

# التوحد

التعريف . الأسباب  
التشخيص والعلاج

الدكتور

تامر فرح سهيل

أستاذ التربية الخاصة المساعد - جامعة القدس المفتوحة

مساعد نائب الرئيس للشؤون الإدارية

# AUTISM

Definition . Causes . Diagnosis & Treatment



للنشر والتوزيع





للنشر والتوزيع



للنشر والتوزيع



# التوحد

التعريف .. الأسباب .. التشخيص والعلاج

## Autism

Definition .. Causes .. Diagnosis & Treatment



# التوحد

التعريف .. الأسباب .. التشخيص والعلاج

## Autism

Definition .. Causes .. Diagnosis & Treatment

تأليف

الدكتور

تامر فرح سهيل

أستاذ التربية الخاصة المساعد - جامعة القدس المفتوحة

مساعد نائب الرئيس للشؤون الإدارية

الطبعة الأولى

2015م - 1436هـ

دار الأحياء العلمية  
للتأليف والتوزيع



رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2014/3/1392)

371.92

مهيول، تاسرفرح

التوحيد: التعريف الأساليب، التشخيصي والعلاج/ تاسرفرح مهيول-

عمان، دار: لإصدار العلمي للتسرفرح والتوزيع: 2014

١٥٥ ص

و.ذ. ، 2014/3/1392

الوصفات: /الأطفال للتخلفون/ /التربية الخاصة/

يُحظر إعادة إنتاج أو تخزين أو نقل أو توزيع أو نشر أو أي شكل من أشكال من الأضرار دون إذن خطي مسبق من الناشر.

### جميع حقوق الطبع محفوظة

لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو أي جزء منه أو تخزينه في نطاق استعادة المعلومات أو نقله بأي شكل من الأشكال دون إذن خطي مسبق من الناشر.

عمان - الأردن

*All rights reserved. No part of this book may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means without prior permission in writing of the publisher.*

الطبعة العربية الأولى

2015م - 1436هـ



الأردن - عمان - الأردن - دار النشر والتوزيع

مقر: عمان، الأردن

مخبر: عمان، الأردن - هاتف: +9626446309

البريد الإلكتروني: عمان، الأردن - هاتف: +9626571396

البريد الإلكتروني: عمان، الأردن - هاتف: +9626571397

جوان: عمان، الأردن - هاتف: +9626571398

www.al-ansar.com - عمان، الأردن - هاتف: +9626571399

ISBN 978-9953-585-21-2 (مصحف)



الذخيرة

ذكر والدتي الحبيب ...

ذكر الأصدقاء والرفيق ...

ذكر زوجتي ...

ذكر أبنائي ...

المؤلف

الدكتور تومر تامل



# المحتويات

الموضوع	الصفحة
مقدمة الكتاب	15
<b>الفصل الأول</b>	
<b>مفاهيم أساسية حول التوحد</b>	
1-1) مقدمة	21
1-2) لوحة تاريخية	22
1-3) تعريفات التوحد	25
<b>الفصل الثاني</b>	
<b>أنماط التوحد</b>	
1-2) مقدمة	39
2-2) أنماط التوحد	39
1. اضطرابات التوحد	40
2. متلازمة أسبيرجر	40
3. الاضطراب الطفولي التراجعي	42
4. متلازمة ريت	43
5. الاضطرابات النمائية للتناغلة - غير المحددة	46
2-3) متلازمة أسبيرجر والتوحد	49
<b>الفصل الثالث</b>	
<b>الأسباب ونسبة الانتشار</b>	
1-3) مقدمة	57
2-3) الأسباب المقصرة للتوحد	57
1. الأسباب الجينية والكروموسومية المحتملة	58
2. الأسباب العقلية	70

المصحة	الموضوع
70	3. أسباب عائلة لتكوين الدماغ.....
70	4. أسباب ضمنية.....
71	5. الأسباب العصبية والبيولوجية المحتملة.....
74	6. الأسباب البيئية.....
82	(3 - 3) نمية انتشار التوحد.....
	(3 - 4) المبررات التي يمكن أن تكون مسئولة عن الزيادة الواضحة
87	في التوحد.....

## الفصل الرابع

### النظريات المفسرة للتوحد

91	(1 - 4) مقدمة.....
91	(2 - 4) النظريات المفسرة للتوحد.....
91	1. نظرية العامل النفسي.....
93	2. النظرية العصبية البيولوجية.....
94	3. نظرية العقل.....
95	4. نظرية ضعف الأداء الوظيفي.....
97	5. نظرية ضعف التماسك المركزي.....
98	6. نظرية التعاطف والتنظيم.....
99	7. التوحد نوع متطرف من نظرية الدماغ البالغ.....
100	8. نظرية الإدراك الحسي.....
101	9. نظرية الثبات المجربة.....

## الفصل الخامس

### التوحد .. الخصائص والسمات

105	(1 - 5) مقدمة.....
105	(2 - 5) العلامات الأولية للتوحد.....
106	(3 - 5) خصائص وسمات الأفراد الذين يعانون من التوحد.....

106	1. التواصل اللفظي وغير اللفظي.....
114	2. التفاعل الاجتماعي.....
122	3. الأنظمة والاهتمامات.....
126	4. الخصائص المعرفية.....

### الفصل السادس

#### التشخيص

137	(1 - 6) مقدمة.....
138	(2 - 6) فريق التشخيص متعدد التخصصات.....
140	(3 - 6) مراحل عملية تقييم وتشخيص التوحدين.....
141	(4 - 6) الاحكامات الأساسية لتشخيص التوحد.....
143	(5 - 6) محددات التشخيص.....
144	(6 - 6) تشخيص الاضطرابات النمائية العامة.....
145	1. اضطراب التوحد.....
145	• أدوات الفحص الخاصة بالتوحد.....
149	• أدوات التشخيص الخاصة بالتوحد.....
152	2. اضطراب اسبيرجر.....
153	• معايير تشخيص اسبيرج.....
155	3. اضطراب ريت.....
156	4. اضطراب التوحد الطفولي التفككي.....
156	• معايير تشخيص اضطراب التوحد الطفولي التفككي.....
157	5. الاضطرابات النمائية الشاملة (غير المحددة).....
162	(7 - 6) التشخيص الفارقي للتوحد.....

## الفصل السابع

## الأساليب التربوية والعلاجية لأفراد التوحد

165	..... (1 - 7) مقبمة
166	..... (2 - 7) البرامج التربوية والأساليب العلاجية لأفراد التوحد
167	..... 1. الأسلوب السلوكي والتعليمي
	• برنامج علاج وتربية الأطفال القصابين بالتوحد ومشكلات
167	..... التواصل المشابهة
174	• برنامج التحليل السلوكي التعديلي
181	• العلاج بالحياة اليومية (مدرسة هيجاشي) التدريب في المجموعة
182	• برنامج لياق للأطفال التوحيديين
183	• العلاج بالتدريبات البدنية
183	..... 2. الأساليب العصبية الحسية
184	• الدمج الحسي
185	• التدريب على التكامل السمعي
186	• آلة الضغط
186	• العلاج باستخدام عدسة إيرلين
187	• النمذجة أو طريقة دومان - ديلاكتور
189	..... 3. الأساليب التفاعلية
189	• أسلوب الخيارات
191	• الوقت المخصص للعب مع الأطفال "الفلور تايم"
192	• التعليم من خلال الأقران
193	..... 4. الأساليب البيولوجية الطبيعية
194	• العلاج بالأدوية
194	• العلاج بـهرمون التستوسترون
195	• العلاج بالفيتامينات المتعددة

195	• الحماية القانونية.....
199	5. البرامج التكنولوجية.....
202	• تطور مصمبات الوسائل التعليمية.....
203	• أهمية استخدام الوسائل التعليمية في عملية التعلم والتعليم.....
	• توصيات خاصة بتوظيف البرامج التكنولوجية في تعليم وتدريب
205	الأفراد التوحدين.....
207	6. العلاج النفسي الديناميكي.....
207	• التحليل النفسي.....
208	• العلاج بالاحتضان.....
208	7. التدخل العلاجي التواصلي والاجتماعي.....
209	• أنظمة التواصل الأثراشي الجديل والتكنولوجيا المساعدة.....
210	• برنامج هاست فورورث.....
210	• نظام التواصل بتبادل الصور.....
215	• لغة الإشارة.....
215	• علاج النطق/اللغة.....
216	• القصص الاجتماعية.....
217	• العلاج باللعب.....
221	• العلاج بالوسياتي.....

### الفصل الثامن

#### تعليم الأفراد التوحدين

225	(1 - 8) مقدمة.....
	(2 - 8) المبادئ الأساسية لتنظيم الأطفال الذين يعانون من
228	التوحد.....
230	(3 - 8) البرنامج التربوي الفردي للأطفال التوحدين.....
230	(4 - 8) الاهتمامات الخاصة في إعداد مناهج الأطفال التوحدين.....

الصفحة	الموضوع
--------	---------

233	(8 - 5) مراحل إعداد الخطة التربوية الفردية.....
	(8 - 6) إجراءات تنفيذ البرامج والخدمات المقدمة للأفراد
238	التوحيديون.....
	(8 - 7) المقومات الأساسية للبرامج التربوية والتعليمية المتعاقبة
243	للأطفال ذوي التوحد.....
244	(8 - 8) استراتيجيات تدريس التوحيديين.....
245	تولاً، أسلوب تحليل المهمة.....
248	ثانياً، أسلوب تشكيل السلوك.....
250	ثالثاً، النمذجة.....
254	رابعاً، تكرار التعلم.....
254	خامساً، أسلوب التلقين.....
255	سادساً، الطريقة الحسية.....
255	(8 - 9) التدريس المنظم للأفراد التوحيديين.....
256	(8 - 10) مكونات التدريس المنظم لبرنامج تيتش.....

### الفصل التاسع

#### أسر الأطفال التوحيديين

269	(9 - 1) مقدمة.....
272	(9 - 2) آليات التنشئة الأسرية.....
273	(9 - 3) أنماط التنشئة الأسرية.....
275	(9 - 4) الضغوطات التي تتعرض لها أسر الأطفال التوحيديين.....
279	(9 - 5) تكيف الأسرة مع التوحد.....
282	(9 - 6) الأعراض المبكرة الملاحظة من قبل الام للتوحد.....
283	(9 - 7) إيماءات المشكلة التوحد من الأهل.....
286	(9 - 8) العمل مع أبناء ذوي الحاجات الخاصة.....
287	(9 - 9) انماط آباء الأطفال التوحيديين.....



الصفحة	الموضوع
294	(9 - 10) إرشاد آباء الأطفال التوحديين.....
296	(9 - 11) الاقتراحات العملية لتكون مؤتمرات الأسرة أكثر فعالية
	(9 - 12) الأخطاء الرئيسية التي يقع بها المرشدون عند توصيل
298	المعلومات للأسرة.....
298	(9 - 13) طرق تدريب الوالدين.....
301	(9 - 14) دور الوالدين في البرنامج العلاجي الخاص بطفلتهم.....
<b>قائمة المراجع</b>	
303	المراجع العربية.....
307	المراجع الأجنبية.....
323	مواقع إلكترونية مفيدة.....



## مقدمة الكتاب

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله  
وصحبه أجمعين وبعد،

إن المجتمع الفاضل أساسه الثروة الفاضل، والأمة الراقية أفرانها - مما لا  
شك فيه - هم الذين أقاموها على الرقي والحضارة والأزهار، ولذلك فقد حظي  
الطفل في الإسلام بحضنة من الرعاية والعناية والتأديب، وأعطى ما يناسبه من  
التربية والتعليم، ونال الحسنة من الهداية والإرشاد والتهنيت، ولقد حث الإسلام  
أوليائه الأمور، والقائلين على شؤون الأطفال والفتية والبالغين - ومنهم الأفراد ذوي  
الحاجات الخاصة - أن يتوسوا بدورهم في رعاية هذه القلوب الصافية، وفي تربية هذه  
النفوس الرضية خير قيام.

إن تربية الأطفال مسؤولية كبيرة وصعبة وشاقة، وإن تربية الطفل المعاق  
تعد أكثر صعوبةً وأكثر حشقةً، لما تواجهه الأسرة من مشكلات وتحديات خاصة  
إضافة إلى تلك التي تواجهها الأسر جميعاً، فإضافةً لذلك ما تتطلبه من صعوبات  
نفسية ومعنوية وطبية واجتماعية وتربوية، ومع ذلك فإن آثار الإعاقات ليست  
متشابهة عند جميع الأسر، فكل أسرة لها خصائصها الفريدة وتتمتع بمواطن قوة  
محددة وقد تعاني من مواطن ضعف معينة، ولهذا السبب نجد أن الدراسات العلمية  
التي بحثت في هذا الموضوع انتهت إلى نتائج مختلفة، فهي حين أشارت بعض  
الدراسات إلى أن إعاقة الطفل تقود إلى تربية العلاقة الأسرية، أشارت دراسات أخرى  
إلى عكس ذلك فبينت أن إعاقة الطفل قد تؤدي إلى مشكلات في الحياة الأسرية  
وتتعرض أسرة الطفل للتوحدي إلى ضعفها، مختلفة وتكون بدود الأفعال متباينة  
بين هذه الأسر، وتحتاج هذه الأسر إلى الكثير من الدعم من المجتمع بكافة مؤسساته  
حتى تستطيع هي وطفلها من تجاوز المشكلات والعقبات الصاحبة لهذا الاضطراب.

عزيزي القارئ، لا زال ما نعرفه اليوم عن حالات التوحد محدوداً بالمقارنة بما نعرفه من حالات أخرى من الإعاقات، وقد بدأ الاهتمام بالتوحد الذي أصبح ضرورة من ضروريات الحياة، وذلك لانتشاره في هذه عصر كبير بين أطفال العالم، وترجع الأهمية كذلك إلى عموض هذا المفهوم على كثير من الناس بجميع طبقاتهم الاجتماعية والثقافية؛ وما زال التوحد من أكثر الاضطرابات والإعاقات عموضاً.

والتوحد: اضطراب يتميز بالتصور في نمو قدرات الطفل، مع وجود اختلاف كبير في تفاعلاته الاجتماعية المتبادلة، ومخزون محدود أو نطسي ومتكرر في التماط تواصله، وبقيت حالة التوحد مجهولة حتى تم اكتشافها من قبل عالمين نفسيين هما: العالمين كاتر في عام (1943)، وأسيبرجر في عام (1944) فهما اللذان أطلقا على هذه الحالة التوحد.

ويظهر التوحد بوضوح في السنوات الثلاث الأولى من الحياة، وهو يعيق تطور المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلوي والإبداع التي لدى الذين يعانون منه وقد وضعت نظريات افتراضية لأسبابه، وما زال معظم أطباء الأطفال والأمم يعتقدون بأن التوحد يعتبر إعاقة نادرة.

القارئ الكريم: لقد اجتهدت لتقديم كتاب يكون ميسراً تسد حاجة المربين والمتخصصين في مجال التوحد على أساس علمي منهجي حاولت فيه تناول آخر المستجدات في هذا الميدان، وتحديداً سعى الكتاب بفصوله التسعة إلى تناول التوحد بجوانبه المختلفة كما يلي :

الفصل الأول: فتناول المفاهيم الأساسية حول التوحد، وتم تقديم لمحة تاريخية عن التوحد، وعرض في هذا الفصل أبرز تعريفات التوحد.

## ﴿ مقدمة الكتاب ﴾

الفصل الثاني، تطرق إلى انماط التوحد مثل: اضطرابات التوحد، ومتلازمة اسبيرجر، والاضطراب العاطفي التراجعي، والاضطرابات النمائية المتداخلة - شير الحصادة، وبين أوجه الشبه والاختلاف ما بين متلازمة اسبيرجر والتوحد.

الفصل الثالث، يستعرض الأسباب المقصرة للتوحد كالأسباب الجينية والكروموسومية المحتملة، والأسباب العقلية، والأسباب العائدة لتكوين الدماغ، والأسباب عصبية، والأسباب العصبية والبيوسكيمياوية المحتملة، والأسباب البيئية، وكما وضع نسبة انتشار التوحد، وذكر المبررات التي يمكن أن تكون مسؤولة عن الزيادة الواضحة في التوحد.

الفصل الرابع، يناقش النظريات المقصرة لتوحد، كتنظيرة العامل النفسي، ولنظيرة العصبية البيولوجية، ونظيرة العثل، ونظيرة ضعف الأداء الوظيفي، ونظيرة ضعف التماسك المركزي، ونظيرة التعاطف والتنظيم، ونظيرة الدماغ البالغ، ونظيرة الإدراك الحسي، ونظيرة الذات المجرية.

الفصل الخامس، وضع خصائص وسمات الأفراد الذين يعانون من التوحد في الجوانب المختلفة كالتواصل اللغوي وغير اللغوي، والتفاعل الاجتماعي، وطبيعة الأنشطة والاهتمامات التي يتميزون بها عن غيرهم من الأفراد العاديين، وخصائصهم المعرفية، كما أشار إلى العلامات الأولية للتوحد.

الفصل السادس، تناول تشخيص اضطراب التوحد من حيث فريق التشخيص متعدد التخصصات، ومرحلة عملية تقييم وتشخيص التوحد، والمحكات الأساسية لتشخيص التوحد، ومحددات التشخيص، وتشخيص الإضطرابات النمائية العامة مثل: اضطراب التوحد، واضطراب اسبيرجر، واضطراب ريتز، واضطراب التوحد العاطفي التفكير، والاضطرابات النمائية الشاملة (غير المحددة)، والتشخيص الغارقي للتوحد.

الفصل السابع: ذكر الأساليب التربوية والعلاجية لأفراد التوحد مثل: الأسلوب المملوكي والتعاوي، والأساليب العصبية الحسية، والأساليب النفاغلية، والأساليب البيوتوجبة الطبية، والبرامج التكنولوجية، والعلاج النفسي الديناميكي، والتدخل العلاجي التواصلي والاجتماعي.

الفصل الثامن: بحث في تعليم الأفراد التوحديين مقدماً الجوانب الأساسية للتعلم في تعليمهم، والبرامج التربوية الفردية المقدمة لهم، والاعتبارات الخاصة في إعداد مناهجهم، ووضع مراحل إعداد الخطة التربوية الفردية، والإجراءات المتبعة في تنفيذ البرامج والخدمات المقدمة للأفراد التوحديين، واستعرض المقومات الأساسية للبرامج التربوية والتعليمية الفعالة المقدمة لهم، كما تم ذكر أبرز استراتيجيات تدريسهم، وألية التدريس المنظم المتبعة في تعليمهم، وأيضاً تم تناول مكونات التدريس المنظم لبرنامج تيتش.

الفصل التاسع: تم عرض آليات وأنماط التنشئة الأسرية، والضغوطات التي تتعرض لها أسر الأطفال التوحديين، كما تم إبراز الأعراض المبكرة للتوحد التي يجب ملاحظتها من قبل الأم، كما ذكر أنماط آباء الأطفال التوحديين، وسببية إرشادهم، والافتراحات العملية لتكون مؤثرات الأسرة أكثر فعالية، وبيئت طرق تدريب الوالدين و دورهم في البرنامج العلاجي الخاص بطفلهم.

وأخيراً أتأمل أن يكون هذا الكتاب مرجعاً مفيداً لكل من المهتمين والعاملين في مجال رعاية وتربية الأطفال الذين يعانون من التوحد، والله المستعان.

وما توفيقي إلا بالله عليه توكلت وإليه أنيب

المؤلف

## الفصل الأول

# مفاهيم أساسية حول التوحيد

(1 - 1) مقدمة.

(2 - 1) ملحة تاريخية.

(3 - 1) تعريفات التوحيد .





## المجلد الأول مفاهيم أساسية حول التوحد

### (1 - 1) مقدمة :

يُعد التوحد (Autism) من أكثر الاضطرابات النمائية تعقيداً، ويتميز بالتداخل مع عدد كبير من الاضطرابات والإعاقات الأخرى المختلفة، وقد ظهر التوحد حديثاً في مجال التربية الخاصة وأول من أطلق هذا المصطلح طبيب الأطفال النفسي الأمريكي كينور كانر Kanner، إذ يعتبر الرائد الأول في دراسة اضطراب التوحد وتصنيفه بشكل منفصل عن الحالات النفسية المرضية الأخرى التي يعاني منها الأطفال، ولا تزال التعريفات لفهوم التوحد تستند إلى ما قدمه كانر الذي كان أول من أطر التوحد كمتلازمة أعراض سلوكية وكاضطراب منفصل بذاته، فقد أشار إلى السموات التي يتصف بها أطفال التوحد وتشمل ضم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين، وتأخر في اكتساب الكلام، وعجز في التواصل، والمصادقة، واللعب التمثيلي، وضعف التحليل.

ولعل المتابع للتعريفات التي تتناول التوحد يلحظ تشوياً في التعريفات اعتماداً على اهتمامات الباحثين وتخصصاتهم، إلا أن هناك إجماع واضح بين المختصين على اختلاف تخصصاتهم بأن التوحد اضطراب نمائي مصاحب يؤثر على قدرات الفرد التواصلية وثقافته الاجتماعية واهتماماته، ويؤدي إلى عزله عن المجتمع المحيط به.

هذا ويعتبر التوحد واحداً من الاضطرابات التي لازالت تشهد اهتماماً كبيراً بين الباحثين والمختصين على حد سواء لما يعثره من غموض وتنوع في الأمياد والبرامج التربوية والعلاجية وعدم تجانس في الخصائص والسمات بين هذه الفئة من الإعاقة.

## «الفصل الأول»

وحسري بالسند نكر ان مصطلح اضطرابات طيف التوحّد (Autism Spectrum Disorders) يستخدم بالتوازي مع مصطلح الاضطرابات النمائية المتخلفة (Pervasive Developmental Disorders) حيث يشير مطلقاً إلى حالات مختلفة من التوحّد، تشترك في صفات التأخر الشديد، بالإضافة إلى الحراف في العلاقات الاجتماعية، وأحدى أو كلا الصفتين التاليتين: تأخر في التواصل اللغوي والاجتماعي، وعدم القدرة على التمثيل.

(الشمس، 2004 - 1)

## (1 - 2) لغة تاريخية:

يعود جذر كلمة التوحّد إلى اليونانية "Autos" والتي تعني النفس، ولا يعدّ التوحّد اضطراباً حديثاً فقد أظهر عدد من الأشخاص بعض الصفات والخصائص لاضطراب طيف التوحّد منذ آلاف السنين.

(Dawson & Osterling, 1997)

كفما ان التوحّد (Autism)، كلمة مترجمة من اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال، وفي اللغة العربية سميت بالذوقية (مصطلح غير شائع)، والتوحّد لا يعني الانطوائية وإنما حالة لا تعبر عن العزلة فقط، وإنما عدم القدرة على التعامل مع الآخرين، مع ملاحظة أن سلوكيات أفراد تلك الحالة لا يتشابهون بل إن حالاتهم متباينة من فرد لآخر.

وقد استخدم بلوتير Bleuler عام (1911) مصطلح التوحّد لوصف العجز في التواصل الاجتماعي والتركيز الضمني على الاهتمامات الشخصية للأشخاص الذين يعانون من الفصام، إلا أن ليوكمان كان أول من استخدم هذا المصطلح لوصف مجموعة من الأطفال الذين اظهروا بشكل واضح نفس السلوكيات والخصائص.

(Liefkin & Alaimo, 2007)

#### ﴿مفاهيم أساسية حول التوحد﴾

وخلال العقود الماضية، تطورت المفاهيم التي أطلقت على الأفراد التوحديين، حيث تم وصفهم بالعديد من الصفات التي تدل على حيرة العاميين مع هؤلاء الأفراد وعدم قدرتهم على إدراك ووعي طبيعة التوحد، فلقد وصفتهم العديد من الكتب والدراسات بمصطلحات مثل:

- المشربون.
- البربريون.
- المخلوقات الغريبة.
- الأفراد الغريبين ككياً.
- أطفال بدون طفولة.

وتشير المصادر والأبحاث المتعلقة بموضوع التوحد إلى أنه وبإ منتصف القرن العشرين لاحظ ليونكلار الطبيب النفسي في جامعة جون هوبكنز وجود تشابه بين مجموعة من الأطفال الذين تم عرضهم عليه لغرض التشخيص والعلاج، حيث نشر مقالة تصف هؤلاء الأطفال سنة (1943) بأن لديهم:

- اختلالات واضحة في قدرات التواصل الاجتماعي مع الآخرين.
- وجود بعض السلوكيات المشتركة التي منها ضرابة واضحة مقارنة مع العلاقات الإنسانية.
- إخفاق في استخدام اللغة بهدف التواصل.
- تكرار الكلام (فوري أو متأخر).
- تكرار سلوكيات معينة.
- رغبة ملحة في التماثل.
- إعادة نفس الحركات.
- مظاهر جسدي طبيعي.

(الشامي، 2004 - ب)

## «الفصل الأول»

وأثناء المرحلة الزمنية التي كان يبحث فيها ليونطانر لوجه التشابه بين مجموعة الأطفال في عيادته، كان الطبيب اسبيرجر. وخلال الحرب العالمية الثانية يكتب عن أربعة أطفال ذكوريين من عمر (6 - 11) سنة في عيادة الأطفال في الجامعة حيث لاحظ اسبيرجر بأن هؤلاء الأطفال لديهم قدرات ذهنية طبيعية ولكنها تخلق من المهارات الاجتماعية، ولديهم مشاكل حركية واهتمامات محددة شديدة وتعلق غير عادي ببعض الأشياء، ويترجم أعمال اسبيرجر إلى اللغة الإنجليزية ثم استخدام مصطلح متلازمة اسبيرجر.

(Frith, 2004)

وبل عام (1972) ادس الدكتور بيرنارد ريمالاند الجمعية الأمريكية للأطفال التوحديين، وبعام (1988) استخدمت ويثج مصطلح اضطرابات طيف التوحد للإشارة إلى النطاق الواسع هؤلاء الأشخاص.

(السامي، 2004 - 1)

وبل عام (1977) قررت منظمة الصحة العالمية ولأول مرة اعتبار التوحد فئة تشخيصية، وبعام (1980) صيغت التوحد ضمن الاضطرابات الانفعالية الشديدة، وبعام قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بإصدار الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث للاضطرابات العقلية حيث تبنت فيه الأعراض الثلاثة الرئيسية المميزة لاضطراب التوحد التي ذكرها روتنر Rutter في عام (1978) وهي:

- إعاقات العلاقات الاجتماعية.
- نمو لغوي متأخر.
- صعوبات في التخيل.

(الزيقات، 2010، الشبح، 2004)

ومع زيادة الاهتمام بالتوحد أصبح ينظر إليه كتإعاقة منفصلة في التربية الخاصة وقد وضع ذلك من القانون الأمريكي لتربية وتعليم المعاقين

### « مناقبه أسرية حول التوحد »

(Individuals With Disabilities Education Act, IDEA) والذي يرى ان الطفل ذو الحاجات الخاصة هو الطفل المساب بالتخلف العقلي أو الإعاقة السمعية أو الإعاقات النطقية واللقوية أو الإعاقات البصرية أو الاضطراب الانفعالي الشديد أو الإعاقات الحركية أو التوحد، أو إصابات السمع الناتجة عن السمعات أو الإعاقات الصحية الأخرى أو صعوبات التعلم أو الشخص الذي يحتاج إلى الخدمات الخاصة.

(بحير3003)

ومن الجدير بالذكر انه وخلال هذه السنوات بذل الباحثون جهداً كبيراً في مجال البحث والتقصي والتعرف على الأسباب التي لازال يعثرهما المموض والبحث عن سبل العلاج الناجح.

### (3 – 1) تعريفات التوحد:



ان المهتمين بمجال التوحد يتطرون اليه على انه ليس مرضاً محدد الأمراض أو ان له تحاليل واختبارات تحدد، بل مجموعة من الأعراض تلتحق تحت

## «النسب الأول»

مختلفة الاضطرابات النمائية العامة، ولهذا فقد أشار ككانر إلى أن التوحد عبارة عن اضطراب يظهر منذ الولادة، ويحاني الأطفال العصاةون بتلك الحالة من:

- نقص القدرة على التواصل بأي شكل من الأشكال مع الآخرين المحيطين بهم.
- انعدام وجود اللغة لديهم.
- تميزهم بالسلوك النمطي.
- مقاومة التغييرات البيئية من حولهم.
- ضعف القدرة على التخيل ورفض الأشياء ببعضها.
- يتمتعون بذاكرة جيدة.
- يتصرفون بنمو جسمي طبيعي.
- لوحظ أن نسبة كبيرة منهم يتصرفون بجمال الشكل.

(الراوي وحماه، 1999)

ولقد تعددت تعاريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب، فمثلاً سمي الطفل Autistic بالطفل التوحدي وذلك لأنه متغلق على ذاته، وآخرون سموه الطفل الإجتزاري لأنه يركز نفس السلوك أو نفس الكلام بنفس الطريقة، وآخرون أطلقوا عليه الطفل التوحدي لأنه يحب أن يظل بمفرده طوال صغره، والتسميات السابقة كلها تهدف إلى وصف فئة معينة تجعل نفس الصفات وهي فئة الاضطراب التوحدي.

(Siegel, 2001)

هناك الكثير من التعريفات الخاصة باضطراب التوحد ويعود ذلك إلى الاتجاهات النظرية المتعددة وتطور الدراسات التي تبحث في أسباب وعوامل الاضطراب ومعايير التشخيص الخاصة باضطراب التوحد، حيث أشارت معظمها إلى المظاهر السلوكية لدى أطفال التوحد، فقد تم وصفهم بالانعزال، والانسحاب، والتسويف السوي، وعدم النجاح في إقامة علاقات مع الآخرين، وسوف يتم التمرس لأشهر هذه التعريفات:

## «التأهيل الأساسية حول التوحد»

فقد أشار كنانر (Kanner, 1943) في تعريفه إلى خصائص التوحد المتمثلة في تأخر واضطراب في اللغة، وبانحصر قوية، وقدرة على الحفظ، وانعزالية مفرطة، وحساسية مفرطة لجزء المؤثرات الخارجية، ومظهر جسدي طبيعي، وقدرات إدراكية عالية، والرفض للتغيير والمحافظة على الروتين. بالإضافة إلى أن الأباء يتميزون بمستوى من الذكاء المرتفع.

ويعرفه ماسدونالد (Macdonald, 1972) على أنه الإستغراق في التخيل المباشر للأفكار والرقبات مع الأشياء التواصل مع الواقع.

وقد عرف جارفي (Garvey, 1977) التوحد على أنه ضعف شديد في إقامة علاقات مع الآخرين بمن فيهم الأيوين. والفضل في تطوير اللغة، وعرفه بكتلة على أنه ضعف شديد وصحز نمائي واضح، حيث يظهر هذا الاضطراب في السنوات الأولى من عمر الطفل، وبكتلة ما التوحد مرادفه ثلاثسحاب والانعزال

وعرفت الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (NSAC, 1978) National Society of Autistic Children التوحد بأنه عبارة من الحالة التي تكون فيها المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى (30) شهراً ويتضمن الاضطرابات التالية،

- اضطراب في سرعة أو لتابع النمو.
- اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.
- اضطراب في الكلام واللغة والمعرفة.
- اضطراب في التواصل مع الناس والأحداث القلق والالتناء والموضوعات.

(بحرين، 2003)

أما وينج وجولد (Wing & Gould, 1979) فقد عرفوا التوحد على أنه قصور في النمو والتفاعل الاجتماعي، واضطراب شديد في نمو اللغة واستخدامها وطبيعتها، إضافة إلى عدم القدرة على التخيل ومقاومة التغيير والسلوكيات النمطية.

كما عرفته منظمة الصحة العالمية World Health Organization (1982). [WHO] بأنه "أحد الاضطرابات النمائية التي تظهر قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ويؤدي إلى صعوبة استخدام اللغة واللعب والتواصل وبه التفاعل الاجتماعي".

(الشمسي، 2004 - ص)

وقد وضع هوبسون (Hobson, 1986) تصوراً للتوحد بأنه اضطراب في العلاقات مع الآخرين ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية.

ويصف مايرز وجريدمان (Mayers & Grisman, 1986) التوحد بأنه اضطراب غريب وأغرب ما فيه أنه تحت ملامح هادئة ويظهر أحياناً عبر صراخ وضجيج وكتلمات غير مفهومة وحركات يهوائية كما أنه غريب لأنه يصيب الذكور أكثر من الإناث ولأنه لا يحدث إلا في الطفولة المبكرة.

كما عرف بولف (Wolf, 1989) الأطفال الذين يعانون من الاضطراب التوحد على أنهم ينقصهم التواصل الانفعالي ولديهم تصور واضح في اللعب التخيلي بالإضافة إلى نقص التواصل اللغوي المتمثل في ضعف النمو اللغوي مع قصور في الشكل ومضمون الكلام وترديد آلي لما يسمع، وكذلك التسمية والتقليد والإصرار على الطفوس والثوابن وردود الفعل العنيفة إزاء أي تغيير في هذه الأنماط وجود الكثير من الحركات الآلية غير الهادفة مثل هل الرأس، حركة اليدين والأصابع.

أما فريث (Frith, 1993) فقد عرف التوحد على أنه "علاقة تنتج عن إصابة بالغة في المجال الاجتماعي، والتواصلي، والتخيلي".

وعرفه جلبرج (Gillberge, 1992) اضطراب التوحد بأنه اضطراب سلوكي ينتج عن أسباب متعددة مصحوبة بذكاء متدن، وصعوبة واضطراب في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللغوي.



## «مفاهيم أساسية حول التوحد»

وعرضت الجمعية الوطنية الأمريكية للأمنيات التوحديين التوحد بأنه:  
«اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكياً، وتشمل الاضطرابات في المجالات التالية:  
النمو، والاستجابة الحسية للمثيرات، والفظة والكلام والقدرات العرفية، والتعلق  
والانتماء للناس».

(American Psychiatric Association, 1994)

وقد عرف أوستلينج (Osterling, 1994) التوحد أنه ذلك الاضطراب الذي يتضمن قصوراً في التواصل الانفعالي، وتأخراً في النمو اللغضي المسحوب بشذوذ في شكل ومضمون الكلام، والترديد الآلي وعدم القدرة على استخدام الضمائر، بالإضافة إلى النمطية والإصرار على العنقوس دون توافيق مع وجود استجابات تنعدم بالعلمب إزاء أي مثير.

ويعرف الشخص والدماطي (1994) التوحد بأنه اضطراب شديد في عملية التواصل، حيث يقتصر معظمهم للكلام المفهوم، ويتمصفون بالانطوائية وعدم الاهتمام بالآخرين، ويصيب الأطفال في مرحلة عمرية مبكرة ما بين 30 - 42 شهراً.

وترى جراندين (Grandin, 1997) ان التوحد اضطراب في النمو ويخلل في النظم التي تستقبل المثيرات البهسية، مما يؤدي إلى تفاعل كبير للفرد مع بعض المثيرات، وإلى تفاعل قليل مع بعضها الآخر.

وعرف كوهين وجوليف (Cohen & Jolliffe, 1997) التوحد بأنه اضطراب يظهر على شكل مشكلات في التفاعل الاجتماعي وتأخر في تعلم اللغة وسلوكيات نمطية.

أما روتير (Ruiter, 1997) فقد حدد في تعريفه للتوحد ثلاث خصائص رئيسية تتمثل في إعاقة في العلاقات الاجتماعية، وتأخر في النمو اللغوي والإصرار على التماثل.

هــسـسـدـا وـعـسـرـف بـسـاـزـون كـسـمـوـهـرـن وـسـبـوـوـيـتـهـام  
 (Baron – Cohen & Swettenham, 1997) التوحد على أنه حالة لتناوب بعض  
 الأطفال عند الولادة أو خلال مرحلة الطفولة المبكرة وتجعلهم شير قادرين على  
 تكوين علاقات اجتماعية طبيعية، وشير قادرين على تطوير مهارات التواصل،  
 وبالتالي يصبح الطفل نتيجة لذلك معزولاً عن المجتمع المحيط به ويتوقع في  
 عالم مغلق يتصف بالروتينية.

ويؤكد هيربرت (Herbert, 1998) على وجود قصور في جوانب ثلاثة  
 رئيسة تميز هذا الاضطراب هي: العلاقات الاجتماعية، والتواصل الاجتماعي،  
 والسلوك النمطي. ويضيف أن هناك محكات معينة يجب أن تطبق على الطفل حتى  
 يتم تشخيصه هي:

- 1) أن تكون بداية هذا الاضطراب قبل أن يصل الطفل إلى الثلاثين شهراً من العمر.
- 2) حدوث قصور في النمو الاجتماعي.
- 3) حدوث قصور في النمو اللغوي.
- 4) الإصرار من جانب الطفل على الرقابة والروتين.

أما كروج (1998) [Krause] أشار إليه في الإمام والجواند  
 (2010 - ب) فقد عرفه على أنه حالة من الاضطراب يصيب الأطفال في السنوات  
 الثلاث الأولى، ويشتمل على عدم القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين، وتعلق غير  
 طبيعي ببعض الأشياء أو أجزاء من الأشياء، ومقاومة التغيير، وعدم إدراك الهوية  
 الشخصية، وطرق غريبة في الحركة مثل: السير على أطراف الأصابع، وعدم القدرة  
 على التعلق، وتوتر وقلق شديدان دون أسباب حقيقية. إضافة إلى تأخر شديد في نمو  
 القدرات أو قدرات عقلية غير متوقعة.

## ﴿مفاهيم أساسية حول التوحد﴾

ويذهب دورمان وليفيغر (Dorman & Lefever, 1999) إلى أن التوحد يعد بمثابة اضطراب نمائي ويظهر على الطفل خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمره، ويعد نتيجة لاضطراب عصبي Neurological يؤثر على الأداء الوظيفي للمخ.

ويؤسعد دنلوب وبيرس (Dunlop & Pierce, 1999) أن التوحد يؤثر على قدرة الطفل على التواصل، وفهم النغمة واللعب والتفاعل مع الآخرين، وهو عبارة عن مجموعة أعراض مرضية سلوكية وهذا يعني أن تعريفها يقوم على أنماط السلوك التي تصدر عن الفرد ولا يُعد التوحد مرضاً نظماً أنها تيمتت بعدة بالمعنى الذي نعرفه ولا تكتسب من خلال الاتصال بالبيئة. وعلى الرغم من حدوث اضطراب عصبي يؤثر على الأداء الوظيفي للمخ فإن السبب المحدد الذي يعد مسؤولاً عن حدوث التوحد لا يزال غير معروف للآن.

أما مارينا (Marica, 2000) فترفض بأنه زملة أعراض سلوكية تعبر عن الانعلاق على النفس والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على الالتئام وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين فضلاً عن وجود الأنشطة الحركية المفرط.

وعرفت الجمعية الأمريكية لطب النفسي (American Psychiatric Association, 2000)، فقد قدمت تعريفاً ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المعدلة، (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM – IV – TR, 2000) حيث حددت ثلاثة معايير رئيسية في تشخيص التوحد، وهي:

- قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي.
- وقصور نوعي في التواصل واللغة.
- والسلوكيات النمطية وممارسة الأنشطة والاهتمامات المحدودة.

وقد عرفت الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of American, 2003) بأنه، "أحد الاضطرابات النمائية التطورية التي تظهر على الطفل من خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره وسببها اضطرابات عصبية تؤثر على وظائف المخ ومختلف جوانب النمو. فتؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، واضطرابات خاصة بالاستجابة للمثيرات الحسية، إما بفرط النشاط أو الخمول، وتكرار دائم لحركات أو مقاطع الكلمات أياً".

وتعرف يحيى (2003) التوحد على أنه حالة تتميز بمجموعة من الأعراض يفتقد عليها الشغال المثثل بذاته ونسحاياه الشديد، إضافة إلى عجز مهاراته الاجتماعية وقصور تواصله اللفظي وغير اللفظي الذي يحول بينه وبين التفاعل الاجتماعي البناء مع المحيطين به.

وترى يونج (Young, 2004) أن التوحد اضطراب في النمو، وخلل في النظم التي تستقبل المثيرات البيئية، مما يؤدي إلى تفاعل كبير ومتعده للفره مع بعض المثيرات وإلى تفاعل كبير لتلك المثيرات مع بعضها بعضاً بحيث يؤدي ذلك التفاعل إلى ظهور الخلل في التعامل مع تلك المثيرات.

كما بينت بوجدشينا (Bogdashina, 2004) بأن التوحد يحدث اضطراباً في معدل التطور والتتابع الحركي، والتكيف الاجتماعي والمهارات الإدراكية، والاستجابة للمثيرات الحسية، بالنقص أو فرط الحساسية للمثيرات السمعية أو البصرية، أو الحركية، أو الشمية، أو حاسة التذوق، وعلاوة على ذلك اضطراب في النطق واللغة والإدراك والتواصل غير اللفظي، وذلك كله يشمل الصمت، والتكرار، والسموية في تفسير المفاهيم ذات المعنى المجرد، وصعوبة في القدرة على التعامل مع الآخرين، ومواجهة الأحداث، والتفريق بين المفاهيم، كما تشمل الانتقار إلى التصرفات الاجتماعية، والتعبير عن الانفعالات، ولعب المناسب.

يعرف جونسون (Johnson 2005) التوحد بأنه إعاقه تطورية تؤثر في التواصل اللفظي وغير اللفظي والتواصل الاجتماعي، وغالباً ما يحدث قبل سن

### «مفاهيم أساسية حول التوحد»

ثلاث سنوات، الأمر الذي يؤثر بشكل كبير في الأداء الدراسي، وتصاحبه عادةً بعض الصنات مثل تكرار نشاط أو فعل معين أو حركة معينة، والمقاومة للتغيير في البيئة المحيطة أو في الروتين اليومي، والاستجابة غير المعتادة لتغيرات جديدة أو حدث معين حدث في الماضي.

وعرف التوحد في السدليل العاشر للتصنيف العنقائي للأمراض (International Classification Diseases, ICD - 10, 2007) على أنه نوع من الاضطرابات النمائية الشاملة التي تظهر في الثلاث سنوات الأولى من العمر وتصنف بالناخر التطبيقي في ثلاثة محاور أساسية هي التفاعل الاجتماعي المتبادل والتواصل والتفويطات النمطية المتكررة المحددة، بالإضافة إلى هذه الخصائص التشخيصية هناك احتمالية لوجود طيف من الصعوبات الشائعة غير المحددة مثل صعوبات النوم والأكل والبيجان والعدوانية.

(Hallahan & Kaufman, 2009)

أما جمعية التوحد الوطنية في بريطانيا (NAS) (National Autistic Society (NAS), 2006) فقد عرفت اضطراب التوحد على أنه اضطراب نمائي طويل المدى، يؤثر في قدرة الفرد على التواصل، والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وفهم مشاعرهم وانفعالاتهم وبناء صداقات مع الأقران.

وتعرف الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of American, 2008) (التوحد، على أنه علاقة في النمو، تصنف بأنها مزمنة وشميدة، تظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر، وهو محصلة لاضطراب عصبي (Neurological Disorder) ويؤثر سلباً على وظائف الدماغ، وعلى تواصل الشخص وإتباطه وعلاقته بالآخرين من حوله، حيث يعاني الأفراد المصابون بالتوحد مع صعوبات في التفاعل الاجتماعي. وغالباً ما يعرف التوحد على أنه اضطراب متعدي يحدث ضمن نطاق يدعى أن أمراضه وصفاته تظهر على شكل

## ﴿الفصل الأول﴾

أشياء كثيرة متداخلة تتشابهت بين التخفيف والحد، وتتضمن حالة التوحد في المادة الظاهر والعلامات التالية:

- تأخر شديد في تطور القدرة اللغوية.
- تأخر شديد في فهم العلاقات الاجتماعية.
- لغة غير واضحة وغير دقيقة.
- يتكلمون بنغمة ونبرة متشابهة وواحدة.
- لا يتوافق لديهم أي من درجات التواصل.

وتم تعريف التوحد تربوياً اعتماداً على القانون لتعليم الأشخاص المعاقين الأمريكي (IDEA) (Individual with Disabilities Education Act) بأنه إعاقة نمائية ذات دلالة تؤثر في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي وفي الأداء التعليمي للفرء، مصحوباً بالعديد من الخصائص والتي يعتبر أهمها الانغماس في الأنشطة والحركات التمهئية، ومقاومة التغيير في روتين الحياة اليومي، والاستجابات غير الطبيعية للمثيرات الحسية، وتظهر بشكل واضح خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر.

(Hallahan, Kauffman & Pullen, 2009)

ويرى المؤلف بأنه يتضح مما سبق إن هناك عدة تعريفات للتوحد فاجمة من تعدد الاتجاهات والنظريات التي حاولت تفسير هذا الاضطراب إلا إن أغلب التعريفات اتفقت على أنه أحد الاضطرابات النمائية الشاملة، ويظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، ويصاحبه إعاقة نوعية في التفاضل الاجتماعي، وإعاقة في عملية التواصل وعدم القدرة على اللعب التخيلي ووجود انماط سلوكية تمهئية وتكرارية والنشطة واهتمامات محدودة.

### «مفاهيم أساسية حول التوحد»

ومن خلال استعراض هذه التعريفات يلحظ بأن هناك عدم التوافق بين جميع الباحثين على تعريف محدد للاضطراب التوحد، وهذا يرجع للأسباب التالية:

1. تعدد المصطلحات التي استخدمت لشرح أعراض التوحد لما يتخلله من لغوض وتعقيد.
2. تعدد الشرائح التي اهتمت بالتوحد كالتربية والأخصائي النفسي والأخصائي التربوي الخاصة وغيرهم.
3. إن أعراض التوحد تكثيرة جداً وليس بالضرورة أن تكون هذه الأعراض موجودة جميعها لدى الطفل المصاب.
4. تعدد الأسباب التي تؤدي إلى التوحد.
5. حدوث التوحد ضمن درجات منها البسيط والمتوسط والشديد.
6. وجود فروق في أعراض الطيف التوحد.

(الطامن 2009)





## الفصل الثاني

# أنماط التوحد

- 1-2) مقدمة.
- 2-2) أنماط التوحد.
1. اضطرابات التوحد.
2. متلازمة اسبيرجر.
3. الاضطراب الطفولي التراجعي.
4. متلازمة ريت.
5. الاضطرابات النمائية المتداخلة -- طيف المحددة.
- 2-3) متلازمة اسبيرجر والتوحد.



## الفصل الثاني أنماط التوحد

### (2 - 3) مقدمة:

لقد أسارت رابعة العقب اللغسي الأمريكية في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث والرابع المعدل إلى أن التوحد يصنف تحت منضم الاضطرابات النمائية العقدة، وهذا الاتجاه له الكثير من المؤيدين من العلماء والباحثين. وكثيراً ما يتم تعريف الاضطرابات المرتبطة بالتوحد تحت مظلة الاضطرابات النمائية العقدة (PDD - not other). (Pervasive Developmental Disorder - not other) (PDD-Nos) والتي يشرح تحت مظلتها متلازمة اسبيرجر (Asperger Syndrome) ومتلازمة ريت (Rett's Syndrome).

### (2 - 2) أنماط التوحد:

أطلقت العديد من التسميات المختلفة التي تشير إلى هذا الاضطراب مثل:

- توحد الطفولة المبكر (Early Infantile Autism).
- مصطلح توحد الطفولة (Childhood Autism).
- فصام الطفولة (Childhood Schizophrenia).
- ذهان الطفولة (Childhood Psychosis).
- ومصميات أخرى مختلفة.

والغد ذكر الإمام والموالده (2010 - 2010) أن مركز التحكم والوقاية من الأمراض صرف (Center of Disease Control and Prevention, 2008) اضطرابات طيف التوحد (Autism Spectrum Disorders) على أنها مجموعة من الاضطرابات النمائية تعرف بخلل في التواصل اللغسي وغير اللغسي والتفاعل الاجتماعي إضافة إلى وجود سلوكيات واهتمامات غير طبيعية.

كما تعرف الدليل العاشر للتصنيف العالمي للأمراض (International Classification Diseases, ICD-10, 2007) الاضطرابات النمائية الشاملة على أنها مجموعة من الاضطرابات التي تتصف باختلافات نوعية في التفاصيل الاجتماعية والبيانات التواصل والأنشطة والاهتمامات المتكررة والنمطية والمحدد، والتي تعتبر ذات طبيعة نمائية محددة تؤثر في الوظائف الحياتية المختلفة، وتشمل هذه الاضطرابات.

## 1) اضطرابات التوحد، Artistic Disorders.

الخصائص الأساسية لاضطراب التوحد هو تأخر نمائي واضح في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع وجود محدودية واضحة في مخزون الأنشطة والاهتمامات، ويمكن الإشارة إليه أحياناً بالتوحد الطفولي المبكر أو متلازمة كانر.

## 2) متلازمة اسبيرجر، Asperger's Syndrome.

يعد اضطراب اسبيرجر من الاضطرابات النمائية، وهو أحد أطياف التوحد، ويعتبر أكثر شيوعاً من اضطراب التوحد، وهو مشابه لاضطراب التوحد من حيث شيوعه بين الذكور أكثر من شيوعه بين الإناث بنسبة (4، 1)، ويتصف بإعاقة في التواصل والنمو الاجتماعي واهتمامات محددة وسلوكيات نمطية متكررة بخلاف التوحد الكلاسيكي حيث لا يعاني المصاب بمتلازمة اسبيرجر من تأخر في اللغة أو النمو الإدراكي.

(Hallahan & Kauffman, 2009)



ويرى المؤلف أن العجز الاجتماعي (Social Deficits) يكون في متلازمة اسبيرجر أقل شدة من ذلك المرتبط بالتوحد، إلا أنهم قد يعبرون عن اهتمام كبير ببقاء الناس وبناء الصداقات، ومع ذلك، فإن الكثيرين من الناس يكون غالباً صعباً وغير لائق، كما يتوهمهم 'عدم إحسانهم' بمشاعر الآخرين ولواياهم إلى إخفاقهم في عقد أية صداقات دائمة، ولهذا السبب، قد يتطور لديهم إحساس بالإحباط والاحتكاك وأحياناً بالعدوانية، إلا أن هذا قد لا يستمر عبر المراحل التطورية في حياة الفرد، ففي التدخلات البيئية والخبرات الحياتية - وإن لم يمر بها الفرد - إلا أن آثارها قد تحقق نوعاً من التغيير، وهذا التغيير قد يكون في مجال من مجالات الحياة على وجه التحديد دون غيرها، إلا أن ما نريد حصيدته قد يتحقق في مراحل تتبعه تبرز لدى البعض بتطور هائل ولدى البعض الآخر بمتابعة واضحة تؤهله إلى المشاركة الفاعلة في بعض مجالات الحياة.

ويمكن تمييز الأفراد متلازمة اسبيرجر من أفراد التوحد على أساس نماذج التماثل في مراحل الطفولة المبكرة، ويظهر الأطفال الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر تعلقاً متفانياً بأفراد العائلة، كما يتطورون أحياناً الرقمية في التعامل مع أقرانهم - مع أن تعاملهم يكون شير مألوف وغير ملائم -

ومن الحريّ في فكره أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب أسبيرجر يشتركون في العديد من أعراض التوحّد، ولكنها تظهر أقلّ شدة ودرجة، ويظهر ذلك في القصور الشديد في التفاصيل الاجتماعيّة وفي الماوت، المنطقي والتكراري، بالإضافة إلى عجز في القدرة على التخيل. والأطفال المصابون باضطراب أسبيرجر يتمتّعون بدرجات ذكاء طبيعية، ولا يواجهون تأخراً في اكتساب القدرة على الكلام من حيث المراتب والقواعد، أو في قدرتهم على الاعتماد على أنفسهم، وكذلك فهم يواجهون صعوبات في المهارات الحركية الخاصّة بالتأزّر البصري الحركي. كما أنهم غير منظمين ولا يستطيعون التمييز والانتباه على الأنشطة الصفيّة.

(Ghaziuddin, Thomas, Napier, Tasi, Welch & Fraser, 2000)

### 3) الاضطراب الطفولي التراجعي:

#### Childhood Disintegrative Disorder:

يشبه في خصائصه إلى حد ما أسبيرجر والتوحّد، من حيث أنه يصيب الناطق أكثر مما يصيب الإناث ويظهر الطفل تطور طبيعي لفترة زمنية طويلة وذلك من حيث نمو القدرات الإدراكية ونمو المهارات الحركية والاجتماعية لديه خلال أول سنتين إلى أربع سنوات من العمر، وأحياناً قد يصل إلى (10) سنوات في الجوانب الاجتماعيّة واللغويّة، ومن ثمّ تظهر صعوبات في اللغة الاستقبالية والمهارات الاجتماعيّة، ويمكن أن يظهر صعوبات في مهارات التكيف والمهارات الحركية ويفقد الرغبة في اللعب. وكذلك يفقد الطفل القدرة على ضبط عمليات الإخراج وقد يصاب الطفل باليكم وتظهر لديه حركات نمطية متكررة. وقد يتشابه الطفل مع أعراض اضطراب التوحّد، ولكن ما يميّزه عنه هو بداية ظهور التدهور النمائيّ لديه



#### 4) متلازمة ريت (Rett's Syndrome)

إن الخصائص الأساسية لمتلازمة ريت هي تأخر محدد متعدد في النمو يتبع فترة من الأداء الوظيفي الطبيعي بعد الولادة، ويعتبر أقل شيوعاً من التوحد ويصيب تحديدًا الإناث مع وجود بعض الحالات النادرة في الذكور.



ويلاحظ أن الألتى تنمو بصورة طبيعية خلال الثمانية شهور الأولى من عمرها، ثم يبدأ التدهور تدريجياً في النمو الحركي المتمثل في التوازن الحركي، وانخفاض في نسبة النكاه وقصور في المهارات الاجتماعية واللغوية، إضافة إلى ظهور نوبات تشنجية عصبية، ولكن البعض منهن قد يظهرن تحسناً في مهارات التفاعل الاجتماعي بعد عدة سنوات، إلا أن المهارات الحركية تستمر في التدهور وقد تفقد الألتى القدرة على الحركة والتنقل، وقد يُفقدن القدرة على الكلام إضافة إلى حركات تململة غير متزنة، ويلاحظ لديهن صعوبات في النفس والنوم.

(International Rett Syndrome Foundation, 2008)

ويذكر الإسم والجواليد (2010 - ب) أن متلازمة ريت هي إحدى اضطرابات النمو الشاملة، فقد اكتشفت من قبل أندرياس ريت Andreas Rett عام 1966 وهو اضطراب عصبي يؤثر بالدرجة الأولى على الإناث حيث يتم إظهار سلوكيات متشابهة للتوحد مثل مشاكل النوم وتكرار حركات اليد، وهي عاقلة تبدأ أعراضها في الظهور بعد الشهور الستة أو الثانية عشر الأولى من العمر، حيث يبدأ توقف وتدهور ملحوظ في النمو مع قصور في المهارات التي سقالت الفتاة قد اكتسبتها، ويبدأ ظهور تلك الأعراض في الرأس بشكل واضح فيصبح غير مناسب مع عمر الفتاة مما يترتب عليه نقصان حجم المخ لأكثر من 30% من حجمه الطبيعي في تلك السن، وقد وجد أن 25% من حالات الريت لا يكتسبون مهارات لغوية أصلاً وأن نصف ممن يتعلمون المشي مبكراً في حياتهم يعانون من فقدان تلك القدرة لاحقاً، وأن نسبة عالية للغاية منهم تصاب بالنعاء في العمود الفقري قد تصل إلى 45 درجة وتحتاج علاجاً جراحياً لإعادته إلى الوضع الطبيعي المعتدل.

لذا ينبغي أن يعطى لها جل الاهتمام لها من تأثير على مخ الضرر الذي يعانونها، وما يترتب على ذلك من إعاقات حركية أو إعاقات تواصل وتوابع صرعية متكررة لتسبب ما برين (50:70 %) من حالات الريت تظهر بوضوح في رسم المخ (EEG) مع صداع ونوبات انحاء أو حالات انقلاب وزيادة في إغزابات النوم مع حدوث هلوسة، مما يجعل الإعاقه شديداً، بالإضافة إلى فقدان القدرة على الاحتفاظ بما



## «تطبيقات جديدة»

اكتسبه من خبرات ومعلومات ومهارات، وبمثيراً ما يصاحبها درجة من درجات الإصطفاء العقلية، بل وبلا هذه الحالة يبرز تعدد إصابات مما يلزم مضاعفة الجهود اللازمة للرعاية والتأهيل.

ومن فواصي البحث والاهتمام في ظل الثورة العلمية، فقد اكتشفت الماتة العربية هادي زقيني - استاذاً عسكري الطب الجويش في كلية ميادور للطب في هيوستن - ، النجم 2-McCP المسبب لتلازمة ريت، حيث وجدت هذا النجم محمولاً على أحد الكروموسوم X المترين لجنس الأُنثى معطلاً بذلك عمله البروتيني المتأخر الأمر الذي يرجع إليه المسبب في اضطراب العرض الحاد (Rett)، إن العطب الذي يصيب هذا النجم نتيجة الطفرة الوراثية يعيق قيامه بوظائفه الأساسية من صحت أو تحرير جينات النمو الأخرى، لتتوهم بوظائفها من دفع واستمرارية دفعها لعوامل النمو المختلفة، وهذا النجم يكون تأثيره محدوداً للغاية على الجينات الأخرى من مخ الجنين في المراحل المبكرة من الحمل، وتتزايد قدرته تدريجياً مع تقدم الحمل حتى تصل إلى القصاها في منطقتي قرن أسون Hippocampus في مرحلة تكامل النمو الفارقي للصح، بالإضافة إلى أنها اكتشفت جينات مسؤولة عن الانحلال العصبي، الذي يصيب المتقدمين في السن بأمراض فقدان التوازن (الركع)، وغرف الشبيخوخة (الزهايمر)، والرهاش (باركنسون)، ويحتمد العديد من الباحثين أنها ذات أساس وراثي له علاقة بالكروموسوم X، وتحدث بمعدل حالة واحدة من كل 10000 ولادة حية، ولوان المتكدر أنها أكثر من ذلك انتشاراً لأن كثيراً من حالاتها تشخص خطأ على أنها حالات توحد أو هزل دماغي.

**Pervasive Developmental Disorder, Not Otherwise Specified (PDD-NOS):**

يعاني الطفل من صعوبات في التواصل والتفاعل الاجتماعي إلا أن معايير التشخيص لا تنطبق على الإصابات النمائية المحددة المذكورة أعلاه.

(Hallahan & Kauffman, 2009)

وتوجد أنواع أخرى للتوحد:

1. التوحد عالي الأداء (HFA) - High - Functioning Autism
2. التوحد متدني الأداء (LFA) - Low - Functioning Autism
3. التوحد البسيط - Mild Autism
4. التوحد المعتدل - Moderate Autism
5. التوحد الشديد - Severe Autism
6. توحد كانر - Autism Kanner
7. التوحد الكلاسيكي - Classic Autism
8. توحد أسبرجر - Asperger Autism

بما أن التوحد اضطراب طيفي تتنوع مظاهره من فرد إلى آخر من غير الغريب إذن النطاق العديد من الأوصاف "غير الرسمية" ولكن المتقبلة بشكل واسع. ومن الضروري ملاحظة أن هذه المصطلحات ذاتية متحيزة وتشمل هذه الأوصاف:

- التوحد عالي الأداء (HFA).
- التوحد متدني الأداء (LFA).
- التوحد المعتدل.
- التوحد الشديد.
- السمات التوجسية.
- التبول التوجسية.

## ﴿لماذا التوحد؟﴾

ولا يوجد هناك تعريفات إنكسايكلوبديكية للكلمات من مثل "عالي الأداء" "متدني الأداء"، "متوسطاً" أو "شديد". ومع ذلك، ولأن التوحد واسع النطاق، قد يستخدم الأشخاص مثل تلك المصطلحات لوصف آبن يعتقدون يمكن أن تكون قدرات الفرد على سلسلة ما.

في الوقت الحاضر لا يوجد توجيهات تشخيصية متبولة بشكل واسع لتوحد عالي الأداء. ومع ذلك، يوافق الباحثون على أن من المناسب القول عن شخص ما على أنه يعاني من توحد عالي الأداء إذا ما تطقت عليه معايير التوحد.

وتفسر الفروق ما بين التوحد عالي الأداء والتوحد متدني الأداء بمساعدة سلسلة العاتجة الحسية حيث يوجد في أحد طرفيها فرد يعاني من التوحد عالي الأداء، وأسيريرجر يعاني من مشكلات حسية معتدلة، وفي الطرف الآخر من الطيف هناك فرد يعاني من التوحد متدني الأداء وهو الذي يتلقى معلومات حسية غير صحيحة ومتخلطة، وقد كان الأطفال الذين يعانون من التوحد المرضي في وسط هذه السلسلة.

ويكون عالم الفرد التوحدي غير اللغوي فوضوياً ومشوشاً، وقد يعيش المبالغ ذي الأداء المنخفض الذي لم يترب على استخدام الحمام بعد في عالم حس غير منظم بالكامل، ولا قد تكون لديه فكرة عن حدود جسده، فكما تختلط لديه الحواس مع بعضها البعض.

ويبدو وكأنه يرى العالم من خلال لشكال - أداة تعوي على قطع متحركة من الزجاج الملون -، ومحاولة الاستماع إلى محطة إذاعة ملبلة بالخشخشة في نفس الوقت، أضف إلى ذلك، تحكم فاضل في حجم الصوت مما يتسبب في ارتفاع الصوت بشكل مزيج أو انخفاضه بشكل غير مسموع، وتزيد مشكلات هذا الفرد بصبي يكون غالباً في حالة خوف أو ملع أكثر من الجهاز العصبي في تحد طائر للتوحد - وهو هنا التوحد عالي الأداء -.

تخيل حالة من فرط الإثارة حيث، يصاروك مهاجم خطير في عالم  
فوضوي ككامل، تهب من الغريب إذ أن تجعل البيئة الجديدة التوحدين ذوي  
الأداء المتخلفين مرعبة.

(Grandin , 1996)

وقد تمنع المشكلات السمعية الحادة الطفل من تطوير فهم الكلام، كما  
يسبب الإجهاد المستمر وفوضى الذبذبات الحسية المتقطعة والتي تم كتم معالجتها  
حالة من عبء شبه دائم، كما قد يظهر الطفل أشكالاً عديدة من التحفيز الذاتي  
وإيذاء الذات في محاولة للتغلب عن بعض الإجهاد الناتج.

وهذاك أشكال معتدلة وحادة أكثر من إتمام مختلف من المشكلات في  
التوحد، ولكن ما فراه من الخارج لا يستوجب بالضرورة أن يكون درجة حقيقية من  
الشدة بل درجة التكيف، والتعويض التي قام الفرد بتطويرها، وقد يبدو بعض الأفراد  
متأثرين بكن معتدل لأنهم استطاعوا التكيف مع مشكلاتهم على الرغم من وجود  
درجة أكبر من الإعاقة، فهم يعملون على إقصي ما يمكن من قدراتهم الحقيقية،  
ويمكن التعليق على هذه الجزئية بأن البيئة المحيطة ينبغي أن تعطي إقصي ما  
لديها، كلما اتسعت رقعة الخبرة والأنشطة والثقة في الأداء، كلما تزايدت قدرات  
الأفراد التوحديين وبالتالي أن إقصي إمكانية من البيئة تمنح هؤلاء الأفراد سعة  
عقلية وتكيفية أكثر مرونة، وبالتالي ينبغي التركيز على إمكانيات البيئة والتنوع  
في الخبرات مع مراعاة الحالات النفسية والمزاجية لهؤلاء الأفراد.

ومن ناحية أخرى، قد يبدو بعض الناس متأثرين جداً بالتوحد، بينما يكون  
أدائهم في الحقيقة على أدنى مستوى من القدرات بسبب ذات الواقعية والتشجيع  
لتطوير تكيف وظيفي (William , 1999) وهذا هو السبب وراء تكون الناس  
الذين تم تصنيفهم على أنهم من ذوي التوحد من ذوي الأداء يمتلكون درجة متوسطة  
من الإعاقة أكثر من غيرهم ممن يعتبرون من ذوي التوحد عالي الأداء، والعكس  
صحيح.

## ﴿أداء التوحيد﴾

وهناك وجهة نظر أخرى يمكن من خلالها معالجة هذه القضية وهي النظر من خلال وجهة نظر إحساس صاوي بالذات فشره ما، هل يعتبر الناس الذين لا يحاولون التقلب على الاختلاف الوجود لديهم، ولا يربطون بأن يكونوا متميزين عن الناس الأسوياء ذوي أداء منخفض مقارنة مع هؤلاء الذين تعلموا ان يتفوقوا الآخرين بون القدرة على التعبير عن انفسهم - والذين يطلق عليهم غالباً ذوي أداء عالي - ؟

وإذا ما قمنا برسم حدود ما بين التوحيد عالي الأداء والتوحيد متدني الأداء اعتماداً على نتائج القدرات العقلية (IQ)، فسوف تكون مضللة من وجهة نظر التوحيد، حيث يظهر التوحدين من ذوي نسبة الذكاء العالية إنجازات أكاديمية جيدة، ولكن هل يجعلهم هذا ذوي أداء عالٍ في المجتمع الذي لا يفهمونه؟ وبكلماتي لقول إحدى الأقران الباحثات والتي تعالي من التوحيد، إن قدراتها هي إعاقتها الكبرى، ولأنها ماهرة منطقياً وفكرياً، يفترض الناس أنها لا تحتاج إلى دعم في الأوضاع الاجتماعية واليومية، ولا تمكس نسبة الذكاء العالية المعينات التي تواجهها مثل: قطع الشارع لتوحدها، إعداد وجبة، أو إجراء دراسة اجتماعية.

ويمكن التناقض في التوحيد ذي الأداء العالي، حيث أن هؤلاء الأفراد معاقون بسبب قدراتهم، وذلك لأن مظاهر السلوك الموسوي تخفي صعوباتهم الحقيقية جداً والتي تكون غير مرئية للآخرين.

## (2 - 3) متلازمة إيبيرجر والتوحيد

من المهم أن نأخذ بعين الاعتبار ما يعتقد الأفراد الذين يعانون من الإيبيرجر والتوحيد عالي الأداء من ضرورة التفريق بين هاتين الحالاتين، ولا يعتبر هذا التحليل مجرد تمييز لاهتمام أوجه الشبه والاختلاف والخصائص المحددة للتوحيد وإيبيرجر، بل هو هام من أجل الفهم الأفضل للكيفية التي يمكن من خلالها مساعدة كل فرد معين بطريقة تستخدم مصطلح أقل - بما فيها انطاقة العقلية والعامضية - وامتلاك درجة أكثر ذكاءاً من النجاح - .

وتقوم دونا ويليامز (Williams, 2006) وصي أماني من التوحد عالي الأداء بمقارنة أوجه الشبه والاختلاف ما بينها، وبين فرقة صانعي من - أسبيرجر من وجهة نظرها التوحديّة-، ولا يوجد لديها شك بوجود فريق ما بين هاتين العائلتين، بالإضافة لذلك، فإنها تميز، ليس فقط ما بين الأفراد التوحديين ذوي الأداء العالي والمنخفض، ولكن أيضاً بينهم وبين اللتين يعانون من أسبيرجر.

