

# قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

الدكتورة  
فوزية عبد الله الجلامدة  
أستاذة التربية الخاصة المساعد

٤٦٤١١٤٤ :٣  
٤٦٥٩٥٣٧ :٤

دار الزهراء - الرياض



# قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

الدكتورة  
فوزية عبد الله الجلامدة  
استاذة التربية الخاصة المساعد

دار الزهراء - الرياض

دار الزهراء للنشر والتوزيع ، ١٤٣٦ هـ (ح)  
فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

الجلامدة ، فوزية عبد الله  
قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد. / فوزية عبد الله  
الجلامدة .- الرياض ، ١٤٣٦ هـ  
٤٤٠ ص ، ٢٤×١٧ سم  
ردمك : ٠ - ٣ - ٩٠٦٩٤ - ٦٠٣ - ٩٧٨  
١- التوحد (مرض) .

أ.العنوان  
١٤٣٦/٧١٧٧

ديوي ٦١٨٩٢٨٩٨٢

رقم الإيداع : ١٤٣٦/٧١٧٧

ردمك : ٠ - ٣ - ٩٠٦٩٤ - ٦٠٣ - ٩٧٨

حقوق الطبع ملكاً للناشر  
لا يُسمح بإعادة نشر هذا العمل أو أي جزء منه أو تخزينه بأي  
وسيلة أو تصويره أو ترجمته دون موافقة خطية مسبقة من الناشر

الطبعة الأولى  
١٤٣٧ هـ / ٢٠١٦ م

الرياض - العليا : بين شارعى العليا والضباب ت : (٦) ٤٦٤١١٤٤ - ف : ٤٦٥٩٥٣٧  
القصيم - بريدة : طريق الملك عبد العزيز ت : ٣٨٥٠٠٤٣ - ف : ٣٨٥٠١٣١  
القاهرة - ١٣٤ شارع ممدوح سالم خلف أرض المعارض / تليفكس ٢٤٠٤٦٣٢٩  
E-mail: dar\_alzhras@hotmail.com / ozahraa@hotmail.com  
Buraydh: ozahraa2@hotmail.com Cairo: ozahraa3@hotmail.com  
www.daralzahraa.com.sa

## مقدمة الكتاب

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على من لا نبي بعده نبينا محمد وعلى آله وصحبه الكرام وبعد .

يعد اضطراب طيف التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية غموضاً ، حيث يسعى الباحثون والاختصاصيون إلى فهم هذا الاضطراب ومعرفة أسبابه ، حيث أن أدبيات التربية الخاصة تفتقر إلى المصادر العلمية التي تبحث في اضطرابات التوحد ، وعلى حد علمي أن المكتبات العربية تفتقر إلى كتاب مرجعي متخصص يتحدث في مجال المشكلات السلوكية والنفسية والاجتماعية وقضايا أخرى لأطفال اضطرابات طيف التوحد .

يواجه الطفل التوحدي العديد من المشكلات المختلفة التي تؤثر عليه سلباً ، وعلى تواصله الإيجابي مع المجتمع مما يفاقم المشكلة ، والأهم أن بعض هذه المشكلات يؤثر على أولياء الأمور ولا يوجد لديهم سوى القبول بها والتعامل معها بشيء من الصبر وإلا أصبحت حياتهم جحيم ، ولذلك تتطلب هذه الفئة من الناس رعاية خاصة ، والأصعب من ذلك قليل ما يجدوا من الخدمات المساندة المتوفرة لهم لتخفف عليهم من حدة هذه المشكلات ، وتجعلهم أكثر قدرة على الانتباه إلى طفلهم وتقديم كل وسائل الدعم والمساندة .

إنه لمن دواعي سروري أن أقدم هذا الكتاب إلى الباحثين والعاملين بمجال التوحد وطلبة التربية الخاصة وأولياء أمور الأطفال الذي يعانون من اضطرابات طيف التوحد ، راجياً أن يجدوا فيه معلومات مفيدة وحديثة تمكنهم من فهم طبيعة المشكلات السلوكية والنفسية والاجتماعية لاضطراب طيف التوحد وكيفية التعامل معها وكذلك بعض القضايا الأخرى ذات العلاقة بالتوحد .

هذا وقد جاء الكتاب في تسعة فصول تتناول قضايا ومشكلات الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد من جميع جوانبها ، حيث يتناول الفصل الأول مدخل إلى اضطرابات طيف التوحد ، بينما يتحدث الفصل الثاني عن قضية مهمة تشغل بال

الأخصائيين والباحثين في مجال التوحد وهي قضية تشخيص الأطفال ذوي طيف التوحد ، أما الفصل الثالث يتحدث عن قضية أخرى لا تقل أهمية عن القضية سابقتها وهي قضية دمج الأطفال ذوي اضطرابات التوحد في مدارس التعليم العام بالإضافة إلى موضوع التدخل المبكر في مرحلة الطفولة عند الأطفال التوحديين ، في حين جاء الفصل الرابع لنتناقش فيه إحدى مشكلات اضطرابات طيف التوحد المميّزة وهي مشكلة التواصل لدى أطفال طيف التوحد ، ويليه الفصل الخامس يوضح لنا مشكلة أخرى من مشكلات أطفال طيف التوحد وهي مشكلة اللغة والكلام واضطراباتها ، أما الفصل السادس فنعرض فيه إلى المشكلات السلوكية والنفسية التي يواجهها الأطفال ذوي اضطرابات التوحد ، يليه الفصل السابع ويناقش المشكلات الانفعالية والاجتماعية ، في حين تأتي مشكلات تعليم وتدريب الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد في الفصل الثامن من هذا الكتاب ، وأخير الفصل التاسع لتتطرق به عن موضوع الإرشاد النفسي للأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد وأسرههم .

وختاماً أرجو من الله العليّ القدير أن أكون قد وفقت في تقديم هذا الكتاب ، وأن يكون هذا العمل بذرة خير في مجال المؤلفات العلمية الجادة في مجال التربية الخاصة ولا سيما في مجال التوحد . وأنا بكل سعادة وسرور أتلقى الملاحظات على الإيميل التالي [fawziaj91@yahoo.com](mailto:fawziaj91@yahoo.com) بهدف تلافي السليبيات مستقبلاً . وإن كان هناك من توفيق فهو من الله وحده سبحانه وتعالى ، وإن كان هناك تقصير فهو مني ، فالكمال لله وحده وحسي أني اجتهدت ، وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين ، والصلاة والسلام على سيدنا محمد خاتم الأنبياء والمرسلين وعلى آله وصحبه وسلم أجمعين .

### المؤلفة

## الفصل الأول

### مدخل إلى اضطرابات طيف التوحد

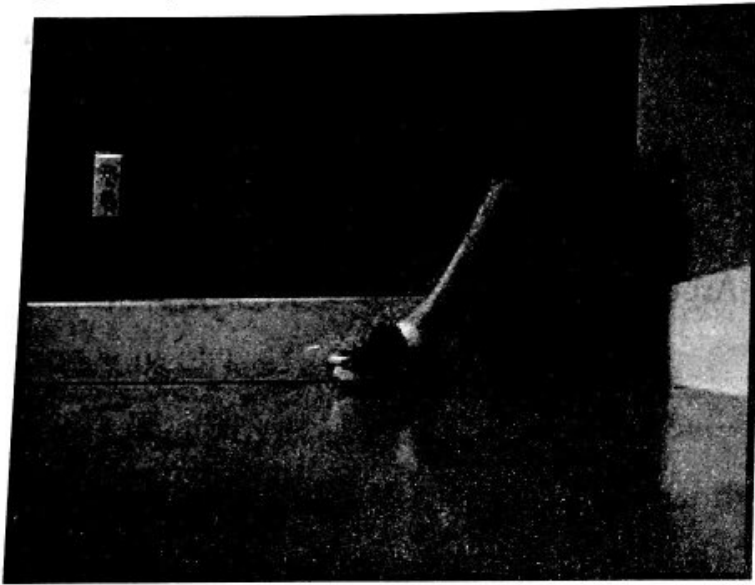
- . تعريف اضطراب التوحد .
- خصائص أطفال طيف التوحد :
- . الخصائص الاجتماعية .
- . الخصائص اللغوية .
- . الخصائص النفسية والانفعالية .
- . الخصائص التواصلية .
- . الخصائص السلوكية والاهتمامات المحدودة .
- . الخصائص المعرفية .
- أعراض ومؤشرات التوحد .
- . نسبة انتشار التوحد .
- . أسباب التوحد .
- . أطيف التوحد .
- . مراجع الفصل الأول .

## الفصل الأول

### مقدمة في اضطرابات طيف التوحد

طيف التوحد أو ما يسمى أشباه التوحد ، هي حالات الاضطراب النمائي الشامل ، ويقصد به الأطفال الذين تظهر لديهم العديد من المشاكل في أساسيات التطور النفسي في نفس الوقت وبدرجة شديدة ، أما التوحد فهو مرض محدد بذاته ، وفيه نوع شديد من اضطرابات التطور العامة .

في مطلع العقد الثامن من القرن العشرين الماضي فقد استخدم مصطلح



اضطرابات التطور العامة ليكون مظلة لمجموعة من الحالات التي تجمعها عوامل مشتركة والتي كان بينها اختلافات ، وهذه الحالات هي اضطرابات عصبية تؤثر في مجموعة من مناطق النمو الفكري والحسي ، وعادة ما تظهر هذه الاضطرابات

تقريباً في سن الثالثة من عمر الطفل ، وهذه العوامل المشتركة هي :

١. انخفاض في التفاعل والتواصل الاجتماعي .
٢. نقص في القدرات الإبداعية .
٣. نقص في التواصل اللغوي وغير اللغوي .
٤. سلوكيات نمطية متكررة .

التطور الفكري والحركي لكل الأطفال يندرج تحت مجموعة من المهارات ، والطفل التوحدي لديه تأخر في اكتساب بعض من تلك المهارات بالمقارنة مع أقرانه ، وقد تتوقف بعض هذه المهارات عند حد معين ، والبعض يفقد بعض المهارات بعد اكتسابها .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

ومن أهم تلك المهارات ما يلي :

١. المهارات الحركية .
  ٢. مهارات الفهم والإدراك .
  ٣. المهارات اللغوية .
  ٤. المهارات الاجتماعية والنفسية .
- لقد قسمت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع عام (١٩٩٤) هذه الاضطرابات إلى خمس مجموعات ، ولكل مجموعة مقاييسها الخاصة وشروطها ، وأصدرت الجمعية ذاتها كتيباً تشخيصياً تضمن مجموعة من البنود والقواعد لتستخدم كدليل توجيهي لتشخيص اضطرابات التطور العامة (الضبي ، ١٤٢٣) .

يتكون طيف التوحد من المجموعات الآتية :

١. اضطراب التوحد Autistic Disorders .
٢. اضطراب أسبيرجر Asperger`s Disorder .
٣. اضطراب ريت Rett`s Disorder .
٤. اضطراب التحطم الطفولي Childhood Disintegrative Disorder .
٥. اضطراب التطور العامة غير المحددة Pervasive Developmental Disorder .
- Not Otherwise Specified PDD- NOS .

### تعريف اضطراب التوحد : Definition of Autism Disorder

اختلف العلماء في تعريف التوحد كاضطراب ، حيث أن كلمة " توحد " تعني النفس أو التوحد ، حيث أن الأطفال الذين يصابون بهذا الاضطراب يمتازون بأنهم منغلِقون على أنفسهم ولا يقيمون علاقات اجتماعية ، ويفشلون في استخدام اللغة بهدف التواصل مع الآخرين ، ويتميزون أيضاً بأن لديهم رغبة ملحّة في الاستمرار بنفس السلوك ولديهم إمكانيات معرفية جيدة ، وتبدو عليهم سلوكيات نمطية متكررة وتحدث هذه الصفات قبل عمر (٣٠) شهراً من عمر الطفل (الجلامدة ، وحسن ، ٢٠١٣) .



ويعتبر التوحد اضطراباً في النمو العصبي يؤثر على التطور في ثلاثة مجالات أساسية هي : التواصل ، والمهارات الاجتماعية ، والتخيل ، ولا يميز بين جنسية وأخرى أو طبقة اجتماعية أو أخرى حيث تشير الدراسات إلى أنه أخذ بالتزايد (الشامي ، ٢٠٠٤) .

ويعتبر كارنر (Karnr) أول من أشار إلى التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة ، وكان ذلك في عام (١٩٤٣) والذي كان يوصف بأنه نوع من مزايا وصفات الطفل النفسية مثل الانسحاب الذي يحصل عند الفصامين ، وأكد كارنر في دراسة له أجريت على أحد عشر طفلاً كانوا يعانون من متلازمة غير معروفة بهدف التعرف على خصائصهم السلوكية المتمثلة في بعض الصفات التي يبدو أنها هؤلاء الأطفال ، وتشمل عدم القدرة على التعلق ، والانتماء إلى الذات والآخرين والمواقف وذلك منذ الولادة ، وتأخر في اكتساب الكلام ، وعدم استخدام الكلام من أجل التواصل ، ورغبة شديدة في التمسك بالروتين ، والنمطية في سلوك اللعب وصفات كثيرة لم تكن مألوفة (الخطيب وآخرون ، ٢٠١١) .

ويذكر وينج (Wing) عند الزارع (٢٠١٠) أن مصطلح اضطراب التوحد يستخدم للتعبير عن فئة ذوي اضطراب التوحد التقليدي والمعروف لدى الغالبية باختلاف درجاتهم سواء أكانوا من ذوي الأداء المتدني أو ذوي الأداء العادي أو من ذوي الأداء المرتفع .

تعرف الجمعية البريطانية الوطنية للأطفال التوحدين (National Autistic Society - NAS, 1978-2008) التوحد على أنه اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكياً ، والمظاهر الأساسية يجب أن تظهر قبل وصول الطفل إلى سن (٣٠) شهراً من العمر ، ويتضمن اضطراباً في سرعة أو تتابع النمو ، واضطراباً حسيماً في الاستجابة للمثيرات ، واضطراباً في الكلام واللغة ، والسعة المعرفية ، واضطراباً في التعلق والانتماء للأشياء والموضوعات والناس والأحداث .

كما يعرف التوحد على أنه حالات قصور ثلاث تتمثل في :

١. صعوبات في النطق واللغة وعدم التواصل الشفوي .
٢. صعوبات في النطق الاجتماعي .

٣. صعوبات في التخيل واللغة الداخلية (الزارع ، ٢٠١٠).

كما اختلف الباحثون بتعريفاتهم للتوحد كاضطراب شأنه شأن فئات التربية الخاصة الأخرى وذلك للأسباب التالية :

١. تعدد الشرائح التي اهتمت بحالات التوحد كالطبيب ، والأخصائي ، وأخصائي التربية الخاصة ، والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين وغيرهم .

٢. تعدد الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد .

٣. إن التوحد ليس درجة واحدة ، وإنما هو درجات ، منها البسيطة ، والمتوسطة ، والشديدة .

٤. أعراض التوحد كثيرة جداً ، وليس بالضرورة أن تكون الأعراض جميعها موجودة في كل طفل مصاب بالتوحد .

٥. تعدد المصطلحات التي تصف أعراض التوحد ، يسمى تارة مرضاً وتارة اضطراباً سلوكياً وتارة أخرى إعاقة عقلية .

٦. اختلاف أنواع وأطيف التوحد كما ذكر الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders DSM-4) خمس فئات هي : اضطراب التوحد متلازمة أسبيرجر ، متلازمة ريت ، واضطراب الطفولة الانتكاسي ، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة . (الظاهر ، ٢٠٠٩)

يشير (Wolf) إلى أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب التوحدي هم الذين :

١. ينقصهم الاتصال الانفعالي .

٢. ينقصهم الاتصال اللغوي المتمثل في ضعف النمو اللغوي مع شذوذ في شكل ومضمون الكلام وترديد لما يسمع .

٣. شذوذ في اللعب والتخيل .

٤. النمطية والتقوُّلب والإصرار على الطقوس والروتين ، وردود الفعل العنيفة إزاء أي تغير في هذه الأنماط مع وجود الكثير من الحركات غير الهادفة ، (مثل هز الرأس ، وحركة اليدين ، والأصابع ...)

(Wolf, 1988)

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

كما عرف قانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين (IDEA) التوحد بأنه عبارة عن إعاقة نمائية تؤثر تأثيراً بالغاً على التواصل اللفظي وغير اللفظي (الزريقات ، ٢٠١٠).

ويعرف فريق مايو كلينك (٢٠٠٤) التوحد : بأنه اختلال دماغي يسبب نوعاً من المشاكل التطورية لدى الأطفال تتضمن نقصاً في المهارات الاجتماعية ، وتطور اللغة ، وسلوك شاذ ، ويظهر كتأخر في التطور أو ارتداد في التطور مع نقص الاهتمام بالآخرين ، وتظهر الأعراض بعمر ثلاث سنوات ، وهو نمو غير طبيعي ينتج عنه إعاقة مستديمة تحدث قبل (٣٦) شهراً من عمر الطفل وتؤثر على جوانب عديدة في الطفل تؤدي إلى ضعف العلاقات الاجتماعية والتواصل اللغوي والحسي مع الآخرين إضافة إلى محدودية الاهتمامات والنشاطات .

ويعرف التوحد وفقاً للجمعية الأمريكية للتوحد على أنه إعاقة نمائية (تطورية) تظهر دائماً في الثلاث سنوات الأولى من العمر ، نتيجة للاضطرابات العصبية التي تؤثر على وظائف المخ ، ويتداخل مع النمو الطبيعي فيؤثر في الأنشطة العقلية في مناطق التفكير ، والتفاعل الاجتماعي ، والتواصل .

ويعرف الشخص عبد الغفار (١٩٩٢) اضطراب التوحد : بأنه اضطراب في النمو والتطور بمعنى انه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة وعلى مجالات العلاقات الاجتماعية والأنشطة في النمو اللغوي بصفة خاصة ، وعادة ما يصيب الأطفال في سن ثلاث سنوات الأولى من أعمارهم ، ومع بداية ظهور اللغة حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم ، وعدم الاهتمام بالآخرين وتبلد المشاعر (الشخص وعبد الغفار ، ١٩٩٢) .

وتعرف الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية سنة (1994, DSM-4) اضطراب التوحد بأنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثراً بذلك على التواصل اللفظي وغير اللفظي ، والتفاعل الاجتماعي ، وهو عادة يظهر في سن قبل ثلاث سنوات ، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي نوع تغيير أو تغير في الروتين اليومي ، وكذلك بدون ردودا وأفعالاً غير طبيعية لأي خبرات جديدة .

ويعتبر التوحد من الاضطرابات التي تنتج عن اضطراب هرموني ، ومن علاماته نقص في القدرة على التفاعل الاجتماعي ، وقصور في عملية التواصل مع الآخرين وتأخر في اللغة والقدرة على استخدام اللغة في التواصل بنوعية اللفظي وغير اللفظي ، بالإضافة إلى تضارب في السلوك الذي يتميز بالترار النمطي ، ويغلب العجز في المعرفة على الهيئة الإكلينيكية للطفل التوحدي من خلال اضطراب وظائف الإدراك ، والتفكير والتخيل والتذكر ، مما يؤدي إلى صعوبات في التوافق مع المتغيرات البيئية من جهة ، ومع المحيطين به من جهة أخرى (نصر ، ٢٠٠٢) .

ونستخلص مما سبق أن اضطراب التوحد ما هو إلا اضطراب يبقى مترامنا مع الطفل من لحظة الميلاد إلى مدى الحياة بحيث يؤثر على نموه الطبيعي ، وعلى عملية التواصل ، وعلى العلاقات الاجتماعية وعلى أغلب القدرات العقلية ، ويظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمره ويفقده التواصل مع من حوله وكذلك يفقده الاستجابة للخبرات الجديدة والتجارب التي يمر فيها وهذا الاضطراب لا شفاء منه إلا أنه قد يتحسن نتيجة التدخل العلاجي المبكر .

أما الروسان (٢٠١٣) فيذكر أن مصطلح الطفل التوحدي هو مصطلح يشير إلى إعاقة نمائية تظهر قبل سن الثالثة من العمر ، وتبدو أعراضها في ثلاثة مظاهر أساسية هي :

١. صعوبة في التواصل الاجتماعي ، والميل إلى العزلة عن الآخرين ، ومن هنا جاء المصطلح بالعربية " الطفل التوحدي " أي الطفل المنعزل عن الآخرين .
٢. صعوبة التواصل اللفظي ، إذ يصعب على الطفل التوحدي التواصل اللغوي مع الآخرين ، أو التعبير عن الذات .
٣. صعوبة في القدرات المعرفية العقلية لدرجة يمكن القول معها أن (٧٥%) من حالات التوحد تعاني من إعاقة عقلية .

حدد سيفن وآخرون نظاماً تصنيفياً لاضطراب التوحد في أربع مجموعات وهي كالتالي :

١. المجموعة التوحدية الشاذة : يظهر أفراد هذه المجموعة القليل من خصائص التوحدية بالإضافة إلى مستوى أعلى من الذكاء .

٢. المجموعة التوحدية البسيطة : يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية ، ومظاهر روتينية شديدة ، مع إعاقة عقلية بسيط مصحوباً باللغة الوظيفية .
٣. المجموعة التوحدية المتوسطة : يظهر أفراد هذه المجموعة استجابات اجتماعية محدودة ، ومظاهر شديدة من السلوكيات الروتينية والنمطية ، ولغة وظيفة محدودة ومرافقة بإعاقة عقلية .
٤. المجموعة التوحدية الشديدة : أفراد هذه المجموعة منعزلون اجتماعياً ، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية واجتماعية وظيفية ، بالإضافة إلى وجود الإعاقة العقلية في مستوى ملحوظ ، حيث تكتمل في هذه المجموعة ثلوث الأعراض ، وتسمى مجموعة التوحد الكلاسيكي أو التقليدي (الزريقات ، ٢٠٠٤) .

### خصائص توحد أطفال طيف التوحد Characteristics of Autism :

الأفراد ذوي اضطراب التوحد فئة غير متجانسة من ناحيتي الخصائص



والصفات ، وربما يكون الاختلاف بين فرد وآخر من ذوي اضطراب التوحد أكبر من التشابه . كذلك قد تختلف أعراض اضطراب التوحد من طفل إلى آخر حتى إنها قد تختلف عند الطفل نفسه من وقت إلى آخر ، إذ لا يوجد سلوك معين

يدل على ذلك الاضطراب ، ولكن هذا لا يعني عدم وجود خصائص عامة يتشابه بها الأفراد الذين تم تشخيصهم باضطراب التوحد ، كما أن هنالك عدداً من الخصائص العامة التي تميز أفراد هذه الفئة وتساعد على تشخيصهم (Wing, 1996) .

كما تشير العديد من الدراسات إلى أن الأفراد التوحدين يواجهون صعوبات عديدة في جوانب تواصلهم مع الآخرين داخل المنزل والمدرسة ، وكذلك في المجتمع المحيط بهم .

وتتلخص تلك الصعوبات في النواحي الأساسية التي تتأثر فعليا ، ويطلق عليها الثالث أو الاضطرابات الثلاثية وهي :

١. التفاعل الاجتماعي : حيث يجد هؤلاء الأشخاص صعوبة في بدء أو استمرار علاقة اجتماعية ، وعندما يقومون بذلك فإن علاقاتهم غالباً ما تكون ضعيفة وخالية من (الروح) التي تميز العلاقات الإنسانية .

٢. التواصل الاجتماعي : حيث تكون لديهم صعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي ، فهم يجدون صعوبة في فهم دور اللغة كوسيلة لتبادل المعلومات ، والمشاعر ، وطلب الاحتياجات ، وإذا تكونت لديهم مهارات لغوية فإنهم غالباً ما يستخدمونها بطريقة ناقصة وحرفية ، فمثلاً يجد الكثير منهم صعوبة في فهم أي معنى للكلام غير المعنى الحرفي ، ويجدون كذلك صعوبة في فهم تعابير الوجه ، أو نبرات الصوت .

٣. اللعب التخيلي : حيث يجدون صعوبة في تطوير مهارات اللعب التخيلي الضرورية للتعلم وفهم الحياة ، ولذا تكون معظم نشاطاتهم أو ألعابهم نمطية ومكررة ، وغالباً يهتمون بتفاصيل جانبية لأشياء غير هامة أكثر من فهمهم للصورة المتكاملة لشيء أو نشاط أو لعبة ، وتصاحب هذه الاضطرابات الأساسية عدداً من السلوكيات النمطية والتي تختلف في الحدة والشكل من شخص لآخر ، لكنها لا تظهر جميعها لدى نفس الشخص .

يُعد العرض المميز للتوحد هو وجود قصور تكيفي في التفاعل الاجتماعي والتواصل بالإضافة إلى وجود سلوكيات نمطية .

وأهم الملامح الثابتة للتوحد ما يلي :

١. بداية ظهور الأعراض قبل العام الثالث من العمر .
٢. إرتفاع نسبة ظهوره في الأولاد عن البنات .
٣. وجود صعوبات أدائية في اللغة وغياب الأعراض الذهنية .

أهم الملامح المتغيرة للتوحد ما يلي : (Harris, 1996)

١. بداية التعرف على الاضطراب تكون قبل العام الثالث من العمر .
٢. وجود سلوكيات مشابهة للتوحد في التاريخ العائلي ، وجود صعوبات في الحمل وفي فترة ما قبل الولادة (Harris, 1996) .

ويؤكد هيربرت (Herbert 1998) على وجود قصور في جوانب ثلاثة رئيسية تميز

هذا الاضطراب وهي على النحو التالي :

١. الخيال .

٢. العلاقات الاجتماعية .

٣. التواصل الاجتماعي .

وهناك العديد من المحكات التي يجب أن تنطبق على الطفل حتى يتم تشخيصه على أنه طفل توحد ، وهذا يعني أن هذا الاضطراب يتضمن أوجه قصور أولية متعددة واهتمامات وأنشطة تتميز بمحدوديتها وتكراراتها ونمطيتها وقد تأخذ شكل الروتين في الأداء اليومي .

#### الخصائص الاجتماعية Social Characteristics :

يعاني الأطفال ذوو اضطراب التوحد من صعوبات في بدء العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها مع أقرانهم ، رغم احتمالية ارتباطهم بشكل أفضل مع والديهم ، ومقدمي الرعاية وأشخاص آخرين ممن يستطيعون توفير احتياجاتهم وقراءة مشاعرهم . فالقصور في المجال الاجتماعي يُعد أهم مشكلة تظهر على حالات اضطراب التوحد ، وهناك نطاق واسع تتجلى فيه مظاهر القصور في المجال الاجتماعي في مختلف مراحل العمر ، وإن كانت أكثر وضوحاً في المراحل الأولى من عمر الطفل ، إذ يُبدي معظم الأطفال ذوي اضطراب التوحد عدم اهتمام بمن حولهم ويفضلون الوحدة ، وهم نادراً ما يبحثون عن أي تواصل اجتماعي ومشاركة تجاربهم مع غيرهم . إلا أنهم عندما يتقدم بهم العمر تنمو لديهم الرغبة في التواصل الاجتماعي حتى وإن ظلوا يواجهون صعوبة شديدة في التعرف على كيفية التقرب من الآخرين ، وفهم قواعد التواصل الاجتماعي المتعارف عليها (Zager, 2005) .

كما يظهر حوالي (٧٥%) من الأطفال التوحديين منذ الشهور الأولى من حياتهم عدم الاكتراث بوجود أشخاص من حولهم ، حيث أنهم لا يبدون اهتماماً بوجوه الناس وأصواتهم كما يفعل الأطفال العاديون وإذا سمعوا أصوات أمهاتهم ، أو غيرهم فإنهم لا يديرون رؤوسهم تجاه الصوت (Gillberg, et al1990) .

هناك ثلاث سلوكيات إذا حدثت مجتمعة في السنة الأولى من عمر الطفل يمكن أن تميز الطفل التوحدي عن غيره مثل :

١. عدم الاستجابة لأسمائهم .
٢. عدم النظر في أعين الآخرين .
٣. عدم مشاركة الآخرين في الأفعال .

وفي حال حدوث هذه الأمور لدى طفل في عمر (١٢) شهراً فإن هناك احتمالاً بنسبة (٩%) أنه مصاب بالتوحد ، وفي عمر سنة ونصف نجد أن انعدام مهارات الاهتمام المشترك ، والاستخدام غير الطبيعي لتحديقة العينين ، وانعدام اللعب التمثيلي أهم ما يميز الأطفال التوحديين عن غيرهم (الشامي ، ٢٠٠٤) .

وقد لخص القمش (2015) بعض السمات الفرعية والتي تعتبر من مظاهر العجز (القصور) الاجتماعي لدى أطفال التوحد كما يلي :

١. قصور أو عجز في تحقيق تفاعل اجتماعي .
٢. رفض التلامس الجسدي وعدم الرغبة في الاتصال العاطفي الجسمي .
٣. قصور في فهم العلاقات الاجتماعية والتزاماتها .
٤. عدم التأثر بوجود الآخرين أو الاقتراب منهم .
٥. عدم الرغبة في تكوين صداقات أو علاقات مع الآخرين .
٦. عدم الاستجابة لانفعالات الآخرين أو مبادلتهم المشاعر نفسها .
٧. يفضل العزلة عن الوجود مع الآخرين ولا يطلب من أحد الاهتمام به .
٨. لا يرد الابتسامة للآخرين وإذا ابتسم تكون الابتسامة للأشياء وليس للآخرين .
٩. قصور في التواصل البصري حيث يتجنب النظر بوجه الآخرين (القمش ، 2015) .



هناك شكلان من التطور الاجتماعي خلال أول (١٨) شهراً من عمر الطفل

التوحدي :

النوع الأول : أن هناك أطفال لديهم المهارات الاجتماعية واللغوية تكون طبيعية أو شبه طبيعية ثم تتراجع خلال السنة الثانية من أعمارهم .

النوع الثاني : أن هناك أطفال (وهم الأغلبية) يظهر لديهم القصور في تطور المهارات الاجتماعية واللغوية منذ البداية .

وتذكر الشامي (٢٠٠٤) أن هناك عدة مهارات لازمة للمشاركة في التفاعلات

الاجتماعية ومن أهمها :

١ . الانتباه والإثارة .

٢ . المعالجة الحسية .

٣ . تحديقة العينين .

٤ . التمييز والتعبير العاطفيين .

٥ . الاهتمام الاجتماعي بالآخرين .

٦ . التبادلية .

٧ . التواصل غير اللفظي .

٨ . توحيد المعلومات ومعالجتها (الشامي ، ٢٠٠٤) .

### الخصائص اللغوية Linguistic Characteristics :

تعتبر اللغة من أهم ما يميز الطفل التوحدي عن غيره ، حيث يظهر متأخراً لغوياً ، ويؤكد الباحثون أن العجز باستقبال اللغة والإدراك المعرفي غير السوي كافٍ في تفسير التوحد ، حيث يفضل إضافة العجز الاجتماعي كعامل إضافي ضمن العوامل المسببة لاضطراب التوحد .

يتمثل العجز اللغوي لدى الأطفال التوحديين في عدم فهم معاني الكلمات ، وعدم القدرة على استخدام القواعد ، وأن الفروق بين التوحديين والعاديين لا تختلف عن الفروق بين المتخلفين عقلياً والعاديين في عناصر العجز اللغوي (Ramondo, Milech 1984).

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

تطور اللغة التعبيرية بنسبة ضئيلة لدى الأطفال التوحدين ، وقد أظهرت الدراسات بأن (٥٠%) من هؤلاء الأطفال لم يطوروا اللغة التعبيرية أصلاً ، ومما يجدر ذكره أن حال ظهور اللغة لدى الطفل فإنها غالباً ما تستخدم للطلب ، أو للتعبير عن الرغبات ، وليس لأهداف التفاعل الاجتماعي أو ما يدعم هذا الجانب ، وغالباً ما تعود أسباب هذه المشكلة إلى الصعوبات التواصلية الاجتماعية لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد (كوجل وزميله ، ٢٠٠٣) .

ويتصف الأطفال التوحديون بقصورهم الواضح بالتعبير إذ يصعب عليهم بناء الجمل الكلامية ، ويجدون صعوبة في ربط الكلمات في جمل ذات معنى ، وقد يعطي الأطفال التوحدين مسميات قد لا يعرف دلالاتها إلا القريبون منهم كالآباء ، كما قد يعكسون الضمائر فمثلاً نرى أنهم يستخدمون "أنت بدلا من "أنا" ، ويمكن أن يقولوا "أنت تريد شوكلاته" بدلا من "أنا أريد شوكلاته" .

يعاني الأطفال التوحديون من مشكلات في مكونات اللغة والتي تشمل قلة الحصيلة اللغوية ، وعادة ما يتأخر الكلام عندهم حيث يبدوون الكلام بعمر خمس سنوات ، ويعانون من اضطرابات صوتية إذ أن لديهم طبقات صوتية شاذة وتتصف بالرتابة ، ويجدون صعوبة في الألفاظ وخصوصاً في الكلمات المجردة أو الجمل المجازية ، إضافة إلى قصورهم في فهم الكلام في السياق الاجتماعي (برهوم ، ٢٠٠٣) .

ويرى راين وديون (Rapin &Dunn1997) أن أعراض اضطراب التوحد لدى الأطفال هي :

- ١ . اللغة لديهم غير مفهومة ولا يستخدمون حصيلة الكلمات التي ترد أمامهم من الآخرين .
- ٢ . لا يستطيعون التعبير عن احتياجاتهم .
- ٣ . العلاقات الاجتماعية تكاد تكون معدومة فهم منعزلون ، ولا يحاولون تقليد من حولهم ، كذلك لا يحققون أي إضافة في التعلم أو التطبيع الاجتماعي لديهم .

الخصائص النفسية والانفعالية

: Psychological & Emotional Characteristics

تعكس المهارات الاجتماعية والانفعالية الوعي والإدراك الذاتي للطفل ، والقدرة على التفاعل مع الأطفال الآخرين والكبار ، وهذه المهارات هامة لحياة الطفل . بدايةً فإن الطفل يتفاعل من خلال تبادل الأدوار بين الآباء والطفل ، ويطور الأطفال الأساس اللازم لتقدير الذات من خلال هذه العلاقات المبكرة ، ومع نضج الطفل فإنه يطور الصبر ويلتقط الإشارات من خلال التفاعل مع الآخرين لتطوير المهارات الاجتماعية في المشاركة وأخذ الدور والصدقة ، ومن خلال فهم كيف يتعاملون مع الأفراد ، فإن الأطفال يتعلمون كيف يكونون أعضاء في المجتمع ، وعندما يخطئ الطفل في إدراك الرسالة فإنه يصبح غير قادر على التفاعل بشكل مناسب في المواقف الاجتماعية (الزريقات ، ٢٠١٠) :

حتى الآن لم توضح الدراسات التي أجريت على التوحد أيًا من الخصائص النفسية ، ولكن هناك بعض الحالات التي درست في العيادات الطبية تقترح أنه لا يوجد الكثير من الاضطرابات النفسية في التوحد ، والدراسات الإكلينيكية تشير إلى حدوث الاكتئاب في التوحد ، إلا أن نسبة الانتشار الدقيقة للاكتئاب في التوحد ما زالت غير معروفة .

ويشير كوك وجولدينغ (٢٠٠١) إلى أن المخاوف الشديدة والفوبيا غالبًا ما تظهر لدى الأطفال المصابين بالتوحد الذين يعانون من فرط الإدراك الحسي ، إذ وجد أنه يستمر لفترة طويلة بالإضافة إلى ردود فعل غريبة تعيق تقدمهم وأداءهم .

ولعل من بين التعبيرات الشاذة في الحالات الانفعالية النفسية :

١. ضرب البطن أو لف الأصابع في حالة التعبير عن الفرح .

٢. الضحك الشاذ غير الموظف في حالة التوتر .

وقد أكدت الدراسات أن الحالة النفسية للتوحيدين يمكن أن تتبدل بين متضادين بسرعة دون سابق إنذار . كما يمكن أن يظهر الطفل المصاب بالتوحد بعض مشاعر الغيرة ، والإحساس بالسعادة ، والتعلق بالآخرين ، والحزن ، وقد تكون حالة

الانفعالات الحادة كالعدوان ، والصراخ ، ونوبات الغضب العارمة شائعة بين الأطفال المصابين بالتوحد .

ومن الملفت للنظر أن سبب كثير من المشاكل النفسية قد يكون منشؤها صحيا وجسما بالدرجة الأولى ، فقد يعاني الأطفال التوحديون من نقص الإدراك الحسي للألم ، أو الإسهال ، أو الإمساك ، أو مقاومة التعب ، مما ينعكس على حالتهم النفسية بأشكال عدة كالصراخ ، أو عدم تقبل الأوامر ، وهذا شائع ويؤخذ بعين الاعتبار عند التعامل مع الأطفال المصابين بالتوحد (كوك وجولدن ، ٢٠٠١) .

### الخصائص التواصلية : Communication Characteristics

التواصل من أكثر المظاهر التي يحققها الطفل ، والفكرة هي أن الطفل الصغير يبذل كل جهوده لتسهيل استعمال الكلمات والرموز أو الإيماءات لنقل المعلومات ، ويبدأ التواصل بداية بالصراخ أو البكاء الذي يساعد الطفل على ضبط بيئته الاجتماعية ، ومع مرور الوقت يتناقص البكاء مع إنتاجهم لأصوات أكثر ، ويتعلم الأطفال الصغار التواصل بداية من خلال ملاحظة اللغة ، ومن ثم التقليد لما يسمعونه ويشاهدونه ، ويتعلمون إنتاج الأصوات الصامتة المتمثلة بلغة الأم ، وعندما يعزز الآباء الأصوات التي يصدرها الطفل فإن الأطفال يتعلمون الأصوات الحقيقية للغتهم الأم ، ومن ثم تحول هذه الأصوات إلى حروف وكلمات وجمل .

تنفذ عملية التواصل من خلال طريقتين هما : اللغة الإستقبالية : والتي تتمثل بفهم الكلمات والرموز والإيماءات ، واللغة التعبيرية : وهي القدرة على التعبير بالكلمات والإيماءات والرموز. ومع ذلك فإن معظم الأطفال يفهمون أكثر من القدرة على التواصل (الزريقات ، ٢٠١٠) .

تعتبر اضطرابات التواصل من الخصائص الأساسية التي يعاني منها الأفراد التوحديون والتي يعتمد عليها الأخصائيون في تشخيص التوحد ، حيث تضم مجموعة من الاضطرابات التواصلية اللفظية وغير اللفظية والتي تتفاوت في الشدة والشكل ، ولذلك اعتمد العديد من الباحثين توظيف هذه الخاصية للكشف المبكر عن التوحد ، فقد قام لويستر وآخرون (Luyster, Qiu, Lopez, Lord, 2007) بتطبيق قائمة التطور

التواصلية (CDI) على عينة من الأطفال بهدف الكشف عن التوحد ، حيث أظهرت النتائج صلاحية القائمة للتنبؤ بالتوحد في عمر سنتين ، لكنها كانت أكثر تنبؤاً في عمر (٣) سنوات .

كما قام نادج وآخرون (Nadig et al, 2007) باختبار عدم استجابة الطفل لاسمه حين ينادي به ومدى دلالة على التوحد ، فوجد الباحثون دلالة عالية على التوحد في السنة الأولى من عمر الطفل عند فشله في الاستجابة لاسمه ، بينما كانت نسبة الدلالة على التوحد في السنة الثانية من العمر بنسبة (٨٩%) .

يشير هالاهاان وكوفمان (٢٠٠٨) إلى أن معظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد تعوزهم النية التواصلية أو الرغبة في إقامة التواصل ، وذلك من أجل تحقيق أغراض اجتماعية معينة ، ويعتقد البعض أن (٥٠%) من هؤلاء الأطفال بكم (Mute) أي أنهم لا يستخدمون اللغة على الإطلاق ، أو أنهم في أحسن الأحوال لا يكادون يستخدمونها .

أما الأطفال الذين يكون بوسعهم التحدث نظراً لتعلمهم بعض الكلمات فيدون أوجه شذوذ في نغمة الصوت (Intonation) ، وطبقة الصوت أو جهارته (Volume) ، ومحتوى اللغة الشفوية التي يتحدثون بها ، وقد يبدو كلامهم آلياً (Robotic) ، أو يقوم بالترديد المرضي للكلام على شكل المصاداة (Echolalia) .

وتزداد الإعاقة التواصلية بنوعها التعبيرية والاستقبلية لدى الأفراد التوحدين كلما ازدادت درجة التوحد ، كما إن هناك ارتباطاً قوياً ما بين القدرات العقلية واللغوية لدى الأفراد التوحدين والقدرات اللغوية ، حيث أن الشخص التوحدي غير الناطق يكون على الأرجح يعاني من صعوبات تعلم ، أو إعاقة عقلية (Paxton& Estay, 2007)

ويذكر اللالا وآخرون (٢٠١٢) أن اضطرابات التواصل لدى الأفراد التوحدين ترتبط بالعديد من السلوكيات المشككة ، مثل إيذاء الذات ، والعدوان ونوبات الغضب ، لأنها انعكاس رئيس للصعوبات التواصلية التي يعاني منها هؤلاء الأفراد ، حيث ظهر انخفاض في هذه السلوكيات عندما تم تعليمهم المهارات التواصلية الوظيفية (اللالا ، وآخرون ، ٢٠١٢) .

: Behavioral Characteristics and Restricted Interest

بيدي الأفراد التوحديون العديد من السلوكيات النمطية والسلوكيات الأخرى التكرارية ، مثل رفرفة اليدين ، وهزهة الجسم ، وقد يأخذ السلوك النمطي شكلاً عدوانياً موجهاً للآخرين مثل الضرب ، أو تحطيم الممتلكات ، وقد يكون على شكل إيذاء الذات مثل ضرب الرأس ، أو العض أو الحك القوي للجلد ، كما ويقوم بعض التوحديين بإصدار أصوات متعددة النغمات وبشكل نمطي متكرر من فترة إلى أخرى أو في مواقف معينة (الزريقات ، ٢٠١٠) .

إن ممارسة السلوك النمطي لا يؤدي الطفل التوحدي جسدياً في أغلب الأحيان ، ولكن يكمن الخطر من خلال غرابة هذا السلوك وشدوده ، حيث يلفت نظر الآخرين له ، وبالتالي يصبح عرضة للسخرية وابتعاد الناس من حوله ، كذلك فإن طبيعة هذا السلوك تجعل منه عائقاً أمام تفاعل الطفل مع البيئة والإفادة منها ، وهذا ما يبرر أهمية معالجته ومساعدة الطفل على التخلص منه .

ويستخدم العديد من أطفال التوحد حواسهم بشكل غير عادي ، بحيث يسلكون فيها مسالك العادات والطقوس ، كتقريب الأشياء نحو الفم وتذوقها ، أو تمرير اللسان فوقها بشكل نمطي أو شمها وتكرار ذلك مرات عديدة ، كما يواجه التوحديون مشاكل عدة فيما يتعلق بالمعالجة الحسية للمعلومات التي يستقبلونها ومعالج المثيرات ، فمثلاً عندما يشتغلون بسلوك إيذاء الذات لا يظهرون ردود أفعال تعبر عن الألم أثناء انشغالهم بهذا السلوك (عبد الرحمن ٢٠٠٤) .

يرتبط الأطفال التوحديون بأشياء محددة واهتمامات ضيقة بشكل غير طبيعي ولفترة طويلة نسبياً ، مما يعيق عملية التعلم والتفاعل الاجتماعي ، فعلى سبيل المثال قد ينشغل الطفل التوحدي في مرحلة الطفولة المبكرة بالرمل ، أو النقر على الأشياء لفترة طويلة من اليوم ، أو قد يربط نفسه بموضوع معين مثل ترتيب القطع النقدية أو السيارات الصغيرة على الأرض بشكل متتالي (اللالا وآخرون ، ٢٠١٢) .

كما ويعتبر ظهور سلوك عدم الالتزام والامثال للأوامر (Noncompliance Behavior) بشكل بسيط عند التوحديين وتركه دون معالجة قد يتصاعد بمرور الوقت إلى

سلوك عدواني (Aggression Behavior) ، والذي يعتبر أكثر الاستجابات التي يظهرها ذوو الاضطرابات النمائية إنهاكاً ، كما أن الاستجابات العدوانية لا تؤدي فقط إلى جعل برامج التدخل العلاجية أكثر صعوبة ، بل يمكن أن تؤدي إلى عزلهم عن أماكن وبرامج الدمج التربوية ، وربما يعتبر الأثر الأكثر تدميراً للسلوك العدواني هو تأثيره على مواقف الناس الآخرين وقناعاتهم تجاه الشخص الذي يمارس هذا السلوك ، وبخاصة عند وصوله إلى سن المراهقة والبلوغ الذي سيولد عند الآخرين أشكالاً من مشاعر القلق والخوف كلما حاولوا التعامل معه ، أو الاقتراب منه ، والذي يقود بدوره تدريجياً إلى العزلة التي تضاف إلى عزلتهم التي يعانون منها بسبب العجز الواضح في المهارات الاجتماعية .

وربما يكون السبب الرئيس لظهور السلوك العدواني لدى أفراد التوحد هو محدودية المهارات التواصلية ، وانعدام الأساليب الأخرى البديلة لها ، وبناءً على ذلك قام العديد من الباحثين بتعليم هذه الفئة من التوحدين أشكالاً من المهارات التواصلية ، والتي أدت في النهاية ليس فقط إلى خفض السلوك العدواني ، وإنما حسنت لديهم اللغة التعبيرية بالإضافة إلى اكتساب العديد من السلوكيات التكيفية .

ويؤدي التوحديون أعراضاً أخرى متعددة تشترك مع بعض الاضطرابات الأخرى مثل : النشاط الزائد ، والقلق ، والكآبة ، الهلوسات ، والأوهام ، والغفلة وقلة الانتباه ، حيث تشترك هذه السلوكيات مع اضطراب النشاط الزائد والفصام ، واضطراب الكآبة ، واضطراب القلق ، والاضطراب السلوكي ، حيث يصطلح على هذه الأعراض المشتركة من بين هذه الاضطرابات بالاضطرابات المرضية المشتركة ، ومن المفيد لهذه الفئة من التوحدين أن يتم تصنيفهم وفق التشخيص الثنائي لأنه يوفر مزيداً من البرامج العلاجية المناسبة ، والتي تتعامل مع خصوصية هذه الشريحة (Whitman, 2004) .

يظهر بعض التوحدين مشكلات مختلفة في النوم والتي تتضمن صعوبات في بدء النوم ، والاستيقاظ ليلاً ، والمشي ليلاً ، والمشي أثناء النوم ، والاستيقاظ مبكراً ، وأنماط نوم شاذة ، وقدرت بعض الدراسات نسبة انتشار صعوبات النوم بين الأفراد التوحدين ما بين (٣٦-٨٣) % .

ومن الصعوبات الأخرى التي يعاني منها أفراد التوحد وخاصة أولئك الذين يعانون من إعاقة عقلية هي ظهور مشاكل في الأكل ، حيث تؤكد دراسة إيرن وآخرون (Ahearn, et al 2001) أن نصف عينتها أظهروا واحدة أو أكثر من مشكلات الأكل التالية : مستويات متدنية لقبول الغذاء ، نماذج فردية في رفض الطعام ، انتقائية عالية لقوائم الطعام ، كما ويعانون من مشاكل في مضغ الطعام (اللالا وآخرون ، ٢٠١٢).

### الخصائص المعرفية Cognitive Characteristics :

تعود المعرفة إلى المعلومات التي يمتلكها الطفل في مخزونه وبتحديد أكثر ، فإن المهارات المعرفية تشتمل التفكير ، والتذكر ، والمجادلة السببية وحل المشكلات . وفي البداية الأطفال الصغار يستعملون حاسة البصر والسمع والتذوق واللمس للحصول على فهم عالمهم ، كما ويستجيبون إلى حاجاتهم الخاصة بطرق متعددة .

ومع نمو الطفل ، فإنه يصبح قادراً على تعلم أن الأشياء موجودة حتى عندما تكون خارجة عن نطاق بصرهم ، فيصبحون أكثر قدرة على فهم المفاهيم المعقدة للسبب والنتيجة ، وكيف أن الأشياء والأفراد يرتبطون مع بعضهم البعض ، ويفسرون هذه الإدراكات والمعلومات السابقة لحل المشكلات اليومية ، وبدون إدراكات دقيقة فإن العالم يصبح مشوهاً والتفكير يصبح معاقاً ، وهذا هو حال الأطفال التوحدين (الزريقات ، ٢٠١٠).

تعتبر النواحي المعرفية من الملامح المميزة لاضطراب التوحد ، وذلك بسبب ما يترتب عليها من نقص في التواصل الاجتماعي ونقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين .

كما أظهرت الدراسات أن حوالي (٧٥%) من الأطفال التوحدين لديهم درجة من الإعاقة العقلية ، وأن بعضهم يتمتعون بدرجة ذكاء متوسطة ، ويذكر لويس مليكة في نصر (٢٠٠٢) أن الأطفال التوحدين تتراوح مستوياتهم المعرفية ما بين (٢٥%) منهم يعانون من توحد وإعاقة عقلية شديدة ، ونصفهم يعانون من توحد ومستوى إعاقة عقلية متوسطة و(٢٥%) الأخرى ممن يعانون من توحد ونسبة ذكاء تصل إلى (٧٠%) فأكثر .



يعتبر الإدراك ، والتفكير ، والانتباه ، والذاكرة ، واللغة ، والتخيل من أهم الوظائف المعرفية التي في حال تعرضها لضرر فإنها تؤثر على مجالات أخرى لدى الطفل ، ويعاني الأطفال التوحديون من قصور في وظائف التفكير وخاصة فقدان الكلام ، والاستجابات العقلية غير المناسبة .

وأشارت الدراسات المختلفة إلى أن الأطفال التوحدين يعانون من مشاكل في الانتباه والتركيز ، حيث أشارت دراسة سيرز (Sears, 91) ودراسة سارا (Sara, 94) إلى أن الأطفال التوحدين يعانون من اضطراب في الانتباه من حيث التعرف البصري المكاني على الأشياء ، بالإضافة إلى قصور في القدرة على التخيل (Jane & Craik, 1994) . وأثبتت دراسة (Marjorie, 1994) أن الأطفال التوحدين لديهم مشكلات تتعلق بالقدرة على الاستمرارية في النشاطات المعرفية مثل التذكر لفترة طويلة ، والانتباه ، وقدرتهم على التصنيف تكون أكثر تحفظاً أن لم تكن موجودة بالفعل عند بعض التوحدين ، وأيضاً يعاني بعضهم من صعوبات في القدرات البصرية والعقلية وإدراك العلاقات واستخدام الرموز ، كما يعاني الأطفال التوحدين من عيوب معرفية ، ونقص في الاقتراب من الرموز ، ونقص في وسائل الأداء الوظيفي السيكولوجي مرتبطاً مع أنواع مرضية من السلوك ، وبشكل خاص في تجنب الحملقة والنشاط الزائد ، وغياب التغيرات الانفعالية (Marjorie, 1994) .

#### ١. الإدراك Perception :

الإدراك مصطلح يطلق على العملية العقلية التي نعرف بواسطتها العالم الخارجي الذي ندركه ، وذلك عن طريق المثيرات الحسية المختلفة ، ولا يقتصر الإدراك على مجرد إدراك الخصائص الطبيعية للأشياء المدركة ، ولكن يشمل إدراك المعنى والرموز التي لها دلالة بالنسبة للمثيرات الحسية ، فهي عملية تلق ، وتفسير واختيار وتنظيم المعلومات الحسية .

والإدراك : هو العملية العقلية التي يتم من خلالها إعطاء دلالة ومعنى للمحسوسات ، ويستمد الإدراك مقوماته من الإحساسات التي ينقلها الجهاز العصبي إلى المخ حيث يتم الإدراك . والفرد يستقبل المعلومات الخارجية ويستوعبها ويفرغ عليها

خبراته وثقافته وميوله ، بمعنى أن الإدراك يتضمن كلا من الإحساس والانتباه والوعي والذاكرة وتجهيز المعلومات واللغة . يتميز الإدراك بالخصائص التالية :

أ. الإدراك عملية كلية ، بمعنى أنه عملية تحدث مرة واحدة ، ويدرك الفرد الأشخاص والموضوعات إدراكاً كلياً ، كما أنه يدرك الكل قبل الجزء .

ب. الخبرات الحسية أساس معرفة الإنسان وبدونها يتعطل الإدراك .

ج. الدلالة والمعنى خاصية مهمة للإدراك (الشيخ ، وأخرس ، ٢٠١١) .

ردود أفعال الطفل التوحدي لخبرته الحسية تكون غالباً شاذة ، فهو قد لا يدرك الضوضاء أو المناظر المحيطة به ، أو يشم من حوله . ومن الممكن أن يظهر عدم استجابة للضوضاء الصاخبة ، كذلك قد لا يتعرف على الشخص الذي يعرفه جيداً (Lewis, 1987) .

يظهر الطفل التوحدي احساسات سليمة ، ويحملق باهتمام كبير في مصباح مضيء ، ومن الممكن أن يغفل أحداثاً مخيفة والتي سوف تثير الفزع في الطفل العادي ، كما أن احساسات الطفل التوحدي لن تكون واضحة مثل احساسات الطفل العادي ، فعلى سبيل المثال من الممكن أن يغطي عينيه عندما يسمع صوتاً يقلقه ، والمهارات البصرية - المكانية لدى الطفل التوحدي تكون جيدة في تذكر أماكن الأشياء وقدراتهم على عمل الصور المتقطعة ، وبناء اللعب التي من الممكن أن تعكس بعض هذه القدرات ، كذلك لا يدرك الألم فمثلاً عندما يحدث جرح لطفل توحدي ينزف دمه دون طلب مساعدة من الآخرين ، أو الشعور بأي ألم قطعياً (مصطفى ، والشربيني ، ٢٠١١) .

## ٢. الانتباه Attention :

تعددت تعريفات الانتباه حيث قدم عدد من العلماء عدة تعريفات منها أن الانتباه هو تركيز القدرات العقلية على الأشياء الملاحظة .

يعرف عبد الصبور (٢٠٠٣) الانتباه بأنه بؤرة شعور الفرد حول موضوع الانتباه ، أو انه تهيؤ عقلي معرفي انتقائي تجاه موضوع الانتباه ، أو أنه الالتفات لمظهر معين والاستماع والتركيز لشخص معين .

أما الشرفاوي (١٩٩١) فيعرف الانتباه بأنه عملية وظيفية في الحياة العقلية تقوم بتوجيه شعور الفرد نحو الموقف السلوكي ككل إذا كان هذا الموقف جديداً على الفرد ، أو هو توجيه شعور الفرد نحو بعض أجزاء المجال الإدراكي إذا كان الموقف مألوفاً للفرد أي سبق أن مر بخبرته .

من جهة أخرى عرف الشيخ وأخرس (٢٠١١) الانتباه على أنه حالة من تركيز العقل أو الشعور حول موضوع معين ، أو هو استعداد إدراكي عام وظيفته توجيه الشعور الملاحظ نحو الموقف التجريبي ككل أو نحو بعض أجزاء من المجال الإدراكي . وآخرون يعرفون الانتباه على أنه توجيه الطاقة الذهنية نحو مثير أو أكثر من المثيرات .

أما القيسي (٢٠٠٨) فيعرف الانتباه على أنه عملية ذهنية معرفية تتضمن تركيز الإدراك على منبه معين من بين مجموعة منبهات موجودة حولنا ، وهي تتضمن عملية الانتقاء ، والإختيار ، والتركيز ، والقصد والاهتمام والميل لمنبه أو موضوع معين . أما الانتباه لدى الأطفال التوحدين فهو غير طبيعي ، وما يبدو سليماً لديهم تمكنهم من إدامة انتباههم لفترات طويلة للأشياء التي تهمهم ، إلا أنهم يواجهون مصاعب في أشكال الانتباه الأخرى ، وأول هذه المصاعب هي صعوبة التوجه نحو الأشخاص أو الأشياء (الشامي ، ٢٠٠٤) .

ويعود تفسير قصور الانتباه لدى التوحدين إلى عدد من العوامل الفسيولوجية

مثل :

١. الاستثارة الزائدة المزمنة Over Arousal .
٢. القصور في تعديل الاستثارة Arousal Modulation .
٣. إمكانيات المخ الشاذة المرتبطة بالحدث - Atypical Brain Potentials Event- Related .
٤. الإهمال أو العجز في التحديد المكاني للمثيرات المستهدفة .
٥. القصور في القدرة على التحول السريع الملاحظ في حالات التحول بين القيود الحسية .

٦. القصور في عمليات الانتباه الانتقائي غير الكافية تعزى في القصور في الانتباه البصري ، وفي الاضطرابات النمائية الشاملة في الانتباه الموزع قصور بين القنوات البصرية والسمعية وبين الخواص البصرية . (مصطفى والشربيني ، ٢٠١١)

### ٣. التذكر Remembering :

التذكر هو قدرة الفرد على استرجاع خبرات المواد السابقة التي يتعلمها سواء أكانت هذه الخبرات حركية أو لفظية أو معانيا والإحتفاظ بها في ذاكرته . يعتمد التذكر على الخبرات السابقة وبدونه تفقد الرابطة بينه وبين التعلم ، والتعلم يرتبط بالإدراك الذي يرتبط بالتذكر وإدراك الماضي ، ويعرف التذكر : "بأنه عملية اكتساب المعلومات وتخزينها ثم استدعائها عند الحاجة" . ومن صور التذكر : الاسترجاع ، أو الاستدعاء (Recall) ، والتعرف (Recognition) ، وإعادة إحياء الموقف السابق Reproduce والأداء Performance (الزعيبي ، ٢٠٠٧) .

يتذكر الأطفال التوحيديون المقاطع الكاملة من المحادثات التي يسمعونها ، بينما يلقي الأطفال الآخرون أناشيد في الروضة وقصائد شعرية بدون أية أخطاء والكثير منهم بشكل خاص يتعرفون على أجزاء من قطع موسيقية . ويلاحظون حدوث تغيرات طفيفة في الحجرة مثل ترتيب الكتب على الأرفف أو وضع منفضة السجائر على المائدة ، ويمكن تذكر المعلومات المخزنة بصورة دقيقة (Lewis, 1987) .

يعاني الأطفال التوحيديون من مصاعب في تخزين المعلومات والتي تتطلب مستوى عالياً من المعالجة كرواية القصص ، وتسلسل النشاطات والأحداث التي وقعت لهم ، وتذكرهم للمعلومات التي شاهدوها بصرياً ، وهناك صعوبة في تذكر سلاسل المعلومات اللفظية الطويلة التي تتعلق بما يفعلون وكيف يفعلون (الشامي ، ٢٠٠٤) .

### ٤. التفكير Thinking :

التفكير هو نشاط إنساني وقدرة من القدرات العقلية التي تميز الإنسان عن غيره من الكائنات الحية الأخرى ، ويعد التفكير من المحددات الأساسية لسلوكه ، ومن المؤثرات المهمة في صياغة السلوك وإكسابه الشكل الذي يظهر عليه . يلاحظ عندما

يضطرب الفرد ينعكس تماما على سلوكه ونشاطه وتصرفاته وتفكيره أيضاً (عبد الحميد ، ٢٠٠٦) .

يتميز التفكير لدى التوحدين بأنه بعيد كل البعد عن الواقع ، فالتوحيدي لا يدرك الظروف الاجتماعية المحيطة به ، ولا يدرك العالم المحيط به لإشباع رغباته واحتياجاته الشخصية ، حيث يشغل تفكيره بالذات ، وتسيطر رغبات الفرد وحاجاته على نشاطه العقلي ، بينما تسيطر طبيعة الأشياء والأحداث في التفكير المنطقي (مصطفى والشربيني ، ٢٠١١) .

### أعراض ومؤشرات التوحد Symptoms and Signs of Autism :

تلخص بيومي (٢٠٠٨) أعراض التوحد بمجموعتين هما :

١. مجموعة الأعراض الأساسية : والتي توجد في كل الأطفال التوحدين والتي تكون قبل سن الثلاث سنوات وتتمثل في :

أ. القصور اللغوي .

ب. ضعف التفاعل الاجتماعي .

ج. السلوك النمطي المتصف بالتكرار .

د. عدم القدرة على اللعب التخيلي .

هـ. قصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية .

٢. مجموعة الأعراض الإضافية : التي قد لا توجد في كل الأطفال التوحدين

وهي :

أ. انخفاض مستوى الوظائف العقلية .

ب. ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية .

ج. البرود العاطفي الشديد .

د. نوبات الغضب وإيذاء الذات (بيومي ، ٢٠٠٨) .

ويذكر سليمان وآخرون (2013) أن التعرف على " التوحد " كاضطراب نمائي ،

يبدأ بمعرفة أعراضه وحسب كل حالة على انفراد . وأن هذه الأعراض هي :

١. اضطراب عملية الكلام ، أو عدم الكلام مطلقاً ، فالطفل الذي يعاني من

التوحد قد لا يتكلم ، وإذا تكلم فإن كلامه يكون غريباً وغير مفهوم

أحياناً ، ولا يقلد الآخرين في كلامه كما يفعل الأطفال الأسوياء .

٢. الابتعاد عن إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، وعدم الرغبة في مصاحبتهم ، أو تلقي الحب والعطف منهم حتى لو كان هذا الحب وذلك العطف من الوالدين ، وخاصة الأم ، كما يظل الطفل التوحدي ساكناً لا يطلب من أحد الاهتمام به ، وإذا ابتسم فإنه يتسم للأشياء دون الناس ، ويرفض الملاطفة والمداعبة ، ويعمل على تجنبهما .
٣. ظهور الطفل التوحدي بمظهر الحزين ، دون أن يعي ذلك .
٤. إظهار الطفل التوحدي للسلوك النمطي الذي يتصف بالترار ، وخاصة في اللعب ببعض الأدوات ، أو تحريك الجسم بشكل معين ، وبدون توقف ، وبدون الشعور بالملل أو الإعياء .
٥. اضطراب النمو العقلي للطفل التوحدي في بعض المجالات ، وظهور تفوق ملحوظ لديه أحياناً في مجالات أخرى . كما يبدو لدى بعض الأطفال التوحدين في بعض الأحيان أنهم يملكون مهارات ميكانيكية عالية ، مثل معرفة طرق الإنارة ، وتشغيل الأقفال ، وإجادة عمليات فك الأجهزة وتركيبها بسرعة ومهارة .
٦. كثرة الحركة ، أو الميل للجمود ، وعدم الحركة ، والعزلة عن حوله حسياً وحركياً .
٧. عدم الإحساس الظاهر بالألم ، وعدم تقدير الطفل التوحدي للمخاطر التي قد يتعرض لها ، بالرغم مما قد يلحق به من أذى .
٨. ظهور الطفل التوحدي بمظهر يختلف عن الأطفال الآخرين ، مع سرعة الانفعال عندما يتدخل شخص ما في شؤونه ، ويثور فجأة ، خاصة عند الأطفال التوحدين الذين لا تتجاوز أعمارهم الخمس سنوات .
٩. الاستجابة بشكل غير طبيعي لبعض المثيرات من قبل الطفل التوحدي ، وكأنه مصاب بالصمم ، في حين قد يستجيب لبعض الأصوات بشكل مبالغ فيه .

أما " جوزيف ريزو" و" روبرت زابل" (١٩٩٩) فيذكران عدداً من المؤشرات ، والأعراض التي تدل على أن الطفل توحيدي . ومن هذه المؤشرات ما يلي :

١. أن الأطفال التوحيدين لا يظهرون استعداداً للاستجابة للمسئولين عن رعايتهم؛ فهم لا يميلون إلى معانقة الأم ، أو الابتسام استجابة لحضورها ، ولا يرغبون في أن يمسكهم أحد .

٢. إن الأطفال التوحيدين لديهم قدرة على ممارسة الكلام ، أو قد لا توجد لديهم هذه القدرة ، وفي حالة الأطفال الذين يستخدمون الكلام ، فإنهم يستخدمونه بطريقة غير مألوفة ، حيث نجد أنهم يعانون من اضطرابات عند ممارسة المحادثة ، واستخدام اللغة بصورة نمطية وتكرارية ، كما يبدو أن خمسين بالمائة من الأطفال التوحيدين تقريباً لم تنم عندهم القدرة على ممارسة الكلام بصورة مفيدة .

٣. إن الأطفال التوحيدين يرغبون في الحفاظ على ثبات البيئة ، وعدم إجراء أي تغييرات لأوضاع الأشياء من حولهم .

٤. إن بعض الأطفال التوحيدين يبدون رغبة قوية في الالتصاق ببعض الأشياء التافهة غير ذات القيمة ، مثل إطار سيارة ، لعبة مكسورة ، أو بطارية قديمة ، أو قطعة قماش؛ وذلك بطريقة سلبية قليلة الفائدة .

٥. إن معظم الأطفال التوحيدين يعانون من تدن في مستوى الأداء العقلي بوجه عام ، أو تدن شديد ، وذلك استناداً إلى اختبارات الذكاء المقننة التي طبقت عليهم .

تظهر أعراض اضطراب التوحد والمؤشرات غير المطمئنة التي تبدو على الطفل التوحيدي قبل إتمامه الثلاثين شهراً من عمره ، مما يدفع إلى التوصل إلى عدد من المؤشرات التي ينفرد بها الأطفال التوحيدين وهي :

١. إن الأطفال التوحيدين لا يجوبون أن يحتضنهم أحداً .

٢. إنهم في بعض الأحيان يبدون كأنهم لا يسمعون .

٣. إن الأطفال التوحيدين لا يهتمون غالباً بمن حولهم .

٤. إنهم قد لا يظهرون تألمهم إذا أصيبوا .

٥. إنهم يرتبطون بالأشياء ارتباطاً غير طبيعي .
٦. أن الأطفال التوحديين لا يحبون اللعب بالكرة ، في حين يمكن أن نجد لديهم مهارة عالية في ترتيب المكعبات أو غيرها من المهارات .
٧. إن الأطفال التوحديين يقاومون الأساليب التقليدية في التعلم .
٨. إنهم يحبون العزلة عن الغرباء والمعارف .
٩. إنهم قد ينضمون إلى الآخرين تحت الإلحاح فقط .
١٠. إن بعض الأطفال التوحديين قد يملكون قدرات معينة مثل قبيل الرسم ، والسباحة والعزف على الآلات الموسيقية .
١١. إن بعضهم قد يكتسب بعض الكلمات بيد أنهم سرعان ما ينسوها .
١٢. إنهم لا يحبون التجديد ، بل يحبون أن تبقى الأشياء في مكانها .
١٣. إنهم لا ينظرون في عيون الآخرين أثناء التحدث معهم .
١٤. إن الأطفال التوحديين يستخدمون الأشياء دون إدراكهم لوظائفها .
١٥. أنهم يفكرون ويتكلمون باستمرار عن شيء واحد فقط .
١٦. إن الأطفال التوحديين قد يضحكون أو يقهقهون دونما سبب .
١٧. إنهم يظهرون تفاعلاً من جانب واحد .
١٨. إنهم لا يدركون الأخطار بشكل عام .
١٩. إنهم يرددون الكلام دون فهم لمعناه فيما يسمى المصاداة .

نشير إلى بعض الملاحظات التي أوردها (عمارة ٢٠٠٥) فيما يتعلق بتشخيص هذا النوع من الاضطراب :

١. أن معظم معاملات الذكاء لدى الأطفال التوحديين تقع في نطاق درجات الإعاقة العقلية .
٢. أن مستويات الإدراك لدى الأطفال التوحديين تتسم بالانخفاض على بعض الاختبارات والمقاييس وتصل إلى المستوى العادي بل وتفوق المستوى العادي في بعض الاختبارات والمقاييس الأخرى وذلك إذا تلقى الأطفال تدريباً مسبقاً على محتوى تلك الاختبارات .



## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٣. أن هناك اضطراباً في القدرة على الانتباه لدى معظم الأطفال التوحدين .
٤. شدة الاضطراب اللغوي ، حيث تتميز اللغة لدى الأطفال التوحدين بالمصاداة أي التكرار الفوري لما يقوله الآخرون .
٥. أن هناك قصوراً واضحاً في النضج الاجتماعي .
٦. الانسحابية الشديدة ، حيث يتميز سلوك الطفل التوحدي بالانعزالية الشديدة والانسحاب من المجتمع .
٧. السلوك النمطي والتصرفات الشاذة ، حيث تتضح النمطية والروتينية وعدم الرغبة في التغيير في سلوك الطفل التوحدي .
٨. ظهور العادات الغريبة وغير المقبولة .
٩. إيذاء الذات ، حيث يقوم الطفل التوحدي بسلوكيات مختلفة من إيذاء نفسه مثل عض رسغ اليد ، وشد الشعر ، القرص ، وضرب الرأس في الحائط .
١٠. أن بعض الأطفال التوحدين يتسمون بالنشاط العادي ، والبعض الآخر يتسم بفرط النشاط .

### نسبة انتشار التوحد Prevalence of Autism :

من الصعب تحديد نسبة انتشار اضطراب التوحد وذلك لاختلاف الدراسات واختلاف معايير التشخيص وتعدد الأخصائيين الذين درسوا هذا الاضطراب وفقاً لخلفياتهم الطبية والتربوية والنفسية ، حيث ينتشر هذا الاضطراب بين جميع السكان بغض النظر عن الناحية العرقية أو الدينية أو الاجتماعية أو الثقافية أو الاقتصادية ، وتقدر نسبة انتشاره (٢-١٢) من كل (10000) طفل مولود ، كما تقدر نسبة حالات الإصابة باضطراب التوحد بين الذكور والإناث إلى (4) ذكور مقابل أنثى واحدة .

إلا أن نسبة الانتشار المشار إليها أعلاه في ازدياد بشكل كبير وذلك وفق الدراسات والإحصائيات الرسمية خلال السنوات الأخيرة ، حيث تم اعتبار اضطراب التوحد ثالث الاضطرابات الشخصية حدوثاً في الولايات المتحدة الأمريكية ، ورغم تباين الإحصائيات في الدول والبلدان الأخرى إلا أن نسبة الانتشار هي في ازدياد مستمر كل عام ، كما يوضح الشكل رقم (١) التالي :

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد



### الشكل رقم (١) : نسبة انتشار اضطراب التوحد

وتجدر الإشارة هنا إلى أن هذه الزيادة في نسبة الانتشار تعكس التحسن والتوسع الكبير في مفهوم التشخيص وبخاصة في التطورات والتعديلات المهمة التي طرأت على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM)، بالإضافة لزيادة عدد الأخصائيين القادرين على التشخيص وتنوع تخصصاتهم، فكل الأسباب السابقة تؤثر بشكل أو بآخر على التقديرات المتعلقة بنسبة انتشار اضطراب التوحد، لكن الأمر الواضح هو أن هناك زيادة في نسبة انتشار اضطراب التوحد (غانم، ٢٠١٣).

يذكر الزارع (٢٠١٠) أن معدلات انتشار اضطراب طيف التوحد تتباين بدرجة كبيرة، إذ تدل الدراسات الحديثة على أن التوحد ينتشر بنسبة (٠,١٥) % من كل (١٠٠٠٠) من الأطفال في سن المدرسة ممن يتلقون خدمات تربوية تحت مسمى فئة اضطراب التوحد. وهناك دراسة أجريت في إدارة الخدمات والمصادر الصحية (HRSA Health & Recourses Services Administration) ومركز ضبط الأمراض والوقاية (CDCP Center for Disease Control; & Prevention)، ودراسة أخرى نشرها مستشفى ماساشوتس (Massachusetts General Hospital) أوضحت أن نسبة انتشار طيف التوحد خلال مرحلة الطفولة في الولايات المتحدة الأمريكية (١ لكل ٩٠) في الأعمار ما بين (٣-١٧) سنة.

تشير معظم الدراسات إلى أن التوحد ينتشر بين (١٥ : ٤) حالة في كل عشرة آلاف من المجموع العام للسكان في حين أظهرت بعض الدراسات معدلات أعلى من (٢٠) حالة لكل عشرة آلاف من مجموع السكان (Yoshitaka, 2001).

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

وترتفع نسبة انتشار التوحد في الأسرة الواحدة حوالي (٩:٢%) من أقارب الأطفال المصابين بالتوحد مصابين بالتوحد ، وهذا يؤكد دور العوامل الجينية في حدوث الاضطراب (Harris, 1996).

أما في اليابان فقد توصلت دراسة كيوجي وياماماتو (Kouji & Yamamata, 2001) إلى أن نسبة انتشار التوحد في ولاية إيواتي في اليابان تتراوح بين (٠,٠٦ - ٠,٠٦%) ، بينما في



الولايات المتحدة الأمريكية تؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد أن نسبة انتشار اضطراب الذاتوية بلغت (٠,٠٦%) وهذا المعدل جعل من الذاتوية ثالث أكبر الاضطرابات النمائية شيوعا (عبد الله ، ٢٠٠٤).

وفي الدول العربية أجرت مدينة الملك عبد العزيز

للعلوم والتقنية في المملكة العربية السعودية دراسة لمدة خمس سنوات لتحديد حجم مشكلة التوحد في السعودية ، حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن نسبة انتشار التوحد (٠,٤ - ٠,٦%) طفل . أما في يتعلق ببقية الدول العربية فلا يوجد إحصائيات دقيقة فمعظم الدول العربية تقدر نسبة انتشار التوحد لديهم قياسا لحجم المشكلة في الدول المتقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية (الزارع ، ٢٠١٠).

ويذكر اللالا وزملاءه (٢٠١٢) العوامل (الأسباب) التي تؤدي إلى ارتفاع نسبة انتشار التوحد وعلى النحو التالي :

١. ازدياد الانتقال من المناطق الريفية إلى مناطق المدينة : فقد أكدت الدراسات إلى أن المعيشة في المدن من أهم الأسباب التي تؤدي إلى ظهور التوحد وذلك لطبيعة البيئة المحيطة في جو المدن ونظرا لازدياد الهجرة للعيش في المدن يجعل حجم المشكلة يزداد ، ونسبة خطر الإصابة بالتوحد تتضاعف :

٢. عمر الطفل : حيث يلاحظ في عينات الدراسات التي تجرى في مجال التوحد أن

نسبة كبيرة منهم تكون من الفئات العمرية الصغيرة .

٣. المعايير التشخيصية : إن تطور المعايير التشخيصية وتنوعها يؤثر على نسبة

الانتشار ، حيث يفترض أصحاب هذا التفسير إلى أن تطور معايير القياس

والتشخيص منذ صدور كلاً من (DSM-3, ICD9) إلى (DSM-4, ICD10)

يعد سبباً في توسيع دائرة هذا الاضطراب ، وزيادة نسبة الأطفال

التوحدين ، إلا أن هذا العامل لا يبدو أنه مؤثر بشكل كبير ، حيث لا يبدو

أن طرق التشخيص المتأخرة ضمت شريحة كبيرة من الأطفال لتصنفهم ضمن

اضطراب التوحد ، لأن جميع المقاييس اشتملت على ذات المعايير الرئيسية

مثل : ضعف التفاعل الاجتماعي ، وتأخر النطق ، ومقاومة التغيير .

٤. نسبة الوعي : زيادة نسبة الوعي بهذا الاضطراب عند أولياء الأمور والمعلمين

والمختصين بشكل كبير في السنوات الأخيرة ، مما أدى إلى فرز أفراد

التوحد في مراكز متخصصة بهذا الاضطراب ، بحيث تم تمييزهم عن

الإعاقات الأخرى .

٥. تمييز اضطراب التوحد عن الإعاقات الأخرى : العديد من الأفراد الذين تم

تشخيصهم اليوم ضمن اضطراب التوحد في الماضي كانوا مشخصين ضمن

شريحة الإعاقة العقلية ، أو الفصام ، أو الاضطرابات الانفعالية . ولذلك

عندما أضيفت هذه الشرائح إلى اضطراب التوحد بدا أن هناك زيادة مطردة

في انتشار نسبته .

٦. تعدد أدوات القياس والتشخيص الدقيقة والمقننة : أدى تعدد أدوات

التشخيص والقياس الدقيقة والمقننة إلى تطور تشخيص اضطراب التوحد في

السنوات الأخيرة ، مما أدى إلى تحديد وفرز الأفراد التوحدين عن غيرهم

من أفراد الإعاقات الأخرى (الللا ، وآخرون ، ٢٠١٢) .

أسباب التوحد :

فيما يلي أبرز وأهم العوامل والفرضيات التي يفترض علاقتها بإصابة الأطفال

بأعراض التوحد :

١. عوامل جينية : أظهرت نتائج بعض الدراسات ارتباط الإعاقة الغامضة بالوراثة وشدوذ الكروموسومات .

٢. عوامل بيولوجية : تنحصر هذه العوامل في الأسباب التي تؤدي للإصابة في الدماغ قبل الولادة أو أثناءها ، ونعني بذلك إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية ، أو التعرض لنزيف حاد ، أو تناول بعض العقاقير الطبية خلال الشهور الثلاثة الأولى من فترة الحمل ، أو تعرضها أثناء الولادة لبعض المشكلات مثل نقص الأكسجين .

٣. عوامل متعلقة بالجهاز العصبي : أظهرت نتائج بعض الدراسات ارتباط الإعاقة الغامضة بالكهرباء الزائدة في المخ ، وموجات مضطربة في رسم الدماغ والأشعة المقطعية ، ونوبات صرع ، وفشل في التجنب المخي ، والاستجابة السمعية المستثارة من فرغ المخيخ لدى الأطفال .

٤. فرضية الأم الثلاثية : تشير إلى أن السبب في حدوث اضطراب التوحد يرجع إلى انهيار الارتباط القائم بين الأم وطفلها ، فالأم التي لا تزود طفلها بالدفء الكافي والحنان هي أم باردة (وقد ثبت قطعياً فشل هذه النظرية وخطها بعد ذلك) (الزريقات ، 2010) .

وهناك العديد من النظريات التي ما زالت في طور الخروج بالتفسير والتحليل لمظاهر التوحد وسلوكياته ، من النادر أن يوجد طفلان مصابان بالتوحد يمتلكان سلوكيات متماثلة في الحدة والدرجة ، لذلك يجمع المختصون على عدم وجود نمط موحد للطفل التوحدي .

#### أطياف التوحد Autism Spectrum :

أصبح من الواضح بعد سنوات عديدة من البحث أن هناك عدة أنواع من التوحد ، وهو السبب الذي أدى بتسمية التوحد بـ "اضطراب طيفي" إشارة إلى النطاق الواسع في درجاته وشدته ومظهر الأشخاص المصابين به وتدلل هذه التسمية أيضاً على

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

أن الاختلافات الكائنة في التوحد تشبه الاختلافات الكائنة في الطيف ، ألوان مختلفة في نوعها ذات ظلال مختلفة الشدة والعامل المشترك لهذه الأنواع المتعددة هو العجز الشديد في القدرة على التفاعل الاجتماعي ، ومما ينبغي ذكره أن اضطراب التوحد (Autistic Disorder) هو وحده الذي تظهر فيه المجموعة الكاملة لثالوث الأعراض وهي :

- ١ . القصور في التفاعل الاجتماعي .
  - ٢ . قصور في اللغة .
  - ٣ . قصور في القدرة على التخيل) .
- أما في الأنواع الأخرى فيكفي وجود عنصرين للتشخيص تتباين درجة شدتهما .  
ويستخدم مصطلح اضطراب الطيف التوحدي كديف لمصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة (الخطيب ، ٢٠١٣) .

أنواع الطيف التوحدي أو الاضطرابات النمائية الشاملة تتمثل بما يلي :

- ١ . اضطراب التوحد (Autistic disorder) :  
وهو أحد أنواع اضطرابات الطيف التوحدي ، إلا أنه كثيراً ما يوصف بالمراجع العلمية وبأنه كل اضطرابات الطيف التوحدي ، ويعرف بأنه إعاقة نمائية (تطورية) تظهر قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره وتترك تأثيرات كبيرة على مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي وعلى مهارات التفاعل الاجتماعي أيضا . كما أن طيف التوحد يتصف بأنماط سلوكية نمطية تكررية ، وبمقاومة التغييرات في البيئة أو في الأنشطة اليومية الروتينية في استجابات غير مألوفة للخبرات الحسية (الخطيب ، ٢٠١٣) .

٢ . اضطراب أسبرجر (Asperger Syndrome) :

كان أول من وصف الخصائص السلوكية لهذا الاضطراب هو العالم النمساوي هانز أسبيرجر (Asperger Hans) ولذلك نسب الاضطراب إلى اسمه ، ومن أهم خصائص هذا الاضطراب ضعف المهارات الاجتماعية والسلوكيات أو الاهتمامات المحدودة أو غير العادية . وبالنسبة للمهارات الكلامية واللغوية فهي تتطور بشكل

طبيعي ولكن بعض مهارات التواصل تكون غير عادية حيث يواجه الأطفال صعوبة في الاستخدام الاجتماعي للغة ، فهم يميلون إلى تفسير اللغة بطريقة حرفية تماماً الأمر الذي يجعلهم يواجهون صعوبات في استيعاب المفاهيم واللغة غير اللفظية . أما من حيث القدرات العقلية فإن معظم الأطفال الذين لديهم متلازمة أسبيرجر ليس لديهم إعاقة عقلية وذلك فرق جوهري بين هذه المتلازمة والتوحد (الخطيب ، ٢٠١٣) .

### ٣. اضطراب ريت (Rett's Disorder) :

وهو اضطراب نمائي يصيب البنات فقط وفيه يحدث النمو الطبيعي أولاً ثم تفقد البنات المهارات التي اكتسبتها من قبل ، كما تفقد الاستخدام الغرضي لليدين ويحدث بدلا منه حركات متكررة لليدين ويبدأ ذلك في سن من (١ - ٤) سنوات ، وهذا الاضطراب نادر الحدوث ويصيب مولودا واحدا من كل (١٠٠٠٠) مولود أنثى ، وتزداد احتمالات ظهور الصرع لدى هذه الفئة لتصل إلى نسبة (٨٠%) وتزداد الإصابة باضطرابات التنفس وصعوبات في المضغ وبلع الطعام وفي النوم وبعد سن العشر سنوات يتقوس العمود الفقري لدى كثير من الإناث وهو ما يسمى "الجنف" وقد تحتاج إلى كرسي متحرك بسبب التدهور الكبير في المهارات الحركية (الشامي ، ٢٠٠٤) .

### ٤. اضطراب الطفولة التفككي

#### Childhood Disintegrative Disorders :

يتطور الطفل في هذا الاضطراب تطورا طبيعيا من جميع الجوانب من عمر سنتين إلى عشر سنوات ، ثم يتبع ذلك فقدان ملحوظ للمهارات التي تعلمها وتكون على الأقل في اثنتين مما يأتي : اللغة الاستقبالية ، المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي ، عدم السيطرة على الأمعاء المثانة ، اللعب ، المهارات الحركية وهذا الاضطراب من الاضطرابات النادرة الحدوث فهو يحدث لمولود واحد من كل ١٠٠,٠٠٠ (الظاهر ، ٢٠٠٩) .

### ٥. الاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد :

#### (Pervasive Developmental Disorder - Not Otherwise Specified) :

ويعرف الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد أيضا باسم التوحد غير النمطي (Atypical) وهو من أكثر الاضطرابات النمائية شيوعا ويتم تشخيص هذا الاضطراب

عند بعض ملامح التوحد التقليدي في الفرد وليس جميع معايير التشخيص وبمعنى آخر وإن كان غير دقيق يكون الفرد توحدياً ، ولكن ليس لدرجة كافية لتشخيص حالته بالتوحد ، وتمتاز الأعراض في هذا الاضطراب بأنها أقل شدة من التوحد والاضطرابات النمائية الأخرى ، وتبقى لديهم قدرة على التفاعل الاجتماعي بدرجة تحول دون إصابتهم بالتوحد هذا بالإضافة إلى أن الأطفال المشخصين ضمن هذه الفئة هم من الفئات ذات الأداء العالي ، أي لديهم قدرات إدراكية شبه طبيعية ، وباختصار يتم تشخيص هذه الحالة على هذا النحو عندما لا تنطبق على الطفل المحكات الخاصة بتشخيص معين من الاضطرابات السابقة مع وجود خلل أو قصور شامل وشديد في سلوكيات محددة (الشامي ، ٢٠٠٤) .

هناك اضطرابات أخرى تشترك مع اضطرابات طيف التوحد ببعض الخصائص العامة وهي على النحو التالي :

١. متلازمة كروموسوم X الهش : وهو اضطراب جيني في الكروموسوم الجنسي الأنثوي (X) ، معظم الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم إعاقة عقلية بسيطة إلى متوسط ، غالباً ما تظهر استجابات حركية تكرارية ، وحساسية مفرطة للصوت ، واضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي ، واضطرابات معرفية .
٢. متلازمة لاندو - كليفر : في هذه الحالة ينمو الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث سنوات من العمر ، ولكنه يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك . غالباً ما يشخص الطفل خطأ على أنه أصم .
٣. متلازمة موبياس : تسبب عدة مشكلات في الجهاز العصبي المركزي بما فيها شلل عضلات الوجه ، مما يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية ومشكلات سلوكية كتلك التي تنتج عن التوحد .
٤. متلازمة سوتس : تسبب سرعة كبيرة في النضج وكبر حجم الجمجمة والإعاقة العقلية وتعبيرات وجهية شاذة ، ومن الأعراض المشابهة للتوحد : الرأس ، قصور المهارات الاجتماعية ، الكلام التكراري ، الدوران في نفس المكان .



## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٥. متلازمة توريتي : تتصف بحركات لا إرادية في رموش العين ، وتلمظ الشفاه ، وهز الكتفين بطريقة شاذة .
٦. متلازمة وليمز : اضطراب نادر يشترك مع التوحد ببعض الخصائص مثل : التأخر اللغوي والحركي والحساسية المفرطة للصوت ، وهز الجسم والتعلق بالأشياء بطريقة غير طبيعية (الخطيب ، ٢٠١٣) .

مراجع الفصل الأول

المراجع العربية:

- برهوم ، موسى (٢٠٠٣) . التعبير اللفظي عند الطفل المشكلة والعلاج ، الصفحات الذهبية ، القاهرة .
- بيومي ، لمياء (٢٠٠٨) . فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحدين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية بالعريش ، جامعة قناة السويس .
- الجلامدة ، فوزية ، وحسن ، نجوى (٢٠١٣) . اضطرابات التوصل لدى التوحدين ، ط ١ ، دار الزهراء ، الرياض .
- جوزيف ريزو وروبرت زابل (١٩٩٩) . تربية الأطفال المضطربين سلوكياً (النظرية والتطبيق) ، ج ١ ، ترجمة عبد العزيز الشخص ، وزيدان السرطاوي ، العين ، دار الكتاب الجامعي .
- الخطيب ، جمال (٢٠١٣) . أسس التربية الخاصة ، ط ١ ، مكتبة المتني ، الدمام .
- الخطيب ، جمال ، الصمادي ، جميل ، والروسان ، فاروق ، والحديدي ، منى ويحيى ، خولة والناطور ، ميادة ، إبراهيم والعمامرة ، موسى والسرور ، نادبة (٢٠١١) . مقدمة في تعليم ذوي الحاجات الخاصة ، دار الفكر .
- الروسان ، فاروق (2013) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين - مقدمة في التربية الخاصة ، ط 9 ، دار الفكر ، عمان .
- الزارع ، نايف (٢٠١٠) . المدخل إلى اضطراب التوحد - المفاهيم الأساسية وطرق التدخل ، ط ١ ، دار الفكر ، عمان .
- الزريقات ، إبراهيم (٢٠١٠) . التوحد - السلوك والتشخيص والعلاج ، ط ١ ، دار وائل ، عمان .
- الزعبي ، أحمد (٢٠٠٧) . علم النفس التربوي - مدخل نظرية وتطبيقات تربوية عملية ، ط ٢ ، مكتبة الرشد ، الرياض .

- عبد الرحمن ، سليمان (٢٠٠٧) . إعاقة التوحد ، ط ٣ ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .
- عبد الله ، عادل (٢٠٠٨) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعلمهم ، (مترجم) ، ط ١ ، دار الفكر ، عمان .
- الظاهر ، قحطان (٢٠٠٩) . التوحد ، ط ١ ، دار وائل ، عمان .
- عبد الله ، عادل (٢٠٠٤) . الإعاقات العقلية ، دار الرشاد ، القاهرة .
- عبد الحميد ، محمد إبراهيم (٢٠٠٦) . علم النفس التربوي ، ط ١ ، دار الناشر الدولي ، الرياض .
- عمارة ، ماجد (٢٠٠٥) . إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .
- غانم ، محمد حسن (٢٠٠٦) . العناد والغضب لدى الأطفال وكيفية علاجه ، المكتبة المصرية للنشر ، الإسكندرية .
- سليمان ، عبد الرحمن ، وعبد الحميد ، أشرف ، والبلاوي ، إيهاب (٢٠١٣) . التقييم والتشخيص في التربية الخاصة ، ط ٣ ، دار الزهراء ، الرياض .
- الشامي ، وفاء (٢٠٠٤) . خفايا التوحد ، ط ١ ، الجمعية الفيصلية الخيرية النسائية ، جدة .
- الشخص ، عبد العزيز ، وعبد الغفار ، عبد السلام (١٩٩٢) . قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير الأسوياء ، مكتبة الصفحات الذهبية ، القاهرة .
- الشراوي ، أنور (٢٠١٣) . التعلم - نظريات وتطبيقات ، ط ٦ ، الأنجلو المصرية ، القاهرة .
- الشيخ ، تاج السر ، وأخرس ، نائل (٢٠١١) . علم النفس التربوي - بين المفهوم والنظرية ، ط ٢ ، مكتبة الرشد ، الرياض .
- الصبي ، عبد الله (١٤٢٣) . التوحد وطيف التوحد أسبابه وأعراضه وكيفية التعامل معه ، المؤلف .
- الشربيني ، مصطفى (٢٠١٥) . اضطرابات التوحد - الأسباب ، التشخيص ، العلاج ، دراسات علمية ، ط ١ ، دار المسيرة ، عمان .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- القيسي ، رؤوف محمود (٢٠٠٨) . علم النفس التربوي . مطابع دار دجلة ، عمان .
- كوجل ، روبرت ، كوجل ، ألن (٢٠٠٣) . تدريس الأطفال المصابين بالتوحد - استراتيجيات التفاعل الإيجابية وتحسين فرص التعلم ، ط ١ ، ترجمة السرطاوي وزملاؤه ، دار القلم ، دبي ، الإمارات العربية المتحدة .
- اللالا ، زياد ، والزييري ، شريفة ، وصائب ، والجلامدة ، فوزية ، وحسون ، مأمون ، والشрман ، وائل ، والعلي ، وائل ، والقبالي ، يحيى ، والعايد ، يوسف (٢٠١٢) . أساسيات التربية الخاصة ، ط ١ ، دار المسيرة ، عمان .
- مصطفى ، أسامة ، الشرييني ، كامل (٢٠١١) . التوحد - الأسباب ، التشخيص ، العلاج ، ط ١ ، دار المسيرة ، عمان .
- نصر ، سهى (٢٠٠٢) . الاتصال اللغوي للطفل التوحدي ، ط ١ ، دار الفكر ، عمان .
- هالاهان ، دانيال ، وكوفمان ، جيمس (٢٠٠٨) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم ، ترجمة : عادل عبد الله ، دار الفكر ، عمان .
- عبد الصبور محمد ، (٢٠٠٣) . الإعاقة العقلية في ضوء النظريات ، ط ١ ، الناشر المؤلف نفسه .

### المراجع الأجنبية :

- Gillberg. C.,& Svennerholm. (1990). CSF monoamines in autistic syndrome and other pervasive developmental disorders of early childhood. *British Journal, of Psychiatry*, 151, 89-94.
- Lewis, V. (1987). *Development and Handicap*. Basil Blackwell.
- Herbert, M. ( 1998 ). *Clinical child psychology: Social Learning developmental and behavior*. Second Edition, U K: Chi Chester.
- Jane, Summers A. & Craik, M.I.F. (1994): *The Effects of Subject Performed Task on the Memory Performance of Verbal Autistic Children*, *J. of A.D.D*, 24 (6), P.P.773:783.
- Harris, S.I. (1996). *Siblings of Children with Autism: A Guide for Families*. Bethesda, MD: Woodbine House.
- Luyster, R., Qiu, S., Lopez, K., & Lord, C., (2007) *Predicting outcomes of children referred for autism using the MacArthur- Bates Communicative*

- Development Inventory, Journal of Speech, Language, and Hearing Research; 50:667-81.
- Marjorie, Bock A.. (1994):Acquisition, Maintenance and Gen-realization of a Categorization Strategy by Children with Autism, J. of 24 A.D.D, 24. (1), p.p. 39:51.
  - Nadig, A., Ozonoff, S., Young, G., Rozaga, A., Sigman, M., & Rogers, S. (2007) A Prospective study of response – to – name in infants at risk for autism. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, Theme issue on Autism, 161 (4), 378-383.
  - Paxton, K., Estay, I. (2007) Counseling People on the Autism Spectrum, A Practical Manual, Jessica Kingsley Publishers, Inc.: London & Philadelphia.
  - Ramando N.;Milch D. (1984): The nature and specify of the language coding defect in Autistic children, British J. of psychology Vol. (75),pp.95-103.
  - Rapin, I & Dunn, M. (1997).Language disorder in children with autism. Pediatric Neurology, 4, 86 – 92.
  - Wing, Lorna. (19<sup>96</sup>): Early childhood Autism, clinical education and social aspect: Toronto.
  - Wolf, S.. (1988):**Psychiatric Disorders of Childhood in Kandell R.E. and Zeally. (ED) Companion to Psychiatric Studies,** London,Churchcill Liungstone.
  - Yoshitaka, K. ( 2001 ).Modification of physiological and Behavioral Responsively to Auditory Stimuli with the progress of Dohsa – Methods Training in Children With Autism. Japanese. Journal of Special Education, 38, 6, 65 – 82.
  - Zager,D. (2005):Autism Spectrum Disorders: Education and Treatment. Larence Elbaum Associates.

## الفصل الثاني

### قضية تشخيص الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد

- التشخيص المبكر لاضطراب التوحد .
- المؤشرات المبكرة لاضطراب التوحد .
- تشخيص اضطرابات طيف التوحد .
- أهمية تشخيص اضطرابات طيف التوحد .
- أهداف تشخيص طيف التوحد .
- مراحل تشخيص طيف التوحد .
- معوقات تشخيص الأطفال ذوي طيف التوحد .
- تشخيص اضطراب طيف التوحد (ASD) وفقاً للطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) .
- ملاحظة الاضطراب التوحدي .
- الفحوصات الطبية المطلوبة أثناء تشخيص الأطفال التوحدين .
- الضوابط التنظيمية في تشخيص الأطفال التوحدين .
- إجراءات تطبيقية لتشخيص حالة طفل توحدي .
- تقييم الأطفال التوحدين .
- مبادئ في تقييم الأطفال التوحدين .
- أساليب تقييم الأطفال التوحدين .
- دراسة الحالة في مجال التوحد .
- أهمية دراسة الحالة .
- أهداف دراسة الحالة .
- شروط نجاح دراسة الحالة .
- دراسة الحالة لطفل توحدي .
- مراحل تنفيذ دراسة الحالة .
- مراجع الفصل الثاني .

## الفصل الثاني

### قضية كشف وتشخيص الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد

هناك بحوث متزايدة حول الاكتشاف والتدخل المبكر والدعم المكثف للأطفال الصغار الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد (ASD) ، حيث أثبتت الدراسات أن التدخلات قبل عمر (3½) لها تأثير أكبر من التدخلات بعد سن (5) سنوات ، ولا بد أن أشير إلى ثلاث مراحل مهمة ، هما :

1. مرحلة الاكتشاف المبكر : هي مرحلة أولى تتوارد فيها الشكوك حول الاختلافات المتباينة في تطور الطفل مقارنة بالآخرين . نجد أن الأهل يلاحظوا ويكتشفوا أن طفلهم لا يمر بمراحل النمو الطبيعية وهناك علامات استفهام كثيرة عنه ، وتبدأ رحلة البحث .
2. مرحلة التقييم والتشخيص : هي مرحلة ثانية بعد أن يكتشف الأهل أن طفلهم غير طبيعي يتوجهوا إلى المختصين لتحديد الفئة التي يندرج ضمنها طفلهم .
3. مرحلة التدخل المبكر : هي مرحلة التأهيل التي تأتي في نهاية المطاف بعد اكتشاف المشكلة وتحديد لها .

(عبد العظيم ، ٢٠١٠)



هناك مقولة مشهورة نصها "الوقاية خير من العلاج" ، وبما أن مسببات التوحد غير معروفة لدينا الآن وما زالت تحت الدراسة فلا يسعنا الحديث عن الوقاية ، ولكن أنا لي مقولة في هذا المجال نصها : "البداية المبكرة تساهم في التأهيل" وكلما كان اكتشاف المشكلة أبكر كلما قل تفاقمها ، ونضع بين يدي المهتمين

والمختصين باضطراب طيف التوحد قائمة اكتشاف مبكر للطفل في سنواته الثلاث الأولى ، قد تكون أداة تساعد الأهل أو المختص في اكتشاف اضطراب التوحد أو ضوء أحمر يوصي بالتشخيص الدقيق . وهي مجموعة من السلوكيات مستندة على التطور النمائي الطبيعي لدى الأطفال في سن ما قبل (٣) سنوات وأعراض ومظاهر اضطراب طيف التوحد الأساسية ، ولا بد هنا أن نذكر بأن قائمة الأعراض المبكرة للتوحد ما هي إلا أداة أولية وليست تشخيصية .

### التشخيص المبكر لاضطراب التوحد : Early Diagnosis of Autism

يصعب تشخيص اضطراب التوحد قبل سن الثانية أو الثالثة وذلك لأسباب عديدة ، أولها : تأخر مراجعة الوالدين للمختصين ، والثاني : هو عدم وجود معايير تشخيصية في هذه المرحلة . وقد أشارت البحوث إلى وجود علامات مبكرة تشير إلى الإصابة باضطراب التوحد . وبالتالي ، يمكن تشخيص الأطفال في مرحلة مبكرة وقبل بلوغهم السنة الثانية وبدرجة عالية من الدقة .

أما بالنسبة للأطفال الرضع فإنه يمكن الاستدلال على اضطراب التوحد لديهم من خلال وجود العلامات الانذارية المبكرة التالية :

١. عدم الاستجابة للاسم : نادراً ما يستجيب الرضيع المصاب بالتوحد عند مناداته باسمه ، وإذا ما استجاب فهو يستجيب لوالديه بعد مناداته مرات عديدة وليس بعد أول مرة . يبدو الطفل أحياناً وكأنه أصم ، إلا أنه يدير رأسه نحو مصادر الصوت المختلفة مثل صوت لعبة ما ، أو صوت ورق الحلوى .

٢. فقدان الالتقاء البصري : الرضيع المصاب بالتوحد لا يلتقي بصره بالآخرين كبقية الأطفال ، وقد يتفادى التواصل البصري بالإضافة إلا أنه يعجز عن متابعة نظرة للآخرين ، أي أنه يعجز عن توجيه نظر بصره حيث يوجهه الآخرون .

٣. فقدان القدرة على الإشارة أو مشاركة الآخرين الأشياء : يعجز الرضيع المصاب بالتوحد عن الإشارة إلى الأشياء أو اطلاع والديه عليها ومشاركتهم



يهدف التفاعل الاجتماعي . فالرضيع السوي مثلاً عندما يرى شيئاً يعجبه يشير إليه مبتسماً وهو ينظر لوالديه ، بينما لا يصدر مثل هذا التفاعل عن الرضيع التوحدي .

إذا استمرت هذه الأعراض إلى ما بعد سن سنة ونصف فإن ذلك إشارة أخرى للإصابة بالتوحد ، ولكن هناك سلوك آخر يظهر بعد عمر (١٨) شهراً وهو عدم المقدرة على اللعب التمثيلي (الشامي ، ٢٠٠٤) .

هناك العديد من مظاهر النمو الطبيعي خلال السنوات الخمسة الأولى من عمر الطفل والتي تعد مهمة في تشكيل الملامح الأساسية لما سيكون عليه الطفل مستقبلاً والمؤشرات التي تحتاج إلى لفت نظر أولياء الأمور ، وقد يتطلب ذلك عرضاً على الطبيب المختص .

#### المؤشرات المبكرة لاضطراب التوحد Early Indicators for Autism :

يظهر اضطراب توحد لدى معظم الحالات منذ الأشهر الأولى من عمر الطفل ، ولدى جميع الحالات عند بلوغ السنتين ونصف السنة ، إلا أن هناك قلة من الأطفال يتطورون بشكل طبيعي ثم يتراجعون خلال السنة الثانية من عمرهم ، ويصاحب التوحد تأخر ذهني بدرجات متفاوتة وبنسبة (٧٧%) من الحالات .

عندما يشكو الطفل من السلوكيات التالية فإنه من المحتمل أن يعاني من التوحد :

١. قلما يشير الطفل إلى لعبه أو لأشياءه التي يحبها كنوع من المشاركة أو التفاعل الاجتماعي .
٢. الطفل لا يستجيب عند مناداته باسمه ويبدو كأنه أصم ، ولكنه قد يستجيب لأصوات أخرى تصدر في البيئة المحيطة به كصوت لعبة ، أو صوت فتح غطاء علبة مشروب على سبيل المثال .
٣. الطفل لا يركز بصره على والديه ، كما يفعل باقي الأطفال الأسوياء ، بل يتفادى الكثير منهم التواصل البصري مع الآخرين .
٤. الطفل لا يلعب بلعبه ولا يلعب مع الآخرين بطريقة طبيعية ، بل يصف الألعاب في خط طويل ويكرر طريقة اللعب ، كما أنه يفتقد القدرة على التخيل ، أو اللعب التمثيلي .

٥. الطفل يعاني ضعفاً في مهارات التقليد .
- السلوكيات الخمس السابقة هي الأكثر وضوحاً ودلالة على الإصابة بالتوحد لدى الأطفال الصغار الذين تتراوح أعمارهم بين سنة وسنة ونصف ، إلا أن هناك سلوكيات أخرى قد تظهر عليهم ، وهي على النحو التالي :
١. قلة الاهتمام بالأشخاص المحيطين بهم أو إغفال وجودهم .
٢. عدم المشاركة في الألعاب البسيطة التي يحبها غيرهم من الأطفال الأسوياء ، مثل تغطية الوجه وكشفه فجأة والتي يلعبها عادة أحد الوالدين مع الطفل .
٣. لا يرفع الطفل ذراعيه إلى الأعلى لكي يحمله أحد والديه .
٤. يصعب جعل الطفل يوجه بصره إلى الآخرين ويتابعهم بنظراته ، أو أن ينظر إلى حيث يريدونه أن ينظر ، فإذا ما أشار الوالد مثلاً نحو جهة ما وقال للطفل " أنظر إلى اللعبة " فإنه من النادر أن ينظر إليها ويدير رأسه نحو الجهة التي يشير إليها والده .
٥. تأخر أو فقدان التطور اللغوي .
٦. صعوبة فهم انفعالات وعواطف الآخرين .
٧. يواجه بعض الأطفال التوحدين صعوبات في النوم .
٨. الاستجابات الحسية غير طبيعية لدى الكثيرين منهم ، فقد تكون حاستهم للألم أو للحرارة ضعيفة ، أو قد يبدو البعض وكأنه أصم ، أو يكون للبعض اهتمامات بصرية غريبة كأن يوجهوا أنظارهم إلى بؤرة أو نافذة واحدة ، أو يعمدون إلى رفرفة الأصابع أمام الضوء .
٩. قد يظهر لدى البعض منهم حركات نمطية متكررة مثل رفرفة الأصابع ، أو الدوران حول أنفسهم وما إلى ذلك .

تشخيص اضطرابات طيف التوحد : **Diagnosis of Autism Spectrum**

التشخيص : هو العملية الأساسية لمعرفة التوحد ومن ثم يمكن إجراء التدخل العلاجي المبكر ، وأدوات التشخيص ما زالت قاصرة وغير قادرة على التشخيص الكامل وخصوصاً في الوقت المبكر .

هنا لا بد من التأكيد على أن التشخيص لا يتم لمجرد شكوى الأهل من أن الطفل يعاني من مشكلة التواصل أو أن الطفل لديه صعوبات في التعامل الاجتماعي أو عدم القدرة على الإبداع ، فهناك أسباب متعددة لذلك ، ولكن لا بد من وجود قصور في كل الجوانب الثلاثة بدرجة معينة .

ومهما كانت ثقافة الوالدين ودرجة تعليمهم ، فإن ملاحظة التغيرات في الطفل تكون مختلفة ومتنوعة ، كما أن الثقافة العلمية والعملية عن التوحد لدى الأطباء غير المتخصصين قاصرة ، لذلك فإنه من الملاحظ ومن تجارب عائلات أطفال التوحد أن الوصول إلى التشخيص كانت رحلة قاسية صعبة ومؤلمة ، وكانت هناك اختلافات قبل الوصول إلى التشخيص ، وهنا لا بد من التركيز على أن التشخيص مسألة صعبة وخصوصاً في المراحل الأولى ولوجود اختلافات في الأعراض ، ويجب أخذ ذلك التشخيص فقط من متخصصين لديهم الخبرة والدراية التامة عن تلك النوعية من الحالات .

يعرف الروسان (٢٠١٣) التشخيص : بأنه تفسيرات إجرائية تتمثل في إصدار حكم على ظاهرة ما بعد قياسها ، أو موضوع ما وفق معايير خاصة بتلك الظاهرة .

يعتبر التقييم والتشخيص العمليتين الأساسيتين للتعرف على اضطراب التوحد ، ومن ثم يمكن إجراء التدخل العلاجي المبكر والمناسب ، وأدوات التشخيص ما زالت قاصرة وغير قادرة على التشخيص الكامل وخصوصاً في الوقت المبكر (الزارع ، ٢٠١٠) .

لا يأتي التشخيص لمجرد أن الأهل اشتكوا من طفلهم أنه يعاني من مشكلة تواصل أو أن الطفل لديه صعوبات في التعامل الاجتماعي أو عدم القدرة على الإبداع . ومهما كانت ثقافة الأهل ودرجة تعليمهم ، فإن ملاحظة التغيرات تكون مختلفة

ومتنوعة ، ولذلك من الملاحظ أن تجارب عائلات التوحد كانت رحلة قاسية ومؤلمة للوصول إلى تشخيص دقيق لأطفالهم (العبادي ، ٢٠٠٦) .

