الفصل الثاني
الإطار النظري

obeikandl.com

الفصل الثاني الإطار النظري

- مدخل

= التدخل المبكر

- نشأة وتطور برامج التدخل المبكر
- أهمية التدخل المبكر
- استراتيجيات التدخل المبكر
- الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر
- فريق العمل في برامج التدخل المبكر
- وظائف فريق التدخل المبكر

- التواصل

- التعريف بالتواصل
- مفهوم اللغة والكلام
- تطور اللغة عند الطفل الاجتراري
- مشكلات التواصل لدي الطفل الاجتراري

- الاجترار

- مفهوم الاجترار
- أنواع الاضطرابات الارتقائية الشاملة
- التشخيص الفارق للاجترار والاعاقات الآخري
- تشخيص اضطربات الاجترار
- الأسباب التي تؤدي إلي الاجترار
- خصائص الطفل الاجتراري
- العلاج والبرامج المقدمة للطفل الاجتراري

obeikandl.com

الإطار النظري

سوف تتناول الباحثة في هذا الفصل التدخل المبكر ومدى تأثيره في تحسين حالة المعاق بصفة عامة والطفل الاجتراري بصفة خاصة، ثم تعريف مفهوم عمليات التواصل ، وكذلك تطور اللغة لدى الطفل الاجتراري، ومن خلال ذلك ستتناول المشكلات التي يواجهها الطفل في الجانب اللغوي .وأيضا سوف تعرض الباحثة بعض مفاهيم الاجترار، وكيفية تشخيصه والأسباب التي قد تؤدي إلي الاجترار كما أن الباحثة ستقدم بإيجاز كل ماتوصلت إليه من أساليب وطرائق العلاج المقدمة إلى الأطفال الاجتراريين: من تعليمية وطبية وبرامج تواصل. وغيرها من الأشكال التي رأت الباحثة أنها تقدم للطفل الاجتراري.

التدخل المبكر

يعني مصطلح تدخل "Intervention" أن يقوم الإخصائي بالتعامل مع المشكلة التي تعوق الطفل عن تحقيق ذاته؛ وذلك حتي يستطيع التكيف مع زملائه أو مع الكبار؛ بحيث يؤدي هذا التدخل في النهاية إلى اختفاء المشكلة أو إلى التقليل من آثارها السلبية في حياة الطفل والأسرة والمدرسة.

(فاروق صادق، ١٩٩٣،ص٧٦)

والتدخل المبكر "Early Intervention" هو توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة للأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة، الذين هم دون السادسة من عمرهم مع تقديم المساعدة لأسرهم، وذلك عن طريق برنامج خدمات يركز على الأسرة؛ فهو يزودها بالإرشاد والتدريب حتى تستطيع الأسرة تدريب

طفلها. ومن المفضل تدريب الطفل ذي الحاجة الخاصة في برامج التدخل المبكر بفضل تدريبه في الظروف الأسرية والاجتماعية نفسها التي يعيش فيها.
(آمنة سلطان، ٢٠٠٠،ص٥٨)

وقد اتفق جمال الخطيب ومنى الحديدي مع أمنة سلطان على تقديم الخدمات سواء طبية أو تربوية أو نفسية للطفل دون السادسة، وتقديم الخدمات أو تطوير مهارات الأباء لمساعدة طفلهم على النمو والتعليم، وأضافوا أن كل طفل يحتاج إلى برنامج خاص به، وهذا البرنامج يقرر بواسطة متخصصين في المجالات (الطبية- التخاطب- النفسية..... الخ).
(جمال الخطيب، منى الحديدي، ١٩٩٨،ص٣٠: ٣١)

وترى الباحثة أن كلا من فاروق صادق وجمال الخطيب ومنى الحديدي وأمنة سلطان اشتركوا في الآتي:-
التدخل المبكر عادة يقدم للطفل الذي لديه معوقات أو مشكلات يواجهها، سواء كان إعاقة أو تأخر نمائي أو عدم القدرة على الطفل التكيف مع الآخرين.
تقدم عملية التدخل المبكر خدمات ليس للطفل فحسب ولكنها أيضا للأسرة حتى تستطيع الأسرة تفهم المشكلة. تقدم مساعدات من خلالها تستطيع الأسرة تدريب الطفل وتعليمه.
- إن هذه الخدمات تقدم من قبل متخصصين، في مختلف المجالات، كعمل جماعي لتحسين حالة الطفل وذلك بالتركيز على تقليل مشاكله السلبية وزيادة إيجابيته في المرحلة العمرية أقل من ٦ سنوات.
- لم توضح التعريفات السابقة ان خدمة التدخل المبكر تقدم بمجرد اكتشاف المشكلة وليس من الضروري قبل سن السادسة.

نشأة وتطور برامج التدخل المبكر:-

بدأ استخدام مصطلح التدخل المبكر في التربية الخاصة في النصف الثاني من القرن العشرين؛ حيث استخدم في عام ١٩٦١ من خلال لجنة البيت الأبيض للتخلف العقلي؛ حيث انتشرت في هذا الوقت ظاهرة التخلف العقلي، ومظاهرها من حيث ينخفض مستوي تحصيل التلاميذ في المدارس، وتدهور الوعي الصحي والاجتماعي في بعض الاحياء، وحدث فيها انخفاض في مستوي الدخل ايضا. ونبهت اللجنة إلى ضرورة التدخل في هذه الأحياء وعمل برامج التدخل المبكر للتعامل مع هذه الظواهر. ورعايتها، وقد اهتم بعد ذلك الرئيس الأمريكي جون كنيدي بالإعاقة الذهنية ومسبباتها، وأقام عدداً من المشروعات للوقاية من أسباب الإعاقة، واكتشافها مبكرا عقب الولادة مباشرة.

وفي عام ١٩٦٥ بدأ أهم مشروع في هذا القرن في مجال التدخل المبكر ويسمى Head Start وهو برنامج يستمر (٨) أسابيع قبل الالتحاق بالمدرسة مباشرة.

أما في السبعينات فقد صدر تشريع في أمريكا جعل مرحلة ما قبل المدرسة مرحلة قانونية لرعاية الطفل في وقت مبكر وظهر برنامج التربية الفردية IEP، "برنامج تربوي فردي" وهو اختصار Individualized Education Program.

أما في الثمانينات فقد تم التركيز على الرعاية الصحية والتغذية لكل من الطفل والأم، وانتقلت الخدمات إلى المنازل. وأصبح البرنامج يطبق من لحظة الميلاد إلي سن ٣ سنوات كما أصبح هناك دعم حكومي و أصبحت البرامج توجه

اهتماما للأسرة كوحدة في تخطيط البرنامج وتنفيذه، ولكن في التسعينات تم التركيز على أربع قضايا مهمة هي:

١) التكافل والتفاعل بين التخصصات المختلفة التي تستخدم في عملية التدخل المبكر باعتبار أن كل طفل غير عادي حالة فريدة من نوعها.
٢) توصيل الخدمات للأسرة والطفل من خلال عمل الفريق، وتحديد الأهداف التي يراد تحقيقها مع الطفل.
٣) تقديم خدمات مباشرة للطفل وخدمات أخرى تقدم للأسرة.
٤) إعداد الأدوات اللازمة، وخاصة الأدوات التي سوف يستخدمها الوالدان مع طفلهم وتدريبهما عليها.

(فاروق صادق، ١٩٩٣،ص١٠)

وتطورت برامج التدخل المبكر من حيث طبيعتها وأهدافها في مراحل أساسية:-

١- في بادئ الأمر ركز التدخل المبكر على تزويد الأطفال الرضع المعوقين بالخدمات العلاجية اللازمة والنشاطات التي تستهدف توفير الإثارة الحسية لهم.

٢- المرحلة الثانية أصبح التدخل المبكر يهتم بدور الوالدين كمعالجين مساعدين أو كمعلمين لأطفالهم.

٣- وحاليا أصبح التركيز ينصب على النظام الأسري، وأيضا التركيز على تدعيم الأسرة وتدريبها وإرشادها.

(جمال الخطيب، منى الحديدي، ١٩٩٨،ص٣٨)

أهمية التدخل المبكر:-

تكمن أهمية التدخل المبكر في أن السنوات الأولى للطفل فترة حاسمة؛ وهي مرحلة للتطور والاستكشاف. وقد بينت نتائج البحوث العلمية أن دعم الطفل مبكراً

وتقديم الخدمات مبكرة له يعود على الطفل وأسرته بالفائدة ليس في الوقت الحاضر فحسب، ولكن تمتد الفائدة إلي المستقبل.

(أمنة سلطان،٢٠٠٠ ، ص ٥٨٤)

وترجع أهمية التدخل المبكر إلي أنه يساعد الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو على تحقيق مستويات متقدمة من الوظائف الادراكية والاجتماعية ، كما انه يمنع ايضا العيوب الثانوية عند الأطفال ذوي الإعاقة.

(Samuel A.KirK, et al.,1993, p.88)

والتدخل المبكر في الرعاية ساعد في تقليل الحاجة إلي التربية الخاصة ومؤسسات الإيواء لان توفير الرعاية في سن مبكرة يحمي الأطفال من التعرض للأعاقة ومن الانحرافات السلوكية والضعف في التحصيل الدراسي مما يجعلهم قادرين على التوافق الاجتماعي والتربوي في المدارس العادية ومن ثم لايحتاجون إلي المدارس الخاصة .

فالنمو المبكر يزود الأطفال بأساس متين للتعلم في المدرسة الابتدائية، وللعطاء الاجتماعي البناء في المراحل العمرية اللاحقة.

(جمال الخطيب ومني الحديدي، ١٩٩٨،ص ٣٦)

وترجع مبررات إقامة برامج التدخل المبكر إلي:

١) التدخل المبكر يستمر فترات النمو الحرجة بالنسبة للطفل المتأخر عقليا أو الطفل الاجتراري، فيطور قدراته العقلية واللغوية والاجتماعية.

٢) برامج التدخل المبكر تفيد أسرة الطفل ذى الحاجة الخاصة. ذلك لأن الآباء في

مراحل عمر الطفل الأولى بحاجة إلى توعية، وأيضا تدريب على كيفية التعامل مع طفلهم.