كما أنها تقدم بعض التماثل للفرقة بينهما، حيث لا يوجد هناك أفراد ذوي أداء منخفض وغير لفظيين يعانون من أسبيرجر وتم تصنيفهم - بشكل خاص - على أنهم توحديين، ولكنهم يمتلكون لغة استقبالية معنوية - بعكس التوحديين غير اللفظيين من ذوي الأداء المنخفض - حيث يمكنهم الاقتراب من الآخرين بطريقة المواجهة المباشرة ولديهم مشكلات إدراكية حسية فرصية فقط، وبالمقارنة مع ذلك، يعاني الأطفال التوحديين من نفس مستوى الأداء المنخفض الشائع من لغة استقبالية سيئة بصرياً وسمعياً، كما أنهم يعانون من مشكلات تتعلق بالحس الجسدي للارتبط والإدراك الجسدي ولا يستطيعون غالباً المبادرة بعمل فردي ومباشر مع الآخرين.

ويستأن كلاً من التوحديين والأفراد الذين يعانون من أسبيرجر قد يعانون من مهارات لغوية سيئة، ولكن هناك فرق عظيم ما بين هاتين المجموعتين، وقد يتعلق هذا الأمر بنقص الغريزة الاجتماعية على الرغم من وجود القدرة، وقد يكون الفرق الآخر حالة عدم قدرة أو صعوبة شديدة في تطوير المهارات الاجتماعية واستخدامها على الرغم من وجود الغريزة الاجتماعية الشديدة.

ويبدو أن الذين يعانون من التوحد عالي الأداء يفضلون الانخراط في أنشطة حسية متكررة من مثل التلويح بالأشياء وغيرها، بينما يميل الذين يعانون من أسبيرجر إلى عرض الاستحواد اللفظي - التحدث عن مواضيعهم المفضلة - والتفكير بلا توقف بمشاريعهم.

## «أسماء التوحيد»

ويتنظر بعض الذين يعانون من الأسبيرجر والتوحيد هائي الأداء إلى الأفراد الذين يعانون من الأسبيرجر فقط، على أنه الطريف المعتدل في الطيف التوحدي. فكما يبدو أن الفرق الوحيد ما بين الأسبيرجر والتوحيد هو شدة الحالة والتي تشمل مشكلات حسية، وعلى سبيل المثال.

يطلق شنايدر (Schneider, 1999) على الأسبيرجر الشكل الأعلى أداء من التوحيد، حيث اعتبر أن التوحيد هائي الأداء هو مجموعة جزئية من التوحيد، وأن أسبيرجر هو مجموعة جزئية من التوحيد هائي الأداء، أي أن كل العناصر المشتركة لاسبيرجر قد تكون في التوحيد هائي الأداء، وبكل العناصر التي تتوفر في التوحيد هائي الأداء قد تكون في التوحيد. مع التلم بأن شنايدر اعتبر أن الذين يعانون من أسبيرجر ذو أداء أعلى من التوحيد أي أن أفراد مجموعة أسبيرجر أي أنهم قمة الأداء في أفراد التوحيد، وأفراد مجموعة أسبيرجر يعانون تساماً مثل التوحديين من تأخر في الكلام، ولكن لا يكون هذا التأخر ناجماً عن مشكلات معالجة سمعية كمثل تلك التي تكون معروفة لدى الأطفال التوحديين غير اللفظيين أو الذين يتأخر عندهم الكلام، بل قد تكون متعلقة بصعوبات في التنسيق الحركي، ومن المحتمل أن يطور الأطفال المعانين من أسبيرجر ويعانون من بطء في الكلام قدرات نظمية تكرارية مما يتيح للسمع التطور بشكل كبير كما لو أن الطفل كان لفظياً.

## أوجه الشبه بين التوحيد وأسبيرجر:

تفكلاً من التوحيد و أسبيرجر متشابهين في المشكلات الأساسية.

## «التوصل الثاني»

أوجه الفرق بين التوحيد واسبيرجر،

تكون الفروق عليه حسب المجالات التالية،

### 1. معالجة المعلومات:

الأفراد ذوو التوحيد عالي الأداء تكون المعلومات المدخلة لديهم أقل فعالية، أما أفراد اسبيرجر فالمعلومات المدخلة لديهم أكثر فعالية.

### 2. المعلومات المخزنة:

الأفراد ذوو التوحيد عالي الأداء (التوصول إليها بصعوبة)، أما أفراد اسبيرجر التوصل إليها بسهولة.

### 3. التحكم بالتعبير:

الأفراد ذوو التوحيد عالي الأداء (أقل فعالية)، أما أفراد اسبيرجر أكثر فعالية.

### 4. المشكلات الحسية والإدراكية:

الأفراد ذوو التوحيد عالي الأداء يعانون أقل، أما أفراد اسبيرجر يعانون أكثر.

### 5. طريقة حل المشكلات:

الأفراد ذوو التوحيد عالي الأداء (الارادية غالباً ودير لانقطة اجتماعياً)، أما أفراد اسبيرجر (استراتيجيات طوعية ومتقلبة اجتماعياً).



## «انما التوحد»

6. اللغة:

الأفراد ذوو التوحد عالي الأداء (غير لفظيين ولغتهم الاستقبالية سيئة بصرياً وسمعيّاً) ولديهم مشكلات تتعلق باللغة التعبيرية). أما افراد اسبيرجر(غير لفظيين ولغتهم جيدة ولديهم مشكلات تتعلق باللغة التعبيرية).

7. التواصل:

الأفراد ذوو التوحد عالي الأداء (غير مباشر) أما افراد اسبيرجر(مباشر)

8. الحاجة للتقيل:

الأفراد ذوو التوحد عالي الأداء (تكون من أجل تجنب تعرضهم للإيذاء ولا يشعرون بالفخر بإنجازاتهم)، أما افراد اسبيرجر(من أجل الشهور بالتقدير ويشعرون بالفخر بإنجازاتهم).

وبحسب السنوات الأخيرة استخدم عدد كبير من المصطلحات الشخصية لوصف الأطفال المصابين بمتلازمة اسبيرجر من مثل:

- اضطراب الشخصية الفصامي.
- اضطراب برجماني يتعلق بالهاني.
- اضطراب إعاقة عقلية غير لفظية.
- إعاقة تطويرية عقلية في النصف الأيمن من الدماغ.
- اضطراب في الانتباه والتوافق الحركي والإبراك (DAMP).
- متلازمة تجنب مماثل الحياء المرضي (PDA).

ولقد ظهرت بعض هذه الاضطرابات التي ذكرت أعلاه مؤخراً فقط. ويبدو أن الخصائص من الاضطرابات الموجودة والصادقة تشخيصياً متيراً للجدل، وإذا ما تم التركيز على أحد مفاهيم الإعاقات المعقدة، قد يتبقى لديهم عشرات من الإعاقات الجديدة من الإعاقات الموجودة لديهم. والشد دار النقاش حول فيما إذا كانت هذه المفاهيم تصف كيانات منفصلة ومختلفة، أو باحتمال أكثر، أنها قد حددت ترميزها على مفاهيم مختلفة من مجموعة من الاضطرابات المتباينة مثل اضطراب الطيف التوحدي.

(Williams, 2006)

## الفصل الثالث

### الأسباب ونسبة الانتشار

- 1-3 مقدمة.
- 2-3 الأسباب المفصلة للتوحد.
1. الأسباب الجينية والتركز مرسومة المحتملة.
2. الأسباب العائلية.
3. أسباب عائدة لتكوين الدماغ.
4. أسباب عصبية.
5. الأسباب العصبية والبيروكيماوية المحتملة.
6. الأسباب البيئية.
- 3-3 نسبة انتشار التوحد.
- 3-4 المبررات التي يمكن أن تكون مسؤولة عن الزيادة الواضحة في التوحد.



### الفصل الثالث

## الأسباب ونسبة الانتشار

(3 - 1) مقدمة:

يعتبر التوحد من الحالات التي لا تعتبر مرضاً محمداً أو عرضاً مرض يمكن أن تحدث اختبارات معينة أو تحاليل أو كشف طبي يمكن أن يكشف عن تلك الحالة، ولكن أصبح من المعروف أن التوحد يشكل مجموعة من الأمراض التي تنطويها مشكلة تسمى اضطرابات الطيف التوحدي.

(Autism Spectrum Disorder)

(3 - 2) الأسباب المقترحة للتوحد:

لم يتوصل الباحثون إلى السبب الرئيسي للإصابة باضطراب التوحد إلى وقتنا الحاضر، فعلى الرغم من الجهود المبذولة من قبل المختصين والباحثين إلا أن ما تم التوصل إليه لم تعدى كونه فرضيات لم تتوصل إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد. وتعد ما يزيد هذا الاضطراب غموضاً عدم معرفة الأسباب الحقيقية على وجه التحديد وكذلك شدة غرابة تمام سلوكه التكيفي من ناحية أخرى.

(بهي، 2003)

وقد ظهرت من خلال العقود الماضية زيادة واضحة في عدد الحالات المكتشفة التي تعاني من اضطراب التوحد في مختلف دول العالم، بسبب تحسن القدرة على التشخيص باستخدام أدوات ووسائل قياس وتشخيص أكثر دقة وفعاليتها في التشخيص، وهو ما أدى إلى زيادة الاهتمام بدراسة أسباب الإصابة بهذا الاضطراب. وبالرغم من أن البحوث لم تحدد الأسباب المؤدية إلى حدوث حالة التوحد، إلا أن هناك مجموعة من الأسباب التي يمكن أن يعزى إليها اضطراب التوحد ومنها:

## I) الأسباب الجينية والكروموسومية المحتملة،

تظهر الدراسات التي أجريت حول التوائم وجوه فرمسة أكبر لأن مصاب التوائم المتماثلة بالتوحد من التوائم غير المتماثلة "الأخوة"، وتقتصر هذه الدراسات أن التوحد - أو على الأقل الاحتمال الأكبر للإصابة ببعض الاعتلال الدماغي - يمكن أن يكون وراثياً.

ويخمن بعض الباحثين أن ما بين 3 - 20 جين قد ترتبط بالتوحد، وهناك فرضية أخرى تقول أن ما يكون وراثياً هو جزءاً غير سوي من الشيفرة الوراثية، أو مجموعة صغيرة من الجينات غير المستقرة (من 3 - 6). ومن المحتمل أن تكون الجينات التي لها علاقة بالتوحد موجودة في الكروموسومات 2، 6، 7، 16، 18، 22، وبكروموسوم X.

وقد تسبب الجينات قير المستقرة مشكلات فرعية فقط لدى معظم الناس، ومع ذلك، وبما ظروف معينة - غير معروفة بعد - قد تتدخل الشيفرة المعطوية بشكل خطير في تطور الدماغ، فكما قد يكون من المحتمل أيضاً أن تكون الجينات ذات العلاقة بالتوحد موجودة في مكان ما يحمل الوئيد في مواجهة خطر أكبر، أو قد تجعله أكثر ضعفاً تجاه الأحداث البيئية مثل التعرض للفيروسات والسموم.

وهناك بعض الأدلة أيضاً على إمكانية التأثير الجيني في التوحد على شكل ضعف في جهاز المناعة، بالإضافة لذلك، يرتبط التوحد أيضاً باضطرابات جينية وراثية أخرى - متلازمة X الهش (Fragile x Syndrome)، تصلب الأنسجة، اضطراب الأنسجة العصبية الليمفاوية، متلازمة ريت، الخ - حيث أن هذه الاضطرابات تظهر بشكل متكرر أكثر لدى الأطفال ذوي حالات التوحد وعائلاتهم، حيث يشير سيجل (Siegel, 2003) إلى أن الوراثة تصيب بما نسبته (30 - 50%) من حالات التوحد والاضطرابات النمائية العامة، إلا أن الاستعداد الوراثي ليس مطلقاً ويصعب تحديده كجينية انتقال الجينات وما هو الدور منها، ومن الشواهد التي قد تشير إلى الأسباب الوراثية ما يلي:

### «الأسباب ونسبة الانتشار»

- زيادة احتمالية الإصابة بالتوحد عند التوائم المتطابقة.
- زيادة احتمالية إصابة أصدقاء الطفل التوحدي بنفس الأضطراب أو باضطرابات متشابهة.

(محمد، 2008)

- أثبتت بعض الدراسات وبشكل جيد (Lida, 1993) أن هناك ارتباطاً بين التوحد وخلل الكروموسومات، وأوضحت هذه الدراسات بأن التوحد له علاقة بالكروموسوم رقم (7) والكروموسوم رقم (15)، ثم أن هناك سبباً آخر للتوحد وهو التصلب الدرني (Sclerosis Tuberos) الذي يؤدي إلى تصلب في بعض الخلايا العصبية والتي تتحول إلى الحويصلات غير الناجية العنقية، وربما يؤدي ذلك إلى حدوث ك: من حالات التوحد.

(شيمان، 2007)

وقد أشار جيلبرغ (Gillberg, 1998) إلى وجود الارتباطات في كروموسوم (X) (15، 7، 215) حيث أشارت الدراسات إن كثيراً من حالات التوحد غير مرتبطة بخلل كروموسومي، وفي حال الاقتران التوحد بأمراض جينية غالباً ما يصاحبه تأخر عقلي، حيث يوجد خلل في الكروموسوم (3 - 4) وهناك من (3 - 10) جينات تتفاعل معاً مسببة للتوحد.

(Bailey, & Smith 2000)

وتوجد العديد من الاضطرابات الجينية الموروثة وتذكر هنا أهمها:

• متلازمة داون (Down Syndrome):



ما يميز هذه الفئة هو ما تتصف به من تجانس في مظهرها الجسمي الخارجي من خصائص يطلق عليها الأنامال الإندلتيكية، يعتمد هذا التصنيف على وجود بعض الخصائص الجنسية والتشريحية والشميولوجية المميزة لكل لها، بالإضافة إلى وجود الضعف العقلي، وتتميز هذه الفئة بخصائص جنسية واضحة تتشابه في مظهرها الخارجي وخاصة من حيث ملامح الوجه، ملامح الجنس الكهولي، ومن هنا جاءت التسمية، ويشبه أفراد هذه الفئة بعضهم بعضاً بشكل واضح كما لو أنهم جنساً ينتمون إلى أسرة واحدة في حين أنه لا يوجد شبه بينهم وبين أفراد أسرهم الأسوياء، معظم أفراد هذه الفئة يقعون من حيث نسبة ذكاءهم ما بين 25 - 50 درجة فقط في حين أن نسبة قليلة منهم تتراوح نسبة ذكاءهم ما بين

50 - 70.



• متلازمة ريت (Williams Syndrome):

متلازمة ريت هي إحدى اضطرابات النمو الشاملة، فقد اكتشفت من قبل أندرياس ريت Andreas Reil عام 1966 وهو اضطراب عصبي يؤثر بالدرجة الأولى على الإدراك حيث يتم إظهار سلوكيات متشابهة للتوحد مثل مشاكل النوم وتكرار حركات اليد، وهي إصابة تبدأ أعراضها في الشهرين الستة أو الثانية عشر الأولى من العمر، حيث يبدأ توقف وتدهور المهارات في النمو مع قصور في المهارات التي حصلت الفتاة قبل اكتسبها، ويبدأ ظهور تلك الأعراض في الرأس بشكل واضح فيصبح غير مناسب مع عمر الفتاة مما يترتب عليه نقصان حجم المخ لأكثر من 30% من حجمه الطبيعي في تلك السن، وقد وجد أن 25% من حالات الريت لا يكتسبون مهارات المنسي أصلاً وأن نصف ممن يتعلمون المنسي ميكراً في حياتهم يعانون من فقدان تلك القدرة لاحقاً، وإن نسبة عالية للغاية منهم تصاب بالحناء في العمود الفقري، قد تصل إلى 45 درجة وتحتاج علاجاً جراحياً لإمادته إلى الوضع الطبيعي المعتدل.

• متلازمة ابيرت (Apert Syndrome):



جمع أبرت ملاحظات من سياتوه في المجال الطبي، وما لاحظته في مرحلة الطفولة المبكرة على الترمدين للملحج - طبيب الفرنسي - فنون ملاحظاته، ثم كتب مقالاً علمياً عام 1906، مستمرضاً مشاهدته وتحليلاته الإطوبديكية، حيث بين أنها حالة خاضية نادرة، تحدث في الغالب نتيجة طفرة جينية، تؤدي إلى نمو غير طبيعي لعظام الجمجمة والوجه، وعيوب والتصاق في أصابع اليدين والقدمين، وقد يصاحبها إعاقة عقلية بدرجات متفاوتة، وبصفة عامة تختلف نسبة التذكاء لدى المصابين بمتلازمة أبرت، فالبعض منهم تكون نسبة التذكاء لا حدها الطبيعي، ولكن يلاحظ وجود صعوبات تعلم بسيطة لدى البعض الآخر.

وتصيب متلازمة أبرت النكسور والإناث بنفس النسبة، ونسبة تكرار الحالة نادرة جداً لأن الغالب هو الطفرة الوراثية، ونسبة حدوث الحالة بصفة عامة هو حالة لكل 175,000 ولادة.

ويلاحظ في هذه الحالة أن عظام الجمجمة تنفلق في وقت مبكر بعد الولادة - في الثلاثة أشهر الأولى، وعادة ما يبدأ الانفلاق من قاعدة الجمجمة وإلى الأعلى، تكيفاً يحدث التحام مبكر في عظام الوجه، والتحام أحد التروز يؤدي إلى نمو العظام الأخرى، وهو ما يؤدي ذلك إلى انماط مختلفة من نمو الجمجمة

• متلازمة كراي دوشات (Cri du chat Syndrome).



نتج من فقد جزء هام من المواد الجينية من الذراع القصير لزوج واحد من الكروموسوم 5، وقد يحدث هذا بشكل تلقائي دون معرفة السبب الحقيقي.

أي أن متلازمة كراي دوشات ناتج لعمليات متعددة في الجينات داخل كروموسوم 5، ومن هذه العمليات ما يسمى بإبدال اسمير طبيعي للمكان Unbalanced Translocation، حيث يحدث الإبدال حينما تفصل جزء من الكروموسوم وتلتصق بجزء آخر أو يكروموسوم آخر، ويكون هذا الإبدال غير مؤثر، أو لا يحدث اضطرابات عند ما لا يتم فقد أو اكتساب مواد من أو إلى الجينات المتقلبة. وتعد متلازمة كراي دوشات من الاضطرابات الشائعة إذ يقدر عدد المصابين بها ما بين 1، 25.000 إلى 1، 50.000 لكل مئيل مولود، وتقدر النسبة بين الإنسان والذئبوع 3، 2 لكل مئيل مولود، وتعرف متلازمة كراي دوشات بعدة أسماء منها: متلازمة p 5 الساقب، ومتلازمة لي جيني Lejeune، ومتلازمة بكاء القطعة.

• متلازمة براذر ويللي (Prader Willi Syndrome):



تعد هذه المتلازمة من الاضطرابات الجينية الشائعة، وتسمية حدوثها تقدر بحوالي واحد لكل 12.000، 15.000 الف طفل مولود، وفيها تتساوى نسبة الإصابة بين كل من الذكور والإناث.

وتنتج متلازمة براذر ويللي في معظم حالاتها من غياب او حذف لجين من الذراع الخليلي الكروموسوم 15 الشارم من الأب وفي بعض الأحيان تنتج من حصول الطفل المصاب على نسختين من الكروموسوم 15 من الأم.



أُكتشفت هذه المتلازمة سنة 1965 على يد الطبيب الإنجليزي هاري أنجلمان، ونُسيت إلى اسمه، وبة بعض الأحيان تسمى بمتلازمة الدمية المسعفة Happy Puppet Syndrome، نظراً لأن مشية المصابين بها تشبه حركات الدمية التي يتم تشغيلها بالخيوط، وأنهم يظهرون في أغلب الأوقات طساً حكيماً ومبتسماً، ويشبهها البعض بالربوت نظراً لإمكانية برمجة أصحاب هذه المتلازمة، وتعد متلازمة أنجلمان من الاضطرابات الجينية النادرة، حيث يقدر نسبة حدوثها ما بين 1: 15.000 إلى 1: 30.000 ولادة حية، وتتشر هذا الاضطراب بشكل متساوٍ بين الذكور والإناث، إلا أنه يشر انتشارها لدى الجنس القوقازي.

• متلازمة ويليامز (Williams' Syndrome)،



تتسبب إلى الطبيب وليام - اختصاصي بأمراض القلب من نيويورك - حيث  
 نعت انتباهه جملة من التشابهات في الأطفال المترددين على عيادته، حيث أن 75%  
 من الحالات تعاني من الإصاقات التطورية والفكرية، علاوة على إصابة أكثر من  
 75% من أطفال هذه المتلازمة بعيب خلقي في القلب أو الأوعية الدموية المحيطة به  
 منها:

- ارتفاع طرف الأنف إلى أعلى.
- صفرة في الذقن.
- قصور في الشهوات العقلية.
- .. مشكلات قلبية وأكثرها شيوعاً ضيق المنطقة التي فوق الصمام الأورطي  
 مباشرة، ويعتبر ضيق الشريان الأورطي (في المنطقة التي تلي الصمام  
 الأورطي) وضيق الشرايين الرئوية من أكثر هذه العيوب انتشاراً بينهم.



وصفت سنة 1901 من قبل عنه ادوارد اهلر Edward Ehlers وهو طبيب هولندي متخصص بالأمراض الجلدية، حيث بين من خلال كتاباته وملاحظاته على مريضاه أنها اضطراب وراثي في النسيج الضام connective tissue disorders، وتقوم هذه الأنسجة أساساً على تدعيم وربط أعضاء الجسم معاً، وكانت تلك تربط أنسجة العضو نفسه معاً، وفي عام 1908 قام هنري دانلوبس Henri-Alexandre Danlos وهو صائم كيميائي فرنسي بدراسة العيوب الكيميائية مثل هذه الحالات وقام بتسجيلها وتفسيرها، وتوجيه الأبحاث لكيفية التماسك مع الأفراد الذين يعانون منها، لذا سميت الحالة باسم هذين العائلين وتتميز هذه الحالة بما يلي:

1. مرونة زائدة في المفاصل.
2. التورقة الزائدة في الجلد.
3. هشاشة منتشرية بالنسجة الجسم.

• متلازمة كروزون (Crouzon Syndrome)



هذه المتلازمة تشبه متلازمة أيرث Apert Syndrome، وهي صيغة من خلل وراثي، ينتقل بالوراثة الجسمية السائدة، حيث يكون هناك تغيرات تحدث في الجين  $FGFR2$  المسلول من إعتناء الأوامبر لصداخ البروزين المسمى Fibroblast Growth Factor Receptor 2 والذي يلعب دور مهم في التضيق العظمي وخصوصاً أثناء تطور الجنين، وهذه المتلازمة خللالية تحدث نتيجة لحدوث الإنفلاق المبكر لعظام الجمجمة -خلل لعظم قحشي وجهي-، وقد رصد كروزون حالة ام وطفلهام عام 1912، من خلال العيوب الوجيهة وجحولة العينين، وتابع الأمر على بعض الحالات المماثلة، فتبين له مجموعة من العلامات الظاهرة منها:



### « الأسباب ونسبة الانتشار »

تألف الرأس، جحوظ العين، راحة العينين، حول غير متوافق، صغير حجم جوف العين، السدال الجفن، الأنف صغير معكوف، بروز الفك السفلي مع سفر الفك العلوي، الحنك ضيق وناهي، وبما بعض الحالات يكون هناك الشفة الأرنبية وشفق الحنك، تراكم الأسنان العلوية، ضخامة ولادية في العظم الوتدي.

### • متلازمة كوهين (Cohen syndrome):



إن مدداً كبيراً من الأمراض والإعاقات تظهر على الأطفال نتيجة لتغيرات البيئة، وقد تعود إلى علم الوراثة الحديث، وهذا ما ندعوه بالأمراض المتحثة، لذا يعول في العصر الحديث على الهندسة الوراثية في مجال التحسين الوراثي والتغلب على العيقات البيئية، التي تكون محيرة في أحيان كثيرة وغير معروفة في أغلب الأحيان، وتارة الحدوث في معظمها مثل متلازمة كوهين، حيث يعاني المصاب بهذه المتلازمة بشكل رئيسي من إعاقة عقلية وحركية تتراوح درجتها بين المتوسطة والشديدة.

(Wing, 2001)

## 2) الأسباب العقلية،

تُعد أجريت الأبحاث الكثيفة من أجل اكتشاف الكيفية التي يختلف فيها دماغ الفرد الذي يعاني من التوحد عن دماغ نظيرة الفرد العادي، وكانت النتائج واسعة النطاق، ولقد تم تحديد شذوذاً لدى أفراد مختلفين يعانون من التوحد في أقسام مختلفة من الدماغ، وعلى الرغم من إجراء الكثير من الدراسات فإنه لم يتم العثور على شذوذ محدد يتعلق بالتوحد وحسب الآن، ويرى أصحاب وجهة النظر هذه ككما يرى فirth (2003) أن التوحد سببه الإصابة بمرض القمام، الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة.

## 3) أسباب صاعدة لتكوين الدماغ

نذكر جاكسون (Jackson, 2002) أن الدراسات والأبحاث الحالية في مجال البحث في اضطراب التوحد بين حالة التوحد والاختلافات البيولوجية والعصبية في الدماغ، أظهرت بعض صور الرزوين المتناطيسي للدماغ اختلافات غير عادية في تشكيل الدماغ مع وجود فروق واضحة بالمخيخ، فقد وجد بعض العلماء ضموراً في حجم المخيخ خصوصاً في الفصيصات الدورية رغم ستة وسبعة، وقد يصل هذا الضمور إلى 13% من حجم المخيخ لدى الأطفال المصابين بالتوحد مع وجود أو عدم وجود تخلف عقلي مصاحب للتوحد.

## 4) أسباب عصبية،

يظهر فحص الرسم الكهربائي للدماغ في حالة التوحد كعما يذكر العالم فirth (2003) أن هناك بعض التغيرات في التوجعات الكهربائية في حوالي (20 - 65%) في حالات التوحد، وكذلك زيادة في نوبات الصرع (Epilepsy) في حوالي 30% من حالات التوحد خصوصاً عندما يتقدمون في العمر، وبالتحديد قرب مرحلة المراهقة وخاصة في حالات الأطفال الذين لديهم مستوى أقل من الذكاء أو

## «الأسباب ونسبة الانتشار»

يعانون من الأمراض المصاحبة المتوحد كما تختلف العائلي والتصلب الشرجي والحصية الألتية.

## 5) الأسباب العصبية والبيوكيميائية المحتملة:

لقد بين بكل من شاتوك وسافري (Shattock & Savery, 1996) أن انه تمت دراسة الفروق في التوازن العصبي ووجد أن هناك مستويات عالية من السيروتونين - وأحياناً تكون متناهية- لدى عدد من الأفراد ذوي التوحد، ولكن لم يتم الكشف بعد عن وجود خلل ثابت يخلص به التوحد على وجه التحديد.

ولقد افترض ان التوحد، وكذلك بعض الحالات الأخرى ذات العلاقة قد تكون ناجمة من حدوث خلل في الأيض مثل تحلل غير متكامل لبعض البروتينات خاصة - - وقد لا يكون بالضرورة مقتصراً على - الجلوتين "الغريبة" من القمح وبيروتين الجبن من منتجات الألبان مما ينتج عنه إنتاج ببتيدات تدخل مجرى الدم وتعتبر الحواجز ما بين الدم والدماغ، مثل متلازمة الوتر الناضحة Leaky Gut Syndrome.

والغرويات Colloids، مواد تتميز بأن دقائقها أكبر من جسيمات المحاليل الحقيقية أصغر من المعلق، فحجم دقائقها بين 10 - - 10000 نانومتر، وتكون منتشرة داخل وسط الانتشار، فنحصل على الغرويات بعمية نشر. وليس إجابة أي أنها غير دائية أو مترسبة في وسط الانتشار..

وهناك بعض الأدلة على أن النمو المتزايد في الفطريات المبيضة " الكافجيا " قد تتسبب في إطلاق سموم في الجسم مما يؤدي إلى بعض السلوكيات الصعبة التي تكون شائعة لدى التوحدين من مثل فرط النشاط، الانزواج العدوانية، وغيرها من المشكلات الصحية - سداع، إمساك، إسهال، حساسية - ولقد افترض أن زيادة نمو المبيضات الفطرية قد يكون ناجماً عن علاج بالمضادات الفموية في مراحل الطفولة المبكرة.



## • السيروتونين Cerotonin:

وهو من الناقل العصبي الهامة في الجهاز العصبي المركزي وترتكز في الدماغ المتوسط، ويتحكم بالسيد من الوظائف والعمليات السلوكية العامة بما فيها النوم وتناول الطعام وحرارة الجسم وإفراز الهرمونات، وقد بدأ الاهتمام بدور هذا الناقل العصبي في التوحد من خلال دراسة وفهم دوره في الإدراك وتوضيح الدور الذي يلعبه السيروتونين في التوحد عمل الباحثون على فحص السائل المخي الشوكي ومستويات السيروتونين في الدم، والسيروتونين ينشأ في الدم من جدران الأحشاء أو القناة الهضمية والأمعاء ويخزن على شكل صمغيات أثناء الدوران حيث يتم هضمه من خلال عملية الأيض الهضمي بواسطة الأنزيمات خاصة بعد امتصاصها في الكبد، إلا أنه بسبب مشكلات في عملية الأيض فإنه يتركز بكميات أعلى في الدم أو في البول لدى الصابين بالتوحد.

## • الدوبامين:

الذي يتشكل من الحامض الأميني الفينيثالين Phynylamine ويرتكز في الدماغ المتوسط يلعب دوراً في الاستجابات التوحدية مثل انطوقسية أو التعمية أو النشاط الزائد إذا زادت كميته في الدم، حيث تمت ملاحظة ذلك في تجارب بحثية أجريت على حيوانات والتأكد بأعطاهم كمية زائدة من الدوبامين مما أدى إلى أعراض التعمية والنشاط الزائد لديهم.

## • الببتيدات العصبية Neuro Peptide:

تلعب الببتيدات العصبية دوراً هاماً في النقل العصبي وهي مسؤولة بشكل أساسي عن صعيد من السلوكيات مثل الانفعال والإدراك الألم والسلوك الجنسي وقد أظهرت دراسات حول علاقة الببتيدات العصبية مع التوحد، أن هذه الببتيدات تتدخل في إحداث أعراض التوحد مثل انخفاض الإحساس بالألم وسلوك ابتداء الذات وضعف العلاقات الاجتماعية نتيجة لتخلل الوظيفي فيها وإن الخلل في

## «فصل الثالث»

مستوى هذه المواد الكيميائية في الدم والسائل المخي الشوكي مكان مسؤولاً عن كثير من أعراض التوحد.

### 6) الأسباب البيئية:

إن الوراثة بين التوائم المتطابقة لا تصل إلى 100% وهذا يوحي بوجود عوامل بيئية ينتج عنها بعض حالات التوحد حيث تسبب في تلف الدماغ أو وظائفه، وبالنسبة للأسباب البيئية المحتملة لحدوث التوحد فهي:

#### 1. صعوبات قبل الولادة وأثناءها وبعدها:

اكتشفت الأبحاث أن أمهات الأطفال التوحديين قد يواجهن مشكلات خلال الحمل والولادة، ومع ذلك، لم يثبت فيما إذا كانت هذه الصعوبات تسبب الإصابة بالتوحد، أو أن التوحد هو الذي يسبب مشكلات في الحمل والولادة، ولقد تم رصد مجموعة من العوامل الأكثر ارتباطاً بالإصابة بالتوحد، يمكن سردها على النحو التالي:

- عوامل ما قبل الولادة: تسمم الدم الحضية الأثنية.
- عوامل ولادية: صدمات، نزيف حاد من الشهر الرابع إلى الشهر الثامن من الحمل، تناول الأدوية خلال الحمل.
- عوامل ما بعد الولادة: صسر الولادة، قلة تدفق الأكسجين، إغاث الوليد، التهاب الدماغ ما بعد الولادة.

وتشير أغلب الأبحاث إلى أن تعسر العامل أثناء الولادة وسحب الجنين بالكلاب (Forcep Delivery) وكذلك اختناق الجنين بالحبل السري أو (نوكسيا)، ونقص الأكسجين، والنزيف خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، وتكبير سن الأم، وترتيبها الأفضل في الأسرة ذلك زيادة فترات الحمل عن (42) أسبوعاً، حيث يعتقد بأن المشكلات التي تحدث للأثناء أثناء الولادة وقبلها تؤدي إلى حدوث تلف دماغي وهي من المسببات الرئيسة للإعاقات ومنها التوحد.

### «الأسباب ونسبة انتشار»

وقد أشار كل من ديكن ومكملان Dyken & Macmillan إلى أن عدداً من أمهات الأطفال التوحديين قد واجهن صعوبات أثناء الحمل أكثر من أمهات للأطفال العاطفيين، ونكسر (الراوي وحمام، 1999) بعضاً من ظروف الحمل والولادة منها:

- حالات التزيف أثناء الشهور الثلاثة الأولى من الحمل.
- الحموضة الألمانية (الزيادة مكانت لدى الأمهات اللواتي تم قطعهم أثناء الحمل).
- إصابة الأمهات بمرض التوكسويدالزموس أثناء الحمل.
- الولادات المبكرة.
- التعسر أثناء الولادة.
- العمليات القيصرية.
- اختناق الجنين بالحبل السري.
- الإدمان على الكحول.

وتقدر نسبة ظهور هذه المشكلات بحوالي 25% من الحوامل بالتوحد، والتضح بأن هذه المشكلات التي تعرض لها المصابون بالتوحد منذ وقت الولادة ناتجة عن اضطرابات جينية قد تؤدي إلى نمو غير طبيعي أثناء الحمل مما من شأنه أن يسبب مشكلات في الحمل والولادة.

### ب. أسباب صاعدة للتشقة الأسرية،

وتعد هذه الأسباب هي الفرضية الأولى التي وضعت لتفسير التوحد، وهي الآن قضية قديمة جداً، وتؤكد هذه الفرضية على دور الأبيوين في التسبب في هذا الاضطراب، وتشير النظريات النسبية إلى أن والدي الطفل التوحدي يكونان أكثر ذكاً وقلماً، وتديهما ضعف في هذه العلاقات الأبوية.

## ﴿الفصل الثالث﴾

وهذه النظرية ترجح ان سبب التوحد عائلي نظروفه عائلية وتصورها كالتالي:

- ضعف علاقة التواصل بالأم.
- إثارة غير متكافئة لعواطف الطفل.
- رفض تهذه العلاقة.

إلا أنه لا يوجد ما يؤكد تلك النظرية، فعند القيام بنقل هؤلاء الأطفال التوحديين للعيش مع عائلات بديلة كعلاج لم يكن هناك تحسن لحالاتهم، كما أننا نجد أخطاءً أصحاء لدى نفس العائلة، كما أننا نرى بعض الحالات تبدأ من الولادة حيث لا يكون تعاملهم مع الطفل أي دور. إن فشل هذه النظرية أراح الكثير من العائلات التي كانت لتلقي اللوم على نفسها كتسبب لحثوث الحالة.

(الجزع، 2003)

## ج. اللقاح

يعتقد لقاح (MMR) للأُم الحوامل للحماية من الإصابة بالحصبة والتهانف، والحصبة الألمانية، والعدوى بالفيروسات مثل الهربسز والأمراض الجنسية المعدية والحصبة الألمانية (Rubella) والإيدز، وهذه الفيروسات تؤدي إلى حدوث تلف دماغي أثناء فترة الحمل ومرحلة الطفولة، ولكن أشارت دراسات حديثة أنها لا تعتبر سبباً للتوحد بل إرجاع (4) إلى إصابة مرضية معدية.

(Wakefield, 1998)

وهذا اللقاح يؤدي إلى حدوث اضطراب غير محدد في الأمعاء و يؤدي إلى الإصابة بالتوحد، ولكن هذا النظرية تعرضت لانتقادات كثيرة لعدم استنادها لدليل علمي كاف وكذلك ترا من ظهور التوحد مع فترة التطعيمه وذلك يعني أن الاستجابة غير الطبيعية للقاح تعود إلى مشكلات مسبقة في الجهاز المناعي، وقد أشار الباحثون إلى أن سبب الإصابة بالتوحد لا توجد في المظاهره بحد ذاتها وإنما



### ❖ الأسباب ونسبة الانتشار ❖

لتأثير هذه المادة المحافظة (Thiromsersel)، لذلك أصنرت دار الدواء والغذاء أمر بإزالتها من محتاييم الأطفال لإكانت هذه المادة هي سبب حدوث التوحد في السنوات القادسة، وقد أجريت عدة دراسات تثبت عدم وجود علاقة بين اللقاح والإصابة بالتوحد.

(العاطفي، 2004)

ولقد ظهر مؤخراً مزيداً من الاحتمام بمطعمو الثلاثي الفيروسي MMR – الحصبة Measles والتكاف Mumps والحصبة الألمانية Rubells على احتمال أن يكون عامل مسبب للتوحد.

ولد هام ويكفيلد (Wakefield, 1998) بنشر بحث علمي وصف فيه كيف اكتشف هو وزملائه نموج التهاب الأمعاء والذي وصف بأنه التهاب معوي، والتهاب في القولون ذا طابع خاص، لدى اثني عشرة ملساً يعانون من توحد متأخر الظهور، وقتل أندرو ويكفيلد من اتهام ثمانية من الأطفال قالوا بأن «لوكتياهم بدأت بالتراجع بعد أن أخذوا مطعمو MMR.

ومن هنا رأى ويكفيلد بأن هنا المطعمو قد يسبب التوحد واضطرابات معوية لدى بعض الأطفال، ولقد هوجم هذا الرأي بخراسة من قبل الجهات الصحية والحكومية لأنه سبب قلقاً لا داعي له بين الآباء، وتم الدفاع عن مطعمو MMR على أنه آمن وفعال.

ويوجد العديد من الدراسات التي أظهرت نتائج مثيرة للجدل استلخ بعضها:

1. عدم وجود رابط ما بين مطعوم MMR والتوحد، وبينما ادعى آخرون أنهم وجدوا دليلاً على هذا الرابط. وقد تم تتبع الأطفال في بعض الدراسات لشاهدة آثار جانبية لمدة 3 أسابيع. أسفرت عن اتجاهين آخرين:
2. أظهر المعادين لمطعوم MMR شواهد من الزيادات الهائلة التي حدثت في عدد المتضررين بالتوحد، والتي لا يمكن تفسيرها: فقط بالتحسن في التشخيص.
3. وهناك وجهة نظر ثالثة تتعلق بهذه القضية المثيرة للجدل. فقد يكون مطعوم MMR أمناً بالنسبة للغالبية من الأطفال، ولكن بالنسبة لبعضهم - ممن يكونوا على استعداد ورائي للإصابة بالتوحد - قد يكون سبباً في تطور التوحد.

ويلخص بارون كوهين وبولتون (Baron-Cohen & Bolton, 1993)

هذه العوامل الفيروسية بما يلي:

• الحصبة الألمانية (Rubella)،

حيث تعد مرضه الحصبة خلايا دماغ الطفل وتسبب الإعاقة العقلية والعمى وأحياناً التوحد، وقد تم اكتشاف لقاح لهذا الفيروس.

• تضخم الخلايا الفيروسية (CMV) Congenital Cytomegalovirus،

وهو من الالتهابات الفيروسية التي تؤثر في خلايا الدماغ، ويحدث بدرجة قليلة في الإعاقة العقلية وفي اضطراب التوحد بدرجة قليلة جداً.

## «أسباب ونسبة انتشار»

### • التهاب الدماغ الفيروسي Herpes Encephalitis.

ويسبب هذا النوع تلفاً في الدماغ والنطاق المسؤولة عن الذاكرة حيث إن الأطفال المصابين بهذا المرض تظهر لديهم أعراض شبيهة باضطراب التوحد.

### • اضطراب التمثيل الأيضي

لقد رأى طفل من شالوك وسيفري (Shattock and Savery 1996)، أن التوحد قد يكون نتيجة لاضطراب أيضي، أو تشابهاً لمجموعة مجتمعة من الاختلالات الأيضية، والتعلم غير الكامل لأنواع من البروتين. وليس بالضرورة، أن يكون مقتصرًا على الجلوتين من القمح وبعض أنواع أخرى من الحبوب والكايزين من الحليب ومشتقات الألبان، والتي قد يندرج عنها ببتيدات Peptides يمكن أن تكون تشيطة حيوية، ويعرف هذا باسم متلازمة البطن الراشحة Leaky Gut Syndrome، وفي العديد من الحالات، يرتبط التوحد بمشكلات هضمية مثل البطن السهولة الراشحة.

ولقد بيثت بعض الدراسات مثل دراسة أوريبي وويرنج (O' Raily and Waring, 1993) أن بعض الأطفال الذين يعانون من توحد متأخر الظهور يعانون من أعراض في القولون يتميز بحساسية تجاه الجلوتين، والجينات المضادة التي ينتجها الكايزين والجلوتين تسبب تلفاً في الجدار المعوي الذي يقود إلى نفاذية المواد الغذائية وسوء امتصاصها.

وهذا يعني أن البكتيريا والسموم وأجزاء الطعام غير المهضومة تنسرب إلى مجرى الدم، وأكثر الأمراض انتشاراً:

1. الإسهال Diarrhoea.
2. فقدان الوزن Weight Loss.
3. الغازات Gas.

## «الصلب الثالث»

وعندما لا يتم هضم البروتينات بشكل جيد، فإنها تتحول إلى ببتيدات تشبه الثورفين في طبيعتها وتعمل مثل المخدر، وهي تؤثر على النقل العصبي وقد تقود إلى سلوكيات يتميز بها التوحد مثل:

1. صعوبات سلوكية.
2. صعوبات تتعلق باللغة.

وأظهرت دراسات أخرى وجود اختلال في العمليات الأيضية في التوحد ناتج عن عجز في الأنزيمات والكبريت لدى الأفراد التوحديين.

فيما أشار بيچ (Page,2000) إن الأطفال التوحديين يعانون من مشكلات في النظام الأيضي (Metabolic System) والذي يتمثل في اضطرابات في عملية التمثيل الغذائي Phenylketonuria (PKU) لبعض الأطعمة المحتوية على الكازين كالحليب ومشتقاته والأطعمة المحتوية على الجلوتين كما في حبوب القمح والشعير والشوفان ومنتجاتها وكذلك يصاب بعضهم من وجود ارتفاع للأحماض في الأمعاء بسبب مشكلة في نفاذيتها مما يؤدي إلى تزايد نسب الخبائر وتكون أنواع من الفطريات السوية كالبكتيريا التي يحتمل أن تكون سبباً في ظهور بعض الأمراض.

وتشمل الاضطرابات الأيضية الاحتمالات الآتية:

### 1. احتمالية الجلوتين والكازين:

حيث يعاني بعض أفراد التوحد من حساسية وصعوبة في التمثيل الأيضي من بعض المواد وخصوصاً بروتين الجلوتين Gluten الموجود في القمح والشعير ومشتقاته، وبروتين الكازين Casein الموجود في الحليب ومشتقاته، وتكمن المشكلة في عدم مقدرة الجهاز الهضمي على هضم هذه البروتينات الغذائية بطريقة فعالة، مما ينتج عن ذلك مواد وتأثيرات ببتيدية Peptide شبيهة بالمورفين تؤثر على النقل

## « الأسباب ونسبة الانتشار »

العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، والمكاسات هذه العملية قد يغير التركيبية الكيميائية للدمح فتنتج سلوكيات توحيدة.

(Wing, 2001)

ويشير البعض إلى أن سبب هذه الحساسية يعود إلى زيادة نفاذية الأمعاء Intestinal Permeability، وهو مصطلح يصف الظاهرة التي يزداد فيها ترشيح الأمعاء، مما يؤدي إلى اضطراب مزمن في الجدار المعوي، وبالتالي حساسية من بروتينات الجلوتين والكازين، وقد طرحت طريقة العلاج من خلال اتباع الحمية الغذائية الخالية من الجلوتين والكازين.

(Baron-Cohen & Bolton, 1993)

## 2. احتمالية الخمائر

تقوم هذه الفرضية على أن لدى الأفراد الذين يعانون من التوحد نسبة مرتفعة من الخمائر، وهذا قد يسبب اضطراب التوحد، حيث تشير الفرضية إلى أن الكثير من الأفراد الذين يعانون من التوحد يصابون بالتهابات الأذن مما يستلزم تناول الكثير من المضادات الحيوية، وتؤدي تلكه المضادات إلى زيادة في نمو الخمائر في الأمعاء وبالتالي تنخفض نقاهة لديهم، وهكذا وجد علاقة تربط بين الخمائر والمضادات الحيوية والتوحد، وبالتالي لا يدُ من التدخل بالحمية الغذائية لتخفيف نسبة الخمائر في الجسم واستخدام علاج ناستاتين Ncstafeen.

(الشامي، 2004 - ب)

وقد تمّ دحض هذه الاحتمالية من قبل الكثير من العلماء لعدم وجود أدلة كافية تثبت العلاقة المباشرة بين الخمائر والمضادات الحيوية والتوحد.

### (3 - 3) نسبة انتشار التوحد (Prevalence of Autism):

يظهر التوحد في جميع أنحاء العالم وبمختلف الجنسيات والطبقات الاجتماعية والثقافية دون استثناء ولم تجر إلى الآن أية دراسات تدل على مدى انتشار التوحد في العالم العربي، ويُعد تحديد نسبة الانتشار أمراً صعباً يعتمد على التعريف المعتمد والمحكات التشخيصية للكشف عن التوحد.

وتفاوتت نسب انتشار اضطراب التوحد بسبب:

- التباين -إلا محكات التشخيص المستخدمة
- تنوع أدوات التشخيص
- عدم وجود أدوات تشخيصية تعتمد على التقدير الموضوعي.

إلا أن تشوع الدراسات وتصدها وتعدد المجتمعات التي أجريت فيها تلك الدراسات قد تعطي مؤشراً علمياً يمكن الوثوق به. وقد أجريت الكثير من الدراسات حول تحديد نسبة انتشار التوحد، وهناك الكثير من التباين حول تحديد هذه النسب، وذلك بناءً على التعريف المعتمد والعايير التشخيصية المعتمدة، ولكن النسبة الأكثر قبولاً، هي (1 - 250) حالة واحدة لكل مائتين وخمسين حالة ولادة. فهما تشير الدراسات إلى أن نسبة حدوث التوحد لدى الذكور تفوق بكثير نسبة حدوثه لدى الإناث وتصل النسبة (4 - 1)، ولكن التوحد يظهر بدرجات شديدة لدى الإناث ويكون مصحوباً بتأخر عقلي شديد (Lord & Volkmar, 2002)، ويشير الدليل الإحصائي الرابع المنقح (DSM - IV - TR, 2000) إلى أن نسبة انتشار حالات التوحد تقدر (1000/4) حالة.

(Hallahan & Knuffman, 2003)

### «الأسباب ونسبة الانتشار»

ويج بريتانيا أشار جرين وزملائه (Green, et. al. 2003) إلى أن نسبة انتشار التوحد الكلاسيكي (Classical Autism) تصل إلى (1.6/1000) حالة، أما بالنسبة للاضطرابات «تصرف التوحد» (ASD) فتتصدر نسبتها بحوالي (2.6/1000) حالة.

(الزويقات، 2004)

ويج أوروبا وآسيا أشار سريبناسا (Srinivasa, 2004) إلى أن نسبة انتشار التوحد في شارتي أوروبا وأمريكا تقراوح ما بين (6-2/10,000) حالة، ولا يختلفا تذكرت دراسة تيد مارش وفولكمار (Tidmarsh & Volkmar, 2003) أن النسبة تقدر بـ (10) أطفال لكل (10,000) من حالات الولادة.

يلاحظ أن نسبة الانتشار غير ثابتة في معظم دول العالم، ففي اليابان مثلاً تتراوح نسب الإصابة ما بين إصابة لكل 60 حالة وإصابة لكل 10 | حالة، وفي المملكة المتحدة والتي قدرت الجمعية الوطنية للتوحد فيها نسبة الإصابة من إجمالي السكان بإصابة لكل 110 حالة، وقدر مجلس البحث الطبي في بريطانيا نسبة الإصابة بإصابة لكل 166 حالة في الأطفال تحت سن ثمان سنوات، وفي كاليفورنيا التي تعتبر من أكثر الولايات دقة فيها يتعلق بدراسات نسب انتشار التوحد تضاعفت النسب خلال عامين لتصل من 10360 إلى 20377 حالة.

ويضيف مركز مقابضة الأمراض والوقاية بالولايات المتحدة (1999, Center for Diseases Control and Prevention) أن التوحد لا يرتبط بأي تاريخ أسري مرضي أو أي ممارسات أسرية ثقافية، وهو الأمر الذي أدى إلى رفض بعض النظريات التي سادت من قبل والتي ربطتها ببعض السلوكيات الوالدية. وقد أصدر المركز إحصائيات تدل على أن هناك حوالي خمسمائة ألف شخص بالولايات المتحدة يعانون من التوحد. وتذهب الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America, 1999) إلى أن معدل الانتشار هذا قد جعل من التوحد ثالث أكبر الاضطرابات التنمائية شيوعاً بل إنه يعد أكثر شيوعاً من

## ﴿ التصلب الكالسي ﴾

زمنلة امراض داون (Down Syndrome) حيث بيرون ان التوحد وما يرتبط بها من اضطرابات تحدث تقريباً لدى ستين حالة. من بين مكال عشرة الاف حالة ولادة، اما في الولايات المتحدة الأمريكية فيشير إلى وجود ما يقارب (36,000) حالة توحد ويرى العديد من الباحثين ان اضطراب التوحد يعد الإعاقة الرابعة الأكثر شيوعاً بعد الإعاقة العقلية والصرع والتشلل الدماغي، أما في السويد قائم بأغلب نسبة انتشار الإصابة بالتوحد حوالي (7) حالات لكل (10,000) حالة ولادة.

(Gillberg, 1991)

وبعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً، حيث يشير التقرير الصادر من الجمعية الأمريكية لتوحد Autism Society of America, 2008 أن هناك طفلاً واحداً من مكال (150) مئداً يولد يومياً مصاباً باضطراب التوحد، وهذا ما أصدره مركز مراقبة الأمراض والوقاية الأمريكية نفسه، وبناءً على هذه الإحصائيات فإن حوالي (5, 1) مليون أمريكي يعانون من التوحد حالياً وهذا الرقم أخذ بالازدياد، ويشير التقرير أيضاً إلى أنه في مكال عشرين دقيقة يتم تشخيص طفل بأنه مصاب باضطراب التوحد.

وقد صدر عن الجمعية الأمريكية لتوحد The Autism Society (1999) of America أن التوحد يحدث لفرد واحد من بين مكال خمسمائة فرد أي بنسبة (1 : 500) وأن نسبة انتشاره بين البثين تزيد على انتشاره بين البنات بأربعة أضعاف، وأصدر المركز إحصائيات تدل على أن هناك حوالي خمسمائة ألف شخص في الولايات المتحدة يعانون من التوحد، وتشير أحدث الإحصائيات التي نشرها الاتحاد القومي لدراسات وبحوث التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية عام (2003) أن



## «الأسباب ونسبة الانتشار»

نسبة انتشار التوحد ارتفعت بدرجة كبيرة حيث أصبح متوسطها (1 : 250) حالة ولادة وبالتالي يصبح التوحد هو ثاني أكثر الإعاقات انتشاراً بعد الإعاقة العقلية.

(محمد، 2003)

وبعد دراسة حديثة نشرتها مجلة الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال Paediatrics، 2009 أشار فيها كوجان، ويشومبرغ، وشيفيه، ويويل، وبيرين، وفاندور، وسينج، وستريكلايد، وتريفالان، ودايكن (Kogan, Biurnberg, Dayck, Trevathan, Dyck, 2009) إلى أن هناك ارتفاعاً ملحوظاً في نسبة حدوث وانتشار اضطراب التوحد مقارنة مع الدراسات السابقة حيث بينت الدراسة وجود إصابة واحدة بين كل 91 طفلاً، وإصابة واحدة بين كل 58 طفلاً ذكراً معتمدة على تقارير الأهل الذين تم تشخيص أطفالهم بالتوحد.

كما أشار التقرير الصادر عن الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America ASA, 2008) إلى هناك طفلاً واحداً من كل 150 طفل مصاب بالتوحد وهذا ما يشير إليه مركز التحكم والوقاية من الأمراض Centres for Disease Control and Prevention، وجمعية Autism Speaks الأمريكية.

وبناءً على هذه الإحصائيات الأمريكية الحديثة فإن اضطراب التوحد يزداد بمعدل (10 – 17%) سنوياً، وبهذا المعدل فإنه قد يصل معدل انتشار اضطراب التوحد بين الأمريكيين إلى (4) مليون أمريكي في العام القادم وتشمل هذه النسبة جميع فئات التوحد. ويشير التقرير أيضاً إلى أن هذا الاضطراب يصيب أي فرد، ولا يرجع إلى عوامل ثقافية أو اجتماعية أو تدخل الأسرة أو لمستوى التعليمي للوالدين، بل يمكن أن يصيب أي فرد وأي أسرة، ويزداد شيوعه بين الذكور مقارنة بالإناث بنسبة 4 : 1

(www.Autism-Society.org)

أما في واقعنا العربي والذي لا زالت الدراسات فيه قليلة إذا ما قورنت بالبحوث الغربية، فلم يتوصل المؤلف إلى دراسات علمية موثقة تحدد هذه النسبة بشكل دقيق، وذلك بسبب التباين في المحركات والمعايير التشخيصية المستخدمة من جهة، والتباين في التعريف المستخدم للتوحد من جهة أخرى، إلا أن التقديرات التخمينية تشير إلى أن عدد الأطفال المصابين يعانون من التوحد في الأردن يقدر بحوالي: (8000) طفلاً (الشيخ، 2004)، وفي السعودية (6000) طفلاً، وفي مصر (100 – 200) ألف طفلاً (صديق، 2005)، وفي دولة قطر حوالي (200) متقارباً.

ويمزو وكوهين (Cohen, 2008) الارتفاع الواضح والنقلة الكبيرة للإصابة باضطراب التوحد من 4 أطفال لكل 10000 حالة قبل ثلاثين سنة إلى حالة بين 100 حالة إلى العوامل والأسباب التالية:

- الانتقال من تصنيف التوحد كمنفعة إلى تصنيفه كاضطراب يحدث ضمن نطاق.
- زيادة الوعي باضطراب التوحد من قبل المختصين سواء التربويين أو الأطباء على حد سواء.
- إضافة فئات جديدة إلى اضطرابات طيف التوحد، كعلاجة النمائية غير المحددة.

كما وضع مونرو (Munro, 2003) أن زيادة أعداد المصابين بالتوحد تعود للأسباب التالية:

- تقديم الخدمات التربوية للأفراد المصابين بالتوحد يمتد طوال حياتهم، ويشمل ذلك الحالات اللاتي تم تشخيصها سابقاً، والحالات المكتشفة حديثاً.
- انخفاض نسبة الخطأ في تشخيص التوحد.
- تطوير أدوات قياس وتشخيص خاصة بالتوحد، تمتاز بدرجة عالية من الصدق والثبات.
- التدريب المكثف للكوادر المتخصصة في مجال الكشف والملاحظة السلوكية.

### « الأسباب ونسبة الانتشار »

(3 -- 4) المبررات التي يمكن أن تكون مسؤولة عن الزيادة الواضحة في التوحّد:

1. تعريف اضطرابات العطف التوحدي أوسع الآن مما كان عليه في الأصل أي حكمًا وصفه طائر يانغ "توجد مثلوني مبكر".
2. هناك زيادة في الوعي للحالات.
3. تعدد أدوات التشخيص الأحدث دقة.
4. عدم الاتفاق على صحة المعايير التشخيصية.
5. استخدام مصطلحات مختلفة لوصف نفس الظاهرة والمستخدم من قبل مختصين مختلفين في:
  - الطب النفسي.
  - علاج النطق والكلام.
  - العلاج الوظيفي.
  - علم النفس.
6. تباين مستوى خبرة الإسكولنيكيين ومختصي القياس والتقويم.
7. تشخيص العديد من الناس الذين تم تشخيصهم على أنهم مصابون باضطرابات العطف التوحدي على أنهم معاقين عقلياً، أو يلهاء، أو مصابون بالضمام، الخ.
8. هناك زيادة حقيقية، ولكن دون أسباب معروفة حتى الآن.

(الإمام والبرهان 2010 - ب)



## الفصل الرابع

### التطبيقات المفصلة للتوحيد

- 1- 4) مقدمة.
- 2- 4) التطبيقات المفصلة للتوحيد.
1. نظرية العوامل النفسي.
2. النظرية الفصائية البيولوجية.
3. نظرية العقل.
4. نظرية ضعف الأداء الوظيفي.
5. نظرية ضعف التماسك المركزي.
6. نظرية التفاعلات والتكامل.
7. التوحيد نوع متطرف من نظرية التمازج البدئي.
8. نظرية الإدراك الحسي.
9. نظرية الذات المجردة.



## الفصل الرابع النظريات المفسرة للتوحد

### (4 - 1) مقدمة:

لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قاطعية حول السبب المباشر.

للتوحد، رغم أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد الإصابة بين التوائم المتطابقة أكثر من التوائم غير المتطابقة، ومن المعروف أن التوائم المتطابقين يشتركان في نفس التركيبة الجينية. كما أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير التردد المغناطيسي (PET، MRI)، وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبه المخ مع وجود اختلافات واضحة في المخ، بما في ذلك حجم المخ وفي عدد نوع معين من الخلايا المسمى خلايا بيركنجي، ونظراً لأن العامل الجيني هو المرضع الرئيس لأن يكون السبب المباشر للتوحد، فإنه تجرى في الولايات المتحدة بحوث عمدة للتوصل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب.

### (4 - 2) النظريات المفسرة للتوحد:

#### 1) نظرية العامل النفسي:

كانت النظرية السائدة خلال الأربعينات وحتى نهاية الستينات نظرية العامل النفسي للإصابة بالتوحد (Heflin & Alaimo, 2007) والتي تعتبر بأن التوحد يحدث بسبب إهمال الوالدين رعاية أبنائهم وعدم الاعتناء بتربيتهم، ويعتبر المحلل النفسي Bruno Bettelheim من المؤيدين لهذا الاتجاه والذي استخدم مصطلح الأم الباردة عاملياً Refrigerator Mother، ولا شك في أن ذلك الوصف كان وصفاً غير ملصق، وأضاف المزيد من العيب والشعور بالذنب على ما

يواجهه أولياء الأمور وتحديداً الأمهات من صعوبات في التعامل مع أطفالهن المتأخرين بالتوحد.

(الشماسي، 2004-1)

وبإضافة لهذا التصدد يشير برونو بتلهيم Bruno Bettelheim أنه قد ساهمت في الستينات والسبعينات نظرية الأم الفلاجة والتي تسببت في إلقاء باللوم على الآباء، بالتسبب في وضع أولادهم في حالة توحد، واهتم بتلهيم باحتمال أن يكون الطفل ذو التوحد ذكياً، ولكنه السحب من الاتصال الاجتماعي بسبب أحداث مؤثرة حدثت في البيئة من حوله، أو عتست البيئة بالعزلة الاجتماعية وخاصة الانقراض للرعاية الدافئة من أحد أو كلا الوالدين.

(Bettelheim, 1976)

والم يشهد بتلهيم ولا أتباعه أي دليل لدعم هذه النظرية نفسية المنشأ في تفسير سبب الإصابة بالتوحد، وبعد العديد من سنوات إلقاء اللوم على الآباء كسبب لانسحاب أطفالهم وعزلتهم، تمت تبرئة الآباء عندما أظهرت الأبحاث الجديدة سطحية هذا التهج والأذى الاجتماعي النفسي الذي يمكن أن يتسبب فيه.

ومنذ ذلك الوقت، كان هناك العديد من المحاولات لتفسير أسباب التوحد ينبثق منها عدد من النظريات التشخيصية، ولا تفسر هذه النظريات التوحد، بل كانت شكل واحدة ملها قدرة على إلقاء الضوء على بعض جوانب الحالة ولكنها تقصر في تغطية جميع الخصائص.



إن نشوء هذه النظرية يعود الفضل فيها إلى بيرنارد ريملانـد Remland الذي اتخذ موقفاً رافضاً تجاه نظرية العامل النفسي ودحض هذا الاعتقاد .

(المزيد من 2010)

ويعتبر ريملانـد Rimland صاحب أول كتاب علمي حول التوحد حيث أوضح فيه الاضطراب ومضامينه كـنظرية عصبية في السلوك ودحض فيه الفكرة القائلة بأن التوحد ينتج عن انماط سيئة من الأبوة والأمومة، وشجع العاملين على التعامل معه بوصفه اضطراباً عصبياً بيولوجياً .

(المخطيب والحديدي، 1997)

وقد لعبت النظرية العصبية دوراً بارزاً في تفسير اضطراب التوحد فقد أشار بعض الباحثين إلى أن المشكلات المرتبطة بالتوحد تكمن في القدرة على التخطيط وتوزيع الانتباه والتجاوب مع المواقف غير المألوفة والجديدة ناتج عن ضعف شبنة الدماغ ووظيفته، كما أشارت إلى أن صعوبات التواصل والتفاعل الاجتماعي وعدم القدرة على الانتباه وضعف الذاكرة كلها ناتجة عن خلل يصيب مناطق محددة في النظام العصبي المركزي.

(صديق، 2005)

وتعمد النظرية البيولوجية حدوث التوحد إلى خلل في الدماغ نتيجة لعامل أو أكثر من العوامل البيولوجية كالجينات أو صعوبات فترة الحمل والولادة أو الالتهابات الفيروسية.

وحتى الآن ونتيجة لتعدد من الدراسات التي أجريت على التوائم والدراسات الأسرية التتبعية اكتشف العلماء أن الجينات تلعب دوراً مهماً في حدوث هذا الاضطراب. وإذا تم تشخيص ماثل بالتوحد فإن احتمالية إصابة أحد أخوان هذا

الطفل بأحد اضطرابات طيف التوحد أكثر بعشر مرات من الحالات الأخرى، كما  
لعب العوامل البيئية دوراً ثانوياً في ظهور اضطراب التوحد. ولقد أظهرت الدراسات  
بان الأسر التي لديها أطفال يعانون من التوحد غالباً ما يكون لدى أفرادها مشاكل  
شمية أخرى والتي قد تتضمن تأخر اقوي أو صعوبات تعلم أو قلق.

(American Academy of Paediatrics, 2006)

### 3) نظرية العقل،

لوحظ أن الأفراد الذين يعانون من التوحد يجدون صعوبة في إدراك الحالة  
العقلية للآخرين (Frith, 1993)، ويقترح بارون كوهين أن الخاصية الأساسية في  
التوحد هي عدم القدرة على استنتاج الحالة العقلية للشخص الأخر، وفي حالة  
العناية من التوحد الشديد، قد لا يمتلك الأطفال ذوي التوحد مفهوم العقل  
إطلاقاً، ولقد أطلق على هذا العجز "نقص نظرية العقل" أو "عسر العقل"، ومن  
الجدير بالذكر أن نظرية العقل تتطلب نظاماً تشبيهاً، وهذا يساعد على إعداد  
رسم بياني أو خريطة للحالة العاطفية للآخرين، بطريقة مختلفة عن طريقة  
التقاط مشاعرهم مباشرة.

ونظرية العقل، تعرف على أنها القدرة على استنتاج الحالات الذهنية  
للأشخاص والمتعلقة بأفكارهم ورفياتهم ونواياهم وكذلك القدرة على استخدام  
هذه المعلومات لتفسير ما يقولون وفهم سلوكهم والتنبؤ بما سيقولونه لاحقاً .

(مندق، 2005)

وتفترض هذه النظرية أن بعض صفات التوحد وخصوصاً الاجتماعية  
والتواصلية ناجمة عن تأخر في تطوير نظرية العقل لدى الذين يعانون من التوحد  
يقدر لا يسمح لهم بالتفكير بالنوايا والرفيات والمشاعر وفهم وتفسير سلوك الآخرين  
والتنبؤ به، حيث تفسر أن العجز الاجتماعي ناتج عن عدم مقدرة الذين يعانون من  
التوحد على فهم الحالات العقلية للآخرين وقراءة أفكارهم.

#### «التحريات المنسرة للتوحد»

إن نظرية العقل قد ازدادت شعبيتها بين الأخصائيين الذين يعملون مع التوحديين، ولأنها خلقت بـ تفسير لتطور التوحد، أثبتت هذه النظرية:

1. أنها مقبولة جداً عند تطبيقها في المجال التطبيقي مع المصابين باضطرابات الطيف التوحدي (ASDs).
2. وهي تعطي الأخصائيين والآباء تفسيرات لما يمكن بدونها أن يظهر على أنه سلوكيات شبيهة.
3. فكما أنها توفر أفكاراً حول طريقة معالجة هذه المشكلات.

وما يطلق عليه نقص نظرية العقل لدى الأطفال التوحديين يعني تفسيراً مختلفاً لعناد مقصود، ويتبني بضرورة تفسير النوايا والانفعالات بشكل واضح.

ويمكن أن يساعدنا نقص نظرية العقل في التعرف على نواحي سوء الفهم ليس فقط بين التوحديين وغير التوحديين، ولكن أيضاً بين أولئك الذين لديهم خلفيات وخبرات مختلفة، مثل الأخصائيين الذين يتعاملون مع الأطفال التوحديين وممثلاتهم وآباء الأطفال المصابين باضطرابات الطيف التوحدي، أو آباء الأطفال التوحديين ذوي الأداء العالي.

#### (4) نظرية ضعف الأداء الوظيفي:

يعرف الأداء الوظيفي على أنه القدرة على التحكم بالأفعال والتي قد تكون على شكل مهارات حركية، والثناء ومشاعر، وعلمياً فهذه النظرية فإن التفسير المنطقي لسلوكيات الأطفال الذين يعانون من التوحد هو عدم القدرة على تخطيط الأفعال ونقل الانتباه والتي تعتبر مهارات أساسية في القدرة على التحكم بالأفعال.

وهذه نظرية أخرى تبحث عن عجز جوهري في التوحد أدائها أوزونوف (Ozonoff, 1995). ويعود الأداء التنفيذي إلى القدرة على تحرير العقل من الحالة الفورية والسياق الأني لتوجيه السلوكيات من خلال نماذج عقلية وتمثيلات داخلية، ويشمل هذا التخطيط والتنظيم وتوجيه التقدم نحو هدف ما، وإتباع منهج

## «الفصل الرابع»

ميرن في حل المشكلات، وقامت أرونوف بدراسة العجز في الأداء التنفيذي في التوحد ووجدت أن الخصائص السلوكية للتوحدين في هذا المجال تشبه إلى حد كبير الخصائص السلوكية لأفراد يعانون من تلف في القسم الصدغي من الدماغ وهم بالفين، واقترح بينمونت (Belmonte, 1997) أن العجز لدى هؤلاء الناس لا يشمل القدرة على الفهم فقط، ولكنه يشمل أيضاً القدرة على التمييز، ويمكن أن تفسر نظرية الأداء التنفيذي، وبسهولة، نقص التروية والتصلب وعدم المبالغة اللذين نراهما لدى الفرد التوحدي، والصعوبات التي يواجهونها في التخطيط، والمشكلات التي يواجهونها في البدء بقيام عمل ما وإثباته ولكن مثل هذا العجز في الأداء التنفيذي ليس مقتصرًا على التوحد، ونتيجة لذلك، لا يمكن اعتباره جزءًا خاصًا بالتوحد.

