

## الباب الأول

جداول النشاط المصورة  
للأطفال التوحدين

obeikandi.com

تعد جداول النشاط المصورة من أحدث الإستراتيجيات التي تم وضعها وتصميمها في الأساس كى تستخدم مع الأطفال التوحدين حتى يتم من خلالها تعليمهم السلوك الإستقلالى ، والإختيار ، والتفاعل الاجتماعى على أن يتم قبل البدء فى إستخدامها معهم تعليمهم المهارات الأساسية التي يتطلبها إستخدام مثل هذه الجداول . ويعد هذا الموضوع حديثاً على بيئتنا العربية ، ومن ثم فقد قمنا بعرضه تفصيلاً حتى يتسنى لنا إستخدام مثل هذه الجداول بشكل فعال فى سبيل تربية وتأهيل هؤلاء الأطفال .

ويتناول هذا الباب ثمانية فصول نعرض خلال الفصل الأول لاضطراب التوحد أو ما يعرف بالتوحدية ، والملامح المميزة له ، وما يرتبط به من اضطرابات أخرى ، ثم تشخيص هذا الاضطراب ، وكيفية تقديم الرعاية هؤلاء الأطفال والسبل المتبعة فى ذلك . ويتناول الفصل الثانى ماهية جدول النشاط وأهميته والغرض من إستخدامه ، أما فى الفصل الثالث فيتم تناول المهارات اللازمة لتعلم جدول النشاط وتدريب الأطفال على تلك المهارات . فى حين نعرض فى الفصل الرابع لكيفية إعداد أول جدول للنشاط وما يتطلبه ذلك من إختيار للأنشطة وإعداد للصور والأدوات اللازمة ، وتحديد للمكافآت إلى جانب تنظيم وترتيب بيئة الفصل أو المنزل . بينما يتناول الفصل الخامس تعليم الطفل إستخدام جدول النشاط وما يتطلبه ذلك من ترتيبات وإجراءات متعددة ، أما الفصل السادس فيعرض لكيفية تقييم أداء الطفل على جدول النشاط والأساليب المتبعة فى هذا الصدد مع عرض لمكونات النشاط وتقييم أداء الطفل عليها . ويعرض الفصل السابع لما يجب أن نقوم به من متابعة لتدريب الطفل عقب إجادته لأول جدول للنشاط أو حتى لغير ذلك من جداول . ثم نعرض أخيراً فى الفصل الثامن لنماذج من جداول النشاط المصورة التي قمنا بإعدادها وإستخدامها فى دراستنا لهذا الموضوع .

وأعتقد أن عرضنا لتلك الفكرة بهذا الشكل يكاد يكون مكتملاً بحيث يمكن للباحث أو المعلم أو حتى الوالد أن يقوم بإعداد مثل هذه الجداول ، وأن يستخدمها بالشكل والأسلوب المبين في سبيل تحقيق تلك الأهداف التي ينتقها ويحددها ويعمل على تحقيقها سواء تمثلت في إكساب الطفل سلوك مرغوب ، أو الحد من سلوك غير مرغوب اجتماعيًا ، أو حتى إكسابه مهارة معينة وتنميتها بما يمكن أن يساعد هذا الطفل على الاندماج مع الآخرين في المجتمع . .

\* \* \*

الفصل الأول  
اضطراب التوحد  
( التوحدية )

obeikandi.com

## الاضطراب النمائي العام أو المنتشر :

يعد اضطراب التوحد بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر Pervasive developmental disorder ويستخدم مصطلح الاضطراب النمائي العام أو المنتشر في الوقت الراهن للإشارة إلى تلك المشكلات النفسية الحادة التي يبدأ ظهورها خلال مرحلة المهد . ويتضمن مثل هذا الاضطراب قصورًا حادًا في نمو الطفل المعرفي ، والاجتماعي ، والإنفعالي ، والسلوك مما يؤدي بطبيعة الحال إلى حدوث تأخر عام في العملية النمائية بأسرها إذ يرجع تسمية هذا الاضطراب بالمنتشر إلى أنه يترك آثارًا سلبية متعددة على الكثير من جوانب النمو المختلفة .

ويرى لورد وروتر ( ١٩٩٤ ) Lord & Rutter أن اضطراب التوحد قد أصبح في الوقت الحالي يمثل أكثر هذه الاضطرابات شيوعًا في المجالين البحثي والإكلينيكي ، وإتضح من خلالهما أن الأطفال التوحدين يظهرون أوجه قصور شديدة في التفاعل الاجتماعي وإقامة العلاقات مع الآخرين ، واللعب بين الشخصي ، والتواصل . وتعمل أوجه القصور هذه على جعل هؤلاء الأطفال يمثلون فئة تتميز عن غيرها من فئات ذوي الإحتياجات الخاصة وإن تشابهت مع غيرها من الفئات وخاصة المعاقين عقليًا في كثير من هذه السمات أو أوجه القصور ولكن يظل الفرق بينها هو فرق في الدرجة ليس فقط في هذه السمات بل في سمات أخرى عديدة سوف نتناولها على مدى حديثنا عن تلك الفئة ، الأمر الذي جعل من السير كنتيجة لما توصلت إليه العديد من الدراسات أن نصل إلى بروفيل خاص بكل منهما يمكن معه تحديد أوجه الشبه والاختلاف بينهما حتى نتمكن من تقديم البرامج المناسبة لكل منهما .

ويرى كندول ( ٢٠٠٠ ) Kendall أننا من الناحية التاريخية نلاحظ وجود نمطين للاضطراب النمائي العام أو المنتشر هما التوحدية وفصام الطفولة حيث يتسم فصام الطفولة بالانسحاب الاجتماعي الحاد ، وعدم القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين ، ولكنه في الوقت ذاته يختلف عن فصام المراهقة في غياب الهلاوس والضلالات تقريبًا . ولا يخفى علينا أن مرضى الفصام سواء من الأطفال أو المراهقين يعانون من اضطراب التفكير سواء في محتواه أو مجراه أو التعبير عنه حتى في إطار التفاعلات الأسرية . ويؤكد نيوسوم وهوفانيتز ( ١٩٩٧ ) Newsom & Hovanitz أن سن الطفل عند بداية كلا الاضطرابين التوحدية والفصام يعد نقطة أساسية للتمييز بينهما حيث نلاحظ أن الأطفال الفصامين يمرون بفترة من النمو العادي تعكس توافقًا عاديًا نسبيًا يتبعها بداية أعراض حادة للفصام في حين نجد أن اضطراب التوحد يحدث قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره ، ولا يمر الطفل في الغالب بفترة نمو عادية أو فترة من التوافق العادي نسبيًا كما هو الحال بالنسبة لفصام الطفولة .

### اضطراب التوحد :

يعد اضطراب التوحد أو التوحدية autism كما ترى نادية أبو السعود (٢٠٠٠) من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل ، ومع ذلك تعاني العيادات النفسية المصرية من قصور واضح في أساليب تشخيص هذا الاضطراب ينتج عنه أن يتم في الغالب تشخيص الأطفال التوحديين على أنهم متخلفون عقليًا حيث يعتمد تحديد مثل هذه المشكلات أو الاضطرابات على ملاحظة المظاهر السلوكية المختلفة وهو الأمر الذي قد يترتب عليه الخلط بين اضطراب وآخر يختلف عنه تمامًا . وإضافة إلى ذلك فإن هذه الفئة لم تنل حظها من الإهتمام حتى على مستوى المجال البحثي وذلك على المستويين الإقليمي والمحلي على الأقل . وإلى جانب تشخيصهم الخاطيء على أنهم متخلفون عقليًا لا يوجد هناك مركز متخصص للتعامل معهم إلا نادرًا ، كما أن المراكز المحدودة التي توجد في الوقت الراهن هي مراكز أهلية خاصة في حين يختلف الأمر عن ذلك كثيرًا على المستوى الدولي وخاصة في دول أوروبا وأمريكا حيث المدارس والجمعيات

والمراكز الخاصة بهؤلاء الأطفال ، والخدمات التي يتم تقديمها لهم ولأسرهم ، والكم الكبير من الدراسات الذي تم إجراؤه عليهم وذلك منذ أن أدخل كانر Kanner هذا المصطلح إلى المجال البحثي منذ ما يربو على نصف قرن وبالتحديد في عام ١٩٤٣ .

وقد يرجع ذلك إلى صعوبة تشخيص هذه الفئة نظراً لتشابهها مع فئات عديدة ، وعدم ظهور تشخيص مستقل لها إلا في الطبعة الثالثة المعدلة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-III-R الذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٨٧) ثم في الطبعة الرابعة من ذات الدليل DSM-IV التي صدرت عام ١٩٩٤ . هذا إلى جانب أن السبب الرئيسي لهذا الاضطراب لا يزال غير معروف على وجه التحديد للآن ، ففي الوقت الذي يرده جيلسون (٢٠٠٠) Gillson إلى أسباب بيوكيميائية تتمثل في اضطراب في بعض الإفرازات المخية يؤثر على الأداء الوظيفي للمخ ، يذهب دونلاب وبيرس (١٩٩٩) Dunlap & Pierce إلى أنه من الأكثر احتمالاً أن تكون هناك أسباب متعددة تكمن خلف التوحدية ، وبين هذا وذاك لا يزال السبب الرئيسي غير معروف ، وسوف نعود إلى ذلك بعد قليل . كذلك فلا يزال التشخيص من وجهة نظرهما يقوم به إما أطباء الأطفال ، أو الأخصائيين النفسيين المدربين ، أو أطباء نفس الأطفال ، أو أطباء الأعصاب وإن كان دورمان وليفيفر (١٩٩٩) Dorman & Lefever يريان أنه ليست هناك فحوص طبية معينة لتشخيص هذا الاضطراب لأنه ليس مرضاً معدياً بالمعنى المتعارف عليه ، ولكن تشخيصه الدقيق يعتمد على ملاحظة تواصل هؤلاء الأفراد ، وسلوكهم ، ومستوياتهم النهائية . وهذا يعني أن التوحدية تعد بمثابة زملة أعراض مرضية يعتمد تعريفها على الأنماط السلوكية التي تصدر عن الطفل والتي تتمحور في ثلاثة اضطرابات سلوكية يحددها دينيس وآخرون (١٩٩٩) Dennis et. al. باضطرابات عامة في التفاعل الاجتماعي ، واضطرابات في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل ، وإنغلاق على الذات وضعف في الإنتباه المتواصل للأحداث والموضوعات الخارجية .

ويرى أرونز وجيتنز (١٩٩٢) Aarons & Gittens أن التوحد يمثل اضطراباً أو متلازمة من المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر على الطفل قبل أن يصل عمره إلى ثلاثين شهراً . ويتضمن ذلك عددًا من الاضطرابات كالتالى :

- أ- اضطراب فى سرعة أو تتابع النمو .
- ب- اضطراب فى الإستجابات الحسية للمثيرات .
- ج- اضطراب فى الكلام واللغة والسعة المعرفية .
- د- اضطراب فى التعلق أو الإنتماء للناس والأحداث والموضوعات .

ويذكر عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) أن هناك سمات معينة للأطفال التوحدين هى عدم الإرتباط بالأشياء ، وضعف إستخدام اللغة والإتصال أو التواصل ، والمحافظة على الرتابة والروتين ، وضعف فى الوظائف العصبية . ويرى حلوانى (١٩٩٦) أنه قد كانت هناك إفتراضات ووجهات نظر متعددة حاولت تفسير التوحدية فنظر النموذج الاجتماعى لها على أنها اضطراب فى التواصل الاجتماعى نتيجة لظروف التنشئة الاجتماعية غير السوية التى نتج عنها شعور الطفل بالرفض من الوالدين وفقدان الآثار العاطفية منها مما أدى إلى إنسحابه من التفاعل الاجتماعى مع الوسط المحيط به . فى حين يفسرها النموذج النفسى على أنها شكل من أشكال الفصام المبكر الناتج عن وجود الطفل فى بيئة تتسم بالتفاعل الأسرى غير السوى مما يشعره بعدم التكيف أو التوافق النفسى ، بينما يشير نموذج آخر على أنه يرجع إلى الطفل نفسه حيث يعتبره عجزاً إدراكياً مصاحباً للاضطراب اللغوى . ويرى عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) أن هذه الإفتراضات قد أضحّت مشكوكاً فيها مما جعل الإهتمام ينصب بعد ذلك على الدراسات العصبية والبيولوجية والبيئية والتى كان من نتائجها أنه لم يتم التعرف على سبب واحد محدد يؤدى إلى التوحدية . ويؤكد بومر وآخرون (١٩٩٥) Boomer et. al. أن هناك إعتقاداً بأن خللاً وظيفياً فى الجهاز العصبى المركزى من عوامل غير معروفة هو سبب الاضطراب ، ومن ثم إنصب الإهتمام على دراسة متلازمة الأعراض المرتبطة

بالتوحدية . وكما أوضحنا من قبل هناك من يرد هذا الاضطراب إلى أسباب بيوكيميائية في المخ مثل جيلسون (٢٠٠٠) Gillson ويؤدي ذلك إلى اضطراب في بعض الإفرازات المخية يؤثر بالتالي على الأداء الوظيفي للمخ . في حين يرده آخرون مثل دونلاب وبيرس (١٩٩٩) Dunlap & Pierce إلى أسباب متعددة وليس إلى سبب واحد فقط حيث يعتقدان أنه لا يمكن أن يكون هناك سبب وحيد يعد هو المسئول عن الاضطراب بل لا بد أن يكون هناك أكثر من سبب واحد تشترك جميعاً في حدوث الاضطراب .

