اضطراب التوحد

"دليل المعلم والاسرة فى التشخيص والتدخل

إعداد

وحدة الاختبارات النفسية والتربوية بقسم البحوث

فريق الاعداد

أ .م .د الفرحاتى السيد محمود

د. مرفت العدروس أبو العينين

د. نعيمه محمد المقدامي

د. فاطمة سعيد الطلى

٢٠١٥م

تصدير

بدأ في الأونة الآخيرة الاهتمام بالاضطرابات النمائية التى تؤثر على الأطفال ، وعلى نموهم بشكل طبيعى وعلى مستقبلهم فى الحياة ، وانطلق هذا الاهتمام من افتراض مفاده أن سرعة التشخيص و التدخل ،وإيجاد الحلول والأساليب المناسبة لرفع كفاءة هؤلاء الأفراد وهم فى سن مبكرة تمكنهم من مواجهة الحياة بصورة أفضل.

واضطراب التوحد هو من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة كونه يؤثر تأثيراً كبيراً على مظاهر نمو الطفل المختلفة، ويؤدى به للانسحاب إلى الداخل، والانغلاق فى عالمه المحيط به. ونتيجة لذلك فقد أولى الباحثون والمختصون والمتخصصون اهتماماً بدراسة خصائص هؤلاء الأفراد، لاسيما أن تأثير هذه الخصائص يختلف باختلاف مراحل النمو والتطور، وفى الوقت الذى يجد هؤلاء أساليب علاجية فعالة، تكون المخرجات التعليمية المطلوبة أفضل، وتتطلب الممارسات التربوية الجيدة وجوب تعليم مبنى على تفهم الخصائص والحاجات الفردية. ومن هذا المنطلق فإن للمعلمون والآباء أهمية كبيرة فى حياة الطفل ذوي اضطراب التوحد.

ومن أجل تقديم حياة أفضل له، فإنه من الضرورى التعاون والعمل المهنى فيما بينهما، لجعل الأساليب العلاجية أكثر فاعلية، إذْ يمتلك الآباء أكبر مصدراً للمعلومات عن حياة الطفل اليومية فى خارج البيئة الصفية والمدرسية، وأن المعلمون هم الأفضل فى تحديد التحديات والاستراتيجيات والفرص المتاحة داخل البيئة المدرسية، وبالتالى يسهم كل منهما، منظومة واسعة من المعلومات والمهارات وتوفر رعاية وتدريباً أكثر انسجاماً مع حاجات هذه الفئة وخصائصها ومشكلاتها التى أصبحت تشكل لدى بعض المهنيين مفاهيم مغلوطة من بين الذين لا يحيطون بهذا الاضطراب وخصائصه وأساليب التدخل معه.

والمتعارف عليه فى الوقت الحاضر هو أن اضطراب التوحد من الاضطرابات النمائية الشاملة، والتى تشمل عدداً من الاضطرابات المشابهة فى معظم الأعراض السلوكية والتربوية، وبناءاً عليه فإن عدد الأطفال المصنفين ضمن هذه الفئة أصبح فى تزايد. ومن هنا فإن كثير من التعريفات حاولت وصف هذا الاضطراب فى ضوء المظاهر السلوكية مثل الإنعزال، والانسحاب والنمو غير السوى والفشل فى إقامة علاقات مع الآخرين.

وفى هذا الشأن ليس هناك استحالة في كيفية تربية الطفل المصاب باضطراب التوحد، فإن كل ما يحتاج إليه هو الصبر والحب والمثابرة، لأن خطواته في مجال التطور بطيئة، وأي تقدم ولو بسيط جداً، يعد خطوة مهمة وقوية، ومهما طالت فترة الوصول إليها، وأن إهماله يزيد من تخلفه، ويجعله غير قادر على الاعتماد على الذات نهائيا.

فالوعي المبكر واكتشاف مواضع القوى والضعف في إمكانات الطفل المصاب باضطراب التوحد ومعرفة مجالات النمو لديه ومن ثم العمل على تنميتها وتطويرها من شأنه أن يوفر الكثير من الجهد والوقت والمعاناة.

اذ يتشرف المركز القومى للامتحانات والتقويم التربوى متمثلا فى وحدة الاختبارات النفسية والتربوية فى اخراج هذا الدليل الذى يقدم مجموعة من الخبرات العلمية والعملية إلى كل من المعلمين وأولياء الأمور في جمهورية مصر العربية والوطن العربى، وذلك من أجل توحيد طرق التعامل مع الطفل، لأن المعلم والأسرة حلقات متواصلة يمكن ان تقدم للطفل احتياجاته وتحوله إلى طاقة فعالة وإيجابية.

وأخيرا نأمل ان تكون هذه المحاولة مساهمة بسيطة في تخفيف معاناة هذه الفئة من الأطفال وأسرهم، ومن يتعامل معهم من المعلمين.

و ما التوفيق إلا من عند الله سبحانه و تعالى

قائمة المحتويات

المحتويات	الصفحة
الفصل الأول: مدخل استخدام الدليل	٦- ١٠
- مقدمة	٨
- أولاً: أهداف الدليل	٣
- ثانياً: الفئات المستهدفة	٣
- ثالثاً: الاطار العام للدليل	٩
- رابعاً: منهجية إعداد الدليل	١٠
الفصل الثاني: اضطراب التوحد الماهية والسمات والنظريات المفسرة	١١-١٥
الفصل الثالث:اعراض الطفل ذوي اضطراب التوحد	١٦-٢٤
الفصل الرابع:خصائص الطفل ذوي اضطراب التوحد	٢٥-٣٤
الفصل الخامس: مبادئ التقييم التشخيصي لذوي اضطراب التوحد	٣٥-٤١
الفصل السادس: فريق التشخيص والعلاج لذوي اضطراب التوحد	٤٢-٥٧
الفصل السابع: مجالات تشخيص لذوي اضطراب التوحد.	٥٨-٦٨
الفصل الثامن: نماذج لأختبارات تشخيص لذوي اضطراب التوحد.	٦٩-٨٠
الفصل التاسع: مبادئ التدخل العلاجي لذوي اضطراب التوحد	٨١-٨٧
الفصل العاشر: مجالات ومؤشرات تعليم وتأهيل لذوي اضطراب التوحد.	٨٨-١١٢
الفصل الحادي عشر: العلاج البيئي لذوي اضطراب التوحد.	١١٣-١٢١
الفصل الثاني عشر: أنشطة علاجية مقترحة لذوي اضطراب	١٢٢-١٣٠

المحتويات	الصفحة
التوحد.	
الفصل الثالث عشر: التدخل العلاجي لصعوبة التواصل اللغوي مظاهر الخلل الحسي.	١٣١-١٣٣
الفصل الرابع عشر:علاج مشكلات الغذاء والأكل والنوم	١٣٩-١٤٣
الفصل الخامس عشر: علاج المشكلات السلوكية لذوي اضطراب التوحد.	١٤٤-١٥٢
الفصل السادس عشر : تنمية المهارات لذوي اضطراب التوحد	١٥٣-١٥٦
قائمة المراجع	١٦٥-١٧٩

تقديم

اضطراب التوحد هو من أكثر الإضطرابات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل، ولغزاً محيراً لكثير من العلماء فى مختلف المجالات كونه يؤثر علي كثير من مظاهر نمو الطفل المختلفة، ويؤدى به للإنسحاب للداخل، والإنغلاق علي الذات، ويضعف إتصال الطفل بسياقه المحيط، ويجعله يفضل التعامل مع الأشياء غير الطبيعية أكثر من تعامله مع الأشخاص المحيطين به.

ومنذ قرن مضى لم تكن الاضطرابات النمائية –لاسيما اضطراب التوحد– معروفة أو مقبولة بين الأخصائيين، وكان يتم تصنيف الأطفال ذوى اضطراب التوحد على أنهم مصابون بأمراض عقلية. وترجع بداية الاهتمام إلى هؤلاء الأطفال إلى "هنرى" Henry عام (١٨٦٧) وهو عالم نفس بريطانى انتبه إلى هؤلاء الأطفال، ولاحظ أنهم يعانون من تأخر فى العمليات النمائية. وكذلك "سبيتزكا" Spitzka عام (١٨٨٣) وتبعتهما "هلير" Heller عام (١٩٠٨) عندما تناولت ستة أطفال ظهر عليهم الاضطراب فى سن الثالثة بعد أن كان نموهم طبيعياً.

هناك شبه إتفاق بين نتائج معظم الدراسات على أن معدل إنتشار الإصابة بالتوحد يتراوح بين (٤ أو ٥) حالات فى كل عشرة آلاف ولادة حية، وأن هذه النسبة تظهر فى الذكور أكثر من الإناث بمعدل (٤–١) وأن الإختلاف البسيط فى النتائج، فيرجع إلى التباين الواضح فى المحكات المحددة لتشخيص الإعاقة وعدم وجود أدوات تشخيصية تعتمد على التقدير الموضوعى. ولا شك أن التوسع فى تشخيص حالات اضطراب التوحد لتشمل أولئك الأطفال الذين يظهر عليهم عرض واحد أو أكثر من أعراض التوحد له تأثير على نتائج عمليات المسح المستخدمة فى قياس حجم المشكلة فى مجتمع معين، ومن هنا تختلف نتائج هذه المسوح.

(١) وقد تناول هذا الدليل الحالي أثراء لمهارات آسر ومعلمي الأطفال لذوي اضطراب التوحد من خلال تقديم توضيح خصائص لذوي اضطراب التوحد

التقييم التشخيصي لذوي اضطراب التوحد وتقديم نماذج لبعض أختبارات تشخيص لذوي اضطراب التوحد، ومجالات تشخيص لذوي اضطراب التوحد.، مجالات ومؤشرات تعليم وتأهيل لذوي اضطراب التوحد،والعلاج البيئي لذوي اضطراب التوحد، و تقديم أنشطة علاجية مقترحة لذوي اضطراب التوحد، وكيفية التدخل العلاجي لصعوبة التواصل اللغوي مظاهر الخلل الحسي، وطرق علاج المشكلات السلوكية لذوي اضطراب التوحد، وما هي المهارات التي يجب تنميتها لذوي اضطراب التوحد.

ولايسع فريق اعداد الدليل الا تقديم الشكر إلى كل من

والله من وراء القصد

١

الاطار العام للدليل

١-الإطار العام للدليل

مقدمة:

يشتمل ميدان التربية الخاصة علي فئات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة وأطفال ذوي اضطراب التوحد بصفة خاصة ، وقد تحتاج هذه الفئات إلي الكشف علي مواطن القوة والضعف الخاصة بهم لكي نصل بهم وفق متطلبات حياتهم الأسرية والتعليمية والوظيفية لمستوي نمو وتعليم افضل لذلك كان هناك حاجة ملحة إلي تقديم خدمات نموذجية لتلائم الحاجات المتنوعة لأسر ومعلمي أطفال ذوي اضطراب التوحد تعاني الدراسات المعنية بحالات التدخل من مشاكل منهجية تَحول دون التوصل إلى استنتاجات محددة حول مدى الفعالية، وعلى الرغم من وجود دلائل إيجابية في العديد من حالات التدخل النفسية الاجتماعية التي تُرجح أن بعض أنواع العلاج أفضل من عدم العلاج على الإطلاق، فإن الجودة المنهجية لـ المراجعات النظامية الخاصة بهذه الدراسات لم تكن على المستوى المطلوب بوجه عام، وكانت نتائجها السريرية مؤقتة ولم يكن هناك أدلة واضحة عن الفعالية النسبية لخيارات العلاج .وتؤثر المخاوف بشأن مقاييس النتائج، مثل استخدامها المتناقض، تؤثر بشدة في كيفية تفسير نتائج الدراسات العلمية .وقد أظهرت دراسة أُجريت في مينيسوتا عام ٢٠٠٩ أن الآباء يتبعون في كثير من الأحيان توصيات العلاج السلوكي بدرجة أقل من اتباعهم التوصيات الطبية وأنهم ملتزمون في كثير من الأحيان بالتوصيات الخاصة بالتعزيز أكثر من التوصيات الخاصة بالعقاب ومن الممكن أن تقوم برامج التربية الخاصة المستمرة والمكثفة والعلاج السلوكي المبكر بمساعدة الأطفال في اكتساب مهارات الرعاية الذاتية والاجتماعية والوظيفية، وغالبًا ما تسهم في تحسين الأداء والحد من الأعراض الخطيرة والسلوكيات غير القادرة على التأقلم، ولم يتم حتى الآن إثبات صحة النظريات التي تشير إلى أن التدخل في سن الثلاث سنوات تقريبًا يعد أمرًا حتميًا.

هدف الدليل:

وفيما يلي يهدف دليل التشخيص والتدخل العلاجي إلى معلمي وآسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد

ومن ثم يُقدم هذا الدليل مجموعة من الارشادات والاليات والأدوات ، التى يهدف استخدامها إلى:

(٢) توضيح خصائص لذوي اضطراب التوحد
(٣)التقييم التشخيصي لذوي اضطراب التوحد
(٤)نماذج لبعض أختبارات تشخيص لذوي اضطراب التوحد
(٥)مجالات تشخيص لذوي اضطراب التوحد.
(٦)مجالات ومؤشرات تعليم وتأهيل لذوي اضطراب التوحد.
(٧)العلاج البيئي لذوي اضطراب التوحد.
(٨)تقديم أنشطة علاجية مقترحة لذوي اضطراب التوحد.
(٩)التدخل العلاجي لصعوبة التواصل اللغوي مظاهر الخلل الحسي.
(١٠) علاج المشكلات السلوكية لذوي اضطراب التوحد.

(١١) تنمية المهارات لذوي اضطراب التوحد.

منهجية إعداد الدليل:

تم بناء دليل .المعلم والاسرة في التشخيص والتدخلوفق منهجية علمية وتحليلية تتضمن الخطوات الآتية:

(١) تشكيل فريق عمل متخصص في مجال التربية الخاصة

(٢) عقد ورش عمل ومناقشات ولقاءات دورية مع العاملين في المجال مع هذه الفئة لوضع مقترحات الدليل

(٣) الاستعانة بمصادر المعلومات، من خلال اجانب النظري والجانب العملي

(٤) التحكيم تم عرض المقياس على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس والأخصائيين في المجال، وبعد الأخذ بملاحظاتهم ومقترحاتهم تم صياغة الدليل التي قررت من خلال أساتذة المجال

المصطلحات العلمية:

الإعاقة:

هي حالة قصور أو خلل عضوي أو وظيفي نتيجة لعامل وراثي أو بيئي وأدت إلى توقف النمو على بعض المحاور أو في القدرة على تعلم أو أداء بعض الأعمال التي يقوم بها الفرد السوي المساوي له في العمر والمستوى التعليمي والإقتصادي .

التوحد autism او الاجترار او الذاتية

هى مصطلحات تستخدم فى وصف حالة اعاقة من اعاقات النمو الشاملة و التوحد نوع من الاعاقات التطورية سببها خلل وظيفى فى الجهاز العصبى المركزى (المخ) يتميز بتوقف او قصور فى نمو الادراك الحسى و اللغوى و بالتالى القدرة على التواصل و التخاطب و التعلم و التفاعل الاجتماعى و يصاحب هذة الاعراض نزعة انطوائية تعزل الطفل الذى يعانى منها عن وسطه المحيط بحيث يعيش منغلقا على نفسه لا يكاد يحس بما حوله و ما يحيط به من افراد او احداث او ظواهرو يصاحبه ايضا اندماج فى حركات نمطية او ثورات غضب كرد فعل لاى تغير فى الروتين.

التشخيص المبكر

يكتسب التشخيص المبكر أهمية قصوى من أجل البدء في تقديم الخدمات على نحو مبكر، وبشكل لا يقتصر على الأطفال ذوي الإعاقات الواضحة، وإنما يتضمن أيضاً الأطفال الذين قد يعانون تأخراً بسيطاً في نموهم، بفعل عوامل كامنة تظهر آثارها في مراحل لاحقه

ويعتبر تشخيص إعاقة التوحد وغيرها من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً ومن ثم فالأمر تتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائي التخاطب.

□

٢

□

مفهوم وخصائص اضطراب التوحد

□ □

٢- مفهوم وخصائص اضطراب التوحد

مقدمة

يعد اضطراب التوحد Autism إعاقة ([1]) نمائية متداخلة تظهر عادة خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، ويقدر معدل الأطفال الذين يصابون باضطراب التوحد والاضطرابات السلوكية المرتبطة بحوالي ٢٠ طفل من كل ما يقرب من عشرة آلاف طفل؛ وذلك نتيجة للاضطراب العصبي الذي يؤثر على عمل الدماغ حيث يعرقل النمو الطبيعي، ويكون لدى المصابين عادة قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، والانفعالي، وفي قدراتهم على التواصل مع الآخرين، والتفاعل مع محيطهم الاجتماعي، وبالتالي يجعل من الصعب عليهم التحول إلى أعضاء مستقلين في المجتمع.

وبالرغم من أن " ليوكانر" Leo Kenner كان قد قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة ، وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات عام ١٩٤٣ إلا أن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح التوحد Autism أو الإجترار أو الذاتوية لم يتم. وفي ستينيات القرن الماضى كان تشخيص هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي Infantile Schesophrenia وفق ما ورد في الطبعة الثانية من القاموس الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية D.S.M.II ولم يتم الاعتراف بخطأ هذا التصنيف إلا عام ١٩٨٠ حينما نشرت الطبعة الثالثة المعدلة من التشخيص الإحصائي للأمراض العقلية D.S.M.III وتم وضع شروط متوجب مراعاتها في وضع تشخيص اضطراب التوحد هي :

- ✓ ظهور الأعراض في الثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل .
- ✓ اضطراب شامل في الاستجابة للمجتمع المحيط .
- ✓ قصور شديد في تطور اللغة.
- ✓ إذا ما استطاع الطفل النطق فهناك نمط محدد للنطق مثل الترديد الآلي Ecolalia أو الترديد المتأخر أو خلط في استعمال الضمائر.
- ✓ انفعال شديد وغير متوازن لتغيرات الجو والمحيط، وميل إلى الحيوانات والتعلق بالأشياء .
- ✓ لا يمكن الحصول على تخيلات وتصورات وهلوسة لذوى اضطراب التوحد، ودحض هذا الشرط الأخير الاعتقادات السائدة لتصنيف هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي Infatile Schesophrenia

وتتحدد نسبة إنتشار اضطراب التوحد طبقاً لمعايير التشخيص التى تتبناها المجتمعات المختلفة، ففى دراسات لوتر (١٩٨٦) ولورد سكوبلر (١٩٨٧، ١٩٨٩) التى اعتمدت فى التشخيص على معايير (DSM- III) كانت نسبة الإصابة باضطراب التوحد حوالى (٢: ٥) حالات لكل ١٠,٠٠٠

---

(1) الإعاقة هي حالة قصور أو خلل عضوي أو وظيفي نتيجة لعامل وراثي أو بيئي وأدت إلى توقف النمو على بعض المحاور أو في القدرة على تعلم أو أداء بعض الأعمال التي يقوم بها الفرد السوي المساوي له في العمر والمستوى التعليمي والإقتصادي .

ولادة حية ونسبة الإصابة فى الذكور أكثر من الإناث بمعدل (٣أو٤ مرات:١) والسبب فى الإصابة غير معروف (**Lepist** et al , 2003:5567)

وفي عام ٢٠٠٢ عقد المؤتمر الوطني لاضطراب التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية وانتهى هذا المؤتمر إلي أن حالات اضطراب التوحد يمكن توزيعها كما يلي:

- هناك (١) من كل (١٠٠٠) حاله طفل صنف بأنه ذوى اضطراب توحد كلاسيكى Classic
- هناك (١) من كل (٥٠٠) حاله أنهم مصابين بأعراض اضطراب التوحد Spectrum Autism
- وهناك (١) من كل (٢٠٠) حاله من أعراض اضطراب التوحد وأعراض إضطرابات النمو وأعراض مرض إسبرجر Asperger Syndrome

وإسناداً إلى أحدث الإحصاءات التى قدمتها الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال عن دراسة استقصائية وطنية عام ٢٠٠٧ ونشرت عام ٢٠٠٩ كشفت هذه الدراسة أن نسبة انتشار اضطراب التوحد هى ما يقرب (من ١ لكل ٩١) طفل يتراوح أعمارهم بين ٣ إلى ١٧ سنة أو (١٪) من سكان الولايات المتحدة الأمريكية وأكدت أنه لاخلاف على أن نسبة انتشار اضطراب التوحد بين الذكور أعلى من الإناث بنسبة (٤ :١) واستندت الدراسة على البيانات التى أجريت عبر الهاتف مع الأباء والأمهات بالاشتراك مع الموارد الصحية ومراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال ،٢٠٠٩)

أما في البلاد العربية فحتى الآن لا يوجد إحصائيات تحدد نسبة وجود اضطرابات التوحد (نايف عابد: ٢٠٠٥) ولا حتى اسات تدل علي مدي إنتشار ذوى اضطراب التوحد في العالم العربي، رغم أن العالم العربى فى أمس الحاجة إلى كثير من الدراسات المسحية التى توفر لنا معلومات أساسية تفيد فى وضع استراتيجيات العمل وبرامج الرعاية والتأهيل لهذه الفئة من الأطفال. إلا أن عثمان فراج (١٩٩٦) أشار إلى أن نسبة انتشار التوحد فى مصر يعانى منه ما بين (١٠٠-٢٠٠) ألف طفل.

أهمية دراسة اضطراب التوحد

إن أهمية دراسة اضطراب التوحد تتمثل فى الاتى:

١- من أنها تلقى الضوء على مرحلة طبيعية فى نمو الطفل، وهى الفترة التى يتمركز فيها الطفل حول ذاته ([٢]) مع وجود فارق مهم هو أن أغلب الأطفال يتجاوزون هذه المرحلة، بينما الطفل من ذوى اضطراب التوحد يثبت عندها ([٣])

---

(2) التمركز حول الذات egocentrism يعنى قدرة الطفل على فهم الأشياء من أى وجهة نظر أخرى غير وجهة نظره هو، ويكون الطفل مندهشاً لأنه لايستطيع أن يفهم كيف يفكر الأخرون بطريقة أخرى غير الطريقة التى يفكر بها هو، هذا التمركز حول الذات يجعل الطفل يعتقد أن لدى الخرين نفس الأفكار والمشاعر التى لديه هو نفسه. كما أنه يعتقد أن الأشياء موجودة لتسليته هو، ولايكون الطفل مشغولاً بنفسه فقط، بل نجده يركز فى نفسه وفى خبرته كل شيئ كما ينظر من خلال ذاته فى تعامله مع الأخرين، ولايستطيع أن يمثل وجهة نظرهم أو يضع نفسه مكانهم. ويضفى الطفل على الأشياء مشاعره ورغباته الخاصة، ويتصور أن أفكاره يمكن أن تغير الأشياء وأن أفكاره وأفعاله شيئ واحد لافرق بينهما، ونتيجة لأنه لايرى الموقف من وجهة مظر الأخرين فهو

٢- يجب أن نأخذ فى الاعتبار العلاقة الدائرية بين العوامل العضوية والبيئية، فالطفل الذى يولد بميول توحد قد يثير أمه لكى تعامله بالتالى معاملة خاصة عن باقى أخوته مما قد ينمى فيه أعراض المرض.

٣- الخطورة المترتبة على مضاعفات الإصابة بها، وهناك من يرى أن أشد المضاعفات هى حدوث نوبة صرعية، وأن الذين تحدث لهم النوبات الصرعية غالباً ما تقل نسبة ذكائهم عن خمسين، وأنه قد لوحظ أن ٢٥٪ أو أكثر من حالات اضطراب التوحد يولد لديهم تاريخ لنوبة صرعية أو أكثر.

٤- كما أن المضاعفات أيضاً هى بداية حدوث الاكتئاب فى بداية المراهقة أو الحياة الراشدة كاستجابة للوعى النسبي بالإعاقة الناتجة عن اضطراب التوحد. وفى حالة التعرض لضاغط نفسى أو اجتماعى يظهر المريض أعراضاً تصلبية، خاصة التهيج Excitement أو أخذ وضع ثابت Posturing وهو الحفاظ على وضع جسمى أو اتجاه شاذ غريب لفترة طويلة من الزمن، ويشيع ملاحظة هذا الوضع عند المرضى ذوى الأعراض التصلبية) أو يظهر حالة ذهانية غير نوعية مع ضلالات وهلاوس، ولكنها جميعاً تزول بزوال الضاغط (محمود حمودة،١٩٩١ :١٠٢)

ماهية اضطراب التوحد

يعتبر تعريف **الجمعية الوطنية للأطفال اضطراب التوحد** من أكثر التعريفات قبولاً لدي المهنيين National Society For Autistics Children وينص علي أن ذوى اضطراب التوحد عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلي (٣٦) شهراً ويتضمن الإضطرابات التالية :

١- إضطرابات في سرعة أو تتابع النمو

٢- إضطرابات في الإستجابات الحسية للمثيرات

٣- إضطرابات في الكلام واللغة

٤- إضطرابات في التعلق أو الإنتماء للناس والأحداث والموضوعات

لايدرك كيف تؤثر أفعاله على مشاعر الأخرين، ومن هذا المنطلق إذا سألت الطفل مثلاً عن يده اليمنى وعن اليسرى فإنه سيجيبك إجابة صحيحة تماماً، ولكن إذا سألته وأنت تقف فى مواجهته عن يدك أنت اليمنى أو اليسرى فإنه سيعطيك إجابة خاطئة فى المرتين لأنه لن يستطيع أن يضع نفسه مكانك، أى لايخرج عن منظوره هو الخاص (عادل عبدالله، 1991 :69)

(3) التثبيت fixation يدل التثبيت على تشبث طاقة الحب لدى الطفل بشخص أو موضوع أو مرحلة من مراحل النمو النفسى – الجنسى – مما يقلل فيما بعد مقدار طاقة الحب المهيئة للتوافق مع الواقع ويساعد على حدوث نكوص (رجوع-ارتداد) إلى إحدى النقط التى تثبت عليها طاقة الحب إذا ما اعترض عن طريق الإشباع الحالى عقبات عجز الفرد عن تذليلها. وبهذا المعنى يكون التثبيت أساساً لتعرض الفرد فيما بعد – للإصابة بالمرض النفسى أو العقلى، ويختلف نوع المرض باختلاف المرحلة التى توقف عندها النم النغسى – الجنسى، أى باختلاف نقط التثبيت طاقة الحب (فرويد،1980) الموجز فى التحليل النفسى، ترجمة سامى محمود، عبدالسلام القفاش، القاهرة دار المعارف :90

٥- تأخر أو تراجع في الحركة أو المعرفة أو السلوك الاجتماعي، حيث يعد التوحد من أكثر الاعاقات النمائية صعوبة وتعقيداً، وذلك لتأثيره على المهارات الاجتماعية والمهارات التواصلية ومحدودية في الاهتمامات والأنشطة (American Psychiatric Association, 2000)

وطبقاً لما **ورد في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (٢٠٠٠) DSM-IV-TR** فإن اضطراب التوحد يتضمن قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي، يتمثل في قصور في استخدام التواصل غير اللفظي، وفشل في تكوين علاقات مع الآخرين، وفقدان القدرة التلقائية على مشاركة الآخرين في الاهتمامات، وفقدان القدرة على التبادل العاطفي أو الاجتماعي، وقصور في عملية التواصل تتمثل في تأخر تطور الكلام أو فقدانه، واستخدام متكرر وثابت للغة، وفقدان القدرة على اللعب التخيلي، والقدرة على المبادرة بالحديث، بالإضافة إلي ظهور أنماط سلوكية وتكرارية ومحدودية في الانشطة والاهتمامات وتتمثل في التعلق غير الطبيعي من جانب الطفل ببعض الاشياء، والانشغال المفرط بأدوات وأشياء في محيطه، وحركات جسدية نمطية وتكرارية مثل هز الجسم بشكل متكرر والرفرفة بالأصابع وغيرها.

ويقصد باضطراب التوحد في هذه الدراسة أولئك الأطفال الذين يعانون من مشكلات في التفاعل الاجتماعي، والسلوكيات والاهتمامات، والمشكلات الخاصة بالحركة والإدراك الحسي وهي المحاور التي تشملها بنود مقياس تشخيص اضطراب التوحد لدي الأطفال المستخدم في هذه الدراسة (عبد العزيز الشخص،٢٠١٣ ب).

الأطفال التوحديون ذوي الأداء الوظيفي المرتفع:

هي مجموعة فرعية من الأطفال التوحديين يظهرون قصوراً في مهارات التفاعل الاجتماعي والتواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي، بالإضافة إلى محدودية النشاطات والاهتمامات كما يتسمون بمستوى ذكاء متوسط أو فوق المتوسط وهم يمثلون فئة ذوي اضطراب التوحد البسيط وتتراوح درجاتهم على المقياس المستخدم ما بين (٩٠- ١٩٣) درجة ويقعون في المئيني ٢٥، وتتراوح درجاتهم التائية ما بين (١٩-٤١). (عبد العزيز الشخص، ٢٠١٣: ٢٨، فاطمة سعيد الطلي ، ٢٠١٤: ١٥)

٣

اعراض الطفل ذوى اضطراب التوحد

أن مصطلح اضطراب التوحد يستخدم لوصف إعاقة من إعاقات النمو تتميز بقصور فى الإدراك وتأخر أو توقف النمو، ونزعة انطوائية إنسحابية تعزل الطفل الذى يعانى منها عن الوسط المحيط به بحيث يعيش منغلقاً على نفسه، يكاد لايحس بمن حوله أو من يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر.

بملاحظة التعريفات السابقة، نجد أنها تتفق على مايلى من أعراض للطفل ذوى اضطراب التوحد

أولاً: الاضطراب الاجتماعى

هناك سمات معينة قد تعبر جميعها عن اضطراب اجتماعى للطفل ذوى اضطراب التوحد **(Correaw & Joan .1996)** يمكن عرضها على النحو التالى:

١- قصور فى تحقيق تفاعل اجتماعى متبادل.

٢- رفض التلامس الجسدى وعدم الرغبة فى الاتصال العاطفى البدنى.

٣- قصور فى فهم العلاقات الاجتماعية والتزاماتها، وعدم التأثر بوجود الآخرين أو الاقتراب منهم.

٥- عدم الرغبة في تكوين صداقات أو علاقات مع الآخرين بما فيهم أسرهم.

٦- قصور فى التواصل البصرى، وتجنب النظر فى وجه شخص آخر.

٧- عدم الاستجابة لانفعالات الآخرين أو مبادلتهم نفس المشاعر

٨- لا يرد الابتسامة للآخرين، وإذا ابتسم تكون الابتسامة للأشياء دون الأفراد.

٩- يفضل العزلة عن الوجود مع الآخرين ولا يطلب من أحد الاهتمام به.

١٠- يفضل اللعب بمفرده عن اللعب مع الآخرين، وغالباً ألعابه غير هادفه (Dianne, 1992, 8-9)

ويمكن تحديد اضطراب السلوك الاجتماعي لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد فى ثلاثة مجالات رئيسة هى:

١- التجنب الاجتماعي Socially Avoidant تجنب كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الذين يودون التفاعل معهم.

٢- اللامبالاة الاجتماعية Socially in different حيث يوصف هؤلاء الأطفال بأنهم غير مبالين، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.

٣- الإرباك الاجتماعي Socially awkward صعوبة في الحصول على الأصدقاء، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي.

ومن الأعراض المتداولة للطفل ذوى اضطراب التوحد "الانسحاب من المواقف الاجتماعية، والسلبية تجاه الآخرين، وعدم الرغبة في مشاركة الأطفال ألعابهم، وعدم التفاعل بينهم وبين آبائهم مع تجنبهم أى لقاءات عائلية، وقصور شديد في الاستجابة للمثيرات البيئية، والضعف العام في المجالات

الاجتماعية (عادل عبد الله، ٢٠٠٢) وقد نجد بعضهم قد يقتربون من الأشخاص المألوفين لديهم، ويحبون الألعاب التى تتطلب اتصالا بدنيا، بل أن بعضهم قد يجلس في حجر شخص مألوف لديه ويستمتع بمعانقته، واحتضانه له، وهناك بعض الأطفال قد يعانون قلقا حادا إذا غاب عن حياتهم شخصاً مألوفاً لديهم (شاكر قنديل،٢٠٠٠)

وفى هذا الصدد فإن القصور الواضح في العلاقات الاجتماعية، هى الخاصية الأكثر بروزاً، ويوصفون باللامبالاة واللااجتماعية، وبالمنسحبين، ومن هنا فإن علاقاتهم الاجتماعية تعد من القضايا المستهدفة دائماً للدراسة، فهم دائماً أو في معظم الحالات معزولون في لعبهم، ومع هذا فإن بعض الأفلام المصورة عن سلوكهم الاجتماعي تبين أنهم أحياناً ينطلقون نحو شخص بالغ، ويتعلقون بملابسه، ويرفعون أيديهم، كما لو كانوا يسألونه أن يحملهم، وبتحليل تلك الملاحظات فإن أسلوبهم قد يتشابه مع سلوك العاديين فيما عدا ملمح واحد وهو التحول بنظره عن وجه الشخص الآخر.

ويتجنبون الوجه السعيد، ويفضلون مواجهة الوجه الغفل من التعبيرات، وأوجه الحيوانات أكثر. ومن هنا فإن ملامح الوجه المبتسم هي الأقل إقبالاً من الطفل ذوى اضطراب التوحد، بينما هي الأكثر إقبالاً من الطفل العادي.

ثانياً: الاضطراب اللغوى Language

فيما يلي أهم مؤشرات الاضطراب اللغوى لدى ذوي اضطراب التوحد فى الآتى:

١- قصور فى فهم كثير من المفاهيم أو معانى الكلمات التى يتلقونها من الآخرين.

٢- قصور فى تعميم المفاهيم التى يتلقونها من الآخرين.

٣- قصور واضح فى القدرات التعبيرية لدرجة أن ما يقولونه يبدو غريباً أو غير مرتبط بموضوع الحديث.

٤- الفشل فى الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة إليهم.

٥- الميل إلى التفسير الحرفى لما يقال لهم ومن ثم يترتب عليه مشكلات اجتماعية كثيرة عند التفاعل مع الآخرين.

٦- الاستخدام المضطرب للكلمات غير المناسبة للحوار، فكثيراً ما يرددون عبارات سبق لهم أن سمعوها فى الماضى البعيد، ويمكن وصف أسلوبهم فى الحديث بأنه كوميدى أو ديكتاتورى أو متطاول على الآخرين.

٧- ترديد الكلام Echolalia فعندما يوجه للطفل ذوى اضطراب التوحد سؤال تكون الاجابة بنفس السؤال، مثلاً ما إسمك؟ يجيب ما إسمك؟ فهذا الترديد يشيرإلى رغبة هؤلاء الأطفال فى التواصل مع الآخرين والرغبة فى التعبير عن أنفسهم وإن كان يشير فى نفس الوقت إلى إنخفاض قدرات التعبير لديهم. كما أن ترديد الكلمات من الملامح الشاذة عند بدء الحديث لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد، وهى حالة كلامية تتميز بالترديد اللإرادى لما يقال من كلمات أو مقاطع أو أصوات بصورة تبدو كأنها صدى لهم.

٨- عدم القدرة على إستعمال المصطلحات المجردة وعدم فهم النكات والتورية فى الألفاظ، وضعف القدرة على الربط بين المعنى والشكل والمضمون والاستخدام المناسب للكلمة.

١٠- عدم القدرة على تقدير تأثير حديثهم على الآخرين سواء كان فى الأسلوب أو المحتوى فلا يدركون متى يتحدثون ومتى يتوقفون للاستماع

١١- عدم القدرة على بدء محادثة مع الآخرين أو الاستمرار فى محادثة.

١٢- قصور فى استخدام الضمائر فيسير إلى نفسه بضمير أنت مثلاً عند سؤاله "أنت عايز بسكويت يقول أنت عايز بسكويت" وهذا يدل على رغبته فى الحصول على بسكويت.

١٣- قد يستخدم جملة كاملة ليعبر بها عن أحد الأشياء بسبب الموقف الذى سمع فيه هذه الجملة لأول مرة.

ثالثا : اضطراب الإدراك الحسى Perceptual Inconsistency

يمكن استخلاص أهم سمات الطفل ذوى اضطراب التوحد المرتبطة بقصور الإدراك الحسى فيما يلى:

١- الاستجابة لبعض المثيرات بشكل غير طبيعى، حيث أحياناً لا يستجيب لنداء الآخرين عليه، وقد يستجيب لبعض الأصوات الخافتة جداً، مثل صوت كيس الشيبسى أو الشيكولاته عند فتحة.

٢- عدم التقدير للمخاطر التى يمكن أن يتعرض لها. مثل الاقتراب من أماكن الأدخنة الكثيفة أو الحرائق أو الاصطدام بشدة فى الحوائط والسقوط على الأرض أو المسك بالأجسام والأسطح الساخنة جداً أو الباردة جداً، وعدم ظهور أى ردود فعل تجاه هذه المخاطر.

٣- يميل إلى تجاهل الأصوات الشديدة فى حين ينجذب إلى صوت تحريك لعبة أو جرس باب، وتزعجه بعض الأصوات بدرجة شديدة مثل نباح كلب أو صوت موتوسيكل فى حين أنه لا يبدى أى حساسية نحو صوت صراخه أو صياحه.

٥- يستطيع الانسحاب والانفصال عن الأصوات والمناظر والروائح والآلام وكذلك الانسحاب عن الناس

٦- بعض الأطفال يمتلك خبرات إدراكية غير سويه مثل تجاهل الأصوات ورفض النظر إلى الأشياء أو الناس واختفاء الإحساس بالألم وغياب الإحساس بدرجات الحرارة.

٧- يستجيب كأنة لا يشعر بالأشياء التي يلمسها، فقد لا يستجيب بصوت مرتفع، و قد يبدي تجاهلاً كاملاً لشخص يعرفه جيداً من قبل، وقد يبدي لا مبالاة للألم أو للبرد، بينما في أوقات أخري قد تبدو حواسه سليمة لدرجة أنه يشعر بصوت خشخشة في الأوراق، وقد يحملق بشكل مقصود إلي مصدر للضوء، أو إلي مصباح مضاء،أو يقوم ببرم جزء من ورق مكررا ذلك عدة مرات، أو يخمش سطحا لمنضدة.

٨- الخوف الشديد من بعض الأشياء العادية والتي يرونها يوميا وبشكل لا يمكن معه تخليصهم من هذا الخوف إلا بإزالة هذا الشئ، ومن ناحية أخري قد يبدون سلوكاً عادياً لمواقف تمثل تهديدا حقيقيا بالنسبة للطفل العادي.

٩- يجدون صعوبة في استخلاص بعض المعاني من الأصوات ، وإن كان بعضهم ولاسيما الذين اكتسبوا القدرة علي الكلام يمكنهم استخلاص معاني الأصوات، وهم قد يواجهون صعوبة في استخدام اللغة التي ينطقونها بطريقة مرنة، وبشكل مبتكر.

١٠- يعانون من عدم الإحساس الظاهر بالألم وعدم تقديرهم للمخاطر التى يتعرضون لها المرة تلو الأخرى على الرغم من الأضرار التى تلحقهم أو الإيذاء الذى يصيبهم. ويعانون من تطرف في الإدراك فكثيراً ما يستجيب الأطفال بطرق غريبة وقد يبدون عاجزين عن سماع الأصوات العالية ولكنهم يستجيبون للأصوات المنخفضة التى لا يسمعها الآخرون إلا بصعوبة أو يغلقون آذانهم تحسباً لسماع أصوات مرعبة.

رابعاً: السلوكيات القسرية- الطقوسية Compulsive ritualistic

يصر الطفل ذوى اضطراب التوحد على تنفيذ الروتين اليومى الذى اعتاد عليه بطريقة قسرية – طقوسية. وإذا حدث تغير فى سياقه المحيط حتى لو كان طفيفاً يدخل فى ثورة عارمة من الغضب والصراخ وإيذاء النفس والآخرين... ومن أمثلة الأفعال القسرية الطقوسية التى يمارسها الأطفال ذوى اضطراب التوحد:

١- الإصرار على جلوس الأفراد فى أماكن معينة عند تناول الطعام، ورفض تغير هذه الأماكن مهما كان السبين وأن يسلك طرقاً معينة عند الخروج لشراء شيئاً ما ورفض تغييرها.

٢- غلق الأبواب والنوافذ بإحداث أصوات معينة ومزعجة والإصرار على إعادة غلقها إذا إختف الصوات فى إحدى المرات.

٣- الإصرار على إرتداء نفس الزى أو نفس اللون فى كل مرة يخرج فيها، وتناول أطعمة بعينها ورفض تغييرها بأطعمة غير معروفة لديه (Lovaas, 1987)

٤- يعض نفسه حتى يدمى أو يطرق رأسه فى الحائط أو يعض الأثاث بما يؤدى إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام. ويكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه.

٥- يتلف بعص الأشياء بسكبها على الأرض مثل (الطعام- السكر- الملح- اللبن- الماء) أو بتمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس، بإلقاء بعض الأدوات من النوافذ، تكسير لعبه أو أثاث المنزل.

٦- يسبب إزعاج مستمر للمحطين به بكثرة صراخه وعمل ضجة مستمرة، وعدم النوم ليلاً لفترات طويلة. ويقفز من فوق الأسطح المرتفعة مما يؤدى إلى إصابته بالكدمات.

٧- يجرح أصابعه نتيجة لتعامله مع المواد الصلبة والحادة، كما ينخر باستمرار فى هذه الجروح مما يسبب تقرحها وصعوبة التئامها. (Dianne, 1992) .

٨- يجلس فوق الأسطح الساخنة جداً أو الباردة جداً. (عثمان فراج، ١٩٩٤، ٥-٦)

٩- ينغمسون لفترات طويلة فى أداء سلوكيات غير هادفة تتسم بالتكرار والرتابة والميل إلى النمطية سواء فى الحركة أو الأداء، وخاصة فى اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة.

١٠- السير على أطراف الأصابع أو المشى بطريقة ما كأن يسير إلى الأمام خطوتين وإلى الخلف خطوتين، أرجحة الأرجل أثناء المشى، الضرب بالقدمين على الأرض، الدوران حول نفسه باستمرار دون إحساس بالدوخة أو الدوار.

١١- إدارة الرأس إلى الأمام وإلى الخلف أو هز الجسم للأمام والخلف والمداومة على قرص أو عش يديه أو حك وخبط رأسه فى الحائط أو أى شئ صلب.

١٢- الجلوس فوق المنضدة والنظر إلى الأرض لفترات طويلة من الوقت، والنظر إلي لفترات طويلة فى إتجاه معين نحو مصدر ضوء أو صوت قريب أو بعيد أو نحو بندول ساعة الحائط أو ساعة تدق.

١٣- التمسك بلعبة وحيدة من لعبه وهى غالباً ذات الايقاع الرتيب أو التى تصدر حركة أو صوت

١٤- إظهار تعبيرات وحركات غريبة فى الوجه كالغمز بالعين أو الابتسامة العريضة أو التكشيره.

١٥- إصدار نغمة أو صوت أو همهمة بشكل متكرر ، وتكرار كلمة أو عبارة ما دون توقف لمدة طويلة مثل الباقى، أه، عين، الله.

١٦- تدوير الأشياء على الأرض أو رصها فى صفوف مستقيمة تعوق حركة الآخرين.

وفي ضوء ما سبق فإن كثير من سلوكيات ذوى اضطراب التوحد هي مجرد سلوكات متكررة مثل: الحملقة إلي بقعة علي الحائط، أو تحريك أصابعة حول عينة بشكل متكرر، أو النقر علي سطح، فالكثير من الأشياء التي يتجاهلها ينقصها المعني بالنسبة له، ومن المعروف أن معاني الأشياء تشتق من الخبرات السابقة، وتستخدم في المواقف الحاضرة.

خامساً: السلبية- عدم الطاعة Negative- non compliance

من أهم عناصر سلبية الطفل ذوى اضطراب التوحد ما يلى :-

١- يلعب بين الأطفال وليس معهم.

٢- يقاوم تعلم أى مهارة جديدة.

٣- يبدو أنه يفهم إشارات الآخرين وكلامهم ولكنه لا يرغب فى الاستجابة.

٤- يرفض الدخول فى أى علاقة مع الأم أو بديلتها.

سادساً: اضطراب التفكير والقدرات الخاصة

يتسم تفكير الأطفال ذوى اضطراب التوحد بالانكفاء على الذات حيث تسيطر رغبات الفرد وحاجاته على نشاطه العقلى، و تحكمه حاجات ورغبات الذات، وتبعده عن الواقعية التى تحكمها الظروف الاجتماعية المحيطة، فهو يدرك العالم المحيط فى حدود الرغبات والحاجات الشخصية،

بالاضافة إلى أن تفكير هؤلاء الأطفال يتسم بالجمود والتصلب Concrete ويتعاملون مع البيئة بأساليب جامدة (إما أبيض أو أسود) فليس لديهم حلاً وسطا

ومن خصائص تفكير الأفراد ذوى اضطراب التوحد على النحو التالى:-

١- الانشغال المفرط بالأفكار والتخيلات دون أى مبالاة أو إحساس بالآخرين.

٢- عدم الانتباه لما حوله، فيعيش فى عالمه الخاص فى انغلاق على الذات وعجز عن الاتصال بالآخرين أو إقامة علاقة معهم.

٣- صعوبة فى ادراك الفروق بين الاتجاهات (شمال- يمين- أعلى- أسفل- تحت- فوق)، والأحجام (كبير- صغير).

٤- صعوبة فى ادراك المفاهيم المترتبة على تتابع الليل والنهار كأن يطلب الذهاب إلى الحضانة ليلاً.

٥- يخلع ملابسه إذا شعر بحرارة الجو ولو كان فى الشارع.

٦- يتعامل مع أجزار جسمه كأنها أشياء لدرجة إيقاع الأذى بها (عثمان فراج، ١٩٩٤، ٧).

٧- كما أن ذكاء الأطفال ذوى اضطراب التوحد يبدو مختلفاً، فهم يؤدون أفضل علي الأسئلة غير اللفظية، وأن قدرتهم البصرية المكانية تعتبر متميزة، بالإضافة إلي أن ذاكرتهم الصماء تبدو غير عادية، ويبدو أن أسوأ جوانب الأداء لديهم هو ما يتصل باللغة والمهارات المتصلة باستعمالها وتوظيفها في المواقف الاجتماعية.

٨- وبعض أطفال التوحد تظهر عليهم بعض مظاهر التفوق في مجالات معينة مثل مجال المهارات الميكانيكية حيث يتوصلون تلقائياً إلى معرفة طرق تشغيل الإنارة، وقد يجيدون عمليات حل وتركيب الأدوات والأجهزة بسرعة، وقد يبدى بعض الأطفال تفوقاً في العزف الموسيقي وفى استخدام الأدوات الموسيقية التى تدهش من حولهم. وهذه المهارات أو القدرات (الموسيقى- الذاكرة البصرية والمكانية) لا تعتمد على اللغة. فالأطفال ذوى اضطراب التوحد يحققون أداءً متميزاً على اختبار رسوم المكعبات فى حالة عدم تجزئة مواد الاختبار، ولديهم قدرة هائلة على تعلم وتذكر كلمات عشوائية غير مرتبطة أفضل من تعلم أو حفظ قطعة نثرية ذات معنى، بالإضافة إلى ذلك فإن أداءهم على اختبارات الذكاء المعملية المرتبطة بالمهارات الأكاديمية أفضل من أداء أقرانهم العاديين أو ذوى صعوبات التعلم

سابعاً: اختلال التناسق العضوى Physical incoordination

يجد الملاحظ للطفل ذوى اضطراب التوحد أنه يظهر قصور فى أنماط سلوكية يستطيع أدائها الطفل العادى فى نفس سنه. حيث يرى عثمان فراج (١٩٩٤) أن الطفل ذوى اضطراب التوحد فى عمر (٥-١٠) سنوات قد لا يستطيع أداء أعمال يقوم بها طفل طبيعى عمره الزمنى سنتين أو أقل.

وأن صفة عدم التناسق العضوى تميز ذوى اضطراب التوحد و منها:

١- يصعد ويتسلق الأماكن المرتفعة بأكبر قدر ممكن من الجهد المبذول.

٢- يغلب على طريقته فى الجرى والقفز فقدان التآزر والنمطية.
٣- يمشى ويتحرك بطريقة بدائية تعوزها الرشاقة كطفل لم يتجاوز عامه الأول
٤- لا يستطيع التحكم فى أطرافه، كما أنه يخطئ فى إستخدام اليد المناسبة لمصافحة الآخرين.
٥- يواجه صعوبة كبيرة فى استخدام أدوات الأكل والشرب.
٦- يواجه صعوبة كبيرة فى إرتداء وخلع ملابسه وحذائه.
٦- يواجه صعوبة كبيرة فى التدريب على عملية التبول

ثامناً: نوبات الغضب Temper tantrums

إن الطفل ذوى اضطراب التوحد يمضى ساعات طويلة مستغرقاً فى أداء حركاته النمطية أو منطوياً على ذاته لا يكاد يشعر بما حوله، وإذا حاول أحد إيقافه عن الاستمرار فى هذه الحركات أو اقتحام عزلته لإرغامه على الخروج منها فإنه يثور ويغضب ويصدر سلوكاً عدوانياً موجه نحو الشخص الذى حاول تغيير وضعه سواء كان أحد أفراد أسرته أو أحد أصدقاء الأسرة أو الأخصائى القائم بتدريبه، ويستمر هذا السلوك لفترة حتى يتمكن المسئول عن إيقاف هذه الثورة (عثمان فراج، ١٩٩٤)

وقد يدخل الطفل ذوى اضطراب التوحد فى ثورة غضب دون سبب واضح حتى فى لحظات سكونه أو أثناء وجوده بمفرده فى إحدى غرف المنزل

ومن مؤشرات الغضب لديه ما يلي :

- هياج شديد يدمر خلالها أغلب ما حوله من أشياء.
- لا تظهر قبل حالة الهياج ما يبررها من أمور
- يبكى ويصرخ دون سبب واضح.
- تظهر هذه النوبات غالباً عقب منع الطفل من ممارسة أنماطه السلوكية الشاذه. (Lovaas& Smith T. 1989.)

عدم الاستجابة لمحاولة الحب والعناق أو إظهار مشاعر العطف، ويذهب الوالدان إلى أن طفليهما لا يعرف أحد ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين فضلاً عن القصور والإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين (عبد الرحمن سليمان: ٢٠٠٠، ٣٥) ولديهم نقصاً واضحاً في الاستجابة للآخرين والفشل في الاستجابة لمحاولات التدليل ونقص الانتباه إلى الآخرين وعدم التقاء عينه بعيونهم واللامبالاة أو النفور من العاطفة والمودة.

وفى هذا الشأن فإن كل الأطفال ذوى اضطراب التوحد يفشلون في إظهار علاقات عادية مع والديهم ومع الآخرين ويظهرون الفشل في نمو التعاطف، وقد لا يبتسمون ولا يضحكون وإذا ضحكوا لا يعبر ذلك عن الفرح لديهم والبعض لا يعانقهم حتى أمهم والبعض لا يظهر أى مظاهر انفعالية كالدهشة أو الحزن أو الفرح، مع عدم الاستقرار الانفعالى في البيت أو المدرسة وقد يقلد الآخرين في بعض التغيرات الانفعالية دون فهم أو تفاعل.

