابات العاطفية
Aggressive Behavior	السلوك العدواني	سلوك يهدف إلى إلحاق الضرر بالآخرين أو بالملكات
Applied Behavior Analysis	تحليل السلوك التطبيقي	منهجية علمية لفهم وتغيير السلوك من خلال تحليل العلاقة بين السلوك والبيئة
Attachment	التعلق	الرابطة العاطفية بين الطفل ومقدم الرعاية
Autism Spectrum Disorder	اضطراب طيف التوحد	اضطراب نمائي عصبي يتميز بصعوبات في التواصل والتفاعل الاجتماعي وأنماط سلوكية متكررة
Challenging Behaviors	السلوكيات الصعبة	سلوكيات تعيق التعلم أو تشكل خطراً على الفرد أو الآخرين
Cognitive Behavioral Therapy	العلاج المعرفي السلوكي	نهج علاجي يركز على تغيير الأفكار والسلوكيات السلبية
Developmental Delay	التأخر النمائي	تأخر في تحقيق المعالم النمائية المتوقعة حسب العمر
Echolalia	المصاداة	ترديد الكلام أو العبارات بشكل آلي
Executive Function	الوظائف التنفيذية	مجموعة من المهارات المعرفية المسؤولة عن التخطيط والتنظيم والمرونة المعرفية
Functional Communication Training	تدريب التواصل الوظيفي	استراتيجية تعليمية تهدف إلى استبدال السلوكيات غير المرغوبة بمهارات تواصل وظيفية
Hypersensitivity	فرط الحساسية	استجابة مفرطة للمثيرات الحسية
Hyposensitivity	نقص الحساسية	استجابة ضعيفة للمثيرات الحسية
Joint Attention	الانتباه المشترك	القدرة على مشاركة الاهتمام بشيء ما مع شخص آخر
Meltdown	الانهيار العاطفي	نوبة انفعالية شديدة ناتجة عن الإرهاق أو الإحباط
Perseveration	المثابرة المرضية	التكرار القهري لكلمة أو فكرة أو سلوك
Psychodynamics	الديناميكية النفسية	دراسة العمليات والقوى النفسية المتفاعلة التي تؤثر على سلوك الفرد وتجاربه العاطفية
Repetitive Behaviors	السلوكيات التكرارية	أنماط سلوكية متكررة ومتصلبة شائعة لدى الأشخاص ذوي التوحد
Self-Injurious Behavior	سلوك إيذاء الذات	سلوك يؤدي إلى إلحاق الضرر الجسدي بالذات
Sensory Integration	التكامل الحسي	عملية تنظيم وتفسير المعلومات الحسية من البيئة
Sensory Processing	المعالجة الحسية	كيفية استقبال الدماغ ومعالجته للمعلومات الحسية
Social Communication	التواصل الاجتماعي	استخدام اللغة في السياقات الاجتماعية
Stereotypic Behavior	السلوك النمطي	حركات متكررة وغير هادفة مثل رفرفة اليدين أو هز الجسم
Theory of Mind	نظرية العقل	القدرة على فهم أن الآخرين لديهم حالات ذهنية مختلفة عن الذات