ويرى كندول (٢٠٠٠) Kendall أن الدراسات الحديثة قد كشفت عن وجود إنخفاض نسبي واضح في نشاط النصف الكروي الأيسر من المخ لدى الأطفال التوحدين ، ومن المعروف أن ذلك النصف هو الذي يتضمن تلك المنطقة الهامة التي تعد هي المسئولة عن حدوث التواصل . ومع ذلك فلا تزال هناك حقيقة هامة حول أسباب هذا الاضطراب مؤداها أنه لا يوجد سبب واضح على وجه التحديد يعد هو المسئول عن حدوث ذلك الاضطراب ، أو يمكننا من خلاله أن نفسر السبب الذي يجعل الأطفال التوحدين يسلكون بمثل تلك الأساليب غير العادية ، أو الذي يؤدي إلى حدوث تلك الأعراض التي تميز هذا الاضطراب والتي تعتبر بمثابة الملامح الأساسية المميزة له . ومع ذلك فهناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين بذلك الاضطراب على أنه يعد اضطراباً معرفياً واجتماعياً في الوقت ذاته ، وأن هناك أسباباً بيولوجية متعددة - وليس سبباً واحداً - حدثت في وقت ما بين الحمل والولادة وأدت بدورها إلى تلك الآثار السلبية التي تتضمن الملامح الأساسية المميزة للاضطراب . ويضيف روتر وآخرون (١٩٩٤) Rutter et. al. أنه ليس هناك سبباً طبيياً محدداً نستطيع أن نعتبره في الواقع هو المسئول عن ذلك الاضطراب وذلك عند فحص غالبية حالات التوحدية عند عرضها عليهم حيث لم يتوصلوا إلى هذا السبب الطبي المحدد سوى لدى نسبة تتراوح بين ٥ - ١٠٪ من تلك الحالات التي قاموا بفحصها ودراستها .

ومن ناحية أخرى نلاحظ أن العوامل البيئية تؤثر على تطور هذا الاضطراب ومآله إذ نلاحظ أن الوالدين على سبيل المثال قد يكونوا غير مؤهلين للتعامل السليم مع طفلها

التوحدى فلا يستطيعان مساعدته على إكتساب سلوك مرغوب أو الحد من سلوك غير مرغوب اجتماعيًا ، أو إكتسابه لتلك المهارات المطلوبة لأداء نشاط ما . كذلك قد لا تعمل البيئة التى يوجد الطفل فيها على مساعدته كى يتمكن من إكتساب مهارات معينة تساعده على الإندماج مع الآخرين وإقامة علاقات معهم والتفاعل الناجح معهم أيضًا ، وقد لا تشجع الآخرين المحيطين به على إحتوائه ومساعدته على الإندماج معهم بدلاً من إنسحابه بعيدًا عنهم أو قيامه بالسلوك العدوانى سواء ضد نفسه حيث يقوم بإيذاء ذاته أو ضد هم . كذلك فعلى الوالدين أن يكونا قادرين على تحديد تلك الملامح الأساسية المميزة للاضطراب حتى يتمكنوا من الحد من آثارها السلبية قدر الإمكان . ويحدد فولكمار (1996) Volkmar تلك الملامح فى ثلاثة مظاهر أساسية هى :

- ١- حدوث قصور كفى فى التفاعل الاجتماعى .
- ٢- حدوث خلل شديد فى عملية التواصل .
- ٣- حدوث أنماط سلوكية نمطية ومقيدة وتكرارية .

ومما لا شك فيه أن العمر الزمنى الذى يحدث فيه هذا الاضطراب والذى يكون فى الغالب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره يمثل هو الآخر أحد تلك الملامح المميزة لذلك الاضطراب ، ولكن الدراسات الحديثة قد أثبتت أن بإمكاننا أن نتعرف على مثل هؤلاء الأطفال حتى قبل بلوغهم الثالثة من أعمارهم . ومن هذا المنطلق يوضح بوردين وأولنديك (1992) Bordin & Ollendick بعض الأعراض المبكرة التى تميز هذا الاضطراب فيريان أن الطفل حديث الولادة يبدو مختلفًا عن بقية الأطفال فى نفس العمر الزمنى إذ يبدو وكأنه لا يريد أمه ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه ، ولا يبالي بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين ويقوم بحمله حتى وإن كان هذا الشخص وثيق الصلة به ، كما تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذى يتضح من خلال التخطيط الخاص بها ، كذلك فهو لا يبكى إلا قليلاً ولكنه يكون سريع الغضب أو

الإفعال وذلك بشكل كبير . وإلى جانب ذلك فهو لا يستطيع خلال الشهور الستة الأولى من حياته أن يلاحظ أمه أو يتابعها ببصره ، ويكون قليل المطالب بشكل ملحوظ ، ولا يتسم إلا نادراً ، وتكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة ، كما تكون إستجاباته دائماً متوقعة ، ولا يأتي بأى إستجابة يمكن أن نعتبرها غير متوقعة ، ولا يبدى أى إهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه . أما في الشهور الستة التالية فلا يبدى الطفل أى إهتمام بالألعاب الاجتماعية ، ولا يبدى أى إفعال نتيجة حدوث أى شىء أمامه ، ويفتقر بشدة إلى التواصل اللفظى وغير اللفظى ، وتكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً .

ويؤكد ستون وآخرون (١٩٩٩) Stone et. al. أن الدراسات الحديثة وفقاً لذلك توضح أنه من خلال إتباع هذه الخطوط العريضة وأوجه القصور في الجانب الاجتماعي التي يتسم بها الطفل سواء في التفاعل أو العلاقات أو السلوك الاجتماعي أو الألعاب إلى جانب القصور أو التأخر في اللغة المنطوقة ، ومن خلال السلوكيات النمطية المقيدة والتكرارية التي يأتي بها الطفل وإهتماماته الضيقة بجانب إهتمامه بأشياء غير هامة أو بجوانب غير ذات أهمية في تلك الأشياء أو حتى إهتمامه بأجزاء من تلك الأشياء يمكننا بطبيعة الحال التوصل إلى تشخيص لاضطراب التوحد لدى الطفل حتى قبل أن يبلغ ذلك الطفل الثالثة من عمره .

وغالبًا ما يكون والدو الأطفال التوحدين هم أول من يلاحظ أن هؤلاء الأطفال لا يستجيبون للمثيرات الاجتماعية . ولا يخفى علينا أن عدم الإستجابة من جانب هؤلاء الأطفال أو قصور مثل هذه الإستجابة للمثيرات الاجتماعية والمادية في بيئة هؤلاء الأطفال لا يمكن بأى حال من الأحوال أن نضعها على متصل واحد مع أقرانهم من الأطفال الأسوياء إذ أن الأطفال التوحدين يقربون من العالم بطريقة فطرية غريزية . ومن ناحية أخرى فإن مثل هؤلاء الأطفال يفتقرون في الشهور الأولى من حياتهم إلى العناق نتيجة ما يبدو من عدم الإهتمام بوجود الأم أو متابعتها بصرياً ، كما تحتاحهم رغبة ملحة للحفاظ على الرتبة والروتين في البيئة المحيطة والإبقاء عليها كما هي دون

إحداث أى نوع من التغيير فيها ، كما يتسمون بالسلوكيات المثارة ذاتيًا كالهززة والدوران السريع والضرب بالذراع بعنف . كذلك فهم يأتون بكثير من السلوكيات المدمرة كضرب الرأس أو اليد في الحائط أو في أى شىء ثابت أمامه إلى جانب أن الطفل يعرض نفسه أو يؤذى ذاته ، كما يفتقر إلى التواصل البصرى مع الآخرين حيث لا يستطيع أن ينظر في عيني من يقوم بالتحدث إليه .

ويضيف نيوسوم وهوفانيتز (Newsom & Hovanitz 1997) أن هؤلاء الأطفال ينجذبون إلى الأشياء غير الحية أو إلى أجزاء بسيطة من تلك الأشياء كقطعة من حبل صغير أو قطعة من رباط حذاء أو ما شابه ذلك . ويذكر هوك وآخرون (1995) Hauck et. al. أن الدراسات الحديثة في هذا المجال قد كشفت عن أن هؤلاء الأطفال ينغمسون إلى حد كبير في طقوس سلوكية ثابتة ، وتقل بدرجة كبيرة مبادراتهم لإقامة علاقات وتفاعلات اجتماعية مع الآخرين عند مقارنتهم بأقرانهم المعاقين عقليًا حيث تنقصهم بدرجة كبيرة الإستجابة الاجتماعية للآخرين وهو الأمر الذى يجعلهم يؤثرون الإنسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية .

#### الملامح الأساسية المميزة للاضطراب :

فى إصدار عن المركز الطبى بمدينة ديترويت الأمريكية (1998) Detroit Medical Center يتضح أن هذا الاضطراب النهائى الحاد المعروف بالتوحدية autism لا يزال سببه الحقيقى غير معروف للآن ، وأن الطفل التوحدى لا تتطور لديه شخصية سوية أو مهارات تفاعلية . وعادةً ما يتم إكتشاف هذا الاضطراب قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهرًا . ويعد هذا الاضطراب أكثر شيوعًا من زملة أعراض داون Down syndrome ويستمر مدى الحياة ، كما يصيب أربعة أطفال من بين كل عشرة آلاف طفل ، وتتضاعف إصابة البنين به أربعة أضعاف قياسًا بالبنات . وإلى جانب ذلك هناك قصور يميز الأطفال التوحدين وذلك فى عدد من المجالات التى تتمثل فى مجالات العلاقات الاجتماعية ، والسلوك ، واللغة والتواصل ، واللعب ، والعمليات الحسية والإدراكية .

ويذهب دورمان وليفيفر (١٩٩٩) Dorman & Lefever إلى أن التوحدية تعد بمثابة اضطراب طيفي spectrum بمعنى أن أعراض وسمات هذا الاضطراب يمكن أن تظهر في مجموعة كبيرة من التصنيفات التي تتراوح بين البسيطة إلى الحادة . وعلى الرغم من أن التوحدية يمكن تعريفها من خلال مجموعة معينة من السلوكيات فإنه من الممكن بالنسبة للأطفال والمراهقين أن يبدو أى مجموعة من تلك السلوكيات بأى درجة من الحدة . كما أننا قد نجد طفلين بنفس التشخيص يمكن أن يتصرفا بشكل مختلف كثيراً عن بعضهما ، وأن يكون لديهما مهارات متباينة . وتعتبر ملاحظات الوالدين والتاريخ النمائى للطفل على درجة كبيرة من الأهمية في هذا الإطار . وقد يبدو بعض الأطفال التوحديين منذ الوهلة الأولى وكأن لديهم تخلفاً عقلياً ، أو اضطراباً سلوكياً ، أو مشكلات في السمع ، أو حتى سلوك شاذ أو غريب الأطوار . إلا أن ما يزيد الأمر تعقيداً أن مثل هذه الاضطرابات قد تتزامن مع التوحدية فيكون هذا الاضطراب مصحوباً بأى منها . ولكن يبدو من المهم أن نميز بين التوحدية وبين مثل هذه الحالات حتى يمكن تقديم البرنامج العلاجي أو التربوي المناسب .

وجدير بالذكر أن الأطفال التوحديين قد يبدو نموًا شبه عادي حتى سن ٢٤-٣٠ شهراً ثم يلاحظ الوالدان تأخرًا كما تؤكد الجمعية الأمريكية للتوحدية Autism Society of America في مجالات اللغة والتواصل ، أو اللعب ، أو العلاقات الاجتماعية ، أو السلوكيات ، أو العمليات الحسية والإدراكية . كما يلاحظ أن سلوكهم يغلب عليه التبدل الإنفعالي وعدم الإكتراث بمن حولهم ، ويؤثرون الإنعزال والإنسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية ، وعدم الإكتراث بالمعايير الاجتماعية ، وسهولة الإنقياد وسرعة الإستهواء ، والشعور بالدونية والإحباط وضعف الثقة بالنفس وهو الأمر الذى يؤدي بهم إلى السلوك العدوانى سواء تمثل ذلك في إيذاء الذات أو الآخرين أو تحطيم الممتلكات . كما أنه قد يؤدي بهم أيضًا إلى بعض الاضطرابات السلوكية الأخرى أو السلوكيات المضادة للمجتمع وإن كان أكثرها شيوعًا بالنسبة لهم هو السلوك العدوانى بأبعاده المختلفة .

ويؤكد دونلاب وبيرس (1999) Dunlap & Pierce أن التوحدية تؤثر في قدرة الطفل على التواصل وفهم اللغة ، واللعب ، والتفاعل مع الآخرين . وأنها تعتبر زملة أعراض مرضية سلوكية ، وهذا يعنى أن تعريفها يقوم على أنماط السلوك التى تصدر عن الفرد . ولا تعد التوحدية مرضًا بالمعنى الذى نعرفه ، كما أنها ليست معدية ، ولا تكتسب من خلال الإتصال بالبيئة . وقد صدر عن الجمعية الأمريكية للتوحدية Autism Society of America (1999) أن التوحدية وما يرتبط بها من سلوكيات تحدث لفرد واحد من بين كل خمسمائة فرد أى بنسبة ١ : ٥٠٠ وأن نسبة إنتشارها بين البنين تزيد عن إنتشارها بين البنات بأربعة أضعاف ، وليست هناك حدود اجتماعية ، أو حدود تتعلق بالعنصر أو السلالة تؤثر على إحتمال حدوثها ، كما أنها لا تتأثر أيضًا بدخل الأسرة أو المستويات التعليمية لأفرادها .

ويتضح من خلال إصدار لمركز مقاومة الأمراض والوقاية منها بالولايات المتحدة Center for disease control and prevention (1999) أن التوحدية لا ترتبط بأى تاريخ أسرى مرضى أو أى ممارسات أسرية أو ثقافية وهو الأمر الذى أدى إلى رفض بعض النظريات التى سادت من قبل والتى ربطتها ببعض السلوكيات الوالدية . وقد أصدر المركز إحصائيات تدل على أن هناك حوالى خمسمائة ألف شخص بالولايات المتحدة يعانون من التوحدية . وقد جعل معدل الإنتشار هذا من ذلك الاضطراب ثالث أكثر الاضطرابات النائية شيوعًا متخطيًا بذلك زملة أعراض داون . كما أن التوحدية وما يرتبط بها من اضطرابات تحدث تقريبًا لدى ستين حالة من بين كل عشرة آلاف حالة ولادة فى الولايات المتحدة .

