

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران

قسم: علم النفس و علوم التربية

كلية العلوم الإجتماعية

مذكرة ماجستير في علم النفس العيادي

تخصص: علم النفس العيادي للطفل و المراهق و الإرشاد الأبوي

تطبيق برنامج تدريبي مستمد من طريقة التحليل المطبق للسلوك (ABA)

على الأطفال المتوحدين لتطوير عملية الإتصال الإجتماعي

تحت إشراف الأستاذة:

كحلولة سعاد

من إعداد الطالبة:

يطو يمينة

و لجنة مناقشة:

أ / د. ماحي إبراهيم رئيسا

أ / د. ميموني بدرة مناقشا

د. حدبي محمد مناقشا

د. كحلولة سعاد مقررا

السنة الجامعية:

2012- 2011

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران

قسم: علم النفس و علوم التربية

كلية العلوم الإجتماعية

مذكرة ماجستير في علم النفس العيادي

تخصص: علم النفس العيادي للطفل و المراهق و الإرشاد الأبوي

تطبيق برنامج تدريبي مستمد من طريقة التحليل المطبق للسلوك (ABA)

على الأطفال المتوحدين لتطوير عملية الإتصال الإجتماعي

تحت إشراف الأستاذة:

كحلولة سعاد

من إعداد الطالبة:

يطو يمينة

السنة الجامعية:

2012- 2011

إهداء

إلى أمي العزيزة

و إلى أبي الغالي * حفظهما الله *

إلى جميع إخوتي و أخواتي

إلى كل من أضاء مسيرتي بالعلم و علمني شيئا نافعا

إلى كل زملائي و زميلاتي بمعهد علم النفس و علوم التربية

إلى كل هؤلاء أهدي هذا الجهد العلمي المتواضع.

الشكر

* الشكر و الحمد لله الذي أبلغنا هذا المقام بفضلہ *

عرفانا بالجميل أتقدم بالشكر والتقدير إلى كل من ساهم في انجاز

هذه الدراسة من قريب أو بعيد...

وأخص بالذكر الأستاذة المشرفة 'سعاد كحلولة' والتي كانت عوناً

وموجهاً لنا حتى يكون هذا العمل المتواضع رسالة علمية متميزة.

كما أتقدم بالشكر إلى السيدة 'ف. مليكاش' التي استقبلتنا بصدق

وحنو طيلة إجراء تربصنا بعيادتها.

وأيضاً أتوجه بالشكر إلى كل الأطفال المتوحدين الذين كانوا مادة

لدراستنا ولآبائهم.

- إهداء

- كلمة الشكر

محتويات البحث

الجانب النظري

الفصل الأول:

8	- ملخص البحث
9	- المفاهيم الأساسية
10	- مقدمة
13	- الإطار النظري للموضوع و تحديد إشكالية البحث
19	- فرضيات البحث
20	- أسباب البحث
21	- أهداف البحث

الفصل الثاني:

التوحد

	• تمهيد
23	I. تعريف التوحد
26	II. الأشكال العيادية للتوحد
27	أ. توحد كانر

27	ب. اضطراب أسبرجر
28	ج. اضطراب ريت
29	د. اضطرابات النمو التفككية السائدة أو عدم تكامل الطفولة
30	III. أعراض التوحد
35	IV. عوامل الإصابة بالتوحد
35	أ. العوامل البسيكودينامية
36	ب. العوامل البيولوجية العصبية و الكيميائية
38	ج. العوامل الجينية
40	V. نسبة الإنتشار
42	VI. طرق التشخيص و التقييم
42	أ. سلم قياس التوحد الطفولي (CARS)
43	ب. قائمة التشخيصية لقياس التوحد (CHAT)
43	ج. مقابلة تشخيص التوحد- المراجع-(ADIR)
43	د. بروفيال النفسي التربوي المراجع (PEP-R)
44	هـ. بطارية تقييم التطور المعرفي و التطور الإجتماعي الإنفعالي (BECS)
45	و. سلم النضج الإجتماعي لفيلند (Vineland)
46	خلاصة

الفصل الثالث:

مشكل الإتصال الإجتماعي

• تمهيد

48	I. تعريف الإتصال و الإندماج الإجتماعي
----	---------------------------------------

50	II. المشاكل التي يعانيها الطفل المتوحد
50	أ. المشاكل المعرفية
52	ب. المشاكل العلائقية و الإنفعالية
53	ج. مشاكل الإتصال و الإجتماعية
53	1. اللعب
54	2. اللغة
56	3. السلوك
58	خلاصة

الفصل الرابع:

التكفل بالطفل المتوحد

	• تمهيد
60	I. واقع التكفل في بعض الدول الغربية
62	II. واقع التكفل ببعض الدول العربية بما في ذلك الجزائر
67	III. طرق التكفل
67	أ. العلاجات التحليلية
67	1. العلاج باللف
67	2. العلاج بالحيوان (الدلفين و الحصان)
68	ب. الملاحق الغذائية التي تساعد المصابين بالتوحد
70	ج. العلاج الدوائي
73	د. العلاجات السلوكية
73	1. نظام الإتصال بالصور (PECS)

73	2. طريقة علاج و تربية اعاقاة الإتصال للطفل (TEACCH)
75	3. طريقة التحليل المطبق للسلوك (ABA)
76	خلاصة
الفصل الخامس:	
طريقة (ABA)	
	• تمهيد
78	I. تعريف طريقة (ABA)
79	II. تقنيات التعليم بطريقة (ABA)
81	III. مراحل التكفل
82	IV. الحجم الزمني الخاص بالتدريب
82	V. التقييم
82	VI. عرض عام لبرنامج (ABA)
84	VII. أهمية دور الوالدين في التكفل بطفلهم المتوحد
86	خلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل السادس:

الطريقة و الإجراءات المنهجية

	• تمهيد
89	1. مكان إجراء الدراسة
89	2. مواضيع الدراسة

90	3. صعوبات البحث
91	4. منهج البحث
92	5. عرض البرنامج التدريبي المستمد من طريقة (ABA) و كيفية تطبيقه
100	6. التقنيات المستعملة في البرنامج المصمم
101	7. طريقة سير الجلسات
101	8. مدة التدريب
102	9. تقييم البرنامج

الفصل السابع

عرض الحالات في إطار تلقين البرنامج

105	• تقديم الحالات
108	- عرض نتائج تطبيق نشاطات البرنامج
118	- ملخص استجابات الحالات في جداول
135	- استنتاج حول استجابات الحالة على مختلف مهارات البرنامج التدريبي

الفصل الثامن:

عرض النتائج و المناقشة

192	- تقييم و مناقشة النتائج
196	- الإسهام العلمي
197	- خاتمة الدراسة
199	- المراجع
206	- الملاحق

الجانب النظري

الفصل الأول:

الإطار النظري للموضوع وتحديد اشكالية البحث

الفصل الثاني:

التوحد

الفصل الثالث:

مشكل الإتصال الإجتماعي

الفصل الرابع:

التكفل بالطفل المتوحد

الفصل الخامس:

طريقة (ABA)

الفصل الأول:

- ملخص البحث

- المفاهيم الأساسية

- مقدمة

- الإطار النظري للموضوع و تحديد إشكالية البحث

- فرضيات البحث

- أسباب البحث

- أهداف البحث

ملخص البحث:

اقترحت العديد من الإستراتيجيات التربوية و السلوكية لمساعدة الأطفال المتوحدين على تطوير مهاراتهم و تحسين سلوكياتهم الإجتماعية، و التي من بينها طريقة التحليل المطبق للسلوك (ABA)، التي تحوي مجموعة من النشاطات تخص تطوير المهارات في مختلف مستويات النمو. و قد قمنا بتصميم برنامج تدريبي مستمد من هذه الطريقة يتكون من عدة نشاطات معرفية، سلوكية، حركية و لغوية.

و تمحورت اشكالية البحث كالآتي :

هل تطبيق برنامجا تربويا مكثفا و مستمدا من طريقة (ABA) و بإشراك الأولياء يساعد على تطوير مهارات الإتصال الإجتماعي للطفل المتوحد؟ و هل يسمح هذا البرنامج من اكتساب مهارات تساعد على الإندماج الإجتماعي للطفل المتوحد؟

و للإجابة على أسئلة البحث اعتمدنا في اجراء الدراسة على المنهج العيادي على عينة تتكون من 3 أطفال متوحدين، يتراوح سنهم ما بين 6 إلى 7 سنوات، يتواجدون بعيادة خاصة ، و استغرق مدة تطبيق هذا البرنامج 6 أشهر، بمعدل 3 حصص أسبوعيا، حيث تخصص كل حصة بحوالي ساعتين من التدريب لتعليم جميع النشاطات بالنسبة لكل طفل متوحد.

و قد توصلنا إلى أن تدريب الأطفال المتوحدين على مختلف المهارات التي يحتويها البرنامج التدريبي رغم محدودية ساعات التعليم و شبه انعدام مشاركة الآباء في التدريب إلا في بعض التدخلات القليلة، مكن من تطوير مهاراتهم بدرجات مختلفة حيث تطور الإنتباه البصري، الفهم، التقليد الحركي لليد، الوجه و المواضيع و كذا التقليد الصوتي الذي تراوح من إصدار بعض الأصوات اللغوية إلى نطق بعض الكلمات، كما تم حصول تطور لبعض السلوكيات الإجتماعية التي نمت بفعل تفاعل و تواصل المدربة مع المتوحد، و عليه تحقق تطور لبعض مهارات الإتصال و الإندماج الإجتماعي للمتوحد.

المفاهيم الأساسية:

الطفل المتوحد: هو الطفل المصاب بـ اضطراب في النمو المتنوع في الشدة و الأعراض و الذي يظهر عموماً قبل الثلاثين شهراً الأولى من العمر ، و يتميز بشذوذ الإتصال الإجتماعي الذي يظهر في السلوك، اللغة و التفاعل مع الآخر.

الإتصال الإجتماعي: قدرة الطفل المتوحد على التعامل و التفاعل مع الآخر، و على فهم الرسائل اللغوية و الإستجابة لها و التمكن من التعبير في شكل لغة بسيطة و تحسين السلوكات الإجتماعية.

البرنامج التدريبي: عبارة عن طريقة تعليمية سلوكية منظمة و مخططة في الزمن، يعتمد على تقنيات تعديل السلوك، و يهدف إلى تطوير بأقصى قدر ممكن مهارات الأطفال المتوحدين في ميادين مختلفة معرفية، لغوية و سلوكية لتحسين الإتصال و الإندماج الإجتماعي للمتوحد.

طريقة (ABA): تتمثل في مقارنة تربوية تعتمد مبادئ المدرسة السلوكية ، تخص تطوير المهارات في مختلف مستويات النمو و تعتمد على الإستجابات الشرطية في مجال تعليم الأطفال المصابين بالتوحد و التأخر العقلي. و تركز هذه الطريقة على تحليل السلوك و استعمال إجراءات التعزيز من خلال التدخل المكثف لتنمية قدرة المتوحد على التواصل و الإندماج الإجتماعي.

مقدمة:

يعتبر التوحد من الإضطرابات النمائية التي تعزل الطفل المصاب عن المجتمع، دون شعوره بما يحدث حوله من أحداث في محيط البيئة الإجتماعية، فينخرط في مشاعر و أحاسيس و سلوكيات ذات مظاهر شاذة، حيث لا يظهر الأطفال المتوحدون تعبيرات معرفية و لا سلوكية مناسبة للمواقف الإجتماعية، إذ يتميزون بعدم القدرة على المشاركة في العلاقات الإجتماعية، كما يفشل المتوحدون في استعمال اللغة كوسيلة اتصال و ينقصهم التعاطف مع وجهات النظر و أحاسيس الآخرين مما يؤثر في قدرتهم على التواصل و الإرتباط بالعالم الخارجي و بالتالي اضطراب توافقهم الإجتماعي.

إن الإضطرابات التي يحدثها التوحد في مجال الحياة الإجتماعية يحتاج إلى رعاية و تكفل خاص و قد تعددت طرق التكفل المقدمة للأفراد المتوحدين، من بينها الطرق ال تربوية المتخصصة التي تعتمد على تقنيات تعديل السلوك ل تنمية مهارات الإتصال و قدرات الإندماج الممكنة لدى المتوحدين. و طريقة (ABA) واحدة من الطرق السلوكية التي ذاع صيتها حول فعاليتها في تحسين مظاهر السلوك الإجتماعي و التكيفي للمتوحدين، و التي تتطلب تعاون الأسرة في تنفيذ البرنامج التربوي المناسب من خلال المشاركة في التدريب على تعليم عدة نشاطات معرفية، سلوكية و لغوية لإكتساب مهارات التعلم و السلوك الإجتماعي.

و بما أنه لا يوجد ببلدنا المراكز الخاصة بالمتوحدين و لا تتوفر الخدمات التي تقدم لهم و لأسرهم، كما تنعدم الدراسات البحثية و البرامجية الجادة التي تهتم بالتوحد و بعلاجه أو التخفيف من حدة أعراضه و كذلك الحاجة إلى مشاركة الآباء في التكفل بأطفالهم و اكسابهم وسيلة تفيدهم و تنفع أطفالهم في تطوير مهاراتهم، تعد دراستنا في هذا الإطار محاولة تعمل على تدريب الأطفال المتوحدين بمشاركة الآباء لأنهم أكثر معرفة بأطفالهم و باحتياجاتهم و لأنهم المرافقون الدائمين لهم بعد رجوعهم من أماكن التكفل بهم سواء كانت مؤسسة بيداغوجية عمومية أو عيادة و ذلك في نهاية اليوم و الأسبوع و عبر مختلف مراحل حياتهم، فمشاركة الآباء ضرورية و لا بد منها لأن صعوبات المتوحدين تمس مختلف مظاهر النمو و لا

تحدد في جوانب معينة و التكفل بهم يشغل طيلة حياتهم، لذلك يستوجب على الآباء العمل جنباً إلى جنب المختصين و المربين على إزالة العجز و تطوير المهارات على مختلف المستويات، و تتمثل هذه المهارات في الإنتباه البصري، التقليد و التواصل الإجتماعي، فهل فعلاً تدريب الأطفال المتوحدين بإشراف الآباء على ممارسة عدة مهارات ترتبط بجوانب متعددة معرفية، حركية، اجتماعية و لغوية يساعد الأطفال المتوحدين على التخفيف من حدة عجزهم في عدة ميادين و يعمل على تحسين سلوكياتهم غير المناسبة اجتماعياً؟ و هل يسمح لهم من تطوير إتصالهم و إندماجهم اجتماعياً؟

طرحنا كل هذه التساؤلات في ظل الغموض الذي يكتنف مدى فعالية البرامج التربوية السلوكية في تحسين مظاهر السلوكيات الإجتماعية للمتوحد و في ظل جهل طبيعة و نوعية هذه التطورات التي يمكن أن يحرزها المتوحد من قبل المختصين و المهنيين و عائلات المتوحدين و كذلك لجهل آباء المتوحدين دورهم الهام في التكفل بأطفالهم و تعليقهم آمال كبيرة على المربين و المختصين بينما هناك حاجة إلى تعاون هؤلاء الأولياء.

و للإجابة على هذه الأسئلة و الإنشغالات قمنا بإجراء دراستنا التطبيقية على عينة تتكون من 3 أطفال متوحدين يتراوح سنهم ما بين 6 إلى 7 سنوات يرتادون يوماً على عيادة خاصة و هذا ما يسمح بتطبيق البرنامج التدريبي المقترح و الذي استغرق مدة تطبيقه 6 أشهر، حيث خصصنا كل طفل ب 3 حصص أسبوعياً للتدريب، مدة الحصة الواحدة حوالي ساعتين لتعلم جميع النشاطات، و عليه يتدرب كل طفل متوحد 6 ساعات أسبوعياً ما يعادل 24 ساعة شهرياً، و يعد هذا الزمن منقوص نسبياً بالنظر لعدد ساعات التدريب التي تنص عليها طريقة (ABA) و الذي تقدر ب 35 ساعة أسبوعياً لكل متوحد، و يرجع نقص تكثيف زمن التدريب و متابعة الأطفال إلى أن هذا الحجم الزمني يتطلب تعاون و مشاركة أكثر من مدرب و الذي لم يتوفر لنا بالعيادة نظراً لإنشغال المربيات الدائم بالتكفل و بإجراء حصص تعليمية للعديد من الأطفال بمختلف اعاقاتهم مما لم يسمح من الاستفادة من تعاونهم، كما أن نقص مشاركة الآباء إن لم نقل عدمها لم يساعد على تكثيف ساعات التدخل رغم أننا عملنا على تحسيس و إعلام الأولياء بدورهم في

التكفل و كيفية التعامل مع الإضطراب، كذلك حاولنا إشراكهم بالموازاة مع تطبيقنا للبرنامج إلا أن الآباء لم يبدوا استعدادا للمشاركة لإنشغالهم بعجز و إعاقة أطفالهم التي أثرت سلبا على نفسياتهم أكثر من انشغالهم بمساعدة و تجاوز عجز هؤلاء الأطفال، هذا ما يستدعي ضرورة التكفل النفسي بالآباء قبل مباشرة طلب أي مساعدة لأطفالهم، كما أن عدم توفر الآباء على أدوات تطبيق نشاطات البرنامج و تقاعسهم على تصميم لوازمه خاصة و أنه برنامج يتضمن تعليم مهارات متنوعة ساهم كذلك في تقلص زمن التدريب، إضافة إلى هذا فإن تطلعات أولياء الأطفال المتوحدين كانت تركز بشكل كبير على اكتساب اللغة التي ساهموا قليلا في تعليمها لكن ليس بجدية و استمرارية.

و عليه قمنا بتطبيق البرنامج التدريبي اعتمادا على مجهودنا الشخصي بعدد ساعات محدودة نظرا لعدم وجود بالعيادة مكان شاغر لتطبيق البرنامج يوميا و بوقت أكبر و كذلك لأنه يستحيل تطبيق البرنامج بهذا الحجم الساعي من التدريب و من جهد فردي و أمام أكثر من طفل متوحد لأن الصبر يقل أمام صعوبات التي يظهرها المتوحد خلال التعليم و أمام الإجهاد الذي ينجر عن التدريب. و نظرا لهذه الأسباب كان زمن التدريب محدود نسبيا و استهدفنا من خلال البرنامج المقترح و النموذجي تطوير عدة جوانب من شخصية المتوحد و اعتمدنا في التدريب على تقنيات تعديل السلوك باستعمال الإشراف الإجرائي، و قدمنا توضيح لكيفية تعليم المتوحدين و رؤية خاصة عن طريقة (ABA) التي كثر الحديث عنها و أصبح لها إنتشارا واسعا في ظل جهل و التباس في أوساط عائلات المتوحدين في معرفة أو في طريقة تطبيق هذه الطريقة و الطرق التربوية السلوكية الأخرى و هكذا يمكن للمهتمين و القائمين على رعاية ذوي الإحتياجات الخاصة و لآباء المتوحدين اعتماد هذا البرنامج و الإستفادة منه و تطويره بغرض تحسين حياة أطفالهم المتوحدين.

الإطار النظري للموضوع و تحديد إشكالية البحث:

يعتبر التوحد من اضطرابات النمو السائدة، التي تصيب الأطفال في مرحلة مبكرة، بحيث يظهر غالبا خلال السنوات الثلاثة الأولى و يعوق بذلك سير النمو الطبيعي على مستوى جوانب هامة في الشخصية، فيؤثر على الطبع الإجتماعي للطفل و على إمكانياته في الإتصال بالآخرين. و لحد الآن لم تفصل البحوث بصفة قطعية في تحديد أسباب التوحد بالرغم من أنها تمكنت من رصد وسائل مختلفة للتشخيص و التقييم، و كذا العديد من الأساليب التربوية و العلاجية للتكفل به و العمل على تجنب تعمق الإضطراب. و يعد 'بلولر' (Bleuler. E) أول من أطلق تسمية التوحد عام (1911) كخاصية من خصائص الفصامات، و الذي يعني به اضطراب انفعالي يؤثر على العمليات الفكرية (Bleuler In Douvil et Macary,) (2005, 287)

و لقد كان يشخص التوحد على أنه أحد ذهانات الطفولة، و ارتكزت دراسته على الوصف و التحليل، و يعتبر 'ليو كانر' (Kanner. L) 1943، أول من حدد خصائص التوحد الرئيسية و ميزه عن الإضطرابات الدماغية المبكرة و عن التخلف العقلي، حينما كان يقوم بفحص مجموعات من الأطفال المعاقين بالو.م.أ، و لاحظ على 11 طفلا منهم استغراقهم في انغلاق كامل على الذات و بعدهم عن الواقعية و عدم اهتمامهم بالعالم الخارجي و بما يحدث معهم من ظواهر أو أحداث (رائد العبادي، 2006، 15) و أشار إلى أن التوحد اضطراب فطري للإتصال العاطفي ينتج عن صعوبات الطفل المتوحد في اجتياف الصور كمواضيع آمنة و طيبة، لكنه أزال سنة 1969 أصابع الإتهام عن أمهات الأطفال المتوحدين، بعد متابعة طويلة لمرضاه (Kanner In Postel. J, 2003,61).

و في نفس هذه الفترة، اشتغل 'هانز أسبرجر' (H.Asperger) 1944، الذي كان يعمل في فيينا أيضا على مجموعة من الأطفال و لاحظ نفس الأعراض التي ذكرها 'كانر'، كاضطرابات العلاقات الإجتماعية، و السلوكات المحددة أو غير المعتادة لكن بدون تأخر لغوي و معرفي (الزريقات، 2004، 57)

و في نهاية سنوات الأربعينات، اعتبرت ماهر (Mahler.M) أن كل طفل يعيش في الأشهر الثلاثة الأولى مرحلة توحيد عادي لكن إن لم يتجاوزها فيبقى في التوحد و لا يدرك المواضيع الخارجية، بحيث يقوم بإعادة نسخ الحياة داخل الرحم و يندمج في محيط مغلق و الذي يسمح له بحماية ذاته من الإثارات القوية، و حسب 'ماهلر' أن المتوحد يتميز بأنا ذاتي و أن طبيعة العلاقة بالموضوع هي التي تحدد مستقبل التوحد، فكلما كانت المرحلة التكافلية للثنائي أم- طفل و التي تسميها ذات – موضوع، مؤمنة أكثر، كلما كان الطفل مؤهل للإفصال و التفريق بين التمثلات المكونة عن نفسه و عن الموضوع، وهذا ما لا يحدث لدى المتوحد بحيث يبقى في علاقة مع المواضيع الإستهامية.

أما 'ملتزر' (Meltzer.D) اعتبر أن البناء الرمزي للعالم لدى المتوحد ينتظم في بعد واحد دون تمييز الداخل عن الخارج، و أن القدرات الإدراكية لحواسه تتميز بالإنشطار الذي يعرف بتفكك الأنا. في حين استعمل بيتلهام (Bettlheim) التوحد كمفهوم لتشخيص استراتيجيات الإنطواء على الذات و الهروب من الواقع دون تمييز مصطلح الفصام عن التوحد، و مدد حقل استعمال هذا المفهوم إلى بعض العصابات، و اعتبر انسحاب المتوحد كدفاع ضد محيط عدائي بحيث أن المتوحد عنصر غير فعال، فاشل و فاقد الأمل في التأثير في الآخر بواسطة البكاء، الصراخ و الإتسامة، نتيجة لتربيته بطريقة آلية بدون عاطفة، و بهذا يحمل 'بتلهام' مسؤولية الإصابة بالتوحد للآباء، و ارتكز على تقديم العلاجات النفسية في التكفل بالمتوحدين.

و قد ميزت 'توستان' (Tustin.F) التوحد عن الأشكال الأخرى لذهانات الطفولة و اعتبرت أن كل فرد يمر في طفولته الأولى بتوحد بنيوي كحالة عادية و كمرحلة انتقالية إما إلى تطور عادي أو مرضي، وأشارت (Tustin) أن التوحد يستمد جذوره من المرحلة قبل النرجسية، و التي تتمايز تدريجيا إلى غلطة ذاتية و سادية ذاتية، التي تخفق في التوجه نحو المواضيع الخارجية، لهذا المتوحد ذو تقدير مفرط ل'أنا' (Mahler et al In Douvil et macary, 2005, 292-296).

إن هذه الدراسات أرجعت مسؤولية التشكل النفسي للذهان بصفة عامة و التوحد بصفة خاصة إلى اضطراب العلاقة مع الموضوع، لأن الأم لا تستثمر الطفل ليبيديا و هذا ما يؤدي إلى اضطراب نموه، في حين أن فرضيات سببية أخرى اعتبرت أن وجود طفل متوحد لا يستجيب للعنايات التي تقدمها الأم و لا يظهر أي اهتمام بها هو كسيرة لحماية نفسه من نتائج مؤلمة لهذه العلاقة من جهة، و من جهة أخرى هذا يؤدي بأم الطفل المتوحد إلى تكوين استهجمات مع طفل آخر عادي يرضى بالعنايات التي تقدمها، وهذه الإستهجمات تنتظم في اطار عصابي يمكن أن يتطور إلى هذيانا أو تشكل نظام دفاعي يظهر في النفي و الإنكار و ذلك حسب بنية شخصية الأم (Lebovici, 1987, 192, 196).

و بعد هذا الجدل الذي أثارته المقاربات التحليلية، استمرت الدراسات في أواخر الخمسينات إلى أواخر السبعينات في مرحلة التقارير المبدئية للآثار الناجمة عن التوحد، و ركزت على التطورات المحتملة في القدرات و المهارات لدى الأطفال المتوحدين نتيجة للتدريب، كما أكدت هذه الدراسات على أهمية التطور المبكر للغة و الذي يعد أحد المؤشرات المهمة لتحديد حالة التوحد و نمو القدرات في المراحل اللاحقة من العمر، كما اهتمت بقياس مقدار انخفاض القدرات العقلية الذي من شأنه تحديد الإستقلالية و التبعية للطفل المتوحد و للآخرين، ثم ركزت هذه الدراسات على الأفراد المتوحدين من ذوي الأداء العال ي أو ذوي المستويات العالية في القدرات العقلية و الذين لا يمكن أن تتطور حالتهم بشكل جيد دون التدخل المتخصص من أجل التدريب في بعض المجالات المعينة (طارق عامر، 2008، 24-25)، و انطلاقا من هذه الفترة تركز الإهتمام على الإستراتيجيات السلوكية و التربوية أمام عدم جدوى العلاجات التحليلية و طول مدتها، و أصبحت البرامج مثل برنامج تيش (Teacch) و (ABA) المستندة إلى المنزل مهمة و التي ارتكزت على تحليل سلوك الطفل جنبا إلى جنب مع مساعدة الآباء في التعامل مع المهارات التواصلية و الإجتماعية للأطفال المتوحدين.

و لقد بينت عدة دراسات أن الأطفال المتوحدين يحققون تقدما أفضل من خلال هذه البرامج، حيث كشفت دراسة بجامعة كاليفورنيا ما بين سنتي 1970 إلى 1984 و التي أجريت على عينة من الأطفال المتوحدين

يتراوح سنهم من 2 إلى 4 سنوات مقسمين إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية تلقت علاج مكثف لمدة 40 ساعة و مجموعة ضابطة تلقت برنامج محدود في الزمن بـ 10 ساعات، توصلت نتائج البحث إلى ارتفاع حاصل النمو (QD) للمجموعة التجريبية إلى 47، حيث استرجع هؤلاء المتوحدين توظيف عادي لإمكانياتهم، و في متابعة لتقييم هذه النتائج طوال 7 سنوات، بينت الدراسة أن المجموعة التجريبية تحصلت على متوسط معامل النمو مقدر بـ 84.5 في حين متوسط معامل النمو للمجموعة الضابطة قدر بـ 54.9.

أما دراسة 'لوفاس' (Lovaas) التي أجراها بين سنتي 1973 و 1987، لمتابعة نتائج البرامج التربوية التي قام بتطويرها للتكفل العام بالطفل المتوحد و التي طبقت على عينة قوامها 20 طفلا متوحدا في سن التمدرس لمدة 7 سنوات، فقد أسفرت نتائجها إلى انخفاض السلوكيات الغير ملائمة بحيث تراجع التنبيه الذاتي من 23 % إلى 10 %، تشوهات اللفظ من 5 % إلى 2 %، في حين ارتفع متوسط تكرار اللغة الصحيحة من 2 % إلى 8 %، السلوكيات الإجتماعية من 4 % إلى 10 % و اللعب من 22 % إلى 45 %، و لقد تم قياس معامل ذكاء هؤلاء المتوحدين و لم يستجب 14 فردا منهم للفاحص قبل بدء العلاج، و بعد المتابعة و التكفل بدعوا في التعاون و تحصلوا على معدل ذكاء بين 30 و 75، في حين ارتفع حاصل ذكاء أحدهم من 80 إلى 100. كما حافظ المتوحدون الذين التزموا التقيد بالبرنامج بعد خروجهم من المؤسسة على تقدمهم في حين تراجع مستوى من توقفوا عن المتابعة (Lenoir. P et al, 2003, 206-207).

كما بينت دراسة (Harris & Handleman, 1994) أن 50 % من الأطفال المتوحدين الذين تابعوا برامج ما قبل مدرسية تستعمل (ABA) في سن مبكرة، أدمجوا بنجاح في أقسام عادية و عدد منهم لا يحتاجون إلا لمتابعة مستمرة خفيفة، كما أنه بإمكان الأطفال المتوحدين المتقدمين في السن الاستفادة من تكفل مكثف و مكيف (Leaf. R et al, 2006, 13)

أما دراسة عبد المنان معمور (1997) التي هدفت للتأكد من فعالية برنامج سلوكي في التخفيف من حدة أعراض التوحد المتمثلة في كل من القلق و السلوك العدواني و النشاط الحركي المفرط و ضعف الانتباه و

عدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، و التي أجريت على عينة تتكون من 30 طفل متوحد الملتحقين بمركز أمل للإنماء الفكري بجدة، أوضحت النتائج باستخدام مقياس تقييم الطفل المتوحد و مقياس كونرز انخفاض مستوى القلق و السلوك العدواني و النشاط الحركي المفرط لديهم و ازداد مستوى الإنتباه و علاقتهم الإجتماعية مع الآخرين مما يدل على فعالية هذا البرنامج (ع. عبد الله، 2002، (18).

مما سبق عرضه، خلصت الدراسات التي تناولت تعليم المتوحدين بالطرق التربوية السلوكية إلى فعالية هذه البرامج في التقليل من حدوث السلوكات غير المكيفة و تطوير السلوكات الإجتماعية المناسبة. و عليه تعرف هذه البرامج التعليمية التربوية استمرارية في انتشارها و توسع في تطبيقها في الدول الغربية، في حين لا زالت الدول العربية لا تحسن جيدا معرفة الإضطراب و تعرف قصور في التشخيص، فما بالناس بالتكفل الذي تبقى بعيدة عنه رغم أن انتشار التوحد يقدر بنفس الأرقام المتداولة في أمريكا و أوروبا. و الظروف التي يعيشها المتوحدون بالجزائر ليست مختلفة هي الأخرى عن بقية المجتمعات العربية، فرغم وجود حوالي 65 ألف م توحد (E:\aut\abid2008.html) إلا أنه يسجل غياب المؤسسات المختصة في استقبال و التكفل بالأطفال المتوحدين بواسطة برامج التربية الخاصة رغم تعددها، إضافة إلى جهل عائلات المتوحدين كيفية التكفل بأطفالهم المعاقين في ظل عدم توفر مهنيين مختصين و عدم كفاية معلومات المربين عن محتوى هذه البرامج التعليمية و عملية تطبيقها حتى يتسنى لهم إرشاد الآباء إلى اعتماد هذه البرامج. كذلك فإن الآباء الذين يعرفون وجود تقنيات للتكفل بالمتوحدين لا يعرفون كيفية تطبيق هذه البرامج و لا طبيعة التطورات التي يمكن تحقيقها أو مدتها، حيث يعتقد بعضهم أن هذه الطرق هي شفاء من التوحد، في حين يشكك بعض الآباء الآخرين و المهنيين في صدق فعالية هذه الطرق التربوية السلوكية و يستهينون بالتطورات الصغيرة و البسيطة التي يمكن أن يحققها طفلهم من خلالها و التي من شأنها أن تكون قاعدة لتعلم تدريجيا مهارات أكثر تخصص، كما يخفى أو يهمل الآباء دورهم الهام في مساعدة أطفالهم المتوحدين على تحسين قدراتهم و تطوير مهاراتهم و سلوكياتهم الإجتماعية

ويتحقق ذلك كلما كانت إرادتهم حقيقية، و تعد مشاركتهم ضرورية و لا بد منها لإحراز تقدم أكبر و لتغطية نقص التكفل الكبير لمراكز التكفل المتخصصة التي تعد على أصابع اليد الواحدة بين ما هو عمومي و خاص و التي لا يمكنها مواجهة الكم الهائل من الطلبات و بحجم ساعي مكثف و هذا كله في ظل عدم وقوف الآباء على التحديات التي تتطلبها مواجهة إعاقة التوحد و عدم توفرهم على معلومات كافية و كتب متخصصة تتناول وسائل التكفل بالمتوحدين و كيفية العناية بهم و تعليمهم، و كذا غياب دراسات برامجية محلية تكون نماذج و تجارب تسهل استثمارها و تطويرها لفائدة المتوحدين.

إشكالية البحث:

إن في ظل ظروف العجز الذي يخص المهنيين، المتوحدين و عائلاتهم، تستمر المعاناة و الإلتباس حول التوحد و فعالية طرق التكفل به، مما يدفعنا إلى البحث في هذا المجال بإعتماد تجربة نموذجية تتمثل في برنامج تدريبي يشمل مختلف مستويات النمو مستخلص من جملة المهارات التي تقترحها طريقة (ABA) و هذا بغرض توضيح هذه الطريقة من حيث المهارات التي تحتويها و كيفية تطبيقها و طبيعة النتائج التي يمكن أن تحققها، و كذلك الحاجة إلى مشاركة الآباء في مساعدة أطفالهم لإكتساب إستقلاليتهم و إصلاح عجزهم الذي يعوق قدرتهم على المشاركة في العلاقات الإجتماعية و التفاعل مع العالم الخارجي، و يخل باستجاباتهم للمثيرات الحسية و المعرفية. و عليه تمت صياغة إشكالية بحثنا كما يلي:

- هل تطبيق برنامج تربوي مكثف و مستمد من طريقة (ABA) و بإشراك الأولياء يساعد على تطوير مهارات الإتصال الإجتماعي للطفل المتوحد؟

- و هل يسمح هذا البرنامج من اكتساب مهارات تساعد على الإندماج الإجتماعي للطفل المتوحد؟

و اعتمادا على ما تضمنته الدراسات السابقة في مجال التكفل بالمتوحدين و فعالية البرامج السلوكية
المكيفة في تعليم مهارات الحياة الإجتماعية و الإستفادة منها يمكن تعليم المتوحدين و تسهيل تفاعلهم و نفع
أوليائهم، صيغت فرضيات البحث كالاتي:

- قد يسمح البرنامج التدريبي المكثف المستمد من طريقة (ABA) و بإشراك الآباء من تطوير الإتصال
الإجتماعي للطفل المتوحد من خلال تطوير مهارات الإنتباه البصري، التقليد، الفهم المبسط، و إشراك
الآخر في الإهتمام بالأنشطة.

- قد يسمح هذا البرنامج في تسهيل الإندماج الإجتماعي من خلال تطوير استقلالية الطفل المتوحد.

أسباب الدراسة:

ترجع أسباب القيام بهذا البحث إلى النقاط التالية:

- عدم نيل موضوع التوحد الإهتمام الكافي من الدراسة ببلدنا و سطحية المعلومات التي يحصل عليها المهتم بهذا الموضوع، و من هنا جاءت دراستنا كمحاولة لإزالة الغموض و المساهمة في تعريف التوحد و تقديم أحدث ماجادث به الأبحاث في مجال التوحد و سبل التكفل به.
- قلة الدراسات العربية التي تختص في فهم و تحليل اضطراب التوحد و ندرة الأبحاث التي اهتمت باختبار فعالية برامج التدريب السلوكي و هذه البرامج كانت من اقتراح و تطوير الباحثين (أمثال ع. معمر و عادل عبد الله محمد) و لم تتضمن برامج التكفل المعتمدة عالميا.
- غياب دراسات برامج عربية و وطنية تختبر فعالية التعليم بالطرق التربوية السلوكية (ABA & Teacch) و كذلك غياب تقديم قراءات و تحليلات لإستجابات المتوحدين على مختلف النشاطات التي تقترحها هذه البرامج.
- التعرف على طبيعة التطورات التي يمكن أن يتوصل إلى تحقيقها الطفل المتوحد من خلال التدريب على نشاطات تشمل مستويات مختلفة من النمو.
- الحاجة إلى اعتماد الآباء على أنفسهم في التكفل بأطفالهم في ظل غياب مراكز تكفل متخصصة و الحاجة كذلك إلى مشاركتهم في حالة ظفرهم بفرصة للتكفل بأطفالهم لأن تعليم المتوحدين يعتمد بدرجة كبيرة على تأهيل الآباء.

أهداف البحث:

تهدف هذه الدراسة من خلال تطبيق البرنامج التدريبي المستمد من طريقة (ABA) إلى تطوير المهارات

و تحقيق الأهداف التالية:

- الوصول بالطفل المتوحد إلى إكتساب وسائل الإتصال في حدود امكانياته في شكل لغة وظيفية بسيطة، بحيث يتم تطوير عمليتي الفهم و التعبير بأشكاله و الذي يكون بادرة لتشكيل طلبات ضرورية تلبي حاجات المتوحد مستقبلا مع تطوير قدرات الإنتباه البصري، التقليد و الفهم للطفل المتوحد.

- تحقيق قدر من الإستقلالية في نشاطات الحياة اليومية لدى الطفل المتوحد.

- تطوير مهارات الإتصال الإجتماعي والتفاعل مع الآخر و كذلك وضع أسس لإمكانيات المشاركة في الأنشطة الاجتماعية مستقبلا لتحقيق أكبر قدر ممكن من الإندماج الإجتماعي.

- تطوير تفاعل الآباء مع أطفالهم و العمل على امتداد التكفل بالطفل إلى العائلة عن طريق إعلامهم و تحسيسهم.

- توعية الآباء بأهم حاجيات الطفل المتوحد و ضرورة تكيف المحيط لهم.

- اختبار طريقة تعليمية تدريبية للتكفل بالأطفال المصابين بالتوحد و التي تعد برنامج حديث يغيب تطبيقه في بعض مناطق الجزائر بينما يعرف أولى المحاولات في استعماله في مناطق أخرى من بلدنا و لهذا فمحاولتنا هي في سبيل تعزيز الجهود العلمية للتكفل بهذه الفئة في إطار مؤسساتي خاص بهم و شق الطريق أمام برامج علاجية أخرى لفائدة الطفل المتوحد.

الفصل الثاني:

التوحد

• تمهيد

- I. تعريف التوحد
- II. الأشكال العيادية للتوحد
 - أ. توحد كانر
 - ب. اضطراب أسبرجر
 - ج. اضطراب ريت
 - د. اضطرابات النمو التفككية السائدة أو عدم تكامل الطفولة
 - هـ. اضطرابات النمو السائدة غير النوعية
- III. عوامل الإصابة بالتوحد
 - أ. العوامل البسيكودينامية
 - ب. العوامل البيولوجية العصبية والكيميائي
 - ج. العوامل الجينية
- IV. أعراض التوحد
- V. نسبة الإنتشار
- VI. طرق التشخيص والتقييم
 - أ. سلم قياس التوحد الطفولي (CARS)
 - ب. قائمة التشخيصية لقياس التوحد (CHAT)
 - ج. بروفييل النفسي التربوي المراجع (PEP-R)
 - د. مقابلة تشخيص التوحد- المراجع- (ADIR)
 - هـ. سلم النضج الإجتماعي لفيلند (Vineland)

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعرف التوحد زيادة سنوية كبيرة في أعداد المصابين به حسب إحصاءات الجمعية الأمريكية للتوحد سنة 1999، لكنه يواجه قصور واضح في أساليب التشخيص و التشخيص الخطأ و تأخر الكشف عنه من قبل العائلة، أخصائي الصحة، و حتى النفسانيين، كما أن أسبابه لا زالت غير واضحة و تثير جدلا، لدى يعرض هذا الفصل خصائص اضطرابات التوحد، و الأعراض التي يمكن الكشف عنها مبكرا من خلال الملاحظة الدقيقة للسلوك، و كذا ما توصلت إليه مختلف الدراسات في البحث عن سببية التوحد، و هو يستجيب لحاجة الآباء و الباحثين في معرفة الاضطراب.

I. تعريف التوحد:

التوحد (Autisme) مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية (Autos)، و تعني النفس أو الذات، أي انغلاق أو انزغال الطفل إلى ذاته (Tardif et Gepner, 2003, 9) و يشير (Mazet, Houzel et Bursztejn, 2000) إلى صعوبة تعريف هذا الإضطراب (Shanti.D, 2008, 12) و هذا ما نجده نحن نظرا للتصنيف التي تعتمد هيات البحث في تصنيف التوحد إما كذهان أو اضطراب ظاهر للذهانات (trouble apparenté à la psychose) كما في حالة التصنيفات الفرنسية (Phillip. C, 2009, 17) أو اضطراب في النمو مما أحدث خلط في التعريف و التشخيص، و أيضا عدم الفصل في اعتباره كمرض أو إعاقة ، و كذا تعدد مظاهره الإكلينيكية و الإنقسام بين مؤيد و معارض لاستجابة الإضطراب للعلاجات النفسية أو السلوكية التربوية، و هنا سنحاول إعطاء جملة من التعريفات التي تشمل كل هذه الإنقسامات.

التوحد هو اضطراب في النمو يمس الطفل مبكرا و يعيق التطور على المستوى المعرفي، الإجتماعي و الانفعالي. يصفه 'كانر' 1943 بأنه اضطراب مبكر يتميز بالإنطواء و الإنسحاب من العلاقات الإجتماعية و عدم القدرة على الإتصال مع الآخرين و إقامة علاقات طبيعية مع الأشخاص و الوضعيات

منذ الولادة، مقاومة التغيير و الحاجة لثبات المحيط، السلوكيات المتكررة و الاستحواذية، لغة شاذة مع

التفوق في بعض القدرات كالذاكرة رغم تأخر النمو (Tardif et Gepner, 2003, 12)

كما يعرف على أنه انفصال عن الواقع، و هيمنة مطلقة للحياة الداخلية التي تقطع بناء الإتصال مع

الآخرين و رفض كل ما مصدره خارجي (Shanti. D, 2008, 11).

اعتبر التوحد كذهان طفولي، لكن منذ الطبعة الثالثة للتصنيف التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية)

(DSM III, 1980) و كذلك تصنيف العالمي للأمراض (CIM-10) أصبح يدرج ضمن إطار إكلينيكي

جديد يعرف باضطرابات النمو السائدة (Houzel. D & Al, 2000,76)، و ترجع هذه التسمية إلى

التوحد الذي يمس مظاهر مختلفة من التوظيف العقلي، كما تستعمل أيضا تسمية اضطرابات أنماط التوحد

(trouble du spectre autistique). و نشير هنا أن غياب الهلوس و الهذيان الخاصة بالفصامات

و غياب تأسيس علاقات أولية منذ بداية الحياة و الدخول في عزلة أدى إلى إلغاء تسمية التوحد بالفصام.