قدم أوزونوف وكاتكارت (Ozonoff & Cathcart, 1998) وصفاً لتأداء التنفيذي حيث اعتبروه كبناء معرفي في وصف السلوكيات التي يكون مسئولاً عنها الجانب الأمامي من الدماغ، وتشمل هذه السلوكيات:

- التحكم بالاندفاع والتروي Impulse Control.
- منع الاستجابات Inhibition of Responses.
- التخطيط والصيانة Planning and Maintenance.
- مرونة الفكر Flexibility in Thought.
- مرونة العمل Flexibility in Action.

وقد يفسر العجز في الأداء التنفيذي في التوحد العديد من الأعراض التوحدية، فعلى سبيل المثال، يبدو وكما يقول تيرنر (Turner, 1999)، أن العجز في معالجة الكلمات يرتبط بعدم القدرة على إيجاد نمذج ذاتية بواسطة الذات، وهذا يعني عدم القدرة على التنفيذ، وحول اللعب الرمزي في التوحد، استنتج أن العجز يمكن في الأداء وليس في الكفاءة.

## 5) نظرية ضعف التماسك المركزي:

لنذكر فيرث (Firth, 2003) انه وبلا محاولة لتفسير الخصائص "فيرث الاجتماعية" للتوحيد، (والتي قد تفسر نقص نظرية العقل) انشأت يوتا فيرث (1989 - 2003) نظرية الترابط النطاسي المركزي الضعيف " في التوحيد والتي تركز على الفروق المعرفية (مكلا من مواطن المعجز والقوة) في التوحيد، وهي تقترح وجود ما يسمى "نزعة داخلية" في النظام المعرفي السوي لتشكيل تماسك عبر أوسع مدى ممكن من المثيرات وتعميمها على أوسع مدى ممكن من السياقات ومقارنة مع ذلك، يفترض التوحيديون لهذا الشكل من الترابط، " وتنتها النظرية بأن التوحيديين سوف يعانون من عجز في دمج المعلومات على مستوى أعلى من المعلومات الكلية، وهذا يعني أن أنا هم سوف يكون جيدا في اختبارات " النماذج الأساسية"، ولكنهم يجدون صعوبة في رؤية " الصورة الكلية". وتعتقد فيرث، 1988/2003 أن نظرية الترابط المركزي الضعيف تفسر الأجزاء التمهيدية من القدرات في التوحيد ويمكن ذلك عدم القدرة في التمييز على المعلومات ذات العنى وتجاهل ما ليس له علاقة مما يؤدي إلى عدم القدرة على تقويم ما ليس له معنى؛ وثروية معنى ونظاما في شكل شيء.

(Cohen, 2008)

وقام هايبي (Happe, 1999) بتطوير نظرية الترابط المركزي الضعيف بشكل أوسع من طريق استنتاجه بأن الترابط المركزي قد يشكل سلسلة الأسلوب المعرفية التي تبدأ من "ضعيف" إلى "قوي" حيث يتم تصنيف التوحيديين في درجة "الضعيف".

ويرى المؤلف أنه وطبقاً لتلك النظرية فإن الأطفال الذين يعانون من التوحد يجدون صعوبة في تكامل المعلومات لعمل صورة كلية مترابطة، حيث يقومون عوضاً من ذلك بالتركيز على جزء من الصورة، لتركز النظرية عموماً على الفروق المعرفية لدى أطفال التوحد وهي للفرح وجود ما يسمى نزمة داخلية في النظام المعرفي العوي لتشكل تماسك غير أوسع مدى ممكن من الخبرات وتعميمها على أوسع مدى ممكن من السياقات حيث يفكر أطفال التوحد بهذا الشكل من الترابط.

#### 6) نظرية التعاطف والتنظيم:

وتفسر هذه النظرية الصعوبات التواصلية والاجتماعية التي يعاني منها أطفال التوحد بتأخر وصوليات، في التعاطف مع الآخرين، كلما أقصر نقاط القوة لتلك الفئة بالمهارات المتميزة في التنظيم، وفيما يتعلق بنمو الطفل، نجد أن التفاعلات العاطفية تظهر في وقت أبكر من المخططات الحركية الحسية التي اقترحها بياجيه Piaget، وأنها مجسبات أساسية تستخدمها لفهم ووضع مفاهيم وثائية رمزية لخبراتنا عن العالم، كلما اقترح جرينسبان أيضاً أن معظم أطفال التفكير الجرد تستند على الإنجازات للخبرات العاطفية الشخصية. ويمكن القول أن المعجز النفسي الجوهرية في التوحد قد يتضمن بذلك عدم القدرة على ربط العاطفة -- البنية -- مع التخطيط الحركي وتسلسل القدرات وتشكيل الرموز.

(Crollick; Mancil & Stopka, 2006)

## 7) التوحد نوع متطرف من نظرية الدماغ الباليغ:

يقترح بارون كوهين بأن التوحد الذي ينتشر أكثر بين الذكور يمكن أن يكون نسخة متطرفة من الدماغ الباليغ الذكري والذي يتمتع بقدرة تنظيمية جيدة وعدم قدرة على التواصل مع الآخرين، فسي كتايه<sup>2</sup> الفرق الأساسي اقترح بارون كوهين نظرية مثيرة للجدل بأن التوحد يمكن فهمه كتلمسقة متطرفة من دماغ المنكور. وهو يميز بين خاصيتين معرفيتين مختلفتين ما بين معظم الرجال والنساء:

- التأسيد؛ وهو نوع من الذكاء الذي يستخدم لفهم الناس (وهي خاصية أنثوية).
- التنظيم؛ وهو نوع من الذكاء الذي يستخدم لفهم الأشياء وكيفية عملها (وهي خاصية ذكورية غالباً).

وفي الوقت الذي يمتلك فيه معظم الناس كلتا الخاصيتين، تقترح بعض الدراسات أن النساء تبدو عاطفيات أكثر من الرجال، ومن ناحية أخرى، فإن الرجال يكونون عادةً أفضل نوعاً ما في فهم الأنظمة - - مثلاً: هم أفضل قليلاً بالرياضيات والأعمال الهندسية وتكنولوجيا الحاسوب - -، وبالنسبة لبارون كوهين، فإن التوحد - - الذي ينتشر أكثر بين الذكور - - يمكن أن يكون نسخة متطرفة من الدماغ الذكري، حيث توجد قدرة تنظيمية جيدة وعدم القدرة على التواصل مع الآخرين.

كما يذكر الإمام والجوانده (2010 - ب) مجموعة من النظريات المصرة

لحدوث سلوكيات التوحد ومنها:

حيث تشرح هذه النظرية بان التوحد سببه إصابة في الدماغ تؤثر على واحدة أو أكثر من القنوات الحسية التي تجعل الطفل الذي يعاني من التوحد يدرك المدخلات الخارجية بطريقة مختلفة عن الطفل الطبيعي.

وقد ذكر إيريس (Ayres, 1989)، ان كارول ديلاكنو اقترح عام 1974 النظرية الحسية والحسية للتوحد والتي يمكن تلخيصها بما يلي:

- الأطفال التوحديون ليسوا مرضى نفسيين بل هم مصابين في أدمغتهم.
  - تسبب الإعاقات الدماغية اختلالاً إدراكياً تصيح فيه القنوات الحسية (البصر والسمع والتذوق والشم) شاذة في واحدة من الطرق التالية:
    1. **Hyper**: تكون القناة مفتوحة جداً، ونتيجة لذلك، تدخل كمية كبيرة جداً من التحيزات إلى الدماغ، وعلى الدماغ ان يتعامل معها بشكل مزعج.
    2. **Hypo**: لا تكون القناة مفتوحة بشكل كاف، ونتيجة لذلك، تدخل كمية قليلة جداً من التحيزات ويكون الدماغ معاقاً.
    3. **الضوضاء البيضاء White Noise**: تخلق القناة مثيرها الخاص بما بسبب عملياتها غير الفعالة، ونتيجة لذلك، تتقلب الضوضاء الموجودة في الجهاز على الرسالة من العالم الخارجي.
  - وتعتبر السلوكيات الحسية المتكررة للطفل التوحدي **sensorism** محاولة منه لجعل القنوات الحسية المتأثرة طبيعية.
- ولعدم الوعي الكافي بماهية التوحد، تم تجاهل هذه الأفكار - وبشكل غير مبرر - من قبل الباحثين، ومع ذلك، استمر البحث.



تفترض هذه النظرية بأن العموييات التي يعاني منها أطفال التوحد ناتجة عن مشاسكل في خبرة الذات مما يشكل صعوبة لهؤلاء الأطفال في الاستفادة من الأحداث التي يشتركون فيها مع الآخرين... فهي تطور فكرة ككارل الأصادية بأن التوحد "اضطراب في الاتصال العاصدي" ينعكس في "مدم للهرة الأندمال على التواصل مع الناس والأوضاع بالطريقة العادية منذ بدء حياتهم".



## الفصل الخامس

### التوحيد.. الخصائص والسمات

- 1- 5) متقدمة.
- 2- 5) العلامات الأولية للتوحيد.
- 3- 5) خصائص وسمات الأفراد الذين يعلنون من للتوحيد.
1. التواصل اللغوي وغير اللغوي.
2. لتفاعل الاجتماعي.
3. التمسك والالتصاقات.
4. الخصائص المعرفية.



## الفصل الخامس

### التوحد .. الخصائص والسمات

(5 - 1) مقدمة:

يظهر الأطفال الذين يعانون من التوحد تنوعاً كبيراً في خصائصهم وسنوساتهم ومهاراتهم وقدراتهم الوظيفية واحتياجاتهم التربوية وتختلف باختلاف أعمارهم وتطورهم النمائي، فهم مجموعة شير متجانسة من حيث الخصائص والسمات، والتي تتفاوت من حالة إلى حالة أخرى، فقد يلاحظ ظهور بعضها لدى طفل معين، ويظهر عند طفل آخر بعضاً آخر من هذه السمات، ويبدو التفاوت في القدرات الإدراكية والتطور اللغوي من حيث الدرجة والشدة بين طفل وآخر، ومع ذلك، فإن هناك عدداً من الخصائص العامة التي يشترك فيها جميع الأطفال التوحديين، وهذه الخصائص هي التي تساعد الاختصاصيين في تشخيص هذا الاضطراب.

(5 - 2) العلامات الأولية للتوحد:

يوضح المعهد الوطني للتوحد (National Autism Center. 2009) مجموعة من العلامات الأوتية المحتملة التي قد تدل على أن الطفل من المرضى بخطر الإصابة بأحد اضطرابات طيف التوحد وهذه العلامات هي:

1. عدم قدرة الطفل على إنتاج جمل من كلمة واحدة قبل عمر السنة والنصف.
2. عدم قدرة الطفل على إنتاج جمل من كلمتين قبل عمر سنتين.
3. عدم الاستجابة عند مخاطبته باسمه.
4. فقدان المهارات اللغوية والاجتماعية خلال السنوات الأولى من العمر.
5. تجنب التواصل البصري.
6. عدم انبساط أو التناشير أو استخدام الإيماءات بشكل وظيفي خلال السنة الأولى من العمر.

7. يبدو لدى الطفل عدم القدرة على اللعب بشكل صحيح.
8. ترتيب الألعاب بطريقة متوترة.
9. متعلق بدمية معينة أو مجسم أو شيء محدد.
10. لا يتسم استجابة لتبسم الآخرين.
11. يتصرف بشكل أصم.

(Exkorn, 2005)

### (5 - 3) خصائص وسمات الأقران الذين يعانون من التوحد:

حدد روتر بعد مراجعة الأدب المتعلق بالتوحد الأعراض المميزة للأطفال التوحديين قليلة العدد لدى غير التوحديين بإعاقه في العلاقات الاجتماعية وتأخر في النمو والسلوك النمطي والحفاظ على التماسك، حيث تبنى الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث هذه الأعراض.

(الزيجات، 2010)

حيث يظهر الكثير من جوانب العجز لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد بعدد من الصفات والخصائص المرتبطة بالتواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي والنمو العرقي والسلوك النمطي والاهتمام والأنشطة، والتي يمكن توضيحها فيما يلي:

#### 1) التواصل اللفظي وغير اللفظي:

يعاني الأطفال المصابون بالتوحد من عجز واضح في التواصل اللفظي وغير اللفظي، فتعد اللغة واحدة من المحركات الأساسية في عملية تشخيص اضطراب التوحد، كما تعد اضطرابات التواصل لدى الطفل الذي يعاني من التوحد من العلامات الأساسية المركزية التي تؤثر سلباً على مظاهر نموه الطبيعي وتفاعله الاجتماعي، وتشمل اضطرابات اللغة والتواصل لدى أطفال التوحد كلاً من

### «التوحد... الخصائص والسمات»

التواصل اللفظي وغير اللفظي، فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن ما نسبته 50% من أطفال التوحد لا تتطور لديهم قدرات لغوية تيسيرية حيث يتم وصفهم بأنهم صامتون أو غير تامثلين، فعوضاً عن اللغة المنطوقة أو الإيماءات المباشرة قد يقوم الطفل المصاب بالتوحد بسحب يد البالغ لما يريد فهو يستخدم أفعالاً كضغطة.

(Wetherby & Prizant, 2005)



كما أشار عدد من الباحثين إلى أن الصعوبات التواصلية التي يعاني منها أطفال التوحد تشمل المشكلة الأساسية في التوحد في حين تشمل الصعوبات السلوكية العناصر الثانوية لهذا الاضطراب، وعادة ما يتم الاتصال بين الأفراد في المجتمع بشكل متواصل وواضح وبكفاءة لذلك فإنه يؤدي في الأغلب إلى توصيل الرسائل المطلوبة أيضاً إلى الآخرين، مما سيؤدي إلى وجود أرضية مشتركة بين عدد من الأفراد، لديهم القدرة على التعبير عن احتياجاتهم ومتطلباتهم وتحقيقها بما يتناسب وطبيعة التفاعل الاجتماعي في المواقف المختلفة التي يمر بها الفرد.

(سديق، 2005، حمزة، 1982)

ومن أهم المشكلات التي يمكن ملاحظتها في هذا الجانب:

- يوجد لدى أطفال التوحد صدم رغبة أو فضول المرغبة في التواصل مع الآخرين، فلا نجد لدى طفل التوحد الاستعداد لأن يتواصل مع شخص آخر بغض النظر أحياناً عن درجة القرب منه دون تحقيق احتياجاته الأولية.
- هناك درجة شديدة من عدم القدرة على التعبير عن احتياجاته أو متطلباته، ويعتقد نقل الخبرات التي يمر بها، ولكن بسببه عدم وجود طرق للتواصل مع الآخرين، فإننا نلاحظ أن مثل هذه الاحتياجات مادة تأخذ مستوى أقل من الاهتمام لدى الطفل بسبب الصعوبة في نقلها إلى الآخرين من خلال عدم القدرة على التواصل معهم.
- يمكن لبعض أطفال التوحد أن تصدر منهم تعابير حقيقية حول موقف اجتماعي، ولكن ذلك لا يمكن اعتباره جزءاً من التواصل أو التبادل الاجتماعي، لأنه في بعض الأحيان لا يكون متصلاً بشكل مباشر في المحيط الاجتماعي للطفل التوحدي.
- بعض الأطفال، أو الكبار منهم والذين لديهم قدرة على التحدث والقدرة على التعامل ليس لديهم القدرة على توظيف الكلام في محادثة حقيقية والفعي، فهم يمكن أن يسألوا سؤالاً تكرارياً، أو أن لديهم الرغبة بشكل مستمر في ترك المحادثة مع الآخرين.
- مادة لا يهتم أطفال التوحد كثيراً بتطوير أساليب التواصل اللفظية مع الآخرين بعكس ما يقوم به الأطفال العاديون من محاولة جذب انتباه الآخرين لهم من خلال القيام بحركات في الجسم أو الوجه بهدف لفت الانتباه لهم والحصول على معزز اجتماعي تقابتهامة الآخرين لهم أو التعبير عن غضبهم أو عدم رضاهم والحصول على تغذية راجعة من الآخرين. (Jordan, & Powell, 1995). وتكون في حال الأطفال التوحديين يعد ذلك متفراً مثل عدم تقبلهم لمس الآخرين أو التواصل اللفظي معهم حيث إنهم في أغلب لا يدركون معنى الأنشطة التي يحاول الآخرون القيام بها



## «التوحد... الخصاص والسمات»

معهم، وخاصة استخدام الإشارات بهدف التفاعل الاجتماعي أو التعبير عن المشاعر بطريقة شس الآخرين.

- كما نلاحظ بالاحتمال أن أطفال التوحد لا يستخدمون التواصل اللفظي، حتى في حال وجوده عند البعض منهم، لمشاركة الآخرين من الأصدقاء أو الكبار، وليس لديهم القدرة على الاستماع لفترة طويلة لشخص آخر يقوم بالقراءة، وفهم ما يعنيه الآخرون من وراء حديثهم

(Patricia ;Baron-Cohen & Julie, 1999)

إن مثل هذه المشكلات تظهر لدى أطفال التوحد في مجال التواصل الاجتماعي مما يؤدي إلى نتائج سلبية، ويؤثر بشكل مباشر في استمرارية تفاعل الطفل التوحدي مع الآخرين، ويؤدي في الأغلب إلى الانسحاب والعزلة، ومن ناحية أخرى فإن هناك العديد من أنماط اللعب التي تعتمد على التواصل مع الآخرين يصبح من الصعب على الطفل التوحدي القيام بها أو تعلمها نتيجة عدم القدرة على التواصل مع الآخرين بالقدرة الذي يسمح له بتعلم تلك الخبرات أو اكتساب أنماط من اللعب الإيجابية التي تساعد في تطوير علاقته مع الآخرين وزيادة فرص التفاعل الاجتماعي.

(Preis, 2006)

هذا ويعتبر مجال الاستخدام اللفظي Pragmatic والضرورات Semantics أكثر المجالات اللفظية تأثراً عند التاملين من الصابين بالتوحد، ويمكن تلميح الخصائص اللفظية التي تظهر عند الأطفال الناطقين من الأطفال الصابين بالتوحد على النحو التالي:

- محادثة قصيرة جداً.
- صعوبة في البدء في المحادثة أو الاستمرار فيها.
- استخدام مدى محدود من وسائل الاتصال، حيث يركز على وظائف لغوية محددة، مثل الاحتجاج.

- صعوبة في التوجه بين الشكل والمحتوى فعلى سبيل المثال استخدام كلمة في غير موضعها ستستخدم بكلمة مرشحاً هذه الانعريف.
- عكس الضمائر Pronoun Reversal، والتي يعزوها كحل من روتروني سكاولر ولورد (Rutter, Lo Couteur & Lord 2003) (تت خاصية Echolalia)، حيث يواجه الأفراد التوحد صعوبة في استخدام الضمائر، فبعضهم يستخدم الضمير (أنت) بدلاً من الضمير (أنا)، أو أنهم قد يستخدمون الضمير للدلالة على الموافقة، فقد يقوم المعلم بسؤال الطفل: هل تريد السباحة اليوم؟ فيجيب: أنت تريد السباحة اليوم، بمعنى: نعم أنا أريد السباحة اليوم. كما أوضحوا أن عكس الضمير يعكس رفض الأطفال لوجودهم، وهو نتيجة لخاصية التردد.
- جعل روتينية، حيث يتبع الطفل روتيناً معيناً في كلامه.
- صعوبة في تغيير الأسلوب حيث يجد الطفل انصباب بالتوحد صعوبة في تغيير أسلوب الحديث مع تغير الأشخاص فعلى سبيل المثال عندما يتحدث مع والده أو مع ممرسه يجد صعوبة في تغيير أسلوب حديثه.
- صعوبات في فهم مشاعر الآخرين، يواجه الأفراد الذين يعانون من التوحد مشكلات شديدة في الحديث مع الآخرين عن أفكارهم، فهم يستطيعون فهم ماذا يرى الآخرين مثللاً ولكن يجدون صعوبة هائلة في القدرة على تقدير أفكار الآخرين، وهذه الصعوبة تظهر من خلال استخدام قصص الخمر، كما أنهم يواجهون مشكلات في فهم وتفسير مشاعر الآخرين والتنبؤ بها وخصوصاً المعقدة منها كالارتباك أو المشاجرة، ولكن الصعوبة هنا في عدم مقدرتهم على فهم التعبيرات الانفعالية المناسبة كالتبسمات وتغيرات الصوت وتعبيرات الوجه، ولأن أفراد التوحد غير قادرين على فهم مشاعر الآخرين وطرق تفكيرهم فإن ردود فعل الناس تبدو لهم مزعجة وبغالباً ما يفشل الأفراد الذين يعانون من التوحد في فهم الخلق في مواقف الحياة الاجتماعية وذلك بسبب عدم مقدرتهم على فهم طرق تفكير الآخرين، والنفسيون يرجعون هذه الصعوبات إلى عدم القدرة على تطوير نظرية الأفكار أو العقل مما قد يخلق مشكلات سلوكية في الحياة.

### «التوحد.. الخصائص والسمات»

- عدم القدرة على استعادة الكلمات من النسيئة.
- عدم رغبة أو فقدان الرغبة في التواصل مع الآخرين.
- ضعف في العلاقات التي تربط بين المعاني (العلاقة بين الكلمة والكلمة، العلاقة بين الصوت والصوت).

(Fogt ; Miller & Zirkel , 2003)

- إعادة كلام المتحدث أو ترديد الكلام؛ حيث يقوم أفراد التوحد بترديد بعض الكلمات عند سماعها فوراً Immediate Echolalia أو ترديد لبعض الكلمات أو الأسماء في وقت لاحق Delayed Echolalia وكما التوحد يستخدم كشكل لسلوك إثارة الذات.

وهذا لا يند من التتوييه إلى أن معظم الأطفال الطبيعيين قد يستخدمون خاصية التريده، لذلك من المهم جداً أن نحدد فيما إذا كانت هذه الخاصية خارجة عن المدى الطبيعي، والغاية الناجمة المستخدمة هو أن الأطفال الطبيعيين تتوقف هذه الخاصية عندهم عند عمر الثلاث سنوات تقريباً، أما أفراد التوحد فإنها تتجاوز هذا العمر مما يدل على أنه غير طبيعي (Baron-Cohen & Bolton, 1993)، وترتكز الجهود التي قام بها بلايستد (Plaisted, 2001) على توظيف هذه الظاهرة للاستفادة منها لظوراً أو اجتماعياً وهذا منافع للذين يتوحدون بأن خاصية التريده ليس لها معنى. وتظهر هذه الخاصية عند أكثر أطفال التوحد ذوي القدرات اللغوية المنخفضة، وتظهر أكثر في المواقف التي لا يشعرون فيها بالقلق والإثارة.

وقد اشار جارديان (Jardan, 1995) المشار اليه في (يحيى 2003) أن الطفل التوحدي يتصف بعدد من الخصائص اللغوية التي تميزه عن الطفل غير التوحدي وهي:

- عدم القدرة على استخدام اللغة في التواصل مع الآخرين اجتماعياً.
- التحدث بمعدل أقل بكثير من الطفل العادي.
- الضعف في القدرة على استخدام كلمات جديدة والاستمرار في إعادة نفس الكلمات.
- الاستخدام غير العادي للغة حيث نجد معظمهم يرددون الأشرطة بشكل متكرر (إلى حد مطلق بما يشغل بائهم
- تفتقر أصواتهم إلى النغمة أو التعبير ولا يفهم الإيحاءات ولا يستخدمها.
- لديهم ضعف ويطء في تطور اللغة.
- يستعملون كلمات تيس لها علاقة بالمعنى الذي يريدون توصيله.

كما يحدد الشمري (2000) أهم الخصائص اللغوية لطفل التوحد على

#### الضوء التالي:

- يتحدث الطفل التوحدي بمعدل أقل بكثير من الطفل العادي.
- لا يستطيع الطفل التوحدي استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي مع الآخرين.
- يواجه الطفل التوحدي صعوبة في فهم المشيرات التمييزية الرمزية وإدراكها.
- يستمر استخدام الطفل التوحدي لغة غير شادي حتى لو وصل إلى مستوى متوسط من التحصيل اللغوي.
- يواجه الطفل التوحدي صعوبات في توصيل الرسائل اللغوية ويستخدم نغمة ذات مستوى واحد مع عدم الترونة في رفع أو خفض نغمة النغمة.
- يعاني الطفل التوحدي من ضعف القدرة على استخدام أو استحداث كلمات جديدة ويستمر في إعادة وتكرار الكلمات التي سبق أن تعلمها بشكل نمطي.

## ❖ التوحد... الخصائص والسمات ❖

وحسد أرونز وجيتلسز (Aarns and Gittens, 1999) جوانب القصور

اللغوي عند الأفراد الذين يعانون من التوحد بالنقاط التالية:

- لا يظهرون اهتماماً مناسباً وثابتاً للأصوات رغم أن مفهوم طبيعي، بحيث يبدو أنهم فقط يستجيبون للأصوات ضمن اهتماماتهم فقط، في حين تكون الاستجابة بالغة المناسبة عند سماع التاكيد للأطفال أو أصوات الهدية الطعام عند فتحها .
- استيعاب ضعيف جداً واهتمام بديهي في التواصل ما عند الأشياء التي ضمن احتياجاتهم وبالتحديد ضمن اهتماماتهم .
- قلة التواصل البصري أو استخدام الإشارات والإيماءات، بل قد يشيرون أحياناً إلى الأشياء التي ضمن اهتماماتهم، ولتحكم على هذه الظاهرة يجب ملاحظتها مع مستوى النمو والتطور الطبيعي للشرء حتى نستطيع الحكم عليها أنها غير طبيعية بالنسبة للعمر الزمني .
- لا يظهرون ما يسمى سلوك الاهتمام المشترك Behavior Joint Attention الذي يعدّ ضرورياً للنمو الاجتماعي للأطفال في السنوات الأولى .
- غير قادرين على الاحتفاظة بالتواصل البصري أثناء المحادثة حتى عند الأشخاص الذين لديهم مهارات تواصلية جيدة .
- غير قادرين على استخدام الاستراتيجيات الفصاحية للكلام مثل تحريك الرأس أو لغة الجسد .
- مهارات التواصل الاجتماعي ضعيفة جداً، وهذا يعني عدم مقدرتهم على المشاركة المناسبة في حوار أو حديث .
- الأطفال الناطقون يميلون إلى التكلم مع الأشخاص الذين يشاركونهم في اهتماماتهم، فهم يدخون معهم بالتفاصيل خصوصاً عند التحدث عن أفلام الفيديو أو ألعاب الكمبيوتر .

## ﴿التواصل الخامس﴾

- بعض الأطفال الناطقين من أمثال التوحد يحاولون أن يقولوا أكثر مما يفهمون، وهذا قد يفسر الاستيعاب الضعيف لديهم نتيجة عدم الاستجابة التامة.
- غير قادرين على فهم اللغة المجازية وفهم السخرية والمزاح في الحديث حتى الأطفال البارعين منهم.
- الفهم الحرفي: فبعض الأطفال يشعرون في الاستجابة للاستدلالات والمعلومات المباشرة فقد يسأل المعلم أحد الطلاب: هل رأيت صندوق الطعام؟ فينظر إلى المكان ويقول: نعم، دون محاولة الإتيان به.
- التردد الشوري لكل الكلام الذي يسمعه أو جزء منه، أو التردد المتأخر، حتى إن بعض الأمثال قد يرددون بعض أناشيد الأطفال بالتخمة والإيقاع فضيهاً.
- يواجهون صعوبات في استخدام الضمائر (أنا، أنت)، كما يواجهون صعوبات في تلحظ الروابط في الكلام مثل (إلى، على) (فوق، تحت).
- لديهم صعوبات في فهم مفهوم الجنس (ذكر، أنثى) ويكثرتك مفهوم (هو، هي) حيث لا يستطيعون فهمها.

## ﴿التفاعل الاجتماعي﴾

يعتبر التصور في التواصل الاجتماعي من الجوانب الأساسية المعروفة للتوحد والتي ترتبط ارتباطاً وثيقاً باللغة (Heiflin & Alaimo, 2007)، فلا يطور الأطفال الذين يعانون من التوحد مهارات سلوكية اجتماعية مناسبة لهمهم الزمضي.



وتلعب مفاهيم مثل الحب والثقة والتعاطف لها أهميتها في عملية التفاعل الاجتماعي، حيث إنه لا بد من المشاركة في القيم والقيم والاتجاهات والاهتمامات حيث يميل الفرد في الوضع الطبيعي إلى الانجذاب إلى أولئك الذين لديهم الاتجاهات والاهتمامات نفسها وهذا يشكل عام ما يمكن القول منه أنه تفاعل اجتماعي بين الفرد والآخرين، يتأثر الفرد بمن حوله ويؤثر فيه بحسب موضوع التفاعل والطرق والأساليب المتبعة في التفاعل فيما بينهم.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك ميكانزمات لعملية التفاعل الاجتماعي منها التفسير الاجتماعي، والتكيف الاجتماعي، والحماسية والإيحاء، والتقمص، حيث إن مثل هذه الميكانزمات هي المنبثقة من تحرير الفرد ليتفاعل مع الآخرين في ضوء المواقف الاجتماعية التي يتعرض لها، بطريقة مقبولة وسهلة تجعله أكثر ثباتاً في التعامل مع الآخرين من حوله.

(Kathleen . 1995)

هذا هو حال الفرد في الوضع العادي، وضمن التطور الطبيعي يختلف جوانب الحياة الاجتماعية في مراحلها المختلفة من النمو فالفرد لديه القدرة على التعلم واكتساب المهارات الاجتماعية دون الحاجة لفهم عميق لكثير من الجوانب، فمثلاً يتفاعل الطفل الرضيع مع أمه بشكل عادي عند إطعامه أو استحمامه أو اللعب معه دون وجود مشكلات معقدة تحدث أثناء ذلك، وكذلك الحال في سن سنة يمر بها الطفل من مراحل التطور الاجتماعي منذ لحظة الولادة إلى نهاية العمر فهو يستطيع أن يأخذ دوره في الأسرة، ومع الأصدقاء وفي الدراسة، والعمل، وفي كل موقف يتعرض له ويحاول فيه أن يتكيف ليظهر بشكل مقبول لدى الجماعة.

ومن أهم المشكلات المرتبطة بالتفاعل الاجتماعي:

- ضعف في الإدراك الاجتماعي.
- الانعزالية أو العزلة الاجتماعية.
- التجنب الاجتماعي.
- واللامبالاة الاجتماعية.
- ضعف في العلاقات مع الأقران.
- التسلية.
- عدم القدرة على التقليد.
- السلوك غير المناسب اجتماعياً.
- النشاطات المحدودة.

(Williams, 1999)

وبناء عليه فإن الضعف الواضح في اللعب يمكن تفسيره من خلال الضعف في الأسس التي يعتمد عليها الطفل في طرق التعامل مع الآخرين والتفاعل غير الإيجابي وأنماط السلوكيات التي تصاحب التوحد، بحيث يفقد الطفل التوحدي العميد من الخبرات الاجتماعية.



### «التوحد... الخصاص والسموات»

ومن الجدير بالذكر أن الأطفال الطيرميون يطهرون مرجعية بالنظر إلى صيون الآخرين ومتابعاتهم بشرط التواصل والتفاعل، وبمكس هؤلاء الرضع فإن الذين تم تشخيصهم فيما بعد بالتوحد تم يتم وصفهم من قبل والديهم بأنهم يميلون إلى الامتناع عن الالتقاء البصري ويبدون اهتماماً بالأشياء دون الاهتمام بالأشخاص.

وفي عمر السنتين يظهر الأطفال الطيرميون تطوراً واضحاً في قدراتهم الاجتماعية من خلال الاستجابة لصوت شخص آخر حتى وإن لم ينادي على اسم ذلك الطفل، بينما لا يظهر الطفل الذي يشكك بأنه مصاب بالتوحد ردة فعل لذلك.

وعما يؤثر على تفاعل المصاب بالتوحد مع الآخرين الخلل في التواصل البصري، فنظرة العين مهمة في تطوير الانتباه المشترك والتي غالباً ما يعتبر أحد الصعوبات التي تواجه أطفال التوحد. وقد حددت مظاهر العجز الاجتماعي لدى أطفال التوحد في المظاهر الثلاثة التالية، العجز في إقامة علاقات اجتماعية، والعجز في التواصل مع الآخرين، والعجز في تبني مفهوم وتصور اجتماعي.

(Wheeler & Carter, 1998)

#### صعوبات التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد:

- ضعف في الإدراك الاجتماعي.
- عدم الاهتمام بالآخرين إطلاقاً.
- انعدام الالتقاء البصري أو الالتقاء بالنظرة الجانبية.
- الرهبة في اللمسة والوحدة.
- صعوبة في فهم مشاعر الآخرين أو التعبير عن مشاعرهم.
- عدم الالتفات لمصدر الصوت.
- خلل في الانتباه المشترك والمرجعية الاجتماعية.
- مشكلة في الارتباط مع الآخرين.

- عدم الاستجابة لطرق التعلم العليمية.
- انعدام الخوف من الأخطار.

(Kathreen , 1995 ; Rutter; Le Conteur & Lord 2003)

يتصف الأطفال التوحديون كما يشير غندويل (2000) بتأخر النمو الاجتماعي لديهم، ومن الصغر يلاحظ أن الطفل التوحدي لا ينسى علاقة ارتباط مع والديه وخاصة أمه، ومن الخصائص الاجتماعية للطفل التوحدي:

- صعوبة في النمو العاطفي بشكل عام.
- صعوبة في إثبات الانتماء الاجتماعية.
- الانسحاب من المواقف الاجتماعية.
- صعوبة إظهار أدنى قدرة من الاهتمام بوجود الآخرين، كما أنه لا ينظر أبداً في وجه أحد.
- صعوبة القدرة على تفسير مشاعر الآخرين من خلال التواصل غير اللفظي، فقد لا يدرك الطفل التوحدي أن الشخص الذي يتكلم إليه يبدو ضحكاً من حديثه على الرغم من أن وجهه هذا الشخص وتصرفاته تعبر عن ذلك.
- صعوبة في التقليد: حيث يعدّ التقليد من أهم المهارات اللازمة للتواصل الإنساني، وهو العملية الهامة لتأسيس نظام تواصل غير لفظي سليم، ويعدّ التقليد الحركي من المراحل الأولى للتواصل وتعليم الكثير من المهارات اللفوية والاجتماعية. ويواجه أفراد التوحّد صعوبة في تقليد الآخرين مثل تعبيرات الوجه وبعض الإيماءات التي تبدأ في المراحل الأولى من الحياة، ثم يليها تقليد أفعال معينة كما تصديق وهو يعدّ من المهارات الأساسية لتطوير السلوك الاجتماعي، كما يعاني أفراد التوحّد من ضعف في مهارات التقليد الحركي والإيمائي (Wing, 2001). وتبين الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من التوحّد يظهرون عجزاً في مهارات التقليد. وذلك لأن هؤلاء الأفراد لديهم اضطرابات في الانتباه والملاحظة والتي تعدّ متطلبات أساسية

### «التوحد... الخصاص والسمات»

للتقليد، ومن هنا ركزت البرامج التربوية على تنمية مهارات التقليد والانتباه باعتبارهما من المهارات التواصلية الضرورية للطفل.

(نصر، 2002)

- صعوبة في التخيل ومشاركة الآخرين، فإن الطفل التوحيدي يفقد القدرة على اللعب التخيلي حتى لو كان النمو اللغوي المعري لديه في المستويات المرتفعة.
- صعوبة في اللعب الاجتماعي.
- الرغبة في اللعب وحيداً.
- الالتصاق بأحد أفراد الأسرة بشكل غير عادي.
- يعتبر سلوكه الطفل التوحيدي محدوداً، وضيق المدى، كما أنه يشيع في سلوكه نوبات الشعالية حادة، وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات، ويكون في معظم الأحيان مصدر الإحراج للآخرين معظم أشكال السلوك لديه تكون بسيطة مثل تدوير قلم بين أصابعه، تكرار شك وريثم الحذاء.

(سليمان، 2001)

ويرى كحل من جويتا وبيترز (Gupta & Heads, 1996) أنه من الممكن في الوقت الحالي أن نقدم وصفاً سلوكياً فقط لحالات التوحد، وأن الملاحظ التربوية للتوحد يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

- الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للناس الآخرين، والذي ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم.
- الاحتفاظ بروتين معين.
- وتبقى هذه الملامح ملازمة لأطفال التوحد طوال حياتهم، ولكن غالباً ما يتم تنظيم البرامج التعليمية والتدريبية لهم، ولعدة إعدادات جيداً، لتصبح على إثرها هذه الملامح أقل شدة.

## «التواصل الخاص»

ويصنيف جيم وجريك (Jame & Gralik, 1994) أن الأطفال التوحديين يتصرفون بمجموعة من أشكال السلوك تشمل بعض أو كل أشكال السلوك الآتية، وهي تختلف من فرد لآخر من حيث الشدة وأسلوب التصرف:

- القصور الشديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين.
- القصور الشديد وفقدان القدرة على الكلام، حيث إن بعض الأطفال التوحديين يهسون عندما يريدون الكلام ويستمر ذلك لفترة من حياتهم، والبعض لديهم سرعة غير معنادة في الكلام، والبعض يتكلم بنغمة ثابتة دون تغيير، وبعضهم لا يستطيع إكمال حديثه على الإطلاق.
- الخوف الشديد، الذي لا يمكن إدرائه سببه، عند إحداث أي تغيرات بسيطة في البيئة.
- التأخر في قدرات ومجالات معينة، وأحياناً يصاحب التوحد مهارات عادية أو عالية في بعض القدرات الأخرى، مثل الرياضيات، أو الموسيقى، أو الناصرة.
- الحركات الجسمية الغريبة من مثل الهز المستمر للجسم، أو الرقرفة بالذراعين.
- تجنب النظر في عيون الآخرين.
- انشغال الزائد أو العمول.
- الإصابة بالصرع عند بعضهم (حوالي 25%) تقريباً عند البلوغ.
- إنشاء الذات لدى البعض منهم.
- الاستخدام غير المناسب للمب والأشياء.
- اللعب بشكل متكرر وغير معناد.

ويرى ونتر (Waltze, 1999) أن للمهارات الاجتماعية المهمة للطفل التوحدي والتي تسهم في زيادة التفاعل الاجتماعي تتضمن ما يلي:

- وجود تواصل بصري مناسب للطفل.
- تطوير فهم التواصل غير اللفظي.
- تعليم الطفل للألعاب الاجتماعي مثل المزاملات والقاء التحية والوداع.
- المشاركة الاجتماعية مثل المشاركة في اهتمامات الآخرين وتكوين صداقات.

## ❖ التوحد... القصص والسيدات ❖

وذكر (Klin 1993) أن الصفة الإكلينيكية الأساسية لاضطراب التوحد هي اضطراب عميق في العلاقات الاجتماعية تظهر في الشهور الأولى من حياة الطفل وسيتم عرض بعض ملامح الخصائص الاجتماعية:

### 1. العزلة الاجتماعية:

حيث يتفنن الأطفال التوحديون عزل أنفسهم عن الآخرين، ويتجنبون وقتاً قليلاً جداً بالقرب من آبائهم ومربيهم مقارنة بالاطفال العاديين.

### 2. العلاقة الوسيطة مقابل العلاقة التعبيرية:

أي أن الطفل التوحدي عندما يريد أن يتكلم ما يريد ما يريد يستخدم الآخرين كوسيلة للتعبير ما يريد كأنهم يمسك بيد فرد آخر ويضعها على الفم، أي يريده يحكي الطفل العادي الذي يصبر عن ما يريد.

### 3. النشل في فهم العلاقات بالآخرين والاستجابة لمشاعرهم:

لديهم فشل في فهم وإصدار الاستجابة الملائمة لمشاعر الآخرين، وأيضا نقص القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والسلوكيات أي نقص في فهم طبيعة العلاقات الاجتماعية.

### 4. غياب الدراية بمعرفة مشاعر وعواطف الآخرين:

حيث يعاني الأطفال التوحديون من نقص في إدراكه أو تمييز الحالة العاطفية للأشخاص، ويصانون من مشكلات في التعرف على مشاعر الآخرين أو التعرف على الحالات العاطفية الآخرين في المواقف الاجتماعية.

## 5. شهاب الدلالة الاجتماعية:

وهي عبارة عن شكل من أشكال السلوك الاجتماعي والذي يظهر لدى الطفل في عمر (7) شهور تقريباً، فإن الطفل العادي في هذه المرحلة عندما يجد شيئاً يتلمسه ويتفحصه ويبحث عن أي شخص آخر لشاركته، أما الطفل التوحدي فإنه يتلمسه ويتفحصه ولا يبحث عن أحد يشاركه فيه، ولا تظهر لديه أي تعبيرات على التوجه.

## 6. استخدام اليد كأداة للتوجيه:

تنمو عند الأطفال التوحيديين ذات تأثير فعال في التواصل الاجتماعي توصف باستخدام (اليد للتوجيه) وتعني بذلك أن الطفل يتخذ من يد الآخر وسيلة أو أداة لتنفيذ احتياجاته.

## (3) الأنشطة والاهتمامات:

يظهر الأطفال المصابون بالتوحد محدودية واضحة في الأنشطة والاهتمامات وذلك مرجعه لاهتمامهم بالأشياء أكثر من الأشخاص، واهتمامهم بالجزء بدلاً من الكل، كما يركزون على التفاصيل الخاصة بالشيء أكثر من كونه مثير اجتماعي.

إن الطفل التوحدي يصل إلى مستوى النمو الحركي الذي يكاد يماثل الطفل العادي من نفس العمر، مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو، إلا أن هناك بعض جوانب النمو الحركي تبدو غير عادية، فقد يقوم الطفل الذي يعاني من التوحد بترتيب الأشياء بشكل متوالي وبعيد النشاط سرات ومرات، وإذا تم إبعاده عن هذا النشاط يدخل الطفل في نوبة هيجان، ومن الأمثلة على محدودية الأنشطة والاهتمام المثلية وذلك باتباع روتين معين بكل يوم، كما تشمل المحدودية في الأنشطة تكرار حركات تمثلية مثل زرفة الينجين والتأرجح والموران حول النفس،

«التوحيد... الخصائص والسمات»

يزيد ظهور هذه السلوكيات خلال الفترة العمرية من 2 - 5 سنوات، ويمكن للخصائص الأتسطة والاهتمامات الممحدة بآ ما يلي:

- **الاهتمام بأشياء روتينية:** وهذا الروتين موجود بشكل خاص عند انفصال التوحيد الذوق ثم ومدفوم من قبل صفائر وتختلفنا هذه الروتين من مائل إلى آخر، فبعضهم قد يظهر مقاومة شديدة لأي تغيير في البيئة المحيطة حيث إن لديهم ارتباطاً كبيراً جداً بالأشياء والأحداث ويظهر الروتين في تكرار الشخصيات نفسها التي يتمصها، وفي تكرار بعض أنواع الأطعمة والمشروبات أو الإصرار على تكرار ألعاب معينة، وبعضهم قد يخلق روتيناً لنفسه في الموسيقى باستخدام التراتيق والأشرطة الموسيقية نفسها.



- اهتمام مفرط في أشياء محددة: أفراد التوحد يتشغلون ببعض الأشياء المحددة بشكل مفرط، فكما أنهم يقومون بتكرار الأنشطة نفسها ذات الاهتمام لمدة ساعات دون ملل أو تعب، وينزعجون في حالة حدوث أي تغيير على روتينهم.

(Wing , 2001)

- الانزعاج لأي تغير يحدث في البيئة.
- الإصرار على التماثل.
- السلوكيات النمطية المتكررة، يظهر السلوك النمطي والحركات التكرارية النمطية عند الكثيرين من أفراد التوحد وليس جميعهم، وتشتمل هذه الحركات على مز الجسم بشكل متكرر وملتصقة الأصابع والرفرفة باليدين والدوران حول النفس، ولشي على رؤس الأصابع، حيث إن السبب في ظهور هذه الحركات التكرارية النمطية غير محددة، إلا أن بعض العلماء عزو الأسباب كحماولة من الطفل التوحدي لتوفير نوع من الإشارة أو كحماولة لجذب انتباه الآخرين أو للتعبير عن غضبه وانزعاجه من شيء ما. ومن مظاهر السلوك النمطي اللعب بمفتاح الكهرباء (إشعال، إطفاء) ومشاهدة الأشياء وهي تدور وتقريب الأشياء من العينين والاستماع إلى صوت الماكينة أو لمس الباب أثناء المشي.

(انزيرات، 2010، الشيخ، 2004، العموي، 2007، فتحة، 2003)

ويضيف (انزارة، 2003) وجراندن (Grandin, 2002) مجموعة من الخصائص وهي كالتالي:

- طريقة الوقوف الخاصة، فهم في معظم الأحيان يتنصرون ورؤوسهم منحنية، وأذرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع.
- تكرار لحركات معينة مراراً متتالية، فقد يحرك بعضهم أيديهم وأرجلهم على شكل حركة الطائر.



### «التوحد... الخصائص والسمات»

- الاستغراق لوقت طويل في بعض الخبرات الحسية من مثل مشاهدة مصدر الضوء بضاء وبهدوء.
- هزها في الحركة وخاصة التوحنيين الصغار في حين أن تقمص الحركة المثل تكراراً
- ضعف في التأزر الحركي بشكل عام.
- الجلوس بانحناء.
- الاصطدام بالأشياء والأخرين أثناء المشي.
- الارتداء والتصلب في حال حملته أحد.
- يعاني الأطفال التوحديون من السلوكيات النمطية والروتينية، وكذلك التعلق بأشياء محددة وبشكل غير طبيعي، ولفترة طويلة، بالإضافة إلى التأخر في اكتساب الخبرات الحسية، وصعوبة في رؤية المشيرات البصرية، والبعض منهم لا يشعرون بالألم بالرغم من تعرضهم للأذى الجسمي.

ويرى روث سولي فان (Sullivan, 1988) أنه من الممكن في الوقت الحالي أن تقدم وصفاً سلوكياً دقيقاً لحالات التوحد، وأن الأمور الرئيسية للتوحد يمكن النظر إليها على النحو التالي:

- الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للناس الآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم.
  - الاحتفاظ بروتين معين وثيق هذه الملامح طوال حياة الأفراد غالباً، ولكن مع تنظيم برامج تدريبية وتعليمية معه تصبح هذه الملامح أقل شدة.
- ويضيف (سولي فان) أن التوحدين يتميزون بمجموعة من السلوكيات، وتختلف هذه السلوكيات من فرد لأخر من حيث الشدة:
- استجابات وردود أفعال غير مناسبة للمشيرات الإدراكية.
  - ينظر من خلال اللسان، أو يتجنب النظر إلى العيون.

- البعض منهم لديه قدرات جيدة أو فائقة في المهارات التحركية الدقيقة والكبيرة.
- البعض منهم قد يكون لديه نشاطاً زائداً بدرجة كبيرة.
- قصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين.
- قصور شديد في الكلام أو قدامان القدرة على الكلام.
- حزن شديد لا يمكنه إدراك سببه لأي تغيرات بسيطة في البيئة.
- التأخر والتخلف في قدرات و مجالات معينة.
- الاستخدام غير المناسب للعب والأشياء واللعب بشكل متكرر وغير متناهي.
- الحركات الجسمية الغريبة مثل الهل المستمر للجسم أو الرفرفة والذراعين.
- عدم الحساسية لظاهرة الألم
- بعضهم حوالي (25%) تقريبا يعانون من الإصابتة بلويحات صرع في العادة عند البلوغ.
- من الممكن أن يصرح لدى بعضهم سلوك ابتداء الذات وأحياناً بدرجة شديدة.
- حوالي (65%) من هؤلاء الأطفال لا يستخدمون اليد اليمنى.

#### 4) الخصائص المعرفية:

أشارت الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر الملامح المميزة لاضطراب التوحد، وذلك لما يترتب عليه نقص في التواصل الاجتماعي وفي الاستجابة الانفعالية للمحيط، ومن المعروف أن المهارات المعرفية مثل: التفكير والتذكر والانتباه والنداءية ومعرفة الأسباب وحل المشكلات، حيث يستخدم الأطفال في البداية حواسهم الخمسة لفهم العالم من حولهم ويستجيبون للأشياء بطرقهم الخاصة، ومن الأشياء الصعبة التي يمكن تعلمها أصعب وجود الأشياء بعد اختلافها عن المدى البصري ومفهوم السبب والنتيجة، فال تدريب على هذه المهارات مهم لأطفال التوحد حتى لا يصبح عالمهم مليئاً بالصعوبات، حيث إن حدوث أي اضطراب في هذه المهارات يؤثر في أداء الطفل في مختلف المجالات.

## ✪ التوحد... الخصائص والسمات :-

ويشير بيركفل (Berkefl, 1992) إلى أن مشكلة التصور العبرية عند الأطفال الذين يعانون من التوحد تتعلق بنظرية العقل، حيث إنه وحسب هذه النظرية فإن هؤلاء الأطفال لديهم عجز في القدرة على فهم مشاعر الآخرين وتواضعهم ومعرفة رغباتهم وطرق تفكيرهم، وبالتالي فإن سلوكه الآخرين نحوهم يتصف بقلة الإحساس بهم.

ويعاني أغلب الأفراد الذين يعانون من التوحد من اضطرابات واضحة في التفكير، فقد أشارت هابس (Happe, 1994) إلى أن طبيعة تعامله التفكير لدى التوحديين تتسم بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة سواء أكانت تتطلب قدرات لفظية أم بصرية لحلها. ويظهر الأطفال الذين يعانون من التوحد صعوبات ومشاكل في العمليات المعرفية والتي تعتبر من العلامات المميزة لاضطراب التوحد ومن تلك الصعوبات:

- إن ما نسبته 70 - 75% من الأفراد الذين يعانون من التوحد هم معاقون عقلياً وتتراوح نسب الإعاقة بين البسيطة والشديدة جداً، والبهوض الآخر منهم يتراوحون بدرجة متفاوتة متوسطة. حيث تبلغ نسبتهم حوالي 10% لديهم مواهب غير عادية مثل الموسيقى والفرن والفترات الحسابية العالية.

(Williams, Ddrymple & Neal, 2000)

- وجود اضطرابات واضحة في التفكير وتشتت واضح في الخصائص المعرفية وتكون درجات ارتقاء لغتهم سواء لفظية أو غير لفظية في أقل المستويات والمصور في وظائف التفكير، كما أشارت إليها دراسة كسل من ألينز (Elisabeth & Dykens & Volkmar, 1999) وبينت أن طبيعة تعامله التفكير لدى الطفل التوحدي تتسم بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة سواء أكانت تتطلب قدرة لفظية أو بصرية لحلها.
- صعوبة في الانتباه والتركيز والمصور في القدرة على التخيل.



كما بينت ذلك دراسة جيم وكريك (Jame & Graik, 1994) التي أوضحت أن هؤلاء الأطفال لديهم صعوبة معرفية في فصل عن المشككين الانتباه، التركيز، استخدام اللغة، والصور في القدرة على التخيل. حيث يظهر لدى الأطفال التوحدين قصوراً في توجيه الانتباه، فقد لا ينتقلون نحو الأشخاص أو الوجوه أو الكلام أو الأشياء. لقد تنادىهم بأسمائهم أو تحاول أن تجذب انتباههم لكنهم لا يبدون إلى الالتفات إليهم. وبإلا الوقت نفسه قد يوجهون انتباههم نحو أشياء لا يلاحظها الناس العاديون، كخشخشة غلاف حبة الحلوى أو رؤية أشياء أخرى. ويعود ذلك إلى أن توجيه انتباههم نحو شيء يهمهم أقوى من احتمال توجيه انتباههم نحو الأشخاص وأصوات الكلام وإثراء التعليمية، ويبقى ذلك في مرحلة الطفولة المبكرة. ومع مرور الوقت تتحسن قدراتهم على توجيه انتباههم لأحداث اجتماعية وإثراء التعليمية، ولكنها أقل مما يملكونه عن غيرهم من العاديين.

(Dawson, Meltroff, Osterling & Rinnid, 1998)

### «التوحد.. الخصائص والسمات»

وفيما يتعلق بالانتباه Attention فإن معظم الشاقين عقلياً وذهني صعوبات التعلم بالإضافة إلى أفراد التوحد لديهم مشاكل في فترة الانتباه، فهم سرعان ما يبتشتون من خلال بعض الأخطاء (Berkell, 1992)، وبشكل عام فإن أفراد التوحد لديهم فترة انتباه جيدة للأنشطة التي ضمن اهتماماتهم ويمكن أن تستمر أكثر إذا كانت الأنشطة مدهشة بالندبة لديهم، أما إذا كانت الأنشطة أو المهام ليست ضمن اهتماماتهم فقد تكون فترة الانتباه قصيرة أو معدومة، ومن خلال الإشراف المباشر على النشاط يمكن زيادة مدة الانتباه ولكن سرعان ما تقل عند سحب هذا الإشراف (Wing, 2001). وقد يظهر بعض الأطفال الذين يعانون من التوحد ما يسمى بالانتقائية الزائدة للمثيرات Stimulus Overselectivity حيث يقتصرون بالتركيز على جزء واحد من الشيء أو الأجزاء غير المهمة وعدم التركيز على الأجزاء الأخرى أو المهمة. وقد أشار سكورشمسكين وزملاؤه (Courchesne, et.al. 1994) إلى حاجة الشخص التوحدي إلى (2.2) ثانية لنقل انتباهه من شكل إلى آخر، بينما يحتاج الشخص العادي أجزاء من الثانية ليفعل ذلك. وقد ذكر بأن الطفل التوحدي يعاني من تأخر في نقل انتباهه من شيء إلى آخر أو من شخص إلى آخر بصورة تلقائية. وتذكر فإنه عندما تأتي اللحظة التي يدركه الشخص التوحدي فيها أن عليه أن ينقل انتباهه ويكون جانب التعبير من المعلومات المقدمة إليه قد ضاع عليه. لذلك يحتاج إلى وقت طويل لإنجاز المهمات الدراسية المطلوبة منه بالمقارنة مع الأطفال العاديين. ويعتبر ذلك من المظاهر الهامة في تشخيص الأطفال ذوي اضطراب ضعف الانتباه لدى حالات التوحد.

- صعوبات بالقدرة على الاستمرارية في نشاط معين كالانتباه والتذكر لفترة طويلة. وفيما يتعلق بالذاكرة فإن معظم الأطفال الذين يعانون من التوحد يعانون من مشكلات تذكر المعلومات لا سيما تلك التي تتطلب مستوى هائياً من المعالجة والفهم كالتذكر للأنشطة والأحداث المتسلسلة وخطوات العمل، كما أنهم يواجهون صعوبة في تذكر المعلومات السمعية مقارنة بالمعلومات البصرية.

## «لعمل الآمن»

- تستني في المنعكاه الاجتماعى واختلاف في الأداء والامستجابة والمنعكاه الوظيفى؛ ذكر روتر (Rutter, 1997) ان هناك تفسيرين محتملين لظهور المنخفض على اختبارات المنعكاه بالنسبة للولاء الأملال:

الأول؛ إن الطفل التوحدي ربما يعرف الإجابة، ولكنه يعتمد تجنب إعطائها .

الثاني؛ إن أداء الطفل يكون عادة محكوماً بطبيعة مواقف الاختبار وليس بصعوبة المهمة المطلوبة.

(Heiflin & Alaimo, 2007)

- إن ما نسبته 25% من أطفال التوحيد يعانون من صعوبات في التعلم.

ويصف هيوارد واورلانسكي (Heward & Orlansky, 1992) بست

خصائص ملاحظة لدى الأطفال الذين يعانون من التوحيد، وهي:

- نقص واضح في المهارات الحسية.
- عزلة واضحة.
- استنارة ذاتية.
- هيجان وسلوكيات إيذاء الذات.
- مصداقة وصعوبات في التواصل.
- مشاكل سلوكية واضحة.

## «التوحد.. الخصائص والسمات»

وقد بين شكل من سمات وجرون (Smith & Groen, 2002) مجموعة من الخصائص التي تتواجد لدى الأطفال التوحديين وهي:

### • البرود العاطفي:

ويتمثل ذلك بعدم الاستجابة لمحاوثة الحب أو إظهار مشاعر العطف، ويذهب الأهل إلى أن طفلهم لا يعرف أحداً ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو به صحية الآخرين.

### • العجز الجسمي:

ويتمثل ذلك بتجاهل الطفل لن حوله، فقد لتحركه أمام الطفل مباشرة وتبتسم له، ولتكلم معه، ومع ذلك فإنه يتصرف كما لو لم يكن هناك أحد، وغالباً ما تشكك الأم أن طفلها أصم أو مكفوف.

### • سلوك إيذاء الذات:

ويتمثل ذلك بعض الطفل لنفسه، وبه بعض الأحيان بشد أو لعق الوجه أو بتوجيه عدوانية للآخرين من حصى أو رفس أو خريضة.. الخ، وعادة ما يكون الأهل عاجزين أمام هذه الأنماط السلوكية والتعامل معها.

### • الإشارة الذاتية:

ويتمثل ذلك بتكرار الأفعال أو القيام بأعمال نمطية كسلوك هز الجسم أو تلويح وررفة اليدين والذراعين.

## «تصل القاص»

### • الكلام التعملي:

ويتمثل ذلك بإعادة تكرار نطق اسمه عدة مرات عند مناداته به، أو إعادة السؤال الذي طرح عليه، أو تكرار كلمة سمعها في الصباح أو من شخص آخر أو إعادة الإعلالات التي سمعها من التلفاز.

### • قصور السلوك:

ويتمثل ذلك بالتحكم بالتحقير إلى مهارات العناية بالذات: أو ارتداء الملابس، أو إطعام نفسه، مقارنة مع الأطفال من نفس الفئة العمرية التي ينتمي لها ولكن من فئة العاديين.

وأورد كمانر (kanner) خصائص لصف الشكل التقليدي للتوحد منها:

### • العجز عن بناء العلاقات:

وذلك يعني أن الطفل التوحدي يواجه صعوبة في التعامل مع الناس وأنه يهتم بالأشياء أكثر مما يهتم بالأشخاص.

### • التأخر في اكتساب اللغة:

بالرغم من أن بعض الأطفال التوحديين يكلم ويبتقون كذلك، إلا أن أطفالاً آخرين يكتسبون اللغة ولكنهم يتأخرون في ذلك مقارنة بالأطفال العاديين.

### • استخدام اللغة المنطوقة بطريقة غير تواصلية بعد تطورها:

بالرغم من أن لدى الأطفال التوحديين ذخيرة لغوية كافية، إلا أنهم يواجهون صعوبة في استخدام الألفاظ بطريقة ذات معنى في المحادثة.



• التريده غير التثبيتي للكلام:

من الصفات الرئيسية للأطفال التوحديين تريده الكلمات والجمل.

• مكنى الضمالي:

وذلك يعنى أن الطفل يستبدل الضمير أنت بأنا.

• اللعب بطريقة مخطئة تكرارية:

إن فترة الأطفال التوحديين على اللعب بوجه عام محدودة جداً، فهم يكررون النشاط نفسه، ويحفظون في اكتساب مهارات اللعب التخيلي.

• الانزواج من التغيير:

وتحده يعنى أن الأطفال التوحديين يشاؤون حتى التغيرات البسيطة في البيئة المحيطة بهم والحياة اليومية.

• المناصرة الاستظهارية الجديدة:

إن نسبة كبيرة من الأطفال التوحديين يتمتعون بمناصرة جيدة من النوع الاستظهارية.

• انظهر الجسمي المعادي:

إن هذه الحقيقة دفعت بكثير إلى الاعتقاد بأن الأطفال التوحديين يتمتعون بدعاء صادي بناءً على شكلهم الخارجي، وهو اعتقاد تبين له أنه خطأ في الأونة الأخيرة.



## الفصل السادس

### التشخيص

- (1 - 6) مقدمة.
- (2 - 6) فريق التشخيص متعدد التخصصات.
- (3 - 6) مراحل عملية التقييم وتشخيص التوحد.
- (4 - 6) المعايير الأساسية لتشخيص التوحد.
- (5 - 6) أدوات التشخيص.
- (6 - 6) تشخيص الاضطرابات النمائية العامة.
  1. اضطراب التوحد.
    - أدوات المسح الخاصة بالتوحد.
    - أدوات التشخيص الخاصة بالتوحد.
  2. اضطراب اسبرجر.
  - معايير تشخيص اسبرجر.
  3. اضطراب ريت.
  4. اضطراب التوحد الطفولي التكتكي.
  - معايير تشخيص اضطراب التوحد الطفولي التكتكي.
  5. الاضطرابات النمائية الشاملة (غير المحددة).
  - (7 - 6) التشخيص التفريقي للتوحد.



## الفصل السادس

## التشخيص

(6 - 1) مقدمة:

تعتبر مظلة تشخيص التوحد واسعة، لأنه تشخيص غير مستقر لا يمكن بناء قرارات أكيدة عليه، كما أنه تشخيص زئيفي، لا يُمكن الفحص من إصدار قرارات لها من الأهمية بمكان توصف إنسان مما ليس فيه، أو إعطاء اجر مما هو فيه، إلا أنه قد يعد مؤشراً يمكن التكهّن من خلاله ببعض الأعراض التي من خلالها يحظى لها البعض العمومية.

كما تعد عملية تشخيص اضطراب التوحد من القضايا الصعبة والشائكة، إلا أنها وبلا نفس الوقت من القضايا الهامة والضرورية التي يترتب عليها تصميم البرنامج التربوي العلاجي للمُتعلّل، وتحديد المسار التعليمي الخاص به، ويعتبر اضطراب التوحد واحداً من خمسة اضطرابات تشبع تحت الاضطرابات النمائية العامة (PDD) Pervasive Developmental Disorders، وهي مجموعة من الاضطرابات التي تتصف بوجود مشكلات عصبية وتأخرية القدرات اللغوية والمهارات الاجتماعية وظهور سلوكي شاذة.

(رحبي، 2003)

وبعض الآباء يتشدون التشخيص بشكل فعال لأنهم يرغبون في العثور على إجابات لسئوك أطفالهم غير العادية والتفريية بالنسبة لهم، والمثيرة لانفعالاتهم، وهنا تبدأ الحيرة بالبحث من أخصائيين لديهم فكرة لتفسير مثل هذه السلوكيات، ويتصلون بهذا وذلك، ويتعلمون الكيلومترات لمحاولة من يسمعون عنهم على أمل أن يجدوا الحل، وقد تطول المدة ويزداد العناء، دون الحصول على حلول قد تصل إلى حد استجداء العناء، لشعورهم بالارارة، والعدم وصولهم إلى ما يمكن أن يغير من

## ٤) الفصل السادس

سلوكيات أبنائهم، لكنها محاولات لا بد من أن يقدموا عليها من منطلق الشفقة أحياناً على الابن، وأحياناً أخرى تجنباً لالتزامهم بالإعمال من المحيطين بهم.

وينظر بعض الآباء إلى التشخيص على أنه تأكيد لشكوكهم بأن هناك خطأ ما صح بفلسفهم مما يؤدي إلى شعور بالارتياح لعرفانهم بالواقع الذي يمر طفليهم به، والتمسك الآخر من الآباء يكون التشخيص بالنسبة لهم صدمة يحدون صعوبة في تحملها.

### (6 - 2) فريق التشخيص متعدد التخصصات:

يشير التشخيص إلى تحديد طبيعة المرض أو السلوك غير السوي، وهو خطوة هامة وضرورية يترتب عليها تحديد التدخل المناسب لإعداد البرامج الضرورية والثانوية، ويتم تشخيص التوحد في الأوقات الحاضرة من خلال ملاحظة السلوكيات وممارستها بمعايير التشخيص، ويعد التشخيص من أصعب المراحل لتعدد أشكال التوحد وتنوعها، واختلاف سلوكيات التوحد من مواقف لأخر، ويجمع معظم الخبراء أن تشخيص التوحد يتطلب مشاركة فريق متعدد التخصصات، وقد يكون لدى كل من هؤلاء الأخصائيين وجهات نظر مختلفة حول جوانب معينة من التوحد، ومستويات مختلفة من الخبرات وكذلك خلفيات وبيئات مختلفة، ويشمل فريق التشخيص ما يلي:

#### 1. طبيب الأطفال (Pediatrician)،

طبيب متخصص في مجال أمراض الأطفال للفئة العمرية الممتدة من الولادة إلى سن الثامنة عشر، ويتولى الطبيب بإجراء الكشف الطبي العام و فحص الاضطرابات الطبية مثل التشنجات أو التصلب الدرزي.

2. الطبيب النفسي (Psychiatrist):

طبيب متخصص في معالجة الاضطرابات النفسية والعقلية في مجال علم النفس وهو الذي يقوم بإجراء الاختبارات التشخيصية على الطفل.

3. الاختصاصي النفسي (Psychologist):

شخص مدرب حاصل على شهادة الدكتوراه في الغالب أو شهادة الماجستير، ولديهم خبرة مكثفة مدربون على إجراء الاختبارات ووضع خطة سلوكية تربوية وتقديم الإرشاد النفسي للأباء.

4. الاختصاصي الاجتماعي (Social Worker):

يتولى مسؤولية مقابلة الوالدين والحصول على التاريخ المرضي الصحي والتعليمي من الوالدين، و يقوم بكتابة التقرير ويجمع المعلومات ويعطي هذا التقرير للاختصاصيين الذين سيتكلمون بتكريم الطفل.

5. اختصاصي التعلق والتخاطب:

(Speech and language Pathologist: SLP):

يقوم بعلاج التأخر اللغوي والتعامل مع صعوبات التعلق وصعاب البلع ومشكلات الحبال الصوتية ويقوم بتقويم لغة الطفل من خلال الاختبارات الرسمية وللأحظة للطفل.

6. اختصاصي العلاج الطبيعي (Physical Therapist: PT):

يقوم اختصاصي العلاج الطبيعي بتقويم مهارات الحركة الكبيرة مثل المشي والحبو ووضع الوقوف.

7. اختصاصي العلاج المهني (Occupational Therapists):

يتركز دور اختصاصي العلاج المهني في تقويم الطفل في نشاطاته ومهاراته اليومية الحركية الكبيرة أو الدقيقة والعضلات الكبيرة.

8. اختصاصي السمعيات واختصاصي السمع:

(Ophthalmologist Audiologist):

يقدم شكل منهما المعلومات اللازمة لاستبعاد وتحديد مشكلات متعلقة بمقدرة الطفل على السمع أو البصر.

9. طبيب الأعصاب (Neurologist):

يقدم طبيب الأعصاب معلومات عن وجود اضطرابات في الجهاز العصبي، وتوجيه الانتباه والتحكم الحركي.

10. معلم التربية الخاصة (Special Education Teacher):

للمعلم دور هام في عملية تقويم الطفل وإعطاء التفاصيل عن الطفل.