وأن الطفل ذوى اضطراب التوحد يخاف من أشياء غير مؤذية ولا تسبب الخوف للآخرين، فمثلاً الطائرة أو مرور باص كبير أو نباح كلب أو مشاهدة أى حيوان يتحرك يسبب ذعراً وارتباكاً لا يمكن جنب عواقبه إلا بالابتعاد عن رؤية هذه الأشياء، ومما يزيد صعوبة الموقف إذا كان من المستحيل تجنب هذا الشئ الذى يخاف منه الطفل.

ومما يثير العجب، أن هذا الطفل لا يخاف من الأشياء التى توجب الخوف وتحتاج الحذر كأن يسقط من الأماكن المرتفعة، يلمس الأجسام الساخنة جداً أو الباردة جداً، يقترب من مصدر الكهرباء، يمشى فى طريق السيارات دون المبالاة بأى خطر ... وكل هذه النماذج تدل على أنه لا يدرك النتائج المحتملة لهذه السلوكيات

تاسعاً: النشاط المتصل Excessive Activity

أشار كثير من الباحثون أن الأطفال ذوى اضطراب التوحد يظهرون نشاطاً حركياً زائداً Hyperactivity، يمكن ملاحظته فى السلوكيات ومنها:-

١- يدير التليفزيون والراديو والمسجل وألعابه فى وقت واحد.

٢- ينزل إلى الشارع لإرجاع ما سبق واستراه منذ قليل.

٣- يفتح الصنبور لينساب الماء فى كل المصادر المائية معاً

٤- لا يستجيب لمحاولات منعه أو إيقافه عن هذه السلوكيات.

٥- دائم الجرى والقفز فى المكان والتنطيط على قطع الأثاث بالمنزل.

٦- إذا تم إيقاف نشاطه الزائد بالقوة يتحول إلى حالة من العزلة التامة أو النوم لفترات قليلة جداً يعود بعدها لممارسة نشاطه الزائد دون توقف. (Campbell, et als, 1991).

٧- يميل إلى الكسل والخمول الزائد لدرجة أنه لا يمارس أى سلوك سوى الشرود والاستغراق فى عالم الخيالات (عثمان فراج، ١٩٩٦)

٤

خصائص الاطفال ذوى اضطراب التوحد

٤- خصائص ذوى اضطراب التوحد Characteristics Of Autism

هناك العديد من الخصائص التي تميز الأطفال ذوى اضطراب التوحد عن غيرهم من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، يلخصها عثمان فراج (١٩٩٦) وابراهيم الزريقات (٢٠٠٤) في عدم قدرة الطفل ذوى اضطراب التوحد على التفكير الواقعي الذي تحكمه الظروف الاجتماعية المحيطة به، إذ إن إدراكه يكون محصورا في حدود رغباته وحاجاته الشخصية، لأن كل ما يلفت انتباهه هو الانشغال الزائد بتخيلاته من دون اكتراث أو مبالاة بالآخرين، وقد يثور إذا حاول أي شخص أن يقطع عليه عزلته أو يغير وضعه. فهو يعاني من قصور حسي حيث يبدو وكأن حواسه قد أصبحت عاجزه عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي، فقد يستجيب للمثيرات الحسية بطريقة غريبة وشاذة، أو قد لا يستجيب لها.

ونورد فيما يلى خصائص الطفل ذوى اضطراب التوحد تفصيلاً

أولاً: الخصائص السلوكية

الطفل ذوى اضطراب التوحد سلوكه ضيق المدي، ويشيع في سلوكه نوبات إنفعالية حادة وسلوكه يكون دائماً مصدر إزعاج للآخرين، ويرتبط بشئ بسيط يقوم بتدويره مثل قلم أو فك وربط رباط الحذاء والوحدة الشديدة، وعدم الإستجابة للآخرين بسبب عدم معرفته لإستخدام اللغة والإحتفاظ بروتين معين. ومن الخصائص السلوكية للطفل ذوى اضطراب التوحد تستخلص ما يلي:

- قصور شديد في الإرتباط والتواصل مع الآخرين، وفقدان القدرة علي الكلام والبعض يهمس أثناء الكلام والبعض يتكلم بطريقة بنغمه ثابته دون تغيير وبعضهم لا يستطيع إكمال حديثة أو كلامه علي الإطلاق .
- حزن شديد لا يمكن إدراك سببه لأي تغيرات بسيطة في البيئة .
- التأخر في قدرات ومجالات معينة وأحياناً يصاحب اضطراب التوحد مهارات عادية أو فائقه في بعض القدرات الآخري مثل الرياضيات أو الموسيقي أو الذاكرة .
- الإستخدام غير المناسب للعب والأشياء بشكل متكرر وعنيد معتاد
- الحركات الجسمية الغريبة مثل الهز المستمر للجسم أو الرفرفة بالذراعين أو النقر بالأصابع
- إستجابات وردود أفعال غير مناسبه للمثيرات الإدراكية فمثلاً يبدو الطفل ذوى اضطراب التوحد وكأنه لا يسمع الأصوات من حوله وعلاوة علي ذلك فإنه قد يبالغ في الإستجابة للآخرين .
- ينظر من خلال الناس أو يتجنب النظر إلي العبوة
- البعض منهم لديه قدرات جيدة أو فائقة في المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة وبعضهم قد يمشي بشكل غريب كأن يمشي علي أطراف أصابعة أو يكون غير قادر علي الإمساك بالقلم
- البعض لديه نشاط زائد بدرجة كبيرة والبعض يتسمون بالكسل والخمول
- بعضهم حوالي ٢٥ ٪ تقريباً يعانون من الإصابة بنوبات صرع في العادة عند البلوغ.
- البعض لديه بعض سلوك إيذاء الذات وأحياناً بدرجة شديدة بنسبة ١٠٪

ثانيا: الخصائص الحركية

- الأطفال ذوى اضطراب التوحد لهم طريقة خاصة في الوقوف، فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية، كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم،
- كما أن أذرعهم ملتفة علي بعضها حتي الكوع، وعندما يتحركون فإن الأطفال ذوى اضطراب التوحد يكررون حركات معينة مرات ومرات، فهم مثلا يضربون الأرض بأقدامهم إلي الأمام أو إلي الخلف بشكل متكرر،وفي بعض الأحيان قد يحركون أيديهم وأرجلهم في شكل حركة الطائر،
- تلك السلوكات المتكررة ترتبط بأوقات يكونون فيها مبتهجين، أو مستغرقين في بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدر للنور يضاء ويطفأ وفي أوقات أخري يبدو الأطفال ذوى اضطراب التوحدون في موقف استشارة ذاتية لأنفسهم ؛فهم مثلا يحاولون وضع أيديهم حول أو أمام أعينهم،ويدورون حول أنفسهم لفترات طويلة دون أن يبدو عليهم شعور بالدوار، بل إن الفئات شديدة الإعاقة منهم قد يصل بهم الأمر إلي إيذاء أنفسهم، وذلك يمثل قمة الاستثارة الذاتية لديهم.
- ويعد فرط الحركة مشكلة شائعة لدي الأطفال ذوى اضطراب التوحد وأحياناً نقص الحركة Hypo Kinesis ثم تتحول إلي النشاط الزائد Hyperactivity وأحياناً العدوانية ونوبات الغضب وغالباً تكون بدون سبب ظاهر أو فوري وسلوك إيذاء الذات يكون ضرب الرأس – العض – الخدش – شد الشعر ويظهر ضعف في الإنتباه وضعف في التركيز وتظهر مشاكل في الطعام والتغذية وإضطرابات في الإخراج والتبول(حسن مصطفي، ٢٠٠١) .
- غالباً يكون المظهر العام جذابا والطول يكون أكثر مقارنة بالأطفال في نفس السن.
- عدم الثبات في إستخدام اليد اليمني أو اليسري حيث التردد وأحياناً التبادل بين اليمني واليسري مما يدل علي إضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأيمن والأيسر.
- إضطراب في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم Neuroectodermal Development
- يتعرض الأطفال ذوى اضطراب التوحد منذ طفولتهم المبكرة لأمراض الجزء العلوي من التنفس وحالات الربو والحساسية ونوبات ضيق التنفس والسعال. ويعانون من إضطرابات معوية مع الإمساك أو شلل في حركة الأمعاء .
- يلاحظ أن الطفل ذوى اضطراب التوحد يكون أكثر هدوء ورقة أثناء حالات المرض والألم.
- تأخر في علامات النمو الحركي الطبيعية وقد يكون هناك صعوبة في بدء بعض المهارات، وأطفال التوحد عادة ما يكونون كثيري الحركة، وتقل هذه الحركة مع التقدم في العمر، وقد يكون لديهم حركات مميزة متكررة (مثل لوي قسمات الوجه، رفرفة اليدين والأصابع، التواء اليدين، المشي على أطراف الأصابع، الوثب، القفز، اهتزاز الجسم، التفاف الرأس، ضرب الرأس) في بعض الحالات فإن بعض السلوكيات تظهر، ولكن في البعض الآخر تكون تلك السلوكيات مستمرة.

- من الأشياء الغريبة قيام أطفال التوحد بعمل حركات متكررة وبشكل متواصل بدون غرض أو هدف معين، وقد تستمر هذه الحركات طوال فترة اليقظة، وعادة ما تختفي مع النوم، مما يؤثر على إكتساب المهارات، كما يقلل من فرص التواصل مع الآخرين، ومن أمثلتها : إهتزاز الجسم، رفرفة اليدين، فرك اليدين، تموج الأصابع، وغيرها.

ثالثا: الخصائص العقلية المعرفية

إن أداء الأطفال ذوى اضطراب التوحد في بعض إختبارات الذكاء العملية عادياً بل قد يكون مرتفعاً في بعض الأحيان، ولديهم قصور شديد في الإنتباه لاسيما الإنتباه الإنتقائي فهم لا يستطيعون تركيز إنتباههم علي شكل محدد ضمن أشياء متعددة. وأن أكثر من ٧٠٪ من الأطفال ذوى اضطراب التوحد لديهم قدرات عقلية متدنية تصل أحياناً إلى حدود الإعاقة العقلية، وفي أحيان أخرى إلى الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة وإن ما نسبته ١٠٪ منهم يظهرون قدرات مرتفعه في جوانب محددة مثل الذاكرة، والحساب، والموسيقى، والفن، أو قد يظهرون قدرات قرائية آلية مبكرة بدون استيعاب .

وعلي الرغم من أن القدرة المعرفية لهؤلاء الأطفال تعتبر عادية فإن هناك أدلة واضحة علي أن معظم هؤلاء الأطفال ليسوا كذلك، حيث إن هناك اتفاقاً علي أن أكثر من نصف هؤلاء الأطفال تقل نسبة ذكائهم عن ٥٠ درجة، وأن ١٩ ٪ منهم لا تزيد نسبة ذكائهم اللفظية عن ٧٠ درجة. وأن نسبة ٩٤٪ من ١٥٥ طفلا توحدياً تقع نسبة ذكائهم دون ٥٠ درجة، وأن ثلاثة أرباع هذه المجموعة تقع نسبة ذكائهم دون ٥٠ درجة، كما أن نسب ذكائهم اللفظي تكون عادة أدني من نسب ذكائهم الأدائي .

علي الرغم أن الطفل ذوى اضطراب التوحد قد يدفع والديه لتنفيذ سلوك معين بهذه الطريقة فإنه قد لا يستطيع أن يحاكي هذا السلوك بمفرده، وغالبا فإنا الطريقة الوحيدة لجعل الطفل يتعلم سلوكا جديدا هو أن نحرك جسمه أو بعض أعضاء جسمه لأداء سلوك معين، وحتي يمر الطفل بخبرة أداء السلوك بنفسه فإنه لا يستطيع أن يكرره، وهذه الصعوبة في تقليد سلوك الآخرين تعكس عدم قدرة من جانبه علي رؤية العالم من منظور آخر غير منظوره الشخصي.

وأن الأطفال ذوى اضطراب التوحد الذين تقع أعمارهم بين ٩ إلي ١٦ سنة ولديهم قدرات لغوية مناسبة حيث استطاعوا أن يؤدوا خاصة وضع الطفل مكعباً مائلا أو منحرفا بينه وبين المجرب الذي يجلس في الجانب المقابل له، وقد كانت المكعبات ذات أربعة أوجه بألوان مختلفة، وكان باستطاعة الطفل أن يري فقط جانبين لكل مكعب، وبعد فترة من التدريب أصبح الطفل قادر علي أن يري فقط جانبين لكل مكعب، وبعد فترة من التدريب أصبح الطفل قادرا علي أن يذكر اللون الخاص بكل جانب، وقد تكون الاختبار من دمية لعروسة توضع في مواضع مختلفة حول المكعب، ثم يذكر الطفل ما هو اللون الذي تراه العروسة الآن، وفي مرحلة تالية كانت توضع عروسة أخري ومكعب آخر متماثل وكان علي الطفل أن يضع المكعب بحيث تري العروسة الأخري نفس اللون الذي تراه

العروسة الأولي، إن نتائج هذه الدراسة تشير إلي أنهم يستطيعون أن يضعوا في اعتبارهم الرؤية الخاصة للآخرين، كما تشير إلي أنهم يتصرفون في مواقف ذات طبيعة اجتماعية.

فالطفل الصغير يمكن أن نراه وهو يلاطف طفلا آخر يمر بموقف صعب مثل موقف البكاء، ذلك لأن الطفل العادي يمكنه أن يفهم ويستخلص من سلوك البكاء معني خاص، ثم يستجيب بناء علي ذلك، أما الطفل ذوى اضطراب التوحد فإنه يجد صعوبة بالغة في وضع نفسه في مكان الشخص الآخر، وبالتالي في أن يتفهم سلوك الآخرين، وفي تأويل مشاعرهم، وقد تأكدت هذه الملاحظات من خلال دراسة "هكسن"١٩٨٦ ففي إحدي دراساته علي ثلاث مجموعات من الأطفال ذوى اضطراب التوحد والعاديين والمتخلفين عقليا، تم عرض مجموعة من أفلام الفيديو القصيرة، والتي تتضمن صورا لانفعالات، وبشرا، وأشياء، وكان علي الأطفال بعد مشاهدتهم لتلك الأفلام أن يزاوجوا بين تلك الصور وبين رسوم تمثل انفعالات وأشخاصا وأشياء، وقد تبين عدم وجود فروق بين المجموعات الثلاثة فيما يتعلق بمزاوجة الأشياء، بينما كان الأطفال ذوى اضطراب التوحدون أكثر سواءا من أقارنهم في المجموعتين الأخريين حين تعلق الأمر بالبشر والانفعالات، إن هذه النتائج تؤكد أن الطفل ذوى اضطراب التوحد يواجه صعوبات في المواقف التي تتطلب الانتباه إلي بشر.

إن ما يبدو مميزا بين ذاكرة الطفل ذوى اضطراب التوحد وتلك الخاص بالطفل العادي هو أن الطفل الأول يستحضر الأشياء إلي الذاكرة دون أدني تغيير في ترتيبها، فالترتيب الذى يسمعه والأشياء التي يراها يتذكرها تماما مثلما حدثت، أو أن لا يختار الأشياء التي يقوم بتذكرها، كما أن كثيرا من الأشياء التي يتذكرها تبدو غير مرتبطة وبلا فائدة له، أنه يبدوكما لو كان قد تعلم شيئا من أجل أن يتعلمه،وليس بسبب ماذا يعني بالنسبة له، بينما في المقابل نجد الطفل العادي قادرا علي استظهار قصيدة من سن الحضانة، ولكن ليس من المتوقع أن يسترجعها حرفيا ؛ لأنه يبدو أكثر ميلا لفهم المعني الذي تشير إليه أو تدور حوله، بل وأكثر ميلا لأن يحكي ما حدث بكلماته هو الخاصة، ولوحظ أن الطفل ذوى اضطراب التوحد يستطيع ذلك ؛ لأنه يتذكر ترتيب الكلمات فقط دون أن يكون واعيا بما تعنيه تلك السلسلة من الكلمات (شاكر قنديل، ٢٠٠٠)

إن هذه الآراء قد أسيدتها دراسة "فيرس،١٩٧٦" حيث وجد أن الطفل العادي بل والمعاق عقليا أفضل في تذكر الأشياء ذات المعني، والتي لا يحكمها نظام خاص، وأنه بذلك يختلف علي الطفل ذوى اضطراب التوحد الذي لا يبدو موقفا في تذكر هذه الأنواع من المعلومات .

وهناك وجهة نظر أخري بشأن قضية المعني كعامل مساعد علي التذكر لدي الأطفال ذوى اضطراب التوحد وهى أن الطفل ذوى اضطراب التوحد أحيانا يكون لدية القدرة لتوظيف المعني الذي يساعده علي الاستدعاء وإن كان بدرجة أقل فاعلية من زميله العادي، فالأطفال ذوى اضطراب التوحد الأعلي قدرة يبدون مستوي جيدا في استدعاء الجمل باعتبار أنها تحمل معني، وبنا علي تلك الملاحظات فإنا الاختلافات النوعية في عمليات التذكر بين الأطفال ذوى اضطراب التوحد والعاديين يمكن أن نرجعها إلي الاختلاف في مستوي النمو وليس إلي غياب المعني أو عدم غيابه .

وهناك بعد آخر بالنسبة للذكر لدي الطفل ذوى اضطراب التوحد وهو أن ما يتذكروه يصبح غير قابل للدمج في خبراته التالية، وكأن كل ذكري تبدو منفصلة تماما عن الذكريات الأخرى.

إن واحدة من الخصائص المهمة لذاكرة الطفل العادي تتمثل في القدرة علي تحديث نفسها، فالطفل العادي قادر علي تذكر أحداث معينة، ذاكرته يمكن أن تصبح مرتبطة مع جوانب تذكر أخري ؛ أي أن ذاكرته تبقي تستدعي جوانب أخري كثيرة، بالمثل فإن حدوث شئ معين لا يمكن أن يفضل ذاكرة الطفل عن كل مسار الخبرات الماضية، وهذا معناه أن هناك ترابطا بين الجوانب المختلفة لذاكرة الطفل العادي، أما بالنسبة للطفل ذوى اضطراب التوحد فإن ذاكرته ليست مرتبطة بنفس الطريقة، بل أنها جامدة إلي حد بعيد، كما لا تستسار إلي في ظروف خاصة، ولذا نجد أن قدرته علي اللعب التخيلي تبدو محدودة نتيجة لخصوصية ذاكرته .

علي سبيل المثال فإن الكوب الحقيقي في الواقع قد يكون باعثا علي استثارة سلوك الشرب، لكن حينما يبدوي آباء الطفل ذوى اضطراب التوحد أنهم يمسكون بكوب متظاهرين أنهم يشربون منها فإن الطفل لا يري بين هذا السلول وبين ما يتذكروعنه في الواقع، إن هذا يعني أن ذاكرته تبدو جامدة لدرجة أنه يعرف أنه يشرب من كوب بعنها فقط، وعلي هذا فإنا المحدودية الشديدة في مدي التذكر قد تعطي انطباعا سطحيا بأن لديهم تفوقا في عملية التذكر فهم يتذكرون الأشياء بالضبط كما تحدث ؛ لأنهم يجدون صعوبة في استخلاص المعاني من تلك الأشياء

رابعا: الخصائص الإجتماعية

فيما يلي المظاهر التي تدل على المشكلات في التفاعل لدى الأفراد ذوى اضطراب ذوى اضطراب التوحدن

- عدم التواصل البصري: يتميز الأطفال ذوى اضطراب التوحدون بتجنب التواصل البصري مع الآخرين وبذلك فإنهم يفقدون أفكار الآخرين ورغباتهم وتلمس مشاعرهم وقراءة ما يدور في أذهانهم. فالتواصل البصري هام في عملية التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وبدونه فإن الطفل لا ينمو جماعياً بطريقة سليمة. وتعتمد نسبة كبيرة من البرامج التربوية أساساً على التدريب على التواصل البصري .
- مشكلات في اللعب: يعاني الأطفال ذوى اضطراب التوحدون من المشكلات في اللعب واختلاف لعبهم عن لعب أقرانهم من الأطفال الآخرين. ومن أهم خصائص لعب الأطفال ذوى اضطراب ذوى اضطراب التوحدن افتراقهم إلى اللعب الرمزي والافتقار كذلك إلى والإبداع وإلى محدودية الألعاب، والطريقة غير العادية في استخدام اللعب.
- صعوبة في فهم مشاعر الآخرين: أي صعوبات فهم وتفسير تعبيرات الآخرين المتمثلة في الإيماءات ونبرات الصوت والحركات الجسمية، ومن ثم عدم اكتراث بمشاعر الآخرين كما أن لديهم صعوبات في التعبير عن مشاعرهم باستخدام تعبيرات الوجه بما يتناسب مع المواقف الاجتماعية

- عدم القدرة على تكوين صدقات والاحتفاظ بها: بسبب الانسحاب الاجتماعي، فهم لا يستطيعون تكوين صداقات حيث أنهم غير قادرين على فهم المثيرات الاجتماعية التي تصدر عن الآخرين وكيفية الاستجابة لها، بالإضافة إلى عدم معرفتهم بالعادات والتقاليد الاجتماعية السائدة.
- عدم القدرة على التفاعل الإجتماعي: الأطفال ذوي اضطراب التوحد يظهرون القليل من الاهتمام بالصوت البشري، وعادة لا يرفعون أيديهم لوالديهم من أجل حملهم كما يفعل أقرانهم، يظهرون غير مبالين وبدون عاطفة، وقليلاً ما يظهرون أي تعبيرات على الوجه، ونتيجة لذلك يعتقد الوالدين أن طفلهم أصم، والأطفال الذين لديهم القليل من نقص التفاعل الاجتماعي قد لا تكون حالتهم واضحة حتى سن الثانية أو الثالثة من العمر.

وفي مرحلة الطفولة المتوسطة، تظهر لديهم المودة والاهتمام بالوالدين وبقية أفراد العائلة، مع استمرار المشاكل الاجتماعية، مثل مشاكل اللعب الجماعي وبناء الصداقات مع أقرانهم، إلاّ أن البعض من ذوي الإصابات الخفيفة قد ينجحون في اللعب الجماعي.

ومع تقدم هؤلاء الأطفال في العمر يصبحون عاطفيين ودودين مع والديهم وإخوانهم، ولكن مازال لديهم صعوبة في فهم تعقيدات العلاقات الاجتماعية والذين إصابتهم خفيفة قد يرغبون في بناء صداقات ولكن مع ضعف التفاعل باهتمامات الآخرين، مع عدم فهم السخرية والمزاح مما يؤثر على صداقاتهم.

خامسا: الخصائص التواصلية

يلاحظ عند الطفل ذوى اضطراب التوحد قصور في التواصل سواء كان تواصل لغوي، أو تواصل بصري ، أو تواصل سمعي. على سبيل المثال تتمثل مشكلات اللغة لدي ذوىاضطراب التوحد في التأخر في الكلام ونقص نمو اللغة وإذا كان يوجد لغة فتكون إستخدامها بشكل مفرط للحساسية والترديد لما يقوله الآخرين وتكون علي وتيره واحده ،ودون تنغيم، والفشل في بدء المحادثة مع أي أحد

أما التواصل البصري فيلاحظ أن الطفل ذوى اضطراب التوحد يعاني من ضعف في التواصل البصري حيث صعوبة في إلتقاء العين بالعين وصعوبة في تتبع شئ متحرك وصعوبة في لفت إنتباه البصر لأي شئ من حوله ،وإذا كان يوجد تواصل بصري فيكون لثواني معدوده بسيطة وأحياناً يلفت إنتباهه شئ وأحياناً أشياء لا تلتفت نظره له

أما التواصل السمعي فيلاحظ أن الطفل ذوى اضطراب التوحد يجد صعوبة في التواصل السمعي حيث لا يستجيب لأصوات عالية وأحياناً صوت منخفض فهو يستجيب لها ،وكثير من الآباء يعتقد أن طفله أصم ويأخذوه إلي طبيب سمعيات لقياس السمع ومن ثم يكتشف أنه لا توجد مشكلة لدي الطفل.

وتعتبر المشكلات المتعلقة بالتواصل من الدلائل الهامة التي تتميز الأطفال التحديين، ومن أبرز هذه المشكلات:

ـ عدم تطور الكلام بشكل كلي والاستعاضة عنه بالإشارة أحياناً، وهذه الصفة هي الغالبة لدى أكثر من ثلث الأفراد ذوى اضطراب ذوى اضطراب التوحدن

ـ تطور اللغة بشكل غير طبيعي واقتصارها على بعض الكلمات النمطية مثل ترديد بعض العبارات أو أن يصدر عن الطفل التوحيدي كلام غير معبر ولا يخدم غرض التواصل، بالإضافة إلى صدى الصوت الذي يسمعه الطفل بأوقات وأماكن غير مناسبة . وتوجد مثل هذه المشكلات لدى ربع الأطفال تقريباً .

– تطور اللغة بشكل طبيعي مع حدوث مشكلات تتعلق بعد الاستخدام المناسب للغة كالانتقال من موضوع إلى آخر وعدم القدرة على تفسير نبرات الصوت والتعبيرات الجسمية المصاحبة للغة، بالإضافة للمشكلات المتعلقة بارتفاع الصوت أو انخفاضه بحيث لا يتناسب مع الموقف وكذلك المشكلات المتعلقة باللغة الاستقبالية .

مشاكل اللغة والكلام كثير من المختصين أنها من أكثر وأهم المشاكل، وهناك ٥٠ ٪ من المتوحدين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم، وعندما يستطيعون الكلام تكون لديهم بعض المشاكل في التواصل اللغوي، وهذه المشاكل هي التي تحدد تطور الطفل ذوى اضطراب التوحد وتحسنه، ونوجز هنا أمثلة عليها:

- تأخر النطق وانعدامه .
- الترديد لما يقوله الآخرون كالببغاء .
- كلمات وجمل بدون معنى .
- عكس الضمائر (أنا بدلاً من أنت) .
- عدم القدرة على تسمية الأشياء .
- عدم القدرة على التواصل اللغوي مع الآخرين .
- توجد لديهم صعوبة في فهم واستخدام الإيماءات وتعبيرات الوجه أو نغمة الصوت
- يجدون صعوبة في الاستجابة للأسئلة والتعليمات
- يجدون صعوبة في البدء والحفاظ على استمرار المحادثة
- يأخذون ما تعنيه العبارات حرفياً، وهذا ما قد يجعل من الصعب عليهم الأمثال والنكت والأقوال الشائعة .على سبيل المثال، قد يظن شخص ما لديه حالة توحد أن العبارة الشائعة تعني أن الشيء بارد فعلاً عندما يستخدمها الناس فعلياً ليقولوا أن ذلك الأمر حسن أو دارج
- يستخدمون كلمات معقدة، ولكن لا يفهمون معناها
- يتحدثون عن اهتمام خاص لديهم بدون أن يلاحظوا أن الآخرين لا يشترآون معهم بهذا الاهتمام

سادساً: الخصائص الإنفعالية

أن الطفل ذوى اضطراب التوحد يعاني من تقلب مزاجي مرتفع ، حيث قد لا يبتسم أو يضحك وأحياناً يستخدم التعابير الإنفعالية في غير موضعها وأحياناً يكون دائم الصراخ أو البكاء أو الضحك دون سبب وهو يفتقد لفهم المواقف من حوله.

ويظهر بعض السلوك النمطي المتكرر مثل هز رجله ولفترات طويلة أو هز جسمه أو رأسه أو التصفيق أو تكرار إصدار نغمة أو صوت أو همهمه بشكل متكرر وقد يمضي وقتاً لساعات يحملق في إتجاه معين أو نحو ضوء وهو كل فترة يغير السلوك لسلوك آخر وأحياناً يعاد السلوك القديم. فضلاً عن ممارسته أنواعاً سلوكية نمطية تظهر وتختفي بشكل تلقائي وفجائي.

ويلاحظ علي الطفل ذوى اضطراب التوحد أن لديه حاسة تكون أقوي من باقي الحواس ويتم من خلالها التعرف علي الشئ الجديد فمثلاً حاسة الشم فإذا شاهد أي شئ جديد يتعرف عليها من خلال الشم.

إن الطفل التوحدي قد يظهر التمسك بروتين يومي ويحاول الحفاظ عليه بشكل دائم ويحزن ويثور إذا ما تغير هذا الروتين. ويعد الجمود Rigidity أحد السمات السلوكية التي يمكن ملاحظتها أيضاً لدى غالبية الأطفال ذوي اضطراب التوحد ، الذين غالباً ما يكونوا غير قادرين على نقل ما تعلموه إلى مواقف أخرى (انتقال أثر التعلم) حيث أنهم يعتمدون على ظهور نفس الإشارات في ترتيبها لتذكر وإصدار الاستجابة (فاطمة سعيد، ٢٠١٠: ٢٥).

بالرغم من ان الطفل قد يمضي ساعات طويلة مستغرقا في أداء حركات نمطية أو منطويا على نفسه لا يكاد يشعر بما يجري حوله، فإنه أحيانا ما يثور في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد اسرته أو أصدقائه أو العاملين على رعايته أوتأهيله، ويتميز هذا السلوك العدواني بالبدائية كالعض والخدش والرفس. وقد يكون بشكل إزعاج مستمر بالصراخ وإصدار أصوات مزعجة أو بشكل تدمير أدوات أو أثاث أو تمزيق الكتب أو الملابس أو بعثرة أشياء على الأرض أو إلقاء أدوات من النافذة إلى غير ذلك من أنماط السلوك التي تزعج المحيطين والذين يقفوا أمامها حائرين ماذا يفعلون وكثيرا ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعضّ نفسه حتى يدمى أو بطرق رأسه في الحائط أو الاثاث بما يؤدي إلى إصابة الراس بجروح أو كدمات أو أورام . أو قد يتكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه ويضاف إلى كل ما ذكر نوبات الضحك والبكاء والصراخ بدون سبب واضح.

ومن هنا فإن التعبيرات الأنفعالية (الصمت التام، الصراخ بدون سبب، الضحك من غير سبب) لدى بعض أطفال التوحد تكون حادة وشديدة، ولسبب غير معروف يمكن أن يصرخ أو يتشنّج في وقت، ويضحك بدون سبب في وقت آخر، الخطر الحقيقي يكمن عند مواجهة الحركة المرورية أو

الإرتفاعات العالية التي قد لا تخيفه، وفي نفس الوقت قد يخاف من أشياء عادية كفرو الحيوان أو صوت جرس المنزل .

سابعاً: الخصائص الحسية Sensory Characteristics

يبدي الأطفال ذوى اضطراب التوحدون التأخر في الاكتساب الخبرات الحسية وأشكالاً غير متناسقة مع الاستجابات الحسية تتراوح من مستوى النشاط المنخفض إلى المرتفع. وفي مجال المثيرات الصوتية يعاني بعض الأفراد ذوى اضطراب ذوى اضطراب التوحدن من حساسية سمعية، فقد يسمع أصواتاَ لا يسمعها الآخرون مما قد يسبب له إزعاجاً وارتباكاَ، وبالمقابل فإن بعض الأطفال ذوى اضطراب ذوى اضطراب التوحدن لا يستجيبون لا يستجيبون للأصوات العالية ويبدون كأنهم صم . من هنا فقد يظن بعض الوالدين بأن أطفالهم صم خاصة في بداية تشخيص أطفالهم .

وقد ينزع الطفل ذوى اضطراب التوحد من أصوات بيئية مألوفة كصوت الهاتف أو صوت المكنسة الكهربائية ويشعر بالفزع منها ويضع يديه على أذنيه لتجنب سماع تلك الأصوات.

ويظهر بعض الأطفال ذوى اضطراب التوحد صعوبة في رؤية المثيرات البصرية ويخافون من رؤية بعض الألوان، وبالمقابل فإن البعض الآخر يظهر حساسية بصرية وكأنهم يرون أشياء لا يروها الآخرين.

وفي جانب المثيرات اللمسية، يظهر الأطفال ذوى اضطراب التوحد حساسية جلدية كبيرة تجعل بعضهم يبتعد عن الآخرين حينما يحاولون لمسهم أو الاقتراب منهم، وبالمقابل يمكن أن لا يشعر البعض منهم بأي إحساس لمسي ولا يشعرون بالألم بالرغم من تعرضهم بالأذى الجسمي.

في الطفولة المبكرة، قد يشيرون للآخرين أو يجذبونهم باليد إلى الأشياء التي يرغبونها بدون أي تعبيرات على الوجه، وقد يحركون رؤوسهم أو أيديهم عند الحديث، وعادة لا يشاركون في الألعاب التي تحتاج إلى تقليد ومحاكاة، كما أنهم لا يقلدون ما يعمله والديهم كأقرانهم. في المرحلة الوسطى والمتقدمة من الطفولة، لا يستخدم هؤلاء الأطفال عادة الإشارة حتى عندما يفهمون إشارة الآخرين، البعض منهم قد يستخدم الإشارة ولكن عادة ما تكون متكررة. هؤلاء الأطفال عادة ما يظهرون المتعة والخوف كما الغضب، ولكن قد لا يظهرون سوى طرفي الانفعالات، كما أنهم لا يظهرون التعبيرات الانفعالية على الوجه التي تظهر الانفعالات الدقيقة.

كما أن الإعتقاد السائد أن هؤلاء الأطفال يتحاشون التواصل البصري مع الآخرين، ولكن لوحظ أنهم لا يطيلون التركيز على أي شيء وليس على الآخرين، وفي الحقيقة فإنهم لا يستطيعون فك رموز التعبيرات على الوجه أو الإشارات.

٥

مبادىء التقييم التشخيصى لاضطراب التوحد

٥- مبادىء التقييم التشخيصي لاضطراب التوحد

مقدمة

تعتبر عملية التشخيص نقطة البدء فى تحديد أساليب العلاج الفعال للطفل، واختيار أسلوب التدخل المناسب. حيث يمدنا التشخيص بالمعلومات الأساسية والخلفية النمائية للحالة.

والتشخيص هو العملية الأساسية التى تساعد فى إصدار حكم على سلوك ما تبعاً لمعايير معينة مع تبيان جوانب القوة والضعف فى ذلك السلوك، ومن ثم إجراء التدخل العلاجي المبكر. والتشخيص لا يتم لمجرد شكوى الوالدين من أن الطفل يعاني من مشكلة التواصل أو أن الطفل لديه صعوبات في التعامل الاجتماعي.

ومهما كانت ثقافة الوالدين ودرجة تعليمهم، فإن ملاحظة التغيرات في الطفل تكون مختلفة ومتنوعة. لذلك فإنه من الملاحظ ومن تجارب أسر أطفال اضطراب التوحد أن الوصول إلى التشخيص كانت رحلة قاسية صعبة ومؤلمة، لاسيما في المراحل الأولى من ظهور أعراض اضطراب التوحد، ولوجود تباينات في الأعراض، ويجب أخذ ذلك التشخيص فقط من متخصصين لديهم الخبرة والدراية التامة عن تلك النوعية من الحالات.

التشخيص المبكر

يكتسب التشخيص المبكر أهمية قصوى من أجل البدء في تقديم الخدمات على نحو مبكر، وبشكل لا يقتصر على الأطفال ذوي الإعاقات الواضحة، وإنما يتضمن أيضاً الأطفال الذين قد يعانون تأخراً بسيطاً في نموهم، بفعل عوامل كامنة تظهر آثارها في مراحل لاحقه، حيث إن تقديم خدمات للأطفال وبشكل يناسب حاجاتهم النمائية من خلال تصميم برامج فردية لتنمية كفايتهم الذاتية في الجوانب:الجسمية ، المعرفية ، اللغوية ، الانفعالية ، الاجتماعية. فضلا عن إشراك أفراد الأسرة وإعدادهم للتعامل بشكل أفضل مع احتياجات طفلهم وتلبيتها. وتسعى برامج التدخل المبكر إلى الإسهام في تحسين وتنمية جهود خدمات التدخل المبكر والوقاية من الإعاقة.

مبررات التشخيص المبكر

- إن السنوات الأولى في حياة الأطفال والذين لا يقدم لهم برامج تدخل مبكر تعد سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي أيضاً، وأن التعلم في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في أية مرحلة عمرية أخرى.
- إن التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشر خطر يعني احتمالات استمرار المعاناة طوال فتره حياة الإنسان.
- إن التدخل المبكر جهد مثمر ذو جدوى اقتصادية كونه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية اللاحقة.
- إن معظم مراحل النمو والتعلم الحرجة تكون في ذروتها خلال السنوات الأولى من العمر

- إن تدهوراً نمائياً قد يحدث لدى الطفل المعوق بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه العاديين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام.
- إن مظاهر النمو متداخلة، وعدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى.
- يسهم التدخل المبكر في تجنيب الوالدين وطفلهما ذوى الاحتياجات الخاصة مواجهة صعوبات نفسية كبيرة لاحقاً.

أهداف التدخل المبكر

يعد الهدف الأساسي من التدخل المبكر في مجالات التربية الخاصة هو الحد من الآثار السلبية للإعاقة على الطفل وأسرته في الجوانب الاجتماعية، والأكاديمية، والسلوكية، والنفسية....الخ وفي زيادة تقبل المجتمع للمعاق وتفهمه لاحتياجاته وتوظيف قدراته. وتوفير خبرات تربوية واجتماعية مبكرة تؤثر بشكل إيجابي على نمو الطفل في بجميع جوانبه.

ويمكن تلخيص أهداف برامج التدخل المبكر على النحو التالي :

١) تحسين نمو الأطفال وتمكينهم من الاندماج الاجتماعي في المستقبل،الحيلولة دون تطور نسبة الإعاقة أو التقليل من شدتها.

٢) التقليل من المعاناة المعنوية، والمادية لأسر الأطفال وتخفيف الأعباء عنها ومساعدتها في تقبل أطفالها وتحقيق درجة مقبولة من التكيف.

٣) إبراز أهمية دور الأسرة في تخطيط وتنفيذ برامج التدخل، مساعدة الآسرة على اكتساب المعرفة والمهارات والاتجاهات اللازمة لتنشئة أطفالها الآخرين.

٤) زيادة درجة وعي المجتمع بالوقاية من الإعاقة والحد من آثارها.

٥) أن التعلم المبكر في السنوات الأولى من حياة الطفل أسرع واسهل من التعلم في أي مرحلة عمرية أخرى.

محكات تشخيص الطفل ذوى اضطراب التوحد

وبالرغم من الصعوبات التى واجهت عملية تشخيص حالات اضطراب التوحد فإن العلماء والباحثين حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير والمحكات الأساسية التى تشخص على أساسها حالات التوحد.

وفي الطبعة الرابعة DSM -1V ١٩٩٤ والطبعة الرابعة المعدلة DSM-1V-R ٢٠٠٠ من الدليل التشخيص والإحصائي:

ورد التوحد باعتباره أحد اضطرابات النمو الشاملة ولكي يتم تشخيص التوحد لابد من انطباق هذه المحكات.

أولاً: يجب أن تتوفر ستة بنود على الأقل من ٣،٢،١ بحيث يكون بندين على الأقل من ١ وبند على الأقل من ٣،٢.

١- قصور كيفى في التفاعل الاجتماعي يظهر في بندين على الأقل مما يأتي:

أ - قصور واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل التواصل البصري، وتعبيرات الوجه، وحركات الجسم، والإيماءات.

ب- الفشل في إقامة علاقات مع الأقران تناسب مستوى العمر.

ج - قلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب (عدم القدرة على طلب لعبة ما أو إحضارها أو الإشارة عليها.

د- فقدان القدرة على التفاعل الاجتماعي وتبادل الأحاسيس والانفعالات مع المحيطين.

٢ - قصور في التواصل ويظهر في واحد على الأقل مما يأتي:

أ - تأخر أو نقص القدرات اللغوية مع عدم تعويضها باستخدام طرق التواصل الأخرى كالإشارة مثلاً.

ب- بالنسبة للأشخاص الذين لديهم القدرة على الكلام يكون لديهم صعوبات واضحة في بدء واستمرار المحادثة مع الآخرين.

ج- الحوار أو الحديث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام، أو استخدام الطفل لغة خاصة به.

د - نقص القدرة على اللعب التخيلي أو التظاهري ، وكذلك نقص القدرة على محاكاة وتقليد الآخرين في لعبهم.

٣ - أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محددة ومكررة ونمطية تظهر في واحد على الأقل مما يأتي:

أ- الانشغال الدائم في القيام بسلوك أو أكثر من السلوكيات النمطية المحددة بشكل غير عادي وبدرجة غير طبيعية من حيث التركيز والشدة.

ب- التمسك والالتزام ببعض الأفعال الروتينية غير الوظيفية.

ج- سلوكيات حركية نمطية مثل رفرفة اليدين – نقر الأصابع – أو حركات الجسم المتكررة.

د - الانشغال الدائم بجزء صغير من الأشياء.

ثانياً: تأخر أو نقص التفاعل غير الطبيعي ويبدأ تحت سن الثالثة في واحد مما يلي:

١- التفاعل الاجتماعي.

٢- اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي.

٣ - اللعب الرمزي أو التخيلي.

ثالثاً: ألا يفسر الاضطراب على نحو أفضل على أنه اضطراب ريت أو اضطراب الطفولة التفسخي.(DSM IV: 1994 –pp 57,58)

مبادئ التقييم النمائى للطفل ذوى اضطراب التوحد

- جمع وربط المعلومات للحصول على التشخيص الدقيق.
- تقديم هذه المعلومات للفريق العلاجي لتكون قاعدة لوضع الخطة العلاجية وأسس تطبيقها.
ويبدأ التشخيص المبكر وذلك بملاحظة الطفل من سن ٦ أشهر حتى ستة أعوام
- أن يتبنى القائمين على عملية التشخيص والقياس التوجه المعتمد على أكثر من تخصص لإجراء تلك المهمة Interdisciplinary Approach من خلال فريق تشخيص متعدد التخصصات.
- أن تشمل إجراءات التشخيص والقياس على مجالات نمائية ووظيفية متعددة وذلك راجع إلى طبيعة الإعاقة لديهم، ولهذا فإن الوضع يتطلب قياس جوانب متعددة (إدراكية، حسية، سمعية بصرية، تواصلية والأداء السلوكى).
- أن يراعى الاختلاف بين المواقف أثناء إجراءات التشخيص والقياس حيث طبيعة موقف معين ومتطلباته والمثيرات المحيطة به ودرجة تنظيمه ومدى الألفة له من قبل الأطفال الذاتويين والأشخاص المتواجدين فى ذلك الموقف (Klin, 1997).
- ضرورة مراعاة التكيف الوظيفى Functional Adjustment وذلك لأن فهم وتفسير نتائج القياس للمهارات المختلفة يتطلب ربطها بطبيعة ومضمون تكيف الطفل مع متطلبات المواقف الحياتية اليومية الحقيقية ولهذا يجب على الملاحظ التأكد أن المقياس شامل ومتعمق للسلوك التكيفى للطفل ومدى مقدرته على ترجمة الإمكانيات والقدرات لديه إلى سلوك ثابت ومناسب لتنمية الكفاية الذاتية Self Sufficiency لديه فى المواقف الطبيعية وأيضاً على الملاحظ مع مراعاة مدى تأثير نتائج التشخيص والقياس على تكيف الطفل المستمر وتعليمه والاستفادة من ذلك فى ربط نتائج القياس وتصميم برامج التدخل الملائمة له.
- أن يتم اختيار أفضل وسائل التشخيص والقياس بما يتناسب مع خصائص واحتياجات الطفل الفردية وهذا يرجع للخبرة والمعرفة العلمية وعلى الملاحظ تعدد المواقف فى تطبيق المهمة للتأكد من المستوى الحقيقى للطفل الذاتوى. (حسنى حلوانى، ١٩٩٦)
- أن تشارك الأسرة فى عملية التقييم وأن يتم دعمها وتشجيعها لملاحظة الطفل وتقيمه جنباً إلى جنب مع الفريق المتخصص وأن مشاركة الأسرة لها دور كبير فى اختصار الوقت والجهد. وعلى المتخصصين تفسير نتائج الاختبارات والمقاييس لأسرة الطفل وتخصيص وقت خاص وكافى لمناقشة تلك النتائج (Patricia Holuin, 1997)
- أن يشتمل التقرير النهائى للتقييم على النتائج التى توصل إليها كل عضو من أعضاء فريق التشخيص والقياس المتعدد التخصصات بتفاصيلها وأن يصاغ التقرير بأسلوب يسهل فهمه وتوصيات يمكن تطبيقها وتفعيلها ومرتبطة بتكيفه مع متطلبات الحياة اليومية وتعلمه. أن يبقى التواصل والمباشرة المستمرة بين أعضاء فريق القياس والتشخيص وهذا أمر تحتمه طبيعة إعاقة الذاتوى المعقدة والمتداخلة العلامات الإنذارية لاضطراب التوحد التى تظهر

على الأطفال الرضع (كوثر عسلية، ٢٠٠٦) يتم معرفتها عندما يطلب المتخصص استرجاع معلومات عن المرحلة الأولى من تطور الطفل ومن خلال تعبئة بيانات أو من خلال المقابلة الشخصية معهم. وأحياناً يكون الوالدين لديهم وعى حيث يشعرون بأن طفلهم مختلف فيقومون بتصوير فيلم فيديو عن إبنهم لسلوكياته بمراحل النمو بذلك ممكن الوصول إلى بعض السلوكيات للطفل.

مجالات التقييم التشخيصى المبكر للطفل ذوى اضطراب التوحد

١- مؤشرات الشك للطفل ذوى اضطراب التوحد فى السنة الأولى من ميلاده

يتم معرفتها عندما يطلب المتخصص استرجاع معلومات عن المرحلة الأولي من تطور الطفل، ومن خلال تعبئة بيانات أو من خلال المقابلة الشخصية معهم. حيث يكون الوالدين لديهم وعي حيث يشعرون بأن طفلهم مختلف فيقومون بتصوير فيلم فيديو عن ابنهم لسلوكياته بمراحل النمو بذلك ممكن الوصول إلي بعض السلوكيات للطفل. ومن أهم المؤشرات الدالة علي اضطراب التوحد لدي الأطفال خلال السنة الأولي سلوكيات:

- والطفل ذوى اضطراب التوحد فى مرحلة الرضاعة لا يخاف من الغرباء ولا يرتبط بهم أو يتفاعل معهم، تبدو عليه الطمأنينة عندما يترك وحده، لا يظهر الإبتسامة الإجتماعية التى تبدأ عادة فى سن أربعة شهور، ولا يأتى الحركات التوقعية .Anticipatory Movement التى يأتيها طفل الأربعة شهور العادى مثل التعرف على الأم والأقبال عليها عندما تلتقطه من الفراش والتفاعل معها عندما تلغيه وتلاعبه.
- وقد لا يلاحظ الآباء مظاهر الاضطراب لدى الطفل إلا عندما يوجد مع أطفال آخرين مثل التحاقه بدور الحضانة أو دخول المدرسة، فيعتبرون هذه هى بداية ظهور الأعراض.
- عدم محاولة الطفل تحريك جسمه أو أخذ الوضع المناسب الذى يدل على رغبته فى أن يحمل من الأم أو الشخص الموجود أمامه.
- عدم الاستجابة للاسم، حيث يبدوا وكأنه أصم وأحياناً يلتفت إلي صوت لعبه أو صوت ورقة الحلوي.
- فقدان الالتقاء البصري، حيث لا يلتقي بصره بالآخرين كبقية الأطفال ويعجز عن متابعة نظرة مع الآخرين
- فقدان القدرة علي الإشارة أو مشاركة الآخرين الأشياء حيث يفقد القدرة علي الإشارة إلي الأشياء.
- عدم وجود تفاعل اجتماعي بين الطفل وأمه حيث يندر أن يلعب مع أمه الألعاب البسيطة
- عدم قدرته رفع ذراعه كي يحمل
- عدم القدرة علي التقليد .

وهناك نقاط أساسية تجعل التقييم التشخيصي قبل السنة الأولي من العمر صعباً، أهمها:

- فى هذا العمر لا تكون الأنماط السلوكية قد اتضحت وتشكلت بشكل يسمح بملاحظاتها.
- المظاهر اللغوية ركن مهم للتقييم التشخيصي، وفى هذا السن لا تكون قد تشكلت ونضجت.
- فى بعض الأطفال ذوى اضطراب التوحد يكون نمو الطفل طبيعياً لفترة من الزمن ثم يبدأ التدهور فى الحدوث.
- عدم قدرة الوالدين على ملاحظة تطور النمو فى طفلهم فى تلك المرحلة المبكرة.

٢- مؤشرات الشك للطفل ذوى اضطراب التوحد بعد السنة الأولى من ميلاده

- لا يحاول جذب إنتباه الأم عن طريق إصدار أصوات أو أى شئ أخر.
- تصلب الطفل عندما يحمل بين ذراعى الأم ومحاولة الإفلات منها.
- يبدو كأنه أصم، فلا يستجيب لذكر اسمه أو الأصوات المحيطة به.
- ليس لديه فضول فى النظر إلى الناس أو الحيوانات.
- قد يؤرجح جسمه أو يخبط رأسه عند تركه بمفرده، وقد يظل فى مكانه يخربش الغطاء أو ينقر عليه لفترة طويلة من الوقت دون أن يصرخ.
- استجاباته للمثيرات الحسية تتراوح بين الإسراف فى الهدوء إلى الإسراف فى الهياج.
- لديه شذوذ فى النشاط الحركى، فالبعض هادئ لدرجة أنه لا ينتقل من مكانه والبعض لديه نشاط حركى زائد بدرجة شديدة.
- البعض لديه مشاكل فى التغذية والنوم، يعيش على نظام غذائى محدد وكثير الصراخ وقليل النوم.

وهذه المؤشرات يجب ملاحظتها فى الفترة من (١٢-٢٤) شهراً من العمر. فضلاً عن أن سمات النمو المبكر للأطفال التوحديين ترتبط بظهور اضطراب أو قصور فى (التواصل الكلامى والفيزيقى، وعدم القدرة على محاكاة السلوكيات الجيدة) لديهم (الفرحاتى السيد،٢٠٠٩:٤٨)

وأسوأ مرحلة تمر بها هى الفترة ما بين (٢-٥) سنوات من عمر الطفل لشدة وحدة أعراض الإعاقة لديه، ثم بعد ذلك تهدأ الأعراض ويبدأ الطفل فى التحسن فى مرحلة دخول المدرسة (Dianne, 1992, 14).

