فاعلية برنامج تدريبى تأهيلى للطفل التوحدى

"دراسة حالة"

إعداد

دكتورة/منى خليفة على حسن

مدرس الصحة النفسية – كلية التربية – جامعة الزقازيق.

المقدمة

تعتبر عملية التشخيص لحالات التوحدية من أكثر عمليات تشخيص الإعاقات صعوبة وتعقيداً، ويرجع السبب إلى التباين فى الأعراض من حالة إلى أخرى من حالات التوحدية، وهذا التنوع الكبير فى خصائص ومستويات وأعراض وشدة الإعاقة تزيد من صعوبات التشخيص الدقيق لحالات التوحدية سيجل (١٩٩٨) Siegel. ويذهب هولمز (١٩٩٨) Holmos إلى أن التوحدية تعد بمثابة إضطراب نمائى حاد يظهر على الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره، ويعتبر نتيجة لإضطراب عصبى يؤثر على الأداء الوظيفى للمخ، وتؤكد هودجون (١٩٩٩) Hodgon أن التوحدية تؤثر فى قدرة الطفل على التواصل وفهم اللغة واللعب والتفاعل مع الآخرين.

الإطار النظرى

يحدد دليل التصنيف الإحصائى للأمراض والإضطرابات فى طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) عدداً من الأعراض الكاملة كالتالى: لا تكون هناك فى العادة مرحلة سابقة أو أكيدة من التطور السوى، لكنها إن وجدت لا تتجاوز السنة الثالثة من العمر، وقد توجد دائمًا إختلالات كيفية فى التعامل المتبادل، وهى تأخذ شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الإجتماعية والإنفعالية، كما تتجلى فى فقدان الإستجابة لمشاعر الآخرين أو عدم تعديل السلوك وفقاً للإطار الإجتماعى أو كليهما، وباستخدام ضعيف للرموز الإجتماعية، وتكامل ضعيف بين السلوكيات الإجتماعية والإنفعالية والتواصلية، وخاصة فقدان التبادل الإجتماعى العاطفى، كذلك تنتشر الإختلالات الكيفية فى التواصل، وقد تأخذ شكل عدم الإستخدام الإجتماعى لأى مهارات لغوية قد تكون موجودة، واختلال فى ألعاب الخيال والتقليد

الإجتماعى، وضعف المرونة فى التعبير اللغوى، وفقدان نسبى للقدرة على الإبداع والخيال فى عمليات التفكير، وفقدان الإستجابة العاطفية لمبادرات الاخرين اللفظية وغير اللفظية، واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من النبرات وأساليب التوكيد للتعبير عن الرغبة فى التواصل. وكذلك عدم استخدام الإيماءات المصاحبة التى تساعد فى التأكيد على التواصل الكلامى، وتتميز الحالة أيضاً بأنماط من السلوك والإهتمامات والأنشطة تتسم بمحدوديتها وتكراريتها ونمطيتها، وقد تأخذ هذه الأنماط شكل الميل نحو فرض قدر من التصلب والروتين على نطاق واسع من أوجه الأداء اليومى، كما ينطبق ذلك على الأنشطة الجديدة، وأنماط اللعب. وفى الطفولة المبكرة على وجه الخصوص قد يكون هناك ارتباط بأشياء غير عادية ولاسيما القاسية منها، وقد تكون هناك انشغالات نمطية ببعض الاهتمامات مثل التواريخ والطرق والجداول الزمنية، واهتمام خاص بعناصر غير وظيفية فى الأشياء (مثل رائحتها أو ملمسها) كما قد توجد مقاومة لأى تغيرات فى روتين البيئة الشخصية (مثل تحريك قطع الأثاث أو ما شابه ذلك..) بالإضافة إلى هذه الملامح التشخيصية النوعية فإن الأطفال التوحديون كثيراً ما يظهرون نطاقاً من المشكلات الأخرى غير النوعية مثل: الخوف أو الرهاب أو اضطراب النوم والأكل ونوبات المزاج العصبى والعدوان وايذاء النفس شائع نسبياً ولا سيما إذا كانت هناك حالة تخلف عقلى شديد وأغلب المصابين بالتوحدية يفتقرون إلى التلقائية والمبادرة والقدرة على الإبداع فى تنظيم أوقات الفراغ. ويمكن لكل مستويات حاصل الذكاء IQ أن تصاحب التوحدية، ولكن فى ثلاثة ارباع الحالات توجد درجة كبيرة من التخلف العقلى، وقد صدر عن الجمعية الأمريكية للتوحدية (١٩٩٩) Autism Society of America أن التوحدية وما يرتبط بها من سلوكيات تحدث لفرد واحد من بين كل خمسمائة فرد أى بنسبة ١:٥٠٠، وأن نسبة انتشارها بين الذكور تزيد عن إنتشارها بين الإناث بأربعة أضعاف، وليست هناك حدود إجتماعية أو حدود تتعلق بالعنصر أو السلالة تؤثر فى احتمال حدوثها، كما أنها لا تتأثر بدخل الأسرة أو المستويات التعليمية لأفرادها، ويضيف مركز مقاومة الأمراض والوقاية منها بالولايات المتحدة الأمريكية Center for disease Control and Prevention أن التوحدية لا ترتبط بأى تاريخ أسرى أو أى ممارسات أسرية أو ثقافية وهو الأمر الذى أدى إلى رفض بعض النظريات التى سادت من قبل والتى ربطتها ببعض السلوكيات الوالدية. وتذهب الجمعية الأمريكية للتوحدية (١٩٩٩)America Autism society of إلى أن معدل الإنتشار هذا قد جعل من التوحدية ثالث أكبر الإضطرابات النمائية شيوعاً، بل يعد أكثر

شيوعاً من زملة أعراض داون حيث يرون أن التوحدية وما يرتبط بها من إضطرابات تحدث تقريباً لدى ستين حالة من بين عشرة آلاف حالة ولادة.

ويحدد المركز الطبى بمدينة ديترويت الأمريكية (١٩٩٨) Detroit medical center عدداً من السمات التى تميز الأطفال التوحديين وذلك فى المجالات الاتية:

السلوكيات: يحدث سلوك متكرر من جانب الطفل بداية من العام الثانى من عمره كأن يستمر فى إضاءة الأنوار أو إطفائها أو يستمر فى نقل الدمية من إحدى يديه إلى اليد الأخرى أو يمشى فى أرجاء الحجرة يتحسس الحوائط، وقد يكون الطفل مفرطاً فى الفاعلية أو السلبية، كما يقوم بتكرار اللعب مع شخص واحد أو بشىء واحد. وقد تتضمن الحركات الجسمية العامة التى قد يأتى بها مثل ضرب الرأس فى الحائط أو تشبيك الأيدى أو ثنيها، وقد يبدى سلوكيات عدوانية عنيفة، كما يفتقر بشكل واضح إلى الوعى بالأمان وتنتابه نوبات غضب وبكاء مستمر دون أن يكون هناك سبب واضح.

العمليات الحسية والإدراكية: قد يبدو الطفل التوحدى وكأنه أصم حتى وإن كانت قدرته على السمع عادية، وإذا تمت مضايقته قد يلجأ إلى الضوضاء الشديدة، وقد يضع أصابعه فى أذنيه أو يغطيهما عند سماع أصوات معينة، وغالبا ما ينجذب إلى الموسيقى وخاصة الخفيفة منها ولديه ردود فعل غير عادية للإحساسات المادية .

اللعب: ويتسم الطفل التوحدى بنقص أو قصور فى اللعب التلقائى أو التخيلى كما لا يبدى أى مبادرات للعب التظاهرى ولا يقلد أفعال الآخرين..

التواصل: يلاحظ على الطفل التوحدى أن لغته تنمو ببطء أو لا تنمو على الإطلاق كما أنه يستخدم الكلمات دون أن يكون لها معنى، وغالبا ما يقوم بتكرار غير ذى معنى لكلمات أو عبارات ينطق بها شخص آخر، وفى أغلب الأحيان يستخدم الإشارات بدلاً من الكلمات، ولا يستخدم الحديث للتواصل ذى المعنى، وإلى جانب ذلك فإن الإنتباه يتسم بقصر مداه.

العلاقات الإجتماعية: قد يفشل الطفل التوحدى فى التفاعل مع القائمين على رعايته إذ أنه يقضى جزءاً كبيرا من الوقت بمفرده بدلاً من تواجده مع الآخرين، إلى جانب أن الطفل يعانى من القصور الإهتمامات الإجتماعية قياساً بأقرانه الذين فى مثل سنه فيبدى قدراً ضئيلاً من الإهتمام بتكوين صداقات، وتقل إستجابته للإشارات الإجتماعية كالتواصل بالعين أو الإبتسام مثلا.

ويتضح من عرض تلك السمات أن جميعها يمثل أوجه قصور فى هذا الجانب أو ذاك يمكن

من خلالها التعرف على الطفل التوحدى وتمييزه عن غيره من الأطفال الذين يعانون من إضطرابات شبيهة.

وإلى جانب ذلك فهناك عدداً من المحكات حددتها المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض- تصنيف الإضطرابات النفسية والسلوكية. الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية ICD/10 1999.

ويتضمن ذلك حدوث خلل فى التفاعل الإجتماعى، التواصل، اللغة، السلوكيات بحيث يحدث الإضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره وذلك على النحو الآتى:

١.حدوث خلل أو قصور كيفى فى التفاعل الإجتماعى كما يتضح من انطباق اثنين على الأقل من البنود التالية على الطفل:

ا.حدوث خلل أو قصور واضح فى استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة كالتواصل بالعين والتعبيرات الوجهية والإرشادات أو الإيماءات الإجتماعية وذلك لتنظيم التفاعل الإجتماعى

ب. الفشل فى إقامة علاقات مع الأقران تتناسب مع المستوى النمائى .

ج.نقص فى البحث أو السعى التلقائى للمشاركة مع الآخرين فى الاستماع أو الإهتمامات، أو الإنجاز كما يتضح مثلا فى نقص القدرة على إيضاح الأشياء موضع الاهتمام أو إحضارها معه أو الإشارة إليها.

د.نقص فى تبادلية العلاقات الإجتماعية مع الآخرين أو مشاركتهم انفعالياً.

٢.حدوث خلل أو قصور كيفى فى التواصل كما يتضح من انطباق بند واحد على الأقل من البنود التالية على الطفل التوحدى:

ا.تأخر أو نقص كلى فى اللغة المنطوقة بشرط ألا يصاحبه أى محاولة تعويضية من جانب الطفل لإستخدام الأنماط البديلة للتواصل كالإيماءات أو التمتمة الصامتة.

ب.خلل أو قصور واضح فى القدرة على المبادأة فى إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين، وذلك بالنسبة للأطفال التوحديين ذوى المستوى اللغوى المناسب.

ج.إستخدام نمطى أو متكرر للغة خاصة به.

د.نقص أو قصور فى اللعب التظاهرى أو الادعائى التلقائى والمتنوع أو اللعب الإجتماعى القائم على التقليد والمناسب للمستوى النمائى للطفل.

٣.أولا:حدوث أنماط سلوكية البنود التالية واهتمامات وأنشطة متكررة ونمطية كما يتضح من إنطباق واحد على الأقل من على الطفل:

ا.انشغال كبير باهتمام نمطى واحد أو أكثر يعتبر غير عادى سواء فى مدى حدته أو بؤرة الاهتمام الخاصة به.

ب.التمسك الصارم وغير المرن بطقوس معينة أو روتين غير عملى وفعال.

ج.أساليب أداء نمطية متكررة كالتصفيق بالأيدى أو الأصابع وتشبيكها، أو ثنيها أو الحركات العنيفة بكامل الجسم.

د.الإنشغال الدائم بأجزاء من الأشياء.

ثانيا: حدوث تأخر أو أداء غير عادى فى واحد على الأقل من المجالات التالية، علىأن يحدد ذلك قبل أن يصل الطفل إلى الثالثة من عمره:

١. التفاعل الإجتماعى.

٢.اللغة كما تستخدم فى التواصل الإجتماعى.

٣.اللعب الرمزى أو التخيلى.

مشكلة الدراسة

رغم مضى ما يقرب من نصف قرن على اكتشاف (أو بمعنى أدق التعرف) على هذا النوع من الإعاقة، وبالرغم من الإهتمام الواسع التى حظيت به من المتخصصين والباحثين فى مجالات العلوم الطبية والنفسية والعصبية فلازالت المشاكل والغموض تحيط بتحديد العوامل المسببة والأساليب الدقيقة للتشخيص من جهة وبالوقاية والعلاج والتأهيل من جهة أخرى، ويزيد من الغموض الذى يحيط بأعراض وتشخيص حالات التوحد تشابه بعض هذه الأعراض مع أعراض إعاقات أخرى كالذهان والفصام وبالرغم من أن التصنيف الأخير فى الطبعة العاشرة لمنظمة الصحة العالمية للإضطرابات العقلية (١٩٩٩) قد حدد سبعة أعراض أو شروط لابد من توافرها فى الحالة الواحدة للحكم عليها بأنها حالة توحدية. إلا أن تقارير بعض البحوث التى أجريت فى الفترة الأخيرة على حالات إعاقة التوحد تبرز بعض الخصائص والسلوكيات التى اكتشفت لهذه الحالات تثير الكثير من التساؤل عن حقيقة هذه الإعاقة، وتزيد من الأسرار والغموض الذى يحيط بها حيث تبرز سلوكيات بعض الحالات نواحى من المهارات الخاصة غير العادية والذى قد لا يستطيع القيام بها حتى الأطفال الذين لا يعانون من أى إعاقة ذهنية مما يثير العديد من التساؤلات حول طبيعة التوحد ويزيد من حيرة الباحثين والمتخصصين فى العمل مع هذه الفئة من فئات الإعاقة.