٣) برامج التدخل المبكر ذو جدوى اقتصادية؛ فهي تقلل من النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة.

٤) مظاهر النمو المختلفة مترابطة ببعضها البعض، ويرى الباحثون أنه إذا لم يتم التدخل المبكر في السنوات الأولي من عمر الطفل ذي الحاجة الخاصة قد يعود الطفل من ضعف إلى ضعف آخر، مما يجعل الفروق أكثر وضوحا بينه وبين أقرانه الأسوياء.

٥) تساعد برامج التدخل المبكر الأسرة للتغلب على كثير من المشكلات العملية والعاطفية التي تحدث من جراء إنجاب طفل ذي حاجة خاصة.

٦) اعتبار البيئة ذات تأثير فعال في مرحل النمو المختلفة لدى الطفل .

(أمنه سلطان، ٢٠٠٠ ، ص٥٨٥:٥٨٤)

والتدخل المبكر فعال بالنسبة للطفل الاجترارى. ويؤثر عليه؛ حيث إن تقرير معهد الصحة القومي يؤكد على أن التدخل المبكر ذو فاعلية جوهرية. وتبرز أهميته في شفاء ٤٧% من الأطفال الاجترارين، الذين استخدم معهم هذا البرنامج، كما قلل من شدة الأعراض في٤٢% من الحالات. كما أوصي التقرير بمساندة برنامج التدخل المبكر مع الوضع في الاعتبار كل من التوقيت الذي يبدأ فيه العلاج ، ونوع العلاج والعلاجات المقارنة ، ومدى التكافؤ بين العلاجات بعضها ببعض .

(إلهامي عبد العزيز، ١٩٩٩،ص ٦٩)

قد تتأخر عملية التدخل المبكر للأطفال الاجترارين وذلك نتيجة لعدم وعي الآباء بالمشكلة ويرجع ذلك إلي:

١) أن كثيراً من الأطفال الاجترارين لديهم مشكلة في تأخر اكتساب اللغة، وعادة لا ينتبه الوالدان إلي أن هناك اضطراب في سلوك الطفل، فهما يفسران سلوكه تفسيرا طيبا ولا يتحققان من أن شيئا ما في سلوك الطفل غير طبيعي إلا بعد فترة من الزمن.والطفل الوحيد أكثر صعوبة لأن اكتشاف جوانب القصور والاضطراب في سلوك الطفل تظهر عندما يتفاعل مع الأطفال الآخرين وهو مالا يكون متاحا بقدر كاف للطفل الوحيد. كذلك ربما كان الوالدان أكثر ميلاً إلي تفسير أية غرابة في سلوك طفلهما إلي أنه طفل وحيد. ولذا فإن بداية الاضطرب عادة ماتكون أبكر من التاريخ الذي يذكره الوالدين.

٢) عادة يذهب الآباء بطفلهم إلي طبيب الأطفال، وعادة ما يكون مضللاً لهم؛ حيث يطلب منهم الانتظار، مما يؤخر تشخيص حالة الطفل، وذلك لقلة خبرته بتشخيص الاجتراري.

ونلاحظ أن هذا التأخير بدوره يؤدي إلي ظهور سلوكيات سلبية (Negative behavior) وذلك بسبب عدم وجود أسلوب يساعده على التواصل مع الآخرين، مما يؤدى إلى ظهور بعض السلوكيات السلبية فيها ومن هذه السلوكيات التي قد تظهر الاثارة الذاتية (self stimulation) والانسحاب الاجتماعي (social withdrawal) وعدم وجود برامج للتدخل المبكر يساعد على تقوية مثل هذه السلوكيات لدى الطفل، ومع مرور الوقت يصعب التخلص منها .

ولكن إذا تم التدخل المبكر تعالج مثل هذه السلوكيات السلبية ؛ لأن برامج التدخل تكشف مثل هذه السلوكيات منذ البداية فيسهل التخلص منها .

(علاء كفافي، ٢٠٠١ ،ص ١١)

(Sundberg L.Mark, Partingtion Janes,1998,p. 5)

إستراتيجيات التدخل المبكر:-

وللتدخل المبكر اشكال مختلفة، فمنها ما يركز حول الطفل، ومنها مايركز حول الأسرة، وأخري اهتمت بالمجتمع، كم أن هناك برامج تؤكد على الرعاية من خلال المستشفى والرعاية المنزلية والرعاية المشتركة.

النماذج الرئيسية للتدخل المبكر:-

أولا: حسب المكان المقدم فيه برامج التدخل المبكر:-

١- التدخل المبكر في المراكز:-

تقدم هذه الخدمات في المدارس أو المراكز، وهي تعني بالحالة التكوينية للطفل. وتقدم للأطفال في عمر سنتين إلى ست سنوات وذلك لمدة ٣-٥ أيام أسبوعيا. ولهذه الطريقة إيجابيات منها:-

- يتدخل في البرنامج عدد من المتخصصين؛ وذلك لتخطيط ووضع البرنامج المناسب لكل طفل.
- تتيح هذه الطريقة للطفل التفاعل مع الأطفال الآخرين.
- يعطي الفرصة لتوعية المجتمع المحلي بالأمور المتعلقة بالتدخل لمبكر.

ولكن لهذه الطريقة سلبيات أيضا منها:-

أ- تعتبر مشكلة الانتقال إلي هذه المراكز من الأشياء المعرقلة والمكلفة أيضا، ولا يستطيع الطفل المواظبة على الحضور مما يقلل من فرص تقدم الطفل.

ب- قد لا يشارك الوالدين بفاعلية مع طفلهم (لاعتمادهم على المركز).

٢- التدخل المبكر في المنزل:-

تركز هذه البرامج على الأسرة باعتبارها أما عميل بحاجة إلي دعم وعون أو كوسيط لتقديم الرعاية العلاجية والتعليمية للطفل.ويتم تقديم مثل هذه الرعاية في منازل الأطفال؛ حيث تقوم مدربة أو معلمة بزيارة المنزل من مرة إلى ثلاث مرات أسبوعيا.

ولهذه الطريقة إيجابياتها أيضا:-

أ- تعتبر غير مكلفة إذا ما قورنت بالطريقة السابقة.

ب- تقدم الخدمات للطفل في بيئته الطبيعية مما يقلل من مشكلة تعميم المهارات المكتسبة (بالتالي يستطيع التعميم بسهولة).

ج- المشاركة الفعالة للأسرة وحصولها على الدعم والمعلومات اللازمة.

أما بالنسبة للسلبيات فهي كالأتي:-

أ- عدم قدرة بعض الآباء على تدريب أطفالهم بشكل فعال.

ب- التقليل من فرص التفاعل الاجتماعي مع الأطفال الآخرين.

ج- صعوبة انتقال المعلمات من منزل إلى آخر.

د- رفض بعض الآباء للنصح والإرشاد.

٣) التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل:

بمعنى تقديم الخدمات للأطفال صغار السن في المنزل والأكبر سنا في المراكز، وهذه الطريقة تعتبر أفضل من الطريقتين السابقتين؛ فهي تجمع بين مميزات الطريقتين السابقتين.

ثانيا: التدخل المبكر حسب أساليب الرعاية المقدمة ومثال على ذلك.

التدخل المبكر في المستشفيات:-

تستخدم هذه الطريقة عادة مع الأطفال حديثي الولادة الذين يحتاجون إلى رعاية طبية متخصصة، ولا يتسنى توفيرها في المنزل. وعامة تقدم للأطفال الذين يعانون من مشكلات وصعوبات نمائية شديدة جداً، ويتطلب إدخالهم بشكل متكرر المستشفى.

(عبد المطلب القريطي، ٢٠٠١،ص ٣١-٣٣) (جمال الخطيب،مني الحديدي، ١٩٩٨،ص٥٣:٤٨)

الاتجاهات الحديثة في برامج التدخل المبكر هي:

١) الاتجاه السلوكي الإجرائي:-

بمعنى تفاعل الطفل مع البيئة المحيطة مما يساعده على النمو. فسلوك الإنسان هو سلوك متعلم ومكتسب وهذه البرامج تركز اهتمامها على التخطيط والتنظيم الدقيق لكل الجوانب البيئية.

٢) الاتجاه النمائي:-

يرى هذا الاتجاه أن الطفل يتعلم عندما يكون لديه استعداد نمائي للتعلم، وأن هذا التعلم يحدث من خلال مراحل متتابعة لكل مظهر من مظاهر النمو.

٣) اتجاه بيئي:=

يتعلم الطفل عن طريق خبراته المباشرة من خلال التفاعل المباشر مع البيئة، ويصل إلى مستوى من الكفاية المعرفية من خلال هذا التفاعل.

٤) الاتجاه القائم على الأنشطة:-

لقى هذا الاتجاه اهتماما ملحوظا في ميدان التدخل المبكر وذلك لاعتماده على أربع أفكار لأصحاب نظريات معروفة.

متل سكنر وبياجيه وفيجو وجون ديوي وهذه الأفكار هي:-

أ- تأثير وتفاعل كل من السياق الاجتماعي المباشر والعام على تعلم الطفل ونموه.

ب - الحاجة إلى مشاركة فعالة من الطفل لضمان تحقيق تعلم جيد.

ج- الأنشطة والخبرات المقدمة للطفل يجب أن يكون لها معنى ووظيفة من وجهة نظره.

(فايزة درويش، ٢٠٠٠، ص٥١٢:٥١١)

.

الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر:

نقلت سماح وشاحي عن شونكوف وميسيلسShonkoff, Mesisels أنه من الصعب على المتخصصين تحديد الفئات المستهدفة للتدخل المبكر وذلك للأسباب الآتية:

١. الطبيعة المعقدة والمتباينة لنمو الأطفال.
٢. عدم توفر أدوات التقييم المناسبة .
٣. عدم توفر بيانات دقيقة عن نسبة الإنتشار.

obeikandl.com

٤. عدم توفر المعرفة الكافية حول العلاقة بين العوامل الإجتماعية والبيولوجية من جهة والإعاقة من جهة اخري.

(سماح نور وشاحي، ٢٠٠٣ ، ص ٢٤)

وبالرغم من ذلك يمكن تحديد الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر فيما يلي:

١-الأطفال المتاخرون نمائيا (Developmentaly Delated Children)

هم الأطفال الذين لديهم تاخر في واحد أو أكثر من المجالات التالية:

- المجال المعرفي.
- المجال الحركي.
- المجال اللغوي.
- المجال الإجتماعي- الإنفعالي.
- مجال العناية بالذات.