وخاصة إذا تم توفير برنامجاً مدرسياً ملائماً لحالة الطفل، ولأن جوانب النمو الإدراكى والإجتماعى لدى الطفل تبدأ فى التطور وتخف حدة المشكلات السلوكية إذا صاحبها التأييد العاطفى من الأباء لأطفالهم أما إذا لم تتوافر هذه الخدمات المبكرة، فإن الأسر سوف تستمر فى حالة إنضغاط مستحكمة، ولحسن الحظ ففى العقد الماضى قد تطورت أساليب التشخيص المبكر وترتب عليها التدخل العلاجى المبكر الذى قلل من إحتمال تدهور وزيادة حدة المشكلة. (Cohen, Donnellan, 1985, 506- 507)

٦

فريق التشخيص والعلاج

التقويم متعدد التخصصات

إن التقويم الأمثل هو الذى يشترك فيه عدد من الاختصاصيين من ذوى الخبرات المتنوعة من أجل الحصول على صورة شاملة لمستوى أداء الطفل. وعلى أقل تقدير، ينبغى أن يتكون فريق التقويم من اختصاصي نفسى، واختصاصي لغة وتخاطب، واختصاصي اجتماعي، والوالدين. أما باقى الاختصاصيين، كطبيب أطفال واختصاصي عيون واختصاصي السمعيات واختصاصي العلاج الطبيعى والعلاج الحركى واختصاصي أعصاب، فهم قد يشتركون بشكل من الثلاثة الأشكال التالية:

وجود جميع أعضاء الفريق التشخيصى فى مكان واحد وبشكل مستمر. وهذا ما قد نجده فى مستشفيات أو فى مراكز متخصصة فى التقويم والتشخيص.

وجود جميع أعضاء الفريق التشخيصى فى أماكن مختلفة. وعند تقويم طفل يحتاج إلى فحص السمع لديه على سبيل المثال، يأتى اختصاصي السمعيات إلى مكان تقويم الطفل لإجراء الفحوصات اللازمة. ويعد مثل هذا الإجراء أمراً نادراً نظراً لأن كل اختصاصي لديه عدة فحص خاصة به قد يصعب نقلها من مكان لآخر.

يحول الطفل إلى عيادات تم الاتفاق معها. فيقوم الاختصاصيون بتقويم الطفل ىف عياداتهم الخاصة، ومن ثم بتحويل التقارير إلى الاختصاصي الاجتماعي أو الاختصاصي النفسي الذى سيقوم بتقويم الطفل النفسي. وفى مثل هذه الأوضاع، يستحسن تقليص عدد العيادات التى ينبغى أن يزورها الطفل لما فى ذلك من مشقة على كل من الطفل وذويه.

فريق التشخيص والعلاج

إن التقويم الأمثل هو الذى يشترك فيه عدد من الاختصاصيين من ذوى الخبرات المتنوعة من أجل الحصول على صورة شاملة لمستوى أداء الطفل. وعلى أقل تقدير، ينبغى أن يتكون الفريق من اخصائي نفسى، واخصائي لغة وتخاطب، واخصائي اجتماعي، والوالدين. أما باقى الاخصائيين، كطبيب أطفال واختصاصي عيون واختصاصي السمعيات واختصاصي العلاج الطبيعى والعلاج الحركى واختصاصي أعصاب، فهم قد يشتركون بشكل من الثلاثة الأشكال التالية:

١- وجود جميع أعضاء الفريق التشخيصى فى مكان واحد وبشكل مستمر. وهذا ما قد نجده فى مستشفيات أو فى مراكز متخصصة فى التقويم والتشخيص.

٢- وجود جميع أعضاء الفريق التشخيصى فى أماكن مختلفة. وعند تقويم طفل يحتاج إلى فحص السمع لديه على سبيل المثال، يأتى اخصائي السمعيات إلى مكان تقويم الطفل لإجراء الفحوصات اللازمة. ويعد مثل هذا الإجراء أمراً نادراً نظراً لأن كل اخصائي لديه عدة فحص خاصة به قد يصعب نقلها من مكان لآخر.

٣- يحول الطفل إلى عيادات تم الاتفاق معها. فيقوم الاخصائيون بتقويم الطفل ىف عياداتهم الخاصة، ومن ثم بتحويل التقارير إلى اخصائي الاجتماعي أو اخصائي النفسي الذى سيقوم

بتقويم الطفل النفسي. وفى مثل هذه الأوضاع، يستحسن تقليص عدد العيادات التى ينبغى أن يزورها الطفل لما فى ذلك من مشقة على كل من الطفل وذويه.

وفيما يلى وصف مختصر لما قد يقوم به كل من أعضاء فريق التشخيص.

طبيب الأطفال (Pediatrician)

طبيب متخصص فى مجال أمراض الأطفال فى الفئة العمرية الممتدة من تاريخ الولادة إلى سن الثامنة عشرة، ويكون فى الغالب أول من يلجأ إليه الآباء عند ملاحظتهم أى قصور فى التطور لدى أطفالهم. ويقوم الطبيب بإجراء الكشفالعام وفحص وجود اضطرابات طبية مثل التشنجات أو فراجيل X أو التصلبوالتى قد تقترن بالتوحد. هذا بالإضافة إلى تقويم حاجة الطفل إلى العلاجمن خلال العقاقير، وإجراء فحوصات طبية أخرى بناءً على حاجة الطفل.

الطبيب النفسى (Psychiatrist)

طبيب مختص مثل باقى الأطباء، إلا أنه تلقى تدريباً وتخصصاً إضافياً فى معالجة الأمراض العقلية فى مجال علم النفس. ومهمة الطبيب النفسى تتمثل فيما سلف ذكره لدور الطبيب. إلا أنه إضافة إلى ذلك، فهو قد يجرى الاختبارات النفسية على الطفل وهو يتمتع كذلك بخبرة أكبر فى تشخيص الاضطرابات العقلية والنفسية.

الاختصاصي النفسى (Psychologist)

وهو شخص ينال تدريباً فى مجال العمليات العقلية والتطور وغالباً ما يكون من الحاصلين على شهادة الدكتوراه فى علم النفس، وقد يكون فى بعض الأحيان من حاملى شهادة الماجستير، ممن لديهم خبرة مكثفة وتدريب على إجراء الاختبارات وتحليل نتائجها (إلا أنه ليس طبيباً). وله دور أساسى فى التقويم فيما يتعلق بجميع مجالات التطور وإدارة السلوك. ويتم ذلك من خلال إجراء الاختبارات النفسية والمراقبة وإجراء مقابلات مع الآباء من أجل التوصل إلى التشخيص المناسب وتحديد مستوى الأداء. ولا ينحصر دور الاختصاصي النفسي فى تشخيص وتقويم الأفراد فحسب، بل ينبغى أيضاً أن يقترح (وفى بعض الأحيان يطبق) طرق المعالجة المثيلة بما فى ذلك وصف خطة المعالجة السلوكية التربوية. هذا بالإضافة إلى تقديم الإرشاد النفسي للآباء.

الاختصاصي الاجتماعى (Social Worker)

يتولى الاختصاصي الاجتماعي مسئولية مقابلة الوالدين وجمع تقارير الفحوصات الطبية والنفسية وتحصيل المعلومات عن مراحل تطور الطفل وتاريخه الصحى والتعليمى من الوالدين. كما أنه قد يقوم بتقويم تكوين وبنية الأسرة وأوضاعها.

٦

مجالات تشخيص اضطراب التوحد

٦- مجالات تشخيص اضطراب التوحد

١- التقييم الطبي المبكر

التقييم الطبي يبدأ بطرح كثير من الأسئلة عن الحمل والولادة، التطور الجسمي والحركي للطفل، أمراض سابقة، السؤال عن العائلة وأمراضها، وأسئلة يوجهها الأطباء للآباء عما إذا كان طفلهم:

* لم يتفوه بأيه أصوات كلامية حتى ولو غير مفهومة فى سن ١٢ شهراً .
* لم تنمو عنده المهارات الحركية (الإشارة- التلويح باليد - إمساك الأشياء) فى سن ١٢ شهراً .
* لم ينطق كلمات فردية في سن ١٦ شهراً .
* لم ينطق جملة مكونة من كلمتين في سن ٢٤ شهراً .
* عدم اكتمال المهارات اللغوية والاجتماعية في مراحلها الطبيعية.

وهذا لا يعنى في ظل عدم توافرها أن الطفل يعانى من اضطراب التوحد، لأنه لابد وأن تكون هناك تقييمات من جانب متخصصين فى مجال الأعصاب، الأطفال، الطب النفسي، التخاطب، التعليم.

والقيام بالكشف الطبي وإجراء بعض الفحوصات التي يقررها الطبيب مثل صورة صبغيات الخلية Chromosomal analysis (للاكتشاف الصبغي الذكري المنكسر Fragile-X syndrome) وتخطيط المخ EEG وأشعة مقطعية للمخ CT scan وأشعة بالرنين المغناطيسي للمخ MRI وقد يسأل الطبيب الوالدين عن حالات لا تؤدي إلى اضطراب التوحد، ولكن قد تكون مصاحبة له، مثل وجود التشنج وغيره.

هناك بعض المفحوصات الطبية الضرورية التى ينبغى إجراءها على الأشخاص ذوى اضطراب التوحد ومن المهم أن نعرف أنه لايوجد أى تحليل أوأشعة تثبت أن الطفل مصاب باضطراب التوحد ومعظم الاختبارات والتحاليل المطلوبة بهدف استبعاد أمراض أخرى مصاحبة أو مشابهة لاضطراب التوحد.

- ✓ فحص الحمض النووى DNA Analysis.
- ✓ فحص كروموسوم Chromosom.
- ✓ فحص الأيضى للبول والدم Metabolic Testing.
- ✓ فحوصات نسبة الرصاص فى جسم الطفل Lead Testing.
- ✓ التصوير العملى Functional Imaging.
- ✓ التخطيط الكهربائى للدماغ Electronic Phalogia Phs.
- ✓ الكشف بالمسح المحورى الآلى CT scans.
- ✓ فحص للسمع Hearing Test
- ✓ فحص للنظر Eye Test

- ✓ فحص الحساسية لدى الطفل لكل من الفلوتين والكاسين والخمائر.
- ✓ فحص مستوى المكونات الغذائية مثل المعادن والفيتامينات عند الطفل.
- ✓ فحص نفاذية الأمعاء.

وأثناء التقييم الطبى لاضطراب التوحد يجب التطرق إلى عدد من الوسائل حيث يسهم كل منها بدور مهم في عملية التشخيص:

التاريخ الوراثي للحالة

هناك أدلة غير قاطعة على أن التأثيرات الوراثية تؤدي دوراً في التشخيص الإكلينيكي لاضطراب التوحد، وتتفق كل التقارير على أن (٢٪) من أشقاء ذوى اضطراب التوحد مصابون بالتوحد، وهو معدل يزيد (٥٠) مرة عن معدلة في المجتمع بصفة عامة.

التاريخ التطوري للحالة

يعد التعرف على التاريخ النمائي من أهم العوامل المساعدة على التوصل إلى تشخيص دقيق لاضطراب التوحد، وذلك من خلال إجابة الأم على مجموعة من الأسئلة تتعلق بتطور نمو الطفل، والأعراض التي تظهر عليه في الأشهر الأولى من عمره. ويتم السؤال عن التطور النمائي للطفل منذ الولادة وفي مراحل الطفولة الأولى خصوصاً في الأشهر الأولى.

تاريخ الحمل والولادة

يساعد التعرف على التاريخ الطبي للأم أثناء الحمل في تشخيص حالات التوحد، فالتاريخ المرضي للأم في مرحلة الحمل وتعرضها لأي حوادث مثل النزف الرحمي والحصبة الألمانية أو أخذ الطعم الواقي منها أثناء الحمل أو التوكسوبلازموس أو أي أمراض فيروسية أخرى أو أعراض الحساسية المختلفة أو الإدمان على الكحول وغيرها من العوامل المختلفة.

كذلك طريقة الولادة ومدتها ومدة الحمل ووزن الطفل عند الولادة وتعرض الطفل لأي التهابات من المؤشرات القوية على الإصابة بهذا الاضطراب.

٢- تشخيص السلوك Behavior rating scale

هناك نقاط عديدة يجب على الأهل ومن يهتم بالطفل الإجابة عليها لكي تستخدم لتقييم السلوك، وهذه النقاط تعطي تقييماً عاماً وليس محدداً لاضطراب التوحد كمرض بحد ذاته. مثل ما يقوم به الوالدان المراقبة المباشرة للسلوكيات – Direct behavioral observation والقيام بتسجيل سلوكيات الطفل عن طريق مراقبته من قبل متخصصين في المنزل والمدرسة أو أثناء اختبارات الذكاء.

والتشخيص السلوكي يعتمد على الملاحظة الدقيقة لسلوك الطفل في التواصل مع الآخرين، وملاحظة مستوياته في النمو، ويمكن اعتبار طريقة الملاحظة من أكثر الطرق شيوعياً واستخداماً في تشخيص اضطراب التوحد، حيث أنه من الممكن الاعتماد على الخصائص والمظاهر الخارجية للطفل

ذوى اضطراب التوحد، ملاحظته في المواقف المختلفة، والقيام بتسجيل شدة وتكرار الاستجابات وأشكال السلوك المختلفة التي تصدر عنه.

ويعتبر تشخيص إعاقة التوحد وغيرها من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً ومن ثم فالأمر تتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائي التخاطب وغيرهم وترجع تلك الصعوبات إلى عوامل متعددة منها :

١- التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي والعاطفي وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب والتعلم.

٢- تتعدد وتتنوع أعراض التوحد وتختلف من فرد إلى آخر ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماماً في الأعراض، ويرجع هذا التعدد والاختلاف في الأعراض من طفل إلى آخر إلى تعدد وتنوع العوامل المسببة للإعاقة سواء العوامل الجينية الوراثية أو العوامل العصبية والبيولوجية والكيميائية والبيئة المختلفة.

٣- إن أكثر العوامل المسببة لاضطراب التوحد واضطرابات النمو الشاملة الأخرى تحدث في المخ والجهاز العصبي الذي يسيطر على الوظائف الجسمية والعقلية والنفسية والسلوكية.

٤- كذلك تتعدد وتتنوع الإصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي.

٥- قد يحدث الخلل بطريقة غير مباشر لمخ الجنين نتيجة حدوث العامل المسبب قبل عملية الإخصاب لبويضة الأم.

٦- قد يصاب إعاقة التوحد إعاقة أو أكثر بالإضافة إلى كل تلك الصعوبات فإنه لا يوجد حتى الآن من الاختبارات والمقاييس السيكولوجية المقننة وخاصة في العالم العربي ما يمكن استخدامه للكشف عن إعاقة التوحد.

٣- التشخيص النفسي

استخدام أدوات لتقييم حالة الطفل، من نواحي الوظائف المعرفية والإدراكية، الاجتماعية، الانفعالية، السلوكية، التكيف، ومن هذا التقييم يستطيع الوالدين والمعلمين معرفة مناطق القصور والتطور لدى طفلهم.

٤ - التشخيص الأكاديمي

يمكن القيام بالتشخيص الأكاديمي من خلال استخدام التقييم المنهجي Formal assessment (باستخدام أدوات قياس) والتقييم غير الرسمي Informal assessment (باستخدام الملاحظة المباشرة ومناقشة الوالدين)، والغرض من ذلك تقدير مهارات الطفل في النقاط التالية:

١- المهارات قبل الأكاديمية (الأشكال، الحروف، الألوان)

٢- المهارات الأكاديمية (القراءة، الحساب) .

٣- مهارات الحياة اليومية (الأكل، اللبس، دخول الحمام) .

٤- طريقة التعلم ومشاكلها.

٥- تشخيص التواصل Communication assessment

من المهم تقييم مدى مهارات التواصل ومنها رغبة الطفل في التواصل، وكيفية أداءه لهذا التواصل (التعبير بحركات على الوجه أو بحركات جسمية، أو بالإشارة)، كيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه، ونتائج هذا التقييم يجب استخدامها عند وضع البرنامج التدريبي لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة، أو الإشارة إلى الصورة، وغير ذلك.

ومن ثم فإن أول خطوة فى التقييم التشخيصي للتواصل لدى الطفل هى فحص سمعه. وبعد ذلك ينبغى فحص الأعصاب الحركية والإجابة على الأسئلة التالية من خلال مثل هذه الفحوصات:

- هل يعانى الطفل من اضطرابات فى النطق مثل عدم مقدرته على تنسيق حركات الفم والفك لكى يصدر أصواتاً مفهومة وبتسلسلها الطبيعي؟
- هل يعانى من ضعف فى عضلات منطقة الفم؟
- إذا كان الطفل لا يتكلم فبالإمكان تقويم مثل هذه الاضطرابات من خلال أداء الطفل لمهارات مثل البلع والمضغ والنفخ.

يلى ذلك التقويم النفسي للغة والتواصل، والذى يمكن أن يتم من خلال طرق متعددة ومنها:

- الاختبارات الرسمية للغة.
- ملاحظة كيفية تواصل الطفل فى بيئات مختلفة ومع أشخاص مختلفين كالأهل، على سبيل المثال، ومن ثم مقارنة طريقة تواصله مع المعلم أو الأطفال.
- تجميع معلومات من خلال مقابلة الأهل أو المعلمين.

إلا أننا لن نستطيع تحديد المستوى اللغوى للطفل بشكل دقيق من خلال ما يقوله الوالدان فقط، ولا من خلال مراقبة غير منظمة للطفل فى أوضاع مختلفة فقط، ولا من خلال استخدام اختبارات رسمية لتقويم اللغة والتواصل لدى الطفل فقط. وذلك لأن كلاً من هذه الطرق تنقصها جوانب معينة، فالأهل قد لا يتذكرون تفاصيل معينة أو قد تكون المعلومات التى يعطونها غير موضوعية، والمراقبة غير المنظمة لا تسمح بفحص عدد كبير من السلوكيات اللغوية بشكل دقيق، والاختبارات الرسمية قد لا تقيس جوانب معينة مثل المبادرة أو التواصل غير اللفظي. وبالتالي، يفضل استقطاب المعلومات حول مهارات الطفل اللغوية من خلال جميع الطرق السالف ذكرها مجتمعة عوضاً عن الاعتماد على إحداها منفردة.

وفيما يخص المهارات اللغوية التى ينبغي تقويمها لدى الأشخاص ذوى اضطراب التوحد، فإنها تختلف بناءً على القدرة اللغوية لدى الأطفال: الذين يتكلمون والذين لا يتكلمون.

٦- التقويم الشامل للمهارات

إن تشخيص إصابة إنسان بالتوحد يبين لنا أن هذا الشخص يعانى من صعوبات فى التفاعل الاجتماعى، وانحراف لغوى، وقصور فى التخيل، وسلوك غير طبيعى فى اللعب، وتمسك بالأعمال الروتينية. فهذا كل ما يقوله التشخيص. ولكنه لا يوضح إلى أى مدى يعانى هذا الشخص من التأخر

عند مقارنته بالآخرين، ولا يبين مستوى التطور لدى الشخص فى مجالات مختلفة مثل الإدراك واللغة والذكاء العام والمهارات الاجتماعية وجوانب القوة والضعف لديه أو سرعته فى التعلم أو أسلوبه.

يختلف تصرف وسلوك الأشخاص (ولاسيما الأطفال التوحديون) باختلاف مكان وجودهم والأشخاص الذين من حولهم. ولذلك كان من الأفضل تقويم الطفل فى أوضاع مختلفة:

- بيئة منظمة/ غير منظمة.
- بيئة مألوفة/ غير مألوفة.
- أشخاص مألوفين/ أشخاص غير مألوفين.
- أشخاص كبار فى السن/ أطفال.

ويستطيع المختص جمع ومقارنة مثل هذه المعلومات من خلال استقصاءات أو مقابلة الأهل أو المعلمين ومقارنتها بتصرف الطفل فى وضع التقويم سواءً كان فى عيادة أو فى مركز متخصص. ومن خلال هذه المعلومات يستطيع المختص وصف وتحديد أفضل بيئة لدعم الطفل وتفسير نتائج التقويم بدقة ومصداقية أكبر.

حيث أن التأخر الذهنى غالباً ما يرتبط بالتوحد كان من الضرورى متابعة وتقويم تطور الطفل وتحديد مستواه فى مجالات التطور كافة.

الذكاء العام

ينبغى تحديد ذكاء الطفل لعدة أسباب:

- ✓ إنها تساعد فى تحديد طبيعة المسار التعليمى الذى سيأخذه الطفل.
- ✓ لها قيمة تنبؤية قوية حول مقدار جودة أو سوء أداء الطفل عندما يكبر فى السن.
- ✓ تمنع احتمال تبديد الوقت من تعلم الطفل بطريقة التجربة والخطأ.
- ✓ تساعد المعلم والوالدين بشكل أفضل على تحديد نقطة البداية فى عملية التعليم.
- ✓ يقدم اختبار الذكاء معلومات قيمة متعلقة بنقاط القوة والضعف العامة لدى الطفل، وسرعة التعلم والذاكرة والمعالجة البصرية والسمعية وغير ذلك من الوظائف الإدراكية الكثيرة الأخرى.

ولكن هناك مهارات إدراكية ومهمة بالنسبة للشخص التوحدى لا تقومها اختبارات الذكاء بشكل مباشر، لذلك يجب ملاحظتها إما من خلال أداء الطفل فى اختبارات الذكاء أو من خلال تصميم أوضاع أو اختبارات أخرى وهى الانتباه والتقليد.

الانتباه

ينبغى أن تشتمل عملية التقويم على معلومات حول أشكال انتباه الفرد ولاسيما فى حالات الانتباه التى قد تمثل مشكلة بالنسبة للأشخاص التوحديين، مثل:

- ❖ هل يستجيب لنداء اسمه؟
- ❖ هل ينتبه بصرياً للناس من خلال النظر إليهم؟
- ❖ ما طول الفترة الزمنية التى يستطيع الطفل أن يجلسها على كرسى حول الطاولة لإنهاء نشاط ما، ما طول الفترة الزمنية التى يستطيع الطفل أن يجلسها على الأرض لإنهاء نشاط ما؟

- ما طول الفترة الزمنية التى يمكثها الطفل منهمكاً فى مهمة ما؟ وحيث أن فترة انتباه الأطفال تختلف بشكل عام مع اختلاف النشاطات، فما هى الأنشطة التى تطول فيها نسبياً فترة انتباه الطفل وما هى النشاطات التى لا يركز الطفل انتباهه عليها؟
- هل يستطيع الطفل بسهولة أن يحول انتباهه من نشاط إلى آخر؟
- هل يستطيع الطفل تحديق بصره فى أحداث تجرى فى جلسة الاختبار مثل عرض لعبة جديدة أو دخول شخص كبير لا يعرفه؟
- هل يستطيع الطفل أن يوجه انتباهه إلى جميع ملامح شئ مثل لعبة؟ أم أنه يركز على جانب واحد من ملامح الشئ؟

مهارات التقليد

من خلال التقليد، يتعلم الأطفال جوانب كثيرة من مهارات الحياة اليومية وغير ذلك من السلوكيات. إلا أن الأطفال المصابين بالتوحد يجدون صعوبة فى تقليد الآخرين ولاسيما فى المراحل المبكرة من حياتهم، فتنخفض لديهم نسبة فرص التعلم التلقائى من البيئة بما فى ذلك تعلم اللغة والمهارات الاجتماعية. ولذلك، هناك حاجة لتقويم مهارات التقليد من حيث نوعيتها وكفاءتها. وهذا الإجراء يقدم معلومات تساعد فى تحديد وتصميم خطة تربوية ملائمة تتضمن تدريب الطفل على مهارة التقليد مما قد يمكنه من التعلم من البيئة. وبشكل عام، تشمل القدرة على التقليد أربعة مجالات، وهى منظمة من الأسهل إلى الأصعب كالتالى:

- تقليد العمل بشئ مثل اللعب بدمية أو الضغط بالأصابع على أزرار معينة، وما إلى ذلك.
- التقليد الحركى مثل التصفيق أو رفع اليد.
- تقليد تعابير الوجه مثل إخراج اللسان أو العبوس.
- التقليد اللغوى مثل تكرار الأصوات أو الكلمات. ولا تعتبر المصاداة كنوع من التقليد إلا إذا كانت باتباع أمر مختصر.

اللغة والتواصل

أول خطوة فى تقويم اللغة والتواصل لدى الطفل هى فحص سمعه. وبعد ذلك ينبغى فحص الأعصاب الحركية والإجابة على الأسئلة التالية من خلال مثل هذه الفحوصات:

هل يعانى الطفل من اضطرابات فى النطق مثل عدم مقدرته على تنسيق حؤكات الفم والفك لكى يصدر أصواتاً مفهومة وبتسلسلها الطبيعى؟

هل يعانى من ضعف فى عضلات منطقة الفم؟

إذا كان الطفل لا يتكلم فبالإمكان تقويم مثل هذه الاضطرابات من خلال أداء الطفل لمهارات مثل البلع والمضغ والنفخ.

يلى ذلك التقويم النفسى للغة والتواصل، والذى يمكن أن يتم من خلال طرق متعددة ومنها:

٧- تقييم التطور الحركي والفكري

عند زيارة الطفل لعيادة الأطفال ، يقوم الطبيب بطرح العديد من الأسئلة علي الوالدين لمعرفة حياة الطفل في المنزل وتطوره، ومن تلك الأسئلة:

- ما هي أنواع الأغذية التي يأخذها في كل مرحلة عمريه ؟
- ما هي الأمراض التي أصابته ؟
- كيف هي صحته العامة ؟
- ما الذي يستطيع أن يقوم به من حركات وانفعالات ؟ وغيرها
- ومن ثم يقوم بالكشف الإكلينيكي
- من خلال تلك المعلومات يستطيع رسم صورة كاملة عن حالة الطفل وتطوره الفكري والحركي.

أهداف التقييم الحركى والفكرى

- رسم صورة واضحة عن تطور الطفل كجزء من الرعاية الصحية للطفل.
- اكتشاف أي مشاكل صحية تعيق تطوره الفكري والحركي، وعلاجها في وقت مبكر.
- اكتشاف أي تأخر في النمو الفكري والحركي.
- مساعدة الأهل وإرشادهم لطرق العلاج.
- مساعدة الأهل للتفريق بين تأخر التطور والاختلافات الفردية.
- كيف نقيم التطور الفكري والحركي ؟
- تسلسل التطور: يعتمد التقييم على شرح الوالدين لما يقوم به الطفل من حركات ومقدرات، وفي أي مرحلة عمرية بدأ، ويحتاج الأمر إلى أسئلة متنوعة، بعضها عن الماضي وأخرى عن الحاضر، وبذلك يمكن رسم صورة للتطور الحركي والفكري.

الفحص الإكلينيكي.

إجراء بعض الاختبارات الحركية والفكرية.

عدم حصول أي حركة أو مهارة في سن معينة لا تعني التخلف ، فالأبكم قد يكون سليماً في جميع المهارات ما عدا المهارات اللغوية ، لذلك وزعت المهارات إلى خمس مجموعات، حيث يمكن تقييم كل مجموعة ووضع السن المقابل لها ، ثم ملاحظتها، لإعطاء الصور الكاملة، وهذه المجموعات هي:

١. المهارات الحركية الكبرى Gross Motor Skills
٢. المهارات الحركية الدقيقة Fine Motor Skill
٣. مهارات الفهم والإدراك Cognitive Skills
٤. المهارات اللغوية Language Skills
٥. المهارات الاجتماعية والنفسية Skills Social & Emotional

وسوف نقوم برسم صورة عامة عن تلك المهارات لكي تساعد الوالدين على أكتشاف أي تغير أو إنحراف عنها، ولكن لا بد من الأقتناع بكلام طبيب الأطفال عند المناقشة لوجود مجال واسع للأختلاف بين الأفراد.

مهارات الحركة الكبرى Gross Motor Skills

هي مجموعة من الحركات المعتمدة علي العضلات الكبرى في الجسم، ومقدرتها على الحركة ضد الجاذبية الأرضية، فمع النمو العصبي لهذه العضلات، المتدرج من الرأس إلى الصدر والبطن ثم الأطراف، يمكن لهذه العضلات القيام بالحركات التوافقية، حركة موزونة، حيث يكون هناك انقباض لمجموعة من العضلات وفي نفس الوقت ارتخاء للعضلات المعاكسة لها، وقد تتواجد بعض الحركات لهذه العضلات منذ الولادة، وهي الحركات الطفولية الانعكاسية التي تعمل لحماية الطفل في تلك المرحلة، والتي تختفي مع ظهور الحركات التوافقية.

ما هي علامات تأخر هذه المهارات؟

استمرار الحركات الطفولية الانعكاسية بعد وقتها المحدد.

عدم التحكم في الرأس في عمر ٦ أشهر.

عدم وجود الحركات الحمائية المكتسبة في عمر ٨ أشهر.

زيادة انقباض العضلات الممدة عند سحب الطفل من يديه لوضع الجلوس.

مهارات الحركة الكبرى في الطفل العادي : الحركة المكتسبة والسن المتوقع اكتسابها بالأشهر

- ✓ الانقلاب من البطن إلى الظهر (الاستلقاء) (٣-٤) أشهر.
- ✓ الانقلاب من الاستلقاء إلى البطن (٤-٥).
- ✓ الجلوس (لوحده) لمدة قصيرة (٥-٦).
- ✓ الوقوف على الرجلين مع الاعتماد على الآخرين (٥-٦).
- ✓ الجلوس بدون مساعدة ولمدة طويلة (٧-٨).
- ✓ يزحف (٧-٨).
- ✓ يحبو (٨-١٠).
- ✓ الوقوف لوحده (١١).
- ✓ المشي ثلاث خطوات (١٢).
- ✓ المشي جيدا (١٥).
- ✓ يركض (٢٤).
- ✓ طلوع الدرج درجة واحدة كل مرة (٢٤).
- ✓ رفس الكرة بالقدم (٢٤).
- ✓ طلوع الدرج خطوة خطوة (٣٠-٣٦).
- ✓ استخدام الدراجة بثلاث عجلات (٣٦)
- ✓ القفز باستخدام قدم واحدة (٤٨).

- ✓ القفز الطويل باستخدام القدمين (٤٨).
- ✓ ركوب الدراجة بعجلتين (٦٠).

مهارات الحركة الدقيقة Fine Motor Skills

هي مجموعة الحركات المعتمدة علي العضلات الإرادية الصغيرة وخصوصا في اليدين، وهذه الحركات قد تكون بسيطة أو معقدة، معتمدة علي الإدراك الحسي لعمل ما، وقد يحتاج العمل إلى وجود النظر وتطوره للقيام بهذه الحركات.

ما هي علامات تأخر المهارات؟

- ✓ استمرار قبضة اليد الطفولية.
- ✓ عدم وجود ألمسكة الكماشة الدقيقة في عمر (١٢) شهرا Fine pincer.
- ✓ عدم المقدرة علي نسخ خط مستقيم في عمر (٣) سنوات.

مهارات الحركة الدقيقة في الطفل العادي ؟الحركة المكتسبة والعمر المتوقع لاكتسابها بالأشهر

- ✓ الوصول إلى الأشياء (٣) أشهر.
- ✓ قبض الأشياء وإحضارها إلى الفم (٤).
- ✓ ينقل الأشياء من يد إلى أخري (٤-٦).
- ✓ يقبض الأشياء باستخدام راحة اليد الكبرى (٧).
- ✓ يقبض الأشياء باستخدام الأصابع (٩).
- ✓ استخدام الأصابع كماشة لمسك الأشياء (٩-١٢).
- ✓ يرسم خربشة (١٥).
- ✓ يبني(٢-٤) مكعبات (١٨).
- ✓ يبني (٨-١٠) مكعبات (٣٠).
- ✓ نسخ صور دائرة (٣٦).
- ✓ استخدام المقص (٣٦).
- ✓ رسم الوجه (٣٦).
- ✓ نسخ صورة مربع (٤٨).
- ✓ نسخ صورة مثلث (٦٠).
- ✓ رسم صور شخص بوجه وجسم وأطراف (٦٠).

مهارات الفهم والادراك Cognitive Skills

هي مجموعة القدرات والمهارات التي تعتمد علي نضوج مراكز الفكر والإحساس مثل مراكز التعلم، الاستقبال، الإدراك، ليتم عن طريقها استخدام الأحاسيس والحركات بتمازج، لإعطاء التعبير الواضح والمنطقي للحركة.

ما هي علامات تأخر الفهم والإدراك؟

١) عدم الانتباه أو الاهتمام بما حوله، أو الأصوات المنبعثة في السنة الأولي من العمر.
٢) نقل الألعاب والأشياء إلى فمه عند بلوغه السنة.
٣) عدم مقدرته علي اللعب السليم في عمر السنتين.
٤) تأخر النطق والتواصل مع الآخرين.

مهارات الفهم والإدراك في الأطفال الطبيعيين :

- ✓ الحركة المكتسبة والعمر المتوقع لاكتسابها بالأشهر.
- ✓ متابعة الجسم المتحرك (٤-٨) أشهر.
- ✓ استخراج لعبة مخفية (٩-١٢).
- ✓ ترتيب اللعبة بعد تخريبها (١٢-١٨).
- ✓ القيام بحركات منطقية (١٢-١٨).
- ✓ اللعب المنطقي مع الدمية (١٨-٢٤).
- ✓ الاعتماد على التفكير الفردي والاستقلالية (٢٤-٦٠).
- ✓ اعتماد الظهور وإبراز النفس (٢٤-٦٠).

٧

مبادىء تشخيص متلازمات التوحد

٧- مبادىء تشخيص متلازمات اضطراب التوحد

هناك عدة أنواع من اضطراب التوحد فى ضوء النطاق الواسع فى درجاته وشدته ومظهر الأفراد المصابين به، ويستخدم مصطلح اضطرابات الطيف التوحدى Autistic Spectrum Disorders مع اضطرابات نمائية شاملة Pervasive Developmental Disorders حيث يشير كلاهما إلى حالات مختلفة من اضطراب التوحد تشترك جميعها فى صفات التأخر الشديد بالإضافة إلى انحراف فى العلاقات الاجتماعية وتأخر فى التواصل اللغوى والاجتماعى وعدم القدرة على التخيل، وهى مجموعة من الاضطرابات تتصف باختلالات شديدة ومنتشرة فى كثير من النواحى النمائية مثل مهارات التفاعل الاجتماعى، ومهارات التواصل والسلوك النمطى والاهتمامات. وتنتشر بنسبة ١٠-١٥ طفل كل عشرة آلاف، وتظهر فى السنة الأولى من العمر، وغالباً ما تكون هناك درجة من التخلف العقلى.

وفى هذا الصدد تضم المقارنة التشخيصية لذوي اضطراب التوحد عدداً من متلازمات اضطراب التوحد: مثل إضطراب ريت Rett Disorder واضطراب الطفولة التفككى Childhood Disintegrative Disorder إضطراب أسبرجر، Asperger s disorder والإضطراب النمائي النمطي PDD-NOS وهذه الاضطرابات هى حالات اضطراب ذاتى بيولوجى عصبى يتمثل فى توقف النمو على المحاور اللغوية والمعرفية، والانفعالية والاجتماعية أو فقدانها بعد تكوينها بشكل يؤثر بالسلب على بناء الشخصية في المستقبل ، وتطلق بعض الدوائر العلمية على هذه المجموعة اصطلاح طيف التوحد autistic spectrum ، وجدير بالذكر أن قدرة الأطفال والبالغين من ذوي اضطراب (متلازمة) اسبرجر على التعرف على الأنماط الانفعالية لتعبيرات الوجه والتلميحات والأشارات الكلامية من حيث شدة ودرجة الانفعال وتكون ضعيفة، أما بالنسبة لمهارة التعرف على تعبيرات الغضب والحزن سواء من خلال تعبيرات الوجه أو التلميحات اللفظية فأنهم يعتمدون على استعمال استراتيجيات خاصة في التعرف على الانفعالات عن طريق تعبيرات الوجه أو المعلومات الخاصة بإيقاع ونمط الكلام(Hirokazu Doi, et al., 2013، فاطمة سعيد الطلي ،٢٠١٤ : ٥٤)

ويقع تحت هذه المجموعة أربع اضطرابات اساسية يمكن تناولها كمايلى:

١- اضطراب ريت

هو اضطراب عصبى لايظهر إلا على الإناث، حيث إن جميع الحالات التي شُخصت حتى يومنا هذا حالات لإناث، وهو من الاضطرابات النادرة، يصيب مولوداً واحداً من كل (١٥٠٠٠) مولوداً، ويتميز هذا الاضطراب بأنه يحصل إثر فترة تطور طبيعية، وانخفاض في قياس محيط الرأس بعد أن كان طبيعياً، إبان الولادة ، بعد مرور خمسة أشهر من النمو الطبيعي، وتبدأ التغيرات في الدني في قياس محيط الرأس وتحول حركات اليدين من القيام بمهمات إرادية وذات جدوى وظيفية إلى حركات نمطية عشوائية متكررة، وظهور أشكال من طرق الوقوف والمشية غير متناسقة، أى إضطرابات المهارات الحركية.

وفي هذه الحالة يكون هناك تطور طبيعي حتى عمر ٦-٨ شهراً، ثم يلاحظ الوالدين تغيراً في سلوكيات طفلتهم مع تراجع النمو أو فقد بعض القدرات المكتسبة خصوصاً مهارات الحركة الكبرى مثل الحركة والمشي، ويتبع ذلك نقص ملاحظ في القدرات مثل الكلام، التفكير، إستخدام اليدين، وأن الطفلة تقوم بتكرار حركات وإشارات غير ذات معنى وهذه تعتبر مفتاح التشخيص، وتتكون من هز اليدين ورفرفتها، أو حركات مميزة لليدين والأرجل وتتخلف الأطراف والرأس في النمو وتعيش الطفلة في النهاية على كرسي متحرك ويأتي بعد ذلك نكوص في النمو المعرفي مع العلم بأن أكثر من ٧٠ ٪ من مصابي الريت يصابون بالصرع .

واضطراب "ريت" تعد من أشد الإعاقات من حيث تأثيرها على مخ المصابة، وفقدانها القدرة على الاحتفاظ بما اكتسبته من خبرات، وما تعلمته من مهارات، وتبدأ الأعراض في الظهور بعد الأشهر الستة أو الأثني عشر الأولى من عمر الطفلة، وتمر الفتاة المصابة بهذه الإعاقة بأربع مراحل متتالية:

١- تأخر وبطء تدريجي خفيف في التطور بعد مرحلة تطور طبيعي قد تستمر ٦ أو ٨ إلى ١٨ شهر بعد الولادة.

٢- تدهور متسارع في فقدان الطفلة معظم ما كانت قد اكتسبته ، وكذلك نسيان ما تعلمته من خلال عملية التطبيع الاجتماعي أو التفاعل مع المحيطين بها كما تفقد حصيلتها اللغوية وقدرتها على التخاطب وتستمر هذه المرحلة نحو أثنى عشر شهراً.

٣- مرحلة الكمون مع ظهور تحسن طفيف في العلاقات الاجتماعية وتلاقي العيون ولكن يزداد القصور في حركة الأيدي واضطراب التنفس وتدهور أسرع في القدرات الحركية وتستغرق هذه المرحلة بين (١٠- ٢٠) شهراً

٤- استمرار في تدهور كل ما كانت الفتاة قد اكتسبته من قدرات حركية وبالتالي العجز عن أداء الأنشطة المختلفة دون قصور أكثر وتزداد العضلات اضطراباً فتتحول إلى وضع تشنجي ثم حالة تصلب.

معايير تشخيص متلازمة ريت Retts Disorder

أ- المعايير الآتية جميعها

١- تطور طبيعي لمرحلتي ماقبل الولادة وحول الولادة-(على ما يبدو)

٢- تطور نفس حركي طبيعي خلال ألأشهر الخمسة الأولى-(على ما يبدو)

٣- قياس محيط الراس لدى الوليد في حدود الطبيعي

ب- تغير في وتيرة التطور – بعد مرحلة تطور طبيعية- في :

- تراجع في قياس محيط رأس الوليد ما بين الشهر الخامس و والثامن والاربعون
- تراجع وفقدان مهارات وظيفية كانت قد إكتسبت ما بين الشهر ٥-٣٠ وتنامي تطور حركات نمطية عشوائي كالتلويح أو التصفيق باليدين

- فقد القدرات المكتسبة لحركة اليدين في العمر بين ٥-٣٠ شهراً ، مع حدوث حركات نمطية متكررة مثل رفرفة اليدين.
- فقد الترابط الاجتماعي المكتسب في مدة سابقة (عادة التفاعل الاجتماعي تتكون بعد هذا العمر)
- ظهور حركات غير متناسقة على طول الجذع مما يسبب وقفة غير طبيعية أو طريق سير ملفتة دون وجود عيوب عضوية حركية، وظهور مشية غير متزنة، أو ظهور حركات جسمية غير طبيعية
- النقص الشديد في تطور اللغة الاستقلالية والتعبيرية ، مع وجود التخلف النفسي والحركي

وتمر الطفلة المصابة بمتلازمة "ريت" رأربع مراحل هى:

المرحلة الأولى (٦-١٨ شهر)

تكون المشاكل بسيطة جداً ممكن أن لايلاحظها والدها ومنها:

- يقل التقاء البصر لدى الطفلة
- يقل اهتمامها بالألعاب وبالمحيطين بشكل عام
- تعمد الطفلة إلى أن تجعل اليدين متشابكتين
- غالباً تتأثر الحركات الكبيرة (الحبو- الوقوف- المشى)

المرحلة الثانية (١-٤ ستوات) تصادف الطفلة عدة صعوبات أهمها

- التدهور السريع فى القدرات الإدراكية
- إنخفاض نسبة الذكاء لدرجة التخلف الشديد
- تصبح المهارات الاجتماعية غير طبيعية
- تتفق مع اضطراب التوحد فى فقدان الاهتمام بالمحيطين
- تفقد القدرة على الكلام الذى سبق اكتسابه
- تضع يداها فى فاها أو التصفيف بهما
- صعوبة التحرك من مكان لمكان آخر، ويظهر صرير الأسنان وصعوبة التنفس والنوم حيث الاستيقاظ المبكر

المرحلة الثالثة (٢-١٠ سنوات)

- تستمر المعاناة فى مصاعب المهارات الحركية وظهور نوبات الصرع لكن يظهر لديهم تطور فى الجانب الاجتماعى والمحيطين بهم وتحسن فى الانتباه والتواصل والمهارات الاجتماعية

المرحلة الرابعة (من ١٠ سنوات فيما فوق)

- يستمر التحسن فى التفاعل الاجتماعى وتركيز الانتباه خلال هذه المرحلة وتزداد السيطرة على نوبات الصرع إلا أن المهارات الحركية تتدهور وتحتاج كرسى متحرك للتنقل ويتقوس العمود الفقرى وهو ما يسمى الخنف scoliosis ويصبح لديهم حدب وتكون أجسامهم نحيلة

ويعانون من سوء تغذية بسبب مصاعب المضغ وبلع الطعام لديهم، والنتائج بالنسبة لأطفال ريت تكون أقل من النتائج مع ذوى اضطراب التوحد.

٢- اضطراب الطفولة التفككي Childhood Disintegrative disorder

هو نوع آخر من الإضطرابات النمائية الشاملة يتميز بالاختلال الوظيفي في مهارات التفاعل الاجتماعي وتراجع في المهارات التي تم اكتسابها في السنوات الأولى من العمر واختلال وظيفي في الأنماط السلوكية وغياب التناسق في المهارات الحركية .

وهى حالة نادرة تنشأ بعد فترة نمو طبيعية، وتستمر حتى عامين من العمر، ثم يبدأ الانحراف، والتدني الملحوظ قبل سن العاشرة من العمر في مجالين على الأقل من المجالات الآتية: مجال اللغة والتواصل، ومجال العلاقات التكيفية الإجتماعية، أو مجال السيطرة على التبول والتغوط، مجال الهو واللعب، مجال المهارات الحركية. أما التأخر العقلي فهو صفة ملازمة إضافة إلى مؤشرات إضطرابات دماغية أخرى مثل النوبات الصرعية، وتغيرات ملفتة في التخطيط الدماغي. إن إنتشار إضطراب حالات الطفولة التفككى هو أقل من إنتشار حالات اضطراب التوحد.

وهو اضطراب يعاود المريض باستمرار أفكار أو نزوات غير مرغوب فيها (تسمى الاستحواذ) مع سيطرة الأحاسيس لعمل شيء ما لكي تقلل من درجة الاستحواذ، هذه الأفكار الاستحواذية تظهر على أشكال ودرجات متنوعة، من فكرة فقدان التحكم على النفس، إلى الحرص على نظافة الجسم أو جزء منه بشكل مستمر ومبالغ فيه، هذه الزيادة بالعناية والاهتمام في التصرفات والسلوك لدى المريض بالاستحواذ الوسواسي لا معنى لها، وهى تحدث بشكل مكرر ومقلق، وفي بعض الأحيان تكون ضارة، ومع ذلك فإن هؤلاء الأطفال يجدون صعوبة في السيطرة والتغلب عليها.

ولكي يتم تشخيص اضطراب الطفولة التفككي يتعين توافر ما يلي:

- فقدان المهارات التي سبق أن تعلمها الطفل قبل سن العاشرة في مجالين على الأقل من مجالات اللغة الاستقبالية أو التعبيرية، المهارات الاجتماعية أو مهارات السلوك التكيفي، ضبط عملية الإخراج، المهارات الحركية.

تعرض الطفل لاضطرابات الأداء الوظيفي في مجالين على الأقل من المجالات التالية : التفاعل الاجتماعي، خلل كيفي في التواصل، ممارسة السلوكيات النمطية والتكرارية المحدودة وهذا يعني اتفاق الاضطرابين في المحك الأخير.

وتشير البحوث إلى أن أسباب اضطراب الطفولة التفككي لها أصول عصبية، فالفاعلية الدماغية، كما تم قياسها من قبل تخطيط الدماغ الكهربائي EEG تبدو غير طبيعية في نصف حالات هذا الاضطراب تقريباً ونسبة حدوث النوبات المرضية هي ١٠٪ من هذه الحالات ويمكن أن ترتفع حتى إلى ربع الحالات في أعمار المراهقة وفي الوقت الحاضر لم يتم تحديد أي سبب لاضطراب الطفولة التفككي (إبراهيم فرج : ٢٠٠٤)

المعايير التشخيصية لاضطراب الطفولة التفككى أو التحطمى

أ- تطور طبيعي في المجالات النمائية للعامين الأولين على الأقل بما في ذلك مهارات التواصل اللفظية واللغوية الأخرى، والعلاقات الإجتماعية، واللهو والسلوكيات التكيفية.

ب- فقدان ملحوظ في ممارسة المهارات المكتسبة (المهارات التي كانت قد إكتسبت خلال التطور الطبيعي) وذلك قبل بلوغ السنة العاشرة من العمر *في مجالين على الأقل من المجالات التالية:*

١- اللغة (اللغة الاستقبالية والتعبيرية)

٢- المهارات الإجتماعية والتكيفية

٣- ضبط التبول والتغوط (التحكم فى البول والبراز)

٤- اللهو واللعب

٥- المهارات الحركية

ج- عيوب في الأداء الوظيفي في مجالين من المجالات الأتية:

١- قصور كمي في السلوكيات ألإجتماعية (عيوب في السلوكيات الغير كلامية، فشل في إقامة علاقات إجتماعية، فقدان القدرة على تبادلية العلاقات ألإجتماعية والعاطفية)

٢- قصور كمي في التواصل (تأخر أو بطء التواصل الكلامي، العجز عن المبادرة بالتحدث أو بمواصلة التحادث، إستعمال لانمطي متكرر للتعابير الكلامية، العجز عن المداعبات الكلامية Make believe plays

٣- محدودية ممارسة السلوكيات النمطية المتكررة، أو الإهتمامات، أو النشاطات بما في ذلك تلك المتكررة بشكل إعتباطي

د- إنعدام المواصفات المتوفرة في الإضطرلبات النمائي او تلك المتعلقة بأنفصام الشخصية

٣- اضطراب اسبرجر Asperger's Autism

عام ١٩٤٤ نشر طبيب الأمراض العصبية النمساوي – دون معرفة مسبقة بأبحاث كانر- ورقة علمية Des Autistichen Psychopathen Des Kindesalter أي "العلة النفسية للتوحد في سن الطفولة" Autistic Psychopathy Childhood وأدرج أسبرجر صفات أربع مرضى لمن يعرفون حاليا "توحديون متفوقوا الأداء الوظيفي" High Functioning Autistic وبقيت ورقة أسبرجر في طي النسيان في الولايات المتحدة الأمريكية وفي غيرها من البلدان حتى ظهور ورقة لورنا وينج عام ١٩٨١ والتي ترجمت الى الإنجليزية مستندة بمرجعيتها إلى ما ورد في ورقة أسبرجر. فملاحظات أسبرجر شابهت دراسات كانر، ومثل كانر ورد إستعمال كلمة توحد للتعبير عن "القصور في التعامل ألإجتماعي" وأضاف على ما أورد كانر مايلى:

- تكرار أكبر لإصابة الذكور في باضطراب التوحد
- غياب التوحد في الطفولة المبكرة حتى ما بعد العام الثالث من العمر

- مسار نمائي طبيعي لإكتساب اللغة مع ملاحظة بعض العيوب في مجال إستعمال الضمائر وعيوب لغوية أخرى.
- إحتمال تأخر في مراحل نمو المهارات الحركية مع ملاحظة خرق في إداء الحركات الرئيسية ومحدودية القدرة على التنسيق.
- صعوبات في التواصل غير اللغوي
- مهارات تذكر ممتازة
- إهتمام مركز لخاصية أو خاصيتين ،وإستثناء سائر المزايا من نشاط معين.
- مشاكل صفية في المدرسة تتمحور حول سلوكيات التركيز الشخصي والرغبة في التصرفات التي تروق لمزاجهم بغض النظر عن تعليمات المعلم.

واضطراب التوحدى هو خلل كيفي في تكوين وتبادل العلاقات الإجتماعية، قصور حركي وقصور في التواصل غير اللفظي ويعاني من صعوبات تخاطب واضطرابات في الكلام رغم النمو الشبه طبيعي في تكوين حصيلة لغوية وتظهر لدى الطفل ذو متلازمة إسبرجر مظاهر سلوكية نمطية مثل انهماك مستمر بأشياء مادية .

وفى هذا الصد تشترك متلازمة أسبرجر في عديد من أعراض اضطراب التوحد، ولكنها تظهر أقل شدة، إن كليهما يشتركان في وجود عجز شديد في التواصل الاجتماعي والاتصال والسلوكيات والاهتمامات غير الطبيعية والقيام بأعمال نمطية متكررة وروتينية إلى جانب فقدان القدرة على التخيل . إلا أن المصابين بمتلازمة أسبرجر يتمتعون عادة بدرجة ذكاء طبيعية، ولا يواجهون تأخراً في اكتساب القدرة على الكلام من حيث المفردات والقواعد أو في قدرتهم على الاعتماد على النفس.. وتعد متلازمة أسبرجر أكثر شيوعياً من اضطراب التوحد وتحدث فى (٢٦-٣٦) من كل (١٠,٠٠٠) مولود وهي مشابهه لاضطراب التوحد من حيث شيوعها بين الذكور أكثر من شيوعها بين الإناث بنسبة ١:٤

ويظهر التوحد في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل بينما لا يكتشف الإسبرجر إلا بعد السنة السادسة، وما فوق من عمر الطفل. ويتميز التوحد بقصور واضح في اللغة وفي تكوين حصيلة لغوية بينما يتمتع الإسبرجر بحصيلة لغوية لا بأس بها مع أنه يعاني من صعوبات في التخاطب والتعبير. وأن الطفل ذوى اضطراب التوحد منغلق على نفسه تماما بينما طفل الاسبرجر يحس بمن حوله ويتعرف عليه ولكنه يعجز عن تكوين علاقات.

