

Autism

التوحد - الظاهرة التي حيرت العلماء

عبد الرحمن الخوجا

مقدمة:

يعتبر موضوع التوحد من المواضيع الهامة، حيث زيادة الانتشار الملفت للنظر، وغموض الأسباب المرتبطة بالتوحد. فما زال العلماء مختلفين فيما إذا كان التوحد حالة أم مرض، لذا جاء هذا المقال ليستعرض، ويجيب عن الأسئلة المرتبطة بالظاهرة التي حيرت العلماء، آمليين أن ينفع العاملين في ميدان التعليم والإرشاد، ويسد فجوة سببها قلة المصادر العربية، والمعلومات والإحصائيات.

يتناول هذا المقال تعريفات التوحد المتنوعة، ونسبة الانتشار، وأنواع التوحد، والأسباب المرتبطة بالتوحد، والأعراض التي تساعد على تشخيص التوحد حتى عمر ثلاث سنوات، وخصائص ومميزات الأطفال المتوحدين، والتي من الممكن أن تساهم في التقليل من زيادة وحدة الانتشار، ومعايير ومؤشرات التوحد ما بعد الجيل المبكر. ويطرح المقال طرق العلاج المتنوعة، مما يساعد المعلم للوصول إلى بناء برامج تربوية ناجعة وفعالة عند التعامل مع حالة التوحد، وسبل التواصل مع الأهل، وليزيد الطرح التربوي من إمكانية طرح طرق الوقاية، من خلال سؤالنا وبحثنا الحديث عن الأسباب الحقيقية وراء زيادة الانتشار، وكيفية التقليل أو الحد من هذه الزيادة؟ وهل توجد نشرات وأبحاث كافية حول التوحد؟ وما هي الطرق والأساليب التربوية المناسبة للعمل مع التوحد؟ وكيف يمكننا تطوير قدرات الطفل المتوحد؟ وما هي المقاييس والخصائص المميزة للتوحد؟

أتمنى أن يساعد هذا المقال في الإجابة عن هذه الأسئلة وغيرها، مما يساهم في زيادة الوعي التربوي والأكاديمي حول ظاهرة غريبة، تستمر في الانتشار، وتمتد في العالم بشكل ملفت للنظر.

ما هو الأوتيزم - التوحّد ؟

يسمى باضطراب الطيف التوحدي "Autism Spectrum Disorders"، ويسمى بالاضطرابات النمائية الشاملة "Pervasive Developmental"، ويسمى بالاجترارية، ويسمى بالذاتوية، ومتلازمة كانر، "نسبة للعالم كانر الذي أطلق مصطلح مفهوم التوحّد" ويسمى بالتوحّد، وهو المصطلح المأخوذ من اللغة الإغريقية، حيث تنقسم هذه الكلمة إلى شقين: autos بمعنى النفس وism بمعنى الحالة غير السوية، وهذا يعني أن المصابين بحالة التوحّد يملكون نفسا غير سوية وغير مستقرة (سليمان، 2003 ؛ عادل، 2007) .

والتوحّد حالة حادة من الانطواء الاجتماعي والانفعالي والاتصالي، وعجز في الاتصال بالآخرين وحتى بأهلهم، وهذه المجموعة من الأولاد تعيش ضمن عالم خاص بها، يعزلها عن بقية العالم الخارجي، فهو وإن لم يكن أصم ولا يسمع، إلا أنه نادرا ما يتكلم، وإذا تكلم، تصدر عنه بعض الكلمات المتكررة فقط.

وقد ورد في تعريف دينيس Dennis عند محمد (أ-2003)، بأنه السلوك الصادر عن الطفل، والمتمحور في ثلاثة اضطرابات سلوكية: اضطراب في التفاعل الاجتماعي، واضطراب في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل، وانغلاق على الذات، وضعف في الانتباه المتواصل للأحداث والموضوعات الخارجية.

ويعرّف التوحّد بأنه إعاقة نمائية تظهر عادة في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي نتيجة لاضطرابات عصبية تؤثر سلبا على عمل الدماغ (القاسم وآخرون، 2000)، ويعتبر "شبلي"، وهو مدرب ميداني لأطفال التوحّد بالكويت (شبلي، 2001)، أن التوحّد هو نوع من الإعاقات التطورية، سببها خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، أي المخ، يتميز في توقف أو قصور في نمو الإدراك الحسي واللغوي، وبالتالي القدرة على التواصل، والتخاطب، والتعلم، والتفاعل الاجتماعي، بحيث تصاحب هذه الأعراض، نزعة انطوائية تعزل الطفل عن وسطه المحيط، بحيث يعيش منغلقا على نفسه، لا يكاد يحس بما حوله، وما يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر، ويصاحبه أيضا اندماج في حركات نمطية أو ثورات غضب، كرد فعل لأي تغيير في الروتين.

وإنني أعرّف التوحّد بأنه اضطراب انفعالي سلوكي، يؤثر على السلوك التكيفي للإنسان، والمحيط الاجتماعي، ما يعيق الاتصال والتواصل مع الآخرين، ويؤثر سلبا على اللغة،

وخمول النشاط وتبلد الأحاسيس والمشاعر، يرافقها حركات منوالية عصابية بشكل ملفت للنظر، مرتبطة بخلل ومشاكل في الجهاز العصبي المركزي.

ويعرف التوحد كما جاء عند (DSM- IV) الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية - الرابع - بأنه عبارة عن خلل عقلي واضطراب في النمو مدى الحياة، حيث يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل، وينتشر أكثر عند الذكور بنسبة 4-1 عن مثيله عند الإناث، ويوجد التوحد في جميع أنحاء العالم، وفي مختلف الأعراق والخلفيات الاجتماعية.

يعتبر العالم الأمريكي "ليو كانر" Kenner "عام 1943 أول من شخّص هذه الحالة، وأطلق مفهوم التوحد على هؤلاء الأطفال، حيث اعتبر التوحد بأنه السلوكيات التي تشتمل على عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين، وتأخر في اكتساب الكلام، مع وجود ذاكرة حرفية "تكرار" ونشاطات اللعب النمطية، وضعف التحليل (الزريقات، 2004). وبعد مرحلة الاكتشاف وتحديد خصائص التوحد، كان التركيز للعمل في الخمسينيات والستينيات في السؤال عن كيفية إدراك التوحد، وكيفية مقارنته مع غيره من الاضطرابات، حتى توصل غالبية العلماء المشخصين للتوحد، بأنه عبارة عن فشل في تطوير علاقات اجتماعية، واضطراب لغوي، ولعب تكراري ونمطي، كما لوحظ الضعف في المهارات اللفظية. وفي السبعينيات وبداية الثمانينيات، ساعدت البحوث على تطوير مناهج وأدوات للتقييم، مثل المقابلة التشخيصية للتوحد، والتعرف على مدى أنواع ومستويات الصعوبة في التوحد، فتميز التوحد عن غيره من الاضطرابات (عكاوي، 1996؛ عبد الله، 2001).

وفي الثمانينيات، تبين بأن الطفل المتوحد لديه قصور في القدرات الاجتماعية وال نفسية. وتم التركيز على الاهتمام بإدراك الأداء والمشاعر، وأن المشكلة هي الفشل في تطوير علاقات اجتماعية، ومهارات تواصلية وفقدان الإحساس بالهوية، وفي بداية التسعينيات ظهرت دراسات تؤكد دور العوامل الجينية، بمعنى أن الاستعداد الوراثي والأمراض العضوية التي تستمر فترة طويلة بين أعضاء الأسرة، تسبب لديهم بعض الجينات المؤدية إلى التوحد (سليمان، 2001)، وفي أواخر التسعينيات حدث تطور للنتائج الجينية، وظهر اهتمام بالتشابهات بين التوحد والأنماط السلوكية للأطفال الذين يعانون من حرمان، وامتازت المرحلة بتغيرات كبيرة في الأساليب العلاجية، كما توجه الاهتمام نحو أساليب مساعدة في إحداث تغيرات إيجابية، مثل الحديث عن أدوية، وهذا ما يتم الحديث عنه بكثرة في الأعوام ما بين 2005-2008، حيث بدأ التركيز على العلاج من خلال الأدوية والعمليات الجراحية، مع

الاهتمام الواضح بالطرق العلاجية، من خلال البرامج والأنشطة الحياتية، وطرق التدخل الفعالة للتقليل من أعراض التوحد (حكيم، 2008؛ الزريقات، 2004) .
نسبة الانتشار:

تشير بعض الدراسات إلى ما نسبته 116 من بين 10000 طفل (Dover & Couteur, 2007)، ونسب أخرى سجلت 75 حالة من بين 10000 شخص، (Myers, 2007؛ حكيم، 2008). وتقدر نسبة الانتشار حسب إحصائية (DSM- IV) عام 1994، بخمسة عشر طفلاً من كل 10000 حالة ولادة، وفي المقابل تشير إحصائية مذهلة إلى ارتفاع وتيرة التوحد في مدينة كاليفورنيا الأمريكية في العام 2002م بزيادة قدرها 97% (WHO IV; White & Scahill, 2006)، وحسب إحصائية حديثة نشرت عن المركز الأمريكي للتحكم والوقاية من الأمراض (CDC)، شباط 2007، فقد حددت نسبة انتشار التوحد بنسبة 1 من كل 150 طفلاً يولد في الولايات المتحدة الأمريكية، وما تزال الإحصائيات تتوالى، وهذا يدل على مؤشر ارتفاع ينذر بالخطر.

ومن الجدير بالذكر أن التوحد يكون مصحوباً بتأخر عقلي شديد، فهناك تقديرات تبين ما نسبته 70% من الحالات يرتبط بالإعاقة العقلية (Roberts, 2004) وهناك تقديرات تشير بان 77% من الأشخاص يعانون من إعاقة عقلية تتفاوت درجاتها من خفيف إلى شديد، أما الباقي أي 23% فينتمون إلى فئة "التوحيدين" ذوي الأداء العالي والمتوسط، وتؤثر الإصابة بالتأخر الذهني على الأشخاص التوحيدين من ناحية مدى تقدمهم واستقلاليتهم، وقدرتهم الإدراكية، بحيث تتضاءل قدرتهم على التعلم والتدريب، فكلما ازدادت شدة الإعاقة العقلية لديهم، انخفضت بالتالي فرص الاعتماد على النفس (الشامي، أ-2004) وقد تطلب هذا الأمر بناء البرامج التربوية الفردية لهم، ومتابعة بحثية للجوانب الإحصائية، مع ملاحظة أن هذه الإحصائيات تأتي من الغرب فقط، وللأسف لا يوجد لدينا في الوطن العربي إحصائيات رسمية، ولا توجد متابعة لمفهوم وانتشار التوحد، وحتى لو كان الطرح حديثاً، فيتعين علينا أن نسير إلى جانب العالم المتحضر، لا خلفه بسنوات حضارية، وهذا يتطلب منا العمل الجاد، والسير نحو بناء مؤسسات وجمعيات لرعاية وتطوير قدرات التوحيدين، والاهتمام بهم وبحاجاتهم النفسية والشخصية والحياتية.

