المملكة العربية السعودية

جامعة الملك سعود

كلية التربية / قسم التربية الخاصة

استراتيجيات التربية الخاصة و الخدمات المساندة الموجهة للتلاميذ ذوي التوحد

Special EducationStrategie and Related Services for Students with Autism

إعداد:

الدكتور إبراهيم بن عبدالله العثمان

أستاذ التربية الخاصة المساعد

قسم التربية الخاصة

كلية التربية ــ جامعة الملك سعود

هـ / م

مقدمة

يقاس تقدم الأمم وتحضرها بمدى اهتمامها وعنايتها بتربية الأجيال بكافة فئاتها و على نحو خاص بذوي الاحتياجات الخاصة منهم من الفئات المعاقة جسدياً أو حسياً أو ذهنياً أو اجتماعياً.

ومن بين تلك الفئات التي لم تجد اهتماماً كافياً في مجتمعاتنا العربية الأطفال ذوي التوحد وذلك لأسباب مختلفة منها التأخر النسبي لإكتشاف هذا الاضطراب وأخرى متعلقة بنشاط البحث العلمي والموارد المتوفرة له أو حتى بغياب التقنيات اللازمة للتشخيص والعلاج.

فقد كان التوحد قديماً يعتبر من حالات الاضطراب العقلي أو الفصام الطفولي أو الصمم والبكم وغيرها ، حتى اكتشفها الطبيب النفسي الأمريكي كانر (Kanner) عام من بين مجموعة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الذين يتعامل معهم حيث تميز أحد عشر طفلاً منهم بأعراض تأخر وقصور في القدرات المختلفة، وظل ينظر إليها على أنها قريبه الشبة بحالة انفصام Schizophrenia برغم أنه لم يكن من بين أعراضها مظاهر الهلوسة أو التهيؤات التي تعتبر أحد الأعراض المميزة للفصام ، ولذا اعتبرت بعد ذلك فئة إعاقة مختلفة عنه ، أطلق عليها مصطلح التوحد (Autism) .(Scott, J. Clark. C. &Brady. M. 2000). وبدأ اهتمام الدوائر النفسية والطبية ثم التربوية بدراستها وإجراء البحوث عليها على مستوى العالم . وفي الدول العربية ظهر اهتماماً متزايداً في السنوات الأخيرة بكافة جوانب الإعاقة ومنها اضطراب التوحد - وذلك من خلال تكوين الجمعيات والمجالس الخاصة بهم،إضافة إلى تقديم الرعاية بجميع أشكالها الطبية والتربوية والاجتماعية والنفسية.

تقدم هذه الدراسة معلومات شاملة تتعلق بمفهوم التوحد ووسائل التعرف على التلاميذ ذوي التوحد وكذلك أشكاله و نسبة انتشاره و أهم الصعوبات التي يواجهها أفراد هذه الفئة. ثم تعرض الدراسة أهم خدمات التربية الخاصة والاستراتيجيات العلاجية الأخرى المناسبة للأفراد ذوي التوحد. وأخيراً تستعرض الدراسة المقومات الأساسية للبرنامج التربوي الفعال لهؤلاء التلاميذ.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة من الجوانب التالية:

. كونها الدراسة العربية الأولى (حسب علم الباحث) التي تستعرض خدمات التربية الخاصة واستراتيجيات علاجية للتلاميذ ذوي التوحد استعراضاً مستقلاً، حيث وردت بعض الاشارات إلى تلك الخدمات عرضاً ضمن دراسات أخرى، إلا أن الدراسة الحالية تتناول موضوع "خدمات التربية الخاصة واستراتيجيات علاجية للتلاميذ ذوي التوحد" تناولاً مباشراً ومقصوداً لذاته.

. حاجة ميادين التربية الخاصة بشكل عام وميدان اضطراب التوحد بشكل خاص في المنطقة العربية إلى معرفة خدمات التربية الخاصة والاستراتيجيات العلاجية للتلاميذ ذوي التوحد نظراً لأهميتها في تطوير برامج وخدمات الأفراد ذوي التوحد.

. إن استثمار ممارسة خدمات التربية الخاصة بطريقة علمية صحيحة من شأنه المساعدة في انتشارها وبالتالي تصحيح العديد من الممارسات العلاجية الخاطئة في مجتمعنا العربي

سواءً على مستوى الأفراد أو المؤسسات التربوية والطبية والاجتماعية وبخاصة تلك المعنية برعاية ذوي التوحد.

مشكلة الدراسة وهدفها:

إن المتأمل لما تعاني منه برامج رعاية الأطفال ذوي التوحد في العالم العربي من معوقات سواء تلك التي تتصل بطبيعة خدمات التربية الخاصة والاستراتيجيات العلاجية المختلفة للتلاميذ ذوي التوحد يلاحظ وجود حاجة ماسة لمواجهة تلك العقبات من جميع جوانبها. ومن هنا تتبلور مشكلة الدراسة في التعرف على إهم خدمات التربية الخاصة والاستراتيجيات العلاجية للتلاميذ ذوي التوحد.

أسئلة الدراسة:

لتحقيق الهدف العام السابق تحاول الدراسة الاجابة على الاسئلة التالية:

. ما أهم الصعوبات التي يواجهها الأفراد ذوي التوحد؟

. ما أهم خدمات التربية الخاصة و الاستراتيجيات العلاجية الأخرى المناسبة للأفراد ذوي التوحد؟

. ما أهم المقومات الأساسية للبرنامج التربوي الفعال للتلاميذ ذوي التوحد؟

مصطلحات الدراسة:

- برامج التربية الخاصة: هي برامج ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة المقدمة في المدارس العادية أو الملحقة بمعاهد التربية الخاصة.
- التربية الخاصة: يقصد بالتربية الخاصة مجموعة البرامج والخطط والاستراتيجيات المصممة خصيصاً لتلبية الاحتياجات الخاصة بالأطفال غير العاديين ، وتشتمل على طرائق تدريس وأدوات وتجهيزات ومعدات خاصة ، بالإضافة إلى خدمات مساندة.
- تعديل السلوك: هو عملية منظمة تهدف إلى تعزيز وتنمية سلوك مرغوب فيه أو تشكيل سلوك غير موجود أو تخفيض أو إيقاف سلوك غير مرغوب فيه.
- التوحد: هو اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي وظيفي في الدماغ ، يظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر ، ويظهر فيه الأطفال صعوبات في التواصل مع الآخرين ، والتفاعل الاجتماعي و اللعب التخيلي إضافة إلى ظهور أنماط من السلوك غير المناسب.
- الخدمات المساندة: هي البرامج التي تكون طبيعتها الأساسية غير تربوية ، ولكنها ضرورية للنمو التربوي للتلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة ، مثل: العلاج الطبيعي والوظيفي وتصحيح عيوب النطق والكلام ، وخدمات الإرشاد النفسي.

الإطار النظري

تعريف اضطراب التوحد:

تختلف تعريفات اضطراب التوحد باختلاف المكان والزمان والتخصص. فمثلاً نجد أن "الجمعية الأمريكية للتوحد" تعرف اضطراب التوحد بأنه "خلل في تطور وظائف المخ والذي بدوره يتركز في المناطق الخاصة بالتخيل والتفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل." (ASA, 1998). كما نجد أن أحد أكثر التعريفات إنتشاراً في الولايات المتحدة الأمريكية يتناول اضطراب التوحد على أنه يقع ضمن مجموعة اضطرابات تسمى "اضطرابات النمو التطورية" ويشترط أن يظهر الطفل أعراضاً واضحة ضمن ثلاثة مناطق أساسية هي:

. ضعف دال في التفاعل الاجتماعي.

. ضعف دال في مهارات التواصل.

. سلوكات وأنشطة تكرارية ونمطية. (Kuder, 1997)

وأخيراً يعرف الباحث التوحد بأنه اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي وظيفي- في الدماغ ، يظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر ، ويتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين ، وصعوبات واضحة في التفاعل الاجتماعي، وضعف في اللعب التخيلي. (العثمان).

نسبة الانتشار :

نتيجة للاهتمام المتزايد بهذا الاضطراب ، ونتيجة ظهور أكثر من أداة للتشخيص والتقييم لحالات التوحد ، فإن هناك اتفاق على أن نسبة ظهور هذا الاضطراب آخذه في التزايد ، فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن نسبته تصل إلى (/ حالة) لكل حالة ولادة حية (Bryna,1996) .