ويكون هذا التاخر بواقع إنحرافين معيارين دون المتوسط في إثنين أو اكثر من المجالات المذكورة أو بنسبة مقدارها ٢،٥% مقاسه بالقوائم النمائية التي تستخدم الدرجات من هذا النوع أو بملاحظة مظاهر نمائية غير عادية أو أنماط سلوكية شاذة.

٢-الأطفال الذين يعانون من حالات إعاقة جسمية أو عقلية:

هم الأطفال الذين يعانون من:

- أضطرابات جنينية.
- اضطرابات في عملية الأيض.
- اضطرابات عصبية.

obeikandl.com

- امراض معدية.
- تشوهات خلقية.
- الالتصاق الزائد بالأم.
- حالات التسمم.

٣- الأطفال المعرضون للخطر (At- Risk Children)

هم الأطفال الذين تعرضوا لما لا يقل عن ثلاثة عوامل خطر بيئية (مثل عمر الأم عند الولادة،أو تدني مستوي الدخل،أو عدم استقرار الوضع الاسري، أو وجود اعاقة لدي الوالدين، أو استخدام العقاقيرالخطرة) أو بيولوجية (مثل الخداج، الاختناق، النزيف الدماغي).

(جمال الخطيب، مني الحديدي، ١٩٩٨ ،ص٣٣ :٣٤)

فريق العمل في برامج التدخل المبكر:

لدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة خصائص مختلفة عن الاطفال العاديين، ولذلك ليس باستطاعة اي تخصص بمفرده أن يتفهمها ويعمل على تلبيتها بشكل متكامل، فهناك حاجة للعمل من خلال فريق متعدد التخصصات للتعامل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

(Fox L. Hanline,Vail Galant,1994, p. 243)

إن نجاح التدخل المبكر يعتمد على الخدمات التي يقدمها اخصائيون عديدون من بينهم:

١- اخصائيو النساء والتوليد Gynecologist :

من خلال دراسة السيرة المرضية للأسرة، ومتابعة أية مشكلات صحية تعاني منها الأم الحامل والإرشاد الجيني، وغير ذلك يستطيع اخصائي النساء والتوليد الكشف المبكر عن المشكلات أو الوقاية منها.

٢- طبيب الأطفال Pediatrician:

يمكن لأخصائي طب الأطفال التعرف على الأطفال الأكثر عرضة للخطر ووقايتهم من الإعاقة عن طريق متابعتهم بشكل دوري منذ لحظة الميلاد.

٣- الممرضة Nurse :

لا يقتصر دور الممرضة على العمل في المستشفيات بل تستطيع القيام بالعديد من الادوار في المدرسة ومركز التدخل المبكر وغيرها. وتستطيع الممرضة تقديم مساعدة كبيرة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم من حيث التوعية الصحية العامة والرعاية الطبية الروتنية والطارئة.

٤- طبيب العيون Ophthalmologist:

ويقوم بتشخيص ومعالجة أمراض العيون وتشخيص الضعف البصري مع اخصائي تقويم البصر ووصف العدسات التصحيحية الازمة.

٥-اخصائي القياس السمعي Audiologist:

يقوم بتقييم السمع لدي الأطفال لتزويدهم بالمعينات السمعية إذا احتاج الأمر لذلك.

٦ – الأخصائي النفسي Psychologist :

وتمثل اسهاماته الرئسية في تقييم النمو المعرفي والمهارات الاجتماعية الانفعالية من جهة ، وفي المشاركة في تصميم وتنفيذ البرنامج التربوي الفردي للطفل ذي الاحتياجات الخاصة من جهة اخري.

٧–الاخصائي الاجتماعي Social worker:

ويقوم بمساعدة الطفل ذو الاحتياجات الخاصة واسرته في الحصول على الخدمات الاجتماعية اللازمة . كذلك يساعد في تقييم وتحليل الظروف الأسرية الاقتصادية وتحديد الأطفال المعرضين للخطر والمشاركة في تقييم فاعلية الخدمات المقدمة.

٨– اخصائي اضطرابات الكلام واللغة Speech & Language Pathologist:

يمثل اخصائي اضطرابات اللغة والكلام عضوا هاما من اعضاء الفريق متعدد التخصصات الذي يمكن ان يطور البرامج التربوية والعلاجية للوقاية من الاعاقة والكشف المبكر عنها ومعالجتها، ذلك ان اللغة تلعب دورا حاسما في النمو الكلي لجميع الأطفال وعلى وجه التحديد الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ويستخدم اخصائي اضطرابات الكلام واللغة أدوات خاصة لتقييم المهارات الكلامية واللغوية للأطفال ويصف الإجراءات العلاجية المناسبة.

٩– اخصائي العلاج الطبيعي Physical Therapist:

ويساهم في معالجة وتاهيل الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية بوجه خاص والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بوجه عام، ويهتم اساسا بعلاج التشوهات

ومنع التدهور في العضلات واوضاع الجسم وتنمية المهارات الحركية الكبيرة.

١٠- المعلم والمعلمه Teacher:

كثيرا ما تكون معلمات رياض الأطفال والآخرون الذين يقومون على رعاية الأطفال أول يشتبة بوجود مشكلة نمائية ما لدي الطفل ومن المؤكد أن عدم قيام المعلمة بتحويل الطفل إلي الجهات المختصة يمكن أن يسهم في تدهور الأداء. وفي تاخر تقديم المساندة اللازمة.

١١- معلم ومعلمة التربية الخاصة Special Education Teacher:

إن اخصائين التربية الخاصة هم الذين يقومون فعليا بتصميم وتنفيذ خدمات التدخل المبكر سواء في المراكز أو البيوت. وغالبا ما يقومون بدور منسقي أعمال الفريق. وعليهم تقع مسئولية تطوير البرامج التدريبية الفردية الملائمة بما تتضمنه من تحديد لمستويات الأداء في مجالات النمو المختلفة وتحديد الأهداف طويلة المدي والأهداف قصيرة المدي والأساليب والوسائل المناسبة لتحقيق تلك الأهداف.

١٢- أولياء الامور Parents:

تنص التشريعات في الدول المتقدمة على أن الآباء والأمهات يقومون بأدوار محددة في تربية أطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة وتاهليهم. كما تلزمهم وتلزم الكوادر العاملة بالمشاركة في عضوية الفريق متعدد التخصصات.

(جمال الخطيب، مني الحديدي، ١٩٩٨،ص ٤٥ : ٤٧)

obeikandi.com

وظائف فريق التدخل المبكر:

تقوم فرق التدخل بثلاث وظائف أساسية هي التقويم أو الكشف المبكر ، تخطيط التدخل، وتقديم الخدمة للطفل المعوق واسرته:

١-تقويم الطفل وأسرته :

تحدد الحاجات الفريدة لكل طفل وكل أسرة على حدة بروتوكول التقويم الذي يستخدمه فريق التدخل المبكر. ويتنوع عدد أعضاء هذا الفريق حسب متطلبات كل موقف، فقد يتطلب التقويم التشخيصي تدخلا أكثر عمقا لعدد معين من المهنيين ذوي تخصصات علمية مختلفة، بينما قد لا يتطلب التقويم سوي أولئك المهنيين الذين يقدمون مئونة الخدمة اليومية للطفل.

٢- تخطيط التدخل:

عادة ما يتم في سياق تخطيط برنامج التعليم الفردي أو الخطة الفردية المقدمة لخدمة الاسرة. كما يتنوع أيضا عدد المشاركين في فريق التخطيط تبعا لرغبة الاسرة في قصره على من يقدمون الخدمات فحسب أو رغبتها في مهنيين آخرين للاستعانة بهم في تقديم استشارة لعملية تخطيط الخدمة لضمان شموليتها.

ويجب أن يكون لدي فريق تقديم الخدمة المبكرة القدرة علي الاستجابة لمجموعة من الابعاد المتعلقة باحتياجات الطفل والأسرة مثل ثقافة الأسرة، وأساليب التدخل والبيئات الطبيعة والنتائج الوظيفية.

٤- تقديم الخدمة للطفل والأسرة:

يتنوع أعضاء فريق التدخل المبكر ومقدمي الخدمة باستمرار تبعا

لتغير احتياجات الطفل وأسرته، فقد يضم الفريق أعضاء اساسيين مسئولين عن تقديم الخدمة وأعضاء استشاريين يقدمون خدمات مباشرة للطفل أو لاي شخص آخر مرافق له عند الطلب.

(نجدة سليمان،٢٠٠٢ ،ص ٤٦)

التواصل Communication

تعريفات التواصل:

التواصل ، والاتصال بصفة عامة، نقل شيء من موقع إلي آخر والشيء المنقول قد يكون رسالة ، أو إشارة ،أو معني، ولكي يتم الاتصال لابد أن يكون هناك مرسل ومستقبل، وأن يكون هناك معني لمعلومات هذه الرسالة لتفسيرها دون خطأ ولحدوث تفاعل بين الأشخاص يحتاج الشخص إلى عمليات التذكر والوظائف الفسيولوجية واللغة ..إلخ.

(جابر عبد الحميد،علاء كفافي، ١٩٨٩،ص٦٧٠)

والتواصل عملية تتضمن تبادل الأفكار والمشاعر بين الأفراد بشتي الوسائل والأساليب مثل الإشارات والإيماءات، وتعبيرات الوجه، وحركات اليدين، والتعبيرات الانفعالية، واللغة تعتبر أحدى أشكال التواصل التي تتيح للفرد نقل المعلومات بصورة دقيقة ومفصلة. وعملية التواصل تتضمن تواصلاً لفظياً وتواصلاً غير لفظي.

(عبد العزيز الشخصي، ١٩٩٧، ص ١٨)

كما ان التواصل يتأثر بطرائق غير لفظية بصرية مثل لغة الجسد؛ حيث تتأثر الرسالة الصادرة إلى حد كبير بمدى استخدام الحركات الجسدية الطبيعية

والمتعارف عليها لتوصيل رسائل أو معان معينة، ومن أمثلة ذلك لغة الجسد والوجه وتحديد مدى قرب الجسد من الشخص الآخر .