هل التوحد حالة أم مرض ؟

ينضم هذا السؤال إلى جانب الاختلاف القائم بين العلماء والباحثين، ومع زيادة نسبة التوحد الملفتة للنظر، فإنني اعتبر أن التوحد هو حالة وليس مرضاً معدياً مرتبطاً بفيروس أو التهابات، وليست هناك فحوصات وأدوات طبية معينة لتشخيص هذا الاضطراب، بل أن تشخيصه الدقيق يعتمد على الملاحظة والمشاهدة للسلوكيات الصادرة عن المتوحد، سواء من قبل الأهل أو الأخصائيين النفسيين أو التربويين، وكذلك فإن المرض يمكن الشفاء منه في حال زوال أعراضه وألمه، أما التوحد فلا يوجد له الم، إنما توجد له أعراض يمكننا أن نقلل منها، ولا يمكننا إزالتها (مصطفى، 2008)، و لا توجد دلالات بيولوجية تظهر على جميع المصابين بالتوحد، بالتالي فإنه لا يوجد فحص طبي لتشخيص التوحد، بل إن المعايير لتشخيص التوحد تعتمد على الجانب السلوكي فقط، وبالتالي يتم تشخيص الأفراد الذين يعانون من التوحد، عندما تظهر عليهم سلوكيات مطابقة لمعايير تشخيص التوحد. أي إذا كان الطفل يعاني تأخرًا شديدًا في اكتساب مهارة الكلام، وقصوراً اجتماعياً ملحوظاً، ويفتقد القدرة على التخيل واللعب التمثيلي، شُخصت حالته بالتوحد (الشامي، أ-2004). وفي المقابل فإن وجود ما نسبته 77% تقريباً من حالات التوحد لديهم إعاقة عقلية، يعزز اعتبار التوحد حالة مع اضطراب، والإعاقة العقلية هي حالة اضطراب في الأداء الوظيفي للدماغ، وهذا أيضاً يدعم القول أن التوحد هو حالة وليس مرضاً.

أنواع التوحد "اضطراب ذو نطاق واسع":

يشتمل التوحد على خمسة أنواع متعددة من الاضطراب، سوف يتم التطرق إليها، مع الشرح حول كل نوع، وذلك للتسهيل على القاريء، كي يطلع على الخصائص النمائية والأعراض المرافقة لكل نوع، وقد لا نجد هذا التصنيف في جميع المراجع العلمية، ولكن للتسهيل وللفادة العلمية والتربوية يتم طرح هذا التقسيم لأنواع التوحد، وفقاً لما ورد عند عدة مصادر مثل عند (Autism Society of North Carolina. 1998) .:

- 1- اضطراب التوحد.
- 2- متلازمة أسبرجر.
- 3- متلازمة ريت.
- 4- اضطراب الانتكاس الطفولي.

5- الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد.

1- اضطراب التوحد Autistic Disorder:

حيث يظهر التوحد في جميع أنحاء العالم، وعند مختلف الأجناس والطبقات الاجتماعية، لكن التوحد يظهر في الغالب شديداً لدى الإناث، ويكون مصحوباً بتأخر عقلي شديد. ويظهر التوحد بوضوح، عادةً قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره، وفي 70-80% من المصابين به يظهر خلال السنة الأولى، أما الباقي منهم فينمون بصورة طبيعية، أو شبه طبيعية، ثم يتراجعون بين سن الثانية والثالثة، ويفقدون بعض المهارات التي اكتسبوها، مثل: استخدامهم لبعض الكلمات، وتراجع اهتماماتهم الاجتماعية، ويبدو على الطفل هنا تكرار الأفعال، أو القيام بأعمال نمطية، كسلوك هز الجسم، أو التلويح بالذراعين.

وفي بعض الأحيان يقوم بشد أو لطم الوجه، أو بتوجيه عدوانه نحو الآخرين عن طريق العض أو الرفس أو الخرمشة.. الخ، وعادة ما يكون الأهل عاجزين أمام هذه الأنماط السلوكية والتعامل معها. أما موضوع الكلام فيتمثل بإعادة السؤال الذي طرح عليه، أو تكرار كلمة سمعها في الصباح، أو من شخص آخر، أو بإعادة الإعلانات التي سمعها في التلفاز.

يفتقر المتوحد في الغالب، إلى القيام بمهارات العناية بالذات، أو ارتداء الملابس، أو إطعام نفسه، مقارنة مع الأطفال من نفس الفئة العمرية التي ينتمي لها، ولكن من فئة العاديين. وتظهر سمات التوحد على الطفل في أشدها بين عمر الثالثة والسادسة، وتعد هذه المرحلة من أصعب الفترات التي يمر بها أهل الأطفال التوحديين. وعندما يبلغ الطفل التوحدي السن الواقعة ما بين 6 و12 سنة، تخف شدة الأعراض السلوكية (عادل، 2007).

2 - متلازمة أسبرجر Asperger Syndrome:

يفقد المتوحد القدرة على تنظيم التفاعل الاجتماعي، فيكون سلوكه نمطياً متكرراً، واهتماماته محدودة تماماً، وتشتك متلازمة أسبرجر في العديد من أعراض التوحد، ولكنها تظهر أقل شدة. وكلاهما يشتركان في وجود عجز شديد في التواصل الاجتماعي، والقيام بأعمال نمطية متكررة وروتينية، إلى جانب فقدان القدرة على التخيل. إلا أن المصابين بمتلازمة أسبرجر يتمتعون بدرجة ذكاء طبيعية، ولا يواجهون تأخراً في اكتساب القدرة على الكلام، من حيث المفردات والقواعد، أو في مقدرتهم على الاعتماد على أنفسهم.

وتعد متلازمة أسبرجر أكثر شيوعاً من اضطراب التوحد، وتحدث لـ 26 - 36 من كل 10.000 مولود، وهي مشابهة لاضطراب التوحد من حيث شيوعها بين الذكور أكثر من شيوعها بين الإناث بنسبة 4: 1.

أعراض متلازمة أسبرجر

لا يلاحظ الأهل وجود سلوكيات تدعو إلى القلق على طفلهم في السنوات الثلاث الأولى من عمره، نظراً لارتفاع مستوى مهاراته الإدراكية، وعدم تأخره في اكتساب اللغة، واهتمامه بالبيئة المحيطة به، إلا أنه عند دخول الطفل الحضانة، أو عند اختلاطه بمن هم في مثل عمره، تظهر الفروق جليةً، ولاسيما على الصعيد الاجتماعي، ومن أعراض متلازمة أسبرجر:

- قصور في الاستخدام العملي والاجتماعي للغة.
- صعوبات على صعيد العلاقات الاجتماعية.
- اهتمامات خاصة كالالتزام بالعمل الروتيني.
- صعوبات في المهارات الحركية.

ومن النتائج المتوقعة للمصابين بمتلازمة أسبرجر، أنهم لا يعانون تأخراً عقلياً أو لغوياً، ويستطيعون إكمال دراستهم الثانوية، وحتى الجامعية، ويستطيعون أيضاً ممارسة وظائف عملية، إذا ما تلقوا التدخل اللازم والرعاية المناسبة، إلا أن ما يواجههم هو صعوبة التفاعل الاجتماعي، والذي يمثل عجزاً دائماً لديهم، فيشار إليهم بصورة عامة كأشخاص "غريبين" (Who,1992؛ عادل، 2007).

3- متلازمة ريت Rett Syndrome:

متلازمة ريت هي اضطراب عصبي لا يظهر إلا على الإناث، ويتميز بنقص حاد في النمو والنطق، وفقدان المهارات في الحركة، واستخدام الأيدي، مع تباطؤ في نمو الرأس، ويبدأ بالظهور ما بين سبعة أشهر حتى 24 شهراً من العمر، وهو من الاضطرابات النادرة، ويصيب مولوداً واحداً من كل 15.000 مولود، وبعد هذه المرحلة التي يبدو عليها الاختلاف تماماً، تبدأ حالتها بالتدهور، أو أنها تتوقف عن الاستمرار في التطور (Who,1992؛ عادل،

2007). وهناك أربع مراحل تمر بها الطفلة المصابة بمتلازمة ريت، ولكل مرحلة سمات مختلفة وهي:

المرحلة الأولى من 6 - 18 شهراً:

تكون صعوبات هذه المرحلة بسيطة، وقد لا يلاحظها والدا الطفلة، حيث يقل الالتقاء البصري لدى الطفلة خلالها، ويقل اهتمامها بالألعاب وبالمحيطين بها بشكل عام.

وقد تعتمد الطفلة إلى جعل اليدين متشابكتين، أو لفهما مع إغلاق القبضة، وغالباً ما تتأثر الحركات الكبيرة، أي حركات الرجلين واليدين، خلال هذه الفترة.

المرحلة الثانية من 1 - 4 سنوات:

تواجه الطفلة خلال هذه المرحلة عدة صعوبات، من أهمها التدهور السريع في القدرات الإدراكية، فتنخفض نسبة الذكاء لديها إلى مستوى التأخر العقلي الشديد.

كما تصبح المهارات الاجتماعية غير طبيعية، وقد تفقد الطفلة القدرة على الكلام الذي سبق اكتسابه، وتتسأ لدى العديد منهن حركات متكررة الشكل وسلوكيات غريبة، ولاسيما في استخدامهن لأيديهن، حيث يكررن وضع أيديهن في أفواههن، أو يقمن بغسلها أو التصفيق بها، بالإضافة لذلك تصبح حركاتهن مصحوبة برجفة.

وأخيراً قد يلاحظ لديهن صرير الأسنان، وصعوبات في التنفس والنوم.