و تعرف الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (APA) و منظمة الصحة العالمية (WHO) 1994،

التوحد بأنه اضطراب خطير في نمو الطفل تظهر أعراضه قبل ثلاث سنوات، يتضمن مجموعة من ثلاثة

أعراض أساسية تتمثل في اضطراب نوعي في التفاعلات الإجتماعية المتبادلة (التي تمثل خاصية أساسية

للإضطراب)، اختلال التواصل المتبادل اللفظي و غير اللفظي، السلوكيات المتكررة و محدودة

الإهتمامات و الأنشطة. (APA , 2003, 81)

في حين تعتبر الجمعية الوطنية للأطفال المتوحدين (NSAC, 1978) أن المظاهر المرضية الأساسية

للتوحد تظهر قبل أن يصل عمر الطفل 30 شهرا و هي تتضمن الإضطرابات في الميادين التالية:

- اضطراب في سرعة أو تتابع النمو

- اضطراب في الإستجابة الحسية للمثيرات

- اضطراب في الكلام و اللغة و السعة المعرفية

اضطراب في التعلق أو الإلتئام للناس و الأحداث و الموضوعات.(ط. الثمري، ز. السرطاوي، 2002،

(6)

كذلك يعرف التوحد باضطراب في النمو يتميز بشذوذ في النظام الذي يعالج المعلومات الحواسية و التي يبدي المصاب به ردود أفعال كبيرة (استثارة) لبعض المنبهات الخارجية ليس بنفس القدر لمنبهات أخرى (Grandin.T, 2000, 33)، و هو عجز في وظائف الإنجاز يرجع لاختلال مجموعة معقدة من الميكانيزمات المعرفية التي تسمح بتنظيم، مراقبة و إنجاز التصرفات و الأفكار و العديد من المعطيات العصبية النفسية و التي تؤدي إلى عجز في إقامة العلاقات الإجتماعية و اضطراب القدرات المعرفية واللغة (Zalla. T et al, 2009, 151).

أما فيما يخص الباحثين العرب يعرف 'كمال سالم' التوحد على أنه اضطراب في السلوك، يتمثل في الإنطواء الشديد و التركيز حول الذات، و الإنشغال بالذات بصورة أكثر من الإنشغال بالعالم الخارجي. في حين يعرف 'الشخص' و 'الدماطي' إعاقة التوحد على أنها اجترار و استثارة الذات، و هي اضطراب شديد في عملية التواصل و السلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة، و يصف كلام الطفل المتوحد بأنه عديم المعنى، يتميز سلوكه بالإنطواء على النفس و الإنسحاب إلى داخل الذات، و عدم الإهتمام بالآخرين، و تبدل المشاعر، و قد ينصرف اهتمامه إلى الحيوانات و الأشياء غير الإنسانية ويلتصق بها.

و يطلق 'ماجد عمارة' على التوحد الإنغلاق النفسي، و يعرفه بأنه حالة من حالات الإضطرابات الإرتقائية الشاملة يغلب فيها على الطفل الإنسحاب و الإنطواء و عدم الإهتمام بوجود الآخرين، أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم، و يتجنب الطفل أي تواصل معهم و بالخصوص التواصل البصري و تتميز لغته بالاضطراب الشديد، فيغلب عليها التردد و التكرار لما يقوله الآخرون أو الإجتار، و الطفل المنغلق نفسيا لديه سلوك نمطي و انشغاله بأجزاء الأشياء و ليس بالأشياء نفسها (طارق عامر، 2008، 19)

و تعرفه 'نادية أبو السعود': التوحد كارتقاء غير طبيعي مختل يتضح قبل ثلاث سنوات من عمر الطفل، ويتميز بفساد التفاعل الإجتماعي و الإتصال الشفوي و النشاط التخيلي و الأنشطة الإجتماعية و التي تظهر في اضطراب السلوك و بشكل خاص في تجنب الحلقة و النشاط الزائد النمطي و المقولب و الإصرار على الروتين.

و يعرفه 'قحطان الظاهر' بأنه حالة اضطراب عقلي يصيب الأطفال قد تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، و يتميز المصابون بهذه الحالة بقصور في الإنتماء و في التفاعل مع الآخرين حسياً أو لغوياً، فلا يكون الطفل علاقات إجتماعية و تظهر عليه علامات الجمود و النمطية، كما يتصف باضطراب الكلام (الزريقات، 2004، 56)

تتشترك مجموع هذه التعاريف في اعتبار أن التوحد اضطراب في النمو، يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من العمر، و يتميز الأطفال المصابين به بالإنسحاب، الإنعزال، اضطراب في التواصل مع الآخرين، وضعف في التفاعل الإجتماعي و عدم القدرة على تطوير اللغة بشكل مناسب و ظهور أنماط من السلوكات الشاذة و عدم التكيف مع العالم الخارجي، كذلك ضعف اللعب التخيلي مع وجود اضطراب في وظائف الحواس.

II. الأشكال العيادية للتوحد:

إن الأطفال المصابين بالتوحد لا يظهرون نفس الخصائص لا من حيث النوع و لا الشدة، لذلك اتجه الباحثون لتصنيف الأعراض ضمن أشكال عيادية مختلفة اعتماداً على مستوى الذكاء، العمر عند الإصابة، و عدد الأعراض و شدتها، و تندرج تصنيف هذه الأشكال العيادية ضمن الإضطرابات السائدة للنمو.

أ. توحد كانر:

يعرف كذلك بالتوحد الطفولي أو التوحد المبكر، أطلقه 'كانر' 1943 على مجموعة من الأعراض التي تظهر مبكرة في الطفولة، حيث يتميز المصاب بعدم القدرة على الإتصال منذ الولادة، و يظهر غير حساس و لا يستجيب لتنبهات و لا لطلبات العالم الخارجي، كأنه يعيش وحده، كما يتميز بغياب أو اضطراب اللغة مع تكرار ممل للأصوات و الكلام اللفظي (écholalie) و استعمال عكسي للضمانر، حاجة قهرية للثبات و المحافظة على الرتابة و قلق من تغيير المحيط، إتصال ضعيف بالعين، و علاقات غير طبيعية مع الناس، و تفضيل الصور و الجماد من الأشياء مع الفشل في القيام بوضع توقعي (Houzel. D, 2000, 76).

ب. اضطراب أسبرجر:

تم وصف هذا الإضطراب لأول مرة من قبل الطبيب النمساوي هانز أسبرجر (Hans Asperger, 1944) الذي قدم وصف لأعراض تشيع عند الذكور (بنسبة 8 ذكور مقابل أنثى واحدة (OMS. 2001. ص 18))، تنطبق على أشخاص ذوي ذكاء عادي، يظهرن إعاقه نوعية في التفاعل الإجتماعي و محدودية في التعاطف و المشاركة في الإتصال الإجتماعي و فقر الإتصال بالعين و اضطرابات السلوك بدون وجود تخلف في النمو اللغوي، و منذ ذلك انطبق اضطراب 'أسبرجر' على الشخص المتخلف عقليا بدون تأخر لغوي، و الشخص ذو التأخر اللغوي دون تأخر عقلي، و لهذا يعتبر تقييم هذا الإضطراب صعب بسبب ضعف القدرة على تطبيق محكات التشخيص و كذا لتشابهه باضطراب التوحد، كما أنه تم تجاهل هذا الإضطراب لمدة 30 سنة بعد الوصف الذي قدمه 'أسبرجر' في أوروبا و الوم. أ، لكن بعد وفاته عام 1980 تم الإعتراف به عالميا على أنه أحد اضطراب في النمو و ذلك بعد عدة دراسات و أبحاث، مثل الوصف الذي قدمته (Lorna Wing 1983) و الذي يقترب من وصف 'أسبرجر' (Attwood. T, 2003, 3).

و يمكن تمييز اضطراب أسبرجر عن باقي الإضطرابات المشابهة في الخصائص التالية:

- عدم وجود تأخر في نمو اللغة و تميز اختيار الكلمات أو العبارات بشذوذ نوعي بعيد قليلا عن المؤلف يمنح الخطاب خاصية التكلف التي تعزز عدم التكيف الإجتماعي.

- وجود اضطرابات في الحركة و عدم التنسيق في الأنشطة العامة و خصوصا في الحركات الدقيقة، ويعتبر هذا المعيار أساسي للكثير من الباحثين في تصنيف الإضطراب.

- عدم وجود تأخر في النمو المعرفي، فهم تقريبا عادي مع إمكانية الإلتحاق بمسار دراسي شبه عادي، قد يتفوق فيه المصاب في بعض الميادين كالذاكرة، الرياضيات، الفن...، لكنه يتابع دراسته ببعض التفكك و البعد الإجتماعي و العاطفي (Rogé. B, 2003, 33).

ج. اضطراب ريت:

حدد أندرياس ريت (Andreas Rett)، طبيب أسترالي، أعراض هذا الإضطراب عام 1965، عند 22 أنثى كانت لديهن تطورات عادية لفترة 6 أشهر ليحدث بعدها تدهور متطور، و ينتشر أساسا هذا الإضطراب عند الإناث و يمس 6 إلى 7 حالات لكل 100 ألف أنثى (عبد المعطي، 2003، 574). و يتميز ظهور أعراض اضطراب 'ريت' بعد مرحلة تطور عادي تقدر على الأقل ب 5 أشهر إلى 24 شهرا، متبوعة بتوقف في النمو لبضعة أشهر ثم نكوص سريع للمهارات المكتسبة بحيث يظهر عند الطفل الأعراض التالية:

- فقدان التناسق اليدوي التلقائي وضياع التحكم في الحركات الدقيقة للأيدي مع نمو حركات استحواذية مثل: التواء اليدين كحالة القيام بغسلهم، التواء الذراعين أمام الصدر أو العنق، حبس اللسان و العبث به وباللعاب، صرير و ضرب الأسنان، تقطيب الوجه وكذا صعوبات في المضغ...

- اختلاج حركات الجذع و ارتجاجات لمحاولة استعادة التوازن بالإضافة إلى استنشاق متردد للهواء بكميات كبيرة.

- تأخر في اكتساب وضعية الوقوف و الإستقلالية في المشي و التي تكتسب إلا في 50 % من الحالات، كما أن الإصابة المبكرة قد تسبب فقدان وضعية الجلوس و اضطراب حركة الأعضاء السفلية و صلابتها لاحقاً.

- اختفاء الإكتسابات اللغوية و تقلصها إلى تماتيم أو لكلمة أو اثنين غير مترابطة، مع اختلال نمو اللغة الإستقبالية و التعبيرية (Rogé. B ,2003, 32).

- توقف نمو محيط الرأس

- عدم القدرة على إشباع الحاجات البسيطة و على التحكم في وظيفة الإخراج.

- الإنطواء و ظهور بقية الأعراض التي تشترك مع أعراض التوحد لكن يبقى محافظ على المتابعة بالعين رغم اضطراب السلوك، التواصل و الاندماج الإجتماعي.

- في مرحلة متطورة للإضطراب نلاحظ برودة قصوى، ازرقاق البشرة نتيجة نقص الأوكسجين، إفراط في التعرق و ميل لضمور العضلات.

يرافق هذه الأعراض إمكانية حدوث نوبات صرعية من نوع الغياب، و عادة ما تحدث النوبة الأولى قبل 8 سنوات (OMS, 2001, 15).

د. اضطرابات التفكك السائدة:

تخص اضطراب في النمو، تعرف كذلك بتسمية اضطرابات عدم تكامل الطفولة أو اضطرابات الطفولة غير المدمجة، يتميز الطفل بمرحلة نمو عادي تقدر على الأقل بسنتين ثم تتبع بنكوص و ضياع الإكتسابات السابقة في ظرف بضعة أشهر في جميع الميادين أو في ميدانين من الميادين التالي على الأقل: اللغة الإستقبالية أو التعبيرية، الكفاءات الإجتماعية أو السلوك التكيفي و نشاطات اللعب، التحكم في وظيفة الإخراج، و المهارات الحركية. بحيث نلاحظ في هذا النوع من الإضطراب فقدان الإهتمام بالمحيط

واختلال نوعي في العلاقات الإجتماعية و الإتصال، سلوكات حركية تكرارية و استحواذية و محدودية الإهتمامات و الأنشطة. يرافق هذا الإضطراب غالبا تأخر عقلي شديد أو ضرر مخي، و تعد نسبة انتشاره أقل عن باقي اضطرابات التوحد، و يتردد أكثر عند الذكور حسب دراسات حديثة، و نشير أن هذا الإضطراب يعرف كذلك بتنازل هيلر (Heller) و بخرف الطفولة أو الذهان التفككي (APA, 2003, 90).

ه. اضطرابات النمو السائدة غير النوعية:

هذا الإضطراب يظهر خصائص تشترك مع واحد من الأشكال السابقة لكن دون أن يشتمل على عدد كاف من الأعراض التي تدفعنا لتصنيفه في واحدة من التشخيصات السابقة (Phillip. C, 2009, 17)

III. أعراض التوحد:

نبه العديد من الباحثين إلى الأعراض التي تظهر مبكرا في التاريخ المرضي للطفل المتوحد و التي يصعب تمييزها من قبل الآباء خاصة الجدد منهم، و هذه الأعراض يمكن ملاحظتها كمايلي:

من 0 إلى 6 أشهر:

- غياب التفاعل مع الأم: يظهر في غياب سلوك التوقع و تكيف الوضع الجسمي للرضاعة، وجه جامد خال من التعابير الإنفعالية يتميز بغياب الإبتسامة بدءا من الشهر الثالث و بعدم تمييز صوت و وجه الأم و عدم الإهتمام بالأشخاص.

- اضطراب السلوك: يظهر الطفل تناقض إما هادئ تماما و ضعيف الحضرية أي نقص التوتر العضلي (يظهر رخوا) أو على العكس مفرط الحركة و يقاوم احتضانه أو حمله.

- اضطراب الحواس: يظهر في غياب رد فعل اتجاه المثيرات البصرية كتجنب التقاء النظرات مع شخص آخر، اختلال توازن العينين، نظر محيطي، غياب تتبع المواضيع المتحركة كالأشخاص و الأجسام، أما

بالنسبة للمثيرات السمعية فنجد غياب إصدار الأصوات ابتداءً من الشهر الثاني إلى الثالث و غياب تمييز

الأصوات حيث يظهر الطفل كأنه أصم (Delion.P, 2000, 33)

- اضطراب النوم: إما نجد طفل لا ينام، في حالة هدوء و تكون عيناه مفتوحتين، أو يظهر العكس لا ينام

ويثير صراخ يصعب تهدئته. (Marcelli. D, 2006 , 297)

- اضطرابات التغذية: عدم المص أو رفض الأكل مع اختيار بعض الأطعمة دون غيرها.

من 6 إلى 12 شهر: في هذه الفترة تثبت المظاهر السابقة و تتطور إلى:

- غياب الإهتمام و المشاركة و التفاعل مع الأشخاص: يظهر في تجنب التقاء النظرات مع أي شخص،

رفض العلاقة الجسمية بحيث لا يستجيب بمد ذراعيه عندما نريد حمله، غياب الإبتسامة القصدية اتجاه

الأقرباء و غياب قلق الشهر الثامن اتجاه الأشخاص الغرباء.

- غياب المناغاة و إصدار الأصوات و الاستمتاع بتردها في السمع بما يعرف بالحوار الصوتي، مع

إمكانية الإهتمام بأصوات معينة دون أخرى، كالأصوات المنخفضة أو نمط موسيقي خاص كصوت

الدمية (Houzel. D, et al, 2000, 77)

- سلوكيات استحواذية و اضطراب الحواس و الحركة: التركيز بالنظر على حركة اليدين أمام العين،

اهتمام غريب بالأشياء كتثبيت النظر على الضوء أو الأشياء التي تدور باستمرار.

من 12 إلى 24 – 30 شهر:

- غياب إمكانية ظهور اللغة يظهر في غياب استعمال ضمير 'أنا' أو نجد استعمال تكراري لبعض الكلمات

أو الاصوات.

- غياب إشارات تصريحية و الانتباه المشترك لمواضيع العالم الخارجي.

- غياب التقليد و الميل التلقائي لمشاركة الأطفال في اللعب .

- استمرار الإضطرابات الوظيفية (اضطرابات النوم والأكل و اكتساب سلوك النظافة)، السلوكات الاستحواذية المتمثلة في الإهتمام بالأشياء الغريبة و أجزاء الأجسام مع إمكانية ظهور سلوكات عدوانية نحو الذات أو مواضيع العالم الخارجي (Marcelli. D, 2006, 298)

إن هذه الأعراض المبكرة يمكن ملاحظتها في جداول مرضية أخرى مثل الحرمان العاطفي، الإكتئاب عند الرضيع أو عجز الحواس العضوي، و هي صعبة التنبؤ بتطورها إلى توحد، لدى نجد تحفظ في التشخيص قبل 3 سنوات، إلا إذا استمرت و تثبتت الأعراض في الزمن و تطورت كمايلي:

- غرابة السلوك و اضطراب الإتصال البصري يظهر في عدم تمييز كل ما هو مرئي من الأفراد أو الأشياء أو تجنب النظر أو النظر المحيطي أي على الهامش.

- الإنطواء على الذات و الإنسحاب من العلاقات الإجتماعية

- غياب أو اضطراب أي وسيلة اتصال (حركات، سيميائية الوجه، لغة) أو نجد خرس بالإضافة إلى اضطراب نوعي في نشاطات اللعب (في التقليد، التشبيه و المشاركة و التبادل)

- غياب التعاطف و الوعي بمشاعر الآخر و انفعالاتهم.

- التأكيد غير العقلاني على أنشطة روتينية متكررة كالسلوكات الحركية الاستحواذية المتمثلة في القفز، ضرب اليدين أو الإنشغال الدائم ببعض أجزاء الأجسام و تفاصيلها أو التعلق بأجسام غير معتادة و العمل على لحسها أو شمها أو دورانها، كذا التكرارات الصوتية كفعل ضجيج بالأحبال الصوتية أو الفم أو التكرارات الشفهية كترديد الأصوات أو تشويهاها.

- المحافظة على الثبات و مقاومة التغيير مع إمكانية إبداء رد فعل عدواني اتجاه أي تغيير للمحيط

- اضطرابات التنظيم المعرفي: المتمثلة في اضطراب الإدراك، الفهم، اللغة، الإضطرابات النفسحركية، الإضطرابات الفكرية و اضطراب الإستعمالات اليومية المتمثلة في وظيفة الإخراج، سيرورات الغذاء والر يتم الإجتماعي (Messerschmitt. P , 1993, 270)

و نشير هنا إلى أنه بتضاعف الأبحاث و الدراسات على التوحد في سنوات 80 تم الإجماع على المحكات التشخيصية لإضطرابات التوحد في الدليل الإحصائي و التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية -DSM IV على النحو التالي :

أ. مجموعة من ستة بنود أو أكثر مما تدرج تحت محكات رقم (1)، (2)، (3)- مع اثنين على الأقل من (1)، و بندا واحدا من المحك رقم (2)، رقم (3):

1- تلف نوعي في التفاعل الإجتماعي كما يظهر في اثنين على الأقل- مما يلي:

أ- ضعف ملحوظ في استخدام السوكيات غير اللفظية المتعددة مثل: نظرة عين لعين، تعبيرات الوجه، أو ضاع الجسم، ايماءات للتفاعل الإجتماعي المنظم.

ب- فشل في تنمية علاقات بين الأقران تتناسب مع المستوى النمائي.

ج- نقص في المشاركة العفوية في تقاسم المتع، أو الإهتمامات أو الإنجازات مع الناس الآخرين (لا يشير بالأصبع للأشياء التي يهتم بها و لا يحضرها).

د- نقص في التبادل الإنفعالي و الإجتماعي

2- ضعف نوعي في التواصل كما يظهر في واحد على الأقل مما يلي:

أ- تأخر أو نقص كلي في نمو اللغة المنطوقة (غير مصحوبة بمحاولة تعويض بأساليب بديلة من التواصل مثل الإيماءات أو التقليد)

ب- لدى الأفراد الذين لديهم كفاءة في الكلام، يظهرون ضعفا في القدرة على استهلاك أو تدعيم المحادثة مع الآخرين.

ج- استخدام اللغة بطريقة تكرارية أو نمطية أو لغة متميزة بالتوفيقية.

د- نقص في اللعب الفكري العفوي المتعدد أو اللعب التقليدي الاجتماعي الذي يتناسب مع المستوى النمائي.

3- الأنماط القولية و التكرار المقيد للسلوك، و الإهتمامات، و الأنشطة- كما تظهر في واحدة على الأقل ممايلي:

أ- الإنشغال المحدود المتضمن واحدة أو أكثر من الإهتمامات الإستحواذية و المقيدة، الشاذة في الحدة أو التركيز.

ب- التقيد الجامد بعادات أو طقوس نوعية و غير وظيفية.

ج- سلوكات استحواذية و متكررة (مثل: ضرب أو لي اليد أو الأصبع، وحركات جسمية شاملة ومعقدة)

د- الإنشغال المستمر ببعض أجزاء الأجسام.

ب. تأخر أو وظيفة شاذة في واحد على الأقل من المجالات التالية التي تحدث لأول مرة في عمر ثلاث سنوات و هي:

1- التفاعل الاجتماعي

2- اللغة الضرورية في التواصل الاجتماعي

3- اللعب التخيلي أو الرمزي

ج. الإضطراب غير ممكن تشخيصه في اضطراب 'ريت' أو اضطراب عدم تكامل الطفولة (APA, 98, 2003)

IV. عوامل الإصابة بالتوحد:

أثار البحث عن أسباب التوحد جدل كبير ما بين الباحثين و غموض قبل 60 سنة من الآن، فبعد أن كانت أسباب الاضطراب تستند على أسباب نفسية واجتماعية، أي على الأبعاد الديناميكية، تراكتت اليوم الدراسات التي تساند الأساس البيولوجي و هي تختص في المجال العصبي و الجيني، لكن رغم وفرة هذه الدراسات لم يفصل ليومنا هذا في قطعية الأسباب، بل تم توضيح عوامل الخطر التي تزيد من احتمال ظهور اضطرابات التوحد، و الخصائص الإكلينيكية التي تكون مشتركة و مرتبطة بالتوحد و التي يمكن اعتبارها كشرط لظهور هذا الإضطراب (Tardif et Gepner,2003, 56)، كما أن الدراسات لا زالت جارية للبحث عن سببية واحدة تزيل الإبهام عن هذا الإضطراب الذي يجمع الكل على أنه اضطراب سلوكي و الذي يقوم على فرضيات سببية متعددة كالاتي:

أ. العوامل البسيكودينامية :

لقد تم تفسير الإصابة بالتوحد بأسباب بسيكودينامية لمدة 30 سنة، بعد الوصف الذي قدمه كانر و في هذه الفترة كان يعتبر المحللون النفسانيون التوحد كذهان طفولي ناتج عن اضطراب علاقة أم-طفل، فحسب 'فينيكوت' (Winicott) هو يرجع إلى فشل تكيف المحيط الممثل في الأم بالنسبة للطفل، أما 'بيتلهام' (Bettelheim) يعتبر أن الطفل لا يؤثر في العالم الخارجي ليتجنب الإزعاج المحتمل لأي تجربة استنادا لفشل تجربته الأولى مع الأم و التي تتطور إلى وضعية قصوى، بحيث توقع الفشل يؤدي به إلى عدم استثمار علاقات في العالم الخارجي، و بالتالي فقر في الاتصال و فقر العالم النفسي الداخلي، و الذي يسميه القلعة الفارغة (forteresse vide) (Lebovici. S, 1985, 1243-1244). كما سيطرت فكرة أن قليلا من آباء الأطفال المتوحدين كانوا ذوي قلوب طيبة و كان معظمهم ينحدرون من بيئ ة ثقافية

مرتفعة، و يستغرقون معظم الوقت أعضاء آخرين في أعمال فكرية تجريدية، ويميلون إلى أن يعبرون قليلا عن اهتمامهم الحقيقي بأطفالهم، و هذه النتائج لم يتم استبدالها خلال الـ 50 عاما الماضية.

و جاءت نظريات أخرى مثل: غضب الوالدين و الرفض و الدعم الوالدي لأعراض التوحدية، و لكن هذه الرؤى أثارت جدل و معارضات آباء الأطفال المتوحدين الذين كانوا موضع اتهام كما لم تثبت صحتها، والدراسات الحديثة بين آباء الأطفال المتوحدين و آباء الأطفال العاديين لم تظهر فروقا دالة بين المجموعتين في مهارات تربية الأطفال و لم يظهر أي دليل واضح على وجود انحراف في وظيفة الأسرة أو عوامل بسلوك دينامية تؤدي إلى حدوث اضطرابات التوحد.

ب. العوامل البيولوجية العصبية والكيميائية:

أشارت دراسة مارجريت بومان، أخصائية أعصاب، سنة (1983) بجامعة هارفارد الأمريكية، أن نتائج تشريح المخ للمتوحدين أظهرت حجم المخ الكبير و الأثقل في الغالب مع شذوذ المناطق الرئيسية التي تساعد على التحكم في السلوك الاجتماعي و التخطيط و اتخاذ القرار و التي ظهرت أثنى من الطبيعي، كما بدت لها خلايا النظام الحوافي المسؤول عن تصنيع العواطف صغيرة بمقدار الثلث مع توقف في نمو الإتصالات و الترابط بين مناطق المخ و اعتبرت أن الخلل يحدث قبل منتصف الثلاث أشهر الأولى من الحمل استنادا لمعرفتها المكثفة لنشاط الدماغ. (عبد المعطي، 2003، 557)

و منذ أكثر من 30 سنة تشير الدراسات إلى أن التوحد يرجع إلى اضطراب في انتقال السيالة العصبية ما بين الخلايا العصبية حيث أن الإختلال يكون في نظام انتقال الجينات التي تتدخل في عمل الوسائط العصبية كالغلوتيمات و السيروتونين و GABA بالمشابك العصبية و كذا اضطرابات النقل العصبي للبيبتيد مما يسبب سوء امتصاص هضمي غير عادي (Verloes. A, 2009, 30). و تتمثل الجينات المسؤولة عن اختلال نظام النقل العصبي في NLGN3 الموروث عن الأم و NLGN4 الموجودان على مستوى كروموزوم X و التي ينجر عنها تشوه في تكون المشابك و تعطي استعداد للإصابة بالتوحد، و لقد تم الكشف عن هذا الجينين بإجراء دراستين منفصلتين تم فيها دراسة عائلتين مكونتان من فردين

مصابين بالتوحد و كان ذلك عام (2003) و عام (2006) على التوالي أين تم اكتشاف كذلك اختلال في انتقال الجين Shank3 (Nieoullon André, 2007).

لقد أظهرت هذه الدراسة احتمال اشتراك العديد من الجينات في الإصابة بالتوحد، و هذه الجينات تختلف من عائلة لأخرى (la fondation de France télécom pour la recherche sur l'autisme,) (2003)

و نشير هنا أيضا إلى إصابة على الأقل ثلث المتوحدين بارتفاع تركيز السيروتونين في الدم، و تم حديثا تسجيل كذلك هذا الارتفاع عند أفراد عائلة المتوحد، م ما يشير و يؤكد الطابع الجيني لهذا الإختلال البيولوجي.(م. ولد طالب، 2009، 46)

و يعتبر (Gilberg) 1991، أن 30% من الأشخاص المتوحدين أقل من 30 سنة تمسهم نوبات صرعية. في حين بينت الدراسات الحديثة لصور التردد المغناطيسي لرسم موجات الدماغ (EEG) عن نوبات في الفص الجبهي في 88% من المتوحدين الذين يعانون نوبات صرعية و 31% عند المتوحدين دون نوبات الصرع. كما أظهرت صور التردد المغناطيسي عن شذوذ في المخ في 40% من المتوحدين، حيث تهيمن هذه الاضطرابات على مستوى المادة البيضاء، و بالخصوص على مستوى الفص الصدغي الهام في اللغة و المعرفة الاجتماعية (Zilbovicius Marica, 2009)

أيضا أكد الأطباء أن بعض المعادن الثقيلة كالزنك، النحاس و الزئبق التي يحتويها التطعيم تسبب التوحد مما أدى إلى مقاطعة العائلات للتطعيم و أدى إلى تدهور الصحة العمومية لكن رغم هذا لم ينخف ض عدد المتوحدين مما يشير إلى خطأ هذه المعطيات . كما أثبت بعض المختصين بأن الحمية الخالية من الكازيين و الغلوتين بإمكانها تحسين نوعية حياة الأفراد المتوحدين ، و لهذا تشهد الو.م.أ أبحاثا هامة و متواصلة على الأحماض المعوية، الأحماض الدسمة و بروتينات الحليب و القمح (الكازيين و الغلوتين) و كذلك على بعض المعادن الثقيلة كالزنك، النحاس و الزئبق التي يحتويها التطعيم لمعرفة تأثير هذه المواد على النمو العصبي و على الإصابة بالتوحد (Tardif et Gepner, 2003, 64-65)

ج. العوامل الجينية:

انشغل 'كانر' 1954 بمسألة وجود اضطراب وراثي ينتج عنه التوحد و ذلك بعد ما أزال الإتهام عن آباء الأطفال المتوحدين، ثم برهنت الأبحاث الأنجلو- ساكسونية في سنوات 70 إلى 80 في دراسات التوائم، أن التوائم الحقيقية المتماثلة تشترك جميعها في وراثة التوحد، بينما تشترك التوائم غير المتماثلة إلا في 50% في احتمال وراثة الإضطراب، و هذه النسبة تنطبق كذلك على الأسر بدون توائم . كما بينت هذه الدراسة أن نسبة الخطر في الإصابة بالتوحد تبلغ على الأقل 70% بالنسبة للتوائم الحقيقية عندما يكون أحد التوائم مصاب بالتوحد، و تبلغ هذه النسبة 4% في حالة التوائم غير المتماثلة و هذا ما يوافق الإصابة عند الإخوة بلا وجود للتوائم. إن هذه النسب تؤكد الدليل القاطع لتأثير العوامل الجينية في الإصابة بالتوحد و التي لا زال البحث جاريا عليها، لدى توجه الإهتمام بدراسات العائلات خصوصا التي تحوي على طفلين متوحدين أو أكثر لتحديد هذه الجينات الهشة و الحساسة (Tardif et Gepner, 2003, 60).

و قد وجد أن التوحد يشترك مع اضطرابات كروموزومية التي تؤكد أيضا على دور العوامل الجينية في الإصابة بالتوحد، حيث يؤكد جيلبرغ (Gilberg) 1992 أن ثلث حالات التوحد تشترك مع أمراض أخرى، و يعتبر روتر (Rutter) 1994 أنها تقدر ب 10% كلما كان التوحد مرتبط بتأخر عقلي شديد، و من بين هذه الإضطرابات نجد مايلي:

- هشاشة الصبغي X : يشيع إشتراك هذا التنازل مع اضطرابات التوحد، كما أن المصاب به يتصف ببعض خصائص التوحد كاضطرابات السلوك، الإنتباه، اللغة و إفراط الحركة، لدى لا بد من ضرورة التشخيص الدقيق لأن هذا الإضطراب لا يمثل التوحد.

- تصلب الدرني (sclérose tubéreuse de Bourneville): يتمثل في نمو غير عادي لأنسجة بعض الأعضاء كال البشرة وغيرها، و كذلك نمو أورام حميدة في المخ نتيجة لإضطراب جيني للكروموزوم 9 أو 16، و لقد وصفت أعراض التوحد في أول الأمر عند المرضى المصابين بالتصلب الدرني و هذا قبل وصف 'كانر'، و يقدر نسبة الأطفال المتوحدين مصابين بالتصلب الدرني من 8% إلى 14%.

- تناذل ويليام (Williams) : ينتج هذا الإضطراب عن انحراف الكروموزوم 7، و تعد العلاقة بينه وبين التوحد غير واضحة، بحيث تتناقض أعراضه مع أعراض التوحد في تميزه بمستوى لغوي جيد و كذلك إدراك و تمييز لأوجه الأفراد لكنه يشترك مع التوحد إلا في بعض السلوكيات مثل: الإنشغالات الإستحوادية و اهتزازات الجسم و التحفظات و اضطراب العلاقة مع الأقران.

- تناذل داون (Down) : يعد التوحد نادر الإشتراك مع تناذر داون إلا في بعض الحالات و التي تقدر بنسبة 1% إلى 2.2%، حيث نجد اضطرابات الإنتباه، الإفراط في الحركة، المعارضة و الحصر.

- تناذل (Prader-Willi): يتمثل في اضطراب الكروموزوم 15 نتيجة زيغ الصبغيات المتنقلة من الأب، و يتميز هذا التنازل بنقص في الحضربة (Hypotonie) و هوس في الأكل يؤدي إلى سمنة يظهر في السنوات الأولى من الحياة، كذلك يتميز بتأخر التطور المعرفي، صعوبات في السلوك و تطور ضعيف للخصائص الجنسية .

- تناذل (Angelman) : اضطراب جيني على مستوى الكروموزوم 15 يرجع لاضطراب في انتقال المورثات من الأم، تشترك أعراضه مع التوحد في اضطرابات اللغة و السلوك، لكن نجد تفتح على مستوى السلوك الإجتماعي يتمثل في البحث عن الإتصال و غالبا ما يشترك مع نوبات صرعية. كما يتميز بخصائص فيزيائية كضعف تخصيب البشرة، بعد العينان، فم عريض يظهر سيميائية مبتسمة.

إلى جانب هذه التناذلات التي يمكن أن تشترك مع التوحد، توجد عوامل خطر قد تساهم في حدوث اضطرابات التوحد و هي تتمثل في :

العوامل قبل الولادة : بينت دراسة التاريخ المرضي لحالات التوحد التأكد من تكرار مرتفع للتعقيدات في مرحلة قبل الولادة و التي يمكن اعتبارها كعامل سببي و هي تتمثل في: ارتفاع سن الأم، الولادة قبل الأوان، النزيف الدموي طيلة فترة الحمل و تلوث السائل المحيط بالجنين و التي تؤدي لتلف عصبي مخي

يمكن أن يصيب الطفل بالتوحد المبكر، لكن هذه العوامل لا تقدم تفسيراً لاضطرابات التوحد التي تظهر بعد مرحلة نمو عادي.

العوامل المناعية: تتمثل في عدم توافق الكريات اللفافية لبعض الأطفال المتوحدين مع الأجسام المضادة للألم مما يثير احتمال تلف أنسجة الأجنة، كذلك الإصابة بالأمراض المعدية كالحصبة و الطفح الجلدي الذي يمكن أن يؤثر على الجهاز العصبي المركزي.

اضطرابات الأيض: من بين اضطرابات التي تشترك أكثر مع التوحد نجد (la phénylcétonurie) وهو عجز إنزيم عن هدم المواد العضوية فيثير تجمع الفينيلانين، و الذي إن لم يعالج يحدث عجز فكري شديد، يضاف إلى هذا الإضطراب (l'homocystinurie) و تناذل (Lesch-Nyhan) (Rogé. B,) (2003, 51 -54)

و نشير هنا إلى توصل علماء الإتحاد الدولي الداعم لدراسة الجينات الجزيئية للتوحد في 2001، إلى احتمال وجود خلل جيني على مستوى الكروموزوم 2 و 17 و الذي يجعل الأفراد أكثر قابلية للإصابة بالتوحد (رائد خليل، 2006، 27)، لكن دراسات أخرى وجدت اضطراب يقع على مستوى الكروموزوم 16 و 19 (Leboyer Marion, 2009)، مما يعطي احتمال ارتباط أكثر من جين باضطراب التوحد.

V. نسبة الإنتشار:

يعرف التوحد في السنوات الأخيرة ارتفاع هام في نسبة الإنتشار في جميع أنحاء العالم لحد الحديث عنه كوباء يفتك بالأفراد، ففي الدراسات الأولى المنجزة سنة 1970 قدرت التصنيفات العالمية عدد المصابين بالتوحد ب 4 إلى 5 حالات في كل 10.000 فرد، لكن اليوم يرتفع العدد إلى 20 حالة توحد في كل 10.000 فرد و ب 62-63 حالة بالنسبة لجميع اضطرابات النمو حسب آخر الدراسات العالمية. و تحصي منظمة الصحة العالمية من جانبها 30-60 حالة توحد في كل 10.000 شخص، و هذا ما يطرح تساؤل المختصين حول هل الإضطراب يعرف زيادة حقيقية؟ أم ترجع هذه الزيادة إلى تطور معايير التشخيص

من خلال ضبط المفاهيم و إعادة التصنيف. و قد شكلت هذه التساؤلات محور بحث في الوب.أ و الذي توصلت نتائجه إلى أن ازدياد نسبة التوحد لا تتأثر لا بالإنتماء العرقي و لا بمستوى التعليمي للآباء و لا بسن الأم و لا جنس الطفل ، و أن الفرق في نسب انتشار التوحد بين منظمة الصحة العالمية والإحصائيات المحلية في البيئة يرجع بشكل كبير إلى منهجية المتبعة من قبل الباحثين و كذا إلى معايير التشخيص و التقييم المعتمدة من قبل الباحثين عبر الزمان و المكان.

و استنادا إلى النسبة التي أحصتها منظمة الصحة العالمية تقدر نسبة إنتشار التوحد بفرنسا ب 350.000 إلى 600.000 (Shanti. D, 2008, 13) في حين تشير المعطيات خارج هذه النسبة إلى وجود حوالي 100.000 شخص مابين طفل و راشد مصاب بالتوحد. أما بالجزائر و استنادا إلى هذه النسبة يقدر عدد المتوحدين ب 105.000 إلى 210.000 فرد، في حين تقدر بعض الأرقام المحلية و التي تبقى غير رسمية تواجد 65000 متوحد بالجزائر، و 60000 بالمغرب (E:\aut\abid2008.html)، و أكثر من 10000 مصاب بتونس (http://www.letemps.com.tn/article.)، و عموما هذه الإحصائيات غير مؤكدة لعدم وجود مسح حقيقي لعدد المتوحدين في الوطن العربي، أما بللدول المتقدمة فتشير الإحصائيات إلى إصابة 4 حالات في كل 1000 طفل بلبنجلترا، و تواجد خمسمائة ألف متوحد بأمريكا (أ. طه بخش، 2002، 130).

و بصفة عامة يمس التوحد حوالي طفل واحد من تعداد 150 طفل، حيث يصاب ذكر من كل 95 بالإضطراب، و الذي يمس 3 أضعاف الذكور عن الإناث (E:\aut\abid2008.html) في حين تقدر أرقام أخرى أن نسبة الإنتشار تزيد عند الذكور بنسبة أربعة أضعاف عن الإناث، و هذه الأرقام و النسب تشمل جميع الأشكال العيادية لإضطرابات التوحد ، بينها يصعب تحديد الأرقام التي تخص كل اضطراب توحيدي على حدة.

VI. طرق التشخيص و التقييم:

يرتكز تشخيص التوحد و اضطرابات النمو على مجموعة من العلامات السلوكية و على تاريخ ظهور الإضطراب و الذي تقيسه العديد من سلالم قياس التوحد و التي تعتمد أساسا على الملاحظة المباشرة للطفل أو/و على إجراء المقابلة مع آباء الطفل المتوحد خاصة الأم باعتبارها الأقرب إلى الطفل، في حين تساعد سلالم تقييم مهارات المتوحد على تحديد طبيعة العجز عند الطفل و كذا تصميم برامج الرعاية الخاصة و فيما يلي بعض سلالم التشخيص و التقييم:

أ. سلم قياس التوحد الطفولي (Childhood Autism Rating Scale (CARS):

يعد هذا السلم أداة صدق لتشخيص التوحد، تم تصميمه من قبل 'اريك شوبلر' (Eric schopler) ومعاونيه سنة 1980، وتم تعديله في آخر طبعة عام 1988، و هو يعتمد على ملاحظة سلوك الطفل وتفاعلاته مع الآباء، و يمكن استعماله مع الأطفال الأقل من 24 شهرا. يتطلب تطبيق هذا السلم من 30 إلى 45 دقيقة، و يتكون من 14 بعدا تقيس اضطرابات السلوك في ميدان العلاقات الإجتماعية، التقليد، الإستجابات الإنفعالية، استعمال الجسم، استخدام الأشياء، التكيف للتغيير، الإستجابات البصرية، نمط الإستكشاف من خلال الحواس، الإستجابة للإنفعالات، الإتصال الشفهي، الإتصال غير الشفهي، تناسق النشاط، تناسق المستوى الفكري و البعد الأخير يسمح للفاحص بإعطاء تخمين عام لمستوى الطفل. و يرتكز تقييم كل بعد من 1 إلى 4 نقاط، وبالتالي يتراوح مجموع النقاط المحصل عليها من 15 إلى 60 نقطة بحيث يتوافق الحصول على 30 نقطة أو أكثر مع تشخيص التوحد، و تعبر النقاط المحصل عليها من 30 إلى 36.5 على الإصابة بتوحد خفيف إلى متوسط باعتبار وجود نقط وسطية في تقييم بعض الفقرات، في حين أن الحصول على 37 نقطة أو أكثر يشير إلى الإصابة بتوحد شديد (Rogé. B, 2003,)

(98)

ب. قائمة التشخيصية لقياس التوحد ((Check-List for Autism in Toddlers (CHAT)) :

طور هذا الإختبار (Baron-Cohen & Gilberg) سنة 1992 ثم 1996، للكشف المبكر عن التوحد ابتداء من 18 شهرا من خلال مجموعة أسئلة يجاب عنها ب(نعم / لا)، و هي تخص العلامات الأساسية التي تتمثل في التقليد في اللعب، غياب الإشارة، غياب الإنتباه المشترك و الإهتمام و اللعب الإجتماعي موجهة في القسم الأول للآباء و الثاني لملاحظات الطبيب أو المختص المعالج. (م. ولد طالب، 2009،

(24

ج. مقابلة تشخيص التوحد- المراجع- (Autism Diagnostic Interview-(ADIR))

:Revised)

هي وسيلة تقييم تشخيصية، تتمثل في مقابلة نصف بنوية مع الآباء تتكون من قائمة ب 111 بعد، تخص وصف ضروري و دقيق للسلوك، شدته و درجة انحرافه بالنسبة للنمو العادي لكل الأطفال إلى غاية سن الرشد انطلاقا من العمر العقلي 2 سنوات، و تسمح بالبحث عن أعراض التوحد في ميدان العلاقات الإجتماعية، الإتصال و السلوكيات المتكررة، و كذلك على الأعراض المشتركة كالإفراط في الحركة أو العدوانية نحو الذات، و يتم هذا التشخيص بالرجوع إلى محكات التشخيص الخاصة ب (DSM-IV) و (CIM-10) و هي تأخذ بعين الإعتبار مظاهر الإضطراب السابقة "في الطفولة المبكرة"، التطورية و كذا الراهنة "وقت إجراء مقابلة التشخيص". يقيم كل بعد من 0 إلى 3 نقاط و التي توافق درجة الإنحراف عن السلوك العادي، و يستغرق تطبيق هذه الأداة من 2-3 ساعات (Tourrette. C, 2006. 246).

