

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران 2 أحمد بن أحمد

كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس والأرطفونيا

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس الأسري

اقترح برنامج إرشادي لتوعية أسر أطفال التوحد

إشراف الأستاذ:

• آسيا عبد الله

إعداد الطالبات:

• فروجة حمان

السنة الجامعية 2014-2015

الإهداء

أهدي ثمرة جهدي هذه إلى من لا يمكن للكلمات أن توفي حقها

إلى من لا يمكن للأرقام أن تحصي فضائلها

إلى والداي العزيزان أدامهما الله لي

إلى إخوتي وأخواتي

إلى كل الأصدقاء والأحباب من دون استثناء

إلى الأساتذة الكرام وكل رفقاء الدراسة

إلى كل علم النفس الأسري سنة ثانية ماستر

دفعة 2015

فروجة

الشكر والتقدير

نحمد الله حمدا كثيرا ونشكره شكرا جزيلا على نعمة العلم وعلى منحه لنا القدرة الكافية لانجاز

هذا العمل المتواضع وعلى إمداده لنا بالصبر لتحقيق مطالبنا

كما نتقدم بخالص الشكر والامتنان والعرفان إلى الأستاذ المؤطر السيد

" آسيا عبد الله "

على مساعدته وتوجيهاته لنا طوال مراحل انجاز هذا العمل المتواضع كما لا يفوتنا الاعتراف

بالجميل والامتنان إلى الأستاذ المحترم

" بلقو ميدي "

وكل التقدير والاحترام إلى كل أساتذة علم النفس والأرطوفونيا وأخيرا أقدم بشكري إلى من

ساهمت في صباغة هذه المذكرة

" صورية "

الصفحة	قائمة المحتويات
	إهداء
	شكر وتقدير
أ.....	ملخص البحث
ب.....	الفهرس
1.....	المقدمة
الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة	
3.....	إشكالية البحث
4.....	فرضيات البحث
5.....	أسباب اختيار البحث
5.....	أهمية البحث
6.....	أهداف البحث
7.....	تعريف إجرائية

الجانب النظري

الفصل الثاني: أسرة طفل التوحد

8.....	أولاً: تمهيد
8.....	دور أسرة طفل التوحد
9.....	المشكلات التي تواجه أسر أطفال التوحد

الفهرس

10.....	الآثار المترتبة على وجود الطفل التوحيدي بالأسرة.
11.....	ردود فعل الأسر لإعاقة التوحد
22.....	الضغط النفسي لدى آباء أطفال التوحد.
24.....	خلاصة
25.....	ثانيا: التوحد
25.....	تمهيد
26.....	مفهوم التوحد
27.....	أسباب التوحد
30.....	خصائص التوحد
42.....	أعراض التوحد
47.....	أنواع التوحد
51.....	تشخيص التوحد
61.....	علاج التوحد
70.....	خلاصة

الفصل الثالث: الإرشاد الأسري لأطفال التوحد

71.....	أولا: تمهيد
72.....	مفهوم الإرشاد الأسري
74.....	أهداف الإرشاد الأسري

الفهرس

74.....	خدمات الإرشاد الأسري.....
75.....	المقابلات الإرشادية الأسرية.....
77.....	إرشاد أسر أطفال التوحد.....
78.....	مبررات التدخل الإرشادي المبكر.....
78.....	خلاصة.....
79.....	ثانيا: البرنامج الإرشادي.....
79.....	تمهيد.....
80.....	خطوات التخطيط للبرنامج الإرشادي.....
83.....	الأسس التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي.....
84.....	الجلسات الإرشادية في البرامج الإرشادي.....
86.....	أهداف البرنامج الإرشادية.....
88.....	أنواع البرامج الإرشادية.....
90.....	تخطيط البرنامج الإرشادي.....
91.....	خدمات البرنامج الإرشادي.....
93.....	خلاصة.....

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: اقتراح برنامج إرشادي لأسر أطفال التوحد

94.....	الجلسة الأولى: تحديد السلوك المستهدف.....
---------	---

- 97..... الجلسة الثانية: الاتفاق بين المرشد والأسرة
- 103..... الجلسة الثالثة: القيام بمحاضرة مبسطة للعينه
- 111..... الجلسة الرابعة: جلسات إجرائية وإرشادية

الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج

منهج البحث وأدواته

- 112..... - تعريف منهج البحث
- 112..... - أدوات البحث
- 113..... - أنواع المقابلات المستخدمة في البحث

الدراسة الأساسية

- 114..... - مواصفات الحالة المدروسة
- 114..... - أسباب اختيار الحالة
- 114..... - صعوبات البحث
- 115..... - الدراسة الأساسية للحالة
- 120..... - تحليل ومناقشة الفرضيات

121..... خلاصة عامة واقتراحات

122..... المراجع

المقدمة:

على الرغم من أن التوحد يعد جزءا من الحالات الإنسانية إلا أن ظهور هذا النوع من الحالات يعد حديثا نوعا ما، إذ يعتبر الطبيب النفسي الأمريكي ليوكانر Leo Kanner أول من قام بإطلاق اسم التوحد ووصف حالته المرضية، وكان ذلك في عام 1943، وكان هدف كانر هو فصل هذه الحالة المرضية، وتصنيفها بشكل منفصل عن الحالات النفسية المرضية الأخرى التي يعتني منها الأطفال، ولقد بدأ مجددا الاهتمام باضطراب التوحد عندما كرس الأخصائي النفسي بيرنارد ريمالد Bernard Rimland 1965 وقته لدراسة التوحد خصوصا وإن طفله كان يعاني من هذه الإعاقة، لذلك قام بتأسيس الجمعية الأمريكية الوطنية للأطفال التوحديين National Society of Autisme هو وغيره من الآباء الذين وجد لديهم أطفال يعانون من التوحد أيضا وتعرف هذه الجمعية الآن بالجمعية الأمريكية للتوحد Autisme Society of American وعليه فإن هذا البحث سيكون عبارة عن اقتراح برنامج إرشادي لتوعية أسر أطفال التوحد، بجانبه النظري والتطبيقي وسيكون ذلك بخمسة فصول وهي كالتالي:

الفصل الأول: مدخل الى الدراسة يتمثل في إشكالية البحث وفرضياته وأسباب اختيار البحث وأهميته وكذا التعاريف الإجرائية للمفاهيم .

الفصل الثاني: أولا مخصص لأسرة طفل التوحد، قدمنا فيه مفهوم أسرة طفل التوحد ودورها والمشكلات التي تواجه أسر أطفال التوحد.

وتطرقنا كذلك الى ردود فعل الأسر لإعاقة التوحد وكذا الضغط النفسي لدى آباء أطفال التوحد.

ثانيا: أم الجزء الثاني من الفصل الثاني كان تحت عنوان التوحد اشرنا فيه الى مفهوم التوحد وأسبابه وخصائصه وأعراضه وأنواعه وتشخيصه وعلاجه.

المقدمة

أما الفصل الثالث: قسم الى جزأين الجزء الأول كان مخصص للإرشاد الأسري لأطفال التوحد تطرقنا من خلاله الى مفهوم الإرشاد الأسري وأهدافه وخدماته وكذا المقابلات الإرشادية الأسرية وإرشاد اسر أطفال التوحد واشرنا الى مبررات التدخل الإرشادي المبكر.

أما الجزء الثاني من الفصل الثالث فقد خصص للبرنامج الإرشادي تم فيه التعريف بخطوات التخطيط للبرنامج الإرشادي، الأسس التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي، الجلسات الإرشادية – أهداف البرنامج الإرشادي وكذا أنواعه وتخطيطه وخدماته.

الفصل الرابع: تحت عنوان اقتراح برنامج إرشادي لأسر أطفال التوحد عبارة عن جلسات:

الجلسة الأولى: يتم فيها تحديد السلوك المستهدف، الهدف منها هي تقديم خدمات التدخل المبكر للآباء، كما وتطرقنا الى القواعد المحتملة لمشاركة الوالدين في برنامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين.

الجلسة الثانية: يتم فيها الاتفاق بين المرشد والأسرة على بعض النقاط وكان يتم تقديم إستراتيجية العمل بالإضافة الى تقديم الواجبات المنزلية.

الجلسة الثالثة: القيام بمحاضرة مبسطة للعينة مع كر الأسباب والخصائص وكذلك اختيار النظرية.

الجلسة الرابعة: عبارة عن جلسات إجرائية وإرشادية وتحديد نوعية العلاج بالإضافة الى جلسات تعديل البنية المعرفية للآباء وتحديد نوعية العلاج.

إشكالية البحث:

كل أسرة تتوقع حضور طفل سليم البنية الجسمية والعقلية، ولكن هذه التوقعات سرعان ما تصطدم بالواقع فترزق بطفل تشوبه عاهة قد تكون جسمية أو عقلية أو نفسية تؤثر على توافقها مع الموقف وهذا ما سيعالج في موضوع الدراسة التي يتمثل في اقتراح برنامج إرشادي لتوعية أسر أطفال التوحد ومن هنا يمكن صياغة الإشكالية في التساؤل التالي:

هل يساهم البرنامج الإرشادي المقترح في توعية أسر أطفال التوحد؟

ومنه تنبثق عدة تساؤلات جزئية وهي كالتالي:

- هل توجد فعالية لهذا البرنامج الإرشادي المقترح في توعية أسر أطفال التوحد بعد القياس البعدي؟
- هل توجد فعالية لهذا البرنامج الإرشادي المقترح في توعية أسر أطفال التوحد بعد القياس التبعي؟

الفرضية العامة:

يساهم البرنامج الإرشادي المقترح في توعية أسر أطفال التوحد.

الفرضيات الجزئية:

توجد فعالية لهذا البرنامج الإرشادي المقترح في توعية أسر أطفال التوحد بعد القياس البعدي.

توجد فعالية لهذا البرنامج الإرشادي المقترح في توعية أسر أطفال التوحد بعد القياس التتبعي.

أسباب اختيار البحث:

- 1- المساهمة في إعداد برنامج إرشادي للأسرة حتى تعتمد على نفسها في التكفل بالطفل المتوحد في ظل غياب مراكز تكفل متخصصة بالوطن.
- 2- وكذلك تأهيل الآباء في حالة ما أتاحت لهم الفرصة للتكفل بالطفل
- 3- معرفة مدى إسهام البرنامج الإرشادي المقترح في التخفيف من الاضطرابات النفسية للأسرة وتعديل اتجاهات الوالدين نحو الطفل المتوحد.

أهمية البحث:

- 1- توعية الآباء بأهم حاجيات الطفل المتوحد وضرورة تكيف المحيط له حتى يتمكن من تحقيق قدر من الاستقلالية في نشاطات الحياة اليومية.
- 2- تطوير مهارات الاتصال الاجتماعي والتفاعل مع الآخرين.
- 3- وضع أسس وإمكانيات المشاركة في الأنشطة الاجتماعية مستقبلاً لتحقيق أكبر قدر ممكن من الاندماج الاجتماعي.
- 4- كشف الطريق أمام البرنامج الإرشادي لفائدة الأسرة والطفل معا وذلك بتعزيز الجهود العلمية لهذه الفئة.

أهداف البحث:

- 1- الاستفادة من نتائج الدراسة في إرشاد أسرة طفل التوحد من خلال البرنامج وإمكانية إعادة تطبيقه
- 2- ضرورة تعاون الأسرة مع المؤسسة التي ترعى التوحد وذلك للتعرف على أساليب تعديل السلوك.
- 3- عمل دورات تدريبية للأولياء حول آليات تعديل السلوك
- 4- ضرورة إعداد وتدريب طلاب علم النفس الأسري ليكونوا مربين في المستقبل متمكنين من آليات الإرشاد النفسي وفنياته وأساليبه
- 5- ضرورة تطبيق البرنامج الإرشادية التي أثبتت فاعليتها مع الأسر ذوي الأطفال المتوحدين.

التعريف الإجرائي لمفاهيم البحث:**1- برنامج إرشادي:**

هو مجموعة من الإجراءات المنظمة التي تتضمن خدمة مخططة تهدف إلى تقديم المساعدة المتكاملة للفرد حتى يستطيع حل أو التوافق مع المشكلات التي يقابلها في حياته.

2- الأسرة:

هي اللبنة الأساسية في المجتمع تتكون من زوج وزوجة وأطفال أو بدون أطفال تربطهم علاقة شرعية ودموية.

3- التوحد:

هو اضطراب انفعالي في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ينتج عن عدم القدرة على فهم التغيرات الانفعالية وخاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة، ويؤثر في العلاقات الاجتماعية، مع ظهور بعض المظاهر السلوكية والنمطية وسيتم قياس هذه الأعراض عن طريق اختبار كارز.

تمهيد

لقد أشارت الدراسات إلى تأثيرات الطفل التوحد على الأسرة، حيث يتأثر أخوة الطفل بأخيمهم التوحد، وكذلك الحال فإن وجود طفل توحد في الأسرة يعني العديد من الصعوبات التي على الأسرة مواجهتها والتقليل من آثارها.

يهدف هذا الفصل إلى مناقشة تأثير الطفل التوحد على الإخوة ومصادر الضغط النفسي التي للأسرة، والطرق الممكنة للتعامل مع مختلف الصعوبات.

دور أسرة طفل التوحد

يلعب آباء الأطفال التوحيين أدوارا متعددة في حياة أطفالهم، فهم أول من يتعرف على المشكلات الإنمائية ويواصلون الاهتمام بهم حتى يحصلوا على تشخيص مناسب وسجدون أو يطورون الخدمات المناسبة لأطفالهم. وحال تحقيق البرنامج العلاجي المناسب، فإن الآباء يعتبرون مشاركون في عملية تعليم أطفالهم حتى يتأكدوا من أن المهارات المتعلمة في البرنامج التربوي تنتقل إلى الأوضاع المنزلية ليلعبوا دورا في تعليم أطفالهم السلوكيات المناسبة في المنزل والمجتمع.

وباعتبارهم عضو نشط في فريق الخطة التربوية الفردية، فإن الآباء يدافعون أيضا عن حقوق طفلهم لضمان أن العملية التربوية تسير وتطور بشكل مناسب. تظهر هذه المتطلبات العديدة في سياق حياة الأسرة بما في ذلك حاجات الأطفال الآخرين وحاجات الآباء كأفراد وكأزواج وحاجات الأسرة بشكل عام. قد يواجه آباء الأطفال الحزن والغضب وخيبة الأمل وغيرها من ردود الفعل الانفعالية المعقدة التي تظهر لاكتشاف طفل توحد في الأسرة، والحاجة إلى التوضيح لتحقيق أو لإشباع حاجات طفلهم. معظم الآباء يتعاملون بفاعلية مع هذه الحاجات، كما وقد يواجهون ضغوطات نفسية خلال عملية التنشئة لطفلهم.

تأثرت الاتجاهات نحو التوحد في الخمسينيات والستينيات من القرن الماضي بآراء التحليل النفسي، ولكن في الوقت الحاضر اتجهت الدراسات إلى الأصول البيولوجية في التوحد، وهذا كان له أثر كبير على التطبيقات العلاجية للتوحد، أن هذا التطور أدى إلى نظرة مختلفة في دور الآباء في علاج التوحد. إننا ننظر إلى الآباء كمشاركين فاعلين في العملية التربوية والتي تتطلب تعاوناً بين المنزل والمدرسة.

ولتقديم خدمات تربوية مناسبة للطفل التوحد، فإن الآباء يحتاجون إلى معلومات ومهارات عملية حول التوحد وطرق العلاج، فهم يحتاجون إلى إتقان استراتيجيات تعليم محددة لتمكين طفلهم من اكتساب سلوكيات جيدة وفهم طبيعة التوحد، وكيفية التأثير على أنماط تعلم طفلهم والسلوك. أيضاً يحتاج الآباء إلى أن يكونوا إلى ألفة ومعرفة بقانون التربية الخاصة للدفاع عن حقوق طفلهم في الخدمات المتوفرة والمناسبة. يحتاج الآباء أيضاً إلى التعامل مع الضغوطات النفسية والانفعالية الناتجة عن وجود طفل توحد في الأسرة. بذلك يتضح بان الآباء يلعبون دور المعلم والمدافع ودور المحب لأفراد أسرته، لذلك فإن المساعدة المتخصصة والمناسبة للآباء هامة لتمكينهم من تحقيق أهدافهم وأدوارهم، فبعض الآباء يتعاملون جيداً مع هذه التحديات، ولا زال البعض الآخر يرى بأن عملية تعليم الطفل التوحد مصدر من مصادر الضغط النفسي لها (National Research Council).

الآثار المترتبة على وجود الطفل التوحدى بالأسرة:

يؤدي الطفل التوحدى الى عبأ زائد على الأسرة التي عليها أن تدفع امتلاكها لطفل توحدى، ومن الآثار المترتبة على وجود الطفل التوحدى هي:

1. التكلفة المادية الناتجة عن الأضرار التي يسببها الطفل بسبب سلوكياته
2. التكلفة الاجتماعية والعزلة التي تنشأ عن الطفل وحرمانها من حياتها الاجتماعية
3. تكلفة اسلوب الحياة فأسرة عليها أن تغيير اسلوب حياتها وخطتها وتنفيذ أنشطتها
4. التكلفة الانفعالية، وتظهر بالانفعالات المختلفة التي تعيشها الأسرة والناتجة عن طفلها التوحدى (Cléments, 2005).

المشكلات التي تواجه أسر أطفال التوحدين

- 1- خطأ التشخيصي وصعوبته: بغض النظر عن الاهتمام العام للمجتمع والمتخصص باضطراب التوحد، إلا أن أهل الأطفال لا يملكون معلومات أو تحديدا دقيقا لمشكلة ولديهم. إنهم يلاحظون أن ولدهم يعاني من مشكلة في النمو ولكنهم عاجزون عن تحديد طبيعتها وخطورتها.
- 2- النمو غير العادي للطفل: إن اضطراب التوحد هو تأخر في النمو يظهر في الكثير من أشكال السلوك والأداء الوظيفي.
- 3- مشكلة غير قادر أو لا يريد: هناك تساؤل يواجه الأهل يتعلق بما إذا كان الطفل غير قادر على فعل شيء (كالاستجابة لطلب أو أنه ببساطة لا يريد فعل ذلك، وعادة ينظر الأهل الى فشل الطفل في الاستجابة، والسلوك، على أنه ضعف في الدافعية أو أنه عنيد.
- 4- المظهر: يبدو على الطفل التوحدى مظهر غير عادي مقارنة بالأطفال الآخرين. وينتج عن ذلك اضطرابات السلوك الحسي التي يعانيتها، ما يجعل الوالدين ينظرون للطفل على أنه يصدر أشكالا من السلوك التواصلى غير عادية وأنها غير مقبولة اجتماعيا (محمد قاسم، 2001، 186-187)

ردود فعل الأسر لإعاقة التوحد

أولاً: مرحلة الصدمة Shock

يعد ميلاد الطفل حدثاً هاماً في حياة أولياء الأمور، وإخبارهم بأن الطفل يعاني من قصور يؤثر سلباً على طموحاتهم، وهذه الحالة عموماً تميزت بالصراخ، ونمو مشاعر الإحساس باليأس والقنوط، فالانفعالات المختبرة بتكرار من قبل أولياء الأمور عندما يعلمون أن لديهم طفلاً معوقاً كانت الشعور بالصدمة واليأس.

وهذه المرحلة هي التي تكتشف فيها الأسرة أن طفلها لديه إعاقة مزمنة فيصاب الأبوان بالذهول والعجز التام عن فعل أي شيء، وغالباً ما يرفضان تصديق الواقع.

وتبدأ بعد ذلك مرحلة الانفعالات العنيفة المليئة بالحزن والألم وعدم الرضا والإحساس بالذنب (مصطفى القمش، 2011، 257).

ويصدم أولياء الأمور من حقيقة أن يكون طفلها توحدياً. يواجه الوالدان غالباً الأحداث الصادمة من خلال مصادر داخلية أو الحصول على المساعدة الاجتماعية. ويزود الأخصائيون أولياء الأمور بمعلومات اجتماعية وخدمات مساندة للتخفيف من أثر الصدمة.

ويسهم العلاج الإلهي والنبوي في تخفيف مشاعر الصدمة قال تعالى: " ولنبلونكم بشيء من الخوف والجوع ونقص من الأموال والثمرات وبشر الصابرين(155) الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون(156) أولئك عليهم صلوات من ربهم ورحمة وأولئك هم المهتدون" [البقرة: 155-157].

والصبر عند الصدمة الأولى، أن يقول الإنسان إذا أصابته مصيبة كما علمنا النبي ﷺ، فعن أم سلمة أنها قالت سمعت رسول الله ﷺ يقول: " ما من مسلم تصيبه مصيبة فيقول ما أمره الله: " إنا لله إليه راجعون، اللهم أجرني في مصيبتى وأخلف لي خيرا منها إلا أخلف الله له خيرا منها، قالت فلما مات أبو سلمة، قلت: أي المسلمين خير من أبي سلمة؟ أول بيت هاجر الى رسول الله ﷺ، ثم إنى قتلها فأخلف الله لي رسول الله ﷺ، قالت: أرسل إلي رسول الله ﷺ حاطب بن أبي بلتعة يخطبني له فقلت: إن لي بنتا، وأنا غيور، فقال: أما ابنتها فندعو الله أن يغنيها عنها، وأدعو الله أن يذهب بالغيرة" (رواه: الإمام مسلم والترمذي وابن ماجه والإمام أحمد).

ثانيا: مرحلة الإنكار Denial

تعني الإحساس بأن الطفل المعوق طفل عادي، وتحويل جل الاهتمام على مظاهر النمو الطبيعي لدى الطفل، وتجاهل مظاهر النمو غير الطبيعي. وكثيرا ما يرافق هذا الإحساس بحث متواصل عن تشخيص أفضل لحالة الطفل من خلال التنقل به من طبيب الى آخر. وليس من الحكمة مواجهة النكران بشكل مباشر، ولكن المساعدة الحقيقية في هذه المرحلة تتمثل في الاستمتاع الجيد، والوقوف الى جانب الوالدين، وتشجيعهما على تقديم أفضل الخدمات لطفلهما (جمال الخطيب، 116، 2004).

وعندما يعلم الوالدان أن هناك مشكلة تعترض طفلهما فإنهما يصابان بالحيرة والارتباك ويبحثان عن التشخيص الصادق للحالة، وعندما يعلمان من التشخيص بأن طفلهما معوق يبادر بالإنكار. ولهذا يسعى الوالدان الى الذهاب الى الأطباء والأخصائيين النفسيين بحثا وراء تشخيص آخر مغاير.

والإنكار كأسلوب دفاعي من السهل نسبياً الإبقاء عليه طالما أن الطفل صغير السن، ويمكن أبعاده عن مواقف المقارنة بينه وبين الأطفال الآخرين، ما يجعل حقيقة الحالة بالغة الوضوح. إلا أنه كلما تقدم الطفل في السن، فإن الحقيقة تصبح ضاغطة بقوة إلى الحد الذي يجعل الإبقاء على الإنكار أمراً متزايد الصعوبة بشكل مستمر (فتحي عبد الرحيم، حلیم بشاي، 276، 1992).

ومع التأمل في مستقبل الطفل ذي الاحتياجات الخاصة فإن توقع المسؤوليات التي سوف تفرض على الأسرة يشعرها بالاستياء ويجعلها تنكر إعاقه الطفل.

إنكار الوالدين إعاقه طفلها يعرقل النمو السوي لطفلها، ويقلل من الإفادة من برامج التربية الخاصة التي أعدت لهذه الحالات، ويقلل من حدوث تقدم للطفل في المنزل.

وينبغي أن يعلم المرشد أن أزمة التخلف العقلي لابن أو ابنة ذوي الاحتياجات الخاصة مصيبة قد يضاعفان أمامها، وهذا أمر متوقع عند كثير من الآباء، فالإنسان خلق ضعيفاً أمام المصائب، ويعني أن إنكار الوالدين للتخلف العقلي لابنهما أو بنتهما من علامات الضعف عند الصدمة الأولى أو التعرض لها (كمال مرسي، 160، 1995).

ثالثاً: الشعور بالغضب Feeling of Anger

يعرف سبيلبرجر الغضب بأنه حالة انفعالية تتكون من مشاعر تتباين في شدتها من الضيق والاستشارة البسيطة إلى التهيج والغضب الشديدين، ويكونان مصحوبين باستشارة في الجهاز العصبي المستقل (6، 1988، Spielberg).

ويتساءل الآباء لماذا أصيب طفلي بالذات؟ ما هو الخطأ الذي ارتكبته؟ لماذا أرى الآباء الآخرين يشربون ويدخنون ولديهم أطفال أسوياء، بينما أنا لا؟ وفي بعض الأحيان وبشكل غير واع، يشعر الآباء بالشفقة على أنفسهم، وفي دائرة القبول، فإن هذه مرحلة خطيرة وقد يبقى الآباء ملتصقين بها، حيث يميل الآباء إلى تكريس طاقاتهم في لوم كل

الناس، وكل الأشياء على سوء حظهم بدلا من طلب المساعدة(محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجوالدة، 68، 2011).

إن ولادة طفل معوق تهدد شعور الإنسان بالأمن، كذلك فإن الإنسان يتولد لديه شعور بالإحباط. والاحباطات المتكررة بدورها كثيرا ما تولد غضبا من مستويات مختلفة (جمال الخطيب، 1998، 153).

ولاشك أن مشاعر الغضب إنما هي مشاعر طبيعية في ظل الاحباطات الكثيرة المتكررة نتيجة وجود الطفل ذي الاحتياجات الخاصة داخل نطاق الأسرة (أحمد عباس، 1999، 199). والوظيفة الأساسية التي يؤديها الغضب هي مساعدة الإباء على إعادة ادراكاتهم الذاتية لمفهوم العدالة الذي عكرو صفوهم بولادة طفل معوق، فهم بحاجة الى الإحساس داخليا بالعدالة في هذا الكون وهو الإحساس الذي تهدده الخبرة المؤلمة لآباء الأطفال المعوقين.

ويحدث الغضب عندما تستبعد التوقعات الايجابية لآباء الأطفال المعوقين، كما يتولد الغضب من فقدان القدرة على الضبط.

والغضب عموما يرى من ناحيتين:

الأولى: أن الإباء يسألون الآخرون لماذا نحن؟ هذا النوع من الغضب عموما مقبول.

والثاني: عندما يوجه الغضب لشخص لم يكن مصدرا للمشكلة. فقد يوجه الإباء غضبهم نحو بعضهم البعض أو إخوة الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة (جمال الخطيب، 1998، 153).

أما المجموعة الثانية التي يوجه إليها اللوم فهم أطباء الأطفال الذين هم في رأي الوالدين لم يلاحظوا الطفل بشكل مناسب عقب الولادة أو أخفقوا في علاج المرض أو الإصابة بشكل مناسب، وقد يكون هذا الهجوم أو غيره بلا سند أو دليل، حيث إن التخلف قد لا يرجع الى عدم وجود الرعاية الطبية المناسبة. ويمتد إلقاء اللوم ليشمل الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين في المدرسة، وكذلك المدرسين الذين تعاملوا مع الطفل في المرحلة الابتدائية، والذين هم في رأي الوالدين قد أخفقوا في تعليم الطفل بالشكل المناسب (محروس، 1997، 375).

ويسهم العلاج النبوي في تخفيف مشاعر الغضب فعن سليمان بن صرد قال: كنت جالسا مع النبي ﷺ ورجلان يستبان، فأحدهما أحمر وجهه وانتفخت أوداجه (عروق من العنق) فقال النبي ﷺ: ((إني لأعلم كلمة لو قالها ذهب عنه ما يجد، لو قال أعوذ بالله من الشيطان ذهب عنه ما يجد)). ((البخاري)).

كما يجب حفظ وصية رسول الله صلى الله عليه وسلم عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رجلا قال للنبي ﷺ: أوصني قال: لا تغضب. فردد ذلك مرارا، قال لا تغضب (البخاري).

كما يجب حفظ وصية رسول الله ﷺ عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رجلا قال للنبي ﷺ أوصني قال: لا تغضب. فردد ذلك مرارا، قال لا تغضب (البخاري).

رابعاً: الشعور بالذنب Guilt

يتردد كثيرا السؤال الآتي: لماذا لدينا طفل متخلف؟ وغالبا ما تكون الإجابة متصلة بالتاريخ الوراثي للأسرة أو نوع الرعاية أثناء الحمل.

وتزداد مشاعر الذنب، والميل إلى الانسحاب، وتبدو حالة الخوف من المستقبل غالبا جلية، فالآباء من الممكن أن يلوموا أنفسهم والظروف التي أدت الى حدوث الحالة، والناس الآخرين.