وقد أشارت دراسات أخرى إلى أن النسبة تكاد تصل إلى (-) حالة ولادة حية كما هو الحال في الولايات المتحدة (Dunlap,1999) .

ومن ناحية أخرى فإنه يظهر لدى الذكور أكثر من الإناث وتصل النسبة (-) وهو نادر الحدوث بين أفراد العائلة نفسها ، ويحدث في مختلف الطبقات الاجتماعية والمستويات الثقافية والعرقية . (Bowley,1972) .

ولقد أعلن مركز أبحاث التوحد في جامعة كامبريدج في إنجلترا عن دراسة أجرها الباحثون في المركز لمعرفة نسبة حدوث التوحد في منطقة كامبريدج التعليمية ، حيث قدرت نسبة حدوثه بحوالي طفل لكل عشرة آلاف طفل وطفلة . ولقد شملت الدراسة الأطفال البالغة أعمارهم بين الخامسة والحادية عشرة. وتختلف تقديرات معدلات التوحديين بالنسبة للسكان حسب تقديرات الجهات المهنية في بريطانيا، فرابطة التوحد الوطنية تقدرهم بمعدل : بينما يقدر

مجلس البحوث الطبية البريطانية معدلهم : حيث يبلغ عدد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد في بريطانيا حوالي نصف مليون شخص حسب تقديرات رابطة التوحد الوطنية في عام م في بلد يقل عدد سكانها عن مليون نسمة .(مدارس التوحد م)

أما النسبة الأخيرة في أمريكا (مؤتمر دبي)

أشكال التوحد (Autism Types):

هناك خصائص ومظاهر سلوكية مشتركة يتصف بها ذوي التوحد ، وفي المقابل فإنه لا يمكن لنا من ناحية عملية أن نجد نفس الخصائص لدى كل هؤلاء الأطفال ، وحتى إن وجدنا نفس الخصائص فإنها في الأغلب تختلف في طريقة ظهورها أو الدرجة والمستوى الحالي لها . ويقع تحت هذه المجموعة خمس أشكال أساسية من اضطراب التوحد:

- التوحد التقليدي (Classic Autism) .
- متلازمة اسبرجر (Asperger's Syndrome) .
- متلازمة ريت (Rett,s Syndrome) .
- اضطرابات الطفولة التحللية أوالانتكاسية (Disorders Disintegrative Childhood).
- اضطرابات النمو غير المحددة (Pervasive Developmental Disorder - Not Otherwise Specified (PDD NOS)

ولمعرفة هذه الخصائص لدى الأطفال ذوي التوحد فقد تم تصنيف أنماط ظهورها بهدف فهم أكثر لحالة كل طفل وما يمكن أن يقدم له من خدمات وبرامج علاجية. لذلك يمكن تصنيف اضطراب التوحد على النحو التالي :

- **التوحد التقليدي : (Classic Autism)** وهو يظهر لدى الأطفال في أعمار مبكرة ويكون لديهم مشكلات في التفاعل الاجتماعي ، والتواصل واللعب التخيلي.

- اضطراب ما يسمى(بطيف التوحد) ((Autism Spectrum Disorder (ASD)

ويشتمل على: (عبد الغني وآخرون هـ) (الوزنة م)

- **متلازمة اسبرجر: (Asperger's Syndrome)**

حيث يكون لدى الطفل ضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي ، ولديه سلوكيات نمطية وتكرارية ، وفي المقابل لا يوجد تأخر في اللغة أو التطوير المعرفي أو مهارات العناية الذاتية وتظهر المشكلات الاجتماعية عادة في سن المدرسة بشكل واضح حيث يكون هناك مشكلات في التفاعل وإظهار الانفعالات مع الأقران .

- **متلازمة ريت: (Rett,s Syndrome)**

ويظهر لدى الإناث فقط ، وأسبابه جينية عادة حيث أن النمو في البداية يكون طبيعياً في الجوانب الحركية ومحيط الرأس ، ويظهر بعد ذلك بطء في نمو الرأس بين (شهراً) ، ويظهر فقدان للقدرات مثل استخدام اليدين بطريقة صحيحة ، وكذلك فقدان للترابط الاجتماعي ، وعدم سيطرة على حركات مثل المشي الصحيح ، وفقدان في الجانب

اللغوي سواء الاستيعابي أو التعبيري ، وكذلك يصاحبه مشكلات عصبية ، وإعاقة عقلية شديدة ، وتدهور في الحالة مع تقدم العمر.

- **متلازمة ريت: (Rett,s Syndrome)**

ويظهر لدى الإناث ، وأسبابه جينية عادة حيث أن النمو في البداية يكون طبيعياً في الجوانب الحركية ومحيط الرأس ، ويظهر بعد ذلك بطئ في نمو الرأس بين (شهراً) ، ويظهر فقدان للقدرات مثل استخدام اليدين بطريقة صحيحة ، وكذلك فقدان للتفاعل الاجتماعي ، وعدم سيطرة على حركات مثل المشي الصحيح ، وفقدان في الجانب اللغوي سواء الاستيعابي أو التعبيري ، وكذلك يصاحبه مشكلات عصبية ، وإعاقة عقلية شديدة ، وتدهور في الحالة مع تقدم العمر.

- **اضطراب الطفولة التحللي : (Childhood Disintegrative Disorder)**

عادة لا يظهر الاضطراب إلا بعد سنتين من عمر الطفل ، بعدها يبدأ بفقدان المهارات الأساسية ، وتصبح لديه حركات غير عادية ، ويصاحبها مشكلة في اللغة الاستقبالية والتعبيرية ، وتظهر مشكلات في المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي ، وكذلك في القدرة على تطوير علاقات صداقة مع الأقران ، ومشكلات في التواصل من خلال فقدان أو ضعف في اللغة المنطوقة ، ويظهر لدى الطفل سلوكيات نمطية وتكرار للنشاطات ، ويصاحبه عادة إعاقة عقلية شديدة ، ولا يوجد لدى الطفل مشاكل عصبيه . (American (Dunlap , 1999 , 1996

- **اضطراب النمو الشامل غير المحدد :**

Pervasive Developmental Disorder - Not Otherwise Specified (PDD)

NOS) والذي يشتمل على العديد من مظاهر التوحد ، ولكن في الأغلب يكون من الدرجة البسيطة وليس الشديدة أو الشاملة لكل جوانب الاضطراب ، ولعل الجوانب التي يظهر فيها اضطراب لدى هؤلاء الأطفال يتركز في الجوانب الاجتماعية وكذلك في المهارات اللفظية وغير اللفظية .

العوامل المسببة لاضطراب التوحد :

لا يوجد سبب رئيسي واحد أو أسباباً محددة دون غيرها تنشأ عنها الإصابة بالتوحد ، بل هناك مداخل ونظريات ينطلق منها الباحثون في تفسير أسباب ومنشأ التوحد . وحيث أن الغموض لا يزال يكتنف بعض جوانب الأسباب المؤدية للتوحد فإن البحث العلمي لا يزال يسير بخطى حثيثة في محاولته استقصاء الأسباب الحقيقية التي تؤثر على الدماغ وتقود في نهاية الأمر إلى حالة التوحد. فحين نرى أن بعض الباحثين يركزون على العوامل الوراثية كسبب أولي لهذا الاضطراب نجد أن آخرين يركزون على العوامل العضوية والبيولوجية التي تصيب المخ وتؤدي إلى اضطرابات وظيفية مختلفة.

السؤال الأول: ما أهم الصعوبات التي يواجهها الأفراد ذوي التوحد؟

يواجه الأفراد ذوي التوحد صعوبات جمة في جوانب متعددة لدى تواصلهم مع الآخرين داخل المنزل والمدرسة وكذلك في المجتمع المحيط بهم. وتتلخص تلك الصعوبات في النواحي الأساسية التي تتأثر فعليًّا ويطلق عليها الثالوث أو الاضطرابات الثلاثية وهي:

. التفاعل الاجتماعي: حيث يجد هؤلاء الأشخاص صعوبة في بدء أو استمرار علاقة اجتماعية، وعندما يقومون بذلك فإن علاقاتهم غالبًا ما تكون ضعيفة وخالية من "الروح" التي تميز العلاقات الإنسانية.