(3 - 6) مراحل عملية التقويم والتقييم التوحيدي:

يمكن تقسيم عملية التشخيص إلى ثلاث مراحل هي، وفيما يلي توضيح لهذه المراحل:

المرحلة الأولى، وهي مرحلة المعاينة وتهدف إلى التعرف على الطفل والذي من الممكن أن يعاني من التوحد.

المرحلة الثانية، وهي مرحلة التشخيص وهي العملية التي يتم فيها فحص الحالة وفق معايير معينة ومحددة من أجل الوصول إلى نتيجة هل الطفل يعاني من التوحد أم لا.



## «التشخيص»

المرحلة الثالثة؛ وتتضمن القرارات بشأن طرق العلاج المختلفة (الإحالة وطريقة التدريس) بشكل عام فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد يشكون مجموعة غير متجانسة، وهذا الأمر يتطلب تنوع في الرؤى وبأساليب التشخيص، وكما سبق ذكره فإن هدف التشخيص هو جمع وتحليل المعلومات حول طفل معين من أجل الوصول إلى تشخيص للحالة وهذا يساعدنا في تصميم برنامج علاجي لهذا الطفل.

إن عملية التشخيص ممكن أن تستخدم الكثير من المختصين (المختصون الإكلينيكيون، علماء النفس التربويين، المرشدون) وفي السنوات الأخيرة هناك اهتمام لتدريب المعلمين بأن يشاركون في هذا الواجب وذلك من أجل إعطاء صورة متكاملة وشاملة عن حالة الطالب الذي يعاني من التوحد.

## (6 - 4) المحكات الأساسية لتشخيص التوحد:

قدم الدليل التشخيصي والإحصائي (1980) DSM-III خمسة محكات أساسية لتشخيص التوحد، وقد عدلت هذه الطبعة حيث حددت محكات التشخيص في ثلاث مجموعات موزعة على ستة عشر عرضاً ويشترط أنوافر ثمانية أعراض على الأقل من المجموعات الثلاثة ثم أجريت بعض التعديلات على الطبعة الثالثة (1987) DSM-III-R، وبمعتها تم التعديل في الإصدار الرابع (1994) DSM-IV والذي اعتبر اضطراب التوحد أحد الاضطرابات النمائية الشاملة، وكذا تم تعديل الإصدار الرابع المعدل (2000) DSM-IV-TR حيث اشترط وجود ثلاثة محكات رئيسية لتشخيص التوحد كما يلي:

### المحكة الأولى:

توفر ستة أعراض على الأقل كالتالي: اثنان من الأقل من الفئة (أ) ومرض واحد على الأقل من الفئة (ب) ومرض واحد على الأقل من الفئة (ج).

الفئة أ: قصور أو خلل نوعي في التفاعل الاجتماعي كما يظهر فيما يلي:

- قصور في استخدام أسماء السلوكيات غير اللفظية مثل الإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه ولغة الجسد والوضع الجسماني.
- عدم القدرة على إقامة علاقة مع أقرانه من العمر النمائي نفسه.
- الافتقار إلى العنوية التفاضلية في مشاركة الآخرين أطرافهم وأوقات متعلمهم واهتماماتهم.
- الافتقار إلى التبادل العاطفي والاجتماعي مع الآخرين.

الفئة ب: قصور أو خلل نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي كما يظهر

فيما يلي:

- استخدام نمطي أو تكراري للغة.
- عدم القدرة على اللعب التخيلي أو الإيهامي لللائم لثمن مستوى النمائي.
- عدم القدرة على المبادرة بالكلام وإجراء المحادثة والمحافظة على الاستمرارية (حسب مستوى اللغة التي لديه).
- تأخر أو العدم التامة من محاولة التصويب عنها بأشكال التواصل البديلة كالإيماءات وتعبيرات الوجه.

الفئة ج: سلوكيات وأنشطة نمطية واهتمامات وأشعة محددة كما يظهر

فيما يلي:

- الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء.
- الإصرار على روتين معين والمحافظة عليه.
- حركات يدوية وجسمية تكرارية ونمطية مثل هز الجسم، الرفرفة.
- الانشغال النمطي ببعض الأشياء والخصائص غير الوظيفية للأشياء.

## «التشخيص»

### المحكمة الثاني:

ظهور أداء وظويف غير عادي في واحد على الأقل مما يأتي ويكون ذلك قبل الثلاث سنوات من عمر الطفل:

- التفاعل الاجتماعي.
- اللعب الرمزي أو التخيلي.
- استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.

### المحكمة الثالث:

أن لا يكون سبب هذه الاضطرابات يرجع إلى اضطراب ريتز Retts أو اضطراب المطولة التشككي.

(American Psychiatric Association, 2000)

### 6- 5) مبادئ التشخيص:

تكمّن صعوبة تشخيص اضطرابات طيف التوحد فيما يلي:

- 1- تغير الأنماط السلوكية لدى الأفراد الذين يعانون من الذميرية إلى أخرى، فقد تكون هذه السلوكيات في أوج شدتها في سن خمس العمرية الأولى (3- 6) سنوات بينما تقل هذه السلوكيات تدريجياً لا سيما مع حصول الطفل على التدخل العلاجي المبكر وأنشطة وخصوصاً فيما يتعلق بالتواصل والتفاعل الاجتماعي.
- 2- عدم تجانس الأفراد الذين يعانون من التوحد فيما بينهم لا من حيث القدرات ولا من حيث السمات أو الخصائص، وبالتالي صعوبة إيجاد شخصين متماثلين بالتوحد لديهم الخصائص نفسها.

3. تشابه اضطراب التوحد مع الكثير من الاضطرابات الأخرى، مما يجعل عملية التمييز بينهما إلى غاية الصعوبة، وبالتالي تكمن الحاجة هنا إلى التشخيص الفارق بين التوحد وللمع الاضطرابات.
4. إن البحوث التي تجري على علاقة التوحد حديثة نسبياً
5. تمتلك الأبحاث السلوكية لدى أفراد التوحد باختلاف الأشخاص الثاقمين على تعليمهم، فكلما كان الشخص الثاقم على تعليمهم ذا خبرة ولا كفاءة فكانت هذه السلوكيات أقل ظهوراً لديهم.
6. قلة أدوات القياس والاختبارات المصممة لتشخيص هذا الاضطراب تشخيصاً دقيقاً، لا سيما أن هناك مجموعة من الاختبارات والمقاييس المصممة لإعاقات أخرى وتستعمل لتشخيص هذا الاضطراب.
7. يصاحب اضطراب التوحد العديد من الإعاقات مثل الإعاقات العقلية والإعاقات البصرية والصريح وغيرها من الإعاقات، مما يؤدي إلى احتمالية وقوع خطأ في تشخيص هذا الاضطراب.

(Klin & Volkmar, 1997; Wing, 2001)

#### 6 - 6) تشخيص الاضطرابات التماثلية العامة:

تتضمن الإضرابات التماثلية العامة ما يلي:

1. اضطراب التوحد (Autism Disorder).
2. اضطراب ريت (Retts Disorder).
3. اضطراب اسبرجر (Asperger Disorder).
4. اضطراب التوحد الطفولي التفتكي (Child Hood Disintegrative Disorder)
5. الاضطرابات التماثلية الشاملة (غير المحددة) (Not Other Wise Specified (PDD-Nos).

## 1) اضطراب التوحد (Autism Disorder)،

اضطراب التوحد هو أحد الاضطرابات النمائية الشاملة التي تؤثر على قدرة الفرد على التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعلى التفاعل مع الناس المحيطين به، وبأنفراد التوحديين صعوبات في إقامة العلاقات الاجتماعية وبما فهم مشاعر الآخرين وفهم أفكارهم وبما التخيل.

(Rutter,1997)

وقد صرّف تيد مارش وفولكمار (Tidmarsh & Volkmar , 2003) تشخيص التوحد بأنه التحديد مدى ودرجة التصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك النمطي والمقاومة للتغيير والتأخر في اللعب التمثيلي والرمزي على طفل ما من خلال تطبيق مقياس خاص بهذا الاضطراب يشمل المعايير المحددة في البديل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات الذهنية، وإشارة إلى ضرورة شمولية وتكاملية عملية التشخيص وذلك بدراسة ظروف العمل والولادة ومرآة الطفولة الأولى والتاريخ الطبي للأسرة والطفل وعمل تقرير شامل خاص بجميع ما يتعلق بصحة وسلوك ومبادئ واهتمامات ومهارات الطفل.

## أدوات المصحح الخاصة بالتوحد:

يوجد العديد من الأدوات والمقاييس والقوائم التي ركزت على جوانب محددة بهدف وصف طبيعة المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي. في كل جانب لتحديد الأولويات والأهداف بشكل فعال إضافة إلى الأخذ بعين الاعتبار التشخيص الفارق بين التوحد والاضطرابات الأخرى المشابهة له في الأعراض، حيث ركزت تلك المقاييس والقوائم على أهم خصائص التوحد وهي التفاعل الاجتماعي، ومهارات التواصل، والضعف في الإدراك الحسي، وضعف اللعب والتخيل، والألعاب المشددة من السلوك (Ontario , 1990). ولقد تم تطوير عدد كبير من أدوات التقييم من أجل المساعدة في التحري عن التوحد، وإن ما استخدمت هذه

الأدوات من قبل أخصائيين خبراء، فقد تكشف الكثير عن حالة الطفل، أما إذا استخدمت من قبل شخص لا تتوفر لديه معرفة بالتوحد، فمن المؤكد أن تجلب الأرتباك، وما يزيد الأمر تعقيداً أن نتائج العرض قد تكون مختلفة في هوالم شطب مختلفة، وفيما يلي أدوات القياس الأكثر استخداماً.

إن اختيار أداة القياس عملية صعبة ومعقدة وتعتمد على مستوى القدرات الوظيفية للطفل، وقد تم تطوير عدد من المحكات والمقاييس والمعايير لتشخيص اضطراب التوحد، ويتم تشخيص التوحد عند بلوغ الطفل سنتين ونصف وبعض الدراسات تشير إلى وجود علامات مبكرة قبل عمر التشخيص.

وعليه فقد اهتمت الباحثون على المعايير والمحكات العائلية، والتي من أشهرها معايير منظمة الصحة العالمية (ICD)، والسدائل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM) في تطوير العديد من الأدوات والاختبارات لتشخيص التوحد ولعل من أبرز هذه الأدوات:

١. برنامج الملاحظة التشخيصي للتوحد:

(ADOS: The Autism Diagnostic Observation Schedule):

وقد اعده لورد وزملاؤه (Lord et al, 1989)، ويعتبر هذا الاختبار نمائياً يقوم فيه الفاحص بالتفاعل مع الطفل لمدة تتراوح من 20 - 30 دقيقة، ويتم تنفيذ 8 مهام من أجل التحقق من سلوكيات محددة في مجالات التفاصيل الاجتماعية والتخيل ومهارات اللصق والتفرد على ترجمة المشاعر، وتستخدم اللوغاريتميات التشخيصية كلما أن التفرير المهني مطلوباً.

**(Modified-Checklist for Autism in Toddlers-M-CHAT):**

والتي تم استكمالها من النسخة الأصلية الأولى وهي قائمة شعب التوحيد للتحذيرة المبكرة (CHAT) (Scambler, Rogers, & Wehner, 2001). وتتكون الصورة المعدلة من (23) فقرة، وفيها يتم سؤال الأسرة عن جوانب محددة لدى الطفل في المجالات الاجتماعية والتواصلية والسلوكية واللغوية. وتكون الإجابة بنعم أو لا. وهي مصممة للتعرف على التوحيد في سن 18 شهراً، ولتحكم عن طريق آباء اللعب التظاهري – الإشارات التفسيرية الأولية، والتحكم بالتحذير عن طريق تقارير الآباء وملاحظات الممارسين الصحيين، ومن خلال الاختبار المباشر.

3. قائمة سلوك التوحيد (Autism Behavior Checklist-ABC).

والسنتي طورها ككل من ك. بروك وازبيك ولونسيد (Krug, Arick & Almond) وتتضمن هذه القائمة على (57) فقرة، حيث تصف هذه الفقرات أفعال السلوك التي يظهرها الأطفال التوحديين، كالتحكم بتميزهم عن الأطفال من ذوي التخلف العقلي الشديد، وأي الاضطرابات الانفعالية الشديدة والماديين.

4. أداة مسح التوحيد للأطفال في عمر سنتين؛

**(Screening Test for Autism in Two years old – STAT).**

5. أداة مسح الاضطرابات النمائية الشاملة:

(Pervasive Developmental Disorders Screening Test – PDDST):

هناك العديد من الاختبارات النفسية التي تقيس القدرات العقلية واللغوية مثل:

- اختبارات ميريل – بالمر العقلي:

(The Merrill- Palmer Scale Of Mental Tests)

- مقياس لبشر الدولي للأداء:

(The Leiter International Performance Scale)

- اختبار الينوي للقدرات اللغوية – لغوية:

(The Illinois Test Of Psycholinguistic Abilities)

6. أداة تقدير المملوك للأطفال التوحديين وغير الأسوياء:

(The Behavior Rating Instrument for Autistic & other Typical Children – BRIAAC):

والتي طورها روتنبرغ وينير وولف، وتتكون القائمة من ثمانية أبعاد، وتتكون من سلم مشدج مكون من (10) درجات لتسجيل استجابة الطفل، حيث يقوم الملاحظ، بمراقبة سلوكه الطفل داخل الأسرة في المنزل بشكل مباشر، ويتم تسجيل الدرجة التي يحصل عليها الطفل على شكل قدرة لتحديد قيام الطفل بسلوك معين في القائمة، والحكم على وجود حالة التوحد لديه.

(Short & Marcus, 1998)



## «التكيف»

7. وكذلك هناك هناك بعض المقاييس التي تهتم بالجوانب الاجتماعية والتواصل لدى أطفال التوحد ومنها:

- مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي:

(Vineland Adaptive Behavior Scales)

- تقييم اللغة من خلال سلوك اللعب:

(Assessment Of Language Through Play Behavior)

(Everad & Margart. 1976)

أدوات التشخيص الخاصة بالتوحد:

1. الأدلة المعاصر للتصنيف العالمي للأمراض:

**International Classification Diseases – ICD – 10:**

(World Health Organization, 2006)

2. مقياس تقييم التوحد الطفولي:

**Childhood Autism Rating Scale (CARS):**

والذي طوره شوبلير وآخرون (Schopler, Reichler & Renner, 1988). ويتكون المقياس من (15) بعد، تضم العلاقات مع الآخرين، والتقليد، والاستجابات الانفعالية، واستخدام الجسم، واستخدام الأشياء، والتكيف للمفردات، والاستجابة البصرية، والاستجابة السمعية، والاستجابة للحس والرائحة والتذوق واستخدامها، والخوف والحساسية، والتواصل اللفظي، والتواصل غير اللفظي، ومستوى النشاط، ومستوى الوظائف المعرفية، وأخيراً الانطباع العام.

(الشعري، 2001)

3. مقابلة تشخيص التوحده:

**Autism Diagnostic interview-Revised – ADI – R:**

والتي طورها روتر ولورد (Rutter & Lord, 2003)، وتشتمل على (90) فقرة تعكس أبعاد التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك لدى أطفال التوحده.

4. جدول ملاحظة تشخيص التوحده:

**Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS:**

والذي طوره لورد وشويلر.

(الشمس، 2004 - 1)

5. القائمة التشخيصية للأطفال ذوي السلوك المضطرب:

**Diagnostic Checklist for Behavior Disturbed Children (Form E2):**

اصده ريملاند (Rimland, 1964)، وهي قائمة شطب تشخيصية تحتوي على 109 أسئلة حول تاريخ الطفل التطوري المبكر واستجاباته الاجتماعية وتطور الكلام وغيرها، ويرسل النموذج بعد إنكماله إلى معهد الأبحاث في التوحده في سان دييغو حيث يتم إدخاله في قاعدة ضخمة لبيانات الأبحاث ومقارنته مع البيانات التي جمعت سابقاً، وتتراوح العلامات من (- 45 إلى + 45).

- ويعتبر متوسط العلامة للتوسط في نموذج إي تو للطفل الذي يتم تشخيصه على أنه مصاب بالتوحده - 2.
- أما الأطفال الذين تكون علاماتهم 20+ أو أعلى، فيعتبروا مصابين بحالة توحده طفولة كلاسيكي مبكر (متلازمة كانر).
- أما الأطفال الذين تكون علاماتهم - 15 إلى + 19 فيعتبروا توحديين.
- بينما الأطفال الذين تكون علاماتهم من - 16 وأدنى فيتم وصفهم على أنهم يشبهون التوحديين.

6. مقياس جيليام لتصنيف التوحد:

### The Gilliam Autistic Rating Scale:

وهو يحتوي على 56 سلوكاً مصنفة في أربعة مجالات:

- سلوكيات نمطية Stereotyped Behaviour.
- الاتصال Communication.
- تفاعل اجتماعي Social Interaction.
- اضطرابات تعلمية Developmental Disturbances.

ويستغرق إجراؤه من 5 - 10 دقائق، ويتم حساب علامة مقلية لكل من الاختبارات الفرعية الأربعة ومن ثم تحويلها إلى علامات معيارية تتراوح من (1 - 19)، وتكون البيانات مقصودة لتشير إلى الاحتمالية ودرجة شدة التوحد: متدن جداً، متدن، تحت المعدل، معدل، فوق المعدل، عال، عال جداً.

(Gilliam 1995)

7. استبانة التواصل الاجتماعي:

### Social Communication Questionnaire – SCQ.

8. مقابلة تشخيص الاضطرابات التواصلية والاجتماعية:

### The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders – DISCO.

## 2) اضطراب اسبيرجر (Asperger Disorder):

تم وصف هذا الاضطراب لأول مرة من قبل الطبيب الأناضي هانز أسبيرجر (Hans Asperger) في عام 1964، وغالباً ما يصاحبه الذكاء بهذا الاضطرابه ويتميز الفرد الذي يعاني من هذا الاضطراب بوجود قدرات لغوية طبيعية من الناحية التعبيرية والاستقبالية، لكن تظهر مشكلات في إقامة العلاقات الاجتماعية الطبيعية وبعض السلوكيات الشاذة. ويتميز الأفراد الذين يعانون من اضطراب اسبيرجر بعدة خصائص مثل: الإصرار على المألوفة، والفشل في إقامة العلاقات الاجتماعية المناسبة وتطور أنماط سلوكية غير طبيعية مثل مقلقة الأصابع أو التلويح بالأضياء لفترات طويلة والالتزام الشديد بالطقوس غير الوظيفية ومن الملاحظ انه عند تطبيق اختبارات الذكاء على الأفراد المصابين بهذا الاضطراب أنهم يحققون درجات ذكاء بحده المتوسط. يواجه هؤلاء الأفراد صعوبات في المجال الأكاديمي وخاصة في المهارات التي تتطلب الكثير من الفهم والتركيز ويمكن أن تظهر لديهم قدرات مميزة في المهارات الحرفية والمهنية.

ويمكن تلخيص أهم خصائص اضطراب اسبيرجر على النحو التالي:

- نقص المهارات الاجتماعية.
- صعوبة في التعامل الاجتماعي.
- ضعف التركيز والتحكم.
- محدودية الاهتمامات.
- وجود ذكاء طبيعي، الكثير من أطفال التوحد لديهم نقص في القدرات الفكرية ولكن مستوى الذكاء في هذا النوع من الأطفال يكون عادياً أو فوق العادي، لذلك فإن البعض يطلقون على هذا النوع مسمى التوحد عالي القدرات (High Functioning Autism).

## ﴿التواصل﴾

لغة جيدة في التخاطب والتواصل، وبإتقان النوع لا يكون هناك تأخر في المهارات اللغوية ولكن قد يكون هناك صعوبة في فهم الأمور الدقيقة في المحادثة والتي تحتاج إلى التركيز وفهم دقيق للكلمات والصحفية.

معايير تشخيص أسبيرجر

تتضمن معايير تشخيص اضطراب أسبيرجر المظاهر التالية:

(Rutter,1997)

. ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي (بندين على الأقل) :

- ضعف شديد في استخدام السلوكيات غير المتعلمة (التواصل البصري، تفسيرات الوجه، حركة الجسم، الإيماء والإشارة) ، حيث يهدأ التواصل البصري أو تحديق العيّن من المهارات الضرورية لخدمة العديد من الوظائف الاجتماعية، وخصوصاً تلك التي تحدث بين الأم والطفل وينشأ نوع من الارتباط العاطفي بينهما، كما أنها تلعب دوراً في التواصل غير اللفظي من خلال التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية ومن خلال فهم ردود أفعال الآخرين وفهم مشاعرهم، كما أنها تعدّ أساساً لتطوير التواصل اللفظي.

(الغامي، 2004 - ب)

ويعتقد الكثيرون أن الأفراد الذين يعانون من التوحد يتجنبون التواصل بصري مع الآخرين، وعلى شكل حال فإن الدراسات تثبت أن الأفراد الذين يعانون من التوحد يميلون للتواصل البصري - ولكن بدرجة قليلة جداً - لأي شيء بدرجة أقل في العيون، وهذا قد يعطي الآخرين انطباعاً بأنهم يجتنبون التواصل بصري في حين أنه في الواقع لا يكون ذلك متعمداً، ولكن القرب في استخدامهم للتواصل البصري، حيث يبدو وكأنهم لا يفهمون كيفية استخدام التواصل البصري دون كلمات أو من خلال قراءة تعبيرات وجوه الآخرين، وهذا يعني أن معظم الأفراد الذين يعانون من التوحد غير قادرين على فهم رموز الإيماءات التي

تبدو على وجوه الآخرين، وسكنت تلك يبدوا أنهم لا يستطيعون النظر في وجوده وعيون الآخرين صرفة نواياهم.

(Baron-Cohen & Bolton, 1993)

- عدم القدرة على بناء الصداقات مع القرانه في نفس المستوى العمري.
  - قلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب (عدم القدرة على طلب لعبة ما أو حضارها أو الإشارة إليها).
  - نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والانفعالات مع المجتمع حوله.
2. سلوكيات نمطية متكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات والنشاطات (بند واحد على الأقل):
- القيام بالانهماك الكامل في واحدة أو أكثر من الاهتمامات النمطية غير الطبيعية في حدتها أو تركيزها.
  - الحرص على الرثاية ورفض تغيير الطقوس.
  - تكرار الحركات الجسمية بطريقة مميزة (زفرقة الأصابع أو اليدين، التواء الذراعين أو الجسم، حركة معقدة للجسم).
  - الانهماك الكامل والمستمر مع جزء من لعبة.
3. الاضطرابات تؤدي إلى ضعف محسوس مثيراً في مهام وظيفية مهمة كالعلاقات الاجتماعية أو العمل.
4. عدم وجود نقص عام ملاحظ طيباً في القدرات اللغوية (كلمة واحدة في عصر السنين المتواصل اللغوي في عمر الثلاث سنوات).
5. عدم وجود نقص عام ملاحظ طيباً في القدرات الإدراكية والمعرفية، قدرات مساعدة النفس، السلوك التكيفي (ما عدا التفاعل الاجتماعي) الفضول حول البيئة المحيطة به مقارنة بمن هم في عمره.
6. موجهة الاضطرابات غير مشخصة كالتفهم الشخصية أو أحد أسباب اضطرابات التطور العامة الأخرى.

## 3) اضطراب ريت (Retts Disorder)،

هذه الحالة تحدث لذيات فقط، وفي هذه الحالة يكون هناك تطور طبيعي حتى عمر (6 - 18) شهراً، ثم يلاحظ الوالدان قصيراً في سلوكيات طفلهم مع تراجع التطور أو فقد بعض القدرات المكتسبة خصوصاً مهارات الحركة الكبرى مثل الحركة والمشى، ويتبع ذلك نقص ملاحظ في القدرات مثل الكلام، التفكير، استخدام اليدين، كما أن الملاحظة تقوم بتكرار حركات وإشارات شير ذات معنى وهذه تعتبر مفتاح التشخيص، وتتكون من هز اليدين ورفرفةها أو حركات مميزة لليدين.

وتتضمن معايير تشخيص اضطراب ريت المظاهر:

(Barlow & Drank, 1995)

- حمل وولادة طبيعية.
  - تطور ونمو حركي نفسي طبيعي خلال الخمسة أشهر الأولى من حياة الطفل.
  - تراجع الرأس طبيعي منذ الولادة.
  - حصول النمو الثانية بعد مدة من التطور الطبيعي:
1. تباطؤ نمو محيط الرأس في العمر بين (5 - 24) شهراً.
  2. فقدان القدرات المكتسبة لحركة اليدين في العمر بين (5 - 30) شهراً مع حدوث حركات شطرية متكررة مثل رفرفة اليدين.
  3. فقدان الترابيع الاجتماعي المكتسب في مدة سابقة (عادة التكامل الاجتماعي يتكون بعد هذا العمر).
  4. ظهور المشى بشكل غير متزن، أو ظهور حركات جسمية غير طبيعية.
  5. النقص الشديد في تطور اللغة الاستقلالية والتعبيرية مع وجود التخلف النفسي والحركي.

(Wing, 2001)

**(Child Hood Disintegrative Disorder):**

يعتبر ثيودور هيلر (Theodor Heller, 1908) أول من وصف حالة اضطراب الطفولة التفكيرى، وذلك بعد وصفه نتائج متابعة ستة أطفال تراجعت قدراتهم اللغوية والاجتماعية.

يحدث هذا الاضطراب بعد عمر سنتين، وهو يصيب المنظور أكثر من الإناث، ويحذف هذا النوع من الاضطراب فإن الأطفال يتطورون لغوياً واجتماعياً وتتطور لديهم مظاهر النمو الأخرى بشكل طبيعي حتى العمر ما بين (2- 3) سنوات، بعد ذلك فإن التدهور يحدث خلال فترة ملحوظة ما بين أسابيع أو شهر، ويبدأ فقدان المهارات التي اكتسبها الطفل وخاصة مهارة التحكم في عملية التبول والإخراج، المهارات اللغوية والاجتماعية، وقد يبدو الطفل على أنه نكس، ويفقد الاهتمام أو القدرة على اللعب ويطور سلوك شططي مثل اضطراب التوحد.

(الزبيدات، 2010)

تتضمن معايير تشخيص اضطراب التوحد الطفولي التفكيرى الخصائص التالية:

1. نمو طبيعي حتى عمر سنتين.
2. فقدان الملحوظ للمهارات المكتسبة سابقاً (قبل عمر 10 سنوات) في اثنين من المجالات التالية على الأقل:
  - اللغة التعبيرية أو الاستقبالية.
  - المهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفي.
  - التحكم في الأمعاء أو المثانة.
  - اللعب.
  - المهارات الحركية.
  - عجز في السلوك غير اللفظي.
  - عدم القدرة على البدء أو الاستمرار في المحادثة مع الآخرين.
  - عجز في إقامة علاقات مع الأطفال من نفس العمر.

(الاسام والجواند، 2010 - ب)



### Not Other Wise Specified (PDD-Nos):

هناك بعض الاضطرابات التي يتميز أفرادها بمجموعة من السلوكيات النمطية والتأخر الواضح في القدرات اللغوية والمهارات الاجتماعية، ولكن لا يتم تصنيفها على أنها واحدة من الاضطرابات النمائية الشاملة المحددة.

#### معايير التشخيص للاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة:

- لا تنطبق عليها المقاييس الطبية لتشخيص أي من الأنواع السابقة.
- ليس فيها درجة الاضطراب الموضوعية لأي من الأنواع السابقة.
- حسب الكتيب التشخيصي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-4) فإن هذه المجموعة تستخدم في حالات معينة، عندما يكون هناك اضطراب شديد في تطور التفاعل الاجتماعي، أو مهارات التواصل اللغوي وبغير الخوي، أو سلوكيات واهتمامات وإسهامات نمطية متكررة، وأن لا تكون المقاييس تنطبق على اضطرابات معينة في التطور (السابق ذكرها) انقسام الشخصية (الفصام)، اضطراب حب النفس.

(Powers,2006)

الحالات التي يمكن تشخيصها بشكل خاطئ على أنها توحد:

يمكن الخلط ما بين التوحد وبعض مثل الحالات - التي تتميز بأعراض مشابهة مثل الإعاقة العقلية، فصام، وغيرها من الحالات التي يمكن تشخيصها بشكل خاطئ على أنها توحد، وهذه الحالات يمكن استعراض أشهرها:

## 1. الإعاقة العقلية (Mental Retardation).



على الرغم من أن الطفل التوحدي قد يكون مصاباً بدرجة من الإعاقة العقلية، إلا أن تشخيص التوحد - وليس الإعاقة العقلية - يكون مناسباً إذا انطبقت على الطفل معايير التشخيص في سمات وأعراض التوحد، لأن الأطفال التوحديين كما تذكر وينج (Wing, 1996) يحتاجون إلى أسلوب تربوي وعلاج يختلف في مجالات هامة ومعينة، عن تلك التي يحتاجها الأطفال المعاقين عقلياً.



يوجد جدل قائم بين المختصين حول أن التوحد هو نوع من أنواع الفصام؛ وأن فصام الطفولة والتوحد هما نفس المتلازمة بشكل أساسي، أو أن التوحد في الطفولة يتطور ويصبح فصاماً لدى البالغين. ويفترض بعض الباحثين والأخصائيين (Wing & Gould, 1979) في مجال التوحد، أن التوحد صفة تشخيصية متميزة وسائدة ومختلفة بشكل واضح عن الفصام، وغيره من الأمراض العقلية.

وهناك بعض أوجه الشبه بين التوحد والفصام، حيث أن كلاهما يحدثان على طول الطيف العريضه فالانسحاب الاجتماعي الشديد والتسطيح الانفعالي الذي يتميز به الفصام الشديد، قد يحدث ليس في التشخيصه، ويتم تشخيصه على أنه توحد، ومع ذلك هناك عدد من الاختلافات بين هاتين الحالتين مما يساهم الإكسبكتيكيين الخبراء في التمييز بين التوحد والفصام.

### الإفعل اساس

- يبدأ التوحد في مرحلة الرضاعة والمثولة المبكرة، بينما يعيل القصام إلى الظهور فيما بعد في الطفولة أو في المراهقة.
- المصابون بالقصام عادة ما يعانون من أوهام وهلوسات لا يعاني منها التوحديون.
- في معظم حالات القصام، هناك فترات هدوء ولاء سوي بينما لا يتأرجح التوحديون بهذه الطريقة.

### 3. متلازمة توريت (Tourette's Syndrome (TS)

تشمل امراض متلازمة توريت تشنجات لا إرادية، مثل الشخير والوخز، والاستحواذ القسري، واضطرابات قصور الانتباه والقلق، والاحتساب، والعنف اللفظي الذي لا يمكن التحكم فيه. وعلى الإكسبنيكي أن يكون حذراً من تشخيص التوحد بشكل خاطئ على أنه توريت حيث أن علاج هذه الحالة يكون مختلفاً، ومع ذلك قد يتزامن التوحد مع توريت.

### 4. متلازمة ويليام (Syndrome William's)

يبدو أن المصابين بهذه المتلازمة كلهما يتولى كسل من وشج والوهو (Wing & Attwood, 1987)، أنهم يتميزون بامتلاك مهارات لغوية جيدة جداً، ولكن هذه المهارات سطحية، وتكون اللغة الاستقبالية لديهم سيئة جداً، ويبدو أن الصعوبات الاجتماعية قادمة من العجز الفكري بدلاً من الإعاقة الاجتماعية.

### 5. الاضطراب التشتتي (Disintegrative Disorder)

في الاضطراب التشتتي، يتبع التطور الذي يبدو سوياً في العامين الأولين من الميلاد على الأقل ارتداد وفقدان للمهارات التي تم اكتسابها مسبقاً:

- اللغة التعبيرية أو الاستقبالية.
- السلوك التكيفي.
- المهارات الاجتماعية.
- التحكم بالأعضاء أو المشاة.
- المهارات الحركية.

## «التشخيص»

وتحدث هذه الاضطرابات جميعها قبل سن العاشرة ويفترض ان يكون السبب عائداً إلى مرض عصبي، ويستقر التراجع في النهاية ثم يظهر لدى الطفل أعراض توحديه.

## 6. الاضطراب الاستحواذي القسري OCD،

### Obsessive – Compulsive Disorder:

بالنسبة للتوحيدين، تكون المفوس والاستحواذات ممتعة ومهدئة، أما بالنسبة للمصابين بالاضطراب الاستحواذي القسري OCD تجلب لهم الأعمال القسرية نغمة وقلق، فهم لا يرغبون في القيام بها ولكنهم لا يستطيعون منع أنفسهم من ذلك. ومع ذلك، فقد يتزامن الاضطراب الاستحواذي القسري مع اضطراب التوحدي (ASDs).

## 7. اضطراب المعاني البراجماتي

### (SPD) Disorder Semantic Pragmatic:

سكان رابين وآلين (Rapin & Allen, 1983) أول من قام بتعريف هذا الاضطراب، ثم قام بيشوب Bishop بتطويره عام 1989، وهو يستخدم لوصف الأطفال غير التوحيدين وتكثفهم يظهرون تأخرًا لغويًا أوليًا ومجزأً في اللغة الاستقبالية، ثم يتعلمون فيما بعد ان يتكلموا بوضوح وباستخدام جملاً مركبة مع اختلال براجماتي ودلالات المفاد يصبح أكثر وضوحاً مع ازدياد المهارة اللفظية.

والقيود على هذا المفهوم تكمن في أن الصعوبات الحقيقية والأساسية لها ما يتم تجاهلها حيث يؤخذ جانب واحد فقط من تطور الطفل بعين الاعتبار.

**Learning Disability Of The Right Hemisphere Developmental:**

يتميز هذا الاضطراب الذي تعرف عليه دنكلا (Denckla, 1983)

باضطرابات صعبة في ترجمة المهارات الشخصية الأساسية والتعبير عنها.

**(6 - 7) التشخيص الفارقي للتوحد:**

ما زال تشخيص اضطراب التوحد من أكبر المشكلات التي تواجه المهنيين، وسبب ذلك هو أن خصائص التوحد غالباً ما تشبه الاضطرابات الأخرى. ولذلك يجب الحصول على معلومات دقيقة لكي يتم تشخيص الأفراد التوحديين وتمييزهم عن الأفراد ذوي الاضطرابات الأخرى.

ويشير معظم الباحثين المهتمين بتشخيص اضطراب التوحد إلى القضية تشابه السلوك المرتبط بالتوحد باضطرابات أخرى. وهذه الاضطرابات هي الإعاقة العقلية، وفصام الطفولة، والإعاقة السمعية واضطرابات التواصل، واضطرابات أخرى.

## الفصل السابع

### الأساليب التربوية والعلاجية

#### لأفراد التوحّد

- 1- مقدمة.
- 2- الأساليب التربوية العلاجية لأفراد التوحّد.
3. الأسلوب السلوكي والتعليمي.
4. الأساليب العصبية الحسية.
5. الأساليب الغذائية.
6. الأساليب الهرمونية الطبية.
7. البرامج التكنولوجية.
8. العلاج النفسي للذينا هميكي.
9. التدخل العلاجي التواصل الاجتماعي.





## الأساليب التربوية العلاجية لأفراد التوحّد

(7 - 1) مقدمة:

رغم التطور الحضاري والعلمي عبر العصور ظلت فئات ذوي الحاجات الخاصة تعاني من مختلف المشاكل الاجتماعية والنفسية، وظل المجتمع يرفض الاعتراف بحاجاتهم الخاصة ولم يسعى جاهداً لتطوير برامج تربوية وأساليب علاجية لخدمتهم فقد يكون السبب لأنه يتصور أنّ هذه الفئات لا تستفيد من هذه المحاولات، واليحدث لا زالت تجري لحل مشكلة المشاكل ذات العلاقة في هذه الفئات، وتطوير واستحداث برامج وأساليب علاجية لذلك، وأود الإشارة هنا إلى أن جهوداً عملية مفضية وطويلة ابتدأت تقريباً مع بداية القرن العشرين للتوصل إلى حل لما تبقى من المشاكل المصاحبة لتلك الإعاقات.

ومن الجدير بالذكر أن أكثر البرامج التربوية التي تقدم للأطفال التوحديين تهتم بتنمية النواحي الاجتماعية والتواصلية، فكونه من المعروف أن الاهتمام بتنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية للطفل التوحدي تساعد في تنمية مهارات أخرى، والأطفال التوحديين لا يمكنهم أن يقوموا بتطوير قدرتهم على التفاعل الاجتماعي الفاعل مع أقرانهم وذلك بالمزج والأساليب التي تعتبر صعبة، ومع ذلك فهم مثل غيرهم من الأطفال العاديين توجد بينهم فروق فردية تؤدي إلى وجود مستويات مختلفة ومتباينة من الأداء السلوكي الوظيفي. وإن كان العديد منهم يعانون من خلل واضح في هذا الجانب، وتعتبر البرامج التدرجية ذات أهمية كبيرة بالنسبة هؤلاء الأطفال حيث يمكن من خلال مثل هذه البرامج تنمية مهاراتهم واستعدادهم للتعلم، وهذا كله أنواع مختلفة ومتعددة من البرامج التربوية والسلوكية التي يتم تقديمها هؤلاء الأطفال تعمل على تحسين تواصلهم مع الآخرين سواء أكان ذلك التواصل لفظياً أم غير لفظي. وتعمل تلك البرامج على الحد من السلوكيات غير المرغوبة، وتؤدي بالتالي إلى تحسين مستوى التفاعلات

الاجتماعية هؤلاء الأطفال. ويمكن أن يشترك الأقران في تصفح البرامج ، كما يمكن أن يشترك فيها أعضاء من أسر هؤلاء الأطفال.

(Ozonoff & Cothran, 1998)

وقد ذكرت التقارير والدراسات التربوية أنه يوجد أكثر من 400 برامج تربوي وأساليب علاجية مختلف لتوحيد، وفي كل عامه تظهر أنواع جديدة من العلاج، مع العلم أن هناك الكثير من الجدل حول كل هذه العلاجات وطرق تنفيذها ومعنى هامتها، وقد يتوصل بعض أولياء الأمور إلى أساليب مريحة لهم ولأطفالهم ويكتشفون في هذه الأساليب التحسن في حالة أطفالهم، لذا، أصبح من الضروري وضع برامج تربوية ذات طابع شمولي لعلاج الأطفال التوحديين، وهناك العديد من البرامج التربوية التي تم تطويرها للعمل مع أطفال التوحد بالإضافة إلى البرامج العلاجية التي تتعلق بالعلاج الطبي والبيولوجي، ويستند هذا الجانب إلى وجود أسباب عضوية محتملة يمكن أن تكون مسببة للاضطراب، ومنها ما يعتمد على استئثار الحواس لدى الأطفال التوحديين، ومنها ما يتطرق إلى الجوانب السلوكية والتربوية كأساس يتم من خلاله تقديم البرامج العلاجية.

#### (7 - 2) الأساليب التربوية العلاجية لأفراد التوحد:

يوجد العديد من الأساليب التي تصدم لأطفال التوحد وتعتمد على: الأسلوب السلوكي والتعليمي، والأساليب العصبية الحسية، والأساليب التفاضلية، الأساليب البيولوجية المثبتة، والبرامج التكنولوجية، و العلاج النفسي الديناميكي والتدخل العلاجي التواصلية والاجتماعي، ويستعرض المؤلف أشهر البرامج العلاجية المستخدمة مع الأطفال المتصابين بالتوحد:

«البرامج التربوية والأساليب العلاجية لأفراد التوحد»

(1) الأسلوب السلوكي والتعليمي:

Approaches Behavioural\ Educational:

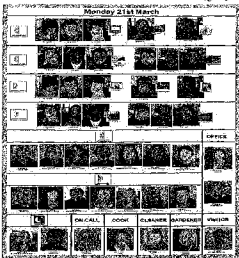
ويضم هذا الأسلوب مجموعة متنوعة من الطرق ومنها:

- برنامج علاج وتربية الأطفال المصابين بالتوحد ومشكلات التواصل المشابهة.
- برنامج التحليل السلوكي التطبيقي.
- العلاج بالحياة اليومية (مدرسة هيجاشي) التدريب في المجموعة.
- برنامج ليب للأشخاص التوحديين.
- العلاج بالتكديبات «البندية».

1. برنامج علاج وتربية الأطفال المصابين بالتوحد ومشكلات التواصل المشابهة،

**Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children (TEACCH):**

يعتبر من أقدم البرامج العلاجية المستخدمة مع الأطفال المصابين بالتوحد والذي طور عام 1966 من قبل شوبلر Schopler وزملاءه في جامعة نورث كارولينا University Of North Carolina عام 1972 في الولايات المتحدة الأمريكية، وكان أول برنامج تربوي متخصص بتعليم الأطفال المصابين بالتوحد، وأول برنامج معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية ASA، وهذا البرنامج شائع ومعتمد للأطفال والبالغين التوحديين وفيرهم ممن يعانون من إعاقات في التواصل ذات علاقة، ويتمثل الهدف الرئيسي للبرنامج توفير استمرارية في تقديم الخدمات طوال حياة الفرد.



وترتكز فلسفة البرنامج على معرفة أن التوحيدين يدرسون العالم بشكل مختلف ويستخدمون أساليب تفكير مختلفة ولذا هم يمتلكون نمطاً مختلفاً من التفكير. ويشتمل البرنامج على جانبين هما،

- الجانب **القيومي**؛ ويتضمن أبعاداً متنوعة مثل التقليد، الإرادة، المهارات الحسية، المهارات الحسية حركية الدقيقة، التأزيبون العين واليد، المهارات العرفية العقلية.
- الجانب **المسلوحي**؛ ويتضمن أبعاداً مثل الاهتمام على الذات، المهارات الاجتماعية، السلوكيات السلبية.

## «البرامج التربوية والأساليب العلاجية لأفراد التوحد»

وتدسهر (القاسمي، 2004 - ب) أن البرنامج يركز على النقاط التالية:

1. الأخذ بعين الاعتبار صفات التوحد الأساسية وطرق التعلم التي أثبتت فعاليتها في الدراسات العلمية الموثوقة.
2. تعليم الأطفال المصابين بالتوحد من خلال نشاط هوتهم والتي تكمن في إدراكهم البصري وتعويضهم من نقاط الضعف لديهم والتي تكمن في فهم اللغة والبيئة ويتم ذلك من طريق تعظيم البيئة واستخدام الاستراتيجيات البصرية.
3. تدريب المختصين والأسر ممن يتعاملون مع الأطفال المصابين بالتوحد.

مبادئ ومفاتيح التعليم في برنامج لبتش:

### أولاً، التعليم المنظم:

قام اريك (Eric) في عام 1971 بدراسة أثبتت نتائجها أن الأداء العام للطفل المصاب بالتوحد ودرجة تقدمه يرتفعان ويتحسنان عندما يكون في بيئة منظمة والعكس صحيح، كما أشار إلى أن درجة تنظيم البيئة التي يحتاجها الطفل المصاب بالتوحد تختلف باختلاف العمر الزمني والعقلي، فكلما انخفض العمر العقلي والزمني لدى الطفل ازدادت الحاجة إلى درجات مرتفعة من التنظيم، وكلما ازداد تطوره الإدراكي واللغوي انخفضت درجة التنظيم التي يحتاجها، وهناك خمس رسائل للتعليم المنظم وهي: الروتين للحد من تعظيم المساحات الجدول اليومية، تنظيم العمل، والتعليم البصري.

### ثانياً، الجمع بين المدخل السلوكي والمدخل الإدراكي في التعليم:

تفسر فلسفة برنامج لبتش المشاكل السلوكية على أنها ناتجة من الصعوبات الإدراكية في فهم وتفسير المعلومات المتداولة، ويعتبر أن جميع سلوكيات الطفل هادفة، وعلى المعلم تحديد السلوك وإيجاد السلوك البديل المناسب لذلك،

## « الفصل السابع »

وقلمومه للطفل، حيث تبنى البرنامج الطرق النابعة من المدخل السلوكي مثل التلقين والإقضاء والتشكيل... الخ.

### ثالثاً: المنهج:

يركز برنامج تيتش تعليم الأطفال المصابين بالتوحد مختلف المهارات من مثل مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية والمهارات الأكاديمية ومهارات العمل، لإتجاز العمل في وقت محدد والعمل باستقلالية.

### أهمية من برنامج تيتش»

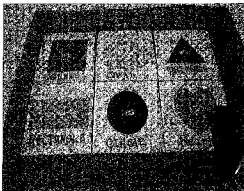
1. تعرض برنامج تيتش لعدد من الانتقادات ولعل من أبرز هذه الانتقادات: اعتقاد بعض المختصين أنه من الأفضل تعليم الطفل المصاب بالتوحد في بيئات أشبه بالبيئات الطبيعية عوضاً عن البيئة المصطنعة والمكثمة، ويرد أصحاب البرنامج والمؤيدون له على الانتقاد بأن الاعتماد على البيئة المنظمة وبكمما ذكرنا سابقاً يتناسب عكسياً مع العمر الزمني والعقلي.
2. يأخذ برنامج (TEACCH) بالحسبان ككل عناصر حياة أفراد التوحد وعائلاتهم، فهو يعمل على تطوير مهارات العمل والاستقلالية والمهارات الاجتماعية والتربوية وأوقات الفراغ، وتطوير مهارات التواصل وسراعاة الاحتياجات والاهتمامات الاجتماعية وتشجيع أفراد التوحد على ملائمة وتحقيق هذه الفرص.
3. وتختلف ساعات التعليم في البرنامج من طالب لآخر حسب الاحتياجات الفردية لكل طالب.
4. كلما اختلفت نسبة المعلمين إلى الطلاب حسب احتياجات الطلاب أنفسهم.

(Meribov, 2000)

5. من أهم معرفة أن برنامج (TEACCH) لا يلغي برامج تعديل السلوك بل يعيد ترتيبها وتنظيمها كما أن برنامج (TEACCH) وبرنامج (PECS) يتعاملون بالانسافة نفسها.

«تدريج التوبة والتسليم العلاجية لأفراد التوحّد»

الريكالز والمبادئ الأساسية التي يستند إليها برنامج (TEACCH).



يقوم برنامج (TEACCH) على ثلاث ركائز أو مبادئ أساسية تتمثل في  
التقييم والتشخيص، وتعاون الوالدين مع المهنيين، والتعليم المنظم؛

#### • التقييم والتشخيص:

أحد المظاهر التي تم التركيز عليها في برنامج (TEACCH) إجراءات التقييم والتشخيص للأفراد الذين يعانون من التوحّد، حيث إن الجزء المهم في برنامج (TEACCH) هو تصميم خطة علاج فردية لكل طفل من أطفال التوحّد ونوعي المشكلات التواصلية اللغوية، لذلك من المهم جداً إجراء تقييم شامل وتدقيق للمهارات والسمويات عند الأطفال الذين يعانون من التوحّد، لأنه إذا لم يكن التقييم دقيقاً فإن العلاج لن يكون فعالاً.

• تعاون الوالدين مع المهنيين:

يؤكد برنامج (TEACCH) ضرورة تعاون الوالدين مع المهنيين الذين يتعاملون مع الطفل، وحيث إن المهنيين يملكون الخبرة في معرفة العلاج لأطفال التوحد فإن الآباء يمتدنون "مخبراتهم ومعالجهم مساعدين" في البرنامج حيث إن استخدام الآباء كمعالجين مساعدين لأبنائهم ذو تأثير فعال في العلاج، وله العديد من الحسنيات والمميزات منها زيادة عدد المساعات التدريبية التي يتلقاها الطفل وزيادة مدة العلاج، وذلك لأن الآباء يبقون مع أبنائهم لمدة أطول من الأخصائيين، كما أنه يشود أيضاً إلى زيادة التعميم لبعض المهارات عندما يتم تأديتها في البيت، كما يلعب الوالدان أيضاً دوراً كبيراً في المراقبة والمشاركة في التشخيص والتعليم والأنشطة ومساعدة المعلمين.

(Poorenboom, 2003)

• التعليم المنظم (Structured Teaching):

التعليم المنظم هو فلسفة التدخل التي تم تطويرها من قبل جامعة نورث كارولينا قسم (TEACCH)، وهو منهج منظم لتدريب الأفراد الذين يعانون من التوحد حيث يسمح بتطبيق مجموعة متنوعة من أساليب التدريس كاستراتيجيات الدعم البصري، ونظام التبادل عبر الصور (PECS)، واستراتيجيات المعجج الحسي، وجلسات المحاولات المنفصلة، وهو أحد النظم في التعامل مع افراد التوحد.

هذا ويستخدم برنامج (TEACCH) التعليم المنظم كمنهجية لتكييف بيئة أفراد التوحد للحد الأقصى من نشاط القوة التي لديه عن طريق خلق نظام بيئي عالٍ جداً لزيادة قدرة هؤلاء الأفراد على معالجة المعلومات البصرية والتقليل من مشكلات المعالجة السمعية.

(Stokes, 1998)



### «البرامج التربوية والأساليب العلاجية لأفراد التوحد»

ويمتاز برنامج (TEACCH) بأنه برنامج تعليمي شامل لا يتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك بل يقدم تأهيلاً متكاملًا للطفل كما أنه يمتاز بأنه مصمم بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل ويعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية والعقلية والحسية واللغوية، واستعمال الاختبارات مدروسة.

ويؤكد هذا البرنامج مع حالات التوحد اعتماداً على معرفة وقياس نقاط القوة مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحب الروتين، فهو برنامج متكامل من عمر (3 - 18) سنة، يعمل على تهيئة الطفل للمستقبل وتدريبه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له عامل مهم جداً للم التفرغ وإحساسه بأنه يقوم بعمل منتج مفيد ويكون وسيلة لكسب العيش.

وينطلق البرنامج من فلسفة الاعتماد على المثيرات البصرية كونها أفضل من المثيرات اللفظية، ويعمل البرنامج على تهيئة هذه الطريقة من أجل لتعليم المكان والزمان والأحداث بطريقة توضح للطفل ما يلي: ما هو المطلوب منه أمسي يفترض أن يقوم بالعمل ؟ أين سيقوم بالعمل ؟ ويتم ذلك من خلال دلائل بصرية بالجداول والصور والأنشطة وبطرق الانتقال لتحدد أماكن الأنشطة وتساعد التلميذ التوحدي في معرفة بداية ونهاية كل نشاط كما يشعر بالأمان حيث إنه يعاني بعضاً من أشكال السلوك الآلية: التعلق بالروتين، القلق والتوتر في البيئات التعليمية العادية، صعوبة في فهم بداية ونهاية كل الأنشطة وتساؤل الأحداث اليومية بشكل عام، صعوبة في الانتقال من نشاط إلى آخر، صعوبة في فهم الكلام، صعوبة في فهم الأماكن والمساحات، يفهم التعليم من خلال الإدراك البصري عوضاً عن اللغة المنطوقة.

ويركز البرنامج على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية والمهارات الأكاديمية ومهارات التكيف في المجتمع حيث لا يتجاوز هذه الأفراد (5 - 7) مقابل مدرس ومساعد مدرس.

يرى سكوبلر (Schopler, 1994) بأن هناك ستة مبادئ رئيسية يعتمد عليها برنامج TEACCH هي:

1. تحسين تكيف الفرد من خلال تحسين مهاراته بأفضل الطرق المتوافرة، وتوفير بيئة داعمة وإجراء التكيف والتعديل في البيئة لتتواءم مع الصعوبات المرافقة للتوحد.
2. تقويم وإجراء رسمي وغير رسمي واستخدام أفضل الاختبارات المتوافرة وغير الرسمية من خلال الملاحظة التي يقوم بها المعلمون والآباء والأخرون.
3. استعمال جوانب القوة عند الطفل في معالجة المعلومات البصرية ليجاوز الصعوبات في معالجة المعلومات السمعية والتنظيم، والذاكرة، وهي من أفضل الطرق في تعليم التعلم المستقل وتصديل السلوكيات غير المرغوب فيها، ويمكن استعمال هذا الأسلوب في البيت والمدرسة ويمكن العمل.
4. أفضل برنامج تعليمي هو البرنامج الذي ينمي مهارات الأطفال ويدرك جوانب ضعفهم.
5. أفضل البرامج هي تلك التي تستند إلى النظرية السلوكية والنظرية المعرفية باعتباره إستراتيجية للتدخل.
6. تدريب المهنيين يعني القدرة على التعامل مع المشكلات الناتجة عن التوحد.
7. التدريب المكثف والمنظم والتركيز على الإرشاد الأمري

(Bondy & Lorst, 2002)

## 2. برنامج التحليل السلوكي التطبيقي:

### Applied Behavioral Analysis (ABA):

يطلق على هذا الأسلوب أحياناً "طريقة لوفاس" وهي تركز بشكل رئيس على التدخل المبكر (سنوات ما قبل المدرسة)، ويمكن إيفان لوفاس Ivar Lovaas والسماح في التدخل السلوكي للأطفال التوحديين في الستينات، وترتكز المبادئ الأساسية التحليل السلوكي التطبيقي على التعلم المشروط

### «البرامج التربوية والأساليب العلاجية لأفراد التوحّد»

Operant Conditioning تسكنر ومحاولات سلوكية منفصلة Discrete Trials Behavioural، وتشمل الطريقتان تدريبات متكررة ومكثفة ومنظمة بشكل عالٍ، ويتم إعطاء الطفل من خلالها أمرًا ثم تتم مكافأته في كل مرة يستجيب فيها بشكل صحيح؛ وبإسناد برامج للحاولات السلوكية المنفصلة بتحقيق الأوامر السلوكية المرغوب فيها أي الامتنثال العام لتحقيق أهداف التدريب، هذا يعود تاريخ تحليل السلوك التطبيقي إلى عام (1959) على يد أيلسون و مايسل Ayllon & Michael، ونمت الإشارة إلى هندسة السلوك من خلال توجيه العمل ضمن سلسلة منظمة من الإجراءات التي تصل في النهاية إلى نتائج محددة مسبقاً، ونمت الإشارة إلى الإطارات النظري الخاص بتحليل السلوك التطبيقي من خلال النظرية السلوكية، والسلوكية الراديكالية أو التقلبية، والتي بدأت مع سكنر Skinner، وقد وجهت بعض الانتقادات لتحليل السلوك التطبيقي على اعتبار أنه يتعامل مع السلوكيات غير المقبولة، والتي يستخدم فيها أنواع العقاب الجسدي بشكل ملحوظ، وتطورت النظرة إلى تحليل السلوك التطبيقي بعد ذلك لتتصلب تعليم مجالات النمو والتطور لدى الأطفال والكبار ويعتبر لوفاس Lovaas عام (1934) أول من استخدم تحليل السلوك التطبيقي في علاج التوحّد.

(Heward, & Neef, 2005)

ويعرف تحليل السلوك التطبيقي على أنه نظام عملي يقوم على دراسة تعديل السلوك الملاحظ من خلال معالجة البيئة المحيطة بالطفل، حيث تم اشتقاق المفراضات من خلال البحوث الأساسية في تعديل السلوك، وتطبيقه في علاج حالات التوحّد والاضطرابات اللغوية الأخرى، ويتضمن طرقاً تجريبية لمعالجة البيئة والاختبارات المتسلسلة للسلوك ويسمح ذلك بالتحرف على العلاقات الوظيفية بين السلوك والتغيرات البيئية المحيطة بالطفل وعلاجها.

(Chiesa, 2004)

وقد امتلكت المدرسة السلوكية إلى عدد من المبادئ العلمية التي تعتمد على الملاحظة، والابتكار، والاختبار، والموضوعية، ويعتبر تحليل السلوك التطبيقي

الجانب الإجراسي لتحقيق أهداف محددة وزيادة السلوكيات الإيجابية؛ والعمل على تطوير نوعية السلوك، والحد من السلوك السلبي، وتعليم السلوكيات الجديدة.

(Lovaas, 1996)

ويعتبر تحليل السلوك التطبيقي طريقة لتعليم السلوكيات الاجتماعية والحركية والفعلية ومهارات التفكير، وتكمن أهميته في مجال تعليم الأطفال التوحديين حيث يقوم بتجزئة الخطوات التعليمية التي تنبثق القسرة الأولية للأطفال التوحديين إلى خطوات جزئية بسيطة معطيا مرادفات لكل خطوة لتتناسب مع السعة العقلية والحالة الشخصية التي يكون عليها الطفل أثناء عملية التعلم، وبالتالي يعطي تنوعا في الطرق والأساليب التي من خلالها يتم إعصاب الأطفال المعلومات المراد تعلمها، وتبني هذه الطرق بتباين صعوية المادة المتعلمة، ويمكن للأباء والمدرسين والأخصائيين أن يستخدموا طرق تحليل السلوك التطبيقي في التعامل مع الأطفال التوحديين.

(Harris, & Delmolino, 2002)

ويعتمد تحليل السلوك التطبيقي على الملاحظات السلوكية الهادفة، والتعزيز الإيجابي لتعليم ككل خطوة من الخطوات الخاصة بالمهارة، حيث يتم تعزيز سلوك الطفل في شكل خطوة صحيحة، وأيضاً عند القيام بالسلوك الاجتماعي المناسب، ويعتمد بدرجة صغيرة على الملاحظة القريبة من بيئة الطفل التوحدي، وتعمل الأهداف من ذلك إحداث التغيير الإيجابي في سلوك الطفل من خلال ضبط البيئة التي يظهر فيها السلوك، ومن ثم نقل ذلك السلوك الإيجابي إلى بيئة جديدة والتأكد من ظهوره بشكل مستمر.

(Jensen, & Sinclair, 2005)

ويعتبر برنامج لوفاس من أهم البرامج التربوية المطبقة مع الأطفال التوحديين ويعتمد برنامج لوفاس على ضرورة إعصاب الطفل التوحدي المهارات المختلفة التي تلبي احتياجاته اليومية، ويقوم هذا البرنامج على التحليل السلوكي

### « البرامج التربوية والأساليب العلاجية لأفراد التوحد »

لعادات الطفل واستجاباته العنصرية وعلى مبدأ إمكانية تكرار السلوك المعزز إيجابياً للفرد بشكل أكبر من إمكانية تكرار السلوك المهمل.

لقد تبين لوفاس في هذا البرنامج طريقة المحاولة المنفصلة بحيث يتم تجزئة المهمة المطلوبة إلى عدة أجزاء منفصلة ومن ثم تعليمها للمطل التوحد وتكرار تدريس الطفل عليها إلى أن يتم إتقانها ومن ثم ربطها بالأجزاء الأخرى إلى أن يتم تعليم المهمة المطلوبة بشكل كامل

(Salzer-Azaroff & Mayer, 1991)

الاستراتيجيات التعليمية التي تتمحور حول برنامج التحليل السلوكي التطبيقي:

#### • التدريب من خلال المحاولات المنفصلة Discrete Trial Training.

والذي يستند إلى تعليم الطفل الذي يعاني من التوحد الاستجابة للمهارة من خلال تحليل المهارة إلى عدد من الأهداف الصغيرة والتي يتم من خلالها تعزيز السلوك الإيجابي الخاص باكتساب المهارة، وأيضاً يتم مساعدة الطفل للوصول إلى الاستجابات الصحيحة من خلال التلميح له بطريقة الاستجابة.

#### • التدريب على المهارات المحورية Pivotal Response Training.

ويقتصد به العمل على تعليم الطفل على الاستجابة للمهارات الأساسية، التي يمكن من خلالها التعامل مع مهارات أكبر بحاجة إلى تأسيس قوي لضمان الاستمرارية مثل تعليم الطفل مهارات الانتباه والتواصل البصري، والهدف الرئيسي من ذلك الوصول بتلك الاستجابات إلى مرحلة التعميم، ومن ثم القدرة على استخدام تلك المهارات في التعميم.

- التدريب على مهارات التواصل الوظيفي والسلوك اللفظي،

### Functional Communication Training & Verbal Behavior:

والتي يستند إلى تعليم الطفل القدرة على التعبير من خلال استخدام اللغة المنطوقة وذلك باستخدام التعزيز في البداية للمحاولات البسيطة ومن ثم يتم الانتقال إلى المهارات الصعبة والمقدمة في تعليم اللغة

- التعليم العرضي **Incidental Teaching**،

والتي يستند إلى مبدأ التكرار لعظم السلوكيات اليومية التي يقوم بها الطفل في البرنامج التربوي الخاص به.

(البلد، 2008)

### المبادئ الأساسية لإجراءات تحليل السلوك التطبيقي:

يشكر الخطيب (2003) أهم المبادئ الأساسية التي تقوم عليها إجراءات تحليل السلوك التطبيقي على النحو التالي:

1. زيادة السلوكيات المرغوب فيها، وذلك من خلال استخدام طرق وأساليب التعزيز الإيجابية المتنوعة.
2. تعليم مهارات جديدة، حيث يدمج تحليل السلوك التطبيقي بوضع الأسس والإجراءات العملية لتنظيم التعليم عند الأطفال الذين يعانون من التوحد.
3. المحافظة على السلوكيات الإيجابية الموجودة لدى الطفل التوحدي ومساعدته على تنميتها وتطورها.
4. التعميم ونقل الخبرات التعليمية إلى مواقف أخرى مشابهة، والاستفادة منها في توظيف قدرات الطفل التوحدي على التصرف بشكل مناسب.

## «التدريب التربوية والأساليب لعلاج الأزمات التوحدي»

5. التحكم بالظروف والشروط البيئية التي يحدث فيها السلوك، والتشجيع المساعدة على توجيه استجابات الطفل التوحدي ايجابيا لتحقيق الأهداف الموضوعية له.
6. التقليل من السلوكيات غير المرغوب فيها، وخاصة المتعلقة بإيذاء الذات والعدوانية.

ومن الجدير بالذكر أن استخدام التحليل السلوكي الوظيفي والتدريب من خلال المحاولات المتعددة Discrete trial Training بحيث يخضع الطفل إلى منهج متسلسل من الأسهل إلى الأصعب ويحتوي على متوج على مجموعة من الأهداف هي:

- منهج المتوسطين، ويشمل الانتباه، والتقليد، واللغة الاستقبالية، واللغة التعبيرية، والاعتماد على النفس.
- المنهج المتوسطه، ويشمل الانتباه، والتقليد، واللغة الاستقبالية، واللغة التعبيرية، وما قبل الأكاديمي، والمجال الاجتماعي، والاعتماد على النفس.
- المنهج المتقدم، ويشمل الانتباه، والتقليد، واللغة الاستقبالية، واللغة التعبيرية، والمجال الاجتماعي والأكاديمي، والتحضير لدخول المدرسة، والاعتماد على النفس.

(المعوي، 2007)

وتعتمد طريقة توفاس في التحليل السلوكي التطبيقي على برنامج محلول للتدريب على المهارات مبني بشكل منظم ومنطقي، وهي طريقة مبنية على التحليل السلوكي لعادات الطفل، واستجابته للمثيرات ومعتمدة على النظرية الإشرطية.

ولا بد من الإشارة هنا إلى أن تحليل السلوك التطبيقي يركز على تعليم مهمات تعليمية وتربوية بسيطة قابلة للتنبؤ حتى يتم الوصول إلى تعليم النظام السلوكي للمهارة بشكل كلي، فكل مهارة يقوم بها الطفل التوحدي ليست

## ﴿الفصل السابع﴾

بالضرورة أن تكون واضحة ومعاملة بشكل يسمح بتطبيقها على جميع الأطفال التوحديين بنفس الطريقة، ولكن عادة ما يتم التعامل مع كل مهارة بنجزلتها إلى أهداف فرعية، ومن ثم تعليم الطفل لكل جزء وذلك عن طريق تقديم دلائل وإشارات محددة، أو نظام تعليمي معين، ويمكن الاستعانة بالتصحيح أو التلقين مثل استخدام التوجيه الجسدي لمساعدة الطفل التوحدي في البدء بالمهارة، ويجب أن يستخدم التلقين أو التصحيح بشكل مؤقت حتى يتم الاستغناء عنه في مراحل لاحقة من التعليم.

عادة ما يتم الوصول إلى استجابات مناسبة من خلال استخدام إجراءات التعزيز، والتي تساعد على ظهور تلك الاستجابات مرة أخرى، حيث، وبدل ذلك على الشاغم والانساق في الأداء لدى الطفل التوحدي أثناء التعامل مع المهارات التي يتعلمها، وبشكل يسهل ملاحظة تلك الاستجابات المناسبة أثناء تعرض الطفل للعواقب المختلفة.

(McConchie, & Diggle, 2007)

## أوجه الشبه بين برنامج التحليل السلوكي التطبيقي (ABA) وبرنامج TEACCH:

يشبه برنامج التحليل السلوكي التطبيقي (ABA) برنامج ال TEACCH من حيث أنه يطبق أساليب سلوكية، ومع ذلك، هناك فروقاً هامة ما بين هذين البرنامجين،

- الفلسفة الأساسية التي بنيت عليها أساليب ABA تكمن في أن الحياة الطبيعية ممكنة لأن جميع المهارات يمكن تعلمها. وعلى العكس من ذلك، فإن TEACCH يركز على أن هناك صعوبات معينة (مثل الاستيعاب اللغوي) تبقى مدى الحياة وبالتالي يجب أن يكون التركيز على المهارات الوظيفية (الاتصال غير اللفظي والمهارات الذاتية والمهنية).



«البرامج التربوية والأساليب العلاجية للتردد»

- ولا يشبه TEACCH طريقة لوفاس من حيث أنه أقل كثافة، وينظر إليه على أنه تعلم مستمر طوال العمر من التهدئ إلى التحد.

### 3. العلاج بالحياة اليومية (مدرسة هيجاشي) التدريب في المجموعة:

#### (Daily life Therapy the Higashi Approach: Training in A Group):

قامت كيو كيتاهاري Kiyu Kitahari عام 1964 في مونتسيري هيجاشي جاسكوين في ملوكيو بتطوير علاج الحياة اليومية.

ويرتكز هذا الأسلوب على العمر، وليس المستوى النمائي، وعلى أنشطة جماعية من أجل إعداد الطفل لمواجهة أنشطة الحياة العامة، ويرتكز هذه الطريقة على تمارين بنائية نشيطة وفتون ومهارات اجتماعية والاتصال، ويتم استخدام هذه الطريقة في مدرسة في يوسطن، ماساشوسيتس وهي تنتشر الآن في دول أخرى.

لا يوجد أي تعليم فردي في مدرسة هيجاشي، بل تتم بكل الأنشطة من خلال التعليم الجماعي. وبناء على ما تمتدده المنسكورة ككيو هيجيتاهارا، يعود ذلك إلى أن معظم الأنشطة والأعمال اليومية تتم بشكل جماعي لدى الأشخاص الطبيعيين، فكان من الأفضل لتعليم الأشخاص المصابين بالتوحد العمل في مجموعات لكي تصبح سلوكياتهم أقرب إلى السلوكيات الطبيعية، كما إن التعليم الجماعي يمكن الأطفال من التعلم من خلال التقليد، وأخيراً إن التعليم الجماعي يخفف من درجة القلق والتوتر لدى الأشخاص المصابين بالتوحد لأن ذلك يمكنهم من مراقبة زملائهم في الفصل ومعرفة ما يجب القيام به.

(النشائي، 2004 - ب)

ويذكر بحر (1997) بتركز أسلوب العلاج بالحياة اليومية على خمسة مبادئ

أساسية وهي:

1. التعليم الموجه للمجموعة.
2. التعليم والأنشطة الروتينية.
3. التعليم من خلال التقليد.
4. تقليل مستويات التفاعل غير المرغوب فيه بالتدريب المكثف.
5. تركيز المنهج على الموسيقى والرسم والألعاب الرياضية.