كما يعاني الوالدان من مخاوف تتعلق بالوقت الحالي والمستقبلي لطفلهما، شريرة اقترافوها، وتشعر الأم بأنها السبب المباشر في حدوث الإعاقة، ويشعر الأب بأنه قد فشل في حماية الأسرة.

ويمكن أن يؤدي الشعور بالإثم أو الذنب الى نتائج مفيدة إذا كان سيمنع معاودة حدوث السلوك غير المناسب، لكن، في الواقع فإن الشعور بالإثم يعتبر غادرا وهادما، ولن يزول تخلف الطفل بمجرد أن يلوم الوالدان نفسيهما، كما أن المشاعر المكثفة من التألم يمكن أن يؤدي إلى تدمير صورة الذات الموجبة لدى الوالدين، والآباء الذين يشعرون بالإثم من الصعب العمل معهم، وينبغي على المختصين الذين يعملون معهم أن يساعدوهم على جدولة طاقاتهم في أنشطة أكثر إنتاجية (محمد محروس، 1997، 377).

ويفيد العلاج الإلهي والنبوي في التخفيف من مشاعر الذنب، فيؤمن المسلم بقضاء الله وقدره وحكمته ومشيتته، وأنه لا يقع شيء في الوجود حتى أفعال العباد الاختيارية إلا بعد علم الله به وتقديره، وأنه تعالى عدل في قضائه وقدره. وفي ذلك إخباره تعالى عن ذلك في قوله: ((إنا كل شيء خلقته بقدر)) القمر 49.

وقوله عزوجل: ((وإن من شيء إلا عندنا خزائنه وما ننزله إلا بقدر معلوم)) [الحجر: 21] وفي قوله: ((ما أصاب من مصيبة في الأرض ولا في أنفسكم إلا في كتاب من قبل أن نبرأها إن ذلك على الله يسير)) [الحديد: 22] وفي قوله: ((ما أصاب من مصيبة إلا باذن الله ومن يؤمن بالله يهد قلبه والله بكل شيء عليم)) [التغابن: 11] وقوله: ((قل لن يصيبنا إلا ما كتب هو مولانا وعلى الله فليتوكل المؤمنون)) [التوبة: 51] ((إنا خلقنا الإنسان من نطفة أمشاجا نبتليه فجعلناه سميعا بصيرا)) [الإنسان: 2] ((الذي خلق الموت والحياة ليبلوكم أيكم أحسن عملا وهو العزيز الغفور)) [الملك 2] ((أحسب الناس أن يتركوا أن يقولوا أمنا وهم لا يفتنون 5' ولقد فتنا الذين من قبلهم فليعلمن الله الذين صدقوا وليعلمن الكاذبين)) [العنكبوت: 2-3].

وقال عليه الصلاة والسلام: ((لا يؤمن عبد حتى يؤمن بأربع يشهد أن لا إله إلا الله وأني محمد رسول الله بعثني بالحق ويؤمن بالموت وبالبعث بعد الموت ويؤمن بالقدر)) (الترمذي)

خامساً: الاكتئاب Depression

يعرف عكاشة الاكتئاب بأنه اضطراب وجداني يتميز بمزاج سوداوي وإحساس بعدم الرضا، وعدم القدرة على الإتيان بالنشاط السابق، واليأس في مواجهة المستقبل، وفقدان القدرة على النشاط، ووجود صعوبة في التركيز، والشعور بالإرهاق التام مع اضطراب في النوم والشهية للطعام (أحمد عكاشة، 1998، 112).

والحزن استجابة شائعة في الأزمات والمصائب، فالإنسان يحزن ويبكي عادة عندما يفقد شيئاً غالياً، أو يحبط في تحقيق هدفاً أساسياً، وولادة طفل متخلف عقلياً فيها فقدان حلم جميل في طفل سليم. مثل هذه الولادة مؤلمة كالموت فقد تجعل الوالدين في غم وحزن على هذا (كمال مرسي، 1995، 161) والحزن يكون متشابكاً مع رغبة عارمة وغضب شديد.

ويحاول العديد من أولياء الأمور التوصل إلى تشخيص للتوحد بعد رحلة مضية في محاولة لفهم المشكلات التي تواجه أطفالهم. وعندما يصل أولياء الأمور إلى الأمور إلى تشخيص حقيقي لمشكلات أطفالهم يشعرون بالارتياح، إلا أن ذلك لا يمنع من إحساسهم بالذنب أو الحزن عليهم، لذا يجب مقاومة هذه المشاعر حيث تشفق الأمهات على أطفالهن التوحديين أحياناً، ويستنفرون من عدم فاعليتهم أحياناً أخرى.

هذا ويشعر الوالدان عندما يصل الطفل التوحدي إلى مرحلة المراهقة بأن ابنهما عبارة عن طفل في جسد بالغ من الناحية الاجتماعية والعقلية. لذا يشعر أولياء الأمور بالذنب والحزن، وأن التخلص من الالتزامات الأبوية نحو الابن بات مستحيلاً، لذا فهم يجدون صعوبات بالغة في اتخاذ قرارات (ريتا جوردن، ستيوارت بيول، 2007، 217).

وعن عبد الله بن مسعود رضي الله عنه قال: قال رسول الله ﷺ: ((ما أصاب أحدا قط هم ولا حزن فقال: اللهم إني عبدك وابن عبدك وابن أمتك ناصيتي بيدك، ماض في حكمك، عدل في قضاؤك، أسألك بكل اسم هو لك سميت به نفسك، أو أنزلته في كتابك أو علمته أحدا من خلقك أو استأثرت به في علم الغيب عندك، أن تجعل القرآن الكريم ربيع قلبي، ونور صدري، وجلاء حزني، وذهب همي، إلا أذهب الله همه وحزنه، وأبدله مكانه فرجا)).

وفي رواية فرحا. قال: فقيل يا رسول الله، ألا نتعلمها؟ فقال "بلى ينبغي لمن سمعها أن يتعلمها" (أخرجه أحمد).

سادسا: الخوف والقلق Fear & Anxiety

يخاف الناس عادة من المجهول، الوالدان اللذان يعلمان بإعاقة طفلهما يعتريهما خوف من المستقبل أن تسوء حالته، أو تتغير أوضاع الأسرة بما لا يساعد على الوفاء بحاجاته عندما يكبر، أو نبذ المجتمع له، أو ما يصيب إخوة الطفل من أضرار ناجمة عن وجود الطفل المتخلف عقليا (محمد محروس، 1997، 537).

يعرف جرازيانو الخوف بأنه يظهر كرد فعل طبيعي لتهديد حقيقي ويشتمل على ثلاث استجابات: التعبيرات السلوكية الصريحة أو الظاهرة، المشاعر الضمنية أو الداخلية، الناس الفسيولوجي، بينما تستخدم المخاوف المرضية لتدل على مخاوف محددة وهي تتضمن واحدة من ثلاث: الاستمرارية، عدم التكيف، المبالغة (Graziano et al 1979، 805).

وبطبيعة الحال فإن الكثير من أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ينتابهم مزيد من مشاعر الخوف والقلق من عدم نمو الطفل بصورة طبيعية، كما أنهم يشعرون بمزيد من القلق عندما يجدون أنفسهم عاجزين عن رعاية هذا الطفل.

وعلى المرشد النفسي أن يحدد مخاوف الوالدين في هذا الموقف بدقة، ويسعى نحو تخفيفها باتخاذ أساليب الإرشاد الحديثة مع تدعيمها بالعلاج الإلهي والنبوي الذي ينمي الإيمان في نفوسهم، فيعلموا علم اليقين أن ما أصابهم لم يكن ليخطئهم، وما أخطأهم لم يكن ليصيبهم (كمال مرسي، 1995، 162).

سابعا: الرضا بالواقع وتقبل الطفل Acceptance

ويقصد به قبول الطفل والاعتراف بالإعاقة والرضا بها. ويصل بعض الأولياء الأمور الى مرحلة تقبل عجز طفلهم ذي الاحتياجات الخاصة سريعا. والبعض الآخر يصلون الى المرحلة متأخرين، وآخرون لا يقبلون إعاقة طفلهم .

والرضا في اللغة: ضد السخط، ومنه قوله ﷺ في الحديث الصحيح اللهم إني أعود برضاك من سخطك وبمعافاتك من عقوبتك وأعود بك منك لا أحصي ثناء عليك أنت كما أثنيت على نفسك " (أخرجه مسلم).

ويعتبر تقبل الطفل الخطوة الرئيسية والحرية، وتتضمن الاعتراف بان الطفل قيمة في حد ذاته، فهم أولا أطفال ولهم مشاعر وحاجات ومطالب شانهم في ذلك شان سائر الأطفال، وهم لديهم الطاقة للاستمتاع بالحيات وللإسهام في متعة الآخرين، ويمكن لأبائهم أن يضعوا لهم أهدافا واقعية يمكن انجازها، ويمكن أن يؤدي تحقيق هذه الأهداف الى الرضا والسرور للوالدين (محمد محروس، 1997، 381).

وفي حالة تقبل الوالدين للطفل المعوق فهذا يعني ضمنا أن الوالدين سوف يسعيان الى تدريب الطفل على الاستفادة من قدراته وإمكاناته الى أقصى درجة ممكنة، ويعملان على تقليص جوانب القصور التي يعانيتها.

إن اليأس قد ينجم عنه ردود فعل مختلفة مثل الخوف والخجل. وتجنب مخالطة الناس كذلك قد ينجم عنه رفض الطفل وإساءة معاملته، وهذا الرفض قد يقود لاحقا الى الشعور بالذنب ومن ثم الحماية المفرطة للطفل.

وعلى أي حال فإن أولياء الأمور غالبا ما يتقبلون الأمر في نهاية الأمر، ويدركون أن الإعاقة لا تعني النهاية، وأن شيئا كثيرا يمكن عمله لمساعدة الطفل، وفي هذه المرحلة يتوقع من الأخصائيين تعزيز مواقف أولياء الأمور وتشجيعهم على التفاعل مع أولياء الأمور الآخرين، والمشاركة في الدورات التدريبية (جمال الخطيب، 2004، 117).

خصائص التوحد المساهمة في الضغط النفسي:

حتى نفهم أنماط الضغط النفسي لدى الإباء لابد من فهم الخصائص السلوكية للتوحد والتي تؤدي الى أشكال محددة من الضغط النفسي المرتبط بالتوحد، وعلى الرغم من الصعوبات السلوكية الكثيرة، فإن الآباء يهتمون بـ :

1. النمو العقلي غير المتكافئ
2. أشكال محددة من السلوك الفوضوي الصادرة عن هؤلاء الأطفال مثل الإثارة الذاتية وإيذاء الذات التي تساهم في الضغط النفسي.

التقييمات العقلية غير المتكافئة Uneven Intellectual Assessments

هذه على الأغلب ناتجة عن تأخير في التواصل وصعوبات سلوكية تتدخل مع الفحص، حيث أن العديد من الأطفال التوحديين يظهرون إشارات للإعاقة العقلية فحوالي 60% من الأطفال لديهم معاملات ذكاء اقل من 50% و 20% معاملات ذكائهم 70% وأعلى. ومع تقدم وتطور الاختبارات وإجراءات التدريس أصبح ينظر لهما على أنهما إعاقات مستقلة وفريدة. التقييم للأطفال التوحديين غالبا ما يستعمل قياسات ذكاء لفظية وتؤدي الى تشخيص مزدوج.

التقييم الذكائي المقنن المكتسب لهؤلاء الأطفال يكون صعبا لأن العديد منهم غير لفظي ولديهم نقص في الدافعية والانتباه ويظهرون مظاهر سلوكية فوضوية متصارعة عندما تكون الحاجات محددة بهم. عندما يكون التقييم ناجحا فإن هؤلاء الأطفال يظهرون خصائص غير عادية، والأداء الضعيف على بعض الاختبارات اللفظية وجيدين على الأجزاء الأخرى (غالبا الاختبارات غير اللفظية) فوجود المهارات المعزولة والأداء غير العادي وصعوبة التقييم يؤدي الى إرباك بين الإباء حول القدرات العقلية لأطفالهم. لذلك انه ليس بالغريب أن يظهر إباء الأطفال التوحيديين مقدارا كبيرا من الضغط النفسي المرتبط بمستوى الإعاقة المعرفية لأطفالهم.

الصعوبات غير المتوقعة من قبل الإباء لان يكون لديهم أطفال معاقون يمكن أن تؤدي الى ارتباط وضغط مؤلم مرتبط بتوقعات الإباء من أطفالهم، فالتدخلات العلاجية يمكن أن تكون فعالة في تدريس الأطفال مهارات جيدة في الجوانب الفقيرة مثل (مهارات التكيف واللغة) وتقوية المهارات الظاهرة، وهذا يمكن أن يقلل من الضغط النفسي لدى الإباء حول قدرات أطفالهم المعرفية. لسوء الحظ، نقص الدافعية لدى الأطفال، وضعف الاستجابة لبيئتهم هي مشكلات رئيسية في نموهم تؤدي الى أن يكون إجراء تقييم جديد لقدراتهم والمهارات الجيدة أمر صعب ما لم تكن هناك مهارات تقنية جديدة مناسبة تكون قد علمت، لذلك زيادة الانتباه والدافعية لدى الأطفال التوحيديين تبقى من النقاط الحرجة والهامة ليكون مركزا عليهما في التدخلات الناجحة.

السلوكيات الفوضوية العامة: Pervasive Disruptive Behaviors

يظهر العديد من الأطفال التوحيديين أشكالا محددة من السلوك الفوضوي الذي يصعب ضبطه أو التحكم به، أحدث هذه الأشكال هو الإثارة الذاتية، وهذا غالبا ما يكون سلوكا نمطيا تكراريا والذي لا يخدم هدفا أكثر من تزويد الطفل بمدخل حسي (حركي، أو بصري أو سمعي) مثل التحرك للأمام والخلف، والتلويح باليد، واللفظ المتكرر، والتحديث بالضوء.

بعض أشكال الإثارة الذاتية يكون شديدا لدى الأطفال الذين لديهم وسائل عادية للحصول على التعزيز من البيئة. مثل هؤلاء الأطفال يقضون معظم وقتهم في المشي ولساعات، وهذا يكون كشكل من أشكال الإثارة الذاتية، وهذا معناه أن الأطفال التوحديين ربما يكونوا معتمدين على الإثارة الذاتية كمصدر أولي للتعزيز. أما سلوك إيذاء الذات فهو سلوك يؤدي الطفل به نفسه جسديا، مثل ضرب الرأس والعض أو أي سلوك آخر من سلوكيات الإثارة الذاتية، وشدة هذا السلوك قد تتباين بين الأطفال التوحديين، وتكون ملامحه مشتملة بشكل متباين على كسر جمجمة الرأس، وكسر الأنف، وفقدان كميات ملحوظة من جسم أو الإصابات.

وهناك أيضا سلوكيات قد تكون قليلة الحدوث، ولكنها مصدر ضغط للأسرة ويؤثر على حياتها وهو العدوان ونوبات الغضب أو الهيجان عند الأطفال، مثل هذه السلوكيات تكون قادرة على إرباك الأسرة وتؤدي الى استثناء الأسرة من الدمج والمدرسة المدموجة والبيئة والمجتمع. هذه السلوكيات الفوضوية توصم الطفل أو تميزه وتتداخل مع استجابة الطفل للبيئة وتعيق اكتسابه للسلوك التكيفي. أن وجود مثل هذه السلوكيات الفوضوية العامة يدفع بضرورة ضبطها.

هذه السلوكيات الفوضوية المحددة ربما تكون مرتبطة ببعض أشكال ضعف التواصل لدى الأطفال التوحديين، فبسبب أن المهارات التواصلية محددة فإنهم غالبا ما يتجنبون المواقف الاجتماعية. وهكذا فان غياب وسائل التواصل والإحباط يؤدي سلوكيات العدوان والإثارة الذاتية وإيذاء الذات.

لقد أشارت البحوث والدراسات الى أن هناك علاقة بين ضعف مهارات التواصل المناسبة والسلوك الفوضوي، وفي الحقيقة فإن السلوكيات الفوضوية يمكن أن يقلل منها من خلال اكتساب اللغة. وتؤدي إلى تقليل الضغط النفسي لدى الآباء والمرتبطة بالسلوكيات الفوضوية لدى الأطفال (Mose،1995).

التعامل مع الضغط النفسي:

في مجال التوحد، فإن تعليم الآباء يكون وفقا للحاجات العامة لهؤلاء الأطفال، وتزويد الآباء بطرق فعالة في تعليم أبنائهم، وخفض السلوكيات غير التكيفية. لقد ناقشنا أن التقييم الذكائي غير المتكافئ والسلوكيات الفوضوية العامة، كمصدر من مصادر الضغط النفسي لدى الآباء ذوي الأطفال التوحديين، لذلك فإن برامج التعامل مع أسرة الأطفال التوحديين تركز على كيفية التعامل مع مصادر الضغط النفسي المرتبطة بالتوحد.

لقد أظهرت برامج تعليم الإباء فعالية وكفاءة، وهذا بالإضافة الى المكتسبات القصيرة المدى والفورية، أشير إليها أيضا في الأدب المتعلق ببرامج تعليم الإباء. رغم فاعلية هذه البرامج إلا أن البحوث أشارت إلى عدم توافق فيما يتعلق بالمكتسبات طويلة المدى وأثرها في إحداث التعميم، والمحافظة على نتائج البرامج العلاجية، هذه المحددات كانت مرتبطة بصعوبة الإباء لاكتساب مستوى مناسب من المهارات خلال التعليم، ومشكلات في تطبيق هذه المهارات على مدى واسع من سلوكيات الطفل، والبيئات الجديدة التابعة للتدخل العلاجي، وعندما تتحقق حاجات هذه المحددات، فإنه يمكن أن تزيد من إمكانية أو فاعلية البرامج في تعليم كيفية التعامل مع مصادر الضغط النفسي المرتبطة بالأطفال التوحديين والتعامل مع المشكلات المرتبطة بالتعميم والمحافظة على نتائج العلاج، فقد تم التركيز على تطبيق إجراءات وطرق تعليم جديدة.

ركز البعض الآخر على تحديد المهارات والاستراتيجيات التي تسهل اكتساب وتحقيق أفضل نتائج طويلة المدى، مثلا تعليم الإباء المبادئ السلوكية العامة لعطيه إسهابا في تطوير برامج علاجية كان يحتاج لها وجدت أنها منهج فعال في تحسين النتائج المرتبطة بالتعميم أكثر من تدريس مهارات محددة لمشكلات محددة. مثل هذه البرامج تعطي الفرصة أكثر للتعامل مع المشكلات السلوكية العامة، والصعوبات المرتبطة بالتوحد لتجعل من التدخل علمية مستمرة واحتمالية حدوثها عالية.

حددت طرق التدريس الطبيعية (التدريس البيئي، التدريس الرياضي، التأجيل الوقتي، برنامج اللغة الطبيعي، التدريس السياقي) على أنها طرق أخرى مسهلة للتعميم خصوصاً في مجالات تطور اللغة. كما دمجت استراتيجيات التدريس هذه بشكل طبيعي في التفاعلات مع الطفل لتعلم في البيت وبيئة المجتمع بدلاً من إجراءات التدريس الرئيسية، إن استخدام طرق التدريس الفعالة له أثر إيجابي في خفض مستوى الضغط النفسي لدى أسر الأطفال التوحديين.

ومع تحسن المهارات والسلوكيات التكيفية للطفل التوحدي فإن الأسرة يتوفر لها بدائل وخيارات في الاستمتاع بوقتها. هذا حتماً يعكس أهمية تعليم الإباء مهارات متخصصة لتمكينهم من إشباع حاجات أطفالهم (National Research Council, 2001).

إضافة إلى ذلك، فإن تعليم الآباء كيفية استعمال تدريب السلوكيات المحورية له أثر إيجابي في خفض مستوى الضغط النفسي والاكتئاب لدى الآباء، وتحسين دائرة التواصل للسلوكيات المحورية أي تلك السلوكيات التي تكون مركزية لمجالات واسعة من القدرات الوظيفية، وكما أن التغيير في الكلمات المحورية يؤدي إلى تغييرات في سلوكيات أخرى.

إن ضعف الدافعية ونقص الاستجابات للإشارات المتعددة حددت على أنها تطبيقات هامة لعملية التعلم لدى الأطفال التوحديين، إن برامج تعليم الأداء تشمل على السلوكيات المحورية حيث أنها اثبتت فاعليتها في تسهيل اكتساب اللغة، كما أن برامج تعليم الآباء متوقع منها تحسين وظيفية الطفل وخفض مصادر الضغط النفسي الأبوية المرتبطة بالتوحد، كما أنها تساعد الآباء في تنشئة الأطفال ذوي الإعاقات النمائية، فهي تهدف إلى خفض مصادر الضغط النفسي الأبوية المرتبطة بالتوحد، كما أنها تساعد الآباء في تنشئة الأطفال ذوي الإعاقات النمائية، فهي تهدف إلى خفض الضغط النفسي .

التمهيد

على الرغم من أن التوحد يعد جزءاً من الحالات الإنسانية إلا أن ظهور هذا النوع من الحالات يعد حديثاً نوعاً ما، إذ يعتبر الطبيب النفسي الأمريكي ليو كانر Leo Kanner وكان هدف كانر هو فصل هذه الحالة المرضية، وتصنيفها بشكل منفصل عن الحالات النفسية المرضية الأخرى التي يعاني منها الأطفال. ولقد بدأ مجدداً الاهتمام باضطراب التوحد عندما كرس الأخصائي النفسي بيرنارد ريمنالذ Bernard Rimland, 1965 وقته لدراسة التوحد خصوصاً وإن طفله كان يعاني من هذه الإعاقة، لذلك قام بتأسيس الجمعية الأمريكية الوطنية للأطفال التوحدين National Society of autism هو وغيره من الآباء الذين وجد لديهم أطفال يعانون من التوحد أيضاً. وتعرف هذه الجمعية الآن بالجمعية الأمريكية للتوحد National Society of autism. ويهدف هذا الفصل إلى مناقشة طبيعة الاضطراب التوحدي من حيث تعريفه وخصائصه المميزة له، كما يتضمن استعراضاً لبعض الحالات المساعدة على فهم خصوصية هذا الاضطراب.

لقد كان ينظر في السابق إلى التوحد على أنه جزء من الإعاقات المتنوعة التي يعاني منها الأفراد، فقد عدّه البعض نوعاً من الانحراف أو التخلف العقلي، بينما اعتقد بعضهم بقوة أنه يجب أن يكون من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية. وفي الوقت الراهن أصبح التوحد تصنيفاً مستقلاً في التربية الخاصة (Smith, 2007). كما اشتمل الأطفال التوحدين في القانون الأمريكي لتربية وتعليم الأفراد المعاقين (IDEA) Individuals with Disabilities Education Act وذلك على النحو التالي:

الطفل المعاق يعني الطفل المصاب بالتخلف العقلي، أو الإعاقات السمعية (بما في ذلك الأصم)، أو الإعاقات الكلامية أو اللغوية، أو الإعاقات البصرية (بما في ذلك المكفوف)، أو الاضطراب الانفعالي الشديد، أو الإعاقات الحركية، أو التوحد Autism، أو إصابات الدماغ.

مفهوم التوحد

يرى (إسماعيل بدر، 1997، 731) أن التوحد هو اضطراب انفعالي من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية وخاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة، ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية، مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية.

ويرى ' محمد عز الدين، 2001، 18) أن التوحد يعتبر اضطرابا يتعلق بتطور الدماغ مع وجود بعض الملامح المميزة والخاصة بالإعاقة التواصلية، وبعض الاهتمامات الطقوسية غير القابلة للتغيير، ويعتبر التوحد المنصف الرئيس لمجموعة من الاضطرابات التي يطلق عليها مجتمعة مصطلح الاضطرابات النمائية المنتشرة.

والتوحد هو اضطراب انفعالي شديد يعتقد أنه ينتج عن تلف في الدماغ يعيق النمو العقلي والاجتماعي للطفل. ويعاني معظم الأطفال التوحديين من التخلف العقلي الشديد. ولحسن الحظ فهذا الاضطراب نادر الحدوث نسبيا (جمل الخطيب، 2004، 27).

ويرى (أسامة فاروق، السيد الشربيني، 2011) التوحد بأنه "احد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، ما ينتج عنه تلف في الدماغ (خلل وظيفي في المخ) يؤدي الى قصور في التفاعل الاجتماعي، وفي التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعدم القدرة على التخيل، ويظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل".

معدلات انتشار التوحد

بالرغم من صعوبة الاكتشاف وعدم إدراك العديد من أولياء الأمور لاضطراب الطفل التوحدي إلا أن معدل انتشار التوحد يقدر بحوالي من 30-40 حالة توحد لكل 100 ألف طفل، في حين حدد المركز القومي للأطفال والشباب ذوي الإعاقات أن نسبة انتشار التوحد تتراوح بين 5:15 حالة توحد لكل 10000 طفل، وهو منتشر بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة (4-1) (سعد رياض، 11، 2008).

وقدر رابن (Rapin ،1997) حدوث التوحد باتساق ما بين 1-2 لكل 1000 حالة، وقد لخص فومبون (Fombonne،1998) نتائج الكثير من الدراسات لعينة بلغ قوامها 4 ملايين طفل وقدر حدوث التوحد ما بين 4.6- 5.5 لكل 10.000 أما رابن وكاتزمان (Rapin & Katzman ،1998) فقدرا معدل انتشاره ما بين 1-2 شخص لكل 1000. (في : أسامة فاروق، السيد الشربيني، 2011).

أسباب حدوث التوحد

1. يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي (Frith, 1989-A ,2) فأكثر البحوث تشير الى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) أكثر من التوائم الأخوية (من بويضتين مختلفتين) (رائد خليل، 28، 2006).
2. العوامل المناعية: أشارت العديد من الدراسات الى وجود خلل في الجهاز المناعي Immune System Abnormalities لدى الأشخاص التوحديين، وكذلك شذوذات في منظومة الجماعة المقررة لدى التوحديين.
3. الأطفال المصابون بالتوحد لديهم خلل أو اختلاف مميز في رسم المخ الكهربائي.

كما أشار بعض الباحثين الى أن هناك انحرافات في شكل وإيقاع رسم المخ الكهربائي، وذلك في حوالي 50%، 80% من العينة المستخدمة من الأطفال المصابين بالتوحد (سعد رياض، 2008، 24-25).

ويحدث الخلل المخي للتوحد ما بين (20) الى (24) يوما من الولادة، كما أن هناك براهين تدلل على أن الجينات المعنية في وضع الجسم الأساسي وبناء المخ التي تسمى هوكس (Hox Genes) هي متغيرة في التوحد.

وربما يحدث الخلل قبل منتصف الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل حيث استندت هذه النظرية الى معرفتها المكثفة عن متى وكيف تسلك الداران المعنية، فإذا حصل الخلل في منتصف الطريق في فترة نمو الجنين ستفقد بعض الخلايا فقط (كوثر عسلي، 2006، 29-30).

4. **عوامل كيميائية حيوية:** لم تقتصر العوامل العضوية التي تؤكدتها المدرسة البيولوجية على العوامل العصبية فقط، مثل تلف أو تشوه أو عدم اكتمال نمو أجزاء معينة من المخ أو المخيخ في الجهاز العصبي المركزي أو خلل وظيفي معين في أحد أعضائه، بل أشارت البحوث الى علاقة التوحد بالعوامل الكيميائية العصبية، وبصفة خاصة إلى اضطرابات تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة في إفرازات الناقلات العصبية Neurotransmitters التي تنقل الإشارات العصبية من الحواس الخمس الى المخ أو الأوامر الصادرة من المخ الى الأعضاء المختلفة للجسم أو عضلات الجسم والجلد (عثمان فراج، 64، 2002).
5. **عدوى فيروسية:** هناك دليل على أن العدوى الفيروسية وخاصة في المراحل المبكرة من الحمل قد تؤدي الى مجموعة من الاضطرابات التطورية النمائية بما فيها التوحد، ومن بين الأمراض المعدية التي تم الإفصاح أنها مرتبطة بالتوحد فيروس الحصبة الألمانية، فيروس الهيربس، الفيروسات التي تؤدي الى تكاثر

الخلايا وزيادة عددها، الفطريات المبيضة (محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجوالده، 2010، 96).

6. كما يرجع التوحد الى إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم فضلا عن وجود بعض المشكلات الأسرية، وهذا يؤدي الى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري وانطوائه على نفسه (سوسن شاكر، 2010، 64).