. التواصل الاجتماعي: حيث يكون لديهم صعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، فهم يجدون صعوبة في فهم دور اللغة كوسيلة لتبادل المعلومات والمشاعر وطلب الاحتياجات. وإذا تكونت لديهم مهارات لغوية فإنهم غالبًا يستخدمونها بطريقة ناقصة وحرفية، فمثلاً يجد الكثير منهم صعوبة في فهم أي معنى للكلام غير المعنى الحرفي، ويجدون كذلك صعوبة في فهم تعابير الوجه، أو نبرات الصوت.

. اللعب التخيلي: حيث يجدون صعوبة في تطوير مهارات اللعب التخيلي الضرورية للتعلم وفهم الحياة؛ ولذا تكون معظم نشاطاتهم أو ألعابهم نمطية ومكررة، وغالبًا يهتمون بتفاصيل جانبية للأشياء (غير المهمة) أكثر من فهمهم للصورة المتكاملة لشيء أو نشاط أو لعبة. وتصاحب هذه الاضطرابات الأساسية عددًا من السلوكيات النمطية والتي تختلف في الحدة والشكل من شخص لآخر، بل إنها قد لا تظهر جميعها لدى نفس الشخص. (البلشه).

وهناك عدد كبير من المظاهر التي يتم الاعتماد عليها في تقييم شخص ما وتشخيصه بأن لديه صفات توحدية، ومن أمثلتها: (العثمان هـ American , 1996 Dunlap , 1999)

. أداء حركات مكررة ونمطية بالأيدي أو الأصابع أو الأشياء، مثل: لف الأصابع بطريقة معينة، أو اللعب بنفس اللعبة بشكل مكرّر ونمطي ليس فيه تجديد أو تخيل.

. الاهتمام بالأشياء المتحركة، مثل: المراوح أو عجلات السيارات.

. الاهتمام بتفاصيل الأشياء،مثل: الحفر على الأبواب أو نقاط في صورة أو حبة على الوجه دون الاهتمام بالتفاصيل الأكثر أهمية.

. الطرق أو الخربشة على الأبواب أو الأسطح بشكل متكرر.

. تحسس الأشياء أو شمها بشكل متكرر.

. تكرار حركات جسدية مثل اللف أو القفز أو الدوران أو المشي على شكل زوايا أو خطوط مستقيمة.

. - إيذاء الذات أو الآخرين مثل العض.

. صك الأسنان أو تحريك الرأس.

. الصراخ أو إصدار أصوات معينة بشكل مكرر ونمطي.

. الاهتمام غير المبرر بأشياء معينة، مثل: لباس معين أو أكل معين أو لعبة معينة، والاضطراب عند عدم وجودها أو محاولة استبدالها.

. الغضب عند تغيير روتين معين مثل الانتقال من مكان لآخر (من المنزل للسوق أو من غرفة لأخرى) أو إعادة ترتيب سريره أو أثاث المنزل.

. الاهتمام غير المبرر بأصوات معينة، مثل: صوت تنقيط الماء أو صوت لعبة معينة.

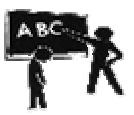
. جمع أشياء بدون هدف مثل جمع العلب البلاستيكية أو المفاتيح وصفها في خطوط أو ترتيب معين.

. طقوس أو عادات معينة عند النوم.

. تكرار أسئلة بعينها وكلام معين مثل: طرح أسئلة معينة وتكرارها أو إعادة نشرات الأخبار.

وقد قدمت الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America) قائمة تشخيصية لاضطراب التوحد تتكون من عرضاً أساسياً لهذا الاضطراب موضحة بأنه يجب توفر مالايقل عن تسعة أعراض في المفحوص لتتكون لدينا مؤشرات معقولة بوجود اضطراب التوحد لديه.

والقائمـــة التالية يمكن أن تساعد في الكشف عن وجـــود اضطراب التوحد لدى الأطفال ، علما أنه لا يوجد بند يمكن أن يكـــون حاسما بشكل جوهري لوحده ، وفي حالة أن طفلا ما أظهر من هذه السمات أو أكثر ، فـــإن تشخيصا للتوحد يجب أن يأخذها في الاعتبار مؤشراً قوياً لوجود حالة توحد لدى المفحوص. (الشكل)

يصر على تكرار السلوك ويرفض التغيير في البيئة أو الروتين		صعوبة في الاختلاط مع الأطفال الآخرين	
لا يخاف من المخاطر المحيطة		ضحك وقهقهة غير مناسبة	
يلعب بطريقة شاذة ولمدة طويلة		ضعف أو انعدام التواصل البصري	
ترديد الكلمات التي يسمعها (يردد كلمات أو عبارات بشكل تسجيلي)		يظهر عليه عدم الشعور بالألم	
لا يريد أن يحضن أحداً، ولا أحد يحضنه		يفضل البقاء وحيداً	
لا يستجيب للايماءات اللفظية (يتصرف وكأنه أصم)		يدور الأشياء	
صعوبة في التعبير عن احتياجاته ، ويستخدم اشارات أو ايماءات للتعبير عن الكلمات		تعلق غير مناسب بالأشياء	
يغضب ويبدو عليه الحزن بدون سبب ظاهر أو منطقي		نشاط بدني مفرط أو خمول بدني	
المهارات الحركية الكبرى والصغرى غير طبيعية (قد لا يريد ركل الكرة ولكن يفضل تركيب المكعبات)		لا يستجيب لطرق التدريس التقليدية	

Individuals with autism usually exhibit at least half of the traits listed below. ترجمة د.إبراهيم العثمان
These symptoms can range from mild to severe and vary in intensity from symptom to symptom.

و يمكن استعراض تلك الأعراض التي قدمتها الجمعية الأمريكية للتوحد وعددها ثمانيـــة عشر عرضاً وذلك على النحو التالي:

. صعوبة في الاختلاط والتفاعل مع الآخرين

. ضعف أو انعدام التواصل البصري

. يظهر عليه عدم الشعور بالألم

. لا يستجيب للايماءات اللفظية (يتصرف وكأنه أصم)

. لا يستجيب لطرق التدريس التقليدية

. يصر على تكرار السلوك ويرفض التغيير في البيئة أو الروتين

. ضحك وقهقهة غير مناسبة

. لا يبدي خوفا من المخاطر

. صعوبة في التعبير عن احتياجاته (يشير بالإيماءات)

. لا يريد أن يحضن أحداً، ولا أحد يحضنه

. يدور الأجسام والأشياء

. ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء

. يطيل البقاء في اللعب الانفرادي ويلعب بطريقةغريبة ولمدة طويلة

. يفضل البقاء وحيداً

. نشاط بدني مفرط أو خمول بدني

. ترديد الكلمات التي يسمعها (يردد كلمات أو عبارات بشكل تسجيلي)

. يغضب ويبدو عليه الحزن بدون سبب ظاهر أو منطقي

. المهارات الحركية الكبرى والصغرى غير طبيعية (قد لا يريد ركل الكرة ولكن يفضل تركيب المكعبات).

السؤال الثاني: ما أهم خدمات التربية الخاصة و الاستراتيجيات العلاجية الأخرى المناسبة للأفراد ذوي التوحد؟

تعد خدمات التربية الخاصة و الاستراتيجيات العلاجية الأخرى من أهم ما يجب وضعه في الاعتبار عند أنشاء برنامج للتوحد. وضع تلك الخدمات و الاستراتيجيات في اطارها الصحيح يساعد ولا شك- على إعداد وتنفيذ العملية التعليمية داخل البرنامج بمستوى مناسب كما يؤدي إلى تفادي الكثير من المشكلات التي قد تترتب على عدم تنظيم مكونات البرنامج الذي يقدم ضمن خدمات التربية الخاصة .

ولذلك سوف نستعرض أهم الاستراتيجيات العلاجية الأساسية التي يجب توفيرها للأفراد ذوي التوحد وذلك على النحو التالي:

أولاً: العلاج الطبي والبيولوجي.

ثانياً: التدخل الغذائي.

ثالثاً: طرق التواصل .

رابعاً : البرنامج التربوي الفعال للتلاميذ ذوي اضطراب التوحد.

