

الباب الأول الدراسة النظرية

الفصل الأول: موضوع البحث

الفصل الثاني: اضطراب التوحد

الفصل الثالث: البرنامج الفردي

الفصل الرابع: أشهر البرامج التربوية العامة لأطفال التوحد

الفصل الأول موضوع البحث

- 1 . المقدمة
- 2 . مشكلة البحث
- 3 . أهمية البحث
- 4 . أهداف البحث
- 5 . فرضيات البحث
- 6 . منهج البحث
- 7 . أدوات البحث
- 8 . مصطلحات البحث
- 9 . الدراسات السابقة

1 - المقدمة:

الطفل هو نتاج محصلات مختلفة ومتباينة من العوامل المؤثرة في تكوين الطفل ونشأته قبل الحمل وأثناء الحمل وكذلك حتى مرحلة الولادة، وكذلك العوامل المؤثرة في نموه وتطوره بعد الولادة، فالطفل ينمو تحت تأثير عوامل داخلية أسرية وبيئية وكذلك مدرسية واجتماعية، ودراسة الأطفال من الدراسات المعقدة ، لأنها تواجه مشكلات منهجية وأخرى موضوعية (الخليدي ، وهبي 1998، 93)

وللنمو مظهران رئيسيان نلخصهما في مايلي :

1 - النمو التكويني : ونعني به نمو الفرد في الحجم والشكل والوزن والتكوين نتيجة لنمو طوله وعرضه وارتفاعه، فالفرد ينمو ككل في مظهره الخارجي العام، وينمو داخليا تبعا لنمو أعضائه المختلفة.

2 - النمو الوظيفي : ونعني به نمو الوظائف الجسمية والعقلية والاجتماعية لتساير تطور حياة الفرد واتساع نطاق بيئته. (البهي 1998، 30)

وبذلك يشمل النمو بمظهره الرئيسي على تغيرات كيميائية فسيولوجية طبيعية نفسية اجتماعية، وإن أي خلل بسيط أو كبير في مظاهر النمو يسمح لنا بالحديث عن طفل غير عادي أو ذي حاجة خاصة.

ولقد وجد الأطفال غير العاديين في كل العصور ، ومنذ أقدمها ، ولكن نظرة المجتمعات إلى الأطفال غير العاديين قد اختلفت عبر العصور ، تبعاً لمجموعة من المتغيرات والعوامل والمعايير ، فمن التخلص من الطفل المعاق ، إلى وضعة في الملاجئ كي لا يؤذي غيره ، إلى معاملتهم بشكل إنساني كما حضت عليه الكتب السماوية ، إلى المدارس والمراكز الخاصة بهم ، وإن نمو ميدان التربية الخاصة ، في القرن العشرين وفي الولايات المتحدة وغيرها لم يكن إلا ثمرة للتيارات التربوية والنفسية والطبية والسياسية في أوروبا ، فقد كان للأطباء والمربين الأوائل أمثال فروبل منتسوري وبياجيه وبينيه ، وستراس آثارا واضحة ساهمت في تقدم ميدان التربية الخاصة إلى ما هو عليه في الوقت الحاضر ، كما كان للتقدم الواضح في ميادين علم النفس والتربية والاجتماع والطب والقانون آثارا واضحة في تقدم موضوع التربية الخاصة وبخاصة في موضوع طرائق قياس وتشخيص مظاهر الإعاقة من الناحيتين الطبية والنفسية ، وإعداد البرامج التربوية والنفسية والمهنية ، وهكذا أصبح ميدان التربية الخاصة ميدانا متخصصا له جذوره الممتدة والمتصلة بعلم النفس والطب والأعصاب والاجتماع والقانون ، كما أصبح معلم التربية الخاصة معلما بارزا من معالم تربية الأطفال غير العاديين في الدول النامية والمتقدمة على حد سواء . (الروسان 1996 ، 20 - 23)

وقد عرف ذوو الحاجات الخاصة عموماً بأنهم أولئك الأفراد الذين ينحرفون عن المستوى العادي أو المتوسط في خصيصة ما من الخصائص، أو جانب ما - أو أكثر - من جوانب الشخصية، التي تحتم احتياجهم إلى خدمات خاصة، تختلف عما يقدم إلى أقرانهم العاديين، وذلك لمساعدتهم على تحقيق أقصى ما يمكنهم بلوغه من النمو والتوافق. (القريطي 1998 ، 13)

و إن دراسة الفئات الخاصة وذوي الحاجات الخاصة تعد من الدراسات غير السهلة، والتي تستلزم المزيد من البحث والدقة والإطلاع، أيضاً يستلزم العمل مع ذوي الفئات الخاصة التعاون بين ذوي التخصصات المختلفة في مجالات متعددة، فمسؤولية تعديل سلوك الأفراد ذوي الفئات الخاصة والحاجات لا تقع على عاتق الأخصائي النفسي فقط بل تستلزم وجود فريق عمل يضم كل من : الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي وأخصائي طب الأطفال وأخصائي التأهيل البدني.... الخ (كامل، 1997، 1)

وقد شهدت التربية الخاصة في تقدمها وتطورها العديد من التطورات والتغيرات في مفاهيمها وعلاقتها بالعلوم الأخرى في مختلف مجالات الحياة، وأصبح المجتمع بشكل عام ينظر إلى التربية الخاصة باعتبارها علم متخصص للتعامل مع تلك الفئات الأكثر خصوصية في المجتمع وهم فئة الأفراد ذوي الحاجات الخاصة الذين ينحرفون بشكل واضح و غير مألوف عما يعتبره المجتمع العادي، وهم تلك الفئات الأقل حظاً عن غيرهم في المجتمع، كالأشخاص المعوقين عقلياً وسمعيًا وبصرياً وحركياً، وذوي صعوبات التعلم، والمضطربين انفعالياً الخ، بالإضافة إلى الأشخاص المتفوقين والموهوبين والمبدعيين والعابرة، وإذا كنا أسميناً أولئك الأشخاص بالأفراد الأكثر خصوصية، فهناك فئة من هؤلاء الأفراد أكثر وأكثر خصوصية، وهم الأطفال المتوحدون **AUTISTIC CHILDREN**. (الراوي، حماد، 1999، 7)

فالتوحد من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل، وقد بدأ التعرف عليه منذ حوالي 60 سنة، ويعرف بصعوبة التواصل والعلاقات الاجتماعية وباهتمامات ضيقة قليلة، وقد حاول الأطباء معرفة أسباب هذا المرض ورجح الكثير منهم الإصابة به إلى أسباب عضوية وليست نفسية رغم أنها مازالت غير محددة تماماً، وبالتالي لم يعرف له دواء محدد، ورغم أن ذلك غير واضح حتى المستقبل القريب ... إلا أن استعمال بعض المداخل الطبية والسلوكية والتعليمية أظهرت الكثير من التقدم مع هؤلاء الأطفال، وأفضل البرامج تحت على إشراك هؤلاء الأطفال مع أسرهم ومجتمعهم وعدم عزلهم لأن ذلك سوف يزيد من توقعهم على أنفسهم وعدم استفادتهم من تقليد خبرات أقرانهم (السعد، 1992، 9)

ويحاول البحث الحالي عرض تحليل لظاهرة التوحد، وأسبابها وطرق علاجها، وأهمية التربية الخاصة ودورها في تأهيل طفل التوحد ومساعدته على التعايش مع ظاهرة لازالت تحير العلماء دون معرفة سبب واضح لها .

وهنا تكمن مشكلة البحث الح الي في التعرف على الخدمات التي يمكن أن تقدم للأطفال التوحديين ومدى جدواها وفعاليتها وأهمية التعرف المبكر على المرض والتدخل المبكر والذي من الممكن أن يخفف من معاناة الطفل وأهله على حد سواء .

2 - مشكلة البحث:

على الرغم من أن السنوات السابقة قد شهدت اهتماما كبيرا ومتزايد بالأفراد المعوقين والموهبين بشكل عام، إلا أن هذا الاهتمام لم يشمل الأطفال التوحديين، كما يجب وبشكل متساوي مقارنة مع فئات التربية الخاصة الأخرى، فكثيرا ما تم إهمالهم واستثنائهم عند التخطيط للبرامج والخدمات المختلفة التي تقدم في مجال التربية الخاصة، وكثيرا ما تم دمجهم مع فئات الإعاقة الأخرى وما يترتب عليه من تقديم خدمات غير مناسبة، فقد تم دمجهم مع المعاقين سمعياً تارة، ومع المضطربين انفعاليا تارة أخرى، وحتى أنه قد تم دمجهم أحيانا مع المعوقين حركياً وصحياً، وأن دل ذلك على شيء فإنما يدل على الحيرة وعدم الوضوح في إدراك طبيعة التوحد وبالتالي الجهل والارتباك في دمجهم وتعريفهم وما يترتب عليه من تقديم الخدمات غير المناسبة. (الراوي، حماد 1999 ، 7)

فللتوحد ((**AUTISM**)) حالة غير عادية لا يقيم فيها الطفل أي علاقة مع الآخرين، ولا يتصل بهم إلا قليلاً جداً.

والتوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر، فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه الشاذ ناجماً عن تلف في الدماغ، ولا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف، ويمكن للأطفال من أي مستوى من الذكاء أن يصابوا

ب((التوحد مع الخيال)) وقد يكونون طبيعيين، أو أذكاء جداً، أو متخلفين عقلياً .
(مايلز 185، 1994)

إن موضوع (الأوتيزم) في حد ذاته بصورته الحالية مازال في عهده الحديث نسبياً حيث أن مراجع قليلة هي التي تناولت ذوو (الأوتيزم) في مرحلة المراهقة وآثار هذا الاضطراب على مرحلة المراهقة والنضج، وكذلك بالنسبة للأسرة حيث أن قليل من المراجع الذي تناول التفاعل الأسري داخل الأسر ذات أبناء في مرحلة المراهقة من ذوي (الأوتيزم) من حيث تطور سلوك هؤلاء الأفراد وتطور التفاعل الاجتماعي أو العدوانية أو العناية بالنفس أو التعلم أو التدريب للإعداد لمهنة محددة، إن الصورة مازلت غير واضحة بل وغير مبشرة بالنسبة للأسر ذات الطفل

التوحيدي عن مستقبل هذا الطفل واحتمالات تطور سلوكياته التي تبدو أشبه بالذهان أو الفصام وذلك بسبب القلة في وفرة المعلومات المتاحة عن أثر التوحد وتطوراتها في مرحلة ما بعد الطفولة، فيمكننا بسهولة أن نستحضر صورة الأب والأم بكل ما لديهما من قلق تجاه درجة الاستقلالية التي يمكن أن يصل إليها هذا الطفل في المستقبل لأنه حتى الآن فإن احتمالات تطور هذا الاضطراب تظل غير متوقعة ومن الصعوبة التكهن بها وذلك في ضوء الدراسات الأولى القليلة في هذا المجال . (كامل 1997، 2)

هناك أسئلة كثيرة تتردد في ذهن كل أب وأم يبحثان عن إجابات لحالة طفلها وما يعانیه أثناء التردد بين عيادات الأطباء.... والرفض من المدارس العادية والنظرات التي يلاقونها حين اصطحابه إلى مكان عام..... وتكرر القصة حين يلاحظ الوالدان اختلافا في تصرفاته عن إخوته أو عن أقرانه، فيلاحظان انعزاله عن الأطفال الآخرين وعدم تجاوبه مع والدته في اللعب، واهتمامه منصب على ترتيب الألعاب أو الأقلام أو حتى الأحذية على هيئة خطوط متتالية، ويظهر هذا الطفل كأنه أصم لا يسمع من يناديه..... وهكذا تبدأ الجولة الأولى من زيارات الطبيب باحتمالات أن يكون الطفل أصم..... وبعدها جولة من اختبارات الذكاء واحتمالات التخلف العقلي، وهؤلاء الأطفال يحتاجون إلى عناية خاصة وصبر وسعة صدر من يقوم باختبارهم، وكذلك عدم الحكم على رد الفعل أو الإجابة منهم على السؤال مرة، وأن يقدم الاختبار لهم بطريقة تناسب عمرهم واهتمامهم، ولهذا نجد فشل عملية اختبار هؤلاء الأطفال في مستشفياتنا فغالبا ما يكون الأطباء في عجلة لكثرة مرضاهم، ومن يقوم باختبار الطفل يضع النتيجة بأنه فشل في الإجابة على أغلب ما طلب منه وانه يصعب امتحانه، وتكون الحيرة أكبر كون اختبارات الطفل وتحاليله الطبية جميعها طبيعية.....

وتأتي مرحلة المدرسة، ويرفض الطفل لكثرة حركته وعدم تجاوبه مع المدرسة..

وينصح الأهل بأخذه إلى مراكز المتخلفين عقليا، ولو وافق الأهل فإن الإحباط التالي يكون برفض مدارس المتخلفين لطفلهم. (السعد 1992، 7 - 8)

وهكذا تتحدد مشكلة البحث الحالي :

دراسة العلاقة بين مدى تحسن طفل التوحد في مجالات (الاستقلالية الذاتية، التفاعل الاجتماعي، التواصل اللغوي - غير اللغوي) من خلال العمل معه على برنامج تعليم فردي .

3 - أهمية البحث:

إن تعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد ينطوي على تحديات حقيقية وهذه التحديات تتجم جزئياً عن طبيعة التوحد، حيث أنه يأخذ أشكالاً عديدة .

فبعض الأطفال يتمتعون بمهارات جيدة، وبعضهم لديه تخلف عقلي، وبعضهم عدواني وبعضهم الآخر منسحب ومنعزل في عالمه الخاص به ، فليس هناك استجابات مشتركة يظهرها جميع الأطفال التوحديين، ولكن لكل طفل شخصيته وأنماطه السلوكية الخاصة به ، وبالرغم من كل شيء فالأطفال التوحديين قادرين على التعلم وذلك حق من حقوقهم، وبشكل عام فإن الأطفال الذين لديهم توحّد بحاجة إلى برنامج يوفر التعليم الفردي المناسب، والتفاعل الاجتماعي، والنمو والدعم والاحترام. (الخطيب22،1998)

أن تقديم خدمات التربية الخاصة إلى طفل التوحّد لا تعني حدوث معجزة بأن يصبح هذا الطفل طفلاً عادياً مستقبلاً ولكنها تساعد ذلك الطفل على استغلال أقصى ما لديه من طاقات في مختلف جوانب حياته لتساعده على الاستقلال والاعتماد على النفس والتخفيف من معاناة الأهل، وقد نجح بعض الأفراد التوحديين من مواصلة التعليم والحصول على الشهادات الأكاديمية والحصول على عمل مناسب أو الكتابة عن تجارب حياتهم مثل دونا ويليمز Donna Willims وتمبل كاردن Temple Gardn (الراوي ،حماد130،1999)

ونستطيع إجمال أهمية دراسة التوحّد الطفولي بمايلي :

- حداثة دراسة موضوع التوحّد نسبياً.

- قلة الأبحاث العربية والكتابات التي تناولت دراسة ظاهرة التوحّد فكانت في الغالب ترجمة لنصوص وكتابات الآخرين.

- محاولة البحث الجمع بين المصطلحات المختلفة عن هذا الاضطراب.

- أما من الناحية العملية فإن الأهمية تتحدّد بندرّة الأخصائيين النفسيين والطبيين والاجتماعيين المتمكنين من ناحية الممارسة والتعامل مع هذا الاضطراب، مما يحرم هؤلاء الأطفال من نصيبهم من برامج التربية الخاصة.

- وكذلك ندرّة المراكز المختصة بالتعامل مع طفل التوحّد على مستوى سورية على الأقل.

- وإن هذه الدراسة هي الثانية من نوعها في القطر العربي السوري.

أن النقاط السابقة تبرز أهمية البحث في مسألة التوحّد، والحاجة الشديدة إلى مثل هذه الدراسات.

4 - أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي في الإطار النظري إلى عرض شامل لمفهوم التوحد وما أصبح يعرف اليوم باضطراب طيف التوحد، وعرض لأهم النظريات المفسرة وعلاقة هذا الاضطراب باضطرابات طفولية أخرى، وعرض الباحث في السياق النظري نماذج لأهم الأساليب العلاجية بهدف التعرف بها والتوسع في المدخل الفردي لأهمية هذا المدخل من وجهة نظر التربية الخاصة. وبذلك تتحدد أهداف البحث بمايلي:

- وصف المدخل الفردي في تأهيل طفل التوحد.

- الكشف عن خصائص الأطفال التوحديين في عينة البحث.

- إعداد برنامج فردي لكل حالة في ضوء خصائص كل حالة.

- دراسة العلاقة بين مدى تحسن الطفل موضوع الدراسة في جوانب (الاستقلالية الذاتية، والتفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي) و البرنامج الفردي المعد من قبل الباحث لكل طفل.

- الاستفادة من نتائج هذه الدراسة بتقديم توصيات ومقترحات تسهم في إعداد برامج تتوجه إلى كل من الأسرة والمعنيين في هذا الميدان لمساعدتهم على تنمية مهارات الطفل التوحدي بشكل عام.

5 - أسئلة البحث:

يحاول البحث الحالي الإجابة عن الأسئلة التالية:

1 - هل يحسن البرنامج الفردي من الاستقلالية الذاتية عند طفل التوحد؟

2 - هل يحسن البرنامج الفردي من التفاعل الاجتماعي عند طفل التوحد؟

3 - هل يحسن البرنامج الفردي من مهارات التواصل اللغوية وغير اللغوية عند طفل التوحد؟

6 - منهج البحث:

اعتمد الباحث في بحثه الحالي، المنهج العيادي شبه التجريبي، وفي إطاره صمم بحثه مستتيراً بمخططات الدراسات الزمنية، ذلك أن هذا النوع من الدراسات مألوف في المواقف العيادية حيث يعالج الأفراد بطرائق خاصة عبر فترات زمنية طويلة وتؤخذ سلسلة من القياسات. ويمكن تمثيل مخطط الدراسة على الشكل التالي: (م س م) (حمصي، 1990، 170)

ويشير منهج الدراسة الحالية إلى التجارب في الميدان العيادي حيث يستخدم مرضى حقيقيون يطلبون العلاج بدلاً من الطلبة أو المتطوعون ، كما يستخدم معالجون محترفون بدلاً من الطلبة الخريجين ، وتعالج اضطرابات شديدة أو متعددة بدلاً من مشكلات بسيطة ، أي أن الدراسة تجري في ظروف طبيعية قدر الإمكان ، ويسمح هذا المنهج بالتقويم المباشر في الموقف الإكلينيكي في نفس الوقت الذي يستوفي فيه مطالب الضبط المنهجي في البحوث .

ونظراً لأن البحث يجري في المواقف الإكلينيكية الحقيقية ، فإنه قد يتعين تقديم تنازلات منهجية لمراعاة المطالب العلمية والإدارية والخطي ، فمثلاً يصعب سحب العلاج في حالة مريض في أزمة، إلا أن المعوقات يمكن التغلب عليها بدرجات متفاوتة لمعالجة الاعتبارات الهامة للبحوث في المواقف الإكلينيكية .

ومن الواضح أن التجارب الميدانية الإكلينيكية تمثل أقرب المناهج إلى ما هو مستهدف في موضوع تقويم المخ رجات، إلا أن لكل منهج استخداماته، فقد تقدم دراسة الحالة مؤشرات على فاعلية الأسلوب، وبخاصة إذا بذلت محاولة لتقويم التدخل العلاجي. (ملكة 1997: 95)

وفي إطار هذا المنهج ق ام الباحث بإجراءات البحث الحالي ، حيث تم القيام بملاحظات قبلية لتحديد الخصائص العيادية لكل حالة من عينة البحث كما تم تقدير شدة الاضطراب على اختبار C.A.R.S وذلك لدى كل حالة من عينة البحث ، ثم قام الباحث بتطبيق البرنامج الفردي المعد لتأهيل طفل التوحد لدى عينة البحث ، وتوالت مراحل التدخل والقياس على مدى الفترة الزمنية المعدة للقياس.

7 - أدوات البحث:

استخدم الباحث الأدوات التالية :

1 - السلم القياسي للأطفال التوحديين C.A.R.S وذلك بهدف تحديد درجة التوحد عند كل حالة

2 - قائمة الخصائص العيادية المختصة في مجالات البحث الثلاث (الاستقلالية الذاتية والتفاعل الاجتماعي والتواصل اللغوي وغير اللغوي) المختارة من قبل الباحث من بين بنود الخصائص العيادية لأطفال التوحد المستخدمة لوضع الخطة العلاجية المناسبة لكل طفل، وقد بلغ عدد البنود " 30 " بنداً مختارة من بين " 84 " بند وهي بنود الخصائص العيادية.

3 - البرنامج الفردي:

وهو الموضوع من قبل الباحث لكل حالة على حدة استناداً إلى درجة التوحد على السلم القياسي للأطفال التوحديين ومن ثم وضع خطة البرنامج الفردي لكل حالة استناداً إلى (قائمة الخصائص العيادية للأطفال التوحد) .

8 - مصطلحات البحث:

1 - اضطراب التوحد : CHILDHOOD AUTISM (تناذر كانر)

اعتمد الباحث في تعريف اضطراب التوحد حسب ما ورد في دليل الصحة النفسية للأطباء والعاملين في مجال الصحة النفسية الصادر عن وزارة الصحة السورية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية لعام 2001

(هو اضطراب ارتقائي شامل يصيب الأطفال في باكورة العمر ، مؤدياً إلى انطواء الطفل على نفسه ومح اولة تجنب الآخرين بشكل فاعل، مع وجود صعوبات في التواصل معهم ، وانزعاج الطفل من أي تغي ير قد يحدث في حياته ، وافتتانه بالأشياء الجامدة وخاصة بأجزاء منها، ومعاملة الناس وكأنهم أشياء جامدة ، نسبة انتشاره (4 / 10000) ونسبة إصابة التوأم الحقيقي

40 % وهذا ما يميل على عامل وراثي ، يوجد اضطراب إدراك لدى أقارب الطفل المصابين بالتوحد . ونسبة إصابة الذكور إلى الإناث هي (4 / 1) . (الخليل 2001: 184)

2 - البرنامج الفردي:

وهو البرنامج الذي وضعه الباحث لكل حالة من العينة المدروسة استناداً إلى قائمة الخصائص العيادية المعدة من أجل وضع الخطة العلاجية الفردية لكل طفل حسب إمكانياته، والدرجة التي تحصل عليها الحالة على كل بند من بنوده بالاستعانة بقائمة التدخل المبكر بهدف تأهيل الطفل التوحد.

9 - - الدراسات السابقة :

أولاً: الدراسات العالمية :

دراسة ويدربي (wetherb) و بروثج (prutting) عام 1984:

هدفت الدراسة إلى مقارنة لغة الأطفال الذين يعانون من التوحد في أعمار ما بين 6 - 12 سنة لضبط الأطفال الذين لا يعانون من صعوبات تتصل بتطور اللغة اعتماداً على قدرات البناء القواعدي و حجم مخزون المفردات (lexicon) .

فقد تم تقييم عينات السلوك التواصلي خلال اللعب الحر ، و خلال موقف تواصلي مبرمج و مألوف بالنسبة للأطفال ، و قد كانت المواد المستخدمة أثناء اللعب الحر هي نفسها التي كانت

تستخدم مع كل الأطفال ، حيث اشتملت على عدد كبير من الألعاب المتنوعة (مثل الدمى و مستلزماتها ، و الأدوات المنزلية ، و طائرات بلاستيكية ، و سيارات صغيرة) ، أما التواصل المبرمج فقد احتوى على ثماني مواقف تواصلية من مثل الشروع في ألعاب ممتعة ، و اللعب بالفقاعات .

أظهرت نتائج الدراسة أنه بالإضافة الى استخدام عدد أقل من الأحداث التواصلية الكلامية ، فإن الأطفال يميلون الى استخدام التواصل بشكل أكثر تكراراً في طلب الأشياء ، و الأفعال ، و في الاحتجاج ، و بالمقارنة يظهر أن الأحداث التواصلية لدى الأطفال العاديين قد تركز في التوصيف و الايضاح ، بالإضافة الى أن الأطفال الذين طوروا اللغة الطبيعية قد تعرضوا لتنوع أكثر في كلامهم و تحولاتهم التطورية ، و كذلك فقد تعرض الأطفال التوحديون لاستجابات اجتماعية أقل من المجموعة الضابطة . (كولجن 2000 ، 54)

ثانياً : الدراسة العربية : دراسة سميرة سعد عام 1997 :

هدفت الدراسة الى ترتيب الاحتياجات التدريبية و التعليمية لأطفال التوحد من وجهة نظر الأهل.

حيث خلصت الدراسة إلى إمكانية تحديد حاجات الأطفال المصابين بالتوحد من المهارات و المعارف المطلوب تعلمها من وجهة نظر والديهم وبالتالي إعداد برنامج تربوي و تعليمي لهؤلاء الأطفال . وكان ترتيب الاحتياجات التدريبية و التعليمية كما أظهرها الاستبيان (من وجهة نظر الوالدين) :

- 1 - تنمية التحكم في العضلات الكبيرة والدقيقة والمهارات الحركية .
- 2 - التدريب على تناول الطعام بصورة مناسبة .
- 3 - تدريب الطفل على السلوك المناسب في المواقف المتعددة .
- 4 - السعي نحو تعديل بعض أنواع السلوك غير المرغوب فيه مثل الضرب والقذف والبصق .
- 5 - التدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة له مع الآخرين ، لفظية كانت أو غير لفظية .
- 6 - التدريب على كتابة الكلمات البسيطة (مهارات أكاديمية) .
- 7 - تطوير مهارات الاعتماد على النفس .
- 8 - التدريب على استخدام المراحيض في قضاء حاجته .
- 9 - توفير نشاطات ترفيهية ممتعة للطفل و المشاركة في نشاطات اجتماعية مع آخرين .

- 10- تطوير مهارات مهنية تخدمه مستقبلاً في المجتمع .
11- تدريب الطفل على الجلوس لأطول فترة ممكنة .
12 - التدريب على الاستجابة للمؤثرات السمعية والبصرية .
وتظهر نتائج الاستبيان أن احتياجات الأطفال التدريبية والتعليمية من وجهة نظر الوالدين كان ترتيبها كالتالي : التدريب على السلوك المناسب وعلى استخدام وسيلة تواصل مناسبة في الدرجة الأولى ، يليها تطوير مهارات الاعتماد على النفس والمهارات المهنية ، ثم المهارات المرتبطة بمقومات التعليم وأساسياتها ، يتلوها توفير نشاطات ترفيحية والمشاركة في نشاطات اجتماعية ، ثم المهارات الحركية وتنمية التحكم في العضلات الكبيرة والدقيقة . (سعد 1997 ، 23)

- ثالثاً : الدراسات المحلية :

دراسة عيسى ياسين ادريس عام 2000 :

هدفت هذه الدراسة إلى إعداد برنامج نفسي نمائي لتحسين التواصل عند الأطفال المنغلقين والى دراسة العلاقة بين المتغيرات التالية :

مدى تحسن التواصل ، نمو مفهوم الأنا ، نمو مفهوم الآخر لدى أطفال عينة البحث ، و قد أظهرت النتائج ما يلي :

- تغيير ملحوظ بين مقدار تحسن التواصل وفقاً لمقياس تقدير نسبة الانغلاق (C . S . R . A) ومدى نمو مفهوم الأنا لدى أربعة حالات من عينة البحث .
- تغيير ملحوظ بين مقدار تحسن التواصل وفقاً لمقياس تقدير نسبة الانغلاق (C . A . R . S) و مدى نمو مفهوم الآخر لدى أربعة حالات من عينة البحث .
- تغيير ملحوظ بين أشكال التواصل لدى أطفال عينة ال بحث و مقدار تحسن التواصل ، و ذلك في إطار البرنامج النفسي النمائي لتحسين التواصل في البحث . (ادريس 2000 ، 140)

الفصل الثاني اضطراب التوحد

- 1 . لمحة تاريخية
- 2 . ماهو التوحد
- 3 . اضطراب طيف التوحد
- 4 . نسبة الانتشار
- 5 . المظاهر العامة للتوحد
- 6 . العوامل المسببة للتوحد
- 7 . التوحد وعلاقته ببعض اضطرابات الطفولة
- 8 . تشخيص التوحد
- 9 . الأساليب العلاجية المتبعة في علاج التوحد

1 - لمحة تاريخية:

منذ قرابة القرن ونصف القرن من الزمان كان هناك اهتمام واضح بـ الفصام "schizophrenia" ومن بين فئات المصابين كانت هناك فئة يطلق عليها اسم فصام الطفولة "Hebephrenia" أو فصام المراهقة ، والدلالة الأساسية لسمات الفصام بصفة عامة هي عدم ترابط الأفكار واضطراب التفكير . (إدريس 2000، 1).

تعتبر الجذور التاريخية للاهتمام بالأطفال التوحدين موضوعاً جديلاً حيث تشير بعض التقارير العلمية إلى أن الاهتمام بهذه الفئة يعود إلى البداية العلمية للتربية الخاصة وتحديداً الطفل الذي وجده إيتارد (Itard-1801-1807) في غابات الأفيرون الفرنسية وسماه فيما بعد " فيكتور " حيث كان يعاني من ا لتوحد إضافة إلى الإعاقة العقلية الشديدة.

وقدم الطبيب النفسي بلوير (Bleuler-1911) أول وصف للتوحد وذلك عند حديثه عن الانسحاب الاجتماعي لدى الأشخاص الفصامين وشبهه بما وصفه فرويد (Freud) بالإثارة الذاتية (outo-eroticism) والانسحاب من الواقع واللعب بأجزاء الأشياء والتكيف المحكوم بالمشاعر وهي من الصفات الرئيسية للتوحد . (الشيخ ذيب 2005، 2) .

وفي سنة 1944 كتب هانز اسبرجر Hans Asperger مقالا بعنوان " مرض الانغلاق لدى الأطفال " وجاءت ملاحظات اسبرجر على الحالات المدروسة متركرة حول أمرين هما :

1 - التباين الشديد في الآثار المترتبة على الإصابة بالانغلاق بين الأفراد الذين تناولتهم الدراسة.

2 - إن وجود المهارات والاهتمامات الخاصة لدى الأطفال المنغلقين يلعب دوراً إيجابياً في التكيف الاجتماعي اللاحق لهؤلاء الأطفال .

وبالرغم من أن هذه المقالة لاقت بعض النقد في ذلك الوقت إلا أنه سرعان ما ظهرت بعض النتائج المؤيدة سواء من داخل الولايات المتحدة أو خارجها وقد تناولت هذه الدراسات اضطراب التوحد في هذه الفترة في إطار مفهوم الذهان الطفلي وكانت وصفية إلى حد بعيد وتفقد إلى الضبط العلمي ما أدى إلى التقليل من الاستنتاجات التي يمكن أن تؤخذ بعين الاعتبار على المدى الطويل .

وقد أشار فيكتور لونز 1978 في مراجعته لنتائج خمس وعشرون دراسة متلاحقة أجريت ما بين أواسط الخمسينات وأواخر الخمسينيات من هذا القرن حول ذهان الطفولة إلى أن غالبية هذه الدراسات تشوبها بعض الأخطاء المنهجية وأنها تع تمد

على التقارير الذاتية كما أن النتائج التي تم التوصل إليها صعبة التفسير وغير متسقة . (إدريس 2000 ، 5)

ويعد مودزلي Maudsly أول طبيب نفسي اهتم بالاضطرابات التي تسبب اضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال وذلك عام 1867 وكان يعدها ذهانات .

ولكن " ليوكانر " Leo Kanner الطبيب النفسي الأمريكي المتخصص في الأطفال ومؤلف كتاب (نفس الطفل) عام 1953 أشار إلى التوحد الطفولي كاضطراب يحدث في الطفولة وقد كان ذلك عام 1943 عندما قام بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقلياً بجامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية ولفت انتباهه وجود مجموعة من الأنماط السلوكية غير العادية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنفيين على أنهم متخلفين عقلياً ، فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح اضطراب الذاتوية الطفلية Early Infantile Autism حيث لاحظ انغلاقهم الكامل على الذات والابتعاد عن الواقع والانطواء والعزلة وعدم التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم .

ومنذ عام 1943 استخدمت تسميات متعددة منها التوحد Autism ، وذهان الطفولة Children Psychosis ، النمط غير السوي في النمو (الشاذ) Atypical Development ويرى بعض الباحثين أن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي لمصطلح (إعاقة التوحد) واختلاف اهتمامات وتخصصات العاملين في مجال التربية الخاصة والمهتمين بهذا الاضطراب فضلاً عن استخدام عدد من التسميات كان بسبب الغموض وتعقد التشخيص .

وعلى الرغم من أن كانر قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات ولكن الاعتراف بها كفئة يطلق عليه مصطلح التوحد لم يتم إلا في عقد الستينات حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي وذلك وفق ما ورد في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية (DSM2) ولم يتم الاعتراف بخطأ التصنيف إلا في عام 1980 حينما نشرت الطبعة المعدلة (DSM3) والتي فرقت بوضوح بين الفصام وإعاقة التوحد حيث أكدت أن إعاقة التوحد ليست حالة مبكرة من الفصام وربما يرجع هذا الخلط إلى وجود بعض الأعراض المشتركة مثل الانطواء والانكفاء على الذات والانعزالية ولكن في الواقع إن الاختلاف في الأعراض أكثر من التشابه بينها ، ذلك أن حالات التوحد تخلو تماماً من من أعراض الهلوسة أو الهذات .

وبذلك فقد عرفت إعاقة التوحد على أنها اضطراب نمائي وليس انفعالي . (الجلي 2005 ، 11-12)

2 - ما هو التوحد :

يصعب إيجاد تعريف متفق عليه لاضطراب التوحد وذلك لتعدد الباحثين الذين اهتموا به ولاختلاف تخصصاتهم وخلفياتهم العلمية ، إلا أن معظم التعاريف تركز على وصف الأعراض وتصف التوحد كمتلازمة وليس كمرض أو كاضطراب في السلوك أو اضطراب في التصرف أو كإعاقة عقلية ، ويعتبر كانر أول من قدم تعريفاً واضحاً للتوحد باعتباره اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر على التواصل مع الآخرين وعلى اللغة ويتميز بالروتين ومقاومة التغيير (الشيخ ذيب 2005 ، 1)

وسوف نعرض أولاً بعض التعاريف والمصطلحات التي تناولت مفهوم التوحد بتسميات مختلفة

منذ وقت ليس بالطويل ومنها مصطلح الإجترايون ويطلق عبد ا لم نعم حنفي على مصطلح الإجتراية مصطلح الانشغال بالذات . (سليمان 1998 ، 110)

ونجده عند . زكريا الشربيني بأنه اضطراب التعلق التفاعلي ويظهر هذا الاضطراب بصورة فشل الطفل بإقامة علاقة مع الأم أو الاستجابة لها بأي شكل من الأشكال مثل الابتسام أو المحاكاة . (الشربيني 2001 ، 160)

ويعرف كذلك بالانطواء على الذات الطفولي ويشبه هذا التعريف التوحد ويقربه جداً من الفصام . (بصل 1998 ، 12) وبقي أن نشير إلى أن الكثير من التعاريف القديمة والقليل من الحديثة تشير بشكل أو بآخر إلى التوحد على أنه فصام طفولي .

وأطلقت عليهم بعد ذلك العديد من التسميات المختلفة مثل توحد الطفولة المبكر أو فصام الطفولة ، النمو غير العادي ، وقد وصف كانر مجموعة أ طفال الدراسة المشار إليها سابقاً بأنهم غريبي الأطوار ومنزلون ، وقد عرف البعض التوحد على أنه إعاقة نمائية تظهر عادة في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ، وهي نتيجة لاضطرابات عصبية تؤثر في الدماغ (الراوي ، حماد 1999 ، 13)

ومهما تعددت المصطلحات التي تدل على وجود التوحد في سلوك الأطفال إلا أنه يمثل شكلاً من أشكال الاضطرابات الانفعالية غير العادية ونوع من أنواع الإعاقة للنمو الانفعالي للأطفال غالباً ما يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وتتمثل في بعض صور القصور والتصرفات غير الطبيعية وفي النمو الاجتماعي والعاطفي والتي تستدعي معه الحاجة إلى التربية الخاصة .

وسيتم عرض مجموعة من التعاريف العربية والأجنبية حول مفهوم التوحد الذي يعد أحد أشكال الاضطرابات النمائية التي تحدث في مرحلة الطفولة وذلك على النحو التالي :

- عرف **Leo Kanner** المختص بالطب النفسي للأطفال والذي يعتبر أول عالم اهتم بدراسة مظاهر التوحد عند الأطفال وأطلق عليه التوحد الطفولي المبكر **Early infantile autism** وذلك عام 1943 وعرف التوحد الطفولي بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون اضطراباً في أكثر المظاهر التالية :

- صعوبة تكوين الاتصال والعلاقات مع الآخرين .
- انخفاض مستوى الذكاء .
- العزلة والانسحاب الشديد من المجتمع .
- الإعادة الروتينية للكلمات والعبارات التي يذكرها الآخرون أمام الطفل .
- الإعادة والتكرار للأنشطة الحركية .
- اضطرابات في المظاهر الحسية .
- اضطرابات في اللغة أو فقدان القدرة على الكلام أو امتلاك اللغة البدائية ذات النغمة الموسيقية
- ضعف الاستجابة للمثيرات العائلية
- الاضطراب الشديد في السلوك وإحداث بعض الأصوات المثيرة للأعصاب (الجلبى 2005 ، 15)

- وحدد مصطلح **Autism** في معجم علم النفس بأنه :

- تفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو بالذات .
- إدراك العالم من خلال الرغبات بدلاً من الواقع .
- الانكباب على الذات والاهتمام بالأفكار والخيالات الذاتية .

وحدد مصطلح طفل متوحد **Autistic Child** بأنه :

طفل منكب على ذاته ومنسحب من العالم ، والأطفال المتوحدون قد يجلسون ويلعبون بأصابعهم مثلاً ، وإنهم يبدون ضائعين في عالم من الخيالات الداخلية (عاقل 2003 ، 54)

- وتعرف الجمعية الوطنية (الأمريكية) للأطفال التوحديين (NSAC, 1978) **National Society of Autistic Children** التوحد بأنه اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكياً وتشمل الاضطرابات في المجالات التالية : النمو ، الاستجابة الحسية للمثيرات ، اللغة والكلام ، القدرات المعرفية ، التعلق والانتماء للناس والتعلق بالأحداث والمواضيع .

- وترى الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association أن التوحد اضطراب نمائي يؤدي إلى العجز في المجالات التالية :

- الكفاءة الاجتماعية
- التواصل واللغة
- السلوك النمطي والاهتمامات والأنشطة

- ويعرف قانون تعليم الأفراد المعاقين الأمريكي Individuals with disabilities Education Act (IDEA) التوحد بأنه اضطراب نمائي يؤثر بشكل واضح على التواصل اللفظي وغير اللفظي ويؤثر على التفاعل الاجتماعي ويؤثر على الأداء التعليمي للفرد ويصاحبه العديد من الخصائص أهمها الانغماس في النشاطات اليومية والحركات النمطية ومقاومة التغيير في روتين الحياة اليومية والاستجابة غير الطبيعية للمثيرات الحسية وتوضح هذه الخصائص قبل عمر الثلاث سنوات . (الشيخ ذيب 2005 ، 2)

- أما Koegel & Dunlap فقد عرفا التوحد الطفولي بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون وكأنهم مجموعة متجانسة وتظهر عليهم المظاهر الشديدة من السلوك غير الاعتيادي وتظهر عليهم العلامات التالية :

- الافتقار إلى اللغة المناسبة .
- الافتقار إلى السلوك الاجتماعي المناسب .
- العجز الشديد في الحواس .
- اضطرابات شديدة في الجانب الانفعالي .
- أنماط مختلفة من السلوك الحركي المتكرر .
- انخفاض المستوى الوظيفي للذكاء .

- أما سميث Smith فقد عرف التوحد عام 1975 بأنهم أولئك الأطفال الذين يعانون من الانسحاب الشديد من المجتمع ، وفقدان التواصل ، أو الفشل في تطوير العلاقات مع الآخرين ، التردد الميكانيكي للكلمات والعبارات ، السلبية في التغيير ، إعادة المملة للأفعال ونطق الكلمات .

- وفي عام 1978 اقترح كل من Ritvo & Freeman تعريفاً للأشخاص التوحديين وقد أخذت الجمعية الوطنية بهذا التعريف وهو الآن التعريف الأكثر قبولاً مع ذوي الحاجات الخاصة ، ويتضمن هذا التعريف خصائص وصفات الشخص التوحدي بأنه الفرد الذي توجد لديه أعراض التالية وذلك قبل ثلاثين شهراً من العمر :

- اضطراب في سرعة النمو ومراحله .
- اضطراب في الاستجابة للمثيرات الحسية .
- اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية .
- اضطراب في التقليد المناسب للأشخاص والأحداث والموضوعات .

- أما عكاشة فأطلق عام 1969 على إعاقة ا لتوحد اسم التوحد الطفولي Childhood Autism ويعرفها بأنها نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يدل على وجوده :

- نمو أو ارتقاء غير طبيعي يتضح وجوده قبل عمر ثلاث سنوات .
- نوع مميز من الأداء غير الطبيعي في المجالات النفسية الآتية :

أ - التفاعل الاجتماعي .

ب - التواصل والسلوك المحدد المتكرر .

ج - بالإضافة إلى هذه السمات التشخيصية المحددة يشيع وجود مشكلات أخرى متعددة وغير محددة مثل : الرهاب (المخاوف المرضية) ، اضطراب النوم والغذاء ، والعدوان الموجه نحو الذات .