يعتبر تشخيص التوحد وغيره من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً ، وخصوصاً في المراحل الأولى لوجود اختلافات في الأعراض . وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين ، والاجتماعيين ، وأخصائي التخاطب ، والتحليل الطبية وغيرها (فراج ، ٢٠٠٢) .

فالتشخيص : هو التقييم العلمي الشامل لحالة مرضية محددة ، ويتضمن المعلومات والأعراض بنوعيتها (الكمي والكيفي) ويتم بوسائل متعددة منها الاختبارات المقننة وغير المقننة ، والمقابلة ، ودراسة الحالة والملاحظة ، والسجل المدرسي ، والظروف العائلية ، والسجل الطبي والتقييم العصبي ، ويشير بدقة إلى أسباب العلة المباشرة وغير المباشرة (ياسين ، ١٩٩٠) .

إن تشخيص التوحد يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً ، وخاصة في الدول العربية ، حيث يقل عدد الأشخاص المهنيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد ، مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص ، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل ، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة ، أي لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوكه ، ولمهارات التواصل لديه ، ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور . ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من السلوك التوحدي يوجد في اضطرابات أخرى . ولذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق متعدد التخصصات ، حيث يضم هذا الفريق :

- ١ . طبيب أعصاب .
- ٢ . طبيباً نفسياً .
- ٣ . طبيب أطفال متخصص في النمو .
- ٤ . أخصائياً نفسياً .
- ٥ . أخصائياً علاج لغة وأمراض نطق .
- ٦ . أخصائياً علاج مهني .
- ٧ . أخصائياً تعليمي .

كما يمكن أن يشمل الفريق المختصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد (أبو العزائم ٢٠٠٣) .

### أهمية تشخيص اضطرابات طيف التوحد

#### : Importance of Diagnosis of Autism Spectrum

يعد تشخيص التوحد مهما جداً لأنه الخطوة الأولى والأساسية لتحويل الطفل التوحيدي للمكان التربوي المناسب ، وتصميم البرنامج التعليمي الخاص به ، إلا أن تشخيص التوحد يعتبر من الأمور الصعبة لأنه يعتمد بشكل أساسي على السلوكيات التي تظهر على طفل التوحد ، وتذكر الشامي (٢٠٠٤) بأنه لا يوجد دلالات بيولوجية تظهر على جميع المصابين بالتوحد ، وبالتالي لا يوجد فحص طبي لتشخيص التوحد ، ولكن يتم ملاحظة السلوكيات التي تتطابق مع معايير تشخيص التوحد فيتم التشخيص .

تعود صعوبة التشخيص أيضاً لعدة أسباب من أهمها :

١. الأطفال التوحيديون مختلفون في القدرات والخصائص ، فهم مجموعة غير متجانسة .
٢. التوحد قد يترافق مع العديد من الأمراض والإعاقات الأخرى .
٣. قلة الأدوات والمقاييس المستخدمة في هذا المجال (العبادي ، ٢٠٠٦) .

#### أهداف تشخيص طيف التوحد : Purposes of Diagnosis of Autism

يعتبر التشخيص المرحلة الأكثر أهمية في تحديد حالة الطفل وتقرير فيما إذا كان يعاني من التوحد أم لا هذا بالإضافة إلى اعتماد أنواع الخدمات المرشح الطفل تلقيها ، وعلى نحو عام فإن أهداف التشخيص تتمثل في :

١. الهدف الأولي في تحقيق تشخيص الأطفال دون سن المدرسة هو الوصول إلى الخدمات المناسبة .
٢. وضع أهداف علاجية .
٣. تحديد كثافة العلاج والمجالات التي سوف يحققها العلاج .
٤. تحديد مدى تحقيق الأهداف قصيرة وطويلة المدى .
٥. التشخيص يوفر للأسر معلومات حول الاستجابة للعلاج .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٦. التشخيص يوفر للأسر معلومات حول التغيرات النمائية المتوقعة بسبب طبيعة الاضطراب .
  ٧. التشخيص يساعد الأخصائي على مناقشة خصائص التوحد غير الموجودة في القياس .
  ٨. التشخيص يساعد على تقرير التطور في الاضطراب والعلاج .
  ٩. وضع الفرضيات حول طبيعة الاضطراب .
  ١٠. تحديد طرق العلاج التي سوف تستخدم لإحداث التغيير في خصائص الاضطراب .
- (الزريقات ، ٢٠٠٤)

### مراحل تشخيص طيف التوحد :

#### : Stages of Diagnosis of Autism Spectrum

يقسم النمر (2013) بشكل عام التشخيص إلى ثلاث مراحل هي :

#### المرحلة الأولى : الإعداد للتشخيص Preparation Stage :

وتتم هذه المرحلة قبل عملية التشخيص وتشمل جمع المعلومات عن طريقة دراسة الحالة ، وموافقة الأهل وتحديد الاختبارات المناسبة ، وتقييم مسحي مبدئي من خلال رأي معلم الفصل أو الوالدين أثناء المقابلة التشخيصية معهم ، وتهيئة المكان والوقت المناسبين . وبشكل عام جمع ما يمكن جمعه من معلومات مفيدة في عملية التشخيص النهائي والتي قد توافق توقعات بعض الملاحظين .

#### المرحلة الثانية : مرحلة أثناء الاختبار وتشمل هذه المرحلة ما يلي :

١. التقييد بدليل الاختبار .
٢. عدم إثارة الطفل أو إخافته .
٣. عدم الاستمرار بالتسجيل أو الاستغراق فيه .
٤. الابتعاد عن الحديث مع ولي أمر الطفل أثناء الاختبار (في حال كان لا بد من وجوده) .

المرحلة الثالثة: كتابة النتائج والتقرير النهائي ، وتشتمل هذه المرحلة على :

١. عدم التسرع في إصدار النتائج .
٢. تقديم النتائج ضمن تقرير .
٣. تجنب الكلمات المثيرة في التقرير .
٤. الإشارة إلى أماكن الاستفادة والبرامج المناسبة له .
٥. توضيح الجوانب السلوكية المرافقة أثناء التشخيص .
٦. إضافة نواحي الضعف والقوة إلى التقرير (النمر ، ٢٠١٣) .

**معوقات تشخيص الأطفال ذوي طيف التوحد:**

**: Issues that Complicate Diagnosis Autistic Children**

لقد برزت معوقات ذات علاقة بتشخيص حالة التوحد منذ عرفه كانر عام (١٩٤٣) . وما يزال الوضع إلى يومنا هذا غير مُرضٍ ويكتنفه الغموض . ولعل أسلوب تسجيل النقاط المستخدم لتشخيص حالة التوحد قد أسهم في خلق هذا الارتباك . إلا أن تقدماً قد أحرز في الآونة الأخيرة مع تحلي الباحثين عن النظرة الضيقة لهذه الحالة وتبينهم للمنحى الوصفي في تشخيصها .

ويذكر الزريقات (٢٠١٠) أن صعوبة تشخيص التوحد تعود إلى أعراضه الرئيسية ، وأن التوحدي يظهر اختلافاً في الأعراض الإكلينيكية ، مما يجعل التشخيص يواجه مشكلات ومعوقات وذلك ضمن أربعة مجالات هي :

١. التغيرات في الأعراض أو الصورة الرئيسية .
٢. التغيرات في الأعراض أو الخصائص المصاحبة وتشمل :
  - أ. الذكاء .
  - ب. الانتقائية الزائدة للمثير .
  - ج. سلوك إيذاء الذات .
  - د. الاضطرابات العضوية ذات الصلة .
  - هـ. المخاوف .
٣. التغيرات النسبي .
٤. الأنواع الفرعية للتوحد .

تشخيص التوحد وفقاً للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة (DSM-IV-TR) American Psychiatric Association :

يشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-4-TR, 2000) إلى أن عدداً من المعايير والمحكات التي تدل على طيف التوحد ، وقد ظهرت صورة عربية من هذا الدليل ، يمكن الرجوع إليها للتعرف على أطياف التوحد الخمسة ومن هذه المعايير :

١. قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي .
٢. قصور نوعي في التوصل اللفظي وغير اللفظي .
٣. السلوك النمطي التكراري (الروسان ، ٢٠١٣) .

أولاً : الاضطراب التوحدي Autistic Disorder :

أ. ينبغي توفر ما مجموعه ستة مظاهر (أو أكثر) من (١) و(٢) و(٣) ، منهما مظهران على الأقل من (١) ومظهر واحد من كل من (٢) و(٣) .

(١) اختلال كفي في التفاعل الاجتماعي كما يتجلى في اثنتين من التظاهرات التالية على الأقل :

(أ) اختلال صريح في استخدام السلوكيات غير اللفظية العديدة كالتحديق عين في عين وتعبيرات الوجه والوضعية الجسدية والإيماءات التي تخدم في تنظيم التفاعل الاجتماعي .

(ب) الإخفاق في تطوير علاقات مع الأقران تكون مناسبة للمرحلة التطورية .

(ج) غياب السعي العفوي للمشاركة في المتعة أو الاهتمامات أو الإنجازات مع الناس الآخرين (مثل عدم البحث عن الظهور أو الإشارة إلى الأشياء التي يهتم بها أو إحضارها) .

(د) انعدام التبادل الاجتماعي أو الانفعالي .

(٢) اختلافات كفية في التواصل كما تتبدى في واحدة من التظاهرات التالية على الأقل :

(أ) تأخر في تطور اللغة المنطوقة أو غيابها الكامل (ولا يترافق ذلك مع محاولة المعالضة من خلال نماذج بديلة من التواصل كالإيماء والتلميح) .



- (ب) يكون لدى الأشخاص الذين يمتلكون كلاماً كافياً ، اختلال واضح في القدرة على استهلال حديث أو الاستمرار به مع الآخرين .  
(ج) استخدام متكرر وغطى للغة أو استخدام لغة خاصة .  
(د) انعدام ألعاب الخيال المنوعة أو ألعاب المحاكاة الاجتماعية المناسبة للمستوى التطوري .

(٣) نماذج من السلوك والاهتمامات والأنشطة المقيدة التكرارية والنمطية كما تتجلى في واحدة من التظاهرات التالية على الأقل :

- (أ) انشغال كلي بموضوع اهتمام أو مواضيع اهتمام مقيدة وغطى شاذة إما في الشدة أو في التركيز .  
(ب) التقييد الصارم بصورة واضحة بطقوس أو روتين نوعي وغير وظيفي .  
(ج) أساليب حركية متكررة وغطى (مثل الضرب باليد أو بالإصبع أو ليّهما أو حركات معقدة لكامل الجسم) .  
(د) الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء .

ب. تأخر الأداء أو أداء غير طبيعي في واحد من المجالات التالية ، مع بدء فيما قبل ٣ سنوات :

- (١) التفاعل الاجتماعي .  
(٢) اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي .  
(٣) اللعب الخيالي أو الرمزي .  
ج. لا ينجم الاضطراب عن اضطراب ريت أو الاضطراب التفككي في الطفولة .

ثانياً : اضطراب ريت **Rett's Disorder** :

أ. وجود كل ما يلي :

- (١) تطور طبيعي في فترة ما قبل الولادة وما حول الولادة .  
(٢) تطور نفسي حركي طبيعي خلال الأشهر الخمسة الأولى بعد الولادة .  
(٣) محيط الرأس طبيعي عند الولادة .



ب. بدء كل ما يلي بعد فترة تطور طبيعية :

- (١) تباطؤ نمو الرأس بين سن (٥) أشهر و(٤٨) شهراً .
- (٢) فقد المهارات اليدوية الهادفة التي اكتسبت سابقاً بين عمر (٥) أشهر وعمر (٣٠) شهراً مع تطور لاحق لحركات يد غمطية (مثل حركة العصر أو غسيل اليد .

- (٣) ظهور مشية سيئة التناسق أو ظهور حركات جزعية .
- (٤) تطور لغة استقبالية وتعبيرية شديدة الاختلال مع تأخر نفسي حركي شديد .

### ثالثاً : الاضطراب التفككي في الطفولة

#### : Childhood Disintegrative Disorder

- أ. تطور طبيعي لمدة سنتين على الأقل بعد الولادة ، يتجلى بوجود تواصل لفظي وغير لفظي وعلاقات اجتماعية ولعب وسلوك تكيفي مناسبة للعمر .
- ب. فقد تام سريريا لمهارات اكتسبت سابقاً (قبل عمر ١٠ سنوات) في اثنين على الأقل من المجالات التالية :

(١) لغة استقبالية وتعبيرية .

(٢) مهارات اجتماعية أو سلوك تكيفي .

(٣) ضبط المثانة أو الأمعاء .

(٤) اللعب .

(٥) المهارات الحركية .

ج. شذوذ في الأداء في مجالين من المجالات التالية على الأقل :

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- (١) اختلال كفي في التفاعل الاجتماعي (مثل الاختلال في السلوكيات غير اللفظية ، الإخفاق في تطوير علاقات مع الأقران ، انعدام التبادل الانفعالي أو الاجتماعي) .
- (٢) اختلافات نوعية في التواصل (مثل تأخر أو انعدام الكلام المنطوق ، انعدام القدرة على استهلال الحديث أو الاستمرار به ، استخدام متكرر وغطوي للغة ، انعدام ألعاب الخيال المتنوعة) .
- (٣) نماذج سلوكية واهتمامات وأنشطة مقيدة وتكرارية وغطوية ، بما في ذلك نمطيات حركية وأسلوبيات .
- د. لا ينجم الاضطراب عن أي من الاضطرابات النمائية الشاملة النوعية أو عن الفصام .

### رابعاً : اضطراب أسبيرجر *Asperger's Disorder* :

أ. اختلال كفي في التفاعل الاجتماعي كما يتجلى في اثنين على الأقل من المظاهر التالية :

- (١) اختلال واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية العديدة مثل التحديق عين في عين ، التعبير الوجهي ، الإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي .
  - (٢) الإخفاق في إقامة علاقات مع الأقران مناسبة للمستوى التطوري .
  - (٣) انعدام السعي العفوي للمشاركة في المتعة أو الاهتمامات أو الإنجازات مع الناس الآخرين (مثل عدم البحث عن الظهور أو عدم الإشارة إلى الموضوعات التي يهتم بها للآخرين) .
  - (٤) انعدام التبادل الانفعالي أو الاجتماعي .
- ب. نماذج من السلوك والاهتمامات والأنشطة مقيدة وتكرارية وغطوية ، كما تبدى في إحدى الظواهر التالية على الأقل :
- (١) انشغال كلي في واحد أو أكثر من نماذج الاهتمام المقيدة والنمطية ، وهو انشغال شاذ إما في الشدة أو في التركيز .
  - (٢) التمسك الصارم بطقوس وروتين محدد وغير وظيفي .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- (٣) أسلوبيات حركية نمطية وتكرارية (مثل الضرب باليد أو بالإصبع أو كليهما أو حركات معقدة للجسم كله) .
- (٤) الانشغال المستمر بأجزاء الأشياء .
- ج. يسبب الاضطراب اختلالاً مهماً سريرياً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو حقول هامة أخرى من الأداء الوظيفي .
- د. لا يوجد تأخر عام هام سريرياً في اللغة (مثلاً ، تُستخدم كلمات مفردة بعمر سنتين ، كما تستخدم عبارات تواصلية بعمر (٣) سنوات) .
- هـ. لا يوجد تأخر هام سريرياً في التطور الاستعرافي أو في تطور مهارات إعانة الذات بما يتناسب مع العمر أو في السلوك التكيفي (ما عدا التفاعل الاجتماعي) أو في الفضول نحو المحيط أثناء الطفولة .
- د. لا تتحقق معايير اضطراب نمائي نوعي آخر أو معايير الفصام .

**خامساً : اضطراب نمائي شامل غير محدد في مكان آخر (ويشمل التوحد اللانمذجي)**

**Pervasive Developmental Disorder not otherwise (Specified) Including Atypical Autism**

ينبغي استخدام هذه الفئة عندما يكون هناك اختلال شديد وشامل في تطور التفاعل الاجتماعي التبادلي المترافق مع اختلال إما في مهارات التواصل اللفظية أو غير اللفظية أو بوجود سلوكيات واهتمامات وأنشطة نمطية ، ولكن لا تتحقق فيها معايير اضطراب نمائي شامل نوعي أو فصام أو اضطراب شخصية من النمط الفصامي أو اضطراب شخصية متجنبة . وتشمل هذه الفئة على سبيل المثال ظواهر «التوحد اللانمذجي» التي لا تحقق معايير الاضطراب التوحدي بسبب سن البدء المتأخر أو الأعراض اللانمذجية أو الأعراض التي تكون دون عتبة الاضطراب التوحدي أو جميع ما سبق .

Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

ومن الأدوات المستخدمة في الكشف عن التوحد وتشخيصه :

١. مقياس تقدير التوحد الطفولي (Childhood Autism Rating Scale (CARS).
٢. قائمة تقدير السلوك التوحدي (Autistic Behavior Checklist (ABC).
٣. مقياس جيليام للتوحد (GARS Gilliam Autism Rating Scale).
٤. أداة تقدير السلوك للأطفال التوحدين وغير الأسوياء Behavior Rating Instrument for Autistic & Atypical Children.
٥. جدول الملاحظات التشخيصية للتوحد Autism Diagnostic Observation Schedule.
٦. المقابلة التشخيصية للتوحد The Autism Diagnostic Interview- Revised (الخطيب ، ٢٠١٣).

تشخيص اضطراب طيف التوحد (ASD) وفقاً للطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) :

قام علماء النفس والأطباء النفسيون بجمعية النفسين الأمريكية بمراجعة معايير تقييم الأفراد ذوي الاضطرابات النمائية ، حيث ظهرت هذه الطبعة الخامسة في مايو عام ٢٠١٣ ، وفيها ظهرت معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder (ASD) والتشخيص ذي الصلة باضطراب التواصل الاجتماعي Social Communication Disorder (SCD) .

لدينا الآن تشخيص واحد هو اضطراب طيف التوحد . وهو يتضمن أربعة تشخيصات سابقة وهي التوحد ، اضطراب أسبيرجر ، اضطراب الطفولة الانحلالي ، اضطراب النمو المتعمم غير المحدد بشكل آخر .

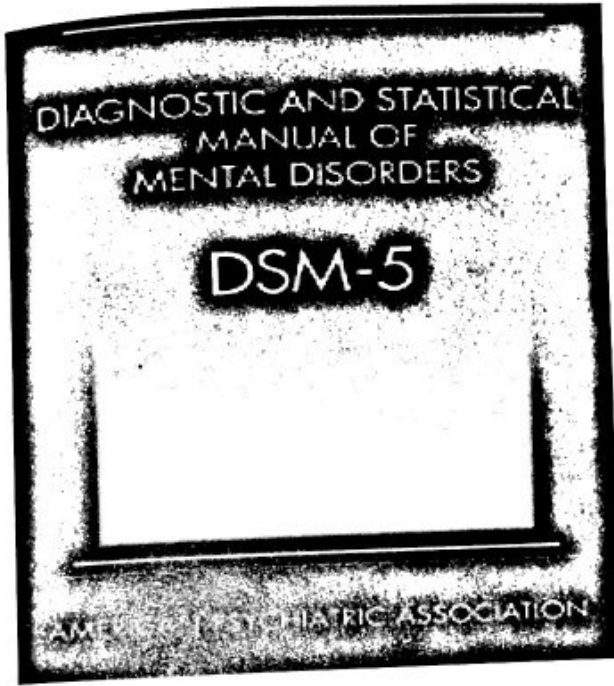
ويتصف اضطراب طيف التوحد بـ :

١. نقص في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي .
٢. محدودية وتكرار السلوك والاهتمامات والنشاطات . وإذا لم يتوفر وجود الصفات السلوكية المذكورة في البند الثاني فإن التشخيص هو اضطراب في التواصل الاجتماعي وليس طيف التوحد .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

المعايير التشخيصية والتي وردت بهذه الطبعة موضحة بالأمثلة :  
A . قصور مستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي خلال السياقات ، كما يتضح في ما يلي :

١ . عجز في التبادل الاجتماعي والانفعالي يتراوح من نهج اجتماعي شاذ ، وفشل في الحديث المنخفض بمشاركة الاهتمامات والانفعالات ، وانعدام الاستجابة مع نقص كامل في البدء بتفاعلات اجتماعية .



أ. النهج الاجتماعي غير السوي :

(١) استهلال اجتماعي غير عادي

(مثل اللمس الفضولي

للأشياء ، ولعق الآخرين) .

(٢) استخدام الآخرين كأدوات .

ب. فشل في الحديث المتبادل العادي :

(١) انعدام الإستخدام البراغماتي

الاجتماعي للغة (مثل :

لا يوضح ، ولا يفهم ،

ولا يقدم خلفية عن المعلومات التي يعرضها) .

(٢) فشل في الاستجابة عندما ينادى باسمه أو عندما يتم الكلام معه مباشرة .

(٣) لا يبدأ بالحديث .

(٤) يتحدث من طرف واحد/مناجاة / حديث عرضي .

ج. انخفاض في مشاركة الاهتمامات :

(١) لا يشارك .

(٢) انعدام الإظهار وجلب أو الإشارة للأشياء من أجل جلب اهتمام الآخرين .

(٣) ضعف الاهتمام المشترك (البدء والاستجابة) .

د. مشاركة منخفضة للانفعالات والمؤثرات :

(١) الإفتقار إلى الابتسامة الاجتماعية المتجاوبة (ويقصد بذلك الاستجابة لابتسامة الشخص الآخر)

(٢) فشل في المشاركة في المتعة ، والإثارة ، والإنجازات مع الناس الآخرين .

(٣) فشل في الرد على الثناء .

(٤) لا يبدي سعادته في التفاعلات الاجتماعية .

(٥) فشل في تقديم الراحة للآخرين .

(٦) اللامبالاة والنفور من الاتصال الجسدي (الضم والعناق) والحنان .

هـ. نقص في البدء بتفاعلات اجتماعية حيث يبدأ فقط عندما يحتاج مساعدة .

و. استهلال اجتماعي ضعيف ، حيث إنه يفشل في الانخراط (الدخول) في ألعاب اجتماعية .

٢. قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية المستخدمة في التفاعل ، وتتراوح في الضعف في التواصل اللفظي وغير اللفظي من خلال الشذوذ في النظر بالعين ولغة الجسد أو قصور في عدم الفهم واستخدام التواصل غير اللفظي إلى النقص الكلي في التعبيرات الوجهية والإيماءات .

أ. ضعف في الاستخدام الاجتماعي للتواصل بالعين .

ب. ضعف في استخدام وفهم وضعية الجسم (مثل : يشوح بوجهه عن المستمع) .

ج. ضعف في استخدام وفهم الإيماءات (مثل : التأشير ، أو يُلوِّح بيديه ، أو يهز رأسه) .

د. حجم غير طبيعي لطبقات الصوت ، والتجويد ، والإيقاع ، ونبرة الصوت في الكلام .

هـ. شذوذ في استخدام وفهم التأثيرات .

(١) ضعف في استخدام التعبيرات الوجهية .

(٢) نقص في تعبيرات الفرح الدافئة الموجهة للآخرين .

(٣) تواصل محدود في التأثيرات الخاصة (عدم القدرة على نقل نطاق واسع من

الانفعالات عبر الكلمات ، والتعبيرات ونغمة الصوت والإيماءات) .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

(٤) عدم القدرة على إدراك أو تفسير التعبيرات غير اللفظية من قبل الآخرين .  
و. نقص في التواصل اللفظي وغير اللفظي (مثل : عدم القدرة على تنسيق التواصل  
بالنظر ، أو لغة الجسد مع الكلمات)

ز. نقص في التواصل غير اللفظي غير المنسق مثل : عدم القدرة على تنسيق التواصل  
مع الإيماءات .

٣. قصور في تنمية العلاقات والمحافظة عليها مما يتناسب ومستوى النمو (يتجاوز ذلك  
مقدمي الرعاية) ، ويتراوح ذلك من صعوبات في السلوك التكيفي ليتناسب مع  
السياقات الاجتماعية المختلفة من خلال صعوبة المشاركة في اللعب التخيلي  
وتكوين الصداقات إلى غياب واضح باهتمامات الناس .

أ. قصور في تنمية العلاقات والمحافظة عليها مما يتناسب ومستوى النمو .

(١) نقص في نظرية العقل ، وعدم القدرة على أخذ وجهة نظر شخص آخر  
(العمر الزمني  $\leq 4$  سنوات) .

ب. صعوبة في تكيف السلوك ليتناسب مع السياقات الاجتماعية .

(١) عدم ملاحظة ضعف اهتمام الأشخاص بالأنشطة .

(٢) عدم الاستجابة للمنبهات السياقية (على سبيل المثال : المنبهات الاجتماعية  
عند الآخرين تدل على التغيير في السلوك ويكون مطلوب ضمناً) .

(٣) تعبيرات انفعالية غير مناسبة (الضحك أو الابتسامة خارج السياق) .

(٤) عدم الوعي بالاصطلاحات الاجتماعية/ السلوك الاجتماعي المناسب/ يسأل  
أسئلة غير مناسبة اجتماعياً ، أو يدلي بتصريحات غير لائقة اجتماعياً .

(٥) لا يلاحظ الضغوط الاجتماعية وعدم الاهتمام بالآخرين .

(٦) لا يقرب بأنه غير مرحب به في لعبة معينة أو جلسة حوارية ما .

(٧) إدراك محدود للانفعالات الاجتماعية .

ج. صعوبات في المشاركة في اللعب التخيلي (ملاحظة : اللعب التخيلي الانفرادي ،  
لعب الأدوار غير ملحوظ هنا) .

(١) ضعف في اللعب التخيلي مع الأقران ، ويشمل ذلك الدور الاجتماعي في  
اللعب (العمر النمائي يكون أكبر من ٤ سنوات) .



د. صعوبة في تكوين الصداقات :

- (١) لا يحاول أن يؤسس صداقات .
- (٢) لا يفضل الآخرين .
- (٣) انعدام اللعب التعاوني (العمر يجب أن يكون أكثر من ٢٤ شهر) ، واللعب المتوازي فقط .
- (٤) يجهل أن يكون محط سخرية وأذى من قبل الأطفال الآخرين .
- (٥) لا يلعب في مجموعات مع الأطفال .
- (٦) لا يلعب مع أطفال من عمره ، أو من مستواه التطوري (فقط يلعب مع من هو أكبر أو أصغر) .
- (٧) له مصلحة في الصداقة لكنه يفتقر إلى فهم اصطلاحات التفاعل الاجتماعي (مثل توجيهه للغاية أو جمود ، سلبى بشكل مفرط) .
- (٨) لا يستجيب إلى نهج الأطفال الآخرين الاجتماعية .

هـ. غياب الاهتمام بالآخرين :

- (١) يفتقر إلى الاهتمام بالآخرين .
- (٢) انسحابي ، ومنعزل ، وله عالمه الخاص .
- (٣) لا يحاول جذب انتباه الآخرين .
- (٤) اهتمامات محدودة بالآخرين .
- (٥) غير مدرك ، أو يغفل عن الأطفال أو البالغين .
- (٦) يتعامل مع الآخرين بشكل محدود .
- (٧) يفضل الأنشطة الانفرادية .

B . أنماط السلوك المتكررة والمقيدة ، أو الاهتمامات ، أو الأنشطة وكما تظهر

في اثنين من أربعة أعراض :

١. النمطية وتكرار الكلام ، ونمطية الحركات ، ونمطية استخدام الأشياء (مثل النمطية الحركية البسيطة ، المصاداة ، والاستخدام المتكرر للأشياء ، واستخدام العبارات البلهاء) .

أ. الكلام النمطي أو المتكرر :

- (١) لديه الكلام المتحذلق (المتصنع) ، أو اللغة الرسمية غير الاعتيادية . (الطفل يتكلم كالبالغين أو البروفيسور الصغير) .
- (٢) المصاداة الوقتية ، والمتأخرة وقد تشمل تكرار الكلمات والعبارات أو الأغاني والحوارات الأكثر شمولاً .
- (٣) لديه لغة جارجون (كلمات غريبة) ، أو رطانة (الكلمات الناضجة تظهر بعد العمر النمائي ٢٤ شهراً) .
- (٤) يستخدم اللغة التلقائية العادية .
- (٥) يستخدم اللغة البلهاء ، أو المجازية .
- (٦) يقلب الضمائر (كأن يقول : أنت بدلا من أنا ، يخلط بين الجنسين) .
- (٧) يشير إلى نفسه باسمه (لا يستخدم ضمير " أنا" ) .
- (٨) الألفاظ المتكررة (مثل : الأصوات الحلقية ، صنع الضوضاء ، أو الأنين غير العادي ، والأزيز المتكرر) .

ب. الحركات النمطية المتكررة :

- (١) حركات البدء المتكررة (مثل التصفيق ، وفرقة الأصابع ، والرفرفة والالتواء) .
- (٢) الحركات النمطية لكامل الجسم (مثل : هزهة القدمين ، وتمايل الجسم ، وهز الرأس) .
- (٣) شدوذ في وضعية الجسم (مثل ذلك : وضع الجسم غير العادي ، والمشي على أخمص القدمين) .
- (٤) توتر كثيف للجسم .
- (٥) عبوس غير عادي بالوجه .
- (٦) صرير مفرط في الأسنان (الجز على الفكين) .
- (٧) يضع يديه وبشكل متكرر على الأذنين .
- (٨) يواظب على فعل حركات متكررة أثناء الأفعال والسلوكيات واللعب .

ج. الاستخدام النمطي المتكرر للأشياء :

- (١) اللعب غير الوظيفي في الأشياء .
- (٢) يصّف (يرتب) الأشياء أو الألعاب.
- (٣) يفتح ويغلق الأبواب بشكل متكرر .
- (٤) يشعل ويطفئ الأنوار بشكل متكرر .

٢. التمسك المفرط بالروتين ، وأنماط طقوسية للسلوك اللفظي وغير اللفظي والمقاومة الشديدة للتغيير (مثل : الطقوس الحركية ، الإصرار على نفس الطريق ، والتساؤل المتكرر ، والغضب بشدة لآتفه الأسباب أو للتغير البسيط) .

أ. التمسك بالروتين :

- (١) تسلسل معين وغير اعتيادي بالسلوكيات (التمسك بالروتين) .
- (٢) الإصرار والصرامة في اتباع روتين معين (يستبعد روتين وقت النوم من ذلك إلا إذا كان مستوى التمسك به غير نمطي) .
- (٣) روتين غير اعتيادي .

ب. أنماط طقوسية غير طبيعية للسلوك اللفظي وغير اللفظي :

- (١) تساؤل مستمر حول موضوع معين (تميزه عن غيره من قوله لنفس الكلمة أو العبارة مراراً وتكراراً) .
- (٢) طقوس لفظية غريبة ، كأن يقول شيئاً أو أكثر بطريقة معينة أو يطلب من الآخرين قول أشياء أو الإجابة على الأسئلة بطريقة معينة .
- (٣) الدوافع القهرية (مثل : الدوران ثلاث مرات قبل أن يدخل الغرفة) .

ج. مقاومة مفرطة للتغيير :

- (١) صعوبة في الانتقال من شيء إلى شيء .
- (٢) ردة فعل مبالغة فيها للتغيرات التافهة (مثل : تحريك قطعة ما على طاولة العشاء ، أو تغير مسار الاتجاه أثناء قيادة المركبة هو متعود عليه) .

د. التفكير الجامد :

- (١) عدم القدرة على فهم النكتة .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- (٢) عدم القدرة على فهم الجوانب الحرفية للكلام مثل كلام السخرية أو المعنى الضمني له .
- (٣) جمود مفرد ، وغير مرن (تحكمه القواعد) في السلوك والتفكير .
٣. قيود شديدة في الحدة والتركيز ، واهتمامات مركزة غير عادية (مثل التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء غير الاعتيادية ، أو الانشغال بالاهتمامات المفرطة والمحصورة) .
- أ. لديه نطاق ضيق من الاهتمامات .
- ب. باستمرار مشغول التفكير ومتوسوس .
- ج. لديه كلام تحفظي .
- د. يركز على نفس الأشياء القليلة من الموضوعات والأنشطة .
- هـ. الانشغال بالأرقام والحروف والرموز .
- و. اهتمامات غير عادية من حيث التركيز .
- ز. التركيز المفرط في الأجزاء غير المطلوبة أو غير الوظيفية في الأجسام (كأن يركز في عجلات سيارة) .
- ح. الاهتمام بالألوان ، والجداول الزمنية ، والأحداث التاريخية ... الخ .
- ط. يحمل ويمسك أشياء غير اعتيادية مثل مسك البطانيات - الحيوانات المحنطة .
- ي. خوف غير اعتيادي (كأن يخاف من الناس الذين يلبسون حلق الأذن) .
٤. ردود فعل مفرطة تجاه المدخلات الحسية ، واهتمامات غير اعتيادية في الجوانب الحسية للبيئة (مثل: اللامبالاة الواضحة إزاء الألم ، الحرارة ، البرودة ، أو الاستجابة المعاكسة لأصوات معينة ، أو فرط في الشم ولمس الأشياء أو الانبهار من الأضواء الساطعة) .
- أ. تحمل عالي للألم .
- ب. يفتق عينيه .
- ج. الانشغال باللمس أو باللمس (ويشمل ذلك الانجذاب أو النفور من المنسوجات) .
- (١) لا يجذب أن يلمس .
- (٢) ينفر من وجود مقص شعر أو مقص أظافر أو فرشاة الأسنان .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

د. اكتشاف بصري غير اعتيادي للأنشطة .

- (١) انغلاق للمعاينة البصرية للأشياء أو لنفسه ليس بهدف واضح .
  - (٢) تحديقه عينيين غير طبيعية .
  - (٣) اهتمام شديد وانبهار بمراقبة حركة الأشياء الأخرى (مثل دوران عجلات لعبة الأطفال ، وعملية فتح وغلق الأبواب ، حركة فراشي المروحة الكهربائية) .
  - (٤) ينظر للأشياء والناس بطرف عينيه .
- هـ . في مجال المحفزات الحسية (الصوت ، والرائحة ، الطعم ، والنظر) :
- (١) لديه استجابات غريبة للمدخلات الحسية (يتضايق للصوت الشديد) .
  - (٢) لديه تركيز شاذ ومستمر في المدخلات الحسية .

C. يجب أن تكون الأعراض موجودة في فترة النمو المبكرة . ولذلك قد لا تصبح واضحة تماماً حين أن تفوق المطالب الاجتماعية القدرات المحدودة .

- (١) لم يعد ضرورياً تقرير مقدمي الرعاية الأولية .
- (٢) تعتبر الطفولة المبكرة هي مرحلة العمر من (٨) سنوات فأصغر .

D. أعراض التوحد تضعف وتحد من الوظائف اليومية :

- (١) اختيار مستوى واحد محدد لكل من التواصل الاجتماعي ، ومستوى واحد من الاهتمامات المقيدة ومن السلوكيات المتكررة .
- (٢) الحد الأدنى من الإعاقات الاجتماعية : بدون دعم في المواقع ، قصور في التواصل الاجتماعي بسبب إعاقات غير ملحوظة . لديه صعوبة في البدء بالتفاعلات الاجتماعية ويظهر أمثلة واضحة من الاستجابات غير النمطية وغير الناجحة للمبادرات الاجتماعية لدى الآخرين ، وقد تظهر انخفاضاً في الاهتمامات والتفاعلات الاجتماعية .
- (٣) الحد الأدنى من إعاقات الطقوس والسلوكيات المتكررة : تسبب الطقوس والسلوكيات المتكررة تداخل كبير في وظيفة سياق أو أكثر .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

تستند الخطورة على شدة إعاقات التواصل الاجتماعي ، وأنماط السلوكيات المقيدة وكما هو مبين بالجدول رقم (١) التالي :

### الجدول رقم (١)

#### مستويات الخطورة لاضطراب طيف التوحد

السلوكيات المتكررة والمقيدة	التواصل الاجتماعي	مستوى الخطورة
عدم مرونة السلوك ، صعوبات بالغة في التأقلم مع التغيير ، أو غيرها من السلوكيات المحظورة المتكررة التي تتدخل بشكل ملحوظ مع الأداء في جميع المجالات . صعوبة كبيرة في تغيير التركيز أو العمل .	عجز شديد في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي بسبب إعاقات حادة في الأداء ، بدء محدود جداً من التفاعلات الاجتماعية ، والاستجابة للحد الأدنى للمبادرات الاجتماعية من الآخرين . على سبيل المثال : فإن الشخص مع بضع كلمات من خطاب واضح نادراً ما يبدأ التفاعل ، ويجعل النهج غير عادية لتلبية الاحتياجات فقط ويستجيب لنهج اجتماعي مباشر جداً فقط .	المستوى الأول : يحتاج لدعم كبير
عدم مرونة السلوك ، وصعوبة التأقلم مع التغيير ، أو غيرها من السلوكيات المحظورة / المتكررة وتظهر بشكل متكرر تكفي لتكون واضحة للعيان وتكون	عجز ملحوظ في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي ؛ الإعاقات الاجتماعية واضحة حتى مع الدعم في المكان ؛ بدء محدود من التفاعلات الاجتماعية ،	المستوى الثاني : " يتطلب دعم كبير "

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

<p>عرضية وتتداخل مع مجموعة متنوعة من السياقات .</p>	<p>ردود منخفضة أو غير طبيعية على المبادرات الاجتماعية التي تبدر من الآخرين .</p>	
<p>عدم مرونة السلوك يسبب تداخل كبير في سياقات واحدة أو أكثر . صعوبة التبدل بين الأنشطة . مشاكل التنظيم والتخطيط والاستقلال عائقة .</p>	<p>عدم الدعم في المكان ، والعجز في التواصل الاجتماعي تسبب إعاقات ملحوظة . صعوبة في بدء التفاعلات الاجتماعية ، والأمثلة واضحة ، مثل : استجابة شاذة أو غير ناجحة للمبادرات الاجتماعية من الآخرين . قد يبدو أنها انخفضت الفائدة من التفاعلات الاجتماعية .</p>	<p>المستوى الثالث "الدعم يتطلب منك"</p>

### ملاحظة الاضطراب التوحدي **Observation of Autistic Disorder** :

يلجأ الأخصائيون الإكلينيكيون إلى العديد من الأساليب لتجميع بيانات عن الطفل ، بهدف وضع تشخيص محدد لحالة الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد ، ومن هذه الطرق ما يلي :

#### ١. التاريخ التطوري للحالة **Developmental History** : وهي تتمثل في

الحصول على بيانات عن الحالة من فترة ما قبل الحمل والحمل والميلاد حتى اللحظة الراهنة ، والإلمام بالمتغيرات التي طرأت عليه في هذه الفترات . وهل تناول عقاقير ، أو أصيب بحمى أو أمراض مزمنة ... الخ . وهذا يوضح سلسلة الأحداث التي تكشف وقت ظهورها وجوانب القوة والضعف عنده (Freeman B . d . , 1997) .

#### ٢. التاريخ الوراثي للحالة **Genetic History** : ترفض معظم الأمهات والآباء

أن سبب إعاقة طفلهم ربما يرجع إلى عوامل وراثية سابقة في تاريخ العائلة ،

ولذا نحرص دائماً على أخذ معلومات عن التاريخ الوراثي بين أعضاء أسرة الزوج أو أسرة الزوجة ، وهل هناك أحد من أفراد العائلتين مصاب بأي خلل جسدي أو نفسي ، حيث أكدت البحوث أنه حوالي من (٣٠- ٥٠) % من حالات التوحد قد يكون لها أصول وراثية ، وكذلك أوضحت الدراسات أن بعض أسر الطفل التوحدي لديها مشكلات في التفاعل الاجتماعي مع المحيطين بهم ، نلمس من هذا أن هناك بعض الأسر قد يكونوا غير اجتماعيين ، حيث تخشى الأم خروج طفلها واللعب مع أولاد الجيران ، وعليه يبقى الطفل يلعب بألعابه النمطية ومشاهدته لمقاطع تمثيلية بطريقة درامية طوال فترة الطفولة حتى سن المدرسة ، حتى وبالتحاق الطفل للمدرسة يبقى الوضع كما هو ، حتى يصاب الطفل بأعراض التوحد الانتكاسي من سن (٨- ١٠) سنوات .

٣. تاريخ الحمل **Pregnancy History** : يحتاج الأخصائي أو الطبيب المعالج

لمعرفة المزيد عن فترة الحمل عند الأم ، حيث يحدث للأمر في هذه الفترة بعض المخاطر قد يكون لها صلة بوجود طفل توحدي لديها . بمعنى أن الأم من الممكن أن تتعرض لمجموعة من المخاطر أثناء الحمل مثل تعرضها لأحد الأمراض المعدية أو تعاطيها جرعة شديدة من أحد الأدوية أو حدوث طفرة جينية أو اضطراب طفرة جينية أو اضطراب في كروموسومات الجنين .

٤. التقييم السلوكي **Behavioral Assessment** : يعتبر التقييم السلوكي جزءاً

هاماً من تقييم الطفل ، ولكنه يتطلب خبرة كافية من قبل الأخصائي ، ويوجد أسلوبان أساسيان لتجميع المعلومات السلوكية ، الأسلوب الأول : الملاحظة غير المقننة ، والثاني : الملاحظة المقننة ويجب أن يستند على النوعين في آن واحد للتقييم السليم (Siegel, 1996) .

٥. اختبارات الذكاء المقننة : تشير الدراسات إلى أن حوالي (٦٠) % من الأطفال التوحدين أداءهم أقل من (٥٠) % على اختبارات الذكاء .

٦. المراقبة المباشرة لتفاعل الوالدين والطفل : يعرض المغلوث (٢٠٠٦) قائمة مقننة لملاحظة اضطراب الطفل التوحدي ، الجدول رقم (٢) يوضح وصفاً للعلامات الأولى التي تظهر على الطفل من عمر (١٨ شهراً إلى ٤ سنوات) ،



## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

وهي تعد العلامات الأولية لاضطراب التوحد ، وتساعد هذه القائمة على الكشف عن الأعراض المختلفة التي تظهر أمام المعالج .

الجدول رقم (٢)

العلامات الأولى التي تظهر على الطفل بعمر (١,٥-٤) سنوات

العمر بالأشهر	الأسئلة
من الميلاد حتى ٦ أشهر	هل يبدو طفلك مهتما بشكل غير عادي بالأشياء المتحركة أو الأضواء المتحركة (بالمقارنة باهتمامه العكسي للنظر إلى الأوجه مثلا) ؟
من ٦ أشهر حتى ١٢ شهرا	هل من الصعب أن تجذب انتباه طفلك؟ بعض الأطفال يحبون الصعود لأعلى وآخرون يكونون؟ هل طفلك من نوعية هؤلاء الذين يكونون؟
من ١٢ شهر حتى ١٨ شهراً	هل يشعر طفلك بالملل وعدم المبالاة للحديث مع المحيطين به؟ هل لاحظت أن طفلك يكون قادرا على التوجيه نحو الأصوات وليس للآخرين؟ يتجاهل طفلك اللعب أغلب الوقت؟ وهل شعرت بالشك بأنه مصاب بصعوبات بالسمع؟ تعجبين إذا لم يعرف طفلك اسمه؟ وهل يفضل طفلك أطعمة معينة أو يرفضها بقوة؟
من ١٨ شهر حتى ٢٤ شهراً (عامان)	يبدو طفلك غير مهتم بتعلم الحديث عند محاولة جذب انتباهه؟ وهل تشعرين أن طفلك يتجنب النظر إليك مباشرة؟ يبدو طفلك خائفاً أو غير مدرك للأشياء الخطرة؟ وهل يتجنب اللعب مع الدمى أو الحيوانات أو حتى يكرهها؟ هل يتجنب طفلك اللعب بألعاب جديدة بالرغم من أنه يتمتع بعد ذلك باللعب بها بعد أن اعتاد عليها؟ أو عدم إبداء طفلك إظهار ما يرغب فيه باستخدام الإشارة أو الكلمات أو عمل ضوضاء؟

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

<p>في بعض الأحيان هل تشعرين أن طفلك يهتم بوجودك أم لا؟ وهل له لغة خاصة به؟</p>	
<p>هل تقلقين لأن طفلك لا يبدو مهتماً بالأطفال الآخرين؟ وهل طفلك لا يلعب لعباً رمزياً؟ هل يبدو طفلك مهتماً بالأشياء الميكانيكية مثل : إشعال الضوء ، فتح مقابض الأبواب والأقفال والمراوح والمنبهات والمكانس الكهربائية؟ هل طفلك لا يهتم بمشاهدة التلفاز ، أو الأشياء التي يشاهدها طفل في مثل عمره؟ هل يتعلم طفلك الكلمات الجديدة عن طريق نغماتها ، وليس عن طريق تمييزها صوتياً؟ يتمتع طفلك بالاتصال الجسدي عندما يرغب هو فيه ، وليس أنت التي ترغبين فيه؟ تقلقين بشدة عندما تشعرين أن طفلك لا يتألم مثل غيره من الأطفال؟ هل يُظهر طفلك القدرة على محاكاة الأشياء مثلما يسمعها ويرددها أو يقلد الأصوات أفضل من الكلمات؟ وهي ينسى طفلك الكلمات القديمة عندما يتعلم الكلمات الحديثة؟</p>	<p>من ٣٠ شهراً حتى ٣٦ شهراً  (ثلاث سنوات)</p>
<p>هل يردد الطفل الصدى بالضبط كما يسمعه من قبل؟ هل يلعب الطفل بطريقة مختلفة؟ وهل يلوح طفلك بيديه أو بأصابعه عند الاستماع لشيء ما؟ هل تقلقين لأن نغمة صوت طفلك غير عادية مثل علو النبرة؟ هل يشعر طفلك بتنظيم لعبة بطريقة معينة؟ وهل يعرف طفلك الطريق الذي تسيرين فيه عند ذهابك للسيارة وهل يتضايق إذا ذهبت بأسلوب آخر؟</p>	<p>من ٣٦ شهراً حتى ٤٨ شهراً</p>

الفحوصات الطبية المطلوبة  
أثناء تشخيص الأطفال التوحديين

يلجأ الأهل إلى الطبيب عندما يقلقون بشأن تطور الطفل ، واستنادا إلى الأعراض السلوكية إلى جانب التقيصي والاستماع بدقة إلى المعلومات التي يزوده بها والدا الطفل عن تاريخ تطوره ونموه وسلوكه ، يقوم الطبيب بتحويل الطفل إلى اختصاصي السمع للكشف عن سمعه ، ومن ثم تحويله إلى اختصاصي نفسي لإجراء الاختبارات المناسبة وتحديد التشخيص الرسمي للطفل (الشامي ، ٢٠٠٤) .

تختلف بدرجة كبيرة إجراءات التقييم والتشخيص للأطفال الذين يبدون علامات تنذر بإصابتهم بالتوحد ، ولذلك ، قامت مجموعتان باحثتان مكونتان من عدة أعضاء متمرسين في التوحد وتشخيصه بالبحث في الإجراءات القائمة حالياً في تشخيص التوحد ، ومن ثم جرى الاتفاق على أفضلها . وعند مقارنة نتائج المجموعتين وجد اتفاق عام على الإجراءات اللازمة وفيما يلي ملخص ما تم الاتفاق عليه بالإضافة إلى تفسير مختصر لكل من الإجراءات :

١. فحوصات الحمض النووي (DNA Analysis) فحص الكروموسومات :

تكشف هذه الفحوصات عن وجود اضطرابات أو خلل في الجينات ، مما قد يؤدي إلى إعاقة نمائية ، وكشف كذلك عن وجود اضطرابات أخرى مثل اضطراب متلازمة فراجيل إكس Fragile X Syndrome وينبغي التقيصي عن التاريخ الأسري لأي اضطرابات إبتداء من التوحد وغيره من الاضطرابات النمائية الشاملة ومروراً بمتلازمة فراجيل إكس والتأخر الذهني وانتهاء بالاضطرابات العاطفية والاجتماعية واللغوية لأعضاء الأسرة من الأقرباء بالدرجة الأولى والدرجة الثانية . وإذا ظهرت أي حالة من الاضطرابات السالفة على أعضاء أسرة الطفل ، ولا سيما فراجيل إكس زاد احتمال توارثه وإنجاب الأسرة لطفل توحدي آخر ، (وهذا يكون من النادر جداً في الأطفال التوحديين ذوي الأداء المرتفع) أو إن كان الطفل يبدي تشوهات شكلية Dimorphic Features) فقد يقوم الطبيب بفحص الحمض النووي DNA-Analysis أو فحص هيئة

الكروموسومات (Karyotyping) وهذا يعطي اهتماماً خاصاً لأزواج كروموسوم رقم (١٥) .

## ٢. الفحص الأيضي للبول والدم (Metabolic Testing) :

يكشف هذا الفحص عن وجود خلل أيضي في الأحماض الأمينية وغيرها من المركبات الغذائية ، والتي قد تؤدي إلى اضطرابات بدنية ، أو عقلية وأقل من (٥%) من حالات التوحد تعاني من اضطرابات أيضية ، وبالتالي فإن مثل هذه الاختبارات لا تعد ضرورية في تشخيص أو تقويم التوحد بل تقتصر على الذين يظهرون أيأ من الأعراض التالية :

- أ. الإرهاق المستمر .
- ب. التقيؤ الدوري .
- ج. تشنجات مبكرة
- د. تشوهات ملامح الجسم أو الوجه .
- هـ. تأخر ذهني شديد .
- و. اضطرابات الجهاز الهضمي (الإمساك المزمن أو الإسهال) .

وفي حالة عدم إجراء أي فحوصات مسحية للاضطرابات الأيضية للأطفال عند ولادتهم أو كانت نتائجهم غير سليمة أو غير واضحة وفي مثل هذه الحالات قد يقوم الطبيب بإجراء التالي :

- أ. فحص الغدة الدرقية Thyroid Testing .
  - ب. فحص الحمضيات في البول Urine organic Acid
  - ج. فحص كمية الحمضيات الأمينية Amino Acids .
- ## ٣. فحوصات نسبة الرصاص في جسم الطفل Lead Testing :

يتذوق ويبلع بعض الأطفال التوحدين أشياء لا تؤكل ، وبالتالي قد ترتفع نسبة الرصاص في أجسامهم ، مما قد يؤدي إلى تسمم في الجسم ، ولذلك من الضروري فحص نسبة الرصاص في جسم الأطفال الذين يتذوقون أشياء غير الأطعمة والمشروبات .

٤. التصوير العملي Functional Imaging :

أكثر التقنيات التصويرية شهرة هي الرسم الطبقي Positron Emission Tomography والتصوير الترددي المغناطيسي الوظيفي Functional Magnetic Resonance Imaging وتوضح هاتان الوسيلتان الطريقة التي تتم بها التغيرات الأيضية ، أو كيفية ضخ الدم في المخ عندما يقوم الشخص الذي يتم فحصه بمهام مختلفة عندما يزداد نشاط جزء معين من المخ ، وتزداد كمية الأوكسجين والجلوكوز نظراً لزيادة كمية ضخ الدم في هذا الجزء ، وبذلك يصبح بإمكان الأطباء معرفة ما إذا كان دماغ الشخص يعمل بشكل سليم .

على سبيل المثال ، إذا كانت معالجة المعلومات اللغوية تتم لدى شخص ما في الجزء المسؤول عن معالجة العواطف ، أو إذا كان نشاط تلك المناطق لا يقع في المستوى الطبيعي ، يمكن وقتها التوصل إلى وجود خلل ما في الطريقة التي يعالج بها مخ الشخص والمعلومات التي يستقبلها . وقد تساعد نتائج مثل هذه الاختبارات من حيث التعرف على نقاط الضعف والقوة لدى الفرد ، ولكنها لا تعتبر ذات أهمية في عملية تشخيص وتقويم الأشخاص التوحدين .

٥. التخطيط الكهربائي للدماغ (Electroencephalographs EEG) :

يقيس التخطيط الكهربائي (EEG) موجات الدماغ للتأكد من وجود نوبات ، أو أورام أو تلف دماغي ، وقياس النشاط العصبي يتم من خلال وضع أقطاب كهربائية على الجمجمة تقيس التيارات الكهربائية في المخ ، وتعطي تسجيلاً مستمراً لنشاط الدماغ ، وقد يحتاج الشخص في بعض الحالات إلى إجراء أكثر من تخطيط واحد لتحديد الخلل ، وقد يرتبط التوحد بالصرع بنسبة (١٦,٧%) إلا أن الآراء اختلفت حول أهمية إجراء التخطيط الكهربائي لجميع الأطفال الذين يعانون من التوحد ، لقد ذكرت مجموعة قشويند وزملائه " ننصح بإجراء التخطيط الكهربائي بما فيه مراحل النوم الأربع ، ولا سيما للأطفال الذين لا يتكلمون ، والذين لديهم صعوبات في النطق أو سماع الأصوات ، أو ممن تراجمت قدراتهم ، بينما ذكرت مجموعة فيليك وزملائه أنه ليس هناك دليل كاف في الوقت الحالي للتوصية بإجراء التخطيط الكهربائي لكل من يعاني من التوحد ، بل يتوجب إجراء التخطيط الكهربائي للمخ فقط في حال ظهرت

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

تشنجات والحالات التي ظهر عليها تراجع في التطور" (فقدان المقدرة على الكلام أو الاهتمام الاجتماعي) ولا سيما على الأطفال في سن ما قبل المدرسة ، أو من يظهر أي من السلوكيات التالي :

١. توقف مفاجئ عن النشاط والحركة .
٢. الحملقة .
٣. ازدياد في السلوك العدواني ، يلي ذلك مباشرة إشارات تدل على أن الطفل يشعر بالخيبة والاضطراب .
٦. الكشف بالمسح المحوري الآلي (CT Scans) :

يتم الكشف بالمسح المحوري الآلي (CT Scans) بأخذ صورة من أشعة (X) للدماغ ويتم ذلك من خلال مرور ضوء من أشعة (X) من أحد جوانب الرأس مروراً عبر رأس المريض ، فتلتقط مئات من الصور خلال هذه العملية التي تتم في (٢٥) دقيقة وتحفظ هذه الصور في الكمبيوتر الذي بدوره يصدر صوراً ثلاثية الأبعاد للدماغ وبواسطتها يمكن التعرف على وجود أي ورم أو أصابه به ، ولا تعتبر تقنيات تصوير المخ ضرورية لجميع الحالات ، لأنه كما سلف ذكره ، لا يرتبط التوحد بأي آفات في أدمغة المصابين به ، وبالتالي يحدد الطبيب مدى الحاجة لإجراء مثل هذه الفحوصات بناءً على تقويم كل حالة على حدة .

### ٧. تصوير بالصبغة (Angiography) :

يتم التصوير بالصبغة بواسطة حقن صبغة في مجرى دم الشخص لأخذ صورة من (أشعة X) لدماغه ، ومن خلال هذه الصور يتمكن الطبيب من رؤية توزيع الشرايين والعروق في الدماغ . ويساعد هذا الكشف في تشخيص الأورام ، والتعرف على أي خلل في الأوردة الدموية . وإذا وجد أي عرق في موقع مختلف لمكانه الطبيعي ، يعرف حينها أن هناك احتمال وجود اضطراب مثل أورام أدت إلى تحريك العروق من مكانها ولا يعتبر هذا الفحص ضرورياً للأشخاص التوحديين .

٨. تصوير المكنون - كشف الاستجابة السمعية لجذع الدماغ  
: Auditory Brainstem Response - Evoked Potential

تصوير المكنون يختص بقياس الاستجابات العصبية للمثيرات الحسية وأكثر الاختبارات استخداماً هو تصوير المكنون السمعي لجذع الدماغ وهو ما يعرف بـ كشف الاستجابة السمعية لجذع الدماغ (Auditory Brainstem Response, ABR) حيث يضع الطبيب سماعات في أذني الطفل وهو نائم ويصدر أصوات مثل النقرة ، أو الرنة ثم تقاس استجابات جذع الدماغ الكهربائية لهذه المثيرات السمعية من خلال أقطاب كهربائية توضع على الدماغ ، ويحدد هذا الاختبار درجة فقدان السمع أو مشكلات في إدراك وترجمة المعلومات السمعية ، وكفاءة عمل الجزء السمعي من الأذن إلى جذع الدماغ ، ويتم إجراء هذا الفحص في معظم الأحيان للأطفال الرضع ، أو الأطفال ممن لديهم مشكلات سلوكية شديدة تعيق عملية الفحص السمعي العادي ، ولم يثبت هذا الفحص فائدته كإجراء روتيني للأشخاص التوحديين ، وإنما يستخدم للأبحاث في مجال التوحد .

٩. الكشف عن الأعصاب القحفية :

يتم فحص الأعصاب القحفية (cranial nerves) للتحقق من وجود اضطرابات عصبية مثل عدم القدرة على التنسيق البصري الحركي ، ولا ينبغي إجراء مثل هذه الفحوصات على معظم الأطفال لأن من النادر أن تظهر أي اضطرابات على الأعصاب القحفية لدى من يعاني من التوحد .

١٠. فحص السمع / فحص البصر :

يتم فحص السمع لمعرفة إن كان الطفل يعاني إعاقة سمعية أم لا ، وهذا الإجراء يعتبر ضرورياً لكل الأطفال ، وينبغي لاختصاصي السمعيات أن يكون لديه خبرة في فحص الأطفال ذوي السلوكيات الصعبة ، حيث إن (٣-٨%) ممن يعانون من التوحد يعانون أيضاً من فقدان السمع بمختلف درجاته فالنتيجة الإيجابية لفقدان السمع لا تعني أن الطفل لا يعاني التوحد ، ولا سيما عند ظهور صعوبات ومشكلات اجتماعية يكشف الفحص البصري عن احتمالات أي قصور بصري لدى الشخص ، وكما هو الحال في اختبارات السمع فإن التوحد قد يحدث مجتمعاً مع فقدان البصر .

١١. فحص التصلب الدرني :

الأشخاص الذين يعانون من التصلب الدرني (Tuberous Sclerosis TB) غالباً يبدون سلوكيات شبيهة بالتوحد ، وأن (٣%) من الذين يعانون التوحد قد يعانون أيضاً من التصلب الدرني ، وينبغي إجراء فحص لكل طفل من خلال الضوء فوق البنفسجي (Ultraviolet Light) .

١٢. الفحص الطبي العام :

الطفل التوحدي غالباً ما يفقد القدرة على التعبير عن نفسه ، فإن حدوث أي تغيير مفاجئ على سلوكه قد يدل على إصابته بآلام ولا يستطيع التعبير عنها ، ولذلك كان من الضروري أن يخضع الطفل دورياً لفحص طبي شامل للكشف عن الالتهابات في الإذن ، أو عن القرحة أو تسوس أو خراج في الأسنان ، أو أذى في جسمه أو آلام في المعدة ناتجة عن اضطراب في مقدرته على التبول أو التبرز. ونظراً للسلوكيات غير المناسبة التي قد يظهرها الطفل فقد يضطر الطبيب إلى تحديره لكي يتمكن من إجراء الفحوصات اللازمة .

ينبغي أيضاً تقويم حاجة الطفل للعقاقير الطبية ومدى استجابته لها ، ولا سيما لدى الأطفال الذين يبدون سلوكيات إيذاء لأنفسهم وغيرهم ، إلا أنه بناءً على ما ذكرته المجموعة الاستشارية لتشخيص التوحد ، وبالتالي لا يمكن اعتبار هذه الفحوصات كجزء من الفحص الروتيني للطفل المصاب بالتوحد :

أ. تحليل الشعر .

ب. فحص الحساسية لدى الطفل (لكل من الغلوتين والكاسين والخمائر) .

ج. فحص الاضطرابات المناعية (Immunological Abnormalities)

د. فحص مستوى المكونات الغذائية مثل المعادن والفيتامينات في جسم الطفل

هـ. فحص نفاذية الأمعاء (Intestinal Permeability) .

و. فحص البراز ومستوى البيبتيدات في البول .

ز. فحص الغدة الدرقية للطفل (الشامي ، ٢٠٠٤) .



هناك عدد من الاعتبارات والضوابط المتعلقة بتشخيص وقياس التوحد والتي

يتوجب على المقيّم مراعاتها ، وهي على النحو التالي :

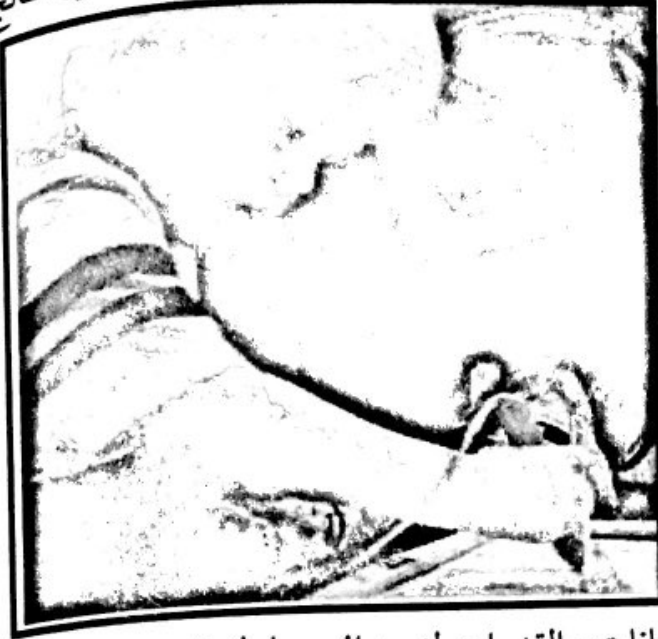
١. أن يتبنى القائمون على عملية التشخيص والقياس التوجه المعتمد على أكثر من تخصص لإجراء تلك المهمة ( Interdisciplinary Approach ) من خلال فريق تشخيص متعدد التخصصات ، ويمكن أن يشتمل هذا الفريق على الأخصائي النفسي ، أخصائي الأعصاب ، طبيب الأطفال ، أخصائي العلاج الطبيعي ، أخصائي العلاج المهني ، أخصائي التواصل ، وطب نفس الأطفال ومعلم التربية الخاصة وغيرهم . ويعتبر قياس مجالات مثل المجال النفسي والتواصل والسلوكي ، أكثر المجالات التي تركز عليها إجراءات قياس الطفل التوحدي (Klin & Shepard, 1994) .

٢. أن تشتمل إجراءات التشخيص والقياس للأطفال التوحديين على مجالات ثمانية ووظيفية متعددة وذلك راجع إلى طبيعة الإعاقة لديهم ، ولهذا فإن الوضع يتطلب قياس قدراتهم الحالية (مثل المهارات الإدراكية ، والتواصلية) ، والأداء السلوكي (مثل الاستجابة للتعليمات ، تشتت الانتباه ، والسلوكيات المزعجة) ، والتكيف الوظيفي (مثل مهارات السلوك التكيفي في المواقف الحياتية اليومية) .

٣. أن يتم تبني النموذج النمائي في إجراءات القياس خاصة وأن أغلبية الأطفال التوحديين لديهم إعاقة عقلية . ومن الضروري أن تفسر الدرجات التي يحصلون عليها في المقاييس المختلفة ومستوى الأداء لديهم في المجالات المتعددة في ضوء مستواهم النمائي والإدراكي ، وذلك للحصول على تفسير وظيفي واقعي (Cicchetti, 1984) .

٤. أن يراعى الاختلاف بين المواقف أثناء إجراءات التشخيص والقياس ، حيث أن طبيعة موقف معين ومتطلباته والمثيرات المحيطة به ، ودرجة تنظيمه ومدى الألفة له من قبل الأطفال التوحديين والأشخاص المتواجدين في ذلك الموقف يختلف عن مواقف أخرى قد يلاحظ فيها الأطفال ويتم تقييمهم . كما أن سلوك الطفل يختلف من موقف إلى آخر تبعاً للاختلافات والمتغيرات آنفة الذكر .

٥. ضرورة مراعاة التكيف الوظيفي Functional Adjustment لأن فهم وتفسير نتائج



القياس للمهارات المختلفة يتطلب ربطها بطبيعة ومضمون تكيف الطفل مع متطلبات المواقف الحياتية اليومية الحقيقية . ولهذا يتوجب على المقيّم أو الملاحظ أن يتأكد من أن القياس شامل ومتعمق للسلوك التكيفي للطفل ،

ومدى قدرته على ترجمة الإمكانيات والقدرات لديه إلى سلوك ثابت ومناسب لتنمية الكفاية الذاتية Self-Sufficiency لديه في المواقف الطبيعية ، كما يتوجب على الملاحظ كذلك مراعاة مدى تأثير نتائج التشخيص والقياس على تكيف الطفل المستمر وتعليمه والإفادة من ذلك في الربط بين نتائج القياس ، وتصميم برنامج التدخل الملائم له .

٦. أن يتم استخدام أفضل وسائل التشخيص والقياس للأداء الوظيفي للطفل التوحدي بناء على المعرفة العلمية والخبرة والحكم الإكلينيكي للمهني المختص ، ومع التأكيد على أهمية ملائمتها لخصائص واحتياجات الطفل الفردية .

وبما أن مشكلات الانتباه والسلوك قد تكون عقبة في طريق إجراءات التقييم للطفل ، فمن الضروري :

أ. استخدام الأساليب التي تساعد على جذب انتباه الطفل وتعاونه مع المقيّم ، ويمكن استخدام المعززات الغذائية والمادية والاجتماعية الفاعلة والمناسبة للطفل لتحقيق ذلك .

ب. يتوجب على المهني مراعاة أن تقدم مهام وأنشطة المقياس أو الأداة بما يتلاءم مع خصائص الطفل وأسلوب الأداء لديه مثل تنظيم البيئة وتهيئته للتحويل من مهمة إلى أخرى واستحداث روتين معين لاتباعه ، والتوجيهات الحازمة الواضحة .

ج. أن يتنبه إلى تأثير التفاعل الاجتماعي ومتطلباته على أداء الطفل أثناء إجراءات التشخيص والقياس ، فكلما زادت متطلبات أداء المهمة أو النشاط الاجتماعي ، كلما أثر ذلك سلبا على أدائه .

ولهذا فإنه من الضروري مساعدة الطفل لجعله يركز انتباهه أكثر على العناصر المادية للأنشطة والمهام التي يطلب منه أداءها بدلا من التركيز على التفاعل الاجتماعي مع المقيّم أو المقيمين . ويلاحظ على الأطفال التوحدين أحيانا اختلاف في مستوى أدائهم لنفس المهمة أو النشاط من موقف إلى آخر ، ولهذا فإن مراعاة تعدد المواقف التي يقيمون فيها قد يساعد على معرفة مستوى الأداء الحقيقي لهم في المجالات المختلفة للتشخيص والقياس (Klin, et al, 1997) .

٧. أن تشترك أسرة الطفل التوحدي في إجراءات تشخيص وتقييم طفلها التوحدي وأن يتم دعمها وتشجيعها لملاحظة الطفل وتقييمه جنبا إلى جنب مع المهنيين المختصين . إن قيام الأسرة بهذه المهمة سيوفر الكثير من المعلومات والملاحظات حول الطفل وسلوكياته والتي لا يمكن الحصول عليها بدون مشاركتها الفاعلة .

أ. إن مشاركة الأسرة وحديثها عن المشكلات السلوكية لدى طفلها وتأثير ذلك على أدائه التعليمي والتربوي يجعل اختصاصيي التشخيص والقياس يضعون ذلك في الاعتبار وتوجيه تلك الإجراءات لخدمة برنامج التدخل المناسب والمتكامل للطفل (Morgan, 1988).

ب. يتوجب على المهنيين تفسير نتائج الاختبارات والمقاييس لأسرة الطفل وتخصيص وقت خاص وكاف لمناقشة تلك النتائج ، والاستماع إلى همومهم ، والصعوبات التي يواجهونها مع طفلهم في بعض المواقف وبرامج التدخل المتوفرة للطفل .

ويفضل أن يحضر أحد المهنيين المختصين في برامج التدخل الملائمة للطفل هذه المرحلة من التشخيص والقياس لمناقشة النتائج والتوصيات العملية ، وكيفية تفعيل تلك التوصيات إلى واقع ملموس لخدمة الطفل وأسرته ، وإشعار الأسرة بأن خدمة طفلهم لا تتوقف عند حد تشخيصه بأنه توحدي (Shea & Mesibov 2005) .

٨. أن يشتمل التقرير النهائي للتقييم على النتائج التي توصل إليها كل عضو من أعضاء فريق التشخيص والقياس المتعدد التخصصات بتفاصيلها ، وأن يصاغ التقرير بأسلوب سهل فهمه وتوصيات يمكن تطبيقها وتفعيلها ومرتبطة بتكيفه مع متطلبات الحياة اليومية وتعلمه .

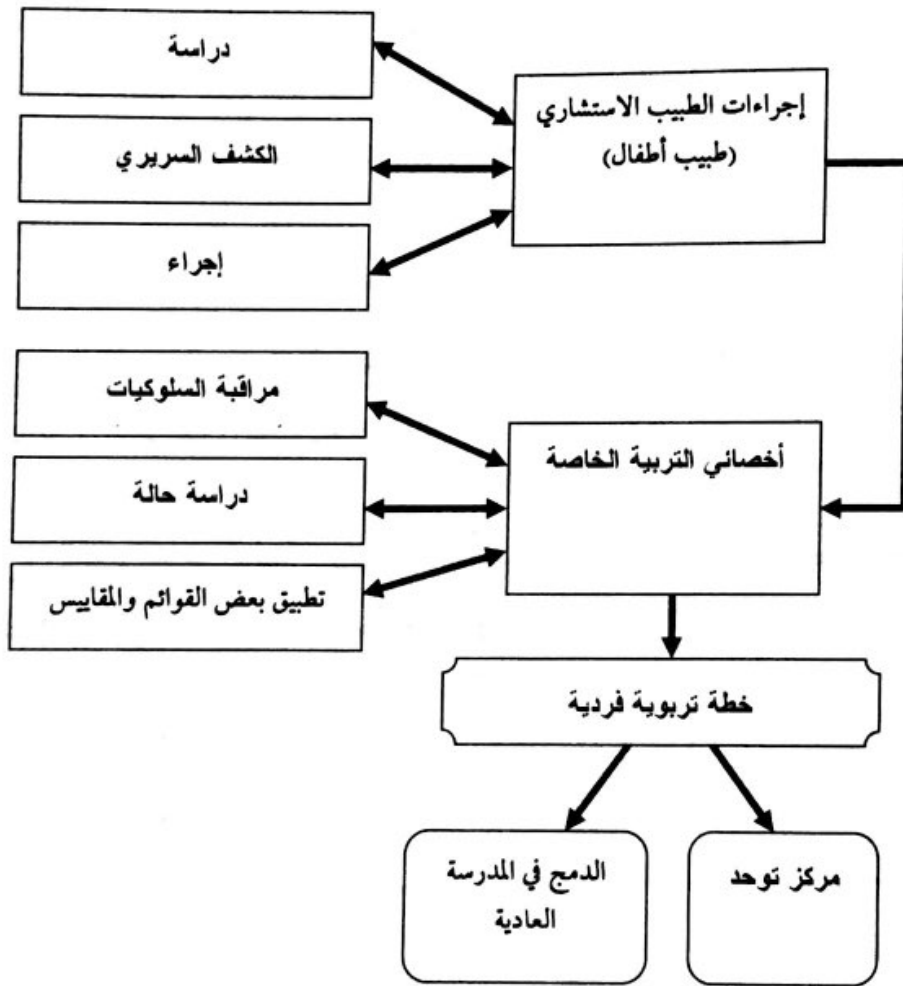
ويفضل أن يكون التواصل مستمر بين أعضاء الفريق أثناء عملية التشخيص والقياس وقبل التوصل إلى النتائج النهائية لتلافي عدم تنسيق الجهود أو تكرارها ، كما أنه من الضروري دمج النتائج في التقرير النهائي ومناقشتها في ضوء ما يترتب عليها من إجراءات وظيفية لكل مجال من مجالات التشخيص والقياس (المعرفي ، والتواصل ... إلخ) ولإعطاء الأسرة والعاملين مع الطفل صورة متكاملة عن جوانب القوة والضعف لديه .

٩. أن يبقى التواصل مباشراً ومستمراً بين أعضاء فريق القياس والتشخيص ، وهذا أمر تحتمه طبيعة إعاقة التوحد المعقدة والمتداخلة . إن هذه الفلسفة تقف عند حد زيادة فعالية برامج التدخل المستخدمة مع الطفل ، بل تتعداه إلى بناء علاقة شراكة بين جميع من لهم علاقة بتحديد أهداف التدخل والمساعدة في المشاكل المحددة ، ومتابعة تطور الطفل وتقديمه ، وكذلك دعم الأسرة التي يقع على عاتقها مسؤولية كبيرة ومعقدة تتراوح ما بين تعرفها على كثير من المفاهيم العلمية المتعلقة بإعاقة طفلها إلى تطوير مهارات التعامل مع الأنظمة التعليمية والصحية المختلفة التي تتطلبها حالة الطفل (Cohen & Vlokmar, 1997) .

### إجراءات تطبيقية لتشخيص حالة طفل توحدى :

تشخيص التوحد لا يتم لمجرد شكوى الأهل من أن الطفل يعاني من مشكلة التواصل أو أن الطفل لديه صعوبات في التعامل الاجتماعي ، أو عدم القدرة على الإبداع ، فهناك أسباب متعددة لذلك ، ولكن لا بد من وجود قصور في كل الجوانب الثلاثة بدرجة معينة . ومهما كانت ثقافة الوالدين ودرجة تعليمهم ، فإن ملاحظة التغيرات في الطفل تكون مختلفة ومتنوعة ، كما أن الثقافة العلمية والعملية عن التوحد لدى الأطباء غير المتخصصين قاصرة ، لذلك فإنه من الملاحظ ومن تجارب عائلات أطفال التوحد أن الوصول إلى التشخيص كانت رحلة قاسية وصعبة ومؤلمة ، وكانت

هناك اختلافات قبل الوصول إلى التشخيص ، ولذلك لا بد من التركيز على أن التشخيص مسألة صعبة وخصوصاً في المراحل الأولى بسبب اختلافات في الأعراض ، ويجب إعتداد التشخيص من المتخصصين الذين لديهم الخبرة والدراية التامة عن تلك النوعية من الحالات . والشكل رقم ( ٢ ) التالي يوضح تسلسل الإجراءات الأساسية في تشخيص حالات التوحد .



الشكل رقم (٢) : الإجراءات الأساسية في تشخيص حالات التوحد

وفيما يلي شرح موجز لأهم الإجراءات التي يجب تنفيذها خلال فترة تطبيق هذه

الحالة :

١. الجانب الطبي :

يقوم الطبيب الاستشاري المتخصص بطب الأطفال بما يلي :

أ. دراسة التاريخ النمائي والمرضي للأسرة :

- يبدأ بطرح الأسئلة عن ظروف الحمل والولادة هل كانت الولادة طبيعية وكم كان وزن الطفل عند الولادة .
- كيف كان تطور الطفل من الناحية الجسمية (المشي والجلوس ، .... الخ) .
- هل أخذ الطفل جميع المطاعيم خلال الثلاث سنوات الأولى من عمره .
- هل بدأ الطفل ينطق بعض الكلمات خلال الستين ونصف من عمره ولكنه بدأ يفقدها .

ب. الكشف السريري : ويهدف إلى فحص الأعضاء بشكل عام ، ويشمل

الحواس ومحيط الرأس ، والطول ... الخ .

ج. الفحوصات الطبية : وتهدف للتأكد من صحة وسلامة الطفل من الناحية

العضوية وذلك من خلال الفحوصات التالية :

(١) رنين مغناطيسي للدماغ (MRI) .

(٢) تخطيط دماغ .

(٣) فحص الكروموسومات .

(٤) الأحماض الأمينية بالدم .

(٥) تحليل الدم .

(٦) فحص السمع .

(٧) فحص البصر .

(٨) فحص أنزيمات (بول) .

٢. الجانب السلوكي والتربوي :

يقوم به أخصائي التربية الخاصة وذلك بإجراء ما يلي :  
أ. دراسة حالة :

وتهدف إلى التعرف على السيرة النمائية للطفل من حيث شخصيته ، وجوانب الضعف والقوة فيها . وهنا تجدر الإشارة إلى ضرورة مشاركة أحد أفراد الأسرة في إجراء الدراسة .

م كان

ب. المراقبة المباشرة للسلوكيات :

ويتم ذلك من خلال تحديد الجلسات (٣ على الأقل أسبوعياً) لمدة (٤٥-٦٠) دقيقة لكل جلسة تتم خلالها المراقبة المباشرة للسلوك ، والتعرف على جوانب الضعف والقوة لدى الطفل ، وبناء علاقة إيجابية بينه وبين الأخصائي ، والتعرف على أنماط استجابته .

بدأ

ج. تطبيق القوائم والمقاييس الخاصة بالحالة :

ويهدف ذلك إلى تحديد أهم نقاط الضعف والقوة لدى الطفل .

محل

د. تطبيق البرنامج التربوي الفردي :

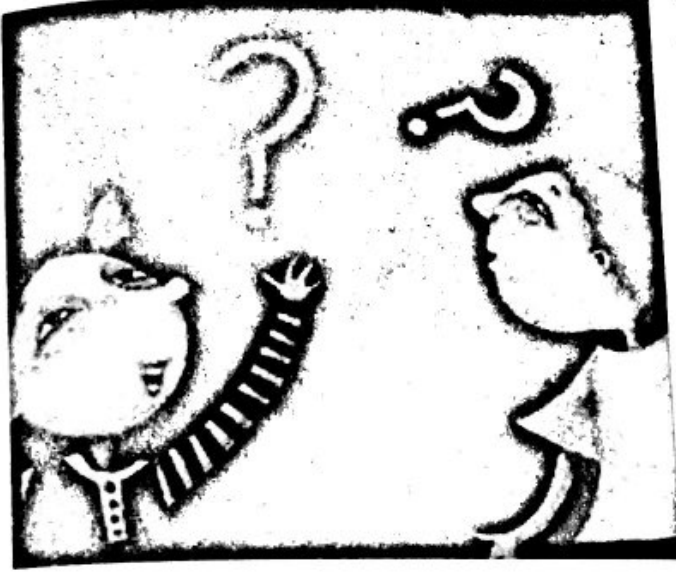
ويتم ذلك بعد تحديد الأهداف جيداً ومتابعتها بالمنزل بالإضافة لتخصيص برنامج مساند بالمنزل آخذين بعين الاعتبار الاختلاف بالبيئة والمواقف التي يتعرض لها الطفل .

نية

هـ. يتم تلخيص كل ما تم إجراؤه وإبلاغ الأسرة بذلك ، وإعادة تقييم المستوى الذي وصل إليه الطفل قبل وبعد إجراءات تعديل السلوك الذي تم التعامل معه من خلالها ، وبالتالي يجب إيجاد بدائل وخيارات ووسائل وأساليب مختلفة للتعامل مع الطفل والاستفادة من مستوى القدرات الذي وصل إليه بشكل أكثر فاعلية (السرطاوي ، والإمام ، ٢٠١١) .

تقييم الأطفال التوحديين Autistic Children Assess :

يهدف التقييم النمائي للمهارات المعرفية والتواصلية والمهارات الأخرى إلى



تزويدنا معلومات هامة لكل من التشخيص وتخطيط البرامج للأطفال التوحديين . تعتبر عملية تحديد جوانب الضعف والقوة لدى الأطفال التوحديين عملية مهمة في تصميم برامج التدخل العلاجي الفعال . ويتطلب تحديد الصعوبات المتعددة للأطفال التوحديين فريق متعدد التخصصات يشمل أخصائيي الكلام واللغة وأخصائي طب

الأطفال ، والأخصائي السمعى والطبيب النفسى والمعالج الوظيفي والمعالج الطبيعي ... الخ .

مبادئ في تقييم الأطفال التوحديين :

1. يجب أن تقيم المجالات المتعددة في الأداء الوظيفي ، بما في ذلك المهارات التواصلية والعقلية والسلوكية والتكيفية .
2. يعتبر البعد النمائي في غاية الأهمية ، فمن الضروري أن نرى النتائج من خلال المستوى النمائي العام .
3. تحديد جوانب الضعف والقوة للطفل .
4. تغيير السلوك وفقاً للمواقف المختلفة ، إذ يتباين سلوك الأطفال التوحديين اعتماداً على خصائص الموقف ودرجة التنظيم وتعقيد البيئة ، هذه ملاحظة هامة في سلوك الطفل .
5. تقييم التكيف الوظيفي ، إذ أن نتائج التقييم المحددة في الأوضاع المنظمة يجب أن ترى من خلال سياق واسع لحياة الأطفال اليومية والاستجابة لمتطلباتها .



٦. تقييم مدى تأثير التوحد على التفاعل الاجتماعي ، فإن العجز الوظيفي الاجتماعي من أهم ما يميز الأطفال التوحدين .

٧. يجب أن نأخذ بعين الاعتبار الصعوبات السلوكية لتأثيرها على الأداء الوظيفي اليومي للأطفال التوحدين ، ولأهميتها في تصميم البرامج العلاجية لهم (الزريقات ، ٢٠١٠) .

مهما اختلفت مراكز تقييم الأطفال التوحدين فإن مبادئ عملها واحد ، وفي المحصلة فإن الهدف من التقييم هو :

١. جمع وربط المعلومات للحصول على التشخيص الدقيق .
  ٢. تقديم المعلومات للطواقم العلاجي لتكون قاعدة لوضع الخطة العلاجية وأسلوب تطبيقها .
- ويتم التقييم من خلال عيادة طب الأطفال والأخصائي النفسي ، ويتطلب الأمر تحويل الطفل إلى عيادات أخرى لتطبيق بعض الاختبارات ، مثل اختبار الذكاء ، واختبار اللغة ، وقياس السمع ، وللوصول إلى تقييم شامل ، يحتاج الأمر إلى ملاحظة الطفل في المنزل والمدرسة خلال فترات اللعب والتي تعطي صورة عن قدرة الطفل على التواصل والتفاعل مع الآخرين .

يصعب تقييم الطفل قبل سن الثانية وذلك للأسباب التالية :

١. الأنماط السلوكية في هذا العمر لم تنضج وتشكل بطريقة تسمح بإجراء التشخيص .
٢. المشاكل اللغوية ركن مهم للتشخيص ، وفي هذا العمر لم تشكل ولم تنضج .
٣. النمو يكون طبيعياً في فترة محددة لدى بعض الأطفال التوحدين وبعدها يبدأ بالتدهور .
٤. الوالدين ليست لديهما قدرة على ملاحظة تطور نمو طفلهم في المرحلة المبكرة (الصبي ، ٢٠٠٣) .

ويضيف الصبي (٢٠٠٣) أن الوصول إلى تشخيص أقرب للحقيقة ، يحتاج الطفل تقيماً من قبل مجموعة من المتخصصين ، وذوي الخبرة في هذا المجال من قبل (طبيب الأطفال ، الأخصائي النفسي ، طبيب أطفال تطوري ، طبيب أطفال في مجال

الأعصاب ، محلل نفسي ... وغيرهم) كل في مجاله حيث يقيم الطفل من نواح معينة ، وبطرق متنوعة ، ثم تجمع هذه المعلومات والنتائج لتحليلها ، ليتم تقرير وجود التوحد ، ودرجته وأساليب علاجه .

### أساليب تقييم الأطفال التوحديين :

وعادةً فإن تقييم حالة الطفل التوحدي تشتمل على جهود ستة من المهتمين بحالته ويمكن القول إنها أساليب تشخيصية أقرب للصحة . وهذه الأساليب الستة للتقييم يمكن إيجازها كالتالي :

#### ١. التقييم الطبي Medical Assessment :

ويبدأ بطرح الأسئلة عن ظروف الحمل والولادة ، والتطور الجسمي والحركي للطفل ، هل لديه أمراض سابقة؟ والسؤال عن العائلة وأمراضها ، ومن ثم القيام بالكشف السريري وخصوصا الجهاز العصبي وإجراء بعض الفحوصات مثل :

أ. صورة عن صبغيات الخلية Chromosomal Analysis لاكتشاف الصبغ

الذكري المنكسر Fragile - X Syndrome .

ب. تخطيط المخ EEG .

ج. أشعة مقطعية للمخ CT scan .

د. أشعة بالرنين المغناطيسي للمخ MRI .

#### ٢. التقييم النفسي Psychological Assessment :

هو عملية اختبار يستخدم مجموعة من التقنيات للمساعدة في التوصل إلى بعض الفرضيات حول الطفل ، من حيث السلوك ، والشخصية والقدرات ، ومن هنا يستطيع الوالدان والمدرسون معرفة مناطق القصور والتطور لدى الطفل .

يختلف التقييم النفسي عن التقييم السلوكي في أن التقييم السلوكي : يركز على التقييم الفردي أم التقييم النفسي : فيركز على التقويم الكلي ، فعلى سبيل المثال اختبارات التحصيل الأكاديمي توضع لتقييم قدرة الطفل على قراءة الطفل في الصف الأول ، بينما التقويم السلوكي على تحديد مهارات محددة مثل معرفة الحروف

الأبجدية ، أو القصور في خفقات اليد العرضي الذي يظهره الطفل ليساهم في المستويات الحالية (مصطفى والشربيني ، ٢٠١١) .

### **٣. التقييم التربوي Educational Assessment :**

يتم من خلال استخدام التقييم الرسمي Formal Assessment (باستخدام أدوات قياسية) ، والتقييم غير الرسمي Informal Assessment (باستخدام الملاحظة المباشرة ومناقشة الوالدين) . ويهدف التقييم التربوي إلى تقدير مهارات الطفل في المجالات التالية :

- أ. مهارات قبل المدرسة (الأحرف ، الألوان ، والأشكال) .
- ب. المهارات الدراسية (القراءة والحساب) .
- ج. مهارات الحياة اليومية (الأكل ، واللبس ، ودخول الحمام) .
- د. طريقة التعلم ومشاكلها وطرق حل هذه المشكلات .

### **٤. تقييم التواصل Communication Assessment :**

التجارب المنهجية ، الملاحظة التقييمية ، مناقشة الوالدين ، جميعها أدوات تستخدم للوصول إلى تقييم المهارات التواصلية ، ومن المهم تقييم مدى مهارات التواصل ومنها رغبة الطفل في التواصل ، وكيفية أداءه لهذا التواصل (التعبير بحركات الوجه أو الحركات الجسمية ، أو بالإشارة) ، وكيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه ، ونتائج هذا التقييم يجب استخدامها عند وضع البرنامج التدريبي لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة إلى الصورة .... وغير ذلك .

### **٥. التقييم الوظيفي Occupational Assessment :**

يقوم بهذه المهمة المعالج الوظيفي Occupational Therapy ويهدف هذا التقييم إلى معرفة تكامل الوظائف الحسية مثل السمع ، والبصر ، والتذوق ، والشم ، واللمس من خلال أدوات قياسية تستخدم لقياس مهارات الحركة الصغرى (استخدام الأصابع لإحضار لعبة أو شيء صغير) ، مهارات الحركة الكبرى (المشي ، والجري ، والقفز) ، ومن المهم معرفة هل يفضل لطفل استخدام يده اليمنى أم اليسرى بهدف

معرفة الجزء المسيطر بالدماغ ، وتقييم المهارات النظرية وعمق الوعي الحسي Depth Perception .

٦. **التقييم السلوكي Behavioral Assessment** : ويُعد من مهام أخصائي ذي خبرة بمجالات التوحد وله تاريخ طويل في تجميع المعلومات السلوكية . ويتم ذلك عن طريق أسلوبين أساسيين هما :  
أ. الملاحظة غير المباشرة .  
ب. الملاحظة المقتننة .

ففي الملاحظة المباشرة يترك الطفل يلعب ببعض الدمى ثم يطلب من أحد إخوانه اللعب معه ، ويبدأ الأخصائي في رصد بعض الملاحظات :

١. ردة فعل الطفل عند وجود الأخوة أو الأم معه في الغرفة .
٢. هل يقترب من الأم تدريجياً؟ أو يحاول أن يلعب معها؟
٣. هل هناك اتصال بصري مع الأم؟
٤. هل يقبل الأم أو يجلس بجوارها أو يلعب معها أو يعطيها اللعبة .

ويتم كذلك توجيه أسئلة لوالدة الطفل عن كيفية لعبه في المنزل وسلوكه أثناء الأكل ، وعن حديثه ، واستخدام يديه ، واهتمامه بمشاركة أخوانه في اللعب . أما الملاحظة المقتننة فلا بد من وضع أسس ودرجات معينة لها ، وذلك من أجل الخروج بنتيجة مقتننة (Sigel, B . 1996) .

إن نتائج التقييم التي تظهرها المقاييس الفردية لا تعتبر كافية لغايات التقييم الشامل ، وبالرغم من أنها تستخدم مع مقاييس نفسية أخرى فإن التشخيص يتضمن نقاط ضعف وقوة . ومع ذلك يجب أخذ الحذر والدقة عند تفسير درجات الاختبارات التي تستخدم نقاط الفصل (القطع) التي تفيد بوجود الاضطراب أو عدم وجوده ، وذلك لأن السمات الاجتماعية التي تظهر ضمن اضطرابات طيف التوحد (ASD) قد تظهر لدى باقي الأفراد في المجتمع والذين لا يعانون من طيف التوحد (Constanino & Todd, 2003) .

دراسة الحالة في مجال التوحد : Case Study in Autism

تعتبر دراسة الحالة أحد أساليب التي تستخدم في تشخيص وعلاج ذوي الاحتياجات الخاصة والتي قد يصعب استخدام طرق أخرى في تقييمها . وهي وسيلة شائعة الاستخدام لتخليص أكبر كم من المعلومات عن الفرد ، وتعد من أكثر الوسائل شمولاً وتحليلاً ، ويرى البعض أن دراسة الحالة هي أسلوب تجميع المعلومات باستخدام وسائل مختلفة مثل المقابلات الشخصية والملاحظة والاختبارات والسيرة الشخصية وهي كل المعلومات التي تجمع عن الحالة (قد تكون فرداً أو أسرته أو جماعة) ومنهج لتنسيق وتحليل المعلومات التي جمعت بوسائل جمع المعلومات المتعددة عن الحالة وعن البيئة ، وهي وسيلة لتقديم صورة مجتمعة للشخص والتي تشمل دراسة مفصلة لفرد في حاضره وماضيه لخدمة مستقبله ، وحاضره ، وعادةً من يقوم بها هو المرشد (الباحث) أو المعلم في الحالات العادية ، أما في الحالات الخاصة فقد يقوم بها أكثر من أخصائي مثل الأخصائي النفسي أو الأخصائي الاجتماعي (أبو زيد ، ٢٠١٥) .

وتشير حمام ، ومصطفى (٢٠٠٣) إلى أن دراسة الحالة أداة قيمة تكشف للأخصائي النفسي وقائع حياة شخص معين منذ الولادة حتى الوقت الحالي ، وهي خطوة أساسية في المنهج الإكلينيكي لجمع معلومات تاريخية عن المريض (الحالة) ومشكلاته بأسلوب علمي منظم ، ويساعد على وضع الفروض الأولية التي يحاول إختبار صحتها من خبراته الشخصية السابقة .

أهمية دراسة الحالة :

١. تساعد أخصائي التشخيص على تلخيص أكبر قدر ممكن من المعلومات المتراكمة عن الطالب بهدف تفسير وفهم أبعاد شخصيته وأسلوب حياته وخصائصه السلوكية .
٢. تحديد الملامح التي يقوم بناءً عليها أخصائي التشخيص بتحديد الاستراتيجيات الإرشادية المناسبة لتحقيق التوافق الاجتماعي والنفسي .
٣. تعتبر دراسة الحالة في مقدمة الأساليب التشخيصية التي تقدر وتقوم سلوك الفرد في الإرشاد النفسي وكل العلوم الإنسانية والسلوكية (سليمان وآخرون ، ٢٠١٣) .

أهداف دراسة الحالة :

تستند دراسة الحالة إلى مجموعة من الأهداف في المجال التربوي والتعليمي يمكن إجمالها في الأهداف التالية :

١. التعمق في فهم المشاكل التربوية والتعليمية والإدارية .
  ٢. تطوير التعليم وتحقيق تنميته عن طريق معالجة مشاكله .
  ٣. تحقيق الجودة الكمية والكيفية بواسطة إيجاد الحلول لكل المشاكل والمعيقات التي يتخبط فيها التعليم .
  ٤. تدوين الحلول التربوية وتوثيقها وأرشفتها لتصبح فيما بعد تشريعات إلزامية أو إرشادية يستهدي بها أطر التعليم والإدارة في حل المعضلات التربوية ومعالجة المشكلات المطروحة ومجابهة الوضعيات المستجدة في الساحة التعليمية .
  ٥. اعتماد دراسة الحالة كأداة إجرائية مهمة ومفيدة في دراسة المشاكل الفردية والجماعية ، ورصد الظواهر النفسية والاجتماعية .
  ٦. تفسير الوضعية الإشكالية انطلاقا من أسبابها الذاتية والموضوعية وحيثياتها السياقية والإنسانية
  ٧. تساعد دراسة الحالة على استجماع المعلومات والمعطيات حول حالة ما من أجل تحليلها وتشخيصها قصد معالجتها معالجة سليمة .
  ٨. إيجاد الحلول للمشاكل التربوية العويصة الافتراضية والواقعية من أجل تفاديها في المستقبل .
  ٩. يساعد الجمع بين الجوانب النظرية والتطبيقية فهما وتفسيرا على معالجة الظواهر التربوية والإدارية ميدانيا .
  ١٠. مساعدة المدرسين المتدربين والرسميين ورجال الإدارة التربوية على حل المشكلات تطبيقيا قبل مواجهتها في الواقع المؤسساتي فعليا .
  ١١. الاستعانة بدراسة الحالة في مجال التقييم والمراقبة وحل المشكلات واتخاذ القرارات في المجال التربوي .
- (أبو زيد ، ٢٠١٥) .

أما في مجال التوحد فإن دراسة الحالة تهدف إلى ما يلي :

١. دراسة الحالات الخاصة :

جمع أكبر كم من المعلومات والبيانات عن الحالة ومشكلاتها وفهم الأسباب المؤدية لإصابة الحالة بهدف إصدار الحكم نحو الحالة وأسباب الإصابة ووضع الخطط العلاجية المقترحة والتوصيات .

٢. المساهمة في وضع الفروض التشخيصية :

تعتبر دراسة الحالة أداة ذات قيمة لتمكن الاختصاصي من كشف وقائع تاريخ الحالة منذ بدايتها حتى وقت إجراءها ، حيث تعتبر أيضاً وسيلة لجمع المعلومات عنها وذلك بأسلوب علمي منظم .

٣. تحديد مواطن القوة والضعف :

تستطيع دراسة الحالة من كشف مواطن القوة والضعف ، مما يجعل الاختصاصي من التعامل مع الحالة بموضوعية ووضع الخطط العلاجية .

٤. وضع التوصيات العلاجية :

تساعد دراسة الحالة في تحديد وتشخيص المشكلات وطبيعتها ، وإتخاذ التوصيات بالاستراتيجيات الإرشادية المناسبة ، وصولاً لتحقيق أقصى قدر ممكن من النمو في الجوانب المختلفة للحالة المدروسة . وبعد الانتهاء من دراسة الحالة يمكننا أن نتوصل إلى مجموعة من النتائج ومن خلالها وضع ما يسمى بالخطة التربوية الفردية أو البرنامج التربوي الفردي .

شروط نجاح دراسة الحالة :

١. عدم إغفال التعبيرات غير اللفظية للطالب عند عرضه لمشكلته .
٢. أن تكون المعلومات التي يحصل عليها أخصائي التشخيص مكتملة الجوانب ومنظمة وواضحة .
٣. تسجيل المشكلات الرئيسية للطالب بشكل واضح وكذلك المشكلات الفرعية الناتجة عنها .
٤. أن لا يخوض أخصائي التشخيص في تفاصيل دقيقة لا لزوم لها حتى لا يتشتت وتكون دراسة الحالة مضيعة للوقت والجهد .

٥. عند تحديد الجوانب الهامة في حياة الطالب اللجوء إلى أكثر من مصدر حتى تتصف المعلومات بالصدق والثبات .

#### دراسة حالة لطفل توحدى :

تهدف دراسة الحالة لذوي اضطرابات التوحد إلى :

١. تشخيص حالة الطفل التوحدى وجمع البيانات عنه .
٢. وضع وتطوير البرامج التربوية الفردية ، عن طريق المقابلات مع الطفل نفسه وأسرته .

تساعد تاريخ الحالة على فهم الحالة في صورة تطورية من حيث وحدة زمنية تاريخية ، وهي أساساً استطلاعية في منهجها ، كما وإنها تركز على الفرد نفسه ، وتهدف إلى التوصل إلى الفروض .

وتعتبر دراسة الحالة هي الوعاء الذي ننظم ونقيم فيه كل المعلومات والنتائج التي نحصل عليها عن الفرد (صاحب الحالة) عن طريق المقابلة والملاحظة والتاريخ الأسري ، والاجتماعي ، والانفعالي ، والعقلي والفحوص الطبية والاختبارات السيكولوجية .

تدور دراسة الحالة بشكل أساسي حول الكائن الإنساني في مفردته وتعتبر الطريقة الفريدة لدراسة حالات الأطفال الغير عاديين ، الملحق رقم (٢) المرفق يبين نموذج دراسة حالة لطفل توحدى ، والكثير مما نعرفه اليوم في علم التربية الخاصة توصلنا إليه عن طريق دراسة الحالة ، حيث أن مصطلح دراسة الحالة يستخدم للإشارة إلى عملية جمع البيانات ، وإلى البيانات نفسها وإلى استخدامها عيادياً (منسي ، ٢٠٠٣) .

#### مراحل تنفيذ دراسة الحالة :

يعتمد تنفيذ دراسة الحالة على عددًا من الخطوات وهي مرحلة الدراسة التي يتم فيها جمع المعلومات والبيانات عن الحالة من مصادرها الأساسية ، ومرحلة التشخيص ويتم فيها الوقوف على ديناميات الشخصية من حيث نقاط القوة والضعف وسمات الشخصية وخصائصها وصراعاتها ، ومرحلة العلاج ويتم فيها تحديد أنسب الطرق ولأساليب الإرشادية والعلاجية المناسبة للحالة ، ومرحلة المتابعة ويتم فيها الوقوف على مدى فعالية الأساليب الإرشادية والعلاجية التي تم استخدامها مع الحالة أو مدى امتثال العميل للقواعد الإرشادية والعلاجية .



١. مرحلة الدراسة :

يتم فيها جمع المعلومات والبيانات عن الحالة من مصدرها الأساسية مثل المرشد نفسه ، والأهل ، والأصدقاء ، وكل من يحيط بالحالة نفسها بالإضافة إلى تطبيق العديد من الاختبارات النفسية ، وملاحظة المرشد للمرشد للمستترشد ثم يقوم المرشد بتنسيق هذه المعلومات مع بعضها البعض وتشمل ثلاث خطوات رئيسة هي :

أ. مناطق الدراسة .

ب. تحديد مصادر الدراسة .

ج. تحديد وسائل الدراسة .

٢. مرحلة التشخيص :

تلي مرحلة الدراسة وجمع المعلومات هو الوصف الكلي الدقيق لديناميات شخصية الحالة وصراعاتها النفسية ومستوى ذكائها وقدراتها ، وسمات الشخصية التي تميزها عن الآخرين ونقاط القوة ونقط الضعف ، وتهدف هذه المرحلة إلى الفهم الكامل لشخصية الحالة التي ندرسها ومن ثم نساعد في رسم خطة العلاج المناسبة لها .

٣. مرحلة العلاج :

تلي التشخيص ، حيث إن التشخيص الدقيق يساعد المرشد على فهم الصراعات النفسية التي يعاني منها المرشد والوقوف على أسبابها ومن ثم يساعده على تقديم الطرق الإرشادية والعلاجية التي تناسب المرشد .

٤. مرحلة متابعة الحالة :

يعني تتبع الحالة لمعرفة مدى التحسن من عدمه ، فأحياناً يتحسن وضع الطالب الخاضع للدراسة لمجرد العناية والرعاية ، وهذا ما يطمح له المرشد ، ولكن أحياناً لا يتحسن وضع الطالب لأسباب غير مقدور عليها ، ومتابعة الحالة تتم على النحو التالي :

- اللقاء بالمرشد بين فترة وأخرى للسؤال عن حالته .
- اللقاء ببعض المعلمين لمعرفة مدى تحسن الطالب علمياً وملاحظتهم على سلوكه .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- الاطلاع على سجلات الطالب ودفاتره ومذكراته وواجباته .
- الاتصال بولي أمره إما عن طريق الهاتف أو بطلب حضوره للمدرسة لمعرفة وضعه داخل الأسرة ، وهل هناك تطورات جديدة حدثت؟ ولا بد أن يذكر مرشد تاريخ المتابعة ، ومتى تمت؟ (أبو زيد ، ٢٠١٣) .

مراجع الفصل الثاني

المراجع العربية:

- أبو زيد ، أحمد (٢٠١٥) . دراسة الحالة لذوي الاحتياجات الخاصة ، ط ٣ ، دار المسيرة ، عمان .
- أبو العزائم ، محمود جمال (٢٠٠٣) . اضطراب الذاتوية ، الصفحة النفسية ، موقع د.محمود جمال أبو العزائم .
- أسعد ، أحمد (٢٠١٥) . إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرههم ، ط ١ ، دار المسيرة ، عمان .
- حمام ، فادية ، ومصطفى علي (٢٠٠٣) . علم نفس النمو ، دار الزهراء ، الرياض .
- الجندي ، جمال عبد الناصر (ب ت) . مقالة بعنوان : " دور المجتمع في تنمية الاتجاهات الإيجابية لدى أطفال التوحد في مدارس الدمج " ، متاح على الشبكة العنكبوتية - الإنترنت .
- الخطيب ، جمال (٢٠١٣) . أسس التربية الخاصة ، ط ١ ، مكتبة المتني ، الدمام .
- الخطيب ، جمال (٢٠١٣) . أسس التربية الخاصة ، ط ١ ، مكتبة المتني ، الدمام .
- الروسان ، فاروق (٢٠١٣) . أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة ، ط ٦ ، دار الفكر ، عمان .
- الروسان ، فاروق (٢٠١٣) . الأطفال غير العاديين - مقدمة في التربية الخاصة ، ط ٩ ، دار الفكر ، عمان .
- الزارع ، نايف (٢٠١٠) . المدخل إلى اضطراب التوحد - المفاهيم الأساسية وطرق التدخل ، ط ١ ، دار الفكر ، عمان .
- الزريقات . إبراهيم (٢٠٠٤) . التوحد - الخصائص والعلاج ، ط ١ ، عمان ، دار وائل للنشر والتوزيع .
- الزريقات ، إبراهيم (٢٠١٠) . التوحد - السلوك والتشخيص والعلاج ، ط ١ ، دار الفكر ، عمان .
- الصبي ، عبد الله (١٤٢٣) . التوحد وطيف التوحد أسبابه وأعراضه وكيفية التعامل معه ، ط ١ ، الجمعية الخليجية .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- سليمان ، عبد الرحمن ، وعبد الحميد ، أشرف ، والبلاوي ، إيهاب (٢٠١٣) .  
التقييم والتشخيص في التربية الخاصة ، ط ٣ ، دار الزهراء ، الرياض .
- الشامي ، وفاء (٢٠٠٤) . سمات التوحد ، ط ١ ، الجمعية الخيرية الفيصلية  
النسوية ، مركز جدة للتوحد .
- العبادي ، خليل (٢٠١١) . التوحد ، مكتبة المجتمع العربي ، عمان .
- عبد العظيم ، مصطفى (٢٠١٠) . التدخل المبكر للأطفال التوحدين ، مقالة متاحة  
على الموقع [kenanaonline.com](http://kenanaonline.com)
- فراج ، عثمان (٢٠١٢) . الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة ، مكتبة المنسي ،  
الدمام .
- مصطفى ، أسامة ، والشربيني ، السيد كامل (٢٠١١) . سمات التوحد ، ط ١ ، دار  
المسيرة ، عمان .
- منسي ، محمود عبد الحليم (٢٠٠٣) ، التقويم التربوي ، ط ٢ ، دار المعرفة ،  
القاهرة .
- المغلوث ، فهد (٢٠٠٦) . التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه ، منشورات مؤسسة  
الملك خالد الخيرية .
- النمر ، عصام (٢٠١٣) . القياس والتقويم في التربية الخاصة ، دار اليازوري ، عمان .
- ياسين ، عطوف (١٩٩٠) . علم النفس العيادي (الإكلينيكي) ، ج ١ ، دار العلم  
للملايين ، بيروت .

### المراجع الأجنبية :

- Cicchetti, D. (1984). The Emergence of Developmental Psychopathology. Child Developmental, 55.1-7.
- Cohen D.J. & F.R. Volkmar (Eds.), Handbook of autism and pervasive developmental disorders (2nd edn, pp. 47-59). New York: Wiley.
- Constantionio, J.,N., Todd, R., D. (2003) Autistic Triats in General Population, Arwin Study Arbiters of General Psychiatry. 60.521-530.
- Freeman, B., J. (1997). Guidelines for Evaluating Intervention Programs for Children with Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders.27,6,pp.641-651.

- Klin, A., Carter, A., Volkmar, F., R., Cohen, D., J., Marans, W., D., Sparrow, S., S. (1997). Assessment Issue in Children with Autism, In D., j., Cohen, F., R., Volkmar (Eds). Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders (2<sup>nd</sup>), pp411-418. Newyork: Wiley.
- Klin, A., B., Shpared, B., A. (2004). Psychological Assessment of Autistic Children and Adolescent Clinics of North America 3:131-148.
- Morgan D.L. (1988) Focus groups as qualitative research. London: Sage.
- Siegel, B. (2003). Helping Children with Autism Learn: Treatment Approaches for Parents and Professionals, (1<sup>st</sup> ed). USA: Oxford University Press.
- Shea, V. & Mesibov, G. (2005). Adolescents and Adults with Autism. In D., Cohen, F., R., Volkmar, (Eds). Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders: Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior. Volume One. Newyork: John Wiley & Sons, INC.