المرحلة الثالثة من 4 - 10 سنوات:

تستمر معاناة الطفلة خلال هذه المرحلة، بسبب مصاعب في المهارات الحركية، بالإضافة إلى احتمال ظهور نوبات الصرع لدى نسبة تقارب 80% من الإناث، ويتحسن لديهن الانتباه والتواصل والتفاعل الاجتماعي.

المرحلة الرابعة من 10 سنوات فما فوق:

يستمر تحسن القدرة على التفاعل الاجتماعي، والتركيز على الانتباه، خلال هذه المرحلة، وتزداد السيطرة على نوبات الصرع، إلا أن المهارات الحركية تتدهور، وغالباً ما تفقد الطفلة القدرة على التنقل، وقد تحتاج إلى كرسي متحرك، ويتقوس العمود الفقري لدى الكثير من

الإناث، وهو ما يسمى بـ "الجنف"، وهو ميلان جانبي في العمود الفقري، أو قد يصبح لديهن احديداب في الظهر (عادل، 2007).

4- إضطراب الانتكاس الطفولي Childhood Disintegrative Disorder: CDD

يعد اضطراب الانتكاس الطفولي لدى الأطفال من أندر الحالات، فهو يحدث لمولود من كل 10.000 مولود. وهو يشبه اضطراب الأسبرجر والتوحد، من حيث أنه يصيب الذكور أكثر مما يصيب الإناث.

ومن أعراضه: تكرار سلوكيات نمطية، والابتعاد عن التفاعل الاجتماعي، وينمو الطفل المصاب باضطراب الانتكاس الطفولي بشكل طبيعي لفترة زمنية طويلة، وذلك من حيث نمو القدرات الإدراكية ونمو المهارات الحركية والاجتماعية لديه، وقدرته على قضاء حاجاته الخاصة، إلى أن يصل الطفل إلى العمر الواقع بين 3 و 5 سنوات، وأحياناً إلى أن يبلغ العاشرة، حيث يبدأ بعدها بالتدهور بشكل ملحوظ، ويأخذ سلوكه مظهراً شبيهاً بسلوك الطفل التوحدي، وقد تتدهور حالته خلال أشهر أو حتى بضعة أسابيع، فيفقد خلال هذه المرحلة مهارات سبق له اكتسابها، مثل الكلام والمهارات الاجتماعية، بل يفقد السيطرة على التبول والتبرز، وقد يصاب الطفل كذلك بالبكم، ويفقد الرغبة في اللعب، وتنشأ لديه بعض الحركات المتكررة بانتظام، على غرار ما يحدث للأطفال التوحديين.

وهكذا خلال فترة زمنية لا تتجاوز بضعة أسابيع، أو أشهر قليلة، قد يتحول من الطفل الطبيعي إلى طفل لا يتكلم، ولا يهتم بأي تفاعل عاطفي من حوله.

ومما يؤسف له، أنه في معظم الحالات، أي في نحو 75 % منها لا يسترجع الطفل المهارات التي فقدها، أما النسبة الباقية فما يطرأ عليها من تحسن يعد ضئيلاً وجزئياً. وفي بعض الحالات، يمكن أن يظهر الاضطراب، بسبب التهابات في الدماغ، وبالرغم من ذلك، يجب أن يركز التشخيص أكثر على السمات السلوكية (Who,1992؛ عادل، 2007) .

5- الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد – Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified: PDD – NOS

يعرف الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، بالتوحد غير النمطي، وهو يمثل عادة الاضطراب الأكثر تشخيصاً بين الاضطرابات النمائية الشاملة.

ونظراً لغموض وصعوبة هذا التشخيص، لم تتمكن الدراسات العديدة السائدة من توفير معلومات ثابتة محددة عن مدى انتشار هذا الاضطراب، ويتم تشخيص هذا الاضطراب عند

وجود بعض ملامح التوحد في الفرد، وليس جميع معايير التشخيص بالتوحد، وبالرغم مما يواجهه المصابون بالاضطراب النمائي الشامل غير المحدد من صعوبات، على صعيد التفاعل الاجتماعي، واللغوي، والتواصل غير اللفظي، واللعب، إلا أنها أعراض أقل شدة من أعراض التوحد، وتظل لديهم القدرة على التفاعل الاجتماعي بدرجة تحول دون تشخيصهم بالتوحد (Who,1992؛ عادل، 2007).

أسباب ظهور التوحد:

فيما مضى كان الاعتقاد السائد قديماً، أن سبب التوحد هو الصدمة النفسية، أو ما يسمى بانهيار العلاقة ما بين الأم وطفلها، بسبب فشل الأم في تزويد طفلها بالحب والحنان، إلا أن البحث العلمي أثبت أن هذه الفرضية خاطئة ولا أساس لها من الصحة (إلياس، 1989؛ عكاوي، 1996؛ مصطفى، 2008)

ومن الملفت للنظر في البحث عن أسباب التوحد، ضعف وقلة الطرح التربوي والنفسي والاجتماعي والطبي، حتى أن البحوث العلمية والتربوية التي أجريت حول التوحد لم تتوصل حتى اليوم إلى نتيجة حول السبب المباشر للتوحد، فبعض الأبحاث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، ويعتقد البعض أن السبب الحقيقي هو تلوث بيئي، سواء من الجو أو من الماء أو من الطعام، أو من أية مواد مصدرها البيئة التي تؤثر وتصيب الدماغ أثناء الحمل، وما بعد الولادة، وأحياناً تذهب التفسيرات إلى الأعراض المصاحبة للتوحد فقط.

وقد ورد في كتاب: "الأطفال التوحديون" (جوردن وبيول، 2007)، أن من أسباب التوحد: اضطراب وفشل في التكامل، وتطور الذات، لذا علينا أن نهتم بتفسير مصدر الصعوبة في التوحد، في ضوء فهمنا للإدراك الحسي للمتوحد، فطبيعة مشكلة التوحد تتوافق مع الاهتمام بالفهم الاجتماعي لهؤلاء الأطفال، فهم يتصرفون بطريقة غير متوقعة، داخل سياق اجتماعي يربكهم ويجعلهم متعبين ومجهدين، فعلى أن نستخدم طرقاً لتفسير الصعوبات الاجتماعية في التوحد، تزودنا بتوقعات أكثر عن أنواع صعوبات الاتصال وتفسير تصلب سلوك أصحاب التوحد وتفكيرهم.

يعتبر "جيلسون" Gillson كما ورد عند محمد، (أ-2003) أن أسباب ظهور التوحد بيوكيميائية، تتمثل في اضطراب في بعض الإفرازات المخية، يؤثر على الأداء الوظيفي

للمخ. كما وأن التفاعلات الكيميائية المخية الشاذة تؤدي إلى فشل فطري في إنتاج الأنزيمات، كما أن وجود علل أو أمراض معينة عند الأم، تؤدي إلى إحداث تلف أثناء نمو الجنين أو أثناء الولادة (جوردن وبيول، 2007). وهناك اعتقاد بأن خللا وظيفيا في الجهاز العصبي المركزي من عوامل غير معروفة، هو سبب الاضطراب، ويرى جردن وبيول (2007) أن من أسباب التوحد الاعتبار البيولوجي، وخاصة تلك المرتبطة بالشلل المخي، حيث العديد من الأسباب التي تؤدي إلى خلل وظيفي في المخ، فالعوامل المرتبطة بالحينات تلعب دوراً هاماً في هذا الأمر، ولكنها لا تملك الإجابة أو المسؤولية الكاملة، وبين هذا وذاك لا يزال السبب الرئيسي غير واضح، وما زالت الزيادة تهدد من لا ينتظر!.

الأعراض التي تساعد على تشخيص التوحد:

هنالك في- حالة الأوتيزم - التوحد، أعراض واضحة، تتمثل في التأخر والقصور في اللغة واللعب والاتصال والتفاعل الاجتماعي (حكيم، 2008). ويبين لنا هذا الجدول ، شكل رقم - 1 - الأعراض التي تساعد للكشف عن التوحد لطفل عمره الزمني أقل من ثلاث سنوات- بتصريف- .

الرقم	السلوك	نعم	لا	أحيانا	ملاحظات
1	هل يستجيب لاسمه عند مناداته؟				
2	هل يحرص على التواصل البصري "العين - بالعين"؟				
3	هل يحب العناق؟				
4	هل يحب الجلوس في الحضان؟				
5	هل يهتم بالأطفال من نفس عمره؟				
6	هل يحب المرح؟				
7	هل هو قليل البكاء؟				
8	هل هو سريع الغضب؟				
9	هل هو سريع الانفعال بشكل كبير؟				
10	هل يميل إلى ظواهر العناد، كعدم تلبية النداء؟				
11	هل يوشر إلى شيء يريده أو يهمله، مثل لعبة معينة.				
12	هل يلعب بالألعاب الصغيرة، مثل: رمي سيارة؟				
13	هل يحرص على اللعب بعجلة السيارة بشكل ملفت للنظر؟				
14	هل يظهر حساسية بالغة من بعض المثيرات، مثل أصوات معينة (كأن يضع أصابعه في أذنيه حتى لا يسمعها)				
15	هل يتفاعل من خلال الابتسام أو الضحك؟				
16	هل يفضل العزلة والوحدة؟				
17	إذا أشرت إلى لعبة أو شيء في الغرفة، هل ينظر إليها أيضا ويركز عليها؟				
18	هل يحاول جلب الانتباه لبعض نشاطاته؟				
19	هل يطلب التعزيز على مهارة حققها، أي هل تعبيراته الفسيولوجية تنتظر الدعم المعنوي أو المادي؟				
20	هل يفحص تعابير وجهك إذا واجهته بشيء عمله أو أخطأ به؟				
21	هل يحب الارتباط بلعبة معينة أو شيء معين؟				
22	هل يميل إلى النظر إلى شيء في الغرفة أو لعبة لفترة طويلة؟				
23	هل يتصرف وكأنه أصم أو أكم؟				
24	هل يكون أحيانا شارد الذهن؟				
25	هل يتجول أحيانا دون هدف؟				
26	هل يهز جسده أو رأسه كثيرا؟				
27	هل يمانع تغيير وضع ألعابه أو أغراضه في غرفته؟				
28	هل يميل إلى ترداد ما تقولينه بشكل ملفت للنظر؟				
29	هل تظهر عليه علامات المتعة في اللعب مع إخوته أو الآخرين؟				
30	هل يستعمل كلمات مفهومة وذات معنى؟				
31	هل لديه مبالاة تجاه ما يجري حوله؟				
32	هل يفعل عند ذهاب أمه أو عند عودتها؟				
<p>لا يعني موافقة الطفل لواقعة أو أكثر من هذه النقاط، وجود حالة توحد لدينا، فما هذا الجدول إلا نموذج لمساعدتنا في الكشف المبكر عن حالات التوحد، والتشخيص السليم يكون من خلال طاقم طبي تربوي نفسي، متعدد التخصصات، والإجابات بحاجة إلى فهم وتحليل ودراسة.</p>					<p>ملاحظة هامة جدا</p>

شكل رقم - 1 -

خصائص ومميزات الأطفال المتوحدين:

من السهولة أن نرصد الخصائص السلوكية والإنمائية للتوحد، ولكن من الصعوبة أن نشخص الحالة من المشاهدة الأولية، أو من خلال تصرف ما، أو من خلال عدم تواصل بصري فقط، فمن خلال تبيان الخصائص المتعددة للتوحد، يمكننا رصدها وتحديدها وتصنيفها، ومن ثم العمل على تقديم المساعدة التربوية، وتقديم الدعم النفسي، والإرشاد السلوكي للحالة، أو الأسرة أيضا. ومن أهم هذه الخصائص، وبشكل عام:

* ضعف النمو اللغوي، وتشتت في الكلام، والافتقار إلى الكلام الواضح، مع اضطراب في مضمون الكلام، وترديد لبعض الجمل التي يسمعها بطريقة ملفتة للنظر.