- كما عرفه الخطيب والحديدي عام 1977 بأنه : إعاقة في النمو تتصف بكونها مزمنة وشديدة وهي تظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر وهي محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلباً على وظائف الدماغ ومن أهم الأعراض السلوكية للتوحد :

- اضطراب معدل نمو المهارات الجسمية والاجتماعية واللغوية .
- استجابات شاذة للخبرات الحسية وقد تتأثر حاسة الواحدة أو أكثر : البصر ، السمع ، اللمس ، التوازن ، والاستجابة للألم وغير ذلك .
- الانتقال إلى المهارات الكلام واللغة أو تأخرها ، بالرغم من توافر بعض القدرات العقلية المحدودة .
- طرق شاذة في التعامل مع الناس والأحداث والأشياء .

- أما الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي أستاذ الطب النفسي في جامعة القاهرة فقد وصف التوحد الطفولي عام 2003 بأنه نوع من الانغلاق على الذات منذ الولادة حيث يعجز الطفل حديث الولادة عن التواصل مع الآخرين بدءاً من أمه وإن كان ينجح في عمل علاقات جزئية مع الأشياء المادية بالتالي يعاق نموه اللغوي والاجتماعي والمعرفي . (الجلبى 2005 ، 14 - 19)

- ويعرفه د . محمود جمال أبو العزائم مستشار الطب النفسي :

التوحد أو الذاتوية هو إعاقة متعلقة بالنمو وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر ، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ ، ويتميز اضطراب الذاتوية بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواحي أساسية من النمو والسلوك وهي :

- خلل في التفاعل الاجتماعي .
 - خلل في التواصل والنشاط التخيلي .
 - القلة الملحوظة للأنشطة والاهتمامات والسلوك المتكرر آلياً .
- (أبو العزائم 2005 ، نت)

3 - اضطراب طيف التوحد:

اعتمد الباحث في تعريفه لاضطراب التوحد على تصنيف DSM-IV والذي جاء تحت عنوان اضطرابات النمو المعممة Pervasive

1 - الاضطراب التوحدي (299) Autistic disorder

أ - يتسم هذا الاضطراب بتوافر خمسة بنود أو (أكثر) وذلك من الفقرات (1) (2) (3) شريطة أن يوجد بنودان من الفقرة (1) وبنود من الفقرة (2) والفقرة (3) .

(1) الإعاقة النوعية في التفاعلات الاجتماعية، وذلك في عرضين من الأعراض التالية :

(أ) الإعاقة الملاحظة الظاهرة في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل النظر إلى العين، التعبير الوجهي، الأوضاع والحركات البدنية، والوضعية الرامية إلى تنظيم التفاعل الاجتماعي.

(ب) العجز عن إقامة علاقة مع الأصدقاء من العمر نفسه متناغمة متوافقة تناسب مع السن والتطور في العمر.

(ج) عدم وجود نزوع تلقائي في التفتيش عن مشاركة في المسرة وفي الاهتمامات، أو الإنجازات مع الأفراد الآخرين (أي فقدان إظهار، أو جلب، أو الإشارة إلى الاهتمامات) .

(د) فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي.

ب - الإعاقات النوعية في الإيصال التي تظهر بواحد من السلوكيات التالية على أقل شيء :

(1) تأخر، أو فقدان كامل في النمو الكلامي اللغوي (غير مصحوب بمحاولة للتعويض من خلال أنماط بديلة من الاتصال البدني)

(2) عند الأفراد ذوي النطق المقبول، نجد إعاقة واضحة في القدرة على البدء بالمحادثة مع الآخرين أو الاستمرار فيها.

(3) فقدان اللعب المختل ف الضروب التلقائي أو اللعب المقلد المناسب لمستوى اللعب.

(4) استعمال اللغة استعمالاً نمطياً وتكرارياً.

ج - أنماط سلوك ونشاطات واهتمامات على الشكل نفسه (مكررة)، وتكرارية محدودة، تظهر بواحد على الأقل من الأشكال التالية:

(1) الانشغال بنمط واحد أو أكثر من أنماط تمارس بالوتيرة نفسها بالصورة ذاتها من الاهتمام يكون غير سوي في الشدة أو التركيز.

(2) إلحاح أو التزام غير مرن كما يبدو في الظاهر بأعمال روتينية غير وظيفية أو طقوسية.

(3) سلوكيات حركية متكررة على نمط واحد (مثل ليّ أصابع اليد، أو قذف اليد أو الإصبع بعنف، أو إجراء حركات معقدة في كامل الجسم).

(4) الانشغال الملح والإصراري بأجزاء الأشياء.

د - تأخر أو وظيفة شاذة غير سوية في واحد على الأقل من المجالات التالية تبدأ قبل بلوغ سن الثالثة.

- التفاعل الاجتماعي.

- اللغة المستخدمة في التواصل الاجتماعي.

- اللعب التخيلي أو الترميزي.

هـ - اضطراب لا يدخل في تصنيف مرض (ريت) Rett أو في اضطراب الطفولة الانحلالي Disintegrative

2 - اضطراب "ريت" (Rett) (299.8 0)

تم التعرف على عرض أو اضطراب ريت من قبل الدكتور (أندرسون ريت) عام 1966 باعتباره اضطراب عصبي يصيب الإناث بشكل رئيسي و قد اظهر تشريح

أدمغة هؤلاء الأفراد وجود اختلال باثولوجي مقارنة بحالات التوحد ومع ذلك يظهر الأطفال المصابون بعرض ريت بعض السلوكيات المشابهة للتوحد مثل حركات اليد التكرارية، المشي على أطراف الأصابع، أرجحة الجسم و مشاكل النوم ،

وتقل نسبة انتشار ريت عن نسبة انتشار حالات التوحد و تقدر ما بين (1:10.000) حالة ولادة الى (1:15.000) حالة ولادة (الراوي ، حماد 1999 ، 50)

أ - اضطراب ريت يكون في الأعراض التالية :

(1) يبدو ظاهرياً سوي النمو ما قبل الولادة و حين الولادة .

(2) يبدو ظاهرياً سوي النمو على المستوى الحركي - النفسي خلال الأشهر الخمسة الأولى بعد الولادة.

(3) يبدو محيط رأسه سوياً عند الولادة .

ب - تظهر الأعراض التالية بعد فترة النمو السوي :

(1) بطء نمو الرأس ما بين عمر 5- 48 شهراً

(2) فقدان مهارات اليد المكتسبة سابقاً ما بين عمر 5- 30 شهراً مع ظهور حركات يدوية نمطية (غسل اليد)

(3) فقدان الانخراط الاجتماعي باكراً

(4) ظهور عدم التناسق في المشية أو في حركات الجذع

(5) نمو متأد تأدياً شديداً في اللغة التعبيرية و الاستقبالية إضافة إلى تأخر نفسي - حركي

3 - اضطراب الطفولة الانحلالي (299.10)

أ - نمو سوي ظاهراً لمدة أقلها سنتان بعد الولادة باتصال غير لفظي ، أو لفظي مناسب للعمر ، أو في العلاقات الاجتماعية ، و في اللعب ، و السلوك التكيفي أيضاً

ب - فقدان هام للمهارات المكتسبة كما تظهر سريري (قبل بلوغ سن العاشرة) و ذلك في مهارتين على الأقل من المهارات التالية :

(1) اللغة التعبيرية أو الاستقبالية .

(2) المهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفي .

(3) ضبط التغوط أو التبول .

(4) المهارات الحركية.

ج - شذوذات وظيفية في وظيفتين على أقل تقدير في المجالات التالية :

(1) تأذ نوعي في التفاعل الاجتماعي (أي تأذ في السلوكيات غير اللفظية، و فشل في تنمية العلاقات مع الأنداد، فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي)

(2) تأذيات نوعية في الاتصال (أي التأخر أو ضعف في اللغة المنطوقة ، العجز في البدء في الكلام ، أو ا لاستمرار فيه ، استخدام تكراري و نمطي للغة ، فقدان اللعب المتنوع)

(3) أنماط محددة من السلوك النمطي و التكراري ، و الاهتمامات ، و النشاطات و من ضمنها التكاليف الحركية و النمطية .

د - اضطراب لا يعد ضمن اضطراب نمو معمم آخر أو ضمن الاضطراب الفصامي .

4 - اضطراب " اسبرجر " A spereger

يعود مصطلح اسبرجر الى الطبيب الاسترالي هانس اسبرجر الذي قام سنة 1944 بتصنيف مجموعة الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التفاعل الاجتماعي و الاتصال بفئة خاصة و قد تم تسميتهم نسبة إليه و اليوم يستخدم مصطلح اسبرجر من قبل جمعية الأطباء الأمريكيين و من قبل العديد من العاملين في هذا الميدان بحيث ينظر الى الأطفال الذين يقعون ضمن هذا المصطلح باعتبارهم فئة خاصة تختلف عن فئات الاضطرابات الأخرى (الراوي ، حماد 1999 ، 52)

و تظهر أعراض اسبرجر كما وردت في التصنيف التشخيصي كما يلي :

أ - إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي تبدو في مجالين من المجالات التالية :

(1) إعاقة واضحة في استعمال سلوكيات غير لفظية متعددة مثل النظر عيناً إلى عين ، التعبير الوجهي ، حركات الجسم و الوضعيات المنظمة للتفاعل الاجتماعي .

(2) الإخفاق في علاقات مع الأنداد متناسبة مع درجة النمو .

(3) فقدان التفنيس التلقائي عن مشاركة المسرة، والاهتمامات أو الإنجازات مع الأشخاص الآخرين.

(4) فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي.

ب - أنماط متكررة محددة على الشاكلة نفسها من السلوكيات، والاهتمامات والنشاطات تظهر بوحدة على الأقل من المظاهر التالية:

(1) الانخراط بانشغالات أو بواحد من الأنماط المحددة المنفذة تنفيذاً نمطياً وعلى الشاكلة نفسها من الاهتمام الذي يكوم شاذاً إما في الشدة أو في التركيز

(2) الالتزام غير المرن كما يبدو ظاهرياً في أعمال روتينية غير هادفة نوعية ، أو في طقوسيات .

(3) سلوكيات تكلفية حركية متكررة وعلى نمط واحد (مثل ليّ الذراع ، القذف العنيف لليد أو الأصبع، أو القيام بحركات جسمية معقدة لكامل الجسم) .

ج - يسبب الاضطراب إعاقة هامة سريريّة في المجالات المهنية والاجتماعية أو الميادين الأخرى الهامة من الوظيفة .

د - لا يوجد سريريا تأخر عام هام في اللغة (الكلمات المفردة المستخدمة من قبل الطفل في العمر الثاني ، الجمل التواصلية المستخدمة من قبل الطفل في العمر الثالث) .

هـ - لا يوجد سريريا تأخر عام هام في النمو المعرفي أو في نمو مهارات العون الذاتي المتوافقة مع السن ، وفي السلوك التكيفي (عدا التفاعل الاجتماعي) وفي سلوك الفضول والتعرف على المحيط في الطفولة .

و - المعايير لا تتطابق مع اضطراب النمو المعمم النوعي الآخر ولا مع الفصام .

كيف يختلف عرض اسبيرجر عن اضطراب التوحد ؟

يعتبر اضطراب التوحد و عرض اسب رجر من الإعاقات النمائية المنتشرة أو المعجمة و هذا يعني وجود تداخل بين الاضطرابان و بالأخص في جانب التفاعل الاجتماعي و الاتصال بالاضافة الى الخصائص و المميزات العامة و الفرق بين الطرفين هو فرق في الدرجة أو الشدة فمثلا :تعتبر اللغة بشكل عام أفضل لدى الطفل الذي يعاني من عرض اسبوجر مقارنة مع اللغة لدى الطفل المتوحد

و الفرق الآخر هو فرق في المقدرة المعرفية cognitive ability فقد ترتبط الإعاقة العقلية بشكل واضح بالتوحد و لكن هذا لا يعني أن جميع الأطفال المتوحدون معاقون عقليا فالبعض يبدي ذكاء متوسط و أحيانا فوق المتوسط بينما تزيد نسبة الأطفال الذين يعانون من عرض اسبوجر في منطقة الذكاء المتوسط و فوق المتوسط بشكل أعلى مقارنة مع حالات التوحد أي إن الأداء و المقدرة

المعرفية تعتبر بشكل عام أفضل لدى عرض اسبوجر مقارنة مع حالات التوحد و من هنا تظهر أهمية الأعراض و المظاهر السلوكية المختلفة للتفريق بين حالة التوحد و حالات الاضطرابات الأخرى وما يترتب على أمور التشخيص وضع الخطة العلاجية لكل حالة (الراوي ، حماد 1999 ، 53)

5 - اضطراب النمو المعمم غير النوعي ولا المحدد (من ضمن ذلك اضطراب التوحد النموذجي):

يتعين استخدام هذا التصنيف حينما توجد إعاقة معممة حادة في نم و التفاعل الاجتماعي التبادلي أو المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية ، أو عندما يوجد السلوك ، والاهتمام ، والنشاطات النمطية، ولكنه في الوقت نفسه لا تتطابق المعايير مع اضطراب نمو معمم نوعي ولا مع معايير الفصام ، أ و معايير اضطراب الشخصية التجنبي، فمثلا إن هذا التصنيف يتضمن الاضطراب التوحدي غير النموذجي فالأعراض في هذا التصنيف لا تتوافق مع معايير اضطراب التوحد ذلك لأنها ظهرت في سن متأخر ، كما وأنه غير نموذجي من ناحية المظاهر، أو أن الأعراض دون العتبة، أو أنها تجمع جميع الأمور. (الحجار 2004 : 68 - 73)

وفيها يلي ذكر لأنواع من الاضطرابات غير مذكورة في التصنيف و تتشابه في بعض أعراضها مع التوحد ويفضل اليوم الكثير من الباحثين أن تدرج تحت بند طيف التوحد :

- متلازمة الكروموسوم الهش : Fragile X syndrome

اضطراب جيني في الكروموسوم الجنسي الأنثوي X ويظهر في 10 % من أطفال التوحد وخاصة الذكور ، ومعظم الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط ، و للطفل صفات معينة مثل بروز الأذن ، وكبر مقاس محيط الرأس مرونة شديدة في المفاصل ، وغالباً ما تظهر استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت ، و اضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي ، و اضطرابات معرفية .

- متلازمة لاندو - كليفر : Landau-Kleffner Syndrome

في هذه الحالة ينمو الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث إلى سبع سنوات من العمر ولكنه يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك، و غالباً ما يشخص الطفل خطأً على أنه أصم ، فهناك حاجة لاستخدام التخطيط الكهربائي للدماغ لتشخيص هذه المتلازمة ، و من الأعراض المشابهة للتوحد قصور الانتباه ، عدم الشعور بالألم ، الكلام التكراري ، و قصور المهارات الحركية .

- متلازمة موبياس Mobius syndrome

تسبب عدة مشكلات في الجهاز العصبي المركزي ربما فيها شلل عضلات الوجه مما يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية ومشكلات سلوكية كتلك التي تنتج عن التوحد .

- متلازمة كوت Kott syndrome

تحدث لدى الإناث في معظم الحالات وأعراضها تتمثل في عدم المقدرة على الكلام وفقدان القدرة على استخدام اليدين إرادياً .

- متلازمة سوتوس Sotos syndrome

تتسبب بسرعة كبيرة في النضج وكبر حجم الجمجمة والتخلف العقلي وتعبيرات وجهيه شاذة

- متلازمة توريتي Tourette syndrom

تتصف بالحركة اللاإرادية كما في رمش العين وتلمظ الشفاه وهز الكتفين بطريقة شاذة ، وغالباً ما يعاني الطفل أيضاً القلق وعدم القدرة على التركيز .

- متلازمة ويليامز Williams syndrom

اضطراب نادر يشترك مع التوحد ببعض الخصائص مثل التأخر اللغوي والحركي ، والحساسية المفرطة للصوت وهز الجسم والتعلق بالأشياء غير الطبيعية .

- مرض Tuberos sclerosis

المعروف بتصلب الأنسجة وهو مرض وراثي ويسبب النمو غير الطبيعي للأنسجة الدماغية وهناك حوالي 1 - 4 حالات من كل 10000 حالة يولدون بهذا المرض . (الجلبي 2005 ، 22 - 23)

4 - نسبة الانتشار :

يعتبر تحديد نسبة الانتشار أمراً صعباً ، حيث يعتمد على التعريف المستخدم والمحكات التشخيصية ، وصدق وثبات أدوات الكشف والتشخيص .

وقد وصف كانر التوحد عام 1943 بأنه اضطراب نادر الحدوث ، إلا أن أول دراسة ميدانية موثقة لتحديد نسبة الانتشار كانت دراسة لوتر (Lotter, 1966-) حيث قام بدراسة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (8 - 10) سنوات من مدينة ميدل سكس (Medelesex) الأمريكية ممن انطبقت عليهم صفات كانر مستخدماً سلسلة من الخطوات التشخيصية وبينت الدراسة أن نسبة الكلية للتوحد تبلغ (4.5) لكل عشرة آلاف حالة على فئتين رئيسيتين :

الفئة الأولى : ونسبتها (2.1) حالة لكل عشرة آلاف طفل تنطبق عليهم جميع الصفات التي ذكرها كانر.

والفئة الثانية : ونسبتها (2.4) حالة لكل عشرة آلاف طفل تنطبق عليها معظم الصفات وليس جميعها . (الشيخ ذيب 2005 ، 5)

وقد أشارت التقارير الإحصائية إلى أن أعداد الأطفال المصابين بالتوحد الطفولي بلغت ما يقارب (2 - 6) حالات لكل عشرة آلاف طفل طبيعي أي بنسبة 0.02 % - 0.06 % وتتراوح نسبة الذكور إلى الإناث (2 : 1) ولغاية (5 : 1) إلى ما بين الأعمار (8 ، 9 ، 10) سنوات هناك (4 - 5) أطفال مصابين بالتوحد ولكل عشرة آلاف طفل . وأثبتت دراسة Aurthus التي أجريت في الدنمارك 1970 نفس النتائج .

أما Cathy Pratt المسؤولة عن مركز أنديانا للتوحد أشارت إلى أن العشر سنوات الماضية ازدادت فيها حالات التوحد من (5 - 15) حالة لكل عشرة آلاف طفل أما في عام 2002 فوجدت أن عدد حالات التوحد تراوح ما بين (7 - 48) حالة لكل عشرة آلاف حالة مشخصة كأعراض التوحد أو اضطرابات للنمو وأعراض مرض أسبرجر .

وأشار مركز أبحاث في كامبريدج في تقرير له بازدياد عدد حالات التوحد حيث أصبحت 75 حالة في كل عشرة آلاف من عمر 5 - 11 سنة وتعد هذه النسبة كبيرة عما كان معروفاً سابقاً وهو 5 حالات في كل عشرة آلاف ولادة .

وفي عام 2002 عقد المؤتمر الوطني للتوحد في أمريكا وأشار الدكتور Marie Bristol إلى أن حالت التوحد يمكن توزيعها كما يلي :

هناك (1) من كل (200) حالة طفل صنف بأنه توحد كلاسيكي Classic Autism

وهناك (1) من كل (500) حالة أنهم مصابين بأعراض طيف التوحد يتضمن أعراض اضطرابات النمو PDD وأعراض مرض أسبرجر ، وأن حالات التوحد وأعراض التوحد في ازدياد ولا تعرف أسباب ذلك وأن أعراض التوحد تتغير عبر المواقع الجغرافية وذلك لتوفر الخبرات والتشخيص الدقيق ووجود المهنيين وذوي العلاقة ببرامج التوحد والعوامل البيئية الأخرى . (الجليبي 2005 ، 20)

5 - المظاهر العامة للتوحد :

تبدأ ملاحظة الأعراض في السنة الثانية والنصف من عمر الطفل (30 - 36) والمعروف أن التوحد له ثلاث أعراض رئيسية

1 - ضعف العلاقات الاجتماعية .

2 - ضعف الاهتمام في الناحية اللغوية .

3 - الاهتمامات والنشاطات المتكررة .

ويمكن تقسيم الأعراض العامة التي يظهرها الأفراد التوحديين إلى خمسة مجالات رئيسية هي :

5-1 - التفاعل الاجتماعي :

أ - عدم التواصل البصري مع الآخرين :

هو سلوك تكيفي غاية في الأهمية كونه يسهل الحياة اليومية للأفراد ، حيث يتم من خلاله استنتاج أفكار الآخرين ورغباتهم ومشاعرهم ومدى انتباههم ، وبالتالي فهو ضروري جداً في تطو ير نظرية الأفكار التي تشير إلى إمكانية التنبؤ بسلوك الآخرين من خلال مشاركتهم في المعتقدات و الرغبات والانتباه . (الشيخ ذيب 2005 ، 12)

و درس عام 1983 ,Donnelfan, Yoder ,Mirnda أشكال ونماذج الاتصال العيني لأطفال التوحد ووجدوا أن أطفال التوحد ينزعون إلى ا لتحديق ليس لجذب اهتمام الآخرين ، وهم قلما ينظرون إلى الأشياء والآخرين بشكل مباشر ، وتختلف نظرتهم عن الأطفال الطبيعيين ، فهم يصرفون وقتاً طويلاً في الجلوس بهدوء دون أي تفاعل اجتماعي أو مشاركة مع الآخرين وقد يتصرفون بشكل غريب وغير عادي في الاتصال مع الأشياء مثل (المنديل ، اللعبة) (الجلي 2005 ، 30)

فقد يتجاهل الطفل التوحدي الأشياء التي هي عادة ما يحب الأطفال رؤيتها ، ويبهز في ضوء معين أو بريق أو ورقة أو شيء يلف ويد ور ، وعندما يكون الأطفال صغاراً قد ينظرون إلى الأشخاص والأشياء بالمظهر العام وليس عن طريق التفاصيل الدقيقة ، وهذا يقود إلى احتمال أن الأطفال يستخدمون جزءاً من النظر أو العين للنظر إلى الحركة أو المظهر العام ،ومن المثير أن نعرف أن بعض الأطفال التوحديين ينزلون الدرج أو يركبون الدراجة بدون أن يظهر أنهم يرون إلى أين يسرون ، وكذلك قد يجدون طريقهم في الظلام بسهولة كما في النور ، وقد أوضح العديد من الأطباء النفسيين أن الأطفال التوحديين عكس الأطفال العاديون فهم لا

يركزون نظرهم على الأشياء أو الأشخاص لمدة طويلة ولكن يعطون نظرة سريعة ثم يحولون نظرهم ، وهذا يعطي الانطباع أن الطفل التوحدي يتحاشى عمداً النظر إلى وجوه الأشخاص وخاصة العين ، ويظهر الطفل التوحدي اهتمام متأخر بالصور ولكنه عندما يبدأ يهتم بالصور فهو يهتم بجزء محدد منها . (السعد 1997 ، 34)

ب - اللعب :

يتعلم ال طفل الطبيعي عن العالم حوله من خلال ال لعب ، بطريقة الاكتشاف والإحساس بالأشياء المختلفة فينمي اللغة والفهم للعالم من حوله ، ثم يبدأ في استعمال الألعاب لترمز لما حوله من أشياء حقيقية . (السعد 1997 ، 38)

يختلف لعب الأطفال التوحديين عن لعب غيرهم من الأطفال حيث يعانون من مشكلة في اللعب الرمزي والأفكار التمثيلية ، وفي التخيل كما أن لعبهم يفتقر إلى الابتكار والتجديد ، وعدد ألعابهم أقل وأقصر وقتاً من المعتاد ، وطريقتهم في اللعب غير عادية تتمثل في الاستخدام العدوانى للألعاب وظهور الاستثارة الذاتية .

ويضفون على الأل عاب الصفات الحيوية ولا يميزون اختلافها عن الناس فقد يستمرون بإطعامها ، ووضعها في الفراش للنوم ، ويضفون عليها الحواس مثل الذوق واللمس والشم والحيوية والتسليم والاهتزاز ويتعاملون معها بطريقة واقعية جداً وبعيدة عن الخيال ويشعرون بالقلق والارتباك من هذه الألع اب وكأنها أشياء حقيقية رغم تقدمهم بالعمر الزمني . (الشيخ ذيب 2005 ، 12)

وقد تكون اللغة هي العائق الأول لقدراته على النمو كما في اللعب أيضاً فيبقى الطفل التوحدي فترة و بسبب ضعف اللغة والتخيل لا يستطيع الأطفال التوحديون الاندماج في اللعب مع الأطفال الآخرين . (السعد 1997 ، 38)

ج - عدم فهم المشاعر :

يظهر الأفراد التوحديين عدم الاكتراث بمشاعر الآخرين نتيجة الصعوبات التي يواجهونها في فهم وتفسير التعابير المتمثلة في الإيماءات ونبرات الصوت وطريقة الجلوس ، إضافة أن قدرتهم على تحمل انفعالات الآخرين أقل من الم توقع ، ويعانون من صعوبات واضحة في التعبير عن مشاعرهم تتمثل بعدم مقدرتهم عل إبداء التعابير الوجهية المناسبة لحالاتهم الانفعالية والتعبير عن المشاعر بطريقة مبالغ فيها وغير متوقعة . (الشيخ ذيب 2005 ، 12)

ويلاحظ على طفل التوحد ضعف في العلاقات الاجتماعية مع أم ه ..أبيه أهله والغرباء . بمعنى أن الطفل لا يسلم على أحد .. لا يفرح عندما يرى أمه أو أبوه .. لا ينظر إلى الشخص الذي يكلمه ... لا يستمتع بوجود الآخرين و لا يشاركونهم اهتماماتهم ... و لا يحب أن يشاركوه ألعابه .. ويحب أن يلعب لوحده ... و لا يحب

أن يختلط بالأطفال الآخرين . وأيضا لا يستطيع أن يعرف مشاعر الآخرين أو يتعامل معها بصورة صحيحة (مثل أن يرى أمه تبكي أو حزينة فهو لا يتفاعل مع الموقف بصورة طبيعية مثل بقية الأطفال) ويقضي وقتاً أقل مع الآخرين، ويبدى اهتماماً أقل بتكوين صداقات مع الآخرين، وتكون استجابته أقل للإشارات الاجتماعية مثل الابتسامة أو النظر للعيون. (أبو العزائم 2003 ،نت)

ومن خصائص الطفل التوحدي عدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية والاحتفاظ بها فالطفل التوحدي ينسحب من جميع أشكال التفاعل والتواصل الاجتماعي ، مما يؤدي لظهور العديد من المشكلات والصعوبات الواضحة في إقامة علاقة مع الآخرين ، وتستمر الصعوبات والمشكلات لمرحلة الرشد . (الشيخ ذيب 2005 ، 12)

د - اللغة:

يكون تطور اللغة بطيئاً، وقد لا تتطور بتاتاً، ويتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين، حيث ترتبط الكلمات بمعانٍ غير معتادة لهذه الكلمات، ويكون التواصل عن طريق الإشارات بدلاً من الكلمات، ويكثرون الانتباه والتركيز لمدة قصيرة، ويشمل خلل التواصل المهارات اللفظية وغير اللفظية ، فقد تغيب اللغة كلياً وقد تنمو ولكن دون نضج وبتكوين لغوي ركيك مع ترديد الكلام مثل إعادة آخر كلمة من الجملة التي سمعها والاسعمال الخاطئة للضمائر حيث يستعمل الطفل ضمير " أنت " عندما يود أن يقول "أنا" فمثلاً لا يقول " أنا أريد أن اشرب " بل يستعمل اسمه فيقول "على يريد أن يشرب " وعدم القدرة على تسمية الأشياء وعدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة ، ويكون للطفل نطق خاص به يعرف معناه فقط من يخبرون ماضي الطفل ، وقد أسماها كانر مجازاً Metaphorical language ويكون الكلام على وتيرة واحدة(أبو العزائم 2003 ،نت)

كما أن هناك كثير من الملامح غير السوية عند بدء الحديث لدى أطفال التوحد فقد يردد الطفل ما يسمعه تواتراً وفي نفس اللحظة وكأنه صدى لما يقال وتعرف بظاهرة (المصاداة Echolalia) والحديث التلغرافي والخلط في ترتيب الكلمات، أما التواصل غير اللفظي مثل تعبيرات الوجه والإيماءات فغائبة أو نادرة . (الجلي 2005 ، 34)

وتتطور اللغة التعبيرية بنسبة ضئيلة لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد ، وقد أظهرت الدراسات بأن 50% من هؤلاء الأطفال لم يطوروا أصلاً اللغة التعبيرية الوظيفية ، ومما يجدر ذكره فإنه في حال ظهور اللغة لدى الطفل فإنها غالباً ما تستخدم للطلب أو التعبير عن بعض الرغبات وليس لأهداف التفاعل الاجتماعي أو ما يدعم هذا الجانب ، وغالباً ما تعود أسباب هذه المشكلة إلى الصعوبات التواصلية الاجتماعية لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد .

وقد ناقش عدد من الباحثين مؤخراً المشكلات الأساسية في التواصل عل أنه ا تمثل العجز الأساسي في التوحد ، أما المشكلات السلوكية فإنها تمثل العناصر الثانوية لهذه الحالة.

وتظهر نتائج بعض الباحثين على أنه عندما يتم تعليم الأط فال المشاركة في سلوكيات مناسبة ، فإن سلوكيات غير مناسبة من مثل العدوانية وإيذاء الذات وبعض الاستثارات الذاتية تزداد بعدم وجود تدخلات علاجية خاصة ، كما أظهرت دراسات أخرى هذه العلاقة العكسية وذلك عندما يتم تعليم الأطفال بعض الاستجابات الوظيفية التواصلية المماثلة ، وقد تبين أن هناك إمكانية لتقليل أو منع هذه السلوكيات الفوضوية المتمثلة في عدم الانتباه أ و النزوع نحو التملص من المهمات ، وذلك لدى تعليم سلوكيات تواصلية وظيفية مماثلة ، فعلى سبيل المثال ، من الممكن تعليم استخدام عبارة (هل هذا صحيح) لإثارة انتباه المدرس أو عبارة (أحتاج للمساعدة) للحصول على مساعدة ا لمدرس لإنجاز مهمة صعبة . (كوجل 50،2000)

يعاني جميع الأفراد التوحديين بلا استثناء من مشكلات في التواصل سواءً أكان لفظياً أو غير لفظي ويمكن تلخيص مشكلات التواصل اللفظي بما يلي :

1 - (50 %) أفراد غير ناطقين حيث لا يطورون الكلام ، ويظهرون البكم والصمم لبعض الكلمات.

2 - (25 %) يطورون لغة بشكل غير طبيعي وغير وظيفي .

3 - (25 %) يطورون مهارات اللغة الطبيعية مع ظهور بعض المشكلات في ذلك . (الشيخ ذيب 2005 ، 15)

ويتجلى اضطراب الاتصال عند الطفل التوحدي :

أ - الاتصال المتمركز حول الذات .

ب - اضطراب اللغة اللفظية .

ج - ظهور وسائل الاتصال غير اللفظية وتنقسم إلى :

1 - اللغة الجسدية (البدنية)

2 - أنماط ووسائل أخرى للاتصال . (شقير 2000 ، 107)

ونستطيع في نهاية هذا العرض التفصيلي لنواحي القصور الاجتماعي عند الطفل التوحدي أن نلخص سمات الطفل التوحدي كما صنفها جيلسون حيث يرى أن الطفل

التوحيدي لا يتطور اجتماعياً بخصى توازي نموه العقلي رغم قصور التطور العقلي لديه، وهو يرى ثلاث جوانب لاختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي للطفل التوحدي إلى جانب اختلال الوعي الاجتماعي لديه وهي :

1- عدم قدرته على فهم أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر والخطط و الأفكار والمشاعر.

2- عدم قدرته على التنبؤ بما يمكن أن يفعله في المواقف الاجتماعية المختلفة.

3- العجز أو القصور الاجتماعي .

كما صنف المشكلات التي ترتبط باختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي إلى ثلاث فئات :

أ – التجنب الاجتماعي .

ب – اللامبالاة الاجتماعية.

ج – الفظاظة الاجتماعية . (عبد الله 2002، 33).

5. 2 - مجال النشاطات والاهتمامات :

أ- ثبات الأشياء و الانشغال بها (السلوك الروتيني) :

يطور الأطفال المصابون بالتوحد انشغالاً مفرطاً بأشياء محددة أو بنشاطات معينة أو بالحفاظ على الروتين أو عدم الغير في البيئة ، وقد يكون لديهم أشياء يتفاعلون معها بطريقة خاصة ، من مثل ترتيب السيارات الصغيرة تبعاً للحجم أو اللون ، و إن محاولات إقحام الطفل مع ألعاب أخرى لكسر تلك النمطية أو النظام قد ينتج عنه نوبة غضب أو عدوانية .

ومن هنا فإن الحفاظ على النشاطات الاعتيادية يستخدم عندما يشارك الطفل في أنماط غريبة من السلوك ، من مثل إتباع طريقة محددة لموقع معروف ، وتقديم الأطعمة وفقاً لترتيب معين (كطلب سكب الحليب في وعاء قبل وضع الحبوب والملعقة فيه) وقد ينزعج الطفل في حالة عدم إتباع هذه الأمور من جانب آخر قد تظهر علامات الضيق لدى حدوث تغيير في البيئة ، فقد يتضايق الأطفال في حالة إعادة ترتيب الأثاث ، وقد يصرون على ارتداء الملابس ذاتها يومياً ، هذا ويتعذر حالياً فهم هذا السلوك جيداً ، ومع ذلك فإنه يعتبر سمة عامة بين الأطفال المصابين بالتوحد على الرغم من توافر القليل من أساليب التداخل العلاجي لذلك باستثناء أسلوب مقاطعة الاستجابة . (كوجل 2000، 22)

ويظهر السلوك الروتيني عند معظم الأفراد التوحديين وكلما زادت درجة التوحد زاد السلوك الروتيني بشكل أكبر وأوضح وقد يكون السلوك الروتيني في مجالات عدة : (الطعام ، الشراب ، اللباس ، الكأس ، نفسه والصحن نفسه الخ) (الشيخ ذيب 2005 ، 15)

ب - السلوك النمطي :

يتميز التحدي بالسلوك النمطي Stereotype ويعني تكرار نفس السلوك بشكل مستمر بدون أن يشعر بالملل أو التعب ، ولذلك نجده يلعب ويقرب ويحرك يديه وأصابعه أمام عينيه باستمرار دون هدف أو معنى ، أو قد يستمر في تحريك جسمه إلى الأمام والخلف بشكل مستمر ، أو ترديد بعض الكلمات عديمة المعنى بدون إدراك أو وعي لما يقوله أو أنه يحمل نفس اللعبة دائماً ويحملها ويرميها إلى الأعلى ثم يمسكها ويرميها مرة أخرى ، وقد يقوم ببعض الحركات اللاإرادية غير المسيطر عليها مثل شد الذراعين أو الرأس أو المشي على أطراف الأصابع . (الراوي ، حماد 1999 ، 25)

ج - السلوك التخريبي وإيذاء الذات :

تحظى نماذج التفسير والمعالجة التي تراعي عوامل مختلفة بالاهتمام المتزايد ، وتذهب النماذج الاجتماعية البيولوجية إلى أن الألم عبارة عن ارتكاس على عدة مستويات تلعب فيها العوامل الجسدية والنفسية التالفة دوراً في:

- الارتكاس الذاتي - اللفظي للألم.

- الارتكاس السلوكي الحركي للألم .

- الارتكاسات العضوية الفيزيولوجية للألم .

ويفترض ألا تشترك كل المستويات في ارتكاس ألم خاص ، إذ يمكن أن يوجد ارتكاس ألم فيزيولوجي - عضوي بدون أن يستجيب الطفل بصورة غير قابلة للملاحظة للملاحظة بالنسبة للملاحظ (برويكر وآخرون 2003، 110)

هذا هو الشكل العام والطبيعي للألم والإحساس به ، أما عند طفل التوحد يتمثل السلوك التخريبي وسلوك العدوان والغضب الموجه نحو الذات أو نحو الآخرين ببعض المظاهر مثل عض يديه إلى درجة النزيف أو القرص الشديد أو شد شعر رأسه إلى درجة اقتلاعه من مكانه ، وقد يلجأ إلى عض الآخرين أو لكمهم بقوة أو شد أو قرص أو خدش يد الآخرين بأظافره . (الراوي ، حماد 1999 ، 21)

وتظهر هذه المشكلة أكثر عندما يكون الطفل غير منشغل بأي شيء ، خاصة إذا كان في جو غير مراقب أبداً ويترك عادة لوحده أغلب الوقت ، ويكون أكبر جزء من الحل هو تنظيم وقت الطفل وإعطاؤه المزيد مما يشغل وقته .

3-5 - الخصائص المعرفية:

يتميز الأفراد التوحديين بعدد من الخصائص المعرفية المتباينة من فرد لآخر ولعل من أبرز هذه الصفات :

أ - القدرات العقلية :

تعتبر ما نسبته (70 - 75 %) من الأفراد التوحديين معاقين عقلياً وتتراوح درجة الإعاقة من البسيطة إلى الشديدة جداً بينما تمثل النسبة المتبقية درجات ذكاء تزيد عن (70) وبالمتوسط ينجز الأفراد التوحديين في الجانب الأدائي لاختبارات الذكاء أفضل من الجانب اللفظي مع الأخذ بعين الاعتبار الصعوبة الكبيرة في تطبيق اختبارات الذكاء على الأفراد التوحديين .

وتظهر نسبة بسيطة جداً من الأطفال التوحديين مواهب غير عادية في وقت مبكر قد تتمثل في : الذاكرة الصماء والقدرات الحسابية المذهلة والمواهب الموسيقية أو الفنية أو يستطيع البعض أن يحدد أو يسمي يوم الأسبوع الذي يقابل أي تاريخ من التواريخ وقد يستطيع البعض أن يقرؤوا وبصوت عالي وبعمر مبكر حتى دون أن يكونوا قد تعرضوا لتعلم القراءة من قبل إلا أن هذه القراءة آلية وتفتقر إلى الاستيعاب أو استخدام الكلمات في الحياة الوظيفية وهذا ما أطلق عليه البعض مصطلح عالم التوحد (الشيخ ذيب 2005 ، 15) .

وتقول جيفري كاولي في مقالة عن التوحد أن التوحديون غالباً ما يتفوقون في التنظيم (الحديث هنا عن الأطفال من الفئة الثانية ذوي المواهب) ويسجلون علامات أدنى من الذكور العاديين في امتحانات تتضمن توقع مشاعر الناس وتفسير تعابير وجوههم ، لكن عندما يطلب من أحدهم إيجاد مثلث داخل تصميم معقد أو توقع حركة عصا معلقة بعثلة ، يحققون نتيجة مشابهة للذكور العاديين إن لم تكن أفضل ، وفي دراسة نشرت حديثاً وجد فريق بارون كوهين أن البالغين المصابين بنوع طفيف من التوحد تخلفوا عن النساء والرجال العاديين في امتحان تعاطف من 40 بند لكنهم تفوقوا على المجموعتين في استطلاع عن التنظيم . (كاولي 2003 ، 50) .

ب - الانتباه والدافعية :

ويبدو هذا السلوك في عدم الاهتمام أو الاكتراث للمثيرات المختلفة التي تحدث من حولهم في البيئة ، فقد لا يهتمون بالحوافز أو المكافآت المختلفة التي تقدم لهم في

حال قيامهم بسلوك مناسب ، فهم لا يبديون أي نوع من أنواع الدافعية لأي شيء من حولهم . (الراوي ، حماد 1999 ، 21)

ويفتقد الطفل التوحدي إلى الدافعية للقيام بالمهام التي تطلب منه وذلك لانشغاله في السلوكيات النمطية والروتينية ، ويبدو أن الطفل التوحدي لا توجد لديه الدوافع الموجودة عند غيره من الأطفال مثل الحاجة إلى الانسجام والتوافق والكسب الشخصي والرغبة في المنافسة والفوز وتقليد الآخرين مما يجعل المعززات المألوفة أقل فاعلية مع الأطفال التوحديين .

ويعاني جميع الأفراد التوحديين من اضطرابات في الانتباه متغيرة في الشكل والدرجة ، فكثير منهم يعاني من الحركة الزائدة والتشتت والانتقال من موضوع لآخر قبل الاندماج في الموضوع الأول ، وبعضهم لديه فترة انتباه طويلة للمواضيع التي تهمهم فقط .

وقد يظهر بعض الأطفال التوحديين خاصية الانتقائية الزائدة للمثيرات (Overselectivity Stimulus) والتي وصفها لوفاس وزملائه (Lovaas et al) في عام 1971 وهي تركيز الفرد على جزء واحد وبسيط من الشكل (ربما جزء غير مهم) وعدم التركيز على الأجزاء الأخرى للشكل (ربما أكثر أهمية) مثل التركيز في زقمة الشخص المقابل وعدم التركيز في ملامح وتعابير وجهه . (الشيخ ذيب 2005 ، 15)

ج - المزاج والمشاعر (اضطراب الوجدان) :

خلال العام الأول من عمر الطفل يعيش الطفل البشري الطبيعي حالات وجدانية بدائية ، فطرية ومتقلبة كما أن المعاشات الوجدانية في هذه السن تكون قصيرة الأمد ولكنها لا تؤدي إلى ردود فعل واسعة وشاملة .