(ليندا هودجون، ٢٠٠٠ ،ص ٧)

ولكي تتم عملية التواصل يجب تبادل الأفكار والمعلومات بين الأفراد، وهذا يتطلب عمل شفرة وإرسالها ويتطلب أيضا حلا لهذه الشفرة لتعطي الرسالة المطلوبة وبالتالي فان الكلام، واللغة جزء أساسي من عملية التواصل .

(Scott Jack, Clark Claudia, Michael Brady1999, p. 432.)،

ولكي ينمو سلوك التواصل فان الوليد يقوم بكثير من الأنشطة الأساسية كالصياح والضجر والبكاء، وفي الوقت نفسه تقوم الأم ، بقضاء احتياجات الطفل بتلبية احتياجاته عند سماع مثل هذه الأصوات، وإعطاء الطفل بعض الأصوات التي يكررها إلي أن يصبح قادراً على أن يخرج الصوت المناسب للحصول على استجابة الآخرين . وفي الطفولة المبكرة تكون عملية الاتصال مستمرة اجتماعيا فالأصوات التي يسمعها الطفل والمتمثلة في سلوك الأم ليست بعيدة عنه، ولكنه يعتبرها في داخله جزء من طريقته في الاستجابة فهو يعامل العالم الخارجي كما لو كان جزءا من نفسه فنشاطه في الاتصال المبكر يكون نشاطاً أستتاجياً أي أنه يضع ما هو غير ذاتي ويعتبر الاندماج بداية للتعاطف لفهم الآخرين .

(فرج عبد القادر وآخرون،١٩٩٣،ص ٦٦١)

تعليق الباحثة على التعريفات :

التعريفات السابقة اتفقت في الآتي :

* أن عملية التواصل تتم بين شخصين: أحدهما يسمي المرسل والآخر يسمي المستقبل. هذه الرسالة أما أن تكون لفظية أو غير لفظية، والرسالة اللفظية يعبر عنها بالكلام (speech) غير اللفظية يعبر عنها بالإيماءات ، وتعبيرات الوجه ، وحركات الجسم ، وحركات اليدين .....إلخ.

* واتفق الجميع على أن هذه الرسائل عبارة عن شفرات ورموز يستخدمها الشخص لنقل الأفكار ، والمعلومات التي لديه للشخص الآخر، وهذه الشفرات تحتاج إلى فك، وهي بالتالي تحتاج إلي عمليات مثل التذكر والوظائف الفسيولوجيه الأخرى واللغة .

* اتفق الجميع علي أن اللغة والكلام جزء مهم في التواصل .

وتري الباحثة أنه لكي يتم التواصل يحتاج المرسل ، والمستقبل أن تكون لديهما سلامة في أجهزة النطق والكلام والاستماع والتلقي.والتواصل متعدد الجوانب ولسوف تركز الباحثة على اللغة باعتبارها أداة للتواصل.

تعريفات اللغة Language

" اللغة هي وسيلة لفظية أو غير لفظية من وسائل التعبير عن الأفكار والمشاعر، وهي وسيلة للاتصال والتواصل وهي نسق من الرموز الاتفاقية للتواصل بين الكائنات الحية . وقد يقصد باللغة نظام التعبير ونقل المعلومات بين الناس وهناك لغات خاصة كلغة القانون والاقتصاد ..... إلخ "

(جابر عبد الحميد ،علاء كفافي، ١٩٩١،ص ١٩١٨)

واللغة عبارة عن مجموعة من الرموز المنطوقة تستخدم كوسائل للتعبير والاتصال مع الغير وهي تشمل لغة الكتابة ، لغة الحركات المعبرة، واللغة ظاهرة اجتماعية وهي إداة التفاهم والاتصال بين أفراد الأمة الواحدة. واللغة نمط من السلوك لدى الأفراد والجماعات .

(فيصل الرزاد، ١٩٩٠،ص٢٠)

كما ان اللغة عبارة عن رموز يتفق عليها في ثقافة معينة ، بين أفراد فئة معينة ، جنس معين ، واللغة لها أشكال متعددة فهي قد تكون مكتوبة أو منطوقة أو قد تكون تواصلاً رمزياً مثل الإيماء ، وحركات الجسد ، نظرات العيون .

(عبد العزيز الشخصي ،١٩٩٧ ،ص ٢٢)

(Scott Jack, Clark Claudia, Michael Brady, 1999, p. 95)

وتتفق الباحثة مع تعريف فرج عبد القادر وآخرين :

أن اللغة أهم جوانب الحياة النفسية والاجتماعية للفرد فهي أساس العلاقات الاجتماعية ووسيلة التواصل النفسي بين الأفراد علاوة علي أنها أداة تسجيل ونقل وتنمية التراث واللغة كائن حي ونام ومتطور كما أنها ظاهرة معقدة ومتعددة الأبعاد فالجانب الصوتي للغة موضوع علم وظائف الأعضاء وكيفية انتقال الرموز المكتوبة ، المقروءة عن طريق أجهزة النطق والأعصاب والمخ فهو وظيفة علم الأعضاء وفيزيقا الضوء .

ولإن اللغة ترتبط بالفكر ارتباط وثيقا . فاللغة أداة التعبير عن الفكر وأساس تنظيمه وتنميته وتنغيمه فالألفاظ في اللغة رموز تعبر عن معان ومفاهيم، والألفاظ مضفي عليها معانيها . فالفكر صناعة العقل، وهو سابق على اللغة والدليل علي

أسبقية الفكر أن مرحلة الفهم لدى الطفل تسبق مرحلة استعمال اللغة وتقدم الطفل في استعمال الألفاظ يزداد كلما ازداد كلامه "

(فرج عبد القادر وآخرون، ١٩٩٣، ص ٦٦٣ : ٦٦٤)

وأكد كلّ من **علاء كفافي و رود واخرون (Rud)**على أن اللغة ترتبط بمفاهيم من أهمها Phonology النسق الصوتي Semantics دلالات المعاني Pragmatics الاستعمالات والجوانب العملية في استخدام اللغة .

وعرف هذه المفاهيم علاء كفافي كالآتي :

*** النسق الصوتي Phonology :**

هو نظام الصوت في اللغة، والوحدات الأساسية في أي لغة، وهي تتكون من وحدات صوتية phonemes ويحتاج الأطفال أن يتعلموا كيف يسمعون، وكيف ينطقون الوحدات الصوتية؛ لكي يفهموا الحديث الذي يسمعونه ويستطيعون التحدث أيضا .

فهم مدلولات المعاني Semantics :

هي جانب من جوانب اللغة، وهي تتعلق بالمعاني والوحدات الأساسية للغة، وتسمي وحدات لغوية morphemes وهي التي تتضمن الكلمات والنحو والصرف، ومعرفة الدلالات مطلب أساسي لتفسير المعني الكلي ، والإجمالي للجمل و العبارات و الفقرات .

الاستعمالات والجوانب العملية في استخدام اللغة Pragmatics

وهي القواعد التي تحدد كيف تستخدم اللغة استخداما صحيحاً في السياقات الاجتماعية المختلفة. بمعني أن يتعلموا، وأن يتواصلوا بكفاءة، وأن يأخذوا في

اعتبارهم من هو المستمع ؟ وما الذي يعرفه المستمع بالفعل ؟ وما الذي يريد أن يعرفه أو يسمعه وإذا طلب الشئ يستخدم العبارة المناسبة " أعطني هذا الشئ " التي تؤدي الوظيفة من الناحية العلمية، فإن طلبه من خلال عبارة " أكون ممتنا لو سمحت لو أعطيتني هذا الشئ " يؤدي الوظيفة إيضاً ولكن من خلال إطار علاقاتي مختلف وذات مغزي شخصي وإنساني واجتماعي مغاير .

(علاء كفافي، ١٩٩٧،ص ١٨٤)

وترى الباحثة أنه إذا حدث أي خلل في إحدى هذه الجوانب، فأن ذلك يؤدي إلى خلل واضطراب في اللغة، ومنه اضطراب في عملية التواصل .

اضطراب اللغة:

يعني الاضطراب هنا مشكلة في عملية الاستقبال أو الفهم لاستنباط فكرة معينة ، للحصول على معلومة.

(Turnbull Rud et al., 2002, p. 482)

تعريفات الكلام speech

الكلام عبارة عن سياق من الرموز الصوتية المتفق عليها في الثقافة الواحدة، وهو عبارة عن الجزء المسموع أو المنطوق أو المكتوب من اللغةوبذلك فهو أكثر خصوصية من اللغة،فهو أداتها. والكلام يتاثر بمجموعة من الأشياء فيها: معدل سرعة وارتفاع وانخفاض الصوت وجودته أو راداءته. والكلام من أهم المؤثرات في عملية التواصل لأننا من خلاله نستطيع إرسال الرسائل واستقبالها لمعرفة (ماذا تم، وماذا يجب أن يتم " نقوم به").

(فيصل الرزاد، ١٩٩٠،ص ٢٢) (عبد العزيز الشخصي، ١٩٩٧، ص ٢٧)

(Scott Jack, Clark Claudia , Michael Brady, 1999, 155)

(Hardman L. Michael, Drew J. Clifford , Egan MWinston,1999, p. 786) (Potter Carol , Whittaker Chris 2002)

اضطراب الكلام Speech Disorder :

يقصد بعيوب الكلام أي خلل في طريقة النطق بالكلمات ، تؤدى إلي وجود الإحساس بالضيق وعدم الراحة لدى المستمع لوجود صعوبة في فهم الكلام المنطوق ، وفي متابعة المتكلم. وقد تكون الاضطرابات في شكل عدم تناسب بين لغة المتكلم وبين عمره الزمني ، أو في شكل عقبات وتوقفات في التلفظ بالأصوات، أو صعوبات توصيل المطلوب إلي المستمع. ويمكن تقسيم عيوب الكلام، من حيث مصدر العلة فيه، إلى اضطرابات في النطق، وعيوب في الصوت ، وتهتهة ، وتأخر في نمو القدرة على الكلام ، والشلل الارتعاشي ، وعيوب سقف الحلق ، اللسان ، ضعف في السمع ، أما من حيث الشكل الخارجي لعيوب الكلام فيمكن تقسيمه إلي عيوب إبدال الحروف والكلمات، وعيوب التأتأة ، حالات التأخر وعسر الكلام والإدغام والسرعة الزائدة في الكلام .