وإذا كانت الجمعية الأمريكية للتوحدية (1999) Autism Society of America تؤكد على معدل الإنتشار هذا والذى جعل من هذا الاضطراب ثالث أكثر الاضطرابات النائية شيوعًا فإن تقرير قسم الخدمات الخاصة بذوى الاضطرابات النائية بولاية كاليفورنيا (1999) California State Department of Developmental Services يؤيد هذا الرأى حيث يتضح أنه بتحليل البيانات المتعلقة بالجوانب

النهائية والديموجرافية للأفراد التوحدين في المراكز الإقليمية الأحد وعشرين للتوحدية التابعة لولاية كاليفورنيا والتي تقوم بتقديم الخدمات هؤلاء الأفراد وأسرههم وذلك خلال أحد عشر عامًا تمتد من بداية عام ١٩٨٧ حتى نهاية عام ١٩٩٨ يتضح أن عدد الأفراد التوحدين ينمو بشكل سريع للغاية وذلك قياسًا بأقربهم ذوى الاضطرابات النمائية المختلفة مما أدى بالتالى إلى زيادة أعداد الأفراد التوحدين الذين يقدم لهم المركز الإقليمي خدماته لدرجة أنه قد ألحق بهذا المركز في عام ١٩٩٨ فقط ١٦٨٥ فردًا جديدًا، وبذلك فإن عدد الأفراد الذين يقدم لهم هذا المركز خدماته يتجاوز بكثير العدد المتوقع وفقًا للمعدلات الكلاسيكية للاضطراب . وتوضح التقديرات أن صافي معدل الزيادة السنوية في عدد الأفراد التوحدين قياسًا بأقربهم ذوى الاضطرابات الأخرى يصل إلى ٣ ٪ تقريبًا .

وتؤكد الجمعية الأمريكية للتوحدية (١٩٩٩) Autism Society of America أن نسبة إنتشار هذا الاضطراب في الولايات المتحدة تبلغ ٠,٠٦ ٪، ويرى كندول (٢٠٠٠) Kendall أن نسبة إنتشار التوحدية في اليابان على سبيل المثال تعد أعلى من مثلتها في أى دولة أخرى من دول العالم حيث تتراوح بين ١٣,٠ ٪ - ١٦,٠ ٪ في حين تبلغ النسبة في المملكة المتحدة ٠,٠١ ٪، أما الصين فتعد أقل دول العالم في إنتشار هذا الاضطراب حيث تبلغ النسبة بها ٠,٠٠٤ ٪، ومع ذلك فإن نسبة إنتشار هذا الاضطراب في البلاد العربية لا تزال غير معروفة حتى الآن حيث لا توجد مدارس خاصة بالأطفال التوحدين ، ولا توجد مراكز أو جمعيات خاصة بهم بل إن تلك الفئة من فئات الإعاقة تكاد تكون مهملة . والأكثر من ذلك كله أن أعضاء تلك الفئة يتم تشخيصهم بشكل خاطيء على أنهم متخلفون عقليًا وبالتالى يتم إلحاقهم بمدارس التربية الفكرية .

أما بالنسبة لتطور هذا الاضطراب فإنه على الرغم من أن بعض الأطفال التوحدين يظهرون بعض التحسن مع مرور الوقت فإن الغالبية يستمرون على إعاقتههم الشديدة خلال مرحلة المراهقة ويظلون غير قادرين على العناية الكاملة بأنفسهم . وفي ظل عدم وجود تدخلات مبكرة فإن نسبة التحسن الحقيقية بين هؤلاء الأطفال لا تتعدى ١-٢ ٪ وهم أولئك الذين يتمتعون بوجود مهارات لغوية لديهم إلى جانب نسب ذكاء مرتفعة .

ويرى نيوسوم (1998) Newsom أن نسبة ١٠٪ تقريباً من الأطفال التوحديين هم الذين يحققون تقدماً في المجال اللغوي والاجتماعي ، بينما يستطيع ٢٠٪ أن يحققوا بعض التقدم في المجال الأكاديمي إلى جانب المجال الاجتماعي على الرغم من وجود إعاقة واضحة في قدرتهم على التحدث ، في حين لا يحرز حوالى ٧٠٪ منهم سوى تقدم محدود جداً ، ويظلون بالتالى على معاناتهم الواضحة من الإعاقة الشديدة بما تتركه عليهم من آثار سلبية تتضح بشكل جلى في ذلك القصور الحاد في الجانب الاجتماعي سواء في السلوك الاجتماعي أو العلاقات الاجتماعية أو التفاعلات الاجتماعية إلى جانب القصور في التواصل والنمو اللغوي واللعب والإدراكات الحسية إضافة إلى ما يأتون به من سلوكيات نمطية مقيدة وتكرارية .

ويحدد المركز الطبى بمدينة دترويت الأمريكية (1998) Detroit Medical Center عددًا من السمات التى تميز الأطفال التوحديين فى عدد من المجالات والتي تعتبر جميعًا من الملامح الأساسية المميزة لهذا الاضطراب ، وبالتالى يتم الاعتماد بدرجة كبيرة على وجودها لدى الطفل حتى يتم تشخيصه على أنه يعانى من الاضطراب . وتندرج هذه السمات تحت خمسة مجالات أساسية هى :

- ١- العلاقات الاجتماعية .
- ٢- التواصل .
- ٣- السلوكيات .
- ٤- العمليات الحسية والإدراكية .
- ٥- اللعب .

ويمكن تناول هذه السمات على النحو التالى :

### **أولاً : العلاقات الاجتماعية :**

من الجدير بالذكر أن الطفل التوحدى قد يفشل فى التفاعل مع القائمين على رعايته إذا أنه يقضى جزءًا كبيرًا من الوقت بمفرده وذلك بدلاً من تواجده مع الآخرين .

كما أنه لا تبدو عليه السعادة أبدًا إلى جانب أنه يعاني من قصور في الإهتمامات الاجتماعية قياسًا بأقرانه في مثل سنه فلا يبدى سوى قدرًا ضئيلًا من الإهتمام بتكوين صداقات ، وتقل إستجابته للإشارات الاجتماعية كالتواصل بالعين أو الإبتسام مثلاً .

ويرى جيلسون (٢٠٠٠) Gillson أننا عندما نفكر في التوحدية وما يرتبط بها من سمات فغالبًا ما نجد أن إختلال الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي يمثل الخاصية الأساسية المميزة للاضطراب . كذلك فإن النمو الاجتماعي للأفراد التوحدين لا يتطور بخطى توازي نموهم العقلي على الرغم من وجود قصور في النمو العقلي أيضًا ، فبينما قد يبلغ النمو العقلي المدى الطبيعي لدى البعض منهم أو حتى المدى فوق الطبيعي لدى نسبة ضئيلة منهم نجد أن نموهم الاجتماعي يتخلف عن ذلك كثيرًا ، ومن ثم فإنه أحيانًا تتم الإشارة إلى الفرد التوحدي على أنه غير ناضج اجتماعيًا . ويرى أن هناك ثلاثة جوانب لإختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي للطفل التوحدي إلى جانب إختلال الوعي الاجتماعي لديه يمكن أن تمثل بشكل واضح بروفيلًا خاصًا به في الجانب الاجتماعي بشكل عام وهو ما يتطلب أن نوليّه جل إهتمامنا . وتتمثل هذه الجوانب فيما يلي :

أ - عدم قدرته على فهم أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر والخطط والأفكار والمشاعر .

ب - عدم قدرته على التنبؤ بما يمكن أن يفعله في المواقف الاجتماعية المختلفة .

ج - العجز أو القصور الاجتماعي .

ويعد هذا هو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث العديد من المشكلات في الجانب الاجتماعي ويجعله بالتالي يمثل أحد جوانب القصور الخطيرة . وفي هذا الإطار يمكن تصنيف تلك المشكلات التي ترتبط باختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي إلى ثلاث فئات كالتالي :

أ- التجنب الاجتماعي .

ب- اللامبالاة الاجتماعية .

ج- الفظاظلة الاجتماعية .

ومن هذا المنطلق نجد أن الطفل يتجنب كل أشكال التفاعل مع الآخرين ، ويغضب أو يجرى بعيدًا عندما يحاول أحد الأشخاص أن يتفاعل معه . وقد يرجع ذلك إلى أنه يمتلكه الخوف من جراء ذلك وأنه لا يحب الآخرين ، وأن رد فعله هذا يرجع إلى فرط حساسيته لبعض أنواع المثيرات الحسية . وإلى جانب ذلك فهو يرى نفسه الأكثر شعبية بين أقرانه ، ولا يبحث عن التفاعل معهم ما لم يلجأواهم إلى ذلك ، ولا يتضايق من وجوده بمفرده أو مع الآخرين . أما فظاظتهم الاجتماعية فتجعلهم على الرغم من رغبتهم في تكوين صداقات معهم فإنهم لا يستطيعون الحفاظ عليها ، ويرتبط ذلك إلى درجة كبيرة بالخلل أو القصور اللغوى الذى يعانون منه وهو ما سوف نتناوله مع تفسير ذلك وفقاً لنظرية العقل أو المعرفة theory of mind والتي سنتناولها عند حديثنا عن القصور في التواصل من جانب هؤلاء الأطفال .

ويذهب حلوانى (١٩٩٦) إلى أن الأطفال التوحديين يتسمون بعدم القدرة على المشاركة في العلاقات الاجتماعية ، واضطرابات في القدرة على عمل صداقات تقليدية إذ ليس لديهم المهارات اللازمة لذلك . كما ينقصهم التعاطف مع وجهات نظر ومشاعر الآخرين ، وهم غالبًا لا ينشغلون في 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 . وجدير بالذكر أن الفرد التوحدى يصبح في حالة تهيج وإثارة عندما يقترب الآخرون منه أو يتفاعلون معه ، كما أنه في الغالب يرفض أى نوع من الإتصال والتفاعل الطبيعى الاجتماعى حتى البسيط منه . ويمكن أن يشترك الطفل التوحدى في الإتصال بشخص آخر من خلال التحدث بتودد وحب أو من خلال

التحدث بطريقة الطفل الذى يعانى من تخلف عقلى شديد . ومن الأمور التى قد تعوقه عن التواصل الطبيعى مع الآخرين أن كلامه ينقصه الوضوح والمعنى ، كما أن لديه نقص فى التواصل البصرى وفهم التعبيرات الوجهية والإيماءات الاجتماعية . ويرى تريبيانار (١٩٩٦) Trepagnier أن أوجه القصور التخيلية والاجتماعية والمعرفية والقصور فى التواصل لدى الأطفال التوحدين إلى جانب ما يعانونه من إختلال فى التواصل بالعين وتعبيرات الوجه من خلال العلاقة مع القائم برعايتهم ترجع إلى إختلال التفاعل الاجتماعى فى الشهور الأولى من عمر الطفل كما يتضح من خلال إختلال أو نقص قدراتهم على الحملقة والتتابع البصرى خلال تلك الفترة المبكرة من أعمارهم .

### ثانياً: التواصل :

من الأشياء الهامة التى يمكن أن نلاحظها بوضوح على الطفل التوحدى والتى تشكل أحد أوجه القصور الأساسية التى يعانى منها أن لغته تنمو ببطء أو أنها قد لا تنمو على الإطلاق ، كما أنه يستخدم الكلمات دون أن يكون لها معنى محدد وواضح ، وغالبًا ما يقوم بتكرار غير ذى معنى لكلمات أو عبارات ينطق بها شخص آخر . وفى أغلب الأحيان نجده يستخدم الإشارات بدلاً من الكلمات ، ولا يستخدم الحديث للتواصل ذى المعنى ، وإلى جانب ذلك فإن الإنتباه لديه يتسم بقصر مداه .

ويشير محمد كامل (١٩٩٨) إلى أن تواصل الأطفال التوحدين مع من يحيط بهم يعد مشكلة متعددة الجوانب تظهر فى صورة إنخفاض فى مهارات الإتصال ومشكلات فى التعبير عن المشاعر والإنفعالات والحالات النفسية التى يمرون بها ، ومن ثم تظهر لديهم بعض السلوكيات الدالة على التحدى أثناء إستارتهم إنفعاليًا أو الغضب مثل الإلقاء ببعض الأشياء بعيدًا أو قذف ما يكون بأيديهم وما إلى ذلك من السلوكيات العدوانية وهو ما يعد تعبيرًا عن رغبتهم فى جذب إنتباه المحيطين بهم إلى أحداث أو أفكار معينة لا يستطيعون التعبير الصحيح عنها ، وقد تعتبر تعبيرًا عن إحباطات معينة

يمرون بها . وقد يصل الحال بهم نتيجة لذلك إلى جانب عدم قدرتهم المناسبة للتعبير عن أنفسهم إلى إيذاء الذات .

ومن ناحية أخرى تعد اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية من المظاهر الأساسية في التوحدية ، وجميعها بلا شك يترك آثاراً سلبية على التواصل من جانب الأطفال التوحديين . ومن المتوقع أن تؤدي تلك الاضطرابات إلى نوع من التشابه بين التوحدية والاضطرابات اللغوية ، وبسبب ذلك يتم الخلط أحياناً بين التوحدية وتلك الاضطرابات . ويرى سميث وآخرون (Smith et. al. ١٩٩٥) أنه من الممكن التمييز بينهما حيث نجد أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يحاولون دائماً التواصل بالإيحاءات وبتعبيرات الوجه ، بينما نلاحظ أن الأطفال التوحديين في المقابل لا يظهرون تعبيرات إنفعالية مناسبة أو حتى تعبيرات إنفعالية مصاحبة ، كما أنهم يفشلون في استخدام اللغة كوسيلة من وسائل الإتصال بدون تدريب على ذلك .