وفي مرحلة لاحقة من حياة الطفل تمتد لعمر 3 - 4 سنوات يبدأ الطفل بفهم واستيعاب معنى الانفعال والتفاعل . (النابلسي 1989 ، 76)

أما عند طفل التوحد فنلاحظ اضطراب في الوجدان يتظاهر ببعض السلوكيات مثل التقلب الوجداني (أي الضحك والبكاء دون سبب واضح) والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية ونقص الخوف من مخاطر حقيقية والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات غير مؤذية أو أحداث القلق العام والتوتر . ويقاوم طفل التوحد التغيير في المكان أو العادات اليومية وقد يحدث عند التغيير هلع أو انفجارات مزاجية . (أبو العزائم 2003 ، نت)

ومن أهم الخصائص التي تلاحظ على أطفال التوحد هو عدم استجابتهم لمحاولة الحب أو العناق أو إظهار مشاعر العطف ، ويذهب الوالدان إلى أن طفلهما لا

يعرف أحد ولا يهتم أن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين ، فضلاً عن القصور والإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين . (الجلي 2005 ، 32)

د - القدرات الحس حركية :

يظهر الأطفال التوحديين قدرات حس حركية أفضل من بقية قدراتهم الأخرى إلا أن لديهم تأخر وتباين في هذا المجال ، ويتمثل هذا التباين في أن بعض الأطفال التوحديين لديهم قدرة على إيجاد الأصابع المخفية أو التعامل مع الألعاب الصغيرة جداً بينما هناك بعض الأطفال التوحديين يمشون متأخرين وبشكل أخرق ويسيل لعابهم باستمرار .

هـ الذاكرة :

يعاني جميع الأفراد التوحديين من مشكلات كبيرة في الذاكرة فهم وإن كانوا قادرين على تذكر الأحداث والتفاصيل البصرية إلا أنهم يحتاجون إلى تلميحات (ملقنات) لمساعدتهم على عملية التذكر والاستدعاء .

و - التنبؤ :

يعاني الأطفال التوحديين من صعوبات بالغة في التنبؤ بالأحداث والوقائع اللاحقة لذلك يشعرون بالارتباط والتوتر وحالة من الفوضى نتيجة عدم قدرتهم على معرفة المستقبل وتتخفف هذه الحالة عند معرفتهم بالخطوات اللاحقة . (الشيخ ذيب 2005 ، 16)

4-5 - الخصائص الحسية :

يظهر الأفراد التوحديين تأخراً في اكتساب الخبرات الحسية كما يظهرهم أشكالا غير متناسقة من الاستجابات الحسية حيث تتباين من مستوى النشاط المنخفض جداً إلى مستوى النشاط المرتفع جداً والعديد منهم لا ينتبهون لأكثر من قناة حسية واحدة في نفس الوقت ، ويظهر الطفل التوحدي وكأنه يعاني من مشاكل سمعية أو بصرية أو لسمية ولكنه يظهر في الوقت نفسه استجابات سريعة ويقظة لبعض المثيرات مثل الصوت الخافت أو الضوء المفاجئ مما ينافي وجود إعاقة سمعية أو بصرية لديه (الراوي ، حماد 1999 ، 25)

ومن أبرز خصائص الأطفال التوحديين الحسية ما يلي :

أ - المثيرات الصوتية :

يظهر بعض الأطفال التوحديين حساسية سمعية حيث يسمع اصواتاً حقيقية لا يسمعا الآخرين ، مما قد تسبب له إزعاجاً وإدراكاً شديداً كما قد يبدو الطفل التوحدي كالأصم ففي الوقت الذي لا يستجيب فيه للأصوات المرتفعة جداً نجده يتألم وينزعج لبعض الأصوات الروتينية المعتادة مثل : نباح كلب ، تشغيل محرك السيارة أو صوت جرس الهاتف أو صراخ أحد الأطفال أو تحريك المقاعد بالصف أو البيت أو صوت أمواج البحر ، أو حفيف أوراق الشجر ، أو تساقط المطر على السقف . (الشيخ ذيب 2005 ، 17)

ب - المثيرات البصرية :

قد يبدو بعض الأفراد التوحديين أنهم لا يرون بعض المثيرات البصرية وبعضهم يخاف من رؤية بعض الألوان أو بعض أشكال الإنارة وأحياناً يحدث العكس حيث يوجد لدى بعض الأفراد حساسية بصرية تتمثل برؤية أشكال حقيقية لا يراها الآخرون . (الشيخ ذيب 2005 ، 17)

تتمثل هذه الأشكال بالتفاصيل الدقيقة للأشياء والتي لا ينتبه لها الشخص العادي ، لهذا نجد أن الظروف المحيطة بالطفل إذا كانت صعبة أو سريعة التغير كمحل ألعاب مزدحم هذا قد يسبب انزعاج الطفل التوحدي وبداية لغضبه وبكائه . (السعد 1992 ، 34)

ج - المثيرات اللمسية والذوقية والشمية :

يلاحظ آباء الأطفال التوحديين أنهم يفحصون العالم من حولهم عن طريق حواسهم من الشم واللمس والذوق ولكنهم يفعلون ذلك في وقت متأخر عن أقرانهم من الأطفال تجدهم يحبون لمس الخشب الناعم - البلاستيك - الفرو الناعم ... الخ .

الأطفال ممكن أن يتعرفوا على غيرهم بهذه الحواس ، فقد يحبون شم يد والديهم وفحص وجه والديهم بلمسة خفيفة كما يفعل الأعمى ، وقد ينفرون من لمسة خفيفة أو لثمة من أحد . قد يظهر التوحديون الصغار أنهم غير حساسين للبرد أو للألم . (السعد 1992 ، 35)

تعتبر خاصية اللمس من أكثر الخصائص تبايناً ففي الوقت الذي يوجد لدى بعض الأطفال التوحديين حساسية جلدية كبيرة تجعله يبتعد عندما يحاول أحد الأشخاص لمسه أو معانقته نجد بعضهم كأنه لا يشعر بالألم وقد لا يبكي على الرغم من تعرضه لأذى شديد جداً . (الشيخ ذيب 2005 ، 17)

ونلاحظ لدى الأطفال التوحديين قصور في وسائل الإدراك البصري واللمسي والشمي والذوقي فهم يميلون إلى الخلط بين الشكل والأرضية ويكاد يوزع نظره

على الأشياء دون تركيز فقد يرى أشياء أطراف مجاله الن ظري وقد لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة أو طعم الأشياء وقد يجد صعوبة في التوفيق بين الحركة والصوت . (الجلي 2005 ، 33)

وبعد هذا العرض الشامل تقريبا لصفات التوحد نعرض فيمايلي لأهم الملامح الأساسية في التوحد كما وضعتها وزارة الصحة في سورية و تحت رعاية منظمة الصحة العالمية في دليل الصحة النفسية للأطباء والعاملين في هذا المجال فحددت هذه الملامح بما يلي :

- 1- يبدأ غالباً قرابة السنة الثالثة من العمر وقد يكون التطور حتى هذه السن طبيعياً أو غير طبيعي.
- 2- ضعف وتأخر النمو في التفاعل والبقااصل الاجتماعي أي عدم اس تجابة الطفل وعدم تفاعله مع الآخرين حتى أبويه وتجنبهم بشكل فاعل ، فهو لا ينظر إليهم على الإطلاق بل يبدو كأنه يركز بصره على نقطة تبعد عدة أميال .
- 3- تأكيد وسواسي على عدم التغيير وتكرار الفعاليات والاهتمامات بالأشياء الجامدة ، ويظهرون العديد من التصرفات الطقو سية المتكررة (فتح الباب وإغلاقه باستمرار لعدة ساعات ، تشغيل الضوء وإطفائه لعدة ساعات ، تقليب أوراق مجلة لعدة ساعات) .
- 4- إن كل الأطفال المصابين بالتوحد تقريباً يظهرون سروراً واهتماماً باللعب بالماء
- 5- يتعاملون مع الناس وكأنهم أشياء جامدة (يستخدم ذراع أمه كعصا لجلب أشياءه
- 6- لغة ه ولاء الأطفال غريبة (صداء لفظي ، يتكلم عن نفسه وكأنه شخص آخر ، بعضهم لا يتكلم أبداً ، تطور شاذ لطبقة الصوت) .
- 7- قدرات غير معقولة (طفل بعمر خمس سنوات يقرأ صحيفة دون أخطاء مع أنه لا يفهم ما يقرأ)
- 8- الدور الخيالي في اللعب كثيراً ما يكون غائباً ، وعادة يكونون وحيدين خارج محيطهم ، ولا يحبون مشاركة الآخرين من أقرانهم . (بايزيد وآخرون 2001 ، 18،- 185)

6 - العوامل المسببة والنظريات المفسرة للتوحد :

ماهو الشيء الذي يسبب التوحد ؟ هنا يكمن السر والغموض ؟ هل هو مرض عصبي ، أم نفسي ، أم ناتج عن جروح أو مشاكل في الرحم أثناء الولادة ، أو بسبب رفض الأم لابنها أو بسبب خلل في الجينات أو بسبب النقص في بعض المعادن اللازمة للجسم في الطعام .؟

إن هناك اختلافاً كبيراً في آراء المتخصصين في هذا المجال وإن كانت أكثر الأبحاث تؤكد أن أجزاءاً من الجها ز العصبي المركزي ، قد لا تتطور بالصورة المطلوبة ، ولأسباب غير معروفة حتى الآن ، فهناك ملايين من الخلايا العصبية التي تنمو في الدماغ ، تقوم بعمل توصيلات خاطئة . (كاردن 1992 ، 14)

6-1 - النظريات القديمة (النفسية المنشأ) :

اعتقد كانر أن الوالدين - خصوصاً الأم - يتحملان المسؤولية لإصابة ابنهما بالتوحد لعدم تزويده بالحنان والدفء العاطفي الكافيين ، ولإهمالهما لطفلهما وعدم الاعتناء بتربيته مما يؤدي لاضطراب العلاقة الانفعالية مابينه وبين أمه والرفض المتبادل بين الطرفين ، بكل ما يترتب على ذلك من آثار سلبية في ال نمو اللغوي باعتباره وسيلة للتواصل والتفاعل الاجتماعي .

وعارض الكثير من الباحثين هذه النظرية النفسية حيث أشار رتر (Rutter) إلى أن الطفل خلال الفترة الحرجة للتوحد (0 - 6) أشهر لا يمتلك وسائل الإدراك الضرورية لاكتشاف رفض الأم له ، وأشارت دراسات رتر أن الط فل في هذه المرحلة لا يستطع أن يفصل بين ذاته وبين الآخرين ويستعمل الأنا كدلالة على نفسه وعلى الآخرين . (الشيخ ذيب 2005 ، 8)

يرى فيها أصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد سببها الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أ عراضه كاملة في مرحلة المراهقة ومن الذين يتبنون هذه النظرة singer&wynme (الجلي 2005 ، 50)

وبشكل عام نستطيع تلخيص أهم ما جاءت به هذه النظريات النفسية بمايلي :

أن الوالدين للطفل التوحدي يكونان أكثر ذكاء - أكثر قلقاً - ولديهم ضعف في دفاء العلاقات الأبوية، هذه النظريات ترجح أن سبب التوحد هو ظروف العائلة وتصورها كما يأتي :

ضعف علاقة التواصل بالأم ، وإثارة غير كافية لعواطف الطفل ، أو نتيجة لرفض هذه العلاقة . (السعد 1992 ، 18)

6 - 2 الفرضيات الحديثة نسبياً :

أثرت الكثير من الدراسات التي أجريت حول أسباب التوحد إلى تقديم مجموعة كبيرة من الفرضيات المحتملة للتوحد لعل أبرزها :

6 - 2 - 1 - الفرضيات البيولوجية :

أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير التردد المغناطيسي MRI و PET وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبية المخ، مع وجود اختلافات واضحة في المخيخ، بما في ذلك في حجم المخ وفي عدد نوع معين من الخلايا المسمى "خلايا بيركنجي"، ونظراً لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيسي لأن يكون السبب المباشر للتوحد، فإنه تجرى في الولايات المتحدة بحوثاً عدة للتوصل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب. (أبو العزائم 2003 ، نت)

يعتقد بعض الباحثين أن جميع الأفراد التوحدين لديهم تلف دماغي سواء كان معروفاً أو فرضياً حيث لم يكتشف إلا جزء بسيط من هذا التلف نتيجة القصور في الأجهزة والأدوات الطبية الحالية ومن الشواهد الدالة على وجود تلف دماغي مايلي:

أ - مرافقة التوحد للعديد من الأمراض العصبية والصحية والإعاقات المختلفة مثل الإعاقة العقلية والصرع والصعوبات والمشاكل أثناء الحمل والولادة .

ب - وجود نسبة انتشار واحد تقريباً في كل الثقافات والمجتمعات مما ينافي الأسباب الاجتماعية والنفسية للتوحد .

ج - إظهار بعض الاختبارات التصويرية للدماغ اختلاف في تشكيل أدمغة بعض الأفراد التوحديين .

د - إظهار الرسم الكهربائي للدماغ تغيرات في الموجات الكهربائبة عند بعض الأفراد التوحديين . (الشيخ ذيب ، 2005 ، 8)

إن الدراسات العلمية التي قامت في بداية السبعينات ركزت على الجانب العضوي ودرست الاضطرابات الفيزيولوجية ، فالتوحد كما أثبتت هذه الدراسات ناتج عن خلل عصبي وليس ناتج عن أسباب نفسية أو نفسية اجتماعية ، حيث تلخصت النتائج التي وصلت إليها الأبحاث العلمية في ثلاث نظريات تتمحور حول إثبات وجود خلل ما في الجهاز العصبي الذي أدى إلى الانعزال والتخلف العقلي وعدم القدرة على التواصل اجتماعياً ولفظياً ، الخ.

النظرية الأولى : الشق الدماغي الوسطي :

وتقول هذه النظرية ، تراكم عدد كبير من الخلايا الصغيرة في الشق الدماغي الوسطي وذلك إلى أسباب معينة أدت إلى تأخر تطوري عند الفرد من المراحل الجنينية حتى بعد الولادة مما يؤدى إلى بعض الاضطرابات السلوكية ، وهناك دراسات تستخدم التصوير العصبي إشارات انخفاض مستوى الدم الذي يغذي الدماغ أي سوء نقص تروية الدماغ وتحديداً في منطقة الشق الوسطي من الدماغ عند التوحديين . (مرهج 2001 , 13)

وهذه الأبحاث كانت قد أرجعت الفشل في إقامة تواصل اجتماعي إلى وجود عطب في الشق الدماغي الوسطي كذلك ظهور أنماط من السلوك الاجترارية .

النظرية الثانية : المخيخ :

أثبتت الدراسات التي أجريت في هذا المجال نقص في عدد خلايا المخيخ كما أشارت دراسة (هاشيموتو) التي أجراها على (102) شخص مصاب بالتوحد وذلك بمقارنتهم بعدد من الأفراد الأسوياء حيث كان قد توصل إلى أن المخيخ لدى المصابين حجمه أصغر من الحجم الطبيعي وكذلك في أجزاء أخرى من الدماغ وأثبتت أن الفرق في حجم المخ بين التوحديين والأشخاص الطبيعيين يزول مع ازدياد العمر.

لكن الدراسات دلت أن هناك فروق في حجم الدماغ الأوسط بين الأطفال التوحديين وبين الأسوياء والتي لا تزول مع تقدم العمر ، مما جعل الباحثين يعتقدون أن الخلل العصبي التطوري أصاب الجنين قبل الولادة وليس بعدها .

أما الخلل الموجود في العرق الدماغي فقد أثبتت الدراسات أنه يؤدي إلى تحولات في القدرة السمعية والإدراك الحسي والجسدي وكذلك يؤدي إلى تحولات في أجهزة الإرسال العصبي الكيماوية المسؤولة عن الضعف في الانتباه والإثارة عند الأشخاص التوحديين ، وبذلك فإن الخلل في المخيخ كذلك في العرق الدماغي قد يكون مقروناً بالتخلف العقلي الموجود في حالات التوحد فقد ربط (كورشين) نقص الانتباه بخلل في المخيخ . (مرهج 2001 , 14) .

النظرية الثالثة : الدماغ الجبهي أو الكورتكس الأمامي :

أشارت بعض الدراسات إلى وجود ضعف وظيفي في القشرة الدماغية للدماغ الجبهي الذي يؤدي إلى حركات تكرارية وسلوك اجتراري عند التوحديين .

ومما لا بد أن التوحد ينتج عن خلل في وظيفة الدماغ أو أثناء الحمل وذلك بسبب عامل ما يؤثر على دماغ الجنين أو بسبب عامل وراثي يؤثر على عملية نمو الدماغ (مرهج 2001 , 15)

نظرية أخرى أكثر حداثة للتوحد تقترح بأنه شبيه بفقد الذاكرة ، وذلك بسبب الضعف أو الأذى الحادث في جزء من أطراف المخ ، إلا أن هذه النظرية أم تؤكد نتائجها بعد لعدم وضوح الأدلة . (السعد ، 1992 ، 19)

6-2-2 - الفرضيات الوراثية :

يشير الباحثون إلى مساهمة الوراثة في الإصابة بالتوحد فقد ذكر سجل (Siegel ، 1996) أن الوراثة تلعب دوراً في (30 - 50 %) من حالات التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة ، إلا أن الاستعداد الوراثي ليس مطلقاً ويصعب تحديد كيفية انتقال الجينات ، وما هو الموروث تحديداً ، حيث يتفاعل أكثر من (20) جين مختلف ، ومن الشواهد على الأسباب الوراثية مايلي :

أ - معاناة نسبة لا بأس بها من أقارب الأطفال التوحديين من الإعاقات النمائية المختلفة واضطرابات الكلام وصعوبات التعلم .

ب - زيادة احتمالية إصابة أشقاء الطفل التوحدي بنفس الاضطراب أو اضطرابات مشابهة .

ج - زيادة احتمالية الإصابة بالتوحد عند التوحد المطابقة . (الشيخ ذيب ، 2005 ، 8)

وأظهرت دراسات أخرى أن العائلات التي فيها شخص توحدي توجد لديها مشاكل متعلقة بالكلام أو مشكلات تطويرية أخرى (مركز دبي 2001 ، 7)

والعوامل الوراثية تتمثل بوجود خصائص التوحد والتي تكون ظاهرة لدى واحد من الأقرباء أو ضمن الخصائص الشخصية غير الاجتماعية في الأسرة.

أما العوامل البيئية فقد دلت الدراسات وجود حالات من الانفصام و الاكتئاب في عائلات التوحديين ولكن هناك بعض الدراسات دلت أن بعض حالات التوحد تعود إلى أسباب غير معروفة ودراسات أخرى دلت على أنه ناتج عن تحولات جينية غير معروفة أو محددة أو بسبب التهابات تصيب الجنين وليس الأم الحامل وذلك خلال فترة الحمل . (مرهج 2001 ، 15 - 16)

6-2-3 - الفرضيات الجينية :

لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد، رغم أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقين (من بيضة واحدة) أكثر من التوائم الغير متطابقين (من بيضتين مختلفتين)، ومن

المعروف أن التوأمين المتطابقين يشتركان في نفس التركيبة الجينية . (أبو العزائم 2003 ، نت)

يفترض الباحثون أن الخلل في الكروموسومات والجينات في مرحلة مبكرة من عمر الجنين قد يؤدي للإصابة بالتوحد ويستشهدون على ذلك بمرافقة التوحد للعديد من الاضطرابات الجينية والتي أهمها : متلازمة انجلمان (Angelman Syndrome) ومتلازمة الكروموسوم الهش (Fragile x) ومتلازمة كورينلاي لانج (Corneliade Lange Syndrome) ومتلازمة داون (Down Syndrome) ومتلازمة كلينفتر (Klinefenter Syndrome) ومتلازمة ريت (Rett Syndrome) ومتلازمة وليم (Williams Syndrome) والتصلب الدرني . (الحدي) (Tuberous Sclerosis) و الأمراض العصبية الليفية ، ومن الكروموسومات ذات العلاقة : كروموسوم 2 - 3 - 5 - 7 و X (الشيخ ذيب ، 2005 ، 9)

وترجع الدكتورة رابية الحكيم أخصائية طب نفس الأطفال أسباب التوحد إلى عاملين أساسيين :

أولهما عوامل جينية وراثية حيث يكون لدى الطفل من خلال جيناته قابلية للإصابة بالتوحد وما زالت الأبحاث قائمة في مجال الجينات بشكل مكثف ... ومن أحدث الأبحاث التي لها علاقة بالجينات وذكرت في مؤتمر أبحاث التوحد في أمريكا هو عدم فعالية بروتين معين وهو الميتالوثيونين المسؤول عن نسبة الزنك والنحاس في الجسم . (الحكيم 2004 ، 25)

6 - 2 - 4 - الفرضيات البيوكيميائية :

يعتقد أن بعض العوامل التي تسبب تلفا بالمخ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها تهيئ لحدوث هذا المرض مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية والحالات التي لم تعالج من مرض الفينيل كيتونوريا والتصلب الحدبي واضطراب رت ونقص الاكسجين أثناء الولادة والتهاب الدماغ وتشنجات الرضع فقد أكدت الدراسات أن مضاعفات ما قبل الولادة أكثر لدى الأطفال الذاتويين من غيرهم من الأسوياء . (أبو العزائم 2003 ، نت)

تشير الدراسات لوجود عزل في خلايا المخ عند بعض الأفراد التوحديين أكثر من الشكل الطبيعي إضافة لوجود الخلل في توازن بعض النواقل العصبية التالفة في الدماغ :

أ - السيروتونين (Serotonin)

وهو ناقل عصبي هام تأثيره معقد وشامل حيث يؤثر في المزاج والذاكرة والتطور العصبي وإفراز الهرمونات وتناول الطعام وتنظيم حرارة الجسم والذاكرة والنوم والألم والقلق وظهور السلوك العدواني والسلوك النمطي ، وفي حالة وجود مشكلات في عملية الأيض (الهضم) يزداد تركيز السيروتونين في الدم والدماغ الأوسط والبول وبالتالي خلل في وظائفه وظهور بعض صفات التوحد .

يشير جلبرزون وزملائه إلى أن أكثر من 30 % من الأطفال التوحديين لديهم زيادة في كمية السيروتونين في الصفائح الدموية .

ب - الدوبامين :

ناقل عصبي معقد يلعب دوراً حيوياً في النشاطات الحركية والذاكرة واستقرار المزاج والإرادة والسلوك النمطي .

ج - الببتيدات العصبية :

تلعب دور هام في عملية النقل العصبي ومسئولة عن الانفعال والإدراك وضبط السلوك الجنسي ، وتشير الدراسات إلى عدم توازن الببتيدات العصبية عند الأطفال التوحديين .
(الشيخ ذيب ، 2005 ، 10)

6 - 2 - 5 - الفرضيات الأيضية :

يؤكد الكثير من الباحثين أن الجهاز الهضمي عند الأطفال التوحديين غير قادر على الهضم الكامل للبروتينات وخاصة بروتين الجلوتين (Gluten) الموجود في مادة القمح والشعير ومشتقاته وهو الذي يعطي القمح اللزوجة والمرونة أثناء العجين ، وبروتين الكازين (Casien) الموجود في الحليب ويستدلون على ذلك من خلال استفراغ الطفل المستمر للحليب والاكزيما الموجودة خلف الركبتين في ثنية المرفق والأورام البيضاء الغريبة تحت الجلد وسيلان الأذن المبكر والإمساك و/ أو الإسهال المزمن واضطرابات التنفس الشبيهة بالأزمة الصدرية .

ومن أسباب اضطراب الهضم عند الأفراد التوحديين مايلي :

أ - حساسية الجسم الزائدة لبعض الخمائر والبكتريا الموجودة في المعدة .

ب - زيادة الأفيون في المخ .

ج - عدم هضم الأطعمة الناقلة للكبريت .

د - النفاذية المعدية .

التغيرات الطبية الحيوية التي تحدث نتيجة لذلك (العوامل الأيضية) هي زيادة تكاثر الكانديدا (الفطريات) والبكتيريا في الأمعاء ، وزيادة نفاذية الأمعاء Leaky Gut Syndrome ونقص الفيتامينات والمعادن وضعف التغذية بشكل عام ، وضعف المناعة ، ونقص مضادات الأكسدة ، ونقص الأحماض الدهنية ونقص قدرة الجسم على التخلص من السموم . (الحكيم 2004 ، 25)

هـ - نقص بعض الأحماض والأنزيمات في الجسم . (الشيخ ذيب ، 2005 ، 10)

6 - 2 - 6 - فرضيات الفيروسات (التطعيم) :

يرى الباحثون إمكانية مهاجمة الفيروسات لدماع الطفل في مرحلة الحمل أو الطفولة المبكرة وإحداث تشوهات فيه مما يؤدي لظهور الأعراض التوحدية ومما يؤكد وجهة نظرهم إصابة الطفل بالتوحد خلال مرحلة الحمل أو في مرحلة الطفولة المبكرة .

وربط بعض العلماء ما بين الإصابة بالتوحد والمطعوم الثلاثي (MMR) :
مطعوم الحصبة

ومطعوم أبو دغيم (Mumps) ومطعوم الحصبة الألمانية (Rubella) .

نظراً لمعاناة بعض الأطفال من وجود خلل مبكر في الجهاز المناعي لدى الطفل حيث لا تستطيع كريات الدم البيضاء المسؤولة عن المناعة مهاجمة الفيروسات والالتهابات - إنتاج المضادات الكافية للقضاء على فيروسات اللقاح وبذلك تبقى هذه الفيروسات وتتلفها . (الشيخ ذيب ، 2005 ، 10)

وكذلك فقد أجمع الخبراء أن إصابة الأم بالالتهابات الفيروسية خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل قد تكون من أبرز العوامل المؤدية للتوحد إضافة إلى أن نقص الأوكسجين أثناء الولادة كما ربط تعاطي الكوكايين أثناء الحمل بتواجد خصائص التوحد لدى الأطفال . (مرهج 2001 ، 15 - 16) .

6 - 2 - 7 - التلوث البيئي :

ونقصد به العوامل الخارجية أي تلوث ال بيئة بسبب (المعادن السامة كالزئبق والرصاص واستعمال المضادات الحيوية بشكل مكثف أو تعرض للالتهابات أو الفيروسات وغيرها من الأسباب) . (الحكيم 2004 ، 33)

قد يتعرض الطفل للتلوث البيئي أثناء فترات حرجة من مرحل تطور الطفل مما يؤدي إلى ظهور العديد من المشكلات التي قد تؤثر على القدرات المختلفة للطفل مثل المشي والنطق وبعض أشكال السلوك التوحدي ، ومن هذه الملوثات :

أ - الزئبق (Mercury) : يشير البعض أن التسمم بالزئبق قد يؤدي إلى التخلف العقلي وعدم أئزان عضلي وعصبي وظهور بعض أعراض التوحد .

ب - مادة (Thiromersal) : وهي مادة حافظة للمطاعم حيث يرى الباحثين أن الإصابة بالتوحد لا يعود للمطاعم نفسها وإنما لهذه المادة .

ج - الرصاص (Lead) يؤدي التسمم بالرصاص إلى تأثيرات سلبية على النمو ويؤدي إلى ظهور مشكلات سلوكية عديدة .

د - التسمم بأول أكسيد الكربون (Monoxide) تؤدي إلى تشوهات خلقية وتلف في خلايا الدماغ ووفاة الجنين واضطرابات في الحركة سواءً في مرحلة الحمل أو في المرحل النمائية الأولى من العمر . (الشيخ ذيب ، 2005 ، 11)

6 - 2 - 8 - الأدوية والعقاقير :

يعتبر تناول الأم للأدوية والعقاقير أمراً غير مرغوب فيه بشكل عام ، حيث قد تؤدي إلى العديد من المخاطر مثل تلف خلايا الدماغ و الإصابة بالتوحد ولعل من أبرز الأدوية دواء

(Thalidomise) (الشيخ ذيب ، 2005 ، 10)

6 - 2 - 9 - أسباب إدراكية و عقلية :

قد ينتج التوحد نتيجة عدم تطوير الأفكار و عدم اكتمال نمو الأفكار بشكل يواكب النمو الطبيعي لمختلف النظم الإدراكية والمعرفة التي تنمو بشكل طبيعي جنباً إلى جنب الأفكار وبذلك فغياب نمو هذه الأفكار لا يسمح للطفل بحل المشكلات التي يواجهها في المواقف الاجتماعية للحياة اليومية وفي نفس الوقت لا يستطيع الفهم بأن الآخرين لديهم أفكار ومشاعر يمكن قراءتها من خلال الإشارات و الإيماءات و أوضاع الجسم . (الشيخ ذيب ، 2005 ، 10)

ويرى أصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد سببها اضطراب إدراكي نمائي حيث أشارت بعض الدراسات أن أطفال التوحد لديهم انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة و التي ترجع بدورها الى انخفاض قدرتهم على الإدراك فضلاً عن اضطراب النطق و اللغة ووجدت الباحثة 1987 leslie بان المشكلة الرئيسية لأطفال التوحد هي افتقارهم للقدرة على تفهم الناس الآخرين و فهم أنفسهم ، و معظم الأفراد الطبيعيين لديهم معلومات عن أنفسهم ، كما أن الطفل التوحدي لا يفهم

كيف يؤثر سلوكه في أفكار و معتقدات الناس الآخرين و بموجب هذه النظرية فان أطفال التوحد ليس لديهم عالم حسي فضلا عن افتقارهم للجانب الاجتماعي و التواصل مع الآخرين و لديهم مشاكل في الجنب المعرفي و الاجتماعي . (الجلي 2005 ، 50)

ويرى أصحاب هذه النظرية أن التوحد هو عدم القدرة على تنظيم استقبال الرسائل ذات العلاقة بالإحساس وهذا ما يجعل استحالة التوحيدين الصغار من تطوير أفكار مرتبطة أو ذات معنى للحياة الخارجية المحيطة بهم ، هذا التقلب و التحول في ما يدرك بالحواس له بعض الموافقين اليوم بالرغم أنهم لم يعرفوا أبداً الطبيعة الدقيقة لهذا الاستقبال الحسي غير الثابت. (السعد 1992، 19)

7 - التوحد وعلاقته ببعض اضطرابات الطفولة:

إن معظم الباحثين المهتمين بتشخيص إعاقة التوحد يشيرون الى تشابه السلوك المرتبط بها مع الإعاقات الأخرى و يهمننا هنا الإشارة الى العلاقة بين إعاقة التوحد وكل من الإعاقة العقلية و فصام الطفولة و اضطرابات التواصل و الاضطرابات السمعية البصرية و ذلك على النحو التالي:

7 - 1 - إعاقة التوحد و علاقتها بالإعاقة العقلية :

يعاني 75% - 80% من أطفال التوحد من التخلف العقلي وان 15%-20% يعانون من التخلف ا لعقلي الشديد و بنسبة ذكاء اقل من 35 درجة وان اكثر من 10% من

التوحيدين لديهم ذكاء أعلى من المتوسط أو شذوذ في القدرات العقلية كما أن معظم أطفال التوحد لا يستطيعون الإجابة على اختبارات الذكاء بشكل مضبوط فنجد أن أداءه جيدا في اختبارات القياس المهارات البصرية و لكن أداءه ضعيفا في اختبارات اللغوية و تفسير ذلك يعود الى أن اختبارات الذكاء صممت على الأطفال الطبيعيين و ليس على أطفال التوحد

إن مظاهرا لتوحد تشبه في بعض سلوكياتها الى حد كبير سلوكيات الإعاقة العقلية و هنا لا بد أن نشير الى عدد من النقاط التي ينفرد بها التوحد و يتميز عن الإعاقة العقلية :

• الأطفال المعاقون عقليا يكونون متعلقين بالآخرين و لديهم الى حد ما بعض الوعي الاجتماعي في حين يختفي هذا السلوك لدى أطفال التوحد بالرغم من تمتعهم بمستوى ذكاء متوسط

- أطفال التوحد لديهم القدرة على أداء المهام غير اللفظية وخاصة ما يتعلق بالإدراك الحركي و البصري كما أنهم يتمتعون بمهارات التعامل مع الآخرين في حين لا يتمتع المعاقون عقليا بمثل هذه المهارات
- يتباين أطفال التوحد و الأطفال المعاقون عقليا من حيث النمو اللغوي و القدرة على التواصل وذلك من حيث مقدار ومدى استخدام اللغة في التواصل فالمعاقون عقليا لديهم قدرة لغوية و استخداماتهم للغة تتناسب مع مستوى ذكائهم في حين أن الأطفال المعاقين عقليا قد ينعدم وجود اللغة لديهم و حتى إن وجدت فان استخدامها يكون شاذا
- أطفال التوحد يعانون من عيوب جسمية بنسب اقل بكثير من تلك التي يعاني منها الأطفال المعاقين عقليا
- أطفال التوحد تبدو عليهم بعض المهارات الخاصة مثل التذكر و عزف الموسيقى وممارسة بعض الفنون في حين لا يتمتع المعاقون عقليا بأية مهارة من التي ذكرت
- يتضمن سلوك الأطفال التوحديين بعض السلوكيات النمطية الشائعة مثل حركات الذراع أمام العينين و الحركات الكبيرة مثل التأرجح في حين يختلف السلوك النمطي الذي يظهره الأطفال المعاقون عقليا عن نظرائهم لدى أطفال التوحد (الجلي 2005 ، 50)

ونلخص الفرق بين التوحد والمتخلف عقليا بما يلي :

في حالة التخلف العقلي فان الطفل يظهر التذني ملحوظ في مستوى قدراته في مختلف المجالات بينما في حالة الطفل المتوحد فانه يظهر أداءً مرتفعاً في القدرات الموسيقية و الحسابية و الميكانيكية المختلفة و كما أن الشخص المعاق عقليا لا يعاني من عدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية حتى مع اقرب الناس إليه ولا يظهر البرود العاطفي كما هو الحال في اضطراب التوحد (الراوي ، حماد 1999 ، 50)

2.7 - إعاقه التوحد و علاقته بفصام الطفولة :

ينظر العديد من العاملين في الميدان النفسي الى أن الفصام و التوحد مصطلحان لاضطراب واحد خصوصا عندما يظهران في السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل و لذلك أطلق العديد منهم مفهوم فصام الطفولة للإشارة الى الطفل المتوحد و لكن أظهرت الدراسات و الأبحاث في هذا المجال أن الفرق بين الحالتين كبير جدا فالتوحد يعتبر اضطراب سلوكي أما الفصام يعتبر اضطراب ذهني (الراوي ، حماد 1999 ، 52)

كانت البداية في التعرف على اضطراب التوحد هي استخدام أعراضه كأحد الأعراض الرئيسية في اضطراب الفصام ، الانسحاب أو الشعور بالوحدة النفسية ، و لذلك كان افتراض حدوث خلط بين أعراض الاضطرابيين وارد و لا بد من التفريق ما بين الإعاقتين على النحو التالي:

- الفصاميون قادرون على استخدام الرموز في حين أن أطفال التوحد ليس بإمكانهم ذلك
- أطفال التوحد لا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين و يرفضون الاستجابة للأشخاص و البيئة بينما الأطفال الفصاميون بإمكانهم إقامة علاقات مع الآخرين و علاقاتهم بصفة عامة مع البيئة قلقة و مشوشة .
- الأطفال الفصاميون يعانون من الهلوسات و الأوهام و فقدان الترابط للكلام و هذه الأعراض لا يعاني منها أطفال التوحد.
- تبدأ أعراض التوحد في الظهور قبل الشهر الثلاثين بينما أعراض الفصام تظهر في بداية المراهقة أو في عمر متأخر من الطفولة .
- وفيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في الإصابة باضطرابات التوحد تشير النتائج الى أن نسبة الإصابة بين الذكور و الإناث هي تقريبا 4:1 في حين يتساوى الذكور و الإناث في نسب الإصابة بالفصام .

و لوحظ حدوث حالات الاكتئاب في بداية المراهقة أو الحياة الراشدة و في حالة التعرض لضغط نفسي أو اجتماعي سيظهر المريض أعراضاً كتاتونية و خاصة التهيج أو اخذ وضع ثابت أو يظهر حالة ذهانية غير نوعية مع ضلالات و هلاوس و لكنها جميعا تزول بزوال الضغط . (الجليبي 2005 ، 52)

و يمكن التفريق بين الطفل المتوحد و الطفل الفصامي بما يلي:

- 1 - تبدأ أعراض الفصام و التوحد في أعمار مختلفة ففي حالة الفصام يظهر الاضطراب عند الأطفال من عمر خمس سنوات فما فوق ، أما في حالة التوحد فتظهر الأعراض منذ الأشهر بل الأسابيع الأولى من عمر الطفل و قد تظهر بوضوح في سن الثلاث سنوات و لكن الاستعداد لها يلاحظ منذ الأشهر الأولى من العمر.
- 2 - في حالة الفصام فان اللغة تتطور بشكل مقبول بوجه عام أفضل كثيرا مقارنة مع حالات التوحد ، فاشخص الفصامي يكون عنده الاضطراب في التفكير و استخدام المفردات بشكل غير صحيح و في غير مواقعها ، أما الشخص المتوحد فان اللغة لديه تكون ضعيفة جدا و تكون على شكل ترديد لبعض المفردات أو الجمل بدون وعي لمعناها
- 3 - كما أشار روتر 1978 rutter الى أن الفصامي يتصف بتطاير الأفكار و الأوهام و الهلاوس خصوصا في سن الرشد أما التوحد فلا يظهر أي مما سبق . (الراوي ، حماد 1999 ، 52)

7-3 - إعاقة التوحد و علاقته باضطرابات التواصل :

يرى العديد من الباحثين الى أننا نتوقع وجود تشابه بين إعاقة التوحد و الاضطرابات اللغوية ذلك أن اضطرابات اللغة و الكلام و الجوانب المعرفية هي مظاهر أساسية في تشخيص إعاقة التوحد و بسبب هذا التشابه فإنه يتم الخلط بين التوحد و هذه الاضطرابات أحياناً ، و قد أشارت الدراسات الى أن هناك أوجه تشابه بين اضطرابات اللغة الاستقبالية و اضطرابات اللغة التي يظهرها أطفال التوحد و لكن يمكن التمييز بين أعراض الاضطرابين و هذا التمييز يمكن التعرف عليه من خلال أن الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل مع الآخرين بالإيماءات و بتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام بينما ، لا يظهر أطفال التوحد أية تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية مصاحبة و قد تظهر المجموعتان في إعادة الكلام و ترديده غير أن أطفال التوحد مميزين بترديدهم للكلام و خاصة ترديد أواخر الكلمات اكثر، و في حين يخفق أطفال التوحد في استخدام اللغة كوسيلة اتصال يكون بإمكان الأطفال المضطربين لغوياً أن يكتسبوا مفاهيم اللغة الأساسية و الرموز غير المحكية و يحاولون التواصل مع الآخرين، و هكذا يمكن النظر الى القدرة على التعلم أو القابلية للتعلم و القدرة على التعامل مع الرموز على أنها قدرات فارقة و مميزة بين أطفال التوحد و الأطفال المضطربين لغوياً . (الجلبى 2005 ، 53)

7-4 - إعاقة التوحد و علاقته بالاضطرابات السمعية و البصرية :

من بين الأعراض و السلوكيات الثانوية التي قد يظهرها الأطفال المعاقون سمعياً السلوك الانسحابي و الانزعاج من تغيير الروتين أو بعض السلوكيات الأخرى المشابهة و هم في هذا قد يشتركون مع بعض سلوكيات أطفال التوحد .

مع فارق جوهري هو أن السلوك الانسحابي و الانزعاج من تغيير الروتين و ما الى ذلك من أعراض أولية و أساسية لدى أطفال التوحد، و علاوة على ذلك فإن أطفال التوحد لا يعانون من الصمم في الأعم و الأغلب، و من الناحية الأخرى قد يظهر الأطفال المعاقون بصرياً بعض السلوكيات الدالة على الاستثارة الذاتية و الحركات النمطية و هم في ذلك يشبهون ما يقوم به أطفال التوحد فضلاً عن استجابة أطفال التوحد للمنبهات البصرية قد تشير الى إصابتهم بإعاقة التوحد .

7-5 - التوحد و علاقته بالصرع :

إن حوالي 31% من أطفال التوحد يعانون من الصرع و يبدأ من مرحلة الطفولة أو المراهقة ، و درس باحثون الوقت الذي تظهر فيه بدايات التوحد و وجدوا أنه يبدأ عندما يقوم الجهاز العصبي بعم له و وجد أن الذين تحدث لهم النوبات الصرعية غالباً ما يقل معامل ذكائهم عن (50) ، و لوحظ أن أكثر من حالات التحد يوجد

لديهم تاريخ نوبات صرعية و معظم أعراض الصرع تتجلى في فقدان الوعي و التنسج و الاهتزاز، و التخطيط الكهربائي بإمكانه أن يثبت ذلك

7-6 - الكروموسوم X الهش :

إن حوالي 10% من اطفال التوحد لديهم أعراض ذلك (الكروموسوم X الهش) ، و معظمهم من الذكور، و يكون ذلك بسبب الاختلال في الكروموسومات و الذي يظهر فيه النقص و الهشاشة و يعاني معظم الأطفال من التخلف العقلي و مظاهر التوحد و بعض من الإعاقة الفيزيائية .

7-7 - تصلب الأنسجة :

و سبب ذلك يعود الى الاختلالات الجينية التي تسبب النمو غير الطبيعي لأنسجة الدماغ ، و يحدث ذلك لحالة واحدة لكل عشرة آلاف ولادة و حوالي ربع هؤلاء الأطفال من التوحيدين . (الجلي 2005 ، 53 - 54)

8- تشخيص التوحد :

تعرف المشكلات النفسية بوجه عام بأنها صعوبات في علاقات الشخص بغيره أو في إدراكه عن العالم من حوله أو في اتجاهاته نحو ذاته ، أو عندما يحكم عليه الآخرون في البيئة المحيطة بأنه غير فعال أو مدمر أو غير سعيد الخ وهذا ما يحدث مع الأطفال (الشناوي ، 1998 ، 139)

فالمشكلات والاضطرابات المتعلقة بسلوك الطفولة تتنوع وتختلف، ومن أحد الطرق للإلمام بهذه المشكلات وأنواعها ومدى انتشارها التركيز على معرفة ما يريد المتخصصين من الأطباء وخبراء العلاج النفسي في المستشفيات والعيادات العامة والمؤسسات الاجتماعية والتربوية من حالات لمعرفة أنواع الاضطرابات التي تصدر عنها . (ابراهيم ، 1994 ، 381)

فالتشخيص هو التقييم العلمي الشامل لحالة مرضية محددة ، ويتضمن المعلومات والأعراض بنوعها (الكمي والكيفي) و يتم بوسائل متعددة منها الاختبارات المقننة و غير المقننة ، و المقابلة و دراسة الحالة و الملاحظة و السجل المدرسي ، و الظروف العائلية ، و السجل الطبي و التقييم العصبي ، و يشير بدقة الى أسباب العلة المباشرة و غير المباشرة . (ياسين ، 1990 ، 105)

و قد عرف الطب النفسي عند الطفل في العقدين الأخيرين تقدما كبيرا في مجال المعرفة السريرية و البحث ، و استطاع أن يتخلص نهائيا من نماذج الطب النفسي عند البالغين من حيث أعراض و تصنيف الأمراض ليكتسب هويته الخاصة في السريريات ، و في الوقت ذاته وسع حقول تحرياته بشكل كبير .