(فرج عبد القادر و آخرون، ١٩٩٣، ص ٥٥٧)

وأضطرابات الكلام تظهر من خلال توصيل الرسائل شفويا بشكل غير مناسب، مثل تكرار الكلمة سوء نطقاً (إخراج صوت بطريقة خطأ) التحدث أثناء التنفس. واضطراب الكلام يؤثر على إخراج الصوت وإيقاعه أثناء الكلام. قد يصدر المتكلم صوتاً غير واضح؛ مما يؤثر على طريقة فهم الآخرين له (أي صعوبة فهم الشخص).

(Trunbull Rud, et al. , 2002, p. 482)

واضطراب الكلام يكون غير عادي حينما ينحرف كثيراً عن كلام الآخرين بشكل يلفت النظر ، ويتداخل مع التواصل ويعطله أو يعوقه، ويسبب للمتكلم وللمستمع ضيقا .

(بشير الرشيدي، وآخرون،٢٠٠٠ ، ص ١٢٥)

تطور اللغة عند الطفل الاجتراري :

فمن بعض الأعراض المبكرة التي يتميز بها الطفل الاجتراري هي اضطراب في التواصل؛ فإن الطفل حديث الولادة يبدو مختلفاً عن بقية الأطفال في نفس العمر الزمني إذ يبدو وكأنه لا يريد أمه ولا يحتاج إليها، ولا يبالي بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين، وأن يقوم بحمله حتي لو كان هذا الشخص وثيق الصلة به. وتكون عضلات الطفل الاجتراري رخوة مترهلة. كما نلاحظ أن الطفل الاجتراري لا يبكي إلا قليلا، وهو أيضا سريع الغضب والانفعال. إلي جانب ذلك فهو لا يستطيع خلال الستة شهور الأولي من حياته أن يلاحظ أمه أو يتابعها ببصره. ويكون قليل المطالب بشكل ملحوظ ولا يبتسم إلا نادراً، ويمكن أن ينطق كلمات قليلة وتكون غير واضحة وغير مفهومة كما أن استجاباته دائما متوقعة، ولا يأتي بأي استجابة يمكن اعتبارها غير متوقعة ولا يبدي اهتمام باللعب التي يتم وضعها أمامه .

وفي الستة شهور التالية لا يبدي الطفل أي اهتمام بالألعاب الاجتماعية، ولا يبدي أي انفعال نتيجة حدوث أي شيء أمامه، ويفتقر بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي، وتكون ردود أفعاله للمثيرات مختلفة؛ إما مفرطة أو قليلة جدا .
(عادل عبدالله، ٢٠٠٢ ،ص ٢٦ : ٢٧)

ويتاخر معظم الاجترايين في الكلام، ومعدل الكلام لديهم أبطأ من غير الاجترايين. وفي السنة الأولي يكون الطفل الاجتراري أقل استجابة إلى سماع اسمه ، وسماع الآخرين يتحدثون معه وفي دراسات لورد، بكليس، شلمان **Lord Pickles & Shulman** , وجدوا أن الطفل الاجتراري في سن سنتين لديه لغة استقبالية وتعبيرية تساوي لغة طفل عادي عمره ٩ شهور أما بالنسبة للمهارات

الأخرى فهو يساوي طفل عادي عمره من (١٦) إلى (٢١) شهر. وتستمر اللغة التعبيرية في النمو ببطئ حتي سن الخامسة وقد ذكر أباء الأطفال الاجترارين أن أطفالهم يرددون بعض الكلمات حتي سن (١٢)، (١٨) شهر ثم يحدث فقد لبعض هذه الكلمات تماما وبعض الأطفال الاجترارين يفقدون جزءا وتختفي بعض الكلمات عند الأطفال الاجترارين عند عملية التعلم (١٠) كلمات أو أقل. ويستخدمها الطفل الاجتراري لعدد من الشهور فحسب، ويتعلم بعض الأطفال (١٠) كلمات ولا يستخدموها إلا لفترة بسيطة ثم يفقدونها تماماً.

وعادة يستطيع الطفل الاجتراري استخدام (٣) كلمات يعبر بها (ينطقها) بطريقة تلقائية وبنظام، وذلك في سن (٥ سنوات) أما في سن (٧) إلى سن (١٢) سنة يكون الطفل الاجتراري يساوي طفل عادي في سن (٣) إلي (٥) سنوات.

(Cohen J. Doland, Volkmar Fred, 1997 , p. 202-203)

ويكتسب ما يقرب من ٥٠% من الأطفال الصغار الاجترارين المقدرة على الكلام. ولكن حتي مع قدرتهم على الكلام لا يتمتعون بالقدرة على التفاعل من خلال المحادثة؛ لأن اللغة عندهم لا تستخدم كوسيلة للتواصل، فاللغة عندهم تأخذ صفة الببغاوية والتكرار والرتابة وعدم التواصل، كما يميلون إلى تجاهل التوجيهات والإشارات اللفظية سواء كان استحساناً ، أو مديحاً ،أو عدم استحسان ، أو عقاب

(بشير الرشيدي وآخرون، ٢٠٠٠ ، ص ١٨٠)

مشكلات التواصل لدي الأطفال الاجترارين :

يستخدم الأطفال الاجترارين اللغة والكلام بعدة طرائق :

إن الاجترار يؤثر على جزء أو كل مكونات التواصل؛ حيث إنه هناك أطفالاً

اجترارييين يستطيعون إخراج أصوات، أو يعرفون جميع أصوات الكلام، ولكنهم لا يستطيعون استخدام اللغة في عمليات التواصل، وهناك أطفال آخرون من المحتمل أن لديهم لغة، ويستطيعون التواصل واستخدام التراكيب والجمل التقليدية (المألوفة) لكن لديهم حديث آلي رتيب (مثل كلام الإنسان الآلي). وهناك مجموعة ثالثة تستطيع الحديث واستخدام اللغة للتواصل؛ ولكن بدون فهم للغة غير اللفظية أو الفرق بين ارتفاع ، وانخفاض الصوت ودلالته (بمعني آخر دون فهم لتنغيم الصوت) وهؤلاء الأطفال لا يستطيعون فهم الحديث بدقة في المواقف الاجتماعية المختلفة .

(Scott Jack, Clark Claudia , Michael Brandy1999, p.345)

ومن الأشياء المهمة التي يمكن ملاحظتها بوضوح على الطفل الاجترارى، والتي تشكل أحد أوجه القصور الأساسية الاستخدام غير العادي للغة؛ حيث إنه قد لا تنمو مطلقا فالطفل الاجترارى يستخدم الكلمات دون أن يكون لها معني محدد وواضح، وغالبا ما يقوم بتكرار غير ذي معنى (الترديد) وهي من الأمور التي قد تعوقه عن التواصل الطبيعي، وكلامه ينقصه الوضوح والمعني، كما أن لديه نقص في التواصل البصري،وفهم تعبيرات الوجه والإيماءات الاجتماعية.

(عادل عبدالله، ٢٠٠٠ ،ص ٣٥)

وبناء علي ما سبق سوف تستعرض الباحثة بعض المشكلات الرئيسية في التواصل للطفل الاجترارى من حيث التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي فمن مشكلات التواصل اللفظي:

١- الاستعمالات والجوانب العملية للغة .

٢- استخدام اللغة

٣- اللغة المفقودة .

obeikandl.com

٤ = النطق

٥- شذوذ الأصوات والكلمات الملفوظة .

٦= استخدام كلمة .

٧ - تركيب الجملة والصرف .

٨- الإطار اللحني Superasegmental Aspect of Language

ومن مشكلات التواصل الغير اللفظي:

١) استخدام الإيماءات.

٢) تعبيرات الوجه.

٣) ترك مسافة بينية مع الاخرين.

ومن الأشياء الشاذة والشائعة في استعمالات الجوانب العملية للغة:

أ) التعبيرات الاصطلاحية (Idiomatic pharses)

ب) الترديد Echolalia

ج) استخدام الضمائر والإشارات Use of Deictic Terms

أ) التعبيرات الاصطلاحية (Idiomatic phrases)

يواجه الأطفال الاجترارين مشكلة ترجمة التعبيرات الاصطلاحية، والتي يستخدمها المجتمع ليس بمعناها الحرفي (بمعني الجملة تعطي معني آخر). ولكن الطفل الاجتراري يقوم بترجمة مثل هذه التعبيرات حرفيا؛ فهو لا يستطيع فهم تعبيرات السخرية والجمل التي يستخدم فيها الاستعارة مثال : فإذا طلبت الممرضة من الطفل " أعطني يدك " فالطفل الاجتراري يفهم أنها تريد أن تأخذها كما تأخذ منه احدى لعبه ، ولذلك يجب تعليم الطفل الاجتراري مثل هذه التعبيرات مع تحديد معناها.

(Scott Jak,Clark Claudia,Michael Brady, 1999, p. 207)

(Jordan Rita, Jones Glenys ,2001, p. 15)

obeikandi.com

ب) ترديد الكلام Echolalia

بمعنى أن يردد الطفل الكلام الذي يوجهه إليه أحد الأشخاص دون أن يكون ذلك في محله المناسب، حتي دون أن يعي معناه ويقوم بالترديد بطريقة ببغاوية مما يجعل الأمر يبدو وكأن الشخص الذي يتحدث إليه لا يسمع سوى صدى صوته (Echo) وهو الأمر الذي لا يساعد في إجراء حوار أو مناقشة تجمع بينه وبين أحد أقرانه. ويري العلماء والباحثون أن ترديد الكلام ربما يرجع إلي قصور في الجانب العقلي للطفل، يجعله لا يستطيع التركيز سوى على إشارة أو خاصية واحدة للشيء.

والطفل الاجتراري الذي يردد مباشرة كل أو جزء مما سمع لا يفهم الكلام سواء كان أسئلة أو حديث عادي.

(عادل عبد الله، ٢٠٠٢ ، ص٣٨)

(Koegel L.Robert , Koegel Ken Lynn,1998 , p. 18)

وقد يستخدم الترديد المباشر، أما للتوكيد علي الكلام، أو لتبادل الأدوار، أو لطلب شيء أو استجابة لطلب، أو للتمرين على الكلام، أو لتنظيم المعلومات لديه. والترديد المباشر يعتبر عرضاً من الأعراض الأساسية للاجترار.