والفروق بين متلازمة اسبيرجر واضطراب التوحد يوضحها الجدول التالى

م	التوحد	اسبيرجر
١	يعانى نحو ٧٥-٧٧٪ من الأفراد المصابين بالتوحد من تخلف عقلى (إعاقة عقلية).	يتمتع الأفراد المصابين باسبيرجر بقدرات ذكاء طبيعية أو ما يفوق ذلك.
٢	يعانى الأفراد المصابين بالتوحد من قصور فى النمو اللغوى.	يتمتع الأفراد المصابين بأسبيرجر بقدرات لغوية عادية.

٣	الأهداف المتوقع تحقيقها مع الأفراد التوحديين من خلال البرامج العلاجية لا تتمع بإيجابية كبيرة.	الأهداف المتوقع تحقيقها مع الأفراد المصابين باسبيرجر من خلال البرامج العلاجية تتمع بإيجابية كبيرة.
٤	قد يعانى الأفراد المصابين بالتوحد من انتكاسات.	ليس هناك أى حالات موثوقة عن الاسبيرجر تبين حدوث انتكاس.
٥	تظهر الاضطرابات العصبية لدى الأفراد المصابين بالتوحد.	تظهر الاضطرابات العصبية لدى الأفراد المصابين بأسبيرجر بشكل أقل من ذوى التوحد.

وكما هو الحال بالنسبة للأطفال ذوى اضطراب التوحد فإن الأطفال الذين يعانون اضطراب أسبرجر لديهم ثلاثة أعراض رئيسة من أعراض اضطراب النمو المنتشرة.

المعايير التشخيصية لإضطراب أسبرجر

أ- قصور كمي في التفاعل ألإجتماعي في مجالين من المجالات الآتية:

١- قصور ملحوظ في إستعمال السلوكيات غير التخاطبية – تواصل غير كلامي- كالتواصل عبر النظر من خلال العينين (التعبير الوجهي، أو التعبير من خلال حركة الجسم، او من خلال الإيماء لتأمين التفاعل ألإجتماعي)

٢- فشل في إقامة تواصل مناسب مع الأتراب من المستوى النمائي المشابه.

٣- فقدان السعي التلقائي لمشاركة الغير متعة الإهتمامات والنشاطات (عدم المبادرة بأية سلوكيات تظهر المشاركة في النشاطات المطروحة)

٤- فقدان الشعور بالمشاركة في مبادلة المواقف العاطفية والإجتماعية (أخذا وعطاءا)

ب- محدودية تكرار السلوكيات النمطية، في الإهتمامات والنشاطات في إحدى المجالات التالية على ألأقل)

١- الإنهماك في تكرار سلوك عشوائي أو أكثر، وحصرية التمسك بإهتمامات غير طبيعية من ناحية التعلق الشديد بسلوك معين والتركيز عليه.

٢- التعلق المطلق دون مواربة قي سلوكيات أقرب ما تكون من الروتين السلوكي او الطقس الممارس.

٣- أداءات حركية نمطية وعشوائية متكررة ومتلاحقة (كبرم ألأصابع ،أو التلويح بالكفين، أو حركات متكررة متشابهة لكافة محاور الجسم)

٤- التعلق الشديد بأحد أجزاء ألأشياء.

ج- يؤدي ألإضطراب إلى خلل شديد في العلاقات ألإجتماعية وغير ذلك من النشاطات الوظيفية المهمة

د- ليس هناك من تأخر نمائي ملحوظ في مجال اللغة (كاستعمال جملة من كلمة واحدة في السنة الثانية من العمر والتمكن من صياغة جمل في السنة الثالثة من العمر)

ه- ليس هناك من تأخر نمائي ملحوظ في مجال المعرفة او في إكتساب مهارات الحياة اليومية أو السلوكيات التكيفية (ما عدى تلك المتعلقة بالتبادل ألإجتماعي) إضافة إلى ما يتميز به الطفل من حب للأستطلاع لما حوله

و- إنعدام مواصفات الإضطراب النمائي أو تلك المتعلقة بانفصام الشخصية

٤-اضطراب التوحد غير النمطى

يمثل عادة الاضطراب الأكثر تشخيصاً بين الاضطرابات النمائية الشاملة. ونظراً للغموض وصعوبة هذا التشخيص لم تتمكن كثير من الدراسات من توفير معلومات ثابتة محددة عن مدى انتشار هذا الاضطراب، إلى أنه تم التوصل إلي اضطراب التوحد غير النمطى بأنه الأكثر شيوعاًمن الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى.

ويتم تشخيص هذا الاضطراب عند وجود بعض ملامح التوحد في الفرد، وليس جميع معايير التشخيص بالتوحد. بكلمات أخرى يكون الفرد توحدياً تقريباً ولكن ليس بالدرجة الكافية لتشخيص حالته بالتوحد.

وبالرغم مما يواجهه المصابون بالتوحد غير النمطى من صعوبات على صعيد التفاعل الاجتماعي، واللغوي والتواصل غير اللفظي واللعب إلا أنها أعراض أقل شدة من أعراض التوحد، وتظل لديهم القدرة على التفاعل الاجتماعي بدرجة تحول دون تشخيصهم بالتوحد هذا بالإضافة إلى أن الأطفال ذوى التوحد غير النمطى في معظم الأحيان من الفئات ذات الأداء العالي أي لديهم قدرات إدراكية طبيعية (وفاء الشامي، ٢٠٠٤)

إضافة إلى الإضطرابات النمائية النمطية هناك إضطرابات أخرى تشابه اضطراب التوحد مثل:

٥-متلازمة الكروموسوم إكس الهش Fragile X Syndrome

يعد ثاني أثر مسبب للتأخر العقلى بعد متلازمة التثلث الصبغي، ويتسبب في هشاشة الكروموسوم إكس تمدد مكون عضوي Methylated على الكروموسوم إكس ويمكن التحقق من ذلك عبر إجراء فحص على DNA المرتبط بهذا الكروموسوم.

وقد بينت الأبحاث التي أجريت على إنتشار متلازمة كروموسوم إكس ألهش أن هناك تبين أن مابين ٥-١٠٪ من المصابين تتوفر لديم معايير تشخيص التوحد وتبين من جهة أخرى أن ٢٠٪ من مصابي التوحد مصابين لديهم كروموسوم إكس الهش، وهناك تداخلا في نسب ألإصابة بالمتلازمة والتوحد إلى نسب عالية.

وهذه المتلازمة عبارة عن اضطراب جينى فى الكروموسوم الجينى الأنثوى (X) وهؤلاء الأطفال لديهم تخلف عقلى بسيط أو متوسط، ولديهم استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت وضعف فى الاتصال البصرى بالآخرين والحركات الإشارية والجسمية الغريبة وعض اليدين ومشاكل سلوكية أخرى وتأخر فى النمو اللغوى، وللتمييز بين التوحد ومتلازمة الكرموسوم (X) نلاحظ الفروق لدى ذوى هذه المتلازمة تكمن فى المواصفات الجسمية غالباً فهم ذوى جبهة عريضة وعالية وعيون ساكنة وأذنين كبيرتين ووجه طويل وقدمان مسطحتان وأحياناً صمامات قلب غير عادية نسبياً.

٦-اضطراب قلة التركيز Attention deficit disorders:

حالة نفسية عصبية تتميز بوجود مدى تركيز ضعيف عند الطفل المصاب أقل مما هو متوقع لمن هم في عمره، ويصاحبه نشاط حركي زائد وسلوكيات متهورة، وأن هذه الأعراض تظهر دون سن السابعة في كثير من الأطفال المصابين، وإن كان اكتشافها يزداد بعد دخول الطفل المدرسة. وفي السنوات الأخيرة أزداد عدد الحالات المكتشفة في العالم، وقد لوحظ أنه يصيب الذكور عشر أضعاف إصابة الإناث تقريباً وأسبابه غير معروفة ولكن تتركز على إصابات الجهاز العصبي

وقد قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM- IV) بوضع قواعد للتشخيص حيث قسمت إلى ثلاث أنواع (لسيطرة مجموعة من الأعراض) وهي

١- عدم القدرة على التركيز: لا يستطيع التركيز في عمل ما لمدة طويلة، كما يمكن بسهولة قطع تركيزه ولفت انتباهه مما يجعله لا يتم ما يقوم به من أعمال، كما لا يستمع لك عندما تحدثه، وعندما يسمعك فإنه يقوم بجزء من العمل المطلوب منه.

٢- النشاط الزائد: الطفل لا يعرف الجلوس مستقراً في المنزل أو السيارة، كثير الحركة بدون هدف، يجري ويتسلق الجدران ويتكلم كثيراً.

٣- سلوكيات متهورة: الطفل لا يطيق الانتظار لأخذ دوره مثلاً، يقوم بإزعاج الآخرين ومضايقتهم ومقاطعتهم ويجيب عن السؤال قبل إكماله.

٤- صعوبات اللغة والتعلم، وغيرها.

□

٨

□

نماذج لبعض اختبارات تشخيص اضطراب التوحد

□

٨-أمثلة من الاختبارات التي تستخدم في تشخيص التوحد

نظرا لأن التوحد اضطراب له انعكاساته السلوكية ويجب أن يتحقق بمجموعة من المظاهر السلوكية حتى يتم التشخيص ، فقد اهتم كثير من الباحثين في مجال التوحد بتطوير عدد من الاختبارات على شكل قوائم ملاحظة وتقديرات سلوكية ، ومن الأمثلة على هذه الاختبارات ما يلي :

١- قائمة السلوك التوحدي (Autism Behavior Checklist)

تضم(٥٧)فقرة موزعة على خمسة أبعاد رئيسية هي الإحساس Sensory والعلاقات Relation واستخدام الجسم والأشياء Body and Object واللغة language والمساعدة الذاتية Self help ولتقدير الفرد التوحدي على هذه القائمة فإن الإجابة على كل فقرة تكون بنعم أو لا، ولكل صفة في حال وجودها وزن محدد مسبقاً يتراوح بين (١-٤) وعندما ترتبط الصفة بالسلوك التوحدي بأعلى درجة يكون التقدير (٤) وفي حال ارتباط الفقرة بدرجة قليلة يكون التقدير (١) وهكذا . وللقائمة معايير حيث تشير الدرجة النهائية (٦٧) إلى الإصابة بالتوحد والدرجة من (٥٣-٦٦) إلى احتمالية الإصابة بالتوحد أو ما يعرف بالصفات التو حدية بينما تشير الدرجة أقل من ٥٣ لعدم وجود صفة التوحد لدى الفرد .

وقد قام الصمادي (Smadi,1985) بتعريف هذه القائمة واستخراج دلالات الصدق والثبات لها في البيئة الأردنية، إذا توفرت في القائمة المعربة دلالات الصدق التمييزي من خلال قدراتها على التمييز بين التوحد، والإعاقة العقلية الشديدة، والعاديين، وتوافر فيها صدق المحتوى من خلال إجراءات التطور . وتراوح معامل الثبات للقائمة بالطريقة النصفية (.81-.83) وباستخدام اتفاق المقيمين بين (.095-.69) .

٢ ـ الصورة العربية من مقاييس تقدير التوحد الطفولي (CARS)

تم تطوير الصورة القاسية من هذا المقياس من قبل فريق من الباحثين في برنامج التدريس المنظم (TEACCH) عام (١٩٨٠) في الولايات المتحدة الأمريكية، ويتكون المقياس من (١٥) موزعة على المجالات التالية : الانتماء للناس، والتقليد والمحاكات، والاستماع، والاستجابات الحسية، والخوف، والقلق، والتواصل اللفظي، والتواصل غير اللفظي، ومستوى النشاط، والقدرات العقلية، والانطباعات العالية .

ويتم تقدير الفقرات حسب شدتها من (١-٤) ؛ الدرجة (٤) تمثل السلوك بدرجة غير عاديه بينما الدرجة (١) فتمثل السلوك بدرجة عادية وتشير الدرجة الكلية من (٣٠-٣٦) إلى التوحد بدرجة بسيطة إلى متوسطة، والدرجة أكبر من (٣٦) إلى التوحد بدرجة شديدة، وأقل من (٣٠) إلى عدم الإصابة بالتوحد.

وقد تطور كل مكن الشمري والسرطاوي، (٢٠٠٢) صورة معربة من القياس تتوافر فيه دلالات صدق وثبات مقبولة ؛ إذا تمتعت القائمة بصدق المحتوى بالإضافة، إلى الصدق التمييزي من

خلال القدرة على التمييز بين الأفراد العاديين والأفراد التوحديين، والأفراد المعوقين عقليا بدرجة بسيطة، كما تمتع المقياس بالصدق العاملي من خلال تشبع جميع الفقرات بالقياس في المقياس بعامل واحد يفسر ما نسبته (7.87%) من التباين بالإضافة إلى دلالات ثبات مرتفعة من خلال الاتساق الداخلي (.٧٩٠-٩٦.) والطريقة النصفية (٩٣,٠)

اضطراب التوحد وفقا لمقياس كارز
إقامة العلاقة مع الناس: يشمل إقامة التواصل والتبادل في المواقف المختلفة ومع الناس ومن حوله (وحده –عزلة–تجنب –ابتعاد –انطواء–افتقاد القدرة على الاستجابة
القدرة على التقليد والمحاكاة : تشمل كيفية تقليد الطفل للأفعال اللفظية وغير اللفظية بشرط أن تكون فى حدود قدراته ويقيم هذا البند قدرة الطفل أو المراهق على تقليد لامجرد أداء المهام أو السلوك المطلوب
الاستجابة العاطفية : تشمل تفاعل الطفل للمواقف السارة وغير السارة والكيفية التى يظهر بها الطفل هذه العواطف ومدى تناسبه وملائمتها للمواقف (لاحظ الضحك الشديد بدون معنى أو بدون سبب أو إستجابة منفصلة عن الواقع)
استخدام الجسم: تشمل تناسق وتآزر وملائمة الجسم وحركاته وتقييم الإنحراف مثل الدوران والاهتزاز باستمرار والمشى على الأطراف وإتخاذ الأوضاع وإيذاء الذات (ويشمل السلوك النمطى والتكرار فى اللعب أو الأنشطة واستشعاره النفسى –خبط الدماغ– اللعب فى ا؟لأعضاء التناسلية، الهرش أو حك الجسم، قرص الجلد وتحريك اليدين ورفرتهما)
استخدام الأشياء: تشمل هذه الفقرة الاهتمام المناسب الذى يبده الطفل المراهق بالألعاب والأشياء وغيرها من حوله وطريقته فى التعامل معها واستخدامه لها
التكيف والتأقلم: تشمل صعوبات النطق أو المراخق فى قبول التغير أو التكيف للموقف بعد تغير النشاط أو السلوكيات والأنماط الت تعود عليها هذه السمة التى ترتبط بالصعوبات السابقة (الإصرار على ثبات الظروف والروتين وعدم التغير)
الاستجابة البصرية: تقيم أنماط الانتباه البصرى لاغير المألوفة أو غير الطبيعية أو الشاذة وذلك عندما يستجيب الطفل أو المراهق إذا ما طلب منه النظر للأشياء أو المواد
استجابة الإنصات (الاستماع) : تقييم أية استجابات يبدلها الطفل أو المراهق ويبدو خلالها كأنه ينصت ويستمع باهتمام مع عدم أى مؤثرات صوتية وتقيم كذلك أية استجابات غير عادية للأصوات الإنسانية أو غيرها يهتم بها
استجابة استخدام التذوق والشم واللمس: يشمل هذا السلوك استجابة الطفل أو المراهق للمثيرات الحسية (بما فيها المؤلم) وقيم هنا الاستخدام المناسب لطرق الإحساس هذه انخفاض الاستجابة للألم
الخوف والعصبية: يشمل هذا السلوك الذي يظهر الخوف والقلق والتوتر والعصبية بدون أسباب

اضطراب التوحد وفقا لمقياس كارز
مناسبة واضحة كما أنه يسجل كذلك عدم وجود أو غياب الخوف فى الظروف التى يفترض أن الطفل أو المراهق (من نفس السن يظهرها
الاتصال اللفظي: يشمل هذا التقييم كل مظاهر نطق كلام ولغة وحديث الطفل أو أو المراهق ليس فقط من حيث وجود وتأخر الكلام ولكن أيضا يشمل الغربة والشذوذ وأو الخروج عن الألوف فى الحديث والكلام

٣ ـ القائمة التشخيصية للأطفال المضطربين في السلوك (E2)

تم تصميم القائمة في صورتها الأولية من قبل رملاند عام (١٩٦٤) ونشرت الصورة الثانية عام (١٩٧١) وهي قائمة استرجاعية تحتوي على (٨٠ سؤالاً) تعبر عن خصائص النمو المبكر للأطفال في السنوات الأولى من العمر. وميزت القائمة بين فئات التوحد المختلفة. وتتراوح درجات هذه القائمة بين (−٤٥) إلى (+٤٥) بمتوسط حسابي (−٢) لدرجات الأطفال التوحديين حول العالم .

ويوجد لهذه القائمة معايير خاصة في معهد أبحاث التوحد الأمريكي يتم من خلالها حساب الدرجات وتقسيم الأطفال التوحديين إلى ثلاث فئات هي :

ـ التوحد التقليدي (الكلاسيكي) : ونسبتهم قليلة تتراوح بين (٥−١٠٪) فقط وتكون درجاتهم على القائمة أكبر من (+٢٠) .

ـ التوحد : ويشمل معظم الأطفال التوحديين وتتراوح درجاهم على القائمة بين (−١٥) إلى (+١٩) .

ـ الصفات التوحدية : وتشمل الأطفال الذين لا تنطبق عليهم صفات التوحد ولكن لديهم خصائص توحدية ودرجاتهم على القائمة أقل من (−١٦) .

وتدل الدرجة على هذه القائمة على عدم وجود التوحد وأن الأطفال الذين يحصلون على مثل هذه الدرجات لا يستفيدون من البرامج التربوية المقدمة للأطفال التوحديين .

وتمتعت القائمة بدلالات صدق وثبات مقبولة كما حظيت بشهرة واسعة، وترجمت إلى العديد من اللغات منها اللغة العربية .

هذا، وقد تم استخدام هذه القائمة لأكثر من أربعين بلداً في العالم لتشخيص الآلاف من الأطفال التوحديين حيث يتم تصحيح القوائم واستخراج الدرجات اعتماداً على المعايير المحفوظة لدى معهد أبحاث التوحد الأمريكي

وتجدر الإشارة هنا إلى أن الصورة العربية من هذه القائمة أعدتها أكاديمية التربية الخاصة بالمملكة العربية السعودية.

٤ـ مقياس جيليام Gilliam التقديري لتقدير أعراض اضطراب التوحد (تعريب عادل عبد الله محمد ٢٠٠٥) ويضم هذا المقياس أربع مقاييس فرعية يتألف كل منها من ١٤ عبارة ليصل بذلك

إجمال عدد عباراته إلى ٥٦ عبارة . وتصف العبارات التي يتضمنها كل مقياس فرعي الأعراض المرتبطة باضطراب التوحد فيما يتعلق بهذا الجانب أو ذلك .

ويعرف المقياس الفرعي الأول بالسلوكيات النمطية، ويضم العبارات الأربع عشرة الأولى أي العبارات (١-١٤) وجميعها تصف ما يصدر عن الطفل من سلوكيات نمطية، واضطرابات الحركة، وغيرها من الاضطرابات الأخرى الغريبة والفريدة التي يمكن أن يتعرض لها هذا الطفل لها .

أما المقياس الفرعي الثاني الذي يعرف بالتواصل فيضم العبارات الأربع عشر الثانية أي العبارات (١٥- ٢٨) والتي تصف جميعها السلوكيات اللفظة وغير اللفظية التي تمثل أعراضاً لاضطراب التوحد . بينما يمثل المقياس الفرعي الثالث من هذه المقاييس في التفاعل الاجتماعي ويضم العبارات الأربع عشر الثالثة ؛ أي العبارات من (٢٩-٤٢) والتي تعمل جميعاً على تقييم قدرة الطفل على أن يتفاعل بشكل ملائم مع الأفراد، والأشياء، والأحداث، ويضم المقياس الفرعي الرابع والذي يسمى بالاضطرابات النمائية العبارات الأربع عشر الأخيرة أي العبارات من (٤٣-٦٥) ويتناول أسئلة هامة وأساسية عن نمو الطفل خلال طفولته المبكرة .

ومن الملاحظة أن كل مقياس فرعي من المقاييس الأربعة يمثل اختباراً مستقلاً في ذاته .

ويمك بالتالي أن يتم تطبيقه بمفرده دون سواه في البحوث المختلفة وذلك وفقاً لأهداف كل بحث وإن كان من الأفضل ومن الأكثر أهمية أن يتم تطبيق هذه المقاييس الفرعية الأربعة معاً بقدر الإمكان .

وفيما يتعلق بالمقاييس الثلاثة الفرعية الأولى فإنه توجد أربع اختيارات أمام كل عبارة هي (نعم - أحياناً - نادراً - لا) تحصل على الدرجات (١-٢-٣- صفر) على التوالي .

ويقوم أحد الوالدين أو أحد القائمين على رعاية الطفل ممن يعدون وثيقي الصلة به بالاختيار بينهما، وذلك في ضوء ملاحظتهم لما يصدر عنه من سلوكيات علماً بأنه توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة لكن المهم أن تعبر كل عبارة بصدق ودقة عما يصدر عنه من سلوكيات، ومن ثم يجب أن تتم الإجابة عن جميع العبارات المتضمنة، وإن كان هناك شك في إحدى العبارات يتم تأجيلها للنهاية حتى تتم ملاحظة سلوك الطفل بخصوصها من جديد .

أما عن كيفية تحديد الاستجابات فإنها تتم وفقاً لما يلي :

١ - يدل الاختيار (لا) على عدم ملاحظ السلوك لدى الطفل .

٢ - يدل الاختيار نادراً على أن الطفل يظهر السلوك نفسه ما بين مرة واحدة إلى اثنتين في غضون ست ساعات .

وعلى هذا الأساس يقوم أحد الوالدين أو القائم على رعاية الطفل أو المعلم أو الأخصائي بوضع علامة (✓) أما العبارة في الخانة التي يرى أنها تعبر بدقة عن سلوك الطفل وفقاً لملاحظته المستمرة عما يصدر عنه من سلوكيات في الظروف العادية أي في غالبة المواقف، ومع غالبية الأفراد الذين يألفهم، وعند مشاركته في الأنشطة اليومية المعتادة .

ووفقاً لذلك فإن درجة كل مقياس فرعي تتراوح بين (صفر ـ ٤) درجة، تدل الدرجة المرتفعة على زيادة احتمال وجود اضطراب التوحد لدى الطفل، والعكس صحيح .

وبذلك فإن درجات هذا المقياس الفرعية الثلاثة تتراوح بين المواقع بين (صفر –١٢٦) درجة . أما بالنسبة للمقياس الفرعي الرابع والخاص بالاضطرابات النمائية فيوجد اختباران فقط أمام كل عبارة هما (نعم، لا) تحصل على الدرجتين (١ ـ صفر) على التوالي بحيث تحصل العبارة على درجة واحدة للاختبار الذي تمثله العلامة (+) ويحصل بالتالي على (صفر) إذا كانت تمثله العلامة (-) ويقوم أحد الوالدين أو أحد القائمين على رعاية الطفل ممن هم على دراية تامة به بالإجابة عليه وذلك بوضح علامة (✓)مام العبارة وذلك في الخانة التي تعبر بدقة وصدق عن حالة الطفل. ومن ثم إن درجة هذا المقياس الفرعي تتراوح بين –١٤ درجة وهو الأمر الذي يجعل الدرجة الكلية لهذا المقياس بما يضمه من مقاييس فرعية أربعة تتراوح بين (صفر–١٤٠) درجة. ويتم بعد ذلك القياس بحساب معامل التوحد ورتبته الميئينة .

٤–قائمة أبعاد السلوكيات النمطية والتواصل والتفاعل الاجتماعي" وشمل ثلاثة مكونات

أولا: السلوكيات النمطية: وتشمل

قائمة السلوكيات النمطية
١– يتجنب أن تلتقي عيناه مع الآخرين (حيث ينظر بعيداً عندما يقوم أحد الأشخاص بالتحدث معه والنظر إليه)
٢– يحملق فى الأيدى أو الأشياء أو تلك العناصر التى توجد فى البيئة لفترة لاتقل عن خمس سنوات على الأقل
٣– يضرب أو ينقر نقراً خفيفا وسريعاً بالإصبع أمام العين لمدة خمس ثوان أو أكثر.
٤– يتناول طعاماً معيناً دون سواء ويرفض أو يأكل ما يقوم معظم الناس عادة بتناوله
٥– يلعق أو يلحس أشياء معينة لايتم تناولها كالأيدي واللعاب والكتب وغيرها على سبيل المثال
٦– يشم أو يستنشق الأشياء كالألعاب والأيدى والشعر
يقوم بالدوران السريع أو التحرك على شكل دوائر
٧– يعمل على تدوير الأشياء التى لم يتم تصميمها فى الأصل لذلك كأطباق الفناجين أو الأكواب وغيرها
٨– يتأرجح أو يهتز للخلف وللأمام عندما يكون جالسا أو واقفا
٩– يتحرك بشكل سريع كالسهم عندما ينتقل من مكان لآخر
١٠– يسير على أطراف أصابعه عندما يتحرك من مكان إلى آخلا كما يقف أيضا من جهة أخرى على أطراف أصابعه عندما يكون واقفا فى مكانه
١١– يرفرف بذراعيه أو حتى بأصابعه
١٢– يصدر أصواتا عالية فى سبيل تحقيق الإثارة الذاتية
١٣ يحاول أن يقوم بإيذاء ذاته بأساليب مختلفة كأن يصفح نفسه أو يضرب نفسه فى اى شئ أو يعض نفسه

وفى هذا الشأن يكون للطفل التوحدى عادة سجلاً محدوداً من نوعيات السلوك والإهتمامات والنشاطات التى يمارسها بصورة متكررة ورتيبة، ومثال ذلك الإنهماك فى أنشطة كتدوير عجلة سيارة من لعب الأطفال، أو وضع جميع اللعب فى صف طويل وراء بعضها البعض بشكل متكرر وتجنب اللعب الذى يعتمد على توزيع الأدوار بشكل عفوى ومتنوع وعلى الخيال. American (Psychiatric Association (1994)

ومن المعتاد أن يصبح الطفل التوحدى حبيساً لعادات شديدة التعقيد وإجراءات رتيبة يجب تكرارها بدقة تامة فى كل مرة، وقد يؤدى الخروج عن هذا الروتين أو هذه الطقوس إلى ثورة من الغيظ اليائس أو الغضب العارم، ويجد التوحدى عامة صعوبة كبيرة فى تقبل التغيرات أياً كان نوعها، كأن ينقل شيئاً من مكانه المعتاد أو أن يدخل تعديلاً على فى الخطوات المعتادة لإجراء أى عمل (Fombonne ,2003) ومن فإن هناك كثير من الأشياء التى تحوز على اهتمام الطفل التوحدى فقد يصر التوحدى على القيام بحركات متكلفة أو طقوس معينة أو أنماط متكررة من الحركات ليست ذات هدف محدد وقد تتميز اهتمامات ذوى اضطراب التوحد على التعلق بالأشياء اللامعة والأشياء التى تتحرك حركة سريعة من حولهم، ويبدى من ذوى اضطراب التوحد أشكالا سلوكية ذاتية الدافع تتنوع من التلويح باليدى أمام الأعين إلى وضع أيديهم على الأشياء، ويستغرق القيام بتلك الاهتمامات والأنماط من السلوك وقتاً طويلاً مما قد يعيق عملية تعليم الفرد أو الطرق الأخرى المناسبة للتصرف (McEachin,,Smith& Lovaas 1993)

ثانياً : سلوكيات التواصل: وشمل

سلوكيات التواصل
١- يكرر الكلمات التى يسمعها إما بطريقة لفظية أو مستخدما الإشارات المختلفة
٢- يكرر كلمات غير موجودة فى السياق الحالى للحديث حيث يكون قد سمعها قبل أن يبدأ الحوار أى منذ أكثر من دقيقة
٣- يكرر الكلمات والعبارات مرارا وتكرارا
٤- يتحدث (أو يستخدم الإشارات) بعاطفة فاترة أو بأنماط كلامية غير متوازنة أى لاتحدث على نحو إيقاعى
٥- يستجيب للأوامر البسيطة (مثل إجلس، لا، قف، أو ما إلى ذلك بشكل مناسب
٦- ينظر بعيدا عن المتحدث أو يتجنب النظر إليه عندما يناديه هذا المتحدث باسمه
٧- يتجنب طلب الأشياء التى يريدها والسؤال عنها
٨- غير قادر على أن يبادر بالتحدث إلى الأقران أو الراشدين
٩- يستخدم (نعم) و (لا) بشكل غير ملائم حيث يقوم باستخدام (نعم) عندما تسأله إذا ماكان يريد

سلوكيات التواصل
شيئا بغيضا أو كريها ويقوم باستخدام (لا) عندما تسأله إذا ماكان يريد لعبة مفضلة له أو شيئا يثير بهجته مثلا
١٠- يستخدم الضمائر بصورة غير ملائمة (فيشير إلى نفسه على أنه هو أو هى مثلا)
١١- يستخدم الضمير (أنا) بشكل خاطئ فلايشير به إلى نفسه
١٢- يستخدم الإيماءات بدلاً من الحديث والكلام أو الإشارات وذلك حتى يتمكن من الحصول على مختلف الشياء
١٣- يجيب بشكل خاطئ عن تلك الأسئلة التى تتعلق بموقف معين
١٤- يردد أصواتاً غير واضحة ولامفهومه مرات ومرات

وفى ضوء مكونات هذه القائمة فإن ذوى اضطراب التوحد يعانى من تأخر أو غياب فى نمو قدرته على الكلام ولايستعيض عتها بغيرها من أساليب التواصل غير اللغوية. وتصف عدد الأطفال ذوى اضطراب التوحد لايبدأون فى الكلام أبداً بينما ينقسم النصف الأخر إلى فئات شديدة التباين فيما بينها، فالبعض يستخدم بضعة كلمات والبعض الأخر يستخدم عدداً كبيراً من الكلمات وعلى نحو سليم إلا أنها فى أغلب الأحوال تكرار لعبارات جاهزة أو لأقوال صدرت عن أفراد أخرين وبصرف النظر عن المناسبة، وهناك قلة منهم تملك لغة حسنة التكوين ويتحدثونها بطلاقة، غير أنهم جميعاً يشتركون فى الإفتقار إلى القدرة على بدء حوار والاستمرار فيه، وفى خلل فى القدرة على فهم اللغة يبلغ أقصى مداه فى فهم المغزى العميق فى اللغة، وحتى فى حالة الأفراد الذين يملكون لغة غتية بالمفردات ويتحدثونها بطلاقة نجد أن إدراكهم للغة عادة مايكون مقتصراً على الفهم الحرفى والجامد للكلمات (الفرحاتى السيد،٢٠٠٩ :٤٩)

غير أن بعض الأطفال ذوى اضطراب التوحد يستخدمون أحياناً بعض صور التواصل غير اللفظي فمثلاً قد يسلكون مثل الأطفال الصغار فيلجأون إلى البكاء أو الصياح، كي ينبهوا الآخرين أنهم يريدون شيئاً، وفيما عدا صور الصياح أو البكاء فإنهم لا يعطون أي مؤشرات أخرى تكشف عن الشيء الذي يريدونه تحديداً، أو يصبح الأمر مرهوناً بتخمين الآباء، وهذه وسيلة تشبه ما يفعله طفل عادي رضيع.

وعلى الرغم من كل هذا فقد بذلت بعض محاولات لتعليم الأطفال ذوى اضطراب التوحد أساليب تواصل غير لفظي. وهناك ما يشير إلى أن بعضاً من الأطفال ذوى اضطراب التوحد حتى بالنسبة للحالات الشديدة منهم يمكن أن يتعلموا التعبير عن الحاجات الأساسية باستخدام الإشارات والرموز، وأن ذلك التحسن يمكن أن يقود إلى النمو في لغتهم المنطوقة.

ثالثاً : سلوكيات التفاعل الاجتماعي: وتشمل

سلوكيات التفاعل الاجتماعى
١- عادة ما يتجنب الطفل إلتقاء الأعين حيث ينظر بعيداً عندما يحاول أحد الأشخاص أن ينظر إليه.
٢- يبدو غير سعيد حتى عندما نقوم بمدحه والثناء عليه أو نستخدم البشاشة معه أو نعمل على تسليته
٣- يقاوم الإتصال الجسدى من جانب الآخرين (فلايحب أويقبل على العناق أو الربت على الكتف أو أن يقوم أحد الأشخاص بحمله أو غير ذلك من هذه الأنماط السلوكية
٤- لايقوم بتقليد الآخرين فى مواقف اللعب
٥- ينسحب من الواقف الجماعية أو يبقى بعيدا عن الآخرين ويظل متفظا من الاقتراب منهم
٦- يسلك طريقة تعكس خوفه غير المبرر
٧- يبدو غير ودود حيث لاتعكس ايتجاباته أى ود للآخرين فلايعمل على تقبيلهم أو عناقهم على سبيل المثال
٨- لايبدى أى اشارات تدل على عيه بوجود شخص آخر معه فى نفس المكان
٩- يضحك ويقهق ويصيح بصورة غير ملائمة
١٠- يستخدم الأشياء المختلفة أو الألعاب التى توجد أمامه بشكل غير ملائم (فيجعل السيارة تدور بشكل سريع أو يقوم بتفكيك تلك الألعاب بدلا اللعب بها)
١١- يؤدى أشياء معينة بشكل متكرر بحيث يبدو وكأنه يحافظ على طقوس معينة
١٢- يشعر بالانزعاج عندما يحدث أى تغير فى الروتين اليومى المعتاد له
١٣- عندما نصدر له أى أوامر أو تعليمات أو نطلب منه القيام بأشياء معينة فإنه عادة ما يستجيب لذلك سلبيا أو ما يتعرض لنوبات مزاجية على اثر ذلك

**

ولا شك أن غياب التبادلية في عملية التفاعل الاجتماعي هي العنصر الأساسي في تخلف السلوك الاجتماعي لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد، وذلك نظراً لأنهم يعجزون عن التنبؤ بما سيفعله الآخرون، كما أنهم يبدون غير قادرين على تعديل سلوكهم بما يساير سلوك الآخرين.

وينبغي أن تركز برامج التدخل المبكر التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال على تنمية وتطوير مهاراتهم المختلفة كالمهارات الاجتماعية على سبيل المثال، ومهارات الحياة اليومية كي نساعدهم على التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم، وعلى أن يأتوا بالسلوكيات الاستقلالية٠ وبذلك نلاحظ أن برامج التدخل المبكر التي تكون موجهة نحو الطفل تهدف إلى تحقيق أحد هدفين يتمثل أولهما في التواصل، في حين يتمثل الثاني في التعلم أما البرامج الأخرى التي تكون موجهة نحو الوالدين والأسرة فتهدف إلى تعليم الوالدين وأعضاء الأسرة كيفية التغلب على تلك الصعاب والمشاكل التي يمكن أن تحول دون تحقيق أطفالهم للتواصل أو التعلم، وهو الأمر الذي تنطوي عليه البرامج

المجتمعية أيضاً، ولكن يزاد عليه في تلك الحالة العمل على دمج هؤلاء الأطفال مع غيرهم سواء من المعوقين أو العاديين.

٥-استبيان ظاهرة اضطراب التوحد

عناصر الاستمارة	دائما	احيانا	ابدا
١ – يستطيع الطفل إقامة علاقة مع الناس من حوله.			
٢ – يستطيع الطفل التقليد والمحاكاة.			
٣ – يستطيع الطفل التفاعل العاطفي مع المواقف السارة وغير السارة.			
٤ – يستطيع الطفل ممارسة الحركات الكبري (كالمشي والجري...) لما لديه من تناسق وتآزر بالجسد.			
٥ – يستطيع الطفل إستخدام الأشياء والإمساك بها .			
٦ – يستطيع الطفل تقبل تغير الأنشطة والأنماط التي تعود عليها والتكيف معها.			
٧ – يستطيع الطفل التواصل البصري.			
٨ – يستطيع الطفل القيام بالتواصل السمعي .			
٩ – يستطيع إستخدام حواس التذوق والشم واللمس كإستجابة للمثيرات.			
١٠ – الطفل لديه بعض الإضطرابات النفسية بدون أسباب (كالخوف والعصبية).			
١١ – يستطيع الطفل القيام بالتواصل اللفظي مع الآخرين.			
١٢ – يستطيع الطفل القيام بالتواصل الغير اللفظي مع الآخرين .			
١٣ – نشاط الطفل طبيعي في الأماكن والمواقف المختلفة.			
١٤ – مستوي الأداء الذهني العام للطفل طبيعي .			
١٥ – يستطيع القيام بالتطابق بين الأشكال .			
١٦ – يستطيع الطفل التخيل والتعبير عما يري.			
١٧ – يستطيع الرد بين الأشياء وتكوين علاقات وتمييزها .			
١٨ – يستطيع تنفيذ الأوامر البسيطة والمركبة .			
١٩ – يستطيع تنفيذ البدء في مهمة وإنهائها دون مساعدة.			
٢٠ – يستطيع الإعتماد علي النفس في تلبية إحتياجاته الأساسية.			
٢١ – يستطيع الإندماج الإجتماعي مع الآخرين والتفاعل معهم.			
٢٢ – يقوم الطفل بتجنب إلتقاء الأعين .			
٢٣ – يقوم الطفل بالتحديق بالأشياء لفترة لا تقل عن ٥ ثواني.			
٢٤ – يقوم الطفل بالنقر بأصبعه أو يده أمام عينه لفترة لا تقل عن ٥ ثواني .			
٢٥ – يقوم الطفل بأكل طعام معين ويرفض أكل ما يأكله أغلب الناس.			

٢٦ – يقوم الطفل بلعق الأشياء.			
٢٧ – يدير الطفل أشياء غير مصممه للتدوير (كأطباق– كأكواب).			
٢٨ – يهتز الطفل أثناء الوقوف او الجلوس (للأمام والخلف).			
٢٩ – يمشي الطفل بطريقة مختلفة (كالتبختر أو المشي علي أطراف الأصابع.			
٣٠ – يصدر الطفل أصواتاً حادة .			
٣١ – يصفع الطفل نفسه أو يضرب أو يعض كمحاوله لإيذاء النفس.			
٣٢ – يقوم الطفل بمحاولات إيذاء الآخرين.			
٣٣ – يكرر الطفل الكلام ويردد أصواتاص غير واضحة .			
٣٤ – يصدر الطفل إيماءات بتأثيرات ثابته وإيقاع غير جيد .			
٣٥ – يجيب الطفل بصور غير ملائمة علي الأسئلة الموجهة إليه.			

٩

مبادىء التدخل العلاجى لذوى اضطراب التوحد

٩-مبادئ التدخل العلاجى

هناك بعض الأمور المهمة التى يجب أخذها بعين الاعتبار عند تطبيق برامج التدخل مع ذوى اضطراب التوحد أهمها:

- البدء فى عمر مبكر مع الطفل لتعليمه وتدريبه لأنها تسهل عملية الاكتساب والتعلم.
- تحديد احتياجات الطفل الفردية من خلال أساليب التشخيص والتقييم المناسبة لهؤلاء الأطفال.
- تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنتظمة وبعيدة عن العمل العشوائى.
- مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردى وضمن مجموعة صغيرة.
- مراعاة أن يتم التعليم أو التدريب على مدار العام لأنه يجب التكرار المستمر وعدم التوقف لأن المتعارف عن الطفل ذوى اضطراب التوحد إنه يعانى من ضعف فى الذاكرة القصيرة والذاكرة الطويلة وإذا ترك فترة ولو بسيطة فإن الطفل ذوى اضطراب التوحد يتراجع.
- مراعاة تنويع أساليب وطرق التعليم لأن المتعارف عليه عن الطفل ذوى اضطراب التوحد أنه ملول لذلك يجب تغير طريقة التعلم باستمرار للمحافظة على عملية التواصل مع الطفل.
- مراعاة أن يكون الوالدين جزءاً من القائمين بالتدخل وتقديم المهارات الأكثر إلحاحاً فى عملية التعليم والتدريب كالبدء بالتدريب على التواصل والمهارات الاستقلالية والاجتماعية.
- التركيز على التخلص من العادات السلوكية الخاطئة وتدريبه على السلوكيات الجيدة وتحفيزه على الاستمرار عليها.
- ثم فى مرحلة لاحقة من عمر تدريب الطفل يجب الانتقال إلى المهارات الأخرى كالأكاديمية والرياضية والترويحية والمهنية وغيرها.
- مراعاة الفروق الفردية وعدم الإسراع بالطفل قبل التأكد من إنجاز المهامه الموكلة له وفى كل مرة تتم عملية الإعادة على جميع المهارات السابقة التى تم تدريب الطفل ذوى اضطراب التوحد عليها من قبل للتأكد إن الطفل ما زال ينجزها بنجاح.
- التدريس الفردى فى جلسات فردية مع عدم إهمال المشاركات الجماعية.
- تنظيم البيئة التعليمية بشكل يتيح عملية الحركة والانتقال بسهولة فى المكان.
- استخدام جداول عامة وجداول خاصة بالأنشطة لكل طفل وحسب قدراته.
- استخدام جداول وبطاقات للتواصل تناسب الأطفال مع تعميمها فى المدرسة والبيت.
- الاعتماد على خطة الطفل الفردية فى تعليمه وإكسابه للمهارات.
- الاهتمام بالجانب الترفيهى والرحلات والزيارات لربط الطفل بالمجتمع.
- متابعة وضع الطفل الصحى وما يطرأ عليه من تغيرات نتيجة تعاطى الأدوية أو الحمية الغذائية.
- لفت إنتباه الطفل قبل البدء بالتدريب من خلال استخدام أساليب ووسائل مناسبة له.
- أن يجلس الطفل بشكل صحيح.

- جلوس المدرب أمام الطفل أو خلفه أو بالقرب منه، وذلك حسب عمر الطفل أو نشاطه الحركى.
- التحدث معه بلغة مفهومه وبطيئة وواضحة. واستخدام تعليمات لفظية وأوامر واضحة وثابتة، ومحددة حتى فى تعابير وجهة وحركاته الجسدية.
- إعطائه الفرصة الكافية للاستجابة.
- عدم استخدام كلمة (لا) أثناء التدريب.
- الاهتمام بالتركيز البصرى للطفل أثناء جلسة التدريب.
- تشجيع الطفل على العمل ضمن حدود مدة إنتباه الطفل وتركيزه.
- استخدام المعزز الذى يحبه الطفل بعد كل نشاط يؤديه بنجاح، وتشجيع أى خطوة ناجحة ولو كانت بسيطة.
- أن ينتبه المدرب لمعانى التواصل الغير لفظية للطفل (تعابير الوجه، اليد، الرأس).
- أن يستخدم المدرب المساعدات بالتدريج "وحسب قدرة الطفل حتى يصل به إلى الاعتمادية ومن هذه المساعدات":
  - ✓ مساعدة جسدية.
  - ✓ مساعدة نموذجية.
  - ✓ مساعدة بالإشارة.
  - ✓ مساعدة لفظية.
- اختيار الوسائل والأنشطة والأساليب بما يتناسب مع قدرات وإمكانيات الطفل والعمل على تنمية هذه القدرات.
- مراعاة الحالة الانفعالية والنفسية للطفل أثناء التدريب.
- ألا تتجاوز عدد جلسات التدريب للطفل جلستين فى اليوم.
- عدم تفكيك الأنشطة وترتيبها أمام الطفل ووضعها فى الرفوف قبل أن يعمل بها أو بعد أن ينتهى منها.
- استخدام جدول العمل حسب قدرة الطفل (مجسم- ألوان- أرقام).
- أن يكون التركيز على النشاط وليس على سلوك الطفل.

أسباب ظهور سلوكيات غير مرغوب فيها أثناء جلسة التدخل لذوى اضطراب ذوى اضطراب التوحد:

- ✓ عدم معرفة الطفل ذوى اضطراب ذوى اضطراب التوحد ما هو المطلوب منه.
- ✓ إعطاء توجيهات لفظية كثيرة وسريعة للطفل.
- ✓ - كرة المشتتات البيئية مثل (الضوضاء) أو التغيرات الخارجية مثل (الظروف الجوية كالبرد أو الحر الشديد).
- ✓ الانتظار طويلاً قبل أو بعد أداء النشاط.

- ✓ إذا كانت الأنشطة المعروضة للطالب أصعب أو أقل من مستواه.
- ✓ قصور التواصل لدى الطفل.
- ✓ تغيير الروتين.
- ✓ عدم الثبات فى التعامل مع الطفل ووجود أكثر من شخص يعطيه التعليمات.
- ✓ عدم تنظيم البيئة.
- ✓ تغيير المعلم.

فاعلية نشاطات التدخل

إن الأطفال ذوى اضطراب التوحد لديهم مشاكل في التواصل والتعبير والفهم، هذه المشاكل تؤثر على حياة الطفل اليومية كما تمنعه من التفاعل مع المجتمع من حوله، كما أن إنعكساتها تؤثر على عائلته، وكما يقال فإن لكل مشكلة يوجد حلاً ما، فإن تلك الصعوبات لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد يمكن حلها أيضاً من خلال تعليمهم وتدريبهم على كيفية التحكم في المعوقات والسيطرة عليها، وهذا يحتاج إلى جهد وصبر ووقت الوالدين، وهنا سنحاول توضيح نقاط ست أساسية يمكن عن طريقها السيطرة كثير من المشاكل التي يمكن أن يواجهها الطفل ذوى اضطراب ذوى اضطراب التوحد مهما كان نوع هذه المشاكل.

النقطة الأولى: البدء في حل المشكلة خطوة خطوة Small steps

كل المعوقات يمكن التحكم فيها عندما نقوم بتجزئتها إلى أجزاء صغيرة، فعندما نريد تدريب الطفل المعاق وتعليمه سلوكيات جديدة فسيكون أمامنا معوّقات وحواجز، وعند تجزئتها فإن السيطرة عليها تكون أسهل والاستفادة منها أكثر مثل عندما نريد إطعام الطفل نوعاً جديداً من الغذاء ويقوم برفضه، فإن الحل يكون بالالتفاف على المشكلة، فعادة ما نبدأ بإعطائه قطعة صغيرة من الأكل الجديد تقدم بسهولة مع ما أعتاد عليه من أكل، ثم نزيد الكمية تدريجياً في كل مرة بقدر ضئيل وعلى مدى أسابيع حتى نصل إلى كمية مناسبة من ذلك النوع.

وفي هذا الشأن فإن البطء والتدرج هما مفتاح النجاح في هذه القاعدة، بدلاً من النظر إلى نقاط الفشل فيجب النظر إلى نقاط النجاح، وكلما أكتسب الطفل سلوكيات جديدة فإن ذلك يجعل التحكم في المعوقات أسهل، باستخدام حب الطفل لما أكتسبه من سلوكيات والتعبير عن توقعاتكم وإظهارها له.

فإذا كان التدريب على دخول الحمام مثلاً فيجب عليكم الطلب منه الذهاب للحمام قبل الخروج من المنزل، ويجب على الوالدين الحرص على تأكيد السلوكيات الجديدة وتكرارها وحثه عليها بالقول والعمل.

فإذا كان التدريب على النوم مثلاً فيجب إبلاغ الطفل بوقت كاف (وقت النوم بعد خمس دقائق) قبل أن تقول له (حان وقت النوم الآن) وإذا كان التدريب على الأكل مثلاً فيجب تذكيره قبل وقت

الغذاء (الليلة نحتاج إلى أكل ثلاث ملاعق من الفاصوليا) بدلاً من وضعها في الصحن دون سابق إنذار.

وكلما هيأت طفلك بهذه الطريقة لمعالجة مشكلة ما فستكون النتيجة أفضل والتقبل أكبر، ودائماً يجب أن نتذكر انه مع مواجهة الطفل للجديد من التحديات فيجب إضافة الكثير من الحب والحنان وإظهار ذلك، كما يجب عدم نسيان التشجيع والمكافئة مهما كان مستوى النجاح.

النقطة الثانية : وقت التدريب Floor time Training

عندما تطلب من الطفل الذهاب إلى الحمام بنفسه أو التحكم في النفس وعدم الرّقس والعّض فإنك تطلب منه ترك سلوكيات تعوّد عليها وأرتاح لها وإستبدالها بسلوكيات جديدة وغريبة عنه، فحتى الأطفال العاديين يقاومون ذلك ولا يرغبونه ويولد لديهم الشعور بعدم الأرتياح، أمّا الأطفال الذين لديهم إضطرابات شديدة ومتنوعة، فإن الأمر يكون مقلقاً لهم ويزيد عالمهم الداخلي إضطراباً، والتعود على السلوكيات الجديدة يولد كثير من مشاعر عدم الأرتياح، لذلك فإن الطفل يجب أن يحسّ بالأمان وأن يجد المجال لإخراج إنفعالاته، وزيادة وقت التدريب هو المجال الذي يمكن أن يساعده ويخفف عنه.

عندما تعمل مع طفلك على حل مشكلة ما فأعطي التدريب حقه من الوقت، لا تحاول توجيه العمل نحو المشكلة ذاتها ولكن أجعل الطفل يعمل ذلك (إذا كان يريد) بإعطائه الوقت الكافي لإظهار شعوره، كما سيزداد لديه الأحساس بالأمان ويجد طريقاً لإخبارك ما تريد معرفته أو الوصول له.

وقد نرى أحاسيس الحزن والغضب لأن طفلك لا تتاح له الفرصة لعمل الأشياء القديمة والتي أمكن حلها (كالتبول في الحفّاض) وقد نرى أحاسيس الإحباط لأن جسمه لا يساعده على التحكم في السلوكيات الجديدة، وقد نرى أحاسيس الخوف وعدم الأمان لأنه غير متأكد من قدرته على السيطرة على السلوكيات الجديدة كخوفه من السقوط في الحمام أو أن وحشاً يهز السرير، هذه الأحاسيس قد تظهر على السطح.

النقطة الثالثة: إستخدام الرمزية واللعب

تعبيرات الوجه والتجهيز المبكر تحدي بحد ذاتها، فعند تقديم محاضرة مثلاً فإن الشخص يحتاج إلى تجهيز الموضوع والتدريب عليه كأن يتخيل وجود الجمهور، هذا التجهيز يجعل من المحاضرة شيئاً سهلاً ويزيد من نسبة نجاحها .

وخلال البرامج اليومية للطفل يمكن عمل الألعاب المبرمجة، حيث يمكن إستخدام الألعاب والحيوانات للالتفاف على المعوقات التي تواجه الطفل، وكمثال على ذلك :

- ✓ اللعبة الأم تطلب من اللعبة الأخرى التوقف عن العض.
- ✓ ولكن اللعبة الصغرى قد تجد في نفسها الرغبة في العض.
- ✓ ماذا تستطيع اللعبة عمله ؟
- ✓ لعبتك الأم تستطيع طرح السؤال

ومن خلالها نقوم بإدخال الطفل في اللعب، ويعطى إختيارات الجواب، يمكن حضن اللعبة، كما يمكن أن تقوم اللعبة بالعض.