د. بروفييل النفسي التربوي المراجع (PEP-R):

هو عبارة عن مجموعة نشاطات طورها 'شوبلر' سنة 1990، تقيس مهارات الطفل المتوحد و قدراته، بغرض بناء البرنامج التعليمي أو تعديله لتصحيح المشاكل السلوكية و الصعوبات اللغوية و كذا رعاية المهارات التي يمكن أن يظهرها الطفل المتوحد، و هو يستعمل مع الأطفال من 6 أشهر إلى 12 سنة و

يتأسس على تقييم انجاز مهمات تتعلق بمهارات وظيفية في ميدان التقليد، الإدراك، الحركة العامة، الحركة الدقيقة، التناسق البصري اليدوي، الكفاءة المعرفية و اللغة، و يستعمل هذا البروفيل نظام تقييم يرتكز على 3 مستويات تتمثل في النجاح، الفشل و المهارات التي يمكن ظهورها و التي تسهل تصميم برنامج مكيف فردي يرتكز على التقييم المستمر. و لقد تم تكييف هذه التمرينات للمتوحدين المراهقين و الراشدين في طبعة تعرف ب (AA-PEP)، و هو يختلف عن الطبعة الأصلية للأطفال في مراعاته لحاجات المتوحدين الكبار، فهو يعتمد على الملاحظة المباشرة للسلوك كما يتضمن سلالم قياس في المنزل و المدرسة أو ورشة العمل، يحتوي كل سلم قياس على 6 ميادين توظيف تتمثل في المهارات المهنية، الإستقلالية، مهارات التسلية، القدرات المهنية، الإتصال الوظيفي و السلوكات الشخصية، و كل ميدان من هذه الميادين يحوي 8 أسئلة، و التي تقدر في مجموعها ب 144 سؤال و مهارة يستغرق تطبيقها على الأقل 3 ساعات (Schopler, 1994, 12-19)

هـ. بطارية تقييم التطور المعرفي و و التطور الإجتماعي الإنفعالي (BECS) (La batterier d' *évaluation du développement cognitif et socio-émotionnel*)

صممت هذه البطارية لتقييم عدة وظائف معرفية- اجتماعية عند الأطفال ذو اضطرابات التوحد، الذين يقع مستوى نموهم ما بين حوالي 4 و 30 شهرا، و هي تتكون من أبعاد متنوعة معظمها مستوحاة من سلالم (Brunet-Lésine) و سلالم بياجيه و أتباعه الجدد ك (Lewis & Michaelson)، و تخص 16 وظيفة معرفية و اجتماعية مقسمة كالتالي 7 قدرات للمعرفة الحسية الحركية و 9 قدرات للمعرفة الإجتماعية الإنفعالية و كل قدرة من هذه القدرات تترتب في 4 مستويات من التطور من أقل ضعفا إلى أكثر تقدما و كل مستوى يتوافق مع فترة نمو نفسي. و تتوافق هذه الأبعاد مع سلوكات يمكن الحصول عليها عند عدة مواقف نوعية أثناء اختبار الطفل كتبادل الكرة، الإشارة للمواضيع و غيرها، و تتكون المعرفة الحسية الحركية من نشاطات معرفية يتضمن محتواها طبيعة ادراكية التي تتأسس على مخططات حس- حركية أو صورية و تناسقها و تتمثل ميادين بحث القدرات السبع في القدرات التالية: ديمومة

الموضوع، معرفة العلاقات السببية، معرفة العلاقات المكانية، فهم الوسائل لإصابة هدف، نوعية تنظيم مخططات الفعل أو الحركة، بناء صوررة الذات و اللعب الرمزي، أما المعرفة الإجتماعية- الإنفعالية تخص السيرورات و النشاطات المعرفية التي تتضمن في محتواها أكثر بالخصوص القدرات الاجتماعية و الإنفعالية و هذه القدرات هي تعديل السلوك الإتصالي، التفاعل الإجتماعي، الإنتباه المشترك، اللغة التعبيرية، فهم اللغة، التقليد الشفهي و الحركي، العلاقة العاطفية و التعبير الإنفعالي.

و يتم تسجيل سلوكات الطفل استجابة للوضعيات المحرصة و النشاطات وفق بروتوكول ملاحظة السلوكات، و من ناحية أخرى تجمع معلومات من الأباء و المهنيين بإجراء مقابلة نصف موجهة، و يقيم كل بعد بتنقيط واحد من مجموع 4 نقاط بحيث يتم تحصيل 16 نقطة كاملة في حالة النجاح التام (Tourette. C, 2006, 246)

و. سلم النضج الإجتماعي لفينلند (Vineland):

صمم هذا السلم (Sparrow et al) سنة 1984، و هو يقيس التكيف الشخصي و الإجتماعي من الولادة حتى سن الرشد في 4 ميادين هي: الإتصال، الحياة اليومية، التنشئة الإجتماعية، الحركة و السلوكات غير المكيفة، يرصد هذا السلم معطيات دقيقة لبرمجة نشاطات التعلم (Rogé. B, 2003, 107).

خلاصة:

يعتبر التوحد اضطراب في النمو، يظهر في السنوات الثلاث الأولى من الحياة، يعرف تأخر في التشخيص و في معرفة العلامات من قبل الآباء و حتى المختصين خصوصا في المراحل المبكرة من الطفولة، و لم يجزم لحد اليوم في تحديد أسبابه، لكن الإختلالات التي يحدثها على مستوى وظائف هامة في مظاهر الشخصية تشترك جميعها و بدرجات متفاوتة في عجز المهارات المعرفية، اضطراب أشكال التواصل و السلوك الإجتماعي و التي سنتطرق إلي مختلف نواحي هذا القصور في الفصل الموالي.

الفصل الثالث

مشكل الإتصال الإجتماعي

• تمهيد

I. تعريف الإتصال و الإندماج الإجتماعي

II. المشاكل التي يعانيتها الطفل المتوحد

أ. المشاكل المعرفية

ب. المشاكل العلائقية و الإنفعالية

ج. مشاكل الإتصال و الإجتماعية

1. اللعب

2. اللغة

3. السلوك

خلاصة

تمهيد:

تظهر اضطرابات الإتصال الإجتماعي عند الطفل المتوحد في السلوك و اللغة، لدى يتميز نمو المتوحد بغياب سيرورة التنشأة الإجتماعية التي من خلالها بإمكانه الإشتراك في الإتصال مع الآخرين و مسايرة القواعد الإجتماعية التي تحكمهم و هذا ما يميز مختلف اضطرابات النمو، حتى التي يظهر فيها المتوحد لغة و نمو فكري متفوق يبقى الإتصال الإجتماعي بها فقير و محدود.

I. تعريف الإتصال و الإندماج الإجتماعي:

إن الإتصال و الإجتماعية مفهومين يرتبطان ببعضهما البعض لأن إجراء الإتصال يتم في محتوى اجتماعي للفرد الإنساني، و هو يتم بشكل وظيفي و عفوي، و يحدث الإتصال تأثير في نفس الفرد و في الآخرين و هو يستدعي تدخل عناصر معرفية و اجتماعية بالتساوي.

و يعرف الإتصال على أنه قدرة التأثير في النفس و في الآخر و يعد أحسن وسيلة لمعرفة الآخر، أما الإجتماعية فتعرف بتكيف الفرد لشروط المحيط، كما تعرف أيضا بالسيرورة التي بفضلها يتعلم الفرد معايير المجتمع أو المجموعة الإجتماعية بطريقة يكون فيها قادرا على ممارسة نشاط. و لقد درس (Dickson,1981) الإتصال حسب و صفيين: الإتصال ذو مفهوم إجتماعي لغوي و الذي يتوافق مع الإتصال الإجتماعي و الذي يركز على مراقبة الآخرين و بالتالي يتطلب الكثير من الإنتباه و الذكاء الإجتماعي و الإتصال المرجعي الذي يتوافق مع نقل للآخرين التمثلات التي ترتبط بالمواضيع (الأفراد و الأشياء) (Beaudichon. J, 1999, 63, 72)

يشرع الطفل في الإتصال منذ ولادته و يعبر عن حاجاته و انفعالاته بالبكاء، الصراخ و الأصوات و كذا سيميائية الوجه و الجسم، فالرضيع يشير بأصبعه إلى الشيء الذي يرغب فيه و يرافق إشارته هذه بإصدار أصوات لكي يفهمه الآخر، و في وقت آخر يصدر الصوت لجذب انتباه الراشد و تبادل الإتصال أي لديه قصدية الإتصال، ثم يتعلم تلقائيا و عن طريق التلقين المعارف و القواعد الإجتماعية التي تحكم وسطه

شينا فشيئا و التي تدرج ضمن إطار التنشأة الإجتماعية و التي يسقطها في اللعب الذي يظهر فيه التقليد و الخيال، كما يطور اللعب الإجتماعي أي يشارك أقرانه في لعبه و اهتماماته، و تعد هذه المراحل أولى بؤادر الإتصال الإجتماعي التي تستمر في الزمن و تجعل الفرد يهتم بالمحيط بما يضمه من مواضيع و أفراد بحيث يعمل على تطوير علاقاته الإجتماعية.

كما يعني الإتصال الإجتماعي وجود شخصين المرسل و المستقبل في علاقة اجتماعية يستجيب أحدهما فيها للآخر، و هذا يرادف مصطلح التواصل الذي يعرف بأنه القدرة على التعبير عن الأفعال، و القدرة على الدخول في حوار متبادل أو مناقشة حتي و لو كانت بسيطة، كما أن التواصل لا يقتصر على عملية نقل المعلومات فقط من و إلى الآخرين، بل يشمل كذلك التواصل في الأفكار و المشاعر و الإتجاهات مع الآخرين (ع. عبد الله محمد. 2002. 176)، و هي كفاءة يكتسبها الفرد تلقائيا دون تعلم لفهم انفعالات الآخر، أفكاره، و تأويل سيميائية وجهه و قراءة ما تدل عليه نظرتة و حركة و أوضاع جسمه و هذا النوع من الإتصال غير الشفهي يتطلب النظر و الإتصال بالعين. إن مظاهر الإتصال الإجتماعي هذه نجدها غائبة عند جميع الأفراد المصابين باضطرابات النمو، بحيث يأخذ الإختلال في الإتصال الإجتماعي لدى المتوحدين عدة أشكال و هي: الأطفال المنطويين الذين يرفضون الإتصالات الإجتماعية و يكونون في الإنعزال الإجتماعي و ينتشر هذا خاصة عند المتوحدين الصغار، متوحدون لا يرفضون العلاقة لكن لا يبادرون بالإتصال و يعتمدون موقف سلبي، و متوحدون يبحثون عن الإتصال و تفاعلهم يكون بطريقة غريبة، شاذة بحيث لا يحترمون الرموز الإجتماعية كالمراهقين المتوحدين (Philip.C, 2009, 17).

و عليه يجب تعليم المتوحدين بطريقة مكيفة تتناسب مع خصوصية الإضطراب بالعمل على تطوير الإتصال الإجتماعي لديهم و الذي نعني به قدرة الطفل على التعامل و التفاعل مع الآخر بفهم الرسائل اللغوية و الإستجابة لها و القدرة على التعبير عن طلباته في شكل لغة بسيطة و تطوير تقاسم الإنتباه، مشاركة الآخرين في الإهتمام بالأنشطة و اللعب و تعلم ما يتعلق بتعابير الإنفعالات كالفرح، الحزن...، وذلك بمشاركة و تعاون الآباء على تعليم أطفالهم و تحسين سلوكياتهم الإجتماعية و تكييف وسائل

واستراتيجيات الإتصال بهم بغرض تحقيق أكبر قدر ممكن من التوافق و الإدماج الإجتماعي للمتوحد في بيئته.

و يعد مفهوم الإدماج الإجتماعي من المفاهيم التي تشكل اهتمام لدى جميع العاملين و المهتمين في حقل رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، و هو إتاحة الفرص للأطفال المعوقين للإنخراط في المجتمع و يتحقق ذلك من خلال:

- توافر خبرات التفاعل الإجتماعي بشكل تلقائي بين المتوحدين و أقرانهم العاديين.
- زيادة فرص التقبل الإجتماعي للمتوحدين من قبل العاديين.
- إتاحة فرص كافية للمتوحدين لنمذجة أشكال السلوك الصادرة عن أقرانهم العاديين و تحقيق حاجاتهم بطرق مقبولة اجتماعيا في حدود إمكانياتهم.

و يهدف الإدماج بشكل عام إلى مواجهة الاحتياجات التربوية الخاصة للطفل المتوحد ضمن إطار المجتمع الذي يعيش فيه وفقا لأساليب و مناهج تربوية مدروسة لغرض تأهيل المتوحد و تحسين من إضطراباته الاجتماعى (<http://www.e7s.net/t41542.html>).

II. المشاكل التي يعاني منها الطفل المتوحد:

تتشترك جميع اضطرابات النمو في جملة من المشاكل المعرفية، الإنفعالية، العلائقية و الإجتماعية و التي تختلف في شدتها حسب الشكل العيادي لاضطراب النمو و مستوى التفكير العقلي، و مجملا فإن العجز في هذه الميادين يشكل أساسا عجزا في الإتصال الإجتماعي.

أ. المشاكل المعرفية:

ركزت نظريات التوحد منذ 1980 بقوة على العناصر المعرفية، و اعتبر التوحد اضطراب في المعرفة والفهم و صلابة و عجز في طريقة التفكير يظهر في قصور على تمثّل الموضوع بشيء آخر و عجز في

إعطاء معنى للأشياء والوضعيات، و الذي يفسره بعض الباحثين بعيوب في نظرية العقل أي عجز في الإدراك و الذي هو أساس جميع الإعاقات في الميادين الأخرى. و حسب 'فريث' (Frith) فإن الإعاقة في الجوانب الإجتماعية و التواصلية و التخيلية التي يمتاز بها الأفراد المتوحدين تأتي من الشذوذ في الدماغ التي تمنع الشخص من تكوين نظرية العقل (Théorie de l'esprit) و التي تظهر أن المتوحد غير قادر على فهم، التنبؤ و شرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية أو أنه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر، مما يجعل انجاز المهمات المعرفية و الفهم و التعامل مع العالم الإجتماعي و التواصل بشكل مناسب مع الآخرين صعبا على الأطفال المتوحدين مع غياب اللعب الرمزي لديهم، بينما الأشخاص العاديين لديهم فهم خاص أو إحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين و يظهرون إشارات لتطور نظرية العقل مع عمر 18 شهرا (عبد الله الزريقات، 2000، 117)

و تظهر اضطرابات المعرفية في عجز الحواس حيث أن المتوحد يعاني من اعاقاة أو أكثر في حواسه، مما يجعل من الصعب أن يتعامل مع المواقف الحسية بشكل سليم، فقد يتجنب الإتصال البدني بالآخرين، و قد يزعج بشدة عند سماع صوت خفيف، و قد يتصرف كأنه أصم، رغم عدم وجود مشاكل في السمع لديه (غسان جعفر، 2001، 177) و يتميز نظره بهروب العين، حيث لا تستقر في أي جزء (Phillip. C, 18, 2009). و ترجع الدراسات عدم قدرة المتوحد على تحمل التغيير و عجزه في إدراك المنبهات الإجتماعية المتمثلة أساسا في الصوت و الوجه إلى عدم القدرة على تنشيط المساحات العصبية الخاصة بالتعرف على اللغة أو ضعفها (une anomalie dans la réponse cérébrale à la perception) (de la voix humaines dans l'autisme, 2004, INSRM, Paris و كذا إلى اضطراب مناطق ادراك المعرفة الإجتماعية (Zalla. T, et al, 2009, 153)

أيضا يتميز المتوحدون باختلال الإنتباه المشترك الذي نعني به اضطراب مهارة تنسيق الانتباه ما بين موضوع و شخص في محتوى اجتماعي. و يرتبط الإنتباه المشترك بتطور اللغة، اللعب، التقليد و السلوك الإجتماعي، و يشكل الإنتباه المشترك و نظرية العقل عناصر أساسية للتفاعلات الإجتماعية، فالإتصال

يتطلب الإنتباه للآخر و القدرة على تخيل ما يفكر فيه و فهم سلوكاته و استجابته و هذا يعني أن اكتساب الخبرات الإجتماعية يتضمن قدرات معرفية و و عي بالفائدة الإجتماعية و استثمارها في تطوير الشخصية و هذا ما يعجز المتوحد عن تطويره منذ طفولته (Jordan. R, Powell.S, 1995, 25).

و يشير ((Lelord(1973), Martineau et al (1980) إلى اضطرابات التمييز، التنظيم و الذاكرة للمنبهات الحواسية حسب المحتوى الإنفعالي، الرمزي و اللغوي لدى المتوحدين. و تتميز ذاكرة المتوحدين بأنها شكلية أكثر منها رمزية، كما يمكن أن يظهر المتوحدون قدرات ذاكرية مميزة (Lebovici, 1985, 1228)

ب. المشاكل العلائقية و الإنفعالية:

يظهر الأطفال المتوحدون اضطراب في الإتصال العاطفي منذ الولادة و يغيب لديهم قدرات فطرية لتأسيس علاقات مع الآخرين (حسب 'كانر') و تخصيص مشاعر، أفكار و انفعالات لأنفسهم و للآخرين ، حيث يتميز المتوحدون بعجز على تمثل ما يفكر و يشعر به الآخرين و على تبادل المشاعر معهم يظهر في غياب التعاطف، كما أن الأفراد المتوحدون قليلا جدا ما يعبرون عن انفعالاتهم عندما يتقاسمون الإنتباه مع أحد و لهذا قليل جدا ما يفهمون بأن للآخرين عالمهم الخاص بالأفكار و المشاعر و يظهرون قليلا أفكارهم و مشاعرهم و يحسون بصعوبات في الإعراف بانفعالاتهم عند الآخرين و كذلك في الإتصال و العيش معهم.

و حسب (Derek Ricks,1976) فإن المتوحدون يستعملون طريقة اتصال غريبة، خاصة و مختلفة كليا عن عالمنا (Vermeulen. P, 2009, 15) لا يمكن فهمها إلا بقرب أفراد خاصين من عائلاتهم أو المتكفلين بهم الذين تعلموا على تفكيك سلوكهم، كما يبدي المتوحدون استجابات خوف متفاوتة بالنسبة للمنبهات تعبر غالبا عن قلق زائد، و يظهر بعضهم نوبات غضب عنيفة و سلوكات عدوانية نحو ذواتهم (Muller. C.C, 2007, 337)

ج. مشاكل الإتصال و الإجتماعية:

تتشرك اضطرابات الإتصال الإجتماعي في جميع الأشكال العيادية للتوحد، و يساهم اضطراب اللعب و عيوب اللغة في عيوب اجتماعية شديدة، تظهر في نقص الإستجابة الإجتماعية للآخرين و ندرة المبادرة في التفاعلات الإجتماعية.

1. اللعب:

يواجه المتوحدون مشاكل في الإجتماعية و هذا منذ طفولتهم المبكرة بحيث يتميز الطفل المتوحد بفقر في اللعب بالتشبيه (jeu de faire semblant) و الذي يرتبط أساسا بالنشاط الإجتماعي من ملاحظة الراشدين و الأطفال الأكبر سنا، و يعد هذا معيار أساسي في تشخيص التوحد، كما يتميز بمحدودية اللعب الرمزي و غياب اللعب الخيالي كعدم استعمال المتوحد المشط في لعب بالدمية لتسوية شعرها أو تخصيص انفعالات أو رغبات أو أفكار أو معتقدات أو قدرات لأشخاص خياليين على اللعبة و هذا يرجع لعدم قدرة المتوحد على إدراك سلوكه و سلوك الآخرين. أيضا يظهر الأطفال المتوحدون قصور في اللعب الفردي البسيط و في اللعب التعاقدية أي المشترك مع بقية الأطفال الآخرين، لكن هذا لا يعمم في جميع الحالات لأن الأطفال المتوحدون الذين يظهرون المهارات اللغوية التي تعتمد في تأسيسها على النظام الرمزي يمكنهم تطوير بعض الشيء اللعب الرمزي و الذي يشترك مع اللغة في استعمال الرمز لكن ليس بنفس كفاءة الطفل العادي.

و لقد لاحظ الباحثان (Vicky Lewis et Jill Boucher) أن لعب المتوحد يظهر أكثر صلابة و متكرر و معدوم التلقائية، كما لاحظت (Sigman) أن اللعب عند المتوحد يرتكز غالبا على موضوع نوعي بطريقة تكرارية، و ينقصهم عمل اشتراكات ما بين الأفكار بحيث لا يجمعون مزايا عامة لما تعلموه من نشاطات أو وضعيات (Sigman. M et al, 2001, 31).

2. اللغة:

يظهر الأطفال المتوحدون مشاكل في اللغة بدرجات مختلفة، بعضهم لا يكونون لغة بما يعرف بالخرس ويمثلون الفئة الكبرى، و آخريين يظهرون كفاءات لغوية تقريبا عادية لكن تتميز بخلط في تركيب و دلالة المفردات المجردة، و عدم استيعاب التعبير المجازي كالمصابين بتوحد ذو المستوى العالي ' توحد أسبرجر' و الذين بإمكانهم رغم هذه الصعوبات أن يظهر و ا قدرات هامة في الإتصال و تعلم اللغات الأجنبية، لكنهم يعجزون على فهم الإتصال رغم أنهم يعملون قصديا على التأثير في سلوك الآخر، كما نجد ظاهرة المصاداة أو التردد كشكل آخر لإضطراب اللغة الشفهية للمتوحد (Philip. C,2009, 20) ولقد قدر في منتصف الثمانينات من القرن الماضي، حوالي نصف الأطفال المتوحدين بأنهم لم يطوروا مهارات تواصلية وظيفية، و أن النصف الآخر طور بعض أنواع اللغة، لكن بفضل التشخيص المبكر والتدخلات المبكرة انخفضت المجموعة غير اللفظية، إذ تشير البيانات الحالية أن حوالي 70% من 50% من الأطفال المتوحدين غير اللفظيين يبدوون قبل سن الخامسة من العمر انجاز اللغة. و تشير الإحصائيات أن حوالي 50% من المتوحدين صم بكم، و من 28% إلى 61% بكم مما يمنع تطور اللغة. و يشكل تعليم المتوحدين اللغة غير اللفظية (لغة الإشارات) خطرا بتعلم سلوكيات نمطية وتكرارية، كما أن هذه اللغة فقيرة تشتمل على حركات الأيدي و الذراعين و تعبيرات الوجه و وضع الجسم لكنها تتطلب قدرات معرفية مرتفعة جدا نظرا لأنها لا توضح العلاقة ما بين الرمز و المعنى بكفاية و تعليمها يوفر أقل حظوظ للإندماج (ع. الزريقات، 2004، 80).

و قد درس 'بارتاك' و 'روتر' (Partak & Rutter,1976) البداية المتأخرة لكلام الأطفال الذين معامل ذكائهم أكثر من 70 لديهم عمر للبدائية أو كلمات مفردة تتشكل من أسماء بعمر سنتين و شهر. أما الأطفال المتوحدون معامل ذكائهم أقل من 70 متوسط العمر للبدائية كان أربع سنوات و سبعة شهور، و في دراسة أخرى ل'روتر' و 'لوكير' (Rutter& Lockyer,1967) تابعوا من خلالها الأطفال المصابين بتوحد الطفولة من 5 إلى 15 سنة، و حددوا غالبية هؤلاء الذين تعلموا الكلام، قاموا بذلك قبل عمر 5 سنوات

و يعد اكتساب الكلام قبل هذا السن ممكن و تدعمه التدخلات اللغوية المبكرة (الزريقات، 2004، 267،
(275).

يتميز حوالي 75% من نصف الأطفال المتوحدين الذين يطورون لغة، بخاصية تكرار الكلام الذي يجمع بطريقة سطحية دون تحليل معناه، و يمكن أن يكون تكرار لما سمع في وضعية سابقة قد تتناسب أو لا تتناسب مع الوضعية التي يكون فيها أو عليها المتوحد، و هذا التكرار يعكس محاولات المتوحد في المشاركة في الحوارات و إقامة اتصالات كما يستطيع و ليس كما يجب، لأن لغة المتوحد يميزها نقص العفوية و عدم تكوين قواعد اجتماعية و فنيات في الكلام و صعوبة في الحديث عن فرد آخر أو تشكيل حوار الذي سريعا يأخذ مظهر مونولوج 'حديث لوحده'. كذلك يظهر المتوحدون الشفهيين مشاكل لغوية، حيث أن تفسير الكلام يكون مجرد و حرفي أي لا يفهم التعبيرات الرمزية التي تتعلق بالكلمات المجردة و كلمات ذات معنيين، مثل حالة طفل متوحد سمع أن أباه اشترى ورود بيضاء، فصاح بأنها ليست ورود (ne sont pas des roses) و إنما بيضاء (ce sont des blanches)، و هذا المثال يبين تميز ذاكرة المتوحد و صعوباته في فهم الرموز، و كذلك في فهم العالم في معناه الأدبي في جماله و أحاسيسه (Petters. T, 1996, 75).

و لقد بينت دراسة مقارنة للغة الأطفال المتوحدين مع أقرانهم العاديين في سن 6-12 سنة أجزاها 'ويثربي' و 'بروتنج' (Wetherby & Prutting, 1984) إلى أن الأطفال المتوحدين يستخدمون كلمات قليلة و متكررة للأشياء و الأفعال، و يظهرون استجابات اجتماعية قليلة و محدودة تؤثر على تفاعل المتوحد، بعكس الأطفال ذو النطق العادي الذين اتسم كلامهم بالتنوع وفقا للتغيرات النمائية حسب أعمارهم.

كما تتميز لغة الأطفال المتوحدون بالكلام الرتيب أو الوتيري، و هو نطق كلمات متعاقبة أو متتالية بدون تغيير في طبقة الصوت و هذه الخاصية من الكلام حددها 'كانر' 1946، و ترجع لفشل في استعمال خصائص التنغيم، الشدة و طبقة الصوت خلال المحادثة، كما أن المصاداة أو التردد و التي تخدم وظيفة إثارة الذات تتميز بالتشديد و وتيرة صوت غير اعتيادية و أنماط تنغيم غير مألوفة.

و المصاداة تتمثل في تكرار صوتي فوري أو متأخر (يحدث بعد فترة قد تكون ساعات أو أياما أو أسابيع) لكلمات أو جمل مسموعة دون فهم معناها بترديدها في محتوى أو وضعية لا تتوافق ما يشكل غرابية الخطاب، و التي غالبا ما تظهر عندما لا يظهر الطفل استجابة مناسبة معروفة للنطق السابق أو السؤال. أيضا يتميز الأطفال المتوحدين حسب بعض الدراسات بنقص و صعوبة في التعميم، و الذي يعني نقل مكتسبات التعليم من الكلمات أو الجمل من التدريب إلى أوضاع غير التدريب في سياقات مناسبة متنوعة، في حين تكشف دراسة (Menyuk. P et. Quill. K, 1985) بأنه يوجد أطفال متوحدون يظهرون فرط في التعميم (تعميم تلقائي) (surgénéralisation) بارتكاب الأخطاء على مستوى المعجمي للغة رغم بقاء في نفس الحقل الدلالي وكمثال على ذلك تسمية كرسي بمقعد أو أريكة أو غيرها و التي يشبهها المتوحد إما من حيث الوظيفة أو المظهر الخارجي (Petters. T, 1996, 67). إن إختلاف الباحثين في قدرة المتوحد على التعميم من عدمه يرجع إلى الاختلاف النوعي في نظام التفكير و المرونة العقلية للمصابين باضطرابات النمو.

أيضا تتميز لغة المتوحد بغياب التناسق التركيبي و المنطقي للكلمات و مشكلات في استعمال الضمائر بشكل صحيح، يظهر في خاصية قلب الضمير كاستعمال ضمير 'أنت' بدلا من 'أنا' و يقول 'أنت تريد اللعبة' بدلا من 'أنا أريد اللعبة'. و قد أشار 'بتلهاميم' (Bettelheim,1987) أن عكس الضمير يعكس رفض الأطفال لوجودهم و لتطوير هوية خاصة بهم، و فسره 'بارتاك' و' روتر' (Bartak & Rutter,1974) بأن عكس الضمير هو نتيجة للمصاداة (الزريقات، 2004، 267، 275).

3. السلوك:

يظهر بعض الأطفال المتوحدين سلوكيات مضطربة لا اجتماعية غير مفهومة و لا تتوجه لشخص معين و هي تتمثل في سلوكيات عدوانية كسلوكيات الهدم الذاتي: الإرتماء على الأرض أو ضرب الرأس أو العض و غيرها و هي سلوكيات تعبر عن رغبة المتوحد في الإتصال (Petters. T, 1996, 82) و يمكن أن تحدث نتيجة لسحب من المتوحد مواضيع اهتمامه حيث يظهر المتوحدون اهتمامات خاصة و محدودة في

ميدان خاص بهم (كالمعمل على تدوير الأشياء أو تمزيق الأوراق و غيرها) و لا يتقاسمون هذا الإهتمام مع الآخرين، و يظهرون سلوكات نمطية متكررة (اهتزاز الجسم، المشي على أطراف الأصابع، حك اليدين ببعضها، احداث صرير بالأسنان، دوران في حلقة)، كما يظهر المتوحدون خوف من التغيرات (Phillip, C, 2009, 19,20)، و لا يبدون إيماءة الموافقة أو وضع جسمي مناسب متزامن مع المحادثة و يصر بعضهم على تناول الطعام نفسه في كل وجبة و ارتداء الملابس نفسها كل يوم، و ينتابهم الغضب الشديد لأقل التغيرات التي قد تطرأ على روتين الحياة اليومية (غسان جعفر، 2001، 177) .

خلاصة:

جميع الإضطرابات المعرفية، السلوكية و الإجتماعية التي يعاني منها المتوحدون تدل على صعوبات التكيف التي يواجهونها و المشكل الأساسي و الشامل لمختلف هذه الإضطرابات يتمثل في اضطراب الإتصال الاجتماعي الذي يتطلب التعليم المكثف للوصول إلى تحقيق تطوير مهارات الطفل المتوحد بأكبر قدر ممكن في عدة ميادين، و هذا من خلال برامج العلاج و التربية المتعددة التي اقترحت للتكفل بالمتوحدين و التي اختلف تطبيقها في العالم و الفصل الموالي يعرض مختلف الإستراتيجيات للتكفل بالمتوحدين و واقع التكفل بهم.

الفصل الرابع

التكفل بالطفل المتوحد

• تمهيد

I. واقع التكفل في بعض الدول الغربية

II. واقع التكفل في الدول العربية بما في ذلك الجزائر

III. طرق التكفل

أ. العلاجات التحليلية

1. العلاج باللف

2. العلاج بالحيوان

ب. الملاحق الغذائية و الحمية التي تساعد المصابين بالتوحد

ج. العلاج الدوائي

د. العلاجات السلوكية

1. نظام الإتصال بالصور (PECS)

2. طريقة علاج و تربية اعاقاة الإتصال للطفل (TEACCH)

3. طريقة تحليل السلوك المطبق (ABA)

خلاصة الفصل

تمهيد:

رغم أن ' اريك شوبلر ' كان تلميذا ل'بيتلهايم' و عمل إلى جانبه حسب مبادئ التحليل النفسي و اعتمد على العلاج الجماعي المستوحى من التحليل النفسي مع الأطفال المتوحدين و آبائهم، إلا أن عدم ملاحظته لحدوث تطور على الأطفال المتوحدين غير جذريا توجهه، فناقض ' بيتلهايم ' و تبني فرضية السببية العضوية للتوحد، كما أزال الإتهام عن آباء الأطفال المتوحدين، فأصلح شعورهم بالذنب من ولادة طفل متوحد من خلال إشراكهم في تطبيق البرامج التربوية، و كان بذلك أول من قلب المفاهيم بخصوص التوحد (Philip. C, 2009 , 44) و قدم مقاييس ملموسة اقترحها في برنامج تكفلي الذي سارت في نهجه العديد من الدول بدءا بأمريكا مهد الإستراتيجيات التربوية و السلوكية في التكفل بالمتوحدين، ثم انتقلا إلى أوروبا التي شهدت تقدما ببليجيكا و سويسرا، في حين تبادر البلدان العربية بشق أولى محاولاتها في استعمال برامج التدريب السلوكي و التربوي، و نشير هنا إلى أن الممارسات التحليلية لا زالت تطبيقاتها قائمة بالدول الأوروبية، و فيمايلي عرض لطرق المتاحة في سبيل التكفل بالمتوحدين و إلى ما توصلت إليه المشاريع الخاصة بالتكفل بهم.

I. واقع التكفل في بعض الدول الغربية:

أ. في أمريكا:

احتضنت كارولينا الشمالية أعمال ' اريك شوبلر ' و 'ماسيبوف' (Gary Mesibov) و بدأت الممارسة الفعلية للطريقة التربوية (Teacch)، حيث افتتحت 3 مراكز جهوية بالإضافة إلى أقسام إدماج في الوسط المدرسي العادي تتكفل ب 4 إلى 6 تلاميذ مؤطرين بمعلم ومساعد، ولقد تجاوز عدد هذه الأقسام 60 قسم في الـ يوم. بعد 5 سنوات نتيجة لنجاح التسيير، بحيث تتوزع 7 مراكز جهوية على منطقة كارولينا الشمالية، و يتواجد أكثر من 200 قسم يستقبل مختلف الإعاقات بما فيها الأطفال المتوحدين.

يعمل كل قسم من أقسام (Teacch) باستمرار على تنظيم اجتماعات لتناول المشاكل المتعلقة بتسيير هذه الأقسام، كما يعتمد على مساعدة الآباء لأنهم هم من يعرفون الطفل حق المعرفة، و تخصيصهم لمتابعة تطبيق البرنامج في البيت و العمل جنباً إلى جنب مع المهنيين، كما أن فريق العمل هو متخصص و متعدد يضم أخصائيون في علم النفس، الأطفونيا... للإستجابة لإحتياجات المختلفة للأفراد المتوحدين.

كما عرفت كيبك منذ عدة سنوات و بتأثير جمعية آباء المتوحدين (جمعية كيبك للتوحد) و خاصة (جمعية التوحد و اضطرابات النمو لمنتريال (montréal)) اهتمام كبير بتدريس المتوحدين بالطرق التربوية مع الاستفادة من دعم نتائج الدراسات الجامعية التي تخص الأفراد المتوحدين، كما تم تكوين الموظفين في البرامج السلوكية من خلال البرامج الأوروبية (Horizon) و كذا من طرف جامعة (Automne de L'ARAPI)، بالإضافة إلى تواصل الجهود المبذولة لوضع خدمات دعم جديدة للراشدين المتوحدين (Jonckheere. P, et al, 2007, 156).

ب. في فرنسا و بعض الدول الأوروبية:

عرفت الفترة ما بين 1943-1960 أولى محاولات التكفل بالأطفال المتوحدين، و التي ارتكزت على العلاجات التحليلية التي استأنفها (Bettlheim. B) عن 'كانر' سنة 1950 و هي مستوحاة من مفاهيم النفسية للتوحد، و لقد عرفت نجاحا كبيرا في فرنسا في سنوات 60 إلى غاية 90 منها، حيث ابتداء من هذا التاريخ أفتتحت أولى أقسام الإدماج للأطفال المتوحدين و التي تعتمد على ممارسة البرامج التربوية السلوكية التي انتقدت من قبل العديد من المهنيين بعدما انتقلت ب 10 إلى 15 سنة من انتشارها بالولايات المتحدة الأمريكية، و قد كان يصنف التوحد كذهان في التصنيفات الفرنسية و تم اعتباره كاضطراب نمو بتحفظ سنة 1995 أي بعد 20 سنة من تمييزه عن الذهان بالبلدان الأنجلوساكسونية، و رغم هذا بقي يصنف بجانب اضطرابات الشبيهة بالذهانات (trouble apparenté à la psychose) و منذ حوالي 3 سنوات شرعت النصوص النظامية الفرنسية تستمد مرجعيتها من التصنيفات العالمية، و لقد أظهرت هذه التعديلات مشاكل في التشخيص إلى جانب تأكيد البعض على نجاعة المقاربات التحليلية بفرنسا رغم

التحرك القوي الذي بدأت تعرفه المقاربة التربوية للتوحد التي أصبح معترف و معمول بها، حيث تطور العمل الجمعي للآباء و افتتحت جمعيات تركز على التربية و النشاطات العالمية، أبرزها جمعية

(Philip C. 2009, 17, 36 à 37) (Autisme-France)

أما بلجيكا فقد عرفت ظهور مستشفيات عقلية للأطفال و مستشفيات نهائية و مراكز طبية بيداغوجية تعتمد مقاربات تحليلية في التكفل بالأطفال المتوحدين، كما انه في سنة (1984) تم تحويل نشاط جمعية التكفل بالأطفال الذهانيين إلى جمعية تطوير الأطفال المتوحدين.

و بسويسرا فقد تم حديثا تكييف التدريس للإحتياجات النوعية للأطفال المتوحدين و ما تقوم به جمعية سويسرا للآباء لتربية الأطفال المتوحدين (l'association Suisse de parents pour l'éducation des enfants autistes) إلا مثال عن ذلك.

II. واقع التكفل ببعض الدول العربية بما في ذلك الجزائر:

على الرغم من الجهود المبذولة في دول أمريكا و أوروبا لتوفير الرعاية المناسبة للأطفال المتوحدين، من إعداد الإطارات المؤهلة للعمل معهم، و فتح المدارس الخاصة بهم إلى جانب العديد من المراكز المتخصصة و التي يتم من خلالها تقديم الخدمات الصحية، النفسية و الإجتماعية و غيرها لهذه الفئة، إلا أنه يتميز الإهتمام بالمتوحدين في المجتمع العربي بعدم كفايته و لا يزال في أولى بدايته، حيث نادرا ما تتواجد مراكز أو مدارس خاصة بهم، و إطارات مؤهلة للعمل معهم، كما أنه ليس هناك خدمات منظمة يمكن تقديمها لهؤلاء الأطفال، و في الغالب يلتحقون بالمؤسسات الخاصة بالإعاقة العقلية التي تفتقر لوسائل العمل لمساعدتهم على التطور ، و يتم تشخيصهم كمتخلفين عقليا، و هو الأمر الذي يحتاج إلى تفكير جاد، و دراسة معمقة حتى نستطيع أن نصل إلى بعض ما حققته الدول المتقدمة في هذا الصدد (أ. طه بخش، 2002، 132)

فبالمغرب مثلا، لا زال يلتمس آباء الأطفال المتوحدين ال علاج بالطرق القديمة و التقليدية كزيارة الأولياء و اللجوء إلى الشعوذة، و هذا نظرا للإعتقادات الخاطئة السائدة في أوساطهم في ظل تأخر التشخيص و جهل الأطباء للتوحد و غياب ثقافة شعبية عن تواجد هذا الإضطراب، كما يعاني المتوحدون من سوء المعاملة من قبل عائلاتهم حيث يتعرضون للضرب و الإحتجاز و سوء المعاملة نفسيا و جسديا (F:\Autisme et fausses croyances.html)، و رغم ذلك هناك بعض الجهود للتكفل بالمتوحدين لكن تبقى ضعيفة، حيث أسست الحكومة مركز 'الالة مريم' بطنجة يهدف للتكفل بالأطفال المتوحدين بمقاربات تربوية، كما بادرت جمعية المتوحدين بإنشاء مركز آخر ب'بوسكورة' ذو طاقة استيعاب 100 طفل، و هذا المركز مكيف و مجهز حسب حاجات الأطفال المتوحدين بورشات عمل، قاعات للفحص و العلاج الطبي، النفسي، الأطفوني و الوظيفي . و قد أنشأت جمعية المتوحدين في 1996 و تتمثل مهمتها في الكشف المبكر عن الإضطراب ، التحسيس به و توفير المعلومات للآباء عن التوحد و عن إمكانيات التكفل و العلاج و إدماج المتوحدين في الحياة الإجتماعية، كما تعمل على تكوين المربين في الطرق التربوية السلوكية و كذلك تنظيم ملتقيات وطنية و دولية بمشاركة مختصين في التوحد و في الطرق التعليمية (Quotidien marocaine d'information). إضافة إلى هذا أصدرت الحكومة المغربية قرار و زاري يسمح بالكشف المبكر، التشخيص و التكفل بالمتوحدين وكذلك التحسيس و الإعلام من خلال إنشاء مراكز مختصة و مكيفة و بذل الجهود لتعزيز دور الجمعيات ، مع إعداد برامج بحث و اعتماد الأبحاث العلمية و الطبية المستجدة في العالم و تجديد قوانين التشريع المغربي فيما يخص إعاقة التوحد

(Association Léa pour Samy- la voix de l'enfant autiste, 2009)

أما تونس، فقد توصلت إلى تغطية ما أمكن من حاجات المتوحدين، حيث أنشأت عدة جمعيات تعمل تحت وصايتها عدة مراكز تختص في الفحص، الكشف المبكر عن الإعاقة، التحسيس، تنظيم حصص تكفل متعدد الأوجه (pluridisciplinaire) للأفراد المتوحدين و لعائلاتهم ، منها جمعية (Pas à Pas) التي قامت عام 2006 بفتح أول مركز علاج بطريقة (Tomatis) و هي طريقة لإعادة تربية السمع ، حيث

يتكفل هذا المركز بـ200 متوحد، ثم اعتمدت هذه الجمعية طريقة (ABA) لتحسين شروط حياة الأطفال المتوحدين و محيطهم العائلي، و عملت منذ صيف 2007 على تكوين مربين و آباء الأطفال المتوحدين في هذه الطريقة من خلال تنظيم حصص و دورات تكوين و ورشات عمل بتأطير أخصائية نفسانية مختصة في (ABA) تم استقدامها من فرنسا، و نشير أن مركز (ABA) يعمل بتكامل مع مركز (Tomatis). كما تتكفل جمعية ابن سينا بصفاقس بـ 70 متوحد و جمعية ترقية الصحة العقلية بسوسة ببعض العشرات (<http://www.pasapas-tunisie.org>)، أما جمعية (APPAI) فيتكفل فريق من المربين و المكونين المختصين في الطريقة التعليمية (Teacch) بحوالي 60 متوحد يتراوح سنهم ما بين 3 إلى 30 سنة، و تتواصل هذه الجمعية بتعاون ضيق مع عدة جامعات و معاهد أمريكية و كندية في هذا الميدان، و لها مشاريع في تعزيز تكوين المربين و المكونين المختصين في التكفل بالمتوحدين و إنشاء مزارع علاجية لفائدة المتوحدين الراشدين و المحرومين دون دعم أبوي. كما أنشأت جمعية ترقية الصحة العقلية مركزان لاستقبال و التكفل بالأطفال المتوحدين يتواجدان بكل من 'م ونستير' و 'حمام سوس' (<http://www.letemps.com.tn/article>)، كذلك شرع في إنشاء مركز علاجي بسوكرة يضم حدائق لفائدة الأطفال المتوحدين مع تكوين عون ليرافق كل طفل متوحد (<http://www.tunizien.com/societe-voix-des-enfants-autistes.html>) و تطبق مختلف هذه الجمعيات التي تنشط بتونس برامج التكفل المختلفة الموجهة لفائدة المتوحدين في محتوى متعدد الأوجه، يشارك في تطبيقها آباء المتوحدون الذين يمتازون بأنهم شبان مثقفون لهم استعداد كبير للمشاركة في التعليم و التكفل بأبنائهم و الذين تنظم لفائدتهم ملتقيات تجلب تقنيين أجانب خاصة من فرنسا، كما سطر مشروع في الأفق لتكوين سنويا عدد محدود من الطلبة من 2 إلى 3 في طريقة (ABA) بتأطير مديرة البحث (Vinca Rivière) بجامعة 'ليل Lille III' بفرنسا، مما سيسمح من تكوين فريق اختصاصي لفائدة تأطير و تكوين المربين و الآباء بتونس (<http://www.pasapas-tunisie.org>)

وبالجزائر يعيش الآباء معاناة بسبب غياب المؤسسات المكيفة للتكفل المدرسي، الإجتماعي و العلاجي لأطفالهم. حيث في وصف قدمه الدكتور ولد طالب (طبيب بمستشفى الأمراض العقلية بدريد حسين كوبا، الجزائر) في منشور بمجلة الطب العقلي للطفل والمراهق سنة 2006، حول التكفل العلاجي بالأطفال والمراهقين المتوحدين، أشار إلى فقر مجال الطب العقلي للأطفال مقارنة بمجالات الصحة العمومية الأخرى، و بلى قدرة إستيعاب المستشفيات اليومية هي غير كافية بشكل واضح في مواجهة طلبات العلاج المتزايدة في ظل وجود 65000 مصاب بالتوحد، كما أشار إلى تأخر تشخيص اضطرابات التوحد إلى ما بين سن الخامسة إلى السابعة، وهذا غالبا بعد حدوث فشل دراسي نتيجة لجهل عائلة الطفل المتوحد للإضطراب أكبر من الفريق الطبي النفسي، و هذا رغم أن التوحد يستوجب ضرورة الكشف المبكر عنه قبل سن الثانية، و هو يخصص في الكثير من الأحيان كتخلف عقلي نتيجة عدم معرفة هذا الإضطراب.