* عدم استعمال الإشارات غير اللفظية، مثل الابتسام والتواصل الجسدي، كالعناق والاحتضان، ويفتقدون إلى تواصل العين - بالعين.

* اللعب غير السوي، مع الإصرار على الطقوس والروتين، مثل هز الرأس، ورفرفة اليدين والأصابع، ووجود الكثير من الحركات الآلية غير الهادفة، والردود العنيفة إزاء أي تغيير.

* عادات سلوكية ذات طابع روتيني ممل.

* أزمة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة، مصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفضة.

* يظهر عليهم غياب العلاقات الاجتماعية، والاتصال والمحادثة، والاستجابة بطريقة غير مناسبة مع البيئة المحيطة.

* يظهر عليهم تبدل المشاعر تجاه الألم والخطر.

* يتصفون بالانطواء على أنفسهم، وعدم الاهتمام بالآخرين.

* لديهم مشكلات في الرؤية للعالم من حولهم، ومشكلات تعلمهم من خبراتهم، ومشكلة في التخيل والتذكر.

* لديهم خاصية إيذاء الذات، والانشغال بسلوكيات مؤذية لأنفسهم، مثل ضرب الرأس والعض وحك الجلد "أحيانا"، ما يؤدي إلى صعوبات اجتماعية، تتطلب علاجا من خلال إجراءات تعديل السلوك.

* لديهم عيوب في الاستجابة للإثارة الحسية.

* ليست لديهم القدرة على توليد استجابات وأفكار، ولديهم اضطراب في تنظيم الأفكار وتنفيذ الأفعال.

* لديهم خوف مفاجيء دون سبب، وعادات نوم سيئة، فقد يستيقظ الطفل في الليل أكثر من مرة، وقد يبول على نفسه.

* لا يوجد مودة وصداقة ولعب مع الأيوين والعائلة والأصدقاء، ويفتقدون إلى انفعالات العطف.

* يفقدون إلى اللعب التخيلي، واللعب ألابتكارى، ولا يقلدون الآخرين.

* لديهم فشل في استعمال الضمائر مثل أنا وهو، والإجابات بنعم، ويكرهون الغرباء والازدحام، ويجفلون من الأصوات العالية، كنباح الكلب وضجيج الشوارع. (كامل، 2003؛ عبد الرحمن، 2005؛ الشامى، 2004-أ؛ الزراع، 2004؛ Audrey et al, 2007).

معايير ومؤشرات التوحد ما بعد الجيل المبكر حسب DSM4

من خلال الرجوع إلى هذه النقاط الهامة، والتي تساهم في معرفة معايير ومؤشرات التوحد، وتساهم بشكل منظم في المساعدة والعلاج التربوي، نستطيع الوقوف على السمات والأعراض الواضحة والدقيقة للتوحد، وهي كما يلي:

1. قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي يتمثل على الأقل في اثنين من العناصر التالية:
 - قصور واضح في استخدام عدد من السلوكيات غير اللفظية مثل: التواصل البصري، وتعبيرات الوجه، ووضع الجسد، والإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي.
 - فشل في تكوين علاقات صداقة مع الأنداد والأصحاب، تتناسب مع المستوى التطوري لعمره الزمني.
 - فقدان المقدرة في مشاركة الآخرين الاهتمامات أو الإنجازات، ما يتمثل في عدم إظهاره لأشياء تهمة أو الإشارة إليها.
 - فقدان المقدرة على التبادل العاطفي أو الاجتماعي.
2. قصور نوعي في التواصل، يتمثل على الأقل في أحد العناصر التالية:
 - تأخر في تطور الكلام أو فقدانه كلياً، مع عدم وجود دلالة على محاولة التعويض عن هذا العجز بأية وسيلة أخرى غير لفظية، مثل التواصل بالإيماء أو الإشارة.
 - الفئة التي تتمتع بالمقدرة على الكلام، يظهر لديها عجز واضح في القدرة على المبادرة إلى الحديث أو على الاستمرار في تبادل الأحاديث مع الغير.
 - استخدام متكرر للغة وطريقة خاصة في استخدامها.

- فقدان القدرة على ممارسة اللعب التمثيلي والتلقائي والمتنوع.
- 3. سلوك نمطي ومتكرر، ومحدودية من الاهتمامات والنشاطات، ما يتمثل على الأقل في أحد العناصر التالية:
 - انشغال متواصل باهتمام نمطي واحد أو أكثر غير طبيعي، من حيث شدته أو تكراره أو مدى التركيز عليه.
 - تعلق غير طبيعي ببعض العادات أو الأمور الروتينية التي لا معنى لها.
 - حركات جسدية نمطية ومتكررة، مثل: رفرفة الأصابع، أو ليّ اليدين، أو حركات جسدية معقدة.
 - الانشغال المفرط بأجزاء الأشياء.
- 4. تأخر أو سلوك غير طبيعي في أحد الجوانب التالية:
 - أ - التفاعل الاجتماعي.
 - ب - اللعب الرمزي أو التخيلي.
 - ج - استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي.

طرق علاج التوحد:

لا بد من علاج فعال، أو استخدام أسلوب تربوي للرعاية والاهتمام، فلكل مشكلة حل، ولكل مسبب سبب وعلاج، فمشكلتنا المركزية تتمحور في الاتصال كما يتبين لنا، ولكننا يجب أن نؤمن أن الطفل التوحدي، يشعر بنا ويشعر بما حوله، ويحس ويتألم ويفرح ويحزن، ولكن على طريقته الخاصة، ولأسباب غير واضحة ومبهمة لنا، يقرر أن يختار سلوك الانطواء وعدم الاتصال معنا، فنشعر بضعفنا وعجزنا في طرق الاتصال مع هذا الإنسان؟!، لذا لا بد من تدخل مبكر، وخطة علاجية لتقديم المساعدة، ومن هنا كانت الطرق العلاجية الفعالة والمتعارف عليها، والمتعددة والمتنوعة. وعلينا اختيار الطريقة المناسبة والملائمة للطفل، والتي تتلاءم ونمط الاضطراب المرافق للطفل التوحدي، فلكل طفل عالمه الخاص، وسماته النفسية والاجتماعية واللغوية المرتبطة بشخصيته، وتأتي التوصية من قبل علماء التربية وعلم النفس بأهمية التعامل مع الطفل التوحدي، وكلما كان التدخل مبكرا كلما كانت النتائج العلاجية لبرامجنا التربوية والسلوكية، أقوى واشمل ، فالمهم أن نستطيع اختيار طريقة تناسب شخصية الطفل التوحدي، وأن نكون نحن كمربين، متمكنين منها أيضا، فكل طريقة

حسب طرح المنظرين والمختصين بها هي الأفضل من وجهه نظرهم الخاصة ، لذا فالأقوى هي الأنفع !.

ومع هذا الخطر القادم، وتقدم العلم والتكنولوجيا، وطرح النظريات السلوكية والتربوية للاهتمام بحالات التوحد، نجد إجماعاً من قبل أصحاب التخصص، على ضرورة تحديث طرق العلاج المبكر، وتحسين طرق التشخيص المبكر، لما في ذلك من مصلحة على التطور النمائي والسلوكي للطفل، خاصة بعد ضعف الطرح العلاجي من خلال الأدوية الطبية للتحكم، والتقليل من بعض المواد الكيماوية، التي تزداد نسبتها داخل جسم الطفل، كالزئبق والرصاص "الموجودة في محتويات لقاح الأطفال الثلاثي" أو إجراء تحاليل أنزيمات الكبد (حكيم، 2008؛ مجلة الشرق الأوسط، 2008)، وقد تكون الطرق العلاجية بطرح أفكار للحد من التوحد، كطرق الوقاية: "درهم وقاية خير من قنطار علاج"، هي الأنسب والأفضل، فالباحث شارلي (Shirley, 2005) ينتقد بشدة الإهمال الدولي في عدم قدرتنا للحد من الانتشار السريع للخطر القادم، ويعزي ذلك إلى عدم وجود استراتيجيات واضحة للحد من الظاهرة في المستقبل، وطرح خيار فلسفي منطقي على العلماء مفاده: إما أبحاث ونشرات أو هلاك So... publish .or perish

إن طرق العلاج متنوعة، وخاضعة للتقييم الموضوعي الميداني للمشتغل مع حالة التوحد، ويمكننا الاستفادة منها جمعاء، وأخذ العبر، مع أهمية دورنا في الإبداع والتجديد، وتقديم كل ما هو نافع ومفيد.