7. تعدد ظروف الحمل والولادة من الأسباب المشتركة بين غالبية الإعاقات بشكل عام بما فيها اضطراب التوحد، إذ يعد عسر الولادة، أي المشكلات المصاحبة للولادة وتأخرها وغير ذلك من الأسباب المرافقة لعملية التوليد. ومن ذلك استخدام أدوات تعمل على تسهيل عملية الولادة مثل الملاقط، ونقص الأكسجين أثناء الولادة (نايف الزراع، 2010، 48).

8. **الخمير والمخدرات:** اهتمت مقالات حديثة بوصف متلازمة الكحول الجيني Fetal Alcohol Symptom والتوحد، فالأثينول Ethanol معروف بأنه سبب للإصابة قبل الولادة للجهاز العصبي المركزي، ويبدو مع ذلك من المعقول أن نتوقع زيادة مخاطر الإصابة بالتوحد. وللتدخين تأثير ضار على الطفل ويؤدي الى إصابته بالتوحد.

9. أظهرت المسوح التي أجريت في كثير من الدول: كندا، الولايات المتحدة الأمريكية، السويد، إنجلترا، اليابان، إلى تباين في التركيب الوراثي، والمناخ والعادات الغذائية، ولوحظ أن هناك زيادة ملحوظة في عدد المواليد التوحيديين في فصل الربيع وفي معظم أشهر الصيف.

خصائص التوحد

العجز والقصور في التفاعل الاجتماعي:

Impairment in Social Interaction

واحد من الخصائص المميزة للأشخاص المصابين باضطراب التوحد هو أنهم لا يطورون أنواع العلاقات الاجتماعية حسب أعمارهم. وتشتمل الإعاقة الاجتماعية على إعاقة في استخدام العديد من السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري واستخدام الإيماءات وتعبيرات الوجه المستخدمة في تنظيم الأشكال المختلفة من التفاعلات الاجتماعية والتواصلية.

بالإضافة الى ذلك فهم يمتازون بمشكلات في تكوين الأصدقاء، أو إقامة علاقات اجتماعية والمحافظة عليها (DSM-IV-TR, APA, 2000).

تيمي، أو أمي، أو جون لم يصنعوا صداقات فيما بينهم، وغالبا ما يكون تواصلهم مع البالغين محدودا، ويلجئون للبالغين لاستخدامهم كأدوات للمساعدة مثل استخدام أيدي البالغين للوصول للشيء الذي يريدونه. بالنسبة لمعظم الأشخاص المصابين بالتوحد فإن المشاكل مع التفاعل الاجتماعي قد تتعلق بالتنوع أكثر منها مشاكل كمية، ويمكن أن يملك العدد نفسه بالتواصل مع الآخرين والأصدقاء، ولكن الطريقة التي يتواصلون بها مع الآخرين غير عادية، مثال على ذلك تيمي الذي يحب أن يجلس في حضن أمه، ولكنه دائما يجلس ووجه بعيدا عنها، بدلا من الجلوس عندها وجها لوجهه وهو الوضع الأكثر مثالية للأطفال. الأطفال التوحديون يجلسون بقرب أمهاتهم أكثر من الغرباء بعد تركهم وحيدين لفترة قصيرة من الوقت، وبالرغم من أن هؤلاء الأطفال لا ينظرون لأهاتهم ويبتسمون كما هو عند الأطفال العاديين، إلا أنهم ما يزالون يميزون الفرق بين التوحديين غير مدركين تمام كما نعتقد، ولكن هذا غير مفهوم لبعض الأسباب منها أنهم لا يستمعون ولا يملكون القدرة على تكوين علاقات ذات معنى مع الآخرين. (Barlow & Durand, 1995,) (Durand & Barlow, 2000).

العجز والقصور في التواصل:

Impairment in Communication

تؤثر الإعاقة في التواصل لدى الأطفال التوحديين على كل من المهارات اللفظية وغير اللفظية، فهم يوصفون بأن لديهم تأخرا أو قصورا كليا في تطوير اللغة المنطوقة. والأطفال الذين لا يتكلمون توجد لديهم إعاقة في إقامة محادثات مع الآخرين. وعندما لا يتطور الكلام فغن الخصائص الكلامية مثل طبقة الصوت والتنغيم وعلو الصوت والإيقاع ونبرة الصوت تكون غير طبيعية. توصف اللغة القواعدية باستعمال لغة تكرارية أو نمطية مثل تكرار كلمات أو جمل مرتبطة بالمعنى. كما أن لغتهم لها خصوصية غريبة، إذ أن لها معنى مع الأشخاص الذين يألفون أسلوب تواصلهم فقط. كذلك فهم اللغة لديهم متأخر جدا، وهم غير قادرين على فهم الأسئلة والتعليمات البسيطة. أما الجوانب الاجتماعية للغة فهي أيضا متأثرة، فهم غير قادرين على دمج الكلمات مع الإيماءات لفهم الحديث. أيضا اللعب التخيلي معاق لديهم، فالأطفال التوحديون لا يميلون إلى الانشغال بالعباخ تخيلية (DSM- (IV , APA,2000).

يملك الأشخاص المصابون بالتوحد مشاكل شديدة في التواصل، فحوالي 50% من الأشخاص المصابين بالتوحد تقريبا لا يكتسبون كلاما مفيدا، ويوصف تواصل بعض الأشخاص الذين يمتلكون الكلام بأنه غير عادي، فبعضهم يعيد كلام الآخرين، وهذه حالة مميزة لتأخر تطور الكلام تدعى بالمصاداة Echlaia. فعلى سبيل المثال إذا قال أحد مرحبا، هم سوف يرددون مرحبا: إذا قلت اسمي أحمد، ما هو اسمك؟ سوف يردد هو أحمد، ما هو اسمك، غالبا ليس فقط تكرار الكلمات ولكن أيضا التنغيم أو الطريقة التي يقال بها فعدم قدرة جون على القيام بالمحادثة مع الآخرين هي علامة أخرى لاضطراب النطق لديه (Barlow & Durand 1995, Davision & Neale, 2001, Darlow, 2000;Heward, 2006)

السلوك والاهتمامات والنشاطات المقيدة، Restricted Behavior, Interests and .Activities

من الخصائص الأخرى التي ترى بشكل متكرر في التوحد والاضطرابات ذات الصلة هي الانشغال والانهماك بأشياء محدودة وضيقة المدى، حيث يلعب الأطفال التوحديون بشكل طقوسي بأشياء لساعات في الوقت نفسه أو إظهار اهتمام مفرط في أشياء من نوع محدد، وهم ينزعجون لأي تغيير يحدث في البيئة كأن يكون شيء في غير مكانه أو جديد في الصف أو المنزل أو أي تغيير في الروتين، ويحافظ الأفراد التوحديون على التماثل كما أن لديهم مقاومة شديدة للتغير أو النقل (Hallahan, Kauffman, & Pullen, 2009).

يظهر كما رأينا في حالة تيمي أنه يحب الأشياء كما هي ودون تغيير ويبدو أنه يغضب إذا حدث تغيير بسيط على الأشياء (مثل تحريك الكرسي قليلاً). ومثال آخر: علقت إحدى الأمهات على ذلك بأن ابنها التوحدي يحب نوعاً واحداً خاصاً من الطائرات، وبالتالي أحضرت له 50 طائرة من نفس النوع، ويمضي الساعات في ترتيبها، وقالت الأم أنه يعرف حالاً إذا تحركت إحدى تلك الطائرات من مكانها.

غالباً ما يمضي الشاخص التوحديون ولساعات ممارسة سلوكيات نمطية وطقوسية، وما هو معروف وشائع عن هؤلاء الأشخاص هو قيامهم بحركات تكرارية مثل تلويح أيديهم أمام أعينهم أو عض أيديهم، وكما رأينا أمي تقضي ساعات في مشاهدة تساقط الضمادات إلى الأرض. وبعض السلوكيات الطقوسية تكون معقدة، فبعض الأفراد يلمس كل باب وهو يمشي والبعض الآخر يلمس كل معقد في الصف. وإذا ما تم منعهم من أداء تلك الطقوس أو السلوكيات النمطية أو مقاطعتهم فإنهم سوف يظهرون نوبات من الغضب (Barlow & Tantrum & Kurand, 1995, Durand & Balow, 2000).

السلوك النمطي والطقوسي:

Stereotyped and Ritualistic Behavior

السلوك النمطي والطقوسي من السلوكيات الملاحظة على العديد من الأفراد المصابين بالتوحد، وقد يكون عدوانيا موجهًا للآخرين أو إيذاء الذات. وفي الحقيقة فإن المشكلات السلوكية المرتبطة بالتوحد هي مشكلات رئيسية، وفي الكثير من حالات التوحد الشديدة فإن المشكلات السلوكية تكون دائمة وتعيق بشدة الفرصة المتاحة للطفل في التعلم والتفاعل الاجتماعي.

الوحدة التوحدية: Autistic Aloneness

الأطفال التوحديون غير قادرين على إقامة علاقات انفعالية دافئة مع الأفراد، فهم لا يستجيبون إلى سلوك آبائهم العاطفي مثل الابتسامات، وبدلاً من ذلك فهم لا يفضلون أن يحتضنوا أو أن يقبلوا ولا يستجيبون لآبائهم أكثر من الغرباء، ولا يوجد فرق في سلوكهم تجاه الأفراد والأشياء، ويمتازون بغياب التواصل البصري وتجنب التحديق.

عيوب حسية ظاهرة: Apparent Sensory Deficits

يستجيب بعض الأفراد التوحديين أو ذوي الاضطرابات النمائية العامة إلى الإحساسات السمعية واللمسة والبصرية الدهليزية والسمعية بطريقة غريبة وغير مألوفة. فإما أن يكونوا شديدي الحساسية، أو لديهم قصور في الاستجابة الحسية، وهذا يسبب مشكلات في معالجة المخلات الحسية لدى الأطفال التوحديين. وأيضاً تظهر صعوبة في المشاركة في المواقف الطبيعية، فهم مثلاً يتجنبون أشكال التواصل اللمسي والجسمي، ويكونون دفاعيين في ذلك. فحوالي 40% من الأطفال التوحديين لديهم حساسية عالية لأصوات محددة عندما يتعرضون لها، فلذلك نجدهم يغطون أذانهم أو يظهر الغضب لديهم كردة فعل بعد سماع الأصوات.

ولأنهم لا يستجيبون الى الأصوات فان بعض الإباء يعتقدون أن طفلهم أصم (Edelson,2003).

بعض الأفراد التوحيديين يستجيبون كأنهم صم مع أن حاسة السمع سليمة. والشخص نفسه الذي لا يستجيب للأصوات نجده يقوم بردة فعل للأصوات الناعمة مثل صوت الطباشير عند الكتابة على اللوح، أن عدم الاتساق هذا في الاستجابات الى المثيرات السمعية قد يكون ناتجا عن مشكلات في الإدراك والإحساس. الجهاز الحسي سليم ولكن بعض الشدودات في القشرة الدماغية في دمج وإدراك المدخلات الحسية تؤدي الى ردود فعل غريبة ومتنوعة للأصوات والأضواء واللمس (Oltmanns & Emery, 2007).

نوبات الغضب أو الهيجان: Tantrums

من الملامح المميزة للأطفال التوحيديين هي الصراخ والبكاء كاستجابة للانزعاج أو الإحباط، وفي بعض الحالات قد تتحول نوبات الغضب هذه الى سلوك عدواني تجاه الآخرين، وهذه السلوكيات تتداخل مع التفاعل الاجتماعي المناسب وتساهم في أحداث صراعات بين هؤلاء الأطفال.

سلوك إيذاء الذات: Self-Injurious Behavior

من خصائص الأطفال التوحيديين هي الانشغال بسلوكيات مؤذية لأنفسهم، وهذه السلوكيات قد تشتمل على ضرب الرأس، والعض، وحك الجلد، وغيرها، ولا يظهر الأطفال التوحيديون الألم أثناء انشغالهم بهذه السلوكيات، ويثير سلوك إيذاء الذات هنا الرعب لدى الآخرين ويؤدي الى صعوبات اجتماعية، ويعالج هذا السلوك من خلال إجراءات تعديل السلوك (Oltmanns & Emery, 2007 ; Lahey & Ciminero, 1980).

الانتقائية الزائدة للمثير: Stimulus Overselectivity

تعد الانتقائية الزائدة للمثير من الملامح المحيرة والمميزة للأطفال التوحديين، وتعود هذه السمة الى الاستجابة الى جزء محدد من الإشارات ذات الصلة عند تعلم تمييز عناصر البيئة، بينما يتعلم الأطفال ذوو النمو الطبيعي بسرعة تمييز الأشياء. أن فشل الاستجابة الى الخصائص المتعددة للأشياء في البيئة له أثر شديد على الأطفال التوحديين وأسرهم، فالسلوك الاجتماعي واكتساب اللغة واكتساب وتعميم السلوكيات الجديدة تتأثر بالفشل في استجابة للإشارات المتعددة ذات الصلة في البيئة (Rosenblatt, Bloom & Koegel, 1995 ; Comer, 2010).

الانتباه المشترك: Joint Attention

يعود الانتباه المشترك الى سلوك الاشتراك في النظر الى نفس الشخص ونفس الشيء، فالطفل ينظر الى أين ينظر الشخص الآخر أو يشير، وما هو مميز في سلوك الانتباه المشترك هو أن الطفل لا يهتم بالأشياء ولكنه مهتم باتجاهات الشخص الآخر نحو الشيء. ويعتبر الانتباه الى الشيء الذي ينتبه إليه الشخص الآخر من الملامح النمائية الرئيسية والذي يعرض الطفل إلى تعدد فرص التعلم، فعندما ينظر الطفل الى نفس الشيء الذي ينظر اليه الشخص الآخر، فإن الطفل لا يشارك فقط الشخص الآخر بالاهتمام ولكن أيضا يحصل على معلومات حول مشاعر الشخص الآخر.

الطفل الطبيعي بعمر عشرة شهور يبدأ بالإشارة الى الأشياء حتى قبل استعمال الكلمات الأولى، وهذا كما تقول فريث (Frith، 2003) نشاط ستضمن الوعي بالحالات العقلية للأشخاص الآخرين، فهم يوجهون انتباه الأشخاص الآخرين للشيء الذي في عقلهم، رغم أن الهدف ليس الحصول على الشيء. إن الإشارة المبكرة لدى الأطفال تشير الى شيء مناسب ليس فقط لأنفسهم ولكن أيضا للشخص الذي يتواصلون معه، أن نمو التبادلات هذا يعزز الفهم التبادلي. وفي حالة الأطفال التوحديين فإنهم لا يشاركون الانتباه في الإشارة

والرؤية. ولذلك فإن القصور أو ضعف الانتباه المشترك في التوحد يعتبر من الدلائل القوية في السنوات ما قبل المدرسة.

وكما تقول فريث (Frith,2003) فإنه غير معروف كيف تظهر التغيرات مع التقدم في العمر، ويستطيع الأطفال التوحيديون الإشارة الى الأشياء عندما يريدونها وهذا شكل آخر من الإشارة يدعى الإشارة الوسيلة Instrumental Pointing وتفترض فريث (Frith, 2003) بأن الأطفال التوحيديين غير قادرين على التمييز بين ما هو في عقلهم وما هو في عقل أي شخص آخر. لذلك بالنسبة لهم سؤال مشاركة المحتوى غير مشار، ولهذا السبب فإن أم الطفل التوحيدي عليها أن تعمل جاهدة لمشاركة عالم طفلها الداخلي، وينظر إلى النضج على أنه عامل رئيسي يؤثر على السلوك، هذا بإضافة الى ما تتركه تأثيرات البيئة وفرص التعلم والخبرات على النمو.

فمن خلال الاستعداد للتعلم تتطور اللغة واللعب التخيلي وهذا بحد ذاته مؤشر الى أن الأطفال يشاركون بأفكارهم وأمانهم الآخرين وهم أنفسهم قادرون على مشاركة الآخرين بعالم اللعب. أن هذه التفاعلات الاجتماعية تكسب الأطفال القوة في إدراك أمنياتهم وأمنيات الآخرين، وأنها ليست دائما متطابقة أو أن الأمنيات لا تعكس نفس الشيء، وهذا يزودهم بالقدرة على تعلم كيفية التعلم الاجتماعي.

أن الأطفال التوحيديين يفقدون هذه التغيرات النمائية التي تحدث في سياق الفهم الاجتماعي بين السنة الأولى والثانية من العمر (Fith,2003).

وفي الخلاصة، يكتسب الأطفال ثلاث مظاهر نمائية ذات صلة بالقدرة على تحقيق الانتباه المشترك، وهذه المظاهر لا تمكنهم من تحقيق المشاركة الاجتماعية الفعالة وهذه المظاهر هي :

1. مشاركة الانتباه، هذه الصفة تبدأ منذ الميلاد وتستمر في التطور خلال السنوات الأولى من الحياة.
2. مشاركة العاطفة، وهي صفة تعود الى التعبير عن الحالات الانفعالية للآخرين وتتمثل هذه الصفة بإظهار السعادة والتحديق بالآخرين وغيرها.
3. مشاركة الأهداف، وتعود هذه الصفة الى قدرة الطفل في توجيه سلوكياته للآخرين يهدف تحقيق أهداف محددة فالطفل مع بلوغ سن 9 شهور يستطيع استعمال أصوات وإيحاءات وسلوكيات لتحقيق تواصل هادف.

أما تحقيق الانتباه المشترك بين الطفل وشريكه فيحدث بطرق مختلفة منها:

1. ينظر الشريك إلى الموقع الذي ينظر إليه الطفل
2. ينظر الطفل الى الموقع الذي ينظر إليه الطفل
3. يغير الطفل نظراته بين الموقع والشريك للتأكد من أن الشريك ينظر إلى نفس الموقع.
4. يتبع الطفل إيحاءات ونظرات الشريك في النظر الى الموقع
5. يستخدم الطفل إيحاءاته التواصلية أو أصواته لجذب انتباه الشريك الى الموقع.

.(Wetherby, 2003)

العجز المعرفي: Cognitive Deficits

يظهر الأفراد التوحيديون عجزاً في العمليات الإدراكية Deficits in Perceptual Processing لذلك فهم يقومون باستجابات غير مألوفة للإثارة الحسية وهذا يعود إلى مستوى الأداء الوظيفي الإدراكي لهذه الفئة من الأفراد. تقول نظرية التماسك المركزي Central Coherence Theory بأن الأفراد التوحيديون لديهم عيوب في دمج المعلومات ومعالجتها في المستوى الأعلى من المعلومات الكلية، ويكون التوجيه الإدراكي لهم باتجاه أجزاء العنصر أكثر من الشكل الكلي فالتركيز يكون على أجزاء العناصر، وهذا ما يفسر غياب التداخل الكلي.

أما فرضية العيب الهرمي Hierarchy Deficits Hypothesis فتري بأن الأفراد التوحيديين لديهم عيب في العمل ضمن هرمية. فعلى سبيل المثال: الأفراد المصابون بتوحد السافانت Savant Autism لديهم مهارات محددة في رسم صورة منزل مثلاً ويظهرون تفاصيل دقيقة حتى لو بدؤوا بالرسم مع تفاصيل الموقع، أما الرسامون غير التوحيديين فهم غالباً لا يبدؤون بالمظهر العام لرسم المنزل ثم الانتقال إلى التفاصيل الدقيقة ولموقع. والأفراد التوحيديون لا يختلفون عن الأفراد العاديين فيما يتعلق بالنماذج المبكرة والبسيطة للعمليات أو المعالجة العامة ولكن يمتازون بعيوب في المعالجات أو العمليات العامة المعقدة والتي تتطلب معلومات ذات مستوى عالٍ (Motto, Burack, Stauder, & Robaey, 1999).

أما فيما يتعلق بمستوى الأداء الوظيفي التنفيذي فيري تورنر (Turner, 1999) بأن الأفراد بأن الأفراد التوحيديين لديهم صعوبة في إنتاج أفكار جديدة وصعوبة في نقل الانتباه من الملامح المألوفة للمثير. وهذا يعود إلى استنتاج مفاده بأن الأفراد التوحيديين لديهم عيوب في القدرة على توليد استجابات وأفكار وإعاقة في القدرة على تنظيم الاستجابة السلوكية المعقدة لتوليد أفكار جديدة والتخطيط لتنفيذ الأفعال يدفعنا إلى الاستنتاج بأن السلوك العفوي محدد وإلى أن السلوك يمتاز بالكرارية. كما وتشير الأدلة العملية إلى

الأفراد التوحديين الذين لديهم عجز أو قصور في التخيل ومخزون سلوكي محدد. أن إنتاج السلوكيات الجديدة يؤدي الى إرباك المهمات الروتينية. وتقول نظرية العقل بأن الأفراد التوحديين لديهم صعوبة في القدرة في إدراك المهمات الروتينية. وتقول نظرية العقل بأن الأفراد التوحديين لديهم صعوبة في القدرة في إدراك أن الأفراد الآخرين لديهم أفكار وآراء مختلفة عن تلك التي يمتلكها الفرد لنفسه، ولكن أيضا من المهم أن نعرف ما هي نتائج امتلاك مثل هذه الأفكار والآراء.

وخاصة القول في دراسة المستوى الأدائي الوظيفي التنفيذي، أن وجود أو غياب المقدرة لتوليد استجابات عفوية وجديدة لدى الأفراد التوحديين ربما يعطي توجهها جديدا باتجاه تشكيل ملف للأعراض والخصائص السلوكية المحددة للتوحد (Tumer, 1999).

الأداء الوظيفي التنفيذي:

Executive Functioning in Autism

تفهم الإعاقة النفسية الرئيسية في التوحد أفضل من خلال العمليات المعرفية المنحرفة، وقد أكدت النظريات المعرفية أن الأشخاص التوحديين يعانون من صعوبات شديدة في أدائهم الوظيفي التنفيذي المرتبط بالفصوص الأمامية للدماغ (Sigman & Capps, 1997). في الحقيقة، يستخدم مفهوم الأداء الوظيفي التنفيذي للتعبير عن القدرات مثل التخطيط والذاكرة العاملة والضبط والتغيير ومراقبة الداء.

ويعاق الأداء الوظيفي التنفيذي لدى المرضى الذين يعانون من تلف مكتسب في المناطق الأحادية من الدماغ والاضطرابات العصبية النمائية. ويعاني أطفال التوحد من صعوبات في التخطيط والمرونة المعرفية والتصميم ومظاهر محددة من الذاكرة العاملة. أما الخصائص السلوكية للأداء الوظيفي التنفيذي لدى أطفال التوحد، فهو يظهر في السلوكيات التكرارية المحددة، والحركات النمطية وسلوكيات إيذاء الذات والإصرار على التماثل. بينما تشمل الخصائص البيولوجية للأداء الوظيفي التنفيذي في التوحد على النمو غير الطبيعي

في الفص الدماغي الأمامي وشبكات الربط العصبية في مناطق متعددة لدماغ (Hill, 2008).

لدى أطفال التوحد الرضع فإن الإعاقات في التعرف على الأوجه ربما تعكس تمثيل عصبي غير طبيعي لمعالجة المعلومات في الدماغ، وهذا التمثيل العصبي يظهر في إعاقة رئيسة في الانتباه المشترك الذي يعتبر نتيجة لعدم الربط المبكر بين الانتباه للأفراد والاستياء (Maestro & Muratori, 2008).

الاهتمام بالنفس أو الأنانية: Egocentrism

تشير الأبحاث الى افتقار أطفال التوحد الى الاهتمام بالنفس أو ما نسميه بالأنانية وفي مقابل ذلك نجد أن الأطفال ذوي النمو الطبيعي يحبون ويفضلون أن يكونوا موضع انتباه الآخرين كما أنهم يستمتعون بادراك الأفعال والأنشطة الموجهة نحوهم، وبالطبع فإن مثل هذه الخبرات ذات أهمية خاصة إذ أنها تؤثر على الانتباه والتعامل. ومثل هذه الخبرات المتمثلة بالاهتمام بالآخرين وأنشطتهم الخاصة والموجهة للطفل، فإن الطفل التوحدي يفتقر إليها.

وهكذا فإن الطفل التوحدي يفتقر الى خاصية الاهتمام بالنفس أو الأنانية. ولسوك الأنانية نتائجها النمائية والتي تظهر في الحصول على انتباه الآخرين (williams, 2008).

صعوبات فهم المعاني اللفظية: Prosody

يعاني أطفال التوحد من صعوبات في فهم المعاني اللفظية Prosody، وفهم المعاني اللفظية يعتبر واحدة من المهارات اللغوية الهامة في التواصل الإنساني والحقيقة فإن المعلومات المتعلقة بمدى وجود هذه الصفة لدى الأطفال التوحديين لازالت قليلة، وهذا ما يفتح المجال لدراسة هذه الظاهرة وفهما (Mccann, Peppe, Gibbon, O'hare & Rutherford, 2008).

القدرة العقلية: Intellectual Ability

حوالي 76% إلى 89% من الأطفال التوحيديون يتصفون ذكاء تضعهم في مدى الإعاقة العقلية، أي أنها تقع دون 70، فغالبا ما يكون التوحد مصحوبا بإعاقة عقلية متوسطة الى شديدة. كما أن العديد منهم يظهرون فروق هامة في القدرات اللفظية وغير اللفظية. (Osterling, Dawson, & McPartland, 2001).

قدرة الرسم في التوحد:**Drawing Ability in Autism**

هناك نتيجة عامة جاء بها الباحثون مفادها أن المعرفة العقلية تصبح عائق ملاحظ عندما نحاول رسم شيء بدقة هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن الدراسات النمائية أظهرت بأن معرفة الأطفال تتداخل مع قدراتهم على الرسم الواقعي لما يشاهدوه. كما أن المرحلة العمرية ما بين 5-7 سنوات تشتمل على تطور خصائص الرسم، فالأطفال ذوي النمو الطبيعي يستطيعون رسم جزء لشيء حتى لو كان مخيفا عنهم، فالطفل على سبيل المثال يستطيع رسم يد الكأس حتى لو لم يراه وتسمى هذه الظاهرة بالواقعية العقلية Intellectual Realism وهي تصف رسم الأطفال حتى سن الثامنة من العمر. وبالنتيجة فإن أطفال يحققون الواقعية البصرية Visual Realism والتي تسمح لهم برسم ما يشاهدوه من منظورهم الخاص. واستناد إلى ذلك فإن الرسم غير الدقيق ينتج عن عدم الإدراك للشيء بسبب تداخل المعرفة السابقة.

أما قدرات الرسم لدى الأفراد التوحيديين فإنها تظهر أكثر لدى أطفال توحد السافانت، وهؤلاء يطلق عليهم غالبا الرسامون السافانتيون وهذه الفئة من الأفراد التوحيديين يمتلكون قدرات رسم فائقة أو غريبة وقد تفسر هذه القدرات العالية في الرسم لدى هذه الفئة من التوحيديين من خلال أنهم يدركون العنصر البصري مع غياب نسبي

للتحليل العقلي مما يزيد من قدرة المستويات العليا للقمة البصرية التي تظهر في الرسم
(Ropar, Mitchell, & Sheppard, 2008).

خصائص أخرى: Other Features

يظهر الأطفال التوحديون الغضب أو الخوف فجأة بدون سبب واضح، وقد يظهرون
سلوك نوع غير جيد، وتبلبل أنفسهم، وحوالي 25 % منهم يطورون نوبات صرع مع
مرحلة المراهقة (Gelder, Gath & Mayou, 1989).

أعراض التوحد

Range of Severity of Symptom

إن أعراض التوحد قد تتباين من البسيط الى الشديد جدا، كما أن الأطفال التوحديين
يتباينون بشكل كبير في قدراتهم وإعاقاتهم المحددة، وحوالي 80% منهم لديه إعاقة عقلية
كإعاقة عقلية غالبا ما ينشغلون بأشياء وإثارة ذاتية وسلوكيات شديدة مؤذية للذات، وضعف
في مستوى الاستجابة الاجتماعية، إلا أن هؤلاء الأطفال يشكلون النسبة الأقل في طيف
التوحد. والعدد الأكبر لديه أشكال بسيطة من الاضطراب وهم قادرون على المشاركة
بشكل وظيفي في المجتمع (hallahan, Kauffman, & Pullen, 2009).