وسوف نخص بالشرح هنا بعضا من هذه الطرق وذلك على النحو التالي:

أولاً: العلاج الطبي والبيولوجي: على الرغم من التركيز على الأساس البيولوجي للإصابة بالتوحد وزيادة الاقتناع بهذا الاتجاه إلا أنه لا يوجد عقار واحد أو مجموعة أدوية تقدم علاجاً ناجعاً متفقاً عليه. وما زالت المحاولات الجادة والبحوث جارية لاكتشاف الأدوية الملائمة لعلاج اضطراب التوحد . فالأدوية المتوفرة في الوقت الراهن تستخدم لتخفيف حدة بعض أعراض وحالات التوحد، فمنها ما يساند أو يساعد عملية التعليم ومنها ما يحد من النشاط الزائد و منها ما يخفف السلوك العدواني أو يهدئ ثورات الغضب أو يحد من السلوكيات النمطية أو يعالج الصرع أو مظاهر الاكتئاب .

وينبغي الإشارة إلى أنه يجب الحرص وعدم استخدام العقاقير الطبية إلا بموافقة ومعرفة الطبيب المختص والالتزام بتعليماته من حيث نوع الدواء والجرعة وتوقيتهما ومدة الاستمرار مع المراجعة المستمرة للطبيب . ونذكربعض العقاقير المستخدمة في علاج أعراض التوحد مثل: هرمون السكرتين (Secretin) أدوية علاج الصرع مضادات الخمائر Anti- yeast therapy العقاقير المهدئة عقار الفنفلورامين Fenfluramine وعقار النالتريكسون Nalterxone وغيرها.

وسوف نستعرض بشيء من التفصيل استخدامات وفعالية بعض الأدوية والعقاقير وذلك على النحو التالي:

الفنفلورامين Phenfloraimine : وهو يخفض مستوى السيروتويتن في الدم حيث قد لوحظ ارتفاع مستوى هذا العنصر الكيميائي في الدم لدى ثلث الأطفال التوحديين تقريباً . وعلى الرغم من النتائج الجيدة والمبشرة لهذا العقار إلا أن الإفراط في التفاؤل غير مطلوب في هذه المرحلة من استخدام العقار ويجب ان يستخدم هذا الدواء تحت إشراف طبي دقيق .

ويعتبر السيروتونين من النواقل العصبية الهامة حيث يتحكم في العديد من الوظائف والعمليات والسلوكيات بما فيها النوم وتناول الطعام وحرارة الجسم والشهية وإفراز الهرمونات.

نالتركسون (Naltrexone (Trexon : ويستخدم كمهدئ للخلايا المستقبلة للمثيرات في المخ بسبب وجود مواد في المخ تسمى الأوبيودات Optoids ويقلل هذا العقار من حدة السلوك العدواني وإيذاء الذات لدى التوحديين .

هالوبير ايدول (Haloperidol (Haldol : وهو من العقاقير المهدئة مثل الكلور يروما يزين Chlorpiro mazine والثيور ايدزين Thioridazine .

وهنا لابد من ملاحظة أن الأدوية أو العلاجات السابق ذكرها وجد لها كثير من الأطباء أعراض جانبية سلبية ، لذلك لا ينصح باستخدامها إلا في أضيق نطاق .

هرمون السكريتين (*Secretin*): وهو هرمون وموصل عصبي يوجد في الأمعاء وينظم وظائف المعدة كما أنه ينبه البنكرياس لإفراز إنزيمات تساعد على الهضم وإفراز عصارات هضمية غنية بالبيكربونات لمعادلة الحموضة في الأمعاء كما أنه يحث الكبد على فرز العصارة المرارية ويستعمل السكريتين في فحص وظائف البنكرياس وتشخيص بعض أمراض الجهاز الهضمي

وخاصة أمراض المرارة وقد وجد أن له آثاراً إيجابية جداً في تخفيض كثير من أعراض التوحد.

وهنالك نظريات لتفسير ذلك :

أولها : أنه يساعد في عمليات هضم البروتينات ويقلل من الببتايد الأفيونية وبالتالي يحد من تأثيرها على المخ.

وثانيها : أنه يزيد من إفراز السيروتونين في المخ وقد سبق أن أشرنا إلى انخفاض مستويات السيروتوين لدى الأطفال ذوي التوحد.

ديمتيل جليسين (*DMG (Di-metyl-glycine*: عبارة عن مادة حلوة المذاق وهو مركب طبيعي بسيط أظهرت الكثير من الدراسات أنه يقوي الجهاز المناعي ويزيد الشهية وله آثار إيجابية على النطق والتجاوب مع الآخرين، كما أنه مأمون من حيث الاستخدام ويصنف من فئة الأغذية ويوجد بكميات قليلة في قشرة الأرز والكبد . وقد أفاد عدد من الآباء والأمهات بوجود تحسن ملحوظ في سلوك أطفالهم بعد استخدام هذه التركيبة من حيث ثبات النظر والقدرة على الكلام وقابلية التحدث مع الغير بشكل أفضل.

ثانياً: التدخل الغذائي :

أكد كثير من الدارسين أن هنالك علاقة قوية بين النظام الغذائي و اضطراب التوحد، حيث قد ثبت لديهم أن الغذاء يقلل من السلوكيات التوحدية وأن للغذاء علاقة بتقلب المزاج والقلق، كما أن العلاج بالغذاء آمن ولا ضرر منه رغم أنه يأخذ وقتاً أطول ولكن نتائجه وفعاليته تبقى على المدى البعيد.

وأهم الحميات المتبعة في علاج التوحد هي الامتناع عن تناول المأكولات التي تحتوي على بروتينات الكازيين والجلوتين Casein & Gulten. فالكازين هو البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته أما الجلوتين فيوجد في الحنطة والشعير والشوفان والقمح وجميع مشتقاتها. وتستند هذه الحمية على أساس أن الطفل المصاب بالتوحد تنقصه القدرة على هضم هذين النوعين من البروتينات وبالتالي ينشأ عن ذلك تكون ما يسمى" الببتايد الأفيونية "التي تمتص عن طريق الأمعاء وتسير في الدم وتؤثر على المخ. وهنالك حمية أخرى يطلق عليها حمية فينجولد Feingold Diet وأساسها تجنب الأغذية التي تحتوي على المواد الحافظة والألوان والنكهات الصناعية

هذا وربما تحصل نكسة سلوكية عند بداية اتباع نظام الحمية لدى الطفل. فقد نلاحظ زيادة تعلقه وبكائه واستجداء من حوله كما نلاحظ البكاء وزيادة الأنين والألم وازدياد عدد مرات التبول والتبرز، وهذه النكسة ربما تكون علامة جيدة في بداية الحمية حيث أن ذلك ناشئ عن انقطاع الببتيدات الأفيونية المخدرة، ولكن بعد فترة سوف تبدو آثار التحسن واضحة مثل زيادة التركيز والانتباه ويصبح الطفل أكثر استقراراً وهدوءً بالإضافة إلى انخفاض السلوك العدواني وإيذاء الذات، وربما نشهد تحسناً أيضا في عادات النوم والطعام وزيادة التواصل اللفظي وتناسق الحركات الجسمية . على أنه ينبغي إجراء العديد من التحاليل المخبرية قبل اعتماد هذه الحمية وأن يتم ذلك تحت إشراف طبي وتنسيق مع أخصائي التغذية وذلك حتى لا يتعرض الطفل لآثار سلبية ربما تفوق إيجابيات الحمية.

ثالثاً: طرق التواصل:

يعاني الأفراد ذوي التوحد من صعوبات كبيرة في التواصل. فهم - مثلاً - قد يشيرون للآخرين أو يجذبونهم باليد إلى الأشياء التي يرغبونها بدون أي تعبيرات على الوجه ، وقد يحركون رؤوسهم أو أيديهم عند الحديث ، وعادة لا يشاركون في الألعاب التي تحتاج إلى تقليد ومحاكاة ، كما أنهم لا يقلدون ما يعمله والديهم كأقرانهم.

هؤلاء الأفراد عادة ما يظهرون المتعة والخوف كما الغضب ، ولكن قد لا يظهرون سوى طرفي الانفعالات، كما أنهم لا يظهرون التعبيرات الانفعالية على الوجه التي تظهر الانفعالات الدقيقة. الإدراك اللغوي لدى هؤلاء الأطفال فيه اضطراب بدرجات مختلفة، فإذا كان لديه تخلف عقلي فعادة ما يكون لديه كمية ضئيلة من اللغة المفهومة، والآخرون الذين لديهم اضطراب أقل قد يتابعون التعليمات المصحوبة بالإشارة ، أمّا من كانت إصابتهم طفيفة فقد يكون لديهم صعوبة في الاختصارات واللغة الدقيقة ، كما أنهم لا يستطيعون فهم تعبيرات المزاح والسخرية.