فعلى المستوى السريري تم تحديد إصابات جديدة و تم إعادة وضعها في سياق نمو الطفل ، في الوقت الذي درست فيه الطريقة التي تؤثر بها الآليات المرضية على نمو الطفل ذاته ، و كمثل على ذلك تم عزل الذهانات الطفلية على أنها إصابات ذاتية للطفولة المبكرة التي تضم أيضا التوحد ، و درس أثرها على قطاعات النمو المختلفة :اللغة ، النمو الذهني ، القدرة على التعلم خاصة في الم جال الدراسي . (فيراري 2000 ، 3)

إن تشخيص التوحد يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد، مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة. حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل، ولمهارات التواصل لديه، ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور. ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من السلوك التوحدي يوجد كذلك في اضطرابات أخ رى. ولذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة، حيث يمكن أن يضم هذا الفريق:

- طبيب أعصاب .
- طبيب نفسي .
- طبيب أطفال متخصص في النمو .
- أخصائي نفسي .
- أخصائي علاج لغة وأمراض نطق .
- أخصائي علاج مهني .
- أخصائي تعليمي .

كما يمكن أن يشمل الفريق المختصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد. (أبو العزائم 2003 ، نت)

وفيما يلي عرض لأهم مراحل والاختبارات التشخيصية لاضطراب التوحد:

8 - 1 مرحلة التعرف السريع على الطفل التوحدي:

وتشتمل على مرحلتين :

أولاً : المرحلة التي يلاحظ بها الآباء و الامهات أو ذوي العلاقة بالطفل بعض المظاهر السلوكية غير الاعتيادية و خاصة تلك المظاهر التي لا تتناسب مع طبيعة المرحلة العمرية التي يمر بها الطفل و تكرار تلك المظاهر و شدتها ومن هذه المظاهر:

ضعف النمو ال لغوي ،ضعف التطور في المهارات الذكائية و ضعف الجانب الاجتماعي.

ثانياً: مرحلة التأكد من وجود مظاهر السلوك التوحدي لدى الأطفال المشكوك بهم

و ذلك من خلال عرضهم على فريق متخصص من الأخصائيين و يشمل الفريق الأخصائي النفسي،طبيب أطفال يعرف بالتوحد،أخصائي القياس التربوي ،أخصائي علاج النطق،أخصائي قياس السمع ،أخصائي اجتماعي و يلعب الوالدان دورا حيويا هاما في عملية التشخيص و ذلك من خلال تقديم المعلومات عن التاريخ التطوري للطفل و أنماطه السلوكية

ولان التوحد اضطراب يعرف سلوكيا فان من الصحيح القول بأنه كلما زاد عدد الأخصائيين الذين يلاحظون سلوك الطفل في أوقات مختلفة و أوضاع متنوعة زادت احتمالات التشخيص للتوحد بشكل صحيح

و لتحديد طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه الطفل يجب على الأخصائيين أن يحددوا أيضا الاضطرابات التي لا يعاني منها الطفل و تعرف عملية مقارنة الأنماط السلوكية للطفل الذي يراد تشخيص حالته بالأنماط السلوكية التي تلاحظ عادة في الاضطرابات الأخرى بعملية (التشخيص الفارقي) و التخلف العقلي و الاضطراب اللغوي حالتان يجب التأكد من عدم وجودهم ا قبل تشخيص الاضطراب على انه توحّد ، كذلك يجب فحص الطفل للتأكد من عدم وجود مشكلات جينية أو طبية مثل الفينيل كيتونوريا (PKU) و متلازمة الكروموسوم الهش حيث يصاحب هذان الاضطرابان التوحد في بعض الحالات ، و يمكن للمعلم أن يقوم بدور كبير في عملية التشخيص من خلال تدوين ملاحظاته حول السلوك العام للطفل لكونه يقضي معه ساعات عديدة في اليوم و بإمكانه أن يقيم سلوك الطفل و مقارنته مع الأطفال الآخرين و يتلمس مستوى تقدمه و انجازه بالمقارنة مع الأطفال الآخرين في صفه ويمكن أن يستخدم المعلم العديد من أدوات الملاحظة و الاختبارات لتقييم مستوى نمو الطفل و انحرافه عن مستويات النمو الطبيعية كما يمكن للأخصائي النفسي أن يقيم الوظائف العقلية و اللغوية و الحركية و المهارات الاجتماعية باستخدام الاختبارات الخاصة باختبارات الذكاء تستخدم في تقدير القدرات العقلية العامة و القدرة على التعلم فضلا عن قياسا و تحديدها لمستوى ذكاء الطفل أما الاختبارات اللغوية فإنها تقيس الوظائف اللغوية و تستخدم لتوضيح الصعوبات الخاصة .

ويعاني أطفال التوحد من صعوبات في الإجابة على بعض الاختبارات بسبب الاضطرابات السلوكية و الحساسية من الفشل ، و انجازهم غالبا ما يكون غير صحيح و يكون سلوكهم إما الانسحاب أو العنف (الجليبي 2005 ، 57 - 58)

و استخدمت أدوات عديدة في تشخيص و تقويم الأطفال التوحديين ومنها اختبارات لأعراض التشخيص ،و لتقويم النمو ،و التكيف، و التواصل ،و اللغة و الإدراك و

بإمكان المربين و الباحثين استخدامها إما للتعرف على جوانب النمو المختلفة و البيئة و العائلة و تقدير التغير في أبعاد السلوك و ال نمو و مدى الاستجابة للبرامج التربوية المختلفة و فيمل يلي تفصيل لأهم الاختبارات :

8 - 2 المجموعة الأولى: اختبارات التقييم الشخصي:

1 قائمة تشخيص التوحد AUTISM DIAGNOSTIC INTERVIEW

بنيت القائمة من قبل LORD RUTTER & LECOUTOUR وتستخدم مع الأطفال و المراهقين الذين لديهم اضطرابات في النمو و أجريت أبحاث لاستخراج الخصائص السيكومترية للقائمة فاستخرج الثبات من خلال تطبيق القائمة على 10 أطفال للتوحد و بلغ متوسط أعمارهم 49 شهرا و (10) أطفال معوقين عقليا و يعانون من الضعف في اللغة و بمتوسط عمري قدره (50) شهرا و وجدوا أن الصدق الداخلي و معاملات الارتباط الداخلية كانت عالية و جيدة و أثبتت النتائج بان القائمة ثابتة و صادقة في تشخيص التحد لأطفال ما قبل المدرسة و بإمكان استخدام القائمة في البيت من خلال زيارة المعالج الذي يبدأ بزيارة العائلة و توفر الزيارة فرصة اللقاء مع الطفل و التعرف على إحساسات العائلة و يستغرق التطبيق عدة ساعات

2 استمارة الملاحظة لتشخيص التوحد قبل الكلام PARALINGUISTIC AUSTISM DIAGNOSTIC OBSEVATION SCHEDULE

بنيت الاستمارة من قبل DILAVORE, LORD & RUTTER وهي استمارة ملاحظة لتشخيص الأطفال الذين ليس بإمكانهم القدرة على الكلام و استخدام اللغة و ليس لديهم مظاهر التوحد .

و تطبق الاستمارة على الطفل و بمساعدة أهله وهذه الأداة تزودنا بالفرصة لملاحظة المظاهر الخاصة كالسلوك الاجتماعي و الانتباه و التخيل و التفاعل و المشاركة مع الاختبار و استخرجت القدرة التمييزية للاستمارة من خلال تطبيقها على اطفال التوحد العاديين . (الجلي 2005 ، 60)

3 مقياس التقدير للتوحد الطفولي CHILDHOOD AUSTISM RATING SCALE

بني المقياس من قبل SCHOPLER, REICHLER, DEVELLIS & DALY واستخدم في تحديد الأطفال المعوقين و التوحديين الذين هم بحاجة الى البرنامج التعليمي (TEACH) و تتكون هذه القائمة من 15 فقرة و تغطي عدة جوانب منها :

العلاقات مع الآخرين ، العاطفة ، التقليد ، التكيف مع البيئة ، الاستجابات البصرية ، التواصل اللفظي و غير اللفظي ، مستوى النشاط ، الانطباعات العامة .

و عن طريق الملاحظة يتم الإجابة على مفردات القائمة عن طريق سلم تقديري يحتوي على سبع درجات تتدرج في شدة و درجة وجود السلوك للكلمة على درجة و شدة الحالة التي يعاني منها الطفل المتوحد و فيما إذا كان توحد بسيط أو شديد أو متوسط . (الراوي ، حماد ،1999 ، 56)

4 مقياس تقدير التوحد autism rating scale

صمم المقياس من قبل Gilliam & Janes 1995 ليستخدم من قبل المعلمين و المهنيين و العائلة في تحديد و تشخيص التوحد و لمختلف الأعمار الزمنية اشتمت فقرات المقياس بالاعتماد على الدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية و وضعت الفقرات في أربع مجاميع:

- السلوك النمطي
- التفاعل الاجتماعي
- التواصل
- الاضطرابات النمائية

و للمقياس ثلاث درجات التي تصف و تقيس السلوك ، أما الاختبار الرابع و الذي يقيس الاضطرابات النمائية فهو يتضمن مجموعة من البيانات التي تشمل تطور نمو الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى . استخرج الصدق و الثبات للأداة من خلال التعرف على الارتباطات الداخلية بين الفقرات و التي تراوحت بين 0.8-0.9 .

5 - أداة التخطيط التعليمي من أجل مسح التوحد autism screening instrument for educational planning

بنيت الأداة من قبل kurg ,arick&almond وهي تعد من الأدوات الشائعة للتقويم و التخطيط التعليمي لأطفال التوحد تكونت القائمة من 5 مكونات للتعرف على المظاهر السلوكية للتوحد من عمر 18 شهر فأكثر و المكونات هي الحواس ،العلاقات ،التعرف على أجزاء الجسم ،اللغة ،العناية الذاتية فضلا عن تقويمها للتفاعل و التواصل و التعلم و هي أداة يمكن أن يستخدمها المدرس في تقديره للمهارات و الاستعدادات الأكاديمية التي يلمسها في تفاعله مع الطفل في الفصل و تقديره لمستواه التحصيلي و سلوكياته في المواقف المختلفة و في تعاملها و موضوعياتها تثري عملية تخطيط البرنامج التعليمي الفردي و في التخطيط اليومي للأنشطة التعليمية في الفصل و تزودنا الأداة بمخطط للقدرات و السلوك اللفظي و التفاعل الاجتماعي و المستوى التربوي و وجد أن هناك علاقات قوية ارتباطية بين أجزاء الاختبار للتمييز بين المجموعات في مختلف المواضيع .

6 - أدوات قياس التقدير السلوكي لأطفال التوحد و الشواذ behavioral rating instrument for autistic and typical children

وضعت القائمة من قبل rutten و تتضمن ثمانية مقاييس (العلاقات و الروابط مع الآخرين ،التواصل،النطق،التخاطب،التجاوب الاجتماعي،القدرة الحركية البدنية ،النمو النفسي العضوي)و لكن قدرة هذا المقياس على إنتاج أهداف علاجية محدودة للغاية .

7 - نظام ملاحظة السلوك behavior observing system

وضع من قبل baron cohen , allen & gillberg 1992 و تستخدم للتعرف على طفل التوحد و ليس للتشخيص و تبدأ بشكل مبكر من عمر 18 شهر و يستغرق تطبيق القائمة ما بين 5-10 دقائق ، و بالإمكان تطبيقها من قبل عدة أشخاص و يتم العلاج و التدخل التربوي الفعال بعد عمر 3 سنوات تحتوي القائمة على تسعة أسئلة يتم الإجابة عليها بنعم أو لا و يمكن للعائلة الإجابة عليها وهذه القائمة تقدم للمعالجين البرنامج التربوي الذي بالإمكان البدء به شهريا أو سنويا بعد وضوح جميع الأعراض و منها :

- الافتقار الى اللعب .
- لافتقار الى الانتباه .
- الافتقار الى اللعب الجماعي .
- الافتقار الى الاهتمامات الاجتماعية .
- الافتقار الى تطبيق الأوامر .
- الضعف في النمو الحركي .

و أثبتت دراسة عام 1996 بان فشل الطفل في ثلاث فقرات من القائمة بعمر 18 شهر فانه يعد لديه مخاطر التوحد وانه بحاجة الى التربية الخاصة مقارنة مع نماذج التأخر في النمو .

8 - قائمة التقييم السلوكي المختصر the behavioral summarized evaluation

و تتكون من 20 فقرة في استمارة واحدة و لكل فقرة مقياس تقديره من (5 درجات هي صفر) لا يحدث أبدا ،1:يحدث أحيانا ،2:كثيرا،3:كثيرا جدا ،4:دائما) ويمثل كل بند سلوكا من السلوكيات التي تمثل أعراض التوحد و يقدر مجموع الدرجات بمقدار (65)درجة وهي أداة تستخدم مع الأطفال الذين يعانون من التوحد و التخلف العقلي معا من أعمار (2-15) سنة و تملأ الاستمارة بواسطة أخصائي نفسي على أساس ملاحظة مقننة و يستخدم النتائج في عمل التشخيص المبدئي للحالة و في وضع الخطوط العريضة للتدخل العلاجي . (الجلي 2005 ، 63)

9 . قائمة التوحد السلوكي autism behavior checklist

تم تطوير هذه القائمة من قبل كل من روك و رايبك و الموند crug و aric,almond, وتحتوي هذه القائمة على 75 فقرة تغطي جوانب مختلفة لدى الطفل وهي عبارة عن عدد من أشكال السلوك و الاستجابات المختلفة التي يقوم بها الطفل المتوحد بالعادة و قد تم تقسيم تلك الفقرات على شكل خمس أبعاد و هي الإحساس ،التعلق ،الجسم و استخدام الاشياء المختلفة ،اللغة ،الجوانب الاجتماعية و العناية بالذات . (الراوي ، حماد 1999 ، 56)

10 . المقابلة المنقحة لتشخيص التوحد revised autism diagnostic interview

وهي قائمة مقابلة لتشخيص اطفال التوحد و تستخدم من قبل عوائل الأطفال بنيت القائمة من قبل lecoutour و تستخدم لتقييم السلوك للأطفال من عمر خمس سنوات و يستغرق تطبيقها ما بين ساعة و نصف الى ساعتين و تركز القائمة على التفاعل الاجتماعي و الاتصال و اللغة و السلوك النمطي و التكراري . (الجلي 2005 ، 64)

8 - 3 . المجموعة الثانية :

اختبارات تقويم النمو developmental assessment

من الاختبارات الشائعة الاستخدام في التشخيص اضطراب التوحد مايسمى بمقياس النمو الذي يصف عدة جوانب تتعلق بالنمو لدى الطفل و مقارنة تلك الجوانب مع ما يفترض أن يقوم به الطفل في الوضع الطبيعي و تتكون تلك المقاييس من عدة جوانب بحيث يغطي كل جانب عدة فقرات بحيث تصف كل فقرة مجموع ة من السلوكيات أو الاستجابات المختلفة . (الراوي ،حماد 1999 ، 57) و تشمل الأدوات التالية :

1 . المخطط النفسي التعليمي psycho educational profile

صمم من قبل schopler ,reichles&marcus و يقوم بتقييم مظاهر النمو للأطفال الذين لديهم توحد أو اضطراب في النمو و يستخدم المخطط مع الأطفال الذين هم بعمر ما قبل المدرسة أو في عمر زمني يمتد ما بين 6 أشهر و لغاية 12 سنة و توجد صورة منه للمراهقين و الكبار و يحتوي المخطط على (131)فقرة ،للنمو و (43)فقرة للسلوك و يتراوح الوقت لتطبيق القائمة ما بين 45 دقيقة – ساعة و نصف ، و يقيس المخطط سبعة مجالات وظيفية و هي (التقليد ، الإدراك الحسي ،التوافق الحركي الكبير ، تأزر اليد مع العين ،الجانب المعرفي العملي) كما يقيس أربعة مجالات سلوكية هي :

العلاقات الاجتماعية، الحسية، اللعب، اللغة فضلا عن قياس المهارات الوظيفية و السلوكيات وتس تخدم نتائج تطبيقه في تبني الاستراتيجيات العمل مع الأطفال و أنشطة المدرس في الفصل و الأبوين في المنزل .

2 - المقاييس الرئيسية للنمو لجنوب كاليفورنيا :

بنيت المقاييس من قبل مركز جنوب كاليفورنيا قسم التربية و التشخيص عام 1985 و تقيس هذه المقاييس النمو المعرفي، التواصل، السلوك الاجتماعي القدرات العملية و الجانب الحركي، القدرات الحركية الدقيقة معتمدة في ذلك على مبدئين أساسيين .

أ- نظريات النمو و خاصة نظرية بياجيه و مراحل النمو الإنساني التي وضعها بياجيه .

ب- التقنيات التقييمية و التي تهدف الى اختبار القدرات لتقليدية و المعيارية و من الضروري التشجيع على ملاحظة الطفل في البيئة الطبيعية من اجل الوصول الى التقييم النهائي للطفل و التعرف على قدراته في حدود مقاييس النمو.

3 - قائمة النمو المبكر لبرانكس brigrance inventory of early development

بنيت من قبل brigrance عام 1978 و هي محكية المرجع و هي مفيدة لأغراض التقييم و لتحديد الأهداف التعليمية و للإرشاد التربوي ، و يمكن للقائمة أن تقيس عدة مظاهر للنمو من الولادة و حتى عمر سبع سنوات و من أهم المجالات التي تقيسها :

المعلومات العامة، الاستيعاب، النطق و اللغة، التحصيل الأكاديمي، مساعدة الذات، المهارات الحركية النفسية ، و بالإمكان استخدام القائمة المكونة من (98) اختبارا فرعيا من قبل المشخصين و الملاحظين و من اجل الوصول الى المعلومات المطلوبة ينبغي تشجيع الطفل على التكيف و الاستجابة لكل ما هو موجود في البيئة . (الجلي 2005 ، 66)

8 - 4 - المجموعة الثالثة :

تقويم التكيف

vinland adaptive behavior scale مقاييس فاينلاند للتكيف السلوكي

بني من قبل عام 1948 sparrow balla & cicchett يعتبر هذا المقياس من المقاييس الشائعة الاستخدام وخصوصاً مع حالات الإعاقة العقلية بمختلف درجاتها

وهو صالح للاستخدام من عمر شهر إلى عمر 25 سنة ويتألف من 8 أبعاد رئيسية وهي :

الكفاية الذاتية ، ارتداء الملابس ، تناول الطعام التنشئة الاجتماعية ، توجيه الذات ، المهنة ، الاتصال ، التنقل .

ويمكن أن يساعد هذا المقياس على توضيح بعض الجوانب والأبعاد لدى الطفل التوحدي ولكن يجب عدم اعتماده بشكل منفصل في الحكم على الطفل التوحدي لاعتماده على أخذ المعلومات من شخص آخر صاحب العلاقة مع الطفل التوحدي الأمر الذي يترك مجالاً لعدم الدقة والصدق في المقياس . (الراوي ، حماد 1999 ، 62)

8 - 5 - المجموعة الرابعة :

تقويم التواصل

و تشمل الاختبارات التالية :

1- قائمة تطور التواصل:

sequenced inventory of communication development

بنيت القائمة من قبل Hedrick ,prather & robin و تقيس مهارات التواصل المختلفة و بشكل مبكر و تقيس مظاهر اللغة الاستقبالية و التعبيرية و تتضمن فقرات التوزيع العائلي مع فقرات تقدير السلوك .

2 - مقياس اللغة لما قبل المدرسة : preschool language scale

بني من قبل pond & Zimmerman يتكون المقياس من اختبارين معياريين و هما اختبار الاستيعاب السمعي و اختبار التواصل التعبيري ويهدف الاختبارين الى تقويم قابلية الطفل على اللغة التعبيرية و الاستقبالية .

3 - مقاييس رينيل للتطور اللغوي : reynell developmental language scales

بني المقياس من قبل reynell 1987 وهو اختبار للغة و يطبق على الأطفال من عمر سنة الى سبع سنوات و يقيس المقياس اللغة الاستيعابية و التعبيرية و يستخدم بشكل واسع مع الأطفال الذين يعاؤون من التأخر اللغوي ، و مواد الاختبار تشمل مجموعات من الأشياء كلعب الأطفال ، قطع الأثاث ، الملابس ، الحيوانات

،صور من الحياة .يتكون المقياس من جزئيين هما (أ)الذي يقيس الاستيعاب اللفظي للأطفال الاعتياديين.

و الجزء (ب) الذي صمم للأطفال المعاقين .

استخدم المقياس مع اطفال التوحد القادرين على تسمية الاشياء و لكنهم غير قادرين على ربط الأفكار مع بعضها و كان الأطفال التوحديون يعانون من صعوبات في الاستجابة للاختبار الخاص بالاتصال الشخصي و خاصة في فهم أجزاء الكلام المتعلقة بالأشياء و الأفعال (الجليبي 2005 ، 65)

4 - اختبار بيبوي للمفردات المصورة : Peabody picture vocabulary test

بني من قبل dunn &dunn 1981 وهو يقيس المفردات اللغوية للطفل و يقيس الذكاء العام و يستخدم لأغراض التشخيص .

5 التقويم الإكلينيكي لأساسيات اللغة ما قبل المدرسة clinical evaluation of language fundamentals

بني من قبل 1992 second r.semel ، وهي أداة للتحديد و التشخيص و التقويم اللغوي للأطفال ما قبل المدرسة و تقيس القدرة اللغوية التعبيرية و الاستقبالية و التركيبية و التذكر السمعي و يطبق على الأطفال من عمر 3-7 سنوات . (الشيخ ذيب 2005 ، 16)

6 اختبار النويس للقدرات اللغوية the illinois test of psycholinguistic

يمكن تطبيق الاختبار على الأطفال من عمر 2.3-9.3 سنة و يقسم الاختبار اللغة الى جانب مهارات متعددة و بالإمكان قياس كل مهارة على حدا ، مثل فهم الكلمة أو الصورة و الر بط ما بين الصورة و الكلمة و الأفكار التعبيرية بالكلمات أو الإيماءات .

و استخدم الاختبار من قبل tubs 1966 مع الأطفال التوحديين و تم مقارنتهم مع الأطفال الأسوياء و المتخلفين عقليا ، و وجد أن أطفال التوحد يظهرون ضعفا في التعبير الكلامي و الإيماءات . (الجليبي 2005 ، 67)

8 - 6 - المجموعة الخامسة : تقويم مراحل الطفولة المبكرة

وتشمل الاختبارات التالية :

1- مقاييس بايلتي للتطور الطفولي : bayely scales of infant development

بني من قبل bayley و يستخدم لأغراض التقويم التشخيصي في الأعمار المبكرة و لتحديد الأطفال الذين لديهم تأخر في النمو المعرفي و الحركي و طبق المقياس على 1700 طفل منهم 850 ذكر و 850 أنثى من عمر (شهر واحد - 42 شهرا) ووزعوا على شكل مجاميع عمرية و كل مجموعة تمثل ثلاثة أشهر.

و في المقياس عدد من المقاييس الفرعية منها لتقدير السلوك و الأخرى لقياس النمو العقلي و تقويم مختلف أنواع القدرات مثل القدرات الإدراكية – الحسية و التمييز ،الاستجابات للأشياء ،التعلم ،حل المشكلات ،اللفظ ،المفاهيم الرياضية.

و المقياس الحركي يقيس درجة ضبط الجسم و التأزر للعضلات الكبيرة و العضلات الدقيقة و كفاءة الحركات و التقليد و هناك 30 فقرة تقيس السلوك و الانتباه و الاتجاهات و التدابير و الانفعالات .

2 - مقاييس ملن للتعلم المبكر: mullen scales early learning

بني المقياس عام 1997 لتقويم القدرة على التعلم المبكر و النمو الحركي و تقيس المقاييس الاستيعاب اللغوي الحركي و القدرات الإدراكية للأطفال في كافة المستويات و يستخدم الاختبار مع الأطفال من الولادة و لغاية ست سنوات و هناك خمس مقاييس إضافية تتضمن الجانب الحركي الإدراك البصري الحركات الدقيقة اللغة التعبيرية اللغة الاستقبالية نتائج الاختبار تزودنا بتقويم القدرات اللغوية و البصرية و مستويات اللغة الاستقبالية و التعبيرية للطفل و يمكن بموجب ذلك تحديد طرائق التعليم الملائمة و تحديد الأطفال الذين هم بحاجة الى الدعم سواء كان سمعيا أو بصريا و تحديد المشكلات التي يعانها الطفل وخاصة ما يتعلق بالإدراك و الحواس .

و تسهل نتائج المقياس تحديد التفاعل الاجتماعي مع الأطفال و يساعد في تحديد مستويات التعليم و يستغرق تطبيق الاختبار 15 دقيقة لعمر سنة واحدة و ما بين (40-60) دقيقة لعمر خمس سنوات . (الراوي ، حماد ، 1999 ، 35)

3 - قائمة النسخ المبكر early copying inventory

بنيت القائمة من قبل zeitlin & williamsan 1988 وهي أداة ملاحظة لتقويم سلوك النسخ الذي يستخدم من قبل الأطفال الصغار و القائمة تزودنا بجوانب الضعف و القوة للنسخ عند الأطفال .

و تتكون القائمة من (48)فقرة قسمت الى ثلاث مجالات :

التنظيم الحسي – الحركي السلوك الرجعي ،سلوك إدارة الذات و صممت لتستخدم مع الأطفال ما بين (4 أشهر -36 شهرا) .

4- البروفایل النفسربوي لأطفال التوحد psycho educational profile

و هو مقسم الى س ت مساحات للمهارات الوظيفية عند أ طفال التوحد و له ثلاث درجات حيث يقيم و يشخص حالة الطفل من حيث:

- السلوك
- الإدراك و التفكير
- الاستجابة

ويكمن في ضوء نتيجة هذا التقييم تصميم برنامج تطوري للطفل مع الأسرة سواء في البيت أو المدرسة ويهدف الاختبار الى قياس الجوانب التربوية التكيف الاجتماعي تعليم الأطفال مهارات جديدة التكيف مع البيئة تصنيف التقييم و التشخيص تقييم الاختلاف الفردي لكل حالة و يعتمد الاختبار على الملاحظة المباشرة لسلوك كل طفل وتقييم قدراته بدون تدخل المدرب أو الشخص الملاحظ و على أساسه يمكن عمل برنامج تطوري لكل طفل حسب قدراته و إمكاناته الإدراكية و الفكرية و السلوكية . (الجليبي 2005، 68)

8 - 7 . المجموعة السادسة :اختبارات لقياس الذكاء

وتستخدم في هذا المجال اختبارات الذكاء المعروفة والمستخدمه مع الأطفال العاديين ويقدر بناءً عليها درجة ذكاء الطفل ، ويجب الانتباه أننا في تعاملنا مع الأطفال التوحديين يجب أن نركز على اختبارات الأداء غير اللفظية ، والاختبارات التي تركز أو تقتصر فقط على هذا الجانب (الأداء غير اللفظي) وخاصة مع الأطفال الذين لا يستطيعون الكلام ومن الاختبارات التي يمكن أن نستخدمها مايلي :

1. مقاييس وكسلر لذكاء اطفال ما قبل المدرسة.
2. مقاييس وكسلر لذكاء الأطفال .
3. مقاييس القدرة الفارقية differential ability scales
4. اختبار ستانفورد _ بينيه للذكاء.

5. مقياس كولومبيا للنضج العقلي Columbia mental maturity scale
 6. مقياس الذكاء غير اللفظي test of non verbal intelligence
 7. مقياس أيتز غير اللفظي.
 8. بطارية كوفمان kaufmann abc battery (الراوي ، حماد 1999 ،

(53

8 - 8 - المجموعة السابعة:

التقييم الأكاديمي

و يمكن استخدام اختبار المدى الواسع للتحصيل wide achievement range test

و هو اختبار يقيس القراءة و الهجاء و الحساب للأطفال في عمر خمس سنوات فأكثر و هناك نموذجين للاختبار يتم تطبيقه قبل و بعد الاختبار و يستغرق التطبيق ما بين (10-15) دقيقة و هو اختبار مفيد و جيد في قياس المهارات الأكاديمية عند الأطفال الذين يعد انجازهم الأكاديمي اقل من أقرانهم (الشيخ ذيب 2005 ، 69)

8 - 9 - المجموعة الثامنة: التقييم السلوكي

و يتضمن الاختبارات التالية

1- قائمة سلوك الطفل: child behavior checklist

بنيت من قبل Achenbach للأطفال من عمر (4-18) سنة و تقيس مجالين رئيسيين هما: السلوك الداخلي و السلوك الخارجي و لكل مجال أربعة اختبارات فرعية و تستخدم في القياس التتبعي و هناك نسختان تطبق إحداها من قبل الأهل و الأخرى من قبل المعلم .

2- قائمة التحليل السلوكي للحواس: analysis of sensory behavior inventory

بنيت من قبل mortom & wolford 1994 و صممت لجمع المعلومات حول سلوكيات الأفراد و التي تتعلق بالمشيريات الحسية و هناك ستة مشيريات حسية يمكن قياسها و هي :

- ء المشيريات الحسية الملموسة و الذاتية ، و السمعية و البصرية و الشمية و الاشياء المجردة المعلومات المحصلة من الاختبار تساعد في استكمال التحديد الوظيفي للسلوك و في عمل و تصميم استراتيجيات التدخل المؤثر و تتضمن الملائمة و

التعزيز للأفراد و تظهر عملية الاختلافات الحسية و تكرارها لدى الأفراد الذين يعانون من الإعاقة و المشاكل السلوكية.

3 قائمة الشخصية للأطفال : the personality inventory for children

بني من قبل writ ,lachar ,klinedinst &seat 1977 وهو استبيان يتكون من (13) مقياسا فرعيا للتشخيص و (3) مقياس للصدق و يطبق على الأطفال من عمر (3-16) سنة و يمكن تطبيقه من قبل العائلة و يقيس المقياس الاضطرابات الانفعالية التالية (القلق، الانسحاب، الكآبة، تشويه الواقع).

4- البروفيل النفس تربوي للمراهقين الكبار : adolescent and adults psycho educational profile

- الملاحظة المباشرة .
- الاختبار في المدرسة.
- الاختبار في المنزل.
- السلوك المميز لكل حالة .
- المهارات الوظيفية.

و هذا التقييم مقسم الى ست مهارات هي:

- المهارات المهنية .
- المهارات الاستقلالية.
- مهارات وقت الفراغ .
- السلوك المهني.
- مهارات التواصل الوظيفي .
- السلوك الشخصي للمصاب.

و الاختبار يمكن الاستفادة منه وتطبيقه على حالات التوحد من أجل وضع البرامج العلاجية الملائمة. (الجلبي 2005 ، 70)

9 - الأساليب العلاجية المتبعة في علاج اطفال التوحد:

يعرف العلاج النفسي بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه ، وفيه يقوم المعالج المتخصص بال عمل على إزالة الأعراض المرضية أو تعطيل أثرها ، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته واستغلال إمكانياته بحيث يكون أقدر على التوافق النفسي. (العناني ، 1997 ، 173)

وعلى الرغم من أن المعالجين النفسيين قد يتخصصون في أحد الأساليب العلاجية مثل التحليل النفسي ، أو ا لعلاج السلوكي ، أو العلاج المعرفي إلا أن معظم المعالجين النفسيين يركزون إلى الأسلوب الانتقائي في العلاج بمعنى أنهم يستعرضون مختلف الأساليب العلاجية ويختارون منها ما يتناسب وحالة المريض .
(عبد المعطي 1998 ، 364)

فهناك أساليب علاجية عديدة تستخدم في معالجة الأطفال التوحديين ويجب التأكد من انه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد كما انه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج الطفل الواحد و هي ما يأتي :

9-1 - التحليل النفسي :

برونو بتلحيم Bruno Bettelheim كان من أول من اقترح الطريقة النفسية في علاج التوحد مشيراً إلى والدين باردين في عواطفهما ورافضين العلاقة مع الطفل ، وأن هذا هو السبب الرئيسي للتوحد ، وهو يشجع ويدافع على ضرورة نقل الطفل من منزل والديه وإدخاله إلى مصحات أو بيوت داخلية سواء داخل المشفى أو ملحقة لها (كما هو في أمريكا) وطريقته متداخلة مع نفل الطفل من سيطرة الوالدين مع العلاج وتغيير البيئة السكنية بالنسبة للطفل . (السعد 1992 ، 21)

كان استخدام جلسات التحليل النفسي احد الأساليب العلاجية السائدة حتى السبعينات من هذا القرن و كان احد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة ودية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة و هي علاقة تنطلق من افتراض مؤداه أن الطفل التوحدي لم تستطع تزويده بها غير أن هناك تحفظ على هذا الافتراض هو أن هذه العلاقة تحتاج الى سنوات عدة حتى تتطور خلال عملية التحليل النفسي و على أية حال هناك من يرى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين :

الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم و تقديم الإشباع و تجنب الإحباط مع التفهم و الثبات الانفعالي من قبل المعالج .

الثانية: يركز المعالج النفسي تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل و إرجاء الإشباع و الإرضاء .

ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين التحليليين مع الأطفال التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى و تقديم بيئة بناءة و صحية من الناحية العقلية . (الجلبى 2005 ، 105)

9 - 2 - العلاج السلوكي :

هذا المدخل كلن له أثر كبير في تحسن كثير من الأشخاص التوحديين وهو منبثق من نظرية التعلم وهذا التكنيك يؤثر تأثيراً قوياً في البرامج التي تؤسس عليه .

وبالرغم من أنه أساساً مقيد إلى نظام الثواب والعقاب إلا أنه اليوم هناك العديد من الأنظمة السلوكية للعمل مع المعاقين ، كالتعليم الإجرائي والتعليم المعرفي والتعليم الاجتماعي . (السعد ، 1992 ، 23)

يمكن تقديم برامج تعديل سلوك اطفال التوحد للأسباب الآتية:

1- أنها تقدم المنهج التطبيقي للبحوث التي تركز على الحا جات التربوية لأطفال التوحد .

2-تعتمد على أساسيات التعلم و التي يمكن تعلمها بشكل سهل من قبل غير المهنيين .

3-يمكن تعليم اطفال التوحد نماذج من السلوك التكيفي و بوقت قصير ومن السلوكيات التي يمكن تعليمها لأطفال التوحد هي :

- مهارات تعلم اللغة و الكلام .
- السلوك الاجتماعي الملائم.
- مهارات متنوعة من العناية الذاتية .
- اللعب بالألعاب الملائمة .
- المزاوجة و القراءة .
- المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقليد العام .

و تقوم فكرة تعديل السلوك على مكافئة (إثابة) السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة تماما وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطفل .

و ترجع أسباب اختيار العلاج السلوكي للتخفيف من حدة السلوك التوحدي أو التخلص منها الى عدة أسباب وهي:

1-انه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المتخصصين المهنيين و أن يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب و إعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً .

2- انه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبير أو تأثر بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل مع نتائج القياس و انه لا يعير اهتماماً

لحدوث الاضطراب و إنما يهتم بالظاهرة ذاتها دون التعرض لخلافات العلماء حول أصلها و نشأتها.

3- انه أسلوب يضمن نظام ثابت لإثابة و مكافئة السلوك الذي يهدف الى تعليم وحدات استجابة صغيرة متتالية و متتابعة تدريجيا عن طريق استخدام معززات قوية .

4 انه ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرط مقابلة جميع طلباته و توفر الدقة في التطبيق .

و هناك من ناحية ثانية عدة خطوات يتعين الاهتمام بها و ذلك لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب و هذه الخطوات يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

1 - تحديد الهدف .

2 - سهولة التعليمات و مناسبتها للطفل .

3 - حث الطفل على الاستجابة .

4 - مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك .

5 - نوعية المكافئة . (الجليبي 2005 ، 108

3 - التدخلات الطبية – الحيوية :-

يمكن استخدام هذا النموذج البيولوجي الخاص بالتوحد لمعرفة فاعلية مختلف المعالجات الدوائية المستخدمة من عدمها . ولا يمكن هنا عرض دراسة تفصيلية لكل هذه المعالجات ولكن هناك عدد من العناصر البارزة . (أ) الأدوية : أولا ، ليس كل الأشخاص المصابين بالتوحد (مع الاضطرابات المصاحبة) سواء . فلا يزال الطبيب يستند في توصياته على التجربة والخطأ . وإن الأسلوب المنطقي جدا في علاج زيادة المواد المخدرة في الجسم هو استخدام دواء فعال مضاد للمواد المخدرة يتم تناوله بالفم مثل " نالتريكسون " . مع أن التقارير لمن تكن إيجابية على مستوى العالم فقد أوضحت بعض الدراسات (سيفو " 1991 " SCIFO) وجود أثر مفيد ملحوظ عند استعمال الدواء بجرعة مناسبة ومنخفضة . وحيث أن وجود المواد المخدرة عامة (ولكن ليس بصورة حصرية بالطبع) يقلل السريان في الأنظمة الرئيسية في الجهاز العصبي المركزي فإن الأدوية التي تقلل السريان كثيرا (مثل الأدوية المهدئة التي تؤثر على الأنظمة الدوبامينيه) يمكن القول بأنها غير مفيدة . وإن أدوية مثل سلبريد أو هالوبيريدول التي تزيد من السريان الدوباميني عند استعمالها بجرعات منخفضة مناسبة يمكن أن تكون مفيدة . وأن ريسبيريدون سيعزز السريان السيروتونيرجي (من خلال المفعول المشارك 5-

(H T2) ويعزز كذلك السريان الدوباميني (من خ لال مفعول المقاومة D2) ولذلك يبدو واعدًا . توجد العديد من الأدوية المشتركة الاستخدام التي يمكن التكهن بفعاليتها باستخدام هذا النموذج . (شاتوك ، سيفري 2005 ، 12)

9-4 - التدريب على التكامل السمعي :

و تقوم آراء المؤيدين لهذه الطريقة بان الأشخاص المصابين بالتوحد مصابين بحساسية في السمع فهم إما (مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية و لذلك فان طرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص السمع أولاً، ثم يتم وضع سماعات على آذان الأشخاص التوحديين بحيث يستمعون الى موسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (دجيتال) و التي تؤدي الى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حال نقصها

و هذا البرنامج يمكن تطبيقه مرتين في اليوم و بمعدل نصف ساعة و لمدة عشرة أيام متواصلة إن هذا البرنامج غير مؤذ و انه ليس من الواضح فيما إذا كان الإصغاء الى الأصوات العشوائية هو أفضل من الإصغاء الى الموسيقى وليس هناك إثباتات علمية بان العلاج كان ذات فائدة للطفل . (الجلي 2005 ، 117)

9-5 - العلاج التعليمي :

و هو مثل التكنيك الإجرائي يتبع نظرية التعليم ويؤكد على ملاحظة سلوك الطفل ، وبعكس الإجرائي هذا المدخل لايلغي كل المتغيرات غير الملحوظة أو حتى غير المناسبة للتعليم وإنما يتم بها . وبالرغم من أن الإدراك أو المعرفة غير الواضحة صعبة القياس فإن الأفكار والظنون رئيسية لهذه النظرية ، والتي تؤمن بأن وجود هذه الأفكار يتبع نفس القوانين وأنظمة التعليم والسلوك . (السعد 1992 ، 24)

و هو بدون أي مبالغة الطريق و الأمل الوحيد إمام أطفال التوحد حتى الآن و خاصة كنتيجة للاهتمام و التركيز في دوائر البحث العلمي لتحسين إعداده و تدريبه و تنمية قدراته و مهاراته في مجال التواصل اللغوي و غير اللفظي و النمو الاجتماعي و الانفعالي و معالجة السلوكيات النمطية و الشاذة و العدوانية و التدريب على رعاية الذات و التدريب النفسحركي و المهني حتى حقق آلاف أطفال التوحد نجاحاً كبيراً في تحقيق قدر مناسب من الحياة الاستقلالية و حيث بدأت برامج التدخل العلاجي التعليمي مبكراً في حياة الطفل و بالطرائق التالية :

1-طريقة البرنامج التعليمي الفردي : individual educational program

و يعرف على انه برنامج تعليمي خاص مبني إعداده على افتراض أن لكل طفل توحدي احتياجاته التعليمية الخاصة و مستويات نمو متباينة لقدراته المختلفة أو

بالأحرى أن له صورة أو صفحة بيانية profile خاصة تحدد مشكلاته و احتياجاته و العمر العقلي لمستويات نمو كل قدرة من قدراته بالنسبة لعمره الزمني هذا البروفایل يعد بناءاً على قياس و تقييم دقيق لتلك القدرات يقوم بإجراه فريق من الأخصائيين النفسيين و التربويين ليكون أساساً لتخطيط برنامج التعليم الفردي للطفل.

