الفصل الأول

Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

التطور التاريخي للتوحد:

يمكن القول: إنه في البدايات الأولى كان يُنظر إلى أعراض التوحد على أنها شكل مبكر للفصام، بل إن مصطلح التوحد نفسه استخدم في البداية في ميدان الطب النفسي عندما عُرّف الفصام، وكان التوحد في ذلك الوقت يستخدم وصفاً لصفة الانسحاب لدى الفصاميين، إلا أن مصطلح التوحد أصبح يستخدم فيما بعد اسماً للدلالة على الاضطراب بأكمله (Maltz, 1982).

ويمكن تتبع التطوّر التاريخي للتوحد من خلال التالي: (الزريقات، ٢٠٠٤م – ٢٧-٢٨).

أولاً: فترة الخمسينيات والستينيات:

كان التركيز في تلك الفترة المبكرة من عمر التوحد على توضيح الأعراض التي تُحدّد التوحد على أنه متلازمة محدّدة، إلا أن الملحوظ بأن التركيز في هذه المرحلة لم يكن على كيفية إدراك التوحد بقدر ما كان على كيفية مقاربته بغيره من الاضطرابات.

وفي تلك المرحلة توصلت البحوث إلى أن هناك ثلاثة مجالات من السلوك لدى الغالبية العظمى من الأطفال التوحديين، والتي اشتملت على الإخفاق في تطوير علاقات اجتماعية، وتأخّر واضطراب لغوي، وسلوكيات استحواذية أو طقوسية مرتبطة باللعب التكراري والنمطي.

وفي هذه المرحلة كان هناك العديد من الدلائل والمعالم المهمة، منها على سبيل المثال، وحسب ما أشارت إليه دراسات المستوى الرئيس للقدرة على المقاسة والمستوى العام من الكفاءة اللغوية والتطبيقية المميزة للقدرات التي أشار إليها التقييم النفسي.

أما بالنسبة إلى علاقات المهارات اللفظية والتسلسلية، والتي أدت هي الأخرى إلى استنتاج أن العيب الحسي ليس في اللغة بحد ذاتها، بل في عناصر محددة منها؛ كالتجريد، والفهم السريع، وإجراء التدخل، فقد كان ضعيفاً.

ولا شك أن مثل هذه النتائج أدت إلى التحول - مع مرور الوقت - من العلاج النفسي إلى المناهج السلوكية والتربوية، ومن ذلك على سبيل المثال: استخدام مبادئ التعلم السلوكية بهدف تعديل سلوك الأطفال التوحديين.

ومن المعالم المهمة في هذه المرحلة أيضاً: إدراك الحاجة الماسة لتخطيط برامج علاجية تشجّع وتسهّل النمو الاجتماعي واللغوي ومهارات التواصل لمساعدة الطفل التوحدي على التفاعل الهادف.

ثانياً: مرحلة السبعينيات وبداية الثمانينيات:

وما يميّز هذه الفترة هو وجود مُعْلَمَيْن رئيسين، هما:

١- الممارسة الإكلينيكية والبحوث، والتي ساعدت على تطوير مناهج تقييم منظمة تُظهر أدوات التقييم مثل المقابلة الشخصية للتوحد وغيرها.

٢- التعرّف إلى مدى أنواع الصعوبة في التوحد ومستوياتها، حيث ظهر الاهتمام بتمييز التوحد عن غيره من الاضطرابات النمائية العامة، في الوقت الذي استمر فيه الاهتمام موجهاً نحو العيوب السلوكية، وإمكانية ارتباطها ببعض أشكال أمراض الدماغ المكتسبة. وما يميز هذه المرحلة أيضاً أن الاضطرابات اللغوية لقيت اهتماماً ملحوظاً فيها، بحيث تمّ الاستنتاج بأن التوحد هو أكثر من مشكلة اضطراب نمائي للغة

الاستقبالية. وإنما هو نتيجة لدى واسع من العيوب المعرفية التي تتضمن مشكلة اللغة.

والأمر الآخر الذي شهدته هذه المرحلة هو اهتمامها بالمشكلات الطبية للتوحد. وهذا يتضح من ظهور العديد من الأبحاث والدراسات التي رأت أن التوحد مرتبط ببعض الظروف الطبية المحددة. أما أكثر ما ميز هذه المرحلة، فهو البحث في الأسباب وتطور الأدلة لأثر العوامل الجينية في التوحد.

وشهد عقد الثمانينيات من القرن الماضي اقتراحات، مفادها أن الأطفال التوحديين لديهم قصور في المقدرات، الأمر الذي أدى إلى التعاطف معهم، والشعور بأن العيوب الاجتماعية والانفعالية هي الأساس. ومن ثم تركز الاهتمام في القدرة على إدراك الأدلة والمشاعر أو وجهات نظر الآخرين، وأن المشكلة هي الإخفاق في تطوير علاقات اجتماعية ومهارات تواصلية.

ونتيجة لذلك: فقد تركز الاهتمام بالاستراتيجيات السلوكية والتربوية. وخلصت النتائج إلى أن الأطفال التوحديين يحققون تقدماً أفضل في الأوضاع المنظمة. إضافة إلى ذلك، فقد توجه الاهتمام أيضاً في هذه المرحلة إلى تعليم مهارات محددة، في حين ما زال الاهتمام ببحث القصور أو ضعف التعميم من المواقف التعليمية في المدارس وغيرها إلى مواقف أخرى، ضعيفاً. ومع هذا الاهتمام تأسست برامج تهتمّ بتعديل سلوك الطفل جنباً إلى جنب مع مساعدة الآباء في التعامل مع المهارات التواصلية الاجتماعية للأطفال التوحديين، مثل برنامج (تيتش TEACCH) وبرامج العلاج المستندة إلى المنزل.

ثالثاً: أواخر الثمانينيات وبداية التسعينيات:

في هذه الفترة ظهر الاهتمام بدراسة العوامل الجينية وأثرها في التوحد؛ فالدراسات في البلدان الإسكندينافية وبريطانيا اظهرت أدلة تشير إلى فروق في معدل الأزواج أحادية اللقاح Monozygotic مقارنة بالأزواج ثنائية اللقاح

Dizygotic، وما زالت الغالبية العظمى من إخوة الأطفال التوحديين ممن ليس لديهم توحد، وهذا كما يشير (الزريقات، ٢٨) يظهر عكس الملحوظات التي تقوم باشتراك حينات عديدة.

كما ظهرت في هذه المرحلة عدة تقارير تحاول الربط بين التوحد والشذوذات الطبية المحددة. كما أظهر الربط بين التوحد والعيوب في التمثيل الغذائي والمدى الواسع للإصابات خلال مرحلة قبل الولادة وما بعدها، إلا أن العلاقة ظلت غير واضحة، مما يعني عدم تجاهل النتائج البيولوجية وارتباطها بالملاحظة، كما شهدت هذه المرحلة اهتماماً بالعيوب المعرفية في التخطيط والتنظيم.

رابعاً: أواخر التسعينيات:

شهدت هذه الفترة من القرن الماضي تطوراً للنتائج الجينية، كما أظهرت اهتماماً بالتشابهات بين التوحد والأنماط السلوكية للأطفال الذين يعانون من حرمان شديد جداً، والعلاقة بين التوحد واضطراب الجوانب الاجتماعية للغة المتصلة بالمعنى.

كما امتازت هذه المرحلة في تحديد الفروق ذات الدلالة بين الأنواع العديدة للظروف الصحية التي تشارك مع تشخيص التوحد – بالإضافة إلى التغيرات الكبيرة – في الأساليب العلاجية، وتوجيه الاهتمام نحو الأساليب المساعدة في إحداث تغييرات إيجابية، كما تم الحديث أيضاً في هذه المرحلة عن الأدوية التي يمكن أن تؤدي إلى فوائد وإحداث تحسن سلوكي لدى معظم الأفراد التوحديين (الزريقات، ٢٠٠٤م: ٢٩).

الفصل الثاني

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University


وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

ولو عدنا لكانر Canner وهو أول من عرّف بالتوحد، وقدّم له من خلال تشخيصه له، وكتب كل ما كان يعتقد به أعراض هذه المتلازمة غير المعروفة، ومن خلال ملاحظته لإحدى عشرة حالة أشار إليها في دراسته، فإننا نلحظ تلك السلوكيات المميزة للتوحد، والتي تشتمل على:

١- عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين.

٢- تأخر في اكتساب الكلام

٣- استعمال غير تواصلي للكلام بعد تطوره.

٤- مصاداة متأخرة.

٥- تكرار ونشاطات في ألعاب نمطية متكررة.

٦- المحافظة على التماثل.

٧- ضعف في التحليل وذاكرة حرفية جيدة.

٨- ظهور جسمي طبيعي.

أما كريك Kreik، فقد قدّم تشخيصاً تشخيصياً للتوحد، إلاّ أنه يعد تشخيصاً لذهان الطفولة المبكر في ذلك الحين، ومن خصائصه ما يلي:

١- إعاقة في العلاقات الانفعالية مع الآخرين.

٢- عدم الوعي بالهوية الشخصية بشكل غير مناسب للعمر.

٣- انشغال مرضي بأشياء محددة في بعض الخصائص دون الاهتمام بالوظائف.

٤- المقاومة الشديدة للتغير البيئي، والمحافظة على التماثل.

٥- خبرات إدراكية شاذة.

٦- قلق غير منطقي وحاد ومتكرر.

٧- فقدان الكلام وعدم اكتسابه، أو الإخفاق في تطويره.

٨- تشوه في نمط الحركة.

٩- تظهر اطفالاً شديداً وقدرات ذات طبقة ذهنية محدودة، سواء كانت طبيعية او غير طبيعية.

وكما يلحظ، فقد قدّم كلٌّ من كانر وكريك وصفاً متشابهاً للتوحد، باستثناء ان كريك قد أضاف ثلاث خصائص نجدها في الأرقام (٥، ٦، ٨).

أما روتر (Rutter,1978)، فقد حدد ثلاث خصائص أساسية للتوحد، هي:

١- إعاقة في العلاقات الاجتماعية.

٢- نمو لغوي متأخر أو منحرف.

٣- سلوك طقوسي واستحواذي، او الإصرار على التماثل.

وقد تمّ تبني هذه الأعراض الثلاثة الرئيسة من قبل الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (Diagnostic and Statistical Manual DSM III-R) والصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين، وما زال موجوداً أيضاً في الإصدار الرابع للدليل نفسه.

وقد ذكر (Brown) أربعة محاور يعاني منها الطفل التوحدي، وتظهر فيها جوانب القصور، وهي:

١- علاقات مختلة.

٢- صعوبات في التواصل.

٣- ضروب سلوكية ذات طابع متصلب.

٤- نمو مشتّت ذو طبيعة خاصة.

كما يؤكد أن من أهم علامات هذا الاضطراب صعوبة تشخيصه (Brown,w.,1990:25).

وعرّف (Lewis, v.) التوحد في الارتقاء الاجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية (Lewis,volkmar,1990:248).

في حين عرف (Wolf) الأطفال التوحديين على أنهم الذين:

١- ينقصهم الاتصال الانفعالي.

٢- ينقصهم الاتصال اللغوي، المتمثل في فساد النمو اللغوي، مع شذوذ في شكل الكلام ومضمونه، وترديد آلي لما يُسمع.

٣- شذوذ في اللعب والتخيل.

٤- النمطية والتقولب، والإصرار على الطقوس والروتين، وردود الفعل العنيفة إزاء أي تغير في هذه الأنماط، مع وجود الكثير من الحركات الآلية غير الهادفة: مثل (هز الرأس - تحريك اليدين - الأصابع.....) (wolf,1988:576).

وعرفته (Lissa B.) على أنه: نوع من اضطرابات النمو المعقدة والتي تتميز بغياب العلاقات الاجتماعية والاتصال والمحادثة مع وجود العديد من السلوكيات الشاذة والمنحرفة عن النمو العادي، ويحدث هذا الاضطراب دائماً قبل سن ٣ سنوات، ويستمر باقي الحياة مع هؤلاء الأطفال، وغالباً ما يصاحب هذا الاضطراب نقص في القدرات العقلية بنسب متفاوتة (Swetlen,1996:156).

وأيضاً عرفه (عبدالعزيز الشخص) على أنه: نوع من اضطرابات النمو والتطور الشامل، بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة، وفي مجالات العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة، وعادة ما يصيب الأطفال في الثلاث سنوات الأولى، ومع بداية ظهور اللغة؛ حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم، وعدم الاهتمام بالآخرين، وتبلد المشاعر (الشخص، عبدالغفار، ١٩٩٢م: ٢٨٠).

كما وينظر إليه (Sethen han) على أنه: أحد الاضطرابات الارتقائية التي تتسم بوجود تأخر شامل في النمو، وقد يصل حد هذا الاضطراب إلى صعوبة التقييم الإكلينيكي، خاصة على مستوى القدرات المعرفية (Osterling,1994:247).

وأما (Gilberg)، فيرى أنه: أزمة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة ومصحوبة

في الغالب بنسبة ذكاء منخفض، وتتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي واتصال شاذ (Gilberg,1992:386).

في حين تعرفه الجمعية الأمريكية للتوحد بأنه: نوع من أنواع الاضطرابات التطورية تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتكون نتائج الاضطرابات نيرولوجية تؤثر على وظائف المخ، وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو، فتجعل الاتصال الاجتماعي صعباً عند هؤلاء الأطفال، وتجعل عندهم صعوبة في الاتصال؛ سواء كان لفظياً أو غير لفظي. وهؤلاء الأطفال يستجيبون دائماً إلى الأشياء أكثر من الاستجابة إلى الأشخاص، ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغير يحدث في بيئتهم، ودائماً يكررون حركات جسمانية أو مقاطع من كلمات بطريقة آلية متكررة، والمهم الآن هو البحث عن أهم الطرق التي تعمل على رفع مستوى هؤلاء الأطفال التوحديين.

أما المعهد القومي للصحة العقلية (PIMH,1998) فيشير إلى التوحد بأنه: تشويش عقلي يؤثر على قدرة الأفراد على الاتصال، وإقامة علاقات مع الآخرين، والاستجابة بطريقة غير مناسبة مع البيئة المحيطة بهم، وبعض التوحديين قد يكونون متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي، أو بكم، أو لديهم تأخر واضح في النمو اللغوي، وبعضهم يبدون منعلقين أو محصورين داخل أنماط سلوكية متكررة ونماذج تفكير جامدة، وأكثر هؤلاء يواجهون مشكلات اجتماعية ومشكلات حسية تتصل بالإدراك ومشكلات اتصالية. وكل هذه المشكلات تؤثر على سلوكهم، وبالتالي على قدراتهم على التعلم، ومن ثم قدرتهم على التكيف مع الحياة.

أما الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية سنة (١٩٩٤م) فتعرف التوحد بأنه: فقدان القدرة على التحسن في النمو، مؤثراً بذلك على الاتصالات اللفظية وغير اللفظية، والتفاعل الاجتماعي. وهو عادة يظهر في

سن ما قبل ثلاث سنوات، والذي يؤثر على الأداء في التعليم، وفي بعض الحالات التوحدية تكون الأعمال والأشغال والأقوال مرتبطة بتكرار آلي لمقاطع معينة من خدمات محددة، ويظهر هؤلاء الأطفال مقاومة شديدة لأي تغيير أو تغير في الروتين اليومي، وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة (DSM.IV,1994).

أما دائرة المعارف العامة (١٩٩١م) فقد نظرت إلى التوحد على أنه: عجز شديد في المقدرة الخاصة بالجهاز العصبي، الذي ينتج عنه ضعف واضح في مقدرة الفرد على التعلم واكتساب المعلومات، وهذا الاضطراب يشكل جميع الوظائف الخاصة، فيصبح مؤشراً لوجود اضطراب بيولوجي في الناحية التطويرية للمخ. ولم يُتعرّف على سبب حدوث هذا الاضطراب إلى الآن. وتبدأ الأعراض التوحدية في الظهور في خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتتضمن عدم التخاطب الطبي في غياب الاتصال الاجتماعي، وغياب السلوك الخاص باللعب المتكرر، وتصبح لدى الفرد طقوس غريبة لا يقدر على الاستغناء عنها، ويظهر عليه التبلد في الاستجابة للغير، وتبلد المشاعر تجاه الألم والخطر، ويصبح السلوك ممزقاً ومشتتاً، ويحدث هؤلاء الأفراد استجابات عنيفة ضد أي تغيير، وأوضحت الإحصائيات أن من ٧٠-٨٠٪ من هؤلاء التوحديين يعانون من تأخر عقلي بدرجات متفاوتة (Michcal.W,1999).

وعرفه المؤتمر الذي عقد مؤخراً في إنجلترا (Autism 99 1999-11) بأنه: اضطراب نمو طويل المدى يؤثر على الأفراد طيلة حياتهم، وتتمركز الخسائر التي تأتي من هذا الاضطراب في الآتي:

- خسائر في العلاقات الاجتماعية.
- خسائر في سائر أنواع الاتصالات؛ سواء اتصالات لفظية أو غير لفظية.

- مشكلات في رؤية الطفل للعالم من حوله ومشكلات تعلمه من خبراته.
- مشكلات في التخيل والإدراك واللعب، وبعض القدرات والمهارات الأخرى.

ويعد الاضطراب التوحدي Autism Disorder رقم ٣ من أكثر الإعاقات التطورية تعقيداً وصعوبة على مستوى العالم.

ويرى كندال Kendall (٢٠٠٠م) أن الدراسات الحديثة كشفت عن وجود انخفاض نسبي واضح في نشاط النصف الكروي الأيسر من المخ لدى الأطفال التوحديين، ومن المعروف أن ذلك النصف هو الذي يتضمن تلك المنطقة المهمة، التي تعد هي المسؤولة عن حدوث التواصل.

ومع ذلك - وكما يشير (محمد، ١٤٢٢هـ) - فلا تزال هناك حقيقة مهمة حول أسباب هذا الاضطراب: مفادها أنه لا يوجد سبب واضح على وجه التحديد يعد هو المسؤول عن حدوث ذلك الاضطراب، أو يمكننا من خلاله أن نفسر السبب الذي يجعل الأطفال التوحديين يسلكون مثل تلك الأساليب غير العادية، أو الذي يؤدي إلى حدوث تلك الأعراض والتي تعد بمثابة الملامح الأساسية المميزة له (٢٥٠).

أما نحن شخصياً، فنظن أن التوحد على أنه أحد اضطرابات النمو الشاملة التي تتميز بما يلي:

١- قصور وتوقف في تطور الإدراك الحسي واللغوي.
٢- قصور في القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والتطور المعرفي الاجتماعي.
٣- ظهور تخلف شديد وقدرات وظيفية ذهنية محدودة.
٤- نزعة انسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي.
٥- إصدار حركات نمطية عشوائية غير هادفة.
٦- ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية.

٧- ضعف في التحليل.

٨- خبرات إدراكية شاذة.

٩- عدم إدراك للهوية الشخصية بشكل مناسب للعمر.

١٠- عدم القدرة على الاعتماد على النفس بشكل عادي يسمح بالاعتماد عليه.

انتشار التوحد ونسبة حدوثه:

كون التوحد من الاضطرابات النادرة غير معروفة الأسباب يجعل التقدير الدقيق لمدى حدوثه أمراً متغيراً، فالبحوث المبكرة وضعت مدى انتشار هذا الاضطراب تقريباً من (٢-٥) بين كل (١٠,٠٠٠) شخص، ومع ذلك، فإن التقديرات الحديثة له تعطي تقديرات أقل منه: أي حوالي ٢ من بين كل (١٠,٠٠٠) شخص.

وأشارت كثير من الدراسات الحديثة التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أنه يوجد على الأقل ٣٦٠,٠٠٠ فرد مصابين بالتوحد كلهم من الأطفال. كما أوضحت الدراسات أن اضطراب التوحد يعد الإعاقة الرابعة الأكثر شيوعاً للإعاقات المختلفة، والتي تتمثل في التخلف العقلي - الصرع - الشلل المخي.

وتشير الإحصائيات في أوروبا - على سبيل المثال - أن نسبة حدوث التوحد تصل إلى ٣-٤ حالات لكل عشرة آلاف حالة ولادة، وتزيد لتصل إلى حالة لكل ٥٠٠ ولادة في الولايات المتحدة الأمريكية.

والبعض يقول: إن التوحد يحدث فيما بين حوالي ٤-٥ أطفال من كل عشرة آلاف مولود.

وليس للتوحد علاقة بجنسية معينة كما كان يعتقد سابقاً؛ إذ كان الاعتقاد بأنه مرتبط بجنس الطبقة الراقية في المجتمع بحكم توفر الخدمة الجنسية لهن، وهم من لا يهتمون بالحالة النفسية لأبنائهم.

وتكثر حتى هذه اللحظة لا توجد احصائيات دقيقة في المملكة العربية السعودية عن معدل انتشار اضطراب التوحد لعدة أسباب منها: صعوبة الكشف المبكر عن هذا النوع من الاضطرابات النمائية. وأيضا عدم توافر المؤسسات والهيئات المتخصصة التي تدرس هذه الفئة بفعالية مثل الهيئات الموجودة في الدول المتقدمة؛ وذلك لأن مثل هذا العمل يتطلب مجهودات كبيرة وكوادر علمية كبرى متخصصة في هذا المجال، بجانب عدم توفر الأموال الباهظة التي تتكلفها هذه المؤسسة لعمل هذه النوعية من المشروع طويلة الأجل، ناهيك عن عدم تحديد اضطراب واحد بعينه أو عدة اضطرابات، والتي قد تندمج في مفهوم عام واحد يسمى التوحد.

وفي دراسة نشرت في ندوة «الإعاقات النمائية فضاياها ومشكلاتها العلمية» التي نظمتها جامعة الخليج العربي – مملكة البحرين، ممثل برنامج مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود للتربية الخاصة في الفترة من (١٦-٢١) محرم ١٤٢١هـ، أشارت إلى نسبة اضطراب التوحد في مراكز المملكة العربية السعودية التابعة لوزارة الشئون الاجتماعية، حيث اجريت الدراسة على (١٥٦٦) حالة، منها (٩١١) ذكور، مقابل (٦٥٥) اناث، وبلغت حالات التوحد (١٣٠) حالة، بمعدل نسبة مئوية ٨,٣٪ حيث كشفت هذه الدراسة عن وجود حالات توحدية في المراكز والدور الايوائية (الوزنة، ٢٠٠٤م: ١٨).

كما أن هناك دراسة ميدانية مدعومة من مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية (الإدارة العامة لبرامج المنح البحثية) يقوم بها مجموعة من الأطباء، بعنوان «البحث الوطني للتوحد واضطرابات النمو المماثلة» يتمثل دورنا فيها كمستشار للبحث. وتقوم هذه الدراسة الميدانية بتحديد حجم مشكلة التوحد في المملكة العربية السعودية، وقد تمّ حتى الآن إدخال ما يقارب (٦٠٠) عينة عشوائية للأطفال في مناطق المملكة في الحقب الأولى وتحليلها وعرض الحالات المشتبه بها على فريق متعدد التخصصات للتشخيص من الحالات.

والتأكد من التشخيص، ويستمر العمل فيه حتى نهاية السنة الثالثة للبحث إلى نهاية شهر ديسمبر ٢٠٠٤م، الموافق ذو القعدة ١٤٢٥هـ (الوزنة، ٢٠٠٤م: ١٨). وإلى ذلك الوقت، يكون لدينا تقدير عن حجم هذا الاضطراب في المملكة، وتصور واضح عما ينبغي عمله تجاهه.

هذا بالإضافة إلى أن هناك العديد من الكتابات والدراسات العربية حول التصور في السنوات الأخيرة، سواء في المملكة أو خارجها يصعب ذكرها جميعاً، ومنها دراسة ميدانية لكاتب هذا البحث بعنوان «طبيعة وواقع الخدمات المقدمة للطفل التوحدي في المملكة العربية السعودية» دراسة استطلاعية للجهات التي تخدم التوحد في المملكة العربية السعودية، منشورة بمجلة الخدمة الاجتماعية الصادرة عن الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، العدد ٤٥ للسنة التاسعة عشرة، عام ٢٠٠٩م، حيث أشارت الدراسة إلى متغيرات مهمة في قضية التوحد، ومنها عدد المراكز المشمولة بالتوحد (الحكومية والأهلية) في ذلك الوقت، وأعمار الأطفال الملتحقين بها وجنسهم، والحد الأدنى والأعلى لقبولهم في المراكز، والخدمات المقدمة لهم، ورسوم التحاقهم، وغير ذلك.

ولا شك - وكما ذكرنا - فهناك العديد من الدراسات العربية، ولكنها - في معظمها - لا تركز على مدى انتشار التوحد، أو نسبة حدوثه في البلدان العربية، بل تتطرق لمفهومه وخصائصه، أو دراسة حالات معينة أو طرق العلاج الملائمة مع الطفل، وهي - ولا شك - مطلب حيوي وضروري لاضطراب نادر من هذا النوع، وغير معروف للعديد من الأسر في الوطن العربي بشكل عام.

وتود أن نشير إلى أنه عند مجرد ذكر التوحد، فإنه يتنامى للذكر ذلك التوحد الكلاسيكي، وهنا تكون النسبة ولا شك منخفضة، أو أن يقصد بالتوحد عَرَضٌ من الأعراض، سواء كانت بسيطة أو متوسطة أو شديدة، وهنا تكون

النسبة عالية لدمج أكثر من اضطراب بعضها مع بعض.

وفيما يتعلق بالفروق الجنسية لاضطراب التوحد. فهي متغيرة أيضاً، وتعتمد على درجة الذكاء عند الشخص المصاب، وهو منتشر بين النساء اللاتي تكون درجة ذكائهن أقل من ٢٥، ولكن هذا الاضطراب أكثر عند الرجال الذين تكون درجة ذكائهم أعلى، دون أن يعرف أحد السبب حول ذلك.

كما يلحظ أن هذا الاضطراب يحدث بمعدل أربع مرات أكثر في الأولاد، وليس لذلك سبب واضح، في حين أشارت بعض الأبحاث إلى أنه في حالة إصابة البنات، فإن إعاقتهن تكون أكثر صعوبة وخطراً.

وتؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism, Society of American) أن نسبة انتشار هذا الاضطراب في الولايات المتحدة ٠,٠٦ ٪، وأن معدل الانتشار قد جعل من التوحد، ثالث أكبر الاضطرابات النمائية شيوعاً من جملة أعراض داون (Down).

ويرى كيندال (Kendall 2000 Dyn prend) أن نسبة انتشار التوحد في اليابان، على سبيل المثال، تعد الأعلى من مثيلاتها في أي دولة أخرى من دول العالم، حيث تراوح بين ١٣ ٪، ١٦ ٪، في حين تبلغ في المملكة المتحدة ٠,٠١ ٪، أما في الصين، فتعد أقل دول العالم في انتشار هذا الاضطراب، حيث تبلغ النسبة بها ٠,٠٤ ٪ (محمد، ٢٧٤: ١٤٢٢هـ).

كما أشارت بعض الدراسات في الولايات المتحدة أيضاً أن هناك معدل انتشار كبير لإصابة الأولاد الذكور الذين هم المواليد الأوائل لآبائهم. وأيضاً لا يعرف سبب ذلك حتى الآن (The National Autism Society,1999).

هذا طبعاً فيما يتعلق بحدوث التوحد منفرداً لدى الأطفال، أما حدوثه مصاحباً باضطرابات أخرى، فإن النسبة تتضاعف، حيث تشير بعض التقديرات إلى أن عدد الأطفال الذين يصابون بالتوحد والاضطرابات السلوكية المرتبطة به

الفصل الثالث

Damascus University


وقل رب زدني علما
Damascus University

أنه يعد أحد مظاهر الاضطرابات الارتقائية وهو يحدث نتيجة مباشرة لاختلال هارموني الارتقاء والبعد عن المسار الطبيعي ومن أهم علاماته اختلاف في التفاعل الاجتماعي وقصور في عملية التواصل مع قلة الاهتمامات والأنشطة والتأخر اللغوي والقدرة على استخدام اللغة في التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي بالإضافة إلى وجود ضروب سلوكية تتسم بالطابع التكراري النمطي، ويغلب التصور المعرفي على الصورة الإكلينيكية للطفل الذاتوي من خلال اضطراب وظائف الإدراك والانتباه والتفكير والتخيل والتذكر الأمر الذي يجعل أن هناك صعوبات في التوافق مع المتغيرات البيئية من جهة ومع المحيطين به من جهة أخرى (السيد الرفاعي، 1999، ص87: 88).

ونستخلص مما سبق أن الاضطراب التوحدي ما هو إلا:

نوع من الاضطرابات الارتقائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهورها وإلى مدى حياته، تؤثر على جميع جوانب نموه وتبعده عن النمو الطبيعي، ويؤثر هذا النوع من الاضطرابات الارتقائية على التواصل Communication سواء كان تواصل لفظي أو تواصل غير لفظي وأيضاً على العلاقات الاجتماعية وعلى أغلب القدرات العقلية لهؤلاء الأفراد المصابين بالتوحدية، ويظهر في خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويفقده الاتصال والاستفادة ممن حوله سواء أشخاص، أو خبرات أو تجارب يمر بها، وهذا النوع من الاضطراب لا شفاء منه وقد يتحسن بالتدخل العلاجي المبكر.

أشارت الدراسات الحديثة التي أجريت في الولايات المتحدة أنه يوجد على الأقل 360,000 فرد مصاب بالتوحدية، ثلثهم من الأطفال وأوضحت الدراسات أن التوحدية تعد الإعاقة الرابعة الأكثر شيوعاً للإعاقات المختلفة والتي تتمثل في التخلف العقلي ـ الصراع ـ الشلل المخي، وتحدث التوحدية في حوالي 5:4 أطفال كل عشرة آلاف مولود (Michael D., 1993, P.10).

وأشارت الدراسات والأبحاث الحديثة أن الاضطراب التوحدي يحدث فيما يقرب الآن

من 10 - 15 طفل من بين 10,000 طفل في بلد في مثل حجم الولايات المتحدة (Autism 99).

ولكن إلى الآن لا توجد أي إحصائيات في جمهورية مصر العربية عن معدل انتشار الاضطراب التوحدي وذلك لصعوبة الكشف المبكر عن هذا النوع من الاضطرابات النطورية وأيضاً لعدم توافر المؤسسات والهيئات المتخصصة التي تدرس هذه الفئة متمثلة مثل الهيئات الموجودة في الدول المتقدمة، وذلك لأن هذه المؤسسات تحتاج إلى كوادر علمية كبرى متخصصة في هذا المجال بجانب عدم توافر الأموال الباهظة التي تتكلفها هذه المؤسسات لعمل هذه النوعية من المسوح طويلة الأجل.

يحدث الاضطراب التوحدي بمعدل 4 مرات أكثر في الأولاد عن البنات ولا يذكر سبب مفهوم إلى الآن في ظهور التوحدية عند البنين أكثر من البنات، ولكن أثبتت الأبحاث أن في حالة إصابة البنات تكون إعاقتهم أكثر صعوبة وخطراً وتكون درجة ذكائهم منخفضة جداً عن غيرهم من البنين الذين في مثل حالتهم.

وأشارت الدراسات في الولايات المتحدة إلى أن هناك معدل انتشار كبير لإصابة الأولاد الذكور الذين هم أوائل مواليد لآبائهم وأيضاً لا يعرف سببه حتى الآن (The National Autism Society, 1999).

أسباب الاضطراب التوحدي:

تعددت الدراسات التي تحاول معرفة الأسباب المؤدية للتوحدية، ولكن إلى الآن لم تتوفر أي من الأبحاث التي تيقنت بوجود سبب أساسي يؤدي للتوحدية ولكن الكثير من الدراسات الحديثة أوضحت أنه لا دور للوالدين كسبب للتوحدية وهذا كما قيل من قبل في بداية اكتشاف الاضطراب التوحدي إلى:

1 - عوامل جينية: أثبتت بعض الدراسات الحديثة أن هناك ارتباطاً بين التوحد وشذوذ الكروموزومات وأوضحت هذه الدراسات أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد فقط وهذا الكروموزوم يسمى Fragile x Syndrome ويعتبر Fragile x شكل وراثي حديث

مسبب للتوحد والتخلف العقلي وأيضاً له دور أساسي في حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الزائد Hyperactivity والانفجارات العنيفة Violent Outburst والسلوك الآلي Autistic Like Behavior ويظهر عند الفرد الذي لديه كروموزوم x..f تأخر لغوي شديد وتأخر في النمو الحركي ومهارات حسية فقيرة.

وهذا الكروموزوم يكون شائع بين البنين أكثر من البنات، ويؤثر هذا الكروموزوم في حوالي 7 : 10% من حالات التوحدية (Lida, Helene, 1993, P.5 26).

2 ـ عوامل بيولوجية: وتنحصر هذه العوامل في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها، ونعني بذلك إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرضها أثناء الولادة لمشكلات مثل نقص الأكسجين ـ استخدام آلة ... الخ أو عوامل بيئية أخرى وهي تعرض الأم للتوتر قبل الولادة أو تعرضها لحادثة أو كبر سن الأم، كل هذه عوامل قد تكون سبب متداخل في حالة التوحدية.

3 ـ عوامل نيرولوجية: أثبتت بعض الدراسات أن هناك ارتباط بين بعض الحالات التوحدية والتغير في كيمائية الدم لدى هؤلاء الأطفال (Jones K. 1996 P.313).

4 ـ أثبتت دراسات أخرى حديثة أن هناك جزءاً في المخ يتأثر في التكوين وأوضحت هذه الدراسات، أن هناك اختلافات في جزء في المخ لدى الأطفال التوحديين عن غيرهم من الأطفال العاديين، وهذا ما أشارت إليه دراسة Waterhose آن هناك شذوذ لدى الطفل التوحدي على جهاز رسم المخ الكهربائي والتي توصلت إلى حوالي 10% : 80% من الأطفال التوحديين غالباً ما يظهرون شذوذاً في جهاز رسم المخ الكهربائي، وهذا الشذوذ يشير إلى فشل في التجنيب المخي، والاستجابة السمعية المستثارة من جزع المخ لدى الأطفال التوحديين (Waterhose, L.96).

5 ـ عوامل تراجع إلى متغير الجنس، وأوضحت دراسة Tristron, Smith 96 الفروق الجنسية بين البنين والبنات في معدل الإصابة ومداها وقد توصلت الدراسة إلى الآتي:

1 ـ البنات التوحديات أقل من الأولاد في الإصابة بالاضطرابات الارتقائية بشكل عام والاضطراب التوحدي بشكل خاص وتتراوح النسبة 3 ـ 4 : 1.

2 ـ البنات التوحديات يظهرن مستوى أقل من الأولاد التوحديين في نسبة الذكاء بفارق لا يقل عن 5 درجات تقريباً فيما يتعلق باختلاف القدرات اللفظية ومهارات الرؤية المكانية Visual Spital Skills .

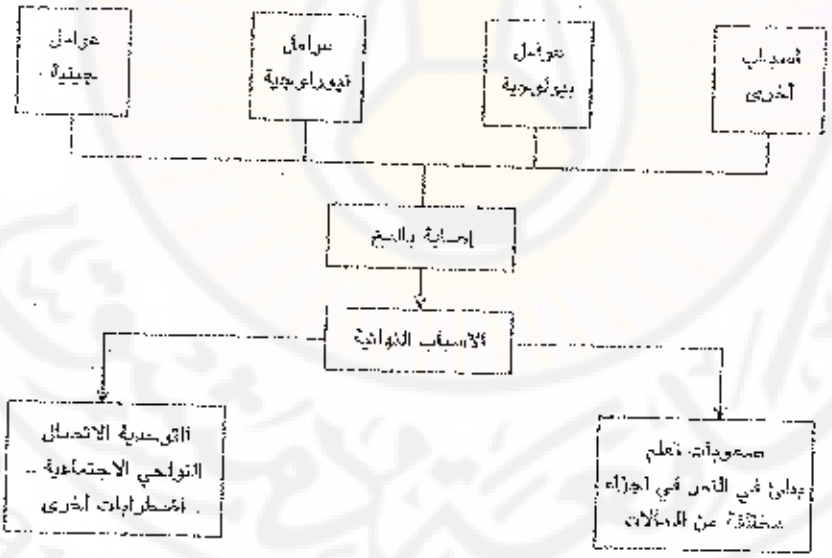
3 ـ توجد انحرافات شاذة على رسم المسح لدى الاثنين ولا توجد فروق بينهم .

4 ـ يبدي كل من البنين والبنات التوحديين اضطرابات سلوكية وعصبية وإن بدت متفاوتة أحياناً وفقاً لمعدلات الذكاء الذي يتوقف عليه حجم الاضطراب الوظيفي المعرفي لكل منهم .

5 ـ البنات أقل ميلاً لوجود اضطرابات روائية ، ويكون البنات يتطلبن فحصاً نيورلوجياً دقيقاً أكثر من الأولاد .

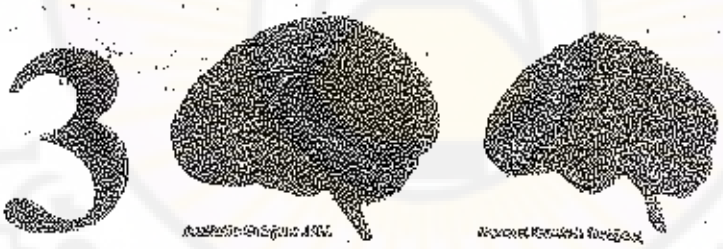
7 ـ لا توجد ملاحظات مباشرة تدل على التفرقة بينهم في مجال الاضطرابات العصبية (نقلاً عن السيد الرفاعي، 1999، ص106 : 107) .

شكل رقم (4) يوضح أسباب التوحدية



3 اضطرابات التوحد

Disorders of Autism



Damascus University





لقد الاضطراب التوحدي من الأمراض الخطيرة، نظراً لتجاهل خصائصه، ولذلك فقد استحوذ اهتمام الكثير من العلماء وظهرت تفسيرات عديدة في محاولة منها إلى فهم هذا الاضطراب، يهدف هذا الفصل إلى مناقشة التفسيرات العلمية المختلفة والمساهمة في زيادة فهم وإدراك هذا الاضطراب.

لقد ظهرت عدة إجابات للسؤال التالي: ما الذي يسبب التوحد؟

لقد أجريت الكثير من الأبحاث على أسباب التوحد ولكنها لم تقدم -حتى يومنا هذا- إلا القليل من النتائج، التوحد هو أعجوبة، وبالتالي علينا أن لا نشعر بالإحباط عندما نجد هذا الكم الهائل من النظريات التي تفسر سبب حدوث السلوكات التوحدية.

نقول بعض الاستنتاجات من هذه الأبحاث إن هذا الاضطراب يمكن أن لا يكون سببه واحد فقط، إنه يمكن أن يكون هناك عدة عوامل بيولوجية تساهم في تسبيب هذا الاضطراب وبالاتحاد مع العوامل النفسية فإنه يُظهر سلوكات غير اعتيادية عند هؤلاء الأشخاص المصابين بالتوحد.

المحتوى التاريخي لهذا الاضطراب في الأبحاث لتحديد أسبابه، وهذا يساعدنا في تقييم النظريات القديمة والحديثة المحاولة لتفسير هذا الاضطراب.

في الخمسينات والستينات من القرن الماضي كانت نظرية التحليل النفسي تنظر إلى التوحد على أنه نتيجة للمعاملة الأبوية الرافضة وغير الدافئة للأبناء ولم يكن ينظر إلى العوامل العضوية على أنها عوامل رئيسية في التوحد، فقد قال برونو بتلهايم *Bruno Bettelheim* اهتمام الكثيرين فيتركيزه على منهج التحليل النفسي التكيفية للرضع والأطفال الصغار ما هي إلا نتيجة للرفض والمشاعر السلبية من الآباء، فالأطفال ينسحبون وينعزلون أنفسهم عن التفاعل الاجتماعي. لقد تأثر عدد كبير من المعلمين بكتب مثل: الحب غير كافي "*Love is not enough, 1950*" والمتعبون من الحياة "*Tensions from life, 1955*" والقلعة الخالية "*The empty fortress, 1967*" وغيرها.

في الوقت الحاضر فإن عدداً متزايداً من المتخصصين قد ابتعدوا عن لوم الآباء بسبب الأسفار إلى الدليل التجريبي لدعم هذا المنهج وبسبب الاستفادة المتزايدة بأن العديد من العوامل والظروف قد تتفاعل فيما بينها في تسبب هذا الاضطراب. لقد أصبح الآن ينظر إلى العوامل البيوفسيولوجية والعصبية كعوامل هامة في تفسير التوحد (Knoblock, 1983) .

التفسيرات السيكولوجية Psychological Explanations

أسهم عمل الطبيب النفسي - Kanner من غير شك- في دعم الموقف من أن التوحد الطفولي Infantile Autism هو ناتج بشكل أساسي من عوامل نفسية منها اتجاهات الآباء ومعاملتهم لأطفالهم، ويقول كانر "Kanner إن معظم المرضى كانوا مصرضين منذ البداية لبرود الأبوي واستحواذي ونوع آلي من الاهتمام بالاحتياجات المادية فقط، أن انسحابهم يبدو وكأن فعله المهروب من مثل هكذا موقف والسعي وراء الوصول على الراحة في تلك العزلة".

لقد تعرض وصف كانر Kanner للخصائص الأبوية للانتقاد من بعض الباحثين، ولكن بمفهوم اعتبره بأنه يمثل التفسير النفسي بعد سنوات من وصف كانر Kanner لسبب التوحد والذي أدى إلى إرباك بسبب كلا السببين الفطري أو عند الولادة، وكرد فعل للبرود والأنانية الوالدين، وفي مقدمة أكثر قبل الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين National Society for Autistic Children (1969) حاول أن يوضح موقفه بالقول:

"ما يزال علينا أن نتوخى الحيطة والحذر والبحث والسعي وراء المعلومات بفضول يمكن تبريره، وأن نحاول بالإيضاحات والبحوث والنظريات تفسير السبب المحتمل. وهنا على وجه الخصوص أريد أن أبرأكم كآباء. لقد تم إساءة فهمي عدة مرات، ونقل عني كلام مغلوط عدة مرات من أول مطبوع لي والى آخر مطبوع كنت أتحدث فيه عن هذه المسألة واستخدم مصطلحات معينة مثل فطري" لقد نقل كلامي بوجه خاطئ عدة مرات بأنني قلت: انه خطأ الآباء بشكل رئيسي بعضكم وأنتم آباء بحتم لرؤيتي مع أطفالكم وأنتم تعلمون تماما أنه ليس هذا ما قلته. في الحقيقة، حاولت أن أخفف من الثلج الأبوي عندما كانوا ملقين من هذا التمثيل".

أما برونو بتلهايم Bruno Bettelheim الذي استخدم نظرية التحليل النفسي

لتفسير العوامل النفسية الأبوية باعتبارها مركزية لتطور التوحد. فقد قال بأن "التوحد" بمعنى أن الأطفال يحاولون أن يحافظوا على أنفسهم من مواقف لا يستطيعون تحملها. ليس من الضروري أن تكون اتجاهات الآباء هي التي تسبب التوحد. هذا الرأي ينبع بأن التوحد ينشأ من اعتقاد الطفل بأن الوضع المفرط هو أمر مؤلم جداً.

أما ريملاند (*Rimland, 1964*) فقد اتخذ موقفاً مخالفاً ضد الاتجاهات السيكولوجية لبتلهايم *Bettelheim* والآخرين الذين يلومون الآباء في تسبب التوحد. وقد حدد النقاط التالية كبراهين ضد السبب السيكولوجي:

1- من الواضح أن بعض الأطفال المتوحدين مولودون لآباء لا تنطبق عليهم أنماط الشخصية الأبوية التوحدية.

2- الآباء الذين ينطبق عليهم وصف الآباء المذكورين حيثما، فإن لديهم أطفالاً طبيعيين غير متوحدين.

3- مع وجود استثناءات قليلة جداً، فإن إخوة الأطفال المتوحدين هم طبيعيون.

4- الأطفال المتوحدون من الناحية السلوكية غير عاديين "منذ لحظة الولادة".

5- توجد نسبة ثابتة لـ 3 أو 4 من الذكور إلى الإناث، واحدة فقط، أي أن الإصابة بالمرض بين الذكور أكثر منها بين الإناث.

6- جميع حالات التوائم التي ذكرت في الأدب كانت متحدة مع وجود استثناءات قليلة جداً.

7- يمكن للتوحد أن يظهر، ويمكن أن يكون زائلاً لدى الأطفال المصابين بتلف دماغي عضوي.

8- أن علم الأعراض المرضية فريد للغاية ومحدد.

9- يوجد غياب في درجات التوحد الطفولي الذي قد يمثل "تألفات وانضمامات" من أشخاص طبيعيين إلى أشخاص مصابين بشدة.

معظم الذين يعملون في المجال يتقبلون مثل هذه البراهين والمناقشات ضد الأساس السيكولوجي للتوحد، مع ذلك فإن السلوك التوحدي موجود، ويعتقد بأن هذا السلوك يجب أن يكون ثانوياً لبعض المسببات الرئيسة، أن التفسيرات البيوفسيولوجية بدأت تحظى بمصداقية واهتمام في مجال التوحد بشكل أكثر (*Knoblock, 1983*).

البحث الجيني Genetic Research

لقد أجريت العديد من البحوث الجينية المتعلقة باضطراب *Schizophrenia*، أما التوحد فقد كانت البحوث قليلة، وذلك بسبب قلة الحالات في التوائم المتطابقة. وجد الباحثون في بريطانيا أن أحد عشر زوجا من أحادية اللقاح *Monozygotic (MZ)* التوائم المتطابقة وأزواج ثنائية اللقاح *Dizygotic (DZ)* التوائم التي يكون أحد التوائم توحدياً من المجموعة أحادية اللقاح *(MZ)* أربعة من أحد عشر كانت متسوية أو متفقة والمجموعة ثنائية اللقاح *(DZ)* لم تكن أي واحدة متفقة أو متسوية حتى التوأم التوحدي لأحادي اللقاح والذي لم يكن متخصصاً على أنه توحدي، كان أو كانت واضحاً عليه الإعاقة اللغوية أو المعرفية، العينة في هذه الدراسة لم تكن كافية لدعم هذا الاستنتاج لذلك فإن العديد من الأطفال المتوحدين يبدو أنهم يعانون من ألم جسدي مثل الولادة، مما فرض على الباحثين الاعتقاد أن إعاقاتهم وراثية، وعلى الرغم من ذلك، فإن الدراسة اقترحت أن التوحد تدخل في مكوناته الوراثية.

كما أشارت أدلة علمية أخرى لدراسات مجراة على أسر الأطفال المصابين بالتوحد أو الإعاقة العقلية، فقد أشارت الأدلة إلى أن التوحد مرتبط فقط بتخلف عقلي يزيد وربما يكون له أساس جيني.

دراسات البيوكيميائية Biochemical Studies

في التوحد كما هو الحال في الفصام فإن التركيز الرئيسي للأبحاث اليوم على الناقلات العصبية أصبح الآن معروفاً وواضحاً إن العديد من الأطفال المتوحدين لديهم مستويات عالية من سيروتونين *Serotonin* والدوبامين *Dopamine* مهما كان الدور الذي يلعبانه في تطور التوحد، هذان الناقلان العصبيان يلعبان دوراً في الفصام. عندما يقابل الأطفال المتوحدون مثيرات مثل امفيتامين *Amphetamines* الذي يزيد الدوبامين *Dopamine* فإن أعراض النشاط الزائد والسلوك العدواني والإثارة الذاتية تصبح أسوأ الأدوية المانعة للدوبامين *Dopamine* مثل فينوثيازين *Phenothiazines* يخفف أعراض التوحد المتضمنة الإثارة الذاتية والحركات التكرارية ولكنها أقل فاعلية مع التوحد والفصام، الأدوية المثبتة لسيروتونين

Rimland أيضاً الأمل معقود عليها. ففي دراسة كان الفيتامين *Cobalamine* الذي يخفض مستوى البيروفرين *Pirrole* والذي أعطي لطفلين مصابين بالتوحد عمر الطفل الأول ثلاث سنوات والآخر خمس سنوات بإضافة ثلاث شهور فقد أشارت النتائج، بشكل ملحوظ إلى تحسن في تعلقهم وسلوكهم الاجتماعي وعلامات معامل ذكائهم حيث تضاعفت معاملات ذكائهم. ومع تزايد العلاج بقي التحسن مستمرة لمدة أسابيع على الأقل وبعد ذلك بدأت بالتراجع تدريجياً.

إن هذا الأسلوب لا يزال جديداً وغير مختبر وعلى أي حال فإن هذا يعقد الأمل في المستقبل على الأطفال المتوحدين، ربما يستفيدون من العلاج الدوائي.

إن الحساسية *Allergy* أيضاً تؤدي إلى أعراض مشابهة لهؤلاء المتوحدين كالصراخ، وضرب الرأس والبكم فإن بعض الأطباء ما زالوا يعالجون مسألة التوحد كما يعالجون الحساسية. لقد حاولوا علاج أثر مولكيولار *Molecular therapy* الذي يستخدم الحمية الغذائية الخاصة والعلاج بالمضادات *Antibiotic* أشارت النتائج أن عدداً قليلاً من الأطفال المتوحدين تحسنوا عندما أعطوا جرعات يومية من الفيتامين. ولتحضير هذه العلاقة فقد أجريت تجربة على ستة عشر طفلاً توحدياً يستجيبون لفيتامين ب6 ومن ثم ملاحظة سلوكهم بدقة عندما اعطوا الفيتامين وعندما أخذوا الدواء الوهمي بلاسيبو *Placebo*. أشار الملاحظون إلى تدهور سلوك أحد عشر طفلاً عندما أخذوها وظهرت فيما بعد الدواء الوهمي بلاسيبو *Placebo*، إن ستة عشر ما زالت صغيرة، والحاجة إلى أبحاث أخرى أمرٌ ضروري قبل البدء بطريقة علاج الفيتامولكيولار *Vitamolecular* كطريقة بالعلاج.

الاضطرابات الخلقية وصعوبات الولادة
Congenital Diseases and Birth Complications

يبدو أن بعض حالات التوحد تشمل على اضطرابات خلقية. انتشار التوحد يتباين بشكل عالٍ بين الأطفال المصابين بمعنى خلقية *(Congenital Rubella)* الحصبى الألمانية *(German Measles)* العدد الكبير من 8—10% من هؤلاء الأطفال متوحدون سلالات أخرى من التوحد مرتبطة بصعوبات الحمل والولادة

ونسبة ذلك عالية بين الأطفال المتوحدين من المجتمعات العالمية. هذه الاضطرابات ليس بالضرورة منفصلة عن العوامل الجينية. ففي دراسة طولية أجريت على أطفال التوأم الأطفال الآباء قصاميين خلصت بعض الأمهات إلى السؤال كان أكثر صعوبة من الرضيع العادي، والأطفال كان وزنهم أقل وأكثر شذوذاً من أطفال المجموعة الضابطة وفي إحدى الدراسات الحديثة تم تحليل 80 طفلاً حديثي الولادة يعانون شكلاً ما من التوحد، فإن الباحثين وجدوا الأطفال متشابهين إلى حد ما وشدة مشكلاتهم مختلفة. الأطفال الثلاثون في المشكلات الشديدة على الأقل عند الولادة كان لونهم أزرق، وبحاجة إلى أوكسجين وبقوا مدة أطول في جهاز الحضانة (لمدة أربع أسابيع وأكثر) وفي عمر سنة واحدة كانت لديهم أمراض أخرى *Pneumonia* وأدخلوا مرة ثانية للمستشفى لمدة شهر. والأطفال ذوو المشكلات الشديدة كان وزنهم أكثر عند الولادة ومشكلاتهم أقل بعد الولادة. هذه الدراسة دعمت أن فرضية صعوبات الولادة والمشكلات في الطفولة هي سبب على أقل تقدير في بعض التوحد.

الدراسات العصبية *Neurological Studies*

التوحد الناتج عن عوامل عضوية فإن المخ، تكون في الجهاز العصبي المركزي *Central Nervous System*. لقد دعمت الأدلة العلمية هذا الافتراض وفي المقام الأول، منظم إشارات التصويرية للتوحد مثل إعاقة تطور اللغة والتخلف العقلي والسلوك الحركي الشاذ والخمول والنشاط للمدخلات الحسية ومستوى الاستجابة والحركة المثيرات السمعية والبصرية كما أنها مرتبطة بوظيفية الجهاز العصبي المركزي. في المقام الثاني فإن العديد من الأطفال المتوحدين، وخصوصا عندما يدخلون مرحلة المراهقة يظهرون اضطرابات مصروفة بارتباطها الوثيق بالجهاز العصبي المركزي.

ثالثاً: الصعوبات الحسية للأطفال المتوحدين فإنهم يظهرون شذوذات أحياناً مثل لمسة مضللة ضعيفة *Poor Miscultane* وتأثر ضعيف وسيال اللعاب *Drooling* نشاط الزائد. لقد أشارت الدراسات إلى أن ثلاثة أرباع الأطفال المتوحدين يظهرون هذه الإشارات الحسية.

وأخيراً، لقد أشارت العديد من التقارير بأن الأطفال المتوحدين لديهم تخطيط كهربائي دماغي شاذ *Abnormal Electroencephalogram (EEG)*. إن التخطيط الكهربائي

الدماغي من الصعب إجراؤه على الأطفال المتوحدين وأن إجراء الاختبار يحتاج إلى مزيد من التعاون، إذ أشارت دراستان لتخطيط الكهربائي الدماغي (EEG) غير العادي لانتاج موجه مختلفة في الأطفال المتوحدين، إلى إثارة عالية شاذة. ولقد وجدتا باحثتان آخرتان وجدا شذوذاً في 60-80% في الأطفال المتوحدين.

لقد دققت هذه الدراسات دراسات أخرى أشارت إلى درجات مختلفة وأنواع مختلفة من التخطيط الكهربائي الدماغي (EEG) الشاذ وعلى الرغم من تباين نتائج الدراسات، فقد أشارت الدراسات بقوة إلى وجود إعاقات عصبية لدى الأطفال المتوحدين.

إن البحث عن عيوب محددة تسبب الشذوذ العصبي لدى الطفل التوحدي أدت إلى عدد من الفرضيات، ريملاند (Rimland, 1964) افترض أن التكوين المعقد في جذع الدماغ Brainstem للطفل التوحدي، ربما يفشل في التزويد بدرجة إثارة مناسبة. اقترح كل من ديمير وبارتون وديمر (Delahir, Barron & Deamyer, 1973) أن مواقع التلف في القشرة الدماغية Cerebral Cortex الطبقة الأكثر بعداً من الدماغ فقد تكون هي المسؤولة عن الاختلال الوظيفي اللغوي والادراكي. وتقول فرضيات حديثة متعمقة خاصة النمط المعرفي والعيوب اللغوية المتوقعة أن الاختلال الوظيفي يقع في نصف الكرة الأيسر للدماغ. الوظائف المعرفية التي تبدو متوسطة لنصف الكرة الأيسر (اللغة، الحماية التسلسلية، المهارات التحليلية) تكلها صعيفة أو مفقودة لدى الأطفال المتوحدين وأن الوظائف التي يعتقد أنها مسيطر عليها بنصف الكرة الأيمن الدماغي (المهارات البصرية، المكانية، المعرفة بدون تحليل) هي أقرب إلى الوضع الطبيعي، شذوذ اللغة التوحدية الموصوفة بالتعريدية والتكرارية والنوعية الأوتوماتيكية هي أيضاً تدعم فرضية نصف الكرة الأيسر الدماغي وبعده الصفات مرتبطة بعمليات نصف الكرة الأيمن الدماغي. وبكلمات أخرى، اللغة الموجودة في الأطفال المتوحدين هي نتيجة لجهود نصف الكرة الأيمن الدماغي لتقوم بما هو مستطاع بدون دعم من نصف الكرة الأيسر الدماغي.