الترديد قد يكون متأخراً يستخدمه الطفل في وقت لاحق؛ فمثلا يمكن أن يقول الطفل لأبيه " أنت عايز تشرب " عندما يريد الطفل أن يشرب؛ وذلك لأن والده كان يقول له الجملة نفسها، فالطفل الاجتراري يعيد ما سمعه من والديه في الماضي.

(Cohen J. Donald , Volkmar R. Fred, 1997, p. 208)

ج) استخدام الضمائر Use of Deictic Terms:

وهي واحدة من مشاكل اللغة التي تسبب ارتباكاً لدي الطفل الاجتراري. فاستخدام الضمائر وعكسها تعتبر من المظاهر الشاذة في استخدام اللغة لدى الاجتراري.

وأرجع كانر Kanner ذلك الى عملية الترديد. أما اليعش الآخر فقد أرجعوه إلى الارتباك في اللغة؛ حيث يتطلب ذلك تغير الضمير عنده وهذا بدوره يؤدي إلى إرباك الطفل الاجتراري الذي لديه مشكلة في التفرقة بين نفسه والآخرين؛ حيث يستخدمون الضمير الثالث للإشارة إلي نفسه.

(Cohen J. Donald, Volkmar R. Fred, 1997, p. 208)

كما أن استخدام ضمير " أنا " فيه صعوبة، وقد ترجع إلى إحساس الطفل الاجتراري بخبراته الشخصية القليلة أما بالنسبة للاستخدام "أنت "فهي أكثر وضوحا لديه فكل من حوله يستخدمها معه وبالتالي يستخدم "أنت" عند الحديث عن نفسه.

(Jordan Rita,Powell Stuart,1995, P.78)

٢- استخدام اللغة : Language Use:

يركز هذا الجزء علي التواصل المرجعي أو المقال " الكلام المثالي وقص الحكايات discourse فهناك اختلافات في طريقة التواصل لدى الأطفال الاجتراريين وهذه الاختلافات تكون نتيجة مرحلة النمو والذكاء غير اللفظي. إذا كان الطفل يتكلم فالأطفال الذين لا يتحدثون يستخدمون الروتين الاجتماعي أكثر من الأطفال الذين يستخدمون التواصل اللفظي. ومعظم الأطفال الاجتراريين يحاولون استخدام اللغة للتحدث ونجد التواصل التلقائي يكون بدائيا ويوصف بأنه

ضعيف. والأطفال الاجترارييون مهملون لمستوي المهارات اللفظية أنه كما أنهم لديهم صعوبات في الاستماع واتباع الحديث المهذب ولديهم مشكلة التعامل مع المعلومات الجديدة ولديهم كثير من مشاكل النطق والكلام حيث لا يستطيعون إعطاء استجابة وثيقة للموضوع المطلوب منهم ولا يستطيعون الاضافة الي موضوع المحادثة. ونجدهم أكثر تقليدا للآخرين، كما أنهم يفهمون الكلام المقالي ويستطيعون الاستجابة بشرط أن يستخدم الكبار تركيب الجمل والأسئلة بطريقة بسيطة، وفي كثير من الأبحاث وجدوا أن الأطفال والكبار من الاجترارييين قادرون علي قص القصص مع اتباع الأسلوب المبسط والمالوف وخاصة في الأحداث المعروفة مثل أعياد الميلاد.

(Cohen J. Donald , VolKmar R.Fred, 1997 , p. 213 : 215)

٣ – فقد اللغة Lose of Langugae

أوضح كثير من آباء الأطفال الاجترارييين أن أطفالهم كان لديهم نمو طبيعيا في البداية، ثم حدث فقدان كامل بعد عدة شهور. فبعد أن يكون الطفل الاجتراري كلمات قليلة من ١٠ إلى ٢٠ كلمة، وعمل جمل قصير نجدها تختفي بعد ذلك ولوحظ أن الطفل عندما يتعلم كلمات جديدة يفقد الكلمات القديمة فيما عدا التي يستخدمها يوميا واللغة المفقودة تحدث في سن ما بين (١٥) إلى (٢٠) شهر حتي يبدأ الطفل الاجتراري في جلسات التخاطب مما يزيد من حصيلته اللغوية ، كما أن بعضهم يحدث لهم فترة استقرار في الحصيلة اللغوية .

(Siegel Bryna, 1996 , p. 52)

٤ = النطق Articulation :

ينمو النطق لدي الطفل الاجترازي أبطأ من الطفل العادي، وهذا بالنسبة للطفل الاجترازي غير القادر علي التقليد وكذا انتباهه محدود.

(Cohen J. Doland , Volkmar R. Fred, 1997, p. 971)

ويعتبر التقليد من أهم المهارات التي تساعد الطفل على التواصل، كما يعتبر التقليد من المراحل الأولي في التواصل لدي الطفل الوليد العادي حيث يقوم بتقليد الآخرين من المحيطين به (سواء بالحركات، الأصوات) ولكن الطفل الاجترازي لديه قصور في عمليات التقليد سواء للأصوات، الأفعال.

(سهي أحمد أمين، ٢٠٠١ ، ص ٩٨ ، ٩٩)

٥) شذوذ الأصوات والكلمات الملفوظة :

لدي الأطفال الاجترازيين نغمة صوت غير طبيعية . فمعظم الأطفال الاجترازيين لديهم نغمة الصوت نفسها فهي تميل إلى أن تكون مهزوزة، مع تحكم ضعيف في درجة الصوت، وينقص أصواتهم التنوع، ففي بعض الأحيان نجد أن الأطفال الاجترازيين يستخدمون نغمة خفيفة مما يجعل الآباء يعتقدون أن طفلهم لديه إعاقة سمعية، ويستخدمون الأصوات بصورة ميكانيكية ليست بها مشاعر أو أحاسيس ويكون لديهم بحة في الصوت، وضعف في تحكم الصوت سواء في الهمس أو الجهر.

(سهي أحمد أمين ،٢٠٠١ ، ص ١٠٠) (Siegel Bryna, 1996,p. 49-50)

٦- استخدام الكلمة :

يستخدم الأطفال الاجترازيون دلالات المعاني في مجموعات مثل (الطيور، الأكل (سواء خضر أو فاكهة ، مواصلات.... إلخ) حيث يستطيع الأطفال

الاجتراريون إحضار الكلمة الموجودة في الذاكرة، ولكنهم يفشلون في استخدام معناها بالطريقة العادية، أو الترتيب والتنظيم اللازم للكلمات ويعتبر الاستخدام غير العادي للكلمة والجملة من الصفات التي تميز الطفل الاجتراري، كما يستخدم الاجتراري كلمة مفهومة، ولكنه قد يضيف إليها حرفاً أو ينقص منها حروفاً.

٧ – تركيب الجملة والصرف : Syntax and Morphology :

لايستطيع الطفل الاجتراري عمل جمل ذات تركيبات معقدة، كما أنه لا يستطيع استخدام النحو و الصرف بطريقة صحيحة، وعادة يكون متأخراً عن الطفل العادي في عمليات الصرف؛ حيث يكون من الصعب عليه عمل تصريفات للأفعال، وخاصة التي توجد في حديث طويل. كما أن الطفل الاجتراري لا يستطيع فهم استخدام الماضي في الجملة؛ لأنه ليس لديه قدرة على عمل ترتيب زمني للأحداث ويحدث ذلك عند اكتساب الطفل للنحو، حيث يعتبره جزءاً منفصلاً عن النمو الوظيفي للغة وعادة ما يستخدم الطفل الاجتراري في حديثه التصريف الخطأ للفعل، وهذا قد لا يؤثر كثيرا عند المستمع في الفهم، ولكن هذا الخطأ يؤدي إلى التقليل من الإحساس بالموضوع .

(Cohen J. Donald , Volkmar R. Fred ,1997 , p. 205:207)

٨– الإطار اللحني Super Segmental Aspect of Language:

يعني جودة الصوت ونتغيمه من حيث ارتفاع وانخفاض الصوت أثناء الحديث مع الآخرين. ومواقف الدهشة تختلف عن مواقف السعادة عن طريقة السؤال؛ ففي كل موقف من هذه المواقف يتغير صوت الشخص أثناءالكلام.

ونجد أن الإطار اللحني يعتبر مظهراً من مظاهر الاضطرابات لدى الطفل الاجترارى. ومن الأشياء التي تواجه الطفل الاجترارى بشكل واضح الحديث في التليفون؛ وذلك لعدم استطاعته فهم طرائق الحديث المختلفة من الآخرين.
(Cohen J. Donlad,Volkmar R. Fred 1997, p. 211)

التواصل غير اللفظي . (Noverbal Communication):

التواصل غير اللفظي من الأشياء المهمه في تشخيص الاجترارية ؛ حيث وجد الباحثون أن الطفل الاجترارى لا يتواصل من خلال نظرات العيون أو تعبيرات الوجه أو الأصوات أو الإيماءات مع الآخرين، وحيث لا يهتم الطفل حديث الولادة من هذه الفئة أن يقبل عليه أحد أو يقوم بحمله أحد الراشدين، ولا يتابع الأم ببصره، ولا يبتسم إلا نادراً، ولا يبدي أي اهتمام باللعب التي توضع أمامه ولا يبدي اهتمام بالألعاب الاجتماعية .

(عادل عبدالله، ٢٠٠٢ ، ص ٢٦) (Siegel Bryna, 1996 , p. 43)

ومما سبق سوف تستعرض الباحثة بعض من أساليب التواصل غير اللفظي، كما أوضحها Bryna:

١) استخدام الإيماءات Use of Gesture

كثير من الأطفال الاجترارين، وخاصة المواليد لا يرفعون إيديهم للإشارة للشيء الذى يريدونه أو يقدمون أي إيماءات للآباء أثناء حملهم. وإذا أراد الطفل الاجترارى شيءً فانه يزحف إليه وينظر إليه، ولا يطلب من المحيطين حمله للحصول على هذا الشيء. فالطفل الاجترارى لديه ضعف في اكتساب الإشارة إلي الشيء الذي يريده ولا يستطيع جذب الكبار ليصل إلى ما يريد، كما أنه لا يستطيع وضع يده في الاتجاه الذي به الشيء؛ حيث لا يستطيع الطفل الاجترارى فهم أنه إذا أخذ يد الكبار للشيء سوف يحصل على ما يريد، وتعتبر الإشارة إلى الشيء أو استخدام يد الكبار مساعد في عملية التشخيص.