و الفكرة في التربية الخاصة كما نعلم هي أن نهىء الطفل التوحدي البيئة التعليمية الخاصة به و التي تسمح بتعليمه بسرعة أقل من سرعة تعلم الطفل العادي مع التركيز على أنشطة و موضوعات تعليمية و طرق تدريس و تكنولوجيا خاصة به ليتمكن من تعويض القصور الذي تفرضه عليه إعاقة التوحد و على نمو قدراته و يعتمد اختيار الفصل المناسب لمستواه و على درجة تخلفه في كل قدرة من هذه القدرات عن الطفل العادي عندما يلتحق بالمدرسة أو المركز التعليمي و عما إذا كان يعاني من توحّد فقط أو إعاقات أخرى مصاحبة للتوحد و تتطلب أساليب تعليمية و أنشطة فضلاً عن تلك التي تتطلبها إعاقة التوحد كذلك لا بد أن يتضمن برنامج التقييم حصراً توصيفاً دقيقاً للسلوكيات النمطية التي يندمج في القيام بها الطفل التوحدي بشكل متكرر يستن فذ جزءاً كبيراً من وقته و تركيزه ، كذلك تحديداً للسلوكيات الشاذة و العدوانية التي تسبب إيذاء له أو لمخالطيه فالحصر و التقييم لهذه السلوكيات تؤدي الى تضمين البرنامج التعليمي جانباً من وسائل و طرق العلاج تلك السلوكيات التي لو أهملت تحول دون فاعلية البرنامج التعليمي و تحقيق أهدافه . الراوي ، حماد ، 1999 ، 55)

2- طريقة teach :

وهو اختصار ل treatment and education of autistic and related communication handicapped children

و تمتاز هذه الطريقة بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك بل تقدم تأهيلاً متكاملًا للطفل عن طريق هذا البرنامج و إن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد ما بين (5-7) أطفال مقابل معلمة واحدة و مساعدة لمعلمة و يتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل و من مزايا هذا البرنامج انه ينظر الى الطفل التوحدي كل على انفراد و يقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته العقلية – العضلية – العقلية اللغوية و ذلك باستعمال اختبارات مدروسة.

إن هذا البرنامج يدخل عالم الطفل التوحدي و يستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة و حبه للروتين و يهيئ البرنامج الطفل للمستقبل و يدرّبه بالاعتماد على نفسه و إيجاد وظيفة مهنية له و من المهم أن يعرف الوالدان :

- كيف يفكر الطفل التوحدي و ما هو عالمه.
- ما هي وسيلة التواصل المناسبة بالنسبة له .
- كيفية تقوية التواصل الاجتماعي .
- كيفية تهيئة المنزل و البيئة .
- كيف نعلم الطفل المشاعر الانسانية. (الجلي 2005 ، 117)

3 - طريقة فاست فورورد :fast forward

و هي عبارة عن برنامج الكتروني يعمل بالحاسوب و يعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد و تم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة paula tallal على مدى ثلاثين سنة تقريبا و بينت أن الأطفال الذين استخدموا البرنامج قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة .

و تقوم فكرة البرنامج على وضع سماعات على إذني الطفل بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب و يلعب و يستمع للأصوات الصادرة من هذه اللعب و هذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة و الاستماع و الانتباه و بالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية و لم تجر حتى الآن بحوث علمية محايدة لقياس مدى نجاح هذا البرنامج مع الأطفال التوحديين . (الجلي 2005، 118)

9 - 6 - التواصل الميسر : facilitated communication

تشير العالمة روز ماري كروسلي من استراليا الى إستراتيجية محددة في تعليم حالات التوحد الشديد و تعتمد طريقة التواصل الميسر على وجود شخص مساعد يساعد الطفل التوحدي عن طريق وضع اليد على اليد و يقوم الشخص التوحدي بالطباعة على الآلة الكاتبة أو الجهاز الخاص بالتواصل الصوتي و بمساعدة الشخص الآخر .

و قد حظيت هذه الطريقة على اهتمام إعلامي مباشر و تناولتها كثير من وسائل الإعلام الأمريكية و لكن النقد الموجه الى هذه الطريقة ، هو أن الشخص المعالج قد يتدخل أكثر من اللازم و يقوم باختيار الأحرف المناسبة لتكوين جمل تعبر عن عواطفه و شعوره هو و ليس الطفل التوحدي .

و ما يزال هناك جدل حول هذه الطريقة و مدى صحتها و مع هذا فمن الثابت أن هذا النوع من التدريب ناجح و لا يمكن تجاهله لان حاسة اللمس حاسة قوية يمكن الاعتماد عليها في توصيل الرسالة للآخرين . (الراوي ، حماد 1999 ، 57)

9 - 7 - العلاج بالتكامل الحسي sensory integration therapy

وهو مأخوذ من علم آخر هو العلاج المهني و يقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط و تكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم ، و بالتالي فان أي خلل في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس (مثل حواس الشم ، السمع ، البصر ،المس ،التوازن ،التذوق) قد يؤدي الى أعراض توحديّة و يقوم بعلاج هذه الأحاسيس و من ثم العمل على توازنها و لكن في الحقيقة ليس كل الأطفال التوحيديين يظهرون أعراضا تدل على خلل في التوازن الحسي كما انه ليس هناك علاقة واضحة و مثبتة بين نظرية التكامل الحسي و مشكلات اللغة عند الأطفال التوحيديين حيث يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل .

إن هذا البرنامج يتضمن التنفس العميق للطفل ، المساح ،اللمس برفق و استخدام اللمس التي تعين الطفل على الاستجابات التكوينية فضلا عن تدريب ا لدماغ الطفل لتكامل المدخلان لمختلف الأحاسيس لقد جرب هذا البرنامج على (10)اطفال و تم إعطاؤهم (15)دقيقة من العمليات المساجية قبل النوم ، و قرأ على (10)اطفال آخرين القصص قبل النوم و بعد مرور شهر على هذا البرنامج وجد تحسنا واضحا في السلوك الاجتماعي .

ورغم أن العلاج بالتكامل الحسي يعتبر اكثر عملية من التدريب السمعي و التواصل الميسر حيث يمكن بالتأكيد الاستفادة من بعض الطرق المستخدمة فيه

9- 8 - العلاج بالموسيقى music therapy

درست التأثيرات العملية و العلاجية للموسيقى على اطفال التوحد فوجد أن للموسيقى تأثيرا كبيرا على انخفاض النشاط الزائد عند الأطفال و انخفاض مستوى القلق و أنها أفضل بكثير من استخدام الكلام إذ أنها تساعد الطفل على تذكره للاغاني كما أن هذا البرنامج يعد بسيطا و سهلا في تدريب الطفل عليه و ليس له أية تأثيرات جانبية . (الجلي 2005 ، 121)

9- 9 - العلاج بالحمية الغذائية :

ظل آباء الأطفال المصابين بالتوحد والاضطرابات المصاحبة لسنين عديدة يستقصون في آثار الأطعمة المنزوعة الغلوتين والكازيين ، وعموما فقد كان هناك شك في هذه الجهود أو عدم رضا من أغلبية المختصين ، وهناك أطباء ومختصوا تغذية ومدرسون ومختصون آخ رون في الرعاية مستعدون لبحث هذه الأفكار لأنفسهم ولكن الآباء يميلون إلى عدم الاندفاع لمتابعة تلك التدخلات ، وتقدم الدراسات النرويجية دليلا مؤيدا لفاعلية تلك التدخلات ولكن حتى ترد إجابة أخرى فإن المختصين يجدون صعوبة في تقديم موافقة خالصة على تلك الجهود . وقد أكملنا أخيرا المرحلة الإرشادية لدراسة تشمل إزالة الغلوتين من الغذاء (وايتلي

(1997-) ونظرا لأن العدد الكلي للأشخاص الذين يخضعون للاختبار صغير نسبيا فإنه يجب أخذ الحذر في عمل أي نتائج ختامية ولكن كان هناك تناسق وانسجام مدهش بشأن التغييرات التي ذكرها كل مدرسوا وآباء الأطفال الخاضعين للاختبار ، وقد ظهرت أكثر حالات التحسن انسجاما في تطور اللغة والقدرة على التركيز . كما ظهر تحسن في أساليب النوم لدى معظم الأشخاص الذين خضعوا للاختبار . وإذا كان هناك ثمة شيء اتضحت فيه هذه التحسينات أكثر فهو الأشخاص الخاضعين للاختبار والذين تألموا كثيرا .

نحن مترددين في التوصية بهذه الأساليب ودائما نضغط على الأيوين ليشاورا مع طبييهم العام وإذا أمكن مع أخصائي التغذية قبل إجراء تلك التجربة . وعلى كل حال نحن دائما مستعدون للرد على طلبات المعلومات والنصيحة . وذكر العدي من الآباء حدوث ترد في السلوك في البداية في عدد من الطرق وهذه قد تفسر فيما يتصل بآثار السحب . وإن إزالة الأغذية التي قد تؤدي لإنتاج المواد المخدرة يمكن التنبؤ بها لإحداث آثار مماثلة لتلك التي شوهدت عند سحب الأدوية المخدرة من شخص مدمن للمخدرات ، كما ذكر الآباء حدوث قلق والنظر في الفضاء والأطراف الفقيرة والدوار وسوء المزاج بشكل عام ، ولكن هذا لا تدوم أكثر من أسبوعين أو نحوهما . وتفترض ملاحظتنا أن هذه الآثار أكثر وضوحا في الأطفال الصغار ، وتشهير التجربة إلى أن ظهور هذه الآثار السالبة يتعلق فعلا بنتيجة أكثر إيجابية للتدخل . إن التقارير القصصية الواردة من الآباء مشجعة ونحن ندرك أن آلاف الآباء تتم مقابلتهم بهذه الطريقة مع تأييد أطبائهم أو عدمه ، ونحن أيضا مدركون لعدد محدود من التقارير حيث أفاد آباء الأطفال المؤدون بأنفسهم بحدوث تحسينات سريعة جدا ، ولدينا معرفة شخصية بعدد أو حالات أبدى فيها صغار الأطفال حالات تحسن سريعة جدا ولكن لا يمكن اعتبارها نهائية في هذه المرحلة ، وكما نعلم فإن أول حالة تم فيها إعداد طبيب لوصف المواد الخالية من الغلوتين في مركز خدمة الصحة الوطنية (في المملكة المتحدة) للتوحد كان عام 1995 . وعلى الرغم من عدم حصولنا على المعلومات المناسبة فسنفقد ذلك بأكثر من 50% من الحالات التي تم إدخالها والنتائج الملحوظة لوصف هذه المنتجات بهذه الطريقة . وقد حان الوقت بوضوح للشرع في التجارب الإكلينيكية حتى يتسنى قياس فعالية تلك التدخلات وإن دراستنا الإرشادية التي تناولت استخدام أنواع مختلفة من أدوات التقدير السلوكي والنفسي إضافة إلى مراقبة صور البيبتيدات (المواد الهضمية) البولية لفترة ستة أشهر تمدد إلى بحث دقيق جدا نأمل أن يقدم معلومات عن فعالية هذا النوع من التدخل

تدخلات أخرى :-

توجد العديد من التدخلات الأخرى التي قام بها الآباء واختصاصيو العلاج المناوبون ، وهي قد لا تكون فعالة ولكنها معقولة نسبيا حسب هذه النظريات . وقد أجريت بعضها بوسائل كبيرة جدا وكانت الأخرى نتيجة لتفكير استنتاجي يستند على هذه التفسيرات . وتوجد العديد من التدخلات كهذه ولكن نورد بعض الأمثلة أدناه .

ويجب التأكد على عدم وجود معلومات منشورة تؤيد فعالية أي من هذه التدخلات وأن إدراجها هنا لا يمثل بأي حال موافقة أو توصية من جانبنا .

(1) إزالة المركبات الصبغية (الفينولته) من الأطعمة :-

أوضحت الدراسات أن نشاط الإنزيمات الناقلة للكبريت يزول كثيرا بوجود المواد الكيماوية المحتوية على نسبة عالية من الراتنج الفينول، وإن العديد من تلك المركبات مصبوغة ولهذا السبب أو لأنهم توصلوا لذلك بوسائل كبيرة فإن بعض الآباء السبب أو لأنهم توصلوا لذلك بوسائل كبيرة فإن بعض الآباء والأطباء قد أزالوا كل المواد الملونة (الصبغية) من الطعام . ويعتبر (ساره دايت) أحد تلك الأطعمة الذي وجد قبولاً كبيراً في الولايات المتحدة . وقد طورت ذلك إحدى الأمهات وهي ساندرأ جونسون التي قامت لأسباب عديدة بإزالة كل الأطعمة المحتوية على الإصباغ الجزرانية وإصباغ النكهة والساليسيلات وبعض المركبات الأخرى .

(2) استعمال الإنزيمات الإضافية :-

يجدر ملاحظة أن الآباء ولعقود من الزمن كانوا يستخدمون إضافات تغذية من (محللات الأطعمة الصحية) في محاولة لتحسين فرط النشاط لدى الأطفال ، وقد أحتوى المنتج المفضل على (الببسين) (pepsin) وهو إنزيم يكسر البروتينات وبذلك يقلل مستويات الببتييدات (المواد الهضمية) ، كما أحتوى على (كلوريد بيتين) (هيدروكلوريد غلايسين الميثيل الثلاثي) الذي يقال أنه يجعل محتويات المعدة أكثر حمضية وبذلك تستطيع الإنزيمات أن تعمل بفعالية أكثر ، وهذا الدور الذي يصعب تفسيره يعطى هذه الافتراضات معنى حقيقياً .
(شاتوك ، سيفري 2005 ، 13)

9-10 - العلاج باللعب :

اهتم علماء النفس بتفسير ظاهرة اللعب ، حيث أنه سلوك نظري وحيوي في حياة الطفل الصغير ، وهو النشاط الذي لاينم عن الكسل أو التعطل ، لكنه النشاط الذي يعبر عن طريقه الطفل في التفكير والتدليل ، والاسترخاء والعمل ، حيث يعرفه جان بياجيه بأنه الاستجابات التي يؤديها الفرد من أجل الاستمتاع الوظيفي ، أما غفروبل فيعرفه بأنه نشاط تلقائي ونفسي و في الوقت نفسه هو خيالي للحياة البشرية في مجموعة ، لذلك كان مقروناً دائماً بالفرح والحرية والرضا والراحة النفسية والجسمية والسلام الكوني . (جابر 1997 ، 467)

فاللعب هو أحد الأساليب الهامة في تعليم الأطفال و تشخيص و علاج مشكلاتهم ، ويستخدم اللعب كطريقة علاجية في حد ذاته ، ويستخدم أيضاً ضمن طرق علاجية أخرى .

والعلاج باللعب طريقة هامة في علاج الأطفال المضطربين نفسياً ، حيث يستغل اللعب للتنفيس الانفعالي ، وتنفيس الطاقة الزائدة ، والتعبير عن الصراعات ، وتعليم السلوك المرغوب .

وكانت أول عيادة للعلاج باللعب تستخدم الملاحظة العلاجية (الإكلينيكية) في الفترة ما بين (1940 - 1950) .

وقد قام عدد من العلماء بدراسة الفروق بين الجنسين في اللعب ، وتحليل أثر الإحباط على سلوك الطفل ، وكشف السلوك العدوانى لدى الطفل . (سري 1990 ، 150)

ويعرف مونتاكس العلاج باللعب على أنه (مجموعة من الاتجاهات يستطيع الأطفال من خلالها وعن طريقها أن يشعروا بالحرية الكاملة في التعبير عن أنفسهم بصورة كافية وبطرقهم وبأساليبهم الخاصة كأطفال ، حتى يتمكنوا في نهاية الأمر من أن يحققوا إحساسهم بالأمن والكفاية والجدارة من خلال الاستبصار الانفعالي .

وهناك ثلاثة اتجاهات رئيسية للعلاج باللعب المتمركز حول الطفل وهي :

1 - الإيمان بالطفل والثقة به .

2 - تقبل الطفل كما هو والتواصل معه .

3 - احترام الطفل كإنسان . (خليل 2000 ، 40)

إن إشراك أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و المتطلبات الخاصة (التوحيدين) مع أقرانهم الأسوياء أيضاً هو جزء من التقارب و اكتساب الخبرة المفيدة لحياتهم العملية . و على الرغم من أن التواصل و التفاعل و الاحتكاك مع سائر الأطفال قد يتطلب توسطاً من الأسرة و المعالجين و بذل الجهد ال كامل لإعدادهم لفترات الاختلاط و مشاركتهم في النشاط اللعبي بالجماعات ، مثال على ذلك (النشاطات الترفيهية و النشاطات الرياضية و الحركات السويدية) ، إذ لا بد من إفساح المجال لأطفال التوحد للدخول إلى العالم الواقعي الذي سيستفيدون منه مستقبلاً ، ضمن برامجهم العلاجية ذات التخطيط المسبق (جوهر 1998 ، 33) وهناك اختلافات بين ((اللعب)) وأساليب التدريب المباشر . وقد يعتقد المرء أن كل المميزات تكون في جانب التدريب . ومما يثير الفضول أن اللعب قد استخدم في الممارسة العملية على نطاق واسع في تعليم صغار الأطفال . والتاريخ المكتوب لاستخدام اللعب في التربية قد يبلغ قد ما يبلغه أي شيء آخر . (ميلر 1987 ، 274)

يحتاج الأطفال التوحيدين في ألعابهم مزيداً من تجارب الحياة الواقعية و ذلك من خلال توفير أنواع الألعاب ذات النمط المحسوس و المقرب من أشكال بلاستيكية للأطعمة (الموز ، التوت ، التفاح ، البرتقال ، الجبن ، السندويش) و هياكل تشكيلية

من كعكة عيد الميلاد و الأدوات المطبخية و الأدوات الطبية و المهنية الأخرى مثل أدوات النجارة و الحدادة و الزراعة حتى تقترب منه فكرة الحياة بشكل تدريجي , و مجموعة هذه الأشكال و الألعاب المادية المتقاربة للأدوات الحقيقية تُعطي الخبرات الحياتية المهنية للمستقبل و هناك أشكال أخرى للألعاب من البيوت و الكراجات و أحواض السباحة و الحيوانات و السيوف جميعها تُعطي التوحيدين ليستخدمونها في اللعب و يلهون بها مع الإرشاد و التوضيح باستمرار لكي تتحقق العملية المستهدفة من هذه الألعاب الرمزية للحياة الواقعية, و من ثم الاختلاط و الاقتراب من جديد إلى أرض الواقع, مما يكون له أثر إيجابي لحياتهم العملية المستقبلية.

و من الأهمية بمكان أن تُراعي الأسرة و المدرسة من خلال اللعب و العمل الجماعي الأهداف و البرامج العلاجية للطفل التوحدي مع ملاحظة تسجيل عدد المرات التي تتكرر في ها الاستجابات و مدتها و ثباتها .و جميع هذه الملاحظات العلمية تحتاج من أسرة الطفل التوحدي و الأسرة التعليمية , التدريب و الممارسة في مجال العمل و كذلك تحتاج إلى إطلاع واسع على اضطراب التوحد (تنقيف الأهل) بالقراءة و المحاضرات و الندوات و المؤتمرات و الكتابة في الصحف و المجلات بشكل دوري للمجتمع.و هكذا نستطيع أن نبرز جوانب القصور و أن نركز على الجوانب السلبية لدى الأطفال و أن نعمل مرة أخرى على تطوير و تصحيح الجوانب السلبية في اللعب و الانتقال إلى التمارين الرياضية الهادفة و الاستفادة من الإغراءات الرياضية عن طريق المرح و الألعاب المُشوقة التي تدفعهم للجد و الاهتمام , و هذه جميعها مسائل هامة تتطلب:

(1) مُعززات و تدعيمات اجتماعية (Social Reinforcers) و تنقسم هذه المُعززات إلى قسمين:

لفظية كالمُدح و الثناء , مثال : يا شاطر يا محمد / بطل حمودي / شكراً مني.

غير لفظية , كالابتسامة و الاحتضان و النظر إليه بإعجاب بشكل يشعر معه بتقدير عمله و نجاحه في أداء الوظيفة الموكلة إليه.

(2) عقود سلوكية (Contingency Contracting) و قد سبقت الإشارة إليها و هي عبارة عن اتفاقية بين الطفل التوحدي و المعلمة أو الوالدين حول المهمة التي سوف يؤديها و من ثم حصوله على المكافأة حسب الاتفاق.

(3) مكافآت مادية (Tangible reinforcers) و هي مُعززات ملموسة تُعبر عن الرضا و التفوق بتقديم رموز مادية من إشارات النجوم الورقية و وضع علامات أو تجميع نقود أو إعطائه ألوان و مجلات و ألعاب و كلها أساليب مُختلفة تهدف إلى إنجاح التواصل الجسمي و النفسي و تهيئة الجو النفسي و العقلي و إتمام الراحة الوجدانية مع الآخرين. (جوهر 1998، 6)

الخطوات الرئيسية في تعديل سلوك التوحدي:

Behaviour Modification of Autistic Child Steps in

هذه طائفة من الخطوات التي يمكن إتباعها ضمن برنامج إجرائي لتعديل سلوك الطفل التوحدي:

- 1- تحديد السلوك المستهدف (تصحيح أفعاله الخاطئة).
- 2- تعريف السلوك المستهدف (طلبه للشيء , خروجه دون إذن , ضربه للآخرين).
- 3- قياس السلوك المستهدف (الفترة الزمنية التي تمت ملاحظته فيها و الخطوات التي تم إتباعها).
- 4- تحديد المتغيرات ذات العلاقة الوظيفية بالسلوك المستهدف (البيئة).
- 5- تصميم خطة العلاج (مع المدرسة , مع الأسرة , مع المدرب).
- 6- تنفيذ خطة العلاج (المرحلة التدخلية في العمل).
- 7- تقييم فعالية برنامج العلاج (مخرجات العلاج).
- 8- أهم النتائج المستخلصة للخطوات السابقة (وضع التوصيات اللازمة).
جوهر 1998، 35 - 50)

بقي أن نذكر الغرفة المصممة للبيع للمدارس والبيوت في أنحاء أوروبا وأمريكا والمخصصة للأطفال التوحديين :

غرف اللعب للأطفال التوحديين :

صممت في عام 1998 لمساعدة الأطفال التوحديين وأهاليهم وقد جهزت بألعاب بسيطة مستوحاة من قصص الأطفال الخيالية ، مثل مكنسة الساحرة وجبال التسلق مع تأمين شروط الأمن والغرفة تعلم أهالي الأطفال طرق اللعب مع هؤلاء الأطفال ، والمشرفون على الغرف مختصون في التعامل مع الأطفال التوحديين . (خليل ، 2000 ، 24)

الفصل الثالث البرنامج الفردي

- 1 . التربية الخاصة واضطراب التوحد
- 2 . مراكز الإقامة الدائمة
- 3 . مراكز التربية الخاصة
- 4 . برامج الدمج
- 5 . البرنامج الفردي

1 - التربية الخاصة وأطفال التوحد :

إن أطفال التوحد كغيرهم ، هم أفراد قبل كل شيء لديهم نقاط قوة فريدة ولديهم نقاط ضعف ، وما يشترك فيه الأفراد المتوحدون جميعاً هو الإعاقة النمائية ، إعاقة في الاتصال والتي تختلف من فرد إلى آخر ، فقد يكون ذكاء بعض الأطفال التوحد بين متوسطاً أو فوق المتوسط ولذلك يجب أن تبنى الأهداف الأكاديمية على أساس القدرات الفردية للفرد المتوحد ، فقد يحتاج طفل توحيدي إلى المساعدة في فهم الموقف الاجتماعي وتطوير الاستجابة المناسبة ، بينما قد يحتاج الآخر إلى المساعدة في التخلص من السلوك التخريبي وسلوك إيذاء الذات ، وبالتالي كما يوجد أفراد توحد مختلفين عن بعضهم البعض فإنه توجد تبعاً لذلك برامج تربوية علاجية خاصة ومختلفة ومن تلك البرامج التربوية ما يلي : (الراوي ، حماد 1999 ، 58)

1 - مراكز الإقامة الدائمة: Residential Schools

تعتبر مراكز الإقامة الدائمة من أقدم برامج التربية الخاصة ، فقد ظهرت هذه المراكز منذ بداية الحرب العالمية الأولى وما بعدها ، وغالباً ما كانت هذه المراكز معزولة عن التجمعات السكانية ، وتقدم هذه المراكز خدمات إيوائية وصحية واجتماعية وتربوية ، ويسمح فيها للأهالي بزيارة أبنائهم في الم ناسبات المختلفة ، وقد وجهت العديد من الانتقادات لهذا النوع من البرامج ، فقد وجه كروكشانك (Cruickshank , 1958) عدداً من الانتقادات أهمها عزل الأطفال المعوقين عن المجتمع والحياة الطبيعية الاجتماعية ووصم الأطفال (Stigma) الملتهقين بهذا المركز على أنهم منبوذين عن المجتمع ، إضافة إلى تدني مستوى الخدمات الصحية والتربوية في مثل هذا النوع من المراكز . (الروسان 1996 ، 38)

وهذه البرامج التربوية مفيدة خصوصاً لاضطرابات التوحد الشديدة ، بحيث يتم إلحاقهم بأقسام خاصة في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة بحيث يحصلون على الخدمات الطبية والنفسية والتأهيلية والتربوية لكل منهم حسب حاجته (الراوي ، حماد 1999 ، 85)

2 - مراكز التربية الخاصة النهارية : Special Day Care Schools

ظهرت مراكز التربية الخاصة النهارية كرد فعل للانتقادات التي وجهت إلى مراكز الإقامة الكاملة ، وفي هذا النوع من المركز يتلقى الأطفال خدمات تربوية واجتماعية على مدى مدار نصف اليوم تقريباً وغالباً ما يكون عمل هذه المراكز صباحاً وحتى بعد الظهر حيث يمضي الأطفال الفترة الصباحية في هذه المراكز ، أما بعد فترة بعد الظهر فيقضونها في منازلهم ومع ذويهم ، وتبدو مزايا هذا النوع من البرامج في أنها توفر فرصاً تربوية لفئة معينة من الأطفال المعوقين ، وفي الوقت نفسه تحافظ على بقاء الطفل مع أسرته وفي نفس الجو الطبيعي للطفل بعد ذلك ، وتشتمل خدمات هذه المراكز على إيصال الطلبة من وإلى منازلهم هذا

بالإضافة إلى الخدمات الصحية ، وبالرغم من الاستحسان الذي تواجهه مثل هذه المراكز إلا أنها تعرضت لبعض الانتقادات والتي من أهمها توفر المكان المناسب لإقامة المراكز النهارية ، وقلة عدد الأخصائيين في ميادين التربية الخاصة المختلفة وصعوبة المواصلات ، ونتيجة لهذه الانتقادات فقد ظهرت محاولات لإصلاح البرامج التعليمية في هذه المراكز وذلك بوجود بما يسمى بالمدرس الزائر أو المتنقل ومهمة هذا الشخص الزائر أو المتنقل العمل على مساعدة معلمي التربية الخاصة في مراكز التربية الخاصة النهارية أو في المدرسة العادية في حل مشكلات الأطفال المعوقين الأكاديمية والاجتماعية . (الروسان 1996 ، 38)

وتفيد هذه البرامج مع حالت التوحد البسيطة والمتوسطة بحيث يذهب الطفل إلى المركز بشكل يومي ويتلقى الخدمات المعدة له مسبقاً حسب وضعه ، ثم يعود الطفل إلى المنزل وهكذا ، ويعتبر هذا البرنامج من البرامج التربوية الجيدة وخصوصاً مع حالات التوحد المتوسطة فهو يتيح الفرصة أمام الطفل لتلقي الخدمات النفسية والطبية المختلفة وفي نفس الوقت لا يعزله عن مجتمعه أو عن أسرته ، ويشترط لنجاح هذا البرنامج بل و أي برنامج آخر تعاون الأهل والاتصال المباشر المستمر بين أهل الطفل وإدارة المدرسة المتمثلة في مدرس التربية الخاصة الذي يتعامل مع طفلهم ، والأخصائي النفسي ، والأخصائي الاجتماعي الخ ، وذلك لاحتواء الطفل من كافة الجوانب ومتابعة ما يتعلمه الطفل في المدرسة من خلال البيت . (الراوي ، حماد 1999 ، 86)

3 - برامج الصف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية : Special Classes Within Regular School

ظهرت الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية نتيجة الانتقادات التي وجهت إلى مراكز التربية الخاصة النهارية ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو المعوقين من السلبية إلى الإيجابية ، ويخصص في هذا النوع من البرامج صفوف خاصة للأطفال المعوقين عقلياً وسمعيّاً وبصريّاً أو حركياً ملحقة بالمدرسة العادية ، وغالباً ما يكون عدد الأطفال المعوقين في الصف لا يتجاوز العشرة طلبة ، ويتلقى هؤلاء الأفراد برامج تعليمية مشتركة في الصفوف العادية وفي نفس المدرسة ومع زملائهم من الطلبة العاديين ، ويهدف هذا النوع من البرامج إلى زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي للأطفال المعوقين ، والعاديين وفي نفس الظروف الاجتماعية المدرسية ، كما تبدو مميزات هذه البرامج قريبة في جوها العام الأكاديمي والاجتماعي من المدارس العادية ، ومع ذلك فقد وجهت لها بعض الانتقادات تتمثل في مدى صعوبة الانتقال من الصفوف الخاصة إلى الصفوف العادية ، وتحديد المواد المشتركة بين المعوقين وغير المعوقين ، والمواد غير المشتركة . (الروسان 1996 ، 39)

وبالنسبة للأطفال التوحديين يتم دمجهم مع ذوي الاضطرابات البسيطة في صف خاص في المدرسة العادية ويتم تقديم الخدمات المختلفة المناسبة كل حسب حاجته . ويحتاج هذا البرنامج 'إلى الدعم المستمر من قبل إدارة التربية الخاصة والتعاون المستمر بينها وبين المدرسة التي تطبق البرنامج ، فقد يكون هذا الدعم على شكل دورات تأهيلية للمدرسين الذين يعملون مع الطفل الم توحد أو على شكل حلقات دراسية . (الراوي ، الحماد 1999 ، 86)

4 - برامج الدمج :

ظهر هذا الاتجاه في التربية الخاصة للمعوقين نتيجة الانتقادات التي وجهت لبرامج الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية ، وللاتجاهات الايجابية نحو مشاركة الطلبة الم عقيين للعاديين في الصف الدراسي ، ويعرف الدمج الأكاديمي بأنه يمثل ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد شريطة أن يستفيد الطفل غير العادي من ذلك ، وبحيث تهيئ الظروف المناسبة لإنجاح فكرة دمج الأط العاديين .

وتبدو مبررات هذا الاتجاه الجديد في توفير الفرص التربوية والاجتماعية المناسبة للطفل غير العادي في الصفوف العادية ، أو كما يشير كوفمان Kuffman ، 1977 إلى وضع الطفل المعوق في أقل البيئات التربوية تقييداً ويقصد بذلك وضعه في المدرسة العادية ويتضمن هذا الاتجاه الجديد في تعليم الأطفال المعوقين ثلاثة مراحل رئيسية هي :

- 1 - مرحلة التجانس بين الطلبة العاديين والمعوقين .
- 2 - مرحلة تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من الطلبة العاديين والمعوقين .
- 3 - مرحلة تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة مدرسية ومعلمين ومشرفين .

وقد وجهت بعض الانتقادات الى مفهوم الدمج وطريقة تطبيقه ومع ذلك فإنه يبقى مرحلة مهمة من مراحل تطور برامج التربية الخاصة . (الروسان 1996 ، 39)
هذه البرامج من أقل البرامج شيوعاً وتطبيقاً مع حالات الأطفال الت وحديين وذلك لطبيعة وخصائص الطفل التوحي حتى في حالة التوحد البسيط .

كما أن وضع الطفل المتوحد في الصف العادي من الأمور التي تتحدى قدرات العديد من العاملين في هذا المجال على مستوى أعضاء التدريس وعلى مستوى الإدارة ، فالكثير من المدرسين العاديين وحتى مدرسي التربية الخاصة غير مهيين

للعمل مع الأطفال المتوحدين وضمن الصف العادي ، وهم يحتاجون إلى تأهيل وتدريب مكثف في التعامل مع حالات التوحد . (الراوي ، حماد 1999 ، 87)

5 - البرنامج الفردي :

بدأ الاهتمام بتعليم الأطفال ضعاف العقول والتشخيص السيكولوجي لحالتهم منذ القرن التاسع عشر في أوروبا ، حيث بدأت فكرة البرامج العلاجية في فرنسا على يد الطبيب المختص بتعليم الأصماء (إيتارد) الذي حاول وضع برنامج تعليمي لتدريب الطفل المتوحش الذي وجده بعض الصيادين في إحدى غابات جنوبي فرنسا في منطقة (أفيرون) ولم يكن بمقدوره استخدام اللغة وكان عمره حين وجد عشر سنوات وكانت عارياً ويمشي على أربع ويخرج اصواتاً لا معنى لها ويأكل كالحوانات وبعض الذين يقتربون منه، وكان إيتارد يؤمن بتدريب الحواس كوسيلة لتنمية الذكاء ولا يؤمن بمفهوم الذكاء الموروث ، اعتماداً على الفلسفة الحسية الشائعة في القرن التاسع عشر التي تبنى على أساس نظرية (جون لوك) التي ترى أن الإنسان سواء أكان سوياً أم ضعيف العقل يكتسب معلوماته وخبراته ومظاهر نموه العقلي عن طريق الإدراك الحسي ، ولهذا قامت التربية الخاصة لضعاف العقول على تدريب الحواس وبواسطة وسائل حسية .

وبعد تدريب الطفل لمدة خمس سنوات من الجهد المضني كان تقدم الطفل بسيطاً .

وعلى الرغم من أن النجاح الذي حققه إيتارد في تعليم هذا الطفل كان محدوداً إلا أنه وضع البنى الأولى في برامج التعليم العلاجي لضعاف العقول عن طريق تدريب الحواس .

وهكذا بدأت حركة علمية انتهت اليوم بما يسمى بالعيادات النفسية التي تشخص قصور الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وتحامل وضع وتصميم التعليم العلاجي لعاج هذا القصور .

ثم تابع خطى إيتارد علماء آخرون من أهمهم (إدوارد سيجان) الذي وضع طرائق لتدريب الأطفال القاصرين عقلياً وطور أسلوباً تربوياً خاصاً بالاضطرابات الحسية الحركية وذلك بالاعتماد على الافتراضات النفسية والعصبية القائمة ، كما أضاف إلى هذا الميدان نظريته الفيزيولوجية في تعليم ضعاف العقول .

أما طبيبة الأطفال الإيطالية ماريا مونتسوري اعتبرت أن مشكلة التخلف العقلي في الأساس مشكلة تربوية أكثر منها مشكلة طبية فأنشأت لهم مدرسة خاصة وصممت أدواتها التعليمية على أساس تدريب حواس الطفل وعضلاته ، و أن هذه الأدوات تمكن الطفل من أن يعمل نفسه بنفسه بينما تتحدد مهمة المدرس في الإشراف على هذا النشاط التعليمي و توصلت في النهاية الى ما يسمى بطريقة ماريا مونتسوري .

قام الطبيب البلجيكي (ديكرولي) في عام 1940 بالاهتمام بالتربية الخاصة لضعاف العقول والذي يرجع الفضل له في إرساء بعض طرق التعليم في التربية الحديثة كالطريقة الجمالية وطريقة الوحدات ومراكز الاهتمام .

ويعد عالم النفس والفيزيولوجي الفرنسي (ألفريد بينيه) رائداً للحركة العلمية للقياس العقلي والتربية العلاجية للأطفال ، المتخلفين عقلياً حيث قام ببناء أول مقياس علمي منهجي في العالم لقياس ذكاء الأطفال كما قام بتطوير فصول خاصة بالطلاب المتخلفين عقلياً في باريس ، وعمل على بناء منهاج لهم ووضع برامج علاجية من أجل تدريب الانتباه وسرعة الاستجابة الحركية والمهارات الحركية ، والتعبير اللفظي والذاكرة والتميز وغيرها من الوظائف .

كما ساهمت (ديسيدرس) بوضع البرامج التعليمية العلاجية وكان أساس طريقتها التعلم بالعمل والنشاط الطبيعي للطفل وطريقتها هذه شبيه بما يسمى طريق المشروعات والوحدات من طرائق التربية الحديثة والمعروفة .

وتعتقد اليونسكو اليوم أن النظام التربوي العام الذي يعمل وفقاً لفلسفة (مدرسة الجميع) هي أكثر الأساليب فاعلية في تشكيل مجتمعات متفهمة ، وفلسفة مدرسة الجميع لا تعني إلغاء التربية الخاصة وإنما ستركز معاهد التربية الخاصة التقليدية على ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة وستصبح التربية الخاصة جزءاً من النظام التربوي العام وليس جزءاً منفصلاً عنه ، وهذا الأمر سيقودنا حتماً إلى إعادة النظر في أساليب التدريس الخاصة والمعدلة التي تراعي الفروق الفردية بين المتعلمين والتنوع الكبير في الفصل الدراسي فيعمد إلى تفريد التعليم والذي يعرف بالخطة التربوية الفردية ، أو البرامج الفردية التربوية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة . (الحاج 2004 ، 1 - 6)

5-1 - المبادئ الأساسية في تصميم البرامج التربوية الفردية :

من الضروري أن نضع برنامجاً تربوياً فردياً لكل فرد معاق سواء أكان في مؤسسة تعليمية أو في طريقه للانتحاق بها ، فيجب أن يكون هذا البرنامج معداً قبل أن تقدم للطفل التربية الخاصة أو الخدمات المتصلة بها .

فعندما تلاحظ معلمة رياض الأطفال أن أحد الأطفال يعاني من بعض الصعوبات أو المشاكل أو الإعاقات التي تعيقه عن التحصيل والمشاركة الإيجابية في الأنشطة داخل المجموعة التي ينتمي إليها مما يستلزم ضرورياً عمل برنامج تربوي فردي له أو عندما يتقدم أحد أولياء الأمور بطلب إلحاق طفله في برامج التربية الخاصة في إحدى المؤسسات أو المدارس فليُنظر الأمر يستلزم ، وقبل الشروع في تقديم التربية الخاصة له ، ضرورة أن يشكل فريق عمل من المتخصصين لتقرير مدى حاجة الطفل إلى البرنامج التربوي الفردي ، وتحديد نوعية المتخصصين اللازمة لتحقيق

ذلك ومدى توافر هذه الخدمات في المدرسة أو في المؤسسات الاجتماعية ، وذلك بهدف تصميم برنامج تربوي فردي خاص بالطفل . (أحمد ، 1998 ، 106)

إن أحد المظاهر المهمة للعلاج هو التفكير المسبق في تحديد ماذا تدرس وكيف تدرس ونعرض هنا عشرة مبادئ أساسية للتخطيط للتعليم العلاجي :

- 1 - اكتشف الحاجات الخاصة للطفل .
- 2 - طور أهدافاً سنوية وأهدافاً مرحلية .
- 3 - حلل المهمة التي سيتم تعلمها .
- 4 - صمم التعليم في مستوى الطفل
- 5 - قرر كيف تدرس .
- 6 - اختر المكافآت الملائمة للطفل .
- 7 - إعداد الطفل بشكل يجنب الطفل في الوقوع في الخطأ .
- 8 - توفير التعليم الزائد .
- 9 - توفير التغذية الراجعة .
- 10 - تحديد مدى تقدم الطفل . (الحاج ، 2004 ، 10)

5-2 - خطة التعليم الفردية لطفل التوحد :

بشكل عام تشمل برامج ومناهج الأطفال التوحديين على الجوانب والخيارات الأساسية التالية :

أولاً - تعديل السلوك :

تشتمل العديد من البرامج الخاصة بالأطفال التوحديين على أساليب تعديل السلوك وذلك للتعامل مع أشكال السلوك غير السوية لديهم ، فقد تركز بعض تلك البرامج على تغيير السلوك الغير المناسب إلى السلوك المناسب أو على الأقل التخفيف من حدة السلوك الغير مناسب ، ولقيام بذلك تتبع أساليب سلوكية مختلفة وتبدأ كلها بتحديد ومعرفة أسباب تلك السلوكيات ومن ثم وضع البدائل العلاجية لتعديلها ، بالإضافة إلى التدريب على السلوك البديل أو السلوك السليم ، فقد لا يكفي أحياناً أن نعدل سلوك ما غير سوي أو نوقفه بل يجب أن يقدم التدريب السوي على السلوك المقابل السوي .

هذا ويعتمد تعديل السلوك على عدد من الاستراتيجيات التي تساعد الفرد على تعلمه السلوك المرغوب فيه والتخلص من السلوك غير المرغوب فيه ، مثل التعزيز ، التشكيل ، مبدأ بريماك ، تسلسل الاستجابة ، التعليم المبرمج ، التعليم الذاتي ، الإخفاء والتغذية الراجعة . (الراوي ، حماد 1999 ، 92)

ثانياً : المهارات الاجتماعية :

من المظاهر الأساسية للطفل التوحدي هو عدم قدرته على إقامة أي نوع من العلاقات الاجتماعية حتى مع أقرب الناس إليه ، ولذلك يجب التركيز على هذا الجانب وتشجيع وتعزيز أي سلوك يقوم به الطفل في هذا المجال وذلك من خلال الطرائق التالية :

- 1 - استخدام برامج تعديل السلوك .
 - 2 - التركيز على النشاطات الاجتماعية التي توفر الجو للمشاركة الاجتماعية .
 - 3 - إتباع برنامج الرحلات المنظم .
 - 4 - القيام بعمل بعض الحفلات والمسابقات المختلفة .
 - 5 - تشجيع برنامج مشاركة الأهل في التدريس .
 - 6 - استخدام برامج الدمج المختلفة وخاصة مع حالات التوحد البسيطة والمتوسطة .
- وهناك عدة طرق يمكن من خلالها تطوير وتشجيع المهارات الاجتماعية لدى الطفل ومنها :

1 - توجيه تعليم المهارة

2 - طرق وأساليب التعزيز والتشجيع السالفة الذكر .