و يضيف 'ولد طالب' بلى تشكيل فريق طبي نفسي للتكفل باضطرابات التوحد يعد مشكل رئيسي لغياب تكوين خاص و نوعي في الطب العقلي لهذا الإضطراب بالنسبة لكل من الأطباء، النفسانيين، الممرضين و كذلك المربين (E:\aut\abid2008.html).

و لمواجهة هذا العجز في المنشآت و المختصين، بادر العديد من المهتمين باضطرابات التوحد من مهنيين و آباء لأطفال متوحدين إلى إنشاء جمعيات لتكفل النفسي و التربوي بالأطفال المتوحدين و عائلاتهم و بالخصوص لنقل انشغالاتهم و لطلب المساعدة، و تحسيس السلطات بضرورة إنشاء هياكل مكيفة على المستوى الوطني، كما يبحث أولياء آخرين عن سبل تمكنهم من إنشاء جمعيات خاصة بولايتهم.

و من بين الجمعيات الناشطة للتكفل بالأطفال المتوحدين نجد:

- جمعية بسمة الأمل بالجزائر العاصمة

- جمعية وفاء التي تم إنشاؤها بقسنطينة في 2004

- جمعية الأطفال المتوحدين و التي تم اعتمادها في 2007 و حركت عدة تظاهرات تحسيسية لهذا الإضطراب (E:\aut\abid2008.html)

- جمعية أولياء الأطفال المتوحدين التي تم تأسيسها حديثا بوهران و التي اعتمدت في 30 نوفمبر 2009، و أنشأت خصيصا من أجل الإعلام و التحسيس بفائدة التعليم بالطرق التربوية السلوكية، تشجيع الإتصال بين أولياء المتوحدين و المهنيين و تسهيل إرشاد و مساعدة الآباء، رفع انشغالات الأولياء إلى السلطات العمومية و المطالبة بضرورة التكفل المبكر و إنشاء مركز متخصص على غرار المرافق المماثلة الموجودة بلشراكة و البلدية.

كما وضعت الجزائر خطة استيراتيجية للتكفل بالأطفال المصابين باضطرابات التوحد في الفترة الممتدة ما بين 2010- 2015، تنص على عدة محاور منها ضرورة التحسيس، الكشف، التشخيص و التكفل المبكر بالمتوحدين من 3 إلى 6 سنوات باعتماد طرق التكفل النوعية الخاصة بالمتوحدين على مستوى المؤسسات مع ضرورة مشاركة و مرافقة الآباء، و تنظيم دورات تكوين خاصة لفائدة المهنيين و كذلك التكفل بالمتوحدين الكبار و حماية حقوقهم الأساسية و إنجاز دراسات و أبحاث على التوحد و تقييم نتائج التكفل .

و قد أطلق في إطار هذا المخطط إحصاء وطني كمي و كفي للمتوحدين و دراسات حول التوحد، كما تم تشكيل لجنة وطنية متعددة الأوجه مختصة في مجال التوحد تضم مختصين و ممثلي الحركات الجمعوية ، و أيضا تم شروع في إنجاز مركز نموذجي مختص بالأبيار و ملحقين للتكفل بالمتوحدين و تكوين المهنيين بسعيدة و تلمسان (http://www.city-dz.com/algerie-un-plan-strategique-pour-la-prise-en-charge-des-autistes/)

كذلك أقيمت عدة دورات تكوينية تخص تدريب المتوحدين بطريقة " Teacch " بكل من العاصمة و تلمسان، كما أن هناك برمجة لدورات أخرى و مشروع لإستقدام مختصين كنديين لتكوين المهنيين ببلدنا.

III طرق التكفل:

أ. العلاجات التحليلية

1. العلاج باللف:

هي تقنية تتمثل في تغليف بارد لجسم المريض، تعرف بالاسم الأجنبي (PACKS)، ابتكرت من طرف المحلل النفسي الأمريكي (Woodbury) عرفت في فرنسا عام 1966، و يتم إجراؤها في وصف نكوسي بالتحضين في محيط يكون المريض مدعم نفسيا لأجل تحريض صورته الجسمية و في نفس الوقت مراقبة سلوكاته العدوانية، يسمح العلاج باللف بالتعبير و تسيير القلق الجسدي (Baghdadli. A, 61, 2007, et al) تعزيز الوعي بحدود و وحدة الجسم و احتمال تغيير سلوكات الهدم الذاتي. و لقد استعملت هذه التقنية لعلاج النوبات الذهانية الحادة كحالة الأطفال و المراهقين المتوحدين الذين يظهرون اضطرابات خطيرة في السلوك كالعدوانية الذاتية، عدم الإستقرار، الأرق، كما يوصف لعلاج اضطرابات الصورة الجسمية كالأنوركسيا الشديدة، و الحالات النفسية مثل نوبات القلق. و يكون المرضى طيلة مدة حصص العلاج مغلفين الجذع و الأعضاء بمناشف رطبة و باردة (15°) و التي تعمل على خفض حرارتهم السطحية.

2. العلاج بالحيوان:

الدلفين:

يوجه هذا العلاج إلى الأطفال المعاقين ذو الإصابات الحركية الدماغية و الأطفال المتوحدين، حيث يؤثر الدلفين على التعلم و الإتصال الإجتماعي للطفل المتوحد، و يلاحظ أن المتوحدين يتجاوبون بشكل حسن و يعبرون أكثر عن انفعالاتهم عند تفاعلهم مع الدلفين، كما أن الأصوات التي تبعثها الدلافين تنبه الدماغ و تؤثر بقوة على الجسم و العقل. تعمل الدلافين على تقليد الاهتزازات التي تدخل في نطاق السلوكات الإستحوادية التي يقوم بها الطفل المتوحد، مما يجعل المتوحد يقلل منها. إضافة إلى هذا تطور الدلافين

التعلم عند المتوحدين و قدراتهم على الإنتباه حيث تعطي أكثر دافعية للتعلم، و تساعد في عملية التعليم حيث تعمل على جلب الأشياء الموجودة في حوض السباحة و التي على الطفل أن يصنفها حسب ألوانها و أشكالها.

الحصان:

تعد العناية التي تقدم بواسطة الحصان للمتوحدين ذات أبعاد جسدية و نفسية، حيث تسمح هذه التقنية بالتعبير الجسدي و الوعي بصورة الجسم و تنسيق الحركات و التحكم فيها و حفظ التوازن و التعبير عن الإنفعالات (http://www.therapieaveclecheval.com/page_soin/page_soin.html)

و يوجه العلاج بالحصان كذلك إلى الأفراد ذو الإعاقات الحركية و اضطرابات الإتصال، الذين يتم التكفل بهم من طرف فريق متخصص و مهني فرديا أو في مجموعات صغيرة و هذا أفضل لجعل العلاج ديناميكي، و يحدد عدد الحصص حسب امكانيات و رغبة كل فرد.

يسمح العلاج بالحصان للمتوحد بتطوير الإتصال و خروجه من العزلة و تطوير علاقاته الإجتماعية مع العالم الخارجي، و يمارس هذا العلاج بكندا و أمريكا الشمالية و قد بدأ يعرف تطور بفرنسا. يعد الدلفين و الحصان الأكثر استعمالا مع المتوحد و من المهم تجميع عدة حيوانات أليفة كالدواجن، القطط و غيرها و تركها تتفاعل مع المتوحد لأنها تفيد في تطوير الإنتباه و القدرات

الإجتماعية(-) [http://www.memoireonline.com.therapie-mediation-animal-personnes-](http://www.memoireonline.com.therapie-mediation-animal-personnes-handicapees.html)
(handicapees.html)

ب. الملاحق الغذائية و الحمية التي تساعد المصابين بالتوحد:

تعتبر الملاحق الغذائية مهمة للأطفال المصابين بالتوحد نظرا لسوء امتصاص بعض الفيتامينات و شيوع المشاكل المعوية و المعوية لديهم، لذلك فهم بحاجة إلى الملاحق الغذائية التي صممتها مراكز أبحاث

التوحد العالمية التي يمكن استشارتها عن طريق الإنترنت، و من بين الملاحق المستخدمة مع أطفال التوحد :

الكالسيوم، مجموعة فيتامين B و B3 و C، الزنك و مجموعة من الزيوت التي تكون ناقصة أو ضعيفة بالإضافة إلى العديد من الأحماض و العناصر الغذائية التي لا يجب تعاطيها إلا بعد إشراف طبيب مختص.

كما أثبتت الأبحاث أن الحمية الغذائية الخالية من الكازيين و الغلوتين (Casein & Gluten) لها فعاليتها في مساعدة الأطفال المتوحدين. الكازيين هو البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته أما الغلوتين يخص مادة لزجة تتكون أثناء العجن للحنطة ويوجد في الشوفان والشعير و الجاودار، و هذه العناصر لا يتم هضمها بطريقة فعالة لدى المتوحدين و تصبح ذات مفعول أفيوني مخدر. و قد بينت تحاليل البول و الدم وجود مركبات شبه أفيونية ناتجة عن تسرب الأمعاء ربما لعجز في الأنزيمات مما يؤدي إلى دخول هذه المواد المخدرة إلى المخ و تسبب التوحد أو زيادة في أعراضه لكن نجد متوحدين يأكلون هذه البروتينات و لم تسبب لهم أي ردود أفعال و لم تزد في أعراض التوحد لديهم. و الإجابة على عدم تأثر بعض المتوحدين بالبيبتايد الأفيوني يرجع لتسريب القليل جدا للأمعاء و بالتالي الكمية التي توجد في الدم من الأفيون المخدر لا أهمية لها و لا تأثير لها على المخ. (ياسر. م. الفهد، 2001، 97)

إن متابعة الحمية يتطلب إجراء تحاليل لبول الطفل المتوحد و مراقبة و تدوين سلوكيات المتوحد قبل بدء الحمية و أثناءها خاصة لأن المتوحد قد يظهر مرحلة حرجة من 14 إلى 21 يوما من بدابة الحمية لإنقطاع مادة البيبتايد الأفيوني عن الجسم و التي لها دور مشابه للمواد المخدرة و إبعادها بمثابة تحسين لحالة إنسان مدمن لدى يستوجب صرامة في تطبيقها، لكن نتائج الحمية و أثرها على انتباه الطفل و سلوكه و الإتصال لا يحقق بشكل ايجابي بالنسبة لجميع المتوحدين (أ. سليم النجار، 2006، 103) .

و بالرغم ما ذكر عن الحمية و أثرها في تحسين أعراض التوحد إلا أن الأبحاث الحالية تشير أن هذه الحمية لا تسمح بإنقاص بروتينات الحساسة لإنتاج البيبتيد كما أنه لا يظهر دليل لسوء امتصاصه من قبل المتوحدين، و لا تتوفر طريقة لكشف تسرب البيبتيد في بول المصابين بالتوحد و بالتالي لا يوجد تبرير علمي لفعالية الحمية، كما قد يؤدي إتباعها إلى تفاقم مشاكل الطفل المتوحد إلى حد الرجوع للأدوية عند بعضهم (Bresson et al, 2009, 32)

ج. العلاج الدوائي:

توجد الكثير من الأدلة الحديثة على وجود أنواع من الشذوذ في العمليات الكيميائية- الحيوية للأفراد المصابين بالتوحد و استجابتهم للأدوية هي مختلفة فيما بينهم. لذا يستحيل الجزم بالدواء الذي سيكون أو لا يكون فعالا لشخص معين، و إلى حد الآن لم يتضح أنه يوجد دواء مفيد لكل الناس الذين يعانون من التوحد، مما يعقد من مهمة الطبيب في تحديد الدواء المناسب لحاجة الفرد المصاب بالتوحد و قد يحتاج إلى تجريب أنواع من الأدوية و الجرعات قبل تحديد النظام الدوائي الفاعل و المناسب، و على من يقومون برعاية المتوحد أن يقدموا ملاحظاتهم لفوائد الدواء و أضراره المحتملة للطبيب و أن يتشاوروا مع الطبيب كلما توفر ذلك. و تستخدم الأدوية الفاعلة للسيطرة على بعض المشكلات لكن يجب التسليم بأن محاولات تحقيق تحسن سريع في علاج التوحد قد ظهر فشلها، رغم زعم البعض تحقيق شيء من النجاح في معالجة مجموعات معينة من الأعراض حيث تم تطوير أدوية مضادة لها و استعمالها. و يعمل عدد ضخم من الأدوية العصبية على تعزيز عمل المواد الكيماوية كالدوبامين و النورأدرينالين و السيروتونين و قابا. و من بين هذه الأدوية نجد بعضها تستعمل في بلدنا و أخرى غير متوفرة:

- المثبطات العصبية مثل أدول و سيريناس و سلبريد (Haldol, Serenace, Dogmatil) بجرعات مركزة، و هي تثير البث الدوباميني عند إعطائها بجرعات منخفضة و لكنها تزيله عند إعطائها بجرعات عالية. و النظام الدوباميني هو عمل الدوبامين على الإغلاق الجزئي للفجوات عند الإتصال بين الخلايا العصبية. و يشهد لهذه الأدوية تحسن في حالة الأطفال المتوحدين ذو اضطرابات الإنتباه و

العدوانية و تسهيل تكيفهم الإجتماعي و تعلمهم، كما تقلل من الإنسحاب و السلوكات الإستحواذية (ك).
حسن عسليّة، 2006، 125، 130)، لكن يلاحظ أن (Haldol) ذو فعالية قليلة بالنسبة للأطفال أقل من 8 سنوات و يحدث تأثيرات غير مرغوبة على المدى القصير و خطر إحداث اضطراب في الحركة (dyskinésie tardive) على المدى البعيد . كذلك يستعمل في حالات التوحد عند المراهق و الراشد مضاد مستقبلات الدوبامين و السيروتونين المتمثل في (la Rispéridone) و اسمه التجاري (Risperdal) الذي يتميز هو كذلك بفعاليته في تقليل سلوكات الهدم الذاتي و السلوكات الإستحواذية(Ould Taleb. M, 2009, 78).

أيضا تساعد الكلوربرومازين (Largactil) و الثيرودازين (Melleril) في تهدئة المريض بالإضطراب السلوكي لكن وصفها في حالة التوحد لا تكون نتائجها دائما كافية لتبرير استخدامها و تنجم عن تناولها مشكلات حقيقية تتعلق بآثارها الجانبية. حيث ينجم عنها أنواع من الحركات التي لا يمكن السيطرة عليها أو التحكم فيها مثل عدم القدرة على السكون أو الرجفة و في بعض الحالات الإغماء التصلبي. و تتم السيطرة على هذه الآثار الجانبية عادة باستعمال أدوية أخرى مثل الأورفينادرين (orphenadrine) (Disipal) و هناك خطر كبير جدا من استعمال هذه الأدوية العصبية لفترات طويلة من الزمن فقد تظهر آثار مثل ضعف الحركة الإختيارية كحركات بروز اللسان و حركات الجسم المميزة و قد تكون هذه الأعراض دائمة و لا يمكن التحكم فيها إلا بجرعات زائدة من الدواء.

كما تعمل العديد من الأدوية المضادة للكآبة على خفض السلوكات المتكررة حيث عندما تفرز نهايات الأعصاب السيروتونين (serotonine) فإن كثيرا منه يعاد امتصاصه و استخدامه مرة أخرى. لكن تعمل مضادة الإكتئاب على منع أو إزالة إعادة هذا الإمتصاص و ينتج عن ذلك بقاء السيروتونين أكثر في الفجوة لتنبه طرف العصب المستقبل. كما تعمل هذه الأدوية على تخفيض كمية السيروتونين التي تفرزها نهايات الأعصاب، و قد ينتج عن هذا انخفاض في حجم الإنتقال بين الأطراف العصبية. و لذلك يكون من الصعب التكهن ما إذا كان استخدام الأدوية المضادة للكآبة سيكون مفيدا أم لا أم أنه سيزيد حالة التوحد إلى

مستوى أسوأ، و من هذه الأدوية المستعملة في حالة التوحد الفلنفلورامين (Flenfluramine) و كذلك مضادات الإكتئاب الثلاثية الحلقة (la clomipramine) و اسمه التجاري (Anafranil) و التي بدأ استعمالها حديثاً.

و نظراً كذلك لوجود ارتفاع في مستويات مركبات أوبيويد في الجسم لدى الأشخاص المصابين بالتوحد فإن استخدام دواء مضاد الأفيونات مثل نالتريكسون (la Naltrexone) يعد مناسباً و الذي لوحظ أن استخدام الجرعات الكبيرة جداً لم تؤدي لأية فوائد في حين أن استخدام جرعات ضئيلة جداً أدى إلى تطوير الإنتباه، الفهم و الإستجابة للتعليمات و تقليل من الإفراط في الحركة، و من الإنسحاب الإجتماعي.

أيضاً يعمل الفاليوم على تنبيه نظام قابا و يستخدم عادة لتقليل مستويات القلق. أما مجموعة الأدوية المعروفة باسم مانعات بيتا فهي تستخدم عادة لتقليل آثار التوتر و نجد منها أمفيتامين (Amphetamines) مثل: B6 المشترك مع المغنيزيوم، و هي تسيطر على النشاط المفرط و عدم القدرة على التركيز و الإنتباه و إن أي تحسن في هذه الأعراض المقصودة ضئيل لأبعد الحدود و مصحوب بزيادة في السلوك المتكرر الذي لا يتغير، كما تشير التقارير إلى أن استخدام مركبات الليثيوم (Lithium) ذو فائدة محتملة في بعض الحالات التي يعاني فيها المريض من العدوانية خاصة إذا كانت مصحوبة بسلوك نمطي أو إفراط في النشاط. و يبدو من الصعب تبرير الإستمرار في استعمال هذه الأدوية بسبب ما تحتويه من آثار جانبية خطيرة، و أن عدم قدرتها على علاج التوحد يحول دون استخدامها إلا لفترات زمنية قصيرة و عند الضرورة القصوى (ك. حسن عسليّة، 2006، 128، 132-134).

كما تعد هذه الأدوية محل تناقض حول فعاليتها لأن الدراسات التجريبية التي أقيمت عام (1995) على مجموعات تجريبية تتكون من متوحدين عولجوا بهذه الأدوية ك (la clomipramine) و (Naltrexone) و مجموعات من المتوحدين تم تقديم لهم (le placebo) الذي هو عبارة عن أقراص أو سائل في شكل دواء لكن دون مفعول كيميائي، توصلت النتائج إلى عدم وجود اختلاف ما بين عينات

المعالجة بالدواء و المجموعة المعالجة ب (placebo)، و هذا يدل على أن تأثيرات الأدوية تخضع لأحكام ذاتية مرتبطة بعائلة المتوحد و كذا بإجراءات منهجية تتعلق بحجم العينات المدروسة (Ould Taleb. M.) (2009, 78)

د. العلاجات السلوكية:

1. نظام الإتصال بالصور (Picture Exchange Communication System; PECS):

هو نظام اتصال مرئي (بصري) يتم بتبادل الصور، تم ابتكاره من طرف (Lori Frost & Andy Bondy, 1985)، يسمح هذا النظام بتطوير المهارات و إصلاح العجز على مستوى الإتصال و العلاقات الإجتماعية. و يهدف إلى منح الأطفال المتوحدين و ذو صعوبات الإتصال وسائل التعبير عن رغباتهم و حاجاتهم و المبادرة في اتصال. إن نظام استعمال الصور أو البطاقات يسمح بتوقع الأحداث، معرفة مراحل قيام بنشاط، تعلم إرفاق صور مع صور أخرى مرادفة أو مضادة لها، كما يمكن من بناء وضعيات بيداغوجية اتصالية (Kozak Sylvie, 2001, 24)

يوضح نظام اتصال بالصور العلاقة الفورية التي توجد بين الدال و المدلول بصفة ملموسة أكثر، أي ما بين تمثيل الموضوع و الموضوع نفسه في نظام تمثيل دائم و مستمر، لكن يتطلب هذا النظام مستوى فكري مرتفع لفهم العلاقة ما بين البطاقة و الموضوع (Petters. T, 1996, 80)

2. طريقة علاج و تربية الطفل المتوحد و إعاقة الإتصال (TEACCH):

(تيش) مصطلح تعني رموزه باللغة الإنجليزية علاج و تربية الأطفال المتوحدين الذين يعانون من إعاقات التواصل (treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children)، و هو برنامج يعالج الصعوبات الأساسية التي يتلقاها المتوحد في حياته اليومية، صممه 'شوبلر' و 'ماسبوف' (Shopler et Mesibov) في شمال كارولينا بلوم.أ. في سنوات الستينات 1966، و تم الإعراف الرسمي به كبرنامج سنة 1972 و قام بنشره 'بيترز' (Peters) في

أوروبا. يقوم برنامج (تيش) على نمط تعليم مكيف لهذه الإعاقة النوعية و يستدعي تدخل الآباء بالدرجة الأولى، و الذين يعتبرون كمنظرين (co-éducateurs) في العملية التعليمية، في حين يلعب المعالج التربوي دور موجه للآباء كما يعمل على مساندة الآباء في صعوباتهم الشخصية و العاطفية و تنظيم البرنامج على حسب إمكانياتهم و قدرات طفلهم.

يهدف برنامج (تيش) إلى تحقيق أكبر قدر ممكن من الفهم للتحكم في نشاط منظم لوصول إلى تكوين مهني بسيط، تطوير الإتصال اللغوي و الإدماج الإجتماعي (Lenoir.P, Malvy. J, 2003, 201). و يركز هذا البرنامج على تكييف المحيط و وسائله لخصوصيات الطفل المتوحد و يبدأ تطبيقه منذ تشخيص التوحد إلى غاية سن الرشد بحيث يسمح باستمرارية العمل و امتداده إلى المنزل.

يتم بناء برنامج (تيش) انطلاقاً من تقييم جد دقيق لكفاءات الطفل بواسطة الإختبارات التربوية التطورية ك (PEP-R) و (AAPEP)، ثم تحديد برنامج فردي يسمح بتطوير مهارات التي يمكن بروزها أي ظهورها و على الإهتمام الخاص للأطفال الذي من شأنه تطوير كفاءتهم و على هذا الأساس يصمم البرنامج الفردي و ذلك بمساعدة الآباء. إن طريقة (تيش) هي طريقة تربوية منظمة و بنوية تعتمد على استراتيجيات تنظيم الفضاء و الزمان أي على تكييف المحيط و بناء محيط تربوي تعليمي يناسبهم ، بحيث تنظيم الفضاء يتشكل من تقسيم القسم لمساحات تعلم فردية أي زوايا عمل مستقلة أين الطفل ينجز النشاطات التي يستطيع عملها لوحده و زوايا العمل الفردي أين يكون في علاقة ثنائية مع الراشد للتمرن على مهام لا يمكن أن ينجزها لوحده و تكون في طريق الظهور بالإضافة إلى مساحات لنشاطات جماعية. و يسمح هذا التنظيم الفضائي المتمثل في تنظيم المكان للطفل بوضع معالم للفضاء، بينما يستند تنظيم الوقت إلى دعائم بصرية من خلال تمثيل النشاطات المراد انجازها يوميا بصور وفق سلسلة من المهام المقترحة و المنظمة بطريقة يفهم الطفل ما تنتظر منه عمله بصريا. و يهدف نظام الصور هذا لإنفاص التبعية في التعليم بالتعليمات الشفهية و تحقيق بعض الإستقلالية للطفل المتوحد بالإعتماد على نفسه، كما تعد هذه الطريقة فعالة كذلك بالنسبة للأطفال المتوحدين غير الشفهيين. و يعتمد انجاز مهارات برنامج

'تيش' على التحريض أو الحث الفيزيائي بمعنى توجيه الطفل يدويا لما يستوجب عليه عمله و أيضا على التعزيز الذي يجب أن يكون المحفز بالنسبة للطفل (Philip. C, 2009 , 44).

3. طريقة تحليل السلوك المطبق (ABA):

ابتكرت طريقة التحليل السلوكي التطبيقي من قبل 'لوفاس'، و تقترح عدة مهارات تشمل مختلف مستويات النمو موجهة لتدريب المتوحدين، و هذه المهارات مبنية بشكل منظم و مكثف تعتمد في تعليمها على التحليل السلوكي لعادات الطفل و استجابته للمثيرات. و تركز طريقة 'لوفاس' على النظرية الإشرافية من خلال التعزيز المتزامن الذي قدمه 'واطسون' و طوره 'سكنر' لاحقا حيث تعد محاولة لضبط المثيرات المرتبطة بأفعال محددة للطفل، مكافأة سلوكياته المرغوبة بانتظام و عدم تشجيع سلوكياته غير المرغوبة. وقد أشار 'لوفاس' إلى أن الطفل متوحد يمكن أن يدمج في المدرسة بنجاح إذا ما طبق هذا المنهج بشكل منظم، مكثف و برنامج طويل (الزريقات، 2004، 320).

خلاصة:

لقد عرفت برامج التدريب على تطوير المهارات الاجتماعية و التواصلية رواجاً كبيراً يفوق الطرق التحليلية نظراً للفعالية التي أثبتتها إجراءات التعديل السلوكي و اللغوي للأطفال المتوحدين حيث يؤكد العلاج السلوكي على تطوير بيئة مكيّفة تقلل من ظهور السلوكيات غير المرغوبة، و تزيد من احتمالية حدوث السلوكيات المرغوبة و يحقق هذا الهدف من خلال أنظمة التعزيز المادي و غير المادي، و فيمائي تعريف بأحد برامج التدخل التربوي السلوكي الذي يعرف بطريقة (ABA) و تقنيات تطبيقه.

الفصل الخامس طريقة (ABA)

• تمهيد

I. تعريف طريقة (ABA)

II. تقنيات التعليم بطريقة (ABA)

III. مراحل التكفل

IV. الحجم الزمني الخاص بالتدريب

V. التقييم

VI. عرض عام لبرنامج (ABA)

VII. أهمية دور الوالدين في التكفل بطفلهم المتوحد

خلاصة الفصل

تمهيد:

إن نظام تعديل السلوك بطريقة التحليل التطبيقي السلوكي للطفل المتوحد تعرف رواجاً كبيراً و حديثاً و اسعا على فعاليتها في تحسين أعراض التوحد و تسهيل الحياة اليومية للمتوحد و تأهيله للإندماج في المجتمع كلما تم متابعة تطبيق تقنيات هذه الطريقة بصرامة، و التي سنحاول تقديمها و اختبار فعاليتها فيمايلي محاولين بذلك إعطاء رؤية واضحة لهذه الطريقة.

I. تعريف طريقة (ABA)

(ABA) هو مختصر للعبارة الإنجليزية (Applied Behavioral Analysis) و بالفرنسية (Analyse Appliquée du Comportement) أي التحليل التطبيقي للسلوك و هي مقاربة تربوية تعتمد مبادئ المدرسة السلوكية و مبتكر هذا الأسلوب العلاجي هو (Ivar Lovaas) و هو أستاذ الطب النفسي بجامعة لوس أنجلوس بالو.م.أ عام 1978. لقد طور لوفاس هذه الطريقة من أبحاث و مفاهيم التي جاءت بها النظرية السلوكية خاصة مفاهيم سكينر (Skinner) هذا الأخير درس السلوك و توصل إلى أن حدوث السلوك يرتبط بالنتائج التي تترتب عنه، بمعنى أن استجابة الأفراد تتحدد وفقاً لنتائج الفعل، حيث أن السلوك الذي له نتائج ايجابية يميل إلى التكرار و العكس أمام النتائج السلبية للسلوك أو الفعل حيث يتجنب و ينفر الفرد من السلوكات أو الوضعيات التي تجلب الإزعاج، بينما يؤدي تدريجياً غياب نتائج سلبية أو ايجابية للفعل إلى انطفاء السلوك نتيجة لغياب التعزيز (<http://www.aba-> france.com/abafrance/)، و على أساس هذه المفاهيم اعتمدت طريقة (ABA) الإستجابات الشرطية في مجال تعليم الأطفال المصابين بالتوحد و التأخر العقلي ، و إلى جانب ذلك ارتكزت على تحليل السلوك، و التدخل المكثف لتنمية قدرة الفرد على التواصل، فهم اللغة و حدوث التفاعلات الإجتماعية في المواقف المنزلية و المدرسية و المجتمعية، و هي تهدف للحصول على أفضل اندماج في المجتمع من خلال الزيادة من السلوكات المكيفة و التقليل من السلوكات غير المكيفة.

II. تقنيات التعليم بطريقة (ABA)

يرتكز برنامج (ABA) على تعلم المهارات من خلال المحاولات التدريجية أو التمييزية، التي تتألف من تنظيم المثيرات في شكل مثير لفظي أو حركي لإستجابة الطفل مع التعزيز الفوري.

إن تقنية التعلم بالمحاولات المتميزة المتعددة هي طريقة نوعية تستعمل لخلق ظروف للتعلم لتطوير المهارات المعرفية، الاجتماعية، الإتصال، اللعب و الإستقلالية و يجري التعلم بالمحاولات المتميزة المتعددة كالاتي :

- تجزئة مهارة التعلم إلى عدة مراحل
- تعليم كل مرحلة إلى غاية التحكم فيها تماما
- السماح بتكرار الممارسات أو التطبيقات في مدة زمنية محدودة
- اقتراح المساعدة و سحب هذه المساعدة كلما أمكن ذلك
- استعمال إجراءات التعزيز (Leaf. R et al, 2006, 16)، حيث تركز فعالية البرنامج على قوة التعزيز المستعملة مع الطفل و على التحكم في استعماله في الوضعيات المناسبة أثناء التعليم.
- ترتكز طريقة (ABA) كذلك على تقنيات التدخل و التي تتمثل في:
 - الإشارة (indication): من الهام الإشارة للطفل إلى ما ننتظر منه، و التعليمية يجب أن تكون بسيطة، دقيقة و واضحة و يرفق تعليم كل مرحلة بتحريض أو توجيه للطفل للسماح باصدار السلوك و هذا التحريض يمكن أن يكون: شفهي: كلمة أو تعليمية، حركي: إشارة حركية توفر توجيه بصري للطفل أو فيزيائي: توجيه فيزيائي يقود الطفل لإتمام نشاطات السلوك المراد اكتسابها.

- **التضليل (estompage):** هو العمل على سحب تدريجيا التحريصات أو المساعدة المقدمة للطفل لأجل أن يظهر السلوك المرغوب دون مساعدة بحيث لا يصبح الطفل اعتمادي.

- **التشكيل (façonnement):** هو التعزيز بتعاقب السلوكات الموجودة التي تشبه أكثر السلوكات المرغوبة، مثل: عند تعليم كلمة 'ماما' نعزز نطق حرف 'م'، ثم نقوم بتشكيلها (ما) ثم 'ماما'.

- **التسلسل:** سلسلة سلوكات تتشكل من عدة عناصر و كل عنصر يتبع العنصر الذي يسبقه في التعليم، أي تعلم تسلسل مراحل السلوك في تسلسل منطقي، مثل مهارة غسل اليدين تنقسم إلى: فتح الحنفية، تبليل الأيدي، استعمال الصابون ...

- **الإشراف العملي أو الإجرائي:**

هو من المفاهيم التي استخدمها سكينر (Skinner) حيث يتحدد السلوك بنوع التعزيز المقدم، كمايلي:

التعزيز الإيجابي (المكافأة): تردد السلوك يزداد من خلال اجراءات التعزيز، يعني الإستجابات المناسبة تعزز فوريا بأشياء مسلية للطفل (حلوى، ألعاب، ثناء لفظي، ملاعبة الطفل...) و من الهام المعرفة الجيدة لاهتمامات و الحوافز بالنسبة للطفل حيث تكون المعززات مناسبة و متعددة و الطفل يجد متعة في التعلم. في البداية يجب أن ترافق التعزيزات المادية كالحلوى، الألعاب مع تعزيزات اجتماعية كالثناء، التصفيق و القبل. و بتقدم تطور الطفل يجب أن نقلل من التعزيزات المادية لكي نتوصل فيما بعد إلى التعزيزات المتوفرة في المحيط الطبيعي ثم إنقاص التعزيز للإستجابات الصحيحة إلى غاية الوصول إلى تردد طبيعي(الزريقات، 2004، 306).

التعزيز السلبي: يستعمل بالنسبة لمشاكل السلوك غير المناسبة و التي من الهام إزالتها أو الإنقاص منها كالسلوكات العدوانية نحو الذات أو الآخرين و السلوكات المتكررة، و التي تخضع لتحليل وظيفي للعوامل المفجرة لها، و يندرج ضمن هذا النوع من التعزيز أسلوب العقاب أو التوبيخ الشفهي كالقول بنبرة غير مشجعة و بحدة 'لا' أو 'انتهى' و غيرها من الألفاظ. إن الإستجابات غير الصحيحة و السلوكات غير

المناسبة لا تعزز و يطبق عليها اجراءات الإنطفاء بحيث تتجاهل بطريقة منظمة، و لا تعزز لا اجتماعيا و لا بأي طريقة و تفقد الإمتيازات بحيث نمح الطفل وسيلة أخرى كالعامل على تعزيز سلوك مناسب محل السلوك غير المناسب للوصول لنفس الهدف الذي يقوم عليه هذا الأخير.

- **تعميم السلوكات:** السلوكات التي تم تعلمها في وضعيات منظمة يجب أن تكرر، تعزز و تعمم في وضعيات مختلفة مشابهة ثم في إطار الحياة العامة.

- **حفظ السلوكات:** يجب على الطفل إنجاز سلوكات طيلة مدة زمنية و تكرر ها بطريقة منظمة لإمتلاكها
(<http://www.abaautisme.org>)

III. مراحل التكفل:

يمر التكفل بعدة مراحل بتزامن مع تطور الطفل كالتالي:

1- المراحل الإبتدائية: يجرى بها التعرف على الطفل، و من الأساسي تكوين علاقة ودية، مسلية و مشجعة، كما يتم اكتشاف أنواع التعزيز التي تكون محفزة بالنسبة للطفل و تخدم التعليم و كذا على مصادر الإزعاج أي العقاب. و من الضروري أن يتعلم الطفل أن التعاون على الطلب يؤدي لإستجابات فورية و مكافآت متكررة.

2- المراحل الوسطية: تشمل التعلم بانتظام أنماط الإتصال النوعي، اللعب، الإستقلالية في الحياة الإجتماعية، حيث يتم تقسيم مهارات التعلم إلى عدة مراحل صغيرة لتسهيل تعلمها و بتطور الطفل تتكيف التقنية تلقائيا لتستجيب لحاجياته الخاصة. تهدف هذه المرحلة إلى تطوير سريع للمهارات مع الإعداد لزيادة من قدرات المتوحد على التعلم و العيش في المحيط الطبيعي. كذلك يستوجب في هذه المرحلة دفع المتوحدين للعب جماعيا و التواجد في كل المناسبات الإجتماعية، و من الممكن أن يتم في هذه المرحلة اكتشاف الإطار المدرسي.

3- **المراحل المتقدمة:** تعمل تدريجيا على جعل التكفل طبيعي أكثر لغرض تعميمه في المحيط اليومي.

IV. الحجم الزمني الخاص بالتدريب :

يتطور العديد من الأطفال المتوحدين بامتياز ب 30 ساعة تدخل أو أكثر من التعليم المباشر الأسبوعي، و يستوجب أن تستغرق مدة الحصة الواحدة ما بين 2 إلى 3 ساعات و تكون مكيفة بطريقة تحقق أكثر فعالية ممكنة. في حين يخصص بقية الوقت للعب الطفل مع زملاء آخرين لتعميم مهاراتهم و الإستفادة مما يتوفرون عليه من تعلم عن طريق الملاحظة.

V. التقييم:

يتم تقييم برنامج التكفل باستمرارية بحيث يعمد القائم على تطبيق التكفل من المهني أو المربي على تجميع المعلومات على استجابات التعلم و السلوك. كما يجب الإجتماع بانتظام لتبادل المعلومات، نقد فعالية التدخلات و تصحيحها(Leaf. R et al, 2006, 13, 19)

VI. عرض عام لبرنامج (ABA):

المراحل الأولية:

- تعليم مهارات الإنتباه: حفظ الإنتباه و التواصل البصري
- مهارات التقليد: للحركات الدقيقة و العامة و الشفهية و قول نعم و لا
- تعليم المهارات القاعدية للغ ة الإستقبالية التي منها ما يخدم ضبط السلوك (الجلوس، تربيع اليدين، التواصل البصري...)

- مهارات المعرفية: تصنيف الأشكال و الألوان

- مهارات الاستقلالية: الأكل باستقلالية، مهارات الحمام

المراحل المتوسطة:

- مهارات اللغة: تعليم الكلمات، تسمية المواضيع، الألوان و الأشكال، التعبير بنعم و لا، التعبير عن طلبات، تعلم الجمل و ما يتعلق باللغة الوسيطة كتعليمات للبحث عن أشياء و تسميتها و كذا تعلم لغة الإشارات و التعبير عن السلوكات النشيطة (المشي، القفز، الذهاب...)

- مهارات المعرفية: عمل الإشارات لمواضيع، صور...

- تعلم مفاهيم المكان (فوق، تحت، بجانب)، الزمان (قبل، بعد...) و الحجم (كبير، صغير...)

- التعرف على الإنفعالات

- تعليم الخيال

- تعليم اللعب بطريقة خاصة (اللعب بالدمية، بالمكعبات، الرسم، الخط...)

- مهارات الاستقلالية: في اللبس (غلق الأزرار، ربط الحذاء...)، تنظيف الأسنان، مشط الشعر.

المراحل المتقدمة:

- مهارات اللغة التعبيرية: اللغة العفوية و استخدام الضمائر و الأفعال

- تعلم تسمية الحروف، الأرقام و ترتيبها و كذا تعلم مهارات القراءة و الكتابة.

- تطوير الخيال و القدرة على الإبتكار بتوقع نهاية قصة بتعبير بسيط

- تعلم التفائنية و التحكم في الإنفعالات و إظهارها بتناسب مع الوضعيات (التعاطف: الفرح، الحزن)

- المهارات الإجتماعية: انتظار الدور، استجابة للأوامر، مشاركة الزملاء في اللعب و النشاطات الجماعية

و تعميم السلوكات المتعلمة في المحيط الطبيعي.

- الاندماج في المجتمع بالذهاب إلى محلات، مطاعم و تشكيل طلبات بسيطة

- الإستعداد للذهاب إلى المدرسة (Leaf. R et al, 2006,149, 359)

VII. أهمية دور الوالدين في التكفل بطفلهم المتوحد:

يعد إشراك الآباء في التكفل بأطفالهم المتوحدين ضروري لأنهم أكثر المنشغلين بإعاقاتهم و مساسا بها و أحسن معرفة و دراية بخصائصهم و احتياجاتهم، حيث يشكل الوالدين أسس التعلم في المنزل، و يجب على المختصين في التدريب تعليمهم استخدام و تطبيق طرق التعليم التربوية السلوكية و الأساليب الفعالة في تعليم طفلهم المتوحد و ضبط مشكلاته السلوكية. فبالمراسة، التدريب و النمذجة و التغذية الراجعة المقدمة من المختصين يصبح الآباء معلمين ممتازين، و يمكن أن يساهموا بشكل أفضل في تطوير قدرات طفلهم و جعله أكثر انتاجا لمهارات اللعب، التكيف الإجتماعي و الإستقلالية عند بقائهم معه. و يمكن أن تمثل عدة وضعيات و مواقف في الحياة اليومية كالخروج في نزهة أو إلى أماكن التسلية، زيارة الأقارب، القيام بأشغال البيت أو الإستحمام، اللبس و الغذاء فرص تخدم التعلم و تعميم المكتسبات و تعمل على تطوير السلوك و انقاص تبعية المتوحد للعائلة. إن تعليم الآباء و عائلات المتوحدين لأطفالهم يعد عمل جوهري لإستثمار الطفل في الحياة اليومية و تجنب انزاله العميق و مساعدته بأكبر قدر ممكن لتحقيق تطور على مستوى مختلف مظاهر النمو (Leaf. R, 2006, 15)

لكن اقتصار تعليم المتوحد مختلف المهارات من قبل المختصين و المهنيين دون مشاركة الآباء و عائلات المتوحدين يخاطر و يهدد بأن لا تجد هذه المهارات معنى لها في حياة الطفل المتوحد، و سرعان ما تتلاشى و تضيع و لا تكتسب وظيفتها، كما أن هذه المهارات لا تعمم و لا يستفاد منها في مختلف وظائف الحياة اليومية إذا لم يتم الإستمرار في تدريبها بشكل دائم مع شرحها و استخدامها في مجالات استعمالها (Rogé. B, 2003, 135)

و عليه فإن الآباء يلعبون دورا هاما في تشجيع و تسهيل نمو طفلهم من خلال توفير بيئة آمنة و نماذج مناسبة و كيفية و الإسهام في تصميم برنامج التعليم للطفل و ضبط تطوره و وضع أهداف التدريب و التدريب و تقديم التعليم المباشر بالإستفادة من الفرص الطبيعية لنقل المعرفة و المعلومات لأطفالهم، كما باستطاعة الآباء تأكيد أو نفي التحسن من عدمه الذي يظهره طفلها المتوحد بعد أي تدخل تم لصالحه من خلال برامج التعليم التربوية السلوكية (أ . س. النجار، 2006، 110)، و بإمكانهم تقديم اقتراحات تحسن من حالة طفلهم المصاب بالتوحد، اضافة إلى أنهم أفضل من يقدمون معلومات عن تاريخ تطور نمو الطفل، حاجاته الحالية و أسلوب تعلمه و يشاركون في التقييم و التشخيص الأولي للطفل (عبد الله الزريقات، 2004، 202).