٢) تعبيرات الوجه Facial Cues

وجد الباحثون أن الأطفال الاجترايين لا يتحكمون في ابتسامتهم؛ حيث إنه هناك تأخر في نمو بعض أجزاء المخ، وهذا الاختلال الوظيفي في المخ من المحتمل أن يكون السبب في جعل الاجتراري لا يبدأ في الابتسامة إلا متأخراً في السنة الأولي أو الثانية من حياته. والابتسامة التي يستخدمها الطفل الاجتراري يعتبرها العلماء كفعل منعكس وليس ابتسامة اجتماعية ليتواصل مع الآخرين. أما في نهاية السنة الثانية تظهر لدي الطفل الاجتراري مشكلة التواصل البصري Eye Contact فهو ينظر للأخرين عندما لا ينظرون إليه، وعادة ما يقوم الاجترايون بعمل تواصل عن بعد للأشخاص المعاشرين لهم، ولكن هذا لا يتم مع الأغراب .

٣) ترك مسافة بينية مع الاخرين Use of Interpersonal

عادة يقوم الأطفال الاجترايون بعمل مسافة بينهم وبين الأخرين بطريقة غير عادية فمثلاً عند استخدام التواصل البصري يكونون قريبين جداً مع الأشخاص، وخاصة المعاشرين لهم، وعادة يفضل الأطفال الاجترايون إعطاء ظهورهم للأخرين من الأغراب والجلوس بجانب من يحبونهم : الوالدين والأطفال والاصدقاء (الذين يحبون اللعب معهم) وليس الجلوس معهم وجها لوجه .
(Siegel Bryna, 1996 ,p. 48)

وسوف تستعرض الباحثة مفاهيم الاجترار وطرائق تشخيصيه وعلاجه حيث إن الاجترار هو المحور الرئيسي للبحث:

الاجترار AUTSIM

ظهر مصطلح الاجترار Autism لأول مرة علي يد أحد أساتذة الطب النفسي ليوكانر Leo kanmar عام ١٩٤٣ كما استخدم ليوكانر مصطلح الاجترارية الطفلية Infantile Autism وأرجع أصل الكلمة إلى أصل يوناني حيث إن كلمة (Auto) تعني الذات وذلك لأن كانر وجد الأطفال منغلقين على أنفسهم .

(عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٠ ، ص ٣٠١)(إلهامي عبد العزيز، ١٩٩٩، ص١)

(Turnlbull Rud et al., 2001, p. 338)

والاجترارية هي مجموعة من الأعراض أكثر منها مرض، وهذه الأعراض تشير إلى سلسلة من السلوكيات التي تختلف عن الأشخاص العاديين، وهو اضطراب في النمو يؤثر علي مظاهر النمو.

<u>وقد حدد البروفيل الإكلينيكي للأطفال الاجترارين في :</u>

١) أنهم غير قادرين علي إقامة علاقات مع الناس .

٢) لا يستطيعون عمل اتصال مباشر في العين مع الآخرين .

٣) يحملقون في مكان ما لساعات طويلة.

٤) يبتسمون لنفسهم في لحظات معينة .

٥) لديهم صعوبات في الارتباط العاطفي بالكبار.

٦) لديهم افتتانا كبير بحب الأشياء غير الحية التي تشغلهم لفترات طويلة.

٧) لديهم تأزر حركي جيد ويمكنهم التعرف على المكان من أول مرة.

٨) الإصرار علي الاحتفاظ بالرتابة والتماثل في البيئة من حولهم .

(بشير الرشيدي،وآخرون، ٢٠٠٠، ص ١٨٠ : ١٨١)

وتضيف شيرلي كوهين Shirly Cohen إن هذا البروفيل الإكلينيكي يظهر في الطفولة المبكرة، فبعض الأطفال الاجترارين يبدون مختلفين عند الولادة، والبعض الآخر يبدو نموهم عادياً لفترة زمنية ثم يحدث لهم نكوص، والاجترار قد لا يظهر أعراضه في السنة الأولي للطفل، ولكن تظهر أعراضه في سن سنتين أو ثلاثة .

(Cohen Shirly, 2002, p. 8)

وسوف تستعرض الباحثة مفاهيم الاجترار autism فقد قدم مفهوم الاجترار من وجهات نظر مختلفة، حيث تري الباحثة أن البعض أرجع مفاهيم الاجترار إلي :

١) مفاهيم تركز علي شكل الاجتراري.

٢) مفاهيم تؤكد علي أن الاجترار اضطراب في النمو

٣) مفاهيم تؤكد علي أنها إعاقة .

٤) مفاهيم تركز علي الناحية البيلوجية.

١) مفاهيم تركز علي شكل الاجتراري وتتمثل في :

فقد عرفه كلا من جابر عبد الحميد ، علاء كفافي على أنه:

الحالات المتطرفة توهمات وهلوسات وقد اعتقد ذات مرة أن الاجترارية هي الخاصية الأولي للفصام، ولكنها تلاحظ الآن في اضطرابات أخرى مثل الذهان والشيخوخة. والشخص الاجتراري ذو شخصية مغلقة، وهو ملتفت إلى داخله، وينشغل انشغالا كاملاً بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها كلية.

(جابر عبد الحميد ، علاء كفافي، ١٩٨٨ ، ص ٣١٥)

كما أن الاجترار والتخيل والانطواء متحالف بعضها مع البعض تحالفاً وثيقا والطفل الاجتراري يقوم بالترديد ولديه النمط الخجول المنسحب، الذي ينكمش عن

أي احتكاك بالحياة فالشخص منغلق على نفسه لا يسهل الوصل إليه، وهو منطو على ذاته.

(كمال دسوقي، ١٩٨٨، ص٥٦٠)

أما كلٌ من فرج عبد القادروآخرون فيرون :

أنه تلك الحالة من الانطواء التام على الذات، وتحقيق اللذة في تلك التخيلات التي تحقق رغباته الذاتية معها مهما كانت بعيدة عن الواقع. والطفل يبدأ حياته وهو في حالة انطواء ذاتي تام ثم يمر بمرحلة التمركز حول الذات.

(فرج عبد القادر وآخرون، ١٩٩٣ ، ص ٣٤٣)

ومما سبق تجد الباحثة أن كلاً من جابر عبد الحميد، علاء كفافي، كمال دسوقي وفرج عبد القادر وآخرون اتفقوا على أن الاجتراري منطو على نفسه، ويعيش في عالمه الخاص. ولم ينكروا المرحلة السلية التي يحدث فيها الاجترار، أو مدى تأثير هذا الانطواء على حياة الاجتراري. كما سوف يظهر في التعريفات القادمة :

٢) مفاهيم تؤكد على الإجترار كاضطراب في النمو :

فقد اتفق على هذا كلٌ من الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية [٩٤ دليل التشخيص الإحصائي الطبعة الرابعة ٩٤ DSM IV، القانون الفيدرالي في تعليم الفئات الخاصةIDEAعلى أن الاجترارية تعني نوعا من الاضطراب التطوري الشامل فهو يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة، وهذا بدوره يؤثر على التواصل والتفاعل الاجتماعي .

وتشير الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية :

اضطراب الاجترار هو فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثراً بذلك على الاتصالات اللفظية وغير اللفظية والتفاعل وعادة يظهر قبل ثلاث سنوات، والذي يؤثر بدوره على الأداء في التعليم. وبعض الحالات الاجترارية تكون مرتبطة بتكرار آلي لمقاطع معينة، كما يظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغير أو تغير في الروتين اليومي، وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة .

(Dowson Castelelloe, 1992, p. 375)

ترى الباحثة أن هذا التعريف ركز علي الاضطراب في النمو، ومدي تأثيره على الطفل ولم يذكر أنه يؤدي إلي الانطواء على الذات كما ذكر كلّ من جابر عبد الحميد، وعلاء كفافي، وكمال دسوقي، وفراج عبد القادر، واخرون ؛ وأضاف "التعريف التشخيصي الإكلينيكي للطفل الاجتراري وأيضا المرحلة العمرية التي يكون الاجترار واضح فيها وهي سن (٣) سنوات.

وعرفه دليل التشخيص الإحصائي الرابع DSM IV
Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorder

أكد أن الاجترار اضطراب ارتقائي شامل في مختلف جوانب النمو؛ أي في المهارات الاجتماعية المتبادلة ومهارات التواصل، ووجود أسلوب نمطي في السلوك والاهتمامات والأنشطة .

(Edeloson Goldberg Meredyth, 2002)

أما لائحة التعليم الفردي للمعاقين IDEA فقد عرفته:
The Individuals with Disabilities Education Act
على أنه اضطراب في النمو، يؤثر علي التواصل اللفظي وغيراللفظي، والتفاعل الاجتماعي عموما. ويحدث قبل سن ٣ سنوات، وهذا بدوره يؤثر علي التقدم التعليمي. ومن الصفات الأخرى المرتبطة بالاجترار النشاطات التكرارية والحركات الملازمة، ومقاومة البيئة، ومقاومة تغير الروتين اليومي. ولدى الطفل الاجتراري استجابة غير عادية للخبرات الحسية. كما لا يمكن تحديد المستوى التعليمي؛ لأن الطفل عنده اضطراب في العواطف.
, (Turnbull Rud, et al., 2002, p. 339)

هذا التعريف أوضح نقطة جديدة؛ وهي مدي التقدم التعليمي الذي سوف يحصل عليه الطفل؛ فإن الاضطرابات التي لديه تؤثر بشكل أو بأخر علي المستوى التعليمي، وذلك حسب شدة الإعاقة

٣) مفاهيم تؤكد علي أن الاجترار إعاقة:

وقد اشترك في وجه النظر هذه كل من محمود حمودة ومحمد علي كامل والجمعية القومية للاجترار National Autistic Society وشيرلي كوهين Shily Cohen

ويري عرفه محمد علي كامل إن الاجتراريون يظهروا إعاقات محدودة في مرحلة الطفولة، وتظل تلك الإعاقات ملازمة لهم، و قد يظهرون تفوقا ومهارات ملحوظة في بعض الأنشطة التي لا تحتاج إلى الاشتراك الجماعي أثناء أدائها، مثل بعض فروع (الفن والموسيقي ، الأعمال الحسابية .... إلخ) .