أما سميت (Smith, 2007) فإنه يلخص خصائص التوحد على النحو التالي:

● العجز في التفاعلات الاجتماعية التبادلية **Impairment in Reciprocal Social**

Interactions

- لا تطور مودة وصداقة مع الإباء وأعضاء الأسرة أو مقدمي الرعاية
- نادرا ما يرى التعاون أو اللعب مع الأصدقاء.
- نادرا ما يلاحظ الانفعالات مثل العطف والتعاطف
- الميل الى عدم استعمال إشارات غير لفظية مثل (الابتسامة، الإيماءات، التواصل الجسمي).
- لا يوجد تواصل بالعين أو لا يحافظ عليه
- نادرا ما يلاحظ نشاط اللعب التخيلي
- الافتقار الى الإيماءات التواصلية الاجتماعية والنطق خلال الأشهر المبكرة الأولى من الحياة.
- يمكن أن يميز أسلوب التفاعل المفضل كعزلة مفرطة

● **قدرات تواصل ضعيفة Poor Communication Abilities**

- اللغة الوظيفية غير مكتسبة بشكل كامل أو غير متقنة
- محتوى اللغة غالبا غير مرتبط بالأحداث البيئية الفورية
- سلوك نمطي وتكراري نطقي
- لا يحافظ على المحادثة
- المحادثات التلقائية نادرا ما يبدأ بها
- يمتاز الكلام بأنه لا معنى له (عقيم) وتكراري وكما يمتاز بالمصاداة.
- فشل متعدد في استعمال كلمات مثل أنا ونعم ومشكلات واضحة في استعمال الضمائر.
- لغة استقبالية وتعبيرية حرفية.

• الإصرار على التماثل **Insistence on Sameness**

- التضايق الواضح كاستجابة للتغيير في البيئة
- مظاهر الروتين اليومي يصبح طقوسيا
- ظهور تكراري للسلوك الاستحواذي
- سلوك شديد مفروض ذاتيا
- سلوكيات نمطية مثل (التأرجح والتلويح باليد) صعب إيقافها.

• أنماط سلوكية غير اعتيادية **Unusual Behavior Patterns**

- حساسية زائدة أو سلوكيات غير مألوفة كاستجابة للمثيرات البصرية واللمسة والسمعية.
- الاعتداء على الآخرين وخصوصا في حالة الشكوى
- سلوك إيذاء الذات مثل اضرب والغضب
- ظهور مخاوف اجتماعية متطرفة تجاه الغرباء والازدحام في المواقف غير الاعتيادية والبيئات الجديدة.
- تؤدي الإزعاجات العالية مثل (نباح الكلب، وضجيج الشوارع) الى سلوك الجفاف أو ردود فعل خائفة.
- نوبات من الغضب
- يستهلك سلوك الإثارة الذاتية وقت الطفل وطاقته.

شكل (1-1) العلامات والأعراض السلوكية للتوحد

D.Auxter, . Pyfer, C.Huetting, 1997, Principles of physical education and recreation, p. 329, Boston: McGraw-Hill

طورت فيرجينا نلسون Virginia Nelson حجة التوحد والتي تشتمل على ست بطاقات متداخلة تعرض من خلال خصائص التوحد كما هو مبين في الشكل رقم (1-2).

الاهتمام بالمواد:	الاستجابات الحسية:	الارتباط والتأثير:
Interest in Material	Senory Responses	Relating and Affect
<ul style="list-style-type: none"> - يلف ويدور الأشياء - يطور تعلقا غير مناسب بالأشياء - يستجيب بشكل غير مألوف للأشياء المألوفة 	<ul style="list-style-type: none"> - رد فعل مبالغة للمثيرات - يتصرف وكأنه أصم - يركز على المثيرات البصرية والسمعية واللمسة - غير مستجيب للألم - يتجنب التفاعل الجسدي مع الآخرين - يلعب أو يشم الأشياء - يقطع أصابعه - يصفع كفيه 	<ul style="list-style-type: none"> - يبكي أو يضح بشكل غير ملائم - يستخدم استجابات وجهيه سطحية - يعاني من صعوبة في تواصل العيون - استجابته العاطفية لا تناسب الموقف - يعاند مع الانتقال - يعاند بمقاطعات - يحتاج لجدول زمني ثابت - يحتاج لبيئة ثابتة - لا يستوعب علاقات السبب والنتيجة - يظهر سلوكيات طقوسية

متكررة		
اللعب: Play	المهارات الحركية الكبيرة: Gross Motor Skills	اللغة: Language
<ul style="list-style-type: none"> - نادرا ما يبدأ باللعب مع الآخرين - يظهر ممارسة متكررة للعبة ما. - ينشغل باللعب الانعزالي وحده - يستخدم أدوات اللعب بطرق غير مألوفة. 	<ul style="list-style-type: none"> - يتحرك باستخدام حركات منسقة - يعاني من صعوبات في الانتقال من حركة لأخرى - يعاني من صعوبات في تعميم الحركات من بيئة لأخرى - يعاني من صعوبات في التخطيط الحركي 	<ul style="list-style-type: none"> - يظهر إعاقة في الكلام - يظهر لغة استقبالية ضعيفة - يظهر لغة تعبيرية ضعيفة - تكرار لغة الآخرين (المصاداة). - يظهر صعوبة في المفاهيم المجردة

شكل (2-1): حجة التوحد

(Auxter, Pyfer, & Huetting, 1997)

أنواع التوحد: Types of Autism

بما أن كل الأطفال المصابين بالتوحد لا يظهرون الخصائص نفسها أو خصائص مشابهة مع نفس الشدة، فقد اتجه الباحثون الى البحث عن طرق لتصنيف التوحد، ونتيجة لذلك فقد ظهر عدد من الاتجاهات في تصنيف الأطفال التوحديين. فعلى سبيل المثال: اقترح البعض تصنيفات مختلفة اعتمادا على مستوى الأداء الوظيفي العقلي، والعمر عند الإصابة، وعدد الأعراض وشدتها. ويرى البعض الآخر أن الأعراض المختلفة يمكن أن تكون نتيجة للأنماط المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ. (Smith, 2007) اقترحت ماري كولمان 1976، Mary Coleman مدير العيادة الطبيعية لبحوث دماغ الأطفال في واشنطن Children's Brain Research Clinic in Wanshington نظام تصنيفي للأطفال المصابين بالتوحد يضعهم في ثلاث مجموعات أساسية، ويبين عملها أن التوحد ليس متلازمة منفردة، كما أكد كانر، بل أنه مكون من ثلاث تصنيفات فرعية، كما يلي:

1- النوع الأول: Type I

المتلازمة التوحدية الكلاسيكية Classic Autistic Syndrome حيث يظهر الأطفال في هذه المجموعة أعراضا مبكرة، ولكن لا تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة. كما تقول كولمان Coleman فإن الأطفال في هذه المجموعة يبدوون بالتحسن تدريجيا ما بين سن الخامسة الى السابعة.

2- النوع الثاني Type II

متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحدية Childhood Schizophrenic Syndrome Wuth Autistic Symptoms إذ يشبه أطفال هذه المجموعة النوع الأول، ولكن العمر عند الإصابة يتأخر شهرا بعد التلاميذ. وتقول كولمان بأن أطفال الفئة الثانية يظهرون أعراضا نفسية أخرى إضافة الى المتلازمة التوحدية الكلاسيكية التي عرضها كانر Kanner.

3- النوع الثالث Type III

المتلازمة التوحدية المعاقة عصبيا Neurologically Impaired Autistic Syndrome ويظهر لدى أطفال المجموعة الثالثة مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيضا متلازمات فيروسية مثل الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي (الصم وكف البصر) (Knoblock, 1983).

أما سيفن وماتسون وكو وفي وسيفن (Sevin, Matson, Coe, Fee, & Sevin, 1991) فقد اقترحوا نظاما تصنيفيا من أربع مجموعات كما يلي:

1. المجموعة غير الطبيعية: Atypical Group

يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.

2. المجموعة التوحدية البسيطة Mildly Autistic Group

يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث، لتكون روتينية، كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا إعاقة عقلية بسيطة والتزاما باللغة الوظيفية.

3. المجموعة التوحدية المتوسطة Moderately Autistic Group

ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكات النمطية (مثل التأرجح والتلويح باليد) ولغة وظيفية محددة وإعاقة عقلية.

4. المجموعة التوحدية الشديدة Severely Autistic Group

أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، ويظهرون إعاقة عقلية على مستوى ملحوظ (Smith, 2007).

والاجتماعية التي من شأنها أن تضع الطفل في حالة الخطر وتؤدي للاضطراب، كما يجب أن تصف شدة الاضطراب وأعراضه وطبيعة وحدته. وفي الخلاصة فإن نتيجة العملية التشخيصية يجب أن تؤدي الى الحصول على معلومات وظيفية تصف طبيعة الاضطراب واستجابة الطفل للعلاج.

ويفقد النظام التشخيصي قيمته إذا كان عاما أو ضعيفا، لذل فإن النظام التصنيفي يجب أن يزودنا بالتفاصيل المناسبة ليتسنى استخدامها من قبل الإحصائيين. ورغم ذلك كله، فإن أنظمة التشخيص والتصنيف قد يساء فهمها وذلك على النحو الآتي:

أولاً: التصنيف بالأسباب، فعلى سبيل المثال أسباب المشكلات النمائية والانفعالية وغيرها من الاضطرابات غالبا ما توصف بأنها معقدة وغير محددة بسبب واحد. كما أن سبب واحد قد يربط بالعديد من الحالات الصحية. وفي حالة التوحد، فإن العديد من الأسباب المؤدية لا زالت غير متوفرة.

ثانياً: قد يساء استخدام أنظمة التصنيف وذلك بإطلاق التسميات التشخيصية فالشخص المصاب باضطراب هو شخص أولا ولذلك فإن الشخص الذي يعاني التوحد هو ليس توحيدي فالتسمية عليها أن لا تطغى على شخصية الفرد ولا على إنسانيته.

ثالثاً: سوء استخدام التسميات وتفسير حالة اضطراب التوحد، كان تفسير حالة الطفل على نحو عام اعتمادا على الخصائص المدركة للاضطراب وبالتالي لا يشتمل التشخيص على الوصف الدقيق لطبيعة الاضطراب التوحيدي الذي يعاني الطفل فقد لا يوصف اضطراب ألغة لديه بدقة أو قد لا تقدم العلاجات اعتمادا الحاجات بقدر ما يعتمد على ما هو متوفر بالأدب العلمي.

رابعاً: إساءة استخدام التصنيف بإظهار الوصمة Stigmatization فالآباء والمدافعون عن حقوق الطفل يتخوفون من الطرق التي قد ينظر بها الآخرون الى الطفل الذي يعاني التوحد.

وفي الخلاصة فإن العمليات التصنيفية تنظم الخبرات والمعلومات المهنية وتنمي التواصل وتشمل كذلك عملية تقديم الخدمات العلاجية، وهذا بالطبع هذا ما يؤدي الى فهم وتوضيح طبيعة الصعوبات التي يعاني الشخص وتؤدي الى تقديم خدمات علاجية مناسبة (Volkmar & Kilim, 2005).

الكشف والرقابة (المراقبة) عن حالات التوحد:

Screening and Surveillance

الكشف والرقابة يمثلان مفهومين مختلفين ولكنهما يتصفان بأنشطة ذات صلة بالكشف عن الإعاقات لتوفير البرامج الوقائية لها. والكشف هو التعرف المحتمل على الاضطرابات غير المعروفة من خلال تطبيق اختبارات محددة، فالكشف هو برنامج صحي عام يقدم لأفراد أو للمحيطين بهم ولا يعرفون أو لا يدركون أنهم يعانون من اضطراب أو المرض ما. ويهدف الكشف الى تحديد الأفراد والأطفال الذين سوف يستفيدون من الاختبارات اللاحقة أو التقييم الشامل والخدمات وقد يستخدم الكشف اختبارات كتلك المستخدمة في التشخيص (Willims, 2008)، أما الرقابة (المراقبة) فتعود الى الجمع المستمر والمنتظم للمعلومات المناسبة لتحديد الاضطراب عبر الزمن. وهناك عدد من خصائص أدوات الكشف المهمة في تقييم الفائدة من الإدارة ومن هذه الخصائص:

1. الحساسية Sensitivity: وتعود الى نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطراب محدد باستخدام الكشف.
2. الدقة Specificity: وتعود الى نسبة الأطفال بدون اضطراب والذين حدد الكشف بأنهم عاديون.
3. القيمة التنبؤية الايجابية Positive predictive value: وتعود الى نسبة الأطفال ونتيجة الكشف الايجابية للاضطراب.

ويضيف الكشف المحتمل عن حالات التوحد في عامة المجتمع المستوى الأول I level، أما المستوى الثاني II Level فيتصف بتطبيق اختبارات على أطفال يعانون من حالات صحية ويسعى الإباء والاختصاصيون الى فهمها وفهم طبيعة تطور الطفل (Charman & Baron-Cohen, 2006).

ويساعد التشخيص المبكر الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الطيف التوحدي في الاستفادة من البرامج العلاجية المكثفة والمصممة لهذا الاضطراب، كما أن هناك أدلة كثيرة

تشخيص التوحد: Diagnosis Of Autism

كما أشرنا سابقا بان أعراض التوحد وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM) Diagnostic and statistical manual الصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية (APA) American Psychiatric Association. في الواقع فان هذا الدليل روجع عدده مرات (1980, 1987, 1994). وهذا الدليل خمس مراحل تميزه كالاتي:

1. مرحلة ما قبل DSN III وحتى 1980، وفي المرحلة لم يكن التوحد متضمنا كتصنيف تشخيصي في DSM.
2. مرحلة (1987-1980) DSM-III، في هذه المرحلة التوحد أصبح تصنيف تشخيصي في DSM.
3. مرحلة (1987-1987) DSM-III، في هذه المرحلة روجع معيار تشخيص التوحد في DSM-III.
4. مرحلة (1994) DSM-IV، في هذه المرحلة روجع معيار تشخيص التوحد في DSM-III-R (Trevarthen, Aitken, Papoudi & Robart, 1998).
5. مرحلة (2000) DSM-IV-TR، في هذه المرحلة روجع معيار تشخيص التوحد في DSM-IV (APA, DSM-IV-TR, 2000).

ويظهر الجدول الآتي المراجعات التي أجريت على تشخيص التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي الصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية:

جدول (1-5) المراجعات التي أجريت على تشخيص التوحد في DSM

اسم الاضطراب	DSM III (1980)	DSM III (1987)	DSM-IV (1994)
التوحد الطفولي	التوحد الطفولي	الاضطراب التوحدي	الاضطراب التوحدي
البداية	قبل 30 شهرا	خلال مرحلة الرضاعة أو الطفولة	بداية قبل 3 سنوات من التأخر أو الوظيفة غير الطبيعية في على الأقل واحدة من التفاعل الاجتماعي، واللغة لأغراض التواصل، واللعب الرمزي أو التخيلي.
السلوك الاجتماعي	افتقار عام في الاستجابات للآخرين	عجز نوعي في التفاعل الاجتماعي (خمسة معايير استثنائية متبادلة)	عجز نوعي في التفاعل الاجتماعي) على الأقل في 2 من (4 معايير)
اللغة والتواصل	عيوب كبيرة في تطور اللغة والكلام	عجز نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي	عجز نوعي في التواصل (في على الأقل 1 من 4

معايير ممكنة)	النشاط التخيلي		
مخزون مقيد ومحدد من السلوكيات النمطية والأنشطة والاهتمامات (في على الأقل 1 من 4 معايير ممكنة)	مخزون مقيد ومحدد ملحوظ من الأنشطة والاهتمام	استجابة غريبة لمظاهر متنوعة البيئة	الأنشطة والاهتمامات
اضطراب ريت، واضطراب انحلال أو تفكك الطفولة، واضطراب اسبرجر والاهتمامات	لا يوجد شيء محدد	غياب الأوهام والهوسات، وفقدان الترابط والتناسق المعروف في حالات الفصام	المعيار المستثنى

(Trevathen, Aitken, Papoudi & Robarts, 1998).

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المراجع (DSM-IV-TR,2000) الى أن أعراض التوحد تشمل على مدى العجز في التفاعلات الاجتماعية والتواصل والأنشطة، ولتشخيص الطفل بأنه مصاب بالتوحد يجب أن يظهر العيوب الآتية قبل سن الثالثة من العمر:

(A) مجموع ست أو أكثر من بند (1)، وبند (2)، وبند (3)، وعلى أن تتواجد على الأقل صفتين اثنتين من بند (1) وصفة واحدة لكل من بند (2) وبند (3):

1- عجز أو قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي، كما يظهر على الأقل في صفتين اثنتين من الآتية:

- استعمال قليل للسلوكيات غير اللفظية التي تشير الى تواصل الاجتماعي مثل حدقة العين الى العين وتعبيرات الوجه للآخرين (الابتسامة أو العبوس للآخرين وعلى النحو المناسب)، ووضع جسم يعكس الاهتمام بالآخرين (مثل الميل تجاه الشخص المتكلم) أو استعمال الإيماءات (مثل عمل إشارة مع السلامة للإباء).
- الفشل في تطوير علاقات صداقة كما يفعل الأطفال الآخريين.
- قصور في البحث العفوي عن مشاركة الآخرين الاهتمامات والتمتع والتحصيل مثل عجز الإشارة الى الأشياء المهمة.
- عجز في التفاعلات الاجتماعية والانفعالية.
- 2- عجز أو قصور نوعي في التواصل، كما يظهر على الأقل بصفة واحدة من الآتية:
 - تأخر أو غياب كلي للغة المنطوقة
 - عند الأطفال اللذين يتكلمون ارتباط ملحوظ في المبادرة أو المحافظة على المحادثة
 - لغة غير مألوفة أو غير اعتيادية ومشتتة على تكرار لجمل محددة وعكس للضمان.
 - ضعف اللعب الرمزي أو تقليد الآخرين في مستوى مناسب لعمر الطفل.
- 3- أنماط تكرارية ونمطية من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة المحددة أو المقيدة، كما يظهر على الأقل بصفة واحدة من الآتية:
 - الانشغال بأنشطة أو ألعاب محددة والتقيد الاستحواذي بالأنشطة الروتينية والطقوسية.
 - حركات نمطية وتكرارية مثل التلويح بالأيدي وضرب الرأس
 - الانشغال بأجزاء من الأشياء (مثل يد لعبة بدلا من كامل اللعبة) واستعمال غير اعتيادي أو غير مألوف للأشياء، (مثل وضع الألعاب في صفوف بدلا من مظاهر اللعب بها).
- (B) وظيفية متأخرة أو غير طبيعية مع بداية قبل عمر ثلاث سنوات في واحدة على الأقل من المجالات الآتية:
 - التفاعل الاجتماعي
 - اللغة كما هي مستخدمة في التواصل الاجتماعي

• لعب رمزي أو تخيلي

(C) الاضطراب ليس محسوبا أفضل في التشخيص لصالح اضطراب ريت (APA, Childhood Retts Disorer أو اضطراب انحلال أو تفكك الطفولة Disintegrative Disorder.DSM-IV-TR, 2000 ; Nolen-Hoeksema, (2001).

أما التصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases ICD والصادر عن منظمة الصحة العالمية The World Health Organization (WHO) فقد أصبح مقبولا بشكل واسع خارج الولايات المتحدة الأمريكية. وفي البداية وضع ICD-8 ظهرت في عام 1993 وكلاهما صنف التوحد كذهان في الطفولة.

لقد ميز ICD-9 الذهان الذي تعود أصوله الى الطفولة على النحو التالي:

1. التوحد المألوف تكون بدايته قبل 30 شهرا وهذا يسمى توحد طفولي Infantil Autism.
2. الإعاقة الاجتماعية والسلوك النمطي بعد سنوات قليلة من النمو الطبيعي وهذا يسمى ذهان تفككي Disintrgrative Psychosis
3. توحد غير مألوف
4. المتبقي Remainder

كما حدد أربعة معايير رئيسية لتوحد الطفولة Infantile Autism وذلك على النحو الآتي:

1. بداية قبل 30 شهر
2. نمو اجتماعي غير طبيعي
3. عجز في نمو اللغة
4. سلوكيات نمطية مقيدة أو محددة

أما متلازمة اسبرجر Aspergers Syndrome أو المرض النفسي التوحدي (كما عرف في هذا التصنيف) فقد تم استثنائها.

وفيما يتعلق بتصنيف ICD-10 فقد عرف عدد منفصل من التطبيقات تحت عنوان عام للاضطرابات النمائية العامة Pervasive Developmental Disorders وذلك كالآتي:

توحد الطفولة Childhood Autism يشمل على عجز أو قصور في النمو على أن يظهر قبل ثلاث سنوات من العمر، وهنا يظهر ثلاث إعاقات كاملة كالآتي:

- إعاقة في التبادل الاجتماعي المتبادل
- إعاقة في التواصل
- السلوك النمطي المحدد والتكراري

ويمتاز التوحد غير المألوف Atypical Autism بداية غير مألوفة تظهر بعد ثلاث سنوات من العمر وظاهرة في واحدة أو اثنين من الإعاقات الثلاثة السابقة (Trevarthen, Aitken, Papoudi, & Robart, 1998).

المقياس التشخيصي اليوم:

على الرغم من توفر عددا من المقاييس السلوكية لتشخيص التوحد، إلا أن أكثر معايير التشخيص قبولا في العالم اليوم هو ما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي Diagnostic and Statistical Manual (DSM) والصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية American Psychiatric Association (APA). وكما أن هنالك معايير تشخيص شبيهه متوفر في التصنيف العالمي للأمراض International Classification of Disease (ICD) والصادر عن منظمة الصحة العالمية The World Health Organization (WHO) وخلاصة القول، أن هناك إجماعا على ضرورة تحقيق المعايير التالية ومنذ الطفولة المبكرة لتشخيص اضطراب التوحد:

1. عجز أو قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل والمناسب لمستوى الطفل النمائي، ومع وجود خصائص سلوكية تتضمن استعمالاً ضعيفاً لحركات الأعين والإيماءات وضعف العلاقة الشخصية.
2. عجز أو قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي والمناسب لمستوى الطفل النمائي، ومع وجود خصائص سلوكية كالتأخر في اكتساب اللغة أو ضعف الكلام.
3. وجود ذخيرة محددة أو مقيدة من النشاطات والاهتمامات السلوكية المناسبة لمستوى الطفل النمائي، على أن تتضمن السلوكيات الإعادة أو الحركات المكررة أو النمطية، كالتصفيق بالأيدي، والاهتمامات الغريبة.

وتعرض المناقشة الآتية هذه المعايير:

المعيار الأول: عجز أو قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل والمناسب لمستوى الطفل النمائي، ولكن كيف يمكن تأكيد هذا في السنوات المبكرة؟ توصف الكثير من التفاعلات الاجتماعية في الأعمار المبكرة من خلال التفاعل الحسي وحتى من خلال تقارير بعض الآباء التي تصف ضعف الاهتمام في الألعاب الاجتماعية، فالوصول على الأدلة عن الإعاقة الاجتماعية غالباً ما يكون سهلاً في السنة الثانية والثالثة من الحياة. فضعف الاستجابة الاجتماعية المتوقعة باتجاه الأطفال الآخرين تكون أحياناً ذات دلالة رئيسية في الملاحظات.

فالطفل ذو النمو الطبيعي يميل إلى الاهتمام بالأطفال الآخرين، وعلى النقيض من ذلك فإن الطفل التوحدي يميل بشكل شديد إلى عالم الأشياء.

المعيار الثاني: عجز أو قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي والمناسب لمستوى الطفل النمائي في عمر ثلاث سنوات، هذا بالطبع يعتبر أمراً مقلقاً. فالكثير من الأطفال التوحيديين يتأخرون في تطوير مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية، وبعضهم لا يتكلم مطلقاً، في هذه الحالات لا تستعمل الإيماءات والتعبير الوجهية مكان الكلام، والتواصل يوصف بأنه محدود جداً، وهذا يختلف عن الأطفال المعاقين سمعياً الذين يجدون

طريقهم في التواصل مع رغباتهم وعواطفهم حتى بدون كلام. وحتى عندما يتطور الكلام لديهم فإن التواصل يبقى معاقا، فالطفل قد ينطق كلمات وأشباه جمل لأنه لا ينتجها عفويا. وبالنسبة للإباء، هذا يزيد تماما كالطفل الذي لا ينتج أية كلمة.

المعيار الثالث: وجود ذخيرة محددة أو مقيدة من النشاطات والاهتمامات السلوكية المناسبة لمستوى الطفل النمائي، تشتمل ظاهرة التكرار للتوحد على حركات مكررة، كالخدش والتصفيق بالأيدي، والروتين في سلوك الطفل، وأحيانا تتضمن إصرارا على التماثل، وسلوكيات قهرية. هذه السلوكيات قد لا يكون لها معنى لدى الأطفال الصغار بالمستوى الذي يربط بالتوحد، فاستمرار هذه السلوكيات في الطفولة إشارة الى اضطراب في تطور الدماغ.

وعندما حدد ايزنبيرج Eisenberg وكانر Kanner أو معيار للتشخيص في عام 1956، فقد اعتبر الإصرار على التماثل صفة رئيسية للتوحد. أيضا ظاهرة الحساسية والي غالبا ما تسجل ولكنها غير مطلوبة حاليا للتشخيص، هذه الحساسية المفرطة أو الحساسية الضعيفة لبعض التأثيرات المعروفة سواء كانت سمعية أو بصرية أو ترتبط برائحة ما أو بالتذوق أوب اللمس، أو بالشعور ببعض المواد على الجلد، أو غيرها، فقد اقر اسبرجر Asperger وليس كانر مثل هذه الصفات. على سبيل المثال قد يغطي الشخص التوحدي أذنيه من صوت جرس التلفون وقد يهمل صوت جرس إنذار الحريق. فرط الحساسية هذا يؤدي الى استجابات غير متوقعة من الخوف، وكذلك يؤدي الى سلوكيات محددة غير مألوفة فمثلا الطفل التوحدي يلبس ملابس معينة ويأكل طعاما معينة. أما ضعف الحساسية فقد ينتج عنه قدرة على الاحتمال غير عادية للبرد والألم، وقد تكون مشكلة إذا اجتمعت مع عدم القدرة على الكلام، وبالعكس الخصائص الاجتماعية للتوحد، فإن الخصائص غير الاجتماعية يمكن أن تشكل مجموعة مختلفة من الملاحظات وليس بالضرورة أن تشترك مع مشاكل سلوكية (Frith, 2003).

التشخيص السلوكي: Behavioral Diagnosis

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

لقد أظهر التشخيص السلوكي فعالية عالية في وصف السلوكيات الدالة على التوحد. وفي هذا الاطارن يهتم التشخيص السلوكي بالآتية:

1. وصف السلوكيات Description of Behaviors

لقد ناقش الباحثون والممارسون أهمية تعريف السلوكيات بطريقة موضوعية وسلوكية وملاحظة بشكل مفهوم ومدرك من قبل الضاخين، مثلا وصف الطفل بانه عدواني أمر مفيد بدرجة قليلة، وعلى العكس من ذلك فان القول أن ضرب ساعة اليد ما بين الرسغ والكوع يعطينا صورة أوضح على العدوان الذي أظهره الطفل.

2. درجة أو مقدار كل سلوك Degree of Amount of Each Behavior

شدة أو درجة ظهور كل سلوك توصف بمصطلح المقدار. والمقدار يمكن الحصول عليه من خلال تحديد تكرار أو مدة السلوك. على سبيل المثال، كم مرة يظهر الضرب في اليومي أو في أسبوع؟ كم ثانية يستمر سلوك الإثارة الذاتية أو نوبات الغضب.

3. البيئات التي يظهر بها السلوك المستهدف: Environmnt in Which the Target Behavior Occur

لا يمكن النظر الى السلوك بشكل منعزل، بل يجب أن ينظر إليه كجزء من البيئة التي يظهر بها. ولفهم السلوك والتنبؤ به فإنه لا بد من تحليل البيئة التي تظهر بها، وبشكل محدد أكثرن أي يجب أن تقيم البيئة التي يظهر بها السلوك، وهنا نقصد السوابق أو المثيرات السابقة Antecedents -Behavior - وهذا يعود الى نموذج Antecedents -Behavior - Consequences A-B-C. ويعتبر التحليل الوظيفي للسلوك وفقا لذلك أمرا ضروريا إذا أردنا إجراء تدخلات علاجية محتملة على سبيل المثال، الطفل التي أخذ كمثال والذي يقوم بسلوك الضرب المثيرات السابقة يمكن أن توصف مثلا بـ (الضرب خلال ثلاث ثواني بعد عرض المهم الاكاديمية) والنتائج يمكن أن توصف بأخذ الطفل إلى مكتب المدير واستدعاء والده لأخذه للمنزل.