أهمية الدراسة

من العرض السابق لخصائص الطفل التوحدى وأهم ما يميزه تستطيع الباحثة أن ترجع أهمية الدراسة الحالية وتلخصها فى النقاط الاتية:

١.ندرة البحوث والدراسات العربية التى تناولت تشخيص التوحدية (فى حدود علم الباحثة) من حيث التعرف على الأعراض وربط الأسباب بالنتائج، وتحديد اهم سمات الشخصية التى تعانى من التوحدية.

٢.التدخل ببرنامج تدريبى تأهيلى لتعديل سلوكيات الطفل التوحدى.

٣.الدراسة الحالية من الدراسات النادرة التى تعتمد على دراسة حالة واحدة رغم الاعتراضات التى توجه إلى مثل هذا النوع من الدراسات حيث أن دراسة الحالة (حالة واحدة) لا تزودنا بكل المعلومات الكافية من أجل تفسير مطمئن، إلا أن مثل هذا النوع من الدراسات له عدة مميزات (من وجهة نظر الباحثة) قد لا توجد فى الدراسات التى تستخدم عينات كبيرة ومن هذه المميزات فى حالة الطفل التوحدى يكون هناك تباين فى الأعراض من حالة إلى أخرى، وهذا التنوع الكبيرفى خصائص ومستويات وأعراض وشدة الإعاقة تزيد من صعوبات التشخيص الدقيق وبالتالى التدخل ببرامج تناسب كل طفل على حدة. يمكن الإستفادة من البرنامج فى مجال التأهيل النفسى للأطفال التوحديين.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تقديم برنامج تدريبى تأهيلى علاجى متكامل للمهارات اللغوية والإجتماعية للأطفال التوحديين والتحقق من مدى فعاليته فى دراسة الحالة، وإكساب الطفل مستوى جيد من التفاعلات مما قد يسهم بشكل مباشر فى تعديل بعض ما يصدر عنه من أنماط سلوكية ويسهل فى التعامل مع هذه الفئة من الإعاقة بشكل مناسب مما يسهل عليهم القيام بتعديل سلوكياتهم غير المناسبة، وبالتالى يزداد تكيفهم فى المجتمع الذى يشعرون فيه بالإنعزالية.

المصطلحات

التوحدية: Autism

تعد التوحدية بمثابة اضطراب نمائى وليس انفعالى بحسب ما ورد فى الطبعة الرابعة من دليل

التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤).

سوف تتبنى الباحثة تعريف رملاند (١٩٩٣) Rimland للتوحدية والذى يذكر فيه أنها مصطلح يشير إلى الإنغلاق على النفس وغياب القدرة على الإتصال اللغوى وثورات الغضب العام وتشتت الإنتباه وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين.

البرنامج التدريبى العلاجى

عملية منظمة مخططة تهدف إلى إكساب الطفل التوحدى بعض المهارات اللازمة للتواصل(مهارات التآزر البصرى، المهارات المهنية) بهدف تحقيق قدر مناسب من الإتصال بالآخرين وإقامة علاقات إجتماعية ناجحة، وذلك عن طريق تنمية قدرات واستعدادات هؤلاء الأطفال إلى أقصى حد ممكن. (الباحثة)

الدراسات السابقة:

فى دراسة ستامر (١٩٩٥) Stahmer تم اختيار ٧ أطفال توحديين يتراوح أعمارهم بين (٤-٧ سنوات) وعن طريق استخدام تدريبات الإستجابة المحورية Pivotal Response Training تم تعليمهم كيفية الإندماج فى عملية اللعب الرمزى. ووجد أن الأطفال التوحديون نادراً ما يظهرون أى نوع من أنواع اللعب الرمزى قبل القيام بتدريبهم، وبعد التدريب تعلموا أنواع معقدة وخلاقة من اللعب الرمزى على عدة مستويات تتشابه بدورها مع تلك الخاصة بالقدرات اللغوية.كما ظهر أيضا أن مهارات التفاعل الإجتماعى قد تطورت بعد المرور بهذه العملية التدريبية. وقد استعرض فاين وآخر (١٩٩١).Fein et. al الدور الذى يلعبه مشاركة الأم طفلها فى اللعب وتأثيرها علىكفاءة اللعب الرمزى المبكر لدى الطفل، وقد وجد أنه كما هو الحال بالنسبة لباقى أفراد الأسرة (الأشقاء) أو الآباء، أن الأمهات يستطعن تشجيع اللعب الإدعائى إلا أنه لا يوجد للأم دور محدد. أما بالنسبة للكيف والكم وجد أنه يتأثر أكثر بالعوامل الوالدية، وكذلك العوامل الأسرية الأخرى فضلاً عن العوامل الثقافية. وعن اللعب الرمزى لدى التوحديين استعرض جارولد وآخرون (١٩٩٣) Jarrold and others البحث التجريبى الذى تم تطبيقه على الأطفال التوحديين فى محاولة لتحديد نواحى القصور والضعف فى هذا المجال، وأكدت النتائج وجود دليل واضح على أن الطفل التوحدى لديه قصور واضح فى اللعب الرمزى التلقائى Spontoneous Symbolic Play إلا أن هذا لا يعنى عدم وجود القدرة لديهم على هذه النوع من

وقد اثبتت دراسة الغرورى وآخر (El-ghoroury et. al.(١٩٩٩ أن الأطفال التوحديون يستخدمون انماط أكثر تعقيداً من اللعب الرمزى عند انخراطهم فى اللعب مع أمهاتهم عنها فى حالة اللعب بمفرده. وفى مجموعة تدريبية تتكون من أربعة أطفال شخصت حالتهم بأنها تخلف عقلى متوسط ويعانون من التوحدية ثم تدريب الأطفال بعدد ١٠ جلسات علاجية بواسطة هارس وآخر (Harris et. al.(١٩٩٨ وتتركز تلك الجلسات فى تنمية اللعب الرمزى بالإضافة إلى إظهار مستويات أعلى من الرمزية فى سلوكيات اللعب، ويستكشف فوبات (Voyat (١٩٨٢ دور اللعب الرمزى فى النمو النفسى والمعرفى لدى الأسوياء وأيضاً فى علاج الطفل التوحدى وقد عرض فى هذه الدراسة نموذج لبرنامج علاجى للطفل التوحدى تم تطويره داخل كلية سيتى بنيويورك، وفى دراسة حالة لإيضاح مدى تأثير اللعب الرمزى مع الأقران على الطفل التوحدى قدمت ولفبرج و اخر (Wolfberg et. al. (١٩٩٣ وصف كيفى ونوعى للتغيرات فى السلوكيات الإجتماعية والرمزية لدى طفلة (افريقية-امريكية) مصابة بالتوحدية على مدى عشرة سنوات تبدأ منذ عمر الخامسة وحتى بلوغها عامها الخامس عشر مع التركيز على الفترة العمرية من (٩_١١). والهدف الأساسى لهذه الدراسة هو شرح وايضاح للعملية التى تقود أساساً إلى تنمية وتكوين علاقات إجتماعية متبادلة وإلى تمثيل رمزى، وكذلك المساعدة على فهم المحتوى الذى يؤدى إلى هذا التغيير من برامج تدريبية وأنشطة طويلة المدى، وقد تم ملاحظة التغيرات الدرامية التى تمر بها الطفلة أثناء اندماجها فى اللعب مع جماعة الأقران بما فيها المحاولات و الإنتقالات التى تمر بها بدءاً باللعب الفردى ووصولاً إلى اللعب الإجتماعى مع جماعة من الرفاق. وتلك التى تعتريها بدءاً من مرحلة ما قبل الرمزية ووصولاً إلى أنشطة اللعب التخيلى المختلفة. هذا بالإضافة إلى التحولات الرمزية المختلفة والمتوازية فى خطوط تطورها وذلك يشمل اللغة المنطوقة، اللغة المكتوبة، الرسم، وقد توصلت الدراسة إلى أن العلاقات الإجتماعية المتبادلة والقدرة على التواصل والتفاعل والتخيل الرمزى فى اللعب وكل ما يتعلق به من أنشطة تمثيلية ظهرت أكثر عندما زودت الطفلة بالمساندة الإجتماعية المناسبة، كما اقترحت الدراسة أن إدراك الأطفال التوحديين للآخرين وإهتماماتهم يمكن أن تعزز خلال خبرات اللعب الموجه، وأن ضعف العمليات الرمزية والتى غالباً ما تعزى إلى التوحدية يمكن أن يفسر على أنه مرحلة ثانوية للإنعزال الإجتماعى، وليس على أنه ضعف أساس فى العمليات المعرفية. أما الدراسات التى أجريت لغرض تحسين مهارات الأطفال التوحديين الإجتماعية مع أقرانهم فقد أجرت جيرلتش (١٩٩٨) Gerlach دراسة على ثمانية أطفال توحديين بالروضة بغرض تحسين مهاراتهم الإجتماعية

والتعرف على مقدار التحسن الذى قد يعترى تفاعلاتهم الإجتماعية مع أقرانهم النمطيين، وتم تدريب هؤلاء الأطفال جميعاً داخل الفصل فى إطار المنهج التربوى العادى مع إدخال بعض التعديلات عليه حتى تتناسب مع الأهداف الخاصة للبرنامج، وتم التدريب على المهارات الأكاديمية داخل الفصل أما المهارات الإجتماعية فقد تم تدريب الأطفال عليها وقت اللعب وتم تدريبهم على التفاعلات الإجتماعية فى الوقت الذى تم تخصيصه لذلك من وقت البرنامج. وأوضحت النتائج تحسن لدى سبعة من الأطفال التوحديين فى أربعة مجالات للمهارات الإجتماعية التى تم تدريبهم عليها وهى:

التواصل بالعين.

مهارات اللعب الرمزى.

أخذ الدور.

الإستجابات اللفظية وغير اللفظية.

واتضح من جانب آخر أن إتخاذ الأقران كنماذج يعد وسيلة ناجحة بدرجة كبيرة فى حدوث الإندماج بين الأطفال داخل الفصل ومن ناحية أخرى أجرت ستنجل (١٩٩٦) Stengle دراسة على ١٥ طفلاً توحدياً شاركوا فى برنامج الأنشطة الفنية التعاونية الشهرية مع مجموعة مماثلة من أطفال غير معاقين فى مثل سنهم فى متحف الطفل وتلقى الأطفال الأسوياء معلومات عن الإعاقات، وتم تشجيعهم كى يكونوا ودودين وأصدقاء لأقرانهم التوحديين. وكشفت النتائج عن حدوث تفاعلات أكثر إيجابية من جانب أطفال العينة جميعاً وذلك قياساً عما كانت عليه التفاعلات فيما بينهم عند بداية البرنامج. كما أجرى كوجل وآخر(١٩٩٦) .Koegel et. al دراسة للتعرف على مدى التحسن فى المشاركة الفعالة مع الأقران فى الأنشطة المختلفة، وذلك لدى عينة تتكون من خمسة أطفال ذكور توحديون بالروضة وأقرانهم وذلك خلال برنامج للمهارات الإجتماعية تم تدريبهم على مهاراته. وأوضحت النتائج أن برنامج المهارات الإجتماعية المستخدم قد أدى إلى حدوث آثار إيجابية لدى أطفال العينة مع حدوث زيادة فى مشاركتهم لأقرانهم وزيادة فى تفاعلاتهم مع الأطفال غير المعاقين ويذهب حلوانى (١٩٩٦) إلى أن الأطفال التوحديين يتسمون بعدم القدرة على المشاركة فى العلاقات الإجتماعية واضطرابات فى القدرة على عمل صداقات تقليدية إذ ليس لديهم المهارات اللازمة لذلك،كما ينقصهم التعاطف مع وجهات نظر ومشاعر الآخرين هم غالباً لا ينشغلون فى التفاعلات والأعمال التعاونية أو المتبادلة مع المحيطين بهم ومن ناحية أخرى فإنهم لا

يبادرون بإجراء حوار مع الآخرين، وإن بدأت المحادثة فإنها تكون محورية ذاتية بعيدة عن مستوى إهتمام المستمع وربما يهربون من منتصف المحادثة. كما أن كلامه ينقصه الوضوح والمعنى وهذا الأمر يعوقه عن التواصل الطبيعى مع الآخرين، كما أن لديه نقص فى التواصل البصرى وفهم التعبيرات الوجهية والإدعاءات الإجتماعية. ويرى اندرسون (١٩٩٨) Anderson أن أوجه القصور التخيلية والمعرفية والإجتماعية والقصور فى التواصل لدى الأطفال التوحديين إلى جانب ما يعانون منه من اختلال فى التواصل بالعين وتعبيرات الوجه من خلال العلاقة مع القائمين برعايتهم ترجع إلى إختلال التفاعل الإجتماعى فى الشهور الأولى من عمر الطفل،كما يتضح فى اختلال أو نقص قدرتهم على الحملقة.وتؤكد هودجون (١٩٩٩) Hodgon أنه يمكن تحسين مستوى التفاعلات الإجتماعية بدرجة كبيرة خلال الاهتمام بتنمية المهارات الإجتماعية حيث تتضمن تلك المهارات الوظيفية ذات الأهمية فى سياق الحياة اليومية وذلك من خلال الاستراتيجيات لتنمية قدرتهم على التواصل، فهم اللغة، حدوث التفاعلات فى المواقف اليومية وهى: المنزلية-المدرسية-الوظيفية-المجتمعية.