ويتم تقييم مهارات التواصل عادة عن طريق التجارب المنهجية، الملاحظة التقييمية، مناقشة الوالدين، كلها أدوات تستخدم للوصول إلى تقييم المهارات التواصلية، ومن المهم تقييم مدى مهارات التواصل ومنها رغبة الطفل في التواصل، وكيفية أداءه لهذا التواصل (التعبير بحركات على الوجه أو بحركات جسمية، أو بالإشارة)، كيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه، ونتائج هذا التقييم يجب استخدامها عند وضع البرنامج التدريبي لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة، أو الإشارة إلى الصورة، وغير ذلك. ومن النظريات المهمة في علاج مشكلات التواصل *نظرية تسهيل التواصل Facilitated communication* . هذه النظرية تشجع الأشخاص الذين

لديهم إضطراب في التواصل على إظهار أنفسهم ، بمساعدتهم جسدياً وتدريبياً ، حيث يقوم المدرب " المسهّل "بمساعدة الطفل على نطق الكلمات من خلال إستخدام السبورة ، أو الآلة الكاتبة أو الكمبيوتر ، أو أي طريقة أخرى لطرح الكلمات ، والتسهيل قد يحتوي على وضع اليد فوق اليد للمساعدة ، اللمس على الكتف للتشجيع . فالشخص المصاب باضطرابات معينة قد يبدأ الحركة ، والمساعدين يقدمون السند والمساعدة الجسمية له ، وهذا العلاج ينجح عادة مع الأطفال الذين عندهم مقدرة القراءة ولكن لديهم صعوبة في مهارات التعبير اللغوي.

رابعاً: البرنامج التربوي الفعال للتلاميذ ذوي اضطراب التوحد

ثبت ضعف الافتراض القائم على أن العوق العقلي غير قابل للتعليم ، والحال نفسه ينطبق أيضاً بالنسبة للأفراد ذوي التوحد . ولهذا فإن الرعاية التربوية والتعليمية لأفراد هذه الفئة يتبع فيها ما يأتي: (الحصان هـــ)

- البرامج التربوية :

إن أفضل برامج التدريس للأفراد ذوي التوحد هي البرامج عالية التنظيم فالصعوبات التي يعاني منها أفراد هذه الفئة في مجال التفاعل الاجتماعي، تحتم على المعلم أن يبادر في التفاعل مع الطفل ، ويزوده بالإرشادات والتوجيهات ، وإلا فإن الطفل سوف ينسحب، ويتبع السلوك الاستحواذي المتكرر. وتعتمد هذه البرامج بشكل كبير ، على تجزئة النشاط التعليمي إلى خطوات سهلة واضحة ، ذات أهداف محددة . وهو أسلوب له عائده على أطفال التوحد .

وبصفة عامة ينبغي أن تتسم هذه البرامج بالمرونة والتلقائية ، كما أن أطفال التوحد تتاح لهم المرونة الكافية للتعامل مع مواقف الحياة في المستقبل .

- اختيار المدرسة المناسبة :

والتي تتفهم طبيعية المشكلات والصعوبات الخاصة بطفل التوحد . وحيث تتوافر في برامجها المرونة التي تتماشى مع حاجات الطفل الفردية الخاصة . وأن يعمل المعلمون على مقابلة حاجات الأطفال الخاصة ، وأن تستخدم مهارات أكاديمية وأساليب متطورة تعتمد على تنمية وتطور التفاعل الاجتماعي والتواصل لدى الطفل التوحدي .

ويقتضي ذلك قيام الوالدين بتقصي الحقائق واستشارة جهات الاختصاص للتعرف على جوانب القوة للأساليب التربوية المناسبة التي تقابل حاجات أطفال التوحد .

- نسبة عدد المتعلمين إلى المعلمين.

يفضل أن لا يزيد عدد المتعلمين من المصابين بالتوحد عن ثلاثة متعلمين لكل معلم أو من

- مقابل كل معلم ومساعد معلم ، حتى يتمكن المعلم من تركيز انتباههم للنشاطات التعليمية والتدريبية .

- مستوى التحصيل التعليمي :

يتطور لدى أطفال التوحد ، حتى في حال التحاقهم بالمدارس لفترة قصيرة (سنتان مثلاً) . والذين يحصلون مستوى تحصيلي جيد ، يمكنهم تحقيق نتائج طيبة في حياتهم العملية. أم من هم من مستوى الذكاء المتوسط أو فوق المتوسط يكون مستوى التحصيل العلمي لديهم عادي و يدرسون مواد علمية تتطلب قدرة على التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين. بينما المواد

الأدبية تتطلب تفسيراً للمعاني وفهماً مما يمثل صعوبة لأطفال التوحد . وأما من يعانون من عوق عقلي ، فإن تحصيلهم التعليمي يكون أقل من التحصيل المتوسط أو العادي .

وعند الانتهاء من المراحل الدراسية ، فإنه يمكن للتلاميذ ذوي التوحد أن يتعلموا مهارات أساسية مثل : مبادئ القراءة والكتابة وفهم أساسيات الحساب واستخدام النقود والبعض منهم يتعلم مهارات فردية كالطبخ وارتداء الملابس وغسلها .

- القدرة على التواصل :

يمكن تعليم أطفال التوحد عملية إخراج الأصوات ونطق الكلمات وتكوين الجمل الكلامية، وفق قدراتهم الفردية. والقدرة على التواصل لا تقتصر على القدرة على إخراج الأصوات، أو تكوين جمل مستقيمة نحوياً، بل تشمل القدرة على توصيل المعاني والأفكار والتجارب، عن طريق الحوار في إطار اجتماعي. وهذا الدور ضئيل في عملية التواصل .

- لغة الإشارة Sign Language

وهي ضرورية في تطوير القدرة على التواصل ، للمساعدة في التعبير عن الأفكار وإيصالها للمتلقى ، وعند استخدام الإشارة اليدوية يستطيع الطفل توضيح الكلمة التي يريد نطقها ، أو تستخدم لتعزيز قدرة الطفل على فهم كلام الآخرين والأهم هو التركيز على تعلم الكلام فهو وسيلة التواصل ، ولغة الإشارة تمثل خطوة على الطريق الموصل إلى تعلم الكلام .

- تحديد الاحتياجات التربوية :

ويقوم بتحديدها معلم التربية الخاصة الذي يقوم بتقييم حالة الطفل ، ويشارك في ذلك فريق العمل متعدد التخصصات بمن فيهم الأخصائي النفسي وأخصائي النطق إضافة إلى الدور الفاعل للأبوين .

ومن الصعوبات التي قد تواجه الآباء ، عدم توافر كافة الحاجات التربوية للطفل. ولهذا ينصح الوالدان بمراجعة التقرير الذي يعده الأخصائيون ، لتحديد تقييم حالة الطفل ، وما يمكن أن يكون هناك من اتفاق أو اختلاف .

السؤال الثالث: ما أهم المقومات الأساسية للبرنامج التربوي الفعال للتلاميذ ذوي التوحد؟

تحتاج البرامج التربوية للكثير من التطوير والتنظيم لتكون ذات فاعلية كبيرة. كما تحتاج تلك البرامج لتكون شاملة ومتكاملة لتؤدي الدور المأمول وبالتالي تساعد العاملين في الميدان لتقديمه خدمات التربية الخاصة بأعلى مستوياتها. ولذلك تشمل المقومات الأساسية للبرنامج التربوي الفعال للتلاميذ ذوي التوحد مجالات عدة يمكن ترتيبها ضمن المجالات التالية: (الشمري وآخرون هـ)

المجال الأول / الكوادر البشرية :

يتميز الأفراد ذوي التوحد بأن لهم سمات واحتياجات خاصة تميزهم عن باقي الإعاقات والاضطرابات، ولذا فإن تأهيل الكوادر البشرية العاملة مع أفراد تلك الفئة أمر أساسي لنجاح البرامج التربوية المقدمة لهم. فمثلاً يجب أن يعمل في تلك البرامج معلمون ومعلمات من حاملي

شهادات عليا (بكالوريوس أو ماجستير) في تخصصات التربية الخاصة وعلم النفس والتربية المبكرة والنطق واللغة والعلاج الوظيفي وغيرها من التخصصات ذات العلاقة. وبالإضافة إلى ماسبق، ينبغي أن يتلقى هؤلاء المعلمون والاخصائيون تدريباً مستمراً على العمل مع الأشخاص ذوي التوحد مما يساعدهم عل تقديم الخدمات التربوية بأعلى المستويات. كما ينبغي أن يعمل مع المعلم مساعد معلم يقوم بمهامه التي تناط به في مجال عمله وهو الذي يحمل مؤهلاً لا يقل عن الثانوية العامة مع دبلوم في التربية الخاصة لايقل عن سنتين. أيضاً لابد من مراعاة أن يكون المشرف على برنامج التوحد متخصصاً أيضاً في هذا المجال.