ويعد التردد المرضي للكلام echolalia بمثابة أحد الأمثلة الصارخة التي تعكس بعض مشكلات التواصل بالنسبة لهؤلاء الأطفال . ويعنى ذلك قيام الطفل بترديد الكلام الذى يوجهه إليه أحد الأشخاص الآخرين دون أن يكون ذلك فى محله المناسب أو حتى دون أن يعى معناه . فلو إفترضنا على سبيل المثال أن الأم تطلب من طفلها التوحدى أن يحضر لها شيئاً ما أو أن يقوم بفتح باب الشقة مثلاً فتقول له « إفتح الباب » وهنا يرد الطفل عليها مردداً نفس العبارة فيبدو الأمر وكأن الأم تسمع صدى صوتها حيث يرد الطفل قائلاً « إفتح الباب » . كذلك فلو طلبت الأم منه أن يشير بإصبعه إلى الراديو مثلاً فإنها تقول « عليك أن تشير بإصبعك إلى الراديو » فيرد الطفل قائلاً « عليك أن تشير بإصبعك إلى الراديو » ، وإذا سألته « أين قميصك ؟ » فإنه يرد عليها قائلاً « أين قميصك ؟ » وهكذا . وبالتالي فإننا نلاحظ من خلال المثال السابق أن الطفل يقوم بترديد نفس الكلمات التى يسمعها وذلك بطريقة ببغائية مما يجعل الأمر يبدو وكأن الشخص الذى يتحدث إليه لا يسمع سوى صدى صوتة echo وهو الأمر الذى لا

يساعد في إجراء أى حوار أو مناقشة تجمع بينه وبين أحد الأقران ، كما يعمل في الوقت ذاته على جعل الآخرين لا يودون إقامة أى علاقة معه بل إن الأمر قد يصل في بعض الأحيان إلى أنهم ربما ينفرون منه أو من التعامل معه وبالتالي قد يعملون على تجنب الاحتكاك به .

وعلى الرغم من أن البعض يرى أن النمو العقلى للطفل التوحدى ربما يتطور بشكل شبه عادى لدى بعض هؤلاء الأطفال مع تسليم الكثيرين بوجود قصور في هذا الجانب ولكنه على أى حال يكون أخف وطأة من النمو الاجتماعى . وما يدعم ذلك أن هناك من الباحثين والعلماء المهتمين بدراسة هذا الاضطراب يرون أن التردد المرضى للكلام ربما يرجع إلى قصور في الجانب العقلى للطفل يجعله لا يستطيع التركيز سوى على إشارة أو خاصية واحدة للشئ ولا يستطيع أن يركز على أكثر من ذلك في ذات الوقت فإذا عرضنا عليه صورة لوردة مثلاً وقلنا له إنها وردة وحاولنا أن نركز كثيراً على حركات الشفافة لتوضيح الصوت له ، فسوف نجد أنه قد ينظر إلى الصورة ويمسكها بيده فقط دون أن ينطق بالصوت أى دون أن يقول إنها وردة حيث لا يكون بإمكانه أن يولى إنتباهه لأكثر من جانب واحد أو خاصية واحدة للشئ الواحد في نفس الوقت . ويعد ذلك حالة متطرفة لخاصية التركيز centeration التى يتميز بها تفكير الطفل العادى حتى سن السابعة حيث يرى عادل عبد الله (١٩٩٢) أنه وفقاً لهذه الخاصية لا يستطيع الطفل أن يضع في إعتباره أكثر من جانب واحد أو خاصية واحدة للشئ في الوقت ذاته كالطول أو العرض مثلاً ، ومن ثم لا يمكنه أن ينظر إليه إلا من زاوية واحدة فقط حيث لا يكون بمقدوره أن يدرك قانون التعويض Compensation بعد والذى يعنى عندما نعرض عليه إناءين متشابهين شكلاً وارتفاعاً بكل منهما نفس الكمية من الماء ثم نصب الماء من أحدهما في إناء آخر أقل في الإرتفاع ولكنه أكثر إتساعاً من الإناء الأول أن طول الإناء الأول يعوضه إتساع الإناء الثانى وأننا لم نأخذ من كمية الماء الموجودة شيئاً ولم نضف لها أيضاً ، ومن ثم يدرك أن كمية الماء واحدة في الإناءين . وبالتالي نلاحظ أن ذلك ليس هو المقصود هنا ، ولكن المقصود هو حالة بدائية لتلك الحالة تتسم بزيادة

مستوى تطرفها فالطفل يركز على الوردية ويمسك الصورة بيده ولكنه لا يستطيع أن يقول إنها وردة على الرغم من التركيز الواضح على حركة الشفافة من جانبنا أثناء النطق بالكلمة .

وتمثل هذه الخاصية إحدى الأهداف التي حاولنا من خلال جداول النشاط المصورة أن نعمل على تنميتها لدى الطفل ، فكنا نقوم بعرض الصورة عليه ونطلب منه أن يشير إليها ، وأن يضع إصبعه عليها ، وأن يذكر إسم ما تتضمنه تلك الصورة من أدوات أو ما تدل عليه إذا كان يعرف ذلك ، أو ينتظر ليردد ذلك الإسم وراء الباحث . كما قمنا من جانب آخر بإدخال ذلك على مكونات الأنشطة المتضمنة أيضاً ( عادل عبد الله ومنى خليفة ٢٠٠١ ، عادل عبد الله والسيد فرحات ٢٠٠١ ) . وهو أمر يحتاج بما لا يدع مجالاً للشك إلى مزيد من الصبر والمثابرة حتى يمكن أن نعالج مثل هذا الخلل أو نحد منه إلى الدرجة التي تجعل تلك الحصيللة اللغوية التي يكتسبها الطفل تزداد وتنمو ، كما تجعل باستطاعته نتيجة لذلك أن يقيم حواراً أو مناقشة بسيطة مع أحد الأقران .

ومن ناحية أخرى يضيف كندول (٢٠٠٠) Kendall أن الطفل التوحدي بجانب قيامه بتكرار غير ذي معنى للكلمات التي يسمعها لا يستخدم معاني الكلمات كي تساعده على إسترجاع المعلومات ، ولا يمكنه أن يعيد ترتيب تلك المعلومات التي يستقبلها حتى يتمكن من الإقلال قدر الإمكان من ذلك التكرار وهذا التردد المرضي للكلام . كذلك فهو لا يستطيع أن يستخدم الكلمات التي لديه في سياقات أو مواقف اجتماعية مختلفة وهو الأمر الذي يحتاج إلى تدريب مستمر حتى يتمكن من ذلك عن طريق إستخدام جمل أو عبارات قصيرة وبسيطة يمكنه من خلالها أن يدخل في حوارات أو مناقشات ذي معنى مع الآخرين .

وإلى جانب ذلك هناك حقيقة هامة تساعد على حدوث القصور في التواصل من جانب الأطفال التوحديين وإستمراره وهي أن مثل هؤلاء الأطفال يعانون من قصور في فهم وإدراك الحالات العقلية mental states سواء الخاصة بهم أو بغيرهم من الآخرين المحيطين بهم . وهناك ما يعرف بنظرية العقل أو المعرفة theory of mind تعرض

لذلك حيث تتناول قدرة الفرد على إدراك الآخرين وفهمهم من خلال حالاتهم العقلية الداخلية internal mental states كالإعتقادات ، والنوايا ، والإنفعالات ، وفهم البيئة الاجتماعية ، والقدرة على الإتيان بسلوك اجتماعي مناسب . وبالنسبة للأطفال التوحدين نجد أنه ليس بمقدورهم تكوين إعتقادات معينة أو إدراك ما يعتقدونه الآخرون ، كما تكون النية غير واضحة في سلوكياتهم ولا يمكنهم من ناحية أخرى إدراك نوايا الآخرين وتقييم ما يصدر عنهم من سلوكيات في ضوء ذلك . إلى جانب أنهم لا يستطيعون التعبير عن إنفعالاتهم بشكل مقبول وليس بإمكانهم التمييز بين الإنفعالات المختلفة . أما بالنسبة للبيئة الاجتماعية فليس من السهل عليهم فهم تلك البيئة وإدراك مكوناتها وما بينها من علاقات . كما أن سلوكياتهم الاجتماعية في أغلبها تكون غير مقبولة اجتماعيًا . ولذلك فإننا إذا ما أردنا أن نقوم بتنمية قدرتهم على التواصل يصبح لنا علينا أن نهتم بهذه الجوانب ( عادل عبد الله ٢٠٠٠ - أ ) حيث يكون علينا أن نمنى المستوى اللغوي لدى هؤلاء الأطفال ، وأن ندرهم على التمييز بين الإنفعالات المختلفة ، وأن نساعدهم على إجراء الحوارات مع الأقران ، وأن نساعدهم على الإتيان بسلوكيات اجتماعية مقبولة وذلك من خلال تنمية بعض مهاراتهم الاجتماعية وهو ما يؤدي بطبيعة الحال إلى تحسين مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية ، وهو ما كشفت عنه نتائج تلك الدراسة حيث تحسنت المظاهر السلوكية المتضمنة .

ويرى بومنجر وكاسارى (١٩٩٩) Bauminger & Kasari أن الدراسات الحديثة التي تناولت هذا الموضوع قد أثبتت أن هؤلاء الأطفال لديهم قصور واضح في تلك الجوانب أو القدرات ، وجميعها كما نعلم يرتبط بالقدرات المعرفية . ومن ثم فإن هذا الجانب من جوانب القصور يمثل مظهرًا آخر من تلك المظاهر المميزة للتوحدية . ومع ذلك يرى جمع من الباحثين أن حوالي ٧٥٪ من الأطفال التوحدين لديهم نسب ذكاء في حدود التخلف العقلي ، كما أن بعضهم يتمتع بمستوى ذكاء متوسط ، في حين نجد أن نسبة تتراوح بين ٥ - ١٠٪ من هؤلاء الأطفال لديهم قدرات عقلية مرتفعة ونسب ذكاء مرتفعة أيضًا .

وبذلك نلاحظ أن أوجه القصور التي تميز التوحدية هي أوجه قصور متعددة ، وإن كانت جميعها لا تعتبر هي المسئولة عن حدوث الاضطراب إلا أنها في الغالب تعد نتيجة لحدوث هذا الاضطراب حيث أن أيًا منها لا يحدث إلا بعد أن يبدأ الطفل بالفعل في المعاناة من هذا الاضطراب . وهذا يؤكد فكرة أنها جميعًا تعد بمثابة نتيجة للاضطراب ولا ترتبط بالأسباب التي تؤدي إلى حدوثه من قريب أو بعيد حيث أن مثل هذه الأسباب لا تزال كما أوضحنا سلفًا غير معروفة إذ لا يوجد هناك حتى الآن سبب واحد معروف على وجه التحديد يعد هو المسئول عن حدوث هذا الاضطراب . ومن هذا المنطلق يصور البعض هذا الاضطراب على أنه ذو أوجه قصور أولية متعددة .

### ثالثًا : السلوكيات :

تمثل السلوكيات النمطية المقيدة والتكرارية المظهر الثالث من تلك المظاهر المميزة للتوحدية والتي تعد بمثابة أحد أوجه القصور البارزة التي يمكن للوالدين أو لأي شخص يتعامل مع الطفل التوحدي أن يلاحظها بسهولة حيث يحدث سلوك متكرر من جانب الطفل بداية من العام الثاني من عمره كأن يستمر مثلاً في إضاءة الأنوار وإطفائها ، أو يستمر في نقل دمية من إحدى يديه إلى اليد الأخرى ، أو يمشى في أرجاء الحجرة يتحسس الحوائط . كما قد يقوم بتكرار اللعب بشيء واحد أو مع شخص واحد . وقد تتضمن الحركات الجسمية العامة التي يأتي بها تشبيك الأيدي أو ثنيها مثلاً ، أو ضرب الرأس في الحائط ، وقد يبدي سلوكيات عدوانية أو عنيفة أو يجرح أو يؤذي نفسه ، كما يفتقر بشكل واضح إلى الوعي بالأمان ، وتتتابه نوبات بكاء أو غضب مستمرة دون أن يكون هناك سبب واضح لذلك . وإذا ما حاولنا أن نقوم بإيقاف تلك السلوكيات فإنه غالبًا ما يستجيب لذلك بنوبة مزاجية تتمثل في أغلب الأحيان في البكاء والصراخ والتخبيط باليد في أي شيء ثابت أمامه إلى جانب الغضب .

كذلك فإن الطفل التوحدي كثيرًا ما يأتي بحركات جسمية غير عادية وهي بمثابة حركات غريبة وكثيرة فنجد على سبيل المثال يرفرف يديه وذراعيه وكأنه حمامة تخلق في الفضاء ، كما يكثر من القفز في المكان ، ويميل إلى أن يمشى على أطراف أصابعه ، أو

يشد ساقيه في أحيان أخرى بصورة تجعلها تبدو وكأنها متصلبتان ، ويدور كثيراً في المكان ويستمر على ذلك لفترة ، وتكثر حركات يديه ورجليه عند إستثارته أو عندما يمعن النظر في شيء معين . إلا أن حركاته بشكل عام لا تتسم بالرشاقة سواء حركاته في المشي أو التسلق أو الإتران ، وقد تتسم حركاته بالتصلب ، وقد يقف على درجات السلم بالقدمين معاً دون تبديل وذلك عند صعود السلم . وبوجه عام يفتقر غالبية هؤلاء الأطفال إلى الرشاقة الحركية وإستخدام كلتا اليدين بنفس الدرجة .

وتضيف سميرة السعد (١٩٩٧) أن السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التي يديها هؤلاء الأطفال غالباً ما تتسم بأنها مقيدة وذو مدى ضيق ، وأنهم عادةً ما يعانون من حركات متكررة للجسم أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين أو غير ذلك قد تؤدي إلى إستثارة من حوهم . وأحياناً يصل بهم الأمر إلى الإيذاء الجسدى لأنفسهم . ويشير عادل عبد الله (٢٠٠١ - ب) أن الطفل التوحدى قد يكون مفرط الفاعلية أو السلبية حيث قد يظل ساكناً في مكانه وكأنه يخشى من حدوث شيء ما ، أو يهاب أن يتحرك من مكانه . كما قد يصل به الأمر إلى حد النشاط الحركى الزائد . وعندما يبدأ الأمر بنقص الحركة فإنه ينتهى بعد ذلك بفرط الحركة . وجدير بالذكر أنه عند المقارنة بين الأطفال التوحدين وأقرانهم المعاقين عقلياً في النشاط الحركى المفرط إتضح أن الأطفال التوحدين يتفوقون على الأطفال المعاقين عقلياً في هذا الجانب حيث كانت الفروق دالة لصالحهم في النشاط الحركى المفرط وأبعاده .