4. الوظيفة المدركة Perceived Funtion

العديد من السلوكيات التي يظهرها الطفل قد تستعمل لدلالة علة التواصل أو قد تدل على السلوك الفوضوي. أن إتباع تقييم سوابق السلوك ونتائج السلوك، هي كلها محاولة لتحديد الوظيفة المدركة للسلوك وهذا مهم لتطوير سلوكيات منافسة وظيفيا. غالبا ما يمارس الطفل السلوك لتحقيق هدف أو وظيفة محددة، فقد تشتمل بعض الوظائف العامة للسلوك على:

- 1- الحصول على انتباه
- 2- الهرب أو التجنب من متطلبات أو نشاطات أو أشخاص محددين
- 3- تجنب إحداث محددة
- 4- الإثارة ذاتية

لنأخذ بعين الاعتبار نموذج A-B-C وعرض المهمة الأكاديمية، ففي حالة عرض المهمة الأكاديمية، فغن الطفل يظهر سلوك العدوان والنتيجة تكون هي أبعاده عن المهمة، والفرضية التي يمكن أن توضع هنا هي تجنب المهمات الأكاديمية بممارسة السلوك الفوضوي، وهذا غالبا ما يحافظ عليه من خلال النتائج والتعزيز. وهكذا فإن فهم وظيفة السلوك يساعد في تطوير سلوكيات تواصلية اجتماعية مناسبة تشبع حاجات الطفل كما هو الحال في السلوك الفوضوي للطفل (Koegel, Frea, & Smith, 1995).

صعوبات تشخيص التوحد:

في كلا التوحد ومتلازمة اسبرجر فغن العلامات المبكرة قد لا تلاحظ. فعادة ما يبدأ القلق بعد تراكم ملاحظات كثيرة بمرور الوقت، كان يلاحظ الإباء مثلا، أن الطفل لا ينظر الى ما ينظر اليه الآخرون ولا يستدير عندما يذكر اسمه، وقد لا يستجيب للمداعبة.

في نهاية السنة الأولى من عمر الطفل فغن العلامات المبكرة غالبا ما تكون واضحة. أضف الى ذلك أن أي تخمين يعتمد على السلوك لا يمكن أن يكن سريعا، كما أن ملاحظة السلوك والفحوصات النفسية تأخذ وقتا إذا أجريت بشكل صحيح، فقد اظهر المقابلات المنظمة والثابتة والملاحظات المجدولة فرقا كبيرا للمقدرة على تشخيص التوحد في أعمار مختلفة.

العلاجات النفسية: Psychotherapies

التحليل النفسي: Psychoanalysis

لقد بدا هذا الاتجاه منذ عام 1940 ويعتبر العالم بتلهام Betlheim من أكثر المحللين النفسيين تأيدا له K وكان يعتقد أن أمهات الأطفال التوحديين غير دافئات في معاملتهن لأطفالهن، ويعاملن أبناءهن كعينات في مختبر العلوم. وحسبما يقول بتلهام، فغن العلاج يبدأ بأبعاد الأطفال المصابين بالتوحد عن أمهاتهم لفترات طويلة في برنامج إقامة وإعطاءهم الحرية قدر الإمكان في جو يسوده الدفء والحب.

ويركز في العلاج التحليلي النفسي على توفير جو الدفء، والحب في الأوقات للأطفال الذين يمارسون الانسحاب والسلوكيات العدوانية، لقد أشار الباحثون الى أن التحليل النفسي بهذا الاعتقاد مؤلم وضار، وأن الأمهات قد الحق بهن الأذى نفسيا بسبب ما جاء به بتلهامين، أن استثناء الأمهات من علاج أبنائهن أمر ضار، كما أن الأطفال يستقبلون الحب والدفء عندما يظهرون المشكلات الشديدة، وهذا يبدو انه تعزيز للمشكلة، أيضا هناك مشكلة أخرى هي أن العلاج يسمح للأطفال باختيار نشاطاتهم الخاصة والتي تكون نتيجة للانفعال بممارسة سل وكيات طقوسية أو محاولة للهرب من الموقف العلاجي.

أما جرينسبان Greenspan فقد اقترح العلاج باللعب كمحاولة لمساعدة الأطفال على تكوين مشاعر خاصة بالذات، والشعور بأنهم مقبولون، وهذا يأتي من العلاقة الدافئة مع المعالج والأهل، والعلاج باللعب يؤكد على ضرورة تشجيع الأطفال التوحيديين بالتعبير عن مشاعرهم من خلال اللعب مع ألعابهم في أماكن ينظر إليهم مباشرة من معالج التدريس اللطيف Gentle Teaching والذي يهدف الى تعريض الطفل لتفاعلات اجتماعية معززة، وهذا يقرب الطفل أكثر من المعالج، وهذا يظهر من خلال التقييم غير المشروط والقيم التحمسية للطفل، كما وجد أن التدريس اللطيف غير مساعد مع الأطفال ذوي الإعاقات النمائية الأخرى، لا زالت الانتقادات موجهة للتحليل النفسي من حيث انه مؤلم وغير فعال (Smith, 1998).

العلاج الوسطي: Milieu Therapy

يزود العلاج الوسطي الطفل التوحيدي ببيئة مضبوطة وداعمة بشكل علي، وكقاعدة فغن الأطفال التوحيديين يستجيبون جيدا للتنظيم، في الحقيقة يمكن أن يعزى استعمال العلاج الوسطي لمعالجة التوحد الى إسهامات برونو بتلهام.

الوسط العلاجي لبتلهائم منظم بشكل عال في طرق عديدة، فنقل الطفل من المنزل يعتبر بحذ ذاته خطوة هامة في العلاج، وفضل الإباء والأطفال يعطي كلا الجانبين الفرصة للاستفادة من التدخلات العلاجية، ويعالج الطفل بكل صبر وتفهم ، وهذا يساعد الأطفال المضطربين على تجاوز مخاوفهم من المشاركة الشخصية، وتدرجياً يتعلم تطوير الثقة بالأفراد الآخرين، مثل هؤلاء الأطفال يتصرفون بشكل غير متنبأ به، والمعالج الوسطي يتحمل مثل هذا السلوك شريطة أن لا يؤذي الطفل أو الآخرين. وعلى الرغم من ادعاءات بتلهائم ومؤيديه بفاعلية هذا الشكل من العلاج، فإنه لا يوجد إلا القليل من البحث المؤيد لهذه التأكيدات (Meyer & Salmon, 1988) .

تنشيط السلوكيات الداخلية الذاتية لتقوية التواصل:

Activating Intersubjective Behaviors to Enhance Communication

الرقص والدراما العلاج الحركي المكثف، علاج التواصل الرئيسي:

Dance and Drama, Intensive Movement Therapy, Basic
Communication Therapy

لدى الأطفال التوحديين توقيت ضعيف، وضعف في التنسيق الحركي الضروري للتواصل الإنساني، وتطفل على الآخرين، وعدم ارتياح للمثيرات اللمسية والحركية التي يتمتع بها الأطفال العاديون. هذه المشكلات يمكن أن تعالج من خلال برنامج علاجي مكثف وحساس للتعبيرات الجسمية وحركة الجسم في الرقص والدراما. التوحد هو اضطراب إحساس الجسم والحركة والمعرفة والوعي الذاتي للآخرين والتوصل. لقد طور نيند وهويت Nind & Hewett, 1994 طريقة التعامل المكثف أو التدريس المكثف كمحاول لاشتغال الطفل الذي يعاني من مشكلات تعليمية وتواصلية شديدة، يهدف هذا العلاج الى تعليم أو إعادة تنشئة تعبيرات الطفل الخاصة بالمشاعر والانفعالات وتطوير علاقات عاطفية دافئة، يؤكد المعلم على الاستجابات واستعمال التقليد لاستثارة استجابة ايجابية وعلامات السرور.

التعليم الموسيقي المساعد Music Assistant Learning

الأشكال الإيقاعية والموسيقية للعب والتفاعل يمكن أن تكون مساعدة في تلقين التواصل والعلاقات مع الأطفال التوحيديين، وتستعمل الموسيقى بطرق متنوعة كمساعدة في التدريس. علاج التفاعل الموسيقي المكثف من قبل معالج موسيقي مدرب يمكن أن يحسن تنظيم الذات الانفعالي والاستعداد التواصلي للأطفال التوحيديين وتحسين العلاقات مع الإباء والآخرين والنمو والتعليم.

التواصل الداعم أو المساند والتواصل البديل

Augmentative and Alternative Communication AAC

يصف التواصل البديل والمساند التدخلات المصممة لتعويض الإعاقات التواصلية التعبيرية للإفراد. ومفهوم مساند Augmentative يصف التدخلات المستخدمة لتحسين فعالية التواصل من خلال الوسائل الموجودة والقائمة بما في ذلك الكلام. أما مفهوم البديل Alternative فهو يشتمل على أنظمة متطورة لتكون بديل مؤقت أو دائم للكلام (Comer, 2010). ويستخدم هذا النوع من التواصل:

1. الكلام المتبقي
2. النطق والألفاظ الموجودة
3. الصور والرموز البصرية
4. بريل
5. الإيماءات
6. الأدوات والأجهزة

بعض الأطفال التوحيديين بكم لأنهم لا يستطيعون فهم الآخرين بما يسمح لتطوير اللغة. التوحد يجعل الأمر صعباً على الطفل في مشاركة الخبرات مع أشخاص آخرين، أن تدريب الطفل على الاستجابة جزئياً للتفاعل الشخصي مثل النظر على أعين المعلم أو الإشارة إلى ما هو مطلوب إنما تعتبر كلها مواقف تدريبية، فتعليم اللغة البديلة يحتاج إلى مساعدة لتقوية التغيرات، وتزويد بتفاعلات داعمة ومتعاطفة وانفعالية ومهارات جديدة في التعبير التواصلية، وماذا يقصد الآخرون خلال حديثهم.

يجب أن يتصرف المعالج كما لو أن الطفل يتكلم، كما تفعل الام مع الطفل الرضيع.

فهم الرسالة يكون ممكناً من خلال الكلام الدافئ والتعبيرات الإيمائية وتعبيرات صوتية وغيرها من الأنشطة التي توصل فهم الرسالة ووظيفتها الشخصية بطرق غير لفظية، فقد يستطيع الطفل التوحيدي أن يستعمل بعض الكلمات بعد سنوات من عدم الكلام.

من المهم أن ينظر إلى تعليم التواصل على أنه جزء من علاقة مستمرة مع المعلم والأسرة ومدرسة الطفل، والأصدقاء والأخوة يمكن أن يساعدوا على تجاوز الحدود في تعليم التواصل للطفل التوحيدي، وهذا بحذ ذاته يفيد كجزء للتعليم الاندماجي، فالزملاء غير التوحيديين ربما يكونون مساعدين فعالين غذا استثاروا التقليد من خلال اللعب. أن لعب المجموعة يعطي الطفل الفرصة لاستعمال مهاراته في التفاعل التواصلية واستعمال تعاوني للأشياء ومشاركة التخيل. ويساعد استخدام التواصل المساند والبديل على:

1. خفض الإحباط لدى الأطفال التوحيديين اللذين لا يستطيعون الكلام
2. خفض السلوكيات المشكلية أو غير المرغوبة والوقاية منها.
3. تعليم الأطفال التعبير عما يريدون
4. تعلم الأطفال طلب المساعدة والاستراحة من الأنشطة
5. تعليم الأطفال إشارات يدوية واستعمال الصور
6. اكتساب القدرة على المشاركة في اللعب والأنشطة المدروسة وتحسين ادراكات الآخرين لهم (Bondy & Frost, 2002).

التدريب على الكلام والاشارات Speech and Sign Training

أن استعمال التواصل الایمائي هو جزء من خطة لزيادة التواصل باستعمال كافة الوسائل. تدريس الاشارات يجب أن يدمج بالممارسة لدعم كافة المظاهر الأخرى للتواصل الشخصي، هذا بالإضافة الى بذل الجهود لتجاوز الإيماءات الحسية والحركية، واستعمال الأفراد التوحيديين لاشارات تطابق الكلام (Trevanthen, Aitken, Papoudi, & Robarts, 1998).

العديد من الأطفال الذين تتراوح اعمارهم دون سن الخامسة لا يستطيعون التواصل بالكلام عندما يلتحقون بالبرامج التربوية أو العلاجية، وفي مثل هذه الحالات فغن الهدف والامل يكون أن يتكلم الطفل باسرع وقت ممكن. ولتحقيق هدف التواصل وتبادل الأفكار والمعلومات لدى أطفال التوحد الذين لا يستطيعون الكلام فقد طور كل من فروست وبوندي Frost and Bondy نظام التواصل بتبادل الصور والمعروف باسم بيكس PECS وهذا النظام التواصلي يحقق الأهداف الآتية:

1. أن الطفل يتعلم المبادرة للتواصل أكثر من الاعتماد على الآخرين
2. أن الطفل سوف يجد شريك تواصل والتعامل معه
3. أن الطفل سوف يستخدم صورة مفردة وتجنب الارباك في ايصال هدف الرسالة

وبالإضافة الى ذلك فإن استخدام التواصل بتبادل الصور يجنبنا المشكلات التالية:

1. تجنب اعتماد الطفل على الايحاءات من الكبار
2. لا يحتاج الطفل الى تعلم أنشطة أو كلمات قبل البدء بدروس بيكس
3. لا يحتاج الطفل الى تعلم التواصل البصري قبل البدء بدروس بيكس
4. لا يحتاج الطفل الى تعلم الجلوس بهدوء قبل البدء بدروس بيكس
5. الطفل يتعلم بسرعة التواصل أكثر من التعلم السريع لمطابقة الصور بالأشياء.

ويتألف بيكس من المراحل الآتية:

المرحلة الأولى: المبادرة الى التواصل: Initiating Communication

الخطوة الأولى في بيكس هي تعليم الطفل البدء بالتواصلن وهذا قد يحقق من خلال النمذجة أو المطابقة بأشياء وذلك كمهارات سابقة لتعلم التواصل العفوي. في هذه المرحلة يعلم الطفل:

1. النقاط الصور (بالمساعدة المادية أو التوجيه الجسدي)

2. الوصول الى الشخص الأول

3. وضع الصورة في يد الشخص الأول

ومع تحقيق المتطلبات وتعلم الطفل للمهارات فإنه يقدم له التعزيز المناسب.

المرحلة الثانية: توسيع استعمال الصور Expanding the Use of Pictures

وتتضمن المرحلة الثانية من بيكس تقديم مظاهر حقيقة أكثر للتواصل. وبالتحديد هذه المرحلة تهدف الى زيادة:

1. المسافة بين الطفل وشريك التواصل

2. المسافة بين الطفل والصورة

3. عدد الأشياء التي يمكن للطفل أن يطلبها

المرحلة الثالثة: اختيار الرسالة باستخدام بيكس Choosing the Message within

Pecs

بعد تعلم المرحتين السابقتين فغن الطفل التوحدي يعلم كيفية اختيار رسالة محدودة، وهذه المرحلة تتطلب التمييز بين الصور. وفي تعليم الطفل التمييز بين الصور فإننا بحاجة إلى تفريد استراتيجيات التدريس وكذلك نوع الرموز المستعملة.

المرحلة الرابعة: تعليم بناء الجملة القواعدي باستخدام بيكس:

Introducing Sentence Structure within PECX

وتهدف هذه المرحلة الى تعليم الطفل استعمال الصور للتعبير عن الأهداف التواصلية المختلفة. ويحقق هذا الهدف من خلال تعليم البناء اللغوي الجديد ثم تعليم وظيفة جديدة للجملة (Bondy & Frost, 2002).

طريقة ماكاتون: Makaton Method

تستخدم طريقة ماكاتون الإشارات اليدوية لتحقيق التواصل، وهذه الطريقة مناسبة للأطفال التوحيديين الذين يعانون من تدني في مستوى الأداء الوظيفي والطفل التوحيدي الابكم Mute. وتستند طريقة ماكاتون الى لغة الإشارة البريطانية British Sign Language وهي تهدف الى تنمية المهارات التواصلية من خلال استخدام الإشارات اليدوية. وتفترض طريقة ماكاتون أن تعليم الأطفال التوحيديين لغة الإشارة يساعدهم في التعبير عن حاجاتهم ويمكنهم من ارسال رسائل ذات معنى خصوصا أن الأطفال التوحيديين يستجيبون جيدا للاستراتيجيات البصرية (Aarons & Gittens, 1999).

التدخلات المبنية على الانشغال أو المشاركة الشخصية والانفعالية:

Interventions that Build on Interpersonal and Affective Engagement

طريقة الاختيار Option Method

لقد طورت هذه الطريقة كل من كوفمان وكوفمان. Kaufman & Kaufman, 1971.

لمساعدة طفلها، تعود العديد من الأفكار المستعملة في هذه الطريقة الى الاجراءات السلوكية، وخصوصا تلك المستعملة في التدريس اللطيف، وتستعمل الاستجابات المبالغ بها والتقليد لانشغال الطفل في بيئات اجتماعية خاصة، وتستعمل غرفة علاج مصممة بأقل درجة من الفوضى أو الاضطراب، والادوات المستعملة توضع بعيدا عن الطفل ويمكن الحصول عليها من خلال الطفل بالتواصل مع الشخص الراشد، وتؤكد الطريقة على تقليد سلوك الطفل التوحدي من خلال الام باساس منتظم وبزيادة ملحوظة بالاحداق بوجه الام. وهذا يتغير لان الأطفال التوحديين غالبا ما ينظرون اقل من الأطفال العاديين، كما وي؟هرون عيوباً في الانتباه المشترك.

طريقة التطفل الأقل أو التدريس اللطيف:

Low Intrusion or Gentle Teaching

العديد من الأشكال الفعالة من التدريس تتبنى منهجية تتجنب التطفل، وبدلاً من ذلك تعزز التفاعلات الاجتماعية للطفل وهذا يساعد في التقرب منه. الهدف من هذه الطريقة مساعدة الطفل وتشجيعه على المبادرة أو المبادرة الداعمة أو المسهلة كما يقول تنبرجن وتنبرجن Tenbergen & Tenbergen, 1983 وتستعمل الطريقة لزيادة دافعية الطفل للتعلم من خلال المشاعر الايجابية نحو المعلم.

ملحق رقم (1)

الخلاصة:

- التوحد اضطراب نمائي له اصول عصبية وبيولوجية ومعرفة بالاساس من خلال خصائص سلوكية ومعرفية. أفضل وصف للتوحد هو أنه طيف من الاضطرابات الي تتنوع في شدة الأعراض، والعمر عند الإصابة وارتباطه باضطرابات أخرى مثل الإعاقة العقلية والتاخر اللغوي المحدد والصرع.
- لا يوجد سلوك محدد ومنفرد يمتاز به التوحد، ولا يوجد سلوك محدد يستثني الطفل من التشخيص بالتوحد، على الرغم من وجود اتفاق خصوصا في العيوب الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين.
- تشتمل السلوكيات التي تصف اضطرابات الطيف التوحدي على عيوب التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي، وغير اللفظي، والانماط المحددة من الاهتمامات أو السلوكية. ويمكن تمييز التوحد عن غيره من الاضطرابات النمائية العامة (اضطراب اسبرجر، واضطراب ريت، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطرابات النمائية العامة غير المحددة).
- الأطفال المصابون باضطرابات النمائية الأخرى أو اضطرابات الطيف التوحدي الموسعة. كما ويتشاركون في استراتيجيات العلاجية المستخدمة ويشكل هؤلاء الأطفال تحديا كبيرا لاسرهم ومعلميهم ومن يعمل معهم.
- تشخيص التوحد يمكن أن يجري مع عمر سنتين من قبل اختصاصيين في التقييم التشخيصي للأطفال التوحديين مع بلوغ سن الثانية من العمر.
- الفروق في النمو اللغوي والتواصل اللفظي وغير اللفظي والمهارات الحسية والحركية والسلوك التكيفي والقدرات المعرفية لها تأثيرات ملحوظة على النواتج السلوكية، كما ولها تطبيقات تربوية محددة. ومن أكثر القضايا أهمية هو وضع برامج خاصة لنقاط القوة والضعف للطفل التوحدي والعمر عند التشخيص والتدخل المبكر.

- خصائص البرامج العلاجية يجب أن تنبثق من حاجات الطفل التوحدي واسرته. وفي برامج ما قبل المدرسة فغن من المناسب الدخول في برامج تدخل مبر ما ظامكن والمشاركة الأنشطة في البرامج تدخل مبكر ما امكن وكذلك المشاركة النشطة في البرامج التربوية الأخرى. وتختلف البرامج المقدمة باختلاف الأهداف التي نسعى الى تحقيقها.
- الأطفال التوحيديون يشكلون تحديا كبيرا لاسرهم، وتظهر مشاركة الإباء في تعليم أطفالهم في مستويات متعددة متضمنة دورهم كمدافع عن حقوق الطفل، والمشاركة مع المؤسسات التعليمية المسؤولة عن تصميم وتقديم الخدمات التربوية أو العلاجية. وبالنسبة للعديد من الارس فغن وجود طفل توحدي يعني المزيد من الضغط النفسي، وهذا يشير الى الحاجة الضرورية الى تعليم الإباء استراتيجيات فعالة في التعامل مع مصادر الضغط النفسي. الأمر تحتاج الى معلومات حول إجراءات التقييم والخطط التربوية والمصادر المتوفرة لأطفالهم.
- الأهداف المناسبة للخدمات التربوية للأطفال التوحيديين هي نفسها للأطفال العاديين، فالاستقلالية الشخصية والمسولية الاجتماعية من أكثر الأهداف أهمية مع الأطفال التوحيديين. هذه الأهداف تتضمن النمو في القدرات الاجتماعية والمعرفية ومهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية والمهارات التكيفية وتعديل الصعوبات السلوكية وتعميم المهارات المكتسبة الى بيئات متعددة.
- السلوكيات المشكلية مثل العدوان وإيذاء الذات ونوبات الغضب مرتفعة لدى الأطفال التوحيديين. وهذا يشير الى الحاجة الملحة الى تطبيق برامج تعديل السلوك. واكثر الاجراءات المستخدمة هي تلك المستندة الى مبادئ التعلم والتحليل السلوكي التطبيقي.
- يجب أن تهدف برامج التربية الرياضية الى تعديل السلوكيات غير المرغوبة لدى الأطفال التوحيديين.

تمهيد:

يعرف (ستيوارت، 1996) إرشاد آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بأنه علاقة مساعدة بين أخصائي مدرب من ذوي الخبرة الواسعة وآباء الأطفال المعوقين ممن يسعون للوصول الى فهم أفضل لهمومهم ومشاكلهم، ومشاعرهم الخاصة، وهو عملية تعليمية تركز على استثارة النمو الشخصي لهؤلاء الآباء الذين يتعلمون لاكتساب الاتجاهات والمهارات الضرورية، وتطويرها واستخدامها للوصول الى حلول مرضية لمشاكلهم ولمساعدتهم على أن يكونوا مكتملي الفاعلية في خدمة أطفالهم وفي تحقيق التوافق الجيد.

ويعرف (عبد المطلب القريطي، 2001، 282-283) الإرشاد النفسي لآباء الطفل المعوق وأسرتة بأنه تلك العملية التي يستخدم من خلالها المرشد خبراته وكفاءاته المهنية في مساعدة آباء وإخوة الطفل على الوعي بمشاعرهم نحوه، وتفهم حالته وتقبلها، وتطوير واستثمار أكبر قدر مما لديهم من إمكانيات للنمو والتعلم والتغيير في اكتساب المهارات اللازمة لمواجهة المشكلات، والضغوط الناتجة عن وجوده في الأسرة، والمشاكل بفاعلية في دمج وتعليمه، وتدريبه، والتخطيط الفعال لمستقبله المهني، والتعاون المثمر مع مصادر تقديم الخدمات بما يحقق له أقصى إمكانيات النمو والتوافق.

مفهوم الإرشاد الأسري:

لغة:

من أرشد يرشد بمعنى هدى ودل.

اصطلاحاً:

فهو من عملية مساعدة أفراد الأسرة، الوالدين والأولاد وحتى الأقارب فرادى أو كجماعة في فهم الحياة الأسرية ومسئولياتها، لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري وحل المشاكل الأسرية، والفرد والجماعة يحتاجون إلى التوجيه والإرشاد، وكل فرد خلال مراحل نموه المتتالية يمر بمشكلات وفترات حرجة يحتاج فيه إلى إرشاد، ونحن نعيش في عصر نطلق عليه عصر القلق، هذا كله يؤكد أن الحاجة ماسة إلى التوجيه والإرشاد في مدارسنا، في أسرنا، في مجتمعنا بصفة عامة لتحقيق التوازن بين الفرد وبيئته، أو هناك هدف بعيد المدى للتوجيه والإرشاد وهو توجيه الذات في حدود المعايير الاجتماعية وتحديد أهداف الحياة (محمود حسن، ب ط، 1981، 31).

ونعني بالإرشاد الأسري هو التوجيه الأسري الخاص بالزوجين والأبناء الذين هم أساس الأسرة وتأتي أهمية العملية الإرشادية للعمل على زيادة تبصر وتنوير الفرد ومحاولة تعديل مشاعره وأفكاره نحو ذاته والآخرين وبالتالي زيادة قدرته على السلوك الإيجابي وذلك للحد من انتشار المشكلات والظواهر الاجتماعية مثل: (التفكك الأسري، الخلافات الزوجية، انطواء الذات. الخ) ومحاولة تذليل كافة السبل وتهيئة الظروف المناسبة لتحقيق التوافق الأسري.

هناك العديد من التعريفات تناولت الإرشاد الأسري لعل من أهمها أن الإرشاد النفسي الأسري هو المدخل الإرشادي الذي يتخذ من أسرة نقطة انطلاقه ومحور ارتكازه، وليس الفرد الذي حدد كمريض فقط، بل أن الأسرة ككل تحتاج إلى الرعاية بعد تشخيصها جيداً. وكل من عرف ونظر للإرشاد الأسري سواء كانوا مسلمين أو غيرهم يركزون على الأسرة كنقطة انطلاق ومحور ارتكاز كوحدة تشتمل على مجموعة من الأفراد.

فالإرشاد الأسري هو عملية مساعدة أفراد الأسرة (الوالدين، الأولاد، الأقارب) فرادى أو كجماعة في فهم الحياة الأسرية ومسئولياتها لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري

والمشكلات الأسرية (كاملة الفرج، ط1، 1999: 169) فرادى أو مجموعة على فهم الحياة الأسرية وتوزع الأدوار فيها وواجبات وحقوق كل فرد فيها وذلك لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري وحل المشكلات التي قد تظهر في هذه الأسرة، ويقوم الإرشاد الأسري على اعتبار الأسرة وحل المشكلات التي قد تظهر في هذه الأسرة، ويقوم الإرشاد الأسري ككل على اعتبار الأسرة وحدة العمل العلاجي وليس الفرد المريض بمعنى أن المرشد يتعامل مع الأسرة ككل والتصوير الأساسي الذي يقوم عليه هذا النوع من الإرشاد هو أنه أكثر منطقية وأسرع وأكثر نجاحا واقتصادية أن يتعامل مع كل الأفراد والمشاركين في المنظومة الأسرية النووية كما لو قصرنا العمل على الفرد الذي من المفترض أن يكون موضوع الإرشاد، وتكون مهمة المرشد في هذه الطريقة العمل على تغيير العلاقات بين أفراد الأسرة المضطربة بحيث يختفي السلوك المضطرب (ناصر الدين زيدي، بط، 2012: 137).

ويعرفه علاء الدين كفاي:

أنه أنماط الإرشاد النفسي ويركز على الأسرة كوحدة حتى يتم علاج المشكلة المستهدفة في إطار الوحدة الأسرية، ويمكن أن يحضر الجلسات الإرشادية أعضاء الأسرة أو بعضهم فقط أو الوالدان أو حتى أحدهما وذلك في سبيل تحقيق نفس الأهداف حتى يحقق التوافق الأسري (علاء الدين لها في، ط1، 1999: 181).

2. أهداف الإرشاد الأسري:

- تربية الأولاد ورعاية نموه النفسي والاجتماعي.
- تعليم أصول عملية التنشئة الاجتماعية.
- تعميم أصول الحياة الأسرية السليمة.
- تحصين الأسرة.
- تحقيق التوافق.

3. خدمات الإرشاد الأسري:

أ- التربية الأسرية:

تكون في الأسرة والمدرسة ودور العيادة ووسائل الإعلام فهم الحياة الأسرية والترغيب فيها.

ب- الخدمات النفسية:

تحقيق التفاهم والفهم الأفضل لجميع أفراد الأسرة، والتخلص من التوتر الانفعالي وحل الصراعات والقلق.

ج- الخدمات الاجتماعية:

نحتاج الى جهود الأخصائي الاجتماعي والنفسي وضرورة الاتصال المستمر بالأسرة والزيارات المنزلية.