قم باللعب مع الطفل على هذا المنوال، وأجعل هناك إحتماليات متعددة، ليجد الطفل أمامه عدة خيارات، ومن خلال ذلك يمكن الوصول إلى الإتفاق على أفضل الحلول، قم بهذه اللعبة عدة مرات ليتمكن من إستيعابها، تكرارها يركزها في فكره .

إذا كان الطفل يفهم الحديث ويتكلم، فيمكنك الحديث عن الإحتمالات بمساعدة اللعبة أو بدونها، وكمثال على ذلك :

أطلب من الطفل أن يتخيل أنه في تحدي (تخيل أن خالد أخذ لعبتك ؟)

- أسأله عن شعوره (كيف تشعر عندما يأخذ خالد لعبتك ؟)
- أسأله عن كيفية تصرفه وردة فعله (ماذا تفعل عندما يأخذ خالد لعبتك ؟)
- أسأله عن ماذا يفعل غير ذلك(ماذا تفعل بالإضافة إلى العض عندما يأخذ خالد لعبتك ؟)

هذه المحاولة لحل المشكلة وتكرارها قد تستغرق (٢٠-٣٠) دقيقة في كل مره، وسوف تساعد الطفل على التغلب على التحدي والحصول على نتائج أفضل مما كان متوقعاً .

النقطة الرابعة : التفاهم العاطفي Empathizing

الالتقاء مع التحدي ومحاولة سلوك جديد وصعب يطلق العنان للعواطف المكبوتة بالغضب إلى الإحباط والخوف وعدم الأمان، ومع ذلك فطفلك يحتاج إلى معرفة عواطفك نحوه، لذلك يجب إظهار عواطفك نحوه بشكل واضح ومكرر، وعندما ترى طفلك ينكمش من طعم الأكل الجديد؛ فيجب شكره على انزعاجه.

- (أنا أعرف أنك لا تريد الطعام الجديد لذلك أعطيتك قطعة صغيرة جداً)

وعندما تحس بانزعاجه من الذهاب للحمام فأشكره على عدم طمأنينته –

- (أنت قلق ؟ ---- كيف أستطيع مساعدتك ؟)

عندما تحس بانفعاله عند ارتدائه القميص، فأبلغه بالكلام بعلمك بذلك.

- (إن لبس القميص غير مريح، كيف أستطيع جعله أسهل ؟)

عند ذكرك شعور طفلك بالكلام فإن ذلك سوف لن يجعله يذهب بعيداً بل أنه يساعده، وسوف يقوم ببناء الثقة بينك وبينه، لأنه سوف يعرف أنك تفهمه وتفهم ما يعاني منه.

عند محاولة القيام بالتغلب على سلوك جديد فسوف يتحول الأمر إلى صراع مع النفس، وسيكون طفلك خائفاً غاضباً وبدون الإحساس بالأمان، سوف يقاوم التغيير ويتمرد على المحاولة بثورة من الغضب، ولكن مع تقديرك لأحاسيسه وذكرك لها فسوف يزيلها تدريجياً، وسيظهر ذلك على شكل عواطف من طرفه حتى وإن لم يكن قد بدأ الكلام، وتكون نهاية الصبر هي النتائج المرجوة .

النقطة الخامسة : بناء التوقعات والحدود Creating expectation & limits

خلال عملك مع طفلك لحل مشكلة ما فمن المتوقع أن يتفاعل بشكل مختلف عن الماضي، تطلب منه أكل قطعة صغيرة من الطعام الجديد بدلاً من لفضها على الأرض، الذهاب إلى الفراش بعد مسح ظهره بدلاً من الذهاب معه، ليتمكن الطفل على الأستجابة للتوقعات فيجب وضعها بشكل مباشر وواضح.

- **الخطوة الأولى:**أن تضع توقعات واقعية وأن تقسم المعوقات إلى أجزاء صغيرة، وفي كل خطوة شيء جديد
- **الخطوة الثانية:** أن تصل هذه التوقعات بوضوح للطفل، وأحد الطرق لعمل ذلك من خلال إستخدام اللعب كوسيلة لحل المشكلة، فالدمية يمكن أن تواجه نفس الخطوات والمعوقات التي يواجهها الطفل، ومن ثم يمكنك الحديث مع طفلك عن طبيعة الحياة الحقيقية ومساعدته على فهم المعوق الجديد.

في بعض الأحيان، ومع وضعك لتوقعات واضحة وتكرارها فقد يواجه طفلك صعوبة في حلها، وذلك في حدود التوقع وليس شيئاً غير طبيعي، وقد تكون توقعاتك عالية لذلك يفضل تجزئة المشكلة إلى أجزاء أصغر، ثم أعد المحاولة مرة أخرى .

الأطفال والكبار يرغبون في المكافئة، كما أن الطفل يرغب في النجاح بدلاً عن الفشل، والتحدي الحقيقي هي في مساعدتك لإيجاد مخرج للمعوقات، في بعض الأوقات يجب إستخدام القيود والحدود، فإذا كان لدى الطفل إضطراب وسلوكيات عنيفة فيجب وضع الحدود بدقة مع وضع الوازع عند اللزوم.

النقطة السادسة : القاعدة الذ هبية Golden roles

القاعدة الذهبية بسيطة ولكنها صعبة، فكلما زادت توقعاتك أو القيود لدى طفلك فسوف تحتاج إلى المزيد من الوقت للتدريب، فإبعاد سلوك غير مرغوب والدخول في سلوك آخر فيه صعوبة وإحباط وخوف وغضب، وعندما ينجح طفلك فإنه يسعده، والطفل يحتاج إلى مجال لإبراز الحواس والانفعالات السلبية، كما يحتاج إلى الفرصة لتأكيد ارتباطه معك، وكلما واجه صعوبة فإنه يحس أنه خذلك بعدم الوصول إلى توقعاتك.

وقت التدريب هي فرصتك لإظهار وجودك ودعمك له، وإظهار عواطفك وحبك له مهما كانت النتائج، وإذا كنت تحتاج إلى المزيد فتحتاج إلى إعطاء الكثير.

١٠

مجالات ومؤشرات تعليم وتأهيل ذوى اضطراب التوحد

١٠-مجالات ومؤشرات تعليم وتأهيل الطفل ذوى اضطراب التوحد

المجال	المعايير	المؤشرات
الانتباه	– الجلوس على الكرسى بشكل صحيح – الاتصال البصرى المناسب مع الآخرين. -الإستجابة للتعليمات من قبل الآخرين المهمين فى حياته.	• أن يتعرف التلميذ على الكرسى الخاص به فى الفصل. • أن يجلس التلميذ بشكل صحيح على الكرسى الخاص به بمساعده. • أن يلتفت التلميذ إلى المثير السمعى أو البصرى أو كليهما. • أن يركز التلميذ النظر للمثير الصوتى أو الضوئى أو كليهما. • أن يتتبع التلميذ المثير السمعى أو البصرى أو كليهما. • أن يتواصل التلميذ مع المتحدث بصرياً.أن يجلس التلميذ بشكل صحيح على الكرسى الخاص به دون مساعدة. • أن يستجيب التلميذ للتعليمات الجسدية والإيمائية واللفظية مجتمعة. • أن يستجيب للتعليمات الإيمائية واللفظية. • أن يستجيب للتعليمات اللفظية.
التقليد والمحاكاة	– تقليد الحركات الكبيرة. – تقليد الحركات الدقيقة. – تقليد الحركات الصوتية اللفظية.	• أن يمشى التلميذ بمفرده. • أن يصعد التلميذ السلم بمفرده. • أن ينزل التلميذ السلم بمفرده. • أن يصق التلميذ السلم بتبادل القدمين دون مساعدة. • أن ينزل التلميذ السلم بتبادل القدمين دون مساعدة. • أن يجرى التلميذ دون أن يسقط على الأرض. • أن يقفز التلميذ فى المكان بثبات القدمين. • أن يقفز التلميذ من مكان إلى مكان آخر. • أن يقفز التلميذ على رجل واحدة (الحجل). • أن يقفز التلميذ الكرة فى الهواء. • أن يلقى التلميذ الكرة باتجاه هدف محدد. • -أن يقفز التلميذ الكرة القادمة إليه باستقلالية. • أن يدحرج التلميذ الكرة بيديه الاثنين بشكل مستقل. • أن يدحرج التلميذ الكرة بيد واحدة بشكل مستقل.

المجال	المعايير	المؤشرات
		• أن يركل التلميذ الكرة برجله باستقلالية. • أن يمسك التلميذ بالأشياء الصغيرة مثل (القلم، المقص، الصلصال، الخرز،....الخ). • أن يشكل التلميذ الصلصال بأشكال مختلفة. • أن ينظم التلميذ الخرز بأحجام مختلفة فى خيط. • أن يركب التلميذ المكعبات بأشكال وأحجام مختلفة. • أن يركب التلميذ أشكال فى فراغات اللوحة (وضع القطع فى المكان المناسب لها). • أن يفك التلميذ ويغلق الأزرة. • أن يربط التلميذ ويخيط الحذاء. • أن يطوى التلميذ ويقص الورق. • أن يخرم التلميذ الورق. • أن يسطر التلميذ باستخدام المسطرة. • أن يقلد التلميذ الأصوات البسيطة مثل (صوت الإسعاف، صوت الهاتف، ..... الخ). • أن يقلد التلميذ أصوات الحيوانات مثل (القط، الديك، الأسد، الحصان، • ....الخ). • أن يردد التلميذ الأناشيد من الحركات الجسمية المرتبطة بها مثل (• النشيد الوطنى، ....الخ). • أن يقلد التلميذ الأذان والإقامة مع حركاتها المرتبطة بها. • أن يقلد التلميذ الصلاة وحركاتها.
التواصل	– التعرف على المثيرات السمعية والبصرية الخارجية – فهم المثيرات السمعية والبصرية.	• أن يلتفت التلميذ إلى المثيرات السمعية الخارجية. • • أن يلتفت التلميذ إلى المثيرات البصرية الخارجية. • أن يتعرف التلميذ على بعض المسميات المرتبطة بالمثيرات السمعية الخارجية. • أن يتعرف التلميذ على بعض المسميات المرتبطة

المجال	المعايير	المؤشرات
		بالمثيرات البصرية الخارجية. • أن يتعرف التلميذ على ممتلكاته (حقيبته، ملابسه، حذائه). • أن يتعرف التلميذ على مسميات ووظائف الأشياء المهمة فى حياته. • أن يتعرف التلميذ على الأشياء المفقودة فى موقف ومكان معين. • أن يتعرف التلميذ على الأشياء المتشابهة فى بيئته مثال (الحمامة والدجاجة). • أن يتعرف التلميذ على الأشياء التى لاتنتمى إلى مجموعة مثال (مجموعةالفواكه وقلم). • أن يتعرف التلميذ كل مغهوم الجمع والمفرد (كتاب، كتب). • أن يفهم التلميذ مدلول المسميات المرتبطة بالمثيرات السمعية. • أن يفهم التلميذ مدلول المسميات المرتبطة بالمثيرات البصرية. • أن يفهم التلميذ مدلول المسميات المرتبطة بالمثيرات الخارجية. • أن يستجيب التلميذ للتعليمات اللفظية أو الإيمائية من خطوة واحدة. • أن يستجيب التلميذ للتعليمات اللفظية أو الإيمائية من خطوتين. • أن يستجيب التلميذ للتعليمات اللفظية أو الإيمائية من ثلاث خطوات أو أكثر. • أن يثير التلميذ للأشياء المرتبطة ببيئته الخارجية عند تسميتها. • أن يلمس التلميذ الأشياء فى بيئته عندما يطلب منه. • أن يستجيب التلميذ بشكل مناسب للمثيرات السمعية والبصرية الخارجية.
	– الاستجابة للمثيرات السمعية أو البصرية الخارجية. أن يشير التلميذ إلى الأشياء المناسبة عندما يسأل.	

المجال	المعايير	المؤشرات
		• أن يعطى التلميذ شئ واحد عندما يطلب منه ذلك. • أن يعطى التلميذ شيئين عندما يطلب منه. • أن يعطى التلميذ ثلاثة أشياء أو أكثر. • أن يجيب التلميذ على الأسئلة الاستفهامية المرتبطة بالأشياء والأشخاص فى بيئته المحلية (مثال: ماذا نعمل بالقلم؟، أين تضع وجبتك؟، أين تأكل الوجبة؟). • أن يجيب التلميذ على الأسئلة (نعم، لا) المرتبطة بالأشياء والأشخاص فى بيئته المحلية (هل تحب البطاطس؟). • أن يسمى التلميذ الأشخاص والأماكن و الأشياء عندما توصف له (ما هو المكان الذى تأكل فيه) • أن يجيب التلميذ على أسئلة استفهامية (ماذا، كيف) حول قصة قصيرة. • أن يثير التلميذ إلى الأشياء بشكل تلقائى فى بيئته. • أن يقلد التلميذ الأصوات والكلمات. • أن يصنف التلميذ الأشياء. • أن يطلب التلميذ الأشياء التى يرغبها لفظياً. • أن يعبر التلميذ أو يشير بنعم للأشياء التى يرغبها والأشياء التى لا يرغبها. • أن يصنف التلميذ الناس المالوفين له والمهمين فى حياته مثلاً: المعلم أو الأب. • أن يختار بين خيارات متعددة. • أن يرد التلميذ التحية عندما تلقى عليه. • أن يجيب التلميذ على الأسئلة الاجتماعية مثلاً عندما يقال له: كيف حالك؟ يقول: الحمد لله. • أن يصنف التلميذ الأفعال فى الصور والآخرين مثل صور المعلم والمهندس ضمن مجموعات. • أن يصنف التلميذ الأشياء حسب وظائفها وتصنيفها للممتلكات الخاصة وممتلكات الآخرين. • تقليد التلميذ لفقرة من كلمتين مثلاً: (تعال هنا).

المجال	المعايير	المؤشرات
		• تقليد التلميذ لفقرة من ثلاث كلمات مثلاً: (أريد أشرب ماء). • أن يطلب التلميذ الأشياء التى يرغبها باستخدام جملة عندما يسأل مثلاً: (ماذا تريد ؟). • أن ينادى التلميذ والديه أو المعلم من مسافة. • أن يصنف التلميذ الشئ بناءً على وظيفته. • أن يصنف التلميذ وظيفة الأشياء مثلاً: أدوات الأكل وأدوات الرسم. • أن يصنف التلميذ بالإشارة إلى أجزاء الجسم حسب وظائفها. • أن يصنف التلميذ وظائف الجسم. • أن يصنف التلميذ الأماكن. • أن يصنف التلميذ الانفعالات. • أن يستخدم التلميذ جمل بسيطة مثلاً: أنا لدى سيارة. • أن يعبر التلميذ ب (لا أعرف) عندما يطلب منه تصنيف أشياء غير مألوفة له. • أن يسأل التلميذ أسئلة استفهامية (ما هذا، وأين ...الخ). • أن يصنف التلميذ الضمائر. • أن يجيب التلميذ على أسئلة معلومات عامة • أن يصنف التلميذ صورا فى جملة. • أن يسترجع التلميذ خبرة فى الماضى القريب. • أن يجيب التلميذ على أسئلة تبدأ بأين مثلاً: أين كتابك؟ • أن يسمى التلميذ الأشياء ذات العلاقة فى غرفة الصف مثلاً الطاولة. • أن يصنف التلميذ وظائف الغرف. • أن يجيب التلميذ على أسئلة تبدأ بمتى. • ان يصنف التلميذ تسلسل الصور. • أن يوصل التلميذ رسالة. • أن يقوم التلميذ بلعب أدوار باستخدام الدمى مثلاً: دور الأب، الأم ....الخ.

المجال	المعايير	المؤشرات
العناية بالذات	١- أن يكتسب التلميذ مهارات الأكل والشرب.	• أن يتعرف التلميذ على أدوات الأكل والشرب (صحن – معلقة – سكين – كاس – شوكة - ...الخ). • أن ينطق التلميذ مسميات أدوات الأكل والشرب أو يشير إليها حسب الحاجة. • أن يميز التلميذ بين أدوات الأكل والشرب. • أن يتعرف التلميذ على وظائف أدوات الأكل والشرب. • أن ينظف التلميذ أدوات الأكل والشرب قبل الاستخدام. • أن يرتب التلميذ أدوات الأكل والشرب على المائدة بشكل صحيح. • أن يستخدم التلميذ أدوات الأكل والشرب بشكل صحيح. • أن ينظف التلميذ أدوات الأكل والشرب بعد الانتهاء منها عند الحاجة.
	- أن يكتسب التلميذ مهارات النظافة الشخصية	✓ أن يتعرف التلميذ على أدوات النظافة الشخصية (الصابون، الشامبو، معجون السنان، المنديل، المنشفة، المشط،.....). ✓ أن ينطق التلميذ مسميات أدوات النظافة الشخصية أو يشير غليها حسب الحاجة. ✓ أن يميز التلميذ أدوات النظافة الشخصية. ✓ أن يتعرف التلميذ على وظائف أدوات النظافة الشخصية. ✓ أن يستخدم التلميذ أدوات النظافة الشخصية بشكل صحيح.
	- أن يكتسب التلميذ مهارات استخدام دورة المياه.	○ أن يتعرف التلميذ على مسميات الأشياء المتعلقة بدورة المياه (مغسلة، سيفون، شطافة،....الخ.) ○ أن يسمى التلميذ الأشياء المتعلقة بدورة المياه. ○ أن يميز التلميذ بين الأشياء المتعلقة بدورة المياه. ○ أن يتعرف التلميذ على مكان دورة المياه. ○ أن يستخدم التلميذ دورة المياه بشكل صحيح. ✓ أن يتعرف التلميذ على مسميات أنواع الملابس (ثوب، قميص، بنطلون، شورت، طاقية، .....).

المجال	المعايير	المؤشرات
	أن يكتسب التلميذ مهارات ارتداء الملابس ولبس الأحذية	✓ أن يتعرف التلميذ على مسميات أنواع الملابس أو يشير إليها حسب الحاجة. ✓ أن يميز التلميذ بين أنواع الملابس. ✓ أن يتعرف التلميذ على كيفية ارتداء الملابس. ✓ أن يرتدى التلميذ الملابس بشكل صحيح. ✓ أن يتعرف التلميذ على مسميات أنواع الأحذية (جزمة، نعال،شبشب،.....الخ) ✓ أن يسمى التلميذ أنواع الأحذية (أو يشير إليها) حسب الحالة. ✓ أن يميز التلميذ بين أنواع الأحذية. ✓ أن يتعرف التلميذ على كيفية لبس الأحذية. ✓ أن يلبس التلميذ الأحذية بشكل صحيح. ✓ أن يتعرف التلميذ على الجوارب ✓ أن يسمى التلميذ الجوارب أو يشير أليها حسب الحالة ✓ أن يتعرف التلميذ على كيفية لبس الجوارب ✓ أن يلبس التلميذ الجوارب بشكل صحيح
	أن يكتسب التلميذ مهارة العناية بالفم.	❖ أن يتعرف التلميذ على مفاهيم الفم والأسنان واللسان ❖ أن يسمى التلميذ بين الفم والأسنان واللسان (أو يشير إليها حسب الحالة) ❖ أن يسمى التلميذ بين الفم والأسنان واللسان ❖ أن يتعرف التلميذ على كيفية تنظيف فمه بالماء. ❖ أن ينظف التلميذ فمه بالماء (المضمضة). ❖ أن يتعرف على التلميذ على أدوات تنظيف الفم (الفرشاة، المعجون، الخيط، العواد، السواك، ...الخ) ❖ ان يسمى التلميذ (أو يشير حسب الحالة) أدوات تنظيف الفم. ❖ أن يميز التلميذ أدوات تنظيف الفم. ❖ ان ينظف التلميذ فمه باستخدام أدوات تنظيف الفم بشل صحيح.

المجال	المعايير	المؤشرات
خامساً: مجال المهارات الحس حركية	أن ينمى التلميذ: ١- مهارة اللمس	١- أن يتعرف التلميذ على لمس الأشياء (خشن، ناعم، حاد، بارد، ...الخ)
		٢- أن يذكر التلميذ ملمس الأشياء (أو يشير إليها حسب الحالة) عندما يطلب منه ذلك.
		٣- أن يميز التلميذ بين ملامس الأشياء.
	٢- أن ينمى التلميذ مهارات التآزر الحركى البصرى.	١- أن يرسم التلميذ خطوط مختلفة (منقطة، مستقيمة، بشكل عشوائى، ...الخ).
		٢- أن يوصل التلميذ خطوط بين الأشياء ذات العلاقة (مثل الإبريق والكأس).
		٣- أن ينظم التلميذ الخرز.
		٤- أن يرتب التلميذ أجزاء لعبة التركيبات بشكل صحيح.
		٥- أن يقذف التلميذ الكرة باتجاه معين.
		٦- أن يأكل التلميذ ويشرب بشكل تبادلى مثال (يأكل جزء من ساندويتش ويتبعها برشفه من عصير).
		٧- أن يصعد التلميذ السلم بشكل صحيح.
		٨- أن ينزل التلميذ من السلم بشكل صحيح.
		٩- أن يكتب التلميذ كلمات أو جمل على السطر.
		١٠- أن يكتب التلميذ كلمات أو جمل نقلها من مصدر خارجى (مثل النقل من على السبورة).
سادساً: مجال المهارات	١- أن يتعرف التلميذ على مفهوم الذات	١- أن يتعرف التلميذ على صورته. ٢- أن يتعرف التلميذ على صورته من بين مجموعة من الصور.

المجال	المعايير	المؤشرات
الاجتماعية		٣- أن يشير التلميذ على صورته من بين الصور. ٤- أن يشير التلميذ على نفسه عندما يطلب منه ذلك. ٥- أن يتعرف التلميذ على اسمه. ٦- أن ينطق التلميذ اسمه إن أمكن. ٧- أن يلتفت التلميذ عند سماعه اسمه. ٨- أن يقول التلميذ نعم عندما ينادى اسمه إن أمكن. ٩- أن يكتب التلميذ اسمه. ١٠- أن يعرف التلميذ جنسه (ذكر، انثى). ١١- أن يعرف التلميذ عمره. ١٢- أن يعرف التلميذ فصله. ١٣- أن يتعرف التلميذ على ممتلكاته الخاصة حقيبته، أدواته. ١٤- أن يتعرف التلميذ هواياته (سباحة، كرة، كمبيوتر)
	٢- أن يتعرف التلميذ على مفهوم الأسرة.	١- أن يتعرف التلميذ على صور أفراد أسرته عند عرضها عليه. ٢- أن يتعرف التلميذ على صور بعض أفراد أسرته من بين مجموعة من الصور. ٣- أن يشير التلميذ على صورة أحد أفراد أسرته عندما يسأل عن ذلك. ٤- أن يشير التلميذ على السماء المكتوبة لبعض أفراد أسرته. ٥- أن ينطق التلميذ أسماء بعض أفراد أسرته إن أمكن. ٦- أن يتعرف التلميذ على جنس (ذكر، أنثى) بعض أفراد أسرته. ٧- أن يتعرف التلميذ على بعض مهام أفراد أسرته. ٨- أن يتعرف على التلميذ على المحتويات المادية لمنزل أسرته (مجلس، مطبخ، حمام ...الخ). ٩- أن يربط التلميذ بين المحتويات المادية لمنزل أسرته وطبيعة النشطة المرتبطة فيها (إعداد الطعام فى المطبخ، النوم فى غرفة النوم، اللعب فى ساحة المنزل). ١٠- أن يتعرف التلميذ على عنوان منزله. ١١- أن يتعرف التلميذ على هاتف منزله.

المجال	المعايير	المؤشرات
		١٢- أن يتعرف على التلميذ على بعض الأنشطة التى يمكن أن يشترك فيها مع أفراد أسرته (الواجبات)، تنظيف المنزل، التنزه، التسوق).
		١٣- أن يتعرف التلميذ على ممتلكات أفراد أسرته.
		١٤- أن يستأذن التلميذ قبل الدخول على أفراد أسرته.
		١٥- أن يلقى التحية على أفراد أسرته.
	٣- أن يتعرف التلميذ على مفهوم الأقارب.	١- أن يتعرف التلميذ على صورة بعض أقاربه (العم)، الخال، ...).
		٢- أن يتعرف التلميذ على صورة بعض أقاربه من بين مجموعة من الصور.
		٣- أن يشير التلميذ لى صورة بعض أقاربه.
		٤- أن يتعرف التلميذ على الأسماء المكتوبة لبعض أقاربه.
		٥- أن ينطق التلميذ أسماء بعض أقاربه.
	٤- أن يتعرف التلميذ على مفهوم الأقرن.	١- أن يتعرف التلميذ على أسماء أقرانه داخل الفصل.
		٢- أن يشير التلميذ إلى زملائه عندما يطلب منه ذلك.
		٣- أن ينطق التلميذ أسماء زملائه عندما يطلب منه ذلك إن أمكن.
		٤- أن يتعرف على التلميذ على ممتلكات زملائه داخل الفصل.
		٥- أن يغرق التلميذ بين ممتلكاته وممتلكات زملائه.
		٦- أن يقلد التلميذ تصرفات زملائه الإيجابية.
		٧- أن يتبع التلميذ تعليمات صادرة من زملائه.
		٨- أن يجيب التلميذ على تساؤلات زملائه إن أمكن.
		٩- أن يشارك التلميذ زملائه فى الأنشطة الصفية أو اللاصفية.
		١٠- أن يبادر التلميذ باللعب الاجتماعى مع زملائه.
		١١- أن يبادل التلميذ معلومات مع زملائه.
		١٢- أن يطلب التلميذ المساعدة من زملائه عندما يحتاج ذلك.
		١٣- أن يقوم التلميذ بمساعدة زملائه عندما يطلب منه ذلك.
	٥- أن يتعرف التلميذ على مفهوم الجيران.	١- أن يتعرف التلميذ على شكل كلمة جار.
		٢- أن يشير التلميذ على كلمة جار.
		٣- أن يتعرف التلميذ على كلمة (جار) من بين مجموعة من

المجال	المعايير	المؤشرات
		الكلمات. ٤- أن ينطق التلميذ كلمة جار إن أمكن. ٥- أن يتعرف التلميذ على بعض أسماء جيرانه. ٦- أن ينطق التلميذ أسماء بعض جيرانه إن أمكن. ٧- أن يدرك التلميذ أن منزل الجار يقع بجانب منزله. ٨- أن يتعرف التلميذ على بعض حقوق الجار مثال (عدم إيذاء الجار أو إزعاجه أو رمى النفايات أمام منزله. ٩- أن يتعرف التلميذ على بعض ممتلكات جيرانه مثل سيارة الجار.
	٦- أن يتعرف التلميذ على مفهوم المدرسة.	١- ان يتعرف التلميذ صورة مدرسته. ٢- أن يتعرف التلميذ على شكل كلمة "مدرسة". ٣- أن يتعرف التلميذ على صورة مدرسته من بين مجموعة من الصور مثل (شجرة، مدرسة، سيارة). ٤- أن يشير التلميذ إلى كلمة مدرسة. ٥- أن يشير التلميذ على كلمة مدرسة من بين مجموعة كلمات. ٦- أن يكتب التلميذ كلمة مدرسة. ٧- أن ينطق التلميذ كلمة مدرسة – إن أمكن. ٨- أن يتعرف التلميذ على صورة معلم. ٩- أن يتعرف التلميذ على شكل كلمة معلم. ١٠- أن يشير التلميذ إلى صورة معلم. ١١- أن يشير التلميذ إلى صورة معلم من بين مجموعة من الصور. ١٢- أن يشير التلميذ إلى كلمة معلم. ١٣- أن يشير التلميذ إلى كلمة معلم من بين مجموعة من الكلمات. ١٤- أن يكتب التلميذ كلمة معلم. ١٥- أن ينطق التلميذ كلمة معلم إن أمكن. ١٦- أن يتعرف التلميذ على اسم معلم. ١٧- ان يكتب التلميذ اسم معلم.

المجال	المعايير	المؤشرات
		١٨- أن ينطق التلميذ اسم معلم إن أمكن. ١٩- أن يتعرف التلميذ على غرفة فصله. ٢٠- أن يتعرف التلميذ على بعض مرافق المدرسة الأخرى مثل: (المسجد، المكتبة، مكتب الإدارة، موقف الحافلات، الحمام...الخ). ٢١- أن يتعرف التلميذ على بعض الأشخاص المهمين فى المجتمع المدرسى مثل: (عامل النظافة، سائق الحافلة، المدير، المشرف، أخصائى النطق، ...الخ).
سابعاً: مجال الآمن والسلامة	١- أن يتجنب التلميذ مصادر الخطر فى البيئة المدرسية والمنزلية.	١- أن يتعرف التلميذ على مصادر الخطر فى البيئة المدرسية والمنزلية. ٢- أن يشير التلميذ مصادر الخطر فى البيئة المدرسية والمنزلية. ٣- أن يميز التلميذ مصادر الخطر فى البيئة المدرسية والمنزلية. ٤- أن يتجنب التلميذ مصادر الخطر فى البيئة المدرسية والمنزلية.
	٢- أن يطبق التلميذ قواعد الأمن والسلامة والأماكن العامة.	١- أن يتعرف التلميذ على مصادر الخطر فى الأماكن العامة (الحفريات، الأماكن المرتفعة). ٢- أن يسمى (يشير) التلميذ مصادر الخطر فى الأماكن العامة. ٣- أن يميز التلميذ مصادر الخطر فى الأماكن العامة. ٤- أن يتجنب التلميذ مصادر الخطر فى الأماكن العامة.
ثامناً: التربية البدنية	١- أن يكتسب التلميذ مهارة المشى بشكل صحيح.	١- أن يستجيب التلميذ لتعليمات المعلم أثناء تدريبه له على مهارة المشى. ٢- أن يلاحظ التلميذ المعلم عند قيامه بالحركات المتعلقة بمهارة المشى. ٣- أني يقلد التلميذ حركات المعلم المتعلقة بمهارة المشى. ٤- أن يحافظ التلميذ على التناسق الحركى بين اليدين والقدمين أثناء المشى. ٥- أن يمشى التلميذ على خط مستقيم بشكل صحيح. ٦- أن يمشى التلميذ على خط دائرى بشكل صحيح.

المجال	المعايير	المؤشرات
		٧- أن يمشى التلميذ على خط متعرج بشكل صحيح. ٨- أن يمشى التلميذ بشكل متوازن بشكل صحيح. ٩- أن يراعى التلميذ ضوابط الأمن والسلامة عند قيامه بمهارة المشى.
	٢- أن يكتب التلميذ مهارة الجرى بشكل صحيح.	١- أن يستجيب التلميذ لتعليمات المعلم أثناء تدربه له على مهارة الجرى. ٢- أن يلاحظ التلميذ المعلم عند قيامه بالحركات المتعلقة بمهارة الجرى. ٣- أن يقلد التلميذ حركات المعلم المتعلقة بمهارة الجرى. ٤- أن يحافظ التلميذ على التناسق بين اليدين والقدمين أثناء الجرى. ٥- أن يتعرف التلميذ على خط البداية والنهاية أثناء الجرى. ٦- أن يجرى التلميذ بشكل مستقيم بشكل صحيح. ٧- أن يجرى التلميذ بشكل دائى بشكل صحيح ٨- أن يجرى التلميذ بشكل متوازن. ٩- أن يراعى التلميذ ضوابط الأمن والسلامة عند قيامه بمهارة الجرى.
	٣- أن يكتسب التلميذ مهارة الرمى	١- أن يستجيب التلميذ لتعليمات المعلم أثناء تدريبه له على مهارة الرمى. ٢- أن يلاحظ التلميذ المعلم عند قيامه بالحركات المتعلقة بمهارة الرمى. ٣- أن يقلد التلميذ حركات المعلم المتعلقة بمهارة الرمى. ٤- أن يقف التلميذ بشكل صحيح عند قيامه بالرمى. ٥- أن يمسك التلميذ بالشئ المرمى (كرة، جله، رمح،...الخ) بشكل صحيح. ٦- أن يمسك التلميذ الشئ بشكل صحيح. ٧- أن يجيب التلميذ الهدف المحدد أثناء الرمى. ٨- أن يراعى التلميذ ضوابط الأمن والسلامة عند قيامه بمهارة الرمى.
	٤- أن يكتب التلميذ مهارة	١- أن يستجيب التلميذ لتعليمات المعلم أثناء تدريبه له على

المجال	المعايير	المؤشرات
	اللقف.	مهارة اللقف. ٢- أن يلاحظ التلميذ المعلم عند قيامه بالحركات المتعلقة بمهارة اللقف. ٣- أن يقلد التلميذ حركات المعلم المتعلقة باللقف. ٤- أن يقف التلميذ فى المكان المناسب لاستقبال الشئ المرمى إليه بشكل صحيح. ٥- أن يستقبل التلميذ الأشياء المرمية إليه بطريقة صحيحة. ٦- أن يراعى التلميذ ضوابط الأمن والسلامة عند قيامه بمهارة اللقف.
	٥- أن يكتسب التلميذ مهارة الزحف بشكل صحيح.	١- أن يستجيب التلميذ لتعليمات المعلم أثناء تدريبه له على مهارة الزحف. ٢- أن يلاحظ التلميذ المعلم عند قيامه بالحركات المتعلقة بمهارة الزحف. ٣- أن يقلد التلميذ حركات المعلم المتعلقة الزحف. ٤- أن يزحف التلميذ زحفاً حراً بشكل صحيح. ٥- أن يزحف التلميذ على خط مستقيم بشكل صحيح. ٦- أن يزحف التلميذ على خط دائرى بشكل صحيح. ٧- أن يزحف التلميذ على خط متعرج بشكل صحيح. ٨- أن يراعى التلميذ ضوابط الآمن والسلامة عند قيامه بمهارة الزحف.

المجال	المعايير	المؤشرات
	٦- أن يكتسب التلميذ مهارة الوثب بشكل صحيح.	١- أن يستجيب التلميذ لتعليمات المعلم أثناء تدريبه له على مهارة الوثب. ٢- أن يلاحظ التلميذ المعلم عند قيامه بالحركات المتعلقة بمهارة الوثب. ٣- أن يقلد التلميذ حركات المعلم المتعلقة الوثب. ٤- أن يثب التلميذ وثباً حراً بشكل صحيح. ٥- أن يثب التلميذ وثباً طويلاً بشكل صحيح. ٦- أن يثب التلميذ وثباً عالياً بشكل صحيح. ٧- أن يزحف التلميذ على خط متعرج بشكل صحيح. ٨- أن يراعى التلميذ ضوابط الآمن والسلامة أثناء ممارسة مهارة الوثب.
	٧- أن يكتسب التلميذ مهارة السباحة بشكل صحيح.	١- أن يستجيب التلميذ لتعليمات المعلم أثناء تدريبه له على مهارة السباحة. ٢- أن يلاحظ التلميذ المعلم عند قيامه بالحركات المتعلقة بمهارة السباحة. ٣- أن يقلد التلميذ حركات المعلم المتعلقة بمهارة السباحة. ٤- أن يسبح التلميذ فوق سطح الماء بشكل صحيح. ٥- أن يسبح التلميذ تحت سطح الماء بشكل صحيح. ٦- أن يثب التلميذ وثباً عالياً بشكل صحيح. ٧- أن يراعى التلميذ ضوابط الآمن والسلامة أثناء ممارسة مهارة السباحة.

المجال	المعايير	المؤشرات
	٨- أن يكتب التلميذ مهارة ركوب الخيل بشكل صحيح.	١- أن يستجيب التلميذ لتعليمات المعلم أثناء تدريبه له على مهارة ركوب الخيل. ٢- أن يلاحظ التلميذ المعلم عند قيامه بالحركات المتعلقة بمهارة ركوب الخيل. ٣- أن يقلد التلميذ حركات المعلم المتعلقة بمهارة ركوب الخيل. ٤- أن يركب التلميذ الخيل بشكل صحيح. ٥- أن يجلس التلميذ على ظهر الخيل بشكل صحيح. ٦- أن يقود التلميذ الخيل أثناء ركوبها بشكل صحيح. ٧- أن يراعى التلميذ ضوابط الآمن والسلامة أثناء ممارسة ركوب الخيل.
٩- مجال التربية الفنية	١- أن يكتب التلميذ مهارة الرسم بشكل صحيح.	١- أن يستجيب التلميذ لتعليمات المعلم أثناء التدريب له على مهارة الرسم. ٢- أن يلاحظ التلميذ المعلم عند قيامه بالحركات المتعلقة بمهارة الرسم. ٣- أن يقلد التلميذ حركات المعلم المتعلقة بمهارة الرسم. ٤- أن يرسم التلميذ خطوطاً عشوائية (حرة). ٥- أن يوصل التلميذ رسماً متقطعاً لتكوين شكلاً معيناً (شجرة، بيت، سيارة، ...الخ). ٦- أن يوصل التلميذ بين التقاط الرسم خطوط مستقيمة. ٧- أن يوصل التلميذ بين التقاط الرسم خطوط متعرجة. ٨- أن يرسم التلميذ خطوط مستقيمة. ٩- أن يرسم التلميذ خطوط متعرجة.

	٢- أن يكتسب التلميذ مهارة التلوين.	١- أن يستجيب التلميذ لتعليمات المعلم أثناء التدريب له على مهارة التلوين. ٢- أن يلاحظ التلميذ المعلم عند قيامه بالحركات المتعلقة بمهارة التلوين. ٣- أن يقلد التلميذ حركات المعلم المتعلقة بمهارة التلوين. ٤- أن يرسم التلميذ خطوطاً عشوائية (حرة) باستخدام أقلام التلوين. ٥- أن يوصل التلميذ خطوطاً مستقيمة باستخدام أقلام التلوين. ٦- أن يرسم التلميذ خطوطاً متعرجة باستخدام أقلام التلوين. ٧- أن يلون التلميذ حيزاً مغلقاً بحدود بارزة (محاطة بمادة السليكون مثلاً). ٨- أن يلون التلميذ حيزاً مغلقاً بخطوط عادية غير بارزة (دائرة، مربع، سيارة، ....) ٩- أن يلون التلميذ شكلاً معيناً حسب نموذج معطى له. ١٠- أن يلون التلميذ شكلاً معيناً بدون استخدام نموذج بشكل صحيح.

	٣- أن يكتسب التلميذ مهارة الطباعة.	١- أن يستجيب التلميذ لتعليمات المعلم أثناء التدريب على مهارة الطباعة. ٢- أن يلاحظ التلميذ المعلم عند قيامه بالحركات المتعلقة بمهارة الطباعة. ٣- أن يقلد التلميذ حركات المعلم المتعلقة بمهارة الطباعة. ٤- أن يستخدم التلميذ القوالب المحفورة أو الفلين فى الطباعة. ٥- أن يستخدم التلميذ الماء فى الطباعة. ٦- أن يستخدم التلميذ قوالب السليكون فى الطباعة. ٧- أن يستخدم التلميذ الأختام فى الطباعة. ٨- أن يستخدم التلميذ الأصابع فى الطباعة.

	٤- أن يكتب التلميذ مهارة التشكيل والتركيب.	١- أن يستجيب التلميذ لتعليمات المعلم أثناء التدريب على مهارة التشكيل والتركيب. ٢- أن يلاحظ التلميذ المعلم عند قيامه بالحركات المتعلقة بمهارة التشكيل والتركيب. ٣- أن يقلد التلميذ حركات المعلم المتعلقة بمهارة التشكيل والتركيب. ٤- أن يستخدم التلميذ الرمل فى عمل أشكال مختلفة (مربع، دائرة، مثلث). ٥- أن يستخدم التلميذ الصلصال فى عمل أشكال مختلفة (شجرة، بيت، سيارة، ...). ٦- أن يستخدم التلميذ الطين فى عمل أشكال مختلفة. ٧- أن يستخدم التلميذ الجبس فى عمل أشكال مختلفة. ٨- أن يستخدم التلميذ المكعبات لتكوين أشكال مختلفة (حيوانات، منزل ن سيارة ...الخ).
١٠- مجال المهارات الترويحية وشكل أوقات الفراغ.	١- أن يمارس بعض الهوايات الفنية أثناء وقت فراغه.	١- أن يمارس التلميذ هواية الرسم. ٢- أن يمارس التلميذ هواية التلوين. ٣- أن يمارس التلميذ هواية التشكيل (الصلصال، الطين، العجين). ٤- أن يمارس التلميذ هواية النسخ. ٥- أن يمارس التلميذ هواية التصوير.
	٢- أن يمارس التلميذ بعض الهوايات البدنية أثناء وقت فراغه.	١- أن يمارس التلميذ هواية كرة القدم. ٢- أن يمارس التلميذ هواية كرة السلة. ٣- أن يمارس التلميذ هواية كرة اليد. ٤- - أن يمارس التلميذ هواية كرة البولينج ٥- أن يمارس التلميذ هواية ركوب الدراجة. ٦- أن يمارس التلميذ هواية السباحة. ٧- أن يمارس التلميذ هواية المشى. ٨- أن يمارس التلميذ هواية الجرى. ٩- أن يمارس التلميذ هواية الركوب الخيل.

	٣- أن يمارس التلميذ هواية الرحلات والزيارات أثناء وقت فراغه.	١- أن يختار التلميذ أماكن مناسبة للرحلات والزيارات. ٢- أن يحدد الأوقات المناسبة للرحلات والزيارات. ٣- أن يجهز التلميذ أدوات ومستلزمات الرحلات والزيارات من (الملابس المناسبة، النقود، آلة التصوير). ٤- - أن يتعرف التلميذ على متطلبات الأمن والسلامة أثناء الرحلات والزيارات.
	٤- أن يمارس التلميذ بعض الهوايات المهنية أثناء وقت فراغه.	١- أن يمارس التلميذ هواية النجارة والخياطة. ٢- أن يمارس التلميذ هواية تنسيق الحدائق. ٣- أن يمارس التلميذ هواية الدهان. ٤- أن يمارس التلميذ هواية الغسيل. ٥- أن يمارس التلميذ هواية التنظيم والترتيب. ٦- أن يمارس التلميذ هواية الضيافة والطبخ. ٧- أن يمارس التلميذ هواية التعليب والتغليف (ظروف، هدايا).
	٥- أن يمارس التلميذ بعض الهوايات الترويجية الأخرى أثناء وقت فراغه.	١- أن يمارس التلميذ هواية الحاسب الآلى. ٢- أن يمارس التلميذ هواية الألعاب الالكترونية. ٣- أن يمارس التلميذ هواية التركيب. ٤- أن يمارس التلميذ هواية القراءة.
١١- مجال المهارات ما قبل الأكاديمية	١- أن يتمكن من التعرف على الأشياء.	١- أن يتمكن من التعرف على الألوان. ٢- أن يتمكن من التعرف على الأشكال. ٣- أن يتمكن من التعرف على الحروف. ٤- أن يتمكن من التعرف على الأرقام. ٥- أن يتمكن من عد الأرقام من (١-١٠). ٦- أن يتمكن من عد الأشياء. ٧- أن يتمكن من التعرف على بعض المفاهيم مثل (طويل وقصير، كبير وصغير، كثير وقليل، فوق وتحت، ...الخ) ٨- أن يتمكن من ترتيب الأرقام من (١-١٠).

	٢- أن يتمكن التلميذ من مطابقة الأشياء.	١- أن يتمكن التلميذ من مطابقة الأشياء المتشابهة مثل (الفواكه، مجسمات، السيارات، .....الخ). ٢- أن يتمكن التلميذ من مطابقة الألوان مع بعضها. ٣- أن يتمكن التلميذ من مطابقة الأشكال مثل (مثلث، مربع، دائرة) ٤- أن يتمكن التلميذ من مطابقة الأشياء مع صورها. ٥- أن يتمكن التلميذ من مطابقة الحروف. ٦- أن يتمكن التلميذ من مطابقة الأرقام. ٧- أن يتمكن التلميذ من مطابقة الكلمات. ٨- أن يتمكن التلميذ من توصيل خط بين الألوان المتشابهة. ٩- أن يتمكن التلميذ من توصيل خط بين الأشكال المتشابهة. ١٠- أن يتمكن التلميذ من توصيل خط بين الحروف المتشابهة. ١١- أن يتمكن التلميذ من توصيل خط بين الأرقام المتشابهة. ١٢- أن يتمكن التلميذ من توصيل خط بين الكلمات المتماثلة.
	٣- أن يتمكن التلميذ من تصنيف الأشياء.	١- أن يتمكن التلميذ من تصنيف الأشياء حسب لونها ٠ أحمر، أصفر، أزرق، ....الخ). ٢- أن يتمكن التلميذ من تصنيف الأشياء حسب شكلها (مربع، مثلث، ....الخ). ٣- أن يتمكن التلميذ من تصنيف الأشياء حسب حجمها (كبير، صغير ن طويل، قصير). ٤- ان يتمكن التلميذ من تصنيف الأشياء حسب وظيفتها. ٥- أن يصنف التلميذ الأشياء حسب ألوانها وأشكالها. ٦- أن يصنف التلميذ الأشياء حسب أشكالها وأحجامها. ٧- أن يصنف التلميذ الأشياء حسب ألوانها وأحجامها. ٨- أن يصنف التلميذ الأشياء حسب ألوانها ووظيفتها. ٩- أن يصنف التلميذ الأشياء حسب أشكالها ووظيفتها. ١٠- أن يصنف التلميذ الأشياء حسب أحجامها ووظيفتها. ١١- أن يصنف التلميذ الأشياء حسب ثلاث خصائص (اللون، الحجم، والشكل).

١٢- مجال المهارات الأكاديمية	١- أن ينمى التلميذ مهارة القراءة.	١- أن يتعرف التلميذ على حروف الهجاء. ٢- أن يسمى (يشير) التلميذ حروف الهجاء. ٣- أن يتعرف التلميذ على كلمات وظيفية (لها استخدامها العملى فى بيئة التلميذ) ٤- أن ينطق (يشير) التلميذ كلمات وظيفية (لها استخدامها العملى فى بيئة التلميذ). ٥- أن يقرأ التلميذ كلمات وظيفية (لها استخدامها العملى فى بيئة التلميذ).

- أن يتعرف التلميذ على المفهوم الكمى للأعداد (مثل ن ماذا يتكون
عدد ١، ٢، ٣، ...الخ).
- أن يميز التلميذ بين أعداد داخل مجموعتين.
- أن يكون التلميذ مجموعة حسب العدد المعطى.
- أن يكمل التلميذ رسم مجموعة حسب العدد المعطى.
- أن يتعرف التلميذ على مفهوم العدد صفر.
- أن يعد التلميذ من صفر إلى عشرة.
- أن يرتب التلميذ مجموعة من الأعداد ضمن العدد ١٠ تصاعدياً.
- أن يرتب التلميذ مجموعة من الأعداد ضمن اعدد ١٠ تنازلياً.
- أن يعد التلميذ بالعشرات حتى (٩٠).
١- أن يتعرف التلميذ على الأعداد من ١١ فأكثر.
١- أن يعد التلميذ من العدد ١١ فأكثر.
١- أن يتعرف التلميذ على الرموز الحسابية مثل (+، -، =).
١- أن يجمع التلميذ عددين من خانة واحدة.
١- أن يجمع التلميذ عددين مكونين من خانتين والآخر من خانة واحدة.
١- أن يجمع التلميذ عددين من خانة واحدة مع خانتين بالرفع.
١- أن يجمع التلميذ عددين من خانتين مع خانتين بدون رفع.
١- أن يجمع التلميذ عددين من خانتين مع خانتين بالرفع.
١- أن يطرح التلميذ عددين من خانة واحدة.
١- أن يطرح التلميذ عدد مكون من خانتين من خانة واحدة بدون
ستلاف.
٢- أن يطرح التلميذ عدد مكون من خانتين مع عدد من خانة واحدة
ستلاف.
٢- أن يطرح التلميذ عدد مكون من خانتين مع عدد آخر مكون من
انتين بدون استلاف.
٢- أن يطرح التلميذ عدد مكون من خانتين مع عدد آخر مكون من
انتين باستلاف.
٢- أن يضرب التلميذ عدد مكون من خانة واحدة بعدد آخر مكون من
انة واحدة.
٢- أن يضرب التلميذ عددين أحدهما مكون من خانة واحدة والآخر
كون من خانتين.
٢- أن يضرب التلميذ عدد مكون من خانتين فى آخر مكون من خانتين.
٢- أن يقسم التلميذ عدد مكون من خانة واحدة على عدد آخر مكون من(
انة واحدة. ٠٨
٢- أن يقسم التلميذ عدد مكون من خانتين على عدد مكون من خانة)

- أن يجلس التلميذ بشكل صحيح.
- أن يمسك التلميذ القلم بطريقة سليمة.
- أن يحافظ التلميذ على النظافة أثناء الكتابة.
- أن يحافظ التلميذ على الكتابة على مستوى السطر.
- أن يترك التلميذ مسافة مناسبة بين الكلمات.
- أن يحافظ التلميذ على هوامش الصفحة.
- أن يكتب التلميذ الحروف من نموذج بشكل صحيح.
- أن يكتب التلميذ الحروف من الذاكرة بشكل صحيح.
- أن يكتب التلميذ الحروف بأشكالها المختلفة فى الكلمة كتابة صحيحة.
١- أن يكتب التلميذ الكلمات المحتوية على المد بشكل صحيح.
١- أن يكتب التلميذ الكلمات المحتوية على التنوين بشكل صحيح.
١- أن يكتب التلميذ الكلمات المحتوية على " أل " التعريف بشكل صحيح.
١- أن يكتب التلميذ الكلمات المحتوية على الشدة بشكل صحيح.
١- أن يكتب التلميذ الكلمات المحتوية على التاء المفتوحة بشكل صحيح.
١- أن يكتب التلميذ الكلمات المحتوية على التاء المربوطة بشكل صحيح.
١- أن يكتب التلميذ جمل مكونة من كلمتين من نموذج بشكل صحيح.
١- أن يكتب التلميذ جمل مكونة من كلمتين بدون نموذج بشكل صحيح.
١- أن يكتب التلميذ جمل مكونة من ثلاث كلمات من نموذج بشكل صحيح.
١- أن يكتب التلميذ جمل مكونة من ثلاث كلمات بدون نموذج بشكل صحيح.
٢- أن يكتب التلميذ جمل مكونة من أربع كلمات من نموذج بشكل صحيح.
٢- أن يكتب التلميذ جمل مكونة من أربع كلمات بدون نموذج بشكل صحيح.
٢- أن يكتب التلميذ جمل مكونة من خمس كلمات من نموذج بشكل صحيح.
٢- أن يكتب التلميذ جمل مكونة من خمس كلمات بدون نموذج بشكل صحيح.
٢- أن يكتب التلميذ نصاً مكوناً من عدد من الجمل. (
٢- أن يكمل التلميذ جملة ناقصة بالاختيار من متعدد بشكل صحيح. ٠٩
٢- أن يعبر التلميذ عن مدلول صورة ما بكلمة واحدة.)
٢- أن يعبر التلميذ عن مدلول صورة ما بكلمتين

- أن يمارس التلميذ مهنة النجارة باستخدام أدوات مصطنعة (بلاستيكية
ثلاً).
- أن يمارس التلميذ مهنة النجارة باستخدام أدوات حقيقة.
- أن يراعى التلميذ ضوابط الأمن والسلامة عند القيام باستخدام أدوات
هنة النجارة.
- أن يمارس التلميذ مهنة تنسيق الحدائق باستخدام أدوات مصطنعة (
لاستيكية مثلاً).
- أن يمارس التلميذ مهنة تنسيق الحدائق باستخدام أدوات حقيقية.
- أن يراعى التلميذ ضوابط الأمن والسلامة عند القيام باستخدام أدوات
هنة تنسيق الحدائق.
- أن يمارس التلميذ مهنة النسيج باستخدام أدوات مصطنعة (بلاستيكية
ثلاً).
- أن يمارس التلميذ مهنة النسيج باستخدام أدوات حقيقية.
- أن يراعى التلميذ ضوابط الأمن والسلامة عند القيام باستخدام أدوات
هنة النسيج.
١- أن يمارس التلميذ مهنة الدهان باستخدام أدوات مصطنعة (
لاستيكية مثلاً).
١- أن يمارس التلميذ مهنة الدهان باستخدام أدوات حقيقية.
١- أن يراعى التلميذ ضوابط الأمن والسلامة عند القيام باستخدام أدوات
هنة الدهان.
١- أن يمارس التلميذ مهنة التعليب والتغليف باستخدام أدوات مصطنعة
بلاستيكية مثلاً).
١- أن يمارس التلميذ مهنة التعليب والتغليف باستخدام أدوات حقيقية.
١- أن يراعى التلميذ ضوابط الأمن والسلامة عند القيام باستخدام أدوات
هنة التعليب والتغليف.
١- أن يمارس التلميذ مهنة الضيافة باستخدام أدوات مصطنعة (
لاستيكية مثلاً).
١- أن يمارس التلميذ مهنة الضيافة باستخدام أدوات حقيقية.
١- أن يراعى التلميذ ضوابط الأمن والسلامة عند القيام باستخدام أدوات
هنة الضيافة.
١- أن يمارس التلميذ مهنة التصوير المكتبى باستخدام أدوات مصطنعة
بلاستيكية مثلاً).
٢- أن يمارس التلميذ مهنة التصوير المكتبى باستخدام أدوات مصطنعة(
قيقية.
٢- أن يراعى التلميذ ضوابط الأمن والسلامة عند القيام باستخدام أدوات)

)

‵‵‵

(

١١

العلاج البيئى لذوى اضطراب التوحد

١١-العلاج البيئى لذوى اضطراب التوحد

علاج ذوى اضطراب التوحد:

لا يوجد لاضطراب التوحد علاج طبي نستطيع القول عنه بأنه قاطع ومفيد في الوقت الراهن وأفضل علاج يمكن أن يقدم للأطفال ذوى اضطراب التوحد هي تلك البرامج التربوية التدريبية التي تسمى ببرامج التربية الخاصة والتي تتضمن برامج تعديل السلوك واستخدام الخطة التربوية الفردية والتدريب المنظم واستقطاب كوادر بشرية مؤهلة والخدمات المساندة كأخصائي التواصل والأخصائي الاجتماعي وغيرهما فأساس العلاج تربوي وهناك العديد من الطرق التي نجد في بعضها استخدام العقاقير الطبية ولكن قبل الشروع فيها أعيد واكرر بأنها جميعها لايمكن الجزم بأنها ذات فعاليه مع الكل ولكنها مجرد فرضيات وطرق لم تثبت فعاليتها الكاملة إلى اليوم وكلها تحتاج إلى الدليل العلمي لأثبات نجاحها كما أن الكثير منها ذات طابع تجاري بحت .فيما يلي نبذة عن بعض طرق العلاج المتوفرة للأشخاص المصابين باضطراب التوحد، علماً بأنه يجب التأكيد على أنه ليست هناك طريقة علاج مؤكدة وناجحة مع كل الأشخاص المصابين باضطراب التوحد .