3 - استراتيجيات مبادأة القرين .

4 - تلقن وإرشاد القرين .

ثالثاً : المهارات اللغوية :

يعاني الأطفال التوحديين من ضعف شديد في اللغة سواء اللغة التعبيرية (اللفظية ، اللغة غير اللفظية) أم اللغة الاستقبالية، وبما أن اللغة تلعب دوراً هاماً في العملية العلاجية والتربوية فلا بد من وضع الخطط والأهداف التربوية من أجل مساعدة

الطفل إلى أقصى ما لديه من طاقات وظيفية في هذا المجال . وتشتمل المهارات اللغوية على مايلي:

- 1- تعليم الطفل كيف يطلب أي شيء يريده باستخدام الكلمات المفردة للإشارة الأشياء.
- 2- تعليمه معنى كلمة نعم ومعنى كلمة لا ومتى نستخدمها.
- 3 - تعليم الطفل كيف يفسر بعض الإشارات مثل إشارة لا بالإصبع.
- 4 - تعليمه التعبير عن حاجاته المختلفة .
- 5 - تدريبه على الاستجابة للأوامر المختلفة مثل تعال.
- 6 - تعليمه مسميات بعض الأشياء من خلال الإشارة إليها.
- 7 - تعليمه مفاهيم بعض الأسئلة مثل : أين،متى.....الخ.
- 8 - استخدام الموسيقى لتعليم بعض المفردات أو الجمل.
- 9 - استخدام علاج النطق في البرنامج .
- 10 - تشجيع الطفل على التواصل البصري والنظر مباشرة في عين المتحدث (الراوي ، حماد1999 101) .

رابعاً : - العلاج باستخدام الموسيقى :

يستخدم العلاج الموسيقي في العديد من المواقف التعليمية المختلفة مع الأطفال التوحديين ، فقد يستخدم في تعليم جوانب معرفية ، أو أثناء التدريب على مهارات الحياة الأساسية ، كما يمكن تقديم العلاج الموسيقي بصورة منفصلة فقد ثبت أن للموسيقى تأثير على الطفل التوحدي ، وقد تستخدم كتعزيز عند قيام الطفل بالسلوك المناسب. (الجلي 2005، 116)

خامساً : المهارات الحركية :

تعتبر المهارات من الجوانب المهمة لدى الطفل لتمكينه من القيام بالأمور حياته اليومية المختلفة بالشكل السليم ، ولما كان الطفل التوحدي يقوم ببعض أشكال السلوك الحركي الذي يعوق من قدرته التعليمية مثل سلوك الررفة أو الأرجحة باليدين والأصابع..... الخ

لذلك كان لابد من الاهتمام بهذا الجانب وتعديله بأساليب مختلفة مثل :

1 - أساليب تعديل السلوك وما تحتويه من استراتيجيات التعزيز .

2 - العلاج الطبيعي .

3 - البرنامج الرياضي .

سادساً : مهارات الاستقلالية الذاتية :

تعتبر المهارات الاستقلالية من أهم المهارات التي يجب التركيز عليها في تدريب وتعليم الأطفال التوحيديين ، بل أنها أكثر أهمية من المهارات الأكاديمية ، لأنه في حالة تدني القدرات العقلية تصبح مهارات العناية بالذات أهم من غيرها خصوصاً مع حالات التوحد الشديدة ، وذلك لمساعدة الطفل التوحيدي مستقبلاً على الاعتماد على نفسه وإيصاله إلى أقصى ما لديه من قدرات في مختلف الجوانب .

وتعتبر خطة التعليم الفردية الأداة الأساسية التي يستخدمها المدرس في وضع وتحديد الأهداف وتحديد الطرق والأساليب المتبعة لتحقيقها ومعايير تقييمها .

سابعاً : المهارات الأكاديمية :

تعتبر المهارات الأكاديمية من المهارات الهامة بالنسبة لكل الأطفال ذوي الحاجات الخاصة لتمكينهم من القيام بأمور حياتهم اليومية بالشكل المناسب ، وبالنسبة للأطفال التوحيديين فإن المهارات الأكاديمية مهمة أيضاً ولكنها ليست بنفس درجة الأهمية مقارنة مع المهارات الاستقلالية ، والسبب في ذلك يعود إلى اعتماد المهارات الأكاديمية على القدرة العقلية للطفل .

وتشمل المهارات الأكاديمية تعليم وتدريب الأطفال على مبادئ القراءة والكتابة والحساب ، مثل التعرف على بعض الكلمات وأسماء الأشياء مثل أن يشير الطفل إلى اسمه من بين بطاقات موجودة أمامه أي أن المهارات الأكاديمية يجب أن تركز على تقديم المعلومات الأولية والعامة والتي سيحتاج إليها الطفل المتوحد في حياته المستقبلية ولا ينصح بالتعمق في تعليم الطفل تفاصيل العمليات الحسابية أو القراءة أو الكتابة خصوصاً مع حالات التوحد الشديدة . (الراوي ، حماد 1999 ، 110)

ثامناً : برنامج تنظيم الروتين :

من البرامج التي أثبتت فعاليتها مع الأطفال التوحيديين ، هو برنامج تنظيم الروتين الذي اعتمد في الأساس على الخاصية التي يتميز بها العديد من الأطفال المتوحدون وهي حب الروتين ، ورفض التغييرات في البيئة ، فقد أشارت العديد من الدراسات أن الطفل التوحيدي يتعلم ويتجاوب بشكل أفضل إذا حافظنا على نفس البرنامج

وبنفس النظام وبنفس البيئة ، فالروتين هنا يساعد الطفل على الاستيعاب والفهم والاعتماد على النفس ، ويشمل برنامج تنظيم الروتين الأمور التالية :

1 - التنظيم البيئي .

2 - الجدول اليومي .

3 - نظام العمل الفردي .

تاسعاً : مهارات السلامة والأمن :

تعتبر مهارات السلامة والأمن من المهارات الهام لكل ذوي الحاجات الخاصة، ولكنها أشد أهمية لتعليمها للأطفال التوحديين، آخذين بعين الاعتبار طبيعة الطفل المتوحد والعزلة النفسية التي يعيشها وعدم شعوره بمن حوله وعدم وعيه للأخطار المختلفة في بيئته.

وتشمل مهارات السلامة والأمن تعليم الطفل لأشارات الطريق وكيفية عبور الشارع وتوعيته لبعض المخاطر الأخرى حسب بيئته ، ويمكن للمعلم تعليم هذه المهارات من خلال استخدام الصور والبطاقات وغيرها من الأساليب التي توصل الطفل إلى تحقيق هدف توعيته بمهارات السلامة والأمن .

عاشراً - المهارات الترفيهية :

لقد أثبتت العديد من الدراسات أن المهارات الترفيهية ضرورية للأطفال المتوحدين لما توفره من عناصر السرور والبهجة وتوفير خبرات حياتية جديدة، بالإضافة إلى ما توفره من فرص للتفاعل الاجتماعي وإقامة تواصل و علاقات اجتماعية من خلال الاختلاط بالأطفال الآخرين.

أحد عشر : المهارات المهنية المختلفة :

وتعتبر الخدمات المهنية المرحلة الثالثة التي يمر بها الطفل ذوي الحاجات الخاصة في برامج التربية الخاصة والتي تبدأ بتقديم الخدمات التربوية المختلفة التدريبية ومن ثم ينتقل الطفل إلى المرحلة الثانية وهي مرحلة التهيئة المهنية التي يتم من خلالها الكشف عن ميول وقدرات الطالب على تعلم مهنة أو حرفة ما كل حسب طاقته من خلال تهيئته للتدريب على تلك المهارة وإعطائه المبادئ الأساسية للقيام بها ومن ثم ينتقل الطالب إلى المرحلة الثالثة وهي مرحلة التأهيل المهني التي تتضمن مزاولة و التدريب العملي على تلك الحرفة أو المهارة وبالتالي تهيئته لمزاولة تلك المهنة لاحقاً .

ويتبع نظام تحليل المهارة وتقديمها للطالب بشكل متسلسل واستخدام نفس مبدأ تحليل المهارة إلى عدة أجزاء وتقديم التعزيز المناسب في كل مرة يقوم فيها الطفل بأداء السلوك المناسب وهكذا إلى أن يتقن الطالب المهنة . (الراوي ، حماد 1999 ،
(121

الفصل الرابع

أشهر البرامج التربوية العالمية للأطفال التوحديين

- 1 . علاج الحياة اليومية (هيجاشي)
- 2 . برنامج دوغلاس للإعاقات النمائية
- 3 . برنامج TEACH
- 4 . برنامج ديفنر للعلو الصحية
- 5 . برنامج ويلدن لمرحلة ما قبل المدرسة
- 6 . مشروع الأطفال التوحديين
- 7 . برنامج بيودهن لأطفال ما قبل المدرسة
- 8 . برنامج الخبرة التعليمية
- 9 . برنامج ديلور للتوحد

البرامج التربوية للأطفال التوحديين:

انتشرت العشرات من البرامج التربوية العالمية المصممة للأطفال التوحديين، واختلفت هذه البرامج في أسسها النظرية لكنها اشتركت جميعها في التأثير الإيجابي الكبير على الأطفال المشاركين فيها تمثل في: زيادة درجات الذكاء وزيادة السلوك الاجتماعي المقبول والتقليل من أعراض التوحد وتطور البديل الصفي، عانت هذه البرامج من مشكلات منهجية مما جعل إمكانية تعميم نتائجها ضعيفة ويوضح ذلك روجرز (Roger, 1988) حيث يشير أن الضعف في المظاهر التجريبية للبرامج لا يعني بالضرورة عدم فاعليتها وإنما يعني إن فاعلية البرامج لم يتم توضيحها بطريقة مضبوطة وموضوعية.

ومن أشهر البرامج التربوية العالمية:

1- علاج الحياة اليومية : Daily Life Therapy at the Boston Higashi, DLT برنامج ياباني أنشأته الدكتورة كيتاهارا (Kitashara) في مدينة طوكيو عام 1964 وتعني كلمة هيجاشي (Higashi) باليابانية (الأمل).

يقوم البرنامج في فحواه على وجود علاقة بين جسم الطفل وعقله وروحه وأساليب التدريس اليابانية التي تركز على التعلم باستخدام المجموعات والتقليل من الاعتماد على التعلم الفردي.

يهدف البرنامج إلى العمل على استقرار انفعالات ومشاعر الأطفال التوحديين وخلق توازن في جمع مجالات حياة الطفل إضافة إلى العمل على تطوير قدرته العقلية والتفكير المنطقي والقدرة على إتباع التعليمات من خلال تطوير مهارات محددة.

افتتح فرع للبرنامج في مدينة (Randolph) الأمريكية عام (1987م) وكان آنذاك جميع المعلمين يابانيين استبدلوا تدريجياً إلى معلمين أمريكيين وضم البرنامج عام (1998م) (113) طالباً بينهم (26) طالباً بريطاني الجنسية تتراوح أعمارهم ما بين (3-22) سنة موزعين مابين المدرسة النهارية والمركز الداخلي.

وساعد افتتاح البرنامج في الولايات المتحدة الأمريكية على تطوره بشكل كبير حيث يستفيد من هذا البرنامج إضافة للأطفال التوحديين الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة وتبلغ نسبة عدد المعلمين إلى الطلبة (1 : 6) في الصفوف الأمريكية و (1 : 3) في صفوف الموسيقى والفن والعلاج الطبيعي ومستخدماً منحى تحليل السلوك التطبيقي ومن خلال:

أ - استخدام إجراءات التلقين والإخفاء يفي تعلم المهارات الجديدة.

ب - التقليل من السلوك غير المرغوب فيه باستخدام الإطفاء والتعزيز التفاضلي للسلوك البديل.

يلتحق الطفل في البرنامج بعد عملية قياس وتشخيص شاملة ودقيقة بالاعتماد على تقارير المختصين والملاحظة المباشرة للطفل وتحليل لشريط فيديو لأداء الطفل ونتائج تطبيق المقياس الخاص بالبرنامج المكون من (14) نقطة إضافة لمقياس للمهارات الحركية ومقياس فايلند للنضج الاجتماعي ومقياس مكارثي للقدرات العقلية ولا يقبل في البرنامج الأطفال التوحدين ذوي الأوضاع الصحية الخاصة مثل المصابين بحالات الصرع الشديد.

وبعد التحاق الطفل في البرنامج يتم التخطيط لجميع أوقات الطفل وعلى مدار (24) ساعة مع الأخذ بعين الاعتبار جميع مجالات الحياة لذلك تعتبر مشاركة الآباء في غاية الأهمية من خلال ورش العمل والزيارات المنزلية المنتظمة والمقابلات في المنزل، ويتسق البرنامج مع البرامج العالمية للتوحد التي تتبنى فلسفة المجموعات ولا يتفق مع البرامج التي تقوم على أسلوب التدريس الفردي واحد لواحد أو التي تعطي تدريباً لغوياً خاصاً. (الشامي 2004 ، 34)

2- برنامج دوجلاس للإعاقات النمائية The Douglass : Developmental Disabilities Center

تعود بداية البرنامج لعام 1972 نتيجة التعاون بين جامعة ولاية نيو جيرسي (New Jersey State University) وبين المجلس المحلي للمدينة إلا أنه تم افتتاحه رسمياً في عام 1987 على يد هاريس وزملائه (Harries and Colleague) في جامعة رتجرز (Rutgers) يتبنى البرنامج فلسفة الدمج بالتركيز على تعليم الأطفال التوحديين المهارات الضرورية التي تسهل دمجهم في الصفوف العادية باستخدام التعليم المباشر والتدرج بالخبرات، وتتغير نسبة المعلمين إلى عدد الأطفال حسب شدة الحالات حتى تتراوح النسبة من (1 : 1) إلى (5 : 1) كما تبلغ عدد الساعات التدريسية للبرنامج (25) ساعة أسبوعياً.

يتكون البرنامج من ثلاث مراحل متدرجة للوصول إلى دمج الطفل التوحدي في الصف العادي وهذه المراحل هي:

أ- صف ما قبل المدرسة: (Prepclassroom) صف خاص يضم ستة أطفال يتم من خلاله تدريب الأطفال على المهارات الأساسية لعملية الدمج باستخدام منحنى التحليل السلوكي التطبيقي ويتبنى الصف التدريب الفردي واحد لواحد وتكون نسبة عدد المعلمين إلى الطلبة (1:1) وتزداد عدد ساعات دوام الطفل في الصف تدريجياً.

ولآباء دور كبير في متابعة البرنامج بعد تلقيهم تدريباً مكثفاً على ذلك.

ب - صف المجموعة الصغير: وينتقل الطفل إلى هذا الصف بعد أن يصبح سلوكه تحت السيطرة ويضم الصف (6) طلاب ونسبة عدد معلمين إلى عدد الطلبة (1:2) ويقضي الطفل في هذا الصف مدة تتراوح من سنة إلى سنتين يتعلم خلاله السلوكيات الضرورية للاتحاق لصف الدمج.

ج - صف الدمج (integrated Class): يدمج في هذا الصف ستة أطفال توحديين مع ثمانية أطفال غير توحديين ويشرف عليه معلم رئيسي وثلاثة مساعدين، ويعتمد على أسلوب برنامج علاج الحياة اليومية (Leap) وعلى التعليم العفوي (Incidental) وتنظم البيئة الصفية والتخطيط لتفاعل الطفل مع أقرانه باستخدام التلقين. (الشيخ ذيب 2005، 18)

3- التدريس المنظم وعلاج وتربية الأطفال التوحديين وذوي الإعاقات التواصلية (TEACCH)

Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children:

أسس البرنامج في العام 1964 على يد ايرك سكوبلر (Eric Schopler) في جامعة نورث كارولينا الأمريكية في مدينة تشيل هيل North Carolina at Chapel Hill بناء على قرار من الهيئة التشريعية في الولاية.

حصل البرنامج عام 1972م على جائزة جمعية الطب النفسي الأمريكية باعتباره برنامج فاعل لتعليم الأطفال ذوي اضطرابات النمائية ونظراً لإمكانية تطبيق مبادئه في المدارس العادية.

وصف البرنامج عام 1980م من قبل فريق علم نفس الطفولة الإكلينيكي بأنه أكثر برنامج فاعل للأطفال التوحديين وأشار الفريق أنه برنامج وطني نموذجي في تقديم الخدمات للأطفال وذويهم.

يحظى البرنامج حالياً بانتشار محلياً وعالمياً ويطبق في العديد من البلاد ويشرف على أكثر من (130) صفاً توحدياً في الولاية وعلى العديد من المراكز التي تقدم الخدمات التعليمية للمراهقين والراشدين التي تختلف في درجة تطبيقها للدمج اعتماداً على قدرات كل طفل على حدى.

ينطلق البرنامج من فلسفة الاعتماد على المثيرات البصرية كونها أفضل من المثيرات اللفظية ويشدد على ضرورة التعلم المنظم أفضل وأكثر فاعلية من طرق التعليم الأخرى تتلخص مبادئ البرنامج فيما يلي:

أ - زيادة تكيف الفرد من خلال تطوير مهاراته الشخصية من خلال إجراء التكيف والتعديل في البيئة لتلائم مع الصعوبات المرافقة للتوحد.

ب - تصميم برنامج تربوي فردي للطفل من خلال إجراء التقييم الرسمي وغير الرسمي للطفل لذلك طور البرنامج منظومة للقياس مثل (مقياس التوحد الطفولي Childhood Autism Rating Scale (CARS) وبروفيل (رسم بياني) نفس تعليمي مُنقح (PER-R) The psychofducalional profile والرسم البياني النفس تعليمي للمراهقين الراشدين Adult and Revised Adolescent Psychoeducational Profile

ج - استخدام العلاج السلوكي والمعرفي كاستراتيجية للتدخل.

د - تقبل الصعوبات التي يظهرها الطفل والأسرة بشكل غير مشروط والعمل على تطوير المهارات لكل منها.

هـ استخدام المثيرات البصرية والتغلب على الصعوبات السمعية باستثمار نقاط القوة عند الطفل.

و - التدريب المكثف والمنظم والتركيز على الإرشاد الفردي والأسري.

يرتكز برنامج التدريس المنظم على ثلاث استراتيجيات رئيسية هي:

أ- الترتيب المادي لغرفة الصف، بحيث يوفر الأمن للأطفال والعمل ضمن أجواء سعيدة تتسم بالراحة والجاذبية وتسمح للطفل بالتنبؤ باستخدام المحطات التعليمية المختلفة.

ب - الجدولة البصرية التي تزود جميع الطلبة بإرشادات عن فترات زمنية محددة من اليوم الدراسي وتوفر له القدرة على التنبؤ بالنشاطات اللاحقة وتسهل الانتقال من نشاط لآخر.

ج - تنظيم طرق التدريس باستخدام التعليمات والمعززات.

يعتبر البرنامج الآباء شركاء حقيقيون حيث يعطي للتعاون ما بين أولياء الأمور والأخصائيين أهمية بالغة، فالعلاقة تقوم على التعاون والتشارك التبادلي للمعلومات فهناك اعتراف بخبرة المهنيين بتدريب الآباء واعتراف بخبرة الآباء بصفات أطفالهم النادرة.

تختلف نسبة عدد المعلمين إلى عدد الطلبة في البرنامج حسب مراحل البرنامج فتكون في بداية البرنامج (1:1) أو (1:2) وتصبح عند استقرار الطفل في البرنامج (3:1) كما أن هناك نظام محكم للتدريب يشترط في الأخصائي العامل في البرنامج الحصول على الشهادة الجامعية الأولى أو الثانية والخبرة في تدريس الأطفال التوحيديين إضافة لتدريب عملي لمدة سنتين قبل تعيينه رسمياً في البرنامج. (الشيخ ذيب 2005 ، 20)

4- برنا مج دينفر للعلوم الصحية : Dinever Health Sciences Program

(DHSP) وقد أسسه روجرز وزملائه (Rogers & Collegues) في جامعة كولورادو الأمريكية (Colorado) عام 1981م منطلقين من المنحنى النمائي بالاعتماد على نظرية بياجيه حيث يطبق البرنامج فريق متعدد التخصصات يضم : م علم التربية الخاصة وأطباء متخصصين في طب نفس الأطفال وأخصائي النطق واللغة ومعالج وظيفي ومنسق عام للبرنامج والأنشطة ويُدرّب يراقب وينسق عمل أعضاء الفريق.

تبلغ عدد الساعات التدريبية للطفل (34-41) ساعة أسبوعية موزعة كما يلي:

(12) ساعة في الروضة و (12) ساعة تعلم فردي و (7-14) ساعة روتين منزلي منظم.

وينطلق البرنامج من أفكار عديدة أهمها:

- 1- الأسرة جزء لا يتجزأ من البرنامج العلاجي للطفل وكل أسرة وكل طفل حالة فريدة بحد ذاتها.
- 2- إمكانية تحقيق الطفل نجاحاً في التعلم كبيرة جداً حيث فالنقص في التعلم الموجود لدى الطفل بسبب قلة الأنشطة التعليمية ومحدوديتها وليس لنقص في قدراته على التعلم.
- 3- التوحد اضطراب اجتماعي في الدرجة الأولى فلمهارات التفاعل الاجتماعي أولوية كبيرة ليستطيع الفرد التوحد أخذ دوره الطبيعي في المجتمع.
- 4- التركيز على التواصل اللفظي والرمزي في وقت واحد، حيث تتطور مهارات التواصل اللفظي لدى كثير من الأطفال التوحدين بعد تزويدهم بالتدخلات العلاجية المناسبة والمكثفة في مرحلة ما قبل المدرسة.
- 5- التنظيم هام جداً في جميع مجالات تعليم الطفل التوحد ويشمل التخطيط القبلي للأنشطة التعليمية والقياس المستمر.
- 6- يمثل اللعب أداء ذات أهمية كبيرة جداً باعتباره أداة معرفية واجتماعية فعالة في تعليم الأطفال التوحدين.
- 7- التركيز على التعلم النهاري بتزويد الطفل على الأقل بـ (20) ساعة تدريبية ويشمل التدريب على ثلاثة أوضاع رئيسية هي:

أ- تدريس الأسرة للروتين اليومي : تحدد الأسرة موضوعات التدريس المناسبة لطفلهم وبشكل يتناسب مع روتينها وأنشطتها الخارجية.

ب - التدريس اليومي الشامل في رياض الأطفال يبدأ الطفل الدوام في رياض الأطفال ابتداء من عمر 3 سنوات ويتم التخطيط والتعاون الكامل بين أعضاء الفريق للتأكد من استفادة الطفل الكاملة من خبرات الروضة العادية.

ج - التدريس الفردي المكثف: يختلف شكله من طفل لآخر حسب قدراته كما يختلف عند نفس الطفل عبر المراحل التطورية المختلفة، وقد يكون التدريس خلال دوام الروضة أو خارجها، ويشمل العلاج النطق والموسيقى والرقص والفنون ومجموعات اللعب الصغيرة. ويتضمن المنهاج الفردي للطفل التوحيدي في برنامج دينفر خمسة مجالات هي:

1- مجال التواصل من خلال تعليم الطفل أهمية التواصل والتقليد والإيضاحات الرمزية للإيماءات التواصلية غير اللفظية.

2- مجال اللعب: التركيز على تطوير مهارات اللعب بصورة مباشرة وفردية للتقليل من العزلة الاجتماعية.

3- المجال الاجتماعي : التركيز على المبادرة في التفاعل الاجتماعي والمحافظة على استمراريته وإنهائه بطريقة جيدة.

4- المجال الحسي : تطوير النظام الحسي عند الطفل التوحيدي من خلال تطوير مهارات الانتباه والإثارة والانفعال.

5- المجال الحركي : تطور المهارات الحركية الوظيفية الضرورية للعب سواء الدقيقة أو الكبيرة. (الشيخ ذيب 2005، 20)

5- برنامج ويلدن ما قبل المدرسة Walden Preschool Programme:

أسس هذا البرنامج من قبل ماكجي وديلي وجوكيز (Mc Gee, Daly and Jacobs) عام 1985 ومع ذلك افتتح الصف الأول لهذا البرنامج عام 1992م.

يهدف البرنامج لدمج الطفل عن طريق استثمار اهتمامات الطفل وتشجيعه على التفاعل مع زملائه بتطوير مهارات اللغة التعبيرية وتفعيل تعليمه من قبل الزملاء.

يتكون الصف في البرنامج من (15-16) طفل: (7) أطفال توحيديين و (8) غير توحيديين حيث يعتبر الأطفال العاديين عامل تدخّل هام ومفيداً جداً ويتعلم زميله التوحيدي منه الشيء الكثير لاسيما بعد التعليم المباشر للنمذجة واستخدام التخطيط لجميع النشاطات إضافة للتعليم التقليدي المنظم ويشتمل البرنامج على:

أ - تنظيم البيئة التعليمية لجذب الطفل لنشاطاته المفضلة.

ب - الكشف عن اهتمامات الطفل.

ج - استخدام التعزيز والتلقين.

د - يركز البرنامج في السنة الأولى على اللغة التعبيرية والمهارات اللفظية عن طريق تنظيم بيئة تعليم تلقائية تتيح الفرصة للطفل الاختيار مواضيع التعلم إضافة تزويده بخبرات لغوية طبيعية وفي السنة الثانية يتم تهيئة الطفل لكيفية تعلمه من أقرانه في الصف.

تبلغ ساعات دوام الطفل في البرنامج (4) ساعات يومياً وتبلغ نسبة عدد المعلمين إلى عدد الطلبة (3:1) إضافة إلى (4-5) مساعدين في كل صف تعليمي ويعتبر التواصل مع الأسرة في غاية الأهمية حيث يتاح لها الكثير من فرص التفاعل مع البرنامج والمتمثلة في:

1- برنامج أسري أسبوعي لمدة (6) أشهر.

2- الإرشاد المستمر.

3- حلقات نصف شهرية تعليمية للوالدين.

4- التواصل المدرسي. (الشيخ ذيب 2005، 22)

6 - مشروع الأطفال التوحديين YAP , Young Astism Project :

أنشئ في جامعة كاليفورنيا في مدينة لوس أنجلوس الأمريك ية (UCLA) University of California at Los Angles ويعتبر البرنامج إحدى تطبيقات نظرية الإشراف الإجرائي التي وضعها سكرنر في علم النفس الحديث والتي ترى أن السلوك الإنساني متعلم من خلال ضبط المثيرات السابقة ومن خلال التعزيز اللاحق وتؤكد النظرية على إمكانية تعلم السلوك الجيد من خلال التشكيل وبذلك فهي تختلف عن العلاج السلوكي التقليدي الذي يركز على زيادة السلوك المرغوب فيه من خلال التلقين الذي لا يناسب الأطفال التوحدين، فمعظمهم لديهم سلوك اجتماعي قليل أو لا يوجد لديهم سلوك اجتماعي أو لغوي أو مهارات ملحوظة ومقبولة للعناية بالذات ويركز البرنامج على:

1 - الاهتمام بالسلوك التوحدي أكثر من الاهتمام بالتشخيص.

2 - التركيز على البيئة الحالية أكثر من التركيز على الأسباب أو تاريخ الحالة.

3 - التركيز على البحث الاستقرائي (inductive) أكثر من التركيز على البحث النظري الاستدلالي Hypothetico deductive.

ويشتق البرنامج مبادئه من نتائج الدراسات السلوكية التالية:

1 - لا يؤدي التغيير في سلوك ما للتغيير في سلوك مرافق وعلى سبيل المثال قد لا يُصاحب الحصيلة اللغوية للطفل تطور ملحوظ في علاقات الطفل مع زملائه أو تطور في مهارات اللعب الجماعي أو مهارات العناية بالذات والتحسين في مهارة ما في مجال معين قد لا يصاحبها التحسن في مهارة أخرى في نفس المجال.

2 - الحاجة الملحة لعلاج شامل لمعظم ساعات يقظة الطفل : تشير نتائج الدراسات أن معدل (10-20) ساعة تدريب أسبوعية غير كافية للطفل التوحدي وعدد الساعات المناسبة (40) ساعة أسبوعياً يخصص أول (6-12) شهر للبرامج التي تركز على صعوبات النطق واللغة بينما تخصص الساعات الأخرى إضافة لبرامج النطق واللغة لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي مع الزملاء.

3 - عدم استفادة الطفل التوحدي من العمل بالمجموعات لا سيما في البداية واستفادته من التعلم الفردي بأسلوب واحد خصوصاً في الأشهر الستة الأولى، ويشمل التدريب الأخصائيين والمهنيين والآباء والطلبة والمتدربين (المعلمين المتدربين) لذلك يتم دمج الطفل التوحدي مع الأطفال غير التوحدين عند تطور مهاراته ليستفيد من سلوكهم الاجتماعي.

4 - ضرورة التخطيط لتعلم المهارة منذ البداية : تشير الدراسات لعدم وجود دليل على تعميم تعلم مهارة من وضع لآخر أو من شخص لآخر أو من وضع تعليمي لوضع آخر، وعلى سبيل المثال فتعلم مهارة معينة في الصف أو المواقف التجريبية لا يؤدي في النهاية لتعميمها إلى البيت والمجتمع.

5 - البرامج التعليمية للأفراد السابقة غير شاملة كونها ركزت على تعليم مهارات محددة لذلك لم تظهر نتائج يمكن التفاؤل بها.

6 - تأثيرات البرنامج العلاجي مختلفة عند الأفراد المشتركين في البرنامج ويمكن أن يؤثر الإجراء العلاجي الواحد بطرق مختلفة عند الأفراد وعلى سبيل المثال فتأثير الأقساء مختلف عند الأطفال الذين يعانون من عدوان جسدي ذاتي.

7 - تأثير العلاج الطويل مستمر بعكس البرامج العلاجية القصيرة الذي ينتهي تأثيرها بانتهاء البرنامج بل يحدث انتكاسة عند إنهاء البرنامج.

ويتميز هذا البرنامج بورش العمل المتخصصة التي تعقد للفوي r العامل مع الطفل بما فيه الوالدين وأبرز ورش العمل ما يلي:

1 - الدورة الأولى: ومدتها ثلاثة أيام، وتهدف التقليل من قلق وارتباك آباء الطفل المشترك في البرنامج وتتضمن الدورة: كيفية بدء البرنامج، الإجراءات والأساليب التعليمية، المحتوى وأدوات التعليم، طريقة التوثيق والاحتفاظ بالسجلات، الإشراف، تحليل مشكلات التعلم عند الطفل.

تستخدم في هذه الدورة أسلوب النمذجة وفق أسلوب الواحد لواحد، إضافة لتقديم التغذية الراجعة المناسبة.

2 - الدورة المتقدمة : ومدتها (1-3) يوم شهرياً في الـ (3-4) أشهر الأولى من البرنامج يتم خلا لها متابعة ومراجعة وتقييم برنامج الطفل كاملاً وتتفتح الأهداف الجديدة المصممة للطفل إضافة لإعادة تقييم مشكلات الطفل.

3 - خدمات المتابعة المقدمة للوالدين خلال ورش العمل وهي نوعين:

1 - الاتصالات الهاتفية الإرشادية الدورية الأسبوعية المبرمجة والتي تتراوح مدتها ما بين (20 دقيقة إلى ساعة) وهي مبرمجة إضافة للمكالمات عند الحاجة.

2 - الإرشاد المهني: يطلب من الأسرة تسجيل شريط فيديو لمراجعة برنامج الطفل والمشكلات التي تعاني منها بحيث لا تزيد مدته عن (20) دقيقة ويقوم الأخصائي بمشاهدته وتقديم الإرشاد المناسب للأسرة.

4 - لقاء جماعي بين قائد الورشة الذي يحمل درجة البكالوريوس في علم النفس كحد أدنى ولديه خبرة في البرنامج لا تقل عن سنتين وبين (15) أسرة كحد أعلى يتم خلالها مناقشة المشكلات وتبادل الخبرات والحصول على تغذية راجعة لتطوير خدمات البرنامج عن طريق تقييم موثق من الأسرة حول البرنامج.

5 - يخضع البرنامج لإشراف مهني متخصص حيث يتم مناقشة برنامج الطفل أسبوعياً لمدة (1-2) ساعة عن طريق لجنة تتكون من المشرف والمعلم الرئيسي والإحصائي المتدرب والوالدين والطفل.

أدت النجاحات التي حققتها البرنامج لكثير من أولياء الأمور للتوجه ورفع قضايا على المدارس الحكومية تطالب بضرورة توفير البرنامج في المدارس التي تهتم بالأطفال التوحديين.

7 - برنامج بيودهن لأطفال ما قبل المدرسة Baudhuim Preschool Program

افتتح البرنامج في عام 1988 م كمدرسة خاصة في حرم جامعة Nova Southeastern في مدينة Lauderdale في ولاية فلوريدا الأمريكية.

يتميز البرنامج بمرونته الفائقة حيث يوفر التدريب المكثف من أسلوب واحد لوحد إلى صفوف الدمج الكامل، ويعتمد البرنامج على أساليب عديدة : أسلوب تدريب المهارات وأسلوب تطوير العلاقات وتقنيات أسلوب التدريس المنظم (TEACCH) والجدول البصرية وأسلوب تبادل الصور.

ويراعي البرنامج عند التخطيط للنشاطات اهتمامات الطفل ودافعيته ويُرَكز على البيئة المنظمة وأنظمة العمل المستقل لتطوير مهارات السلوك التكيفي والمهارات الاستقلالية والتواصلية والاجتماعية.

ويضم البرنامج أربعة مستويات مختلفة من الأطفال وهي:

1 - الأطفال ذوي التوحد الشديد (Children with Severe Autism) يركز البرنامج على تطوير الاستعداد للتعلم مثل الجلوس والانتباه والاستجابة للتعليمات والتقليد والتدريب على التواليت، ويستخدم البرنامج أسلوب التدريس واحد لوحد وأسلوب تبادل الصور (PECS) وتكون نسبة عدد المعلمين لعدد الطلبة في هذا المستوى (1:1)

2 - الأطفال ذوي الإعاقات النمائية : ويهدف البرنامج في هذا المستوى لتعلمهم التواصل الدائم من خلال أسلوب التدريس واحد لوحد وأنظمة العمل الاستقلالية وتبلغ نسبة عدد المعلمين لعدد الطلبة في واحد لوحد وأنظمة العمل الاستقلالية وتبلغ نسبة عدد المعلمين لعدد الطلبة في هذا المستوى (3:1)

3 - الأطفال ذوي مستويات مُتباينة من الإعاقة، ويتميز هؤلاء الأطفال بقدرات عقلية ومعرفية عادية ويُرَكز في تعليمهم على تطوير قدراتهم الاجتماعية من خلال التعلم المباشر للغة واللعب والمهارات الاجتماعية ويقضون جزءاً من اليوم الدراسي في البرنامج والجزء الآخر في الصف العادي.

4 - الأطفال ذوي المهارات التواصلية التلقائية ومهارات اجتماعية ومهارات لعب مناسبة: عدد الطلبة في الصف (18) طفل نصفهم توحديون ونصفهما الآخر غير توحديين وتبلغ نسبة عدد المعلمين لعدد الأطفال (6:1) ويستخدم في هذا الصف التدريس المنظم وأنظمة العمل الاستقلالي والجدول البصرية ويُرَكز في تعليم أطفال الصف على الأمور الوظيفية من خلال روتين المدرسة التقليدية.

تعتبر الأسرة حجر الزاوية الأساسي في البرنامج لذلك تتلقى الأسرة برنامجاً تدريبياً إضافة لتنظيم لقاء أسبوعي دوري مع المرشد، ويُصدر البرنامج نشرة إرشادية شهرية للأسرة، وتُدعى الأسرة لمشاهدة تطور طفلها من خلال غرفة مراقبة خاصة وفي حالة عدم قدرة الأسرة على الحضور يتم إرسال شريط فيديو لها يوضح تطور الطفل يقوم البرنامج بمنح الأسرة تلفاز في حالة عدم وجود تلفاز لديها. (الشيخ ذيب 2005 ، 24)

8 - برنامج الخبرة التعليمية كبرنامج بديل Learning ... LEAP Experience An Alternative Program

وأسس البرنامج سترن كورد سكو (strain & Cordisco, 1994) عام 1994 للأطفال التوحدين في مرحلة ما قبل المدرسة منطلقين من فلسفة الدمج في رياض الأطفال وأهمية تطوير المهارات الاجتماعية في الظروف الطبيعية باستخدام المجموعات والاستفادة من خبرات الأطفال الآخرين من خلال تفاعل الطفل التوحدي المستمر مع زملائه عبر تخطيط المعلمين الدقيق للنشاطات وتوفير فرص التفاعل الاجتماعي الفعال عن طريق النشاطات الجماعية وقراءة القصص واللعب الخيالي المنظم.

ينطلق البرنامج من خمسة افتراضات رئيسية هي:

- 1 - إمكانية استفادة جميع الأطفال التوحدين في مرحلة ما قبل المدرسة من برامج الطفولة التي تتبنى فلسفة الدمج.
 - 2 - تزداد فاعلية التدخلات العلاجية في حالة اشتراك الآباء والمختصين.
 - 3 - تزداد فاعلية التدخلات العلاجية في حالة استمرارها في البيت والمدرسة والمجموعات الاجتماعية.
 - 4 - إمكانية تعلم الأطفال التوحدين الكثير من السلوك الجيد من قبل أقرانهم من نفس العمر الزمني.
 - 5 - وجوب أن تعكس النشاطات المنهجية الممارسات المناسبة نمائياً حيث يستفيد منها جميع الأطفال سواء كانوا معاقين أو غير معاقين.
- ومن مميزات البرنامج:

- 1 - احترام فردية الطفل عن طريق تحديد الاحتياجات الخاصة لكل طفل مشارك في البرنامج والتخطيط لتلبية هذه الاحتياجات باستخدام التدريس المنظم وتصميم منهاج يكون بمثابة دليل ومرشد لنشاطات الطفل.
- 2 - المعلومات المستمرة يجمع المعلم المعلومات عن مفردات البرنامج التربوي الفردي وسلوك الطفل ومدى تفاعله في الصف للمساعدة على إيجاد قرار باستمرار أو تعديل أو إنهاء البرنامج التعليمي.
- 3 - التركيز على التعميم : التخطيط للتعميم من بداية تصميم البرنامج التربوي الفردي من خلال تنوع الأمثلة والمجموعات والمعلمين.

- 4 - توسيع فرص التعليم بتزويد الطفل بعدد كبير من الفرص التعليمية الوظيفية.
- 5 - التركيز على المهارات الأسرية بالطلب من الأسرة تعزيز التدخل لمدة (3) ساعات يومياً على الأقل وتزويدها باستراتيجيات تدخل محددة لجميع أوقات الطفل خارج المدرسة.
- ويتكون البرنامج من أربعة أجزاء رئيسية هي:
- 1 - صفوف الدمج لما قبل المدرسة ويتضمن كل صف: عشرة أطفال عاديين وثلاثة أطفال توحديين.
- 2 - برامج تدريب الآباء على إجراءات تعديل السلوك والاستراتيجيات التعليمية لضمان فاعليّة التدخلات العلاجية.
- 3 - نشاطات منزلية محلية.
- 4 - الدراسات المستمرة للممارسات التعليمية.
- يركز البرنامج على الأبعاد والمجالات التالية:
- 1 - المجال الاجتماعي: التفاعل الاجتماعي وخفض سلوك العدوان والانهماك في النشاطات والعناية الذاتية.
- 2 - مجال اللغة: عدد المفردات التي ينطقها الطفل التوحدي والاستجابة للتعليمات.
- 3 - مجال السلوك: تقليل الروتين والتقليل من أعراض التوحد و التدريب على التواييت.
- تبلغ نسبة عدد المعلمين إلى عدد الطلبة (1:5) إضافة إلى أخصائي نطق كما يبلغ عدد ساعات التدريب الأسبوعية (15) ساعة في المدرسة إضافة إلى التدريب المنزلي.
- يولي البرنامج أهمية كبيرة لترتيب غرفة الصف وتنظيمها فيزيائياً من خلال: إنشاء العديد من الزوايا التعليمية التي تفصل بينها حدود مادية (مثيرات بصرية) ومن أهم الزوايا:
- زاوية البيت، الألعاب، الرمل والماء، الكتب، المواضيع الأسبوعية.
- يتيح البرنامج الزمني اليومي للصف التوازن بين النشاطات المختلفة مثل الاسترخاء والعمل ضمن المجموعات الكبيرة والصغيرة والعمل الفردي والنشاطات الداخلية والخارجية معتمداً على النمذجة والتقليد والتلقين والإخفاء والتعزيز.

ويتطلب من المعلم العامل في البرنامج الحصول على رخصة معتمدة بعد دراسته لثلاثة مساقات في مواضيع تتضمن تصميم المناهج والأساليب التعليمية، تعديل السلوك التواصل الفعال ومساقين في مواضيع مختارة مثل تحليل السلوك المتقدم، أنظمة التواصل المساعدة، البرمجة لما قبل مرحلة التدخل، برامج الانتقال والدمج، البرامج المهنية، ويتطلب دراسة هذه المساقات 3 سنوات، كما يشترط البرنامج على أخصائي النطق الحصول على درجة الماجستير في النطق إضافة لدراسة مساقات في التحليل السلوكي التطبيقي ولا يسمح لمعلم النطق الذي يحمل درجة البكالوريوس في النطق واللغة بالعمل في البرنامج. (الشيخ ذيب 2005، 25)

9 - برنامج ديلور للتوحد Delware Autistic prpgrame

وأحد تطبيقات منحنى تحليل السلوك التطبيقي قام بتصميمه بوندي وفرست (Bondy & frost) عام 1980 في مدرسة حكومية لولاية ديلور الأمريكية ويستهدف الأطفال التوحديين الذين تتراوح أعمارهم من (47 شهر إلى 21 سنة).