خلاصة:

تخص طريقة (ABA) تعليم مهارات هامة للأطفال المتوحدين في ميادين متعددة الإنتباه، اللغة الإستقبالية و التعبيرية، الإشتراكات، المهارات الحركية العامة و الدقيقة، الألعاب و التسلية، المهارات الإجتماعية، الإستقلالية، الإندماج في المجتمع، و المعرفة ما قبل المدرسية و المدرسية. و تحدد الأولوية في تعلم المهارات حسب حاجة و مستوى نمو المتوحد في ميادين مختلفة و يجب أن يتم التدريب على التعليم فرديا و بصورة مكثفة بتخصيص برنامج يشمل مختلف وظائف الشخصية يسمح بتطور منسجم للطفل و يعتمد على تقنيات التعزيز لتعديل السلوك و ذلك بمشاركة الآباء. و الفصل الموالي يعرض برنامج تدريبي يتضمن عدة مهارات مستوحاة من المهارات المقترحة في طريقة (ABA) و هي مهارات أولية في التعليم، تشمل مختلف مستويات النمو و تشكل قاعدة لبناء مهارات أخرى أكثر تخصص في المستقبل بإمكانها أن تسهل للطفل المتوحد التفاعل و الإندماج الإجتماعي في حدود إمكانياته و هذا ما سنتحقق منه لاحقا.

الجانب التطبيقي

الفصل السادس

الطريقة و الإجراءات المنهجية

الفصل السابع

عرض الحالات في إطار تلقين البرنامج

الفصل الثامن

عرض النتائج و المناقشة

الفصل السادس

الطريقة و الإجراءات المنهجية

• تمهيد

1. مكان إجراء الدراسة
2. مواضيع الدراسة
3. صعوبات البحث
4. منهج البحث
5. عرض البرنامج التدريبي المستمد من طريقة (ABA) و كيفية تطبيقه
6. تقنيات المستعملة في البرنامج المصمم
7. طريقة سير الجلسات
8. مدة التدريب
9. تقييم البرنامج

تمهيد:

تطلب منا تصميم البرنامج اقتراح نشاطات مكيفة مع مهارات و اهتمامات الطفل المتوحد و ربط هذه النشاطات مع ما يمكن أن يكون ذو معنى بالنسبة له و لمحيطه بحيث نمح الطفل بذلك دور و فائدة اجتماعية بطريقة تطور فيها من مهاراته و نعزز ثقته بنفسه، و في سبيل تحقيق مساعدة الطفل المتوحد و اختبار فرضيات بحثنا اعتمدنا على الطريقة و الإجراءات المنهجية التالية :

1. مكان إجراء الدراسة:

لقد تم تطبيق البرنامج التدريبي على الأطفال المتوحدين بعيادة أخصائية نفسانية أرطفونية و تتكون هذه العيادة من قاعة انتظار، مكتب أمينة، مكتب الأخصائية لإجراء الفحص النفسي للحالات و 3 قاعات مخصصة لتدريب و تعليم و علاج الأطفال المضطربين، حمامين، غرفة أكل.

يتواجد إلى جانب الأخصائية النفسانية الأرطفونية فريق عمل يتكون من 5 أخصائيين نفسانيين يقدم خدمات نفسية و علاجية للعديد من الإضطرابات التي تتمثل في عسر القراءة و الكتابة، الفشل و الرسوب الدراسي، التأخر العقلي، التأخر اللغوي البسيط و الشديد، التأناة عند الطفل و الراشد، الحبسة، كما يطبق بالعيادة طرق تربوية سلوكية لتطوير مهارات الأطفال المتوحدين.

2. مواضيع الدراسة :

أجرينا دراستنا على 3 أطفال متوحدين، اثنان من جنس ذكر و أنثى، تم تشخيص اضطراب التوحد لديهم من قبل طبيب العقلي أو / و مختص نفساني، تتراوح أعمارهم ما بين 6 إلى 7 سنوات و يختلف الشكل العيادي لإضطرابهم، و قد وقع عليهم الإختيار لأن نشاطات البرنامج التدريبي تتناسب مع حاجاتهم و لأنهم كانوا يرتادون بشكل يومي على العيادة مما يسمح بتطبيق البرنامج التدريبي مع مراعاة الحجم الساعي.

3. صعوبات البحث:

لقد اعترضتنا عدة صعوبات لإجراء هذه الدراسة بدءاً من البحث على مواضيع الدراسة إلى غاية تطبيق البرنامج التربوي السلوكي المقترح، فبالمؤسسات الطبية البيداغوجية لم تتوفر لنا عينة البحث لأن هذه المراكز لا تحوي أطفال متوحدين بإستثناء طفل واحد و هو طفل مسعف لا يمكن اعتماده في دراستنا. أما بالمستشفيات و الوحدات الصحية فالأطفال المتوحدين يأتون فقط من قبل عائلاتهم لإجراء فحوصات أو تشخيص لحالاتهم، و عليه لم يتوفر لنا بيئة تربوية مناسبة و منظمة لإجراء التدريب بما يتوافق مع حجم ساعات التدريب، كما لم تتوفر لنا الأدوات اللازمة لإنجاز البرنامج، لذلك قمنا بالعمل التطبيقي و اكتفينا به بعبادة الأخصائية الأطفونية لتوفر لوازم تطبيق البرنامج و كذا تواجد مواضيع الدراسة التي يمكن تطبيق عليهم البرنامج التعليمي بالحجم الساعي المقرر.

و قد شكلت طريقة تقييم البرنامج صعوبة بالغة نظراً لصعوبة قياس تقدم تطور مهارات الأطفال المتوحدين بدقة و كذا صعوبة التعبير عن كيفية حدوث التطورات التي تضمنت استجابات مميزة و متقاربة صعبت تقدير حجم تحصيل تقدم مختلف المهارات، أيضاً كان تعليم الأطفال المتوحدين جد صعب و تطلب منا الصبر و المثابرة لأن التطور بطيء و جعلنا نتساءل و نعيش حيرة كبيرة، كم سيستغرق الطفل من الوقت لإعطاء اشارات إيجابية تبعث الأمل فينا أمام المجهود الكبير الذي نبذله؟ و هل الإستجابات الناقصة و الإعتباطية التي يظهرها المتوحد تعد مشجعة أم تعبر عن فهم مميز للمتوحد يدرك معناه وحده و تشير إلى قاموس مختلف من المعاني و الإدراكات لا يفقهها الأفراد العاديين؟ هذه الإستفهامات و جو التدريب جعلنا نحس بالإحباط و العجز أحياناً، ليس من جانبنا فقط و لكن كذلك من جانب الأطفال المتوحدين الذين كان يصدر منهم من حين لآخر سلوكيات مقاومة للتعليم عند فشلهم في اظهار الإستجابة الصحيحة و أيضاً عند إعادة تدريبهم و طلب منهم إعادة الإنجاز، و على الرغم من هذه الصعوبات واصلنا التدريب حتى تحسنت استجابات المتوحدين التي شجعتنا إلى غاية أن تحقق نجاح

بعضها كليا، و على العموم حققت الحالات تطورات لا بأس بها و كانت قد تحدث هذه التطورات بشكل أفضل لو لا غياب مساعدة آباء المتوحدين و الذي صعب من مهمتنا و تطلب منا بذل جهد كبير.

4. منهج البحث:

بغرض التحقق من فرضيات البحث اعتمدنا على المنهج العيادي و التجريبي، استعملنا المنهج العيادي في ملاحظة الطفل المتوحد و في إجراء المقابلات مع أولياء المتوحدين لجمع المعلومات عن الحالة و كذلك في تحليل إستجابات المتوحدين على مختلف مستويات نشاطات البرنامج التدريبي المستمد من طريقة (ABA) و في تقييم نتائج التدريب على تطور الإتصال و الإندماج الإجتماعي. أما المنهج التجريبي فاستخدمناه في اختبار أثر تطبيق البرنامج ال تدريبي على تطوير مهارات الطفل المتوحد في ميادين المعرفة، السلوك، فهم و إنتاج اللغة و الإستقلالية، و تم ذلك بالإعتماد على الملاحظة المباشرة كأداة لقياس تطورات المتوحد باستمرار و ذلك على مستوى مختلف المهارات قبل و بعد تطبيق مهارات البرنامج التدريبي و باستعمال التعزيزات المناسبة كتحفيزات لإنجاز المهارات.

و فيمايلي لمحة نعرف فيها منهجي الدراسة و الأدوات المعتمدة في ذلك :

المنهج العيادي :

هو منهج علمي يستخدم في البحوث النفسية لدراسة اضطرابات الشخصية و الأمراض النفسية، كما أنه يستخدم أيضا في دراسة أنواع السلوك السوي و هو يقوم على أخذ الإنسان في موقف معين و على أنه حالة فردية تتطور و تتأثر حالته النفسية بالعديد من العوامل.

و يعتمد المنهج العيادي على مختلف وسائل و أدوات جمع ال معلومات المستخدمة في البحوث النفسية و التي تتمثل في الملاحظة، المقابلة و الإختبارات الموضوعية و الإسقاطية للشخصية.

الأدوات الإكلينيكية المعتمدة:

الملاحظة: تقوم على أساس تحديد الخصائص الظاهرية للحقائق والسلوكيات كما تحدث بطريقة منظمة، حيث تسير وفق قواعد و تصميم معين لبلوغ الهدف الذي أقيمت لأجله.

المقابلة: هي بناء علاقة شخصية تتجسد في حوار شفوي منظم، تحدد فيه أهداف دقيقة، و يتم خلالها استقبال المعطيات، تبادل المعلومات، و تحفيز الحالة على مواصلة الحديث (Nnahoum C, 1975,15).

المنهج التجريبي:

مجموعة إجراءات تتكون من ملاحظة الظواهر التي تخضع للتجريب العلمي للتحقق من صحة الفرضيات، حيث تعالج متغيرات الظاهرة المدروسة بتعزيز شروط معينة و يتم ملاحظة التأثيرات الممكنة لهذه الشروط على السلوك.

5. عرض البرنامج التدريبي المستمد من طريقة (ABA) و كيفية تطبيقه:

يتكون البرنامج التدريبي المعتمد من 9 نشاطات متنوعة، تم تنفيذها بطريقة شمولية، منظمة و منفردة بالنسبة لكل حالة. و لقد استخلصنا هذه النشاطات من جملة التمارين التي تقترحها طريقة التعليم (ABA)، مع مراعاة أن تكون مكيّفة مع مستوى نمو الأطفال المتوحدين الذين يشكلون مواضيع لدراستنا، و هي تعمل على تطوير عدة وظائف في مظاهر نمو الطفل المتوحد، و التي تترتب كالتالي: الإدراك، فهم اللغة و إنتاجها، الخيال، الإنفعالات، الإستقلالية و الحركة الدقيقة، و تساهم كل وظيفة من هذه الوظائف في تطوير مهارات جزئية ضرورية و هي الإنتباه البصري، التقليد و الفهم و التي من شأنها أن تخدم تطوير عملية الإتصال و الإندماج الإجتماعي، و تتمثل هذه النشاطات فيمايلي:

1. تصنيف حسب اللون:

المواد: أشكال متشابهة بألوان مختلفة (الأحمر، الأخضر، الأزرق، الأصفر أو لون آخر مغاير)، نستعمل 5 أشكال أو أكثر من كل لون، يمكن أن نستعمل في إنجاز هذه المهارة إما أشكال مقطعة من الكارتون أو الألعاب الفكرية مما هو متوفر في الأسواق.

الطريقة:

يجلس الطفل على طاولة العمل و يجلس المدرب أمامه أو على جانبه، نضع قطعة من كل لون على الطاولة، الواحدة تحت الأخرى. نمد الطفل بقطعة ملونة ليضعها بجانب الأخرى، من نفس اللون، إذا الطفل لا يعرف كيف ينجز العمل، نبين له كيف نقوم بذلك بالإشارة بالسبابة، إذا الطفل لم يتوصل لفعل ذلك، يضع المدرب القطعة الأولى بجانب الأخرى من نفس اللون، ثم يعطى للطفل القطعة الثانية إلى غيره ذلك من القطع إلى غاية أن يتوصل إلى إنهاء كل المهمة. يمكن أن نقوم بتجميع الأشكال ذات اللون الواحد في أوعية موضوعة على الطاولة، بحيث نضع في وعاء شكل أحمر وفي الوعاء الثاني شكل أزرق، و في الوعاء الثالث شكل باللون الأخضر ثم نمد الطفل بالأشكال الحمراء و الزرقاء و الخضراء، واحدة تلو الأخرى، و نشير إلى الوعاء الذي يجب أن يضعه فيها تبعا للون الشكل، إذا ما أخفق الطفل نعيد مده بالشكل و نطلب منه إعادة المحاولة، نواصل معه إلى غاية أن يضع جميع الأشكال تبعا للونها (Leaf. R et al, 2006, 166)

الهدف: تطوير الإنتباه البصري، تعلم إدراك و تمييز الألوان، تطوير مهارات الفهم و التقليد ، تطوير التآزر البصري الحركي مع تنمية المهارات الحركية الدقيقة.

2. تصنيف حسب الشكل:

المواد: أشكال مختلفة دائرة، مربع، مثلث، مستطيل

الطريقة: نضع كل شكل من الأشكال المختلفة في صف على لوحة المخصصة أو المصنوعة من مادة الكرتون، و نبين للطفل كيف يقوم بوضع الأشكال المشابهة في صف واحد مع الشكل الأول و هذا بالنسبة لكل شكل، ثم نترك الطفل ينجز المهمة و في حالة إخفاقه نساعدته على انجاز ذلك بحيث نعمل على وضع شكل بجانب الآخر، عندما يفهم الطفل نعطيه كل الموضوع لإنجازه بحيث يصبح في استطاعته تصنيف الأشكال بقليل من المساعدة.

الهدف: تطوير الإنتباه البصري، القدرة على فهم التصنيف أي انتماء الأشكال لنفس العائلة و إدراك الأشكال المختلفة.

المساعدة: نستعمل في نشاط تصنيف الألوان و الأشكال المساعدة الفيزيائية بتوجيه حركة يد الطفل والإشارة (pointage).

النشاط 2: تقليد أفعال بسيطة تتعلق بمناطق في الجسم و بفهم اللغة الإستقبالية:

المواد: مرآة

الطريقة:

يجلس المدرب مقابل الطفل أو بجانبه أمام المرآة و يعمل على جلب انتباه الطفل و يقول 'انظر إلي في المرآة' إذا لم يقم بذلك يوجه المعلم الطفل نحو المرآة، و عندما ينظر في المرآة يلمس المدرب عينه بالسبابة على مرأى من الطفل و يطلب منه هو الآخر لمس عينه. إذا لم يبدي الطفل رد فعل يقوم المدرب بأخذ سبابة الطفل بيده الأخرى و يعمل على لمس عينه و يقول ' ألمس عيني!' يكرر الإجراء إلى غاية أن

يتمكن الطفل من القيام بذلك دون مساعدة و يصبح سهل عليه التعرف على أحد أجزاء جسمه، يجب أن يحرص المدرب في كل مرة على متابعة الطفل له، و على مكافئته في محاولاته الصحيحة.

عند تمكن الطفل من لمس عينه 3 مرات بدون مساعدة، نضيف بقية أجزاء الجسم واحدة تلو الأخرى بالترتيب التالي: الأنف، الفم، الأذنين، الشعر، اليد، الرجل، الذراع

الهدف: تطوير التقليد و الحركة الدقيقة عن طريق الإشارة، فهم اللغة الإستقبالية البسيطة، التعرف بواسطة اللمس على مختلف أجزاء الجسم أي تطوير إدراك الصورة الجسمية (Schopler. E et al, 1993, 4)

النشاط 3: اللغة التعبيرية

النشاط: التمرن على قول نعم / لا:

المواد: نضع مجموعة من الأشياء التي يرغب فيها الطفل (قطعة حلوى، لعبة، فقاعات الصابون) و مجموعة الأشياء التي لا يرغب فيها الطفل (كنوع من الأكل)

الطريقة:

1- نختار قطعة حلوى أو لعبة مفضلة بالنسبة للطفل و التي يرغب فيها، ثم نريها له و أقول 'هل تريد هذا؟' ثم أشير بأصبعي إلى فمي و أقول 'نعم' مع إرفاق ذلك بحركة الرأس في نفس الوقت و الذي يدل على أنه يرغب في قطعة الحلوى أو اللعبة، عندما يتعلم الطفل هذا اللفظ، نؤجل إعطاؤه الحلوى أو اللعبة و نلمس شفاهه لنشير إليه بقول 'نعم'، ثم أكافئه كل ما أنتج صوتاً لتشجيعه على التقليد و المواصلة في ذلك، و هكذا شيئاً فشيئاً إلى غاية أن يعدل نطقه للكلمة.

2- التمرن على قول 'لا' لابد من أن يرافق تجربة مزعجة بالنسبة للطفل، مثل مذاق حامض، نطلب من الطفل 'هل يرغب فيه؟'، و نساعد على قول 'لا' (Leaf. R et al, 2006, 231).

الهدف: تزويد الطفل بوسائل للتعبير عن خياراته، تطوير فهم استعمال مفاهيم قاعدية.

3- نبدأ بتقليد الأصوات السهلة بالنسبة للطفل أو الكلمات الأحادية المقطع و نضيف الواحدة بعد الأخرى
تزامنا مع التحكم فيها: مثل : بابا، ماما. نركز دائما على الصوت أو المقطع الذي له أكثر احتمال لقوله و
يمكن أن نرفق ذلك بالصورة أو الموضوع حتى يعمل الطفل إشراك الأصوات مع المواضيع إذا كان هذا
لا يشوش عملية التعليم بالنسبة للطفل (Schopler. E et al, 1993, 195)

الهدف: وضع أسس اللغة المنطوقة بتفمية التقليد الصوتي و تطوير اللغة، رفع من كمية إصدار الأصوات
و تحسين النطق، كذلك التقليل من المصاداة و حصر اللغة النمطية الآلية.

المساعدة: تتمثل في مساعدة فيزيائية، حركية و شفوية و ذلك بإرفاق الصوت مع تعبير وجهي أو
الصورة التي تمثل الكلمة المراد تعلمها لتعلم نشاطات اللغة التعبيرية.

النشاط 4: تعليم مفه ي المكان

1- 'فوق' و 'تحت'

الطريقة:

نعلم الطفل وضع شيء للعبة في أماكن مختلفة في الأعلى و الأسفل بالنسبة لطاولة أو كرسي و الذي
يستعمل كمرجع، مثلا : ضع اللعبة فوق الطاولة

عندما يكتسب هذا المفهوم بالنسبة للطاولة، بنفس الطريقة نعلم الطفل مفهوم 'تحت' و ذلك باتخاذ الأوضاع
بالنسبة لطاولة.

2- 'داخل' و 'خارج'

نأخذ علبة كمرجع نستعمل كرات صغيرة و نطلب من الطفل مثلا وضع الكريات داخل الصندوق، ثم
وضعه خارج الصندوق. و يمكن استعمال صور التي توضح الطلب.

الهدف: تعليم الطفل حدث ذو اثر مرئي، تطوير التوجه في الفضاء و التعرف على مفاهيم المكان التي تربط المواضيع بالمحيط، إعطاء وسيلة لإيجاد أو وضع المواضيع في المحيط، تطوير الإنتباه السمعي بتطوير جزء أساسي في فهم اللغة و تنمية الذاكرة.

المساعدة: يرتكز هذا العمل على اتجاه الحركة، و هذا يعد صعبا بالنسبة للمتوحد الذي لا يتابع تلقائيا حركة الأشياء، لدى نستعين بإحساس الطفل بنشاط يد الراشد أي تقديم مساعدة فيزيائية، و تمثيل الوضعية (la démonstration)، (Leaf. R et al, 2006, 267).

النشاط 5: تعلم الإنفعالات

الطريقة: نعلم الإنفعالات الأساسية: فرح، حزين

على اللوح الذي يتضمن صور لمجموعة من الانفعالات، نعلم الطفل مختلف الإنفعالات عن طريق لعب الدور و ذلك بتمثيل الإنفعال المراد تعلمه على الوجه و الصورة، و على كل حالة انفعال يقول المدرب شفها 'فرح' أو 'حزين'، ثم نطلب من الطفل اظهار تعبير الوجه الذي يتوافق مع تعبير وجه المدرب وتعلية 'فرح' أو 'حزين'، بعد ذلك نطلب من المتوحد أن يؤول تعبير الوجه الذي يتوافق مع الصورة و وجه المدرب.

الهدف: التعرف على الحالات الإنفعالية، تطوير التعاطف و تسهيل التفاعل الإجتماعي (Leaf. R et al, 2006,239).

النشاط 6: تعليم الخيال

المواد: مكعبات، سيارة

الطريقة:

يتم بناء ديكور و تخيل وضعية من خلال هذا الديكور، و يمكن ذلك بإنشاء بواسطة المكعبات طريق افتراضي، و في آخر هذه الطريق يوجد مستودع، و يتم درجة السيارة إلى غاية المستودع أين يتم إدخالها مع إحداث صوت عند سير السيارة.

الهدف: زيادة من قدرة الطفل على الابتكار و الخيال و زيادة التفاعل الإجتماعي (Leaf. R et al, 1999, 188)

النشاط 7: 1. استخدام المرحاض

لإكتساب الإستقلالية في النظافة يمكن أن تحلل الوظيفة لمراحل كما يلي:

- نزع حفاظات كاملا في العيادة
- العمل على ذهاب الطفل إلى المرحاض كل 30د إلى 60 بعد ذهابه آخر مرة
- الأمر بنزع الملابس الداخلية، اذا لم يقم الطفل بذلك ننزعها جزئيا، و نكرر التعليلة انزع لباسك
- جلوس في المرحاض، و نعزز بقاء الطفل جالس بهدوء،
- إذا ما أنجز، نهزقه بحرارة، و نقوم بمكافأته
- بعد مضي 45 د نعيد الكرة

الهدف: تطوير إستقلالية الطفل في الممارسات اليومية المتعلقة بالنظافة، تسهيل الإندماج. (Leaf. R et al, 2006, 363).

النشاط 8: 1.2 ربط الحذاء:

المواد: خيط و لوح ذو 8 ثقوب

الطريقة: (قمنا بتوضيح كيفية إنجاز هذه المهارة اعتمادا على الطريقة المتبعة في تعلم مهارات الحركة الدقيقة لشوبلر (1993))

نتوضع وراء الطفل و نضع لوحة أمامه على الطاولة، نأخذ بيدي الطفل بحيث تعمل إحدى اليدين على شد اللوحة و أصابع اليد الأخرى (السبابة و الإبهام) تمسك الخيط و تعمل على إدخاله على مستوى الثقب الأول ثم على سحبه من الجهة الأخرى، بعد ذلك نربط الخيط بالثقب الموافق الموجود في الجهة المقابلة، و هكذا نكرر الإجراء حتى يفرغ الطفل من إتمام جميع الثقوب الموجودة على اللوح.

2.2 فك خيط الحذاء:

الطريقة:

يبين المدرب كيفية فك الخيط من الثقوب على لوحة الخشب، ثم يوجه أصابع يد الطفل لفك الخيط من كل ثقب و يلمر الطفل بسحبه، نكافئه و نكرر الإجراء عدة مرات، ثم نعمل على تقليل توجيهنا ليد الطفل حتى يتوصل تماما إلى فك الخيط من الثقوب بمفرده.

الهدف: تطوير التنسيق البصري الحركي، تطوير تنسيق الحركات الدقيقة للأصابع و إشرارك اليدين، و تطوير الإستقلالية في اللبس.

المساعدة: مساعدة فيزيائية، الإشارة، تعليمات شفوية، و تمثيل الوضعية.

النشاط 9:

المواد: خيط أو سلك مرن ملفوف بقماش لإبعاد الخطر عن الطفل ، كريات صغيرة ذات ثقبين تسمح

بمرور الخيط أو السلك في وسطها

الطريقة:

نعلم للطفل مسك كربة صغيرة بإحكام وسط أصبعيه الإبهام و السبابة و بأصابع اليد الأخرى مسك الخيط أو السلك، بحيث تساعد الطفل على توجيه يديه و عمل تنسيق بينهما للمسك و السماح بمرور الكريات عبر الخيط الواحدة تلوى الأخرى، بعد ذلك نقل من مساعدتنا تدريجيا عند تحكم الطفل في العملية (Schopler. E et al, 2000, 86

الهدف: تطوير التركيز البصري و التنسيق البصري الحركي، إشراك اليدين و التحكم في الحركات الدقيقة.

المساعدة: مساعدة فيزيائية، الإشارة، تعليمات شفوية و النمذجة.

6. تقنيات المستعملة في البرنامج المصمم:

استعملنا تقنيات النمذجة، المساعدة و التكرار، حيث قامت الباحثة بالسلوك كنموذج ثم تشير للطفل للقيام به، و إذا ما أخفق الطفل أو وجد صعوبات كنا نعمل على مساعدته من خلال توجيه حركته، أو الإشارة بالأصبع أو جلب انتباهه عند تشتته ليتم انجاز المهمة.

أما فيما يخص التعليمات الشفهية التي كنا نعطيها للطفل من أجل الإنجاز فكنا نستعمل كلمة 'أنظر إلى هنا' و التي تشير لسلسلة نوعية من التعليمات، و كنا نرفق هذه التعليمات الشفهية بإشارة حركية، ثم نبين كيف نقوم بالمهمة التي يجب إنجازها و كذلك استعملنا تعليمة 'ضع اللون أو الشكل مع اللون أو الشكل المشابه' و تعليمة 'قل' فيما يخص تعليم المهارات اللغوية.

✓ التعزيز:

ترتفع الإستجابات المناسبة و السلوكات المرغوب من خلال إجراءات التعزيز، و التعزيزات التي تم اعتمادها مع الحالات تمثلت في معززات معنوية (bravo)، القبل، المعانقة و الإبتسام) و التي

استعملت أثناء التدريب على المهارات الموضوعية التي لا تحوي جانب اللغوي في التدريب، في حين اعتمدنا على المعززات الغذائية (حلوى، شوكولاتة، عصير ...) في التدريب على الأنشطة التي تحوي على المهارات اللغوية في التدريب و ذلك حتى نتجنب وقوع الطفل في خلط بين التعزيزات الشفهية و التعليمات الشفهية.

7. طريقة سير الجلسات:

و قد خصصت الجلسات الأولى من البرنامج للتعرف على الأطفال و إشاعة روح المودة و المحبة بيننا وبينهم مع إعداد البرنامج و تطبيقه و تسجيل استجابات الطفل قبل الشروع في التدريب، ثم قمنا في إطار إشراك الآباء بتقديم شروحات وافية عن البرنامج، كيفية و مدة تطبيقه، و مكن الأولياء من التعرف على الأدوات المستعملة في البرنامج و كيفية استخدامها، و قدمنا نماذج عن تطبيق بعض النشاطات لتسهيل مهمة الآباء في مساعدة أطفالهم، كما أوضحنا الدور الفعال الذي تلعبه تقديم الحوافز المناسبة (الإشراف العملي) في استجابة الطفل بتسهيل عملية التعلم البسيط و أيضا قمنا بتوضيح الأهداف المرجو تحقيقها. بعد ذلك قمنا بتعليم المتوحدين في الجلسات الأخرى مهارات التواصل البصري و التقليد، مهارات فهم و انتاج الأصوات و الكلمات اللغوية و الإسهام في إحداث التفاعل، كما عملنا باستمرار على تقييم نتائج تطبيق البرنامج.

8. مدة التدريب:

استغرقت مدة تطبيق البرنامج التدريبي 6 أشهر، بمعدل 3 حصص أسبوعيا، حيث تخصص كل حصة بحوالي ساعتين من التدريب لتعليم جميع النشاطات، و ذلك حسب طاقة انجاز المتوحد و ايقاعه الخاص. و يسمح للطفل باستراحة لمدة دقيقة إلى دقيقتين بعد كل 10 إلى 15 دقيقة من التدريب، ليباشر بعدها تعلم المهارة الموالية و هكذا حتى يفرغ من تعلم جميع المهارات، و ينهي بذلك عدد الساعات المحددة في اليوم، و ذلك على مدار 3 أيام في الأسبوع، و بالتالي يتدرب كل طفل 6 ساعات أسبوعيا، ما يعادل 24 ساعة

شهريا لكل طفل. و تم تطبيق البرنامج من قبل الباحثة نفسها و بإشراف الآباء لمتابعة التدريب في المنزل، لكن مساعدتهم في تعليم أطفالهم كانت منعدمة بالنسبة للحالة الأولى و الثالثة و قليلة جدا بالنسبة للحالة الثانية حيث اقتصرت فقط على مهارتين، و النتائج المحصل عليها هي النتائج التي توصلت إليها الباحثة جراء تدريبها لهؤلاء الأطفال، و إن حصل الطفل على مساعدة من قبل الآباء فإحتسابها صب مباشرة في النتائج المحصل عليها من قبل الباحثة خلال جلسات التدريب.

و نشير إلى أنه تم التوقف عن تدريب بعض النشاطات كلما نجح الطفل المتوحد نجاحا تاما في إنجاز و إتقان المهارة و تخص هذه النشاطات مهارات التصنيف و ملأ الخيط، أما بالنسبة لبقية النشاطات فقد تم تدريب المتوحدين عليها طيلة مدة 6 أشهر باستثناء مهارة تعليم الإنفعالات و الخيال التي بدأنا تعليمها ابتداء من الشهر الثالث.

9. تقييم البرنامج:

تم تقييم مستوى انجاز مهارات التعليم المقترحة في البرنامج باستعمال شبكة ملاحظة كالاتي :

- انجاز ضعيف بدرجة شديدة (غير مكتسب) و يتحصل الطفل على نسبة انجاز تقدر ب 0 %
- انجاز بدرجة بسيطة (مكتسب قليلا) و يتحصل الطفل على نسبة انجاز تقدر ب 25 %
- انجاز بدرجة متوسطة (مكتسب متوسط) و يتحصل الطفل على نسبة انجاز تقدر ب 50 %
- انجاز صحيح (مكتسب) و يتحصل الطفل على نسبة انجاز تقدر ب 100 %، و يحتسب ذلك كلما أنجز الطفل المهمة 3 مرات دون تقديم المساعدة له.

نعني بتقدير غير مكتسب الإخفاق في الإنجاز، أما تقدير مكتسب قليلا فنعني به أن إنجاز الحالة تم بمساعدة من قبل المدرب، في حين تقدير متوسط هو استجابة لتعليمية المدرب لكن بمحاولات خاطئة أي فهم الشكل العام للتمرين لكن بارتكاب أخطاء في الإستجابة، أما تقدير مكتسب فيمثل استجابة صحيحة و

يساوي عدد العلامات (*) عدد الاستجابات التي تم تحصيلها. و نشير أن تقييم نتائج تدريب الآباء لأطفالهم في المنزل انعكس نتائجه مباشرة على الإستجابات المحصل عليها من خلال حصص التدريب، لكن لم يحدث متابعة لتدريب هذا البرنامج في المنزل من طرف الآباء باستثناء الحالة الثانية التي تلقت قليلا من التدريب فيما يخص مهارة تطوير اللغة و التعرف على أعضاء الجسم لكن ليس بشكل مكثف، أما بقية الحالات فلم يتم تتبعهم من قبل الآباء بحجة أنهم لا ينضبون أثناء التعليم مثل ما يتصرفون به في العيادة، كما تبرز أمهات الحالتين (1) و (3) أنهن لطالما حاولن مع أطفالهم و لا جدوى من مجهوداتهم المبذولة، و قد أظهرت هاته الأمهات افتقاد للإستعداد و الجدية في التدريب، كما تقاعست في توفير الأدوات المناسبة وأمام ذلك كان لزو ما علينا المباشرة في تطبيق البرنامج بمجهودنا الفردي.

الفصل السابع:

عرض الحالات في إطار تلقين البرنامج

- تقديم الحالات
- عرض نتائج تطبيق نشاطات البرنامج
- ملخص استجابات الحالات في جداول
- استنتاج حول استجابات الحالة على مختلف مهارات البرنامج التدريبي

• تقديم الحالات

الحالة الأولى:

(س.ش) طفلة مصابة بالتوحد تبلغ من العمر 7 سنوات، ذات بنية قوية تظهر أكبر من سنها، تابعت بعض حصص التعلم السلوكي لدى الأخصائية الأطفونوية، طورت خلالها مهارات التقليد و الإستقلالية في تناول الأكل و النظافة و كذا الإلتزام بالجلوس على الكرسي خلال التعليم لكن ليس بشكل تام، مما يستدعي تخصيصها ببرنامج عمل تدريبي مكثف يستلزم تدخل الآباء للدفع بها لتطوير هذه المهارات و إكتساب أخرى.

(س.ش) هي البنت الكبرى، لها أخت عمرها 3 سنوات، الأب و الأم عاملين، ولادتها كانت صعبة، لم تصرخ عند الوضع مباشرة. تمت حضانتها من قبل مربية في البيت أثناء عمل الأم، و كانت تظهر منذ ولادتها رخوة مما جعل الأم تتابع لها حصص تدليك بالمستشفى منذ اليوم 17 من ولادتها ثم توقفت عن ذلك بعد بلوغها 3 أشهر، كان نمو أسنانها طبيعياً، و بدأت المشي في الشهر 17، ثم بدأت في لفظ كلمة 'بابا' و 'ماما' في الشهر 18 لكنها توقفت عن هذا النطق بعد عدة أشهر، مما دفع إلى عرضها في سن عامين و نصف على طبيب أعصاب عقلي الذي شخص أن لديها تأخر عقلي خفيف، و في سنة 2007 شخص طبيب عقلي اصابتها بالتوحد. تم التحاقها بالحضانة لمدة 3 سنوات، و بعد انتهاء هذه المدة و نظراً لغياب مؤسسات تستقبل هذه الفئة من الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، تابعت (س.ش) حصص تعلم بعيادة الأخصائية الأطفونوية تم من خلالها تطوير جزئياً مهارات التقليد و الإستقلالية في تناول الطعام و استخدام المراض.

إن ملاحظتنا للطفلة و قيامنا بتطبيق بعض النشاطات عليها و كذا إجراء المقابلة مع الأم مكنتنا من عمل تقييم لمهارات الطفلة و تحديد صعوباتها و المهارات التي يتطلب تدريبها عليها بتخصيصها ببرنامج عمل فردي و تلخصت ملاحظتنا و التقييم الذي أجري عليها فيما يلي:

- وجود ضعف في التناسق اليدوي التلقائي و ضياع التحكم في الحركات الدقيقة للأيدي و المتمثلة في صعوبة و صلابة حركة الأصابع بشد المواضيع بطريقة صلبة، إتواء اليدين، حبس اللسان و العبث به بمصه في جانب الفم أحيانا و القيام بعمل صرير بالأسنان أحيانا أخرى و كذلك إغلاق الفم بشدة و صعوبات في المضغ.

- عدم الإستقامة في وضعية الوقوف، ارتجاج في المشي و الرغبة في الجلوس سريعا و صلابة حركة الأعضاء السفلية بالإضافة إلى ضعف في استنشاق الهواء.

- عدم تحكم الطفلة في وظيفة الإخراج حيث لا زالت تلبس حفاظات في المنزل.

أما فيما يخص اللغة فنجد غياب الكلام و التقليد اللغوي، في حين كانت تفهم بعض التعبيرات الأولية كاجلسي، انهضي، صافحيني.

أما مهارات تصنيف الأشكال و الألوان فكانت في طريق الظهور و بقية المهارات لم تكن تعرف القيام بها. و لقد تميز انجازها في الشهرين الأولين ببطء كبير، حيث كانت تتوقف في عدة مرات و تشرذ أو تصدر صوتا للتوقف، و في مرات أخرى لا تركز على الموضوع الذي تريد انجازه و إنما تثبت نظرها و لا تصيب الهدف و حسب الأعراض التي تقدمها فهي مصابة بتنازل 'ريت' و تحتاج إلى تخصيصها ببرنامج تدريبي نوعي مكيف حسب قدراتها، يكمل الإكتسابات السابقة و يطور مهارات أخرى، يطبق في العيادة و المنزل بمشاركة الأم.

لكن هذا البرنامج التدريبي الذي خصصنا به الطفلة تم تطبيقه فقط من طرف الباحثة دون مشاركة الأم في التدريب رغم أنها أبدت استعدادها في القيام بذلك و يرجع غياب مساهمتها لعدم وجود ارادة حقيقية لمساعدة الطفلة على تطوير مهاراتها نتيجة رفض الأم للإعاقه و يظهر هذا الرفض في تحميلها مسؤولية عدم تطور مهارات طفلتها إلى اهمال الذي تتلقاه بالعيادة متناسية الدور الأساسي في التدريب الذي يجب أن تقوم به كأم و مربية، كما يظهر رفض الأم في اهمالها لمظهر و نظافة الطفلة و كذلك في تأكيد الأم

على نقلها للتكفل بها خارج الوطن و هذا الإهتمام يخفي في طياته عدم تقبل الأم للطفلة، كما صرحت الأم في مقابلتنا معها بعدم جديتها في تدريب طفلتها على النظافة نتيجة لإنشغالها بالعمل و عودتها متعبة. بالإضافة إلى ذلك لم تساهم المربية المشرفة على الطفلة في التدريب على البرنامج بل كانت تعلم الطفلة بعض مهارات التصنيف لتطوير بشكل أولي الإنتباه البصري و التقليد لكن تعليم هذه المهارات لم يتم التدريب عليه بشكل مكثف و مستمر لإنشغال المربية بتعليم عدة أطفال آخرين، كما كانت المربية تقوم بتدريب الطفلة على استخدام المراض خلال تواجدها بالعيادة و واصلنا نحن التدريب على هذه المهارة خلال جلسات التدريب، و مكن تواجدها بالعيادة من الإستفادة من الإحتكاك مع غيرها من الأطفال خلال نشاطات تعليمهم التي كانت تقوم بها المدربة. و قد قمنا بتطبيق البرنامج التدريبي لمدة 6 أشهر حيث استغرق تدريب تعليم بعض المهارات المدة بأكملها و تمثلت هذه النشاطات في مهارة فهم و انتاج اللغة و المهارات الحركية التي تتطلب تنسيق بصري، حركي و فكري، في حين تم التوقف عن تدريب مهارات تصنيف الألوان و الأشكال و مهارات الحركية البسيطة عند نجاح أدائها بشكل تام، أما مهارات تعليم الإنفعالات و الخيال فقد تم تعليمها لاحقا بعد توطيد علاقاتنا مع الطفلة و استغرق التدريب عليها 4 أشهر. و تميز سير الحصص الأولى من تدريب الحالة (ش) باتصال صعب حيث أكثرت البكاء و كانت لا تحب القيام بأي نشاط، و كلما تم حثها على الإنجاز كانت تبكي بكثرة، كما تميزت بالبطء في إنجاز مما تطلب جهدا، وقتا و صبرا كبيرا، بعد ذلك ألفت جو العمل و كانت استجابتها بالنسبة للأنشطة التي تم تدريبها عليها كالتالي:

النشاط الأول: الإشتراكات

1. مهارة تصنيف الألوان:

عند اختبار مهارة تصنيف الألوان عند الحالة (ش)، كانت هذه المهارة في طريق الظهور حيث كانت تقوم (ش) بتصنيف المكعبات تبعا للونها، لكن بارتكاب أخطاء من حين لآخر، لذلك تم تدريبها على إكتساب هذه المهارة بمعدل حوالي 10 إلى 15 د في الحصة الواحدة حسب إيقاع الإنجاز و إلى غاية أن توصلت (ش) إلى تصنيف الألوان واحدة جانب الأخرى بشكل صحيح في مدة 4 أشهر، أين تم التوقف عن التدريب على هذه المهارة. و قد حفزنا الإستجابات الصحيحة في الإنجاز من خلال التعزيز اللفظي بقول 'برافو' و التصفيق. و نشير أن تدريب (ش) على هذه المهارة استغرق وقتا أكبر نظرا لصعوبات الحركة الدقيقة التي تظهرها و كذا عدم حفظها للإنتباه لمدة طويلة حيث كانت تتميز بنظر محيطي، مما كان يستوجب إعادة جذب انتباهها بالإشارة إلى القطعة الملونة التي يتطلب منها تصنيفها بين الحين و الآخر، حتى توصلت شيئا فشيئا إلى تصنيف الأجزاء الملونة كل على حدة مع إطالة مدة التركيز و الإنتباه للموضوع المنجز نسبيا.

2. مهارة تصنيف الأشكال:

استغرقت مهارة تصنيف الأشكال 4 أشهر و اتبع نفس الإجراءات المتخذة في تصنيف الألوان لا سيما و أن هذه المهارة كانت هي الأخرى في طريق الظهور، و لقد لاحظنا تقدم الطفلة في تصنيف الألوان عن الأشكال في الزمن و الجدول المرفق للإستجابات يوضح ذلك، و يرجع ذلك إلى الجاذبية و التأثير البصري التي تحدثه الألوان عن الأشكال و كذا لصعوبة ادراك مفهوم الشكل من قبل المتوحد، حيث يتطلب معرفة الأشكال عملية عقلية كبيرة لإدراك حدود جسم المجسمات و أبعادها في الفضاء. و لقد انتهينا في الأخير إلى تحقيق نجاح في تصنيف الأشكال مثل الألوان، و هذا يرجع إلى طبيعة ذاكرة الطفل المتوحد و التي هي ذاكرة مرئية، حيث يرتفع مستوى أداء المتوحد و يكون أفضل في المهارات التي لا تتطلب مهارات لغوية، و قد ساهم نشاط عمل الإشتراكات بالنسبة للألوان و الأشكال في تطوير مناسب

لمهارة الإنتباه البصري، التقليد الحركي و الفهم بتعلم إدراك و تمييز الألوان و الأشكال و القدرة على فهم التصنيف و انتماء الألوان و الأشكال لنفس العائلة و كذلك تطوير استخدام الحركة الدقيقة للأصابع بما يتوافق مع الموضوع المنجز.

النشاط الثاني: تقليد أفعال بسيطة تتعلق بمناطق في الجسم و بفهم اللغة الإستقبالية:

استغرق تعلم هذا النشاط مدة 6 أشهر، بمعدل حوالي 20 دقيقة أو ما يزيد عن ذلك بالنسبة لكل حصة، و أظهرت (ش) أثناء التدريب على تعلم هذه المهارة قلق، بكاء و تدمير شديد، حيث كانت تبدي مقاومة كبيرة تتطلب جهداً لإعادة جذب انتباهها لأجل تعلم التعرف على أعضاء جسمها، و قد تم في بداية التدريب تعليمها التعرف على عضو 'العين' من خلال إرفاق التعليم الشفهية بحركة مس العين من طرف المدربة ثم العمل على تقليد الطفلة لهذا الفعل، لكن تميزت حركة رفع (ش) ليدها و توجيهها نحو الوجه إلى غاية العضو المطلوب ببطء في التنفيذ و صلابة في التوجيه، مما كان يستلزم منا تقديم المساعدة للحالة برفع يدها قليلاً لتكمل سحبها اتجاه وجهها و هكذا حتى توصلت إلى لمس العضو صحيحاً عند إصدار التعليم 'لمس عيني'. بعد ذلك تم الانتقال إلى تدريب الحالة على العضو التالي المتمثل في الأنف و الذي اتبع في تعليمه مثل ما جرى بالنسبة للعين إلى غاية أن توصلت الحالة إلى الاستجابة صحيحاً لتعليمه لمس هذا العضو، و رغم ما تم تحقيقه إلا أن هذا لم يمنع إطلاقاً من حدوث خلط في الإستجابة بين التعليمتين الشفهيتين، حيث بعد اظهار الحالة لاستجابات صحيحة عند تدريبها على عضو 'الأنف'، كانت تستجيب استجابات خاطئة عند مراجعة عضو العين و ذلك بالإشارة إلى 'الأنف' برصد آخر تعليمه تم تدريبها عليها، و كنا نقوم بتصحيح هذه الأخطاء و نعيد تعليمه العضو الذي سبق تعلمه في نفس الجلسة التي تم تدريبها على العضو الآخر، فكانت تنجح استجابات الحالة أحياناً و كانت لا تستجيب أو تخطأ في أحيان أخرى مع صعوبة في التحكم و توجيه حركات اليد نحو الوجه، أي نلمس حدوث تراجع و ليس دائماً حدوث تطور لما سبق تعلمه خلال حصص التدريب و هذا ما توضحه الإستجابات في الجدول. و لقد قمنا بتعزيز الإستجابات الصحيحة للطفلة بتقديم قطع من الحلوى 'شوكولاتة' و عملنا على حرمانها منها عند

خطئها في الإستجابة أو عدم استجابتها، لكن ما لمسناه لدى الحالة هو عدم مبالاتها و وعيها بالتعزيز المقدم لها، حيث كانت استجابتها تصدر نتيجة التعليمات الشفهية فقط، و لم نلاحظ وجود دافع بغرض الحصول على المكافأة.