1- طريقة تعديل السلوك:

يعتبر تعديل السلوك من الطرق العلاجية الحديثة، والفعالة في التعامل مع اضطرابات طفل التوحد، ومبتكر هذه الطريقة هو "إيفور لوفاس" Ivor Lovaas، أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس، والعلاج السلوكي قائم على النظرية السلوكية، ومبدأ الاستجابة الشرطية في علم النفس، حيث تتم مكافأة الطفل على السلوك المرغوب، ويتم العقاب على السلوك غير المرغوب، ويفترض العلاج السلوكي أن التحكم بالسلوك ممكن، والتقليل من السلوك غير المرغوب حقيقة، وترتكز النظرية على اعتبار أنه يمكن التحكم بالسلوك عن طريق دراسة البيئة التي يحدث فيها، والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، حيث يعتبر كل سلوك كاستجابة لمؤثر ما، وذلك من خلال إيجاد وبناء مهارات اجتماعية وشخصية عند الطفل التوحدي، وتقدم إجراءات تعديل السلوك على أسس موضوعية واضحة، وفترة زمنية محددة

حسب الحالة والبرنامج، مع اعتبار أن لا تقل مدة العلاج السلوكي عن 30 - 40 ساعة في الأسبوع، على مدار عدة أعوام (Maurice, 1996؛ اللوت، 2008).

ويشارك في إعداد وتنفيذ برنامج تعديل السلوك، مختصون من أساتذة التربية الخاصة، ومعدلو السلوك، والمعلمون، والأهل، بحيث تخضع إجراءات تعديل السلوك للتقييم الدوري المستمر، عن طريق اجتماع تربوي هادف، ينخله الحوار والنقاش، بمعدل مرة كل أسبوع.

ويعتبر تعديل السلوك فرعاً من فروع علم النفس التطبيقي، وهو بمثابة مجموع الطرق التربوية التي تقف عند واقع السلوك الإنساني، فتراقبه وتشاهده، وتعمل على دراسته وتحليله وتصنيفه سلوكياً، في سبيل تثبيت وتعزيز وتطوير السلوك المرغوب فيه، أو التقليل من السلوك غير المرغوب فيه، وفق طرق التدخل المناسبة والمتنوعة (الخوجا، 2004).

إن استخدام مبدأ العلاج السلوكي في تعديل السلوك، وأساليب التدخل المتنوعة التي تعتمد على استخدام التعزيز المناسب، وتقديم المكافآت للطفل بعد انجازه للسلوك المرغوب، يعتبر من الطرق العلاجية الفعالة، والتي تساهم في التواصل والتقرب من الطالب، مع العلم أن التعامل الإنساني واحترام قدرات الطالب/ة أفضل جائزة يمكن أن نقدمها (كوافحة وعبد العزيز، 2007؛ الخوجا، 2004).

ويشير محمد (ب-2003) في كتابه "تعديل السلوك للأطفال"، بأن تعديل السلوك من الأمور شديدة الأهمية في مجال التربية الخاصة، إذ أن الجهود التي يتم بذلها مع ذوي الاحتياجات الخاصة، تعتمد في أساسها على تعديل سلوكهم، وذلك من خلال إكسابهم مهارات معينة مرغوبة، تساعدهم على أن يأتوا بالسلوكيات المناسبة في المواقف المختلفة، أو الحد من سلوكيات غير مناسبة تصدر عنهم في مختلف المواقف.

وترتكز طرق العلاج عن طريق تعديل السلوك، على تطبيق استراتيجيات طرق التدخل المناسبة للطالب التوحيدي، وهذه بعض طرق التدخل التي تتناسب مع حالة التوحد، ومن الممكن اكتشاف أو طرح المزيد، مع الأخذ بعين الاعتبار النمط الخاص لشخصية حالة التوحد:

1- مبدأ التعزيز: الأساس في تقديم التعزيز، المساعدة في تعجيل الاستجابة، أو الدعم للسلوك المرغوب.

2- مبدأ "بريماك" أو قانون الجدة : وهذا المبدأ يتصل بالتعزيزات، حيث يجب على المعلم أن يتجنب قوائم التعزيزات المحضرة مسبقاً، وان يحددها من خلال مشاهدته لسلوك الطلاب بشكل مباشر، وطبقاً لمبدأ "بريماك"، فالسلوك المفضل والذي يفعله الإنسان بصورة متكررة،

يمكن توظيفه لتشكيل وتطوير السلوكيات غير المفضلة، فالمعلم داخل غرفة الصف يقدم للطالب العدوانية كرة قدم ليلعب بها، إذا لم يستخدم العدوان ضد طلاب الصف، فيكون تقديم الكرة شرطاً لعدم العدوانية.

3- مبدأ التعزيز المتقطع: أي غير المنظم والمتسلسل، حيث بعد التقدم في السلوك من جانب الطالب، يقوم المعلم/ة باختيار مناسبات أو أحداث يبدي فيها الطالب السلوك المرغوب، فيقوم المعلم على الفور بتقديم تعزيز للطالب، ويمكن للمعلم تكرار العملية بشكل متقطع، وكلما لزم الأمر، وحسب الحاجة التي يقررها المعلم، وفق المخطط السلوكي المدروس.

4- مبدأ العقاب: وهو كل ما يحدث بعد السلوك، ليقفل من احتمالات تكراره في المستقبل، كأن يأخذ المعلم لعبة محببة من الطالب، أو يقول: "كفى" للطالب، مع نبرة حادة "نسبياً"، أو عدم إعطائه ما يرغب مما يجب.

5- مبدأ ضبط المثير: أي تغيير السلوك الإجرائي من خلال تغيير المثيرات التمييزية، فمثلاً الطالب المشاغب في غرفة الألعاب، نبعده عن المكان، لأن الغرفة شيء مثير لتكوين سلوكيات الفوضى.

6- مبدأ التمييز: التمييز هو تعلم مهارة التفريق بين المثيرات المتشابهة، والاستجابة للمثيرات المناسبة فقط، فنجعل من السلوك الذي حدث شيئاً مميزاً، فنعرزه ليصبح سلوكاً متميزاً، فمثلاً إذا حصل تجاوب من الطالب داخل الصف، ونحن نعلم أنه غير متجاوب، نعزز سلوكه وفق مبدأ التمييز، وبناءً على ذلك فالأفراد يتميزون عندما يتعلمون أن سلوكهم سيعزز في موقف ما، كالرسم على دفتر الرسم مثلاً ولن يعزز في موقف آخر، كالرسم على الحائط مثلاً، فتطوير عملية التمييز هو الشرط الأساسي لعملية ضبط المثير.

7- مبدأ التعميم: التعميم هو تعلم الفرد لسلوك معين في موقف معين، يدفعه إلى القيام بذلك السلوك في المواقف المشابهة للموقف الأصلي، بمعنى أن أثر التعليم ينتقل أوتوماتيكياً من استجابة تم تعلمها إلى الاستجابات الأخرى المماثلة، فمثلاً إذا حافظ الطفل التوحدي على النظافة داخل الصف، فهذا يساعده في المحافظة على النظافة في الساحة الخارجية.

8- المثالية: يعتبر أسلوب المثالية من الأساليب المحبذة للاستخدام مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث يقوم المعلم/ة بتعليم الطفل كيف يفعل شيئاً ما، ومن ثم يطلب منه أن يقلد ما شاهده، ويمكن أن نستخدم فكرة اليوم الصور هنا، كما في جدول النشاط، الوارد ذكره.

9- أسلوب إنهاء النشاط الجاري: وهي طريقة تتناسب مع الطلاب ممن لديهم قدرة للتمييز بين التعزيزات وأنواعها، وذلك بهدف التقليل من السلوكيات غير المناسبة، من خلال حجب التعزيز عن الطالب مدة محددة من الزمن، وذلك بإيقاف النشاط المحبب الذي يقوم به حالياً.

10- التصحيح الزائد: يستند التصحيح الزائد إلى المنطق الذي يقول: إن على الإنسان الذي يسيء التصرف أن يتحمل نتائج سلوكه. ويتمثل ذلك من خلال إرغام الطالب على أن يعيد الوضع إلى حال أفضل من الذي كان عليه قبل قيامه بالسلوك غير المناسب، فالطالب الذي يرمي الأوساخ تحت مقعده، نطلب منه تنظيف جميع الصف، إذ أن عملية التوجيه الجسماني ضرورية من أجل نجاح هذا البند مع الطالب التوحدي.

11- مبدأ التجاهل: علينا أحياناً كمعلمين أو أهل أن نتجاهل السلوك من جانب الطالب، وذلك كي نعمل على إطفاء أو تقليل السلوك، وهذا الأمر بحاجة إلى حذر، ومتابعة النتائج التي تبين لنا صحة ردود فعلنا.

12- استخدام الطريقة الإنسانية في التعامل مع الطلاب: يجب إشعار الطالب دوماً بالحب والاحترام والتقدير والقبول، فكلما شعر الطالب بالارتياح والسكينة داخل الصف وتجاه المعلم/ة، كلما كان تقدمه أفضل، مع ملاحظة حب الطفل التوحدي للروتين والهدوء، وهذا بحد ذاته احترام لإنسانيته.

13- استخدام التعبير الفسيولوجي أو التوبيخ: على المعلم أن يعبر عن عدم موافقته على سلوك الطالب بطريقة لفظية، وأن يشعره بأنه منزعج من سلوك معين، من خلال تناسق ومواءمة الجانب الفسيولوجي لتعابير الوجه، ويمكن استخدام الصور أو البوم الصور هنا للتوضيح للطالب مفهوم الرفض أو القبول، وأحياناً السرور أو الحزن على ردة فعلنا للتصرف، وطريقة جدول النشاط المصورة التالية يمكن أن تبين لنا الفكرة بصورة أوضح (الخطيب، 1995؛ الخوجا، 2004). ولا شك بأن طرق تعديل السلوك متنوعة وواسعة، ولكن باختيارنا الأمثل والأقرب إلى شخصية الطفل، يمكننا أن نساير الصواب في نهج التدخل الفعال واستراتيجيات طرق التدخل، فعلى الرغم من صعوبة تغيير سلوك المتوحد، إلا أن مبدأ تعديل السلوك يقدم لنا بدائل علاجية متنوعة وقوية أمكن التحقق من فاعليتها بموضوعية (الخطيب، 1993).

2- طريقة جدول النشاط المصورة:

تعتبر من طرق العمل الهادفة والناجحة مع حالة الطفل المتوحد، ومن أحدث استراتيجيات التواصل الفعال، وذلك بهدف أن يتعلم الطفل مهارات أساسية معينة، من خلال

استخدام جداول تأخذ شكل كتيبات صغيرة يتألف كل منها من خمس أو ست أو سبع صفحات، في كل منها صورة واضحة تعكس نشاطاً معيناً، يتم تدريب الطفل على القيام به (نصر، 2002؛ محمد، ب-2003)، وذلك وفق تشخيصنا للقدرات العقلية للطالب، وحاجات الطالب المخطط للعمل بها ضمن الخطة الفردية السنوية، والتي تجزأ إلى فصلية وشهرية وأسبوعية ويومية، وفق تدريب فردي ونشاط جماعي.