يقضي الأطفال في البرنامج يومياً 6 ساعات طوال العام الدراسي الذي تبلغ مدته 241 يوماً ويكون معلم ومساعد لكل (4-5) طلاب توحديين وأخصائي نطق لكل (12) طالب وأخصائي نفسي لكل (20) طالب ويتلقى كل طالب نصف ساعة يومياً في تعلم التكيف الجسدي إضافة للعلاج الطبيعي والوظيفي عند الحاجة.

يتكون البرنامج من خطوات رئيسية تتمحور في:

- 1 - وضع هدف سلوكي قابل للقياس.
- 2 - تعزيز الخطوات الصحيحة.
- 3 - تصحيح الخطوات غير الصحيحة. (الراوي ، حماد 1999، 150)

الباب الثاني

الدراسة الميدانية

الفصل الخامس: وصف وتصميم البرنامج الفردي

الفصل السادس: إجراءات تنفيذ البحث

الفصل السابع: نتائج تطبيق البرنامج

الفصل الثامن: تفسير النتائج وتقوية فاعلية البرنامج

الفصل الخامس

وصف وتصميم البرنامج الفردي لتأهيل طفل التوحد

أولاً : وصف البرنامج

- 1 . أهداف البرنامج
- 2 . مكونات البرنامج
- 3 . القائمون بتنفيذ البرنامج
- 4 . مدة البرنامج
- 5 . تقييم البرنامج

ثانياً : تصميم البرنامج

- 1 . المفاهيم البنائية للبرنامج
- 2 . مراحل تطبيق البرنامج

وصف وتصميم البرنامج التربوي الفردي

أولاً: وصف البرنامج :

لاشك أن الإطار النظري والعملي من مقترحات نظرية وبرامج تدريبية وعلاجية سابقة كان له إسهاماً كبيراً في تحديد مفردات ومفاهيم ووحدات البرنامج الفردي لتأهيل طفل التوحد.

1 - أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج الفردي والمعد لتأهيل طفل التوحد لدى العينة التي تناولها البحث إلى:

- 1 - تحسين مهارات الاستقلالية الذاتية لدى الأطفال عينة البحث.
- 2 - تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال عينة البحث.
- 3 - تحسين مهارات التواصل اللغوية وغير اللغوية لدى الأطفال عينة البحث.

2 - مكونات البرنامج:

1 - يشمل البرنامج الفردي على عدة فقرات تخدم كل فقرة منها مجال نفسي أو مجال نفسي حركي معين لدى الطفل التوحد وتستند إلى مفاهيم التربية الخاصة وتتألف وحدات البرنامج التربوي الفردي من الوحدات التالية :

- 1 - مهارات الاستقلالية الذاتية.
- 2 - مهارات التفاعل الاجتماعي.
- 3 - مهارات التواصل اللغوية - غير اللغوية.

2 - قائمة ملاحظة :

وتشمل على تقدير مستوى الأداء والمساعدة إن وجدت وملاحظات أخرى حول الهدف يقوم القائم بتنفيذ البرنامج بتدوينها بعد نهاية كل مرحلة لتقدير مست وى أداء الطفل على كل بند من كل مهارة وفي نهاية المرحلة يقرر بناءً على هذه الملاحظات فيما إذا كان هذا البند سيبقى في البرنامج للمرحلة المقبلة، إذا كان أداء الطفل فيه لم يصل إلى المستوى المطلوب أو يعدل، أو يستبدل بمرحلة متقدمة أكثر إذا كان أداء الطفل فيه قد حقق المستوى المطلوب من المهارة.

3 - القائمون بتنفيذ البرنامج:

بالاستناد إلى المحيط الذي طبق فيه البرنامج وبمراعاة الواقع المهني للمركز الذي يستقبل أطفال عينة البحث، وفي إطار الشروط والظروف المهنية، والاجتماعية، والمادية، قام الباحث بمحاولة تقريب الواقع العملي من الشروط العلمية التي يتطلبها إجراء تطبيق البحث الحالي، وفي إطار هذا قام الباحث باختيار أشخاص من خريجي قسم علم النفس والذي لهم خبرة لاتقل عن السنة في هذا المجال وقد بلغ عددهم مشرفيين، بالإضافة إلى الباحث نفسه بواقع (حالة - مشرف) بالإضافة إلى دور الطبيب النفسي المشرف على المركز والذي ساهم إسهاماً كبيراً في تطبيق البرنامج، وبهذا يكون القائمون بتنفيذ البرنامج:

1 - الطبيب النفسي المشرف.

2 - أخصائيين نفسيين.

3 - الباحث.

4 - مدة البرنامج:

تتحدد مدة البحث في هذا البرنامج بالفترة الواقعة بين (1 - 2 - 2005 ، 1 - 5 - 2005)

5 - تقويم البرنامج:

يمكن لهذا البرنامج أن يقوم استناداً إلى القياس القبلي والقياس البعدي، كما يمكن أن يقوم وفقاً لقائمة الملاحظة المرفقة به، وتقارير أهل الطفل التوحيدي وفريق العمل.

ثانياً : تصميم البرنامج:

1 - المفاهيم البنائية للبرنامج:

استند البرنامج إلى أساس نفسي نمائي لاضطراب التوحد عند الأطفال التوحيدين حيث تتحد المفاهيم البنائية للبرنامج بمايلي :

1 - الروتين وتنظيم الوقت:

من المعروف أن الطفل التوحيدي لا يعرف معنى الزمن، وبالتالي فهو غير قادر على التنبؤ بتسلسل الأحداث من حوله، وعلى هـ ذا الأساس فإن تنظيم الوقت إلى وحدات عمل متتالية ومنتظمة، وبشكل دائم وروتيني يخفف من القلق لدى الطفل التوحيدي ويجعله مدركاً أكثر لتسلسل الأحداث، بعبارة أخرى تقريب مفهوم الزمن للطفل بتقسيم الوقت إلى وحدات من العمل ، فعلى سبيل المثال (يعرف الطفل بعد

التعود على الروتين أنه بعد الانتهاء من عمل ما مطلوب منه أنه سوف يحصل على فترة الموسيقى، وبهذا فهو سوف ينهي العمل دون تدمير على الأغلب)

2 - تعديل السلوك:

اعتمد البرنامج على تغيير السلوك غير المناسب إلى سلوك مناسب أو على الأقل التخفيف من حدة السلوك غير المناسب، وذلك بتحديد أسباب السلوك الغير مناسبة ومن ثم وضع البدائل العلاجية لتعديلها، بالإضافة إلى التدريب على السلوك البديل أو السليم. وذلك بالاعتماد على استراتيجيات التعزيز والتي تم شرحها في الجزء النظري بشكل وافي.

3 - المهارات الاجتماعية:

من المظاهر الأساسية للطفل المتوحد هو عدم قدرته على إقامة أي نوع من العلاقات الاجتماعية حتى مع أقرب الناس إليه، ولذلك يجب التركيز على هذا الجانب وتشجيع وتعزيز أي سلوك يقوم به الطفل في هذا المجال وذلك من خلال الطرق التالية:

- استخدام برامج تعديل السلوك.
- التركيز على النشاطات الاجتماعية التي توفر الجو للمشاركة الاجتماعية.
- تشجيع البرنامج ومشاركة الأهل في تدريب الطفل التوحد.
- اتباع برنامج الرحلات المنظم، وبرنامج (المشوار) خارج المركز بشكل يومي تقريبا .
- المشاركة في فترة الرقص الجماعي مع الأطفال الآخرين.
- تشجيع الطفل على التواصل البصري والنظر مباشرة في عين المتحدث.

4 - المهارات اللغوية:

يعاني الأطفال التوحيديين من ضعف شديد في اللغة سواء اللغة التعبيرية (اللفظية، اللغة غير اللفظية) أم اللغة الاستقبالية، وتشتمل المهارات اللغوية على مايلي:

- تعليم الطفل كيف يطلب أي شيء يريه باستخدام الكلمات المفردة للإشارة الأشياء.
- تعليمه معنى كلمة نعم ومعنى كلمة لا ومتى نستخدمها.
- تعليم الطفل كيف يفسر بعض الإشارات مثل إشارة لا بالإصبع
- تدريبه على الاستجابة للأوامر المختلفة مثل تعال.
- تعليمه مسميات بعض الأشياء من خلال الإشارة إليها.
- تعليمه مفاهيم بعض الأسئلة مثل : أين، متى.....الخ.
- استخدام الموسيقى لتعليم بعض المفردات أو الجمل.

5 - العلاج باستخدام الموسيقى :

لقد ثبت أن للموسيقى تأثير على الطفل التوحيدي وقد استخدمت في البرنامج الفردي لتعزيز التفاعل الاجتماعي مع الأطفال الآخرين ومع المشرفين في المركز من خلال المشاركة في الرقص أو التصفيق والجلوس بشكل مناسب في فترة الفيديو.

6 - المهارات الحركية:

تعتبر المهارات الحركية من الجوانب الهامة لدى الطفل التوحيدي لتمكنه من القيام بأمر حياته المختلفة بالشكل السليم، ولما كان الطفل التوحيدي يقوم ببعض أشكال السلوك الحركي الذي قد يعوق من قدرته التعليمية مثل سلوك الرفرقة أو الأرجحة، باليدين أو الرقبة الخ، لذلك كان لا بد من الاهتمام بهذا الجانب وتعديله بأساليب مختلفة.

7 - مهارات الاستقلالية الذاتية:

تعتبر المهارات الاستقلالية من أهم المهارات التي يجب التركي ز عليها في تدريب وتعليم الأطفال المتوحدون، بل أنها أكثر أهمية من المهارات الأكاديمية، لأنه في حال تدني القدرات العقلية تصبح مهارات العناية بالذات أهم من غيرها خصوصاً مع حالات التوحد الشديدة، وذلك لمساعدة الطفل المتوحد مستقبلاً على الاعتماد على نفسه وإيصاله إلى أقصى ما لديه من قدرات في مختلف الجوانب.

8 - المهارات الأكاديمية:

تعتبر المهارات الأكاديمية من المهارات الهامة بالنسبة لكافة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة لتمكينهم من الاعتماد النفس والقيام بأمر حياتهم اليومية بالشكل المناسب، وبالنسبة للأطفال المتوحدون فليق المهارات الأكاديمية مهمة أيضاً ولكن ليس بنفس درجة الاستقلالية الذاتية.

9 - مهارات السلامة والأمن:

تعتبر مهارات السلامة والأمن من المهارات الهام لكل ذوي الحاجات الخاصة، ولكنها أشد أهمية لتعليمها للأطفال التوحيدين، آخذين بعين الاعتبار طبيعة الطفل المتوحد والعزلة النفسية التي يعيشها وعدم شعوره بمن حوله وعدم وعيه للأخطار المختلفة في بيئته.

10 - المهارات الترفيهية :

لقد أثبتت العديد من الدراسات أن المهارات الترفيهية ضرورية للأطفال المتوحيدين لما توفره من عناصر السرور والبهجة وتوفير خبرات حياتية جديدة، بالإضافة إلى

ما توفره من فرص للتفاعل الاجتماعي وإقامة تواصل و علاقات اجتماعية من خلال الاختلاط بالأطفال الآخرين.

2- مراحل تطبيق البرنامج:

يوضع البرنامج على شكل أهداف عامة يراد الوصول إليها في نهاية المدة المحددة لتطبيق البرنامج وهي ثلاث أشهر ، ويقوم المشرف النفسي بوضع برنامج يومي لكل طفل ويكون عبارة عن أهداف جزئية، تمكنه من الوصول إلى الهدف الأساسي الموضوع في البرنامج ، فمن الممكن لهدف أن يتحقق بمرحلتين مثلاً وآخر قد يحتاج إلى أكثر من مرحلة أو خطوة ، فالبرنامج اليومي هو عبارة عن خطوات صغيرة وبشكل يومي ومتكرر حتى تمكن الطفل من الوصول إلى الهدف الأساسي بصورة مريحة وحتى يستطيع تقبل هذا الأمر بالاستناد إلى أن الطفل التوحدي يكره التغيير المفاجئ في محيطه وعاداته وعلى هذا الأساس كان التدرج في الوصول إلى الهدف .

الفصل السادس

إجراءات تنفيذ البرنامج

أولاً : مرحلة الإجراءات الأولية

- 1 . حدود البحث وعينته
- 2 . سحب العينة
- 3 . إعداد أدوات جمع الوثائق
- 4 . أدوات البحث

ثانياً : مرحلة الدراسة الأساسية

ثالثاً : إجراءات تطبيق البرنامج

إجراءات البحث

تم تنفيذ البحث الحالي وإجراؤه على مرحلتين، الأولى تضمنت الإجراءات الأولية، وتم من

خلالها إعداد أدوات جمع الوقائع وأدوات القياس وتحكيمها ، وسحب عينة الدراسة من المجتمع الأصلي، والثانية، مرحلة الدراسة الأساسية، والتي تضمنت إجراءات تطبيق البرنامج وجمع البيانات والمعطيات الناتجة ومراجعتها وتقريرها، وكل ذلك في إطار دراسة الحالة بهدف التحقق من فرضيات البحث.

أولاً : مرحلة الإجراءات الأولية :

1- حدود البحث وعينه :

تم إجراء البحث الحالي ضمن حدود زمانية ومكانية ارتبطت بخصائص العينة المسحوبة للدراسة، ويتحدد البحث الحالي بالنقاط التالية:

1- الأطفال التوحديين الذين يتراوح المدى العمري لهم بين (6 - 15) سنة من الذكور المشخصين في ضوء الفحص الطبي النفسي في " مركز بيت السلام للأطفال التوحديين والذهانيين " في مدينة دمشق الذين بلغ عددهم (3) أطفال توحده.

2- الفترة الزمنية لتطبيق البرنامج التربوي الفردي المعد لتأهيل طفل التوحده لدى أفراد العينة المذكورة، والواقعة بين (1- 2 - 2005 ، 1 - 5 - 2005)

الأهداف التي يسعى البرنامج الفردي إلى تحقيقها في الفترة الزمنية المخصصة لتطبيقه وبالمكونات التي يتضمنها هذا البرنامج.

ولم يكن أمام الباحث مجالاً لاختيار المحيط الجغرافي للبحث، ذلك أن المركز الذي أخذت منه العينة هو المركز الوحيد لاستقبال الأطفال التوحديين، هذا في نطاق مدينة دمشق.

2 - سحب العينة :

اشتملت عينة البحث الحالي على (3) أطفال توحديين تتراوح أعمارهم بين (12 - 15) سنة من الذكور المتواجدين في مركز (بيت السلام للأطفال التوحديين والذهانيين) في مدينة دمشق إن حجم العينة له مبررات متعلقة بالصورة المرضية لاضطراب التوحده حيث استبعد من العينة الأطفال ذوي الاضطرابات المتعددة (توحده مع تأخر عقلي) ومنهج البحث يسمح بهذا الإجراء ذلك أن منهج التجارب الميدانية العيادية - Clinical Trials قد يتطلب استبعاد شديدي

الاضطراب من التجربة وبخاصة إذا توفر لهم علاج فعال، كما قد يس تبعد أصحاب الاضطرابات المتعددة (مليكة، 1997: 95)

- اختيرت العينة بشكل مقصود ، وذلك بهدف تمثيل مجتمع الدراسة بشكل كافي ، فكانت الحالات من ذوي التوحد الخفيف ، والمتوسط ، والشديد ، على اختبار .c.a.r.s

علماً أن أطفال المركز موقع الدراسة بلغ (7) أطفال (توحد حقيقي) حين البدء بإجراءات البحث الحالي .

3 - إعداد أدوات جمع الوقائع :

تهدف أدوات جمع الوقائع إلى جمع المعلومات والبيانات الأولية حول الحالة، كما تهدف إلى تحديد الصورة العيادية الراهنة للاضطراب عند الحالة وقد اشتملت على مايلي :

- سجل الحالة: السجل الطبي للحالة ويشمل على

- معلومات عامة

- السجل الطبي (للطفل وعائلته)

- التطور النفسي الحركي

- الاستقصاءات الطبية

- قائمة الخصائص العيادية .

4 - أدوات البحث :

1 - السلم القياسي للأطفال التوحديين C.A.R.S :

الذي وضعه كل من شوبلر، برونر، وكانت السنة الأولى للنشر 1971 ويهدف المقياس إلى تحديد الأطفال التوحديين، والتميز بين مستويات التوحد، وأيضاً التميز بين الأطفال الذين يعانون من إعاقة في النمو دون أعراض توحديّة وله شكل واحد ويستخدم بطريقة الملاحظة لسلوك الطفل المتوحد ضمن نشاط يتطلب تنوع سلوكي وتفاعل مع الأشخاص ويتم التقويم في نهاية مرحلة الملاحظة، ويتضمن محتوى هذا المقياس 15 نقطة تشمل أعراض التوحد.

الخصائص القياسية للمقياس :

إن معامل الارتباط الذي تم الحصول عليه يبين أن (C.A.R.S) أداة قياس على درجة عالية من الصدق الداخلي والاتفاق بين المحكمين وبين الجدول التالي ذلك:

النقاط	درجة الصدق
1 - العلاقة مع الأشخاص	0.93
2 - التقليد	0.79
3 - الاستجابة الانفعالية	0.71
4 - استخدام الجسم	0.70
5 - استخدام الأدوات	0.76
6 - التكيف مع الغير	0.63
7 - الاستجابة البصرية	0.73
8 - ردة الفعل للسمع	0.71
9 - الذوق، الشم، اللمس	0.78
10 - الخوف، العصبية	0.67
11 - الاتصال اللغوي	0.69
12 - الاتصال غير اللغوي	0.62
13 - مستوى النشاط	0.67
14 - مستوى درجة الوظائف الفكرية	0.55
15 - الانطباع العام	0.76

P=0.0001

أن أهمية هذا السلم تتجلى بكونه يعتمد على الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل التوحدي، وأيضاً جدواه بشكل خاص في التصنيف والبحث، كما يعطينا خلاصة وصفية للسلوك المرضي للطفل، كما أنه قابل للتطبيق إذا ما أخذنا نقطة محددة من نقاطه من أجل تقييم مجال معين وخاص.

2 - قائمة الخصائص العيادية المستخدمة لوضع الخطة العلاجية :

وقد قام الباحث باختيار 30 بند (اختيرت من بين 84 بند معروفة بقائمة الخصائص العيادية لمعرفة جوانب القصور عند كل طفل توحد ودرجة هذا القصور، وبالتالي وضع الخطة العلاجية المناسبة لكل حالة)، توزعت على المحاور الثلاث للدراسة بواقع 10 بنود لمحور الاستقلالية الذاتية، وكذلك بالنسبة للتفاعل الاجتماعي والتواصل اللغوي وغير اللغوي. ووضع خمس درجات لكل بند تبدأ من الصفر لتدل على عدم وجوده تماماً، و 4 لتدل على وجوده بشكل كبير

وواضح ، و الدرجات الباقية هي تتدرج حسب رأي وملاحظة الملاحظ لسلوك
الطفل، كما هو موضح في الجداول التالية :

الاستقلالية الذاتية

رقم	البند	0	1	2	3	4
1	فشل محاولة الطفل للانتصاب بجسمه عند محاولة حمله					
2	يواجه صعوبة كبيرة في ارتداء ملابسه وخاصة حذائه					
3	يواجه صعوبة كبيرة في استخدام أدوات الشرب والأكل					
4	يمشي أو يجري بطريقة تعوزها الرشاقة بينما يقود دراجته ببراعة					
5	يواجه صعوبة كبيرة في التدرج على عملية التبول					
6	يفشل في تعلم الطرق الصحيحة في المشي أو الحركة					
7	قدرة ضعيفة على ضبط الإخراج مقارنة بعمره الزمني					
8	يتعامل بأصابع يده لشرب الماء أو المواد السائلة					
9	يتعامل القفز أو المشي ولكن بأسلوب نمطي يغلب عليه فقدان التأزر					
10	يستخدم أيادي الآخرين للحصول من خلالها على رغباته					

التواصل اللغوي وغير اللغوي :

رقم	البند	0	1	2	3	4
1	يردد كلام الآخرين ليعبر عن رغباته الذاتية بغض النظر عن اختلاف المضمون					
2	لا يستجيب لنداء الآخرين بينما يستجيب لأصوات الموسيقى المحببة لديه					
3	يعبر عن رغباته بألفاظ لاتعني ما يريد					
4	يردد كلام الآخرين ويضيف عليه كلمات غير مفهومة وليست بغرض التواصل					
5	يبدو أنه يفهم أشارات الآخرين وكلامهم ولكن لا يرغب في الاستجابات					
6	يصدر أصواتاً تكرارية في أغلب الأوقات					
7	لا يستجيب لغوياً لما يطلب منه لغوياً					
8	يقلد أصوات الحيوانات التي آل فيها بغرض التواصل مع الآخرين أو الانشغال عن التواصل معهم					
9	يفقد ما سبق وتعلمه من لغة					
10	يستجيب حركياً لما يطلب منه لغوياً					

التفاعل الاجتماعي :

رقم	البند	0	1	2	3	4
1	فشل الطفل بتطوير أي علاقة مع الأم أو صورتها					
2	لا يدرك الاختلاف بين الأم وبين من يحل محلها					
3	يلعب بين الأطفال وليس معهم					
4	عدم التأثر بالأشخاص الغرباء إذا ما اقتربوا منه ولا تجدي المحاولة للفت النظر					
5	يشارك الأطفال في ألعابه ولكن في إطار عالمه الداخلي ورغباته الذاتية					
6	يتبع باستسلام واضح أي شخص يأخذ بيده					
7	لا يستجيب إلى العروض المقدمة بمفاجئته سواء بالملاطفة أو التهديد					
8	ندرة ملامح السرور أو الضحك بينما تتضخم انفعالات الغضب والحزن والعصبية					
9	فشل الطفل في محاولة تطوير أي علاقة مع الأخوة					
10	يطلب من الآخرين تحقيق رغباته ويصر على أن تكون حركاتهم لهذا الغرض					

3 - أداة البحث:

إن أداة البحث المستخدمة من قبل الباحث هي البرنامج الفردي ، لكل حالة، فكان لدينا أربعة برامج وجاءت كمايلي:

- الحالة الأولى البرنامج الفردي رقم "1" الموضح بالجدول رقم " "
- الحالة الثانية البرنامج الفردي رقم "2" الموضح بالجدول رقم " "
- الحالة الثالثة البرنامج الفردي رقم "3" الموضح بالجدول رقم " "

اشتملت على البنود التالية :

- الاستقلالية الذاتية.
- صورة الجسد (الحركات الدقيقة - والحركات العامة) التآزر الحسي الحركي .
- التفاعل الاجتماعي.

- التوصل (اللغة اللفظية - غير اللفظية).

- المهارات المعرفية.

- مهارة التقليد.

ثانياً - مرحلة الدراسة الأساسية :

اشتملت هذه المرحلة على إجراءات تطبيق البرنامج الفردي لتأهيل الطفل التوحدي .
وحددت الفترة اللازمة لتطبيق البرنامج بثلاثة أشهر وهي الفترة الممتدة من (1 - 2
- 2005، 1 - 5 - 2005)

كما اشتملت مرحلة الدراسة الأساسية على تفريغ النتائج والمعطيات واستخلاص
النتائج والدرجات وتحديد طرائق عرضها ومن ثم التوصل إلى كمية من المعطيات
التي شكلت الأساس الذي قامت عليه إجراءات عرض النتائج وتفسيرها بما يتناسب
مع أهداف البحث

ثالثاً - إجراءات تطبيق البرنامج :

يمكن تحديد بدء إجراءات تطبيق البرنامج الفردي لتأهيل طفل التوحد عند عينة
الأطفال التوحديين في البحث الحالي، من تشكيل فريق العمل القائم على تطبيق
البرنامج وفي هذا تمت مراعاة الشروط العلمية التي يتطلبها تطبيق البرنامج الفردي
قدر الإمكان.

ثم حددت الفترة الزمنية اللازمة لإجراءات تطبيق البرنامج بالتوقيت (9 - 12.30
(صباحاً وهي أيضاً فترة أخذ القياسات وإجراءات الملاحظة وتنفيذ الوحدات
المكونة للبرنامج كما تم تحديد المساعد النفسي لكل حالة بحيث جاء التوزيع (واحد
لواحد) وبعد أخذ القياسات وتحديد درجة كل حالة على بنود الاختبار المستخدم
لوضع الخطة العلاجية تم تحديد استراتيجيات البدء مع أطفال العينة.

وفق هذا الإجراء تم تحديد وحدات البرنامج الفردي لكل حالة وتحديد فقراته وبدء
التنفيذ بالبرنامج ، وفق علاقة آمنة بين الطفل والمساعد النفسي، من حيث تزويد
الطفل بالدعم والتعزيز وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي مع إظهار الحزم
في المواقف الغير مقبولة والمطلوبة تعديلها ، وذلك باستخدام كلمة " لا "
والإصرار على متابعة العمل قدر الإمكان والإصرار على التوقيت المخصص لكل
فترة وإتباع نفس التقسيم للمراحل الأساسية كالتالي :

- الفترة الأولى : 9 - 10 فترة العمل على الطاولة.

- الفترة الثانية : 10 - 10.30 فترة الحديقة والمشوار.

- الفترة الثالثة : 10.30 - 11 فترة الفيديو.
- الفترة الرابعة : 11 - 11.30 فترة الطعام.
- الفترة الخامسة: 11.30 - 12 فترة الرقص المشترك.
- الفترة السادسة: 12 - 12.30 فترة الكمبيوتر.

الفصل السابع

نتائج تطبيق البرنامج وتفسير النتائج

أولاً : تقديرات الخط القاعدي لعينة البحث

ثانياً : دراسة الحالة وتفسير النتائج

1 . دراسة الحالة الأولى وتفسير نتائجها

2 . دراسة الحالة الثانية وتفسير نتائجها

3 . دراسة الحالة الثالثة وتفسير نتائجها

نتائج تطبيق البرنامج

1- تقديرات الخط القاعدي لعينة البحث :

بناءً على أدوات البحث الحالي تم تنظيم المعطيات المستخلصة من هذه الأدوات فيما يلي سيعرض الباحث لهذه المعطيات النهائية والمتعلقة بعينة البحث وسيتم عرض النتائج وفقاً للترتيب التالي:

أولاً : نتائج مرحلة الخط القاعدي :

هذه المرحلة كانت تمهيدية لبيان وضع العينة قبل إجراء التدخل المتمثل في إجراء تطبيق البرنامج الفردي لتأهيل الطفل التوحدي .

وتم في هذه المرحلة تقدير شدة الاضطراب في هذه المرحلة على مقياس تقدير شدة الاضطراب اختبار c.a.r.s وكذلك تطبيق قائمة الخصائص العيادية من قبل الباحث بعد ملاحظة لأفراد العينة لمدة أسبوعين لتبيين المهارات المتمكن منها الطفل وغير المتمكن منها وذلك بالاجتماع مع

أهل الطفل ومساعدتهم فكانت النتائج المبينة في الجدول التالي :

الاختبار			c.a.r.s	الحالة
قائمة الخصائص العيادية				
التواصل اللغوي - غير اللغوي	التفاعل الاجتماعي	الاستقلالية الذاتية		
22	27	12	خفيف	الأولى
27	32	18	متوسط	الثانية
33	36	22	شديد	الثالثة

أن تقديرات الخط القاعدي تظهر اختلاف في شدة الاضطراب عند أفراد العينة وقيم مختلفة على قائمة الخصائص العيادية ولكن ومن قراءة القيم نلاحظ أن القيم المرتفعة تتركز في التفاعل الاجتماعي و التواصل اللغوي - غير اللغوي وهذا ما يدل على أهمية العمل على هذه المحاور وتركيز برامج التأهيل المختلفة على محاور الاستقلالية الذاتية والتفاعل الاجتماعي والتواصل اللغوي وغير اللغوي ، وشدة الحاجة إلى تقريب الحياة الواقعية إلى الطفل التوحدي تأتي في المرتبة الأولى عند شديدي الاضطراب أكثر من المهارات المعرفية أو الأكاديمية أو المهنية وهذا ما يشغل أهل الطفل أكثر من المهارات الأخرى في البداية على الأقل .

الحالة الأولى

1 - الخلفية والظروف الأسرية :

الطفل من مواليد 26 - 9 - 1992 يبلغ من العمر 13 سنة لأب وأم مهندسين ، وهو الطفل الثالث في العائلة ، لأختين أكبر منه ، لا يوجد ضمن العائلة أي مرض له دلالة أو مؤشر للعامل الوراثي .

مرت فترة الحمل بشكل طبيعي، لم يكن هناك نية بالحمل، وكان هناك إجهاض قبل الحمل بثلاث سنوات، كانت الولادة غير طبيعية، بواسطة ملقط الجنين.

فترة الرضاعة الطبيعية لدى الطفل كانت ستة أشهر أنتقل بعدها إلى الرضاعة الصناعية واستمر متمسك بالرضاعة حتى سن الست سنوات ، يعاني الطفل من اضطراب في النوم منذ الولادة ، والآن يأخذ دواء من أجل النوم ، النمو ا لجسمي لهذا الطفل بالحدود الطبيعية باستثناء ، ضعف ظاهر في البداية بالحركات الدقيقة ، أظهر الطفل تأخر واضح في تطور اللغة واللغة التعبيرية .

2 - التشخيص :

كانت أول استشارة بالنسبة للطفل في عمر أربع سنوات ، حيث أخضع لفحوص طبية كاملة لتقييم وضعه العصبي والبيولوجي ولم تؤدي إلى نتيجة سببية . ثم بعد ذلك بفترة أخضع لاختبارات خارج القطر في الجامعة الأمريكية في بيروت ، ومن ثم في باريس وشخص على أنه طفل توحّد ، وخضع الطفل للمعالجة لمدة قصيرة ليعود بعدها ، إلى سورية ليلتحق في سن الست سنوات في مركز بيت السلام ليُشخص على أنه طفل توحّد، حقيقي أو نمطي .

3 - الصورة المرضية:

يظهر تاريخ التعلم الفردي لهذه الحالة بعض الأنماط السلوكية الإيجابية مثل سلوك التعلق والمهارات الحركية الكبيرة، وتتكامل الصورة المرضية لهذه الحالة بالمظاهر التالية :

1 - لغة تكرارية، واستجابات بسيطة ، مثل (ما هو اسمك ، ما هو اسم مدرستك ، ما هو اسم حضانك) وتكرار لبعض الأغاني المفضلة لديه ، مع العلم أن الطفل الحالة عند دخوله المركز كان هناك غياب للغة المنطوقة أو التعبيرية .

2 - عدم التمييز الانفعالي.

3 - سلوك محاكاة ضعيف.

4 - استجابات لفظية صدائية .

5 - سلوك تنبهي ذاتي ، يبدو بمسك الأشياء ورفرفتها بين الكفين .

6 - يبدو أن الطفل لا يتعرف الأشياء بمسمياتها في محيطه الخاص.

يضاف إلى ما سبق السمات التالية (ضعف الكف، نقص القلق، قصور الحساسية الاجتماعية، العجز الانفعالي (لا يبالي أو يتجاهل أو لا يعي المشكلات الموقفية)) وتظهر فترات إنشراحية تتمثل بفرط نشاط حركي وإصدار أصوات وضحكات ليست بغرض التواصل مع أحد.

وسوف نعرض في الجدول التالي البرنامج الفردي الذي طبق على الطفل الحالة لمدة الثلاثة الأشهر المقررة للبرنامج مع نتائج العمل، و الملاحظات التي سجلت من قبل الباحث والأخصائي النفسي المشرف على الحالة:

البرنامج الفردي للحالة الأولى

الاستقلالية الذاتية :

النشاط والمهارة	الملاحظات	مستوى الأداء	المساعدة
أن يأكل بالشوكة ويستخدم السكين	يخاف من السكين	متوسط	كثيرا في البداية
أن يجلي صحنه وكأسه بعد الانتهاء م ن الطعام	يخاف من الماء البارد	جيد	قليلا
أن يقود الدراجة بشكل سليم دون مساعدة		جيد	بدون
أن يستحم لوحده		متوسط	متوسط
أن يرتدي ملابسه لوحده	لاستطيع زر الأزرار	جيد	متوسط
أن يفتح الباب بالمفتاح لوحده		متوسط	متوسطة
أن يستطيع شراء أي شيء يختاره بنفسه .		جيد	بدون
بعد الانتهاء من العمل على الطاولة أن يعيد ترتيب الأدوات إلى مكانها في الخزانة		ممتاز	بدون
أن يمشط شعره دون مساعدة		ممتاز	بدون

التفاعل الاجتماعي

النشاط والمهارة	الملاحظات	مستوى الأداء	المساعدة
أن يلقي تحية الصباح على مشرفه والمشرفين الآخرين في المركز	لا يستطيع المبادرة	جيد	
أن يتفاعل باللعب مع الأطفال الآخرين بقبول اللعب معهم		متوسط	
أن يتقبل الانتظار ويتقبل مفهوم الدور		جيد	لفظي
أن يقوم بدفع النقود للبائع عند الشراء		جيد	لفظي
أن يقوم ببناء علاقة مع زميله في الغرفة		جيد	
أن يجلس في المطعم بهدوء		جيد	لفظي
أن يشارك بفاعلية في حلقة الرقص المشترك مع الأطفال الآخرين		متوسط	
أن يكون لديه المبادرة نحو الآخر		سيء	
أن يستجيب بشكل مناسب للحضن والتقبيل من قبل مشرفه		ممتاز	

التواصل اللغوي - غير اللغوي

النشاط والمهارة	الملاحظات	مستوى الأداء	المساعدة
أن يتواصل بالنظر لمدة دقيقتين متواصلتين		وسط	
أن يحسن مهارة التعبير (زعلان ، فرحان)		متوسط	
أن يستطيع التعبير عن حاجاته في كلمات مناسبة		متوسط	لفظي
أن يستطيع أن يعبر عن حاجاته بانفعالات مناسبة		جيد	لفظي
أن يستطيع التعبير عن حاجاته بوقتها المحدد		جيد	لفظي
أن يزداد عدد مفرداته بكلمات جديدة		ممتاز	
أن يقوم بتقليد حركات الوجه		جيد	
أن يقوم بتقليد حركات كبيرة مثل (اليدين فوق، تحت....)		ممتاز	
أن يستجيب لطلبين متتاليين من قبل مشرفه		ممتاز	

وبعد إعادة تطبيق قائمة الخصائص العيادية ع لى الحالة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج ظهرت لدينا النتائج التالية:

قائمة الخصائص العيادية			
الاستقلالية الذاتية	التفاعل الاجتماعي	التواصل اللغوي - غير اللغوي	
ق	12	27	22
ب	7	21	18

تفسير نتائج الحالة الأولى :

تبين من تقديرات الخط القاعدي للحالة الأولى أنه من مستوى شديد الاضطراب على اختبار c.a.r.s حسب التقدير عند بداية التحاقه بالمركز أي منذ حوالي 6 سنوات ، أما تقديراته عند بداية البحث وعلى نفس الاختبار فقد أظهرت أنه من مستوى خفيف، أما تقديراته على قائمة الخصائص ال عيادية فقد كانت جيدة على اختبار الاستقلالية الذاتية بالنسبة لطفل توحد شديد وهذا يدل على أهمية التدخل المبكر وعلى أهمية وعي الأهل بمشكلة الطفل وتقبلها، وتلاحظ من قراءة النتائج تحسناً بمقدار خمس درجات، وهي نتيجة تعتبر جيدة بالنسبة لطفل التوحد والذي يحتاج إلى الكثير من الصبر، و الوقت، أكثر من أي فئة أخرى من فئات ذوي الحاجات الخاصة.

ونلاحظ أيضاً تحسناً بمقدار 6 درجات بالنسبة للتفاعل الاجتماعي ويعود هذا التحسن البسيط إلى تأثير اضطراب التوحد الشديد على محور التفاعل الاجتماعي ، وبهذا يكون من الصعب جدا الحصول على نتائج كبيرة على هذا المحور وبوقت قصير.

ونلاحظ أيضاً تحسناً بمقدار ثلاث درجات بالنسبة للتواصل اللغوي وغير اللغوي ويعود هذا التحسن البسيط إلى تأثير اضطراب التوحد الشديد على محور التواصل اللغوي وغير اللغوي، وبهذا يكون من الصعب جدا الحصول على نتائج كبيرة على هذا المحور وبوقت قصير.

الحالة الثانية

1 - الخلفية والظروف الأسرية:

الطفل من مواليد 25- 6 - 1990 يبلغ من العمر 15 سنة ، الأب عامل لم يتم المرحلة الإعدادية وأم ربة منزل حاصلة على الشهادة الثانوية ، لا يوجد قرابة بين العائلتين، وهو الطفل الأول من الحمل الأول في العائلة ، له ثلاث أخوة أصغر منه سليمين بدون أي إعاقات ، لا يوجد ضمن العائلة أي مرض له دلالة أو مؤشر للعامل الوراثي .

فترة الحمل طبيعية مرت دون أي أمراض أو مضاعفات.

فترة الرضاعة الطبيعية لدى الطفل كانت ستة أشهر أنتقل بعدها إلى ا لرضاعة الصناعية بسبب حمل الأم.

2 - التشخيص:

أول استشارة بالنسبة للطفل كانت بعمر السنتين بسبب التأخر في الكلام وكان التشخيص ضمور في الدماغ، وفي عمر الأربع سنوات كان يشك بأنه طفل توحده، في عمر 12 سنة تأكد تشخيص اضطراب التوحده، ليلتحق بالمركز.

3 - الصورة المرضية:

لا يظهر تاريخ التعلم الفردي لهذه الحالة أي من الأنماط السلوكية الإيجابية إلا بعض المهارات الحركية الكبيرة ، وتكامل الصورة المرضية لهذه الحالة بالمظاهر التالية :

- 1 - غياب اللغة المنطوقة، أو التعبيرية.
- 2 - عدم التمييز الانفعالي.
- 3 - سلوك محاكاة ضعيف.
- 4 - سلوك تنبيه ذاتي، يتمثل بتحريك اليدين فوق بعضهم بسرعة كبيرة وعصبية.
- 5 - يبدو أن الطفل لا يتعرف الأشياء بمسمياتها في محيطه الخاص.

يضاف إلى ما سبق السمات التالية (ضعف الكف، نقص القلق، قصور الحساسية الاجتماعية، العجز الانفعالي (لا يبالي أو يتجاهل أو لا يعي المشكلات الموقفية)ويظهر لديه عند سماعه الموسيقى فترة من النشاط والحركة الزائدة جداً وتشنج زائد يتمثل بشد أعصابه وتعرق شديد ، وسوف نعرض في الجدول التالي البرنامج

الفردى الذى طبق على الطفل الحالة لمدة الثلاثة أشهر المقررة للبرنامج مع نتائج العمل، و الملاحظات التى سجلت من قبل الباحث والأخصائى النفسى المشرف على الحالة.
البرنامج الفردى للحالة الثانية

الاستقلالية الذاتية :

النشاط والمهارة	الملاحظات	مستوى الأداء	المساعدة
أن يستطيع رفع ثيابه بعد استخدام التواليت لوحده		متوسط	زر الأزرار
أن يأكل بطريقة أفضل		جيد	
أن يخلع جاكيتة لوحده عند الصباح وتعليقها بالمكان المناسب		متوسط	لفظى
أن يضع حقيبته فى مكانها المخصص لها		جيد	
أن يجتاز لعبة الحواجز دون مساعدة		جيد	
أن يخرج طعامه من حقيبته لوحده دون مساعدة		جيد	
أن يستطيع فتح البسكويت لوحده		متوسط	أحيانا
أن يغسل يديه قبل الطعام وبعده لوحده		جيد	
أن يحاول أن يمشط شعره		سئ	

التفاعل الاجتماعى :

النشاط والمهارة	الملاحظات	مستوى الأداء	المساعدة
أن يرد على تحية الصباح من قبل مشرفه		متوسط	لفظى
أن يصبح لديه بسمة اجتماعية		متوسط	
أن يقبل العمل على الطاولة		جيد	
أن يجلس بهدوء فى فترة الفيديو		جيد	
أن يشارك زميله فى لعبة الأربعة تربع على نفس الطاولة		ممتاز	
أن يمد يده للسلام		ممتاز	
أن يشارك بفاعلية فى حلقة الرقص المشترك مع الأطفال الآخرين		سئ	
أن يتعلم مفهوم الدور		متوسط	لفظى
أن يستجيب للحضن والتقبيل من قبل مشرفه	يرفض أحيانا	جيد	

التواصل اللغوي - غير اللغوي

المساعدة	مستوى الأداء	الملاحظات	النشاط والمهارة
	ممتاز	وصلت حتى 50 ثانية	أن يتواصل بالنظر لمدة 20 ثانية
	جيد		أن يستجيب لطلب بسيط مؤلف من كلمتين
	سيء		أن يقلد أصوات الح يوانات على جهاز الكمبيوتر
	سيء		أن يستطيع أن يعبر عن حاجاته بانفعالات مناسبة
	جيد		أن يستجيب لكلمة لا مع الإشارة
	سيء		أن يقلد أحرف العلة (أ ، و ، ي)
لفظي	متوسط		أن يقلد حركات كبيرة (أرفع يدك لفوق)

وبعد إعادة تطبيق قائمة الخصائص العيادية على الحالة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج ظهرت لدينا النتائج التالية:

قائمة الخصائص العيادية			
الاستقلالية الذاتية	التفاعل الاجتماعي	التواصل اللغوي - غير اللغوي	
ق	18	32	27
ب	14	29	27

تفسير نتائج الحالة الثانية:

تبين من تقديرات الخط القاعدي للحالة الثانية أنه من مستوى شديد الاضطراب على اختبار c.a.r.s حسب التقدير عند بداية التحاقه بالمركز أي منذ حوالي 3 سنوات ، أما تقديراته عند بداية البحث وعلى نفس الاختبار فقد أظهرت أنه من مستوى متوسط ، أما تقديراته على قائمة الخصائص العيادية فقد كانت بحدود الوسط ، على اختبار الاستقلالية الذاتية بالنسبة لطفل توحّد متوسط ، وتلاحظ من قراءة النتائج تحسناً بمقدار أربع درجات، وهي نتيجة تعتبر جيدة بالنسبة لطفل التوحّد والذي يحتاج إلى الكثير من الصبر، و الوقت، أكثر من أي فئة أخرى من فئات ذوي الحاجات الخاصة.