وهناك إلى جانب ذلك سمة أخرى لها أهميتها في هذا الصدد تتمثل في الثبات على روتين معين ومقاومة أى تغيير يطرأ عليه حتى وإن كان ذلك التغيير طفيفاً . ومن المعروف أن هؤلاء الأطفال يبدون في البداية عدم إستقرار على أى نظام سواء في الأكل أو النوم أو اللعب ، أو أى أداء سلوكى آخر ، إلا أنهم عندما يتعلمون نظام معين لأداء أى شيء فإنهم يتمسكون بهذا النظام بشكل صارم ويعملون على تطبيقه بحذافيره دون أن يطرأ عليه أدنى تغيير حتى يصل بهم الأمر إلى أن يصبحوا عبدة هذا الروتين العقيم . وتشير سميرة السعد (١٩٩٧) أن هذه المشكلة قد تحدث بطرق عديدة فقد يرفض

الطفل تغيير مكان أى قطعة أثاث فى المنزل ولو لبضع سنتيمترات ، أو تغيير الطريق الذى يسلكه للوصول إلى مكان معين على سبيل المثال ، أو تغيير نوع الأكل الذى يتناوله حيث قد يرفض أن يأكل أكثر من نوعين أو ثلاثة من الأطعمة ، أو يصر على أن يوجد شىء معين كلعبة أو زجاجة مثلاً برفقته طوال اليوم ، وهكذا . وعندما يتعلم الطفل هذا الروتين ويتمسك به ويصر عليه فإنه يصبح مسيطراً على حياة الأسرة بأكملها وليس على حياته هو فقط .

ولا يخفى علينا ما لجداول النشاط المصورة من أهمية ملحوظة فى هذا الجانب حيث يمكن من خلالها أن نحد من ذلك ، وسوف نرى أننا بعد أن نقوم بتعليم الطفل استخدام الجدول وإتباعه ، وبعد أن يجيد الطفل القيام بذلك فإننا نقوم بإعادة ترتيب الصور والأنشطة المتضمنة بالجدول فتتغير أماكنها بالتالى ، ثم نعمل بعد ذلك على إضافة صور وأنشطة جديدة أو نؤلف جدولاً جديداً من جدولين موجودين معنا ، ثم نغير فى أماكن الأدوات على الرف أو المنضدة ، وهكذا .

#### رابعاً: العمليات الحسية والإدراكية :

يعتمد الأطفال التوحديون كثيراً فى إستكشافهم للعالم على حواسهم المختلفة وخاصة اللمس والتذوق والشم وإن كانوا مع ذلك يميلون إلى الطعوم الكريهة والروائح الكريهة . ومن الغريب أنهم قد يستمتعون بتلك الألعاب التى تنطوى على التلامس الجسدى على الرغم من أنهم لا يحبون فى الغالب أن يلمسهم أحد . وسوف نرى من خلال دراستنا لجداول النشاط المصورة كيف يمكننا أن نتغلب على تلك الخاصية وهى أنهم لا يحبون غالباً أن يلمسهم أحد . ويتضح من خلال هذه السطور القليلة السابقة أن حواسهم قد تتأثر للمثيرات المختلفة إلى درجة أقل أو أكبر بكثير من أقرانهم وهو ما يعد بمثابة ردود فعل غير عادية للإحساسات المادية .

وإلى جانب ذلك فإن الطفل التوحدى قد يبدو وكأنه أصم حتى وإن كانت قدرته على السمع عادية ، وإذا ما تمت مضايقته فإنه قد يلجأ إلى الضوضاء الشديدة وهو

الأمر الذى قد يضايق المحيطين به إلى درجة كبيرة ، وقد يجعل أقرانه يتعدون عنه ويفضلون عدم الإختلاط به . كذلك فإنه قد يضع أصابعه فى أذنيه أو يغطيهما بيديه وذلك عند سماع أصوات معينة . وغالبًا ما ينجذب إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها إلى جانب التراكيب الغربية ، إضافة إلى ما أوضحناه سلفًا من إنجذابه إلى الطعوم والروائح الكريهة . وقد يكون الطفل إما مفرط الحساسية للألم أو لديه نقص فى حساسيته للألم فلا يشعر به بسهولة ، ولذلك نجده يضرب رأسه فى الحائط ، أو يضرب يده فى أى شىء ثابت أمامه ، أو يجرح أو يؤذى نفسه ، وهكذا . ويعتبر ذلك أيضًا تعبيرًا عن ردود فعل غير عادية للإحساسات المادية وذلك عند مقارنته بأقرانه العاديين أو حتى من الفئات الأخرى من تلك التى تندرج تحت ذوى الإحتياجات الخاصة .

ومن ناحية أخرى يرى عمر خليل (١٩٩٤) أن هذا الاضطراب فى جوهره يعد اضطرابًا فى الإدراك ، وأن هؤلاء الأطفال كما ترى سميرة السعد (١٩٩٧) لا يستطيعون إدراك الموقف الذى يوضعون فيه ولا حتى إدراك الخطر الحقيقى فى أى موقف من تلك المواقف فقد يحاول الطفل أن يمشى على حافة السلم ( الدرايزين ) أو النافذة أو أى مكان مرتفع بكل ثقة وبلا أدنى خوف من ذلك الموقف ، وقد يحاول إذا ذهب إلى الشاطئ أن يدخل إلى عرض البحر حتى وهو يرتدى ملابسه وذلك لرغبته فى السباحة دون شعور بالخوف من ذلك . وقد يرجع كل هذا إلى عدم إدراك الطفل للخطر الحقيقى فى تلك المواقف .

ويمكن للوالدين أن يقوموا بعلاج كل موقف على حدة نظرًا لأن الطفل التوحدى يجد صعوبة فى التعميم من موقف لآخر ، وبالتالي عليهما أن يعلمانه مثلاً كيفية عبور الشارع ، والبعد عن النار ، وأن يضعوا شبكة من القضبان الحديدية على كل نافذة ، وأن يضعوا أقفال على الخزائن والمطبخ ، وهكذا حتى يتمكنوا من إبعاده عن الخطر . ويعد العمر من الثانية إلى الخامسة هو أسوأ وقت لذلك حيث يحاول الطفل أن يقوم بكل هذه الأشياء مما يسبب إزعاجًا شديدًا لوالديه ، أما بعد هذا السن فيقل الخطر

حيث يصبح الطفل أكثر انتباهًا للخطر وأكثر استعدادًا لطاعة الأوامر وذلك قياسًا بما كان عليه من قبل ، وبالتالي يمكن أن يقوموا بتعليمه التصرف في تلك المواقف .

### خامسًا : اللعب :

يفتقر الطفل التوحدي في السنوات الأولى من عمره إلى الكثير من أشكال اللعب الإستكشافي . وعندما يتناول اللعب والأشياء المختلفة فإنه يلعب بها بطريقة غير مقصودة وبقليل من التنوع والإبتكارية والتخيل . كما تقل المظاهر الرمزية في أعبابه إلى حد كبير حيث يتسم الطفل التوحدي بنقص أو قصور في اللعب التلقائي أو التخيلي ، ولا يبدي أى مبادرات للعب التظاهري أو الإيهامي make - believe كما أنه لا يستطيع من ناحية أخرى أن يقلد أفعال الآخرين أو يقلدهم في أعبابهم حيث يتم لعب الطفل هنا بشكل نمطي وتكرارى ويسير على وتيرة واحدة . كذلك فهو يحاول أن يستكشف الأشياء المختلفة بغرض الشعور بالمشاعر البسيطة التى تبعث فيهم سعادة كبيرة فالسيارة ( اللعبة ) ليست سوى شىء بارد وصلب وتصدر صوتًا عندما تسير على الأرض .

وإذا كان الطفل العادى يكتشف العالم عن طريق اللعب حيث تنمو لغته وفهمه للعالم من حوله ، ثم يبدأ فى إستخدام الألعاب لترمز إلى ما حوله من أشياء حقيقية ، فإن الأمر لا يكون كذلك بالنسبة للطفل التوحدي فهو عندما يمسك باللعبة لا يتخيلها على أنها ترمز إلى الشىء الحقيقى من حوله ولكنه يرميها لسمع صوت إرتطامها بالأرض ، أو ليضعها فى صف مع غيرها من اللعب أو يمسكها دون أن يعرف كيف يلعب بها . وعندما يكبر الطفل قليلاً فإنه يجد بعض المتعة فى ألعاب التركيب حيث يستمتع بتركيب القطع معاً دون النظر إلى ماذا يبنى . وبسبب ضعف اللغة والتخيل لدى الطفل التوحدي فإنه غالباً لا يستطيع الإندماج فى اللعب مع الأطفال الآخرين . وعندما يؤدى الطفل لعبة معينة ويجيدها ويصبح بارعاً فى أدائها فإنه يؤديها كل مرة دون أى محاولة لتطوير طريقة اللعب حيث يتسم الطفل بعدم القدرة على اللعب الإبتكارى .

هذا وقد حاول نيبيل الغرورى ورومانشيك (١٩٩٩) El-Ghoroury, N. & Romanczyk أن يستخدموا تفاعل أعضاء الأسرة أثناء اللعب مع الأطفال كجانب تعويضى للقصور الذى يبديه الأطفال التوحديون فى اللعب وحتى يتمكنوا من خلال ذلك من تنمية السلوك التكيفى والأداء الاجتماعى بشكل عام للأطفال التوحدين . وأسفرت نتائج الدراسة عن أن التفاعلات الأسرية مع الأطفال التوحدين أثناء اللعب تساعد هؤلاء الأطفال على أن يبادروا بالتفاعلات خلال مواقف اللعب وهو ما يعد تعويضا عن القصور الذى يبديه هؤلاء الأطفال فى هذا الجانب بطبيعة الحال . كذلك فقد كشفت النتائج أيضا عن حدوث تحسن فى السلوك التكيفى والأداء الاجتماعى هؤلاء الأطفال بشكل عام .

### الاضطرابات الأخرى المرتبطة بالتوحدية :

تؤكد الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA أن هناك اضطرابات عديدة ترتبط بالتوحدية وتدرج تحت العنوان الرئيسى (الاضطراب النهائى العام أو الشامل) (PDD) Pervasive Developmental Disorder والذى يمثل فئة عامة من الاضطرابات تتسم بوجود خلل شديد وشامل فى العديد من مجالات النمو . ويحدد دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM-IV عدداً من المحكات التى يجب توفرها حتى يتم تشخيص الأطفال فى إطار هذه الفئة . وعندما يتوفر عدد من السمات التى تم تحديدها فى هذا الدليل فإن ذلك يعنى إنطباق الاضطراب على الفرد . ويعتمد التقييم التشخيصى على الملاحظة من قبل المختصين والآباء لوجود سلوكيات معينة . ويعانى الأفراد الذين يصابون بأى اضطراب من تلك التى تتبع فئة الاضطراب النهائى العام أو الشامل من قصور فى التواصل ، وقصور فى الجانب الاجتماعى ولكنهم يختلفون فى مدى حدة ذلك الاضطراب . وهناك بعض النقاط الرئيسية التى تسهم فى تمييز الفروق بين التشخيصات المختلفة نعرض لها على النحو التالى :

## ١- الاضطراب التوحدي : autistic disorder

ويتسم بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية ، والتواصل واللغة ، واللعب التخيل وذلك قبل أن يصل الطفل سن الثالثة ، إلى جانب السلوكيات النمطية ، ووجود قصور أو خلل في الإهتمامات والأنشطة . ويعد هذا الاضطراب هو محور إهتمامنا الحالي .

## ٢- اضطراب أو زملة أسبرجر : Asperger's disorder

ويتسم بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية ، ووجود إهتمامات وأنشطة مقيدة ومحددة جدًا مع عدم وجود تأخر عام دال من الناحية الإكلينيكية في اللغة ، وتراوح نسبة ذكاء الفرد بين المتوسط إلى فوق المتوسط .

## ٣- اضطراب نمائي عام غير محدد في مكان آخر :

### Pervasive developmental disorder nototherwise specified

ويشار إليه عادة على أنه توحدي غير نمطية atypical ويتم تشخيص الحالة على هذا النحو عندما لا تنطبق على الطفل تلك المحكات الخاصة بتشخيص معين مع وجود خلل أو قصور شديد وشامل في عدد من السلوكيات المحددة .

## ٤- اضطراب أو زملة ريت Rett's disorder

وهو اضطراب نمائي يصيب البنات فقط . وفيه يحدث النمو الطبيعي أولاً ثم تفقد البنت المهارات التي إكتسبتها من قبل ، كما تفقد الإستخدام الغرضي لليدين ويحدث بدلاً منه حركات متكررة لليدين ، ويبدأ ذلك في السن من ١ - ٤ سنوات .

## ٥- اضطراب الطفولة التفككي أو التفسخي :

### Childhood disintegrative disorder

ويتسم بحدوث نمو طبيعي للطفل خلال العامين الأولين من حياته على الأقل ، ثم يفقد الطفل المهارات التي إكتسبها من قبل .

## تشخيص وتقييم الاضطراب :

يعد اضطراب التوحد autism من الاضطرابات النهائية الحادة التي تصيب الطفل كما أوضحنا سلفاً قبل أن يصل عمره ثلاث سنوات ، وقد كان ينظر إليه من قبل على أنه يعد بمثابة زملة أعراض سلوكية حيث كان يصنف على أنه اضطراب سلوكي ، إلا أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV قد عرض له على أنه اضطراب نهائي عام أو شامل (منتشر) Pervasive ويحدد التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 هذا الاضطراب على أنه منتشر حيث يؤثر على العديد من جوانب النمو الأخرى ، وبطبيعة الحال يعد هذا التأثير موضع الإهتمام تأثيراً سلبياً .

وجدير بالذكر أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA والتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض والاضطرابات المختلفة في الوقت الراهن . ويرى فولكمار (١٩٩٦) Volkmar أنه لا يوجد أي تعارض بينهما في تشخيص الاضطرابات المختلفة بوجه عام وفي تشخيص اضطراب التوحد أو التوحدية على وجه الخصوص . وفي هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز الأساسي لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هي :

### ١- البداية :

تكون بداية الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره ، ويكون الأداء الوظيفي للطفل مختلاً في واحد على الأقل من عدد من الجوانب هي التفاعل الاجتماعي ، واستخدام اللغة للتواصل الاجتماعي ، واللعب الرمزي أو الخيالي .