العلاج البيئى (١) واضطراب التوحد

يتضمن استخدام العلاج البيئى فى علاج اضطراب التوحد تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الإجتماعى عن طريق التشجيع والتدريب على إقامة العلاقات الشخصية المتبادلة

وفيما يلى مثالاً تفصيلياً للأسلوب الذى اتبع فى تأهيل الطفل ذوى اضطراب التوحد، بأحد المراكز المتخصصة لعلاج هذا النوع من الإعاقات.

المرحلة الأولى: انتقاء العيون وتبادل النظرات(٣):

التدريب عليها عنصر أساسى فى تأهيل الطفل الذى يتجنب إلتقاء العيون كعامل أساسى فى العزلة التى يعيشها والإنغلاق على الذات. فالتقاء العيون بين الأفراد العاديين أول إشارة تفتح الطريق إلى التواصل مع الأخرين؛ حيث يعطى الإشارة بالمبادأة فى الإتصال والحديث أو الرغبة فية أو متابعتة مع الشخص الآخر أو معرفة تأثيره أو التعبير عن الإنفعالات والعواطف؛ فأنت إذا نظرت

---

(١) العلاج البينى Environmental Therapy علاج طبى نفسى يقوم على أساس تعديل أو تناول ظروف حياة المريض أو بيئتة المباشرة، كما يشير المصطلح إلى المفهوم الذى ينظر إلى المستشفى باعتبارها مجتماعاً علاجياً. وهذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الإجتماعى والفيزيقى الذى يعيش فيه المريض أو الذى يتعامل فيه على نحو يساعد فى الوصول إلى الشفاء، ويعتبر المصطلح مكافئاً لمطلح علاج الوسط أو العلاج المحيطى.

(٣) إلتقاء البصر. إلتقاء العيون: Eye Contact ويقصد به النظر إلى الشخص الذى يحادثنا أو يحاونا. ويعتبر الحفاظ على إلتقاء العينين أمراً أساسياً فى التواصل والتفاهم بين المعالج والمريض خلال المقابلات. وكثيراً ما يكون إلتقاء العينين خطوة مبدئية فى علاج الطفل، ولتشجيع هذه العلاقة البصرية قد يمسك المعالج بقطعة من الحلوى قريبة من عينيه ويقدمها للطفل إذا نظر نحوه. وهذا التواصل البصرى يستخدم كمتغير فى بعض دراسات علم النفس الإجتماعى ليمثل درجة الدفء فى العلاقة البيئية الشخصية أو درجة القرب بين شخصيتين.(جابر عبد الحميد وعلاء كفافى ١٩٩٠، ج٣: ١٢٣٥).

إلى شخص مبدياً الرغبة فى الحديث، ولم يبادلك النظرة أو أشاح عنك بوجهه؛ فمعنى هذا بالنسبة بك هو العزوف أو عدم الرغبة فى الدخول فى محادثة أو إتصال.

ومن هنا تأتى أهمية تدريب أى طفل ذاتوى على التجاوب مع إلتقاء العيون وإستمرار المحاولات معه للنظر فى عينى من يحادثه، حيث أن النجاح فى تحقيق ذلك يعتبر، ليس فقط ضرورياً لتحقيق التوافق الإجتماعى، والقدرة على التواصل وتكوين علاقات، بل هو- بالضرورة- أساس نجاح برامج التدريب والتأهيل فى المستقبل، ويعين الأخصائى النفسى الذى يعمي مع الطفل ذوى اضطراب التوحد فى التواصل مع الطفل وتوجيهه؛ حيث أن التقاء العيون، هو المدخل المحورى والجوهرى للمرحلة الأولى من التدريب والتأهيل.

ومع التأكيد على أهمية هذه الخطوة الأولى فى برامج التأهيل- باعتبارها مدخلاً للنجاح فى تحقيق المرحلة التالية للتأهيل- فإنه يتعين توجيه أنظار العاملين فى مراكز التأهيل وكذلك الأباء إلى أنه مهما كانت الصعوبات التى قد تعترض تدريب الطفل على تبادل النظرات وإلتقاء العيون، فإنها عملية ممكنة، وتنتهى بالنجاح فيما عدا أنها تحتاج إلى قدر من الصبر والاصرار مع إستخدام التدعيم المادى والمعنوى المستمر، كلما كان تجاوب الطفل مع من يقوم بتدريبه وعلاجه، وكلما توقف الطفل عن استخدام الأساليب الهروبية فى أثناء مواقف التدريب.

المرحلة الثانية: معالجة السلوكيات غير المرغوبة:

التركيز فى هذه المرحلة من مراحل تدريب وتأهيل الطفل ذوى اضطراب التوحد على الحد من السلوكيات غير التوافقية بصفة عامة مع التدعيم المستمر مادياً ومعنوياً إيجابياً عن طريق المكافأت، وسلبياً إما عن طريق العقاب أو التجاهل التام للسلوك غير المرغوب فيه، أو عن طريق عزل الطفل بعيداً، فى مكان منفصل.

هذه الإجراءات من شأنها أن تقلل من ظهور السلوكيات غير المرغوبة حتى تصبح قليلة الحدوث، لأنه ليس من السهل أن تختفى تماماً. بالإضافة إلى أن هذه الإجراءات تحتاج إلى تضافر جهود أشخاص عديدين على رأسهم أفراد الأسرة، ثم القائم أو القائمين بعملية التدريب والمعالجة.

المرحلة الثالثة: يبدأ الطفل التدرب على محاكاة أو تقليد القائم بعملية المعالجة

بالقيام بنفس حركات أو أداء أعمال يقوم بها وهو يجلس أو يقف أمام الطفل. وهذه المرحلة ترتكز على ما تم إنجازه فى المرحلة الأولى؛ فإذا نجح المعالج فى تحقيق التواصل مع الطفل عن طريق إلتقاء العيون فإن ضمان نجاح المعالجة فى هذه المرحلة الثالثة يعتمد على أن يبدأ هذا التدريب فقط بعد أن ينظر المعالج إلى عينيه أولاً، وأن يرد له الطفل النظرة ويستمر إلتقاء العيون طوال مرحلة التدريب.

وتجدر الإشارة هنا إلى أهمية مشاركة أفراد الأسرة فى عملية التدريب- لا سيما الأم- صحيح أن تحقيق التعاون الوثيق المستمر مع أسرة أى طفل معاق، ليس سهلاً أو ناجحاً دائماً، لكنه ممكن التحقيق والمهم الإصرار والصبر والمداومة على العمل لتحقيق الهدف من التدريب.

)

(

ويمكن- فضلاً عما سبق أن تحتوى هذه المرحلة على بعض الأنشطة الرياضية التى يتخللها فترات من اللعب الموجه سعياً وراء تفريغ أية شحنات من التوتر والقلق أو الإحباط لدى الطفل؛ فقد أشارات بعض دراسات إلى أن ممارسة الطفل ذوى اضطراب التوحد لأنشطة اللعب المختلفة والخروج فى رحلات أو معسكرات؛ من شأنه أن يساعد على تفريغ شحنات الطاقة الزائدة المتمثلة فى الحركات القسرية، والطقوس الوتينية غير الهادفة والتى يفيض بها الجهاز العصبى للطفل ذوى اضطراب التوحد، فضلاً عن أن النشاط البدنى المكثف قد يسهم فى تحسين قدرة الطفل على التحكيم فى جهازة العصبى، وأخيراً فإن توفير فترات كافية من اللعب الموجه؛ قد يزيد من كفاءة ومهارة الطفل ذوى اضطراب التوحد على ضبط النفس والتعاون والعمل مع الأخرين من الرفاق والأحصائيين والتى تعتبر البيئة المواتية لاكتساب المهارات الإجتماعية فى المستقبل والخروج منحالة الإنغلاق والعزلة التى يتصف بها الطفل ذوى اضطراب التوحد.

المرحلة الرابعة: يدور الإهتمام فى هذه المرحلة حول التدريب على إصدار الأصوات المختلفة ثم البدء فى التواصل اللغوى.

يتعين أن نشير هنا إلى أن هذه المرحلة يمكن تجاوزها فى حالات الأطفال الذين لديهم حصيلة لغوية لفظية ولو كانت حصيلة قليلة أما الأطفال ذوى اضطراب التوحد الذين لا يتكلمون إطلاقاً، فتعد بالنسبة لهم مرحلة أساسية فى عملية التدريب. كما تتعين الإشارة إلى أن هذه المرحلة الرابعة تبدأ بعد نجاح تحقيق أهداف المراحل الثلاثة السابقة.

يبدأ التدريب بتشجيع الطفل ذوى اضطراب التوحد على إصدار أصوات معينة يحدثها الأخصائى، وتجاهل أو تجنب إصدار الأصوات المبهمة. ومع التكرار والتجاوب من جانب الطفل وإستخدام التعزيز بصور مختلفة من قبل الأخصائى يمكن أن يبدأ الطفل تدريجياً فى تقليد أصوات حيوانات أو نغمات موسيقية سهلة، مع التقلق من إصدار الأصوات الخانقة كالهمهمة، أو الأصوات العالية المزعجة قدر الإمكان.

غالباً ما تستغرق هذه المرحلة وقتاً طويلاً، حتى يصل الطفل ذوى اضطراب التوحد إلى مستوى يصبح فيه قادراً على التحكم فى مخارج الألفاظ، وعلى ضبض نوعية الأصوات التى يطلب منه الأخصائى أن يقلدها، حتى لو كان بعضها بلا معنى، أو لايفهم الطفل مدلولاتها. ويؤكد العديد من الباحثين- هنا أيضاً- على أهمية عملية التعزيز المستمر للسلوك الإيجابى للطفل، وذلك حتى لو كان التقدم أو التجاوب منجانب الطفل بسيطاً، ويحذرون من إرجاء التعزيز إلى أن ينجح الطفل تماماً فى تحقيق الدقة الكاملة فى تقليد الأصوات المطلوبه، إذ أن هذا الإرجاء قد يؤدى إلى حالة من الشعور بالإخفاق والفشل لدى الطفل فيتوقف عن بذل المزيد من المحاولات.

المرحلة الخامسة: ويمكن أن نطلق عليها مرحلة التقليد اللفظى:

تهدف هذه المرحلة إلى تدريب الطفل ذوى اضطراب التوحدعلى إصرار بعض الألفاظ أو الكلمات بإستخدام المحاكاة أو التقليد. وتسعى فى نفس الوقت إلى التعامل مع بعض السلوكيات السلبية

أو الأساليب الهروبية- إن وجدت- لدى الطفل.والفنية العلاجية المستخدمة هنا أيضاً هى التعزيز الفورى للسلوكيات الموجبة لدى الطفل.

المرحلة السادسة: التدرب على التخاطب:

تعد هذه المرحلة أساسية كذلك، بالنسبة للطفل ذوى اضطراب التوحد الذى لا يملك حصيلة لغوية تتناسب مع عمره الزمنى، ولا يتكلم إلا قليلاً وتأتى فى أعقاب نجاح الطفل فى تقليد بعض الكلمات أو النطق ببعض الجمل القصيرة المكونه من كلمتين، بحيث يزداد طول الجملة تدريجاً على مدى زمنى طويل نسبياً. يلى ذلك- وفى نفس المرحلة- الإستعانة بالصور والأشكال بغية زيادة الحصيلة اللغوية للطفل تدريجياً على مدى يتناسب مع امكانات الطفل ذوى اضطراب التوحد من جهه، وسرعة تقدمه من جهه أخرى، مع ملاحظة الاستمرار فى تدريبه على ما سبق أن تعلمه لضمان ثبات ما تعلمه وحفاظاً عليه من النسيان، فالطفل ذوى اضطراب التوحد ينسى سريعاً، وقدرته على التركيز محدودة. وهذا لا ينفى صحة الحقيقة التى تشير إلى أن نسبة عالية منالأطفال ذوى اضطراب التوحد كثيراً ما يتذكرون أشياء أو خبارت سبق أن مروا بها واستوعبوها، حتى بعض مدى فترات زمنية طويلة.

تجدر الإشارة هنا إلى أن بعض الأطفال ذوى اضطراب التوحد- ذوى الإعاقات اللغوية- قد يحتاجون فى هذه المرحلة إلى حضور جلسات تخاطب تستخدم فيها الأجهزة والوسائل المعينة الصوتية والضوئية والإليكترونية الحديثة إذا تيسر ذلك.

المرحلة السابعة: تنمية القدرات الإجتماعية:

يمكن أن تسمى أيضاً مرحلة العمل مع الرفاق والتدرب على التفاعل الإجتماعى مع الأخرين من أطفال وأخصائيين. وهى مرحلة تعد فى نظر الباحثين والمهتمين بهذا الإضطراب من أهم ركائز التدريب والمعالجة لهذه الفئة من الأطفال وأكثر صعوبة وتعقيداً.

وإذا لم تجر بحرص شديد وسلاسة وبسرعة مناسبة وتدرج فإنها قد تؤدى إلى حالات من الإحباط والنكوص والقلق والتوتر مما يزيد من مشكلات الطفل ذوى اضطراب التوحد تعقيداً وعزلة وانغلاقا"

ومع أهمية هذه المرحلة فى تأهيل الأطفال الذاتوبين- خاصة فى الحالات الشديدة؛ أو تلك التى لم يبدأ فيها التأهيل فى سن مبكر ٢-٣ سنوات فإنها تعتبر من أكثر جوانب التأهيل صعوبة وتعقيداً، وقد تستغرق فى تحقيقها فترات زمنية طويلة قد تمتد لسنوات عديدة.

ويشير عثمان لبيب (١٩٩٥ : ١٢) إلى وجود علاقة وتأثير متبادل ومستمر بين نمو المهارات الاجتماعية من جانب، والقدرات اللغوية والقدرة على الاتصال من جانب آخر. أية ذلك أن انشطة تنمية المهارات الاجتماعية تتيح للطفل الفرص لاكتساب حصيلة لغوية أكبر.

المرحلة الثامنة: التمهيد للتأهيل الأكاديمى:

تبدأ هذه المرحلة بعد أن يكون الطفل قد أتقن المهارات المكتسبة خلال المراحل السبعة السابقة

مع حصيلة لغوية مناسبة، وقدرة على النطق السليم للألفاظ كثيرة الاستعمال فى التعبير عن الذات والرغبات وقدرة معقولة على التواصل والتفاعل مع الأخرين، وهى تستهدف إعداد الطفل لبدء فصول الأنشطة الأكاديمة تعليماً وتربوياً عن طريق إكسابه المهارات اللازمة لاكتساب المعرفة والتجاوب مع الأنشطة التعليمية.

فالطفل ذوى اضطراب التوحد- فى هذه المرحلة- فى حاجة إلى اكتساب القدرة على الاستجابة الفورية لما يطلبه المدرس، والقدرة على التركيز والإنتباه لدرجة معقولة لما يدور من حديث وتواصل مع المدرس والرفاق الأخرين فى الصف، والقدرة على محاكاة المدرس أو أحد الزملاء بمجرد أن يطلب منه ذلك.

وباختصار تهدف هذه المرحلة إلى إكساب الطفل كافة المهارات اللازمة لبدء برنامج التدريب التعليمى والتحصيل الدراسى والسلوكيات المتصلة بهذه الأنشطة. ولما كانت الأنشطة التى تجرى فى الفصل الدراسى تتطلب مهارات لغوية؛ فإن هذه المرحلة تهدف أيضاً إلى متابعة وتعزيز واستمرار النمو وإرتقاء اللغة، ومهارات التواصل والتفاعل الاجتماعى.

لا يتعين النظر إلى هذه المرحلة باعتبارها مرحلة تهدف إلى تعليم الطفل ذوى اضطراب التوحد مبادئ القراءة والكتابة، لكن يتعين النظر إليها على إنها مرحلة تمهيدية ثرية وغنية بالأنشطة المشابهة لتلك التى تجرى فى دور الحضانة ورياض الأطفال العادية من قبيل التربية الفنية، ورسم الحروف الكبيرة بالطابشير، أو الرسم على الرمل .... إلخ.

المرحلة التاسعة: استكمال المهارات اللغوية:

هدف هذه المرحلة هو إستكمال المهارات اللغوية- التى سبق للطفل البدء فى تعلمها- واللازمة للدخول فى مرحلة الدراسة الأكاديمية وأنشطة المنهج التربوى بتشعباته المختلفة المرتبطة بمستوى ذكاء الطفل.

وعلى هذا يمكن القول أن مجموعات الأطفال ذوى اضطراب التوحد يختلفون فى قدراتهم العقلية وتتباين مستوياتهم تبايناً كبيراً، ومن هنا تأتى أهمية إعادة تصنيفهم بعد تحقيق قدر مناسب من النجاح فيما يتعلق بأهداف المراحل الثمان السابقة من مراحل تدريب وتأهيل حالات الأطفال ذوى اضطراب التوحد.. وذلك قبل الشروع فى تأهيلهم أكاديمياً.

مما يجدر ذكره هنا، أن نشير إلى أن كل مرحلة من المراحل السابقة تستغرق فترات زمنية مختلفة من طفل لآخر وذلك فى ضوء درجة أو شدة الإعاقة، ومن هنا، تتضح أهمية تحديد مستوى اضطراب التوحد لدى الطفل ذوى اضطراب التوحد وذلك على مقياس سلوك التوحد وعلى مقياس السلوك التوافقى للأطفال. وذلك قبل وضع أى تخطيط لمنهج أو برنامج التدريب والتأهيل.

وأنه من المتوقع- من ناحية أخرى- أن تكون هناك صعوبة فى تحقيق أهداف التدريب والتأهيل، واتساع المدى الزمنى الذى تستغرقه كل مرحلة، والذى قد يمتد لسنوات مرتبطاً فى ذلك ارتباطاً طردياً كلما ازدادت شدة الحالة.

كما أنه من المتوقع- من ناحية ثالثة- أن فى بعض حالات الأطفال ذوى اضطراب التوحد قد يكون التقدم أو التحسن أمراً بعيداً المنال، خاصة إذا اقترنت اضطراب التوحد بالتخلف العقلى الشديد.

والقارئ لمراحل التأهيل المتبعة مع حالات اضطراب التوحد يمكن أن يستخرج بعض النتائج العامة، وذلك على النحو التالى:

(أ) أن كل طفل ذوى اضطراب التوحد له سمات شخصية مميزة قد تتفق وتختلف مع السمات الشخصية لغيره من الأطفال. ولذلك يمكن القول أن لكل طفل توحدى مسار خاص به وحده فى عملية التدريب والتأهيل. وأن المسار تتم مراجعته وتعديله فى ضوء ما يحققه كل طفل على حدة، وذلك فى ضوء ما أمكن التوصل إليه فى كل مرحلة

(ب) أن تقسيم عملية التدريب والتأهيل إلى مراحل ليس معناه أن كل مرحلة منفصلة عن المرحلة التى قبلها والمرحلة التى تليها. وذلك أن هذه المراحل ما هى إلا تقسيم نظرى. وهذا التقسيم النظرى ما هو إلا تصور للمسار الذى يحدد ملامح البرنامج، وفهم ترتيب المهارات المطلوبة فيه. ومعروف أن اكتساب بعض المهارات الجديدة قد يتطلب، وقد لا يتطلب اكتساب مهارات معينة سابقة، كما أن نجاح الطفل ذوى اضطراب التوحد فى التدريب على هذه الأنشطة فى مرحلة سابقة، وهكذا. وبالمثل فإن إتقان بعض الأنشطة فى مرحلة ما، لا ينبغى توقفها فى المرحلة التالية، بل قد يتطلب التدريب العودة إلى العديد من الأنشطة السابقة لتذكرة الطفل بها، والتأكيد على استمرارية استيعابها لاسيما إذا وضعنا فى اعتبارنا أن الطفل ذوى اضطراب التوحد سريع النسيان، فيما عدا بعض الحالات التى يتركز فيها خبرات سابقة معينة، وأن إعادة التدريب وتكرار عملية أساسية فى الحصول على مزيد من التقدم.

(جـ) ولنجاح أى برنامج للتدريب وتأهيل الأطفال ذوى اضطراب التوحد- خلال كافة مراحله بصفة عامة، ومراحل التأهيل الأكاديمى والاجتماعى بصفة خاصة- أن تتضافر عوامل عديدة من قبيل الألفة والتواصل، وبناء الثقة بين الطفل ومعلمه-أو معلمته- من جهة؛ والطفل والأخصائى القائم بعملية التدريب والتأهيل من جهة ثانية- وأن يسود جو من الحب المتبادل، والاحترام، والشعور بالأمان بالنسبة للطفل، والاهتمام به، وما إلى ذلك.

(د) فى تدريب الأطفال ذوى اضطراب التوحد الاعتماد على عناصر البيئة المألوفة لدى الطفل، واستخدام المحسوسات والوسائل التعليمية وتجنب استخدام المفاهيم المجردة، وذلك لأن الطفل ذوى اضطراب التوحد يعجز عن التجريد والتصور والتخيل.

(هـ) أهمية الإعتماد على الاتصال المباشر بعناصر البيئة المألوفة، ذلك أن الطفل ذوى اضطراب التوحد لا يملك رصيداً معرفياً، ويعانى من غياب القدرة على تمثل الأشياء. وعلى ذلك فهذا النوع من الأطفال فى حاجة إلى التدرج البطيئ، حتى الأشياء المألوفة، أو التى من نفس النوع، فضلاً عن ضرورة تذكيره المستمر بما سبق أن تعلمه، أو اكتسبه من خبرات، فالطفل ذوى اضطراب التوحد يفقد بسهولة ما تعلمه سابقاً.

(و) يراعى فى تأهيل الطفل ذوى اضطراب التوحد تدريباً أكاديمياً أن تكون فتراته قصيرة نسبياً تتراوح ما بين١٠- ١٥دقيقة تزداد تدريجياً حتى تصل إلى ٣٠ دقيقة على الأكثر لعجز هذا الطفل عن التركيز والإنتباه لفترات طويلة.

(ز) أهمية استخدام وسائل مثيرة للحواس لتنمية قدراته من خلال استخدام "أدوات ذات أشكال وألوان مختلفة، أو أجهزة تصدر أصواتاً متدرجة مختلفة وغير ذلك من الوسائل السمعية والبصرية المعتمدة على إثارة حواس الإبصار، أو السمع، أو اللمس. ويساعد على تحقيق هذا النجاح توافر هذه الوسائل فى ظل التقدم العلمى والتكنولوجى المعاصر مما يتيح استخدام التليفزيون والفيديو والأجهزة التعليمية التى تتيح الفرصة للمس والسمع فى تعلم الحروف والأرقام، والإختيار، والإستيعاب، والتعزيز الفورى لاستجابات الطفل، وكذلك الأفلام والكتب المبرمجة، وأجهزة الكومبيوتر مع توافر المواد المبرمجة والتى أمكن إنتاج بعض منها محلياً

ومما تجدر الإشارة إليه هنا أن استخدام التقنيات الحديثة ليس هدفاً فى حد ذاته، ولكنه وسيلة للتنمية الدافعية والرغبة فى التعلم، وتكوين توافقات اجتماعية مهمة تحفز الطفل ذوى اضطراب التوحد وتشجعه على التفاعل مع بيئة، وتوظيف معلوماته كى يحقق أكبر قدر ممكن من الاستقلال الشخصى والاعتماد على النفس فى حدود قدرات الطفل ونجاحه، وسرعة تقدمه.

(ح) أهمية العمل على تنشيطه على المستوى العقلى. ذلك أن تنشيط عقل الطفل العادى يمكن أن يحدث بشكل تلقائى فى بيئته الإجتماعية، وكنيجة للتفاعل المستمر مع الوسط الذى يعيش فيه، أما فى حالة الطفل ذوى اضطراب التوحد، فإن نموه العقلى قد يظا جامداً أو يسير ببطء شديد، ويحتاج إلى نشاط خاص، وتدخل تربوى مكثف ومتواصل، وذلك بسبب إنغلاق وعزلة الطفل، وقصور قدرته على التواصل مع الأخرين، وغياب الحافز لديه؛ مما يتطلب الدقة فى اختيار الأنشطة المشوقة والجذابة.

(ط) أهمية مساحة حجرة الفصل الدراسى وطريقة اختيار الأثاث، ونوعيته، وإمكانية تغيرتنظيم محتويات هذا الفصل بين الحين والأخر، كذلك تغير ألوانه وإضاءته، ومدى توفر المواد والوسائل التعليمية، ومكتب الطفل، وأدوات الكتابة، والتربية الفنية، كلها فرادى أو مجتمعة عوامل تقوم بدور مهم فى تخطيط وتنفيذ برنامج التعليم والتدريب لأى طفل توحدى لاسيما إذا كان عدد تلاميذ الفصل الدراسى يتراوح بين٣ – ٥ أطفال حسب السن ودرجة الإعاقة ومستوى الذكاء إلى جانب وجود أكثر من مدرس ومساعد للمدرس فى آن واحد مما يمكن المدرس من العناية الفردية بكل طفل فى الفصل؛ وهذا يتيح له رصد، ومتابعة عناصر برنامج التعليم والتدريب وتقييم النتائج تقيماً نوضوعياً.

(ى) نجاح بعض أساليب التدريب والتأهيل والتفاعل التربوى والاجتماعى مع حالة من حالات الأطفال ذوى اضطراب التوحد لا يعنى بالضرورة نجاحها مع كل الحالات المماثلة، ذلك أن لكل طفل خصائصه المحددة التى تميزه عن غيره من الأطفال، وهذا معناه أيضاً أن أية خطة علاجية أو تأهيل اتبعت فى تأهيل طفل معين، إنها سوف تحرز نفس القدر من النجاح لو طبقت على طفل آخر؛فلكل طفل ظروفه وقدراته ونوعية ودرجة إعاقة، وله ما يناسبه من أسس ومناهج وأساليب

للتدريب والتأهيل.

١٢

انشطة علاجية مقترحة لذوى اضطراب التوحد

١٢-انشطة علاجية مقترحة لذوى اضطراب التوحد

نصائح لآباء ومعلمي الأطفال ذوى اضطراب التوحد

كلما كانت الإرشادات سهلة وبسيطة وتتناسب مع البيئة التي يحيا فيها الطفل كانت مجدية لان كثيرا من الأسر عندما يعلمون أن طفلهم مصاب باضطراب التوحد يبدءون فى التعامل مع الطفل على أنه حالة يبحثون له عن العلاجات والأدوي،ة وينسون أن هذا الطفل مشكلته الرئيسة هي التفاعل مع المحيطيين به والحقيقة أنه مهما قام المتخصصين بإعطاء إرشادات للأسر فيبقى أن نقول أن كل طفل ذوى اضطراب نوحد هو حالة خاصة فى حد ذاتها ولا يمكن إعطاء إرشادات تفيد كل الحالات ولكن يمكن أعطاء إرشادات عامة يأخذ منها الأهل ما يتناسب مع حالة الطفل وبالأسلوب الذي يتناسب مع البيئة التي يعيش فيها الطفل كما انه لايمكن أن نقوم بإعطاء كل الإرشادات فى وقت واحد ولكن إليكم بعض هذه الإرشادات

١- محاولة لفت انتباه الطفل باللعب معه بالعاب يتم فيها التفاعل بين الأب أو الأم وبين الطفل مثل الزغزغة ووضعه على القدم للعب معه وهذه الألعاب قد يظن الأهل أنها غير مفيدة ولكنها تعمل بشكل كبير على تنمية التفاعل الاجتماعي للطفل وهو المشكلة الرئيسية لدى الطفل

٢- عند اختيار ألعاب للطفل لابد من اختيار لعب مسلية يحبها الطفل، فكثيرا من الأهل والمعالجين يهتمون بالألعاب التربوية ويهملون ماذا يحب الطفل من العاب وهنا لابد أن نوكد على حقيقة هامة وهو أن ما يحبه الطفل هو البداية الحقيقة للتواصل مع هذا الطفل

٣- الانضمام للطفل عندما يلعب بمفرده ومحاولة مشاركته ألعابه وفى البداية تكون المشاركة بالطريقة التي يحبها الطفل ثم تطويع اللعبة بعد ذلك لتتناسب مع ما نريد أن نعلمه للطفل

٤- تكرار الألعاب التي يلعبها الطفل كثيرا حتى يتقنها الطفل حتى يسهل بعد ذلك الانتقال إلى العب أخرى أعلى فى المستوى من الممكن أن تنمى مهارات أعلى لدى الطفل

٥- تفسير كل الحركات التي تصدر عن الطفل على أنها حركات أو أفعال مقصودة ومحاولة وضعها فى سياق صحيح وتدريب الطفل عليها فى هذا السياق فعلى سبيل المثال لو قام الطفل برفع إحدى يديه إلى اعلى بالصدفة أقوم برفع يدي وأقول له باى باى

٦- عندما يكون لديكم خطة معينة للطفل للعب ويقوم الطفل برفض هذه الخطة لا بد من إتباع أسلوب الطفل فى اللعب ثم محاولة تغيير الطريقة إلى الوجهة التي تريدونها جزئية جزئية

٧- إيجاد مواقف تجبر الطفل على طلب الشى كإبعاد كوب الماء بعض الوقت لإجبار الطفل على إيجاد وسيلة للتواصل مع الآخرين من خلال حاجاته اليومية

٨- محاولة البدء بالمساعدة الجسمية ثم الانتقال تدريجيا إلى استخدام الألفاظ. ومحاولة تسمية الأشياء والأشخاص بمفردة واحدة مثال على ذلك عند الذهاب إلى مكان للتسوق البدء باستخدام الألفاظ كقول تفاح موز برتقال عند البدء بشراء هذه الأشياء

٩- استخدام اسم الطفل عند التحدث اليه بدلا من الضمائر فى البداية. ولابد من استخدام تعابير

الوجه مع الكلمات

١٠- لا بد أن تكون الأحاديث الموجهة للطفل مفردات فقط أو جمل بسيطة لا تتعدى الكلمتين ويمكن تكرار الكلمة فى أكثر من جملة ويفضل أن يكون نطق الجمل بصورة بطيئة

١١- محاولة نقل الأشياء التي تعلمها الطفل من خلال الألعاب إلى العاب ومواقف أخرى مشابهة

١٢- تشجيع الطفل على تعميم اللعب مع أشخاص آخرين

١٣- بالتأكيد هذا قليل من كثير جدا وكما ذكرت سابقا فان لكل حالة من حالات ذوى اضطراب التوحد خصوصية خاصة تحتاج الى إرشادات تركز على سلوكياتها وعلى المشكلات التى تتعلق بها.

الأنشطة العلاجية المناسبة للطفل ذوى اضطراب التوحد

أولا- الهدف:

ينبغي الحرص على تحقيق الأهداف التالية في كل نشاط تقوما به.

- زيادة الانتباه.
- تقليل فرط الحركة.
- زيادة مدة تبادل النظرات.
- تحفيز المشاركة الاجتماعية.

ثانيا- التعليمات:

- يتطلب مكان مناسب لأداء كل نشاط.
- يتطلب مواد ينبغي توفرها لكل نشاط.
- اشرح النشاط قبل البدء فيه.
- حيد كل مشتت خارج المكان.
- أختر النشاط الذي يناسب عمر الطفل، أو يميل إليه، وحسب درجة الاضطراب.
- زد من تعقيد النشاط بالتدريج.
- كن متعاونا ومرحا واقبل الفشل.
- قيم المدة الزمنية للنشاط من خلال ساعة توقف، بحيث يكون ضمن الأهداف زيادة المدة التي يستمر فيها الطفل في النشاط.
- كفاية المواد التي تساعد على استمرار النشاط بحسب الخطة.
- يلزم توفر المكافئة الملائمة والمباشرة لكل نشاط، شريطة أن لا تستهلك الوقت أو تؤدي للإشباع، ويستحسن تقنينها.
- الابتعاد عن الأجواء الرسمية وتكييف كل نشاط ليكون مسلياً ومفرحا من خلال اللعب.
- المهام تتدرج من السهل إلى الصعب.
- الصبر وعدم الاستعجال فكل استجابة ولو بسيطة تعتبر تقدماً.

)

(

- احسب الوقت الذي جلس الطفل فيه وأدى النشاط بتركيز، ثم حاول زيادته في المرات القادمة.
- يبدءا المعالج والطفل اللعب دون مشاركة، تدريجياً يبدأ المعالج تقليد الطفل، ثم يحاول المعالج مشاركة الطفل في لعبته.
- حاول مساعدته حتى ولو بالإمساك بيده ليعمل المهمة المطلوبة.
- شجع الطفل ليستمر في النشاط ما أمكن، من التشجيع الربت على رأسه – الابتسامة أو التصفيق – منح علامة على ورقة تبين صحة أو خطاء الإنجاز، أو منح صورة لاصقة على ورقة يختارها عند نجاحه، ومنها الحصول على صورة مختومة، ومنها أيضا جمع عدد من الأوراق النقدية المزيفة التي يحصل مقابل ما يجمع منها في نهاية النشاط على مكافئة مادية كاستبدال الرموز بقطعة حلوى...الخ.
- الحرمان في بعض الأوقات يكون الوسيلة المناسبة لإكمال النشاط، مثل الحرمان من اللعب، الإهمال أو عدم اللعب معه أو عدم النظر إليه، أو رفع حدة الصوت قليلا، تحديق النظر به لفترة لدلالة على الغضب، الضرب على الطاولة بقوة ليهدا ويتوقف.
- ينبغي أن يجلس بهدوء أولاً، ثم ابدأ النشاط عندما يهدأ عن الحركة، ولو من خلال تقييد حركته ولكن برفق، مثل أن تجلسه على كرسي وتجلس خلفه وتحضنه من دون ضغط أو مضايقة، أو أجلسه على كرسي بزاوية معينة تكون رجلاه بين أحد أرجل الطاولة، بحيث لا يسمح له بالحراك، واجلس بجانبه، أو ضعه في أحد أركان الغرفة على كرسي والطاولة أمامه.
- أشغل الطفل مباشرة في النشاط بشكل سريع لكي لا يعود للحركة مرة ثانية.
- يستحسن إخفاء الألعاب عنه أسفل الطاولة، وتقديمها واحدة واحدة عند الحاجة.
- اختر اللعبة التي يفضلها الطفل.
- أعده إلى كرسيه في كل مرة يقوم فيها وأوقف النشاط حتى يعود للجلوس مرة ثانية.
- لا تستجيب لطلباته فذلك يفقدك السيطرة عليه.
- حاول إنجاز النشاط قدر ما تستطيع ولا تستسلم.
- خطط مسبقا ما تنوي القيام به في كل مرة، حدد أهدافك وأدواتك.
- اللعب الجماعي يخلق روح المنافسة.
- تبادل النظرات بين الحين والآخر، وتبادل الابتسامات والتعبيرات.

ثالثا- الأسلوب:

١. التقليد.

٢. تنفيذ التعليمات.

٣. تبادل الأدوار.

٤. لعب دور المعلم.

٥. اللعب العشوائي أو الحر.

وفيمايلى عدد من الأنشطة العلاجية المناسبة للطفل ذوى اضطراب التوحد

١- نشاط الرسم والتلوين:

المواد:

- ألوان متنوعة.
- أوراق سميكة ملونة أو بيضاء.
- فرشاة تلوين كبيرة.
- ألواح محفور عليها أشكال.
- ورق شفاف.
- صور كبيرة ذات لون أسود وأبيض محددة الشكل.

الطريقة:

- دع الطفل يقلد بعض ما تقوم به من أعمال تلويت عشوائية.
- دع الطفل يقوم بأعمال التلوين بحسب ما يطلب منه.
- دع الطفل يرسم حول أصابع يدك، أو حول أصابع يده.
- دعه يرسم جسم محفور على لوح.
- دعه ينسخ صورة على ورق شفاف.
- دعه يحاول إكمال الرسمة الناقصة.
- دعه يحاول إيصال النقط لإكمال الرسم الناقص.
- دعه يكمل تلوين الصورة.

٢- نشاط اللعب بالصلصال:

المواد: آلة للفرد، مادة الصلصال، ألواح محفور عليها أشكال.

الطريقة:

- دع الطفل يقلد بعض ما تقوم به من أعمال تشكيل الصلصال البسيط.
- دع الطفل يقوم بأعمال الصلصال بحسب ما يطلب منه.

٣- نشاط لعبة النجارة:

المواد: أدوات نجارة بلاستيكية.

الطريقة:

- دع الطفل يقلد بعض ما تقوم به من أعمال النجارة السهلة.
- دع الطفل يقوم بأعمال النجارة بحسب ما يطلب منه.

٤- نشاط الأدوات الموسيقية

المواد: آلة موسيقية تتطلب الضغط على الأزرار مثل البيانو، أو آلة موسيقية تحتاج لحركة اليدين مثل الطبلة.

الطريقة:

- دع الطفل يقلد بعض ما تقوم به من حركات بسيطة.
- دع الطفل يقوم بأعمال معينة على الآلة بحسب ما يطلب منه.

٥- نشاط اللعب بالعرائس:

المواد: دمية – مشط – سرير – ولحاف.

الطريقة:

١. دع الطفل يقلد ما تفعل.

٢. دع الطفل يقوم ببعض الأعمال المطبقة على الدمية بحسب ما تطلب منه.

٦- نشاط التنظيف:

المواد: مكنسة وأدوات تنظيف منزلية.

الطريقة:

- دع الطفل يقلد ما تقوم به أثناء تنظيف السجاد أو الطاولة.
- دع الطفل يقوم بأعمال التنظيف بحسب الأوامر التي تعطيها إياه.
- دعه ينظف ألعابه وأدواته.

٧- نشاط اللعب بالبالون:

المواد:بالونات

الطريقة:

- دع الطفل ينفخ البالونات.
- دع الطفل يلاحق البالونات.
- العبا مع بعض بالبالونات.
- دع الطفل يقلد بعض ما تقوم به.
- دع الطفل يقوم بأعمال بحسب ما يطلب منه.

٨- نشاط الكرات البلاستيكية:

المواد: كرات بلاستيكية تنفخ بالفم.

الطريقة:

- تشاركا في نفخ الكرات.
- لاحقا الكرات مع بعضكما.
- دحرجا الكرة لبعضكما البعض.
- دع الطفل يقلد بعض ما تقوم به.
- دع الطفل يقوم بأعمال بحسب ما يطلب منه.
- خبئ الكرة ودعه يجدها.

٩- نشاط العاب الحركة:

المواد: عدد من الأطفال.

الطريقة:

أ- لعبة الوقوف والجلوس.

ب- لعبة الحركة والسكون.

ج- أشرح اللعبة للأطفال، حيث أنها تتطلب أن يجلسوا عندما يطلب منهم اتباع الأوامر. الفائز من لا يخطئ في إتباع التعليمات، أو أطلب منهم تقليد ما تفعله.

١٠- نشاط العاب التركيب:

المواد: العاب التركيب مثل المكعبات، الألعاب ذات الأشكال التركيبية والفجوات، لعبة الخيط والخرزات، لعبة الحفر والأعواد الملونة، لوح الفجوات والقطع التركيبة الصغيرة، لعبة الفجوات الهندسية والأشكال. كل هذه الألعاب يمكن اقتنائها من مركز وسائل التعليم، الواقع على امتداد شارع العليا العام، مقابل وزارة الداخلية بالرياض، أو تصميمها في المنزل.

الطريقة:

وضع الأشكال بحسب الشكل أو الحجم أو اللون إما بالطلب أو بالتقليد

١١- نشاط العاب الفرز

المواد: أشكال هندسية، حيوانات مجسمة، فواكهه مجسمة، ملاعق وسكاكين وشوك بلاستيكية، صور لحيوانات، صور لأطعمة، صور أو أشكال لأشياء مختلفة الحجم من نفس الجنس، صور أو أشكال لأشياء مختلفة الشكل ومختلفة الحجم لنفس الجنس.

الطريقة:

- الفرز بحسب الشكل.

- الفرز بحسب الصنف.
- الفرز بحسب اللون.
- الفرز بحسب الحجم.

١٢- نشاطات الاستماع

المواد:

- مادة مسجلة على شريط لأصوات مختلفة.
- صور للأصوات المسجلة.
- آلة تسجيل.

الطريقة:

يستمع الطفل للمادة المسجلة وعليه اختيار الصورة المناسبة.

١٣-نشاط الأوامر بسيطة

المواد: العاب مختلفة وأشياء متنوعة أو صور .

الطريقة:

١. بعد أن يستمع الطفل للأمر عليه تنفيذه ليحصل علة مكافئة فورية .

٢. الأوامر مثل: أعط شيء واحد،

أجلب شيء واحد، أجلب شيئين،

أعط شيئين لشخص واحد، أعط شيئين لشخصين، أجلب ثلاث أشياء ....الخ.

١٤- نشاط قراءة القصص

المواد: قصص أطفال.

الطريقة:

قص للطفل قصة مسلية، عليه تذكر بعض أحداثها بعد انتهاء القصة. أو عليه القيام ببعض الأعمال التي في القصة، أو عندما يسمع كلمة محددة عليه تنفيذ عمل محدد .

١٥- نشاط الصور المتتابعة:

المواد : صور تشمل أحداث مجزأة ومتتالية.

الطريقة:

أري الطفل وضع حدث ما وتسلسله من خلال الصور، ورتب الصور من اليمين إلى اليسار، وابدء بمجموعة لا تتجاوز ثلاث تتابعات ومع تقدمه زد التعقيد، وعليه إعادة ترتيبها.

١٦- نشاط إكمال الجمل:

المواد: مادة مكتوبة بها جمل ناقصة.

الطريقة:

إقراء للطفل جملة عليه إكمالها ليتم معناها، إذا فشل في معرفة الكلمة أعطه ثلاث كلمات ليختار واحدة منها.

١٧- نشاط الأضداد:

المواد: قوائم الأضداد المعدة مسبقا، أو صور الأضداد.

الطريقة:

أ- قل كلمة وعلى الطفل قول ضدها، إن لم ينجح خيره بين ثلاث كلمات ليختار إحداها التي تكون ضد الكلمة التي قلتها.

ب- أره صورة وعليه البحث عن ضدها.

ج- يفرز الصور كل ضد على حدة.

نشاط المتشابهات:

المواد: صور لأشياء متماثلة، قوائم المترادفات.

الطريقة:

أ- قل كلمة وعلى الطفل قول رديفتها في المعنى، إن لم ينجح خيره بين ثلاث كلمات ليختار إحداها.

ب- أره صورة عليه البحث عن مثيلتها.

ج- فرز الصور كل حسب مثله على حدة.

□

١٣

□

التدخل العلاجى لصعوبة التواصل اللغوى مظاهر الخلل الحسى

□

-التدخل العلاجى لصعوبة التواصل اللغوى:

يكون الطفل ذوى اضطراب التوحد قد اكتسب مهارات لغوية، ومع تدهور الحالة يفقد ما اكتسبه، وبالرغم من عدم وجود أية مشكلات فى السمع إلا أن عدم تواصله مع مجتمعه يفقده الكثير، ومن هنا تظهر مشكلات اللغة والكلام، ويعتقد كثير من المتخصصين أنها من أهم المشكلات، وهناك (٥٠٪) من ذوى اضطراب التوحد لا يستطيعون التعبير اللغوى المفهوم وعندما يستطيعون الكلام تكون لديهم بعض المشكلات فى التواصل اللغوى، وهى التى تحدد تمو الطفل ذوى اضطراب التوحد، ومهما تكن المشكلات فيجب المساعدة على تطوير لغة الطفل.

خطوات للمساعدة

- تحدث مع الطفل باستمرار، ويكون البدء فى وقت مبكر
- شاهد الطفل أثناء قيامه بأى عمل ثم قم بالتعليق على الأعمال التى يقوم بهان مع التنويع فى نغمة الصوت ومعدل الكلام. واستخدم مفردات بسيطة وسهلة الفهم.
- التقليل ما أمكن من توجيه الأسئلة المباشرة للطفل فى أثناء التفاعل مثل اسئلة: ما هذا؟ ماذا تريد؟ لأن الأوامر والأسئلة تقيد تطور اللغة لدى الطفل.
- استخدم المعززات المختلفة بشكل ملائم ومناسب لزيادة مستوى الجملة ومستوى اللغة التلقائية لدى الطفل.
- اجعل التواصل مع الطفل يتصف بالمرح والضحك بالابتسام أثناء التواصل، والتحدث بصوت ممتع بهدف تشجيع التواصل لديه.
- استخدم الوسائل البصرية والصور للتواصل مع الطفل، ضع صوراً لأفراد الأسرة، وصور للأنشطة والأفعال المطلوبة منه، وأخرى للأشياء المحيطة به.
- عرض الطفل إلى خبرات متنوعة ونماذج لغوية وذلك بهدف تشجيع اللغة التلقائية.
- استخدم التواصل بلغة الإشارة والإيماءات إذا تعذر التواصل بالكلام، فهذه الطريقة تساعد اطفل على التعبير عن أفكاره والتفاعل مع الاخرين.
- حاول جذب انتباع الطفل بالوسائل كافة وساعديه على التقليد مثل تقليد صوت بعض االحيوانات فى القفز والصوت والحركة ....الخ.
- ساعد على تنمية المفاهيم المرتبطة بإدراك العلاقات المكانية مثل (فوق – تحت – امام – خلف .....الخ).
- لا تستخدم عدة أوامر وطلبات فى وقت واحد، بل يكون الطلب محدداً وواضحاً.
- تشجيع مهارات التواصل البصرى بالألعاب التى تشكل لهم تحدياً.

مظاهر الخلل الحسي لدى الأطفال التو حديين

المجال البصري

- ذوى اضطراب التوحد لا يستخدمون المجال البصري لجمع المثيرات البصرية بشكل ملائم
- يفتقرون لمهارات التواصل البصري
- يتميز بعض أطفال ذوى اضطراب التوحد بالرؤية النفقية والحساسية البصرية من خلال تميز بعض المثيرات البصرية دون غيرها

الخلل في المجال السمعي

- يلاحظ وجود المشكلات المتعددة في مجال التكامل السمعي والذاكرة السمعية لدى أطفال ذوى اضطراب التوحد، ويظهر ذلك من خلال ما يلي :
- –حساسية أطفال ذوى اضطراب التوحد من الأصوات
- عدم استجابة الطفل ذوى اضطراب ذوى اضطراب التوحد لأصوات الآخرين حين ينادى عليه
- اضطراب سلوك الطفل ذوى اضطراب ذوى اضطراب التوحد حين تعرضه لأصوات متنوعة
- ميل الأطفال التوحيديين للموسيقى والكلام المنغم
- عتبة صوتية منحفظة جدا وقدر عالية على تميز الأصوات لدى بعض الأطفال

مجال التذوق

- يلاحظ هذا الاضطراب لدى أطفال ذوى اضطراب التوحد من خلال وجود حساسية عالية في فم تظهر من خلال ميل أطفال ذوى اضطراب التوحد إلي وضع أشياء غي مخصصة للأكل في الفم وكذلك الميل لنوعية معينة من الطعام دون غيرها كما أن البعض من أطفال ذوى اضطراب التوحد يفضلون الأكل الحار أو المالح

المشكلات الناتجة عن الاضطرابات الحسية السابقة

العناية بالنفس:

- قد يواجه الطفل صعوبة في الانتقال من الغذاء السائل الذي كان يتناوله في زجاجة الحليب الى طعام المائدة الصلب و الخشن أحياناً .
- قد يرفض الطفل المضغ أو البلع مع محاولات متعددة للتقيؤ.
- لا يمر الطفل في مراحل التطور العمرية الطبيعية للعناية بالنفس كالمساهمة في تغيير الملابس و تناول الطعام.