وفي الملاحظة المرضية البيولوجية المطلعة وحتى هذه اللحظة يبدو أن الأطفال المتوحدين عموماً ليس لهم العيوب العضوية التي تسبب لهم الفشل اجتماعياً ومكانياً ومع ذلك، فما زلنا بعيدين عن تحديد النظرية الأكيد للعيب العضوي. (Locke, Ranken & Bakane, 1984; Riley, Jacobson, &Accorella, 1999).

لا أحد ينكر أن الأطفال المتوحدين لديهم مشكلات معرفية شديدة تؤثر على قدرتهم على التقليد والفهم والمحاورة والإبداع لتشكيل وتطبيق القواعد والمبادئ واستعمال المعلومات، وبعبارة أخرى فإن النظريات المعرفية تفترض أن المشكلات المعرفية هي مشكلات أولية وتسبب مشكلات اجتماعية.

يحاول العلماء المعرفيون إلقاء الضوء على الأسباب المعرفية عند الأطفال المتوحدين ويرى البعض بأن المشكلة الرئيسة هي في تغيير وتعديل المعلومات من الحواس المختلفة. يعتبر الأدلة المميزة تدعم هذا الاعتقاد، على سبيل المثال، فإن من المعروف أن الأطفال المتوحدين لديهم حساسية زائدة أو لا يظهرونها للأصوات. فبعض الأطفال المتوحدين يسلكون وكأنهم صم Deaf والبعض يحفل للأصوات العالية، وبالطريقة نفسها يمكن القول فيما يتعلق بالإدراك البصري، توجد بعض الأدلة بأن هذه الشذوذات الإدراكية تشكل الأساس لعدم الحساسية الاجتماعية للأطفال المتوحدين.

البرهان الثاني أيضاً يركز على الإدراك الحسي والذي يقول بأن السبب الرئيسي للخلل التوحدي هو في فهم الأصوات، من وجهة النظر هذه، فإن التوحد يقارن بالاضطرابات اللغوية مثل الحبسة الكلامية Aphasia وهي الفقدان أو الإعاقة الخلقية كشبيهة لطفل الدماغ، وتختلف عنها فقط في أن الطفل التوحدي لديه صعوبة في فهم الأصوات السماعية لمشكلات إدراكية.. إن الأدلة العلمية تدعم هذا الاعتقاد. إضافة إلى ذلك فإن تخلف الأطفال المتوحدين هو متخلف بشكل كبير في تطوير الاضطراب وواحد من الأعراض المعروفة له، وهذا يدعم وجهة نظر أن التوحد يشتمل على إعاقة لغوية أولية متمثلة في نمط القدرات المعرفية للطفل التوحدي. يقوم الأطفال المتوحدون بمهمات حسية مركبة أفضل ومهارة حركية بصرية وذاكرة موسيقية أكثر من المهمات اللغوية. وأخيراً فإن واحدة من أقوى الأدلة لهذه الوظيفة هي أن قدرة الطفل التوحدي هي واحدة من أقوى المؤشرات للطفل للاستفادة من العلاج. يمكن أن نفسر هذه الحالة الغريبة من خلال أعراض الإعاقة التوحدي Autistic Syndrome.

ترى فرضية معرفية أخرى أن الأطفال المتوحدين هم الأكثر في اضطرابهم الأساسي تعزى إلى عيب إدراكي، فهم يستطيعون الاستجابة لمثير واحد فقط في

وقت واحد بصرياً أو لمسياً أو شمياً. الأدلة المتوفرة لدعم هذا التفسير جاءت من اختبار إبعاد الصور المختلفة، أنهم يفعلون جيداً في مثل هذه الاختبارات لأنهم يركزون بشكل مباشر على كل جزء، ولا يثيرهم بسهولة بسبب الصورة الكلية إلا أنهم لا يتورطون باشتقاق المعاني من المثيرات لأجزاء كثيرة. هذا النوع من الإعاقة يأخذ بالاعتبار للتخلف الذكائي والاجتماعي للطفل المتوحد، حسب رأي لوفاس Lovaas فإن التطور الذكائي والاجتماعي للأطفال هو أساس في قيامهم بإصلاح لمثيرات مزدوجة من خلال عملية ظروف استجابية. عندما يقرن الأطفال بشكل عقلي أمهم بالطعام والمضغ، فإنهم يصبحون يحبون أمهم، ولكن إذا لم يستجب الأطفال للطعام أو المضغ ولا يقرنون ذلك بحضور أمهم فإنهم لا يقدرون أمهم.

تبرهن نظريات معرفية أخرى على أن التوحد ليس نتيجة مغرقة لعيوب ادراكية بسيطة، ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعلقة، هذا البحث أدى إلى أنواع مهمة من المعالج التي تطرق العيوب المعرفية. بدعى المعالجين السلوكيين على سبيل المثال، علموا الأطفال المتوحدين لغة الإشارة اعتماداً على استغلال حساسيتهم للحس والحركة وعلم حساسيتهم للكلام المنطوق. فيما حاول باحثون آخرون تطوير معززات فعالة أكثر من المكافآت البسيطة مثل قول المعالج "أحسنت" لوسم، وكارونكشر" (Wheeler, Carr, & Newsom, 1974) حيث وجدوا إثارة الضوء وإطفاءه بعد الاستجابة الصحيحة كان معززاً فعالاً أكثر من الثناء الكلامي وبعض الطعام. فما زالت تعقد آمال على النظريات المعرفية السلوكية في هذا الصدد (Allen, Henderson, & Horvath, 1999).

نظريات العقل

واحدة من النظريات العشر للتوحد في عصرنا هذا هو أن الأطفال المتوحدين لديهم عيوب في نظرية العقل، كما تقول فريث Frith بأن الإعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية التي يمتاز به الأفراد المتوحدين تأتي من الشذوذات في الدماغ التي تمنع الشخص من تكوين نظرية العقل Theory of Mind والتي تقول بأن الشخص المتوحد غير قادر على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية أو أنه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر، بينما الأشخاص الآخرون العاديون لديهم فهم خاص أو إحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين. (Happe, 1995; Frith, 1989).

نظرية العقل أساسية لفهم وتفسير والتنبؤ والتعامل مع سلوك الآخرين، معظم الأطفال الصغار يظهرون إشارات لتطور نظرية العقل مع عمر 18 شهراً من خلال الانشغال بلعب رمزي واستعمال الأشياء لتمثل أشياء أخرى غير الشيء الذي تمثله. مع عمر ثلاث سنوات فإن الأطفال يصبحون قادرين على فهم الفرق بين الحالات العقلية الخاصة بهم وحالات الآخرين العقلية. يبدو أنهم يفهمون ماذا يدرك الآخرون ويعرفون أن الأفراد يختلفون في ماذا يريدون، ويعرفون ويتوقعون ويفضلون ويريدون مع عمر أربع إلى خمس سنوات، فإن الأطفال يفهمون المعتقدات الخاطئة ويدركون الفرق بين المظاهر والحقيقة ويفهمون مفاهيم الرغبة والتوتر ويفهمون بأن أفعال الأفراد نتيجة لأفكارهم ومعتقداتهم ومشاعرهم. (Dunlop, 1999).

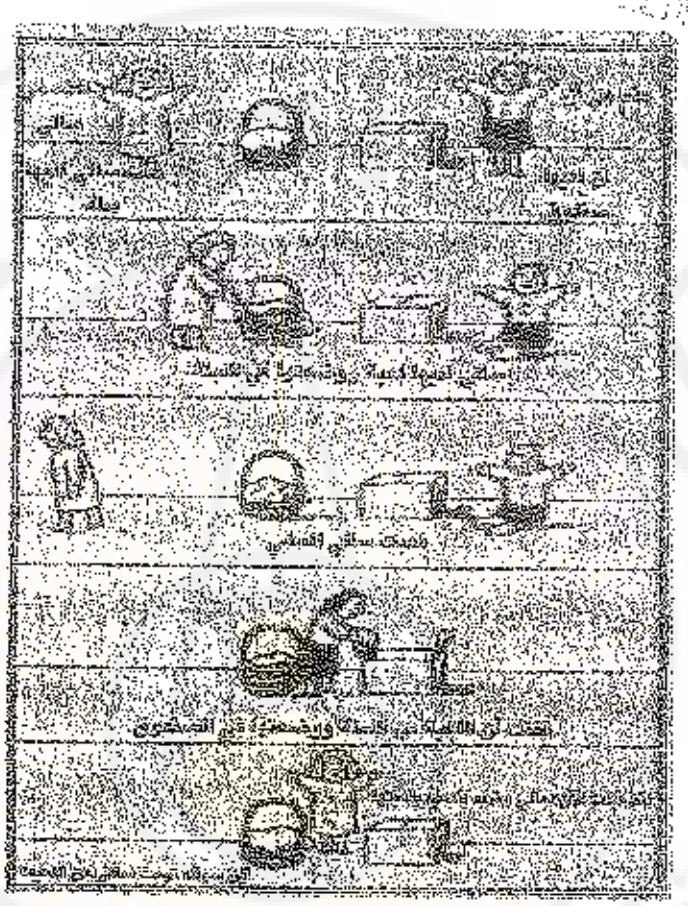
في حالة الأطفال المصابين بالتوحد فإن سمات الفشل تقسم نظرية العقل غالباً، وحتى عندما يمتلكون بشكل مناسب على سمات معرفية أخرى لمجموعة عمرهم نفسها فإن جوانب نظرية العقل ربما يجعل الأمر صعباً على الأطفال المتوحدين على الفهم والتعامل مع العالم الاجتماعي والتواصل بشكل مناسب مع الآخرين. سلوك اللعب الغريب للأطفال المتوحدين وخصوصاً غياب اللعب الرمزي ربما يمثل عدم القدرة على فهم أي شيء، ولكن الحقائق المجردة قبلها (Baron-Cohen, 2000).

وخلاصة نظرية العقل هو أن العجز الاجتماعي الملاحظ عند الأطفال المصابين بالتوحد ما هو إلا نتيجة لعدم مقدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين ولديهم. فالمشكلات الاجتماعية هي نتيجة للعجز الادراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية، وبالتالي فإن العجز الاجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل.

وفي العديد من الطرائق، فإن الاعتراف بصحة التفسيرات البيولوجية للتوحد قد أثار الاهتمام بين العديد من الباحثين المهتمين بتطوير تجارب تحفيزية وتعليمية لاستجابة لاحتياجات تلك طفل. إن التعبير الذاتي قد تزايدت أهميته بشكل ملحوظ وزادت أهمية مساهمي التربية الخاصة في تصميم البرامج، وللمساعدة في تطوير خطط شاملة للأطفال المتوحدين. فإذا اعتبر التوحد نتيجة لسلوكيات غريبة وطفولية نماطية وأشير على أنها تعكس حاجيات سيكولوجية معينة، فهذا يقلل من دور المعلمين. مع ذلك، فإن التوحد ينشأ من وجوه عيوب في التطور المعرفي والعاطفي والاجتماعي، وبالتالي يكون المعلمون مصممين جيداً للاستجابة لاحتياجات الأطفال المتوحدين. (Wheeler, 2000).

وضح مفهوم نظرية العقل بأفضل طريقة من خلال تجربة سالي- آن "*Sally-Anne Task*" (انظر الشكل 3-1) في تجربة سالي -آن فإن اختبار الطفل يتضمن تقديم لعبتين، سالي لديها السلة وآن لديها الصندوق، سالي وضعت اللعبة في سلتها ثم غادرت، بينما سالي قد ذهبت فإن آن أخذت اللعبة من سلة سالي ووضعتها في صندوقها. وعندما عادت سالي، فإن السؤال هو: أين سوف تبحث عن لعبتها؟ إن سالي يجب أن تبحث عن لعبتها في سلتها -حيث تركتها لأنها لم تر آن عندما أخفت اللعبة. إن الأطفال المتوحدين يفشلون في تقدير وجهة نظر وإدراك سالي- هيوب في نظرية العقل. في إحدى الدراسات المبكرة، فقد أشارت إلى أن 80% من الأطفال المتوحدين قد قالوا بأنه يجب أن تبحث سالي عن لعبتها في صندوق آن، بينما 14% من الأطفال المصابين بمتلازمة داون قاموا بالخطأ نفسه.

(Chimmanmy & Baron, 1996)



شكل (2-3) تجربة سالي لـ Sally - Ann Experiment

لمن سؤاله تجربة سالي عن نظرية العقل من الأطفال التوحديين
لبيان أن التوحدي يعاني عجزاً عقلياً حتى وجود تشوه في نظرية العقل

T. Frith, 2003, Autism: Explaining the enigma, P.83, Oxford: Basil Blackwell.

الفصل الرابع

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

وقل رب زدني علما
Damascus University

خصائص التوحد:

هناك العديد من الخصائص التي تميز الطفل التوحدي عن غيره من الأطفال العاديين، ومنها الخصائص المعرفية والاجتماعية والسلوكية، وسوف نتناول كلاً منها بالتفصيل:

أولاً: الخصائص المعرفية للطفل التوحدي:

تشير الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب التوحد المعرفية تعد أكثر الملامح المميزة للاضطراب التوحدي؛ وذلك لما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي، ونقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين (نصر، ٢٠٠٢م: ٣٩). وحسب ما تشير بعض الدراسات، فإن ثلاثة أرباع الأطفال التوحديين لديهم درجة من التخلف، في حين أظهرت دراسات أخرى أن بعض هؤلاء الأطفال يتمتعون بدرجة متوسطة من الذكاء. وقد ذكر (مليكة، ١٩٩٨م) أن المستويات المعرفية للأطفال التوحديين تتراوح ما بين ٢٥٪ (يمثلون من توحد وتخلف عقلي شديد) و٥٠٪ يمثلون من توحد ومستوى تخلف عقلي متوسط و٢٥٪ يمثلون من توحد ونسبة ذكاء حوالي ٧٠ فأكثر.

ويلاحظ أنه قد توجد لدى بعض الأطفال التوحديين قدرات معرفية وبصرية وحركية مبكرة وغير عادية، أو توجد هذه القدرات في أطار الوظائف الكلية المختلفة، وتسمى الوظائف المنشقة Splter، أو جزيرات النضج المبكر islets of Precocity، ومن أمثلة ذلك ظاهرة العالم المعتوه Idiot sount والتي توجد له ذاكرة خارقة وقدرة حسابية غير عادية، وتظهر هذه الظاهرة في القدرات الموسيقية والفنية (مليكة، ١٩٩٨م).

وحيث إن الانتباه والتفكير والفهم والإدراك واللغة والتخيل من أهم الوظائف المعرفية التي يتأثر بها أداء الأطفال في حالة اضطرابها، فإن

الأطفال التوحديين يعانون من اضطرابات واضحة في التفكير، وهذا ما أوضحته دراسة (Elisabeth D, 1991)، على أن التوحديين يعانون من قصور في وظائف التفكير، خاصة فقد التكلم، وأيضاً الاستجابات الفكرية غير المناسبة (Volkmar, C.C&M, 1991:291).

كما توصلت دراسة (Francesca.G1.94) إلى أن طبيعة أنماط التفكير التوحدي تتسم بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة، سواء كانت تتطلب قدرة لفظية أو بصرية أحيانا (Francesca.G.Hpp,.1994:129-135).

أما فيما يتعلق بمشكلات القدرة على الاستمرارية في نشاط معرفي كالانتباه والتذكر فترة طويلة، فقد أثبتت دراسة (Marjorie) أن قدرات الأطفال التوحديين على التصنيف أكثر جموداً إن لم تكن معدومة بالفعل عند بعضهم، وأيضاً يعاني بعضهم من مشكلات في القدرات البصرية والذهنية وإدراك العلاقات واستخدام الرموز وحل المشكلات (Marjorie, Bock. A, 1994:39-51).

وهناك العديد من الدراسات الأخرى التي تؤكد ما أشارت إليه الدراسات السابقة من أن التوحديين يعانون من قصور أو اضطراب في إحدى الوظائف المعرفية، والاضطراب في إحدى الوظائف يؤثر بالضرورة على الوظائف الأخرى.

ثانياً: الخصائص الاجتماعية للطفل التوحدي:

كثير من الأطفال التوحديين غالباً ما يكونون قليلي التفاعل الاجتماعي، وغالباً ما يوصفون بأنهم يعيشون عالمهم الخاص بهم؛ أي إنهم - باختصار شديد - منعزلون عن العالم الذي يعيشون فيه ومنغمسون عنه. وقلة التفاعل الاجتماعي هذه تمثل الصفة الغالبة والشائعة لدى هؤلاء الأطفال.

ويمكن الإشارة إلى ملامح الخصائص الاجتماعية للتوحد، والتي تتمثل في الآتي (حمدي، ٢٠٠٧: ٥٤-٥٨م):

١- العزلة الاجتماعية:

وهي أوضح صفة لدى الأطفال التوحديين، حيث إنهم يعزلون أنفسهم حتى لو كانوا في مكان مليء بالناس، كما يفضل عليهم قضاء وقت قليل جداً بالقرب من آبائهم أو أمهاتهم أو مربيهم، مقارنة بالأطفال العاديين، الذين تكون علاقاتهم بأمهاتهم مثلاً أوثق صلة وبمائدات في السنوات الأولى.

٢- العلاقة الوسيلية مقابل العلاقة التعبيرية:

والمعنى هنا: أن الطفل العادي مثلاً يظهر قدراً أكثر من التعبير الاجتماعي من الطفل التوحدي: بمعنى أن الطفل العادي دائماً يفعل أشياء معينة لإثارة رد فعل عاطفي من شخص ما، أو ليرى كيف يشعر هذا الشخص تجاه فعله، فالطفل العادي مثلاً حينما يحضر لعبة ويلعب بها أمام والده أو معه، فإنه يفعل رد فعل والده تجاه فعله مع اللعبة هل هو مسرور أم غضبان، وهكذا، في حين أن الطفل التوحدي لا يفعل ذلك، بل تكون العلاقة (وسيلية): بمعنى أنه يتخذ من الآخرين وسيلة لتنفيذ ما يريده: ومن ذلك مثلاً: أن الطفل التوحدي إذا أراد شيئاً ما، فإنه يأخذ يد والده، ويضعها تجاه هذا الشيء الذي يريده، أي إن الأب يكون الوسيلة أو الأداة التي تحقق للطفل ما يريده عندما يشاء ذلك.

٣- الإخفاق في فهم العلاقات بالآخرين والاستجابة لمشاعرهم:

تؤكد الدراسات أن من العيوب المحددة التي تظهر بين الأطفال التوحديين هي الإخفاق في فهم الاستجابة الملائمة لمشاعر الآخرين وإصدارها، وأيضاً نقص القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والسلوكيات: أي النقص في فهم طبيعة العلاقات الاجتماعية (Gray C.A,1995:219-220).

وأكد (Rogers,93) أن الأطفال التوحديين يعانون من فساد في العلاقات الاجتماعية، واللاوعي بالآخرين والانعزالية، وغياب الرغبة في الاتصال الاجتماعي بهم، وأيضاً أوضح أن غياب التفاعل الاجتماعي يبدو في وعي

الطفل بالآخرين: مثل معاملة الطفل للناس على أنهم أشياء لا يطلبون تفاعلاً متبادلاً (Maureen, A &Tessa G,1993:11).

وذكر (كامل، ١٩٩٧م) ان فهم الفرد التوحدي للعلاقات الاجتماعية يعد من أصعب الأشياء عليه، ومما يؤكد ذلك ما ذكره (مليكة، ١٩٩٨م) أن الأطفال التوحديين يختلفون في تكوين علاقات عادية مع الوالدين مع الناس الآخرين بدرجات متفاوتة، فالطفل التوحدي الذي يبدو سعيداً تستقر ابتسامته إلى العمق الاجتماعي، كما انه دائماً يتجنب التواصل بالعين Eye-Contact-Gage وينظر للآخرين كما لو كانوا غير موجودين، والطفل التوحدي لا يميز والديه عن أشخاص من عرفهم، ولا يظهر عليه قلق الانفصال (مليكة، ١٩٩٨م).

٤- غياب الدراية بمعرفة مشاعر الآخرين وعواطفهم:

- يعاني الأطفال التوحديون من نقص في إدراك الحالة العاطفية للأشخاص الآخرين أو تمييزها؛ فمثلاً من الصعب على أم طفل متوحد أن تنظر إلى طفل عادي عمره ١٤: ١٨ شهراً، فهذا الطفل العادي يعرف متى تشعر أمه بالحزن، ويحاول أن يقترب منها ليحاول إسعادها غير المستطاع، أما طفلها التوحدي الذي هي مثل سنه، فإنه لا يفعل هذا معها، ولا يميز بين اشكال الغضب أو الخوف او السعادة الذي يظهر على أمه، ويصبح هذا واضحاً أكثر حينما يكبر هذا الطفل.
- غالباً لا يفعل الطفل التوحدي شيئاً مسبباً من أجل إسعاد أحد أو لينال كلامه استحساناً من أحد، ولكن يفعل الشيء الحسن لإسعاد نفسه فقط.
- بعض الأطفال التوحديين قد يحبون أن يعتنوا، ولكن حينما يريدون هم فقط؛ أي إن الطفل يميل إلى أن يقرر متى يكون الوقت مناسباً للحضن أو العناق (Siegl. B, 1996).

Damascus University

(٢) استجابة غير طبيعية للأصوات :

يظن الناس عادة أن الطفل مصاب بالصمم لأنه عادة يتجاهل الأصوات العالية ولا يطرف له جفن او أوقع أحدهم أكواباً او أي شيء ذي صوت عالي خلف ظهره ، ولكن والديه عادة يعلمون انه يسمع لأنه ممكن يلتفت مرة واحدة لو سمع أحدهم يفتح شوكولاته يخبيها خلف ظهره ، أو فتح علبة بيبسي أو صدر أي صوت من الأشياء المفضلة لديه . وقد يكون الطفل مولعاً بسماع صوت معين كلعبة صفيرة أو مدير ماء أو صوت سيارة وفي المقابل تكون بعض الأصوات مزعجة له بصورة رهيبة فيظهر الامتعاض على وجهه ، ويغطي أذنيه بيديه حتى لا يسمع الصوت وكأنه حساس تجاه هذه الأصوات .

(٣) صعوبات في فهم الكلام :

الطفل التوحدي الصغير يستجيب للكلام بطريقة غير طبيعية كما يستجيب ويتفاعل مع غير ذلك من الأصوات ، ففي الأولى عندما يكون الطفل عادة يحب سماع صوت أمه يسر لسماعه حتى لو لم يفهم ماذا تقول إلا انه يهتم بذلك جداً ويرتاح لسماع ما تقول إلا أن الطفل التوحدي لا يظهر هذا الاهتمام ويتجاهله ، بينما صرخة عالية تجعله يتأثر بها أو يكون مذعوراً بهمسة خفيفة ، يظهر أنه لا يعي بأن للكلام معنى ولكن قد يظهر انه قد يربط بين معنى شيء وبين الكلمة المنطوقة كحلوى ـ بيبسي ـ عشاء ـ صمام ..... هكذا .

قد تمر سنوات قبل أن يتعلم أن يستجيب إذا سمع اسمه ، في هذه المرحلة يكون لا يستجيب لأي توجيهات لغوية فقط ، أو يسمع لأن تحذيراً يقال له .. وأحياناً يكون من اختيار هدية مناسبة للطفل التوحدي مشكلة لمن حوله .

بعد ذلك حوالي السنة الخامسة يبدأ بعض الأطفال التوحديين في استعمال بعض الكلمات ، ويستجيبون للتوجيهات البسيطة (اجلس هناك ، احضر الشنطة ، تعال للعشاء ....) بعد ذلك قد يفهم توجيهات أكثر صعوبة (أعط هذا لأختك هبة) (وهذا الكتاب لوالدك) ولكن طالما هذا الشخص في نفس الغرفة أو على مرأى من الطفل وأي تصعيب في الجملة كالعديد من التوجيهات قد يسبب الحيرة للطفل مما يجعله غاضباً ، يتمزل ولا يفعل أي شيء .

وطفل من الذين يحبون المساعدة قد يستجيب بطريقة أخرى حين يسمع جملة معقدة أو ذات توجيهات عديدة (احضر الكتاب على المقعد في حجرة أختك الصغيرة) فنجد الطفل يختفي عن الانظار مدة ليس قليلة ، ثم نجده يجر جراً كرسياً على الدرج قائلاً بأن هذا هو ما أمر أن يحضره .

بعض الأطفال لا يتجاوزون هذه المرحلة أبداً . ولكن الغالبية الأخرى يستطيع العبور إلى مرحلة متقدمة مثل ترديد كلمة أو جملة لها معنى في وقتها المناسب . في البداية قد يعيد الطفل في تسمية الأشياء بمفرداتها (حلوى ... بيبسي ... سكين ....) .

ثم بعد عدة شهور أو بعض سنوات ينتقل إلى الجمل ، ومن السهل معرفة الجملة التي يقولها الطفل أن كانت ترديداً لما سمعه فقط أو جملة قد ركبها ونظمها فالأولى تأتي بسرعة وبسهولة وتكون مضبوطة كما يطلقها غيره أما الثانية التي يركبها بنفسه تأتي وجهد قد يكون مؤلماً بالنسبة له وبأخطاء عديدة سواء في تركيبها أو معانيها كما في تعلم اللغات الأجنبية يجد الطفل التوحدي صعوبة بالربط في داخل ـ على ـ في ـ تحت ـ فوق .. الخ ـ أذن تقييد الطفل أحياناً لا يستعملها بتاتاً أو بعد ذلك في مرحلة لاحقة قد يستعملها ولكن استعمال خاطىء .

أيضاً الكلمات التي هي عادة مرتبطة ببعض مثل أمي أبي ـ أخي أختي ـ قد يخطىء في استعمالاتها والخلط بينها وتظهر تصرفاته انه لم يخطىء لعدم معرفته بالفرق ولكن مشكلته تكمن في انه لا يستطيع استعمال الكلمة المناسبة من أول بسرعة وسهولة بهذا يقع في أخطاء لغوية .

وقد يستخدم الطفل التوحدي جملة كاملة للتعبير عن شيء واحد كأن يستخدم (لا ترمي الكليكس على الأرض) كلما أراد استخدام كلمة لا .

كذلك الأطفال التوحديون الذين لديهم لغة جيدة للاستعمال قد يستخدمون كلمات قد لا تستعمل عادة عرفياً كما يستخدمونها كأن يقول (أنا اقف على الأرض) مثلاً .. وهذه قد تكون صحيحة لكلام الأطفال التوحديين أنه مثل كمبيوتر يترجم من لغة أجنبية أخرى . وهذا قد يوضح أسباب الأخطاء التي قد يقع بعض الأطفال التوحديين من ذوي اللغة .

(٢) صعوبات في التقليد :

بعض الأطفال التوحديين لا يتكلمون أبداً طوال عمرهم والبعض الآخر يتكلم أكثر من ٥٠٪ يتساءلون كيف يقولون بعض الكلمات بالرغم أنهم دائماً يبدءون ذلك في وقت متأخر عن الأطفال الآخرين . ويبدءون ذلك بمرحلة ترديد الكلمة التي يسمعونها حولهم وعادة تكون آخر كلمة بين الجملة . وغالباً يكون بنفس اللهجة أو طريقة الكلمة يرددها الطفل كما سمعها ، ويبدأ الطفل في ترديد هذه الكلمات كالببغاء أو كالصدى . وقد تكون كلمات يسمعها من حوله أو من التلفزيون أو أغنية أطفال يحبها لمسلسل كارتوني وهكذا . وترديدها بعد فترة طويلة من سماعها يسمى الصدى المتأخر . وقد يظن البعض باستطاعة هذا الطفل ترديد صدى من عدة جمل أو الأصوات في المكان المناسب والوقت المناسب لها . ولكن يجب معرفة الطفل جيداً قبل الحكم على فهمه . فقد يردد الطفل جملة طوال

[illegible] ولكن [illegible] الاشياء [illegible] ولكنها [illegible] ولكن معرفتي بالطفل وأنه يدرك هذه الكلمة خلال النهار لأعرف أن هذا الطفل يريد الوجبة التي يسميها في أي وقت سواء في الوقت المناسب أم لا .

(٤) مشاكل في تفهم الأشياء المرئية :

كما أن حالة مشاكلهم في سمع الأشياء أيضاً في رؤيتها . فقد يتجاهل الطفل التوحدي الأشياء التي هي عادة يحب الأطفال رؤيتها . ويبدو في صوره معين أو بريق أو دوران أي شيء يلفت نظره .

عندما يكون الأطفال صغاراً قد يظنون أنهم متحررون . ولكن يفقد رز الاهتمام به عندما تتوقف الحركة . ويظهر أن الأطفال يتعرفون إلى الأشخاص والأشياء بالشكل العام وليس من طريق التفاصيل الدقيقة . وهذا يقود إلى الاعتقاد إلى أن الأطفال يستخدمون جزءاً من النظر أو العين النظر إلى الحركة أو المظهر العام . ولن يهتم مصورة في الجزء الذي يهتم بالتفاصيل الدقيقة . الأشخاص العاديون يستخدمون الجزء الذي يشير الحركة لاستخدامه في حالات الظلام وعندما يكون من الصعوبة الإمساك التفاصيل .

ومن المثير أن نعرف أن بعض الأطفال التوحديين يزلون الدرج أو يركبون الدراجة بدون أن يظهر أنهم بحاجة إلى أن يسمعون . وكذلك فقد وجدوا طريقة هم في الظلام بسهولة كما في النهار . وقد أوضح عديد من الآباء أن الطفل التوحدي قد لا يهتم لإشارة الشرفة التي يجلس بها أن كان لوحده ولكنه يجد أشرافه بسهولة وكذلك تلقائه وقد أوضح العديد من الأطباء النفسيين أن الأطفال التوحديين عكس الأطفال العاديين فهم لا يركزون نظرهم على الأشخاص أو الأشياء لمدة طويلة ولكن يعاودون نظرة سريعة ثم يحولون نظرهم . وهذا يعطي الانطباع أن الأطفال عندما يتحاشون النظر إلى وجوه الأشخاص وخاصة العين . ولكن اختباراتهم أثبتت أن هؤلاء الأطفال ينظرون ولمدة أطول الوجه أكثر من أي شيء آخر والشيء الشاذ عن هذه القاعدة هو عندما يكونون مولعين برؤية شيء يلمع أو يتحرك فيطيلون النظر إليه مع ثبات النظر والكثير من الأطفال يتأثرون في إظهار الاهتمام بالصور . ولكنهم عندما يبدون في إظهار هذا الاهتمام بصور الكتب تراهم يهتمون بجزء من الصورة مثلاً كرة أو لوح شركولاته في محل لعب كبيرة . يكون سبب هذا أنهم لا يستطيعون أخذ كامل المعنى للصورة . لهذا نجد أن المثيرات المحيطة بالطفل إذا كانت مصغية أو سريعة التغير كمثل العاب مثلاً هذه يسبب لنا الطفل التوحدي وبداية التغضب وبكائه .

(٥) صعوبات في فهم الاشارة :

يستطيع الناس التفاهم والتواصل مع بعض بأمور عديدة عدا استعمال الكلام ، كالاشارة والايماء وتعابير الوجه وحركات الجسم ، الاشخاص الصم يستطيعون قراءة الشفاه ، أو لغة الاصابع ، أو كتابة ما يودون التعبير عنه ، كل هذه الطرق هي تداخل استعمال العين وفهم ما يرى .

الأطفال التوحديون بعكس الأطفال الصم معاقون حتى في استعمال اللغة المرئية ، في السنة الأولى تقريباً اللغة التي يستطيعون استعمالها هي الصراخ ، في مرحلة ثانية يظهرون احتياجاتهم بجر من حولهم إلى المكان الذي يحتاجون منه شيئاً ويضعون يدهم على الشيء المطلوب ، وقد تمر سنون قبل أن يبدأ الطفل بالاشارة إلى الشيء وقد يستعمل كل يديه لا أصبعه في الاشارة إلى الشيء المطلوب ، وبعكس الأطفال الذين إذا احتاجوا للشراب فقد يمثلون طريقة الكوب الذي يقترب من الشفاه لتوضيح حاجتهم للشراب لكن الأطفال التوحديين لا يفعلون ذلك ، فلديهم صعوبة في فهم اللغة المرئية كما في استعمالها ولكن بمرور الوقت خاصة إذا طوروا القدرة لرؤية الأشياء لمدة أطول وإدراك تفاصيل الأشياء فيبدعون في فهم المعاني والاشارات والتعابير الواضحة السهلة وعادة يكون التقدم واضحا وملموسا في فهم اللغة المرئية عدا المنطوقة ثم بعد ذلك يظهرون وكأنهم يفهمون ماذا يقال وذلك لأنهم يجدون ما يدلهم على المطلوب من رؤية وجه المتكلم وحركته .

. حاسة اللمس ، التذوق ، والشم :

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

الأطفال ممكن أن يتعرفوا على الآخرين بهذه الحواس ، وقد يحبون شم يد والديهم وفحص وجه والديهم بلمسة خفيفة كما يفعل الأعمى ، وقد يستلذون اللعب العنيف والذي عادة يكون به ملامسة جسدية بالرغم أنهم قد ينفرون من لمسة خفيفة أو لمسة من أحد .

التوحديين الصغار قد يظهرون أنهم غير حساسين للبرد أو للألم ، فقد يخرج الطفل بسرعة للخارج بدون ملابس في الشتاء القارس ، أو يتجاهل الكدمات والألم إذا وقع ، ولكن هذا يقل مع مرور الزمن ، وكلما كبر الطفل قد يكون لدى البعض مبالغة في الحساسية للأذى ، وهناك حالات شديدة بالاعاقة من التي لم يعالجها التوفيق لبرنامج يعدل من السلوك ويملأ برنامج الطفل ويغير من نمط التصرفات غير السليمة كأذى النفس مثل ضرب الرأس بالطاولة مثلاً أو عض اليدين نجد هؤلاء يتصرفون أثناء تأذيهم لأنفسهم وكأنهم لا يشعرون بالألم أثناء ضرب الرأس مثلاً أو عض اليدين وغيره .

حركات جسدية غير عادية :

يلاحظ على الطفل التوحدي بعض الحركات الغريبة لحركات اليدين ـ أو القفز لأعلى وأسفل ـ حركات في الوجه ـ المشي على أطراف الأصابع ـ الدوران بدون الاحساس بالدوخة ـ تحريك الأصابع أو الأشياء المفضلة لديهم قريبة من العين ، وهذه الحركات لليدين او الأطراف أو الوجه تظهر عندما يكون الطفل توحديا وأثناء النظر لشيء يشد انتباهه مثل خيط يحركه في أصابعه . والملاحظ ان شغل الطفل ببرنامج معين أو نشاط فإن هذه الحركات تختفي بتاتاً .

تصرفات صعبة ومشاكل عاطفية :

تظهر هذه عادة في السنوات الأولى للطفل ، ولكن تكون هذه واضحة في البداية لعدم قدرة الطفل على التفاهم مع من حوله وعدم فهم طريقة التواصل مع العالم من حوله وليست اعاقة التوحد بنفسها هي بسبب هذه المشاكل ، وإذا قدر الله لهذا الطفل أن يتعلم برنامجا مناسبا لاعاقته فهذه الصعوبات تبدأ بالانخفاض تدريجياً حتى يسهل التعامل مع الطفل وتقل باجتماع مشاكله العاطفية ولجفلات الغضب .

الانعزال الاجتماعي :

اغلب الأطفال التوحديين يتصرفون وكأن ليس من حولهم أحد ، فلا يرد على من يناديه لا يسمع لك وانت تحدثه لا تظهر على وجهه تعابير فمثلاً لا ينظر إليك في وجهك ـ قد يهب لو حاولت لمسه ـ لا يحضنك لو حملته لأعلى ـ قد يمر عليك وكأنك غير موجود . لو كنت جالسا على الأرض مثلاً كأنك قطعة أثاث لا يعيرها انتباهاً ، ولو احتاج لشيء فيشدك من يدك لتعطيه ما يريد ولا يمسك يدك كغيره من الأطفال ، وإنما يستعملك كوسيلة لاعطائه ما لا يستطيع الوصول إليه بنفسه وحالما يحصل على ما يريد يتجاهلك كالسابق ولو حصل وتألمت امامه أو حصل لك ما يؤلم فلا يعيرك أي انتباه وإنما كأن هناك حاجزا بينه وبين ما حوله من العالم الخارجي ويكتفي بما يحب أو يندمج في أي نشاط لنفسه فقط دون مشاركة ولكن كل ذلك يحصل في البداية وإذا بدأ الطفل التوحدي طفولته الأولى نحو فهم العالم الخارجي وكسر طوق التواصل فمن هنا تبدأ جميع التصرفات تتغير ويبدأ وكأنه يحس بما حوله من نشاطات وغيرها كالطفل الطبيعي ، وإن كان في البداية بطريقة غير ناضجة تماماً ، وكلما كبر الطفل تبدأ هذه العواطف في التحول ، ويبدأ الطفل بالتغير وتلاحظ ذلك طبعاً أمه ومن حوله من افراد أسرته .

- مقاومة التغير :

تظهر هذه المشكلة بطرق عديدة .. فكما ان الطفل التوحدى يجد صعوبة فى البداية فى التأقلم على روتين النوم ورضعة الحليب كأى طفل فى الشهور الأولى إلا أنه بعد ذلك يصبح عبدا لروتين حياته أو ما حوله وتصبح مشكلته أحياناً تغيير هذا الروتين خاصة فى السنوات الأولى من عمره ، فطفلتى مثلاً كانت ترفض تغيير مكان اى قطعة اثاث فى المنزل ، وكنت أجد صعوبة بالغة فى استعمال المكنسة الكهربائية وذلك بتغيير مكان أى قطعة أثاث أو سجادة ، لأنها ترفض تغيير مكانها حتى انش واحد فقط ، وكذلك ترفض تغيير الطريق الذى كنت اسلكه للوصول إلى مكدونالز (مطعم هامبرجر فى أمريكا) وتصر على أن اعود بالسيارة إلى نفس الشارع والفتحات والاشارات حتى اصل إليه ، وترفض أن أسلك طريقا اخر ، لذلك تظهر هذه المقاومة إذا تغير برنامج المدرسة ، وقدمت حصة بدلاً من حصة أو الغيت بعض الحصص بدون الاعداد الجيد لهذا التغيير بالنسبة لها .. وهكذا .

وهناك أطفال يتعودون على أشياء معينة يحبون أن ترافقهم فى يومهم كلعبة معينة أو زجاجة معينة أو حتى (شلمون) كما رأيت طفلة تايلندية فى إحدى المدارس فى أمريكا .. ولقد حاولت مدرستها كثيراً حتى استطاعت أن تأخذ منها هذه القطع وتعطيها لها كحافز بعد حصولها على درجات جيدة فى اداء نشاط معين وإنما ليست معها طوال الوقت وهذه المقاومة للتغيير قد تكون مع الأكل فيرفض الطفل أخذ نوع جديد من الأكل والاعتماد على نوعين أو أكثر فقط كالرز الأبيض مثلاً وقطع الدجاج فقط أو المكرونة بدون الصلصة أو البطاطا فقط وهكذا .

- الخوف من أشياء خاصة :

قد يتكون لدى الطفل الخوف من اشياء قد تكون عادية لغيره فالطائرة مثلاً او مرور باص كبير ـ او نباح كلب او أى حيوان يتحرك كالدجاج أو الطير ... الخ ، وتكون هذه المسألة صعبة لو كان من المستحيل تجنب هذا الشيء الذى يخاف منه الطفل كمرور الباص مثلاً أو الطائرة .

وفى الجانب الآخر نجد هذا الطفل قد لا يخاف من أشياء توجب الخوف وينبهه للخطر كالجرى فى الشارع دون الالتفات للسيارات القادمة ، وهكذا نجد بعض الأطفال التوحديين شديدى الخوف بدون داع بينما اخرين يكونون لا مبالين بأى خطر حولهم . ولكن مع مرور الوقت نجد الطفل يتغير ويصبح مرتاحاً أكثر لما حوله ويرجع ذلك لشخصية الطفل ومدى تعامله مع أعاقته بنفسه .

التصرفات المخجلة اجتماعيا :

لكون الطفل لا يفهم الكلمات او ما حوله تجد البعض منهم يتصرفون تصرفات قد تكون غير مقبولة اجتماعياً ، فبعض الأطفال التوحديين يكونون منعزلين بشدة وأديهم خمول بحيث لا يسببون أى ازعاج أو تصرف مخل ، بينما البعض الآخر يكون كثير الحركة مخرب أو يحب رؤية كل ما حوله واستكشافه خاصة فى عمر ٢ ـ ٥ ، البعض يحب الصراخ مثلاً مما يسبب الإحراج لوالديه فى اى مكان عام ، البعض لا يعرف معنى المتكية فممكن عند دخول المطعم يمد يديه لاى طاولة فى طريقه ليأكل منها أو يشرب البيبسى مثلاً ولا يهتم بنظرات من يجلس على الطاولة ولا بإحراج والديه فى هذا الموقف ، بعض الأطفال يحبون خلع ملابسهم ثم ارتداءها ولا يهمهم أن يفعلوا ذلك امام اى أحد حتى ولو كانوا بالسوق ، البعض دقيق فى أكله ولو سقطت قطعة صغيرة على الأرض فلابد أن يأكلها مهما كان المكان الذى سقطت فيه ، الأطفال التوحديون الذين لديهم لغة للتفاهم يكونون اقل إحراجاً فى هذه التصرفات ولكن ليس اقل إحراجاً عندما يتكلمون فى موضوع لا يليق قوله كوصف الشخص بصفة لا يليق أن تقال او الحديث فى موضوع لا يلائم الموقف وهكذا ، والشىء الذى اثبتوا انهم لا يكذبون ولا يستطيعون الكذب بما لديهم من قدرات لغوية وفهم ، وكم نتمنى لو أن بنى البشر متساوون مع التوحديين فى هذه النقطة فى عدم القدرة على صناعة الكذب واستعماله فى الحياة .

عدم القدرة على اللعب الابتكارى :

يتعلم الطفل الطبيعى عن العالم حوله بطريق اللعب ، فالاكتشاف والاحساس للأشياء المختلفة ينمى اللغة والفهم للعالم من حوله ، ثم يبدأ فى استعمال الألعاب لترمز لما حوله من اشياء حقيقية ، فيبدأ الطفل يتخيل اللعبة طفل صغير فيكلمه ويغير ملابسه ويتخيل إعطاءه الحليب والطعام بدل أن يرميه على الأرض او يجلس اطرافه ، وكذلك يبدأ فى تصوير القطار أو السيارة إلى الامام والخلف ليتخيل انها سيارة حقيقية ستأخذه فى رحلة للخارج بدل أن يرميها ليسمع صوت ارتطامها بالأرض أو فقط ليصففها فى خطوط مستقيمة غير متحركة ، كما يفعل الطفل التوحدى ، وقد تكون اللغة هى العائق الأول لقدراته على التعبر والتطور كما فى اللعب ايضاً فيبقى الطفل التوحدى فترة طويلة كما فى الفترة العمرية الأولى للطفل عندما يبدأ يمسك الأشياء ويراها بدون ان يعرف كيف يلعب بها . البعض يحب اللعب بالماء مثلاً أو تدوير قطع معدنية ويصبح ماهراً فى ذلك دون محاولة تطوير هذه اللعبة لخطوة اخرى ، عندما يكبر الطفل قليلاً تجده يحب العاب التركيب وان كان يستمتع بتركيبها فقط دون النظر إلى ماذا يبنى ، (كذلك العاب تكملة الصورة المقطوعة) وبسبب ضعف اللغة والتخيل لا يستطيعون الاندماج فى اللعب مع الأطفال الآخرين ، عندما

يكونون صغاراً يتجاهلون غيرهم من الأطفال ولكن في مرحلة أخرى من العمر يحبون أن يشاركهم غيرهم من الأطفال ولكن لا يعرفون كيف ؟ وكثيراً من الآباء يشتكون أن الطفل التوحدي حتى لو كان بارعاً في الرسم مثلاً أو العزف على آلة موسيقية تعلموا في المدرسة أو مهارة أخرى إلا أنه لا يعقل ذلك إلا إذا قيل له وقد يمر الوقت الطويل وهو يستمع لشريط مرة وثانية وعاشرة دون أن يمل أو يفعل شيئاً على الاطلاق .

مهارات خاصة :

بالرغم من الصعوبات العديدة التي ذكرناها إلا أن هؤلاء الأطفال لديهم قدرات ومهارات خاصة تدهش من حولهم ، وبالطبع أولهم الوالدون مما يجعلهم دائمي التفكير أن هذا الطفل طبيعي وذكي ولكن ينقصه أن يتعلم ليعبر عما في داخله ، البعض يكون ماهراً في استعمال آلة موسيقية معينة ولقد رأيت طفلاً توحدياً عمره حوالي ١٢ سنة ياباني الجنسية يستطيع أن يعزف أي مقطوعة حتى وإن كانت عالمية في ثوانٍ بدون نوتة موسيقية فقط بعد سماعها لمرة واحدة ، ويستغرق في العزف كأي محترف آخر ، وطفل آخر قد يكون ماهراً في المسائل الحسابية المعقدة فيستطيع أن يعطيك حاصل ضرب أو قسمة بدون استعمال آلة حاسبة مما يذهل من حوله ، ولكنه في نفس الوقت قد لا يستطيع أن يكتب اسمه ، البعض يكون ماهراً في تشغيل الآلات الكهربائية خاصة الفيديو والمسجل والتليفزيون في عمر مبكر ، البعض كذلك يمهر في الرسم سواء نقلاً أو تمثيلاً ، ولقد زار امريكا طفل توحدي انجليزي بمنحة من مدرسته وظهر على شاشة التليفزيون الامريكي وبدون ان يتكلم أي كلمة جلس قبالة تمثال الحرية الامريكي ليرسمه بدقة وبكافة التفاصيل كأي رسام محترف لا كطفل عمره ١٠ سنوات ، كذلك بعض الأطفال يستطيعون الاحتفاظ في ذاكرتهم بأماكن كثيرة حتى لو زاروها مرة واحدة في عمرهم مما يدهش آباءهم أو من يسير معهم بطريقة عجيبة ، وأغلب هذه المهارات لا تعتمد على اللغة ، الموسيقى والأعداد ـ الذاكرة للأمكنة كلها تتفاعل بأماكن مختلفة في المخ .

وهذه المهارات تكون المصدر الرئيسي لسعادة هؤلاء الأطفال ولإعطائهم ما يشغلون به حياتهم ، ولله سبحانه في خلقه شئون .

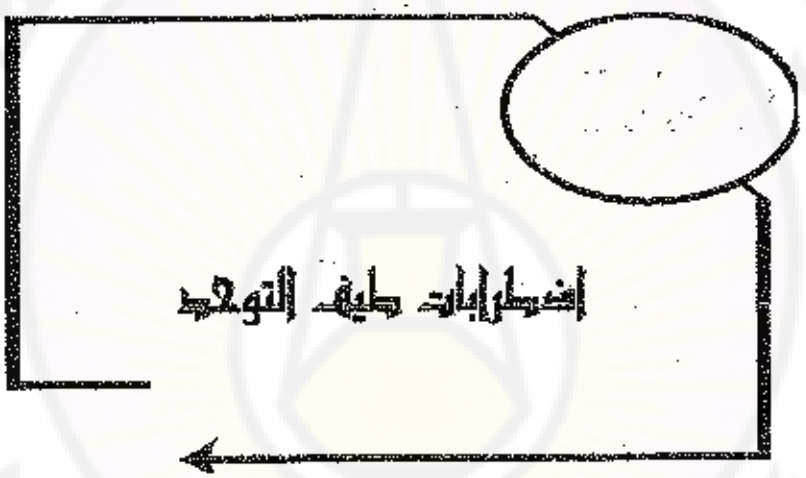
من فضل الله ورحمته أن السنوات الأولى الصعبة تبدأ في التحسن بعد مرور الوقت ، فالسنوات الخمس الأولى تقريباً هي أصعب ما يمر على الوالدين من تصرفات وسلوك وبطء شديد في التعلم مما يصيب الوالدين بالاحباط وفقد الأمل بالتقدم .

ولكن مما يعطي الوالدين الراحة ويدخل الأمل من جديد في نفوسهم ان هذه السنوات

الفصل الخامس

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University


وقل رب زدني علما
Damascus University


اضطرابات طيف التوحد


وقل رب زدني علما
Damascus University

مقدمة الفصل

أصبح من الواضح بعد سنوات عديدة من البحث أن هناك عدة أنواع من التوحد، وهو السبب الذي أدى إلى تسمية التوحد بـ "اضطراب طيفي" إشارة إلى النطاق الواسع في درجاته وشدته ومظهر الأشخاص المصابين به. تدل هذه التسمية أيضاً على أن الاختلافات الكائنة في التوحد تشبه الاختلافات الكائنة في الطيف؛ ألوان مختلفة في نوعها ذات ظلال مختلفة الشدة. وعلى الرغم من اتساع نطاق شدة الاضطراب ضمن الأنواع المختلفة، يظل أقلها شدة يمثل عجزاً شديداً، خصوصاً في المجال الاجتماعي إذا ما قورن بغيره من الاضطرابات الأخرى.

يستخدم مصطلح "اضطرابات طيف التوحد" (Autistic Spectrum Disorders) بالتبادل مع "اضطرابات نمائية شاملة" (Pervasive Developmental Disorders)، حيث يشير كلاهما إلى حالات مختلفة من التوحد تشترك جميعها في صفات التأخر الشديد بالإضافة إلى انحراف في العلاقات الاجتماعية وإحدى أو كلا الصفتين التاليتين: تأخر في التواصل اللغوي والاجتماعي، وعدم القدرة على التخيل. هذا بالإضافة إلى أن المصابين باضطرابات طيف التوحد يعانون أيضاً التحولات في تطورهم، وهذا يعني أن الطريقة التي يتطور بها هؤلاء لا تسير وفق التسلسل الطبيعي الذي نراه في نمو الأطفال الطبيعيين أو حتى فيمن يعانون إعاقة ذهنية. على سبيل المثال، يبدأ الطفل الطبيعي في الحبو ثم المشي بينما قد يبدأ الطفل التوحدي بالركض قبل الحبو. وتبعاً على ذلك، قد لا يكتسب المصاب جميع المهارات التي تشملها سلسلة التطور. ومثال ذلك أن الطفل الطبيعي أو من يعاني إعاقة ذهنية، يتعلم منذ بداية حياته الاعتماد إلى حد كبير على تعبيرات وجوه الأشخاص للاستدلال على ما يتطلبه موقف معين أو موضوع ما، في الوقت الذي يظل الشخص التوحدي يواجه صعوبة شديدة في قراءة تعبيرات الوجه على الرغم مما قد يكون لديه من مهارات إدراكية بسيطة.

في وقتنا الحالي، تم تحديد خمسة أنواع من "اضطرابات طيف التوحد" في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية: الإصدار الرابع المنقح (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition: Text Revised: DSM-IV-TR) وهي: "اضطراب التوحد"، و"متلازمة أسبرجر"،

و "اضطراب أو متلازمة ريت" ، و "اضطراب الانتكاس الطفولي" ، و "الاضطرابات النمائية الشاملة - غير المحددة" . وقد جاء سرد هذه الأنواع تحت عنوان " الاضطرابات النمائية الشاملة" . وقد قام بنشر هذا الدليل جمعية علم النفس الأمريكية . ويعد بمثابة مرجع تشخيصي لجميع حالات الاضطرابات النفسية والذهنية . ومن الأغراض الرئيسة لهذا الدليل توحيد المعايير التشخيصية لجميع الاضطرابات كي يتمكن جميع الاكلينيكيين وغيرهم من الاختصاصيين من إجراء تشخيصات أكثر دقة .

يعارض الكثير من الباحثين والاختصاصيين استخدام مصطلح "اضطرابات نمائية شاملة" وهم يرون ضرورة أن يستبدل بها في التعليمات القادمة من الدليل مصطلح "اضطرابات طيف التوحد" (Lord & Risi, 2006). وحيث أن جميع الأنواع الخمسة ذات درجات وصفات مختلفة من التوحد، كان من الأفضل تضمين مصطلح "توحد" عوضاً عن "اضطرابات نمائية شاملة" . إن تغيير استخدام المصطلح من شأنه أن يوضح أن جميع هذه الاضطرابات تشترك في صفات خاصة بالتوحد، وبالتالي تحتاج إلى خدمات مشابهة لأولئك الذين تظهر عليهم صفات اضطراب التوحد، ومن المحتمل التخلي عن مصطلح "اضطرابات نمائية من الإصدار القادم من (DSM). وإلى أن يتم ذلك، يظل مصطلح "اضطرابات نمائية شاملة" يستخدم بالتزامن مع "اضطرابات طيف التوحد" .

أهم النقاط التي يتناولها هذا الفصل:

- الأنواع الخمسة من الاضطرابات النمائية الشاملة اضطرابات طيف التوحد.
- المعايير التشخيصية.
- درجات شدتها وانتشارها.
- الفروق بين الأنواع المختلفة.
- النتائج المترقعة.

١ - اضطراب التوحد
Autistic Disorder

تشبه خصائص التوحد إلى حد بعيد ما جاء في وصف "كانر" للتوحد وهو ما يسمى أيضاً بـ "التوحد التقليدي" (Classical Autism) أو "توحد كانر" (Kanner's autism). ويظهر فيه "ثالوث الأعراض" مكتمل وبدرجات متفاوتة من الشدة.

يظهر التوحد في جميع أنحاء العالم وبمختلف الجنسيات والطبقات الاجتماعية بالتساوي، ولم تجر حتى الآن أي دراسات تدل على مدى انتشار التوحد في العالم العربي. ولكن بناءً على الدراسات التي أجريت في أوروبا وأمريكا، تقدر نسبة انتشار التوحد الشديد بـ ٥ من كل ١٠,٠٠٠ مولود (Lotter, 1966)، بينما تراوحت بين ٥ – ١٥ من كل ١٠,٠٠٠ مولود لاضطراب التوحد بجميع درجاته (Fombonne, 1998).

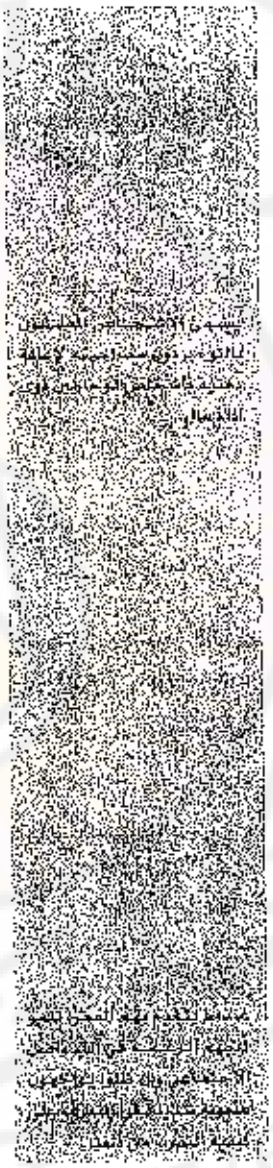
نسبة الإصابة بالتوحد بين الذكور والإناث

تظهر حالات الإصابة بالتوحد بنسبة ٤ : ١ بين الذكور والإناث (Wing & Gould, 1979) بشكل عام. لكن التوحد يظهر في الغالب شديداً لدى الإناث، ويكون مصحوباً بتأخر ذهني شديد. وفي فئة التوحد الشديد، يوجد ذكران مقابل كل أنثى (Wing & Gould 1979; Ehlers & Gillberg, 1993). وهكذا، لو أننا لم نأخذ في اعتبارنا إلا من أصيب بالتوحد المقترن بتأخر عقلي شديد من الذكور والإناث فإن نسبة الإصابة تنخفض بينهما إلى ٢ : ١.