وفى هذا الإطار يرى محمد كامل (١٩٩٨) أن تدريب الأطفال التوحديين على مثل هذه المهارات يؤدى إلى تحسين وعيهم الإجتماعى مما يؤدى بالتالى إلى تطوير العلاقات فيما بينهم ويزيد من كفاءتهم مع الآخرين. وفى هذا الصدد قدمت كوهين (١٩٩٨) Cohen كتيباً دربت فيه هؤلاء الأطفال على مهارات التواصل الإجتماعى وذلك خلال تدريبهم على استخدام (لا) للرفض وطلب المساعدة من الآخرين واختيار أنشطة وقت الفراغ، استخدام كلمات "مرحباً" ومع السلامة، وكيفية إجراء حوار مهذب والهمس للذات والمهارات المتعددة للكلام واستخدام الاسماء والضمائر والتحدث مع الأقران والرد على الباب وعلى التليفون، وإلى جانب ذلك قدم رملاند (١٩٩٣) Rimland برنامج منظم للتدريب على خمسة مهارات اجتماعية يرى أنها تؤدى إلى زيادة مستوى التفاعلات الإجتماعية للأطفال، كما تسهم بشكل فعال فى تكوين الصداقات بينهم وهذه المهارات هى:

جذب انتباه الصديق.

الأشتراك معه فى الأنشطة.

مشاركته فى اشياء مشتركة.

تنظيم اللعب والألعاب.

التحية والمجاملة.

واستهدفت الدراسة التى اجراها هاريس (١٩٩٨) Harris للتعرف على مدى فاعلية برنامج للقصص الإجتماعية على السلوكيات والتفاعلات الإجتماعية لطفلة فى الثامنة من عمرها تعانى من التوحدية وتحضر بانتظام فى الصف الثانى الإبتدائى، وأوضحت الدراسة حدوث نقص فى معدل التفاعلات الإجتماعية غير الملائمة وذلك بنسبة تصل إلى ٥٠ ٪ تقريباً قياساً بما كان عليه الأمر فى بداية البرنامج.

ومن البرامج التى نفذت لزيادة التكيف والتواصل لدى الطفل التوحدى:

برنامج مايلز (١٩٨٨) Mils (ترجمة) وقد تضمن البرنامج فيما يتعلق بمهارات التواصل: التركيز على تدريب الطفل على تعلم كيف يطلب،كيف يعترض أو يرفض:

التحية

إلقاء الأسئلة والإجابة عليها.

التفاعل مع الآخرين.

تقليد الآخرين.

الفهم والصور العقلية.

البدء فى استخدام الكلمات وفهمها.

استخدام أنواع مختلفة من الكلام.

دفع الطفل للكلام من خلال أنشطة ونماذج للمحادثة.

تدريب الطفل على الإنتباه، الإنصات،تدريبات النطق.

التدريب على استخدام الجمل والكلمات الوظيفية.

استخدام لغة الرموز والاشارة والصور.

وقد تطلب البرنامج التركيز على المهارات التالية:

التقليد: أن يردد المعلم أى صوت يخرجه الطفل بنفس الطريقة ويطلب من الطفل بدوره أن يقلد المعلم ويثنى عليه ويكافأ على قيامه بذلك وصولاً إلى تميز الأصوات.

التدريب على فهم المفردات واستخدامها من خلال تكرارها حتى تصبح مفردات فاعلة بعد أن كانت مفردات سلبية يستخدمها الآخرين فقط.

تسمية الأشياء للطفل وتدريبه على التميز بين سائر الأشياء.

التحفيز على استعمال اللغةبتشجيع الطفل على اعادة الكلمة.

تطوير لغة الطفل وممارستها:فبعد أن يستوعب الطفل فكرة تسمية الأشياء يتابع المعلم تعليمه بعض الأفعال: (يأتى-يذهب-يقف-يجلس-يرمى...).ويمكن أن يضع كلمتين فى جملة (هات الكرة-خذ الكرة)كما يمكن اعداد ألعاب يقوم الطفل بأمور مختلفة يصفها ويقلدها ثم تدريب الطفل على عمل (التضاد) دخل-خرج -أعلى-أسفل ثم تدريب الطفل على التواصل.

برنامج ليلى كرم الدين (١٩٩٥) للتنمية اللغوية للمتخلفين عقلياً قنة القابلين للتعلم بمدارس التربية الفكرية: وقد تضمن انشطة مختلفة لتنمية المهارات على النحو التالى:

مهارة الإستماع: رواية القصة، ألعاب متسورى الصوتية.

مهارة التعبير:اللعب الإيهامى والتخيلى والإدعائى والأغانى.

انشطة تنمية مهارة التواصل: لعبة التليفون، التداعى الحر، استخدام الكلمات ذات المعنى الواحد أو المضاد.

الأنشطة التى تساعد على إكساب المدلولات اللفظية.

أنشطة تهيئة الطفل للقراءة والإعداد للكتابة.

إكمال الصور الناقصة.

برنامج مواهب إبراهيم عياد، نعمة مصطفى (١٩٩٥)

ركز فى تنمية اللغة والإتصال على: زيادة الحصيلة اللغوية وتنمية إدراك الطفل بالبيئة المحيطة وذلك باستخدام خرائط كنسبت-كروت توضيحية-صور وملصقات-أغانى وأناشيد: التميز بين أصوات الحيوانات، إصدار أصوات تدريبية، تقليد أصوات الكلام التى يسمعها الطفل.

نموذج ليلى كرم الدين (١٩٩٥)

للتدريب على عمليات تعليم اللغة للمتخلفين عقلياً فيما يتعلق بمهارات الإتصال عن طريق اللغة على النحو التالى: بالنسبة لإكساب الطفل مهارة الفهم أشار إلى أن ذلك يتطلب تدريبه على الإستجابة للتعليمات أى انتباه الطفل لما يقال له ويستعان فى ذلك بمفاهيم الحث والإزالة التدريجية، وتدريب الطفل على النحو التالى:

إعطاء تعليمات.

حث الطفل.

تعميم التعليم.

تعقيب على الدراسات السابقة:

تشير الدراسات السابقة إلى أن السلوك التكيفى للطفل التوحدى يتأثر بعدة عوامل منها الأسرية أى فاعلية الأسرة فى أن يكون لها دور إيجابى مع الطفل وهذا ما أوضحته دراسة الغرورى وآخر .(١٩٩٩) El-Ghoroury et. al ودراسة فاين وآخر(١٩٩١) .Fein.et.al وقد أثبتت دراستى ستامر(١٩٩٥) Stamer جارولد وآخرون(١٩٩٣) .Jarrold et al أن الطفل التوحدى لديه قصور واضح فى أنشطة اللعب الرمزى، وإذا قدمت له المساندة الإجتماعية والتدريب السليم تنشط هذه القدرة لديه، أيضاً دراستى هارس وآخر(١٩٩٨) .Harris, et al و فوبات(١٩٨٢) Voyat أن اللعب الرمزى يلعب دوراً هاماً فى علاج الطفل التوحدى إذا ما درب الطفل فى إطار برنامج منظم وهادف، وقد أعطتنا دراسة الحالة التى قدمتها ولفبرج (١٩٩٣) Wolfberg وصفاً كيفياً ونوعياً للتغيرات فى السلوكيات الإجتماعية والرمزية لطفلة مصابة بالتوحدية، وقد فسرا ضعف العمليات الرمزية والتى غالباً ما تعزى إلى التوحدية على أنه مرحلة ثانوية للإنعزال الإجتماعى وليس على أنه ضعف أساس فى العمليات المعرفية وأكدت الدراسة على أن مشاركة الآخرين من الأقران والآباء للطفل خلال العلاج عن طريق هذا البرنامج يساعد الطفل على التحسن فى فترة أقل ويزيد تكيفه الإجتماعى .

أما الدراسات التى أجريت بغرض تحسين مهارات الأطفال التوحديين فقد إستخلصنا منها:

أولاً: دراسة جيرلش (١٩٩٨) Gerlach ركزت على تنمية أربعة مهارات وهى:

١. التواصل بالعين.

٢. مهارات اللعب الرمزى.

٣. أخذ الدور.

٤. الإستجابات اللفظية وغير اللفظية.

وكان للأنشطة الفنية وتفاعل الأطفال أثر فى زيادة تكيفهم وبينت دور المشاركة الفعالة مع الأقران فى الأنشطة المختلفة على تحسين تكيف الطفل التوحدى وذلك فى دراستى ستنجل (١٩٩٦) Stengle كوجل (١٩٩٦) Koegel وقد وضع حلوانى (١٩٩٦) بعض الخصائص التى تدعم ما عرضته الباحثة فى الإطار النظرى، ويرى اندرسون (١٩٩٨) Anderson أن اختلال التفاعل الإجتماعى فى الشهور الأولى من العمر هو السبب المباشر فى أوجه القصور التخيلية والمعرفية والإجتماعية والقدرة على الحملقة، وأكدت هودجون (١٩٩٩) Hodgdon على أهمية تنمية المهارات الوظيفية لتنمية القدرة على التواصل فى المجتمع فى سياق الحياة اليومية،

وشرحت كوهين (١٩٩٨) Cohen بعض الأنشطة التى يمكن تدريب الطفل عليها حتى يزيد تفاعله الإجتماعى وبالتالى درجة تكيفه، وأسهم برنامج رملاند (١٩٩٣) Rimland للتدريب على خمسة مهارات فى تحسين تكيف الطفل، وتم التأكيد على تلك المهارات أثناء تصميم البرنامج وهى:

١. جذب إنتباه الصديق.

٢. الإشتراك معه فى الأنشطة.

٣. تنظيم اللعب والألعاب.

٤. التحية والمجاملة.

كما أن برامج كريستين مايلز (١٩٨٨)، ليلى كرم الدين (١٩٩٥)، مواهب عياد، نعمة مصطفى (١٩٩٥) ولويس مليكة للتدريب على فنيات تعليم اللغة للمتخلفين، قد أفاد الباحثة فى تصميم البرنامج مع مراعاة الخصائص التى تميز الطفل التوحدى.

أدوات الدراسة:

تم استخدام الأدوات التالية:

١. مقياس المستوى الإجتماعى الإقتصادى الثقافى المطور للأسرة. إعداد/محمد بيومى خليل (٢٠٠٠).

تم استخدام هذا المقياس لتحديد المستوى الإجتماعى الإقتصادى الثقافى لأسرة الطفل (الحالة)، ويقيس هذا المقياس لتحديد المستوى الإقتصادى الإجتماعى الثقافى للأسرة من خلال ثلاثة أبعاد أساسية أولها المستوى الإجتماعى، وحالة الوالدين، والعلاقات الأسرية، والمناخ الأسرى السائد، وحجم الأسرة، والمستوى التعليمى لأفراد الأسرة، ونشاطهم المجتمعى، والمكانة الإجتماعية لمهنهم، أما البعد الثانى فيمثل المستوى الإقتصادى للأسرة ويقاس من خلال المكانة الإقتصادية للأسرة لمهن أفراد الأسرة، ومستوى معيشة الأسرة، ومستوى الأجهزة والأدوات المنزلية ومعدل استهلاك الأسرة للطاقة، والتغذية والرعاية الصحية والعلاج الطبى، ووسائل النقل والإتصال للأسرة، ومعدل إنفاق الأسرة على التعليم والخدمات الترويحية والإحتفالات والحفلات والخدمات المعاونة، والمظهر الشخصى والمهندام لأفراد الأسرة، ويتمثل البعد الثالث فى المستوى

الثقافى للأسرة، ويقيس المستوى العام لثقافة الأسرة من حيث الإهتمامات الثقافية داخل الأسرة والمواقف الفكرية للأسرة واتجاه الأسرة نحو العلم والثقافة، درجة الوعى الفكرى والنشاط الثقافى لأفراد الأسرة، ويعطى هذا المقياس ثلاث درجات مستقلة بمعدل واحدة لكل بعد، كما يعطى درجة واحدة كلية للأبعاد الثلاثة تتوزع على عدد من المستويات (مرتفع جداً-مرتفع-فوق المتوسط-متوسط-دون المتوسط-منخفض-منخفض جداً)، ويتمتع هذا المقياس بمعملات صدق وثبات مناسبة. حيث تراوحت قيم (ت) الدالة على صدقه التميزى بين ١٢,٦-٢٣,٨وذلك للأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية.