ومن أهم ما يجب أن يتوفر في العاملين مع التلاميذ ذوي التوحد وخاصة معلمي الصفوف مايلي:

- أن يكون المعلم مستعداً جيداً للتدريس: فمن الأمور الهامة للمعلم جودة إعداد درسه والتخطيط له مسبقاً ، والتأكد من توفر كل الأدوات والإمكانيات والأجهزة السمعية أو البصرية التي سيستخدمها في الدرس.

- أن يجيد استخدام صوته : صوت المعلم هو أداته ووسيلته الرئيسية في الاتصال بينه وبين التلاميذ. فيجب على المعلم أن يجذب انتباه التلاميذ وأن يبالغ في انفعالاته ليعزز استجابات التلاميذ وبما يخدم العملية التعليمية.

- أن يكون واعياً منتبها بما يحدث في غرفة الصف .

- أن يتفهم ما يحدث في غرفة الصف ، فمن المهم للمعلم أن يتوصل إلى فهم الأسباب وراء سلوك التلاميذ بجميع أشكاله في غرفة الصف .

- أن يوزع انتباهه على جميع تلاميذ الفصل . وهذا يعني ألا يقصر اهتمامه على بعض التلاميذ دون البعض الآخر.

- أن يقوم تلاميذه بصفة مستمرة : فالتقويم باختصار يعني الحكم على المستوى التعليمي الذي وصل إليه التلميذ في المادة الدراسية . وهو يوضح للمعلم مدى ما أحرزه التلميذ من تقدم ونجاح . ويكشف له عن نواحي الضعف والقوة لدى التلميذ. (كمال زيتون ، م).

المجال الثاني / الخدمات التربوية والنفسية :

تعتبرالخدمات التربوية والنفسية العمود الفقري للبرنامج التربوي الفعال للتلاميذ ذوي التوحد. وكما أن تلك الخدمات ينبغي لها أن تقدم داخل وخارج غرفة الصف فإنها تقدم قبل وأثناء عملية التدريس إضافة إلى أنها تقدم في كثير من الأحيان داخل أسوار المدرسة و تمتد أحياناً خارجها لتشمل المنزل وربما مرافق المجتمع المختلفة. وفي هذا السياق يجب على المدرسة مراعاة مجموعة من الاعتبارات المهمة لضمان تقديم خدمات تربوية ونفسية متكاملة. ومن أهم تلك الخدمات مايلي:

- الاكتشاف والتعليم المبكر لتقديم الخدمات المناسبة للتلميذ ذي التوحد.
- تقديم الخدمة في أقل البيئات عزلاً قدر المستطاع مع مراعاة درجة وطبيعة الإعاقة لدى التلميذ والتحضير للانتقال إلى فصول اعتيادية .
- تبني الخطة التربوية الفردية وتفعيلها.

- تبنِّي نظرة إيجابية تجاه الأفراد ذوي التوحد.

- استخدام وتطبيق برامج تعديل السلوك المستمدة من التحليل السلوكي التطبيقي (Applied Behavior Analysis)من خلال إعداد وتنفيذ وتقييم برنامج تعديل سلوك فردي حسب احتياج التلميذ وطبيعة السلوك لديه.

- تقييم مستوى أداء التلميذ قبل وأثناء إلتحاقه بالبرنامج لمعرفة مستوى أدائه الحالي والذي على ضوئه يتم تصميم وتعديل البرنامج التربوي والتدريبي الفردي له.

- إعطاء الأولوية لتدريب التلميذ على المهارات الاستقلالية والاجتماعية والتواصلية.

- توفير بيئة تعليمية تدعم التلميذ وتنظيم بيئة التعلم واستخدام المثيرات الحسية مع التركيز على المثيرات البصرية بشك مكثف أثناء عملية التدريس وتصميم الجداول المنظمة للمهام التعليمية والترفيهية للتلميذ تنظيماً جيداً (التدريس المنظم) وتقدم من خلالها الخدمات التربوية والخدمات المساندة التي يجب أن تشمل تطوير: Cohen, (1998)

  - مهارات اجتماعية لتشجيع الافراد ذوي التوحد في الانشطة الأسرية والمدرسية والمجتمعية.

- مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية إضافة إلى اللغة الاستقبالية.
- نظام تواصل رمزي وظيفي يشجع التلاميذ على فهم اللغة ومكنوناتها بدلاً من الفهم الحرفي للكلام.
- المشاركة وكذلك المرونة في اللعب ومهام مناسبة لحالات وأعمار وقدرات الأطفال.
- المهارات الحركية الدقيقة والحركية الكبيرة المستخدمة لأنشطة وظيفية مناسبة لقدرات وأعمار الحالات.
- مهارات معرفية شاملة اللعب الرمزي والمفاهيم الاساسية إضافة إلى المهارات الاكاديمية.
- استبدال السلوكيات غير المرغوبة بسلوكيات أخرى مناسبة ومرغوبة.
- مهارات استقلالية بالاضافة إلى السلوكيات التي تدعم نجاح التلميذ في بيئة المدرسة العادية مثل (اكمال واجباته باستقلالية، اتباع التعليمات اثناء العمل داخل مجموعات، وسؤال وطلب المساعدة...الخ).

- تطبيق الطرق التعليمية المبنية على أسس علمية والتخطيط المنظم للحفاظ على ما اكتسبه التلميذ من مهارات بهدف زيادة فعاليتها واستخداماتها الوظيفية. فقد اقترح

ساباتينو (م) عدداً من الاستراتيجيات للحصول على مناخ ايجابي داخل غرفة الصف وذلك من خلال:.(Cohen, 1998)

- ✓ مساعدة التلاميذ للتعرف على ما هو متوقع منهم. على المعلم تكرار السلوك المناسب المتوقع من التلاميذ داخل وخارج الصف.
- ✓ استخدام طريقة واضحة وثابتة لإدارة الصف. فالتلاميذ يتكيفون مع المعلم ذي التعامل الثابت والايجابي معهم حتى لو استخدم شيئاً من الحزم معهم.
- ✓ توفير خبرات تعليمية مهمة للتلاميذ. فأغلب التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام وذوي التوحد بشكل خاص لا يعرفون قيمة المعرفة والمهارات التي تقدم لهم داخل المدرسة.
- ✓ التخلص من أسلوب تهديد التلاميذ (كلما أمكن) . فشعور هؤلاء التلاميذ بالتهديد يؤثر ولا شك سلباً على رغبتهم في الحضور للمدرسة وفي التعاون مع المعلم، وبالتالي يؤثر كل ما سبق على أدائهم التعليمي والسلوكي.
- ✓ اظهار شعور المعلم بالرضا عن النفس وزرع ذلك الشعور في نفوس التلاميذ ذوي التوحد.

- ✓ اكتشاف الصفات الايجابية للتلاميذ ذوي التوحد. فعندما يظهر على المعلم معرفته بالجوانب الايجابية في قدرات التلميذ وفي سلوكه، فإن التلميذ بدوره يشعر بالمناخ الايجابي في غرفة الصف.
- ✓ تقديم تغذية راجعة للسلوكيات التي يظهرها التلميذ سواء كانت ايجابية أم سلبية. وفي جميع الحالات يجب أن يكون المعلم ذي حساسية قوية لما يمكن أن يظهره التلميذ في أي وقت مما يساعده في الاستعداد لمعالجة السلوكيات غير المرغوبة بالشكل المناسب.
- ✓ استخدام نموذجاً ايجابياً. فمثلاً يمكن للمعلم أن يكون توقعات ايجابية وواقعية عن تلاميذه. لا بد من إعطائهم الفرصة للتعبير عما لديهم إضافة للاستماع إليهم ومجاملتهم واحترام آرائهم حتى لو كانت بسيطة وغير مهمة.
- ✓ تنظيم المنهج المدرسي وغرفة الصف بطريقة جيدة ، مما يسهل معه فهم التلاميذ للبيئة المحيطة بهم وما تحتويه من وسائل وأدوات وعلاقات مع الآخرين.