في فئة التوحد الشديد يوجد ذكران مقابل كل أنثى، بينما في التوحد بجميع حالاته يوجد ٤ ذكور مقابل كل أنثى

عمر البداية لاضطراب التوحد
Age of Onset

يظهر التوحد بوضوح عادةً قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره، وفي ٧٠ - ٨٠٪ من



المصابين به يظهر خلال السنة الأولى (APA, 2000). أما الباقي منهم فينمون بصورة طبيعية أو شبه طبيعية ثم يتراجعون بين سن الثانية والثالثة ويفقدون بعض المهارات التي اكتسبوها، مثل استخدامهم لبعض الكلمات واهتماماتهم الاجتماعية.

أعراض اضطراب التوحد

تظهر أعراض التوحد باختلاف شديد من شخص إلى آخر. وقد يعود هذا الاختلاف في الدرجة الأولى إلى تفاوت القدرات الإدراكية لدى الأشخاص المصابين بالتوحد. وهناك تقديرات بأن ٧٧٪ منهم يكون لديهم تأخر ذهني تتفاوت درجاته من خفيف إلى شديد. عندما يكون التوحد «مصحوباً بتأخر ذهني شديد فهو يسمى بـ "التوحد ذي الأداء المنخفض" (Low Functioning Autism). ويقدر أن حوالي ٢٧٪ من الأشخاص التوحديين ينتمون إلى هذه الفئة (Gilberg, 1984)، بينما ٥٠٪ منهم يعانون التوحد وتأخراً ذهنياً خفيفاً أو متوسط الشدة. أما الفئة المتبقية ممن لا يعانون تأخراً ذهنياً (٢٣٪)، فهم ينتمون إلى فئة "التوحديين ذوي الأداء العالي" (High Functioning Autism: HFA). والواقع أن مصاحبة التأخر الذهني للتوحد والاختلاف بين الاضطرابين أمر محير للكثيرين. ولذلك، سنقدم في الفصل التالي مزيداً من الشرح عن هذا الموضوع. وفيما يلي وصف لأعراض التوحد الأساسية بصورة مختصرة وبشكل عام.

القصور الاجتماعي

يعد القصور الاجتماعي أهم مشكلة تظهر على حالات التوحد، وهناك نطاق واسع تتجلى فيه مظاهر القصور الاجتماعي في مختلف مراحل العمر وإن كانت أكثر

وضوحاً في المراحل الأولى من عمر الطفل . يبدي معظم الأطفال المصابين بالتوحد عدم اهتمام بمن حولهم ويفضلون الوحدة . وهم نادراً ما يبحثون عن أي تواصل اجتماعي أو عن مشاركة تجاربهم مع الغير . إلا أنه عندما يتقدم بهم العمر ، تنمو لديهم الرغبة في التواصل الاجتماعي وإن ظلوا يواجهون صعوبة شديدة في التعرف على كيفية التقرب من الغير وفهم قواعد التواصل الاجتماعي المتعارف عليها .

وفي محاولة لوصف الاختلافات الاجتماعية في التوحد قامت "لورنا وينج" (Wing, 1996, Wing & Attwood, 1987) أربعة أنماط اجتماعية تظهر على الأشخاص المصابين بالتوحد . ويعتمد انتماء شخص توحدي إلى إحدى هذه الأنماط على درجة ذكائه والتطور اللغوي لديه (Volkmar et al., 1989).

الأنماط الأربعة للقصور الاجتماعي في التوحد :

ليس هناك حد فاصل لهذه الأنماط . وقد ينتمي شخص إلى نمطين في آن واحد . ولكن معظم الأشخاص التوحديين بوجه عام ينتمون إلى نمط واحد فقط ، ومع تقدم سنهم وتطورهم الإدراكي واللغوي قد يتقدمون من نمط إلى آخر . وفيما يلي وصف لهذه الأنماط .

١. النمط الانعزالي (Aloof Type) :

وفقاً لما ورد عن لورنا وينج ، تمثل الانعزالية أكثر أنواع القصور الاجتماعي شدة . وبما أن أعراض التوحد تكون في أشدها خلال خمس السنوات الأولى من حياة الطفل التوحدي ، فإن معظم الأطفال الذين هم دون سن الخامسة ويعانون التوحد ينتمون إلى هذه الفئة . يتغير معظم الأطفال مع تقدمهم في العمر ولا يلزم النمط الانعزالي

يستجيب معظم الأطفال التوحديين إلى النمط الانعزالي بشكل أكبر من النمط الأخير، للاقتراب الجسدي من الآخرين وغيرها، وقد يبدون مقاومين في تلك اللحظات، إلا أنهم في حال انتهائهم من اللعب يعودون إلى عزلتهم من جديد.

إلا مع قلة منهم ولا سيما ذوي الأداء المنخفض. تتسم سلوكيات هذه الفئة بالانعزال عن الجماعة وتفادي الاختلاط بالآخرين وعدم المبالاة بالأشخاص، بل ويتصرفون وكأنه ليس للآخرين وجود. وإذا ما أحد ناداهم بأسمائهم لا يجيبون، ويبدون صماً ومنعزلين عن العالم.

قد ينظر الطفل التوحدي المنتمي إلى النمط الانعزالي أحياناً إلى المحيطين به وكأنهم أشياء إلى حد أنه قد يبعدهم عن طريقه كأي جماد أمامه، أو قد يستخدمهم للتوصل إلى ما يريده. وقد يسحب يد شخص لكي يحصل منه على شيء يريده حتى دون أن ينظر إليه، وإذا ما حصل على ما يريده انصرف عنه. كما أنه لا يبدي تعاطفاً مع الآخرين، ولا يتأثر إذا كان شخص ما مستاء، ولا يرفع يده للتوبه لكي يحملونه أو يعانقوه.

ويستجيب معظم الأطفال في هذا النمط لأنواع اللعب الخشنة مثل الدغدغة وألعاب التأرجح (كحملهم على الشهر أو الكتف) والجري أمام الأشخاص يطاردونهم. وقد ينظرون أثناء اللعب في أعين من يلعب معهم لحثهم على الاستمرار. وفي تلك اللحظات، قد يبدون طبيعيين من خلال نظرهم إلى الآخرين وابتسامتهم لهم وضحكهم، إلا أنهم في حال انتهائهم من اللعب يعودون إلى عزلتهم من جديد.

٢. النمط السلبي (Passive Type):

يتقبل الأشخاص التوحديون في هذه الفئة محاولات الغير للتقرب منهم، ولا يديرون وجوههم في الاتجاه المعاكس لمن أمامهم مثل ما يفعله النمط المنعزل. ولكنهم لا يبادرون من تلقاء أنفسهم إلى الاختلاط الاجتماعي مع الغير. أما بالنسبة للتواصل البصري (النظر في عيون الآخرين)، فهم نادراً ما يوجهون نظرهم إلى محدثهم.

ولكن إذا قال لهم المتحدث "أنظر إلي" فقد يقومون بذلك. وبشكل عام، يعد النمط السلبي أقل الأنماط إحداثاً للمشكلات السلوكية مقارنة بغيره من الأنماط. ويكون تطورهم الإدراكي أكثر تقدماً من هؤلاء الذين يتصفون بالنمط الانعزالي.

٣ - (نمط النشطين بطريقة شاذة (Active-But-Odd Type):

يتصف الأشخاص المنتمون إلى هذا النمط باهتمامهم بوجود الغير ومحاولة التقرب منهم. ولكن معظم محاولاتهم للاختلاط الاجتماعي وتجاوبهم يتوجه نحو البالغين، بينما قد يتجاهلون أقرانهم أو يتعاملون معهم بشكل عدواني. ولكن بالرغم من محاولة تقربهم من الكبار، إلا أن طريقة تقربهم تعد غريبة. فقد يتلمسون الشخص أو يشمونه أو يقبلونه (بشكل متكرر) أو يلمسون شعره أو يربتون على كتفه.

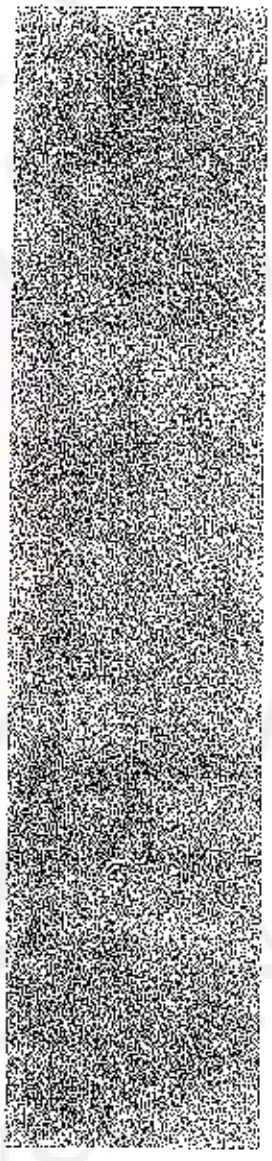
أما بالنسبة إلى النظر في عين المتحدث، فقد يحدقون لفترة طويلة وبشدة أحياناً، بينما في أوقات أخرى قد لا يوجهون بصرهم إلى محدثهم. هذا بالإضافة إلى أنهم لا يميزون اهتماماً لمشاعر أو احتياجات الآخرين، فهم لا يعرفون مثلاً إذا كان شخص ما يريد فعلاً التجاوب معهم أو كان الوقت غير مناسب له، أو أنه ملّ من اللعب أو المحادثة معهم ويريد التوقف. وبالتالي، قد يشكلون عبئاً كبيراً على من حولهم بسبب حاجتهم إلى قدر كبير من الانتباه والاهتمام من الآخرين.

٤- النمط الرسمي المتكلف (Over Formal Stilted Type):

يحاول هذا النمط من الأشخاص التوحديين أن يكونوا مهذبين مع الغير وتطبيق كل ما تعلموه من قوانين اجتماعية. ولكن تطبيقهم لهذه القوانين يتصف بعدم المرونة حيث يطبقونها بحذافيرها وبنفس الشكل مع كل الأشخاص وفي كل الأوضاع. فقد يقول

يتسم بعض التوحديين إلى نمط التناسبين باهتمامهم بوجود الغير ومحاولة التقرب منهم.

يحاول أفراد النمط الرسمي المتكلف أن يكونوا مهذبين مع الغير وتطبيق كل ما تعلموه من قوانين اجتماعية، إلا أن تطبيقهم لهذه القوانين يتصف بعدم المرونة.



شخص لوالدته بعد اصطناعه كوباً من الشاي "أشكرك يا والدتي على حسن ضيافتك التي أبديتيها لي في هذا اليوم"، فهو لا يعي أن التحدث مع اسرته لا يتم بهذا الشكل الرسمي.

إن أكثر من نصف الأشخاص التوحديين لا يصلون إلى هذه المرحلة من التطور، فمعظم المنتمين إلى هذه الفئة هم من المراهقين والكبار ممن لا يعانون تأخراً ذهنياً إضافة إلى التوحد، والذين تطورت لديهم مقدرة جيدة على الكلام.

ولذا، فإن القصور الاجتماعي في التوحد أشكالاً كثيرة تختلف في شدتها. فالتوحد لا يعني "العزلة الاجتماعية" بل هو قصور شديد في معرفة كيفية التعامل مع الناس وفهم وتطبيق القوانين الاجتماعية المعقدة والتي نستعرضها فيما يلي:

المشكلات الاجتماعية المشتركة لدى جميع الأشخاص التوحديين

١. صعوبة في استخدام التواصل البصري في المواقف الاجتماعية:

في بداية مراحل نموهم، قد يتجنب الأطفال التوحديون النظر في أعين الآخرين. ولكن مع مرور الوقت، تتلاشى هذه الصعوبة في معظم الحالات (Kasari, Sigman, & Yirmiya, 1993). وبالرغم من هذا، فإن التواصل البصري يشمل أكثر من مجرد المقدرة على النظر في أعين الآخرين، حيث له عدة استخدامات في المواقف الاجتماعية. وفي تلك الاستخدامات تكمن مشكلات الأشخاص التوحديين في التواصل البصري في جميع مراحل نموهم؛ فهم يجدون صعوبة في فهم المشاعر والتعبير عنها من خلال العين، وجلب انتباه الآخرين، والتنسيق بين النظر في أعين الآخرين والقيام بأفعال أخرى مثل التحدث أو إصدار الإيماءات الجسدية.

٢ . صعوبة في الفهم والتعبير عن المشاعر:

يعبر الشخص العادي عن مشاعره من خلال العين وحركات الوجه وإيماءات الجسم والكلام، ويجد الشخص التوحدي صعوبة في فهم المشاعر من خلال جميع هذه الوسائل . ومع أنه قد يفهم المشاعر البسيطة مثل السعادة والحزن والغضب، تستمر لديه صعوبة فهم المشاعر المعقدة والتي تتطلب درجة مرتفعة من التحليل الإدراكي مثل الخجل والندم والشعور بالذنب . والجدير بالذكر أن هذا لا يعني أن الشخص التوحدي ليس له مشاعر، فهو يحزن ويكتئب ويغضب ويخاف ويسعد ويتعلق بالآخرين (Sigman & Ungerer, 1984) .

٣ . صعوبة في تكوين علاقات اجتماعية:

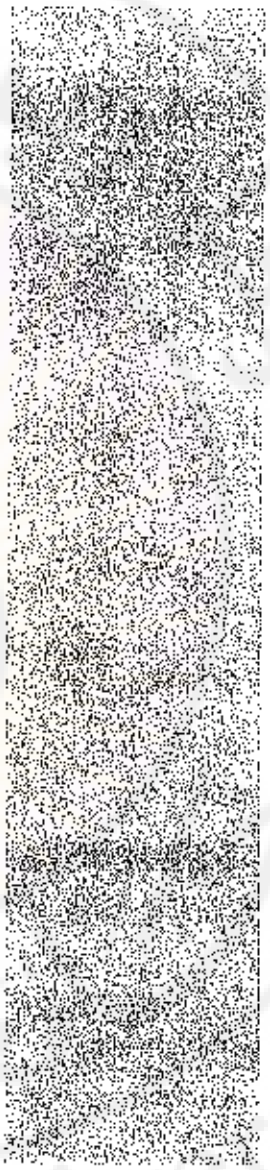
التعامل الناجح مع الناس "غاية لا تدرك" حتى بالنسبة للشخص الطبيعي، وتعتبر العلاقات الاجتماعية مهمة صعبة حتى بالنسبة للأسوياء لأنها معقدة جداً وتتطلب الكثير من المهارات التي لا توجد عند الأشخاص التوحديين بدرجة كافية تسمح لهم بتكوين علاقات اجتماعية طبيعية .

بالرغم من الصعوبات التي تواجه الشخص التوحدي في فهم المشاعر إلا أن هذا لا يعني أنه ليس له مشاعر، فهو يحزن ويكتئب ويغضب ويخاف ويسعد ويتعلق بالآخرين.

القصور في التواصل اللغوي

تدل الأبحاث القديمة على أن ٥٠٪ من الأشخاص التوحديين لا يتعلمون الكلام (Rutter, 1987)، ولكن مع طرق التدخل الحديثة انخفضت هذه النسبة إلى ٣٥٪ (Mesibov, Adams, & Klinger, 1997) أو حتى إلى ٢٠٪ (Bondy & Frost, 1998).

ولكن الذين يظهرون القدرة على الكلام يتأخرون عادة في اكتساب القدرة اللغوية، ونادراً ما يتكلمون قبل أن يصلوا إلى سن الثالثة من عمرهم، وقد يتكلمون



في سن الخامسة أو السادسة أو أكثر . ولكن تستمر لديهم مشكلات لغوية بالرغم من مقدرتهم على الكلام ، فهم غالباً ما يخلطون في استخدام الضمائر ("أنت" بدلاً من "أنا") ، ويكررون الجمل والكلمات بنفس الطريقة التي يسمعونها (المصادات ، وتعرف أيضاً بمصطلح "الترديد") ، كما يكون فهمهم للكلام حرفياً . فلو قلت مثلاً "إنني غاضب" ، أكاد ألقي بنفسي من النافذة" ، فلن يدرك المصاب بالتوحد أن المعنى يشير إلى شدة الغضب ، وإنما سيعتقد أن المتحدث سيقذف بنفسه من النافذة بالفعل . وبالإضافة إلى ذلك ، يكون استخدامهم للغة محدوداً جداً . فبينما يقوم الشخص الطبيعي باستخدام اللغة لعدة أغراض ، ومنها الطلب والرفض والتعبير عن المشاعر وطلب المعلومات وإعطاء معلومات وتوطيد العلاقات الاجتماعية ، غالباً ما تنحصر الاستخدامات اللغوية عند الشخص التوحدي في الطلب والرفض .

فقدان القدرة على التخيل وتعلق شديد بالروتين والقيام بحركات متكررة

لدى الأشخاص التوحديين صعوبة شديدة في التخيل واللعب الابتكاري . فبدلاً من استخدام لعبة بشكلها الصحيح على سبيل المثال ، قد يقومون بترتيبها في صفوف منتظمة ، ولا يشاركون في اللعب التمثيلي مثل لعب دور المعلم أو الدكتور أو الطيار أو الشرطي كما يلعب الأطفال الطبيعيون . كما أن لديهم تعلقاً شديداً بالروتين ، فلا بد أن يفعل كل شيء بنفس الطريقة في كل مرة . وعلى سبيل المثال ، قد تنتابهم نوبة غضب في حال تغيير قطعة من الأثاث من مكان إلى آخر . هذا بالإضافة إلى أنهم قد يقومون ببعض الحركات الجسدية المتكررة مثل رفرفة اليدين أو الدوران حول أنفسهم أو

تحريك رؤوسهم من اليمين إلى اليسار بحركة منتظمة ومتكررة . ولكن في الكثير من الحالات تنخفض شدة حدوث الحركات المتكررة مع التقدم في السن .

سلوكيات أخرى مصاحبة للتوحد

هناك سلوكيات أخرى تظهر على المصابين بالتوحد ، ولكنها بسبب عدم ثبوتها في جميع الحالات واحتمال ظهورها في اضطرابات أخرى غير التوحد ، لا يمكن اعتبارها أعراضاً أساسية للتوحد . تشمل هذه الأعراض ما يلي :

١ . مشكلات في الأكل :

الكثير من الأطفال التوحديين لا يأكلون سوى نوعيات محدودة جداً من الأطعمة ويرفضون رفضاً تاماً التنويع في الأكل ، ولكن غالباً ما تنخفض شدة هذه المشكلات أو تختفي مع التقدم في السن .

٢ . اضطرابات في النوم :

لا ينتظم العديد من الأطفال التوحديين في النوم ، فقد ينتابهم التعاس في أوقات الصباح مثلاً أو أنهم قد لا يواصلون النوم لمدة ٨ أو ١٠ ساعات مثل باقي الأطفال بل يكون نومهم متقطعاً . وكما هو الحال في مشكلات الأكل ، غالباً ما تنخفض شدة مشكلات النوم أو تختفي مع التقدم في السن .

٣ . مهارات تفوق قدراتهم الإدراكية :

يظهر على العديد من المصابين بالتوحد قدرات جزئية تفوق مستوى إدراكهم العام . فعلى سبيل المثال ، قد يجد الطفل صعوبة في الإشارة إلى صورة بسيطة (وهو ما يستطيع أن يقوم به طفل في السنة الأولى من عمره) ، ولكنه يظهر مهارات فائقة في

يظهر على العديد من المصابين بالتوحد قدرات جزئية تفوق مستوى إدراكهم العام ، وذلك هو السبب الذي دعا إلى تسمية مثل هذه القدرات بمضطلح جزر القدرات .

حل أحجية كبيرة (وهو ما يقوم به طفل لا يقل عمره عن خمس سنوات). وذلك هو السبب الذي دعا إلى تسمية مثل هذه القدرات بمصطلح "جزر القدرات" (Islets of Ability).

٤. قدرة فائقة على القراءة:

قد يتمتع بعض الأطفال التوحديين بقدرة فائقة على القراءة في سن مبكرة (Hyperlexia). فقد يتمكن بعضهم وهو في الثالثة من العمر من قراءة جميع الكلمات واللافتات والإعلانات. إلا أن هذه القراءة غير مصحوبة عادة بفهم للغة أو لمعنى الكلمات التي يقرأونها. كما لم تحدد الدراسات نسبة ظهور هذه المقدرة لدى الأشخاص التوحديين، ولكنها لا تظهر على جميع الحالات بل على القليل منها.

٥. مواهب خاصة يطلق عليها اسم "العالم التوحدي":

قبل عقد الستينات من القرن العشرين كان يطلق على صاحب هذه القدرات "العالم الغبي" (Idiot Savant). إلا أن تلك التسمية استبدل بها مصطلح "العالم التوحدي" (Autistic Savant). تظهر هذه القدرات لدى ما يقارب ١٠٪ من الأشخاص التوحديين بينما تظهر لدى الناس غير التوحديين بنسبة ١٪ فقط (National Research Council, 2001: Rimland, 1978). أي أن فرص ظهور هذه القدرات تصل نسبتها إلى ١٠ أضعاف فرص ظهورها في الأسوياء أو ممن لديهم تأخر عقلي من دون توحد.

هناك أشكال عديدة تظهر بها مواهب "العالم التوحدي"، وأكثرها شيوعاً هي القدرات الفائقة في الرياضيات والحفظ والهندسة المعمارية والرسم والموسيقى. وقد قام الممثل "داستين هوفمان" (Dustin Hoffman) بتمثيل دور "العالم التوحدي" في فيلم "رجل المطر" (Rain Man). وكان أداؤه رائعاً حيث استلم جائزة الأوسكار

يمكن أن يتمتع بعض الأطفال التوحديين بقدرة فائقة على القراءة في سن مبكرة، فقد يتمكن بعضهم وهو في الثالثة من العمر من قراءة جميع الكلمات واللافتات والإعلانات.

يطلق على الأشخاص التوحديين مواهب خاصة

مواهب "العالم التوحدي" تشمل القدرات الفائقة في الرياضيات والحفظ والهندسة المعمارية والرسم والموسيقى

لأفضل ممثل لعام ١٩٨٨ م. قام هوفمان بدور شخص توحدي لديه قدرات فائقة في الرياضيات، وكان بمقدوره استخراج الجذر التربيعي وحل مسائل حسابية أخرى معقدة خلال ثواني قليلة ودون الاستعانة بآلة حاسبة.

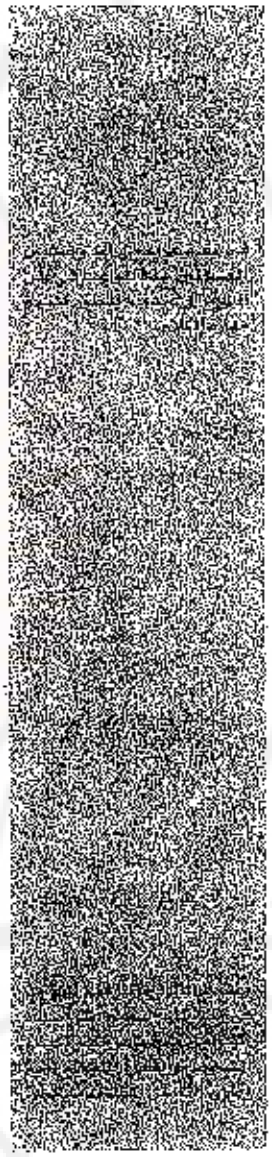
وهناك آخرون عن أوهبم قدرة فائقة على حفظ التقاويم، فيمكن مثلاً عند سؤال أحدهم عن اليوم الذي يمثل ٢٣ أكتوبر ١٩٦٨ م أن يجيب في ثانية واحدة أنه كان يوم جمعه (بناءً على تجربة المؤلفة). كما يستطيع آخرون تذكر حقائق وتفاصيل عن بعض الموضوعات مثل التواريخ المختلفة لأحداث تاريخية هامة أو أسماء رؤساء أو معلومات جغرافية أو تواريخ ميلاد أشخاص معينين.

الموسيقى واحدة من الجوانب الأخرى التي تتجلى فيها قدرات "العالم التوحدي". فبعض التوحديين أذن موسيقية دقيقة تمكّنهم من عزف مقطوعة موسيقية بعد سماعها مرة واحدة فقط، رغم عدم تعلمهم كيفية العزف على الآلة الموسيقية من قبل.

وللبعض الآخر مقدرة فائقة على الرسم، ومثال ذلك الطفلة "نادية" التي كانت مصابة بالتوحد، والتي استطاعت في الثالثة من عمرها أن ترسم صوراً بديعة للخيول خلال مراحل عمرها ما بين ٣ و ٧ سنوات. كانت تكتفي بإلقاء نظرة واحدة على الصورة ثم تبدأ الرسم من استحضار الصورة من الذاكرة. وقد كانت رسومها متقنة وتحمل أدق التفاصيل حتى أنها قورنت برسوم أحد الفنانين المشاهير الذي يُدعى "رامبرانت" (Rembrandt). ومما يؤسف له أن نادية فقدت موهبتها عندما تعلمت الكلام. وهناك مثال آخر لشخص كنيدي توحدي كان يرسم لوحات مستخدماً الأقلام الشمعية، وكانت لوحاته تباع بنحو ١٠ آلاف دولار أمريكي للوحة الواحدة. وأخيراً، هناك بعض من التوحديين الذين لديهم قدرة فائقة على تذكر الطرق وكيفية

من الصعب نظرة واحدة إلى صور الفنان وإدراك استدارات المنظر والقدرة الفائقة على تقسيم صور ساحرة وجذابة للغاية مثلما كمثال صور فنان من الثالثة والرابعة.

ملاحظة:
إن رسم المعلم في مركز الجذع أعطاها توازناً، قام على الفنان (Rimland) (1978) بين عامي ١٩٧٦ و ١٩٧٨ م، امتلأت رسومه بالحياة والحركة، وقد لاحظ الأطفال بالقدرة لعرفة مواقع وتنسيقها بشكل يجذبهم في مستقبلهم.



الوصول من مكان إلى آخر، وقد يستطيعون تذكر تفاصيل دقيقة في الشوارع كعدد الأشجار الموجودة في الشارع. ومنهم أشخاص أصبحوا مهندسين معماريين بارعين (Grandin, 1997).

وقد يفقد بعض التوحديين الذين يتصفون بـ "قدرات العالم" بعض هذه المواهب خاصة في الرسم والموسيقى في سن البلوغ أو عندما تتطور لديهم مهارة الكلام. ولا يعرف حتى الآن تحديد يكون لبعض التوحديين هذه القدرات الفائقة. وقد طرحت بعض النظريات في هذا الخصوص ولكن لم تثبت صحة أي منها علمياً.

النتائج المتوقعة
Outcome

تظهر سمات التوحد على الطفل في أشدها بين عمر الثالثة والسادسة، وتعد هذه المرحلة من أصعب الفترات التي يمر بها أهل الأطفال التوحديين. وعندما يبلغ الطفل التوحدي السن الواقع بين ٦ و ١٢ سنة، تخفف شدة الأعراض السلوكية. أما في سن البلوغ والمراهقة، فقد يتراجع البعض وليس الجميع. وتزداد نسبة حدوث سلوكيات عدوانية لديهم ثم تنخفض هذه السلوكيات مرة أخرى في سن النضج (Wing, 1997). ويخفف التدخل المناسب من وطأة أعراض التوحد في جميع هذه المراحل حتى من التراجع في سن المراهقة أو البلوغ (Wing, 1997).

تتفاوت كثيراً النتائج المحتملة للتوحد في مرحلة النضج، وتعتمد هذه النتائج على ثلاثة عوامل أساسية وهي: مستوى ذكاء الشخص التوحدي، القدرة اللغوية لديه، والطرق المستخدمة في التدخل به أو تدريسه. وفي أحسن الحالات، قد يتمكن بعضهم، ولا سيما الذين لا يعانون تأخراً ذهنياً أو لغوياً، من الاستقلال بذاتهم

والدراسة في الجامعة والعمل في وظائف تكسبهم عيشهم، ولكن تستمر لديهم مشكلات اجتماعية وصعوبات في فهم المشاعر والتعبير عنها إلى حد تختلف شدته من شخص إلى آخر.

يعاني بعض الأشخاص التوحديين من إكمال دراستهم الجامعية والعمل في وظائف تكسبهم عيشهم

أما أسوأ الحالات فهي المصحوبة بتأخر ذهني شديد، حيث يندر أن يكتسب المصابون قدرة على الكلام فيظل هؤلاء في حاجة دائمة للرعاية. ويمكن القول بأن معظم الحالات تقع بين هاتين النتيجتين.

معظم الأشخاص الذين يعانون التوحد يعيشون متوسط الأعمار المتوقعة

وفيما يتعلق بالعمر الافتراضي للشخص التوحدي، فنحن لا نستطيع تحديد عدد السنوات التي يعيشها، أولاً لأن الأعمار بيد الله، وثانياً لأنه ليس هناك عدد كبير من الدراسات التي تابعت حالات أفراد مصابين بالتوحد منذ ولادتهم إلى يوم وفاتهم. ولكن هناك باحثين من الدانمارك تابعوا حالة ٣٤١ شخصاً يعانون أحد اضطرابات التوحد لمدة ٢٤ عاماً (Isager, Mouridsen, & Beute, 1999). وقد وجدوا أن معظم المصابين بالتوحد يعيشون متوسط الأعمار المتوقعة. ولكنهم أضافوا أنه عندما يكون التوحد مصحوباً بتأخر ذهني شديد تكون فترة بقائهم على قيد الحياة أقصر، وذلك لأن المصاب بالتوحد في هذه الحالات غالباً ما يعاني أيضاً أمراضاً صحية أخرى مثل "التصلب الدرني" (Tuberous Sclerosis) وغيره من الأمراض. والأمر كله بيد الله سبحانه وتعالى.

لماذا يتزايد عدد الإصابات بالتوحد؟

يرتفع معدل انتشار التوحد بنسبة ١٠ - ١٧٪ سنوياً. وبالتالي، أعلنت الحكومة الأمريكية بأن التوحد قد أصبح مشكلة صحية وطنية طارئة. وهناك اقتراحات متعددة



لسبب ارتفاع نسبة الإصابة بالتوحد لم تثبت الدراسات العلمية سوى اثنين منها وهما:

- زيادة الوعي.
- اتساع نطاق المعايير التشخيصية للتوحد.

أصبح الاختصاصيون والمجتمع الآن أكثر وعياً بحالات التوحد. ويعتبر هذا الوعي وحده عاملاً كافياً لرؤية عدد أكبر من المصابين بالتوحد بين الحالات التي يتم تشخيصها. فقد كان يُغفل فيما مضى تشخيص حالات توحد من ذوي الأداء العالي. وانتشار مثل هذا الوعي أدى بدوره إلى زيادة عدد الحالات المحولة إلى العيادات المختصة.

هذا بالإضافة إلى أن معايير التشخيص أصبحت أكثر دقة وأوسع نطاقاً من ذي قبل في تحديد حالات التوحد (أي أنها أصبحت تشمل نطاقاً أوسع من سلوكيات التوحد) (Wing, 1997). ويمكن القول إجمالاً بأن تحسن معايير التشخيص يسهم في تسهيل التعرف على حالات الإصابة بالتوحد، كما أن اتساع نطاق السلوكيات ساهم بدوره في زيادة عدد الحالات التي تشخص بالتوحد. ومن المتوقع أن يكون عدد الأطفال المزداد بنسبة الثلث من تتفق حالاتهم مع معايير التشخيص باضطرابات التوحد. خاصة إذا ما قورنت بالمعايير السابقة كالتي وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي - الإصدار الثالث (DSM-III) (Hertzig, Snow, New, & Shapiro, 1990). وإذا ما أُخذ بالتفسيرين السابقين معاً فإنهما قد يبرران الزيادة الظاهرة في عدد الحالات التي تم تشخيصها كمشكلات توحد.

٢ . متلازمة أسبرجر
Asperger Syndrome

تشترك "متلازمة أسبرجر" في العديد من أعراض التوحد، ولكنها تظهر أقل شدة. إن كليهما يشتركان في وجود عجز شديد في التواصل الاجتماعي والقيام بأعمال نمطية متكررة وروتينية إلى جانب فقدان القدرة على التخيل. إلا أن المصابين بـ "متلازمة أسبرجر" يتمتعون عادة بدرجة ذكاء طبيعية، ولا يواجهون تأخراً في اكتساب المقدرة على الكلام من حيث المفردات والقواعد أو في قدرتهم على الاعتماد على أنفسهم.

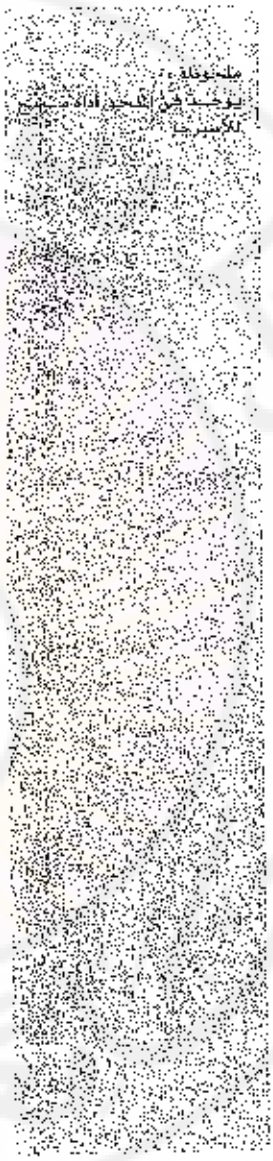
تشترك حالات متلازمة أسبرجر مع حالات اضطراب التوحد في كثير من الصفات ولكن بدرجة بسيطة. الأفراد المصابون بمتلازمة أسبرجر لا يعانون تأخراً لغوياً أو إدراكياً.

تعد متلازمة أسبرجر أكثر شيوعاً من اضطراب التوحد. وتحدث لـ ٢٦-٣٦ من كل ١٠,٠٠٠ مولود (Ehlers & Gillberg, 1993). وهي مشابهة لاضطراب التوحد من حيث شيوعها بين الذكور أكثر من شيوعها بين الإناث بنسبة ٤ : ١ (Ehlers & Gillberg, 1993).

عمر البداية لمتلازمة أسبرجر
Age of Onset

لا يلاحظ الأهل وجود سلوكيات تدعو إلى القلق على طفلهم في السنوات الثلاث الأولى من عمره، نظراً لارتفاع مستوى مهاراته الإدراكية وعدم تأخره في اكتساب اللغة واهتمامه بالبيئة المحيطة به. إلا أنه عند دخول الطفل الحضانة أو عند اختلاطه بمن هم في عمره، تظهر الفروق جلية ولا سيما على الصعيد الاجتماعي. ولكن بما أن متلازمة أسبرجر تعتبر جديدة نوعاً ما في الشرق الأوسط، فإن الكثيرين من الأطباء ليسوا متمرسين في تشخيصه. ولذا، قد نرى العديد من الأشخاص ممن يعانون

معظم الأفراد المصابين بمتلازمة أسبرجر لم تشخص حالاتهم أو أنها شخصت في عمر متأخر يقدر بين الثلاثين أو الأربعين.



ملحوظة: يوجد خلل في أداء مناطق الأسبرجر

الأسبرجر لم تشخص حالاتهم، ويعتبرهم الأشخاص المحيطون بهم "غريبين". وبالرغم من هذه الظاهرة وجود حتى في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية، حيث أن بعض الكبار ممن يعانون الأسبرجر شخصت حالاتهم بعد وصولهم سن الثلاثين أو الأربعين. وقد وجدوا راحة كبيرة في هذا لأنهم استطاعوا آنذاك أن يفهموا أنفسهم، وعرف من حولهم كيفية التعامل معهم.

أعراض متلازمة أسبرجر

١ - قصور في الاستخدام التعلي والاجتماعي للغة:

لا يظهر على المصابين بمتلازمة أسبرجر أي تأخر لغوي، بل تنمو لديهم مهارات لغوية طبيعية من حيث حصيلة المفردات وقواعد اللغة والنطق. وهم قادرون أيضاً على تكوين جمل طويلة ومعقدة في قواعدها (Ghaziuddin, et al., 2000). إلا أن التواصل مع الغير بحاجة إلى أكثر من مجرد القدرة على استخدام القواعد والمفردات، فهو يتطلب تفسير واستعمال جوانب غير لفظية من التواصل بالإضافة إلى معرفة كيفية استخدام الكلمات والتأثير بها على الآخرين، وهذا ما يطلق عليه الجانب الاجتماعي أو التطبيقي للغة (Pragmatics).

يشتمل الجانب التطبيقي للغة استخدام النبرات المختلفة للصوت لجذب الانتباه أو لإضافة المزيد من القيمة العاطفية للرسالة المرسلة، واستخدام الحركات غير اللفظية لمساعدة الآخرين على فهم ما يقال، ومعرفة متى يمكن التحدث ومتى لا يمكن، وكيفية اختيار الموضوعات التي تهم الأطراف الأخرى التي يجري التواصل معها.

ويشمل الجانب التطبيقي للغة أيضاً على توجيه الانتباه نحو الطرف الآخر وتفسير الحركات والإيماءات غير اللفظية التي تصدر عن الطرف الآخر، والاستعانة بها لتوجيه دفة الحديث. تخيل مثلاً أنك تحدث شخصاً يُدعى أحمد، فإذا أخذ أحمد في النظر إلى الأعلى أثناء حديثكما فقد يوحي ذلك أنه مل الحديث، وأنه يفكر في شيء مثل "اووفف! لا أريد الخوض في مثل هذا الموضوع!" وبالتالي فقد تعمد إلى تغيير الموضوع الذي تتحدثان فيه، أو أنك قد تقول له شيئاً مثل: "أعرف أنك سمعت هذا الموضوع من قبل ولكن يهمني التحدث فيه الآن". ولا يخفى علينا جميعاً أننا نعتمد على الحركات غير اللفظية الصادرة من الآخرين لاستنتاج معلومات تهمنا عن الموقف الذي نحن فيه.

يعاني الأشخاص المصابون بمتلازمة أسبرجر من قصور في الجوانب التطبيقية والاجتماعية للغة. فهم يواجهون صعوبة في اختيار الموضوعات المناسبة للحديث، وقد يسترسلون في الحديث لفترة زمنية طويلة في موضوع قد لا يهم أحداً غيرهم. كما أنهم قد يتحدثون ويواصلون التحدث، دون أن يتوقفوا لمنح الغير فرصة المشاركة.

وهم يفعلون ذلك أيضاً بنبرة صوتية واحدة لا تتغير وكأن الحديث صادر من رجل آلي. هذا بالإضافة إلى أنهم قد يفتقدون القدرة على قراءة علامات الملل والارتباك على الطرف الآخر. ولذلك، فإن أفضل ما يمكن وصف حديثهم به أنه حديث من طرف واحد، وليس حديثاً اجتماعياً أو نقاشاً بين طرفين أو أكثر. وأخيراً، فإنهم قد يجدون صعوبة في فهم النكات والمبالغات اللغوية أو العبارات المجازية. إنهم كالمصابين بالتوحد قد تفزعهم عبارة مثل "أكاد أقفز بمظلتي من المناقشة" لأن تفسيرهم لها يكون حرفياً.

لا يعتقد المصابون بمتلازمة أسبرجر صعوبة في تكوين جمل مكتوبة أو منطوقة من الكلمات والتعبيرات والتحدث بقواعد لغوية سليمة. إلا أنه يصعب عليهم تفسير الإشارات غير اللغوية واستخدامها.

٢ . صعوبات على صعيد العلاقات الاجتماعية

على الرغم من أن المصابين بمتلازمة أسبرجر يواجهون عجزاً شديداً في تكوين العلاقات الاجتماعية، يظل هذا العجز مختلفاً في نوعيته عما يواجهه المصابون بالتوحد. المصاب بمتلازمة أسبرجر يظل أكثر اهتماماً وإحاطة بالوسط الاجتماعي المحيط به. ويسعى المصابون بالأسبرجر إلى التفاعل مع الآخرين كما يظهرون اهتماماً بتكوين صداقات. إلا أن عجزهم عن فهم قواعد العلاقات الاجتماعية وعجزهم عن تطبيقها بالإضافة إلى عجزهم عن تفسير الإشارات العاطفية الصادرة عن الغير يدفع الكثيرين إلى اعتبارهم أشخاصاً ذوي سلوكيات غريبة يصعب التعامل معهم.

٣ . اهتمامات خاصة / الالتزام بالعمل الروتيني

في أغلب الحالات يهتم المصابون بمتلازمة أسبرجر اهتماماً مفرطاً بموضوع أو اثنين تفضيلاً على كل الموضوعات الأخرى. وتظهر اهتماماتهم على شكل الإصرار لمعرفة حقائق كثيرة عن موضوعات تهمهم مثل الحيوانات أو السيارات أو بعض البرامج التلفزيونية أو الدول أو خطوط الطيران. وتتركز حياتهم ونقاشهم دائماً حول تلك الموضوعات التي قد تتغير كل عامين تقريباً (Klin & Volkmar, 1997).

كما أن المصابين بمتلازمة أسبرجر يغلب عليهم الاستياء من تغيير روتينهم ويصرون على أداء المهام اليومية بنفس الطريقة في كل مرة. وعلى الرغم من إظهار القلة منهم لحركات جسدية متكررة على غرار ما يفعل المصاب بالتوحد (رفرفة الأيدي أو الأصابع أو لف الجسد)، إلا أن تكرار حدوثها لديهم يقل كثيراً عما هو عليه لدى المصاب بالتوحد، وقد لا تظهر على الكثير منهم البتة (Klin & Volkmar, 1997).

٤ . صعوبات في المهارات الحركية

يتأخر نمو المهارات الحركية لدى الأشخاص المصابين بمتلازمة أسبرجر كالقدرة على استخدام أدوات اللعب الخارجية مثل الأرجوحة وغيرها أو ركوب الدراجات، وقد تكون هيئة وقوفهم أو جلوسهم غريبة كما أنهم قد يظهرون صعوبة في تناسق المهارات البصرية-الحركية (Gillberg, 1990) .

النتائج المتوقعة

نظراً لأن الأشخاص المصابين بمتلازمة أسبرجر لا يعانون تأخراً ذهنياً أو لغوياً، فإن النتائج المتوقعة لأغلبهم تماثل ما نتوقعه لأفضل حالات التوحد . أي أن العديد من المصابين بالأسبرجر يستطيعون إكمال دراستهم الثانوية وحتى الجامعية ويستطيعون أيضاً ممارسة وظائف عملية إذا ما تلقوا التدخل اللازم والرعاية المناسبة . إلا أن ما يواجههم هو صعوبة في التفاعل الاجتماعي والذي يمثل عجزاً دائماً لديهم، فيشار إليهم بصورة عامة كأشخاص "غريبين" .

الفروق بين متلازمة أسبرجر والتوحد

هناك فرقان رئيسان بينهما أولهما هو أن المصابين بالأسبرجر لا يعانون إعاقة ذهنية بل قد يتمتعون بقدرات ذكاء طبيعية أو ما يفوق ذلك (APA, 2000) . في المقابل، يعاني نحو ٧٥-٧٧٪ من المصابين بالتوحد تأخراً ذهنياً بالإضافة إلى أن جميعهم دون استثناء، وعلى كانت قدراتهم الإدراكية، يواجهون تأخراً ملحوظاً في النمو اللغوي وهي مشكلة لا تواجه المصابين بالأسبرجر . إن الطفل الذي لا يكتسب كلمات فردية قبل نهاية السنة الثانية من عمره ولا يستطيع تكوين جمل قبل نهاية السنة الثالثة لا يمكن



تشخيصه بمتلازمة الأسبرجر . أما الاختلافات الأخرى بين كلا الاضطرابين فتشتمل على :

- النتائج المتوقع تحقيقها مع الأسبرجر أكثر إيجابية .
- الاضطرابات العصبية أقل شيوعاً لدى المصابين بالأسبرجر .
- صعوبات التواصل والتفاعل الاجتماعي أكثر شدة لدى المصابين بالتوحد .
- مستوى الذكاء اللغوي يكون عادة أعلى من مستوى الذكاء العملي عند المصابين بالأسبرجر بينما عكس ذلك هو الصحيح لدى المصابين بالتوحد .
- تظهر الحركات غير المتقنة (motor clumsiness) عند المصابين بالأسبرجر أكثر مما تظهر لدى التوحديين .
- تظهر الأعراض في مرحلة أكثر تأخراً عن ظهورها في حالات التوحد (بعد سن الثالثة) .
- ليس هناك حتى الآن حالات موثقة عن الأسبرجر تبين حدوث انتكاس أو تراجع في النمو كما في الحال في التوحد .

٣ . متلازمة ريست
Rett Syndrome

متلازمة ريت هي اضطراب عصبي لا يظهر إلا على الإناث وهو من الاضطرابات النادرة ويصيب مولوداً واحداً من كل ١٠٠ و ١٥ مولود (Hagberg, 1985) .

أعراض متلازمة ريت

تفيد تقارير أولياء الأمور أن الطفلة تنمو بصورة طبيعية خلال الـ ٦-٨ أشهر الأولى من عمرها. وبعد هذه المرحلة التي تبدو فيها طبيعية تماماً، تبدأ حالتها في التدهور أو أنها تتوقف عن الاستمرار في التطور. هناك أربع مراحل تمر بها الطفلة المصابة بمتلازمة ريت، ولكل مرحلة منها سمات مختلفة (Hagberg & Witt-Engerstrom, 1986).

تتم الإصابة بمتلازمة ريت بتاريخ مراحل وتظهر أعراض المتلازمة واضحة خلال المرحلة الثانية.

١. المرحلة الأولى من ٦-١٨ شهراً:

تكون صعوبات هذه المرحلة بسيطة وبالتالي، قد لا يلاحظها والدا الطفلة. يقل الالتقاء البصري لدى الطفلة خلالها، ويقل اهتمامها بالألعاب وبالمحيطين بها بشكل عام. وقد تعمد الطفلة إلى جعل اليدين متشابكتين أو لفهما مع إغلاق القبضة. وغالباً ما تتأثر الحركات الكبيرة (أي حركات الأرجل واليدين) خلال هذه الفترة. وبالرغم من تمكن بعض الإناث من الجلوس، إلا أنهن يعجزن عن الاستمرار في تنمية مهاراتهن الحركية الكبيرة التي تحتاج إلى التوازن مثل الحبو أو الوقوف والمشي. وقد يتعلم نحو ٦٠٪ منهن التحرك بطرق أخرى غير المشي كالزحف على الأرض (Sokol & Percy, 1992).

٢. المرحلة الثانية من ١-٤ سنوات:

يصادف الطفلة خلال هذه المرحلة العمرية عدة صعوبات من أهمها التدهور السريع في القدرات الإدراكية فتنخفض نسبة الذكاء لديها إلى مستوى يتراوح بين التأخر الذهني الشديد والحاد. كما تصبح المهارات الاجتماعية غير طبيعية، وتبدو بعض البنات وكأنهن يعانين اضطرابات توحد لأنهن يفقدن اهتمامهن بمحيطهن ومقدرتهن

هناك عدة ملامح تميز متلازمة ريت عن اضطرابات التوحد في المرحلة الثانية: فتبرز الأسنان وصعوبات التنفس لا تظهر في حالة التوحد (Van Acker, 1991). كما أن الحركات النمطية لليدين تختلف: ففي متلازمة ريت تقوم الطفلة بغسل يديها أو لفهما أو وضعها في فمها، بينما لا يقوم الطفل

على المبادرة والتفاعل الاجتماعي. وقد يفقدون القدرة على الكلام الذي سبق اكتسابه. وتنشأ لدى العديد منهن حركات متكررة الشكل وسلوكيات غريبة ولا سيما في استخدامهن لأيديهن، حيث يكررن وضع أيديهن في أفواههن أو يقمن بغسلهن أو التصفيق بهن أو لَيِّهن. وبالإضافة إلى ذلك، تصبح حركاتهن مصحوبة برجفة؛ وقد تزداد صعوبة تحركهن من مكان إلى آخر. وأخيراً، قد يلاحظ لديهن صرير الأسنان وصعوبات في التنفس والنوم.

تتمثل صعوبات التنفس إما في الافراط في النفس أو كتمانه لفترات من الزمن، بينما تظهر اضطرابات النوم لدى ٧٥٪ منهن، فيستيقظن في الليل عدة مرات (Bowman, & Moser, 1990).

٣. المرحلة الثالثة من ٢-١٠ سنوات:

تستمر معاناة الطفلة خلال هذه المرحلة بسبب مصاعب في المهارات الحركية، بالإضافة إلى احتمالات ظهور نوبات الصرع لدى نسبة تقارب ٨٠٪ من الإناث (Coleman et al., 1988). إلا أنهن يصبحن أكثر اهتماماً بمحيطهن الاجتماعي، كما يتحسن لديهن الانتباه والتواصل والمهارات الاجتماعية.

٤. المرحلة الرابعة من ١٠ سنوات وما فوق:

يستمر تحسن القدرة على التفاعل الاجتماعي وتركيز الانتباه خلال هذه المرحلة، وتزداد السيطرة على نوبات الصرع، إلا أن المهارات الحركية تتدهور، وغالباً ما تفقد الطفلة القدرة على التنقل، وقد تحتاج إلى كرسي متحرك للتنقل. ينقوس العمود الفقري لدى الكثير من الإناث وهو ما يسمى بـ "الجنف" (Scoliosis)، وهو ميلان جانبي في العمود الفقري أو قد يصبح لديهن حدب.

النتائج المتوقعة

لا يعرف بالتحديد أقصى عمر تعيشه الفتاة المصابة بمتلازمة ريت، إلا أن الكثيرات قد يمتد بهن العمر إلى سن متقدمة لا يستطيع أحد تحديدها (Van Acker, 1997). ولكن تكون أجسام معظمهن نحيلة، ويعانين من سوء التغذية بسبب مصاعب المضغ وبلع الطعام لديهن. وبالإضافة إلى هذا، فإن يكتسب معظمهن القدرة على استخدام الأيدي أو القدرة على الكلام. أما التبولات النهائية لمتلازمة ريت فهي أسوأ مما هي بالنسبة لاضطراب التوحد. وكل شيء بيد الله سبحانه وتعالى.

٤. اضطراب الانتكاس الطفولي
Childhood Disintegrative Disorder : CDD

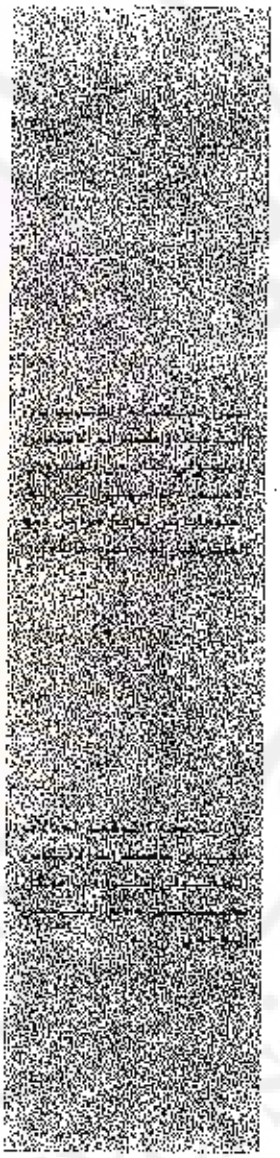
يعد اضطراب الانتكاس الطفولي لدى الأطفال من أندر الحالات، فهو يحدث لمولود واحد من كل ١١١ و ١٠٠ مولود. وهو يشبه اضطراب الأسبرجر والتوحد من حيث أنه يصيب الذكور أكثر مما يصيب الإناث.

يصيب اضطراب الانتكاس الطفولي مولوداً واحداً من كل ١١١ و١٠٠ مولود

أعراض اضطراب الانتكاس الطفولي

ينمو الطفل المصاب باضطراب الانتكاس الطفولي بشكل طبيعي لفترة زمنية طويلة وذلك من حيث نمو القدرات الإدراكية ونمو المهارات الحركية والاجتماعية لديه وقدرته على قضاء حاجاته الخاصة إلى أن يصل الطفل إلى العمر الواقع بين ٣ و ٥ سنوات وأحياناً إلى أن يبلغ العاشرة. يبدأ بعدها الطفل في التدهور بشكل ملحوظ، ويأخذ سلوكه مظهراً شبيهاً بسلوك الطفل التوحدي. وقد تتدهور حالته خلال أشهر أو حتى بضعة أسابيع. يفقد الطفل خلال هذه المرحلة مهارات سبق له اكتسابها مثل الكلام

تتدهور حالة الطفل المصاب باضطراب الانتكاس الطفولي خلال فترة زمنية تتراوح بين ٣ و ٥ سنوات، فتتأثر مهاراته الإدراكية واللغوية والاجتماعية والحركية، بشكل ملحوظ، وتأخذ سلوكه مظهراً شبيهاً بسلوك الطفل التوحدي



والمهارات الاجتماعية، بل وقد يفقد السيطرة على التبول والتبرز. وقد يصاب الطفل كذلك بالبكم ويفقد الرغبة في اللعب، وتنشأ لديه بعض الحركات المتكررة بانتظام على غرار ما يحدث للأطفال التوحديين. وهكذا، خلال فترة زمنية لا تتجاوز بضعة أسابيع أو أشهر قليلة، قد يتحول الطفل من طبيعي إلى طفل لا يتكلم ولا يهتم بأي تفاعل عاطفي من حوله. وعندما تحدث الانتكاسة يظهر على الطفل جانبان أساسيان من ثالوث أعراض التوحد (APA, 2000).

ونظراً للتشابه الشديد بين اضطراب الانتكاس الطفولي وبين التوحد، كان من الضروري الاهتمام بالحصول على أدق المعلومات عن تاريخ مراحل نمو الطفل قبل تشخيص حالته. تُشخص حالات اضطراب الانتكاس الطفولي بناءً على المعرفة الدقيقة لتاريخ نموه في المرحلة الأولى من حياته، أي أنه إذا كان تطور الطفل طبيعياً في جميع الجوانب إلى أن تجاوز الثالثة من عمره، ثم فقد بعدها مهاراته، كان تشخيص اضطراب الانتكاس الطفولي لهذه الحالات مناسباً.

النتائج المتوقعة

مما يؤسف له أنه في معظم الحالات (أي في نحو ٧٥٪ منها) لا يسترجع الطفل المهارات التي فقدها. أما النسبة الباقية فما يطرأ عليها من تحسن يعد ضئيلاً وجزئياً (Volkmar & Cohen, 1989). ولذا، فإن النتيجة تكون أسوأ بكثير مما يمكن تحقيقه مع الطفل التوحدي.