٢.اختبارات الذكاء: لقياس مستوى ذكاء الطفل وهى الأجزاء غير اللغوية منها (لوحة سيجان اختبار رسم الطفل المصفوفات المتتابعة. أجزاء من اختبار وكسلر مقياس السلوك التكيفى) (فاروق صادق-١٩٨٥).

٣.مقياس الطفل التوحدى:

مراحل تصميم المقياس:

قامت الباحـــثة بالإطلاع على المقاييس التى صممت للطفل التوحدى مثل مقياس رملاند (١٩٩٣) Rimland ويتكون هذا المقياس من ٨٠ سؤال يجيب عليها والد أو والدة الطفل حيث تختار إجابة واحدة لكل سؤال من عدة احتمالات.ويحتوى هذا الإستبيان على أسئلة تتعلق بنمو الطفل فى مراحله المبكرة مثل:"فى أى عمر بدأ طفلك المشى وحده؟".أو الاستفسار عن بعض السلوكيات ذات الدلالة المرضية اللازمة للتشخيص مثل: "هل يقوم الطفل بترتيب المكعبات بشكل رأس أو فى صفوف منتظمة المسافات ويرفض أو يغضب أو يقاوم تغيير تنظيمها أو هدفها بواسطة الغير سواء أكانوا من الأطفال أو الكبار؟"

هذا وقد قامت الباحثة وينج (١٩٨٠) Wing بإعداد مقياس تقدير آخر لتشخيص حالات التوحدية للأطفال دون سن الخامسة: وهو مقياس تقييم توحد الطفولة (CARS) The Childhood Autism Rating Scale ويتكون المقياس من خمسة عشر قائمة بنتها الباحثة على أساس قائمة التسعة محكات قياس كانت قد وضعتها لتشخيص التوحدية، وفى نطاق كل مقياس يمكن تقدير سلوك الطفل إما فى إطاره الطبيعى أو البعيد عن الطبيعى بدرجاته المختلفة وفق عمر الطفل، وتحدد الدرجة على المقياس عن طريق ملاحظة سلوك الطفل بالإضافة إلى قدرته على أداء عمل معين، وفيما يلى عرضاً لجوانب السلوك أو الأعراض الخمسة عشر التى بنى عليها المقياس

والتى يمكن استخدامها كخطوط عريضة لتشخيص حالات التوحدية، والتى شاع استخدامها بواسطة المتخصصين والآباء للتشخيص المبدئى:

١.قصور العلاقات الإنسانية.

٢.غياب القدرة على التقليد.

٣.قصور انفعالى عاطفى وجدانى.

٤ .سلوكيات شاذة فى حركات الجسم والإصرار على التمسك بأداء حركات نمطية.

٥ .التصادق غير العادى بأشياء أو أدوات غيرآدمية (جماد).

٦.مقاومة محاولات إحداث أى تغيير.

٧ .استجابات بصرية شاذة.

٨.استجابات سمعية شاذة.

٩.انطباعات حسية دقيقة.

١٠.القلق.

١١.قصور الإتصال اللغوى.

١٢.قصور الإتصال غير اللغوى.

١٣.قصور مستوى النشاط.

١٤.قصور الوظائف العقلية.

١٥.انطباعات عامة.

استبيان كريج و اخرون (١٩٨٠) Krug and others للتعرف على الطفل التوحدى راعوا فيها البساطة وسهولة الإستخدام والدقة فى التشخيص والدرجة العالية للصدق والثبات وامكانية استخدامها فى تصنيف الأطفال للأعراض التعليمية، وقد قوبلت باستحسان كبير ولازالت تستخدم فى دوائر التعليم الخاص(التربية الخاصة)، وهى استمارة تحديد حالات التوحدية فى مجال التخطيط التعليمى: Autism Screening Instrument for Educational (ASIEP) Planning. وبعد تعديل بسيط سميت عام (١٩٨٨) Autistic Behavior Checklist (ABC) باورز (٢٠٠٠) Powers وتتكون هذه الأداة من خمسة أجزاء تستهدف تزويد المدرسين ومن يقومون بتخطيط البرامج المناسبة لإحتياجات الطفل التوحدى بالمعلومات اللازمة لوضع تلك البرامج، وتحتوى هذه الأجزاء الخمسة على ٥٧ من السلوكيات التى يجب ملاحظتها وتسجيل البيانات عنها وفيما يلى المجالات السلوكية للأجزاء الخمسة للإستمارة:

١.تسجيل وتحليل عناصر الصوت والكلام واللغة التى تصدر عن الطفل.

٢.تقييم قدرات التفاعل الإجتماعى بين الطفل والكبار.

٣.تقييم الإحتياجات التعليمية فى المجال اللغوى.

٤.تقييم القدرة على الإتصال.

٥.تقدير القابلية للتعليم وسرعة اكتساب الخبرات.

وصف المقياس: (إعداد منى خليفة)

يتألف هذا المقياس من ٢٥ عبارة يجاب عنها بـــ (نعم) و (لا) من جانب الأخصائى أو أحد الوالدين، وقد تمت الإجابة عنه فى الدراسة الحالية من قبل الإخصائى، وتمثل تلك العبارات مظاهر أو أعراض التوحدية قام الباحث بصياغتها فى ضوء المحكات التى تم عرضها فى الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) إلى جانب مراجعة التراث السيكولوجى والسيكاترى حول ما كتب عن هذا الإضطراب. ويعنى وجود ٧ عبارات على الأقل وإنطباقها على الطفل أنه يعانى من التوحدية. وفى الغالب لا تعطى درجة لهذا المقياس ولكنه يستخدم فقط بغرض تشخيصى وذلك للتأكد من أن الطفل يعانى فعلاً من التوحدية وذلك عن طريق إنطباق الحد الأدنى من عبارات هذا المقياس عليه ٧ عبارات.

وبعد عرض المقياس فى صورته الأولية على مجموعة من المحكمين تم الإبقاء فقط على العبارات التى حازت على ٩٥٪ على الأقل من إجماع المحكمين، ومن ثم قامت الباحثة بحذف ٤ عبارات ليصبح العدد النهائى لعبارات المقياس ٢٥ عبارة. وعند تطبيقه على عينة من الأطفال التوحديين (ن =١٣) وإعطاء درجة واحدة للإستجابة بـــ (نعم) وصفر للإستجابة بـــ (لا) واستخدام مقياس عبد الرحيم بخيت المماثل (١٩٩٩) كمحك خارجى بعد إتباع نفس الإجراء فى إعطاء درجة للإستجابة بلغ معامل الصدق ٠,٨٦٣ بحساب قيمة (ر) بين تقييم الأخصائى وتقييم ولى الأمر بلغت ٠,٩٣٨ وبتطبيق هذا المقياس مرتين بفاصل زمنى مقداره شهر واحد بلغت قيمة معامل الثبات٠,٩١٧ وباستخدام معادلة KR-21 بلغت ٠,٨٦٤ وهى جميعاً قيم دالة عند ٠,٠١.

قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل:

أعد هذه القائمة فى الأصل كونرز بينما أعدها للبيئة العربية السيد السمادونى (١٩٩١). وتعتبر هذه القائمة من أكثر المقاييس استخداماً فى مجالى علم النفس والصحة النفسية، وتعتمد هذه

أساساً على تقدير المعلم لسلوك الطفل، وهى عبارة ن مقياس رباعى يتدرج من (صفر_٣) وتتكون من ٣٩ عبارة، وتتوزع درجاتها إلى ثلاث فئات أساسية هى السلوك داخل حجرة الدراسة، والمشاركة فى نشاط الجماعة، واتجاه الطفل نحو ذوى السلطة. ويرى كونرز أن هذه القائمة تتضمن خمسة مظاهر سلوكية هى العدوانية، والقلق، وفرط النشاط الحركى، وضعف القدرة على الانتباه، والاجتماعية. وتمثل هذه العوامل نفس العوامل التى توصل إليها السمادونى (١٩٩١) مع استبدال القلق بالإندفاعية.

برنامج تدريبى لتنمية مهارات التآزر البصرى والمهارات المهنية:

نظراً لما يتسم به الأطفال التوحديين من القصور اللغوى والتعبير اللغوى المضطرب، ولما كانت الباحثة تهدف من خلال البرنامج مساعدة الطفل. عينة الدراسة على تطوير طرق أكثر كفاءة وقدرة للتعبير عن إحتياجاته وفهم ما يدولر حوله بشكل أفضل، وأن تتناول مفاهيم معنوية كالمشاعر والأحاسيس، وفى سبيل ذلك اتبعت الباحثة الأساليب التالية:

١. العمل على زيادة التآزر البصرى (التقاء العيون).

٢. العمل على زيادة الفهم وتقليل التعبير اللفظى غير الملائم.

٣. تعديل التعبير عن المشاعر.

٤. تنمية مهارات الإتصال.

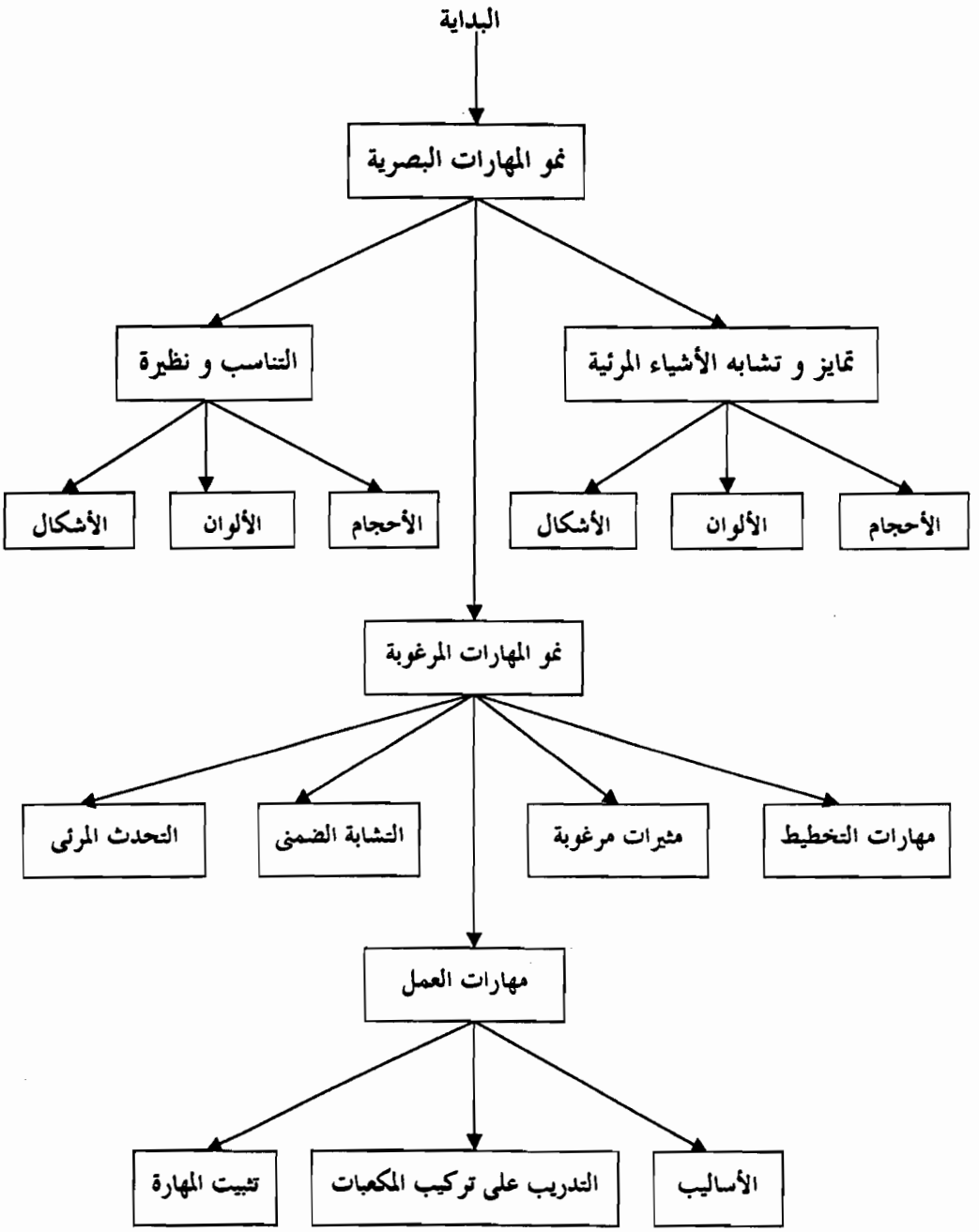
وبعد إعداد البرنامج وعرضه على مجموعة من المختصين وإقراره ثم تطبيقه على شكل خطوات كلما نجح الطفل فى إنجاز الخطوة الأولى، تبدأ الخطوة الثانية وهكذا.