لقد أثبت العمل من خلال الصور في برامج التربية العادية، نتائج أفضل لدى الطلاب، وذلك بعد مقارنة بين مجموعتين من الأطفال، تلقت إحداها برامج تعليمية من خلال الصور، وأخرى استبعدت هذه الطريقة، واعتمدت الطرق النظرية فقط.

وتعتبر الصور منبهات تستثير سلوك أو معلومة، أو إحقاق منبهات جديدة، وتعمل على تشكيل استجابات جديدة، غير قائمة من قبل، وتساعد على التعلم (نصر، 2002؛ محمد، ب-2003).

2-1 نماذج وأساليب اختيار الصور:

ومن أجل إعداد الصور واختيارها، هناك أساليب ونماذج سهلة جداً يمكننا الاستفادة من استخدامها مثل:

أ - المصقات: وهي أول الأساليب لأنها سهلة المنال والتنفيذ.

ب - الصور من الكتب والمجلات والجرائد. إذا شارك الطالب في اختيار الصور، فهذا شيء رائع.

ج - الصور الفوتوغرافية مثل: صور للطلاب في مواقف اجتماعية مختلفة مع أفراد الأسرة، ويمكن أن تكون عن طريق استخدام ألبوم الصور، وعددها خمساً في البداية، وحبذا لو اشتملت على النشاط الذي نود تدريب الطالب عليه، كأن نقوم بتصوير عناصر وجبة الإفطار التي سيتم تقديمها للطالب، أو صورة لطالب يمسك قشرة موز ويضعها في سلة المهملات، بحيث تساعد هذه الصورة في جعل الطالب يتعاون في موضوع النظافة (جوردن وبيول، 2007؛ محمد، ب-2003).

2-2 ملاحظات عند وضع الصور: بعد ذلك يتم لصق الصور على إحدى صفحات ألبوم الصور، وبذلك يكون برنامج جدول النشاط جاهزاً للعمل، وعلينا ملاحظة وضع الصور أمام الطالب، وفي مستوى يمكنه من فتحه، وعلينا ما يلي:

أ- أن نراعي مسألة أو مهارة فتح الألبوم، وتقليب صفحاته، لأن ذلك يقلل اهتمام الطالب بالنشاط.

ب- إذا كنا نريد من الطالب أن يؤدي مهمتين، فيجب فصل الصور، ووضع كل منها في نشاط.

ج - يفضل أن تشمل الصفحة الأخيرة للألبوم اللعبة المفضلة للطالب.

د - الأدوات الحقيقية المستخدمة كالعاب للأطفال يجب أن تكون من البلاستيك المقوى.

هـ - يجب وضع الأدوات على ارتفاع مناسب، لكي لا يجد الطالب صعوبة في الوصول إليها.

و - تقديم التعزيز المناسب للطالب، وفي الوقت المناسب (محمد، ب-2003).

2-3 عند البدء باستخدام النشاط لا بد من إتباع الخطوات التالية:

1- اختيار المكان المناسب، بعيدا عن المشتتات البصرية.

2- الجلوس بجوار الطالب على الطاولة أو المكتب.

3- نحدث الطالب/ة عن نوع النشاط، وكأنه يفهم كل كلمة نقولها، كما يجب أن نؤمن أن هناك لغة خاصة تصدر منا يفهمها الطالب، ويعيش معها، ويقدر إيماننا بالفكرة يكون النجاح.

4- نفتح النشاط على الصفحة الأولى.

5 - نسأل الطالب عن الصورة، ونطلب منه أن يشير إليها بإصبعه.

6- نطلب منه ذكر اسم الشيء الذي تتضمنه الصورة.

7- إذا لم يعرف الطالب، على المعلم أن يذكره بلغة واضحة ومفهومة، مع التكرار.

8- ننتظر مدة سبع ثوانٍ، حتى يتعرف الطالب على الصورة أو يشير إليها.

9- تقديم الصور بشكل تتابعي أو تسلسلي.

10- يمكننا تبادل فكرة اليوم الصور مع البيت أيضا، ثم نقارن النتائج.

11- أن نستخدم الجدول التالي حسب شكل رقم - 2- بوضع علامة + أو صح، إذا لمس

الطفل الصورة وعلامة - أو إكس، إذا لم يلمسها، مع تسجيل التاريخ واليوم، حتى تكون لدينا متابعة واضحة وتقييم منهجي صادق، ولتحديد قدرة الطالب على اكتساب الاستجابات والمهارات الجديدة. والجدول التالي يسهل علينا تحقيق هذه الفكرة (جوردن وبيول، 2007؛ محمد، ب-2003) .

4-2 نموذج استمارة:

استمارة تقييم أداء الطالب/ة والتعرف على مدى تقدمه في اكتساب المهارة

اسم المعلم/ة:				
اسم الطالب/ة:				
اليوم: التاريخ: / / 2009				
المحاولات			المهمة	الصفحة
المحاولة الثالثة	المحاولة الثانية	المحاولة الأولى	التعرف على الأشياء (من خلال اليوم الصور أو النموذج المجسد)	
+	+	+	بيت	الأولى
+	+	+	حقيقية	الثانية
+	+	-	قصة	الثالثة
-	-	-	قلم رصاص	الرابعة
+	+	+	مطبخ	الخامسة
+	+	+	لعبة	السادسة
+	-	+	شجرة	السابعة
+	+	+	ماء	الثامنة
-	+	+	سيارة	التاسعة
+	-	-	عائلة	العاشرة
8	7	6		مجموع الاستجابات الصحيحة

شكل رقم - 2-

ملاحظة: يمكننا تطوير النموذج من خلال اختيار المهمة وتنويعها، فبدلاً من التعرف على الأشياء المصورة أو المجسمة، يمكننا وضع كلمة وصورة، أو التعرف على المتشابهات من الصور، أو حسب قدرات الطالب الذهنية، وهكذا تكون لدينا برامج مجدولة وواضحة، تتم وفق خطة تربوية فردية.

3- طريقة التعلم المبني على (Teacch):

طريقة تيتش هي اختصار ل (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children)، أي علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل، وتعتبر طريقة "تيتش" طريقة تعليمية شاملة، مصممة للعمل بشكل فردي مع طالب التوحد، حسب احتياجات وقدرات كل طالب، وهذا البرنامج له مميزات عديدة بالإضافة إلى التدخل المبكر، فهو يعتمد على نظام Structure Teaching لتنظيم بيئة الطفل، سواء كان في المنزل أو في المدرسة، ويتعامل البرنامج مع جوانب عديدة أهمها: اللغة والتواصل والسلوك والجانب الحسي والعاطفي والاجتماعي في الحياة اليومية للطالب، بشكل تكاملي، ومن خلال الإطار الصفي أو الجماعي، بحيث لا يزيد عدد الطلاب عن 5-7 أطفال فقط، مقابل معلمة ومساعدة، بالإضافة إلى طاقم كبير معطاء ومتعاون، يكون فيه المعالج الطبيعي إذا لزم الأمر، وأخصائي النطق والاتصال، والمعالج الوظيفي والنفسي والاجتماعي، ويتم تصميم وبناء تربوي لكل طالب وفق الخطة التربوية الفردية السنوية، ويستثمر عالم الطفل التوحدي من خلال التركيز على نقاط القوة عنده، مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة، وحبه للروتين (Thomas, 2007).

وتشدد طريقة تيتش (Teacch) على التعاون والتواصل المستمرين بين أسر التلاميذ ومعلميهم، باعتبار ذلك عنصراً أساسياً يؤثر بدرجة كبيرة على نجاح التلميذ ومدى تقدمه، ونرى الأهمية دوماً في التواصل مع الأسرة باعتبارها الركيزة الأساسية لضمان نجاح الخطوات التربوية في تقدم الطفل، حيث أن مدى تعاون الأسرة بشكل عام؛ يساهم في تحقيق مفهوم الانجاز والتقدم المنشود، فيعتبر أهالي التلاميذ "معلمين مشاركين"، لأنهم يعملون على تقريب الطفل من المعلم، من خلال مشاركتهم في عملية التعليم.

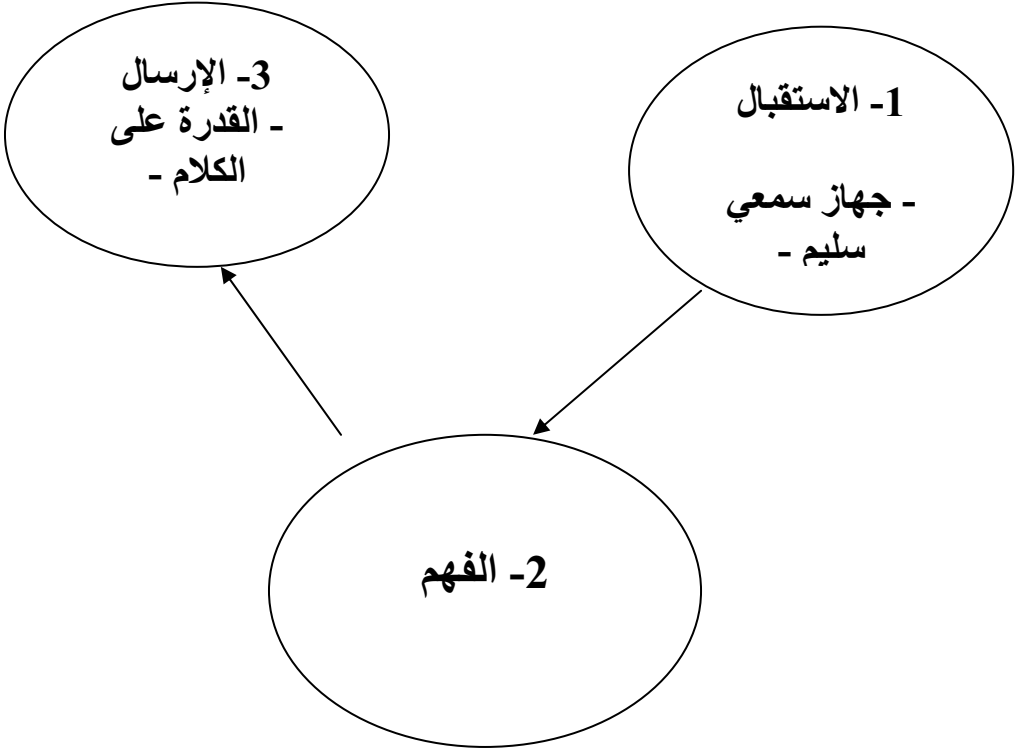
والأطفال الذين يعانون من التوحد يعانون من صعوبات خاصة، أي ناتجة عن إصابتهم بالتوحد، في تعميم المهارات التي يتعلمونها، فقد يتعلمون مهارة معينة في المدرسة، ويقومون باستخدامها مع التدريب بجدارة، إلا أنهم قد لا يستخدمونها في المنزل، أو عند الأقرباء، أو في الأماكن العامة، وبالتالي تنخفض فائدة تعلم المهارة، إن لم يتمكن الشخص من استخدامها