الفروق بين اضطراب الانتكاس الطفولي واضطراب التوحد

هناك عدة فروقات تميز اضطراب الانتكاس الطفولي عن اضطراب التوحد، وهي تشمل التالي:

١ . عمر ظهور الإعاقة :

في معظم الأحيان ، يظهر اضطراب التوحد على الطفل قبل بلوغه الثالثة بينما يظهر اضطراب الانتكاس الطفولي في سن متأخرة من ٣-٥ سنوات أو حتى بعدما يبلغ الطفل العاشرة ، حيث أن متوسط عمر البداية هو ٣-٤ سنوات (Volkmar, 1992) .

٢ . التراجع :

يذكر نحو ٧٥٪ من أولياء أمور الأطفال التوحديين أنهم لاحظوا وجود اضطراب ما على سلوك أطفالهم ولا سيما في المجال الاجتماعي منذ المرحلة الأولى من أعمارهم ، أي منذ بلوغ الطفل عامه الأول . وفي النسبة الباقية من الحالات يذكر أولياء الأمور أن أطفالهم فقدوا المهارات التي سبق لهم اكتسابها . وأكثر ما هو جدير بالذكر أنهم يفقدون الكلمات التي كانوا يستخدمونها . لكن عدد الكلمات التي كان يستخدمها الطفل في مثل هذه الحالات لم تكن تتجاوز ١٠ كلمات أو أقل (Kurita, 1985) ، ويكون قد استخدمها لبضعة أشهر فقط . أما بالنسبة للمصاب باضطراب الانتكاس الطفولي ، فقد يتراجع بعد اكتسابه القدرة على استخدام جمل طويلة إلى فقدان تام للقدرة على التحدث .

٣ . النتائج / التوقعات :

غالباً ما تكون النتائج الإيجابية التي يمكن ان تتحقق مع الطفل المصاب باضطراب الانتكاس الطفولي أقل بكثير مما يمكن ان يتحقق مع الطفل المصاب باضطراب التوحد ، حيث يعجز معظمهم عن استعادة القدرة على الكلام ويظلون بحاجة إلى رقابة مستمرة .

يبدأ ظهور اضطراب الانتكاس الطفولي في الفترة من ٣ إلى ٥ سنوات هي الوقت الذي يظهر التوحد قبل بلوغ الطفل الثالثة

٤ . مدى الانتشار :

يعد اضطراب الانتكاس الطفولي أقل انتشاراً من التوحد ، فبينما يصيب التوحد من ٥-١٥ من كل ١٠,٠٠٠ مولود يصاب باضطراب الانتكاس الطفولي مولود واحد من كل ١٠٠,٠٠٠ مولود .

الجدول (١) ، الفروق بين اضطراب التوحد واضطراب الانتكاس الطفولي

	اضطراب التوحد	اضطراب الانتكاس الطفولي
عمر بداية الاعاقة	أقل من ثلاثة سنوات .	أكثر من ثلاث سنوات .
التراجع	صعوبات واضحة منذ السنة الأولى ، وإذا حدث تراجع فإنه يكون خفيفاً ويحصل قبل سن الثالثة .	نمو طبيعي في جميع الجوانب . يحدث تراجع شديد وفقدان المهارات المكتسبة بعد سن الثالثة .
التفاعل الاجتماعي	تتفاوت بين ضئيلة إلى جيدة جداً .	ضئيلة .
الانتشار	٥-١٥ من كل ١٠,٠٠٠ مولود .	مولود واحد بين كل ١٠٠,٠٠٠ مولود .

٥ . الاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد
(Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified: PDD-NOS)

يعرف الاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد أيضاً بالتوحد غير النمطي (Atypical Autism) ، وهو يمثل عادة الاضطراب الأكثر تشخيصاً بين الاضطرابات النمائية الشاملة .

ونظراً لغموض وصعوبة هذا التشخيص، لم تتمكن الدراسات العديدة السابقة من توفير معلومات ثابتة محددة عن مدى انتشار هذا الاضطراب، إلا أن ما تم التوصل إليه هو أن الاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد أكثر شيوعاً من الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى (Wing & Gould, 1979).

تظهر أعراض التوحد بدرجة أخف لدى المصابين بالاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد

يتم تشخيص هذا الاضطراب عند وجود بعض ملامح التوحد في الفرد وليس جميع معايير التشخيص بالتوحد. وبمعنى آخر، يكون الفرد توحدياً "تقريباً"، ولكن ليس بالدرجة الكافية لتشخيص حالته بالتوحد. وبالرغم مما يواجهه المصابون بالاضطراب النمائي الشامل غير المحدد من صعوبات على صعيد التفاعل الاجتماعي واللغوي والتواصل غير اللفظي واللعب، إلا أنها أعراض أقل شدة من أعراض التوحد، وتظل لديهم قدرة على التفاعل الاجتماعي بدرجة تحول دون تشخيصهم بالتوحد. هذا بالإضافة إلى أن الأطفال المشخصين بالاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد هم في معظم الأحيان من الفئات ذات الأداء العالي، أي لديهم قدرات إدراكية طبيعية.

لا يحتوي أحد أقسام الدليل التشخيصي DSM-IV على الاضطرابات النمائية الشاملة ما عدا الاضطرابات النمائي الشامل – غير المحدد

وتجدر الإشارة إلى أن الإصدار الرابع المنقح من الدليل التشخيصي (DSM-IV-TR) لا يحتوي على معايير تشخيص الاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد، ولا يذكر سوى أن "هذا التصنيف يجب استخدامه عند وجود قصور شديد وشامل في نمو القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي واقترانه بوجود قصور في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي أو مع وجود أنماط سلوكية واهتمامات ونشاطات نمطية ثابتة ومتكررة، ولكن معايير التشخيص لا تلتقي مع نوع محدد من الاضطرابات النمائية الشاملة" (APA, 2000, p. 84).

قد يصعب في بعض الأحيان التمييز بين الاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد



(PDD-NOS) واضطراب قصور الانتباه والنشاط المفرط (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: AD/HD) عند التشخيص. ولكن من أهم العوامل التي تميز بين الاضطرابين وجود النشاط المفرط في اضطراب الـ (AD/HD) منذ الأشهر الأولى من الحياة، بينما في اضطراب الـ (PDD-NOS) يصبح نشاط الأطفال فائقاً في سن ما بين الثالثة والرابعة. هذا بالإضافة إلى أن هناك قصوراً اجتماعياً واضحاً لدى كل الأطفال، وحركات نمطية متكررة في حوالي ٦٥٪ ممن يعانون اضطراب الـ (PDD-NOS) (Roeyers, Keymeulen & Buysse, 1998)، بينما لا تظهر هذه السلوكيات على الأطفال الذين يعانون قصور الانتباه والنشاط المفرط (AD/HD).

معايير تشخيص الاضطرابات النمائية الشاملة كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية الإصدار الرابع المنقح

DSM-IV-TR

١. اضطراب التوحد

أ - تتضمن معايير التشخيص ٦ نقاط من (١) و (٢) و (٣) منها نقطتان على الأقل من القسم "أ":

١. قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي يتمثل على الأقل في اثنين من العناصر التالية:

- قصور واضح في استخدام عدد من السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري وتعبيرات الوجه ووضع الجسد والإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي.

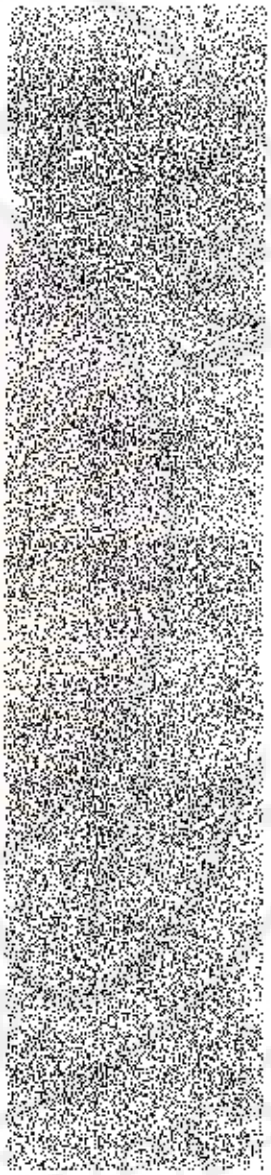
- فشل في تكوين علاقات صداقة مع الأنداد تتناسب مع المستوى التطوري.
- فقدان القدرة التلقائية على محاولة مشاركة الآخرين في المتع أو الاهتمامات أو الانجازات (مما يتمثل في عدم إظهاره لأشياء تهمه أو الإشارة إليها).
- فقدان القدرة على التبادل العاطفي أو الاجتماعي.

٢ - قصور نوعي في التواصل يتمثل على الأقل في أحد العناصر التالية:

- تأخر في تطور الكلام أو فقدانه كلياً (مع عدم وجود دلالة على محاولة التعويض عن هذا العجز بأي وسيلة أخرى غير لفظية مثل التواصل بالإيماء أو الإشارة).
- بالنسبة للفئة التي تتمتع بقدرة على الكلام يظهر لديها عجز واضح في القدرة على المبادرة إلى الحديث أو على الاستمرار في تبادل حديث مع الغير.
- استخدام متكرر وثابت للغة وطريقة خاصة في استخدامها.
- فقدان القدرة على ممارسة اللعب التمثيلي التلقائي والمتنوع واللعب من خلال التقليد الاجتماعي مما يتناسب مع مستوى تطوره.

٣ - سلوك نمطي ومتكرر وذخيرة محدودة من الاهتمامات والنشاطات مما يتمثل على الأقل في إحدى العناصر التالية:

- إنشغال متواصل باهتمام نمطي واحد أو أكثر يكون غير طبيعي من حيث شدته أو مدى التركيز عليه.
- تعلق غير طبيعي ببعض العادات أو الأمور الروتينية التي لا معنى لها.
- حركات جسدية نمطية ومتكررة (مثل رفرفة الأصابع أو لي اليدين أو حركات



جسدية معقدة).

- الانشغال المفرط بأجزاء الأشياء.

ب - تأخر أو سلوك غير طبيعي في أحد الجوانب التالية على أقل تقدير، يبدأ قبل بلوغ الطفل ٣ سنوات.

- التفاعل الاجتماعي.
- استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي.
- اللعب الرمزي أو التخيلي.

ج - لا يتمثل الاضطراب بشكل أفضل بمتلازمة ريت أو باضطراب الانتكاس الطفولي.

٢. متلازمة أسبرجر

أ - قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي يتمثل في اثنين على الأقل من العناصر التالية:

- قصور واضح في استخدام عدد من السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري وتعبيرات الوجه، ووضع الجسد والإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي.
- الفشل في تكوين علاقات صداقة مع الأنداد تتناسب مع المستوى التطوري.
- فقدان المقدرة التلقائية على محاولة مشاركة الآخرين في المتع أو الاهتمامات أو الانجازات (مما يتمثل في عدم إظهاره لأشياء تهمه أو الإشارة إليها).
- فقدان القدرة على تبادل العلاقات العاطفية أو الاجتماعية.

ب - سلوك نمطي متكرر وذخيرة محدودة من الاهتمامات والنشاطات تشتمل على الأقل في إحدى العناصر التالية :

- تعلق غير طبيعي ببعض العادات والأمور الروتينية التي لا معنى لها .
- تعلق شديد ببعض العادات أو الأمور الروتينية التي لا معنى لها .
- حركات جسدية نمطية ومتكررة مثل (رفرفة الأصابع أو لفها أو بعض الحركات الجسدية) .
- الانشغال المفرط بأجزاء الأشياء .

ج - يؤدي الاضطراب إلى قصور ذي أهمية إكلينيكية على الصعيد الاجتماعي والوظيفي أو غير ذلك في نواحي مهمة أخرى من الأداء العملي

د - عدم وجود تأخر ذي أهمية إكلينيكية في التطور اللغوي (أي استخدام المفردات في سن الثانية والجمل في سن الثالثة) .

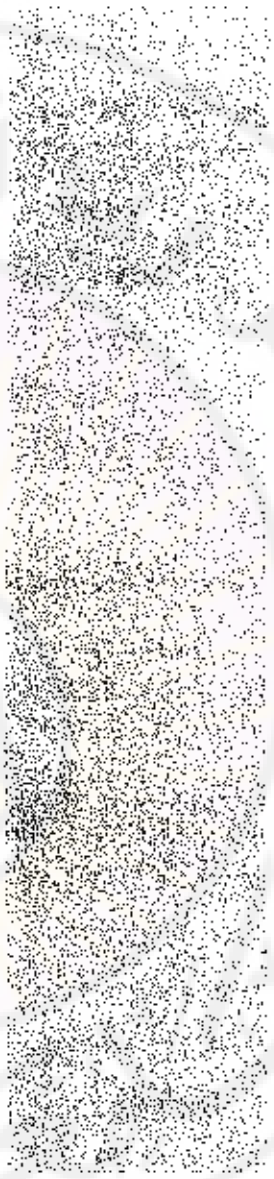
هـ - عدم وجود تأخر ذي أهمية إكلينيكية في النمو الذهني أو تطور المهارات بما يتناسب مع العمر حيث الاعتماد على النفس والسلوك التكيفي وحب الاستطلاع عن البيئة المحيطة .

و - عدم انطباق المعايير على أي نوع آخر من الاضطراب النمائي الشامل أو الفصام (الشيزوفرينيا) .

٢ - متلازمة ريت :

أ - جميع النقاط التالية :

- نمو طبيعي واضح قبل الولادة وحولها .



- تطور نفسي حركي طبيعي وواضح خلال فترة خمسة الأشهر الأولى بعد الولادة.
- حجم طبيعي لمحيط الرأس بعد الولادة.

ب – بداية ظهور العناصر التالية بعد المرور بمراحل طبيعية من النمو :

- تباطؤ نمو الرأس في الفترة العمرية من ٥ إلى ٤٨ شهراً.
- فقدان القدرة المكتسبة من قبل في الاستخدام الهادف لليدين في الفترة العمرية من ٥ إلى ٣٠ شهراً ويتلو ذلك نمو بعض الحركات النمطية المتكررة (مثل لف اليدين أو تكرار غسلهما)
- فقدان القدرة على التفاعل الاجتماعي في المراحل الأولى (مع أن هذا التفاعل يتطور في وقت لاحق على الأرجح).
- ضعف التناسق بين حركات الساقين والجذع.
- قصور شديد في تطور لغة التلقي (الفهم) ولغة التعبير مصحوب بتأخر شديد في التطور النفسي الحركي.

٤. اضطراب الانتكاس الطفولي

أ – نمو طبيعي واضح خلال العامين الأولين على الأقل من عمر الطفل، يتمثل في القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي واللعب واكتساب مهارات سلوكية متكيفة بما يتناسب مع عمره.

ب – فقدان ذو أهمية أكلينيكية للمهارات التي اكتسبها الطفل (قبل سن ١٠ سنوات) في مجالين على الأقل من الجوانب التالية :

- التعبير والتلقي اللغوي .
- المهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفي .
- التحكم في التبول والتبرز .
- اللعب .
- المهارات الحركية .

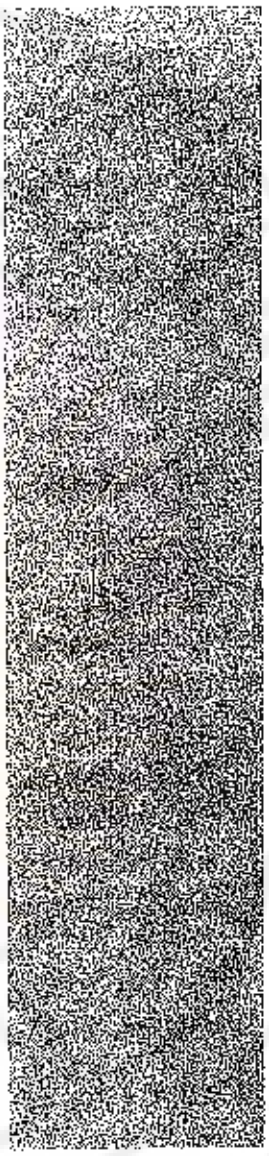
ج - أداء وظيفي غير طبيعي في جانبين على الأقل من الجوانب التالية :

- قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي (مثل عجز في السلوك غير اللفظي وعجز عن تنمية أي علاقات، مع الأقران وفقدان القدرة على التفاعل الاجتماعي أو العاطفي) .
- قصور نوعي في التواصل (مثل تأخر أو فقدان القدرة على الكلام والعجز عن المبادرة أو الاستمرار في الحديث وترديد اللغة بشكل نمطي متكرر وفقدان القدرة على استخدام الخيال أثناء اللعب) .
- سلوك نمطي متكرر ومحدود من الاهتمامات والنشاطات ومن ضمنها حركات جسدية نمطية ومتكررة .

د - لا يتمثل الاضطراب بشكل أفضل في أي من الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى أو في الشيزوفرينيا .

٥ - الاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد

يستخدم تشخيص الاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد (PDD-NOS) عند وجود قصور شديد وشامل في نمو القدرة على التفاعل الاجتماعي الذي يقترن بقصور في



مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي أو مع وجود أنماط سلوكية واهتمامات ونشاطات نمطية ثابتة ومتكررة، إلا أن معايير التشخيص للاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى والشيزوفرينيا واضطرابات الشخصية لا تكتمل. وعلى سبيل المثال، فإن هذه الفئة تتضمن التوحد غير النمطي (Atypical Autism) أي أن معايير اضطراب التوحد لا تنطبق نظراً لتأخر عمر البداية، أو لأعراض غير نمطية، أو لدرجة شدتها، أو لجميع هذه الأسباب.

الخلاصة

إن الأنواع التي تظهر بها أعراض التوحد ودرجات شدتها قد تختلف إلى حد كبير من شخص إلى آخر. ونتيجة لذلك، فقد أصبح هناك شبه اتفاق عام على أن التوحد هو "اضطراب ذو نطاق واسع" (Autism Continuum) يشتمل على أنواع متعددة. ويستخدم في وصفه مصطلحان مترادفان هما "اضطرابات طيف التوحد" (Autism Spectrum Disorders) و "الاضطرابات النمائية الشاملة" (Pervasive Developmental Disorders) للإشارة إلى التعريف الأساسي الذي يندرج تحته عدة أنواع من التوحد. والعامل المشترك لهذه الأنواع المتعددة هو العجز الشديد في القدرة على التفاعل الاجتماعي. ومما ينبغي ذكره من ناحية أخرى أن اضطراب التوحد هو وحده الذي تظهر فيه المجموعة الكاملة لثالوث الأعراض، أما في الأنواع الأخرى فيكفي وجود عنصرين للتشخيص تتباين درجة شدتهما.

هناك خمسة أنواع محددة من "الاضطرابات النمائية الشاملة" هي: اضطراب التوحد، ومتلازمة أسبرجر، ومتلازمة ريت، واضطراب الانتكاس الطفولي، والاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد. الأشخاص المصابون بالتوحد يشبهون

إلى حد كبير النماذج التي ذكرها "كانر" في دراسته والذين تظهر عليهم مجموعة ثالوث الأعراض قبل بلوغ الثالثة من العمر. تتراوح درجات الذكاء لديهم ما بين التأخر الذهني الشديد والذكاء اللامع. وبالتالي، يتباين مدى تحسنهم مع مرور الوقت. يظهر على المصاب بمتلازمة أسبرجر عجز في التفاعل والتواصل الاجتماعيين وشدة ارتباط ببعض الاهتمامات المحدودة. إلا أنهم لا يعانون من تأخر لغوي، وغالباً ما يتمتعون بدرجات ذكاء متوسط أو فوق المتوسط. وأخيراً، قد تظهر أعراض "الأسبرجر" إما قبل بلوغ الثالثة من العمر أو بعد بلوغها. متلازمة ريت هي اضطراب تطوري يصيب الإناث فقط. يكون تموهن في المرحلة الأولى طبيعياً تماماً ثم يبدأن في التراجع ابتداءً من الشهر السادس وحتى السنة الرابعة. وهو يتسم بفقدان المهارات المكتسبة والعجز عن الاستخدام الهادف للأيدي. أما اضطراب الانتكاس الطفولي فيبدأ الطفل خلاله بنمو طبيعي يمتد حتى السن من ٣ إلى ٥ سنوات. ثم يلي ذلك فقدان الطفل لكثير من المهارات التي سبق له اكتسابها، وتتطور لديه سلوكيات أخرى مشابهة لسلوكيات الطفل التوحدي. وأخيراً، تجدر الإشارة إلى أن المصابين بالاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد قد لا يظهر لديهم العناصر الثلاثة لثالوث الأعراض. وهم عادة يعانون اضطراباً شديداً في التفاعل الاجتماعي بالإضافة إلى عنصر واحد من الثالوث. أما عمر بداية الاضطراب، فيكون عادة بعد السنة الثالثة.

يقدر عدد المصابين بجميع أنواع الاضطرابات النمائية الشاملة بنسبة تزيد عن ١٪ (٢٣, ١٪) من إجمالي عدد السكان (Kadesjo, Gillberg, Hagberg, 1999). ولكن هذا التقدير يحتاج إلى المزيد من الدراسات لكي تؤكد مثل هذه النتائج.

يقدر عدد المصابين بجميع أنواع اضطرابات التوحد بنسبة تزيد عن ١٪ (١٪، ٢٣) من إجمالي عدد السكان. الأمر الذي يشير إلى حاجتنا إلى المزيد من الدراسات

الجدول (٢) أوجه الاختلاف بين أنواع الاضطرابات التوحدية

	تاريخ الظهور	الذكاء العام	النمو اللغوي	خواص التأخر	التشخيص
التوحد الطفولي	قبل السنة الثالثة	يتراوح من فوق المتوسط إلى تخلف ذهني شديد	تأخر واضح من السنة الأولى على ٧٥٪ من الحالات على الأقل	ثالوث الأعراض	تتراوح بين ضعيفة إلى ممتاز
أسبرجر	قبل أو بعد السنة الثالثة	درجة ذكاء متوسط أو ما فوق	لا يتأخر الطفل في تعلم الكلام أو المهارات الإدراكية	صعوبات على صعيد التبادل الاجتماعي ونطاق اهتمامات محدودة	جيد جدا أو ممتاز
ريت	قبل الشهر ١٨	تأخر ذهني شديد	تطور طبيعي قبل النمو حتى السنة الشهر الأولى يتلوه تراجع وفقدان للمهارات ووقف التطور في عدة مجالات	قصور في التبادل الاجتماعي يتحسن مع النمو وحركة نمطية متكررة وصعوبة في الحركة والتنفس والنوم وصرير الأسنان	ضعيف
اضطراب الانحلال الطفولي	بعد السنة الثالثة	تأخر ذهني شديد	تطور طبيعي في النمو حتى عمر ٢ إلى ٥ سنوات وأحياناً حتى العاشرة يتلوه تراجع وفقدان للمهارات	عنصران من الثالوث	ضعيف
اضطراب نمائي شامل غير محدد	غير محدد	يتفاوت بين تأخر ذهني بسيط إلى درجة ذكاء فوق المتوسط	غير محدد	قصور في التبادل الاجتماعي وعنصر آخر من الثالوث	جيد جداً أو ممتاز

الفصل السادس

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University


وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

4

تشخيص وتقييم التوحد

Diagnosis and Assessment of Autism





يعرض الفصل التالي التصنيفات المتنوعة والمحاولات المتعددة التي هدفت إلى تشخيص وتقويم التوحد كاضطراب نمائي عام ، لقد أظهرت المراجعات المتعلقة بالأدب ذي الصلة بالتوحد إلى اضطراب أن "شيزوفرينا الطفولة " *Childhood schizophrenia* ، و "ذهان الطفولة " *Childhood Bpychosis* و"التوحد الطفولي المبكر" *Early Infantile Autism* ، " استخدمت بشكل متبادل. يقول روتر *(Rutter , 1978)* بأن علينا أن لا نفترض بأن التوحد هو حالة متجانسة. ويلخص أعمال بقوله: " لا يعرف أحد الآن ما إذا كان التوحد اضطراباً منفرداً أم لا، أم أنه اضطراب من الإعاقة البيولوجية أو مجموعة من الأعراض التي قد تكون نتيجة لمجموعة متجانسة من التأثيرات تكون بيولوجية ونفسية اجتماعية".

لقد قدم (شوبلر) *(Schopler, 1978)* المحرر في صحيفة التوحد والاضطرابات النمائية *(Journal of Autism and Developmental Disorders)* بعض الأسباب المتصلة بالتشخيص الدقيق للتوحد. فقد وضع الموضوعات ضمن سياق عرضي يعترف بالصعوبات التي تواجه الخبراء في التشخيص وتعقيداته، ويتطرق أيضاً إلى عوامل أسرية واجتماعية، ويؤكد على الحاجة إلى نقل المعلومات إلى ما هو لصالح الطفل.

"إن القاعدة الثانية والأكثر صعوبة للإرباك الحاصل في التشخيص ينشأ عن تعقيد فكرة التوحد نفسها، فهو اضطراب متنوع الصفات والخصائص، وهذه الخصائص لا تظهر كلها بالضرورة في الطفل المصاب بالتوحد. إن التشخيص لا يشمل تصنيف السلوكيات التوحدية للطفل فقط، ولكنه يشمل أيضاً السياق الاجتماعي والأسري الذي أدى إلى تطورها وظهورها أصلاً، التاريخ البيولوجي والطبي المتعلق بتحديد الفرضية ومضامين هذه المعلومات المعالجة والوقاية من هذا الاضطراب، ولتعميم معيار تشخيص محدد بدقة للحصول على تعريف موضوعي أو نظام تصنيف جيد، علينا أن نتعرف على معايير التشخيص هذه، والتي يمكن تطبيقها على عدد كبير من الأطفال، ومن المنظور الإحصائي، كلما تعقدت عناصر المتلازمة قل عدد الأطفال الذين قد ينطابقون مع كل الصفات ذات العلاقة . إن الدوجة العالية من الدقة لا يمكن تحقيقها مع المتلازمات الأخرى بين الاضطرابات النمائية ولا حتى مع التوحد، إن تعقد مكونات اضطراب التوحد تساهم في مجانسة الصفات الموجودة بين الأطفال المشخصين بالتوحد المرضي، مع ذلك هذا لا يعني أن التصنيف العقلاني لا يمكن تحقيقه".

استنتج شوبلر *Schopler* بواسطة التعبير عن هذا الاعتقاد -على الرغم من التعقيدات الموجودة- بأن البحث عن تصنيف معين يظل أمراً مهماً ومطلوباً، ونحن نشاركه هذا الاهتمام لمساعدة المعلمين على تحقيق حاجات الأطفال المتوحدين في أساليب تعليمية خاصة ، وهذا واضح في معظم الكتابات التي تناولت التوحد. فإن كان لإجراء التصنيف علاقة مباشرة ببرنامج المعلم فيجب أن يشتمل على معلومات مفيدة ومساعدة في تطوير البرنامج من خلالها. وطالما أن المعلم يجب أن يكون قادراً على ملاحظة استجابة الطفل تجاه التدخل على هذا الأساس. إن استخدام البيانات التي يتم ملاحظتها ومراقبتها لتحديد وتعريف التوحد يجب أن يؤدي بالمعلمين إلى تصميم برامج علاجية محددة ودقيقة وهادفة إلى مساعدة الطفل المتوحد.

الأسس المتعددة للتصنيف *Mutiple Base Of Classification* ، على ضوء الاحتمال القوي الذي يشير إلى أن التشخيص الدقيق للتوحد عند الأطفال يعتمد على فهم خصائص السلوك المتعددة، وإن نظام التصنيف يجب أن يتناول أبعاداً متنوعة. فعلى سبيل المثال : يجب أن يقيم تطور لغة الطفل ومهاراته مع المشكلات التي يتم تحديدها في البصر والسمع والحركة. إضافة إلى ذلك ، يجب بذل الجهود لتحديد العوامل العضوية التي تعيق الوظائف التي يقوم بها الطفل . واعتماداً على تحليل الأبعاد المختلفة هذه، يمكن بالتالي إجراء التشخيص.

نظراً لعملهم تحت مظلة منظمة الصحة العالمية *(WHO)* قام كل من روتر *Rutter* وشافير *Shaffer* وشيبرد *Shepred 1975* بتطوير نظام تصنيف متعدد المحاور *Mutiaxal Classification* يتم فيه تشفير مجموعة من العوامل أو يتم وصفها بمعزل عن الأخرى (على محاور مختلفة) ، وهذه العوامل كالسلوكات هي التي تشكل التوحد (متلازمة سلوكية) والمستوى الذهني للطفل والمؤثرات الطبية والجسدية والوضع النفسي للأسرة كلها مهمة. إن المعلمين والآباء والباحثين قد يقضون وقتاً طويلاً في محاولة التوقع والتفكير بشأن ما قد يسهم في إعاقة الطفل اعتماداً على وجهة نظر الطفل، فإن الهدف هنا يميل إلى تضمين واستثناء عوامل محددة. إن النظام المتعدد المحاور يساعدنا في الأخذ بعين الاعتبار بأن عوامل عديدة قد تكون مهمة ويمكن أن يكون لها أثر كبير أو قليل في التفاعل مع الظروف الأخرى، ويمكن لها أن تتركز على محاور منفصلة لتبين

علاقتها المتضمنة، وعندها يمكن تلافي الاستنتاجات العشوائية (*Knoblock , 1983*). يرى كل من كوجل وريمنكفر وإيجل (*Koegel , Rincover & Egel , 1982*) إن التعريفات الحالية تختلف نوعاً ما في المحتوى والتأكيد على أن اضطراب التوحد يعبر بشكل عام محتوياً على مجموعة من الأعراض التالية :-

1- يظهر أطفال التوحد فشلاً شديداً جداً بما يتصل بالأفراد الآخرين والتي تكون ظاهرة منذ الولادة، قد لا يتسمون أو لا يتأخرون في الابتسامة الاجتماعية، وقد لا يصلون إلى حدس عال من الواقع ، ويفشل بعض الأطفال في تكوين علاقات عاطفية، إلى أفراد مهمين في بيئتهم ، مثلاً ، عندما تغادر والدتهم البيت، قد يلعب الطفل بالقرب من أطفال آخرين دون أن يتفاعل معهم أو يشاركهم.

2- يظهر أطفال التوحد - بشكل عام - مستويات مختلفة من الإعاقة أو تأخراً في اكتساب اللغة وفهمها. الكثير من أطفال التوحد لهم بكم *Mute* ويظهر الآخرون المصداة *Echolalia*. قد يعيد الطفل شبه جملة أو محادثة سمعها في الساعة دون مؤشر على الفهم وأخطاء في قواعد اللغة ، وعدم القدرة على استخدام المفاهيم أو المصطلحات المجردة.

3- يظهر الكثير من الأطفال اختلالاً وظيفياً حسياً، وإذا لم يروا أو يسمعوا بعض الأحداث البيئية ، قد يظهرون عدم الاستجابة أو فرط استجابة للمس والضوء ، والألم فمثلاً قد لا يجفل الطفل كاستجابة للصوت العالي، ولكنه قد يستجيب لصوت الورقة الناعمة .

4- يظهر كثير من أطفال التوحد تأثيراً سطحياً غير مناسب فقد لا يظهرون تعابير وجهية مناسبة ، وقد لا يظهرون الخوف في الحالات الخطرة، كقطع الشارع مثلاً، وقد يستجيبون حتى لطلب بسيط بنوبة غضب شديدة، وقد يضحكون ويقهقهون بدون إشارة واضحة لساعات.

5- يشغل الأطفال المتوحدين أنفسهم لساعات بسلوك إثارة ذاتية تكرارية أو نمطية وغير هادفة لأي إثارة حسية مثل حركات اليدين أو أصابع أمام العين، والإعادة والألفاظ دون معنى .

6- يفشل الأطفال المتوحدين بتطوير لعب طبيعي ومناسب وقد يتخلون عن الألعاب كلها، وبدلاً من ذلك يفضلون مثلاً أن يضغطوا على المفتاح إثارة التوصيل والإطفاء.

إذا تفاعلوا مع الألعاب فإنهم يفعلون ذلك بطريقة شاذة: قد يقلبون شاحنة ويديرون عجلاتها بدلاً من دحرجتها على الأرض، قد يتطور النمط الاجتماعي عفوياً مع الأقران ولكن العادة لا يكون ذلك بين الأطفال المتوحدين.

7- وأخيراً فإن الأطفال المتوحدين يظهرون سلوكيات استحواذية وطقوسية، والذي يتميز بمقاومة شديدة في تغيير البيئة أو الروتين اليومي والإصرار على نوع واحد من الأطعمة ، نوع واحد من ترتيب الأثاث وطرق محددة لأماكن متعود عليها. عندما يتم تغيير الروتين ولو بشكل بسيط فإن ذلك يؤدي إلى اضطرابات كبيرة في سلوك الطفل وهيجانه وغضبه.

توافرت مؤخراً العديد من أنظمة التشخيص والتصنيف للمختصين و الباحثين ومخططي البرامج، ونشأت معظم هذه الأنظمة عن التحديد الدقيق للأعراض والسلوكيات ، ولكنها تشمل أيضاً وسائل للملاحظة ومراقبة سلوك الأطفال وتقويم التعليم على أساس المعلومات التشخيصية التي تم تجميعها في عملية التقييم.

لقد حول ليرنارد ريملاند *Rimland* التعريف الأصلي لكانر *(Kanner,1943)* للتوحد إلى مقياس تقدير تجريبي. إن قائمة التشخيص لريملاند *Rimlands Diagnostic Checklist* ، الاستمارة *E-2 1964* تم تعديلها بعد ذلك عام (1971) وهذه القائمة عبارة عن استبيان مؤلف من 80 فقرة يقوم الآباء بملئها وتبعث بالبريد إلى معهد ريملاند لبحوث سلوك الطفل في سان ديغو *Ramlands Institute for Child Behavior Research In San Diego* .

يقوم الباحثون في هذا المعهد بعد ذلك بتحديد ما إذا كان ملف المعلومات يتطابق مع متلازمة كانر *Kanner* أم لا. إن قائمة الفحص هذه تحتوي على أسئلة معينة حول موضوعات نمائية مهمة (مثل : في أي سن بدأ الطفل بالمشي وحده دون مساعدة؟ إضافة إلى أمثلة حول السلوكيات التي قد يكون لها أهمية طبية لتشخيص التوحد (هل يقوم الطفل بترتيب الأشياء فوق بعضها على وجه التحديد أو حتى ضمن صف معين ويلح على عدم إزعاجه ؟ وبهذا استطاع ريملاند *Rimland* جمع أكثر من ستة آلاف حالة دراسة من الأطفال ، وتم إدخال المعلومات إلى الحاسوب لتجعلها متوفرة لأكبر عدد بهدف البحث.

لقد أشار ريملاند إلى أن بعد نسبة قليلة نسبياً من الأطفال المتوحدين يتطابقون متلازمة كانر الكلاسيكية *Classic Kanner Sydrome* وتتجه إلى

الاهتمام الذي حظي به التوحد فقد طورت العديد من المقاييس التشخيصية وساعدت في تصميم العديد من البرامج العلاجية وفقاً لحاجات الطفل الوظيفية (Knoblock, 1983).

المقياس التشخيصي اليوم:

لقد وضحت بعض المقاييس السلوكية لتشخيص التوحد بأعمال ومراجع منشورة ومن أكثر معايير التشخيص قبولاً في العالم هو ما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* لجمعية الأطباء النفسيين الأمريكية *American Psychiatric Association (APA)*. وهنالك معيار تشخيص شبيه متوفر في التصنيف العالمي للأمراض *International Classification of Disease (ICD)* والصادر عن منظمة الصحة العالمية *The World Health Organisation (WHO)* ولتشخيص اضطراب التوحد فإن كل المعايير التالية يجب أن تكون موجودة، منذ الطفولة المبكرة:

1- يجب أن يكون هناك إعاقة نوعية من حيث التفاعل الاجتماعي المتبادل المناسب للمستوى النمائي للفرد، وخصائص سلوكية تتضمن استعمالاً ضعيفاً لحركات العين والإيماءات وضعف العلاقة الشخصية.

2- يجب أن يكون هناك إعاقة نوعية في التواصل اللفظي وغير اللفظي المتصلة بمستوى نمو الفرد، وتتضمن إشارات سلوكية كالتأخر في اكتساب اللغة أو ضعف الكلام.

3- يجب أن تكون ذخيرة محددة من النشاطات والاهتمامات السلوكية المناسبة لمستوى نمو الفرد، تتضمن الإعادة أو الحركات المكررة ، كالتصفيق بالأيدي، والاهتمامات الغريبة.

المعيار الأول: إعاقة في التفاعل الاجتماعي المتبادل، ولكن كيف يمكن تأكيد هذا في السنوات المبكرة؟ تصف الكثير من التفاعلات الاجتماعية في الأعمار المبكرة خلال التفاعل الحسي وحتى من خلال تقارير بعض الآباء تصف ضعف الاهتمام في الألعاب الاجتماعية، وهذا ليس عالمياً بكل المقاييس ، فالأدلة على الإعاقة الاجتماعية أكثر سهولة للحصول في السنة الثانية والثالثة من الحياة.

إن ضعف الاستجابة الاجتماعية المتوقعة طبيعياً باتجاه الأطفال الآخرين هي أحياناً دلالة رئيسية في الملاحظات. فالطفل الطبيعي التطوري يميل إلى الاهتمام بالأطفال الآخرين، وعلى النقيض من ذلك فإن الطفل التوحدي يميل بشكل شديد إلى عالم الأشياء.

المعيار الثاني: هو إعاقات اللغة والتواصل هما شيئان مختلفان ، إذا لم يتكلم الطفل أو لم يفهم الكلام في عمر ثلاث سنوات، فإن هذا أمر مقلق . الكثير من أطفال المتوحدين لا يتكلمون إلا متأخراً ، وبعضهم لا يتكلم مطلقاً ، في هذه الحالات لا تستعمل الإيماءات والتعابير الوجهية مكان الكلام ، والتواصل محدود جداً، وهذا يختلف عن الأطفال المعاقين سمعياً الذين يجدون طريقهم للتواصل مع رغباتهم وعواطفهم حتى بدون كلام. وحتى عندما يتطور الكلام فإن التواصل معاق ، فالطفل الذي يحاكي كلمات وأشباه جمل ولكن لا ينتجها عفوياً هذا يجب أن يزيد قلقنا تماماً كالطفل الذي لا ينتج أية كلمة.

المعيار الثالث، يشير إلى مخزن محدود من النشاطات والسلوكات. ظاهرة التكرار للتوحد تشمل حركات مكررة ، كالخدش والتصفيق بالأيدي، هذا السلوك قد لا يكون له معنى لدى الأطفال الصغار ، ولكنه مرتبطة بالتوحد ، إذا استمر به في الطفولة مثل هذا السلوك إشارة للاضطراب في تطور الدماغ، في الأطفال الكبار غير المتخلفين عقلياً، يمكن ملاحظة الروتين في سلوك الطفل ، وأحياناً تتضمن إصراراً على التماثل، وميلاً قهرياً. وعندما جدد أيزنبيرج *Eisenberg* وكانر *Kanner* أول معيار للتشخيص، في عام 1956، فالإصرار على التماثل اعتبر صفة رئيسية للتوحد. أيضاً ظاهرة الحساسية والتي غالباً ما تسجل ولكنها غير مطلوبة حالياً للتشخيص، هذه الحساسية المفرطة و الحساسية الضعيفة لبعض المثيرات المعروفة بالصوت أو النظر أو الرائحة أو الذوق أو اللمس ، كمثال لضغط مؤذي على الشعور ببعض المواد على الجلد ، أو بعض الأكل في الفم فقد أقر اسبرجر *Asperger* وليس كانر *Kanner* مثل هذه الصفات وذكر طبيعته المتناقضة. لذلك يغطي الشخص نفسه أذنيه من صوت جرس التلفون وقد يهمل صوت جرس إنذار الحريق. فرط الحساسية قد يؤدي إلى استجابات غير متوقعة من الخوف، وكذلك يؤدي إلى سلوكات محددة ، فمثلاً الطفل المتوحد يلبس ملابس معينة ، ويأكل طعام معينة ، أما ضعف الحساسية قد ينتج عنه قدرة على الاحتمال غير عادية للبرد والألم، وقد تكون مشكلة إذا اجتمعت مع عدم القدرة

للآخرين، كما هو مناسب) وضع الجسم يعكس الاهتمام بالآخرين (مثل الميل تجاه الشخص المتكلم) أو إيماءات (مثل عمل إشارة مع السلامة للآباء).

ب- الفشل في تطوير علاقات صداقة كما يفعل الأطفال للآخرين

ج- قصور في البحث العفوي لمشاركة الآخرين الاهتمامات والتمتع والتحصيل . مثل قصور في العرض والتقديم والاشارة إلى الأشياء المهمة.

د- قصور في التفاعلات الاجتماعية والانفعالية.

2- إعاقة نوعية التواصل، كما هي ظاهرة بواحدة على الأقل من التالية:-

أ- تأخر أو غياب كلي للغة المنطوقة

ب- عند الأطفال اللذين يتكلمون ، ارتباط ملحوظ في المبادرة أو المحافظة على المحادثة .

ج- لغة غير مألوفة أو غير اعتيادية ومشتملة على تكرار لجمل محددة وعكس للضمائر .

د- ضعف التظاهر باللعب أو تقليد الآخرين في مستوى مناسب لعمر الطفل.

3- أنماط تكرارية ونمطية من السلوكات والاهتمامات والأنشطة المحددة كما هي ظاهرة بواحدة على الأقل من التالية:

أ- الانشغال بأنشطة أو ألعاب محددة والتقيد الاستحواذي بالأنشطة الروتينية والطقوسية.

ب- حركات نمطية وتكرارية مثل التلويح بالأيدي وضرب الرأس.

ج- الانشغال بأجزاء من الأشياء (مثل يد لعبة بدلاً من كامل اللعبة) واستعمال غير اعتيادي أو غير مألوف للأشياء ،(مثل وضع بطانة الألعاب في صفوف بدلاً من تظاهر اللعب بها) .

(B) وظيفية متأخرة أو شاذة في واحدة على الأقل من المجالات التالية وبداية قبل عمر ثلاث سنوات: -

1- التفاعل الاجتماعي .

2- اللغة كما هي مستخدمة في التواصل الاجتماعي.

3- لعب رمزي أو تخيلي.

على الكلام. وبعكس الخصائص الاجتماعية للتوحد، الخصائص غير الاجتماعية يمكن أن تشكل مجموعة مختلفة من الملاحظات وليس بالضرورة أن تشترك مع مشاكل سلوكية (*Frith,2003*) .

تشخيص التوحد : *DIAGNOSIS OF AUTISM*

أعراض التوحد وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع *Dianostic and Statistical Manual (DSM)* الصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية *American Psychiatric Associationg (APA)*

الدليل التشخيصي والإحصائي *(DSM)* الصادر عن الجمعية الأطباء النفسيين الأمريكية *(APA)* روجع عدده مرات: 1987، 1980، 1994 وهناك أربع مراحل تمييزية هي :

1- ما قبل *DSN III* وحتى 1980 ، وعندما كان هناك اتفاق قليل في المعيار المستخدم في مراكز بحث مختلفة ، والتوحد لم يكن متضمناً كتصنيف تشخيصي في *DSM*.

2- مرحلة *DSM III (1987-1980)*.

3- مرحلة *DSM III R (1994-1987)*.

4- مرحلة *DSM-IV (1994)*

(Trevarthen, Aitken, Papoudi & Roberts, 1998)

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع *(DSM-IV)* إلى أن أعراض التوحد تشتمل على مدى العيوب في التفاعلات الاجتماعية والتواصل والأنشطة، ولتشخيص الطفل بأنه مصاب بالتوحد يجب أن يظهر العيوب التالية قبل سن الثالثة من العمر:

(A) مجموع ست أو أكثر من (1)، (2) ، و(3)، واثنين من (1) وواحدة لكل من (2) و (3) :-

1- إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي ، كما هي ظاهرة على الأقل في اثنين من التالية:

أ- استعمال قليل للسلوكات غير اللفظية التي تشير إلى تواصل اجتماعي مثل حدقة العين إلى العين وتعبيرات الوجه للآخرين (الابتسامة أو العبوس

(C) الاضطراب ليس محسوباً أفضل لاضطراب ريت *Retts Disorder* أو اضطراب الطفولة التفككي *Childhood Disintegrative Disorder*.

(Barlow & Durand, 1995; DSM-IV-TR, APA,2000; Nolen-Hoeksema, 2001).

التصنيف الدولي للأمراض : *International Classification of Diseases (ICD)*

التصنيف الدولي للأمراض والصادر عن منظمة الصحة العالمية *World Heath Organization (WHO)* أصبح مقبولاً بشكل واسع خارج الولايات المتحدة الأمريكية *U.S.A ICD-8* وضع التوحد تحت مظلة النصائح المراجعات الحديثة لنظام *ICD*، هما *ICD-9* ، والمشروع المقترح لـ *ICD-10* ، نشرتا في عام 1980 و 1987 على التوالي ، والشكل النهائي لـ *ICD-10* ظهرت في عام 1993 وكلاهما صنف التوحد كذهان في الطفولة .

ICD-9 ، يتميز بين ذهان محدد إلى طفولي على النحو التالي :-

1- توحد وبداية قبل 30 شهر (توحد طفولي).

2- إعاقة اجتماعية وسلوك نمطي بعد سنوات قليلة من النمو الطبيعي (ذهان تفككي) .

3- توحد شاذ.

4- المتبقي *Remainder*

أربعة معايير رئيسية حددت للتوحد الطفولي *Infantile Autism:*

1- بداية قبل 30 شهر

2- نمو اجتماعي منحرف.

3- شذوذات في نمو اللغة

4- أنماط سلوك نمطية شاذة ومحددة.

متلازمة اسبيرجر *Aspergers Syndrome* أو المرض النفسي التوحدي) تم استثناؤه .

ICD-10 ، عرف عدد منفصل من التطبيقات تحت عنوان عام للاضطرابات النمائية العامة ، *Pervasive Developmtal Disorders*

توحد الطفولة *Childhood Autism* يشتمل على نمو أو تطور شاذ أو معاق

يجب أن يظهر قبل ثلاث سنوات من العمر واحد يظهر ثلاث إعاقات كاملة :

1- في التبادل الاجتماعي المتبادل.

2- في التواصل.

3- في السلوك النمطي المحدد والتكراري.

التوحد الشاذ *Atypical Autism* بداية شاذة ومعاقة ترى بعد ثلاث سنوات من العمر وظاهرة في واحدة أو اثنين من الإعاقات الثلاثة السابقة.

(Trevarthen , Aitken, Papoudi, & Robarts, 1998)

التشخيصات السلوكية :

Behavioral Diagnostics

الخصائص السلوكية المميزة للأطفال المصابين بالتوحد كثيرة ، لذلك فإن التقييم الدقيق والثابت لنوع ومقدار وبيئة ووظائف السلوك أمر هام لتطوير خطط تدخلات علاجية معالة.

1- وصف السلوكيات *Description of Behaviors*

لقد ناقش الباحثون والممارسون أهمية تعريف السلوكيات بطريقة موضوعية وسلوكية وملاحظة بشكل مفهوم ومدرك من قبل الآخرين مثلاً وصف الطفل بأنه عدواني أمرٌ مفيد بدرجة قليلة: وعلى العكس من ذلك فإن القول بأنه "ضرب ساعة اليد ما بين الرسغ والكوع يعطينا صورة أوضح عن العدوان الذي أظهره الطفل .

2- درجة أو مقدار كل سلوك : *Degree or Amount of Each Behavior* شدة أو درجة ظهور كل سلوك نوصف بمصطلح المقدار، المقدار يمكن الحصول عليه من خلال تحديد تكرار أو فترة السلوك ، على سبيل المثال هل الضرب يظهر عشر مرات يومياً أم مرة كل أسبوع ؟ السلوكيات الأخرى مثل سلوك الإثارة الذاتية أو نوبات الغضب تقاس من خلال الفترة الزمنية و /أو الكمون (وهو عدد الثواني المنقضية بين عرض المهمة وترك الطفل لطاولة العمل) .

3- البيئات التي يظهر بها السلوك المستهدف: *Environment in Which the Targes Behaviour Occur* :

لا يمكن النظر إلى السلوك بشكل منعزل ، ويجب أن ينظر إليه كجزء من البيئة

(C) الاضطراب ليس محسوباً أفضل لاضطرب ريت *Rett's Disorder* أو اضطراب الطفولة التفككي *Childhood Disintegrative Disorder*.

(Barlow & Durand, 1995; DSM-IV-TR, APA,2000; Nolen-Hoeksema, 2001).

التصنيف الدولي للأمراض : *International Classification of Diseases (ICD)*

التصنيف الدولي للأمراض والصادر عن منظمة الصحة العالمية *World Heath Organization (WHO)* أصبح مقبولاً بشكل واسع خارج الولايات المتحدة الأمريكية *U.S.A ICD-8* وضع التوحد تحت مظلة الفصام المراجعات الحديثة لنظام *ICD*، هما *ICD-9* ، والمشروع المقترح لـ *ICD-10* ، نشرتا في عام 1980 و 1987 على التوالي ، والشكل النهائي لـ *ICD-10* ظهرت في عام 1993 وكلاهما صنف التوحد كذهان في الطفولة .

ICD-9، يتميز بين ذهان محدد إلى طفولي على النحو التالي :-

1- توحد وبداية قبل 30 شهر (توحد طفولي).

2- إعاقة اجتماعية وسلوك نمطي بعد سنوات قليلة من النمو الطبيعي (ذهان تفككي) .

3- توحد شاذ.

4- المتبقي *Remainder*

أربعة معايير رئيسية حددت للتوحد الطفولي *Infantile Autism:*

1- بداية قبل 30 شهر

2- نمو اجتماعي منحرف.

3- شذوذات في نمو اللغة

4- أنماط سلوك نمطية شاذة ومحددة.

متلازمة اسبرجر *Aspergers Syndrome* (أو المرض النفسي التوحدي) تم استثناؤه .

ICD-10 ؛ عرف عدد منفصل من التطبيقات تحت عنوان عام للاضطرابات النمائية العامة ، *Pervative Develomptal Disorders*

توحد الطفولة *Childhood Autism* يشمل على نمو أو تطور شاذ أو معاق

يجب أن يظهر قبل ثلاث سنوات من العمر وهذا يظهر ثلاث إعاقات شاملة :

1- في التبادل الاجتماعي المتبادل.

2- في التواصل.

3- في السلوك النمطي المحدد والتكراري.

التوحد الشاذ: *Atypical Autism* بداية متأخرة ومعاقة ترى بعد ثلاث سنوات من العمر وظاهرة في واحدة أو اثنين من الإعاقات الثلاثة السابقة.

(Trevarthen , Aitken, Papoudi, & Robarts, 1998)

التشخيصات السلوكية :

Behavioral Diagnostics

الخصائص السلوكية المميزة للأطفال المصابين بالتوحد كثيرة ، لذلك فإن التقييم الدقيق والثابت لنوع ومقدار وبيئة ووظائف السلوك أمر هام لتطوير خطط تدخلات علاجية فعالة.

1- وصف السلوكيات *Description of Behaviors*

لقد ناقش الباحثون والممارسون أهمية تعريف السلوكيات بطريقة موضوعية وسلوكية وملاحظة بشكل مفهوم ومدرك من قبل الآخرين مثلاً وصف الطفل بأنه عدواني أمرٌ مفيد بدرجة قليلة. وعلى العكس من ذلك فإن القول إن الضرب ساعة اليد ما بين الرسغ والكوع يعطينا صورة أوضح عن العدوان الذي أظهره الطفل .

2- درجة أو مقدار كل سلوك : *Degree or Amount of Each Behavior*

أو درجة ظهور كل سلوك نوصف بمصطلح المقدار، المقدار يمكن الحصول عليه من خلال تحديد تكرار أو فترة السلوك ، على سبيل المثال هل الضرب يظهر عشر مرات يومياً أم مرة كل أسبوع ؟ السلوكيات الأخرى مثل سلوك الإثارة الذاتية أو نوبات الغضب تقاس من خلال الفترة الزمنية و /أو الكمون (وهو عدد الثواني المنقضية بين عرض المهمة وبدء الطفل لطاعة العمل) .

3- البيئات التي يظهر بها السلوك المستهدف: *Environments in Which the Target Behaviour Occur* :

لا يمكن النظر إلى السلوك بشكل منعزل ، ويجب أن ينظر إليه كجزء من البيئة

(C) الاضطراب ليس محسوباً أفضل لاضطراب ريت *Retts Disorder* أو اضطراب الطفولة التفككي *Childhood Disintegrative Disorder*.

(Barlow & Durand, 1995; DSM-IV-TR, APA,2000; Nolen-Hoeksema, 2001).

التصنيف الدولي للأمراض : *International Classification of Diseases (ICD)*

التصنيف الدولي للأمراض والصادر عن منظمة الصحة العالمية *World Heath Organization (WHO)* أصبح مقبولاً بشكل واسع خارج الولايات المتحدة الأمريكية *U.S A ICD-8* وضع التوحد تحت مظلة الفصام المراجعات الحديثة لنظام *ICD*، هما *ICD-9* ، والمشروع المقترح لـ *ICD-10* ، نشرتا في عام 1980 و 1987 على التوالي ، والشكل النهائي لـ *ICD-10* ظهرت في عام 1993 وكلاهما صنف التوحد كذهان في الطفولة .

ICD-9، يتميز بين ذهان محدد إلى طفولي على النحو التالي :-

1- توحد وبداية قبل 30 شهر (توحد طفولي).

2- إعاقة اجتماعية وسلوك نمطي بعد سنوات قليلة من النمو الطبيعي (ذهان تفككي) .

3- توحد شاذ.

4- المتبقي *Remainder*

أربعة معايير رئيسية حددت للتوحد الطفولي *Infantile Autism:*

1- بداية قبل 30 شهر

2- نمو اجتماعي منحرف.

3- شذوذات في نمو اللغة

4- أنماط سلوك نمطية شاذة ومحددة.

متلازمة اسبرجر *Aspergers Syndrome* / أو المرض النفسي التوحدي) تم استثناؤه .

ICD-10 ؛ عرف عدد منفصل من التطبيقات تحت عنوان عام للاضطرابات النمائية العامة ، *Pervasive Develompteal Disorders*

توحد الطفولة *Childhood Autism* يشمل على نمو أو تطور شاذ أو معاق

يجب أن يظهر قبل ثلاث سنوات من العمر وهنا يظهر ثلاث إعاقات كاملة :

1- في التبادل الاجتماعي المتبادل.

2- في التواصل.

3- في السلوك النمطي المحدد والتكراري.

التوحد الشاذ: *Atypical Autism* بداية شاذة وصعاقة ترى بعد ثلاث سنوات من العمر وظاهرة في واحدة أو اثنين من الإعاقات الثلاثة السابقة.

(Trevarthen , Aitken, Papoudi, & Robarts, 1998)

التشخيصات السلوكية :

Behavioral Diagnostics

الخصائص السلوكية المميزة للأطفال المصابين بالتوحد كثيرة ، لذلك فإن التقييم الدقيق والثابت لنوع ومقدار وبيئة ووظائف السلوك أمر هام لتطوير خطط تدخلات علاجية فعالة.

1- وصف السلوكيات *Description of Behaviors*

لقد ناقش الباحثون والممارسون أهمية تعريف السلوكيات بطريقة موضوعية وسلوكية وملاحظة بشكل مفهوم ومدرك من قبل الآخرين مثلاً وصف الطفل بأنه عدواني أمرٌ مفيد بدرجة قليلة، وعلى العكس من ذلك فإن القول بأن ضربه ساعة اليد ما بين الرسغ والكوع يعطينا صورة أوضح عن العدوان الذي أظهره الطفل .