البرنامج فى الصفحتين التاليتين، نموذج لبرنامج تطور مهارات التآزر البصرى وهو مرحلة التقاء العيون وتبادل النظرات.

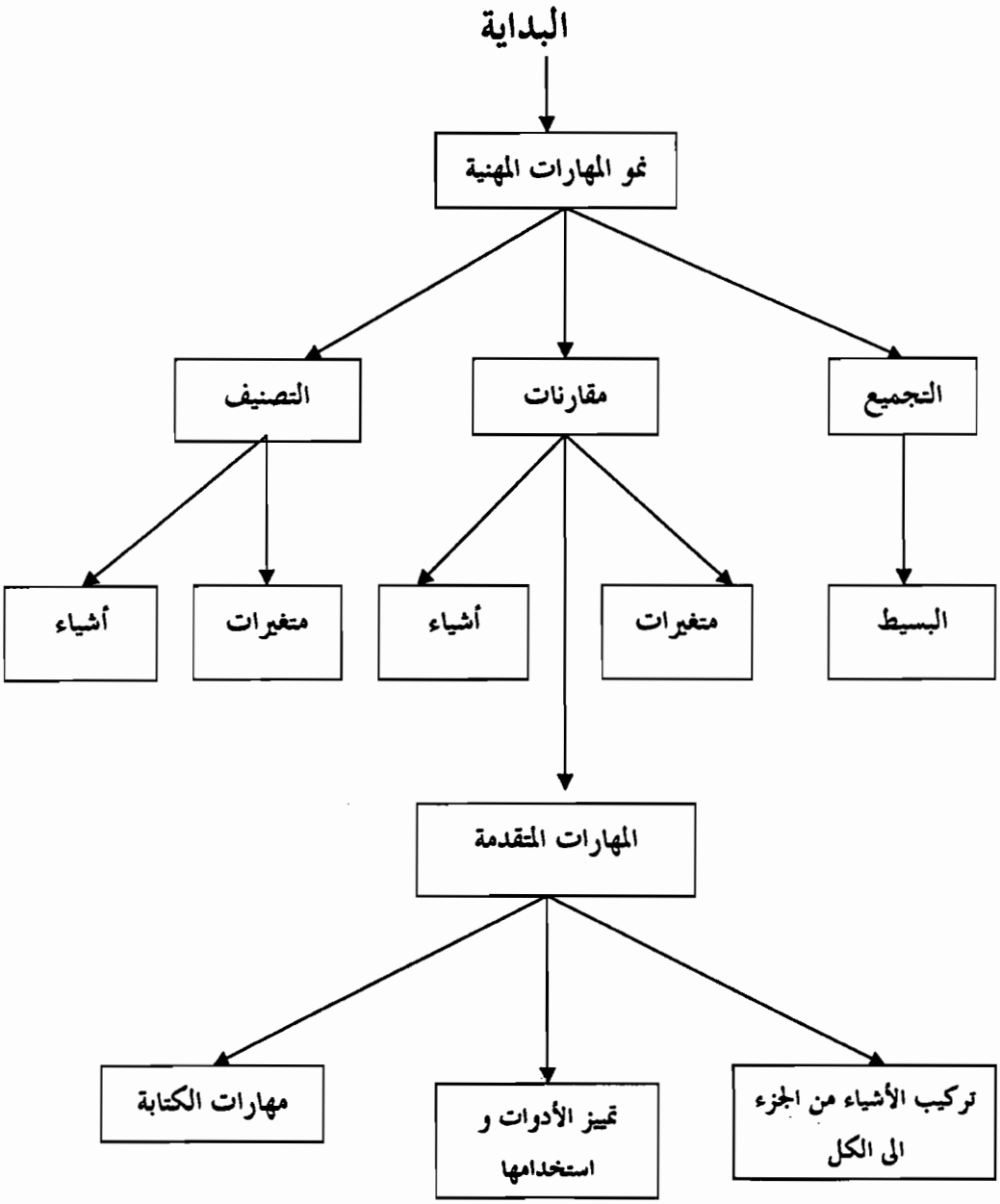
ثم برنامج نمو المهارات المهنية والرسوم التوضيحية توضح مراحل البرنامج.

تطور مهارات التآزر البصرى

مرحلة ألتقاء العيون و تبادل النظرات



برنامج نمو المهارات المهنية



دراسة الحالة

أم لديها طفل يبلغ من العمر ٦ سنوات تفاعله مع الأطفال المحيطين به مشكلة متعددة الجوانب فلديه انغلاق تام على الذات وتجنب لالتقاء العيون وضعف المرونة فى التعبير اللغوى، وعدم الاستخدام الاجتماعى لأى مهارة لغوية قد تكون موجودة. واستجابته للمثيرات الاجتماعية ضعيف إلى حد أنه فى معظم الأوقات يتجاهل كل ما يحيط به من أفراد سواء كانوا زملاء أو مدرسات أو حتى أفراد أسرته وليس لديه احساس بمشاعر الآخرين العاطفية بالإضافة إلى بعض المشكلات السلوكية كالعدوان وضعف الإنتباه والإندفاعية والنشاط الزائد. وقد تكررت شكوى إدارة المدرسة من الطفل، وطلبت منها إلحاقه بدار من دور التربية الفكرية ونظراً للأعراض السابقة، وعند تطبيق اختبارات الذكاء اللفظية صنف مستوى ذكاء الطفل على أنه يعانى من تخلف عقلى بسيط، ولكن الأم كانت مؤمنة إيماناً كبيراً أن طفلها يعانى من اضطراب فى سرعة أو تتابع النمو واضطراب فى الاستجابة الحسية للمثيرات، واضطراب فى الكلام واللغة نظراً لظروف خاصة بها هى وطفلها وهى تعيها جيداً. وكان إيمان الأم العميق بأن طفلها يستطيع تجاوز هذا الإضطراب بالتعرض لبرنامج مهنى تدريبى من نوع خاص مما دفع الباحثة لجمع المادة العلمية فى هذا الصدد وبعد مطابقة الأعراض التى يعانى منها الطفل مع ما وضعته منظمة الصحة العالمية من خصائص للطفل التوحدى. شخصت الحالة على أنها توحدية وهو مرض ينتج عن إنحراف فى تطور ونمو الطفل قد يصاحبه حالات تخلف عقلى وقد لا يصاحبه.

الملاحظات:

أهم ما سجلته تقارير اخصائيي القياس النفسى والدراسات الإجتماعية داخل الأسرة، وإخصائيو التخاطب والتربية والنمو النفسى والحالة الصحية.

١.الأسرة:بعد تطبيق استمارة المستوى الإقتصادى الإجتماعى الثقافى فوق المتوسط بيومى خليل (٢٠٠٠).

٢.أعراض الحالة:أكدت الملاحظة حالة التوحد فى ضوء المعايير التى حددتها الموسوعة الإحصائية التشخصية DSM-IV لمراجعة العاشرة للتصنيف الدول للأمراض العقلية والنفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) ومقياس الطفل التوحدى الذىوضعته الباحثة وهذه الأعراض هى:

ا.قصور لغوى شديد فلم تتعدى حصيلته فلم تتعدى حصيلته اللغوية عدة كلمات ينطقها بشكل مشوه وغيرمفهوم.

ب.غياب القدرة على الإتصال اللغوى عن طريق تعابيروإنفعالات الوجه وحركات الجسم والرأس والأيدى.

ج.غياب استجابته للمثيرات الإجتماعية وتجنبه لمواقفها وتجاهله لوجودكل من يحيط به من أفراد سواء كانوا زملاء أو مدرسات أو حتى أفراد أسرته.

د.تجنب قاطع لإلتقاء العيون مهما كانت المحاولات المبذولة لدفعه وتشجيعه على تبادل النظرات مع مخالطيه أو محدثيه.

ه.إنغلاق تام على الذات والإندماج معظم الأوقات فى سلوكيات وحركات وطقوس روتينية نمطية لفترات طويلة،والمظاهر الهروبية لسلوكياته سمة عامة لدي

و.ثورات الغضب العارم التى تتكرر عدة مرات يومياً عندما يضغط عليه لأداء عمل رفضه أو إحداث تغيير فى نظامه اليومى أو فى ملابسه و فىطعامه أو عندما يسمع أصواتاً مرتفعة أو العديد من المثيرات البيئية كالضوء الشديد.

٣ ترتيب الطفل بين اخوته: الثالث بعد الأكبر ذكر ثم أنثى ثم جاء هذا الطفل ووالدته تستعد للحصول على درجة علمية، ومعظم وقتها مستغرق فى البحث العلمى.

٤ العمر الزمنى: ٦ سنوات.

٥. العمر العقلى: تم استخدام مجموعة من إختبارات الذكاء وهى الأجزاء غيراللغوية منها: لوحة سيجان، اختبار رسم الرجل، المصفوفات المتتابعة وأجزاء من اختبار وكسلر.

والنتيجة أنه يمكن اعتبار العمر العقلى حوالى أربعة أعوام وثلاثة شهور. (ومع ذلك فعلينا أن نأخذ هذه النتائج بشيء كبير من التحفظ). أما العمر العقلى على مقياس السلوك التكيفى المعدل فاروق صادق (١٩٨٥) فكان عمره العقلى: ثلاثة أعوام وخمسة شهور. طبق عليه قائمة السلوك التوحدى: حالة توحد.

يراعى قبل التعرض لتفاصيل البرنامج الآتى:كما أن هناك فروق فردية بين الأطفال الأسوياء من حيث السمات الجسمية، وفى الخصائص الشخصية والنفسية والسلوكية فإن هناك إختلافات عديدة بين الأطفال الذين يعانون من إعاقة التوحد من حيث القدرة اللغوية، والقدرة على الإتصال، فالبعض لا يتكلم إطلاقاً، والبعض حصيلته اللغوية محدودة. سيجل (١٩٩٨) Siegel. ولا توجدسمات جسمية مميزة للفرد الذى يعانى من هذه الإعاقة كما هو الحال فى الطفل المتخلف عقلياً من فئة داون سندروم مثلاً باورز (٢٠٠٠) Powers بل وتوجد إختلافات عريضة فى مستوى الذكاء بين أفراد إعاقة التوحد حيث وجد أن حوالى ١٠ ٪ منهم من ذوى

الذكاء العادى أو ربما أيضاً ذكاء فائق الإرتفاع بينما ٩٠ ٪ منهم يعانون من تخلف عقلى يتراوح بين البسيط والمتوسط والشديد. المرشد فى الطب النفسى(١٩٩٩)

خطوات التدريب والتأهيل:

الخطوة الأولى: مرحلة إلتقاء العيون وتبادل النظرات والتدريب عليها عنصر أساسى فى تأهيل الطفل المعوق الذى يتجنب التقاء العيون كعامل أساسى فى العزلة التى يعيشها والإنغلاق على الذات هولمز (١٩٩٧) Holmes. وإلتقاء العيون بين الأفراد الأسوياء يعتبر أول إشارة تفتح الطريق إلى الإتصال بالآخرين حيث يعطى الإشارة بالمبادأة فى الإتصال والحديث والرغبة فيه أو متابعته مع الشخص الآخر أو معرفة تأثيره أو التعبير عن العواطف والإنفعالات جرلتش (١٩٩٨) Gerlach. من هنا تأتى أهمية تدريب الحالة علىالتجاوب مع إلتقاء العيون واستمرار المحاولات للنظر فى عين من يحادثه وذلك لأن النجاح فى تحقيق ذلك يعتبر ليس فقط ضرورياً لتحقيق التوافق الإجتماعى والقدرة على الإتصال وتكوين علاقات، بل يعتبر أساساً لنجاح التأهيل مع هذا الطفل. فإلتقاء العيون هو المدخل الحيوى للمراحل الاولى لتأهيل الطفل.ونستطيع أن نؤكد هنا على أهمية فنية التدعيم المادى والمعنوى كلما تجاوب الطفل وتبادل النظرات ويشير نادر الزيود (١٩٩٥) إلى عدة قواعد لاستخدام التدعيم مع أطفال هذه الفئة وهى:

١.أن يأتى التدعيم فوراً بعد حدوث الإستجابة أو السلوك المراد تعليمه للطفل وذلك مثل: نطق كلمة معينة، فإذا نطقها صحيحة فيتم التدعيم مباشرة، وذلك حتى يتمكن الطفل من الربط بين الاستجابة الصحيحة والتدعيم، وحتى لا يعززسلوكاً آخر يمكن أن يحدث بعد السلوك الأول.