وتعميمها. ولذلك كان من الضروري أن يكون للأسرة دور نشط وفعال في مساعدة طفلها على تعميم المهارات التي يتعلمها، واستخدامها في مختلف الأوضاع. ولكي تتمكن الأسرة من المشاركة الفعالة في تعليم ابنها أو ابنتها، تقترح طريقة " تيتش (Teacch)" عدة خدمات للأسر، حيث للأسرة دور هام جداً وفعال في تقدم ونجاح برنامج الطالب، وتشمل الاقتراحات ما يلي:

- حضور ورش عمل ومحاضرات يقدمها اختصاصيون في برنامج " تيتش " (Teacch) حول موضوعات مختلفة عن التوحد.
- الحضور إلى المدرسة، ومراقبة وتلقي التدريب على طرق التدخل المستخدمة مع الطالب، لتعليم مهارة معينة، بناءً على اختيار الأسرة. فقد تطلب أسرة على سبيل المثال تدريباً على أفضل طرق التعامل مع سلوك معين يصدره الطالب، أو تدريباً على طرق تدريب على قضاء الحاجة في الحمام أو الاستحمام، أو التعبير عن موضوعات معينة، مثل احتياجاته في الأكل والشرب وغير ذلك، وعندما تحدد الأسرة المهارة المراد تعليمها لابنها أو ابنتها، يحدد المعلم/ة مواعيد زيارة الأهل للمدرسة، بحيث تتزامن مع الوقت الذي يتعلم فيه الطالب/ة المهارة المحددة في المدرسة، ويتكرر هذا الإجراء عدة مرات خلال السنة، بناءً على احتياجات الأسرة.
- زيارات منزلية يتم ترتيبها بين الأسرة والمدرسة، وغالباً ما يحضر الأخصائي الاجتماعي ومعلم/ة الطالب/ة، ويتم خلال هذه الزيارات تحديد وتصميم البيئة التكاملية للطالب، ومساعدة الأسرة على التعامل مع طفلها بشكل عام.
- التواصل اليومي، من خلال الكتابة في دفتر يخص الطالب، وإرساله إلى أسرته، كما يطلب من الأسرة الإجابة وتدوين ملاحظاتها على الدفتر، ما يساهم في تواصل يومي، واحترام متبادل، ما بين المدرسة والمعلم والأسرة (الشامي، ب-2004).

4- طريقة العلاج بتنمية القدرات اللغوية:

بعد التأكد من سلامة الجهاز السمعي للطفل، حيث أن الأطفال التوحديين يكون لديهم جهاز سمعي سليم، ولكن مشكلة عدم الكلام، أو ضعف المفردات اللغوية، تنشأ من نمط شخصية التوحد، ومن عدم مقدرته على التعبير، حيث تظهر المشكلة ما بين السنة الثالثة والرابعة من عمر الطفل، وهي من أكثر المظاهر التي يهتم بها الأهل، وتتمثل المشكلة في شقين: أحدهما هو ضعف القدرة على التمييز السمعي، والثاني هو ضعف القدرة على النطق الصحيح (مصطفى، 2008).



- شكل رقم 3 -

ويبدأ تعليم اللغة في مرحلة معينة من مراحل الرعاية المتكاملة أو الشمولية للطفل، عندما تتوفر لديه قدرة ولو بسيطة على الانتباه، مع قبوله التواصل مع الآخرين. وعلينا أن نبدأ من قدرات الطالب التعبيرية، فنبين أولاً نقاط القوة ونقاط الضعف في المجال اللغوي، ثم نعمل على تقوية مواطن الضعف وتنمية نقاط القوة، لذا يجب إجراء تشخيص أو تقييم للطفل، ثم نقوم بإجراء خطة تربوية فردية، وبرنامج لتنمية المهارات اللغوية، من خلال تقسيم مراحل التعليم والتطور اللغوي عند الطفل إلى أربع مراحل، هي:

4-1 المرحلة الأولى: وفيها يتعلم الطفل مبادئ المهارات الأساسية للغة وهي:

- الاستجابة لابتناسات الآخرين، ولصورته في المرآة.

- تقليد حركات وأصوات بسيطة.

- الاتصال البصري.

- فهم اللغة البسيطة.

- إصدار الأصوات والكلمات الأولى.
- تعزيز التواصل البصري.
- المحادثة مع الطفل من قبلنا.
- استخدام أغاني وأناشيد الأطفال.
- 2-4 المرحلة الثانية: وهي مرحلة الكلمات، وفيها يتعلم الطفل ويتدرب على:
 - الانتباه والاستجابة للأصوات.
 - الفهم لوظيفة الأشياء المألوفة لديه.
 - التقليد لبعض الأعمال المنزلية.
 - التعرف على الصور المألوفة.
 - اللعب مع أقرانه.
 - دور الأهل هنا فعال وحيوي ومشجع للطفل.
- 3-4 المرحلة الثالثة: وهي مرحلة الجمل، وفيها يتعلم الطفل:
 - تقليد ألعاب تحتاج للتتابع.
 - اللعب بملابس الكبار.
 - التعرف على التفاصيل في الصورة.
 - استخدام اسم الطفل للرد على الأسئلة.
 - الاستماع إلى القصص البسيطة.
 - معرفة الجنس ولد أو بنت.
 - استخدام النغمة عند طرح الأسئلة البسيطة مع الطفل.
 - استخدام جمل تتكون من كلمتين أو ثلاث كلمات.
 - دور الأهل أيضاً هنا هام جداً وضروري، إلى جانب إعطاء الأهل حرية أكبر للطفل في سبيل الاكتشاف، مع مراقبة وإرشاد وتواصل لفظي مستمر.
- 4-4 المرحلة الرابعة: وفيها يتعلم الطفل أن:
 - يلعب لعباً جماعياً.
 - يميز أصوات الآلات الموسيقية، ويردد كلمات بعض الأغاني.
 - يستمع إلى القصص، ويجيب عن الأسئلة المتعلقة بها.
 - يتابع محادثة بسيطة.
 - يستخدم الكلمات الاجتماعية، مثل يرحب ويطلب الإذن.

- يستخدم جملاً من أربع كلمات.
- يستخدم كلمات أمس واليوم.
- يذكر أين يسكن، ويذكر اسم أمه وأبيه (مصطفى، 2008).

6- طريقة العلاج بالدمج الحسي Sensory integration therapy:

الدمج الحسي هو عملية تنظيم الجهاز العصبي للمعلومات الحسية لاستخدامها وظيفياً، وهو ما يعني العملية الطبيعية التي تجري في الدماغ، والتي تسمح للإنسان باستخدام النظر والصوت واللمس والتذوق والشم والحركة مجتمعة، للفهم والتفاعل مع العالم من حوله. فعلى ضوء اختبار وتقييم الطفل، يستطيع المعالج الوظيفي أو المعلم/ة استخدام العلاج الحسي لتوجيه الطفل، وبناء البرنامج التربوي الفردي له، وذلك من خلال اختيار نشاطات معينة، تتناسب وقدرته على التفاعل مع المؤثرات الحسية، وهذا النوع من العلاج موجه مباشرة لتحسين مقدرة المؤثرات الحسية، والعمل سوياً ليكون رد الفعل مناسباً، وكما في العلاجات الأخرى، لا توجد نتائج تظهر التطور والنجاح المتوقع من خلال العلاج بالدمج الحسي بوضوح، ومع ذلك فهي تستخدم في مراكز متعددة (الصبي، 2009).

6- الاتصال الداعم والبديل (Augmentative and Alternative Communication - A.A.C)

يعتبر علاج الاتصال الداعم والبديل من أنجح الطرق التربوية الحديثة في مساعدة الطفل التوحدي، بسبب قوة هذا البرنامج ومدى نجاعته في تحقيق نتائج فعالة، ولسهولة ممارسة الطريقة التي تعتمد على علاج مؤقت أو ثابت لمشاكل الاتصال واللغة والسلوك. وفكرة الاتصال الداعم والبديل تنطبق إلى وسائل الاتصال، التي تسمح للفرد الذي لا يتكلم ولا يقرأ الاتصال مع بيئته.

وحسب نظرية "فاندرهايدن" (Vanderheiden,1986) يمكن تصنيف الاتصال الداعم والبديل حسب طرق الاتصال الداعم والبديل، بحيث تشمل طرقاً تحتوي رموزاً ثابتة، وطرقاً تحتوي رموزاً متحركة.

فالرموز الثابتة هي رموز خطية صورية، كأعراض ثابتة ومحددة في غرفة الصف، لا يمكن نقلها أو تغيير مكانها.

أما الرموز المتحركة فهي غير ثابتة، والهدف منها هو مرونة الانتقال والتغيير، وقد تكون صوراً أو وسائل للاتصال، أو رموزاً للاتصال، مثل: المجسمات والبطاقات ووسائل الإيضاح وغيرها.