الإنتاجية

- قد لا يقوم الطفل بالعديد من اللعب التلقائي أو حتى التظاهر باللعب، و قد لا يظهر الطفل القدرة على التخيل في كثير من الأنشطة و الألعاب.
- قد لا يستطيع الطفل القيام بتقليد اللعب الاجتماعي المناسب لمراحل التطور العمرية

- قد يكون هناك خلل في لعب الطفل الاجتماعي أو قد يكون غير موجود أصلاً و يفضل اللعب لوحده
- قد يواجه الطفل صعوبة في التعلم و ممارسة مهمات العمل و النشاطات المختلفة بالشكل المطلوب

الجانب الجسمي

- قد يعاني الطفل من ارتخاء في العضلات أو عدم قدرة على التوازن أو تآزر عضلي ضعيف وعدم ثبات في مفاصل الرقبة و عضلاتها أو عدم تآزر عضلي في الحركات الكبيرة.
- قد يعاني الطفل من تأخر في رد الفعل أو الاستجابة لمحفز أو مثير معين
- قد يتجنب الطفل ممارسة الأنشطة التي تتطلب جهداً جسدياً
- قد يعاني الطفل من اختلال في التغير الحسي بالرغم من عدم وجود خلل في الجهاز العصبي الحسي نهائياً، و من الأمثلة على ذلك:

- قد يتصلب جسم الطفل عند حمله أو ضمه و قد يعزى ذلك إلى رد فعل حسي دفاعي عند الطفل
- قد يكون رد فعل الطفل كما لو أنه أصم، عن طريق تغطية الأذنين أو الهرب من الصوت(رد فعل سماعي دفاعي)
- قد يبحث الطفل عن كثير من التغذية الراجعة لجهاز التوازن عن طريق الحركات الدورانية و المغزلية
- قد يبحث الطفل عن كثير من التغذية الحسية بمواقع المفاصل و العضلات

مشاكل عقلية عليا:

- قد يظهر الطفل اهتماماً غير عادي بناحية واحدة طول الوقت
- قد يبدي الطفل اهتماماً غير عادي بنوع معين من الأشياء مهملاً الكل
- قد يعاني الطفل من صعوبات أو اختلالا في التعلم مثل عدم القدرة على القراءة و ذلك بسبب ضعف في القدرة على التكيف مع المثيرات العصبية الحسية
- قد تكون قدرة الطفل على الانتباه ضعيفة مع تواصل بصري ضعيف نتيجة خلل في قدرة الجهاز العصبي على التكيف
- قد يعاني الطفل من عدم قدرة على الانتباه في مهمة معينة لفترة طويلة مع عدم القدرة على التركيز

مشاكل نفس اجتماعية

- مشاكل في القدرة على التواصل غير الكلامي أو غير التعبيري
- عدم الرغبة في التعامل مع الناس أو التعامل معهم للحظات، كأن يبدي الطفل عدم الرغبة في التعامل مع الأطفال الذين في نفس عمره
- لا يشير الطفل إلى الأشياء التي يهتم بها الناس أو يحضرها

- التأخر اللغوي أو عدم القدرة على الكلام مع عدم محاولة الاستعاضة عنها بطرق تواصل أخرى كاستخدام لغة الجسد أو التقليد قد يكون الطفل صامتاً طوال الوقت أو يتحدث بلغة خاصة به
- قد لا يقلد الآخرين أو يستمر في المحادثة على الرغم من قدرته على الكلام
- قد لا يقوم الطفل بتصرف له هدف

الجوانب العلاجية المقترحة

- هناك عدة مجالات لابد من مراعاتها عند التعامل مع المشكلات الحسية لدى الأطفال المصابون بذوى اضطراب التوحد:

المجال البصري : لابد من استخدام الاستراتيجيات البصرية التي تجذب انتباه الطفل وكذلك تساعد على زيادة مدة التواصل البصري مع الأشياء

المجال اللمسي : يمكن أن نتعامل مع المشكلات في الجانب اللمسى من خلال مايلي :-

- اللعب في الماء
- اللعب في الرمال والطين
- تحسس الأوجه الناعمة و الخشنة
- استخدام بعض الأجهزة التي تحدث اهتزاز في آماكن مختلف من الجسم مثل الأقدام والأرجل ،يمكن استخدام أنماط معينه من الملابس
- الحروف والأرقام النافرة المصنوعة من البلاستيك والخشب
- تحميل الطفل بعض الأوزان لكي يحس بالعضلات

نماذج لتدريبات التكامل الحسي لذوي اضطراب التوحد:

وهى ألعاب تستخدم في تدريبات التكامل الحسي مع أطفال ذوى اضطراب التوحد فهي سهلة وبسطية وتزيد كثيرا التواصل الحسي والاستجابة الحسية لأطفال ذوى اضطراب التوحد

قلادة الحبوب : يمكن عمل شكل جمالي بالحبوب وخاصة الصالح منها للأكل

الأهداف:

- زيادة المهارات الحركية
- التحفيز البصري
- التركيز
- تناسق حركات العين

المواد : مجموعة من الحبوب لديها ثقب في المنتصف – سلسلة للغزل عليها

مرحلة التنفيذ:

١) تشجيع الطفل على تنسيق بين الحبوب في السلسلة وقد يحتاج لبعض المساعدة لاستكمال القلادة

٢) يسمح للطفل بيتناول بعض الحبوب وعدها أثناء الغزل

٣) يحفظ عمل الطفل في لوحة بالفصل

لعبة فقاعات الصابون: اطلاق فقاعات الصابون على الاطفال

الأهداف:

- التحكم في التنفس
- العمل ضمن مجموعة
- التحفيز البصري
- إضفاء جو المرح والضحك للاطفال

المواد:

- علبة من فقاعات الصابون
- ألوان طعام
- وعاء كبير
- مسحوق منظفات أو بيض
- عصا بلاستيك لكل طفل

الاعداد :

- نملي الوعاء بالماء ونضيف ٣إلى ٤ ملاعق من مسحوق المنظفات أو بيض
- نقلبها مع بعض مع الوان الطعام ثم نضعها على الطاولة
- نغطي الطاولة بمفرش بلاستيك للحفاظ عليها
- بطاقة لكل طفل مرسوم عليها التعليمات

التنفيذ: نعطي كل طفل عصا بلاستيك ونجعله ينفخ في الوعاء حتى يشاهد تتطاير الفقاعات الملونة

صندوق الالغاز:

إخفاء بعض الاشياء التي يعرفها الطفل ويجيد تسميتها

الاهداف:

- التحفيز البصري
- زيادة المهارات الحركية
- زيادة حساسة اللمس عند الطفل

المواد:

- صندوق
- بعض من الاشياء (مشط ، قلم ،سيارة(

الاعداد:

- نقوم بتغطية الصندوق
- نفتح ثقب في الوسط

مرحلة التنفيذ:

)

(

- يدخل الطفل يده في الصندوق ويلمس أي من الاشياء
- نسأله عن مافي يده (نعطي فترة زمنية بعد السؤال حتى يجيب
- نقوم بتعزيزه اذا اجاد التسمية
- مساعدة في النطق

غطاء الجسم: نوع من الغطاء المناسب لعمر الطفل

الاهداف:

- زيادة الاحساس بإعضاء جسده
- زيادة التركيز البصري

المواد:

- غطاء للجسم بالكامل

مرحلة التنفيذ:

- نقوم بتغطية جسم الطفل بالغطاء ومن ثم نطلبه منه فك الغطاء عن جسمه وسؤاله أين يدك أخرجها ويحاول الطفل ابعاد الغطاء عن جسمه وإضفاء روح المرح مع مراعاة عدم شد الغطاء على الطفل وأن راسه لايغطى

العجينة المضيئة: عجينة ملونة تضي بالظلام

الاهداف:

- تنمي المهارات الرقيقة في اليدين
- زيادة التركيز البصري لانها تستعمل في الظلام

مرحلة التنفيذ :

- نعطي الطفل العجينة المضئية في يده ونجله يقوم بالضغط عليها ونقلها بين يده اليمين الى اليسار.

بعض الملاحظات الهامه لبرنامج التكامل الحسي:

- اشغلي طفلك طوال اليوم املي يومه وابحثي عن العديد من الاشياء التي تستطيع الطفل ان يتعلمها وينظر اليها
- تحدثي مع الطفل عن كل حاجه تعلميه
- شاركي مسئوليه طفلك مع الاخرين من افراد الاسره
- كوني صبوره ولا تجهدي نفسك
- قللي مساعدتك له تدريجيا
- اعملي لائحه بالاشياء التي يفضلها
- انضمي الى جمعيه او مكتبه او ملعب للاطفال ذوي الاحتياجات الخاصه ممكن ان تساعدك وتلهمك

مهام قبل الجلسات

- اختاري بيئه مناسبه وازيلي المشتت من تلفزيون او أجهزه واجعليها منظمه
- قومي بتهيئه الطفل واختاري الوقت المناسب يكون فيه هادئ
- جهزي الأدوات وكل ما تحتاجينه
- كوني على نفس مستوى الطفل
- تاكدي من ان يكون مرتاح وقصري مده الجلسه كي لا يمل الطفل
- كوني معبره معه بالوجه والحركات وحازمه بالارشادات الاساسيه
- عند البدء بالجلسات قسميه الى خطوات صغيره وعطيه الفرصه للاستجابات

المهام بعد الجلسات

- راقبي طفلك وحاولي ان تفهمي فيما يفكر
- اجعلي الاخرين يروا المهارات التي يكتسبها واجعليهم يعبرون عن اعجابهم
- اتركي مسافه للطفل واتركيه حتى يتنفس مجرد ان يرتاح وانتي ايضا

□

١٤

□

علاج مشكلات الغذاء والاكل والنوم

□

□

مشكلات الغذاء والأكل

يعانى الأفراد ذوى اضطراب ذوى اضطراب التوحد من مشكلات غذائية متعددة فى اشكالها ومظاهرها، فمعظم الأطفال ذوى اضطراب ذوى اضطراب التوحد يعانون من حالة عدم توازن طبيعى للبكتيريا والخمائر والجراثيم فى الأمعاء، وبالتالى تبدأ الجزئيات الضارة بالانتشار فى الجهاز الهضمى، ويعانى البعض منهم من فرط النماء الخميرى فى الأمعاء، إذ يعد من أكثر الاضطرابات شيوعاً، كما أن هناك زيادة نفاذية الأمعاء، ويعنى؛ ترشيح الأمعاء مما يؤدى إلى اضطراب مزمن فى الجدار المعوى، وبالتالى يؤدى إلى مشكلات أخرى كحساسية الكازبين والجلوتين حساسية الطعام لدى الفرد ذوى اضطراب التوحدى، وهذا النوع من الحساسية يعنى عدم القدرة على هضم البروتينات الغذائية بطريقة فاعلة مما ينتج عنه تفاعلات ذات تأثير مشابه للمورفين المخدر تؤثر على مستقبلات المخدر اطبيعى فى الدماغ.

ويتعرض المصابين بذوى اضطراب التوحد من عسر الهضم وسوء الامتصاص وتكون عملية الهضم غير كاملة وطبيعية مما يؤدى إلى سوء امتصاص الجسم للعناصر الغذائية المفيدة للجسم، ونتيجة للاضطرابات المعوية تحدث صعوبة أو قلة فى تحرك العضلات فى عملية الخروج وهذا ما يعرف بـ (الامساك). ووجدت مجموعة من الأفراد ذوى اضطراب التوحدن تظهر حساسية من الأطعمة المحتوية على الفينول، ولديهم مشكلات وعجز فى عملية الكبرتة وفى انزيم ناقل الكبريتات.

ومن حيث المناعة بشكل عام، يعانون من ضعف الجهاز المناعى فى الأمعاء، مما يؤدى إلفى تعرضهم إلى الالتهابات المعوية المتكررة والتهاب الجهاز الهضمى.

خطوات للمساعدة

- ابدأ بإزالة الكازيين والجلوتين باتباع حمية غذائية خالية من هاتين المادتين، مع ضرورة الرجوع إلى الطبيب المختص.
- تنظيف غذاء الطفل بالاتقليل من تناول الوجبات السريعة والكاربوهيدرات والحلويات والأطعمة المحتوية على المواد الملونة والحافظات والنكهات الصناعية والهرمونات الموجودة فى العديد من الأطعمة.
- التقليل من المواد التى تحتوى على السكر وخصوصاً مع الحالات التى تعانى من اضطرابات معوية مصاحبة لفرط النماء البكتيرى والخميرى أو الطفليات.
- استبعاد الأطعمة المسببة للحساسية بعد إجراء تحليل حساسية الطعام.
- عمل تحليل زراعة للبراز لمعرفة المراض المتعلقة بالأمعاء.
- استخدام المكملات الغذائية والتعويضية التى تساعد على غزالة بعض الالتهابات والحساسية المتمركزة فى جهاز الأمعاء.

مشكلة الأكل

إذا تبين أن الطفل ضعيف الأكل أو بدأ فجأة يرفض نوع معين من الأكل سبق وتعود عليه،

فيجب البحث عن الأسباب ومراجعة عادات الأكل لديه ومن ثم تحليل المشكلة، من مثل:

- فى أى مكان فى امنزل يأكل الطفل؟
- ما هو الطبق المفضل لديه؟
- هل يقوم أحد بتهدئة ثورات الغضب لديه فى أثناء الأكل؟
- هل يرغب فى الأكل فى أوقات مختلفة؟
- كيفية قيامه بالأكل ونوعيته؟
- ومن ألأهمية بمكان تثبيت نظام معين للأكل، وقد تساعدك مثل هذه الإقتراحات على التغلب على هذه المشكلة:
- أن يكون موعد الأكل ثابتاً ومحدداً.
- أن يكون الأكل فى مكان ثابت من المنزل (المطبخ).
- لا تترك طفلك يأكل أمام التلفاز أو فى أثناء اللعب.
- ابدأ الأكل بكمية صغيرة، ثم زيادة الكمية حسب الطلب وتدريجياً.
- راقب حركة الأكل، يعنى مضغ الأكل بطريقة جيدة.
- يمكن استخدام الدمى واللعب للتعبير عن انفعالاته تجاه الأكل وأنواعه.
- إجعليه يختار ما يعجبه من الأكل، ويعد ذلك يمكن غضافة الأنواع التى تحبين بكميات قليلة.
- يمكن استخدام الصور المتعلقة بالأكل ومناقشته بالصنف الذى يفضله.
- إذا كان يأكل الطعام المهروس أو المخفوق فيمكن غضافة أنواع أخرى تدريجياً.
- وباللعب ومنح الطفل الدفء والحنان، اظهر لطفلك معرفتك لشعورك إزاء الأكل وكم هى صعبة البداية بنوع جديد، ومعرفة الشعور سوف تقوى رغباته لتحقيق الهدف.

مشكلة النوم

يعانى الكثير من الأطفال المصابين بذوى اضطراب التوحد من مشكلات فى النوم سواء بالاستيقاظ فى منتصف الليل بشكل متكرر أو بالتأخر فى الذهاب إلى الفراش، ومنهم من يقوم فى منمتصف الليل يبدأ بالصراخ او المشى فى أرجاء البيت، وترى البعض يقوم بتشغيل جهاز التلفاز وبصوت عال او تشغيل المسجل، ومهما يكن شكل الاستيقاظ فإنه يؤدى إلى إزعاج الأسرة، وتجد بعض الأسر صعوبة فى إعادة الطفل إلى سريره.

هناك بعض الأسباب التى تسهم فى تقلب الأطفال فى النوم نذكر منها على سبيل المثال:

- انزعاجه من الأحلام وتفاعله، وعدم قدرته على تفسير ذلك.
- المشكلات الجسمية والحركية قد تؤدى إلى صعوبة غيجاد الوضع الملائم للنوم.
- إذا كان الطفل ينام وحده فى الغرفة، فقد يتخيل وجود أشياء مرعبة فى غرفته أو صوراً لا يستطيع تفسيرها.
- عند مشاهدته أفلام مرعبة فى التلفاز أو الفيديو.

- عدم شعور الطفل بالآمان، وقلة العطف والحنان الممنوح له.
- النظام غير الثابت فى النوم.
- نظام الأسرة، والعلاقات بين أفرادها.

خطوات للمساعدة:

- أخبر الطفل بأنه قد اقترب وقت النوم.
- عود الطفل على وقت محدد للنوم.
- هيئ الطفل قبل موعد النوم مثل، تناول العشاء ن وغسل اليدين والأسنان، وارتداء ملابس النوم، وتحضير السرير .... الخ.
- داعب الطفل، وانبطح معه على السرير واشعره بالآمان والحنان وتحدث معه.
- ضع موسيقى هادئة أو قرآن كريم، مع التقليل من الإضاءة.
- اترك الملامسة تدريجياً، وكونى بقربه على حافة السرير.
- اترك الغرفة قليلاً، واخبريه أنك ستعودين، عودى مباشرة ثم مددى الفترة تدريجياً.
- إذا أصر الطفل على ذهابه إلى غرفة نومك، فلا مانع ولكن عندما يستغرق فى النوم أعيديه غلى مكانه وغشعاره بأن هذا هو مكانك للنوم.
- استخدم الرمزية واللعب لحل مشكلة النوم باللعب النهارى المنظم والمدروس.
- حاول قراءة القصص، إبدأ بعدد معين من القصص، ثلاثة، وأربعة ....، ثم ابدأ بالتقليل التدريجى من عدد القصص.
- استعن بشقيقه، فالطفل غالباً يقلد اشقاءه.
- فى كل مرة تبدأ فيها خطوة جديدة، تأكد من ثبوت الخطوة السابقة، كما يجب إعطاؤه الوقت الكافى للتدريب والتكرار. وغنك ستكون موجوداً متى ما احتاج إليك، وفى ذلك سيزيل الخوف والرعب فى المنام.
- اعطى الطفل مزيداً من الدفء والحنان والآمان لبناء علاقة حميمة ومساعدته فى الخروج من العزلة.
- تهيئة الطفل للنوم، والعب معه فى غرفة النوم، وحضرى ملابس النوم والسرير.
- الاستعانة بالأشقاء يساعد على سهولة التدريب.

تجارب من الواقع

عالجت والدة طفل توحدى مشكلة النوم لدى طفلها، الذى كان يستيقظ عدة مرات فى الليلة الواحدة باستخدام النشاط الرياضى (المشى) إذا كان الجو يساعد على ذلك، أو أصحابه بجولة فى السيارة لمدة عشر دقائق، وتم تحديد ساعة معينة للنوم تعمل على تهيئة الجو العام للأسرة، واغلاق التلفاز، وإطفاء افضاءة الساطعة، واستخدام الحمام الدافئ يومياً، وتحضير السرير وملابس النوم، تشغيل الموسيقى، والنوم بجانب الطفل وحضنه حتى يستغرق فى النوم. وقد تقلص عدد مرات استيقاظ الطفل بشكل ملحوظ.

اشار أحد الآباء إلى أنه كان يقوم بقراءة القصص المصورة ذات الألوان الجذابة والهادقة التى تحتوى على صور لتعليم المهارات الحياتية اليومية من مثل: طريقة الأكل، والنظافة، واستخدام الحمام ....الخ، هذا قد ساعد " أحمد " المصاب بذوى اضطراب التوحد البالغ من العمر (٩) سنوات من التغلب على مشكلة النوم والتأخر فى الذهاب على الفراش والتقليل من الاستيقاظ الليلى وفى تعليم سلوكات مرغوبة أيضاً وعندما يعود لتناول هذه الأطعمة تظهر عليه الأعراض بسرعة.

ذكرت إحدى الأمهات أنها لاحظت أن نوعية الأكل له ارتباطاً وثيقاً لدى طفلها بزيادة الحركة لديه فى أثناء النهار وتقلبه المسمر فى أثناء النوم، خصوصاً عندما يتناول الطفل بعض أنواع من المأكولات من مثل: السكاكر ن والمواد الملونة، والحافظة، وعندما تقوم بوقف هذه الأطعمة تلاحظ تحسن النوم والحركة، وحال تناول الأطعمة بعد أسبوع تظهر عليه الأعراض السابقة. وهكذا تغلبت على هذه المشكلة بحرمانه من هذه المأكولات.

□

١٥

□

علاج المشكلات السلوكية

□

□

)

(

مشكلة السلوك النمطى:

يقضى غالبية الأفراد ذوى اضطراب التوحد معظم وقتهم فى تكرار نشاطات نمطية من نوع واحد، وتتضمن مثل هذه النشاطات، رفرفة باليدين، هز الجسم والرأس، والركض فى أرجاء الغرفة، والقفز صعوداً وهبوطاً، التصفيق باليدين، الدوران حول النفس، أو تدوير بعض الأشياء.....

مثل مظاهر السلوك تسميات مختلفة منها الإثارة الذاتية، والسلوك غير الوظيفى، والسلوك الطقوسى وذوى اضطراب التوحدى والسلوك الموجه نحو الذات، وتشكل مثل هذه الأفعال ازعاجاً لأفراد الأسرة، وتحد من فرصة تعلم الفرد واكتسابه خبرات جديدة فى حياته.

يحتاج تعديل مثل هذه الأفعال والسلوك إلى استراتيجيات فعالة وصبر من الوالدين والمعلمين وعمل خطة، ولكن من المهم التأكد من أن هذا السلوك لا يسيطر سيطرة تامة على وظائفه الأخرى.

خطوات للمساعدة:

- وزع المهمات التى يعرفها الطفل بين التى لا يعرفها (صعب، وسهل).
- أضف عنصراً ممتعاً إلى الخطة التعليمية، ووازن بين المتعة ومهمات التعليم.
- لا تكثر من استخدام المعلومات اللفظية.
- ضرورة إشغال وقت فراغ الطفل بالعاب وبرامج هادفة من مثل، الرياضة، والفن، والسباحة، ومشاهدة التلفاز، واللعب بالألعاب التركيبية....الخ.
- إبعاد الأشياء التى يقوم بها بشكل متكرر باستخدامها أو بتدويرها وذلك بالتقليل التدريجى.
- إشراك الطفل بالأعمال المنزلية، بتكليفه بترتيب الغرفة أو بنقل بعض الشياء البسيطة من مكان على آخر... إلخ.
- تنبيه الطفل وإعلامه بشكل مستمر أن هذا الأمر ليس مقبولاً.
- تشجيع الطفل على اللعب الجماعى مع الأقران بدلاً من العزلة واللعب الفردى، ومن أمثلة اللعب الجماعى (السلم والثعبان، وشد الحبل، والكرة، والمسابقات...).
- استخدم الموسيقى المنقرة أو أى مصدر صوت يزعج الطفل حال أدائه للسلوك النمطى، وإعلام الطفل بذلك وإيقاف الصوت حال توقف السلوك.

تجارب من الواقع

أشارت إحدى الأمهات على أنها استطاعت التقليل من السلوك النمطى لدى طفلها، والذى كان يهز جسمه ويصفق بيديه بإشغال الطفل فى ترتيب غرفته وإعادة العابه كما كانت؛ حيث كانت الم تقوم بمساعدة الطفل على إنجاز العمل، ثم تطلب منه تقليدها... وتقول الأم إن هذا الأمر لم يكن سهلاً بالإرادة القوية والصبر يتحقق كل شئ.

مشكلة السلوك الاستحوازى والنشاطات المتكررة

يعد السلوك الاستحوازى لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحدن من المشكلات السلوكية التى تسبب إزعاجاً للآباء والمعلمين، وغالباً تبدأ المشكلة بسيطة فى الطفولة بنشاط بسيط، فنجد أن الوالدين لا يبذلون جهداً كبيراً لوقفها وعندما يكبر الأطفال يزيد النشاط ويصبح ملحوظاً وأكثر إزعاجاً، وقد يقضى الأطفال جل يومهم فى تكرارا نشاطات نمطية ملزمة من نوع واحد.

خطوات للمساعدة:

التقليل التدريجي لممارسة السلوك:

تعلق " حسين " ببطانيته حين كان عمره بضعة أشهر وكان باستمرار يمسكها ويضعها فى فمه ويشد عليها بأسنانه، وتعلق بها لفترة مزعجة حتى أنه كان يغضب جداً عندما كانت والدته تقوم بغسلها أو تحاول منعه عنها، وقد أصبح عمر حسين ٥ سنوات ولا يزال على حاله نفسها، وقامت والدته بقص جزء بسيط من البطانية ولم يلاحظ حسين إنكماش البطانية، وبعد فترة قامت بقص جزء آخر.....الخ حتى لم يتبقى من البطانية إلا خيوط بسيطة، ثم يعد ذلك تركها وترك عادة شد شعرة أيضاً عندما كان يمسك بالبطانية.

الأغراض البديلة:

كان إذا تم تعديل السلوك بنجاح فى معظم الأحيان، أن يصبح لكل حالة ارتباط بأداة معينة تحل محله أغراض بديلة، أى أنه عندما يتم التخلى عن الشئ الأول نهائياً يحل محله شئ آخر، يقوم الطفل بحمله فى بعض الأحيان وهذا بالطبع له دلالات نفسية، أما استخدام الأغراض البديلة ببساطة للتكيف مع سلوك جديد يحل محل السلوك القديم الذى تخلى عنه بعد العلاج، ولكن هذا التعليق قد يكون غير واضح إذا كانت هذه الارتباطات بالأشياء تلعب الدور نفسه عند الأطفال الطبيعيين، وقد يحدث التعلق والملحوظ والدائم بالأشياء لأن الطفل ذوى اضطراب التوحدى لا يستطيع تكوين ارتباطات اجتماعية طبيعية أو قد يكون القلق هو السبب الرئيسى لبعض الارتباطات فى الأشياء.

عندما تخلى حسين عن البطانية بدأ يحمل لعبة اتوبيس بلاستيك أحمر، وبدأ واده بتقسيم الأتوبيس لقطع صغيرة حتى يقوم بحمل قطعة صغيرة فى كل مرة وفجأة أدركوا الفائدة الكامنة فى هذا الاهتمام الجديد، وفى السابق لم يكن بيدى أى اهتمام بالألعاب إلا أن اهتمامه ببعض أجزاء السيارات زاد من حبه للعب مع أشياء وألعاب أخرى.

وبهذه الطريقة تمكنوا ليس فقط من تقليل الارتباط بالأشياء لمستوى يمكن معالجته بل تمكنوا من تشجيعه ايضاً على ممارسات اجتماعية. وهكذا الأسلوب التدريجى فبعاد الطفل عن التعلق بالأشياء بشكل يتداخل فى نشاطاته الأخرى أو مقدراته على التعلم ولفائدة التطور العام للطفل.

مشكلة العناد والتمرد:

العناد سلوك شائع بين الأطفال العاديين والأطفال ذوى اضطراب التوحدن، ويعد الباحثون أن حوالى ثلث المشكلات السلوكية التى يظهرها الأطفال لها علاقة بالعصيان، ويعتبر العصيان من النزعات العدوانية لدى الأطفال وتمرداً ضد الوالدين ومن هم فى مقامهم، وقد يحدث العناد لفترة وجيزة أو يكون نمطاً متواصلاً وصفة ثابتة فى سلوك الطفل وشخصيته، وقد يتحدد شكل التمرد فى سلوك معين دون غيره، مثلاً: كأن يرفض الطفل الخلود للنوم فى الوقت الذى يحدده له والداه، أو اصرار الطفل على اللعب بعلبة معينة، أو أكل نوع معين من الطعام .....الخ.

ولعل من المهم أن يدرك الآباء والمعلمون الفرق بين عصيان الطفل وهو صفة خاصة به أو رفض الشئ لغاية ولسبب قد لا نوليها الاهتمام، كأن يرفض الطفل الذهاب للنوم لأنه يود أن يجلس مع والديه أو لأسباب أخرى.....الخ.

أما التمرد المرفوض فيأخذ شكلاً أكثر تكراراً وشدة، ويدوم لفترة أطول من الوقت عنه فى التمرد المبرر، كما أن التمرد هو السلوك الذى يتضمن الثورة والغضب والعصيان وعدم الطاعة لما يطلب من الفرد وردة فعل عنيفة تجاه الأفراد والأشياء المحيطة به مما يسبب إلحاق الأذى بنفسه أو بالآخرين.

أسباب العناد:

قد يعود العناد إلى أسباب عديدة على الآباء والمعلمين محاولة التوصل إلى أهم الأسباب التى تدفع الطفل للعناد.

- طبيعة نظام الوالدين فى التنشئة، فالنظام المتساهل، والنظام المفرط فى القسوة بالمقابل، والتذمر، والنقد جميعها أنشطة تربوية تربك الطفل وتستثير غضبه وقلقه أحياناً.
- عدم الثبات فى التربية أو النظام التربوى التعليمى، بمعنى أن الأنظمة والقوانين غير واضحة.
- الصراع المستمر بين الوالدين، مما قد يؤدى إلى إهمالهما للطفل.
- التغيير المستمر وعدم الاستقرار فى الكادر الوظيفى المتعلقة بحياة الطفل فى المدرسة / المركز.
- تعزيز سلوك العناد، وذلك عند تلبية طلبات الطفل ورغباته عندما يمارس سلوك العناد.
- غياب قدرة الطفل ذوى اضطراب التوحدى على التفرقة بين الواقع والخيال، فيجد الطفل نفسه مدفوعاً للتشبث برأى أو موقف غير منطقى.
- الضغط الانفعالى الذى قد يتعرض إليه الطفل لفترات طويلة.

خطوات للمساعدة:

- العمل على بناء علاقة قوية مع الطفل، فكلما زاد قرب الآباء والمعلمين مع الطفل كان تقبله لتوجيهات الآخرين أكثر.
- تجنب التسلط، وهذا يعنى الاستعاضة عن إعطاء أمر كلما كان من الممكن الاكتفاء، ويمكن الطلب من الطفل بطريقة لطيفة ومحببة لعمل الشئ.
- ضع قواعد للسلوك، وتأكد من أن الطفل يعرف تماماً ما هو المطلوب منه، ومستوى قدراته

العقلية، ومتى عليه القيام به.

- افرض القواعد بشكل ثابت، فلا تكن متساهلاً اليوم ومتشدداً غداً، فإن ذلك يربك الطفل، ويجعل منه غير متأكد مما هو مسموح به أو ممنوع.
- اشرح أسباب وضع قاعدة ما، إذا كان مستوى قدرات الطفل تؤهله لإدراك ذلك، فيكون الطفل أكثر استعداداً للإذعان لها، لا تطلب من الطفل الطاعة العمياء باعتقادك أ،ه عاجز عن إدراك المنطق من وراء هذه القوانين.
- اطلب عدداً قليلاً من المطالب فى الوقت الواحد، وتأكد من أنها تنفذ بدلاً من أن تطلب مجموعة من الأوامر ولا تنفذ.
- لا تستخدم أسلوب الأمر الشخصى والتسلطى، فمثلاً من الأفضل أن تقول له (هذا الطعام غير مناسب وغير مقيد لك) بدلاً من قول (لا تأكل هذا النوع من الطعام).
- حاول أن تعطى الطفل بعض الحرية فى الاختيار عندما تصدر له أمراً، كأن تقول له إما أن تلعب بهدوء أو أن تذهب وتلعب فى مكان آخر بدلاً من قول لقد ازعجتنى، إذهب من هنا بسرعة.
- ضع جزاءات منطقية لكل مخالفة وتعزيز للسلوك الايجابى، وتجنب الإفراط فى العقاب بما فى ذلك الصفع والضرب.
- تجاهل التحدى البسيط وهذا ما يسمى (الإطفاء) ولا تدخل فى مجادلات مع الطفل، وفى الوقت نفسه أعط اهتماماً وتعزيزاً لسلوك الطاعة.
- استخدم نظام نقاط لتعزيز الطاعة، حيث يوضح للطفل نقطة واحدة توضع على لوحة فى كل مرة يلتزم فيها بالقاعدة، وعند تجميع عدد محدد من النقاط قم بالثناء عليه لطاعته، وأعطه نشاطاً معززاً مثل مشاهدة التلفاز أو الخروج فى رحلة إلى الحديقة.
- استخدم أسلوب العزل أو الحرمان الطفل مما يحبه إذا أصر على العناد.
- أمسك بالطفل بحيث تمنعه من الحركة، حتى يعترف الطفل أن هناك شخصاً مسؤولاً فى البيت أو المركز وعليه الإنصياع لأوامره وبعد أن يتخطى الطفل مرحلة المقاومة والغضب إلى مرحلة الإنهاك الفعلى والاستسلام وبعد ذلك يتم الانتقال إلى موقف داعم وقد تستغرق هذه العملية ما بين ساعتين وثلاث ساعات، لذا يجب التأكد من أن لديك الوقت والإدارة الكافية قبل البدء. على أن تعاد الإجراءات لعدة مرات....وهكذا.

مشكلة سلوك إيذاء الذات:

لا شئ أصعب فى التحمل لدى آباء ومعلمين الأطفال ذوى اضطراب التوحد من سلوك إيذاء الذات، فمظاهر السلوك هذه لا تبعث السرور فى ملاحظتها أو فى التفكير فيها أو فى مناقشتها ولكنها أمر قائم وموجود ولا بد من التعامل معه.

يقوم بعض الأطفال ذوى اضطراب التوحد بضرب رؤوسهم فى الجدران، أو فى الأرضيات، وهذه الأفعال قد تسبب لهم أذى شديداً مثل كسر فى الجمجمة أو انفصال فى الشبكية، ويقدم البعض على العض على أيديهم أو ضرب ركبتيهم بشكل شديد، أو الضغط على العين، أو القرص، أو الحرق، أو تناول مواد غير قابلة للأكل.

ويمكن تعريف إيذاء الذات بأنها: استجابات مختلفة تنتهى بالإيذاء أو التلف الجسدى للشخص الذى تصدر عنه.

أسباب سلوك إيذاء الذات:

سلوك الإيذاء سلوك إجرائى متعلم تضبطه المثيرات البعدية التعزيزية ومنها:

- التعزيز الايجابى: عند انتباه الآخرين له واهتمامهم عند إيذاء نفسه، وقد يقوم الفرد بجذب انتباه الآخرين.
- التعزيز السلبى: ويقوم به الفرد لكى يتجنب المثيرات المنفرة.مثل ضرب الفتاة لرأسها فى قضبان السرير لكى تتخلص من الإكراه على النوم لأن المثير المنفر هو السرير.
- الإفراط فى تقييد النشاط الحركى يؤدى إلى سلوك إيذاء الذات.
- غياب الإحساس بالألم: حيث أشارت الدراسات أن سلوك إيذاء الذات يقوم به أطفال ذوى اضطراب التوحد بسبب غياب الإحساس بالألم.
- سلوك إيذاء الذات شكل من أشكال التخفيف من الألم. حيث وجد أحد الأطفال الذى كان يعانى من سلوك إيذاء الذات من عمر ثلاث سنوات إلى عمر (١٣) ثلاث عشرة سنة، أن الطفل كان يعانى من ألم شديد مزمن فى جسمه فى العظم حيث فشلت الفحوصات الطبية فى اكتشاف مصدر الألم، إلى أن توصل طبيب بالصدفة كشف المرض ومعالجته حتى أن الطفل قد تخلص من سلوك الإيذاء.
- الشعور بالعجز والضعف. يعد واحداً من الوسائل الدفاعية اللاشعورية التى يستخدمها "الأنا" فى هذه الحالة يحول الطفل غضبه من الآخرين نحو الذات.
- ردة فعل على خسارة شئ عظيم: إن الأطفال يشعرون بالضياع إذا اختفت مصادر الدعم لديهم مثل خسارة لعبة أو غرض محبب لديهم، فيقوم الطفل بإيذاء نفسه لكى يستعيد الغرض أو معاقبة نفسه لخسارة اللعبة.

خطوات للمساعدة:

- حاول استبدال سلوك إيذاء الذات بسلوك آخر مناسب للحصول على التعزيز، وعدم تعزيز سلوك إيذاء الذات مما يضعفه وتعزيز الأنماط السلوكية المناسبة والتكيفية.

- قوى السلوك المتعارض أو المتنافر مع سلوك الإيذاء، بمعنى تقوية إحداهما يؤدى إلى إضعاف الآخر.مثل: عندما يقوم الطفل بضرب رأسه قم بتجاهله، وعندما لا يضرب رأسه قم بتعزيزه بما يحبه بل بالغ فى التعزيز فى بداية التدريب.
- عزز مظاهر السلوك الايجابية لدى الطفل على فترات زمنية متتابعة.
- حاول تنظيم الظروف البيئية: أكدت العديد من الدراسات المسحية أن إيذاء الذات غالباً ما يرتبط بطبيعة المواقف أو الظروف البيئية، وهنا تركز هذه الدراسات على ضرورة ضبط المثير الذى يساعد على ظهور سلوك الإيذاء. وبمعنى آخر هو إزالة المثيرات ذات العلاقة الموجودة فى المواقف أو تغيير النشاطات التى يتضمنها وتعديل المهمات الموكلة للطفل.
- حاول إبعاد الطفل عن الموقف المعزز أو إزالة الموقف المعزز ذاته عند حدوث سلوك إيذاء الذات. على سبيل المثال: يحدث سلوك الإيذاء عند مشاهدة فلم به عنف سواء فى التلفاز أو مشاجرة بين أفراد الأسرة، فمن المفروض إبعاد الطفل عن هذه المشاهد.
- احترم الطفل وامنحه الحب والعاطفة والدفء فى العلاقة.
- قلل من المهمات وحاول معرفة قدرات الطفل ولتكن المهمات تناسب قدراته؛ لأن الإحباط والفشل يؤدى إلى الغضب وسلوك الإيذاء.
- سالى طفلة تعانى من ذوى اضطراب توحد عمرها (٦) سنوات كان لديها سلوك إيذاء الذات بنزع أظافرها باستمرار لدرجة حدوث النزيف. تم علاج الطفلة بأنه كان يطلب منها أن تبقى يديها ممدودتين إلى جانبها لمدة دقيقتين فى كل مرة تنشغل فيها بنزع أظافرها. كذلك تقدم إليها تعزيزات ايجابيات كثيرة عندما تقوم بأنواع أخرى مناسبة من السلوك.

مشكلة العدوانية:

العدوانية هو أى فعل يهدف إلى إيقاع الأذى بالآخرين أو إلى تخريب الممتلكات، وهذا السلوك يحدث نتائج مؤذية أو تخريبية أو يتضمن السيطرة على الآخرين جسمياً أو لفظياً. ومن المهم معرفة خصائص السلوك نفسه هل هو اعتداء جسدى أو شتم أو إتلاف ممتلكات الآخرين، وكذلك شدة السلوك من حيث حجم الأضرار الناتجه عنه أو تكراره.

أشكال السلوك العدوانى:

- ✓ العدوان الجسدى كالضرب، وشد الشعر ودفع الآخرين... الخ.
- ✓ العدوان اللفظى ويشمل شتم الآخرين.
- ✓ العدوان الرمزى ويشتمل التصرف على نحو يرمز إلى احتقار الآخرين أو اهانتهم كالامتناع عن النظر إليهم... الخ.

العوامل التى تستثير السلوك العدوانى:

- ✓ العوامل المادية والبيئية: على سبيل المثال لوحظ أن الأطفال الذين يعيشون ضمن مؤسسات الرعاية الداخلية قد أظهروا عدوانية أكثر من غيرهم الذين يتلقون الخدمة فى برامج نهارية.

- ✓ تقييد الأطفال ببرامج معينة سواء فى المؤسسات أو البيت مثل تقييدهم ببرنامج غذائى، أو روتين معين ليس من اهتماماتهم أو رغباتهم.
- ✓ المطالبة بواجبات تفوق قدرة الطفل على القيام به.
- ✓ عدم شعور الفرد إلى نفسه وشخصيته.
- ✓ تعزيز سلوك العدوان من الآخرين.
- ✓ مشاهدة الطفل لنماذج ومشاهد يظهر فيها العدوان بشكل مستمر كالعلاقة بين الآباء.

خطوات للمساعدة:

- ✓ الوقاية؛ بمعنى تجنب المثيرات التى تؤدى إلى سلوك العدوان وذلك بدراسة المثيرات القبلية.
- ✓ استعمال الوسائل التى تؤدى إلى الإثارة الحسية كافة مثل التقليل من الأصوات العالية والضجيج، والتقليل من الإضاءة الساطعة.
- ✓ التقليل من الطلبات والمهمات.
- ✓ لا تفسح المجال للطفل بإعطائه مساحة واسعة للتخريب والعدوان بل حدده بمساحة أقل.
- ✓ اعمل مخطط لتعديل سلوك العدوان واستخدم عدة استراتيجيات لحين التوصل إلى إستراتيجية فعالة.
- ✓ ابتعد عن العقاب فى بداية المعالجة واجعلها الوسيلة الأخيرة.
- ✓ ضرورة الثبات فى المعاملة، ولا تكن مزاجياً فترة ثبات طويلة ثم ليونة وحرية، فالاستعادة التلقائية للسلوك يصعب تعديلها.
- ✓ احصر المعززات التى يفضلها الطفل.
- ✓ لا تدخل فى نقاش وحوار مع الطفل ذوى اضطراب التوحدى، فالنقاش لا يثمر مع هذه الفئة بالشكل الذى نريده بل حاول وضع أنظمة وقوانين واضحة.
- ✓ اجعل الطفل يعبر دائماً عما فى داخله من مشاعر مكبوتة إما بالبكاء أو بالصراخ أو بالكلام فهذا يخفف من شدة العدوانية وتكرارها.
- ✓ احترم الطفل وامنحه الثقة بنفسه، وعزز النواحى الايجابية عنده.
- ✓ ضع جدول للانجازات والأنشطة المطلوبة واحدة تلو الأخرى واعلم الطفل أنه عند الانتهاء من هذا النشاط عليه البدء بنشاط آخر.
- ✓ تجاهل السلوك العدوانى، خصوصاً إذا كان السلوك طفيفاً.
- ✓ العزل من الأساليب الناجحة وخاصة إذا كان السلوك من النوع الشديد والمؤذى والعزل يعنى إزالة الفرد من الموقف الذى حدث فيه العدوان مباشرة لبعض الوقت شريطة أن يدرك الطفل السبب لعزله.
- ✓ أسلوب المثير التنفيرى: وهنا يتم استخدام المثير المنفر عقب ظهور السلوك العدوانى كالعقاب.

□

١٦

□

تنمية المهارات لذوى اضطراب التوحد

□

□

العلاج بتنمية مجالات النمو السبعة

ان تنمية مجالات النمو عند الطفل ذوى اضطراب ذوى اضطراب التوحد هو السبيل لوضع هذا الطفل على طريق الاستقلالية والاعتماد والثقة بالنفس لذلك لابد من معرفة ان هناك سبعة حقول للتطور عند الطفل المصاب بذوى اضطراب التوحد يمكن عبرها تبسيط عملية النمو وهي:

١-التواصل الميسر

٢-تنمية المهارة الأكاديمية

٣-تنمية العضلات الكبيرة

٤-تنمية العضلات الدقيقة

٥-تنمية المهارة المهنية

٦-تنمية المهارة الاجتماعية

٧-تنمية مهارة العناية الذاتية

مع العلم انه عند العمل على مراحل النمو عند الطفل المصاب بذوى اضطراب التوحد يجب الأخذ بعين الاعتبار ان لكل مجال من مجالات التطور مراحل متسلسلة يتوجب إنجازها بحيث يعتمد إنجاز مرحلة ما على نسبة نجاح المرحلة التي سبقتها فلا يمكن للطفل ان يربط حذائه قبل ان يكون قد تعلم لبس هذا الحذاء ولا يمكنه ان يفرش أسنانه قبل ان يكون قد تعلم وضع المعجون على الفرشاه لذلك يجب ان يكون هناك ما يسمى بتحليل النشاط وتجزئته وآلية القيام به والخطوات الواجب اتباعها لإنجاز ذلك النشاط ومن ثم تقييم ذلك الإنجاز وكيفية إعادة جدولة النشاط إلى خطوات أبسط في حالة الفشل. أما الأساليب المتبعة والأدوات المستعملة فمتعددة وفق الحاجة للهدف المطلوب وهناك أمور يجب التقيد بها :

١- تنمية التواصل الميسر

التواصل هو القاسم المشترك بين جميع طرق التدخل والعلاج للطفل ذوى اضطراب التوحد فإذا أردت ان تعدل سلوكيات فأنت بحاجة للاتصال بالطفل عبر بث الرسالة بما هو مطلوب واستقبال اذا كانت هذه الرسالة قد وصلت فعلا وكذلك الأمر بالنسبة للعب والموسيقى والرسم والعمل على حقول التطور السبعة اذا فإن التواصل هو مفتاح النجاح مع هذه الفئة من الأطفال.

وذلك لأن التواصل يؤمن لهم التفاعل والتكيف ومجاله متعدد الأبعاد من حيث الاستقبال البصري والسمعي واللمسي والشمي والذوقي والبث الصوتي والحركي والإيمائي وهناك مجال رحب للتدريب على التواصل مع المحيط الخارجي عبر تسلسل العمل على هذا الموضوع يبدأ بالتحقق في مستوى السلم السمعي (يمكن للمعلم ان يتحقق منه عبر ألعاب حسية) ثم المباشرة على تأمين الحد الأقصى في القدرة على الاستقبال السمعي ثم الانتقال إلى التدريب على اللفظ وتدريب العضلات في الشفاه والوجنتين وانسداد الحنجرة. وإضافة إلى آليات النطق نواجه مشكلة تعميم البث والاستقبال بشكل عام داخل المدرسة ونقل عملية النطق إلى الشارع والبيت.

وللتواصل مع الطفل ذوى اضطراب التوحد نستعمل طريقة التنظيم والتوضيح المبالغ فيه حتى يفهم الولد اين يذهب، ماذا يفعل، وكيف يقوم بالعمل وذلك عن طريق جداول يومية موضحة بدليل بصري ومسلسلة حسب البرنامج اليومي الموضوع للصف، وهذا الدليل البصري يمكن أن يكون مجسم للنشاط نفسه (يمكن وضع كرة صغيرة في الجدول لتوضيح حلول حصة الرياضة) ويمكن ان يكون الدليل صورة للنشاط (صورة الولد نفسه وهو يلعب بالكرة) ويمكن ان يكون رمز للنشاط (مثلا رموز ماكتون) أو كلمة للنشاط (رياضة) مع الأخذ بعين الاعتبار أهمية مراعاة كل ولد حسب قدراته واختيار الدليل البصري المناسب له .

وتعتمد اكثر العائلات ممن لديهم طفل مصاب بذوى اضطراب التوحد هذه الطريقة في المنزل وتفيد هذه العائلات أن الطفل أصبح منظما وقل تؤتره وتشتته وأصبح يتواصل أكثر مع الأهل عن طريق استعمال الدليل البصري .

أما أهم تمارين التواصل والنطق التي نعمل عليها مع الطفل المصاب بذوى اضطراب التوحد فهي:

١- الإشارة إلى الأمور مستخدما حركات أو أصوات أو تعابير الوجه والعين والجسم أو دليل بصري .

*يريد اهتماما *يريد شيئا ما *يريد فعل شئ ما *رفض شئ ما أو عمل ما

٢- استعمال الإيماء أو الكلمة للإشارة أو الوصف

*أريد اهتماما * أريد فعل شئ ما *الترحيب ...التأهيل *تحية المغادرة

وتستعمل إشارات ماكنتون مع أطفال ذوى اضطراب التوحد نظرا لسهولتها في النطق :

١-إصدار صوت "آه"

٢-إصدار أحرف صوتية، بما فيها "ايه" "اوه" "باه

٣-إصدار تتابع من الأحرف الصوتية

٤-المشاركة في نغمة أغنية ولفظ بعض الكلمات

٥-إصدار طلب من كلمة واحدة (حمام – اشرب)

٦-تأليف جملة من كلمتين (اريد الحمام)

٧-محاورات وقصص لمن لديهم قدرات أعلى في النطق

٢- تنمية المهارات الأكاديمية (المهارات المعرفية)

المحور الرئيسي لعمليات النمو وممارسة الدور الفعلي للمجالات التي تكلمنا عنها سابقا وخصوصا المهارات التواصلية ويتم التزود بالمعرفة وتنمية المهارات الأكاديمية وفقا لمستوى الجهاز العصبي والحواس عند الطفل المصاب بذوى اضطراب التوحد وعلى مراحل:

المرحلة الأولى: تبدأ بالدمى والألعاب والأشكال والألوان والأصوات والصور والأغاني والأشعار والعبث بكل ما يخطر بالبال في أشياء وأغراض تملأ مكان الطفل وتشغل بصره ومذاقه وشمه

وسمعه ولمسه وهناك استعمال الصور والأشكال والألوان والأصوات والألحان والمذاقات والروائح والنكهات والعبث بالمعجون والماء ومختلف انواع الطلاء إلى ما هنالك من الحركات العشوائية .
المرحلة الثانية: هنا يمكن توظيف الأشكال والصور والأصوات وغير ذلك في المواضيع الحسية الحركية بأنماط أكثر تنظيماً وترتيبا وفي هذه المرحلة يسبب هذا التوظيف بعض الغموض والتشتت والضياع للتلميذ ولكنها تؤمن في نفس الوقت مخزونا ضخما وواسعا من الأفكار والمفاهيم.
المرحلة الثالثة: وهي المرحلة المجردة تأخذ فيها الأفكار والمفاهيم طابع المنطق وفيها يبدأ التلميذ بربط صورة الكلمة والصوت المعبر عنها واللون والصوت المعبر عنه وتأخذ مجمل المفاهيم والمهارات (فوق،تحت) (أكبر، اصغر) (أطول، أقصر) (مغلق، مفتوح) وغيرها من المفاهيم بالإضافة إلى العد والأعداد والمطابقة والتصنيف ومهارات الكتابة والقراءة والوقت وقياس المسافة وتقديرها .

وفي ما يلي اذكر بعض التمارين والأهداف التي نعمل عليها مع الطفل المصاب بذوى اضطراب التوحد ضمن نطاق تنمية المهارات المعرفية الفكرية (المهارات الأكاديمية)

أ- في العد والأعداد

- ✓ مطابقة أزواج من الأشياء المتماثلة (الصور – الأشكال – الألوان)
- ✓ مطابقة أزواج من الأشياء التي تتماشى معا (مثل العثور على الأغطية الصحيحة لعلب مختلفة) أو إيجاد البرغي المناسب للصامولة (العزقة) المناسبة)
- ✓ فرز وتصنيف أشياء عديدة إلى مجموعات حسب النوع حسب الشكل، حسب اللون، حسب الحجم.
- ✓ وضع الأشياء بالترتيب حسب الحجم، حسب الوزن، حسب السماكة.
- ✓ كتابة الأعداد على نقط وفي مرحلة اخرى نقلا عن نموذج وأخيرا كتابة الأعداد وقراءتها اعتماديا .
- ✓ القيام بعمليات جمع وطرح وضرب بسيطة .