د- الإرشاد الجماعي للأسرة: يجتمع أفراد الأسرة مع فريق، الإرشاد الذي يضم الأخصائي النفسي (كاملة الفرج، ط1، 1999: 169).

المقابلات الإرشادية الأسرية:

تطورت النظرة للأسرة فبعد أن كانت مصدر المعلومات في المرحلة الأولى، وبعد أن كانت عاملاً مؤثراً على المريض تحولت النظرة من الفرد إلى الأسرة بمعنى أن مركز الاهتمام أو بؤرته انتقل إلى الأسرة التي اعتبرت أنها الموضوع المريض ولهذا فإن المقابلات الإرشادية تمر بعدة مراحل هي:

أ- مرحلة الاتصالات الأولية:

نبدأ مع المرشد أو المختص من أول اتصال بينه وبين الأسرة وتنتهي عندما يدخل المعالج والأسرة في علاقة فاعلة و متماسكة بالقدر الذي يسمح بإمكانية التغيير إلى الأفضل، وعلى المختص أن يحدد من الذي سيحضر للمقابلة لأن اللقاء ينبغي أن يضم بجانب أفراد الأسرة المقيمين معاً كل من يمكن أن يكون له علاقة باتجاه القرار في الأسرة.

ب- مرحلة الالتحاق والارتباط بالنسق الأسري:

بعد تحديد موعد المقابلة مع الأسرة التي تحتل أهمية خاصة وتحتاج المختص والمرشد إلى أن يمتص جو القلق والتوتر وأن يحاول إحلال روح الترحيب وعليه أن يترك لهم حرية الجلوس وأن يلاحظ من يجلس بجانب من وهذه المرحلة تعتبر مرحلة تمهيد أو مرحلة اجتماعية أكثر منها مرحلة تشخيصية أو علاجية ويحاول أن يقتحم النسق الأسري ويلتحم به وأن يحتف بشخصيته كنسق فرعي، وفي نهاية الجلسة يحدد موعد المقابلة الثانية وأن لا يسأل عن سيحضر.

د- مرحلة تحديد المشكلة:

يحاول المختص أن يبذل جو القلق والترقب وأن يبذل جو التهمة اللاصقة بالعضو وأن يحدد عن موضوعات أخرى غير مشكلة الأسرة بشرط أن لا يجعل الأسرة تهرب من المشكلة، وعلى المرشد أن يترجم الأنشطة الغير اللفظية لأفراد النسق الأسري كلهم صغاراً وكباراً والتي لا تبدو عشوائية لا معنى لها ولا دلالة إلى أنماط مفهومة تعكس علاقات أفراد النسق الأسري وأن يرى كل فرد من أفراد الأسرة المشكلة.

فيها فقدان حلم جميل في طفل سليم. ومثل هذه الولادة مؤلمة كالموت فقد تجعل الوالدين في غم وحزن على هذا (كمال مرسي، 1995، 161) والحزن يكون متشابكا مع رغبة عارمة وغضب شديد.

ويحاول العديد من أولياء الأمور التوصل الى تشخيص للتوحد بعد رحلة مضية في محاولة لفهم المشكلات التي تواجه أطفالهم. وعندما يصل أولياء الأمور الى تشخيص حقيق لمشكلات أطفالهم يشعرون بالارتياح، إلا أن ذلك لا يمنع من إحساسهم بالذنب أو الحزن عليهم، لذا يجب مقاومة هذه المشاعر حيث تشفق الأمهات على أطفالهن التوحديين أحيانا، ويستنفرون من عدم فاعليتهم أحيانا أخرى.

هذا ويشعر الوالدان عندما يصل الطفل ألتوحي الى مرحلة المراهقة بأن ابنهما عبارة عن طفل في جسد بالغ من الناحية الاجتماعية والعقلية. لذا يشعر أولياء الأمور بالذنب والحزن، وأن التخلص من الالتزامات الأبوية نحو الابن بات مستحيلا، لذا فهم يجدون صعوبات بالغة في اتخاذ قرارات (ريتا جوردن، ستيورات بيول، 2007، 217).

وعن عبد الله ابن مسعود رضي الله عنه قال: رسول الله صلى الله عليه وسلم : " ما أصاب أحدا قط هم ولا حزن فقال: اللهم إني عبدك وابن عبدك وابن أمتك ناصيتي بيدك ماض في حكمك، عدل في قضاءك، أسألك بكل اسم هو لك سميت به نفسك، أو أنزلته في كتابك أو علمته أحدا من خلقك أو استأثرت به في علم الغيب عندك، أن تجعل القرآن الكريم ربيع قلبي، ونور صدري، وجلاء حزني، وذهب همي، إلا أذهب الله همه وحزنه، وأبدله مكانه فرجا".

وفي رواية فرحا. قال: فقيل يا رسول الله، ألا نتعلمها؟ فقال " بلى ينبغي لمن سمعها أن يتعلمها" (أخرجه أحمد).

إرشاد أسر الأطفال التوحديين:

1. أهمية تشخيص قدرات الأطفال التوحديين قبل فريق عمل متكامل، وضرورة تعليم الأطفال التوحدي وتدريبهم سلوكيا.
2. إرشاد الأسرة الى أن الأطفال التوحديين يعانون من صعوبات جمة في قدرتهم على التحدث، ومن ثم ضرورة عرضهم على أخصائي الكلام واللغة، وأهمية تعلم الطفل التوحدي السلوك الاجتماعي، ودمجه مع العاديين.
3. أهمية العمل في بيئة غنية بالثيرات والأنشطة المختلفة التي تنمي الجوانب البصرية والسمعية، وأن نكون على دراسة بأن الطفل التوحدي يقاوم التغيير، وأن نسعى الى ضرورة تهيئة المواقف المختلفة التي تساعده على تقبل التغيير ولو عند مستوى محدود.
4. ألا تبالغ في إعطاء الطفل التوحدي المكافآت، وأن تعطي الحوافز وفقا للنشاط الذي يقوم به الطفل، وإرشاد الأسرة الى مضاعفة بقاء الاتصال بالعين مع الطفل التوحدي.
5. يجب على الأسرة تشجيع المهارات الاستقلالية من خلال تعديل البيئة يكون ضروريا لمساندة الاستقلال في التعلم، ويجب أن تم مراجعة ذلك ويتم تغييره عبر الزمن، وتعليم الطفل قواعد المدرسة والصلة المدرسي وقواعد إي نشاط، ونظم الكتب والأجهزة، لذلك يعلم الطفل أين يجد إي شيء يريده. تأكد من وجود مساحات واسعة للخزانات، ويجب أن تكون المسافات المكانية في الفصل تتضمن أماكن تتيح للطفل أداء أنشطته، وحدد انم ماط الصعوبات التي يواجهها الطفل وحدد الاستراتيجيات التي تساعد على حل هذه الصعوبات، وكن على تواصل بالمنزل إذا كان ذلك ضروريا ومناسبا كمدخل ثابت للتحقق ومقابلة احتياجات الطفل (Stuart et al,2004,25).

مببرات التدخل الإرشادي:

1. لقد أثبتت الدراسات أن هناك فترات حرجة لتطوير بعض الماهرات، واغلبها تحدث خلال السنوات الثلاث الأولى من الحياة.
2. الإخفاق في توفير محيط محفز في وقت مبكر، لا يؤدي الى استمرار بقاء الوضع الحالي فقط، ولكن الى توقف حقيقي في القدرات الحسية ونكوص في النمو.
3. كل نظم الكائن الحي ذات علاقات متبادلة بطريقة ديناميكية، لذا فإن الإخفاق في معالجة الجزء المعوق قد تتعدى تأثيراته الى مناطق أخرى للنمو (ستيوارت، 1996، 26).
4. أن التدخل المبكر يخفف من الآثار السلبية للإعاقة.
5. أن التدخل المبكر يزود الأطفال بأساس متين للتعليم التربوي، والاجتماعي للمراحل العمرية اللاحقة.
6. هناك جدوى اقتصادية للتدخل المبكر أكثر من التدخل المتأخر.
7. أن التعليم الإنساني في السنوات الأولى أسرع، وأسهل من التعلم في أية مراحل عمرية ... الخ.
8. أن للتدخل المبكر أثرا بالغا في تكيف الأسرة، والتخفيف من الأعباء المادية والمعنوية، نتيجة وجود حالة الإعاقة لديها (مصطفى القمش، 2011، 235-236).

تمهيد:

تطور الإرشاد النفسي تطوراً سريعاً منذ بدايات القرن العشرين ووضعت له نظريات وتشعبت مجالاته لتغطي حياة الإنسان، وفي كافة مراحلها من الطفولة إلى الشيخوخة، وفي كافة ظروفها، في الصحة والمرض، وفي كافة جوانبها في المدرسة والعمل وفي الزواج، لهذا نجد الإرشاد المدرسي، الإرشاد المهني، الإرشاد الديني، الإرشاد الزواجي، إرشاد الأطفال، إرشاد الشباب، إرشاد المراهقين، إرشاد الجانحين، وكان وما زال الهدف منه مساعدة الناس في مواجهة مشكلات ومواقف الحياة وضغوطها وتغيير حياتهم إلى الأفضل.

مفهوم البرنامج الإرشادي:

يعرفه ربار Reber على أنه خطة مصممة لبحث إي موضوع يخص الفرد وأن تكون هادفة لأداء بعض العمليات المحددة (ربار، 1985، ص 92).

تعرفه سعدية بهادرة بأنه تكتيك دقيق ومحدد يتبعه المرشد في تهيئة وإعداد الموقف الإرشادي بقاعة مجهزة ومحددة بمدة زمنية وفقاً لتخطيط وتصميم هادف على الفرد بالنمو المرغوب فيه (سعدية بهادر 1980، ص 33).

وتعرفه عزة حسين: بأنه الخطة التي تتضمن عدة أنشطة تهدف إلى مساعدة الفرد على الاستبصار بسلوكه الواعي وبمشكلاته وتدريبه على حلها وعلى اتخاذ القرارات اللازمة بشأنها، هذا إلى جانب سعيه نحو توظيف طاقات الفرد وتنمية قدراته ومهاراته (عزة حسين 1989، ص 17).

خطوات التخطيط للبرنامج الإرشادي:

طبيعة الأهداف في الإرشاد النفسي تم تصنيفها الى أهداف معرفية وأهداف سلوكية، تحديد الأهداف الخاصة والفرعية والأهداف بشكل عام تنقسم الى مستويات ثلاثة هي :

➤ أهداف عامة للإرشاد

➤ أهداف خاصة

➤ أهداف فرعية مشتقة من الأهداف الخاصة

تم التأكيد على أن البرامج الإرشادية توجه الى تحقيق الأهداف الخاصة والأهداف الفرعية بشكل نظرا لان القيام بالفعل لابد وأن يسبقه تركيبة معرفية، يكون من الأهمية البدء بالأهداف المعرفية ثم الأهداف السلوكية عندما يتطلب الأمر وجود النوعين معا عند التخطيط للبرنامج. مع ملاحظة أن الأهداف المعرفية هي تغيير في التركيب المعرفي أو تغيير في طريقة التفكير.

وبالنسبة للتغيير في التركيب المعرفي فإنه يتحقق عن طريق التغيير في الاتجاهات والقيم والتغيير في الميول والدافعية والتقبل الاجتماعي، أم التغيير في طريقة التفكير فإنه يتحقق عن طريق: التغيير في طريقة جمع المعلومات الموضوعية وليس الانتقائية التي تخدم الشخص فقط والتغيير في طريقة الاستدلال، والمرونة في التفكير وقبول وبول آراء الآخرين ومناقشتها، وقبول إمكانية وجود أكثر من رأي وأكثر من دليل على صحة القضية الواحدة وقبول اختلاف الاتجاهات نحو القضايا باختلاف الأزمنة والأمكنة. أما الأهداف السلوكية فإنها تتجه الى إحداث تغيير في السلوك إما بالزيادة أو النقصان من خلال فعل الأشياء المرغوبة والامتناع عن فعل الأشياء غير المرغوبة. تتحقق بطريقة غير مباشرة. وقد اتفق على أن أهم الأهداف العامة للإرشاد:

أهداف عامة هي:

- تحقيق الذات
- تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والمهني
- تحسين العملية التعليمية
- تحقيق الصحة النفسية

تحدد الأهداف الخاصة في ضوء طبيعة المشكلة، وتتحقق هذه الأهداف بطريقة مباشرة:
أهداف خاصة هي:

أهداف فرعية خلال برنامج الإرشاد النفسي الموجهة، وكما أشرنا من قبل قد تكون هذه الأهداف معرفية أو سلوكية نشير في هذا الجزء الى : نماذج لبعض الأهداف المعرفية والسلوكية، مشاكل المسترشد مثل الغضب سرعة الانفعال الأهداف:

1- مثال 1: اضطراب انفعال الغضب، بعض نماذج لأهداف المعرفية والسلوكية المرتبطة بمشكلة معينة الأهداف (ب). أن يزداد استبصار المسترشد بانفعال الغضب لديه والآثار المترتبة عليه: الهدف الخاص (أ): المعرفية أن يعاد استبصار المسترشد بالموافق التي تثير غضبه -2. وعي المسترشد بأنماط تعبيره عن الغضب -1: الفرعية أن يناقش المسترشد في البدائل السلوكية في غضبه -4. أنه يكلف المسترشد بقراءة كتاب عن الغضب أن يستطيع المسترشد السيطرة: الهدف الخاص (أ): الأهداف السلوكية -2 المسترشد في أهمية التسامح وقبول الآخر أن يتم تدريب المسترشد السيطرة : الهدف الخاص (أ): الأهداف السلوكية -2. المسترشد في أهمية التسامح وقبول الآخر أن يتم تدريب المسترشد على ممارسة فنية لعب الدور حيث يلعب 1- : الأهداف الفرعية (ب) على غضبه والتحكم فيه أن يستطيع المسترشد التعبير اللفظي عن 2- دور الشخص الغضب مرة، والشخص الذي سبب الغضب مرة أخرى يؤدي المشاركون في تنفيذ البرنامج أدوارهم تحت. غضبه بطريقة كلامية، مع سيطرته على غضبه بطريقة تؤكد ذاته: تحديد طريقة نشر النتائج. إشراف المرشد النفسي باعتباره المسئول الأول عن تخطيط البرنامج وتنفيذه وتقويمه تسجيلات يوضح عليها. نشر كتيب يتضمن النتائج: يمكن اختيار طريقة أو أكثر من طرق نشر النتائج التالي تحديد.

النشر في مجالات علمية متخصصة أو في مؤتمرات علمية في مجال البحث.

الإجراءات والنتائج في ضوء الخطوات السابقة يصبح من السهل على المرشد النفسي باعتباره القائم على تخطيط البرنامج: ميزانية البرنامج رابعا: تنفيذ البرنامج الإرشادي. وتنفيذه وتقويمه باشتراك مع المشاركين في تنفيذ البرنامج أن يحدد ميزانية البرنامج في

مرحلة تنفيذ البرنامج يتم اتخاذ الإجراءات اللازمة لتنفيذ كل ما تم: تنفيذ البرنامج الإرشادي

2- وتقويمه ولكي يتم تنفيذ البرنامج الإرشادي.

- التخطيط له من قبل مع المرونة في إجراء تعديلات على التخطيط إذا لزم الأمر.

إدارة الجلسة - أ: بفعالية هناك مسؤوليات على المرشد النفسي يجب الالتزام بها حتى تتحقق هذه الفعالية ومن أهمها جعل التعلم داخل تنمية العلاقات الإنسانية بين المشاركين في البرنامج والمستفيدين منه، الإرشادية بفعالية تهيئة المسترشدين للتفكير. الجلسة له مغزى ومنتعة، والمهم أن يشعر المشاركون في البرنامج والمستفيدون منه بذلك تقييم ما يدور في الجلسة الإرشادية وخارجها مع إدخال التعديلات إذا. والعمل مع تدعيم الإيجابيات وتعديل السلبيات تقويم البرنامج الإرشادي يقصد به إصدار حكم بشأن مدى فعالية البرنامج: تقويم البرنامج الإرشادي، تطلب الأمر الإرشادي للاستمرار في تنقيطه أو إجراء تعديلات عليه بهدف تحسينه ورفع كفاءته، ولذلك نسعى عند تقويم البرنامج الإرشادي الى تحديد سلبيات وإيجابيات البرنامج الإرشادي وقياس مدى تحقيقه للأهداف التي تم التخطيطي لها والعائد الناتج يقصد بمدخلات العملية الإرشادية كل المعلومات المتوفرة عن المسترشد ومشكلته: المدخلات -1 : جوانب التقويم- منه والبيئة التي يعيش فيها والبيئة التي فيها المشكلة، وأيضا المشاركين في تنفيذ البرنامج والفترة الزمنية التي تم بها تنفيذ البرنامج والمعارف والأنشطة والمهارات التي تقوم عليها والكيفية التي ينفذ بها البرنامج (الأساليب والطرق والفنيات) الإستراتيجية هل تتميز الإجراءات. هل ترتبط الإجراءات بالهافد الخاصة والفرعية للبرنامج يتم تقويم الإجراءات كالأتي هل تقوم الإجراءات على الشرح والفعل؟ بالبساطة والوضوح والفهم للقائمين على تنفيذ البرنامج والمستفيدين منه؟ هل يمكن تقويم الإجراءات وفقا لمعايير محددة؟ إنهاء الجلسات الإرشادية: بعد تنفيذ البرنامج وتقويمه والتأكد من ندى تحقيق الأهداف يأخذ المرشد قرارا بإنهاء الجلسات ويكون بالتدريج مع استعمال كلمات متفائلة وكذلك عمل ملخص للناتج التي تحققت كتية التقرير مع مراعاة أن تكون اللغة واضحة ومتصلة بالأهداف والاحتفاظ بصورة من التقرير والخلاصة يعتبر الإرشاد النفسي الأسري.

مبدأ السرية (محمد إبراهيم سعبان- العملية الإرشادية، 2005) الذي ينظر الى الأسرة كوحدة واحدة والتي تحتاج الى الخدمات النفسية ليس فقط الى الشخص المستهدف علاجه ولكن للحاسة ككل اضعف الحلقات في أسرته فعلنا الاهتمام بالأشرة ككل من خلال الاستفادة من مجال الإرشاد النفسي الأسري الإرشاد والعلاج النفسي، علاء الدين كفاى – دار الفكر، محمد سمير حسانين، التربية الأسرية،: المراجع التوجيه والإرشاد النفسي وتقويم شهيناز إسماعيل عبد الهادي، سمير كامل أحمد، مركز الإسكندرية للكتاب دليل المرشد النفسي، محمد أحمد صديق، مكتبة النهضة المصرية.

الأسس التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي: والتي نلخصها فيما يلي:

- 1- العمر الزمني للأفراد المشاركين في البرنامج والخصائص النمائية التي يمرون بها
- 2- مراعاة مطالب النمو لمراحل النمو التي يمر بها الأفراد المشاركين
- 3- مراعاة الفروق بين الجنسين
- 4- نوع وطبيعة المشكلة التي يعاني منها المشاركين في البرنامج
- 5- أن يكون البرنامج واقعيًا في حدود الإمكانيات المتاحة

أهداف البرنامج الإرشادي:

تهدف البرامج الإرشادية عموماً الى:

- 1- تحقيق الصحة النفسية للمسترشد وتحقيق الذات
- 2- تحقيق النمو النفسي السليم للمسترشد
- 3- المساعدة على التفاعل الاجتماعي وبناء علاقات اجتماعية ناجحة
- 4- تعزيز السلوكيات الايجابية لدى الأفراد
- 5- مساعدة الأفراد على الاستبصار بمشكلاتهم وحلها وتعزيز ثقتهم بأنفسهم
- 6- التدريب على ضبط الانفعالات وتعديل أساليب التفكير والاتجاهات السلبية
- 7- تنمية المواهب والقدرات لدى الأفراد خاصة الطلاب.

هذا وتختلف أهداف البرنامج الإرشادي باختلاف الشرائح التي تشارك في هذا البرنامج (أولياء، تلاميذ، مراهقين، معاقين الخ).

منطلقات وركائز نجاح البرنامج الإرشادي: إذا أراد إي مرشد أن يضمن انطلاقة صحيحة لبرنامج الإرشادي فلا بد له من الإجابة على التساؤلات التالية:

- 1- لمن سيوجه هذا البرنامج (التحديد الدقيق للفئة المستهدفة).
- 2- ما يمكن تقديمه للمشاركين في البرنامج (التحديد الدقيق لأهداف البرنامج العامة والسلوكية)
- 3- ما يمكن تقديمه للمشاركين في البرنامج (تحدد الممارسات والأنشطة والمواقف)
- 4- إي طريقة تقديم البرنامج (تحديد الإستراتيجية والأساليب المتبعة في التنفيذ)
- 5- إي المجال الزمني لتنفيذ البرنامج (تحديد تاريخ بدء البرنامج والانتهاج منه).
- 6- إي تحديد الإطار النظري للبرنامج (الاعتماد على نظرية واحدة أو عدة نظريات لان ذلك من شنه تحديد الاستراتيجيات والأساليب.

الجلسات الإرشادية في البرنامج الإرشادي:

يتم تطبيق البرنامج الإرشادي من خلال عدة جلسات إرشادية، وكل جلسة لها موضوع وأهداف واستراتيجيات مختلفة عن الأخرى. ويختلف العدد الكلي للجلسات من برنامج لآخر كما يختلف محتوى كل جلسة داخل البرنامج الواحد عن باقي الجلسات، ويبقى التشابه فقط في الجلسة الأولى التي تتضمن التعارف وتعريف الأفراد ببعضهم وتعريفهم بفكرة البرنامج وأهدافه ومواقفه.

البرامج الإرشادية وصعوبات التعلم: ينبغي أن تركز البرامج الإرشادية الموجهة لفئة ذوي صعوبات التعلم على الطرق التالية.

طريقة التدريب على العمليات: إي تصميم أنشطة تعليمية تهدف الى التغلب على المشكلات الوظيفية التي تعاني منها العمليات الإدراكية ذات الصلة بصعوبة التعلم ويتم في هذه الطريقة استخدام الأساليب التالية:

التدريب النفسي التربوي: حيث يتم التدريب على التأزر البرصري والحركي ويستخدم بشكل خاص في صعوبات تعلم القراءة والكتابة.

التدريب باستخدام الحواس المتعددة: ويقوم على أساس استخدام الحواس المختلفة في التدريب على العمليات الإدراكية.

التدريب المعرفي: ويسعى هذا الأسلوب الى تحسين استراتيجيات الفهم والتفكير لدى التلميذ عن طريق التعلم الذاتي والضببط الذاتي. كأن يقوم الملمع بأداء المهمة المطلوب ن=تعلمها في ضوء تعليمات يصدرها المعلم لنفسه ويقوم التلميذ بالملاحظة (الملمع نموذج)، ثم يقوم التلميذ بأداء نفس المهمة في ضوء توجيهات المعلم. ثم يعيد أداء نفس المهمة ويردد التعليمات لنفسه أو تكرارها وراء الملمع وهكذا.

طريقة التدريب على المهارات:

تركز على التدريب المباشر على المهارات التي يظهر فيها التلميذ ضعفا أو عجزا وتشتمل هذه الطريقة على:

- التحديد الدقيق للسلوك المطلوب تعليمه
- تحليل المهمة التعليمية
- التعلم المباشر على المهمة
- التقييم المستمر للتلميذ لمعرفة درجة اتقنه للمهمة
- طريقة الجمع بين التدريب على العمليات والتدريب على المعارات
- البرامج الإرشادية والمتفوقين دراسيا والموهوب: ينبغي أن يأخذ المرشد بعين الاعتبار الأنشطة التربوية التالية التي تقدم الموهوبين.

الإثراء:

تزويد المتفوقين بخبرات متنوعة ومتعمقة في موضوعات أو نشاطات تفوق ما يعطى في المناهج الدراسية العادية.

التسريع:

تزويد الموهوبين بخبرات تعليمية تعطى عادة للأطفال الأكبر منهم سناً.

أهداف البرامج الإرشادية:

تنقسم هذه الأهداف الى قسمين:

أ- أهداف عامة:

وتشمل تحقيق فلسفة التوجيه والإرشاد النفسي والاجتماعي والتربوي في المدرسة ومساعدة الطالبات على تحقيق الذات والوصول الى معالجة للاضطرابات النفسية الناجمة عن العملية التربوية وما يؤثر فيها.

ب- أهداف خاصة: وتشمل النقاط التالية:

1. مساعدة الطالبة في استغلال ما لديها من قدرات واستعدادات الى أقصى درجة في

تحقيق النمو السوي في شخصيتها

2. تنمية السمات الايجابية وتعزيزها لدى الطالبة في ضوء مبادئ الدين الإسلامي

الحنيف

3. تنمية الدافعية لدى الطالبة نحو التعليم والارتقاء بمستوى طموحها

4. متابعة مستوى التحصيل الدراسي لفئات الطالبات جميعاً للارتقاء بمستوياتهم الى

أقصى درجة تمكنهن قدراتهن منها

5. تحديد الطالبات المتفوقات دراسياً وتعهدهن بتفوقهن بالرعاية والتشجيع والتكريم

6. استثمار الفرص جميعها في تكوين اتجاهات ايجابية نحو العمل المهني لدى الطالبات

وفقاً لأهداف التوجيه والإرشاد المهني في ضوء حاجة التنمية في المجتمع.

7. التعرف على الطالبات ذوي المواهب والقدرات الخاصة ورعايتهم

8. مساعدة الطالبة المستجدة على التكيف مع البيئة المدرسية وتكوين اتجاهات ايجابية

نحو المدرسة.

9. العمل على تحقيق مبادئ التوعية الوقائية السليمة في الجوانب الصحية والتربوية والنفسية والاجتماعية.
10. توثيق العلاقة بين البيت والمدرسة وتعزيزها واستثمار القنوات المتاحة جميعها بما يحقق رسالة المدرسة على خير وجه
11. رعاية الطالبة من مختلف الجوانب
12. التعرف على حاجات الطالبات ومطالب نموهم في ضوء خصائص النمو لديهم على تلبيتها
13. التعرف على أحوال الطلاب الصحية والنفسية والاجتماعي والتحصيلية قبل بدء العام الدراسي، وتحديد من يحتمل أنهن بحاجة الى خدمات وقائية فردية أو جماعية، ولاسيما الطالبات المستجدات في كل مرحلة من المراحل الثلاثة تصميم البرامج والخطط العلاجية المبنية على الدراسة العلمية للحالات الفردية والظواهر الجماعية للمشكلات السلوكية والتحصيلية وتنفيذها.

ثالثاً: أنواع البرامج الإرشادية:

أ- برامج دينية:

1. يهدف الى تعزيز القيم الإسلامية والأخلاق الحميدة المستقاة من الشريعة الإسلامية.
2. خطوات التنفيذ
3. إصدار النشرات الهادفة الى تعزيز وتدعيم العقيدة الإسلامية والحفاظ على أوامر المحبة والإخاء بين الطالبات والمعلمات في المجتمع المدرس.
4. عقد الندوات والمحاضرات الدينية وشارك ذوي الاختصاص من داخل المدرسة وخارجها
5. العمل على الاستفادة من كل ما يخدم هذا المجال من برامج وأنشطة

ب- برامج تربوية:

1. يهدف الى مشاهدة الطالبة للتغلب على ما يعيق تحصيلها الدراسي والعمل على استثمار وقتها فيما يفيدته وتقديم كل ما يساعدها على تفوقها مع مراعاة قدراتها وميولها واستعداداتها وطموحاتها.
2. خطوات التنفيذ
3. حصر الطالبات المعيدات لعام دراسي فأكثر
4. استقبال الطالبات المستجدات
5. متابعة الطالبات ضعاف التحصيل حسب نتائجهن في منتصف الفصل وفي نهاية الفصل.
6. متابعة دراسة الحالات الفردية الخاصة
7. متابعة أحوال ومستويات الطالبات ذوات الإعاقة الخاصة
8. رعاية الطالبات المتفوقات والموهوبات وتكرمهن بالوسائل المتاحة
9. متابعة الطالبات متكررات الغياب لمعرفة أسباب ذلك والهمل على إيجاد الحلول المناسبة
10. إصدار النشرات التربوية التي تدعو الى تنظيم الوقت والى أسلوب الذاكرة الجيد

ج- برامج وقائية

1- يهدف الى الكشف عن المشكلات الدراسية والنفسية والاجتماعية وتوجيه الطالبات الى أفضل السبل للصحة الجسمية والنفسية والاجتماعية وترغيب الطالبات بأنظمة المدرسة.