### ٢- السلوك الاجتماعي :

يوجد لدى الطفل قصور كفي في التفاعلات الاجتماعية وذلك في إثنين على الأقل

من أربعة محكات هي التواصل غير اللفظي ، وإقامة علاقات مع الأقران ، والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والإهتمامات ، وتبادلية العلاقات الاجتماعية معهم .

### ٣- اللغة والتواصل :

يوجد قصور كفي في التواصل في واحد على الأقل من أربعة محكات هي تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة ، وعدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين ، والإستخدام النمطي أو المتكرر للغة ، إلى جانب قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي .

### ٤- الأنشطة والإهتمامات :

توجد أنماط سلوك وإهتمامات وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية في واحد على الأقل من أربعة محكات هي الإنبطاق بإهتمام نمطي واحد غير عادي ، والرتابة والروتين ، وأساليب نمطية للأداء ، والإنبطاق بأجزاء من الأشياء .

وإذا ما عرضنا لتلك المحكات التي تحددها الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA وذلك في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV والتي يتم في ضوءها تشخيص الأطفال التوحدين فسنعجد أن ذلك يتضمن حدوث خلل في التفاعل الاجتماعي ، واللغة ، والتواصل ، واللعب ، والسلوكيات بحيث يحدث الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره وذلك على النحو التالي :

أولاً : يشترط إنطباق إجمالي ستة بنود على الأقل مما تتضمنه المحكات الثلاثة الرئيسية (١ ، ٢ ، ٣) على أن ينطبق على الطفل بنودان على الأقل من المحك الأول ، وبنود واحد على الأقل من المحك الثاني ، وبنود واحد آخر على الأقل من المحك الثالث . وهذه المحكات هي :

١- حدوث خلل أو قصور كفي في التفاعل الاجتماعي كما يتضح من إنطباق اثنين على الأقل من البنود التالية على الطفل :

أ - حدوث خلل أو قصور واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة كالتواصل بالعين ، والتعبيرات الوجهية ، والإشارات أو الإيحاءات الاجتماعية وذلك لتنظيم التفاعل الاجتماعي .

ب - الفشل في إقامة علاقات مع الأقران تتناسب مع المستوى النهائي .

ج - نقص في البحث أو السعى التلقائي للمشاركة مع الآخرين في الإستمتاع ، أو الإهتمامات ، أو الإنجاز كما يتضح مثلاً في نقص القدرة على إيضاح الأشياء موضع الإهتمام أو إحضارها معه أو الإشارة إليها .

د - نقص في تبادلية العلاقات الاجتماعية مع الآخرين أو مشاركتهم إنفعاليًا .

٢ - حدوث خلل أو قصور كفي في التواصل كما يتضح من إنطباق بند واحد على الأقل من البنود التالية على الطفل :

أ - تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة بشرط ألا يصاحبه أى محاولة تعويضية من جانب الطفل لإستخدام الأنماط البديلة للتواصل كالإيحاءات أو التمثيل الصامت .

ب - خلل أو قصور واضح في القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين وذلك بالنسبة للأطفال التوحدين ذوى المستوى اللغوى المناسب .

ج - الإستخدام النمطى أو المتكرر للغة أو للغة خاصة به .

د - نقص أو قصور في اللعب التظاهرى أو الإدعائى التلقائى والمتنوع أو اللعب الاجتماعى القائم على التقليد والمناسب للمستوى النهائى للطفل .

٣ - حدوث أنماط سلوكية وإهتمامات وأنشطة متكررة ونمطية كما يتضح من إنطباق واحد على الأقل من البنود التالية على الطفل :

أ - إنشغال كبير بإهتمام نمطى واحد أو أكثر يعتبر غير عادى سواء فى مدى حدته أو بؤرة الإهتمام الخاصة به .

- ب- التمسك الصارم وغير المرن بطقوس معينة أو روتين غير عملي وغير فعال .
- ج- أساليب أداء نمطية ومتكررة كالتصفيق بالأيدى أو الأصابع ، وتشبيكها ، أو ثنيها ، أو الحركات العنيفة ، أو الحركات المعقدة بكامل الجسم .
- د- الإنشغال الدائم بأجزاء من الأشياء .

ثانياً : حدوث تأخر أو أداء غير عادى فى واحد على الأقل من المجالات التالية على أن يبدأ ذلك قبل أن يصل الطفل إلى الثالثة من عمره :

- أ- التفاعل الاجتماعى .
- ب- اللغة كما تستخدم فى التواصل الاجتماعى .
- ج- اللعب الرمزى أو التخيلى .

ويضيف المكتب الإقليمى لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) أن هناك عدداً من الدلائل التشخيصية التى تستخدم فى تشخيص هذا الاضطراب يعرض لها التصنيف الدولى العاشر للأمراض ICD-10 تتمثل فى حدوث نمو غير طبيعى أو مختل أو كليهما وذلك قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره إلى جانب حدوث نوع مميز من الأداء غير السوى فى مجالات ثلاثة هى التفاعل الاجتماعى ، والتواصل ، والسلوك النمطى المقيد التكرارى . كما أن هذا الاضطراب يحدث بين الذكور بمعدل ثلاثة أو أربعة أضعاف معدل حدوثه بين الإناث . كذلك فإنه لا تكون هناك فى العادة مرحلة سابقة أكيدة من التطور السوى ، وإن وجدت فإنها لا تتجاوز السنة الثالثة من العمر . كما توجد دائماً إختلالات كيفية فى التفاعل الاجتماعى المتبادل والتى غالباً ما تأخذ شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والإنفعالية ، كما تتجلى فى فقدان الإستجابات لمشاعر الآخرين أو عدم تعديل السلوك وفقاً للإطار الاجتماعى أو كليهما ، إضافة إلى ضعف إستخدام الرموز الاجتماعية ، وضعف التكامل بين السلوكيات الاجتماعية الإنفعالية والتواصلية وخاصة فقدان التبادل الاجتماعى - العاطفى . كذلك

تنتشر الإختلالات الكيفية فى التواصل وقد تأخذ شكل عدم الإستخدام لأى مهارات لغوية قد تكون موجودة ، وإختلال فى اللعب الإيهامى make-believe play والتقليد الاجتماعى ، وضعف المرونة فى التعبير اللغوى ، وفقدان نسبى للقدرة على الإبداع والخيال فى عمليات التفكير ، وفقدان الإستجابة العاطفية لمبادرات الأخرين اللفظية وغير اللفظية ، وإستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من النبرات وأساليب التوكيد للتعبير عن الرغبة فى التواصل . وكذلك عدم إستخدام الإيحاءات المصاحبة التى تساعد فى التأكيد أو التواصل الكلامى .

وإضافة إلى ذلك تتميز الحالة أيضاً بأنماط من السلوك والإهتمامات والأنشطة تتسم بمحدوديتها وتكراريتها ونمطيتها ، وقد تأخذ شكل التصلب والروتين فى الأداء اليومى والأنشطة وأنماط اللعب . وقد يكون هناك إرتباط معين بأشياء غير عادية ، وكثيراً ما تكون هناك إنشغالات نمطية ببعض الإهتمامات إلى جانب أنماط حركية أو إهتمام خاص بعناصر غير وظيفية فى الأشياء كرائحتها أو ملمسها ، إضافة إلى مقاومة أى تغيير فى الروتين أو فى البيئة المحيطة .

وبذلك فإن هذه المحكات سواء فى DSM-IV أو فى ICD-10 تركز على بداية حدوث الاضطراب وذلك قبل وصول الطفل الثالثة من عمره ، ووجود ثلاثة جوانب قصور رئيسية تتمثل فى التفاعل الاجتماعى المتبادل ، واللغة والتواصل ، والسلوك النمطى المقيد والتكرارى . ومن ثم فهناك تركيز على كيف الأداء الوظيفى فى تلك المجالات . وبذلك فنحن نتفق مع ما يراه فولكمار (1996) Volkmar فى أنه ليس هناك أى تعارض بين ما يعرضه كل من هذين التصنيفين التشخيصيين حول التوحدية ، بل إنهما يتفقان تماماً فى هذا الخصوص .

أما فيما يتعلق بتقييم هذا الاضطراب وتحديد من يعانون منه فهناك عدد من المقاييس تم إستخدامها فى بيئات أجنبية يأتى فى مقدمتها المقاييس التالية :

١ - قائمة ملاحظة السلوك التوحدى التى أعدها كروج (1990) Krug والتى تحدد ثلاثة عوامل لهذا الاضطراب هى :

- أ- القصور في القدرة على التعبير اللفظي .  
ب- الانسحاب الاجتماعي .  
ج- عدم القدرة على التواصل الاجتماعي .

٢ - إستمارة الحالة المزاجية للطفل الخاصة بجامعة كاليفورنيا الأمريكية California Temperament Form والتي تحدد عددًا من الأبعاد لهذا الاضطراب من بينها الأبعاد السابقة .

٣ - مقياس التقييم المختصر للسلوك Behavior Summarized Evaluation والذي يكتب إختصارًا BSE ويحدد ثمانية أبعاد للاضطراب تتمثل في الأبعاد التالية :

- أ- الانسحاب الاجتماعي .  
ب- القدرة على المحاكاة .  
ج- التواصل .  
د- ضعف الانتباه .  
هـ- التعبير اللفظي .  
و- التعبير غير اللفظي .  
ز- علامات الخوف والتوتر .  
ح- الإستجابات الذهنية .

أما على المستوى العربى فلا يوجد هناك الأساليب التشخيصية الكافية ولا أساليب التقييم الكافية أيضًا . وفي حدود علمنا هناك محاولات قليلة تتمثل فيما يلي :

١ - هناك محاولة عرض لها عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) وتضمن المقياس ١٦ عبارة يجاب عنها بـ (نعم) أو (لا) ، وتمثل تلك العبارات مظاهر أو أعراض للتوحدية يجب أن تنطبق ثمانى عبارات منها على الطفل حتى يتم تشخيصه كذلك . ولم يعرض هذا المقياس مستقلاً ، ولكنه يعد محاولة في هذا الصدد .

٢ - مقياس الطفل التوحدى ، إعداد : عادل عبد الله محمد (٢٠٠١ - د) ، ويعد بمثابة مقياس تشخيصى يعمل على التعرف على الأطفال التوحدين وتحديدهم وتمييزهم عن غيرهم من الأطفال ذوى الاضطرابات المختلفة وعن الأطفال المعاقين

عقليًا وذلك حتى يتم تقديم الخدمات والخطط والبرامج التدريبية والتربوية والتعليمية لهم بما يساعدهم على الإندماج مع الآخرين في المجتمع . وقد تمت صياغة عبارات هذا المقياس في ضوء المحركات الواردة في وصف وتشخيص وتقييم هذا الاضطراب وذلك في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV إلى جانب مراجعة التراث السيكلوجي والسيكاترى حول ما كتب عن ذلك الاضطراب . ويتألف هذا المقياس من ٢٨ عبارة يجاب عنها بـ ( نعم ) أو ( لا ) من جانب الأخصائي أو ولي الأمر أو أحد الوالدين . وتمثل هذه العبارات مظاهر أو أعراض للتوحدية ، ويعنى وجود نصف هذا العدد من العبارات على الأقل وإنطباقها على الطفل أنه يعاني فعلاً من التوحدية . وفي الغالب لا يتم إعطاء درجة للطفل في هذا المقياس حيث يتم إستخدامه بغرض تشخيصي فقط وذلك للتأكد من أن الطفل يعاني فعلاً من هذا الاضطراب .

وبذلك يتضح أن العيادة النفسية المصرية تعاني من قصور واضح في أساليب تقييم هذا الاضطراب وهو الأمر الذى يحتاج إلى مزيد من الجهد والمتابعة حتى نصل إلى التشخيص والتقييم الصحيح لأفراد هذه الفئة .

### رعاية الأطفال التوحديين :

هناك العديد من البرامج التدريبية التى يتم تقديمها سواء للأطفال التوحديين أو والديهم وذلك فى سبيل تأهيل هؤلاء الأطفال ورعايتهم حيث من المعروف أن الأطفال التوحديين لا يمكنهم أن يقيموا علاقات اجتماعية قوية مع الآخرين ، ولا يمكنهم أن يقوموا بتطوير قدرتهم على التفاعل الاجتماعى الناجح معهم وذلك بالطرق والأساليب التى تعتبر عادية . ومع ذلك فهم مثل غيرهم من الأطفال توجد بينهم فروق فردية تؤدى إلى وجود مستويات مختلفة ومتباينة من الأداء السلوكى الوظيفى فيما بينهم ، وإن كان العديد منهم يعانون من خلل واضح فى هذا الجانب .

وتعتبر البرامج التدريبية ذات أهمية كبيرة بالنسبة لهؤلاء الأطفال حيث يمكن من خلال مثل هذه البرامج تنمية مهاراتهم وإستعدادهم للتعلم ، فيمكن على سبيل المثال أن يتعلم الطفل من خلال أحد هذه البرامج أن يجلس على الكرسي ، أو يحضر تلك الأدوات اللازمة لأداء مهمة معينة، أو يستخدم التواليت . ويعد تنمية مثل هذه المهارات أمرًا ضروريًا لإعداد الطفل لتلقى برامج أخرى إذ تؤدي كما ترى سكريبان وكوجل (Schreibman & Koegel) (١٩٩٦) إلى مساعدة الطفل بدرجة كبيرة في تلقي البرامج التالية التي تعد بمثابة برامج متقدمة تتطلب إجادة الطفل لتلك البرامج الأولية أو الأساسية التي يتلقاها الطفل أولاً مما يسهم كثيرًا في أن تؤدي مثل هذه البرامج المتقدمة بشاها المرجوة . ويضيف كوجل وكوجل (Koegel & Koegel) (١٩٩٦) أن هناك نوعًا آخر من البرامج التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال تعمل على تحسين التواصل مع الآخرين من جانبهم سواء كان ذلك التواصل لفظيًا أو غير لفظي . وتعمل تلك البرامج على الحد من السلوكيات غير الملائمة ، وتؤدي بالتالي إلى تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال . ويمكن أن يشترك الأقران في تلك البرامج ، كما يمكن أن يشترك فيها أيضًا أعضاء من أسر هؤلاء الأطفال .