#### 4. برنامج تيب للأطفال التوحديين:

#### Learning Experiences An alternative Programming (LEAP):

بدأ برنامج تيب (LEAP) عام (1981) في بنسلفانيا لتقديم خدمات للأطفال العاديين والتوحديين من عمر (3-5) سنوات، وتدريب الآباء على المهارات السلوكية بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى.

وما يمتاز به برنامج تيب (LEAP) أنه يعتبر أول برنامج يجمع ودمج بين الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال العاديين منذ بداية البرنامج ويتم استخدام الرفاق في التدريب على المهارات الاجتماعية، وتشمل الأهداف في المنهج الفردي مجالات القمص الاجتماعية والانفعالية، واللغوية، والسلوك التكويشي، والمجالات النمائية الحرفية والجسمية والحركية. ويجمع المنهج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة.

ويركز برنامج تيب (LEAP) بالدرجة الأولى على تزويد المؤسسات والممارس الخاصة بخدمات تدخل مبكر نوصي، وتقدم هذه الخدمات من خلال الزيارات الإيجابية عن الأسئلة، والقاعة ورش تدريبية، وتقديم الاستشارات حسب الحالة، ويشتمل التدريب على تنظيم الصف وظيفته، تدريب الرفاق على المهارات الاجتماعية، متابعة ما وراء عمل المعلمين، مشاركة الأسرة.

«البرامج الترددية والأساليب العلاجية لأفراد التوحده»

## 5. العلاج بالتمرينات البدنية (PE) Physical Exercise.

يعتبر رينلاند (Rinland) مؤسس هذه الطريقة وقد رأى أن الإثارة العضلية النشطة لعدة ساعات يومية يمكن أن تصلح الشبكة العصبية المعطلة وظيفياً ويفترض أن مسار هذا الأسلوب أن التدرج الجسماني المتكيف له تأثيرات ايجابية على المشكلات السلوكية حيث أن نسبة 48% من (1286) فرداً من أبناء الأطفال التوحشين قد أقرروا أن هناك تحسناً ذاتياً عن التمارين الرياضية حيث لاحظوا الأثر أن التدرجات الرياضية تعمل على تحسين مدى الانتباه والمهارات الاجتماعية، كما وتقلل التمارين الرياضية من سلوكيات إثارة الذات، فبعد ذلك فإن بعض الباحثين يرون أن التمارين الرياضية في الهواء الطلق تؤدي إلى تناقص واضح في إثارة الذات وزيادة الأداء الأكاديمي.

(Deuel, 2002)

## 2) الأساليب المعصبية الحسية Neurosensory Approaches

إن الأطفال التوحدين يظهرن مصاعب في معالجة المشكلات الحسية، حيث تظهر لديهم حساسية عالية من الأصوات ومن الإثارة الذاتية وتظهر لديهم استجابات حسية شاذة للألم، وقد تم استخدام العديد من البرامج التي تستخدم إلى تخفيف هذه الأعراض وتحسين الانتباه، وتخض حساسية الخلق والإثارة، ومن هذه الطرق ما يلي:

- الدمج الحسي (Sensory Integration).
- التدريب على التكامل السمعي.
- آلة الضغط (Squeeze Machine).
- العلاج باستخدام عصمة إيرلين.
- النمذجة أو طريقة دومان - ديلاطكو.

## 2. التدمج الحسي (Sensory Integration)،

طوّرت المعالجة الوظيفية المسكورة جين ايرز Jean Ayres هذه الطريقة في الولايات المتحدة في جامعة تكساس في عام 1972، وافترضت أن بعض الأفراد الذين يعانون من التوحد لديهم اضطراب في التكامل الحسي نتيجة عدم قدرة الدماغ على إعطاء معنى للمثيرات الحسية وتنظيمها لإعطاء مخرجات لها معنى في النهاية. وهذه المثيرات الحسية تلعب دوراً مهماً في التطور العصبي، وأضافت أن عملية نضج هذه المثيرات الحسية تحصل في العادة بطريقة أوتوماتيكية ووظيفية.

(Aarons & Gittens, 1999)

وقامت باستخدام عدد من الأنشطة العلاجية لمساعدة هؤلاء الأطفال حيث وضعت في برنامجها عدداً من التمارين التي تحقق المتعة واللعب للطفل. والهدف تفعيل وتنشيط الإدراك الحسي والمدخلات من الدماغ إلى العضلات والمفاصل، والتدريبات الحسية المرتبطة بالجهاز الدهليزي المسؤول عن الإحساس بالجاذبية والتناسق الحركي، والتدريبات الحسية المرتبطة بمواقع الجسم في الفراغ ووضعية الرأس. بالإضافة إلى تمارين في اللمس والشم والسمع.

(Brill, 1994)

وقد أشارت دراسة أجراها ماسون ولويتا (Mason & Lwata, 1990) إلى أن التدمج الحسي وأساليب تحليل السلوك التعلّقي لم يكن فعالاً في تقليص سلوك إيذاء الذات. وقد أشارت الكثير من الدراسات إلى أن أسلوب التدمج الحسي له تأثير إيجابي على الأطفال التوحديين ولا توجد دراسة علمية محكمة تؤكد تأثير البرنامج الإيجابي، ورغم أن بعض الباحثين أمثال جورمان و جونسون و ميوزي (Jordan; Jones & Murray 1998) قد ذكروا وجود تحسين لسلوك هؤلاء الأطفال باستخدام هذه الطريقة إلا أنه لا يوجد دراسات علمية تؤكد على فاعلية هذه الطريقة.

### (Auditory Integration Training: AIT):

ويضع هذه الطريقة الدكتور القرضي أخصائي أمراض الأذن والحنجرة  
شاي بيرارد (Guy Berard) وتهدف إلى تقوية عضلات الأذن وتحفيز الجهاز  
التلخيفي والتطليزي، وهو مصمم إلى جميع الفئات الخاصة.

يتم تحديد العتبة السمعية، ورسم تخطيط سمعي للطفل، وبإحاطة ظهور  
حساسية سمعية عند الطفل، فإنه يخضع الطفل للبرنامج العلاجي ويتم التدريب  
فترة عشر ساعات من الاستماع للموسيقى موزعة لفترة تتراوح ما بين (10 – 20)  
يوماً متتالية ويشتغل على الاستماع لموسيقى ويتم التدريب بإعطاء الطفل  
مخطط سمع أي اختبار يحدد مناطق الحساسية للفرقة ثم تتم فترة الموسيقى  
ضمن ترددات معينة يزال منها الأصوات السببية للحساسية باستخدام الكمبيوتر،  
يتم التدريب العلاجي وينتهي بمخطط سمعي ثالث، لمرافقة النتائج النهائية للتدريب  
على التكامل السمعي.

(Gerlach, 1998)

وقد واجهت هذه الطريقة مجموعة من الانتقادات وذلك بعد أن أجرى  
ريملاند (Rimland, 1987) أول تقييم للتدريب بالتكامل السمعي على (18) فرداً  
مصعياً بالتوحيد أعمارهم بين (4 – 24) سنة وتم تقسيمهم إلى مجموعتين،  
مجموعة تلقت العلاج ومجموعة تلقت معالجة وهمية، ومن العيوب التي ظهرت عدم  
قدرة فحص التمييز السمعي على تمييز الحساسية السمعية بين الأفراد التوحدين  
الذين تلقتوا العلاج ومن لم يتلقوا العلاج، إضافة إلى أن مقياس التمييز السمعي  
لم يثبت أنه إجراء تقييمي موثوق فيه وصادق.

(الزويحات، 2004)

وقد أشار جيلبرج وزملاؤه (Gillberg, 1997) إلى الأشخاص التوحديين المتكلمين علاج التكامل السمعي في أعمار تتراوح بين (3 - 16) لم يظهروا أي تحسن ملموس بعد (10) جلسات مدة كل منها (30) دقيقة، حيث إن التدريب على التكامل السمعي لم تثبت فعاليته بشكل عام للأشخاص التوحديين.

ورغم أن بعض الوالدين أكدوا أن طريقة التكامل السمعي أثبتت من بعض الأساليب والسلوكيات عند أطفالهم، إلا أنه لا يوجد أبحاث ودراسات تدعم هذه النظرية ولا يوجد دليل قاطع على أن جميع الأطفال الذين يعانون من التوحد لديهم مشكلات في التكامل السمعي.

(Aurons & Gittens, 1999)

### 3. آلة الضغط (Squeeze Machine)،

ظهرت هذه الآلة المصنوعة بميل فراندين (Temple Grandin) وهي مصنوعة توحدياً بروفسور في جامعة كولورادو وقد صممت هذه الآلة للأشخاص الذين يعانون من مشكلات حسية فينتج ضغطاً شديداً وإثارة تكامل الجسم وذلك لتعديل كمية الضغط الذي تصدره الآلة وبالرغم من ذلك لم تجر أي دراسات لتحديد فاعلية وسلامة استخدام هذه الآلة.

### 4. العلاج باستخدام عدسة إيرلين (Irlen Lenses Therapy)،

قامت هيلين إيرلين (Helen Irlen) (1980) بتطوير هذه الطريقة عندما كانت تقوم بتعليم الطلاب الباقين، وقد استخدمت هذه الطريقة لمعالجة الحساسية الضوئية والمشكلات البصرية التي يعاني منها الأشخاص الذين لديهم مشكلات في التعلم والقراءة والأفراد التوحديين وذوو الاضطرابات النمائية الأخرى، حيث أطلقت على ذلك الحساسية الضوئية أو متلازمة إيرلين Irlen syndrome، حيث يواجه الأفراد المصابون بهذه المتلازمة مشكلات في القراءة ومشكلات في فترة الانتباه ومشكلات القراءة لمدة طويلة ومشكلات في الألوان، وتؤثر

### «البرامج النظرية والأساليب العلاجية لأفراد التوحّد»

في الاستماع، ومستوى الملاحظة، والناظمية، ومستوى الإنتاجية في العمل والصحة العقلية، وقد تكون هذه المتلازمة مصاحبة لمشاكل أخرى كمشاكل نقص الانتباه والتوحد، لذلك فإن علاجها قد يخفف الكثير من أعراض هذه الاضطرابات.

(Brill, 1994)

### 5. التمدجة او طريقة دومان – ديلاكتو،

#### Doman - Delacato Method Patterning:

استند هذا الأسلوب والذي طوره ككل من الباحثين تعديل في، وكارول ديلاكتو، وجلين، وروبرت دومان على الربط بين مشكلات العلاج الحسي والإعاقات التطورية الفكرية على العلاقة بين نظرية سيطرة نصف الدماغ والتطور الحرفي التنمسي الفردي، ويتم تقديم العلاج على افتراض أن هناك مراحل تطورية هامة للتنظيم العصبي لا يمكن تجاهلها، وأن على الطفل إكساب الأنشطة الوظيفية في المستويات المختلفة من النمو قبل التقدم إلى الأمام.

وحسب هذه النظرية، هناك العديد من حالات الإعاقات التطورية الفكرية والإضطرابات السلوكية التي يسببها التلف الدماغي Brain damage أو "التنظيم العصبي المختل" Poor Neurological organization والذي يمكن معالجته بشكل فعال عن طريق إعادة تدريب الدماغ وتمدجة الحركات من الخارج" لتنظيم الطريقة التي يعمل بها الدماغ.

ويما أنه لا يوجد نهاية وقتنا الحاضر أبحاثاً تثبت "الشفاء" الكامل، إلا أن طريقة Doman-Delacato انتشرت بشدة، وصدر بيان من الأكاديمية الأمريكية للأطفال The American Academy Of Pediatrics عام 1965 بين فيه عدم فاعلية هذا العلاج.

## «التدخل العلاجي»

وعلى الرغم من ذلك قام العديد من الباحثين بتطوير أساليب العلاج على أساس بعض مفاهيم التمجيد وإعادة سوية الحواس، وخاصة في ميدان العلاج الوظيفي دون اعتراض من قبل المنظمات الرسمية.

وبإحدى السبعينات شارك ديلاكسو المعهد ليركز على أبحاثه المتعلقة بعلاج الأطفال التوحدين، بعدما قام بتصميم نظريته المتعلقة بالتوحد وعلاجه، وهو يركز على الاعتقاد بأن الأطفال التوحدين غير قادرين على التعامل مع المحفزات التي تدخل إلى أدمغتهم من العالم الخارجي، لأن لديهم قناة استقبال أو أكثر (البصر، الصوت، الرائحة، الذوق والحس) عاجزة بطريقة أو بأخرى. واقترح ديلاكسو علاجاً يهدف إلى تحفيز تطور النظام العصبي غير المنظم، وبالنسبة لذي لاكتو، فإن المشكلات العصبية التي تسبب سلوكيات التوحد (الحسية) يمكن علاجها من خلال عمليات إعادة التأهيل.

وبإحدى الثمانينات الذي يتعامل فيه علاج ديلاكسو مع الحواس الخمس على الأغلب (البحس، السمع، الحس، الشم والتذوق)، استخدم علاج التكامل الحسي Sensory Integration Therapy. (Ayres, 1979) (استناداً على أساس نظري مشابه) أصلاً لمعالجة الخلل الوظيفي في حواس الحس والتوازن والوعي الجسدي، وتم وصف هذا العلاج على أنه يسهل تطور قدرات الجهاز العصبي من أجل معالجة التدخلات الحسية بطريقة سوية.

ويمكن أن تأخذ أساليب التكامل الحسي عدة أشكال:

### • التكامل الحسي المتعدد Sensory Integration Multi

استخدام الحواس بطريقة متكاملة، وهذا يعني استخدام عدة نماذج حسية في نفس الوقت مثل يسمع وينظر بدلاً من التركيز على قناة واحدة فقط.



• تخفيف الحساسية Desensitization.

لتوفير تحمل أكثر وزيادة التكلم وتواصل العين وتخفيف السلوكيات النمطية والسلوكيات التي تؤذي الذات وتؤذي الآخر، ومن أجل تحقيق هذا، توصف بعض أنواع العمية الحسية التي تشمل برنامج نشاط مقطوع ومبرمج يستخدمه معالج وظيفي، وتحفز العمية الحسية الحواس القريبة (الحمس، التوازن والإمكانيات الجسماني) مع مجموعة من الأساليب المنهية والمنظمة والمهدئة، ويتم لتطوير العلاجات التي تهتم بمشكلة معالجة ملامح حسية مختلفة.

وهولجت المشكلات البصرية عن طريق استخدام النظارات الملونة بطريقة إيرلين) أو التبريد البصري (مثل ارتداء عصابات على شكل منشور والقيام بتمارين حركية).

3) الأساليب التفاعلية Interactive Approaches.

تركز البرامج التفاعلية على أهمية تطوير العلاقة والتواصل بين الطفل الذي يعاني من التوحّد والقائم على رعايته، ويضم هذا الأسلوب مجموعة متنوعة من الطرق ومنها:

- أسلوب الخيارات The Options Approaches.
- الوقت المخصص للعب مع الأطفال "الفلور تايم" Floor Time.
- التعليم من خلال الأقران.

1. أسلوب الخيارات The Options Approaches.

إن طريقة الخيارات تعني عملاً مكثفاً والالتحافاً لفكرة القبول غير المشروط لس.لوك المنسل، وقد طورها سامارا وباري كوفمان Samahria and Barry (1970)، حيث كان لديهم مثلاً مصمياً بالتوحّد مصحوباً بإضافة عملية شديدة، وقد أخبرهم الأطباء أن حالة ابنتهم ميلوس منها، فلم يستسلموا

## «الفصل السابع»

قاله الأطباء بل قاموا بتعليم طفلهم ثمة (12) ساعة يومياً على مدار الأسبوع، وقد ظهرت نتائج إيجابية على طفلهما. وقد كتبتوا عن تقدم طفلهم في برنامج أسموه من راييز Program Son – Rise مبنياً على الطرق التي استخدموها مع طفلهم، وبدأوا بتدريب الأهل والأمم الآخرين على كيفية التعامل مع ابنائهم في البيت.

وتقوم فلسفة هذا المنهج على أن يقضي الآباء والطفل أسبوعين في المركز، ويتلقون فلسفة العلاج بشكل منتظم من المدربين وتوجهون بهدف مساعدتهم على تقليل اللذلل كلما هو، وأن يبقوا مع أطفالهم طيلة اليوم عندما يعودون إلى البيت، ويكون ذلك بمساعدة فريق من المتطوعين مع ضرورة وجود غرف خاصة ومعدلة خالية من المشتتات.

قدم مؤيدو هذا الطريقة مجموعة من الادعاءات المبالغ فيها التي نالت استحساناً من الآباء وخصوصاً أولئك الذين يتكرون وجود صعوبات لدى أطفالهم، ورغم أن بعض الأطفالال من ذوي الإعاقة الشديدة تم أخذهم إلى المركز ولم يتقدموا، إلا أن الآباء ما زالوا مؤمنين بالوجود بأن يصبح أطفالهم طبيعيين بعد عدة سنوات بشرط أن لا يتم اختيار طفلهم كطفل يعاني من التوحد، وفي الآباء بهذا التصريح المباشر مع الفلسفة للزعمية بتحول الطفل كما هو والمشكلة الكبرى في طريقة الخيارات أن هذا المنهج يقترح أسباباً نفسية مسببة للتوحد يمكن أن تقل مع الحب والحنان. والأطباء في هذه المؤسسة يقولون إن هذه النظريات الكبرى على الأطفال لتأثر باتجاهات وميول الوالدين الإيجابية. والمشكلة الأخرى في هذه الطريقة هي رفض الخضوع للتقييم الفردي المستقل باعتبار هذا التقييم يشوه فلسفة هذا المنهج.

ويجدر التلويح هنا إلى أنه لا توجد دراسات علمية تثبت فاعلية أو عدم فاعلية هذا المنهج رغم أن هذه الطريقة حظيت بتطويع إيجابية من قبل عائلة كورفمان فقط.

(Brill, 1994)

## 2. طريقة الفلور تايم Floor Time.

طسور هسنا البرنسماج الأخصائى النفسى مستاثنى شويشمان (Stanely Greenspan) ويعتمد على تبادل العلاقات العاطفية بين الأم وطفلها التوحدي، ويساعد الطفل على تطوير مهاراته بشكل تدريجي من الأسهل إلى الأصعب، ويعتبر جزءاً من التدخل الشامل مع الأطفال الذين يعانون مشكلات في التطور العام بما من ذلك التطور اللغوي والاجتماعي والعاطفي والحسي والإدراكي.

يهدف البرنامج إلى تقديم الأطفال خلال عدة مراحل تطويرية يمرّون بها خلال الترتيب ويمكن تطبيقه في أي مكان في المنزل أو المدرسة، ويمنح الطفل الفرص الكاملة للتصرف بحرية ويشير المختصون في التوحد إلى دمج هذه الطريقة مع طرق أخرى أكثر تنظيماً مثل السلوك التطبيقي، وينظر إلى الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة - بما فيها التوحد - على أنهم يمتلكون تشكيلة من التحديات البيولوجية مثل الصعوبة في Difficulty With.

- التفاعلية الحسية Sensory Reactivity.
- المعالجة Processing.
- إيجاد وتخطيط الاستجابات Creating And Planning Responses.

وتجعل هذه الصعوبات من الصعب على هؤلاء الأطفال أن يتواصلوا مع الآخرين، ولذلك، يتم تصميم برامج خاصة لإزالة هذه التحديات، ويهدف أسلوب "الفلور تايم" إلى مساعدة الطفل في إكساب المهارات التطورية الستة وتعلم كيفية التواصل مع الآخرين، وهو عبارة عن علاج فردي مكثف يتألف من 6 - 10 جلسات لعب في اليوم، وتستغرق كل جلسة من 20 - 30 دقيقة، وتكون الجلسات على الأرض.

(National Society of Autistics children, 2006)

## 3. التعليم من خلال الأقران:

في هذا النوع من التعليم يتدرب أطفال طبيعيين على كيفية التبادل الاجتماعي مع أطفال يعانون من التوحد مثل مشاركة الآخرين، وأخذ الأمور في الوقت ذاته يتعلم الأطفال التوحديين الاستجابة لبادرات الأطفال الطبيعيين وبكيفية بدء تفاعلات اجتماعية معهم، ويعد هذا النوع من التدريب جزءاً مهماً من برامج التدخل مع الأشخاص التوحديين لأن الشخص التوحدي في معظم الحالات لا يعمم المهارات الاجتماعية التي يتعلمها من الكبار إلا أنه يتجاهل ذلك مع من هم في مثل عمره، فبعض الأطفال المشاركة في اللعب مع الكبار إلا أنه يتجاهل ذلك مع من هم في مثل عمره، هنا بالإضافة إلى أن فرص التفاعل مع أطفال طبيعيين بشكل نظم ومحدودة جداً بالنسبة للطفل التوحدي، وبالتالي فإن محدودية هذه الفرص تزيد من عدم مقبولة الطفل التوحدي على التفاعل الاجتماعي بشكل مناسب مع من هم في مثل عمره.

## خطوات برنامج تعليم الأقران:

حدد كل من سترابن و اودوم (Odom & Strain, 1984) وفق الخطوات التالية:

- تزويد الأقران الطبيعيين بمعلومات عن الأطفال التوحديين من حيث صفاتهم، وطرق التعامل معهم.
- التحضير للتعليم من خلال الأقران.
- تحديد الأقران، يتم اختيار الأقران بحيث يكونون أكبر سناً من الأطفال التوحديين ويتمتعون بمهارات اجتماعية عالية ولديهم اهتمام وحافز لذلك ويفضل اختيار طفل طبيعي لكل طفل توحدي.
- تحديد الأطفال التوحديين، هناك بعض المهارات ويفضل أن تتوفر عند الطفل التوحدي، مثل مهارة التقليد، تقبل وجود الآخرين، عدم الإشارة بسهولة، عدم ابتداء سلوكيات عدوانية.

#### «البرامج التربوية والأساليب العلاجية لأفراد التوحد»

- تحديد الألعاب: يفضل اختيار الألعاب المفضلة لدى الطفل التوحدي ويتم بعدها تدريب الأطفال التلاميذين بعد إعدادهم معلومات أساسية عن التوحد، عند الجلوسات أهمية البرنامج للطفل التوحدي، وواجبهم نحو مساعديه، وتشجيعهم على المشاركة وتلقي التعزيز ثم يتلقون تدريبات عملية، عامة وخاصة.
- تحديد الأهداف التعليمية: تحدد الأهداف بناء على احتياجات الطفل مثل المبادرة والمطلب من الآخرين واللعب معه، والاستجابة لمبادرة الآخرين أو الوقوف على مقربة منهم.

#### (4) الأساليب البيولوجية الطبية:

#### Biomedical (Pharmacological) Approaches:

لعله من الجدير بالذكر أنه لا يوجد إلى يومنا هذا وصفة طبية أو تدبير طبي يشفى التوحد فالتدخل المبكر وأساليب العلاج التربوي هما الركيزة الأساسية في التدخل العلاجي للطفل المصاب بالتوحد (فتيمه، 2003). كما إن التوحد اضطراب غير متجانس فلا توجد طريقة تدخل تلائم جميع الأطفال المصابين به وعلى كمثل حال فقد أسهم التدخل الطبي في التخفيف من بعض السلوكيات المصاحبة للتوحد من مثل السلوكيات النمطية المتكررة، والسلوك العدواني، والنشاط الزائد، وعدم الانتباه، والقلق، والتعلق غير الطبيعي في الأشياء، ونوبات الضحك والكاء، والتبول في الفراش. وبالرغم من ظهور تحسن في مستوى أداء بعض الأطفال الذين يعانون من التوحد الذين تسألوا تلك العلاجات إلا أن الدراسات التي أجريت على ذلك لم تؤكد نجاحها كعلاج شافي للتوحد (Boghashina, 2006). ويضم هذا الأسلوب مجموعة متنوعة من الطرق ومنها:

- العلاج بالأدوية (Medication).
- العلاج بهرمون السيكرتين (Secretion).
- العلاج بالفيتامينات المتعددة (Megavitamins).
- الحماية الغذائية (Dietary Treatment).

## 1. العلاج بالأدوية (Medication):

يُعد العلاج بالأدوية من الأساليب التي صُممت لتعامل قديماً والتي ما يزال يُعتمد بها للغاية الآن، ويهدف إلى التخفيف من أعراض التوحد، وليس القضاء منه ويمكن اللجوء إلى العلاج بالعقاقير بعد فشل برامج تعديل السلوك، وإيقاف الدواء يؤدي إلى عودة الأعراض مرة أخرى، والتعرض من الدواء النفسي لتصحيح سلوكيات غير سوية ناتجة من خلل كيميائي في دماغ الشخص، ويتبين أن تطبيق البرامج السلوكية والتربوية إلى جانب الأدوية في جميع الأحوال.

(Smith , 1996)

## 2. العلاج بهرمون السيكرتين (Secretion):

يوجد هرمون السيكرتين في الكبد والبنكرياس والأمعاء ويساعد على هضم الطعام وشبهه، ويوجد أيضاً في الدماغ وهو عامل محفز لإنتاج السيروتونين (Serotonin).

بدأت فكرة هذا الهرمون عندما استخدمت فكتوريسا بيسك Victoria Beek (1998) السيكرتين لفحص أداء البنكرياس لدى ابنتها، حيث لاحظت تحسناً كبيراً في سلوك ابنتها وأصبح ابنتها أكثر هدوءاً وتحسن النطق لديه. وأشار هذا الموضوع ضجة كبيرة في وسائل الإعلام والأنترنيت، وتناولت هذا الموضوع الكثير من الدراسات العلمية وأفادت النتائج أن بعض أطفال التوحد أظهر تحسناً كبيراً بعد حقنه بالسيكرتين، والبعض الآخر أظهر تحسناً بسيطاً والبعض الآخر لم يظهر أي تحسن، وأخرون اظهروا نشاطاً مفرطاً وسلوكيات نمطية وعدوانية بعد حقنهم بالسيكرتين، وخلاصة ما سبق أنه لا يوجد أدلة كافية تثبت بشكل قاطع فعالية استخدام السيكرتين مع أفراد التوحد.

(Gelberzon & Rosenberg, 2001)

### 3. العلاج بالفيتامينات المتعددة (Megavitamins).

إن الكثيرين ممن يعانون التوحد لديهم نقص في بعض المواد الغذائية ومن بينها الفيتامينات والمواد المعدنية، وبالتالي يمكن التخفيف من أعراض التوحد عن طريق إعطاء كميات إضافية من الفيتامينات التي تحدث بعض الاختلالات الكيميائية لأن الأمعاء عند التوحدين منفذة.

وإذ دراسة أجراها بيرنارد ريملان (Bernard Rimland) عام (1987) بإعطاء (200) شخص توحدي نواتجاً متعددة من الفيتامينات وبعد مرور أربعة أشهر لوحظ أن (30 - 40%) من الأطفال قد اظهروا تحسناً من فيتامين ب6 مع متغصوم، وكانت النتيجة أن ابدو تحسناً وإهتماماً بالمحيطين من حولهم، وتحسين الالتقاء البصري وأشكال النوم وانخفاض سلوك إشارة الذات وانخفاض النشاط المفرط وحدث تحسن في المنطق، وقد بينت الدراسات إن أقل من (150) اظهروا بعض التحسن في السلوك من تعاطي فيتامين ب6 مع متغصوم، ويشير بعض الباحثين إلى عدم وجود اثر فاعلية هذه الأبوبية أو وجود أي تحسن على حالات التوحد.

(Bogdashina, 2006; Cohen, 2008)

### 4. الحمية الغذائية (Dietary Treatment).

حيث يرى أصحاب هذه النظرية أن أعراض التوحد ناتجة عن التحليل غير السليم لبروتينات الغلوتين وCasein واللاكتازين والفدين يتواجدان بكثرة في الأغذية المشتقة من الحليب والقمح، حيث إن هذه البروتينات تدخل إلى مجرى الدم عن طريق جدران الأمعاء التي تكون في العادة غير منفذة فتدخل إلى الدماغ فتحدث تأثيراً عند انتقال المعلومات من وإلى الدماغ، حيث تقوم فكرة هذا العلاج أن الأشخاص التوحدين لديهم مستويات عالية من البيتا-اندورفين Beta-endorphin أو غيرها من مركبات الأوبيويد (Opioids)، مما يجعل أطفال التوحد

لا يحسون بالألم عند ممارسة سلوك الذات، ممّا يستدعي ضرورة التخلص من الأظعمة التي تحتوي على هذه البروتينات، ممّا يؤدي إلى حدوث تحسن لدى الأشخاص الذين لديهم مشكلات في هضم هذه البروتينات.

(Wing, 2001)

ويؤكد الباحثون على التحسن الذي يظهر على أفراد التوحد من اتباع هذه الحمية الغذائية إلا أنه ليس جميع الأفراد الذين يعانون من التوحد، ويظهرون نتائج إيجابية، هذا عن التصويتات والتحديات التي تواجه أهل في تطبيق هذه الحمية وتغيير عادية بداية إلا أنها تعدّ طريقة آمنة نسبياً.

(Berkell, 1992)

في دراسة أجراها الدكتور ستيفن جيلبيرغ (Gillberg, 1988) لاحظ وجود مستويات عالية من مواد الأندورفين في أدمغة بعض الأشخاص التوحديين، وخصوصاً الذي لا يشعرون بالألم والذين يمارسون سلوك إيذاء الذات أو توجد مقادير كبيرة في بول الأشخاص التوحديين ووجود هذه المقادير يكون سببها تحفياً غير سليم مواد الفلورين والكازين تم تدخل إلى الدماغ فتحدث تأثير في انتقال المعلومات من الدماغ وإليه وينتج تأثير يشبه المخدر ويسبب نقصاً في الإحساس بالألم وإيذاء في سلوكيات إيذاء الذات، لذا، يتم تزويد العطف بعادة الميريتي (Seren Aid) الذي يساعد الجسم على هضم البروتينات حيث يقوم بتكسير البيت إلى جزيئات أصغر ويعاني بعض الأفراد التوحديين من اضطرابات في الجهاز الهضمي حيث تتم ترجمة الإحساس القمسي العادي على أنه خطر ويكون الجسم في حالة استئثاره ألم مما يؤدي إلى الفرغ والهروب من الملامسة.



## انواع الحمية الغذائية:

- 1- الحمية الخالية من الكازين والجلوتين، Gluten Free Casein Opioid Excess Theory:Free (GFCF) Diet
2. نظام فينغولد، The Feingold Program
3. الحمية الخالية من الخمائر، The Yeast-Free Diet
4. حمية إزالة السممية، The Detoxification Diet
5. حمية الكربوهيدرات المحددة، Specific Carbohydrates Diet (SCD)
6. حميات أخرى، مع الحمية قليلة الأوكسالات، Low- Oxalate Diet

## الصعوبات تطبق الحمية الغذائية:

هناك العديد من الصعوبات التي ترافق تطبيق الحمية يمكن تلخيصها بما يلي:

### 1. صعوبة التطبيق:

حيث أن الحمية تتطلب امتناع الأشخاص الذين يعانون من التوحّد من تناول منتجات القمح والحليب والتي قد يعتمد عليها بشكل كبير.

### 2. المدة الزمنية:

حيث أن الحمية تتطلب فترة زمنية طويلة والهدف هو تخليص الجسم من بروتينات الكازين والجلوتين وتعتبر فترة (6) شهور فترة مناسبة لتخليص من البيبتيد الجلوتين، أما بروتيد الكازين فيتطلب حوالي (3) شهور ومع هذا فإن تطبيق الحمية قد يظهر سريعاً إذ يشير البعض إلى ظهورها بعد 3 أيام في الأطفال الذين يعانون من التوحّد، أو خلال أسبوعين لدى البالغين.

3. التهديد الثامن:

حيث تتطلب الحمية الالتزام التام لأن الإخلال اليسيف، يستدعي أصادة تعويضها من جديد وذلك ان خصيات بسيلة من البروتينات الجلوتين والكازين تؤدي إلى ظهور الأوبسويدي والتي يتطلب تقلص الجسم منها فترة زمنية طويلة.

4. الجلوتين والكازين الحضي:

حيث يمكن وجود هذين البروتينين في غير متجاة الحليب والقمح وبخاصة الجلوتين حيث يمكن اضافته لبعض الأغذية لتحسين النوام، مما يشكل عيباً كبيراً في اختيار الأغذية المتوافقة مع هذه الحمية.

5. احتمالية الإصابة بعوء التهديدية:

وهنا يعود إلى الامتناع عن تناول عدد كبير من الأغذية وهنا يجب البحث عن مصادر العناصر الغذائية التي لا توفرها الحمية الغذائية لتجنب حدوث نقص غذوي.

6. التثبيق:

حيث أنه لا يجوز منع الجلوتين والكازين بشكل مفاجئ لأن ذلك قد يؤدي إلى ظهور أعراض السحابة شديدة.

7. التكافة:

حيث أن البدائل الغذائية الغذائية من الجلوتين والكازين صائبة الشمس وأقل وطرة مما يضيف عيباً لحصول عليها.

(احمد، 2010)

«البرامج التربوية والأساليب العلاجية الفرد التوحيد»

وبناءً على ما سبق فإن جميع العلاجات العلاجية السابقة آراء لا تشفي من التوحيد، ولكن يمكن لبعض الأطفال الاستفادة منها، ولكن يجب اختيار العلاج المناسب والفعال، ويجب عمل تقييم للأثار الجانبية والمخاطر المحتملة، ولا يستخدم الدواء بشكل منفصل عن البرامج المنظمة لإدارة السلوك، فكما أن الدواء يستخدم في الحالات التي تستدعي العلاج الطبي فقط، مثل مشاكل النوم والصرع وإيذاء الذات والعداونية، ويجب استشارة الأخصائي أو الطبيب قبل اللجوء إلى استخدام الدواء لإجراء بعض الفحوصات المخبرية.

(Brill, 1994)

## 5) البرامج التكنولوجية:

أسهمت التكنولوجيا المساندة بشكل فعال في تعليم مهارات الحياة اليومية والمهارات الاجتماعية ومهارات التواصل والمهارات الأكاديمية وتبهرها من المهارات فكما أسهمت المعينات السمعية والبصرية والحرركية في منح الأفراد ذوي الإعاقة المزيد من الاستقلالية والحرية في الحركة والتنقل.

(الخطيب 2005)

وقد ظهر العديد من التعريفات للتكنولوجيا المساندة فكان أبرزها تعريف قانون التكنولوجيا المساندة الأمريكي (Assistive Technology Act, 2004) حيث قدم تعريفاً واضحاً للتكنولوجيا المساندة وخصماتها، فعرف التكنولوجيا المساندة على أنها أي جهاز أو أداة أو جزء من أداة أو منتج سواء تم تصنيعه أو تم تعديله وتحسينه ويستخدم في زيادة أو الحفاظ على أو تحسين المهارات والقدرات الوظيفية للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة، كما عرف شكل من هاتين بقولهمان (Hallahan and Kauffman, 2003) التكنولوجيا المساندة على أنها الأدوات أو الأجهزة أو البرامج التي تعمل على تحسين أداء الأفراد ذوي الحاجات الخاصة سواء أكان ذلك في التعليم أو العمل أو غير ذلك من أنشطة الحياة في كافة المجالات.

كما يشير مصطلح التكنولوجيا المساعدة في الخطيب (2005) إلى الأدوات التكنولوجية التي تمكن الأشخاص المعوقين من القيام بأنشطة يعتمد عليهم القيام بها دون استخدام هذه الأدوات ومن أمثلتها الكتب الناطقة، وبرامج الحاسوب الناطقة، والشرطة التسجيل، والمعينات السمعية والبصرية، ومعينات الحركة والتنقل، ومعينات القراءة والكتابة، ومعينات التواصل، ويضم مصطلح التكنولوجيا المساعدة شقين أساسيين هما الأدوات والخدمات حيث تشمل الأدوات أي جهاز أو أداة يمكن استخدامها لتطوير القدرات الوظيفية لدى الشخص الذي يعاني من التوحد، وتمثل الخدمة أي جهد يبذل لمساعدة ذوي الحاجات الخاصة على اختيار الأداة المناسبة والتدريب على استخدامها، وقد أشار كسل من ريد ولهام (Reed & Laham, 2004) أنها تضم:

- خدمات تقييم احتياجات العطل والذي يشمل على التقييم الوظيفي والتقييم البيئي.
- خدمات شراء واستئجار أو تزويد العطل بأدوات التكنولوجيا المساعدة.
- اختيار وتصميم وملامة وتعديل وصيانة وإصلاح أدوات التكنولوجيا المساعدة.
- التنسيق مع فريق المختصين والتدخلات العلاجية ذات العلاقة بأدوات التكنولوجيا المساعدة.
- التدريب والمساعدة الفنية للطفل للعلاق ولأسرته.
- التدريب والمساعدة الفنية للأخصائيين الذين لهم علاقة بالطفل الذي يستخدم أدوات التكنولوجيا المساعدة.

وفيما يتعلق بأهمية استخدام التكنولوجيا المساعدة مع ذوي الإعاقة، فقد استطاعت التكنولوجيا المساعدة أن تفتح الباب للأفراد ذوي الإعاقة فساعدت في التقليل من تأثيرات الإعاقة، وإذا ما استعملت هذه الأدوات بشكل صحيح وثقورت خدماتها فإن الأفراد ذوي الإعاقة يحززون تنديماً واستقلالاً أكبر وزيادة في الثقة بالنفس.

## «الوسج التربوي والمساليب العلاجية لأفراد التوحد»

وتعد التكنولوجيا المساعدة من البرامج الحديثة التي تم استخدامها مع الأطفال الذين يعانون من التوحد، لتنمية مهارات التواصل وفهم اللغة المحكية، وبالرغم من محدودية في عدد الدراسات التي تدعم فعالية التكنولوجيا المساعدة لدى تلك الفئة من الإعاقة (Merinda, 2001)، إلا أن التكنولوجيا المساعدة يمكن لها دور فعال في التكثيف من الصعوبات التي تواجه الأطفال الذين يعانون من التوحد سواء في جانب التواصل أو في جانب التفاعل الاجتماعي (Joanne, 2008)، كما يشير مونداك (Mondak, 2000) إلى أن استخدام التكنولوجيا المساعدة يحمل في طياتها الأسس بتزويدنا بأدوات فريدة تسهم بشكل فاعل في تطوير اللغة والتواصل والمهارات المعرفية الأخرى.

لقد تدرج المربون في تسمية الوسائل التعليمية، وكان لها أسماء متعددة منها: وسائل الإيضاح، الوسائل البصرية، الوسائل السمعية، الوسائل السمعية والبصرية، الوسائل المبنية، الوسائل التعليمية، وسائل الاتصال التعليمية وأخر تسمياتها تكنولوجيا التعليم.

ولقد كان يوجد لكل تسمية من التسميات السابقة نقداً لها فهي من مأخذ فمن أطلقوا عليها الوسائل البصرية أختوا بعين الاعتبار أن العين هي أهم الحواس لاكتساب الخبرات، في حين أنها ليست الوحيدة، كذلك من أسموها الوسائل السمعية أو البصرية أهملوا باقي الحواس.

ومع هذا التناق المربون منذ فترة على إطلاق اصطلاح الوسائل التعليمية على اعتبار أنها وسائل تعين الدارس على اكتساب المعارف والمهارات.

## ﴿النمل السابع﴾

أما بالنسبة لتطور مسميات الوسائل التعليمية فقد مر مصطلح الوسيلة على مدى الحقب الزمنية بعدة مسميات منها:

### • وسائل الإيضاح،

وهي تلك التي يستعملها المعلم لتوضيح المادة التعليمية للمتعلم كالصور والخرائط والجسمات.

### • الوسائل المعينة (teaching aids)،

وهي تلك الأشياء التي يستعين بها المعلم على توضيح وتيسير المهارات والمعلومات والخبرات للمتعلم، وينفس الوقت تعين التعلم على الفهم والاستيعاب.

### • الوسائل البصرية (visual aids):

وهي تلك الأشياء التي تعتمد في تعليمها على حاسة البصر مثل الخرائط والصور واللوحات التوضيحية، ويعاب على هذه التسمية اهتمامها بحاسة البصر وإهمالها لأهمية بقية الحواس في التعلم.

### • الوسائل السمعية (audio aids):

وهي تلك الأشياء التي تعتمد على حاسة السمع مثل الراديو والتلفون ويؤخذ على هذه التسمية ما أخذت على سابقتها.

### • الوسائل السمعية بصرية (audio visual aids):

وهي تلك الوسائل التي تعتمد على حاستي السمع والبصر مثل: التلفزيون والسينما. ويؤخذ عليها اهتمامها بحاستي السمع والبصر وإهمالها لبقية الحواس كالتذوق والشم والحنس (اللمس).

• الوسائل التعليمية:

إن الوسيلة التعليمية هي الأداة والشكل أو اللغة التي يستخدمها المدرس لتساعده تلاميذه على تعلم ما يفهم في موقف معين.

• لتكنولوجيا التعليم:

ومع التصجر العلمي الذي اجتاح العالم بعد الثورة الصناعية بدأت الألة تتغلغل في جميع نشاطات الإنسان الاقتصادية والاجتماعية وحس التعليمية. فدخلت الألة في مجال العملية التعليمية.

(السيد، 1999)

أهمية استخدام الوسائل التعليمية في عملية التعلم والتعليم:

إن استخدام الوسائل التعليمية بطريقة فعالة يساعد على حل أكثر المشكلات ويعتق للتعلم عالما كبيرا، وقد أثبتت البحوث الأهمية العظيمة وعظم الإمكانيات التي توفرها الوسيلة للتعلم وللمعلم وللعملية التربوية بشكل عام، وأهميتها تكمن في النقاط التالية:

1. تساعد الوسائل التعليمية على استشارة اهتمام التلاميذ وإشباع حاجاتهم للتعلم، ويتصد بالحاجة التعليمية هي الفرق بين ما هو متكائن من معلومات وما يجب أن يحصل عليه المتعلم، وتفتح له الوسائل الأفق الجديدة من المعرفة.
2. تساعد الوسائل التعليمية على زيادة خبرات المتعلمين فتجعلهم أكثر استعدادا للتعلم.
3. يمكن من طريق استخدام الوسائل التعليمية المختلفة تنويع الخبرات التي توفرها المدرسة للتعلم فتتيح له فرصة المشاركة والاستماع والتأمل والتفكير.

4. ولعل أهم فوائد استخدام الوسائل التعليمية أن لتحاكي الوقوع في الغضبية، وهي أن يستخدم المدرس الفاظاً ليس لها عند التلميذ أو المستمع نفس الدلالة التي عند قائلها، والسبب يعود إلى اختلاف الخبرات عند الطرفين.
5. يؤدي تنويع الوسائل التعليمية إلى تكوين وبناء المفاهيم السلبية لدى المتعلم.
6. توفر الوسائل التعليمية كثيراً من الخبرات الحسية التي تعتبر أساساً في تكوين المدرسات الحسية فيما يستمع إليه التلميذ من شرح لفظي وما يقرؤه من الكتب المدرسية.
7. تشير التباه التلاميذ نحو الدروس واهتماماتهم، وتزيد من أقبالهم على الدراسة.
8. تساعد الوسائل التعليمية على تنويع أساليب التعليم لمواجهة الفروق الفردية بين التلاميذ المختلفين في قدراتهم.
9. تؤدي الوسائل التعليمية إلى ترتيب الأفكار التي يكونها التلاميذ.
10. تؤدي الاستعانة بالوسائل التعليمية إلى تعديل وتشكيل السلوك، وتكوين الاتجاهات الجديدة حيث تستخدم بعض الوسائل التعليمية كالمصفاة، وبرامج التلفزيون والأفلام بكثرة في محاولة تعديل السلوك.
11. تعالج الوسائل التعليمية مشكلة الزيادة في المعرفة الإنسانية، وما يوصى بالتفجر العلمي، حيث أدى التقدم العلمي في السنوات الأخيرة إلى تزايد العلوم في جميع فروعها رأسياً وأفقياً.
12. تجعل التعليم أكثر عمقا ولباناً في أذهان التلاميذ وتساعد على إطالة فترة تذكرهم لما يتعلمون.
13. تساعد في التغلب على المشكلة الانفجار السكاني، فقد أدت ظاهرة ازدياد السكان إلى ازدياد فاعات التدريس والمحاضرات بالطلبة، وظهرت الحاجة المناسبة إلى الاستعانة بالوسائل الحديثة في التعليم كالإذاعة والتلفزيون وأجهزة العرض السمعية والبصرية. وأدت هذه الظاهرة إلى ابتداء الأنظمة الجديدة التي تحقق أكبر قدر من التفاهل والتعلم باستخدام الأجهزة والوسائل التعليمية.



#### «البرامج التربوية والأساليب العلاجية لأفراد التوحد»

14. تساعد الوسائل التعليمية على جذب العالم الخارجي (إلى غرفة الصف من طريق التلفزيون والسينما، وهذه تتغلب على مشكلة البعد المكاني، إذ يشاهد الطالب أماكن تبعد عنه آلاف الكيلومترات.
15. تساعد الوسائل التعليمية الطالب على إدراك الحقائق العلمية إدراكاً سليماً، وتقتضي على تخيله الحاطط منها.
16. تساعد الوسيلة التعليمية على زيادة سرعة العملية التربوية، فهي تحقق تعلماً بأسرع وقت وأقل جهد، وأحسن النتائج، وبالتالي فإنها تسهل عملية التعلم والتعليم.

(الحيفة، 2001)

توصيات خاصة بتوظيف البرامج التكنولوجية في تعليم وتدريب الأفراد التوحيديين:

فيما يلي نستعرض بعض التوصيات الخاصة بتوظيف البرامج

التكنولوجية في تعليم وتدريب التوحيديين:

1. على المسؤولين من جهة البرنامج التربوية للتوحيديين مراعاة أن تتلاءم تلك البرامج مع إمكانيات والدرائهم، ومراعاة الضرورية الموجودة بين التلاميذ بعضهم البعض، وبما تتلاءم مع خصائصهم.
2. ينبغي ضرورة الاهتمام بالاهتمام من التكنولوجيا الوسائل المتعددة في مواقف التدريس في الفصل الدراسي، لذا من الضروري أن تكون مهارات وقدرات التلاميذ للتوحيديين في مجالات النمو الاجتماعي والحسي والوجداني، وفي إتقانهم المزيد من الخبرات والاستفادة من الوسائل التكنولوجية الحديثة من حولهم.
3. الاهتمام بتدريب المعلمين على مهارات توظيف واستخدام تكنولوجيا الوسائل المتعددة أثناء التدريس للتلاميذ للتوحيديين وبما ييسر لهم عملية التواصل معهم، والارتقاء بمستوى أدائهم.

4. أن تستمد الأنشطة والبرامج التربوية المتكاملة للتلاميذ للتوحيدين من البيئة المحيطة بالتلاميذ والاستفادة قدر الإمكان من الخبرات الموجودة لديهم ، وبما يؤدي إلى زيادة فاعلية التلاميذ وتنمية اتجاهاتهم وميلهم نحو التعلم.
5. الاستفادة من الألعاب التعليمية التي تقدم من خلال برامج الكمبيوتر المتنوعة في عرض الأنشطة والخبرات التربوية للتوحيدين والتي ثبتت من خلال نتائج الدراسات والبحوث المسابقة في الميدان أنها تنمي مهاراتهم وتحسن من مستوى أداء في المجالات المختلفة.
6. يذوي التركيز عند تقديم الأنشطة والألعاب التعليمية للتوحيدين في مواقف الفصل الدراسي على مشيرات متنوعة متضمنة (الإشراك والصور الثاقفة) (والأصوات والأشياء الملموسة وذات الرائحة المألوفة).
7. أن تهتم المدارس بتوفير معامل للكمبيوتر وتدريب التلاميذ على استخدام الأجهزة والاستفادة منها ، مع توفير برامج تعليمية متنوعة على اسطوانات مدعمة والتي من شأنها جذب انتباه التلاميذ باستمرار وتشويقهم والارتكاز نحو التعلم الفعال.
8. أهمية وجود تفاعل وتعاون مستمر فيما بين المدرسة والأسرة والذي من شأنه التركيز على طبيعة المشيرات التي يجب الاستعانة بها عند التعامل مع التلاميذ للتوحيدين، وتحسين مستوى أدائهم في مجالات النمو المختلفة، وتشجيع أولياء الأمور على الاستعانة بالأنشطة وألعاب الكمبيوتر المختلفة عند متابعة أبنائهم في المنزل وفي ضوء خطة منظمة فيما بين الأسرة والمدرسة.
9. ضرورة توفير أخصائين في مجال تكنولوجيا التعليم بمدارس التربية الخاصة يمكن الاستعانة بهم في تصميم برامج وأنشطة لتلوي الحاجات الخاصة.
10. إجراء المزيد من الأبحاث لزيادة المعرفة والوعي لدى رجال التعليم ومقنمي المحتوى المقرر، رجال التسويق، بأبعاد التوحد وتأثيره، وبطبيعة الأثره التوحيدين، ومتطلباتهم واستراتيجياتهم التعليمية، وذلك بهدف إنتاج برمجيات كمبيوتر متعددة الوسائط لتلحظ الفشة من أجل مساعدتهم وتلبية احتياجاتهم التعليمية.

## «البرامج التربوية والأساليب العلاجية كترادف للتوحيد»

ومن هنا تعتبر برامج الحاسوب المتقدمة لتعليم وتدريب التوحديين المتفحفة مع قدراتهم وخصائصهم وفي أساليب تعليمهم وسيلة جيدة لكي ترتقي بهم في مدارج النمو المتسلّم الذي يؤدي على تحقيق دوائهم وإشعارهم بنورهم وإسائيتهم بهدف التوصل بهم إلى أقصى مدى ممكن تسمح به قدراتهم.

## 6) العلاج النفسي الديناميكي *Therapy Psychodynamic*.

يعتبر هذا المصطلح واسع ويشمل مجموعة من العلاجات التي لها نفس الأساس النظري، وهو يركز على الاهتمام بأن مشاعر الفرد وإنفعالاته وسلوكياته تتأثر بشكل مباشر بالأحداث الماضية، مثلاً، يمكن أن يكون للتصدمات النفسية في مرحلة الطفولة آثاراً مؤبدة المدى في مرحلة البلوغ، ونتيجة لذلك، فإن الهدف الرئيسي للعلاج الديناميكي النفسي هو استقصاء ماضي المريض من أجل التريط ما بين الأحداث الماضية والسلوكيات والمشاعر الحاضرة، وكما يعتقد أننا ضلعا نقوم بإلتعريف بهذه الارتباطات يمكن للشخص أن يقوم بتفسيرات واعية في سلوكه. وذكر الإمام والحوالده (2010 -- ب) بأن هنا الأسلوب يضم مجموعة متنوعة من الطرق ومنها:

- التحليل النفسي.
- العلاج بالاحتضان.

## 1. التحليل النفسي *Psychoanalysis*.

كان التحليل النفسي كعلاج للتوحيد شائعاً في الماضي وهو لا يزال شائعاً في بعض الدول، ويعتبر التحليل النفسي الوالدين وخاصة الأم هي السبب في الحالة التي يكون عليها الطفل، وهناك الافتراض الجوهري للعلاج إمكاتبه "علاج" التوحيد إذا ما نقل الطفل وأبعد عن "الوالدين الباطنين" أو الأبناء الذين تم تعليمهم ككيفية تشكيل "روابط لائقة" مع الطفل، ولقد ثبت أن التحليل النفسي غير فعال وقد يكون في بعض الأحيان مؤذياً أو مضللاً في علاج التوحيد.

## 2. العلاج بالاحتضان Holding Therapy،

في أواخر الثمانينات أعلن عن العلاج بالاحتضان على أنه يشفي التوحد بعريقة عجيبة، وجاءت مارثا ويلش Martha Welch التي أنشأت هذا العلاج بأن التعلق الخاطئ ما بين الأم وطفلها يسبب الطوف لدى الطفل مما يؤدي بدوره إلى انسحاب الطفل وإصابته بالتوحد. وعندما يصبح التعلق مطمئناً أكثر يمكن للطفل أن يتقدم عبر مسار تطوره، وينظر إلى العلاج بالاحتضان على أنه يقوي روابط الحياة ما بين الأم وطفلها، ويحيز هذا أساس التطور الصحي السعيد، ولقد افترض أنه في حالة ضم الأم لطفلها بأمان بين ذراعيها، يتعلم الطفل التوحد التغلب على الطوف من الأساليب العيّن المباشرة ومن التعلق التميم، كما يساعد هذا الطفل في تحرير مشاعر الغضب التي سكان يكبتها في السابق.

وعلى الرغم من محاولات الطفل لتتحرر، إلا أن على الأم أن تضمنه بشدة على افتراض أنها توصل له رسالة بأن حياها له قوي جداً، لدرجة أنها سوف تعني به بغض النظر عما يقوم به، وبغض النظر عن مشاعره، وبكاشته خبرة العلاج بالاحتضان مؤلفة لكل من الطفل والأم، ولكن تم إصلام الوالدين أن هذا هو ثمن "الشفاء"، ولا يوجد هناك دليل مهما كان يجيز لنا على الاعتقاد بأن "الاحتضان" يمكن أن يخلق روابط محبة بين الطفل، ناهيك عن الاعتقاد بأنه "يشفي" من التوحد.

## 7) التدخل العلاجي التواصلي والاجتماعي:

يعاني أطفال التوحد من صعوبات في التطور اللغوي والفهم، وقد أثبت أن برامج التعلق واللغة التقليدية عديمة الفائدة وغير فعالة، فهم بحاجة إلى من يعلمهم استخدام اللغة للتواصل وليس مجرد التلق، وهناك العديد من الطرق التي صممت خصيصاً لتطوير المهارات التواصلية ولعل أكثرها انتشاراً نظام التواصل بمتبادل الصور ولغة الإشارة (Bogdashina, 2006). ويضم هذا الأسلوب يضم مجموعة متنوعة من الطرق ومنها:

## «البرامج التيبوية والأساليب العلاجية لآلبراند الترحيد»

- أنظمة التواصل الإثرائي البديل والتكنولوجيا المساعدة.
- برنامج فاست ثوربورج.
- نظام التواصل بتبادل الصور.
- لغة الإشارة.
- علاج النطق/ اللغة.
- القصص الاجتماعية.
- العلاج باللعب.
- العلاج بالموسيقى.

## I. أنظمة التواصل الإثرائي البديل والتكنولوجيا المساعدة»

### Augmentative and Alternative Communication and Assistive Technology:

تمثل التكنولوجيا المساعدة اية أداة تمكن الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة من استخدام قدراتهم لتحقيق أهدافهم، والتي يتم استخدامها لتحفيز التواصل والتفاعل الاجتماعي والأداء الأكاديمي.

(Heflin & Alaimo, 2007)

وتصنف أنظمة التواصل الإثرائي البديل كفضلة من فئات التكنولوجيا المساعدة والتي تمثل استخدام الخدمات والأدوات مثل الرسومات والبطاقات المسورة والتسجيل الصوتي لتحفيز التواصل، حيث أن الهدف النهائي لتلك الأدوات تطوير نظام تواصل فعال ووظيفي. ويعد مصطلح إثرائي على عملية مساعدة وتحسين التواصل، بينما يدل مصطلح بديل على عملية إيجاد طريقة بديلة للتواصل.

## 2. برنامج هاست فور وورد Fast For Word.

برنامج إلكتروني يعمل بالحواسوبه انشاء تولر (1996) Taller، وطورته مؤسسة التعليم العلمي بالولايات المتحدة الأمريكية Scientific Learning، USA باعتباره وسيلة مبتكرة قادرة على تغيير مفاهيم القراءة وتعلم اللغة، حيث إن هناك أكثر من (4400) مدرسة في أمريكا تعتمد على هذه النوعية من البرامج، وتقوم البرنامج على أساس وضع سماعات في أذني الطفل وهو أمام الكمبيوتر حيث يعمل البرنامج على جعل منطقتي الدماغ الأمامية والخلفية تعملان بشكل طبيعي كما هو الحال في التوضيح الطبيعي، وتقوم مبادئ هذا البرنامج على التسلية واهتمامات الطالب.

ويتكون البرنامج من أحد عشر برنامجاً مختلفاً، حيث إن هنالك مهارات في البرنامج للقراءة والكتابة واللغة المنطوقة بدءاً من عمر خمس سنوات وحتى البلوغ، وهناك مرحلة كبيرة في البرنامج، فإذا أخطأ الطفل في حل السؤال ثلاث محاولات متكررة، فإن البرنامج ويشكل أوتوماتيكي يعطيه سؤالاً يناسبه أيلاًتم قدراته لتحقيق (80%) من النجاح، لأن الهدف من البرنامج هو "خلق أطفال ناجحين".

(www.scilearn.com)






















## 3. نظام التواصل بتبادل الصور

### Picture Exchange Communication System- PECS:

طور هذا النظام في الولايات المتحدة الأمريكية من قبل بوندي وفروست، Bondy and Frost (1985)، حيث اعتمد هذا النظام على مبادئ التحليل السلوكي التطبيقي (ABA)، ويستخدم هذا النظام كنهج تواصل معزز وبديل Augmentative and Alternative Communication (AAC) للأشخاص الذين يستخدمون اللغة أو الذين لم تتطور لديهم اللغة أو الذين ليس لديهم لغة، وذلك عن طريق بعض الوسائل كالألحاحات، ولغة الإشارة ولغة الجسد،

﴿ الترميز اللفظية والأساليب العلاجية لأفراد التوحده ﴾

والصور أو من خلال القراءة والكتابة، وتهدف هذه الطريقة إلى تعليم الطفل طريقة مساهمة للتواصل عن طريق تبادل الصور، حيث يتم تدريبه على إعطاء المعلم الصورة المناسبة التي تعبر عن حاجاته ورغباته. ومن مميزات هذا النظام أنه يمكن استخدامه مع أي شخص لديه صعوبات في اللغة ومع أي فردية صعوبات ومع أي عمر، حيث يتيح البرنامج للأطفال الذين يعانون من التوحده من التواصل التكافئي والتواصل في قالب اجتماعي من خلال تبادل الصور.

					
I want		I see		thank you	
					
drink	biscuit	apple	cake	crisps	banana
					
book	sand	bricks	pens	toys	puzzle
					
shoe	jumper	trousers	coat	sock	hat

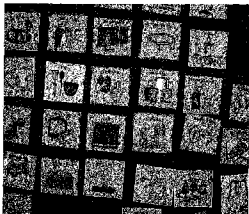
ويتم التدريب على البرنامج طوال الأنشطة اليومية ومن خلال الأنشطة الإبداعية، ويتم التدريب في الموقف الحقيقية باستخدام الأدوات الحقيقية والوظيفية، ويعطي البرنامج أهمية خاصة للمعززات وتقويم هذه المعززات من خلال سؤال الوالدين أو من خلال الملاحظة المباشرة بعد عرضها على الطفل وتركيبها حسب الأولوية، حيث يؤمن البرنامج أن الطفل سوف يدرك أن أخذ الصورة هو أفضل

## «الفصل السابع»

الطرق للحصول على ما يريد، سواء انكالت هذه الحركات شبيهة أم بصريّة، ويجب استخدام البرنامج في بيئات وأوضاع مختلفة وذلك من أجل الحصول على التعميم.

(Bondy & Frost, 2002)

المراحل الأساسية لتنظيم التواصل يتبادل الصور



• المرحلة الأولى: «كيف نتواصل» (How to Communicate).

الهدف من هذه المرحلة، عند رؤية الطفل شيئاً محبباً سوف يقوم برفع صورة هذا الشيء ويضعها بيد شريكه للتواصل (التدريب).



## «البرامج التربوية والأساليب العلاجية لأفراد التوحد»

ومن مميزات هذه المرحلة النقل الفيزيائي Physical Exchange حيث تتلخص هذه المرحلة بوجود شريك التواصل (المترجم) Communicative Partner والمساعد الفيزيائي Physical Prompter.

### \* المرحلة الثانية: «المسافة والاستمرارية» (Distance and Persistence).

الهدف من هذه المرحلة، أن يتذهب الطفل إلى مكتب التواصل وينتزع الصورة ويذهب بها إلى شريك التواصل ويضعها في يده، ومن مميزات هذه المرحلة أن هناك بعض التغييرات التي تحدث والمتعلقة بشريك التواصل وبعض التعبيرات المتعلقة بالبيئة.

### \* المرحلة الثالثة: «التمييز» (Discrimination):

#### أ. التمييز بين الشيء المفضل والشيء غير المفضل:

الهدف من هذه المرحلة، يقوم الطفل باختيار صورة الشيء المفضل بالنسبة له من بين عدة صور تعرض عليه ويضعها على الشريط اللاصق Sentences Strip، ويعملها لشريك التواصل.

وبإضافة هذه المرحلة نضع قائمة بالأشياء المفضلة والأشياء غير المفضلة بالنسبة للطفل، ونقوم بتعزيز الطفل مباشرة عند أخذ صورة الشيء المفضل، وبإضافة المرحلة يتعلم الطفل المطابقة أيضاً؛ أما إذا كانت ردة فعل الطفل سلبية، أو قام برمي الأشياء، فنقوم بما يضمن خطوات تصحيح الخطأ Step Error Correction.

#### ب. التمييز بين هيلين مفضلين:

الهدف من هذه المرحلة، يقوم الطفل باختيار الشيء الأفضلهفضيلاً بالنسبة له عندما يعرض عليه هيلين مفضلين ويضعهما على الشريط اللاصق.

وبالطريقة السابقة نفسها نقوم بتعزيز الطفل مباشرة عند أخذ صورة الشيء الأكثر تفضيلاً من خلال إعطائه إياه، أما إذا كانت ردة الفعل سلبية نقوم بعمل Block، واستخدم إستراتيجية تصحيح الخطأ، وبعد الانتهاء من تصحيح الخطأ يجب التأكد من المحاولة بما يسمى فحص التطبيق Correspondence Check، أما إذا تكرر الخطأ فهذا يعني أن الطفل غير جاهز لهذه المرحلة، وتنتهي هذه المرحلة إذا استطاع الطفل التمييز بين خمس صور، وللتأكد من إتقانه يفضل تغيير مواقع الصور بالاتجاه العمودي والأفقي والعمودي.

#### • المرحلة الرابعة، "تكوين الجملة" (Sentences Structure)

الهدف من هذه المرحلة، يقوم الطفل في هذه المرحلة بطلب الأشياء التي يريدتها من خلال الذهاب إلى مكتباب التواصل Communication Book، والتقاط صورة أو رمز (أنا أريد) ويضعها على الشريط اللاصق ويعطيها لشريكه التواصل.

ومن ميزات هذه المرحلة أن الطفل يتعلم وظائف التواصل الطلب والتعليق، ويتعلم استخدام الرموز (أنا أريد) (أنا أسمع) (أنا أرى)، وبإنهاية هذه المرحلة يكون الطفل قد عرف أكثر من عشرين صورة، ويستطيع التواصل مع شركاء مختلفين، ويستمر العمل على ما يسمى فحص التطبيق واستخدام ما يسمى بالتمسك العكسي Back Word Chaining لتعليم (الطفل تركيب الجملة).

#### • المرحلة الخامسة، "الاستجابة للطلب" (Requesting)

الهدف من هذه المرحلة، يقوم الطفل في هذا المرحلة بالطلب بشكل تلقائي أشياء متعددة ويحجب على سؤال: ماذا تريد؟

وبحسب هذه المرحلة يسمح للمدرّب بسؤال الطفل: ماذا تريد؟ ويتركه وقتاً قصيراً بين السؤال وبين المساعدة، ويتم تعزيزه مباشرة تعزيزاً مادياً محسوساً، ويمكن للمدرّب استغلال الفرصة إذا كان الطفل يريد شيئاً، وأسأله ماذا تريد؟

• المرحلة السادسة، التعليق Commenting،

الهدف من هذه المرحلة، الإجابة على سؤال: ماذا ترى؟ وماذا تسمع؟ وفي هذه المرحلة يكون الطفل قد تعلم الإجابة على أسئلة الطلب، فيتم تعزيزه اجتماعياً عند الإجابة، ومن الأمثلة على ذلك أسئلة التعليق على أحداث ببيانية مثل: سماع صوت سيارة أو أصوات حيوانات وغيرها.

أمّا الصور المستخدمة في نظام التبادل عبر الصور (PECS) فيتم استخراجها من برنامج الصور بواسطة الحاسب الآلي Board Maker وهو برنامج يحتوي على آلاف الرسوم لكافة مجالات الحياة، ويمكن للشخص التحكم في حجم الصورة حسب حاجتها واستخدامها.

(Bondy & Frost, 2002)

4. لغة الإشارة Sing Language،

تعتبر لغة الإشارة من أدوات التكنولوجيا المساعدة منخفضة الأداء ونظام تواصل إلكتروني في حال استخدم مع اللغة الحكيمة ونظام تواصل بديل إذا ما تم استخدامه بدون اللغة الحكيمة. إلا انه لازال تعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد لغة الإشارة كوسيلة تواصل إلكترونية بديلة مثيراً للجدل.

5. علاج النطق/اللغة،

على الرغم من أن الأطفال التوحديين يجدون صعوبة في تطوير اللغة والفهم، إلا أن هذه الطريقة أثبتت أنها غير فعالة أو حتى غير مفيدة، فهم يحتاجون لأن يتعلموا - ليس الكيفية التي يتكلمون بها اللغة، بل كيفية استخدام اللغة للتواصل، وهناك عدة أساليب صممت بشكل محدد لتطوير مهارات الاتصال، وأكثر الأساليب المستخدمة شيوعاً هي PECS، ولغة الإشارات.

## 6. القصص الاجتماعية Social Stories.

قامت سكارول جراي Carol Gray عام (1991) بتصميم القصص الاجتماعية لتحفيز التواصل الاجتماعي لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد بحيث تصف مواقف واستجابيات ذات صلة بالحياة الاجتماعية، ومطبقاً لغراي Gray، 2000 فإن الهدف من وراء كتابة القصص الاجتماعية ليس تغيير سلوك الطالب وإنما تسهيل فهم المواقف الاجتماعية ووجهات نظر الآخرين، وتهدف القصص الاجتماعية (لدى شرح الأحداث والتوقعات ومشاركة المعلومات من خلال الرسوميات والصور).

حدث جراي (Gray, 1994) عدة استخدمات للقصص الاجتماعية:

- وصف موقف أو وضع. وهذا يتضمن الأفعال والمواقف الاجتماعية وورد الفعل الناتجة. بأسلوب غير خطر.
- تشخيص الحالة أو البناء العام للمهارات الاجتماعية.
- تعليم الروتين ومساعدة الطلاب للتكيف مع التغييرات في هذا الروتين.
- تدريس المواد الأكاديمية بأسلوب اجتماعي ووضع مريح. وبذلك تتحقق العمومية في التعليم والتساعده.
- عنوان السلوكيات ذات العدد الضخم مثل العدوانيّة والاستحوالا والخرقة، ولتلك تظهر القصة الاجتماعية كحل وليس واسع المطلب لكل من أطفال التوحد والبالغين.