2- الاستفادة من برامج الأسابيع التوعوية خلال العام

3- إصدار النشرات الوقائية والملصقات

4- عقد الندوات والمحاضرات

د. برامج سلوكية:

1- يهدف الى تعزيز ودعم السلوك الايجابي لدى الطالبات وإطفاء السلوك بما يحفظ للطالبات التوازن والتوافق النفسي والاجتماعي وتكيفهن في مجتمعه.

2- حصر المواقف السلوكية غير المرغوب فيها بين الطالبات

3- متابعة الظواهر السلوكية بالتعاون مع أعضاء لجنة رعاية السلوك ووضع الحلول المناسبة لكل حالة

4- تقديم الخدمات الإرشادية الفردية والجماعية لتلك الفئة من الطالبات

هـ- برامج تعليمية ومهنية:

1- يعمل على تبصير الطالب بأنواع التعليم الأكاديمي والمهني الذي يتناسب مع قدراته وميوله وتبصيره بالوظائف المستقبلية في كافة قطاعات العمل

2- خطوات التنفيذ

3- تكوين جماعة التوعية المهنية

4- إصدار النشرات وعقد اللقاءات والندوات والمحاضرات بالتنسيق مع ذو الاختصاص

5- توجيه طالبات الصف الأول الثانوي الى الأقسام المختلفة حسب قدراتهم وميولهم واستعداداتهم

6- التعرف على رغبات الطالبات واتجاهاتهن المهنية والمستقبلية

7- مخاطبة المؤسسات والقطاعات الحكومية لتوفير المعلومات المقروءة والمسموعة والمرئية والتنسيق حول إمكانية الزيارات الميدانية لهن

عناصر البرنامج الإرشادي:

- 1- الطاقات البشرية: والمتمثلة في المرشدة والمديرة ورائدة النشاط وجميع المعلمات
- 2- الإمكانيات المادية
- 3- الزمن

تخطيط البرنامج الإرشادي:

إن عملية تخطيط البرنامج الإرشادي والتوجيهي في المدرسة يحتاج الى مجهود كبير من قبل المرشدة التربوية حيث أن هذا البرنامج يجب أن يتميز بالتنظيم والوضوح ولا يخالف الأهداف التربوية الموضوعية كما أنه يجب أن يتميز بمناسبته لطبيعة المشكلات التربوية داخل المدرسة وبشكل عام، ويمكن تلخيص خطوات البرنامج التربوي.

1- **تحديد أهداف البرنامج:** بحيث يتم وضع أهداف عامة وخاصة واضحة ومحددة بما يتفق والأهداف التربوية وما يخدم العملية التعليمية وبما يتوافق مع الإمكانيات التربوية الموجود في المدرس ومن هنا نستطيع القول انه ربما تختلف أهداف البرنامج الإرشادي من مدرسة ثانوية عن مدرسة متوسطة.

2- تحديد الأساليب لتحقيق الأهداف

3- تحديد الأساليب والأدوات والإمكانيات الضرورية

4- تحديد مصدر تمويل البرنامج الإرشادي وبالتالي يجب أن تحدد الميزانية الخاصة لميول البرنامج الإرشادي بما يضمن تحقيق الأهداف الموضوعية لذلك، وهذا يترتب عليه عدم وضع أهداف تفوق ما يمكن وضعه من ميزانية خاصة لذلك وهذا ما يؤكد وجود اختلاف بين مدرسة وأخرى من حيث ميزانية البرنامج، وهنا يجب البدء بالأهم ثم المهم وحسب الإمكانيات المتاحة على أن يكون ذلك ضمن دراسة محددة ودقيقة.

5- تحديد الخدمات التي يمكن أن يغطيها البرنامج الإرشادي.

6- تحديد موعد البدء بالتنفيذ.

7- تحديد إجراء التقييم للبرنامج

8- اتخاذ الاحتياطات العامة لمواجهة الطوارئ.

خدمات البرنامج الإرشادي

يمكن إعداد البرنامج الإرشادي ليقدم عدة مجالات مهمة نذكر منها:

1- الخدمات الإرشادية:

وتتضمن خدمات مختلفة تهتم العملية التربوية والدراسية وما يتصل بها، وتشمل خدمات نفسية لمعالجة بعض المشكلات الفردية الخاصة بالأفراد أو مشكلات عامة، وبالتالي يمكن ممارسة مشكلات فردية أو جماعية.

2- الخدمات التربوية:

وتتضمن معرفة بالجوانب التربوية وبكل ما يتصل بالعملية التربوية وما يخدمها.

3- الخدمات الاجتماعية

4- الخدمات الصحية

5- خدمات المتابعة والإحالة من قبل بعض المعلمات

تقييم البرنامج

وهنا يمكن التأكد من نجاح البرنامج الإرشادي من خلال التأكد من كذا تحقق الأهداف التربوية الموضوعية من أجل البرنامج الإرشادي ومدى استفادة الأفراد الموضوع من أجلهم البرنامج من خدمات البرنامج الإرشادي ويمكن الاعتماد على عدة مصادر في عملية التقييم منها رأي المرشدة وأعضاء الهيئة الإشرافية والتدريسية وأراء الطالبات. وكذلك النتائج المختلفة للبرنامج والفروقات بين الوضع التحصيلي والتربوي قبل تنفيذ البرنامج وبعده.

وربما يعتمد عدة معايير للتقييم فيما يلي:

- الانسجام العام في المدرسة
- انخفاض حالات الغياب من المدرسة
- تحسن ملحوظ في مستوى التحصيل
- انخفاض حالات الغياب من المدرسة
- الشعور بالارتياح من قبل كل من الهيئة التعليمية والأسرة.
- زيادة الإقبال على الاستفادة من الخدمات الإرشادية.

ثامنا: مشكلات البرنامج المدرسي:

بالرغم من الاحتياطات المختلفة والحرص الزائد على تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي تبقى هناك مشكلات يصعب السيطرة عليها أحيانا ومن هذه المشكلات:

عدم توافر الوقت الملائم والكافي لتحقيق البرنامج

نقص اهتمام الهيئة الإدارية ممثلة بالمديرة بالإرشاد ومعرفة جدواه

انخفاض الدعم المادي لعملية التنفيذ مما يؤدي لاختصار خدمات البرنامج أو إيقافه

نقص اهتمام المؤسسات الاجتماعية الأخرى وخصوصا الأسرة

صعوبات التقييم وعدم وجود مقاييس أو وسائل كافية لذلك.

تاسعا: دور الهيئة التعليمية في برنامج الإرشاد

العمل الإرشادي ليس عملا سهلا أو بسيطا ولا يتم القيام به من قبل فرد واحد فقط ولذلك

يتم العمل من خلال فريق متكامل .

خلاصة:

يقر العديد من التوحيديين أن التدخل المدروس لعلاج المشكلات الأساسية لدى كل فرد يؤدي بالتأكيد الى تقدم التوحيديين بشكل كبير، وتكون كل حالة مختلفة ، ولا يوجد نمط واحد من التوحيديين ولا يوجد نوع واحد من العلاج يناسب جميع أنواع التوحد وبالنسبة للنبض قد يكون الشفاء ناجما عن اثر تدخل الحمية أو الرئيسة، وبالنسبة للبعض الآخر، قد يكون الفضل راجعا الى علاج النطق في محاولة لتجاوز اللغة المتعطلة، وبالنسبة للآخرين فقد يحدث التقدم من خلال الرغبة في أن يشبهوا الآخرين وكن، بالنسبة للأغلبية السيئة الخط فعن طريق بيئة متطرفة، تجعل من الخطر أن يبقى الفرد توحديا (محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجوالدة 2010، 276).

على المختص النفسي أن يكون على يقين أن الأسرة ستظل هي البنية الأساسية بالمعنى الواسع، يليها في ذلك المدرسة وهي البيئة الثانية بالمعنى الأكثر تخصصا، وعلى المختص الانتساب للنسق المدرسي والأسري وان يدعم هاتين لمؤسستين وان يتكاملا بعضهما مع بعض، لان لهما رسالة وأهداف واحدة وباجة الى الارتقاء والتطور للأطفال والأسر وان يتصرف على النحو الذي يكسب فيها ثقة الطفل.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج

منهج البحث وأدواته

- تعريف منهج البحث
- أدوات البحث
- أنواع المقابلات المستخدمة في البحث

الدراسة الأساسية

- مواصفات الحالة المدروسة
- أسباب اختيار الحالة
- صعوبات البحث
- الدراسة الأساسية للحالة
- تحليل ومناقشة الفرضيات

خلاصة عامة واقتراحات

الفصل الرابع

اقتراح برنامج إرشادي لأسر أطفال التوحد

الجلسة الأولى: تحديد السلوك المستهدف

الجلسة الثانية: الاتفاق بين المرشد والأسرة

الجلسة الثالثة: القيام بمحاضرة مبسطة للعينة

الجلسة الرابعة: جلسات إجرائية وإرشادية

الجلسة الأولى:

تحديد السلوك المستهدف الذي يتمثل في توعية أسر أطفال التوحد والهدف من الجلسة هو انتقاء العينة وهي الأسر ذات الطفل المتوحد.

والهدف من الجلسة الأولى هو تقديم خدمات التدخل المبكر للآباء:

يحدد فريق العمل ضمن موقع الأسر، وقد أشارت البحوث الى أن بيئة المنزل والبيئة المحيطة يمكن أن تكون أوضاعا علاجية مثالية للأطفال التوحيديين، ففي البيت من الممكن ضبط البيئة والمعززات الطبيعية بما في ذلك الأطفال المحاورين كنموذج.

يألف الطفل بيئة المنزل والبيئة المجاورة حيث يؤدي الى زيادة وتصميم مهارات التواصل المتعلقة حديثا والسلوكيات الجديدة ويعزز الآباء وأعضاء الأسرة المعتمدة التعلم الجديد بشكل فعال، يمكن أن يحقق الآباء الذي يتلقون دماجا مناسباً لنوعية من البرامج المبكرة في البيت ويكون معظم الآباء مدفوعين لذلك، والدعم المرتكز على الأسر يمكنهم من التحكم في برنامج العمل ضمن المنزل ومن الأمثلة على هذا البرنامج وهو برنامج أسرة لعلاج مبكر للتوحد (فيت) Family for arly (FEAT) Antism Treatment في كاليفورنيا في و.م.أ وفيما يلي بعض الخدمات التي يقدمها برنامج فيت FEAT لأسر أطفال التوحد:

- تحديد أسر أطفال التوحد
- دعم وتأسيس ورشات عمل التدخل المبكر ومتابعتها
- تدريب المعالجين والمعلمين (المدربين)
- إرشادات لتطبيق برنامج التدخل داخل المنزل
- سهولة الوصول الى الوسائل التعليمية
- تأسيس شبكات عمل وتواصل بين الآباء مع بعضهم وليس مع الآباء والأخصائيين.

الفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برنامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين:

بالنسبة للطفل:

- 1- ازدياد فرص النمو والتعلم المتاحة للطفل.
- 2- تحسن إمكانيات تعديل سلوك الطفل لان الأخصائيين والإباء، يصبحون أكثر ثباتا في التعامل مع الطفل في المدرسة والمنزل.
- 3- ازدياد احتمالات تعميم الاستجابات التي يتعلمها ، وكذلك فغن الخدمات المقدمة للطفل يصبح أكثر شمولية وأكثر قدرة على تلبية احتياجاته (جمال الخطيب، منى الحديد، 2004، 272-273)

بالنسبة للآباء:

- 1- اشتراك الآباء في البرنامج التاهيلي المقدم لطفلهم، يساعدهم في اكتساب المهارات اللازمة لتدريب الطفل وتعليمه.
- 2- مشاركتهم تجعلهم أكثر تفهما لاحتياجات الطفل التوحدي، كما تزودهم بالمعلومات الضرورية حول مصادر الدعم (جمال خطيب، منى الحديدي، 2004 - 273).
- 3- تسهل عليهم الرعاية والتعامل مع الطفل التوحدي وتطبيق العلاجات الطبية أو العمليات الجراحية في دحر المرض أو الحالات المرضية (Bolander et al, 1996, 267).

بالنسبة للأخصائيين:

- 1- إن مشاركة الوالدين في تخطيط وتنفيذ البرنامج التربوي للطفل التوحد يؤدي الى فهم اكبر لحاجاته.
- 2- أن مشاركة الوالدين تسنح بحصول الأخصائيين على تغذية راجعة ومعلومات مفيدة تساعد في تحسين، وتطور البرنامج المقدم للطفل التوحد .
- 3- أن مشاركة الوالدين الفاعلة توفر بعض الوقت على الأخصائيين ما يوفر لهم فرصا ثمينة لتدريب الأطفال التوحديين على المهارات ذات الأولوية (جمال الخطيب، منى الحديدي / 2004، 273).

الجلسة الثانية: جلسة تعارف وتقديم الهدف من البرنامج ويتمثل في سعي المشد لزيادة التعاون بين المدرسة والمنزل من خلال البرامج التدريبية الخاصة الأسر والهادفة الى تحسين نوعية الخدمات التي يتلقاها الطفل التوحدي وأسرته ويتم في هذه السمة الاتفاق بين المرشد والأسرة على بعض النقاط منها التقبل غير المشروط، الانضباط في الحضور خلال الجلسات حيث تدوم كل جلسة حوالي 45 دقيقة.

وكذا يتم تقديم إستراتيجية العمل المتمثلة فيما يلي:

التدريب على تنمية المهارات الأكاديمية

لا يوجد منهج محدد للأطفال التوحديين، والبرامج الفعالة تكون متطورة لتقابل الاحتياجات الخاصة للتلاميذ التوحديين.

الاستراتيجيات التعليمية للأطفال التوحديين:

يمكن الإشارة الى أهم الاستراتيجيات التعليمية على النحو التالي:

1- يوجد شيء هام يجب إدراكه وهو أن الأطفال التوحديين ليسوا على مستوى واحد في قدراتهم التعليمية والسلوكية أيضا، إذ نجد أن الأطفال التوحديين الذين يواكبون التعليم العام هم يكون لديهم حالة توحد اقل، أو ما يطفون عليهم التوحديين ذوي الأداء الوظيفي العالي (محمد الفوزان، 101، 2003).

2- هناك عدة من الاستراتيجيات التي برهنت أنها هامة باتساق ومفيدة لمعلمي الأطفال التوحديين في مرحلة الطفولة وهي على النحو التالي:

- العمل مباشرة مع والدي الطفل التوحدي: يتم إخبار الوالدين بخصائص الطفل التوحدي، وعن الاضطراب الذي عاني منه، وإكمال قائمة من التفصيلات الهامة، ويكون من المهم للمعلم أن يفهم مخاوف الطفل وما يرغبه.
- إيجاد تنظيم أفضل وتنبيئي لفصل: إنه يكون من المحتمل أن يكون من أكثر الاستراتيجيات الهامة الفريدة، حيث يجب أن تنظم الأماكن داخل الفصل الدراسي

وينبغي أن يكون الجدول اليومي متسقا، ويتم الانتقال من نشاط الى آخر وان يتسم بالوضوح والدقة، وإضاءة وغلق الأنوار، واستخدام الأجراس والأغاني المحدد كعلامات. (Klein et el, 2001, 31-33).

لان الطفل التوحدي – كما نعرف – يظهر عجزا في ترجمة انطباعاته عنها، ولا يكون بمقدوره أن يتعرف عليها أو ينظمها ، وأحيانا ما نجد أن الطفل التوحدي يضطرب حين يمر بخبرة إدراكية يصل فيها الى الدرجة التي يتجنب بها هذه الخبرة وغيرها من الخبرات المماثلة، أو أن ينغلق على نفسه حتى لا يعرض نفسه لمزيد من الحيرة والارتباك، ولهذا فهو في حاجة الى بيئة مستقرة، لها روتين راسخ، فهي أفضل بالنسبة له من البيئة الحرة (الطيقة).

وعلى الرغم من أنه في ضوء القيود والتحديات التي سوف تفرض عليه، سيكون في حاجة الى بعض التحرر حتى يسلك ويتصرف بطريقته الخاصة، مع محاولة بذل الجهود من قبل القائمين على تربيته غالبا في أن يوجهوا يضبطوا ما قد تثيره هذه البيئة (عبد الرحمن سليمان، 2000، 80).

- محاولة خفض مستوى الضوضاء في الفصل الى أقصى حد ممكن: حيث يتم تجنب الأصوات المرتفعة بالفصل، ويأتم تجنب الموسيقى المرتفعة غير ذات المعنى، وإذا كان ممكنا استخدام أنوارا ساطعة وطبيعية.
- عندما تلمس الطفل يجب أن يكون هذا اللمس ضاغطا وقويا: عندما يكون اللمس سريع الزوال أو خفيفا فإنه يضايق الطفل، فمن الأفضل استخدام الضغط القوي لاسيما للظهر الذي يكون أسهل احتمالا أو يهدئ الطفل.
- كن متسقا فيما يتعلق بعوائق السلوك غير المقبول: فعندما يعرض الطفل زملاءه، فغن على كل أعضاء فريق العمل الاستجابة لهذا السلوك بالطريقة بنفسها، مثل استبعاد الطفل عن دائرة اللعب، وحدد السلوك المضطرب والتغير في البيئة التي تخفض احتمالية تكرار هذا السلوك.
- استخدام أنظمة التواصل البصري: يستجيب العديد من الأطفال التوحيديين للمثيرات البصرية مثل الصور أو الكلمات المطبوعة مقارنة بالكلام. تستخدم الصور كمنبهات

للخطوات التالية، كما تستخدم لتمكن الطفل من الإشارة الى ما يريده وما يرغبه. .
فالأطفال التوحيديون يتباينون عن أقرانهم الأسوياء في عدة جوانب: هم يتعلمون
بطريقة أكثر فاعلية إذا قدمت المعلومات لهم بطريقة بصرية ف لديهم قصور في التركيز
واستمرارية الانتباه.

- تحدث بصورة هادئ: بعض الأطفال التوحيديين حساسون لنوعيات معينة من
الأصوات أو للكلام المرتفع جدا. الصوت المرتفع جدا من الممكن أن يضايق الطفل
التوحيدي.

- الحصول على مساندات متخصصة من الاختصاصيين: بالإضافة الى المساندة التي يتم
تلقيها من معلم الطفل التوحيدي، ففي بعض الحالات تكون الحاجة ماسة للحصول على
مساندات من الأخصائيين، فأخصائي السلوك يزود بأسباب وعلاج السلوكيات
الشاذة (Klein et el, 2001, 3-332).

- يجب على المعلمين أن ينتهزوا كل فرصة ممكنة لتعليم من عهد إليهم بتربيتهم بمجرد
أن يبلغوا السن التي يستطيعون فيها فهم هذه الأمور.

- ألا يتسرعوا في الحكم على ميول الأطفال الوراثية، فإن كثيرا منها يكون كامنا لا
يظهر إلا في مناسبات خاصة، وبعضها يتأخر الى سن البلوغ (طارق عارم، 2008،
189).

- الجلوس في مواجهة الطفل أثناء التعلم.

- استخدام وسائل ومعينات متنوعة مثل الإلغاز بإشكالها المختلفة

- محاولة جذب انتباه الطفل التوحيدي

- استبعاد المشتتات السمعية والبصرية عن الطفل التوحيدي

- قد تستغرق ردود فعل التوحيدي بعض الوقت

- اتباع إستراتيجية التدريب الموزع، إي التعلم يتخلله فترات راحة

- استخدام التعزيز بإشكاله المختلفة

- استخدام كل الحواس (السمعية، البصرية، الحسية) بقدر الأماكن أثناء التعلم.

- فصول من جداول ومهمات حدده. المعلومات يجب إبرازها وتوضيحها بالطريقة البصرية والشفوية.
- الفرصة للتفاعل مع أطفال غير معوقين ليكونوا النموذج في التعليم اللغوي والاجتماعي والمهارات السلوكي، والتركيز على تبين مهارات الطفل التواصلية باستخدام أدوات مثل أجهزة الاتصال.
- تعديل المنهج التعليمي ليناسب الطفل نفسه، معتمدا على نقاط الضعف والقوة لديه.
- أن يكون هناك تواصل متكرر بين المدرس والأهل والطبيب (رائد خليل، 2006، 75).

لا بد من استخدام إستراتيجية خاصة بتربية الطفل التوحدي، وهذه الإستراتيجية تعتمد على :

أولاً: التحفيز

أطفال التوحد وغيرهم من الأطفال في حاجة الى التحفيز وإثارة الهمم لديهم حتى يتقبلوا الجو الجديد، إذ لا بد من تقديم حوافز لهم من المشوقات لان قلقه الحوافز والمشوقات تسبب لهم الإحباط، حتى بالنسبة للأطفال الأسوياء أيضاً، والحوافز ليست فقط تقديم المكافآت وغيرها من الأمور، وإنما هي:

- 1- يجب أن تقدم للطفل التوحد ياي شيء يريه مثل الأكل.
- 2- يجب عدم المبالغة في إعطائه المكافآت في بداية التعليم
- 3- تذكر له أن تصرفنا حول ضبط وتحديد التحفيز الاستثنائي لا يجعله يظن أن هذا التحفيز للعمل السابق وإنما للعمل الجديد.
- 4- إذا فشل في عمل ما يجب عدم عقابه لعلّى فشله، لكن، يكفي أنه سوف يعاقب نفسه بنفسه عندما تكتشف الأم أمره.
- 5- يجب عدم المبالغة في التحفيز خصوصاً في البداية، وإنما يجب أن يكونه هاذ التحفيز بالتدرج معهم(انتشاح المشرفين، 2007 238).

ثانياً: التدريب على الانتباه والتواصل البصري**خطوات للمساعدة البصرية على النحو التالي:**

- 1- احضن الطفل وتحدث معه وانظر في عينيه مهما كانت المقاومة، وقم بمناداة الطفل باسمه.
- 2- استخدم ألعاباً تكثر فيها الإثارة البصرية بألوان مختلفة.
- 3- ضع مثيراً بصرياً في أجواء معتممة من مثل شمعة أو مصباح كهربائي وحرك هذا المثير باتجاهات عدة، وتأكد أن الطفل يتابع معك.
- 4- استخدم المرأة واجعل الطفل ينظر الى نفسه فيها وينظر إليك أيضاً.
- 5- العب مع الطفل وتخبأ منه ثم اظهر مرة أخرى، ثم اعد اللعبة باتجاهات عدة وبمسافات مختلفة.
- 6- راع أن تكون متطلبات المهمة مناسبة لقدراته.
- 7- استخدم الإيماءات ولغة الجسد بصورة مناسبة وذات معنى.
- 8- شوق الطفل للانتباه حيث تكون المسافة عنه بضع بوصات أو أقدام (سهام الخفش، 2006، 74-75).

ثالثاً: تعليم الطفل التوحدي التواصل من خلال الصورة

الكل يعرف أن الطفل التوحدي لديه صعوبة كبيرة في الفهم وصعوبة أيضاً بالتواصل مع الآخرين، لأن معظم أطفال التوحد غير قادرين على التحدث اللفظي، وإن كان منهم من يتحدث فإن في كلامه تكرر، وهذا بالطبع غير مقبول عند بعض الناس في المجتمع، لذا فلا بد من البحث عن وسائل مفيدة من أجل تخفيف معاناة هؤلاء الأطفال في كيفية التواصل والحصول على ما يرغبون. فاستخدام الصور كوسيلة للتواصل يستخدمها الطفل التوحدي للتفاعل مع الآخرين أو التعامل معهم، أو للحصول على ما يريد، فأسلوب الصور نظام بديل في عملية التواصل يجب أن يتعلمه الطفل التوحدي، ليساعده على

الحصول على ما يريد من الأشياء ففي بيئته التي يتعامل معها (انشراح المشرفي، 2007،
241).

بالإضافة الى تقديم الواجبات المنزلية التي يقوم بها الطفل وتتمثل في:

أحد الأعمال الفنية: صناديق الأصدقاء: Friends Ship Boxes

الأهداف: الاستدعاء من الذاكرة ومهارة إعطاء الهدايا

الأدوات: صناديق صغيرة، مكونة من الخشب ورق مقوى، الأوراق، الأقلام الكبيرة
والطلاء.

التعليمات: تسمح لكل طفل أن يطلي الصندوق بصورة خاصة، وعند الانتهاء يجب أن
يكون لدى كل طفل صندوق ممتلئ بالرسومات ثم يمرر كل طفل الصندوق لزملائه وهذا
المشروع يكون جيدا لأنه يساعد الطفل على أنه يفكر بصورة أحسن مع اقرأنه (139،
2009). (Martin)

الجلسة الثالثة:

تعريف السلوك المستهدف الذي يتمثل في التوحد والقيام بمحاضرة بسيطة للعينة مع ذكر الأسباب والخصائص واختيار النظرية:

تعريف التوحد: هو من الاضطرابات الإنمائية العامة Development Disorders Pervnsive PDD في سن ما دون الثالثة من عمر الطفل تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ ويقدر انتشار هذا الاضطراب بنسبة 1 من بين 500 شخص وتزداد الإصابة بين الأولاد عن البنات نسبة 1/4 ولا يرتبط هذا الاضطراب بأنه عوامل عرقية أو اجتماعية حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو التعليمية للعائلة أية علاقة بالإصابة بالتوحد.

يثر التوحد على النمو الطبيعي للمخ حيث عادة ما يواجه المتوحدون صعوبات في مجال التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي، تظهر لديهم بعض السلوكيات المتكررة كان يرفرفوا بأيديهم تكرارا أو يهزون جسمهم ا وان يرتبطوا ببعض الأشياء بصورة غير طبيعية كاللعب بسيارة معينة دون تغيير لعبة أخرى.

وكذلك قد يظهر الطفل التوحدي سلوكا عدوانيا تجاه الغير واتجاه الذات عرفه سيلوردة التوحد يمس ما هو أغنى عند الإنسان، القدرة على الاتصال مع الآخر.

علامات التوحد:

من 0 الى 6 أشهر:

- الرضيع لا يبكي
- غياب الحوار من 2 إلى 3 أشهر
- رفض العلاقة الحميمة
- تجنب النظر فيمن حوله
- اضطراب في النوع
- فقدان الشهية
- غياب الرضاعة والابتسامة

من 6 إلى 12 شهرا:

- غياب إيماءات الوجه
- تجنب النظر بشدة
- غياب ردود الأفعال عند وضعه مع الأجانب

من سنة الى سنتين:

- رفض الانتباه
- غياب اللغة والاهتمام بأشياء غريبة

لخص سميت خصائص التوحد على النحو التالي (Smith ،2007).

1- العجز في التفاعلات الاجتماعية التبادلية:

Impairment in reciprocal social interactions

- لا تطور مودة أو صداقة مع الآباء وأعضاء الأسرة أو مقدمي الرعاية.
- نادرا ما يرى التعاون أو اللعب مع الأصدقاء
- نادرا ما يلاحظ الانفعالات مثل العطف والتعاطف
- الميل الى عدم استعمال إشارات غير لفظية مثل الابتسامة، الإيماءات، التواصل الجسمي.
- لا يوجد تواصل بالعين أو لا يحافظ عليه
- نادرا ما يلاحظ نشاط اللعب التخيلي
- الافتقار الى الإيماءات التواصلية الاجتماعية والنطق خلال الأشهر الأولى من الحياة.
- يمكن أن يميز أسلوب الفاعل المفضل كعزلة مفرطة.

2- قدرات تواصل ضعيفة: Poor. Communication Abilitie

- اللغة الوظيفية غير مكتسبة شكل كامل أو غير متقنة
- محتوى اللغة غالبا غير مرتبط بالأحداث البيئية الفورية
- سلوك نمطي وتكراري نطقي
- لا يحافظ على المحادثة
- المحادثات التلقائية نادرا ما يبدأ بها
- يمتاز بكلام لا معنى له وتكراري وكما يمتاز بالمضادات
- فشل متعدد في استعمال كلمات مثل أنا ونعم ومشكلات واضحة في استعمال الضمائر
- لغة استقبالية وتعبيرية حرفية

3- الإصرار على التماثل : INSISTENCE ON SAMENESS

- التضاييق الواضح كاستجابة للتغيير في البيئة
- مظاهر الروتين اليومي يصبح طقوسيا
- ظهور تكراري للسلوك الاستحوادي

- سلوك شديد مفروض ذاتيا
- سلوكيات نمطية مثل (التأرجح والتلويح باليد) يصعب إيقافها
- 4- أنماط سلوكية غير اعتيادية NUSUAL BEHAVIOR PATTENNS
- حساسية زائدة أو سلوكية غير مألوفة كاستجابة للمثيرات البصرية واللمسة والسمعية.
- الاعتداء على الآخرين وخصوصا في حالة الشكوى
- سلوك إيذاء الذات مثل اضرب والغضب
- ظهور مخاوف اجتماعية متطرفة تجاه الغرباء والازدحام في المواقف غير الاعتيادية والبيئات الجديدة
- تؤدي الإزعاجات العالية مثل (نباح الكلب وضجيج الشوارع) الى سلوك الجفال وردود فعل خائفة
- نوبات من الغضب
- يستهلك سلوك الإثارة الذاتية وقت الطفل وطاقته
- طورت فيرجينيا نلسون VIRGINIA NELSON حجة التوحد والتي تشتمل على ست بطاقات متداخلة تعرض من خلال خصائص التوحد كما هو مبين في الشكل رقم (1).