ومن الجدير بالذكر أن هناك برامج علاجية تقوم على إستخدام بعض العقاقير في هذا الصدد ، وقد قامت دراسات عديدة بفحص أثرها ، ولكننا يجب أن نوضح هنا أن مثل هذه العقاقير لا تؤثر على التوحدية أو أعراضها أو تحد منها ، ولكنها تستخدم لعلاج بعض المظاهر التي قد ترتبط بهذا الاضطراب كالنشاط الزائد مثلاً حيث أوضحت دراسة كويتانا وآخرين (Quintana et. al.) (١٩٩٥) أن العلاج الطبى الذى تم إعطاؤه للأطفال التوحديين عينة الدراسة قد أدى إلى الحد من نشاطهم الزائد الذى كانوا يعانون منه . كما أنه قد أدى أيضًا كما أوضحت دراسة جوردون وآخرين (١٩٩٣) Gordon et. al. إلى الحد من الطقوس القهرية التى تعكسها سلوكياتهم التى كانوا يأتون بها .

أما فى الوقت الراهن فإن غالبية البرامج التى يتم تقديمها للأطفال التوحديين تعتمد كما يرى نيوسوم (Newsom) (١٩٩٨) على إجراءات تعديل السلوك إلى جانب تدريب

الوالدين . ومن هذا المنطلق يثار سؤال أساسي بناء على ذلك مؤداه أنه إذا كان اضطراب التوحد يعد معرفيًا واجتماعيًا في جوهره وتكمن خلفه أسباب بيولوجية في الأغلب والأعم فلماذا إذن نعلم في علاجنا له أو الحد من آثاره السلبية على البرامج السلوكية وبرامج تدريب الوالدين ؟

وللإجابة عن هذا السؤال يسوق كندول (Kendall ٢٠٠٠) حالة هيلين كيلر Helen Keller كمثال حيث كانت كيفية وصحاء منذ ميلادها ، ومع ذلك تعلمت أن تتحدث وتكتب من خلال أساليب بعيدة تمامًا عن تلك التي تستخدم مع كف البصر أو الصمم إذ تعلمت ذلك من خلال التدريب مثلما يحدث في البرامج السلوكية مع أن مشكلتها لم تكن سلوكية ولم يكن سببها سلوكيًا حتى نستخدم علاجًا سلوكيًا لها . ومن هذا المنطلق يكون من المناسب بل ومن الأفضل أن نستخدم إجراءات تعديل السلوك مع الأطفال التوحدين حتى تتمكن من الحد من أى سلوك غير مرغوب اجتماعيًا يمكن أن يأتون به ، أو حتى تتمكن من تعليمهم القيام بأى سلوك يعد مرغوبًا من الناحية الاجتماعية . هذا إلى جانب أن الوالدين هما الأكثر قربًا من الطفل والأكثر إحتكاكًا به والأكثر تلبية لإحتياجاته ، وهما اللذان يضطلعان بمسئولية تربيته ، ومن ثم فإن تدريبها على كيفية التعامل معه ، وكيفية تعديل سلوكه ، وإكسابه سلوكيات مرغوبة يعد أمرًا ضروريًا في هذا الصدد .

وهناك مسألة أخرى في سبيل رعاية هؤلاء الأطفال بدأت بعض الدول في أوروبا وأمريكا تأخذ بها ، ويتمثل ذلك في إمكانية دمج mainstreaming هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين بالمدارس كما هو الحال بالنسبة للأطفال المعاقين عقليًا . وهذا الدمج بطبيعة الحال لا يمكن أن يكون دمجًا كليًا ولكنه يكون دمجًا جزئيًا وخاصة في حصص النشاط . ويرى زيجموند وبيكر (Zigmond & Baker ١٩٩٥) أن دمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين ووضعهم في نفس المواقف معهم يعد أفضل من وضعهم في فصول أو مدارس خاصة به . ويضيف ميسيبوف وشيا (Mesibov & ١٩٩٦) أن دمجهم مع أقرانهم العاديين يزيد مما يتوقع المعلمون منهم أن يقوموا به ، ويزيد

من فرص نمذجة التطور السوى من قبل أقرانهم ، ويزيد من فرص التعلم أمامهم ، كما يمكن أن يزيد في الوقت ذاته من تقديرهم لذواتهم . ومع ذلك فكلما كانت المجموعة أقل عددًا زادت إستفادة الأطفال التوحدين من فرص التعلم التى تتاح أمامهم .

وإذا كان الإتجاه السائد فى رعاية هؤلاء الأطفال يتمثل فى ذلك الإتجاه الذى يعتمد على البرامج السلوكية فإن مثل هذه البرامج تركز فى الأساس على أوجه القصور السلوكية أو الإفراط الذى قد يبدو من جانبهم فى تلك الجوانب وذلك من خلال إستخدام المعززات التى تعمل كمدعمات للسلوك أى من خلال إستخدام التعزيز على أساس ثابت . وغالبًا ما تهدف تلك البرامج إلى تعليمهم المهارات اللازمة للتعلم والإستعداد له ، والسلوك الاجتماعى ، ومهارات التواصل حيث يتمكن هؤلاء الأطفال فى الغالب من خلال تدريبهم على مثل هذه البرامج أن يتعلموا بعض المهارات الاجتماعية البسيطة التى يصبح بمقدورهم من خلالها الإندماج مع الآخرين والتفاعل معهم والإقبال عليهم والاهتمام بهم والتواصل معهم ، كما يقل بالتالى إنسحابهم من المواقف والتفاعلات الاجتماعية ، ويقل سلوكهم العدوانى تجاه الآخرين أو سلوك إيذاء الذات من جانبهم وهو الأمر الذى يؤكد فعالية هذه البرامج فى هذا الصدد .

ويمثل تحسين المستوى اللغوى لهؤلاء الأطفال أو تطوير نموهم اللغوى هدفًا جوهريًا فى تلك البرامج السلوكية . وعند إستخدام تلك البرامج لذلك الغرض فإن التدريب هنا يجب أن يتبع تسلسلاً معيناً وذلك على النحو التالى :

١ - يقوم الطفل بالنطق بالكلمة المحددة إذا كان يعرفها ، أو يردد تلك الكلمة وراء الباحث أو الوالد أو المعلم إذا كان لا يعرفها ، أو يمكن له أن يسمعها من خلال جهاز تسجيل ثم يرددها بعد ذلك .

٢ - تتم مكافأة الطفل عندما ينطق بأى كلمة مع العلم بأن تعلم الطفل لكلمة واحدة قد يستغرق بعض الوقت ، لكن المهم هنا أنه مع تعلم الطفل نطق أى كلمة علينا أن نقوم بمكافأته على ذلك .

٣ - يجب أن تتنوع المكافآت التي يحصل عليها الطفل وأن تختلف من طفل إلى آخر وذلك وفقاً لما يفضله كل منهم . ويمكن أن يتحدد ذلك من خلال معرفتنا بهؤلاء الأطفال وما يفضلونه .

٤ - يجب أن تعطى المكافأة للطفل إذا نطق بالكلمة عقب محاولة الباحث أو الوالد أو المعلم أن يجعله يقوم بذلك من خلال إشارة تهدف إلى تذكيره بما ينبغي عليه أن يفعل . كما يجب ألا تعطى له مكافأة في أى موقف دون ذلك حتى يتحقق هدف البرنامج .

٥ - تعطى المكافأة للطفل إذا إقترب من النطق الصحيح للكلمة التي نطلب منه أن ينطق بها . وتعد هذه النقطة أساسية لأنه من المنطقي أن يقترب الطفل من النطق الصحيح لكلمات معينة وأن ينطقها بلغته الطفلية وليس مثل الكبار .

٦ - يمكن للباحث أو الوالد أو المعلم أن يستخدم النمذجة والمكافأة في سبيل تعليم الطفل النطق الصحيح للكلمات إلى جانب تعليمه بعض المهارات اللغوية ذات الأهمية في هذا الصدد .

ولا يخفى علينا أن مثل هذا الأمر يتطلب المزيد من الوقت والجهد والمثابرة حتى يتسنى للطفل الإستجابة لفظياً وتكوين بعض الجمل البسيطة التي يمكنه بمقتضاها أن يدخل في حوارات ومناقشات بسيطة ، ويتمكن بالتالى من التواصل مع المحيطين به .

ومن أشهر الطرق التي تستخدم مع هؤلاء الأطفال في هذا الصدد تلك الطريقة التي قدمها لوفاز Lovaas (١٩٨٧) بجامعة كاليفورنيا California والمسماة بالطريقة المكثفة intensive والتي تعتمد على تدريب الطفل لمدة أربعين ساعة في الأسبوع على أن يقوم كل مدرب بتولى مسئولية طفل واحد فقط . أما الطريقة الثانية فهي الطريقة الممتدة أو العادية extensive والتي تشبه الطريقة الأولى بإستثناء عدد الساعات الأسبوعية حيث يصل عدد الساعات التي تعتمد عليها إلى عشر ساعات فقط أسبوعياً . وبالنسبة للفترة الزمنية المخصصة للبرنامج والذي يبدأ قبل أن يبلغ الطفل الثالثة وعشرة أشهر

فتستمر حتى إتحاقه بالمدرسة لأنه يتم إعداده للتعلم من خلال تنمية مهاراته قبل الأكاديمية وإعداده للمدرسة . هذا وقد كشفت الدراسات التي إستخدمت هاتين الطريقتين مع هؤلاء الأطفال أن الطريقة الأولى أفضل في نتائجها وأكثر فاعلية قياسًا بالطريقة الثانية . ويرجع السبب في طول الفترة المخصصة للبرنامج في أنه يهدف إلى تنمية المهارات قبل الأكاديمية لدى الطفل وإعداده للمدرسة . ويمكن أن تستخدم كلتا الطريقتين لتحقيق أهداف أخرى لكن الوقت المخصص لكل برنامج يقل عن ذلك بكثير جدًا .

وتتمثل أحدث الإستراتيجيات المستخدمة في هذا الصدد كما يرى عادل عبد الله (٢٠٠١ - أ) في جداول النشاط المصورة . وتعد تلك الجداول هي موضوع الكتاب الذى بين أيدينا ، وكما سنرى فإن كل جدول من جداول النشاط المصورة يأخذ شكل كتيب صغير يتضمن خمس أو ست صفحات تحتوى كل منها على صورة تعكس نشاطاً معيناً يتم تدريب الطفل على أدائه . ولكل نشاط مكونات خمسة تتمثل في إمساك الطفل بالجدول وفتحه ، ثم قلب الصفحة والوصول إلى الصورة المستهدفة والإشارة إليها ويجب أيضاً على الطفل أن يضع إصبعه على تلك الصورة ويسمى ما بها من أدوات إذا كان يعرفها أو ينتظر الوالد أو الباحث أو المعلم ليسمى له كلاً منها ثم يقوم هو بترديد تلك الكلمات وراءه . ويتمثل المكون الثالث في إحضار الأدوات اللازمة لأداء النشاط الذى تعكسه الصورة ، ثم أداء هذا النشاط والإنتهاء منه والذى يمثل المكون الرابع ، أما خامس تلك المكونات وآخرها فيتمثل في إعادة تلك الأدوات إلى مكانها الأصلي الذى أخذت منه من قبل . وعند تعليم الطفل استخدام مثل هذه الجداول وإتباعها يجب أن يتم تدريبيه على تلك المهارات اللازمة لذلك حتى يتمكن من إستخدامها بسهولة .

وتتمثل الأهداف الرئيسية التى نسعى إلى تحقيقها من خلال إستخدام هذه الجداول في تعليم الطفل السلوك الإستقلالى ، وإتاحة مدى أوسع من الإختيار أمامه ، وتدريبه على التفاعلات الاجتماعية . وبالإضافة إلى ذلك يمكن إستخدام مثل هذه الجداول في سبيل تعليم الطفل مهارات معينة تعد ضرورية للقيام بأنشطة محددة ، وإكسابه بعض

السلوكيات المرغوبة إلى جانب الحد من بعض السلوكيات غير المرغوبة اجتماعيًا .  
ويعمل كل ذلك بما لا يدع مجالاً للشك على مساعدة الطفل كى يتمكن من الاندماج  
مع الآخرين .

وبذلك نلاحظ أن جداول النشاط المصورة تستخدم في سبيل التعديل السلوكي  
لهؤلاء الأطفال ، ومن ثم فهناك العديد من إجراءات تعديل السلوك تستخدم بغرض  
تعليم تلك الجداول للطفل وتدريبه عليها ، إضافة إلى أن الإجراءات الخاصة بها  
كاستراتيجية تعمل جميعها في سبيل تعديل سلوك الأطفال ومساعدتهم على الاندماج في  
المجتمع حيث يمكن للطفل عندما يجيد استخدام هذه الجداول أن يؤدي النشاط  
المطلوب دون أن يحصل على أى مساعدة من أحد الراشدين ، ويصبح بإمكانه أن  
يساعد في الأعمال المنزلية أو في تلك الأعمال التي يتضمنها اليوم المدرسى العادى إلى  
جانب إمكانية أن يقيم علاقات مع الآخرين وأن تنشأ بينه وبينهم تفاعلات اجتماعية  
ناجحة . وإلى جانب ذلك يمكن استخدام تلك الجداول أيضًا في سبيل تعليم الطفل  
أو حتى المراهق بعض الأعمال المهنية البسيطة وهو الأمر الذى يجعل لمثل هذه  
الإستراتيجية أهميتها في تحقيق التأهيل اللازم لهؤلاء الأطفال .