الفصل الثالث

قضية دمج الأطفال ذوي طيف التوحد والتدخل المبكر

- مفهوم الدمج .
- مفهوم الدمج الأكاديمي .
- مفهوم الدمج الاجتماعي .
- أشكال الدمج .
- مبررات الدمج .
- أهداف الدمج .
- إيجابيات الدمج .
- سلبيات الدمج .
- الدراسات التي أجريت حول موضوع الدمج .
- فوائد دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية .
- التجارب الدولية في مجال الدمج .
- أسلوب تنفيذ الدمج .
- دمج الأطفال التوحدين في المدارس العادية .
- شروط الدمج .
- الصعوبات التي تواجه الدمج .
- فوائد دمج الأطفال التوحدين في المدارس العادية .
- دور المجتمع في تنمية الاتجاهات الإيجابية لدى أطفال التوحد في مدارس الدمج .
- التدخل المبكر في مجال التوحد .
- تعريف التدخل المبكر .
- الاكتشاف والتدخل المبكر لأطفال طيف التوحد .
- مراحل الطفولة والتدخل المبكر .
- فئات الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة وخدمات التدخل المبكر .
- برامج التدخل المبكر لذوي الحاجات الخاصة .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

---

- سياسات فعاليات التدخل المبكر مع أطفال التوحد .
- الأسرة وفاعلية أدوارها مع أطفال التوحد عند التدخل المبكر .
- أهم المشكلات المرتبطة بالكشف والتعرف المبكر .
- المؤشرات المبكرة للتعرف على الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وطيف التوحد .
- مراجع الفصل الثالث .

الفصل الثالث

قضية دمج الأطفال ذوي طيف التوحد والتدخل المبكر

مفهوم الدمج Mainstreaming :

تعتبر عملية دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين في المدارس العادية من الموضوعات التي تستحوذ على اهتمام كبير من دول العالم . تميل غالبية دول العالم تدريجياً إلى تقديم الخدمات التعليمية والتربوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العامة ، وليس فصلهم في مدارس خاصة ، وأثبتت



الدراسات وبشكل قاطع أن تعليم المعوقين في مدارس خاصة بهم ليست لها مميزات تربوية وتعليمية في بعض الأحيان من خلال تعليم المعوقين بالمدارس العادية .

بدأت فكرة الدمج لذوي الاحتياجات الخاصة تظهر منذ ستينيات القرن العشرين وبدأت تفرض نفسها بقوة منذ صدور القانون (142- 94) لعام 1975 والقانون الذي تلاه رقم (336-

١٠١) لعام ١٩٩٠ نتيجة للضغوط التي مارستها جماعات عدة مؤيدة لحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة . إن المعاصر للحقبة الزمنية منذ الستينيات من القرن العشرين إلى وقتنا هذا يمكنه ملاحظة السيمفونية الرائعة من الجهد والفكر الإنساني التي نقلت التربية الخاصة من العزل إلى الدمج الجزئي ، إلى الدمج الكلي ، إلى الاستيعاب الكامل وأصبحت تربية خاصة جديدة في كل شيء ، فبدايةً ظهر ما يعرف بالتطبيع نحو العادية Normalization بحيث تتاح للطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة فرصة الحياة



اليومية وظروفها العادية ، كما يتاح لأقرانه العاديين من أفراد المجتمع ، بحيث يشاركون في نشاطات الحياة الطبيعية بأقصى ما تسمح به استعداداتهم Lest Restrictive Environment وإمكاناتهم وأن يعيشوا في أوضاع بيئية أقل تقيداً ثم طرح الباحثون أساليب ونظم رعاية بديلة تكفل الرعاية التربوية والتعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة في نطاق البيئة التعليمية العادية بإدماجهم في مدارس العاديين مع اتخاذ الترتيبات والتدابير ، Mainstreaming قدر الإمكان ولأطول وقت ممكن اللازمة لإمدادهم بالمساعدة التربوية ، لتحقيق أقصى استفادة ممكنة من البرامج التعليمية (القريطي ، ٢٠١١) .

لكن هذا النظام قوبل باعتراضات كثيرة على اعتبار أنه لا تزال هناك حواجز تحول دون دمج ذوي الاحتياجات الخاصة دمجاً شاملاً مع العاديين ، الأمر الذي أدى إلى ظهور مفهوم الدمج الشامل Inclusion الذي يشير إلى مشاركة الجميع ضمن بيئة تربوية داعمة تشمل على خدمات تربوية مناسبة وعلى أشكال مختلفة من الدعم الاجتماعي ، وتعمل على إعداد الدعم للاحتياجات التربوية والاجتماعية لجميع الأطفال المعوقين منهم أو العاديين (برادلي وآخرون ، ٢٠٠٠) .

وهذا التطور لمفهوم الدمج كان نتيجة لمجموعة من المتغيرات ساعدت على ظهوره ، وتمثل فيما يلي :

١. جهود المنظمات الدولية والإقليمية والمحلية والجمعيات والمؤسسات الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة وحركة الآباء والأمهات ومطالب ذوي الاحتياجات الخاصة أنفسهم .
٢. جهود علمية اعتمدت على اكتشاف مسببات حدوث الإعاقة ، وكيفية الوقاية منها والتدخل المبكر والإرشاد البيئي والأسري .
٣. جهود تخصصية اعتمدت على تنوع البرامج التعليمية القائمة على التعليم الفردي .
٤. ارتفاع تكاليف نظام العزل بما يتطلبه من إنشاءات وتجهيزات وإقامة ... الخ .

١. الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية (Special Classes Within Regular School) : تعتبر شكلا من أشكال الدمج الأكاديمي ويطلق عليها اسم الدمج المكاني (Local Integration) ، حيث يلتحق الطلبة غير العاديين مع العاديين في نفس البناء المدرسي ولكن في صفوف خاصة بهم أو وحدات صفية خاصة بهم في نفس الموقع المدرسي ، ويتلقى الطلبة غير العاديين في الصفوف الخاصة ولبعض الوقت ببرامج تعليمية من قبل مدرس التربية الخاصة ، كما يتلقون برامج تعليمية مشتركة مع الطلبة العاديين في الصفوف العادية وذلك وفق جدول زمني لهذه الغاية بحيث يتم انتقال الطلبة بسهولة من وإلى الصفوف الخاصة ، ويهدف هذا النوع من الدمج إلى زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين الطلبة العاديين وغير العاديين في نفس المدرسة .

## ٢. الدمج الأكاديمي Mainstreaming :

هناك عدة تعريفات للدمج الأكاديمي نذكر منها :

- تعريف لينج وزملاءه (Lynch, et al, 1981) الدمج مفهوم يتضمن مساعدة الأطفال المعوقين على التعايش مع الأطفال العاديين في الصف العادي .
- تعريف مجلس الأطفال غير العاديين (The Council For Exceptional Children) على أنه مفهوم يتضمن وضع الأطفال غير العاديين مع الأطفال العاديين في الصف العادي أو في أقل البيئات التربوية تقيدا للطفل غير العادي ، بحيث يكون الدمج إما بشكل مؤقت أو بشكل دائم ، بشرط توفير عوامل تساعد على إنجاح هذا المفهوم .
- تعريف هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 1981) يتضمن هذا المفهوم وضع الأطفال غير العاديين مع الأطفال العاديين بشكل مؤقت أو دائم ، في الصف العادي ، في المدرسة العادية ، مما يعمل على توفير فرص أفضل للتفاعل الأكاديمي والاجتماعي ، وبحيث يبنى هذا المفهوم على أساس توضيح للشروط التي يتم فيها الدمج وعوامل نجاحه ، وخاصة المسؤوليات المترتبة على كل من إداري ومعلمي المدرسة العادية ومعلمي التربية الخاصة .

يقصد بالدمج الأكاديمي التحاق الطلبة غير العاديين مع العاديين في الصفوف العادية طوال الوقت في برامج تعليمية مشتركة بشرط توفر الظروف والعوامل التي تساعد على إنجاح هذا النوع من الدمج ، ومنها :

- أ. تقبل الطلبة العاديين لغير العاديين في الصف العادي .
- ب. توفير مدرس تربية خاصة يعمل جنبا إلى جنب مع المدرس العادي في الصف العادي .
- ج. إيجاد الفرص التي تعمل على إيصال المادة العلمية إلى الطلبة غير العاديين .
- د. توفير الإجراءات التي تعمل على نجاح هذا الاتجاه والمتمثلة في التغلب على الصعوبات التي تواجه الطلبة غير العاديين في الصفوف العادية والمتمثلة في الاتجاهات الاجتماعية ، وإجراء الامتحانات وتصحيحها .

### ٣. الدمج الاجتماعي Normalization :

ويقصد به دمج الأفراد غير العاديين في الحياة الاجتماعية وتبدو عملية الدمج في مظهرين رئيسيين هما :

الأول : الدمج في مجال العمل وتوفير الفرص المهنية المناسبة للأفراد غير العاديين للعمل كأفراد منتجين في المجتمع وقبول ذلك اجتماعيا ويعرف هذا المفهوم بالدمج في مجال العمل (Vocational Integration) .

الثاني : دمج الأفراد في مكان السكن والإقامة (Social Integration) وخاصة بعد تأهيل الأفراد غير العاديين مهنيا واجتماعيا للعيش بشكل مستقل في الأحياء السكنية والتجمعات السكنية العادية وتقبل ذلك لدى الأفراد العاديين (الروسان ، ١٩٩٨) .

### ٤. الدمج الشامل (Inclusion) :

تعرف مدرسة الدمج الشامل بالمدرسة التي لا تستثني أحدا حيث تبني على ما يعرف بفلسفة عدم الرفض وهذا يعني عدم إستبعاد أي طفل بسبب وجود أي إعاقة لديه . فالدمج الشامل يخالف مفهوم الدمج حيث يعتمد سياسة الباب المفتوح لجميع الطلاب بغض النظر عن قدراتهم وإعاقاتهم وهذا بدوره يؤدي إلى وجود مدارس تعكس

عدم التجانس الذي يتألف منه المجتمع ، ويتم تخطيط التعليم في مدرسة الدمج الشامل وفقا لجوانب قوة الفرد واحتياجاته بدلا من وضع الطلاب في برامج موجودة حيث يعتمد التعليم فيها على نوع إعاقات الطلاب وشدتها . ويفترض الدمج الشامل تقبل جميع الطلاب كأعضاء في بيئة المدرسة وغرفة الدراسة (السرطاوي وآخرون ، ٢٠٠٠) .

#### مبررات الدمج Justifications for Integration :

هناك العديد من مبررات الدمج ومنها :

- ١ . التغير الواضح في الاتجاهات الاجتماعية نحو الأطفال غير العاديين من السلبية إلى الإيجابية .
- ٢ . ظهور القوانين والتشريعات التي أصبحت تنص صراحة على حق الطفل غير العادي في تلقي الرعاية الصحية والتربوية والاجتماعية أسوة بزملائه من العاديين في أقل البيئات التربوية تقيدا .
- ٣ . تزايد عدد الأطفال غير العاديين في بعض الدول وخاصة النامية ، وقلة عدد مراكز التربية الخاصة الأمر الذي يصعب معه التحاق الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة بتلك المراكز ، لذلك قد يكون الدمج أحد الحلول لهذه المشكلة .
- ٤ . ظهور بعض الفلسفات التربوية التي تؤيد دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية ، وذلك لعدد من المبررات أهمها توفير الفرص الطبيعية للأطفال غير العاديين ، والمحافظة على التوزيع الطبيعي للأطفال في المدرسة . (الروسان ، ١٩٩٨) .

#### أهداف الدمج Integration Goals :

وتظهر أهداف الدمج كما يلي :

- ١ . الصلاحية الشخصية : تطوير مهارات الفرد الشخصية إلى الحد الذي يصل به إلى الاستقلالية الشخصية .

٢. الصلاحية الاجتماعية : تطوير مهارات الفرد الاجتماعية من أجل التكيف والتفاعل مع الآخرين .

٣. الصلاحية المهنية : وذلك من خلال تطوير المهارات المهنية وتأهيله مهنيًا في ضوء قدراته وإمكانياته بحيث يصبح قادر على العمل والاستقلال المهني والمعيشي (قمش والسعيدة ، ٢٠٠٨) .

وقد أشار الروسان (١٩٩٨) من خلال مراجعته إلى عدد من الأهداف المتوقع تحقيقها نتيجة لتطبيق فكرة الدمج بأشكاله منها :

١. إزالة الوصمة المرتبطة ببعض فئات التربية الخاصة والمرتبطة بمصطلح مثل الإعاقة : حيث يعمل الدمج على إحساس الطفل بأنه ملتحق بمدرسة عادية وليس بمركز



يحمل اسم إعاقة ، مما يترك أثر نفسي إيجابي عن نفسه .

٢. زيادة فرص التفاعل الاجتماعي بين الأطفال العاديين وغير العاديين : سواء في غرفة الصف أو في مرافق المدرسة الأخرى .

٣. زيادة الفرص التربوية المناسبة للتعلم : حيث

تعمل الأنشطة الصفية والمتمثلة في أساليب التدريس المختلفة وأساليب التقويم على زيادة فرص التعلم الحقيقي وخاصة للطلبة غير العاديين .

٤. تعديل الاتجاهات نحو فئات التربية الخاصة : حيث أن برامج الدمج تعمل على تغيير وتعديل اتجاهات العاملين والإداريين والطلبة من السلبية إلى الإيجابية نحو فئة التربية الخاصة .

٥. توفير الفرص التربوية لأكثر عدد ممكن من فئات التربية الخاصة : إذ يعمل برنامج الدمج على التحاق الطلبة غير العاديين في الصفوف العادية ، وخاصة الموهوبين

وذوي الإعاقة العقلية البسيطة والمكفوفين والصم وذوي صعوبات التعلم ، إذ لا تتوفر لكل هذه الفئات الخدمات التربوية في المراكز الخاصة بهم ، وإنما تقتصر على قبول نسبة منهم في حين لا تتلقى نسبة عالية من هذه الفئات الخدمات التربوية بسبب صعوبة استيعاب تلك المراكز لكل فئات التربية الخاصة .

٦. توفير الكلفة الاقتصادية اللازمة لفتح مراكز تربية خاصة : حيث يتطلب البناء المدرسي والعاملين والتجهيزات المدرسية الخاصة بكلفة اقتصادية عالية ، وعليه فإن التقليل من مراكز التربية الخاصة سوف يعمل على توفير الكلفة الاقتصادية من جهة والتحاق الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة بالمدارس العادية وخاصة أن عددها أعلى بكثير من عدد المراكز الخاصة حيث تستوعب فئات التربية الخاصة بكلفة أقل حيث تتوفر البناء المدرسي والعاملين والتجهيزات اللازمة (الروسان ، ١٩٩٨) .

#### إيجابيات الدمج : Advantage of Mainstreaming

١. من ناحية التحصيل الدراسي أثبتت الدراسات أن لسياسة الدمج أثر إيجابي على تحصيل الأطفال ذوي الإعاقات البسيطة ، ومن هذه الدراسات دراسة (الخشمي ، ٢٠٠٢) . ولقد أوضحت نتائج الدراسات أن الطلاب المعوقين بدرجة متوسطة وشديدة يمكن أن يحققوا مستويات أفضل من التحصيل والمخرجات التربوية في الوضع التربوي العام (هالفورسن وسيلور ، Halvorsen & Sailor ، 1990 ، ميرسير ودنتي Mercer & Denti ، 1989 ، ستينباك وستينباك Stainback & Stainback ، 1990 ، فيلا وآخرون Villa et al ، 1992 ، وويلز Willis ، 1994 ، برادلي وآخرون ، ٢٠٠٠) .
٢. إن التأثير الفعال للدمج في المدارس العادية يحسن مستوى المهارات الاجتماعية واللغوية ، ومفهوم الذات لدى الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة (الخشمي ، ٢٠٠٢) .
٣. التقليل من الفروق الاجتماعية والنفسية بين الأطفال .
٤. تخليص الطفل وأسرته من الوصمة التي يمكن أن يخلفها وجوده في المدارس الخاصة .
٥. تعديل اتجاهات الأسرة وتوقعاتها ، وكذلك المعلمين من اتجاهات سلبية إلى اتجاهات إيجابية .

٦. يؤدي الدمج إلى التقليل من الكلفة الاقتصادية التي تنفق على الفرد المعاق .
٧. يؤدي الدمج إلى توسيع قاعدة الخدمات وخاصة الدمج التعليمي (قمش والسعايدة ، ٢٠٠٨) .

### سلبيات الدمج Disadvantage of Mainstreaming :

تذكر أشلي (Ashley, 1979) والمشار إليها في الروسان (١٩٩٨) أنه بالرغم من الفوائد التي يحققها الدمج إلا أن هناك اتجاهات تعارض فكرة الدمج وترى أن فكرة الدمج يمكن أن تخلق مشكلات تربوية متعددة منها :

١. مشكلة توفير أخصائي التربية الخاصة في المدارس العادية : ويعني ذلك أنه يصعب توفير مدرس التربية الخاصة وغرفة المصادر والوسائل التربوية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة .
٢. مشكلة تقبل إدارة المدرسة العادية ، والعاملين فيها لفكرة الدمج وخاصة طلبة المدرسة : إذ يمكن أن يعمل تطبيق مبدأ الدمج إلى زيادة الهوة بين الطلبة العاديين وغير العاديين من حيث صعوبة تقبلهم والتعاون معهم والاستهزاء بتصرفاتهم وتقليدها ، مما يزيد في إهمال هؤلاء الطلبة غير العاديين .
٣. مشكلة إيصال المادة الدراسية للطلبة غير العاديين : وذلك بسبب من صعوبة وجود المدرس المساعد .
٤. مشكلة إعداد الخطط التعليمية والتربوية الفردية للطلبة غير العاديين : مما يعني قلة الاهتمام الفردي بالأطفال المتحقين ببرامج الدمج .
٥. مشكلة زيادة العزلة الاجتماعية بين الأطفال العاديين وغير العاديين في برامج الدمج : وخاصة حين لا تسمح ظروف الأطفال غير العاديين من المشاركة في الأنشطة المدرسية المختلفة : كالنشاطات الاجتماعية ، والرياضية ، والفنية وغيرها مما يزيد من فرص الإحباط النفسي لدى فئة الأطفال غير العاديين (الروسان ، ١٩٩٨) .

الدراسات التي أجريت حول موضوع الدمج :

هناك العديد من الدراسات التي ظهرت حول هذا الموضوع منها :

١. دراسة زقلمر وهامبيلتون (Zigler & Hambleton , 1979) والتي هدفت إلى دراسة فعالية برنامج دمج الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في المدرسة العادية الابتدائية ، حيث تم دمج صفين من صفوف الأطفال المعاقين عقليا على شكل صفوف خاصة ملحقه بالمدرسة العادية ، حيث لوحظ أداء الأطفال العاديين والمعوقين قبل وبعد إجراء الدراسة ، وأشارت النتائج إلى المواقف الإيجابية للطلبة العاديين نحو الطلبة المعوقين عقليا والمتمثلة في الابتعاد عن العدوان اللفظي ، بل أظهرت النتائج أيضا نموا متزايدا في التفاعل الاجتماعي للطلبة المعوقين عقليا ، مقارنة مع الأطفال الذين لم يلتحقوا ببرامج الدمج وبقوا في مراكز التربية الخاصة النهارية .
٢. وفي دراسة أخرى أجراها ستيفنز وبراون (Stephens & Braun , 1980) هدفت إلى قياس اتجاهات معلمي الصفوف العادية نحو الأطفال المعوقين ، وشملت العينة (١٤٣٠) معلما ومعلمة ، وقد تم التعرف إلى اتجاهات معلمي الصفوف العادية نحو الأطفال المعوقين باستخدام مقياس مؤلف من (٢٠) فقرة ، وأشارت النتائج إلى (٦١%) من المعلمين يريدون دمج الطلبة المعوقين في الصفوف العادية ، في حين أشارت النتائج إلى أن (٣٩%) من المعلمين يرفضون فكرة الدمج .
٣. كما أجرى ستين باك وزملائه (Stain back et al , 1985) دراسة هدفت إلى دراسة فعالية برامج الدمج ، ومدى نجاحها ، حيث أشاروا إلى أن نجاح برامج دمج الأطفال المعوقين إعاقة بسيطة ممكن أن يعتمد على تمكن معلمي المدرسة العادية من تعديل أساليب تدريسهم بحيث تخدم حاجات الأطفال المعوقين ، وأن أسباب فشل برامج الدمج تكمن في صعوبة تعديل المعلمين لأساليب تدريسهم . (الروسان ، ١٩٩٨) .

فوائد دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية :

يلخص الموسى (١٩٩٢) أهم فوائد الدمج على النحو التالي :

١. إن الدمج التربوي يتيح للأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة فرصة البقاء في منازلهم مع أسرهم طوال حياتهم الدراسية ، الأمر الذي يمكنهم من أن يكونوا



## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

١. أعضاء عاملين في أسرهم وبيئاتهم الاجتماعية ، كما يمكن هذه الأسر والبيئات الاجتماعية من القيام بالتزاماتها تجاه أولئك الأطفال .
٢. يعمل الدمج التربوي على الحد من المركزية في عملية تقديم البرامج التعليمية ، وهذا يهيئ الأرضية التي تمكن المجتمعات المحلية من التأثير في مجريات عملية تربية أبنائهم ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة ، كما يتيح الفرصة أيضا للمؤسسات التعليمية المحلية المختلفة أن تستفيد من تجربة تربية هؤلاء الأبناء .
٣. إن الدمج التربوي يشكل وسيلة تعليمية مرنة ، يمكن من خلالها زيادة وتطوير وتنوع البرامج التربوية المقدمة للتلاميذ ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة .
٤. إن البيئة الاندماجية تعمل على زيادة التقبل الاجتماعي للأطفال المعوقين من قبل أقرانهم غير المعوقين ، ومن ثم فإن التدريس في الفصول العادية يمكنهم من محاكاة ، وتقليد سلوك الأطفال العاديين ، فيزداد التواصل والتفاعل الاجتماعي معهم .
٥. إن احتكاك الأطفال المعوقين بأقرانهم غير المعوقين في سن مبكرة يسهم كثيراً في



- تحسين اتجاهات الأطفال غير المعوقين نحو أقرانهم المعوقين ، كما يسهم أيضاً في تحسين اتجاهات الأطفال المعوقين نحو أقرانهم غير المعوقين .
٦. إن من شأن الدمج التربوي أن

يعمل على إيجاد بيئة اجتماعية يتمكن فيها الأطفال غير المعوقين من التعرف - بشكل مباشر - على نقاط القوة والضعف عند أقرانهم المعوقين ، مما يؤدي إلى الحد ، أو التخلص من أية مفاهيم خاطئة قد تكون موجودة لديهم .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٧. إن الدمج التربوي من شأنه أن يعمل على إيجاد بيئة تعليمية تشجع على التنافس الأكاديمي بين جميع التلاميذ ، الأمر الذي يسهم في رفع مستوى الأداء الأكاديمي لدى الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة .
٨. إن الدمج التربوي يعمل على إيجاد بيئة واقعية ، يتعرض فيها الأطفال ذوو الاحتياجات التربوية الخاصة إلى خبرات متنوعة ، ومؤثرات مختلفة من شأنها أن تمكنهم من تكوين مفاهيم صحيحة واقعية عن العالم الذي يعيشون فيه .
٩. إن الدمج التربوي ، يعمل على تعميق فهم المربين للفروق الفردية بين الأطفال ، كما يظهر للمتخصصين وغير المتخصصين على حد سواء ، أن أوجه التشابه بين التلاميذ العاديين وأقرانهم غير العاديين أكبر من أوجه الاختلاف .

وهكذا يرى الصباح ، وآخرون (٢٠٠٨) أن فوائد الدمج تلخص في :

١. تعديل اتجاهات المجتمع بشكل عام واتجاهات الأسرة والمعلمين والطلبة في المدرسة العادية بشكل خاص وتوقعاتهم نحو الطلبة المعاقين .
٢. التعرف إلى فئات الطلبة المعاقين والمعلمين في المدارس العادية عن قرب ، والاحتكاك المباشر بهم الأمر الذي يؤدي إلى تقدير أفضل وأكثر موضوعية وواقعية لطبيعة مشكلاتهم ومواجهتها ، وتفهم احتياجاتهم الخاصة وكيفية تليبيتها .
٣. خفض الكلفة الاقتصادية المترتبة على خدمات التربية الخاصة في المؤسسات .
٤. توسيع قاعدة الخدمات التربوية للطلبة المعاقين ، الأمر الذي يترتب عليه التوسع في قاعدة قبول الطلبة خصوصاً الذين لم تتح لهم فرص الالتحاق بالمراكز المتخصصة لأسباب مختلفة منها :
  - بعد المراكز عن مناطقهم السكنية .
  - عدم توفر وسائل النقل .
  - الاتجاهات التي تلعب دوراً بارزاً في إحجام أسر المعاقين عن تسجيل أطفالهم في مراكز التربية الخاصة .

التجارب الدولية في مجال الدمج :

١. تجربة الدمج في الولايات المتحدة الأمريكية :

تعتبر الولايات المتحدة الأمريكية من الدول الرائدة في تطبيق فكرة الدمج بأشكالها المختلفة ، وخاصة بعد ظهور القانون العام رقم (١٤٢/٩٤) المعروف باسم التربية لكل الأطفال المعوقين وتعديلاته حيث أصبح يعرف باسم قانون التربية لكل الأطفال ، حيث نادت تلك القوانين بضرورة توفير الفرص التربوية لكل طفل من الأطفال غير العاديين واشترطت حصول مراكز التربية الخاصة على دعم الولاية والحكومة الفدرالية على الدعم المالي لها ، وبضرورة توفير تلك الفرص التربوية المناسبة ، وفي أقل البيئات التربوية تقييدا ، وعلى ذلك يشير راسو (Rasso , 1974) في دراسة له حول التحاق نوع جديد من الطلبة في المدارس العادية نتيجة لتطبيق القانون المذكور ، ففي ولاية بنسلفانيا وبناء على قرار المحكمة فرض تعليم كل الأطفال المعوقين عقليا في المدارس العادية ، وفي ولاية كولومبيا فرض أن يتعلم كل الأطفال المعوقين في المدارس العادية ، حيث يتيح مثل هذا التطبيق لفكرة الدمج توفير الفرص التربوية للأطفال المعوقين حيث لا يتلقى (٥٠%) منهم التعليم المناسب ، في حين أن فكرة الدمج توفر فرص التعليم لثلاثة ملايين ونصف من الأطفال المعوقين حيث يبلغ عدد الأطفال المعوقين في الولايات المتحدة الأمريكية سبعة ملايين طفل ، وتعتبر تجربة ولاية كاليفورنيا من التجارب المشهورة في تطبيق فكرة الدمج للأطفال المعاقين حركيا ، حيث صممت هذه المدرسة لتطبيق فكرة دمج الأطفال المعاقين حركيا مع العاديين إذ التحق بهذه المدرسة (٣٣٠) طالب من العاديين و(٩٦) من المعاقين حركيا ويشرف عليهم عشرة مدرسين للطلبة العاديين وثمانية مدرسين للمعاقين حركيا ، وقد توفرت في هذه المدرسة الأدوات والوسائل اللازمة لإنجاح فكرة الدمج مثل أجهزة خاصة بالمفاصل ، عمرات مشي وغيرها .

تجربة الدمج في بريطانيا :

بدأ الاهتمام بفكرة الدمج في بريطانيا منذ بداية السبعينات من هذا القرن حيث تم أخذ فئات ذوي الاحتياجات الخاصة بعين الاعتبار عند التخطيط للبرامج التعليمية ، وعلى ضوء ذلك طلبت الحكومة البريطانية من السيدة ورائك (Mary Warnock)

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

1974) رئاسة لجنة تهدف إلى دراسة أوضاع المعوقين في بريطانيا وأسكوتلاند ، وويلز ، وخاصة في ميدان التربية الخاصة

وتصنيف فئات التربية الخاصة ، ومفهوم الدمج بأشكاله المكاني ، الاجتماعي ، الوظيفي ، كما هدفت اللجنة لدراسة أوضاع المدارس الخاصة وزيادة المدى العمري لبقاء الفرد في المدرسة الخاصة حتى العمر (١٩) وكذلك دراسة مراكز المصادر ، والتربية المبكرة ، والاهتمام بالقياس والتقويم ، وكذلك الاهتمام بموضوع تدريب المعلمين ، وقد ظهر ذلك الاهتمام بالتقرير المعروف باسم (The Warnock Report) والذي نشر في عام (١٩٧٨) وقد أخذت الحكومة البريطانية بهذا التقرير ودرست قوميته ، وبناء على ذلك ظهر قانون التربية الخاصة في بريطانيا عام (١٩٨١) والذي أطلق مصطلح الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بدلا من مصطلح الأطفال المعوقين ، كما نادى بضرورة دمج الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية في الصفوف الخاصة ، أو في الصفوف العادية إذا كانت قدراتهم تسمح بذلك ، وإلا فإن المراكز الخاصة هي المكان المناسب لبقية تلك الحالات وخاصة الحالات المتوسطة والشديدة .

### تجربة دولة الصين :

طبقت الصين تجربة الدمج الأكاديمي والدمج الاجتماعي ، حيث عملت على دمج فئات الأطفال المعاقين عقليا وحركيا ، حيث يلتحق الطلبة المعاقين عقليا في صفوف المرحلة الابتدائية وخاصة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة ، كما يتم دمج الأطفال المعاقين عقليا وحركيا في المدرسة حيث تتوفر لهم التسهيلات المناسبة . كما تم تطبيق فكرة الدمج الاجتماعي في مجال السكن والعمل لفئة الأفراد المعاقين عقليا ، حيث يعيش المعاقين عقليا مع جيرانهم من العاديين في نفس المناطق السكنية ويزاولون الأعمال الزراعية يوميا ، وذلك بعد إعدادهم مهنيا لذلك (الروسان ، ١٩٩٨) .

### تجربة وزارة التربية والتعليم الأردنية :

فقد بدأت أول تجربة للدمج في مدارس وزارة التربية والتعليم في عام (١٩٨٣/١٩٨٤م) في مدرسة من مدارس ضواحي عمان في المرحلة الابتدائية حيث تم دمج (١٢) طالب من الصم في تلك المدرسة التي بلغ عدد طلابها (٢٨٠) طالبا ، حيث تم اختيار تلك المدرسة لعدة أسباب أهمها :

- أ. قرب المدرسة من أحد مراكز التربية الخاصة بالمعاقين سمعياً .
- ب. استعدادات المدرسة لتطبيق فكرة الدمج .
- ت. توفر البناء المدرسي المناسب وتوفر الخدمات التربوية .
- ث. تعاون مجلس الآباء والمعلمين لإنجاح التجربة .

وقد تم تهيئة الطلبة العاديين للتعاون حيث عرض عليهم أفلام من الإعاقة السمعية ثم ترتيب زيارات متبادلة بين الطلبة العاديين والصم ، كما قام المرشد التربوي في تلك المدرسة بتوعية الطلبة لأهداف وخطة تجربة الدمج وتم تنفيذ التجربة وفق خطوات منها وضع الأطفال الصم في صف خاص بالصم ، ثم التحاق الطلبة الصم في الصفوف العادية لبعض الوقت ، ثم التحاق الطلبة في الصف العادي لبعض الوقت في حين يمضي الطالب الأصم بقية الوقت في الصف الخاص وأخيراً تم دمج الطلبة الصم في الصف العادي طوال الوقت .

أما التجربة الثانية في مجال الدمج كانت في عام (٨٣-٨٤) حيث عملت مدرسة نائلة زوجة عثمان بالتعاون مع قسم الإرشاد في وزارة التربية على رفع المستوى التحصيلي للطلبة ، حيث تراوح عدد الطلبة ضعاف التحصيل ما بين (٥-١٥) طالباً في كل شعبة من مجموع (٢٦) شعبة في تلك المدرسة ، وقد استمرت التجربة من (٢٠) يوماً ، واستخدمت فيها أساليب التعليم الفردي وحصص التقوية والزيارات الأسرية ، وأشارت النتائج إلى نجاح تلك التجربة لعدد من الأسباب أهمها تعاون إدارة المدرسة ومجلس المعلمات والأمهات في تنفيذ تلك التجربة .

أما التجربة الثالثة فبدأت عام (١٩٨٧) على شكل فتح الصفوف الخاصة في المدارس العادية للطلبة بطيئي التعلم وذوي صعوبات التعلم . وفي فترة التسعينات من هذا القرن المنصرم (١٩٩١) تم افتتاح أربعة صفوف خاصة استفاد منها (٩٠) طالباً وطالبة في مدارس وزارة التربية والتعليم ، وفي السنوات التالية زاد عدد الصفوف الخاصة بشكل ملحوظ ويبين الجدول التالي تلك الزيادة :

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

عدد الطلبة المستفيدين	غرفة المصادر	عدد الصفوف الخاصة	السنة
10		1	1987
90		4	1990-1991
126		6	1991-1992
158		8	1992-1993
257		12	1993-1994
357		17	1994-1995
539		29	1995-1996

(الروسان ، ١٩٩٨)

### الدمج في المملكة العربية السعودية :

أخذت وزارة التربية والتعليم السعودية على عاتقها تطبيق المادة (٥٤-٥٧) من مواد سياسة التعليم في المملكة ، والتي تنص على أن تعليم المتفوقين والمعوقين هو جزء لا يتجزأ من النظام التعليمي في المملكة ، وإيماناً من المسؤولين في وزارة المعارف على أهمية الدمج كخطوة رائدة في تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة ، وردا منهم بأن نسبة هؤلاء الأطفال لا يقل عن ٢٠% من تلاميذ المدارس العادية . فقد وظفت هذه الوزارة من ضمن استراتيجياتها للتربية الخاصة عدداً من المحاور التي تركز على أهمية الدمج كأحد أنماط الخدمة التربوية الهامة والضرورية للعديد من ذوي الاحتياجات الخاصة :

١. تفعيل دور المدارس العادية في مجال تربية وتعليم الأطفال غير العاديين وذلك من خلال الإجراءات التالية :

- استمرار التوسع في استحداث برامج الفصول الملحقة بالمدرسة العادية وهي

نوعان :

الأول : فصول يتحقق من خلالها تطبيق مناهج معاهد التربية الخاصة مثل فصول الأطفال القابلين للتعلم من المعاقين عقليا وفصول الأطفال الصم .

الثاني : فصول يتحقق من خلالها تطبيق مناهج المدارس العادية مثل فصول الأطفال ضعاف السمع .

- التوظيف والاستفادة من الأساليب التربوية الحديثة ، مثل استخدام برامج غرف المصادر ، وبرامج المعلم المتجول ، وبرامج المعلم المستشار وبرامج المتابعة في التربية الخاصة وذلك لتحقيق مطلبين تربويين أساسيين :

الأول : إيصال خدمات التربية الخاصة لأولئك الأطفال غير العاديين الذين يلتحقون بالمدارس العادية ويستفيدون من خدماتها التربوية مثل : فئة الموهوبون ذوي صعوبات التعلم ، المعوقين جسمياً وحركياً ، ضعاف البصر ، والمضطربين تواصلياً .

الثاني : تقديم خدمات التربية الخاصة في المدارس العادية لبعض الفئات التي تدرس تقليدياً في معاهد التربية الخاصة ، أو برامج الفصول الملحقة في المدارس العادية مثل فئة المكفوفين وفئة ضعاف السمع .

٢. توسيع نطاق دور معاهد التربية الخاصة بالوزارة ، حيث تضطلع بمهام وأدوار أخرى إضافية مستقبلية منها :

- استحداث برامج متخصصة في هذه المعاهد لرعاية وتربية الأطفال متعددي الإعاقة وغيرهم من الذين يصعب على المدارس العادية استيعابهم .
- إضافة مهام جديدة إلى هذه المعاهد مثل أن تكون مراكز معلومات وخدمات مساندة تقوم بتزويد برامج التربية الخاصة في المدارس العادية بالخبرات أو المعلومات ، أو الأساليب والوسائل والمواد ، والأدوات التعليمية لتمكين هذه البرامج من أداء أدوارها على أكمل وجه .
- تفعيل دور هذه المعاهد لتكون مراكز تدريب يتم من خلالها إقامة الدورات التدريبية المتخصصة للمعلمين والمشرفين التربويين والإداريين الذين هم على رأس العمل (كوافحة وآخرون ، ٢٠٠٧) .

أسلوب تنفيذ الدمج :

يتم الدمج التربوي في المملكة العربية السعودية على طريقتين هما :

١. طريقة الدمج الجزئي : وتحقق من خلال استحداث برامج فصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية ، وقد أشار الموسى (١٩٩٩) إلى أن هذا النمط من الخدمة يتضمن إلحاق الأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة بفصل خاص بهم بالمدرسة العادية ، حيث يتلقون الرعاية التربوية والتعليمية الخاصة بهم في ذلك الفصل ، مع العمل على إتاحة الفرصة للاندماج مع أقرانهم العاديين في بعض الأنشطة الصفية ، والأنشطة اللاصفية ، وفي مرافق المدرسة .

وهناك نوعين من برامج الفصول الخاصة :

أ. فصول تطبق مناهج معاهد التربية الخاصة مثل : فصول الأطفال القابلين للتعلم من المعاقين عقلياً ، وفصول الأطفال الصم .  
ب. فصول تطبق مناهج المدارس العادية مثل : فصول الأطفال المكفوفين ، وفصول الأطفال ضعاف السمع .

٢. طريقة الدمج الكلي : وتتم عن طريق استخدام الأساليب التربوية الحديثة مثل :

- أ. برامج غرف المصادر .
- ب. برامج المعلم المتجول .
- ت. برامج المعلم المستشار .
- ث. برامج المتابعة في التربية الخاصة .

وقد عرف الموسى (١٩٩٩) هذه الأنماط من تقديم خدمات التربية الخاصة على

النحو التالي :

أ. برنامج غرفة المصادر :

هو أحد الأساليب التي بواسطتها تتم عملية دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية ، وهو مفهوم تربوي يتضمن الركائز الرئيسة التالية :  
(١) تخصيص غرفة في المدرسة العادية تكون ذات مستلزمات مكانية وتجهيزية وبشرية تحددها طبيعة خصائص واحتياجات الفئة أو الفئات المستفيدة .



## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

(٢) إبقاء التلاميذ غير العاديين في الصفوف الدراسية بالمدرسة العادية مع أقرانهم العاديين إن كانوا من الفئات الموجودة - أصلاً - بالمدارس العادية ، أو إلحاقهم بالصفوف الدراسية بالمدرسة العادية مع أقرانهم العاديين إن كانوا من الفئات التي كانت تدرس تقليدياً بمعاهد التربية الخاصة ، أو الفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية .

(٣) يتحتم على التلاميذ غير العاديين أن يقضوا على الأقل (٥٠%) من يومهم المدرسي في الصفوف الدراسية مع أقرانهم العاديين .

(٤) يتردد التلاميذ غير العاديين على غرفة المصادر للاستفادة من خدماتها حسب جدول تحدده متغيرات أهمها حاجة الطفل إلى خدمات التربية الخاصة ، طبيعة عوق الطفل ، شدة عوق الطفل ، الصف الدراسي الذي يدرس فيه الطفل ، وغير ذلك من المتغيرات التي يملئها الموقف التربوي على كل من معلم التربية الخاصة ، ومعلم الفصل العادي .

(٥) قد يكون من الضروري تسجيل الأطفال غير العاديين في المدرسة التي يوجد بها برنامج غرفة مصادر ، أو تحويلهم إليها إن كانوا من التلاميذ المسجلين في مدارس لا يوجد بها هذا البرنامج ، الأمر الذي يستدعي ضرورة تأمين وسيلة نقل للتلاميذ بين المدرسة والمنزل .

### ب. برنامج المعلم المتجول :

هو أحد الأساليب التي بواسطتها تتم عملية دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية ، وهو مفهوم تربوي يتضمن الركائز الرئيسة التالية :

(١) تسجيل الأطفال غير العاديين في أقرب المدارس العادية إلى منازلهم ، أو إبقاؤهم فيها إن كانوا مسجلين بها فعلاً .

(٢) يتحتم على التلاميذ غير العاديين أن يقضوا معظم يومهم المدرسي في الصفوف الدراسية مع أقرانهم العاديين .

(٣) يقوم معلم متخصص في التربية الخاصة بالتجول في المدارس العادية التي يوجد بها تلاميذ غير عاديين بغرض تقديم خدمات التربية الخاصة لهم ، وذلك وفقاً لجدول تحدده متغيرات أهمها :

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- (أ) عدد الطلاب الذين يتكون منهم عبءه التدريسي .
- (ب) طبيعة احتياجات أولئك الطلاب .
- (ج) عدد المدارس التي يزورها .
- (د) طول المسافات التي يقطعها .
- (٤) يكون مقره في قسم التربية الخاصة بإدارة التعليم ، أو في إحدى المدارس التي يعمل بها .
- (٥) يحتاج إلى استخدام وسيلة نقل .

### ج. برنامج المعلم المستشار:

هو أحد الأساليب التي بموجبها تتم عملية دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية ، وهو مفهوم تربوي تقوم فكرته على الاستفادة من خدمات معلم متخصص في التربية الخاصة ، يقوم بزيارات ميدانية للمدارس العادية التي يوجد بها تلاميذ غير عاديين ، شأنه في ذلك شأن المعلم المتجول ، بغرض تقديم خدمات التربية الخاصة التي تتمثل في النصح والمشورة لمعلمي الفصول العادية حول كيفية التعامل مع الأطفال غير العاديين ، وهو أيضا كالمعلم المتجول يكون مقره في قسم التربية الخاصة بإدارة تعليم المنطقة ، أو إحدى المدارس التي يعمل بها ، كما يحتاج أيضاً إلى استخدام وسيلة نقل .

### د. برنامج المتابعة في التربية الخاصة :

هذه البرامج يمكن تعريفها على أنها عبارة عن برامج موجودة لدى الأمانة العامة للتربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم لمتابعة بعض الفئات التي لا تستفيد حالياً من خدمات التربية الخاصة ، وهو إجراء مؤقت ينتهي بمجرد استحداث برامج للتربية الخاصة في مدارس التعليم العام لتلك الفئات .

### دمج الأطفال التوحديين في المدارس العادية :

يشير مصطلح الدمج إلى التكامل الاجتماعي والتعليمي للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال العاديين في الفصول العادية ولجزء من اليوم الدراسي على الأقل ، وارتبط هذا التعريف بشرطين لا بد من توافرها لكي يتحقق الدمج وهما :

١. وجود الطفل في الصف العادي لجزء من اليوم الدراسي .
٢. الاختلاط الاجتماعي المتكامل .

والدمج هو إتاحة الفرص للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للانخراط في نظام التعليم الخاص كإجراء للتأكيد على مبدأ تكافؤ الفرص في التعليم ، ويهدف الدمج بشكل عام إلى مواجهة الاحتياجات التربوية الخاصة للطفل ذوي الاحتياجات الخاصة ضمن إطار المدرسة العادية ووفقاً لأساليب ومناهج ووسائل دراسية تعليمية مناسبة ، ويشرف على تقديمها جهاز تعليمي متخصص إضافة إلى كادر التعليم في المدرسة العامة (الديب ، ٢٠٠٧) .

وتعرف جعفر (٢٠٠٣) الدمج : على أنه شكل من أشكال الاتجاهات التربوية نحو الطلبة المعوقين يتضمن وضع الأطفال غير العاديين مع أقرانهم العاديين ، بشكل مؤقت مبني على أسس متطورة وتخطيط تربوي وعملي مبرمج ، حيث يتطلب توضيح المسؤولية لكل من معلمي التربية العادية والخاصة والأشخاص المهنيين الآخرين .

يعرف الدمج الأكاديمي (Mainstreaming) بأنه التحاق طلاب ذوي الاحتياجات الخاصة مع زملائهم العاديين في المدرسة العادية في صفوف ملحقة بالمدرسة العادية أو في غرفة المصادر ، مع تقديم الدعم وتكييف الخدمات وتوفير الأدوات المناسبة للطلاب .

ولقد أثبتت الدراسات العلمية بأن الطلبة العاديين والمعلمين يتقبلون فكرة دمج ذوي الاحتياجات الخاصة معهم في مدارسهم العادية وأن اتجاهاتهم نحو ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة ايجابية ، كما أثبتت الدراسات الأخرى أن الأطفال ذوي الاحتياجات وبغض النظر عن إعاقاتهم يستفيدون أكثر في المدارس العادية مقارنة بالمعاهد والمراكز المتخصصة ، حيث يتعلمون سلوكيات إيجابية من أقرانهم الأسوياء وأن العزلة وإبعادهم عن أقرانهم لا يعود لهم بالفائدة .

كما يجب أن يتم الدمج وفق تخطيط علمي ومدروس مسبقاً ، ويجب أن يتم الإعداد له قبل التحاق الطفل التوحيدي بالمدرسة مثل نشر الوعي لدى المعلمين والطلاب عن خصائص ، وحاجات ، وطرق التواصل مع الأطفال التوحيدين .

ويجب توفر الخصائص التالية في المدرسة العادية :

١. التعهد بوضع الطفل التوحدي في المدرسة ضمن الصفوف العادية في المدرسة .
  ٢. تفهم الأبعاد العصبية / الحركية للأطفال التوحدين .
  ٣. توفر أدوات تشخيص وتقييم ملائمة والعمل على تطويرها .
  ٤. توفير الفرص الملائمة للاختبارات والمشاركة في الأنشطة المدرسية .
  ٥. توفير أخصائي علاج نطق واللغة .
  ٦. تشجيع الطلاب العاديين والمعلمين على بناء صداقات مع الأطفال التوحدين .
  ٧. مراعاة الحاجات الفردية للأطفال التوحدين .
  ٨. احترام الطفل من قبل المعلمين والطلاب وإدارة المدرسة .
  ٩. العمل على التخطيط الجيد مع أسرة الأطفال التوحدين والتواصل معهم .
- <http://www.khass.com>

وقد وضعت وارنك ثلاثة أشكال أساسية للدمج :

١. الدمج المكاني : يتم تعليم الأطفال المعاقين ضمن صفوف خاصة حيث تشترك المدرسة الخاصة مع المدرسة العادية في البناء المدرسي .
٢. الدمج الاجتماعي : ويقصد به تقليص المسافة الاجتماعية بين الأطفال المعوقين الملتحقين بالصفوف الخاصة مع الأطفال الآخرين وتشجيع التفاعل بينهم من خلال الأنشطة الاجتماعية المختلفة .
٣. الدمج الوظيفي : ويقصد به تعليم الطلاب ذوي الحاجات الخاصة بنفس البرامج التعليمية للطلاب العاديين كل الوقت أو بعضه (الزارع ، ٢٠١٠) .

شروط الدمج Mainstreaming Condition :

يعتبر الدمج من العمليات المعقدة التي تحتاج إلى تخطيط سليم للتأكد من نجاح البرنامج بحيث يكون مخططاً له بصورة دقيقة ، حيث أن الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة والذين سيستفيدون من هذا البرنامج يجب أن يحصلوا على مستوى من التعليم لا يقل عن البرنامج المطبقة في المدارس الخاصة ، أيضاً وجود الطفل من ذوي

الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية لا يجب أن يؤثر بأي حال على برنامج المدرسة العادية ومستوى تقدم وطموح الأطفال ، وأن لا يشكل عبئاً إضافياً على المعلم في المدرسة العادية ، لذا لا بد من مراعاة الجوانب التالية :

١. أن يكون الطفل متكيف نفسياً وفعالياً حتى يستطيع الاندماج مع الأطفال العاديين في المدرسة .

٢. تهيئة المدرسة بداية بالمدير والمعلمين والمرشد الطلابي ، والأطفال العاديين ، لبرامج الدمج وقناعتهم به وهذا لن يتم إلا بعد توضيح أهمية الدمج لكل من الإدارة المدرسية والمعلمين وأولياء أمور الأطفال .

٣. اختيار الحالات القابلة للدمج في المدرسة حيث أن هناك الكثير من الحالات لا يمكن دمجها مثل (حالات التوحد ، والاضطرابات السلوكية الحاد ، وصعوبات النطق الشديدة) وغيرها من الحالات التي يمكن دمجها .

٤. توفير جميع الإمكانيات والاحتياجات المادية والفنية والوسائل التعليمية للبرنامج .

٥. توفر الكوادر البشرية من (معلمين - أخصائيين نفسيين - مدربين نطق) .

٦. توفير معلم التربية الخاصة وأحد على الأقل في كل مدرسة يطبق فيها برامج الدمج ، حيث أن الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يحتاج إلى درجة كبيرة من القبول والدعم والقليل من المنافسة لذلك فهم بحاجة إلى مدرسين مؤهلين .

٧. تحديد نوعية الدمج هل هو الدمج الأكاديمي ، أو الاجتماعي الذي يقتصر فقط على أنشطة المدرسة خارج غرفة الصف .

٨. حاجة برامج الدمج إلى نظام تسجيل مستمر لقياس تقدم الطفل في مختلف الجوانب النمائية .

٩. إعداد الكوادر اللازمة وتدريبها تدريباً جيداً بما يتناسب مع إنجاح برنامج الدمج ، وينبغي أن يكون تدريب معلمي الفصول العادية على التعامل التربوي مع ذوي الاحتياجات الخاصة من الركائز الأساسية لبرامج الدمج (الديب ، ٢٠٠٧) .

المهارات التي ينبغي أن يتعلمها الطفل التوحدي لكي يكون مستعداً للدمج :  
يقترح باول (Pawell, 1992) والمشار إليه في القمش (٢٠١٥) عدداً من  
المهارات التي من الضروري على الطفل التوحدي أن يتقنها لكي يتمكن من الالتحاق  
ببرامج الدمج والاستمرار فيها ، وهي على النحو التالي :

- ١ . مهارة اتباع أوامر المعلم ، سواء ذكرت على مقربة من التلميذ أو بعيداً عنه .
- ٢ . أخذ الدور .
- ٣ . الجلوس بهدوء خلال أنشطة ولا سيما الجماعية منها .
- ٤ . رفع اليد لطلب المساعدة أو مناداة المعلم .
- ٥ . السير في صف أو طاوور .
- ٦ . استخدام الحمام لقضاء الحاجة وفي حمامات مختلفة وبدون مساعدة .
- ٧ . التعبير عن الاحتياجات الأساسية .
- ٨ . اللعب بالألعاب بطريقة مناسبة عوضاً عن ترتيبها في صفوف أو اللعب بجزء  
واحد منها مثل لف عجلات السيارة أو فتح الباب وإغلاقه بشكل متكرر  
وإرجاع الألعاب إلى مكانها بعد الاستخدام .
- ٩ . تقبل وجود أطفال آخرين والمبادرة في اللعب والتواصل معهم .
- ١٠ . الانتقال من نشاط إلى آخر بسهولة .
- ١١ . الانتباه للنشاطات .
- ١٢ . القدرة على إكمال النشاطات المطلوبة خلال وقت محدد .
- ١٣ . القدرة على تقبل تأخير المعززات .
- ١٤ . مهارات إدراكية تشمل الألوان والمطابقة والأعداد والحروف .
- ١٥ . التقليد (لكي يتمكن الطفل من التعلم من خلال مراقبة الآخرين له في  
الفصل) .
- ١٦ . المهارات الأساسية للاعتماد على النفس كالأكل والشرب ولبس الملابس .

**الصعوبات التي تواجه الدمج Difficulties of Mainstreaming :**

هناك الكثير من المشكلات التي غالباً ما تصاحب عملية الدمج ، من المهم إدراك هذه المشكلات ، وتفهم الأسباب التي تقف ورائها ، وذلك للعمل على تجاوز كل مشكلة ، وحلها بالطريقة التي تناسبها وبما يتماشى مع مصالح الطفل ، ومن أكثر المشكلات انتشاراً :

١. عدم قدرة بعض الأطفال المعاقين على الوصول إلى المدرسة بأنفسهم بسبب الإعاقة أو لبعد موقع المدرسة .
٢. رفض المدارس العادية قبول الأطفال المعاقين أو بعض أنواع الإعاقات خشية عدم القدرة على التعامل معهم ، وتحمل مسؤوليتهم ، أو بحجة إثارة الإزعاج للآخرين .
٣. عدم كفاية النصيحة أو المشورة المقدمة للأهل فيما يتعلق بعملية الدمج وما يرتبط بها ، فالكثير من الأهالي لا يتلقون التوجيه اللازم لإيجاد مكان مناسب لأبنائهم .
٤. المعاملة غير المرضية للأطفال المعاقين في المدرسة العادية ، كإهمالهم وتجاهلهم .
٥. عدم جاهزية النظام التعليمي العادي من حيث تصميم ، وتخطيط المدرسة والأدوات ، والوسائل الضرورية للمعاقين ، وعدم وجود التسهيلات البنيوية اللازمة لهم داخل المدرسة .
٦. عدم توفر معرفة كافية لدى المدرسين حول كيفية التعامل والتكيف مع الأطفال المعاقين .
٧. إساءة بعض الأطفال العاديين السلوك نحو الأطفال المعاقين في المدرسة ، مثل ضربهم أو الاستهزاء بهم .
٨. تقلق السلوكيات التي يصدرها بعض الأطفال المعاقين الأسرة والمجتمع ، ومن هذه السلوكيات الثرثرة ، وإبداء تعبيرات غريبة على الوجه ، وما إلى ذلك .

أما الديق (٢٠٠٧) فقد أوردت عددا من المشكلات التي تعيق عملية الدمج

وهي كما يلي :

١. إن معظم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لديهم إعاقات ؛ بسيطة وبالتالي فهم لا يحتاجون إلى تربية خاصة طوال اليوم الدراسي بل هم يستطيعون المشاركة في بعض الأنشطة المقدمة في الروضة أو المدرسة للطفل العادي .
  ٢. إن تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في روضات ومدارس و صفوف خاصة لم يترتب عليه حرمانهم من المشاركة في الأنشطة التعليمية المدرسية الاعتيادية فقط ، ولكن عمل أيضا على عزلهم عن رفاقهم وألحق بهم أذى معنويًا بسبب تصنيفهم كطلبة معوقين .
  ٣. إخفاق الدراسات والبحوث العلمية في تقديم أدلة على فاعلية وجدوى التعليم الناتج عن عملية الدمج في الروضات والمدارس العادية .
  ٤. إن المعلمين في التعليم العام لم يتلقوا تدريبًا مناسبًا يؤهلهم للتعامل مع حاجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والعمل على إشباعها .
  ٥. إن المناهج والأنشطة التي يتم تقديمها في إطار التعليم العام لا تتناسب مع حاجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .
  ٦. عملية الدمج قد تضيف أعباء كثيرة إلى تلك التي تقع على عاتق معلمي التعليم العام ، والأطفال الذين ينتظمون فيه . (الديق ، ٢٠٠٧)
- وفي دراسة أجراها حمد (٢٠١٠) فقد بينت المشكلات الأكثر حدوثًا والمعوقات التي تواجه دمج المعاقين سمعيا ومنها مثلاً عدم تهيئة الطلاب العاديين والصم للدمج قبل بدء تطبيقه داخل المدرسة ، ومن المشكلات الفني التي تضمنتها الدراسة عدم مناسبة المناهج الدراسية لقدرات وإمكانات الطلاب الصم ، وكذلك من المشكلات التي تواجه برامج دمج المعاقين سمعيا هو عدم مناسبة المباني المدرسية الحالية ، وكذلك تداخل بين مهام كل من مدير المدرسة والوكيل ومشرف صفوف الصم داخل المدرسة .
- بينما عبد الباقي محمد عرفة (٢٠٠٨) فقد رصد خلال دراسته أهم المشكلات التي تواجه برامج دمج المعاقين وصنفها بمحاور وهي كما يلي :
- المحور الأول : المعوقات الخاصة بالمعلم والمنهج الدراسي .



## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

المحور الثاني : المعوقات الخاصة بالمدرسة والإدارة التعليمية .

المحور الثالث : المعوقات الخاصة بالتلاميذ العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة .

المحور الرابع : المعوقات الخاصة بالمجتمع .

المحور الخامس : المعوقات الخاصة بتمويل مدارس الدمج .

### المحور الأول : المعوقات الخاصة بالمعلم والمنهج الدراسي

١. عدم مناسبة المناهج التعليمية الحالية لمدارس الدمج .
٢. قلة البرامج التي تعين المدرس على النجاح في الدمج
٣. إحساس المدرسين والمديرين بأن الدمج عبء زائد عليهم .
٤. عجز في أعداد معلمي التربية الخاصة .
٥. قلة الدورات التدريبية للتعرف على الدمج للمعلمين .
٦. الافتقار إلى المعلم القادر على التعامل مع المعاقين .
٧. الاتجاه السلبي لفكرة لدمج لدى المعلمين .
٨. صعوبة الامتحانات لبعض الإعاقات .
٩. قلة الحافز المادي المناسب لجهد المعلم .
١٠. الدمج داخل الفصول المشتركة يؤدي إلى تعطيل العملية التدريسية .
١١. الافتقار إلى وجود المعلم المساعد .
١٢. طرق التدريس الحالية لا تساعد على إنجاح الدمج .
١٣. الدمج عملية مرهقة للمدرس والإدارة .
١٤. عدم وضوح الهدف من عملية الدمج .

### المحور الثاني : المعوقات الخاصة بالمدرسة والإدارة التعليمية .

١. قلة عدد المدارس .
٢. الافتقار إلى مسئولين إداريين وفنيين لديهم الخبرة في إنجاح مدارس الدمج .
٣. الافتقار إلى غرف المصادر التي تحتاجها مدارس الدمج .
٤. قلة الدعم المادي المقدم لصيانة وتجهيز مدارس الدمج .
٥. لم يتم تهيئة مدارس الدمج بشكل مناسب لعملية الدمج .
٦. عدم وجود إدارة خاصة بالدمج .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٧.	لا توجد رعاية متكاملة تعليمية واجتماعية ونفسية داخل مدارس الدمج .
٨.	الافتقار إلى التجهيزات والوسائل التكنولوجية الحديثة بالمدارس .
٩.	بعد مدارس الدمج وصعوبة وصول الطفل المعوق إليها .
١٠.	المبنى المدرسي بشكله الحالي غير ملائم للدمج .
١١.	شكل الفصل وتنظيمه غير ملائم للدمج .
١٢.	إهمال صيانة الأجهزة والمعينات الموجودة بمدار الدمج .
١٣.	ارتفاع كثافة فصول الدمج .
<b>المحور الثالث : المعوقات الخاصة بالتلاميذ المعاقين</b>	
١.	هناك فروق شاسعة بين الطفل المعاق والعادي في القدرات والاستعدادات على سير العملية التدريبية .
٢.	إن بعض الإعاقات تحتاج إلى لغة (الصم) مما يؤدي إلى عدم توافر اللغة المشتركة بين التلاميذ .
٣.	تقليد الطفل العادي لبعض السلوكيات الشاذة التي تحدث من زميله المعاق .
٤.	حدوث بعض المشكلات بين الأطفال العاديين والمعاقين مما يعرض المعاق للاعتداء سواء باللفظ أو الضرب أو الإشارة .
٥.	إحساس الطفل المعاق بالعجز والنقص .
٦.	تعرض المعاقين للسخرية وبعض المضايقات .
٧.	حدوث مشكلات تعليمية للتلاميذ المتميزين والموهوبين أثناء عملية الدمج .
٨.	وجود اتجاهات سلبية من الطلبة العاديين إزاء أقرانهم من المعاقين .
<b>المحور الرابع : المعوقات الخاصة بالمجتمع</b>	
١.	اتجاهات بعض أمور الأطفال المعاقين والعاديين سلبية تجاه المجتمع .
٢.	إهمال تقديم برامج تعليمية وإرشادية بالإذاعة والتلفزيون لإرشاد أسر المعاقين والعاديين .
٣.	ضعف التعاون بين أولياء أمور الأطفال العاديين والمعاقين .
٤.	عدم تهيئة أسر الأطفال المعاقين والعاديين للدمج .
٥.	الافتقار إلى تقديم نماذج ناجحة من المعاقين للمجتمع للحث على الدمج .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٦.	ضعف التعاون بين الأسرة والمدرسة لتحقيق الرعاية الاجتماعية والنفسية المتكاملة لتلاميذ مدارس الدمج .
٧.	ضعف تفعيل دور وسائل الإعلام في تنمية وعي المجتمع والتشجيع على إنجاح مدارس الدمج .
٨.	ضعف مشاركة المجتمع المحلي في إنجاح مدارس الدمج .
٩.	ضعف التعاون بين الجمعيات الأهلية والمنظمات التطوعية مع الوزارة في إنجاح مدارس الدمج .
١٠.	رفض بعض أسر الأطفال العاديين وجود أبناءهم في فصول الدمج .
المحور الخامس : المعوقات الخاصة بالتمويل .	
١.	الافتقار إلى مشروعات الوقف الخيري على مدارس الدمج .
٢.	قلة التمويل الحكومي لمدارس الدمج .
٣.	ضعف التمويل الأهلي لمدارس الدمج .
٤.	ضعف الإعانات المقدمة لأسر المعاقين عقليا لتوفير الرعاية للطفل المعاق .
٥.	الافتقار إلى وجود بدائل لتوفير الدعم المادي لمدارس الدمج .
٦.	ضعف المشاركة الجمعيات الأهلية في تمويل وتوفير احتياجات مدارس الدمج .
٧.	ضعف الدعم المادي من المنظمات الدولية لتطبيق برامج الدمج .

### فوائد دمج الأطفال التوحديين في المدارس العادية :

يذكر الزارع (٢٠١٠) أن هناك العديد من فوائد الدمج وهي على النحو التالي :

١. الفوائد التي تعود على الأطفال المعاقين :

أ. الابتعاد عن تأثير الفصل بين الطلاب : فالفصل بين الطلاب يسبب آثاراً سلبية مثل التسمية والاتجاهات السلبية

ب. يزودهم بنماذج تسمح لهم تعلم مهارات تكيف جديدة : وتعليم متى وكيف يستخدموا تلك المهارات خلال التقليد .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- ج. يوفر لهم نماذج من الطلاب العاديين ليتفاعلوا معهم وبالتالي يتعلموا منهم مهارات اجتماعية وتواصلية جديد .
- د. يوفر لهم خبرات حياة حقيقية تؤهلهم فيما بعد للعيش في المجتمع .
- هـ . يزودهم بفرص لتطوير صداقات مع الأفراد العاديين .

### ٢. الفوائد التي تعود على الأطفال العاديين :

- أ. تزودهم بفرص لمعرفة حقيقية وصحيحة عن الأفراد المعاقين .
- ب. تزودهم بفرص لتطوير اتجاهات إيجابية نحو الأفراد المختلفين عنهم .
- ج. تزودهم بفرص لتغيير سلوكياتهم .
- د. تزودهم بنماذج من الأفراد يستطيعوا تحقيق النجاح بالرغم من إعاقاتهم .

### ٣. الفوائد التي تعود على أسر الأطفال المعاقين :

- أ. توفر لهم فرص لمعرفة مظاهر النمو الطبيعي .
- ب. ربما يشعرون بعزلة أقل في المجتمع الذي يعيشون فيه .
- ج. تطوير علاقات مع أسر الأطفال العاديين والذي يزودهم بدعم حقيقي .

### ٤. الفوائد التي تعود على أسر الأطفال العاديين :

- أ. تطوير علاقات مع أسر الأطفال المعاقين ، وبذلك يقدموا مساهمات إيجابية لهم ولمجتمعهم .
- ب. توفير فرص لهم ليعلموا أطفالهم الفروق الفردية ، وقبول الأطفال الآخرين المختلفين عنهم .

### ٥. الفوائد التي تعود على المجتمع :

- أ. المحافظة على المصادر التربوية في حال دمج الأطفال المعاقين مع الأطفال العاديين في مرحلة ما قبل المدرسة والاستمرار بذلك مقارنة مع أماكن التربية الخاصة .
- ب. توفير التكاليف الاقتصادية بفتح مراكز للتربية الخاصة ، والمحافظة على مصادر الطفولة المبكرة .

أما عامر (٢٠٠٨) والمشار إليه في الشربيني (٢٠١٤) فقد ذكر أن فوائد الدمج للأطفال التوحدين كما يلي :

١. التغلب على قصور الخدمات التربوية والتأهيلية.
٢. التغلب على ارتفاع الكلفة الاقتصادية لاستراتيجية النظام العربي.
٣. التخلص من الآثار السلبية لاستراتيجية نظام العزل.
٤. تأمين حياة طبيعية كحق من حقوق الطفل التوحدي.
٥. التقليل من فرص التشخيص الخاطيء للفئات الخاصة.

أما كوجل وكوجل (٢٠٠٣) فقد أوضح أن دمج الأطفال التوحدين في الصفوف مع الأطفال العادين له فوائد في المجالات التالية :

١. التواصل : التواصل المتزايد بين هؤلاء الطلبة وأقرانهم الأسوياء ينمي التقبل ويقلل من وصم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .
٢. المخرجات الاجتماعية : ويقصد بالمخرجات الاجتماعية مهارات التواصل والكفاية الاجتماعية والصدقات حيث أن ذلك يكون له أثر إيجابي على الأطفال ذوي طيف التوحد .
٣. تأثير البيئة الدمجية على المخرجات الأكاديمية : ويقصد بالمخرجات الأكاديمية إلى التحصيل المرتفع في المواضيع الأكاديمية بالنسبة للطفل في سن المدرسة ، وبالنسبة للطفل الأصغر سناً ، وللطفل ذي الاحتياجات الخاصة يكون أكثر مما سيكون له مكاسب تطويرية كبيرة .

ويذكر كل من كويجل ولازيبيك 2004 Koegel & LaZebnik في الزارع (٢٠١٠) بعض المميزات التي تدفع التربويين إلى تفضيل دمج الطلاب ذوي التوحد ، وهي على النحو التالي :

١. الأطفال التوحديون يواجهون صعوبات في التواصل وفي المهارات الاجتماعية وعليه إذا قمنا بوضعهم مع أطفال آخرين يعانون من نفس الصعوبات فإنهم لن يحصلوا على فرص لممارسة سلوكيات إيجابية .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٢. الأطفال العاديين ذوي السلوك الجيد يشكلون نماذجاً سلوكية مناسبة ومساعدة ، وعليه فإذا تم وضع البرنامج بشكل مناسب ، فإن الأطفال العاديين مع التوجيه سيقومون بدور الناصحين والموجهين والمساعدين والأصدقاء .
٣. كثيراً ما نجد فروقاً بين السلوك المطلوب من الأطفال ذوي الإعاقات في صفوف التربية الخاصة والطلبة الذين يتلقون التعليم في الصفوف العادية . فالأطفال الذين يتلقون التعليم في الصفوف العادية ، يتوقع منهم إيلاء انتباههم إلى المعلم ، والاصطفاف بهدوء ، والاستجابة إلى تعليمات المعلم من المرة الأولى ، وعند دمج الطفل التوحدي بشكل كامل ، فإن نفس التوقعات تنطبق عليه .
- ويذكر أن الهدف النهائي من الدمج هو إيجاد فرص لتفاعل الطفل ذوي الإعاقة مع مجتمع الدمج ، فكلما كان الدمج مبكراً كلما كان ذو فائدة على الطفل (الزراع ، ٢٠١٠) .

**دور المجتمع في تنمية الاتجاهات الإيجابية لدى أطفال التوحد في مدارس الدمج :**  
**العوامل الاجتماعية التي تؤثر سلباً وإيجاباً على قيم واتجاهات المجتمع :**

### ١. ردود فعل الأسرة :

- من المعروف أن الموقف الخاطئ من الأسرة يلعب دوراً كبيراً في عدم التكيف الاجتماعي والنفسي للطفل التوحدي لأن ردود أفعال هذا الموقف السلبي ونتائجه تسبب ميولاً غير اجتماعية وتؤدي إلى إعاقة النمو الطبيعي لشخصية التوحدي .
- إن مسؤولية الأسرة في رعاية الفرد التوحدي فيها مسئولية مضاعفة حيث تشكل بالنسبة لهذا الفرد مورد الأمن والطمأنينة ، ومرآة الحياة ، وتشكيل وتقوية الدافع للعمل والاندماج في المجتمع . وعدم قيام الأسرة بهذا الدور ينعكس سلباً على هذا الفرد ، ومن آثار المواقف السلبية للأسرة ما يلي :
- أ. فقدان الشعور بالأمن والطمأنينة النفسية .
  - ب. الوضع غير العادي بين أفراد الأسرة .
  - ت. النقص في الخبرة ، كمهارات التعامل الاجتماعي ، ومهارات الحركة والتنقل .

٢. ردود أفعال المجتمع الخارجي :

أيضا من المعروف أن بعض ردود أفعال المجتمع الخارجي تكون أحيانا هدامة وغير بناءة وتؤدي إلى الإحباط والانعزال وعدم الثقة بالنفس ، فعلى سبيل المثال :

أ. حرمان المكفوفين من فرص الاعتماد على أنفسهم وعمل أشياء نيابة عنهم ، والتعامل معهم بوصفهم ضعفاء ، يعتبر موقفا غير بناء لأنه يجرمهم من فرص التنافس والشعور بالنجاح ومواصلة حياتهم كالعاديين ، والمثال الواقعي لهذه النقطة هو حرمان بعض المكفوفين من التعليم خوفاً عليهم من الحركة بمفردهم ، وظناً خاطئاً من الأسرة أن بذل التوحيدي لمجهود الحركة أو التعلم هو أمر صعب يستحسن إعفاؤه منه .

ب. اعتقاد البعض أن المكفوفين يختلفون عن المبصرين من ناحية تقويمهم لأنفسهم أو التخطيط لمستقبلهم لأن بعض المجتمعات تؤمن بأن التقويم الذاتي للشخص يعتمد على قدراته الجسدية . والمثال السليبي لهذه النقطة هي التشكيك لدى البعض في قدرة التوحيدي على القيام بعمل أشياءه الخاصة وترتيبها والتعرف عليها وتنظيمها ، مما ينعكس سلباً على سلوكه ، وتقييمه لدى فهم المجتمع له ، وبالتالي اتخاذ المواقف السلبية تجاه المجتمع .

ج. النظر إلى التوحيدي من منظور الشفقة والإحسان وهذا الشعور يدفع العاملين مع أطفال التوحد إلى التركيز على الجوانب السلبية لعزلتهم فهم لا يرون في حياة التوحيدي إلا حياة مليئة بالألم والمعاناة والإحباط والخوف واليأس .

د. الاعتقاد بأن أطفال التوحد لديهم سيكولوجية فريدة فهم إما أن يكونوا متفوقين ولديهم قدرات خارقة من ناحية ، وإما أن يكونوا معوقين من ناحية أخرى . . فإن الكثير من المبصرين (العاديين) لا يدركون أن القدرات العقلية لدى التوحيدين متباينة كما هو الحال لدى غير التوحيدين ، والمثال الواقعي لهذه النقطة يظهر في سلوك المجتمع تجاه المعوق (المعاق توحيديا) ، في المؤسسات التعليمية والتأهيلية فينتج عن ذلك الأخطاء التالية :

(١) الشفقة على التوحيدي وبالتالي عدم تقييم مقدراته وفق معايير صحيحة علمية ، بل من باب الشفقة والعطف .

- (٢) غياب الجوانب المنيرة في شخصية التوحدي عن المعلم أو المربي أو المدرب ، وبالتالي ، فإنه غير قادر على استخدام جوانب شخصيته واتجاهاته وقيمه ومقدراته العقلية المعرفية والمهارية لمساعدته على اكتساب معارف ومهارات بناء وإيجابية تساعده على التكيف مع نفسه ومع المجتمع ، وتؤهله ليكون منتجاً .
- (٣) إغفال فهم (الفروق الفردية) بين المعوقين عقليا والصم وذوي صعوبات التعلم ، ومعاملتهم إما على أنهم متفوقون أو منخفضي الذكاء ، وهذا إغفال لمبدأ تربوي هام جداً في التعلم .

ومن المواقف السلبية للمجتمع ، ما يلي :

١. أم رفضت الاعتراف بأن لديها طفل معاق عقليا وفرضت عليه القيود والعزلة وذاقته صنوف العذاب والسبب حسب مفهمها أن هذا الطفل كان سبياً في تعاستها وانفصالها عن والده .
٢. أسرة تُحرم طفلها مقابلة الزوار وتقييلهم بالرغم من ترحيب الزوار به ، وتحرمه من مرافقتهم للزيارة أو الترفيه .
٣. أسرة تحرم الطفل التوحدي سواء كانت بنت أو ولد من التعليم ، مما يؤدي إلى تقييمهم نفسياً في مستوى ذكاء منخفض ، ومن ذلك حرمان الفتيات - حتى سن متقدمة - من الحصول ولو على الحد الأدنى من التعليم .
٤. ألحقت أسرة ابنها التوحدي بمعهد التربية الفكرية حتى أكمل الصف السادس ، ثم اتضح أن تقييم ذكائه كان خاطئاً ، وأنه غير معاق لعدم دراية أسرته بالجهة المسئولة عن تعليمه .

الدور الإيجابي لمؤسسات المجتمع :

يمكن النظر إلى دور المجتمع في التعامل الإيجابي مع المعوق (المعاق توحدياً) في

العناصر التالية :

١. الإرشاد الأسري والنفسي .
٢. دور الأسرة في بناء شخصية الطفل ذي الاحتياجات الخاصة .
٣. دور الإعلام في التوعية ومساعدة ذوي الحاجات الخاصة في تجاوز مشاكلهم وتعزيز جهودهم الإيجابية .



**الإرشاد الأسري والنفسي :**

عندما نقول الإرشاد الأسري يستغرب البعض من هذا المصطلح ، وكأننا نتكلم عن مصطلح جديد ، وهو ليس بجديد بل قديم جدا ، وتعرفنا عليه من خلال قصص الأجداد ونقل وتبادل الخبرات من الأهل والأصدقاء سواء بنقل خبرتهم أو مشاركتهم في التجربة التي مروا بها من قبل ، ولذا فنحن في أمس الحاجة لجلسات الإرشاد الأسري بهدف تخفيف الضغط النفسي الذي تعيش فيه الأسرة بسبب وجود طفل معاق بينهم ، ويتضمن التالي بعضاً منه :

١. تقبل الإعاقة وبالتالي تقبل التوحد ومعاملته معاملة عادية مثل غيره من إخوانه العاديين وعدم التأثير بحالة الانطواء والصمت الاختياري مما يتطلب تغيير هذه المعاملة .
٢. تقديم البرامج الإرشادية الإعلامية بكيفية التعامل مع التوحدين وتجنب الظروف والملابسات التي تؤدي إلى إحباطهم وعدم تكيفهم .
٣. الوعي الصحي والإلمام بفكرة صحيحة عن ماهية الإعاقة التوحدية وشئونهم وعالمهم .
٤. تنمية مواهب ومهارات الفرد التوحد في الأسرة ومساعدته ، وتهيئة الجو المناسب له .
٥. حثه على اتخاذ قراراته بنفسه ، وتحديد اتجاهاته وقيمه ، دون تأثير عليه ، أو خوف من التخلي عن مساعدته لكي لا تهتز فكرته عن نفسه .

**دور الإعلام في التوعية ومساعدة ذوي الحاجات الخاصة في تجاوز مشاكلهم وتعزيز جهودهم :**

١. الحملات التوعوية من خلال برامج الإذاعة والتلفزيون والصحف ، واختيار الأوقات الهامة لبث هذه البرامج ما زالت تحتاج إلى دعم مادي ومجتمعي في تفهم خطورة التوحد .
٢. ما زال ينظر لفئة التوحد على أنها فئة مهمشة مجتمعياً بعد ما اختارت السير في إيجاد الحلول العلاجية لهم .
٣. الاستفادة من كل الحلول التقنية وتوظيفها إعلامياً .

٤. توجيه الجهات السياحية والعامه باستخدام الإشارات والمصطلحات التي تساعد المعوقين ، ومنهم التوحدين على التحرك بذاتية داخلها (الجندي ، ب ت) .

### التدخل المبكر في مجال التوحد : Early Intervention in Autism تعريف التدخل المبكر :

يُعرف التدخل المبكر (Early Intervention) ، على أنه يتمثل في إجراءات منظمة ، تهدف إلى تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة من ذوي الحاجات الخاصة ، وتدعيم الكفاية الوظيفية (Competences Functional) لهم ولأسرهم لذلك فإن الهدف النهائي للتدخل المبكر ، يعتمد على تطبيق سياسات وقائية (Prevention Strategies) ، بهدف تقليل نسب حدوث أو درجة شدة مسببات العوق أو العجز. وهذه السياسات قد تكون أولية (Primary) أو ثانوية (Secondary) .

### الاكتشاف والتدخل المبكر لأطفال طيف التوحد :



خلال العقدين  
الأخريين ، تم التوسع في  
خدمات وبرامج التدخل  
العلاجي المبكر للأطفال دون  
السادسة من العمر ، ونتج  
عن ذلك :

١. تزايد الوعي بأهمية  
الخبرات المبكرة في  
المراحل الأولى من  
العمر في نمو وارتقاء  
الإنسان ، وتضاعف

هذه الأهمية للأطفال من ذوي الحاجات الخاصة .

٢. التحول الذي تم في الرعاية الاجتماعية لذوي الحاجات الخاصة ، حيث أصبح من الضروري حصولهم على الخدمات الخاصة في البيئات الأساسية التي يستخدمها الأطفال العاديون ، مثل بيئة الأسرة ودور الحضانه والمدارس التمهيديّة .

٣. الاعتراف المتزايد بأن الأطفال الرضع وأطفال الحضانه من ذوي الحاجات الخاصة ، لهم حقوق في الحصول على فرص متساوية مع من هم في مثل أعمارهم الزمنية ، وبهدف تنمية وتطوير قدراتهم واستعداداتهم .

ومن حيث التدخل المبكر والخدمات العلاجية وغيرها للأطفال ذوي الحاجات الخاصة فإنه يقوم على أساس أن الأهداف العامة للتربية الخاصة (Special Education) من سن الميلاد إلى سن الالتحاق بالمدرسة الابتدائية ، يقوم على أساس تدعيم نماء الأطفال الصغار عن طريق التدخل في الوقت المناسب ، قبل أن يؤدي العوق في ظروف الخطر النمائي (At- Risk Development) ، إلى تغيير أو عوق النمو ، وتعثر الاستفادة باستعداداتهم وقدراتهم في المستقبل . بل أن الهدف أيضاً منع أو الوقاية من ظهور العوق الثانوي .

ومن حيث الأسرة التي لديها أبناء من ذوي الحاجات الخاصة ، فإن الهدف تدعيم الأسرة لكي تقدم أفضل رعاية للأبناء من ذوي الحاجات الخاصة ، أو من هم في خطر بيولوجي أو بيئي بسبب العجز والإصابة .

ومن حيث المجتمع ومؤسساته الخاصة بالرعاية ، فإن الجهود الفردية والجماعية عليها تحمل المسؤوليات لجعل الخدمات الخاصة ، لهؤلاء الأطفال موضع الجهد الإيجابي الفاعل .

#### مراحل الطفولة والتدخل المبكر :

تقسم مراحل الطفولة من حيث سياسات التدخل المبكر إلى ثلاث مراحل :



١. المرحلة الأولى : مرحلة الوليد

والطفل الرضيع وتمتد من الميلاد مباشرة وحتى نهاية السنة الأولى من العمر ، ويطلق على الطفل في هذه المرحلة الطفل الرضيع (Infant) ، وأن كانت الرضاعة تمتد حتى عامين من العمر .

٢. المرحلة الثانية : مرحلة طفل

الحضانة (Toddler) وتمتد من نهاية السنة الأولى من الميلاد حتى بداية الطفولة المبكرة إلى ٣٦ شهراً من حيث الميلاد .

٣. المرحلة الثالثة : وهي مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية (التعليم الأساسي Preschool Child) وتمتد من (٣) إلى (٦) سنوات ويُسمى الطفل وقتئذ طفل ما قبل التعليم الأساسي .

#### فئات الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة وخدمات التدخل المبكر :

هناك ثلاث فئات من الأطفال ، الذين يمكن تقديم خدمات التدخل المبكر لهم :

أ. الأطفال الذين في حالة خطر بيولوجي .

ب. الأطفال الذين في حالة خطر بيئي .

ت. وهناك فئة أخرى تضم الأطفال المتأخرين نمائياً

(Kirk, S . & Gallagher, J . 1989) .

#### برامج التدخل المبكر لذوي الحاجات الخاصة :

تكاثرت برامج التدخل المبكر ، ومعظمها اهتم بالقصور (Defect) القائم على أن الضعف يوجد داخل الطفل وأن العوامل البيئية غير المناسبة هي مجرد عوامل مساهمة . كما افترض أن الضعف هو مسئولية الآباء بالدرجة الأولى . لذلك كانت البرامج تركز على التعليم التعويضي (Compensation Education) ، وإلى إرجاع النجاح لجهود المعلم ، والفشل إلى الخلل في الأسرة .

ثم حدث تحول تدريجي بين الباحثين في الثمانينات نحو رفض النموذج السابق عندما ظهر علم اجتماع التربية الخاص ، وظهور الاتجاه المعرفي الاجتماعي ، والقائم على أن النمو عبارة عن عملية تفاعلية ، حيث كان ذلك نهاية الفصل التقليدي بين النمو المعرفي والنمو الاجتماعي ، والاهتمام بالسياق المتغير لخبرات الطفل أفضل الممارسات المطبقة حالياً في التدخل المبكر

(Kirk, S . & Gallagher, J . 1989) .

١. التدخل المتمركز حول الأسرة وليس الطفل من ذوي الحاجات الخاصة .

٢. الاعتماد على الاتجاه البيئي / الوظيفي في تحديد محتويات المنهج من خلال تحليل خصائص بيئات الطفل ، وفي التدريس من خلال الابتعاد عن الطرق الجامدة والمنظمة بدرجة عالية .
٣. التكامل أي تقديم الخدمات في البيئات الطبيعية للطفل .
٤. تدريس الحالة العامة ، أي تدريس الطفل تعميم المهارة أثناء اكتسابها .
٥. الاعتماد على نموذج الفريق عبر التخصصات .
٦. التخطيط لعمليات الانتقال والتحول ، خاصة الانتقال من خدمات المستشفى إلى خدمات المنزل أو مركز رعاية الطفل ، ومن مركز رعاية الطفل أو الأسرة إلى خدمات ما قبل المدرسة ، ومن خدمات ما قبل المدرسة إلى المدرسة .

### الأسرة وفاعلية أدوارها مع أطفال التوحد عند التدخل المبكر :

للأسرة دور كبير وفاعل في تقدم الطفل من ذوي الحاجات الخاصة ، بصفة عامة ، وطفل التوحد بصفة خاصة ، ذلك لأن تدريب الطفل من حيث ساعات العمل في المدرسة ، لا تتعدى منتصف النهار ، بينما يقضي الطفل باقي الوقت في المنزل ونهاية الأسبوع وفي المناسبات ، مما يستدعي :

١. أن تلتزم الأسرة بحضور الدورات التدريبية التي تقيمها المؤسسات ذات

الاختصاص ، كالبرنامج التربوي للطفل

٢. تتعاون مع المعلمين باستمرار في برامج الطفل المنظم ، وتهيئة البيئة المناسبة في

المنزل ، حتى تساعده للوصول بنجاح بقدر الإمكان وتعمل على تعديل سلوكه .

ومن حيث فاعلية دور الأسرة ، فقد تخلت أغلب المؤسسات التعليمية الناجحة

في عالم الغرب ، عن وجود برامج السكن الداخلي ، والتي تبعد الطفل عن أسرته

طوال العام ، واستعاضت عنه بالبرامج النهارية العادية ، ليعود الطفل لمنزله في نهاية

اليوم الدراسي .

والواقع أن رعاية الأسرة وحنان وعطف الأبوين ، يمثلان الجهد الأساسي في

فاعلية رعاية أطفال التوحد والمصابين بالعوق ، كأساس للتدخل المبكر القائم على

علاج الطفل وتعديل سلوكه .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

وقد قامت السعد (٢٠٠٠) بدراسة حول قضايا ومشكلات التعرف والتشخيص والتدخل المبكر على أطفال التوحد ، وخلصت النتائج إلى إعداد برنامج تربوي وتعليمي لتحديد حاجات الأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء ، والذي يعد ضرورة من ضرورات التدخل المبكر مع أطفال التوحد .  
وكان ترتيب أولويات الحاجات التدريبية والتعليمية - من وجهة نظر الآباء - كما يأتي :

١. تنمية التحكم في العضلات الكبيرة والدقيقة والمهارات الحركية .
٢. التدريب على تناول الطعام بصورة مناسبة .
٣. تدريب الطفل على السلوك المناسب في المواقف المتعددة .
٤. السعي نحو تعديل بعض أنواع السلوك غير المرغوب فيه مثل الضرب والقفز والبصق .
٥. التدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة له مع الآخرين ، لفظية أو غير لفظية .
٦. التدريب على كتابة الكلمات البسيطة (مهارة معرفية) .
٧. تطوير مهارات الاعتماد على النفس .
٨. التدريب على استخدام المرحاض في قضاء حاجته .
٩. توفير نشاطات ترفيهية ممتعة للطفل والمشاركة في نشاطات اجتماعية مع آخرين .
١٠. تطوير مهارات مهنية تخدمه مستقبلاً في حياته الاجتماعية .
١١. تدريب الطفل على الجلوس لأطول فترة ممكنة .
١٢. التدريب على الاستجابة للمؤثرات السمعية والبصرية .

### سياسات فعاليات التدخل المبكر مع أطفال التوحد :

ثبت بشكل قاطع أن التدخل المبكر ، يفيد ويثمر بشكل إيجابي Positive مع أطفال التوحد . وعلى الرغم من الاختلاف بين برامج رياض الأطفال إلا أنها تشترك جميعها في التركيز على أهمية التدخل التربوي الملائم والمكثف في سن مبكرة من حياة الطفل .

ومن العوامل المشتركة بين تلك البرامج :

١. درجة معينة من مستويات الدمج خاصة في حالات التدخل المستندة إلى السلوك .
٢. البرامج التي تعزز من اهتمامات الطفل .
٣. الاستخدام الواسع للمثيرات البصرية أثناء عملية التدريس والجداول عالية التنظيم للأنشطة وتدريب آباء الأطفال المصابين بالتوحد والمهنيين العاملين معهم ، والتخطيط والمتابعة المستمرة للمرحلة الانتقالية . وتقتضي الضرورة تضامن فريق من الأخصائيين كمعلم التربية الخاصة ، وأخصائي تعديل السلوك ، وأخصائي علاج النطق وأخصائي علاج النطق والكلام ، والتدريب السمعي ، والدمج الحسي ، وبعض العقاقير الطبية والحمية الغذائية .

ويستجيب أطفال التوحد لبرامج التربية الخاصة ذات التنظيم الجيد ، والتي تصمم لتلبية الحاجات الفردية **Individual Needs** ، وتتضمن :

١. التدخل الذي يهتم بعلاج المشكلات التواصلية .
  ٢. تنمية المهارات الاجتماعية وعلاج الضعف الحسي ، وتعديل السلوك ، على أن يتم ذلك من خلال متدربين ومعلمين من أصحاب الكفاءة والدراية .
- ومن أساسيات التدخل المبكر تدريب أطفال التوحد على مهارات الحياة اليومية في سن مبكرة ، مثل تعلم عبور الشارع ، أو التسوق بدرجة بسيطة .
- ومن المهارات الهامة لدى أطفال التوحد ، تدريبهم على الاستقلالية الفردية أي تنمية القدرة على الاختيار بين البدائل ، ومنحه حرية أكثر في المجتمع . هذا ويجب اتصاف البرامج بالمرونة ، والتعزيز المتواصل الإيجابي ، والتقييم المنظم ، وعلى أن يكون هناك فريق استشارة وتدريب على رأس العمل من قبل متخصصين (هويدي ، ١٩٩٧) .

أهم المشكلات المرتبطة بالكشف والتعرف المبكر :

يذكر فتحي عبد الرحيم والمشار إليه في شاش (٢٠٠٩) أن هناك عدة مشكلات ترتبط بالكشف والتعرف على الإعاقة وهي على النحو التالي :

المشكلة الأولى : التعرف الخاطئ أو الخطأ في تشخيص الحالات .

هناك أخطاء تحدث أثناء عملية التعرف وهي كما يلي :

١. الحالات الإيجابية الزائفة :

عندما يتم تصنيف بعض الأطفال على أنهم معاقون عن طريق الخطأ نتيجة لعملية المسح السريع (أحد طرق التعرف) ومن ثم يحملون تسمية المعوقين وهم ليسوا كذلك ، مما يؤدي إلى مشكلة أخرى وهي وصم الطفل بمسمى سلبى يبقى أثره عليه حتى بعد اكتشاف أن هذا التعرف أو المسمى الذي تم إطلاقه عليه كان من باب الخطأ .

وأسباب هذا النوع من التعرف الخاطئ هي :

أ- افتقار أدوات المسح إلى الصدق (الخصائص السيكومترية لأداة التعرف) ، وتكون الأداة على درجة عالية من الخطأ .

ب- عدم ثقة القائمين بالتشخيص في جدية برامج المسح نتيجة لتحويل أعداد كبيرة من هذه الحالات إلى الخدمات التشخيصية ، وبالتالي تمثل عبئا على هذه الخدمات قد لا تحتمله .

ج- صغر سن الأطفال الذين طبق عليهم المسح ، مما يؤدي إلى عدم تعاون هؤلاء الأطفال مع المختصين في المجال .

د- افتقار القائمين على تطبيق الاختبارات للخبرة والتدريب ، فيصدرون أحكاما خاطئة ، أو يتبعون أساليب خاطئة مما ينتج عنها أحكاما أيضا خاطئة (ما بني على خطأ فنتيجته بالتأكيد خاطئة) .

إلا أن هناك بعض الأساليب والطرق التي يمكن أن تقلل من هذا النوع من

التعرف الخاطئ مثل :

أ- تأهيل العاملين في مجال التعرف على حالات الإعاقة وتدريبهم تدريباً جيداً ، وتعريضهم لبرامج مسحية متعددة بهدف إكسابهم الخبرة .



- ب- تقييم أدوات القياس والمسح والعمل على تحسينها (فلو كانت الأدوات أجنبية يتم تطبيقها على المجتمع نفسه أو يكييفها للمجتمع الذي سوف تطبق به).
- ج- التوسع في العمل على حالات الإعاقة مع الأفراد الذين لديه الرغبة في التعاون والقادرون على العمل مع الأشخاص المصابين بإعاقات حادة أو الأشخاص الأكبر سناً.
- د- إعادة الفحص أكثر من مرة على حالات المسح المبدي للتأكد من التعرف الأول والتقليل من عدد الحالات الزائفة قبل تحويلها إلى التشخيص الأوسع.

## ٢. الحالات السلبية الزائفة :

وهي تحدث عندما تفشل مشروعات المسح في اكتشاف بعض حالات الأطفال المعوقين بالفعل ، ويقال عنهم بأنهم أطفال عاديون ، وهذا الخطأ يترتب عليه حرمان الطفل من خدمات هو بحاجة إليها فعلاً .

يشار إلى أن لهذا النوع من التعرف الخاطئ أسباب محددة هي :

- أ- إن أساليب التعرف المستخدمة ليست مميزة بقدر كاف بين الحالات .
- ب- يكون هذا النوع من التعرف الخاطئ متوقعا عندما تكون الإعاقة من النوع الخفيف أو البسيط (مثل الإعاقة العقلية البسيطة) ، أو أنها تختفي في ظل مشكلات أخرى أكثر منها وضوحاً .
- ج- إن الأدوات المستخدمة خاطئة وغير صادقة بحيث أنها تفشل في تمييز الحالات .
- د- افتقار القائمين على الفحص إلى التدريب الجيد أو الإشراف المناسب .
- هـ- الأدوات الكشفية المستخدمة تكون مفرطة في تسامحها .

ويمكن تفادي هذا النوع من التعرف الخاطئ على النحو التالي :

- أ- تأهيل العاملين في برامج التعرف المبكر ، وتدريبهم وتزويدهم ببعض الدلالات الخفية أو العلامات الذاتية التي تشير إلى احتمال وجود إعاقة .
- ب- تحسين الأدوات المستخدمة في الفحص والعمل بوجه خاص على رفع مستوى القرارات بما يمكن من اكتشاف أكبر عدد من الأطفال من الإعاقات سواء كانت خفيفة أو حادة .

ج- إعادة الفحص سواء بشكل سريع أو (بعد مرور فترة من الزمن باستخدام نفس الأدوات أو أدوات أخرى مشابهة) (الصدق التلازمي للاختبار) وذلك من خلال إيجاد صورة تكافئ الأبعاد التي يقيسها (الاختبار أو الأداة) بما يسمح لمظاهر العجز أو القصور بالتعبير عن وجودها).

### المشكلة الثانية: الإخفاق في التعرف على بعض حالات الإعاقات:

لا توجد عادة أساليب مؤسسية رسمية للتعرف على الأطفال المعوقين ما بين مغادرة الأطفال لمكان الولادة وحتى التحاقهم بالمدرسة الذي يتم في سن (5-7) سنوات. قد يكون هناك بعض عمليات المسح لأطفال سن المدرسة في المجتمعات المختلفة، لكن مثل هذا المسح لا يكون شاملاً في الغالب وبالتالي يكون هناك قصورا، وعلى الرغم من توافر قسم يسمى "بالطب النمائي" يقوم بمتابعة الأطفال الخدج "المولودين قبل الأوان" قبل أن يتموا عامهم الأول، إلا أن هذا القسم يقوم بعمله بناء على قسم الأطفال الخدج أي عند حدوث مشكلة للطفل كولادته مبكراً وغيرها من المشكلات الولادية. ولكن كما نعلم قد يكون هناك أطفال لديهم إعاقات لا يتنبه إليها أحد ولا يتم اكتشافها بعد الولادة مباشرة، إنما بعد مرور وقت من الزمن وغالبا في مرحلة دخول الطفل إلى المدرسة.

ويرتبط الإخفاق في اكتشاف حالات الأطفال المعوقين بعدم القدرة على توفير مصادر لرعاية عدد من الأطفال أكثر من أولئك الذين يتلقون خدمات بالفعل، فعند توافر أساليب أفضل للتعرف يجب أن يكون ذلك مصحوبا بالالتزام بتوفير خدمات للحالات التي يتم التعرف عليها، وبالتالي فإن عدم توافر معلومات وبيانات ثابتة وشاملة عن العدد الإجمالي للأفراد المعوقين في أي مجتمع يعني أن مؤسسات الخدمات ليست مدركة بشكل جيد لما تبحث عنه بين أفراد المجتمع، ومتى تبحت عما تبحت عنه.

وبالإضافة إلى ما سبق توجد مجموعة من الأسباب التي تؤدي إلى سقوط كثير من حالات الأطفال المعوقين من بينها الأسباب التالية :

١. إن الجماعات التي تنتمي إلى مستويات اجتماعية واقتصادية منخفضة لا تشارك عادة بشكل منسق في الخدمات المجتمعية بوجه عام ، وخدمات التعرف المبكر ليست استثناء من هذا التعميم ، ويترتب على ذلك عدم التعرف على بعض حالات الإعاقة بين أطفال هذه الطبقات .

٢. إن من كثير من الأطفال المستهدفين للأخطار النمائية مثل :

أ- الأطفال الذين يولدون قبل الموعد الطبيعي .

ب- الأطفال الذين يولدون لأمهات لم يتمتعن برعاية ملائمة أثناء الحمل .

ج- الأطفال الذين يولدون في ظل مضاعفات حادة .

د- الأطفال الذين يولدون لآباء وأمهات لهم تاريخ من الشذوذ الجيني .

جميع هؤلاء الأطفال وأمثالهم لا يستفيدون من الفحوص الشاملة على الرغم من الوعي التام (القائم على الإحصاءات) بأن ظروف الإصابة بالعجز أو القصور ترتبط بالولادات التي تكون مصحوبة بعوامل الخطر ارتباطا وثيقا ، (ولقد تم حل هذه المشكلة جزئيا عن طريق قسم الطب النمائي التابع لقسم الأطفال الخدج) .

٣. إن بعض الأطفال المعوقين لا يحصلون على الخدمات التي يحتاجون إليها نظرا لإخفائهم عن أعين المجتمع ومؤسساته من خلال جهود الآباء والأمهات ومشاعر الذنب الدفينة لديهم .

### المشكلة الثالثة : إطلاق التسميات ووصم الأطفال :

على الرغم من إيجابية التعرف المبكر على الأطفال المعوقين إلا أنه آثار ونتائج سلبية في الجوانب الشخصية والأسرية والاجتماعية ، بأنه تكمن مشكلات التسميات السلبية ووصم الأطفال في الرغبة للتقليل بقدر الإمكان من الآثار السلبية لهذه التسميات ، وفي نفس الوقت فإن وجود نوع ما من التسميات قد يكون أمرا لا يمكن تجنبه .

إن مجرد فكرة القيام بتقديم خدمات خاصة لبعض الأطفال يجعلهم بصورة ضمنية ينظر أنفسهم وبنظر الآخرين أنهم يختلفون عن غيرهم من الأطفال العاديين ، ولكن

يفضل بدلا من استخدام تسميات عامة نصنف بها هؤلاء الأطفال نوصمهم بها لمجرد عجزهم أو قصورهم في جانب ما من جوانبنا لنمو يفضل استخدام مسمى " طفل غير عادي أو طفل لديه حاجات غير عادية" أفضل من إطلاق التسميات السلبية المؤذية والمعوقة للطفل وأسرته .

#### المشكلة الرابعة : القصور في الأساليب التتبعية للحالات :

كثيرا من الأطفال الذي تمت عليهم الفحوصات المسحية يتجهون إلى خدمات تشخيصية أكثر دقة ومهارة ، مما يترتب على ذلك وجود ثغرتين في عملية التعرف على حالات الإعاقة :

١. ثغرة ما بين الوعي بوجود المشكلة وبين التشخيص : تحدث هذه الثغرة عندما يقع طفل من الأطفال في نطاق عملية المسح ويسود اعتقاد بأنه يعاني من قصور ما ، إلا أنه لا يتم أي إجراء لتحويله إلى مصادر الخدمات التشخيصية المتخصصة .
  ٢. ثغرة بين التشخيص والحصول الفعلي على الخدمات اللازمة : وهي تحدث على الرغم من أنها أقل تكرارا من الأولى إلا أنها تظل ملحوظة ، تحدث عندما يجري للطفل تشخيص كامل ولا يتم توفير الخدمات التي تحددها طبيعة الإعاقة ودرجتها ، والتي ربما يكون أخصائي التشخيص قد أوصى بتقديمها .
- إن أي برنامج للتعرف يفقد جزءا كبيرا من قيمته وفائدته إن لم تتوافر عملية المتابعة للحالات ، ويمكن مواجهة المشكلة في حد ذاتها من زوايا متعددة في وقت واحد . فالمعرفة العامة بطبيعة عملية تعرف الحالات قد تكون أمراً من الأمور المفيدة والمساعدة ، فالآباء والأمهات عندما يتزودون بمثل هذه المعرفة سواء عن طريق وسائل الإعلام أو المسئولين التربويين أو الأطباء ، يمكنهم إعطاء المشكلات العامة انتباهاً أكبر بكونهم أكثر يقظة في تمييز الدلالات العامة للاضطراب عند الطفل ، ومن ثم البحث عن أفضل الأساليب لرعاية هذا الطفل ، كذلك فإن أهمية الأطباء في هذا المجال لم تنل ما تستحقه من اهتمام ، ولعلنا نجد في العمل الناقد لتقييم المسح في الشهر الأول من الميلاد الذي قدمه لنا جولديسن وتيت (Goldsen & Tait) بعض الملاحظات الهامة في هذا المجال وهي :

- أ- إن الأطباء من أكثر الأخصائيين المهنيين صلة بالأطفال في المرحلة من الميلاد وحتى سن المدرسة .
- ب- إن الأطباء بوجه عام ليسوا على درجة كافية من الحساسية اتجاه المدى الكامل من الدلالات والأعراض التي تشير إلى وجود بعض الاضطرابات الحسية عند الأطفال .
- ج- إن بالإمكان بذل كثيراً من الجهود لتحسين هذا الموقف عن طريق تعريض الأطباء بصورة متكررة للحاجة الملحة إلى التعرف على حالات الإعاقة وذلك في اجتماعاتهم المهنية أو مجالاتهم العلمية .
- د- إن الحاجة ماسة ومتعاطمة إلى زيادة العاملين في مراكز رعاية الطفولة لرفع معدل الفرص المؤسسية لعرض الأطفال من مرحلة الميلاد وحتى سن الخامسة على الأطباء .

هـ- إن استخدام الوحدات المتنقلة لقياس السمع كجزء من خدمات التقييم الطبي العام لا تزال بعيدة عن الاستخدام الكافي لها ، ولا تجد التقدير الذي تستحق كأسلوب لتحقيق الاتصال بالأطفال في السنوات الخمسة الأولى من حياتهم .

٣. ثغرة موقف الآباء والأمهات : لماذا لا يبحث الآباء والأمهات عن الرعاية الصحية أو غيرها من أوجه الرعاية لأطفالهم؟ وما هي الحوافز العاملة في هذا الموقف .

إن تعاون الآباء والأمهات يقف وراء أي برنامج مؤثر وفعال للخدمات ، ومن الطبيعي أن نجد آباء وأمهات يستجيبون على مستوى جيد ، وأن نجد نسبة لا بأس بها من هؤلاء الآباء والأمهات لا يعرضون أطفالهم لفحص أكثر شمولية وتفصيلاً حتى وإن كانت هناك ضرورة لذلك .

ولعل من الواضح الآن أن تأخير مثل هذه الإجراءات قد يمثل ضرراً بالغاً للطفل المصاب بمظهر من مظاهر العجز أو القصور ، ففي مثل هذه الحالات يحتاج الآباء والأمهات إلى نوع من التوعية ، أو أن التعليمات والنظم ذاتها تحتاج إلى تعديل ، ومما لا شك فيه أن السلطات التعليمية والصحية يمكن أن تلعب دوراً فعالاً في هذا المجال .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

إن عملية المتابعة أكثر أهمية من أن تترك لعوامل الصدفة ، ومن ثم فإن المسؤولية عن هذه العملية يجب أن تحدد بدقة ووضوح في فترة مبكرة من حياة الطفل المعوق ، وأن تستمر لمدى الحياة إن كان الأمر يتطلب ذلك ، واضح أن هذا العمل يتطلب كثيراً من الوقت وقد يحمل في طياته بعض مظاهر الإحباط ، ولكن القيام بعملية المتابعة على النحو الصحيح تنطوي على فوائد ونتائج إيجابية لا تنكر بالنسبة للأطفال المعوقين .

المؤشرات المبكرة للتعرف على الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وطيف التوحد :

العلامات المبكرة للإعاقة العقلية البسيطة	العلامات الدالة على أطفال طيف التوحد
١. بطء معدل التعلم بشكل ملحوظ	١. بطء في نمو المهارات اللغوية ، أو لا يجد علامات تدل على ذلك .
٢. تأخر في معظم مجالات النمو.	٢. عدم القدرة على اختيار الكلمات المناسبة مع استخدام الكلمات في غير محلها .
٣. تدني مستوى التحصيل الدراسي	٣. الاستجابة للإشارات والإيماءات دون كلام .
٤. عدم التمتع بالكفاية الاجتماعية	٤. قصر مدة الانتباه .
٥. التأخر اللغوي الملحوظ .	٥. قضاء الأوقات على انفراد .
٦. عدم القدرة على تعميم المهارات نقل أثر التعلم	٦. قلة الاهتمام بتكوين صداقات .
٧. الحاجة إلى التكرار المبالغ فيه .	٧. قلة الاستجابة للآخرين من حوله مثل الابتسام نحوهم أو النظر إليهم .
٨. عدم القدرة على التركيز.	٨. الافتقار إلى اللعب البريء كاللهو مع الأقران .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٩. عدم تقليد ما يفعله الآخرون .	٩. عدم الانتباه .
١٠. نوبات غضب دون سبب واضح .	
١١. لا يشعر بمن حوله فقط يكون عدوانيا نحوهم أو على نفسه .	
١٢. صعوبة في تغيير ما تعود على فعله	

(القريطي ، ٢٠١١)

مراجع الفصل الثالث

المراجع العربية:

- برادلي ، وآخرون (٢٠٠٠) . الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة مفهومه وخلفيته النظرية - ترجمة : السرطاوي وآخرون ، دار الكتاب الجامعي العين ، المملكة العربية السعودية .
- جعفر ، غادة (٢٠٠٣) . الصعوبات المرتبطة بدمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية من وجهة نظر المعلمين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية .
- حمد ، ناصر (٢٠١٠) . المشكلات والمعوقات التي تواجه برامج دمج المعوقين سمعياً ، مجلة رسالة الخليج ، ص (١٨٠) .
- الحشرمي ، سحر (٢٠٠٢) . دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية ، دراسة منشورة على موقع [www.gulfkids.com](http://www.gulfkids.com)
- الديد ، راندا (٢٠٠٧) . المشكلات التي تواجه عملية دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، ورقة عمل قدمت في المؤتمر العلمي الأول ، جامعة بنها ، ٤٩٨ - ٤٩٩ .
- الروسان ، فاروق (١٩٩٨) . قضايا ومشكلات في التربية الخاصة ، دار الفكر للنشر والتوزيع ، عمان .
- الزارع ، نايف (٢٠١٠) . المدخل إلى اضطراب التوحد - المفاهيم الأساسية وطرق التدخل ، ط ١ ، دار الفكر ، عمان .
- السرطاوي ، عبد العزيز ، أبو جودة ، وائل (٢٠٠٠) . اضطرابات اللغة والكلام ، أكاديمية التربية الخاصة ، الرياض .
- السعد ، سميرة عبد اللطيف (٢٠٠٠) . قضايا ومشكلات التعريف والتشخيص والتدخل المبكر مع أطفال التوحد ، ضمن ندوة الإعاقات النمائية - قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية - تنظيم جامعة الخليج العربي بالتعاون مع برنامج مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود للتربية الخاصة - البحرين - ٢٤-٢٦ أبريل ٢٠٠٠م - ص ٢٦٣ / ٢٧١ .



## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- شاش ، سهير محمد (٢٠٠٩) . استراتيجيات التدخل المبكر والدمج ، ط ١ ، مكتب دار الزهراء ، القاهرة .
- الشربيني ، مصطفى (٢٠١٤) . اضطرابات التوحد - الأسباب ، التشخيص ، العلاج ، دراسات علمية ، ط ١ ، دار المسيرة ، عمان .
- الصباح ، سهير ، وخميس ، سهيلة ، وشيخة ، شفاء ، وعواد شيرين ، وسعيد ، محمد (٢٠٠٨) . الصعوبات التي تواجه دمج الطلبة المعاقين من وجهة نظر العاملين في المدارس الحكومية الأساسية في فلسطين ، دراسة مقدمة لوزارة التربية والتعليم الفلسطينية .
- عبد الباقي ، محمد عرفة (٢٠٠٨) . التخطيط للتوسع في دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في مصر ، رسالة دكتوراة غير منشورة ، معهد الدراسات والبحوث التربوي ، القاهرة .
- القريطي ، عبد المطلب (٢٠١١) . سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، ط ٥ ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .
- القمش ، مصطفى ، والسعايدة ، ناجي (٢٠١٤) . قضايا ومشكلات معاصرة في التربية الخاصة ، ط ١ ، دار المسيرة ، عمان .
- القمش ، مصطفى (٢٠١٥) . اضطرابات التوحد - الأسباب ، التشخيص العلاج ، دراسات عملية ، ط ٢ ، دار المسيرة ، عمان .
- كوافحة ، تيسير ، ويوسف عصام (٢٠٠٧) . تربية الأفراد غير العاديين في المدرسة والمجتمع ، دار المسيرة للنشر ، عمان .
- كوجل ، روبرت ، وكوجل ، ألن (٢٠٠٣) . تدريس الأطفال المصابين بالتوحد استراتيجيات التفاعل الإيجابية وتحسين فرص التعلم ، ترجمة : السرطاوي وخشان ، دار القلم للنشر والتوزيع ، دبي .
- الموسى ، ناصر علي (١٩٩٢) . دمج الأطفال المعوقين بصرياً في المدارس العادية : طبيعته ، برامج ، ومبرراته . جامعة الملك سعود - مركز البحوث التربوية .
- هالاهان ، دانيال ، وكوفمان ، جيمس (٢٠٠٨) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم ، ترجمة : عادل عبد الله ، دار الفكر ، عمان .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- هويدي ، محمد (١٩٩٧) . استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر ، ندوة استراتيجيات وبرامج التدخل العلاجي للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة ، تنظيم جامعة الخليج العربي بالتعاون مع مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود الخيرية ، وبرعاية مؤسسة زايد بن سلطان آل نهيان للأعمال الخيرية والإنسانية ، أبوظبي ٢٠-٢٣ مارس ، ص ١٧٣ / ١٧٥ .

### المراجع الأجنبية :

- Kirk, S . & Gallagher, J . (1989) . Education Exceptional, Houghton Mifflin Company, Boston .
- Lynch, Eleanor W, and United States . Head Start Bureau (1981) . Mainstreaming Preschoolers : Children With Mental Retardation : a Guide for Teachers, Parents, And Others Who Work With Mentally Retarded Preschoolers . Washington, USA.
- <http://www.khass.com>
- <http://www.gulfkids.com>

الفصل الرابع

مشكلات التواصل عند الأطفال التوحديين

- مفهوم الاتصال .
- الاتصال اللغوي .
- خصائص الاتصال اللغوي .
- التواصل عند أطفال التوحد .
- مظاهر اضطرابات التواصل لدى أطفال التوحد .
- مراحل تطور التواصل لدى الأطفال التوحديين .
- طرق التواصل لدى أطفال التوحد .
- صعوبات التواصل الاجتماعي عند الأطفال التوحديين .
- مشكلات اللغة والاتصال عند التوحديين .
- علاج مشاكل اللغة والتواصل عند التوحديين .
- مهارات السلوك والتواصل لدى الطفل التوحدي .
- تقييم مهارات التواصل .
- التواصل البديل الإثرائي .
- نظم التواصل البديلة .
- لغة الإشارة .
- ألواح التواصل .
- طرق تنمية مهارات التواصل عند الأطفال التوحديين .
- اختبارات اللغة والتواصل .

## الفصل الرابع

### مشكلات التواصل عند الأطفال التوحديين

يعتبر التواصل من أهم خصائص وأعراض التوحد والذي يعد عاملاً مهماً في تطور حياة الأطفال ذوي التوحد حيث أن الحصيلة اللغوية لديهم تكون قد اكتسبت من البيئة التي تحيط بهم وذلك خلال السنوات الست الأولى من حياتهم وعكس ذلك فإن نمو قدراتهم وتطورها يتعرض لمحددات ، حيث أشارت الدراسات العلمية إلى أن أفراداً قليلون جداً يستطيعوا أن يتحدثوا بلغة واضحة ومفهومة في هذا السن أو في استخدام اللغة المركبة في المستقبل ، وأن بعض حالات التوحد لم تبدأ في اكتساب اللغة والتحدث بها حتى وصلت سن البلوغ ومرحلة المراهقة .

يبقى ما نسبته (٣٠%) من أطفال التوحد يستخدمون اللغة بشكل مفيد حتى بين هؤلاء الذين تعلموا الكلام والتحدث وثمة معوقات واضحة قد تظهر لدى هؤلاء الأطفال خلال فترة البلوغ والمراهقة .

ويذكر كامل (٢٠٠٣) إلى أن العالم ماوهد (Mawhood, 1995) وجد أن خمسة



أفراد من أصل (١٩) شاب يمكن وصفهم بأن لديهم مهارات اتصال جيدة وقد تم تحديد ذلك للأفراد على الإنشاء الجيد باستخدام قواعد صحيحة والقدرة على الاشتراك في حوار متبادل ، أما باقي أفراد العينة فقد تم وصفهم على أن مستواهم في

التعبير اللغوي أو استخدام اللغة يتراوح بين الضعيف أو الضعيف جداً في القدرة على التعبير عن الأفعال ، وذلك بسبب انخفاض مستواهم في استخدام قواعد اللغة ، كما أنهم لا يمكنهم الدخول في الحوار أو المناقشة حتى البسيطة منه ، وليس لديهم القدرة على التعبير .

مفهوم الاتصال Communication :

الاتصال هو العملية التي يمكن من خلالها نقل المعلومات بين اثنين من الأفراد أو أكثر ويتضمن الاتصال الأفعال السلوكية سواء كانت متعمدة (مقصودة) أصلاً والتي تعطي المعلومة للآخرين عن حالة الشخص العاطفية والفسولوجية وعن رغباته وآرائه ومقدرته على الفهم والإدراك ، ولذلك يكون من الممكن على الأقل أن ينتج إشارات لفرد آخر يقوم باستقبالها وترجمتها (Dust L . & Batho, 1995) .

يشير مصطلح "التواصل" إلى عملية تبادل المعلومات والأفكار التي تشمل كل الوسائل السمعية والبصرية (التلميحات ، وتعابير الوجه ، والأصوات ، والكلمات) . وهذا يعني أن الكلام واللغة ما هما إلا بُعدين من أبعاد التواصل ، فالتواصل يشمل أيضاً أبعاداً غير لغوية ، وهو عملية نشطة تتطلب انتباه كل طرف إلى حاجات الطرف الآخر لتصل المعلومات بفاعلية وبالمعاني المقصودة منها .

وبشكل مختصر نستطيع القول أن التواصل : هو عملية يقوم بها الطفل منذ لحظة الولادة ولكن يكون بشكل بسيط لأنه يتم تحريك الجسم واليدين والتعابير الوجهية دون الكلام واللغة ، فالتواصل يشكل الوسط الذي تنشأ فيه اللغة في بادئ الأمر وبعد ذلك تتطور المهارات اللغوية ويرافقها تطور في المهارات التواصلية المختلفة (الزراع وعبيدات ٢٠١١) .

ويمكن أن تكون الأفعال التواصلية شفوية (كلام ، غناء... الخ) أو غير شفوية (مثل الإيماءات ، وحركات الوجه وحركات الجسد) ، ومن الممكن أن تكون رمزية وتكون على نظام رسمي وتقليدي للغة مثل الإشارة والكلام ، أو تكون غير مرئية رمزية مثل الإيماءات والإشارات والحركات .

وتذكر نصر (٢٠٠٣) أن الاتصال هو عملية تبادل المعلومات والآراء والمشاعر بين الأفراد ، وهي عملية تتطلب عادة مرسل يكون رسالة ومتلقياً يفك رموز أو يفهم الرسالة ، والاتصال بالضرورة هو عملية اجتماعية تحتاج إلى لغة سواء منطوقة أو مكتوبة أو غير لفظية ليتم الاتصال بين الأفراد بعضهم البعض .

تختلف مشاكل التواصل عند التوحدين تبعاً للتطور الفكري والاجتماعي لديهم . قد يكون بعضهم غير قادر على الكلام ، في حين أن البعض الآخر قد يكون مفرداته

غنية وقادر على الحديث عن مواضيع مهمة بشكل عميق كبير على الرغم من هذا الاختلاف ، فإن غالبية الأفراد التوحديين لديهم مشكلة ضئيلة أو معدومة في النطق . معظمهم يجدون صعوبة في استخدام اللغة بشكل فعال . وكثيراً منهم أيضاً لديهم مشاكل في الكلمة ومعنى الجملة ، والتجويد ، والإيقاع .

### الاتصال اللغوي Linguistic Communication :

هو عملية مشاركة وتجارب وعلاقات مع الآخرين ومع البيئة الخارجية والتي تتم حسب العديد من الطرق التواصلية سواء كانت رمزية ، أو شفوية مثل الكلام أو غير شفوية مثل الإيماءات ، وحركات الوجه ، أو تعبيرات الجسد المختلفة . يحتوي الاتصال اللغوي الناجح على العديد من المهارات التي يمر بها الفرد أثناء مراحل نموه وتسمى بداية مهارات الاتصال اللغوية لدى الأطفال ، وهذه المهارات هي مهارة التقليد ، والتعرف ، والفهم ، والربط ، والتعبير والتسمية (نصر ، ٢٠٠٣) .

يؤثر التوحد على النمو الطبيعي للمخ في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل (communication skills) وعادة يواجه الأطفال والأشخاص المصابون بالتوحد عدة صعوبات في مجال التواصل غير اللفظي ، والتفاعل الاجتماعي وكذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية ، حيث تؤدي الإصابة بالتوحد إلى :

١. صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي الارتباط بالعالم الخارجي ، حيث يمكن أن يظهر التوحديين سلوكاً متكرراً بصورة غير طبيعية ، كأن يرفرفوا بأيديهم بشكل متكرر ، أو أن يهزوا جسمهم بشكل متكرر .
٢. يمكن أن يظهر ردوداً غير معتادة عند تعاملهم مع الناس ، أو أن يرتبطوا ببعض الأشياء بصورة غير طبيعية ، كأن يلعب الطفل بسيارة معينة بشكل متكرر وبصورة غير طبيعية ، دون محاولة التغيير إلى سيارة أو لعبة أخرى مثلاً ، مع وجود مقاومة لمحاولة التغيير ، وفي بعض الحالات قد يظهر الطفل سلوكاً عدوانياً تجاه الغير ، أو تجاه الذات (فراج ، ٢٠٠٢) .

: Characteristic of Linguistic Communication

كما أسلفنا فإن اللغة تقوم على مجموعة من الرموز (حروف) محدودة العدد (٢٨) في اللغة العربية ، و(٢٦) في اللغة الإنجليزية ، وقد تزيد أو تنقص عن ذلك في لغات أخرى ، ولكل رمز أو حرف أو شكل أو رسم معين يستخدم بالكتابة والقراءة كما أنه لها صوتا معينا ينطق به في الكلام والتخاطب. ويمكن اعتبار اللغة أنها نظام System من الرموز والإشارات والحروف والأرقام الذي يحكم استخدامها مجموعة من القواعد التي تحدد أسلوب استخدام الأصول والصيغ والتراكيب والتعبير النحوية . أما الكتابة فهي : وسيلة استخدام هذه الرموز في التعبير عن المكتوب من الأفكار والأحاسيس وغيرها ، والكلام يعتبر وسيلة تعبيرية يستخدمها الإنسان لتوصيل رسالة أو فكرة أو أمر أو نقل مشاعر إلى الآخرين في صورة مسموعة ، ولهذا يحدث التواصل .

وللغة خصائص تميزها عن غيرها من وسائل التواصل التي كانت مدار بحث الاختصاصيين في معظم دول العالم ومن أهمها :

١ . الإنتاج أو التأليف أو الصياغة Productivity :

نستطيع أن نكون عشرات آلاف الكلمات من مجموعة من الحروف التي تشكل اللغة الواحدة ، ومن مجموع الكلمات نستطيع أن نكون مئات الآف من الجمل وبهذا يكون بمقدور الفرد التأليف مثل إلقاء الشعر والنثر .... الخ .

٢ . ازدواجية الأطر Duality of Patterning :

لكل كلمة شكل وصوت رمزي وبنفس الوقت لها معنى وقد يكون لصوت واحد أكثر من حرف أو رمز يختلف في الشكل مثل " شجن - شجاً " و sun - son .

٣ . التمييز Discrimination :

يمكن تحليل اللغة إلى أصوات مميزة تتكون منها وحدات ذات معنى خاص ، يحدده ترتيبها في الكلمة ، مثال ذلك أحرف (س ، ع ، د) يمكن أن تكتب بترتيب مختلف فتعطي ثلاث معاني (سعد - دعس - عدس) فالحروف هي ذاتها ، فالأصوات

لا تختلط ببعضها بل تظل مميزة ولكل لغة عدد متفق عليه من الحروف تبني عليها الكلمات .

### التواصل عند أطفال التوحد :

يمكن تعليم أطفال التوحد عملية إخراج الأصوات ، ونطق الكلمات ، وتكوين الجمل الكلامية وفقاً لقدراتهم الفردية . وذلك من خلال برنامج علاجي خاص بكل حالة على حدة . والقدرة على التواصل لا تقتصر فقط على إخراج الأصوات أو تكوين الجمل ، بل أنها تشمل على القدرة على توصيل المعاني والأفكار ، والتعبير عن احتياجاته ورغباته عن طريق الحوار في إطار اجتماعي .

ومع بعض الحالات يمكن استخدام وسائل التواصل غير اللفظي مثل الإشارة اليدوية . بحيث يستطيع الطفل توضيح الكلمة التي يريد نطقها ، أي أن لغة الإشارة ليس بالضرورة تكون هي نفسها المستخدمة مع الصم ، ولكنها إحدى طرق التواصل



بين حالات التوحد الشديدة وبين الآخرين ، كما هو الحال بالنسبة لاستخدام نظام بيكس ، ورموز بلس ، فكلها طرق بديلة للتواصل ، يتم استخدامها فقط لتعزيز قدرة الطفل على فهم كلام الآخرين ، أو للمساعدة على فهمهم له . أي أن الشيء الأهم هو التركيز على تعلم الكلام فهو الوسيلة

الطبيعية للتواصل . وهذا ما يقوم به أخصائي التخاطب ، مع قيام كل من أخصائي تعديل السلوك والأخصائي النفسي وأخصائي التربية الخاصة بوضع وتنفيذ البرنامج السلوكي المناسب لعلاج المظاهر السلوكية غير المرغوب فيها لدى الطفل

. www.kayanegypt.com



هناك صعوبات في التواصل لدى الطفل التوحدي تحول دون تطور اللغة ، حيث تكمن في أربع نقاط هي :

١. عدم قدرة الطفل التوحدي على الاهتمام المشترك : أي أنهم :
  - أ. لا يوجهون انتباههم إلى نفس الأشياء التي ينتبه لها من حولهم ، كما أنهم يواجهون صعوبة في توجيه انتباه الآخرين لما يجبونه .
  - ب. الطفل الطبيعي غالبا ما يلتفت انتباه من حوله من خلال إحضار لعبته المفضلة إلى بعض أفراد أسرته لكي يلعبوا معه ، حيث يكون انتباه الطفل وانتباه من حوله موجها نحو شيء مشترك بينهما وهو اللعبة ، ومن خلال تبادلات اجتماعية كهذه يتم تعليم الطفل الطبيعي أسماء أشياء كثيرة ، ويتعلم أن يستخدمها كما يتعلم مهارات تمكنه من الاختلاط بالآخرين من حوله . ومن دون هذه المقدرة على الاهتمام المشترك ، يصعب على الطفل التوحدي تعلم الأسماء واستخدامات اللغة والمهارات الاجتماعية .
٢. فهم القصد من التواصل مع الآخرين :

أو بمعنى آخر ، معرفة أن استخدام الكلمات يؤدي إلى نتيجة إيجابية ، وهو الحصول على ما يريدون .
٣. الأطفال التوحدين لا يتعلمون المهارات بشكل طبيعي : إلا من خلال مراقبة الآخرين وتقليدهم كما يفعل الطفل الطبيعي .
٤. عدم فهم الرموز (الشامي ، ٢٠٠٤) .

مظاهر اضطرابات التواصل لدى أطفال التوحد :

١. تأخر النمو اللفوي :

تمثل مظاهر التأخر في نمو اللغة لدى أطفال التوحد بما يلي :

  - أ. يستطيع الأطفال الرضع المناغاة ، خلال سنتهم الأولى ثم يتوقفون ، وعادة لا يستطيع الطفل التوحدي اكتساب اللغة حتى سن السادسة من عمره ، يؤدي إلى عدم المقدرة على التواصل .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- ب. عندما تظهر لغة الطفل التوحدي يكون شكل هذه اللغة غير طبيعي وبها الكثير من العيوب كتردد في الحديث (وهي ترديد الكلمات والجمل بطريقة غير ذات معنى) وقد تكون الكلمات والجمل مفيدة كترديد إعلانات التلفزيون . وقد أثبتت الدراسات أنها مرحلة بين التواصل اللفظي وغير اللفظي ويمكن استخدامها في تنشيط الفعاليات .
- ج. عكس الضمائر عند بعض الأطفال (أنت بدلاً من أنا) نسخ ما يقوله الآخرون (كالبيغاء) .
- د. قد يكون هناك اضطراب في إخراج الصوت واللغة ، بعض الأطفال يتحدثون بنبرة بطيئة ثابتة بدون تغير حدة الصوت ، أو إظهار أي انفعالات ، وقد يكون هناك مشاكل في المحادثة والتي غالباً ما تتحسن مع النمو ، وآخرون قد يكون لديهم الحديث المتقطع .

### ٢. شيوع المشكلات اللغوية :

يعتقد الكثير من المختصين أن المشكلات اللغوية من أكثر وأهم المشكلات المميزة للتوحيدين ، فهناك (50%) من التوحيدين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم ، وعندما يستطيعون الكلام تكون لديهم بعض المشكلات في التواصل اللغوي ، وهذه المشكلات العامة هي التي تمسح تطور الطفل التوحدي وتحسنه ، ومنها :

- أ. تأخر النطق أو انعدامه .
- ب. فقد المكتسبات اللغوية .
- ج. تكرار الكلام الترديد لما يقوله الآخرون كالبيغاء .
- د. سوء التعبير الحركي اللفظي .
- هـ. شيوع كلمات وجمل بدون معنى .
- و. عدم القدرة على تسمية الأشياء .
- ز. إعادة الكلمة أو الجملة عدة مرات .
- ح . عدم نمو لغة مفهومة حتى لو استطاع النطق .
- ط . عدم القدرة على التواصل اللغوي مع الآخرين .

- ي . الإسقاط : وهي نطق الجمل والعبارات ناقصة .  
ك . عدم القدرة على التعبير عن نفسه ، والتواصل مع الآخرين .  
ل . عدم القدرة على التعلم والتدريب اللفظي .

### ٣. ضعف فهم اللفظة :

أ. الإدراك اللغوي لدى هؤلاء الأطفال فيه مضطرب بدرجات مختلفة ، فإذا كان التوحد مصحوب بتخلف فكري فعادة ما يكون لدى الطفل كمية ضئيلة من اللغة المفهومة ، والآخرين الذين لديهم اضطراب أقل قد يتابعون التعليمات المصحوبة بالإشارة ، أما من كانت إصابتهم طفيفة فقد يكون لديهم صعوبة في الاختصارات واللغة الدقيقة ، كما أنهم لا يستطيعون فهم تعبيرات المزاح والسخرية .

ب. يواجه الأطفال التوحديون مشكلات في تذكر تسلسل الكلمات ، ولذلك يمكن :

- كتابة التعليمات على الورق إذا كان الطفل يستطيع القراءة . كذلك .
- تعلم الأسماء عند هذه الفئة من الأطفال يكون أكثر سهولة من تعلم الأفعال .
- فالطفل التوحدي يستطيع تكوين صورة للاسم في مخيلته ، بينما من الصعب عليه عمل ذلك بالنسبة إلى غير الأسماء ، لذا يُنصح بأن تُعرض الكلمات بصورة واضحة للطفل .

### ٤. ضعف التواصل اللفظي :

يظهر ضعف التواصل اللفظي لدى الطفل التوحدي وعلى النحو التالي :

- أ- تؤثر الإعاقة لدى الأطفال التوحديين على مهارات التواصل اللفظي ، فهم يوصفون بأن لديهم قصوراً كلياً في نمو اللغة المنطوقة ، إذ أنهم لا يتكلمون ، وتصبح لديهم إعاقة في إقامة محادثات مع الآخرين .
- ب- الخصائص الكلامية : تكون شاذة عندما لا يتطور الكلام لدى التوحديين مثل طبقة الصوت ، والتنغيم ، ومعدل الصوت ، وإيقاع ونبرة الصوت تكون شاذة .

ج- توصف لغة التواصل لديهم بأنها تكرارية أو نمطية مثل تكرار كلمات أو جمل مرتبطة بالمعنى .

د- يتميز التوحدين بأن لغتهم لها خصوصية غريبة ، فلا يفهمها إلا الأشخاص الذين يألفون أسلوب تواصلهم فقط ، وهم غير قادرين على فهم الأسئلة البسيطة ، ويكونون غير قادرين على دمج الكلمات مع الإيماءات لفهم الحديث .

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

#### ٥. الصمت الاختياري :

وهي حالة نادرة جداً ، حيث يكون الطفل التوحدي كالأصم الأبكم ، فهو لا يعبر الآخرين والأصوات أي انتباه ، ولا ينطق بأي كلمة في أي وقت ، قياس السمع لديه طبيعي ، ولكنه لا يرغب في التواصل مع الآخرين .

[www.kayanegypt.com](http://www.kayanegypt.com)

#### مراحل تطور التواصل لدى الأطفال التوحديين :

تبدأ مؤشرات ودلالات لدى الأطفال العاديين سواء كانوا رضعاً أم صغار بأن لغتهم سليمة وخاصة اللغة التعبيرية ، وذلك من خلال وجوههم وتعبيراتهم الصوتية وحركاتهم .

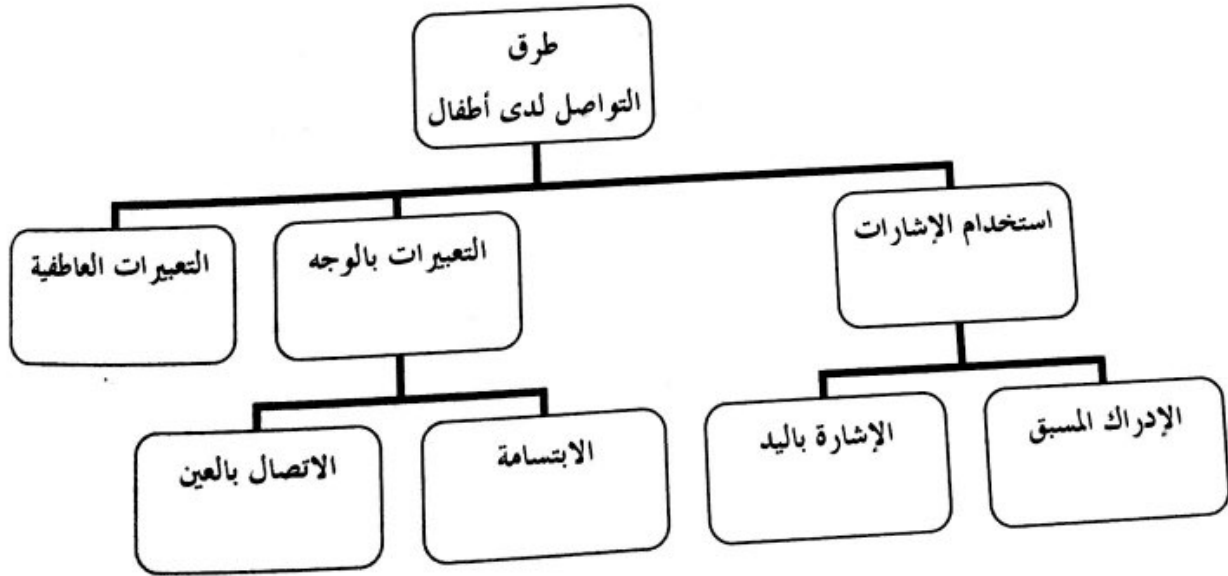
١. إن اللغة في هذا العمر لا تكون واضحة بذاك القدر ولكنها تدل على أن هناك لغة تواصلية تتطور مع مرور الزمن والتي تعبر عما يشعرون به ، وما الأفعال التي

يريدون ممارستها ، وهذا يعطي معلومات للوالدين بأن هناك إثراء لغوياً لدى طفلهم . أما الأطفال التوحديين فإن هذه الطرق غير اللفظية مفقودة تماماً أو إنها تكون محدودة لديهم .

٢. يكتسب الأطفال العاديون قدرة ذاتية وسريعة على التواصل بالطرق غير اللفظية مثل تعبيرات الوجه عن العواطف ، وتبادل النظرات بينهم وبين الآخرين ومشاركة الآخرين الاهتمام ، أما الأطفال التوحديين فإنهم يواجهون صعوبة في اكتساب كل هذه الأمور ويعتبرونها شيئاً مرهقاً وبلا معنى بالنسبة لهم .

٣. يواجهه الأطفال التوحديون مشكلة في التواصل غير اللفظي مثل قراءة الأفكار ونقص ذلك أن الطفل العادي أو البالغ عندما يعبر (بوجهه أو عن طريق الإيماءات أو تعبيرات معينة) عن شيء ما يريد أن يقوله للآخرين فهو يعلم أن الأشخاص الآخرين المحيطين به سوف يفهمون ما يريد أن يقوله ، ولكن الأطفال التوحديين يفتقدون هذه القدرة أي تنقصهم ما يسمى بنظرية العقل (Theory of Mind) أي أنه لا يدركون ما يفكر أو يشعر به الآخرون وبالتالي لا يكون عندهم القدرة على المشاركة (نصر ، ٢٠٠٢) .

### طرق التواصل لدى أطفال التوحد :



شكل رقم (٣) : طرق التواصل لدى أطفال التوحد

وفيما يلي شرح لطرق التواصل عند التوحدين :

١. الإدراك المسبق Understanding advance :

ويقصد به أن الطفل يكون قادرا على فعل الشيء بمفرده لكنه لا يريد أن يفعل الشيء بمفرده ويشير للآخرين ليفعلوا له . ويعلمون أهالي أطفال التوحد بهذه المشكلة لدى أطفالهم فمثلا نرى أن الطفل التوحدي قادر على الوقوف بمفرده لكنه يريد من والده أن يرفعه .

٢. الإشارة باليد Hand Pointing :

تعتبر الإشارة شكل من أشكال التواصل حيث أن الأصبع يشير إلى أنه يوجد شيء ما في اتجاه الذي يشير إليه ، والقابلية للإشارة تعتبر من العلامات الأولى التي تدل على أن الطفل يعرف الشخص الذي أمامه .

أ. الأطفال التوحدين ليست لديهم هذه القدرة حيث أنهم يكتسبونها ببطء من البيئة المحيطة مقارنة مع الأطفال العاديين والتي تكون الإشارة لديهم تتضح في سن (٨ - ١٠) شهور بدون تعلم من أحد .

ب. الأطفال التوحدين بدل من أن يشيروا إلى الشيء نجدهم يأخذوا بيد الشخص الذي أمامهم ليحضر لهم الشيء الذي يريدونه وهذا يدل على أنهم يأخذون من اليد وسيلة للاتصال ، فمثلا يأخذ الطفل بيد البالغ لفتح الباب وهذا يعني أنه يريد أن يخرج إلى الحديقة أو الخارج ، أما الأطفال العاديين فنادرا ما نجدهم يفعلون هذا الفعل .

ج. تنمو الطريقة القيادة باليد عند الطفل التوحدي بعد قدرته على المشي وقبل قدرته على الإشارة ، وأن غياب الإشارة ووجود القيادة باليد هي من أهم الأشياء التي تساعد المعالج في التشخيص واكتشاف الطفل التوحدي في عمر سنتين أو سنتين ونصف .

٣. الابتسامة Smiling :

عادة ما يتعرف الطفل العادي على وجه أمه بابتسامة مشرقة وخاصة خلال الشهور الأولى من عمره ، لكن الطفل التوحدي لا يظهر هذه الابتسامة حتى السنة الأولى أو الثانية . كذلك يلاحظ على الأطفال التوحدين أنهم لا يردون على ابتسامات

الآخرين ويشكل ذلك عبئا كبيرا عليهم ويحاولوا تجنبها ، وتؤكد الدراسات أن الأطفال التوحدين تكون استجاباتهم لابتسامات أمهاتهم أقل كثيرا في مقابل الأطفال العاديين (Dowson, G . & Lewy, 1989) .

#### ٤. الاتصال بالعين Eye Contact :

للعينين لغة خاصة بها فمنذ الأيام الأولى من حياة الطفل يبدأ الطفل بتعلم أهمية حلقة العينين في التفاعلات الاجتماعية ، وفي نهاية السنة الثانية من العمر نرى أن الطفل التوحدي يتجنب النظر في عيون الآخرين وهذا يعتبر نوعا من الشذوذ في الاتصال بالعين وتكون نظرتهم متجمدة وثابتة للناس الذين لا يعرفونهم ، بينما يكون الاتصال بالعين أفضل عندما يكون الأشخاص مألوفين بالنسبة لهم ، ولكن يكون محدود وهدف معين فقط (Rutter, 1983) .

#### ٥. التعبيرات العاطفية Emotional Expressions :

يمكن وصف الأطفال التوحدين أحيانا بأنهم :

- أ- ذوو مشاعر عاطفية راكدة ، وذلك حسب الموقف الذين هم فيه فمثلا في أوضاع اللعب نراهم يظهرون عواطف إيجابية كالسعادة ، والابتسام ، والفرح ، والضحك .
- ب- يتميز الأطفال التوحدين عن غيرهم من العاديين بأنهم يميلون إلى إظهار تعبيرات وجهيه محايدة وعواطف سلبية كالغضب والحزن .
- ج- تؤكد الدراسات البحثية التي تبين أن لدى الأطفال التوحدين نقص في قدرة إدراك التعبيرات العاطفية ولديهم قطبين من التعبير العاطفي هما العاطفة الإيجابية ، والعاطفة السلبية والتي تظهر خلال الغضب والإحباط وعدم السرور ، وهذه الأشياء غالبا ما تكون ردة فعل للحركات الاجتماعية .
- د- تذكر معظم الدراسات التي أجريت على أطفال التوحد بأنهم غير قادرين على مشاركة البالغين في الابتسام حتى وإن لعبوا معهم لفترة طويلة ، وتعبيرهم عن فرحتهم بالنجاح تكون أقل مقارنة مع أقرانهم العاديين ، والأطفال التوحدين

ينقصهم الخبرة والقدرة على إنشاء علاقات تشاركية عاطفية مما يجعل النمو لديهم أقل ، وهذا يعرضهم لصعوبات في إقامة علاقات مع الآخرين .

### صعوبات التواصل الاجتماعي عند الأطفال التوحديين :

الطفل التوحدي غير قادر على الاستجابة للمؤثرات الاجتماعية الموجهة إليه ، ويميلون إلى العزلة والانسحاب وهذا يدل على وجود عجز لدى الطفل التوحدي في إقامة علاقات اجتماعية .

قد تظهر علامات عجز التواصل الاجتماعي عند الطفل منذ الأشهر الأولى من العمر ، حيث لا يستطيع التواصل مع أسرته وخاصة أمه ، فلا تظهر القدرة الطبيعية للطفل التي وهبت له من الله سبحانه وتعالى في التعلق والارتباط بوالدته وأبيه وأسرته ، فيلاحظ الأهل أن تفاعل الطفل معهم غير طبيعي وأن له عالمه الخاص به .

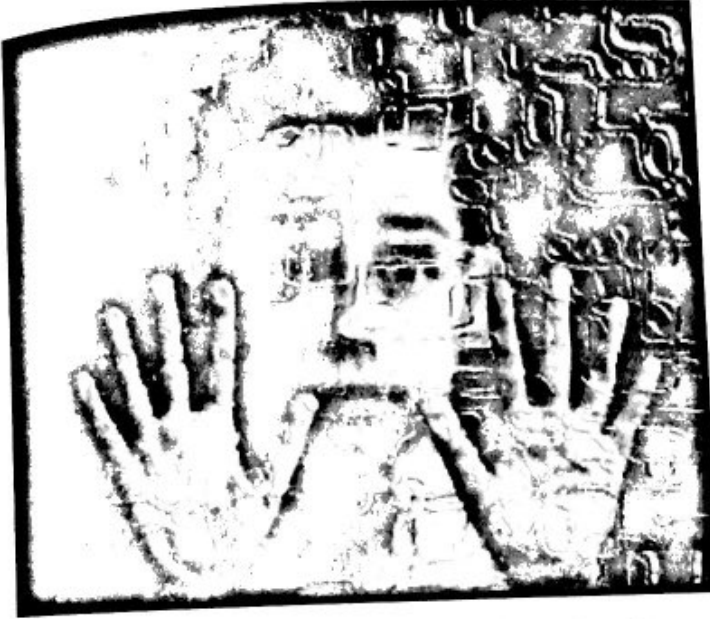
ويلخص سليمان (٢٠١٠) أهم مظاهر القصور في التواصل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين مقارنة بالأطفال العاديين :

١. يألف الطفل العادي وجه أمه منذ الشهر الأول ، ويبدو على وجهه علامات السرور لدى رؤيته وجه أمه ، ولاحقا يقبلها ، كما ويقابل وجوه أفراد أسرته الآخرين بالابتسامة والفرح ، أما الطفل التوحدي لا يبدي السرور لوجه أمه وأفراد أسرته .
٢. يتجنب الطفل التوحدي النظر لعيني أمه أثناء الرضاعة حيث تتبادل الأم والطفل النظرات ، ويتابع الطفل الطبيعي وجه أمه وينظر في عينيها ، أما الطفل التوحدي فهو غالبا أثناء الرضاعة أو إعطاء وجبة الطعام شارد النظر وكأنه ينظر من خلال أمه أو ينظر إلى السقف ولا تشعر الأم أن طفلها ينظر إليها .
٣. يميل الطفل التوحدي لأخذ رضعته لوحده مستلقيا على ظهره ، حيث أنه يتجنب الاحتكاك الجسدي مع أمه وأحيانا لا يبدو عليه السرور عند التلامس الجسدي والمداعبة من قبل أمه .
٤. يتعلق الطفل الطبيعي بأمه ويرتبط بها وخاصة في الأشهر الأولى من عمره ، فيبكي إن ابتعدت أمه عنه في المنزل أو الذهاب للحضانة ، كما يحدث مع الأم العاملة



ويتهجج لدى عودتها ، أما الطفل التوحدي لا يتأثر كثيرا إذا ابتعدت أمه عنه ولا يبدي السرور لدى عودتها .

ويظهر على الطفل التوحدي الانشغال بنشاطات غريبة مثل هز نفسه أو سريره لفترة طويلة ، أو فتح يديه أمام عينيه وإغلاقهما بشكل متكرر ، والطفل الطبيعي يتهجج عندما يقابل أطفال من نفس عمره ويبدو عليه السرور ويتفاعل معهم أما الطفل التوحدي فهو عكس ذلك .



٥. يميل الطفل التوحدي للعزلة

والانسحاب ولا يميل إلى

اللعب مع أقرانه .

٦. يميل الطفل العادي للمعانقة

والجلوس في حضن أمه ،

أما الطفل

التوحدي لا يرغب

بذلك .

٧. طفل ما قبل المدرسة يسرد

قصة قصيرة وبسيطة ، أما

الطفل التوحدي لا يستطيع سرد قصة بسيطة .

٨. لا يستطيع الطفل التوحدي الحوار ، أو أن يبدأ المحادثة ، أو كيف ينهيها ، ويعتمد

على طريقة غير مناسبة لبدء الحوار أو طرح الأسئلة غير المناسبة للموضوع

والظرف ويكرر الأسئلة ، ولا يعرف متى يصغي ومتى يتحدث ، ولا يلتزم بقواعد

الحوار التي يكتسبها الطفل مع الممارسة فيفضل غالبا في الحوار وفي التقرب إلى

الأشخاص سواء البالغين أو أقرانه فيزيد ذلك ميله للعزلة .

٩. تزداد في سن المراهقة أحيانا مشاكل التوحدين السلوكية ، والتفاعل الاجتماعي ،

ويكثر عندهم السلوك العدواني وإيذاء الذات وتراجع لديهم أحيانا المهارات

التفاعلية التي تم اكتسابه .

١٠. يصعب على الأطفال التوحدين فهم التلميحات التي يرسلها لهم الآخرون .

١١. يظهر عجزا عندهم في التعبير عن المشاعر ، سواء بالطرق اللفظية ، أو بحركات الوجه والجسد .
١٢. يكرر جملة معينة أو حركات جسدية معينة بشكل متكرر عندما يكون مبتهجا أو منفعلا .
١٣. يصعب على الأطفال التوحدين المشاركة في اللعب التخيلي أو التمثيلي ، حيث لا يستطيع استعمال الرموز وفهم التلميحات وليس لديهم القدرة على الخيال المطلوب للمشاركة .
١٤. الأطفال التوحدين لديهم عجز في التقليد والمحاكاة ، وإن استطاع تقليد صوت أو نغمة يكررها بشكل ملفت للنظر .

(سليمان ، ٢٠١٠)

#### مشكلات اللغة والاتصال عند التوحدين :

يعاني الأطفال التوحدين من صعوبات وتحديات في مجال التواصل بكل أنواعه ، حيث ينقصهم القدرة على استخدام اللغة بطريقة صحيحة ليتواصلوا بها مع من حولهم ، وأيضا لا يستطيعون اكتساب العديد من المفاهيم الأساسية التي تساعدهم على الاتصال ، والتعامل مع الآخرين ، وهذا بدوره يؤثر على سلوكهم الاتصالي تجاه الأفراد ممن هم حولهم .

#### أهم المشكلات التي تواجه الطفل التوحدي هي :

##### ١. عكس الضمائر :

الأطفال التوحدين يخلطون الضمائر فمثلا نراهم يقولون أنت بدلا من أنا ويشيرون إلى أنفسهم ، ووجد العلماء أن الأطفال التوحدين بالواقع لا يعكسون الضمائر ، ولكنهم ببساطة يرددون ما يسمعون .

##### ٢. ترديد الكلام (المصاداة) :

وترديد الكلام أو ما يعرف بالمصاداة تعتبر من أهم العلامات التي تميز اللغة عند الطفل التوحدي ، وهذا يعتبر معوقا للغة عند التوحدين ، وتظهر المصاداة مع بداية الكلام مع الأفراد الآخرين وتظهر أكثر عند الأطفال التوحدين ذوي الكفاءة اللغوية

المنخفضة ، وفي المواقف التي يشعرون بها بعدم الأمان أو عند تعرضهم لتغيرات مفاجئة أو مواقف لا يحسبونها .

٣. صعوبة الفهم :

يتصف الأطفال التوحديين بأن لديهم تمييز سمعي ضعيف ، ومشاكل في الإدراك السمعي ، وهذه بطبيعة الحال يؤدي إلى عدم القدرة على استنباط المفاهيم من اللغة غير المسموعة ، وهذا يؤدي إلى عدم قدرة الأطفال التوحديين على الفهم والتعرف ، وبالتالي على الإتصال اللغوي بينهم بين الآخرين .

٤. صعوبات في الانتباه :

يعاني الأطفال التوحديين من مشكلة الانتباه إلى الأشياء التي ينتبه إليها الآخرون ، وإذا انتبه الطفل التوحدي فإنه يكون من خلال توجيه من الآخرين ، ويعتبر الانتباه عنصرا مهما في عملية التواصل ، ولذلك فإن فشل الطفل في الانتباه إلى الأشياء المحيطة يجعله غير قادر على التواصل مع الآخرين .

ويعتمد طول مدة انتباه الطفل التوحدي على العوامل التالية :

أ. شدة التأخر الذهني : فكلما زاد شدة التأخر الذهني وصغر سن الطفل فإن مقدرته على التركيز لفترات زمنية تنقص . ولذلك يجب أن تكون حصص التعليم قصير جدا وفترة الاستراحة بينها أكثر .

ب. مستوى الحافز : كلما زاد مستوى تحفيز الطفل أكثر ، كلما زاد من مدة انتباهه .

٥. مشكلة التسمية :

تغيب اللغة الرمزية كليا أو تكون شاذة بدرجة عالية ، ويظهر ذلك في عدم مقدرة هؤلاء الأطفال على تسمية الأشياء ، أو اللعب بطريقة رمزية .

٦. مشكلة التعبير :

يعاني الأطفال التوحديين من مشكلات في الحديث التعبيري ، وقد يكون الحديث عشوائي ، ويمكن أن يبقى الطفل التوحدي أبكم طيلة حياته . ويمتاز الأطفال

التوحيدين بأنهم غير قادرين على بناء الجمل ، وذلك إذا امتلكوا بعض الكلمات البسيطة .  
٧. التقليد :

تعد عملية التقليد من أهم المهارات اللازمة للتواصل ، فالطفل التوحيدي لا يستطيع تقليد الأفعال أو الأصوات التي حولهم ، وتؤكد الدراسات أن التقليد الحركي من المراحل الأولى في الاتصال بمعنى أنه لا بد من وجود مهارة التقليد ليبدأ الوليد بتقليد المحيطين به سواء أمه أو إخوته .

#### ٨. النقص في القدرة على تبادل الحديث :

يعاني الأطفال التوحيدين من مشكلة في تبادل الحديث بمعنى الفشل في الربط أو التنسيق بين الحديث الصادر عن الآخرين وعن أنفسهم ، وأيضا هؤلاء التوحيدين يكونوا غير قادرين على الدخول في حديث مرتب ، ونجد أن الأطفال التوحيدين لا يعرفوا متى يبدأ الحديث ومتى يوقفونه ، لكي يتمكنوا من الاستماع إلى الآخرين ، غالبا نجد أن حديث الأطفال التوحيدين غير مهتم به من قبل الآخرين أثناء كلامهم وهذا بالتالي يؤثر على تواصلهم مع الآخرين (نصر ، ٢٠٠٢) .

ويذكر الزارع (٢٠١٠) أن المشكلات المتعلقة بالتواصل لدى الأفراد التوحيدين من الدلائل الهامة التي تميز هؤلاء الناس عن غيرهم ، والتي تتمثل في ما يلي :

١. عدم تطور الكلام بشكل كلي والاستعاضة عنه بالإشارة ، حيث أكدت الدراسات أن أكثر من (٥٠%) من الأطفال التوحيدين هم من غير الناطقين .
٢. تطور اللغة بشكل غير طبيعي وتقتصر اللغة لدى أطفال التوحد على بعض الكلمات النمطية مثل ترديد عبارات ، وكلام غير مفهوم ، وكلام خارج عن السياق مجرد ترديد لكلمات يسمعونها مباشرة (Echolalia) . كما يتصف كلامهم بالرتابة .

٣. يتطور الكلام لدى الأطفال التوحيدين مصحوبا ببعض المعوقات التي تتزامن بطرق تواصلية أخرى كلغة الوجه والجسم مثل تعبيرات الوجه والتواصل البصري ، والإيماءات ، والأوضاع الجسمية الأخرى . ويتصف كلامهم أيضا باستعمال درجات صوت مناسبة لحالة الشخص الذي يتكلم معهم .

ويضيف أهلرز وجونسون (Ehleres & Ajohanson 1996) بعضاً من

الخصائص اللغوية لذوي اضطراب التوحد مثل :

١. صعوبة الانتباه إلى الصوت الإنساني رغم أن لدى الطفل التوحد حساسة سمع عادية ويكون انتباهه إلى أصوات التي تثير اهتمامه مثل صوت لعبة محببة لديه .
٢. صعوبة المحاولة لجذب اهتمام من حوله عن طريق المشاركة بأي وسيلة مع العلم أن الطفل العادي يحاول جذب الانتباه والاهتمام قبل إتمامه العام الأول .
٣. صعوبة في تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة به .
٤. صعوبة في قدرة بعضهم على التكلم .
٥. صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام وفي استخدام حروف الجر مثل (على ، في ..... الخ) .

(Ehleres & Ajohanson 1996)

٦. معظم الأفراد التوحدين لا يملكون الاتصال بالعين ، وضعف في مدة الانتباه ، فإنهم غالباً ما يكونوا غير قادرين على استخدام الإيماءات كوسيلة أساسية للاتصال ، كما هو الحال في لغة الإشارة ، أو المساعدة اللفظية ، مثل الإشارة إلى كائن ، ويرغب بعض الأفراد التوحدين التحدث بصوت عال أو استخدام الطريقة الروتينية بالكلام ، فهم غالباً لا يستجيبون لخطاب الآخرين ، وربما لا يستجيبون لأسمائهم ، نتيجة لذلك فإن البعض يعتقد بالخطأ أن لديهم مشكلة في السمع ، ولكن في الواقع استخدام الضمائر غير صحيح عند الأشخاص التوحدين ، على سبيل المثال ، إذا سألت : "هل ترتدي قميصاً أحمرأ هذا اليوم؟" نجد أن الفرد التوحدي يجيب "أنت ترتدي قميصاً أحمرأ اليوم" ، بدلاً من أن يجيب "نعم ، أنا أرتدي قميصاً أحمرأ هذا اليوم" (الزارع ، ٢٠١٠) .

#### علاج مشاكل اللغة والتواصل عند التوحدين :

عندما يشتبه بوجود اضطراب التوحد أو أي من الإعاقات التنموية الأخرى ، فإن طبيب الأطفال غالباً ما يوجه الطفل إلى عدد من المتخصصين ، بما في ذلك اختصاصي النطق واللغة ، الذي يقوم بتقييم التواصل وبعدها تقديم العلاج .

لم يتم الوصول إلى طريقة واحدة للعلاج وذلك بهدف تحسين التواصل بنجاح عند جميع الأفراد الذين لديهم توحد ، ويصمم العلاج بحيث يبدأ بوقت مبكر ، وخلال سنوات ما قبل المدرسة ، بحيث يستهدف كل من السلوك والتواصل معا ، وينبغي على الوالدين أو مقدمي الرعاية الأولية ، أن يكون الهدف من العلاج هو تحسين الاتصال . بالنسبة للبعض ، فإن العلاج بالدرجة الأولى يستهدف التواصل اللفظي ، أما بالنسبة للآخرين ، فإنه يستهدف التواصل اليماني . ولا يزال البعض الآخر قد يهدف لتحسين التواصل عن طريق استخدام نظام الرمز مثل لوحات الصور (Picture Boards) .

العلاج الدوري ينبغي أن يشمل التقييم المعمق الذي يقدمه الشخص المدرب تدريباً خاصاً في علاج اضطرابات النطق واللغة ، مثل طيبب النطق واللغة ، ويمكن أيضاً المعالجين المهنيين أن يعملوا مع الفرد للحد من السلوكيات غير المرغوب فيها التي قد تتداخل مع تطوير مهارات الاتصال .

إن بعض الأفراد قد يستجيبون جيداً للعلاج الناتج عن تطبيق برامج تعديل السلوك المعدة إعداداً عالياً ، وآخرين قد يستجيبون أحسن للعلاج في المنازل مثل العلاج بالموسيقى والعلاج من خلال التكامل الحسي الذي يسعى لتحسين قدرات الأفراد التوحديين عن طريق تحسين حواسهم الموجودة لديهم .

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders/

#### مهارات السلوك والتواصل لدى الطفل التوحدي :

- أ- يظهر الطفل التوحدي سلوك عدواني بشكل متكرر أو متقطع ويستلزم عناية ومراقبة شديدة ، يزعج الوالدين من بعض السلوكيات مثل الاهتزاز أو عض الأصابع ، أو وضع الأشياء في الفم ، وضرب الرأس ، أو القيام بإيذاء الذات مثل فقس العين أو عض الذراع ، أو عدم الإحساس بالألم ، الحروق والكدمات ، أو مهاجمة الآخرين بدون تحريض ، ويشير الباحثون إلى أن أسباب هذه السلوكيات تعود إلى وجود مشاكل في التكامل الحسي .
- ب- يعاني أطفال التوحد من مشاكل في التواصل سواء اللغة المنطوقة أو المكتوبة ، مما يشكل لديهم صعوبة أو قصور في المحادثة العادية ، والحوار المتبادل ،

وتمتد معاناة بعضهم إلى صعوبات في الجوانب غير اللفظية في حياتهم اليومية وفي حديثهم .

ج- يتصف أطفال التوحد بتكرار الكلمات ، والجمل التي يسمعونها ، مما يجعلهم غير قادرين على استخدام اللغة الشفوية ، والمكتوبة في التعبير عن احتياجاتهم ، وهذا يدعم المشاكل السلوكية لديهم ، حيث أنهم يلجأون إلى الصراخ لعجزهم عن استخدام اللغة .

تعددت الطرق التي تهتم بالعلاج والتي تعتمد على تطوير وتنمية السلوك الاجتماعي بالإضافة إلى تنمية اللغة والحواس وخفض المشكلات السلوكية ومن هذه الطرق ما يلي :

١. تحليل السلوك التطبيقي .
٢. التدريب التجريبي الفردي .
٣. برنامج العلاج والتربية والتواصل للأطفال المعوقين .
٤. نظام التواصل عن طريق الصور .
٥. القصص الاجتماعية .
٦. التكامل الحسي .
٧. التواصل السهلي (حمام ، ٢٠٠٦) .

### تقييم مهارات التواصل Assessment of Communication Skills :

عندما يحتاج الأطفال التوحدين لخدمات التربية الخاصة ، فإنه يتم في بادئ الأمر :

١. إجراء تقييم شامل لمهارات التواصل ، حيث يقوم اختصاصي اضطرابات الكلام واللغة Speech and Language Phatholgist- SLP والذي هو يمتلك المهارة في تحديد كفاءة التواصل لدى الأطفال ، ويعتبر عضواً في فريق البرنامج التربوي الفردي للطفل ، وذلك بتحديد فرص التواصل وأساليب التواصل التفاعلية مع الآخرين ، وما إذا كان هناك مصادر متوفرة للمساعدة في بناء المحادثات ، ويتم أيضاً تقييم معدل التواصل والتأكد من وجود أدلة على توفر استراتيجيات معالجة أو إصلاح التواصل ، واستخدام الإشارات الاجتماعية .

٢. إن مقاييس اللغة الدارجة عديمة الفائدة في تقييم العجز التواصلي لدى أطفال التوحد على الرغم من أن اختبارات إنتاج الكلام والوظائف الحركية الشفهية Oral Motor Functioning . يمكن أن تساعد في تحديد ما إذا كان الطفل يعاني من قصور في التخطيط الحركي Motor planning والذي يؤثر على تطور اللغة المنطوقة .
٣. يجب على اختصاصي الكلام واللغة أن يكون قادرين على الوصول إلى المصادر التي تستلزم تقييم كفاءة التواصل واللغة عند الطلاب من ذوي اضطرابات التوحد .
٤. يقترح على التربويين أن يضعوا قائمة من الكلمات التي يستخدمها الطلاب التوحدين مع بيان الظروف التي يتم استخدام هذه الكلمات بها .
٥. يعد تقييم مكونات اللغة التقليدية ومستوياتها على نفس الدرجة من الأهمية في مجال تقييم اللغة لدى هذه الفئة من الأفراد ، ويقوم اختصاصي اللغة والكلام بمساعدة التربويين على تقييم اللغة الاستقبالية ، ومستوى الاستيعاب ، والاستجابات غير اللغوية بالإضافة إلى المهارات المعرفية المتعلقة باللغة مثل اللعب ، والانتباه ، والمحاكاة وفهم الأعمال الروتينية .
٦. توفر عملية التقييم المزيد من المعلومات الموثقة والمفيدة إذا ما أجريت في ظروف مختلفة وضمن مجموعات متعددة من شركاء التواصل ، ويعتبر التقييم مفيدا فقط في القدر الذي يمكن فيه استخدام النتائج لتطوير الأهداف وتقييم نتائج الاستراتيجيات المعززة للتواصل (الزارع ، عبيدات ، ٢٠١١) .



التواصل البديل الإثرائي

: Augmentative & Alternative Communication

التواصل غير اللفظي ، والاتصال البديل ، أو الاتصال التعويضي جميعها مسميات لنفس المصطلح ومن المعروف أن ما نسبته (٥٠%) أو أكثر من الأطفال المصابين بالتوحد يعتبرون غير ناطقين ، وتبقى النسبة الأكبر من هذه الفئة دون اتصال مع الآخرين ما لم يتم تدريبهم على وسائل الاتصال التي يمكن اعتبارها صوت هؤلاء الأطفال وكلامهم .



ويطلق على هذه الوسائل وسائل الاتصال البديلة التعويضية ، وهي : شكل من أشكال التواصل التي يمكن تقديمها لبعض الأشخاص الذين لا يملكون القدرة على الكلام ، أو الذين تكون محاولاتهم التواصلية اللفظية غير واضحة ، والذين يحتاجون مساعدة للتغلب على صعوبة إيجاد الكلمات ، ومن الأمثلة على ذلك استخدام جهاز الكمبيوتر أو استخدام

ألواح الاتصال أو أية أجهزة أخرى تقوم بإيصال الرسالة التواصلية للآخرين عوضاً عن الكلام .

فإذا كان لدى الطفل المصاب بالتوحد صعوبة في النطق ، وعدم مقدرة على الكلام أو عدم مقدرة على التواصل كلامياً مع الآخرين ، فيجب علينا كفريق تربوي إيجاد الوسيلة المناسبة لهذا الطفل بعد أن يتم تدريب الطفل على الكلام واللغة التعبيرية في عمر (١٢) شهراً تقريباً .

وفي حالة عدم وجود تقدم أو كان تقدم الطفل بطيئاً نقوم بتعليمه على استخدام وسائل الاتصال البديلة مثل ألواح الاتصال ، وكتب الاتصال ، ولغة الإشارة ، والحاسب (جهاز الكمبيوتر) مما قد يساعدنا مستقبلاً على تطوير القدرات

التعبيرية للطفل . إن الهدف الرئيس من إضافة التواصل البديل هو زيادة التواصل ، وزيادة التواصل ما هي إلا زيادة الكلام وليس إيقافه .

ومن الواضح أن البدء بالاتصال البديل بالسرعة الممكنة يساعد في تطوير القدرات الكلامية لدى الطفل ، ويجب أن نتذكر بأن هذا النظام قد يستغنى عنه إذا تكونت لدى الطفل حصيلة لغوية لفظية كافية ، حيث أن الهدف من استخدام وسائل الاتصال التعويضية أو البديلة هو تحفيز المهارات التواصلية في مختلف الأعمار والمستويات الوظيفية للأطفال المصابين بالتوحد . ومن الأمثلة على تلك الوسائل :

١. الجداول المكتوبة أو الصور : حيث توضع مجموعة الصور أو المجسمات أو الكلمات على شكل جدول يوضح ما هو مطلوب من الطفل خلال اليوم .

٢. لوح الاتصال : هو شكل تقني منخفض الأداء من أشكال التواصل التبادلي التعويضي ، ومن الممكن أن يستخدمه الأشخاص الذين لا يملكون القدرة على الكلام ، أو يملكون ناتجا لفظياً محدوداً أو غير واضح ، وتمكن استخدامه كوسيلة مؤقتة للتواصل حتى تتحسن قدرة الطفل على التواصل اللفظي ، وقد يحتوي هذا اللوح على صور ، أو رموز ، أو كلمات ، أو جمل قصيرة ، اعتماداً على ما يمكن للطفل أن يفهمه بشكل أفضل ويولي حاجاته الأساسية .

٣. وضع الأعمال الروتينية على بطاقات قابلة للقلب : حيث توضع الأعمال التي يقوم بها الطفل بشكل روتيني على بطاقات قابلة للقلب باستخدام صور أو كلمات أو رموز .

٤. كتاب التواصل : هو عبارة عن كتاب يحتوي على مجموعة من الرموز على شكل كلمات أو صور ، وتوفر وسيلة اتصال للطفل غير القادر على الكلام ولديه القدرة على استخدام التأشير باليد وتقليب الصفحات ، وعادة ما يكون على عدة أشكال منها البوم الصور ، أو الكلمات ، أو ميدالية تحمل باليد .

٥. محفظة المواضيع : حيث تحتوي هذه المحفظة على مجموعة من البطاقات ، وكل بطاقة تمثل موضوعاً معيناً من خلال كلمة أو صورة موجودة على تلك البطاقة .

٦. لوح الاتصال المحدد : مثل لوح الأوقات ، لوح الطعام ، لوح الأعمال الروتينية ... الخ .

٧. لوح الكتابة القابل للمحو (الإزالة) : والذي يكون متصلاً بلوح التواصل الخاص ، مما يتيح للطفل فرصة أكثر للتواصل مع الآخرين <http://www.gulfkids.com> .

وتعرف الشامي (٢٠٠٤) التواصل البديل والتواصل الإثرائي : بأنه المجال العملي الإكلينيكي الذي يعرض بشكل مؤقت أو دائم عن أشكال القصور لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تواصل شديدة . يدل مصطلح " إثرائي " : إلى عملية مساندة أو تحسين اللغة ، بينما مصطلح " البديل " على عملية إيجاد طريقة بديلة للتواصل التقليدي ، ويقسم هذين النوعين من التواصل إلى فرعين أساسيين هما :

١. المساعد **Aided** : وهو الذي يتضمن استخدام وسائل إضافية بداية بالصور البسيطة وانتهاءً بالوسائل السمعية الصوتية باهظة الثمن .

٢. غير المساعد **Unaided** : وهو الذي لا يتضمن استخدام أي وسيلة إضافية ويشمل لغة الإشارة . وفي جميع الأحوال فإن هذا النوع من التواصل يساعد الطفل التوحدي على تطوير اللغة والكلام شريطة أن يكون لديه الاستعداد الكامل لذلك (الشامي ، ٢٠٠٤) .

#### نظم التواصل البديلة **Alternative Communication Systems** :

هناك عدة أنظمة للتواصل يمكن أن يستخدمها الأطفال التوحدين من أهمها

نظم التواصل البديل :

١. طريقة الإشارة : والتي فيها يتم تعليم الطفل استخدام لغة الإشارة للتعبير عن أفكاره ولفهم الرسائل التواصلية الموجهة له . وبالإضافة إلى الإشارات ، يمكن مساعدة الطفل على استخدام الأبجدية الأصبعية في الوقت المناسب .

٢. الطريقة اللمسية : وفيها يتعلم الطفل أن يتواصل عن طريق التأشير إلى لوحات الصور أو الأحرف .

٣. الطريقة الشفهية : وتشمل تعليم الطفل أن يفهم وأن يتكلم مستعينا بما تبقى لديه من سمع وبقراءة الكلام .

٤. الطريقة التلميحية : وتشمل دعم فهم الكلام وتنمية مهاراته الكلامية .

٥. الطريقة الكلية : وتشمل استخدام قراءة الكلام ، والسمع المتبقي ، والأبجدية الأصبعية ، ولغة الإشارة .

### لغة الإشارة Sign Language :



يخصص هذا النوع من أنواع التواصل لكل اسم أو فعل أو مفهوم إشارة مقابلة له باليد ، وتختلف لغات الإشارة فمنها الماكتون ، ولغة الإشارة الأمريكية ، ولغة الإشارة السعودية ... الخ .

وتستخدم لغة الإشارة عند الأطفال التوحدين الذين لا قدرة لهم على التواصل بواسطة

الكلام ، من ميزات هذا النوع من التواصل أنه لا حاجة لحمل صور أو غيره (مثل برنامج بيكس) ، بل كل ما يحتاجه هو يده فقط ، ومن هذه الناحية فإن لغة الإشارة أكثر عملية من نظام بيكس .

ولكن هناك سيئات لهذا النوع من التواصل لأنه يصعب على التوحدين تعلم

لغة الإشارة وذلك للأسباب التالية :

١. الدلالة الرمزية : وتعني درجة تقارب الرمز مع ما يمثله أو يشير إليه ، وفيما يلي أمثلة على تلك الرموز : مجسم صغير لشيء ، صور فوتوغرافية ملونة ، صور فوتوغرافية بالأسود والأبيض ، الرسومات الخطية الملونة ، الرسومات الخطية غير الملونة ، الكلمات المكتوبة\الكلمات المنطوقة والإشارات .

وتشير الدراسات إلى أن كلما كان الرمز أكثر دلالة رمزية ، كلما كان أسهل على التوحدين أن يستخدموه في التواصل مع الآخرين ، ولا سيما في المراحل المبكرة من حياتهم ، وحيث أن الإشارات في لغة الإشارة في معظمها لا تشبه الشيء الذي يرمز إليه ، فهي ذات دلالة رمزية منخفضة .

وبالتالي يمكننا القول بوجه عام أن لغة الإشارة يصعب على التوحدين تعلمها لنفس الأسباب التي تجعل من الصعب عليهم أن يتعلموا اللغة المنطوقة ، إلا أن بعض الإشارات في لغة الإشارة تتصف بأنها أكثر دلالة رمزية من غيرها من الإشارات

وهكذا ، فليست الإشارات جميعًا في نفس مستوى الصعوبة ، بل هناك إشارات أسهل للتعلم من غيرها .

٢. سرعة الزوال : ويقصد بذلك أن مجرد أن تخرج الإشارة فإنها تختفي من المجال البصري وهذا يتعارض مع قدرات الأشخاص التوحدين والذي يعرف عنهم أنهم بحاجة لوقت لمعالجة المعلومة المقدمة إليه .

٣. مهارات التقليد : تتطلب لغة الإشارة مهارات التقليد لتعلمها ، والتي تمثل جانب ضعف لدى الأشخاص التوحدين .

٤. المهارات الحركية : معروف أن الأشخاص التوحدين لديهم مهارات حركية جيدة شريطة أن لا يكون لديهم تأخر ذهني شديد أو مصاعب تخص الحركة ، ولكن هناك العديد من الدراسات التي أظهرت أن معظم الأشخاص التوحدين يعانون من مصاعب في الأفعال الحركية التي تتطلب درجة عالية من المعالجة كالتخطيط ، والانتباه ، والتنسيق ، والتنفيذ ، والتقليد ، والتسلسل . وهذا النوع من الأفعال الحركية مطلوبة لتعليم الشخص التوحدي كيف يصنع الإشارة ، وهكذا تكون الإشارات صعبا على الأشخاص التوحدين وهي اللازمة للغة الإشارة وذلك بسبب الصعوبات المتعلقة بالمهارات الحركية .

٥. الفعالية : بالرغم من أن لغة الإشارة لا تحتاج أن تحمل البومات ، أو معينات صوتية إلا أنها تعتبر على قدر كبير من الفعالية ، والأشخاص الذين يعرفون لغة الإشارة ليسوا كثيرين ، ولذلك قد لا يكون هناك من يفهم إشارات الطفل من بين الناس المقربين منه كوالديه وجديه وأقاربه الآخرين (الشامي ، ٢٠٠٤) .

كان استخدام لغة الإشارة للتواصل مع الأشخاص التوحدين سائدًا في سبعينيات القرن الماضي . أما الآن فقد استبدلت لغة الإشارة باستعمال الصور ، والوسائل البصرية الأخرى التي تبقى في مجال رؤية الشخص .

وبالرغم من هذا قد يتعلم الأشخاص التوحدين بعض الإشارات كجزء بسيط من نظام تواصل شامل ، وفي هذه الحالات ينبغي اختيار إشارات يسهل تقليدها ، ولا تحتاج إلى مهارات حركية عالية ، وأن تكون على درجة عالية من الدلالة الرمزية .

هي عبارة عن ألواح تحوي صوراً أو رسومات أو كلمات بحيث يركز كل لوح منها على موضوع معين .

وهناك أشكال متعددة قد تظهر بها هذه الألواح ، وقد يتراوح عدد الصور والكلمات من (٢- ٣٦) . في نظام بيكس تُمكن ألواح التواصل الطفل التوحدي من التواصل مع الآخرين من خلال الصور ، والفرق الأساسي بينهما أنه في برنامج بيكس يتبادل الطفل الصور مع المدرب ليحصل مع ما يريده ، بينما لا يُطلب من الطفل الذي يستخدم ألواح التواصل إلا أن يشير إلى الصور ، فقط ، وتستخدم ألواح التواصل مع الأطفال الذين لديهم المقدرة على لفت انتباه الآخرين (الشامي ، ٢٠٠٤) .

**طرق تنمية مهارات التواصل عند الأطفال التوحديين :**

**أولاً : عند الأطفال في عمر ما قبل الكلام :**

**١. استخدام الألعاب :**

إذا لم يكن الطفل قادراً على الاتصال بعفوية (لا يخرج أصواتاً ، لا يستخدم الإيماءات ، ولا يتواصل بصرياً) فإن استخدام الألعاب (يكون ذا فائدة للطفل من خلال دمج الطفل في الألعاب مثل افتح يا سمس واللعب التركيبية ... الخ) .

**٢. ألعاب مبادلة الأدوار :**

هذه الألعاب تحفز التواصل عند الطفل ، ومن الأمثلة على تلك الألعاب والأنشطة التي تشجع مهارة مبادلة الأدوار لعبة دحرجة الكرة ودفع السيارة إلى الأمام وإلى الخلف وعند تعليم الطفل على مبادلة الأدوار يجب أن تكون المسافة بين الطفل والبالغ قصيرة قدر الإمكان .

وإذا ما أظهر الطفل اهتماماً بأي لعبة من ألعاب مبادلة الأدوار فابدأ بها ، في حال عدم استمتاع الطفل بأي من الألعاب يمكننا البدء بلعبة الكرة عند دحرجة الكرة للأمام والخلف اجلس على الأرض مباعداً بين قدميك وضع الطفل في نفس الوضعية وقريباً منك ، قم بالعد (٣ ، ٢ ، ١) ثم دحرج الكرة باتجاه الطفل وتأكد من أنها ستصله بهدوء ثم ضع يدي الطفل على الكرة وضع يدك على يده وقم بالعد ودحرج

الكرة باتجاهك وأنت جالس أمامه ، شجعه على ذلك وحاول تدريجياً زيادة عدد مرات مبادلة الدور .

### ٣. تشجيع التفاعل الاجتماعي :

من أجل تشجيع المشاركة في التفاعل الاجتماعي العب مع الطفل ألعاباً مثل البحث والتخفي ، والهدف من ذلك أن نجعل الطفل يبدأ باللعب. عند اللعب مع الطفل لعبة (Peek A-boo) والتي يقابلها بالعامية (بعينية) يجب تغطية الوجه بغطاء والتأكد من أن الوجه قريب جداً من الطفل ، فإذا أبعده الطفل وجهه عنك أثبتت على موقفك واتبعه ، كرر العملية ، ناد على اسم الطفل وعزز أي مظهر من مظاهر التقبل لديه ، يجب استخدام نفس قطعة القماش دائماً كونها مألوفة للطفل .

### ٤. التحية والترحيب :

الذي يوجه لمجموعة واسعة من الناس الحقيقيين والدمى المتحركة والحيوانات ، لَوْح بيدك مودعاً للألعاب بعد الانتهاء منها . امسك يد الطفل ولَوْح بها لتعليم الطفل الإيماء عند الوداع مضيفاً عبارات سلام ... سلام أو إلى اللقاء .

### ٥. استخدام الإيماءات :

قد يحاول الطفل مسك يدك أو قيادتك لما يريد أو لشيء يريد أو يجبه ، قاوم ذلك التصرف واسحب يدك وأسئلة ماذا تريد؟ مستخدم الإيماءات المبالغ فيها . استخدم أصبع الطفل ويده للإشارة لذلك الشيء وامش بجانبه باتجاه الشيء المراد .

### ٦. التعليق :

يبدأ التعليق عند الطفل في مراحل مبكرة عن طريق تشجيعه على الإشارة إلى الشيء الذي يجبه . استخدم يد الطفل للتأشير على شيء مضحك رابطاً إياه بقولك مضحك وهكذا .

### ٧. تغيير وسائل الاتصال غير المألوفة (الصراخ) :

فعلى سبيل المثال إذا قام الطفل برمي لعبة لإيقاف اللعب نماذج أمامه وسيلة مألوفة تقليدية بتحريك رأسك قائلاً .. لا .. اربطه حركة الرأس (الهز) مع صوت حرف العلة (أ) . وإذا كان الطفل غير قادر على إنتاج صوت العلة حاول صوتاً آخر مع هز الرأس ، فالإيماء مع بعض الأصوات يعتبر مستوى أعلى من التواصل بالإيماءات وحدها .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٨. خلق الفرص لبدء التواصل مع الطفل ؛ ويتحقق ذلك من خلال :

- وضع مواد أو لعبة مرغوبة عند الطفل على رف عال بعيداً عن متناول يده لتحفيزه على الطلب.

- وضع مجموعة من الألوان على طاولة متعمد وقل "لا... لا" ساعد الطفل على النظر إلى الخطأ ، كرر الموقف واستخدم العبارة مرة أخرى

- ضع الأشياء المرغوبة للطفل في وعاء بلاستيكي شفاف وأعطه للطفل .

- يتواصل الطفل ويتفاعل عندما يحدث تغيير في بيئته مثل تحريك الأثاث أو اختفاء لعبة مفضلة للطفل ... وغير ذلك .

- عندما يقترب وقت المغادرة تظاهر أن الباب مقفل وأنت لا تستطيع الخروج.

- اعمل على جعل عملية مبادلة روتينية ثلاث أو أربع مرات متتالية ثم افعل شيء غير المتوقع .

### ٩. التواصل البصري :

يجب تشجيع التواصل البصري على جميع مستويات التواصل ، وضع الجسم

المرغوب فيه أمام عينك قبل إعطائه للطفل مما يسهل عملية التواصل البصري .

### ١٠. التحدث مع الطفل بنض مستواه البدني :

وذلك من خلال الجلوس أو الانحناء حتى تكون على مستوى نظر الطفل .

### ١١. التدريب على مهارات اللغة الاستقبالية :

علم الطفل اتباع التعليمات المركبة من خلال جلسة اللعب ، فعلى سبيل المثال :

- احضر الكرة أولاً وبعد ذلك احضر الكرة والحذاء .

- علم الطفل أن يستجيب لاسمه وهو يلعب.

- نوع في طريقة عرض التعليمات على الطفل مثل وضع الورقة في سلة قمامة .

في المقابل التي بها بعيداً .

- أعط الطفل وقتاً كافياً لفهم ما تقول (بصراوي ، ٢٠٠٠) .

### ثانياً : الأطفال القادرين على استعمال الكلمات :

الهدف الرئيسي : هو مساعدة الطفل على زيادة اللغة وابتداء الكلام بعفوية ،

وليس فقط الاستجابة لتوجيهات وأسئلة الآخرين فقط .



- استخدام الاقتراحات والنصائح التالية لمساعدة الطفل على زيادة القدرات الكلامية والمباشرة للغوية التي ينتجها بنفسه :
- ١- زيادة لغة المبادرة الذاتية :
- من الأمثلة على تحفيز الطلب اللفظي الذاتي لشيء بدون أسئلة ، والتي يجب أن تقلل قدر الإمكان ، حث الطفل على قول " حلوى كمان " من خلال برنامج منظم أو محتوى معين لكنه غير قادر على الثبات في استخدامها نحاول معه ما يلي :
- أ- نقوم بإعطاء الطفل حلوى معينة يفضلها (المصاص) ، وبالتالي تكون الاستجابة المطلوبة من الطفل كمان حلوى .
  - ب- نجعل بقية الحلوى في مكان بعيد عن متناول الطفل ونحاول منعه من الوصول إليها ننظر إلى الطفل كأننا نقول له ماذا تريد؟ (بدون كلام) ثم ننتظر فإذا بكى الطفل وأصدر بعض الأصوات وعبر عن إحباطه .
  - ج- إذا لم يستخدم الكلمات للطلب ، نقوم برفع الحلوى بيد ونشير باليد الأخرى ، ننادي اسم الطفل عند التأشير للحلوى فذلك يساعد على جذب انتباهه ونشعره بأننا نتوقع منه شيئاً ومنتظر ردة فعله .
  - د- إذا لم يستخدم الطفل الكلمات ، قرب الحلوى إليه (بجيب لا زالت تبقى بيدك) وأشر إليها .
  - هـ- حاول وكأنك تصدر الصوت الأول من الكلمة المطلوبة - لكن بدون كلام - وانتظر .
  - و- إذا لم يستطيع الطفل الكلام أعد المحاولة ناطقا الصوت الأول من الكلمة بصوت خافت (ح ح ح) .
  - ز- إذا لم يكن هناك استجابة حفز الطفل أكثر بزيادات الأصوات الأخرى من الكلمة حتى إذا نطق الطفل الكلمة ، أو جزءاً منها عززه مباشرة .
  - ح- ابدأ مرة أخرى ، أعط الطفل الطريقة الأبسط في التلقين اللازمة لإنتاج الاستجابة اللفظية مثل الصوت الأول من الكلمة المطلوبة ، ومن الأفضل نموذجة الإجابة مباشرة ، أعد المهمة أمام الطفل عدة مرات فهذا أفضل من استخدام الأسئلة المباشرة .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

### ٢. خلق مواقف للاتصال (طلب تنفيذ مهمة معينة) :

هناك العديد من الأفكار من أجل تصميم مواقف تساعد على تطوير التواصل عند الأطفال الذين هم في مستوى الكلمة والكلمتين ، فمثلاً إذا كان الطفل عطشاناً أو يريد ماء ، فبدلاً من إعطائه كوب من الماء ضع أمامه زجاجة ماء مغلقة وانتظر منه أن يقول شيئاً مثل افتح أو ساعدني ، تذكر تجنب الأسئلة المباشرة ماذا تريد ؟ عند الضرورة استخدم التلقين بالصوت الأول من الكلمة ثم زد عليها من الأصوات الأخرى من الكلمة مستخدماً نفس المبدأ السابق والذي يعتبر أبسط طريقة في التلقين ، حاول نفس الخطوات باستخدام برطمان الحلوى مثلاً ... وهكذا .

إذا أراد الطفل أن يرسم أعطه ورقة ، دون أن تعطيه ألوان التلوين أو العكس ، أعطه ألوان دون الورقة ، انتظر ، لا تسأل أسئلة مباشرة ، إذا لم يقل الطفل شيئاً ارفع الجسم الذي أمامه وحفزه على نطق الكلمة . ومن الممكن محاولة ما يلي :

أ. أعط الطفل العشاء دون المعلقة أو الخبز .

ب. ضع الطفل في حوض الاستحمام دون ماء .

ج. أعط الطفل زوج الأحذية وجورياً واحداً ليلبسهما .

د. قف أمام الباب دون فتحه .

هـ. أمسك كتاب الصور بالعكس .

و. أعط الطفل كوباً فارغاً عندما يكون عطشاناً .

### ٣. تحفيز التعليق والاعتراض :

يفضل التركيز على المواقف غير الاعتيادية فمن الممكن أن تساعد على تحفيز التعليق عند الطفل . وقد تحدث هذه المواقف صدفة أو قد تكون مصطنعة ، فعلى سبيل المثال :

١- إسقاط مواد على الطاولة فجأة وبالتالي يمكن استخدام كلمة أو كلمتين في هذا الموقف مثل سقط أو سقط تحت . "حاول أخذ شيئاً من الطفل وأخبره أنه لك وشجعه على الاعتراض " ... .. أمثلة تلو الأخرى :

- أ. بينما الطفل يشاهدك ضع الحذاء في خزانة الملابس وأعطه الفرصة ليلتصق بقوله (هذا خطأ) إذا لم يستطع ذلك نمذج بينما تهز رأسك بكلمة "لا" مع وجه ضاحك ساخر هذا خطأ مدلاً على سخافة الخطأ .
- ب. ضع لعبة مألوفة بنفس الطريقة الخاطئة .
- ج. إذا أشار الطفل بأنه يريد حليباً قم بصب القليل من الحليب وأعطه للطفل ثم انظر إلى داخل الكوب وانتظر ونمذج أمامه التعليق " ليس كافياً باستخدام تعابير مبالغ فيها أضف كمية أخرى وانتظر .
- د. يمكن استخدام عبارة " لم يبق شيء أو انتهى كل شيء " في مواقف مختلفة فعلى سبيل المثال أن نعرض على الطفل علبة حبوب فارغة أو نضع الماء في حوض الاستحمام ثم نقوم بإفراغه ... الخ .
- هـ . ضع القطع التركيبية في مكان خاطئ .

٤. استخدام الإشارات وتعابير الوجه :

- يمكن استخدام العديد من الزجاجات في اللعب والأبواب والأغطية سهلة الفتح لتلقين ونمذجة تعليق مثل "مغلقة" متبعاً ما يلي :
- أ. ضع علبة الفقاعات المائية المغلقة بإحكام أمام الطفل واطلب منه أن يقوم بفتحها إذا حاول الطفل وفشل بفتحها ثم قام بإعطائها لك حاول أنت فتحها بصعوبة وقل مغلقة مستخدماً تعابير ضاحكة ، فالأطفال يحبون هذه الطريقة التعليمية .
- ب. أعط الطفل الزجاج ليحاول فتحها مرة أخرى إذا لم يقل مغلقة قلها أنت وحاول تكرار الأمر في مواقف مختلفة من أجل تسهيل عملية التعميم ، ويمكنك استخدام الأمثلة التالية : باب- مغلق- غطاء معجون الأسنان ... وغيرها .

إن الاستخدام المناسب لإجابات " نعم " عادة ما يكون متأخراً لدى الطفل التوحدي . اسأل الطفل هل تريد هذا؟ وأنت تمسك شيئاً بيدك مع معرفتك أن الطفل يحب هذا الشيء فإذا أعاد بعدك "نعم" فيجب عليك أن تجيب فوراً هذا هو ، يمكننا هنا

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

استخدام حركات الجسم وتعابير الوجه التي تدل على الاستجابة الصحيحة (حركات الجسم والذقن والحواجب لأعلى وأسفل) .

إن بعض الإيماءات المحددة تعتبر مفيدة في تشجيع الطفل في تعلم الكلمات الصعبة فعلى سبيل المثال الضمائر ومن أجل تعليم الطفل ضمائر مثل أنا أو ضمير المتصل (ي) أمسك بيد الطفل وضعها على صدره ثم نمذج عبارة "إنه دوري" ومن الممكن إعطاء العبارة كاملة أو جزء منها ومثال آخر على ذلك اسأل الطفل لمن هذه القبعة ضع يده على صدره ولقنه "لي" أو "أنا قبعت" عندما يتعلم الطفل أن يقول أنت أو كاف المخاطبة امسك يد طفلك وضعها على صدره وردد عبارة "دوري" مرة أخرى حفزه بوضع يده على صدرك ولقنه عبارة " دورك" يعتبر استخدام أسلوب "دوري ودورك" .

من أفضل اللعب الناجحة مع اللعب الذي يتطلب مبادلة الأدوار ومن الأمثلة على ذلك :

- لعبة التخفي حيث يخفي الأب شيئاً ، ويقوم الطفل بالبحث عنه مع ضرورة نمذجة " عبارة دوري ودورك " مع استخدام الإيماء المناسب كما ذكر سابقاً .
- عندما تدرّب الطفل على مفهوم الطلب (أعطني) حاول تطبيق الإشارات التالية : " مد يدك وافتحها أمام الطفل ثم انظر إلى الأسفل" وكأنك تقول : أعطني ، وبعدها اسحب يدك إلى صدرك بسرعة وأغلق كفك فعلى سبيل المثال : إذا طلب الطفل تفاحة ، عندها نمذج أعطني تفاحة بالإيماءات السابقة .

### ٥. التوسيع :

إن مبدأ التوسع هو طريقة فعالة لمساعدة الطفل على التطور إلى المستوى اللغوي المعقد اللاحق ، فعندما يقول الطفل كلمة معينة أضف إلى ما يقوله كلمة واحدة لتطوير المستوى اللغوي ثم انتظر وأشعر الطفل أنك تريد منه أن يعيد الكلام الذي قمت بإضافته .

مثال :

الطفل لاحظ قطة وقال : قطة

الأب : قطة كبيرة ، استخدم الإشارة كدليل على كبر الحجم . الطفل : حليب .

الأب : أريد حليباً .

الأب : افتح باب .

الطفل : باب

الأب : جاءت أمي هنا .

الطفل : جاءت أمي .

الأب : الطفل جالس على الكرسي

الطفل : جالس

استخدام التأشير يمكننا من توفير مشير بصري بدلاً من اللفظي ، المشيرات البصرية والإيماءات مشجعه أكثر وهي هدف الكلام الحقيقي .

ويستخدم التأشير لجذب انتباه الطفل لجسم محدد نريد منه أن يراه . لنفرض أن الهدف اللفظي المراد تحقيقه هو (أريد مقصاً) خلال الرسومات الفنية أو الأعمال اليدوية نقول للطفل (إن الورقة كبيرة) ثم انتظر ردة الطفل ، وإذا بقي صامتاً يجب أن تشير إلى المقص أو إذا كان من الضروري حمل المقص والإشارة إليه بتلميح أقوى للقرض (أريد مقصاً) .

#### ٦. التعليق :

من الأمثلة على استخدام أولياء الأمور للتعليق كبديل للأسئلة والأوامر من أجل تطوير اللغة عند الطفل :

أ. بينما يقوم الطفل بالرسم يقوم الأب بالمراقبة ويقول : رسم .

ب. بينما يضع الطفل الدمية في السرير ، يقول الأب : اللعبة تنام .

ج. بينما يرمي الطفل الكرة ، يقول الأب : ارم الكرة .

د. يجلس الطفل ، يقول الأب : اجلس .

هـ. إذا رمى الطفل اللعبة ، يقول الأب : سقطت .

ومن خلال التعليق على ما يفعله الطفل ، فنحن نتحدث عن الأفعال الحاضرة مثل (هنا والآن) وهذا مهم لأن اكتساب اللغة يبدأ بالحديث عن الأمور الحالية ، وليس عن الماضي أو المستقبل ، فالمستقبل والماضي لا يعينان الطفل كثيراً ، فهو يعيش هنا والآن لذلك يتحدث عن الحاضر .

٧. الاختزال :

إن الهدف من تقصير طول الجملة والتقليل من التعقيد النحوي في لغة البالغين هو زيادة الاستيعاب عند الطفل ، وتوفير نموذج بسيط يسهل على الطفل تقليده ، فعلى سبيل المثال بدل القول (حضر والدك إلى المنزل) قل (بابا بيت) فهذا يسمى باللغة التلغرافية . وفي بعض الأحيان يكون أولياء الأمور قلقين عند استخدامهم للغة التلغرافية لأنهم يخشون أن تؤثر على التطور اللغوي لأطفالهم ، وهذا ليس صحيحا ، فعندما يستطيع طفلك قول (بابا بيت) نعمل على زيادة المستوى اللغوي .

٨. استخدام نبرة وعلو ومستوى كلامي مبالغ فيه :

يمكن التدريب على التحية باستخدام نبرة صوت عالية (مع السلامة) مصاحبة بالتلويح باليد وابتسامة عريضة مرفوع للحاجب ، فعبارة "مع السلامة" يمكن أن تغني بحيث يكون الجزء الأول منها أعلى من الجزء الثاني ، مع محاولة جذب انتباه الطفل عن طريق الإطالة في العبارة .

وعادة ما يستجيب الأطفال المصابين بالتوحد للموسيقى ، لهذا فمن المفيد استخدام الغناء أو الأناشيد في تشكيل الكلمات الأولى للطفل . فالنبرة والنغمة تجعل الكلمات أكثر متعة للطفل دوري ، دورك هو شبه جمل للنمذجة عن طريق غنائها . وتعود النغمة إلى إيقاع الكلام ، ففي بعض الأحيان يكون كلام الطفل ذا وتيرة واحدة ، ومن الممكن تحفيز النغمة عن طريق استخدام نغمات مبالغ فيها تتبع جمل الطفل ذات الوتيرة الواحدة ويجب عمل ذلك باستمرار ومن قبل أي شخص يتعامل مع الطفل <http://forum.merkaz.net> .

اختبارات اللغة والتواصل Language & Communication Tests :

يعتقد كل من ويدرلي وبرايذنت (Wetherby &Prizant, 1992) أن نجاح تقويم اللغة بشكل دقيق يعتمد على دقة اختيار الاختبارات المناسبة لتقويم اللغة والتواصل .

وفيما يلي أهم المقومات التي تمثل الاختبارات المناسبة للأشخاص التوحدين :

١. تقويم وظائف اللغة التي يستخدمها الطفل .

٢. تقويم التواصل غير اللفظي ، مثل نبرة الصوت والإشارات والإيماءات والتواصل البصري .
  ٣. تقويم الجانب الاجتماعي للغة .
  ٤. تقويم الطفل بشكل مباشر من خلال مقابلة الأهل فقط .
  ٥. جعل ملاحظات الطفل في المبادرة إلى التواصل مع الآخرين من تلقاء نفسه .
  ٦. السماح للأهل بالمشاركة في عملية التقويم .
- وتركز الشامي (٢٠٠٤) عددا من الاختبارات التي يمكن استخدامها مع بيان مدى ملاءمة تطبيقها على الأشخاص التوحدين ، وهي :
١. القائمة المتسلسلة لتطور التواصل - الطبعة المراجعة :

**Sequenced Inventory of Communication Development - Revised Edition**

- أ- تعتبر القائمة المتسلسلة أداة مسح لقياس بعض المهارات التواصلية حيث تعطي صورة عن الحصيلة اللغوية ، وتركيبية الجمل واستخدام اللغة ، والتعبير اللغوي في المرحلة العمرية (٤-٤٨) شهرا .
- ب- تحتوي هذه القائمة على (٣) اختبارات فرعية تقوم بقياس جوانب اللغة الاستقبالية وهي : مهارات الوعي العامة بالبيئة ، والتمييز ، والفهم . و(٥) اختبارات فرعية تقيس جوانب اللغة التعبيرية وهي : التقليد ، والمبادرة ، والاستجابة والتعبير اللفظي ، والنطق وتحدد اللغة التعبيرية التي يستخدمها الطفل .
- ج- يتم تقويم الطفل من خلال المعلومات التي تقدمها أسرة الطفل والصور والمجسمات كالسلال والسيارات الصغير التي تجذب انتباه الطفل . تتضمن القائمة المتسلسلة إرشادات وتلميحات تساعد الطفل التوحدي وذوي الحركة المفرطة وغيرهم من الأطفال ذوي الحالات الصعبة .
- د- تأتي الدرجات في هذه القائمة على صورة للعمر العقلي للغة ، كما تعطي القائمة المتسلسلة مقترحات لتحديد الأهداف المبدئية في وضع الخطة التربوي للتواصل ، وفي الوقت الذي لا تقوم به بقياس الجانب الاجتماعي للغة عند الأطفال .

٢. اختبار لغة التعبير عن الصورة بكلمة واحدة - الطبعة المراجعة ،  
Expressive One Word Picture Vocabulary - Revised Edition

- أ- يستخدم هذا الاختبار لقياس قدرة الطفل على تسمية صور تأتي في صفحة منفصلة على كتاب الاختبار ، بحيث يقوم الطفل بالتعبير عنها بكلمة واحدة .
- ب- يعتبر هذا الاختبار أحد الاختبارات القياسية التي تعطي معادلات العمر ودرجات قياسية ونسب مئوية .
- ج- يستخدم الاختبار هذا مع الأطفال في عمر (٢-١٢) سنة والجدير بالذكر أن هذا الاختبار لا ينفع للاستخدام مع الأطفال الذي لا يتكلمون .

أهم مميزات هذا الاختبار أنه لا يستحسن قصر استخدام اختبارات اللغة والتواصل التي تقيس مقدرة الطفل على تسمية وفهم المفردات على الأشخاص التوحدين ، فقد تكون مهاراتهم اللغوية في تسمية الأشياء جيدة ، ولكنها لا تفي باحتياجاتهم الواقعية ومشكلاتهم الأخرى ، ويضاف إلى اختبار لغة التعبير بكلمة واحدة - الطبعة المراجعة ، اختبارات أخرى تشمل اختبار بيادي - الطبعة الثالثة Peabody Picture Vocabulary Test : Third Edition ، واختبار لغة الاستقبال المصور - الطبعة المراجعة The Receptive One Word Picture Vocabulary Revised Edition .

٣. التقويم الإكلينيكي لأساسيات اللغة لمرحلة ما قبل المدرسة :  
Clinical Evaluation of Language Fundamental-Preschool

- يعتبر هذا المقياس أداة كشف وتشخيص ومتابعة لتقويم القصور اللغوي لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة . يستخدم هذا المقياس في :
- أ- تقويم قدرات التلقي والتعبير بما فيها استخدام الدلالات والألفاظ (الكلمات) وتركيب الجمل والذاكرة السمعية .
- ب- يستخدم مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٣-٦) سنوات .
- ج- يعطي درجات قياسية ونسباً مئوية ومعادلات العمر .



٤. مقياس سلوك التواصل والسلوك الرمزي :

**Communication & Symbolic Behavior Scales**

يستخدم المقياس مع الأطفال الرضع بعمر (٨-٢٤) شهراً ، حيث يساعد الأطفال المعرضين للإصابة للاضطرابات اللغوية للتعرف على قدرته على استخدام وسائل التواصل التالية :

- أ. وسائل التواصل الإيمائي .
- ب. وسائل التواصل الصوتي .
- ج. وسائل التواصل اللفظي .
- د. المبادلة .
- هـ. إشارات التعاطف الاجتماعي .
- و. السلوك الرمزي .

تعتبر المواد المستخدمة في هذا الاختبار جذابة للأطفال ، ويستغرق إجراء هذا مقياس مدة ساعة إلى ساعة ونصف ، بالإضافة إلى أن واضعي هذا الاختبار على معرفة جيدة بالتوحد ، ويكون هذا المقياس ملائماً جداً للذين يشك بأنهم مصابون بالتوحد وخاصة الذين لا يتكلمون أو لا يزالون في مراحل مبكرة من تطور الكلام لديهم .

٥. مقياس روزيتي لتواصل الأطفال في سن الرضاعة والمهد :

**Rosetti Infant-Toddler Language Scale**

يستخدم هذا المقياس لقياس :

- أ- وظائف اللغة التي يستخدمها الطفل .
- ب- التواصل غير اللفظي .
- ج- الجانب الاجتماعي للغة .
- د- مبادرة الطفل للتواصل مع الآخرين .

ويتم ذلك من خلال التقويم المباشر وملاحظته وجمع المعلومات من أهل الطفل ويصلح للاستخدام مع الأطفال التوحدين (الشامي ، ٢٠٠٤) .

مراجع الفصل الرابع

المراجع العربية :

- بصراوي ، سهام حسن (٢٠٠٠) . استراتيجيات بصرية لتحسين عملية التواصل ، الدار العربية للعلوم .
- حمام ، فادية كامل (٢٠٠٦) . التوحد ، ط ١ ، مترجم عن المعهد الوطني للصحة العقلية والجمعية الأمريكية للتوحد ، دار الرشد ، الرياض .
- الزارع ، نايف ، عبيدات ، يحيى (٢٠١٠) ، الطلاب ذوو اضطراب طيف التوحد - ممارسات التدريس الفعالة ، ط ١ (مترجم) ، دار الفكر ، عمان .
- الزارع ، نايف (٢٠١٠) . المدخل إلى اضطراب التوحد ط ١ ، دار الفكر ، عمان .
- السيد سليمان ، أحمد (٢٠١٠) . تعديل السلوك الأطفال التوحديين النظرية والتطبيق ، ط ١ ، دار الكتاب الجامعي ، العين ، دولة الإمارات العربية المتحدة .
- الشامي ، وفاء (٢٠٠٤) . خفايا التوحد - الكتاب الأول ، ط ١ ، الجمعية الفيصلية الخيرية النسائية ، جدة .
- نصر ، سهى (٢٠٠٢) . الاتصال اللغوي للطفل التوحد ، ط ١ ، دار الفكر ، عمان .
- فراج ، عثمان (٢٠١٢) . الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة ، مكتبة المتني ، الدمام .
- كامل ، محمد علي (٢٠٠٣) . الأوتيزم (التوحد) - الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج ، ط ١ ، مركز الإسكندرية للكتاب ، القاهرة .

المراجع الأجنبية :

- Dawson, G. & Lewy, A. (1992):Social Stimulation and joint Attention in young Autistic Children of Abnormal Child Psychology, 20 (6), 555 - 566.
- Ehlers, Ramberg. C. Ajohnson, M. (1996) , Language and Pragmatic Functions in School Age Children on Autism Spectrum.

- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders-  
[www.nih.gov/nidcd/health/pubs/vsl](http://www.nih.gov/nidcd/health/pubs/vsl)

- Rutter, M. (1983): Cognitive Deficits in the Pathogenesis of Autism .  
Journal of Child Psychology and Psychiatry, 24, 513-531.-

- Wetherby, A., & Prizant, BM (1992) . Profiling Young Children's  
Communicative competence. In S. Warren & J. Reichle (Eds.) , Causes  
and Effects in Communication and language Intervention. Baltimore,  
MD: Paul H. Brookes.

<http://forum.merkaz.net.->

-<http://www.kayanegypt.com>.

- <http://www.gulfkids.com>.

الفصل الخامس

مشكلات اللغة والكلام عند أطفال طيف التوحد

- نظريات اكتساب اللغة .
- الأصوات اللغوية .
- أقسام اللغة .
- تصنيف الأصوات اللغوية .
- النمو اللغوي .
- العوامل المؤثرة في نمو اللغة .
- العوامل التي تساعد على نمو المهارة اللغوية .
- مراحل تطور النمو اللغوي .
- استخدامات اللغة .
- اضطرابات اللغة .
- تصنيف اضطرابات اللغة .
- أهم مظاهر اضطرابات اللغة .
- أسباب تأخر نمو اللغة .
- تقييم التأخر اللغوي .
- تنمية المهارات اللغوية عند الأطفال .
- استراتيجيات تنمية وتطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال .
- أسباب تأخر النطق عند الأطفال .
- قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية .
- اللغة عند الأطفال ذوي طيف التوحد .
- خصائص اللغة عند التوحدين .
- مشكلات اللغة لدى الأطفال ذوي التوحد .
- تعديل مشكلات اللغة لدى الأطفال ذوي التوحد .
- مراجع الفصل الخامس .

الفصل الخامس

مشكلات اللغة والكلام عند أطفال طيف التوحد

يعتبر موضوع اضطرابات اللغة من الموضوعات الحديثة في مجال اهتمام التربية الخاصة إذ ظهر هذا الاهتمام بشكل واضح في بداية الستينات ، حيث نال هذا الموضوع اهتمام العديد من أصحاب الاختصاص مما أثرى هذا الاهتمام إلى ما هو عليه الآن .



ويعتبر التواصل من خلال اللغة والكلام عملية معقدة ، ولكنها طبيعية وإنسانية تتطور مع التواصل غير اللغوي للطفل من خلال البكاء ، والابتسامة ، والإيماءات ، وغيرها . وتتضمن جوانب معرفية وسمعية ، وتعني استقبال وإرسال المعلومات .

إنها تعني كيف يتم ضبط الهواء من أجل إنتاج الأصوات والتحكم

بالعضلات من أجل النطق وفهم الكلام من الطرف الآخر . ومع أن استخدام اللغة ، الكلام هو المقصود بالتواصل ، إلا أن لدى الإنسان أيضاً نماذج مختلفة من التواصل غير اللفظي عن طريق حركات الجسم والإيماءات التي تعبر عما يريد الإنسان إيصاله إلى الآخرين .

إن تطور اللغة والكلام يحدث بشكل طبيعي لدى الأفراد الذين لا يعانون من إعاقات ، ولكن الفضل في إنتاج الأصوات أو الكلام الذي له معنى في ثقافة الفرد وتكوين اللغة يعتبر دليلاً على اضطرابات التواصل .

تعتبر اضطرابات اللغة والجوانب المعرفية من أهم مظاهر التوحد حيث يتوقع أن يكون هناك تشابه بين التوحد والاضطرابات اللغوية أو اضطرابات التواصل ، وبسبب هذا التشابه ، فإنه يتم الخلط أحياناً بين التوحد وهذه الاضطرابات .

اللغة وسيلة من وسائل الاتصال الاجتماعي وخاصة في التعبير عن الذات ،  
وتعرف اللغة : بأنها عبارة عن نظام رموز تستخدم كوسيلة للتعبير عن الاتصال مع  
الآخرين . وتتضمن اللغة نوعين : الأول : اللغة اللفظية (المنطوقة أو المكتوبة ،  
أو المسموعة) ، والثاني : اللغة غير اللفظية (لغة الإشارة وتهجئة الأصابع وقراءة  
الشفاه ، ولغة برايل) ، ويعتبر ، الشخص (٢٠٠٦) أيضاً أن اللغة أحد أشكال السلوك  
الاجتماعي الذي يتشكل ويستمر من خلال اللغة اللفظية ، وباللغة يتحقق التواصل ،  
ومن خلالها يتواصل الأفراد لتحقيق أهدافهم وغاياتهم ونقل المشاعر والأحاسيس فيما  
بينهم (الشخص ، ١٩٩٧) .

ويعرف الروسان (٢٠٠٠) اللغة على أنها نظام من الرموز المتفق عليها والتي تمثل  
المعاني المختلفة والتي تسير وفق قواعد معينة (الروسان ، ٢٠٠٠) .

يذكر الشريبي (٢٠٠٩) أن الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية والاستقبلية  
يحاولون التواصل بالإيماءات وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام ، بينما  
الأطفال التوحدين لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية مصاحبة ،  
وقد تظهر المجموعتان إعادة الكلام ، ولكن الأطفال التوحدين يظهرون إعادة الكلام  
وخاصة الكلام المتأخر أكثر .

ويفضل الأطفال التوحدين في استخدام اللغة كوسيلة اتصال ، ولكن أطفال في  
اضطرابات اللغة يتعلمون فهم مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية ويحاولون  
التواصل مع الآخرين . وبناء عليه فإن القدرة أو القابلية على التعلم والتعامل مع  
الرموز تعتبر الفارق الرئيسي بين المجموعتين (الشريبي ، ٢٠٠٩) .

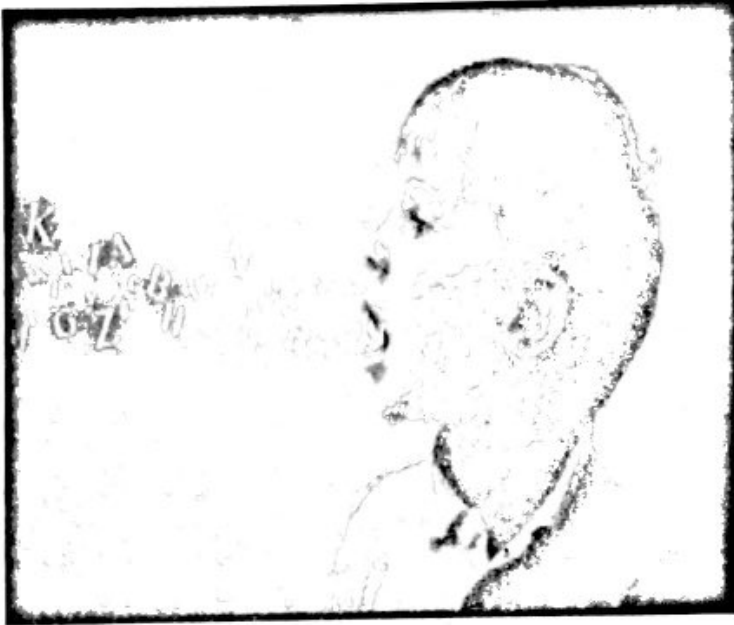
### نظريات اكتساب اللغة Theories of Language Acquisition :

هناك العديد من النظريات التي وضعت باعتبارها عناصر نمو اللغة بدءاً من  
النظريات البيولوجية إلى النظريات التي تؤكد على خبرات الأطفال بالبيئة ، والنمو  
اللغوي لدى الأطفال يعتمد على التهيؤ البيولوجي والقدرة المعرفية لديهم والخبرات  
التي يكتسبونها ، وفيما يلي أهم هذه النظريات :

النظرية السلوكية Behavioral Theory :

تفترض النظرية السلوكية عامة أنه ينبغي أن تولي الاهتمام بالسلوكيات القابلة للملاحظة والقياس ولا يركزون اهتمامهم على الأبنية العقلية أو العمليات الداخلية التي تورد الأبنية اللغوية والمشكلة الأساسية في هذا المنظور هي لأن الأنشطة العقلية لا يمكن أن ترى لذلك لا يمكن أن تعرف أو تقاس .

فالسلكيون لا ينكرون وجود هذه العمليات العقلية ، ولكنهم يرون أن السلوكيات القابلة للملاحظة مرتبطة بالعمليات الداخلية أو الفسيولوجية ، ويرون أنه لا يمكن دراسة ما لا يمكن



ملاحظته ، من هنا فالسلكيين يبحثون عن السلوكيات الظاهرة التي تحدث مع الأداء اللغوي ، فهذا "واطسون وسكنر" و"بوهاثون" يعتقدون أن اللغة متعلمة ، فهم لا يرون أن اللغة شيء فريد مميز بين السلوكيات الإنسانية ، ويرى

"واطسون" أن اللغة في مراحلها المبكرة هوي نموذج بسيط من السلوك العادي .

ويرى السلكيون أن اللغة هي شيء يفعله الطفل ، وليس شيء يملكه الطفل ، ويرون أن اللغة متعلمة وفقاً لنفس المبادئ المستخدمة في تدريب الحيوانات ، هذه مثل سلوكيات الحيوانات المتعلمة ، فإن السلوك اللغوي متعلم بالتقليد والتعزيز .

ومن أبرز أوجه الاختلاف مع السلوكية أن الطفل يكون سلبياً خلال عملية تعلم اللغة ، فالطفل يبدأ الحياة بجعبة لغوية خاوية ، ثم يصبح الطفل مستخدماً للغة حينما تمتلئ الجعبة بالخبرات التي توفرها النماذج اللغوية في بيئته .

**المدرسة الإدراكية أو المعرفية Cognitive school :**

إن الطفل يتعلم التراكيب اللغوية عن طريق تقدير فرضيات معينة مبنية على النماذج اللغوية التي يسمعا ، ثم وضعت هذه الفرضيات موضع الاختبار في الاستعمال اللغوي وتعديلها عندما يتضح له خطأها تعديلاً يؤدي إلى تقريبها تدريجياً من تراكيب الكبار إلى أن تصبح تراكيبه مطابقة لتراكيبهم ، أي أن الطفل يستخلص قاعدة لغوية معينة من النماذج التي يسمعا ثم يطبق هذه القاعدة وبعد ذلك يعدلها إلى أن تطابق القاعدة التي يستعملها الكبار فمثلاً : الطفل العربي يستخلص قاعدة التأنيث في اللغة العربية من نماذج مثل : كبير - كبيرة ، طويل - طويلة . الخ فيطبقها على أحمر فيقول أحمر ، ثم يكتشف خطأ هذا التطبيق في المثال في فترة لاحقة فيعدل القاعدة بحيث تنطبق على مجموعة من الأسماء والصفات وغيرها .

وما قيل عن قواعد تركيب الكلمة ينطبق على قواعد تركيب الجملة ، ورغم أن الطفل لا يعرف المصطلحات "صفة" "فعل" "أداة نفي" "واو الجماعة" ... الخ . فإنه يستطيع تمييز الاسم من الفعل ومن الصفة ، والمفرد من الجمع . ويستطيع تجريد السوابق واللاحق في الكلمة ، واستخلاص القواعد الصرفية والقواعد النحوية ولذلك فهو يستعمل أداة التعريف مع الأسماء والصفات ولكنه لا يستعملها مع الأفعال ويستعمل "نون الوقاية" مع الأفعال فيقول : ضربني ، أعطاني ولكنه لا يستعملها مع الأسماء فلا يقول : قلمي وإنما قلتي (عبده ، ١٩٨٤) .

**النظرية البيولوجية : Biological Theory :**

تتلخص النظرية في أن هناك خصائص بيولوجية تتوافر في الإنسان ولا تتواجد عند غيره من سائر أنواع المخلوقات ، وبهذا يتمكن الطفل من اكتساب اللغة ، وقد خلص أصحاب هذه النظرية إلى القول بأن المهارات الأساسية اللازمة لاكتساب اللغات المختلفة (عند الأطفال) هي واحدة على الرغم من وجود اختلافات بين أجناس البشر من النواحي الفسيولوجية والبيولوجية .

**النظريات البيئية : Environmentalist Theories :**

يرى أتباع هذه النظرية أن اللغة تنشأ وتتطور ضمن محيطها وبيئتها الاجتماعية ، وحين توجد مؤثرات خارجية يحصل التفاعل ويؤدي إلى تشكيل سلوك لغوي يدفع إلى



التعلم ، وأبرز مؤيدي هذه النظرية أصحاب المدرسة السلوكية ، ويرى أتباع هذه النظرية أن عملية اكتساب اللغة لا تختلف عن أي نوع من أنواع التعلم الأخرى ، كما أنها تخضع للقوانين والمبادئ ذاتها التي تخضع لها أنواع التعليم كافة ، كالمحاكاة والثواب والعقاب والتعزيز .

وقد انتقد ماكنيل (McNeil, 1970) أصحاب النظرية البيئية ،<sup>٥</sup> لأنهم من وجهة نظره فشلوا في تفسير ظاهرة الابتكار اللغوي التي تبدأ عند الطفل بين الثانية والخامسة من عمره ، والتي تمكنه من إنتاج عبارات لم يسمعها في بيئته . ومن استخدام بعض القواعد اللغوية غير المتوافرة في لغة الراشدين في بيئته ، كما أن الفطريين يعجزون عن تفسير عملية اكتساب اللغة من دون عمليتي التقليد والتعزيز ، لأن هاتين العمليتين تشكلان المفتاح الأساسي لاكتساب اللغة . (مطر ومسافر ، ٢٠١٠)

#### الأصوات اللغوية :

أقسام اللغة : تقسم اللغة إلى عدة جوانب أهمها :

أ. الجوانب الدلالية Semantic aspects :

لكل لغة مفرداتها التي يتفق عليها المتحدثون بها ومهما زاد عدد هذه المفردات فهو معروف لديهم ومحدد ومعنى الكلمة يأتي حسب السياق التي جاءت به الكلمة .

ب. الجانِب النحوي Syntax :

تتكون الجمل من عدد من الكلمات ومن خلال التحكم بهذه الجمل عن طريق ما يسمى بالضوابط والتي تعرف بالقواعد النحوية .

ج. الجانِب الصرفي Morphology للغة :

أن الكلمة في أي لغة تتكون من مقطع أو مقاطع صوتية ، والمقطع الصوتي عبارة عن تركيبية من الأصوات اللغوية الساكنة والمتحركة ، فمثلا صوت "ب" ساكن فإذا نطق مفتوحا "بَ" فإنه يمثل صوتًا (ba) وهذا مقطع صوتي مكون من ساكن ومتحرك ، فإذا أضفنا متحركا آخر (baa) كان النطق (با) وإذا أضفنا ساكنا آخر (baab) تكونت كلمة (باب) وهي كلها من مقطع واحد مكون من أربعة أصوات (cvvc) ساكن متحرك ساكن .