2- درجة أو مقدار كل سلوك : *Degree or Amount of Each Behavior* شدة أو درجة ظهور كل سلوك توصف بمصطلح المقدار المقدار يمكن الحصول عليه من خلال تحديد تكرار أو فترة السلوك ، على سبيل المثال هل الضرب يظهر عشر مرات يومياً أم مرة كل أسبوع ؟ السلوكيات الأخرى مثل سلوك الإثارة الذاتية أو نوبات الغضب تقاس من خلال الفترة الزمنية و /أو الكمون (وهو عدد الثواني المنقضية بين عرض المهمة وترك الطفل لطاولة العمل) .

3- البيئات التي يظهر بها السلوك المستهدف: *Environment in Which the Target Behaviour Occur* :

لا يمكن النظر إلى السلوك بشكل منعزل ، ويجب أن ينظر إليه كجزء من البيئة

للآخرين، كما هو مناسب) وضع الجسم يعكس الاهتمام بالآخرين (مثل الميل تجاه الشخص المتكلم) أو إيماءات (مثل عمل إشارة مع السلامة للأباء).

ب- الفشل في تطوير علاقات صداقة كما يفعل الأطفال الآخرين

ج- قصور في البحث العفوي لمشاركة الآخرين الاهتمامات والتمتع والتحصيل . مثل قصور في العرض والتقديم والاشارة إلى الأشياء المهمة.

د- قصور في التفاعلات الاجتماعية والانفعالية.

2- إعاقة نوعية التواصل، كما هي ظاهرة بواحدة على الأقل من التالية:-

أ- تأخر أو غياب كلي للغة المنطوقة

ب- عند الأطفال اللذين يتكلمون ، ارتباط ملحوظ في المبادرة أو المحافظة على المحادثة .

ج- لغة غير مألوفة أو غير اعتيادية ومشتملة على تكرار لجمل محددة وعكس الضمائر .

د- ضعف التظاهر باللعب أو تقليد الآخرين في مستوى مناسب لعمر الطفل.

3- أنماط تكرارية ونمطية من السلوكات والاهتمامات والأنشطة المحددة كما هي ظاهرة بواحدة على الأقل من التالية:

أ- الانشغال بأنشطة أو ألعاب مخددة والتقيد الاستحواذي بالأنشطة الروتينية والطقوسية.

ب- حركات نمطية وتكرارية مثل التلويح بالأيدي وضرب الرأس.

ج- الانشغال بأجزاء من الأشياء (مثل يد لعبة بدلاً من كامل اللعبة) واستعمال غير اعتيادي أو غير مألوف للأشياء، (مثل وضع بطانة الألعاب في صفوف بدلاً من تظاهر اللعب بها)

(B) وظيفية متأخرة أو شاذة في واحدة على الأقل من المجالات التالية وبداية قبل عمر ثلاث سنوات:-

1- التفاعل الاجتماعي .

2- اللغة كما هي مستخدمة في التواصل الاجتماعي.

3- لعب رمزي أو تخيلي.

على الكلام. ويعكس الخصائص الاجتماعية للتوحد: الخصائص غير الاجتماعية يمكن أن تشكل مجموعة مختلفة من الملاحظات وليس بالضرورة أن تشترك مع مشاكل سلوكية (*Frith,2003*) .

تشخيص التوحد : *DIAGNOSIS OF AUTISM*

أعراض التوحد وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع *Dianostic and Statistical Manual (DSM)* الصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية *American Psychiatric Associationg (APA)*

الدليل التشخيصي والإحصائي *(DSM)* الصادر عن الجمعية الأطباء النفسيين الأمريكية *(APA)* روجع عدده مرات: 1987، 1980، 1994 وهناك أربع مراحل تمييزية هي :

1- ما قبل *DSN III* وحتى 1980 ، وعندما كان هناك اتفاق قليل في المعيار المستخدم في مراكز بحث مختلفة ، والتوحد لم يكن متضمناً كتصنيف تشخيصي في *DSM*.

2- مرحلة *DSM III (1987-1980)*.

3- مرحلة *DSM III R (1994-1987)*.

4- مرحلة *DSM-IV (1994)*

(Trevarthen, Aitken, Papoudi & Robarts, 1998)

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع *(DSM-IV)* إلى أن أعراض التوحد تشتمل على مدى العيوب في التفاعلات الاجتماعية والتواصل والأنشطة، ولتشخيص الطفل بأنه مصاب بالتوحد يجب أن يظهر العيوب التالية قبل سن الثالثة من العمر:

(A) مجموع ست أو أكثر من (1)، (2) ، و(3)، واثنين من (1) وواحدة لكل من (2) و (3) :-

1- إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي ، كما هي ظاهرة على الأقل في اثنين من التالية:

أ- استعمال قليل للسلوكات غير اللفظية التي تشير إلى تواصل اجتماعي مثل حدقة العين إلى العين وتعبيرات الوجه للآخرين (الابتسامة أو العبوس

American psychiatric Association

(C) الاضطراب ليس محسوباً أفضل لاضطراب ريت *Retts Disorder* أو اضطراب الطفولة التفككي *Childhood Disintegrative Disorder* .

(Barlow & Durand, 1995; DSM-IV-TR, APA,2000; Nolen-Hoeksema, 2001)

التصنيف الدولي للأمراض : *International Classification of Diseases (ICD)*

التصنيف الدولي للأمراض والصادر عن منظمة الصحة العالمية *World Heath Organization (WHO)* أصبح مقبولاً بشكل واسع خارج الولايات المتحدة الأمريكية *U.S.A ICD-8* وضع التوحد تحت مظلة الفصام المراجعات الحديثة لنظام *ICD* ، هما *ICD-9* ، والمشروع المقترح ل *ICD-10* ، نشرتا في عام 1980 و 1987 على التوالي ، والشكل النهائي ل *ICD-10* ظهرت في عام 1993 وكلاهما صنف التوحد كذهان في الطفولة .

ICD-9، يتميز بين ذهان محدد إلى طفولي على النحو التالي :-

1- توحد وبداية قبل 30 شهر (توحد طفولي).

2- إعاقة اجتماعية وسلوك نمطي بعد سنوات قليلة من النمو الطبيعي (ذهان تفككي) .

3- توحد شاذ .

4- المتبقي *Remainder* .

أربعة معايير رئيسية حددت للتوحد الطفولي *Infantile Autism:*

1- بداية قبل 30 شهر

2- نمو اجتماعي منحرف .

3- شذوذات في نمو اللغة

4- أنماط سلوك نمطية شاذة ومحددة .

متلازمة اسبرجر *Aspergers Syndrome* (أو المرض النفسي التوحدي) تم استثناؤه .

ICD-10 ، عرف عدد منفصل من التطبيقات تحت عنوان عام للاضطرابات النمائية العامة ، *Pervasive Developmtal Disorders* .

توحد الطفولة *Childhood Autism* يشمل على نمو أو تطور شاذ أو مساق

يجب أن يظهر قبل ثلاث سنوات من العمر وهنا يظهر ثلاث إعاقات كاملة :

1- في التبادل الاجتماعي المتبادل.

2- في التواصل.

3- في السلوك النمطي المحدد والتكراري.

التوحد الذاتي Atypical Autism بداية شاذة ومعاقة ترى بعد ثلاث سنوات من العمر وظاهرة في واحدة أو اثنين من الإعاقات الثلاثة السابقة.

التشخيصات السلوكية :

Behavioral Diagnostics

الخصائص السلوكية المميزة للأطفال المصابين بالتوحد كثيرة ، لذلك فإن التقييم الدقيق والثابت لنوع ومقدار درجة ووظائف السلوك أمر هام لتطوير خطط تدخلات علاجية فعالة.

1- وصف السلوكيات Description of Behaviors

لقد ناقش الباحثون والممارسون أهمية تعريف السلوكيات بطريقة موضوعية وسلوكية وملاحظة بشكل مفهوم ومدرك من قبل الآخرين مثلاً وصف الطفل بأنه عدواني أمر مفيد بدرجة قليلة، وعلى العكس من ذلك فإن القول إن "ضرب ساعة اليد ما بين الرسغ والكوع يعطينا صورة أوضح عن العدوان الذي أظهره الطفل .

2- درجة أو مقدار كل سلوك : Degree or Amount of Each Behavior شدة أو درجة ظهور كل سلوك توصف بمصطلح المقدار المقدار يمكن الحصول عليه من خلال تحديد تكرار أو فترة السلوك ، على سبيل المثال هل الضرب يظهر عشر مرات يومياً أم مرة كل أسبوع ؟ السلوكيات الأخرى مثل سلوك الإثارة الذاتية أو نوبات الغضب تقاس من خلال الفترة الزمنية و / أو الكمون (وهو عدد الثواني المنقضية بين عرض المهمة وترك الطفل لطاولة العمل) .

3- البيئات التي يظهر بها السلوك المستهدف: Environment in Which the Target Behavior Occur :

لا يمكن النظر إلى السلوك بشكل منعزل ، ويجب أن ينظر إليه كجزء من البيئة

التي يظهر بها. لفهم السلوك والتنبؤ به فإنه لا بد من تحليل البيئة التي تظهر بها ، وبشكل محدد أكثر، البيئة التي يظهر بها السلوك السوابق أو المثيرات السابقة *(Antecedents)* يجب أن تقيم . وهذا يعود إلى نموذج *A-B-C (Antecedents- Behavior- Consequences)* إن كافة أشكال التشخيصات السلوكية الشامل يجب أن تشتمل على عنصر يركز على هذه الأشكال المعقدة للسلوك بهدف إجراء تدخلات مختلفة ، على سبيل المثال، الطفل التي أخذ كمثال والذي يقوم بسلوك الضرب ، المميزات السابقة يمكن أن توصف مثلاً بالضرب خلال ثلاث ثواني بعد عرض المهمة الأكاديمية) والنتائج يمكن أن توصف بـ (يؤخذ الطفل إلى مكتب المدير ويُستدعى والده لأخذه للمنزل) .

4- الوظيفة المدركة *Perceived Function*

العديد من السلوكات التي يظهرها الطفل تستعمل كشكل للتواصل والسلوك الفوضوي *Disruptive Behavior* وبالتحديد فإنها يمكن أن تكون وسائل فعالة للتواصل. إن اتباع تقييم سوابق السلوك والسلوك ونتائج السلوك، هي كلها مفيدة لتحديد الوظيفة المدركة للسلوك وهذا مهم لتطوير سلوكات مناسبة وظيفياً .

إن العديد من السلوكات يمكن أن تلاحظ لوظائف محددة. إن بعض الوظائف العامة للسلوك يمكن أن تكون بهدف :

1- الحصول على انتباه .

2- الهرب أو التجنب من متطلبات أو نشاطات أو أشخاص محددين .

3- تجنب أحداث محددة

4- الإثارة ذاتية.

لنأخذ بعين الاعتبار نموذج *A-B-C* فإنه عندما تعرض المهمة الأكاديمية فإن الطفل يظهر سلوك العدوان والنتيجة تكون هي أخذه بعيداً عن المهمة ، والفرضية التي يمكن أن توضع هنا هي تجنب المهمات الأكاديمية، إن الطفل يحاول تجنب السلوك وهو (السلوك الفوضوي) ، وهذا غالباً ما يحافظ عليه من خلال النتائج والتعزيز. إن فهم الوظيفة لسلوك معقد يمكن أن يساعد في تطوير وتطبيق سلوكات تواصلية اجتماعية مناسبة تشبع حاجات الطفل كما هو الحال في السلوك الفوضوي للطفل.

(Koegel , Frea , & Smith, 1995)

مستويات تشخيص التوحد :

في كلا التوحد ومتلازمة اسبرجر فإن العلامات المبكرة قد لا تلاحظ عادة ما يبدأ القلق بعد تراكم ملاحظات بمرور الوقت، مثلاً الطفل لا ينظر إلى ما ينظر إليه آخر ولا يستدير عندما يذكر اسمه، وقد لا يستجيب للمداعبة.

في نهاية السنة الأولى من عمر الطفل فإن العلامات المبكرة غالباً ما تكون واضحة.

إن أي تخمين يعتمد على السلوك لا يمكن أن يكون سريعاً، إن ملاحظة السلوك والفحوصات النفسية تأخذ وقتاً إذا أجريت بشكل صحيح، لقد أظهرت المقابلات النظامية والثابتة والملاحظات المجدولة فرقاً كبيراً للمقدرة على تشخيص التوحد في أعمار مختلفة.

يحتاج الآباء إلى وقت ليعتادوا على إجراءات التقييم ، ولماذا تعمل وماذا تعني النتيجة لحالتهم الخاصة ، وماذا يمكن عمله الآن وفي المستقبل، إن الآباء يحتاجون إلى النصيحة والمساعدة بعد إجراء التشخيص، إن التوحد يعتبر اضطراباً متعدد الأشكال ولا يمكن تعريفه تماماً، تبدأ المشاكل طبعاً عندما تأتي إلى حالات الخط الفاصل ، إن مثل هذه الحالات قد تكون لأطفال ذوي مستوى منخفض من القدرة العامة، مما يجعلها صعبة لتحكم فيها إذا كانت المحددات في التواصل الاجتماعي هي لعمر عقلي مناسب أو أنها خارج الخط. حالات أخرى قد تكون عند أطفال ذوي قدرة عالية، الذين قد تعلموا الكثير حول التواصل الاجتماعي ولهذا من المحتمل أن ينجحوا في اختبارات مخبرية بالرغم من مواجهتهم مصاعب في الحياة الحقيقية.

على الرغم من ذلك فإن حالات أخرى بمشاكل إضافية قد تخيم على صفات التوحد، مثلاً نقص في الانتباه الشديد وفرط النشاط، ولهذه الأسباب، فقد يشخص طفل بالتوحد في مركز ما، باضطراب آخر في مركز آخر ، فقد يتسرع الأفراد أحياناً إلى الاستنتاج وهذا مستحيل أن يكون لتشخيص موثوق وصادق للتوحد.

إن هذا الاستنتاج غير مضمون ، في الحقيقة إن الاتفاق بين الأطباء ممتاز وهذا راجع إلى المقاييس الواسعة لاستعمال مقابلات قياسية مجدولة ، وفحوصات نفسية قياسية . "القياس" يعني أن الآلة جربت أولاً على أقسام ممثلة

لكامل السكان الذين استهدفهم الفحص، وتكون معدل علامات الفحص المتوقعة لعمر معين معروفة ، إضافة إلى أن المصداقية أو احتمالية الخطأ لعلامات فحص الشخص معروفة *(Frith, 2003)*.

التشكلات التي تعقد التشخيص
Issues that Complicate Diagnosis

إن عدم الاتفاق على تعريفات للتوحد تعود بشكل رئيسي إلى أعراضه الرئيسة المميزة له ، الشخص المشخص بأنه توحدي يظهر تغايراً ملاحظاً من الأعراض الإكلينيكية، هذه التغايرية من العرض الأكلينيكي للتوحد تساهم في مشكلات التشخيص ضمن أربعة مجالات محددة على النحو التالي : -

1- التغاير في الأعراض أو الصور الرئيسية: *Hetergerneity of Core Featurer*

يعتقد أن الأفراد المتوحدين يظهرون أنماطاً عامة مشابهة للإعاقات النمائية ، والعرض الأكلينيكي يتباين بشكل ملحوظ بين الأفراد ، يعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع *(DSM-IV)* من المعايير التشخيصية المهمة فيما حوالي 50%من الأشخاص المتوحدين لا يقدرون على كلام وظيفي، فإن العديد من الأشخاص المتوحدين يطورون أنماطاً من كلام تواصلي والأنشطة المحددة والإصرار على التماثل يظهر في أفراد مختلفين من خلال حركات الجسم النمطية ، وإصرار على الروتين ومقاومة التغير البيئي البسيط، وارتباط بموضوعات غير اعتيادية وأيضاً العيوب الاجتماعية فإنها تختلف بين الأفراد، فمثلاً بعض الأطفال المتوحدين يظهرون عدم الاهتمام الاجتماعي العام أو الشديد. بينما يتفاعل الآخرون اجتماعياً ولكن يظهرون تصرفات غريبة. كما تتباين بداية الأعراض الاجتماعية واللغة بشكل ملحوظ.

2- التغاير في الأعراض أو الخصائص المصاحبة: *Heterogeneity of Associated Features*

أ - الذكاء: *Intelligence*، ربما تتباين معاملات الذكاء للأطفال المتوحدين من التخلف العقلي الشديد جداً إلى التفوق. حوالي 80% من الأطفال المتوحدين لديهم تشخيص تخلف عقلي ، وحوالي 60% لديهم معاملات ذكاء *IQ* أقل من 50%.

ب- الانتقائية الزائدة للمثير: *Stimulus Overselectivity* يستجيب الأطفال المتوحدون إلى عنصر فقط من المعلومات الحسية المتوفرة ، وقد تفسر معالجة المعلومات الحسية لهذه الانتقائية الإصرار على التماثل ومشكلة تصميم المهارات وصعوبات المبادرة اللغوية كاستجابة للسياق الاجتماعي، لقد نوقشت الانتقائية الزائدة للمثير بارتباطها مع التوحد ولقد وجدت في أفراد آخرين غير متوحدين لديهم تخلف عقلي *(Frea,1995)*.

ج- سلوك إيذاء الذات: *Self Injurious Behaviour* ويتألف سلوك إيذاء الذات من سلوك ينتج في إيذاء مباشر لجسم الشخص الذي تظهره السلوكات التكرارية والنمطية ربما تكون واحدة من المشكلات الخطيرة المرتبطة بالتوحد ويشمل سلوك إيذاء الذات بالضرب، والعض، وضرب الرأس، وتمزيق الشعر والحكة وتوجد فروق ملحوظة في سلوك إيذاء الذات من حيث النوع والشدة والتكرار ، ومدة هذه السلوكات، وتظهر هذه السلوكات بحوالي 40% بين الأفراد المتوحدين وهذا أكثر مما هو مقدر لسلوك إيذاء الذات في الأفراد المتخلفين عقلياً وغير المتوحدين.

د- المخاوف: *Fears* إن العلاقة بين القلق والتوحد هي غير واضحة بدقة فالمخاوف والقلق موجودان بين الأفراد المتوحدين منذ بداية التعرف على الاضطراب كما أن العديد من أدوات تقييم التوحد تشتمل على فقرات لقياس القلق والمخاوف لدى الأفراد المتوحدين، فقد أشار كل من ماتسون ولوف *(Matson & Love., 1991)* إلى أن مخاوف الطفولة متكررة وشديدة لدى الأطفال المتوحدين أكثر من الأطفال العاديين. كما أن المخاوف العديدة المرتبطة بالتوحد مثل المخاوف الاجتماعية والمخاوف الحسية مثل الضوضاء العالية، والقلق مرتبطة في التغيرات الروتينية وتعتبر المخاوف المرضية من الكلاب والأفاعي والنواصف والخوف من الظلام من أكثر المخاوف انتشاراً. والقلق هو أيضاً موجود عند الأطفال المتوحدين وشكله وشدته تختلف من فرد إلى آخر.

هـ- الاضطرابات العضوية ذات الصلة: *Associated Organic Disorders* توجد العديد من الاضطرابات العضوية المرتبطة بالأشخاص المتوحدين أكثر من غيرهم مثلاً متلازمة الكروموسوم الجنسي الهش *Friagile-X* وغيرها من الأنواع العضوية شائعة لدى الأطفال المتوحدين مثل *Heyper lactosenia , Similarly , Tuberous sclerosis* و *Neurofibro matosis* هذه الظروف البيولوجية تساعد في تباين الأعراض وتساهم في تعقيد التشخيص.

الفصل السابع

Damascus University

القسم الأول

البرامج التربوية الشاملة

مقدمة القسم

تعتبر البرامج التربوية أهم عنصر في معالجة الشخص التوحدي . وليس هناك لبرنامج تربوي مناسب سواء كان ذلك تداخلاً طبياً مثل العقاقير أو طرق تدخل أخرى كالحمية الغذائية . هذا ما هو متفق عليه من قبل جميع العلماء والمختصين بالتوحد . إلا أن البرنامج التربوي "المناسب" كان مصدر جدل بينهم حول الفلسفة الأساسية التي يجب أن تستند عليها البرامج وطرق التعليم وعدد ساعات التعليم والأهداف التربوية التي يجب أن تقدم للشخص التوحدي . وبالتالي ، ظهرت مئات البرامج التربوية للأشخاص التوحديين ، إلا أن مناقشة كل منها أمر يقع خارج نطاق هذا الكتاب . وقد تم اختيار نموذج من البرامج التي يختلف بعضها عن البعض الآخر ، كي يأخذ القارئ فكرة عن برامج وآراء مختلفة حول تعليم الأفراد التوحديين . وجميع هذه البرامج معروفة في عالم التوحد إلا أنها ليست جميعها موثقة علمياً .

يستعرض الفصل الأول أشهر البرامج التربوية للأشخاص التوحديين والتي ثبتت فعالية كل منهما من خلال دراسات علمية موثقة ، وهما ليتش واوغاس ودوغلاس وليب . يصف الفصل الثاني مدارس شهيرة أخرى إلا أنها غير موثقة علمياً (أو أنها ليست على نفس درجة التوثيق العلمي مقارنة بليتش واوغاس ودوغلاس وليب) وهي هيفاشي وبرنامج سن رايز وغيرها . ثم نستعرض في الفصل الثالث بعض المناقشات والمقترحات حول موضوع دمج الأطفال التوحديين في مدارس اعتيادية . أما الفصل الرابع فيغطي مناقشة لعشرة عوامل مشتركة تبنى عليها جميع البرامج التربوية النموذجية لتعليم الأشخاص التوحديين .

النقاط الرئيسية التي يتناولها هذا القسم :

- علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة (TEACCH) .
- لوفاس (Lovaas) .
- مركز دوغلاس للاضطرابات النمائية (DDRC) .
- الخبرات من خلال البرنامج البديلي للأطفال في سن ما قبل المدرسة (LEAP) .
- مدرسة هيغاشي : علاج الخبرة اليومية (Higashi Of.T) .
- برنامج من رايز لمؤسسة أيش (Son Rise Program) .
- الدمج .
- العناصر المشتركة لجميع البرامج التربوية النموذجية لتعليم الأشخاص التوحديين .

١ . علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة: تيتش
Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children: TEACCH

التـــاريخ

طور الدكتور " إريك شوبلر " (Eric Schopler) برنامج علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة (تيتش) في عام ١٩٧٢م في جامعة نورث كارولاينا بتشابل هيل في الولايات المتحدة الأمريكية . وقد كان أول برنامج تربوي مختص بتعليم الأشخاص التوحديين، وأصبح كذلك أول برنامج تربوي معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية (Autism Society of America- ASA) .

الهدف الاساسي من برنامج "تيتش" هو تجنيب الأشخاص التوحديين الدخول او القبعاء في مصحات نفسية لمعالجة الأمراض العقلية، ويتم ذلك من خلال تعليمهم مهارات لغوية واجتماعية وتجنيبهم للتعامل والتكيف والعمل في بيئة المنزل والمدرسة والمجتمع بشكل عام.

يقوم برنامج تيتش على أسس تأخذ في الاعتبار صفات التوحد الأساسية وطرق تعليم الأشخاص التوحديين التي ثبتت فعاليتها في دراسات علمية موثقة . وتعتبر أهم ركيزة للبرنامج هي تعليم الأشخاص التوحديين من خلال نقاط قوتهم والتي تكمن في إدراكهم البصري، وتعويضهم عن نقاط الضعف لديهم والتي هي فهم اللغة والبيئة، وتتم ذلك من خلال تنظيم البيئة واستخدام معينات بصرية مثل الصور والكلمات المكتوبة .

بالإضافة إلى تعليم التلاميذ، يعنى برنامج تيتش بتدريب المختصين والأسر ممن يتعاملون مع أشخاص توحديين، وتقام دوراتهم التدريبية في جميع أنحاء العالم بما فيها المملكة العربية السعودية والكويت .

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

قبل التوظيف، يُطلب من المتقدمين للعمل في مراكز تيتش أن يعملوا مع تلميذ من تلاميذ المركز (أو تلميذ جديد) لفترة وجيزة تتراوح بين نصف الساعة والساعة، كما يُطلب منهم إجراء مقابلة مع أسرة أحد التلاميذ. ويقوم المسؤولون في المركز بمراقبة هؤلاء المتقدمين من خلال مرآة مراقبة عند عملهم مع الطفل ومقابلتهم لإحدى أسر التلاميذ. ويتوجب على المتقدمين كتابة تقرير موجز يتضمن انطباعاتهم عن التلميذ الذي عملوا معه إضافة إلى اقتراحاتهم بشأن تعليمه (Hurst & Schopler, 1989). وفي حالة قبول الموظف ليصبح معلماً شاملاً، فإنه يتلقى تدريباً وإشرافاً من قبل معلم شامل قائم التوظيف في المركز لمدة تتراوح بين ٦-١٢ شهراً إضافة إلى برامج تدريب متعددة تتراوح مدة كل منها بين ١-٧ أيام قبل أن يتمكن من الاستقلال بذاته.

متطلبات التوظيف لدى مراكز تيتش تشمل شهادة ماجستير + خبرة سنتين + صفات شخصية للمتقدمين في طريقة التعامل مع التلميذ وتوجيه وكتابة التقرير جديد عن انطباعاتهم عن التلميذ ومقترحاتهم له.

والجدير بالذكر أن لطلاب الجامعات دورهم في فصول تيتش حيث يعملون فيها كمساعدين أو متدربين لمدة سنة أو أكثر. وتختلف مدة التدريب اللازمة للتخرج من جامعة إلى أخرى. الا أن الجامعات، تُلزم باستمرار الحضور لأن الإخلال بالمواظبة قد يحول دون إكمال عدد الساعات التي تفرضها الجامعة للتخرج. ومثل هذا الإجراء يعود بالفائدة على الطرفين: يتلقى طلاب الجامعات تدريباً عملياً يساعدهم في اكتساب خبرة عملية وإيجاد وظائف بعد التخرج، ويستفيد المركز من عمل هؤلاء الطلاب، لأن مثل هذه الترتيبات تعوض عن توظيف مساعدين بأجور مادية.

ينبغي أن تفرض الجامعات التي تقدم تخصصات التربية الخاصة أن يعمل الطلاب في مراكز تخدم الفئات الخاصة لمدة فصل دراسي كامل بحيث يتدربون مقابل عدد من الساعات تحددها الجامعة كشرط من شروط التخرج. ومثل هذا الإجراء يساعد الطلاب على فهم وتطبيق المعلومات النظرية وبالتالي تعلمها بشكل أفضل.

٣ ـ **نسبة المعلمين إلى التلاميذ**: تختلف نسبة المعلمين إلى التلاميذ باختلاف احتياجات التلاميذ أنفسهم. في بداية مراحل التدريب، قد يُعيَّن معلم واحد أو معلمان اثنان لكل تلميذ. ومع تطور التلاميذ، ترتفع هذه النسبة إلى أن تصير بمعدل معلم واحد إلى كل ثلاثة تلاميذ. وقد يشمل الفصل ستة تلاميذ ومعلماً شاملاً ومساعداً أو أكثر من

مساعد واحد.

٤. **عدد ساعات التعليم**: يختلف عدد ساعات التعليم من تلميذ إلى آخر، ويتوقف تحديد عدد الساعات على الاحتياجات الفردية لكل تلميذ.

٥. **موقع التعليم**: يتم تعليم التلميذ في مراكز تطبق برامج تيتش إضافة إلى برامج منزلية. وليس من الضروري أن تكون هذه المراكز تابعة لبرنامج تيتش الأساسي، بل قد يكون العاملون فيها تلقوا تدريباً مكثفاً حول تطبيق هذا البرنامج من قبل المختصين لدى مراكز تيتش الأساسية في ولاية نورث كارولينا.

دور الأسرة

يشدد مركز تيتش على التعاون والتواصل المستمرين بين أسر التلاميذ ومعلميهم باعتبار ذلك عنصراً أساسياً يؤثر بدرجة كبيرة على نجاح التلميذ ومدى تقدمه. وهكذا، يعتبر ذوو التلاميذ "معلمين مشاركين" لأنهم يعملون على مقربة من "المعلم الشامل" لطفلهم ويشاركونه في عملية التعليم. الأشخاص الذين يعانون التوحد يعانون صعوبات خاصة (أي ناتجة عن إصابتهم بالتوحد) في تعميم المهارات التي يتعلمونها، فقد يتعلمون مهارة معينة في المدرسة ويقومون باستخدامها بجدارة، إلا أنهم قد لا يستخدمونها في المنزل أو عند الأقارب أو في الأماكن العامة، والعكس هو أيضاً صحيح. وبالتالي، تنخفض فائدة تعلم المهارة إن لم يتمكن الشخص من استخدامها إلا في وضع واحد ومع شخص واحد. ولذلك، كان من الضروري أن يكون للأسرة دور نشط وفعال في مساعدة طفلها على تعميم المهارات التي يتعلمها واستخدامها في جميع الأوضاع ومع كل الناس. ولا يعني هذا أنه ليس للمعلم دور أساسي في

١٢٩

تدريب التلاميذ على التعميم، إلى معنى أن للأسرة دوراً مساوياً لدور المعلم في ذلك، هذا لأن التلميذ يقضي معظم وقته في المنزل ويتعرض إلى بيئات أكثر تعدداً من البيئات التي تدرب على مواجهتها في المدرسة. وتكون الحاجة لمثل هذا التعاون في أوج مستواها في بداية مراحل تدريب التلميذ وعندما يكون صغيراً في السن.

ولكي تتمكن الأسرة من المشاركة الفعالة في تعليم ابنها أو ابنتها، تقدم مراكز تبني عادة خدمات للأسر، وتشمل التالي:

- حضور ورش عمل ومحاضرات يقدمها اختصاصيون في برامج تبني حول موضوعات مختلفة عن التوحد.
- الحضور إلى المركز ومراقبة وتلقي التدريب على طرق التدخل المستخدمة مع التلميذ لتعليم مهارة معينة بناءً على اختيار الأسرة. فقد تطلب أسرة على سبيل المثال، تدريباً على أفضل طرق التعامل مع سلوك معين يصدره التلميذ، أو تدريباً على طرق تعليمه على قضاء الحاجة في الحمام أو الاستحمام، أو التعبير عن موضوعات معينة مثل احتياجاته في الأكل والشرب، وغير ذلك. وعندما تحدد الأسرة المهارة المراد تعليمها لابنها أو ابنتها، يحدد المعلم الشامل مواعيد للزيارة بحيث تتزامن مع الوقت الذي يتعلم فيه التلميذ المهارة المحددة في المركز. وتخصص ٦-٨ ساعات (أو أكثر) للأسرة لمراقبة كيفية تعليم طفلها المهارة المستهدفة. وحيث أن المهارة محددة، وبالتالي ينخفض حجم المعلومات التي يتوجب على الأسرة تذكرها وتطبيقها، ترتفع إمكانات نجاح الأسرة في تطبيق ما تعلمته في المركز عما لو كانت المعلومات عامة وغير ذات أهمية بالنسبة لها. ويتكرر هذا الإجراء عدة مرات خلال السنة بناء على احتياجات الأسرة.

في مراكز تبني تقوم الأسرة بتحديد مهارة تريد أن تعلمها لطفلها. ثم تقوم بمراقبة كيفية تعليم الطفل هذه المهارة في المركز. وحيث أن المهارة محددة، ينخفض حجم المعلومات التي يتوجب تذكرها، ويسهل بالتالي تطبيق ما تعلمته الأسرة من المركز.

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

إن تحديد أماكن الأنشطة، وتوضيح تسلسلها باستخدام الجداول، ومساعدة التلميذ التوحدي في مرحلة البداية والنهاية لكل نشاط يشعره بالأمان ويخفض السلوكيات السلبية لديه إلى حد كبير.

الدكتور أريك شوبلر (Eric Schopler) مفهوم التعليم المنظم (Structured teaching) للأشخاص التوحديين. وتم ذلك بعد دراسة أجراها في عام ١٩٧١ أثبتت نتائجها أن الأداء العام للأشخاص التوحديين ودرجة تقدمهم يرتفعان ويتحسنان عندما يكونون في بيئات منظمة والعكس هو أيضاً صحيح. وكما أشار "شوبلر"، فإن درجة تنظيم البيئة التي يحتاجها التلميذ تختلف باختلاف العمر الزمني والعقلي لديه. فكلما انخفض العمر الزمني والعقلي لدى التلميذ، ازدادت الحاجة إلى درجة مرتفعة من التنظيم. وكلما ازداد التطور الإدراكي واللغوي لديه، انخفضت درجة التنظيم التي يحتاجها. وبناءً على هذه الدراسة، أصبح التعليم المنظم "صيغة" أو طابعاً مميزاً لبرنامج تيتش. وهناك خمس ركائز للتعليم المنظم وهي:

١. تكوين روتين محدد (Establishing Routine).

٢. تنظيم المساحات (Physical Structure).

٣. الجداول اليومية (Daily Schedules).

٤. تنظيم العمل (Work System).

٥. التعليم البصري (Visual Instruction)

وفيما يلي، نستعرض كل ركيزة على حدة، آخذين بعين الاعتبار الأسباب وراء تطبيقها وكيفية تطبيقها.

الركيزة الأولى: تكوين روتين محدد. يشمل الروتين الجوانب التالية وما إلى ذلك:

١. تسلسل الأحداث خلال اليوم.

٢. تسلسل الأحداث خلال الأسبوع.



تجد الشخص التوحدي متعلقاً جداً باتباع روتين معين تمام فيه، وإن تغيير في هذا الروتين الثابت يبعد تصبح إليه غير مفهومة لديه ومزعجة له.

٣ . كيفية البدء بنشاط ما .

٤ . خطوات النشاط .

٥ . الانتقال إلى النشاط التالي .

٦ . متى سيتم النشاط .

٧ . مقدار المدة التي يستغرقها كل نشاط .

٨ . ما يتعلق بالنشاط من مواد وأشخاص وكيفية عرضه .

٩ . الأمكنة التي ستمارس فيها النشاطات .

كما أسلفنا، يجد الشخص التوحدي صعوبة في فهم تسلسل الأحداث اليومية والوقت . وبالرغم من أنه قد يفهم موعداً محدداً مثل برنامج تلفزيوني، أو موعد حضور والده إلى المنزل، إلا أنه يجد صعوبة في فهم تسلسل الأحداث خلال اليوم بأكمله . وبالتالي، يقوم المسؤولون عن تعليم الأشخاص ذوي التوحد بترشيح تسلسل الأحداث اليومية في المنزل أو المدرسة للتلاميذ من خلال اتباع روتين معين يشمل العناصر التي ذكرت أعلاه . إلا أن هذا لا يعني أن تكوين روتين يشمل هذه الأمور ينبغي أن يطبق بشكل حازم وبدون تغيير، بل إنه في حال تغيير أوضاع معينة على التلميذ، يجب تحضيره لهذا التغيير من خلال عرض صور عليه تدل على التغيير، على أن تكون هذه التغييرات محدودة من حيث عددها، ولا ينبغي تغيير عدة أمور في وقت واحد .

الركيزة الثانية : تنظيم المساحات

حيث أن بعض الأشخاص التوحديين يجدون صعوبة في فهم المساحات في البيئة،

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ....

سنُستخدم أيضاً لنشاط الحلقة الصباحية، فقد يضع المعلم سجاجيد صغيرة بحجم ٥٠×٥٠سم (على وجه التقريب) ليجلس عليها التلميذ في حلقة الصباح ويخفيها في فترة اللعب الحر، ليجعل من هذه السجاجيد إشارة تساعد التلميذ على التمييز بين نشاط الحلقة ونشاط اللعب الحر.

- يمكن وضع أرفف أو حواجز لتحديد باقي أماكن الأنشطة.
- يمكن مساعدة التلميذ على التمييز بين نشاط وآخر من خلال ألوان عناصر الأثاث؛ وعلى سبيل المثال، قد يتم اختيار كرسي وطاولة باللون الأزرق لإكمال الأنشطة الفردية (التي يقوم بها التلميذ مع معلمه)؛ وباللون الأصفر لإكمال الأنشطة المستقلة (التي يقوم بها التلميذ بانفراد وبدون مساعدة). وفي مثل هذه الأحوال، ينبغي أن تعكس صور الجداول ألوان الأدوات المستخدمة لكل نشاط. وهكذا، ستكون صورة النشاط المستقل في الجدول عبارة عن كرسي وطاولة باللون الأصفر، وصورة النشاط الفردي في الجدول عبارة عن كرسي وطاولة باللون الأزرق، وهلم جرا.

التركيزة الثالثة: الجداول اليومية

نظراً للصعوبات التي يواجهها الأشخاص الذين يعانون التوحد في فهم الوقت وتسلسل الأحداث اليومية، كان من الضروري استخدام جداول فردية تدلهم على تسلسل الأحداث اليومية. هذه الجداول تساعدهم على تنظيم وقتهم، وفهم البيئة، ومعرفة الأحداث اليومية، والأسبوعية، والشهرية، والسنوية. وحين يعرفون تسلسل الأحداث ويتمكنون من التنبؤ بما سيحدث لهم خلال يومهم، تنخفض درجة التوتر لديهم مما يساعدهم إلى حد كبير على التعلم.

هناك العديد من الكتب التي تناولت موضوع كيفية عرض الجداول وتدريب الأشخاص التوحديين على الباعها مثل:

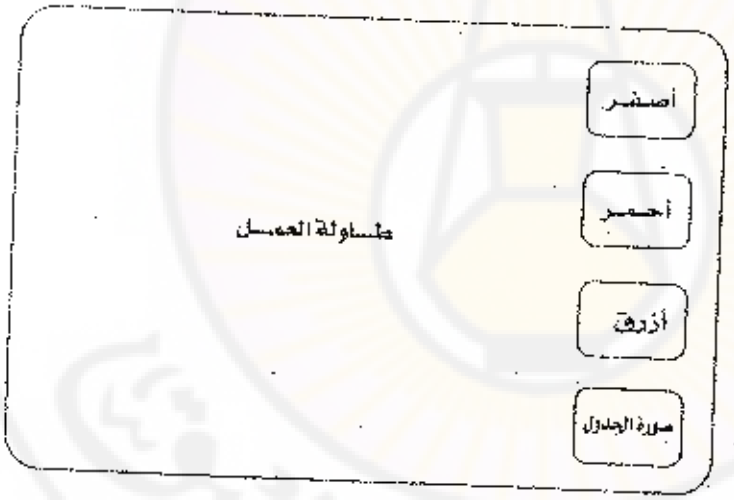
(1) عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢). جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين. القاهرة: دار الرشاد.

(2) Hodgdon, L. (1995). Visual strategies for improving communication. Troy, MI: Quirk Roberts Publications.

تنفيذ الأعمال: البرامج التربوية الفاعلة ... ...

وبالتالي، يضع المعلم صورة الجدول كدلالة للتلميذ على أن عليه التوجه إلى الجدول بعد الانتهاء من النشاط. نقدم فيما يلي خطوات توضح إحدى طرق تدريب التلميذ على اتباع روتين تنظيم العمل:

١. تلصق جميع البطاقات على طاولة العمل بالفلكرو، بما في ذلك الكرت الملون وصورة جدول التلميذ، وعلى سبيل المثال: نفترض أن عدد السلال على يمين التلميذ هو ثلاث سلال. قد نضع كرتاً بحجم ٥×٣ أو أكبر باللون الأصفر في أعلى طاولة العمل، يلي ذلك بطاقة باللون الأحمر، وتحتها أخرى باللون الأزرق، ويلي ذلك بطاقة صورة الجدول.



٢. نضع كروتاً مطابقة لها في سلات العمل على يمين التلميذ وبنفس الترتيب، فنضع على طرف السلة الأولى (وليس داخلها) كيساً بلاستيكياً فيه كرت

قد لا يتمكن التلميذ من اتباع روتين تنظيم العمل في بادئ الأمر، إلا أنه مع التدريب المستمر والتعزيز المناسب سيتمكن جميع التلاميذ من ذلك. أما بالنسبة للتلاميذ الذين يعانون صعوبات في التحكم في حركات الأطراف يمكن تبديل الكروت بأشياء أخرى وتمكين التلميذ من مسكها وتحريكها بسهولة، كعلبة ملونة أو مجسمات أخرى.

تشمل الأنشطة التي نضعها في السلال جميع الأنشطة التي نريد أن يعملها التلاميذ.

الصغير، وفي السلة الثانية كيساً بلاستيكياً فيه كرت أحمر، وفي السلة الثالثة والأخيرة كيساً بلاستيكياً فيه كرت أزرق.

٣ . يقوم التلميذ بأخذ أول كرت من طاولة العمل ويضعه في الكيس البلاستيكي الذي فيه الكرت المطابق الذي في السلة الأولى (أي الكرت الأصفر في هذا المثال).

٤ . يقوم التلميذ بإنجاز النشاط الذي في السلة الأولى، وعند الانتهاء منه، يضعه في السلة التي على يساره.

٥ . يقوم التلميذ بأخذ الكرت الثاني من طاولة العمل ويضعه على الكرت المطابق له (أي في السلة الثانية من خلال العمل).

٦ . يقوم بإنجاز النشاط الذي في السلة، وعند الانتهاء منه يضعه في السلة التي على يساره، ويستمر في العمل هكذا إلى أن يتم الأنشطة.

٧ . يأخذ كرت الجدول وينجزه إلى جدوله.

المركبة الخامسة: التعليمات البصرية

المقصود بالتعليمات البصرية اعطاء التلميذ ارشادات من خلال استخدام دلائل بصرية كالصور والكلمات المكتوبة. وعلى سبيل المثال، كي يتعلم التلميذ خطوات غسل اليدين، يقوم المعلم بعرض عدد من الصور، تدل كل صورة منها على خطوة من خطوات العمل، تلصق هذه الصور فوق المغسلة التي يقوم التلميذ باستخدامها.

مما يجدر ذكره أن المدخل السلوكي لا يهتم فقط بتعديل السلوكيات السلبية وإنما يشمل طرقاً مقترحة لتعليم جميع السلوكيات أو المهارات التي يمكن أن يفتقدها الفرد.

التجمع بين المدخل السلوكي والمدخل الإدراكي في التعليم

تفسر فلسفة برنامج تيتش أن المشاكل السلوكية التي يظهرها الأشخاص التوحديون إنما هي ناتجة عن صعوبات إدراكية في فهم وتفسير المعلومات المتلقاة من البيئة. وعلى سبيل المثال، فإن مشكلات الإدراك الحسي كالإحساس بالأذى من سماع صوت المكنسة الكهربائية من شأنها أن تؤدي إلى ظهور اضطرابات سلوكية، ولا سيما في حال عدم مقدرة الطفل على التعبير عن نفسه. بالإضافة إلى ما سبق، يعتبر برنامج تيتش جميع سلوكيات التلميذ، بما فيها السلوكيات السلبية، هادفة. وبالتالي يقوم المعلم الشامل بتحديد هدف السلوك وإيجاد البديل المناسب لذلك وتعليمه للطفل. كما أن البرنامج يعلم التلاميذ مهارات إدراكية مثل كيفية التعلم والعمل باستقلالية. هذا بالإضافة إلى تبني بعض الطرق التابعة من المدخل السلوكي للتعليم مثل التلقين (prompting) والإطفاء (fading) والتشكيل (shaping) والتعزيز (reinforcement). وسيتناول الفصل السادس تفسيراً لهذه الطرق التعليمية وغيرها.

المنهج

يركز منهج تيتش التربوي على تعليم مهارات التواصل، والمهارات الاجتماعية، واللعب، ومهارات الاعتماد على النفس، والمهارات الإدراكية، ومهارات تمكن الطالب من التكيف في المجتمع، والمهارات الحركية. هذا بالإضافة إلى تعليم التلاميذ مهارات عمل جيدة (مثل إنجاز مهمة معينة في وقت محدد والعمل بهدوء) والعمل باستقلالية، ومهارات أكاديمية لن يظهرون استعداداً لتعلمها.

مدى تقدم التلاميذ

في عام ١٩٩٨م، تم حصر الدراسات التي عنيت بقياس مدى تقدم التلاميذ الملتحقين ببرامج تيتش وكان عددها ثماني دراسات علمية (Jordan, Jones, & Murray, 1998). وفي إحدى هذه الدراسات، أشتركت ٣٤٨ أسرة من لديهم أبناء ملتحقون بمراكز تيتش حيث طُلب منهم تعبئة استفسارات عن تجربتهم مع مراكز تيتش. وقد أشارت الأغلبية إلى أنها كانت بشكل عام مقتنعة وراضية جداً عن مدى تقدم أبنائها. هذا بالإضافة إلى أن ٦٣٪ من هؤلاء الأطفال تمكنوا من الاندماج نسبياً في المجتمع عوضاً عن بقائهم في معاهد تؤويهم وتقضي احتياجاتهم الأساسية (Schopler, Mesibov, &. Baker, 1982). وتعتبر هذه النسبة قياسية ولا سيما حين مقارنتها بنتائج الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين عام ١٩٦٧ و ١٩٧٣ والتي أشارت بدورها إلى أن ٢٦٪ فقط من الأشخاص التوحديين تمكنوا من الاندماج في المجتمع، بينما انتهى الأمر بباقيهم إلى الإقامة في مصحات نفسية (DeMyer, Barton, DeMyer, Norton, et al., 1973; Rutter, Greenfield, & Lockyer, 1967). وهذا أكبر دليل على أن التوحد كإعاقة لا يُنظر إليه الآن بالتشاؤم الذي كان عليه الحال في العقود السابقة.

وبالإضافة إلى ما سلف ذكره، أشارت دراسة أجريت عام ١٩٨٩ إلى أن الأطفال التوحديين الذين التحقوا ببرامج التدخل المبكر في مراكز تيتش عندما كانت أعمارهم ٣ سنوات ارتفعت درجة ذكائهم العملي (Performance IQ) بمعدل ١٥ - ١٩ درجة (Lord & Schopler, 1989).

وأخيراً، فإن ٦٦٪ من الأطفال الذين كانوا يتمتعون بدرجة ذكاء عامة تفوق ٦٠ درجة تمكنوا من النطق والكلام للتواصل مع الآخرين بعد ٩ سنوات من التدريب في مراكز

تيتش (Venter, Lorn, & Schopler, 1992). إلا أن نتيجة هذه الدراسة لا تعني أن الطفل لا يتعلم الكلام قبل ٩ سنوات من التحاقه ببرامج تيتش، بل إن هذه الدراسة عنيت بقياس مدى تقدم التلاميذ بعد ٩ سنوات من تاريخ التحاقهم، وقد يكون التلميذ تعلم الكلام قبل إجراء الدراسة بزمن بعيد.

بالرغم من أن سن التطابع المبكر في جميع الإعاقات يمتد إلى سن الثالثة من العمر، فإن الأطفال التوحديين عادة بالنسبة للتوحد وبرامج التدخل المبكر في التوحد، مثل أوتيسن وتيب وموغلاس، فقد إلى سن الخامسة أو السادسة من العمر، وذلك لأنه نادراً ما يشخص التوحد قبل سن الثالثة أو الثالثة من العمر.

الملاحظات

يعتقد بعض المختصين ببرنامج تيتش معتقدين أنه كان من الأفضل للأشخاص التوحديين التعلم والتكيف في بيئات أشبه بالبيئات الطبيعية وغير المنظمة عوضاً عن بيئة التعليم الاصطناعية التي تعطي برنامج تيتش طابعها المميز. ولمثل هذه الانتقادات درجة لا بأس بها من المصداقية. إلا أن الواقع قد يدحض مثل هذه النظريات والاعتقادات ولا سيما في المراحل المبكرة من عمر الطفل التوحدي. فالطفل الذي يعاني التوحد يواجه صعوبات شديدة في فهم البيئة الاعتيادية. وبالتالي، قد يشعر بدرجة مرتفعة من عدم الأمان والتوتر والقلق من شأنها أن يعيقا عملية تعليم التلميذ إلى حد كبير جداً. وعلى النقيض من ذلك، فإن استخدام المعينات البصرية في تعليم التلميذ الذي يعاني التوحد وتنظيم البيئة التعليمية له يحسن من أدائه في عدة جوانب، ومنها مدى تقدمه وسلوكياته العامة إضافة إلى شعوره بالأمان.

ليس جميع الأشخاص التوحديين بحاجة إلى نفس درجة التنظيم، فالأطفال والراشدون ممن لديهم درجة ذكاء منخفضة أو من هم صغار في السن يحتاجون إلى كثير قدر من التنظيم، ومع تقدم العمر الزمني والعقلي والمهارات اللغوية تنخفض درجة احتياجات التلميذ للتنظيم.

وعلى الرغم من ذلك، هناك نقطة غاية في الأهمية يجب التنويه إليها وهي أن ليس جميع الأشخاص التوحديين بحاجة إلى نفس درجة التنظيم، بل إنها تختلف من شخص إلى آخر مع تفاوت العمر الزمني والعقلي للتلميذ والقدرة اللغوية لديه. فالأطفال والبالغون ممن لديهم درجة ذكاء منخفضة أو من هم صغار في السن

يحتاجون إلى أكبر قدر من التنظيم، ومع تقدم العمر الزمني والعقلي والمهارات اللغوية، تنخفض تدريجياً احتياجات التلميذ للتنظيم. فعلى سبيل المثال، قد يحتاج طفل توحدي إلى دلائل مصورة تعينه على معرفة وقت الانتقال من نشاط إلى آخر أو مكان إلى آخر (مثل كرت فيه صورة جدول الحصة). يعطى له ذلك الكرت حين ينتهي وقت نشاط معين ليعرف أن ذلك النشاط قد انتهى وأنه قد حان وقت النشاط الذي يليه، وأن عليه التوجه إلى جدوله لمعرفة ما هو النشاط التالي. إلا أنه قد لا يحتاج مثل هذه المعينات طوال حياته. فإنه مع تقدم عمره وإنهائه العام، قد يكتفي بكلمة من المعلم أو المعلمة تعلن له انتهاء النشاط أو قد لا يحتاج إلى أي مساعدة من الآخرين. وبالتالي، يتوجب علينا كمعلمين ومختصين قياس مدى احتياجات التلميذ إلى هذا التنظيم من خلال مراقبة سلوكياته واستجاباته لدرجات متفاوتة من التنظيم، والعمل على تقليص اعتماده عليها تدريجياً إلى أن يصل إلى أقل ما يمكن من درجات التنظيم وأقرب ما يمكن من بيئات طبيعية.

لوفـــاس
LOVAAS

التـــاريخ

الدكتور "إيفار لوفاس" (Ivar Lovaas) هو دكتور نفـــاني وبروفيسور في جامعـــة كاليفورنيا بلوس أنجيليس: "يو. سي. أل. أي" (University of California at Los Angeles, UCLA). ابتدأ "لوفاس" رحلته في تعليم الأشخاص التوحديين في أواخر عقد الخمسينات من القرن العشرين. وقد بنى كل تجاربه على نظرية تعديل السلوك والتي تعتبر مدرسة من مدارس علم النفس المتعددة. إن إعطاء تفسير واف وكامل

في خـــارج عـــالم التـــوحد، يستخدم مصطلح التحليل السلوكي التطبيقي بالترادف مع مصطلحـــات أخرى مـــثل تعـــديل السلوك والعـــلاج السلوكي وعلم النفس السلوكي والسلوكية والتحليل السلوكي.

لهذه النظرية بعطلب مئات من الصفحات. وفي توضيح مبسط، نقول إن الفكرة الأساسية التي تنبثق منها هذه النظرية هي أن سلوك الإنسان مكتسب وظاهر ونمو للمراس، كما يحكمه ضوابط تحدث قبل السلوك أو بعده. وبناءً على هذا، فإن التحكم في الأحداث التي تتبع السلوك أو نتائج السلوك وهو ما يحدث بعد أن يصدر الفرد سلوكاً ما، كان من شأنه أن يؤثر على نسبة ظهور ذلك السلوك. فالسلوك الذي يتبعه شيء أو حدث محبب إلى الشخص، يزيد ظهوره، بينما تخفض سنة السلوك الذي تتبعه عواقب سيئة. ولهذه النظرية تطبيقات وإجراءات دقيقة جداً قام لوفاس بتطبيقها مع الأشخاص التوحديين.

إلا أن هذه المصطلحات في عالم التوحد، أصبحت تعني لدى العامة من الناس طريقة أو وسائل في تدريب الأطفال التوحديين، وهذا مفهوم خاطئ.

سُمّيت أول تجارب لوفاس أنشطة يعتمد التوحد ممن كانوا مقيدين في مستشفيات أو معاهد، وكانت نتائجها محدودة من حيث مدى تقدم الأشخاص الذين أجريت عليهم التجربة. ولمعالجة أمر هذا التقدم المحدود، قام لوفاس بإضافة عدة عناصر لم تكن متوفرة في تجاربه الأولية ومنها:

- زيادة عدد ساعات تدريب الأطفال إلى ٤٠ ساعة أسبوعياً.
- تدريب من يقل سنه عن ٥ سنوات وعدم قبول من هو أكبر منه أو دون ذلك.
- عدم قبول من تقل درجة ذكائهم عن ٥٠ - ٦٠ درجة (وبعد هذه الدراسة، أصبح الحد الأدنى لدرجة الذكاء هو ٤٠ - ٥٠).
- تدريب الأطفال في منازلهم مع أسرهم.
- إشراك الأسر في تدريب الأطفال.
- منهج تربوي متسلسل من الأسهل إلى الأصعب.

يعتبر لوفاس أول من طبق تقنيات تعديل السلوك في تعليم الأشخاص ذوي التوحد، كما أنه أضاف عدة عناصر لبرنامجه التدريبي والتي يعتقد أنها أساسية لنجاح التدريب، وهذه العناصر هي التدريب المكثف (٤٠ ساعة أسبوعياً)، ومشاركة الأسرة، والتدريب المبكر، ومنهج تسلسلي، وعدم قبول الأطفال الذين يزيد سنهم عن ٦-٧ سنوات أو يقل مناصل ذكائهم عن ٤٠-٥٠.

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

مبادىء وطرق التعليم

استخدام التقنيات السلوكية

يعد التعزيز والتعليم من خلال المحاولات المنفصلة (Discrete Trial Training) من أكثر التقنيات السلوكية استخداما في برنامج لوفاس. يُعرَّف التعزيز بأنه "الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية أو إلى إزالة توابع سلبية للشيء الذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة" (الخطيب، ١٩٩٠، ص ١٥٠، عن Repp, 1983). وكما أشار الدكتور جمال الخطيب (١٩٩٠)، فإن تبعات السلوك لا تعتبر كمعزز إلا إذا أحدثت زيادة في سلوك الشخص. وبناء على هذا، يكثف برنامج لوفاس من استخدام المعززات ليس فقط للحد من سلوكيات الطفل السلبية فحسب، بل ليزيد أيضاً إمكانات تعلم الطفل للمهارات المستهدفة في البرنامج. فعندما يكتشف الطفل أنه في حال قيامه بالمطلوب منه سيستطيع الحصول على شيء يريده، فهذا من شأنه أن يشجع التلميذ على القيام بالمطلوب. إلا أن استخدام أسلوب التعزيز ليس بهذه السهولة بل له قوانين وإجراءات دقيقة ومفصلة ينبغي اتباعها كي يكون التعزيز أسلوباً فعالاً (أنظر الفصل السادس).