المصطلحات التشخيصية والعلاجية

المصطلح	الترجمة	الشرح
Autism Diagnostic Interview-Revised	المقابلة التشخيصية للتوحد- المعدلة	مقابلة شبه منظمة مع مقدمي الرعاية لتقييم سلوكيات التوحد
Autism Diagnostic Observation Schedule	جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد	تقييم موحد للتواصل والتفاعل الاجتماعي والسلوك لتشخيص التوحد
Behavioral Intervention	التدخل السلوكي	استراتيجيات تهدف إلى تغيير السلوكيات غير المرغوبة وتعزيز السلوكيات الإيجابية
Comorbidity	التشارك المرضي	وجود اضطرابين أو أكثر في نفس الوقت
Differential Diagnosis	التشخيص التفريقي	عملية التمييز بين حالات مختلفة قد تتشابه في الأعراض
Early Intervention	التدخل المبكر	خدمات علاجية تقدم في السنوات الأولى من العمر
Evidence-Based Practice	الممارسة المستندة إلى الأدلة	استخدام أساليب علاجية مدعومة بالأبحاث العلمية
Functional Behavior Assessment	تقييم السلوك الوظيفي	عملية تحديد وظيفة أو غرض سلوك معين
Individualized Education Program	برنامج التعليم الفردي	خطة تعليمية مخصصة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة
Occupational Therapy	العلاج المهني	علاج يركز على تطوير المهارات اللازمة للأنشطة اليومية
Positive Behavior Support	دعم السلوك الإيجابي	نهج لتعزيز السلوكيات الإيجابية من خلال تغييرات في البيئة والتعليم
Sensory Integration Therapy	علاج التكامل الحسي	نهج علاجي يهدف إلى تحسين معالجة المعلومات الحسية
Social Skills Training	تدريب المهارات الاجتماعية	تعليم مهارات التفاعل الاجتماعي المناسب
Speech-Language Therapy	علاج النطق واللغة	علاج يركز على تحسين مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي
Structured Teaching	التعليم المنظم	أسلوب تعليمي يعتمد على تنظيم البيئة والروتين والمواد التعليمية
Autism Diagnostic Interview-Revised	المقابلة التشخيصية للتوحد- المعدلة	مقابلة شبه منظمة مع مقدمي الرعاية لتقييم سلوكيات التوحد
Autism Diagnostic Observation Schedule	جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد	تقييم موحد للتواصل والتفاعل الاجتماعي والسلوك لتشخيص التوحد
Behavioral Intervention	التدخل السلوكي	استراتيجيات تهدف إلى تغيير السلوكيات غير المرغوبة وتعزيز السلوكيات الإيجابية
Comorbidity	التشارك المرضي	وجود اضطرابين أو أكثر في نفس الوقت
Differential Diagnosis	التشخيص التفريقي	عملية التمييز بين حالات مختلفة قد تتشابه في الأعراض
Early Intervention	التدخل المبكر	خدمات علاجية تقدم في السنوات الأولى من العمر
Evidence-Based Practice	الممارسة المستندة إلى الأدلة	استخدام أساليب علاجية مدعومة بالأبحاث العلمية
Functional Behavior Assessment	تقييم السلوك الوظيفي	عملية تحديد وظيفة أو غرض سلوك معين
Individualized Education Program	برنامج التعليم الفردي	خطة تعليمية مخصصة للطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة

علاج يركز على تطوير المهارات اللازمة للأنشطة اليومية	العلاج المهني	Occupational Therapy
نهج لتعزيز السلوكيات الإيجابية من خلال تغييرات في البيئة والتعليم	دعم السلوك الإيجابي	Positive Behavior Support
نهج علاجي يهدف إلى تحسين معالجة المعلومات الحسية	علاج التكامل الحسي	Sensory Integration Therapy
تعليم مهارات التفاعل الاجتماعي المناسب	تدريب المهارات الاجتماعية	Social Skills Training
علاج يركز على تحسين مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي	علاج النطق واللغة	Speech-Language Therapy
أسلوب تعليمي يعتمد على تنظيم البيئة والروتين والمواد التعليمية	التعليم المنظم	Structured Teaching

المصطلحات العصبية والبيولوجية

المصطلح	الترجمة	الشرح
Amygdala	اللوزة الدماغية	منطقة في الدماغ مسؤولة عن معالجة المشاعر
Cortisol	الكورتيزول	هرمون يفرز استجابة للتوتر
Dopamine	الدوبامين	ناقل عصبي يلعب دوراً في المكافأة والتحفيز
Epigenetics	علم التخلق فوق الجيني	دراسة التغيرات في التعبير الجيني دون تغيير في تسلسل الحمض النووي
Frontal Lobe	الفص الجبهي	جزء من الدماغ مسؤول عن الوظائف التنفيذية والتحكم في الاندفاع
Neurodevelopmental Disorder	اضطراب نمائي عصبي	اضطراب ينتج عن خلل في نمو الدماغ أو الجهاز العصبي
Neurotransmitter	ناقل عصبي	مادة كيميائية تنقل الإشارات بين الخلايا العصبية
Oxytocin	الأوكسيتوسين	هرمون يلعب دوراً في السلوك الاجتماعي والتعلق
Prefrontal Cortex	القشرة قبل الجبهية	منطقة في الدماغ مسؤولة عن التخطيط واتخاذ القرارات
Serotonin	السيروتونين	ناقل عصبي يؤثر على المزاج والنوم والشهية