د. الجانب الصوتي للغة Phonology :

تشير الفونولوجيا إلى دراسة نسق الأصوات في اللغة ، وعلى الرغم من أن بإمكاننا أن نتواصل مع بعضنا البعض باستخدام الإيماءات أو لغة الجسد فإن معظم تواصلنا يرتكز على تلك الأصوات التي نصدرها عندما نستخدم اللغة التعبيرية أو الأصوات التي نسمعها عن طريق اللغة الاستقبالية (أبو حلتم ، ٢٠٠٥) .

تصنيف الأصوات اللغوية :

هناك العديد من تصنيفات للأصوات اللغوية ، وبشكل عام فإن الأصوات العربية تقسم تبعاً لأوضاع الأوتار الصوتية وخط سير الهواء حيث تقسم إلى :

١. أصوات صامتة Consonant ،

وهي الحروف الصامتة (أو الأصوات الساكنة) ، الأصوات الصامتة هي كل حرف يحدث أثناء النطق به اعتراض كلي في مجرى الهواء مثل حرف (الباء) و(اللام) ، أو اعتراض جزئي في مجرى الهواء مثل حروف (السين) و(الشين) .

٢. أصوات صائتة (العلّة) Vowels ،

وهو الصوت الذي يحدث أثناء النطق به إذ يمر الهواء حراً طليقاً خلال الحلق والفم دون أن يقف في طريقه أي عائق ، ويطلق عليها البعض الأصوات المهجورة أو أصوات العلة . وتصنف الأصوات الصائتة إلى الأصوات المتحركة القصيرة (الكسرة ، والفتحة والضمة) والأصوات المتحركة الطويلة (الألف ، والياء ، والواو) . يمكن التفريق وظائفيًا بين أصوات هذه المجموعة على ثلاث أسس هي (مكان ، ودرجة الارتفاع النسبي للسان ، ووضع الشفتين) (Hallahan, et al 2007)

النمو اللغوي Language Development :

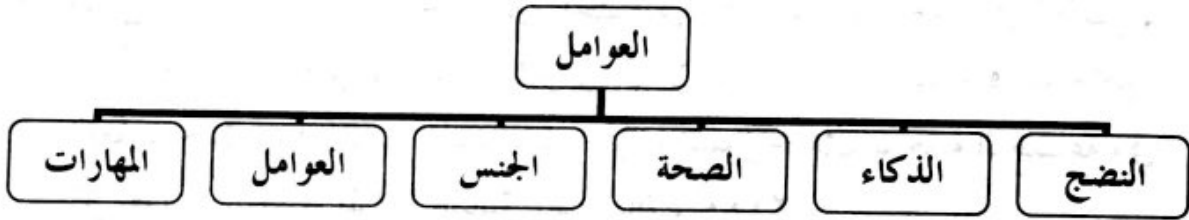
اكتساب اللغة أمر ضروري يساعد على فهم رغبات الآخرين ، كما يساعد على إغناء الطفل بثروة من المعلومات عن العالم المحيط به والتي لن يحصل عليها دون فهمه واستخدامه للغة ، وتعد مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة تزيد النمو اللغوي تحصيلاً وتعبيراً وفهمها بالنسبة للطفل ويصل المحصول اللغوي للطفل في نهاية هذه المرحلة وهو في سن السادسة إلى ما يقارب من ٢٥٠٠ كلمة .

ويمر التعبير اللغوي بمرحلتين :

١. مرحلة الجمل القصيرة : (في العام الثالث) وتكون الجمل مفيدة بسيطة تتكون من ٢-٤ كلمات ، وتكون سليمة من الناحية الوظيفية أي أنها تؤدي المعنى رغم أنها لا تكون صحيحة من ناحية التركيب اللغوي .
  ٢. مرحلة الجمل الكاملة : (في العام الرابع) وتكون الجمل من (٤-٦) كلمات وتتميز بأنها جملة مفيدة تامة الأجزاء وأكثر تعقيداً ودقة في التعبير .
- وفي نهاية هذه المرحلة العمرية يكون الطفل قد تمكن من السيطرة والقدرة على لغته ، بل ويستفيد منها بفاعلية ، كما أنه يتمكن من التعرف على الوضع الاجتماعي بحيث يحدد المناسب وغير المناسب لكل موقف على حدة (أحمد ، ١٩٩٩) .

العوامل المؤثرة في نمو اللغة

: Factors Affected in Growth of Language



الشكل رقم (٤) : العوامل التي تؤثر في نمو اللغة

وفيما يلي شرح وافٍ لهذه العوامل :

١. النضج والعمر الزمني : يستعد الطفل للكلام عندما تكون أعضائه الكلامية ومراكزه العصبية قد نضجت ، مما يجعله قادراً على الاستجابة اللغوية ، ومما يساعده على تعلم اللغة ، وهناك علاقة وثيقة بين عمر الطفل ونضج الأعضاء الكلامية ، حيث يبدأ الطفل بنطق الكلمة الأولى في نهاية السنة الأولى ، وما أن يصل إلى عمر (٦) سنوات تكون مجموع مفرداته حوالي (٢٦٠٠) مفردة ، وفي عمر (٥-٦) سنوات يتركز كلامه حول الذات ، وبعدها يكون كلامه يأخذ الطابع الاجتماعي مع التقدم بالعمر (الغريب وآخرون ، ٢٠٠٩) .

٢. الذكاء : الطفل الذي يتميز بذكاء عال يفوق الأطفال العاديين وغير العاديين في حصوله اللغوي ، كما يتميز باكتسابه اللغة في عمر مبكر مقارنة مع الأطفال العاديين ، وغير العاديين ، كما وتظهر الكلمة الأولى لدى الطفل العادي في نهاية السنة الأولى من العمر في حين تظهر الكلمة الأولى لدى الطفل غير العادي في نهاية السنة الثالثة تقريبا (الروسان ، ٢٠١٠) .
٣. الصحة : ويقصد بذلك أهمية الجوانب الصحية والجسمية والحسية للفرد وعلاقتها بالنمو اللغوي إذ يتأثر النمو اللغوي بسلامة الأجهزة الحسية السمعية والبصرية ومراكز الكلام في المخ والنطقية للفرد . حيث أثبتت الأبحاث أن هناك علاقة إيجابية بين نشاط الطفل ونموه اللغوي ، وكلما كان الطفل سليما كان أكثر نشاطا ويكون أكثر قدرة على اكتساب اللغة ، بالإضافة إلى أن النمو الحركي للطفل يؤثر على اكتساب اللغة وتطورها وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة لأن النمو الحركي يساعد على اللعب بالأصوات في المرحلة الخاصة .
٤. الجنس : تباينت الدراسات حول دور الجنس في اكتساب ونمو اللغة لدى الطفل ، إلا أنه وجدت معظم الدراسات تشير إلى أن الإناث أسرع من الذكور في نمو وتطور اللغة ، حيث تبدأ الإناث بالمنغاة قبل البنين وتستمر خلال مرحلة الرضاعة وفي كل جوانب اللغة في المراحل التالية (الروسان ، ٢٠٠٠) .
٥. العوامل الأسرية : ويقصد بذلك ترتيب الطفل في الأسرة والظروف الاقتصادية والاجتماعية ، والمثيرات الثقافية داخل الأسرة من مجلات وقصص وكتب ووسائل إعلام مرئية أو مسموعة وغيرها ، فالطفل الوحيد في الأسرة أكثر ثراء في حصوله اللغوي مقارنة مع الأطفال العاديين ويؤكد ذلك ما توصلت إليه الدراسات والتي بينت أن متوسط كلمات الطفل الأول في الأسرة هي (٦٨٥) كلمة ، كما أن أطفال المؤسسات والملاجئ أقل محصولا من الناحية اللغوية مقارنة مع الأطفال العاديين الذين يتربون في أسرهم بسبب قلة خبراتهم واتصالهم مع الآخرين (الغريير وآخرون ، ٢٠٠٩) .
٦. المهارات الحركية : يرتبط النمو اللغوي بتطور المهارات الحركية وبشكل موازي ، بحيث أنه عندما تتكون مهارة حركية جديدة يحصل توقف مؤقت في نمط النمو

اللغوي لأن ذلك يؤثر على نمو الكلام ، بمعنى أن الحث على السير أقوى من الحث على الكلام في عمر (٩- ١٨ شهر) ، وعندما يبدأ الطفل بتعلم المشي وإتقانه فإن انتباه الطفل يركز أكثر على الكلام ، لذا نرى أن الأطفال يتشوقون إلى تعلم كلمات جديدة عندما يذهبون إلى المدرسة (الغريز وآخرون ، ٢٠٠٩) .

### العوامل التي تساعد على نمو المهارة اللغوية :

#### ١. الممارسة والتكرار :

فالممارسة لازمة لاكتساب المهارة عندما تتم الممارسة بصورة طبيعية وفي مواقف حيوية ومتنوعة ، بدلاً من التكرار الآلي نفسه . اكتساب المهارات اللغوية لا يمكن أن يتم إلا إذا كان المتعلم إيجابياً وحيوياً ، والمدرسين لا يمكنهم أن يعلموا على إكساب المتعلم هذه المهارات إلا إذا سمحوا له بأن يبحث ، وينقب ، ويعمل ، ويمارس ويحكم بنفسه .

#### ٢. الفهم وإدراك العلاقات والنتائج :

لا بد أن تكون الممارسة التي يقوم بها المتعلم مبنية على الفهم والإدراك للعلاقات ، وتعرف النتائج ، لأن الممارسة من غير الفهم تجعل المهارة آلية لا تعين صاحبها على مواجهة المواقف الجديدة وحسن التصرف فيها .

#### ٣. التوجيه :

ويساعد على اكتساب المهارة وتوجيه أنظار المتعلمين إلى أخطائهم وتبصيرهم بنواحي قوتهم وضعفهم وتعريفهم بأفضل الأساليب لإنجاز الأداء بنجاح .

#### ٤. القدوة الحسنة :

ومما يعين على اكتساب المهارة أن يشاهد المتعلمون من يتقنون المهارات من زملائهم أو من مدرسيهم أو بطريق التسجيلات والمخابر اللغوية لأن للقدوة الحسنة أثراً كبيراً في المحاكاة والتقليد وامتصاص الصحة والسلامة .

#### ٥. التشجيع والتعزيز :

فالتشجيع والنجاح يؤديان إلى تعزيز التعلم وإلى تقدم ملموس في اكتساب المهارة ، وإذا تكرر الأداء وأضحى مهارة تمكن المتعلم أن يقوم بها بكل سهولة ويسر وعفوية ، وهنا تتحول المهارة إلى عادة ، ولكي يكتسب المتعلم المهارات اللغوية لا بد

للمدرس أن يعزز أداءه اللغوي ويشعره بالنجاح لأن النجاح يؤدي إلى النجاح  
(السيد ، ٢٠٠٣) .

٦. الوضع الصحي والحسي للطفل .

٧. الذكاء وارتباطه بالمحصول اللفظي عند الأطفال .

(Myers & Botting . 2008)

٨. الوسط الاجتماعي والحالة الاقتصادية .

٩. البيئة اللغوية والقراءة والكتابة في المنزل (أمير ، ٢٠٠٧) .

### مراحل تطور النمو اللغوي Stages of Language Development :

تتطور لغة الأطفال بشكل سريع خلال السنوات الأولى من أعمارهم ، حيث يتقن الأطفال الكثير من المهارات اللغوية مع بلوغهم عمر (٥-٦) سنوات ، والتطور اللغوي عند الطفل ينطوي على مهارتي الاستقبال (الفهم) ، والتعبير (الإنتاج) ، علماً بأن مهارة الاستقبال تنضج قبل مهارة التعبير ، وتتسم سرعة التطور اللغوي عند الأطفال بالتباين الشديد من طفل إلى آخر ، فكثيراً ما يصل بعض الأطفال إلى عمر الثلاث سنوات ولا يزالون لا يتقنون سوى بضعة كلمات محدودة ، بينما تجد أن ابن

الستين أو أقل بقليل يتحدثون بجمل واضحة ومفهومة إلى حد جيد . ويمكن تفسير هذا التباين من خلال العوامل المؤثرة في التطور اللغوي ، وبالتحديد العوامل البيئية ، والعوامل الذاتية الخاصة بالطفل ، كالذكاء وسلامة أجهزة النطق ..... وغيره (العتوم ، ٢٠١٤) .



ويمكن تقسيم مراحل تطور اللغة

عند الطفل إلى مرحلتين هما : مرحلة ما قبل اللغة ، والمرحلة اللغوية ، وذلك على النحو التالي :

١. مرحلة ما قبل اللغة **Pre-linguistics Stage** : وتشمل السنة الأولى من العمر ، ويمكن تقسيمها إلى ثلاثة أشكال :

أ. البكاء والصراخ (**Crying**) : يمارس الطفل منذ ولادته إصدار الصراخ والبكاء ، حيث تعد الوسيلة الاتصالية الوحيدة غير المتعلمة التي يستطيع الرضيع ممارستها ، ثم ما يلبث الصراخ أن يصبح وسيلة للرضيع لكي يعبر عن عدم ارتياحه أو سوء تكيفه فيصبح هناك صراخ للجوع وآخر للألم . . وهكذا .

ب. السجع (**Cooing**) : ويمارس الأطفال هذه المهارة في عمر (٣-٥) أشهر ، حيث يعد السجع نطقاً لمقاطع صوتية (الفونيمات) لا تصل إلى مستوى الكلمة ، وهي ليست ذات معنى ، مثل : (دو ، مو ، كا ، وو...) . وهذه المقاطع الصوتية تؤدي وظائف اتصالية ترتبط بحالة الرضا والحالات الوجدانية للطفل .

ج. المناغاة (**Babbling**) : ويمارس الرضيع هذه المهارة في فترة (٦-١٢) شهراً ، وهي أصوات أكثر تعقيداً من السجع ، ولكنها لا تشكل كلمات ذات معنى ، بل هي أقرب إلى تركيب مقطعين صوتيين معاً مثل : (إغغ ، مومو ، دودو ، كوكو...) . لذلك يلاحظ على الصمّ إصدار أصوات مشابهة لها .

والسجع والمناغاة هي سلوكيات عالمية غير متعلمة ، لا علاقة لها بنوع الثقافة أو بنوع اللغة ، ولكن عادة ما يفهمها الناس بطرق مختلفة فيعملون على تعزيزها والاهتمام بها وإظهار علامات السرور والاستحسان لها ، مما يساعد على تحريفها لتصبح كلمات ذات معنى مع نهاية السنة الأولى وبداية السنة الثانية .

٢. المرحلة اللغوية **Linguistics Stage** : وتبدأ هذه المرحلة مع دخول الطفل سنته الثانية ، حيث يبدأ الطفل باستبدال مقاطع السجع والمناغاة بكلمات لها معان واضحة . ويمكن أن تشمل تعلم المهارات اللغوية التالية :

أ. مرحلة الكلمة **Word Stage** : يتعلم الطفل كلماته الأولى في مرحلة (٨-١٨) شهراً من خلال تجميع صوتين أحدهما ساكن والآخر متحرك . وعادة ما ترتبط هذه الكلمات مع حاجات

الطفل الأساسية كحاجات الطعام والشراب ومناداة الأم والأب والإخوان وغيرهم من الناس المقربين إلى الطفل مثل : (ماما ، بابا ، تيتا ، عمو ، حليب ، عصير...). وقد أظهرت الدراسات أن كمية الكلام غير الواضح تبدأ بالانحسار تدريجياً مع بداية الشهر التاسع من العمر ، وبغض النظر عن اللغة القومية للطفل ، فإن الكلمات الأولى تتألف من المقاطع : (ت ، ب ، ن ، م) والتي تصدر عن مقدمة اللسان ، وكذلك أحرف العلة (ا ، ي ، و) التي تصدر عن مؤخرة اللسان .

وهذا الأمر قد يكون هو السبب وراء تشابه الكلمات : بابا ، ماما في كل اللغات . ولهذا السبب يلفظ الأطفال الإنجليز كلمة tut قبل كلمة Cut ، والأطفال السويديون يلفظون كلمة tata قبل كلمة kata ، والأطفال العرب يلفظون كلمة ماما قبل كلمة جدتي ، وهكذا . ومن الشيق جداً أن نعلم بأن الحروف الصامتة التي تصدر عن مؤخرة اللسان ووسطه مثل : (ع ، ق ، ك ، ج .) التي لا يحسن الطفل المبتدئ النطق بها في الأحوال العادية ، إلا أنه يحسن النطق بها أثناء اللعب فقط . ويقدر عدد الكلمات التي يمكن للطفل استخدامها في مراحل الأولى في :

١. نهاية ١٨ شهراً : حوالي (٥٠) كلمة .
٢. نهاية السنة الثانية : حوالي (٢٥٠) كلمة .
٣. نهاية الثالثة حوالي (٤٥٠) كلمة .

#### ب. مرحلة الكلمة- الجملة Holophrase Stage :

يستخدم الأطفال في هذه المرحلة (من ١٨ - ٢٤) شهراً كلمة واحدة لتدل على عدد من الأشياء ، أو الأحداث أو الظواهر المحيطة به . ومن خصائص هذه المرحلة : ارتباط الكلمة بالأفعال والحركات نتيجة العلاقة القوية بينهما ، تجد الطفل يستخدم الكلمة مقترنة بفعل أو حركة حدثت أمامه ، والكلمة تدل على معنى جملة مفيدة ، حيث يستخدم الطفل كلمة "ماما" ليعني بها : "ماما أعطني العصير" أو "ماما ضربي أخى" ، ويستخدم كلمة "بابا" ليعني بها : "بابا انتبه إلى " أو "بابا أين أنت" . . وهكذا ، حيث تكون للكلمة عدة وظائف كالإخبار عن شيء ما ، أو السؤال عن شيء ما ، أو لطلب شيء ما .



ج. مرحلة الجملة Sentence Stage :

يبدأ الطفل مع نهاية السنة الثانية بتطوير الجمل القصيرة والبسيطة التركيب ، حيث يربطون كلمتين أو ثلاث كلمات أساسية لتكون جملة ذات معنى ، ولكن دون مراعاة لقواعد اللغة أو حروف الجر والوصل وظرف الزمان والمكان ، أو كما شبهها البعض بلغة البرقيات ، مثل : (طارت طائرة ، راح كلب ، بابا راحت) ويتميز نمو الجملة بالبطء الشديد في بداية المرحلة ، ثم ما يلبث أن يزداد بسرعة عالية ، ومع بساطة الجمل في هذه المرحلة إلا أنها إبداعية ، ويستطيع الطفل تركيب جمل جديدة ليصف عملاً أو ظاهرة ما . (العتوم والعلاونة ٢٠١٥ ، عدس وتوق ، ٢٠٠٩)

المهارات اللغوية	المرحلة العمرية
المنأغة ، القرقرة ، التبسم استجابة لاستشارة الآخرين ، الجفان ، والالتفات عند سماعه لصوت عالي .	شهر - شهرين
البأبة (تكرار مقطع بابا) أو المأمة (تكرار مقطع ماما) ، القرقرة والضحك والرغبة في جلب الانتباه ، يتبه ويتجه نحو الشخص المتحدث .	٣-٦ شهور
يضاعف المقاطع التي ينتجها (بابا ، ماما) ، ويقلد الأصوات الساكنة ، والتصريف وينظر إلى المجسمات والصور عند تسميتها	٦-٩ شهور
تزداد عنده مضاعفة الأصوات ويقلد الأصوات المتتابعة (مثل كلام البيغاء) وتظهر الإيماءات التواصلية قبل اللفظية في هذه المرحلة مثل التأشير باليد (كقول كلمة باي) ، يهز الرأس عند الرفض ، اللعب الثنائية مثل peek A-boo حيث تقوم الأم بوضع يدها على وجهها ثم تنادي الطفل وتنتظر الاستجابة وتقابلها بالعربية (بع عينه) . يحاول الطفل رفع يديه تمهيدا للحمل ، يصل للأشياء ، يفهم ويستجيب عند مناداة اسمه ، يفهم معنى كلمة لا .	٩-١١ شهور

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

<p>تظهر أول كلمة خفيفة للطفل في الفترة من (١٠-١٨) شهرا ، يمتلك الطفل من (٣-٢٠) كلمة ، الكلمات قد تكون غير واضحة ، عادة يستخدم الأسماء ، الكلمات التي تتكرر في البداية هي (بابا ، ماما ، أكل ، سيارة ، باي باي ، لا) ، وفي هذه المرحلة يستخدم الطفل لغة خاصة به تدعى اللغة غير المفهومة ، تجميع المقاطع لإنتاج جمل بلغة أطف ، تتوقف البأأة والمأأة والتقليد ، ويصبح اتصاله عن طريق الإيماءات والإشارة أفضل وأوضح من ذي قبل ، يستجيب للطلب ، والاحتجاج ، والتعليق ، والتحية ، والنداء ، والظهور ويتبع التعليمات البسيطة ، يؤشر إلى جسمين ويعرف ويميز جزئين من أجزاء الجسم .</p>	<p>١٢-١٨ شهر</p>
<p>عادة ما تكون جملة الطفل مكونة من كلمتين إلى ثلاث كلمات ، يكتسب الطفل ما يقارب عشرين كلمة ، ومن الأمثلة على هذه الجمل (كمان حليب) ، يستطيع تسمية خمس صور في الشهر الرابع والعشرين ، يقول اسمه صحيحا ، يكون أسئلة حيث يتطور عنده مفهوم النغمة ، يستخدم الرفض والملكية ومبادلة الأدوار ، يصل محصوله اللغوي إلى (٢٠٠) كلمة تقريبا ، يجب الاستماع إلى القصص .</p>	<p>١٨-٢٤ شهرا</p>
<p>يستخدم جمل من ثلاث كلمات مثل (انظر سيارة بابا) ، يستخدم الضمائر ، يستخدم الأفعال والأسماء ، يستخدم أل التعريف ، يستخدم حروف الجر (في- على) . وفي عمر سنتين ونصف يستخدم تقريبا (٤٠٠) كلمة تقريبا . يبدأ في استخدام اللغة الوظيفية ، يستطيع الإجابة على تساؤلات ماذا ؟ ، يستمع إلى قصص مدتها (١-٥) دقائق ويتابع أمرين مرتبطين .</p>	<p>من سنتين إلى سنتين ونصف</p>
<p>يسأل أسئلة أساسية ، يستخدم الضمائر (أنا - الياء المتصلة - لي - هو - هي) ، يبدأ باستخدام ضمائر الملكية ، الإجابة على</p>	<p>من سنتين ونصف إلى ثلاث سنوات</p>

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

<p>تساؤلات (من - لماذا - أين) في عمر ثلاث سنوات . التأشير لعشرة مجسمات عند سؤاله أرنى الشيء الذي نأكل به ؟ يدرك الفرق في الكلمة (كثير - قليل) ، يستخدم ثلاث حروف جر (من - على - تحت) ويستخدم الطفل في هذه الفترة تقريباً (٥٠٠) كلمة .</p>	
<p>التطور الملحوظ في المحادثة ، وجود بعض الأخطاء القواعدية ، يستخدم جملاً مكونة من (٤-٧) كلمات ، يسأل كيف ، متى ؟ لماذا ؟ ، يستخدم " لأن " ، من الممكن أن يسرد قصة قصيرة بأحداثها ولكن ينقصها المغزى ومعرفة الشخصيات ، يتبع التعليمات التي تحوي ثلاث طلبات ، يستطيع أن يكمل حواراً لغوياً بسيطاً .</p>	<p>من ثلاث سنوات إلى أربعة سنوات</p>
<p>معدل طول جمل الطفل من (٥ - ٨) كلمات ، يسأل عن معاني الكلمات ، يحكي قصة طويلة نسبياً ، يستخدم الأفعال المستقبلية مثل " سوف " ، نحوياً يمكن اعتباره يتحدث مثل أفراد الأسرة مستخدماً اللغة التمثيلية .</p>	<p>٤-٥ سنوات</p>

### استخدامات اللغة Language Uses :

تستخدم اللغة لتحقيق هدف ولكنه قد لا يتحقق ، ولهذا يجب أن تستخدم اللغة في الوقت المناسب ، والمكان المناسب ، والأوضاع المناسبة ، وحسب الموقف والمكان والمشاركين . أما فيما يخص الجانب العملي للغة فإنه يشير إلى الأنظمة الاجتماعية اللغوية (Social linguistic) التي تحكم استخدام اللغة بهدف التواصل مع الآخرين . ولكي تتحقق الأهداف اللغوية يجب معرفة وظائف اللغة والتي تشمل ما يلي :

- أ. طلب شيء من شخص .
- ب. جذب انتباه شخص .
- ج. الموافقة على شيء .

د. الاحتجاج على شيء .

هـ. رفض شيء .

و. التعليق .

ز. إعطاء معلومات لشخص آخر .

ح. البحث عن معلومات من شخص آخر .

ط. التعبير عن المشاعر .

ي. السيطرة على الغير .

ك. التأثير على تفكير الغير .

ل. المشاركة في روتينيات اجتماعية .

م. التحدث مع شخص آخر .

وتضيف الشامي (٢٠٠٤) إننا نستخدم اللغة لنقيم التزاماتنا مع غيرنا ، ولقضاء أوقات ممتعة معهم ولنقيم صداقات وننشئ علاقات وغير ذلك .

ويذكر مخيمر (٢٠٠٠) أن اللغة بمستوياتها المختلفة تحقق عدة وظائف ، فهي وسيلة الاتصال الاجتماعي والعقلي ووسيلة للتنشئة الاجتماعية والتوافق الانفعالي ومظهر للنمو الحسي والعقلي والحركي (مخيمر ، ٢٠٠٠) .

#### اضطرابات اللغة Language Disorders :

اللغة : هي نظام رمزي يستخدم في التواصل ويشمل المعاني والأصوات والكلمات والإيماءات والرموز الأخرى ، وقد تكون منطوقة ، أو إشارية أو إيمائية (الخطيب والحديدي ، ٢٠١١) .

تعرف الرابطة الأمريكية للكلام واللغة والسمع اضطرابات اللغة بأنها خلل أو اضطراب شامل في استخدام الرموز المحكية والمكتوبة للغة . والاضطراب يمكن أن يشمل أحد جوانب اللغة التالية أو جميعها وهي :

أ. شكل اللغة : وتشمل النظام الصوتي ، والنظام الصرفي ، والنظام النحوي أي القواعد .

ب. محتوى اللغة : وتشمل النظام الدلالي أي دلالة الألفاظ أو المعنى .

ج. وظيفة اللغة في التواصل الاجتماعي (البراجماتي) .

(Hallahan & Kauffman, 2007)

يعتمد نمو اللغة على نمو الدماغ والأداء الوظيفي له ، ومن ثم فإن اضطرابات اللغة تنشأ أحيانا نتيجة وجود خلل في الأداء الوظيفي للمخ والأساليب التي يمكن أن يتبعها الطفل لتعويض هذا الخلل ، الأمر الذي قد يساعده على التعلم في بعض الأحيان ، ولكن من الواضح أن التركيز يكون على النضج البيولوجي للدماغ .

يتأثر تعلم اللغة بالسلوك اللغوي ، ويمكن أن ينتج الاضطراب اللغوي عن التعلم غير الملائم . ويمكن تحليل اللغة إلى مدخلات ومخرجات وفقاً لارتباطها بأسلوب معالجة المعلومات ، لأن معالجة المعلومات الخاطئة يؤدي إلى حدوث اضطرابات لغوية .

يحتاج الأفراد إلى اللغة من أجل حاجتهم إلى التواصل ، حيث نجد أن التفاعلات الاجتماعية لها الدور الأكبر في تنمية اللغة عند الأفراد ، فاضطرابات اللغة تعد نموذجا من القصور الفردي على الارتباط الفعال مع البيئة المحيطة ، وهذا يعني أن الأبوين يجب عليهم أن يهيئوا البيئة الطبيعية لتعليم أطفالهم اللغة ، وليقوموا أيضاً بتدعيم وتركيز التفاعلات الاجتماعية عند الأطفال (محمد ، ٢٠٠٨) .

#### تصنيف اضطرابات اللغة Classification of language disorders :

تبنت الجمعية الأمريكية للتخاطب واللغة والسمع ASHA تصنيفاً يتضمن (٥)

أنساق للغة وهي :

- ١ . الأصوات الكلامية Phonology .
  - ٢ . بناء الجمل وتركيب الكلمات Syntax .
  - ٣ . البنية والشكل Morphology .
  - ٤ . دلالات الألفاظ ومعانيها Semantics .
  - ٥ . الواقعية اللغوية Pragmatics (Smith, 2007) .
- لقد حدد Owens وآخرون (٢٠٠٧) سبع فئات تشخيصية للاضطرابات اللغوية

التي تؤدي إلى حدوث صعوبات في ستة جوانب وهي :

- ١ . الإدراك
- ٢ . الانتباه .
- ٣ . الرموز واستخدامها .

٤. القدرة العقلية العامة .
٥. استخدام القواعد اللغوية .
٦. التفاعل الاجتماعي الذي يرتبط بالتواصل (Owens & et al , 2007) .

**أهم مظاهر اضطرابات اللغة : Aspects of Language Disorders**

١. تأخر اللغة (Language Delay) : وهو عدم ظهور الكلام في السنة الأولى من عمر الطفل ، مما يؤدي إلى وجود مصاعب في التواصل الاجتماعي مع الآخرين ، وتأثر المخزون اللغوي لدى الطفل في مجال القراءة والكتابة فيما بعد .
٢. صعوبة التذكر والتعبير (Dysnomia & Apraxia) : وهو وجود صعوبة في تذكر الكلمة المناسبة في الوقت المناسب ، ومن ثم التعبير عنها .
٣. صعوبة تركيب الجملة (Language Defect) : في هذه الحالة يصعب تركيب كلمات الجمل من حيث قواعد ومعاني اللغة من أجل إعطاء المعنى الصحيح للغة .
٤. فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها (Aphasia) : وهو اضطراب يؤدي إلى فقدان الشخص قدرته على استعمال ، وفهم الكلمات المحكية ، وهو نتيجة وجود خلل في الجزء الأيسر من الدماغ (المعايطة والقمش ، ٢٠١٤) .
٥. عدم المقدرة على اتباع التوجيهات الشفوية .
٦. عدم المقدرة على موافقة الأحرف مع الأصوات .
٧. نقص المفردات اللغوية .
٨. عدم فهم الرسائل غير اللغوية .
٩. عدم المقدرة على التعبير عن حاجاته .
١٠. يواجه صعوبة في إيصال رسالة أو محادثة الآخرين (Smith, 2007) .

**أسباب تأخر نمو اللغة :**

١. الحرمان الحسي : نلاحظ أن بعض الأطفال يعانون من التهابات في الأذن الوسطى ، مما يؤدي إلى ضعف السمع أو يؤدي لضعف التمييز السمعي .
٢. الإصابات الدماغية : إصابة مراكز اللغة والكلام عند الطفل يؤدي لضعف اللغة كما أن الأطفال الذين تعرضوا لنقص الأوكسجين أو لديهم نشاط زائد له تأثير على مراكز الدماغ .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٣. القدرة العقلية : يتفاوت تأثير الإعاقة العقلية في اللغة ، حيث أن الإعاقة العقلية البسيطة غير إعاقة عقلية المتوسطة أو الشديدة ، أي تدني القدرات العقلية يسهم في تأخر نمو اللغة .
٤. الاضطرابات النفسية : شعور الطفل بالدونية ، والإهمال ، وعدم الثقة بنفسه ، وانعدام الحافز بسبب نفور أو انشغال الأهل ، أو التدليل والحماية الزائدة ، يؤدي إلى اضطراب الحالة النفسية ، مما يؤدي إلى تأثر اللغة بسبب وجود الابن في حيز الأسرة فقط دون انفتاح .
٥. الحرمان البيئي : عدم وعي الأسرة بحالة الابن وعدم وفرة الإمكانيات الموجودة بالمنزل ، تؤدي لاضطراب اللغة ، وتفاوت البيئة وتغييرها أكثر من مرة يؤدي إلى التشتت .
٦. إعاقات مصاحبة : بعض الأطفال الذين بهم إعاقة بدنية ، يؤدي لضعف اللغة ، والمصحوبين بسمات توحد .
٧. تأخر لغوي غير محدد : يوجد بعض الحالات لديها تأخر في نمو اللغة غير محددة الأسباب التي أدت إلى تأخر القدرة اللغوية وتطورها (الغريز ، ٢٠٠٩) .

### الشروط الواجب توفرها لكي يتكلم الطفل :

هناك شروط أساسية يجب أن تتوفر لكي يستطيع الطفل أن يتكلم ، وهي :

١. الاستطاعة (أن يستطيع أن يتكلم) من خلال :
  - أ- مقدرة على التمييز السمعي .
  - ب- مقدرة ذهنية مناسبة .
  - ج- مقدرة فسيولوجية (أعضاء الكلام سليمة : لسان- فكين- أسنان - تنفس- الحنجرة- الحجاب الحاجز) .
٢. (المعرفة) أن يعرف أن يتكلم) : يتوقف هذا على التجارب التي تعرض لها (روائح - مذاق - أصوات - لمس - مشيرات بصرية) ومدى نجاح الأم

أو المعلم في ترجمة هذه التجارب إلى كلمات بسيطة تكون مفهومة للطفل ومتفقة مع الموقف .

٣. (الإرادة) أن يريد أن يتكلم) : يُترك للطفل مجال للتعبير عن احتياجاته من خلال عدم تسريع بتلييتها قبل أن ينطق بها حتى لا يفقد الحافز على الكلام .  
تهيئة جو غير متوتر للطفل حتى يتأكد أن البالغ سيستمع إليه دون تهديد بأسئلة أو طلبات أو بذنب مرتبط بالكلام .

### تقييم التأخر اللغوي :

يعد التدخل المبكر للتعامل مع أي طفل أمر بالغ الأهمية لتحقيق الحاجات الجسدية ، والتطور التواصلي ، واللغوي ، والتطور الاجتماعي ، والعاطفي . ويكون التدخل من عمر (يوم - ٥) سنة تدخلاً مبكراً يهدف إلى الوقاية وتخفيف الآثار المتوقعة ، وذلك استعداداً للمستقبل ، ويتم التركيز خلال هذه الفترة على الإرشاد الأسري ، أو التعامل المباشر مع الطفل ، ويسبق التدخل تقييم للحالة بناءً على مؤشرات ودلالات تحيل الطفل للتقييم .

### مؤشرات للدلالة على تأخر نمو اللفظة :

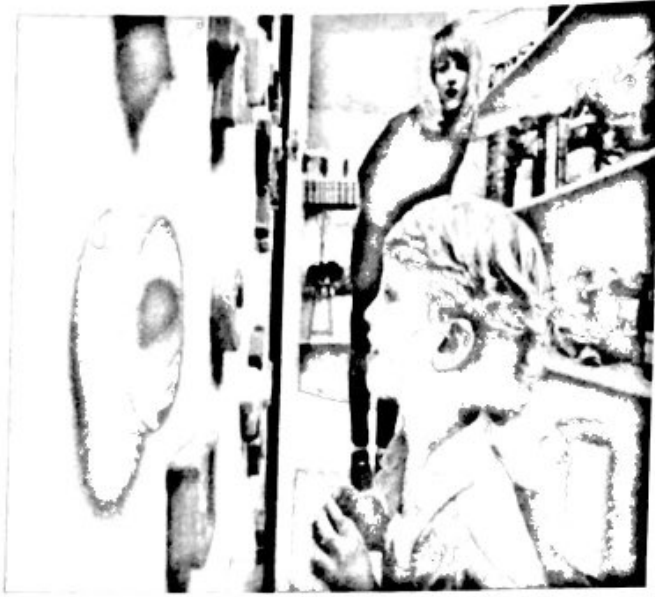
١. عدم الاهتمام بالأصوات في عمر ٤ أشهر .
٢. عدم وجود أصوات أو نغمة في عمر ٨ شهور .
٣. عدم وجود كلمات منطوقة في عمر الستين .
٤. وجود كلمات قليلة محددة في عمر الستين .
٥. عدم النطق بجمل مفيدة في عمر الثلاث سنوات .
٦. عدم القدرة على إجراء حوار في عمر خمس سنوات .

### مؤشرات عضوية ووظيفية تدل على تأخر نمو اللفظة :

١. ضعف السمع .
٢. تكرار التهاب الأذن الوسطى .
٣. ارتخاء العضلات .
٤. القصور الذهني بدرجاته المختلفة .
٥. صغر حجم الفم وكبر حجم اللسان .



التقييم النطقي واللغوي - من عمر (يوم - ٢ سنة) ويشمل التقييم النطقي واللغوي والتدخل المبكر خلال السنتين الأولين على ما يلي :



١. قياس السمع .
٢. تقييم مهارات الأكل والشرب والرضاعة ومشاكلها .
٣. وسائل التواصل المساعدة - لأن التواصل لا يشمل اللغة والنطق فقط ولكن أيضاً جميع وسائل التواصل من تعابير الوجه والابتسام والحركات والإشارة ، والهدف من الاتصال كما هو معروف هو أن يفهم الناس بعضهم بعضاً وأن يتم ذلك بتعالي .

٤. تنمية جميع المهارات الحسية واللمسية والتغذية الراجعة الحسية . برامج التدريب من عمر (يوم - ٢) سنة تعتمد برامج التدريب من عمر (يوم - ٢ سنة) في الغالب على المنزل حيث يقوم الاختصاصيين بعمل جلسات تدريبية للأهل ، ويشمل التدريب غالباً الاستثارة الحسية حيث يكون لدى معظم الأطفال مشاكل باللمس ويعرف ذلك بحساسية اللمس (Tactile Defensiveness) وباستخدام التدريبات الحركية الشفوية (Oral - Motor Exercises) تصبح حساسية الفم والشفيتين واللسان أفضل ، مما يمكن هؤلاء الأطفال من التحسن التدريجي ، ويمكن عند ذلك أن تتحسن قدرتهم على المناغاة وإصدار الأصوات .

ورغم الصعوبات إلا أن الأطفال يعتمدون على الكلام كوسيلة تواصل أساسية ، بينما قد يحتاج بعضهم إلى وسائل تواصل انتقالية (لغة الإشارة - لوحات التواصل - أنظمة اتصال بالكمبيوتر - لوحات إلكترونية أو كهربائية) إلى حين توفر القدرة على الاعتماد على الكلام .

يذكر الخطيب والحديدي (٢٠٠٤) أن المهارات اللغوية تصنف إلى جزئين مستقلين : هما اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية (الكلام) . وتتكون المهارات في الجزء المتعلق باللغة الاستقبالية من نشاطات يستقبل من خلالها الطفل مثيرات سمعية ، ويتوقع أن يستجيب لها . وهذه المهارات والنشاطات تتراوح من حيث صعوبتها من مجرد الاستجابة للصوت العالي إلى اتباع التعليمات اللفظية إلى الذهاب للمطبخ لإحضار شيء معين (بيضة مثلاً) . وبما أن مهارات اللغة الاستقبالية تتطلب من الطفل أن يكون قادر على السمع ، فهي ليست ملائمة لبعض الأطفال .

أن لتطور القدرات اللغوية الاستقبالية دوراً حاسماً في تعلم الطفل ، فإذا كان الطفل قادراً على الانتباه للتعليمات اللفظية واستيعابها فإن تعلمه في جميع مجالات النمو يصبح ممكناً وسهلاً . ويجب أن يكون اكتساب المهارات اللغوية الاستقبالية جزءاً من المنهاج بالنسبة لجميع الأطفال الصغار في السن .

أما سلسلة المهارات المتعلقة بالكلام فيمكن البدء بها مع الأطفال الرضع ومن ثم متابعتها في مرحلة المدرسة . فالأطفال يناغون ويصدرون أصواتاً بعد أن يبلغوا من العمر شهراً واحداً ، والتطور اللاحق في الكلام يعتمد جزئياً على نتائج محاولاتهم الأولى لإصدار الأصوات . فالأطفال الذين يكافئون على إصدار الأصوات ويشجعون على الاستمرار بذلك تتطور لديهم القدرات الكلامية بشكل أسرع .

أن عملية إصدار الأصوات الطفولية عديمة المعنى إلى كلمات هي عملية تقليد ومحاكاة يقوم فيها الراشد بإصدار صوت أو قول كلمة ويحاول الطفل تقليده ، وتتطور القدرة على الكلام إذا كان لدى الرضيع رغبة وقدرة على التقليد ، لذا هناك حاجة غالباً لتعليم الأطفال المعوقين مهارات التقليد ، فلا بد من تطوير القدرة على التقليد بموازاة منهاج الكلام .

أن الهدف طويل المدى المتوخى من سلسلة المهارات اللغوية أن يصبح الطفل قادراً على المشاركة بفعالية في عملية تواصل ذات اتجاهين ، بمعنى أن يفهم الطفل ما يقال له ويستطيع أن يعبر عن نفسه بحيث يفهمه الآخرون ، وإذا كان لدى الطفل ضعف جسمي يعيق قدرته على التحدث بطريقة مفهومة ، يجب أن يشارك معالج الكلام في

التدريب. ويستطيع المعلمين والآباء أن يحسنوا نوعية كلام الطفل وذلك من خلال الطلب من الطفل أن يخرج الأصوات بشكل أدق .

في بعض الأحيان إذا استطاع المعلم أو الوالدان فهم ما يقوله الطفل حتى لو كان كلامه ضعيفاً أو غير واضح ، فالمعلم أو الوالدان يستجيبان للطفل دون أن يحاولا تحسين نوعية كلام الطفل . عندئذ يعرف الطفل أن الآخرين يفهمون ويفترض أن كلامه مناسباً ، من هنا إذا تم الاهتمام بكلام الطفل بطريقة واضحة وصحيحة ، سيصبح الطفل أكثر اهتماماً بنوعية الكلام ، مع توخي الحذر بحيث لا يشعر الطفل بالإحباط ، كذلك يستطيع المعلمون والآباء تشجيع الكلام المناسب بالإصرار على الطفل أن يستخدم الكلام ، وليس الإيماءات كوسيلة للتواصل ، فإذا استطاع الطفل الحصول على كل ما يريد مجرد الإشارة إليه أو بالإيماءات المختلفة فلن يكون لدى الطفل دافعية للكلام . وتعكس المهارات اللغوية (الاستقبلية والتعبيرية) التي يتضمنها جزء المنحى النمائي التطوري في اكتساب اللغة ، حيث أن هذا المنحى قابلاً للفهم بيسر من قبل أولياء الأمور (الخطيب والحديدي ، ٢٠٠٤) .

#### استراتيجيات تنمية وتطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال :

##### ١. تعلم ألفاظ جديدة :

الأطفال ذوي العجز اللغوي وخاصة في اللغة المنطوقة قد يستخدمون الكلمات ذاتها مرة تلو الأخرى ، ويمكن توسيع مدارك الطفل وزيادة مستوى استيعابه من خلال تفسير الشيء بطريقة أخرى ، أو استخدام كل مرادفة ، أو ربط الأفكار الجديدة بالأفكار المألوفة .

إن الأطفال الذين يعانون من الضعف اللغوي ، يتعلمون أفضل بالخبرة ، وطرق تعليم الألفاظ التي تركز على البحث عن معاني الكلمات ليست فعالة مع هذه الفئة من الأطفال ، فهم بحاجة إلى أن يشاركوا بنشاط في تعلم المهمة .

يستطيع الأطفال الذين يعانون من ضعف لغوي أن يستخدموا التعلم متعدد الحواس . فقد لا يستطيع الطفل الذي يعاني من ضعف لغوي معالجة المعلومات سمعياً على نحو جيد ، وقد يستفيد من مشاهدة الصور التوضيحية ، أو اللعب بالأشياء ، أو مشاهدة الأفلام ، أو ممارسة النشاطات التعبيرية ، فهذه جميعاً قد تساعد في تعلم

ألفاظ جديدة وتذكرها ، علاوة على ذلك ، فلا بد من إبراز الكلمات ثانية وتعزيزها قبل أن تصبح جزءاً دائماً من الذخيرة اللغوية للطفل .

### ٢. المعاني المتعددة :

أن تعدد معاني الكلمات قد يربك هؤلاء الأطفال ، فهم قد يعرفون



المعاني المألوفة للكلمات ولكنهم يجهلون المعاني الأقل شيوعاً ، وهم قد يعرفون معنى معيناً للكلمة ويستخدمونها في كافة المواقف والظروف حتى لو لم تكن مناسبة ، ومرة أخرى فإن التعليم بالخبرة هو الأسلوب الأكثر فاعلية

لتعريف الأطفال بالمعاني المتعددة للكلمات ولجعلها مألوفة بالنسبة لهم .

يحتاج الأطفال الذين لديهم ضعف لغوي إلى أن تكون الأدوات والمواد اللفظية اللازمة بمتناول أيديهم ، فوضع تلك الأشياء على لوحة الحائط أو على طاولة مصادر خاصة يساعد الطلاب في تذكر الكلمات الجديدة واستخدامها . فالأطفال الضعاف لغوياً يقدمون تعريفات أو تفسيرات غير ناضجة أو بدائية تعتمد على الخصائص أو الوظائف ، وليس على المترادفات أو أسماء الفئات ، ويواجه الأطفال ضعاف اللغة صعوبة في التفكير بالكلمة المناسبة عندما يتحدثون ، ويظهرون صعوبة في إيجاد الكلمة المناسبة .

### ٣. تسهيل عملية الاسترجاع :

قد تساعد التمرينات الهادفة إلى توضيح العلاقة بين كلمات هؤلاء الأطفال في أن يصبحوا ماهرين في استرجاع الكلمات المناسبة ، ويجب تشجيع الأطفال على تنظيم استجاباتهم بطريقة منطقية ، وتلك استراتيجية قد لا يستخدمها الأطفال العاجزون لغوياً . إن مستوى التعبير اللفظي لدى هؤلاء الأطفال قد يكون متدنياً ، فهم يتحدثون

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

حول الموضوع وليس في لب الموضوع ، وكذلك فهم يستخدمون مصطلحات غامضة ، ومن شأن قيام المعلم بتنظيم الظروف وتهيئتها إن أمكن هؤلاء الأطفال التواصل على نحو أكثر فاعلية .

### ٤. وصف الصور:

إن مهارات التواصل المرجعي التي تتطلب تقديم أوصاف واضحة لمهارات مفيدة للأطفال الذين لديهم ضعف لغوي ، إن هؤلاء الأطفال لا يستخدمون المعلومات اللفظية للتوصل إلى استنتاجات ملائمة ، ويستفيد الأطفال الذين لديهم الضعف اللغوي من النماذج التي تبين طرق التخمين ، أو التنبؤ بالتائج ، أو معرفة المعلومات الناقصة ، وكذلك يستفيدون من الخبرات المتضمنة الدفاع عن تعليلهم أو إثبات ذلك التعليل .

### ٥. تحليل المهارات: إن مهارات التحليل يمكن تجزئتها وتحليلها إلى

خطوات أصغر عندما يواجه الطفل المصاعب. ومن الأساليب المقترحة ما يلي :

- أ- إعادة طرح السؤال .
- ب- إعادة صياغة السؤال باستخدام كلمات أبسط .
- ج- تعديل المهارة من أجل إلقاء الضوء على عناصرها المحددة .
- د- المقارنة ذات العلاقة .
- هـ- تقديم معلومات إرشادية والصور .

و- ربط المجهول بالمعلوم .



- إن الأطفال ذوي العجز اللغوي يظهرون مشكلات قواعدية في اللغة المنطوقة أو المكتوبة ، والممارسة الواسعة ضرورية لتصحيح الأخطاء ، وتشمل الأدوات المتوفرة

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

لتحقيق تلك التمرينات لتعديل الأخطاء والنشاطات التي تعرف الأطفال بقواعد لغتهم .

- قد يسيء الأطفال تفسير المواقف الاجتماعية ، وقد يستجيبون لها بطريقة غير ملائمة ، فلما كان النمو الاجتماعي يعتمد على اللغة إلى حد كبير ، فإن الأطفال يكونون في وضع ضعيف في المواقف الاجتماعية ، وهم غالباً ما لا يدركون كمية المعلومات التي يحتاج إليها المستمع ، أو يقفزون إلى منتصف الموضوع دفعة واحدة مما يربك المستمع .
- قد يواجه الأطفال الضعاف لغوياً صعوبة في :

١ . متابعة واستيعاب المحادثات السريعة والانتقال من موضوع إلى آخر ولذلك فهم قد ينسحبون من المحادثة بدلاً من محاولة المشاركة ، ولعلهم لم يتعلموا انتظار الدور ، وقد يحتكرون المحادثة أو يقاطعون الأطفال الآخرين .

٢ . قد تكون لديهم قدرة محدودة على التحدث عن المواضيع التي تحظى باهتمام أقرانهم في غرفة الصف أو قد يسيئون فهم ملاحظات الآخرين بسبب محدودية استيعابهم .

٣ . قد يحتاج الأطفال الضعاف لغوياً إلى تدريب مباشر فيما يتعلق بالتواصل الاجتماعي (الخطيب والحديدي ، ٢٠٠٤) .

### أسباب تأخر النطق عند الأطفال :

معظم الأطفال في عامهم الثاني لديهم القدرة على نطق الكلمات أو الجمل البسيطة ، إلا أن بعضهم يتأخر في النطق وذلك للأسباب التالية :

١ . العوامل الوراثية : مثل نقص في خلايا الدماغ أو المرضية مثل التهاب السحايا والتهابات المخ . وأسباب مرتبطة بإصابات الأم خلال فترة الحمل مثل الإصابة بالحصبة الألمانية في الثلاثة شهور الأولى من الحمل .

٢ . الصمم : عدم قدرة الطفل على سماع الكلام يفقده القدرة على النطق حتى ولو كان ذكاء الطفل طبيعياً .

٣. وجود مصاعب ومشاكل في فم الطفل : تجعل الطفل يفقد القدرة على تحريك لسانه بشكل طبيعي مثل ربط اللسان بقاعدة الفك السفلي للقم مما يمنع حركة اللسان بحرية ، وهناك أيضاً مشاكل في :
- الأسنان : كثيراً ما يحدث تكسير الأسنان اللبنية للأطفال أو سقوطها مما يغير من مخارج الحروف ويؤدي إلى عيوب في النطق .
  - الشفتان : لهم دور في إصدار الكلمات والنطق ، وولادة طفل بالشفة الأرنبية ، أو إصابتها بجحادث ، ما يؤدي لعيوب في النطق والكلام وخاصة بالحروف التي تشترك بها الشفتان .
  - شق أو ثقب في سقف الحلق : يؤدي إلى عدم غلق التجويف الأنفي عند نطق الحروف غير الأنفية .
  - وجود لحمية الأنف : يؤدي إلى غلق التجويف الأنفي وصعوبة في نطق الحروف الأنفية .
٤. تضخم اللوزتين : وهذا يسبب انخفاضاً في مستوى السمع عند الطفل (أبو حلتم ، ٢٠٠٥ ، العزالي ، ٢٠١١) .

#### قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية :

- تعمل المقاييس والتشخيص على جمع المعلومات عن البناء اللغوي لدى الفرد ومحتواه ودلالات الألفاظ ، واستخدام اللغة والنطق ، والكلام ، والطلاقة اللغوية وخصائص الصوت .
- والهدف من التشخيص : هو تحديد طبيعة اضطراب التواصل ومعرفة مدى قابليته للعلاج ، ويتطلب ذلك دراسة حالة الطفل التي يجب أن تحتوي على المظاهر النمائية والتطورية لدى الطفل .
- ويشير الروسان (٢٠١٠) إلى أن عملية قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية تمر بعدة مراحل ومن أهمها :
١. مرحلة التعرف المبدئي على الأطفال ذوي المشاكل اللغوية :
- وفي هذه المرحلة يلاحظ الآباء والأمهات ، والمعلمون والمعلمات ، مظاهر النمو اللغوي ، وخاصة مدى استقبال الطفل للغة ، وزمن ظهورها والتعبير بواسطتها ،

والمظاهر غير العادية للنمو اللغوي مثل التأتأة ، أو السرعة الزائدة في الكلام ، أو قلة المحصول اللغوي ، وفي هذه المرحلة يحول الآباء والأمهات أو المعلمون والمعلمات الطفل الذي يعاني من مشكلات لغوية إلى الأخصائيين في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية .

## ٢. مرحلة الاختبار الطبي الفسيولوجي للأطفال ذوي المشكلات اللغوية :

وفي هذه المرحلة وبعد تحويل الأطفال ذوي المشكلات اللغوية ، أو الذين يشك بأنهم يعانون من اضطرابات لغوية ، إلى الأطباء ذوي الاختصاص في موضوعات الأنف والأذن والحنجرة ، وذلك من أجل الفحص الطبي الفسيولوجي ، وذلك لمعرفة مدى سلامة الأجزاء الجسمية ذات العلاقة بالنطق ، واللغة ، كالأذن ، والأنف ، والحبال الصوتية ، واللسان ، والحنجرة .

## ٣. مرحلة اختبار القدرات الأخرى ذات العلاقة للأطفال ذوي المشكلات اللغوية :

وفي هذه المرحلة وبعد التأكد من خلو الأطفال ذوي المشكلات اللغوية من الاضطرابات العضوية يتم تحويل هؤلاء الأطفال إلى ذوي الاختصاص في الإعاقة العقلية ، والسمعية ، والشلل الدماغي ، وصعوبات التعلم ، وذلك للتأكد من سلامة أو إصابة الطفل بإحدى الإعاقات السابقة ، وذلك بسبب العلاقة المتبادلة بين الاضطرابات اللغوية وإحدى تلك الإعاقات ، وفي هذه الحالة يذكر كل اختصاصي في تقريره مظاهر الاضطرابات اللغوية للطفل ونوع الإعاقة التي يعاني منها ، ويستخدم ذوي الاختصاص في هذه الحالات الاختبارات المناسبة في تشخيص كل من الإعاقة العقلية أو السمعية أو الشلل الدماغي ، أو صعوبات التعلم .

## ٤. مرحلة تشخيص مظاهر الاضطرابات اللغوية للأطفال ذوي المشكلات اللغوية :

وفي هذه المرحلة وعلى ضوء نتائج المرحلة السابقة ، يحدد الأخصائي في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية مظاهر الاضطرابات اللغوية التي يعاني منها الطفل ، ومن الاختبارات المعروفة في هذا المجال وهي :



- اختبار إينوي للقدرات السيكولوجية : والذي يتكون من اثني عشر اختباراً فرعياً ، ويصلح هذا الاختبار للفئات العمرية من سن الثانية وحتى سن العاشرة .

- اختبار مايكل بست لصعوبات التعلم : يتكون هذا الاختبار من (٢٤) فقرة موزعة على خمسة أبعاد ، وقد تم تطوير هذا المقياس على عينة أردنية .

- مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً : ويتألف هذا المقياس من :

(٨١) فقرة موزعة على خمسة أبعاد هي :

(١) الاستعداد اللغوي المبكر .

(٢) التقليد اللغوي المبكر .

(٣) المفاهيم اللغوية الأولية .

(٤) اللغة الاستقبالية .

(٥) اللغة التعبيرية (الروسان ، ٢٠١٠) .

#### اللفة عند الأطفال ذوي طيف التوحد :

تعتبر اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية من أهم المظاهر الأساسية للتوحد ، من المتوقع أن يكون هناك تشابه بين التوحد والاضطرابات اللغوية ، وبسبب هذا التشابه فإنه يتم الخلط أحياناً بين التوحد وهذه الاضطرابات اضطرابات اللغة الاستقبالية وجد أنها تتشابه مع اضطرابات اللغة التي يظهرها الأطفال التوحدين ، ونتائج الدراسات في هذا المجال أشارت إلى وجود تشابه بين التوحد واضطرابات اللغة الاستقبالية إلا إنه يمكن التمييز بين الاضطرابين .

يحاول الأطفال من ذوي الاضطرابات اللغوية الاستقبالية التواصل بالإيماءات ، وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام ، بينما الأطفال التوحدين فإنهم لا يظهرون أية تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية مصاحبة ، قد تظهر المجموعتان إعادة الكلام ولكن الأطفال التوحدين يظهرون إعادة كلام وخاصة إعادة الكلام المتأخر أكثر ، ويفشل الأطفال التوحدين في استخدام اللغة كوسيلة اتصال

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

ولكن الأطفال في اضطرابات اللغة يتعلمون فهم مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية ويحاولون التواصل مع الآخرين ، وبناءً عليه فإن القدرة أو القابلية على التعلم والتعامل مع الرموز تعتبر الفارق الرئيس في المجموعتين .

- أغلب الأطفال التوحديين لا يتعلمون اللغة بالمعدل الطبيعي ، ولا يستخدمون ما يتعلمونه في التواصل مع الآخرين ، ويتعلمون الكلمات بمعدل بطيء جداً .

- الطفل التوحدي الذي يبلغ من العمر خمس سنوات ينتج حوالي ٢٥ كلمة فقط وهذه الحصيلة أقل من حصيلة الطفل الطبيعي الذي لا يزيد عمره عن سنتين . ويتعلم الطفل التوحدي الكلمات التي تشير إلى الأشياء والمفاهيم والناس أو العلاقات البشرية ، ويفضل الأسماء على الأفعال .

- السمات الملحوظة في لغة الطفل التوحدي أنه يتعلم الكلمات الصعبة بطريقة أسهل من الكلمات السهلة ، فعلى سبيل المثال يستخدم كلمة (مثلث) ولا يستخدم كلمة (بابا) .

- إن الطفل التوحدي يتعلم الكلمات التي تعبر عن العاطفة ببطء شديد ، وعندما يبدأ علاقة مع أحد فإنه لا يستخدم كلمة الحب أو الكراهية أو يطلب أي شيء ، ونادراً ما يستخدم كلمة الخير والشر فإنها تكون بعيدة كل البعد عن العاطفة .

- يستخدم الطفل التوحدي الكلمات المكتسبة بشكل مقيد ، نجده على سبيل المثال يستخدم كلمة (باب) للإشارة إلى باب حجرته فقط ، أما باقي أبواب المنزل فلا تعد بالنسبة له ، وبالتالي فإن الأوصاف التي يقدمها تكون مقصورة على موقفه أو محيطه فقط ، بمعنى آخر لا يعمم ما يتعلم على كل المواقف المشابهة .

- إحدى المشاكل اللغوية التي تواجه الطفل التوحدي هي ما يسمى بالمصاداة أو التردد وهو الكلام ليس له معنى ، ويعتقد الخبراء أنه إذا كانت بعض استجابات المصاداة مجرد تقليد فإن بعضها هي محاولة من الطفل للتواصل ، ويحدث هذا عندما يشتمل الصوت المرود على كلمات تعتبر إجابة فعلية للطفل ، فعندما تقول له الأم ماذا تفعل فإنه يرد عليها ماذا تفعل سامح .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- يعتبر قلب الضمائر لدى الطفل التوحدي من السمات التي تلاحظ في لغة التواصل نرى أنه يشير إلى نفسه بضمير (أنت) ويشير إلى الآخرين بضمير (أنا) ، كما يلاحظ عليه عدم قدرته على استخدام الضمائر بشكل صحيح حتى عمر السادسة . ويشير الباحثين إلى أن أسباب هذا تعود إلى المصاداة المتكررة وأن انخفاض المصاداة يجعله يستخدم الضمائر بالشكل الصحيح .
- يتحدث الطفل التوحدي بشكل عام بجمل قصيرة وبسيطة ويميل إلى حذف العديد من السمات النحوية مثل حروف الجر ، وأدوات الربط ، ويكون من الصعب عليه تعلم الأفعال المساعدة المستمرة ، كما أنه من الصعب عليه معرفة التصريفات المورفولوجية مثل الجمع .
- ونظرًا لأن الطفل التوحدي يتعلم العبارات ككل فإن الحدود الخاصة بالكلمات غير مفهومة ، فعندما يتعلم عبارة مثل (أنا ذاهب إلى النادي) فإنه يكررها دون أن يعرف متى يكون الذهاب إلى النادي .
- ومن مظاهر اللغة أيضًا عند التوحدين تكون الجمل ذات ترتيب خاطئ قد يقول الطفل (الأرض على الكتاب) بدلا من (الكتاب على الأرض) وعلاوة على ذلك فإنه يستخدم كلمات بدون خصائصها التركيبية ، ومثل هذه الأخطاء من النادر حدوثها في لغة الطفل الطبيعي أو أطفال ذوي الإعاقة العقلية (الببلاوي ، ٢٠١١) .

خصائص اللغة عند التوحديين :

تذكر نصر (٢٠٠٢) خصائص اللغة عند التوحديين كما يلي :

١. لا ينتبه الطفل التوحدي إلى الصوت الإنساني رغم أنه يمتلك حاسة سمع طبيعية ، وقد يكون على دراية بالأصوات التي تثير انتباهه ، فمثلاً ينتبه إلى صوت ورقة بسكويت يتم فتحها أو صوت علبة شيكولاته ... الخ .
٢. يكون الفهم عند الطفل التوحدي ضعيفاً أو منعدماً وييدي هذا الطفل اهتماماً قليلاً في التواصل بالآخرين إلا في حالة أنه يريد شيئاً ما يحاول أن يجد طريقة مبسطة لسد احتياجاته التي يريدتها .
٣. لا يحاول الطفل التوحدي جذب اهتمام من حوله عن طريق المشاركة بأي وسيلة مع العلم أن الطفل العادي يحاول جذب الاهتمام قبل إكماله عامه الأول .
٤. توجد عند الطفل التوحدي عدة محاولات بسيطة لتوجيه بعض الرسائل باستخدام العين أو الإيماءات أو عن طريق الإشارات ، وهذه المعلومات القليلة يفعلها الطفل التوحدي لتلبية حاجة خاصة به .
٥. تنمو عند الطفل التوحدي خاصية تسمى بالترديد المرضي لكل ما يقال له أو جزء منه .
٦. يجد صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام وعنده مشكله في حروف الجر ، ويستطيع فهمها من خلال التدريب في نطاق البيئة الضيقة .
٧. يردد الطفل التوحدي الكلام دون أن يفهمه وربما يكون في بعض المواقف ، ويردد كلمات أو جملاً ذكرت أمامه ، ولكن الآخرون يتخيلوا أنه على فهم أو دراية بما يقول وهو عكس ذلك .
٨. مهارات الاتصال الداخلي عند الطفل التوحدي تبدو ضعيفة وهي تعني أن الطفل لا يستطيع المشاركة في الحوار مع الآخرين .
٩. يعاني طفل التوحد من شذوذ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ، ونغمته ، والضغط على المقاطع والإيقاع (مثل نبرة الصوت تكون مثلاً على وتيرة واحدة مثل الآلة) .
١٠. يفشل الطفل التوحدي في تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة به .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

١١. يستخدم الطفل التوحدي طرق وأساليب اللغة الوسيطة وليس اللغة التعبيرية .
١٢. قد لا يتكلم بعض الأطفال التوحديين .
١٣. يفشل أطفال التوحد في استخدام الإشارات وحركات الرأس ، وتعبيرات الوجه ، ويفشل في القيام بأي مجهود لتدعيم المتحدث ، ويبدو غير قادر على قراءة وجوه الآخرين .
١٤. لا يبدي الطفل التوحدي أي اهتمام بالإشارات الواضحة من الآخرين لرفض سلوكهم الاجتماعي المرفوض مثل التحديق بالعينين أو الإشارة باليد أو التهديد بالضرب (نصر ، ٢٠٠٢) .

### مشكلات اللغة لدى الأطفال ذوي التوحد :

لقد أوضحت تقارير الدراسات السابقة أن أفراداً قليلون جداً ممن يعانون من مرض التوحد هم الذين ينجحون في التحدث بلغة مفهومة في سن الخامسة أو السادسة أو في استخدام اللغة المركبة في المستقبل .

فإن حوالي (٣٠%) تقريباً من الأفراد ذوي التوحد يظلون لا يستخدمون اللغة بشكل مفيد حتى بين هؤلاء الذين تعلموا الكلام والتحدث ، وثمة معوقات واضحة قد تستمر لدى هؤلاء الأفراد خلال فترة البلوغ والمراهقة ، ومن أكثر المشكلات اللغوية المرتبطة باستخدام وفهم اللغة عند أطفال التوحد ما يلي :

### أولاً : مشكلات التعبير اللغوي :

#### ١. التعارض بين استخدام وفهم اللغة :

في حالات التوحد نجد أن بعض هؤلاء الأطفال يمتلكون لغة ظاهرية منطوقة . تبدو أنها تتطور بشكل جيد غالباً إلا أن لديهم مشكلات إنشائية تعبيرية عميقة خاصة في المضمون الاجتماعي والتعبير عنه ، وتظهر تلك المشكلات بوضوح أثناء اختبارات اللغة .

#### ٢. الحرفية :

ثمة صعوبة أخرى تظهر مرتبطة بالإنشاء الضعيف والتعبير اللغوي المضطرب والتي تستمر في خلق العديد من المشاكل في فترة البلوغ وهو الميل لتفسير ما يقال لهم

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

حرفياً، تلك الاستجابات الناتجة عن الفهم والتفسير الحرفي للغة تجعل هؤلاء الأطفال التوحدين في مشكلات اجتماعية عميقة عند تفاعلهم مع الآخرين .

### ثانياً : المشكلات في اللغة المنطوقة :

#### ١. الاضطرابات في دلالات الألفاظ والكلمات :

حيث نجد أن معاني مفردات الكلمات لدى الأطفال ذوي " التوحد " تستمر لتكون في نطاق محدود جداً إذ يتصف هؤلاء الأطفال بالقصور في فهم كثير من المفاهيم أو معاني الكلمات التي يتلقونها من الآخرين .

#### ٢. طريقة استخدام الكلمات :

يغلب على ذوي التوحد الاستخدام المضطرب للكلمات أو الطريقة غير المناسبة في التحدث . كما أنهم يتحدثون بأسلوب يمكن وصفه على أنه كوميدي وآخرين يمكن وصف أسلوبهم في التحدث بالدكتاتورية أو الصوت المرتفع ، ومنهم من يميل إلى استخدام بعض الكلمات أو الألفاظ ، والتعليقات التي كانت مستخدمة قديماً منذ فترات طويلة .

#### ٣. ترديد الكلام (الحديث) :

ترديد الكلام هو صفة مشتركة للغة عند الأطفال ذوي التوحد وهي صفة غالباً ما تكون معوقة للتواصل لهؤلاء الأطفال مع الأطفال الآخرين . وغالباً ما تظهر تلك الاضطرابات عندما يكون الأفراد ذوي التوحد تحت ضغط معين أو تشويق أو في مواقف عالية التناقض .

#### ٤. استخدام تكرار الكلام :

يظهر الاستخدام المتكرر للكلام أو اللغة بسبب مجموعة من الأسباب . قد يكون هذا الأسلوب هو الطريقة الوحيدة الفعالة للطفل التوحدي للاتصال بالآخرين واستحواذ على انتباههم ، وقد يحدث أيضاً بسبب تعرض الأطفال للاستثارة الزائدة أو عدم إحساسهم بالأمان في موقف معين . ويمكن أن يكون هذا الأسلوب مرتبطاً بالنظام اليومي الروتيني الذي يوجد فيه الأطفال .

٥. الضفاظة أو التبلا الذهني :

ثمة مشكلة كبري تظهر لدى الأطفال ذوي التوحد تتمثل في انخفاض المحصول اللغوي المناسب اجتماعيا الموجود لديهم بمعنى نقص الملاءمة للقواعد الاجتماعية المناسبة في أسلوب الحديث مع الآخرين . وبالتالي فإن الأطفال ذوو التوحد غالباً ما يوصف في كثير من المواقف على أنه فظ أو متبلا ذهنياً وبالتالي فإن هذا الأسلوب غالباً ما يقلل من فرص النضج الاجتماعي لدى الأطفال ذوي التوحد لأنه يولد عدم التقبل الاجتماعي لهذا الفرد (كامل ، ٢٠٠٣) .

تعديل مشكلات اللغة لدى الأطفال ذوي التوحد :

لقد أوضحت الدراسات السابقة أن المشكلات المتعلقة باللغة والفهم عموماً تستمر في الظهور في مرحلة البلوغ حتى في أكثر الأطفال ذوي التوحد كفاءة . وكثير من الأبحاث والدراسات توضح إن اضطرابات التواصل لدى أطفال التوحد تعد اضطرابات مركزية وأساسية وتؤثر بدورها في ظهور اضطرابات أخرى مثل التفاعل الاجتماعي أم غيره من الاضطرابات التي تتأثر باكتساب اللغة على النحو الصحيح .

ومع ذلك يشير هولين (Howlin , 1989) إلى أن هناك العديد من الأساليب التي يمكن اتباعها من أجل تعديل التواصل اللفظي في مرحلة البلوغ للأطفال ذوي التوحد، حتى بالنسبة للأطفال الذين يمتلكون القليل أو تنعدم لديهم اللغة المنطوقة ، والتدخل في مثل هذه الحالات يكون من أجل مساعدة هؤلاء الأطفال على تطوير طرق أكثر كفاءة وقدرة للتعبير عن احتياجاتهم .

أولاً : العمل على زيادة الفهم وتقليل التعبير اللفظي غير الملائم :

بعض الأساليب التي تساعد ذوي التوحد على زيادة فهم ما يدور حولهم أو ما يقال لهم في حديث ، كما يساعد على خفض الحديث غير الملائم الصادر عنهم . ومن ثم تساعد هؤلاء الأطفال على تعديل بعض جوانب الاضطرابات في التواصل اللفظي واللغة المنطوقة لديهم وذلك من خلال مساعدة ذوي التوحد بهذه الأساليب :

١. تعديل أسلوب التواصل الذي يقوم به الآخرين معهم :

يمكن أن يتحسن مستوى التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي التوحد ويزداد تعاونهم واتباعهم للتعليمات المقدمة لهم إذا ما قدمت للطفل مساعدة أكبر لفهم

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

المطلوب منه . وهذا يتطلب تغييرا في الأسلوب الذي يتبعه المحيطين بالأطفال ذوي التوحد في تفاعلهم معه اجتماعياً أكثر من كونه يحتاج إلى تغير في الطفل التوحدي في حد ذاته . أي أنه ببساطة إذا ما أعيدت صياغة ما قيل من إرشادات وتعليمات بصورة أبسط يساعد ذلك على فهم أوضح لما يقوله الآخريين لذوي التوحد .

### ٢. العمل على رفع مستوى التأكد لدى هؤلاء الأفراد :

في بعض الأحيان تكون إعادة صياغة المعلومات المقدمة لهؤلاء الأطفال كافية لأن تقدم الإجابات المطلوبة ولكن في أغلب الأحيان تحتاج المعلومات المقدمة إلى طرق بديلة من أسلوب الشرح والتوضيح أو حتى الاستعانة ببعض الأساليب غير اللفظية كوسائل مساعدة للفهم .

حيث يشير "ماك دوف" وآخرون (Mac-Duff & etal , 1993) إلى أن تقدم المعلومات في صورة مرئية تكون أكثر فاعلية بتقديم نفس المعلومات من خلال وسائل لفظية فقط .

### ٣. تقليل الاهتمام بالحديث غير الملائم :

يعد تكرار الأطفال التوحديين للحديث بصورة مستمرة أحد الأساليب التي يلجئون إليها لنيل اهتمام المحيطين بهم من الأطفال العاديين . وفي مثل هذه الأحوال فإن عدم الاهتمام الزائد من جانب الأطفال العاديين بالأطفال ذوي التوحد في تلك الحالة من شأنه أن يقلل من هذا الأسلوب إذ يعمل عدم الاهتمام هذا إلى الانطفاء التدريجي لسلوك تكرار الحديث غير الملائم .

### ٤. وضع القواعد :

يعد أسلوب وضع قواعد محددة للتفاعل الاجتماعي للأفراد ذوي التوحد أحد الأساليب الفعالة والذي يفضل أن يتم في السنوات الأولى من العمر، والمثال على هذا الأسلوب وضع قواعد خارجية مثل (أين - متى - كم مرة - مع من) لإرشاد ذوي التوحد لاستعمال مثل هذه الكلمات في اللغة .

وإذا أمكن تعليم الأطفال منذ السنوات الأولى من العمر على ذلك يكون أفضل، رغم أن من الممكن تدريب الأطفال الأكبر في العمر الزمني من ذوي التوحد على مثل



هذا الأسلوب إلا أن هذا يتطلب وقت زمني طويل ، ومن جانب آخر تكون الصعوبة في التعامل مع هؤلاء الأطفال أقل لو أن الخطوات قد تم اتخاذها في الوقت المناسب في فترة الطفولة .

وهنا يجب التأكيد على أهمية أن يقدم الآباء المساعدة المبكرة بعد استشارة متخصصين لمعرفة المرحلة التي سوف تظهر فيها مثل هذه السلوكيات التي تمثل مشكلة وكيفية التعامل معها والأكثر أهمية أنه على أيدي المتخصصين يمكن توفير المساندة الملائمة التي تمكن أولياء الأمور من التدخل بفاعلية .

### ثانياً : تدريس المهارات البديلة :

كما يتضح فإن القدرات اللغوية لدى الأطفال ذوي التوحد محدودة وحصيلتهم منخفضة إذا ما قورنت بأقرانهم العاديين في نفس العمر الزمني ، ومن ثم فإن أسلوب تدريس المهارات البديلة للأفراد ذوي التوحد يعد بمثابة إمداد هؤلاء الأفراد بحصيلة لغوية جديدة تضاف إلى ما لديهم من محصول لغوي . كما أن طرق تدريسهم لهذه المهارات يساعدهم على تعلم بعض السلوكيات والمهارات الاجتماعية الجديدة والتي يمكن أن يؤدي تعلمها إلى خفض الاضطرابات السلوكية واللغوية الموجودة لدى هؤلاء الأفراد بدرجة ما .

ويعتمد أسلوب تدريس المهارات البديلة للأفراد ذوي التوحد على أسلوب لعب الأدوار الاجتماعية من خلال إشراك هؤلاء الأفراد في بعض الأنشطة مثل لعب دور في مسرحية أو الاشتراك في تجمعات ذات مهارات اجتماعية معدة مسبقاً من أجل أن تساعد في تدريس مهارات حوارية ملائمة لهؤلاء الأفراد .

ويؤكد "هولين" وآخر (Howlin & etal , 1995) على فاعلية إشراك الأفراد ذوي التوحد في لعب الأدوار الاجتماعية في تعلم المهارات البديلة بصورة فعالة أكثر إذا ما قورن هذا الأسلوب بالتغذية المرتدة من خلال وسائل سمعية أو بصرية، إذ أن أسلوب لعب الأدوار الاجتماعية لتعلم مهارات بديلة يساعد على تحسين أسلوب تبادل الحوار وبعض السلوكيات المحددة في طريقة التحدث مثل نبرة الحديث أو سرعة نطق الكلمات .

ثالثاً : تعديل التعبير عن المشاعر والتعامل مع المفاهيم المعنوية :

يُعدّ تعبير ذوي التوحد عن مشاعرهم وانفعالاتهم من المشكلات الرئيسية لدى هؤلاء الأفراد، إذ أن الفهم الكامل للمفاهيم المعنوية مثل المشاعر أو الأحاسيس أو حتى الألم أو التعبير عنه يعدّ صعباً للغاية، وكتيجة حتمية لتلك الاضطرابات إذا لم يتم تقديم المساعدة لهؤلاء الأفراد لتطوير المهارات التي تتلاءم معهم لمساعدتهم في التعبير عن المشكلات البدنية والانفعالية وحالتهم النفسية في المراحل اللاحقة من الحياة فإنّ يمكن أن تظهر مشكلات مختلفة مرة ثانية .

والحل الأمثل كما يذكر "هادوين" وآخر (Hadwin & etal , 1997) يتمثل في :

أ. البدء في التدريبات لهؤلاء الأفراد منذ الصغر، إذ أمكن إثبات جدوى تقديم بعض الجلسات التدريبية للأطفال ذوي التوحد الذين تتراوح أعمارهم بين (٤-٩) أعوام حيث أمكن تدريب هؤلاء الأطفال ليتعلموا كيف يستخدمون مفاهيم عقلية مرتبطة بمعتقدات الآخرين ومشاعرهم .

ب. تمكن من التوصل إلى أن التدريبات المختصرة كانت لها نتائج فعالة إلا أن "هادوين" يقترح في دراسته أن التدخل المطول والتدريبات المتكررة تؤدي إلى تحسن ملحوظ في مهارات هؤلاء الأفراد سواء فيما يتعلق بالاتصال أو الفهم .

مراجع الفصل الخامس

المراجع العربية :

- أمير ، نزهة (٢٠٠٧) . اضطرابات اللغة والنطق وسبل علاجها (موقع إلكتروني : أطفال الخليج) .
- أحمد ، سهير كامل (١٩٩٩) . سيكولوجيا النمو والطفل ، مركز الإسكندرية للكتاب ، القاهرة .
- أبو حاتم ، سعيد (٢٠٠٥) . مهارات السمع والتخاطب والنطق المبكرة ، ط ١ ، دار أسامة ، عمان .
- البيلاوي ، إيهاب (٢٠١١) . اضطرابات التواصل ، ط ٥ ، دار الزهراء ، الرياض .
- الخطيب ، جمال ، الحديدي ، منى (٢٠٠٤) . برنامج تدريبي للأطفال المعاقين ، ط ١ ، دار الفكر ، عمان .
- الروسان ، فاروق (٢٠١٠) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين - مقدمة في التربية الخاصة ، ط ٨ ، دار الفكر ، عمان .
- الروسان ، فاروق (٢٠٠٠) . مقدمة في الاضطرابات اللغوية ، ط ١ ، دار الزهراء ، الرياض .
- الشخص ، عبد العزيز (٢٠٠٦) . اضطرابات النطق والكلام (خلفتها - تشخيصها - أنواعها - علاجها) ، ط ٢ ، مطبعة العمرانية للأوفست ، القاهرة .
- الشربيني ، زكريا (٢٠٠٩) . طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات ، ط ١ ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
- السيد ، عبد الحميد (٢٠٠٣) . سيكولوجيا اللغة ، ط ٢ ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
- محمد عادل عبد الله (٢٠٠٨) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعلمهم ، (مترجم) ، ط ١ ، دار الفكر ، عمان .
- عبده ، داود (١٩٨٤) . دراسات في علم اللغة النفسي ، جامعة الكويت ، الكويت .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- العزالي ، سعيد (٢٠١١) . اضطرابات النطق والكلام ، ط ١ ، دار المسيرة ، عمان .
- العتوم ، عدنان يوسف (٢٠١٤) . علم النفس المعرفي - النظرية والتطبيق ، دار المسيرة ، عمان .
- العتوم ، عدنان ، وعلاونة ، شفيق (٢٠١٥) . علم النفس التربوي - النظرية والتطبيق ، ط ٣ ، دار المسيرة ، عمان .
- عدس ، عبد الرحمن ، توق ، محي الدين (٢٠٠٩) . المدخل إلى علم النفس ، ط ٣ ، دار الفكر ، عمان .
- الغرير ، أحمد ، أبو أسعد ، عبد اللطيف ، النوايسة ، أديب (٢٠٠٩) . النمو اللغوي - واضطرابات اللغة والكلام ، ط ١ ، عالم الكتب الحديث ، عمان .
- القمش ، مصطفى ، المعاينة ، خليل (٢٠١٤) . سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة - مقدمة في التربية الخاصة ، ط ٢ ، دار المسيرة ، عمان .
- كامل ، محمد علي (٢٠٠٣) . الأوتيزم (التوحد) - الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج ، ط ١ ، مركز الإسكندرية للكتاب ، القاهرة .
- نجيم ، هشام محمد (٢٠٠٠) . علم نفس النمو ، الطفولة والمراهقة ، إشبيلية ، الرياض .
- مطر ، عبد الفتاح ، ومسافر ، علي (٢٠١٠) . نمو المفاهيم والمهارات اللغوية لدى الأطفال ، دار النشر الدولي .

### المراجع الأجنبية:

- Hallahan, D. P & Kauffman , J. M. (2007). Exceptional Learners: An Introduction to Special Education (10th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Howline P. A ( 1989) An Overview of Social behavior in autism. pp 103-131, New York: Plenum.
- Howline P.A ( 1981). The Results of Home - Based Language training Programme with Autistic Children. Britch Journal of Disorders Communication, 16, 73- 88.
- Myers. L., Botting, N. (2008). Literacy in Mainstreaming inner- City School: Its Relationship to Spoken Language , Department of Language and Communication Science, London, 24,1; pp95-114.

- **Owens, R, E, (2001), Language Development: An Introduction. Boston: Allyn and Bacon.**
- **Smith, D.D. (2007).Introduction to Communication Disorders: A lifespan perspective. (6<sup>th</sup> ed.). Boston: Allyn & Bacon.**

الفصل السادس

المشكلات السلوكية والنفسية لدى الأطفال التوحديين

مفهوم المشكلات السلوكية والنفسية .

أسباب المشكلات السلوكية لدى الأطفال التوحديين .

أبرز المشكلات السلوكية لدى الأطفال التوحديين :

١ . السلوك الاستحواذي .

٢ . السلوكيات النمطية المتكررة .

٣ . نقص الانتباه والحركة المفرطة .

٤ . أنماط سلوكية مخجلة .

٥ . السلوكيات العدوانية .

٦ . مشكلة مص إبهام اليد .

أبرز المشكلات النفسية لدى الأطفال التوحديين :

١ . مشكلة القلق .

٢ . مشكلة الاكتئاب .

٣ . مشكلة الإحباط .

٤ . مشكلة تدني مفهوم الذات .

مشكلات واضطرابات النوم لدى الأطفال التوحديين .

مشكلة الأكل عند الأطفال التوحديين .

مشكلة التغذية والهضم .

مشكلات فترة المراهقة .

مشكلات التوظيف .

دور تنظيم البيئة المنزلية في الحد من مشكلات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .

مراجع الفصل السادس .

الفصل السادس

المشكلات السلوكية والنفسية لدى الأطفال التوحديين

مفهوم المشكلات السلوكية والنفسية :

تعرف المشكلات السلوكية : بأنها مجموعة من العقبات ، أو المواقف المحبطة التي تحول بين الفرد وبين إشباع احتياجاته النفسية ، وهو ما يؤدي إلى الانحرافات السلوكية كالعدوان والعنف والغضب والكذب... الخ ، ومهما كان نوع المشكلة السلوكية (Behavioral Problem) فإنها تحتوي على صعوبات تزعج صاحبها وتكشف عن اضطراب لديه ، ولذلك تعتبر مشكله كونها لا تتفق مع المجتمع ولا تنسجم مع مبادئ التربية والأخلاق (سليم ، ٢٠١١) .

وهناك عدة تعريفات للمشكلة السلوكية لدى الأفراد حيث أهمها :

١. تعريف عبد الغفار (١٩٧٩) ويذكر أن السلوك هو : " عقبة تعوق الطفل عن النمو المتكامل " .

٢. تعريف سميرة أبو غزالة (١٩٩٢) حيث تعرف المشكلات السلوكية على أنها "التصرفات التي تصدر عن الطفل بصورة متكررة أثناء تفاعله مع البيئة الاجتماعية حيث لا تناسب مرحلة نمو الطفل وعمره ، وتجعل لديه مشاعر شخصية كالمعاناة والألم وعدم قبوله اجتماعياً وعدم قبوله لنفسه ، كما تجعله غير قادر على إجراء



أي اتصال بالآخرين وعن استمرار النمو والتقدم نحو النضج" حيث تظهر المشكلة السلوكية في عدة صور وأعراض يمكن ملاحظتها مثل الشجار ، والعدوان ، والعناد ، والسرقه ، والكذب ، والهروب ، والتخريب .

ويرى يوسف (٢٠٠٠) أن السلوك المضطرب هو النمط الثابت المتكرر من السلوك العدواني أو غير العدواني الذي تنتهك فيه حقوق الآخرين ، أو قيم المجتمع الأساسية أو قوانينه المناسبة لسن الطفل في البيت ، أو المدرسة ، أو جماعة الرفاق ، وفي المجتمع ، على أن يكون هذا السلوك أكثر من مجرد الإزعاج المعتاد أو مزاحات الأطفال والمراهقين .

كما يعرف الطفل المضطرب سلوكياً واجتماعياً : بأنه الطفل الذي يقوم بسلوك غير عادي أو بسلوك ينحرف عن المعيار الاجتماعي ، بحيث يحدث بتكرار وشدة حتى أن الكبار الذين يعيشون في بيئة الطفل يستطيعون الحكم على هذا السلوك (يوسف ، ٢٠٠٠) .

كما يعرف الطفل المضطرب سلوكياً بأنه ذلك الطفل الذي يظهر سلوكاً مؤذياً وضاراً بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي أو على تحصيل أقرانه ، بالإضافة إلى التأثير السليبي على الآخرين .

أما ودي (Woody, 1986) في يجي (٢٠١٢) يعرف الأطفال المضطربون سلوكياً : بأنهم الأطفال غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول ، وبناء عليه سيتأثر تحصيلهم الأكاديمي ، وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف ، ولديهم مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية وكذلك التعلم الاجتماعي ، ووفقاً لذلك فإن لديهم صعوبات في تقبل أنفسهم كأشخاص جديرين بالاحترام ، والتفاعل مع الأقران بأنماط سلوكية منتجة ومقبولة ، والتفاعل مع أشكال السلطة كالمعلمين والمربين والوالدين بأنماط سلوكية شخصية مقبولة .

تنوع المشكلات التي تتعلق بسلوك الأطفال ، ويمكن تتبع ومعرفة هذه المشكلات من خلال ما يرد الأطباء والمتخصصين وخبراء العلاج النفسي في المستشفيات والعيادات العامة والمؤسسات الاجتماعية والتربوية من حالات .

تصنف د. ميرفت نور الدين على مدونها الإلكترونية أخصائية علم النفس المشكلات السلوكية على النحو التالي :

١. مشكلات عصابية مثل : القلق والاكتئاب .
٢. مشكلات ذهانية مثل : الفصام الطفولي .



٣. مشكلات العادات مثل : اضطراب النوم والطعام .
  ٤. مشكلات نفس جسمية مثل : الصداع الذي له أصل نفسي .
  ٥. مشكلة القدرة على التعلم مثل : البطء في التعلم .
  ٦. مشكلة نمو الشخصية مثل : الشخصية السيكوباتية .
  ٧. مشكلة التخلف العقلي عند الأطفال .
  ٨. مشكلات السلوك مثل : السرقة - العنف - التخريب - الغش ، أمراض الكلام ، التبول اللاإرادي ، والخجل غير الطبيعي .
- (dmarvatnourblogspotcom.blogspot.com)

أما الدليل الإحصائي الرابع المعدل الذي يصدر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي فقد تم تصنيف المشكلات النفسية والسلوكية على النحو التالي :

١. مشكلات متعلقة بالنمو : التخلف العقلي أو الدراسي ، ومشكلات النمو اللغوي ، وصعوبات التعلم .
٢. مشكلات متعلقة باضطراب السلوك : السلوك الحركي الزائد ، والعدوان ، وتشتت الإنتباه ، والتخريب ، والجنوح ، والكذب والانحرافات الجنسية .
٣. مشكلات القلق : مثل قلق الانفصال ، وقلق الاجتماعي ، تحاشي أو تجنب الاحتكاك بالآخرين .
٤. المشكلات المرتبطة بسلوك الأكل والطعام : كالهزال أو النحافة المرضية ، والنهم ، والسمنة والتهام المواد الضارة .
٥. اللوازم الحركية : مص الأصابع ، ونتف الشعر وقضم الأظافر .
٦. مشاكل الإخراج : التبول اللاإرادي ، والتغوط .
٧. مشاكل اللغة والكلام : اللجلجة ، والتلعثم ، والبكم ، والحبسة الكلامية .

ويذكر سليم (٢٠١١) أن تصنيفات المشاكل السلوكية لدى الأطفال تتمثل في ما يلي :

١. اضطرابات النوم : كالأرق ، الكوابيس ، والفرع الليلي ، والتجول الليلي .
٢. اضطرابات التغذية : كرفض الطعام ، والقيء ، وآلام المعدة والبطن .

٣. اضطرابات الكلام : كالتلعثم والتهتة ، والتأتأة ، والتأخر في الكلام .

٤. اضطرابات الحركة : كالنشاط الزائد ، وتشتت الانتباه ، وسرعة الاندفاع ، ومص الأصابع ، واللزوم الحركية .

٥. اضطرابات اجتماعية : كالعدوانية ، والهروب من المدرسة ، والسرقه ، الكذب . كما أن هناك اضطرابات أخرى متعلقة بالنمو كالتخلف الدراسي ، وصعوبات التعلم ، والقلق ، والذهان .

إن النظام السلوكي في تصنيف مشكلات السلوك يعتمد على وصف سلوكي للبعد أو مجموعة الأبعاد ، ثم وضع السلوكات التي تنطبق عليها هذه الصفات ، ومن الأمثلة على ذلك تصنيف كوفمان للمشكلات السلوكية إلى ما يلي :

١. العدوان .

٢. الحركة الزائدة والتخريب والاندفاعية .

٣. المشكلات المتعلقة بالنمو الخلقى والانحراف .

٤. الانسحاب وعدم النضج ، والشخصية غير المناسبة .

#### أسباب المشكلات السلوكية لدى الأطفال التوحديين :

وجد العلماء أن الأطفال بشكل عام الذين يعانون من مشكلات نفسية يعيشون في بيئات لها صفات معينة ، ومع آباء وأمهات يتميزون بصفات معينة . وفيما يلي بعضها منها :

١. يعيشون في بيوت تتميز بالتوتر والقلق أو الاضطراب العائلي ، وأن الأبوين أو كليهما يعاني بدرجة كبيرة من القلق النفسي والعصائية في التعامل مع أولاده أو مع جميع أفراد الأسرة .

٢. تدخل الآباء في كل صغيرة وكبيرة من شئون الأبناء ، حيث يؤدي ذلك إلى عدم شعور الطفل بالاستقلالية والحرية الذاتية فينشأ اعتماديا على والديه رغم كرهه للاعتمادية ويصبح كذلك لعجزه أن يصبح استقلاليا .

٣. عدم تشجيع الآباء أبناءهم وتنمية شخصياتهم اجتماعيا لخوفهم عليهم من الاختلاط بالآخرين أو من الحسد وذلك لأن الآباء أنفسهم يعانون من القلق النفسي ، مما سبق نستنتج أنه يجب توعية الآباء بأسباب المشكلات النفسية ، حتى

لا يجنون بتصرفاتهم وعدم تفهمهم على أبنائهم لأن الاضطرابات النفسية ليست وراثية بيولوجية عن طريق الدم من الآباء إلى الأبناء ، وإنما هي سلوك قهري يتعلمه الأبناء من آباءهم نتيجة للكبت والتدليل .

أما سليم (٢٠١١) وفي معرض حديثه عن المشاكل السلوكية عند الأطفال يجمل أسباب المشاكل السلوكية في العوامل التالية :

١. عوامل جسمية وصحية : أمراض مثل الحميات ، والأنيميا ، عيوب النطق ، تلك الأمراض التي تسبب توتر في العلاقات بين الطفل ومعلميه ورفاقه .
٢. عوامل عقلية : نقص القدرة على التركيز أو تدني درجة الذكاء .
٣. عوامل نفسية : الخمول والانطواء والإحباط ، وفقدان الثقة بالنفس وعدم النضج الانفعالي .
٤. عوامل أسرية : سوء التوافق الأسري ضغط الوالدين الشديد على الأطفال من أجل التحصيل المتقدم ، المستوى الثقافي للوالدين ، تفضيل الأبناء على البنات أو العكس .

أبرز المشكلات السلوكية لدى الأطفال التوحديين :



#### ١. السلوك الاستحوادي

: **Obsessive Behavior**

يعتبر السلوك الاستحوادي من أبرز الأنماط السلوكية المصاحبة للأطفال التوحديين ، فإن هذا السلوك الاستحوادي قد يعرقل ويعوق نمو الطفل وتطوره ، فقد نجد الطفل التوحدي يستحوذ على

بعض الأشياء ويكون ارتباطه بها قوياً جداً لدرجة عدم الاستغناء عنها ، وأحياناً تكون

هذه الأشياء ليس لها معنى أو مدلول يدعو إلى هذا الارتباط الشديد ، فهناك طفل يستحوذ على قطعة الحديد الخاصة بالبوتوجاز (الشعلة) ويتحرك وهو ممسك بها ويصل به الحد إلى أن ينام وهي موضوعة في يده دون أن نعرف ماذا تعني له هذه الشعلة؟ وقد يستمر هذا السلوك الاستحواذي إلى عدة أشهر ثم يقوم الطفل التوحدي بالبحث عن شيء آخر يستحوذ أو يتعلق به ، حيث أن الطفل التوحدي يتعلق بالأشياء أكثر من تعلقه بالأشخاص ، فهناك أطفال توحديون يتعودون على حمل أشياء معينة كلعبة أو دمية معينة أو قطعة خشبية أو زجاجية ... الخ .

يبدأ السلوك الاستحواذي لدى الأطفال التوحدين غالباً بمشكلات بسيطة في مهد الطفولة ولأن للأطفال مقدرات ونشاطات بسيطة أخرى نجد الوالدين لا يبذلون جهداً كثيراً لوقفها ، وعندما يكبر الأطفال يزداد النشاط ويصبح ملحوظاً وأكثر عنفاً ويصبح السلوك النمطي والمتكرر أكثر إزعاجاً وبطابع فوضوي ، ومن النادر جداً أن تكون المحاولات المباشرة لمنع أو كبت هذا السلوك ذو أثر فعال ، وبدلاً عن ذلك يفضل اتباع طريقة تدريجية ، حيث أن هذا السلوك قد تطور عند الطفل على مدار سنوات وفي بعض الحالات تقلل هذه الطريقة من فرص الطفل في الانغماس في السلوك النمطي ، وفي حالات أخرى تنظم السلوك نفسه (مصطفى ، والشربيني ، ٢٠١٤) .

## ٢. السلوكيات النمطية المتكررة Repetitive Stereotypic Behaviors:

تُعد من المظاهر المميزة للتوحدية ، وهي بمثابة أحد أوجه القصور البارزة لمن يتعامل مع هؤلاء الأطفال ويلاحظ هذا بسهولة ، غالباً ما تتسم تلك السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التكرارية النمطية التي يبدونها هؤلاء الأطفال بأنها مقيدة ، وذات مدى ضيق ويعانون من حركات متكررة للجسم ، أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين أو غير ذلك ، مما قد يؤدي إلى استشارة من حولهم ، وأحياناً يصل بهم الأمر إلى الإيذاء الجسدي لأنفسهم (السعد ١٩٩٨) .

يعرف عبد الحميد ، وكفافي (١٩٩٥) السلوك النمطي : بأنه السلوك المنمط أو المقلوب ، وهو سلوك جامد غير مرن يتم بغض النظر عن التغير في السياق والنتائج

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

التي ينبغي أن تؤدي إلى تعديلات في كيفية تصرف الفرد ، أي أنه سلوك يتبع نمطاً واحداً متكرراً .

ويشير موسى (٢٠٠٢) أن الطفل التوحدي يقوم ببعض الحركات الغريبة مثل حركات اليدين أو القفز لأعلى وأسفل والمشي على أطراف الأصابع ، والدوران دون الإحساس بالدوخة ، وتحدث هذه الحركات عندما ينظر الطفل التوحدي إلى شيء يشد انتباهه .

ويذكر الشخص (٢٠٠٣) أهم الأعراض التي تندرج ضمن السلوكيات

النمطية ، وهي :

١. الاستغراق في عمل واحد محدد لمدة طويلة وبصورة غير عادية (التكرار) .
٢. التقيد الجامد بالعادات أو الطقوس غير العملية المهمة .
٣. الملامات الحركية النمطية والمتكررة .
٤. الانشغال بأجزاء الأشياء وليس بالشيء كله .

ويضيف عمارة (٢٠٠٥) أن كثيراً ما يقوم الطفل التوحدي في فترات طويلة بأداء حركات معينة ويستمر في أدائها بتكرار متصل لفترات طويلة مثل :

١. هز رجليه أو جسمه أو رأسه أو الطرق بإحدى يديه على رسغ اليد الأخرى .

٢. تكرار إصدار نغمة أو صوت أو همهمة بشكل متكرر .
٣. يمضي الساعات محملاً في اتجاه معين أو نحو مصدر صوت أو صوت قريب أو بعيد أو نحو بندول ساعة الحائط أو الساعة الدقاقة .

ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استشارة ذاتية تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ تلقائياً ثم يعود إلى وحدته المفرطة أو انغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي الخاص به .

وأكدت ذلك دراسة وولف (Wolf, 2005) أن الطفل التوحدي يمارس أنواعاً سلوكية نمطية تظهر وتختفي بشكل تلقائي وفجائي ، وكذلك نتائج دراسة بيكلين (Biklen, 2002) التي أشارت إلى أن السلوك النمطي يتضمن :

١. حركات تلقائية ميكانيكية غير متعمدة .

٢. إيذاء النفس بشكل مستمر .
٣. هوس الرتابة وعدم احتمال التغيير .
٤. صدى كلامي .
٥. رفة العينين ونغز متكرر ، ررفة اليدين وتحريك الأشياء بشكل كروي دائري .

ولقد أرجعت دراسة ترينبيير (Trenpeyeier) ١٩٩٠ ، كما جاء في دراسة بيومي (٢٠٠٨) أن هذا السلوك النمطي المتكرر يعود إلى :

- أ- ارتفاع مستوى التوتر لدى الطفل التوحدي .
- ب- اتباع الطفل لمثل هذه السلوكيات لجذب الاهتمام .
- ج- الاعتراض على تغيير برنامج أو روتين يومي له .
- د- عدم القدرة على ملاءمة السلوك مع الموقف .
- هـ- خلل في عدد الخلايا العصبية في الدماغ وفي حجمها .
- و- تأثير تسرب مواد سامة إلى الدماغ .

#### ٤. نقص الانتباه والحركة المفرطة

#### : Attention Defect & Hyperactivity



تؤكد الدراسات والبحوث على وجود اضطرابات في الانتباه بشكل عام لدى الأفراد التوحديين . يتميز الأفراد التوحديين بـ :

- أ- انتباه قسوي للمعلومات البصري التكرارية البسيطة مقارنة بنظرائهم من

ذوي الاضطرابات النمائية الأخرى ، كما يقاس بالأداء المستمر على المهام .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- ب- يتميز الطفل التوحدي بقصور في السلوك الاجتماعي ، واللغة ، والتقليد ، ومهارات اللعب ، وضعف الانتباه ، ويسد النقص في مهارة الانتباه المشترك (Joint Attention) بمثابة الدافع الكامن وراء تلك السلوكيات سالفه الذكر .
- ج- يميل الأطفال التوحدين إلى تركيز الانتباه على أشياء تافهة وبسيطة مما يوجد حولهم كأن الطفل إلى الحلق الذي تلبسه السيدة بدلاً من النظر إلى السيدة نفسها ، وينظر إلى عجلة القطار بدلاً من النظر إلى القطار (اللعبة) نفسه .
- د- يتميز الشخص التوحدي بالانغلاق على النفس ، والاستغراق في التفكير ، وضعف القدرة على الانتباه ، والنشط الحركي المفرط .
- هـ- كما يعاني الأطفال التوحدين من نقص القدرة على الاستجابة بشكل صحيح لدعوات الانتباه من جانب الآخرين ، وأكثر صعوبة في متابعة النظر للآخرين ، ومتابعة نظرائهم ، واتجاهاتهم ، وإيماءاتهم .
- و- ينغلق الطفل التوحدي على نفسه بدرجة تجعله يبدو كما لو كان يسمع الآخرين ، وتبدو استجابته للأصوات الأخرى غير الكلامية أفضل ، وينطبق هذا على وسائل الإدراك الأخرى مثل النظر واللمس والتذوق ، فهو يميل إلى الخلط بين الشكل والأرضية ويكاد يوزع نظره على الأشياء دون تركيز ، فقد يرى الأشياء على أطراف مجاله البصري .
- ز- قصور الانتباه يعد عاملاً أساسياً في حدوث كافة أوجه النقص أو العجز التي تبدو لدى الأطفال التوحدين ، ولذا من الضروري التدخل لتحسين الانتباه لديهم (الغصاونة ، وآخرون ، ٢٠١٣) .
- يعرف اضطراب نقص الانتباه : بأنه اضطراب سلوكي يجعل الطفل غير مقبول من قبل المحيطون به ، وذلك لما يتصف به من فرط نشاط حركي ، واندفاعية وقصور في الانتباه ، بالإضافة إلى عدم الطاعة ، وعدم تقديره لذاته ، وصعوبة في التعلم ، وضعف علاقاته بالآخرين ، وضعف تحمل الإحباط وسلوك العدوان ، وعدم الاتزان الانفعالي ، وشروء في الذهن ، وسلوك فوضوي ، وصعوبة في الإرضاء ، ونوم غير طبيعي (الخولي ، ٢٠٠٣) .

ويتصف الطفل ذا النشاط الحركي الزائد بأنه الطفل الذي لا يتمتع باللاتزان والاستقرار الانفعالي الذي يمكنه من التركيز على المثيرات المعروضة ، والانتباه إليها ، وهو يشكل زملة من الأعراض النفسية تتمثل في مستوى مرتفع من الحركة يعوق الاستفادة والإنجاز ، وسرعة تشتت الانتباه ، مما يحول دون الإلمام الكافي بالموقف وعدم القدرة على ضبط النفس (الاندفاعية) (بترس ٢٠١١) .

أما الأطفال التوحدين فينطبق عليهم الكثير من خصائص وصفات ADHD حيث أنهم يظهرون الأعراض التالية :

أ. حركات تدل على التملل والضجر والتحرك الزائد ، وهم غالباً ما يكونون في حركة دائمة مستمرة .

ب. مندفعون في سلوكياتهم ، وترتبط هذه السلوكيات بالاندفاعية ، فهم غير قادرين على البقاء في مكان واحد مهما كانت الفترة قصيرة ولا توجد لديهم قدرة على التأجيل .

ج. لديهم صعوبات في تحمل التغيرات في الروتين .

د. لديهم صعوبات في القدرات المعرفية الوظيفية ، فهم لا يتحملون الإحباط وغير ناضجين .

هـ. لديهم مشكلات تعليمية تعيق الإنجاز والتحصيل (الزريقات ، ٢٠٠٤) .

#### ٤. أنماط سلوكية مخجلة Behavioral Shameful Patterns :

يمكن أن ينظر إلى هذه السلوكيات على أنها نوع من أنواع السذاجة الاجتماعية المصاحبة لاضطراب التوحد ، حيث يقوم الطفل التوحدي ببعض التصرفات المخجلة . وعندما يحدث ذلك يجب أن نعرف أنه سلوك غير مقصود كما يعتقد البعض ، أو أن الهدف منه إزعاج الأب أو الأم كما يتصور بعض الآباء والأمهات . إنه ببساطة تجسيد لعدم تقدير الطفل التوحدي على تقدير أفكار الآخرين ومشاعرهم واحترامها . يعبر الطفل التوحدي من خلال هذه السلوكيات عما يجول بخاطره دون أن يحسب حساب للموقف حوله ، أو أنه يتصرف بطريقة لا تليق بالموقف الذي هو فيه ، ولا تنسجم مع المعايير الاجتماعية التي تحدد طبيعة السلوك أو التصرف الملائم (المغلوث ، ٢٠٠٦) .

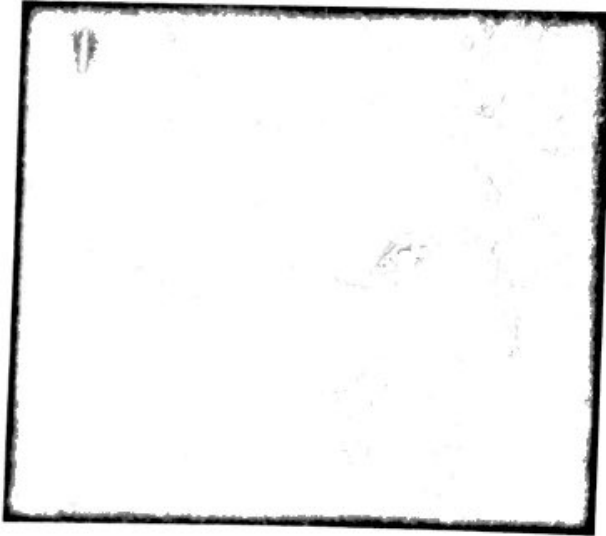


٥. السلوكيات العدوانية Aggressive Behaviors :

تشير دراسات ويبستر وآخرين (Webster, et al, 1980) أن أكثر من (٦٥) % من الأطفال التوحدين يظهرون سلوكاً تدميراً تجاه أنفسهم وتجاه الآخرين ، يعضون أو يضربون أنفسهم ، وفي بعض الحالات يكون هذا السلوك تدميراً حاداً كأن يطرق الطفل رأسه بقوة لدرجة تسيل الدماء من جبهته ورأسه ، ولا تجدي محاولات العقاب من الوالدين تجاه هذا السلوك (القمش ، ٢٠١١) .

ومن أهم هذه السلوكيات والتي يمارسها الأطفال التوحدين وكما ورد بدراسات ويبستر وآخرين ما يلي :

١. يعض نفسه حتى يدمي أو يطرق رأسه في الحائط ، أو يعض بعض الأثاث ، مما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام .
٢. يكرر ضرب أو لطم وجهه بإحدى أو كلتا يديه .
٣. يتلف بعض الأشياء بسكبها على الأرض مثل (الطعام ، السكر ، الملح ، اللبن ، الماء) أو تمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس ، وإلقاء بعض الأدوات من النوافذ ، أو تكسير لعبة أو أثاث المنزل .
٤. يسبب إزعاجاً مستمراً للمحيطين به بكثرة صراخه وعمل ضجة مستمرة وعدم النوم ليلاً لفترات طويلة .
٥. يقفز من فوق الأسطح المرتفعة ، مما يؤدي إلى إصابته بكدمات .
٦. يجرح أصابعه نتيجة لتعامله مع المواد الصعبة والحادة ، كما أنه ينخر باستمرار في هذه الجروح مما يسبب تقرحها وصعوبة التئامها (Dianne, 1992) .
٧. يقترب ويمسك بالمصادر الكهربائية ذات التردد العالي .
٨. يجلس فوق الأسطح الساخنة جداً أو الباردة جداً (فراج ، ١٩٩٤) .