٢.يجب أن يحدد السلوك المراد تعليمه للطفل وذلك حتى يعرف السلوك أو المهارة التى نريد تدعيمها وحتى يفهم الأطفال الآخرون أن المدح والثناء أو التدعيم المادى الذى أخذه الطفل مرتبط بسلوك معين. ويتم التدعيم وفق جدول:

تدعيم مستمر: أى تدعيم الإستجابة الصحيحة كلما ظهرت أو تدعيم دورى (متقطع) على فترات.والنجاح فى تلك الخطوة يتم على مراحل: فى كل مرة تنجح الباحثة فى جعل الطفل يبادلها النظرات تقوم بتعزيز هذا السلوك الإيجابى عن طريق التدعيم المادى: (قطعة حلوى أو طعام يحبه أو نشاط يتوق له).

تدعيم معنوى: المديح اللفظى، الإستحسان أو إظهار الإهتمام الشخصى بالطفل أو بتعابير الوجه أو الموافقة على قيام الطفل بعمل يحبه كوجل وآخر (١٩٩٦) Koegel, Robert et. al. وعندما بدأ الطفل ينظر فى أعين والدته ووالده وإخوته عندما يتحدثون إليه، إعتبرذلك مؤشراً لنجاح العمل مع الحالة. والخطوة الأولى وهى عملية التقاء العيون وتبادل النظرات هى عملية ممكنة ولكنها استغرقت وقتاً طويلاً فى التدريب وتحتاج لكثير من الصبر والإصرار مع التدعيم المادى والمعنوى المستمرين كلما تجاوب الطفل مع المدرب، وتوقف عن السلوكيات الهروبية فى مواقف التدريب. وقد استغرقت هذه الخطوة أربعة أسابيع مع التدريب المستمر والصبر والمثابرة من الباحثة والأم التى كان لديها إصراراً كبيراً وإيمان بقدرات طفلها.

الخطوة الثانية: معالجة السلوكيات غير المرغوبة. معالجة أو الحد من ثورات الغضب والسلوكيات غير التوافقية والسلوك الهروبى مع التدعيم المستمر مادياً ومعنوياً، إيجابياً عن طريق الجزاء وسلباً عن طريق العقاب أو التجاهل التام للسلوك غير المرغوب فيه، أو عزلة فى مكان منفصل لمدة تتراوح من١٥- ٢٠دقيقة ونتيجة لذلك بدأت تلك السلوكيات تقل تدريجياً حتى كادت تصبح قليلة الحدوث، وذلك يؤكد أهمية تعاون الأسرة فى العلاج حيث كانت الأم تدرب الطفل بنفس الأسلوب الذى تلقته من الباحثة بما يشمل من تدعيم سلبى وإيجابى وجزاء وعقاب وتجاهل ومحو.

واستخدمت الباحثة فى دراسة الحالة أساليب تشكيل السلوك Shaping لإيقاف الحركات القسرية والطقوس النمطية الروتينية غير الهادفة أو الدوران حول نفسه. والتشكيل هو القيام بعملية تدعيم للتدريبات المتابعة للسلوك النهائى وذلك انه خلال إجراءات التشكيل يتم تدعيم الطفل عند قيامه بالإستجابات الأكثر قرباً من السلوك المراد تعلمه. إن استراتيجيات تسلسل المهمة تصل المهارات بغضها مع بعض وتعتبر هذه الاستراتيجيات من أهم العوامل التى تمكن التلميذ من القيام بالمهارات المعقدة، والتسلسل فى تعلم المهارة يمكن ان يتم تدريجياً على الأمام أو بصورة عكسية هولمز (١٩٩٨) Holmos. وبعد التحكم فى إيقاف السلوك غير المرغوب، التركيز بالتعاون مع الأسرة على المراقبة الدقيقة ومعرفة العوامل البيئية المسببة لثورات الغضب وبوادر حدوثها لإجراء اللازم لتجنبها، والتدعيم الإيجابى للامتناع عنها أو توقفها فى مراحلها الأولى أو التعزيز السلبى بمجرد حدوثها.

الخطوة الثالثة: وهى تدريب الطفل غلى محاكاة أو تقليد الباحثة بالقيام بحركات أو أداء (وسيأتى شرحها فى الملاحق) تقوم بها وهى تجلس أمام الطفل كمحكاة التصفيق أو محاولة رسم دائرة ....وهكذا بمزيد من الصبر. ونجاح هذه الخطوة يبدأ بعد أن ينظر الطفل فى عينى الباحثة أو العكس وهو التقاء العيون طوال مرحلة التدريب الذى يبدأ هكذا: ترفع الباحثة يدها إلى أعلى أو تنقل كرة أو مكعب من احد جوانب المائدة إلى الجانب الآخر، ويطلب من الطفل بالكلام او بالإشارة تقليد ما تقوم به من حركات أو أصوات.وهكذا خطوة خطوة مع ضرورة مكافأة الطفل بالتدعيم المادى أو المعنوى كلما تجاوب معها كل مرة مع تكرار التمارين التى تتنوع وتزداد صعوبتها تدريجياً على أن تصل إلى تجميع أشكال أو صور لمناظر أو حيوانات أو أدوات أو أطعمة مألوفة لدى الطفل. منى خليفة (١٩٨٩).

ويأتى هنا أهمية مشاركة الأم ومتابعتها لما تقوم به الباحثة وقد تحقق هذا فى دراسة الحالة التى نحن بصددها فمعاناه الأم مع طفلها جعلتها تستجيب لكل التعليمات وتنفذها حرفياً ودرجة ثقافتها العلمية كانت تساعدها فى ذلك. فكانت تحضر بعض جلسات التدريب وتعطى مواد تعليمية مبسطة عن خصائص إعاقة التوحد وأساليب التعامل مع الطفل تومسون (١٩٩٦) Thompson انظر الملاحق (صور توضيحية للطفل التوحدى من القصة).

وتواجد الباحثة مع الأم لعدة مرات وجمع بيانات عن الطفل وملاحظة طريقة المعاملة الوالدية والأسرية بوجه عام. وتوجيه الأم بوجه خاص وكل أفراد الأسرة و للأسلوب الأمثل علمياً للتعامل مع الطفل وتجنب الأخطاء التى عادة ما يقع فيها الآباء مثل: (تدليل الطفل أو نبذه، الإستجابة لكل طلباته ورغباته أو تعنيفه والتعامل معه بقسوة او الحرمان من العطف والحنان وعدم الإهتمام أو السخرية منه أو حبسه فى غرفة مظلمة) كوجل وآخر (١٩٩٦)
Koegel, et al

الخطوة الرابعة: التقليد اللفظى. وتستهدف هذه الخطوة تدريب الطفل على اصدار بعض الألفاظ أو الكلمات عن طريق التقليد، وفى نفس الوقت تعالج السلوكيات السلبية أو الهروبية التى اعتاد الطفل ممارستها. كأن تبدأ الباحثة بنطق كلمة بسيطة تعبر عن سلوك بسيط يفهمه الطفل مثل(اجلس)، (قم)، (تعالى)، (كل) فإذا نطقها الطفل خلال ٥ ثوانى تقوم الباحثة بالتدعيم الفورى مع التركيز على الكلمات المألوفة الكثيرة الإستخدام فى الحياة اليومية. هولمز (١٩٩٨) .Holmos

الخطوة الخامسة: التدريب على اصدار أصوات. اعتمدت الباحثة فى هذه الخطوة على النظرية السلوكية فى معالجتها لنمو اكتساب اللغة، وتعتبر أن النمو اللغوى يخضع لمبادئ التعلم وأهمها:النمذجة، التقليد، المحاكاة، التدعيم، التشكيل.

ا.النمذجة والتقليد والمحاكاة: Modeling & Imitation

يفترض أن الأطفال ترتقى لغتهم بصفة أساسية بتقليد المفردات والتراكيب اللغوية التى يستخدمها الآباء والمحيطون به فى الحياة العادية جرلتش (١٩٩٨)Gerlach .

ب.التدعيم Reinforcement

يشير سكنر Skinner إلى أن اللغة تكتسب بالتعلم عن طريق التدعيم الإيجابى للكلام. وهو يرى أن اللغة عبارة عن مهارات تنمو لدى الفرد عن طريق المحاولة والخطأ وتكرار الأفعال التى تدعمها عن طريق المكافأة، ومن الممكن أن تكون المساندة الإجتماعية ذات أثر على الطفل خاص بالمنظومات اللغوية وخاصة فى المرحلة التى نحن بصدد دراسة الحالة فيها. هودجون (١٩٩٩) Hodgon.

ج.التشكيل: Shaping

يعرف التشكيل احياناً باسم التقريب المتابع Successive Approximation أومفاضلة الإستجابة Response differentiation وهو أسلوب لتوليد سلوكيات جديدة مع الطفل عن طريق التدعيم الأولى، ويمكن استخدام اسلوب التشكيل فى التدريب على إخراج الحروف وحالات اضطراب النطق على النحو التالى:

- فى البداية نقوم بتدعيم استجابة الصوت التى تصدر عن الطفل.
- فى الخطوة التالية يدرب الطفل على التميز ويدعم المربى الإستجابات الصوتية لإخراج حرف من الحروف إذا حدث خلال فترة زمنية محددة.
- يكافأ الطفل عند اصدار الصوت الذى أصدره المربى ويكافأ كلما تكرر ذلك.
- يكرر الباحث ما فعله فى الخطوة الثالثة مع صوت آخر شبيه بالصوت الذى تم فى الخطوة السابقة. محمد محروس الشناوى وآخر(١٩٩٨).

مثال: (تعليم الطفل كيف يصفق)

عملية رفع اليد أولاً ثم يحدث تدعيم للتقريبات المتابعة للسلوك النهائى:

يرفع الطفل يده إلى صدره.

يجعل يداه متلامستان مع بعضهما.

وهكذا حتى يتم تعلم المهارة خلال إجراءات التشكيل ويتم تدعيم السلوك المطلوب. والتسلسل إما أن يتم للأمام أو بصورة عكسية، والتسلسل التقدمى يشبه التسلسل العكسي فيما عدا أننا نبدا بالخطوة الأولى ونسير فى تتابع حتى نصل للسلوك النهائى المراد تنفيذه، وهو يختلف عن التسلسل العكسى فى أنه لا يوجد تدعيم مباشر بعد اكمال كل سلوك يقوم به الطفل. وهو من اكثر الفنيات استخداماً فى علاج حالات التوحدية هولمز (١٩٩٨) Holmos.وتأتى اهمية الباحثة بتحليل الموقف او السلوك إلى خطوات صغيرة فى تسلسل طبيعى خطوة خطوة بحيث لا تنتقل فى تدريب الطفل من خطوة إلى اخرى إلا بعد استيعاب وفهم للخطوات السابقة، وبحيث يتحلى المربى او المعالج بأكبر قدر ممكن من الصبر والهدوء وإبداء الإهتمام الواضح والرعاية المستمرة للطفل مع الإلتزام بالتدعيم اللازم فى كل مهارة ينجح الطفل فى أدائها مع تهيئة الجو النفسى الذى يتميز بالدفء والثقة المتبادلة والحب والحنان والتقبل. فيوز (١٩٩٩) Fouse.

د.النمذجة Modeling

من أهم الأنشطة التربوية أسلوب النمذجة حيث يتعلم الطفل عن طريق المحاكاة ما يجرى حوله بواسطة الأشخاص الذين يحبهم ويحبوه فيبدأ الطفل بمحاكاة سلوك الباحثة ثم محاكاة سلوك الأقران وذلك حسب جدول مع تدعيم كل تجاوب من جانب الطفل وبهذه الطريقة يتعلم الطفل السلوك المطلوب أو المشاركة الإجتماعية التى تزداد فاعليتها إذا صاحبها تعلماً شرطياً. هودجدن (١٩٩٥) Hodgdon.