- دمج التلميذ في مجتمعه المحلي من خلال الأنشطة التعليمية والترفيهية المختلفة كالزيارات الميدانية لبعض المنشآت والجهات والمؤسسات العامة والخاصة وتقديم الخدمات التربوية والتدريبية له في البيئة الطبيعية قدر المستطاع .

- أن يكون لكل ثلاثة تلاميذ معلم ، ولكل خمسة الى سبعة تلاميذ معلم ومساعد معلم (مع مراعاة الفروق الفردية بين التلاميذ ذوي التوحد من حيث درجة الإعاقة ومستوى الأداء).

- العمل الجاد لإيجاد برامج تعليمية مكثفة بما يتماشى مع نظام اليوم المدرسي الكامل بحيث يدرس التلميذ أيام أسبوعيا (ساعة أسبوعيا على الأقل) ، وتكييف البرنامج بما يتناسب مع عمر التلميذ ودرجة تطور الحالة.

- توفير خدمات وبرامج أثناء الإجازة الصيفية.

- تقسيم الأطفال إلى مجموعات أو مستويات متقاربة حسب معايير العمر الزمني والعقلي والسلوك ومهارات التواصل.

- التركيز على المهارات الوظيفية وزيادة جرعات التدريب المهني للتلاميذ كبار السن وذلك بتدريبهم على مهارات مهنية مناسبة لأعمارهم وقدراتهم وميولهم.

المجال الثالث / المستلزمات المكانية والتجهيزية :

إن على المدرسة أن تهتم بإعداد البيئة الصفية إعداداً جيداً بما يخدم المعلم والطالب معاً لتقديم الخدمات التعليمية والتدريبية بالمستوى المأمول. لذلك لابد من مراعاة أنه توجد علاقة وثيقة بين الحالة النفسية للتلميذ والمكان الذي يتواجد فيه ، ومن هنا كانت الحاجة إلى : توفر الإضاءة الجيدة ، والتهوية الكافية ، والأثاث المناسب لهذا المكان بيئة الصف لإثارة دافعية التلاميذ نحو التعلم ، وتحقيق الغرض المطلوب.

ومن الشروط التي يجب توافرها في الصف المدرسي ما يلي :

- مساحة الصف :

قدرت المساحة الصافية للصف الدراسي على أنها تساوي متر مربع تقريبا، ويتم فيه إلقاء الدروس النظرية وممارسة النشاطات التعليمية والتدريبية بجميع أشكالها .

- موقع الصف :

يتأثر موقع الصف بعدة أشياء منها على سبيل المثال :

الأصوات " الضوضاء المصانع القطارات تقاطع الطرق حركة المرور " ، الروائح " أماكن الطعام الكافيتريات "والمناظر الخارجة عن الصف والتي يمكن أن تشتت انتباه التلاميذ عن الدرس مثل " أماكن الرياضة أماكن التجارة حركة المرور " ، فيجب اختيار المواقع التي تقل فيها مثل هذه الأشياء على قدر المستطاع.

- شكل الصف ونظام ترتيبه :

من شروط الصف الدراسي الجيد أن يكون شكله معيناً على تيسير الاتصال بين المعلم وتلاميذه ، مساعداً على إثارة انتباه التلاميذ ، حائلاً دون تعبهم ، باعثاً على توليد السرور في أنفسهم ، فشكل الصفوف الدراسية لابد أن تصبح أماكن للتعلم والتجريب والمشاهدة وكذلك الاثارة والمتعة .

- الإضاءة :

ترتبط الإضاءة بالعديد من العوامل مثل الحجم ، وشكل الحجرة ، ولون الطلاء ، ونوع زجاج النوافذ ، ودرجة نظافة المصابيح ، ووجود عوائق تؤثر على الإضاءة الجدية تتطلب توزيع منابع الضوء مع ضبط تنويع الإضاءة الطبيعية والصناعية في الصفوف الدراسية .

وينبغي أن تكون الإضاءة من يسار التلميذ، وأن تكون جيدة بحيث يتيسر لتلميذ المقعد الأخير رؤية السبورة بوضوح. فلابد أن يكون هناك مجهود مضاعف لتكوين مصادر مناسبة للإضاءة لإيجاد نسق من الألوان يكون مساعداً على عدم إصابة العين بالقلق والأرهاق، وينبغي أن تتوفر في الصف اللوحات الجميلة التي تبعث على الراحة وهدوء الأعصاب وفي نفس الوقت تكون مفيدة وظيفياً للتلاميذ ولا تؤثر على تركيزهم في غرفة الصف.

- التهوية :

التهوية إحدى المتطلبات الهامة لراحة التلميذ وصحته من خلال تأثيرها المباشر على نقاء الهواء وحركته ، فيجب أن يتغير الهواء كل عشر دقائق ، وأن يكون في حجرات التدريب تهوية صناعية، وذلك ليشعر التلاميذ بالنشاط والحيوية.

ومن سلبيات سوء التهوية : نقص قدرة التلاميذ على متابعة المعلم وفهم الدروس ، والشعور بالكسل والميل إلى النوم ، بالإضافة إلى أن سوء التهوية وازدحام الصف بالتلاميذ يساعدان على انتشار الأمراض المعدية التي تنتقل جراثيمها بالهواء عن طريق التنفس.

- الطـــــــــلاء :

تعد العناية بطلاء الجدران واختيار الألوان للأبواب والنوافذ من الأمور الهامة ، ذلك لأننا نتفاعل مع الألوان لا شعورياً فهناك ألوان تثير في النفس الشعور بالسعادة والسرور والنشاط، مع ملاحظة أنه كلما كانت ألوان الجدران والسقف فاتحة ، أدى ذلك إلى الإحساس برحابة الصف مهما يكن حجمه صغيراً. (كمال زيتون ، م).

ويشير الشمري وآخرون (م) إلى أهمية أن تشتمل برامج التوحد على مجموعة من التجهيزات من أهمها:

- صالة حسية صالة فنية صالة رياضية صالة تهيئة مهنية
- مسبح .
- حديقة خارجية .
- قاعة تدريبية.
- وسائل تعليمية مثل : فيديو ، تلفزيون ، مسجل، حاسب آلي وتجهيزات مثل قواطع متحركة،طاولات مستديرة ، طاولات على شكل حذوة فرس ، طاولات مستطيلة ، توفر دواليب وأرفف.
- دورات المياه مهيأة للأطفال ذوي التوحد.
- تهيئة الفصل للتدريس الفردي أو على مجموعات صغيرة .

- تقسيم الفصل إلى أركان وظيفية مثل : ركن العمل الفردي ، ركن الاسترخاء ، ركن العمل كمجموعات، ركن التعزيز...إلخ.

- زجاج عاكس لملاحظة الأطفال من خارج الفصل.

المجال الرابع / المشاركة الأسرية الكاملة في البرامج المقدمة لذوي التوحد:

منذ بداية الثمانينات من القرن العشرين، أشارت العديد من الأبحاث أن مشاركة الأسرة في البرامج التربوية للتلاميذ ذوي التوحد تعد عاملاً أساسياً لنجاح تلك البرامج. وبالتالي، فإن جميع البرامج التربوية النموذجية للأشخاص ذوي التوحد تولي اهتماماً خاصاً للتواصل مع أسرة التلميذ وتدريب أفرادها على التعامل معه ومشاركتهم في جميع مراحل وخطوات التعليم، ولا سيما في المراحل الأولية للطفل (الشامي). وقدأشارت أبحاث عديدة أن بالإمكان تدريب أسر ذوي التوحد لتنجح في تعليمهم والتعامل بطريقة ملائمة مع سلوكياتهم، وأن مثل هذا التدريب يزيد من قدرة الأسرة على التعامل مع طفلها بشكل أفضل كما أنه يخفض كثيراً مستوى التوتر الذي يصيب الأسرة بسبب إصابة طفلها بالتوحد (National Research Council, 2001) .