٦. مشكلة مص إبهام اليد Thumb Sucking Problem :

يعد المص حركة غريزية لدى الأطفال بصفة عامة تبدأ مع الجنين في رحم أمه حيث يقوم بعملية المص وذلك لابتلاع السائل المحيط به .  
ثم بعد الولادة يقوم بعملية مص الحلمة من ثدي الأم خلال الرضاعة ، وتستمر في المراحل الأولى من حياة الطفل والتي يتعرف فيها الطفل على العالم المحيط به من خلال الحواس حيث نلاحظ أن الطفل يضع معظم ما يصل إلى يديه في فمه ، وذلك لاستخدامه حاسة التذوق كإحدى الوسائل التي تساعد على التعرف على العالم المحيط به ، ومن المفترض أن تنتهي هذه المرحلة لدى الطفل تدريجياً في عمر (١٢-١٨) شهر ولكن هناك بعض الأطفال التي لا تنتهي لديهم هذه العادة ويستمر فيها إلى عمر (٨) سنوات تقريبا ، وتعتبر مشكلة مص الأصابع من أكثر المشاكل السلوكية شيوعاً بين الأطفال بصفة عامة ، ولدى بعض أطفال طيف التوحد بصفة خاصة وتعتبر الأسباب التي تؤدي إلى مص الأصابع واحدة لدى العاديين وأطفال طيف التوحد وذلك لأن مص الأصابع ليست إحدى سمات التوحد الرئيسية لكنها إحدى المشكلات السلوكية التي قد تصاحب أطفال التوحد ، كما أنها تصاحب العديد من الإعاقات والمتلازمات الأخرى ، ولكتها إذا صاحبت طفل التوحد تصبح مشكلة معقدة لأنها تصبح جزء من السلوك النمطي الروتيني لدى طفل التوحد ، وحتى الآن ليس هناك سبب واضح يفسر تلك العادة .

هناك العديد من النظريات التي فسرت هذه المشكلة منها :

١. أن هناك مشكلات حدثت للطفل أثناء فترة الرضاعة على سبيل المثال أن فترة الرضاعة الطبيعية غير كافية أو أن فترة الرضاعة كانت أكثر من اللازم ، أو أن عملية الفطام تمت بطريقة غير سليمة ، كما أن هناك إحدى النظريات التي ترى أن أحد أسباب هذه المشكلة هي جوع الطفل ، أو تغيير الطريقة التي يحصل بها الطفل على غذائه أو الخوف والقلق النفسي ، وضعف القدرة على التحصيل ، أو وجود أسباب في الأسنان واللثة .
٢. كذلك ترى بعض النظريات أن من أسباب هذه المشكلة وجود بعض الأمراض الجسمية لدى الطفل مثل ضيق التنفس والحمية واللوزتين .

أهم أضرار عملية مص الأصابع التي تؤثر على الصحة الجسمية والنفسية للطفل العادي أو الطفل التوحدي وهي :

- أ. تؤثر في تنظيم الأسنان مثل نتوء الأسنان إلى الخارج ، وعدم إطباقها .
- ب. إدخال الميكروبات والمواد الضارة إلى الفم .
- ج. إدخال الميكروبات والمواد الضارة والتهابات في الإبهام .
- د. تساعد على تكوين العادات والاستعداد العدواني للعض .
- هـ . تشوهات في الفكين .

ما هي العلاجات التي يمكن أن نقدمها للطفل العادي أو الطفل التوحدي مع العلم أن حل هذه المشكلة لدى طفل التوحد أكثر تعقيداً ، وسوف يأخذ وقتاً أطول لأننا كما قلنا سابقاً أن هذه المشكلة من الممكن أن تصبح جزء من السلوك النمطي الروتيني لطفل التوحد ولكن مع الصبر والتعاون بين الأخصائي والمنزل سوف تختفي هذه العادة السيئة لدى الطفل ، ومن العلاجات ما يلي :

#### أ. التجاهل :

يتركز أسلوب التجاهل على إهمال الوالدين للمشكلة ، لأن اهتمام الوالدين بالمشكلة مثل النهي المستمر والتهديد ومشاعر النبذ ، يمكن أن يؤدي إلى تعقيد المشكلة ، ويجعل الأطفال أكثر عناداً ، ويستخدم أسلوب التجاهل عادة في بداية ظهور المشكلة ، ولكن إذا لم يفلح أسلوب التجاهل في حل المشكلة فينبغي اللجوء إلى وسائل أخرى لحل المشكلة .

#### ب. التعزيز :

استخدام المعززات بأنواعها المادية والمعنوية لتشجيع الطفل على التخلي عن هذه العادة ، ومنها أيضا استخدام ما يعرف بجدول النجوم وهو جدول تحدد فيه الفترة الزمنية التي تمضي دون أن يمص الطفل أصبعه ، كلما زادت الفترة الزمنية يتم وضع نجمة إلى أن يصل إلى (5) نجومات فيأخذ مكافأة مادية .

ج. اشغل يد الطفل بالألعاب التي يحبها .

د. استشارة الطبيب في الحالات الحادة ،

مثل وضع جهاز خاص في فم الطفل حتى يمنعه من الاستمتاع بمص أصابعه .

### Psychological Problems

هي الحالة التي تخرج عن إطار السلوك الاجتماعي العام المتعارف عليه ، إلى الآن



الدراسات تبحث حول الأسباب الحقيقية التي تؤثر فعلاً على سلوك طفل ما ولا تؤثر على سلوك طفل آخر نظير له ، حيث يعيشان في بيئة اجتماعية واحدة وهما من نفس الفئة العمرية ويتلقيان اهتماماً تربوياً واحداً وبهذا التفسير في المعنى أوضحت دراسة حديثة أن هناك صعوبة جادة لكيفية تحديد نسبة

الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال إذ أن تلك الاضطرابات تحدث في أي وقت ، ومع أي سن ، ولأي طفل دون أي استثناء .

وفيما يلي بعضاً من المشكلات النفسية التي تواجه الأطفال التوحديين :

#### ١. مشكلة القلق Anxiety :

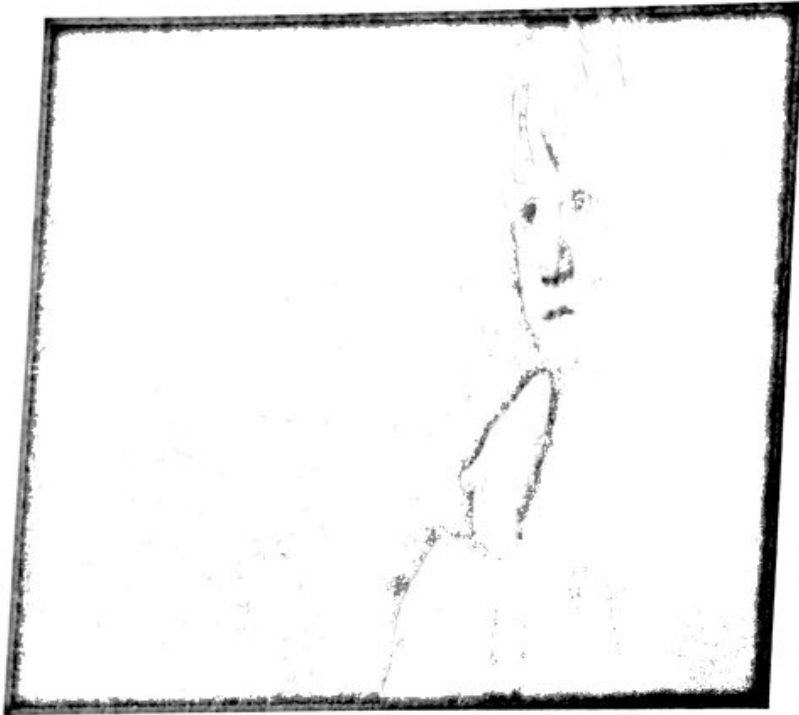
القلق : هو حالة من عدم الارتياح والتوتر الشديد والذي ينتج عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد التوحدي عندما يشعر بخوف أو تهديد دون أن يعرف السبب الواضح لها . فالقلق يمثل حالة من الشعور من عدم الارتياح والاضطراب والهلم المتعلق بحوادث المستقبل وتتضمن حالة القلق شعوراً بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع (القاسم ، وآخرون ، ٢٠٠٠) .

يعتبر الأطفال التوحديون على وجه الخصوص :

١ . أكثر الأطفال عرضة للشعور بالقلق ، فقد وجد أن ما نسبته (٥٥%) من الأطفال التوحديين لديهم أحد اضطرابات القلق ، المخاوف منتشرة بين الأطفال والمراهقين

التوحيدين ، والقلق المعمم ، واضطرابات قلق الانفصال ، والاضطراب الوسواسي القهري ، والمخاوف الاجتماعية .

٢. قد يكون لدى الطفل التوحدي الخوف من أشياء قد تكون عادية كالطائرة ، مثلاً ، أو مرور سيارة كبيرة ، وفي الجانب الآخر لا يخاف من أشياء يستوجب الخوف منها وتنبه للخطر كالجري في الشارع دون الالتفات للسيارة القادمة ، وبعض الأطفال التوحيدين شديدي الخوف بدون داع ، بينما آخرون لا مبالين بأي خطر حولهم (White et al, 2009) .



ويعود ارتفاع نسبة انتشار مشكلات القلق لدى الأطفال التوحيدين إلى الأسباب التالية :

أ. افتقار الأطفال التوحيدين إلى استخلاص المغزى من المواقف التي يتعرضون لها ، وطرح الأسئلة المناسبة التي توضح لهم ما يمرون به ، وهنا يصعب استثناء العوامل الأساسية

للشعور بالقلق والتي قد تظهر في أوقات عادية مشابهة .

ب. ترجع الميكانيزمات المسببة للقلق إلى القدرة على الدمج أو التكامل تكون ضعيفة لديهم ، الفشل في دمج وتكامل التفاصيل في وحدة كلية .

ج. القصور في ربط مصادر متنوعة من المعلومات سوف تؤدي بالأطفال التوحيدين ليخبروا عن مواقف يومية مضطربة .

د. ارتباط الاضطرابات النفسية تكون مرتبطة بزيادة دالة في الضغوط الوالدية وضغوط المعلمين وكذلك في القلق والاكتئاب الوالدية .

هـ . وجود تكرارات الرفض الاجتماعي وصعوبات في منبهات القراءة الاجتماعية ، وقد يرجع هذا إلى الأداء المعرفي للطفل التوحدي وصعوبة قدراتهم على حل المشكلات (Lecavaliar, 2006) .

## ٢. مشكلة الاكتئاب Depression :

يبدو الاكتئاب على الطفل بالخذلان والكسل وفتور الهمة والشعور بالفشل وانحراف المزاج ، وزيادة الحساسية ، وسهولة جرح المشاعر ، والانسحاب الاجتماعي والهروب ، أو العلاقات السطحية المؤقتة ، مع فقدان الأمل والانغمار في التشاؤم من المستقبل وفقدان الشهية والشكوى من آلام جسمية وتوهم المرض ، وصعوبة التركيز ويتذبذب الطفل بين نقده القاسي لنفسه ، وبين تأنيب غيره على ما ارتكبه نحوه من أخطاء ، وأحيانا عدم الرغبة في الحياة ، وقد تؤدي حالة الطفل هذه إلى سرعة التأثر والبكاء وإهماله لمظهره .

### تتعدد مظاهر وأشكال الاكتئاب لدى الأطفال منها :

- أ. الاكتئاب الحاد : وتظهر فيه الأعراض بشكل مفاجئ ، ونتيجة حصول مشكلة معينة كفقدان شخص عزيز .
- ب. الاكتئاب المزمن : وتظهر فيه بعض الأعراض والتي لا يسبقها حادثة ما ، ويرجع ذلك لسبب في الطفل نفسه أو تكون حالة وراثية ، وقبل ظهور هذه الأعراض يعاني الطفل من أعراض التباطؤ الحركي .
- ج. الاكتئاب المقنع : لا تظهر فيه الأعراض المعروفة للاكتئاب بل تظهر علامات أخرى مثل كثرة الحركة ، والعبث بالأشياء التي تظهر أمامه وتكسيروها دون قصد ، وأفعال تدل على ميول عدوانية .

### أسباب الاكتئاب عند الأطفال :

- أ. وقوع مشكلة معينة أو حادثة مؤلمة في حياة الطفل كفراق شخص عزيز لديه ، أو فقدة شيئا عزيزا عليه مثل لعبته أو وفاة أحد والديه أو أقاربه المقربين إليه .
- ب. كثرة توجيه النقد للطفل ، والتقليل من قيمته خاصة أمام الغرباء .

- ج. الأمراض الجسمية المزمنة والحوادث التي تسبب الإعاقات الشديدة والتشوهات .
- د. شعور الطفل بالذنب ، وأنه فاسد وسيء يستحق العقاب ، أو أنه السبب في وفاة أو مرض أخيه مثلاً .
- هـ. عدم تشجيع الطفل على التنفيس عما بداخله أو التعبير عن نفسه فيلجأ الطفل للصمت والخذلان ومن ثم الاكتئاب نتيجة الشعور بالعجز عن إفهام الآخرين والتعامل مع المشكلات .
- و. أسباب جسمية مثل اختلال في الهرمونات ، وفقر الدم ، وعدم انتظام السكر في الدم .
- ز. وجود الاكتئاب لدى أحد الوالدين وهو من أهم أسباب اكتئاب الأطفال ، وتشير النتائج إلى أن (٥٠%) من الأطفال المكتئبين لهم آباء مكتئبون .

### ٢. مشكلة الإحباط Frustration :

الإحباط : هو حالة انفعالية يرافقها شعور بالفشل وخيبة الأمل ، فالإحباط هو المرحلة المتقدمة من التوتر بحيث يصل بنا الأمر إلى حد الاستسلام والشعور بالعجز والرغبة في الانطواء ، الإحباط يؤثر بشكل سلبي على سلوكياتنا في الحياة عموماً ، فهو يعوق تقدمنا في مواصلة الحياة ويجعلنا نبدو مكبلين بالهموم وعاجزين عن الإنجاز .

وهناك نوعان من الإحباط :

أ. الإحباطات الشخصية :

وهي تأتي من العجز الشخصي مثل الذكاء المنخفض ، أو الافتقار إلى القوة البدنية ، أو وجود بعض الأمراض أو العاهات التي تضعف حركة الفرد .

ب. الإحباطات البيئية :

وهي تنشأ من العوائق الموجودة في البيئة مثل القيود التي يفرضها الآباء على الأبناء أو الفقر ، وتختلف سلوكيات الأفراد حينما يواجهون موقفاً إحباطياً ، ومنهم من يمضي في التفكير وتكرار المحاولات حتى يصل في النهاية إلى الهدف الذي يشبع دوافعه .

يمثل نمط شخصية الطفل التوحدي كينونة أو وحدة طبيعية تكون متسقة عبر الزمن ، فمن العام الثاني تبقى شخصية الطفل واضحة ومتسقة مدى الحياة ، والشخصية والذكاء ينموان والملامح المعينة أو المحددة إما أن تسود أو تتراجع ، وتوجد صعوبات في مرحلة الطفولة المبكرة في تعلم المهارات العملية البسيطة وفي التكيف الاجتماعي ، وهذه الصعوبات تنشأ بسبب مشكلات في التعلم ومشكلات في السلوك ، وفي المراهقة تكون

هناك مشكلات في الأداء الوظيفي .

أما في مرحلة الرشد هناك الصراعات الزوجية والاجتماعية (Frith, 3003) . والأفراد التوحديون لا يتحملون الإحباط ، وغير ناضجين ، ويحدث الإحباط عندما لا يحدث شيء معين بالطريقة التي يتوقعونها ،

أو بالطريقة التي فكروا بحدوثها (الزريقات ، ٢٠٠٤) .



#### ٤. مشكلة تدني مفهوم الذات Self Esteem :

الذات : هي الشعور والوعي بكينونة الفرد ، وتنمو الذات وتنفصل تدريجياً عن المجال الإدراكي وتتكون بنية الذات كنتيجة للتفاعل مع البيئة وتشمل الذات المدركة ، والذات الاجتماعية ، والذات المثالية - وقد تمتص قيم الآخرين وتسعى إلى التوافق والثبات وتنمو نتيجة للنضج والتعلم .



والجدول رقم (٣) التالي يوضح مظاهر نمو مفهوم الذات لدى الطفل خلال مراحل النمو المختلفة .

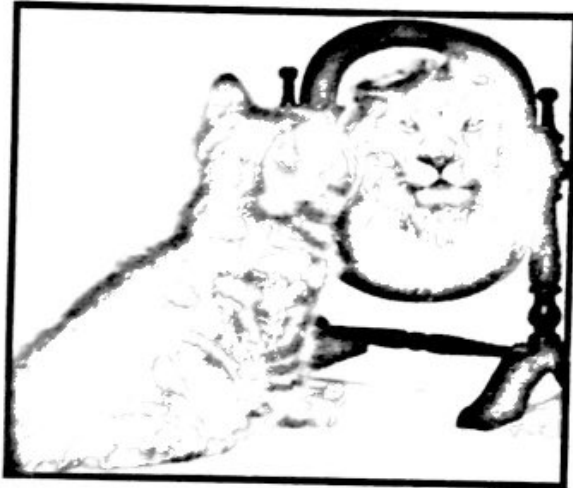
يمكن تعريف مفهوم الذات بأنه تكوين معرفي منظم موحد ، ومتعلم للمدركات الشعورية ، والتصورات والتعميمات الخاصة بالذات ، يبلوره الفرد ويعتبره تعريفاً نفسياً لذاته .

#### ❖ الذات المدركة :

وهي أفكار الفرد الذاتية المنسقة المحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكيونته الداخلية والخارجية ، وتشمل هذه العناصر المدركات ، والتصورات التي تحدد خصائص الذات ، كما تنعكس إجرائياً في وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو .

#### ❖ الذات الاجتماعية :

وهي المدركات والتصورات التي تحدد الصورة التي يعتقد أن الآخرين يتصورونها والتي يمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين .



#### ج. الذات المثالية :

وهي المدركات والتصورات التي تحدد الصورة المثالية للشخص الذي يود أن

يكون . ووظيفة مفهوم الذات ووظيفة دافعية وتكامل ، وبلورة عالم الخبرة المتغير الذي يوجد الفرد في وسطه .

هناك ثلاثة عوامل أساسية تساهم بشكل كبير في بناء تقدير الذات عن الطفل

وهي على النحو التالي :

➤ أن يشعر بالحب والتقبل في السنوات العمرية الأولى من حياته وفي مختلف مراحل نموه بشكل غير مشروط .

➤ أن تكون عند الأسرة قوانين حياتية جيدة ومحدودة ويتم تطبيقها بشكل متكامل ومقبول .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

➤ أن تظهر لدى الأسرة لأطفالها الاحترام المتبادل من لحظة ميلادهم وطيلة أيام حياتهما .

وفي حال توفرت هذه العوامل فإن الأطفال يبدأون بتكوين اتجاهاتهم عن ذواتهم بشكل إيجابي يقوم على أساس شعورهم بأهميتهم . فتتشكل لديهم بذور الثقة بالنفس والرغبة في تقدير ذواتهم . وأما إذا لم تتوفر هذه العوامل لهم فإنهم سيميلون إلى الشعور بأنهم غير مرغوب فيهم ، وأنهم أقل أهمية من غيرهم (عبد الكريم قاسم ، ٢٠٠٤) .

### جدول رقم (٣)

مظاهر نمو مفهوم الذات عند الطفل خلال مراحل العمر

مظاهر النمو	المرحلة العمرية	ت
يخرج الوليد من بطن أمه لا يعلم شيئاً وليس لديه مفهوم جاهز لذاته ويقول يونج أن الذات موجودة منذ بداية حياة الفرد ولكن في كمون ، وتأخذ في التحقيق التدريجي مع النمو . وتتمايز الذات الجسمية ولا يكون هناك تمايز ولا حدود واضحة بين الذات وغير الذات ويبدأ تفاعل الذات والبيئة .	من الميلاد - ٣ شهور	١
يكون التمايز خلال الحواس والعضلات .	٣-٤ شهور	٢
التمايز اللفظي للذات وغير الذات .	٤-٦ شهور	٣
تتمايز الذات البدائية المنطوقة .	٦ شهور	٤
يفهم الطفل الإشارات مثل " سلام- سلام " ، ويقول ويكس إن هذه بداية الولادة السيكولوجية للطفل عند شعوره بذاته حيث يخرج من رحم اللاشعور بالذات ، فهذا ميلاد ثان للطفل حيث يكتشف نفسه ويدخل العالم الأكبر بحق .	٩ شهور	٥
مرحلة الكشف والاستكشاف : تنمو صورة الذات ، يزداد	عام كامل	٦

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

<p>التفاعل مع الأم ثم مع الآخرين مع الكبار ثم الصغار ، استعمال الكلمات (١٠%) منها ضمائر ، وهنا تبدو فرديته الداخلية وهي ما زالت تجاهد امتزاجها بالبيئة الخارجية ، ثم تبدأ عملية الأخذ والعطاء وتبدأ الذات النامية في التفريق بين العالمين الداخلي والخارجي .</p>		
<p>يزداد تمييز الطفل لذاته ويكون متمركزاً حول ذاته ، يفرق بين الآخرين ، تنمو أنا وأنت وملكي وملكك ، تتكون الذات الاجتماعية ، يزداد نمو المشاعر الاجتماعية ، تزداد القدرة على فهم الذات .</p>	عامين	٧
<p>يرسم الطفل صورة أشمل للعالم المحيط به ويسميه ، ويزداد شعوره بفرديته وشخصيته ويعرف أن له شخصيته وللآخرين شخصياتهم المختلفة ، ويزداد تمركزه حول ذاته ، ويجتهد في بناء بنية ذاته ، كل شيء له وملكه ونسمع منه دائماً " أنا ملكي " ثم بعد ذلك نسمع "نحن" ، يعرف الطفل أن له دوافع بعضها يتحقق وبعضها لا يتحقق .</p>	٣ سنوات	٨
<p>يكون علاقات عقلية واجتماعية وانفعالية مع الآخرين المهمين في حياته ، نسمع منه أسئلة الاستكشاف " لماذا - كيف - من - ماذا - أين " .</p>	٤ سنوات	٩
<p>يتقبل الطفل فرديته ، يزداد الوعي بالذات ، يقل اعتماده الكامل على الوالدين ، ويزداد استقلاله ، يتضح تفاعله الأكبر مع العالم الخارجي .</p>	٥ سنوات	١٠
<p>يخبر الطفل تأثير الجماعة التي تعزز مفهومه عن ذاته ، يلعب المدرس دوراً هاماً في نمو الذات لدى الطفل ، وتنمو الذات من تصور الآخرين عن طريق الامتصاص الاجتماعي ، وتنمو الذات الاجتماعية ، يزداد شعور الطفل بقيمته ، يزداد الشعور بالحب والعطف والحنان ، ويسعى الطفل</p>	في عمـ المدرسة	١١

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

لتعزيز صورته في أعين الآخرين ، وتزداد مقدرته على التعبير عن الذات في النشاط العقلي وفي النشاط الاجتماعي ، تنمو الذات المثالية خلال عملية التوحد وتبنى مطامح وأهداف الوالدين والمدرسين والأبطال والنوابغ والسائد منها في المجتمع . وهكذا نجد أنه في مرحلة الطفولة المتأخرة يتسع الإطار المرجعي الذي يتحدد في ضوئه مفهوم الذات الموجب وتقبل الذات والتوافق النفسي ، أو مفهوم الذات السالب وعدم الرضا وسوء التوافق النفسي .

أي أننا نلاحظ زيادة وضوح كتور وحدود مفهوم الذات مع النمو ، وتلعب القوى الجسمية والقوى الاجتماعية دوراً هاماً في نمو الذات ، ويقول بيركنز أن مفهوم الذات أو الذات المثالية يزداد تطابقهما مع الزمن .

(زهران ، ٢٠٠٩)

الأطفال غير الناضجين من التوحدين لديهم تمثيلات ذهنية دقيقة فيما يتعلق بمفهوم جسمهم الخاص (الذات الجسمية) ، ويفتقر التوحدين إلى القدرة على إدلاء أية معلومات عن أنفسهم للاختصاصيين النفسيين .

ويذكر الشريبي ، ومصطفى (٢٠١٤) نقلاً عن شاتك وبول (Shattuck & Paul, 2008) أن السلوك التكيفي للأطفال التوحدين يرتبط إلى حد كبير بمفهوم الذات ، فكلما ارتفع سلوكهم التكيفي التوافقي كلما ارتفع مفهومهم عن ذواتهم . ويرتبط أيضاً إلى حد كبير بقدرات التوحدي العقلية ، وكذلك يرتبط بمعاملة الوالدين ، والمستوى الثقافي الاجتماعي للأسرة .

مشكلات واضطرابات النوم لدى الأطفال التوحديين :Sleeping Problem

هناك أطفال توحديون كثيرون يعانون مصاعب في النوم ، وقد أظهرت دراسات



علمية أن (٥٠%) من الأطفال التوحديين يجدون صعوبات في النوم ، ويستقيضون بسرعة في الليل ، وبعض الأطفال التوحديين ينامون لفترات طويلة في تناوب مع فترات نوم قصيرة جدا .

ومن خلال

المقارنة بين الأطفال

التوحديين وغيرهم من الأطفال العاديين ، والأطفال الذين لديهم تأخر ذهني فقط ، يتضح أن الأطفال التوحديين أكثر تعرضاً للكوابيس والأحلام المزعجة والصراخ ، والمشي أثناء النوم ، والنوم في أماكن ليست أماكن نومهم ، والتعرض لمشكلات مصاحبة لفقدان الإحساس بالاتجاه أثناء الاستيقاظ كالتبلم والاضطراب .

إن اضطرابات النوم لدى الأطفال التوحديين يخف وطأها عندما يصبح عمر الطفل أكبر سناً ، ولكنها تشكل توتراً كبيراً لدى الأهل ولجميع أفراد الأسرة ، كما أن أشكال النوم الذي يمارسه الطفل التوحدي يؤثر وبشكل مباشر على سرعة التعلم لديه ، فإذا كان الطفل مرهقاً أو يغلب عليه النعاس فإنه لا يستطيع الاستفادة من الدرس كما يستفيد الطفل اليقظ .

ويوصي ليف وماكشين (Leaf & Mc Eachin, 1999) والمشار إليه في الشامي (٢٠٠٤) بتبني برنامجاً وفي خلال أسبوع أن يجعل الطفل يستمتع بنوم هادئ من خلال تنفيذ الخطوات التالية :

١. اختار الوقت المناسب للنوم .
٢. عمل روتين ليلياً للطفل .
٣. وضع شيء يساعد على العودة للنوم .
٤. البقاء في السرير .
٥. إبعاد الطفل عن النوم في سرير والديه .
٦. استبعاد الطفل عن أوقات القيلولة (الشامي ، ٢٠٠٤) .

وتضيف الشامي (٢٠٠٤) أن هناك عدداً من النقاط التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند تعليم حل مشكلات النوم لدى الأطفال التوحدي وهي على النحو التالي :

١. تجنب إعطاء الطفل قبل النوم بساعات المشروبات ، والأغذية التي تحتوي على الكافيين مثل الشاي والقهوة والشيكولاته .
٢. عدم إشغال الطفل قبل نومه بأمور ونشاطات مثيرة مثل ألعاب الفيديو العنيفة واللعب الخشن .
٣. التأكد من عدم وجود أصوات مزعجة في غرفة نوم الطفل ، كصوت المكيف أو التلفاز وغيره وكذلك عدم وجود روائح مزعجة مثل معطرات الجو وروائح المبيدات الحشرية .
٤. يفضل أن يكون مكان اللعب ومكان نوم الطفل مختلفين .
٥. بعض الأطفال التوحدين يخشون الظلام كثيراً ، ولذلك يجب أن يكون في غرفة نومه نوراً خافتاً تجنباً للفرع الذي سيصيبه حال استيقاظه فجأة في وسط ظلام دامس .
٦. عند استيقاظ الطفل من نومه يجب أن لا يسمح له الأهل بالانشغال بألعاب يجبها ، تجنباً لزيادة نسبة استيقاظه ، مما يصعب عليه العودة إلى سريره مجدداً .

مشكلة الأكل عند الأطفال التوحديين Eating Problem :

هناك أسباب عديدة لسرعة تهيج الطفل عند الأكل أو كرهه لنوع معين منه ،

ومنها :

١. زيادة الحساسية لطعم أو رائحة الأكل ، مما يجعل إحساسه للأكل غير مرغوب فيه مع تلذذ الآخرين به .

٢. قلة الحساسية للأكل يزيل بعض الطعم المشوق للطعام .

٣. المشاكل الحركية قد

تجعل المضغ والبلع

عملية صعبة ومؤلمة

للطفل .

إن معرفة الفروق

الفردية بين الأطفال

التوحديين تساعد على

وضع البرنامج المثالي

لغذاء الطفل ، أما إذا

بدأ الطفل فجأة برفض

نوع معين من الأكل

سبق وتعود عليه فيجب البحث عن الأسباب المؤدية إلى ذلك ، وإذا كان الطفل

ضعيف الأكل فيجب مراجعة عادات الأكل لديه ومن ثم تحليل المشكلة ، ومن أمثلة

ذلك :

١. هل هناك وجبات خفيفة وعددها ؟

٢. هل يرغب الأكل في أوقات مختلفة ؟

٣. هل يأكل في أي مكان في المنزل ؟

٤. هل يقوم أحد بتهدئة هياجه عن طريق الأكل ؟

٥. كيفية قيامه بالأكل ونوعيته؟

٦. ما هو الطبق المفضل لديه ؟

تثبيت نظام الأكل :

للمساعدة في تثبيت نظام معين للأكل لدى الطفل للتوحد يجب اتباع الإرشادات التالية :

١. ترتيب مواعيد الأكل ، مع الأخذ بعين الاعتبار حاجات الطفل وإحساسه بالجوع .
٢. أن يكون الأكل في مكان ثابت (طاولة الأكل) .
٣. وضع جدول ثابت للوجبات الخفيفة وعلى طاولة الأكل .
٤. إذا ترك الطفل السفرة ، أبعده عنه طبقه .
٥. إذا أراد المزيد من الأكل ، اطلب منه الجلوس أولاً ، ثم ضع له الأكل .
٦. لا تترك طفلك يأكل أمام التلفزيون أو خلال اللعب .
٧. ابدء أكله بكمية صغيرة ، وعند انتهائه عليه أن يطلب المزيد .
٨. اجعل طفلك يشارك بالكلام وقت الأكل ، وأن يعبر عن ما في نفسه .
٩. يمكن مناقشته عن الأكل من خلال الصور .
١٠. يمكن استخدام الدمى واللعب للتعبير عن انفعالاته تجاه الأكل وأنواعه .
١١. اجعليه يختار ما يعجبه من الأكل ، وبعد ذلك يمكن إضافة الأنواع التي ترغبين بها بكميات قليلة .
١٢. إذا كان يأكل المخفوق فيمكن إضافة أنواع أخرى مثل الموز والتفاح .
١٣. إذا كان لديه تحسناً لنوع من الأكل فيجب تغييره ، وأخذ نصيحة أخصائي التغذية .

الخطوات الست في حل المشكلة Six Steps to Solve Problem :

الخطوة الأولى : البدء في حل المشكلة خطوة خطوة :

تقديم نوع جديد من الأكل يحتاج إلى التدرج وبكميات قليلة مع الأخذ بعين الاعتبار مقدرة الطفل الحركية والحسية ، فإذا كان لديه صعوبة في المضغ فقد يفضل المخفوق ، ضع القليل من النوع الجديد داخل الخليط ، وإذا كان الطفل زائد التفاعل (Over Reactive) ويفضل الأكل بدون ملح وبهارات ، فالبدء بالقليل من البهارات



والملمح وزيادته تدريجياً ، وإذا كان لديه نقص في التفاعل يرغب في الأكل الحاذق الحار  
فيمكن وضع كمية زائدة ثم إقلاها تدريجياً .

#### الخطوة الثانية : وقت التدريب :

عند العمل على حل مشاكل الأكل لدى الطفل يحتاج إلى المزيد من الوقت  
للتدريب ، وخلال العمل على إزالة المعوقات تأكد من تفاعله معك وإحساسه  
بالأمان . خلال اللعب بالدمى ، أعطه القيادة ثم قُده إلى ما تشاء ، اجعله يظهر  
شعوره وأحاسيسه تجاه الأكل وأنواعه ، كما يمكن إدخال نوع جديد من الأكل من  
خلاله .

#### الخطوة الثالثة : استخدام الرمزية واللعب :

بتنظيم اللعب بالدمى لتغيير سلوكيات معينة في الأكل يمكن وضع النموذج  
المطلوب من النهم إلى الرفض للأكل ، من الجائع إلى المتعب من المضغ . تكون البداية  
بالقيام بعملية الطبخ نفسها ، الأكل وأنواعه ، ثم يأتي دور الأكل والرغبات ، قد تكون  
الدمية متعبة من المضغ مثلاً :

- ١ . هل تترك طاولة الطعام ؟
- ٢ . اجعله يضع حلا .
- ٣ . أوحى له بفكرة قطعها إلى أجزاء صغيرة .
- ٤ . اجعله يعبر عن ذلك .
- ٥ . ماذا تعمل الدمية عندما يكون الطعام قوي الطعم ؟
- ٦ . هل تقذفه ؟
- ٧ . قد يكون الحل في اختيار نوع آخر .
- ٨ . ماذا تعمل إذا رفضت الدمية نوع الأكل الجديد ؟
- ٩ . هل تستطيع مساعدتها لتغيير رأيها ؟
- ١٠ . ساعده بالصورة والكلام للتعبير والاختيار .
- ١١ . ما هو البديل ؟

**الخطوة الرابعة : التفاهم العاطفي :**

من خلال اللعب بالدمية وخلال أوقات الأكل ، أظهر لطفلك معرفتك لشعوره  
إزاء الأكل ، وكم هي صعبة البداية بنوع جديد ، معرفة الشعور سوف تقوي رغباته  
لتحقيق الهدف .

**الخطوة الخامسة : بناء التوقعات والحدود .**

يجب أن تكون التوقعات والحدود واضحة ، وأن تكون في مقدور الطفل السيطرة  
عليها ، لا تطالب أشياء تصادم الرغبات بقوة ، واجعل الحدود واضحة وصارمة  
خصوصاً قذف الأكل .

**الخطوة السادسة : القاعدة الذهبية .**

كلما زادت التوقعات فإن الطفل يحتاج إلى المزيد من الوقت للتدريب  
والاهتمام ، كما أن إعطاء الوقت الكافي للتعبير عن الرغبات والأحاسيس يزيد من  
مقدرته على تخطي العقبات ، وزيادة مقاومته عند ملاقة التحدي (الصبي ، ٢٠٠٣) .

**مشكلة التغذية والهضم Feeding and Digestion Problem :**

- أ- يعاني معظم الأطفال التوحديون من حالة تسمى عدم توازن البكتيريا والخمائر  
والجراثيم في الأمعاء ، ويحدث هذا الاضطراب في حالة عدم توازن ، وبالتالي  
تبدأ الجزيئات الضارة بالانتشار في الجهاز الهضمي .
- ب- يعاني أطفال طيف التوحد من فرط النمو الخميري في الأمعاء ، ويعتبر من  
أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى المصابين التوحدين ، بينما يشيع بين التوحدين  
فرط النمو البكتيري والجراثيم ، إضافة إلى البكتيريا المسببة للأمراض .
- ج- هناك أيضاً زيادة نفاذية الأمعاء Intestinal Permeability وهو مصطلح يصف  
الظاهرة التي تزداد فيها ترشيح الأمعاء ، مما يؤدي إلى اضطراب مزمن في  
الجدار المعوي وبالتالي يؤدي إلى مشاكل أخرى كحساسية الكازين والجلوتين ،  
وحساسية الطعام لدى المصاب .
- د- هناك حساسية الكازين والجلوتين ، حيث يعاني معظم الأطفال التوحدين من  
عدم القدرة على هضم البروتينات الغذائية كالكازين والجلوتين بطريقة فاعلة ،

مما ينتج عن ذلك تفاعلات ذات تأثير مشابه للمورفين المخدر تؤثر على مستقبلات المخدر الطبيعي في المخ . بالنسبة للحساسية الناتجة عن الغذاء وعدم تحمل الأطعمة ، يتعرض المصابون بالتوحد إلى الحساسية الناتجة عن الغذاء إلى حد كبير وتلك الحساسية ناتجة عن الضرر الذي يصيب الجدار المبطن للأمعاء وجهاز المناعة .

هـ- كما يعاني أطفال طيف التوحد من عسر الهضم وسوء الامتصاص ، ويعرف ذلك بعملية الهضم غير الكاملة وبطريقة غير فاعلة للأطعمة ، مما يؤدي إلى سوء امتصاص الجسم للعناصر الغذائية المفيدة للجسم .

و- يحدث الإمساك والإسهال عند أطفال التوحد نتيجة للاضطرابات المعوية التي تحدث صعوبة أو قلة حركة العضلات في عملية خروج الغائط الصلب ، وهذا ما يعرف بالإمساك وعلى العكس فإن الإسهال هو خروج الفضلات بشكل متكرر ولين .

ز- هناك أمراض الالتهابات المعوية عند أطفال طيف التوحد ، إذ يعاني العديد من الأطفال التوحدين من حالة تعرف بمرض الالتهاب المعوي توصف بالتهاب الجهاز الهضمي والتهاب المريء ، وهو ما يعرف بعجز الكبريتات ، يظهر الأطفال التوحدين حساسية من الأطعمة المحتوية على الفينول ، والعديد لديهم مشاكل وعجز في عملية الكبريتة وعجز في الإنزيم ناقل الكبريتات .

ح- يعاني أطفال طيف التوحد من ضعف الجهاز المناعي بالأمعاء وعندما يكون هناك اضطرابات معدية - معوية Gastrointestinal Dysfunction يؤدي إلى ضعف الخلايا المناعية المحيطة بالجهاز الهضمي ونتيجة لذلك تحدث مشكلات مناعية كبيرة .

ويتبادر إلى الأذهان بعد عرض جوانب القصور في حياة أطفال طيف التوحد من الناحية الغذائية والهضمية سؤال عن كيفية استعادة صحة الأمعاء هل هناك حل؟

الجواب : نعم عن طريق إزالة الجراثيم المعوية والسموم الكيميائية والمثيرات الأخرى من الأمعاء ، وتفعيل وظيفة الهضم ، وإعادة تشكيل الفلورا (Flora) المعوية الطبيعية ، وإصلاح البطانة المعوية ، وتصحيح نقص العناصر الغذائية ، وتحسين الجهاز

الهضمي في الأمعاء ، وأيضا تقليل أضرار الجهاز المعدي - المعوي المستقبلية من خلال :

١. ابدأ دائما بإزالة الكازين والجلوتين : وجد أولياء أمور أطفال التوحدين الذين لدى أبنائهم مشاكل في الأمعاء أن أفضل تدخل لجعل وظيفة الأمعاء طبيعية هو اتباع الحمية الغذائية الخالية من الكازين والجلوتين .
٢. تنظيف غذاء الطفل : تقليل حساسية جهاز الأمعاء وذلك بتقليل تناول الوجبات السريعة والكاربوهيدرات المكررة والحلويات والأطعمة المحتوية على المواد الملونة والحافظة والمضافات والنكهات الصناعية والمحليات والمبيدات والهرمونات الموجودة في العديد من الأطعمة .
٣. إزالة السكر من الغذاء : يعتبر إزالة السكر من الغذاء طريقة فعالة للتدخل قبل العلاج بمضادات الميكروبات في حالة وجود اضطرابات معوية مصاحبة لفرط النمى البكتيري والخميري أو الطفيليات .
٤. إزالة الأطعمة المسببة للحساسية : عمل تحليل حساسية الطعام لمعرفة الطعام المسبب للحساسية وإزالته من غذاء الطفل .
٥. عمل تحليل للبراز : ويعتبر زراعة البراز من أهم التحاليل لمعرفة حدة مرض الأمعاء .
٦. التدخل بالانزيمات الهاضمة : تحسين عملية الهضم وذلك باستخدام الإنزيمات الهاضمة حيث يريح ذلك جهاز الأمعاء ويعطي الفرصة لبدء بعض عمليات الشفاء .
٧. استخدام المكملات الغذائية التي تسكّن وتشفى جدار الأمعاء : استخدام المكملات الغذائية التي تساعد على إزالة بعض الالتهابات والحساسية المتمركزة في جهاز الأمعاء .
٨. تعزيز طرق تصريف السموم في الجسم : يعتبر الكبد المسؤول عن عملية استقلاب وإزالة السموم في الجسم وعادة ما يكون عليه عبء من السموم المفروزة من الخلايا الميكروبية في الأمعاء ، وبالتالي في هذه الحالة يحتاج إلى العديد من المكملات الغذائية المعروفة لدعم وتعزيز عملية تصريف السموم من الجسم .

مشكلات فترة المراهقة : Problems of Adolescence

تعتبر المراهقة من المراحل المحرجة للنمو عموماً والتي تحتاج إلى نوع خاص من التعامل يختلف تماماً عن مرحلة الطفولة السابقة ، من المعروف أن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يمرون بنفس مراحل النمو التي يمر فيها الأطفال العاديون ، ولكن بشكل أبطأ وبالتالي فإنهم يمرون في مرحلة البلوغ الجنسي ، حيث أنهم في الغالب لهم نفس الاحتياجات والدافعية التي للآخرين ، كما أن قدرة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على فهم الجوانب الجنسية تكون محدودة ، مما قد يجعلهم عرضة للاستغلال من قبل غيرهم ، أو أنهم يتصرفوا بطريقة غير لائقة .

أظهرت التجارب أن آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد أن ليس لديهم الاستطاعة لضبط أطفالهم في هذه المرحلة ، من هنا تبدأ المعاناة لذلك لا بد من تقديم الإرشاد والتوصيات للأسر للتعامل مع أطفالهم في تلك المرحلة الحرجة ، وإن على الأسرة أن تهين نفسها لمرحلة البلوغ بكل سلبياتها وإيجابياتها .

وفي معرض حديثه عن المشكلات السلوكية لدى الأفراد التوحدين فقد أوضح بطرس (٢٠١١) عدداً من المظاهر التي تصاحب مرحلة المراهقة لديهم وهي تتجلى فيما يلي :

١. النزعة الاستقلالية ليست قوية ، كما لدى الأفراد العاديين فهي بحاجة إلى الدعم والمساعدة .
٢. عدم وصول الإدراك إلى المستوى المطلوب ، وهذا ما يتطلب التدريب المكثف .
٣. المعاناة من ضغوط نفسية قوية جداً لوجود عوائق اجتماعية تصادفه في حياته ولا تسمح له بالتصرف كما يريد . وعندما يصل الطفل التوحدي إلى مرحلة البلوغ فإنه تظهر عليه تغيرات تختلف عن مرحلة طفولته ، مما يجعل أسرته تواجه صعوبات ، ومن هذه التغيرات ما يلي :
  - أ. صعوبة التعامل معه .
  - ب. شرح حالته للناس ، والمجتمع باعتبار أن أسرته غير قادرة على ضبطه فهو لم يعد طفلاً .

ج. صعوبة قيام الأسرة بمنع الابن أو الابنة من ذوي طيف التوحد عن ممارسة عادات وأعمال غير مرغوبة في المجتمع (بطرس ، ٢٠١١).

يواجه الأفراد التوحديون العديد من المشاكل في هذه المرحلة ، ومن أهمها :

١. العجز في التحصيل اللغوي وغير اللغوي :

يعتبر العجز اللغوي أحد المظاهر المرضية الرئيسية عند الطفل التوحدي ، والعجز اللغوي مظهر لإعاقات أخرى عند الطفل ، تعتبر اللغة أداة رئيسية في تواصل الطفل مع المجتمع المحيط به سواء كانت لفظية ، أو حركات جسدية ، أو تعبيرات الوجه ، أو مكتوبة أو منطوقة .

ويظهر على الطفل التوحدي عجز في التعبير اللغوي سواء كانت لفظية ، أو غير لفظية وعدم القدرة على تطويرها ، أو استخدامها للتعبير عن رغباته أو الإفصاح عما يريده سواء بالكلام ، أو الإيماءات والحركات الجسدية .

ويظهر العجز غالبا كما يلي :

أ. لا تتطور لديه القدرة على الكلام ، وخاصة عند النمط الأول الذي يظهر منذ الولادة .

ب. تتطور لديه محصلة لغوية ، لكن غير طبيعية في الاستعمال أو بالوظيفة بأن يردد بعض الجمل التي سمعها سابقا ولكنها لا تنسجم مع الموقف الجديد أو الموضوع الجديد .

ج. عدم القدرة على استعمال التلميحات كأداة لغوية (الإشارة إلى شيء يلفت انتباه شخص آخر إلى ذلك) .

د. عجز في القدرة على الحوار ، مثل المشاركة في الحوار الجماعي والتعبير والتوضيح (رأيه ، أفكاره ومشاعره) ، إذا بدأ الحوار لا يعرف كيف ينهيه أو لا يكمله .

هـ. صعوبة في استعمال الضمائر (المتحدث والمخاطب والغائب) .

و. البعض تتطور لديهم مهارات لغوية طبيعية ، ولكن لديهم مشاكل في استعمالها في التعبير والحوار وعدم القدرة على توظيفها في التواصل في المواقف الاجتماعية .

ز. عدم القدرة على سرد قصة قصيرة وبسيطة الميول إلى ترديد جمل معينة معها سابقا .

ح. لا يستعمل الإيماءات مثل تعابير الوجه ، والحركات الجسمية كأدوات تعبيرية لذلك يفشل الطفل التوحدي في محاكات أو تقليد الأصوات المملوطة والتعامل مع الأدوات اللغوية بشكل مناسب ، فقدراته اللغوية قد تكون معدومة أو متدنية .

ط. عجز في استخدام اللغة التعبيرية ، وتنظيم الأفكار والتعبير عن العواطف .

### ٢. سوء الخدمات Poor Services :

وتتمثل في نقص الخدمة في المستشفيات ومؤسسات المجتمع والأسرة والتي من الضروري توفيرها لهذه الفئة من الأفراد في مرحلة المراهقة ، حيث يحتاجون إلى فهم عميق ، مما ينعكس على نفسياتهم ، وبالتالي يتولد لديهم الإحباط بسبب عدم قدرتهم على استحواذ أي فكرة تطاردهم في حياتهم ، يعجز الأفراد التوحديون في مرحلة المراهقة عن فهم مطالب الحياة والتفاعل مع المجتمع ، إن تعرض الفرد التوحدي للضغوط النفسية ، مما يحدو الأمر إلى مراجعة الأطباء النفسيين وتصرف لهم الأدوية التي سيتناولونها باستمرار فيصبح مدمناً لها ، ولأنها غير مجدية تسبب له الهلوسة فيصاب بأعراض الانفصام وتلك مشكلة أخرى (القمش ، ٢٠١١) .

### ٣. السلوك الجنسي Sexual Behavior :

ومن المشكلات التي يتعرض لها الأطفال المصابون بالتوحد نمو الرغبة الجنسية ، وظهور حالة الاستمناء عند الأولاد مما يدفعهم إلى ممارستها دون إدراك عادات المجتمع وتقاليد (أمام الناس في المكان العادي) ، كذلك يظهر لديهم الميل إلى الجنس الآخر بمظهر غير ناضج ، فيكون لديهم فضول طفولي متعلق بالأجساد ، وقد يبادر أحدهم بسداجة وبراءة إلى خلع ملابس الأطفال الآخرين .

أما بالنسبة للفتيات من ذوي اضطرابات طيف التوحد فإن عملية الحيض والعادة الشهرية لديهن غالباً ما تبدأ لديهن خلال الوقت الزمني نفسه الذي تبدأ عند الفتيات الطبيعيات ، ولمواجهة الرغبة الجنسية لدى هؤلاء الأفراد المصابين بالتوحد لا بد من

عمل التوعية اللازمة لتقليل المخاطر الناجمة عن القيام بأمر تخالف معايير المجتمع وأخلاقياته .

وفيما يلي بعض النصائح والارشادات والتي يجب اتباعها للتعامل مع السلوكيات الجنسية لدى الأفراد المصابين بالتوحد :

١. العمل على تنمية ميول أخرى لدى الطفل محاولاً أن تبعد اهتمامه عن التركيز على جسمه في البحث عن المتعة بتشجيعه على إيجاد نشاطات ممتعة أخرى في العمل ، أو الدراسة ، أو الترفيه .
٢. اعمل على صرف انتباه الطفل باللعب معه أو إعطائه مهمة بديلة .
٣. اعمل على تفهم الطفل ، فبدلاً من الصراخ والتوتر حاول توجيه الطفل إلى أن هذه السلوكيات لا تمارس أمام الآخرين .
٤. اعمل على تطوير الحاسة الخلقية (ما يجوز ، وما لا يجوز) ، وأوجد منافذ مقبولة لتصريف الطاقة لديه بما يتماشى مع العادات والتقاليد .
٥. الجأ إلى أسلوب التجاهل (الإطفاء) في حال حدوث السلوك لأول مرة حتى لا يتم تعزيزه .
٦. انتبه إلى تعليم الطفل المصاب بالتوحد التصرف الملائم ، أو السلوك المناسب يجب أن يتم أثناء القيام بالسلوك المخجل .
٧. اعمل على تطوير مهارات الاعتماد على الذات والمتعلقة باستخدام الحمام مثل إغلاق الحمام وتدريبه على الاعتماد على النفس عند دخول الحمام (Georg, & Realmuto, 1999) .

### مشكلات التوظيف Employment Problems :

من المشكلات التي يواجهها الأفراد التوحدين وبالذات ذوي الكفاءات العقلية العالية ، مشكلة في توظيفهم في أعمال ومهن تناسبهم ، ورغم أن مجال العمل الذي يناسبهم هو الرياضيات والأعمال المنزلية وما شابه ذلك ، إلا أن عدداً قليلاً منهم يحصلون على هذه الوظائف .



هناك العديد من المشكلات التي تواجه الأفراد التوحديين والتي تحول دون إيجاد الوظائف المناسبة ، وهي على النحو التالي :

١. الاضطرابات اللغوية لديهم ، والتي تبعدهم عن تلك الأعمال التي تتطلب القدرة التخاطبية ذات المستوى العالي .
٢. الافتقار إلى المرونة ، بمعنى أن العمل قد يكون في مجال تتداخل فيه المعلومات والتعليمات ، وتتغير فيه الأنظمة باستمرار ، وهذا أمر غير مناسب أيضا .
٣. مشكلات الحساسية واتجاه الأصوات ، والأضواء الباهرة لدى الراشدين التوحديين ، قد يعيق عملهم بالمصنع إذا وجد فيه ضجيج .
٤. إصابة الكثير منهم بالضيق والقلق والتشوش إذا كان الآخرين عجولين أو غير صبورين ، أو سريع الانفعال ، أو حادي الطباع ، أو إذا صرخ شخص ما بصوت عالي .
٥. تعقيدات المواصلات والنقل من مكان العمل وإليه ، قد تسبب حالة من التشوش والإرباك والضيق لدى الفرد التوحدي .
٦. عدم اهتمام بعض التوحديين بنفسه جيداً أثناء العمل أو تغيير ملبسه بانتظام ، مما يعني ضرورة وجود من يهتم به من أهله بهذا الخصوص (المغلوث ، ٢٠٠٣) .

**دور تنظيم البيئة المنزلية في الحد من مشكلات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد :**

تعتبر البيئة المنظمة والثابتة من الأمور المهمة عند التعامل مع الفرد التوحدي ، فهي تعتبر الحجر الأساس للوصول إلى درجة مناسبة من الاستقرار النفسي ، والتربة الخصبة لنمو باقي مجالات العمل .

**أنماط تنظيم البيئة المنزلية :**

١. التنظيم المكاني .
٢. التنظيم الزماني .
٣. المرجعية الثابتة .

فوائد تنظيم البيئة المنزلية :

١. تساعد الطفل على توقع النشاط القادم ، مما يساهم بدرجة كبيرة في تخفيف القلق والتوتر لديه .
٢. تساعد على الاستقلالية الذاتية والاعتماد على النفس .
٣. تنمي مفهوم الوقت ، وتخفف نوبات الغضب والبكاء .
٤. تربط نوعية النشاط بمكان محدد .
٥. وجود نظام هيكلي لتقديم التلميحات المساعدة للطفل ، بحيث لا يتم تقديم الإجابة أو الاستجابة المطلوبة مباشرة ، بل يتم مساعدة الطفل على الوصول إلى الاستجابة المناسبة بتقديم تلميحات تنتقل بالطفل من درجة إلى أخرى (من السهولة) حتى يصل إلى الاستجابة المطلوبة .

أولاً : التنظيم المكاني : ويقصد بالتنظيم المكاني (الروتين المكاني) هو ربط مواقع معينة بأنشطة معينة .

١. غرفة النوم : تعتبر مشاكل النوم من المشاكل الشائعة عند الأطفال التوحدين ، حيث يصعب عليهم الذهاب إلى السرير أو النوم ، وأهم هذه الأسباب :
  - أ- الخوف من الظلام .
  - ب- الخوف من الوحدة .
  - ج- النشاط الزائد .
  - د- صعوبة الانتقال من نشاط إلى آخر .
  - هـ- الرغبة في الاستمرار في اللعب. فعلى سبيل المثال يفضل الطفل التوحدي مشاهدة شريط فيديو على الذهاب إلى الفراش .

ومن المشاكل الشائعة في هذا المجال يلاحظ ثورة غضب وقت النوم ، قد يكون هذا احتيال من الطفل لكي يستمر بالنشاط الذي كان يقوم به قبل وقت النوم . ومن خلال الملاحظة الدقيقة لأسباب امتناع الطفل عن التوجه إلى غرفة النوم ، أو البقاء في سريره ، تبرز الإجابة من خلال معالجة هذه الأسباب عن طريق تعديل البيئة (غرفة النوم) وتنظيمها ، والجدول رقم (٤) التالي يوضح المشكلات التي تحصل أثناء النوم في غرف النوم عند الأطفال التوحدين .

الجدول رقم (٤)

أسباب مشكلات النوم وكيفية معالجتها عن طريق تنظيم البيئة

ت	السبب	المعالجة (تعديل البيئة وتنظيمها)
١	الخوف من الظلام .	وضع ضوء خافت .
٢	الخوف من الوحدة .	أن يترك باب غرفة النوم مفتوحاً قليلاً حتى يسمع صوت الأهل أو تحركاتهم في البيت .
٣	صعوبة الانتقال من نشاط إلى آخر .	الحرص على أن لا يقوم الطفل بأنشطة محببة لديه قبل النوم ب (٤٥) دقيقة .
٤	النشاط الزائد .	قف على باب الغرفة وعندما يحاول الخروج ، تجاهله تماماً (لا يكون هناك تواصل بصري أو لفظي) وأعدّه إلى السرير فوراً .
٥	اللعب في غرفة النوم .	عدم وضع أي لعبة في غرفة النوم ، وأي أدوات يمكن أن تكسر كي لا يؤذي الطفل نفسه إذا حصلت نوبة غضب .

وهناك أيضاً أشياء عملية أخرى من الممكن أن تكون مفيدة ، كذلك يجب التأكد من أن غرفة النوم مريحة وأليفة للطفل ، وأن يكون فراشه دافئاً ، يجب التأكد من أن الطفل ليس جائعاً قبل الذهاب للنوم ، وأن يكون هناك روتين منتظم لوقت النوم بحيث يكون ثابتاً وأن يتمسكوا به .

يحتاج الأطفال التوحديون إلى روتين يساعدهم في التغلب على الخوف وغالباً هم غير قادرين على التنبؤ بالأمر المتوقع حدوثها لاحقاً . ولهذا يعتبر وقت النوم أيضاً بحاجة لأن يكون منتظماً ، ولتثبيت وقت النوم يجب تكراره بنفس الطريقة كل ليلة إذا أمكن ، فعلى سبيل المثال : يكون عند الساعة التاسعة ، لا تدع الطفل يقوم بأي نشاط يحبه قبل النوم ، وفيما يلي مقترحات لإجراءات ما قبل النوم :

أ. يلبس (بيجامة) خاصة ، لا يرتديها سوى قبل النوم .

ب. يذهب للمرحاض .

ج. أن يقبل أفراد العائلة قبل الذهاب للنوم .

د. الذهاب للسريير .

وهناك أشياء يمكن أن لا تنتظم بدقة وبنفس الطريقة في المنزل ، لكن من المهم جداً أن يتواجد الروتين ، فيجب عليك أن تكون ثابتاً وبالأحرى مثابراً وحازماً ، فإذا استسلمت فإنك بهذا تكافئ سلوكه وعندها يصعب تغيير هذا السلوك لفترة زمنية أطول .

#### ٢.المطبخ :

ومن المشكلات الشائعة التي يواجهها آباء الأطفال التوحدين هي كيفية إبقاء ابنهم بعيداً عن الثلاجة ، وعن أماكن تواجد الطعام ، بعض الأطفال يقومون دائماً بسرقة الطعام من البراد ، وهذا يتسبب عادة باكتساب الأطفال وزناً كبيراً وخسارة الآباء الكثير من النقود . ويمكن أن يكون هذا الأسلوب مشكلة حقيقية خصوصاً حينما يقومون الأطفال بإفساد وإتلاف الطعام أو تناوله غير مطهي .

#### تعديل المطبخ :

إن من المهم وضع بعض المواد في مأمن خصوصاً المواد الكيميائية كأدوات التنظيف وكذلك من الضروري أن يقوم الآباء بقفل المطبخ بغية عدم وصول أطفالهم إلى السكاكين وأعواد الثقاب أو القداحة . ويمكن للمطبخ أن يكون آمن فقط باتباع بعض الإجراءات في تصميم مثل أن يكون هناك إمكانية لقفل الباب ، وهذا طبعاً من شأنه أن يحفظ كل الأدوات الخطرة بقفل باب واحد .

#### تنظيم عملية الطعام :

وتبدأ هذه العملية بإنشاء روتين يومي ثابت من خلال :

أ- وضع وقت ثابت لتناول الوجبات الثلاث : (ملاحظة : عندما يصل الفرد إلى درجة مناسبة من الاستقرار النفسي والانفعالي ، يمكن إدخاله إلى المطبخ ليشاهد عملية طهي الطعام ، وتفهيمة أن طهو الطعام عملية لا تنتهي بوقت ثابت دوماً) .

- ب- تخصيص بشكير معين للفرد ومكان ثابت له (يساعد التنظيم على الاستقلالية الذاتية) .
- ج- تخصيص صحن وملقعة يحضرهما بنفسه ، ويضعهما في (المجلى) بعد الانتهاء .
- د- تحديد وقت محدد لتناول الطعام (يحدد حسب قدرات الفرد) .
- هـ- عدم السماح بتناول الطعام بين الوجبات الرئيسية .
- و- يمكن استعمال الصور التي تعبر عن فترة تناول الطعام للأفراد الذين يعانون من ضعف في اللغة الاستقبالية .
- ز- تأكد أن يكون الطفل جائعا .

## ٢. موضوع الأضواء :

العديد من الأفراد التوحديين لديهم حساسية للأضواء الساطعة حين تكون مباشرة على عيونهم ، وربما نحتاج إلى بعض التعديل في البيئة المنزلية :

الاعتبار الأول : هو في نوعية الأضواء التي يجب أن نستخدمها في المنزل . الأطفال التوحديون يرتبكون ويقلقون عادة من أضواء النيون وكل الأضواء الخفيفة والباهتة ويميلون غالبا إلى الأضواء القوية ، وينصح هنا باستبدال أضواء النيون بأضواء أكثر سطوعا وغير مباشرة (مخفية) ، وإذا أمكن يجذب استخدام مفتاح لتقوية وإضعاف الإنارة ، فبينما تكون قوية في الفترات التي يجب القيام فيها بأنشطة مختلفة ، تكون ضعيفة في الفترات التي نود تهدئة الفرد فيها أو النوم .

## ٣. التنظيم (الترتيب) :

الحاجة للتنظيم هي رغبة الطفل التوحدي وهو أن يكون المنزل أنيقا ومرتبيا بشكل دائم ، فالأفراد التوحديين يفضلون أن يكون لكل أداة مكان محدد تعاد إليه بعد كل استعمال وأن لا يكون هناك فوضى في المنزل . دع الفرد يحضر أدواته ويعيده بنفسه ، والتنظيم الجيد لبيئة الفرد التوحدي ، سوف يخفف مستوى الإحباط لدى الطفل ، وبالتالي سوف تخف السلوكيات الغير مرغوبة .

## ٤. الواجب اليومي :

حاول دوما أن يكون هناك واجبات (فروض) يومية ينبغي على الطفل إنجازها ، واملأ وقته في المنزل ، لأن ذلك يخفف تشتت الانتباه لدى الطفل ، ويزيد انتباهه

وتركيزه على إنجاز الوظيفة المطلوبة منه ، بالإضافة إلى ذلك يعتبر وقت الفراغ عند الفرد التوحدي تربة خصبة لنمو السلوكيات الغير مرغوبة .

يجب أن يكون مكان الواجب اليومي خالياً من الأشياء المغرية للطفل التي تشتت انتباه الطفل مثل : التلفزيون ، أو أي شيء يجده الطفل مغرباً له ويصرف انتباهه ، الواجبات اليومية ليست معرفية فقط ، فهناك واجبات أخرى ذات أهمية قصوى في المنزل ، وتنبع أهميتها من الاستفادة المباشرة للفرد منها . ومن أمثلة ذلك :

١ . تأمين الماء في البراد بشكل دائم .

٢ . إعداد مائدة الطعام .

٣ . طوي الغسيل .

#### ثانياً : التنظيم الزمني :

هو ربط الوقت بالنشاط وتحديد بداية ونهاية النشاط بشكل دقيق . إن تنظيم الوقت للفرد التوحدي يساعده على فهم برنامجه اليومي ، ويبني عنده القدرة على التوقع بالنشاط القادم ، فبذلك نخفض حدة الخوف من المجهول ، والقلق والتوتر النفسي .

#### ثالثاً : المرجعية الثابتة :

وهي تثبيت الشخص ومواقفه في التعامل مع الفرد التوحدي ، وأن يكون هناك استجابة واضحة وثابتة لكل سلوك يقوم به الطفل .

#### كيف يكون الثبات؟

##### ١. الثبات في الأسلوب :

يجب أن يكون لديك نظاماً في التعامل مع الفرد التوحدي ، فعندما يقوم الفرد بسلوك غير مرغوب يجب أن تكون العقوبة ثابتة ، وتطبق في كل مرة يقوم بها الفرد ، وإلا فقدت العقوبة معناها وسيتأخر السلوك في اختفائه . ملاحظة : لكل سلوك أو استجابة غير المرغوبة عقوبة معينة تشتت أو تأخذ من طبيعة هذا السلوك ، والتثبيت يكون بتطبيق عقوبة معينة لسلوك معين والاستمرار في تطبيق هذه العقوبة في كل مرة يظهر فيها هذا السلوك .

٢. الصوت :

فعندما يقوم الطفل بسلوكيات واستجابات غير مناسبة ، يجب أن تكون نبرة الصوت حازمة وليست قوية ، ويجب أن لا يلمس الطفل أنك متوتر بسبب سلوكه ، وهنا تكمن الأهمية القصوى للتحكم بنبرة الصوت كي لا يستخدم الطفل سلوكه عندما يريد أن يغيظك .

٣. تعابير الوجه :

يجب أن يختلف تعبير الوجه من سلوك إلى آخر ، وأن يستطيع الفرد التوحيدي التمييز بين التعبيرات التي تدل على الرضا ، ومن التعبيرات التي تدل على عدم الموافقة ، ويجب أن لا تظهر تعابير تدل على الغضب أو التوتر .

اعتبارات أخرى :

١. بعض الأطفال لديهم حساسية من رائحة الطعام أثناء الطبخ .
٢. بعض الأطفال قد تكون لديهم حساسية لبعض العطور .
٣. تجنب استخدام مساحيق تنظيف وشامبوهات ذات روائح عطرية قد تكون مزعجة للطفل .
٤. للأطفال الذين لديهم حساسية من الأصوات ، يمكن وضع سجادة على البلاط لتفادي أصوات الخطوات .
٥. يجب ضبط درجة حرارة الماء في السخان ، كي لا يحرق الطفل نفسه أثناء الاستحمام أو غسل اليدين .
٦. جرب أن تضع أنواع مختلفة من الأصوات ، أو صوت قارئ القرآن الكريم ، وراقب تأثير كل واحد منها على طفلك ، فيمكنك استخدام أصوات لقراء القرآن الكريم لتهدئة الطفل .
٧. إذا كان هناك إمكانية بحيث يتم تخصيص غرفة صغيرة للطفل من دون أثاث بحيث يلعب بها بحرية .

يعتبر تنظيم البيئة (المكاني ، الزماني ، المرجعية) بالنسبة للفرد التوحيدي غير المستقر نفسياً ، ويعاني من المشكلات السلوكية ، من أولويات العمل ، لأنه يؤسس تربة سليمة لنمو الفرد وتعلمه في كل المجالات ، ويساعده على تخفيف مستوى

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

الإحباط والقلق والتوتر ، والقدرة على التوقع بالأحداث القادمة ، مما يسهم في زيادة ثقته بنفسه وثقة الأسرة فيه التي سوف تنعكس على أدائه ، ولكن عندما يصل الفرد إلى درجة مناسبة من الاستقرار النفسي ، يجب البدء بإدخال بعض التغيرات على البيئة بما يتلاءم مع مستوى قدراته (<http://www.nesasy.org>) .



مراجع الفصل السادس

المراجع العربية:

- أبو غزالة ، سميرة (١٩٩٢) . تعديل أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى أطفال المدرسة الابتدائية باستخدام برنامج إرشادي في اللعب ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة القاهرة ، القاهرة .
- بطرس ، حافظ (٢٠١١) . طرق تدريس الطلبة المضطربين سلوكياً وانفعالياً ، ط ١ ، دار المسيرة ، عمان .
- بيومي ، لمياء (٢٠٠٨) . فاعلة برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحدين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية بالعرش ، جامعة قناة السويس .
- جابر ، عبد الحميد ، وكفافي ، علاء الدين (١٩٩٥) . معجم علم النفس والطب النفسي ، ج ٧ ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
- الخولي ، هشام (٢٠٠٣) . أثر التدريب على استخدام ما وراء المعرفة في خفض اضطراب الانتباه المصحوب بفرط الحركة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ، مجلة كلية التربية ، جامعة الزقازيق ، العدد (٥) ، صص ٩٠-١٠٣ .
- الزريقات ، إبراهيم (٢٠٠٤) . التوحد - الخصائص والعلاج ، ط ١ ، عمان ، دار وائل للنشر والتوزيع .
- زهران ، حامد (٢٠٠٩) . علم نفس النمو - الطفولة والمراهقة ، ط ٨ ، عالم الكتب ، القاهرة .
- عبد الغفار ، عبد السلام (١٩٧٩) . مشكلات الطفولة (نظرة عامة) ، مركز دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس .
- عمارة ، ماجد (٢٠٠٥) . إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .
- الغصاونة ، يزيد ، والشрман ، وائل ، وخليفة ، وليد (٢٠١٣) . التوحد بين النظرية والتطبيق ، ط ١ ، دار الفكر ، عمان .

- فراج ، عثمان (٢٠١٢) . الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة ، ط ١ ، مكتبة المتني ، الدمام .
- فراج ، عثمان (١٩٩٤) . إعاقة التوحد أو الاجترار ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ديسمبر ، العدد (٤٠) ، ص (٢-٤) .
- القاسم ، جمال ، وعبيد ، ماجدة ، والزعي ، عمار (٢٠٠٠) . الاضطرابات السلوكية ، ط ١ ، دار صفاء ، عمان .
- القمش ، مصطفى (٢٠١٥) . اضطرابات التوحد ، الأسباب ، التشخيص ، العلاج ، دراسات علمية ، دار المسيرة ، عمان .
- السعد ، سميرة (١٩٩٨) . برنامج متكامل لخدمة إعاقة التوحد في الوطن العربي ، المؤتمر السابع لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين ، القاهرة .
- سليم ، عبد العزيز (٢٠١١) . الاضطرابات النفسية لدى الأطفال ، ط ١ ، دار المسيرة ، عمان .
- الشامي ، وفاء (٢٠٠٤) . سمات التوحد ، ط ١ ، الجمعية الخيرية الفيصلية النسوية ، مركز جدة للتوحد .
- الشخص ، عبد العزيز (٢٠٠٦) . اضطرابات النطق والكلام (خلفيتها - تشخيصها - أنواعها - علاجها) ، ط ٢ ، مطبعة العمرانية للأوفست ، القاهرة - جمهورية مصر العربية .
- الصبي ، عبد الله (١٤٢٣) . التوحد وطيف التوحد أسبابه وأعراضه وكيفية التعامل معه ، ط ١ ، الجمعية الخليجية .
- المغلوث ، فهد (٢٠٠٣) . التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه ، منشورات مؤسسة الملك خالد الخيرية .
- المغلوث ، فهد (٢٠٠٤) . كل ما يهمك معرفته عن اضطراب التوحد ، ط ١ ، الرياض .
- موسى ، رشاد (٢٠٠٢) . علم نفس الإعاقة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .
- مصطفى ، أسامة ، والشربيني ، السيد كامل (٢٠١٤) . سمات التوحد ، ط ٢ ، دار المسيرة ، عمان .

- يوسف ، جمعة ، (٢٠٠٠) . الاضطرابات السلوكية وعلاجها ، دار غريب ، القاهرة .
- يحيى ، خولة (٢٠١٢) . الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، دار الفكر ، عمان .

المراجع الأجنبية :

- Biklin, D. (2002). Communication unbound. Autism and proxis, Harvard Educational Review, (60), 10-20.
- Dianne, E., Berkell, (1992).Autism: Identifiation, Education and Treatment, New Jersey: Hove and London.
- Frith, U. (2003). Autism: Exploring the Enigma, p.83, Oxford Basil Blackwell publishing.
- Georg, M., Realmuto, Lisa, A. (1999). Sexual Behaviors in Autism: Problems of Definition and Management, Journal of Autism and Developmental Disorders, April (1999), Volume 29, Issue 2, pp121-127.
- Lecavalier, L. (2006). Behavioral and Emotional Problems in Young People with Pervasive Developmental Disorders: Relative Prevalence, Effects of Subject Characteristics, and Empirical Classification. Journal of Autism and Developmental Disorders, 36,1101-1114.
- White,S., Oswald, D., Ollendick, T. & Scahill, L. (2009). Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorders. Clinical Psychology Review, 29, 216-229.
- [www.nesasy.org](http://www.nesasy.org)
- Wolf, S., (2005). Psychiatric Disorders of childhood in kendell, R.E. and Zealy, A. K. (Eds) Companion to psychiatric studies , London disciplines, Oxford. Pergamon Press.

الفصل السابع

المشكلات الانفعالية والاجتماعية لدى الأطفال التوحديين

النمو الانفعالي عند الأطفال التوحديين :

- مظاهر النمو الانفعالي .
- وظائف الانفعالات .

المشكلات الانفعالية لدى أطفال طيف التوحد :

- نوبات الغضب أو الهيجان .
- الغيرة .
- الخوف .
- الخجل .

- الشعور بالنقص .

- السلبية وعدم الطاعة .

المشكلات الاجتماعية لدى أطفال طيف التوحد :

- مفهوم المهارات الاجتماعية .
- مكونات المهارات الاجتماعية .
- أبعاد المهارات الاجتماعية .
- أهم المشكلات الاجتماعية .

المشكلات الأسرية .

## الفصل السابع

### المشكلات الانفعالية والاجتماعية لدى الأطفال التوحديين

النمو الانفعالي عند أطفال طيف التوحد :

قبل الحديث عن السلوكيات الانفعالية لا بد من تناول مجموعة من مميزات الانفعال لدى الأطفال ومظاهر الحالة الانفعالية ، ووظائف هذه الانفعالات :

١. قصيرة الأمد : أي أنها تبدأ بسرعة وتنتهي بنفس السرعة .
٢. كثيرة : تتاب الطفل انفعالات كثيرة وهي لذلك تصبغ حياته بصبغة وجدانية مختلفة الألوان والآثار .
٣. متحولة المظهر : لا يستقر الطفل في انفعالاته على لون واحد فهو سرعان ما يضحك ثم ما يفتأ أن يبكي .
٤. حادة في شدتها : لا يميز الطفل في ثورته الانفعالية بين الأمور التافهة والأمور المهمة فهو يبكي في حدة ، حينما تمنعه من الحلوى ، ويفرح بنفس القوة حينما تشتري له دراجة جديدة (البهى ، ١٩٩٧) .

### مظاهر النمو الانفعالي :

١. يتوقف النمو عند المستوى الوجداني الطفلي ، فتتكون تصرفاتهم وانفعالاتهم وتأثراتهم مثل الأطفال الصغار ، حيث تكون اهتماماتهم ورغباتهم وتعبيراتهم الانفعالية في مستوى أصغر من سنهم بكثير . فقد يبكون ويصرخون ، ويضربون بأيديهم ، ويرفسون بأرجلهم كالأطفال الصغار في حالة الغضب أو عندما يمنعهم عائق عن إشباع رغباتهم .
٢. ضعف الطاقة الحيوية (الليبيدو) التي تبدو في ضعف القدرة على الكلام ، والتأخر في الجلوس والوقوف والمشي ، وضعف التآزر الحركي والعضلي ، وضعف حركة المشاة ، وعدم الانتباه ، وضعف الميل إلى العمل لعدم الرغبة في بذل الجهد والخوف من الفشل .
٣. ضعف المشاعر الوجدانية تجاه الناس المحيطين بهم ، والتعلق الطفلي بأشياء بسيطة ، وتقلب المشاعر بين الحب والكراهية ، والفرح والحزن ، والاهتمام الزائد والفتور الشديد لأسباب تافهة بسيطة .

٤. قد يصاحب الإعاقة العقلية ميل لإتيان بعض الحماقات ، التي تعبر عن نزعة شريرة لارتكاب السلوك الاجرامي ، لا ينفع معها توجيه ولا إرشاد ، ولا تردعها عقوبة ، ولا تأنيب ، ويتكرر وقوع الشخص في الخطأ بدون قصد أو هدف . وتسمى هذه الحالة "البلاهة الأخلاقية" وتنتج عن ضعف القدرة على ضبط وتوجيه السلوك وعدم القدرة على تحقيق التوازن بين الرغبات العارمة ومطالب الواقع (الفرماوي ، والنساج ، ٢٠١٠).

#### وظائف الانفعالات :

١. يمكن اعتبار الانفعالات نوعاً من الاتصالات التي يستطيع بها الوليد أو الرضيع أو الطفل أن ينقل للآخرين معلومات عن مشاعره وأحاسيسه الحالية واحتياجاته ورغباته .
٢. تعمل الانفعالات على تنظيم التباعد الاجتماعي بين الطفل والمحيطين به ، فيستطيع الطفل أن يحتفظ بالاتصال القائم بينه وبين من يراه عن طريق الابتسام ، كما يساعده الغضب ، والنفور من إبقاء الغرباء بعيداً عنه ، بينما يدفع حزنه وبكاءه الراشدين إلى الانتباه إليه .
٣. تعمل العلامات الانفعالية على خدمة اجتماعية أخرى ، فمثلاً يمكن اعتبار ابتسام الطفل غمط من سلوك التحية ، وعلامة للترحيب بشخص قدم إلى الموقف الذي ضل فيه الطفل ، كما تمنع تعبيرات الغضب ، والتهديد ، وإمكانية المعتدي عليه من الاعتداء عليه .

#### تذكر الدراسات البحثية التي تهتم ببيكولوجية التوحدين ،

١. أن لدى ذوي اضطرابات طيف التوحد صعوبات في اختبار انفعالهم الخاصة وكذلك فهم وادراك انفعالات الآخرين ، والطفل التوحدي في عمره النمائي (٢-٦ سنوات يبنى قدرات للتعبير عن الانفعالات بعد الميلاد بوقت قصير ، والطفل الرضيع يعبر عن انفعالاته مثل الحزن والغضب والمتعة ، أو السرور والاشمئزاز والاهتمام .

٢. أن إدراك الانفعالات المعقدة يكون فقط ممكناً في مرحلة متقدمة من دورة التعلم الاجتماعي ، حتى المرحلة الضرورية التي يتم الوصول إليها ، وكلمة الانفعال تظل غامضة . إن الفرد التوحدي من الممكن تعلمها ، ويكون قادر على تكرارها وربما استخدامها على نحو صحيح في جمل ، ولكن لا يزال عاجزاً عن إدراك معانيها .
٣. الأطفال التوحدين عند مضاهاتهم في العمر العقلي بالعاديين ، فإنهم يتمكنون من التعرف على التعبيرات الوجهية المقننة للانفعالات مثل الغضب ، والاشمئزاز ، والسعادة ، والسرور ، والحزن ، وتمكن التوحديون من التعرف على هذه الانفعالات على أساس مستوى دلالي وإدراكي .
٤. يتمكن الأطفال التوحديون من بناء علاقات انفعالية مع أعضاء أسرهم ومن الممكن أن يكونوا حساسين لحالاتهم الانفعالية على الرغم من أنهم يكونون أقل احتمالاً ومراقبة واستجابة لحالات الانفعالات لأشخاص غير مألوفين لهم (مصطفي والشربيني ، ٢٠١٤) .
٥. من الطبيعي أن يمر الأطفال بمرحلة المراهقة ، فإن المراهقين العاديين يتمردون على آباءهم وأمهاتهم ، ويكونون بعيدين عنهم وربما لفترات طويلة ، أما التوحديون فالتغيرات لديهم لا تصل إلى هذه الدرجة ، بل من الممكن ألا يحصل مثل تلك التغيرات نهائياً ، وبعض الأطفال قد يشعرون ببعض الكآبة نتيجة لملاحظتهم الاختلافات بينهم وبين الأشخاص العاديين (المغلوث ، ٢٠٠٣) .
٦. أهم التفسيرات للصعوبات التي يبديها الأطفال التوحدين في التعبير عن انفعالاتهم هو الفشل في نمو ، أو تطوير ، أو الاستخدام المقيد للمخططات الاجتماعية ، فهم يفشلون في تطوير المفاهيم مثل التأزر ، والتماسك بالأشخاص ، ومشاعر وخبرات الآخرين ، كما أن نمو المخططات الاجتماعية عند الأفراد التوحدين من الممكن أن تستخدم بأسلوب مقيد .

#### المشكلات الانفعالية لدى أطفال طيف التوحد :

هناك الكثير من المشكلات المتعلقة بالنمو الانفعالي للطفل التوحدي ، والتي تظهر عنده خلال مراحل نموه ، بحيث تستمر وتتعمق مما يستدعي الاهتمام بها وعلاجها ، وفيما يلي عرض لأهم المشكلات الانفعالية لدى أطفال طيف التوحد :

١. نوبات الغضب أو الهيجان Tantrums :

إن الغضب هو انفعال غير سار يتتاب الإنسان وينشأ عن حالة من التوتر وتصاحبه تغيرات في وظائف الأعضاء الداخلية ومظاهر جسمانية خارجية تعبر عن درجة هذا الانفعال ، ويؤثر على الجسم سلباً أو إيجاباً وذلك حسب نوع الغضب ودرجة حدته (السمري ، ١٩٩٧) .

ويشير زهران (١٩٩٠) إلى أن انفعال الغضب يتعدى الأطفال وصولاً إلى مرحلة المراهقة والشباب ، حيث تتسم مرحلة المراهقة والشباب بانفعالات عنيفة ومتهورة لا تتناسب مع مثيراتها ، وقد لا يستطيع المراهق التحكم فيها ولا في المظاهر الخارجية لها ، بالإضافة إلى إنها تميز بعدم الثبات الانفعالي .



إن لانفعال الغضب آثار سلبية وفوائد إيجابية ومن آثاره السلبية :

تأثيره سلباً على جميع جوانب الحياة الفكرية والاجتماعية والنفسية والجسمية للفرد :

أ- المضار الفكرية : نجده يعطل تفكير الفرد وسلوكه ويشوه الإدراك لديه ويسلبه عقله مما يجعله يندفع ويسلك وفقاً لنزعاته ورغباته (سليمان ، ٢٠٠٧) .

ب- المضار الاجتماعية : التي قد تنجم عن الغضب ضعف الترابط بين الناس ، تولد الحقد في القلوب وإضرار السوء لديهم بالإضافة إلى تقطع الصلة بين الأهل والأصدقاء .

ج- المضار النفسية والجسمية : فقد ثبت علمياً أن الغضب كصورة من صور الانفعال النفسي يؤثر على قلب الشخص الذي يغضب (سليمان ، ٢٠٠٧) .



**وللغضب عدة آثار ضارة منها :**

١. يؤثر الغضب على التفكير فيمنعه من الاستمرار ويجعله غير واضح ويجعل الإنسان أكثر استعداداً أو تهيؤاً للاعتداء البدني .
  ٢. يقلل الغضب من قدرة الشخص على النقد وإخضاع التصرفات لرقابة الإرادة مما يؤدي إلى تصرفات عشوائية .
  ٣. يساعد الغضب على تفكك المعلومات الدقيقة والمكتسبة حديثاً فتغلب المعلومات الغريزية على التفكير والسلوك مما يؤدي إلى سلوك غير مهذب .
  ٤. إذا استمرت دائرة الانفعالات دون أن تنتهي استمرت التغيرات الفسيولوجية المصاحبة لها مما يؤدي في النهاية إلى تغيرات عضوية في الأنسجة ينشأ منها الأمراض النفسية (أبو العزائم ، ٢٠٠٣) .
- ويرى إفريل (Averil 1993) إن الغضب من الانفعالات السلبية في حدود كل



من الخبرة الذاتية والتقييم الاجتماعي وله عواقب سلبية تؤثر على الفرد والمجتمع :

١. فهو دافع نحو العدوان ، هذا الدافع يمكن منعه وتحويله في الغالب بعيداً عن الإدراك من جانب الشخص الغاضب أو يتحول إلى عكسه ، فالأشخاص الغاضبون يمكن عقلتهم لغضبهم وأن يتجنبوا مقداراً كبيراً من العدوان ، فالغضب هو باقي ماضيها البيولوجي الذي في ظروف أكثر حضارية نستطيع ضبطه .

٢. يرى بص وبيري (Buss&Perry, 1992) إن الغضب هو الجسر بين كل من العدوان البدني واللفظي من جهة والعداء من جهة أخرى ، ويشمل الغضب على المشاعر والحركات التعبيرية وردود الفعل الفسيولوجية أو كمجموعة من السلوكيات أو كل هذه الأشياء مجتمعة .
٣. من مظاهر الأطفال التوحدين هي الصراخ والبكاء كاستجابة للانزعاج أو الإحباط ، وفي بعض الحالات قد تتحول نوبات الغضب هذه إلى سلوك عدواني تجاه الآخرين ، وهذا السلوك تتداخل مع التفاعل الاجتماعي المناسب وتساهم في إحداث صراعات بين هؤلاء الأطفال (الزريقات ، ٢٠١٠) .
٤. يظهر الأطفال التوحدين حزنهم من خلال نوبات غضب شديدة أو حركات معينة كالهز إلى الأمام أو الورا ، أو القفز صعوداً أو هبوطاً والركض في أرجاء الغرفة على أطراف أصابعه ، ولا يستطيع أحد معرفة سبب حزنه أو استيائه وقد لا تجدي كل المحاولات من إراحته مما هو فيه . وتؤكد الدراسات العلمية أن الأطفال يعانون من الضحك والصراخ والبكاء دون سبب (العثمان وآخرون ، ٢٠١٢) .
٥. يضيف سليم (٢٠١١) أن الطفل التوحدي وبالرغم من أنه يمضي وقتاً طويلاً منهمكاً بحركاته النمطية أو منظوياً على نفسه لا يكاد يشعر بما يجري من حوله ، إلا أنه سرعان ما يثور في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو أصدقائه أو القائمين على رعايته وذلك على شكل عض أو خدش أو رفس أو صراخ .
٦. ينشغل الأطفال التوحدين بسلوكيات مؤذية لأنفسهم ، وهذه السلوكيات قد تشمل على ضرب الرأس ، والعض ، وحك الجلد ، وغيرها ، ولا يظهر الأطفال التوحدين الألم أثناء انشغالهم بهذه السلوكيات . يثير سلوك إيذاء النفس هنا الرعب لدى الآخرين ويؤدي إلى صعوبات اجتماعية ، ويعالج هذا السلوك من خلال إجراءات تعديل السلوك (Ottomans & Emary, 2007) .
٧. بعض الأسر التي لديها طفل توحدي يشكون أنه كثير الغضب ويمارس العنف ضد إخوانه وإخوته في البيت ، ويرجع ذلك إلى أن الطفل التوحدي يحقق رغباته من قبل الأسرة . الأسرة في نفس الوقت لا تفهم ماذا يريد أو ماذا يفعل من خلال

السلوكيات التي قد تكون غير مفهومة بالنسبة لأخوته ، فمثلاً عندما يريد طفل توحيدي ليست لديه الرغبة في اللعب مع أخيه فقد يقوم بدفعه بيديه فيعتقد الأخ أنها عنف وهو ليس عنف بالمعنى لمفهوم بل هو طريقة يريد بها الطفل التوحيدي أن يتواصل مع أخيه بها (الشرييني ، ومصطفى ، ٢٠١٤) .

### أما فوائد الغضب الإيجابية :

١. إن الغضب يعتبر انفعالا طبيعيا وهو محيط بنا ولولاه لبقينا في حالة سكون وعدم حركة ، فهو قوة خير إذا أحسن الفرد توجيهه وتوظيفه بطريقة صحيحة ، فالتنفيس عن الغضب أمر مطلوب ، فهو يساعد على التنفيس عن الاستثارة الانفعالية التي تسببها المواقف الإحباطية وإعاقة الهدف .
٢. يفسح الغضب المجال أمام الفرد لينتصر على ترده والتغلب على العقبات التي تحول بينه وبين تحقيق أهدافه (سليمان ، ٢٠٠٧) .



### ٢. الغيرة Jealousy :

الغيرة هي العامل المشترك في الكثير من المشاكل النفسية عند الأطفال ويقصد بذلك الغيرة المرضية التي تكون مدمرة للطفل والتي قد تكون سبباً في إحباطه وتعرضه للكثير من المشاكل النفسية . والغيرة أحد المشاعر الطبيعية الموجودة عند الإنسان كالحب ، ويجب أن تقبلها الأسرة كحقيقة واقعية ولا تسمح في نفس الوقت بنموها ، فالقليل من الغيرة يفيد الإنسان ، فهي حافز على التفوق ، ولكن الكثير منها يفسد الحياة ، ويصيب الشخصية بضرر بالغ ، وما السلوك العدائي والأنانية والارتباك والانزواء إلا أثراً من آثار الغيرة على سلوك الأطفال .

ولا يخلو تصرف طفل من إظهار الغيرة بين الحين والحين ، وهذا لا يسبب إشكالا إذا فهمنا الموقف وعالجناه علاجاً سليماً . أما إذا أصبحت الغيرة عادة من عادات السلوك وتظهر بصور مستمرة فإنها تصبح مشكلة ، ولا سيما حين يكون التعبير عنها بطرق متعددة :

١. الغيرة من أهم العوامل التي تؤدي إلى ضعف ثقة الطفل بنفسه ، أو إلى نزوعه للعدوان والتخريب والغضب.
  ٢. الغيرة شعور مؤلم يظهر في حالات كثيرة مثل ميلاد طفل جديد للأسرة ، أو شعور الطفل بخيبة أمل في الحصول على رغباته ، ونجاح طفل آخر في الحصول على تلك الرغبات ، أو الشعور بالنقص الناتج عن الإخفاق والفشل .
  ٣. إن انفعال الغيرة انفعال مركب ، يجمع بين حب التملك والشعور بالغضب ، وقد يصاحب الشعور بالغيرة إحساس الشخص بالغضب من نفسه ومن إخوانه الذين تمكنوا من تحقيق ما يرغبهم التي لم يستطع هو تحقيقها .
  ٤. قد يصحب الغيرة كثير من مظاهر أخرى كالثورة أو التشهير أو المضايقة أو التخريب أو العناد والعصيان ، وقد يصاحبها مظاهر تشبه تلك التي تصحب انفعال الغضب في حالة كبتة ، كاللامبالاة أو الشعور بالخجل ، أو شدة الحساسية أو الإحساس بالعجز ، أو فقد الشهية أو فقد الرغبة في الكلام .
- تبدأ الغيرة في السنة الثانية من عمر الطفل ويكون محورها الأم وأشياءه الخاصة ، وفي مرحلة الطفولة المبكرة يشعر الطفل بالغيرة نتيجة لانصراف الأم أو الأب عنه مؤقتاً وانشغالهم بأطفال الضيوف بدلاً منهم (السر أحمد ، ٢٠٠٩) .

### ٣. الخوف Fear :

يعرف الشحيمي (١٩٩٤) الخوف على أنه : " إشارة تهدف إلى الحفاظ على الذات ، وذلك بتعبئة الإمكانات الفسيولوجية للكائن الحي " .

كما يعرفها جرجس (١٩٩٣) بأن الخوف هو : " حالة انفعالية طبيعية تشعر بها كل الكائنات الحية في بعض المواقف ... فيظهر في أشكال متعددة وبدرجات تتراوح بين مجرد الحذر والهلع والرعب " .

"الخوف : وهو انفعال قوي غير سار ينتج عن الإحساس بوجود خطرٍ ما وتوقع حدوثه" ، بينما شيفر وميلمان (١٩٨٩) يعرفا الخوف بأنه : " هو انفعال قوي غير سار ينتج عن الإحساس بوجود خطرٍ ما وتوقع حدوثه" .

### أسباب مشكلة الخوف عند الأطفال :

١ . تخويف الطفل : فيلجأ بعض الكبار إلى تخويف الطفل كي يمارس ما يريده الوالدين مثل أن يقول الوالدين للطفل : "إن لم تنم فسأتي لك بالوحش أو الذئب



لتأكلك" ، ويحاطة الطفل بذلك الخوف يشعر بالنقص وبفقدان الثقة بالنفس ومن ثم الخوف .

٢ . السخرية من الطفل الخائف والضحك عليه أمام الآخرين .

٣ . جهل الطفل بحقيقة الأشياء التي يخافها أو الأحداث التي يسمع عنها .

٤ . تقليد الطفل للوالدين أو الأخوة أو مما شاهده في وسائل الإعلام كالأفلام .

٥ . يخاف الطفل أحيانا لجذب انتباه والديه أو معلميه خاصة إذا كان الطفل يفتقد لمشاعر الحب والحنان وعندما يستجيب الوالدين لذلك يدعمان فكرة الخوف لديه .

٦ . شعور الطفل بعدم الاستقرار والأمن في الأسرة بسبب المنازعات التي تحدث بين الوالدين أو فقدان أحدهما .

٧ . الاهتمام الشديد من قبل الوالدين والانزعاج الواضح يكرس لدى الطفل الخوف ويدعمه .

يشير سكوبلر وآخرون (Schopler, et als 1980) إلى أن الطفل التوحدي يخاف من أشياء غير مؤذية ولا تسبب الخوف للآخرين ، فمثلاً :

- أ. الطائرة أو مرور باص كبير .
- ب. نباح كلب أو مشاهدة أي حيوان يتحرك يسبب ذعراً وارتباكاً لا يمكن تجنب عواقبه إلا بالابتعاد عن رؤية هذه الأشياء ، ومما يزيد من صعوبة الموقف إذا كان من المستحيل تجنب هذا الشيء الذي يخاف منه الطفل (القمش ، ٢٢٠١٥) .

ومما يثير العجب أن هذا الطفل لا يخاف من الأشياء التي توجب الخوف وتحتاج الحذر مثل :

- أ- السقوط من الأماكن المرتفعة .
- ب- لمس الأجسام الساخنة جداً أو الباردة جداً .
- ج- الاقتراب من مصدر الكهرباء .
- د- المشي في طريق السيارات دون مبالاة بأي خطر . وكل هذه النماذج من هذه المظاهر تدل على أنه لا يدرك النتائج المحتملة لهذه السلوكيات (أديب ، ١٩٩٣) .

#### ٤. الخجل Shyness :

إن الأطفال الخجولين دائماً يتجنبون الآخرين وهم دائماً في خوف وعدم ثقة ومهزومين ، مترددين يتجنبون المواقف وينكمشون من الألفة أو الاتصال بغيرهم ، وهم يجدون صعوبة في الاشتراك مع الآخرين ، وشعورهم المسيطر عليهم عدم الراحة والقلق ، وهم دائماً متململون ويتهربون من المواقف الاجتماعية .

والخوف من التقييم السالب عندهم غالباً ما يكون مصحوباً بالسلوك الاجتماعي غير المتكيف ، وهم لا يشاركون في المدرسة ، أو في المجتمع ، ولكنهم ليسوا كذلك في البيت ، والمشكلة تكون أخطر إن كان هؤلاء الأطفال خجولين في البيت أيضاً .

**الفرق بين الخجل والحياء :**

يشير البكر (١٩٨٧) إلى أن يمكن تحديد الفرق بين الحياء والخجل في أن الخجل يأتي بصورة لا إرادية من قبل الشخص الخجول بعكس الحياء الذي يبدو على الفرد بصورة إرادية من قبله .

في حين أشار العبد (١٩٨٨) إلى أن الخجل ليس حياءً شرعاً لأن الخجل إفراط في الحياء إلى حد الاضطراب والحيرة ، ومن أجل هذا كان الخجل مذموماً لما فيه من تجاوز للحد .

بينما يرى النملة (١٩٩٥) أن الإرادة تلعب دوراً في اتصاف الإنسان إما بالخجل أو بالحياء ، فإذا كان الإنسان يتصف بالخجل فمن المفترض أن يعمل وبارادة قوية على التخلص من الخجل ، حتى إن كثيراً من الآراء والأفكار العلاجية تؤكد دور الإرادة في التخلص من الخجل ، وكذلك إذا كان الإنسان يسعى إلى اكتساب الحياء فإن ذلك يتطلب منه وبارادته أن يقوم بأفعال وسلوكيات معينة حتى يصل إلى الحياء .

**مكونات الخجل :**

**١. المكون الانفعالي :**

يظهر من خلال تنبيه الأحاسيس النفسية التي تدفع الفرد إلى استجابة التفادي والانسحاب بعيداً عن مصدر التنبيه . وخفقان القلب واحمرار الوجه وبرودة اليدين (كفافي ، ١٩٩٩) .

**٢. المكون السلوكي :**

يتمثل نقص السلوك الظاهر ويركز على الكفاءة الاجتماعية للأشخاص الخجولين ويتصفوا بنقص في الاستجابات السوية .

**٣. المكون الوجداني :**

التمثل في الحساسية ، وضعف الثقة بالنفس ، واضطراب المحافظة على الذات (النيال ، ١٩٩١) .

الآثار السلبية للخجل عند الأطفال :

ترافق حالات الخجل بعدد من المضاعفات والآثار السلبية ، وهي :

١. عدم القدرة على التكيف :



يأتي الطفل إلى

المدرسة باحتياجات

أساسية عليه مقابلتها

وتلبيتها ، وتمثل في :

- حاجات نفسية :

كحاجة الطفل إلى الشعور

بالأمن والطمأنينة .

- حاجات

اجتماعية : تظهر في رغبة

الطفل بالانتماء والمشاركة

والتوافق الاجتماعي .

- حاجات صحية وغذائية : توفر له الصحة البدنية وسلامة نموه . واستنادا إلى

هذه الحاجات التي يعجز الطفل الخجول عن مقابلتها يواجه مشكلات سوء التكيف التي

تؤثر عليه وعلى واجباته المدرسية .

- حاجات تعليمية : مثل الرغبة في المعرفة واكتساب المهارات .

٢. مشكلة الغياب وعدم الانتظام في المدرسة :

يعد الغياب المتكرر سببا من أسباب المشكلات التي ترتبط بشخص الطفل الخجول

وعلاقته الأسرية والمدرسية . فخجل الطفل وعدم تكيفه وانسجامة مع الزملاء سبب

رئيسي في غيابه المتكرر .

٢. الاكتاب :

إن حالات الاكتاب النفسي تنشأ بسبب الخوف الاجتماعي . حيث الإجابات

المتكررة الناتجة عن الخوف في المواقف الاجتماعية تجعله فريسة لمشاعر اليأس ، وتزداد

الأفكار السلبية .



٤. اضطرابات الشخصية :

ترافق حالات الخجل الاجتماعي باضطراب الشخصية ، وتكثر صفة الهروبية والاعتمادية .

٥. العزلة :

قد تتطور بعض حالات الخجل إلى عزلة الفرد عن الآخرين . وتعتبر العزلة شكلاً متطرفاً من أشكال اضطراب الفرد في علاقاته مع الآخرين .

٦. التأخر في القراءة :

أثبتت الدراسات العلمية أن الكثير من حالات التخلف في القراءة راجع في الأصل إلى الخجل وفقدان الثقة بالنفس .

٨. التخلف في الحساب :

إن الأسباب الانفعالية ليست أقل شأناً من ضروب الضعف العقلي في تخلف التلاميذ في الحساب ، فالطفل الخجول يهرب من الألعاب والنشاطات والأشغال اليدوية والهندسة ، فهو يخجل ويرتبك عند حساب أي شيء (شكشك ، ٢٠١٤)

وحيث أن الأشخاص التوحديين يعانون من :

١. صعوبة تعليم القواعد الاجتماعية للمجتمع ، يعانون في أكثر الأحيان من الإعاقة العقلية ، لذلك قلما يظهرون شعور بالذنب أو الخجل لأنهم لا يفهمون سبباً لأهمية اتباعهم لقواعد المجتمع لكي يقبلهم الناس . فقد يشاهدون وهم يخلعون ملابسهم أمام الناس ، أو يمارسون العادة السرية ، أو يقهقهون ، أو ينفجرون في نوبة غضب ، أو يأخذون طعاماً من صحون غيرهم (أو يختلسون الشراب من أيدي غيرهم) ، أو يشمون ملابس بعض الأشخاص أو أجزاء من أجسامهم ... الخ .

٢. إن درجة الافتقار إلى هذه المشاعر تختلف من شخص توحدي إلى آخر ، فقد نشهد بعض الأشخاص التوحديين من ذوي الأداء العالي يشعرون بالخجل أو الذنب ، إلا ذلك يعتبر نادراً (الشامي ، ٢٠٠٤) .

٥. الشعور بالنقص Inferiority :

إن الأطفال الذين يفتقرون إلى الثقة بالذات لا يكونون متفائلين حول نواتج حدودهم ، فهم يشعرون بالعجز والنقص العام والتشاؤم ويفقدون الحماس بسرعة وتبدو الأشياء بالنسبة لهم وكأنها تسير بشكل خاطئ وهم يستسلمون بسهولة وغالباً ما يشعرون بالخوف ويتعاملون مع الإحباط والغضب بطريقة فاعلة ، ولسوء الحظ فإن سلوكهم يؤدي إلى أن يحمل عنهم الآخرون صورة سلبية كالتالي يحملونها عن أنفسهم (القاسم وآخرون ، ٢٠٠٠) .

٦. السلبية وعدم الطاعة Passivity and Lack of Obedience :

يشير فراغ (١٩٩٥) إلى أن الأطفال التوحدين يتسمون بالسلبية وعدم الطاعة ، فالطفل التوحدي لا يستجيب لأي رجاء أو أمر أو تكليف ، ويعتبر هذا التصرف إحدى المشكلات الانفعالية التي يعاني منها الأطفال التوحدين ، فهم بالرغم من حصيلتهم اللغوية تسمح لهم بذلك ، إلا أنهم يصرون على عدم التجاوب لما يصدر لهم من أوامر أو أسئلة ، يضاف إلى ذلك أن الطفل التوحدي لا يتجاوب مع أحاسيس ومشاعر الآخرين ، وغالباً ما تصدر منه أصوات تعبر عن فشل محاولات تعلّم الطفل التوحدي الإيجابية والطاعة إذا كانت إعاقته شديدة ويصاحبها إعاقة عقلية .

ويذكر القمش (٢٠١٤) عدداً من العناصر السلبية التي يبيدها الطفل التوحدي في

هذا المجال وهي على النحو التالي :

١. يلعب بين الأطفال وليس معهم .
٢. يقاوم تعلم أي مهارة جديدة .
٣. يبدو أنه يفهم إشارات الآخرين وكلامهم ولكنه لا يرغب في الاستجابة .
٤. يرفض الدخول في أي علاقة مع الأم أو بديلتها .

٧. العزلة أو البرود الانفعالي Isolation or Emotional Coldness :

حيث لا يتجاوب الطفل مع أي محاولة لإبداء العطف أو الحب له ، وكثيراً

ما يشكو الآباء والأمهات من :

- أ- عدم اكتراث طفلها أو عدم استجابته لمحاولتهما تدليله أو ضمه أو تقييله أو مداعبته .

ب- عدم وجود اهتمام بحضور الوالدين أو غيابهما عنه كما يفعل الأطفال العاديون ، وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما .

ج- قد تمضي ساعات طويلة وهو في وحدته لا يهتم بالخروج من عزله أو تواجد آخرين معه ، ومن النادر أن يبدي عاطفة معينة تجاه الآخرين (سليم ، ٢٠١١) .

د- يلاحظ على الطفل التوحدي وبشكل متكرر عدم الاستجابة لمحاولة التودد أو العناق وإظهار المشاعر العطف ، وهنا يعتقدو الأهل أن طفلهم لا يعرف أحد ، ولا يهتمه إن كان وحيداً أو كان بصحبة الآخرين (القاسم ، وآخرون ، ٢٠٠٠) .

ويعتبر ويكس وآخرون (Weeks, et als (1987) أن النقص في الشعور العاطفي تجاه الآخرين من الجوانب السلبية لدى الأطفال التوحدين ، ويظهر ذلك القصور في التعبير عن العمليات العاطفية أو الانفعالية . وبصفة عامة يعاني التوحديون من مشكلات انفعالية ، ولكن الدراسات تشير إلى أن العجز في الشعور العاطفي لا يمكن أن يكون السبب في حدوث التوحد ، بل يمكن أن يكون انعكاساً للأداء الوظيفي للعمر العقلي اللفظي (Ozonoff, et als 1991) .

#### المشكلات الاجتماعية لدى أطفال طيف التوحد Social Problems :

##### مفهوم المهارات الاجتماعية :

تتجلى المهارات الاجتماعية في إحدى صورها وهي إظهار المودة للناس وبذل الجهد لمساعدة الآخرين . تصبح المهارة اجتماعية عندما يتفاعل الفرد مع فرد آخر ، ويقوم بنشاط اجتماعي يتطلب منه المهارة ليوائم بين ما يقوم به الفرد الآخر وبين ما يفعله ليصحح مسار نشاطه ليحقق بذلك التفاعل الاجتماعي ، ويعرف ميرل (Merrill, 1989) المهارات الاجتماعية : بأنها السلوكيات النوعية التي تؤدي إلى نتائج اجتماعية مرغوبة عند تلقينها .

يعتبر مفهوم المهارات الاجتماعية مفهوماً مرناً حيث تناوله الخبراء والباحثون تحت مسميات مختلفة منها مهارات التخاطب ، ومهارات العلاقات بين الأشخاص ، ومهارات الأداء .

والمهارات الاجتماعية : هي القدرة على التفاعل مع الآخرين في سياق اجتماعي معين وبطريقة مقبولة اجتماعياً ، ذات فائدة متبادلة وتتكون المهارات الاجتماعية من مهارات التعبير ، مهارات الاستقبال ، ويندرج تحت المهارات التعبيرية : السلوكيات اللفظية- والسلوك ما وراء اللغوي- السلوكيات غير اللفظية ، ويندرج تحت مهارات الاستقبال : مهارات الإدراك الاجتماعي .

يوجد أربعة عوامل للمهارات الاجتماعية :

- ١ . التفاعل مع الجنس الآخر .
- ٢ . الود في العلاقات الشخصية .
- ٣ . إقامة علاقات وثيقة مع الآخرين .
- ٤ . مواجهة النقد والتعبير عن الغضب .

مكونات المهارات الاجتماعية :

١ . المكون السلوكي :

ويشير إلى كثافة السلوك الذي يصدر عن الفرد ، والتي يمكن ملاحظته عندما يكون في موقف تفاعل مع الآخرين . ويتجلى هذا المكون في مظهرين :

أ . سلوك اجتماعي لفظي : وله أهمية كبيرة في مواقف التفاعل الاجتماعي فهو يعمل على نقل الرسالة بشكل مباشر ، ومن أمثلته إبداء الطلب مباشرة ، ورفض طلب معين ، أو الشكر والثناء .

ب . سلوك اجتماعي غير لفظي : حيث يشمل لغة الجسد والإيماءات والتواصل البصري ، وحجم الصوت ، وتعبيرات الوجه .

٢ . المكون المعرفي :

وتشمل أفكار الفرد واتجاهاته ومدى معرفته بالاستجابات المناسبة في المواقف الاجتماعية ، وفهم السياقات الاجتماعية ، وبالتالي التصرف بما يناسب الموقف .

تتضمن المهارات الاجتماعية العناصر التالية :

- ١ . مهارات توكيد الذات : وتتعلق بمهارات التعبير عن المشاعر والآراء ، والدفاع عن الحقوق ، وتحديد الهوية وحمايتها ، ومواجهة ضغوط الآخرين .

٢. مهارات وجدانية : تسهم في تسيير علاقات وثيقة وودية مع الآخرين ، وإدارة التفاعل معهم مما يساعد على الاقتراب منهم ، والتقرب إليهم ليصبح الشخص أكثر قبولاً ، ومن المهارات الرئيسية التعاطف ، والمشاركة الوجدانية (فرج ، ٢٠٠٣) .

٣. المهارات الاتصالية وتقسم إلى قسمين :

أ. مهارات الإرسال : تعبر عن قدرة الفرد على توصيل المعلومات التي يرغب في نقلها للآخرين لفظياً أو غير لفظي من خلال عمليات نوعية كالحدث ، والحوار ، والإشارات الاجتماعية .

ب. مهارات الاستقبال : وتشير إلى مهارة الفرد في الانتباه وتلقي الرسائل والإشارات اللفظية وغير اللفظية من الآخرين وإدراكها وفهم مغزاها ، والتعامل في ضوئها .

٤. مهارات الضبط والمرونة الاجتماعية والانفعالية : تشير إلى قدرة الفرد على التحكم بصورة مرنة في سلوكه اللفظي وغير اللفظي وغير اللفظي الانفعالي ، خاصة في مواقف التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ، وتعديله مع ما يطرأ على تلك المواقف من مستجدات لتحقيق أهداف الفرد ، وبطبيعة الحال فإن المرونة الاجتماعية يجب أن توجه بمعرفة الفرد بالسلوك الاجتماعي الملائم واختيار التوقيت المناسب (الغصاونة وآخرون ، ٢٠١٣) .