إن خلط الحالة للإستجابات يرجع لعدم وجود تمييز سمعي بين التعليمتين و افتقادها لإدراك الدلالة المعرفية للأصوات اللغوية، لهذا كانت استجابتها في حركات عشوائية نحو أعضاء الوجه، و زادت في أخطائها اضطرابات التحكم في قدراتها الحركية، كما تدل استجابتها على أنها ذات عجز في فهم و ادراك الأعضاء التي تشكل صورتها الجسمية و لم تتمكن من فصل بين هذه الأعضاء عن بعضها في إطار الجسم ككل.

أما بالنسبة لبقية الأعضاء المتمثلة في الشعر، اليد، الرجل و الذراع، فإكتفينا خلال حصص التعليم بتطوير التقليد عن طريق لمس هذه الأعضاء و الذي كان يتم بمساعدة من المدربة نظرا لصعوبات الحركية الكبيرة للطفلة و التي أثرت في توجيه حركة اليد و الأصابع للإشارة إلى هذه الأعضاء، و لم نضف في تعليم هذه الأعضاء التدريب على الإستجابة المباشرة للتعليمات الشفهية التي تتعلق بلمس هذه الأعضاء لأن التعرف على عضوين العين و الأنف لم يتحقق بشكل تام و كاف يستدعي الإنتقال لتعليم الأجزاء الأخرى.

لقد تميزت هذه الحالة بتطور ضعيف و محدود نظرا لإضطراب مهارة التقليد الحركي الناجم عن الصعوبات الجمة في توجيه و تنسيق حركة اليدين و الأصابع (الحركة الدقيقة) و كذا صعوبة التنسيق البصري الحركي، بالإضافة إلى أن اضطراب تمييز الأصوات اللغوية بعدم ادراك و فهم التعليمات الشفهية أخلط استجابات الطفلة و هو يدل على عدم قدرتها على تنشيط المساحات العصبية الخاصة بالتعرف على اللغة أو ضعفها، هذه المساحات المضطربة وظيفيا تتواجد بالخصوص على مستوى الفص الصدغي الهام في ادراك الأصوات اللغوية و المعرفة و السلوك الإجتماعي، و هي واحدة من مجمل

المساحات المختلة على مستوى الجهاز العصبي للمتوحد التي تعوق بشكل كبير طريقة استيعاب المخ للمعلومات و معالجتها.

إن ضعف إستجابات الحالة يعني فشل ادراك صورتها الجسمية و استقلاليتها كفرد قائم بذاته، و ادراك وحدتها كفرد يستمد من علاقة الأم و الأسرة و التي هي علاقة مضطربة تفتقر للأمن و الحب و يظهر ذلك في غياب تقديم المساعدة و انعدام المساهمة في تطوير قدرات الطفلة في جميع الميادين و تحقيق استقلاليتها كفرد و فشل ادراك الذات بالضرورة هو فشل ادراك الآخر مما يؤثر سلبا على إشراك الآخر في الإهتمامات و التواصل الإجتماعي.

وبالرغم أن (ش) لم تتمكن من التعرف على صورتها الجسمية بشكل صحيح، لكن نعتبر محاولاتها و لو كانت خاطئة هي إيجابية لأنها كانت في تفاعل مع المدرب و ما تم تحقيقه من نتائج رغم ضعفها سهل قليلا حركة اليدوية لليدين و طور بصفة قليلة مهارات الإنتباه البصري و التقليد و الذي لا زال يتطلب تدريب مكثف و مستمر.

النشاط الثالث: اللغة التعبيرية

استغرق التدريب على هذه المهارة مدة 6 أشهر، حيث تطرقنا إلى تعليم بعض المفردات البسيطة و الأولية التي تمثلت في قول "بابا"، "ماما"، "تعم"، "لا" و تم استخدام تقنيات التشكيل (façonnement) حيث عند تعليم هذه الكلمات عززنا نطق الأحرف الأولى من المفردات، مثلا كلمة 'بابا' دربنا الطفلة على نطق حرف الباء، لكي نقوم بتشكيله فيما بعد (با) ثم 'بابا'، لكن عدم ترديد الحرف سواء بالتقليد الحركي أو الصوتي أدى بنا إلى ترديد هذه الأحرف على مسامع الطفلة (ش) في كل حصة حتى نثري الرصيد الصوتي و لربما تتمكن الطفلة من تقليد الأصوات التي تسهل عليها، لكن لم يتحقق شيئا من هذا، و خلال الشهر الثالث لفظت الحالة (ش) بعض الكلمات و الأصوات أثناء التعليم تمثلت في "بابا رواح" و لفظ تكرار لحرف 'الدا' في إشارة إلى رغبتها الذهاب لدورة المياه، ثم أصبحت تردد "أعطني"، حيث انحصرت اكتساباتها اللغوية في هذه الكلمات التي هي تكرار لكلمات مسموعة قبلا، و هي استجابة و رد

لتعليمات المدربة حيث تعرف الطفلة (ش) أن أحد يخاطبها و لا بد أن يتود عليه، فنستخدم ما حفظت من كلمات ذات دلالات معينة لإيجاد رد للمتحدث، واختيار هذه الكلمات كانت تخرج عن سياق محتوى التعليم، و يرجع استعمالها إلى الحاجات الأولية بيولوجية (أكل، حمام) و النفسية (بابا رواح) التي تأمنها هذه الكلمات، كما يدل تكرار هذه الكلمات أن الذاكرة اللغوية هي انتقائية و مميزة. و نشير إلى أننا قمنا بمكافأة الطفلة كلما نطقت بهذه الكلمات رغم أنها خارجة عن نطاق الأصوات المطلوب ترديدها و ذلك من أجل الرفع من كمية إصدار الأصوات، لكن توقفت (ش) في بعض الحصص عن ترديد ما سبق أن رددت من أصوات و التزمت الصمت التام.

إن عجز إدلاء الحالة (ش) بالأصوات اللغوية المطلوبة يرجع إلى اعتماد اللغة التعبيرية في جزء كبير منها على الجانب الحركي في الإنجاز و الذي هو مضطرب عند الحالة، كما أن الطفلة (ش) لم تتمكن من انجاز الإشارة بالرأس ب"نعم" و "لا" و هذا نتيجة الصعوبات الحركية للطفلة و كذا لأن المتوحد ذو اختلالات في فهم معنى الرمز سواء كان صوتي أو حركي و ذو عجز في ربط الدال بالمدلول، و بهذا لم يتحقق تطور في إنتاج اللغة الشفهية و لا في التقليد الحركي، لكن حصل انتباه بصري لكيفية إلقاء الحروف أثناء عملية التعليم دون القدرة إلى الانتقال إلى مرحلة التقليد الشفهي.

النشاط الرابع: مفاهيم المكان

استغرق تعليم هذه المهارة 6 أشهر و تم تدريب الحالة على وضع الموضوع في أماكن مختلفة داخل و خارج الصندوق، ثم أعلى و أسفل الطاولة، و كانت البداية بإعطاء نموذج عن العملية ثم وضع الموضوع في متناول الطفلة و اصدار التعليمات مع تقديم إشارة توجيه لوضع الموضوع في المكان المناسب و الصحيح، و تدريجياً بدأنا نقل من تقديم هذه المساعدة، و أصدرنا فقط التعليمات الشفهية الخاصة بكل مفهوم على حدة و كانت الطفلة تستجيب صحيحاً لكن بانتقال إلى مفهوم آخر كانت تستجيب بأخر استجابة للتعليمات الشفهية التي سبقت و بالتالي فمحاولتها خاطئة و كنا نعمل على تصحيحها بإعادة الإشارة للطفلة، لكن مع كل حصة موالية كانت تخطأ بين كل مفهومين محدداً بنفس المعلم بمعنى أخلطت بين مفهوم فوق

و تحت من جهة و أعلى وأسفل من جهة أخرى، مما كان يستدعي إعادة التدريب من جديد في كل حصة و كلما انتهينا من مفهوم و انتقلنا إلى التعليم الخاصة بمفهوم المكان الآخر كانت تستجيب الطفلة بأخر استجابة لتعليم الشفهية السابقة التي تم تحصيلها نظرا لضعف قدرتها على التمييز الصوتي للتعليمات، كما أنه في بعض جلسات التعليم على هذه المهارة كانت الحالة بمجرد مسكها للموضوع تقوم بوضعه فوق أو تحت قبل اصدارنا للتعليم الشفهية، مما يدل أن ذاكرة الطفلة تتميز بلُفها مرئية أكثر منها رمزية حيث تلتقط الوضعية في شكلها و تستعيدها بنفس الكيفية، كما أن استجابتها المختلطة للتعليمات الشفهية تشير إلى أن المتوحدون يتميزون باضطراب في الرمزية على المستوى السمعي و يظهرون صعوبات نوعية لتحليل معنى الإدراكات المجردة و عجز في إعطاء معنى للأشياء و الوضعيات، و هذا العجز في تطوير الإنتباه السمعي و الفهم و صلابة طريقة التفكير هو عجز معرفي تطرقت له النظرية المعرفية.

النشاط الخامس: تعلم الإنفعالات

استغرق تعليم هذه المهارة 4 أشهر، حيث كنا نقوم بعرض اللوحتين التي تمثل انفعالات 'الفرح' و 'الحزن' و نسمي كل تعبير وجهي على حدة و نقوم بتمثيله على وجهنا (وجه المدربة) على مرأى الطفلة، بعد ذلك نعرض اللوحتين على الطفلة و نطلب منها اظهار تعبير الوجه الذي يتوافق مع تعبير وجه المدربة و تعليمة 'فرح' أو 'حزين'، في البداية كانت الحالة ترتكب أخطاء و كنا نصحها إلى غاية أن توصلت بنجاح إلى التعرف على هذه الإنفعالات، لكن كانت في بعض الحصص تخطأ في التعرف على تعبير 'حزين'. كما فشلت في تمثيل هذه الإنفعالات على وجهها و هذا يرجع إلى فشلها في تمثيل الجسم و أجزائه نظرا للصلابة الحركية التي تميز تنازل 'ريت'، و عدم ادراك صورة الجسم لا يسمح اطلاقا بفهم و نجاح مهارة تعلم الإنفعالات التي لا يمكن أن تمثل خارج نطاق الجسم، كذلك ساهم جمود حركات عضلات الوجه في فشل تمثيل الإنفعالات حيث أن الحركة تتدخل في تطوير مهارات التواصل الاجتماعي و تؤتبط بوظائف الدماغ المتصلة بالوظائف الحسية و المشاعر و اظهار التعاطف مع الآخرين، كما يرجع عدم تمثيل هذه الإنفعالات إلى غياب إدراك مشاعر الذات التي تتعدى من العلاقات الأولية و من الإستجابات الإجتماعية

التي يعيشها الطفل في محيطه و في تفاعله مع الآخرين و عدم استفادة المتوحد من الخبرات الإجتماعية المتوفرة في محيطه يعرقل إمكانية إعطاء معنى لهذه العلاقات و التفاعلات الإجتماعية و يخل بفهم و ادراك اختلاف هذه المشاعر في الشخص الواحد، كما يعجز المتوحد على توظيف و تمثيل هذه الخبرات في اللعب الخيالي كما توضح المهارة الموالية.

النشاط السادس: تعلم الخيال

استغرق تعليم هذه المهارة 4 أشهر و لم نلمس أي تطور لهذه الوظيفة، و ما تم انجازه انحصر في تقليد حركة المدربة بدفع السيارة في المسار المخصص لبلوغ المستودع في حركة روتينية خالية من التجديد، الإبتكار و التلقائية. و قد تميزت هذه الحركة بالعشوائية و الإنحراف عن مسارها نظرا ل عدم قدرة الطفلة على ضبط حركة رفع ذراعها بتناسب مع المدة التي يستغرقها سحب السيارة بالمسار و كذلك صعوباتها في احداث التنسيق البصري الحركي بالشكل الذي يتطلبه انجاز المهارة. كما أن حركة دفع السيارة في المسار تميز بغياب اسقاط أحداث على اللعبة بإحداث صوت للسيارة أو لمنبهها، مما يدل على قصور في اللعب التخيلي و التلقائي و انعدام المبادرات للتظاهر باللعب، حيث يظهر المتوحد قصور على تمثيل الموضوع بشيء آخر، و هذا نتيجة اختلال وظيفي يفسره بعض الباحثين أمثال (Utah Frith, Baron- Cohen, Marian Sigman) بعيوب في نظرية العقل

إن قدرات الخيال و إدراك الإنفعالات ينمى عن طريق العلاقة التي تنشأ بين الطفل و الأم بإحساس الطفل بالحب، التشجيع و التقبل، و هذا ما تفتقده الطفلة في وسطها العائلي نتيجة للرفض الذي تظهره الأم التي لم تساعد في التكفل بطفلتها خصوصا و أنها مرأة عاملة، و كانت تفكر في نقل طفلتها إلى الخارج للتكفل بها، و لقد عملنا على توضيح لها الدور الهام الذي تلعبه في تحسين قدرات طفلتها، لكن كانت تجلبها يوميا إلى العيادة مكتفية بما يقدم لها من تعليم لبعض مهارات التصنيف و التدريب على استخدام المراض و كذا الإحتكاك مع غيرها من الأطفال، مما يدل على وجود اضطراب في علاقة الأم بالطفلة و بعد في

التفاعلات الوجدانية و الإجتماعية التي عمقت الإضطراب و حالت دون تحقيق تطور في مهارة الخيال و العديد من المهارات الأخرى و التي تتأسس من العلاقة الآمنة أم - طفل.

النشاط السابع: ملأ الخيط

تم تعليم الطفلة مهارة ملأ السلك بالكريات، بحيث كنا نقوم بمساعدتها على مسك السلك الملفوف بين أصبعي السبابة و الإبهام بأحد اليدين في حين تمسك الكرية بنفس أصابع اليد الأخرى، ثم تعمل على إدخال الكرية في السلك، تثبيتها ثم انزلاقها إلى قاعدته، و نفس العملية تتبع بالنسبة لجميع الكريات حتى يفرغ منها. و قد اعترضت الحالة صعوبات في ضبط حركة الأصابع و اليدين و إحداث التناسق ما بينهما لكن من خلال تقديم التوجيه و المساعدة اليدوية، تمكنت في ظرف 3 أشهر من النجاح بشكل تام في انجاز هذه المهارة، و يرجع ذلك إلى بساطة هذا النشاط مقارنة بالنشاطات الحركية الأخرى، و الذي ساهم في تسهيل مرونة الحركات الدقيقة، إشراك اليدين و تحقيق الإنتباه البصري.

النشاط الثامن: النظافة

خلال حصص التدريب قمنا بتعليم الحالة مهارة التردد على المراض، و اعتمدنا في ذلك على تقنية تسلسل المراحل في تعلم سلوك النظافة، حيث كانت تخضع الطفلة لتجريد من الملابس و البقاء في سترة داخلية و عملنا على أخذها إلى المراض حوالي كل 45 دقيقة و كان يتم ذلك من طرفنا (المدربة) خلال حصص التعليم أو من طرف المربية أثناء غيابنا. التدريب كان يتم أولاً بإصدار تعليمة لسحب سترتها الداخلية، ثم الجلوس حوالي 5 دقائق، و من ثم أمرها بالوقوف و لبس سترتها من جديد و عملية نزع و إعادة اللبس كانت تحتاج إلى المساعدة نظراً لإضطرابات التناسق اليدوي الحركي للطفلة.

و لقد كانت الطفلة (ش) تحدث أحيانا صوت يشير إلى طلبها الذهاب إلى المراض أو كانت تقوم برفع يديها قليلاً، لكن في العديد من المرات كانت تحدث هذا الصوت بدافع الهروب من ممارسة الأنشطة المختلفة و لم يكن يعبر هذا الصوت على الرغبة في ارتياد الحمام، مع ذلك حدثت انتكاسات في بعض

الحرص و قضت الطفلة حاجتها على الكرسي أثناء التدريب و بللت سترتها رغم أننا قبل حدوث ذلك أخذناها إلى المرحاض و كانت قد قضت حاجتها أو لم تقم بذلك.

إن عدم توصل الطفلة إلى تحقيق اكتساب تام للإستقلالية في النظافة اليومية و حدوث بعض المحاولات الخاطئة يرجع لعدم حرص و جدية الأم في تعليم طفلتها السلوك اليومي المتعلق بالنظافة و تركها بالحفاظات في المنزل و جلبها بهم إلى العيادة.

النشاط التاسع: ربط و فك خيط الحذاء

استغرق تعليم هذه المهارة مدة 6 أشهر، بحيث كنا نساعد الطفلة على مسك الخيط بين أصبعي يدها اليمنى مع شد اللوحة التي تحوي الثقوب باليد اليسرى، لكن كانت الحالة (ش) تقوم مرارا بسحب يدها اليسرى و تلقي اللوحة على الطاولة، فنعيد مساعدتها على مسك اللوحة بيدها، و نشير لها إلى الثقب الذي عليها تمرير الخيط من خلاله ثم جذب الخيط من الجهة الخلفية للوحة و هكذا إلى غاية الإنتهاء من الإنجاز، و كان هذا النشاط صعب يتطلب صبر كبير و مدة كبيرة من الوقت و كنا نقدم لها المساعدة في الإنجاز باستمرار و نستخدم الإشارة و التوجيه نظرا لأنها كانت تنظر نظرة محيطية و تصرف عينها على انجاز الموضوع مما يتطلب إعادة جذب انتباهها باستمرار. و لم تتوصل الحالة (ش) إلى تركيب الخيط في الثقوب بمفردها إلا في بعض المحاولات القليلة و التي حصلت فيها على التشجيع اللفظي و يرجع ذلك إلى صعوباتها في إحداث التنسيق البصري الحركي، تنسيق حركات الأصابع و إشراك اليدين. أما بالنسبة لفك خيط الحذاء فكانت تقوم بمحاولات لسحب الخيط من الثقوب و كانت تصيب في الإنجاز أحيانا و في أخرى تسحب الخيط عشوائيا، مما كان يستدعي منا تقديم لها باستمرار التوجيه و المساعدة، حيث كانت تفتقد إلى التحكم في عضلات الحركة الدقيقة في انقباضتها أو ارتخائها بما يتوافق مع الإدراك الحسي للموضوع المنجز. و نشير إلى أنه أثناء التدريب على هذه المهارة كانت تتوقف الحالة في العديد من المرات عن الإنجاز و كانت تقاوم عند حثها بالبكاء، و في الشهر الخامس قامت بمحاولات لمغادرة طاولة العمل مع اصدار أصوات و الإشارة بالرأس ب 'لا' تعبر بها عن رفض التعلم و نلاحظ هنا أن تعبير

الطفلة بحركة الرأس ب'ال' لم تستجب بها عند تدريبها على التعبير عن خياراتها بالنسبة لمهارة التدريب على تعلم اللغة الإستقبالية و استخدمتها هنا ما يؤكد ذاكرة المتوحد الإختيارية و المميزة .

و توضح الجداول استجابات الطفلة من مهارة لأخرى و التي كانت وتيرة تقدمها بطيئة أحيانا نحو التطور و أخرى نحو التراجع، لكن رغم بساطة هذه النتائج و عدم إستقرارها نجدها مشجعة للإستمرارية في التدريب و هي كالآتي :

ملخص استجابات الحالة الأولى :

1- نتائج تطبيق النشاطات على الطفلة قبل التدريب :

نسبة الإنجاز	قبل التدريب				تشخيص المهارة
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب	
25			*		الإشترابات، التصنيف الأشكال، الإنتباه، التقليد
25			*		التصنيف الألوان
0				*	داخل
0				*	خارج
0				*	فوق
0				*	تحت
0				*	أأنف
0				*	العين
0				*	الفم
0				*	الأذنين
0				*	اليدين
0				*	الرجلين
0				*	الذراعين

0				*	بابا	اللغة
0				*	ماما	التعبيرية
0				*	نعم	
0				*	لا	
0				*	الفرح	الإنفعالات
0				*	الحزن	
0				*	لعب بالسيارة	الخيال
0				*	ملاً السلك بالكرينات	الحركة الدقيقة
0				*	النظافة	الإستقلالية
0				*	ربط الحذاء	
0				*	فك الحذاء	

2- نتائج تطبيق النشاطات على الطفلة خلال الشهر الأول من التدريب :

نسبة الإنجاز	بعد التدريب الشهر الأول				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
	33.33		****	**** ****		
37.5		**** **	**** **		تصنيف الألوان	
18.75			* **** ****	***	داخل	مفهوم المكان
18.75			* **** ****	***	خارج	
14.58			**** ***	**** *	فوق	
16.66			**** ****	****	تحت	
0				**** **** ****	الأنف	فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
10.41			* ****	**** ***	العينين	
0				**** **** ****	الفم	
0				**** **** ****	الأذنين	
0				**** **** ****		

تابع لنتائج الشهر الأول من التدريب :

0				**** **** ****	اليدين		
0				**** **** ****	الرجلين		
0				**** **** ****	الذراعين		
0				**** **** ****	بابا	اللغة التعبيرية	
0				**** **** ****	ماما		
0				**** **** ****	نعم		
0				**** **** ****	لا		
						الفرح	الإنفعالات
						الحزن	
						لعب بالسيارة	الخيال
37.5		**** ***	****	*	ملاً السلك بالكريات	الحركة الدقيقة	
16.66			**** ***	**** *	النظافة	الإستقلالية	
14.58			**** ***	**** *	ربط الحذاء		
25			**** **** ****		فك الحذاء		

3- نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الثاني من التدريب :

نسبة الإنجاز	الشهر الثاني				تشخيص ص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
37.5		**** **	**** **		تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد
54.16	**	**** ****	**		تصنيف الألوان	
25			**** **** ****		داخل	مفهوم المكان
25			**** **** ****		خارج	
29.16		**	**** **** **		فوق	
27.08		*	**** **** ***		تحت	
10.41			* ****	**** ***	الأنف	فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
25			**** **** ****		العينين	
0				**** **** ****	الفم	
0				**** **** ****	الأذنين	
12.5			**** **	**** **	اليدين	
0				**** **** ****	الرجلين	

تابع لنتائج الشهر الثاني من التدريب :

0				**** **** ****	الزراع ين	
0				**** **** ****	بابا	اللغة التعبيرية
0				**** **** ****	ماما	
0				**** **** ****	نعم	
0				**** **** ****	لا	
					الفرح الحزن	
					لعب بالسيارة	الخيال
50	**	**** **	****		ملأ السلك بالكريا ت	الحركة الدقيقة
18.75			**** **** *	***	النظافة	الإستقلالية
39.58		**** ***	**** *		ربط الحذاء	
39.58		**** ***	**** *		فك الحذاء	

4- نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الثالث من التدريب :

نسبة الإنجاز	الشهر الثالث				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
58.33	**	**** **** **			تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد
75	**** **	**** **			تصنيف الألوان	
35.41		* ****	**** ***		داخل	مفهوم لمكان
33.33		****	**** ****		خارج	
37.5		**** *	**** ***		فوق	
33.33		****	**** ****		تحت	
27.08		*	**** **** ***		الأنف	
29.16		**	**** **** **		العينين	
2.08			*	**** **** ***	الفم	
0				**** **** ****	الأذنين	
16.66			**** ****	****	اليدين	
0				**** **** ****	الرجلين	

تابع لنتائج الشهر الثالث من التدريب :

0				**** **** ****	الذراعين	
29.16		**** ***			بابا	اللغة التعبيرية
0				**** **** ****	ماما	
0				**** **** ****	نعم	
0				**** **** ****	لا	
54.16	*	*** **** ****			الفرح	
39.58		**** ***	**** *		الحزن	
0				**** **** ****	لعب بالسيارة	الخيال
70.83	**** *	**** ***			ملاً السلك بالكريات	الحركة الدقيقة
35.41		**** *	**** ***		النظافة	الإستقلالية
41.66		**** ****	****		ربط الحذاء	
43.75		**** **** *	***		فك الحذاء	

5- نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الرابع من التدريب :

نسبة الإنجاز	الشهر الرابع				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
70.83	**** *	**** ***			تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد
100	***				تصنيف الألوان	
58.33	**	**** **** **			داخل	مفهوم المكان
54.16	*	**** **** ***			خارج	
58.33	**	**** **** **			فوق	
50		**** **** ****			تحت	
54.16	*	**** **** ***			الأنف	
62.5	***	**** **** *			العينين	
8.33			****	**** ****	الفم	
4.16			**	**** **** **	الأذنين	
25			**** **** ****		اليدين	
0				**** **** ****	الرجلين	

تابع لنتائج الشهر الرابع من التدريب :

0				**** **** ****	الذراعين	
33.33		**** ****			بابا	اللغة التعبيرية
0				**** **** ****	ماما	
0				**** **** ****	نعم	
0				**** **** ****	لا	
62.5	***	**** **** *			الفرح	
41.66		**** ****	****		الحزن	
0				**** **** ****	لعب بالسيارة	الخيال
					ملأ السلك بالكريات	الحركة الدقيقة
58.33	**	**** **** **			النظافة	الإستقلالية
50		**** **** ****			ربط الحذاء	
50		**** **** ****			فك الحذاء	

6- نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الخامس من التدريب :

نسبة الإنجاز	الشهر الخامس				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
100	***				تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد
100	***				تصنيف الألوان	
62.5	***	**** **** *			داخل	مفهوم المكان
58.33	**	**** **** **			خارج	
75	**** **	**** **			فوق	
66.66	****	**** ****			تحت	
79.16	**** ***	**** *			العينين	
62.5	***	**** **** *			الأنف	
12.5			**** **	**** **	الأذنين	فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
10.41			**** *	**** ***	الفم	
25			**** **** ****		اليدين	
0				**** **** ****	الرجلين	
0				**** **** ****	الذراعين	
12.5		***			بابا	

تابع لنتائج الشهر الخامس من التدريب:

0				**** **** ****	ماما	
0				**** **** ****	نعم	
0				**** **** ****	لا	
75	**** **	**** **			الفرح	الإنفعالات
58.33	**	**** **** **			الحزن	
0				**** **** ****	لعب بالسيارة	الخيال
					ملأ السلك بالكريات	الحركة الدقيقة
62.5	***	**** **** *			النظافة	الاستقلالية
50		**** **** ****			ربط الحذاء	
50		**** **** ****			فك الحذاء	

7- نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر السادس من التدريب :

نسبة الإنجاز	الشهر السادس				تشخيص المهارة		
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب			
100	***				تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد	
100	***				تصنيف الألوان		
70.83	**** *	**** ***			داخل	مفهوم المكان	
62.5	***	**** **** *			خارج		
62.5	***	**** **** *			فوق		
58.33	**	**** **** **			تحت		
58.33	**	**** **** **			الأنف		فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
87.5	**** **** *	***			العينين		
14.58			**** ***	**** *	الفم		
16.66			**** ****		الأذنين		
25			**** **** ****		اليدين		
0				**** **** ****	الرجلين		
0				**** **** ****	الذراعين		

تابع لنتائج الشهر السادس من التدريب:

8.33		**			بابا	اللغة التعبيرية
0				**** **** ****	ماما	
0				**** **** ****	نعم	
0				**** **** ****	لا	
95.83	**** **** ***	*			الفرح	الإنفعالات
62.5	***	**** **** *			الحزن	
0				**** **** ****	لعب بالسيارة	الخيال
					ملأ السلك بالكريات	الحركة الدقيقة
87.5	**** **** *	***			النظافة	الاستقلالية
50		**** **** ****			ربط الحذاء	
50		**** **** ****			فك الحذاء	

8- جدول يلخص متوسط نسب إنجاز الحالة (1) على مختلف المهارات قبل و بعد التدريب :

المهارات	الإشتراقات	مفهوم المكان	اللغة الإستقبالية	اللغة التعبيرية	الإنفعالات	الخيال	الحركة الدقيقة	الإستقلالية
نسبة الإنجاز قبل التدريب	%25	%0	%0	%0	0%	%0	%0	%0
نسبة الإنجاز بعد التدريب	%72.21	%43.83	%16.16	%3.47	%61.19	%0	%52.77	%43.51

ملاحظة:

عدد علامات (*) يساوي عدد محاولات التعليم و ما يتوافق معها من إستجابات سواء كانت خاطئة أو

صحيحة

- تقدير غير مكتسب يعني الإخفاق في الإنجاز (0 %)

- تقدير مكتسب قليلا يعني أن إنجاز الحالة تم بمساعدة من قبل المدربة (25 %).

- تقدير متوسط هو استجابة لتعليم المدربة لكن بمحاولات خاطئة (50 %).

- تقدير مكتسب فيمثل استجابة صحيحة (100 %) بتحقيق انجازها 3 مرات بدون تقديم المساعدة.

- كلما نجح إنجاز المهارة بشكل تام كنا نقوم بمراجعتها بغرض تثبيت حفظها 3 مرات شهريا و تتمثل هذه

النشاطات في مهارات التصنيف و ملأ السلك بالكريات.

تعليق على جداول أداء مهارات التدريب:

من خلال الجداول الموضحة لتقدير إنجاز النشاطات التدريبية نلاحظ تقدم في إنجاز مهارة عمل الإشتراكات حيث ارتفعت نسبة الإنجاز من 25 % إلى 66.66 % بالنسبة لتصنيف الأشكال و إلى 77.77 % بالنسبة لمهارة تصنيف الألوان. أما فيما يخص مهارة فهم المكان فبعدها كانت نسبة الإنجاز منعدمة في بداية التدريب على هذه المهارة حدث تطور بنسبة 43.83 % و كذلك تحقق فهم اللغة الإستقبالية بنسبة 16.16 %، و تحققت مهارة تعلم الإنفعالات ب 61.19 % . أما إنجاز الحركة الدقيقة فتتحقق بنسبة 52.77 % و مهارات الإستقلالية ب 43.51 % ، في حين أن إنجاز اللغة بقي ضعيف بنسبة 3.47 % و لم تتحقق مهارة تعلم الخيال و نشير إلى أن هذه النسب هي محصلة التدريب خلال 6 أشهر.

استنتاج حول استجابات الحالة الأولى على مختلف مهارات البرنامج التدريبي :

اختلفت استجابة الحالة (ش) بالنسبة لمختلف المهارات التي تم تدريبها عليها، حيث ارتفع الأداء بالنسبة للنشاطات التي تحوي على المواضيع البصرية في الإنجاز في حين تميز الأداء بالضعف في المهارات التي تعتمد على القدرات المعرفية، اللغوية و الحركية. و توضح نسب الإنجاز في النتائج المقدمة في الجدول أن الحالة حققت نجاح تام في مهارة تصنيف الألوان و الأشكال كما نجحت في ملأ السلك بالكريات و كان لهذه النشاطات دور كبير في تطوير بعض قدرات الإنتباه البصري و الفهم كما ساهمت في تطوير النشاط الحركي حيث تعتمد هذه النشاطات على تفعيل حركة عضلات اليدين مما أكسب الحالة بعض المرونة الحركية و التقليد الحركي.

أما بالنسبة لنشاطات التي تعتمد على الجانب اللغوي في الإنجاز كتعلم انتاج اللغة التعبيرية و مفاهيم المكان فإن النتائج كانت ضعيفة و محدودة نتيجة عجز الحالة عن التقليد الصوتي و الحركي لإصدار الأصوات اللغوية و كذا عجز عن التفكير بمصطلح رمزي و عدم القدرة على تمثيل الأشياء و الوضعيات انطلاقاً من كلمات أو رموز لغوية التي تربط الدال بالمدلول، لكن خلال التدريب على هذه النشاطات تم التمكن من المحافظة على الإنتباه البصري أثناء عملية التدريب كما تم حفظ الجانب المرئي للوضعيات المكانية مما يدل أن ذاكرة المتوحد بصرية أكثر منها سمعية.

و فيما يخص تعلم الإنفعالات فقد نجحت الطفلة في اظهار صورة الإنفعال الموافق مع التعبير الوجهي للمدرب أي نجحت في احداث توافق لصور المرئية، بينما أخفقت في الإستجابة لتعليمات الشفهية و في تمثيل الإنفعالات لجمود حركات الوجه و تعبيراته و هذا يرجع أيضاً لضعف وظائف اللغة و الحركة. كما لم تتحقق مهارة تنمية الخيال و لم ينجز خلال التدريب عليها إلا تقليد لحركة دفع اللعبة في المسار ميزها اختلالات في التقليد الحركي.

أما بالنسبة لمهارة ربط و فك خيط الحذاء فالمحاولات الناجحة للطفلة قليلة في توجيه الخيط نحو الثقب، كما فشلت الطفلة في التنسيق بين الثقوب بواسطة الخيط لأن هذه العناصر التي تشكل المهارة تتطلب انتباه بصري كبير و تقليد حركي الذي يتم بفعل تنسيق بصري حركي و قدرات حركية دقيقة مع انسجام بين حركات الأصابع اليد، اللوحة و الخيط و هذه الوظائف نجدها مضطربة لدى الحالة، لهذا كانت النتائج محدودة و ضعيفة. و قد ميزت اضطرابات التنسيق الحركي كذلك سلوك النظافة في الممارسات اليومية، حيث كان يصعب على الطفلة استعمال الضغط المناسب في العضلات لنزع و لبس سترتها، كما أن عدم تدريب الأم لطفلتها بجدية لم يسمح من تحقيق تام للإستقلالية.

إن المهارات التي لم يتحقق من خلالها نجاح تام تتطلب استمرارية في التعليم الذي يمكن مع الوقت الوصول إلى نتائج ايجابية، كما أن الإخفاق لا يعني سحب المهارة من برنامج التعليم و إنما استمرارية في التدريب لربما يتحقق النجاح. إن جميع المهارات تخدم تطور المتوحد في مختلف وظائف الشخصية و النتائج التي تم تحقيقها طورت بشكل بسيط قدرات الإنتباه البصري و التقليد الحركي للحركات البسيطة و التقليد في استعمال المواضيع، كما تحسنت الحالة (ش) في تواصلها معنا من خلال حصص التدريب، حيث أصبحت تحاول جلب انتباهنا و اهتمامنا بسلوكاتها، و قد تم انطفاء سلوك سلبي و المتمثل في الصوت الذي تحدثه بفمها من خلال أسلوب التوبيخ اللفظي و بهذا تحققت جزئيا فرضية البحث في بعض عناصرها.

الحالة الثانية:

(٥) طفل مصاب بالتوحد يبلغ من العمر 6 سنوات، ذو بنية قوية، يظهر عاطفة وحنان كبيرين، يتابع حصص تعلم معرفية و سلوكية لدى الأخصائية الأطفونوية التي من خلالها تمكن من اكتساب النظافة الشخصية و كذا تعلم تناول الطعام بمفرده و تنويع وجباته بعدما كانت تقتصر على بعض الأغذية المحددة.

(٥) هو الولد الأكبر، ينتمي لعائلة تتكون من الأب و الأم (ربة بيت) اللذان تربطهما قرابة عائلية، له أخ يصغره عمره 5 سنوات، كانت ولادته طبيعية و تمت بالمقاط، تمكن من المشي و التسنين في مرحلة طبيعية، أما اللغة فاكتسب بعض الكلمات ثم ضيعها و أظهر اضطرابات في السلوك، تم عرضه في سن العامين على طبيب الأطفال الذي شخص أنه مصاب بالتوحد، ثم أعطت أخصائية نفسانية نفس التشخيص. أجرت الأم عدة اختبارات على طفلها منها تخطيط موجات الدماغ (EEG)، اختبار الصبغيات (Caryotype) و (IRM) الذي كان طبيعيا مثله مثل باقي الأفراد العاديين.

أظهرت ملاحظتنا للطفل غياب نشاطات اللعب و الخيال، غياب اللغة التعبيرية مع وجود مصاداة بحرفي س و ش، فهم محدود و مقتصر لبعض الكلمات المعتاد عليها كأعطني، اجلس، انهض و عمل إلى اللقاء. و بالتالي يحتاج الطفل إلى تخصيصه ببرنامج تدريبي فردي لتدعيم مكتسباته و تطوير قدراته بتعليمه بعض المهارات التي كانت مشاركة الأم فيها ضعيفة حيث تمثلت في مساعدة طفلها على تعليم مهارات تصنيف الألوان و النطق متى ناسبتها الفرصة و ليس بصفة مستمرة و مكثفة و إلى جانب ذلك التدريب ساهمت المربية في تدريب الطفل على نفس هذه المهارات لكن ليس بحجم زمني منتظم. و فيمايلي نقدم استجابات تدريب الحالة على مختلف المهارات:

النشاط الأول: الإشرابات

1. مهارة تصنيف الألوان:

أظهر (ه) في الحصتين الأوليتين من بداية التدريب على النشاطات بكاء كثير ثم تعود بعد ذلك علي جو العمل مع المدربة و أصبح يقوم بانجاز النشاطات. و لقد بين اختبار مهارة تصنيف الألوان لدى الحالة أن قدراته في طريق الظهور لإرتكابه بعض المحاولات الخاطئة أثناء الإنجاز، فقمنا بوضع قطعة من كل لون مختلف على الطاولة و زدنا الطفل في كل مرة بقطعة لون مختلفة ليقوم بوضعها جانب القطعة التي هي من نفس اللون الموجودة على الطاولة، و في حالة ارتكاب الطفل لخطأ في التصنيف كنا ننبه للون القطعة التي يحملها و نشير إلى قطع التي يجب أن يصنفها جانبها، و استمررنا في تقديم المساعدة حتى زالت الأخطاء و توصل الطفل إلى النجاح بشكل تام في عملية التصنيف خلال 3 أشهر من التدريب، كما عملنا على مراجعة هذه المهارة من حين لآخر حتى يبقى الطفل محتفظ بها و هذا ما توضحه الإستجابات في الجدول.

2. مهارة تصنيف الأشكال:

اتبعنا خلال حصص التدريب نفس الخطوات التي قمنا بها في تصنيف الألوان حيث ساعدنا الطفل على تصحيح أخطائه إلى غاية أن تمكن بمفرده من تحقيق النجاح في تصنيف الأشكال. و قد حفزنا استجابته الصحيحة في التصنيف من خلال الثناء اللفظي و الإبتسامة، و لاحظنا أن نجاح في تصنيف الألوان سبق تصنيف الأشكال في الزمن لأن ادراك مفهوم الشكل يشكل صعوبة بالنسبة للمتوحد. و ساهمت مهارات صستصنيف الألوان و الأشكال في تطوير الإنتباه البصري، الفهم من خلال تطور الإدراك لمميزات المواضيع المنجزة و كذا تطور مهارات التقليد.

النشاط الثاني: تقليد أفعال بسيطة تتعلق بمناطق في الجسم و بفهم اللغة الإستقبالية:

استغرق تعليم هذه المهارة 6 أشهر، أظهر خلالها الطفل بكاء و رغبة في التوقف عن التدريب ، و قد تم تدريبيه في بداية التعليم على التعرف على عضو 'العين'، فكانت تقوم المدربة بلمس العين أمام مرأى الطفل و ترادف الفعل بالتعليمة الشفهية 'المس عيني' و كان يقلد حركة المدربة و يلمس العضو المشار إليه صحيحا، و تدريجيا بدأنا نصدر هذه التعليمة الشفهية دون الإشارة إلى عضو العين الذي يتوافق معها و ننتظر من الطفل الإستجابة بلمس العين، فتمكن الطفل من الإستجابة صحيحا بلمس العين و كان يتحصل على قطعة من الحلوى كمكافأة عن كل حركة تقليد أو استجابة فعلية للتعليمات الشفهية لأجل تعزيز هذه الإستجابات.

ثم انتقلنا إلى تعليم العضو الموالي و المتمثل في الأنف و اتبعنا في ذلك نفس الخطوات مثل مامررنا به في التدريب على العين إلى أن توصل الطفل بنجاح إلى التعرف على عضو الأنف، لكن عند طلبنا مجددا لمس العين كان الطفل يخطأ في اللمس الصحيح للعضو، ففي العديد من المرات كان يلمس العين بدل الأنف أو العكس، حيث كلما نقوم بمراجعة العضو السابق الذي تم تعلمه 'العين' باصدار التعليمة الشفهية، كان يستجيب الحالة بمس الأنف لأن عملية التدريب على التعرف على هذا العضو هي الأخيرة و العكس صحيح حيث عند اصدار تعليمة مس الأنف كان يقوم بمس العين أي أنه كان يستجيب دوما بآخر عملية تم تعليمها و التي كان محتواها البصري يحفظ بالذاكرة فتسترجع دون تمييز سمعي لمطلب التعليمة الشفهية التي تتعلق بعضو سبق تعلمه، كما أن هذه المهارة تعتمد على مستوى حسي حركي و لغوي يتطلب تنسيق بين مختلف هذه المدركات و التي يعجز المتوحد على معالجتها في محتواها الكامل بجميع احساساتها و لا يقدر على تنظيم الاستقبال الحواسي و الحسي للمعلومات لإنجاز هذه المهارة مما لم يسمح بربط الدال بالمدلول و منع من تكوين الأفكار المترابطة لدى المتوحد.

و قد رافقنا التدريب على عضوي العين و الأنف تعليم الطفل التعرف على أعضاء الجسم الأخرى من خلال اللمس و ذلك لتحضير الطفل للتنسيق بين مختلف الأعضاء التي تشكل الصورة الجسمية و كذا

لتنشيط الإنتباه و التقليد الحركي للطفل، و نجح الطفل في تقليد حركة المدربة بشكل سريع و تام بلمس مختلف أعضاء الجسم الفم، الأذنين، الذراع، الرجلين، اليدين.

و إضافة إلى هذا لاحظنا أن فهم اللغة مميز عند الطفل حيث خلال التعليم عند طلبنا من الطفل لمس عضو من جسمه و ذلك بالقول بالعامية (توشي) كان يستجيب بوضع أصبعه على فمه في إشارة منه إلى أسكت و ذلك يدل على وجود اختلال وظيفي و خلط في فهم دلالة المفردات التي تتشابه من حيث اللفظ و أن تفسير الكلام يكون مجرد و حرفي حيث لا يفهم بعض المتوحدين التعابير الرمزية التي تتعلق بالكلمات المجردة و كلمات ذات معنيين.