وعندما نأخذ بالاعتبار أن الطفل يقضي معظم وقته في المنزل بين أفراد أسرته، فإن الأسرة- بالتالي- يتكون لديها معرفة كبيرة عن طفلها واحتياجاته التربوية وتستطيع القيام بمساعدة الطفل في تعميم المهارات التي يتعلمها في المدرسة. وتستطيع كذلك تعليمه مهارات إضافية يتم الاتفاق عليها مع المختصين القائمين بالعمل مع الطفل في المدرسة.

و في حال رفض أعضاء الأسرة للمشاركة، يكون سبب عدم المشاركة في معظم الحالات عدم شعورهم بالمقدرة على القيام بالعمل المطلوب وليس عدم اهتمامهم. وأما عند تدريبهم على

القيام بمهام يسهل عليهم إنجازها، ومراعاة حالتهم النفسية، فإن النجاح في مهام سهلة قد يبعث لديهم الشعور بالقدرة على مساعدة الطفل. ومن ثم يستطيع المختصون تدريجياً الطلب من الأسرة القيام بمهام أكثر صعوبة. (الشامي). إن الاستمرار في محاولة تدريب الأسرة على المشاركة أمر ينبغي أن يعتبره المختصون من أهم الأهداف التربوية الخاصة للطف . وفي هذا السياق فمن الأهمية بمكان أن يقدم الوالدان تعريفاً بابنهما التوحدي للمؤسسة التربوية حول أهم الأنشطة التي يمكن أن يشارك فيها واهتماماته وكذلك استعداداته. كما أن الشراكة بين الوالدين والمؤسسة ينبغي أن تتضمن المراجعة السنوية لما تم تحقيقه من نمو للشخصية واستعراض البرامج المستقبلية وما تتضمنه من أنشطة وما سيحدث فيها من تغييرات. (الرعاية الايوائية للأشخاص الذين يعانون من طيف التوحد م)

إضافة إلى ما سبق فإن على القائمين على البرنامج إتاحة الفرصة للأسرة لملاحظة التلميذ أثناء وجوده في البرنامج وإشراكها في إعداد وتنفيذ وتقويم البرنامج التربوي الفردي للتلميذ. كما أنه من الأهمية توفير المعلومات الضرورية لأسرة التلميذ حول إعاقته وطبيعة احتياجاته من خلال إقامة لقاءات بين أولياء أمور التلاميذ ذوي التوحد وتوفير برامج تدريبية لأسرة التلميذ. (الشمري وآخرون م ص)

الخاتمة:

إن المتأمل لما تعاني منه برامج رعاية الأطفال ذوي التوحد في العالم العربي من معوقات سواء تلك التي تتصل بطبيعة خدمات التربية الخاصة أو الاستراتيجيات العلاجية المختلفة للتلاميذ ذوي التوحد يلاحظ وجود حاجة ماسة لمواجهة تلك العقبات من جميع جوانبها.

. هدفت هذه الدراسة إلى تحديد خدمات التربية الخاصة التي يلزم توفيرها وقدمت استعراضاً لأهم الاستراتيجيات العلاجية المستخدمة مع التلاميذ ذوي التوحد. استعرضت هذه الدراسة أيضاً أعراض اضطراب التوحد. وأسبابه المحتملة ثم أنواعه. كما تطرقت هذه الدراسة أيضا إلى أهم أساليب وأدوات قياس وتشخيص اضطراب التوحد. وأخيراً وفرت هذه الدراسة أهم الاستراتيجيات العلاجية والأسس العلمية التي تنطلق منها تلك الاستراتيجيات ، إضافة إلى التعريف بالاستراتيجيات الأفضل للاستخدام مع حالات التوحد.

المراجع:

. الصبي عبدالله. (م هـ). التوحد وطيف التوحد: أسبابه أعراضه كيفية التعامل معه. الجمعية الخليجية للإعاقة.

. البلشه أيمن. ( ). العناصر الأساسية لتطوير البرامج العلاجية السلوكية والتربوية لأطفال التوحد.

. الرعاية الايوائية للأشخاص الذين يعانون من طيف التوحد. (م). ترجمة مختار عجوبة. الرياض: مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد.

. السعد سميرة عبداللطيف. ( ) معاناتي والتوحد. الكويت: منشورات ذات السلاسل.

. الشمري طارش مسلم: الأطفال التوحديون : أساليب التدخل ومقومات نجاح البرامج ، ندوة الإعاقات النمائية. جامعة الخليج العربي ومؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود – البحرين (– محرم هـ – - إبريل م) – ص ص /

. بحوث ودراسات اضطرابات طيف التوحد : دليل الدارسين. (م). ترجمة مختار عجوبة. الرياض: مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد.

. حكيم رابية إبراهيم. ( ). دليلك للتعامل مع التوحد.جدة: شركة المدينة المنورة للطباعة والنشر .

. سايمون كوهين ، و بولتون باتريك. (ترجمة عبدالله إبراهيم الحمدان ، (هـ) حقائق عن التوحد. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.

. فراج عثمان لبيب. ( ). الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة. القاهرة: المجلس

العربي للطفولة والتنمية.

. كوجل روبرت، و كوجل لن. ( ). تدريس الأطفال المصابين بالتوحد (ترجمة عبدالعزيز السرطاوي وآخرون). دبي: دار القلم للنشر والتوزيع.

. محمد عادل عبدالله. ( ) الأطفال التوحديون. القاهرة: دار الرشاد.

. مدارس التوحد: دليل المؤسسين. (م). ترجمة مختار عجوبة. الرياض: مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد.

. نصر سهى أحمد أمين. ( ) : الاتصال اللغوي للطفل التوحدي ، دار الفكر للنشر والطباعة والتوزيع ، عمان الأردن .

. هودجون ليندا (تعريب سهام حسن بصراوي) ( ) استراتيجيات بصرية لتحسين عملية التواصل ، الدار العربية للعلوم ، جدة .

. هويدي محمد عبد الرزاق. استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر . [ندوة استراتيجيات وبرامج التدخل العلاجي للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة – تنظيم جامعة الخليج العربي بالتعاون مع مؤسسة سلطان بن عبدالعزيز آل سعود الخيرية – وبرعاية مؤسسة زايد بن سلطان آل نهيان للأعمال الخيرية والإنسانية – أبو ظبي - ذو القعدة – - مارس م] ص ص / .

16. American Psychiatric Association. (1996). (4th ed). Diagnostic and Statical manual of mental disorders, Primary Care VERSION, Washington, Dc.
17. Bowley, Agatha. & Gardner, Lesile. (1972). The Handicapped Child, Churchill living stone.
18. Bryna Sigle. (1996). The world of the autistic child understanding and treaning Autistic Spectrum Disorder. Oxford University press, Inc.
19. Dunlap, Glen. &Koger. Robert.L. &Egel, Andrew. (1979). "Autistic Children in School". Exceptional Children, Vol. 45, no7, pp.552-556.
20. Scott, Jack. Clark. Claudia. &Brady. Michael. (2000). (Student with Autism).
21. Michael D. Powers, Psy.D. Children with Autism A Parents' Guide. (2000). Seconed Edition.
22. Scott, J., Clark, C., & Brady, M. (2000). Students with autism: characteristics and instructional programming for special educators. California: Singular Publishing Group.
23. Dawson, G., & Osterling, J. (1997). Early intervention in autism. In M. Guralnick (Ed.), The effectiveness of early intervention. Baltimore: Brookes Publishing.
24. National Research Council. (2001). Educating children with autism. Washington, DC: National Academy Press.
25. Powers, M. (1992). Early intervention for children with autism. In D. Berkell (Ed.), Autism: Identification, education, and treatment. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

26. Cohen, S. (1998). Targeting autism. Berkeley and Los Angeles, CA: University of California Press.
27. Meese, R.L. (2001). Teaching learners with mild disabilities: integrating research and practice. (2nd ed). Belmont, CA: Wadsworth, Thomas Learning.
28. Schmidt, M.W. & Harriman, N.E. (1998). Teaching strategies for inclusive classrooms: schools, students, strategies, and success. Fort Worth, TX: Harcourt Brace College Publishers.
29. Siegel, B. (1999). Autistic learning disabilities and individualizing treatment for autistic spectrum disorders. Infants and young children, 12(2), 27-36.