الشكل رقم (1)

<p>الارتباط والتأثير</p> <p>RELATING AND AFFECT</p>	<p>الاستجابات الحسية</p> <p>SENSORY RESPONSE</p>	<p>الاهتمام بالمواد</p> <p>INTERESTIM MARERIAL</p>
<p>يبكي أو يضحك بشكل غير ملائم</p> <p>يستخدم استجابات وجهيه سطحية</p> <p>يعاني من صعوبة في تواصل العيون</p> <p>استجابته العاطفية لا تناسب الموقف</p> <p>يعاني مع الانتقال</p> <p>يعاند بمقاطعات</p> <p>يحتاج لجدول زمني ثابت</p> <p>يحتاج لبيئة ثابتة</p> <p>لا يستوعب علاقات السبب والنتيجة</p> <p>يظهر سلوكيات طقوسية</p>	<p>رد فعل مبالغة للمثيرات</p> <p>يتصرف وكأنه أصم</p> <p>يركز على المثيرات البصرية والسمعية واللمسة</p> <p>غير مستجيب للألم</p> <p>يتجنب التفاعل الجسدي مع الآخرين</p> <p>يططق أصابعه</p> <p>يصفع كفيه</p>	<p>يلف ويدور الأشياء</p> <p>يطور تعلقا غير مناسب بالأشياء</p> <p>يستجيب شكل غير مألوف للأشياء المألوفة</p>

متكررة		
اللعب	المهارات الحركية الكبيرة	اللغة
PLAY	GROSS MOTORSKILLS	LANGUGR
نادرا ما يبدأ باللعب مع الآخرين	يتحرك باستخدام حركات منسقة	يظهر إعاقة في الكلام
يظهر ممارسة متكررة للعبة ما	يعاني من صعوبات في الانتقال من حركة لأخرى	يظهر لغة تعبيرية ضعيفة
ينشغل باللعب الانعزالي ومدة	يعاني من صعوبات في تعميم الحركات من بيئة لأخرى	تكرار لغة الآخرين (المصاداة).
يستخدم أدوات اللعب بطرق غير مألوفة	يعاني من صعوبات في التخطيط الحركي	يظهر صعوبة في المفاهيم المجردة

النظرية المعتمدة هي النظرية السلوكية:

لقد ساهمت الدراسات السلوكية في زيادة فهم العجز أو العيوب الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين، وتقترح بعض الدراسات السلوكية بان العجز الاجتماعية الذي يظهر في حالات التوحد غالبا ما يكون ناتجا عن لقدرة في معالجة المعلومات الانفعالية واستناد الى هذه الفرضية فان الطفل التوحدي يفتقر الى القدرة البيولوجية اللازمة لدارك الانفعالات الناتجة عن المثيرات والدوافع وهذا يؤدي الى عجز في التعبيرات الانفعالية الأزمة والافتقار الى هذه القدرة يؤدي الى فشل في تأسيس الارتباطات الشخصية المبكرة في الحياة وإعاقات في تطوير الوظائف العقلية اللازمة للشعور الشخصي، وتغيرات الوجه والحجة من الانفعالات الرئيسية الملاحظة للخبرات الانفعالية للفرد وهذه التغيرات توفر لنا فهما للوسائل غير اللفظية التي يصدرها تجاه الآخرين وفي هذا السياق فإن الأبحاث المتصلة بادراك الانفعال في اضطراب طيف التوحدي تركز على معالجة تعبيرات الوجه، وهذه الدراسات أشارت بوضوح الى أن الطفل التوحدي يعاني من إعاقة شديدة في قراءة التعبيرات الانفعالية الوجهية (WICKEN، 2008).

التقييم السلوكي: BEHAVOIRAL ASSESSMENT

يهتم المعالج السلوكي بالشخص وخصائصه المختلفة من حيث التفاعل بين السلوكيات والموقف، فينظر الى الشخص من منور أنه مجموعة القدرات أو المهارات، فالعدوان والاعتمادية ينظر إليهما على أنهما مهارات تماما مثل مهارة ركوب الدراجة الهوائية. والاهتمام يكون بالخصائص أكثر من الاسم. فالمعالج السلوكي يهتم بالسلوك العدواني وليس العدوان.

ولفهم أفضل للشخص وكيفية تفاعله مع البيئة فإن التقييم السلوكي يعتبر من الإجراءات الهامة المحققة لهذا الهدف. وفي إطار الاهتمام بالسلوك المشكل فإن التقييم السلوكي قد اثبت فاعلية في فهم كيفية حدوثه وتعديله. فالتقييم السلوكي عملية مستمرة تظهر قبل وخلال العلاج بوعده، ويعد التقييم السلوكي هاما لأنه يزودنا بمعلومات حول اختيار طرق العلاج وكذلك يزودنا بتغذية راجعة حول فعالية العلاج وكذلك يسלט الضوء على العوامل الموقفية لمسببة للسلوك المشكل (FHARES & TRULL ،2001).

في محاولة لتطوير وظيفي للتوحد بدأ الكثير من الباحثين في هذا المجال بتطبيق تكتيكات التقييم السلوكي التطبيقي بهدف تقييم وتقويم المعالجة، يهتم ويبحث التقييم السلوكي بتحديد استجابة ذات معنى وضبط المتغيرات بهدف فهم وتعديل السلوك الإنساني.

المنهج السلوكي لتقييم التوحد موجهها نحو الملاحظة، وتعريف وتحديد وتعديل السلوكيات المشكلة ويركز على السلوك الحالي للطفل أكثر من تعريف طبيعة الاضطرابات أو أسباب اضطراب التوحد، ويختلف التقييم السلوكي عن التقييم التقليدي بثلاث طرق مهمة.

1. يتلقى كل طفل تقييم فرديا يعتمد على سلوك محدد يظهره أكثر من كونه مصنفا مع كثير من الأطفال الذين يظهرون خصائص متغيرة متلازمة التوحد.
2. تقييم السلوكيات المحدد متغيرات الضبط تقترح اتجاهات محددة وتجريبية في المعالجة. وتسمح بالتقويم المستمر لفاعلية المعالجة.
3. أخيرا يسمح التقييم السلوكي باستنتاج التقدم اعتمادا على طرق المعالجة التجريبية ويضبط المتغير لسلوك محدد، هذا إضافة الى انه يمكن الاستنتاج بتقدم السلوك.

مراحل التقييم السلوكي:

تطبيق التقييم على الأطفال التوحديين يتبع خمس مراحل من التقييم، هذه المراحل تتفاعل من خلال برنامج المعالجة والمعززة بالتقدم في المعالجة من خلال التقييم المستمر والتعديل:

1- المرحلة الأولى: تتضمن كشف الوضع العام، وهذه المرحلة قد تتضمن توظيف طرق بما في ذلك المقابلات والملاحظات المباشرة وقوائم السلوك، لتحديد المشاكل العامة (كعدم الاستجابة الاجتماعية) والمجالات العامة للصعوبات مثل نوبات الغضب أو الهيجان.

2- المرحلة الثانية: وهي تعريف المشكلة وتتطلب هذه المرحلة تعريف المشاكل المحددة بطريقة تسمح لقياس مستمر موثوق.

منهج البحث وأدواته:

1- تعريف منهج البحث:

المنهج هو تلك الطريقة أو الوسيلة المتبعة من طرف الباحث لحل موضوع ما وللتحقيق من صحة الفرضية المطروحة، وكذا الوصول الى نتائج معينة من خلال الجمع المنظم والمتناسق للمعلومات تم تحليلها وتفسيرها (تركي رابح - مناهج البحث في علم التربية وعلم النفس، المؤسسة الوطنية للكتاب بالجزائر، ص 140).

2- أدوات البحث:

دراسة الحالة:

هي وسيلة هامة لجمع وتلخيص اكبر عدد ممكن من المعلومات عن الحالة كما تعرف على أنها الإطار الذي ينظم ويقيم فيه الأخصائي كل المعلومات التي يحصل عليها من الفرد وذلك عن طريق الملاحظة والمقابلة والتاريخ الاجتماعي والسيرة الشخصية والاختبارات السيكولوجية والفحوص الطبية (عطوف محمد ياسين، علم النفس العيادي، دار العلم للملايين، القسم الأول، بيروت، سنة 1981، ص 399).

3- أنواع المقابلة المستعملة في البحث:

أ- المقابلة الحرة :

هي التي تسمح بالحصول على البيانات المطلوبة بأقل توجيه ممكن واكبر قدر من التلقائية والحرية والمرونة لأنها تسمح للفرد بان يعبر عن آرائه ومشاعره وأفكاره واتجاهاته، تستشير قدرا من مقاومات المريض، وتيسر الكشف عن الخصائص الفريدة والفهم الأكمل والأعمق لديناميات شخصية العميل.

ب- المقابلة الشبه موجهة:

توجه بين الصورتين السابقتين للمقابلة بدرجات متفاوتة من الأسلوب الموجه للمقابلة حيث يهتدي الأخصائي برؤوس موضوعات رئيسية تستقر في ذهنه يطوعها في المرونة لجيب على التوعية الفريدة للحالة (د/حسن مصطفى عبد المعطي، نفس المرجع السابق، ص 216).

الدراسة الأساسية:

1- مواصفات الحالة المدروسة:

تتكون الحالات من 03 أمهات يعانون من نفس المشكل

2- أسباب اختيار الحالات:

تم اختيار الحالات بعد بحث طويل ومتكرر لبعض العائلات التي تقطن في ولاية وهران والمنتشرة في كل البلديات.

وبالتالي فان اختيارنا لهذه الحالات كان مقصودا، ودراسة الحالات كلها كانت داخل منزلهن واختيارنا لهذه العينة كان بسبب أن نفس الآلام والمعاناة تتقاسمها هذه الأمهات.

3- صعوبات البحث:

مثل أي بحث في مذكرة نهاية ماستر واجهتنا صعوبات والتي تبقى ضمن نقائص البث أمها:

1. صعوبة الحصول على أفراد عينة البحث وعدم وجودها في مراكز مخصصة .
2. انعدام المراكز المتخصصة بالتكفل بالمتوحدين وعودتهم الى بيوتهم.
3. ضيق الوقت وبالتالي صعوبات في كيفية التعامل مع أطفال التوحد وعدم تأقلمهم معنا.
4. ودنا كذلك صعوبة في ترجمة المصطلحات العلمية من اللغة الفرنسية الى اللغة العربية.

4- الدراسة الأساسية الخاصة بالحالات الثلاث:

- الحالة الأولى:

● دراسة الحالة – تحليل المقابلات – ملخص عام

- الحالة الثانية:

● دراسة الحالة - تحليل المقابلات - ملخص عام

البيانات المميزة للحالة الأولى:

الاسم: ن

السن: 38 سنة

المستوى المعيشي: ماکثة بالبيت

المستوى الدراسي: السنة خامسة ابتدائي

الجنس : أنثى

الوالدين: معا

السمنائية العامة للحالة (ن):

1- الهيئة العامة:

أ- البنية المورفولوجي: 38 سنة، شعرها اسود، بشرتها بيضاء، عيناها بنيتان

ب- اللباس: لبسها مرتب طول اليوم تبدو في هيئة جيدة

2- الملامح والاماءات:

اتسمت ملامح الوجه خلال المقابلات التي قمنا بها معها بالتقبل والانشراح والراحة والصبر.

3- الاتصال: كان جد سهل حيث كانت ترفح لودنا عندها كل يوم الأربعاء بعرض الدراسة والبحث وبعرض إدخال السرور الى قلبها وتقديم المساعدة ولو بنصيحة أو توجيه.

4- المزاج والعاطفة:

الحالة ذات مزاج مرح إلا أنها في بعض الأحيان تتضايق.

5- النشاط العقلي:

أ- اللغة: تتميز لغة الحالة بالبساطة وهي لغة مفهومة

ب- الذاكرة: تتذكر أحداث ومجريات ابنها

عرض المقابلات:

المقابلة الأولى:

يوم الأربعاء: 2015/03/15 ودامت المقابلة 30د مع أم الطفل المتوحد والهدف منها هو التعرف على الحالة واكتساب الثقة المتبادلة بين الفاحص والمفحوص من أجل توثيق العلاقة بيننا وضمن استمرار المقابلات.

المقابلة الثانية:

يوم الأربعاء: 2015/03/22 ودامت المقابلة حوالي 45د مع الأم حيث تم التعرف على ظروف الحمل تقول أنه الحمل الثاني، وقد صرحت بأنها تناولت بعض الأدوية لأنها كانت مريضة أثناء حملها بسبب الحمى الشديدة وتقول أنه بعد زيارتها للطبيب قد منعها عن تناول الدواء ولكن بعد فوات الأوان.

المقابلة الثالثة:

يوم الأربعاء: 2015/03/29 دامت الحصة حوالي 45د مع والدة الطفل وكان الهدف منها هو معرفة اكتشاف المرض كيف كان؟

فبعد مرور سنة من عمر الطفل حيث بدأ يكتمل نموه كالمشي والسمع والانتباه ولكن الكلام فهو لم ينطق بأي حرف أو كلمة كباقي الأطفال وهنا بدأت الأم تنبه له حيث تقول أن الجودة الماكثة معها في السكن تطمئنها دائما وتقول لها بأنه سوف يتكلم ولو نتأخر مثل عمته ومثال فلان في سن الثلاث أو أربع سنوات، هكذا كانت تطمئن الأم قليلا ولكن الحالة تعيش على حالها بل وتطور حيث بدء في سن العامين يقوم ببعض التصرفات الغريبة كتقشير الحائط وبعض الأصوات الغريبة التي كان يصدرها وهنا بدأت الأم تنزعج وقد أيقنت بضرورة أخذ ابنا الى الطبيب لتشخيصه ومعرفة نوع مرضه.

المقابلة الرابعة:

يوم الأربعاء 7 أفريل 2015 على الساعة 10:30 صباحا مع أم الطفل المتوحد وهي تتابع الحكاية حيث قالت أنها أخبرت الأب بضرورة أخذه الى المستشفى للاستفسار عن مرضه وعلاجه فأخذته مع زوجها الى طبيب وهو في سن 3 سنوات وبعد مروره بعده أطباء تقول وبعد استشارة عدة أخصائيين نفسانيين فقد رفض البعض قوالو بأنه حالة صعبة لأنه يتطلب متابعة يومية عند الأخصائي الارطفوني لتعليمه مخارج الحروف وتدريبه على النطق وهذا ما زاد من خوف أمه وعليه فقد وهموها الى العاصمة للمتابعة في لمستشفى وهنا قدمت لها البرنامج ولكونها لم تستوعب جيدا فقد شرحت لها ما في البرنامج من توجيهات ونصائح مقدمة للإباء حول كيفية المحافظة على سلامة وامن المنزل وتعريفها بهذا الاضطراب النمائي وكذا تعليمها المهارات الضرورية مثل: معرفة ضبط السلوك المشكل الى أطفالهم التوحيديين. هذا ما يزيد من فرض تعليم الطفل وتحسين نوعية حياة الأسرة، والتخفيف من الضغوطات النفسية وتمكين الآباء من مواصلة جهودهم في رعاية الطفل.

المقابلة الخامسة:

يوم 14 افريل 2015 على الساعة 10:00 صباحا وكان ذلك في منزل الحالة حيث سألتها عن كيفية تعاملها مع طفلها المتوحد فأجابت أنها بدأت تتأقلم معه وتتصرف معه بايجابية وتقول أنها قد تخلت عن الشعور الشيء تجاه طفلها واستبدلت الأفكار الخاطئة بأفكار صحيحة وهذا ما ساعدها على فهم طفلها وكذا نصحتها بقراءة بعض الحالات التوحدية الشديدة ليعطيك الدافعية والتشجيع لمساعدة طفلك على تعلم المهارات وسوف يكون بحر إن شاء الله.

الملاحظة المسجلة عن الحالة:

من خلال المقابلات تبدو لنا الأم وكأنها تعرف ماذا تريد وماذا يريد طفلها، تعامله معاملة جد عادية ولكن رغم هذا فهي تظهر عليها ملامح القلق في بعض الأحيان والتقبل في بعض الأحيان الأخرى.

خلاصة المقابلات:

تمتاز الحالة بغياب الدعم الأسري فعند ما يريد الزوج مساعدتها تتدخل الجدة بترك الكفل وشانه لينمو كسائر أقرانه دون اللجوء للطبيب.

أما الزوج فهو يقوم بجمع المال حتى يتمكن من أخذه الى العاصمة ليتم علاج طفله.

وما يمكن استنتاجه انه يمكن أن يكون سبب اضطرابه هو تناولها للأدوية في فترة مجملها دون انتشاره الطبيب ولكن هذا يبقى احتمال لا أكثر لان أسباب التوحد كثير ولم يتم التعرف عن سبب لحد اليوم لا تزال الدراسات قائمة حول هذا الاضطراب.

مناقشة الفرضيات:

يمكن مناقشة النتائج انطلاقاً من الفرضيات التي انطلقنا منها ومن خلال المقابلات التي أجريت مع الحالات:

الفرضية الأولى:

فعلاً تظهر انشغالات الأسرة التي لها طفل متودد في معرفة نوع الرعاية التي يجب أن تمنحها لابنها وذلك من خلال المقابلات التي أجريتها مع الحالة إلي قالت أنها لم تعرف كيف تتعامل مع طفلها المتوحد.

هذا ما أكدت الحالة عن ابنها الذي لم تتعرف على رضه حتى سن 4 سنوات وذلك بسبب تجاهل والتغافل بسبب الأعراف والعادات وهذا راجع الى نقص في التوعية ونقص للمراكز المتخصصة بالمتوحدين وكذا المتخصص في هذا المجال بالإضافة الى نقص المعلومات حول هذا المرض ونوعية الرعاية التي يجب أن تتعامل لهذا الطفل البريء.

الفرضية الثانية:

بين من خلال المقابلات أن الطفل المتوحد يبدي نوع من التقدم بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح للأسرة بغرض مساعدة الآباء والأمهات في تربية أطفالهم بالإضافة الى الدعم المادي والمعنوي، حيث صرحت الحالة بأن طفلها لديه صعوبها في التواصل مع الطفل وتفهمه ومعرفة حاجاته وطريقة تعبيره عن الأشياء هذا كان قبل اقتراح البرنامج ولكن بعد تطبيق البرنامج على الأسرة وخاصة الأم التي تعاملت معها فإنها قد استفادت منه وأصبحت لديها درجة من الوعي والتفهم والتقبل لهذا المرض.

خلاصة عامة وتوصيات:

من خلال النتائج أمكن استخلاص مجموعة من النتائج وهو ما سمح لنا أيضا بتقديم مجموعة من التوصيات تتمثل أمها فيا يلي:

1- ضرورة الاهتمام بإجراء الفحوص الطبية قبل الزواج وخاصة بين الأقارب كنوع من الوقاية الأولية من الإعاقة.

2- ضرورة اهتمام وتوجيه البحوث والدراسات الى الأسر وخاصة اسر المتوحدين وذلك بهدف:

- التعرف على طبيعة ومصادر ومحددات الضغوط التي تتعرض لها تلك الأسر
- تحديد الاحتياجات الخاصة بأسر المتوحدين
- اقتراح ودراسة أساليب التعامل مع الضغوط وإشباع الاحتياجات وذلك غفي إطار هدف أسمى، هو تكيف اسر المتوحدين مع إعاقة أبنائهم بالرق الذي يمكن من المشاركة في التفاعل وتدريب وتعليم وتأهيل الطفل المتوحد، ويخرجه من عزلته ليصبح فاعلا ومفيدا لنفسه ومجتمعه.

3- ضرورة تصميم برامج تهتم بأسر الطفل المتوحد على أن يشمل:

- التوعية بالمظاهر السلوكية للإعاقة التي تمكن من التشخيص المبكر للإعاقة
- إهداء الوالدين بالمعلومات حول الإعاقة والخدمات التي تمكن من تخفيف آثارها وكذلك خصائص واحتياجات الطفل المتوحد.
- الإرشاد الفردي والجماعي للأسر لتوفير الدعم النفسي والاجتماعي
- تدريب الوالدين على إجراء تدريبات التخاطب المساعدة في تدريب الطفل وتنمية قدراته اللغوية.

بعض التوصيات والنصائح الموجهة الى أم الطفل المتوحد:

- تقبلي بسرور كلام طفلك وشجعيه على النطق مما كانت درجة إعاقته
- العبي معه ووجهيه نحو المرآة ودعيه يشاهد حركات التقليد وتعابير الوجه التي تقومين بها.
- تشجيعه على القيام بالأشياء التي يقدر عليها فذلك سيعزز ثقته بنفسه.
- دعيه يحس ويلمس أن جميع أفراد الأسرة يحبونه ويدعمونه ويحتاجون إليه.
- ابذلي معه الوقت والجهد وكوني صبورة.

المراجع العربية:

- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2004). التوحد السمات والعلاج. عمان: دار وائل للطباعة والنشر.
- أحمد الرشيد الخالدي (2008). أهمية اللعب في حياة الأطفال الطبيعيين وذوي الاحتياجات الخاصة. عمان: المعزز للنشر والتوزيع.
- أحمد اللقاني، فارعة حسن (2001). مناهج التعليم بين الواقع والمستقبل. القاهرة: عالم الكتب.
- أحمد بلقيس، توفيق مرعي (1987). الميسر في سيكولوجية اللعب. عمان: دار الفرقان.
- أحمد ذكي صالح (1972). علم النفس التربوي. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- أحمد عباس عبد الله (1999). إرشاد أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة رسالة الى العاملين في مجال الإرشاد. ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل حياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، جامعة الخليج العربي بالتعاون مع الجمعية العناية للمعوقين، مسقط، عمان، 19- 21 ابريل.
- أحمد عبد الخالق (1994). الدراسة التطورية للقلق، حوليات كلية الآداب، الكويت، الحولية الرابعة عشرة، الرسالة التسوية.
- أحمد عبد اللطيف أبو سعد (2011). تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق. عمان: دار المسيرة.
- أحمد عزت راجح (1985). أصول علم النفس. القاهرة: دار المعارف.
- أحمد عكاشة (1998). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الانجلو.
- أسامة فاروق مصطفى (2004). مشروعات مبادرات الحماية الاجتماعية- مبادرة النو - كاريتاس - صر، مشروع غير منشور، موجود في مكتبة كاريتاس - مصر.

المصادر والمراجع

- اسامة فاروق مصطفى (2008). التنبؤ بمستقبل أفضل للطفل التوحد. ورقة عمل المؤتمر الأول للتوحد في مركز للتوحد في الفترة من 10-12 نوفمبر، الموافق 12-14 ذو القعدة 1429هـ.
- اسامة فاروق مصطفى (2011). اثر الإرشاد الأسري العقلاني الانفعالي في خفض السلوك التكراري وعلاج القصور في العلاقة الاجتماعية لدى الأبناء ذوي اضطراب طيف التوحد. بحث منشور في المؤتمر العلمي لقسم الصحة النفسية بكلية التربية بجامعة بنها – الصحة النفسية: نحو حياة أفضل للجميع (العاديين – وذوي الاحتياجات الخاص) من 17-18 يوليو، لمجلد الأول من ص ص 737- 788.
- اسامة فاروق مصطفى (2011). علاقة التأهيل المهني كمدخل علاجي بدمج التوحيديين في سوق العمل وتنمية مهاراتهم الاجتماعية، ورقة عمل، الملتقى الحادي عشر الجمعية الخليجية للاعاقة لدول مجلس التعاون الخليجي بالتعاون مع الجمعية الكويتية لأولياء أمور المعاقين بالكويت في الفترة من 1-3/5/1432 هـ، 5-7 ابريل، ورقة عمل.
- اسامة فاروق مصطفى (2011). مدخل الى الاضطرابات السلوكية والانفعالية، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- اسامة فاروق مصطفى (2012)، مقدمة في التربية الخاصة، النشر العلمي، جامعة الطائف.
- اسامة فاروق، السيد الشربيني (2011). سمات التوحد. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- اسامة فاروق، السيد الشربيني (2011). التوحد (الأسباب – التشخيص – العلاج). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- غباري، ثائر احمد، خالد محمد أبو شعيرة (2010). سيكولوجيا النمو الإنسان ي بين الطفولة والمراهقة. الأردن: مكتبة المجمع العربي للنشر والتوزيع.
- يوسف، جمعة سيد (1990). سيكولوجية اللغة والمرض العقلي. سلسلة عالم المعرفة العدد (145)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

المصادر والمراجع

- يوسف، جمعة سيد (2000). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. مصر: دار غريب للطباعة والنشر.
- يوسف، جمعة سيد (2001). النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، مراجعة نقدية. القاهرة: دار غريب.
- الصمادي، جميل محمود (1999). الإرشاد النفسي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهـم. ندوة الإرشاد النفسي والمهني من اجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. جامعة الخليج العربي بالتعاون مع الجمعية العمانية المعوقين، (سقط، عمان، 19- 21 ابريل) 95-115.
- روتر، جوليان (1989). علم النفس الإكلينيكي. ترجمة : محمود هنا، مصر " دار الشروق، ط3.
- زهران، حامد (2009). علم النفس النمو، مصر: عالم الكتب.
- زهرن، حامد (2007). الصحة النفسية والعلاج النفسي. مصر: الم الكتب.
- باشا، حسان شمسي (1993). النوم والأرق والأحلام بين الطب والقران. السعودية: دار المنارة والتوزيع.
- عبد المعطي، حسن مصطفى (2003). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة. مصر: دار القاهرة.
- عبد المعطي، حسن مصطفى، السيد عبد الحميد أبو قلة (2007). مدخل الى التربية الخاصة. مصر: مكتبة زهراء الشرق.
- عبد المعطي، حسن مصطفى، هدى قناوي (2000). علم نفس النمو. مصرن دار قباء للطباعة والنشر.
- المعتوق، احمد محمد (1996) الحصيـلة اللغوية، أهميتها – مصادرها – وسائل تنميتها. سلسلة عالم المعرفة، العدد 212، المجلس الوطني لثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- عبد الخالق، أحمد ممد (2002). الوسواس القهري: التشخيص والعلاج. الكويت : مجلس الشر العلمي للكويت.

المصادر والمراجع

- الخالدي، أديب محمد (2006). مرجع في علم النفس الإكلينيكي. عمان . الأردن: دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.
- البطانية، أسامة محمد، عبد الناصر دياب الجراح، مأمون محمود غوانمة (2011) علم نفس الطفل غير العادي. الأردن: دار المسيرة
- باهظة، أمال عبد السبع (2003) الأطفال المراهقون المعرضون للخطر
مصر: مكتبة الانجلو المصرية
- الدوة، أمل محمود السيد محمود (2003). النشاط النيوروسيكولوجي للمخ المرتبط بالانتباه لدى الأفراد زائدي النشاط منخفضي التحصيل الدراسي، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية التربية بالعريش، جامعة قناة السويس.
- سكستون، آن (2004). إيذاء الذات. ترجمة : حسن مصطفى عبد المعطي،
مصر: دار السحاب للنشر والتوزيع. 63349570 تليفونها.
- أندرسون (2007). علم النفس العرفي وتطبيقاته. ترجمة : محمد صبري
سليط، رضا مسعد الجمال، الأردن، دار الفكر.
- الشرقاوي، أنور (1992). علم النفس المعرفي المعاصر. القاهرة: الانجلو
المصرية.
- بطرس، بطرس حافظ (2010). المشكلات النفسية وعلاجها. الأردن: دار
المسيرة للنشر والتوزيع.
- بطرس، بطرس حافظ (2010) إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسراهم.
الأردن: دار المسيرة.
- تيرنر (1992). النمو المعرفي بين النظرية والتطبيق. ترجمة عادل عبد
الله، مصر، الدار الشرقية.

المراجع الأجنبية:

- Allen k.e et schwartz. i.s (2002) : the exceptional child : inclusion early childhood education, s Delmar. New York: Appleton.celtury croft.
- Allman, t.(2010). Autism. New York: gale gengage learning.
- American psychiatric association. (2000).diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision (dsm-iv-tr). Washington.dc: American psychiatric press inc.
- Anderson, s, Avery home-based early intervention with autististic children,