يتم تعليم التدريب من خلال المحاولات المنفصلة من نمط الإثارة-الاستجابة-التعزيز مع الأشخاص ذوي التوحد أو أي من الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى

أما بالنسبة للتعليم من خلال المحاولات المنفصلة، فهو يتكون من ثلاثة عناصر أساسية: المثير والاستجابة وتوابع السلوك. وعلى سبيل المثال، قد تقول المعلمة أو أم الطفل "ما لونه؟" فيجيب الطفل "أحمر". وحيث أن "أحمر" هي الإجابة الصحيحة، تقوم والدته أو المعلمة بإعطائه قطعة من الشوكولاته المفضلة لديه. وهنا يعتبر المثير هو سؤال الأم "ما لونه؟"، والاستجابة هي إجابة الطفل "أحمر"،

وتوبيخ السلوك هي إعطاء الطفل قطعة من الشوكولاته . وتكرر هذه المحاولة عدة مرات قد يتراوح عددها بين ٥-٩٠ مرات .

أما في حال عدم تمكن الطفل من الإجابة على السؤال ، فقد تقوم والدته باتخاذ عدة إجراءات منها عدم إعطائه الشوكولاته أو مساعدته تلميحاً كتوزيع الأحرف الأولى من الإجابة المطلوبة من الطفل لكي يتمكن من إجابة السؤال وتقوم الأم بإعطاء قطعة الشوكولاته . وفي تجربته سبل السلوك ، يطلق على مثل هذه المساعدة مسمى " التلقين " . وهناك تقنيات أخرى مثل التشكيل (وهو إجراء لتعليم الفرد ينبني على ما يعرفه ويطوره خطوة بخطوة إلى أن يتمكن من القيام بالسلوك المستهدف بأكمله) ، والتسلسلي (وهو إجراء تعليمي يبنى على تحليل المهارة المستهدفة إلى عدة أجزاء ومن ثم يقوم المعلم بتعليم الفرد كلاً من هذه الأجزاء على حدة إلى أن يتمكن من إظهار المهارة المستهدفة بأكملها) . وسيتناول الفصل السادس مزيداً من التفصيل للإجراءات والتكنيكات السلوكية السالفة الذكر وغيرها .

ينبغي أن يكون حجم المحزز متناسباً مع حجم الاستجابة. وبالتالي إذا كانت استجابة التلميذ صعبة (أي بمساعدة)، ينبغي أن يستمر حجم المحزز نفسه أو استجاب التلميذ من تلقاء نفسه (أي بدون مساعدة).

القياس المستمر

إن من أهم الركائز الأساسية في تطبيق إجراءات تعديل السلوك هو القياس المستمر للسلوكيات (أو المهارات) المستهدفة . ولذا فإنه يتوجب على القائمين بتطبيق برنامج لوفاس قياس مدى تقدم التلميذ في كل مهارة وذلك من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة منها والفاشلة . وعلى سبيل المثال ، إذا أردنا أن نعلم الطفل أن يقول "كاسة" ، قد نعرض على الطفل كأساً ومع الإشارة إلى الكأس نقول "ما هذا؟" . ثم نسجل استجابة الطفل في كل محاولة على ورقة مكتوب عليها الهدف

والتاريخ . وبناءً على المعلومات التي قد نجمعها من مثل هذا التسجيل لاستجابات الطفل، سنستطيع أن نحدد مدى تقدم التلميذ وسواء أكانت طرق التعليم المستخدمة مجدية أم لا . وقد تكون ورقة التسجيل كالتالي :

[مسم التلميـــذ : أيمن أمين

المهارة المستهدفة : عند عرض كأس وسؤال التلميذ " ما هذا؟ " ، سيجيب التلميذ " كأس " بدون مساعدة .

المحاولة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	النسبة
٢٠٠٤/١٠/٥	X	X	X	✓	X	✓	✓	X	✓	٤١٪ = ٢/٥
٢٠٠٤/١٠/٦	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	٦٧٪ = ٢/٣
٢٠٠٤/١٠/٧	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	٨٠٪ = ٤/٥
(التاريخ)										
(التاريخ)										
(التاريخ)										

منهج متسلسل

من خلال استخدام أسلوب المحاولات المنفصلة، يقوم المدرب بتعليم الطفل منهجاً يشمل أكثر من ٥٠٠ هدف تم ترتيبها من الأسهل إلى الأصعب، ويسمى كل هدف بـ "برنامج" . وعلى سبيل المثال، يعتبر تعليم الطفل أن يقول "نعم" برنامجاً قد يتكون من عدة خطوات أو أهداف صغيرة . وفيما يلي سنلقي نظرة عامة ومختصرة على الأهداف التي يحتويها المنهج .

في الآونة الأخيرة لم يعد لوفاس يهتم بتعليم الطفل النظر في عين المتحدث ولا سيما في المراحل المبكرة من تطبيق البرنامج (Cohen, 1998). والسبب وراء مثل هذا التعديل هو اكتشاف لوفاس (بناء على الأبحاث في مجال التوحد) أن تعلم مثل هذه المهارة في بداية مراحل التدريب يعتبر أصعب بكثير على الطفل التوحدي مما كان يعتقد في السابق.

منهج المبتدئين:

- **الانتباه**: الجلوس بهدوء والنظر في عين المتحدث. وما يجدر ذكره هنا هو أنه في الآونة الأخيرة، ثم بعد لوفاس يهتم بتعليم الطفل النظر في عين المتحدث ولا سيما في المراحل المبكرة من تطبيق البرنامج (Cohen, 1998). والسبب وراء مثل هذا التعديل هو اكتشاف لوفاس (بناء على الأبحاث في مجال التوحد) أن تعلم مثل هذه المهارة في بداية مراحل التدريب يعتبر أصعب بكثير على الطفل التوحدي مما كان يعتقد في السابق.
- **التقليد**: تقليد حركات الجسم الدقيقة والكبيرة إضافة إلى حركة القلم وما يحيط به.
- **لغة الاستقبال**: (الفهم): اتباع تعليمات بسيطة مكونة من خطوة واحدة (كـ "هات المنديل" و"ليس" "هات المنديل والجلوس" لأن ذلك أصبح مكوناً من خطوتين: إحضار المنديل والجلوس).
- **لغة التعبير**: تقليد أصوات أو كلمات، قول نعم/ لا، إلقاء التحية، والإجابة على أسئلة بسيطة.
- **ما قبل الأكاديمي**: المطابقة، العد، الأشكال، الألوان، الأحرف، وإكمال الأنشطة المطلوبة.
- **الاعتماد على النفس**: الأكل، دخول الحمام، خلع الملابس.

المنهج المتوسط:

- **الانتباه**: الإجابة على نداء الإسم، النظر في عيون الآخرين.
- **التقليد**: تقليد سلسلة من الحركات، نقل أشكال مرسومة أو رسومات بسيطة.

- **لغة الاستقبال** : اتباع أوامر مكونة من خطوتين (ضع القلم في العلبة واذهب إلى الطاولة) ؛ تعريف المشاعر ، تمييز الجنس ، فهم أسئلة تبدأ بـ "كيف" أو "متى" أو "لماذا" أو "من" أو "أين" ، ترتيب كروت حسب تسلسلها ، فهم الضمائر ، فهم المفاهيم المكانية (فوق، تحت، هنا/ هناك/ وما إلى ذلك).
- **لغة التعبير** : جمل مكونة من كلمتين أو ثلاث ، الطلب ، السؤال ، تسمية وظائف الأشياء (الكتابة، الرسم، التمشيط ، وغيرها).
- **الاجتماعي** : تقبل وجود الآخرين ، اللعب .
- **ما قبل الأكاديمي** : المطابقة والتصنيف ، إعطاء عدد محدد من أشياء يطلبها المعلم ، الأحرف ، القص والتلوين ، تسمية الاسم ، مفاهيم المقارنة مثل أكثر/ أقل ، أكبر/ أصغر ، أبعد/ أقرب .
- **الاعتماد على النفس** : اللبس وقضاء الحاجة في الحمام دون مساعدة .

المنهج المتقدم:

- **الانتباه** : المحافظة على الانتباه خلال المحادثات والتعليم الجماعي .
- **التقليد** : اللعب مع الأقران ، تقليد سلسلة من الخطوات .
- **لغة الاستقبال** : اتباع تعليمات مكونة من ثلاث خطوات ، مفاهيم مثل متماثل/ غير متماثل ، فهم الأفعال والمسميات في صيغة المفرد والجمع .
- **لغة التعبير** : استخدام عبارة " لا أعرف" ، وصف أحداث قصة ، تذكُّر أحداث مضت ، طلب المساعدة ، استخدام صيغة الأفعال في شكلها الصحيح .
- **الأكاديمي** : القراءة ، كتابة كلمات بسيطة ، الإملاء ، المضادات ، جمع أعداد

مكونة من فئة واحدة.

- **الاجتماعي** : اتباع تعليمات معطاة من قبل الأنداد (أي الأطفال الذين يتقارب عمرهم من عمر الطفل)، الإجابة على أسئلة الأنداد، إعطاء المساعدة وتقبلها من الأنداد، تقبل مبادرة الأنداد للمشاركة في اللعب، المبادرة في اللعب مع الأنداد.
- **التحضير لدخول المدرسة** : انتظار الدور، اتباع تعليمات تعطى للمجموعة، رفع اليد لطلب المساعدة أو مناداة المعلم، المشاركة في قراءة القصص، المشاركة في أغاني الروضة.
- **الاعتماد على النفس** : تنظيف الأسنان بالفرشاة، فتح وغلق سحابات الملابس، فتح وغلق الأزرار أو المشابك.

كيفية اجراء الجلسات التعليمية في برنامج لوفاس

بناء على ما ذكرته إحدى اختصاصيات برنامج لوفاس (Metzger, 1999)، فالجلسة تتم كالتالي:

تتراوح مدة الجلسة الواحدة بين ٦٠ - ٩٠ دقيقة للأطفال المبتدئين. تتخلل الجلسة استراحة لمدة دقيقة أو دقيقتين بعد كل ١٠-١٥ دقيقة من التدريب. وحين انتهاء الجلسة (أي بعد ٦٠ - ٩٠ دقيقة)، يتمتع الطفل باستراحة أو لعب لمدة تتراوح بين ١٠٠-١٥ دقيقة. وبعد ذلك يعود إلى جلسة أخرى، تتراوح مدتها أيضاً بين ٦٠ و ٩٠ دقيقة، وتتخللها كذلك فترات استراحة قصيرة وتنتهي بفترة استراحة تتراوح مدتها بين ١٠-١٥ دقيقة (أو أكثر لتناول وجبة الغداء). وهكذا إلى أن ينتهي عدد الساعات المحددة للطالب يومياً. أما بالنسبة للأطفال غير المستبعدين في البرنامج: فقد تطول

يستخدم التدريب في برنامج لوفاس على تحليل المهارات المراد تعليمها إلى خطوات صغيرة ويتم تدريب التلاميذ عليها مثل تحليل درجة مراقبة من المعلمين للنظام بالإضافة إلى [illegible] في حال [illegible]

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

- يسجل المعلم جميع استجابات الطفل ويكتب أي ملاحظات قد استنتجها ويستخدم هذه المعلومات في التخطيط لجلسات الإقامة .
- يلعب المعلم مع الطفل لمدة تتراوح بين دقيقة ودقيقتين .
- يعرض المعلم هدفاً تعليمياً آخر على الطفل ، قد يكون جديداً أو قد يكون تكملة لهدف عُرض في أيام سابقة .
- يتراوح عدد "الأهداف" التي تعطى للطفل خلال الساعة الواحدة ما بين ٥ - ٧ (٥ - ٩ محاولات لكل هدف) . وقد يعطى الطفل الهدف ذاته عدة مرات خلال الساعة (٥-٧ مرات) أو أنه قد يعطى أهدافاً مختلفة في خلال الساعة ، وهذا يعتمد على الخطة التربوية للطفل .
- بعد مدة تتراوح بين ٦٠-٩٠ دقيقة ، يعطى الطفل استراحة مدتها ١٥ دقيقة قد تكون داخل غرفة العلاج أو خارجها .
- يتكرر هذا النمط من التعليم خلال اليوم لمدة زمنية ساعات في خمسة أيام أسبوعياً أو ست ساعات يومياً خلال أيام الأسبوع جميعها .
- يقوم المعلم بتدريب الطفل على تعميم المهارات التي تعلمها في الجلسات التعليمية ويعطي الطفل فرصاً لاستخدامها في حياته اليومية خارج نطاق الجلسة التعليمية .
- يقوم المعلم بمراجعة المهارات التي تعلمها الطفل من خلال عرضها عليه من وقت إلى آخر .

مدى تقدم التلاميذ

في دراسته التي نشرت في عام ١٩٧٨ ، قدم أوفاس تقريراً عن مدى تقدم ١٩ طفلاً

توحدياً من المتحقوا ببرنامجه. وقد ذكر أنه بعد سنتين من التدريب المكثف (٤٠ ساعة أسبوعياً)، تطور لدى ٤٧٪ (٩/١٩) من الأطفال درجة ذكاء في المعدل الطبيعي فالتحقوا بمدارس اعتيادية، بينما ظل ١٠٪ (٢/١٩) من الأطفال الملتحقين بمدارس من يعانون التوحد أو التأخر الذهني الشديد. أما باقي الأطفال فقد التحقوا بمدارس أو فصول تعنى بتعليم أشخاص ذوي إعاقات مختلفة. وهناك دراسة أخرى تابعت حالات تسعة الأطفال الذين كانوا في نفس سنه الدراسة والتحقوا بمدارس عاديه عندما كان معدل أعمارهم ١٣ عاماً (أي بعد ست سنوات تقريباً من إكمالهم برنامج لوفاس). وقد وجد الباحثون أن ٨/٩ من هؤلاء الأطفال مازالوا ملتحقين بمدارس عادية وكان إنجازهم جيداً (McEachin, Smith, & Lovaas, 1993). ولم تكن تظهر عليهم سمات توحدية واضحة.

وفي دراسة أخرى، اشترك فيها ١١ طفلاً ممن يعانون التوحد والتأخر الذهني الشديد، قام الباحثون بتقسيم الأطفال إلى مجموعتين، مجموعة تكونت من ١١ طفلا طبق عليهم برنامج لوفاس لمدة ٤٠ ساعة أسبوعياً، ومجموعة أخرى تكونت من ١٠ أطفال اقتصر عدد ساعات تدريبها على عشر ساعات أسبوعياً فقط. وكانت النتيجة أن معدل درجة الذكاء لدى المجموعة الأولى ارتفع ٨ درجات من ٢٨–٣٦، بينما انخفض معدل درجة الذكاء ٤ درجات من ٢٨–٢٤ لدى المجموعة الثانية والتي تلقت عشر ساعات اسبوعياً من التدريب فقط (Smith, Eikeseth, Klevstrand, & Lovaas, 1997). وبهذا ظلت المجموعتان تعانيان من تأخرات شديدة في التطور؛ إلا أن المجموعة التي تلقت تدريباً مكثفاً أبدت تقدماً أفضل بكثير عما كان عليه حال المجموعة التي لم تتلق التدريب المكثف.

هذا الطفل تعلم تجارب أسر الأطفال التوحديين الذين التحقوا ببرامج لوفاس ولعل أشهر هذه التجارب هي تجربة كاثرين مورس (Catherine Maurice) وابنتي أو التي تحدثت عنها في كتابها المشهور (صوت أبعي) (Let me hear your voice) فكرت مورس أن طفليها شفيا من التوحد بعد التحاقهما ببرنامج لوفاس إلا أن معلم الأسرة لا يحظى بهذا القدر من الشفاء، ولكن الأسرة جميعاً تلاحظ تحسناً على أطفالها.

الملاحظـــــات

ليس هناك شك في أن تعليم الأشخاص الذين يعانون التوحد من خلال تقنيات تعديل السلوك يعتبر من أكثر الطرق نجاحاً، وهو ما يؤكده عدد هائل من الدراسات العلمية. وبالإضافة إلى هذا، لا يوجد إلى يومنا أي دراسات أثبتت عكس ذلك. إلا أن هناك انتقادات على برنامج لوفاس نوضحها فيما يلي:

١. إن الدراسة الأصلية للوفاس اقتصرت على أطفال توحديين ممن كان أداؤهم مرتفعاً، أي إنه لم يقبل الأطفال الذين تدنت درجة ذكائهم عن ٥٠ درجة، أو من كانت أعمارهم أكثر من ٥ , ٣ سنوات إن لم يكن في استطاعتهم تقليد كلمات يستخدمونها أو لم يكونوا يمارسون المصادات. وبالتالي، فإن نسبة النجاح (ارتفاع درجة الذكاء إلى المستوى الطبيعي والتحاق الأطفال بمدارس اعتيادية) التي أشار إليها لوفاس وهي ٤٧٪ لا تمثل إطلاقاً جميع حالات التوحد. وبصرف النظر عن طريقة التدخل التي يتلقاها الأطفال التوحديون ممن ذوي الأداء المرتفع، فرصة كل منهم للنجاح مرتفعة.

٢. عند قياس الدكتور لوفاس لمدى نجاح البرنامج، أعطى أهمية كبيرة لدرجات الذكاء لدى الأطفال. وبحيث أن سمات التوحد الأساسية هي القصور اللغوي والاجتماعي وعدم القدرة على التخيل وليس الذكاء، كان قياس لوفاس للنجاح موضع انتقاد.

٣. تعليم الطفل أن يستجيب لما يطلب منه لا يعينه على أن يتصرف بطريقة تلقائية أو أن يتخذ القرارات أو أن يبادر إلى الاختلاط الاجتماعي. وحيث أن تلك هذه المهارات تمثل السمات الأساسية للتوحد، يتبين بالتالي تركيز

إن القصور التي قسمناها عن أطفال شقيقيت حالاتهم من التوحد كبيرة وفي حساب حضورها، فإن هذا التقدم لا يظهر إلا من خلال حضور مكثفة يومياً لها كل من الأسرة والمختصين.

العلاج على تجاوز مثل هذه الصعوبات في كل برامج التدخل لمن يعاني التوحد. وحيث أن برنامج لوفاس لا يركز على تجاوز مثل هذه الصعوبات، كان موضع انتقاد شديد. ويتفق العديد من المختصين على أن لهذا الانتقاد درجة مرتفعة من الصدقية (National Research Council, 2001).

٤. استخدام لوفاس للعقاب مثل الضرب الخفيف على اليد كان موضع رفض عدد كبير من الأسر والمختصين. وعن خلال تجربته الماضية؛ وجد لوفاس أن العقاب بطريقة الضرب وما إليه مجدد لفترة زمنية قصيرة حيث يتعود الطفل على هذا العقاب ويعود سريعاً إلى السلوكيات السلبية (Advocate, 1994). وبعد نشر العديد من الدراسات التي أثبتت أن استخدام تكنيكات سلوكية إيجابية كالتحزيز يؤدي إلى نتائج أفضل من العقاب، اتخذ لوفاس مجرى آخر بالتركيز على استخدام الأساليب الإيجابية في التعليم. وبالتالي، لم تعد هذه النقطة موضع نقد من قبل الأسر والمختصين في الوقت الحالي.

٥. يعتبر ثمن الالتحاق ببرنامج لوفاس باهظاً جداً.

وبالرغم من الانتقادات السابقة، يستمر لوفاس في مساعدة عدد كبير من الأطفال التوحديين وذويهم، وبرنامجه نتائج جيدة ولا سيما في اللغة والأداء في اختبارات الذكاء. إلا أن النتائج محدودة من حيث تطور المهارات الاجتماعية لدى الطفل. ويمكن تجنب محدودية نتائج تطور المهارات الاجتماعية للأطفال الملتحقين ببرنامج لوفاس من خلال إضافة أهداف تعليمية إجتماعية إلى المنهج.

إشارات ودلالات مستمدة من الكتاب بطريقة الضرب وما إليه لهذا السلوك يمكن أن الأشخاص الذين يعانون التوحد وتقدم زمنية قصيرة جداً حيث يتعود الطفل على هذا العقاب ويعود سريعاً إلى السلوكيات السلبية.

بعض الأسئلة والأجوبة حول برنامج لوفاس

أيهما أفضل برنامج تيتش أم برنامج لوفاس؟

في الحقيقة ليس من السهل الإجابة على مثل هذا السؤال، فكلاهما يعتبران برنامجين ناجحين. يبدو للوهلة الأولى أن آلية كل منهما تختلف. ولكن بعد التعمق في طرق التعليم المتبعة، يتضح أن برنامج لوفاس وبرنامج تيتش مبنيان على عوامل مشتركة. ومن ضمن هذه العوامل التعليم المنظم، وإشراك الأسرة في عملية تعليم الطفل، واتباع نظرية تعديل السلوك، والتعليم الفردي المبني على احتياجات الطفل، والتدخل المبكر وغيرها. وبالرغم من أن طريقة تنظيم التعليم مختلفة في كل من هذين البرنامجين، إلا أنها تعتبر عنصراً رئيساً في كل من برنامج لوفاس وبرنامج تيتش. وقد ذكرنا أعلاه كيفية تنظيم عملية التعليم لبرنامج تيتش. أما بالنسبة لبرنامج لوفاس، فالتدريب من خلال المحاولات المنفصلة في بيئة تخلو من المشتتات ينطوي على درجة مرتفعة جداً من التنظيم.

أليس مثل هذا البرنامج متعب للأسرة؟

تشعر بعض الأسر براحة كبيرة عند تعليم أطفالها لأنها أولاً تتسلح بتعلم طرق التعامل معهم ومواجهة السلوكيات الصعبة، ولأنها ثانياً تشعر بأن لها دوراً أساسياً في معالجة أطفالها ومساعدتهم على التغلب على مشكلاتهم. إلا أنه قد يصعب على بعض الأسر، ولا سيما التي يعمل أفرادها كموظفين أو من لديها عدد كبير من الأطفال، أن تتولى مسؤولية تطبيق البرامج بأكملها. وفي مثل هذه الحالات، قد تستعين الأسرة بمدرسين مختصين أو طلاب الجامعات أو الأقارب، أو أن تتفق مع المدرسة التي التحق بها الطفل على تطبيق جزء من البرنامج في المدرسة.

إذا كانت أسرة الطفل غير قادرة على تدريبه فمة كما في متابعات يوسبيان أمكنها الاستعانة بمتطوعين من طلاب الجامعات أو الأقارب أو الأصدقاء.

أليس من الأفضل أن يتعلم الطفل ضمن مجموعة من الأطفال لكي يتعلم مهارات اجتماعية؟

يجيب لوفاس على هذا السؤال قائلاً: " من خلال خبرتي (والتي تزيد عن ٣٥ سنة)، يحتاج الطفل التوحدي في بداية مراحل التدريب إلى تدريب فردي في منزله قبل أن يستطيع التفاعل في وضع جماعي طبيعي والاستفادة منه. ونعمل في هذا الوقت على تخفيض نسبة ظهور السلوكيات السلبية لدى الطفل وتعلمه مهارات اللعب واللغة. وبعد ذلك يندمج الطفل تدريجياً مع أوضاع جماعية ويتم اختيار الوضع المناسب بناء على قدرات الطفل. تختار لبعض الأطفال مدارس اعتيادية والبعض الآخر مدارس تعنى بتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام. يقوم معلم الطفل بمصاحبته إلى المدرسة الجديدة وتسهيل عملية دمجه مع أطفال آخرين، ويشجع الطفل التوحدي على التفاعل مع غيره من الأطفال. في البداية قد يقضي الطفل فترة لا تزيد عن نصف ساعة يومياً في المدرسة حيث يكون المعلم موجوداً معه في هذا الوقت. وبعد ذلك، نقوم بزيادة الوقت الذي يقضيه الطفل في المدرسة تدريجياً، وتقلل الوقت التي يقضيه المعلم معه. ونتبع مثل هذا الإجراء لكي نرفع من فرص نجاح الطفل ونخفض من فرص فشله" (Lovaas, 1993, p.3).



د. إيفار لوفاس يتكلم للصحفيين على هامش مؤتمر عقد في مدينة لوس أنجلوس لوفاس في لقاء له في ولاية كاليفورنيا بتاريخ ٢٠٠٢/٤/٢٠

لقد استهوتني هذه البرنامج، فكيف أستطيع البدء به؟

يقوم بتدريب العاملين على تعليم الطفل أحد المختصين من برنامج لوفاس. وبعد التنسيق معهم يطلب منهم السفر إلى الولاية أو البلد التي تطلبهم. ومن الأفضل أن يجتمع عدد من الأسر للمشاركة في التكلفة أو أن يستضيفهم أحد المراكز المختصة

بالتربية الخاصة ، وقد تختلف تكلفة ورش العمل باختلاف عدد الأيام (تتراوح بين ٤٠٠ - ١٤٠٠) (أنظر العنوان على ص ٤٤٤).

مركز دوغلاس للاضطرابات النمائية
The Douglas Developmental Disabilities Center: DDDC

التمهيد

تأسس مركز دوغلاس للاضطرابات النمائية في عام ١٩٧٢ لخدمة الأشخاص التوحديين من كل الأعمار. وفي عام ١٩٨٧، طرأت تغيرات متعددة على البرنامج ومن ضمنها استهداف دمج الأطفال ذوي التوحد مع أطفال طبيعيين في الروضة بعد أن يتلقى الأطفال التوحديون تدريباً يمكنهم من ذلك. وهكذا، اقتضت فصول دمج الأطفال التوحديين في الروضة مع أطفال طبيعيين ضمن البرنامج.

الخصائص العامة لبرنامج دوغلاس

سياسة قبول التلاميذ: يقبل البرنامج الأطفال من شخصت حالاتهم بالتوحد أو بأي من الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى. وتتراوح أعمار الأطفال الذين يقبلون فيه من ٢٠ - ٦٢ شهراً (Handelman & Harris, 1994)، كما تتراوح درجات ذكائهم من ٣٢ - ١٠٥ درجات والمعدل ٦٠ درجة.

مؤهلات وخصائص المعلمين: إن أكثر المعلمين في هذا البرنامج من الحاصلين على درجة الماجستير في التربية الخاصة كما لديهم ترخيص رسمي للتعليم كمربين للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (عملاً إلى تدريب في تربية الأطفال الذين هم في مرحلة ما قبل

سعودياً). هذا بالإضافة إلى توظيف الخريجين والخريجات بالإمكان إرسال شريط فيديو إلى المركز الرئيسي في جامعة كاليفورنيا في لوس أنجليس أو الاتصال بهم عبر الهاتف لاستشارتهم (أنظر التراجم والعناوين في هذا الكتاب).

كما هو الحال في برنامج نيذلن وبرنامج أوهايو، يحتاج المدرب المعتمدين القائمون على تدريب الأطفال شهادة ما بعد الدبلوم في التربية الخاصة أو علم النفس (أو ما يقارب ذلك) وترخيصاً للعمل مع الفئات الخاصة.



المدرسة. كما أن لدى المركز اختصاصيين في اللغة والتخاطب أيضهم ترخيص وهي المعلم (يتطلب منن هذا الشخص درجة ماجستير في النطق واللغة إضافة إلى خبرة تحت إشراف اختصاصي نطق ولغة حاصل على الترخيص، واجتياز اختبار الترخيص). ليس هناك اختصاصيون آخرون في المركز مثل اختصاصي العلاج المهني أو العلاج الطبيعي. أما بالنسبة للمساعدين، فهم غالباً ما يكونون من طلاب الجامعات البكالوريوس، أو الماجستير، ولا يتقاضون تعويضاً مادياً مقابل عملهم في المركز.

نسبة المعلمين إلى التلاميذ: تحتسب نسبة المعلمين إلى التلاميذ على المرحلة التعليمية التي هم فيها. ففي المرحلة الأولى من التدريب والتي تسمى "فصل التحضير"، يتم تدريب التلميذ بشكل فردي طوال هذه المرحلة. وفي المرحلة الثانية، والتي تسمى "فصل المجموعة الصغيرة"، تتراوح النسبة بين معلم لكل طفلين إلى معلم ومساعد لكل ستة أطفال. أما في المرحلة الثالثة والتي تسمى "فصل النمو"، فيحتوي كل فصل ثمانية أطفال، طبيعيين وستة أطفال من يعانون التوحد و٣ معلمين (أو معلم ومساعدين اثنين أو معلمين اثنين ومساعد واحد) (Handleman & Harris, 1994).

عدد ساعات التعليم: يتلقى الأطفال في مرحلة "فصل التحضير" ٢٥ ساعة من التدريب في مركز دوخلاس، إضافة إلى ١٥ ساعة من التدريب في المنزل (تقوم الأسر بتدريب أطفالها). ويتخفض عدد ساعات التدريب مع انتقال الطفل إلى مراحل متقدمة من التدريب. وفي جميع المراحل، يتلقى الطفل خمسة أيام أسبوعياً من التدريب لمدة ١٢ شهراً سنوياً.

موقع التعليم: يتم تدريب التلميذ في المركز وفي منزله.

دور الأسرة

يتلقى أفراد الأسرة تدريباً مكثفاً على إجراء وتطبيق تقنيات تعديل السلوك. كما يتعين عليهم القيام بتعليم الطفل في المنزل ولا سيما في مرحلة "فصل التحضير". وبالإضافة إلى ما سبق، تتلقى الأسرة زيارتين منزليتين شهرياً من قبل معلمين في مركز دوغلاس، كما يتطلب الأمر حضور أسرة الطفل إلى المركز يومين شهرياً.

في المرحلة الأولى من التدريب على برنامج دوغلاس تقوم أسرة الطفل بتدريبه لمدة 40 ساعة أسبوعياً، وبعدها يقدم له المركز 25 ساعة من التدريب، وعندما يتقن الطفل التدريب تعطى الأسرة 4 ساعات أسبوعياً.

مبادىء وطرق التعليم

١. محتوى المنهج: طرح منهج دوغلاس بناء على تسلسل نمائي لمهارات متعددة منتظمة من الأسهل إلى الأصعب. ويعتبر الهدف الأساسي من المنهج تعليم الطفل المهارات الاجتماعية واللغة والتواصل بما في ذلك التعبير عن النفس وفهم الغير. وبالإضافة إلى ذلك، يتعلم الطفل مهارات إدراكية وحركية ومهارات الاعتماد على النفس والتعبير عن المشاعر وتسميتها.

حيث أن العنصر الأساسي في التوحد يشمل اللغة والمهارات الاجتماعية يركز منهج دوغلاس على معالجتها منذ البداية.

في بداية مراحل تطبيق البرنامج، يتلقى الطفل التدريب على مهارات أساسية ليتمكن من تعلم المهارات المستهدفة في المنهج. وتنطوي المهارات الأساسية على اتباع تعليمات بسيطة، والجلوس على الكرسي لتلقي التدريب، والانتباه. وعندما يكتسب الطفل مثل هذه المهارات، يتعلم مهارات لغوية واجتماعية. ويتلو هذه المرحلة المبدئية تعليم الطفل مهارات متعددة تشمل جميع مجالات التطور ومنها ضمنها الاجتماعي، واللغوي، والحركي، والإدراكي، والسلوكي، والاعتماد على النفس وغير ذلك من المهارات.

٢. مراحل البرنامج: ينقسم برنامج دوغلاس إلى ثلاث مراحل: فصل التحضير،

يمكن القول أنه خلال المرحلة الأولى من برنامج دوغلاس، يمارس فريق برنامج توفاس عدة التلاميذ الذين يعانون التوحد أو أي من الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى.



ويتصل المجموعة الصغيرة، وفصل الدمج في مرحلة رياض الأطفال.

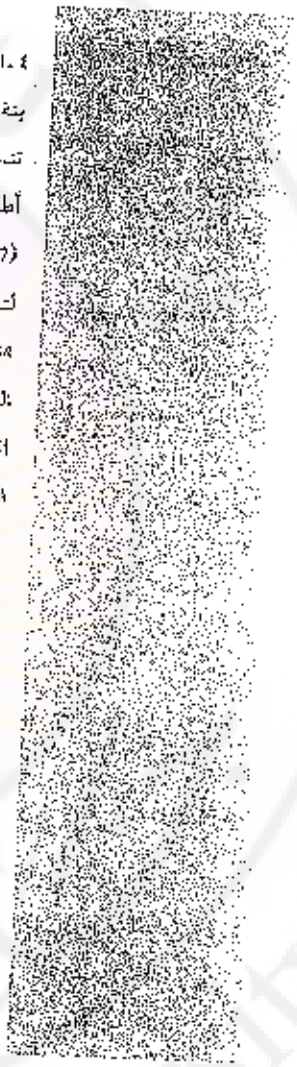
أ. فصل التحضير: تعتبر هذه المرحلة الأولى في برنامج دوغلاس. وتتبع إجراءات هذه المرحلة من برنامج لوفاس حيث يتلقى الطفل ٢٥ ساعة من التدريب السلوكي في المركز و ١٥ ساعة من التدريب السلوكي في المنزل ليصبح مجموع عدد الساعات ٤٠ ساعة أسبوعياً مما يطابق عدد ساعات التدريب في برنامج لوفاس. كما يتم التدريب بشكل فردي (معلم واحد لطفل واحد)، وبتقييس الاستجابات السلوكية ولا سيما التدريب من خلال المحاولات المتصلة والتعزيز.

ب. فصل المجموعة الصغيرة: بعد سنة أو أكثر من التدريب، ينتقل الطفل إلى المرحلة الثانية من البرنامج. ويستمر تدريب الطفل خلالها على منهج دوغلاس والذي هو مشتق من منهج لوفاس. وإلى جانب هذا، يتلقى الطفل تدريباً مكثفاً لاكتساب مهارات تمكنه من الاندماج في فصل مرحلة رياض الأطفال، مع أقران طبيعيين. وكما ذكرنا سابقاً، ترتفع نسبة المعلمين إلى التلاميذ في هذه المرحلة لتصبح معلماً واحداً لكل طفلين تقريباً.

ج. فصل الدمج في مرحلة رياض الأطفال: يلتحق الأطفال التوحديون ببرنامج رياض الأطفال مع أطفال عاديين، ويتلقى جميع الأطفال المنهج الاعتيادي لرياض الأطفال. إلا أنه قد تطرأ تعديلات بسيطة على تعليم الأطفال التوحديين، وتبنى هذه التعديلات على قدرات الطفل واحتياجاته. وبالإضافة إلى ذلك، يتلقى كل طفل جلسات تعليمية فردية يومياً.

٣ ـ طريقة التعامل مع سلوكيات الطفل : تتبنى فلسفة دو غلاس في التعامل مع السلوكيات غير السوية للطفل من الاتجاه الحديث نسبياً لنظرية تعديل السلوك وهي ما يعرف بالمدخل الوظيفي لتعديل السلوك (Functional Approach) . فتحدد بالتالي طرق معالجة السلوك بناء على وظيفته والتي عادةً ما تتخذ وظيفة التواصل (وهذا هو المدخل المتبع في جميع البرامج التربوية الناجحة للأشخاص الذين يعانون التوحد وغيرهم) . فلنفترض على سبيل المثال أن الطفل يرمي مواد التعليم على الأرض . علينا بالتالي تحديد وظيفة هذا السلوك . وبمعنى آخر ، علينا الإجابة على السؤال التالي : لماذا يقوم الطفل برمي مواد التعليم على الأرض؟ وكيف يخدم مثل هذا السلوك الشخص الذي يمارسه؟ وفي معظم الأحيان ، يكون مثل هذا السلوك وظيفة تواصل مع الآخرين وتعبير عن رغبة الشخص واحتياجاته . ولتحديد هذه الوظيفة ، ينبغي القيام بإجراء ما يعرف بالتحليل الوظيفي (Functional Analysis) . وبتطبيق هذا الإجراء على المثال السابق الذكر ، قد نجد أن الطفل يرمي المواد على الأرض ليعبر عن عدم رغبته في إكمال النشاط المعروض عليه ، إما لأن درجة صعوبته غير ملائمة ، أو لأنه قد مل من النشاط نتيجة لتكرار عرضه عليه ، إلا أن هذا الطفل قد لا يستطيع التعبير عن رغبته . وبالتالي ، فإن تطبيق إجراءات تعديل السلوك التقليدية كالتجاهل والعقاب سيما كانت لن تجدي معه طالما لم نعلمه طريقة يعبر بها عن نفسه . وإنه اختفى سلوك الرمي مؤقتاً ، فهو بالتأكيد سيظهر ثانية في وقت لاحق ، أو يستبدل الطفل به سلوكاً آخر يمثل رغبته في إنهاء النشاط (كالرفس المعلم على سبيل المثال) . وعلى النقيض من ذلك ، فإن تعليم الطفل سلوكاً بديلاً يفي بنفس غرض السلوك السلبي من شأنه أن يطفيء السلوك غير المناسب نهائياً . وفي الفصل الثامن من الكتاب ، نستعرض المزيد من التفاصيل حول هذه الطريقة .

تتبع البرامج التي تعتمد على تعديل السلوك فلسفة دو غلاس في التعامل مع السلوكيات غير السوية للطفل من الاتجاه الحديث نسبياً لنظرية تعديل السلوك وهي ما يعرف بالمدخل الوظيفي لتعديل السلوك (Functional Approach) . فتحدد بالتالي طرق معالجة السلوك بناء على وظيفته والتي عادةً ما تتخذ وظيفة التواصل (وهذا هو المدخل المتبع في جميع البرامج التربوية الناجحة للأشخاص الذين يعانون التوحد وغيرهم) . فلنفترض على سبيل المثال أن الطفل يرمي مواد التعليم على الأرض . علينا بالتالي تحديد وظيفة هذا السلوك . وبمعنى آخر ، علينا الإجابة على السؤال التالي : لماذا يقوم الطفل برمي مواد التعليم على الأرض؟ وكيف يخدم مثل هذا السلوك الشخص الذي يمارسه؟ وفي معظم الأحيان ، يكون مثل هذا السلوك وظيفة تواصل مع الآخرين وتعبير عن رغبة الشخص واحتياجاته . ولتحديد هذه الوظيفة ، ينبغي القيام بإجراء ما يعرف بالتحليل الوظيفي (Functional Analysis) . وبتطبيق هذا الإجراء على المثال السابق الذكر ، قد نجد أن الطفل يرمي المواد على الأرض ليعبر عن عدم رغبته في إكمال النشاط المعروض عليه ، إما لأن درجة صعوبته غير ملائمة ، أو لأنه قد مل من النشاط نتيجة لتكرار عرضه عليه ، إلا أن هذا الطفل قد لا يستطيع التعبير عن رغبته . وبالتالي ، فإن تطبيق إجراءات تعديل السلوك التقليدية كالتجاهل والعقاب سيما كانت لن تجدي معه طالما لم نعلمه طريقة يعبر بها عن نفسه . وإنه اختفى سلوك الرمي مؤقتاً ، فهو بالتأكيد سيظهر ثانية في وقت لاحق ، أو يستبدل الطفل به سلوكاً آخر يمثل رغبته في إنهاء النشاط (كالرفس المعلم على سبيل المثال) . وعلى النقيض من ذلك ، فإن تعليم الطفل سلوكاً بديلاً يفي بنفس غرض السلوك السلبي من شأنه أن يطفيء السلوك غير المناسب نهائياً . وفي الفصل الثامن من الكتاب ، نستعرض المزيد من التفاصيل حول هذه الطريقة .



٤ ـ التخطيط والتحضير لدمج الأطفال مع أقرانهم الطبيعيين : خلال ثلاث سنوات، يتقدم الأطفال ذوو الاضطرابات التماثية الشاملة من مرحلة التعليم الفردي في بيئة تتسم بدرجة مرتفعة من التنظيم إلى المرحلة الثالثة وهي دمج الأطفال المتوحدين مع أطفال طبيعيين في حضانة وياض الأطفال والتي تعتبر جزءاً من برنامج دوغلاس (Dawson & Osterling, 1997) . إضافة إلى ذلك، قد يقوم المعلم بزيارة مدارس أخرى لتحديد أو إيجاد المكان المناسب للطفل حين إكماله البرنامج دوغلاس (Harris & Handleman, 1994) . عندما يتم تحديد المدرسة الملائمة للطفل، يقوم المعلم بتقويم ذلك البيئة وتحديد المهارات التي سيحتاجها الطفل لكي ينجح فيها . وإذا لم يكن الطفل قد اكتسب هذه المهارات بعد، قام المعلم في أواخر فترة البرنامج بالتركيز على تعليم الطفل لهذه المهارات .

مدى تقدم التلاميذ والملاحظات

في خلال سنة واحدة من التدريب، ترتفع درجة ذكاء الأطفال الملتحقين بمعدل ١٩ درجة . وعند الانتهاء من البرنامج، يدمج ١٠٪ من الأطفال في المدارس الاعتيادية، و٧٦٪ منهم يلتحقون بمدارس للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مثل إعاقات لغوية أو ذهنية، بينما يظل ١٤٪ منهم في مدارس تخدم فئة التوحد فقط (Harris, Handelman, Kristoff, Gass & Gordon, 1990) .

٤ . تعليم الخبرات من خلال البرنامج البديل للأطفال في سن ما قبل المدرسة ، ليب

Learning Experiences: An Alternative Programming for Preschoolers: (LEAP)

التاريخ

تأسس مركز تعليم الخبرات من خلال البرنامج البديل للأطفال في سن ما قبل المدرسة (ليب) في عام ١٩٨٢ م . وكان أول برنامج يدمج الأطفال الموحدين مع الأطفال الطبيعيين منذ بداية التدريب (Strain, & Cordisco, 1994) . وفي عام ١٩٨٥ ، أصبح أحد برامج التدخل المبكر لدى قسم عيادة الطب النفسي للأطفال في جامعة بيتسبرغ في الولايات المتحدة الأمريكية .

الخصائص العامة للبرنامج

سياسة قبول التلاميذ : يقبل برنامج ليب الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٣٠-٦٤ شهراً ممن شخصت حالاتهم بأي من الاضطرابات النمائية الشاملة ، ومعدل معامل ذكاء هؤلاء الأطفال ٦١ درجة (Dawson & Osnering, 1997) . كما يقبل البرنامج الأطفال الطبيعيين والذين تتراوح أعمارهم بين ٣٠- ٦٤ شهراً .

يقدر القسط السنوي للتلاميذ في برنامج ليب بثلاثين ألف دولار أمريكي (أي ما يقابل ١١٢٥٠٠ ريال سعودي)

مؤهلات وخصائص المعلمين : يحمل المعلمون الرئيسيون للفصول في برنامج ليب شهادة الماجستير في أي من المجالات التالية : التربية المبكرة ، التربية الخاصة ، أو تربية طفولة مبكرة ، أو تربية خاصة للطفولة المبكرة . هذا بالإضافة إلى ترخيص رسمي في التربية في أي من المجالات السابقة وخبرة مكثفة في تعليم الأطفال الموحدين . أما

إن دمج الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة مع الأطفال الطبيعيين يمثل فكرة مثالية إلا أن هناك نقطة هامة يجدر التنويه إليها وهي أنه يجب أن يكون معلم ومرشد الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة

مؤهلين للتعامل مع الأطفال يعانون التوحد، وهذا يعني مساعدة المتقدم الأطفال على الإطلاق، ويتوقف في أحسن حالة الأحسن أن يتلقى الطفل تدريباً أساسياً من قبل مختصين في التوحد في مراحل التدريب الأولية. وبعد ذلك يمكن تقسيم جدران الفصل على التشارك مع أطفال طبيعيين، وتعاونه مع نفسه من مهنيات قد يكون مدرجة في مدارس اعتيادية.

في المعاهد في مراكز دولاس، مختصون في التربية الخاصة أو التربية العلاجية، وبالإضافة إلى هذا التدريب خبرة خاصة في تعليم الأطفال التوحديين والأطفال المعاقين بصرين في مرحلة رياض الأطفال. إن مثل هذه التجربة وهذا التدريب يؤهلان المعلم لدمج الأطفال وإبعادهم كل منهم حسب قدرته في التعليم.

تلتحقون في الفصل فهم أقرب من طلاب الجامعة ويحصلون على عدد معين من الساعات الجامعية في مقابل أعمال لساعات معينة لدى مركز لب.

نسبة المعلمين إلى التلاميذ: تنسب المعلمين إلى الأطفال في كل فصل هي كالتالي: ٢:١ أو ٣:١ حيث يشير الرقم ٢ إلى معلمين رئيسيين ومساعد واحد. والرقم ٦ إلى ستة أطفال من يعانون من الاضطرابات النمائية الشاملة. والرقم ٨ إلى ثمانية أطفال طبيعيين. إلا أن جميع الأطفال التوحديين (أو ذوي الاضطرابات النمائية الأخرى) يتلقون تدريباً فردياً يومياً على الأقل لمدة قد تتراوح من ثلاثين دقيقة إلى ساعة أو أكثر (Dawson & Osterling, 1997).

عدد ساعات التعليم: يتلقى الأطفال المشتركون ببرنامج لب ٢٥ ساعة من التعليم أسبوعياً وهي موزعة على خمسة أيام، ويستمر البرنامج على مدار السنة أي نحو ١٢ شهراً (Dawson & Osterling, 1997).

موقع التعليم: يتم تعليم الأطفال في فصول مركز لب والتي هي أشبه بالمدرسة الرسمية الاعتيادية.

دور الأسرة

يعتبر تعاون الأسرة شرطاً أساسياً لتمكين استمرارية الأطفال في برنامج لب. وتلقى أفراد الأسرة الذين سيشتركون بالطفل تدريباً مكثفاً على كيفية التعامل مع سلوك الطفل من خلال التدخل السلوكي وتدريبه على اكتساب مهارات جديدة. هذا بالإضافة إلى أن الموظفين المكلفين بتقديم خدمات الأسرة (Family Service Coordinators) يقضون وقتاً في منزل الطفل ومنازل الأقرباء (مثل الجدود) والأصدقاء. ويرافقون الأسرة في

القسم الثاني

طرق التعليم الموثقة

Damascus University


وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

مقدمة القسم

نقدم في هذا القسم طرق التعليم البديلة للأشخاص التوحديين . وجميع هذه الأساليب التعليمية هي المتبعة في البرامج التربوية الناجحة في تدريب الأشخاص التوحديين . وسيتم تفسير الأعلمية منها بالتفصيل الكافي مما يمكن المهتمين من تطبيقها .

نستعرض في الفصل الرابع الطرق المستخدمة لتعليم الأشخاص التوحديين التواصل الإثرائي والبديل ، يقتصر الفصل بتعريف التواصل الإثرائي والبديل ، ثم نقدم مناقشة للأنواع المختلفة منه . ويغطي الفصل الخامس طرق لتعليم المهارات الاجتماعية . أما الفصل السادس ، فيعطي القارئ معلومات شاملة حول تقنيات تحليل السلوك التطبيقي ، والذي يمكن استخدامه لتعليم مهارات من جميع المجالات التربوية . وأخيراً ، نقدم في الفصل السابع تحليل السلوك الوظيفي ، والذي ينبثق من إجراءات تحليل السلوك التطبيقي . هذه الاستراتيجية تهدف إلى تخفيض السلوكيات غير المناسبة التي تصدر عن الفرد من خلال تحديد وظيفة هذه السلوكيات ، ومن ثم تعليم الفرد سلوكيات مناسبة وبديلة تؤدي إلى نفس الوظيفة .

طرق التعليم التي يتناولها هذا القسم:

- المعينات الصوتية (Voice Output Communication Aids) .
- برامج الحاسب الآلي (الكومبيوتر) .
- التواصل من خلال تبادل الصور (البكس) (Picture Exchange Communication System: PECS) .
- ألواح التواصل (Communication Boards) .

- لغة الإشارة (Sign Language).
- القصص الاجتماعية (Social Stories).
- التعليم من خلال الأقران (Peer-Mediated Intervention).
- فلورتايم (Floor Time).
- التعزيز (Reinforcement).
- التلقين (Prompting).
- التشكيل (Shaping).
- التسلسل (Chaining).
- التدريب من خلال المحاولات المنفصلة (Discrete Trial Training).
- التعليم العرضي (Incidental Learning).
- النمذجة من خلال الفيديو (Video Modeling).
- التدريب على الميزات المحورية (Pivotal Response Training).
- التعميم (Generalization).
- التدريب الإدراكي من خلال الصور (Cognitive Picture Rehearsal).
- المدخل الوقائي للتقليل من السلوكيات غير المناسبة.
- تحليل السلوك الوظيفي (Functional Behavior Analysis).


التواصل الإنساني والبديل


وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

ماهو التواصل الإثرائي والبديل؟

يعرف التواصل الإثرائي والبديل (Augmentative and Alternative Communication) بأنه المجال العملي الإكلينيكي الذي يعوض (بشكل دائم أو أبدي) عن أنماط القصور أو العجز لدى الأشخاص الذين يعانون اضطرابات تواصل شديدة (ASHA, 1989). ومثل مصطلح "إثرائي" على عملية مساندة أو تعزيز اللغة، بينما يدل مصطلح "بديل" على عملية إيجاد طريقة بديلة للتواصل التقليدي. وبشكل عام، يتضمن التواصل الإثرائي والبديل إلى مرجعين أساسيين: المساعَد (aided) هو الذي يتضمن استخدام وسائل إضافية إبتداءً بصور بسيطة وانتهاءً بي. أجهزة صوتية بالغة الثمن، وغير المساعَد (unaided) وهو الذي لا يتضمن استخدام أي وسائل إضافية، ويشمل لغة الإشارة (Mirenda, 1999). وفي معظم الأحوال، تساعد استراتيجيات التواصل الإثرائي والبديل الطفل التوحدي على تطوير الكلام إن كان لديه استعداد لذلك.

تشير الأبحاث الحديثة أن ٥٠٪ من الأشخاص التوحديين لا يتكلمون الكلام طيلة حياتهم، إلا أن طرق التدخل الحديثة لتعليم الأشخاص التوحديين على التواصل قد نجحت لذلك النسبة إلى ٢٥٪ أو حتى أقل، ولا تزال هذه النسبة متجهة نحو الانخفاض.

إن مفهوم المصطلح الحقيقية الذي تدل على الشخص التوحدي يبالغ في استخدام الأفعال والجمل الكلمات المساعدة كما يراه على تصنيع طارق التدخل الفاعلية.

الوسائل المساعدة على التواصل بالانتاج الصوتي

Voice Output Communication Aids : VOCA

إن الوسائل المساعدة على التواصل بالانتاج الصوتي (المعينات الصوتية) (Voice Output Communication Aids: VOCA) عبارة عن أجهزة تنتج كلاماً مصطنعاً ومسجلاً. وتتكون هذه الأجهزة بشكل عام على مفروضات صور أو كلمات أو أحرف، وحين يضغط الشخص عليها، تنتج الكلمة أو الحرف المرافقة لها. وعلى سبيل المثال، إذا ضغط شخص على صورة أو كلمة "أريد"، يتبع هذا الشخص ومن حوله كلمة "أريد". ويعني آخر، فإنها "تتكلم" نيابة عن الشخص الذي يستخدمها للتعبير عن احتياجاته.

إن السمعيات الأساسية التي يعيشها الأشخاص الوحيدون لا تكمن في نماذج الكلام، فإن الكثيرين منهم يرددون الكلام والأغاني كما يسمعونها ويشكل واضح. إلا أنهم لا يستخدمون هذه الكلمات في حياتهم اليومية للتعبير عن أفكارهم. وبالتالي فإن طريق التواصل اللغوية الذي يديه والتي قد تصدر تعابير وجه أو تعبيرات أو تعبيرات صوتية تقوم باختصاص ناتجة والتحدث بطريقة غير مناسبة لهم. وقد سبب في إعادة مساحل التعلم ويدخل في تعليمهم تجهيز لاستخدام اللغة وفوائدها.

توجد أنواع متعددة من الميمات الصوتية، بعضها يسجل أو يطبع رسالة وأخذه مثل "تصبح على خير" أو "صباح الخير" أو "أحب معي" وتعرف بالـ "بيغ مالتي" (BIG MAIL)، والبعض الآخر قد يُحزن الأفراد أو رسائل الصوتية. ويسمح بعضها بتسجيل أصوات المتحاورين وعرضهم الذي يستخدمونه، وفي البعض الآخر منها تأتي المكالمات مسجلة. وهناك بعض الأدوات الصوتية التي لا يمكن حصرها من أنها تساعد على برامج قراءة الشاشة، والبعض الآخر قد من قرص التواصل. ومع ذلك، فإنها بقيت مفيدة في تعليم اللغة لأغراض التعلم، وليس كأداة تواصل. أما أفضل أنواع الميمات الصوتية فهي التي يسهل تعلمها وتكون سهلة الوزن وصغيرة الحجم ويمكن الشخص من التعبير عن كامل احتياجاته (Quill, 2000). وفي العالم العربي، تتوفر بعض الميمات الصوتية التي تسمح بتسجيل الكلمات باللغة العربية كي يتمكن الشخص من التواصل باللغة العربية.

من ميزات استعمال وسائل الميمات الصوتية أنها تعطي الشخص الذي لا يتكلم فرصة على التواصل مع الغير، ويستطيع مستخدموها أن يعلموا الطلب وإصدار تعابير حول شأن اجتماعي مثل "أحب هذا الشيء"، والإجابة على أسئلة تطرح عليهم، وقد بينت بعض الأبحاث أن هذه الوسيلة أسلوب يمكن استخدامه بنجاح مع الأشخاص التوحديين. إلا أن هذه الأدوات قد لا تنفع مع الأطفال الذين يصدرون سلوكيات غريبة لأنهم قد يستمرون استخدامها. وحيث أن هذه الأدوات حساسة لطرق استخدامها، فقد تتعرض بسرعة نتيجة سوء الاستخدام (Quill, 2000).

برامج الكومبيوتر

هناك العديد من برامج الكومبيوتر التي تساعد الشخص التوحدي في تعلم اللغة،

عادة ما يعتبر نوعاً من أنواع التواصل الإلزامي والبديل، وغيرها يوفر صوراً تستخدم في وسائل التواصل الإلزامي والبديل، وغيرها يساعد على تعليم مهارات معينة مثل القراءة والكتابة والرياضيات، والعلوم، والقواعد اللغوية. وفي الأغلبية العظمى من المراكز أو المدارس التي تعنى بتعليم الأشخاص التوحديين، تستخدم برامج الكومبيوتر التي توفر صوراً يمكن استخدامها لألواح التواصل، وبرنامج التواصل من خلال تبادل الصور، والبيانات المصورة، والجداول، ولإعطاء التعليمات التجريبية. وأكثر هذه البرامج استخداماً "البورد ميكر" (Board Maker).

يحتوي برنامج "البورد ميكر" (Board Maker) آلاف الرسوم لأسماء وأفعال وإشارات وضمائر وضمائم، وقد تظهر هذه الرسوم ملونة أو بلون أبيض وأسود حسب اختيار مستخدمها. فإذا أراد المربي على سبيل المثال أن يعلم طفلاً لا يتكلم أن يطلب الماء من خلال الإشارة إلى صورته، فإنه يقوم بطبع كلمة "ماء"، فيبحث البرنامج الصورة أو الصور التي يمكن الاختيار منها مع اسمها (ويمكن طباعة الكلمة باللغة العربية). إلا أنه للبحث عن صورة معينة، ينبغي كتابة الكلمة باللغة الإنجليزية. وتطبيقاً على المثال السالف، ينبغي أن يدخل المدرب كلمة "water" للبحث عن صور الماء في البرنامج.