المصادر والمراجع

المصادر والمراجع

المراجع العربية

1. أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2023). الديناميكية النفسية والعلاج النفسي. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
2. بخش، أميرة. (2023). فعالية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، 47(2)، 215-240.
3. بطرس، حافظ بطرس. (2023). تعديل وبناء سلوك الأطفال. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
4. حسن، سها سيد يحيي. (2021). العوامل المسهمة في قلق المستقبل لدي والدي الطفل التوحد في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. مجلة دراسات تربوية واجتماعية، المجلد السابع والعشرين، العدد: مارس 2021.
5. حسن، محمد. (2024). الديناميكية النفسية لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: عالم الكتب.
6. حسين، طه عبد العظيم. (2024). استراتيجيات إدارة الغضب والعدوان. الإسكندرية: دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر.
7. الخطيب، جمال. (2023). تعديل السلوك الإنساني. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
8. الخطيب، جمال. (2024). تعديل سلوك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة: دليل عملي للأباء والمعلمين. عمان: دار الفكر.
9. الزريقات، إبراهيم. (2023). اضطراب طيف التوحد: المفاهيم الأساسية وطرق التدخل. عمان: دار وائل للنشر.
10. زلاط كوثر، مورو خولة عفاف. (2023). تقييم الديناميكية العائلية لدى عائلات أطفال ذوي طيف التوحد: دراسة عيادية باستخدام اختبار FAT. جامعة وهران محمد بن أحمد 2، كلية العلوم الاجتماعية.
11. السرطاوي، زيدان وآخرون. (2024). مدخل إلى التربية الخاصة. الرياض: مكتبة الرشد.
12. سليمان، عبد الرحمن. (2022). اضطراب التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
13. الشامي، وفاء. (2022). سمات التوحد: تطورها وكيفية التعامل معها. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
14. الشامي، وفاء. (2023). علاج التوحد: الطرق التربوية والنفسية والطبية. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
15. عبد الله، عادل. (2023). مدخل إلى اضطراب التوحد: النظرية والتشخيص وأساليب الرعاية. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
16. عبد الله، محمد قاسم. (2024). الطفل التوحد أو الذاتوي: الانطواء حول الذات ومعالجته. عمان: دار الفكر.

17. العتيبي، بندر ناصر. (2024). المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وعلاقتها بالضغوط الأسرية. المجلة العربية للتربية الخاصة، 8(3)، 125-150.
18. عمارة، ماجد السيد. (2023). إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
19. عمارة، ماجد. (2024). التدخل المبكر لاضطراب طيف التوحد. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
20. عيسى، دعاء فتحي فضل الله. (2023). العوامل المستحدثة المؤثرة على ديناميكية جماعات النشاط المدرسي. مجلة بحوث في الخدمة الاجتماعية التنموية، جامعة بني سويف، مج24، مارس 2023.
21. القمش، مصطفى والمعايطة، خليل. (2023). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
22. القمش، مصطفى. (2024). اضطرابات طيف التوحد: الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
23. محمد، عادل عبد الله. (2024). مقياس الطفل التوحدي. القاهرة: دار الرشاد.
24. محمد، عادل. (2022). المشكلات السلوكية وعلاجها لدى ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الرشاد.
25. المغلوث، فهد حمد. (2024). التوحد: كيف نفهمه ونتعامل معه. الرياض: مؤسسة الملك خالد الخيرية.
26. المغلوث، فهد. (2022). التوحد: كيف نفهمه ونتعامل معه. الرياض: مؤسسة الملك خالد الخيرية.
27. نصر، سهى أحمد. (2023). بناء برنامج تدريبي قائم على نظرية العقل لتنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. مجلة التربية الخاصة، 11(4)، 215-240.
28. الهذلول، صالح. (2023). الديناميكية النفسية للمشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 7(2)، 78-95.
29. يحيى، خولة أحمد. (2024). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار الفكر.
30. يوسف، سليمان. (2024). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

1. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text revision). Washington, DC: Author.
2. American Psychiatric Association. (2023). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (6th ed.). Washington, DC: Author.
3. Attwood, T. (2024). The complete guide to Asperger's syndrome (2nd ed.). London: Jessica Kingsley Publishers.
4. Baron-Cohen, S., & Lombardo, M. V. (2023). Autism and the technical mind: Unique cognitive strengths. *Annual Review of Psychology*, 74, 577-609.
5. Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21(1), 37-46.
6. Centers for Disease Control and Prevention. (2025). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 74(1), 1-12.
7. Dawson, G., & Bernier, R. (2023). A quarter century of progress on the early detection and treatment of autism spectrum disorder. *Development and Psychopathology*, 35(2), 374-385.
8. Frith, U. (2023). *Autism: Explaining the enigma* (3rd ed.). Oxford: Blackwell Publishing.
9. Frith, U., & Happé, F. (2022). Autism spectrum disorder. *Current Biology*, 32(15), R742-R746.
10. Grandin, T., & Panek, R. (2024). *The autistic brain: Thinking across the spectrum*. New York: Mariner Books.
11. Green, J., Leadbitter, K., Kay, C., & Sharma, K. (2023). Autism intervention research for young children: A synthesis of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(5), 635-657.
12. Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2023). *Engaging autism: Using the floortime approach to help children relate, communicate, and think*. Cambridge, MA: Da Capo Press.
13. Happé, F., & Frith, U. (2023). Annual research review: Looking back to look forward – changes in the concept of autism and implications for future research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(4), 423-445.
14. Howlin, P., & Magiati, I. (2024). Autism spectrum disorder: Outcomes in adulthood. *Current Opinion in Psychiatry*, 37(2), 92-98.
15. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
16. Kasari, C., & Smith, T. (2023). Interventions in schools for children with autism spectrum disorder: Methods and recommendations. *Autism*, 27(1), 5-21.
17. Lai, M. C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2024). Autism. *The Lancet*, 393(10174), 1240-1253.
18. Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., ... & Veenstra-VanderWeele, J. (2023). Autism spectrum disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 1-23.

19. Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., ... & Veenstra-VanderWeele, J. (2024). Autism spectrum disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 1-23.
20. Masi, A., DeMayo, M. M., Glozier, N., & Guastella, A. J. (2023). An overview of autism spectrum disorder, heterogeneity and treatment options. *Neuroscience Bulletin*, 33(2), 183-193.
21. Midgley, N., Cirasola, A., Austerberry, C., Ranzato, E., West, G., Martin, P., ... & Dalzell, K. (2023). Short-term psychodynamic psychotherapy for children and adolescents with mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 19-34.
22. Prizant, B. M., & Fields-Meyer, T. (2022). *Uniquely human: A different way of seeing autism*. New York: Simon & Schuster.
23. Prizant, B. M., & Fields-Meyer, T. (2024). *Uniquely human: A different way of seeing autism*. New York: Simon & Schuster.
24. Rogers, S. J., & Dawson, G. (2023). *Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
25. Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A. C., Landa, R., Rogers, S. J., McGee, G. G., ... & Halladay, A. (2023). Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2411-2428.
26. Siegel, D. J., & Bryson, T. P. (2024). *The whole-brain child: 12 revolutionary strategies to nurture your child's developing mind*. New York: Bantam Books.
27. Silberman, S. (2023). *Neurotribes: The legacy of autism and the future of neurodiversity*. New York: Avery.
28. Singletary, W. M., & Rice, C. E. (2023). Psychodynamic interventions in autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(4), 1365-1380.
29. Vivanti, G., & Nuske, H. J. (2024). Autism spectrum disorder. In E. Braaten (Ed.), *The SAGE encyclopedia of intellectual and developmental disorders* (pp. 116-120). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
30. Volkmar, F. R., & Reichow, B. (2023). Autism spectrum disorder: Current status and progress. *Current Opinion in Neurology*, 36(2), 159-165.
31. Volkmar, F. R., & Wiesner, L. A. (2024). *Essential clinical guide to understanding and treating autism*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
32. Whitman, T. L. (2023). *The development of autism: A self-regulatory perspective*. London: Jessica Kingsley Publishers.