#### أبعاد المهارات الاجتماعية :

١. المهارات الاجتماعية العامة : وتشمل السلوكيات المختلفة المقبولة اجتماعياً ، والتي يمارسها الفرد بشكل لفظي أو غير اللفظي أثناء التفاعل مع الآخرين .
٢. المهارات الاجتماعية الشخصية : ويقصد بها التعامل بشكل إيجابي مع الأحداث والمواقف الاجتماعية .
٣. مهارات المبادأة التفاعلية : وتمثل في القدرة على المبادرة بالحوار ، والمشاركة والتفاعل .
٤. مهارة الاستجابة التفاعلية : القدرة على الاستجابة لمبادرات الآخرين من حوار أو شكوى أو طلب المساعدة ، أو المشاركة في الأنشطة .

٥. المهارات الاجتماعية ذات العلاقة بالبيئة المدرسية : وتتمثل في القدرة على إظهار المهارات اللازمة للتفاعل مع أفراد ، ومجريات واحداث البيئة المدرسية ، وتشمل العلاقات مع الطلاب والمعلمين ، وطاقم الإدارة ، وأصحاب الوظائف المساندة .

٦. المهارات الاجتماعية المتعلقة بالبيئة المنزلية : وتشير إلى ممارسة المهارات مع الزوجة والأبناء ، والابتسامات الهدايا والتعبيرات المناسبة لهاد مردود الإيجابي على العلاقات الأسرية (فراج ، ٢٠١٢) .

يعاني الأطفال التوحدين من مشكلات اجتماعية مختلفة تنحصر في :

- عدم مقدرتهم على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين .
- عدم استجابتهم للآخرين .
- عدم قدرتهم على جذب انتباه الآخرين .
- عدم معرفتهم أن محور اهتمامهم بهم الآخرين .
- عدم التقبل .
- عدم توفر خدمات وعدم وجود مراكز تساعدهم على التكيف الاجتماعي بشكل أفضل .
- مشكلات الزواج ، بسبب عدم وجود مقومات الزواج لديهم تعود لأسباب ترتبط بخصائص اضطراب التوحد (المغلوث ، ٢٠٠٣) .

لا يقيم الأطفال التوحدين علاقات اجتماعية حتى مع أقرب الناس إليهم :

- أ- فهم يعزلون أنفسهم حتى عند وجودهم داخل الأسرة .
- ب- لا يتواصلون بالعين مع أقرب الناس إليهم ، ويمكن أن يتجنبوا تلافي العيون . وقد يقضي الأطفال التوحدين بعض الوقت مع آبائهم أو مربيههم ، وقد يحب الطفل المصاب بالتوحد الجلوس في حضن أمه ، لكن لا ينظر إليها ولا ييادها الابتسامة كما يفعل الطفل العادي .
- ج- قد يفشل هؤلاء الأطفال في فهم العلاقات مع الآخرين ، ولا يستجيبون لمشاعرهم ، كما يظهرون قصورن واضحا في مشاركة الآخرين تجاربهم وسلوكاتهم .

د- كما أنهم لا يبدوون انتباهاً أو اهتماماً للأشخاص الذي يحيطون بهم (الظاهر ، ٢٠٠٩).

يشير زكلر وبورلاك (Zigler & Burlack, 1998) في هذا الصدد إلى أن الأطفال التوحدين تظهر لديهم المشكلات الاجتماعية التالية :

١. يفضلون الألعاب ذات الخصائص الحسية أكثر من تفضيلهم اللعبة نفسها .
٢. ينقص لعبهم الخيال .
٣. يمتاز لعبهم على المواظبة والتكرار لنفس اللعبة .
٤. لا يضيفون أفكاراً تلقائية ولا يستطيعون اللعب التمثيلي .

يصنف الظاهر (٢٠٠٩) المشكلات الاجتماعية إلى ثلاث فئات رئيسية هي :

١. المنعزل اجتماعياً : يتجنب هؤلاء الأطفال بشدة كل أنواع التفاعل الاجتماعي ، ويتعدون عن كل فرد يحاول الاحتكاك معهم ، الغضب والهروب من الناس هي الاستجابة الأكثر شيوعاً .
٢. غير المبالي اجتماعياً : هؤلاء الأطفال لا يتجنبون المواقف الاجتماعية بشدة ، ولكنهم لا يسعون إلى الاختلاط بالناس ، وبنفس الوقت لا يكرهونهم ، كما أنهم لا يحبون الخلو بأنفسهم .
٣. الأخرق اجتماعياً : هؤلاء الأطفال يحاولون جاهدين مصادقة الآخرين ، ولكن يفشلون في الإحتفاظ بهم . أي أنهم لا يستطيعون الإبقاء على صداقاتهم لأقرانهم لأنهم يتركزون حول ذاتهم ، كما أنهم لا يمتلكون المهارات الاجتماعية الكافية ، ويفتقرون إلى الذوق الاجتماعي ، وقد يكون هذا الشكل من السلوك الاجتماعي شائع بين أطفال الأسبيرجر (الظاهر ، ٢٠٠٩) .

تحدد مشاكل السلوك الاجتماعي لدى الأطفال التوحدين في ثلاث مجالات

رئيسية هي :

١. التجنب الاجتماعي **Social Avoidant** : حيث يتجنب الأطفال التوحدين كل أشكال التفاعل الاجتماعي ، حتى أنهم يهربون من الآخرين .
٢. الأخرق اجتماعياً **Social Awkward** : يعاني الأطفال التوحدين من صعوبة في تكوين صداقات ولعل سبب ذلك هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي .

٣. اللامبالاة الاجتماعية **Socially in Deferent** : يوصف هؤلاء الأطفال بأنهم غير مبالين ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ، ولا يشعرون بالسعادة عند وجودهم مع الآخرين (العثمان وآخرون ، ٢٠١٢) .

وتتجلى مظاهر المشكلات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين في ما يلي :

١. قصور أو عجز في تحقيق أي تفاعل اجتماعي أو اتصال اجتماعي متبادل .
  ٢. رفض التلامس الجسدي وعدم الرغبة في الاتصال العاطفي البدني .
  ٣. قصور في فهم العلاقات الاجتماعية .
  ٤. عدم التأثر بوجود الآخرين أو الاقتراب منهم .
  ٥. عدم الرغبة في تكوين علاقات صداقات اجتماعية مع الآخرين بمن فيهم أسرهم .
  ٦. قصور التواصل البصري ، بحيث يتجنب النظر في وجه شخص آخر .
  ٧. عدم الاستجابة لانفعالات الآخرين أو مبادلتهم المشاعر نفسها .
  ٨. لا يرد الابتسامة للآخرين ، وإذا ابتسم تكون الابتسامة للأشياء وليس للأشخاص .
  ٩. يفضل العزلة عن الوجود مع الآخرين ، ولا يطلب من أحد الاهتمام به .
  ١٠. يفضل اللعب بمفرده عن اللعب مع الآخرين ، وغالباً تكون أعباءه غير هادفة .
- (Kline, et als, 1992; Dinne, 1992)

#### أهم المشكلات الاجتماعية عند التوحديين :

يعتبر الانحراف الاجتماعي عن مساره الطبيعي من أكثر وأشد الملامح المميزة للاضطراب التوحدي ونتيجة لذلك يعاني الأطفال التوحديين قصوراً واضحاً في مهاراتهم الاجتماعية وتواصلهم مع الآخرين ، فهم قليلي التفاعل وغالباً ما يوصفون بأنهم في عزلة عن الآخرين ، ويعد هذا المظهر السلوكي من أهم الأعراض الجوهرية للتوحد منذ أن وصفه كارنر عام ١٩٤٣ ، ويظهر هذا الضعف بوضوح في مرحلة ما قبل المدرسة حيث :

١. يفشل الطفل في تكوين علاقات اجتماعية ، لأنه تنقصه القدرة على تكوين علاقة مع المؤلفين والمعروفين لديه .



٢. يفضل البقاء منفرداً ، ويتجنب المواجهة بالنظر والتحديق في عيني شخص آخر ، فضلاً عن ضعف التواصل ، وربما تتحسن المهارات الاجتماعية لديه في مرحلة الدراسة التالية لمرحلة ما قبل المدرسة ، حيث يبدأ الطفل بالاستفادة من المدخلات التربوية والإرشادية والعلاجية فيتعلم التعامل مع الناس والمواقف الجديدة في بيئته ، وكذلك المؤلفين لديه .

وتوصل بعض الباحثين إلى وجود ثلاثة أنماط من السلوك الاجتماعي لدى الأطفال التوحدين وعلى النحو التالي :

١. الأطفال التوحديون الانعزاليون : ويمثلون النسبة الكبرى من التوحدين ، ويعتبر سلوكهم الانعزالي ظهراً لهم ، كما أنهم لا يملكون القدرة على التواصل مع الآخرين ، ويتجنبونهم دوماً ، كما أنهم لا يبادرون بالتواصل ، ويقضون أغلب أوقاتهم في أنماط سلوكية روتينية ، ولا يهتمون بالصدقات ، ويفشلون في تكوين علاقات اجتماعية مع أقرانهم والراشدين في بيئتهم ، ولا يلعبون مع الأطفال الآخرين ، وعادة ما ينظرون إلى هؤلاء الأطفال وكأنهم فاقدى السمع ، كما أن عدم قدرتهم على المشاركة في الأنشطة والاهتمامات الاجتماعية العادية واليومية ، وتجعلهم معوقين في المواقف الاجتماعية .

٢. الأطفال التوحديون السليبيون : فهم الذين يتجنبون التواصل الاجتماعي مع الآخرين ، لأنه تنقصهم مهارات ومقومات مثل هذا التفاعل ، رغم تقبلهم لمبادرات الآخرين الاجتماعية ، ولكن لا يملكون المهارات اللازمة لذلك .

٣. الأطفال التوحديون النشيطون الفعالون : فهم يبحثون عن التفاعل مع الآخرين ويطلبونه إلا أن طريقهم في ذلك شاذ وغير مناسب ولا اجتماعي ، بسبب معاناتهم من درجات الاضطراب التوحدي في أعلى مستوياته وقد تتداخل مع اضطرابات أخرى مثل اضطراب أسبيرجر Asperger ويتسم هؤلاء بتكرار السؤال ، والالتصاق غير العادي بالآخرين ، وتركيز المحادثة على اهتمامات محدودة وضيقة ووضعيات جسدية وتعبيرات وجهية شاذة ، ويعكس سلوكهم وتواصلهم الاجتماعي التفاعل الحسي العياني ، وعدم فهم المشاعر أو الأفكار ، أو الدوافع التي تظهر لدى من يتواصلون معهم (يونس ورسلان ، ٢٠٠٩) .

يشير (Gray, 1995) إلى أن الأطفال التوحدين يعانون من فشلاً واضحاً في فهم العلاقات بالآخرين والاستجابة لمشاعرهم ، فهم عاجزون عن فهم وإصدار الاستجابة المناسبة لمشاعر الآخرين ، بالإضافة إلى نقص في القدرة على مشاركتهم تجاربهم ومشاعرهم . ويؤكد ذلك أيضاً معظم الباحثين أن الأطفال التوحدين يعانون من فساداً واضحاً في العلاقات الاجتماعية واللاوعي بالآخرين ، وغياب الرغبة في الاتصال الاجتماعي بهم وأوضح أيضاً أن انعدام التفاعل الاجتماعي يبدو في وعي الطفل بالآخرين مثل معاملة الطفل للناس على أنهم أشياء مادية لا يتطلبون تفاعلاً متبادلاً . ومن أهم مشكلات الاجتماعية لدى التوحدين ما يلي :

#### ١. صعوبة تكوين الصداقات :

تعتبر الصداقة من مظاهر الألفة لدى الأطفال ، وهي تبدأ بين طفلين ثم تستطرد



في نحوها تبعاً لزيادة صلة الطفل بالأطفال الآخرين ، حيث تقوم في جوهرها على أسس نفسية وجسمية تجمع الرفيقين وتؤلف بينهما ، فالصداقة بهذا المعنى تعتبر إحدى الدعائم التي تقوم عليها حياة الطفل النفسية والاجتماعية (البهي ، ١٩٩٧) .  
تبنى الصداقة بين الأطفال على التفاعلات الاجتماعية المتبادلة ، والتي تستغرق (٦)

شهور أو أكثر ، وعلى إمكانيات الرفقة ، وإن تكوين واستمرارية الصداقة بين الأفراد على :

أ. مهارات التفاعل بين الأشخاص (مقدرة الطفل على إنشاء العلاقة والرابطة العاطفية) .

- ب. المهارات المعرفية الاجتماعية .
- ج. نوعية التعلق بين الطفل والديه .
- د. الإحساس بالأمن أو عدم الأمن .
- هـ. الصداقة بين الأقران .

يذكر حمودة (١٩٩٨) أن الطفل التوحدي طفل يتسم بخلل في التفاعل الاجتماعي ، حيث يفشل في تنمية علاقات مع الأشخاص الآخرين ، يعاني من نقص الاستجابة معهم والاهتمام بهم ويظهر ذلك واضحاً في عدم دفء العناق معهم ونقص التواصل بالعينين والوجه ، وعدم التمايز أو كراهية العواطف والتلامس الجسماني ، ونتيجة لذلك يشك الوالدان أن الطفل أصم ، ولكن تجدر الإشارة أن الأصم نادراً ما يرتبط بعدم التمايز الاجتماعي ، وقد يرتبط الطفل بشكل ميكانيكي بشخص بعينه ، وأحياناً يكون ارتباط بعض هؤلاء الأطفال بوالديهم غريباً مثل الطفل الذي يبدو أنه يتعرف على والدته أساساً عن طريق الشم وفي بعض الحالات يتبع الاضطراب فترة من النمو الطبيعي نسبياً ، حيث يكون الطفل اجتماعياً في سنواته الأولى ، ولكن يلاحظ في الطفولة المبكرة وجود فشل ثابت في نمو اللعب الجماعي والخيالي والصداقة ، وقلة من يصبحون أكثر وعياً اجتماعياً ويهتمون بالآخرين ، وقد يصلون إلى مرحلة من الاندماج السلي في ألعاب الأطفال الآخرين .

ويعزو الفوزان (٢٠٠٣) عزوف الأطفال التوحدين عن تكوين صداقات مع الآخرين للأسباب التالية :

- أ. الصعوبة في الوصول إلى الأشخاص الآخرين والتفاعل معهم .
- ب. يفضلون العمل بمفردهم بعيداً عن عيون الناس الآخرين .
- ج. إحساس الطفل التوحدي بالخجل والتضجر حال شعوره أن الناس من حوله .
- د. ابتعاد الناس عن الطفل التوحدي نتيجة الإزعاج الذي يسببه لهم .
- هـ. التصرفات الغريبة التي يبديها تجاه الناس من حوله أثناء احتكاكه بهم وهو بدوره لا يعرف سبب غضب الآخرين من حوله .

و. صعوبة فهم الطفل التوحدي في فهم أفكار الناس من حوله ، وهذا نتيجة القصور في نظرية العقل ، بالإضافة إلى وجود عجز (قصور) في القدرة على اختبار العلاقات الانفعالية ، مما يؤدي إلى صعوبات في بناء علاقات الألفة والمودة مع الآخرين .

أما الشامي (٢٠٠٤) فتذكر أن الأطفال التوحدين سيطورون نوعاً من الاهتمام بالناس ، وإن بعضهم ولا سيما ذوي الأداء العالي منهم يرغبون في أن يكون لهم أصدقاء ، ولكنهم في أغلب الأحيان يحسون بعدم ملاءمتهم ويدركون الفوارق التي تفصلهم عن باقي الناس . وبالرغم من هذا يتمكن بعض الأفراد التوحدين من اتخاذ صديق ، ولكن هذه الصداقة تكون مبنية على المشاركة في اهتمام معين قد يكون مستحوذاً على اهتمام الفرد التوحدي . ومع ذلك هناك أفراد توحديون كثيرون قد لا يفضلون إقامة صداقة وثيقة مع أشخاص آخرين (الشامي ، ٢٠٠٤) .

## ٢. الانسحاب الاجتماعي Social Withdrawal :

يعرف الانسحاب الاجتماعي : بأنه سلوك يجعل الفرد من الناحية الجسمية بعيداً عن الآخرين وعن المواقف الاجتماعية . الطفل المنسحب أو المنطوي على نفسه في الأغلب يكون مصدر خطر على نفسه وعلى الآخرين المحيطين به ، فهو لا يثير الضوضاء ولا المشاكل سواء في الفصل الدراسي أو المنزل ، ولذلك لا يعتبر مصدراً للمشاكل . يتصف الطفل المنسحب بالخبول أو الحزين وهو عادة ما يفشل في المشاركة بالأنشطة المدرسية أو في تكوين علاقات مع الآخرين .

يأتي الانسحاب بمفهومه العام على شكلين أساسيين هما :

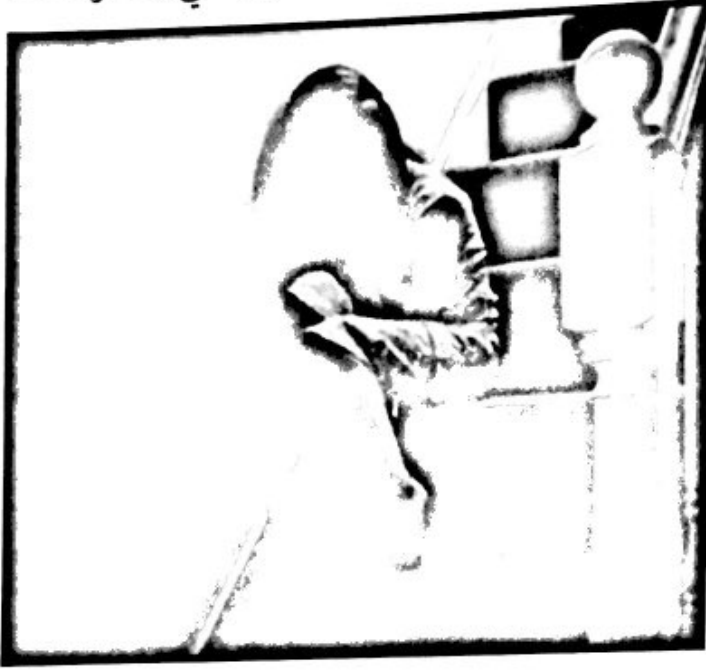
أ. الإنسحاب الاجتماعي .

ب. العزل أو الرفض .

يتمثل الانسحاب الاجتماعي عند الأطفال الذين لم يسبق لهم إقامة علاقات اجتماعية مع الأفراد الآخرين ، أو أن تفاعلاتهم كانت محدودة ، مما يؤدي إلى عدم نمو مهاراتهم الاجتماعية والخوف من التفاعلات الشخصية (القاسم وآخرون ، ٢٠٠٠) .

أشارت الدراسات إلى أن الأفراد التوحدين لديهم انسحاب اجتماعي ، ولديهم قصور في القدرة على فهم المثيرات الاجتماعية وكيفية الاستجابة لها . وعدم معرفتهم بالعادات والتقاليد ، لذلك لا يستطيعون تكوين علاقات اجتماعية مناسبة (الزراع ، ٢٠١٠) .

يذكر هلهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman 2007) أن معظم مشاكل التفاعل الاجتماعي التي يعاني منها الأفراد التوحدين تعود إلى أوجه القصور التي يعانون منه



وذلك في الاستجابة الاجتماعية ، إن عدم اهتمام الأشخاص التوحدين بالناس من حولهم ، وعدم الابتسام في المواقف الاجتماعية المختلفة ، وتجنب التواصل البصري تجعلهم غير معنيين بإنشاء أي علاقة مع أحد ، وغير مهتمين بتكوين صداقات مع الآخرين .

## ٢. العزلة الاجتماعية Social Isolation :

العزلة الاجتماعية : هي أهم ما تميز الطفل التوحدي اجتماعياً ، ويعتبر ذلك من الأعراض الجوهرية للتوحد ، حيث تنقص الطفل التوحدي القدرة على تكوين علاقات مع الأفراد الآخرين المؤلفين لديه ، ويفضل أن يكون بعيداً ووحيداً مما يجعله يتجنب المواجهة بالنظر والتحديق بالعينين في الأشياء والآخرين (عبد الحميد ، وقاسم ، ٢٠٠٣) .

ويذكر الزريقات (٢٠٠٤) أن الأطفال التوحديون لا يستطيعون إقامة علاقات انفعالية دافئة مع الآخرين فهم لا يستجيبون إلى سلوك آبائهم العاطفي مثل تبادل الابتسامات ، ولا يقبلون احتضان والديهم لهم بالإضافة إلى غياب التواصل البصري لديهم .

أما رياض (٢٠٠٨) فقد أشار إلى أن الطفل التوحدي يتصرف وكأنه لوحد، لا يستجيب للأصوات والضوضاء من حوله ، رغم أنه أحيانا وبشكل مفاجئ يستجيب لبعض الظواهر المفاجئة ، وعلى سبيل المثال نراه يسمع الصوت الخافت ولا يسمع الصوت العالي ، يسمع الموسيقى ولا يسمع اسمه ، نراه يحملق في الأفق نظرة غريبة ولا يهتم لمن يجلس معه ، يلفت انتباهه أحد أعضاء الجسم كاليد أو الإصبع ينشغل به متناسياً أن أمامه إنسان متكامل .

يذكر كلن وآخرون (Klin et al, 1993) أن الصورة الإكلينيكية الأساسية لاضطرابات طيف التوحد تكمن في اضطراب عميق في العلاقات الاجتماعية لافتقارهم إلى المهارات الاجتماعية ، ويرون أن السمة الغالبة على هؤلاء الأطفال العزلة الاجتماعية حيث يميلون إلى عزل أنفسهم حتى لو كانوا في حجرة مليئة أفراد العائلة ، كما أن أنهم يقضون وقتاً بالقرب من آبائهم أو معلمهم مقارنة بالأطفال العاديين الذين يكونون في سن الثانية أو الثالثة على علاقات وثيقة بأمهاتهم ، فإذا ابتعدت عنهم بعض الوقت يسألون عنها بخلاف التوحدين المتفكرين لهذه العلاقة .

#### ٤. اللعب عند الأطفال التوحديين :

يرى عبد الحميد كفاي (١٩٩٥) أن لعب الأطفال التوحديين يكون يدوياً يفتقر إلى عنصر الإلهام الذي يميز لعب الأطفال العاديين ، مما يوضح إخفاق هؤلاء الأطفال في تنمية الوظيفة الرمزية لتلك الوظيفة التي أوضحها جان بياجيه على أنها تظهر من خلال السلوك الحسي الحركي في العام الثاني من الحياة .

واللعب الإلهامي : هو نمط من اللعب يسود في الطفولة المبكرة حيث يصبح نشاط اللعب للطفل بالتعبير الحر عن انفعالاته بما فيها من مشاعر سلبية وعدوانية مكبوتة فيسقطها على اللعب بدون خوف من عقاب .

أما مليكة (١٩٩٨) فيذكر أن السنوات الأولى من الحياة ، يكون اللعب الاستطلاعي المؤلف غالباً أو في حده الأدنى ويتناول التوحدي اللعب ، والموضوعات بأسلوب يختلف عن الاستخدام المقصود ، مثلاً قد يلف الطفل عجل العربة التي يلعب بها لفترة طويلة من الزمن دون أن يحركها يمينا أو يسارا أو دون أن يحاول تسيير العربة على الأرض .

وترى باظة (٢٠٠٣) أن الأطفال التوحدين يظهر عليهم في سن ما قبل المدرسة نقص واضح في القدرة على اللعب الخيالي مثل اللعب بالأدوات وغياب لعب أدوار الكبار واللعب الجماعي ، ويكون اللعب التخيلي بصورة آلية متكررة في الأنشطة بوجه عام ، ولا يشترك في اللعب الجماعي ويفضل اللعب الفردي إذا اشترك في اللعب الجماعي ، يتعامل مع الأطفال بدون مشاعر متبادلة .

ويذكر عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٤) أن لعب الأطفال التوحدين يكون في نطاق محدود تماما فهذه الفئة من الأطفال تميل إلى تكرار نفس النشاط ولا تنمي أو تطور من اللعب التظاهري أو اللعب التخيلي ، الأمر الذي يجعل سلوك الأطفال التوحدين خلال ممارسة اللعب يفتقد إلى الإبداع والتجديد والتخيل .

ويرى (Siegl, 1996) أن التوحدين يتسمون بأن علاقاتهم بالآخرين وسيلية



أكثر منها تعبيرية ، فعلى سبيل المثال يظهر الأطفال العاديين قدراً كبيراً من التعبير الاجتماعي أي أنهم يفعلون أشياء لإثارة رد فعل عاطفي من شخص ما ليروا كيف يشعر هذا الشخص تجاه ما فعلوه ، فعندما يطلب الطفل لعبته من والده ليلعب بها ، يلاحظ الطفل رد فعل الأب لما فعله أثناء

لعبه هل هو مسرور أو حزين ، ولكن الأطفال التوحدين لا يفعلون ذلك لأن علاقاتهم بالآخرين وسيلية فيتخذون من الآخرين وسيلة لتنفيذ ما يريدونه ، فإذا أرادوا شيئاً ما أخذوا يد الأب ووضعوها تجاه الشيء الذي يطلبونه ، فالأب وسيلة وأداة تحقق للطفل ما يريد ، فالأطفال التوحدين يهتمون بأبائهم كوسائل للحصول على ما يريدونه أكثر من اهتمامهم بمن يلي مطالبهم .

ومن خلال العرض السابق يلاحظ أن المشكلات الاجتماعية لدى أطفال طيف التوحد لا تقتصر على الجانب السلوكي الاجتماعي فحسب وإنما تشمل جوانب أخرى منها ما يلي :

١. لا يبالون بالأشخاص المتواجدين حولهم ، فعندما تصطحب أحدهم إلى غرفة ما تجده يتجاهل تماماً الأشخاص الموجودين فيها ويتوجه بانتباهه إلى الأشياء المادية الموجودة بها .
  ٢. عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين فنجدهم ينسحبون من المواقف الاجتماعية ويتوقعون في عالمهم الخاص .
  ٣. يتعاملون مع الأشخاص كما لو كانوا جمادات أو كائنات حية .
  ٤. يهتمون بالجوانب غير الاجتماعية لمن حولهم كأن يتعرفون على أسماء الأطفال الذين معهم ، ولكنهم لا يقيمون أي نوع من العلاقات الاجتماعية معهم .
  ٥. لا يدركون مشاعر الآخرين ولا يبالون فهم يتصرفون بطريقة لا تفرق بين الناس والأشياء .
  ٦. يفقدون القدرة على التواصل البصري ، فلا يستجيبون عندما يدعون بأسمائهم .
- ورغم ذلك فإن بعض أطفال طيف التوحد يتفاعلون بشكل عفوي مع الآخرين ويقتصر تفاعلهم أحياناً على بعض السلوكيات الاستحواذية المزاجية المتكررة ، كأن يتلمسون ملابس الآخرين وشعرهم ، أو يوجهون للآخرين أسئلة محدودة تختص بالأشياء المادية لا بمشاعر وأفكار الآخرين .

#### المشكلات الأسرية Family Problems :

تلعب الأسرة الدور الأكبر في حل مشكلات الأطفال التوحدين من خلال تقديم المساعدة والعلاج ، والتأكيد على استخدام الاستراتيجيات للتغلب على هذه المشكلات . يتحقق هذا الدور من خلال برامج إرشاد الوالدين التي تساهم في تخفيف المعاناة والضغط المفروضة على الأسرة بأكملها بسبب إعاقة طفلهم .

إن وجود طفل توحدي في العائلة حدثاً كبيراً ، يجعل الوالدين والأسرة بأكملها تتحمل ضغوطاً متعددة وجميعها مرتبطة بالحاجات الخاصة للطفل ، والقلق على مستقبله وحياته القادمة ، وما يزيد من حدة هذه الضغوط اعتماده الكامل على الأسرة



## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

كما يزيد أعباء كثيرة داخل المنزل وخارجه ، بعض الأسر تبالغ في حماية ورعاية طفلها المعاق والبعض الآخر يرفض هذا الطفل ويتجاهله تماما .

العديد من المشكلات تبرز نتيجة جهل الأسر في التعامل مع حالات أبنائهم ممن

تم تشخيصهم حالات التوحد ، وهي على النحو التالي :

١ . عدم معرفة الوالدين بخصائص الأطفال ذوي اضطراب التوحد .

٢ . عدم اهتمام الوالدين بعملية

التدخل المبكر .

٣ . إهمال الطفل المضطرب

سلوكيا والسخرية منه .

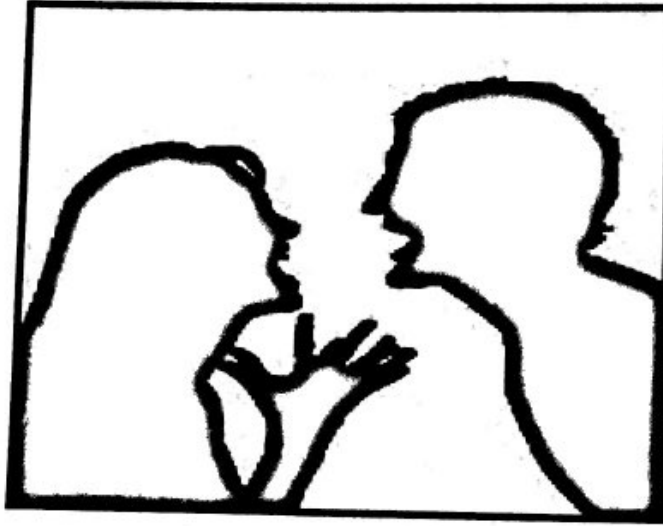
٤ . المبالغة في تدليل الوالدين

للطفل ذوي اضطراب

التوحد .

٥ . إهمال إشباع الحاجات

الأساسية لطفل التوحد .



تختلف ردود فعل الأسرة اتجاه إعاقة طفلها فمنهم من يواجه هذه الأزمة من

خلال المرور بالمراحل التالية :

١ . الصدمة Shock :

وهي المرحلة التي يكتشف بها الأسرة أن لديهم طفل توحدي ، مما يؤدي إلى

الذهول والعجز التام ، وغالباً ما يرفضان تصديق الواقع ، وتبدأ مرحلة الانفعالات ،

المليئة بالحزن والألم وعدم الرضا والإحساس بالذنب .

٢ . الإنكار Denial :

ويظهر ذلك من خلال حديث الأم التي تطلب العون والمساعدة في مشكلة ابنها

إلا أنها تصر على أنه طبيعي وهادئ وذكي ولا يحتاج لمساعدة كبيرة .

٣ . الإسقاط Projection :

يسقط الفرد مشاعره المؤلمة على الغير ، فإذا كان الأب يهمل الابن ولا يراعيه

يبدأ باتهام زوجته بإهمال الطفل أو بأنها أخطأت في تربيته ويهاجمها على ذلك ، أو أن

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

يسقط الوالدان إجابتهما أو عجزهما على الطبيب أو المدرب أو المعهد الذي يوضع فيه الطفل .

### ٤. رد الفعل Reaction :

يتمثل في إظهار مشاعر عكس الموجود داخلياً ، فالأم التي تشعر بغضب داخلي تجاه طفلها قد تظهر الحب المتفاني القسري تجاهه الذي يظهر في صورة رعاية زائدة له وحماية مستمرة ، مما يعوق نموه العقلي الذي لم يكتمل إلا بالمحاولات المستمرة في الاعتماد على النفس (القمش ، ٢٠١٥) .

تحتاج أسر الأطفال التوحدين إلى الإرشاد بهدف التغلب على المشكلات والصعوبات التي تواجههم ، كما يلخصها كوهين ودونالان

(Cohen, Donnellan, 1985) :

١. التعامل مع الطفل الذي لا يستطيع توصيل أو نقل حاجاته ورغباته للآخرين .
٢. التحكم في السلوكيات الشاذة ذات الطقوس النمطية التي يمارسها الطفل .
٣. محاولة إشباع الحاجات الشخصية للطفل ، وحاجات باقي أفراد الأسرة والحفاظ على النظام في البيئة الأسرية .
٤. الرعاية المستمرة للطفل الذي لا يدرك الخطر .
٥. الصعوبات التي يفرضها المجتمع على الأسرة ، وتمثل في العزلة أو الرفض والاستجابة غير الملائمة لمتطلبات الأسرة والطفل (القمش ، ٢٠١٥) .

مراجع الفصل السابع

المراجع العربية:

- أبو العزائم ، محمود جمال (٢٠٠٣) . اضطراب الذاتوية ، الصفحة النفسية ، موقع د. محمود جمال أبو العزائم .
- أديب ، نادية (١٩٩٣) . الأطفال المتوحدون (الأوتوستيك) ، ورشة عمل عن الأوتيزم ، مركز سيتي ، ص (٣٩-٤) .
- باضة ، أمال عبد السميع (٢٠٠٣) . الأطفال المراهقون المتعرضون للخطر ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .
- البكر ، علي (١٩٨٧) . الخجل وعلاقته بالتحصيل الأكاديمي لدى عينة من طلاب جامعة الملك سعود ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية - جامعة الملك سعود ، الرياض .
- البهي ، فؤاد (١٩٩٧) . الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
- جرجس ، ملاك (١٩٩٣) . مخاوف الطفل وعدم ثقته بنفسه ، مكتبة المحبة ، القاهرة .
- حمودة ، محمد (١٩٩٨) . الطب النفسي للطفولة والمراهقة المشكلات النفسية والعلاج ، ط ٢ ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
- خوج ، حنان (٢٠٠٢) . الخجل وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية وأساليب المعاملة الوالدية لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة ، رسالة ماجستير - كلية التربية - جامعة أم القرى ، مكة المكرمة .
- رياض ، سعد (٢٠٠٨) . الطفل التوحدي أسرار الطفل التوحدي وكيف نتعامل معه ، دار النشر للجامعات ، القاهرة ، مصر .
- الزارع ، نايف (٢٠١٠) . المدخل إلى اضطراب التوحد - المفاهيم الأساسية وطرق التدخل ، ط ١ ، دار الفكر ، عمان .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- الزريقات ، إبراهيم (٢٠١٠) . التوحد - السلوك والتشخيص والعلاج ، ط ١ ، دار وائل ، عمان .
- الزريقات . إبراهيم (٢٠٠٤) . التوحد - الخصائص والعلاج ، ط ١ ، عمان ، دار وائل للنشر والتوزيع .
- زهران ، حامد (١٩٩٠) . علم نفس النمو "الطفولة والمراهقة" ، عالم الكتب ، القاهرة
- السر أحمد ، وعبد الرؤوف ، محمد صالح (٢٠٠٩) . المدخل إلى الصحة النفسية ، ط ١ ، مكتبة الرشد ، الرياض .
- سليم ، عبد العزيز (٢٠١١) . الاضطرابات النفسية لدى الأطفال ، ط ١ ، دار المسيرة ، عمان .
- سليمان ، عبد الرحمن سيد (٢٠٠٧) . إعاقة التوحد ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .
- السمري ، محمد مصطفى (١٩٩٧) . الغضب وكيف عاجله الإسلام ، المجلة العربية (٢٤٣) .
- الشامي ، وفاء (٢٠٠٤) . خفايا التوحد ، ط ١ ، الجمعية الفيصلية الخيرية النسائية ، جدة .
- الشحيمي ، أيوب محمد (١٩٩٤) . مشاكل الأطفال كيف نفهمها ، دار الفكر اللبناني ، بيروت .
- شكشك ، أنس (٢٠١٤) . الخجل عند الأطفال - مقالة متاحة على الموقع [www.tbceb.net](http://www.tbceb.net)
- شيفر ، شارلز ، وميلمان ، هوارد (١٩٨٩) . مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب معالجتها ، ترجمة نزيه حمدي ، ونسيمة داود ، منشورات الجامعة الأردنية ، عمان .
- الظاهر ، قحطان (٢٠٠٩) . التوحد ، ط ١ ، دار وائل ، عمان .
- الفرماوي ، حمدي ، والنساج ، وليد (٢٠١٠) . في التربية الخاصة الإعاقة العقلية (الاضطرابات المعرفية والانفعالية) ، ط ١ ، دار صفاء ، عمان .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- فراج ، عثمان (١٩٩٤) . إعاقة التوحد أو الاجترار ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ديسمبر ، العدد (٤٠) ، ص (٢-٤) .
- الفوزان ، محمد (٢٠٠٣) . التوحد المفهوم والتعلم والتدريب ، دار عالم الكتب ، الرياض ، السعودية .
- العبد ، عبد اللطيف (١٩٨٨) . الأخلاق في الإسلام ، ط ٢ ، مكتبة دار التراث ، المدينة المنورة .
- عبد الحميد ، السيد ، وقاسم ، محمد (٢٠٠٣) . الدليل التشخيصي للتوحيدين ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
- عبد الحميد ، جابر ، وكفافي ، علاء (١٩٩٥) . معجم علم النفس والطب النفسي ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
- العثمان ، إبراهيم ، والبيلاوي ، إيهاب ، وبدوي ، لمياء (٢٠١٢) . مدخل إلى اضطرابات التوحد ، ط ١ ، دار الزهراء ، الرياض .
- الغصاونة ، يزيد ، والشрман ، وائل ، وخليفة ، وليد (٢٠١٣) . التوحد بين النظرية والتطبيق ، ط ١ ، دار الفكر ، عمان .
- القاسم ، جمال ، وعبيد ، ماجدة ، والزعي ، عمار (٢٠٠٠) . الاضطرابات السلوكية ، ط ١ ، دار صفاء ، عمان .
- القمش ، مصطفى (٢٠١٥) . اضطرابات التوحد - الأسباب ، التشخيص العلاج - دراسات عملية ، ط ٢ ، دار المسيرة ، عمان .
- كفافي ، علاء (١٩٩٩) . معجم علم النفس والطب النفسي ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
- مصطفى ، أسامة ، والشربيني ، السيد كامل (٢٠١٤) . سمات التوحد ، ط ٢ ، دار المسيرة ، عمان .
- المغلوث ، فهد (٢٠٠٣) . التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه ، منشورات مؤسسة الملك خالد الخيرية .
- مليكة ، لويس (١٩٩٨) . الاضطرابات العقلية والاضطرابات الارتقائية ، ط ١ ، مكتبة النهضة العربية ، القاهرة .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحّد

- النملة ، عبد الرحمن (١٩٩٥) . برنامج للعلاج النفسي الإسلامي لحالات الخجل (دراسة تجريبية لمجموعة من طلاب المرحلة الثانوية بالرياض) ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية .
- النيال ، ماسة (١٩٩٩) . الخجل وبعض أبعاد الشخصية دراسة مقارنة في ضوء عوامل الجنس ، والعمر ، والثقافة ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية .
- يونس ، ربيع ، ورسلان ، محمد (٢٠٠٩) . مشكلات الأطفال السلوكية والنفسية ، ط ١ ، مكتبة المتنبّي ، الدمام .

## المراجع الأجنبية :

- Averill , J. R (1993) student on anger and aggression Implication for theories of emotion American psychologist , November , 1145-1160
- Buss , A. H.& Perry , M. (1992) The aggression question naïve Journal of personality and social psychology , 63 (3), 452-459.
- Gray, C. (1995). Teaching Children with Autism to "Read" Social Situations. In K.A. Quill (Ed.), *Teaching Children with Autism: Strategies to Enhance Communication and Socialization* (pp. 219-241). Albany, NY: Delmar Publishers.
- Ozonoff, S.;Pennington B.; Rogers, S., (1991): Executive Function Deficits in High-Functioning Autistic Individual:Relationship to Theory of Mind, J. Child Psychol. Psychat, Vol. (32), No (7), pp1081-1105.
- Oltmanns, Thomas,F., & Emary, Robert, E., ( 2007). Abnormal Psychology. New Jersey: Prentice Hall.
- Klin, A., Carter, A., Volkmar, F., R., Cohen,D., J.,Marans, W.,D., Sparrow, S., S. (1997).Assessment Issue in Children with Autism, In D., j., Cohen, F., R., Volkmar (Eds). Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders (2<sup>nd</sup>), pp411-418. Newyork: Wiley.
- Miller, D. et al. (1989). The hypothesis suggests that the failure to obtain a desired or expected goal leads to aggressive behavior.Frustration and aggression, Yale University Press, New Haven, ISBN 0-313-22201-0
- Siegel, B. (1996). *The World of the Autistic Child: Understanding and Treating Autistic Spectrum Disorders*. Oxford, England: Oxford University Press.

الفصل الثامن

مشكلات تعليم وتدريب الأطفال ذوي طيف التوحد

- . المشكلات المعرفية .
- . مشكلات تؤثر في التحصيل الأكاديمي لدى الأطفال التوحدين .
- . المشكلات السمعية .
- . المشكلات البصرية .
- . المشكلات التي تواجه تعليم الطفل التوحدي .
- . مشكلات التدريب على مهارات الحياة اليومية .
- . إرشادات لمعلمي ومعلمات أطفال ذوي اضطراب التوحد .
- . الرعاية التربوية والتعليمية .
- . مشكلات تتعلق بالدراسة .
- . مراجع الفصل الثامن .

## الفصل الثامن

### مشكلات تعليم وتدريب الأطفال ذوي طيف التوحد

#### المشكلات المعرفية Cognitive Problems :

ييدي معظم الأطفال التوحدين العديد من أوجه القصور المعرفية التي تشبه ما يُديه أقرانهم المعاقون عقلياً ، ومع ذلك فإن هناك بعض المشكلات الخاصة بالتجهيز المعرفي والتي تميزهم عن غيرهم حيث يشير سكولر (Schuler, 1995) إلى أن أولئك الأطفال يجدون صعوبة في تصنيف المعلومات أو تبويبها اعتماداً على الترجمات الحرفية لها ، أو الرجوع إلى معانيها الحرفية ، كما يبدو أن بوسعهم تذكر الأشياء المختلفة وفقاً لوضعها أو مكانها في فراغ معين بدلاً من القيام باستيعاب المفهوم العام لها ، فالتسوق (Shopping) على سبيل المثال عندهم يعني الذهاب إلى متجر معين في شارع معين ، وربما القيام بشراء شيء معين ، بدلاً من مفهوم الذهاب إلى أي من المحلات أو المتاجر والتجول فيها ، إلى جانب العديد من تلك الجوانب الأخرى التي يتضمنها مفهوم التسوق (هلاهان وكوفمان ، ٢٠٠٨) .

تعود المعرفة إلى المعلومات العامة التي يمتلكها الطفل في مخزونه ، وبتحديد أكثر ، فإن المهارات المعرفية تشمل التفكير ، والتذكر ، والمجادلة السببية وحل المشكلات . الأطفال الصغار في البداية يستعملون حواس السمع ، والبصر ، والشم ، والتذوق ، واللمس لفهم عالمهم ، كما ويستجيبون إلى حاجاتهم الخاصة بطرق مجردة ، ومع نمو الطفل ، فإنه يصبح قادراً على تعلم الأشياء حتى عندما تكون خارجة عن نطاق بصرهم ، يصبحون أكثر قدرة على فهم المفاهيم المعقدة للسبب والنتيجة ، وكيف أن الأشياء والأفراد يرتبطون مع بعضهم البعض ، ويفسرون هذه الإدراكات والمعلومات السابقة لحل المشكلات اليومية ، وبدون إدراكات دقيقة فإن العالم يصبح مشوهاً والتفكير يصبح معاقاً ، وهذا ما يفتقره الأفراد التوحدين (الزريقات ، ٢٠١٠) .

تقدر النسبة الكلية للأطفال التوحدين الذين لديهم إعاقة عقلية بحوالي (٧٥-٨٠) % منهم حوالي (٣٠) % يعانون من إعاقة عقلية بسيطة (نسبة ذكاء : ٥٠-٧٥) %



## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

وحوالي (٤٠) % يعانون من إعاقة عقلية متوسطة أو شديدة (نسبة ذكاء ٥٠%) فأقل ، وهناك عدد محدود يصل ذكاؤه إلى (١١٠) فأكثر (القريطي ، ٢٠١١) .

هذا وقد توجد لدى بعض الأطفال التوحدين قدرات معرفية وبصرية حركية مبكرة في نضجها وغير عادية أو توجد هذه القدرات في جزيرات النضج المبكر في إطار الوظائف الكلية المختلفة وتسمى الوظائف المنشقة *Islets of Precocity* والتي توجد له ذاكرة خارقة وقدرة حسابية غير عادية ومن أمثلة على ذلك ظاهرة العالم المعتوه *Idiot Savants* وإنما تظهر هذه الظاهرة في القدرات الموسيقية والفنية .

ويعد التفكير ، والانتباه ، والفهم ، والإدراك ، والذاكرة ، واللغة ، والتخيل من أهم الوظائف المعرفية التي إذا حدث بها أي اضطراب أثرت على أداء الأطفال في جميع المجالات (Volkmar, G & M, 1991) .

وأيضاً دراسة (Francesca G .H ., 1994) التي توصلت إلى أن طبيعة أنماط التفكير التوحدي تتسم بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة سواء كانت تتطلب قدرة لفظية أو بصرية لحلها (Happe, 1994) .

كما أثبتت الدراسات أن الأطفال التوحدين يعانون من عجز في وظيفة الإدراك ، وذلك كما في دراسة (Reed) التي توصلت إلى أن الأطفال التوحدين يواجهون صعوبات معرفية تتعلق بالفهم وإدراك أبعاد الموقف واستيعاب المنبهات والرد عليها (Reed , T, 1994) .

وأيضاً دراسة (Helen) التي تناولت الإدراك البصري (Visual Perception) لدى الأطفال التوحدين والتي أظهرت أن لديهم خللاً واضحاً في مجال الرؤية الشاملة للأشياء حيث أنهم ينظرون للشيء من جانب واحد فقط دون إدراك الشكل بأبعاده الكلية ، فهم لا يدركون الكل بل الجزء فقط .

كما أثبتت الدراسات أن الأطفال التوحدين يعانون من صعوبة في الانتباه واضطرابات في وظائف الانتباه من حيث التعرف البصري المكاني على الأشياء ، وأن هؤلاء الأطفال لديهم صعوبة معرفية في كل من التفكير ، والانتباه ، والتذكر واستخدام اللغة بجانب القصور في القدرة على التخيل .

وأيضاً أثبتت دراسة (Marjorie) أن الأطفال التوحديين لديهم مشكلات تتعلق بالقدرة على الاستمرارية في نشاط معرفي كالانتباه والتذكر فترة طويلة ، وأن قدراتهم على التصنيف أكثر جهوداً إن لم تكن موجودة بالفعل عند بعض التوحديين وأيضاً يعاني بعضهم من مشكلات في القدرات البصرية ، والذهنية ، وإدراك العلاقات ، واستخدام الرموز ، وحل المشكلات (Marjorie, Bock . A, 1994) .

ومن هنا يتضح أن أغلب الأطفال التوحديين يعانون من قصور أو اضطراب في إحدى الوظائف المعرفية ، والاضطراب في إحدى الوظائف يؤثر بالضرورة على الوظائف الأخرى .

### مشكلات تؤثر على التحصيل الأكاديمي لدى الأطفال التوحديين :

#### المشكلات السمعية : Audio Problems

تعد المشكلات السمعية إحدى المشكلات التي يعاني منها الشخص التوحدي ، فالكثير من الأشخاص التوحديون يعانون من مشاكل في الأذن ، ومن الحساسية السمعية التي قد تفقددهم القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين ، ونحن نعرف أن جزءاً من التواصل الاجتماعي يعتمد على حاسة السمع ، فإذا كان هناك مشكلة في هذه الحاسة ، فلنا أن نتخيل حجم المشكلات التي سوف يعاني منها التوحدي ونتائجها غير المرضية عليه (المغلوث ، ٢٠٠٦) .

#### المشكلات البصرية : Visual Problems

قد يصاب الأطفال التوحديين بمشكلات بصرية نتيجة لأعراض مرضية أثرت على العينين ، أو على الأعصاب المتصلة من العينين بالمخ ، أو على أجزاء من المخ التي تستقبل الرسائل الحسية من العينين .

في بعض الأحيان وبالاعتماد على سبب المشكلة البصرية وطبيعتها ، قد نجد أطفالاً مصابين بمشكلات بصرية ، ولديهم حركات بالأيدي ، وميول للقفز والدوران المستمر تماماً كالتالي نجدها في سلوك الأطفال التوحديين ، تماماً كما قد تكون الأمور الروتينية مهمة جداً لديهم ، ويصبح تحريك أي شيء من مكانه المعتاد في المنزل أمراً باعثاً للتعاسة والحزن .

وقد يُخيل للرائي أنهم ينظرون إلى ما وراء الأشخاص القريبين منهم أو من حولهم ، كما أن سلوكهم الاجتماعي يشكل مشكلة كبيرة لمن حولهم . وعادة ما يكون بالإمكان التفريق بين الأطفال التوحديين ، والأطفال المصابين بمشكلات بصرية فقط ، لأن هؤلاء لا يعانون من صعوبات في فهم ما يسمعون من أصوات وحديث . وما يحدد طبيعة الحالة تماماً هو التاريخ المرضي لحالة الطفل بالإضافة إلى الفحص الطبي (المسلم ، ١٩٩٤) .

### المشكلات التي تواجه الطفل التوحدي :

تشير قاسم (٢٠٠٦) إلى أن هناك مشكلات عديدة تؤثر في تعلم الطفل التوحدي تتلخص فيما يلي :

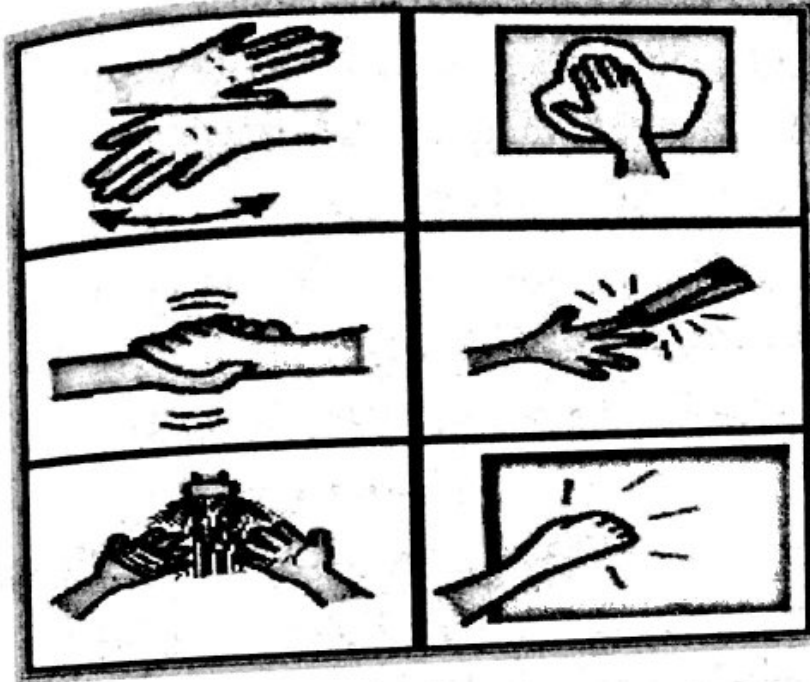
١. يصعب على الطفل التوحدي تعميم المعارف والمهارات من موقف إلى آخر .
٢. الاعتمادية ، حيث لا يتمكن الطفل التوحدي من بدء المهام بنفسه ، حتى يقوم من حوله بأن يطلب منه عمل هذه المهام .
٣. الانتقائية الشديدة للمثيرات ، فكثيراً من الأطفال التوحديين يميلون التي التركيز على أجزاء معينة من المهمة (اللون ، الشكل ...) دون الانتباه إلى باقي أجزاء المهمة ، كأن يتبه الطفل إلى جزء معين من الصورة بدلاً من الانتباه إلى صورة السيارة المكون الأساسي للصورة .
٤. الاعتماد على المدخلات البصرية أكثر من المدخلات السمعية ، وهو ما يتطلب اعتماد التدريب على الصورة البصرية أكثر من الاعتماد على الكلام المسموع .
٥. وجود مشكلات في إدراك وتعلم المعنى ، فالأشياء عندما يكون لها معنى يُصبح من السهل علينا تعلمها واستيعابها وتذكرها ، ولكن الواقع يشير على أن الأطفال التوحديين يجدون صعوبة في إدراك المعاني ، حيث يعانون اختلالاً وظيفياً يجعلهم يوصفون بأنهم خارج الثقافة التي يعيشون فيها ، وبالتالي فإن ما يصل للطفل التوحدي من معاناة تكون محدودة .
٦. الاعتماد على ذاكرة غير منظمة ، فالطفل العادي يستوعب كمّاً هائلاً من المعلومات ، لأنه يستوعبها كبناء له روابط واضحة ، ولكن الطفل التوحدي نظراً

لافتقاره وافتقاده القدرة على استخدام المعنى في تنظيم الخبرات المتعلمة ، فإن كثيراً من المعلومات تظل غير مرتبطة ، وبالتالي يصعب عليه استيعابها ، وهو ما يلقي بمزيد من العبء على الذاكرة . حيث لا يستطيع الطفل تشفير كثير من المعلومات في بناء له معنى ، هو ما يجعله يعتمد طوال الوقت على ذاكرة مبعثرة ، وبالتالي أقل قدرة على التذكر ، ولذلك فإن أحد المتناقضات التي تميز الأفراد أصحاب التوحد هي الذاكرة الجيدة ، إلا أنها تتسم بالنقص بالعجز في القدرة على استدعاء الأحداث الشخصية .

٧. يعاني الطفل التوحدي ضعف مفهوم الذات ، وبالتالي تصبح سلوكياته غير خاضعة لتحكمه الداخلي ، وإنما خاضعة للمثيرات الخارجية وهناك ما هو أسوأ من ذلك ، وهو ضعف الوعي بالجسم وضعف أو غياب التحكم الحسي ، فعلى سبيل المثال : يخشى بعض الأطفال التوحدين بشدة دورة المياه ، وبعضهم يحرصون أنفسهم في نوع واحد أو اثنين من الأطعمة أو الألوان ، وبالتالي ستجده يتمسك بشكل صارم في اتباع طريقة معينة في التعليم .

٨. لديهم صعوبات في عمل ارتباطات بين الأحداث والأشياء المختلفة ، على الرغم من ارتباطها فيما بينها بصلة ما ، وبالتالي يصعب عليه إدراك وجه الشبه والاختلاف بين تلك الأشياء .

مشكلات التدريب على مهارات الحياة اليومية :



يشير بطرس (٢٠١٠) وفي معرض حديثه عن أساليب تدريب الأطفال التوحديين ، إلى أن أطفال طيف التوحد يواجهون مشكلات في تدريبهم على مهارات الحياة اليومية حيث يتأخر الطفل التوحدي في التدريب على هذه

المهارات نتيجة لذلك ، وهي على النحو التالي :

١. صعوبات في فهم وتذكر اللغة : قد لا يفهم الطفل التوحدي الكلمات التي تشير إلى الدخول إلى الحمام .
٢. سلوكيات الغضب والحركات النمطية .
٣. المصاعب الحسية : تعاني الأغلبية العظمى من الأطفال التوحديين من صعوبات في معالجة المعلومات الحسية .
٤. القصور الاجتماعي : توجيه المدح اللفظي أو الاهتمام الاجتماعي الذي يشجع الأطفال غير التوحديين على تعلم استخدام المراض (بطرس ، ٢٠١١) .

والجدول رقم (٥) التالي يلخص أهم المشكلات التي تواجه عملية التدريب على استخدام الحمام من قبل الأطفال التوحديين وأسبابها ، وطرق معالجتها :

الجدول رقم (٥)

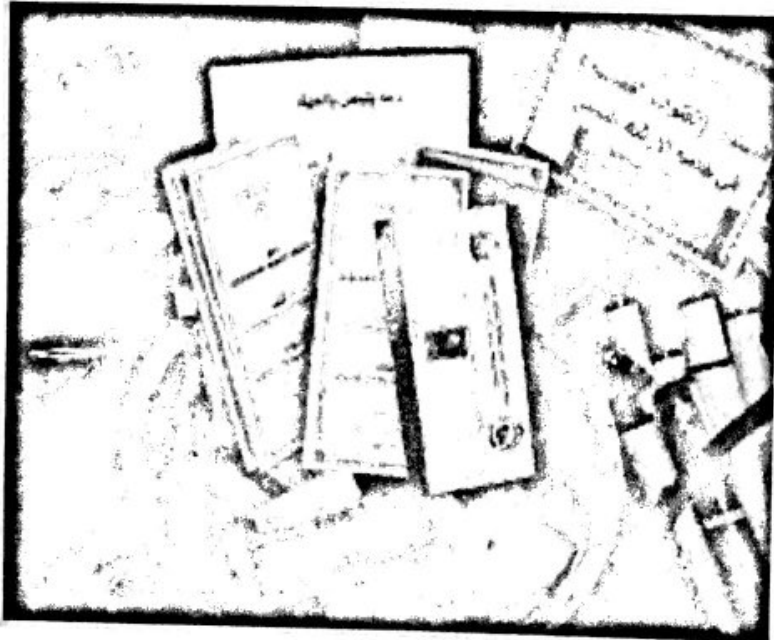
المشكلات التي تواجه عملية التدريب على استخدام الحمام

ت	المشكلة	سبب المشكلة	العلاج المقترح
١	الخوف من صوت السيْفون .	نظراً للمشكلات في ترجمة الأصوات قد يكون صوت السيْفون مرتفع جداً على سمع الطفل .	يمكن استخدام قيصريّة التدريب على الحمام ووضعها بجوار كرسيّ المرحاض .
٢	التفريغ المتكرر للسيْفون	قد يبهج الطفل صوت التفريغ المتكرر لماء السيْفون .	قم بتغطية مقبض السيْفون .
٣	يرفض دخول الحمام .	قد يكون ضوء الحمام قوياً بالنسبة للطفل أو أن الأرضية مزدهجة بالأشكال والألوان .	اجعل الترتيبات في الحمام مريحة للطفل مثلاً وجود أصوات هادئة في الخلفية وأشياء مساندة للقدمين وأضواء خافتة وأرضية غير مكتظة بالأشكال والألوان.
٤	يخاف من الجلوس على كرسيّ الحمام .	قد يشعر الطفل أنه سيقع بداخل الكرسيّ وقد يتضايق من كون أرجله مرفوعة عن الأرض .	١. درب الطفل على الجلوس وكرسيّ الحمام مغلق . ٢. استخدم ساندا القدمين .
٥	لا يخرج البراز في الحفاضة .	قد يصعب على الطفل كسر الروتين الذي تعود عليه وأنه لا يفهم المطلوب منه .	١. افرغ حفاضة أمامه في كرسيّ المرحاض ، عندما تلاحظ أي إشارات تدل على أن الطفل يريد إزالة

<p>البراز ، خذه إلى الحمام ، وشجعه على قضاء الحاجة على كرسي التدريب وهو يرتدي حفاضة .</p>			
<p>١. اجث عن أي إشارات لدى الطفل وتعبيرات خاصة في وجهه أو أي سلوك غير لفظي كحالة تلمل يديها الطفل عندما تميز إشارة تدل على قرب تبوله أو تبرزه .</p> <p>٢. خذه إلى الحمام ودعه يجلس على مرحاض الحمام بعد فترة وجيزة .</p> <p>٣. وفر له صورة للحمام (كرسي الحمام) في كل مرة تأخذ الطفل إلى الحمام .</p> <p>٤. أشر إلى صورة الحمام وتدرجيا اطلب من الطفل أن يشير إلى الصورة بنفسه للتعبير عن رغبته في دخول إلى الحمام .</p>	<p>عدم استخدامه للغة دون قدرته على التعبير عن نفسه .</p>	<p>لا يعبر عن احتياجه لدخول الحمام .</p>	<p>٦</p>

إرشادات لمعلمي ومعلمات أطفال ذوي اضطراب التوحد :

- لا بد أن يكون للقائمين على تعليم وتدريب أطفال التوحد أن يأخذوا البنود التالية بعين الاعتبار عند العمل مع أطفال التوحد وعلى النحو التالي :
1. اختيار المهمات المناسبة للطفل المصاب بالتوحد ، بمعنى أن لا تكون صعبة بحيث تنعكس على رغبة الطفل التوحدي ، وتجعله محبطاً ، وهذا من الجانب التربوي يجب إبعاد المتعلم عن أي نوع من أنواع الفشل أو الإحباطات .
  2. إعطاء الوقت اللازم للطفل التوحدي للاستجابة في جميع الأنشطة ، وهذا يتطلب من المعلم الصبر والتحمل وربما هذا يتطلب من المعلم استخدام تقنية الحث (Prompting) لمساعدة الطفل على الاستجابة الصحيحة وإبعاده عن الفشل .
  3. ضروري أن يكون المناخ التعليمي في الصف مناسب من حيث التنظيم البيئي وإبعاد كل أنواع المشتتات والعراقيل سواء كانت بصرية أو حركية أو بصرية .
  4. استثمار مجالات التميز وتوفير الفرص مع الآخرين من خلال اللعب المشترك ، أو الرحلات الجماعية إلى مسبح أو ملعب أو حديقة أو من خلال الأنشطة اللامنهجية .
  5. ابتعد قدر الإمكان عن النقد والتجريح والسخرية والاستهزاء ، لأن ذلك يزيد من



معاناة الطفل ، وعلى المعلمين في حالة دمج أطفال التوحد في صفوف العاديين أن يتعاملوا معهم بعيداً عن السخرية والاستهزاء والتهكم .

6. ابتعد بقدر الإمكان عن التجريد واستخدام اللغة المحسوسة

مستعيناً بالصور والرسوم عند تعليم الأطفال التوحدين لضمان وصول المعلومة .



٧. استخدم اللغة البسيطة والتي تكون بمستوى الطفل والابتعاد عن الألفاظ التي لها أكثر من معنى .
  ٨. استخدم تقنية التلاشي (Fading) بعد استخدام الحث ، وذلك لتشجيع الطفل المصاب بالتوحد على الاستقلالية والاعتماد على نفسه .
  ٩. الابتعاد عن التوسع بالمعلومات واستخدام المعينات البصرية قدر الإمكان مما يجعلك تستحوذ على انتباه الطفل التوحدي باستمرار .
  ١٠. على المعلم أو المدرب أن يعي أن أي سلوك غير مرغوب فيه يصدر عن الطفل التوحدي ليس مقصودا أو أنه موجه للمعلم بشكل شخصي .
  ١١. يجب على المعلم عدم الاعتماد على الطفل التوحدي بإيصال الرسائل إلى البيت ، بل يجب الالتقاء بأولياء الأمور ، لأن في ذلك فوائد منها التعرف على وضع طفلهما وتعميم ما تعلمه الطفل في البيت ، وهذا يسد الفجوة بين البيت والمدرسة ، وهذا يتحقق من خلال التعاون المستمر بينهما .
  ١٢. ضرورة التعامل مع الطفل المصاب بالتوحد بشكل علمي وموضوعي دون أن تعمم حالة الطفل ، وخاصة السلبية ، مثال ذلك : إذا كان الطفل التوحدي سلبيا في اطار الصف فهذا لا يعني أنه سيكون كذلك خارج الصف ، فقد لا يتفاعل أو يتواصل ولكنه في ساحة اللعب يكون غير ذلك (Lord C ., et al, . 2001) .
- ويذكر القمش (٢٠١٥) بعضاً من الإرشادات التي يجب على المعلمة تذكرها أثناء التعامل مع الأطفال التوحدين وهي على النحو التالي :
١. عدم التسرع في الحكم على ميول الطفل الوراثية ، فإن كثيرا منها يكون كامنا لا يظهر إلا في مناسبات خاصة ، وبعضها يتأخر إلى سن البلوغ .
  ٢. الجلوس في مواجهة الطفل أثناء التعليم .
  ٣. استخدام وسائل ومعينات متنوعة مثل الألغاز بأشكالها المختلفة .
  ٤. محاولة جذب انتباه الطفل التوحدي .
  ٥. استبعاد المشتتات السمعية والبصرية عن الطفل التوحدي .
  ٦. اتباع استراتيجيات التعزيز بأشكاله المختلفة .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٧. ضرورة تعديل المنهج التعليمي ليتناسب وقدرات الطفل نفسه معتمدين على نقاط القوة ولضعف لديه .
٨. ضرورة التواصل المتكرر وبقدر كاف بين المعلم/ المعلمة والأهل والطبيب .
٩. ضرورة استخدام الحواس السمعية والبصرية ، والحسية بقدر الإمكان في أثناء التعلم .
١٠. إعطاء الطفل التوحدي الفرصة للتواصل مع الأطفال العاديين ، لاكتساب مهارات لغوية وتواصلية ، وسلوكية (القمش ، ٢٠١٥) .



كثير من تقنيات التعليم العام غير فعالة في تدريس أطفال التوحد ، سواء كان الطفل يتعلم في المنزل أو من خلال العمل في برامج التعليم الفردي Individualized Education Program - IE كجزء من القطاع العام أو القطاع الخاص لبرنامج المدارس ، فأطفال التوحد بحاجة إلى معايير وأساليب خاصة في التعلم .

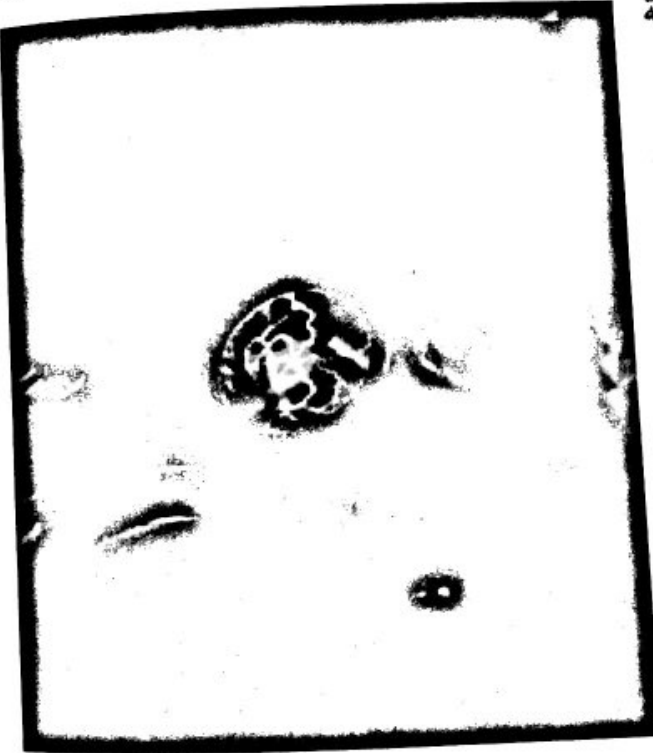
هنالك ثلاث أساليب مختلفة يمكن التعلم من خلالها :

١. التعلم البصري : ويتعلم الفرد من خلال القراءة أو المشاهدة .
٢. التعلم السمعي : ويتعلم الفرد من خلال المحاضرات أو اتباع التعليمات أو من الأناشيد .
٣. التعلم الحركي : يتعلم الفرد بسرعة من الأنشطة الحركية ، فيفضلون على سبيل المثال تقليد أداء عمل ما بدلا من مجرد المشاهدة .

كما يستخدم معظم الأشخاص اثنين أو ثلاثة من هذه الأساليب في التعلم .  
فهناك أشخاص يتعلمون بصريا بشكل أفضل ، ولكن ما زال باستطاعتهم التعلم ، من  
الأساليب السمعية أو الحركية ، لكننا نجد أن أطفال التوحد غالبا ما يركزون على نوع  
واحد من هذه الأساليب مع الاستبعاد الكامل للأساليب الأخرى في بعض الأحيان ،  
مثلا قد يتجول أحد الأطفال داخل الفصل الدراسي عند إلقاء إحدى الدروس ،  
وذلك لأنه لا يستطيع فهم الدرس بالأسلوب الملقى .

في وقت من الأوقات كان يعتقد أن الكثير من الأطفال الذين يعانون من التوحد  
بكل بساطة لا يمكنهم التعلم ، اليوم أصبح تعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد  
يتطلب بعض التعديل في أساليب التعليم ، ليس هذا فقط بل يمكنهم التعلم في صفوف  
التعليم العام .

وفيما يلي بعض النصائح والإرشادات حول تعليم أطفال التوحد . ولكن



سيطلب تطبيق الملاحظة الدقيقة  
والتجريب لمعرفة أيها أكثر فعالية :

١ . تحديد الأسلوب الأنسب لتعليم  
الطفل والتأكد من أنها الطريقة  
المثلى للتعلم والتواصل مع  
الطفل ، فإذا أخذنا على سبيل  
المثال الطفل الذي يتجاهل  
الدرس ، في حال تعلم الطفل  
بصريا يمكننا أن نريه مقعده  
أو صورة للكرسي لمساعدته على  
فهم أن الوقت قد حان للجلوس ،

أما إذا كان الطفل يتعلم حركيا يمكننا أن نقوم بتوجيهه إلى مقعده مع الضغط  
الخفيف على كتفيه .

٢ . من الشائع أن الأطفال المصابين بالتوحد غير قادرين على معالجة المدخلات الحسية  
المتعددة في نفس الوقت ، ففي حال وجود صعوبة في معالجة المدخلات البصرية

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- والسمعية للطفل في نفس الوقت ، يجب التركيز على أسلوب واحد من أساليب التعلم في المرة الواحدة .
٣. الأطفال الذين يتعلمون بصريا عادة ما تكون لديهم حساسية تجاه الأضواء مثل إضاءة الفلورسنت أو شاشات الكمبيوتر ، فهي قد تبدو لهم مثل الأضواء الوهاجة ، لذا يفضل استخدام الإضاءة الطبيعية من النوافذ واستخدام الشاشات المسطحة في أجهزة الكمبيوتر أثناء تعليمهم .
٤. الأطفال الذين يتعلمون سمعيا تكون لديهم حساسية تجاه الأصوات . فمثلا صوت الجرس أو حتى صوت المعلم ، قد تبدو لديهم كأصوات انفجار . لذلك ، عند وجود الطفل في الفصل الدراسي يفضل القيام بتغطية الجرس لمساعدة الطفل على التركيز. ومن الضروري أن يتكلم المعلم بهدوء أكثر وخصوصا عند إعطاء الطالب تعليمات مباشرة . ومن المفيد تقليل حساسية الأطفال تجاه الضجيج والأصوات المرتفعة ، مثل صوت إنذار الحريق ، بإعطائهم تسجيل لهذا الصوت الذي يمكن أن يستخدمه كما يشاء ، مثل هذا الإجراء يسمح للطفل باستعادة السيطرة على نفسه عند سماعه للضجيج .
٥. صعوبة التعميم لدى الأطفال التوحدين ، والتي بدورها تؤثر على الطريقة التي يتعلم بها المهارات ، فمثلا عند تعليم الطفل النظر في الاتجاهين قبل عبور الشارع ، قد يكون من الضروري أن يتم تدريبهم على ذلك في عدة مواقع ، إذا لم نفعل ذلك قد يعتقدون أنهم بحاجة إلى النظر في الاتجاهين ليعبرون ذلك المكان على وجه الخصوص .
٦. النقص في التعميم يمكن أن ينطبق على الأشياء أيضا ، على سبيل المثال طفل من بلجيكا كان يستطيع أن يستخدم دورة المياه في المنزل ، لكنه لا يستخدم المراحيض في أي مكان آخر ، في النهاية تبين أن مقعد المراحيض في البيت أسود وكان لا يستطيع ربط مفهوم "حمام" لتلك التي لديها مقاعد بيضاء ، ثم تمكنوا من تدريبه على التعميم عن طريق وضع شريط أسود على مقعد المدرسة ومن ثم إزالة قطعة من الشريط بالتدريج وفي النهاية تمكن من التعميم لتشمل كلمة حمام مقاعد بيضاء أيضا .

٧. شد انتباه الأطفال التوحدين إلى الأشياء التي يستمتعون بها ، مثل القطارات ، ويمكن استخدام هذه الخاصية كحافز لهم على التعلم ، كإدراج القطار مثلا في القصص أو عند تعليمهم حل المشكلات الرياضية وهكذا .

٨. الشائع عند الأطفال التوحدين صعوبة الربط بين حدثين حتى لو كانت الأحداث قريبة جدا ، على سبيل المثال ، إذا كان يتم تعليم الأطفال القراءة باستخدام البطاقات ، فيجب استخدام بطاقات متماثلة تماما لأن وجود أي اختلاف في البطاقات قد يجعل الطفل لا يفهم أنها تمثل نفس الفكرة .

هذه النصائح والإرشادات هي ملاحظات بسيطة لتعليم الأطفال التوحدين سواء كان الطفل يدرس في المنزل أو في فصول دراسية ، ومن المهم التدرج في التحضير للخطة التعليمية للأطفال التوحدين ومعرفة الطرق التي من خلالها يتعلم الطفل بشكل أفضل لأن ذلك يعطي أفضل النتائج للتعليم في المستقبل [Littlegeniusclub .wordpress . com](http://Littlegeniusclub.wordpress.com)

### الرعاية التربوية والتعليمية Educational Care :

كَبَتْ ضعف الافتراض القائم على أن العوق العقلي غير قابل للتعليم ، وأيضاً بالنسبة لأطفال التوحد . ولهذا فإن الرعاية التربوية والتعليمية لأطفال التوحد يتبع فيها ما يأتي :

#### ١- البرامج التربوية ،

أفضل برامج التدريس لأطفال التوحد ، هي برامج عالية التنظيم Highly Structured ذلك لأن :

أ. الصعوبات التي يعاني منها أطفال التوحد في مجال التفاعل الاجتماعي ، تحتم على المعلم أن يبادر في التفاعل مع الطفل ، ويزوده بالإرشادات والتوجيهات ، وألا ينسحب الطفل ، ويتبع السلوك الاستحواذي المتكرر .

ب. تعتمد هذه البرامج على تجزئة النشاط التعليمي إلى خطوات سهلة واضحة ذات أهداف محددة ، وهو أسلوب له عائدته على أطفال التوحد .

ج. هناك فرصة أمام أطفال التوحد للتنبؤ بمكونات الجدول الدراسي اليومي والأسبوع ، لأن التغييرات المفاجئة لها ردود أفعال غير جيدة . ، وبصفة عامة هذه البرامج تتسم بالمرونة والتلقائية ، كما أن أطفال التوحد تتاح لهم المرونة الكافية للتعامل مع مواقف الحياة في المستقبل .

#### ٢. اختيار المدرسة المناسبة :

والتي تتفهم طبيعة المشكلات والصعوبات الخاصة بطفل التوحد ، وحيث تتوفر في برامجها المرونة التي تتماشى مع حاجات الطفل الفردية الخاصة . وأن يعمل المعلمون على مقابلة حاجات الأطفال الخاصة ، وأن تستخدم مهارات أكاديمية وأساليب متطورة تعتمد على تنمية وتطور التفاعل الاجتماعي والتواصل لدى الطفل التوحدي . ويقتضي ذلك قيام الوالدين بتقصي الحقائق واستشارة جهات الاختصاص للتعرف على جوانب القوة للأساليب التربوية المناسبة التي تقابل حاجات أطفال التوحد .

#### ٣. نسبة لعدد المتعلمين إلى المعلمين :

يفضل أن لا يزيد عدد المتعلمين من المصابين بالتوحد عن ثلاثة متعلمين لكل معلم ، حتى يتمكن المعلم من تركيز انتباههم للنشاطات التعليمية والتدريبية .

#### ٤. مستوى التحصيل التعليمي :

يتطور التحصيل التعليمي لدى أطفال التوحد ، حتى في حال التحاقهم بالمدارس لفترة قصيرة (سنتان مثلاً) ، حيث يحصلون على مستوى تحصيلي جيد ، يمكنهم تحقيق نتائج طيبة في حياتهم العملية .

أ- أطفال التوحد من مستوى الذكاء المتوسط أو فوق المتوسط يكون مستوى التحصيل العلمي عندهم عادي .

ب- أطفال التوحد ممن تكون معدلات ذكائهم عادية يدرسون مواد علمية تتطلب قدرة على التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين . بينما المواد الأدبية تتطلب تفسيراً للمعاني وفهماً مما يمثل صعوبة لأطفال التوحد .

ج- أطفال التوحد الذين يعانون من عوق عقلي ، فإن تحصيلهم التعليمي يكون أقل من التحصيل المتوسط أو العادي .

وعند الانتهاء من المراحل الدراسية ، فإن أطفال التوحد يتعلمون مهارات أساسية مثل : مبادئ القراءة والكتابة وفهم أساسيات الحساب واستخدام النقود والبعض منهم يتعلم مهارات فردية كالطبخ وارتداء الملابس وغسلها .

٥. القدرة على التواصل :

يمكن تعليم أطفال التوحد عملية إخراج الأصوات ونطق الكلمات وتكوين الجمل الكلامية ، وفق قدراتهم الفردية ، والقدرة على التواصل لا تقتصر على القدرة على إخراج الأصوات ، أو تكوين جمل مستقيمة نحويًا ، بل تشمل القدرة على توصيل المعاني والأفكار والتجارب ، عن طريق الحوار في إطار اجتماعي . وهذا الدور ضئيل في عملية التواصل .

٦. لغة الإشارة :

وهي ضرورية في تطوير القدرة على التواصل ، للمساعدة في التعبير عن الأفكار وإيصالها للمتلقي ، وعند استخدام الإشارة اليدوية يستطيع الطفل توضيح الكلمة التي يريد نطقها ، أو تستخدم لتعزيز قدرة الطفل على فهم كلام الآخرين والأهم هو التركيز على تعلم الكلام فهو وسيلة التواصل ، ولغة الإشارة تمثل خطوة على الطريق الموصل إلى تعلم الكلام .

٧. تحديد الحاجات التربوية :

ويقوم بتحديد أخصائي النفسي الذي يقوم بتقييم حالة الطفل ، ويشترك في ذلك المعلم وأخصائي النطق إضافة إلى الدور الفاعل للأبوين . ومن الصعوبات التي قد تواجه الآباء ، عدم توافر كافة الحاجات التربوية للطفل . ولهذا ينصح الوالدان بمراجعة التقرير الذي يعده الأخصائيون ، لتحديد تقييم حالة الطفل ، وما يمكن أن يكون هناك من اتفاق أو اختلاف .

٨. الدمج :

البرامج القائمة تقوم على الدمج الحسي ، لأن اضطراب التوحد ، يضعف من القدرة على تنظيم المثيرات الحسية (السمعية ، البصرية ، الشمية ، الذوق ، الإحساس بالضغط والجاذبية والحركة ووضع الجسم) ولذلك فإن أطفال التوحد يعانون من اضطراب الدمج الجسمي (الشمري ، ١٩٩٧) .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

ولهذا يجب أن تكون هناك برامج فردية لكل طفل حسب حاجاته الحسية والنمائية الخاصة . وهذه البرامج تقوم على تعرف المدرب على المتغيرات التي تحفز طفل التوحد على الدمج في أنشطة معينة ، فإذا واجه الطفل مشكلة في اختيار النشاط المناسب ، فإن المدرب يعمل على توفير برنامج أكثر ملاءمة . ومحور هذه البرامج يقوم على استخدام اللعب كوسيلة لرفع البرامج إلى تنمية وتطوير الدمج الحسي ، ما يجعل الفرد أكثر ثقة في نفسه ، وأكثر توافقاً مع المؤثرات الحسية من حوله .

(كوهين وبالتون ، ١٩٩٣)

### مشكلات تتعلق بالدراسة : Problems Related with Education

- ١ . عدم وجود مدارس خاصة بالأطفال ذوي اضطراب التوحد .
- ٢ . عدم ملاءمة المناهج الدراسية والأساليب التعليمية .
- ٣ . قصور فهم المعلم لهؤلاء الأطفال .
- ٤ . استخدام منبهات ومحكات غير مناسبة أو غير كافية عن مظاهر ذوي اضطراب التوحد .
- ٥ . عدم تجاوب الوالدين مع المدرسة .
- ٦ . عدم تحقيق المدرسة لحاجات ذوي اضطراب التوحد .



مراجع الفصل الثامن

المراجع العربية:

- بطرس ، حافظ (٢٠١١) . طرق تدريس الطلبة المضطربين سلوكياً وانفعالياً ، ط ١ ، دار المسيرة ، عمان .
- الزريقات ، إبراهيم (٢٠١٠) . التوحد - السلوك والتشخيص والعلاج ، ط ١ ، دار وائل ، عمان .
- الشمري ، طارش (٢٠٠٠) . الأطفال التوحديون وأساليب التدخل ومقومات نجاح البرامج ، ندوة الإعاقات النمائية - تنظيم جامعة الخليج العربي ومؤسسة سلطان ابن عبد العزيز آل سعود - البحرين ٢٤-٢٦ إبريل ٢٠٠٠م - ص ١٣٤-١٣٥ .
- القاسم ، سماح (٢٠٠٦) . فاعلية استخدام نظام التواصل بالصور في تنمية التواصل الوظيفي لدى الطفل التوحدي ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، حلوان .
- القريطي ، عبد المطلب (٢٠١١) . سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، ط ٥ ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .
- القمش ، مصطفى (٢٠١٥) . اضطرابات التوحد ، الأسباب ، التشخيص ، العلاج ، دراسات علمية ، دار المسيرة ، عمان .
- المسلم ، هناء (١٩٩٤) . الأطفال التوحديين ، مترجم عن لورن أوينج كونستابل ، لندن .
- المغلوث ، فهد (٢٠٠٦) . التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه ، منشورات مؤسسة الملك خالد الخيرية .
- كوهين سايمون ، وبولتون باتريك (١٩٩٣) . حقائق عن التوحد ، ترجمة : عبد الله الحمدان ، إصدار أكاديمية التربية الخاصة ، الرياض .
- هالاهان ، دانيال ، وكوفمان ، جيمس (٢٠٠٨) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم ، ترجمة : عادل عبد الله ، دار الفكر ، عمان .

- Volkmar, F., Cook, E. H., Jr., Pomeroy, J., Realmuto, G., & Tanguay, P. (1991). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 32S-54S.

الفصل التاسع

إرشاد الأطفال ذوو اضطرابات طيف التوحد وأسره

- الإرشاد النفسي للأطفال وأسره
- أهداف الإرشاد النفسي
- أهمية الإرشاد النفسي للأطفال
- الإرشاد الأسري لذوي الاحتياجات الخاصة
- أهداف الإرشاد الأسري
- إرشاد أسرة الطفل المعوق
- دور المرشد الأسري في عملية الإرشاد
- المبررات التي تستدعي إرشاد والدي الطفل المعوق
- كيفية إرشاد الوالدين
- دور الإرشاد في تعديل ثقافة الأسرة للتعامل الفعال مع ذوي الاحتياجات الخاصة
- إعداد الوالدين للتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة
- ردود فعل الوالدين لولادة طفل معاق
- إرشاد الأطفال ذوي طيف التوحد
- أنواع برامج التدخل
- إرشاد الأطفال التوحديين وأسره
- مسؤوليات الأسرة نحو الطفل التوحدي
- إرشادات التعامل مع الطفل التوحدي
- مراجع الفصل التاسع

## الفصل التاسع

### إرشاد الأطفال ذوو اضطرابات طيف التوحد وأسره

#### الإرشاد النفسي للأطفال وأسره :

يعد الإرشاد النفسي أحد قنوات الخدمة النفسية التي تقدم للأفراد أو الجماعات بهدف التغلب على بعض الصعوبات التي تعترض سبيل الفرد أو الجماعة ، وتعوق توافقهم وإنتاجيتهم . والإرشاد النفسي خدمة توجه إلى الأفراد والجماعات الذين ما زالوا قائمين في المجال السوي ، ولم يتحولوا بعد إلى المجال غير السوي ، ولكنهم ، ومع ذلك ، يواجهون مشكلات لها صبغة انفعالية حادة ، أو تتصف بدرجة من التعقيد والشدة بحيث يعجزون عن مواجهة هذه المشكلات بدون عون أو مساعدة من الخارج . من الصعب وضع تعريف محدد للإرشاد ، وذلك لتعدد مجالاته (إرشاد تربوي ، إرشاد زواجي ، إرشاد مهني ... الخ) واختلاف نظرياته (تحليل نفسي ، سلوكي ، معرفي ، عقلائي ... الخ) ومن جانب آخر تركز بعض تعريفات الإرشاد النفسي على



الإرشاد كمفهوم ، والبعض الآخر يركز على العلاقة المهنية بين المرشد والمسترشد ، والبعض يركز على أهداف الإرشاد أو العملية الإرشادية .

يؤكد الشناوي (١٩٩٦) على

الإرشاد النفسي كعملية تعليمية ، فيعرفه على أنه عملية ذات طابع تعليمي تتم وجهاً لوجه بين مرشد مؤهل ومسترشد يبحث عن

المساعدة ليحل مشكلاته ويتخذ قراراته ، حيث يساعده المرشد باستخدام مهاراته والعلاقة الإرشادية على فهم ذاته وظروفه والوصول إلى أنسب القرارات في الحاضر والمستقبل .

ويقدم زهران (٢٠١٤) تعريفاً دقيقاً للإرشاد ، حين يؤكد أن الإرشاد النفسي هو عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكانياته ، ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ، ورغبته وتعليمه وتدريبه لكي يصل إلى تحقيق أهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصياً وتربوياً ومهنياً وزواجياً وأسرياً .

في ضوء ما سبق فإن حنفي (٢٠١٢) يذكر أن الإرشاد النفسي يتميز بأنه :

١. عملية تتم من خلال خطوات معينة محددة .
٢. عملية تعلم يسعى المرشد فيها إلى تعليم المسترشد القدرة على مواجهة مشكلاته وفهمه لذاته والبيئة التي يعيش فيها واستغلال إمكانيته الذاتية والبيئية .
٣. عملية جوهرها مساعد المسترشد وتقديم العون له خلال وقف يسمح بتقديم ذلك العون .
٤. الإرشاد النفسي يقوم به مرشد مؤهل وذو خبرة ولديه مهارات وقدرات معينة .
٥. الإرشاد النفسي علاقة إنسانية بين المرشد والمسترشد قوامها التقبل الإيجابي غير المشروط .
٦. المسترشد لديه ظروف أو مشاكل ويحتاج للإرشاد والتوجيه ، وله خصائص شخصية يمكن أن تسهم في نجاح أو فشل عملية الإرشاد النفسي .

#### أهداف الإرشاد النفسي :

يذكر الشناوي والتويجري في حنفي (٢٠١٢) أن هناك اتفاق كبير بين الباحثين والخبراء أن الأهداف التالية مناسبة للإرشاد وهي على النحو التالي :

١. تسهيل عملية تغيير سلوك المسترشد .
٢. زيادة مهارات المواجهة والتعامل مع المواقف الضاغطة .
٣. النهوض بعملية اتخاذ القرارات للمسترشد وتمكينه من اتخاذ قرارات حاسمة وهامة في حياته .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

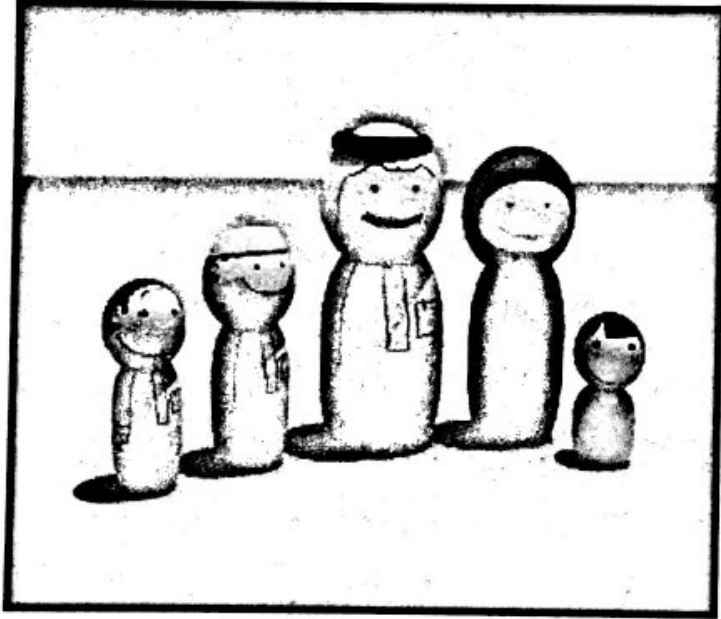
٤. تحسين العلاقات الشخصية في إطار العمل ، المدرسة ، الأسر... الخ .
٥. المساعدة على تنمية طاقات وإمكانيات المسترشد .

ومن جهته فقد لخص زهران (٢٠٠٥) أهداف الإرشاد النفسي فيما يلي :

١. تحقيق الذات Self- Actualization .
٢. تحقيق التوافق Adjustment في كافة المجالات (الشخصي ، التربوي ، المهني ، الاجتماعي) .
٣. تحقيق الصحة النفسية .
٤. تحسين العملية التربوية .

### الإرشاد الأسري Family Counseling :

تشكل الأسرة في حياة كل فرد الخلية الأولى للتفاعل مع الآخرين ، فلا يستطيع



الفرد العيش بمفرده ، ومن يحاول ذلك فقد قدر له أن يعيش تعيساً وحيداً ، ويتعلم الطفل كيف يعيش ، وماذا ينتظر من الحياة خلال تفاعله مع أفراد أسرته ، وبزيادة نمو الطفل تتسع دوائر علاقاته ، كما يتغير وتتغير معه أسرته ، إلا أن تأثيرها يظل يطبع حياته ، لذا فإن المشكلات

النفسية ، واخلل الأداء الذي قد يمر به الأطفال والمراهقون والكبار غالباً ما يرجع إلى صراعات ومشكلات لم يتم حلها متعلقة بالأسرة وبالحياة الزوجية ، ومن ثم فإن مشكلة الطفل ما هي إلا عرض (Symptom) لمشكلات والدية ، لذا ولكثير من الأسباب الأخرى ظهرت الحاجة إلى إرشاد كل من الزوجين كمبادرة لحل تلك المشكلات قبل أن

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

تتفاقم وتشكل اضطرابات نفسية لكل أفراد الأسرة التي سببها الزوجان ، ويحدث الخلل في الحياة الزوجية حين تسوء العلاقات وتثار المشكلات فإن كلا من الزوجين لا يتصرف بشكل إيجابي تجاه الآخر ، وهذا أمر لا يثير الدهشة .

ويعرف الإرشاد الأسري بأنه : " عملية مساعدة الفرد في اختيار زوجه والاستعداد للحياة الزوجية ولدخول فيها ، والاستقرار والسعادة وتحقيق التوافق الزوجي وحل ما قد يطرأ من مشكلات زوجية قبل وأثناء وبعد الزواج " .

### إرشاد أسرة الطفل المعوق :

إن الهدف من أي عملية إرشادية في مجال الإعاقة عموماً هي مساعدة الفرد أو الجماعة الإرشادية على اكتساب سلوك أفضل يساعده على التوافق السوي مع نفسه ومع الآخرين ، ومن ثم المساهمة في الوصول بالمعوق إلى عملية التأهيل المنشودة ، فالإرشاد الأسري هو مساعدة أفراد الأسرة (الوالدين - الأولاد - حتى الأقارب) على فهم الحياة الأسرية ومسئولياتها لتحقيق الاستقرار ، والتوافق الأسري ، وحل المشكلات الأسرية ، والعملية الإرشادية لا تقف عند حد مساعدة الفرد أو الجماعة في التغلب على المشكلة ، ولكنه يمتد إلى توفير الاستبصار للفرد - وللجماعة في حالة الإرشاد الجماعي - الذي يمكنه من زيادة تحكمه في انفعالاته ، وزيادة معرفته بذاته ، وبالبيئة المحيطة به ، وبالتالي زيادة قدرته على السلوك البناء والإيجابي ، وهكذا يمكن النظر إلى الإرشاد الأسري في مجال رعاية الأطفال المعوقين على أنه : " مجموعة من التوجيهات العملية التي تقدم لأسرة الطفل المعوق ، لا سيما الوالدين ، بهدف تدريب ، وتعليم أفراد الأسرة على اكتساب المهارات والخبرات التي تساعدهم في مواجهة مشكلاتهم المترتبة على وجود طفل معوق لديها ، سواء ما يتعلق منها بالتنشئة الاجتماعية لهذا الطفل ، وما يتعلق بتأهيله باستخدام كل الوسائل المتاحة ، والتي يمكن إتاحتها لتقليل الآثار المترتبة على الإعاقة حتى يبلغ الطفل المعوق أقصى استفادة ممكنة من قدراته وإمكانياته" (رسلان ، ٢٠١٠) .

### أهداف الإرشاد الأسري :

إن أي عمل لكفي يكون مضبوطاً لا بد وأن ينطلق من أهداف محددة يتم تحقيقها في نهاية العملية الإرشادية كعملية تعليمية تفاعلية تواصلية تهدف إلى مساعدة الأفراد

على تغيير سلوكهم وتصوراتهم وأساليب عملهم ، والهدف الجيد هو الذي ينصب على سلوك المتعلم ويكون قابلاً للملاحظة ، والقياس وأهم هذه الأهداف هي على النحو التالي :

١. إحداث تغيير إيجابي في سلوك المسترشد .
٢. المحافظة على صحة الفرد النفسية .
٣. تسهيل عليه النمو للفرد ، وإرشاده إلى المسارات الصحيحة .
٤. تغيير العادات والسلوكيات غير المرغوبة اجتماعياً .
٥. مساعدة المسترشد على اتخاذ القرار .

#### دور المرشد الأسري في عملية الإرشاد :

يمكن تلخيص دور المرشد الأسري في عملية الإرشاد النفسي في إتاحة فرصة للعميل (المسترشد) أن ينمو في ظل فهم نفسه ، وهدفه معاونة العميل في الوصول إلى تحديد واضح لقدراته ، وإمكانياته ، وأهدافه ، وطبيعة العقبات التي تعترضه ، ويستطيع الاستفادة من مصادر إمكانياته . ومن هنا ينبغي عليه أن :

١. يقوم بعملية تصنيف العملاء حسب مشكلاتهم ، ونوع الإعاقة ، ودرجة حدتها ، وذلك بناء على الاختبارات التي أجراها معهم (عملية التقويم) ، تحويل ما لا يمكن تصنيفه إلى المتخصصين في المؤسسة نفسها ، أو في المؤسسات الأخرى .
٢. تحديد ما يحتاج إليه العميل من معينات سمعية وبصرية (وسائل إرشادية) .
٣. تنظيم إدارة البرامج الإرشادية الفردية والجماعية التي تتلاءم ونوعية المشكلات الخاصة بالمعوقين .
٤. يقوم بالاتصال بأعضاء فريق الإرشاد ، وينظم معهم الحلقات النقاشية حول بعض الحالات ، ليتم التوصل فيما بينهم إلى خطة إرشادية تشارك فيها كل التخصصات .
٥. يكون مصدراً ثرياً للمعلومات التي يحتاجها المعوقون وأسراهم ، ولا ييخل عليهم بتوجيه ، أو نصح أو مشورة ، وأن يكون متصفاً بصفات الإنصات الواعي ، والصبر ، والصدق ، ودقة الملاحظة ، والتواضع .



أهمية الإرشاد النفسي للأطفال :

يقصد بالإرشاد النفسي للأطفال : هو تقديم خدمات الإرشاد للطفل وأسرته عبر مراحل النمو الشاملة منذ الولادة ، وتقديم كل ما من شأنه أن يؤدي إلى تحقيق التوازن من خصائص النمو ومتطلباته ، وأيضا التعرف على إمكانيات الطفل وقدراته وحل مشكلاته وإشباع حاجاته البيولوجية والنفسية والاجتماعية بهدف تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للطفل .

وتتجلى أهمية الإرشاد النفسي للأطفال في طبيعة ونوعية الخدمات الإرشادية المقدمة في كل من الجانب النمائي والوقائي والتعليم والعلاجي والتعاوني وهي على النحو التالي :

١. عملية مستمرة تراكمية متكاملة : ويشير ذلك إلى أن عملية النمو الخاصة بالطفل تتكون بشكل مستمر وتراكمي ، وهنا تكون الحاجة إلى خدمات إرشادية غنائية تسهل نمو الطفل وتتعرف على حاجاته ، وتشبعها ، وتساعد على تنمية القدرات والإمكانيات .
٢. كون المشكلات الطفل ما زالت حديثة : فإنه يمكن بالخدمات الإرشادية الوقائية التحكم في أسبابها وتعديلها قبل أن تتفاقم عبر مراحل النمو التالية ، ويصبح لها آثار سلبية على مفهوم الذات للطفل وتوافقه وصحته النفسية .
٣. باعتبار أن معارف ومدارك وخبرات ومهارات الطفل ما زالت محدودة : فإن مساعدة الطفل على استبصاره بذاته ، وتزويده بالمعارف والخبرات والمهارات الفعالة ومساعدته على فهم خصائص وإمكانيات البيئة التي يعيش فيها عن طريق خدمات الإرشاد التعليمية والتدعيمية ، يمكن أن يتعلم كيفية التوافق مع المواقف الجديدة ، ويتعرف على حدود حقوقه وواجباته ، ويتعلم كيفية مواجهة مشكلاته فيما بعد بنجاح وبشكل مقبول .
٤. إن الأعوام الأولى من حياة الطفل لها أهمية خاصة كونها المسئولة عن تكوين شخصية الطفل فيما بعد ، لذا اكتسب الطفل أنماط سلوكية غير مرغوبة ولم تعدل ، أو وجد أي انحراف في نمو الطفل في الأعوام الأولى ولم يعالج فقد يكون من الصعب حل هذه المشكلات فيما بعد (رسلان ، ٢٠١٠) .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

### المبررات التي تستدعي إرشاد والدي الطفل المعوق :

١. الإرشاد الأسري يؤدي إلى تبصير الوالدين بمشكلة طفلهما ، وإلى اكتشاف الإعاقة مبكراً حتى يمكن السيطرة عليها ، وعلى وضع الحلول والبرامج لتعليم وتأهيل الأطفال في مرحلة مبكرة ، وبالتالي تكون أكثر فاعلية .
٢. أن الوالدين بحاجة إلى نظام تعليمي مخطط له يساعدهما على تغيير أنماط التفاعل مع طفلهما المعوق ، وهما بحاجة إلى مهارات جديدة للتفاعل مع الآخرين .
٣. أن الوالدين بحاجة إلى التحدث مع الآخرين عن محاولتهما الناجحة والفاشلة لضبط سلوك الطفل في المنزل ، وهذا من الممكن أن يقود لمناقشة وقف الإجراءات غير الفعالة ، وتطوير الإجراءات الفعالة .
٤. إن الوالدين بحاجة إلى معرفة المؤسسات التي تقدم الخدمات لطفلها المعوق .
٥. أن الوالدين بحاجة إلى أن يطرحا الأسئلة ، ويحصلوا على الإجابات المناسبة من المهنيين والمتخصصين .

### كيفية إرشاد الوالدين ؟

١. إن الملاحظة الواعية للطفل وتطوره ، وما يطرأ عليه من أعراض ، أو علامات تساعد على سرعة التشخيص ، وقد تساعد أيضاً على تخفيف حدة الحالة .
٢. يعتقد الوالدان أن الوقت الذي يقضيه في المرور على طبيب بعد الآخر يحسن الرعاية للطفل المعوق .
٣. من الضروري أن يبرأ الوالدان من أثر الصدمة ، وألا يغرقا نفسيهما فيها وألا يتبادلا اللوم والاتهامات ، فما كان لن يتغير .
٤. أن الإيمان له دور كبير في مواقف الشدة ، وعلينا أن نتسلح به دائماً .
٥. يحسن بنا دائماً أن نحصل على المعلومات من المختص ، ومن المصدر الموثوقة ، وأن نتعرف إلى غيرنا ممن لديهم المشكلة نفسه ، لنستفيد الخبرة .
٦. إن المعلومات الدقيقة هي التي يجب أن نتعامل معها داخل الأسرة .
٧. من الضروري توزيع الاهتمام من جانب الوالدين على جميع أفراد الأسرة .
٨. واجه الموقف بشجاعة ، ولا تخفي الطفل عن الآخرين .

٩. قدم المعلومات لباقي الأبناء حول حالة أخيهم ، أو أختهم ، وما يجب عليهم أن يتبعوه معه .
١٠. لا تحجب الطفل عن أنشطة الحياة ، لأن بذلك تحترمه من خبرات مهمة ، وتقلل من فرصة تعليمه ونموه .
١١. التدخل المبكر يساعد على تقليل الآثار الضارة التي تنشأ عادة عن إهمال الإجراءات المناسبة في الوقت المناسب .
١٢. حاول أن تجعل العلاقات بين إخوة الطفل المعوق علاقات طبيعية فيه الرفق والمودة .
١٣. تعليم الأبناء معاملة المعوقين يجب أن تكون بشكل مناسب وإيجابي ، وأنها التزام ديني ، وأخلاقي ، واجتماعي ، يساعد كثيراً على إشاعة جو الألفة والمودة في الأسرة .
١٤. لا تجعل أبنائك العاديين يشعرون بالحرمان نتيجة اهتمامك الزائد بالطفل المعوق ، ولا أن يحدث العكس .
١٥. الطفل المعوق قد تنقصه بعض القدرات العقلية أو السمعية أو البصرية ، الذكاء ، ولكن له حاجات ، وله مشاعر ، وهو قبل كل شيء إنسان يستحق الحب والرعاية (بجي ٢٠١٢) .

#### ردود فعل الوالدين لولادة طفل معاق :

تعتبر اللحظة التي يتم بها اكتشاف إعاقة ما في الأسرة ، مرحلة حاسمة في حياة أفرادها ، وتعود أهمية هذه المرحلة إلى أنها تقود إلى إحداث تغيير جذري في الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية للوالدين ولكل فرد من أفراد الأسرة . وأهم ردود الفعل التي تظهر لدى هذه الأسرة كما يشير إليها فرونتير ووان لاص (Frontier&Wanlass, 1984) منذ لحظة إدراك وجود الإعاقة حتى مرحلة التقبل كما يلي ، وذلك من خلال خمس مراحل أساسية هي :

#### ١. الصدمة :

تبدأ الصدمة عندما يبدأ الأهل بالشك بوجود خلل ما في تطور طفلهم وتعمق عند حصول الأهل على تشخيص لحالة طفلهم . في حالة تشخيص الطفل عند الولادة

لا يكون هناك مجال للتكيف التدريجي مع الصدمة كما هو الحال في الإعاقات البسيطة والمتوسطة التي غالباً ما يتم تشخيصها في وقت لاحق . ولكن في حالة التشخيص اللاحق قد يعاني الأهل أكثر في محاولة تقبل التشخيص ، بعد أن أمضوا أشهر أو سنين في محاولة إيجاد مبررات أو أعذار لتأخر تطور طفلهم .

#### ٢. النكران :

تأتي هذه المرحلة بعد مرحلة الصدمة لأنها ضرورية للتخفيف من وطء الصدمة والسماح للأسرة بالوقت الكافي لتقبل الواقع بدرجات تستطيع التعامل معها . ويظهر النكران بأشكال متعددة :

- أ. فقد يبدأ الأهل بالتسوق بين الأطباء أو أفراد فريق التأهيل بحثاً عن تشخيص آخر وأفضل لطفلهم .
- ب. قد يحاولون إيجاد مؤسسات لإيواء الطفل أو إقناع أنفسهم بأن المشكلة ليست بدرجة الشدة التي قدمت لهم .
- ج. قد يصل الإنكار إلى التأمل بأن طفلهم سيشفى بمعجزة ما ، ولا بد أن تصل الأسرة في نهاية هذه المرحلة لتوازن معقول بين الأمل والواقع الحقيقي لطفلهم .

#### ٣. الآلام النفسية :

وتتمثل هذه المرحلة بعدد من المشاعر منها الغضب وتأنيب الضمير والشعور بالذنب والحزن . وعلى الأخصائين العاملين مع الأسرة التنبه لوجود هذه المشاعر والتي تكون أحياناً متضاربة ، ومن ثم إعطاء أفراد الأسرة الفرصة الكافية للتعبير علانية عن شعورهم . ولا بد من تطمينهم بأن كثيراً ممن يمرون بتجارب مماثلة قد يراودهم نفس الأحاسيس والمشاعر فعليهم الحرص على عدم إعطاء تعليقات قد تشعر أفراد الأسرة بشكل أو بآخر أن شعورهم غير لائق أو خاطئ ، لأن ذلك يزيد من شعورهم بالذنب وتأييب الضمير ولا يساعد على تسهيل عملية التكيف مع الأزمة التي يمرون بها .

#### ٤. التوجه للخارج :

تتمثل هذه المرحلة ببداية تطلع الأسرة لما حولها من بدائل وإمكانيات لمعالجة طفلها ورعايته في هذه المرحلة تصبح الأسرة أكثر تقبلاً للواقع وبذلك تكون أفضل مما كانت عليه سابقاً .

٥. احتواء الأزمات:

تمثل هذه المرحلة بتقبل إعاقة الطفل وشعور الأسرة بأنه على الرغم من الصعوبات والمشاكل التي تواجه الطفل الأسرة إلا أنها قادرة على البقاء والتحدي وتسم هذه المرحلة بدرجة من النضج والتفهم لمدى تأثير الإعاقة على الحياة الأسرة ككل والتطور المتوقع المنطقي لحالة الطفل يأتي هذا التفهم والنضج بشكل تدريجي مقرونا بوصول أفراد الأسرة إلى تقبل ذواتهم والتخلص من المشاعر السلبية الناتجة عن الشعور بالذنب الضمير وغيرها .

هناك مقومات في الأسرة ذاتها تجعل عملية التكيف مع الإعاقة أكثر سهولة وهي على النحو التالي :

١. وجود الأم المقتنعة بزواجها والتي تمتلك ثقة عالية .
٢. وجود الأب الذي يدعم الأم والأسرة بشكل فعال .
٣. دخل مادي يؤمن الراحة والاستقرار .
٤. الالتزام بقيم أخلاقية .
٥. وجود مصادر دعم مختلفة سواء من الأقارب والأصدقاء أو أهالي أطفال معاقين آخرين .

العوامل المؤثرة على ردود فعل الأسرة نحو الإعاقة

عوامل تتعلق بالطفل المعاق	عوامل تتعلق بالوالدين	عوامل اجتماعية
١. عمر الطفل المعاق : كلما زاد عمر الطفل المعاق كلما أصبح عبئاً على الوالدين ويتشكل الخوف والقلق على مستقبل ابنهم .	١. الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها الوالدين . ٢. الصفات (السمات) الشخصية . ٣. العمر والخبرة في الحياة . ٤. الدعم المالي والانفعالي للوالدين . ٥. مستوى الدخل .	١. اتجاهات أفراد المجتمع . ٢. عجز المدرسة عن تقديم خدمات خاصة للمعاق .
٢. نوع الإعاقة : تلعب دوراً رئيساً في تكيف العائلة .		

### قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

		٣. شدة الإعاقة : كلما زادت شدة الإعاقة كلما زادت مشكلات الوالدين .
--	--	--------------------------------------------------------------------

#### إرشاد الأطفال ذوي طيف التوحد ،

يعتبر الاهتمام بالطفولة إحدى مؤشرات حضارة الأمم وتقدمها . فهو مطلب رئيس تقتضيه الحاجة إلى مواجهة الإعاقة ، والتحديات العلمية ، والصحية ، والتكنولوجية ، التي تواجه كل أمة تريد لنفسها البقاء والاستقلال والسيادة . فلو هيئت البيئة السليمة التي تساعد الأطفال على النمو السوي عقليا ، واجتماعيا ، وانفعاليا ، وخلقيا ، لأصبح من السهل على هذه الطاقات البشرية أن تنطلق في دور بناء لخدمة مجتمعا .

ومصطلح الطفولة لا يقتصر على الأطفال العاديين الطبيعيين بل يتخطى ذلك ليشمل الأطفال من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة من المعاقين والموهوبين . ويعتد التوحد (Autism) من الحالات التي تندرج تحت الفئات التي تحتاج إلى التربية الخاصة ، والخدمات المساندة ، وتوفير إمكانيات النمو الشامل للأطفال المصابين بها في كافة الجوانب ، أما إهمال هذه الفئة فإنه يؤدي إلى تفاقم مشكلاتهم وتضاعف إعاقاتهم ، ويصبحون بالتالي عالة على أسرهم ومجتمعاتهم .

ويعتبر اضطراب التوحد نوع من أنواع الاضطرابات التي تصيب الأطفال في المراحل العمرية المبكرة ، حيث أنها تعد بمثابة اضطراب نمائي حاد يظهر على الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره ، وتؤثر على التواصل اللغوي والاجتماعي لديه مع من هم حوله (Dorman&Lefever, 1999) .

وإن تشخيص هذه الاضطراب لا يزال من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال الطفولة ، وذلك لأنه غالبا ما يتداخل ويتشابه مع اضطرابات أخرى ، ولهذا يتعين الحصول على معلومات دقيقة حتى يتم تشخيص الأعراض بدقة ، وبالتالي يميز الأطفال التوحدين عن غيرهم من المصابين باضطرابات أخرى ، كما يوصف التوحد بالإعاقة الغامضة ، وذلك نظرا إلى أنه لم تتوصل البحوث العلمية التي

أجريت إلى نتائج قطعية حول السبب المباشر لها أو طرق مباشرة لعلاجها بطريقة (الفهد ، ٢٠٠٤) .

ولوحظ مؤخرا انتشار حالات هذه الاضطراب بشكل كبير ، حيث أصدر مركز أبحاث كمبردج ببريطانيا تقريرا يشير إلى ارتفاع نسبة المصابين بالتوحد ، حيث أصبحت (٧٥) حالة في كل (١٠٠٠٠) طفل ، وذلك في الفترة العمرية ما بين (٥-١١) سنة . وتعتبر هذه النسبة كبيرة عن ما كان معروفا سابقا ، حيث أنها كانت لا تتعدى ظهور أربع أو خمس حالات . ومن المهم أن نشير إلى أنه ليس كل المصابين بالتوحد نسبة ذكائهم منخفضة وذلك لما جاء في الإحصائيات ، حيث أن ربع الأطفال التوحدين نسبة ذكائهم في المعدلات الطبيعية (حكيم ، ٢٠٠٤) .

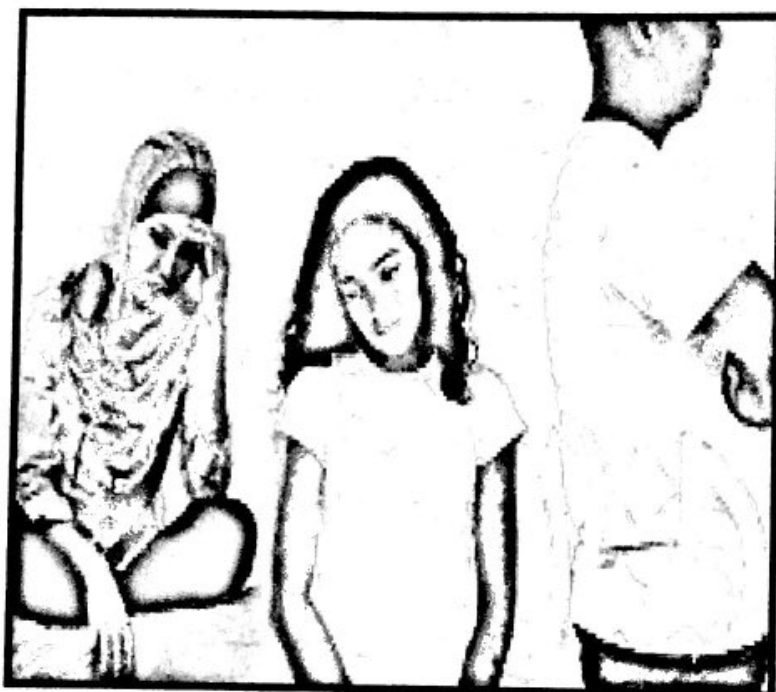
يستجيب الأطفال التوحدين بشكل جيد لبرامج التدخل الإرشادية والعلاجية والتدريبية ، والتي تهتم غالبا بتلبية الاحتياجات الفردية ، وحل المشكلات السلوكية والتواصلية ، وتنمية المهارات المختلفة مثل مهارات التفاعل الاجتماعي ، والمهارات الاستقلالية والذاتية ، والمهارات اليومية وغيرها برامج العلاج بالتخاطب ، وتهدف إلى تحقيق النمو اللغوي والقدرة على التواصل .

#### أنواع برامج التدخل :

- ١ . برامج العلاج الطبية والدوائية .
- ٢ . برامج العلاج بالتخاطب : وتهدف إلى تحقيق النمو اللغوي والقدرة على التواصل ، برامج العلاج النفسي والتربوي ، وتهدف إلى مواجهة ضعف الانتباه ، والقصور في الذاكرة ، والقصور في الإدراك والتخيل والتقليد .
- ٣ . برامج العلاج النفسي السلوكي : وتهدف إلى مواجهة الآثار النفسية والسلوكية المترتبة على نواحي العجز والقصور لدى الطفل التوحدي ، وتنمية المهارات المختلفة لديه .
- ٤ . برامج المساندة الأسرية : وتهدف إلى تعليم وتدريب أفراد الأسرة للمشاركة في العملية العلاجية للطفل التوحدي (المغلوث ، ٢٠٠٥) .

دور الإرشاد في تعديل ثقافة الأسرة للتعامل الفعال مع ذوي الاحتياجات الخاصة ، تعد الأسرة أولى المؤسسات الاجتماعية التي تستقبل الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة ، وتوفر له الرعاية الأسرية المتوافقة مع احتياجاته ، وتنعكس آثار الأدوار الاجتماعية السليمة بين أفراد الأسرة على الحياة النفسية للآباء والأبناء وخاصة في مرحلة الطفولة التي تعد مرحلة البناء النفسي واكتشاف الحالة للطفل ذوي الاحتياجات الخاصة .

ويشير مفهوم إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة : إلى مجموعة البرامج التربوية



المتخصصة التي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين لمساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن وتحقيق ذاتهم ومساعدتهم على التكيف .

وفئة ذوي

الاحتياجات الخاصة : هم أولئك الأفراد الذين ينحرفون عن المتوسط انحرافا ملحوظا من النواحي

الأربع : العقلية أو الجسمية أو الانفعالية أو الاجتماعية ، طرفا المنحنى إلى الدرجة التي يحتاجون فيها إلى برامج تربوية خاصة وهذه الفئات هي :

- ١ . الموهبة والتفوق Giftedness .
- ٢ . الإعاقة العقلية Mental Impairment .
- ٣ . الإعاقة البصرية Impairment Visual .
- ٤ . الإعاقة السمعية Hearing Impairment .
- ٥ . الإعاقة الحركية Motor Impairment .
- ٦ . الإعاقة الانفعالية Emotional Impairment .



٧. صعوبات التعلم Learning Disabilities .

٨. اضطرابات اللغة والنطق Disorders Language Speech .

من هنا تكمن أهمية الإرشاد في أنه يدل الأسرة على الخيارات الطبية والعلاجية والتربوية والاجتماعية المتوفرة ، ويدلهم أيضاً على كيفية الحصول على المعلومات والمشاركة الفاعلة في تدعيم صورة إيجابية عن ذوي الاحتياجات الخاصة وإيفائهم وإعطائهم كافة الحقوق التي تكفل لهم حياة كريمة ، ومن هذه الحقوق حصولهم على مهن تتناسب مع قدراتهم وتمكنهم من العيش باستقلالية وتوفير خدمات اجتماعية تساعدهم في تحقيق هذه الحياة لهم .

ولا يقتصر دور الإرشاد على توضيح كيفية التعامل مع الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة فقط بل يشمل توضيح أهمية دور الأبناء وتقبلهم لوجود أخ باحتياجات خاصة في المنزل ، وفي سبيل ذلك يقوم الإرشاد بتوضيح كيفية التعامل مع احتياجات الإخوة والأخوات والمشاكل التي يواجهونها .

يتمثل هدف الإرشاد في التأكد من أن ذوي الاحتياجات الخاصة يحصلون على أفضل مستوى معيشي ممكن ويتمتعون بفرص تعليمية عالية المستوى ورعاية صحية واجتماعية مناسبة ، لذا فإن من واجبات الإرشاد تجاه هذه الفئة الاجتماعية التأكيد على :

١. الاستقلال عن الآخرين في تحقيق تكيفهم وتوافقهم .
٢. الانتقال من الاعتماد على الآخرين (الدعم البيئي) إلى الدعم الشخصي .
٣. مساعدتهم على الوصول إلى أهدافهم للتعامل مع العالم الخارجي .
٤. مساعدتهم على تحقيق ذاتهم عن طريق فهم الجوانب الغامضة لديهم المسببة للإحباط مثل : عدم استغلال طاقاتهم وإمكاناتهم وعدم رضا الآخرين عنهم .
٥. توفير الدعم الاجتماعي والانفعالي لهم ولأسرهم .

وتمر الأسرة عندما تنجب طفلاً من ذوي الاحتياجات الخاصة بسلسلة من الأزمات وردود فعل لم تتوقعها أبداً فالأبوان ليسا مؤهلين لها ، فغالباً ما يعانون العديد من المشاكل لأن حاجتهم النفسية والانفعالية لا تلبى بطريقة مناسبة ، من هنا تأتي أهمية

دور الإرشاد حيث يعمل على مساعدة الوالدين على التكيف مع هذه الأزمة غير المتوقعة .

ولا توجد طريقة واحدة لتفاعل الأسر مع وجود طفل باحتياجات خاصة ، فردة فعل كل أسرة تعتمد على التكوين النفسي للأسرة ومدى الإعاقة وكمية الدعم الذي تتلقاه الأسرة من الأقارب والأصدقاء والأخصائيين ، وعلى الرغم من وجود بعض التشابه في ردود الفعل إلا أن الأسر التي تتمتع بوضع اقتصادي واجتماعي وأسري مريح تكون في الأغلب أقدر على التعايش بشكل فعال مع وجود ظروف خاصة بينما تعاني الأسر ذات الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والأسرية السيئة من مزيد من الضغوط والمشاكل وعدم القدرة على التكيف .

ويعتمد تقبل الأسرة لوجود طفل باحتياجات خاصة على نوعية الخدمات الإرشادية المقدمة للأسرة ، فالأهل يرغبون في توفير أفضل حياة ممكنة لأبنائهم ، إلا أنهم لا يعرفون نوعية الخدمات المتوفرة وكيفية الحصول عليها .

ويمكن أن يكون الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة بحاجة أكثر إلى المساعدة من تلك المتوفرة ضمن نطاق الأسرة ، ومن ثم يلجأ لمساعدة المرشد في تقديم العون له ، وغالباً ينزعج الإخوة داخل الأسرة بسبب توجيه الوالدين لاهتمامهم وتكريس أوقاتهم للعناية بطفلهم من ذوي الاحتياجات الخاصة ، وفي هذه الحالة قد يكون هؤلاء الأخوة أيضاً بحاجة إلى خدمات تفي باحتياجاتهم .

إن المرشد المتخصص يستطيع في مثل هذه المواقف أن يساعد في تقديم التوجيه والتوصيات وتحويل الحالات إلى الخدمات المناسبة ومساعدتهم في الحصول على الإعانات المالية ، وتوجيههم أثناء فترات الضغط الناتجة من جراء تلك الظروف التي تواجه الوالدين أو الأسرة ككل من أجل التكيف مع إحدى الصعوبات الجسمية المعنية أو الوضع الانفعالي أو ربما مع الحياة الأسرية غير المندمجة نتيجة للضغوط المترتبة على العناية بالشخص من ذوي الاحتياجات الخاصة .

وقد زادت أهمية دور المرشد بزيادة الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة وكلنا يلاحظ الاهتمام الذي تحظى به هذه الفئة من قبل المجتمع من حيث تقديم كافة التسهيلات الممكنة لهذه الفئة من خلال التشريعات التي تساهم في دعم هذه الفئة في مجالي العمل والتعليم .

ويترتب على هذا مجهود أكبر من قبل المرشد من حيث وجوب تنمية مهاراته بالتعامل مع هذه الفئة وصولاً بها إلى التلاؤم مع المجتمع المحيط ، وتنمية قدراتهم وفهمهم الإيجابي لذاتهم واستعداداتهم وإمكاناتهم إلى أقصى درجة ممكنة لتحقيق التوازن المطلوب في نموهم .

وتستمد البرامج المتمركزة حول الأسرة أهميتها في ضوء الاعتبارات التالية :

١. غالباً ما يترتب على ميلاد طفل من ذوي احتياجات خاصة في الأسرة ردود أفعال سلبية بدأ من بالصدمة ، وغير ذلك من ردود الفعل .
٢. قد تؤدي البيئة الأسرية إلى مشكلات توافقية .
٣. قد تكون الأسرة مصدراً للإعاقة ذاتها .
٤. قد تكون الأسرة عائقاً للمؤسسات التي تقدم خدمات للمعوقين .
٥. حاجة الوالدين إلى التحدث مع الآخرين عن محاولاتهم الناجحة والفاشلة لضبط سلوك الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة .
٦. حاجة الوالدين إلى معرفة المؤسسات التي تقدم خدمات طبية ، تربوية ، نفسية تأهيلية لطفلهما من ذوي الاحتياجات الخاصة .
٧. حاجة الوالدين إلى أن يطرحا الأسئلة ويحصلوا على الإجابات المناسبة من المهنيين والمتخصصين .
٨. حاجة الوالدين إلى خطة تربوية تساعدهم على تغيير أنماط تفاعلهم مع طفلهم من ذوي الاحتياجات الخاصة ، وبالتالي إكسابهم مهارات جديدة للتعامل معه (الصاوي ، ب ت) .

#### إرشاد الأطفال التوحديين وأسرهم :

يمكن للمرشد أن يستفيد من التوصيات التالية عند التعامل مع الأطفال التوحديين وأسرهم :

١. دمج للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين في المدارس العادية والاستفادة من الأساليب التربوية الحديثة المتمثلة في استحداث برامج غرف المصادر ، وبرامج المعلم المستشار ، وبرامج المتابعة في التربية الخاصة .

٢. توفير البرامج التي تعزز وجه القوة لدى الأطفال وتعالج نقاط الضعف لديهم من اهتمامات الطفل مع إضفاء طابع الشمولية والمرونة على مناهج المدارس العادية بغرض الوفاء بالاحتياجات الأساسية لجميع التلاميذ ومراعاة الفروق الفردية بينهم .

٣. الاستخدام الواسع للمثيرات البصرية أثناء عملية التدريس والجداول عالية التنظيم للأنشطة والأنشطة ، وفي هذا النطاق تجدر الإشارة إلى أهمية استخدام الوسائل المحسوسة والمثيرة لانتباه الأطفال . والابتعاد كل البعد عن الوسائل المجردة وأضاف إلى ما سبق من الممكن الاستعانة بالتقنية الحديثة في تدريس ذوي اضطراب التوحد (الحاسب الآلي) .

٤. تدريب أولياء أمور المصابين بالتوحد والمهنيين والعاملين معهم ، والتخطيط والمتابعة المستمرة للمرحلة الانتقالية . وتقتضي الضرورة تضامن فريق من الأخصائيين كمعلم التربية الخاصة ، وأخصائي تعديل السلوك ، وأخصائي علاج النطق وأخصائي علاج النطق والكلام ، والتدريب السمعي ، والدمج الحسي ، وبعض العقاقير الطبية والحمية الغذائية (أسعد ، ٢٠١٥) .

#### مسؤوليات الأسرة نحو الطفل التوحدي :

إن أسباب التوحد (Autism) لدى الأطفال غير معروفة إلى الآن ، والأطفال المصابين بهذا الاضطراب لا يحققون سلوكاً اجتماعياً ملائماً ، ولا يستطيعون تفسير تعابير الوجه أو العواطف ، ولا يعرفون كيف يتقاسمون الأشياء أو يكسبون صداقات .

أما مسؤوليات الوالدين نحو الطفل التوحدي فهي كما يلي :

١. الحصول على التشخيص ، بمعنى أن تقابل الأسرة طبيباً على دراية بالتوحد وعدم الافتراض أن الطفل سيتحسن في المستقبل .

٢. البحث عن المساعدة ، فالتعليم الخاص وجلسات معالجة النطق كثيراً ما تكون ضرورية .

٣. قيام الوالدين ببعض المحاولات لاحتضان الطفل وحمله والتجول به والحديث معه عندما يلاحظ أن الطفل لا يستجيب .

٤. حين يبدأ الطفل بإثارة الصخب والشغب أمام الملاء أو داخل محل تجاري ما ، فإن أفضل الحلول العمل على إخراجهم من ذلك المكان بسرعة ، أما خلال تواجده في المنزل فإنه يجب تجاهل الطفل أثناء ثورته وهياجه وفور توقفه عن الصراخ والثورة فإنه يجب منحه الكثير من الاهتمام والمدح ، وإعطاؤه بعض المكافآت الملائمة للموقف .

٥. مراقبة الطفل بصورة دقيقة وبعناية ، وتوخي نفس أنواع الحذر والحيطه الضرورية والتي تتخذ مع طفل نشط حديث المشي (Wing, 1986) .

#### إرشادات التعامل مع الطفل التوحدي :

١. التعامل مع الطفل على أنه شخص عادي ، مع مراعاة النزول إلى مستوى تفكيره وخياله ، مع عدم الازدراء والسخرية أو التضجر منه ، وأخذ ما يقوله بجديه ، والحرص على الاستماع إلى حاجاته ورغباته .
٢. تجنب التفضيل بين الطفل التوحدي وبين أخوانه وإخوته .
٣. العمل على تقوية الروابط الاجتماعية والوجدانية لدى الطفل .
٤. تدريب الطفل على اكتشاف البيئة المحيطة به ، وذلك بتوظيف كل ما لديه من خبرات وقدرات وإمكانيات . فمثلا تساعد الأم طفلها على إدراك ما حوله وذلك بتقديم شرح مبسط ، وتكرار هذا الشرح كل ما سمحت الفرصة .
٥. حث الطفل على التعاون والمشاركة في اللعب والأنشطة الاجتماعية المختلفة .
٦. توفير روتين محدد قائم على تسلسل الأحداث اليومية والأسبوعية ، وتحديد الأنشطة التي يقوم بها الطفل ، وخطواتها ، ومدتها ، والمواد ، والأشخاص المساهمين بها .
٧. تجنب المواقف التي تثير غضب الطفل .
٨. تحقيق رغبات الطفل كلها أو جزء منها ، وذلك على سبيل التعزيز الذي يمنح له نتيجة لقيامه بالسلوك المطلوب منه .
٩. تشجيع الطفل على الاندماج في المجتمع الخارجي من حوله ، وذلك من خلال الحرص على دخول الطفل في البرامج التدريبية الموجودة في المدرسة أو مراكز الرعاية والتأهيل .

حيث أشارت العديد من الدراسات إلى أهمية الدمج وفوائده بالنسبة للأطفال التوحدين وأسرههم ، وأكدت على أن الفرص التربوية والاجتماعية للتعليم والتدريب السلوكي لهؤلاء الأطفال تصبح أكثر إيجابية واستمرارية في المواقف الاجتماعية المختلفة ، ولا تتم فوائد الدمج إلا بالتخطيط الناجح للبرامج ، وتدريب الوالدين والمعلمين على كيفية تحقيق أهداف الدمج ، واستخدام الأساليب السلوكية اللازمة والمناسبة للتعامل مع أطفالهم .

١٠. تشجيع الطفل على الهدوء والنظام ، وعدم العبث أو التخريب في الممتلكات الموجودة بالمنزل أو خارجه .

١١. مساعدة الطفل على الانهماك في أداء عمل يحبه .

١٢. تقديم مكافآت فورية للمهارة التي تعكس السلوك الإيجابي الاجتماعي المرغوب لدى الطفل .

١٣. الحرص على التعامل الصريح والمباشر مع طفل ، وذلك باتباع ما يلي :

- مخاطبته بعبارة (نعم) والتي تعكس مشاعر الرضا والقبول .

- مخاطبته بعبارة (لا) والتي تعكس مشاعر الرفض الانزعاج .

١٤. تشجيع وتطوير المواهب المختلفة لدى الطفل مع مراعاة توظيف خبراته السابقة في تعلم المهارات الجديدة .

١٥. تعليم وتدريب الطفل على المبادرة الاجتماعية ، مثل : إلقاء التحية ، وطلب

المساعدة ، والتعبير عن الرغبة في تناول الطعام أو الشراب ، والتعبير عن الرغبة في

اللعب المشترك ، والتعبير عن العواطف والمشاعر بصورة صحيحة مرافقة لتعبيرات

الوجه المناسبة مع الحرص على تكرار مثل هذه المبادرات يومياً (جراندين ،

. (٢٠٠٤)

ويشير عبد الحليم (٢٠١٤) إلى أن هناك عشر نصائح وإرشادات ينبغي اتباعها لتحسين حالة طفل طيف التوحد ، وهي على النحو التالي :

١. تقدير الحالة النفسية :

الطفل التوحدي هو إنسان أولا وأخيرا وقبل أي شيء فهناك ما يفرحه ويجعله سعيدا وهناك ما يحزنه ويجعله مكتئبا ، حتى وإن كنا نجهل السبب فشأنه شأن الطفل العادي قد يكون في حالة نفسية وجسدية طيبة فيتعاون مع الآخرين وقد يكون في أحيان أخرى في حالة نفسية وجسدية سيئة لذلك لا يتجاوب مع من يتعامل معه ويرفض التعاون معه .

٢. التركيز على التواصل :

الإنسان لا يكون إنسانا إلا بوجود الآخرين ولا يكتسب مدى إنسانيته إلا بمدى تواصله معهم ولذلك فمن المهم أن نركز في تعاملنا مع الطفل التوحدي على تنمية التواصل البصري واللفظي ، فلا يكفي أن نعطي الطفل ما يريد أو يرغبه بمجرد نجاحه في مهمة ما طلبت منه ، بل يجب ألا تعطيه هذا الشيء إلا عندما ينظر في وجهك وكذلك تشجعه على النظر في وجه من يتحدث معه وبالنسبة للأطفال الذين توجد لديهم القدرة على الكلام فيجب أن نشجعه على الكلام حتى يحصل على ما يريد .

٣. محاولة تقريب ودمج الطفل مع أقرانه :

يميل الأطفال التوحدين إلى التعامل مع الكبار والاتصال بهم ويكون تعاملهم مع الكبار أسهل من تعاملهم مع الأطفال الصغار وقد يرجع هذا إلى تفهم الكبار للطفل التوحدي أو نتيجة لتعوده عليهم أو ربما لأنهم يحاولون تطويع أنفسهم لخدمته ، ولذلك علينا تقريب الطفل التوحدي من الأطفال الآخرين ونعلمه كيف يلعب ويتفاعل معهم .

٤. شغل الطفل عن الحركات النمطية :

إن أغلب الأطفال التوحدين لديهم حركات نمطية مبتكرة يفعلونها ليل ونهار ويزعجون حينما تنهاهم عن فعلها أو تحاول وقفها ولذلك علينا أن ننهاهم عنها ليس بالكلام أو بأمرهم بالتوقف عنها أو محاولة وقفها عنوة أو معاقبتهم عند فعلها ، وإنما ننهاهم عنها ونمنعها من خلال إشغالهم دائما وعدم تركهم مع أنفسهم يكررون هذه الحركات والأفعال النمطية .

٥. تنمية الثقة بالنفس والاستقلالية :

يعاني الطفل التوحدي من فقدان الثقة وغياب المبادأة ، ولذلك ينبغي أن نشجعه على فعل كل شيء بنفسه ، وعلينا أن ننتبه إلى عدم زجره أو الصراخ في وجهه حينما لا يفعل ما نطلبه منه بشكل صحيح ، أو حينما يفعل شيئاً خاطئاً من تلقاء نفسه لأن ذلك من شأنه أن يزيد من فقدان الثقة والاستقلالية لديه ، ويجب علينا ألا نعوده على الاعتماد على الآخرين بل نعوده على الاستقلالية والاعتماد على ذاته والذي سيتحقق من خلال عدم تلبية كل ما يطلبه الطفل دون أن يبذل أي جهد .

٦. تدريب الطفل على الدفاع عن نفسه :

الطفل المصاب بالتوحد لا يستطيع في الغالب الدفاع عن نفسه ولا يستطيع التعرف على مصدر الخطر حتى أنه لا يستطيع أن يسترد ما أخذ منه ولو كان طعامه وهذا الأمر يحزن الكثيرين من أسر الأطفال التوحديين ، ولذلك فمن المهم أن ندربه على كيفية رد العدوان وكيفية الهروب من مصدر الخطر وكيف يدافع عن نفسه ، وكيف يتعامل مع ما يعترض طريقه .

٧. التدريب على اللعب :

أثبتت الأبحاث والدراسات أن للعب دوراً مهماً في النمو فهو أسلوب وطريقة لتفريغ الانفعالات وعلاج الاضطرابات الانفعالية ، ولما كان للعب هذه الأهمية في حياة الإنسان فكان من المهم أن ندرّب الطفل التوحدي على اللعب وكيفية الاستمتاع به ومشاركة الآخرين في اللعب ، وبعض الأطفال التوحديين يفضلون الألعاب التركيبية والميكانيكية وتنظيم الألعاب في صفوف وأشكال منظمة وعلينا استغلال هذا في تدريبهم وتعلمهم لإحداث مزيد من التقدم .

٨. توحيد طرق التعامل :

قد لا يحدث تقدم في حالة الطفل التوحدي رغم اتباعنا لمعظم المبادئ والنصائح السابق ذكرها ويرجع عادة السبب في كثير من الأحيان إلى أن أسلوب التعامل في البيت يختلف عن أسلوب التعامل في المدرسة أو المركز أو المؤسسة التي يوجد بها ، لذلك يجب أن يكون الأسلوب الذي نتعامل به مع الطفل التوحدي أسلوباً واحداً في كل مكان يوجد به الطفل .



٩. التأكد من فهم الطفل لما نطلبه منه وقدرته على النجاح فيه ،  
عندما نطلب من الطفل مهمة ما أو فعل أي نشاط فعلينا أولاً أن نتأكد من مدى  
فهم الطفل لنا ولما نطلبه منه لأنه أحياناً يكون رفض الطفل أو إبداءه للمقاومة عند  
التدريب لا يرجع إلى عدم رغبته في التعاون مع معلمه أو والده أو لمجرد الرفض ،  
ولمّا قد يرجع ذلك إلى عدم فهمه لما نطلبه منه .

#### ١٠. تدريب الطفل على تقبل التغيير :

إذا أردنا أن نبعد الروتين في التعامل مع الطفل التوحدي فينبغي علينا أن نوهل  
الطفل للتعامل مع التغيير وتقبله فعلينا أن نجعل الطفل يعرف أن عليه أن يتعامل مع  
الواقع كما هو وليس كما يجب أن يكون الواقع وعلينا أن نشرح ونوضح له ماذا سنفعل  
قبل قيامنا به ، ولذلك يجب أن نبدأ بالتغيرات البسيطة في البداية ثم بعد ذلك بالتغيرات  
الكبيرة (عبد الحليم ، ٢٠١٤) .

#### إعداد الوالدين للتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة :

هناك مجموعة أساليب لإعداد الوالدين في التعامل مع ذوي الاحتياجات  
الخاصة ، بعضها أساليب داعمة وبعضها إرشادية أو تدريبية ، والمهم هو استخدام  
الأساليب للوصول إلى الهدف النهائي وهو السعادة الأسرية والاتساق ، والفعالية في  
التعامل سواء من ناحية الطفل أو من ناحية الوالدين . وهذه الاستراتيجيات هي :

#### ١. التوعية الأسرية :

يقوم هذا الأسلوب على توعية الأسرة قبل وبعد وجود الطفل المعاق داخل  
الأسرة ، وقد تكون التوعية أسرية مجتمعية وقد تأخذ الشكل الإرشادي من خلال  
المحاضرات والنشرات والكتيبات ، ويمكن ضمن المستوى الأول من مستويات الوقاية  
من الإعاقة .

#### ٢. الندوات والمحاضرات :

تعتبر الندوات والمحاضرات وسيلة وقائية وعلاجية فيما يتعلق بالأسر  
وأطفالهم ، ويمكن الإشارة إلى أهمية الندوات والمحاضرات العلمية للأخصائيين في  
خضم الظروف الأسرية الصعبة . وتتضمن المحاضرات والندوات مشاركة الوالدين في

علاج المشكلة ، حيث أن مشاركتهم تسهل كثيراً عملية التغيير النفسي والاجتماعي ، بدءاً بأنفسهم ومن ثم أبناءهم ومجتمعهم ، كذلك فإن تقدماً للوصول إلى تحقيق الفعالية الأسرية ، وبالتالي تخطي الأزمات والإحباطات الناتجة عن المتطلبات التي يفترضها وجود الطفل المعاق ، وبناءً على ذلك فهي تكسبه خبرات إيجابية يستجيبون من خلالها إلى استجابات ملحوظة في مدى الفعالية الأسرية وحل المشكلات ، وقد تنفذ في البيت أو في المدرسة أو في المراكز والمؤسسات المتخصصة في مجال الإعاقة .

### ٣. الإرشاد الأسري :

يعرف الإرشاد الأسري بأنه " عملية مساعدة أفراد الأسرة (الوالدين ، الأبناء وحتى الأقارب) فرادى وجماعات في فهم الحياة الأسرية لتحقيق سعادة واستقرار الأسرة وبالتالي سعادة المجتمع واستقراره" .

أما الأهداف الأساسية التي يجب على المرشد تحقيقها مع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة فهي مساعدتهم على :

- أ- فهم حقيقة قدراتهم الواقعية .
- ب- تطوير قدراتهم الذاتية وذلك لمواجهة المشكلات وحلها .
- ج- فهم البيئة المحيطة التي يعيشون بها .
- د- إرشادهم إلى فرص التدريب والتأهيل والعلاج .
- هـ- الدمج والتكيف مع البيئة .

أما أهداف العملية الإرشادية لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة فهي مساعدتهم

على :

- أ- التعايش والتقبل لطفلهم المعاق .
- ب- التخطيط لمستقبل الطفل المعاق .
- ج- التكيف مع المشكلات الملحة التي قد تطرأ على حالة طفلهم المعاق .
- د- التعامل مع مشكلات السلوك اليومي وإيجاد الحلول واتخاذ القرارات المناسبة .
- هـ- تحقيق الاستقرار والانسجام والهدوء الأسري .

و- التعرف على مصادر المعلومات ومصادر الدعم والمراكز والمؤسسات والجمعيات .

ز- تحمل صدمة وجود معاق في الأسرة .

#### ٤. الدعم الأسري :

إن أفضل دعم تحتاجه الأسرة هو الذي يتمثل بمؤازرة أفرادها بعضهم بعضاً وخاصة الوالدين ، وقد أشارت الدراسات إلى أن ما تحتاج إليه الأمهات ليست المساعدة في رعاية الطفل فقط ولكن الدعم العاطفي هو ما يحتاجنا إليه .

#### أنواع الدعم الأسري :

أ. الدعم العاطفي .

ب. الدعم المعلوماتي .

ت. الدعم القانوني والأخلاقي .

#### ٥. الفريق المتنقل :

يقدم فريق متخصص من مجموعة من أطباء وأخصائيين ، الدعم التدريبي والمادي والمعنوي من خلال زيارة الأسرة وتقديم الخدمات التشجيعية التوعوية والتدريبية .

#### ٦. إعداد الوالدين من خلال أسرة أخرى :

يعتمد هذا الأسلوب على وجود أسر أخرى تعاني نفس المعاناة ، حيث تشارك الأسرتان لتعرف كل منهما أنها ليست هي الوحيدة وهكذا سوف تتطلع كل أسرة على تجربة الأسرة الأخرى .

#### ٧. دور وسائل الإعلام :

وهنا لا بد من الإشارة إلى كافة وسائل الإعلام سواء المرئية أو المسموعة أم المقروءة ، حيث تلعب دوراً بارزاً ومهماً في إعداد الوالدين من خلال ما تقدمه من برامج وأشرطة مسجلة أو مقالات وكتيبات ومنشورات تتضمن نصائح وتدريباً مصورة من خلال مختصين مهرة يقدمون نشاطات فعلية تزيد من خبرات وإمكانات الأسرة في التعامل مع طفلها المعاق .

٨. الدورات التدريبية :

وهي النشاطات التي تقوم بها المؤسسات والجمعيات والمراكز الحكومية والخاصة من خلال إعداد دورات تدريبية للأسر وذلك لإعطائهم صور من التعامل العلمي والمنطقي مع المعاق وإعاقته .

هذا ويقوم أخصائون تربويون ونفسيون على إعداد البرامج التربوية وبالتالي تنفيذها من خلال فترة زمنية مع وجود الأسر ويمكن أن يحضر هذه الدورات أسر أفراد عاديين أسر ذوي الاحتياجات الخاصة ، وعلى المتخصصين أن يكونوا على وعي باحتياجات الأسر وقادرين على تزويدهم بالدعم العاطفي (يجي ، ٢٠١٢) .

مراجع الفصل التاسع

المراجع العربية:

- أبو أسعد ، أحمد (٢٠١٥) . إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهه ، ط ١ ، دار المسيرة ، عمان .
- أبو زيد ، أحمد (٢٠١٥) . دراسة الحالة لذوي الاحتياجات الخاصة ، ط ٤ ، دار المسيرة ، عمان .
- جرانددين ، تنبل (٢٠٠٤) . نصائح لآباء ومعلمي الأشخاص التوحديين ترجمة (وحدة الترجمة لموقع المعاقين الخليجي) . شبكة المعلومات الإلكترونية ، الموقع الإلكتروني : [www.gulfnet.ws/tawahud/grandin.htm](http://www.gulfnet.ws/tawahud/grandin.htm)
- حكيم ، رابية (٢٠٠٤) . دليلك للتعامل مع التوحد ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، جده .
- حنفي ، علي عبد النبي (٢٠١٢) . العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة ، ط ٣ ، دار الزهراء الرياض .
- رسلان ، شاهين (٢٠١٠) . سيكولوجية أسرة المعوق سمعيا ، ط ١ ، مكتبة الأنجلو ، القاهرة .
- زهران ، حامد (٢٠١٤) . التوجيه والإرشاد النفسي ، عالم الكتب ، القاهرة .
- الشناوي ، محمد محروس (١٩٩٧) . نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، دار غريب ، القاهرة .
- الفهد ، ياسر (٢٠٠٤) . سياسة الدمج على المستوى التربوي مع أطفال التوحد . الشبكة العربية لذوي الاحتياجات الخاصة ، شبكة المعلومات الإلكترونية ، الموقع الإلكتروني :
- عبد الحليم ، محمد (٢٠١٤) . مقالة بعنوان : " ١٠ نصائح تساعدك في التعامل مع طفلك " التوحيدي " متاحة على الموقع <http://www.ahram.org.eg> منشورة بتاريخ ٧ مايو ٢٠١٤ .

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

- المغلوث ، فهد (٢٠٠٦) . التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه ، منشورات مؤسسة الملك خالد الخيرية .
- بجي ، خولة (٢٠١٢) . الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، دار الفكر ، عمان .

### المراجع الأجنبية :

- Gladding, S .T . (1996) .Counseling A Comprehensive Profession, Comlumbs, Toronto, London .
- Dorman , Ben & Lefever, Jennifer (1999) . What Is Autism ? . lov-e .com , Retrieved from the world wide web in 2005 , Available at : <http://lov-e.com/linkPPes/autism.html>
- Wing, Lorna . (1946) : Early childhood Autism, clinical education and social aspect : Toronto .

**قاموس**  
**مفردات ومصطلحات ذات العلاقة بموضوع الكتاب**

قائمة المفردات والمصطلحات ذات علاقة بموضوع الكتاب  
(إنجليزي- عربي)

Term	المصطلح
A	
Abnormal	شاذ ، غير عادي (غير سوي)
Abnormal Behavior	السلوك اللاسوي
Academic Skills	المهارات الأكاديمية
Academic Learning	التعلم الأكاديمي
Acceptability Social	تقبل اجتماعي
Acute Stress	حالات القلق الحاد
Adaptive Behavior	السلوك التكيفي
Adjustment Psychological	التوافق النفسي
Affective Component	المكون الانفعالي
Aggressive	العدوان
Agnosia	فقدان القدرة على الإدراك والتعرف
Alternating Programs	الجداول التبادلية
Annual Targets	الأهداف السنوية
Antisocial Behavior	سلوك مضاد للمجتمع
Anxiety Disorders	اضطرابات القلق
Anxiety Neurotic	القلق العصبي
Anxiety Reality	القلق الحقيقي
Applied Behavior Analysis	تحليل السلوك التطبيقي
Architectural Barrios	العوائق المعيارية
Articulation Problems	مشكلات النطق



قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Asperger, s Syndrome	متلازمة أسبيرجر
Assessment Requirement	متطلبات التقييم
Attachment	سلوك التعلق ، المرفق
Attention Deficit	عجز الانتباه
Attention Determinants	محددات الانتباه
Attention Span	فترة الانتباه
Attention Selective	الانتباه الانتقائي
Attention Signal	الانتباه الإشاري
Attention Stage	مراحل الانتباه
Atypical Development	النمو غير العادي
Auditory Memory	الذاكرة السمعية
Auditory Processing	المعالجة السمعية
Augmentative	التواصل البديل
Autistic	توحيدي
Autonomic Functions	الوظائف الاستقلالية
Autonomic Nervous System	الجهاز العصبي الذاتي
Avoidant Personality Disorder	اضطراب الشخصية المتجنبة
Awareness	توعية
<b>B</b>	
Basic Features	الملامح ، المميزات الرئيسية
Behavior Approach	المنهج السلوكي
Behavior Disorders	اضطرابات السلوك
Behavior Consequences	توابع السلوك
Behavioral Disorders	الاضطرابات السلوكية
Behavior Dynamics	ديناميات السلوك

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Behavior Modeling	نمذجة السلوك
Behavior Modification	تعديل السلوك
Behavior Therapy	العلاج السلوكي
Behavioral Objective	الهدف السلوكي
Behavioral Oscillation	التذبذب السلوكي
Behavioral Problems	المشاكل السلوكية
Behavioral Rules	القواعد السلوكية
Biological Factors	العوامل البيولوجية
Body Characteristic	الخصائص الجسمية
Body Movement	حركة جسمية
Body physiology	وظائف الجسد
Borderline Personality Disorder (BPD)	اضطراب الشخصية الحدي
Brain Damage	تلف دماغي
Brain Function	وظائف المخ
Brain Injury	إصابة الدماغ
Brain Storming	العصف الذهني
Brain storming Strategy	استراتيجيات العصف الذهني
C	
Case History	تاريخ الحالة
Case study	دراسة حالة
Cerebral Cortex	القشرة الدماغية
Child Care Center	مركز رعاية الأطفال
Children Psychosis	ذهان الطفولة
Child's Socialization	تنشئة الطفل الاجتماعية

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Childhood Autism Rating Scale (CARS)	مقياس تقدير توحد الطفولة
Childhood Scizophrenia	فصام الطفولة
Chronic Diseases	الأمراض المزمنة
Classic Autism	التوحد الكلاسيكي (التقليدي)
Classification	تصنيف
Cognitive Behavior Therapy	العلاج المعرفي السلوكي
Characteristic Cognitive	الخصائص المعرفية
Cognitive Development	التطور / النمو المعرفي
Cognitive Processes	العمليات المعرفية
Cognitive skill	مهارة معرفية
Cognitive Symptoms	الأعراض المعرفية
Compensation Education	التعليم التعويضي
Compulsive Behaviors	سلوكيات جبرية (قسرية)
Communication Partner	شريك التواصل
Communication Skills	مهارات التواصل
Conceptual Skills	المهارات المفاهيمية (التصورية)
Confessional Lies	الكذب الالتباسي
Counseling Skills	المهارات الإرشادية
Creative Thinking	التفكير الإبداعي
Creative Abilities	القدرات الإبداعية
Creativity	إبداع
D	
Daily Living Skills	مهارات الحياة اليومية
Declarative Memory	الذاكرة التقريرية

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Defect	قصور ، عيب
Defensive Aggression	العدوان الدفاعي
Delusios	أوهام عقلية ، هذات أو ضلالات
Depersonalization	تبدد الشخصية
Depression	الاكتئاب
Depressive Personality	الشخصية الاكتئابية
Deprivation	الحرمان
Depth Perception	إدراك العمق
Desirable Behavior	سلوك مرغوب فيه
Developing Thinking	تنمية التفكير
Developmental Delay	التأخر النمائي
Developmental Age	العمر التطوري (النمائي)
Developmental Need	حاجة تنمية
Developmental History	التاريخ التطوري (النموي)
Diagnostic Manual	الدليل التشخيصي
Differential Diagnosis	التشخيص الفارق
Direct Aggression	العدوان المباشر
Disabled child	طفل معوق
Disobedience	العناد
Discursive Intellectual Activity	النشاط العقلي الاستطراذي
Dissociative	فصامي
Disruptive Behavior	سلوك فوضوي
Diurnal Enuresis	التبول اللاإرادي الليلي
Dyscalculia	عسر الحساب (الصعوبات الخاصة بالحساب)

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Dysfunction	تفكك ، خلل وظيفي
Dysgraphia	صعوبات الكتابة
Dysgraphia Phonological	صعوبة الكتابة الصوتية
Dyscalculia	صعوبات خاصة بالحساب
E	
Early assessment	قياس مبكر
Early Childhood	الطفولة المبكرة
Early Intervention Programs	برامج التدخل المبكر
Early Responsive Interaction	تفاعل استجابي مبكر
Early Infantile Autism	توحد الطفولة المبكرة
Early Intervention	التدخل المبكر
Educational Accreditation	الاعتماد التربوي
Ecological Approach	المنحى البيئي
Echolalia	المصاداة
Ecological Factors	العوامل البيئية
Ecological Intervention	التدخل البيئي
Ecological Therapy	العلاج البيئي
Ecological Trend	الاتجاه البيئي
Education Practice	ممارسة تربوية
Educational Attitudes	مواقف تربوية
Educational Alternative	بدائل تربوية
Educational Classification	تصنيف تربوي
Educational Crisis	الأزمة التعليمية
Educational Diagnosis	التشخيص التربوي
Educational Evolution	التقييم التربوي

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Educational Experts	الخبراء التربويين
Educational Leading	القيادة التربوية
Educational Management	الإدارة التربوية
Educational Method	أسلوب تربوي
Needs Educational	الحاجات التربوية
Planning Educational	التخطيط التربوي
Educational Platform	المنصة التربوية
Educational Programs	برامج تربوية
Educational Retardation	التأخر الدراسي
System Educational	النظام التعليمي
Educational Supervision	الإشراف التربوي
Workshop Educational	الورشة التربوية
Efficiency	الكفاءة
Effective Communication	التواصل الفعال
Effectiveness	الفعالية
Efficient Teacher	المعلم الفاعل
Effort of Response	جهد الاستجابة
Egocentric	التمركز حول الذات
Electronic Brainstorming	العصف الذهني الإلكتروني
Elimination Disorders	اضطرابات الإخراج
Emergency	حالة طارئة
Emotional Abuse	الإساءة الانفعالية
Emotional Characteristic	الخصائص العاطفية
Emotional Development	النمو الانفعالي
Emotional Experiences	الخبرات العاطفية

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Emotional Express	التعبير الانفعالي
Emotional Problem	مشكلة عاطفية
Emotional Relationship	علاقات عاطفية
Emotional Stability	الاستقرار العاطفي
Emotional Symptoms	الأعراض الانفعالية
Emotional Warmth	الدفء العاطفي
Emotionally Deprived	محروم عاطفياً
Engage in Dramatic Play	المشاركة في اللعب الدرامي
Episodic Memory	الذاكرة العرضية
Exaggeration Lies	الكذب الادعائي
Exceptional Children	الأطفال غير العاديين
Exceptional Individuals	الأفراد غير العاديين
Expressive Language	اللغة التعبيرية
Extended Family	الأسرة الممتدة ، الأسرة الكبرى
Extinction	الإطفاء
Extinction Burst	زيادة السلوك في بداية الإطفاء
Extra- Protective Approach	أسلوب الحماية الزائدة
Eye Contact	التواصل بالعين
Eye Hand Coordination	تنسيق العين- اليد (التناسق البصري - الحركي)
F	
Facial Expressions	تعبيرات وجهية
Family Day Care	رعاية الأسرة النهارية
Familial Disunion	التفكك- الشقاق الأسري (العائلي)
Family Child care	الرعاية الأسرية البديلة للطفل

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Family Counseling	الإرشاد الأسري
Family Factors	عوامل عائلية (أسرية)
Family Support	الدعم الأسري
Family Therapy	العلاج الأسري
Family Training	التدريب الأسري
Fancy Aggressive	العدوان الخيالي
Fantasy	الخيال
Fantastic Lies	الكذب الخيالي
Failure	فشل
Features of Disability	مظاهر الإعاقة
Feral Children	الأطفال المتوحشون
Fine Motor Skills	المهارات الحركية الدقيقة
Flooding	الإغراق (الغمر)
Fluency	الطلاقة
Fluorescent Lights	الأضواء العاكسة (الوهاجة)
Formal Evaluations	التقييم الرسمي
Free Aggression	العدوان العلني أو الصرحي
Frustration	الإحباط
Frustration Threshold	عتبة الإحباط
Functional Analysis	التحليل الوظيفي
Functional Behavior Assessment	التقييم الوظيفي السلوكي
Functional Communication Training	التدريب على التواصل الوظيفي
Functional Curriculum	المنهج الوظيفي
Functional Disorders	الاضطرابات الوظيفية



Functional Language	اللغة الوظيفية
Functional Reinforces	المعززات الوظيفية
Functional Staged Play	مرحلة اللعب الوظيفي
Functional Theories	النظريات الوظيفية
<b>G</b>	
Game Memory	لعبة الذاكرة
Gazing	تحديق / تحديق
Gender Socialization in Early Childhood	المبكرة في الطفولة اجتماعية تنشئة
Generalization	تعميم
Generalized Anxiety Disorder	القلق النفسي العام
Genetic Diseases	الأمراض الوراثية
Genetic Factors	العوامل الوراثية
Gross Motor Development	تطور الحركات الكبيرة
Gross Motor Skill	مهارة حركية كبرى
Group Psychological Therapy	العلاج النفسي الجماعي
Growth Chart	جدول النمو
Guiding Principle	مبدأ التوجيه
<b>H</b>	
Handicap	إعاقة
Hallucinations	الهلوسة
Hand- Eye Coordination	التآزر البصري اليدوي
Hearing Impairment	إعاقة سمعية
Hebephrenic Schizophrenia	فصام المراهقة
High Function Autism	توحد ذي أداء وظيفي عالي

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Holistic Integrative Approach	نهج شمولي تكاملي
Home and Family- Based Child Care	رعاية أسرة مستندة على المنزل والأسرة
Home-based Protection	حماية مرتكزة على المنزل
Hostile Aggression	العدوان العدائي
Human Behavior	السلوك الإنساني
Hyperactivity	النشاط الزائد (فرط الحركة)
Hyper somnia	الإفراط في النوم
Hypnologic Hallucination	هلاوس النوم
Hysteria	هستيريا
Humanistic Psychology	علم النفس الإنساني

I

Identify of Needs	تحديد الحاجات
Idiot Savants	المختل العالم
Imaginative Play	اللعب التخيلي
Imitation by Modeling	التقليد بالنمذجة
Imitation Lies	الكذب التقليدي (تقليد الكذب)
Immediate Echolalia	المصاداة المباشرة
Impulsivity	الاندفاعية
Inclusion	الدمج
Inclusive Approach to Early Childhood	نهج الدمج في الطفولة المبكرة
Individual Aggression	العدوان الفردي
Individual Difference	الفروق الفردية
Individuals with Disability	الأفراد ذوي الإعاقة
Individual Needs	الحاجات الفردية

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Individual Educational Plan	الخطة التربوية الفردية
Individualized Instruction	التعليم الفردي
Infantile Autism	التوحد الطفولي
Infantile Schizophrenia	الفصام الطفولي
Infectious Diseases	الأمراض المعدية
Informal Test	اختبارات غير رسمية
Information Processing	معالجة المعلومات
Insight	الاستبصار
Inspirational Motivation	الدافعية الإلهامية
Instinct of Possession	حب التملك
Instructional Objectives	أهداف تعليمية
Instructional Plan	خطة تعليمية
Instrument Aggression	العدوان الوسيلى
Integrated Growth	نمو متكامل
Integrative Adjustment	التوافق المتكامل
Intellectual Functioning	الأداء الوظيفي العقلي
Internal Environment	البيئة الداخلية
Intellectual Processes	العمليات العقلية
Intellectual Stimulation	الاستثارة الفكرية
Intentional Communication	الانتباه القصدى / الهادف
Interactive Activities	أنشطة تفاعلية
Internal Frustration	الإحباط الداخلي
Interdisciplinary Process	عملية تفاعلية متبادلة
Interpersonal Skills	العلاقات الشخصية المتبادلة
Intestinal Permeability	نفاذية الأمعاء

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Intrinsic Motivation	الدافعية الداخلية
Introversion	انطواء
Introverted Social Shyness	الخجل الاجتماعي الانطوائي
Involution Depression	اكتئاب سن التقاعد
Evolutional Melancholia	الجنون الانتكاسي
Irritable	سرعة الاستثارة
Islets of Ability	جزر القدرات
K	
Kleptomania	هوس السرقة
L	
Lack of Imagination	نقص في التخيل
Lack of Learning	نقص في التعلم
Language Acquisition	اكتساب اللغة
Language Characteristics	خصائص اللغة
Language Delay	تأخر اللغة
Leading	القيادة
Language Development	النمو (التطور) اللغوي
Language Development Stages	مراحل تطور اللغة
Language Disorders	اضطرابات اللغة
Language Experience Approach	أسلوب الخبرة اللغوية
Language Functions	وظائف اللغة
Language Productivity	إنتاجية اللغة
Language Regularity	قابلية اللغة (انتظام اللغة)
Language-Rich Environment	بيئة غنية لغوياً
Language Stimulation	تحفيز اللغة

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Language Therapy	علاج اللغة
Learning Disability	صعوبات التعلم
Learning Strategy	استراتيجية التعلم
Learning to learn	تعلم كيف نتعلم
Learning Skill	مهارة التعلم
Least Restrictive	البيئة الأقل تقييداً
Lies	الكذب
Linguistic Intelligence	الذكاء اللغوي
Living Independent Skills	مهارات الحياة المستقلة
Long -Term Memory	الذاكرة طويلة المدى
Low Function Autism	توحد ذوي الأداء الوظيفي المنخفض
Low Self Regard	احترام الذات المنخفض
<b>M</b>	
Mainstreaming	الدمج
Maladaptive Behavior	السلوك اللاتكيف
Managing Stress Reaction	التعامل مع التوتر
Manic Depressive Disorder	اضطراب الهوس الاكتئابي
Manual Communication	التواصل اليدوي
Marital Adjustment	التوافق الزوجي
Medical Classification	تصنيف طبي
Memory	الذاكرة
Mental Ability	القدرة العقلية
Mental Development	النمو العقلي
Mental Disorders	الاضطرابات العقلية
Health Mental	الصحة العقلية

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Mental Illness	المرض العقلي
Mental Image	الصورة الذهنية
Mental Process	العمليات العقلية
Mental Retardation	الإعاقة العقلية
Mental Rigidity	الجمود العقلي
Mental Schemas	الخطط العقلية
Mental Style	النمط العقلي
Mental Age Norms	معايير العمر العقلي
Mentally Gifted	الموهوبون عقلياً
Methods of Education	أساليب التربية
Meta- Cognition	ما وراء المعرفة
Met curriculum	ما وراء المنهاج
Mind ware	معدات العقل
Mission	المهمة
Middle Adolescence	المراهقة المتوسطة
Model of Generalization	نموذج التعميم
Moral Development	التطور/ النمو الأخلاقي
Moral Leadership	القيادة الأخلاقية
Motivation	الدافعية
Motivation Problems	مشاكل الدافعية
Motor functions	الوظائف الحركية
Multi dimeniolity	متعدد المحاور
Multidisciplinary Team	فريق متعدد التخصصات
Multiple Personality	تعدد الشخصية
Mythomia Lies	الكذب المزمن

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

N	
Nail biting Problem	مشكلة قضم الأظافر
Need for Achievement	الحاجة إلى الإنجاز
Need for Affiliation	الحاجة إلى الانتماء
Needs for Autonomy	الحاجة إلى الاستقلال
Need for Belongingness	الحاجة إلى الانتماء
Need for Competency	الحاجة إلى الكفاءة
Need for Power	الحاجة إلى القوة
Need for Relatedness	الحاجة إلى التواصل
Negative Reinforcement	التعزيز السلبي
Neuropsychological Assessment	التقييم النفس عصبي
Neurotic Social Shyness	الخجل الاجتماعي العصبي
Normal Behavior	السلوك السوي
Normal Distribution	التوزيع الطبيعي
Normal Socialization	تنشئة اجتماعية طبيعية
O	
Observation	الملاحظة
Observer	الملاحظ (شخص)
Obsessional Rituels	وسواس الأفعال المتكررة (الطقوس ، الشعائر)
Obsessional Thoughts	وسواس الأفكار
Obsessive	وسواسي
Obsessive Personality	الشخصية الوسواسية
Obsessive Compulsive Disorder	اضطراب الوسواس القهري

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Obsessive Compulsive Neurosis	عصاب الوسواس القهري
Occupational Therapy Services	خدمات العلاج الوظيفي
Ongoing assessment	التقييم المتواصل المستمر
Operant Learning	التعلم الفعال الإجرائي
Oppositional Defiant	العناد الشديد ، المعارضة ذات طابع تحدي
Oral Communication	التواصل الشفهي
Orchestrated Immersion	الاندماج المنسق
Organic Anxiety	القلق الناتج عن الأمراض العضوية
Organic Psychosis	الذهان العضوي
Over Competiveness	تنافس شديد
Over Protection	الحماية الزائدة
P	
Pain Attention	فترة الانتباه
Pain Disorder	اضطراب الألم
Parasomnia	مصاحبات النوم
Parent Cooperative	جمعيات الوالدين التعاونية
Parent Education	توعية الآباء
Parent Involvement	مشاركة الوالدين
Parent Ratings	تقديرات الوالدين
Parent Support	دعم الأهل
Parent Support Programs	برامج دعم الوالدين
Parent Teacher Conference	مؤتمر الآباء والمعلمين
Parent Training	تدريب الوالدين
Parental Care	رعاية والدية



قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Parental Skill	مهارة والدية
Parental Support Programme	برنامج دعم الوالدين
Parental Treatment	المعاملة الوالدية
Parental Relationship	العلاقات الوالدية
Parental Modeling	نموذج الوالدين
Parenthood	والدية
Parenting Programmed for Early Childhood	برنامج الأهالي للطفولة المبكرة
Parenting Stress	الضغط الأبوي
Passive Aggression	العدوان السلبي
Pathological Lies	الكذب المرضي
Pattern of Behavior	نمط السلوك
Peer Assisted Learning Strategies	استراتيجيات التعليم المعتمدة على تعليم الرفاق
Peer Coaching	توجيه الأقران
Peer Group	مجموعة الأقران
Peer Ratings	تقديرات الأقران
Peer Relation	جماعة الأقران
Peer Social Skill	مهارة الأقران الاجتماعية
Peer Tutoring	تعليم الأقران
Persuasion	الإقناع
Perceptual Consistency	ثبات الإدراك
Perceptual Development	نو إدراكي
Perceptual Disorders	الاضطرابات الإدراكية
Perceptual Factors	عوامل الإدراك

Perceptual Functions	الوظائف الإدراكية
Perceptual Illusion	الخداع الإدراكي
Perceptual Motor Match	التآزر الإدراكي الحركي
Perfectionism	الكمال الزائد
Performance	أداء
Performance Defects	عجز الأداء
Period of Pruning	فترة التشذيب
Permanent	دائم
Permissible Aggression	عدوان مباح
Persistence	المثابرة
Person	شخص
Person Knowledge	معرفة الشخص
Personal Frustration	الإحباط الشخصي (الذاتي)
Personality	الشخصية
Persistence	المثابرة
Pervasive Developmental Disorders	الاضطرابات النمائية الشاملة
Phobic Anxiety Disorder	اضطراب الخوف من القلق
Phobic Neurosis	عصاب الخوف
Phonetic Approach	المنحى (الأسلوب) الصوتي
Phonological Disorders	الاضطرابات الصوتية
Physical and Mental Ability	قدرة عقلية وجسمية
Problems Solving	حل المشكلات
Physical & Psychological Needs	الحاجات الجسدية والنفسية
Physical or Sensory Deficiency	عجز / قصور جسماني /

Physiognomy	ملامح الوجه
Physiological Arousal	الإثارة الفسيولوجية
Psychological Tension	التوتر النفسي
Pivotal Behavior	السلوك المحوري
Point Stimulating Approach	أسلوب إثارة الألم النفسي
Poor Self Concept	مفهوم الذات المتدني
Positive Behavior Support	دعم السلوك الإيجابي
Positive Effect	تأثير إيجابي
Positive Environment	بيئة إيجابية
Positive Feelings	المشاعر الأيجابية
Postpartum Depression	الاكتئاب بعد الولادة
Primary Reinforcement	التعزيز الأولي
Problem Solving	حل المشكلات
Prosocial Behavior	السلوك الاجتماعي
Psycho - Neurosis	العصاب النفسي
Psychological Adjustment	التوافق النفسي
Physiological Changes	التغيرات النفسية
Psychological Counseling	إرشاد نفسي
Psychological Factors	العوامل النفسية
Psychological Health	الصحة النفسية
Psychological Motivation	الدافع النفسي
Psychological Needs	حاجات نفسية
Psychological Norms	معايير نفسية
Psychological Services	الخدمات النفسية
Psychological Trauma	صدمة نفسية

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Psychologist	أخصائي نفسي
Psychology	علم النفس
Psychometrics	قياسات عصبية
Psychopathology	الخلل العقلي
Psychosis	الذهان
Psychotherapy	العلاج النفسي
Purposive Behavior	السلوك القصدي ، أو قصدية السلوك
Pathological Lies	الكذب المرضي
Q	
Qualitive Impairment	قصور كيفي
Qualitative Communication Impairment	قصور كيفي بمقدرة التواصل
R	
Receptive Language Disorder	اضطراب اللغة الاستقبالية
Relearning	إعادة التعلم
Reinforcement Theory	نظرية التعزيز
Reinforced Practice	الممارسات التعزيزية
Repression	الكبت
Responsive & Spontaneous Commenting	التعليق الاستجابة والتلقي
Retrograde Amnesia	فقدان الذاكرة
Rhett's Syndrome	متلازمة ريت
Ritualistic Stereotyped	سلوكيات نمطية لا تتغير (ثابتة)

S

Schizophrenia	الفصام
School Counseling Service	خدمة الإرشاد المدرسي
Selective Attention	الانتباه الاختياري
Self - Actualization	تحقيق الذات
Self-Appraisal Emotion	شعور خاص بالقيمة الذاتية
Self- Blame	لوم الذات
Self - Concept Scales	مقاييس الذات
Self - Contracting	التعاقد الذاتي
Self - Control	ضبط الذات
Self - Confidence	الثقة بالنفس
Self - Demands	مطالب الذات
Self - Determination	تقرير المصير
Self - Determination Program	برنامج الحتمية الذاتية
Self - Discipline	ضبط النفس / انضباط
Self - Graphing	التصور الذاتي
Self - Education	التعلم الذاتي
Self - Efficacy	الكفاءة الذاتية
Self - Esteem	تقدير الذات
Self - Evaluation	تقييم ذاتي
Self - Expressive Activity	نشاط التعبير الذاتي
Self - Feeding	تناول الطعام من دون مساعدة
Self - Help Skills	مهارات المساعدة الذاتية
Self - Image	صورة الذات
Self - Injurious	إيذاء الذات

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Self – Injurious Behavior	سلوك إيذاء الذات
Self – Management	ادارة الذات
Self – Management Technique	أسلوب الضبط الذاتي
Self – Monitoring	مراقبة الذات
Self- Mutilation	تشويه الذات
Self- Questioning Strategy	استراتيجية التساؤل الذاتي
Self – Recording	التسجيل الذاتي
Self – Regulation	التنظيم الذاتي
Self – Regularity Processes	عمليات التنظيم الذاتي
Self – Reliance	الاعتماد على النفس
Self – Reliant	الاعتماد على الذات
Self – Restraint	تهذيب ذاتي
Self – Stimulation	الإثارة الذاتية
Sense of Inferiority	الشعور بالنقص
Sensitive Period	فترة الحساسية
Sensitivity	الحساسية (للأشياء)
Sensitization	التحسسية
motor Skill -Sens	مهارة حس حركية
Sensorineural Hearing Loss	الضعف السمعي حس عصبي
Sensory Experience	خبرات حسية
Sensory Integration	الدمج الحسي
Sensory Integration Therapy	علاج الدمج الحسي
Sensory Integrative Function	تكامل الوظائف الحسية
Sensory Motor Skills	مهارات الحسية الحركية
Sensor Motor Stage	المرحلة الحسية الحركية

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Sensory Overload	الحمل الحسي الزائد
Sensory Perceptual Test	اختبار الإدراك الحسي
Sensory Physical Impairment	حسي جسدي قصور
Sensory Training	التدريب الحسي
Separation Anxiety	القلق الانفصالي
Separation Anxiety	قلق الانفصال
Sexual Abuse	الإساءة الجنسية
Sexual Assault	الاعتداء الجنسي
Short-Term Memory	ذاكرة قصيرة المدى
Sign Language	لغة الإشارة
Signal Aggression	العدوان الإشاري
Signal Attention	الانتباه الموجه
Sleep Disorder	اضطرابات النوم
Sleep Terror Disorders	اضطراب الرعب النوم
Sleep Walking Disorder	اضطراب المشي أثناء النوم
Social Adjustment	التوافق الاجتماعي
Social Aggression	العدوان الاجتماعي
Social Autopsies	تحليل الحدث الاجتماعي
Social Awkward	أخرق اجتماعياً
Social Behavior	سلوك اجتماعي
Social Cognition	إدراك اجتماعي
Social Comparison	المقارنة الاجتماعية
Social Context	السياق (الإطار) الاجتماعي
Social Factors	العوامل الاجتماعية
Social Learner	الفرد (المتعلم) الاجتماعي

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Social Learning Prescriptive	اتجاه التعلم الاجتماعي
Social Learning Theory	نظرية التعلم الاجتماعي
Social Maladjustment	سوء التوافق الاجتماعي
Social Norm Deviation	الانحراف المعياري الاجتماعي
Social Emotional Development	التطور الاجتماعي الانفعالي
Social Equity	تكافؤ اجتماعي
Social Influence	تأثير اجتماعي
Social Integration	دمج اجتماعي
Social Interaction	التفاعل الاجتماعي
Social Mobilization	تعبئة اجتماعية
Social Reciprocity	التبادلية الاجتماعية
Social Skills Instruction	تعليم المهارات الاجتماعية
Social Stories	القصص الاجتماعية
Social Support	الدعم الاجتماعي
Social and Emotional Skills	المهارات الاجتماعية والعاطفية
Socio-Dramatic play	اللعب الاجتماعي الدرامي
Socialization Factors	عوامل التنشئة الاجتماعية
Social Pattern	نمط اجتماعي
Social Play	لعب اجتماعي
Social Phobia	الخوف الاجتماعي
Social Reinforcement	التعزيز الاجتماعي
Social Skills	المهارات الاجتماعية
Social Symptoms	الأعراض الاجتماعية
Social Welfare Institution	مؤسسة الرعاية الاجتماعية
Social Withdrawal	الانسحاب الاجتماعي



قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Social World	العالم الاجتماعي
Socially Competent	مؤهل اجتماعيا
Socially Marginalized	مهمش اجتماعيا
Societal Expectation	توقعات المجتمع
Society	مجتمع
Somnambulism	التجوال أثناء النوم (المشي)
Special Education	التربية الخاصة
Special Education Programs	برامج التربية الخاصة
Special Needs	حاجات خاصة
Special Physical Education	التربية البدنية الخاصة
Speech and Language Therapy Service	خدمة علاج اللغة والكلام
Speech Disorders	اضطرابات الكلام
Speech Interruption	تقطع في الكلام
Supportive Therapy	العلاج النفسي الداعم
Systematic Instruction	التدريس المنظم
Social Withdrawal	الانسحاب الاجتماعي
Socialized Conduct	اضطراب سلوكي متطبع اجتماعيا
Special Class	الصف الخاص
Stealing	السرقه
Subjectivist Discipline	الانضباط الذاتي
T	
Task Analysis	تحليل المهمة
Teaching Exceptional Children	تعليم الأطفال غير العاديين
Temper Tantrums	نوبات الغضب المزاجية

Theories of Personality	نظريات الشخصية
Thinking Rituals	طقوس التفكير
Thumb Sucking Problem	مشكلة مص الأصابع
Total Communication	التواصل الكلي
Transactional Process	عملية تفاعلية
Typical Autism	التوحد النمطي
U	
Undesirable Behavior	سلوكيات غير مرغوبة
Unsocialized Conduct	اضطراب سلوكي سيء التطبيق الاجتماعي
Unconditioned Response	استجابة طبيعية
Unconditioned Stimulus	مثير طبيعي
Unconscious	اللاوعي
V	
Verbal Aggression	العدوان اللفظي
Verbal Aphasia	الحبسة اللفظية
Verbal Cue	التلميح بالألفاظ
Verbal Exploration	اكتشاف الألفاظ
Verbal Prompts	تلقين لفظي
Verbal Reinforcement	التعزيز اللفظي
Vertebral Column	العمود الفقري
Violent & Destruction Behavior	العدوانية
Virtual Behavior	السلوك الظاهري
Visual Impairment	إعاقة بصرية
Visual - Motor Coordination	التآزر البصري الحركي

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

Visual Sequential Memory	الذاكرة البصرية المتسلسلة
Visual Memory	الذاكرة البصرية
Vocational Rehabilitation	التأهيل المهني

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

الملاحق

الملحق رقم (١)

استمارة مقياس للكشف عن حالات التوحد

البيانات الأولية :

مصدر جمع المعلومات	- الأب - الأم - معلم التربية الخاصة - معلم الصف - مركز صحي - أخصائي نفسي - أخصائي اجتماعي - أحد الأقرباء .
اسم الطفل	
تاريخ الميلاد	م ٢ / /
جنس الطفل	ذكر / أنثى
مستوى تعليم الأب	- أقل من توجيهي - توجيهي - دبلوم - بكالوريوس - دراسات عليا
مستوى تعليم الأم	- أقل من توجيهي - توجيهي - دبلوم - بكالوريوس - دراسات عليا
عمل الأب	- الصحة - التجارة - أعمال حرة - أعمال أخرى (حدد)
عمل الأم	- الصحة - التجارة - أعمال حرة - أعمال أخرى (حدد)
عدد الأخوة	
ترتيب الطفل بين الأخوة	
هل توجد إعاقات أخرى في العائلة	- لا - نعم (حدد)
المستوى الاقتصادي للأسرة	- متدني - وسط - عالي
المكان الملتحق به الطفل به حالياً	- روضة - مدرسة حكومية - مدرسة خاصة - مركز نهاري

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

مركز داخلي - جمعية خيرية مستشفى - المنزل .	
	المنطقة
قادر على الكلام - يستخدم الإشارة غير قادر على الكلام أو الإشارة	اللغة عند الطفل
أقل من ٤ ساعات - (٥-٤) ساعات (٧-٦) ساعات (٩-٨) ساعات - (١٠) ساعات فأكثر .	عدد ساعات نوم الطفل
	أهم طعام للطفل
( ) كغم	وزن الطفل
	العمر الذي لاحظ الأهل أن الطفل غير طبيعي
	أهم ملاحظات الأهل والمعلمين عن الطفل

ثانياً : المقياس :

ت	الفقرة	دائماً (٥)	غالباً (٤)	بعض الوقت (٣)	نادراً (٢)	إطلاقاً (١)
١	يتجنب التواصل البصري مع الآخرين أو يتجنب النظر بأعين الآخرين .					
٢	يفضل الوحدة وعدم الاهتمام بمن حوله .					
٣	يفشل في بدء الحديث مع الآخرين .					

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٤	يتجاهل الآخرين عند مناداته باسمه أو تحيته .
٥	يتقرب من الآخرين بطرق غريبة مثل (شمهم ، لمسهم ، دفعهم) .
٦	يفشل في استخدام الإيماءات والإشارات الجسمية والبصرية في التفاعل مع الآخرين .
٧	ينسحب في المواقف الاجتماعية .
٨	يصعب عليهم فهم مشاعر الآخرين مثل (حزنهم ، فرحهم ، غضبهم) .
٩	يصعب عليه مشاركة الآخرين في الاهتمامات والمتع مثل (الرحلات ، الزيارات) .
١٠	لا يبدي تعاطفاً مع الآخرين .
١١	يفشل في القدرة على المبادرة في الحديث .
١٢	يتجاهل الآخرين عندما يطلبون منه أداء عمل ما مثل (افتح الباب) .
١٣	يعجز في التعبير عن انفعالاته بلغة مناسبة .
١٤	يصعب عليه تنفيذ أي علاقة

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

				بظرفي المكان والزمان (تحت - فوق - صباح - مساء) .
				١٥ يفشل في تسمية الأشخاص أو الأشياء بشكل صحيح .
				١٦ يخلط في استخدام الضمائر (أنا - أنت - هو - هي) .
				١٧ يصدر أصوات غريبة يصعب على الآخرين فهمها .
				١٨ يردد نفس الكلمات والجمل التي سمعها إما مباشرة أو بعد مرور مدة من الزمن .
				١٩ يكرر الكلمات والجمل بنفس الطريقة التي سمعها دون أن يدرك معناها .
				٢٠ يستخدم الإشارات والإيماءات والصور عند التواصل مع الآخرين .
				٢١ يرتب أدواته وألعابه من مثل (ألعاب - مكعبات - أقلام ...) بنفس الطريقة .
				٢٢ يرفض أي تغيير على نظامه المعتاد أو على أماكن الأثاث أو على تسلسل أعماله اليومية .
				٢٣ يصر على أداء نشاطات معينة مثل مشاهدة برنامج معين .
				٢٤ يتناول أنواع معينة من الطعام .

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

					٢٥	يقوم بحركات جسدية متكررة مثل الدوران أو رفرفة اليدين .
					٢٦	يخاف بشكل عند سماع بعض الأصوات وبعض الأشياء المتحركة مثل صوت المكنسة الكهربائية أو ركوب المصعد .
					٢٧	يستجيب للمثيرات البصرية بطرق غريبة مثل الإغماض أو التحديق بالأشياء .
					٢٨	يستجيب بطرق غريبة للأشياء التي تلامس جسده مثل الصوف .
					٢٩	يميل إلى المشي بطريقة غريبة أو غير مألوفة .
					٣٠	يتعلق بأشياء محددة مثل لعبة ، حيوانات .
					٣١	لا يستطيع التعبير عن شعوره بالفرح عندما تقدم له لعبة جديدة .
					٣٢	يحب اللعب بمفرده .
					٣٣	يقوم باللعب بطريقة غريبة مثل (تدوير عجلات السيارة أو تحريك جزء من اللعبة) .
					٣٤	يهتم بلعبة معين لمدة طويلة .



قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

					٣٥	يأخذ ألعاب الآخرين ولا يشاركهم اللعب فيها .
					٣٦	ليست لديه القدرة على التخيل في اللعب فيقتصر لعبه على الجانب المحسوس .
					٣٧	يصعب عليه إظهار التعاطف مع الألعاب التي يلعب بها كالشعور بالحزن أو الفرح على لعبته .
					٣٨	لا يقدر على اللعب بألعاب وهمية غير موجودة كالتظاهر بأنه يلعب بسيارة أو دمية غير موجودة أمامه .
					٣٩	يفتقد إلى مهارات تقليد أدوار الآخرين مثل (دور طبيب يكشف على مريض ، دور أم ترعى أطفالها) .
					٤٠	يكرر أداء دوره في عمل تمثيلي كما شاهده دون أي تغيير .
					٤١	يصعب عليه الاستمرار في الانتباه لنشاط ما لمدة كافية .
					٤٢	يواجه صعوبة في نقل ما تعلمه من مهارات من مكان لآخر مثل (استخدام حمامات مختلفة - استخدام أدوات طعام مختلفة) .

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

					٤٣	يصعب عليه الالتزام بتوجيهات المعلم أو الأهل .
					٤٤	يفشل في تمييز الأشخاص عند اختلاف الأماكن التي يراهم فيها عادة .
					٤٥	يفشل في تذكر أحداث متسلسلة مر بها .
					٤٦	في حالة حفظه للأناشيد ، والإعلانات التلفزيونية ، وشكل الطرقات ، أو أرقام الهواتف فإنه يحفظها حفظاً آلياً .
					٤٧	يتذكر ما يراه بشكل أفضل مما يسمعه .
					٤٨	يصعب عليه التمييز بين متضادات مثل (حلو - مالح - قلم طويل - قلم قصير) .
					٤٩	يركز على أجزاء محددة من النشاط متجاهلاً بقية الأجزاء .
					٥٠	يصعب عليه التصرف إذا وضع في موقف جديد وغير مألوف له

الملحق رقم (٢) : نموذج حالة توحد

نموذج دراسة حالة توحد

١. معلومات أولية عن الطفل :

اسم الطفل :	عمر الطفل :
-------------	-------------

٢. معلومات عن أسرة الطفل :

اسم الأب :	عمر الأب :	عمل الأب :	تعليم الأب :
اسم الأم :	عمر الأم :	عمل الأم :	تعليم الأم :
مستوى القرابة بين الأم والأب :		رقم هاتف المنزل :	عنوان المنزل :
عدد أفراد أسرة الطفل		ترتيب الطفل بين الأخوة :	

الأشقاء والشقيقات

الاسم	الجنس	العمر بالسنة	المستوى التعليمي	الحالة الاجتماعية	يعيش مع الأسرة
١.					
٢.					
٣.					
٤.					
٥.					
٦.					

الأقرباء الذين يعيشون في نفس السكن

نوع القرابة	الجنس	العمر	يعمل / لا يعمل	نوع العمل	الحالة الصحية
١.					
٢.					

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٣.					
٤.					
يعيش الطفل مع : الوالدان - الوالد - الوالدة - آخرون					
من الذي يهتم بالطفل عادةً :					
الوضع الاقتصادي للأسرة :					
- ممتاز - جيد جدا - جيد - متوسط - ضعيف					
طبيعة العلاقات الأسرية (توضيح بسيط) : .....					
.....					
.....					
.....					
.....					

٣. النمو الصحي للطفل :

نبذة بسيطة عن ظروف الحمل والولادة للطفل :		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
وزن الطفل عند الميلاد :	مدة الحمل :	صحة الأم عند الحمل :
.....	.....	.....
طول فترة المخاض (المدة التي استغرقتها عملية الولادة) :		
.....		

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

المتاعب والمصاعب التي صادفتها الأم أثناء عملية الولادة (الإجابة بـ " نعم " أو " لا ") أمام العبارة التالية .

١. كانت عملية الولادة سريعة . ( )
٢. استغرقت عملية الولادة فترة طويلة . ( )
٣. كانت عملية الولادة بالمقعدة : ( )
٤. تمت الولادة بعملية قيصرية . ( )
٥. تعقيدات أخرى (اشرحها) : .....

الأمراض التيصيب بها الطفل في مرحلة الطفولة

اسم المرض	عمر الطفل وقت الإصابة	حدة المرض
الحصبة		
الحصبة الألمانية		
النكاف		
الجدري		
الربو		
الالتهاب الشعبي		
نوبات صرع		
استئصال اللوزتين		
استئصال زوائد أنفية		
نوبات برد متكرر		
مشكلات بالأسنان		
التهابات الأذن		
مشكلات صحية أخرى		

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

المشكلات التي تعتقد أنها ساهمت في حدوثها للطفل أحد العوامل التالية ضع إشارة صح أمام المشكلة					
الإجابة	المشكلة	الإجابة	المشكلة	الإجابة	المشكلة
	مص الإبهام		الفروق الثقافية		إصابة دماغية
	تنفس مع الأخوة		مشكلات سلوكية		الإهمال من قبل الأب
	بطء نمائي		نوبات غضب عنيفة		عوامل بيئية
	مشكلات تتعلق بالغذاء		تخلف عقلي		الافتقار إلى رفاق اللعب
	مشكلات انفعالية للطفل		السلبية		نبد الوالدين
	عدم نوم		حماية زائدة من الأب		حماية زائدة من الأم
	اضطرابات بصرية		تذبذب المعاملة الوالدية		العناد
	الكسل		الصرع		شلل دماغي
الحالة الصحية للوليد					
١. من حيث اللون : .....					
٢. من حيث إصابته باليرقان : .....					
٣. من حيث إصابته برضوض وكدمات : .....					
٤. من حيث التنفس : .....					

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٥. من وضعه في حاضنة نظراً لولادته قبل الأوان المحدد : .....

### وصف اللغة والكلام عند الطفل

١. بكاء الطفل وصياحه أثناء العام الأول باختصار من حيث نمطه ومقداره : .....
٢. ماذا كانت الكلمات الأولى التي نطق بها الطفل : .....
٣. كم كان عمر الطفل عندما نطق وقتئذ : .....
٤. بالنسبة للجمل المكونة من كلمتين كان ذلك في عمر : .....
٥. كم في المائة من الوقت يعد كلام الطفل مفهوماً من قبل : الأم ( ) ، الأب ( ) ، إخوته ( ) ، زملاء اللعب ( ) ، المعلمة في الروضة ( ) ، بقية الأهل والأقارب ( ) .
٦. صف اضطرابات النطق لدى الطفل وأعط أمثلة : الحذف - الإبدال - الإضافة - التشويه : .....
٧. صف اضطرابات اللغة لدى الطفل وأعط أمثلة : التأناة - الحسية الكلامية : .....
٨. صف اضطرابات الصوت لدى الطفل وأعط أمثلة : ارتفاع الصوت - انخفاض الصوت خشونة الصوت : .....
- هل يفهم الطفل أو يتكلم لغة أخرى إلى جانب لغته الأم ، وضح ذلك : .....
٩. عدد مفردات الطفل : .....
١٠. كم كلمة يستطيع أن يقولها من (١-١٠) ، (١١-٥٠) ، (٥١-١٠٠) ، (١٠١-٣٠٠) ، (٣٠١-٥٠٠) ، (٥٠٠ فأكثر) .
١١. في حالة أن الطفل يملك محصولاً لغوياً يزيد عما أحصيت عدده ، كيف يمكن مقارنة حصيلته اللغوية بحصيلة أقرانه اللغوية في نفس عمره الزمني ، ويلاحظ أنه يقصد بالأقران هنا : أصدقاءه إخوته البنون ، أخواته البنات ؟ .....
١١. أعط بعض الأمثلة (إذا كان ذلك ممكناً) للمفردات و/ أو الجمل التامة أو الكلمة التي يمكن للطفل أن يستخدمها بشكل نمطي أو نموذجي في هذه السن التي هو فيها الآن : .....

الحالة الصحية العامة الحالية لحواس الطفل

١. طبيعة بصر الطفل : .....
٢. هل سبق للأسرة أن فحصت عيني الطفل : .....
٣. طبيعة سمع الطفل : .....
٤. هل سبق للأسرة أن فحصت سمع الطفل : .....
٥. طبيعة الإدراك السمعي : .....
٦. هل قام الأهل بفحص الإدراك السمعي للطفل : .....
٧. طبيعة الإدراك البصري : .....
٨. هل قام الأهل بفحص الإدراك البصري : .....
٩. طبيعة شم الطفل : .....
١٠. طبيعة التذوق واللمس لدى الطفل : .....
١١. هل قام الأهل بفحص الإدراك اللمسي للطفل : .....
١٢. حدد نوع الأطعمة التي يتناولها الطفل : .....
١٣. حدد دورك من منعه من بعض الأطعمة غير المسموح بها : .....
١٤. هل يتلقى الطفل أي نوع من العلاجات الطبية (العقاقير) أو يتلقى علاجاً طبيعياً : .....
١٥. ما نوع العلاج الذي يتلقاه : .....
١٦. لماذا يتلقاه : .....

٤. النمو الحركي عند الطفل :

حدد العمر الذي استطاع فيه الطفل أن :

١. يجلس بدون مساعدة أحد : .....
٢. يمشي ممسكاً ومستنداً على أثاث المنزل : .....
٣. يمشي بمفرده (بدون معاونة أحد) : .....
٤. يأكل باستخدام أدوات المائدة وفي إناء مخصص له : .....
٥. يشرب من الأكواب بدون مساعدة أحد : .....



## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٦. ينهي التدريب على عملية الإخراج : .....
٧. يظل جافا أثناء النهار : .....
٨. يضل جافا طوال الليل : .....

بشكل عام حدد :

١. مستوى استخدامه لعضلاته : .....
٢. مستوى استخدامه لعضلاته الكبيرة : .....
٣. التناسق الحركي : .....
٤. التأزر الحركي البصري : .....
٥. عنايته بشيابه وحذائه : .....
٦. استخدام الحمام : .....
٧. المظهر العام للطفل : .....

٥. النمو الاجتماعي عند الطفل :

١. اهتمامات الطفل وميوله : .....
٢. هل يوصف الطفل بالخجول المنزوي (وضح) : .....
٣. هل يوصف - بالمرح - المتعاون - المشارك (وضح) : .....
٤. اكتب وصفا لأبرز أصدقائه مع أسماءهم : .....

٦. النمو العقلي :

١. نتيجة اختبار الذكاء : .....
٢. نتيجة مقياس الميول : .....
٣. هل يجب الطفل المركز : .....

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٤. حدد مستوى القدرات التالية مبينا دورك كولي أمر في مساعدة ابنك :

- التذكر : .....
- الانتباه : .....
- التمييز : .....
- التفكير : .....
- التخيل : .....
- الإستيعاب : .....

٥. هل تؤيد كآب أن يدمج ابنك في المدرسة العادية أم يكون في مركز خاص بالطلبة التوحدين (وضح الأسباب) : .....

٦. في حال أن ترغب في أن يكون ابنك في مركز تربية خاصة حدد نوع المركز : -  
داخلي - نهاري - جزئي - حدد السبب : .....
٧. وضح الأدوار الموكلة لك والمتوقعة لمساعدة ابنك في المركز : .....

٧. النمو النفسي للطفل :

١. اكتب وصفا لشخصية الطفل : .....
٢. وضح ما يلي مبينا دورك كآب في تنمية كل من :
  - ثقته بنفسه : .....
  - مخاوفه : .....
  - استجاباته للتعليمات : .....
  - رضاه عن ذاته : .....
  - عنايته بنفسه : .....
  - التزامه بالشعائر الدينية : .....

٨. النمو السلوكي :

١. السلوكيات التي يفضلها الطفل : .....
٢. كيفية قضاء وقت الفراغ : .....
٣. أنواع الألعاب التي يفضل لعبها : .....
٤. برامج التلفاز التي يفضل مشاهدتها ودور الأهل في توجيهه : .....

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٩. نظرة المحيطين بالطفل له :

التوقعات	نقاط الضعف	نقاط القوة	نقاط القوة والضعف/المحيطون
			من وجهة نظر الآباء .
			من وجهة نظر المعلمين .
			من وجهة نظر المرشد .
			من وجهة نظر أصدقائه .
جوانب إبداعية أو تفوق أو موهبة تلاحظ على الطفل : .....			

١٠. ردود فعل الأهل في التعامل مع الطفل التوحدي ومشكلاته :

١. عند اكتشاف مشكلة الطفل فإن الوالدين تعاملوا على النحو التالي : - صدمة - نكران - رضا - لوم ، وضح ذلك :  
.....
٢. تأثير مشكلة الطفل التوحدي على العلاقة بين الوالدين : .....
٣. تأثير مشكلة الطفل التوحدي على التعامل مع الآخرين المحيطين : .....
٤. ردود أفعال أخوة الطفل التوحدي على مشكلاته : ( - تقبل - رفض - حزن ) .
٥. سبب المشكلات من وجهة نظر الأهل : .....
- .....
- .....
- .....

١١. طريقة الأهل في التعامل مع مشكلات الطفل :

- مدى تلبية حاجات الطفل النفسية من قبل أفراد الأسرة : ( - الحب - الانتماء - المرح - الدعابة - الاستقلالية ) :  
.....  
.....  
.....

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

حدد الطريقة التي يستخدمها الأهل لجعل البيئة الأسرية مناسبة لتكيف الطفل مثل :  
 (- توفير ظروف اجتماعية مناسبة - توفير مثيرات محسوسة - توفير معززات مختلفة  
 - البقاء بنفس البيئة والابتعاد عن التغيير - وضع صور بسيطة تتناسب يمكن  
 التعلم من خلالها) : .....

المشكلات التي يعاني منها الطفل ودور الأهل والمدرسة والمحيطين والأخصائي في  
 التعامل معها

ت	المشكلة	الأساليب المستخدمة من قبل الأهل (في حال وجودها)	الأساليب المستخدمة من قبل المحيطين بالطفل (في حال وجودها)
١	الخجل		
٢	العناد		
٣	نوبات الغضب		
٤	العدوان		
٥	النشاط الزائد		
٦	ضعف تحصيل دراسي		
٧	تدني مفهوم الذات		
٨	شرود الذهن		
٩	عزوف عن الطعام		
١٠	التبول اللاإرادي		
١١	مشكلات أخرى (اذكرها)		

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

طرق يستخدمها الأهل في التعامل مع الضغوط النفسية المتولدة من مشكلات الطفل

التوحيدي : .....

.....

.....

.....

حدد المشكلات المرتبطة باضطراب التوحد ودور كل من الأهل والمدرسة والمحيطين والأخصائي النفسي بالطفل والأساليب المستخدمة في التعامل معها .

ت	المشكلة	أساليب مستخدمة من قبل الأهل (في حال وجودها)	أساليب مستخدمة من قبل المحيطين بالطفل (في حال وجودها)
١	الافتقار للابتسام الاجتماعية .		
٢	البقاء وحيدا .		
٣	عدم تقبل الآخرين .		
٤	الانشغال بألعاب فردية .		
٥	عدم الإحتفاظ بعلاقاته مع الآخرين .		
٦	إظهار استجابات انفعالية غير مناسبة .		
٧	عدم الخوف من المخاطر .		
٨	الصرخات غير الطبيعية .		
٩	السلوك النمطي .		
١٠	اللغة غير المفهومة .		
١١	صعوبة البدء بالمحادثة .		

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

١٢	عكس الضمائر
١٣	إيذاء الذات
١٤	رفض التغيير
١٥	التحديق بالشيء لفترات طويلة
١٦	عدم الإحساس بالألم
١٧	ضعف الذاكرة
١٨	ضعف الاستجابة للتعليمات
١٩	ضعف التواصل البصري
٢٠	مشكلات أخرى (اذكرها)

ترتيب المشكلات الطفل (ضع دائرة على رقم المشكلة الأكثر أهمية) :

- ١ .....  
 ٢ .....  
 ٣ .....

أعط وصفا للمشكلة الأكثر أهمية عند الطفل :

- .....  
 .....  
 .....

١٢. البرنامج العلاجي لمساعدة الطفل :

١. حاجات يحتاجها الأهل من الأخصائي للتعامل مع الطفل : .....  
 ٢. حاجات يحتاجها الأهل من الأخصائي للتعامل مع مشكلات الطفل السلوكية والنفسية والانفعالية الاجتماعية : .....  
 .....

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٣. حاجات يحتاجها الأهل من المحيطين بالطفل لسهولة التعامل مع مشكلاته : ...

٤. ما يتوقعه الأهل من الأخصائي : ...

٥. طبيعة التعاون القائم حاليا بين الأسرة والمركز : ...

٦. الأهداف العامة للبرنامج المتوقع من المرشد الأسري لتحقيقه من قبل أفراد الأسرة :

## ١٣. الجوانب المهنية لدى الطفل التوحدي :

١. ما هي المهارات التي يستطيع الطفل إتقانها : ...

٢. ما هي المهارات التي يحتاجها الطفل لإتقانها في المرحلة الحالية : ...

٣. ما هي المهارات التي يفكر بها الطفل ترتبط بمشكلة التوحد : ...

٤. ما هي المهن التي يفكر بها الطفل وتناسب إعاقته : ...

٥. ما الأمور التي يعملها الأهل لمساعدته في اختيار المهنة المناسبة له : ...

٦. ما هي الأمور التي يحتاجها الأهل من الأخصائي لمساعدة الطفل في اختيار المهنة المناسبة :

١٤. ملخص حالة الطفل :

.....
.....
.....
.....

١٥. توصيات أخصائي التربية الخاصة :

.....
.....
.....
.....

اسم الشخص الذي قام بتعبئة الاستمارة :	التوقيع :	التاريخ : / / ٢٠
تم مراجعة الاستمارة من قبل :	التوقيع :	التاريخ :
علاقته بالطفل (صلة القرابة بالطفل)		



المحتويات

٣	مقدمة الكتاب
---	--------------

الفصل الأول

مدخل إلى اضطرابات طيف التوحد

٨	تعريف اضطراب التوحد
١٣	خصائص أطفال طيف التوحد
١٥	- الخصائص الاجتماعية
١٧	- الخصائص اللغوية
١٩	- الخصائص النفسية والانفعالية
٢٠	- الخصائص التواصلية
٢٢	- الخصائص السلوكية والاهتمامات المحدودة
٢٤	- الخصائص المعرفية
٢٩	أعراض ومؤشرات التوحد
٣٣	نسبة انتشار التوحد
٣٧	أسباب التوحد
٣٧	أطياف التوحد
٤٢	مراجع الفصل الأول

الفصل الثاني

قضية تشخيص الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد

٥٠	التشخيص المبكر لاضطراب التوحد
٥١	المؤشرات المبكرة لاضطراب التوحد
٥٣	تشخيص اضطرابات طيف التوحد
٥٥	أهمية تشخيص اضطرابات طيف التوحد

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٥٥	أهداف تشخيص طيف التوحد
٥٦	مراحل تشخيص طيف التوحد
٥٧	معوقات تشخيص الأطفال ذوي طيف التوحد
٥٧	تشخيص اضطراب طيف التوحد (ASD) وفقاً للطبعة الخامسة
٦٣	للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5)
٧٣	ملاحظة الاضطراب التوحدي
٧٧	الفحوصات الطبية المطلوبة أثناء تشخيص الأطفال التوحدين
٨٣	الضوابط التنظيمية في تشخيص الأطفال التوحدين
٨٦	إجراءات تطبيقية لتشخيص حالة طفل توحدي
٩٠	تقييم الأطفال التوحدين
٩٠	- مبادئ في تقييم الأطفال التوحدين
٩٢	- أساليب تقييم الأطفال التوحدين
٩٥	دراسة الحالة في مجال التوحد
٩٥	- أهمية دراسة الحالة
٩٦	- أهداف دراسة الحالة
٩٧	- شروط نجاح دراسة الحالة
٩٨	- دراسة حالة لطفل توحدي
٩٨	مراحل تنفيذ دراسة الحالة
١٠١	مراجع الفصل الثاني

## الفصل الثالث

### قضية دمج الأطفال ذوي طيف التوحد والتدخل المبكر

١٠٧	مفهوم الدمج
١٠٧	مفهوم الدمج
١٠٩	أشكال الدمج
١١١	مبررات الدمج

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

١١١	أهداف الدمج
١١٣	إيجابيات الدمج
١١٤	سلبيات الدمج
١١٥	الدراسات التي أجريت حول موضوع الدمج
١١٥	فوائد دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية
١١٨	التجارب الدولية في مجال الدمج
١٢٣	أسلوب تنفيذ الدمج
١٢٥	دمج الأطفال التوحدين في المدارس العادية
١٢٧	شروط الدمج
١٣٠	الصعوبات التي تواجه الدمج
١٣٤	فوائد دمج الأطفال التوحدين في المدارس العادية
١٣٧	دور المجتمع في تنمية الاتجاهات الإيجابية لدى أطفال التوحد في مدارس الدمج
١٤١	التدخل المبكر في مجال التوحد
١٤١	- تعريف التدخل المبكر
١٤١	- الاكتشاف والتدخل المبكر لأطفال طيف التوحد
١٤٢	- مراحل الطفولة والتدخل المبكر
١٤٣	- فئات الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة وخدمات التدخل المبكر
١٤٣	- برامج التدخل المبكر لذوي الحاجات الخاصة
١٤٤	الأسرة وفاعلية أدوارها مع أطفال التوحد عند التدخل المبكر
١٤٥	سياسات فعاليات التدخل المبكر مع أطفال التوحد
١٤٧	أهم المشكلات المرتبطة بالكشف والتعرف المبكر
١٥٣	المؤشرات المبكرة للتعرف على الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وطيف التوحد

١٥٥	مراجع الفصل الثالث
-----	--------------------

الفصل الرابع

مشكلات التواصل عند الأطفال التوحديين

١٦٢	مفهوم الاتصال
١٦٣	الاتصال اللغوي
١٦٤	خصائص الاتصال اللغوي
١٦٥	التواصل عند أطفال التوحد
١٦٦	مظاهر اضطرابات التواصل لدى أطفال التوحد
١٦٩	مراحل تطور التواصل لدى الأطفال التوحديين
١٧٠	طرق التواصل لدى أطفال التوحد
١٧٣	صعوبات التواصل الاجتماعي عند الأطفال التوحديين
١٧٥	مشكلات اللغة والاتصال عند التوحديين
١٧٨	علاج مشاكل اللغة والتواصل عند التوحديين
١٧٩	مهارات السلوك والتواصل لدى الطفل التوحدي
١٨٠	تقييم مهارات التواصل
١٨٢	التواصل البديل الإثرائي
١٨٤	نظم التواصل البديلة
١٨٥	لغة الإشارة
١٨٧	ألواح التواصل
١٨٧	طرق تنمية مهارات التواصل عند الأطفال التوحديين
١٩٥	اختبارات اللغة والتواصل
١٩٩	مراجع الفصل الرابع .

الفصل الخامس

مشكلات اللغة والكلام عند أطفال طيف التوحد

٢٠٤	نظريات اكتساب اللغة
-----	---------------------

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٢٠٧	الأصوات اللغوية
٢٠٧	- أقسام اللغة
٢٠٨	- تصنيف الأصوات اللغوية
٢٠٨	النمو اللغوي
٢٠٩	- العوامل المؤثرة في نمو اللغة
٢١١	- العوامل التي تساعد على نمو المهارة اللغوية
٢١٢	- مراحل تطور النمو اللغوي
٢١٧	استخدامات اللغة
٢١٨	اضطرابات اللغة
٢١٩	- تصنيف اضطرابات اللغة
٢٢٠	- أهم مظاهر اضطرابات اللغة
٢٢٢	أسباب تأخر نمو اللغة
٢٢٤	تقييم التأخر اللغوي
٢٢٤	تنمية المهارات اللغوية عند الأطفال
٢٢٥	استراتيجيات تنمية وتطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال
٢٢٨	أسباب تأخر النطق عند الأطفال
٢٢٩	قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية
٢٣١	اللغة عند الأطفال ذوي طيف التوحد
٢٣٤	خصائص اللغة عند التوحدين
٢٣٥	مشكلات اللغة لدى الأطفال ذوي التوحد
٢٣٧	تعديل مشكلات اللغة لدى الأطفال ذوي التوحد
٢٤١	مراجع الفصل الخامس

الفصل السادس

المشكلات السلوكية والنفسية لدى الأطفال التوحدين

٢٤٧	مفهوم المشكلات السلوكية والنفسية
-----	----------------------------------

## قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٢٥٠	أسباب المشكلات السلوكية لدى الأطفال التوحدين
٢٥١	أبرز المشكلات السلوكية لدى الأطفال التوحدين
٢٥١	- السلوك الاستحواذي
٢٥٢	- السلوكيات النمطية المتكررة
٢٥٤	- نقص الانتباه والحركة المفرطة
٢٥٦	- أنماط سلوكية مخجلة
٢٥٧	- السلوكيات العدوانية
٢٥٨	- مشكلة مص إبهام اليد
٢٦٠	أبرز المشكلات النفسية لدى الأطفال التوحدين
٢٦٠	- مشكلة القلق
٢٦٢	- مشكلة الاكتئاب
٢٦٣	- مشكلة الإحباط
٢٦٤	- مشكلة تدني مفهوم الذات
٢٦٩	مشكلات واضطرابات النوم لدى الأطفال التوحدين
٢٧١	مشكلة الأكل عند الأطفال التوحدين
٢٧٤	مشكلة التغذية والهضم
٢٧٧	مشكلات فترة المراهقة
٢٨٠	مشكلات، التوظيف
٢٨١	دور تنظيم البيئة المنزلية في الحد من مشكلات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد
٢٨٩	مراجع الفصل السادس

## الفصل السابع

### المشكلات الانفعالية والاجتماعية لدى الأطفال التوحدين

٢٩٥	النمو الانفعالي عند الأطفال التوحدين
٢٩٥	- مظاهر النمو الانفعالي

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٢٩٦	- وظائف الانفعالات
٢٩٧	المشكلات الانفعالية لدى أطفال طيف التوحد
٢٩٨	- نوبات الغضب أو الهيجان
٣٠١	- الغيرة
٣٠٢	- الخوف
٣٠٤	- الخجل
٣٠٨	- الشعور بالنقص
٣٠٨	- السلبية وعدم الطاعة
٣٠٨	- العزلة و البرود الانفعالي
٣٠٩	المشكلات الاجتماعية لدى أطفال طيف التوحد
٣٠٩	- مفهوم المهارات الاجتماعية
٣١٠	- مكونات المهارات الاجتماعية
٣١١	- أبعاد المهارات الاجتماعية
٣١٤	- أهم المشكلات الاجتماعية
٣٢٢	المشكلات الأسرية
٣٢٥	مراجع الفصل السابع

الفصل الثامن

مشكلات تعليم وتدريب الأطفال ذوي طيف التوحد

٣٣١	المشكلات المعرفية
٣٣٣	مشكلات تؤثر على التحصيل الأكاديمي لدى الأطفال التوحدين
٣٣٣	- المشكلات السمعية
٣٣٣	- المشكلات البصرية
٣٣٦	مشكلات التدريب على مهارات الحياة اليومية
٣٣٩	إرشادات لمعلمي ومعلمات أطفال ذوي اضطراب التوحد
٣٤٤	الرعاية التربوية والتعليمية

قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

٣٤٧	مشكلات تتعلق بالدراسة
٣٤٨	مراجع الفصل الثامن

الفصل التاسع

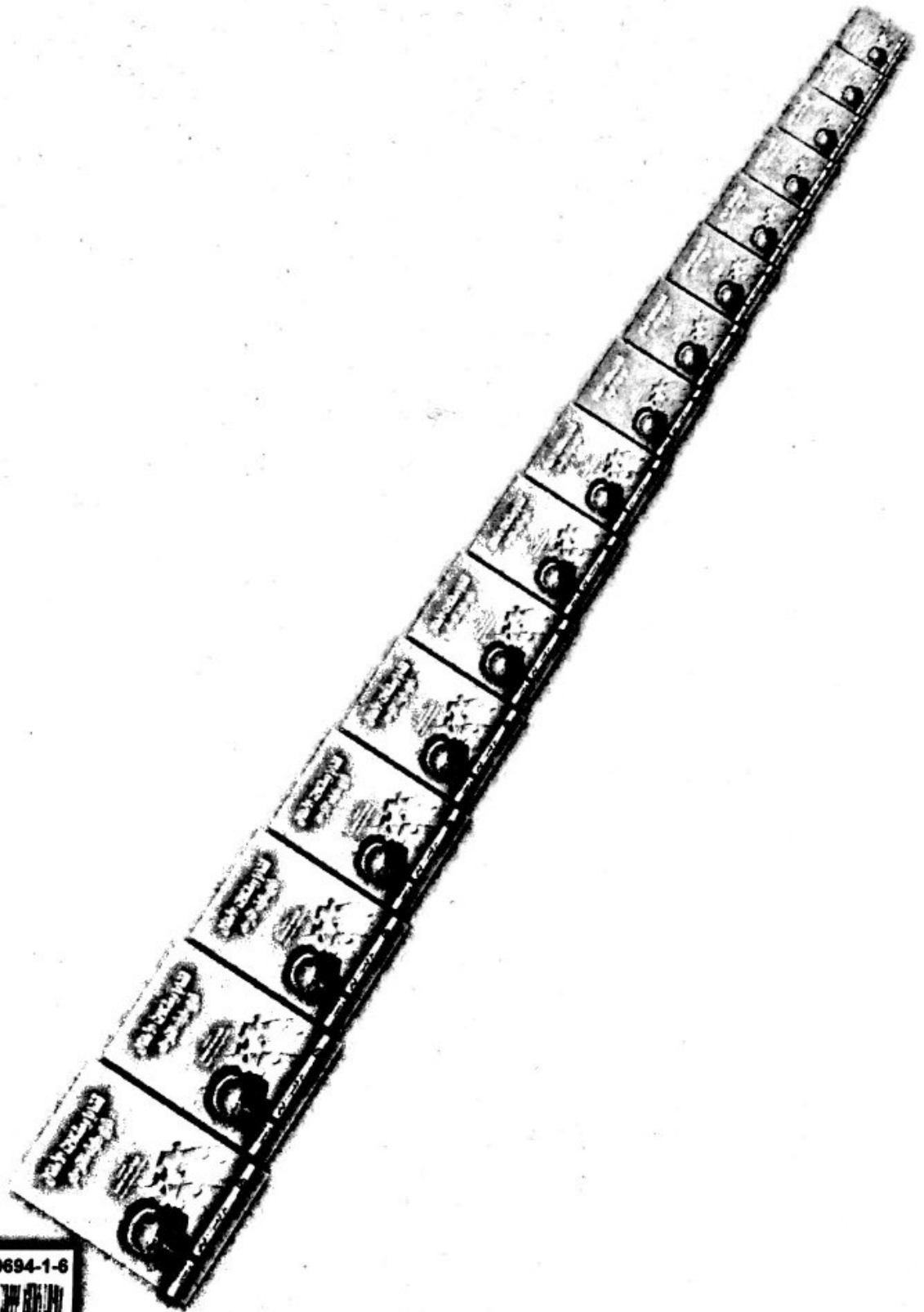
إرشاد الأطفال ذوو اضطرابات طيف التوحد وأسره

٣٥٣	الإرشاد النفسي للأطفال وأسره
٣٥٤	أهداف الإرشاد النفسي
٣٥٥	الإرشاد الأسري لذوي الاحتياجات الخاصة
٣٥٦	إرشاد أسرة الطفل المعوق
٣٥٦	أهداف الإرشاد الأسري
٣٥٧	دور المرشد الأسري في عملية الإرشاد
٣٥٨	أهمية الإرشاد النفسي للأطفال
٣٥٩	المبررات التي تستدعي إرشاد والدي الطفل المعوق
٣٥٩	كيفية إرشاد الوالدين
٣٦٠	ردود فعل الوالدين لولادة طفل معاق
٣٦٣	إرشاد الأطفال ذوي طيف التوحد
٣٦٤	أنواع برامج التدخل
٣٦٥	دور الإرشاد في تعديل ثقافة الأسرة للتعامل الفعال مع ذوي الاحتياجات الخاصة
٣٦٥	إعداد الوالدين للتعامل مع ذوي الحاجات الخاصة .
٣٦٨	إرشاد الأطفال التوحديين وأسره
٣٦٩	مسؤوليات الأسرة نحو الطفل التوحدي
٣٧٠	إرشادات التعامل مع الطفل التوحدي
٣٧٨	مراجع الفصل التاسع
٣٨١	قاوس مفردات ومصطلحات ذات العلاقة بموضوع الكتاب



قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد

الملاحق :	
٤١١	- الملحق رقم (١) : نموذج استمارة للكشف عن حالات التوحد .
٤١٨	- الملحق رقم (٢) : نموذج دراسة حالة طفل توحد .
فهرس الأشكال :	
٣٤	- الشكل رقم (١) : نسبة انتشار اضطراب التوحد .
٨٧	- الشكل رقم (٢) الإجراءات الأساسية في تشخيص حالات التوحد .
١٧٠	- الشكل رقم (٣) : طرق التواصل لدى أطفال التوحد .
٢٠٩	- الشكل رقم (٤) : العوامل التي تؤثر في نمو اللغة
فهرس الجداول :	
٧٢	- الجدول رقم (١) : مستويات الخطورة لاضطراب طيف التوحد
٧٥	- الجدول رقم (٢) : العلامات الأولى التي تظهر على الطفل بعمر (١,٥-٤) سنوات .
٢٦٦	- جدول رقم (٣) : مظاهر نمو مفهوم الذات عند الطفل خلال مراحل العمر .
٢٨٣	- الجدول رقم (٤) : أسباب مشكلات النوم وكيفية معالجتها عن طريق تنظيم البيئة .
٣٣٧	- الجدول رقم (٥) : المشكلات التي تواجه عملية التدريب على استخدام الحمام .



ISBN : 978-603-90694-1-6



313587

DAR AL-ZAHRAA

الرياض . طريق مكة المكرمة

ت: ٤٦٤١١٤٤ - ف: ٤٦٥٩٥٣٧

dar\_alzahraa@hotmail.com ozahraa@hotmail.com  
www.daralzahraa.com.sa

(Power Point)



دار الزهراء  
للنشر والتوزيع