و رغم ما تميزت به استجابات الطفل خلال التدريب على هذا النشاط بفشله في فهم دلالة التعليمات الشفهية التي تم تدريبه عليها إلا أن (ه) تمكن من النجاح بشكل تام في تقليد حركة المدربة بلمس مختلف أعضاء جسمه مما ساهم في تطوير الإنتباه البصري الذي انعكس على انجاز الطفل للتقليد في حركة سريعة، و لم يقتصر التقليد على ما تم تعليمه من خلال التدريب على المهارة بل تجاوز ذلك و راح الطفل يقلد حتى حركات التي كان تصدر من المدربة خارج نطاق التعليم، و بهذا تحقق جزئياً تطور بعض العناصر الجزئية المشكلة لفرضية البحث و المتمثلة في تطور الإنتباه البصري و التقليد الحركي و حركة الإشارة بالأصبع (geste de pointage) .

النشاط الثالث: اللغة التعبيرية

استغرق تدريب الطفل على تعلم اصدار اللغة الشفهية 6 أشهر، و كان (ه) طيلة الشهر الأول لا يردد نطق الحروف و يكتفي بالملاحظة و الإنتباه إلى حركات فم المدربة و تميز هذا الإنتباه بقصره حيث بسرعة كان ينحرف نظر الطفل و نعمل على إعادة جذب انتباهه، و خلال الشهر الثاني استجاب الطفل و بدأ يهمس بحرفي الباء و الواو، كما بدأ من حين لآخر يكرر المصاداة الخاصة به عند طلبنا منه إعادة نطق الحروف و هذه المصاداة كان يصدرها كذلك في المنزل، لكنه كان يتوقف في بعض الحصص عن اصدار أي صوت مما دفعنا إلى ترديد المصاداة الخاصة به لجذب انتباهه و تشجيعه على إصدار الأصوات و

بعدها واصلنا إلقاء الكلمات على شكل حروف مجزئة و استمر الطفل يهمس بحرفي الباء و الواو و كنا نعزز استجاباته بمكافأته كلما أنتج صوتا بمنحه قطعة من الحلوى. و نشير أننا قيمنا همس الطفل بالحروف التي هي جزء من الكلمات التي تم تعليمها بتقدير مكتسب قليلا.

و قد توصل الطفل خلال الشهر الرابع إلى همس كلمة 'ابا' بشكل مجزأ و بصوت ضعيف بحيث عند لفظ هذه الكلمة كان يعطي مقطع حرفيها انطباع أنهما منفصلين ليعدل تدريجيا نطقها بشكل صحيح و واضح. أما بالنسبة لكلمة 'ماما' كان يجد الطفل صعوبة في نطق حرف 'م' و كان في العديد من المرات يلفظ حرف الباء بدل حرف 'م' و استمرينا نحن في تدريبه على نطق هذا الحرف إلى أن توصل إلى الهمس به خلال الشهر الرابع من التدريب، ثم تمكن تماما من نطق كلمة 'ماما' في الشهر الخامس، كما توصل إلى نطق بشكل صحيح خلال هذا الشهر كلمة 'نعم' و التي تم تعليمه نطقها بالعامية، و تمكن في الشهر السادس من النطق ب'لا' بعدما كان يصعب على الطفل لفظها، حيث في بداية الأمر كان يقلد حركة اللسان دون اصدار صوت ثم كرر الهمس بالحرف إلى أن توصل إلى لفظه. و قد رافقنا خلال التدريب على نطق 'نعم' و 'لا' التعبير الشفهي بالحركة الجسمية للرأس مع بداية تعليم كل تعبير و توصل الطفل إلى تقليد حركة التعبير بالرأس لكن ليس بتنسيق ما بين لفظ التعبير و حركة الرأس حيث يعطي انطباع أنهما منفصلان.

كما لاحظنا أن الطفل عندما كان يجد صعوبة في اصدار الحرف أو الكلمة خلال التدريب كان يقوم بالبكاء أحيانا أو يظهر ضحك و بكاء في نفس الوقت و يظهر قلقا أو سلوكيات عدوانية نحو ذاته كلطم وجهه أو شد شعره و كنا نقوم بتهديته حتى يتوقف عن ذلك. و ابتداءا من الشهر الخامس من التدريب فجر الطفل النطق بجميع الكلمات التي تم تدريبه و حسن من لفظها فنطق 'ابا'، 'ماما'، 'نعم'، 'لا' بوضوح و كذلك ردد كلمة 'عيني'، 'أنفي' عندما كنا نعلمه صورة الجسم و 'فوق'، 'تحت' عند تعليمه مفاهيم المكان، أيضا نطق كلمة 'أخضر'، 'شوكولا'، 'حلوى'، 'حبة'، 'خبز'.

إن تطورات اللغة التي حدثت لوحظت أيضا في المنزل و من قبل الأم التي كانت تساعد طفلها في النطق بالكلمات، كما كان يتم تعليمه من طرف المربية بالعبادة تقليد نطق الحروف لكن ليس بصفة مستمرة و

وفق برنامج منظم، و أيضا استفاد خلال تواجده بالعيادة من مشاهدة المربيات و هن يعلمن أمامه أطفال آخرين و يصلحن اضطرابات النطق لديهم، و هذه كلها ظروف عاشها الطفل و ساهمت بشكل أو بآخر في نجاح انتاج اللغة الشفهية في هذا السن سن السابعة، و بالتالي هذا يرفع من التحدي و يواصل الطموح و المثابرة في التدريب على مختلف المهارات و التي إذا لم يحققها الطفل في وقت معين قد يدركها في وقت لاحق.

إن نجاح الطفل في انتاج اللغة و تمكنه من اكتساب بعض المفردات كرصيد لغوي أولي هو خطوة كبيرة و هامة سمحت للطفل اكتساب وسيلة اتصال يمكنه من خلالها القدرة على التعبير عن طلباته و التفاعل مع الآخرين و بهذا تحققت بعض عناصر فرضية البحث و المتمثل في نجاح انتاج اللغة التعبيرية و كذا نجاح الإلتباه و التقليد الحركي و الصوتي.

النشاط الرابع: مفاهيم المكان

تم تعليم هذا النشاط خلال مدة 6 أشهر، حيث في بداية التدريب على كل مفهوم كانت تقدم المدربة نموذج عن الوضعية المكانية و تسمي المفاهيم أمام مرأى الطفل ثم تصدر التعليمات الشفهية و تشير للطفل إلى مكان وضع الموضوع و استجاب الطفل صحيحا لتوجيهات المدربة و تحصل على تحفيزات تماثلت في قطع حلوى، بعد ذلك تم سحب المساعدة من الطفل تدريجيا و عملنا على اصدار التعليمات الشفهية مباشرة، فنجحت استجابة الحالة في وضع الكريات داخل الصندوق لكن بالنسبة لمفهوم خارج كان يرتكب محاولات خاطئة في العديد من المرات بعد استجاباته الصحيحة و قد يرجع ذلك الى أن مفهوم 'خارج' غير محدد بمعلم مثل مفهوم 'داخل'، كما كان (ه) يخلط بين التعليمات الشفهية لمفهوم 'فوق' و 'تحت' مما كان يتطلب إعادة تعليمه من جديد و تقديم المساعدة له في كل حصة و رغم ذلك كان يخطأ في الإستجابة و يخلط بين المفهومين حيث لم يتمكن من ربط مفهوم كل مكان مع التعليمات الشفهية نتيجة عدم قدرته على التمييز الصوتي و عجزه على إعطاء المفهوم الواحد الدلالات الحسية المختلفة (سمعية، بصرية) و كذلك عجزه عن عمل تنسيق بين هذه الدلالات.

و قد لاحظنا خلال التدريب أن الطفل استجاب عدة مرات بوضع الموضوع قبل اصدار التعليمات الشفهية مما يدل و يؤكد على أن المتوحد يدرك المواضيع البصرية أكثر من اللغوية و يعاني من اضطراب في تنسيق مختلف الإدراكات الحسية حيث يصعب عليه عمل اتساق بين الرؤية و السمع، و لقد فسرت النظرية المعرفية أن الأطفال المصابين بالتوحد يفهمون المستوى الأول من الإدراك مثل إدراكهم للأشياء و المواد التي من حولهم، لكنهم لا يفهمون المستوى الثاني من الإدراك مثل فهم مغزى الحديث أو توقع سلوك الآخرين و هذا ينطبق على عدم فهم دلالة التعليمات الشفهية و ربطها بالوضعية المناسبة لها و ما تحقق من خلال التدريب على هذه المهارة يتمثل سوى في حفظ الإنتباه البصري أثناء نمذجة السلوك من قبل المدربة و التقليد الحركي.

النشاط الخامس: تعليم الإنفعالات

استغرق التدريب على هذا النشاط مدة 4 أشهر، حيث توصل الطفل تدريجيا و دون مساعدته إلى اظهار صورة الإنفعال الصحيح الذي يتطابق مع تعبير وجه المدربة و التعليمات الشفهية الخاصة بكل انفعال 'أعطني فرح أو حزين'، كما تمكن الطفل بالتزامن مع هذه العملية من تقليد بشكل جيد ال تعابير الوجهية الأساسية المتمثلة في تعبير الفرح و الحزن الموجودة على قطع اللوح و ذلك بعد تمثيل المدربة لهذه التعابير على وجهها حيث مثل و رسم على ملامح وجهه جيدا هذه التعابير و تحصل على تعزيزات مادية كمكافأة نظير انجازاته التي حققها و توصل من خلالها إلى التفاعل معنا و التعرف على الحالات الإنفعالية و تطوير الإنتباه البصري و التقليد الحركي.

النشاط السادس: تعليم الخيال

استغرق تعليم هذه المهارة 4 أشهر، و كان الطفل يدفع السيارة و يعمل على سيرها إلى غاية المستودع في حركة نمطية و مكررة ليس فيه تجديد أو تخيل ، ارتكزت فقط في مستوى حس - حركي، و نجح بذلك الحالة في تقليد حركة المدربة التي شجعناها من خلال تعزيزات معنوية لأجل أن يطور هذه الحركة إلى لعب فعلي، لكن اكتفى الطفل طوال فترة التدريب بسحب السيارة في المسار الافتراضي دون الاهتمام

بقيادتها أو اصدار صوت أو تنبيه لها، و يدل ذلك على أن الطفل وجد صعوبة في تطوير مهارات اللعب التخيلي تتوجع إلى عجز المتوحد على بلورة أفكار تصويرية و عدم قدرته على تكوين و معالجة الرموز حسب النظرية المعرفية.

النشاط السابع: ملأ الخيط

دام تعليم هذه المهارة شهرين، توصل خلالها الطفل تدريجيا و بمفرده إلى النجاح في ملأ السلك بالكريات، و تمكن من خلال هذا النشاط اطالة مدة انتباهه و تطوير التركيز البصري أثناء انجاز النشاط و تحكم في الحركات الدقيقة كما نجح في التقليد.

النشاط الثامن: ربط و فك خيط الحذاء

استغرق التدريب على تعليم هذه المهارة 6 أشهر، و كانت المدربة تسمي الموضوع و تشير للطفل إلى الثقب الذي يوجه إليه الخيط، ثم تساعده في سحبه من الجهة الأخرى للوح، و تعمل على تعزيز استجاباته الصحيحة بالثناء عليه مع تقبيله. و قد نجح الطفل في توجيه الخيط نحو الثقوب بمفرده على الرغم من أن هذه المهارة تتطلب تركيز و انتباه بصري كبير، لكن استمرينا في تقديم المساعدة له لإحداث التوافق في الربط بين الثقوب بواسطة الخيط لعجز المتوحد في التنسيق بين مهارة الفهم و توجيه الحركة.

أما بالنسبة لفك الخيط فنزعه ظل يتم من خلال الإشارة للثقب الذي يسحب منه الخيط أولا قبل الثقب الذي يليه، و استخدام الإشارة في توجيه الطفل يرجع إلى اعتماد هذه المهارات على التطور الفكري الحركي و الذي هو متأخر عند المتوحد.

إن انجاز الطفل رغم أنه لم يكتمل بشكل كاف إلا أنه مكن من حفظ الإنتباه البصري أثناء الإنجاز، التقليد، تسهيل النشاط الحركي و تطوير تنسيق الحركات الدقيقة مع إشراك اليدين.

و تقدم الجداول التالية تطور استجابات الحالة على مختلف النشاطات التي تدربت عليها:

ملخص استجابات الحالة الثانية :

1- نتائج تطبيق النشاطات على الطفل قبل التدريب :

نسبة الإنجاز	قبل التدريب				تشخيص المهارة
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب	
75		*			الإشترابات، التصنيف الإنتباه، الأشكال
75		*			التقليد التصنيف الألوان
0				*	داخل
0				*	خارج
0				*	فوق
0				*	تحت
0				*	أأنف
0				*	العين
0				*	الفم
0				*	الأذنين
0				*	اليدين
0				*	الرجلين
0				*	الذراعين

0				*	بابا	اللغة التعبيرية
0				*	ماما	
0				*	نعم	
0				*	لا	
0				*	الفرح	الإنفعالات
0				*	الحزن	
0				*	لعب بالسيارة	الخيال
25			*		ملاً السلك بالكرينات	الحركة الدقيقة
0				*	ربط الحذاء	الإستقلالية
0				*	فك الحذاء	

2- نتائج تطبيق البرنامج خلال الشهر الأول من التدريب :

نسبة الإنجاز	بعد التدريب الشهر الأول				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
58.33	**	**** **** **			تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد
62.5	***	**** **** *			تصنيف الألوان	
18.75			**** **** *	***	داخل	مفهوم المكان
14.58			**** ***	*****	خارج	
14.58			**** ***	**** *	فوق	
16.66			**** ****	****	تحت	
14.58			*** ****	**** *	الأنف	فهم اللغة المستقبلية
6.25			***	**** *****	الأذنين	و التعرف على أجزاء الجسم
8.33			****	**** ****	الفم	
16.66			**** ****	****	العين	
4.16			**	**** **** **	اليدين	

تابع لنتائج الشهر الأول من التدريب :

6.25			***	* **** ****	الرجلين	
6.25			***	**** **** *	الذراعين	
10.41			*****	**** **** *	بابا	اللغة التعبيرية
6.25			***	**** ***	ماما	
8.33			****	**** ****	نعم	
8.33			****	**** ****	لا	
				0	الفرح	الإنفعالات
16.66			**** ****	****	الحزن	
				0	لعب بالسيارة	الخيال
41.66		**** ****	****		ملأ السلك بالكريات	الحركة الدقيقة
29.16			*** ****	**** *	ربط الحذاء	الإستقلالية
18.75			**** **** *	***	فك الحذاء	

3- نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الثاني من التدريب :

نسبة الإنجاز	الشهر الثاني				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
79.16	**** ***	**** *			تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد
87.5	**** **** *	***			تصنيف الألوان	
31.25		***	**** **** *		داخل	مفهوم المكان
29.16		**	**** **** **		خارج	
37.5		**** *	**** ****		فوق	
29.16		**	**** **** **		تحت	
35.41		* ****	**** ****		الأنف	فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
10.41			**** *	**** ***	الأذنين	
12.5			** ****	**** **	الفم	
18.75			**** **** *	***	العين	
8.33			****	**** ****	اليدين	
10.41			**** *	**** ***	الرجلين	

تابع لنتائج الشهر الثاني من التدريب :

12.5			**** **	**** **	الذراعين	
27.08		*	**** **** ****		بابا	اللغة التعبيرية
25			**** **** ****		ماما	
25			**** **** ****		نعم	
18.75			**** **** *		لا	
					الفرح الحزن	
					لعب بالسيارة	الخيال
70.83	**** *	**** ***			ملأ السلك بالكريات	الحركة الدقيقة
31.25		***	**** **** *		ربط الحذاء	الإستقلالية
33.33		****	**** ****		فك الحذاء	

4- نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الثالث من التدريب :

نسبة الإنجاز	الشهر الثالث				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
91.66	**** **** **	**			تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد
95.83	*** **** ****	*			تصنيف الألوان	
39.58		*** ****	**** *		داخل	مفهوم المكان
35.41		**** *	**** ***		خارج	
41.66		**** ****	****		فوق	
33.33		****	**** ****		تحت	
54.16	*	**** **** ***			الأنف	فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
16.66			**** ****	****	الأذنين	
18.75			**** **** *	***	الفم	
54.16	**	**** ****	**		العين	
14.58			**** ***	**** *	اليدين	
16.66			**** ****	****	الرجلين	
16.66			**** ****	****	الذراعين	

تابع لنتائج الشهر الثالث من التدريب :

37.5		**** **** *			بابا	اللغة التعبيرية
31.25		***	**** **** *		ماما	
31.25		***	**** **** *		نعم	
25			**** **** ****		لا	
20.83			** **** ****	**	الفرح	الإنفعالات
16.66			**** ****	****	الحزن	
0				**** **** ****	لعب بالسيارة	الخيال
100	***				ملأ السلك بالكريات	الحركة الدقيقة
37.5		** ****	** ****		ربط الحذاء	الاستقلالية
39.58		**** ***	**** *		فك الحذاء	

5- نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الرابع من التدريب :

نسبة الإنجاز	الشهر الرابع				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
100	**** **** ****				تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد
100	**** **** ****				تصنيف الألوان	
43.75		* **** ****	***		داخل	مفهوم المكان
39.58		**** ***	**** *		خارج	
62.5	***	**** **** *			فوق	
41.66		**** ****	****		تحت	
62.5	***	**** **** *			الأنف	فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
0			**** **** **	**	الأذنين	
20.83			*** **** ****	*	الفم	
79.16	**** ***	**** *			العين	
18.75			**** **** *	***	اليدين	
20.83			**** **** **	**	الرجلين	

تابع لنتائج الشهر الرابع من التدريب:

25			**** **** ****		الذراعين	
79.16	**** ***	**** *			بابا	اللغة التعبيرية
58.33	**	**** **** **			ماما	
37.5		**** **** *			نعم	
31.25		**** *	**** *		لا	
43.75		**** **** *	***		الفرح	
39.58		*** ****	**** *		الحزن	الإنفعالات
0				**** **** ****	لعب بالسيارة	الخيال
100	***				ملأ السلك بالكريات	الحركة الدقيقة
45.83		**** **** **	**		ربط الحذاء	الاستقلالية
47.91		**** **** ***	*		فك الحذاء	

6- نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الخامس من التدريب:

نسبة الإنجاز	الشهر الخامس				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
100	***				تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد
100	***				تصنيف الألوان	
62.5	***	**** **** *			داخل	مفهوم المكان
43.75		**** **** *	***		خارج	
54.16	*	**** **** ***			فوق	
50	**	**** ****			تحت	
58.33	**	**** **** **			الأنف	فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
25			**** **** ****		الأذنين	
25			**** **** ****		الفم	
91.66	**** **** **	**			العين	
25			**** **** ****		اليدين	
25			**** **** ****		الرجلين	

تابع لنتائج الشهر الخامس من التدريب:

25			**** **** ****		الذراعين	
100	**** **** ****				بابا	اللغة التعبيرية
100	**** **** ****				ماما	
87.5	**** **** *	***			نعم	
70.83	**** *	**** ***			لا	
58.33	**	**** **** **			الفرح	
45.83	*	**** **** *			الحزن	
0				**** **** ****	لعب بالسيارة	الخيال
100	***				ملأ السلك بالكريات	الحركة الدقيقة
50		**** **** ****			ربط الحذاء	الاستقلالية
50		**** **** ****			فك الحذاء	

7- نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر السادس من التدريب:

نسبة الإنجاز	الشهر السادس				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
100	***				تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد
100	***				تصنيف الألوان	
70.83	* ****	**** ***			داخل	مفهوم المكان
50		**** **** ****			خارج	
58.33	**	**** **** **			فوق	
45.83	*	**** **** *			تحت	
66.66	****	**** ****			الأنف	
25			**** **** ****		الأذنين	فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
25			**** **** ****		الفم	
100	**** **** ****				العين	
25			**** **** ****		اليدين	
25			**** **** ****		الرجلين	

تابع لنتائج الشهر السادس من التدريب:

25			**** **** ****		الذراعين	
100	**** **** ****				بابا	اللغة التعبيرية
100	**** **** ****				ماما	
100	**** **** ****				نعم	
100	**** **** ****				لا	
87.5	**** **** *	***			الفرح	الإنفعالات
79.16	**** ***	* ****			الحزن	
0				**** **** ****	لعب بالسيارة	الخيال
100	***				ملأ السلك بالكريات	الحركة الدقيقة
50		**** **** ****			ربط الحذاء	الاستقلالية
50		**** **** ****			فك الحذاء	

8- جدول يلخص متوسط نسب إنجاز الحالة (2) على مختلف المهارات قبل و بعد التدريب :

المهارات	الإشتراقات	مفهوم المكان	اللغة الإستقبالية	اللغة التعبيرية	الإنفعالات	الخيال	الحركة الدقيقة	الإستقلالية
نسبة الإنجاز قبل التدريب	%75	%0	%0	%0	0%	%0	%25	%0
نسبة الإنجاز بعد التدريب	%89.58	40.18	%27.52	%50.77	%48.95	%0	%70.83	%40.27

ملاحظة:

عدد علامات (*) يساوي عدد محاولات التعليم و ما يتوافق معها من إستجابات سواء كانت خاطئة أو

صحيحة

- تقدير غير مكتسب يعني الإخفاق في الإنجاز (0 %)

- تقدير مكتسب قليلا يعني أن إنجاز الحالة تم بمساعدة من قبل المدربة (25 %).

- تقدير متوسط هو استجابة لتعليم المدربة لكن بمحاولات خاطئة (50 %).

- تقدير مكتسب فيمثل استجابة صحيحة (100 %) بتحقيق انجازها 3 مرات بدون تقديم المساعدة.

- كلما نجح إنجاز المهارة بشكل تام كنا نقوم بمراجعتها بغرض تثبيت حفظها 3 مرات شهريا و تتمثل هذه

النشاطات في مهارات التصنيف و ملأ السلك بالكريات.

تعليق على جداول أداء مهارات التدريب:

نلاحظ من خلال النتائج المقدمة في الجداول أن متوسط أداء الحالة (2) على مختلف المهارات كان كمايلي: ارتفاع نسبة الأداء من 50 % إلى 88.19% بالنسبة لتصنيف الأشكال و إلى 90.97 % بالنسبة لتصنيف الألوان، كما تحقق تعلم مفاهيم المكان بنسبة 40.18 % و فهم اللغة الإستقبالية ب 27.52 % و انجاز اللغة التعبيرية ب 50.77 %، أما فيما يخص مهارة التعرف على الإنفعالات فتحققت بنسبة 48.95% و إنجاز الحركة الدقيقة ب 70.83 %، أما مهارات الإستقلالية فارتفعت نسبة الإنجاز من 8.33 % إلى 40.27%، في حين لم تتحقق مهارة انجاز الخيال.

استنتاج حول استجابات الحالة الثانية على مختلف مهارات البرنامج التدريبي :

حقق الطفل (هـ) تطورات سريعة في حجم الإنجاز و الزمن المستغرق في المهارات التي تم تدريبيه عليها و تميز ايقاعه بسرعة التنفيذ مقارنة بالحالة الأولى، و قد حقق شوط كبير و هام من التقدم على مستوى مختلف المهارات، حيث نجح بشكل تام في انجاز النشاطات التي تركز على مواضيع بصرية و التي تتمثل في مهارة تصنيف الألوان و الأشكال، بينما كانت النتائج عموما متوسطة في المهارات التي تتطلب تناسق بصري حركي و مهارات فهم تتعلق بالجانب الحركي و تخص هذه المهارات نشاطات ربط و فك خيط الحذاء و ذلك باستثناء مهارة ملأ السلك بالكريات التي نجح الحالة في انجازها لأنها نشاط بسيط يعتمد على قدرات حركية بسيطة.

أما بالنسبة للمهارات التي تتطلب تركيز الإنتباه على المثيرات السمعية مثل التدريب على مفاهيم المكان و فهم التعليمات التي تتعلق بمناطق في الجسم فتلخصت انجازات الطفل في الإنتباه البصري و التقليد الحركي في حين أخفق الطفل في فهم دلالة التعليمات الشفهية و لم يتمكن من استخدام الفهم و الحركات بتمازج لإعطاء التعبير الواضح و المنطقي للحركة و هذا ما ترجمته استجابته الخاطئة عند سحب مساعدتنا الحركية منه.

و ما ميز تدريب هذه الحالة عن الحاليتين الأخرتين نجاحه في تعلم انتاج اللغة التعبيرية و تمكنه من اكتساب رصيد لغوي سمح له من التفاعل مع الآخرين و تطوير الإتصال لديه مثل بدءه التعبير عن طلباته الأولية كالأكل بقول حبة أو خبز.

و قد استجاب الطفل صحيحا في تمثيل الإنفعالات على ملامح وجهه أي نجح في التقليد الحركي كما تمكن من اظهار التعبير الوجهي الممثل على اللوح و الموافق مع التعبير الوجهي للمدربة و بالتالي نجح في الربط و التنسيق بين المدلولات المرئية و هذا ما يؤكد على طبيعة الذاكرة البصرية للمتوحد. في حين فشل الطفل في اظهار قدرات تخيلية خلال اللعب نظرا لعجز وظيفي لدى المتوحد على تشكيل تصورات تتعلق

بالمواضيع و على توظيف الرموز بعدم قدرته على فهم بعض الأصوات و ربطها بدلالاتها و هكذا تحددت انجازاته خلال هذا النشاط في حركة تقليد بلعادة حركة اللعبة في المسار و ادخالها المستودع.

و عموما ساهمت جملة المهارات التي تم تدريب الطفل عليها مهما كانت درجة الإنجاز التي تمكن من تحقيقها في تطوير عناصر الإنتباه البصري، التقليد الصوتي و الحركي، الفهم و انتاج اللغة، كما نمت سلوكيات اجتماعية للطفل (ه) و التي تتمثل في الضم و التقبيل و هي سلوكيات إلى جانب اللغة تدل على تطور التفاعل و الاتصال الإجتماعي و تحقيق الإندماج الإجتماعي مما يسمح بالقول أن انجازات هذه الحالة حققت شطر كبير و هام من فرضية البحث.

الحالة الثالثة:

(ر) طفل متوحد يبلغ من العمر 7 سنوات، له بنية جسمية قوية، صعب الإتصال معه نظرا لإضطرابات السلوك التي يظهرها، يتابع حصص التعلم السلوكي لتطوير مهارات التقليد، يتمتع باستقلالية في الأكل و و في استخدام المراض، لكن يحتاج إلى تخصيصه ببرنامج عمل تدريبي لإكتساب عدة مهارات.

(ر) هو الولد البكر و له أخ عمره 3 سنوات، الأب موظف و الأم مأكثة بالبيت، ولادته كانت عادية و كذلك نموه حيث تمكن من المشي في وقت مناسب و نطق بعض الكلمات مثل بابا، ماما ثم توقف، تم تشخيصه على أنه متوحد في عمر سنتين و نصف من قبل أخصائية أطفونية و قد أظهر سلوكات نمطية و متكررة و سلوكات الهدم الذاتي و كذا مصاداة لغوية بميلاد أخيه الصغير، و يتابع (ر) علاج دوائي يتمثل في مضاد للإكتئاب لتقليل هذه الإضطرابات لكن لم يثبت فعاليته لأن اضطرابات سلوكه بقيت مستمرة و أحيانا كانت تصل لقمة الهيجان لدرجة يصعب فيها التعامل مع الطفل و ذلك كان ينعكس سلبا على مردودية انجازه للمهارات و يقلل من انتباهه البصري و كنا نحاول تهدئته بمسك يديه حتى يكف عن توجيه ضربات إلى رأسه، كما كنا نناوله المواضيع للإنشغال بها و انجازها حتى لا نترك له الفراغ ليستمر في هذه السلوكات، أما المربية في العيادة فاستعملت معه أسلوب التوبيخ اللفظي ليكف عن هذه السلوكات.

إن ملاحظتنا للطفل و تطبيقنا نشاطات البرنامج التدريبي عليه و إجراء المقابلة مع الأم سمح بتقييم مهارات الطفل و تحديد صعوباته كما يلي:

- تميزت مهارات تصنيف الأشكال و الألوان أنها في طريق الظهور و هذا ما ميز كذلك نشاطات الحركة الدقيقة أما بقية المهارات التي تخص مفاهيم المكان، الإنفعالات و الخيال كان لا يعرف القيام بها، أيضا تميز بضعف الإنتباه و كثرة تشتت النظر و فقدان التركيز على إنجاز النشاط.

أما في ما يخص اللغة فنجد غياب الكلام و التقليد اللغوي، مع فهم بعض التعليمات الأولية كاجلس، انهض، صافحني، أعطني.

و حسب الأعراض الظاهرة فهو مصاب بأحد اضطرابات النمو و من الضروري تخصيصه ببرنامج تدريبي يطور خاصة مهارات حفظ الإنتباه، التقليد و يطور مهارات أخرى، كما يقلل من سلوكات العدوانية و الهدم الذاتي.

بالإضافة إلى ذلك أرشدنا الأم إلى ضرورة توفير محيط هاديء و استرخائي للطفل و ذلك بإعطائه حمام دافيء و سماعه لموسيقى هادئة يرتاح إليها و قد عملت بهذه النصائح و كان لذلك أثر في التقليل من اضطرابات سلوك الطفل بشهادة الأم، لكن نشير إلى أن الأم لم تشارك في تدريب طفلها بالمنزل بدافع صعوبات التحكم في سلوكات طفلها و تحججها بكثرة أعبائها اتجاه البيت و تربية طفلها الآخر، و التماطل عن توفير أدوات التدريب لتعليم طفلها بالمنزل و افتقادها إلى إرادة حقيقية للمشاركة في ذلك. و قد اعتمدت الأم على ما يقدم لطفلها من خلال حصص التعلم بالعيادة و التي كانت تقوم فيها المرابية بتدريبه على مهارات تطوير الإنتباه البصري و التقليد الشفهي للغة بصفة غير منتظمة. و قد تشكلت معظم الإستجابات التي حققها الطفل نتاج مجهودنا الشخصي، و فيمايلي عرض لنتائج تطبيق البرنامج التدريبي على الطفل (ر):

النشاط الأول: الإشتراكات

مهارة تصنيف الألوان:

استغرق تدريب الطفل على هذا النشاط شهرين، حيث كان الطفل يقوم ببعض المحاولات الخاطئة في التصنيف و التي ساعدناه على تصحيحها تدريجيا إلى أن تمكن من انجاز الموضوع كليا و بمفرده، و كنا نعزز استجابات الطفل الصحيحة بالثناء عليه.

مهارة تصنيف الأشكال:

استغرق التدريب على تعلم تصنيف الأشكال نفس مدة تصنيف الألوان و قبل بداية التدريب كانت هذه المهارة في طريق الظهور فدعمنا تعليمها إلى غاية أن نجح الطفل تماما في التصنيف. و قد تميز الطفل (ر) بسرعة كبيرة في إنجاز المواضيع البصرية حيث كان الطفل يستغرق مدة قصيرة في الأداء لأن صورة هذه المواضيع كانت تبقى محفوظة عندما تخرج من حقل النظر مما يعني أن ذاكرة المتوحد البصرية تشغل بشكل أفضل من الذاكرة اللغوية. و قد ساهمت مهارات التصنيف في حفظ الإنتباه البصري للطفل لمدة معتبرة أثناء نمذجة المهارة و إنجازها كما تحقق التقليد الحركي.

النشاط الثاني: تقليد أفعال بسيطة تتعلق بمناطق في الجسم و بفهم اللغة الإستقبالية:

استغرق التدريب على تعلم هذا النشاط مدة 6 أشهر، و كنا نقوم بالإشارة إلى أعضاء الوجه حيث بدأنا بالعين مع ارفاق ذلك بالتعليمة الشفهية، و تمكن الطفل من لمس العين عند نمذجة هذا السلوك من طرفنا و تدريجيا سحبنا مساعدتنا للطفل و بدأنا نصدر التعليمات الشفهية دون تمثيل فعل اللمس و هنا استجاب الطفل بعكس الحالات الأخرى صحيحا و استطاع بذلك أن يوفق بين اللمس و الرؤية.

بعد ذلك انتقلنا إلى التدريب على عضو الأنف و اتبعنا في التعليم نفس الخطوات السابقة و توصل الطفل إلى لمس عضو الأنف بدون تقديم المساعدة و استنادا فقط إلى التعليمة الشفهية. و عند مراجعتنا لعضو العين الذي سبق تعلمه استجاب (ر) صحيحا للتعليمة الشفهية و أشار إلى العين، أيضا استطاع (ر) تقليد

حركة المدربة بلمس الأعضاء الأخرى خلال حصص التدريب على هذه المهارة و كان يحصل على كل إستجابة من خلال التقليد بالإشارة إلى العضو أو بالإستجابة للتعليم الشفهية على قطعة حلوى لتعزيز هذه الإستجابات.

إن تحقيق هذه الحالة لنتائج ايجابية في هذا النشاط يرجع لسلامة الجهاز الحركي للطفل و كذلك لتعليم المربية بالعبادة مسبقا الطفل نشاط تصنيف الصورة الجسمية مما ساعد في تعليم هذه المهارة و التي ساهمت في تطوير التقليد، فهم اللغة الشفهية في شكل تعليمات بسيطة و تطوير ادراك صورة الجسم، كما تشير إلى أن الطفل خلال انجاز هذه المهارة و المهارات الأخرى التي تعتمد على فهم اللغة أو / و انتاجها أو الإحساس بصورة جسمه كان يتوقف في العديد من المرات عن الإنجاز و يثير مصاداة و سلوكيات عدوانية كلما تم حثه على التعلم مما كان يعرقل سير التدريب و يصعب العمل و يعبر عن رفض المتوحد إدراك ذاته و مقاومة تطوير قدراته.

النشاط 3: اللغة التعبيرية

استغرق التدريب على هذه المهارة 6 أشهر، حيث بدأنا بإلقاء على مسامع الطفل الكلمات في شكل حروف باستخدام تقنية التشكيل مع تركيز انتباه الطفل إلى كيفية نطق الحروف و العمل على جلب انتباهه كلما تشتت، و حوالي قرابة ما يزيد عن شهر من التدريب، كان (ر) يلاحظ فقط كيفية إلقاء المدربة للصوت دون أن يقوم بالترديد، ثم في منتصف الشهر الثاني بدأ يقلد حرف الباء و كان هذا التقليد غير مستمر حيث كان يتوقف في بعض الحصص عن التقليد الصوتي رغم التعزيز المقدم له، لهذا قدرنا تصنيف محاولاته في الجدول بمكتسب قليلا لأنه لم يتوصل كليا إلى نطق الكلمة المطلوبة و اكتفى بالهمس بها في حالة استجابته، كما بدأ خلال هذه المدة الهمس بحرف الواو الذي تم تدريبه عليه تحضيراً لنطق كلمة 'نعم' بالعامية، كما توصل إلى التعبير ب'لا' من خلال تقليد حركة اللسان بتوجيهه نحو الأعلى دون القدرة على اخراج الصوت، و رغم أننا أرفقنا مع بداية نطق كل حرف من الكلمات إشارة بحركة الرأس بنعم و 'لا' إلا أن الطفل أنجز حركة التقليد بالإشارة بالرأس بشكل منفصل عن النطق اللغوي ثم سحبنا تعليم هذه

الحركة و صبينا اهتمامنا على نطق الحروف لتجنب أن يستخدم الطفل هذه الحركات في سلوكيات نمطية خاصة و أنه يعاني منها. و هكذا لم يتحقق من خلال جلسات التدريب اللغوي إلا تقليد صوتي ضعيف لبعض الحروف و تحقيق انتباه بصري مؤقت و محدد بزمن استغراق المهارة مما قلل من المصاداة و من الحركات الإستحواذية و العدوانية خلال جلسات التدريب.

النشاط الرابع: مفاهيم المكان

استغرق التدريب على هذا النشاط 6 أشهر، حيث بعد نمذجة العملية في كل حصة، تم تدريب الطفل على وضع كريات صغيرة 'داخل' و 'خارج' الصندوق مع ارفاق ذلك بالتعليمة الشفهية، و تدريجيا قللنا من تقديم المساعدة للطفل من خلال الإشارة إلى وضع الموضوع في المكان المناسب، لكن توصل الطفل إلى وضع الكريات داخل ثم خارج الصندوق في حركة آلية حيث عندما يفرغ من وضع الكريات داخل الصندوق كان يبدأ في وضعهم خارج و هذا دون التنفيذ الصحيح للتعليمات الشفهية مما يدل على أن ذاكرة المتوحد بصرية أكثر منها سمعية و أن المتوحد يحتفظ بالمواضيع المرئية حتى و لو خرجت من حقل النظر، و أنه عاجز عن إدراك تركيب موضوع محدود أو ذو محتوى و الذي يسمح بتمييز الداخل عن الخارج نظرا لمشكل المتوحد في ادراك تركيب حدود الأنا و عدم قدرته على تمييز العالم الداخلي الشخصي عن العالم الخارجي و عجزه على الإنفتاح و على فتح عالم مغلق على نفسه لصنع عالم تستطيع المواضيع اختراقه.

أما بالنسبة لتعلم مفاهيم 'فوق' و 'تحت' فالتدريب مر بنفس المراحل السابقة و لم يتوصل الطفل إلى الإستجابة للتعليمة الشفهية صحيحا، كما كان يخلط بين التعليمتين، و في العديد من المرات كان بمجرد مسكه للموضوع يبدأ مباشرة في وضعه في أعلى و أسفل الطاولة قبل سماعه للتعليمة الشفهية و هذا يؤكد كذلك أن المتوحد يستجيب بصريا و يرصد الوضعيات في مضمونها المرئي أكثر من اللغوي، كما أن فشل الطفل في الإنتباه السمعي و تمييز التعليمات الشفهية يرجع لإضطرابات السلوك التي كان يظهرها

أثناء الإنجاز و التي عرقلت سير التدريب، و رغم ذلك تحقق من خلال التدريب على هذه المهارة بعض من الإنتباه البصري و التقليد الحركي.

النشاط الخامس: تعلم الإنفعالات

استغرق التدريب على هذه المهارة 4 أشهر، حيث بعد تمثيلي على الوجه إنفعال الفرح و الحزن كل على حدة مرفقة ذلك بصورة الإنفعال و تسميته، طلبنا تدريجيا من الطفل اظهار صورة الإنفعال الموافق للتعبير الوجهي للمدربة و التعلية الشفهية فرح أو حزين و تمكن الطفل تدريجيا من اظهار صورة الإنفعال الصحيح الذي يتوافق مع تمثيل وجه المدربة و التعلية الشفهية 'أعطني فرح أو حزين!'. إن نجاح الطفل في تحقيق استجابات صحيحة بالتعرف على تعابير الفرح و الحزن تم بفضل المساعدات البصرية و تصنيع هذه الإنفعالات بتمثيل المدربة لتعبير الوجه المطلوب. و قد اكتفى الطفل خلال الحصص الأولى من التدريب بملاحظة تمثيلنا لهذه الإنفعالات على الوجه، ثم بدأ يقلد تمثيل هذه الإنفعالات إلى غاية أن توصل إلى اتقان و رسم هذه الإنفعالات الفرح و الحزن على ملامح وجهه بشكل و اضح و جيد و بالتالي تعرف على الحالات الإنفعالية و تمكن خلال انجاز هذه المهارة حفظ الإنتباه و التقليد.

النشاط السادس: تعلم الخيال

استغرق التدريب على تعلم هذا النشاط مدة 4 أشهر، حيث بعد استعراضنا في كل حصة كيفية اللعب بالسيارة أمام مرأى الطفل، كنا نضع اللعبة في متناوله و كان الطفل يعمل على سير السيارة في حركة آلية روتينية نحو المستودع دون الاهتمام بقيادتها أو اصدار صوت أو تنبيه لها، و بذلك أنجز الطفل إلا حركة تقليد نمطية و مكررة، و قد تم تشجيعه على الإستمرار في التقليد باستخدام التعزيز اللفظي بقول 'برافو' لعله يتمكن من اضاء على هذا سلوك الإبتكار و التلقائية، كما كان يلجأ الحالة إلى معاملة اللعبة بغرابة مثل مسكها و تحريكها بطريقة غريبة و في أحيان أخرى كان يطيل النظر إليها مما كان يتطلب منا إعادة

توجيهه مرارا. و قد اكتفى الطفل بتقليد حركة المدربة فقط، لكنه لم يتوصل إلى تطوير الخيال نتيجة عدم قدرة المتوحد على بلورة و تمثّل أفكار تتعلق بالأشياء و الوضعيات و كذا عجزه على تكوين و معالجة الرموز باعتبار أن تطوير الخيال يرتكز على النظام الرمزي و الذي نجده غائب أو ضعيف و مميز لدى المتوحد حسب النظرية المعرفية. إن الاضطراب الوظيفي في القدرة على ابتكار و نسج الخيال حدد سلوك اللعب حيث اقتصر على حركات يدوية بسيطة غير مرنة و ليس فيها ابتكار، و هي أقل منزلة من اللعب الذي يمارسه الأطفال غير المصابين بالتوحد ممن هم في نفس السن.

النشاط السابع: ملأ الخيط

استغرق التدريب على هذا النشاط 3 أشهر، حيث بعد نمذجة المدربة لكيفية ملأ السلك بالكريات و مناولته للطفل لإنجاز هذه المهارة مع تقديم مساعدتنا في تنظيم حركاته الدقيقة بما يناسب الموضوع المنجز، سحبنا تدريجيا المساعدة المقدمة حتى توصل الطفل إلى اتمام انجاز المهارة بمفرده و حصل على تعزيزات مادية خلال استجابته الصحيحة. و يرجع نجاح الطفل إلى إهتمامه بالموضوعات البصرية و غياب اضطرابات الحركية لديه، و لقد ساهمت هذه المهارة في زيادة الإنتباه البصري و التقليد.

النشاط الثامن: ربط و فك خيط الحذاء

استغرق التدريب على هذا النشاط مدة 6 أشهر، حيث قمنا بنمذجة كيفية القيام بعملية تركيب خيط الحذاء أمام الطفل، ثم سلمنا اللوحة و الخيط للطفل و ساعدناه على توجيه الخيط نحو الثقوب مع عمل تناسق في ربط الخيط بين هذه الثقوب، و شيئا فشيئا عمدنا إلى تقليل مساعدتنا للطفل و دفعه لإنجاز المهارة بمفرده مع تشجيع استجاباته الصحيحة بتعزيزات معنوية إلى غاية أن توصل الطفل إلى توجيه الخيط نحو الثقوب بدون مساعدة، و قد تمكن (ر) من احداث تناسق في تركيب الخيط ما بين الثقوب في بعض المحاولات في حين ارتكب أخطاء بالنسبة لثقوب أخرى مما استدعى توجيهه من حين لآخر.