أما بالنسبة للأطفال الذين يجدون صعوبة في فهم الرسومات، فيمكن إضافة برنامج آخر يدعى "بيكتشر إت" (Picture It) يحتوي على صور فوتوغرافية ليصبح جزءاً من البورد ميكر. وفي رأيي المتواضع، تعتبر هذه البرامج من أهم المواد التعليمية التي ينبغي توفرها في أي مدرسة أو مركز يخدم الأشخاص التوحديين أو غيرهم ممن يعانون تأخراً شديداً في اكتساب اللغة.

وهناك برامج أخرى مختلفة باهتمام في مجال التوحد وهي تستخدم الكومبيوتر. وإليكم بعض المعلومات حول برامج هامة مخصصة لتعليم اللغة (Fast ForWord).
Scientific Learning Corporation
1995 University Av. Suite 400
Berkeley, California
Phone: 510-665-9700

لتعليم المهارات حول برنامج إيروبكس التعليم اللغة (Earobics)
970 Grove Street
Evanston, IL 60201 USA
Telephone: 847 328 8009
Fax: 847 328 5881
Website: www.cognet.com

وهناك برامج أخرى يطلب استخدامها في تدريب الأشخاص التوحديين (وغيرهم من الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة) وهي "بيكس رايتر" (Pix Writer) و "رايتنج سيمبولز" (Writing Symbols). باستخدام صور البورد ميكر، يمكن مستخدم هذه البرامج من تصميم قصص يتعلم الطفل من خلالها الكتابة والقراءة ومهارات اجتماعية وغير ذلك. والبرامج السالفة متوفرة لدى شركة (Mayer Johnson) وتجدون عنوانها في ٤٤٩.

بينما يشمل التواصل الإشاري والبديل (لغة الإشارة والصور والمجسمات المصورة والكتابة المساعدة بالتكنولوجيا المساعدة (Assistive Technology: AT) برامج الكومبيوتر والأدوات التي تساعد على الحركة والتنقل وجميع طرق التواصل الإنساني والبديل (National Research Council, 2001; p. 56-57).

التواصل من خلال تبادل الصور

Picture Exchange Communication System : PECS

لكي نسهل على الأشخاص التوحديين اكتساب المهارات الأساسية لتعلم اللغة، ينبغي استغلال نقاط القوة لديهم والتي هي الإدراك البصري. ذكرنا في الفصول السابقة أسباب أهمية استخدام المثيرات البصرية في تعليم الفرد التوحدي، وهذا ينطبق أيضاً على تفهيمهم اللغة والتواصل ولا سيما في بداية مراحل التدريب. وذلك لأن اللغة تعتبر وسيلة رمزية، أي أن الكلمات أو مجموعة الأحرف التي تشكل الكلمة، لا تدل بشكل واضح على الشيء الذي تشير إليه. فكلمة "ك-ت-اب" على سبيل المثال لا تدل إطلاقاً بشكل مباشر على هذا الشيء الذي يحتوي صفحات وورقاً وكلمات، بل نتعلم نحن هذه العلاقة من خلال تفاعلنا مع البيئة. إلا أن الشخص التوحدي يصعب عليه تعلم هذه العلاقة. وبالتالي، فإن تعليمه اللغة من خلال الصور أو المثيرات البصرية الأخرى يعلمه أن لكل شيء من الأشياء التي في بيئته رمزه الخاص به، كما يعلمه الهدف من التواصل مع الآخرين وفوائده. هذه المعرفة الأساسية تسهل عليه تعلم الكلام فيما بعد.

تكمن الصعوبة الأساسية لتعلم اللغة لدى الأطفال التوحديين في أوجه نشاط اجتماعية تحول دون تطور اللغة لديهم. أولها هي عدم مقدرتهم على الاهتمام المشترك، أي أنهم لا يريدون التباهي بالأشياء التي تعجبهم أو الأشياء التي يتذوقها أيضاً أحد من جنسهم، كما أنهم يجدون صعوبة في تعجيب الآخرين بما يحبونه. فالطفل التوحدي كما يحب ما يلفت انتباه من حوله من خلال إصدار بعض الأصوات أو حركة الشفاه إلى بعض الأشياء

وبالتالي ، فإن أكبر خطأ قد نرتكبه كمربين لأشخاص توحديين هو الإصرار على تعليمهم الكلام فقط . وقد نقع في هذا الخطأ نتيجة لعدة أسباب أهمها قد يكمن في رغبتنا أن نعلم الطفل السلوكيات التي ستمكنه من الظهور بشكل أقرب إلى الطبيعي ، وهذا هدف تربوي مناسب ، إلا أن هناك نقطتين هامتين يجب أخذهما بعين الاعتبار . أولهما أن طرق التواصل الإدراكية والبديلة مثل التواصل عن طريق الصور أو الكلمات المكتوبة أو المعينات الصوتية أو لغة الإشارة لا تؤخر ظهور الكلام لدى الأطفال التوحديين ، بل إنها تساعد الذين لديهم استعداد لذلك . وثانيهما ، أن الأطفال التوحديين يتأخرون في اكتساب القدرة على الكلام وبنسبة ٣٠٪ على وجه التقريب قد لا يتكلمون إطلاقاً . فما هو الأفضل في مثل هذه الحالات ، أن نجعل الطفل يعيش حياته غير قادر على التعبير عن أبسط احتياجاته لكوننا نريده أن يتصرف بشكل طبيعي؟ أم أن نعلمه طريقة مقبولة يتواصل بها ويفهمها الآخرون ونهيء له حياة سعيدة من خلال تمكينه على الأقل من التواصل مع محيطه؟

وانطلاقاً من هذه الفلسفة ، طور " أندي بوندي " (Andy Bondy) و " لوري فروست " (Lori Frost) نظام التواصل من خلال تبادل الصور (" البكس ") (Picture Exchange Communication System : PECS) في عام ١٩٩٤ م . ويعتبر هذا النظام طريقة تواصل بديلة حيث أن الأطفال التوحديين يتعلمون التواصل مع الآخرين من خلال صورة أو مجسمات تدل على رغباتهم خلال ست مراحل من التدريب .

لا يتطلب أن تكون لدى الطفل مهارات مسبقة لتعلم التواصل من خلال تبادل الصور (" البكس ") . وهذا ذكره بوندي وفروست ما يلي (Bondy & Frost, 2002) :

- ليس من الضروري أن يكون الطفل قد تعلم مهارات التقليد أو أي كلمات

اسرته التي يحبوا عنه، حيث يكون انتباه الطفل وانتباه من حوله موجهاً نحو شيء مشترك بينهما وهو اللعبة . ومن خلال تبادلات اجتماعية كهذه يتعلم الطفل الطبيعي اسماء اشياء كثيرة، ويتعلم أن يستخدمها كما يتعلم مهارات تمكنه من الاختلاط بالآخرين من حوله . ومن دون هذه المقدمة عن الاهتمام المشترك، يصعب على الطفل التوحدي تعلم الأسماء واستخدامات الدقيقة ومهارات اجتماعية. أما النقطة الثانية فهي فهم القصد من التواصل مع الآخرين، او بمعنى آخر معرفة ان استخدام الكلمات يؤدي إلى النتيجة إيجابية هي المجدول عن ما يريدون. أما النقطة الثالثة فهي أن الأطفال التوحديين لا يتعلمون المهارات بشكل طبيعي، أي من خلال مراقبة الآخرين وتقليدهم كما يفعل الطفل الطبيعي. أما النقطة الرابعة فتكمن في عدم فهمهم تارجول (Syntax).

ان الكثيرين من الأطفال التوحديين ولا سيما من لقل اعمارهم عن خمس سنوات، لا يتكلمون ويجدون صعوبة في تقليد الآخرين، وبالتالي صمم بوندي وفروست طريقة لتساعد الأطفال التوحديين على التعبير عن احتياجاتهم بشكل سهل وسريع من خلال تبادل الصور.

قبل البدء بأي برنامج.

- ليس من الضروري أن يكون الطفل قد تعلم إقامة الاتصاء البصري عند الطلب منه قبل البدء بالبرنامج.
- ليس من الضروري أن يكون الطفل قد تعلم الجلوس على الكرسي بهدوء قبل البدء بالبرنامج.
- ليس من الضروري أن يكون الطفل قد تعلم مطابقة الصور مع المجسمات قبل البدء بالبرنامج.
- ليس هناك حد أدنى لمستوى تطور الأطفال قبل البدء بالبرنامج.

لقد أشارت المعلومات في هذا الكتاب حول فاعلية هذه الطريقة بدءاً من الفيلم القصير "سوزان وبارسون" التي عرضت في مؤتمر إيدام للأخصائيين النفسيين (Dyadic Interfaces Conference) وصم تقريرها نظام التواصل من خلال تبادل الصور، والذي يعمل عندنا الآن في البرنامج (٢٠٠٢م).

وبالتالي، فإن أي طفل توحدي يستطيع أن يبدأ برنامج التواصل من خلال تبادل الصور ("البكس") لأن هذه الطريقة تركز على نقاط قوة الطفل التوحدي والمتمثلة في فهمه للمعلومات البصرية، وحيث أن المعلومات البصرية كالصور والمجسمات تبقى أمامه ولا تزول كالكلمات، فهي تمكن الطفل التوحدي من الاعتماد على مهارات التعرف على الشيء فقط موضوعاً عن تذكرها وبذل مجهود قد يكون فوق طاقته لإنتاج الكلام (ولا سيما في خمس السنوات الأولى من حياته) (National Research Council, 2001).

وبالإضافة إلى ذلك، إن استخدام نظام التواصل من خلال تبادل الصور ("البكس") يساعد الأطفال التوحديين إلى حد كبير على تعلم الكلام. في تجربة تأثير هذا النظام على تطور الكلام لدى الأطفال التوحديين، عمل كل من بوندي وفروست (Frost & Bondy, 1994) مع ٦٦ طفلاً توحدياً لا يتكلمون في مرحلة ما قبل المدرسة. وخلال

حيث أن تطور الطفل الطبيعي يتم بشكل تسلسلي، أي أن المهارات المتقدمة يبنى على مهارات سبق أن اكتسبها الطفل، فإن اكتساب مهارات الطفل التوحدي يكون أيضاً مرحلة في حياته. فالصعوبة في الاستخدام المشترك يمكن معالجتها من خلال إعلامهم بتمام علم اهتماماتهم عندما كانت هذه الاهتمامات غريبة بالنسبة لنا. فإذا كان الطفل مهتماً بشيء معين فسيكون انتباهه مرتبطاً إلى هذا الشيء، وقد حاينا ذوي استغلال هذه الحالة لجلبه موضوعاً من أن نطلب منه أن يوجه انتباهه إلى شيء يهمنا نحن، كما يتعين علينا أن نهتم ونشاطاً يشعر فيها الطفل بأن التواصل مع الآخرين ممتع ويسهل فيه.

سنة واحدة من التدريب على نظام التواصل من خلال تبادل الصور (البكس) كانت النتيجة كما يلي :

- ١٠٪ تعلموا الكلام واستخدموه للتواصل مع الآخرين .
- ٢٥٪ استخدموا وسيلتين للتواصل : نظام البكس والكلام .
- ٦٥٪ لم يتعلموا الكلام بل ظلوا معتمدين على الصور للتواصل .

وفي خلال سنتين من التدريب ، كانت النتيجة كما يلي :

- ٥٩٪ أصبحوا يتواصلون مع الآخرين من خلال الكلام فقط .
- ٣٠٪ أصبحوا يتواصلون مع الآخرين من خلال الكلام والصور .
- ١١٪ أصبحوا يتواصلون مع الآخرين من خلال الصور فقط .

ويشير كلٍ من بوندي وفروست (Frost & Bondy, 1994) إلى أن الطفل الذي لديه استعداد لنطق الكلام يتعلم أن يتكلم عندما يتمكن من استخدام ١٠٠-٣٠٠ صورة للتواصل ، بحيث يستخدمها بشكل مستمر وتلقائي (أي من دون تذكير أو تلقين من قبل الأسرة أو المعلم) للتعبير عن رغباته . ونقدم فيما يلي أربعة نماذج لتطبيق البرنامج .

ويعتمد عايدة بفلسفة هي الحصول على ما يرغب فيه. وحيث ان الطفل التوحدي لايتعلم بشكل طبيعي من بيئته، فإن عايدة ان فعلية بشكل مباشر على المهارات التي تناقشه. وقد دلت ابحاث عدة على ان حين تعلم الطفل التوحدي مهارات اساسية للتقليد، فإن ذلك يجعله يكتسب مهارات كثيرة بشكل فعال وسريع (Kongas, 1978) وتعرف هذه المهارات بالاستجابات المحورية (Pivotal Responses).

التحضير لتطبيق برنامج "البكس"

١ - تحديد الأشياء المحببة للطفل

قبل البدء بالبرنامج ، ينبغي أن نجد الحافز الذي يجعل الطفل التوحدي يريد أن يتواصل مع الآخرين . ولتحفيزه ، ينبغي القيام بإجراءين . أولهما أن نحدد ما يحبه الطفل

وضح كل من "بوندي" و"فروست" (١٩٩٤) بخطوات تطبيق البرنامج بالتفصيل في كتيب من ٧٠ صفحة، لعله يترجم ويتم الاستفادة منه كل من يختلط (أهله، وللاستخدام بالبرمجية ومتابعة حقوق الطبع ومنها إلى (للقيام يتم الاتصال مع أستاذ بارس لتعليم

بدرجة كبيرة، لأننا لا نستطيع أن نعلمه مبادئ التواصل في أشياء لا يحبها لأنه لن يكترث ببذل مجهود للحصول عليها. وبالتالي فإن أفضل الأشياء التي نقدمها على طبقها، وذلك كي يضطر إلى طلبها من الآخرين (وإلا أخذها بنفسه وهذا هو الأسهل بالنسبة له). ولتحديد الأشياء التي يحبها، يمكن اتباع خطوات تقويم المعززات (انظر الفصل السادس). حدد ما بين ٣-٥ أشياء، على أن لا تكون جميعها أكلاً وشرباً لأن هذا قد يحدث من فرص تواصل الطفل إلى وقت الغداء أو الوجبات الخفيفة فقط (Boudy & Frost, 2002). حدد كذلك الأشياء التي لا يحبها لأنك ستستخدمها لاحقاً في تعليمه أن يميز بين الصور.

بيراميد التعليمية (Pyramid Educational Consultants) ومنتجو مواقعهم لحث الدراسي والتطوير الإيجابي في مدارس مع البشر ويمكن مراسلة المؤلفين مباشرة

٢. تحديد الرموز التي ستستخدم مع الطفل

بإمكانك هنا استخدام أي من الرموز التالية: المجسمات، الصور الفوتوغرافية، الرسومات الملونة، الرسومات غير الملونة، أو أن تقص جزءاً من علبة الشيء الذي يحبه الطفل (لنفترض أنه يحب عصيراً معيناً على سبيل المثال، قص جزءاً من علبة ذلك العصير). وتعتبر المجسمات وأجزاء من العلب أقرب إلى واقع الشيء. وبالتالي، فهي الأسهل على فهم الطفل. يلي ذلك في الصعوبة الصور الفوتوغرافية، ثم الرسومات الملونة، ثم الرسومات غير الملونة. وعند اختيار الرموز التي ستُستخدم، ينبغي مراعاة النقاط التالية:

من المهم قراءة موضوع بشكل شامل قبل البدء، كي يتمكن المدرب من التخطيط المراحل المتتابعة.

- ينبغي أن يتمكن الطفل من مسكها والتحكم فيها بسهولة. فإذا لم يتمكن من التحكم في صورة معينة، أمكن لصق الصورة على ورقا مقوى كي يسهل عليه تحريكها.

- يتراوح حجم الصورة بين ٥ , ٢ × ٥ , ٢ سم إلى ١٠ × ١٠ سم .
- إذا كنت ستأخذ صوراً فوتوغرافية لتدريب الطفل، فعليك أن تركز الصورة على الشيء الذي تريد تصويره وتتجنب تصوير أشياء أخرى مما يجعل الصورة مكتظة بتفاصيل لا معنى لها .
- يمكن استخدام برنامج الحاسب الآلي " بورد ميكر " (Board Maker) لإيجاد الصور المطلوبة (انظر أعلاه) .
- قم بتغليف الصور بورق بلاستيكي لكي تحتفظ بها لفترة طويلة .

تطبيق برنامج "البكس"

المرحلة الأولى

الهدف الأساسي من هذه المرحلة هو أنه "عند رؤية شيء محبب جداً لدى الطفل، سيقوم برفع صورة هذا الشيء، ويتقدم نحو المدرب، ويضع الصورة في يد المدرب" (Frost & Bondy, 1994, P.5) . في هذه المرحلة، ينبغي وجود مدربين اثنين في آن واحد، أحدهما يجلس أمام الطفل ويتلقى الصورة منه ويعطيه ما يريده، والثاني يجلس وراء الطفل ويساعده من خلال التلقين الجسدي (أي أنه يمسك بيد الطفل من الخلف ويوجهها) لكي يأخذ الصورة ويعطيها للمدرب الذي أمامه . ويتم ذلك حسب النظام التالي :

- يُعرض الشيء المحبب إلى الطفل بطريقة تسمح له برؤيته، ثم يتم إبعاده عن متناول يديه .

في بداية تواجل التدريب، لايتبغي للطفل فهم محتوى الصورة، إذ أن الهدف الرئيسي هو أن يتعلم الطفل البدء بالتواصل مع الآخرين (Frost & Bondy, 1994).

- سيبتدىء الطفل بالتعبير عن رغبته في الحصول على الشيء إما بمحاولة أخذه أو بالصراخ. وفي تلك اللحظة، يقوم المدرب الثاني (الذي يجلس وراء الطفل) بوضع يد الطفل على صورة هذا الشيء، ورفعها ووضعها في يد المدرب الأول (الذي يجلس أمام الطفل).
- يقول المدرب الأول عند ذلك "آه، تريد كذا" ويذكر اسم الشيء" ويعطيه للطفل. وهنا، ينبغي إعطاء الطفل الشيء الذي يطلبه بشكل فوري لكي يسهل عليه الربط بين إعطاء المدرب الصورة والحصول على ما يريد.
- يُعطى الطفل أكثر من فرصة لطلب الشيء، إما من خلال أخذه من الطفل وقول "دوري"، أو بإعطائه قليلاً منه (إذا كان طعاماً أو شراباً). إذا كان الطفل يحب العصير على سبيل المثال وقام بطلبه من خلال وضع صورة للعصير في يد المدرب، فلا ينبغي على المدرب ملء كأس الطفل بالعصير، بل يعطيه كمية قليلة منه لكي يطلب المزيد، وكلما ازدادت فرص تعلم الطالب، تعلم الطفل بشكل أفضل وأسرع.
- المدرب لا يسأل الطفل بقوله "ماذا تريد" في كل مرة يريده أن يطلب شيئاً، بل يكتفي بعرض الشيء المحبب لدى الطفل وينتظر أن يعطيه الصورة لطلبه. إن إحدى الأهداف الأساسية من نظام "البكس" هو أن يطلب الطفل ما يريده تلقائياً دون أن يذكره أحد.

عندما يضع الطفل صورة الشيء الذي يرغب في الحصول عليه في يد المدرب، ينبغي إعطاؤه إياه بشكل فوري لكي يربط بين الصورة والحصول على الشيء الذي يرغبه.

يبتدىء المدرب الثاني بإخفاء التلقين (مساعدة الطفل من خلفه) تدريجياً على النحو التالي:

- يقوم المدرب الثاني برفع يد الطفل ويقوده إلى رفع الصورة ويساعده كي يد

يده نحو يد المدرب الأول، إلا أنه يدع الطفل يضع الصورة في يد المدرب الأول بنفسه.

- يقوم المدرب الثاني بمساعدة الطفل على رفع الصورة، ويمد يد الطفل نحو نصف المسافة بينه وبين يد المدرب الأول. وعلى الطفل أن يمد يده نحو يد المدرب الأول للمسافة المتبقية ويضع الصورة في يد المدرب.
- يقوم المدرب الثاني بمساعدة الطفل، وذلك بالإمساك بمعصم الطفل ووضعها فوق الصورة. وعلى الطفل أن يرفع الصورة وأن يضعها في يد المدرب الأول. وبعد أن يتعلم الطفل أن يعطي الصورة للمدرب الأول دون مساعدة من المدرب الثاني (من خلفه)، يقوم المدربان بتبادل الأدوار في تعليم الطفل على الطلب كي يتعلم الطفل أن يطلب من أكثر من شخص واحد. وبمعنى آخر، بينما كان في المراحل السابقة يجلس المدرب الأول أمام الطفل والمدرب الثاني خلف الطفل، يقوم المدربان في هذه المرحلة بتبادل الأدوار في الجلوس أمام الطفل لتلقي الصور منه.

ملاحظات حول المرحلة الأولى:

- يُعطى الطفل ٣٠ فرصة يومياً لطلب الشيء الذي يتدرب على طلبه (Bondy & Frost, 2002).
- لا يشترط أن يتم التدريب على كرسي وطاولة، بل يمكن أن يتم في أي مكان.
- يتراوح الوقت الذي يحتاجه الطفل لاكتساب مهارة وضع الصورة في يد المدرب دون مساعدة ما بين دقائق وأيام (Bondy & Frost, 2002). وهذا ينطبق

يمثل الطفل ٢٠ فرصة يومية لطلب الشيء الذي يتدرب على طلبه (Bondy & Frost, 2002)

على جميع الأطفال التوحديين، حتى الذين يعانون تأخراً شديداً، لأنهم يتلقون ٣٠ فرصة موزعة على اليوم الواحد لتعلم المهارة.

- بعد أن يتعلم الطفل أن يضع الصورة في يد المدرب بشكل تلقائي وبدون تذكير أو مساعدة، أي أنه عند عرض الشيء الذي يريده الطفل، يقوم الطفل بأخذ صورة ذلك الشيء ويعطيها للمدرب (والأفضل من ذلك أن يعطي الطفل صورة الشيء الذي يريده دون أن يراه للتعبير عن رغبته في الحصول عليه)، ينتقل إلى المرحلة الثانية من التدريب.

المرحلة الثانية

في المرحلة الثانية من التدريب على برنامج البيكس، يتعلم الطفل الطلب التلقائي للأشياء المفضلة

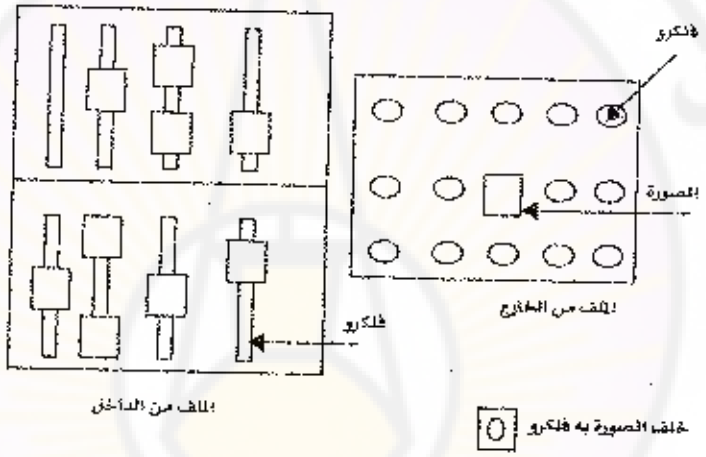
الهدف الأساسي من هذه المرحلة هو أن "يذهب الطفل إلى ملف التواصل، ويأخذ الصورة، ويتجه نحو المدرب، ويضع الصورة في يد المدرب" (Frost & Bondy, (994,) p.30). وبالتالي، ينبغي في هذه المرحلة:

- زيادة المسافة تدريجياً ما بين المدرب والطفل.
- زيادة المسافة تدريجياً بين الطفل والصورة.
- زيادة عدد الأشياء التي يطلبها الطفل.

الطفل الطبيعي يجذب انتباه الآخرين بالاقتراب منهم أو بأي طريقة مناسبة أخرى لكي يتواصل معهم، وهذا ما لا يقوم به الطفل التوحدي. وبناء على ذلك، فإن الطفل التوحدي في هذه المرحلة ينبغي أن يتعلم الشكل الطبيعي للفت انتباه الآخرين للتواصل معهم. وبينما كانت صورة الشيء الذي يريده الطفل والمدرب على مقربة منه

في المرحلة الأولى، يقوم المدرب في هذه المرحلة بإيعاد نفسه والصورة عن الطفل، نقدم فيما يلي خطوات التدريب لهذه المرحلة:

١ . في ملف مقوى صغير (قد يكون ملف بلاستيك، أو ملف مائلا)، يضع المدرب قطعاً من الفلكرو (اللاصق) على غلاف الملف، وبداخله، وعلى خلف الصور على النحو التالي:



٢ . يقوم المدرب بوضع الصورة التي يحتاجها الطفل والتي تم تدريبه عليها في المرحلة الأولى على ملف التواصل من الخارج، بينما يضع باقي الصور في داخل الملف (وترمز باقي الصور للأشياء المفضلة الأخرى لدى الطفل والتي تم تحديدها عند التحضير لتطبيق برنامج "البكس").

٣ . عند التدريب، يضع المدرب ملف التواصل على مقربة من الطفل.

٤ . يتم تدريب الطفل على طلب الشيء المحبب لديه كما هو الحال في المرحلة السابقة أي من خلال عرض الشيء المحبب لديه وإبعاده عن متناول يده . إلا أن على الطفل في هذه المرحلة أن ينزع الصورة من ملف التواصل ومن ثم يعطيها للمدرب .

٥ . يضيف المدرب شيئين إضافيين من الأشياء المحببة لدى الطفل ويتم تدريب الطفل على طلبهما بنفس طريقة المرحلة السابقة . وفي كل مرة ، يضع المدرب صورة واحدة للشيء الذي يتم تدريب الطفل على طلبه في خارج الملف ، ويضع باقي الصور في داخله .

٦ . يزيد المدرب المسافة بينه وبين الطفل إلى أن يضطر الطفل إلى الوقوف أو المشي خطوة أو خطوتين ليضع الصورة في يد المدرب . وهكذا ، تزداد المسافة أكثر فأكثر وبصورة تدريجية .

٧ . وبعد أن يتمكن الطفل من التوجه نحو المدرب ، وإن كان على مسافة بعيدة ، يحدد المدرب ركناً أو حائطاً ليضع فيه ملف التواصل . وبصورة تدريجية ، يزيد المسافة ما بين ملف التواصل والطفل إلى أن يتمكن الطفل من الذهاب إلى الركن أو الحائط المحدد لوضع ملف التواصل ، والذهاب بالصورة نحو المدرب . وهنا يتعين على المدرب أن يضع ملف التواصل في نفس المكان في كل مرة لكي لا يضطر الطفل إلى البحث على هذا الملف .

ملاحظات حول المرحلة الثانية:

- في هذه المرحلة ، لا يضع المدرب أكثر من صورة واحدة على ملف التواصل ، بل يغير الصور ليتوافق كل منها مع ما سيقوم الطفل بطلبه .



في المرحلة الثالثة من برنامج البكس، يتعلم الطفل التمييز بين الصور

- في هذه المرحلة، لا يطلب المدرب من الطفل أن يعيد الصورة إلى مكانها أي إلى ملف التواصل، بل يعيدها هو.
- في هذه المرحلة كما في الأولى، لا يرفض المدرب في أي حال من الأحوال الأشياء التي يطلبها الطفل من خلال الصور.

المرحلة الثالثة

إن الهدف الأساسي في هذه المرحلة هو أن "يطلب الطفل ما يحبه من خلال التوجه إلى ملف التواصل، واختيار صورة الشيء الذي يريده من بين عدة صور، والتوجه بها إلى المدرب وإعطيه الصورة" (Bondy & Frost, 1994, p. 13). في هذه المرحلة، يكون على الطفل أن يتعلم الانتباه للصورة ومحتواها، والشيء الذي تمثله، وأن يميز بين محتوى صورة وأخرى، ويختار من بين عدة صور الصورة التي تمثل الشيء الذي يرغب في الحصول عليه. وفيما يلي خطوات التدريب في المرحلة الثالثة.

١. راجع قائمة تحديد الأشياء التي يحبها الطفل. فإذا كان قد شبع من المواد التي تم تدريبه عليها في المراحل السابقة، ولم يعد يرغب في طلبها بشدة، فاختر شيئاً جديداً. أما إذا كان الطفل لا يزال يرغب في الحصول على نفس الأشياء بشدة، فبإمكانك استخدامها في هذه المرحلة.

٢. ضع على ملف التواصل (من الخارج) صورتين: صورة الشيء الذي سيطلبه الطفل، وصورة شيء آخر على أن تمثل الصورة الثانية شيئاً لا يحبه الطفل ولا يرغب في الحصول عليه، كصورة سلة زبالة، أو فرشة أسنان، أو حذاء.

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

المدرب بتعليم الطفل أن يختار صورة مناسبة أخرى من صورتين أخريين، ويتبع نفس الطريقة السابقة إلى أن يصبح الطفل قادراً على الاختيار من مجموعات متعددة مكون كل منها من صورتين تختلفان في المحتوى فقط.

٥ . بعد أن يتعلم الطفل اختيار صورة الشيء الذي يريده من صورتين، يقوم المدرب بإضافة صورة ثالثة، ثم رابعة، ثم خامسة، إلى أن يتمكن الطفل من اختيار صورة الشيء الذي يريده من صور متعددة.

إذا استمر الطفل في مواجهة صعوبة في التمييز بين الصور، لايضير له المدرب إلى الصورة المناسبة لأن ذلك يجعله يعتمد على الإشارة منه. إلا أنه لكي يساعد الطفل على التمييز بين محتوى الصور المعروضة عليه إن لم يُجدِ معه تغيير الطلاوة واللون والحجم، يمكن وضع الأشياء المتمثلة في الصور أمام الصورة، وإبعاد المسافة تدريجياً ما بين الشيء وصورته، وعلى سبيل المثال، إذا كان في الملف صورة لكرة الطفل المفضلة وصورة لقلم لا يحبه الطفل، يمكن وضع الكرة أمام صورة الكرة والقلم أمام صورة القلم.

اختيار الرمز المناسب للمرحلة الثالثة:

لم يكن الغرض في المرحلتين السابقتين أن يفهم الطفل محتوى الصورة. أما في المرحلة الثالثة، فينبغي على الطفل ذلك لكي يتمكن من اختيار الصور المناسبة. نعرض فيما يلي بعض أنواع الرموز مرتبة من الأسهل إلى الأصعب:

- مجسمات صغيرة: إذا كان حجم الشيء الذي يريده الطفل صغيراً، يمكن استخدامه. وعلى سبيل المثال، قد يلصق المدرب قطعة من الحلوى أو البطاطس المقلية على ورق مقوى، ويغلفها بشيء من السلاستيك ليحافظ عليها. أما إذا كان حجم الشيء الذي يرغب الطفل في الحصول عليه كبيراً، فقد يختار المدرب مجسماً صغيراً للشيء نفسه. وعلى سبيل المثال، يمكن اختيار كرة صغيرة بحجم ٢سم على وجه التقريب لترمز إلى الكرة التي يفضلها الطفل.
- صورة فوتوغرافية؛
- رسمة ملونة؛

- رسمة غير ملونة؛
- ظلمة مكتوبة.

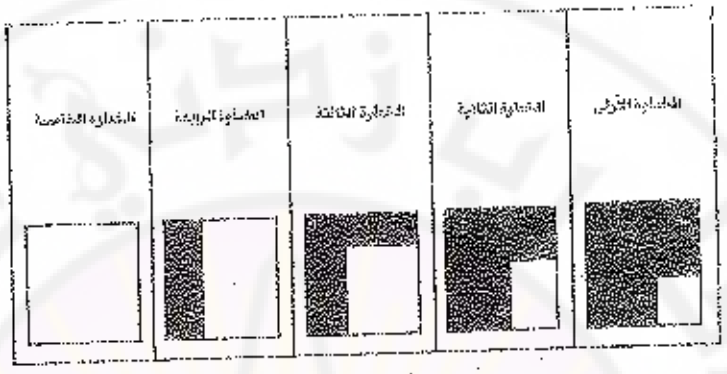
حجم الصورة: تعبير الأحجام الكبيرة أسهل على الطفل من الأحجام الصغيرة. فقد يفرق حجم الصور أو الرسومات بين ١٠×١٠ سم و ٢×٢ سم. ويفيد لا تنسَ المدرب أن من الأسهل على الطفل فهم الصور بالأحجام الكبيرة، فعليه في هذه المرحلة أن يدرب الطفل على فهم الصور صغيرة الحجم تدريجياً.

قد يفهم الطفل معنى بعض الرسومات، إلا أن هذا لا يعني أنه سيفهم جميع الرسومات.

وليس هناك من قوانين محددة يستطيع المدرب اتباعها لتحديد الرمز المناسب لكل طفل، بل يعتمد المدرب على خبرته ومراقبته للطفل وتحديد الرموز المناسبة آخذاً بعين الاعتبار أن فهم كل طفل قد يختلف عن فهم الآخر، وأنه إذا كان الطفل يفهم رسمة ملونة على سبيل المثال، فإن ذلك لا يعني أنه سيفهم كل الرسمات الملونة. وفي مثل هذه الحالات، يمكن أن يستخدم المدرب مجموعة من أنواع الرموز وليس نوعاً واحداً فقط، فهو قد يستخدم بعض الصور الفوتوغرافية، وبعض الرسومات، وهكذا.

الانتقال من الرموز البسيطة إلى الرموز المتقدمة:

لتعليم الطفل أن يفهم رموزاً أكثر تقدماً، يقوم المدرب بعرض رمز سهل ورمز أكثر صعوبة في آن واحد. وفي بداية الأمر، يكون حجم الرمز الصعب صغيراً، والرمز الأسهل كبيراً. ويقوم المدرب تدريجياً بتكبير حجم الرمز الصعب وتصغير حجم الرمز الأسهل إلى أن يصبحا متساويين. وإذا اعتبرنا أن الرمز الأسهل ممثلاً باللون الأسود (والذي قد يكون صورة فوتوغرافية ملونة)، والرمز الأصعب (والذي قد يكون رسومات ملونة) ممثلاً باللون الأبيض، فإنه يتم تدريب الطفل على النحو التالي:



يناسب هذا الطفل الذي لا تتجاوز قدراته على التواصل الأولى أن يتعلم الكثير عن العلاقة بين الأشياء والصور والكلمة المكتوبة في مراحل التدريب المتقدمة.

قد تستغرق المرحلة الثالثة بضعة أشهر يختلف عددها باختلاف إمكانات الطفل. وقبل الانتقال إلى المرحلة الرابعة، ينبغي على الطفل أن:

- يطلب ما يريده من عدة أشخاص.
- يطلب ما يريده في عدة أماكن كالمنزل والمدرسة وفي أي مكان آخر.
- يحمل مفكرة التواصل معه أينما ذهب.
- يختار الصورة المناسبة من بين عدة اختيارات.
- يفهم الرسوم ذات المفهوم الصغير حتى وإن كانت بالأبيض والأسود.
- يطلب الأشياء من تلقاء نفسه ولا يعتمد على التدريب أو أي شخص آخر لتذكيره بذلك.

Damascus University

المرحلة الرابعة

الهدف الأساسي من هذه المرحلة هو أن : "يقوم الطفل بطلب الأشياء الموجودة وغير الموجودة أمامه من خلال استخدام جمل مكونة من ثلاث كلمات . سيتعلم الطفل هنا ملف التواصل، ويلتقط رمز اللفظ "أريد" ويضعه على شريط الجمل (Sentence Strip) الموضوعة على ملف التواصل، ثم يلتقط رمز الشيء الذي يريده ويضعه كذلك على شريط الجمل ويتزع شريط الجمل من ملف التواصل، ويتجه به إلى المدرب ويعطيه إياه" . وفي نهاية هذه المرحلة، يكون الطفل قد تمكن من استخدام ما بين ٢٠٠ ـ ٥٠٠ صورة مع أشخاص متعددين، وأن يستخدم رمز "أريد" مع رمز الشيء الذي يريده، وأن يعطي الشيء الذي يطلبه (أريد الحلوى الحمراء الكبيرة)" (Bondy & Frost, 1994, p.16) ، وفيما يلي خطوات التدريب في المرحلة الرابعة .

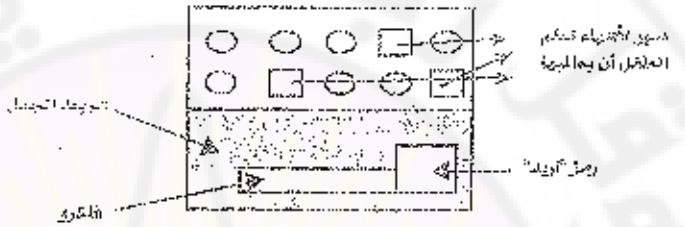
تعليم الطفل أن يستخدم رمز "أريد" :

١ ـ يضع المدرب على أسفل ملف التواصل شريط الجمل، ويضع قطعة من اللاصق عبر الشريط ومن خلفه (لكي يلتصق على ملف التواصل)، وبالرغم من أن هذا غير ضروري، يفضل أن يكون لون شريط الجمل مختلفاً عن لون ملف التواصل أو أن يكون مصنوعاً من مادة مختلفة (مثل القماش على سبيل المثال) . ومثل هذا يسهل على الطفل التمييز بين ملف التواصل وشريط الجمل .

٢ ـ في بداية مراحل التدريب، يقوم المدرب بوضع صورة "أريد" على شريط الجمل ويلتقيه عليه . أما باقي الصور التي تعلم الطفل أن يطلب من خلالها في

المراحل السابقة، فيضعها المدرب على مكتب التواصل.

مكتب التواصل من الخارج



٣. يطلب من الطفل أن يضع صورة الشيء الذي يريده على شريط الجمل، ثم عليه أن ينزعه من مكتب التواصل ويعطيه للمدرب. وبعدها وكما هو الحال في أي مرحلة يبدأ الطفل صعوبة في تعلمها، يستطيع المدرب استخدام التلقين الجسدي (أنظر الفصل السادس) وإخفاءه تدريجياً، إلى أن يتمكن الطفل من وضع رمز الشيء الذي يريده على شريط الجمل بجانب رمز "أريد"، وينزعه من مكتب التواصل، ويأتي به إلى المدرب بدون مساعدة.

قد يستبدل المدرب بكلمة "أريد" كلمة أخرى مناسبة مثل "أبغي" أو "عندي" أو "عايز" أو "أبي".

٤. قبل أن يعطي المدرب للطفل ما يريده، يقوم المدرب بقراءة الجملة "أريد" واسم الشيء الذي يطلبه الطفل". ويشجع الطفل على لمس الصور التي يشير إليها المدرب، بما يتزامن مع نطقها. وعلى المدرب أن يراعي النقاط التالية: في بداية التدريب على هذه المرحلة، ينبغي أن يقرأ المدرب الجملة مرة واحدة فقط ثم يعطي الطفل ما يطلبه بشكل فوري. وبعد أن يشجع الطفل أكثر تمكناً من استخدام شريط الجمل، يتوقف المدرب قليلاً بعد قراءة "أريد" لإعطاء الطفل فرصة لنطق الكلمة. وقد يقوم الطفل في هذه المرحلة بتقليد المدرب.

يمكن في المرحلة الرئيسة من برنامج الميكس تعليم الطفل نطق الكلمات.

على لفظ الكلمة. إلا أن المدرب لا يشدد على ضرورة أن يتذكر الطفل ويلفظ الكلمات، بل يشجعه على ذلك، ويعطيه فرصة لفظ الكلمات (Bondy & Frost, 2002).

٥. يضع المدرب صورة "أريد" على حافة الشوشل مع باقي الصور من خارج الملف، ويكون على الطفل أن يلتقط كثيراً من صورة "أريد" وصورة الشيء الذي يريده، ويضعهما على شريط الجمل. وإن كان الطفل يجد صعوبة في ترتيبها بالشكل الصحيح ("أريد" على يمينه، واسم الشيء على يساره)، فلا بأس أن يقوم المدرب بمساعدة الطفل على وضع صورة "أريد" في مكانها الصحيح من خلال وضع إطار بلون معين حول الرمز ووضع إطار بنفس اللون على شريط الجمل (Frost & Bondy, 1994) على أن يقوم المدرب تدريجياً بإخفاء الإطار.

تعليم الطفل أن يعمم ما يتعلمه:

١. بعد أن يتمكن الطفل من استخدام رمز "أريد" بالشكل الصحيح، يبدأ المدرب بتعليم الطفل صفة أظهر اهتماماً بها كاللون أو الحجم. فإذا لاحظ المدرب أن الطفل يفضل لوناً معيناً من الملفوف، فإنه يبدأ بتدريب الطفل على ذكر اللون المفضل لديه. وعلى سبيل المثال، "عماد" طفلٌ في الرابعة من عمره، عندما تُعرض الخضار المفضلة لديه وهي "سكيتلز" (Skittles)، يقوم فوراً باختيار اللون الأحمر منها. قام معلمه بوضع كرت عليه اللون الأحمر وكرت آخر عليه اللون الأخضر على حافة تواصل عماد. وحيث أن عماد في هذه المرحلة قد تعلم ترتيب جملة بسيطة ("أريد" "سكيتلز")، ما عليه



التعليم للأطفال ذوي الحاجات الخاصة ـــــــ

وأن يتمكن من الإجابة على السؤال التالي: "ماذا تريد؟" (Ernst & Berdy, 1999, p.9).

تعلم الطفل في الخطوة السابقة أن يطلب ما يريده تلقائياً بتوصيل مصيدة من خلال إحضار شريط الجدول إلى مدربه، أي أنه عندما يريد شيئاً، يتجه نحو ماشه التواصل، ويترك الجملة على شريحة الجدول، ويعطيها للمدرب. أما في هذه المرحلة، فسنعلم الطفل أن يجيب على سؤال المدرب "ماذا تريد؟". تذكر أن المدرب في المراحل السابقة لم يسأل الطفل "ماذا تريد؟" لكي يتعلم الطفل التواصل بشكل تلقائي. وبحيث أن الطفل يكون قد تمكن من التواصل التلقائي في هذه المرحلة، فلا بأس في تعليمه الإجابة على الأسئلة. ولتعليم الطفل الاجابة على سؤال "ماذا تريد"، يقوم المدرب بعرض شيء محبب لدى الطفل، ويفضل أن يكون شيئاً تم تدريبه على طلبه في المراحل السابقة. وبعد عرض صورة الشيء، يقوم المدرب بسؤال الطفل "ماذا تريد؟" ثم يشير المدرب إلى صورة "أريد" على ماشه التواصل (ويقوم بذلك لمساعدة الطفل على معرفة المطلوب منه)، وينتظر إلى أن يضع الطفل صورة "أريد" على شريط الجدول وصورة الشيء الذي يريده، ثم يعطي الطفل الشيء الذي يريده. وعلى المدرب أن يكرر هذا الإجراء عدة مرات متتالية في كل جلسة تدريب. وبصورة تدريجية، يزيد المدرب الوقت بين سؤاله والإشارة إلى صورة "أريد" ثانية واحدة ويكررها عدة مرات، ثم يؤخر الإشارة ثانية أخرى، وبتدريج في ذلك إلى أن يتمكن الطفل من وضع رمز "أريد" وصورة الشيء الذي يريده عند سؤاله "ماذا تريد؟" من دون أي مساعدة من المدرب.

المرحلة الخامسة والأخيرة

إن الهدف الرئيسي من هذه المرحلة هو أن "يجيب الطفل على أسئلة ماذا تريد؟، ماذا ترى، ما عندك؟ وأسئلة أخرى عندما توجه إليه" (Frost & Bondy, 1994, p. 24).

يقدم المدرب صورة "أنا أرى" (ويفضل أن تشتري الصورة على ورق فلين وأن تشير إلى عينه أو صورة لعيون كبيرة) على ملف التواصل، ويبقي شريط الجمل خالياً من الصور. ويرفع شيئاً قد تعلم الطفل أن يطلبه (لا أنه أصبح غير محبب لديه). يسأل المدرب "ماذا ترى؟" وتماماً كما فعل في المرحلة الخامسة، يشير المدرب فوراً إلى صورة "أنا أرى" وينتظر إلى أن يقتصبها الطفل على شريط الجمل مع صورة الشيء الذي يراه. ثم يأخذ المدرب بؤخر الوقت تدريجياً بين سؤال الطفل والإشارة إلى صورة "أنا أرى" إلى أن يتمكن الطفل من وضع صورة "أنا أرى" وصورة الشيء الذي يراه على شريط الجمل من دون مساعدة المدرب.

بعد أن يتعلم الطفل أن يجيب على "ماذا ترى؟"، يبدأ المدرب يبادل بين سؤال "ماذا تريد؟" و "ماذا ترى؟" ويكون على الطفل أن يضع الصور المناسبة على شريط الجمل. عندما يجيب الطفل على "ماذا تريد؟" يُعطى الشيء الذي طلبه، أما عندما يجيب الطفل على "ماذا ترى؟" فيكافأ بشيء ليس له علاقة بما يراه.

يقدم المدرب بتعليم الطفل الإجابة على المزيد من الأسئلة مثل "ما عندك؟" "ماذا تشم؟" "ماذا تسمع؟" بنفس الطريقة.

ملاحظات هامة لتطبيق التواصل

- قم بتدعيم كل مرة من كثيرة التعليم الطفل كيف يطلب، فإنه كلما زاد عدد المرات لتعليم الطفل طلبه شيء معين، زادت سرعته في تعلم طلب ذلك الشيء.
- في كل مرة يعطيك الطفل الصورة أو شريط الجمل، قل اسم الشيء الذي يستطيع أن يأكله لكي يسهل عليه الربط بين الكلمة المنطوقة والشيء الذي ترمز إليه. وسيساعده ذلك على نطق الكلمات بنفسه ان كان لديه استعداد لذلك.
- لا تسأل الطفل "ماذا تريد؟" قبل أن تصل إلى المرحلة الخامسة، لأن أحد أهم الأهداف من هذا النظام من التواصل التلقائي، أي أن لا يعتمد الطفل على تذكير المدرب بأنه ينبغي عليه أن يتجه نحو ملف التواصل.
- ابتداء من المرحلة الرابعة، شجع الطفل على نطق الكلمات. لا تطلب منه أن ينطقها بالشكل الصحيح في بادئ الأمر، بل شجعه على كل محاولة نطق. وتدريجياً، اطلب منه أن يقترب أكثر فأكثر من النطق الصحيح للكلمات. وعليك أن تأخذ في الاعتبار أن لا تعلم الطفل شيئين في وقت واحد. وعلى سبيل المثال، إن كنت تعلم الطفل أن يجيب على سؤال "ماذا تريد؟"، فلا تحاول ان ينطق الكلمات لأنك بهذه الطريقة قد تضغط عليه بما يزيد عن طاقته وتتسبب في مشكلات سلوكية أو عملية تعليم فاشلة. والأفضل من ذلك أن تركز أولاً على تعليمه الإجابة على السؤال "ماذا تريد؟" من خلال ترتيب الصور على شريط الجمل. وبعد أن يتمكن الطفل من القيام بذلك بسهولة وبدون أي مساعدة منك، يمكنك حينئذ أن تشجعه على نطق الكلمات التي يشير إليها.


في تدعيم مواصل الطلب على دروس الإدراك، تعلم الطفل الكلام من شريط واحد شيء واحد.

أسئلة وأجوبة حول نظام "البكس"

هل أستطيع أن أعلم الطفل الإشارة إلى الصورة عوضاً عن إعطائها لي؟

في بداية التدريب، قد يصعب على الطفل التوحد الإشارة والتقليد. كذلك، قد لا يتعلم الطفل أن يدفع شخص آخر كي يطلب منه، بل قد يشير إلى الصورة ويمضي مكانه دون التأكد من أن أحداً يتبه لطلبه. وبالتالي، يصبح من الأفضل تعليم الطفل أن يبادل الصور مع شخص آخر في البداية.

سامي طفل توحدي يبلغ من العمر ١٢ عاماً، ويستطيع نطق كلمات قليلة. هل أستخدم معه نظام الاتصال عن طريق تبادل الصور (البكس)، أم أن هذا النظام مخصص لصغار الأطفال فقط؟

يمكن استخدام نظام "البكس" في أي عمر.

هل أستطيع أن أبدأ برنامج "البكس" مع مجموعة من الأطفال دون أن يكلفني ذلك وقتاً كبيراً؟

إن لكل طفل احتياجاته الخاصة، وحيث أن برنامج "البكس" يعتمد بدرجة كبيرة على احتياجات الطفل لكي يكون لديه الحافز على طلبها، يستحسن تطبيقه بشكل فردي. أما إذا كنت معلماً لفصل مكون من مجموعة من الأطفال، فيمكن تعليم الطفل التوحدي بشكل فردي بينما يأخذ باقي الأطفال في الفصل درساً جماعياً مع المساعد.

ما هو دور الأهل في هذا كله؟

لكي يصبح البرنامج ناجحاً، يستحسن استخدامه في كل الأوقات. ولذلك، فإن استخدامه



في المنزل يزيد من فعاليته إلى حد كبير. لأن وقت الدرسة يبقى جزءاً يسيراً من وقت الطفل. ويستحسن تدريب أسرة الطفل على كيفية استخدامه وتطبيقه. ولكي لا تكون المعلومات كثيرة عليهم، يمكن تدريبهم على المرحلة التي تعمل عليها فقط. وعند الانتقال إلى مرحلة ثانية، نقوم بتدريبهم على تطبيقها في المنزل. ومن ناحية أخرى هناك بعض الأسر التي تتولى تطبيق البرنامج بأكمله.

إذا وظفت الأسرة فكرة التواصل من خلال الصور فما هي أفضل؟

عندما يكتسب أفراد الأسرة معلومات عن برنامج "البكس"، ويعرفون أنه يساعد أطفالهم على اكتساب اللغة الملفوظة وعلى التعبير عن أنفسهم بطريقة بديلة عوضاً عن البكاء والصراخ، فإن الأسر ستصبح متحمسة لا محالة لمساعدة أطفالها.

من أين لي أن آتي بكل هذه الصور؟ هل هذا يحتاج إلى ميزانية طائلة ووقتاً طويلاً؟

هناك برامج كمبيوتر تحتوي على معظم الصور التي قد تحتاجها لتطبيق "البكس". ومن أشهرها برنامج البورد ميكر (Board Maker) والذي يحتوي على صور لأسماء وأفعال وإشارات وصفات وما إلى ذلك (أنظر ص ١٣٨-١٤٠). وإذا لم تسمح الفرصة لاقتناء هذا البرنامج، فليس بالضرورة أن تكون جميع الصور التي ستحتاج إليها في مراحل التدريب ألست متوفرة منذ البداية، بل يمكن تجميعها خلال أشهر أو سنوات.

هل بمقدور الطفل أن يحمل جميع الصور معه عندما يخطط إلى عمل عدد كبير من الصور؟

نعم، ينبغي على الطفل أن يحمل ملف التواصل معه أينما ذهب، كما يحمل طفل نظارته الطبية بصورة مستمرة في يومه. إلا أن هناك نوعين من الصور: نوعاً يعبر عن


وقل رب زدني علما
Damascus University

[illegible]

[illegible]

[illegible]

على شاكلة: الطفل، يمكن وضع أسماء أو الصور التي تمثل الأسماء الواردة في الجدول (مثل: أحمد، وعلاء، الصورة، طالب، المدرسة، منشغل، كبير/ صغير، إن شاء الله، وما إلى ذلك). ويمكن وضع كلمات تعبر عن رغبة الطفل في استمرار أو إنهاء النشاط (مثل: نعم/ لا، أريد، واصل، ساعدني، كفاك، وما إلى ذلك). إلا أن هذه الأنواع من التواصل ليست مرتبة بأي شكل معين، بل تعتمد على كل الصور التي قد تحتاج نشاط معين.

٥. تضع كل لوحة في مكان النشاط في موضع يستطيع الطفل رؤيتها بسهولة والحصول عليها. وعلى سبيل المثال، يوضع لوح التواصل الخاص بالمائدة الدراسية في مكان تنفيذ المدرب لنشاط المائدة.

لنتصور أن المدرب يريد تحديد الكلمات/ الصور التي سيستخدم في لوح تواصل قاعات الصابون (بابلز)، فسيكون ذلك كما يلي:

لوح تواصل لنشاط قاعات الصابون

اسم الطفل	أريد	ليست	نعم/ لا
اسم طفل آخر في الفصل	إحساس	الماء بارد	غسيل
اسم المدرب	الشعر	منشغل	يوسف
دوري	غسيل	طاولة	أواني
دوري	إحساس	عاصفة	حمام
اسم المساعد	أطفال	ساعدني	كبير
اسم طفل آخر في الفصل	الصابون		صغير
	إفساد		خلاص
	انتظار		كفاك



ملاحظات حول التصاوير

- ينبغي أن نستخدم أنواع التواصل بكثرة وبانتظام لأن استخدامها المتقطع لا يساعد الطفل على تعلمها.
- في بادئ الأمر، ولا سيما إذا لم يكن الطفل قد مر بمراحل التدريب على برامج التواصل من خلال بادل الصور (البيكس)، يستحسن استخدام فرد واحد يقوم بدور المعلم للطفل أن يتواصل معه، ثم قم تدريجياً بزيادة عدد الأفراد في التواصل.
- ينبغي أن تعلق أسرة الطفل استخدام أنواع التواصل في المنزل.
- لا تنس أن تعلق الكلمة التي يشير الطفل إلى صورتها (أو التي تشير إليها أنت) تكي تسهل عليه فهم الكلام وتعلمه.
- يمكن استخدام أنواع التواصل لتعليم الطفل فهم اللغة. وبتعليمه أعمال مثل (تعليمه فهم الصور المناسبة) يمكن تعليم الطفل فهم الأعمال من خلال الأوامر التي تصدرها له (تعال، اجلس، اعط الكتاب...).

أسئلة وأجوبة حول أنواع التواصل

هل أستخدم البيكس أم أنواع التواصل مع تلاميذي؟

يستخدم البيكس مع الطفل الذي:

- لا يستطيع لفت انتباه الآخرين لطلب شيء ما أو رؤيته

- لا يعي القصد من التواصل (أي أنه لا يدرك أن لديه القدرة على التأثير في الآخرين) وليس لديه الحافز للتواصل (لأنه لا يعي فائدة استخدام التواصل).
- لا يتواصل مع الآخرين.

تستخدم ألواح التواصل مع الطفل الذي تقدم له ألواح التواصل الأولية من الشارحين على استخدام "البكس"، أو الطفل الذي:

- يستطيع لفت انتباه الغير بشكل لائق.
- يملك مبادرة التواصل أو الحافز على التواصل والقصد من التواصل.
- يطلق بعض الكلمات ويستخدمها للتواصل مع الآخرين أو أنه يعتمد على سؤال الآخرين له لكي يتواصل معهم (أي أنه لا يتواصل بشكل تلقائي).
- يستطيع أن يشير إلى الأشياء.
- يستطيع الانتباه للأشياء المشتركة بينه وبين غيره ويدعو لانتباههم بين الشخص والصور.