أما تدريب الوالدين أو إرشادهما إلى كيفية التصرف مع أطفالهما التوحدين أو حتى  
المتخلفين عقليًا فيركز في الغالب على الحد من تلك السلوكيات الفوضوية أو حتى  
الخطيرة التي تصدر عن هؤلاء الأطفال سواء في المنزل أو المدرسة . كما أن هناك هدفًا  
آخر لهذا التدريب يتمثل في إمكانية أن يقوم هؤلاء الأطفال بتعميم ما تدربوا عليه وذلك  
على مواقف أخرى مشابهة غير تلك التي تدربوا خلالها بطبيعة الحال على الحد من هذا  
السلوك أو ذاك أو الحد من سلوك أو آخر يمكن إعتباره فوضوى أو خطير مع الإعتراف  
والتسليم من جانبنا بأن هذا ليس بالأمر اليسير . وإلى جانب ذلك يمكن أن يقوم  
الوالدان أيضًا بالتدريب اللغوى لهؤلاء الأطفال وهو الأمر الذى يمكن أن يؤدي إلى  
تحسين مستوى نموهم اللغوى وما يتضمنه ذلك من زيادة حصيلتهم اللغوية وزيادة  
إحتمال قيامهم باستخدام هذه المفردات اللغوية في سياقات اجتماعية مختلفة . ومن ثم

يمكن أن يصبح بإمكان هؤلاء الأطفال إجراء حوارات ومحادثات مختلفة مع أقرانهم وهو ما يساعد إلى حد كبير في زيادة كم علاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين ، وتفاعلاتهم معهم ، وتحسين كيف تلك التفاعلات .

كذلك فإن تدريب الوالدين يمكن أن يتضمن قيامهما بمواجهة تلك المشكلات الإنفعالية التي تواجه أطفالهما والعمل على تلبية إحتياجاتهم حيث يعدان هما كما أوضحنا من قبل الأكثر إحتكاكاً بهم والأكثر تلبية لإحتياجاتهم . وما لا شك فيه أن مواجهة مثل هذه المشكلات من شأنه أن يسهم بشكل مباشر وفعال في تخطى العديد من العقبات التي قد تحول دون إندماج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة معهم .

ومن الجدير بالذكر أن هناك العديد من الإجراءات والفنيات التي يمكن أن تتضمنها برامج تدريب الوالدين من بينها المحاضرة والمناقشة وما يتطلبه ذلك من قراءات متعددة في الموضوع وهو ما تتضمنه كما يرى عادل عبد الله (٢٠٠٠ - ب) إستراتيجية التعليم النفسى psychoeducation . كما قد تتضمن أيضاً فنية لعب الدور وعكس الدور بحيث يقوم كل عضو في الأسرة بدور معين ثم يتم بعد ذلك تبديل تلك الأدوار . وإلى جانب ذلك هناك الزيارات المنزلية من جانب الأخصائيين والمدربين وإستكمال الإرشاد في المواقف الأسرية الفعلية . ولا يخفى علينا أن مثل هذه البرامج يجب أن تتضمن فنية هامة هي فنية النمذجة حيث يقوم أحد الوالدين بنمذجة السلوك المرغوب للأطفال ثم يقوم الأطفال بتقليد ذلك السلوك والقيام به من تلقاء أنفسهم مع قيام الوالدين بتصويب الأخطاء أولاً بأول إلى جانب تعزيز السلوك الإيجابي وإعطاء مكافآت للأطفال .

هذا وقد قمنا باستخدام وتطبيق برنامج إرشادى معرفى سلوكى لأمهات الأطفال التوحدين في سبيل الحد من السلوك الإنسحابى لهؤلاء الأطفال (عادل عبد الله ٢٠٠١ - ج) وإستخدامنا فيه إلى جانب بعض هذه الفنيات إستراتيجيتى التحصين التدريجى ضد الضغوط ، والتدريب على حل المشكلات إلى جانب الواجبات المنزلية وذلك في

كل جلسة كتدريب منزلى على ما تم التدريب عليه أثناء الجلسات وتطبيقه على مواقف فعلية للأطفال . كما قمنا أيضًا باستخدام هذا الأسلوب في إرشاد والدى الأطفال المعاقين عقليًا لمتابعة تدريب أطفالهم هؤلاء على استخدام جداول النشاط المصورة في سياقات أسرية في سبيل تحسين مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية ( عادل عبد الله والسيد فرحات ٢٠٠١ ) . وتم استخدام المحاضرة والمناقشة والنمذجة إلى جانب الإجراءات المتبعة مع جداول النشاط .

وعند تدريب الوالدين على استخدام تلك البرامج التى تعمل على تنمية مهارات التواصل لدى هؤلاء الأطفال يجب أن يكون هناك تركيز على استخدام التواصل البصرى أو ما يعرف بالتلاحم بالعين eye contact وذلك كخطوة أساسية في سبيل زيادة التواصل من جانب هؤلاء الأطفال . ولذلك يجب أن يتضمن البرنامج ضرورة مكافأة الطفل حال قيامه بالتواصل البصرى حيث أن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى تحسين السلوك الاجتماعى واللعب والحديث .

ومع ذلك فإن البرامج التى يتم تقديمها للوالدين قد لا تأتى في بعض الأحيان كما يرى كندول (٢٠٠٠) Kendall بنتائج مباشرة ، ولا تصل بنتائجها إلى ما نتوقه وذلك بالنسبة لسلوك الطفل التوحدى إذ أنها قد لا تؤدي إلى إكتساب السلوك المطلوب بالشكل المرغوب ، أو أنها قد لا تؤدي إلى الحد من السلوك غير المرغوب اجتماعيًا بالدرجة التى نصبو إليها . ولكننا في مثل هذه الحالات لا يمكن أن نقول أن مثل هذه البرامج لم يكن لها فائدة أو أنها قد أضحت غير ذات جدوى حيث أنها تعد في واقع الأمر ذات أهمية حيث نلاحظ أنه على الرغم من عدم حدوث التغيير المطلوب في سلوك الطفل فإن تلك البرامج تعمل على تلطيف جو المنزل وتحسين البيئة الأسرية إلى الدرجة التى قد تمنع شعور الوالدين باليأس من جراء سلوك طفلها أو حتى شعورهما بالإحترق النفسى وهو أمر في غاية الأهمية حتى يتمكن الوالدان من إستكمال المسيرة والمحاولة من جديد لعل الأمر في هذه المرة يكون أفضل من المرة السابقة ويظهر أثر تلك البرامج واضحًا على سلوك الطفل . .

\* \* \*

obeikandi.com

## مراجع الفصل الأول

- ١ - حسنى إحسان حلوانى (١٩٩٦): المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوى الأوتيزم (التوحد) من خلال أدايتهم على بعض المقاييس النفسية . رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية جامعة أم القرى بمكة المكرمة .
- ٢ - سميرة عبد اللطيف السعد (١٩٩٧) : معاناتى والتوحد . ض ٢ - الكويت ، ذات السلاسل .
- ٣ - عادل عبد الله محمد ( ٢٠٠١ - أ ) : الأطفال التوحديون ، دراسات تشخيصية وبراجية . القاهرة ، دار الرشاد .
- ٤ - \_\_\_\_\_ ( ٢٠٠١ - ب ) : بعض الخصائص النفسية الاجتماعية للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً ، دراسة تشخيصية مقارنة . المجلة المصرية للدراسات النفسية ، ١١ م ، ع ٣٢ .
- ٥ - \_\_\_\_\_ ( ٢٠٠١ - ج ) : فعالية برنامج إرشادى معرفى سلوكى لأمهات الأطفال التوحديين فى الحد من السلوك الإنسحابى هؤلاء الأطفال - مجلة الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ، ع ١٤ .
- ٦ - \_\_\_\_\_ ( ٢٠٠١ - د ) : مقياس الطفل التوحدى . القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٧ - \_\_\_\_\_ ( ٢٠٠٠ - أ ) : فعالية برنامج تدريبى لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين . مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية ، سلسلة الإصدارات الخاصة ، العدد السادس .
- ٨ - \_\_\_\_\_ ( ٢٠٠٠ - ب ) : العلاج المعرفى السلوكى . أسس وتطبيقات . القاهرة ، دار الرشاد .
- ٩ - \_\_\_\_\_ ( ١٩٩٢ ) : النمو العقلى للطفل . ط ٢ - القاهرة ، الدار الشرقية .
- ١٠ - عادل عبد الله محمد والسيد محمد فرحات ( ٢٠٠١ ) : إرشاد الوالدين لتدريب أطفالها المعاقين عقلياً على إستخدام جداول النشاط المصورة وفعاليتها فى تحسين مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية . المؤتمر الدولى الثامن لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ٤ - ٦ / ١١ .

- ١١ - عادل عبد الله محمد ومنى خليفة حسن (٢٠٠١) : فعالية التدريب على إستخدام جداول النشاط في تنمية السلوك التكيفي للأطفال التوحدين . مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، سلسلة الإصدارات الخاصة ، العدد الثامن .
- ١٢ - عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (١٩٩٩) : الطفل التوحدي (الذاتي ، الاجتراري) ، القياس والتشخيص الفارق . المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ١٠ - ١١ / ١٢ .
- ١٣ - عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) : خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الأوتيسية) على إستخبار أيزنك لشخصية الأطفال . مجلة معوقات الطفولة بجامعة الأزهر ، م ٣ ، ع ١٤ .
- ١٤ - محمد على كامل (١٩٩٨) : من هم ذوى الأوتيزم وكيف نعدهم للنضج . القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .
- ١٥ - منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) : المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض ICD-10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية : الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية . ترجمة وحدة الطب النفسى بكلية الطب جامعة عين شمس بإشراف أحمد عكاشة . الإسكندرية : المكتب الإقليمى لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية .
- ١٦ - نادية إبراهيم أبو السعود (٢٠٠٠) : الطفل التوحدي فى الأسرة . الإسكندرية ؛ المكتب العلمى للنشر والتوزيع .

17. Aarons, M. & Gittens, T. (1992) ; The handbook of autism: Aguide for parents and professionals. New York; Routledge.
18. American Psychiatric Association (1994); Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. 4th ed., DSM-IV, washington, DC., author.
19. Autism Society of America (1999); What is autism? USA, Bethesda, MD.
20. Bauminger, N. & Kasari, C. (1999); Theory of mind in high - functioning children with autism. Journal of Autism and Developmental Disabilities, v 29, n 1.
21. Boomer, L. et. al. (1995); Legal issues concerning children with autism and pervasive developmental disabilities. Behavioral Disorders, v 21, n 1.
22. Borden, M.C. & Ollendick, T.H. (1992); The development and differentiation of social subtypes in autism. In B. Lahey & A. E. Kazdin (eds.); Advances in clinical child psychology. New York ; plenum press.
23. California State Department of Developmental Services (1999); Changes in the Population of Persons with autism and pervasive developmental disorders in California's developmental services system: 1987 through 1998. A report to the legislature. Sacramento, California, CA.

24. Center for Disease Control and Prevention (1999): Autism: causes, prevalence, and prevention. Washington, DC., Medical Knowledge Systems, Inc.
25. Dennis, Maureen et. al. (1999): Intelligence Patterns among children with high - functioning autism, phenylketonauria, and childhood head injury. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v 29, n 1.
26. Detroit Medical Center (1998): Autism: Causes and symptoms. Detroit : Medical Knowledge systems, Inc.
27. Dorman, Ben & Lefever, Jennifer (1999): what is autism? Bethesda, MD., Autism Society of America.
28. Dunlap, Glen & Pierce, Mary (1999); Autism and autism Spectrum disorder (ASD). New York: The Council for Exceptional Children.
29. El-Ghoroury, Nabil H. & Romanczyk, Raymond G. (1999); play interactions of family members towards children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v 29, n 3.
30. Gillson, Sharon (2000): Autism and Social behavior. Bethesda, MD., Autism Society of America.
31. Gordon, C. T. et. al. (1993) : Adouble - blind comparison of Clomipramine, desipramine, and placebo in the treatment of autistic disorder. *Archives of General Psychiatry*, v 50.
32. Hauck, M. et. al. (1995): Social initiations by autistic children to adults and other Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v 25, n 3.
33. Herbert, Martin (1998): *Clinical Child psychology : Social learning development and behavior*. 3 rd ed., UK : Chichester.
34. Kendall, philip C. (2000) : *Childhood disorders*. UK : East Sussex : Psychology Press Ltd. publishers.
35. Koegel, R. L. & Koegel, L. (1996) ; *Teaching Children with autism : strategies for initiating positive interactions and improving learning opportunities*. Baltimore : Paul H. Brooks.
36. Lord, C. & Rutter, M. (1994) ; Autism and pervasive developmental disorders. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (eds.) ; *Child and Adolescent psychiatry*. Oxford, UK : Blackwell Scientific publications.

37. Lovaas, O. I. (1987) ; Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic Children. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, v 55, n 1.
38. Mesibov, G. B. & Shea, V. (1996) ; Full inclusion and students with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, V 26, n 2.
39. Newsom, C. (1998) ; Autistic disorder. In E. Mash & R. Barkley (eds.); *Treatment of childhood disorders*. 2 nd ed., New York : Guilford Press.
40. Newsom, C. & Hovanitz, C. (1997); Autistic disorder. In E. Mash & L. Terdal (eds.); *Assessment of childhood disorders*. 3 rd ed., New York ; Guilford Press.
41. Quintana, H. et. al. (1995); Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v25, n2.
42. Rutter, M. et. al. (1994); Autism and Known medical conditions : Myth and substance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v 35, n 2.
43. Schreibman, L. & Koegel, R. (1996) ; Fostering self - management : Parent delivered pivotal response training for children with autistic disorder. In E. Hibbs & P. Jensen (eds.); *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders : Empirically based strategies for clinical practice*. Washington, DC.; American Psychological Association.
44. Smith, M. et. al. (1995); *Aguide to successful employment for individuals with autism*. Baltimore : Paul H. Brookers Publishing Co.
45. Stone, W. et. al. (1999); Can autism be diagnosed in children under 3 years of age ? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v 40, n 2.
46. Trepagnier, Cheryl (1996) ; A Possible origin for the Social and Communicative deficits of autism. *Focus on Autism and Developmental Disorders*, v 11, n 3.
47. Volkmar, F. R. (1996) ; Brief report : diagnostic issues in autism, results of DSM - IV field trial - *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v 26, n 1 .
48. World Health Organization (1992); *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders : Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, author.
49. Zigmond, N. & Baker, J. M. (1995); *Concluding Comments : Current and future practices in inclusive Schooling*. *Journal of Special Education*, v 29, n 2.
50. Zoccolillo, M. (1993) ; Gender and the development of Conduct disorder. *Development and Psychopathology*, v 5, n 1.

\* \* \*