ب- النقود والوقت والطقس :

- ✓ معرفة قيمة العملات المعدنية والأوراق النقدية .
- ✓ جمع وطرح النقود مع استعمال الفكة .
- ✓ تقدير معقول لأسعار السلع لمعرفة المبلغ الواجب دفعه لعلبة المياه الغازية او العصير أو ما يجب حمله في الجيب لشراء حذاء او بنطلون .
- ✓ معرفة اذا كان الوقت صباحا او ظهرا أم ليلا .
- ✓ ترديد اسماء أيام الأسبوع ومعرفة ما هو اليوم وماذا كان بالأمس.
- ✓ ربط المنبه على الوقت معين .
- ✓ تميز ما إذا كان الطقس مشمس أو ملبد بالغيوم أو ممطر .

ج- القراءة

- ✓ تمييز اسمه مكتوبا وقراءته
- ✓ قراءة الأعداد من ١ : ١٠ وفي مرحلة أخرى حتى المئة والألف الخ .
- ✓ تمييز ٣ كلمات، تمييز ٦ كلمات، تمييز ١٢ كلمة وصولا إلى قراءة نص .

د- الكتابة

- ✓ كتابة اسمه على تنقيط مسبق .
- ✓ نقل اسمه عن نموذج .
- ✓ كتابة اسمه بلا مساعدة.
- ✓ البدء بكتابة كلمات نقلا عن نص (تطبق نفس المراحل بالنسبة للأرقام).

٣- تنمية العضلات الكبيرة

لا تقل العضلات الكبيرة أهمية عن غيرها من حقول التطور عند الطفل ذوى اضطراب التوحد فهذه العضلات هي التي تتحكم بالجلوس والوقوف ومد الذراعين، والتحرك والانحناء، التحرك زحفا أو دبدبة، المشي، صعود ونزول الدرج، القفز والرقص وتحريك الأشياء والركض والتسلق وغيرها من المهمات التي تحتاج لقوة دفع الجسم والأطراف . ومن أهم الانشطة والتمارين التي نعمل عليها مع المصابين بذوى اضطراب التوحد في مجال تنمية العضلات الكبيرة :

١- ان افضل النشاطات التي تنمي كفاءات الطفل الحركية هي النشاطات التي تجعله مرنا في تغيير اتجاهه بشكل دائم، مكتسبا حرية الحركة بيديه ورجليه من ناحية وعموما جسمه من ناحية أخرى، ان الحركة في مختلف الاتجاهات تنمي قدرة الإدراك الحركي لليدين والساقين، وتؤدي إلى نشوء مفهوم العلو، العمق والأبعاد في جو الطفل المحيط ومن هذه التمارين يمكن استعمال عوائق مختلفة لاختراقها أو الالتفاف حولها، او الانعطاف عنها، او تسلقها او القفز فوقها، أو الزحف أو الحبو أو الركض للوصول إلى النقطة النهائية، يمكن استعمال السلم الخشبي العريض،وألواح خشبية مختلفة الأشكال، براميل، دواليب كبيرة، علب كرتون، علب خشبية حبال،مكعبات كبيرة، صناديق مملوءة بالرمل، أكياس معبأة بمختلف أنواع مواد الحشو (لتزود الطفل بالإحساس والشعور بالصلابة والنعومة والطراوة) والكراسي والطاولات وخراطيم الماء الفارغة، السلال والبسط وغيرها من المواد .

يستحسن من خلال المسير عبر هذه العوائق دفع الطفل للتفكير ان يتطلب التفكير والتركيز وتنمية مهارة الطفل في الخروج من المأزق الحركية، هذا من شأنه ان يشجعه الطفل على التفكير والمناورة والتجربة لعدة مرات للتمكن من تخطي كل عائق .

٢- تدريب الطفل على الجلوس على الكرة العلاجية الكبيرة ثم يعمل على تحريكه .

٣- المشي بمختلف الاتجاهات بعد تحميل الطفل وزنا خفيفا .

٤- اللعب بالكرة بحيث يقذفها ثم يتابع تقفيزها على الأرض على ما يشابه اللعب بكرة السلة

٥- المشي على رؤوس الأصابع .

٦- يوقف الطفل في الملعب بحيث تكون قدماه في صندوق كرتون صغير . تقذف الكرة باتجاهه، ويطلب منه تجنب الكرة بتحريك جسمه دون قدميه .

٧- تقليد سير الحيوانات (مشية الدب، مشية الضفدعة -مشية البطة)

٨- المشي على الركب والمشي على وسائد مختلفة الحجم والصلابة .

٩- الدحرجة من على علو .

١٠-السير والحبو والزحف من خلال انفاق صناعية

٤-تنمية العضلات الدقيقة

تأتي أهمية تنمية العضلات الدقيقة نظرا لحاجة الطفل إلى هذه العضلات في كل ما يدخل بعملية التعليم المنظم وكل ما من شأنه الإعداد والتدريب المهني كالرسم والكتابة والحرف اليدوية على أنواعها ولغة الإشارة والإيماء واستعمال الأشياء على أنواعها البسيطة منها والمعقدة

المحركات الدقيقة هي التي تمكن الطفل من إمساك الهاتف، فتح الأبواب، والشبابيك واستعمال كافة المفاتيح والقيام بأعمال يدوية واستعمال الأدوات الموسيقية والأعمال اليومية كالمسح والتنظيف والغسيل وربما الكي وتقطيع وتصنيف الخضار والفواكه .

أهم الأنشطة والتمارين التي نعمل فيها مع المصابين بذوى اضطراب التوحد في مجال تنمية العضلات الدقيقة .

- ✓ الصور التركيبية Puzzel من مختلف الأحجام .
- ✓ مطابقة الأشكال بالفراغات .
- ✓ شك الخرز من مختلف الأحجام .
- ✓ الملابس على أنواعها (سراويل – قمصان – أزرار – سحابات – شريط الحذاء- الحزام- القبعة – الجوارب – لباس السباحة)
- ✓ أدوات الطعام أكواب وصحون ملاعق وشوك وسكاكين فوط وأوعية مطبخية على أنواعها مع مراعاة شروط السلامة عينات حقيقية من الخضار والفاكهة واللحوم والبذور والحبوب والمواد الأولية لصناعة الحلويات والعجين .

أما الأهداف التي نتوخى الوصول اليها من استعمال هذه الأنشطة والتمارين هي :

- ✓ الإمساك بالأشياء لفترة قصيرة (القبض عليها بالأصابع وراحة اليد)
- ✓ القدرة على القبض على جسم يمسكه شخص آخر .
- ✓ نقل أشياء من يد إلى اخرى .
- ✓ التقاط أشياء صغيرة بالإبهام والسبابة .
- ✓ وضع ورفع الأشياء عن الأرض .
- ✓ استعمال الإصبع لاكتشاف الأشياء ولمسها .
- ✓ رسم علامات بقلم الرصاص أو التلوين .

- ✓ وضع مكعب فوق آخر وبناء أبراج من المكعبات .
- ✓ تقليب صفحات كتاب .
- ✓ رفع غطاء علبة كرتونية .
- ✓ استعمال فرشاة التلوين

٥-تنمية المهارة الاجتماعية والعاطفية والانفعالية

يلعب الأشخاص المحيطين دورا كبيرا في تطوير قدرات الطفل التوحدى بدءا من أفراد أسرته وأقربائه ورفاق الحي ثم المربين والجو التعليمي التربوي العام وفي تحدي الأطر التي يتحرك خلالها الطفل سلبا او إيجابيا .

وأهم الأنشطة التي نعمل عليها مع الطفل ذوى اضطراب التوحد في مجال تنمية المهارة الاجتماعية والعاطفية والانفعالية :

١- الانتباه :

- ✓ النظر إلى شخص يتكلم أو يلعب
- ✓ مراقبة وجه وحركات المعلم أثناء أدائه أغاني الأطفال
- ✓ النظر إلى كتاب مصور مع المعلم
- ✓ مراقبة أشخاص يتحدثون، والتنقل بالنظر من أحدهم إلى الآخر.
- ✓ انتظار الدور .

٢-التقليد :

- ✓ تقليد حركات بسيطة (كالتصفيق بالأيدي)
- ✓ تقليد أعمال تتعلق بأشياء (كقرع الطبل، أو إطعام لعبة)
- ✓ تقليد أصوات هزيلة،كالسعال والعطس المفتعل .
- ✓ تقليد كلمات بسيطة .
- ✓ تقليد أصوات الثرثرة المبهمة.
- ✓ تقليد رقصة بسيطة .

٣- المعرفة الاجتماعية :

- ✓ معرفة أفراد العائلة عند رؤيتهم أو رؤية صورهم .
- ✓ معرفة زملائه في الصف ومعرفة معلميه .
- ✓ اللعب مع الأطفال من عمره .
- ✓ التصرف بشكل موثوق في السوق .
- ✓ السؤال عن كيفية الوصول إلى مكان لم يزره سابقا.
- ✓ معرفة عنوان المنزل ورقم الهاتف.
- ✓ شراء وجبة طعام بمفرده .

٦- تنمية المهارة المهنية

يتم تدريس النشاطات المهنية كجزء من المنهاج العام وكمادة أساسية في الخطة الفردية لكل تلميذ، حيث يتلقى الطفل تدريبا مهنيا مع مدرسه مباشرة، أو في أحد أقسام المدرسة (الورش على يد مدرب مهني) ومن الضروري ان يكون هناك تنسيق كامل بين المدرب المهني والمدرس .

وقد لوحظ ان سبب تقصير المصاب بذوى اضطراب التوحد في حياته المهنية عائد إلى عجزه عن القيام بالنشاطات الاجتماعية والاتصالات الفردية مع زملائه في ورشة العمل مع ان أدائه المهني مقبول نوعا ما لذلك يجب ان يكون هناك تحضير شامل للمصاب بذوى اضطراب التوحد من الناحية المسلكية والاجتماعية والأكاديمية (قراءة وكتابة وحساب) ومهنية ونفسية لكي يتمتع بأكبر قسط من الاستقلالية وان يقوم بأداء مختلف النشاطات على افضل وجه . أما عندما يفشل المصاب بذوى اضطراب التوحد بالالتحاق بإحدى الوظائف بالسوق التوظيفية العامة، فيجب عند ذلك إلحاقه بالورش المحمية (وهي الورشة المصممة أصلا ليعمل فيها ذووي الحاجات الخاصة) .

وفيما يلي أهم التمارين والأهداف التي نعمل عليها مع الأطفال المصابين بذوى اضطراب التوحد ضمن نطاق تنمية المهارات المهنية :

١-أعمال النجارة (قص قطعة خشبية صغيرة، دق المسامير على الخشب، الحف بورق الزجاج وتنعيم الخشب، وتغرية قطعتين خشب معا، صنع صندوق خشبي بسيط) .

٢-أعمال البستنة (زرع البذور – سقاية النباتات- نكش الحديقة تحضيرا لزراعتها – إزالة الأعشاب الضارة – تسوية الأرض حول النباتات – نقل النبته من الحوض إلى أرض الحديقة،الخ ..)

٣-الحرف اليدوية :

- ✓ شغل الصوف والحياكة (حياكة الصوف حول المسامير اعتمادا على نمط معين حياكة قطب بسيطة – حياكة اشكال هندسية من القماش – صنع العاب من القماش) .
- ✓ أعمال الورق والكرتون (قص الورق بدقة على امتداد خط طي الورق بدقة على امتداد خط، لصق الورق بعناية صنع كيس ورقي، صنع مغلف رسالة، صنع علبة كرتون).
- ✓ صنع الزهور (قص وطي ولزق الورق بعناية، صنع أزهار ورقية بسيطة، قص القماش بدقة، صنع أزهار قماشية بسيطة)
- ✓ استعمال القوالب للجص الناعم (الجفصين) (ملئ القالب بعجينة الجص الناعم، خلط الجص بالكثافة الصحيحة، ورسم وزخرفة النموذج، إزالة القالب بعناية، معرفة الوقت الذي يصبح فيه النموذج جاهزا لرفعه من القالب)
- ✓ استعمال القوالب للشمع (وضع الفتيل بالشكل الصحيح رفع الشمعة من القالب، استعمال وعاء الشمع المصهور بأمان، صب الشمع الساخن بأمان، تسخين الشمع ومعرفة متى يكون جاهزا)

هذا بالإضافة إلى التمارين الكهربائية البسيطة و أعمال التعبئة (حبوب على أنواعها في علب وأكياس) وتعبئة السوائل في زجاجات وعبوات (صابون، مشروبات) وعمليات تصنيع المأكولات البسيطة وأعمال البناء البسيطة . وإشغال الميكانيك (الفك والتركيب) وغيرها وغيرها من الأعمال

استثمار المعاونين فى التعليم الخاص للطفل المتوحد

نظراً لتعدد مسؤوليات المعلم فى تعليم التلاميذ العاديين، فإنه يبدو ملحاً الاستعانة بمعاونين ومساعدى تدريس من البيئة المحلية من آباء وأمهات وأخوة ومقيمين، لا يعملون بصفة نظامية أو يعملون جزئياً، لتنفيذ مهام التعليم الخاص للطفل المتوحد. يتوقع من معاون أو مساعد التعليم الخاص:

١- أن يكون لطيفاً وصبوراً طيب المعشر.

٢- أن يشعر الطفل بقيمة نفسه واجتماعية ما يقوم به الطفل المتوحد من أعمال وتصرفات.

٣- أن يساعد الطفل المتوحد على فهم نفسه وحاجاته وحاجات ورغبات الأطفال الآخرين بالفصل.

٤- أن يراعى رغبات الطفل فى التفاعل مع الأطفال الآخرين وأن يوجهه بصيغ غير مباشرة لأساليب اللعب والحديث مع أقرانه الأطفال.

مبادئ تعليمية يمكن مراعاتها عند دمج الطفل المتوحد فى الغرف الصفية العادية

إن تربية الطفل المتوحد- بالرغم من الحاجات النفسية والسلوكية والتعليمية الخاصة التى يعيشها- تبدو فعالة شخصياً وعلاجياً تصحيحاً عندما تتم فى ظروف وبيئات صفية عادية مع العناية دائماً بالخصوصية التى يتصف بها كلما دعت الحاجة المؤقتة لذلك... وفيما يلى أهم المقترحات التى يمكن اعتبارها فى هذا الإطار.

١- يجب أن تتخذ قرارات دمج الطفل فى الغرف الصفية العادية بناء على مناسبة قدراته على التعلم والعمل والسلوك فى هذه البيئات المدرسية. وبهذا يجب أن يتم الدمج بعد تقييم علمى لمهارات وقدرات الطفل المتوحد على السلوك والمشاركة فىالغرف الصفية المعنية.

٢- يجب أن يسبق دمج الطفل المتوحد فى الغرف الصفية العادية تحضيرات نفسية وسلوكية وتدريبية له من أشخاص متخصصين مهنيين فى المجال.

٣- يجب أن يخدم دمج الطفل المتوحد فى الغرف الصفية العادية الهدف الأسمى من تربيته ألا وهو تحسين إنجازه السلوكى بقليل من المقيدات عليه أو على آليات تعليمه.

٤- يجب أن لا يستثنى الطفل المتوحد من الأنشطة التعليمية المفيدة عند دمجه فى الغرف الصفية العادية طالما يستطيعها ولو ببعض أو قليل من المساعدة أو الدعم/ التعزيز.

٥- يجب أن لا يلغى دمج الطفل المتوحد فى الغرف الصفية العادية خدمات وآليات علاجه الأخرى من اضطراب التوحد مثل الأدوية والتديب السلوكى الخاص وغيرها.

٦- يمكن أن يكون دمج الطفل المتوحد فى الغرف الصفية العادية كلياً إذا أثبتت التحليلات والتحضيرات قدرته على ذلك، أو جزئياً (أى جزءاً من الوقت أو الجدول اليومى) عندما

يوصى المهنيون المختصون بعلاج الطفل المتوحد بذلك. أما حيث لا يناسب حالة الطفل الدمج الكلى أو الجزئى فى الغرف الصفية العادية، فإن الغرف والمدارس الخاصة هى أنجع مكان تعليمى له.

تضيف إلى صعوباته الاضطرابية درجة أخرى من الحصر أو الضغط النفسى والإرهاق الذهنى لدماغه المتعب أصلاً من إعاقاته الإدراكية بالتوحد.

أ- استراتيجيات عامة لتعلم وتفاعل الطفل المتوحد فى الغرفة الصفية العادية:

١- إعطاء أهمية أولية لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعى أكثر (بكثير أحياناً) من المهارات الإدراكية والإدارة الذاتية التى تعتبر ثانوية فى حالة الطفل المتوحد.

٢- الابتعاد عن الرسمية والطرق المباشرة المفيدة مسبقاً بأساليب تعامل وجداول زمنية ونتائج مقصودة.. والتركيز بالمقابل على البقاء قريباً من الطفل والمحافظة على انشغاله فى ؟؟؟؟ والتفاعل مع الأقران.

٣- المديح والتشجيع لكل وأى شئ عادى أو قريب من العادية يقوم به الطفل.

٤- توفير بيئة صفية بناءة للتعلم وتفاعل الطفل المتوحد من حيث المكونات والجاذبية المادية والخلو من المشوشات المرتبطة البصرية والسمعية/ الصوتية.. والاحتفاظ فقط بالمواد والأجهزة المرتبطة بالتعلم والتفاعل الاجتماعى

٥- المحافظة على المناخ الصفى حماسياً وحيوياً ومرحاً.

٦- تقليل لأدنى درجة ممكنة من الحديث والتعليم والتوضيح مع التركيز بالمقابل على استمرار الطفل المتوحد متحفزاً للتفاعل مع الأقران.

٧- تخطيط وتحضير المعلم لأنشطة التعلم والتفاعل الاجتماعى الصفية والمنزلية.. وعدم نقل الطفل المتوحد من نشاط إلى آخر قبل تحصيله للأول وقناعته بالمتعة والفائدة لبدء الثانى.

٨- الإدارة العاطفية (غير المباشرة) للطفل المتوحد.. تجنباً للثورات والهيجانات النفسية الغضابة أو اليائسة أحياناً نتيجة خبرته لفشل أو نقد من الأقران أو شعور بالعجز عن عمل المطلوب.. أن بقاء المعلم أو أحد أفراد الأسرة بجانب الطفل ومتابعته من بعيد، يساعده فى الاستمرار هادئاً وعادياً فى عمله وتفاعلاته بالتعلم ومع الآخرين.

٩- التعامل تربوياً مع الطفل المتوحد حسب طبيعة الأسلوب الإدراكى بصرى أو سمعى بصرى، بتوفير مواد وأنشطة التعلم والتفاعل الاجتماعى المتفقة مع ذلك فى المكان والزمان المناسبين.

١٠- الإشراف ومتابعة الإشراف على الطفل المتوحد.. لكن بصيغ غير تقليدية وغير مباشرة.. أن الطفل المتوحد يحتاج لتحفيز وتوجيه للبدء فى التفاعل والتعلم.. والتخلى عن التسويف أو التأجيل التى يميل إليها غالباً وفى التخطيط والمثابرة فى التفاعل ومهمات التعلم حتى النهاية.

٧- تنمية مهارات العناية الذاتية

لاشك من أن التمكن من القيام بالمهارات المعيشية اليومية هو الإطار الأساس لاستقلالية الفرد وأكثر من ٦٠ ٪ من المصابين بذوى اضطراب التوحد بإمكانهم التوصل إلى اكتساب مهارات العناية الذاتية للقيام بضرورات الحياة اليومية والأساسية أي، اللبس والعناية بقواعد النظافة والصحة العامة والتغذية وإمكانية القيام بالنشاطات الضرورية للعيش ضمن المجتمع والإلمام بقواعد الحماية من المخاطر والحرائق ولكن ليس من السهل ابدا الوصول إلى هذه الأهداف فالطريق طويلة ومليئة بالعوائق وتبدو في كثير من الأحيان مخيبة للآمال، ومحفوفة بالفشل وتخلق اليأس والتسليم بالأمر الواقع وذلك اليأس والتسليم ما إلا تعجيز للمصاب من جديد وإغراقه في الحياة الاتكالية.

أما التمارين والأهداف التي نعمل عليها مع الأطفال المصابين بذوى اضطراب التوحد هي ضمن نطاق تنمية مهارات العناية الذاتية هي :

الأكل :

- ✓ الشرب من الكوب بلا مساعدة باستخدام كلتا اليدين.
- ✓ استعمال أدوات المائدة (شوكة – معلقة– سكين– صحن).
- ✓ تناول الطعام بطريقة مقبولة اجتماعيا .
- ✓ تناول وجبة الطعام من دون مساعدة.
- ✓ فرش الزبدة أو المربى على الخبز بواسطة السكين .
- ✓ التقشير والتقطيع .
- ✓ طبخ وجبة بسيطة.
- ✓ –سكب الكمية المناسبة من الطعام في الطبق .

النظافة الشخصية

- ✓ غسيل اليدين وتنشيفهما بلا مساعدة قبل وبعد الأكل وعند الحاجة .
- ✓ غسيل الوجه والأنف بلا مساعدة.
- ✓ الاستحمام بلا مساعدة .
- ✓ استعمال أدوات النظافة .
- ✓ تمشيط الشعر بالمشط والمرآة بلا مساعدة.
- ✓ تنظيف الأسنان بالطريقة المقبولة .
- ✓ تنظيف الأظافر وقصها .
- ✓ حلاقة الذقن للشاب بلا مساعدة.
- ✓ الاعتناء بالصحة بالنسبة للفتاة .

استعمال الحمام :

- ✓ طريقة طلب الحمام (للتبول والتبرز)

)

(

- ✓ التدريب على التبول والاغتسال بعد الانتهاء .
- ✓ استعمال المراحيض العامة والمرافق المشابهة بالشكل الصحيح .

الثياب وملحقاتها :

- ✓ خلع وارتداء الحذاء وربط الشريط والتمييز بين الفردة اليمنى واليسرى.
- ✓ خلع وارتداء الجوارب .
- ✓ خلع وارتداء القمصان.
- ✓ خلع وارتداء البنطلون .
- ✓ خلع وارتداء الألبسة الداخلية .
- ✓ فتح وإغلاق السحاب .
- ✓ فك وتزرير الأزرار .
- ✓ تمييز ظهر الثوب من وجهه.
- ✓ لبس الحزام والقبعة .
- ✓ التمييز بين الثياب النظيفة والأخرى المتسخة .
- ✓ اختيار الثياب المناسبة للطقس .
- ✓ غسيل وكوي الثياب .

الأعمال المنزلية :

- ✓ أعداد مكان تناول الطعام (صف الصحون وأدوات الطعام الأخر
- ✓ تنظيف أواني الطعام وأواني الطبخ .
- ✓ كنس ومسح الأرض بالممسحة والماء ومواد التنظيف .
- ✓ ترتيب السرير وغرفة النوم .
- ✓ غسيل ونشر وطي وكوي الملابس .

□

□

المراجع

□

□

المراجع العربية

١- إبـراهيم عبـد اللـه فـرج الزريقـات (٢٠٠٤) ذوى اضـطراب التوحـد : الخصـائص والعلاج - الطبعة الأولي – عمان – دار وائل للنشر والتوزيع

٢- إسماعيل محمد بدر (١٩٩٧): مدي فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسين حـالات الأطفـال ذوي ذوى اضـطراب التوحـد فـي المـؤتمر الـدولي الرابـع لمركـز الإرشـاد النفسي والمجال التربوي ٢-٤ ديسمبر المجلد الثـاني – كليـة التربيـة – جامعـة عين شمس

٣- أميرة بخش (٢٠٠٢). فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد. مجلة العلوم التربوية، ١ (١)، ١٢٩-١٥٧.

٤- أيفا عيسى (١٩٩٣). المرشد العملي لحل المشاكل السلوكية في مرحلة ما قبل المدرسة. الرياض: مكتب التربية العربي لدول الخليج. ترجمة: عبد العزيز الدخيل، ويوسف أبو حميدان، ومحمد الملا.

٥- جمال الخطيب (٢٠٠١). تعديل سلوك الأطفال المعوقين، دليل الآباء والمعلمين. عمّان: دار حنين.

٦- حسن مصطفي عبد المعطي (٢٠٠١) : الإضطرابات النفسية في الطفولة الطفولة والمراهقة مكتبة القاهرة – مصر

٧- حسنى احسان حلواني (١٩٩٦): المؤشرات الشخصية الفارقة للاطفال دوي ذوى اضطراب التوحد ذوى اضطراب التوحد من خلال ادائهم على بعض المقايس النفسية رسالة ماجستير منشورة كلية التربية جامعة ام القرى بمكة المكرمة

٨- خولة يحى (٢٠٠٠): الإضطرابات السلوكية والانفعالية. عمّان: دار الفكر.

٩- خوله يحيى(٢٠٠٢) اضطراب التوحد، إعاقة ذوى اضطراب التوحد لدي الأطفال (ط ١) القاهرة

١٠-ريتا جوردن، ستيوارت بيول . الأطفال ذوى اضطراب التوحد جوانب النمو وطرق التدريس –ترجمة رفعت محمود بهجات عميد كلية التربية بالغردقة الشركة الدولية للطباعة – الطبعة الاولى

١١-زينب محمود شقيير (٢٠٠٧): اضطراب ذوى اضطراب التوحد القاهرة مكتبة الانجلو المصرية القاهرة

١٢-سميرة عبد اللطيف السعد (١٩٩٢) : معاناتي واضطراب التوحد، الكويت، ذات السلاسل .

١٣-سهام عليوة (١٩٩٩). فاعلية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية (ذوى اضطراب التوحد) لدى

الأطفال. رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة طنطا، كفر الشيخ، مصر.
١٤-سهى نصر (٢٠٠٢). الاتصال اللغوي للطفل ذوى اضطراب التوحد، التشخيص، البرامج العلاجية. عمّان: دار الفكر.
١٥-سهي أحمد أمين نصر (٢٠٠٢): مدرس علم النفس للطفل غير عادي – كلية رياض الأطفال – الاتصال اللغوي للطفل ذوى اضطراب التوحدي-دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع
١٦-شاكر عطيه قنديل (٢٠٠٠) إعاقة التدخل – طبيعتها وخصائصها نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الإحتياجات الخاصة – المؤتمر السنوي لكلية التربية – جامعة المنصورة.
١٧-عادل عبد الله (٢٠٠٢) : جداول النشاط المصور للاطفال ذوى اضطراب التوحد وامكانية استخدامها مع الأطفال ذوى اضطراب التوحد عقليا ، القاهرة.دار الرشاد.
١٨-عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢): الأطفال ذوى اضطراب التوحد دراسات تشخيصية وبرامجية القاهرة دار الرشاد
١٩-عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٠) اعاقة ذوى اضطراب التوحد لدى الأطفال القاهرة مكتبة زهراء الشرق .
٢٠- عبد العزيز السيد الشخص (2013- أ). مقياس تشخيص اضطراب التوحد للأطفال. (دليل المقياس)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية. □
٢١-عثمان لبيب فراج (١٩٩٦): اعاقة ذوى اضطراب التوحد او الاجترار (١) النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين القاهرة العدد (٤٠)
٢٢-عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢) برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال ذوى اضطراب التوحد (٥) النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين القاهرة (العدد ٧٢)
٢٣-عثمان لبيب فراج (٢٠٠٣): العوامل المسببة لعوامل اضطراب التوحد (١) النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد (٧٣)
٢٤-عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) : التشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطراب الانتباه وذوى اضطراب التوحدة –مجلة دراسات نفسية– يوليو
٢٥-الفرحاتى السيد محمود (٢٠١٢): سيكلوجية تحصين الأطفال ضد العجز المتعلم ، مكتبة النجلو المصرية، القاهرة
٢٦-كوهين، سايمون؛ بولتون، باتريكن (٢٠٠٠): حقائق عن التوحّد. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة. ترجمة: عبد الله ابراهيم الحمدان.
٢٧-فاطمة سعيد محمد (2010). فاعلية برنامج للتدريب على إدارة الذات في تحسين السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين. والحد من مشكلاتهم السلوكية.رسالة ماجستير.كلية التربية، جامعة عين شمس
١- فاطمة سعيد محمد (2014). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى

)

(

عينة من الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر والتوحديين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع ، رسالة دكتوراه .كلية التربية، جامعة عين شمس
٢- محمد أحمد خطاب (٢٠٠٥): سيكولوجية الطفل ذوى اضطراب التوحدي – دار الثقافة للنشر والتوزيع عمان
٣- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩١) : الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج)، القاهرة، المطبعة الفنية الحديثة
٤- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩١) : الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج)، القاهرة، المطبعة الفنية الحديثة
٥- مرفت العدروس ابو العنينين (٢٠٠٩) . الصفحة النفسية لبعض ذوي الاحتياجات الخاصة باستخدام مقياس ستانفورد بنييه للذكاء ، رسالة دكتوراه .كلية البنات، جامعة عين شمس
٦- نادية ابراهيم أبو السعود (١٩٩٧) : الإضطراب ذوى اضطراب التوحد لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس
٧- نايف الزارع (٢٠٠٣). بناء قائمة لتقدير السلوك ذوى اضطراب التوحد. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمّان، الأردن.
٨- وفاء علي الشامي (٢٠٠٤) :ترجمة سمات ذوى اضطراب التوحد تطورها وكيفية التعامل معها – الرياض ١٤٢٤ الطبعة الأولي ، مركز جده لاضطراب التوحد مترجمه لغازي ميسيبوف
٩- وفاء علي شامي (٢٠٠٤): علاج ذوى اضطراب التوحد الطرق التربوية و النفسية والطبية ٢٠٠٤ الرياض (مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر
10- Amaral, D. G., Schumann, C. M., & Nordahl, C. W. (2008). Neuroanatomy of autism. Trends in Neurosciences, 31(3), 137–145.
11- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (4th ed Taxi – Revised) Washing ton DC Anther□
12- American psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., DSM-IV , Washington, DC, author□
13- Anderson GM, Scahill L, McCracken JT, McDougle CJ, Aman MG, Tierney E, Arnold LE, Martin A, Katsovich L, Posey DJ, Shah B, Vitiello B (2007) Effects of short- and long-term risperidone treatment on prolactin levels in children with autism. Biol Psychiatry 61:545–550
14- Antshel KM, Aneja A, Strunge L, Peebles J, Fremont WP, Stallone K, AbdulSabur N, Higgins AM, Shprintzen RJ, Kates WR (2007) Autistic spectrum disorders in velo-cardio facial syndrome (22q11.2 deletion). J Autism Dev Disord 37:1776– 1786
15- Arnold LE, Aman MG, Martin A, Collier-Crespin A, Vitiello B, Tierney E, Asarnow R, Bell-Bradshaw F, Freeman BJ, Gates-Ulanet P, Klin A,

McCracken JT, McDougle CJ, McGough JJ,
16- Arnold, A., and Randye, J. (2000). Eye contact in children's social interaction: What is normal behavior ?, Journal of Intellectual and Developmental Disability, 26(3), 207-217.
17- Ashw in, C., Wheelwrigh t, S., & Baron-Cohen, S. (2006). Attention bias to faces in Asperger syndrome: A pictorial emotion Stroop study. Psychological Medicine, 36, 835–843.
18- Ashwood P, Van de Water J (2004) Is autism an autoimmune disease? Autoimmun Rev 3:557–562
19- Asperger H (1944) “Autistic psychopathy” in childhood (translated and annotated). In: Frith U (ed) (1991) Autism and Asperger syndrome. Cambridge University Press, Cambridge UK, pp 37–92
20- Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network. (2007). Prevalence of the Autism Autism Asociety of American 1999 Information came came for the Net,http://www.Autism-soceity-Org
21- Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2002 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention (2007) Prevalence of autism spectrum disorders—autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2002.
22- Autism Society of America (1998). What is Autism? [On-line]. Retrieved February 11, 2001, from the World Wide Web. Available: http://www.autism-society.org
23- Axel Muller, R (2007). The study of Autism as A distributed Disorder. MRDD Research Reviews, 13,82-95. Retrieved From EBSCO Database.
24- Bachevalier , I & Mejanian P . M . (1994) The Contribution of the medial temporal lobe Strutures in infanbile autism : a neurobehavioral study in Primates . In M Bauman . & T . L . Kemper . (Eds) . The neurenburgy of autism (PP. 146 – 169) .
25- Baer,D.M.,Wplf,M.M.and Risley,T.R.1968 Setne current dimensions of applied behavior analysis,Journal of Applied Behavior Analysis 1:91-7-
26- Bailey A, Le Couteur A, Gottesman I, Bolton P, Simonoff E, Yuzda E, Rutter M (1995) Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study. Psychol Med 25:63–77
27- Baird G, Charman T, Baron-Cohen S, Cox A, Swettenham J, Wheelwright S, Drew A (2000) A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39:694–702
28- Baird G, Robinson RO, Boyd S, Charman T (2006) Sleep electroencephalograms in young children with autism with and without regression. Dev Med Child Neurol 48:604–608
29- Baird G, Simonoff E, Pickles A, Chandler S, Loucas T, Meldrum D, Charman T (2006) Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). Lancet 368:210–215

30- Ball, J. (1996). Increasing social interactions of preschoolers with autism through relationships with typically development pears. Practicum report, Nova Southeastern University.
31- Barmann, Christiane (1995): The Development of Emotional Concepts in Autism, J. of Child Psychology and Psychiatry V (36), 7, P.P. 1243:59
32- Baron-Cohen S (2004) The cognitive neuroscience of autism. J Neurol Neurosurg Psychiatry 75:945–948
33- Baron-Cohen S (2004) The cognitive neuroscience of autism. J Neurol Neurosurg Psychiatry 75:945–948
34- Baron-Cohen S, Allen J, Gillberg C (1992) Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. Br J Psychiatry 161:839–843
35- Baron-Cohen S, Scahill VL, Izaguirre J, Hornsey H, Robertson MM (1999) The prevalence of Gilles de la Tourette syndrome in children and adolescents with autism: a large scale study. Psychol Med 29:1151–1159
36- Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. Trends in Cognitive Sciences,6(6), 248–254.
37- Battaglia A (2007) On the selection of patients with developmental delay/mental retardation and autism spectrum disorders for genetic studies. Am J Med Genet A 143:789–790
38- Battaglia A, Carey JC (2006) Etiologic yield of autistic spectrum disorders: a prospective study. Am J Med Genet C Semin Med Genet 142:3–7
39- Benneto, L. Rogers, S. (1996); Autism spectrum disorders. In James Jacolison, A.M (Eds.) Psychiatric Secrets. New York, Hanly and Belfast, Inc
40- Bennto, Lisa M.A & Stally J.R. (1996): Diagnosis and Treatment of Psychiatric Dis-orders in Childhood Adolescence, Library of Congress
41- Bennto, Lisa M.A & Stally J.R. (1996): Diagnosis and Treatment of Psychiatric Dis-orders in Childhood Adolescence, Library of Congress
42- Besag FM (2004) Behavioral aspects of pediatric epilepsy syndromes. Epilepsy Behav 5(Suppl 1):S3–S13
43- Bethea TC, Sikich L (2007) Early pharmacological treatment of autism: a rationale for developmental treatment. Biol Psychiatry 61:521–537
44- Blair, J., Sellars, C., Strickland , I., Clark, F., Williams , A., Smith, M., et al . (1996). Theory of mind in the psychopath. The Journal of Forensic Psychiatry, 7, 15–25.
45- Blair, R. J. R. (1996). Brief report: Morality in the autistic child. Journal of Autism and Developmental Disorders, 26, 571–579.
46- Bodfish, James W. (2004). Treating the core features of Autism: are we there yet?. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 10,318-326. Retrieved from Complete Database.
47- Bondy A, Frost L (2001) The Picture Exchange Communication System. Behav Modif 25:725–744

48- Bondy AS, Frost LA (1998) The picture exchange communication system. Semin Speech Lang 19:373–388
49- Buckhalt, J. A., Baird, S. M., & Reilly, A. S. (2004). Early language intervention for children with developmental disabilities. In J. L. Matson, R. B. Laud, & M. L. Matson (Eds.), Behavior modification for persons with developmental disabilities: Treatments and supports (Vol. 2). New York: NADD.
50- Buffington, D. (1998). Procedures for teaching appropriate gestural communication skills to children of autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 28(6), 11-28.
51- Buie T (2007) Gastrointestinal disorders and autism. In: Proceedings of the 6th International Meeting for Autism Research (IFMAR), Seattle, Washington, May 2007
52- Canitano R (2007) Epilepsy in autism spectrum disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry 16:61–66
53- Canitano R, Luchetti A, Zappella M (2005) Epilepsy, electroencephalographic abnormalities, and regression in children with autism. J Child Neurol 20:27–31
54- Carr D, Felce J (2007) The effects of PECS teaching to Phase III on the communicative interactions between children with autism and their teachers. J Autism Dev Disord 37:724–737
55- Carter, E. W., & Hughes, C. (2007). Social interaction interventions: Promoting socially supportive environments and teaching new skills. New York: Guilford.
56- Castermans D, Wilquet V, Parthoens E, Huysmans C, Steyaert J, Swinnen L, Fryns JP, Van de Ven W, Devriendt K (2003) The neurobeachin gene is disrupted by a translocation in a patient with idiopathic autism. J Med Genet 40:352–356
57- Castermans D, Wilquet V, Steyaert J, Van de Ven W, Fryns JP, Devriendt K (2004) Chromosomal anomalies in individuals with autism: a strategy towards the identification of genes involved in autism. Autism 8:141–161
58- Chakrabarti S, Fombonne E (2005) Pervasive developmental disorders in preschool children: confirmation of high prevalence. Am J Psychiatry 162:1133–1141
59- Chambliss, c,d; renee ,j (1994): parental response to lovass treatment of childhood autism Scranton psychology conference (9 th febtuary)
60- Chawarska K, Klin A, Paul R, Volkmar FR (2007) Autism spectrum disorder in the second year: stability and change in syndrome expression. J Child Psychol Psychiatry 48:128–138
61- Cohen , d ,j &donnellan , a.m (1985): handbook of autism and pervasive developmental disorders , new york : chichester Brisbane , Toronto , Singapore.
62- Colle, L., Baron-Cohen, S., & Hill, J. (2007). Do children with autism have a theory of mind? A non-verbal test of autism vs. specific language impairment. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37, 716–

723.
63- Conciatori M, Stodgell CJ, Hyman SL, O'Bara M, Militerni R, Bravaccio C, Trillo S, Montecchi F, Schneider C, Melmed R, Elia M, Crawford L, Spence SJ, Muscarella L, Guarnieri V, D'Agruma L, Quattrone A, Zelante L, Rabinowitz D, Pascucci T, Puglisi-Allegra S, Reichelt KL, Rodier PM, Persico AM (2004) Association between the HOXA1 A218G polymorphism and increased head circumference in patients with autism. Biol Psychiatry 55:413–419
64- Connor, M. (1999). Children on the autistic spectrum: Guidelines for mainstream practice. Retrieved January 12, 2001, from the World Wide Web. Available: http://mugsy.org/connor2.htm
65- Constantino JN, Lajonchere C, Lutz M, Gray T, Abbacchi A, McKenna K, Singh D, Todd RD (2006) Autistic social impairment in the siblings of children with pervasive developmental disorders. Am J Psychiatry 163:294–296
66- Correaw, E & Joan .L. (1996): An Integrative Approach to language Disor-ders Children, Harcourt Brace Javanauick Pubishers, New York, P. 415:416.□
67- Creedon, M. (1993). Language development in nonverbal autism children using a simulataneous communications system. Paper Presented At The Society For Research in Child Development Meating. Philadelphia, march.31.
68- David, M.B& Peter, D.H. (1998): The Child with Disability, Second Edition Li-brary of Congress, P.P. disorders. 4th ed., DSM-IV , Washington, DC, author.
69- Dianne, e., b (1992): autism : identification , education and treatment , new jersey , hove and London
70- Eikeseth, S. (2009). Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism. Research in Developmental Disabilities, 30, 158-178.
71- Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2002). Intensive behavioral treatment at school for 4- to 7-year-old children with autism: A 1-year comparison controlled study. Behavior Modification, 26, 49-68.
72- Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2007). Outcome for children with autism who began intensive behavioral treatment between ages 4 and 7: A comparison controlled study. Behavior Modification, 31, 264-278.
73- Eldevik, S., Eikeseth, S., Jahr, E., & Smith, T. (2006). Effects of low-intensity behavioral treatment for children with autism and mental retardation. Journal of Autism & Developmental Disorders, 36, 211-224.
74- Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2009). Meta-analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 38, 439-450.

75- Escalona, A., Field, T., Nadel, J. and Lundy, B..(2002) Brief report: imitation effects on children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 23(2), 10-13.
76- Falter, C. M., Plaisted, K. C., & Davis, G. (2008). Visuo-spatial processing in autism – Testing the predictions of extreme male brain theory. Journal of Autism and Developmental Disorders, 38, 507–515.
77- Fey, M. E., Warren, S. F., Brady, N., Finestack, L. H., Bredin-Oja, S. L., Fairchild, M., et al. (2006). Early effects of responsivity education/prelinguistic milieu teaching for children with developmental delays and their parents. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 49, 526-547.
78- Filipek, P.A (2000). Practice Parameter: Screening and Diagnosis of Autism: Report of the quality standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the child Neurology Society. Neurology,55, 468-479. Retrieved From Medline Database.
79- Fiore, A. (2000). Core Skills Curriculum Intervention of Children with Autism. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Corp.
80- Frame, c.l. (1987): Hand book of Assessment Psychopathology, new york, Plenum Press
81- Frontier,M& Wanlass,L.(1984)Fmily Crisis following the diagnosis of ahandicapped child . Family Relations Journal, 33, 1, 13- 23
82- Gazzaniga , M . S , Ivry , R . B m ., & Mangum , G . R . (1998) . Cognitive Neuroscienience : The Biology of the mind . New York , Ny : W . W . Norton & Company
83- Hadwin, J., Baron- Cohen, S., Howline, P. and Hill, K. (1999). Does teaching theory of mind have an effect on the ability to develop conversation in children with autism?. Journal of Autism Disorders, 25(5), 519-537.
84- Hagerman, R. J. (2002). Physical and Behavioral Phenotype. Fragile X Syndrome: Diagnosis, Treatment and Research, 3rd edition, in press. R. J. Hagerman and P. J. Hagerman. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
85- Hains,A.A.and Hams,A.H.1987 The effects acognitive Strategy intervention on the problem-solving abilities of delinquent Youths:Joumal of Adolescence 10:399-4
86- Haracopos , D. 1989 comprehensive treatment program for autistic children and adults Dcnmark In C. Gillbery (Ed) , Diagnosis and treatment of autism . New York : plenum press
87- Harrold, H.(1991):Behavior Disorders of Childhood, Prentice Hall, Englewood cliffs, New Jersey
88- Hartley, Lisa (1994): Developing Compliance. Pennsylvania, Center for Children and Youth with Disabilities
89- Hobson, P. and Lee, A. (1999). Imitation and identification in autism. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40(4), 649-659.
90- Hubsonn, M (1984): Teaching Daily Life Skills for Children with Autism through Self – management, J. of Applied Behavior analysis, 27,

3, 471 – 481 (1984).
91- Huguenin, Nancy H. (1997): employing computer technology to assess visual attention in young Children and adolescents with severe mental retaration. Journal of Experimental Child Psychology, v65,n2 PP. 141-170
92- Hukson, L. (1985):The nature and specificity of the language coding deflect in autistic children, British Journal of psychology, 75, 6, 95-103 (1985).
93- Janney, R. (1989). A case- study in educational consultation to support intergrated educational placement for student with disabilities and challenging behavior. The Council for Exceptional Children.
94- Jemel, B., Mottron, L., & Dawson, M. (2006). Impaired face processing in autism: Fact or artifact?Journal of Autism and Developmental Disorders, 36(1), 91–106.
95- Johnston, S., Evans, E. and Joanne, P. (2004). The use of visual support in teaching young children with Autism Spectrum Disorder to Initiate Interactions. London: Pawel company.
96- Jones, C.b. (1990): Source book for Children with attention deficit disorder: A management guide for early childhood Professionals and parents. Arizona, Communication Skill Builders, Inc.
97- Kaiser, A. P., & Trent, J. A. (2007). Communication intervention for young children with disabilities: Naturalistic approaches to promoting development. New York: Guilford.
98- Keen, D. (2003). Communicative Repair strategies and problem Behaviors of children with autism. International Journal of Disability, Developmental and Education,.50(1), 53-64
99- Keen, D. (2003). Communicative Repair strategies and problem Behaviors of children with autism. International Journal of Disability, Developmental and Education,.50(1), 53-64.
100- Kern-Koegel L. 2000. Interventions to facilitate communication in autism. J Autism Dev Disord 30:383–391.
101- Koegel, R. L., & Koegel, L. K. (1996). Teaching children with autism: Strategies for initiating positive interactions and improving learning opportunities. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.
102- Koegle, R. and Frea, W. (1993). Treatment of social behavior in autism through the modification of pwotolsocial skills. Journal of Applied Behavior Analysis..26 (3), 669-773..
103- Lepist, T. shestaKova, A. Vanhala, R . Alku, P. and Nktnen, R. Yaguchi, K. (2003): Speech-sound- selection auditory impairment in children with autism: they can perceive but do not attend. Proceeding of the National Academy of Science of The United States of America, 100(9), 5567-5573.
104- Levy, Florence. (2007). Theories of Autism. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41,859-868. Retrieved From SpringerLink Database.
105- Lord, C. & Hopkins, S. (1986). The social behavioral of autistic

children with younger and same age non-handicapped peers. Journal of Autism and Developmental Disorders, 16(3), 249-262.
106- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55(1), 3-9.
107- Lovaas, O., Schreibman, L., Koegel, R., & Rehm, R. (1971). Selective responding by autistic children to multiple sensory input. Journal of Abnormal Psychology, 77, 211-222.
108- Lovas, J. (1965):Daily life therapy, A Japanese model for educating children with autism, J. of Autism and Developmental Disorders, 19, 5, 625-635 (1965)
109- Lynn, a. (1999). Auditory intergration trainig and facilitated communication for autism, Journal of child psychology and psychiatry, 102(2), 431-436.
110- Mawhood L, Schopler E (1989) Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior. J Autism Dev Disord 19:185–212
111- Mc donough L. (1997). Deficits , Delays, and distractions : an evaluation of symbolic play and memory in children with autism. Journal of child psychology and psychiatry. 1(10), 17-41.
112- Merranda, L (1992):Improving Social Skills and disruptive behavior analysis, 25, 4, 341 – 354. (
113- Mirenda, p., Donnellan A. and Yoder, D. (1983). Gaze behavior: A new look at an old problem. Journal of Autism and Developmental Disorders,.13(4), 53-75.
114- Mundy, p. Sigman, M. and Kasari, C. (1990). A Longitudinal study of joint attention and language. developmental in autistic children. Journal of Autism and Developmental Disorders.20(1), 115-126.
115- Oleny, M. (2002). Working with autism and other social-communication Disorders. Journal of Rehabilitation,.66(4), 51-57.
116- Osterling , J and Dawson : G (1994) Early Recognition of Children with Autism , A Study Birthday Home Video Types , J . of Autism and Development Disorders (, 24 , (3) P . 246 : 57
117- Palmer RF, Blanchard S, & Wood R (2009): Proximity to point sources of environmental mercury release as a predictor of autism prevalence. Health Place. Mar;15(1):18-24.
118- Pardo CA, Vargas DL, & Zimmerman AW.(2005): Immunity, neuroglia and neuroinflammation in autism. Int Rev Psychiatry. Dec;17(6):485-95.
119- Posey DJ, Scahill L, Swiezy NB, Ritz L, Volkmar FR (2000) Assessment in multisite randomized clinical trials of patients with autistic disorder: the Autism RUPP Network. Research Units on Pediatric Psychopharmacology. J Autism Dev Disord 30:99–111
120- Pual ,R.& Caprulo ,B.(1983).A longitudinal study of patient with severe developmental disprders of language learning . Journal of the American Academy of child psychiatry , 22 , 225 - 234 .

)

(

121- Rauh VA, Garfinkel R, Perera FP, Andrews HF, Hoepner L, Barr DB, Whitehead R, Tang D, & Whyatt RW. Impact of prenatal chlorpyrifos exposure on neurodevelopment in the first 3 years of life among inner-city children. Pediatrics. 2006 Dec;118(6):e1845-59.
122- Roberl, S. (1993). Nonverbal affective deconding ability children with autism and typical preschoolers. Journal of Early Intervention,.17(4), 341-350.
123- Rogers, J., Viding , E., Blair R. J., Frith, U., & Happ e, F. (2006). Autism spectrum disorder and psychopathy: Shared cognitive underpinnings or double hit? Psychological Medicine, 36, 1789–1798.
124- Rogers, K., Dziobek, I., Hass ens tab , J., Wolf, O. T., & Conv it, A. (2007). Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37, 709–715. 510
125- Ruble L, Heflinger C, Renfrew J, & Saunders R. Access and service use by children with autism spectrum disorders in Medicaid managed care. J Autism Dev Disord. 2005 35(1):3-13.
126- Rutter, M (1983): Cognitive deficits in the pathogenesis of autism. J. of Child Psychology, 24, 5, 513 – 530.
127- Scambler, D. J., Hepbu rn, S., Ru therford, M. D., Wehn er, E. A., & Rogers, S. J. (2007). Emotional responsivity in children with autism, children with other developmental disabilities, and children with typical development. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37, 553–563.
128- Schaefer GB, Mendelsohn NJ (2008) Clinical genetics evaluation in identifying the etiology of autism spectrum disorders. Genet Med 10:301–305□
129- Shah B, Vitiello B (2007) Effects of short- and long-term risperidone treatment on prolactin levels in children with autism.Biol Psychiatry 61:545–550
130- Shah B, Vitiello B (2007) Effects of short- and long-term risperidone treatment on prolactin levels in children with autism. Biol Psychiatry 61:545–550
131- Siegel, B. (2003): Helping Children With Autism Learn: Treatment Approaches For Parents And Professionals. London: Oxford University Press.
132- Stone, L., Ousley, O. Yoder, J. Hogan, L. and Hepburn, L. (1997). Nonverbal communication in two and three –year- children with Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 27(6), 677-696.
133- Stuart-Hamilton, I., Griffith, J., Totsika, V., Nash, S., Hastings, R. P., Felce, D. and Kerr, M. (2009) The circumstances and support needs of older people with autism, Cardiff: Welsh Assembly Government
134- Tager-flusberg, H.(1999). A psychological approach to understanding the social and language impairment in autism. International Review of Psychiatry, 11(4), 325-335.

)

(

135- van Niekerk, M. E. H. Groen, W., Vissers, C. T. W. M., van Driel-de Jong, D., Kan, C. C. and Oude Voshaar, R. C. (2011) „Diagnosing autism spectrum disorders in elderly people, International Psychogeriatrics, vol 23, no 5, pp 700–10.
136- Walenski, M., Mostofsky, S. H., Gidley-Larson, J. C., & Ullman, M. T. (2008). Brief report: Enhanced picture naming in autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 38(7), 1395–1399.
137- Wijsman E (2007) Statistical genetic approaches for analysis of autism and autism endophenotypes. In: Proceedings of the 6th International Meeting for Autism Research (IFMAR), Seattle, Washington, May 2007
138- Zachor DA (2006). Autism. In FD Burg et al., eds., Current Pediatric Therapy, 18th ed., pp. 1219-1226. Philadelphia: Saunders Elsevier