## «البرامج التربوية والأساليب العلاجية لأفراد التوحد»

والقد حددت كل من جراي وجرانند (Gray & Grand, 1993) خطوات رئيسية ذات أهداف أساسية التماس فاعلية لتلك القصص، وبمراعاة المؤلف على النحو التالي:

التعريف، بهدف السلوكيات أو وضع المشكلة الحالية في القصة الاجتماعية وعلى المثقف الباحث أن يختار سلوكاً اجتماعياً معيناً للحصول على تغير أفضل، ونتائج متوقعة وكما يلي:

- زيادة عدد السلوكيات الاجتماعية والتفاعلات الإيجابية.
- تنشئة أو تكوين بيئة آمنة.
- إضافة إلى تعريف التصرف في عدد من المواقف الاجتماعية، يجب أن يكون السلوك قائماً على اختيار وتمثيل قدرات الطلاب في كل مرحلة وقابليتهم للتغير.

وتتكون القصص الاجتماعية من ثلاثة أنواع:

- جمل وصفية: وهي تصف الأحداث وأسباب حدوثها.
- جمل إرشادية: وهي ترشد الشخص إلى السلوكيات المناسبة.
- جمل منظورية: وتصف مشاعر الآخرين وردود أفعالهم.

(Koffin & Alaimo, 2007)

## 7. العلاج بالتمثيل:

حيث أن الأفراد الذين يعانون من التوحد غير قادرين على تطوير اللعب التمثيلي أو التخيلي للأنشطة فكما هو عند الأطفال العاديين، على الرغم من أن بعض الأطفال الذين يعانون من التوحد قد يتعمقون دور شخصية شخصيتها في التلفاز أو دور حيوان، ويتعمق ذلك على سلوكهم أو من خلال الأشياء، وهذا ليس نوعاً من اللعب التمثيلي، فكما أن طريقة لعبهم غير عادية، فهم يستخدمون أدوات

## الإلتصاح السابع

اللعبة بطريقة غير مألوفة، فكما أن تدعيم ممارسات متكررة للعبة ما مع ظهور بعض مبررات الاستثارة الذاتية.

(Wing, 2001)

وبعد اللعب فطالما أو بناء له متحى نظري أساسي للعلاج يتم بناء على عمليات التواصل والتعلم، وبعد اللعب من النجاح الاستراتيجيات في التعامل مع الأطفال الذين لديهم مشكلات في التواصل اللفظي، فمن خلال اللعب يمكن أن يتعلم الأطفال السلوك المناسب في حال وجود ضعف في المهارات الاجتماعية والانفعالية فكما هو الحال لدى أطفال التوحد، ويمكن أن يكون اللعب رابطاً قوياً بين الطفل والمعالج حيث يتعلم من خلاله السلوك الايجابي وشرق التفكير.

بعد اللعب أول أشكال التواصل لدى الأطفال، وهو الوسيلة الأولى التي يفهم بها الأطفال عالم الكبار وكيفية التعامل مع الآخرين، ويستخدم اللعب حالياً كأسلوب تشخيصي وعلاجي مع الأطفال، تصغار بطريقة معرفة مشكلاتهم وعلاجها، نظراً لأن الأطفال لا يتكلمون بسهولة ووضوح عن مشكلاتهم الذاتية وبالتالي أصبح اللعب يستغل في إخراج الانفعالات والصراعات الداخلية التي تعمل على توتر الأطفال باعتباره مدخلاً أساسياً لدراسة الأطفال وتحليل شخصياتهم، ويستغل أيضاً في تنمية المهارات التواصلية والاجتماعية لدى الأطفال عموماً والتوحيديين بشكل خاص، ويعدّه العلماء أرضية أساسية لأي برنامج مقسم هؤلاء الأطفال.

ويستخدم المعالجون العديد من الألعاب والوسائل في الجلسات العلاجية وقاصات الأنشطة مثل العرائس والخصى، والحيوانات، والرمال، وأدوات الرسم والتلوين، والألعاب البناء والهدم، كالتبزل والمكعبات والألعاب التذكير، كالمصصال والمججون وغيرها من الألعاب.

(نصر، 2002)

### «تأثيرات اللعب التخييلية والأساليب العلاجية لتفريغ التوتر»

يعد العلاج باللعب (Play Therapy) من أحد الطرق العلاجية المتعددة ويختلف عن اللعب العادي في أنه يساعد على تحديد المشكلات وحلها، ويساعد على تكوين وبناء طرق طبيعية لتعلم الأطفال حول أنفسهم وحول طبيعة العلاقة مع البيئة المحيطة.

ولقد تزايد الاهتمام بإستراتيجية العلاج باللعب والتحكم بناء على نتائج الدراسات والأبحاث الميدانية في مجال تعديل سلوك الأطفال المضطربين انفعالياً، ويمكن لهذه الأطفال الذين يعانون مشكلات في التعامل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين، ويمكن الإشارة إلى أهمية العلاج باللعب من خلال النقاط التالية:

- تؤدي التكنيكات المستخدمة في العلاج باللعب إلى زيادة قدرة الطفل على التواصل مع الآخرين سواء بطريقة لفظية أو غير لفظية، حيث أن التفاعل المباشر مع الآخرين يكسب الطفل مهارات التواصل مع الآخرين أثناء اللعب معهم ضمن ظروف وشروط معينة.
- القدرة على التعبير عن المشاعر والانفعالات بطرق مختلفة وبناء على طبيعة المواقف التي يمكن أن تحدث أثناء اللعب.
- تعديل السلوك، حيث إن العلاج باللعب يساعد الأطفال على تشكيل وبناء العديد من السلوكيات الإيجابية، والعمل على التقليل من السلوكيات السلبية التي يمكن أن تظهر لديهم أثناء التعامل مع الآخرين أو ضمن المواقف المختلفة التي يمكن أن يتعرضوا لها.
- القدرة على تطوير مهارات حل المشكلات ويتم عادة من خلال المتطلبات والشروط اللازمة لإتجاز بعض المهمات المطلوبة من الطفل أثناء اللعب والتعبير على إيجاد الحلول المناسبة للمواقف التي يمر بها أو متطلبات الانتهاء من اللعبة.
- القدرة على تنوع طرق التعامل مع الآخرين، واستخدام أساليب متعددة للتعامل مع الآخرين بناء على الأدوار التي يأخذها الطفل أثناء اللعب.

ويشكلت تلك التعلقات التي تصاحب الشخصية التي يقوم بتمثيلها أو الدور الذي يلعبه، والأدوات التي يمكن أن يستخدمها أثناء اللعب.

- زيادة فرص التوافق النفسي في التفكير والافعال بناء على مراحل العمر النمائية التي يمر بها الطفل، حيث يؤدي ذلك إلى توقع القيام ببعض الأدوات، وتحمل بعض المسؤوليات التي يمكن أن تقع على عاتق الطفل أثناء اللعب، وبالتالي القدرة على ذلك مثل تلك التصرفات التي انواقع بناء على طبيعة المرحلة العمرية التي يمر بها.

(Paul & Anne , 1995)

ومن جهة أخرى فإنه يمكن الإشارة إلى أن هناك العديد من المظاهر غير العادية لدى الأطفال التوحديين، والتي تمثل مشكلات حقيقية لديهم في هذا الجانب ومنها،

- يمكن للطفل التوحدي أن يكون لديه القدرة على تقليد طريقة اللعب كما يفعل الآخرون، ولكن في الأغلب لا ينطوي هذا التقليد على فهم لما يعنيه الآخرون أو يقارنونه، حيث إن الطفل التوحدي يكون مثل الآلة يقوم بفعل الشيء الذي يفعله الآخرون نتيجة رؤيته لذلك دون السعي لفهم لغرض من ذلك. كأن يرى الطفل التوحدي طفلاً آخر يلعب بدمية ويحاول أن يضعها في السرير لتنام.
- ويمكن للطفل التوحدي تقليد بعض الكلمات أو الأصوات، كأصوات أشخاص آخرين مشرجهين أو يبكون، أو أصوات حيوانات. ويقوم الطفل التوحدي بتقليد الأصوات نفسها دون معرفة لطبيعة الموقف الذي سبب ظهور تلك الصوت، أو الانفعالات المصاحبة له.
- كذلك لدى بعض الأطفال التوحديين أو الكبار منهم والذين لديهم قدرات جيدة ولكن يعانون من ضعف اجتماعي، يمكن أن يتميزوا بمعرفة وجود أفكار لدى الآخرين، ولكن في الوقت نفسه تجددهم لا يستطيعون التخمين أو الاكتشاف لما يفكر به الآخرون.



### «البرامج التربوية والأساليب العلاجية لأفراد التوحد»

- ويمكن أن يكون لدى بعض الأطفال التوحديين القدرة على التعرف على مشاعر الآخرين، ولكن لا يستطيعون المشاركة الوجدانية في الانفعالات التي يظهرونها الآخرون.

(Jordan & Libby, 1997)

- وأيضا يلاحظ أن اللعب لدى أطفال التوحد يتصف عادة بالتنميطية والتكرارية وعدم التحديت والتطوير فيه بسبب طبيعة المشكلات السلوكية التي يعانيون منها والمتعلقة بالتمسك بالروتين، ورفض التغيرات التي تحدث في البيئة.

(Bryan , 1996)

### 8. العلاج بالموسيقى (Music Therapy)،

ويعرف العلاج بالموسيقى بأنه استخدام الموسيقى لتحقيق الأهداف العلاجية التي تعمل على تحسين الصحة الذهنية والنفسية للأفراد، وتستخدم لإحداث تغيرات مرهوب فيها في السلوك، والتي تزيد من فهمه لنفسه وللعالم المحيط به وتجعله أكثر تكيفاً مع المجتمع؛ مما يزيد من إيمانه وثقته بنفسه.

(American Psychiatric Association, 2000)

ويستخدم العلاج بالموسيقى في معظم مدارس التربية الخاصة التي تعنى بالتوحد، حيث إن العلاج بالموسيقى مفيد جداً في تطوير بعض المهارات وبخصوصاً المهارات الاجتماعية، وتساعد أفراد التوحد على التواصل، ويقوم على دراسة لغاهب الكتابة الموجودة لدى أفراد التوحد في الموسيقى.

وتعدّ الأنشطة الموسيقية من أحب أنواع الأنشطة التي يستجيب لها ذوو الحاجات الخاصة صموماً وأطفال التوحد بشكل خاص، بسبب عدم قدرتهم على التواصل، حيث تستخدم لتنمية الكثير من المهارات ولتعميق الكثير من انماط السلوك.

(نصر، 2002)

ويجدر الإشارة هنا إلى أن بعض أفراد التوحّد لديهم بعض المهارات الموسيقية دون تعلم بل من خلال سماعها فقط، ويمكن تعليمهم فيما بعد بعض الإيقاعات والأصوات الموسيقية الجديدة، ويمكن تعليمهم الغناء حيث يسهم في تسهيل عملية التواصل في كثير من الحالات.

(Baron-Cohen & Bolton, 1993)

إنّ العلاج بالموسيقى وسيلة لتحسين وتعزيز الصحة النفسية والعقلية والعضوية، وتستخدم لتحقيق الأهداف العلاجية التي تعمل على تحسين الصحة الذهنية والنفسية للأفراد، وهذه الطريقة لتشجيع التفاعل وتطوير التواصل والعلاقات مع الأشخاص التوحديين وتشمل نشاطات عديدة كالمراقص والغناء وعزف آلات، حيث يتم إخضاع الفرد التوحدي لبرنامج ذي تسجيلات إيقاعية مصممة خصيصاً له يستمع لمدة (8) أسابيع، ويشير الباحثون إلى مجموعة من الفوائد المترتبة على استخدام هذا الأسلوب من العلاج تتمثل في زيادة مدة الجلوس على الكرسي، وتطوير الكلام، وتقليل السلوك النمطي، ويشير باحثون آخرون إلى أن استخدام الموسيقى قد يؤدي إلى الانسحاب والعزلة الاجتماعية ويشابه تأثيره التنويم لثناطيسي مما يؤدي إلى زيادة البروتين، وضعف التواصل البصري مع الأشخاص.

(Grandin, 1995)

## الفصل الثامن

### تعليم الأفراد التوحديين

- (1 - 3) مقدمة.
- (2 - 8) الجهادي الأساسية لتعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد.
- (3 - 8) البرنامج التربوي الفردي للأطفال التوحديين.
- (4 - 8) الاعترافات الخاصة في إعداد مدافع الأطفال التوحديين.
- (5 - 8) مراحل إعداد الخطة التربوية للفردية.
- (6 - 8) إجراءات تنفيذ البرامج والخدمات المقدمة للأفراد التوحديين.
- (7 - 8) المقومات الأساسية للبرامج التربوية والتعليمية الخاصة للأطفال ذوي التوحد.
- (8 - 8) استراتيجيات تدريس التوحديين.
- (9 - 8) تدريس المنظم للأفراد التوحديين.
- (10 - 8) مكونات التدريس المنظم لبرنامج التأهيل.



## الفصل الثامن تعليم الأكراد التوحدين

(8 - 1) مقدمة

عندما نشرع في تعليم الطفل يعني أننا نزوده بمعلومات أو مهارات أو خبرات لم تتوافر لديه من قبل، أو نجتهد في البحث عن الأساليب والاستراتيجيات التي من شأنها تنمية هذه المهارات وتجويد الخبرات التي قد يتعرض لها الطفل، فكلما تعلم لا تطبق فضعف على المواد الدراسية بل هي أهم من ذلك وتشمّل بكل ما يكتسبه الطفل من الميلاد وحتى لحظة الموت وما نعلّمه للطفل لا بد أن يكون مفيداً له ويدرّسه للتطور والنمو، وهناك ثلاث مفاهيم أساسية لها أثر كبير في التدريس وفي الخطة التربوية الضرورية والجمعية وهذه المفاهيم الثلاث مرتبطة بمشكلات الواقع التربوي، حيث تتمثل هذه الثلاثة في أن:

1. التعلم عملية تنظف.
2. التعلم كعملية تدريب للعقل.
3. التعلم كعملية تعديل في السلوك.

وقد بين الإمام والجوالده (2010 - 1) أن نجاح عملية التعلم يرتبط بتكاملية المفاهيم الثلاث حيث أن عملية التعلم عملية لا تتوقف ضد حدود المدرسة حتى وإن كانت المدرسة تتمكن من تحقيق الأهداف الموضوعية لتربية الأطفال وتوجيه نموهم التوجيه السليم، فالتعلم يحدث في كل مكان، فهو يحدث في البيت حيث نتعلم الكلام وكثير من العادات والسلوك والقيم والاتجاهات، كما يحدث التعلم من الاحتكاك بطرّوف الحياة العامة، وانفرادية المدرسة بعملية التعلم ينبغي أن تكون منحى العملية التنظيمية وتحديد انماط السلوك القيمة والعمل على نمو هذه الأنماط تحت إشراف وتوجيه وأن تضع الخطة الواقعية لتجنب السلوسيات غير المرغوبة والتي يكتسبها الأطفال نتيجة الظروف المحيطة وهذا تبرز

الأهمية التربوية للمدرسة، إضافة إلى الأهمية الأكاديمية التي ينبغي أن تكون على قدم وساق للعمل على استمرار النمو في الطريق الصحيح.

• **المبدأ الأول التعلم عملية تدبير**

فكأنه في حاجة إلى تأكيد أن عقل الطفل صفحة بيضاء قابلة إلى نقش ما يريده المجتمع فيه، وبالتالي فإن الخبرة والتعلم هما مصادر مفردات المعرفة، والنظرة بهذا الشكل تعتبر أن العقل مخزن للمعلومات وكأنه تخزين واسترجاع، وبالتالي ينظر لعملية التخزين بأنها عملية حفظ للمفردات المعرفية، والتعلم بهذا المفهوم يجد له أنصار ممن يؤمنون بعملية الحفظ، وعملية الاحتفاظ مركبة بالتخزين وكأنها أصبحت عملية آلية وليست تحليلية وهذا يتناقض مع مواجهة المشكلات والعمليات الحياتية، ويتضح ذلك جلياً من أساليب الامتحانات والتقييم والتي تركز على عملية استرجاع ما يحفظه الطفل، ويوجد في مدارس ومراكز التربية الخاصة التفرقة في عملية التعلم والتعليم وفق عملية التخزين والتدبير فتقدمهم يميلون إلى العمل من خلال المحاور الخمسة (ألا وهي):

1. تصنيف المفردات المعرفية إلى مواد.
2. اختيار أجزاء محددة من كل مادة تدرس بما يناسب فئة الإعاقه ونوعيتها ودرجة الإعاقه.
3. التركيز على حفظ هذه الأجزاء.
4. مراجعة الحفظ.
5. تقييم الأمثال فيما تم حفظه.

ويبدو أن هذه الخطوات مريحة لمعلمي وأخصائيي التربية الخاصة، في حين إن الأبحاث والأختبارات الحديثة أثبتت أن كل ما يحفظ يمكن أن يتغير بعد فترات تتباين وفقاً للحالات، وأصبحت على أهمية الفهم للمادة المتعلمة بجانب عملية

### «تعليم الأفراد المتوحدين»

الحفظ، وهنا ينهني التأكد على أن عملية «تعليم سابقة لعملية التحفظ» لفهم والتدريب ذاتهما يكون سلوك حياتي جيد مما يجعل هذا السلوك هو نمط حياة، حيث أن التعلم عملية تمتد بامتداد الحياة مما يسهم بتحسين الظروف ويحقق التوافق مع المتغيرات الحادية والاجتماعية والبيولوجية والنفسية.

#### • المبدأ الثالث وهو التعلم كعملية تدريب العقل،

والذي يرتبط أساساً بنظرية التدريب الشكلي Formal Discipline وهي إحدى النظريات الميكولوجية التي أشرت في الاتجاهات التربوية وهي تنسب إلى الفيلسوف الإنجليزي لوك Lock الذي رأى أن العقل مقسم إلى عدد من العمليات مثل التفكير والتحليل والتصوير والإدراك والانتباه وغيرها من العمليات التي يتدربها نتج عملية التعلم، حيث أثبتت الكثير من الدراسات أن بعض المواد الأكاديمية بالإضافة إلى البيئة المحلية لهما أهمية قصوى في التدريب العقلي، وكلما كانت المواد الأكاديمية تتناسب مع البيئة المحلية في إطار من الدعم والتعزيز، كلما كانت هناك مرونة عقلية وجودية في السعة العقلية بما يحقق جودة الحياة، وهذا يتأني في إطار حقيقة أن الإنسان دائم التفاعل مع بيئته حيث يمكنه أن يحدد بدرجة صغيرة نوع الحياة التي يرغب بها.

وعملية التفاعل بين الفرد والبيئة تصرف بالخبرة، ومنها يتعلم الفرد معارفه واتجاهاته ومهاراته، ولتعليم في ذلك نوع الخبرة التي يواجهها الفرد بحيث تؤدي به إلى مهارات واتجاهات ومعارف مفيدة له ولأسرته ولجتمعة وهذه وظيفة مراكز ومؤسسات ومدارس التربية الخاصة، وهذا يتأني في إطار المبدأ الثالث.

#### • المبدأ الثالث التعلم كعملية تعديل في السلوك

حيث ينظر إلى عملية التعلم على أنها عملية تغيير Chaing وتعديل Modification وتشكيل Shaping وهذه الثلاثية تستمر مدى الحياة، والتعلم بهذا المفهوم يشمل تغيرات جسمية والفعالية وعقلية واجتماعية، كما أنه يتضمن

هدف أو أهداف يسعى إليها وينتج عن ذلك اكتساب معلومات وأفكار واتجاهات ومهارات تؤدي به إلى اكتساب خبرات متباينة.

ويلاحظ أن المهنيين الأول والثاني نجد أنهما عمليتان تؤثران في عملية التعلم إلا أنهم لا يمكن أن نعتبرهم بأنهما عملية تعلم، لكنهما وسيلتان يستفاد منهما في جودة التعلم، ويبرز أهمية المبدأ الثالث وهو التعلم كتعديل وتغيير وتشكيل في السلوك عن طريق الخبرة إلا أن هذا لا يعني من الاحتفاظ بالمادة المتعلمة، أو نفضل عمليات التدريب رغم أنها تخضع لشروط عديدة، وفي إطار الثلاثية السابقة ننظر إلى التعلم على أساس أنه عملية تتضمن مثل أنواع الخبرات لتحصّل على نتائج تعليمية مرغوب فيها، وأن التعلم يحدث عندما يتعرض الطفل لخبرة متكاملة أثناء ممارسة الأنشطة أو التدريبات أو المواقف الحياتية حيث يؤثر ذلك في السلوك والتعلم بهذا المعنى يغير من شخصيات الفرد، بحيث لا يمكن يقال منه أنه تعلم ما لم تتغير نظرة إلى الأشياء ويتغير سلوكه ويصبح أكثر قدرة على معالجة الظروف البيئية والمواقف الحياتية.

ويجدر الإشارة هنا إلى أن جميع الأطفال التوحدين مهمًا تعاني شدة الإعاقة لديهم هم بحاجة إلى تعلم بعض المهارات الأكاديمية، ومهارات الحياة المختلفة سواء الاستقلالية أو المجتمعية أو المهنية.

### (8 - 2) الكيفية الأساسية لتعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد:

بوجه عام ينبغي على البرامج التربوية والعلاجية مراعاة النقاط التالية:

- 1) التدخل المبكر والشاغل أمر مهم جدًا للأطفال الذين يعانون من ظاهرة الانفعال التوحدي.
- 2) أكثر الأساليب العلاجية فاعلية في تطوير مهارات وسلوك الأطفال الذين يعانون من الانفعال التوحدي - هي الأساليب التي توظف مبادئ تعديل



### «تعلم الأفراد الترحيبين»

- السلوك في بيئة تربية منظمة، تركز على تطوير المهارات ومخاطبة المظاهر السلوكية غير التكيفية.
- 3) يجب أن توجه البرامج التربوية والعلاجية نمو الكهبة الحاجات الفردية المفضل، وأن يتم تنفيذها بطريقة شمولية ومنظمة بعيدة كل البعد عن العمل الشوائي.
- 4) يجب الاهتمام على البيانات العلمية لتحديد طبيعة البرامج اللازمة. ولتحكم على فاعليتها. فالسلوك المستهدف يجب تعديله إجرائياً، ويجب جمع المعلومات الدقيقة من حدوثه قبل البدء بالمعالجة وأثناءها وبعدها (فترة المتابعة) ثم يجب تحديد عناصر البرنامج التربوي – العلاجي بقل دقة وتفيخها حسب خطة واضحة، وبعد الانتهاء من عملية التنفيذ يجب عرض البيانات في شكل أو رسم بياني ليتم الحكم على فاعلية الأساليب المستخدمة بموضوعية.
- 5) يجب أن تستخدم البرامج نظاماً فردية لحضر الأطفال على التعلم. وهذه النظم عموماً تستند إلى مبدأ التعليم الشهير المعروف باسم مبدأ الأثر والذي ينص على أن السلوك يزداد إذا كانت النتائج المترتبة عليه إيجابية.
- 6) يجب أن تكون الأوضاع التعليمية منظمة وتخلو من المشتتات وتسمح بممارسة التدريس الفردي والتدريس في مجموعات صغيرة، ويجب استخدام نفس النشاطات وفقاً لجدول يومي روتيني.
- 7) يجب الاهتمام بتعميم الاستجابات المكتسبة ونقل أثر التدريب من مواقف إلى آخر وذلك يمكن أن يتحقق من خلال:
- أ- تقديم البرامج يومياً وعلى مدار العام ومنذ مرحلة الطفولة المبكرة.
  - ب- تعليم الأطفال في مواقف مختلفة وعلى أيدي عدة معلمين وباستخدام مشيرات متنوعة.
  - ج- توفير برنامج شمولي لتدريب الوالدين لكي يصبح هناك انساق بين الأساليب المستخدمة في المدرسة والأساليب المستخدمة في المنزل.

(التحضير، 2000)

### (8 - 3) البرنامج التربوي الفردي للأطفال التوحيديين:

يعتبر البرنامج التربوي الفردي واحداً من الأسس الهامة للعمل مع الأطفال التوحيديين على اعتبار أنهم من ذوي الحاجات الخاصة، وأن كل طفل يتصف بخصائص سلوكية وتربوية مختلفة عن الطفل الآخر، وبناء عليه فإنه لا بد من العمل على وضع برنامج تربوي للطفل الذي يعاني من التوحد، يُعنى بتحديد الأهداف التعليمية الخاصة في ضوء احتياجات وقدرات كل طفل على حدة، حيث في البداية لا بد من مراعاة المناهج التي توضع للأطفال التوحده، وأن تكون مناسبة لطبيعة الخصائص والصفات السلوكية والتربوية التي تمت ملاحظتها سابقاً، قبل العمل على إعداد البرنامج الفردي والعمل به، وعند الحديث عن المناهج للأطفال التوحد لا بد من مراعاة ما يلي:

(الوردان، 2001)

### (8 - 4) الاعتبارات الخاصة في إعداد مناهج الأطفال التوحيديين:

أولاً، اعتبارات خاصة في بناء المنهج للأطفال الذين يعانون من التوحد،

تعتبر عملية إعداد مناهج خاص بالأطفال الذين يعانون من التوحد قضية خلافية، ومثيرة للجدل بين الاختصاصيين والتربويين، حيث ينجأ بعضهم إلى إعداد المنهج بناءً على نماذج نمائية للأطفال العاديين، ويرى آخرون بأن تطويرهم غير عادي وهم بحاجة إلى مناهج خاصة، ويرى البعض بأن المهارات الوظيفية والتكيفية التي يتم تعلمها في ظروف عادية هي الأساس في بناء مناهج للأطفال التوحيديين.

(محمد، 2002)

وقد وجد أن الأطفال التوحيديين يتعلمون أفضل عندما يتم تقديم المهمات أو المهارات على شكل عناصر أو أجزاء صغيرة وبشكل متتابع حتى يتم الوصول إلى مرحلة الإتقان.

## «تعليم الأقران التوحديين»

وتتباين المناهج الموضوعية للأطفال ذوي الحاجات الخاصة بشكل هام في جوانب أهمها (المدى العمري، الإعاقة، الجانب النمائي، الأساس النظري، طريقة وأسلوب استخدام المواد). ومن ناحية أخرى فإن الجانب الأساسي والمهم في اختيار المنهج الملائم هو المعرفة والإتقان بالجوانب الرئيسة التالية:

### • حاجات ومتطلبات الطفل،

فلا بد من مراعاة خصوصية اضطراب التوحد عند بناء المنهج، والأخذ بعين الاعتبار نقاط مثل (تحديد المرحلة العمرية التي ظهر فيها الاضطراب، غياب مهارات التعلم الاجتماعية وكذلك المهارات اللغوية، المشكلات الحسية المختلفة المصاحبة، المشكلات السلوكية والترويع والتعامل غير العادي مع الأشياء)، حيث إنها تلعب دوراً كبيراً في تحديد جوانب وأولويات في اختيار الأهداف والبرامج العلاجية التي تتناسب وطبيعة الخصائص السلوكية والتربوية.

### • الكادر الوظيفي،

يحتاج الأطفال التوحديون إلى تعلم منظم للمهارات الأساسية، ويكون ذلك عن طريق التدريب الفردي (واحد لواحد) أو (أثنين لواحد)، بهدف ترسيخ التجهيز المبني مع الطفل التوحيدي للتعامل بشكل أفضل مع البيئة الصفية، وتسوية الحفظ فانه من الصعب توفير أعداد كبيرة من المعلمين والاختصاصيين للعمل بشكل مستمر، لذا لا بد من إيجاد بدائل يمكن أن تساعد في عملية التدريب كاللجوء إلى تقسيم العمل على فريق متعدد التخصصات، والاستعانة ببعض المتطوعين.

### • التخطيط الإداري،

وهذا، بعض الإجراءات والعناصر التي يجب أن تراعى عند تخطيط وبناء المنهج، ويمكن الإشارة إلى عناصر مثل (نوع الخدمة المقدمة ضمن البرنامج اليومي،

تحديد عدد ساعات التعليم في اليوم، الإشراف والتدريب للعاملين أثناء الخدمة، مراقبة البرامج واستمراريتها، التقنية الراجعة لتقييم تقدم الطفل... الخ).

(Sheila, 1999)

ثانياً، مكونات ومحتويات المنهاج:

- السلوك غير التكيفي، ونمزي بذلكه أنماط السلوك الشاذة التي يظهرها الطفل التوحدي.
- مهارات الانتباه، وتشمل القدرة على التركيز، تتابع الاستجابة للمهارات، وإنهاء المهام المطلوبة من الطفل.
- المهارات اللفوية، مثل اللغة الاستيعابية، واللغة التعبيرية، وصياغة المفهوم.
- المهارات الحركية، وتشمل المهارات الحركية الدقيقة والمهارات الحركية الكبيرة.
- المهارات الاجتماعية، والتي تبدأ من مشاهدة الآخرين، وصولاً إلى البناء معهم، والتفاعل الإيجابي ضمن المجموعة.
- المهارات الأكاديمية، ومهارات ما قبل الأكاديمية: مثل التعرف على الأحرف والأرقام، مهارات القراءة والكتابة والحساب الخ..
- المهارات الحياتية والثقافية، مثل المهارات الاستقلالية والعناية بالذات، والتعامل مع عادات المجتمع ومتطلباته.
- المهارات المعرفية والإدراكية، وتشمل تعليم الطفل العمليات العقلية المختلفة كالتصنيف والتمييز، والمطابقة، وغيرها.
- المعلومات العامة، وهي المعرفة بالأشياء العامة والتي يتعامل معها المجتمع، مثل التعرف على الأماكن العامة، وأرقام الهواتف الخ.
- الأنماط السلوكية النموسية، مثل تدريب الطفل على أنماط سلوكية إيجابية مثل النظام، الوقوف في طابون انتظار الدور... الخ.
- التأهيل المهني، وتشمل تدريب الطفل على مهارات التهيئة المهنية، والتشغيل المهني، حسب قدرات الطفل.

يعتكر الروسيان (1996) أن إعداد الخطة التربوية الفردية يمر بعدد من

المراحل أهمها:

أولاً: التقييم،

يمكن الإشارة في هذه المرحلة إلى الجانبين أساسيين: تحديد السلوك المدخلي

وتحديد مستوى الأداء الحالي:

أ. تحديد السلوك المدخلي:

ويتم فيه التركيز على الجوانب التي تؤثر في أداء الطفل في المواقف التعليمية مثل الانتباه: الذاتية طرائق التدريس، ولا يبدأ من اختيار للمثيرات والأنشطة المناسبة التي تعمل على تهيئة الطفل للبدء بالبرنامج، حيث تشير إطلالة الانتباه إلى قدرة الشخص على مواصلة التركيز على شيء ولفترة طويلة من الزمن، وتأثر الفترة على إطالة الانتباه بمرحلة النمو لدى الطفل العادي وغير العادي، وكثيراً ما ينسب إلى المعلمين والمعلمات والآباء والأمهات الإبلاغ عن فترة انتباه قصيرة جداً لدى الأطفال التوحيديين، لكننا نلاحظ أنهم يركزون انتباههم على شيء يدور دون غيره من الأشياء، ويبقى تركيزهم لفترات طويلة قد تصل إلى ساعات من الزمن، إلا أن الأطفال التوحيديين يعملون إلى إدامة الانتباه للمثيرات البصرية (المرئية) أكثر مما يعملون في حالة المثيرات السمعية.

(Rutter & Daley, 1997)

إلى جانب ذلك فإن فترة انتباههم لأشياء التي تستهويهم أطول بكثير من

فترة انتباههم لأشياء أخرى، كالمهام التعليمية والنشاطات الاجتماعية، وهكذا فإنه على الرغم من قدرة الأشخاص التوحيديين على إدامة الانتباه نحو المثيرات البصرية،

فإن فاعلية هذا الانتباه تعتمد على مقدار إنجازاتهم لتلك المثيرات وعلى نوع الوسيلة المستخدمة (سمعية - بصرية - شمية) وعلى مستوى تطوّرهم.

(Burack, Enns, stauder, mottron & Randolph, 1997)

ومن الجدير بالذكر أن فترة الانتباه تتأثر بشدة بالتأخر الذهني لدى الطفل، فلاحظ أن الأطفال الصغار بالتوجه ذوي التأخر الذهني الشديد يعانون من فترة انتباه قصيرة لذلك يسمى المربون إلى تحفيز وزيادة مدة انتباه الأطفال بتقديم المهمات التعليمية بطريقة مشوقة وجاذبة للطفل وضمن اهتماماته، كما استخدام قصص الحيوانات لتعليمه مهارة القراءة.

(شامي 2004 - 1)

إن الفرد العادي يتعرض إلى كمية غير محدودة من المثيرات التي تأتيه من البيئة المحيطة به في وقت واحد. لذلك ينبغي أن يتجاهل البعض منها، ويتنبه إلى المثيرات ذات العلاقة مما يُعرف بالانتباه الانتقالي أو إنتقاء المعلومات، وهذا يتمكن من إدراك المثيرات بشكل فعال.

وعلى النقيض من ذلك تؤدي عدم قدرة الفرد على الانتباه الانتقالي إلى زيادة تشتت الذهني واضعاف فاعلية التعلم، لأن المثيرات غير المتعلقة بالموضوع تتداخل مع العمليات الإدراكية للمثيرات المعروضة أمامه: أما الأطفال المتصابون بالتوحد فهم لا يستطيعون تجاهل المثيرات المتعددة، والتركييز على مثير واحد، فقد يتنبه الطفل في لحظة العصف إلى أصوات العصافير الآتية من الخارج وصوت مكيف الهواء، وأصوات الكلمات التي يشغلها المعلم ويشير من الأطفال الذين في الغرفة، مما يسبب لهم تشتت الذهني ويعيق العمليات الإدراكية الضرورية لعملية التعلم. كما أن فترة الأطفال على الانتباه الانتقالي تنمو مع المراحل العمرية التي يمر بها الطفل. فالأطفال البالغون الصغار بالتوحد هو الأداء المرتفع قد لا يعانون من صعوبات كبيرة في الانتباه الانتقالي.

### «التعلم الأفراد التوحديين»

وأشارت العديد من الأبحاث المتناوثة في الولايات المتحدة إلى أن الأطفال التوحديين يستجيبون لأجزاء محدودة من المثيرات المتعددة عندما تظهر على وجه بشري أو في أثناء التفاعل الاجتماعي، حيث إنهم يستجيبون إلى جزء صغير فقط مما يعرض عليهم من مثيرات معقدة، فعلى سبيل المثال قد يتعلم طفل تمييز فتاة من خلال إيماءات ليست ذات علاقة مثل نظارتها أو قلادتها، أو من خلال حركة اليد عرضية تقوم بها في أثناء الكلام، غير أنه يفضل في تعبيرها عند غياب تلك الإيماءات.

(كوجل، وكوجل، 2003)

وفي التقييمات التربوية التي تقل فيها مشتتات الانتباه يركز الطفل التوحدي انتباهه على شيء واحد، ويصعب عليه انتقاء الجوانب المهمة من ذلك المثير، التي ينبغي الانتباه إليها، وبدلاً من ذلك يندفع الأطفال التوحديون لجوانب غير مهمة من المثيرات في البيئة، وهذا ما يعرف بالانتباه المفرط للمثير، وعندما يواجهون مثير معقد كالمهمة التعليمية فإنهم يندفعون إلى جزء صغير فقط منه.

(السامي، 2004 - ب)

يتسم اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد بالاندفاعية وضعف الانتباه والنشاط الزائد، ومن أبرز سماته الاندفاع الذي يظهر في عجز الطفل التوحدي على إيقاف نفسه عن التصرف بشكل غير لائق (Taylor, 1998)، فهم يتصرفون دون أن يفكروا بالنتائج الطويلة الأمد لتصرفهم، بصرف النظر عن درجة ذكائهم. ويحالي من هذا الاضطراب نحو 2 - 5% من الأطفال في سن دخول المدرسة.

(Sagvolden, 1999)

## 2. تحديد مستوى الأداء الحالي:

حيث يعتبر قياس مستوى الأداء الحالي حجر الزاوية في بناء الخطة التربوية الفردية، فهو يبين لنا من أين سوف نبدأ، ويتم جمع المعلومات لاتخاذ القرارات الملائمة من خلال الاختبارات وإجراء المقابلات و الملاحظات، كذلك يتم جمع المعلومات لتقرير مستوى الأداء الحالي من طريق الكشف التشخيص والتصنيف واختيار الوضع المناسب التخطيط والتعليم، لتقييم تطور أداء الطفل، وأخيراً تقييم فعالية البرنامج وإعادة التقييم.

### ثانياً، الأهداف التربوية والأهداف التعليمية:

يمكن وصف الأهداف التربوية على أنها ترجمة للمعلومات والبيانات التي تم تجميعها إلى مجموعة من الأهداف التربوية، كذلك وصف لما يتوقع أن يكتسبه الطفل من مهارات ومعارف خلال فترة معينة من بدء تقديم الخدمات للطفل، كذلك تعتبر بمثابة أسئلة لا بد من الإجابة عنها أما الأهداف التعليمية فتعتبر مرحلة من مراحل الهدف العام، والهدف التعليمي هو الهدف السلوكي المباشر الذي يتعلمه الطفل ويتقنه في نهاية موقف تعليمي أو نشاط معين، وأخيراً فإن الأهداف التعليمية هي السلوك النهائي أو الأداء المتوقع أن يحققه الطفل إن صياغة الأهداف التعليمية تكون وفق شروط محددة مثل وجود الصياغة المفوية الواضحة والمحددة والتي تبدأ بعبارات إجرائية قابلة للقياس، كذلك تحديد المعايير والظروف.

### ثالثاً، اختيار الأساليب التدريسية والوسائل والأنشطة التعليمية:

ويمكن تلخيصها بما يلي:

- مراعاة اختيار الطرق والأساليب التي تتفق مع خصائص الطفل وحاجاته وميوله وقدراته وسرعته في التعلم، كذلك تكون مناسبة لطبيعة المشكلات التي يعاني منها.



### «تعليم أفراد التوحدين»

- يجب أن تلتقى أساليب التدريس مع قدرات الطفل، وتؤدي إلى تحقيق الأهداف الموضوعية له، ويكون ذلك من خلال الأنشطة التعليمية المختلفة التي تعرض على الطفل.
- تحديد مستوى الأداء الحالي يساعد على اختيار طريقة التدريس للطفل، من حيث فهم طريقة الاستجابة ومستوى الدافعية لديه.
- يعتبر السلوك المدخلي الذي تم تحديده لدى الطفل، الأسلوب والطريقة المناسبة الممكن إتباعها مع الطفل في التدريب.

(الخطيب، الحديدي، 2005)

### وأبداً: تحديد أشكال الخدمات الأخرى المصاحبة،

يمكن أن يحتاج الطفل إلى خدمات صحية وطبية وفسحية واجتماعية... الخ، أو يحتاج إلى بعضها فقط بناءً على مستوى الأداء الحالي.

إن تحديد الخدمات التي يحتاجها الطفل تعتبر أساساً هاماً قبل تنفيذ البرنامج، نظراً أن الكثير من البرامج التربوية يتوقف نجاحها على بعض الخدمات المصاحبة، والتي تعتبر ضرورية مثل البرامج العلاجية الطبية والنفسية.

وأخيراً إن هذه الخدمات تعمل على تقدم مستوى أداء الطفل، وتساعد في تقييم البرنامج بشكل واضح.

نستنتج مما سبق أن البرنامج التربوي الفردي يعتبر حجر الزاوية والأساس الذي يمكن من خلاله توظيف كل الجهود المبذولة مع الطفل لتحقيق الأهداف المرجوة، ولا يبدأ من التقييم والتنسيق على كل المستويات وبين الاختصاصيين، فالبرنامج التربوي الفردي هو خطة عمل توجه أعضاء الفريق لتقديم خدمات محددة للطفل والانتقال من المستوى الحالي إلى مستوى أفضل متوقع منه.

ويعد ذلك لا بد من النظر إلى البرنامج التربوي الفردي بصورة شاملة فهو يحتوي على الجوانب التربوية والسلوكية المختلفة معا ، وكذلك فإن العمل به يتطلب وضع الأهداف السلوكية والتربوية جنباً إلى جنب لأن الفصل بينهما لا يُقصد به إغراء جانب وإهمال أهمية أكثر من الجانب الآخر، ولكن فقط لتوجيه الجهود وتوزيع الأدوار، مع الأخذ بعين الاعتبار أن المشكلات السلوكية وخصوصاً في حالات التوحد تكون واضحة بشكل أكبر، وبحاجة إلى تركيز أكثر عليها في بداية البرنامج، ليتسنى لنا الانتقال إلى تحقيق الأهداف التربوية بشكل أفضل، وتوجيه مباشر لتجويد المبتدئة مع الطفل. ولكي يتم تحقيق أكبر قدر من التحسن على أداء الطفل التوحدي فإنه لا بدّ من مراعاة بعض الجوانب الهامة في عملية التعليم والتعلم، والتي يتم من خلاله العمل ضمن البرامج التربوية.

### (8 - 6) إجراءات تنفيذ البرامج والأنشطة للتعلم للأفراد التوحديين:

يوجد ثلاثة عوامل هامة يجب أن يتم التخطيط والتنظيم لها قبل البدء وإثناء تنفيذ البرامج وحتى قياس النتائج، وهذه العوامل هي:

#### 1] تنظيم البيئة المادية:

يعتبر التصميم المادي للصف هاماً عندما تتم عملية التخطيط لتعلم الخبرات والمهارات لأطفال التوحد، حيث إن لتنظيم الأثاث في الصف فرصة كبيرة لتوظيف قدرات الأطفال التوحديين للتعامل مع القوائم والحدود داخل الصف.

ولا بد من الأخذ بعين الاعتبار الصعوبات والمشكلات التي يعاني منها أطفال التوحد لتفعيل العملية التعليمية، حيث إن لدى العديد منهم مشكلات في التنظيم من مثل عدم معرفتهم بإمكان وطريقة الحصول على الأشياء (أين ؟ / وكيف ؟) وذلك بسبب ضعف اللغة لديهم.

### «تعليم الأترة التوحديين»

من ناحية أخرى فإن تنظيم البيئة الصفية يحظى لأطفال التوحد إشارات ودلائل صريحة سهلة الفهم لوجودات الصف. مع الأخذ بعين الاعتبار سهولة تشتت الانتباه لديهم لا حولهم من المشتتات البيئية، وعليه فإن على المعلم أن ينظم ويهيئ بيئة خالية من المشتتات قدر الإمكان.

(Catherine, 1996)

وإذا كان بالإمكان القيام باختيار الصف المناسب لأطفال التوحد فإن هناك عناصر أساسية لا بد من مراعاتها مثل، حجم الصف، الصفوف المجاورة، الأدوات الموجودة في الصف، مدى توافر حمام قرييب (الإضاءة، الجدران، الأثاث الثابت، ومناطق العمل الثابتة).

(Schopler & Oiley, 1982)

إن مراعاة توزيع الصف إلى مناطق للعمل يعتبر بمثابة الدليل البصري الواضح للطفل الذي يجعله أكثر قدرة على التعامل مع تلك المناطق والتمود عليها ضمن البرنامج اليومي، وذلك يساعد في معرفة أماكن تواجد النشاطات وظيفية الوصول إليها بسهولة ونظام، وأيضاً يمنح الفرصة لاختصار الوقت والتعليمات، ويعمل على تركيز انتباه الطفل، والقدرة على استمرارية العمل.

ولا بد من الأخذ بعين الاعتبار في تنظيم الصف نقاط منها، عدم وجود منطقة العمل بجانب المراة والشباك، وأن يكون الحائط فارغاً في بعض الأحيان، وأن تكون الطاولة التي يجلس عليها الطفل التوحيدي مناسبة لحجمه وعمره، ويجب أن تكون أماكن اللعب أو وقت الفراغ بعيدة عن مخرج الصف ويجب أن تعطى الأدوات الموجودة داخل الصف الطفل التوحيدي فرصة لمعرفة الحدود والفواصل بين المناطق وبشكل واضح ومحدد، وأن تتناسب الأدوات الموجودة داخل الفصل مع طبيعة انهارات الطفولة.

## «العصر الثامن»

وفي حالة الطفل التوحدي لا توجد لديه مشكلات في التنظيم وهو قادر على التعامل مع المناطق المختلفة في الصف بسهولة، فإنه يمكن أن تكون عملية التنظيم للأدوات والتجودات داخل الصف أقل وخاصة لدى أطفال التوحد ذوي القدرات العليا.

Miushew, Nancy & Cherkassky, Vladimir L.(2002)

## (2) الجدول:

يعتبر الجدول من الأجزاء الرئيسية في الصفه ويمثل جانباً أساسياً للنظام داخل الصف، ويسبب وجود العديد من المشكلات المرتبطة بتتابع الدافعة، وتنظيم الوقت لدى أطفال التوحد، والضعف في الجوانب اللغوية، والذي ينتج عنه عدم فهم ما هو مطلوب من أطفال التوحد القيام به في الصف فإن هناك ضرورة ملحّة بوجود البرنامج.

ويساعد الجدول على تحديد وقت البدء والانتهاء من المهارات المعطاة لكل طفل في اليوم، ويقابل من حالات التوتر والقلق لدى أطفال التوحد بسبب عدم معرفتهم بالخطوة القادمة (ماذا سوف يحدث بعد ذلك). . وجعلهم أكثر قدرة على التحول والانتقال بأنفسهم من نشاط إلى آخر وأين يتم النشاط.

(Lynn & M Clannahan. 1999)

## (3) مخرجات التعلم:

يعتبر الوضع التعليمي الذي يتلقى فيه الطفل التوحدي المهارات والنشاطات اليومية المطلوبة منه هاماً وضرورياً، حيث إن استخدام التوجيهات والحث والتعزيز بطريقة منظمه وبترتيب مناسب يساعد ويشكل فعال على نجاح تعلم الخبرات لدى أطفال التوحد، مما يجعل التعلم سهلاً ومقبولاً لديهم، ويساعد كذلك في السيطرة على الاضطراب ورفض التغيير، والضعف في الدافعية.

### «لهم الأخرى التوحيديين»

ومن الطرائق التي يمكن من خلالها أن نصل إلى نماذج فعالة من أساليب التعلم والتي تساعد على اكتساب المهارات والأنشطة المتنوعة لأطفال التوحد، وبطريقة ايجابية للطفل التعليمات اللفظية وغير اللفظية والتي تنصف مادة بأنها موجبة وبسيطة ويستطيع الطفل التوحد أن يفهمها بناءً على الخصائص السلوكية والتربوية التي ينصف بها، والتي تساعد على تخفيف وتسهيل عملية التواصل والقيام بأداء المهارات والنشاطات المطلوبة منه، ويتم عادة استخدام بعض الكلمات أو الجمل البسيطة، وكذلك بعض الرسوم والصور والأصوات لتدلل على نوع التعليمات المستخدمة أثناء التدريب.

فقد نكده فإن أصاعه الحث والمساعدة التي تقدم للطفل التوحد أثناء العمل معه في المهارات المختلفة تساعد ويشكل كبير على تسهيل عملية التدريب ومن طرق المساعدة المستخدمة التي يمكن الإشارة إليها، المساعدة الجسمية والمساعدة اللفظية والمساعدة البصرية، وتأخذ المساعدة البصرية أشكالاً متعددة منها: التعليمات المكتوبة، البطاقات الملونة، كقائمة بعض الكلمات بخط كبير، تخليل أو تفهيق الكلمة المطلوبة لجذب انتباه الطفل لها. والمساعدة الإيمائية، والمساعدة اللفظية (التي تعتمد على موقفاً).

Schaster, J. & Griffen, A. (1993)

وحتى يتم تفعيل المساعدة وضمان استجابة الطفل لها فإنه يجب أن يكون منظمًا في تقديم المساعدة ويجب أن تكون المساعدة واضحة ولباقة وموجبة مباشرة للطفل قبل أن تكون استجابته غير صحيحة، ويجب على المعلم أن يكون واعياً بالنسبة لتقديم المساعدة والإشارات للطفل، بحيث لا يعتمد الطفل على إشارات المعلم لإكمال المهارة فتلقاها.

ومن ناحية أخرى فإن لدى أطفال التوحد نقصاً في الدافعية للتعلم، فلهذا لديهم الرغبة في العمل والانتقال من مستوى إلى آخر بسبب طبيعة الخصائص السلوكية لديهم وخاصة في الجانب الاجتماعي، وحتى يتم تحفيزهم

## «الصلة الثاني»

على العمل والالتزام من المهارات أو النشاطات المطلوبة منهم أثناء البرنامج اليومي فإنه لا بد من استخدام التعزيز حسب ما تم ذكره سابقاً، وهناك نوعان من التعزيز الأول إيجابي والثاني سلبي، وعادة ما يتم استخدام التعزيز الإيجابي في مواقف التعهيمية المختلفة للطفل.

(Dickerson, Susan, 2007)

وكذلك ذلك فإن هناك أشكالاً لتعويض منها المادية والرمزية، والاجتماعية والنشاطية، وهناك مشرق لاختيار المعززات المناسبة لكل طفل سواء عن طريق الآخرين أو ملاحظة الطفل نفسه، ومن ناحية أخرى فلا بد عند استخدام التعزيز الأخذ بعين الاعتبار العوامل التي تؤثر على فعالية التعزيز مثل فورية التعزيز والتقلص، وكميته، ومستوى الحرمان والإشباع لدى الطفل، ودرجة صعوبة السلوك، والتنوع في استخدام التعزيز، ودراسة احتمالات التعزيز المتوافرة في البيئة.

التي تبنت جداول التعزيز التي يتم استخدامها مع الطفل وخاصة المتعددة أنها فعالة أكثر من جداول التعزيز المتواصلة، وخاصة جداول الفترة الزمنية المتغيرة ضمن الجداول المتقطعة، مع الأخذ بعين الاعتبار أهمية استخدام مثل هذه الجداول بناءً على طبيعة المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي، وكذلك تلك الفترات التي يتمتع بها، ومن ناحية أخرى مراعاة نوعية المهارة التي يتم التدرب عليها ومستوى درجة الصعوبة فيها.

تشمل القوائم الأساسية للبرامج التربوية الفعال للأطفال ذوي التوحد مجالات عدة يمكن تدرجها ضمن المجالات التالية كما أشارت إليها:

(مجيد، 2008)

#### المجال الأول: الكوادر البشرية:

تحتاج البرامج التربوية لكوادر بشرية من حملة الشهادات العليا (بكالوريوس أو ماجستير) في تخصصات التربية الخاصة وعلم النفس والتربية المبكرة واللغة والعلاج الوظيفي وغيرها من التخصصات ذات العلاقة.

#### المجال الثاني: الخدمات التربوية والنفسية:

تعتبر الخدمات التربوية والنفسية العمود الفقري للبرامج التربوية الفعال للطلاب 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. وتمتد أحياناً خارجها لتشمل المنزل وبما مرافق المجتمع المختلفة. ويجب أن توفر بيئة التعليم الدعم للطلاب وأن تكون منظمة ويقطن استخدامثيرات الحسية مع التركيز علىثيرات البصرية بشكل مكثف أثناء عملية التدريس وتصميم الجداول المنظمة للمهام التعليمية والتربوية للطلاب تنظيمياً جيداً، وتقدم من خلالها الخدمات التربوية والخدمات المساندة. بالإضافة إلى تطبيق الممارس التعليمية المبني على أسس علمية والتخطيط المنظم للمناسبات على ما استلزمه الطالب من مهارات بهدف زيادة فعاليتها واستخداماتها الوظيفية.

## المجال الثالث: المستلزمات المكانية والتجهيزية:

يجب الاهتمام بإعداد البيئة الصفية إعداداً يخدم المعلم والمتعلم والمتابع مما لتقديم الخدمات التعليمية والتدريبية بالمستوى المطلوب. لذلك لا بد من مراعاة وجود علاقة وثيقة بين الحالة النفسية للمتطلب والمكان الذي يتواجد فيه، ومن هنا طوّرت الحاجة إلى توفير المساحة والتوقع الجيد للصف، الإضاءة الجيدة، والتهوية الكافية، والأثاث المناسب لهذا المكان - بيئة الصف - لإشارة دافعية الطلاب نحو التعليم، وتحقيق الغرض المطلوب.

(Cohen, 1998)

## (8 - 8) استراتيجيات تدريس التوحديين:

## (Strategies for Teaching Autistic):

يعد التوحد حالة يصعب التخلص منها تماماً، ولكن يمكن الحد من آثارها، ونظراً لوجود العديد من البرامج التربوية والأساليب العلاجية، وبما أن برامج الرعاية والتربية والتعليم تقتصر على ميدان التربية والتأهيل، هذا وقد تنوعت طرق وأساليب العلاج تبعاً للتخصصات المختلفة للمهتمين بهذه الفئة من الأفراد عند الحديث عن الأساليب التدريسية في التربية الخاصة بشكل عام، فإنه لا بد من الإشارة إلى المحقائق التالية:

1. ليس تمة طريقة أو نمط تعليمي أو تنظيم بيئي أو أدوات أو وسائل تناسب جميع الأطفال المعوقين في غرفة الصف.
2. تتنوع البيئات التربوية (البدائل التربوية) أكثر لتلبية المعوقين.
3. تؤثر شدة ونوع الإعاقة في تخطيط التدريس واختيار المكان التربوي.
4. يُعتبر التدريس عديم الفاعلية إذا لم يكن السلوك تحت السيطرة.
5. تؤثر الفلسفة التي يتبناها المعلم نحو الأفراد المعوقين على نوع واستراتيجيات التدريس التي يستخدمها.



### «لتعليم الأفراد التوحديين»

لقد أشارت التجارب والخبرات الفردية مع الأطفال الذين يعانون من التوحد بأنهم يحتاجون إلى طرق وأساليب متنوعة في تعليمهم وتعديل سلوكهم، بالاعتماد على الحاجات الفردية للشخص، وعلى الأخص الهل ما يمكن أن يحتاجه التوحدي يتضمن علاجاً للمهارات الاتصال وتطوير المهارات الاجتماعية والأكاديمية، وتنمية الأحاسيس وتعديل السلوك ومن أبرز طرائق تدريسهم الطرائق التالية.

(Johnson & Dornau, 1996)

### أولاً: أسلوب تحليل المهمة (Task Analysis Procedure):

يعتبر أسلوب تحليل المهمة أحد الأساليب المفيدة في تعليم الطلبة التوحديين فإن هذا الأسلوب يستعمل في تجزئة المهمة إلى الخطوات الفرعية التي تتكون منها وترتيبها بشكل متسلسل وبناء على ذلك فإن هذا الأسلوب يتضمن توجيه الطالب نحو تادية المهمة خطوة بخطوة إلى أن يستطيع الطالب تأديتها كاملاً بنجاح، ويقصد به: تحليل المهارة التي سيتعلمها الطفل إلى مهارات جزئية أبسط تكون فيما بينها المهارة الرئيسية، وترتب هذه الأجزاء في نظام متسلسل حتى نصل إلى المهارة أتراد تعلمها (Smith, 2001). ويعتبر أسلوب تحليل المهمات من الأساليب التدريسية المناسبة للأطفال غير العاديين، حيث يعرف ذلك الأسلوب أنه ذلك الأسلوب الذي يعمل فيه المعلم على تحليل المهمة التعليمية إلى عدد من مكوناتها أو خطواتها بطريقة منظمة متتابعة، أو ما يسمى بالمهمات التعليمية الفرعية حيث تحدد نقطة البداية (المهمة الفرعية الأولى) ثم تحدد المهمات الفرعية التالية حتى يتم تحقيق السلوك النهائي.

(الروسان، 2000)

وهكذا، فإن معظم أشكال السلوك التي يقوم بها الناس هي سلسلة من الاستجابات البسيطة المرتبطة ببعضها البعض بشكل وظيفي. وعند استخدام أسلوب تحليل المهمة يتم تجزئة السلوك إلى الاستجابات التي يتكون منها، وعند ذلك يتم ترتيب تلك الاستجابات ترتيباً منطقياً بدءاً بالاستجابة الأولى في

السلسلة السلوكية وانتهاء بالاستجابة الأخيرة، ومن ثم يقوم المدرس بتعليم الطفل الاستجابة الأولى وبعد أن يتقنها يدرّبه على الاستجابة الثانية وينتقل بعدها إلى الاستجابة الثالثة وهكذا إلى أن يتعلم شكل الاستجابات بشكل منطقي وسليم، وغالباً ما يستخدم هذا الأسلوب لاشتقاق أهداف أدائية يومية من الأهداف قصيرة المدى في البرنامج التربوي الفردي للطفل.

(الحميل، 2010)

ويُطلب من المعلم عند استخدام هذا الأسلوب في تدريس المهمات التعليمية أن يتبع الخطوات التالية:

1. تحديد الهدف التعليمي (Specify the Objective).
2. تحديد السلوك المدخلي للمتعلم (Specify the Student's Entering Behavior).
3. تحديد الخطوات (المهمات) التعليمية التي تقع بين السلوك المدخلي للمتعلم والهدف التعليمي (الهدف السلوكي).

(أروسان، 1999)

وفيما يلي مثال على تحليل مهمة معينة:

تحليل مهمة العد من (1 - 10):

الهدف التعليمي: ان يعدّ الطالب شفويّاً وبالتقريب من (1 - 10) بدون مساعدة بنسبة نجاح (100%) عندما يُطلب منه ذلك بعد مرور شهر من تدريسه على المهارة.

## «تعليم الأقران التوحديين»

الأهداف التعليمية الجزئية المكونة للهدف التعليمي السابق هي:

- أن يلفظ الطالب رقم (1) دون الخطاء أو تردد عندما يُطلب منه.
- أن يلفظ الطالب رقم (2) دون أخطاء أو تردد عندما يُطلب منه.
- أن يلفظ الطالب رقم (3) دون أخطاء أو تردد عندما يُطلب منه.
- أن يعدّ الطالب من (1 - 3) بشكل صحيح مع الترتيب.
- أن يعدّ الطالب من (1 - 4) بشكل صحيح مع الترتيب.
- أن يعدّ الطالب من (1 - 5) بشكل صحيح مع الترتيب.
- أن يعدّ الطالب من (1 - 6) بشكل صحيح مع الترتيب.
- أن يعدّ الطالب من (1 - 7) بشكل صحيح مع الترتيب.
- أن يعدّ الطالب من (1 - 8) بشكل صحيح مع الترتيب.
- أن يعدّ الطالب من (1 - 9) بشكل صحيح مع الترتيب.
- أن يعدّ الطالب من (1 - 10) بشكل صحيح مع الترتيب.

(الخطبة 2001)

لقد ازداد الاهتمام بتعليم الطلبة التوحديين الاستراتيجيات التي من شأنها أن تساعدهم على أن يصبحوا متعلمين أكثر فعالية وأكثر كفاءة ويعرف هذه الاستراتيجيات

باستراتيجيات التعلم ويقصد بها تعليم الطلبة فكيف يتعلمون فالطلبة التوحديين يشتكرون إلى المهارات التطبيقية ويشعرون بمستويات مرتفعة من الإحباط في المواقف التعليمية لأسباب مختلفة من أهمها مشكلات التذكرة وضعف الانتباه وصعوبات الآ دارك السمعي والبصري وبلا ضوء ذلك نمة حاجة ماسة إلى تعليم هؤلاء الطلبة مهارات فاعلة لاكتساب المعلومات وتخزينها واستخدامها في المواقف المختلفة وقد تكون استراتيجيات التعلم بسيطة وقد تكون بالغة التعقيد.

ومن الأمثلة على استراتيجيات التعلم البسيطة:

1. أخذ الملاحظات.
2. إعداد رسم بياني.
3. طرح الأسئلة على المعلم.
4. شرح الأسئلة ذاتياً.
5. الاطلاع على الأسئلة قبل البدء بالقراءة.
6. التمرن على تقديم عرض شفوي.

أما استراتيجيات التعلم المتقدمة لها أشكال عديدة في المجالات الأكاديمية:

1. فهي عملية الكتابة مثلاً قد تشمل هذه استراتيجيات في التخطيط، والكتابة.
2. وقد تمثل استراتيجيات التعلم المتقدمة في العمليات المعرفية والعمليات ما وراء المعرفية في العمليات المعرفية لتشتمل على استخدام عمليات وإجراءات محددة لمعالجة المعلومات مثلاً (تدوين الملاحظات، طرح الأسئلة).
3. أما استراتيجيات ما وراء المعرفية فهي عمليات تنفيذية عامة تغير محدد بعممة محدد وهي تشمل العمليات المعرفية التي يستخدمها الطالب عند التخطيط والمتابعة والتقييم المتابعة لذلك فهي تعرف باستراتيجيات تنظيم الذات وغالباً ما يشمل هذا النوع من التعلم تحديد الأهداف والتعلم الذاتي والمتابعة الذاتية والتعزيز الذاتي.

ثانياً، أسلوب تشكيل السلوك (Shaping Behavior Procedure):

التشكيل هو تعزيز الاستجابات التي تقترب تدريجياً من السلوك النهائي المراد الوصول إليه، ويشتمل على الاقتراب خطوة خطوة من السلوك المطلوب وذلك من خلال مساعدة المتعلم على الانتقال على نحو تدريجي من السلوك الذي يستطيع القيام به حالياً (السلوك المدخلي) إلى السلوك الذي يتوخى تحقيقه (السلوك النهائي).

«تعلم الأفراد التوحدين»

ويُطلب من المعلم إتباع الخطوات التالية عند استخدامه لأسلوب تشكيل السلوك حسب أسلوب تعليمي:

#### 1. تحديد السلوك النهائي (Shaping the Target Behavior):

ويقصد بذلك تحديد السلوك النهائي أو الهدف النهائي المرغوب فيه من قبل المتعلم.

#### 2. تحديد السلوك البدئي للمتعلم:

#### (Shaping the Initial Students Behavior):

ويقصد بذلك تحديد مستوى الأداء الحالي للمتعلم، وذلك من خلال قياس مستوى الأداء الحالي أو ملاحظة سلوك الطفل الحالي قبل بداية التعلم وذلك من أجل تحديد نقطة البداية لتعلم الطفل للمهمة التعليمية.

#### 3. تحديد المعزز القوي والتناسب:

#### (Selecting a Powerful Reinforce):

ويقصد بذلك أن يعمل المعلم على اختيار المعزز القوي لتناسب والذي يعمل على تعزيز السلوك المدخلي، ويعمل على تكراره وإثارة الدافعية للتعلم إلى أقصى حد ممكن حتى يتم تحقيق السلوك النهائي.

#### 4. تعزيز السلوك المدخلي حتى يحدث بشكل متكرر:

#### (Reinforcing the Initial Behavior Until it Occurs Frequently):

ويقصد بذلك تعزيز السلوك المدخلي وذلك بهدف حدوث السلوك الأولي بشكل متكرر، حتى يؤدي السلوك المدخلي إلى السلوك اللاحق والذي يقترب من السلوك النهائي.

5. تعزيز السلوك الذي يقترب تدريجياً من السلوك النهائي،

**(Reinforcing Successive Approximations of Target Behavior):**

ويقصد بذلك أن يعمل المعلم على تعزيز السلوك التدريجي الذي يقترب من السلوك النهائي، حيث يعزز المعلم الخطوة رقم (2)، ثم الخطوة رقم (3)، ثم الخطوة رقم (4) وهكذا حتى يتم تحقيق السلوك النهائي.

6. تعزيز السلوك النهائي كلما حدث:

**(Reinforcing the Target Behavior Each Time):**

ويقصد بذلك تعزيز السلوك النهائي عندما يحدث، وكلما حدث ويطلب من المعلم اختيار التعزيز المناسب للسلوك النهائي.

7. تعزيز السلوك النهائي وفق جداول التعزيز المتغيرة:

**(Reinforcing the Target Behavior on Intermittent Reinforcement Schedule):**

ويقصد بذلك أن يعمل المعلم على استخدام نظام التعزيز الذي يقوم على أساس من التعزيز وفق جداول الزمن أو الاستجابة المتغيرة، وذلك من أجل المحافظة على نشاط التعلم واستمراره في التعلم.

(الروس، 2000)

ثالثاً، النمذجة (Modeling):

يتأثر سلوك الفرد بملاحظة سلوكه الأفراد الآخرين. هذا ويتعلم الإنسان عدداً من الأنماط السلوكية، مرغوبة فكانت أو غير مرغوبة، من خلال ملاحظة الآخرين وتقليد لهم، ويسمى التفسير بسلوك الفرد الذي ينتج عن ملاحظته لسلوك الآخرين والنمذجة. كذلك تسمى عملية التعلم هذه بمسميات مختلفة:

### «التعلم الأثرى التوحديين»

منها: التعلم بالملاحظة، والتعلم الاجتماعي، والتقليد، والتعلم المتبادل، وقد تحدث النمذجة عموماً أو قد تكون نتيجة عملية هادفة وموجهة تعمل لقيام نموذج بتأدية سلوك معين بهدف إيضاح ذلك لشخص آخر يُقلد منه الملاحظة والتقليد. كذلك فالنمذجة عملية حتمية، فلا إثناء بقلودن الآباء، والطلاب يقلدون للعلمين، والمتاحون يقلدون للعالمين، وهكذا ويمكن تعريف النمذجة بأنها عملية تعلم تتضمن تقديم إضاحات للمتعلم ليستفيد منها ويقلدها ولكي تنجح عملية النمذجة يقوم النموذج بمراعاة العوامل التالية: عمر المتعلم وقدراته وخبراته السابقة.

وتعد النمذجة (Modeling) من الفنيات الهامة التي يستخدم في العلاج السلوكي، وهي تستند إلى نظرية التعلم الاجتماعي (Social Learning)، ومع تطور الأيام تطورت أسماء هذه الفنية، وظهرت تسميات عديدة لها مثل: التقليد (imitation)، والتعلم بالملاحظة (Learning By Observation)، والنمذجة (Modeling)، وتعد النمذجة من الطرق الفاعلة في التعلم، حيث يتم فيها تقليد النموذج، وهي تعد التلميذ مباشرة بمراقبة الذات.

وينسكز منح (2001) مزايا التعلم بالنمذجة كالآتي:

1. تمكن الفرد من التعلم بأقل قدر ممكن من الأخطاء.
2. تمكن الفرد من تعلم سلوكيات معقدة مثل: العلم اللغة من خلال شريط فيديو متتبع في تقديم نموذج يقدم الصورة والصوت الجيد.
3. تساعد النمذجة على توفير الجهد، وتوفرت شريطة أن يكون النموذج ملائماً.
4. تساعد النمذجة في تعديل الحكم الأخلاقي عند الفرد.

ويوضح كوزدين (Kuzdin) أسلوب النمذجة كالمسلوب من أساليب تعديل السلوك على أنه إجراء يتضمن تعلم استجابات جديدة من طريق ملاحظة الأنموذج أو تقليده، وقد يحدث التعلم بدون أن تظهر على الفرد استجابات متعلمة فورية، وقد تحدث لاحقاً.

لذا يهدف هذا الأسلوب إلى تعديل سلوك الأفراد وذلك من خلال مراقبة نماذج مرضوب فيها، إذ يعزز سلوك الأفراد لاحقاً بعد تقليدهم لتلك النماذج السلوكية. وفيما يلي أهم الأهداف التي يسعى أسلوب التمهيد لتحقيقها:

1. زيادة تكرار السلوك المرغوب فيه، إذ تم تعلم أشكال جديدة من السلوك بزيادة تكرارها لاحقاً في مواقف مماثلة خاصة إذا صُرِّت.
2. كشف أشكال السلوك غير المرغوب فيها.
3. تسهيل ظهور الأنموذج الذي يقوم بالسلوك بكل بساطة وسهولة دون خوف أو قلق.