وعلى اعتبار أن مميزات وخصائص الطفل التوحدي تتمثل في ضعف القدرة على إقامة علاقات متبادلة مثل: مشاكل اجتماعية، وتأخر لغوي يعيق الاتصال، وتكرار منوالي للسلوك، فهنا تكمن أهميه طريقة الاتصال الداعم والبديل، والتي تركز في مسارها على تقليص هذه الفجوات، بالعمل على تطوير طرق ومهارات بديلة في الاتصال، سواء كانت رموزاً ثابتة أو متحركة، وهذا الأمر العلاجي يعتمد على قدرة الطفل وحاجته ومدى نوع الإعاقة. وحيث أن الفجوة بين القدرة الذهنية لدى الفرد التوحدي، وبين قدرته على التأقلم في الحياة اليومية كبيرة من حيث المهارات التكيفية، والاتصال واللغة، فإن طريقة الاتصال البديل من الطرق العلاجية الشهيرة، التي تسعى لتطبيق العملية العلاجية بشكل منظم ومرتب ومدروس، سواءً من خلال تقديم الرموز الثابتة أو المتحركة، مع التأكيد على دراسة كل حالة على حدة، وبناء البرنامج التربوي الفردي لكل طفل.

7 - طريقة العلاج بالأدوية:

يؤمن الطب بأن التوحد ناتج عن خلل بيولوجي، فيحاول العلاج الطبي إصلاح الضرر عن طريق إضافة مواد كيميائية معينة للجسم، مثل حقن جرعات من هرمون السكرين، للمساعدة في عملية هضم الطعام، أو من خلال العمليات الجراحية للتقليل من مادة الرصاص أو الزئبق الزائد في جسم الطفل، والمسبب للمرض. كما يعتقد من يؤمن بهذا الطرح الطبي أن العلاج يمكن أن يكون كذلك من خلال منع وصول مواد معينة للجسم، عن طريق حماية غذائية مبنية على الفحص الإكلينيكي بالتحليل المخبري، لنقص أو زيادة مواد معينة: مثل الجلوتين الموجود في القمح، أو الكزائين الموجود في الحليب، ولكن حتى الآن، لا يوجد علاج بيولوجي ثابت من ناحية عملية أو علمية، فما زال الطب يقف حائراً ومتربداً أمام طرق العلاج الفعال، وكأن الأمر أقرب إلى فك لغز محير (الوت، 2008؛ جوردن وبيول، 2007؛ مصطفى، 2008).

تلخيص وخاتمة:

كل طالب متوحد يستطيع التقدم والتحسن، إذا استطعنا نحن المعلمين والأهل وأصحاب التخصص الاقتناع بقدراته المستترة والظاهرة، والتعامل معه وفق خطط واضحة ومدروسة،

ويطرح إنساني النهج، أخلاقي المسار، مع تقديم الحب والتقدير والقبول لهذا الإنسان التوحيدي، ولن يكون هذا من خلال الاهتمام بتقديم الطعام والشراب، والعطف والشفقة فقط، بل يجب أن يترجم هذا إلى برامج وخطط تربوية وسلوكية، ولنتذكر المقولة الشهيرة: "قبل أن تنتظر إلى ضعفي، أنظر إلى قوتي" والمقولة الرائعة: "السماء هي الحدود"، فمن خلال البحث عن قوة الطالب المتوحد، واكتشاف شيء يميزه عن غيره، نستطيع أن نسير في برنامج علاجي، مركّز على الطرق المتنوعة والفعالة، ومطلعين على كل برنامج مقدم ومعد للتوحد، نستفيد من فحواه التربوي، ونطبقه بقوة ونشاط، على أمل أن نحصل على أفضل النتائج والتوقعات.

إن هذا المنال ليس سهلاً في ظل تضارب وتعدد طرق التدخل والعلاج، ولكننا سنستفيد من الطرح القائم، ونعمل على تطويره بكل الطرق الإبداعية والمهنية والمنهجية؛ لنفيد ونفجع به الإنسان المتوحد.

ورغم صعوبة الاتصال مع الأوتيزم - التوحد، فبإمكاننا بناء البرنامج التربوي الفردي الناجح والهادف، والمعتمد على الجانب النفسي الدقيق والإنساني الماهر، في تقبل الطفل واحترام قدراته، والنظر إلى مواطن قوته، وتقبل الحالة كما هي، على أمل الارتقاء بالسلوك للأحسن، والاعتماد على النفس، وتعزيز الثقة بالذات.

إن إيمان المعلم/ة بإمكانية نجاح العمل، وفق برامج العلاج المتعددة للطفل المتوحد، مع أهمية الصبر عند التعامل، وبذل الجهد المتواصل، والقدرة على بناء برنامج شمولي، مع اتصال حسن، والاهتمام بمشاركة الأهل، كل هذا يساهم بشكل فعال في التقدم والتحسين للحالة. وكلما كان العمل مبكراً، كانت النتائج أفضل وأحسن؛ فللكشف المبكر أهمية كبرى في التقليل من الأعراض الجانبية، وتطور الحالة بشكل سلمي. وللمعرفة التربوية والسلوكية حول سمات التوحد دور هام في معرفة خفايا التوحد، كي نساهم بعدها في مساعدة الأهل بصورة فعالة، ونتواصل معهم بطرق منهجية وحيوية وعملية، ونتمكن من اختيار طرق العلاج والتدخل التربوي والنفسي والسلوكي المناسبة والفعالة.

ونقول في الختام إن أساس النجاح التربوي مرهون بمدى عملنا كفريق وطاقم مترابط، متعاون، قوي، مؤمن بالنجاح، واختيار طرق التفكير الإبداعي كنمط للحياة! وليكن شعارنا: " ومن أحيائها فكأنما أحيانا الناس جميعاً " .

المراجع

- الخطيب، ج. (1993). تعديل سلوك الأطفال المعوقين. عمان: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- الخطيب، ج. (1995). تعديل السلوك الإنساني، عمان: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- الخوجا، ع. (2004). تعديل سلوك المعاقين عقليا. ص 163-169. مجلة الكرامة. الصادرة عن كلية أفيد يلين. القدس: المطبعة العربية الحديثة.
- الزريقات، إ. (2004). التوحد الخصائص والعلاج. ط1. الأردن: دار وائل للنشر.
- القاسم، ج، م، عبيد، ع، الزعبي. (2000). الاضطرابات السلوكية. ط1. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- الشامي، و. (أ-2004). سمات التوحد - تطورها وكيفية التعامل معها - ط1 الرياض: الجمعية الخيرية الفيصلية النسوية.
- الشامي، و. (ب-2004). خفايا التوحد- أشكاله- أسبابه- تشخيصه. السعودية: مركز جدة للتوحد.
- الزراع، ن. (2004). قائمة تقدير السلوك التوحدي. ط1. عمان: دار الفكر.
- الوت. (2008). حياتنا مع الاوتيزم "الوت" الجمعية الوطنية للأولاد مع التوحد من الوسط العربي. نشرة لمرة واحدة.
- اللياس، ع. (1989). الطفل التوحدي. مجلة دارنا. ص. 71-70 - مجموعة تربوية وأدبية. حيفا: إصدار كلية إعداد المعلمين العرب.

- جوردن، ر ؛ بيول، س. (2007). الأطفال التوحيديون - جوانب النمو وطرق التدريس - ط1. القاهرة: عالم الكتب.
- عكاوي، ن. (1996). أمراض الأطفال - الأسباب - الوقاية - العلاج. ط2. لبنان: عالم الكتب للطباعة والنشر.
- عبد الله، م. (2001). الطفل التوحيدي أو الذاتوي الانطواء حول الذات ومعالجته، ط1. عمان: دار الفكر.
- عبد الرحمن، م. (2005). رعاية الأطفال التوحيديين - دليل الآباء والمعلمين - القاهرة: سحاب للنشر والتوزيع.
- كوافحة، ت؛ عبد العزيز، ع. (2007). مقدمة في التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- كامل، م. (2003). الأوتيزم - الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج- الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- شلي، ف. (2001). إعاقة التوحد المعلوم والمجهول. دليل عملي للمعلمين وأولياء الأمور - ط1. الكويت: مركز الكويت للتوحد.
- محمد، ع. (أ-2003). جداول النشاط المصورة للأطفال التوحيديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقليا. ط2. القاهرة: دار الرشاد.
- محمد، ع. (ب-2003). تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقليا. ط1. القاهرة: دار الرشاد.
- مصطفى، ج. (2008). التوحد. القاهرة: دار أخبار اليوم.

نصر، س. (2002). الاتصال اللغوي للطفل التوحيدي - التشخيص - البرامج العلاجية، ط1. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

سليمان، ع. (2003). دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع الطفل التوحيدي. ط1. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

سليمان، ع. (2001). إعاقة التوحد. ط1. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

American Psychiatric Association(DSM IV). (1994). **Diagnostic and Statistical Mental Disorders**. Fourth Edition (DSM IV). Washington DC: American Psychiatric Association.

Audrey, T., Catherine L., Li-Ching, L., & Craig, N. (2007) . Predictors of Language Acquisition in Preschool Children with Autism Spectrum Disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 37, 9, p: 1721-1734.

Autism Society of North Carolina. (1998) . Autism Primer Twenty Questions & Answers. Raleigh: Autism Society of North Carolina

Dover, C., & Couteur, A. (2007) . How to Diagnose Autism. **Arch Dis Child**, 92, 6, p: 540-545.

Maurice, C. (1996) . **Behavioral Intervention for Young Children with Autism**. Austin: PRO-ED Inc

Myers, S., & Johnson, C. (2007) .Management of Children with Autism Spectrum Disorders. **Pediatrics**, 120, 5, p: 1162-1182.

Roberts, J. (2004) .**Autism Treatment Review**. The University of Sydney, Center for Development Disability Studies (CDDS).

Shirley, D. (2005) .Challenges to Autism Research. Journal of the Royal Society of Medicine, 98, 11, p: 523-525.

Thomas, K. (2007) .**Access to Care Autism-Related Services**. Springer Science + Business Media, LLC2007

Vanderheiden, G & Lloyd, L. (1986) .Communication systems and their components. In S. Blackstone (Ed.), *Augmentative communication: An introduction* (pp. 49 – 162). Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association.

White, S., Scahill, L. (2006) .**Educational Placements and Service Use Patterns of Individuals with Autism Spectrum Disorders**. Springer Science Media, LLC.

World Health Organization (WHO). (1992) .The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Edition: 10. Geneva, p: 252-258.

Web bibliography:

www.childguidanceclinic.com . دليلك للتعامل مع التوحد . (2008) . ر . حكيم

www.mohtrev.com عادل، م . (2007) . اضطراب طيف التوحد . منتدى المحترف:
www..gulfkids.com :الصبي، ع . (2009) . علاج التوحد، أطفال الخليج

www.updatejo.com/autism_frequency_study.htm

www.Center for Disease Control and Prevention.