هل أستخدم ألواح التواصل مع القادرين على الكلام؟

ينبغي على المعلم أن يتمهل بالمرونة. فإذا كان الطفل يتحدث بطلاقة وبشكل تلقائي، فلا حاجة إلى استخدام ألواح التواصل. أما إذا كان يتكلم ويستخدم عدداً بسيطاً من الكلمات لا تمكنه من التعبير عن جميع احتياجاته، فإن استخدام ألواح التواصل سيساعده على تعلم المزيد من الكلمات واستخدامها. تذكر دائماً أن الطفل البصري يفهم المعلومات البصرية (كالصور والكلمات المكتوبة وما إلى ذلك) أفضل

يكثير من فهمه لتلك العلاقات المجردة (الكلام) مهما كانت قدرته على التخيل . كما أن الكلام يتطلب أن يستحضر جميع العناصر الذي يريد أن يعبر عنه من ذاكرته ، بينما إذا عرضت الصورة عليه فما عليه إلا التعرف عليها . والتعرف أسهل بكثير من الاسترجاع . هذا بالإضافة إلى أن الطفل الذي يعاني صعوبة في فهم الرموز وسببه أن الكلام يعتبر رمزاً إلى حد كبير ، فإن استخدام الصورة وربطها بالكلمة (عندما يشير الطفل إلى الصورة ، تقوم أنت بنطق اسمها) يسهل عليه فهم الرموز اللغوية . وبالتالي ، فإن استخدام أنواع التواصل يساعد الطفل بدرجة كبيرة على اكتساب اللغة المنطوقة .

أين يكون الأخصائي (المعلم) في الصورة ؟ وكيف يمكن البدء في استخدام أنواع التواصل الكلي (المتعادل) ؟

جـ : سيكون كما ذكرنا ، وهذه هي الفكرة من استخدام أنواع التواصل ، فأنت تريد أن تشجع الطفل على التواصل في كل لحظة .

لغة الإشارة / المكاتون

في لغة الإشارة ، يخصص لكل اسم أو فعل أو مفهوم أو انفعال إشارة مقابلة له يتم عملها باليدين ، وكما تختلف اللغات المتحدثة من العربية إلى الإنجليزية إلى الفرنسية ، فإن لغات الإشارة تختلف كذلك ، وتشمل المكاتون ، ولغة الإشارة الأمريكية ، ولغة الإشارة السعودية ، وما إلى ذلك . بعض الأطفال التوحديين من تدهم لديهم القدرة على التواصل بالكلام يتم تعليمهم لغة الإشارة . ومن المزايا المحققة لهذا النوع من التواصل أنه لا يستخدم أشياء أو صوراً (مثل برنامج "البكس" على سبيل المثال) .

وبالتالي، فإن الأشخص الذين يرتدي الإشارة [illegible] يختلفون عن الذين [illegible] كل ما يتعلق بالإعاقة، وهي [illegible] الإعاقة [illegible] الإشارة [illegible] من [illegible] مرتفع "الأكس" والمصابات [illegible] [illegible] [illegible]



... الإشارة والرمز ...

... الإشارة والرمز ...

... الإشارة والرمز ...

والضرورة ، من الشخص الذي يُراد له استخدامها إلى واضعي تلك البرامج ، فإن الفائدة المرجوة من استخدام الإشارات والإشارات لن تتحقق . لذا لا يجوز أن نفترض أن الوقت اللازم لمعالجة المعلومة واحدة ، لأن الكلمة يجب أن تسبق دائماً بالإشارة لا يجوز الاعتماد كلياً على ذاكرتها . وهذا بالتالي يؤثر على درجة فهمه واستيعابه للمعلومات التي تنتقل من خلال لغة الإشارة . أما استعمال رموز مرئية كالأرقام أو الصور أو من الكلمات المكتوبة فيوفر له وقتاً كافياً لمعالجة المعلومة التي يستقبلها لأنها لا تزول .

٢ . مميزات اللغة المثالية

لكي يتكلم الشخص لغة الإشارة ، يجب أن تكون لديه مهارات جيدة في التفكير ، لأن الإشارات يتم تعلمها بتقليد الإشارة التي يؤديها شخص راشد للدلالة على اسم أو فعل . والمعروف أن مصاعب التفكير شائعة بين الأشخاص الصم (DeMyer et al., 1972; Furth, 1973; Garcia & Pisoni, 1978) ، وتتعلق هذه المصعوبة بصعوبة خاصة على تكوين مفاهيم ، إذ وجد الدارسون ، عادة في حركة تتابع أكثر صعوبة لدى الأشخاص الصم من الأشخاص على قدرتهم على الحفاظ على المعلومات أو تذكرها . ويقوم الطفل الصم للعيان كوضع مكعبات إلى جانب مكعبات أخرى ، وعندما يطلب من الأشخاص ترجمتين أن يكتبوا نفس الوضع الذي تكون فيه شخص ما ، فإنهم يظهرون عجزاً واضحاً بالمقارنة مع أقرانهم العاديين في تطورهم أو أقرانهم متأخرين ذهنياً من نفس مستوى التطور (Smith & Bryson, 1994) . وتتضاعف هذه المصاعب عندما يطلب منهم أن يجدوا بين طرفين أيسر وطرف أيمن توضع الدراجين على الراكبين معتقلين (Jones and Prinz, 1985, 1994) . وهكذا فإن المصاعب التي يعانيها الأشخاص الصم الموجودين في التفكير تجعل من الصعب عليهم إتقان لغة الإشارة .

٤ . ٤ المهارات الحركية

لا توجد لدى الأشخاص الموحدين مشكلات في المهارات الحركية كالمهارة اليدوية، وفي أحيان كثيرة يتفوقون بأن لديهم مهارات حركية جيدة ورشاقة حركية وتناسقاً بين الحركات، ويعود الإضافة إلى ذلك يستطيعون أداء التطور الحركي في أوقات قصيرة جداً بكثير من تأخر ذهني شديد أو متوسط (Rosenhan et al, 1995). ومن ناحية أخرى، هناك بعض الدراسات والدراسات بحثية لاحظت أن الغالبية العظمى من الأشخاص الموحدين يعانون مشاكل في الأفعال الحركية التي تتطلب درجة عالية من المحافظة كالتخطيط والأداء والتنسيق والتنفيذ والتغذية والتغذية الراجعة (Rosen-Raz, Volkmar, & Cohen, 1995). يمثل هذا النوع من الحركات المهارات الحركية اللازمة لتعلم الأشخاص كيف يصنع الإشارات، وبالتالي فقد يكون لدى الأشخاص الموحدين مشاكل في عمل الإشارات اللازمة لغة الإشارة بسبب الصعوبة التي يعانونها في مثل هذه الأفعال الحركية.

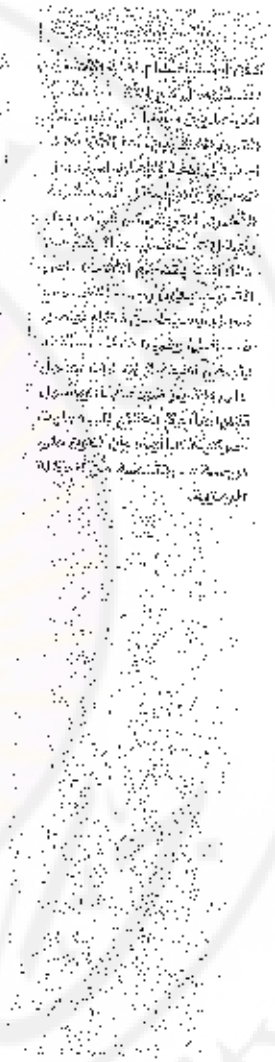
٤ . ٥ اللغة

بالرغم من أن لغة الإشارة هي عملية سمعية حيث أن الشخص لا يضطر إلى سماع الموسيقا أو مدخلات صوتية معه، إلا أنها لا تعتبر على غاية كبيرة من الفعالية، وبخاصة في العالم العربي، لأن الناس الذين يعرفون صنع الإشارات قليلون جداً. وبذلك، قد يكون من الصعب على الشخص الإشارة مروراً على شخص واحد يعرف لغة الإشارة، أو حتى شخصين يعرفانها. في أغلب الأحيان يكون هذا الشخص أو هذان الشخصان

من معلمي الشخص الذي يعاني من [illegible] الذين يتعاملون مع الأطفال والأصدقاء والأصدقاء [illegible] والأطفال الذين يعانون من [illegible] والأطفال الذين يعانون من [illegible] ولا يستطيعون فهم لغة الإشارة. [illegible] الأطفال الذين يعانون من [illegible] الأشخاص الذين يعانون من [illegible] الأشخاص الذين لا يستطيعون [illegible] الأشخاص الذين يعانون من [illegible] ويجد جميع الأشخاص تقريباً يستطيعون [illegible] أو يعانون من [illegible] صورة ما أو بأخرى [illegible] الأشخاص.

مشاكل تعلم واستخدام لغة الإشارة حول لغة الإشارة

إن معوقات تعليم الأشخاص الذين يعانون لغة الإشارة أكثر من مجرد تأثير ذلك لأن الكثير من المتطلبات اللازمة لتعلم لغة الإشارة يشكل صعباً جداً على الأشخاص الذين يستخدمون لغة الإشارة. أول هذه المعوقات أن لغة الإشارة تعتبر لغة دلالة رمزية منخفضة، أي أنها لا تشبه إلى حد بعيد ما تمثله. وثانيها أن الإشارات تتطلق بسرعة وتختلف من مجال الرؤية فور صدورها. وبالتالي، فإنها لا تتيح للأشخاص الذين يعانون الوقت الذي يحتاجون إليه لعملية المعالجة. وثالثاً أن لغة الإشارة تتطلب مهارات حركية و[illegible] تقارب [illegible] على العلم بأن ماتين المهارتين تشكلان صعوبتين حقيقيتين بين الأشخاص المتوحدين. وأخيراً أن الذين يفهمون لغة الإشارة ليسوا كثيرين. ولذلك فإن الشخص الذي تعلم صنع الإشارات لا يستطيع أن يتواصل بها إلا مع عدد محدود من الأشخاص الذين يعرفون لغة الإشارة. وتتميز لغة الصم والبكم بأنها [illegible] شخص ترجمان يستخدم أداة الإشارات بسرعة (National Theatre, Oslo, 2013, p.58).



اختبر معلوماتك

١) ما هو تعريف التواصل الإثرائي والبديل وما هما الفرعان الأساسيان منه؟ إعط مثالاً لكل فرع.

٢) ما هو الفرق بين التواصل الإثرائي والبديل والتكنولوجيا المساعدة؟

٣) أذكر برنامج كومبيوتر يغلب استخدامه في البرامج التربوية للأشخاص التوحديين ولم يستخدم؟

٤) صف المراحل الست لنظام التواصل من خلال تبادل الصور (" البكس ").

٥) ما رأيك في " البكس "؟ ولماذا هو كذلك؟

٦) أذكر فرقان بين ألواح التواصل و " البكس ".

٧) متى يستخدم ألواح التواصل ومتى يستخدم " البكس"؟

٨) صمم لوح تواصل للاستخدام في نشاط الحلقة الصباحية.

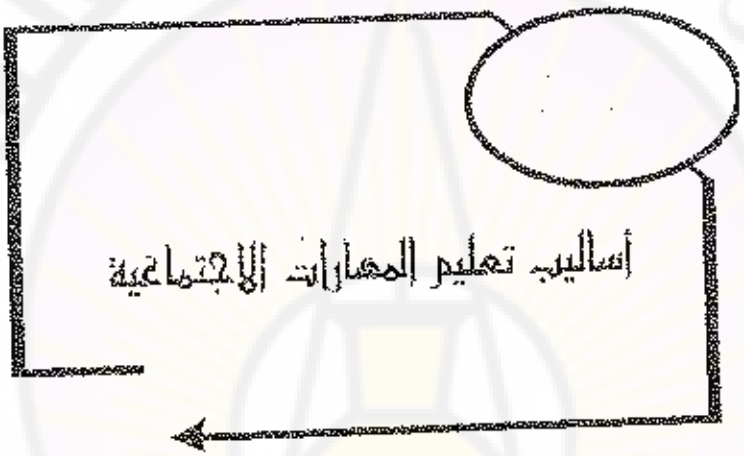
٩) عرّف لغة الإشارة.

١٠) ما هي مزايا تعليم لغة الإشارة؟

١١) ما هي نقاط ضعف تعليم لغة الإشارة للأشخاص التوحديين؟

١٢) ما هو التواصل الشامل؟


وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University


أساليب تعليم المهارات الاجتماعية

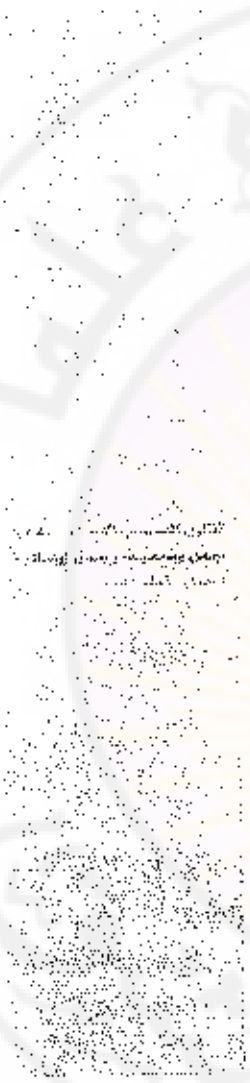

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

وقل رب زدني علما
جامعة دمشق
Damascus University

- تأمين الوقت الذي يتيح للطفل، مع أقرانه، تعلم المهارات الاجتماعية.
- تقسيم الأطفال إلى مجموعات صغيرة.
- تحديد المهارات التي يتم تعليمها.
- تحديد الأدوار التي يقوم بها كل طفل في المجموعة.
- تحديد الموضوع الذي سيتم مناقشته.
- تحديد المواد التي يجب تجهيزها.
- تحديد الوقت الذي يستغرقه النشاط.

وعلى سبيل المثال: فهد طفل يبلغ التوحد في الثامنة من عمره، يطلب فهد انتباه معلمته "نالا" بشكل مستمر، ولا يستطيع الانتظار حتى إذا كانت مشغولة مع طفل آخر. ولتصميم قصة اجتماعية تُعلّم فهد أن يطلب انتباهها بشكل مقبول كأن يرفع يده ويطلب منها اللعب، وأن ينتظر إذا كانت مشغولة مع طفل آخر، قامت "نالا" بمراقبة الموضع الذي يحدث ووجدت ما يلي:

- يقوم فهد بهذا السلوك في وقت اللعب في داخل الفصل (المكان الذي يحدث فيه هذا الموضع).
- يعمل فهد خلال وقت اللعب مع مُساعدة المعلمة فايزة، بينما تكون معلمته "نالا" تعلم زميله أحمد. (الذين لهم علاقة مباشرة بالأمر هم أربعة أشخاص: المعلمة نالا، والمساعدة فوزية، وفهد، وأحمد).
- تحديد حصة اللعب بعد درس جماعي، وتستمر لمدة ١٠ دقائق،



كتاب القداس الإلهي للقديس يوحنا ذهبي الفم

تتكون القداديس الإلهية من ثلاثة أنواع من القداديس:

1. القداس الإلهي للقديس يوحنا ذهبي الفم
2. القداس الإلهي للقديس باسيليوس الكبير
3. القداس الإلهي للقديس غريغوريوس الدّيالوغوس

القداس الإلهي للقديس يوحنا ذهبي الفم هو القداس الذي يُقام في جميع أيام السنة، باستثناء الأيام التي يُقام فيها القداس الإلهي للقديس باسيليوس الكبير أو القداس الإلهي للقديس غريغوريوس الدّيالوغوس.

إن القداس الإلهي للقديس يوحنا ذهبي الفم هو أطول القداديس الإلهية الثلاثة، ويستغرق وقتاً طويلاً في إقامته.

إن القداس الإلهي للقديس يوحنا ذهبي الفم هو القداس الذي يُقام عادةً في جميع الأيام، باستثناء الأيام التي يُقام فيها القداس الإلهي للقديس باسيليوس الكبير أو القداس الإلهي للقديس غريغوريوس الدّيالوغوس.



٢. الجمل التظهيرية (Perspective Statements) والتي تصف المنظور الآخرين حول قضية، وتغلباً على قد

ملاحظات عامة حول التصنيف

- يعتمد عدد الجمل والكلمات المستخدمة بناء على المستوى اللغوي للطفل.
- يتكرر إعادة صور توضيح القصة لأطفال الذين لا يتعلمون القراءة
- يتم استخدام اللغة المناسبة لأن اللغة التي يكتسبها الطفل، إلا إذا كان الطفل يفهم اللغة الفصحى بسهولة

لاتحدث كل يوم مثل الذهاب إلى الطبيب أو السفر، فإنه يمكن مراجعتها مع الطفل يومياً لمدة أسبوعين أو ثلاثة أسابيع قبل موعدها.

التعليم من خلال الأنداد

يعد التعليم من خلال الأنداد (Peer Mediated Intervention) أحد أهم وأنجح الطرق لتعليم الطفل التوحدي التفاعل الاجتماعي مع أطفال من ذوي التطور الطبيعي. في هذا النوع من التدخل، يتدرب أطفال طبيعيون على كيفية التبادل الاجتماعي مع أطفال يعانون التوحد مثل مشاركة الآخرين، وأخذ الأدوار، ومساعدة الغير، واللعب، والمرح. وفي الوقت ذاته، يتعلم الأطفال التوحديون الاستجابة لمبادرات الأطفال الطبيعيين وكيفية بدء تفاعلات اجتماعية معهم. هذا النوع من التدريب يعتبر جزءاً مهماً من برامج التدخل مع الأشخاص التوحديين لأن الشخص التوحدي في معظم الحالات لا يتعلم المهارات الاجتماعية التي يتعلمها من الكبار في تعامله مع من هم في مثل عمره. فقد يتعلم الطفل المبادرة وطلب الانتباه والمشاركة في اللعب مع الكبار، إلا أنه مع من هم في مثل عمره، قد يتجاهلهم أو يتصرف بشكل غير لائق معهم. هذا بالإضافة إلى أن فرص التفاعل مع أطفال طبيعيين بشكل منظم محدودة جداً بالنسبة للطفل التوحدي. وبالتالي، فإن محدودية هذه الفرص تزيد من عدم مقدرة الطفل التوحدي على التفاعل الاجتماعي بشكل مناسب مع من هم في مثل عمره. ومن هنا، قام كل من فيلبس ستراين وساميويل أودوم (Odom & Strain, 1986) بتصميم طريقة التعلم من خلال الأنداد. وتكمن أول خطوة في هذا النوع من التدخل في تدريب الأنداد الطبيعيين. ويشمل التدريب استعراض صفات التوحد وطرق التعامل مع الأشخاص التوحديين كحد أدنى (Odom & Strain, 1984)، مع العلم بأن

لكي تكون عملية التعليم من خلال الأقران طريقة ناجحة في تعليم الأطفال التوحديين مهارات اجتماعية، ينبغي أن تعطى بدرجة معقولة من التعليم. لا يجدي على سبيل المثال إحضار أطفال طبيعيين إلى المركز الذي يخدم الأطفال التوحديين وترك الأطفال ليتحاملوا بعضهم مع البعض الآخر على سجيتهم، ينبغي تدريبهم عن ذلك الاهتمام باختيار الألعاب والألعاب التي يستخدمونها، والأطفال التوحديين، وتنظيم الجلسات، وتدريب الأقران الطبيعيين، وتحديد الأهداف التعليمية، وتقييم مدى تقدم الأطفال التوحديين.

هذه الطريقة لا تحقق نجاحاً إلا إذا تلقى الأطفال الطبيعيون مثل هذا التدريب قبل البدء ببرنامج التدخل (National Research Council, 2001).

التحضير للتعليم من خلال الأقران

تحديد الأقران:

- إختر أقراناً أكبر سناً من الأطفال التوحديين الذين سيتم العمل معهم، لأنهم أكثر تحملاً وصبراً، وأقدر على تعديل تفاعلهم ليتناسب مع الطفل التوحدي. ويمكن اختيار الأطفال إما من مدارس اعتيادية أو من إخوة وأخوات الأطفال التوحديين.
- إختر أقراناً يتمتعون بمهارات اجتماعية ممتازة، ويتبعون قوانين المدرسة أو المنزل.
- إختر أقراناً يبدون اهتماماً بمثل هذا الموضوع ولديهم حافز داخلي.
- فيما يخص عدد الأطفال الذين تلزم مشاركتهم، يفضل اختيار طفل طبيعي لكل طفل توحدي.

تحديد الأطفال التوحديين:

هناك خصائص أساسية يستحسن أن تتوفر لدى الأطفال التوحديين لكي يشاركوا في طرق تدخل تشمل أيضاً أقرانهم الطبيعيين وهي:

- مهارات التقليد (Jordan & Powell, 1995)؛
- تقبل وجود الآخرين على مقربة منهم؛

- عدم الاثارة بسهولة؛
- وعدم إبداء سلوكيات عدوانية شديدة.

تحديد الألعاب:

- يستحسن اختيار ألعاب الطفل التوحدي المفضلة لديه، والألعاب التي يتمكن من استخدامها بالشكل الصحيح، ولا سيما في بادىء مراحل التدريب.

تدريب الأطفال الطلبويعيين الذين تم اختيارهم

ينبغي أن تشمل أول مراحل التدريب ما يلي:

- إعطاء الأطفال فكرة سريعة عن التوحد.
- عدد الجلسات التعليمية منهم وفترة كل واحدة منها.
- كيف سيؤثر عملهم بدرجة كبيرة على تحسين حياة الطفل التوحدي.
- تذكيرهم بواجبهم الديني في مساعدة الآخرين ابتغاء الأجر من الله سبحانه وتعالى.
- تشجيعهم على المشاركة وشكرهم على ذلك.
- يمكن أيضاً إعطاء الأطفال درجات إضافية في المدرسة. إلا أن مثل هذا النوع من التشجيع لا يستحسن استخدامه لأنه قد يجعل من أطفال غير مهتمين بالموضوع المشاركة فيه. وهذا بالتالي قد يؤثر على سلوكهم مع الطفل التوحدي وتفاعلهم معه.

وبعد تلقي المعلومات الأساسية السالفة، يتلقى الأطفال ثلاثة أنواع من التدريب:

التدريب العام، والتدريب الخاص، والتدريب العملي. يُعنى التدريب العام بإعطاء الأطفال معلومات عامة عن التوحد وكيفية العمل مع الأطفال التوحديين، ويُعنى التدريب الخاص بإعطاء كل طفل طبيعي معلومات خاصة عن الطفل التوحدي الذي سيعمل معه، بينما يُعنى التدريب العملي بتدريب كل طفل طبيعي على الطرق الفعالة للتعامل مع الطفل التوحدي الذي سيعمل معه.

التدريب العام:

في إحدى الدراسات حول التعليم من خلال الأداء، تم تدريب الأطفال الطبيعيين فيها لمدة ٢٥ دقيقة وزعت على ٣-٤ جلسات (Ronyeers, 1996)، حيث عُرض على الأطفال أولاً شريط فيديو لثلاثة أطفال توحديين من مستويات إدراكية مختلفة ولديهم درجات مختلفة من التوحد. وفي الخطوة الثانية، تم إعطاؤهم بعض المعلومات عن التوحد ضمن مستوى فهمهم. وفي الخطوة الثالثة، نُظِّمَتْ جلسات صغيرة لتمثيل الأدوار تمام المدرَّب فيها بدور طفل توحدي وطلب مشاركة الأطفال الطبيعيين. وقد تناول هذا النشاط ثلاثة موضوعات مختلفة هي:

١. أهمية البقاء على نفس مستوى الطفل التوحدي، ومثال ذلك أن لا يبقى جالساً عندما يقف الطفل التوحدي.

٢. طرق بديلة لجذب انتباه الطفل التوحدي عندما لا يستجيب لمحاولات لفظية لجذب انتباهه.

٣. كيفية التصرف تجاه سلوك عدواني.

وأخيراً، انتهى التدريب بقول: "كما لاحظتم، من الصعب جداً على الأطفال

التوحديين أن يلعبوا مع غيرهم من الأطفال. سمعتُ من معلميكم ومن آبائكم أنكم لاعبون ماهرون وأن لكم أصدقاء كثيرين. ولذلك، أود أن أطلب منكم أن تساعدوا هؤلاء الأطفال ليتعلموا اللعب معكم (Rogers, 1996, p. 303).

التدريب الخاص:

بعد أن يتلقى الأطفال التدريب العام، يؤخذ كل طفل على حدة ويقدم له معلومات عن الطفل التوحدي الذي سيقوم بالعمل معه. وينبغي أن تشمل هذه المعلومات ما يلي:

- القدرة اللغوية للطفل التوحدي (ما الذي يفهم، كيف يتواصل مع الآخرين، وما هي أفضل طريقة للتواصل معه).
- سلوك اللعب (ما هي الألعاب التي تهمه وكيف يلعب بها، واقتراحات حول إدارة حصة اللعب مع الطفل التوحدي).
- السلوكيات غير الملائمة التي قد يصدرها الطفل التوحدي، وفي أي أحوال قد تحدث. وهنا يلزم الحرص الفائق على عدم ترويع الطفل العادي، بل مناقشة السلوكيات التي يجب تجنبها، ومخاوف الطفل التوحدي واستجاباته الحسية. ومن ثم يمكن قول شيء كالتالي: "في بعض الأحيان، قد يشعر الطفل بالخوف والقلق إزاء أشياء جديدة لا يفهمها، وليعبر عن خوفه، قد يلجأ الطفل إلى الصراخ لأنه لا يعرف التعبير عن خوفه بأسلوب أفضل، وفي مثل هذه الأحوال عليك مناداة المعلم".
- يُعطى الأنداد فرصاً كثيرة لطرح الأسئلة ويتم تشجيعهم على ذلك.

التدريب المعلوم

يقوم المعلم باللعب مع الطفل التوحدي ويطلب من الطفل الطبيعي المراقبة ليوضح دقائق قبل أن يسمح له بأن يعمل مع الطفل التوحدي . وبعد ذلك ، يراقب المعلم كيفية تفاعل الطفل الطبيعي مع زميله ، على أن لا يتدخل في كل لحظة ، بل يقتصر تدخلاته على أوقات الخطر وعند انتهاء الجلسة فقط .

تحديد الأهداف التعليمية

تحدد الأهداف التعليمية لكل من الأطفال التوحديين بناء على احتياجاتهم ، وقد تكون إحدى الأهداف التالية أو غيرها :

- أن يبادر الطفل بالطلب من الآخرين أن يلعبوا معه بقول "هكن تلعب معي؟" (أو الإشارة إلى صورة تعبر عن ذلك) ؛
- أن يستجيب الطفل التوحدي لمبادرة الآخرين ؛
- أن يتعلم الطفل التوحدي لفت انتباه أقرانه من خلال مناداة أسمائهم ، أو لمسهم بشكل مناسب ، أو الوقوف على مقربة منهم والانتظار إلى أن ينظروا إليه ؛
- أن يأخذ دوره في اللعب (مع تحديد عدد المرات ، وطول فترة انتظاره لدوره) ؛
- أن يتقبل الطفل تقرب الآخرين منه ؛
- أن يتمكن الطفل من اللعب بلعبة محددة بشكل صحيح ؛
- أن يطلب الطفل التوحدي مساعدة الطفل العادي في تشغيل لعبة معينة .

ملاحظات حول التطبيق

١ . قبل كل شيء، ينبغي أن يشعر الطفل التوحدي بأن اللعب مع من هم في مثل عمره، قد يكون شيئاً ممتعاً، ولكي تنمي هذا الشعور لديه، يستحسن في البداية أن يقوم الطفل الطبيعي بتقليد طريقة لعب الطفل التوحدي.

يتدبر الطفل الطبيعي شيئاً فشيئاً بمشاركة الطفل التوحدي من خلال :

- تبادل الأدوار معه؛
- بناء أشياء للطفل التوحدي؛
- دغدغته والضحك معه.

٢ . لا يكثر الطفل الطبيعي من التعليمات اللفظية مثل "لا تعمل هكذا" "هذا غلط" "لا" "إعمل هكذا" وما إلى ذلك. بهذه الطريقة، لن يستمتع الطفل التوحدي باللعب مع الطفل الطبيعي، وهذا عكس ما نهدف إليه تماماً.

٣ . بناء على الأهداف التعليمية التي تم تحديدها للطفل التوحدي، يمكن تصميم كتيبات أو بطاقات أو صور تمكن الطفل التوحدي الذي لا يتكلم من التواصل مع الطفل العادي. وقد تتضمن هذه البطاقات صوراً أو كلمات لأي من الأشياء التالية أو ما يتطلبه الوضع :

- شوف؛
- إلعب معي؛
- الألعاب التي قد يطلبها الطفل؛
- دَوْري / دورك.

٤ . تذكر أنه كلما كان التوضيح منظماً ، أي كانت الأهداف محددة ، وطريقة عرضها محددة ، وكلما زادت فرص الطفل التوحدي للتدرب عليها ، كلما تعلمها بشكل أسرع . إذا كان الهدف على سبيل المثال هو تعليم الطفل التوحدي المبادرة إلى اللعب مع طفل آخر ، ينبغي أن تزيد من الفرص والأوضاع التي يبادر فيها الطفل التوحدي إلى اللعب مع زميله .

٥ . قد تتراوح فترة تلعب مع الأقران من ٥ دقائق إلى ٧ دقائق في بادئ الأمر ، وقد تتكرر عدة مرات يومياً في الوقت الذي يحضر فيه الأطفال العاديون إلى المركز الذي يخدم فئة التوحد . وتدريجياً ، يمكن أن تطول فترة اللعب إلى نصف ساعة أو أكثر (Almeida, Sulzer-Azaroff, & Feldman, 1992) .

٦ . بناء على الأهداف التربوية ، يُعطى الطفل التوحدي خطوات عمل محددة . وإذا افترضنا أن الهدف التربوي هو أن يطلب الطفل التوحدي مساعدة الطفل العادي لإحضار لعبته المفضلة ، فقد يُعطى الطفل التعليمات التالية (McGee et al., 1992) :

- انتظر إلى أن يبدأ الطفل التوحدي بالطلب ، وقد يكون ذلك من خلال تقدمه إلى اللعبة ، أو النظر إليها ، أو الإشارة إليها .
- اطلب من الطفل أن يحدد اللعبة التي يريدها إما من خلال لفظ اسمها (إذا كان قادراً على الكلام) أو الإشارة إلى صورة اللعبة ، أو بإعطائك صورة اللعبة (حسب قدرات الطفل التوحدي) .
- أعط الطفل التوحدي اللعبة التي طلبها .
- شجعه على ذلك بقول "برافو ، أنت طلبت" اللعبة الفلانية" .

٧ . يعد تحديد خطوات العمل قدما مهما، يسهل على المعلم تقويم سير العمل لأن الأهداف التربوية واضحة ومحددة، وبالتالي يمكن مراقبتها وقياسها بسهولة . كما يمكنه ذلك من إعطاء الطفل الطبيعي ورقة يكتب فيها هذه الخطوات كنوع من التذكير، أو تعليقها على الحائط بجانب مكان اللعب كي يتمكن الطفل الطبيعي من إدارة حصة اللعب من دون تدخل المعلم .

٨ . في البداية، يعمل الطفل الطبيعي مع طفل توحدي محدد، وبعد فترة عندما يبدي الطفل الطبيعي ارتياحه في العمل مع الطفل التوحدي، يمكن تبادل الأطفال التوحديين إذا سمحت الأوضاع للأطفال الطبيعيين بالمشاركة المستمرة، وهذا يساعد الطفل التوحدي على تعميم المهارات لأنه يعمل مع أكثر من طفل .

فلورتايم

يعتقد الدكتور " ستانلي غرينسبان " (Stanely Greenspan) أن التبادل الاجتماعي بين الطفل وأسرته يساعد بدرجة كبيرة على التطور الإدراكي والحسي والاجتماعي والعاطفي لديه سواء أكان الطفل طبيعياً أم كان يعاني أياً من الإعاقات بما فيها التوحد . وبناء على هذا، قام بتطوير طريقة تدخل تعرف بـ " فلورتايم " (Floor Time) تساعد الطفل على تطوير مهاراته بشكل تدريجي، أي من الأسهل إلى الأصعب . وفي السنوات الأخيرة، حظي " فلورتايم " باهتمام العديد من المختصين وأصبح يطبق في عدد كبير من المدارس الحكومية والخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية . وقد قام كل من الدكتور " غرينسبان " والدكتورة " وايلر " بتفسير فلسفة وطرق تطبيق فلورتايم بالتفصيل في كتابهما الشهير " الطفل ذو الاحتياجات الخاصة : تنمية التطور الإدراكي

إن طرق التدخل التي طورها الدكتور "غرينسبان" ليست مقتصرة على الأطفال التوحديين فقط، بل تشمل جميع الأطفال الذين يعانون قاصرة في التطور العام وفي ذلك النفسي والاجتماعي والعاطفي والحسي والإدراكي

والعـــــاطفي (Greenspan, S.I, & Wides, S. 1998. The child with special needs: Encouraging intellectual and emotional growth) ، لكننا نستعرض هنا الأفكار الأساسية والملاحظات حول "فلورتايم".

يوجد عامل يعتبر فلورتايم جزءاً من التدخل الشامل مع الأطفال الذين يعانون مشكلات في التطور العام وهو عبارة عن جلسة لعب يقوم خلالها المربي باللعب مع الطفل من خلال اتباع رغبات الطفل. وبكلمة أخرى، يقوم المربي باللعب مع الطفل بأي شيء يثير اهتمامه مهما كان وتقليد طريقة الطفل في اللعب، من دون تدخل أو إعطاء تعليمات. وتدريجياً، يبدأ المربي بتشكيل جلسات اللعب وبعلمه كيفية التفاعل والتواصل مع الآخرين، مع الأخذ بعين الاعتبار المشكلات الخاصة التي يواجهها الطفل. يهدف برنامج فلورتايم أن يتقدم الأطفال خلال عدة مراحل تطورية يمرون بها خلال التدريب. وفيما يلي وصف مختصر للأهداف التربوية في كل مرحلة.

المرحلة الأولى:

- الاهتمام المشترك؛
- استمتاع الطفل بالتبادلات الاجتماعية؛
- الاهتمام بالصوت؛
- وإدارة النفس.

المرحلة الثانية:

- الاستجابة لمبادرة المربي من خلال الابتسامة أو إصدار الأصوات وما إلى ذلك.


وقل رب زدني علما
Damascus University

الخدمات العلاجية

حالما يتم تشخيص الابن او الابنة بانها تعاني من اضطراب التوحد، يكون أول استفسار لدى الوالدين هو: ماذا نفعل ؟ وهل هناك شفاء من هذه الحالة؟ فقد يصاب الآباء بخيبة الأمل لدى إجابتهم بعدم وجود شفاء قاطع من هذا الاضطراب ولكن من المؤكد وجود عدة طرق وأساليب يمكن من خلالها التقليل أو الحد من بعض خصائص وأعراض هذا الاضطراب.

إن التوحد ليس بمرض، فلا يوجد هناك دواء واحد او برنامج علاجي واحد يمكن أن ينجح مع كل حالات التوحد، ولذلك نجد كل الخطط العلاجية لمثل تلك الحالات تأتي على شكل خطط علاجية فردية كل حسب حاجته وحالته.

ومن ثم يكون السؤال الثاني: اي علاج هو الأكثر فاعلية؟ والإجابة هي انه بسبب طبيعة وأعراض التوحد المتنوعة والمختلفة من طفل إلى آخر، فلا يوجد علاج او طريقة واحدة فعالة للعمل مع كل الأطفال المتوحدين.

ولكن معظم الباحثين في هذا المجال واتفقوا على ان الأطفال المتوحدون يتجاوبون بطريقة جيدة مع برامج التربية الخاصة والمعدة لكل حسب حالته، فقد يشتمل البرنامج على بعض العناصر مثل: علاج النطق، تطوير المهارات الاجتماعية سواء عن طريق برنامج تعديل السلوك او من طريق الدواء او الاثنين معا ...الخ، وقد يشتمل برنامج لطفل آخر على العناصر التالية: العلاج باستخدام الموسيقى، العلاج السلوكي، العلاج الحسي، علاج الحمية...الخ. لذا لا يوجد برنامج او خدمة واحدة تلاقي حاجات جميع الأطفال المتوحدين معا.

إن اضطراب التوحد يحد ويقلل من قدرة الطفل على التعلم ولذلك يصبح بحاجة إلى خدمات التربية الخاصة المتمثلة في العديد من البرامج والنشاطات المعدة والمخططة خصيصا لكل طفل حسب حالته، وتتضمن تلك الخطط عدد من الأهداف طويلة المدى وقصيرة المدى التي تهدف في النهاية إلى إيصال الفرد إلى أقصى درجة من الاستقلالية والاعتماد على النفس وهو الهدف الأساسي والأول للتربية الخاصة.

بعد مرحلة التصنيف والتشخيص وأخذ المعلومات عن وضع الطفل من كافة الجوانب وتحديد نقاط القوة والضعف لديه، تبدأ المرحلة الأكثر أهمية وهي وضع الخطط العلاجية المناسبة لهؤلاء الأطفال كل حسب وضعه وحاجاته الخاصة، ثم الانتقال إلى المرحلة التالية وهي مرحلة التنفيذ لتلك الخطط والأهداف التي تم وضعها، وتشمل تلك الخدمات والخطط المختلفة عدد من الجوانب المختلفة الموجودة لدى الطفل، فبالإضافة إلى الخدمات المختلفة التي تقدم للطفل ولأسرته في مجال التربية الخاصة مثل الخدمات الإرشادية العامة، الخدمات التربوية، وخدمة الإرشاد الأسري، والخدمات النفسية والاجتماعية، الطبية، العلاج الطبيعي، العلاج الوظيفي...الخ، يبقى الجانب التربوي والطبي من حياة الطفل الأكثر أهمية للطفل ولأسرته بشكل عام، ولذلك سيكون الحديث مركزا حول هذان الجانبان، وقبل التحدث عن الخيارات والبرامج العلاجية المختلفة، يجب الإشارة إلى أن كلمة علاج أو معالجات Treatment ، تستخدم في نطاق محدود وهذا يعني أن التعامل مع التوحد يفضل وصفه تربويا اكثر منه علاجيا.

(انظر آخر الكتاب للحصول على قائمة ببعض عناوين مؤسسات ومصادر المجتمع العالمية والتي تقدم خدماتها في مجال التوحد).

أولا: العلاج الطبي Medical Treatment

بسبب عدم فهم طبيعة الأسباب البائوفسيولوجية للتوحد، فلا توجد أدوية أو علاج قاطع لشفاء وتلاشي هذه الحالة، ولكن هناك بعض الأدوية التي تستعمل لمعالجة والتقليل أو التخفيف من بعض الأعراض وأشكال السلوك المصاحبة لحالة التوحد.

فكما ذكرنا سابقا أن الأفراد التوحديون يظهرون أشكالاً سلوكية مختلفة ذات طبيعة اجتماعية غير مقبولة، وقد تفشل برامج تعديل السلوك المختلفة في علاجها والتخفيف منها، وقد لا يتجاوب الشخص المتوحد مع البرامج العلاجية التعليمية المختلفة للتقليل من أعراض وأشكال هذه السلوكيات، ولذلك كان لا بد من تجريب وسيلة أخرى لاستخدامها مع المصابين بحالة التوحد، ومن هنا ظهرت الحاجة إلى استخدام بعض العقاقير والأدوية التي تستخدم للتقليل من نسبة ظهور هذه الأعراض والتقليل من شدتها، وقد تستخدم هذه الأدوية بشكل مساند إلى جانب برامج تعديل السلوك.

وفي حقيقة الأمر فإن قرار البدء بالعلاج باستخدام الأدوية لا بد أن يسبقه تقويم

شامل وكامل لحالة الطفل العصبية والنفسية، كما يجب الانتباه إلى أن بعض الاطفال يمكن أن يتحسنوا نسبيا بدون استعمال الأدوية في بعض الفترات، ولهذا فان استعمال الادوية أو اختيار الدواء المناسب بدقة يجب أن يتم من قبل الطبيب المختص وان تكون من الأدوية المستعملة عالميا في بعض حالات التوحد، ومن تلك الأدوية ما يلي:-

١- المسكنات أو المهدئات Antidepressants & Tranquilizers

وهي عبارة عن مجموعة من المهدئات والمسكنات للاعصاب وتتضمن أدويه مثل هاليبريدول Haliperidol، ترايفلوبرازين (Stelazine) Trifluoperazine، ثايوثيكسين Thiothixine، كلوربرومازين Chlorpromazine، ثايريدازين (Melleril) Thioridazine امبرامين (tofranil) Imipramine، كلور امبرامين (Anafranil) Clomipramine وتستعمل هذه الأدوية عادة لبعض الأمراض العصابية مثل مرض انفصام الشخصية (الشيزوفرينيا Schizophrenia)، وبعض الامراض النفسية الأخرى كالكآبة Depression وقد اثبتت فاعليتها مع بعض حالات التوحد. وسبب استعمال هذا الأدوية لعلاج أعراض حالة التوحد هو التشابه في بعض الأعراض بين حالة التوحد ومرض الشيزوفرينيا.

وعلى الرغم من صعوبة إثبات علاقة حالة التوحد مع مرض انفصام الشخصية (الشيزوفرينيا) تبعا للنظرية التي تقول أن حالة التوحد تشكل المراحل الأولى لمرض انفصام الشخصية، إلا أن هذه الأدوية اثبتت فعاليتها مع بعض المصابين بالتوحد من الاطفال والكبار.

وتفيد هذه الأدوية في الغالب لدى استخدامها لفترات قصيرة ، حيث تساعد على الاستفادة من برامج العلاج السلوكي وبرامج التربية الخاصة المختلفة وتزيد من فعاليتها، لذلك يجب عدم استخدامها لفترات طويلة وبشكل مزمن إذ قد يسبب ذلك تعقيدات وآثار جانبية، حيث أن حالة التوحد هي حالة مزمنة وطويلة الأمد وقد لا يشفى منها المصاب إطلاقا.

٢- فينفلورامين Fenfluramine

لقد اثبت بعض الأطباء فعالية دواء الفنفلورامين في تخفيف وتحسين اعراض

Damascus University

المصابين بحالة التوحد وخصوصاً مع الأفراد الذين يزيد مستوى ذكائهم عن ٤٠٪ والمصحوب بأية أعراض معينة مثل الاضطرابات الحركية والقلق الزائد وتقلب المزاج، فقد أظهر الدواء فعالية في التخفيف من هذه الأعراض، ويعود ذلك إلى قدرة دواء الفينفلورامين على تخفيض مستوى السيروتونين Serotonin ، حيث ثبت علمياً أن بعض المصابين بالتوحد لديهم نسبة عالية من السيروتونين في الدم.

وقد لوحظ أن معظم ذلك المصابين بالتوحد من الذين يتلقون هذا العلاج لديهم تحسناً بشكل واضح من ناحية الأداء الذهني والاجتماعي والسلوكي.

٢- كربونات الليثيوم Lithium Carbonate

قد يساعد هذا الدواء في حالة التوحد مع الذين يظهرون اضطرابات دورية في السلوك والمزاج، وقد يساعد على تنظيم النوم وتقليل الأعراض الانفعالية، كما انه يساعد على الوقاية (Prophylaxis) إذ أن لديه القابلية على تقليل الأمراض والنوبات الرهيبة في المستقبل.

٣- مضادات الأوبيون Opoid Antagonist

مثل عقار النالترإكسون Naltrexone والمستعمل في علاج حالات إيذاء الذات خصوصاً عند الأشخاص المعاقين عقلياً ومن ضمنهم المصابين بالتوحد.

ويقوم استعمال هذا الدواء على أساس أن الأشخاص التوحديين لديهم مستوى عالي من الاندورفين الداخلي Endogenous Endorphines في الدم.

٤- مضادات بيتا Beta Blockers

مثل عقار الانديرال (Inderal) Propranolol ، الذي يستخدم لعلاج بعض الأفراد الذين لديهم إعاقة عقلية ومن ضمنهم المصابين بالتوحد وخصوصاً ذوي السلوك العدواني والنمطي.

٥- المنشطات Stimulants

مثل عقار ميثيلفينيديت (ريتالين Ritalin) Methyl - Phenedate ، وعقار

المصابين بحالة التوحد وخصوصا مع الأفراد الذين يزيد معدل ذكائهم عن ٥٠ ٪ والمصحوب بأمراض معينة مثل الاضطرابات الحركية والقلق الزائد وتقلب المزاج، فقد لخلهم الدواء فعالية في التخفيف من حدة الأعراض ويعود ذلك إلى قدرة دواء الفينفلورامين على تخفيض مستوى السيروتونين Serotonin ، حيث ثبت علمياً أن بعض المصابين بالتوحد لديهم نسبة عالية من السيروتونين في الدم.

ولقد أثبت أن حوالي ثلث المصابين بالتوحد من الذين يتلقون هذا العلاج أنهم تحسنوا بشكل واضح من ناحية الأداء الذهني والاجتماعي والسلوكي.

٣- كربونات الليثيوم Lithium Carbonate

قد يساعد هذا الدواء في حالة التوحد مع الذين يظهرون اضطرابات دورية في السلوك والمزاج، وقد يساعد على تنظيم النوم وتقليل الاضطرابات الانفعالية، كما انه يساعد على الوقاية (Prophylaxis) إذ أن لديه القابلية على تقليل الأعراض والنوبات المرضية في المستقبل.

٤- مضادات الأوبيويد Opoid Antagonist

مثل عقار النالتريكسون Naltrexone والمستعمل في علاج حالات إيذاء الذات خصوصا عند الأشخاص المعاقين عقليا ومن ضمنهم المصابين بالتوحد.

ويقوم استعمال هذا الدواء على أساس أن الأشخاص التوحديين لديهم مستوى عالي من الاندورفين الداخلي Endogenous Endorphines في الدم.

٥- مضادات بيتا Beta Blockers

مثل عقار الانديرال Propranalol (Inderal) ، الذي يستخدم لعلاج بعض الأفراد الذين لديهم إعاقة عقلية ومن ضمنهم المصابين بالتوحد وخصوصا ذوي السلوك العدواني والمدمر.

٦- المنشطات Stimulants

مثل عقار ميثيلفينيديت (ريتالين Ritalin) Methyl - Phenedate ، وعقار

١٠٠ – ٢٠٠ ملغم يوميا وفي بعض الحالات ٥٠٠ ملغم يوميا) مع المغنيسيوم قد يساعد على تخفيف نوبات الفصص وزيادة الحركة في حوالي ١٥ – ٢٥٪ من الأطفال الذين عولجوا وحوالي ٢٠٪ آخرون حصل عندهم تحسن طفيف في السلوك كذلك لوحظ زيادة اهتمام الطفل بالبيئة المحيطة به من الآخرين وبالتواصل العاطفي واللغوي.

ويعتقد بعض العلماء أن إعطاء مركبات فيتامين ب كليا (Vitamin B complex) وليس فقط فيتامين ب٦ أفضل إذ أن إعطاء فيتامين ب٦ بجرعات كبيرة قد يؤدي إلى تقليل بقية مركبات الفيتامين ب في الجسم، لذلك يجب إعطاء زيادة من مادة المغنيسيوم، وعلى العموم، فإن استعمال فيتامين ب المركب يعتبر آمنا سليما وليس له آثار ضارة على الجسم إلا في حالات نادرة حيث يحدث طفح جلدي (Skin rash) أو تأثر في الأعصاب المحيطة (Mild Peripheral Neuropathy)، هذا وتجدر الإشارة إلى أن بعض الأطفال قد لا يتجاوبون للعلاج بفيتامين ب المركب، لذا يجب إعطاء الفيتامين فترة كافية (حوالي شهرين) للتأكد من مفعوله إذا كان مفيدا للطفل أو لا، وإذا ظهر عدم فاعليته للطفل فيجب إيقافه تدريجيا وليس بصورة فجائية لان الجسم يكون قد اعتاد على الجرعات العالية من الفيتامين، وقد يسبب الإيقاف الفجائي إلى نفس أعراض نقص الفيتامين في الجسم بشكل عام.

٨- علاج الفنيل كيتون يوريا Phenyl Ketonuria

يهدف علاج مرض الفنيل كيتون يوريا والمعروف اختصارا بـ (PKU) إلى خفض محتوى الفنيل الانين Phenyl-Alanine في الجسم وذلك من خلال الحد من الكمية التي يتناولها الطفل منه، ويتحقق ذلك بإعطاء الطفل وجبات غذائية تحتوي على نسبة ضعيفة من البروتين وبالتالي تكون نسبة الفنيل الانين بها منخفضة جدا (حيث أن نسبة تركيز الفنيل الانين في بروتين الطعام يتراوح بين ٢،٥ – ٥٪) ويلعب الوالدان الدور الأهم في تنفيذ البرنامج العلاجي ولكن بإشراف الطبيب المختص وأخصائي التغذية.

وليس هناك إجماع في الرأي حول مرجع التوقف من المعالجة بالغذاء، وقد كان يعتقد في الماضي أن هذه المعالجة ضرورية إلى أن يبلغ الطفل السابعة من عمره حيث أن دماغه يكون قد نضج في ذلك السن، ولكن ذلك ليس صحيحا على ما يبدو فالاتجاه حاليا يسير نحو استخدام الغذاء العلاجي لما بعد الطفولة بل وعلى مدى الحياة.

١٠ – برنامج الحمية Diet System

من الطرق التي أثبتت فعاليتها مع بعض حالات التوحد هي إتباع نظام الحمية، فقد ظهر أن بعض الأطفال التوحديين يعانون حساسية أو استمالية الى مجموعة مختلفة من الأطعمة والإضافات مثل منتجات الزبدة و الغلوتين و غيرها من بروتينية وقد لوحظ أيضا أن إتباع نظام غذائي في تحسين حالة في الديناميات قد يؤدي إلى زيادة حصيلة الانتباه لدى الأطفال التوحديين.

١١ – حامض الفوليك Folic Acid

لقد ذكرت بعض الدراسات إمكانية فائدة حامض الفوليك في بعض حالات التوحد المصاحبة لاكسر كروموسوم الاكس Fragile X syndrome والإضافة إلى العلاجات الأخرى خصوصا لدى الأطفال الأصغر سنا، ولكن مازال الأمر يحتاج إلى دراسات معمقة وإثبات ذلك.

وكما ذكرنا فإن هذه العلاجات السابقة هي في حقيقة الأمر علاجا مكملة ومساعدة وغير شافية تماما، ومازال العلماء والباحثين في هذا المجال وحتى وقتنا الحالي يجرون العديد من الدراسات والأبحاث لمعرفة سبب حدوث اضطراب التوحد وبالتالي وضع العلاج المناسب والذي يساعد على الوقاية وعلى تخفيف حدة وحصيلة الأعراض والأشكال السلوك المصاحبة لحالة التوحد.

١٢ – الأدوية المضادة للصرع (Anti Epilepsy Drugs)

إن الأطفال المصابين بالتوحد هم أكثر عرضة للإصابة بالصرع أو تغيرات في تخطيط كهربائية الدماغ (E.E.G.) - Electroencephalography وخصوصا في الحالة الأولى من العمر أو ما بعدها من مراحل الطفولة الأولى أو فترة ما قبل البلوغ أو البلوغ، وقد يحتاج الطفل المصاب بالتوحد مع الصرع في نفس الوقت للأدوية المضادة للصرع لفترات طويلة وقد تؤثر بعض هذه الأدوية سلبيا على القدرة الذهنية وعلى سلوك بعض الأطفال مثل دواء الفينوباربتون Phenobarbitone ، ودواء الديلانتين Dilantin ، والكلونيزبين Clonopin ، لذا يجب عدم استعمالها في هذه الحالات واستعمال الأدوية الأخرى المضادة للصرع والخالية من هذه الآثار الجانبية، وقد وجد أن بعض الأدوية

Damascus University

بالإضافة للصرع مثل دواء الاتكزول(Tegretol (Carbimezapine يستعمل في تفسر الوهمات على شريحات الصوانية والقشب في حالات التوحد وجد له مفيد مع حالات الأطفال المتوحدين الذين لا يعانون من الصرع، ولكن الفائدة القصوى كانت عند الأطفال الذين لديهم تغييرات في تخطيط الدماغ (EEG) . كذلك فقد وجد بعض العلماء أن دواء الديباكوت(Depakote (Sodium Valproate المضاد للصرع أيضا يفيد أحيانا في تحسين سلوك الأطفال المتوحدين بدرجة أقل.

قد يتساءل بعض الآباء:

* كيف يجب أن أتعامل مع طفلي المصاب بالتوحد؟
* ما هي المعلومات التي أستطيع أن أقدمها لمعلمة ابنتي بحيث يساعدها ذلك على التعلم؟
* ما هي أفضل البرامج التربوية المتوفرة لمساعدته؟

إن أفراد التوحد كغيرهم من أفراد الأول وقبل كل شيء لديهم نقاط قوة فريدة ونقاط ضعفه وما يشتركون فيه الأفراد المتوحدون عدا هو الإعاقة النمائية إصابة في الاتصال والتي تختلف من فرد لآخر فقد يكون هناك بعض أفراد التوحد متوسطا أو فوق المتوسط والبعض الآخر يكون تحت المستوى العادي أو المتوسط، ولذلك يجب أن تبني الأهداف الأكاديمية على أساس القدرات الفردية للفرد المتوحد، فقد يحتاج طفل متوحد إلى المساعدة في فهم المرتقب الاجتماعي وتطوير الاستجابة المناسبة، بينما قد يحتاج الآخر إلى مساعدة في التخلص من سلوك إيذاء الذات والعدوانية، وبالتالي وكما يوجد أفراد متوحد ، يختلفون عن بعضهم البعض، كذلك يوجد لديهم برامج تربوية متلائمة ...

ويشتمل العلاج التربوي على مجموعة البرامج والنشاطات التدريبية والأنشطة التربوية الفردية المختلفة في هذا المجال، والتي يتم وضعها وتكييفها وتعديلها لكل طفل على حسب حاجاته الخاصة، فليس من المعقول وضع برنامج موحد لجميع حالات التوحد وذلك للتباين الواسع والكبير في خصائص وحاجات هؤلاء الأطفال، ومن تلك البرامج التربوية ما يلي:

١ - مراكز الإقامة الداخلية: وهي من البرامج التربوية النموذجية خصوصا لاضطرابات التوحد الشديدة بحيث يتم إلحاقهم بأقسام خاصة في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة بحيث يحصلون على الخدمات الطبية والنفسية والتأهيلية والتربوية المناسبة لكل منهم حسب حاجاته، ومن المآخذ على هذا البرنامج أنه يوفر بيئة مقيدة تعزل الطفل عن المجتمع وعن الوسط الطبيعي بشكل عام ولا تتيح الجو أمام الطالب للاختلاط وإقامة

المصادر والمراجع

- الحراري، فضيلة توفيق، و سعادة، أمال صادق (١٩٩٩)، التوحد: الإعاقة الغامضة، مصر، الدوحة.
- الزريقات، إبراهيم، (٢٠٠٤). التوحد : الخصائص والعلاج، عمان، الأردن، دار وائل للطباعة و النشر.
- السعد، منير عبد اللطيف (١٩٩٢)، معاقاتي والتوحد، الكويت.
- الشامي، وفاء (٢٠٠٤). دلائل التوحد ، (ط١) السعودية ، مكتبة فهد الوطنية.
- الشامي، وفاء، (٢٠٠٤). خفايا التوحد (أشكاله، أسبابه، تشخيصه)، (ط١)، السعودية، مكتبة فهد الوطنية.
- الملحوت، فهد بن محمد (٢٠٠٦)، التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه، مكتبة الفهد الوطنية، السعودية.
- نصر، منى أمين،(٢٠٠٢). الاتصال اللغوي للطفل التوحدي : التشخيص، البرامج العلاجية، (ط١)، عمان، دار الفكر الطباعة والنشر والتوزيع.

وقل رب زدني علما
Damascus University