وتعتبر النمذجة من الطرق البسيطة نسبياً والواضحة لتعليم الطفل المعوق سلوكاً ما، والتي تشمل على قيام المعلم أو شخص آخر (النموذج) بتعليم الطفل المعوق كيفية العمل شيئاً ما ومن ثم الطلب منه أن يقلد ما يشاهده، ولتحقيق ذلك يحتاج المعوق إلى التشجيع والانتباه والتميزين هذا وقد أوضحت دراسات متمخدة فاعلية النمذجة والتقليد في تعليم الأطفال المعوقين عدد من المظاهر السلوكية الصغرى المناسبة.

(الخطيب، 2010)

#### إجراءات أسلوب التمهيد:

يتضمن أسلوب التمهيد عدة خطوات من أصايب تعديل السلوك هذه من الإجراءات التي لا بد من توفرها وهي:

1. السلوك الأنموذج: ويقصد بذلك توفير السلوك المرغوب فيه، والقيام به من قبل نموذج مرضوب فيه لدى المتعلم، وخاصة النماذج الحية أو المتصورة.
2. مكانة الأنموذج: ويقصد بذلك توفير النموذج الذي يحظى بمكانة وقيمة اجتماعية لدى المتعلم، كالأباء والمعلمين.
3. تحديد جنس الأنموذج: ويقصد بذلك جنس النموذج (ذكر أو أنثى).



«تعليم الكراه الموحدين»

4. مكافأة الأتموداج، فالسلوك الصحيح الذي يقلده عن الأتموداج يجب أن يعزز إذ يعدّ التعزيز في هذه الحالة دافعاً حقيقياً إلى تقليد ذلك السلوك.
5. الرغبة والقدرة على تقليد سلوك الأتموداج من قبل المتعلم.

(أرونسن 2000)

### العوامل التي تزيد فعالية التمدجة،

حتى تكون عملية التمدجة عملية فعالة فلا بدّ من مراعاة الأمور التالية:

#### 1. الانتباه للملاحظ للتموداج (Attentional Processes):

فالإيضاحات التي يقدمها التموداج للملاحظ لن تكون ذات قيمة إذا لم ينتبه إليها الملاحظ، لذلك يجب التأكد من أن الملاحظ يتابع سلوك التموداج وهذا أمر يتطلب استخدام الحث بأشكاله المختلفة.

#### 2. دافعية الملاحظ (Motivational Processes):

حيث تتأثر احتمالية تقليد الملاحظ للتموداج أيضاً بدافعيته، فإذا لم يكن لديه دافعاً للتقليد فالتمدجة سوف تفضّل. وكذلك تتأثر دافعية الملاحظ بعوامل أخرى منها، عمر التموداج وجنسه ومكانته.

#### 3. مقدرة الملاحظ الجسدية على تقليد سلوكه التموداج:

### Motor Reproduction Processes:

حتى تكون التمدجة عملية فعالة، يجب التأكد من أن لدى الملاحظ القدرة الجسدية اللازمة لأداء المهارات الحركية المطلوبة منه.

**(Retention Processes):**

يجب تشجيع الملاحظ على الاستمرارية بتأدية السلوك المستهدف بعد اكتسابه له. وهكذا تعتبر النمذجة أسلوباً فعالاً لتفكيك العديد من الأنماط السلوكية، فقد بينت الدراسات إمكانية استخدام هذا الأسلوب لتقديم الأطفال مهارات العناية بالذات، كذلك إمكانية استخدام النمذجة بفعالية لمساعدة الأفراد على اكتساب المظاهر السلوكية المعقدة. فالنمذجة تعد دوراً هاماً في اكتساب المهارات اللغوية، والاجتماعية، والشخصية، والمهنية. وعلى وجه المصوم، تصبح النمذجة أكثر فاعلية عند استخدامها مع إجراءات سلوكية أخرى من مثل المشاركة الوجّهة، ولعب الأدوار، والممارسات السلوكية، والتعزيز، والتغذية الراجعة.

(Martín, 1990)

**رابعاً: تكرار التعلم:**

يطلب من الطالب أن يكرر ما تعلمه عدداً من المرات حتى يتأكد من إتقانه لما تعلمه وليتعود عليه ويسهل عليه القيام به. إن تكرار المواد والمهارات المتعلمة يسهل من صغرية تعلمها، كما أنه لا يساعد على انقائها أو تسيئها الأمر الذي يساعد على تثبيتها في ذاكرة الفرد المتعلم.

**خامساً: أسلوب التلقين:**

يمكن تعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد عن طريق التلقين، والتلقين يكون كتابياً أو فرائياً أو سلوكياً، فعلى سبيل المثال يتعلم هؤلاء الأطفال التلقين الكتابي عن طريق الطلب منهم إعادة توصيل بعض الكلمات المكتوبة مثل أن يطلب منهم توصيل النقاط المتضمنة في كلمة (أمل).

« تعلم الأفراد التوحديين »

يطلب من الطفل ان يستعمل أصبعه مثلاً في الكتابة في الهواء بدلاً من الكتابة على السبورة بحيث تدل حركات أصبعه على شكل الكلمة المراد تعلمها وأثناء الكتابة يطلب منه لفظ كل حرف أو مقطع وكان أصبعه يكتبه أو يقوم بتشكيله في الهواء.

(Wolf & Moyes, 1988)

(8 – 9) التدريس المنظم للأفراد التوحديين:

هو عملية متكاملة للتدخل العلاجي للأطفال التوحديين، ويستند إلى فهم الخبرات والثرث، وجعل البيئة من حول الطفل واضحة ومفهومة، والتقدم بالخطوات التي ستحصل خلال أيامه العادية ووضعه في مواقف أقل حيرة، مما يؤدي إلى التقدير من المشاغل السلوكية ودمجه إلى مزيد من الاستقلالية والثقة بالنفس.

أما التدريس المنظم (Structured Teaching) فهو فلسفة أخذت وتطورت بجامعة تكساس حيث قام تيتش (تيتش) بتطبيق علاج وتعليم الأطفال التوحديين وعلاقة الاتصال المشابهة، أخذت من قبل فيريك شوبلر (Schopler)، مؤسس قسم تيتش (TEACCH) في أوائل السبعينات، وتم ذلك بعد دراسة أجراها عام (1971) في أطروحة الدكتوراه حيث بين فيها أن المعلومات البصرية تصل إلى التوحدي بسهولة أكثر من المعلومات السمعية، وتساعد طريقة التدريس المنظم على فهم السبب والنتيجة وتؤمن له بكل حاجاته الجسدية والحسية، وإن العطلبة التوحديين يستجيبون للتدريس المنظم.

إن الطفل التوحدي لديه صعوبة في تلقي اللغة وفهمها، وبما كثير من الأحيان لا يكون بمقدوره فهم واستيعاب اللغة بالسوى الذي يتوقعه منه المعلم، وقد يظهر لذلك سلوكيات عدائية وهزوف من المبالغة، وكذلك يتضرر التوحدي اللغة

الضرورية لتخطاب «ما يؤدي إلى عجزه عن التعبير عن شعوره بالتعب أو الحرارة أو التساوك العدائي وكما نلاحظ يتصنف التوحدي يضعف الملاحظة التسلسلية (Sequential) ما يؤدي إلى عجزه عن ترتيب وتنظيم الأحداث المعتادة وعدم القدرة على توقع حدث ما، مما يؤدي إلى شعوره براحة أكثر نتيجة لاستمرار الأنشطة التألؤفة وإستدام مقاومة لتعلم الأنشطة الجديدة وعدم استيعاب للمبادئ الاجتماعية، مسبباً بذلك جذب الانتباه بطرق غير ملائمة وتؤدي سرعة إشغاله بالمؤثرات الخارجية والفتارة لمارسي القضي وتلظيم الوقت إلى سلوك يشكّل حجر عثرة في طريق التعلم، وتتسم البنية التعليمية لبرنامج (TEACCH) بطابع مميز ملي بالمعينات البصرية (الصور، والكلمات، والواحد) التي تساعد التوحديين في التركيز على المعلومات الهامة التي يصعب على الشخص تمييزها للحد من الإجهاد والقلق والتوتر، التي يواجهها الأطفال التوحديون.

(www.teacch.com)

## 8 – 10) مكونات التدريس المنظم لبرنامج تيتش؛

### 1. تكوين روتين محدد (Establishing Routine)؛

إن التمسك بالروتين هو من خصائص التوحد فالبرامج الناجحة توفر درجة مرتفعة من الروتين تمكنهم من فهم الأحداث اليومية والتنبؤ بما سيحدث مستقبلاً، ويشتمل الروتين الجوانب التالية:

1. تمثيل الأحداث خلال اليوم.
2. تسلسل الأحداث خلال أسبوع.
3. كيفية البدء بنشاط معين.
4. خطوات النشاط.
5. الانتقال إلى النشاط التالي.
6. متى سيقع النشاط.

## «تعليم الأقران التوحيدي»

7. مقدار المدة التي يستغرقها شكل نشاط.
8. مستلزمات النشاط وكيفية عرضه.
9. الأمانة التي ستمارس فيها النشاطات.

فالشخص التوحيدي يجد صعوبة في فهم تسلسل الأحداث اليومية، ويقوم أخصائي التوحد بتوضيح تسلسل الأحداث اليومية في المنزل أو المدرسة للتلاميذ من خلال التباع روتين معين، ومساعدة التوحيدي من خلال عرض صور تدل على التغيير.

(www.teacch.com)

## 2. تنظيم المساحات (Physical Structure):

إن الأفراد التوحيديين يجدون صعوبة في فهم المساحات في البيئة ولذلك من خلال بداية ونهاية المناسبات مثل مساحة اللعب الحر، ومساحة الانتظار، ومساحة الكراسي والمساحة ويتضمن قاعات الدروس الورش: منطقة العمل، غرفة النوم.

ولذلك فإن تنظيم المساحات ضروري للأسباب التالية:

1. يساعد تنظيم المساحات الطفل التوحيدي في فهم من أين يبدأ وأين ينتهي.
2. ما الذي يحدث في كل منطقة؟ كيفية الوصول إلى منطقة معينة مباشرة.
3. يقلل تنظيم المساحات من صبر، والتشتت، الانتباه.
4. يساعد على ضبط النفس والانتقال بشكل مسكّن لتنظيم المساحات يمكن أن يقل بشكل تدريجي ويمكن تحديد مساحات العمل من خلال:

تتكون البيئة الصفية من غرفة الصف، والأثاث الموجود في الغرفة.

وهناك أمور يجب مراعاتها عند تنظيم البيئة الصفية، يجب توفير الظروف المناسبة للتعليم، وتحثيق الروتين، والتقاليد للتنبؤ وذلك من خلال:

- أ. سعة الغرفة ومحتواها، بحيث تحتوي على أماكن لوضع فيها التلاميذ جميع محتيايتهم الخاصة، والأدوات، والألعاب، والوسائل التعليمية، وذلك لإنشاء محطات تعليمية أي وجود خزائن أو درج وسنادين خاصة.
- ب. بعيدة عن الصفوف الجاورة التي تثير الإزعاج، لأن معظم الأطفال التوحدين يعانون من مشكلة تشتت الانتباه والاستثارة.

(الضيح، 2004)

ج. قرب الغرفة الصفية من دورة المياه لتعليمهم على المهارات الاستقلالية.

وببدا تحديد الأماكن داخل الصف بالوضع الطبيعي له كما يلي:

أ. التقليل من المشتتات السمعية والبصرية، يمكن التخفيف من المشتتات السمعية والبصرية وذلك من خلال:

- الأماكن المخصصة للعمل لا ينبغي أن تكون قريبة من النوافذ أو المرايا لما يترتب على ذلك من تشويش للطالب وذلك باستخدام الورق المقوى لتخفيض من المشتتات، واستعمال إضاءة الشيايبعد الطبيعية وذلك بالسيطرة على كمية الضوء من خلال استعمال الستائر.
- أن يكون هناك حدوداً بصرية واضحة كتصريح لاصق على الأرض لتحديد مساحة أماكن الأشعة، وتعريف كل منطقة واضحة المعالم ككاشف رش ورفوف الكتب والحواجز، والخطوط الأرضية، منطقة الراحة مغطاة بسجاد

## «تعلم أكثر» التوحيدي»

ومنطقة الدراسة تكون محدودة بأرفف تملؤها الأدوات، ووضع سجادة تحت الغسلة.

- طلاء الجدران بلون صامت مثل لون البرج.
- استعمال البلاط المسمي وهو نظام مقفّس لإطفاء الصوت وبمصاصات للأجهزة الملائمة مثل الحاسوب ومسجلات الأشرطة.

2. قرب أماكن أداء مهام من الرفوف والخزائن تسهيلاً على العناب الوصول إلى أدوات العمل وإن يكون حجم الأثاث ملائماً لحجم التلاميذ وسريحاً في إنهاء واجباتهم.

3. تزويد الغرفة بأثاث صفي مريح واختيار طاولات العمل الجماعية والفرديّة ذات مواصفات لإراحة العناب ومساعدتهم للكثافة.

4. أن تكون الأماكن التي يقضي فيها الوقت الإشرافي بعيدة عن الخارج وذلك لإراحة المعلم من هروب العناب معاناة أطفال التوحد من صعوبة التنظيم لصعوبة فهمهم اللغة، والعجز عن استيعاب الإرشادات لذلك ينبغي تنظيم غرفة الفصل بطريقة يمكنهم من التركيز وعدم تشتت الانتباه.

5. تنويع منطقة العمل طاولة وعدد من المقاعد للعناب ووضع طاولة العمل للذين يسهل تأثرهم بالمشتتات الأخرى تواجه أحد الجدران الخلفية ويمكن التخفيف من التنظيم المادي للصف شيئاً فشيئاً حيث يوضع شريط لاصق ليدل على منطقة العمل.

6. تحديد ألوان تساعد العناب التوحيدي على التمييز بين نشاط وآخر من خلال ألوان عناصر الأثاث وذلك باختبار كبرسي وطاولة باللون الأبيض لإكمال الأنشطة الفرديّة، وباللون الأخضر لإكمال الأنشطة المستقلة، وسور الجداول يعكس ألوان الأدوات المستخدمة لكل نشاط كالكبرسي والحلوة بنفس اللون.

### «الفصل الثامن»

ويتوجب على المعلم وضع التساؤلات التالية بعين الاعتبار عند ترتيب غرفة الفصل:

المساحات المخصصة للعمل:

- هل تتوفر المساحة الكافية للعمل الفردي والجماعي؟
- هل تقع مناطق العمل في محيط بعيد عن مشتتات انتباه الطلاب؟
- هل تم تحديد مساحات العمل بحيث يمكن للطلاب أن يجد طريقة إليها بنفسه؟
- هل تتوفر مساحات عمل ثابتة لمن يحتاجها من الطلاب؟
- هل يتمتع المعلم بسهولة الاتصال بالبريد الإلكتروني؟
- هل تم وضع لوائح العمل في منطقة متوسطة وقريبة من مساحات العمل؟
- هل أدوات الطلاب سهلة المثال ومحددة بوضوح؟ [www.teach.com](http://www.teach.com)

### 3. الجداول البصرية Visual Schedule:

إن الأطفال التوحديين يعانون من مشكلات في الذاكرة التسلسلية وتنظيم الوقت وصعوبات في اللغة الاستقبلية تجعل من الصعب على الأطفال التوحديين أن يفهموا ماذا عليهم أن يفعلوا. فالجداول تساعدنا على التنظيم والتنسيق بالأحداث اليومية والأسبوعية مما يؤدي إلى التقليل من التوتر والانتقال باستقلالية بين الأنشطة فيخبر الطالب أين سوف يذهب ويحضر الطالب على إكمال المهام المتوقعة إليه، وهي تستعمل في كل الميئات (الصف، علاج مهني، علاج لغوي، مدرسة.... الخ).

إن الجداول جزء لا يتجزأ من النظام «الصف» الذي يحتاجه الأطفال التوحديون وتعمل الجداول على استخدام الجسومات أو الصور أو الكلمات لتساعد الطالب على معرفة:

- ما هي الأنشطة التي سوف تحدث؟
- وما هو ترتيبها؟



## «تعلم الأذراء التوحدين»

ويظهر الجدول الأوقات التي يعمل فيها الطلاب ويؤدون فيها أنشطتهم، فالجدول العام يشبه الجدول الأسبوعي، ما عدا الأيام التي يوجد فيها رحلات غذائية، أو لتجارب اجتماعية، ويفصق الجدول في غرفة الصف بحيث يتمكن الجميع من رؤيته واستخدامه ويستعرض خلال الوصول صباحاً ويوضع الجدول على شكل صور أو رسومات تمثل الأنشطة من الأعلى إلى الأسفل من اليمين إلى اليسار على لوح خشبي كبير، ويمكن تسيج مسؤوليات تدريس الطلاب بشكل يومي أو أسبوعي.

ويستخدم الجداول الفردية لمساعدتهم على استيعاب ما يقومون بأدائه خلال الأنشطة التي يتضمنها الجدول العام وهي تأخذ الشكل المتنوع ولكن يجب إن تكون ملائمة لكل طالب ويكون التركيز فيها على المعلم.

وتنوع أوقات الجداول الفردية من تلك التي يكون فيها التركيز على المعلم والتي يديرها هو إلى تلك التي يضعها الطلاب ويتابعونها بأنفسهم، والجانب المهم في ذلك هو أنها فردية، بمعنى إنها مبنية من قبل الطلاب المخصصة لهم، وفيما يلي بعض الأمثلة:

- يعد الوصول يضع الطالب مقتنياته الشخصية في المكان المخصص لها ويلتقط لوح التعليق اليدوي الخاص به ويلصق على الجدار والذي يحتوي على جدول زمني يتضمن أنشطته لذلك اليوم، وأمام كل نشاط صندوق صغير توضع إشارة فيه حيث يقوم المعلم بالاشتراك مع الطالب بوضع الجدول في نهاية اليوم، يرى الطالب نشاط الساعة (8:30) ويؤديه كاملاً، ثم ينادي المعلم لتحقيق من أدائه والحصول على علامة في الصندوق المخصص لذلك في الجدول.

- تبدأ مهمة الطالب الثالثة عند الساعة (8:50) وما تبقى بعض الوقت يمكن له أن يقضيه في المنطقة المخصصة للراحة وبذلك يمضي الطالب يومه بالرجوع إلى الجدول والساعة، فهو لن يتلقى علامات الانتهاء ما لم ينجز مهامه في الوقت المحدد أو السلوكيات اللائق، وينتج من الحصول على عدد معين من علامات إكمال الواجبات الفوز بنجمة توضع على الجدول في نهاية اليوم. ويؤدي الحصول على أربع نجومات خلال أسبوع إلى اختيار نشاط للوقت الحر بدلاً من العمل بعد الظهر، وتستخدم البطاقات لتوضيح الأنشطة التي سوف يقوم بها الطالب ويمكن هذه الأنشطة، وتكون هذه البطاقات على شكل صور ورسومات تجارية كلما في برنامج الصور (Board Maker)، أو على شكل صور رمزية أو فوتوغرافية أو كلمات مكتوبة أو مجسمات حقيائية وكل بطاقة يرمز لها بلون خاص محدد لكل طالب. ويستخدمها الطالب للذهاب إلى منطقة العمل أو للحصول على قواد الأمانة للمهارة المطلوبة وعند الانتهاء من المهمة يعود الطالب إلى جدولة ويضع بطاقة النشاط في صندوق الانتهاء، ثم يأخذ بطاقة النشاط التالي لحين انتهاء الجدول.
- يتم وضع شريط لاصق على طائفة الطالب يحتوي على أرقام أو حروف أو أشكال هندسية بلون معين أو لوح إعلانات ملصق عليه دوائر ورقية مختلفة ملونة وضعت بشكل عمودي، ويكون الطالب قد تعلم أن يأخذ الدائرة الموجودة في أعلى القطع ويمثلها بأخرى تحمل نفس اللون موجودة في صندوق في رفوف منطقة العمل، يأخذ الطالب بعد ذلك الصندوق إلى طائفته ويكمل النشاط (بمساعدة المعلم أو بدونها حسب النشاط)، ثم يعيد الصندوق إلى مكانه على الرف بعد الانتهاء، ويستمر الطالب في ذلك لحين انتهاء جميع الدوائر المصنعة على طائفة الطالب قطعة ورقية مقنمة إلى ثلاثة صفوف يحتوي كل منها على ثلاثة مربعات، ويحتوي كل مربع على صورة أو قائمة عددية وبمثل كل مربع خانة زمنية من الجدول العام للصف، يتابع الطالب الجدول من اليمين إلى اليسار، ويحتوي الكعب الأول على عدد المهام التي يتعين على الطالب أدائها مستقبلاً في منطقة العمل.

### «تعليم الأفراد الترحيبيين»

- وعند الإشارة إلى انتهاء الحصص الأولى يقوم الطالب باتباع التعليمات التي في المربع الثاني الذي يمرض صورة الطاولة ومقصد يستلان عملاً فريدياً مع المعلم، أما المربع الثالث فإنه يشتمل على صورة لمنطقة التراجحة، ويستمر الطالب في اتباع الجموع خلال اليوم، ويتلقى هذا الطالب ممرزاً ومأطولات فنانة أو غيرها من الأشياء غير باهظة الثمن كالكسفات عند نجاحه في إنهاء جميع الأنشطة المنونة والمرسومة على شكل مربع أو محاولة القيام بها.
- ملصق على لوحة الحائط بجانب منطقتي عمل الطالب صفوف من (4 - 5) صور ترمز لكل فترة عمل ومن ثم يبدأ الطالب بالصورة العليا ويحضر المواد التي يحتاجها ثم ينهي النشاط ويعيد الأدوات إلى مكانها، يستمر الطالب في اتباع هذا الجدول لجميع الصور لحصة واحدة، الصورة الأخيرة في كل صف تمثل تعباً أو دعابة يحبها الطالب، ويمكنه اللعب بلكة اللعبة إلى أن يتروغ الجرس معلناً بدء الحصص الثلاثة.
- عندما ينهي المعلم والطالب نشاطاً ما يتم تقديم الموز ثم يمرض على الطالب جزءاً من النشاط التالي فإما أن ينتقل الطالب إلى المكان المناسب أختار معه المادة التي عرضها عليه المعلم أو يستخدمها كتمثال للحصول على ما يحتاجه من مواد أخرى ويحضرها إلى طاولة عمله.

(www.teacoh.com)

إن الجداول لمساعد أطفال التوحد على توقع أحداث يومية وأسبوعية، وإدارة الطالب بأي سلوك قد يحدث فالجدول البصري تكون مياصرة وتشمعل نبات وتستخدم الألوان أو الأشياء المحسوسة لمساعدتهم في المضي قداماً في أنشطة اليوم الدراسي؛ وترتب من الأعلى إلى الأسفل من اليسار إلى اليمين وتنظيم هذه الجداول ضمن احتياجات الطالب وهي تتضمن جداول بصرية فريدياً، مجسمات، الصور برامج صور، رسوماً واقعية، ويحكم كل جدول فريدي الأنشطة المفضلة للطالب مع مراعاة استبدال المنتج منها بأقل إثارة بشكل دوري، ويجب الأخذ بعين الاعتبار عند تطبيق الجداول مراعاة طول هذه الجداول (عدد الأنشطة) بحيث يمكن تصديدها فمراعاة الشروق الفريدي في هذه الجداول أمر ضروري جداً.

(Stokes,2001)

لنأخذ هذه الجدول من قبل المعلمين أنفسهم، فالجدول على الحالة تحتوي على صور لعمل يبدأ بأعلى صورة ويأخذ الأدوات التي يحتاجها ويكمل المهمة ويضعها في صندوق الانتهاء وحتى ينهي من جميع الصور، وأخر صورة عبارة عن النشاط أو العزز المفضل بالنسبة للمطالب، وعند الانتهاء من شكل مهارة يقوم الطالب بوضع إشارة (X) أو قلب الصورة الموجودة للدلالة على الانتهاء من النشاط.

(الميلوي، 2007)

#### 4. نظام العمل (Work System):

وهو جزء هام من التعليم المنظم فالطفل التوحدي يحتاج لأن يعرف ما هو المطلوب منه ومتى ينبغي عليه القيام بالعمل ومصلته ولذلك ينبغي تنظيم العمل بشكل يوضح ما يلي:

- ما هو المطلوب منه؟
- كم مدة العمل؟
- ما هو النشاط الذي سيلي؟

ويمكن القيام بإداء النشاطات عن طريق استخدام السلال أي يكون التلميذ جالماً على الطاولة وإمامه طاولة عمل، ووضع رفوف من السلال عن يمين التلميذ وأيضاً أخرى من السلال على يساره، يكون التلميذ قادراً على رؤية هذه السلال التي على يساره، ويضع المعلم في شكل سلة على يمين التلميذ نشاطاً ينبغي على التلميذ أن يعمل عليه وعند الانتهاء من النشاط يطلب المعلم من التلميذ أن يضعه في إحدى السلال التي على يساره وهذه يدته على كصحية العمل التي ينبغي إنجازها ويدهه كذلك على وقت الانتهاء، ويضعها في السلال التي على يساره عندما ينهي منها وكذلك من خلال وضع بطاقات تدل الطالب على ما سيقوم به بعد أن ينتهي من الأنشطة أي وضع صورة للجدول للدلالة على أن يتوجه إلى جدولته بعد الانتهاء من النشاط.

### «تعليم الأفراد التوحديين»

والعشيرة المعلومات البصرية هي عملية صنع نساج بصرية إلى المهمة أو النشاط التأميني، لا يعتمد على علامات العلم الشفوية أو الطبيعية لكن يفهم ما العمل الطالب: يستعمل مهارات بصرية لتزيد قدرة الطالب على العمل ويشكل مستقل كالصور والكلمات المكتوبة. التعليم المنظم يركز على التعليم البصري في مختلف البيئات المختلفة لزيادة قدرات الطفل التوحدي الاستقلالية، ليس جميع الأشخاص التوحديين بحاجة إلى نفس درجة التنظيم فالأطفال والراشون ممن لديهم درجة انخفاض منخفضة أو من هم صفار في السن يحتاجون إلى اكبر قدر من التنظيم، ومع تقدم العمر الزمني والعقلي والمهارات اللغوية تنخفض تدريجياً احتياجات التمهيد للتعليم.

أما التعزيز وهو الإجراء الذي يتبع السلوك ويزيد احتمالية تكراره في المرات القادمة؛ فكل مفضل معزز خاص به ولا تجدي مع الكثير من الأطفال التوحديين المعززات الطبيعية أو التعزيز الداخلي، بينما يعزز البعض الآخر من خلال الأظعمة والألعاب المفضلة، ومهما كانت شكل المعززات الاصطناعية المستخدمة، فإنها كانت تتبع المعززات الطبيعية.

عند تدريس الميول مهارات جديدة يستخدم المعلمون المشيرات (المقنات) لمساعدة الطالب على النجاح فيما يتعلمونه وروادونه، وتستخدم أنواع مختلفة من المشيرات لمساعدة الطالب أو مجرد تذكيرهم بالتأثيرين الجسدي وتستخدم عند توجيه الطالب للقيام بعمل ما، واستخدام التأثير اللطفي عندما يطلب المعلم من الطالب أن يضع متدياً على سينية الغداء وقد يتضمن التأثير البصري أشكالاً متعددة كالصور والتعليمات المكتوبة.

والاستخدام للتأثير والتعزيز بفعالية في تدريس الأطفال التوحديين يجب على المعلم أن يكون متحدثاً ومرتبياً بما يقدمه للتلميذ، وأن تكون تلك المقنات واضحة ومستمرة وموجهة إلى الطالب قبل أن يبدي استجابة خطأ، كلما يتوجب عليه الإصداق المسبق لنوع المعزز وعند مرات تقديمه للطالب قبل الشروع في أداء نشاط ما، فمثلاً قد يحتاج بعض الطلاب إلى تعزيز مستمر في حين يكتفي بعضهم

## «الصلة الناس»

الأخر بالحصول على معززات بشكل متقطع، فينبغي على المعلم الحرص على أن يتبع المعزز السلوك مباشرة أو المهارة التي تم تعلمها أو تنميتها وذلك لكي تكون العلاقة بين الأثنين واضحة للطلاب، وبإمكان المعلم أن يعرف ما إذا كان المعزز فعالاً من خلال تقييم تقبل الأعباء له واهتمامه به أو التتقدم الذي تحقق في المهارة أو السلوك الذي تم.

([www.iaacch.com](http://www.iaacch.com))

## الفصل التاسع

### أسر الأطفال التوحديين

- (1 - 9) مقدمة.
- (2 - 9) أهيات للتنشئة الأسرية.
- (3 - 9) أنماط التنشئة الأسرية.
- (4 - 9) الصعوبات التي تلحظ لدى أسر الأطفال التوحديين.
- (5 - 9) تكويد الأسرة مع التوحد.
- (6 - 9) الأعراض المبكرة الملاحظة من قبل أم للتوحد.
- (7 - 9) إدراك لمشكلة التوحد من قبل.
- (8 - 9) العمل مع أهـ ذوي الحاجات الخاصة.
- (9 - 9) أنماط آراء الأطفال التوحديين.
- (10 - 9) إرشاد آباء الأطفال التوحديين.
- (11 - 9) الاقتراحات العملية لتكون مؤتمرات الأسرة أكثر فعالية.
- (12 - 9) الأخطاء الرئيسية التي يقع بها المرشدون عند توصيل المعلومات للأسرة.
- (13 - 9) طرق تدريب الوالدين.
- (14 - 9) دور الوالدين في البرنامج العلاجي الخاص بطفلهم.





## الفصل التاسع أسر الأطفال التوحديين

(9 - 1) مقدمة:

الطفل الذي يعاني من التوحد يعتبر كعائل الأطفال يتأثر باتجاهات والديه نحوه، وتتشكل شخصيته وفقاً لأسلوب المعاملة الوالدية التي يتلقاها بغض النظر عن هذه ونوعية الأخصائيين الذين سوف يتعاملون مع هذا الطفل خلال حياته، فإنه لا يوجد هناك طرف أكثر التصاقاً وقوي تأثيراً على الطفل من أسرته، ومن طريق أفراد هذه الأسرة سوف يتعلم الطفل التوحدي الاستجابة للمثيرات وسوف يتعلم ثقافة المجتمع وطريقة التعامل مع الناس، وبالتالي فإن أفضل مرشد وموجه لهذا للطفل هو الأسرة، ذلك لأن لتوحد الأسرة تأثيراً كبيراً على شخصية الطفل فنوع العلاقات السائدة في الأسرة بين الأبوين والأطفال تحدد وبدرجة كبيرة شخصيات الأطفال ويتفاعل الطفل مع مجتمع الأسرة أكثر من تفاعله مع أي مجتمع آخر خاصة في المراحل الأولى من عمره وبناء عليه فإن الحقيقة الأولى التي يجب أن نسلم بها هي تقبل الأسرة لهذه الإعاقة، وتجعل الطفل يتقبل إعاقته، ولا يتم هذا إلا بتقديم البرامج الإرشادية اللازمة لتأهيل أسر الأطفال التوحديين، وجعلهم يتأقلمون مع وجود هؤلاء الأطفال، ووجود وعي مجتمعي في إطار ثقافة الاختلاف.

(الأنصاري، 1995)

وهناك حقيقة بسيطة وتكتبها في غاية الأهمية وهذه الحقيقة هي إن الأسرة تعتبر من المقدم للتؤسسات الاجتماعية في تاريخ الإنسان الطويل، وبإعتبار الأسرة ينظر الكثير من الأفراد إلى الطفل باعتباره الامتداد الطبيعي لهم وهو أحد أهم عناصر هذه المؤسسة الاجتماعية.

ويمكن اعتبار الأسرة أنها الوضعية التي يعيش فيها رجل وامرأة معاً، ويتقبل المجتمع العلاقة الجنسية بينهما، والأسرة تتكون بالأصل من هرتين مختلفين بالجنس، هما الرجل والمرأة، بحيث يرتبطان معاً بروابط قانوني وفقاً للشريعة الدينية السائدة في المجتمع الذي يعيشان فيه، مما يفرض على الرجل القيام بدور اجتماعي جديد، هو دور الزوج، ويفرض على المرأة القيام بدورها الاجتماعي المشارك له في الأسرة، وهو دور الزوجة.

ويزداد حجم الأسرة بقدر ما يتجهان من أولاد، وما ينظم إليهما من أقرباء يعيشون معهما بمثابة دابة تحت سقف واحد، سواء من الآباء والأجداد، أو من الأبناء المتزوجين والأحفاد، أو الأشقاء والفتيات لأي من الطرفين.

ولتمييز بين مفهوم الأسرة ومفهوم العائلة يشير مفهوم العائلة إلى وحدة القرابة التي تشمل الأصول والفروع التي ترتبط بتسمب الأب، سواء امتدحت في شكلها لتمتد مثل الآباء والأولاد والأحفاد، أم سكتت بشكلها المربص، مثل الأخوة أو أولاد العم، والتمييز بين المفهومين يتعدى الحجم إلى مسائل السلطة، والولاء والتماسك الاجتماعي، والموازنة بين الحقوق والواجبات.

ومن خصائص الأسرة أنها أول خلية لتكوين المجتمع، وأكثر الظواهر الاجتماعية عمومية وانتشاراً، وهي أساس الاستقرار في الحياة، وتقوم على أوضاع ومصطلحات يقرها المجتمع، وهي من عمل المجتمع وليست عملاً فردياً، وهي الإطار الناص الذي يحد تصرفات أفرادها. فهي التي تشكل حياتهم وتضفي عليهم خصائصها وطبيعتها، وهي ناقلة التراث القومي، ومصدر العادات والعرف والتقاليد والقواعد السلوكية، وهي دعامة الدين، وعليها تقوم عملية التثنية الاجتماعية. وهي تؤثر وتتأثر بباقي النظم الاجتماعية، وهي الوسط الذي يحقق من خلاله الفرد شرائزه ودوافعه الطبيعية والاجتماعية، مثل حب الحياة وبقاء النوع، وكذا تمتد تحديق الدوافع الغريزية والجنسية والمواقف والانفعالات الاجتماعية.

### ﴿أسر الأملق للتوحيد﴾

والأسرة بالأساس. هي المجتمع الوحيد الذي يوفر للطفل سلامة احتضان ورعاية وتشغلة لبناء ثقافته وشخصيته، من خلال التعامل المباشر معها توجه منذ بداية حياته، وتقع على الأسرة المسؤولية الأكبر في التنشئة، فيذهب الطفل إلى المدرسة وقد تشرب ثقافة وآراء الأسرة، من حيث ما هو صحيح وما هو غير صحيح؛ وما الذي يرضى في فعله وما لا يرضى فعله، وما يجب وما لا يجب حتى أن الفرد يضع القيم التي يأخذها من الأسرة، في مرتبة أعلى من قيم الدين، ومن القيم التي يتعلمها في المدارس، ومن القيم التي تحت عليها الدولة.

إن الأسر هي البيئة الطبيعية التي تتعهد الطفل بالتربية والتنشئة الاجتماعية. والطفل في سنواته الأولى يحتاج إلى التوجيه والتنشئة بشكل متبصر. وهذه السنوات لها دور فعال في تكوينه الوجداني والخلقي، وتكوين العادات والعواطف، ويرى علماء النفس أن مرحلة الطفولة المبكرة هي أهم مراحل الحياة في تاريخ الإنسان؛ ذلك أنها الأساس الذي يعتمد عليه تكوينه في المراحل التي تليها فالتنشئة الأسرية يدوم أثرها ويبقى مع الفرد خلال مراحل نموه، ويكون من الصعب محو هذه الآثار.

(عيسى 1998)

وإذ هنا الصند استشعرت منظمة الأمم المتحدة أهمية الأسرة منذ قيامها، وأدرك الشرعون الدوليون لحقوق الإنسان منذ البداية أن الأسرة تمثل التربة الأساسية للمجتمع؛ بصلاحتها يصلح، وبفسادها يفسد، بالرغم من التباينات الثقافية والذاتوية في مفهوم العائلة. فأوردت في مواد قوانينها مواد تنص على احترام حق الآباء والأوصياء، في اختيار ما يروونه مناسباً من مدارس لأطفالهم، وتنشئتهم دينياً وأخلاقياً، تشبهاً مع معتقداتهم.

ولهم طبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة يجب الأخذ بعين الاعتبار طبيعتها (العلاقات السائدة في المجتمع). فالأسرة صورة مصغرة للمجتمع الكبير، تعكس ثقافته السائدة فيه، وتعكس العلاقات السائدة في مؤسساته الاقتصادية والسياسية.

## «الصلح والتسامح»

والثربوية، والتغيرات التي تحدث ضمن الأسرة، لا يمكن فصلها عن التغيرات التي تحدث في المجتمع، وخصوصاً في مراحل الانتقالية بين القديم والجديد.

### (9-2) آليات التنشئة الأسرية:

الأفراد في المجتمع لا يعيشون منعزلين عن بعضهم البعض، إنما يتصل الواحد منهم بالآخر، يؤثر فيه ويتأثر به. وبذلك تتشكل الحياة الاجتماعية، وينشأ المجتمع الذي يتألف من كل العلاقات التفاعلية التي تربط الأفراد في كل متكامل. وتبدأ الحياة الاجتماعية بفعل اجتماعي، يتلوه به فعل من شخص إلى آخر، ويطلق على التأثير المتبادل بينهما، أو بين الفعل ورد الفعل، اصطلاح التفاعل الاجتماعي، ويحدث هذا التفاعل بأساليب وأنماط مختلفة، فإذا كان التفاعل الاجتماعي نتيجة لخصائص الأفراد الذين يدخلون في مواقف تفاعلية مع بعضهم البعض، فإنه من الطبيعي افتراض وجود علاقة بين نمط التنشئة الأسرية الممارسة على الفرد، والتي تؤثر في تحديد خصائصه، ونمط التفاعل الاجتماعي لهذا الفرد. تعتمد التنشئة الأسرية على الآليات الآتية:

- الاقتران والتعزيز، فيركز التعلم لدى الطفل حديث الولادة، على الإشباع التلقائي من متطلبات حفظ الحرارة، فيقترب من إشباع الحاجات عنه بالأشخاص الذين يقومون برعايته، حتى يصبح مجرد وجودهم مصدراً للإشباع.
- الالتصاق الجسمي بالأم، مما يعطي الطفل شعوراً بالأمن، فيزيد تعلقه بها وتعلقها به، ويعطي فرصة أكبر للاتصال اللفظي وغير اللفظي.
- تنويع الثقافة الاجتماعية، من خلال تكرار الأطفال للتصرفات التي يعززها الوالدان، حتى تصبح هذه التصرفات قواعد ثابتة، وقيماً للعقل، لا تحتاج إلى تعزيز خارجي لكي تستمر.
- التقليد والتماذج، إذ يعطي الأطفال بعض الأشخاص المحيطين بهم، نماذج الوالدين والأخوة الأكبر قيمة خاصة، فيعملون كنماذج يقلدها الطفل.
- الجماعة المرجعية، إذ يستخدم الطفل معايير الأسرة للحكم على مدى صحة تصرفاته ومعتقداته.

إن للأسرة تأثيراً مهماً على شخصية الفرد، اعتماداً على طبيعة التفاعل القائم بين الفرد والوالدين، وأسلوب المعاملة الذي يتلقاه منهم. ويظن تأثير هنا الأسلوب شكل جوانب شخصية الفرد، و شكل مجالات حياته، ومظاهر ومراحل النمو الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي والأخلاقي والروحي.

وأسلوب التثنية الذي يمارسه الوالدان، يتحدد من خلال طبيعة التفاعلات والقوانين التي يضعها الوالدان داخل الأسرة، فيحددوا المنوع والممنوع، ومدى احترام هذه القوانين لفردية الطفل، وبكيفية نظام وأساليب العقوبات والمكافآت الذي يمارسه الوالدان، لمساندة هذه القوانين. ويتحدد نمط التثنية أيضاً من خلال طبيعة متابعة الوالدين للطفل، ومدى الاهتمام والعطف الذي يبديانه خلال هذه المتابعة، ومدى الدعم والحماية الذي يقدمه الوالدان للطفل، مقابل الإهمال، ومدى استجاباتهم لمطالبات الطفل، واحترامهم لاحتياجاته، وانقصر الشيء يسمحان به للطفل في المتابعة، وابتداء الرأي في القرارات المتعلقة به وبالأسرة.

ويختلف أسلوب التعامل الوالدي ونمط التثنية من أسرة إلى أخرى، فهناك فرق في أسلوب التعامل ونمط التثنية الممارسة في أسر التوهميين ذوي صعوبات التعلم ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض، وأسلوب التعامل ونمط التثنية الممارسة في الأسر ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المتوسط، والأسر ذات المستوى العالي. فهناك الأباء في هذه المستويات الثلاثة في لجوئهم إلى العقاب البدني، وفي مدى محاورتهم لأبنائهم، ومدى العناية التي يرضونها الأبناء على الأبناء. ويؤدي هذا الاختلاف في نمط التثنية وأسلوب التعامل الوالدي، إما إلى وجود أجواء أسرية صحية وسليمة، لها تأثير إيجابي على شخصية الفرد المقصود، أو صعوبات التعلم، وأجواء أسرية غير صحية وغير سليمة، لها تأثير سلبي.

إن ثبات واتساق أسلوب التعامل الوالدي يؤثر أيضاً على شخصية الفرد، فمثلاً الابن الذي يعيش في أسرة يسمح له أبواه فيها بسلوك معين، ولا يسمحان له

## «النمط التاسع»

بهذا السلوك في مواقف أخرى مشابهة، يشب هذا الأبن وهو شيز صارف بما هو الصواب وما هو الخطأ، وما هو ملائم وما هو غير ملائم.

ويمكن تقسيم أنواع التنشئة الأسرية للأطفال بشكل عام - ومن ضمنهم

هذه الأبناء التوحدين - إلى:

### • النمط السلطوي:

حيث يضع الآباء القواعد الصارمة، ويكافئون أطفالهم فقطع عند الالتزام بها، ويمالئوهم عند مخالفتهم لها.

### • النمط المتساهل:

وفيهِ يترك الآباء الأبناء يفعلون ما يشاءون دون ضوابط.

### • النمط الديمقراطي:

وفيهِ يشارك الآباء بالعدالة والنزاهة مع الصرامة، وهم وسط بين النمط المتسلط والنمط المتساهل.

في حين يمكن تقسيم أنواع التنشئة الأسرية عند آخرين إلى أنواع سلبية هي الإسراف في التدليل، والإسراف في التمسوة، والتدنيب بين الشدة واللين، والإعجاب الزائد في الطفل، والحماية الزائدة، والتبني بين وجهة نظر الوالدين في تربية الطفل، والتعيز بين الأبناء، والاستمالة والتكفل، ونمط إيجابي هو النمط المثالي المتوسط بين الشدة واللين، والتدليل والقسوة والتميز بالمساواة والعدل.

وليس غريباً أن نجد الأسر التي يوجد بها طفل توحدي تتميز عن غيرها من الأسر العادية في درجة رعايتها الزائدة وعدم مرونتها بوضع قدرتها على حل الصراعات التي تنشأ في الأسرة بسبب النزوع لتجنبها أو استخدام استراتيجيات غير

### «أسر الأطفال التوحنين»

فعالة لحلها ، فالتوحد قد يلعب دوراً في إثارة صعوبات أسرية بما في ذلك الصراعات الزوجية فضلاً عن أن حاجات الطفل قد لا تلبس لتلبية مناسبة لأن أحد الوالدين - وهي الأم غالباً - تشغل تماماً بالطفل وتتولى زمام القيادة في الرعاية بينما يبتعد الأب عن الطفل ولا يبدي من المشاركة في الرعاية إلا القليل، غير أن الأمر ليس على هذه الشاكلة دوماً فثمة أسر تحتوي المشكلة وتتعايش معها وتتمسك بتقديم الدعم الممكن للطفل.

هذا وتؤثر الأسرة تأثيراً كبيراً في شخصية الطفل التوحدي ففوع العلاقات السائدة في الأسرة بين الأبيوين والأطفال بشكل عام تحدد ويندرج صكيرة شخصيات الأطفال ويتشاكل الطفل مع مجتمع الأسرة أكثر من تشاكله مع أي مجتمع آخر خاصة في المراحل الأولى من عمره.

### (9 - 4) الضغوطات التي تتعرض لها أسر الأطفال التوحنين،

إن وجود طفل معاق لأسرة ما يجر عليها مشكلات إضافية وعلاقات أسرية أكثر تعقيداً، وقد يكون له الأثر الكبير في إحداث تغيير في تكيف الأسرة وإيجاد خلل في التنظيم النفسي الاجتماعي لأفرادها، بغض النظر عن درجة لقبيل الأسرة لهذا الطفل، وأبرز المشكلات التي تواجهها أسر الأطفال المعاقين بشكل عام، الأزمات الزوجية وزيادة العدوانية والاعتقبات والشعور بالنذب والقلق والنوتر والصعوبات القادية والعزلة عن الناس، ومن الآثار النفسية المترتبة على وجود طفل معاق في الأسرة، إن الأسر تعاني كثيراً من الضغوط النفسية عند محاولتها التكيف والتعايش مع الطفل المعاق، وقد أشارت بعض الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسر المعاقين إلى أن معظم هذه الأسر قد تتعرض لضغط نفسي شديد قد يصل عند بعضها إلى درجة المرض.

(يحيى، 2003)

حيث تعطي التفاعلات الشخصية في الجو الأسري شكلاً من العلاقات بين الأب والأم من جهة وبين كل منهما والطفل الذي يتوهمان برعايته من جهة أخرى ، وكذلك هناك التفاعلات الشخصية بين كل من الأخوة والأخوات، وبين كل من الأقارب الذين يعيشون معهم تحت سقف واحد . فإذا كانت هذه العلاقات الثنائية بين كل عضو في الأسرة والعضو الآخر متزنة، ومستقلة، متممة بلحبة والموهبة، وموفرة لهم جميعاً التمامية والأمان والرعاية الأسرية اللائجة، فإن آثارها ستعكس بالضرورة على مظاهر الأداء السلوكي لكل منهم، مما يجعلهم يعيشون حياة نفسية مستقرة، متميزة بمشاركة اجتماعية إيجابية. وبالمقابل إذا كانت هذه العلاقات الثنائية متعرجة، سواء أكان هذا التعرج إيجابياً، بالتمالة من حيث الرعاية الزائلة أو بالنسوة والصرامة، أو بالتدليل والتصيب، أم كان هذا التعرج سلبياً، بما يتصف به من خلافات ومنازعات تنسب في سلوكيات غير سوية بين أفراد الأسرة، كالتبذير والإهمال وعدم الاحترام والتمالة في جو أسري غير ناضج. فإن آثار هذه العلاقات ستعكس على النمو العام لشخصية كل منهم، مما يجعلهم يعيشون اضطرابات نفسية متصفة بالانسحاب والانعزال والعدوانية.

وذكر أبو السمود (2000) أن الأسرة إذا تعرضت للآزمات هذا الأمر يجعل قدرتها على توجيه الطفل نحو الخبرات اللائمة وتجنبه الخبرات الضارة ضعيفاً، فالضغوط تجعل الآباء يركزون على مشاكلهم بحيث تستنفذ طاقتهم ويبتعدون عن أطفالهم ومشكلات النمو الخاصة بهم، كما أن قدرتهم على الصبر والتحمل تصبح ضعيفة. ولكي تؤدي الأبوة وظيفتها بفعالية وكفاءة فإنها تحتاج إلى إدارة فنية وجهد ووقت كافيين، لذلك فإن تعرض الوالدين والأسرة للضغوط المتعددة بطروف الحياة ومتطلباتها تؤدي حتماً إلى إعاقة أداء الوالدين مما يؤثر على الطفل ويفضل الأسرة في توجيه الطفل نحو الخبرات الإيجابية التي من شأنها أن تشرى عملية النمو، فعلاقة التأثير تبادلية بين الطفل ووالديه؛ فخصائص الطفل التي تشكل ضغوطاً على الوالدين تؤثر على ردود أفعالهم.



## «أسر الأطفال التوحديين»

وإن وجود طفل يعاني من التوحد لدى الأسرة يسبب لها الكثير من الضغوط والالتزامات وعلى الرغم من أن بعض الأسر تتكيف مع ذلك الوضع، وبالتالي فإن الخدمات التي تقدم للأسرة لا تساعد الطفل العاق فقط، وإنما تساعد الأسرة بشكل جيد، حيث يظهر لدى الأطفال التوحديين مشكلات واضحة في الشهور الأولى من مرحلة الرضاعة، وعادة ما تكون الأم هي أول من يشبه بوجود مشكلة ما خلال المراحل النمائية للطفل، ويتوجب على الوالدين أن يدركوا طبيعة الإعاقة، وبلا حاشية تشخيص التوحد فإن معالم الرعب والحزن تظهر عليهم لصعوبة التأقلم مع العجوة مما بين الحلم والواقع، وتتفاوت ردود فعل الوالدين الانفعالية نحو طفلهم بتفاوت درجة الإعاقة وشدها، كما أنه توجد علاقة طردية بين ردود الأفعال، وبين الوضع الاقتصادي والاجتماعي، والتعليمي، وبالتالي تسر الأسرة بسلسلة من الردود الانفعالية تبدأ بالصدمة وتنتهي بالقبول والأمل.

ويلاحظ على الأسرة ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتدني صعوبة تزويد طفلها التوحدي الدعم والقبول اللذان يحتاجها لانشغالها الكلي في تأمين حاجاتها اليومية، وبالتالي فإن هذا الانشغال في تأمين لقمة العيش لا يسمح للوالدين بالاشتراك في النشاطات المدرسية لمساعدة الطفل ونتيجة لذلك تكثر حالات الأسر المتصارعة وحالات الانفصال الوالدين.

(الإمام والجيران، 2010: 1)

وبالرغم من أن الأهل الذين لديهم أطفال يعانون من اضطرابات نفسية، يمكنهم اهتماماً مشتركاً بجمعهم، إلا أن والدي الأطفال التوحديين يمكنهم اهتمامات خاصة بهم وفريقاً، ومنها:

(عبدالله، 2001)

### • خطأ التشخيص وصعوبته:

فيغضب البعض من الاهتمام العام للمجتمع والمختصين باضطراب التوحد، إلا والدي هؤلاء الأطفال لا يمكنهم معلومات أو تحديداً دقيقاً لمشكلة ولدهم، فهم يلاحظون أن طفلهم يعاني من مشكلة في النمو ولكنهم عاجزون عن تحديد طبيعتها وخطورتها.

## «الصل التاسع»

### • النمو غير العادي للطفل:

إن اضطراب التوحد هو تأخر في النمو يظهر الكثير من أشكال السلوك والأداء الوظيفي، وإن مسار النمو يختلف عن المسار الطبيعي الذي يعقبه تأخر ونكوص، والتي يأخذ مظاهر متنوعة تشمل التواصل البصري والمهارات الحركية و اللغة والمهارات الاجتماعية وحل المشكلات.

### • مشكلة "غير قادر" أو "لا يريد":

فالأهل يتساءلون دائماً بأن مثلهم غير قادر على فعل شيء استجابة لتطلب ما أو أنه لا يريد فعل ذلك، مما يجعلهم يفسرون ذلك بفشل الطفل في الاستجابة والسلوك على أنه ضعف في الدافعية لديه أو أنه عنيد.

### • المظهر:

فمظهر الطفل التوحدي يظهر غير عادي مقارنة بالأطفال العاديين ويكون ذلك ناتجاً عن اضطرابات السلوك الحسي الحركي التي يعاني منها الطفل، مما يجعل الوالدين يظنون للطفل على أنه يصدر أشكالاً من السلوك التواصلية والتي تكون غير مقبولة اجتماعياً.

### • السلوك العام في المجتمع:

إن ما يصدره الطفل التوحدي من سلوك مزعج والأصطناع العامة يشكل ضغطاً كبيراً للوالدين، وقد يزيد قلق الوالدين عدم تشخيص حالة طفلهم بعد.

ويؤكد فلانجان (Flangan, 2001) أنه لا يوجد أسرة مهمة لاستقبال طفل يعاني من التوحد، فالوالدين عادة ما يتوقعون ولادة طفل طبيعي وهذا يعني على الخبرة من خلال طبيعة تواجدهم في أسرهم، فكما إن المجتمع من حولنا يتحمم الدعم للأسر التي تضم أطفال طبيعيين مثل المدارس، المعلمين، المربيين، الأصدقاء فهذه المصادر الأساسية غير متاحة للأسر التي تضم أطفالاً يعانون من التوحد.

كما يشير (Ehrlich, 1983) إلى أن الأباء غالباً ما يشعرون بالضعف والمعجز عندما يظهر طفلهم الذي يبدو طبيعياً بعض الاستوكيات السلبية المرتبطة بالدرسة وتظهر على هيئة الحزن، الإحباط، سرعة الغضب، عدم القدرة على النوم، ضعف الثقة بالنفس، تقلب المزاج.

كما أن طول المدة بمعاينة الطفل من مشاكلة التدريبية وخاصة قبل عملية التشخيص يزيد من احتمالية الاضطراب النفسي لدى الوالدين والمعلمين.

ويذكر الإمام والجوانده (2010 - ب) أن أسر الأطفال التوحديين تعيش ككل مرحلة من مراحل دورة حياتها بدرجات متفاوتة من الصحة النفسية، ودرجة المرونة عند الأسر تسهم إلى حد كبير في الطريقة التي ينمو بها الأبناء، فالحالة النفسية والمزاجية والاجتماعية والصحية والاقتصادية والثقافية والتعليمية التي يكون عليها الأباء تنعكس بكل تأكيد على حالة الأبناء، وما يتعرضون إليه من ضغوط ينعكسها أمور هامة في تحديد الإجابة عن التساؤل الرئيسي التالي، كيف ستتكيف الأسرة مع صعوبات دورة الحياة؟ وللإجابة على هذا التساؤل ينبغي النظر إلى الدوائر الثلاث التالية:

- أولهما: دائرة الضغوط.
- ثانيهما: دائرة السياق الثقافي الاجتماعي.
- ثالثهما: دائرة الوحدة.

ومن هذا المتعلق سوف يتم التمرق إلى ما يحيطه بكل دائرة من الدوائر الثلاث:

• ففي دائرة الضغوط Stressors،

تواجه بكل مرحلة من مراحل دورة الحياة مجموعة من الضغوط يمكن التنبؤ ببعضها والبعض الآخر قد يكون طارئاً نتيجة التغييرات الحياتية، وقد يستخلص مجموعة من العوامل الأكثر إثارة للمشكلات في كل مرحلة من المراحل التالية:

1. مرحلة الحمل والارتباط: عند ولادة طفل توحدي أو الشك بوجود توحيد لديه.
2. مرحلة الرفض والإنكار وملازمة الإهمال: عند التشخيص وخلال فترات العلاج.
3. مرحلة الحماية الزائدة: عندما يقترب عمر الطفل من الدخول إلى المدرسة.
4. مرحلة سلوك المتشدد والجمود أو الإفراط في التسامح: عندما يقترب عمر الطفل من البلوغ، وعندما يثرب عمره من الحياة المهنية.
5. مرحلة علاقة تكافئية: عندما يبدأ التفكير حول حياة ابنهم التوحدي عند وصول الوالدين إلى سن الشيخوخة أو الشعور بالمرض أو الشعور بتدهور الحالة الصحية.

ومن خلال استعراض المراحل السابقة فإن عدم القدرة على التعامل مع كل مرحلة يؤدي إلى تباطؤ التكيف في دورة الحياة، على الرغم أن كل مرحلة من هذه المراحل تمثل عاملاً ضارفاً أساسياً بالإضافة إلى بروز عوامل أخرى عديدة ينبغي أن تواجه بالمرونة الذهنية والتكيفية

• وفي دائرة السياق الثقافي الاجتماعي،

ويكمن فيها عوامل عديدة تؤثر على استجابة الأسر للأحداث، وفي مقدمتها التسلسلية عبر أجيال الأسرة والخبرات التي مرت بها، والعادات والأعراف التي تحكم هذه الأسر وتباين هذه العوامل بتباين ثقافة الأسر، وهذا كله يؤثر على التنبؤ

## «لأسر الأطفال التوحديين»

الاجتماعي Social Acceptance للمعاق، حيث إن صغبة تكوين الصداقات والحنان عليها هي عملية ليست سهلة عند الأطفال التوحديين، والقبول الاجتماعي يتضمن الترحيب والقبول بشخص جديد من قبل مجموعة الأصدقاء والرفاق بهذا الأمر لا سيما عندما يشرع في إجراء عملية الدمج المجتمعي، وعكس ذلك قد يؤدي إلى العزل الاجتماعي، وينبغي الإشارة هنا إلى هناك طرق بين العزل الاجتماعي والرفض الاجتماعي.

فالعزل الاجتماعي هو شرف لا يتم خلاله الانتباه للمعاق، أما الرفض الاجتماعي فهو حدث عدائي حيث يتم رفض المعاق بشكل فعلي مقصود وذلك بسبب سلوكه الشاذ أو نقص النظافة لديه، وكلاهما قد يسيران في اتجاه واحد وهي مرحلة الإيواء.

### • أما دائرة الوحدة:

ويبدو من خلال هذه الدائرة أن المقصود بها هو الانفرادية، وبهذه الحالة قد تصل إلى محور الذات حول نفسه، ولكن المقصود بهذه الدائرة هو التفورات التي تحدث في التكاملية التي ينبغي أن تكون عليها الأمور سواء على صعيد الأسر الصغيرة أو الأسر المعتدلة، وما لا شك فيه أن تراكم هذه التفورات في خلال مدة قصيرة يمدوم بدرجة خطيرة في كتمع وخلخلة الأسرة، مؤدياً إلى حياة مثقلة بالمشكلات مما يؤدي إلى صعوبات في التكيف وأن تكون هذه الأسر معرضة للخطر، مما ينعكس أثر ذلك على المجتمع.

وهناك ثلاثة عوامل تبين أن الأطفال التوحديين يؤثرون على أسرهم:

- خصائص التوحد (طبيعته، شدته، متعلباته) والذي يعمل على تشكيل ردود فعل الأهل اتجاه هذا الطفل، فقد وجد أن المشاكل الأسرية تزيد بازدياد أعمار الأطفال التوحديين.

## «النمل التاسع»

- خصائص الأسرة: تُؤثر على ردود الأفعال مثلاً (حجم الأسرة الخلفية الثقافية، المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة).
- الخصائص الشخصية لأفراد الأسرة (المسحة العامة، طريقته التعامل مع المشاكلي).

لأنه يجب التنبؤه أن كل أسرة تختلف عن الأخرى في نوعية ردود الأفعال وحدتها، واستمراريتها وعمقها التكيفي- الأسرة.

### (9 - 6) الأعراض المبكرة للاختلال من قبل الأهل للتوحيد:

- انهيار بالأضواء والأصوات وحركات الجسم.
- يكون سعيداً عندما يترك لوحده.
- لا يحب أن يحتش.
- يهز جسمه ويدور يديه وينكر على الأشياء ويلوح يديه.
- يلعب بأجزاء من اللعبة (مثل سجل سيارة)، والتعلق بها.
- يرتب الأشياء في صفوف.
- لا يحب أن يقوم أحد ولمس العايشة، أو بأن يعيد ترتيبها.
- الصراخ عند غسل الشعر أو لتقليم الأظافر.
- التثبيت بما يحيطه من أشياء.
- تفضيل غير عادي لبعض الأطعمة.
- قد يتحول الشعر الذي كان ناعماً إلى الخشونة.
- عدم تمييز الأشخاص البالغين المألوفين لديه عندما يقومون بتغيير ملابسهم أو تمريرة شعرهم.
- عدم وجود ردود فعل للأصوات العالية أو عند مذاقته باسمه - التشنج بأنه أصم، ولكنه قد يثبته للأصوات الخافتة جداً مثل فتح بابية بسكوت.
- قد يبدأ بالكلام ولكن فيما بعد،
  1. يقلد الكلمات.
  2. تتطور لديه لغة خاصة بها.

## «أسر الأطفال التوحدين»

وعندما نلاحظ الأم بعض هذه الأعراض المبكرة فعادة ما تعبر عن قلقها إلى الأب طبيب الأطفال ومعلمة الروضة وفي مرحلة الوعي الأخرى قد ينكر الوالدين أو الأقارب أو الأصدقاء بصورة شديدة أو جماعية وجوه شيء غير عادي.

### (9 - 7) إبراز المشكلة التوحيد من الأهل:

تختلف ردة فعل الوالدين الانفعالية نحو طفلهم التوحدي بتفاوت نمط التوحيد، ووضوح الأعراض، ومستوى التنشيد، والمركز الاقتصادي والاجتماعي؛  
التكلفة الوالدية... الخ

وبالتالي تسر الأسرة بسلسلة من الردود الانفعالية تبدأ بالصدمة وتتلقى بالقبول والأمل، ويمكن أن تكون الصدمة ما بين التشخيص والتقبل طويلة جداً، ومؤلمة جداً، وهي فترة قد يمر الآباء خلالها عبر عدة مراحل،

### • المرحلة الأولى: الإنكار Denial.

يحاول الأهل إقناع أنفسهم أن كل شيء على ما يرام وأن الطفل يتقدم وينمو بشكل اعتيادي، حيث عبر مراحل النمو الرئيسية عند العمر العادي، وأنه جيد جداً، فكل تصرفاته تشير إلى اعتيادية تصرفات أقرانه، فهو يفتح التلفزيون الحطات، للبحث عن البرامج المنظمة له.

وهم يجدون صعوبة في تقبل الوضع، وغالباً ما يترهبون عندما يذكر الأصدقاء أو الأقارب بعض الخصائص الغريبة في سلوك الطفل ويقترحون عليهم استشارة طبيب، ومن الخطر البقاء في هذه المرحلة لفترة طويلة، فكما تكلمنا التشخيص أسرع وبدا التدخل في وقت مبكر كلما تكلمنا الفحص الأفضل لأن يتحسن الطفل في المستقبل، وهناك بعض الآباء - صددهم قليل - ممن يرفضون تقبل هذه الحقيقة وينكرون ضرورةلبية حاجات طفلهم الخاصة، ويسردون تاريخ أفراد العائلة بأن فلان قريب لنا وكان مثل ابننا واليوم في موقع مرموق، والأب

## ﴿النمل التاسع﴾

يقول عن نفسه بأنه كان بطيئاً ايضاً عندما بدأ التكلم، وتلكه اليوم مهتدس -  
وقيرها، وغالباً فإن الحفل هو الذي يتأذى من مثل هذه الحوادث.

### • المرحلة الثانية، الصدمة Shock،

وتتبع هذه المرحلة مرحلة الإنكار، فالولدان يصدمان من حقيقة أن يكون  
مفاتيحاً توحيدياً، ومهما كان الآباء مستعدين لمعرفة الأسوأ، فإن حقيقة أن "الأسوأ"  
قد حصل تجلب الصدمة التي تتبعها المرحلة التالية.

### • المرحلة الثالثة، سلب الإرادة Helplessness،

كلما عرف الآباء أكثر عن التوحيد، كلما شعروا بالارتباك، وسلب الإرادة  
أكثر، وغالباً ما يعتقدون أنهم العائلة الوحيدة في العالم التي لديها مقلداً مصاباً  
بذلك، وأن لا أحد يستطيع فهم مشكلاتهم - ومعرفة أن هناك العديد من الذين  
يعانون من نفس الوضع يجلب لهم شعوراً كبيراً بالرغبة في طلب المساعدة - ويتبع  
الشعور بسلب الإرادة شعور بالمرحلة الرابعة.

### • المرحلة الرابعة، الذنب Guilt،

قد يشعر الآباء بالذنب ويتساءلون فيما إذا كان اللوم يقع عليهم لإصابة  
ابنهم بالإعاقبة، وهذه هي المرحلة التي إما أن تصبح فيها العائلات أقوى وأكثر  
تماسكاً، وتضع الخطط في توحيد الجهود من أجل مساعدة الطفل، أو قد تنقسم  
هذه العائلة لأن الآباء يلتصقون باللوم على بعضهم البعض، أو على أقرب الطرف  
الأخر بسبب وجود "الجينات الوراثية الخطأ لديه"، ويترافق مع هذا الشعور بالنسبة  
شعور بالخجل من مشغلهم وعدم الرغبة في أخذهم معهم عند الخروج، أو عدم الرغبة  
في التحدث عنه مع الأصدقاء، كلما لو أنه غير موجود، وهم يتفادون إلى الأمر على  
أنه عقاب على ذنب اقترفوه في الماضي.



## «أسر الأطفال التوهميين»

ومعظم الآباء يتغلبون على هذه المسألة، ولكن تقابلهم مجموعة من التحديات في الشاعر تكون بنفس الدرجة من القوة.

### • المرحلة الخامسة: الغضب Anger.

يتساءل الآباء لأن أصيب طفلي أنا بالذات؟، ما هو الخطأ الذي ارتكبه؟ لماذا أرى الآباء الآخرين يشربون ويدخنون ولديهم أطفال أسوياء، بينما أنا لا؟. ويجد بعض الأحيان، ويشكل غير واضح يشعر الآباء بالذات. فتاة على أنفسهم، وفي دائرة القبول. فإن هذه مرحلة ختميرة وقد يفتن الآباء المتسرعين فيها، حيث يميل الآباء إلى تكرير مطالباتهم في نوم مثل الناس وكان الأشياء على سوء حظهم بدلاً من طلب المساعدة، ومن الضروري ملاحظة أن بعض الآباء يتقدمون مرحلة أو مرحلتين، وبعضهم يثقف في مراحل معينة أكثر من الآخرين، وبعد التغلب على هذا التراجع الاندفاعي يصل الآباء إلى التنظية التي يلعبها عدة مسارات يجب إتباعها، ويكون الخيار فردياً ومعتمداً على عوامل شخصية، ومهما كان المسار الذي يتخارونه، فإن أهم شيء هو الوصول إلى التقبل.

### • المرحلة السادسة: التقبل Acceptance.

يحب الآباء طفلهم كما هو وللفرق التي تجعله إنساناً متفرداً، وهناك خطوة هامة وهي التوقف عن الشعور بالشفقة على أنفسهم، وأن يبدأوا بالاستمتاع بصحة الطفل، ونتيجة لذلك، تصبح العائلة سعيدة وتوجد جهودها من أجل تحسين نوعية حياة الطفل وحياة العائلة ككل، كما يصبحون فخورين بتقديم الطفل، وينظرون إلى أصغر المؤثرات على التحسن - قيام بزرقيته، استطاعت أن تلبس جوربها، أجاب بـ 'نعم' على السؤال - أنها التصارات للعائلة كلها في معرفتها المستمرة من أجل الارتقاء بالطفل، ولا يشعر الآباء بالرجل من الطفل ويخرجون به إلى كل مكان، كلما يحاولون أن يشاركوه في جميع أشغالهم بقدر الإمكان، متجاهلين كل التحديق الصادر من الناس غير مطلعين. ويتعلقون أن

## « العمل فنتسج »

يحبوا مطلقهم على الرغم من الفروق، ويشعرون بأن هذه الفروق هي مصدر متعة لهم، على أنها مؤثر إلى نجاحهم في الاهتمام والتربية والعناية والرعاية.