الخطوة السادسة: تنمية القدرات الإجتماعية. وهى مرحلة العمل والتفاعل مع الأقران والكبار، وهى تعتبر على أهميتها من أهم ركائز التدريب لفئة التوحديين وأكثر صعوبة وتعقيداً وإذا لم تجرى بحرص شديد وسلاسة وبسرعة مناسبة وتدرج فإنها قد تؤدى بالطفل إلى حالات من الإحباط والنكوص والقلق والتوتر وهناك إتصال وثيق بين نمو المهارات الإجتماعية والقدرات اللغوية، فأنشطة تنمية المهارات الإجتماعية تتيح الفرصة لاكتساب حصيلة لغوية أكبر، ومع زيادة الحصيلة اللغوية تزداد قدرات الطفل على الإتصال بالآخرين والتفاعل والتعاون معهم. ويزيد نجاحه فى تكوين علاقات اجتماعية من تعزيز ما استوعبه من كلمات وجمل، وفى نفس الوقت زيادة دافعيته للتعامل مع الآخرين واتخاذ كافة الإجراءات لإغراء الطفل وتشجيعه على التجاوب الإجتماعى وعدم الإعراض عنه جرلتش (١٩٩٨) Gerlach. ولأن الطفل كان ينظر لمن حوله من الأقران باعتبارهم مجرد اشياء لا تختلف عن الأثاث أو عناصر البيئة غير الحية فقد

كان لمشاركة الأم دوراً فعالاً فى مساعدة الطفل وقد قامت الباحثة والأم بإعداد قائمة من الكلمات والجمل القصيرة التى تعبر عن رغبات الطفل واحتياجاته لاستخدامها فى التعبير عن نفسه. وهكذا كانت تستخدم فى التدريب أكثر الكلمات والجمل استخداماً فى الحياة اليومية، وكانت الباحثة تنطق الكلمة بشكل واضح وبتأن مع مصاحبة نطق الكلمة أو الجملة بإشارات لفظية بحركة اليد أو الرأس أو تعابير الوجه أو القيام أو الجلوس على الكرسى أو الإشارة بالإصبع مع استخدام بعض المثيرات مثل: لعبة-عروسة، نماذج أثاث منزل-أطعمة جافة مختلفة-كتب أطفال مصورة، لوحات عليها رسومات لأطعمة أو حيوانات أو لعب أو نباتات أو زهور. ملابس لأداء أدوار تمثيلية-تيجان..الخ. استخدمت الباحثة التدعيم المادى والمعنوى كلما ردد الطفل الكلمة أو الجملة بعد سماعها بفترة. ١٠-٥ ثوان ولما كان التركيز فى هذه "الخطوة" مستهدفاً اكتساب المهارات الإجتماعية والمعرفية والقواعد والعادات الصحية السليمة فقد كان من الأهمية بمكان تطويع الظروف البيئية لنجاح البرنامج العلاجى التدريبى وذلك بإشراك الأم وتدريبها ليكون لها دوراً رئيسياً فى التدريب والعلاج.وقد أخذت الأنشطة الإجتماعية مسارات مختلفة نذكر منها على سبيل المثال تنمية الناحية الفنية: أنشطة فنية، حيث يدرب الطفل على الرسم وعمل المشغولات الفنية البسيطة، وكان إنتاجه من هذه الأشياء يزيد ثقته بذاته ويجعله أكثر تكيفاً مع عناصر البيئة. والمهارات الأساسية للحياة اليومية من نظافة ورعاية الذات واستخدام الحمام فى جميع خطوات عمليات قضاء الحاجة، وغسل الايدى والوجه وخلع وإعادة الملابس إلى أماكنها ديفيد (١٩٩٩) David. وعند تناول الطعام يوجه الطفل بعناية مع استخدام التدعيم السلبى والإيجابى عند أداء السلوك غير المرغوب أو أداء السلوك المرغوب. التعاون بين الأطفال، وعدم اللعب بالطعام أو نثره واحترام آداب المائدة، والمضغ الجيد، وعدم ترك فتات الطعام تتساقط على المائدة أو الأرض وعدم مضايقة الآخرين أثناء تناولهم الطعام أو القاء بعضه عليهم هارس Harris, et al. (١٩٩٨).

وكان التدريب يتناول: استخدام أدوات الرسم، والكتابة، وتشكيل الصلصال، والعجين، وتجميع الصور والأشكال، ثم يتناول ضرورة اعادة كل هذه الأدوات إلى مكانها الصحيح والمحافظة عليها منى خليفة (١٩٨٩).

الخطوة السابعة: (تبدأ مرحلة التمهيد للتأهيل الأكاديمى).

وهى مرحلة تقابل صفوف رياض الأطفال بالنسبة للطفل السوى غير المعاق، وتبدأ بعد أن يكون الطفل قد اتقن المهارات المكتسبة خلال خطواته السابقة مع حصيلة لغوية مناسبة وقدرة على النطق السليم للألفاظ كثيرة الأستعمال فى التعبير عن الذات والرغبات هولمز (١٩٩٩) Holmos.وقد استهدف البرنامج العلاجى فى دراسة الحالة اكساب الطفل المهارات الأساسي اللازمة لتحقيق أكبر قدر من الاستقلالية من جانب والدافعية للتفاعل والتعامل مع الآخرين من جانب آخر والتركيز لتحقيق هذا الهدف علىالنحو الآتى:

التحكم فى البيئة الإجتماعية للطفل بقدر الإمكان مع توفير التدعيم الإيجابى والسلبى مادياً ومعنوياً فى كافة المراحل وفى كل الأوقات: اللعب اثناء تناول الطعام، اثناء قضاء الحاجة والتدريب عليها ويلر (١٩٩٨) Wheeler.وكما ان اكتساب المهارات الإجتماعية يعتمد فى الدرجة الأولى على توفر القدرة على الإتصال والنضج اللغوى فقد كان ضرورياً التركيزعلى تدريبات التخاطب وتنمية الحصيلة اللغوية، وقد كان قدرة الطفل على التعبير اللغوى تعادل طفل عمره سنتان وثمانية شهور على مقياس السلوك التكيفى. فاروق صادق (١٩٨٥). والتدريب على التخاطب كان يتم من ٣_٤ مرات اسبوعياً وتستغرق كل جلسة بين ٢٥_٣٠ دقيقة، بالإضافة إلى جلسات توجيهية أخرى لتحقيق التوافق النفسى فى أنشطة البرنامج. وفى أثناء تنفيذ هذه الخطوة مع الطفل كانت الباحثة تستخدم مسارات مختلفة مستمدة من النظريات العلمية السابق اختيارها والتأكد من جدواها وفاعليتها حسب كل موقف وخصائص شخصية الطفل والمشكلة التى يعانى منها فى توافقه مع البيئة التى يعيشها سواء كانت منزلية أو مدرسية. وقد أكدت الباحثة على التدعيم أو التعزيز كفنية من فنيات العلاج والتدريب للحالة. والتنفيس Catharsis وذلك بالسماح للطفل بنشاط معين غير ضار ولكنه يعمل كصمام أمان يتيح الفرصة للتنفيس عن غضب أو توتر أو قلق. ومن أهم الأساليب الفاعلة فى عملية التعزيز هى إحداث التزامن Association بين السلوك الإجتماعى المرغوب والتدعيم الأولى وهنا يجب أن نذكر أن الطفل الذى يعانى من اعاقة التوحد غير قادر على التعميم Generalization بمعنى أنه إذا تعلم معنى كلمة أو سلوك فى موقف معين فإنه يعجز عن فهم أو استيعاب نفس الكلمة إذا استخدمت فى جملة مختلفة باورز (٢٠٠٠) Powers.

الخطوة الثامنة: وهى مرحلة استكمال المهارات اللغوية اللازمة للدخول فى مرحلة الدراسة الأكاديمية وأنشطة المنهج التعليمى.

الخطوة التاسعة: تم مناقشة ثلاث نقاط وهى:

١.تقييم عام للبرنامج العلاجى التدريبى ومناقشة أى ملاحظات حول طرق التشخيص والبرنامج العلاجى التدريبى المستخدم فى دراسة الحالة.

٢.التخطيط لتخصيص جلسة من أجل القياس البعدى (نتائج الدراسة).

٣.التخطيط لإجراء متابعة علاجية بالاتفاق مع الأم والطفل وذلك بهدف تحديد م الذى يمكن أن نفعله لكى نحافظ على ما تم تحقيقه خلال البرنامج التدريبى ومحاولة الاستمرارية. ومع تطبيق الخطوات السابقة وضعت الباحثة فى اعتبارها المسلمات الآتية:

١ .أن الطفل (حالة الدراسة) كأى طفل آخر له سمات شخصية مميزة قد تتفق أو تختلف عنها من سمات شخصية لغيره من الأطفال وأن التركيز فى تدريبه وتقويم نتائجه لا يجوز أن يكون على أساس مقارنته بغيره من الأطفال ولكن على أساس تقدمه فى مسار التدريب المرسوم له، والذى كان دائماً يراجع ويعدل فى ضوء نتائج المراحل السابقة.

٢.أن تقسيم التدريب إلى مراحل لا يعنى إنفصالاً تاماً لكل مرحلة عن غيرها، بل ويراعى أن هذه المراحل مجرد تصنيف نظرى أساسى فقط فى رسم برنامج التدريب وفهم ترتيب المهارات المطلوبة لأن اكتساب مهارات معنية سابقة قد لا يجعل تدريب المرحلة الحالية الأعلى أساس نجاح اكتساب المهارة السابقة، وأنشطة أى مرحلة لا تتوقف عند الإنتقال لمرحلة تالية بل يلزم العودة إلى العديد منها لتذكرة الطفل وتأكيد استمرارية استيعابها وذلك لأن الطفل التوحدى: سريع النسيان، وأن اعادة التدريب بالنسبة للمهارة عملية أساسية لاستمرار التقدم.

٣.تكوين علاقة وارتباط وتواصل بين الباحثة والطفل، وتوفير جو من الحب المتبادل والاحترام والأمان النفسى والإهتمام. وهذه العوامل أساسية فى نجاح برنامج التدريب.

٤.الاعتماد فى التدريب والعلاج على المحسوس واستخدام عناصر البيئة المألوفة لدى الطفل واستخدام الوسائل التعليمية وتجنب التدريب النظرى والفرضيات وذلك بسبب غياب قدرته على التجريد والتصور والتخيل باورز (٢٠٠٠) Powers.

٥.الأتصال المباشر بعناصر البيئة المألوفة وذلك لأن الطفل التوحدى يعانى من غياب الرصيد المعرفى والقدرة على تمثل الأشياء ليلى كرم الدين (١٩٩٥).

٦.الإنطلاق التدريجى البطىء من المألوف مثلاً فى التدريب على الألوان:

الأبيض السكر

الأحمر الطماطم

الأخضر ورق الشجر

الأسود الفحم

وهكذا....

٧.التذكير المستمر بما تعلمه الطفل أو ما اكتسبه من خبرات سابقة فالطفل الذى يعانى من التوحد يفقد بسهولة ما تعلمه ماك كلانمان وآخر McClannahan (١٩٩٩).

٨.أن تكون فترات التدريب الأكاديمى قصيرة نسبياً من ١٠_١٥ دقيقة تزداد تدريجياً إلى نصف ساعة على الأكثر بسبب عدم قدرة الطفل على التركيز والأنتباه فترات أطول، وحتى فى الفترات القصيرة يتحللها أنشطة متنوعة أخرى تتميز بالمرح والترفيه.

٩.استخدام وسائل مثيرة للحواس لتنمية قدرات الطفل مع استخدام أدوات ذات أشكال وألوان مختلفة وأجهزة تصدر أصواتاً مختلفة، وغير ذلك من الوسائل السمعية والبصرية المعتمدة على الابصار أو السمع أو اللمس، ويساعد على ذلك توافر هذه الوسائل والتقدم العلمى والتكنولوجى المعاصر.

١٠.الاهتمام بالتنشيط الذهنى مما يتطلب الدقة فى اختيار الأنشطة المشوقة متضمناً فى مراحله الأولى بالمقارانات بين أشياء ملموسة محسوسة (كبير وصغير، قريب وبعيد، طويل وقصير، أبيض وأسود، حلو ومالح) ثم تتدرج المقارنات فتصبح أكثر عمقاً تدريجياً هارس (١٩٩٨) Harris.

١١.توثيق مستمر متنامى للصلة بين الباحثة والأم.

١٢ .البرامج التعليمية تركز فى تخطيطها وتنفيذها على تنمية القدرة على التفكير كالقياس (مثل استنتاج نوع من النشاط من خلال حركات تقوم بها المدرسة أو استنتاج اسم لحيوان من تقليد المدرسة لصوته، أو استخدامات جديدة لأشياء مألوفة بعد حذف بعض عناصرها أو اضافة عناصر جديدة هولمز (١٩٩٧) Holmes .

نتائج الدراسة ومناقشتها

استغرقت الخطوة الأولى أربعة أسابيع مع التدريب المستمر والصبر والمثابرة من جانب الأم والباحثة، وبتطبيق برنامج نمو المهارات البصرية سجلت الأم ملاحظتها اليومية، وسجلت الباحثة الملاحظات.ومع تكرار المحاولات وزيادة التدعيم للسلوك المطلوب أدى ذلك إلى تناقص السلوكيات الهروبية فى مواقف التدريب، ومع التدعيم المستمر أحرز الطفل تقدماً ملحوظاً كان يدون فى بطاقة الملاحظة من قبل الأم والباحثة. وكان بداية إلتقاء العيون وتبادل النظرات هى المؤشر الأول لبداية نجاح التدريب والتأهيل للطفل التوحدى لأن أول ما يميز هذا الطفل هو "الإنغلاق التام على الذات وتجنب قاطع لإلتقاء العيون" (الصورة رقم ١).وقد أكدت نتائج الملاحظة التى دونتها الأم، الباحثة خلال التدريب تخطى المرحلة الأولى، وهى الخطوة الأولى فى طريق تدريبه وتأهيله.