ونلاحظ أيضاً تحسناً بمقدار ثلاث درجات بالنسبة للتفاعل الاجتماعي ويعود هذا التحسن البسيط إلى تأثير اضطراب التوحّد الشديد على محور التفاعل الاجتماعي، وبهذا يكون من الصعب جداً الحصول على نتائج كبيرة على هذا المحور وبوقت قصير.

ونلاحظ أيضاً عدم التحسن أبداً بالنسبة للتواصل اللغوي وغير اللغوي ويعود هذا إلى تأثير اضطراب التوحّد الشديد على محور التواصل اللغوي وغير اللغوي، من جهة ومن جهة أخرى يعود إلى التأخر في تلقي التأهيل اللازم ، بالنسبة لطفل التوحّد، فقد التحق الطفل بالحالة بالمركز بعمر 12 سنة ، وهذا يدل على أهمية التدخل المبكر ، وكذلك عدم تفهم الأهل لمشكلة الطفل وتقبلها وبالتالي عدم مساعدته المساعدة اللازمة والضرورية.

الحالة الثالثة

1 - الخلفية والظروف الأسرية:

الطفل من مواليد 9-3 - 1990 يبلغ من العمر 15 سنة ، الأب عامل لم يتم المرحلة الإعدادية وأم ربة منزل حاصلة على الشهادة الثانوية ، لا يوجد قرابة بين العائلتين، وهو الطفل الثالث من الحمل الثالث ، له أختان أكبر منه و أخ وأخت أصغر منه سليمين بدون أي إعاقات ، لا يوجد ضمن العائلة أي مرض له دلالة أو مؤشر للعامل الوراثي .

فترة الحمل طبيعية دون أي أمراض أو مضاعفات.

فترة الرضاعة الطبيعية لدى الطفل كانت لمدة سنة .

2 - التشخيص:

أول استشارة بالنسبة للطفل كانت بالأسبوع الأول أدخل إلى مشفى الأطفال بحالة إسعافية ، وشخص على أنه لديه التهاب سحايا ، خرج بعدها بحالة طبيعية.

وتوالى بعدها التشخيصات كلها كانت سحايا ، آخر تشخيص في عمر 12 سنة ، كان توحد شديد.

3 - الصورة المرضية:

لا يظهر تاريخ التعلم الفردي لهذه الحالة أي نمط من الأنماط السلوكية الإيجابية، وتتكامل الصورة المرضية لهذه الحالة بالمظاهر التالية:

1 - غياب اللغة المنطوقة، أو التعبيرية.

2 - عدم التمييز الانفعالي.

3 - سلوك محاكاة ضعيف.

4 - سلوك تنبيه ذاتي، يتمثل بالهز المتواصل للجسد.

5 - يبدو أن الطفل لا يتعرف الأشياء بمسمياتها في محيطه الخاص.

6 - إيذاء للنفس، يتمثل بعض اليدين، ضرب الرأس، والضرب على القدمين.

يضاف إلى ما سبق السمات التالية (ضعف الكف، نقص القلق، قصور الحساسية الاجتماعية، العجز الانفعالي (لا يبالي أو يتجاهل أو لا يعي المشكلات الموقفة)

ويظهر لديه سلوك رمي الأشياء بشكل دائم ، دون تمييز بين ما هو جامد وما هو حي (فالطفل الحالة لا يميز مثلاً بين الكرة ورأس زميله)

وسوف نعرض في الجدول التالي البرنامج الفردي الذي طبق على الطفل الحالة لمدة الثلاثة أشهر المقررة للبرنامج مع نتائج العمل، و الملاحظات التي سجلت من قبل الباحث والأخصائي النفسي المشرف على الحالة:

البرنامج الفردي للحالة الثالثة :

الاستقلالية الذاتية :

النشاط والمهارة	الملاحظات	مستوى الأداء	المساعدة
أن يأكل بطريقة أفضل		متوسط	كثيرا
أن يتقبل العمل على الطاولة مع مشرفه لمدة 10 دقائق متواصلة	مانع في البداية	جيد	
أن يجتاز الحواجز بدون مساعدة		سيء	
أن يرفع بنطا له لوحده		متوسط	كثيرا
أن يغسل يديه لحدده		متوسط	
أن يخلع جاكيتيه ويعلقه بمكانه عند الوصول		متوسط	
أن يعلق حقيبته بمكانها		متوسط	كثيرا
أن يسير على الحاجز البلاستيكي لوحده		متوسط	كثيرا

التفاعل الاجتماعي

النشاط والمهارة	الملاحظات	مستوى الأداء	المساعدة
أن يمد يده للسلام		جيد	
أن يتفاعل باللعب مع الأطفال الآخرين بقبول اللعب معهم		سيء	كثيرا
أن يتقبل الانتظار ويتقبل مفهوم الدور		سيء	
أن يشارك زميله باللعب بالأربعة تربع		متوسط	كثيرا
أن يشارك في حلقة الرقص المشترك مع الأطفال الآخرين		متوسط	كثيرا
أن يشارك زميله بالمرجوحة بالجلوس بهدوء		جيد	كثيرا
أن يقبل العمل على الطاولة مع شخص آخر		متوسط	
أن يأخذ الكرة ويعطيها لشخص آخر		سيء	

التواصل اللغوي - غير اللغوي

النشاط والمهارة	الملاحظات	مستوى الأداء	المساعدة
أن يتواصل بالنظر لمدة 20 ثانية	5 ثانية	سيء	
أن يستجيب لطلب بسيط مؤلف من كلمتين		متوسط	كثيراً
أن يشير إلى شيء يريده		سيء	
أن يستجيب لنهي بدون غضب	يزداد إيذاء لنفسه	سيء	
أن يقلد حركات يديه أمام المرأة		سيء	
أن يقلد حركات عامة كبيرة		سيء	
أن يقلد بالصوت أحرف العلة (أ - و - ي)		سيء	

وبعد إعادة تطبيق قائمة الخصائص العيادية على الحالة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج ظهرت لدينا النتائج التالية:

قائمة الخصائص العيادية			
الاستقلالية الذاتية	التفاعل الاجتماعي	التواصل اللغوي - غير اللغوي	
ق	22	37	33
ب	20	35	33

تفسير نتائج الحالة الثالثة :

بتبين من تقديرات الخط القاعدي للحالة الثالثة أنه من مستوى شديد الاضطراب على اختبار c.a.r.s حسب التقدير عند بداية التحاقه بالمركز أي منذ حوالي 3 سنوات ، أما تقديراته عند بداية البحث وعلى نفس الاختبار فقد أظهرت أنه مازال عند نفس المستوى تقريباً ، أما تقديراته على قائمة الخصائص العيادية فقد كانت متأخرة جداً وتظهر شدة الاضطراب ، على اختبار الاستقلالية الذاتية ، وتلاحظ من قراءة النتائج تحسناً بمقدار درجتان فقط وهي نسبة قليلة جداً على هذا المحور.

ونلاحظ أيضاً تحسناً بمقدار درجتان فقط بالنسبة للتفاعل الاجتماعي ويعود هذا التحسن البسيط إلى تأثير اضطراب التوحد الشديد على محور التفاعل الاجتماعي، وبهذا يكون من الصعب جدا الحصول على نتائج كبيرة على هذا المحور وبوقت قصير.

ونلاحظ أيضاً عدم التحسن أبداً بالنسبة للتواصل اللغوي وغير اللغوي ويعود هذا إلى تأثير اضطراب التوحد الشديد على محور التواصل اللغوي وغير اللغوي، من

جهة ومن جهة أخرى يعود إلى التأخر في تلقي التأهيل اللازم ، بالنسبة لطفل التوحد ، فقد التحق الطفل بالحالة بالمركز بعمر 12 سنة ، وهذا يدل على أهمية التدخل المبكر .

الفصل الثامن

مناقشة أسئلة البحث وتقييم فاعلية البرنامج

أولاً : مناقشة أسئلة البحث

- 1 . مناقشة السؤال الأول
- 2 . مناقشة السؤال الثاني
- 3 . مناقشة السؤال الثالث

ثانياً : تقييم فاعلية البرنامج

ثالثاً : إجمالي نتائج البحث ومقترحاته

مناقشة أسئلة البحث وتقويم فاعلية البرنامج

أولاً - مناقشة أسئلة البحث :

قام البحث الحالي على ثلاثة أسئلة رئيسية تتعلق بالتحقق من مدى فاعلية البرنامج الفردي في تأهيل طفل التوحد في مجالات (الاستقلالية الذاتية ، التفاعل الاجتماعي ، التواصل اللغوي وغير اللغوي) وهنا سيتم مناقشة تطبيق البرنامج في ضوء أسئلة البحث وزمن التطبيق ثم طرح بعض المقترحات.

1- مناقشة السؤال الأول للبحث:

أظهرت النتائج المتعلقة بهذا السؤال تغييراً ملحوظاً لدى طفلين من عينة البحث، وقد ترافق هذا التحسن عند الطفل الأول (الحالة الأولى) بظهور أنماط سلوكية جديدة لم تكن موجودة، والتعود عليها، فهو منذ دخوله إلى المركز يعرف تماماً ما عليه فعله ابتداءً من وضع حقيبته في مكانها، وتعليق جاكيتته، والبدء بالعمل حسب البرنامج اليومي أنتهاءً بالصعود إلى الباص للعودة إلى البيت، وهذا ترافق مع أدراك الطفل لتقسيم الزمن، والتعود على الروتين اليومي.

والطفل الثاني (الحالة الثانية) فقد ظهر التحسن بشكل ملحوظ في مجال الاستقلالية الذاتية، بظهور أنماط سلوكية مثل التوجه إلى المغسلة عند طلب المشرف منه ذلك، وتحسن النظافة الشخصية بشكل ملحوظ ، والعمل على معظم فقرات البرنامج في ما يخص جانب الاستقلالية بشكل جيد. وبالعودة إلى تقارير الأهل اللفظية فقد أبدأ والدا الطفل ارتياحاً ملحوظاً وعبراً عن ذلك بقولهم أن الطفل أنتظم كثيراً في المنزل.

أما الطفل الثالث فقد أبدأ تجاوب قليلاً مع فقرات البرنامج في الاستقلالية الذاتية ، وذلك يعود لسبب شدة الحالة والتأخر في أتباعه برامج تأهيل ، وعلى هذا فإنه يحتاج إلى الكثير من الوقت لتظهر نتائج العمل معه .

وبهذا نستطيع القول أن البرنامج الفردي قد أظهر نتائج إيجابية مع أطفال التوحد، على محور الاستقلالية الذاتية في المستوى الخفيف والمتوسط من شدة الاضطراب ، وفاعلية قليلة على المستوى الشديد ، وذلك ما يؤكد أهمية التدخل المبكر ، والحاجة إلى الوقت الكبير والصبر في تأهيل طفل التوحد.

2 - مناقشة السؤال الثاني :

أظهرت النتائج المتعلقة بهذا السؤال تغيراً ملحوظاً لدى طفلين من عينة البحث، وقد تراقق هذا التحسن عند الطفل الأول (الحالة الأولى) بزيادة إدراكه بالآخر وتقبله للآخرين الغرباء والتقرب منهم ، وسعاداته الملحوظة باللعب مع الأطفال الآخرين والتعرف على المشرفين الآخرين وسروره للعب معهم ، وظهور البسمة الاجتماعية عنده بالوقت المناسب.

والطفل الثاني (الحالة الثانية) أصبح أكثر تقبل للعمل مع مشرفه على الطاولة ، واختفاء نوبات الغضب تقريباً ، بعد أن كان العمل على الطاولة يثيره جداً ، وظهور أنماط سلوكية جديدة مثل الجلوس بالمطعم بهدوء وانتظار دوره.

أما الطفل الثالث فقد أبدا تجاوب قليلاً مع فقرات البرنامج في التفاعل الاجتماعي، وذلك يعود لسبب شدة الحالة والتأخر في أتباعه برامج تأهيل، وعلى هذا فإنه يحتاج إلى الكثير من الوقت لتظهر نتائج العمل معه.

ومن المعروف وكما وضحنا في الجانب النظري بأن اضطراب التوحد يتمثل في ثلاث جوانب ومنها التفاعل الاجتماعي ، وعلى هذا فإن التقدم في هذا المجال من المتوقع أن يكون بطيء جداً وصعب للغاية ويحتاج إلى صبر كبير، وعناية فائقة في وضع البرنامج بناءً على ملاحظة دقيقة لسلوكيات الطفل ولفترة ليست بالقصيرة.

وبهذا نستطيع القول أن البرنامج الفردي قد أظهر نتائج إيجابية مع أطفال التوحد، على محور التفاعل في المستوى الخفيف والمتوسط من شدة الاضطراب ، وفاعلية قليلة على المستوى الشديد ، وذلك ما يؤكد أهمية التدخل المبكر ، والحاجة إلى الوقت الكبير والصبر في تأهيل طفل التوحد.

3 - مناقشة السؤال الثالث:

أظهرت النتائج المتعلقة بهذا السؤال تغيراً ملحوظاً لدى طفلين من عينة البحث، وقد ترافق هذا التحسن عند الطفل الأول (الحالة الأولى) بزيادة ملحوظة في عدد الكلمات وقد وصلت إلى 10 كلمات تقريباً ، ولكن مع وجود الصداثية في الكلام ، واستجابته للأوامر وتنفيذ طلبين متتاليين وهذا إنجاز ممتاز وبفترة قياسية ويعود هذا إلى التدخل المبكر للحالة وشعوره بأمن العلاقة مع مشرفه.

والطفل الثاني (الحالة الثانية) ترافق التحسن لدى الطفل بشكل ملحوظ على هذا المحور بالتواصل غير اللفظي ، واللغة الاستقبالية ، فهو أصبح أكثر تقبلاً لما يطلب منه ، مع تقليد بعض الحركات الكبيرة ، وتقليد حرف العلة (و)

أما الطفل الثالث فقد أبدا تجاوب قليلاً مع فقرات البرنامج في التواصل اللغوي - غير اللغوي، وذلك يعود لسبب شدة الحالة والتأخر في أتباعه برامج تأهيل، وعلى هذا فإنه يحتاج إلى الكثير من الوقت لتظهر نتائج العمل معه.

ومن المعروف وكما وضحنا في الجانب النظري بأن اضطراب التوحد يتمثل في ثلاث جوانب وأهمها التواصل اللغوي وغير اللغوي، لدرجة غياب اللغة بجانبها الاستقبالي والتعبيري، في معظم الحالات مع ظهور الصداثية في الكلام حتى عند بعض الحالات التي استطاعت أن تتكلم فإن مشاكل الكلام تبقى موجودة ، وعلى هذا فإن التقدم في هذا المجال من المتوقع أن يكون بطيء جداً وصعب للغاية ويحتاج إلى صبر كبير، وعناية فائقة في وضع البرنامج بناءً على ملاحظة دقيقة من قبل أخصائي النطق.

وبهذا نستطيع القول أن البرنامج الفردي قد أظهر نتائج إيجابية مع أطفال التوحد، على محور التواصل اللغوي - غير اللغوي في المستوى الخفيف والمتوسط من شدة الاضطراب ، وفاعلية قليلة على المستوى الشديد ، وذلك ما يؤكد أهمية التدخل المبكر ، والحاجة إلى الوقت الكبير والصبر في تأهيل طفل التوحد.

ثانياً - تقويم فاعلية البرنامج :

اعتمد التدخل التربوي أساساً على وجهة النظر حول أسباب الاضطراب ، ويتجاوز هذا الأساس المدرسي للمشكلة، فإن التدخل على المستوى المفاهيمي يبقى إشكالياً ، فلا يمكن الاستناد مثلاً إلى مفاهيم (مدخلات ، مخرجات) التدخل . ذلك أن أثر التدخل على التوحد ، غالباً ما يعكس استمراراً للدعم أكثر مما يعكس (أثر التدخل) . لهذا فإن البرنامج لا يهدف إلى علاج الظاهرة وإنما تتحدد أهدافه بتحسين التكيف لدى أطفال التوحد الاجتماعي - التواصل في المجال الشخصي لحياتهم ، وحتى عندما تتحدد الأهداف بهذه الحدود ، فإن هناك عدة إعتبارات ، هل يمكن تعليم التواصل؟

إن أكثر مشكلات البرنامج الحالي جاءت متعلقة بهذا السؤال ، فالعلاقة والتجربة مع الطفل تشير إلى خصوصيات نوعية ترتبط بالطفل والمحيط على السواء .

ويمكن القول بأن علاج حالات التوحد ، يعمل حتى الآن على تحسين الحالة أكثر مما يعمل على شفائها ، كتدريب الأطفال التوحديين على اكتساب بعض الاستجابات والمهارات الاجتماعية وإيقاف السلوك غير المرغوب .

ولازال التحديد العلمي الدقيق لنتائج برامج التدخل على التوحد ، غير ممكن إلا أن التجارب تشير إلى بعض العوامل الهامة في تحديد فاعلية التدخل:

- 1 - المضمون والبناء.
- 2 - التجريب والتدعيم.
- 3 - التوليف بين جميع طرائق التدخل المتوفرة.

ثالثاً - إجمالي نتائج البحث :

يمكن إجمال نتائج البحث الحالي بمايلي :

أظهر البحث الحالي فعالية البرنامج الفردي في تأهيل طفل التوحد في مجال الاستقلالية الذاتية بشكل ملحوظ، وبشكل أقل بالنسبة للتفاعل الاجتماعي، وبشكل بسيط وغير ملحوظ في بعض الأحيان على محور التواصل اللغوي وغير اللغوي.

مقترحات البحث:

أظهر البحث الحالي إمكانية الاعتماد على الكفاءات المحلية للقيام بإجراءات علمية وعملية متخصصة في هذا المجال .

وعلى أرضية البحث الحالي وفي ضوء نتائجه ، يمكن طرح المقترحات التالية :

- 1 - نشر الوعي العلمي باضطراب التوحد، مما يخدم إمكانية التعرف والتشخيص المبكر، وبالتالي إمكانية البدء في عملية الدعم التخصصي للطفل والأسرة.
- 2 - تدريب كوادر متخصصة للعمل في ميدان رعاية أطفال التوحد.
- 3 - ضرورة إنشاء مراكز متخصصة في مجال التوحد.
- 4 - أهمية القيام ببحوث علمية من أجل الإحاطة بمدى انتشار هذا الاضطراب في المجتمع السوري.
- 5 - تأهيل أخصائيين علم نفس حركي، وأخصائيين نطق، للعمل مع أطفال التوحد بشكل خاص، كما يحدث في البلدان المتقدمة في هذا المجال.

- المراجع :

- 1 - ابراهيم ، عبد الستار (1994) : العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث (أساليبه و ميادين تطبيقه) دار الفجر ، القاهرة .
- 2 - أبو العزائم ، محمود جمال (2003) : اضطراب الذاتوية ، الصفحة النفسية ، موقع د. محمود جمال أبو العزائم .
- 3 - أحمد ، سهير (1998) : سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة ، مركز الإسكندرية للكتاب ، الإسكندرية .
- 4 - البهي ، فؤاد السيد (1998) : الأسس النفسية للنمو ، دار الفكر العربي ، بيروت .
- 5 - الجلي ، سوسن شاكر (2005) : التوحد الطفولي (أسبابه ، خصائصه ، تشخيصه ، علاجه) ، ط 1 ، مؤسسة علاء الدين للنشر والتوزيع ، دمشق .
- 6 - الحاج ، فايز (2004) : البرامج الفردية في التعليم العلاجي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، دورة في التعريف بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، الجمعية السورية للعلوم النفسية و التربوية ، دمشق .
- 7 - الحجار ، محمد (2004) : تشخيص الأمراض النفسية ، ط 1 ، دار النفائس ، دمشق .
- 8 - الخطيب ، جمال (1998) : الطفل الحاضر الغائب ، إطلالة أخرى على التوحد ، مجلة العربي ، العدد (474) ، مايو ، الكويت .
- 9 - الخليدي ، عبد المجيد و وهبي ، كمال حسن (1998) : الأمراض النفسية و العقلية و الاضطرابات السلوكية عند الأطفال ، دار الفكر العربي ، بيروت .
- 10 - الخليل ، مازن (2001) : دليل الصحة النفسية للأطباء و العاملين في الرعاية الصحية الأولية ، وزارة الصحة ، دمشق .
- 11 - ادريس ، عيسى (2000) : اضطراب التواصل و علاقته بنمو مفهومي "الأنا " و " الآخر " لدى الأطفال المنغلقيين ، بحث مقدم للحصول على درجة الماجستير في علم النفس ، دمشق .
- 12 - الراوي ، فضيلة توفيق ، حماد ، أمال صالح (1992) : التوحد الإعاقة الغامضة ، الدوحة ، قطر

- 13 - الروسان ،فار وق (1996) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة) ط2 ، دار الفكر ، عمان .
- 14 - ارونز ،مورين (1994) : التوحد ، ترجمة كريمة خطاب ، مجلة العربي ، العدد(422) ، يناير ، الكويت ،
- 15 - السعد ، سميرة عبد الطيف (1992) : معاناتي و التوحد ، منشورات مركز الكويت للتوعية بالتوحد .
- 16 - الشامي ، وفاء بنت علي (2004) : علاج التوحد الطرق التربوية و النفسية و الطبية ، ط1 ، السعودية .
- 17 - الشربيني ، زكريا (2001) : المشكلات النفسية عند الأطفال ، دار الفكر العربي ، القاهرة
- 18 - الشناوي ، محمد (1998) : العملية الإرشادية ، دار غريب ،القاهرة .
- 19 - الشيخ ذيب ، رائد (2005) : الدورة الأولية في التوحد ، مؤسسة كريم رضا سعيد (برنامج الإعاقة في سورية) ،دمشق .
- 20 - العناني ،حنان عبد الحميد (1997) : الصفحة النفسية للطفل ، ط 3 ، دار الفكر ، عمان .
- 21 - القريطي ، عبد المطلب أمين (1996) سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة ، ط1 ،دار الفكر العربي ، القاهرة .
- 22 - النابلسي ، محمد أحمد (1989) : أصول و مبادئ الفحص النفسي ، ط 1 ، جروس برس ، بيروت .
- 23- بايزيد ، محمد نبيل (2001) : دليل الصحة النفسية للأطباء و العاملين في الرعاية الصحية الأولية ،وزارة الصحة ، دمشق .
- 24 - برويكر - ف ، مولغ - ف ، بيترمان (2003) : سيكوفيزيولوجية الألم ، ترجمة د. سامر رضوان ،الثقافية النفسية المتخصصة ، العدد (54) ، المجلد (14) ، أبريل ، بيروت .
- 25 - بصل ، مصطفى (1990) : علم النفس الصيدلاني ، منشورات جامعة دمشق ، دمشق .
- 26 - جابر ، عيسى عبد الله (1997) : الإرشاد العلاجي للاضطرابات السلوكية لدى الأطفال باستخدام اللعب ، فعاليات المؤتمر التربوي الذي عقدته كلية التربية

- بجامعة دمشق بالتعاون مع الجمعية السورية للعلوم النفسية بعنوان : دور كليات التربية في تطوير التربية من أجل التنمية في الوطن العربي ، ج1، دمشق .
- 27 - جوهر ، أحمد (1998) : التوحد العلاج باللعب ، سلسلة هيا بنا نقرأ ، أبريل ، الكويت .
- 28 - حمصي ، أنطون (1990) : أصول البحث في علم النفس ، مطبعة الاتحاد ، دمشق .
- 29 - خلي ، قمر (2000) فاعلية التعلم باللعب لدى تلاميذ الصف الأول الابتدائي ، دراسة لنيل درجة الماجستير في علم النفس ، كلية التربية ، جامعة دمشق ، دمشق .
- 30 - سعد ، سميرة (1997) : دراسة منشورة في المجلة التربوية الصادرة عن مجلس النشر العلمي في جامعة الكويت ، موقع مركز الكويت للتوعية بالتوحد على الانترنت .
- 31 - سعيد ، إيمان فوزي (1998) : التشخيص النفسي ، دار زهراء الشرق ، القاهرة .
- 32 - سيد سليمان ، عبد الرحمن (1998) : سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة ، ج1، دار زهراء الشرق ، القاهرة .
- 33 - شاتوك، بول و سيفري ، دون (2005) :ترجمة : ياسر الفهد : التوحد كاضطراب أضي ، وحدة لأبحاث التوحد ، مدرسة العلوم الصحية ، جامعة سنڤلانڤ ، سنڤلانڤ ، انكلترا .
- 34- شقير ، زينب محمود (2000) : اضطرابات اللغة و التواصل ، ط 1 ، دار النهضة المصرية ، القاهرة .
- 35 - عاقل ، فاخر (2003) : معجم العلوم النفسية ، ط1، شعاع للنشر و العلوم ، حلب .
- 36 - عبد المعطي ، حسن (1998) : علم النفس الإكلينيكي ، دار قباء ، القاهرة .
- 37 - فيراري (2000) : علم النفس المرضي للاستدلال على الألم و الاضطرابات النفسية عند الطفل ، ترجمة د. سامر اللاذقاني - ريم الأطرش ، مركز المصادر عن فرنسا المعاصرة ، أبريل ، دمشق .

- 38 - كاردن ، تمبل (1992) : ترجمة د. فؤاد عبد الله العمر ، الشروق ، مركز الكويت للتوحد ، سلسلة التوعية بالتوحد ، الكويت .
- 39 - كامل ، محمد علي (1997) : ذوي الأوتيزم ، ط 1 ، كلية التربية ، جامعة طنطا .
- 40 - كاولي ، جيفري (2003) : البنات و الصبيان و داء التوحد ، نيوز ويك العربية ، العدد 170 ، 16 سبتمبر ، دار الوطن ، الكويت .
- 41 - كوجل ، روبرت - كوجل ، لن (تدریس الأطفال المصابين بالتوحد) (استراتيجيات التفاعل الايجابية و تحسين فرص التعلم) ، ترجمة أ.د. عبد العزيز السرطاوي ، وزارة التربية و التعليم دولة المارات العربية المتحدة ، دبي .
- 42 - مايلز ، كرستين (1994) : التربية المختصة ، ط 1 ، ورشة الموارد العربية .
- 43 - مركز دبي للتوحد (2001) : التوحد أكثر الإعاقات التطورية صعوبة، نشرة صحية تصدر عن الشؤون الإعلامية - دائرة الصحة و الخدمات الطبية ، دبي .
- 44 - محمد ، عادل عبد الله (2002) : الأطفال التوحديون ، دار الرشاد ، القاهرة .
- 45 - محمد ، عادل عبد الله (2002) : جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين ، دار الرشاد ، القاهرة .
- 46 - محمد سري ، اجلال (1990) : علم النفس العلاجي ، عالم الكتب ، القاهرة .
- 47- مرهج ، ريتا (2001) : التوحد ، نشرة علمية صادرة عن مركز لبنان للتوحد،بيروت.
- 48 - مليكة ، لويس كامل (1997) : العلاج النفسي - مقدمة و خاتمة ، دار القلم ، الكويت .
- 49 - ميلر ، سوزانا (1987) : سيكولوجية اللعب ، ترجمة د. حسن عيسى ، سلسلة عالم المعرفة ، العدد (120) ، مطابع الرسالة ، الكويت .
- 50 - ورنر ، ديفيد (1992) : رعاية الأطفال المعوقين ، دليل شامل للعائلة و للعاملين في إعادة التأهيل و صحة المجتمع ، ترجمة : عفيف الرزاز ، ط 1 ، ورشة الموارد العربية .
- 51 - ياسين ، عطوف محمود (1990) : علم النفس العيادي (الإكلينيكي) ، ج1، دار العلم للملايين ، بيروت .

الملحق رقم (1) :

مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)
CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE

الاسم _____

رقم الملف _____

تاريخ التشخيص
اليوم _____ الشهر _____ السنة _____

تاريخ الولادة
اليوم _____ الشهر _____ السنة _____

العمر الزمني
السنة _____ الشهر _____

الفاحص _____

- المجموع النهائي - درجة التوحد بسيطة 15 - 29.5
- درجة التوحد وسطى 30 - 36.5
- درجة التوحد شديدة 37 - 60

نقاط المقياس

التعليمات : تستخدم هذه المعطيات التالية لوضع ملاحظات عن السلوكيات المذكورة والمتناسبة مع كل درجة من درجات التقويم الكمي .

1 - العلاقات الاجتماعية :

- ضعف الاتصال البصري
- عدم الاكتراث بالفاحص
- غياب ردود الفعل
- عدم الاكتراث للتعزيز الايجابي
- المداخلة الضرورية
- متعاون أثناء النشاطات

2 - التقليد :

- ردادات الفعل المختلفة
- قرع (3 - 4) مرات على الجرس
- تكرار جزء من الجمل

3 - الاستجابات العاطفية :

- فرط الضحك الانفعالي
- الصراخ دون وجود سبب موجب لذلك
- تعبير حيادي مع انفعالات بسيطة
- ردادات الفعل معدومة تجاه التشجيع من الآخرين أو النجاح الشخصي

4 - استخدام الجسد :

- حركات غريبة باليدين
- عندما يترك الطاولة يقفز ، يصفق باليدين .
- تصرفاته غير متناسبة مع الموقف

5 - استعمال الأدوات :

- ردادات فعل عادية تجاه الأشياء الملموسة (المادية)

- استكشاف الأشياء الملموسة والاهتمام بها محدود
- عدم الاكتراث للأشياء أثناء حصص اللعب الحر
- عدم إظهار ردة فعل روتينية

6 - التكيف مع التغيرات :

- يقبل التغير بدون صعوبة
- قليل المواظبة
- يوجد صعوبة بإعادته إلى طاولة العمل

7 - الاستجابات البصرية :

- لا ينظر للأشياء
- يتشتت بسهولة (عدم التركيز)
- ضعف الاتصال البصري
- تثبيت النظر على اليدين
- التحديق في الفراغ
- يعثر على السكاكر المخبأة تحت الفنجان (اكتشاف الأشياء المخبأة)

8 - الاستجابات السمعية :

- رد فعل مشوش اتجاه التعليمات
- رد فعل ضعيفة تجاه الأصوات الخفيفة (التصفيق مثلاً)
- رد فعل أكثر ضعفاً تجاه الأصوات الأقوى (رن الجرس)
- لا وجود لردات فعل غريبة أو استجابات غريبة

9 - التذوق ، الشم واللمس ، الاستجابات وطريقة اكتشافها :

- نخر المكعبات
- فرك المكعبات على وجنتيه
- عند خزه بالإبرة فردة فعله تكون فورية غير اعتيادية بدرجة بسيطة

10 - الخوف والقلق :

- لا وجود للخوف بشكل واضح
- ضحك انفعالي مع إمكانية وجود القلق
- غير حذر تجاه الغرباء

11 - التواصل اللفظي :

- نبرة الصوت آلية
- يكتفي بالإجابة بنعم أو لا
- إحداث ضجة أثناء العمل
- التفوه بكلمات غير مناسبة للموقف

12 - التواصل غير اللفظي :

- لا وجود للحركات
- إظهار صعوبة بتقليد الصور

13 - مستوى النشاط :

- هادئ أثناء وجوده على الطاولة
- يظهر بلادة في بعض الأحيان
- عندما يترك الطاولة يقفز
- أكثر نشاطاً وحيوية أثناء اللعب الحر

14 - المستوى العقلي والتجانس في مجال الوظائف العقلية :

- اللغة أقل تطور من الكفاءات الأخرى
- عدم وجود تناسب بين تصرفاته وعمره
- عدم القدرة على التصفيق بالاعتماد على التصورات العقلية

15 - الانطباع العام :

سلم الدرجات

التعليمات : بعد مراجعة الملاحظات المسجلة على ورقة العمل يجب وضع درجات حسب التقييم شاملة لكل حقل

ضع دائرة حول العلامة المناسبة للحقل

انحراف شديد	انحراف متوسط	انحراف بسيط	الحدود الطبيعية			
4	3.5	3	2.5	2	1.5 1	1 - العلاقات الاجتماعية
4	3.5	3	2.5	2	1.5 1	2 - التقليد
4	3.5	3	2.5	2	1.5 1	3 - الاستجابة العاطفية
4	3.5	3	2.5	2	1.5 1	4 - استخدام الجسد
4	3.5	3	2.5	2	1.5 1	5 - استعمال الأدوات
4	3.5	3	2.5	2	1.5 1	6 - التكيف مع التغيرات
4	3.5	3	2.5	2	1.5 1	7 - الاستجابات البصرية
4	3.5	3	2.5	2	1.5 1	8 - الاستجابات السمعية
4	3.5	3	2.5	2	1.5 1	9 - التذوق ، الشم ، اللمس
4	3.5	3	2.5	2	1.5 1	10 - الخوف والقلق
4	3.5	3	2.5	2	1.5 1	11 - التواصل اللفظي
4	3.5	3	2.5	2	1.5 1	12 - التواصل غير اللفظي
4	3.5	3	2.5	2	1.5 1	13 - مستوى النشاط
4	3.5	3	2.5	2	1.5 1	14 - المستوى الفكري
4	3.5	3	2.5	2	1.5 1	15 - الانطباع العام

المجموع النهائي ———

ويسجل هذا المجموع على الصفحة الأولى

الملحق رقم (2)

قائمة الخصائص العيادية

4	3	2	1	0	البند (1)
					1 فشل أي محاولة لحمل الطفل أو الاقتراب منه
					2 فشل الطفل بتطوير أي علاقة بالأم أو صورتها
					3 الانشغال باللعب بالأصابع أو أحد أعضاء الجسم
					4 يمشي أو يجري بطريقة تعوزها الرشاقة بينما يقود دراجته ببراعة
					5 يضرب رأسه بشدة إلى الحائط وبعدها يخلد إلى النوم بهدوء
					6 يستغرق في حالة شديدة من الهياج الشديد مدمراً أكثر ما حوله من أشياء
					7 يردد كلام الآخرين ليعبر عن رغباته الذاتية بغض النظر عن اختلاف المضمون
					8 يستخدم أيادي الآخرين للحصول على رغباته
					9 لا يستجيب لنداء الآخرين بينما يستجيب لأصوات الموسيقى المحببة لديه
					10 يردد نفس الكلام عند مفاتحته بالكلام
					11 يصرخ بشدة إذا فقد لعبته التي اعتاد عليها
					12 يواجه صعوبة كبيرة في استخدام أدوات الأكل والشرب
					13 يقرر أن الآخرون يفهمون كل شيء يقال لهم . وأنهم لا يفهمون شيء يقال لهم
					14 لا تهدأ حركة نشاطه الزائد منذ استيقاظه صباحاً حتى ينام ليلاً

4	3	2	1	0	البند (2)
					1 فشل محاولة الطفل الانتصاب بجسمه عند محاولة حمله
					2 فشل الطفل في تطوير أي علاقة مع الأخوة
					3 تكرار الحركة الاهتزازية بأحد أعضاء الجسم أو الحسم كله
					4 يخطئ اتجاه اليد عند مصافحته للآخرين
					5 يصرخ صرخات شديدة ويضرب نفسه بشدة
					6 يستغرق في حالة من الهياج الشديد وينتهي إلى حالة الإغماء
					7 يطلب من الآخرين تحقيق رغباته ويصر على أم تكون حركاتهم بهذا الاتجاه
					8 لا يدرك الاختلاف بين الأم وبين من يحل محلها
					9 يندفع باتجاه الحوائط والنوافذ لكنه نادراً ما يصطدم بها
					10 لا يغير كلامه إلا إذا غير الآخرون كلامهم
					11 في كل مرة يمارس لعبة معينة ولا يغيرها من بين ألعاب أخرى
					12 يواجه صعوبة كبيرة في ارتداء ملابسه وخاصة حذائه
					13 يعبر عن رغباته بألفاظ لاتعني ما يريد
					14 يدبر التلفزيون والراديو معاً في وقت واحد

4	3	2	1	0	البند (3)
					1 لا يستجيب إلى العروض المقدمة له بمفاجئته سواء بالملاطفة أو التهديد
					2 يلعب (بين) الأطفال وليس (معهم)
					3 التمسك بلعبة معينة من بيت ألعابه في كل مرة
					4 ندرة ملامح السرور أو الضحك بينما تتضخم انفعالات الحزن والغضب والعصبية
					5 يقفز من فوق الأسطح العالية ويصيب نفسه بكدمات
					6 تقش كل محاولات لتهدئة حالة الهياج الشديد أثناء النوبة
					7 يقاوم أي تغيير في البيئة لا يتناسب مع رغبته
					8 لا يدرك الفرق بين فوق ، تحت ، أعلى ، أسفل ، يمين ، يسار
					9 يمسك بالأجسام الساخنة جداً ، الباردة جداً ولا يظهر عليه رد فعل لإعادة التوازن
					10 يردد كلام الآخرين ويضيف عليه أحياناً كلمات ليست بغرض التواصل
					11 لا ينام قبل أن يمارس طقوس معينة أو أ ، يمسك بدميته المفضلة
					12 يواجه صعوبة في التدريب في عملية التبول
					13 لا يقول أنا أبداً
					14 ينزل إلى الشارع لإرجاع ما سبق أن اشتراه منذ قليل أو شراء مثله

4	3	2	1	0	البند (4)
					1 عدم التأثر بالأشخاص الغرباء إذا ما اقتربوا منه ولا تجدي المحاولة لجذب النظر
					2 يتفادى الاتصال البصري مع الآخرين ويحول نظره عنهم
					3 الميل إلى الألعاب ذات الإيقاع الرتيب : كتدوير عجلة أو فتح وقف الأزرار أو ما شابه و في اغلب الأحيان
					4 يتمتع بسيطرة فائقة على الحركات الدقيقة و بسيطرة ضعيفة على الحركات الكبيرة
					5 يجرح أصابعه نتيجة تعامله مع المواد الصلبة و الحادة
					6 لا تظهر قبل حالة الهياج أحداث تبررها
					7 يشارك الأطفال في ألعابه و لكن في اطار عالمه الداخلي و رغباته الذاتية
					8 لا يدرك المفاهيم المرتبة على تتابع الليل و النهار كأن يطلب الخروج الى المدرسة ليلاً
					9 يصطدم بشدة أو يسقط على الأرض و لا يعطي اهتماماً للإصابة التي لحقت به
					10 يبتدع لغة جديدة في الكلام تحمل نفس نغمة الكلام الذي يسمعه من الآخرين
					11 يتبع باستسلام واضح للعادات الروتينية اليومية يقاوم أي تغيير فيها
					12 يفشل في تعلم الطرق الصحيحة في المشي أو الحركة
					13 يستجيب حركياً لما يطلب منه لغوياً
					14 يفتح الصنبور لينساب الماء في كل المصادر المائية الموجودة في الحمام معاً

4	3	2	1	0	البند (5)
					1 لايبالي بوجود الأم بجواره
					2 يبدو أنه يفهم إشارات الآخرين و كلامه و لكن لا يرغب في لاستجابة
					3 يصدر اصواتا تكرارية في أغلب الأوقات
					4 ظهور الاستثناء في مرحلة مبكرة نسبيا
					5 يجلس فوق السطوح الساخنة أو يلامسها
					6 تظهر حالة الهياج غالبا بعد منع الطفل عن نمط تكراري معين في سلوكه
					7 يغضب بشدة إذا تصرف الآخرون تصرفا غريبا
					8 يخلع ملابسه إذا ما شعر بالحرارة فجأة
					9 يأكل أو يمص المواد المنفرة دون أن يظهر اختلافاً في ردود الفعل
					10 يشاهد في أوقات كثيرة و هو يجلس بمفرده و يردد كلمات غير مفهومة
					11 يغلق الأبواب و النوافذ في أصوات غير معتادة و مزعجة و يصر على إعادتها إذا اختلف صوتها في مرة ما
					12 يصعد و يتسلق الأماكن المرتفعة بأكبر قدر ممكن من الجهد
					13 لاستجيب لغويا لما يطلب منه
					14 لا تجدي محاولة إيقافه أو منعه عن نشاطه الزائد

4	3	2	1	0	البند (6)
					1 يتبع باستسلام واضح أي شخص يأخذ بيده
					2 يستجيب في بعض المواقف
					3 يجلس فوق المنضدة و ينظر الى الأرض (أو ما شابه) لفترة طويلة من الوقت و في أغلب الأحيان
					4 قدرة ضعيفة على ضبط الخراج مقارنة بعمره الزمني
					5 يقترب و يمسك بالمصادر الكهربائية
					6 هناك تشابه بين حالة الهياج كما تظهر لديه و حالة الصرع العضوي
					7 يضرب و يؤذي نفسه اذا ما واجه عدواناً أو احباطاً من الآخرين
					8 يتعامل بأصابع يده ليشرب الماء أو الماد السائلة
					9 يقترب من أماكن الأدخنة الكثيفة أو الحرائق
					10 يقلد أصوات بعض الحيوانات التي ألفتها بغرض التواصل مع الآخرين أو الانشغال عن التواصل معهم
					11 يصر على أن يرتدي نفس الزي أو نفس الألوان
					12 يتعلم القفز أو الجري و لكن بأسلوب نمطي يغلب عليه فقدان التآزر
					13 يفقد ما سبق تعلمه من لغة
					14 يتحول الى حالة من العزلة أو النوم إذا ما تم منعه عن نشاطه الزائد و إذا ما نام فيكون ذلك لوقت قليل نسبيا