### (9 - 8) العمل مع أبناء ذوي الحاجات الخاصة :

تعتبر عملية التعامل مع الأفراد ذوي الحاجات ومن بينهم الأفراد التوحدين تحد كبير يواجه الأخصائيين باختلاف تخصصاتهم. وكلما استطاع الأخصائيين التعامل معهم بدسجهم ضمن مجموعات فيها طلاب عاديين كلما كان أكثر نجاحاً أخذاً بعين الاعتبار تطبيق الخطط الفردية مع البعض لعدم ملائمة التعليم الجمعي مع بعضهم الأخرى، وتحتوي برامج تدريب الآباء على المضامين التالية:

1. إيضاح مبادئ النمو الطبيعي لدى الطفل، والمظاهر التمازجية الرئيسية والتشتمل التطوري.
2. إيضاح حالات الإعاقة والمشكلات التمازجية.
3. إيضاح مبادئ وأساليب تعديل السلوك.
4. إيضاح طرق جمع البيانات وتسجيلها.
5. إيضاح وتفسير الطرائق التعليمية.
6. إتاحة الفرص لملاحظة مجموعات من الأطفال لفهم الفروق بينهم.
7. إتاحة الفرص لملاحظة الأخصائيين أثناء عملهم مع الأطفال.
8. إتاحة الفرص للآباء ممارسة التعليم وتوفير التقنية اللازمة لهم.
9. تطوير المواد التعليمية في المنزل.
10. إيضاح الأنماط المناسبة، والتكتب والمواد التعليمية الأخرى.
11. المشاركة في المحاضرات والمنتديات حول مواضيع تحظى باهتمام الآباء مثل صحة الطفل وتغذيته والتحقوق القانونية للآباء.

(العملية، 2010)

بينت جيرلسباشر (Gernsbacher, 2004) ان الصمويات التي يجدها العائل التوحيدي للعائلة هائلة خاصة بالنسبة للأم، ومهما كان مقدار عطاؤها عنديماً، فإن العائل لا يزال بحاجة إلى المزيد، وإن العلاقات الأسرية تتأثر تأثراً بالغاً في حالات كثيرة بحالة التوحد التي يعاني منها الطفل فمن الطبيعي أن يتطلب موقف الطفل وقتاً من الوالدين أطول مما يتطلبه إخوته العاديون، كما يتعين من الوالدين استخدام إستراتيجية خاصة في التعامل معه، وقد تستجر التعامل سير المتساوية من الوالدين نحو الأبناء نوعاً من الحقد والخيرة من جانب الإخوة العاديين. مما يخلق توتراً في العلاقات بينهم.

وشمة مظهر آخر يتأثر بحاجات الطفل وهو روتين الحياة المنزلية فالضرورة للتعويض على الوالدين تكريس وقت إضافي لمساعدة الطفل في حل المشكلات المصاحبة له، أو لاصطحابه إلى معلم خاص أو إلى جاسة إرشادية وعندما تضاف هذه النشاطات إلى برنامج الأسرة المكتنف، سيجد الوالدان أن لا وقت لأحد فما ليكرسه للأخر أو لأحد من أعضاء الأسرة يضاف إلى ذلك المصائب المالي الذي تتحملة ميزانية الأسرة والتي تصرف على المدارس الخاصة والتدريب وغير ذلك مما يؤدي إلى إلغاء الفيزائية المخصصة للترفيه والوسائل الترويحية، وانقطاع العلاقات الاجتماعية مع الأقارب والأصدقاء أو الحد منها.

وعلى العكس تماماً، فالتوحد قد يجعل الآباء يميلون لتقييم حياتهم، ويطورون من أنماط شخصياتهم، ويميلون إلى التكيف مع المواقف التي تمر بهم، مقتنعين بأن هذا أفضل من حيث أنهم يرون في الأجزاء القليلة لأبنائهم مكسباً ويشعرون بالفرح والفرح من أهواء بسيطة مثل ملاحظة أبنائهم يزورون القميص، أو يجيبون على أسئلتهم ليس بعبارات تكرارية، ولكن بقولهم "نعم" أو "لا" ويكلم بساطة، ومع مرور الوقت، قد بعيد الآباء تعريف التوحد من اعتباره مأساة إلى اعتباره نوعاً من النعمة. وقد توصلت بوجدشينا (Bogdashina, 2004) في تصنيف آباء

## «الفصل التاسع»

الأطفال التوحديين حسب إعاقات التفاعل الاجتماعي ووصف شخصيتهم من طريق وضعهم في أربع مجموعات رئيسية منها:

### 1. المجموعة الإنشائية The Aloof Group،

وهذا نمط شائع من الأباء في الدول التي لم يتم التعرف فيها على التوحّد، ويمدق هؤلاء الأباء الأخصائيين عندما يقولون أن طفلهم حالة ميشوس منها، وقد يضعون طفلهم في مؤسسة أو قد لا يضعونه معها يتصحهم بتلك الأخصائي، وإذا بقي الطفل في البيت تحاول العائلة أن "تخفيه" من الأنظار شعورهم بالخجل من كون طفلهم معاقاً حتى لو كانوا يحرثونه كونه قلدة كبدتهم، وهم يشعرون بأنهم مسئولون الزيادة بشكل لا يستطيعون من خلاله تغيير أي شيء في حياتهم، كما يكونوا عادة حساسين تجاه تحديق الناس بهم عندما يخرجون مع ابنهم، وغالباً ما ينتهي الأمر معهم بدموع الخجل والحرارة، وهم يتجنبون الاتصال الاجتماعي ويمشون في عائلهم المنزلي الصغير، ويكون الطفل منقطعاً عن العالم ليس عقلياً شعبي ولكن جسدياً أيضاً.

### 2. المجموعة السلبية The Passive Group،

لا يكون هؤلاء الأباء منقطعين كلية عن الأباء الآخرين، وقد تكون هذه المجموعة منقسمة إلى مجموعتين جزئيتين أولهما مجموعة المسارين، وثانيهما مجموعة الإتكاليين:

#### • مجموعة المسارين:

هم مجموعة الأباء المتأكدين من وجود دواء أو علاج يحل جميع مشاكلهم وأنهم سوف يحصلون عليه إن عاجلاً أو آجلاً، فهم يقبلون جميع الأمراض المتقدمة لهم، وهم محتلمون جداً، ولا يناقشون الأخصائيين فيما يقولونه لهم، وغالباً ما يكون الطفل مصاباً بحالة مرضية عندما يوافق الأباء على وضعه في مستشفى ومعالجته

### «أسر الأطفال التوحدين»

بالأدوية التي يصفها الأخصائي، ولا يوجد لدى هؤلاء الآباء أي شك بأن "الأخصائيين يعرفون أكثر" وهم يفعلون ما يؤمرون به فيما يتعلق بالعلاج.

### • مجموعة الإكتاليين:

يكون اهتمامهم الرئيسي أخيرني ما علي أن أقوم به، وليس ماذا أقوم بذلك؟ على الرغم من أن بعضهم يلبون الدعوة إلى حضور الاجتماعات والندوات والمحاضرات ويشاركون في المنتديات الالكترونية، إلا أنهم يتجنبون قراءة الكتب النظرية حول التوحد لأنهم يجدونها كثيرة للاكتساب، تشعرهم بأنهم مغمورين بكم هائل من المعلومات، فالكتب الوحيدة التي يجدونها مفيدة هي الكتب التي يوجد فيها علامات بارزة (رقم بهذا ولا تلم بهذا)، فالتي يريدونه هو حلول عملية لمشكلات طفلهم، دون فهم للمشكلات فهم ينتظرون حلولاً سحرية دون مراعاة للأسس التي تبني عليها هذه الحلول.

### 3. المجموعة النشيطة (The Active Group):

تبحث هذه المجموعة خاصة في العثور من آخر المستجدات في محاولة للمشور على علاج لتوحد طفلهم، فهم يسافرون إلى مدن مختلفة، أو حتى دول مختلفة، فقط من أجل استشارة أخصائي سمعوا عنه، أو يهربوا أي علاج سمعوا عنه بفض النظر عن الآثار السلبية، (مثلاً، تجربة العلاج بالاحتضان على الرغم من فرط حساسية الطفل)، وهم متأكدون من أنهم يبذلون جهدهم من أجل طفلهم (الذي يعاني من التوحد)، فكما أنهم مستعدين للإفراق جميع ما يمتلكون في أفلس العلاجات ثمناً، فمحببتهم ككبيرة لأطفالهم، فهم لا يمسرون إلى تجارب الآخرين في التعلم والعظة، وفي بعض الأحيان يستنيد الأطفال من هنا ولكن في أحيان أخرى، يصابون بالأذى.

والد يتقبل آباء آخرين حقيقة عدم وجود شفاء لتوحد طفلهم، ويبحثون عن أفضل علاج يمكن أن يحصلوا عليه لكي يجعلوا حياة طفلهم وحياة العائلة

أسهل، وهم يصبحون متصرفين نشيطين لأي أسلوب معين يبدو مفيداً لأطفالهم، ويعتقدون أنه سيفيد أطفالاً آخرين يعانون من التوحد، كما أنهم متحمسون جداً ويرغبون بالتحدث عن أسلوب معين (يستخدمونه مع طفلهم) في المؤتمرات والندوات، وهم يتعمقون كيف يتحدثون، ولكن، ولسوء الحظ، ليس كيف يستمعون<sup>9</sup>، وعندما يعارض أحدهم وجهة نظرهم ينزعجون ويرفضون مناقشة أية وسيلة أخرى أو أية قضايا خارج مجال اهتمامهم.

#### 4. المجموعة المنطقية The Logical Group،

لحسن الحظ، هذه مجموعة كبيرة العند وهي لا ازدياد، ويقرر هؤلاء الآباء أن يغيروا تركيزهم ويصبحوا "آباء أخصاليين". كما أنهم يبدون بافتراض أن الأخصاليين قد يكونوا على خطأ، فهم لا يستطيعون معرفة شكل شيء، وأن الأبحاث قد تم إنجازها ثم توبل بالفرض أو بسد حاجة الآباء حتى الآن، وما يعتبر مسيحياً اليوم قد يصبح غير صحيح غداً، وأن لا أحد يعرف طفله أفضل من الآباء، ومثل المجموعة الثالثة:

- يبحث هؤلاء الآباء بنشاط عن المعلومات ولكنهم غير المهتمين في تجريب شكل شيء.
- فهم يصبون إلى نتائج الأساليب والطرق والعلاجات التي أتتها الآخرون.
- ويتعلمون ويبنون أن ما يفيد فرد قد لا يفيد أفراد، أو ما يفيد أفراد قد يضر بشر.
- وهم لا نسم للتصرف والتعلم والاطلاع على جميع النظريات والأساليب للتعرف على النظريات الصحيحة والمناسبة لطفلهم.
- كما أنهم كئيبي النقد ويعبرون عن شكوكهم تجاه كل شيء.
- كما أنهم يستعملون ويرغبون بالحصول على توضيحات أكثر من مجرد لقب المعلومات حسب قيمتها الظاهرية.

## «أسر الأطفال التوحديين»

وبالنهاية، "يصبح لديهم ثقافة أفضل" حول التوحد من العديد من الأخصاليين - وهذا يجعلهم أكثر صعوبة في التعامل والإفناع - ، ولأنهم يعرفون أن من التسهيل مساعدة طفلهم دون مساعدة الآخرين، فهم يوحدون جهودهم ويعملون مع بعضهم البعض، وهؤلاء هم الآباء الذين يؤمنون بالخدمات والتجارب التي تهدف إلى بناء مستقبل أكثر إشراقاً لأطفالهم، وهم يتشددون التعاون مع أخصاليين - مفتوحين الذهن، لديهم المرونة الذهنية والارتقاء بالأسعة العقلية - ، والفراد يعملون من توحد عالي الأداء، ويحاربون الجهل وعدم كفاءة البيروقراطية، وجهودهم وأنشطتهم تمنح الأمل، وتؤكد على الدافعية للتأرجح، والتحرك إلى الأمام باستمرار، أولئك الذين يجعلون حياة أطفالهم أسهل.

وتذكر جراندين (Grandin, 2002) حول معاناة آباء الأطفال التوحديين

يمكن بلورته في خمسة محاور على النحو التالي:

### • قلة معلومات الأخصاليين،

يتعلم آباء الأطفال التوحديين في وقت مبكر من حياتهم أن الأخصاليين يعرفون القليل عن التوحد، ولأنهم تدربوا صبراً لتأقنهم على أن يضعوا ثقتهم في الأخصاليين، فإنهم سرعان ما يصابون بخيبة الأمل والقلق عندما يعلمون أن "الأخصاليين" معرفتهم قليلة مثلهم تماماً أو حتى أقل.

### • ندرة مصادر المعلومات،

حيث يجهد العديد من الآباء، وخاصة في البداية، وفي مواجهة طفل غير سوي بشكل معتاد، في العثور على معلومات قد تساعد، وسرعان ما يندركون أن مزودي الخدمات لن يقدموا هذه الخدمة إلا إذا كان هناك فهم أفضل للأطفال التوحديين وحاجاتهم الملحة، وينبأ صامح، يبدعون بتسريع التساؤلات وإثراج الترابعية والكتب.

• غياب التمييز بين جمعيات مناصرة الآباء

وهذه الطائفة الكبرى يغيب، على دول العالم الثالث الانفرادية في العمل، والأندية في الإنتاج، والظهيرية في المجتمع، ويغيب العقل الجمعي، وجود الإنتاج، وحضارية المجتمع، فغياب الاتصال بالسلطات المسئولة في الميدان، وعدم تبادل المعلومات مع أبناء أكثر اطلاعاً، ومؤسسات أكثر تجريبية يفرق الآباء ويضلل الأخصائيين في تقديم المشورة والتدريب المناسب.

• ندرة الخدمات:

وهي ناتج طبيعي من الخطوات سائدة الطبيعي، فمن جهل.....ككيف يقدم: فالآباء يكرسون طاقتهم وقترات طويلاً من حياتهم، للحصول على خدمات خاصة بهم ويأملوا لهم.

• قلة الوعي المجتمعي:

وهذا العدد المتزايد من الآباء لتطلعين والنشطاء منهموا، ولا يزالوا، في رقع مستوى المعرفة والوعي بالتوحد، وهم يقومون بتعليم أنفسهم بشكل كبير، إلا أن التهمة المنخفضة، لا تعني بمشاكل هؤلاء الأطفال، فهم في ليو مما يكسبون، غير مبالين بالأقليات التي تعاني من وجود ابتلاءات وإعاقات، حكما أن المؤسسات الثقافية خالية تماماً من عقد ندوات ومؤتمرات وحوارات حول ذوي الإعاقات.

ويؤثر التوحد ليس فقط على الطفل الذي يعاني من التوحد، بل على العائلة بأسرها، والأخبار التي تجلب خبر إصابة طفل ما بالتوحد والمعلومات والتفارير التي تؤكد على ذلك توصف بأنها " قنبلة التوحد " Autism Bomb، فيأخذ التزام صور إفضة للواقع، ويكون شديداً وصنيفاً مع الذات وقد تنقل صته الشنة والعنف إلى الطرف الأخر من الوالدين والحيطين، ويبني على شكل ذلك تدمير عنيف في البنيان الأسري، وقد نصر العائلة بخيرات العيش في منطقة صراع، ليس فقط لأنهم لا يعرفون الكثير بعد عن ما أصاب ابنهم، ولكن أيضاً لأن هذه



## «أثر الأهل التوحديين»

العوامل البيئية Factors Environmental هي التي يمكن أن تسبب شلوث الصعوبات للعائلة المتمثل في الصعوبات التالية:

- صعوبات في التفاعل الاجتماعي.
- صعوبات في الاتصال.
- صعوبات في التحول.

## • صعوبات في التفاعل الاجتماعي Difficulties in Social Interaction:

قد يحاول الأصدقاء والأقارب أن يكونوا داعمين أو ناظرين:

### 1. داعمين:

وهي مراضاة سلبية، تمثل في تقديم تعليقات غير مفيدة "بيدو من مظهره أنه طبيعي، سوف تسير الأمور على ما يرام، وسوف يتجاوز هذا الأمر".

### 2. ناظرين:

حيث يتوهم البعض بالاعتماد بسبب هراية بساوسكيات، العنقل، ولن يقدم هؤلاء بشكل عام أية مساعدة باستثناء التحديق والاحتقار لهؤلاء الآباء التعسرين من وجهة نظرهم.

## • صعوبات في الاتصال Difficulties in Communication:

قد يجد الأخصائي عندما يحاول الآباء أن يجدوا بعض الإجابات، وأن يطلبوا المساعدة، أنهم "مفرطون في الحماية" Overprotective أو من الصعب إرضائهم، ويتم وصف اتجاهاتهم على أنها "متحيزة" Biased -، بالطبع، فإنت لا يمكنك أن تكون موضوعياً عندما يتعلق الأمر بطفلك -، وفي محاولة لكسر جدار سوء التفهم، قد يجد الآباء أنفسهم هجاة "ساجزين عن الاتصال"

Communication Impaired حيث أن تفسيراتهم قد تكون "عاطفية جداً" أو "فانتازية جداً"، وبالتالي، يرفضها الأخصائيون.

#### • صعوبات في التخيل Difficulties in Imagination.

تتباين خبرات الآباء تبعاً لما يواجهونه من معضلات ومشكلات، وابتلاءات، وبما أن خبرات الآباء مختلفة جداً عن الآخرين، لذا فمن الصعب، إن لم يكن من المستحيل عليهم أن يعبروا عن وجهات نظرهم وحاجاتهم، ومن الصعب عليهم أيضاً أن يتمثلوا واقع طفولهم مستقبلاً، وبما هي صورة يكون عليها الطفل في مراحل النمائية المتلاحقة، فهؤلاء لديهم مجموعة مفاهيم مختلفة عن الحياة العائلية، وهم غير قادرين على تغيير مواقفهم، والتي تظهر تصبهاً في الفكر والسلوك.

#### (9 - 10) إرشاد آباء الأطفال التوحديين،

إن الهدف الأساسي لإرشاد آباء الأطفال الذين يعانون من التوحد هو تزويدهم بالمعلومات المتعلقة بالتوحد، مساعدتهم في مواجهة المشكلة بكل ما فيها من تعقيدات، وكل ما يحيرهم بها من مظاهر، حيث يزداد القلق كلما قلت المعرفة.

ويمكن تحديد الأدوار الإرشادية التي يسعى المرشد إلى تحقيقها بالتعامل مع الآباء، بالإضافة إلى محاولة مساعدتهم في التوصل إلى إجابات حول الكثير من التساؤلات حول طفولهم في الأمور التالية:

أولاً: إن معرفة الآباء أن طفولهم يعاني من التوحد تجعلهم يشعرون بالضيق والخيرة ويستقبلون المعلومات المقدمة لهم بشكل عاطفي وقد يرفضون سماعها، وبما انتهية يسعون إلى المرشد ولديهم العديد من الأسئلة،

- ما نمط التوحد التي يعاني منها طفلي؟
- ما سببه؟ وبما الحقيقة فإنهم يقصون، من الذي يجب أن يلام؟
- ما النسبة اللازمة للتغلب عليها؟

## «إرساء الأبطال للتوحدين»

وتركز الجلسات الإرشادية بشكل أساسي على مناقشة الأنواع المختلفة للتوحد، وتحسين مشكلات الطفل بوجه خاص، وإظهار التشابه والاختلاف بين الطفل والقرانه، مع الاهتمام بمقاسم الأباء حيث يبدأ الأباء بلوم الذات أو لوم الآخرين، ويعمل المرشد على التركيز على ما الذي يمكن عمله لتقديم المساعدة.

ثانياً، الهدف الثاني من الإرشاد هو توضيح العلاقة بين المدرسة مركز التربية الخاصة والبيت والاعرف على رواد افعال الطفل عند عودته الى البيت ومن المهم أن يكون المرشد قادراً على مساعدة الوالدين وذلك بالتعاون على سلوكيات الطفل في المدرسة مركز التربية الخاصة، ومساعدتهما في التعبير عن مشاعرهما السلبية حول البرنامج التربوي والأسلوب الذي يتم استخدامه مع طفلهما.

ثالثاً، مساعدة الوالدين على فهم سلوك الطفل، وفهم مشاعره التي يحس بها بعض السلوكيات، وبناءً على ذلك، يذهب الأباء ردود أفعالهم ومداعرهم نحو سلوكه الطفل، ويكون الهدف هنا إبراز أهمية السلوك العام للطفل والتعامل مع مشكلاته لتتحكم فإنه من الضروري مناقشة محتوى سلوك الطفل العادي والمناسب للمرحلة العمرية للطفل ثم مناقشة محتوى سلوك الطفل الذي يعاني من مشكلات خاصة، وهنا تبرز عدة نقاط هامة يركز عليها المرشد في الجلسات الإرشادية مع الأباء:

- أن يتعلم الأباء أهمية الملاحظة الجيدة ليستطيعوا فهم أن الطفل يحاول أن يتواصل من خلال سلوكه.
- أن يبدأ الأباء بفهم ضرورة لقبولهم لطفلهم بجميع مشكلاته قبل أي تغيير.
- أن يدرك الأباء أن الأطفال الذين يعانون من التوحد هم أطفال يشعرون بالفضيب.
- أن يتقبلوا أنهم هم أيضاً يشعرون بالفضيب، ويتعلموا أن يتقبلونهم كما هم وأن يكونوا صانعين مع أنفسهم ليستطيعوا تدريجياً خفض هذا الفضيب على أنفسهم وعلى أطفالهم. ويركز المرشد في العمل مع الأباء على تحسين الموضوعات ومناقشة المشاعر وردود الأفعال المتعلقة بالطفل وبالأميرة بشكل.

## «التنمّل التاسع»

- أن يتقبل الآباء العاطل التوحدي لقبلاً هير مسروراً، بفرض النظر عن مسابكته وظروفه، وهذا أساس اقيام علاقة تفاهمية تحترم شخصية وبكرامة الفرد.
- أن يكون لدى الآباء إيمان بأن العاطل التوحدي لديه الاستعدادات لتنمو والتطور واكتساب المهارات.
- أن يكون الآباء نموذجاً للفرد للطفل كمشخص قادر على تقديم احتياجاته في ضوء من الفهم لشخصية الطفل.
- أن يكون لدى الآباء إمكانية الاطلاع على احدث الدوريات العلمية وما يدور في الندوات والمؤتمرات من أفكار ودراسات حول التوحد.
- أن يكون لدى الآباء قدرة في معالجة المشكلات التي يواجهها طفلهم. وأن للفرد التوحدي الحق في تنمية قدراته واستعداده، وهذا يتوقف على القدرات والاستعدادات والمهارات الحياتية، والعاطل التوحدي قابل للتنمية بقبول البيئة المحيطة به.

وابناءً من خلال تطور وتقديم الطفل بالمدرسة أمر يركز التربية الخاصة يدرك الآباء أهمية التعامل مع المدرسة أمر يركز التربية الخاصة ومع المرشد في بحثهم عن المساعدة سواء لأنفسهم أو لطفلهم:

### (9 - 11) الاقتراحات العملية لتكون مؤتمرات الأسرة أكثر فعالية:

تعرف مؤتمرات الأسرة والمرشدين بأنه اجتماع قصير الأمد من أجل تبادل الأفكار بينهم والحصول على المعلومات، وتزويدهم بالدم، ومن اهم الاقتراحات العملية:

- اعتبر الأسرة كفراد لهم اهتماماتهم الخاصة ولديهم أفكار عن طفلهم.
- حده الموضوع الذي ستناقشه مع الوالدين.
- باستثناء ما يتعلق بتوضيح أهدافك من المناقشة لا تكتب ملاحظاتك خلال الحديث مع الإباء لأن ذلك قد يخوفهم من الحديث.

## «أسر الأطفال التوحدين»

- ابداً وانهي الاجتماع بإيجابية وشجع الوالدين على تقديم ملاحظاتهم حول الطفل.
- لا تتسرع خلال المقابلة لأن الآباء قد يحتاجون لوقت حتى يتحدثوا.
- كن مستعداً لمواقفة الأهل عندما يكون ذلك ممكناً.
- استخدم تفسيرات وكلمات واضحة وسهلة.
- تجنب مقارنة الطفل بإخوته وأقرانه.
- استمع بدون تعصب ديني أو عرقي.
- الاستماع إلى أفكار الأسرة والانتعاب نحو اهتماماتهم الخاصة.
- وضع إستراتيجية عمل معرفية وإجرائية مع الأسرة والتعريف على المؤسسات التربوية والاجتماعية والصحية ذوي الاهتمام بشأن الأفراد التوحدين.
- توعية أسر الأشخاص التوحدين بالتشريعات والقوانين وهي حق أصيل لهم ككافة إنسانيون وليست من باب المتح أو الشفقة.
- تصميم دورات تدريبية لمتابعة المستجدات في مجال التوحد ومشاركة الأسر بفاعلية في هذه الدورات ضمن إطار الخدمة المجتمعية بعيداً عن مفهوم الرعيبة
- زود الآباء بمهارة واحدة تعلموها للطفل بالبيت.
- في نهاية المقابلة لخص ما تم مناقشته وضع خطة بالتعاون مع الوالدين للاجتماع القادم.
- لا تنسى متابعة الحالة.

(Marcós, 1982)

## «العمل التاسع»

(9 – 12) الأخطاء الرئيسية التي يقع بها المرشدون عند توفير المعلومات للأسرة:

- التأخير في تعريف المشكلة.
- الإخفاق في تشجيع الوالدين.
- إعطاء نصائح أكثر مما ينبغي في بعض القضايا مثل البدائل التربوية.
- المجازفة.
- التسرع.
- قلة وعدم الاهتمام بالأهل.
- التردد في التواصل مع الأسرة.

(Bailey & smith,2000)

(9 – 13) طرق تدريب الوالدين:

قبل التطرق إلى طرق تدريب الوالدين لا بد للأخصائي التربوي معرفة الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها من خلال عملية التدريب هذه وتتمحور هذه الأهداف في إطار ثلاث مجموعات هي:

### 1. أهداف معرفية:

الأسرة بحاجة لمعلومات، لتفصيليه حول طفلهم كحالة خاصة والاحتمالات المستقبلية لحالة طفلهم التوحيدي، ومعرفة المراكز والأزمات التخصصية، والتي يمكن أن تقدم الأساليب والاستراتيجيات الصحيحة والتعليمية والاجتماعية المناسبة للحالة التي يكون عليها طفلهم بتباين نوع ودرجة وشدة التوحد.

## 2. أهداف التفعالية:

تتركز على اهتمامات الأخصائي التربوي حول مخاوف الوالدين ، والتقلق، ووضع البرامج المناسبة لمواجهة المواقف الحيالية المتباينة، والتحصين من تسرب الشعور بالذنب والحجل الى نفوسهم.

## 3. أهداف سلوكية:

ويتعلق ذلك بتصميم البرامج السلوكية والتي من شأنها زيادة الوعي الأسري حول السلوكيات المحتمل صدورها من الطفل التوحيدي وتباين هذه السلوكيات بتباين الحالات، والعمل على تزويد الأسرة بالتضاهيم الإجرائية، لنظرية تحليل السلوك التطبيقي، مع التوضيح للأسر ما هو السلوك المراد تعديله أو تشكيله بالنسبة للطفل، مع وضع خطة، واضحة للأسرة وللطفل التوحيدي.

أما طرق تدريب الوالدين فتتمحور بالطرق الآتية:

### 1. التمدجة:

هذه الطريقة تحتاج الى الملاحظة والتدريب والتقليد من قبل الوالدين وتعاون من قبل المدرب من خلال تعليم إحدى المهارات من قبل المدرب إلى الوالدين.

### 2. لعب الدور:

شعباً نريد تحديد مهارة تتناسب وخصائص الوالدين ، نستخدم أسلوب لعب الدور.

### 3. الملاحظة:

تتضمن الملاحظة العنكب من الآباء المتدربين مراقبة المدربين والأخصائيين الآخرين أثناء تدريب ومعالجة الطفل.

4. الممارسة السلوكية:

تتطلب هذه الطريقة تطبيق أساليب سلوكية تحت إشراف الأخصاليين قبل أن يستخدمها الوالدان مع طفلهما إذ يجب أن تطبق الممارسة في جو تجريبي في بادئ الأمر، وفي بعض الأحيان تكون الممارسة السلوكية تخيلية.

5. التدريب الفردي الخاص:

يتضمن تقديم التدريبات اللازمة للوالدين بدقة ووضوح من طريق التعليمات اللفظية والكتوبية والوسائل السمعية والبصرية ووسائل التعليم المبرمج ، ويجب أن يعطى الوالدان التغذية الراجعة السريعة وإن يوفر لهما التحفيز المناسب.

6. المحاضرات:

يمكن استخدام المحاضرات لتعريف الوالدان بالعديد من المبادئ والأساليب والمفاهيم المتعلقة بالإعاقة وأثرها على النمو وسبل تدعيم الاستجابات المناسبة وخفض المظاهر السلوكية غير المرغوب فيها .

7. الأفلام:

كما ذكر يمكن أن يتم تدريب الوالدين من طريق عرض أفلام تسجيلية تعرض بعض المهارات التي يقوم بها مهنيون في تفاعلاتهم مع الأطفال التوحدين.

(العري، 1999)



من المؤسف القول بأنه لا توجد أسرة مهيأة لاستقبال طفل توحدي، فالوالدين عادة ما يتوقعون ولادة طفل طبيعي وهذا مهني على الخبرة من خلال طبيعة تواجدهم في أسرهم وينظر إلى الطفل باعتباره الامتداد الطبيعي لهم، وهو من أهم عناصر هذه المؤسسة الاجتماعية، فكما أن المجتمع من حولنا يقدم الدعم للأسر التي تضم أطفال طبيعيين، وهذا الدعم غير متاح للأسر التي تضم أطفالاً يعانون من التوحد.

فالبينة المنزلية لها تأثيراً كبيراً في تكوين شخصية الطفل وبنائها، فنوع العلاجات السائدة في الأسرة بين الأبوين والأطفال تحدد وبدرجة صغيرة شخصيات الأطفال ويتفاعل الطفل مع مجتمع الأسرة أكثر من تفاعله مع أي مجتمع آخر خاصة في المراحل الأولى من عمره.

والطفل التوحدي يعتبر كسائر الأطفال يتأثر بإجتماعات والديه نحوه كما ذكرنا سابقاً، وتشكل شخصيته وفقاً لأسلوب المعاملة الوالدية التي يتلقاها بغض النظر عن عند وتوصية الأخصائيين الذين سوف يتعاملون معه، وعليه فإن هناك دور هام للوالدين في نجاح البرنامج العلاجي الموضوع لطفولهم من قبل الأخصائيين، وتحديداً على الوالدين القيام بما يلي:

- 1) فهم أهداف البرنامج العلاجية الخاصة بطفولهم.
- 2) متابعة تنفيذ البرنامج مع طفولهم – في حدود معرفتهم.
- 3) تنفيذ الأجزاء الخاصة بهم في البرنامج العلاجي.
- 4) ملاحظة انعكاسات البرنامج في سلوك أطفالهم.
- 5) تدريب الأهل على بعض المهارات التي يمكن أن تتم تنميتها عند طفولهم من خلال التدريب المباشر أو من خلال اللعب.

### «لا تضمن النجاح»

ومن المؤشرات التي تدل على تقبل الوالدين لطفلتهما:

1. محافظة الأسرة على العلاقات والروابط الاجتماعية.
2. تلبية الوالدين احتياجات أطفالهما دون تمييز.
3. التركيز على مواطن القوة للطفل بدلاً من التركيز على مواطن الضعف.

المؤشرات التي تدل على عدم التأهيل من الوالدين للطفل التوحدي:

1. التوقعات المتعدية من قبل الطفل.
2. الإصرار على تبني أهداف غير واقعية.
3. الهروب.

وينج (Wing, 1996)

## قائمة المراجع

### المراجع العربية

1. أبو السعود، فادية (2000). الطفل التوحدي في الأسرة. الإسكندرية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.
2. أبو النصر، مدحت (1995). دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة. ورشة العمل التدريبية حول الرعاية الأسرية للطفل المعاق، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربي. المشاركة - الإمارات العربية المتحدة.
3. الإمام محمد صالح: الجوالده، فؤاد حيد (2010 - 1). الإعاقة العقلية ومعارف الحياة في ضوء نظرية العقل "، عمان، الأردن، دار الثقافة.
4. الإمام محمد صالح، الجوالده، فؤاد حيد (2010 - 2). التوحد ونظرية العقل: عمان، الأردن، دار الثقافة.
5. الأنصاري، أحمد (1995). صعوبات ومشكلات الأسرة في رعاية طفلها المعاق، ورشة العمل التدريبية حول الرعاية الأسرية للطفل المعاق. المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية. المشاركة - دولة الإمارات العربية المتحدة.
6. بدر، إسماعيل (1997). مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال ذوي التوحد. بحث مقدم للمؤتمر الدولي الرابع للإرشاد النفسي، المجلد الثاني، جامعة عين شمس، القاهرة (ص: 727 - 756).
7. البلشة، ايمن. (2008). فاعلية برنامج قائم على تحليل السلوك التعقيبي في تنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية والسلوكية لدى أطفال التوحد. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان الأردن
8. الحديدي، أماني عبد الرحمن (2010)، التداخلات التغذوية المتعلقة بطفيل الأمشاط، التوحد، المؤتمر الأردني للتغذية، التغذية في الأردن، الواقع والمستجدات والتحديات، 28 - 29/4/2010، جامعة البترا والمركز العربي للتغذية، عمان.

9. حمزة، مختار (1982)، أسس علم النفس الاجتماعي، الطبعة الثانية، دار البيان العربي، المملكة العربية السعودية.
10. الحيلة، محمد محمود، (2001) طرائق التدريس واستراتيجياته، دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات
11. الخطيب، جمال، (2000)، تعديل سلوك الأطفال المعوقين، دار حنون للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
12. الخطيب، جمال (2001)، تعديل سلوك الأطفال المعوقين - دليل الآباء والمعلمين، الطبعة الثانية، مكتبة الفلاح، عمان، دار حنون.
13. الخطيب، جمال (2003)، تعديل السلوك الإيجابي، العين، الإمارات العربية المتحدة، مكتبة الفلاح.
14. الخطيب، جمال- (2005). استخدامات التكنولوجيا في التربية الخاصة. الطبعة الأولى، عمان، دار وائل نشر والتوزيع.
15. الخطيب، جمال (2010)، تعديل السلوك الإنساني، دار الفكر، عمان الأردن.
16. الخطيب، جمال، الحديدي، منى، (1997)، المدخل إلى التربية الخاصة، الطبعة الأولى، الإمارات العربية المتحدة، مكتبة الفلاح.
17. الخطيب، جمال، الحديدي، منى، (2005)، مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة، عمان.
18. الراوي، فضيلة وحسان، أصل (1999)، التوحد: الإعاقات الغامضة، الدوحة، مؤسسة حسن بن علي للفكر.
19. الروسان، فاروق، (1996)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين مقدمة في التربي الخاصة، جمعية عمال المهنيين، عمان، الأردن.
20. الروسان، فاروق (1999)، أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة، عمان - دار الفكر.
21. الروسان، فاروق (2000)، دراسات وأبحاث في التربية الخاصة، ط 1، دار الفكر، عمان.
22. الزارة، نايف (2003)، بناء قلعة لتقدير السلوك التوحدي على هيئة سعودية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
23. الزبيدات، إبراهيم، (2004)، التوحد، الخصائص والعلاج، عمان، دار وائل للطباعة والنشر.

## ﴿المراجع﴾

24. الزبيقات، إبراهيم (2010). التوحد: السلوك والتشخيص والعلاج. دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن
25. سلیمان، ثناء. (2007). اضطراب التوحد (نظرة شاملة)، دار مكيبون للنشر دمشق، سوريا.
26. السيد، رمضان (1995) مساهمات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
27. الشامي، وفاء (2004-1). علاج التوحد الطرق التربوية والنفسية والطبية. مركز جدة للتوحد، الطبعة الأولى.
28. الشامي، وفاء. (2004-ب). خطايا التوحد: أشكاله وأساليب تشخيصه، الطبعة الأولى، المملكة العربية السعودية، مركز جدة للتوحد.
29. الشخص، عبدالعزيز السيد، والشامي، عبدالغفار عبدالحكيم (1994). قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين الرياض: (لان).
30. الشمري، ميارش. (2000). الأطفال التوحديون: أساليب التدخل ومقومات نجاح البرنامج. ندوة الإعاقة التمثيلية قضاياها النظرية ومشكلاتها العلمية. جامعة الخليج العربي، البحرين، ص 119 - 148.
31. الشيخ زيب، والد. (2004). تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فعاليتها، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
32. صديقي، ليلى (2005). فاعلية برنامج مقترح في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين وأثره على سلوكهم الاجتماعي. أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان الأردن.
33. الظاهر، حسان. (2009). التوحد. الطبعة الأولى، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع.
34. العايضي، ليلى. (2004). التوحد والمطاعم الثلاثة، ندوة التوحد والاضطرابات التمثيلية المتمثلة، الجمعية السعودية للتوحد الرياض.
35. عبد الله، محمد قاسم (2001). الطفل التوحدي أو الذاتوي، الانطواء حول الذات ومعالجته " اتجاهات حديثة"، دار الفكر الأردن.

36. العسوي، رامي. (2007). فاعلية التعليم المنظم في برنامج تيمش للتنمية مهارات التواصل للمراهقين الذين يعانون من التوحد. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان.
37. عيسى، حسن احمد. (1998)، التكتلة الاجتماعية السالبة للحرية والإبداع، مجلة مستقبل التربية العربية، عدد 15، القاهرة.
38. فتوح، محمد. (2003). اضطرابات التواصل لدى أطفال التوحد، واستراتيجيات علاجها. الكويت، مركز الكويت للتوحد، الطبعة الأولى.
39. فسيل، شاهر. (2000). إمالة التوحد، طبيعتها وعواملها، المؤتمر السنوي لكلية التربية، جامعة المنصورة، جمهورية مصر العربية.
40. كوجل، وكوجل. (2003). تدريس الأطفال المصابين بالتوحد، ترجمة السرطوي، عبد العزيز، وأبو جودة، وال، وحسان، أيمن، الإمارات العربية المتحدة، دار الفلم للنشر والتوزيع.
41. مجيد، موسى. (2008). اتجاهات معاصرة في رعاية وتنمية مهارات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
42. محمد، عادل. (2002). الأطفال التوحديون: دراسات تشخيصية وبرامجية، دار الرشاد، القاهرة.
43. محمد، عادل. (2008). تعليم الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية، دار الفكر، عمان، الأردن.
44. الخوري، صيفي. (1999)، وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والتدريب المهني بسلطنة عمان، ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، مسقط.
45. ملحم، سامي. (2001). سيكولوجية التعلم والتعليم الأسس النظرية والتطبيقية عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
46. الوردان، وشحة. (2001). التوحد: مظاهره الطيفية والتنموية، ترجمة، مركز الكويت للتوحد، الكويت.
47. يحيى، خولة. (2003). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. الطبعة الثانية، عمان، دار الفكر.

1. Aarons, Mureen & Gittens, Tessa. (1999). The handbook of autism: a guide for parents and professionals. 2nd Ed., London: Routledge.
2. American Academy of Paediatrics. (2006). Understanding Autism Spectrum Disorders (ASDs). USA.
3. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. American Psychiatric Association, (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed – Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC.
5. Assistive Technology Act. (2004). PUBLIC LAW 108 – 364 – OCT. 25, 2004. (on – line) Available.
6. Autism Society of America. (2008). What is Autism? (Online) Available. [http://www.autism-society.org/site/PageServer?pagename=about\\_what\\_is](http://www.autism-society.org/site/PageServer?pagename=about_what_is)
7. Autism Society of America (2003). Papers about autism, <http://www.autism-society.org/html>.
8. Ayres, A.J. (1989) Sensory Integration and the Child. Los Angeles: Western Psychological Services.
9. Baily, Ann Bing hmo & smith stphen (2000). intervention in school and clinic. vole 3 ,issue5, pp294 – 297.
10. Barlow, D & Drank, M. (1995). Abnormal psychology: an integrative approach, Pacific Grove, California: Brooks Cole publishing Company.
11. Baron – Cohen, S. & Bolton, P. (1993). Autism: The facts. New York: Oxford University Press Inc.
12. Baron – Cohen & John Swettenham, 1997, Handbook of Autism and Pervasive, Developmental Disorders. 2nd Edition, John Wiley and Sons.
13. Belmonte, M. (1997) 'Behavioural consequences of cerebellar damage in the developing brain. Link., 22(15), 18

14. Berkell, D.E. (1992). Autism: Identification, education, and treatment. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
15. Bettelheim, B.(1976) The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of Self. New York: Free Press.
16. Bogdashina Olga. (2006). Theory of Mind and the Triad of Perspectives on Autism and Asperger Syndrome. London: Jessica Kingsley Publisher.
17. Bogdashina,O.(2004) Communication Issues in Autism and Asperger Syndrome: Do we speak the same language? London: Jessica Kingsley Publishers.
18. Bondy, A.S. & Frost, L.A. (2002). The Picture Exchange Communication System Training Manual Brighton, Pyramid Education Consultants U.K. Ltd.
19. Brill, M.T. (1994). Keys to parenting the child with autism. New York:Barons Educational Series, Inc.
20. Bryan, S. (1996). The world of the autistic child understanding and treating autistic spectrum disorder: London Oxford University press, Inc.
21. Burack, J.A, Enns, J.T. Stander, E.A, Mottron, L, & Randolph, B. (1997). Attention and autism: Behavioral and electrophysiological evidence. In cohen & R.F. vol knar (eds). Handbook of autism and pervasive developmental disorder; New York: John wiley & sons.
22. Catherine Maurice.( 1996). Behavioral Intervention for Young Children with Autism, Manual for Parents and Professionals, PROED, Inc. Autism Texas.
23. Center For Disease Control And Prevention, (1999) Autism, Causes; Prevalence, and Prevention, Washington, D.C. Medical Knowledge Systems. Inc
24. Chiesa, Mecca (2004). Radical behaviorism: The philosophy & the science. Authors Cooperative.
25. Cohen , Simon - Baron & Jolliffe , Therese.(1997).Are people with Autism and Asperger syndrome Faster than Normal on the Embedded Figures Test?. Journal of Child Psychology and Psychiatry: (38),pp527 - 534.



26. Cohen, B. Simon. (2008). *The Facts: Autism and Asperger Syndrome*. 1st ed. USA.: Oxford University Press.
27. Cohen, S. (1998). *Targeting autism: What we know, don't know, and can do to help young children with autism and related disorders*. London, England: University of California Press, Ltd.
28. Courchesne, E., Townsend, T., Akshoomoff, N.A., Saitoh, O., Young - Courchesne, R., Lincoln, A.J., James, H.E., Haas, R.H. & Schreibman, L. (1994). Impairment in shifting attention in autistic and cerebellar Patients, *Behavioral Neurosciences*, 108, 854 - 865.
29. Crollick, J.L., Mancil, G.R. & Stopka, C. (2006). Physical activity for children with autism spectrum disorder. *Teaching Elementary Physical Education*, 17, 30 - 34.
30. Dawson, G. and Osterling, J. (1997) 'Early intervention in Autism.' In M. Guralnick (ed.) *The Effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Brookes.
31. Dawson, G., Meltzoff, A.N., Osterling, J., & Rinaldi, J. (1998). Neuropsychological correlates of early symptoms of autism. *Child Development*, 69, 1276 - 1285.
32. Denckla, M.B. (1983) 'The neuropsychology of social - emotional learning disabilities.' *Archives of Neurology*, 40, 461 - 462.
33. Deuel, R. (2002). Autism: a cognitive developmental riddle. *Journal of Pediatric Neurology*, 26 (5) 349 - 357.
34. Dickerson, Susan. (2007). Learning, Attention, Writing, and Processing Speed in Typical Children and Children with ADHD, Autism, Anxiety, Depression, and Oppositional - Defiant Disorder. *Child Neuropsychology*, Volume 13, Issue 6, pages 469 - 493.
35. Dorman, B. & Lefever, J. (1999); *What Is Autism?* Autism Society Of America Bethesda, MD.
36. Dunlop, Glen And & Pierce, Mary, (1999); *Autism and Autism Spectrum Disorder (Asd)*. New York: The Council For Exceptional Children.

37. Ehrlich, M.L (1983). Psychofamilial correlates of school disorders. *Journal of School Psychology*, 21, 191 – 199.
38. Elisabeth & Dykens & Volkmar.(1999). The Screening and Diagnosis of Autistic Spectrum Disorders, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 29, No. 6.
39. Everad & Margaret P. (1976). An approach to teaching autistic children, London. National Society for Autistic children.
40. Exkorn S. Karen. (2005). *The Autism Sourcebook*. New York: HarperCollins Publishers.
41. Firth, U.(1993) *Autism: Explaining the Enigma*, first edition. Oxford: Basil Blackwell.
42. Firth, U.(2003) *Autism: Explaining the Enigma*, second edition. Oxford: Basil Blackwell.
43. Flanagan, P.(2001) 'What is autism?' *Autism Today*. [www.autistoday.com/creative/What-is-Autism.htm](http://www.autistoday.com/creative/What-is-Autism.htm)
44. Fogt, J. B., Miller, D. N., & Zirkel, P. A. (2003). Defining autism: Professional best practice and published case law. *Journal of School Psychology*. Vol. 41, 201 – 216.
45. Frith, U. (2004) Emanuel Miller lectures: confusions and controversies about Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (4). pp.672 – 686.
46. Frith, U.(1993). *Autism* Scientific American.London:Merrill publishing.com.
47. Garvey, C. (1977). *Autism as an executive disorder*. Oxford: Oxford University Press.
48. Gelberzon, Brain , J., Rosenberg – Gelberzon, Anita,(2001).on Autism:its Prevelance , diagnosis, causes, and treatment ,*Top clin Chiropr* , 8(4),42 – 57S.
49. Gerlach , E.(1998).*Autism treatment guide future Horizon*. Oregon:Four Leaf Press.
50. Gernsbacher, M.A.(2004)'Autistics need acceptance, not cure.' [www.autistics.org/library/acceptance.html](http://www.autistics.org/library/acceptance.html)
51. Ghaziuddin, M. Thorus, P. Napier, E. Kearney, G., Tsai, L., Welch, K. & Fraser, w. (2000). Brief report: Brief syntactic analysis in Aspergers syndrome: A preliminary

«المراجع»

- study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 67 – 70.
52. Gillberg, C.(1998),Chromosomal disorders and autism, *Journal of Autism and Developmental Disorders*,28,415 – 425.
53. Gillberg,C.,(1992).Autism and autistic-like conditions: Subclasses among disorders of empathy.*Journal of Child Psychology and Psychiatry*.33,813 – 842,*psychiatry*.33,813 – 842
54. Gillberg,C.,Johnsson,M.,Steffenburg,S.,&Berlin,O.(1997). Auditory Integration Training in Children In Autism.*Autism* ,1,97 – 100.
55. Gilliam,J.(1995)Gilliam Autistic Rating Scale. Autism, TX:Pro – Ed.
56. Grandin, T. (1995). How people with autism think.. In Eric Schopler and Gary Mesibov (Eds.), *Learning and Cognition in Autism*. New York, London: Plenum Press.
57. Grandin, T.(2002) An Inside View of Autism [www.autismtoday.com/articles/An\\_Inside\\_View\\_OF\\_Autism.htm](http://www.autismtoday.com/articles/An_Inside_View_OF_Autism.htm)
58. Grandin, T., (1997). A personal perspective on autism, In cohen, D. & volkmar, F,R. (eds) *Handbook of Autism and pervasive Developmental Disorders..* New York: John wiley and sons.
59. Grandin,T.(1996)'Making the transition from the world of school into the world of work.' *Autism Today*. [www.autismtoday.com/articles](http://www.autismtoday.com/articles)
60. Gmy, C. (1994). Making Sense Out Of The World:° Social Stories, Comic Strip Conversation, And Related Instructional Techniques. Paper Presented at The Midwest Educational Leadership Conference on Autism, Kansas City, MO
61. Gray, C.A., & Grund, J.D.; (1993) Social Stories: Improving Responses Of Students With Autism Accurate Social Information, *Focus on Autistic Behavior*, 891, 1 – 10.

62. Gray, C.A., & Grand, J.D.; (1993) Social Stories: Improving Responses Of Students With Autism Accurate Social Information, Focus on Autistic Behavior, 891, 1 – 10.
63. Green, Snyder, Joy,S., Fein, D, Robins,D& Waterhouse,L.(2003).Pervasive Developmental Disorders.Textbook of Neuropsychiatry second Edition, Schiffer,R,Rao,S, & Fogel ,B,(eds) Baltimore MD:Williams & Wilkins , pp503 – 551.
64. Gupta,S.,Aggarwal,S.and Heads,C. (1996) 'Brief report: dysregulated immune system in children with autism: beneficial effects of intravenous immune globulin on autistic characteristics' Journal of Developmental and Learning Disorders, 26(4),439 – 452.
65. Hallahan, D. and kauffman, J. (2003). Exceptional children: Introduction To Special Education. (9thed). New Jersey: Englewood cliffs.
66. Hallahan, D; Kauffman, J. & Pullen, P (2009). Exceptional Learners: An Introduction to Special Education, 11th Ed., Pearson Education, Inc.
67. Happe',F.(1999) 'Autism: cognitive deficit or cognitive style?' Trends in Cognitive Sciences,3,216 – 222.
68. Harris, S.L.P., & L.P., Delmolino. (2002). "Applied Behavior Analysis: Its Application in the Treatment of Autism and Related Disorders in Young Children". Journal of Applied Behavior Analysis, Vol. 14(3),11 – 17.
69. Hoflin, L. Juane and Alaimo Donna. (2007) Student with Autism Spectrum Disorders: Effective Instructional Practices. New Jersey: Pearson Education, Inc
70. Herbert. Martin (1998). Clinical Child Psychology: Social Learning development and Behavior. 3rd Ed. UK: Chichester.
71. Heward, WL., Neef, NA. (2005). Focus on behavior analysis in education: Achievements, challenges, and opportunities. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall/Merrill.<http://www.ama.org.br/kanneeren-complete.ctc.xt.htm>.

﴿المراجع﴾

72. Hobson, R.(1986). The autistic child's appraisal of expression of Emotion *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol(27)pp.321 – 342.  
[http://www.atap.org/atap/stact\\_law.pdf](http://www.atap.org/atap/stact_law.pdf)
73. International Rett Syndrome Foundation. (2008). (On – Line).Available.  
[http://www.rettssyndrome.org/index.php?option=com\\_content&task=blogsection&id=4&Itemid=1000](http://www.rettssyndrome.org/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=4&Itemid=1000)
74. Jackson, L.(2002) *Freaks ,Geeks and Asperger Syndrome:A User Guide to Adolescence*. London: Jessica Kingsley Publishers.
75. Jame,E &Graik,S,(1994). Cognitive and Academic Functioning in Children with Autism." *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 0047 – 228 yr: vol:22 pg:207 – 218
76. Jensen, V.K., & L.V., Sinclair. (2005). "Treatment of Autism in Young Children: Behavioral Intervention and Applied Behavior Analysis". *Infants and Young Children, Journal of Applied Behavior Analysis* Vol. 14(4):42 – 52.
77. Johnson, Catriana & Dorman, Ben (1996). What is Autism? *Journal of Autism and Developmental Disorders* Vol.16 ,No. 2 , 93 – 103
78. Johnson, T.L.(2005)Inclusion of Students with Autism in Elementary and Middle Schools. Unpublished PHD Degree. The Department of Special Education. Peabody College of Vanderbilt University.
79. Jordan, R. & Powell, S. (1995). *Understanding and teaching children with autism*, London: John Wiley & Sons Ltd.
80. Jordan, R., Jones, G. & Murray, D. (1998). *Educational Interventions for children with autism: A literature review of recent & current research*. London, ST. Clements House.
81. Jordan, R.,& Libby, S. (1997). Developing and using play in the curriculum. In S. Powell & R. Jordan (eds) *Autism and Learning: A guide to good practice*. London: David

81. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact nervous child. 1943, 2: 217, Retrieved October, 2000
82. Kathreen.(1995).Teaching children With Autism, Strategies to Enhance Communication and Socialization .London: Delmar Publishers Inc, an International Thomson Publishing Company.
83. Klin A (1993), Auditory brainstem responses in autism: Brainstem dysfunction or peripheral hearing loss? *J Autism Dev Disord* 23:15 – 35
84. Klin, A., and Volkmar, F.R. (1997). Asperger's syndrome. In D cohen and F.R. volkmar (Eds) *Hand book of autism and pervasive developmental disorders* (2nd Ed), New York: John wiley & sons.
85. Kogan, Michael D., Blumberg, Stephen J., Schieve, Laura A., Boyle, Coleen A., Perrin, James M., Ghandour, Reem M., Singh, Gopal K., Strickland, Bonnie B., Trevathan, Edwin, Dyck, Peter C. van. (2009) Prevalence of Parent – Reported Diagnosis of Autism Spectrum Disorder Among Children in the US, *PEDIATRICS* <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/peds.2009-1522v1>
86. Lord , C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen. J, Jordan, H., Mawhood, L.and Schopler, E.(1989) 'Autism diagnostic observation schedule.' *Journal of Autism and Other Developmental Disorders*19(2),185 – 212.
87. Lord, C and volkmer, F. (2002) Genetics of childhood disorders: XLII Autism part I diagnosis and assessment in autistic spectrum disorders, *Jam Acad child adolese Psychiatry*, 41 – 1134 – 1163, Retrieved September, 2002 from: [http://info.med.yale.edu/child\\_stdy/plomdevelope/genetics/o2\\_sepgen.html](http://info.med.yale.edu/child_stdy/plomdevelope/genetics/o2_sepgen.html).
88. Lovas, O.I. (1996). The UCLA young autism model of service delivery. In: Cathrine Maurice, Grind Green , and Stephen, Inc (Eds). *Behavioral Intervention for young*

- children with autism. Autism, Texas: Pro - ed. An International Publisher.
89. Lynn, E& Mc Clannahan.(1999). Activity Schedules for Children with Autism. Woodbine House.
90. Macdonald, A.(1972). Chambers twentieth century dictionary, New Delhi. Journal of Applied Behavior Analysis, Vol(26),No(1),pp.89 - 97.
91. Marcia a. Cohen (1982). impact of handicapped child on the family
92. Marcia, V.R. (2000). Family Variables Associated with well - Being in Sibings of Children with Down Syndrome. *Journal of Family Nursing* 6 (3), 267 - 286.
93. Martin, M.B.(1990). The self - concept And Locus of Control of Learning Disabled College students. The University of Connecticut.
94. Manson, S.A.& Lwata, B.A.(1990).Artifactual effects of sensory integrative therapy on self - injurious behavior.*Journal of Applied Behavior Analysis*, 23,362 - 370
95. McConachie, H., & Diggle, T. (2007). "Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review". *Journal of evaluation in clinical practice*, Vol. 13 (1): 120-29.
96. Mesibov, G.B. (2000, March). What is TEACCH? Retrieved on October 31, 2006, from <http://www.unc.edu/depts/teacch.htm>.
97. Meyers, K& Grossman, B.(1986).Autism. question and answer, Bancroft School, Haddon. Id NJ.Apr.
98. Minshew, Nancy& Cherkassky, Vladimir L.(2002).Arithmetoc Ability of Autism , *Journal of Autism and Developmental Disorders* , Vol. 4,pp.390 - 403.
99. Miranda, P. (2001). Autism, Augmentative Communication, and Assistive Technology: What Do We Really Know? *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, Volume 16, Issue 3, p.141 - 151

100. Mondnik, P. (2000). The Americans with Disabilities Act and information technology access. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 15, 43 – 51.
101. Murro, Neil (2003). Anxious about autism. National Journal, 35 (10), 739 – 740.
102. National Autism Center. (2009). National Standards Report: addressing the need for evidence based Practice guidelines for Autism spectrum disorders. (On – line) Available [www.nationalautismcenter.org](http://www.nationalautismcenter.org)
103. National Society of Autistics children (2006). National Society for Autistic children Definition of the syndrome of autism Journal of Autism and Developmental Disorder , 8, 162 – 167, 1978.
104. Odom, S.& Strain, P. (1984) Peer Mediated Approaches To Promoting Children Social Interaction: A Review, American Journal of Orthopsychainl, 54.
105. Ontario: Ministry of Education, Special Education and proventional School Branch, (1990). Special Education Monographs, No. 4: Student with Autism, Toronto, Ontario.
106. O'Reilly, B.A.and Waring ,R.H.(1993) 'Enzyme and sulphur oxidation deficiencies in autistic children with known food/chemical intolerances.' Journal of Orthomolecular Medicine 8(4),198 – 200.
107. Osterling, Jan Dawson, G. (1994), Early Recognition of Children with Autism. Autism and Development Disorders, 24, (3), P.246.57.
108. Ozonoff, S. & Coheart, K. (1998). Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 28, 25 - 32.
109. Ozonoff, S.(1995)'Executive function in autism.' In E.Schopler and G.B.Mesibov (ed.) Learning and Cognition in Autism. New York: Plenum Press.



110. Page ,T.(2000).Metabolic Approaches to the Treatment of Autism Spectrum Disorders.Journal of Autism and developmental disorders.(30),pp463 – 469.
111. Patricia, H. Baron – Cohen, S. & Julie, H. (1999). Teaching children with Autism to mind – read, A practical Guide. London: John Wiley & sons Ltd.
112. Paul, A. & Anne, C. (1995). Applied behavior analysis for teachers, (4 th ed.), New Jersey: Prentice – Hall, Inc.
113. Peersonboom, T. D. (2003). A literature review of the treatment and education for autistic and related communication handicapped children (TEACCH) program. Masters thesis, University of Wisconsin – Stout, USA.
114. Piven, I.,Amdt, S.,Bailey,J.,Havercamp,S. and Andreasen, N.(1995)'An MRI study of brain size in autism.' American Journal of Psychiatry,1145 – 1149.
115. Plaisted, K.(2001)'Reduced generalization in autism: an alternative to weak central coherence.' In J.A. Burack, T.Charman, N,Yirmiya and P.R.Zelazo (eds)The Development of Autism: Perspectives from Theory and Research. Mahwah, NJ: Erlbaum,pp149 – 169.
116. Plaisted, K.(2001)'Reduced generalization in autism: an alternative to weak centre' coherence.' In J.A. Burack, T.Charman, N,Yirmiya and P.R.Zelazo (eds)The Development of Autism: Perspectives from Theory and Research. Mahwah, NJ: Erlbaum,pp149 – 169.
117. Powers,M. (2006). What is autism ?In: MD Powers (Ed) Children with autism: parents guide, (2 edition ), Bethesda, MD: Woodbine House.
118. Preis, J. (2006). The effect of picture communication symbols on the verbal comprehension of commands by young children with autism. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 21, 194 – 210.
119. Rapin, L. and Allen ,D.(1983) 'Developmental language disorders: nosologic consideration.' In U. Kirk (ed.)

- Neuropsychology of Language, Reading and Spelling. New York: Academic Press.
120. Reed, R. Penny, & Laham, A. Elizabeth. (2004). *Assessing Students' Needs for Assistive Technology Resource Manual for School District Teams* (on - line) Available: [wafi.org/content/supports/free/pdf/ASNAT4thEditionDec08.pdf](http://wafi.org/content/supports/free/pdf/ASNAT4thEditionDec08.pdf)
  121. Rimland, B. (1964) *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Therapy of Behavior*. New York: Apleton Century Crofts.
  122. Rimland, B. (1987) 'Megavitamin B6 and magnesium in the treatment of autistic children and adults.' In E. Schopler and G. Mesibov (eds.) *Neurobiological Issues in Autism*. New York: Plenum Press.
  123. Rutter, M. (1997). Classification of pervasive development disorders, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol.4, pp.389 - 406.
  124. Rutter, M. and Bailey, A. (1997). Thinking and relationships: mind and brain (some reflections) of theory of mind and autism. In S. Baron - cohen, H. Tager - Flusberg, & D. Cohen (eds) *Understanding other minds: Perspectives from autism*. Oxford, England: Oxford University Press.
  125. Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview - Revised: ADI - R WPS edition*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
  126. Sagvolden, T. (1999) Attention deficit hyperactivity disorder, *European psychologist*, 4, 109 - 114.
  127. Scambler, Douglas., Rogers, Sally J., & Wehner, Elizabeth. (2001). Can the Checklist for Autism in Toddlers Differentiate Young Children with Autism from Those With Developmental Delays? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol. 40(12): 1457 - 1463.

128. Schopler, E. (1994). Specific and nonspecific factors in the effectiveness of a treatment system. *American Psychologist*, 42, 376 – 383
129. Schopler, E., and Olley, J. (1982). *Comprehensive Educational Services For Autistic Children: The TEACCH Model*. Handbook of school psychology. NewYork: Wiley.
130. Schuster, J. & Griffen, A. (1993). Teaching a Chained Task with Simultaneous Prompting Procedure, *Journal of Behavioral Education*, 3, 309 – 315.
131. Shattock, P., and Savery, D.(1996)'Urinary profiles of people with autism: Possible implications and relevance to other research.' *Therapeutic Intervention in Autism: Perspectives from Research and Practice*. Durham: University of Durham Press.
132. Sheila, Wagner, M.( 1999). *Inclusive Programming for Elementary Student with Autism*, *Future Horizons*.
133. Schneider, B.(1999) *Discovering My Autism: Apologia Pro Vita Sua*(with apologies to Cardinal Newman).
134. Short, A & Marcous, L. (1998). Psychological evaluation of Autism and adolescents with low incidence Handicaps of their Children's communication. *Journal of Autism and developmental Disorders* 28: 77 – 89.
135. Siegel, B. (2003). *Helping Children With Autism Learn: Treatment Approaches For Parents And Professionals*. London: Oxford University Press.
136. Siegel, Bryan, ( 2001). *The word of the autistic child understanding and treating Autistic Spectrum Disorder*. Oxford University. press, Inc.
137. Skylar, Ashley (2006). Assistive Technology Online Resources. *Journal of Special Education Technology*, 21 (1), 45 – 47.
138. Smith, J & Groen, K.(2002). Increasing Academic Skills of Students with Autism, *Education and Treatment of Children*, Vol.13, No.1, p38 – 51.

139. Smith, T.D. (2001). Experiences of Mild And Moderately disabled students Participating in the full inclusion model in a rural high school in Georgia. *Dissert. Abst. Inter. DA1..A61110*, P.3953, Apr2001.
140. Smith, Tristam. (1996). Are other treatment effective. In: Catherine maurice coeditors , Jina Green, Stephen C. Luce. *Behavioral Intervention for young children with Autism A manual for parents and professionals.*
141. Srinivasa, J. (2004). *Autism Spectrum disorders(ASD):Guide to Educators and Parents.* Medical Education online Available from <http://www.medcatin-online.org>.
142. Stokes, S. (1998). Structured teaching: Strategies for supporting students with autism. Retrieved on November 19, 2006, from <http://www.specialed.us/autism/structure/str10.htm>.
143. Stokes, Susan. (2001). *Autism: Interventions and Strategies for Success.* (On -- line) Available <http://www.specialed.us/autism/Autism.pdf>
144. Sulzer - Azaroff, B., & Mayer, R. (1991). *Behavior analysis for lasting change.* Fort Worth, TX: Holt, Reinhart & Winston, Inc.
145. Taylor, E. (1998). *Clinical Foundations of hyperactivity research Behavioral Brain Research*, 94, 11 - 24.
146. Tidmarsh ,L.& Volkmar.F.R.(2003). *Diagnosis and Epidemiology of Autism spectrum.* *Journal of Psychiatry* ,48(1)pp115 - 129.
147. Turner, M.(1999) 'Generating novel ideas: fluency performance in high - functioning and learning disabled individuals with autism.' *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,40,189 - 202.
148. Wakefield, A.(1998) 'Ileal - lymphoid - nodular hyperplasia, on - specific colitis, and pervasive developmental disorder in children,' *Lancet*,351(9)03,28 February), 637 - 641.

149. Waltz, Mitzi. (1999). *Developmental disorders: Finding diagnosis and getting help*. O, Reily & Associates. INC.
150. Welherby, A.M. & Prizant, B. (2005). *Enhancing language and communication development in autism: Assessment and intervention guideline*. In D. Zager (Ed.). *Autism Spectrum Disorders*, 3rd ed. pp. 327 - 365. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
151. Wheeler, J.J. & Carter, S.L. (1998). *Using visual cues in the classroom for learners with autism as a method for promoting positive behavior*. *B.C. Journal of Special Education*, 21, 64 - 73.
152. Williams D. (1999) *Autism: An Inside - Out Approach: An Innovative Look at the 'Mechanics of Autism' and its Developmental ' Cousins'*. London: Jessica Kingsley Publishers.
153. Williams, D.L., Dabrymple, Ni., Neal, J. (2000). *Eating habits of children with autism*. *Pediatric Nursing*, 2, 259 - 264.
154. Williams, K. R. (2006). *The Son - Rise program intervention for autism: Prerequisites for evaluation*. *Autism: The International Journal of Research & Practice*, 10, 86 - 102.
155. Wing, L. and Athwood, A. (1987) *'Syndromes of autism and atypical development*. In D. Cohen and A. Donnellan (eds) *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: John Wiley and Sons.
156. Wing, L., and Gould, J., (1979). *Sever impairment of social interaction and social abnormalities in children: Epidemiology and classification*, *Journal of Autism and childhood schizophrenia*, 9, 11 - 29.
157. Wing, Lora. (2001). *The Autistic Spectrum: A parents guide to understanding and helping your child*. Berkeley, California: Ulysses Press.
158. Wing, L. (1996) *The Autistic Spectrum: A Guide to Parents and Professionals*. London: Constable and Company.

159. Wolf, S. (1989). Psychiatric disorder of childhood. In Kendall, RE, Zally AK (Ed) Companion to psychiatric studies, London. Churchill Livingstone.
160. Wolf, S., Naragan, S., & Moyes, B. L (1988). Personality characteristics of Parent of autistic children. *Journal of child Psychology and Allied Disciplines*, 29, 143 – 153.
161. World Health Organization (1992) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th edition (ICD – 10) Geneva:WHO.
162. World Health Organization. (2006). *International Classification Diseases – 10*. (on - line) Available. <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
163. Young,S.(2004). Young children spontaneous. Goteborg University, *International Journal of Early Childhood*.36 (2) 59 – 74.











للنشر والتوزيع



ننشر والتوزيع

# AUTISM

Definition . Causes . Diagnosis & Treatment

Bibliotheca Alwansiriya



1241862



9 784945 7586232



الأبى - عمان - وسط البلد - طر القاد صخور - صمغ الحشيش الكوايز  
هاتف : 96264646208 - فاكس : 96264646470  
الأبى - عمان - برج المصفاة - شارع التأسيسة - معسكر كلية الهندسة  
هاتف : 96265713906 - فاكس : 96265713907  
جوال : 00962-797950680

Info@al-esar.com - www.al-esar.com