والخطوة الثانية وهى المرحلة التى تلى إلتقاء العيون : معالجة السلوكيات غير المرغوبة وهذه السلوكيات (العدوانية، الإندفاعية، تشتت الإنتباه، السلوك الهروبى، الإجتماعية)

تم تطبيق قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل والنتائج يوضحها الجدول الآتى:

المظاهر السلوكية	بعدى	قبلى
العدوانية	٢٠	٣٧
تشتت الإنتباه	٨	١٢
الإندفاعية	١٢	١٦
النشاط الحركى الزائد	١٧	٢٤
الإجتماعية	٨	٢

أظهر القياس القبلى للمظاهر السلوكية فى الدراسة الحالية على الطفل كما تقيسها قائمة كونرز ارتفاع درجة العدوانية وضعف الإنتباه والإندفاعية والنشاط الحركى الزائد وانخفاض متوسط الدرجة على بعد الإجتماعية وهو ما يتفق مع نتائج دراسة حسنى حلوانى (١٩٩٦)، وحيث أن البرنامج التدريبى المستخدم فى الدراسة الحالية قد تم تصميمه بغرض تنمية مهارات التآزر البصرى والمهارات المهنية والتى بالتالى تنمى مهارات التواصل لدى الطفل التوحدى وذلك من خلال أبعاد محددة تسهم فى تحقيق التواصل بشكل مناسب وقد تمثل البرنامج فى العمل على: زيادة الفهم، تقليل التعبير اللفظى غير الملائم، التدريب على بعض المهارات الإجتماعية، تعديل التعبير عن

المشاعر، تنمية مهارات الإتصال، وقد ساهم البرنامج إلى حد كبير فى تنمية مهارات التواصل لديه وهو ما أوضحته نتائج القياس البعدى لقائمة كونرز على الطفل، فقد قل مستوى العدوانية، ومستوى ضعف الإنتباه والإندفاعية والنشاط الحركى الزائد، وزاد معدل الإجتماعية لديه، وتتفق النتائج مع نتائج دراسات ولفبرج Wolfberg، سكلر Schuler، ستنجل Stengle، هودجون Hodgon . وقد أفادت إستراتيجيات تسلسل المهمة فى تعلم المهارة بصورة عكسية وذلك بالتعاون مع الأسرة على المراقبة الدقيقة ومعرفة العوامل البيئية المسببة للعدوانية، وبالنسبة لبعد الإجتماعية فقد ارتفع مستوى الإجتماعية بعد تطبيق البرنامج وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسات ماك كلانهان (١٩٩٨) McClannahan و باورز (٢٠٠٠)Powers.ويمكن تفسير ذلك بأن البرنامج التدريبى المستخدم قد تضمن مهارات عديدة تم تدريب الطفل عليها، وقد تناولت تلك المهارات تدريب الطفل على بعض المجالات التى تتسم بوجود العديد من الصعوبات فيها، فتم تدريبه على التواصل اللفظى عن طريق تدريبه على استخدام بعض الكلمات والتراكيب اللغوية وتوظيفها فى مواقف إجتماعية إلى جانب تدريبه على إقامة حوار مع أقرانه بعد أسرته وحثه على ذلك ثم تدريبه على التواصل غير اللفظى. هذا إلى جانب تدريبه على فهم التعبيرات الوجهية واستخدامها بشكل صحيح وتدريبه على بعض الإشارات والإيماءات الإجتماعية التى تعتبر ذات أهمية كبيرة فى التفاعل الإجتماعى. وتلفت الباحثة النظر إلى ضرورة إجراء المزيد من الدراسات عن الأطفال التوحديين. وخاصة "دراسة الحالة" وذلك لأن كل طفل توحدى "حالة خاصة فى حد ذاته" ويحتاج برنامج ومتابعة خاصة.

التوصيات التربوية

صاغت الباحثة التوصيات التالية فى ضوء ما اسفرت عنه الدراسة

١. اعداد كوادر خاصة مؤهلة للعمل مع الأطفال التوحديين

٢. العمل كفريق يتكون من طبيب أطفال، طبيب نفسى و اخصائى نفسى الى جانب ملاحظات كل من الأسرة و المدرسة.

٣. التشخيص المبكر للمشكلات الاجتماعية لهؤلاء الاطفال و تقديم البرامج التدريبية التى تيسرحدوث التفاعلات الأجتماعية المناسبة من جانب هؤلاء الأطفال، وهو ما قد يؤدى الى حدوث تطور فى نموهم الاجتماعى قد يسهم فى اندماجهم مع أعضاء المجتمع.

٤. أهمية تقديم الآباء المساعدة المبكرة لهؤلاء الأطفال بعد استشارة متخصصين للتغلب على السلوكيات المشكلةالتى تصدر عنهم.

٥.استخدام التقنية الحديثة كالكمبيوتر فى تقديم الخدمات البرامجية المختلفة لهذه الفئة مما قد يسهم فى تنمية جوانب من قدراتهم.

المراجع

السيد السمادونى (١٩٩١): قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل. القاهرة، دار النهضة العربية.

حسني احسان حلواني (١٩٩٦): المؤشرات التشخصية الفارقة للأطفال ذوي الاوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم علي بعض المقاييس النفسية. رسالة ماجيستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة ام القرى بمكة المكرمة.

عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (١٩٩٩): الطفل التوحدي (الذاتي ـ الإجترارى)، القياس والتشخيص الفارق. المؤتمر الدولى السادس لمركز الإرشاد النفسىبجامعة عين شمس ١٠_١١/١٢، ص ٢٢٧_٢٤٥.

فاروق محمد صادق (١٩٨٥): دليل مقياس السلوك التكيفى، ط٢، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

كريستين مايلز (١٩٨٨): اللغة، التواصل، الكلام مع الطفل ذى القدرة المحدودة. ترجمة: اديب مينا ميخائيل، القاهرة: كريتاس مصر، مركز سيتى للتدريب والدراسات في الإعاقة العقلية.

لويس كامل مليكة (١٩٩٨): تعديل سلوك المعاق عقلياً: دليل الوالدين والمعلم، القاهرة: مطبعة فيكتور كيرلس.

ليلي احمد كريم الدين (١٩٩٥): نموذج لبرنامج للتنمية العقلية واللغوية للأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعليم بمدارس التربية الفكرية، القاهرة: المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة، اكتوبر ١٩٩٥.

محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨): العلاج السلوكي الحديث – اسسه وتطبيقاته، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد بيومي خليل (٢٠٠٠): مقياس المستوي الاقتصادي الاجتماعي الثقافي المطور للأسرة. في: محمد بيومي خليل: سيكولوجية العلاقات الأسرية. القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد على كامل (١٩٩٨): من هم ذوى الأوتيزم وكيف نعدهم للنضج. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

منى خليفة على (١٩٨٩):برنامج مقترح لزيادة فاعلية الأنشطة في علاج احدى مشكلات النمو. رسالة دكتوراه غير منشورة – جامعة الزقازيق

منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩): الاضطرابات العقلية: شرح المصطلحات ودليل تصنيفها وفقا للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، (الطبعة العربية)، الاسكندرية: المكتب الاقليمى لشرق البحر المتوسط.

منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩): المرشد فى الطب النفسى، اعداد نخبة من أساتذة الجامعات فى العالم العربى.

مواهب إبراهيم عياد، نعمة مصطفى رقبان (١٩٩٥): دراسة تقييمة لمستوى الأداء المهارى لعينة من الأطفال المعاقين عقليا (القابلين للتعلم) فى برنامج على مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعى. المؤتمر الدولى الثانى لمركز الارشاد النفسى، القاهرة: ٢٥-٢٧ ديسمبر، ٣٣-٥٨.

نادر فهمي الزيود(١٩٩٥): تعليم الأطفال المتخلفين عقليا، ط٣، الأردن، دار الفكر للنشر و التوزيع

American Psychiatric Association. (1994), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson,Winifred, Stephan Chitwood, and Deidre Hayden. (1997), Negotiating the Special Education Maze: A Guide for Parents and Teachers, 3rd ed. MD: Woodbine House.

Anderson, Johanna. (1998), Sensory Motor Issues in Autism. San antonio: The Psychological Corporation.

Autism Society of America (1999); What is autism? USA, Bethesda, MD.

Berkell Zager, Dianne E. (Editor). (1999), Autism: Identification, Education and Treatment, 2nd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Center for Collaborative Educational Leadership (1998); Social Skills Classroom training Packet.LEAP outreach project. Colorado, Co., Colorado University.

Center Disease Control and Prevention (1999): Autism, Causes, Prevalence, and Prevention. Washington, Dc., Medical Knowledge Systems, Inc.

Cohen, Shirely. (1998), Targeting Autism: What we know, don't know, and Can Do to Help Young Children with Autism and Related Disorders. Berkeley, CA: University of California Press.

Detroit Medical Center (1998); Autism; Causes and symptoms Detroit: Medical Knowledge Systems, Inc.

El-Ghoroury, -Nabil-Hassan, Ramanczyk-Raymond-G(1999): play Interactions of family members towards children with Autism "Journal of Autism and Develpomental Disorders", V29 n3 P249-58.

Fein, D, and others. (1991), Symbolic play development in autistic and langauage disordered children "paper presented at the annual meeting of the Inernational neuropaschological society.

Fein, Greta G., Fryer, Mary G. (1995), maternal cantributions to early symbolic play competence. Developmental review, V15n4 P367-81 Dec

Fouse, Beth. (1999), Creating a Win-Win IEP for Students with Autism: A How-To Manual for Parents and Educators. Arlington, TX: Future Horizons.

Gerlach, Elizabeth. (1998), Autism Treatment Guide, rev. ed. Eugene, OR: Four Leaf Press.

Harris, Sandra L. (1994), Siblings of children with Autism: A Guide for Families (Topic in Autism). Bethesda, MD: Woodbine House.

Harris, Sandra L., and Mary Jane Weiss. (1998), Right From the Start: Behavioral Intervention for Young Children with Autism (Topics in Autism). Bethesda, MD: Woodbine House.

Hodgdon, Linda. (1995),Visual Startegies for Improving Communication: Volume 1: Practical Supports for School and Home. Troy, MI: QuirkRoberts.

Hodgdon, Linda. (1999), Solving Behavior Problems in Autism: Improving Communication with Visual Strategies. Troy, MI: QuirkRoberts.

Holmos, David. (1998), Autism through the Lifespan: The Eden Model. Bethesda, MD: Woodbine House.

Jarrold, -Christopher; and others. (1993), Symbolic play in Autism: A ReviewJournal-of-Autism-and-Developmental-Disorders; v23 n2 p281-307 Jun.

Koegel, Robert, and Lynn Kern Koegel. (1996), Teaching Children with Autism: Strategies for Initating Positive Interactions an Improving Learning Opportunities. Baltimore: Paul H.Brookes

Krug, D.A., Artick, J.R. & Almond, P.J.(1980), Autism screening Instrument for Educational Planning, OR: ASIEP Educational co.

McClannahan, Lynn E., and Patricia J. Krantz. (1999), Activity Schedules for children with Autism: Teaching Independent Behavior (Topics in Autism). Bethesda, MD: woodine House.

Michael D. Powers. (2000), Children with Autism, A Parent's Guide, Woodbine House.

Rimland, B. (1993), "Controlled Evaluations of Faciliatated Communication."Autism Research Review International 7, no.4:3.

Siegel, Bryna. (1998), The World of the Autistic Child: Understanding and Treating Autism Spectrum Disorders. New York: Oxford University Press.

Smith, Marica Datlow, Ronald G. Belcher,and Patricia D. Juhrs. (1997), A Guide to Successful Emploment for Individuals with Autism. Baltimore: Paw H. Brookes.

Stahmer, -Aubyn-C. (1995), Teaching Symbolic play skills to children with Autism using pivotal Response Training. Journal of Autism and developmental Disorders", V25 n2 p123-41 APR.

Stengle, Linda. (1996), Laying Community Foundations for Your child with a Disability: How to Establish Relationships That Will Support Your Child after You're Gone. Bethesda, MD: Woodine House.

Thompson, Mary. (1996), Andy and His Yellow Frisbee. Bethesda, MD: Woodbine House.

"Vitamin B6 (and Magnesium)in the treatment of Autism." (1988), Autism Research Review International 1, no.4:3.

Voyat, Gilbert, (1982), Symbolic play in the treatment of Autism in children. New York university Education Quarterly, V13n4 P11-15.

Wheeler, Maria. (1998), Toilet Training for Individuals with Autism and Related Disorders: A Comprehensive Guide for Parents and Teachers . Arlington, TX: Future Horizons.

Wing, Lorna, (1980), Autistic children: A Guide for Parents, London: Constable.

Wolfberg, Pamela, Schuler, Adriana. (1993), A case Illustration of the Impact of peer play on symbolic Activity in Autism.Paper presented of the Annual meeting of the society for research child development.

Wolrd Health Organization (1992): The ICD-10: Classification of mental and behavioral disorders: Clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: W.H.O.