أما بالنسبة لفك الخيط من الثقوب فكان الطفل يعمل على سحب الخيط من الثقوب لكن كان يخلط في ترتيب عملية السحب أي كان يقدم على سحب الخيط الذي يتعين عليه جذبه من الثقوب الموائية مسبقا قبل الثقب الذي يتعين عليه سحب الخيط منه لذا استمرينا في تقديم المساعدة له لتحسين أدائه لأن هذا الإنجاز يتطلب تنظيم فكري و حس- حركي و هذه القدرة لم تتحقق بعد بالمرونة الكافية و لذلك لم يتحقق إنجاز الطفل بأكبر قدر لإعطاء التعبير الواضح و المنطقي للحركة، و رغم هذا تمكن الطفل من خلال التدريب الحركي من تطوير جزئي للتركيز البصري، التقليد و تنسيق الحركات الدقيقة و هذه العناصر حققت بشكل جزئي و بسيط فرضية البحث.

و فيمايلي نقدم استجابات الطفل للبرنامج التدريبي المكثف:

ملخص استجابات الحالة الثالثة :

1- نتائج تطبيق النشاطات على الطفل قبل التدريب :

نسبة الإنجاز	قبل التدريب				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
75		*			الإشترابات، التصنيف الإنتباه، الأشكال	
75		*			التقليد التصنيف الألوان	
0				*	داخل	مفهوم المكان
0				*	خارج	
0				*	فوق	
0				*	تحت	
0				*	أنف	فهم اللغة المستقبلية و
0				*	العين	
0				*	الفم	التعرف على
0				*	الأذنين	أجزاء الجسم
0				*	اليدين	
0				*	الرجلين	
0				*	الذراعين	

0				*	بابا	اللغة التعبيرية
0				*	ماما	
0				*	نعم	
0				*	لا	
0				*	الفرح	الإنفعالات
0				*	الحزن	
0				*	لعب بالسيارة	الخيال
25			*		ملاً السلك بالكرينات	الحركة الدقيقة
0				*	ربط الحذاء	الإستقلالية
0				*	فك الحذاء	

2- نتائج تطبيق النشاطات على الطفل خلال الشهر الأول من التدريب :

نسبة الإنجاز	بعد التدريب الشهر الأول				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
	54.16	*	**** **** ***			
58.33	**	**** **** **			تصنيف الألوان	
18.75			* **** ****	***	داخل	مفهوم المكان
16.66			**** ****	****	خارج	
16.66			**** ****	****	فوق	
14.58			*** ****	**** *	تحت	
20.83			** **** ****	**	الأنف	فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
18.75			* **** ****	***	الأذنين	
20.83			** **** ****	**	الفم	
27.08		***	** **** *	**	العين	
18.75			* **** ****	***	اليدين	

تابع لنتائج الشهر الأول من التدريب :

20.83			** **** ****	**	الرجلين	
20.83			** **** ****	**	الذراعين	
0				**** **** ****	بابا	اللغة التعبيرية
0				**** **** ****	ماما	
0				**** **** ****	نعم	
0				**** **** ****	لا	
					الفرح	
					الحزن	
0					لعب بالسيارة	الخيال
20.83			** **** ****	**	ملا السلك بالكريات	الحركة الدقيقة
20.83			** **** ****	**	ربط خيط الحذاء	الإستقلالية
22.91			** **** ****	*	فك خيط الحذاء	

3- نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الثاني من التدريب:

نسبة الإنجاز	الشهر الثاني				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
62.5	***	**** **** *			تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد
70.83	**** *	**** ***			تصنيف الألوان	
31.25		***	**** **** *		داخل	مفهوم المكان
25			**** **** ****		خارج	
29.16		**	**** **** **		فوق	
27.08		*	**** **** ***		تحت	
25			**** **** ****		الأنف	فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
25			**** **** ****		الأذنين	
25			**** **** ****		الفم	
50	*	**** **** *	**		العين	
25			**** **** ****		اليدين	

تابع لنتائج الشهر الثاني من التدريب:

25			**** **** ****		الرجلين	
25			**** **** ****		الذراعين	
12.5			**** **	**** **	بابا	اللغة التعبيرية
0				**** **** ****	ماما	
4.16			**	**** **** **	نعم	
4.16			**	**** **** **	لا	
					الفرح	
					الحزن	
					لعب بالسيارة	الخيال
39.58		*** ****	**** *		ملأ السلك بالكريات	الحركة الدقيقة
31.25		***	**** **** *		ربط خيط الحذاء	الإستقلالية
35.41		**** *	**** ***		فك خيوط الحذاء	

4- نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الثالث من التدريب:

نسبة الإنجاز	الشهر الثالث				تشخيص المهارة		
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب			
100	***				تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد	
100	***				تصنيف الألوان		
39.58		**** ***	**** *		داخل	مفهوم المكان	
35.41		**** *	*** ****		خارج		
33.33		***	**** **** **		فوق		
33.33		***	**** **** *		تحت		
25			**** **** ****		الأنف		فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
25			**** **** ****		الأذنين		
25			**** **** ****		الفم		
79.16	**** ***	**** *			العين		
25			**** **** ****		اليدين		
25			**** **** ****		الرجلين		

تابع لنتائج الشهر الثالث من التدريب:

25			**** **** ****		الذراعين	
16.66			**** ****		بابا	اللغة التعبيرية
0				**** **** ****	ماما	
6.25			***		نعم	
8.33			****	**** ****	لا	
27.08		***	**** ****	**	الفرح	
18.75			**** **** *	***	الحزن	
0				**** **** ****	لعب بالسيارة	الخيال
62.5	***	**** **** *			ملأ السلك بالكريات	الحركة الدقيقة
35.41		**** *	**** ***		ربط خيطة الحذاء	الاستقلالية
41.66		**** ****	****		فك خيطة الحذاء	

5- نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الرابع من التدريب:

نسبة الإنجاز	الشهر الرابع				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
100	***				تصنيف الأشكال	الإشتراقات، الانتباه والتقليد
100	***				تصنيف الألوان	
45.83		**** **** **	**		داخل	مفهوم المكان
41.66		**** ****	****		خارج	
35.41		**** *	**** ***		فوق	
37.5		**** **	**** **		تحت	
43.75		**** **** *	***		الأنف	فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
25			**** **** ****		الأذنين	
25			**** **** ****		الفم	
100	***				العين	
25			**** **** ****		اليدين	
25			**** **** ****		الرجلين	

تابع لنتائج الشهر الرابع من التدريب:

25			**** **** ****		الذراعين	
20.83			**** **** **		بابا	اللغة التعبيرية
0				**** **** ****	ماما	
10.41			**** *		نعم	
14.58			**** ***		لا	
54.16	*	**** **** ***			الفرح	الإنفعالات
39.58		**** ***	**** *		الحزن	
0				**** **** ****	لعب بالسيارة	الخيال
100	***				ملأ السلك بالكريات	الحركة الدقيقة
41.66		**** ****	****		ربط خيطة الحذاء	الاستقلالية
45.83		**** **** **	**		فك خيطة الحذاء	

6- نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الخامس من التدريب:

نسبة الإنجاز	الشهر الخامس				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
100	***				تصنيف الأشكال	الإشتراقات، الانتباه والتقليد
100	***				تصنيف الألوان	
58.33	**	** **** ****			داخل	مفهوم المكان
47.91		*** **** ****	*		خارج	
39.58		**** ***	**** *		فوق	
35.41		**** *	**** ***		تحت	
62.5	***	**** **** *			الأنف	فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
25			**** **** ****		الأذنين	
25			**** **** ****		الفم	
100	***				العين	
25			**** **** ****		اليدين	
25			**** **** ****		الرجلين	

تابع لنتائج الشهر الخامس من التدريب:

25			**** **** ****		الذراعين	
14.58			**** ***		بابا	اللغة التعبيرية
0				**** **** ****	ماما	
6.25			***		نعم	
10.41			**** *		لا	
79.16	**** ***	**** *			الفرح	الإنفعالات
62.5	***	**** **** *			الحزن	
0				**** **** ****	لعب بالسيارة	الخيال
100	***				ملأ السلك بالكريات	الحركة الدقيقة
58.33	**	**** **** **			ربط خيط الحذاء	الاستقلالية
50		**** **** ****			فك خيوط الحذاء	

7- نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر السادس من التدريب:

نسبة الإنجاز	الشهر السادس				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
100	***				تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد
100	***				تصنيف الألوان	
54.16	*	**** **** ***			داخل	مفهوم المكان
50		**** **** ****			خارج	
45.83		** **** ****	**		فوق	
41.66		**** ****	****		تحت	
70.83	**** *	**** ***			الأنف	فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
25			**** **** ****		الأذنين	
25			**** **** ****		الفم	
100	***				العين	
25			**** **** ****		اليدين	
25			**** **** ****		الرجلين	

تابع لنتائج الشهر السادس من التدريب:

25			**** **** ****		الذراعين	
18.75			**** **** *		بابا	اللغة التعبيرية
0				**** **** ****	ماما	
8.33			****		نعم	
14.58			**** ***		لا	
100	**** **** ****				الفرح	الإنفعالات
100	**** **** ****				الحزن	
0				**** **** ****	لعب بالسيارة	الخيال
100	***				ملأ السلك بالكريات	الحركة الدقيقة
54.16	*	**** **** ***			ربط خيطة الحذاء	الاستقلالية
50		**** **** ****			فك خيطة الحذاء	

8- جدول يلخص متوسط نسب إنجاز الحالة (3) على مختلف المهارات قبل و بعد التدريب :

المهارات	الإشتراقات	مفهوم المكان	اللغة الإستقبالية	اللغة التعبيرية	الإنفعالات	الخيال	الحركة الدقيقة	الإستقلالية
نسبة الإنجاز قبل التدريب	%41.66	%0	%0	%0	0%	%0	%25	%0
نسبة الإنجاز بعد التدريب	%82.99	%35.58	%33.85	%20.45	%56.76	%0	%70.48	%40.61

ملاحظة:

عدد علامات (*) يساوي عدد محاولات التعليم و ما يتوافق معها من إستجابات سواء كانت خاطئة أو

صحيحة

- تقدير غير مكتسب يعني الإخفاق في الإنجاز (0 %)

- تقدير مكتسب قليلا يعني أن إنجاز الحالة تم بمساعدة من قبل المدربة (25 %).

- تقدير متوسط هو استجابة لتعليم المدربة لكن بمحاولات خاطئة (50 %).

- تقدير مكتسب فيمثل استجابة صحيحة (100 %) بتحقيق انجازها 3 مرات بدون تقديم المساعدة.

- كلما نجح إنجاز المهارة بشكل تام كنا نقوم بمراجعتها بغرض تثبيت حفظها 3 مرات شهريا و تتمثل هذه

النشاطات في مهارات التصنيف و ملأ السلك بالكريات.

تعليق على جداول أداء مهارات التدريب:

يتضح من الجداول ارتفاع متوسط نسب انجاز الحالة (3) في مهارة تصنيف الأشكال و الألوان من 41.66 % إلى 82.99 %، كما ارتفع متوسط تعلم مفاهيم المكان ب 35.58 %، و تحقق فهم اللغة الإستقبالية بنسبة 33.85 % أما انجاز اللغة التعبيرية فنسبة الإداء تمثلت في 20.45 % و الإنفعالات ب 56.76 %، كذلك ارتفع متوسط إنجاز الحركة الدقيقة من 25 % إلى 70.48 % و تحقق انجاز لمهارات الإستقلالية بنسبة قدرت 40.61 %.

استنتاج حول استجابات الحالة الثالثة على مختلف مهارات البرنامج التدريبي :

من خلال مجموع النشاطات التي تم تدريب الطفل (ر) عليها، نجد أن الحالة حقق أداء كبير في النشاطات التي تعتمد على مجال الإستدلال البصري، حيث أن ذاكرة المتوحد البصرية تشغل أفضل من الذاكرة السمعية، فقد نجح الحالة في مهارة تصنيف المكعبات تبعا للون و الشكل كما تمكن من تقليد حركة المدربة بوضع الأشياء في الوضعية المناسبة لها و بذلك ارتبطت استجابته بإحتفاظه بالآثار الذاكرية المرئية و ليس بالتعليمات الشفهية.

كما ساهمت النشاطات الحركية في حفظ الإنتباه البصري للطفل لمدة طويلة و تحقيق التقليد و ضبط الحركة الدقيقة لأصابع اليد، لكن لم يستطع الطفل (ر) تحقيق تطور في المهارات الحركية التي تخدم إستقلالية الطفل و التي تتطلب إدماج بين الفكر و الحركة أي التي تعتمد على تنسيق بين مختلف المعلومات الآتية من حواس مختلفة كمهارة ربط و فك خيط الحذاء و تعلم مفاهيم المكان.

و حقق الطفل (ر) استجابات ضعيفة في الأداء اللغوي حيث قام بتقليد بعض الأصوات اللغوية بصفة غير مستمرة، في حين نجح في مهارة التعرف على بعض أجزاء الجسم و تمكنه من ذلك يرجع إلى تميزه بذاكرة نوعية و انتقائية للمعلومات التي يستوعبها و كذا لأنه تعلم سابقا نشاطات من هذا الصنف كنشاط تصنيف الصورة الجسمية و كذا عدم وجود إضطرابات حركية لديه مما ساعده في تعلم هذه المهارة.

أيضا نجح الطفل في تمثيل الإنفعالات على تعابير الوجهية نتيجة تمكنه من ادراك صورة جسمه و تحكمه في حركة عضلات الوجه، لكن لم يتمكن الطفل من تطوير قدرة التخيل و ما توصل إلى انجازه ما هو إلا مجرد تقليد لحركة دفع اللعبة في المساردون اضعاء أي تجديد أو ابتكار على هذه الحركة.

و قد ساهمت مجموع النشاطات التي اشتغل الطفل عليها من التقليل من المصاداة و السلوكات العدوانية التي كان تصدر من الطفل أثناء الإنجاز. و خلاصة القول أن جملة النشاطات التي تم تدريب الحالة (ر) عليها مكنت من تطوير بسيط و متواضع لمهارات الإنتباه البصري، التقليد الحركي و اللغوي و رغم أن

أداء الطفل كان بسيطاً إلا أنه يعتبر لا بأس به أمام اضطرابات السلوكيات التي كان يثيرها الطفل، كما أن اشتغال الطفل على إنجاز هذه المهارات سمح من التقليل من المصاداة و السلوكيات العدوانية التي كان يقوم بها و هكذا تحققت بشكل جزئي فرضية البحث.

الفصل الثامن:

عرض النتائج و المناقشة

- تقييم و مناقشة النتائج
- الإسهام العلمي
- خاتمة الدراسة
- المراجع
- الملاحق

تقييم و مناقشة النتائج:

اختلفت استجابة الأطفال المتوحدين فيما بينهم لبرنامج التدريب المطبق و تفاوت إيقاع التطور و الأداء في تعلم المهارات المعرفية، مهارات انتاج و فهم اللغة، التعرف على الصورة الجسمية، تطوير الخيال، الإنفعالات و القدرات الحركية و مهارات الإستقلالية بالنسبة لكل طفل متوحد. و قد تراوح حجم التطور من استجابات ضعيفة، متوسطة إلى صحيحة. و مهما قدر حجم و ايقاع الإنجاز بين الحالات الثلاث إلا أن هؤلاء الأطفال المتوحدون نجحت استجاباتهم في جميع المهارات التي تعتمد على مواضيع بصرية مما ساهم في تطوير مهارات الإنتباه البصري و التي سمحت بتقدم مهارات تصنيف المواضيع و خدمت جانب تطور الفهم و التقليد الحركي.

أما بالنسبة لمهارات انتاج اللغة فقد استجابت الحالة الأولى بإصدار كلمات لغوية خارجة عن نطاق التعليمات الشفهية و تحددت لغة الحالة الثالثة في الهمس ببعض الأصوات اللغوية في شكلها الأولي، بينما نجحت الحالة الثانية في انتاج كلمات لغوية بشكل سليم و تام و تمكنت من امتلاك رصيد لغوي و هكذا تحقق من خلال التدريب على هذه المهارة انتباه بصري و تقليد صوتي شفهي للغة بدرجات مختلفة و نوعية بالنسبة للحالات الثلاث.

أما فهم اللغة و معنى التعليمات الشفهية فلم توفق الحالات في تطوير مهارات الفهم اللغوي و فشلت في تعلم المهارات التي تعتمد على الإنتباه السمعي كتعلم مفاهيم المكان و تمييز التعليمات الشفهية التي تتعلق بالتعرف على الصورة الجسمية بإستثناء الحالة الثانية الذي تمكن من الإستجابة للتعليمات المتعلقة بإدراك مناطق في الجسم. و ساهم أيضا مهارات انجاز الحركة الدقيقة في تطور الإنتباه و التركيز حيث نجح التقليد الحركي البسيط و تنشطت الحركات الدقيقة بالنسبة لجميع الحالات خاصة الحالة الأولى التي اكتسبت جزئيا مرونة في حركات اليدين و الأصابع، في حين لم تنجز نشاطات ربط و فك الخيط بشكل تام نظرا لعجز المتوحدون على تنظيم الإستقبال الحسي و التنسيق بين الأفكار و الحركات فبقي التنسيق البصري الحركي محدود، كما أن صعوبات اليدوية و تنسيق الحركات صعب من قدرة الطفلة على نزع

سترتها لإستخدام المرحاض، و على العموم كانت استجابات الحالات محدودة بخصوص المهارات التي تخدم تطور الإستقلالية.

أيضا ساهمت مهارة التعرف على الإنفعالات في تطوير الإنتباه البصري و التقليد الحركي حيث نجحت الحالات الثلاث في اظهار صورة تعبير الوجه الصحيح و المناسب مع تعليمة المدربة و كذلك في تمثيل تعبير الإنفعال على الوجه ما عدا الحالة الأولى التي أخفت في انجاز الشطر الثاني من هذا النشاط و المتعلق بصنع هذه الإنفعالات على ملامح وجهها، لكن بالنسبة لجميع الحالات التي تم تدريبها على التعرف على الإنفعالات و رغم نجاحها في مهارة الإنتباه و التقليد الحركي إلا أنها أعطت انطباع عدم ادراك و معرفة الجيدة لمعنى هذه الإنفعالات و يرجع ذلك ل عدم وجود مواقف انفعالية التي فيها يتقاسم المتوحد خبراته في علاقاته مع نفسه و مع الآخرين و المجتمع الذي يعيش فيه مما حد من فهم هذه الإنفعالات و من التعبير عنها من طرف المتوحد.

أيضا اشتركت الحالات الثلاث في عدم تطور و تنمية الخيال خلال التدريب على اللعب و ما تم انحصر في تقليد سلوك المدربة في حركة روتينية دون توظيف الخيال أو إعطاء معنى للعب أو وظيفة للسيارة. و قد استنتجنا عند تدريب الحالات على مختلف المهارات أنهم كان ينقصهم عمل اشتراقات ما بين الأفكار التي تتطلب تنسيق فكرتين أو أكثر حيث لم تحقق الحالات ادماج و جمع لما تعلموه من مزايا عامة للنشاطات أو الوضعيات و غالبا يعطون انطباع باتسامهم بتفكير مجزء و حفظ للوضعيات في صورتها و ليس بدلالة اللفظ. و إلى جانب ما تحقق من مهارات طورت الحالات المدروسة سلوكات اجتماعية خلال جلسات التدريب حيث أصبحت الحالة الأولى تعمل على جلب اهتمامنا من خلال لمس أيدينا و كذا لباسنا عند انصرافنا و كذا محاولتها في العديد من المرات مرافقتنا، كما تم انطفاء سلوك سلبي لديها و المتمثل في العبث باللسان و الصوت الذي كانت تحدثه بفمها و ذلك من خلال أسلوب التوبيخ، أما الحالة الثانية فقد لاحظنا زيادة قرب الطفل (هـ) منا حيث أصبح يطلب معانقتنا و تقبيلنا من حين لآخر و يظهر ابتسامة، في حين ساهم اشتغال الحالة الثالثة على انجاز النشاطات من التقليل من سلوكات التكرارية و العدوانية التي

يفرط منها خلال فراغ الطفل و التي أيضا حاولنا التقليل منها بالنهي عنها باستعمال أسلوب التوبيخ اللفظي و بعدم تشجيعها، و بالتالي تحسن سلوك الاجتماعي للحالات الثلاث و مكنت نشاطات البرنامج التدريبي من تطوير مهارات الإتصال الاجتماعي حيث تحققت تغيرات ايجابية بالنسبة لكل حالة من خلال مجموع المهارات التي تم تدريبهم عليها و هي تخص الإنتباه البصري، الفهم، التقليد الصوتي و الحركي و التفاعل مع المدربة. و قد تحققت هذه التطورات بدرجات متفاوتة بين الحالات و بين نشاطات البرنامج التدريبي الموجه لكل حالة، كما حدث تطور جزئي لمهارات الإستقلالية (استخدام المراض و تطور الحركات الدقيقة) و هذه التطورات و إن كانت جزئية فقد عملت على تحقيق بعض الإندماج الاجتماعي للمتوحد و هي تؤكد على فعالية تعليم المتوحدين و على تيسير البرنامج التدريبي تحسين مهارات الإتصال و الإندماج الاجتماعي، و بالتالي تحقق صدق فرضيتنا البحث، لكن لم تتحقق مشاركة فعلية في تدريب الآباء لأطفالهم و كانت هناك مساهمة ضئيلة في حالة واحدة اقتصرت على تعليم مهارتين لكن ليس بصفة مكثفة.

إن هذه النتائج تؤكد أن متابعة الطفل عن قرب، باهتمام و تحفيز و لو أن الأولياء غير منغمسون كلياً و بصفة مطلقة، فإن التحفيز و التعزيز يساعدان الطفل على تطوير المهارات و الدخول في علاقات اجتماعية و الإبتعاد عن الغوص في أعماق الوحدة و الإنسحاب من العالم. و عليه تطبيق طريقة (ABA) اعتماداً على الإشراف الإجرائي رغم تقلص الحجم الزمني للتدريب يعطي نتائج حسنة بالنسبة للتطور الإجمالي للطفل على مستوى مختلف المهارات. إن نجاح هذه الطريقة و تحسن مظاهر السلوك الاجتماعي للمتوحدين و حسب ما لاحظناه خلال عملنا مع الأولياء يتطلب عملاً مسبقاً مكثفاً تحسيسياً و اعلامياً مع أولياء هذه الفئة من الأطفال لتفعيل دورهم في ممارسة هذه الطريقة و حول مختلف المهارات المعمول بها و الوقت المتطلب و نظرة على التطورات و كيفية التطبيق. علماً أن الهدف الأساسي لهذه الطريقة هو الإندماج في المدرسة العادية و هذا أمل كل والد يعيش حالة انهيار من جراء وجود حالة مضطربة لا بد أن

يتكفل بها لأن تعليم المتوحد مستمر و لا يتوقف على مدة زمنية معينة و إنما يشغل طيلة حياة الطفل المتوحد و على الآباء أن يأخذوا على محمل الجد الحاجة لمشاركتهم في تعليم أطفالهم.

الإسهام العلمي :

تطلب منا انجاز هذه الدراسة جهدا كبيرا بغرض إزالة الإلتباس القائم في كتابات المؤلفين و الباحثين في ظل اللغز الذي يشكله التوحد و اضطرابات النمو فيما يخص كل من التعريف بالإضطراب و مدى نجاعة طرق التكفل المتعددة التي تهدف لتحسين و تطوير قدرات المتوحدين. و لقد حاولنا تقديم ما جادت به الدراسات القديمة و الحديثة في هذا المجال و ركزنا التفصيل في المعلومات حول التعريف و وصف التوحد و أشكاله العيادية التي تندرج ضمن إطار اضطرابات النمو و تطرقنا لطبيعة البرامج التربوية و السلوكية و المهارات التي طورها، كما قدمنا نموذجا لمساعدة تربوية سلوكية و طريقة تطبيقها و نتائج التي يمكن أن تحققها تبعا لإختلاف بروفيل الأطفال المتوحدين، و هذا بغرض إكساب عائلات الأطفال المتوحدين و المهتمين بالموضوع بعض الحقائق و المعلومات عن إعاقاة التوحد و أبعادها في ظل جهل العديد من آباء المتوحدين لهذا الإضطراب و قلة المعلومات التي بحوزتهم و بحوزة حتى المربين و بعض المهنيين عن طبيعة التكفل بالطرق التربوية السلوكية و كذا لدفع الآباء و تشجيعهم على ممارسة هذه الإجراءات التعليمية لتحقيق التفاعلات الإجتماعية المرغوبة مع أطفالهم و مساعدتهم الفعالة على الوصول إلى أقصى قدر ممكن من الإتصال و الإندماج الإجتماعي.

و لقد تزامن عرضنا للتجربة النموذجية لتعليم المتوحدين مع بوادر الإهتمام الذي أصبحت توليه وزارة التضامن الإجتماعي لفئة المتوحدين و في ظل الحديث عن افتتاح مستقبلا لمراكز خاصة بهذه الفئة و إقامة تكوينات لفائدة المربين في الطرق التعليمية. و عليه يمكن أن نعتبر دراستنا هذه تمهيدا لتفعيل هذه المشاريع و لإجراء المزيد من البحوث و الدراسات في مجال التوحد .

كما أن هذه الدراسة تعد رسالة لعامة الناس لتطوير فهم و احترام الشخص المتوحد و احتياجاته و ممارسة التواصل الانساني بين غير المتوحدين و المتوحدين.

الخاتمة:

التوحد اضطراب في النمو يصيب الأطفال قبل 30 شهرا الأولى من العمر، يحدث اضطراب في قدرات الفهم و اختلال في الإتصال و السلوك الإجتماعي. و تشير العديد من الدراسات السابقة الذكر إلى نجاعة التعليم بالطرق التربوية السلوكية من بينها طريقة (ABA) التي تعرف رواجاً و تعتمد على التدريب المكثف و تقنيات التعزيز و التي يغيب تطبيقها ببلدنا و يتلبسها الغموض و جهل لكيفية تطبيقها و نوعية التطورات التي يمكن أن تحققها.

و عليه تمثل تساؤلنا الأساسي في:

هل تطبيق برنامجا تربويا مكثفا و مستمدا من طريقة (ABA) و بإشراك الأولياء يساعد على تطوير مهارات الإتصال الإجتماعي للطفل المتوحد؟ و هل يسمح هذا البرنامج من اكتساب مهارات تساعد على الإندماج الإجتماعي للطفل المتوحد؟

و للإجابة على هذه الأسئلة قمنا بتدريب 3 أطفال متوحدين، يتواجدون بعيادة خاصة على بعض النشاطات التي تشمل مختلف نواحي النمو و المستمدة من طريقة (ABA) و ذلك خلال مدة 6 أشهر حيث خصصنا كل طفل متوحد ب 3 حصص أسبوعيا، زمن الحصة الواحدة ساعتين، و لقد سجلنا غياب المشاركة الفعلية للأباء في تدريب أطفالهم، لكن رغم ذلك حقق هؤلاء المتوحدون تطور في مهارات الفهم، الإنتباه، التقليد الحركي و الصوتي بدرجات مختلفة، كما تمكنوا من تنمية سلوكيات اجتماعية مناسبة و كل ذلك بمجهودنا الفردي فما بالنا إذا ما شارك الآباء بشكل فعال و جدي في التدريب؟!، هذا ما يستدعي ضرورة تحسيس الآباء بالدور الهام الذي يلعبونه في التكفل و الخدمات التي يمكن أن يقدموها لأطفالهم، فعلى مختلف الجمعيات و المؤسسات التي تتكفل بالمتوحدين تشجيع تعاون الآباء و حثهم على تهيئة البيئة المناسبة في المنزل حتى يتمكنوا من مساعدة أطفالهم على تطوير بأقصى حد ممكن مهاراتهم و يعملون على تعديل سلوكهم بإعتبارهم أكثر قربا و اجتماعا بهم و أكثر معرفة بخصائصهم، صعوباتهم

واحتياجاتهم، فيعتبرون أحسن المربين و المدربين لأطفالهم و يكفيهم توجيه المختصين و المهنيين

لإختزال الجهد و التكاليف و تعميم الفوائد و هذا في ظل غياب مؤسسات التكفل المختصة.

و للعلم فإن تطورات مهارات الطفل المتوحد بطيئة و تتطلب الكثير من الصبر و المثابرة، و مهما كان

مقدار التطور الذي يحرزه الطفل و مهما طالت مدة تحقيقه، ف إنه يعتبر خطوة جبارة تزيل الإهمال و

التخلف و تنمي السلوكيات الاجتماعية المناسبة و يتيسر مهارات الإتصال و الإندماج الإجتماعي، فلا بد من

التحلي بالأمل و رفع التحدي.

قائمة المصادر و المراجع باللغة الفرنسية:

المراجع الفرنسية:

- 1- Attwood T, (2003), Le Syndrome d'Asperger et l'autisme de haut niveau, DUNOD, Paris.
- 2- Beaudichon J, (1999), La communication, processus, formes et applications, Armand Colin, Paris
- 3- Chevrier M. C, Narboua J, (2007), Le langage de l'enfant, aspect normaux et pathologiques, 3Ed, Masson, Paris.
- 4- Delion P, (2003), L'enfant autiste et la sémiotique, 1^{er} Ed, PUF, Paris
- 5- Douvil et Macary, (2005), «Evolution des premiers descriptifs, de Bleuler à Kanner », In Psychologie clinique Et psychopathologie, 2^{ème} Ed, Bréal, Paris
- 6- Grandin T, (1986), Ma vie d'autiste, Arena Press, Trad. fr (2001), Odile Jacob, Paris
- 7- Houzel D, Emmanuelli M, Moggio F, (2000), Dictionnaire de psychologie de l'enfant et de l'adolescent, PUF, Paris.
- 8- Jonckheer P, Salbreux R et Magerotte G, (2007), Handicap Mental : Prévention et Accueil, 1^e ed, de boeck, Bruxelles.

- 9- Jordan R, Powell S, (1995), Les enfants autistes, les comprendre les intégrer à l'école, Trad.fr (1997), Masson, Paris.
- 10- Leaf R, McEachin J, (1999), Autisme et ABA : une pédagogie du progrès, Trad. fr, (2006), PEARSON, France.
- 11- Lebovici S, (1978), Le devenir de la psychose de l'enfant, PUF, France
- 12- Lebovici S, (1985), Nouveau traité de psychologie, Puf, Paris.
- 13- Lenoir P, Malvy J, Rethore B, (2003), L'Autisme et les troubles du développement psychologique, Masson, Paris.
- 14- Marcelli D, (2006), Enfance et psychopathologie, 7ed, Masson, Paris.
- 15- Messerschmitt P, (1993), « Les syndromes autistiques et les psychoses de l'enfant, In Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Maloine, France.
- 16- Nnahoum C, (1975), L'entretien psychologique, 5e Ed, Paris.
- 17- Ould Taleb M, (2009), Le Spectre de L'Autisme, OPU, Algérie.
- 18- Philip C, (2009), Autisme et parentalité, DUNOD, Paris.
- 19- Postel J, (2003), Dictionnaire de la psychiatrie, La Rousse, Paris.
- 20- Rogé B, (2003), Autisme (comprendre et agir), DUNOD, Paris.
- 21- Schopler E, Lansin M, Waters L, (1983), Activités d'enseignement pour enfants autistes, Trad. fr (1993), Masson III, Paris.

- 22- Schopler E, Reichler R. J, Lansing M, (1988), Stratégie éducative de l'autisme, Trad. fr (2000), MassonIII, Paris.
- 23- Schopler et Reichler, (1994), Profile Psycho Educatif Pour Adolescent Et Adultes, Trad. provisoire (1979), De Boeck, Paris.
- 24- Sigman M, Capps L, (2001), L'enfant et son développement, RETZ, Paris.
- 25- Tardif C, Gepner B, (2003), L'Autisme, NATHAN, Paris.
- 26- Théo P, (1996), L'autisme, de la compréhension à l'intervention, DUNOD, Paris.
- 27- Tourette C, (2006), Evaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement, DUNOD, Paris.
- 28- Vermeulen P, (2009), Autisme et Emotions, 1^{er} Ed, De Boeck, Bruxelles.
- 29- Zalla T, Labruyère N, (2009), « Neurones miroirs et autisme », In. Langage et Psychose, approches neuro-cognitives, De boeck, Bruxelles.

Revue :

- American Psychiatric Association, (2003), Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-IV, Masson, Paris.
- Organisation Mondiale de la santé (OMS), (2001), Classification multi-axiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent (CIM-10), Masson, Paris.

المراجع العربية:

- 1- ابراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2004، التوحد، الخصائص والعلاج، دار وائل، الأردن.
- 2- أحمد سليم النجار، 2006، التوحد و اضطراب السلوك، ط1، دار أسامة للنشر و التوزيع، الأردن.
- 3- حسن مصطفى عبد المعطي، 2003، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة ، مكتبة القاهرة للكتاب، مصر.
- 4- رائد خليل العبادي، 2006 ، التوحد، مكتبة المجتمع العربي، الأردن.
- 5- طارق عامر، 2008، الطفل التوحدي، دار اليازوري، الأردن.
- 6- كوثر حسن عسلي، 2006، التوحد، دار صفاء، الأردن.
- 7- عادل عبد الله محمد، 2002، الأطفال التوحديون، دراسات تشخيصية وبرامجية ، ط1، دار الرشاد، القاهرة.
- 8- غسان جعفر، 2001، التخلف العقلي للأطفال، ط1، دار الحرف العربي، بيروت.

المجلات:

- 1- ياسر محمود الفهد. "الطفل التوحدي، الحمية اصل الدواء". مجلة المعرفة. العدد 75. 2001. الرياض
- 2- طارش مسلم الثمري، زيدان أحمد السرطاوي. "صدق و ثبات الصورة العربية لمقياس التوحد الطفولي". مجلة أكاديمية التربية الخاصة. العدد الأول. 2002. المملكة العربية السعودية
- 3- أميرة طه بخش. "فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الإجتماعي في خفض السلوك العدوانى لدى الأطفال المتوحدين". مجلة العلوم التربوية. العدد الأول. 2002. قطر.

Internet :

- Baghdadli Amaria, Noyer Magali, Aussilloux Charles, 2007, Interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme, Centre de ressources Autisme Languedoc-Roussillon, Montpellier, France.
- Bresson et al, 2009, Efficacité et innocuité des régimes sans gluten et sans caséine proposés à des enfants présentant des troubles envahissants de développement, Agence française de sécurité sanitaire des aliments, France.
- Leboyer Marion, 2009, Génétique de l'autisme infantile, une étude confirme des données internationales, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris.
- Nieoullon André, 2007, communication à la presse sur l'identification d'un gène associé à l'autisme.
- Delorenzi Shanti, Laure-Anne, 2008, Le repérage des signes de souffrance précoce comme outil thérapeutique dans L'autisme (étude prospective multicentrique), thèse de Doctorat en Medecine, Université Descartes, Paris.
- Kozak Sylvie, 2001, Autisme et communication.
- Verloes Alain, Communication sur La génétique de l'autisme (diagnostic et conseil génétique), Séminaire: Autisme actualités et perspectives vers de bonnes

pratiques au service de tous, Octobre 2009, 10^{ème} université d'automne de l'Arapi.

- Zilbovicius Marica, 2009, Communication sur un outil pertinent pour le bilan clinique de l'autisme.

- Deux gènes associés à l'autisme identifiés, communication dans la presse, 2003, la fondation de France télécom pour la recherche sur l'autisme, France.

- Une anomalie dans la réponse cérébrale à la perception de la voix humaines dans l'autisme, 2004, INSRM, Paris.

- La situation de l'autisme au Maroc, Association Léa pour Samy- la voix de l'enfant autiste, action internationale contre l'autisme.

- Autism, 10 ans d'effort partagés, 2009, Fondation de France, Paris

- Larbi Abid, 2008, Santé maghreb, com. E:\aut\abid2008.html

- <http://www.e7s.net/t41542.html>

- http://www.therapieaveccheval.com/page_soin/page_soin.html

- http://www.memoireonline.com/02/08/909/m_therapie-mediation-animal-personnes-handicapees4.html

- <http://www.abaautisme.org/>

- <http://www.aba-france.com/abafrance/>

- F:\Autisme et fausses croyances.html

- http://www.letemps.com.tn/article.php?ID_art
- <http://www.iph.rnu.tn/handicap/fr>.
- http://www.pasapas-tunisie.org/details_themes.php?id
- http://www.letemps.com.tn/article.php?ID_art
- <http://www.tunizien.com/118825-tunisie-societe-voix-des-enfants-autistes.html>

الملاحق:

1- جدول تطبيق النشاطات على الطفل المتوحد قبل التدريب :

نسبة الإنجاز	قبل التدريب				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
					تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد
					تصنيف الألوان	
					داخل	مفهوم المكان
					خارج	
					فوق	
					تحت	فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
					الأنف	
					العينين	
					الفم	
					الأذنين	
					اليدين	اللغة التعبيرية
					الرجلين	
					الذراعين	
					بابا	
					ماما	الإنفعالات
					نعم	
					لا	
					الفرح	الخيال
					الحزن	
					لعب بالسيارة	الحركة الدقيقة
					ملأ السلك بالكريات	
					النظافة	الإستقلالية
					ربط الحذاء	
					فك الحذاء	

2- جدول نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الأول من التدريب :

نسبة الإنجاز	الشهر الأول				تشخيص المهارة
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب	
					الإشترابات، التصنيف الأشكال الانتباه والتقليد
					التصنيف الألوان داخل
					مفهوم المكان خارج فوق تحت
					فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم الأنف العينين الفم الأذنين اليدين الرجلين الذراعين
					اللغة التعبيرية بابا ماما نعم لا
					الإنفعالات الفرح الحزن
					الخيال لعب بالسيارة
					الحركة الدقيقة مأ السلك بالكريات
					الاستقلالية النظافة
					ربط الحذاء
					فك الحذاء

3- جدول نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الثاني من التدريب :

نسبة الإنجاز	الشهر الثاني				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
					تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد
					تصنيف الألوان	
					داخل	مفهوم المكان
					خارج	
					فوق	
					تحت	فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
					الأنف	
					العينين	
					الفم	
					الأذنين	
					اليدين	
					الرجلين	اللغة التعبيرية
					الذراعين	
					بابا	
					ماما	
					نعم	الإنفعالات
					لا	
					الفرح	الخيال
					الحزن	
					لعب بالسيارة	الحركة الدقيقة
					ملأ السلك بالكريات	
					النظافة	الإستقلالية
					ربط الحذاء	
					فك الحذاء	

4- جدول نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الثالث من التدريب :

نسبة الإنجاز	الشهر الثالث				تشخيص المهارة	
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب		
					تصنيف الأشكال	الإشترابات، الانتباه والتقليد
					تصنيف الألوان	
					داخل	مفهوم المكان
					خارج	
					فوق	
					تحت	
					الأنف	فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
					العينين	
					الفم	
					الأذنين	
					اليدين	
					الرجلين	
					الذراعين	
					بابا	اللغة التعبيرية
					ماما	
					نعم	
					لا	
					الفرح	الإنفعالات
					الحزن	
					لعب بالسيارة	الخيال
					ملأ السلك بالكرات	الحركة الدقيقة
					النظافة	الإستقلالية
					ربط الحذاء	
					فك الحذاء	

5- جدول نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الرابع من التدريب :

نسبة الإنجاز	الشهر الرابع				تشخيص المهارة
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب	
					الإشترابات، الانتباه والنقليد
					تصنيف الأشكال
					تصنيف الألوان
					داخل
					خارج
					فوق
					تحت
					مفهوم المكان
					فهم اللغة المستقبلية و التعرف على أجزاء الجسم
					الأنف
					العينين
					الفم
					الأذنين
					اليدين
					الرجلين
					الذراعين
					بابا
					ماما
					نعم
					لا
					اللغة التعبيرية
					الإنفعالات
					الفرح
					الحزن
					الخيال
					لعب بالسيارة
					الحركة الدقيقة
					ملأ السلك بالكريات
					الإستقلالية
					النظافة
					ربط الحذاء
					فك الحذاء

6- جدول نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر الخامس من التدريب :

نسبة الإنجاز	الشهر الخامس				تشخيص المهارة
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب	
					الإشترابات، الانتباه والتقليد
					تصنيف الأشكال
					تصنيف الألوان
					داخل
					خارج
					فوق
					تحت
					العينين
					الأنف
					الأذنين
					الفم
					اليدين
					الرجلين
					الذراعين
					بابا
					ماما
					نعم
					لا
					الفرح
					الحزن
					الخيال
					لعب بالسيارة
					الحركة الدقيقة
					ملأ السلك بالكرات
					النظافة
					ربط الحذاء
					فك الحذاء

7- جدول نتائج تطبيق النشاطات خلال الشهر السادس من التدريب :

نسبة الإنجاز	الشهر السادس				تشخيص المهارة
	مكتسب	مكتسب متوسط	مكتسب قليلا	غير مكتسب	
					الإشترابات، الانتباه والنقليد
					تصنيف الأشكال
					تصنيف الألوان
					داخل
					مفهوم المكان
					خارج
					فوق
					تحت
					فهم اللغة
					العينين
					المستقبلية
					و
					التعرف
					على أجزاء الجسم
					الأذنين
					اليدين
					الرجلين
					الذراعين
					اللغة
					بابا
					ماما
					نعم
					لا
					الإنفعالات
					الفرح
					الحزن
					الخيال
					لعب بالسيارة
					الحركة الدقيقة
					ملأ السلك بالكريات
					الاستقلالية
					النظافة
					ربط الحذاء
					فك الحذاء

8- جدول يلخص متوسط نسب إنجاز الحالات على مختلف المهارات قبل و بعد التدريب :

المهارات	الإشتراقات	مفهوم المكان	اللغة الإستقبالية	اللغة التعبيرية	الإنفعالات	الخيال	الحركة الدقيقة	الإستقلالية
نسبة الإنجاز قبل التدريب								
نسبة الإنجاز بعد التدريب								

ملخص:

من بين الإستراتيجيات التربوية و السلوكية لمساعدة الأطفال المتوحدين على تطوير مهاراتهم و تحسين سلوكياتهم الإجتماعية طريقة (ABA) التي هي عبارة عن مجموعة من النشاطات تخص تطوير قدرات المتوحد في مختلف مستويات النمو.

فهل تطبيق برنامجا تربويا مكثفا و مستمدا من طريقة (ABA) و باشرارك الأولياء يساعد على تطوير مهارات الإتصال الإجتماعي للطفل المتوحد؟ و هل يسمح هذا البرنامج من اكتساب مهارات تساعد على الإندماج الإجتماعي للطفل المتوحد؟

ان تطبيق دراستنا على عينة تتكون من ثلاثة أطفال متوحدين، يرتادون على عيادة خاصة بالإعتماد على المنهج العيادي و التجريبي توصلنا الى أن تدريب المتوجدين على مختلف مهارات البرنامج التدريبي رغم شبه انعدام مشاركة الأباء في التدريب مكن من تطوير مهارات المتوحدين بدرجات مختلفة حيث تطور الإنتباه البصري ، الفهم ، التقليد الحركي لليد و الوجه و المواضيع و كذلك التقليد الصوتي كما تم حصول تطور لبعض السلوكات الإجتماعية و عليه تحقق تطور لبعض مهارات الإتصال و الإندماج الإجتماعي .

الكلمات المفتاحية:

الطفل المتوحد؛ الإتصال الإجتماعي؛ الإندماج الإجتماعي؛ طرق التشخيص؛ طرق التقييم؛ التكفل بالمتوحد؛ طرق التربية السلوكية؛ البرنامج التدريبي؛ طريقة (ABA)؛ الإشراف الإجرائي.