ولدى الاجترارين مشكلات لغوية؛ فهم لديهم لغة ظاهرية متطرفة، وأيضا لديهم قصور في فهم المعاني وتعميم المفاهيم، وأيضا لديهم ترديد للكلام. ويظهر عليهم التبلد الذهني ولا يستطيعون التحدث عن المستقبل، وأيضا عدم القدرة على التحدث عن المشاعر والأحاسيس واقتصار القدرة علي تبادلية الحديث .

(محمد علي كامل، ١٩٩٨، ص٣١)

في هذا التعريف أوضح أن الاجتراري ليس بالضرورة معاقاً في جميع المجالات، فقد يتفوق في بعض المجالات. وهذا لم تذكره التعريفات السابقة، وأضاف أيضا بتفصيل أكثر مشاكل اللغة التي يواجهها الاجتراري.

وراي محمود حمودة إن الاجترار خلل في التفاعل الاجتماعي؛ حيث يفشل الطفل الاجتراري في تنمية علاقات مع الآخرين، ولديه نقص في الاستجابة للآخرين، والاهتمام بهم. وتظهر في عدم الدفء والعناق مع الآخرين، ونقص التواصل بالعين والوجه وعدم التمايز، وكراهية العواطف والتلامس الجسماني. ونتيجة لذلك يشك الوالدان في أن الطفل أصم. وقد يرتبط الطفل ميكانيكيا بشخص بعينه، وأحيانا يكون ارتباط هؤلاء الأطفال غريبا، فهو يتعرف علي والدته عن طريق الشم، ولدي الطفل فشل ثابت في نمو اللعب الجماعي واللعب التخيلي والصداقة. وقلة منهم يصبحون أكثر اجتماعيا، يهتمون بالآخرين، وقد يصلون إلى مرحلة من الاندماج السلبي في اللعب مع الأطفال الآخرين.

(محمود حمودة،١٩٩١ ، ص١٤٤)

بالنسبة لهذا التعريف نجده أكثر تركيزاً على الناحية الاجتماعية، وعلاقته بالآخرين وأسلوب اللعب. وتغاضي عن اضطرابات أخرى مثل التواصل وأنواعه، ومدى تأثير هذه الاضطرابات في حياة الطفل.

اما شيرلي كوهين Shirly Cohen فقد عرفته على أن الاجترار إعاقة في التفاعل الاجتماعي، وإعاقة في كيفية التواصل. وأيضا الاجترار لديه أسلوب التكرار والنمطية في سلوكه.

(Cohen Shirly, 2002 , p.5)

هو تعريف مختصر؛ ولكنه ضم كلاً من التعريفين السابقين؛ من حيث مدى الإعاقة ليس في الجانب الاجتماعي فحسب، كما ركز عليها محمود حمودة، ولكنها أيضا إعاقة في التواصل عامة، كما أكد عليه محمد علي كامل.

٤) المفاهيم التي ركزت على الناحية البيولوجية :

وقد اتفق كلّ من الجمعية الأمريكية للاجترارية ASA ودائرة المعارف في هذا المفهوم .

حيث عرفت الجمعية الأمريكية للاجترارية ASA:

Autism Society of America

الاجترار يتعارض مع التطور الطبيعي للمخ في الجزئية الخاصة بالتفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل. والأطفال المصابون بالاجترار لديهم عجز في التواصل اللفظي، وغير اللفظي واللعب الاجتماعي، ولدي الطفل الاجتراري عادة التكرار والحركة الجسمانية (رفرفة أيدهم – التأرجح – الاهتزاز) استجابة غير

عادية للأشخاص، يرتبط بالأشياء، لديه روتين، وبعض الحالات لديهم عدوانية وإيذاء للذات .

(Autism Society of Amercia 2003)

وتشير سهي أحمد أمين نقلا عن دائرة المعارف العامة ١٩٩٩:

الاجترار عجز شديد في المقدرة الخاصة بالجهاز العصبي، الذي ينتج عنه ضعف واضح في مقدرة الفرد على التعلم، واكتساب المعلومات. وهذا الاضطراب يتخلل جميع الوظائف الخاصة، فيصبح مؤشراً لوجود اضطراب بيولوجي في الناحية التطورية للمخ. ولم يتم التعرف علي سبب حدوث هذا الاضطراب إلي الآن. وتبدأ أعراض الاجترارية في الظهور في خلال الثلاث سنوات الأولي من عمر الطفل، وتتضمن لدى الفرد طقوساً غريبة لا يقدر الاستغناء عنها، ويظهر عليه التبلد في الاستجابة للغير، ومع تبلد المشاعر تجاه الخطر، ويرفض الاجتراري أي تغير. وأوضحت الإحصائيات أن ٧٥ : ٨٠ % من الاجترايين يعانون من تأخر عقلي بدرجات مختلفة .

(سهي أحمد أمين، ٢٠٠١، ص١٥)

وتري الباحثة أن تعريف دائرة المعارف، أشمل تعريف من السابقين، حيث اشتمل على الناحية البيولوجية ومدى تأثيرها على الاضطراب، وأيضا حدد السن الذي يكون فيها أوضح أعراض الاجترار. أوضح أيضا مدى تأثير الاجترار علي التعليم، وشكل الطفل الاجتراري من الناحية (الإكلينيكية) ولذلك فالباحثة تري أنها تتفق مع هذا التعريف.

تعليق الباحثة:

ترى الباحثة أن كلاً من جابر عبد الحميد وعلاء كفافي وكمال دسوقي وفرج عبد القادر واخرون اتفقوا على أن الاجتراري هو شخص منطو، له عالم خاص. ولكن الدليل التشخيصي الاحصائي الرابعDSM IV ، ومنظمة التعليم الفردي للمعاقين IDEA ،الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية ركزت على أن الاجترار اضطراب في النمو وركزت علي البروفيل الإكلينيكي للطفل الاجتراري، وركزت الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية على المرحلة السنية التي يظهر فيها الاجترار بشكل واضح جداً، وهذا ما أوضحته دائرة المعارف أيضا. ونري أن منظمة التعليم الفردي للمعاقين IDEA أوضحت أنه من الصعوبة معرفة ، أو تحديد مدى تقدم الطفل الاجتراري تعليميا، وبالتالي فهناك اتفاق في هذه النقطة. أما محمد علي كامل فركز علي أنه ليس بالضرورة أن يكون الاجتراري معاقاً في جميع المجالات، فقد يكون متفوقاً في أداء مهارة، وذلك في بعض الأنشطة التي لا يحتاج إلى الاشتراك الجماعي و أكد محمد علي كامل علي مشكلات اللغة عند الاجتراري. أما باقي التعاريف فهي تشير إلي التواصل عموما سواء لفظياً أو غير اللفظي ونلاحظ أن محمود حمودة ركز في تعريفه للاجترار علي التفاعل الاجتماعي والتواصل غير اللفظي فلم يركز على التواصل اللفظي مثل التعاريف الأخرى. أما بالنسبة الجمعية الامريكية للاجترارASA دائرة المعارف فهي ركزت علي الجزء البيولوجي والإصابة في المخ والجهاز العصبي، ومدى تأثير ذلك على الاجترار فهو بدوره يؤدى إلي اضطراب في عمليات التواصل واضطراب في التفاعل الاجتماعي، وتعتبر الباحثة أن تعريف دائرة المعارف أشمل؛ لأنه ربط بين الناحية البيولوجية، والناحية التعليمية، والناحية السنية ومدى تأثير ذلك علي الاجتراري .

الاضطرابات الارتقائية الشاملة:

ويشير كلّ من عثمان فراج، وعمر بن الخطاب، وبرينا Bryna وبشير الرشيدي، وآخرون إلي إن الاجترار هو واحد من مجموعة من الاضطرابات الارتقائية الشاملة والتي تسمي Pervasive Developmental Disorders والتي تتضمن بالإضافة إلى الاجترار إعاقة الاسبرجر **Asperger** والرت **Rette** واضطرابات الطفولة التفككية **Childhood Disntegrative disorder** وإعاقة الصبغ الهش **Fragil -X X** وأخيرا إعاقة النمو العامة غير المحددة **Pervasive Developmental Disorder Unspecified**

(عثمان فراج، ٢٠٠٠ ،ص ٢) (عمر بن الخطاب، ٢٠٠١ ، ص ١٩)

(بشير الرشيدي ،وآخرون، ٢٠٠٠ ، ص١٩٣) (Siegel Bryna, 1996, p.9)

بناء علي ما سبق سوف تستعرض الباحثة الأنواع الأخرى والتشخيص الفارق بالنسبة للاجترار:

أولا : إضطراب الأسبرجر Asperger

اضطراب غير صالح من حيث قيمته التصنيفية يتميز بنفس النوع من الاضطراب النوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل الذي يميز الاجترار بالاضافة الي رصيد محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والانشطة. وهو يختلف عن الاجترار بصورة رئيسية في انه لا يوجد تاخر أو تخلف عام في اللغة أو الارتقاء المعرفي. وتحدث الحالة علي الأغلب بين الفتيان (النسبة تقريبا ٨ فتيان الي فتاة واحدة).

(المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للامراض، ICD/10 ١٩٩٩ ، ص٢٧١)

ومتلازمة أسبرجر مجموعة اضطرابات في النمو ذات أصول تكوينه البنيوية والخلقية الولادية (أي تظهر عند الولادة) ولكنها لا تتكشف مبكراً بل بعد فترة نمو عادي على معظم محاور النمو قد تمتد إلى عمر ٤ – ٦ سنوات وعادة ما نجد المصابين بمتلازمة اسبرجر أطفال ذوي ذكاء العادي أو عالي ونادرا ما يصاحبها تخلف عقلي وإعاقة الاسبرجر متعددة ومتنوعة، وتختلف من فرد إلي آخر؛ حيث من النادر أن نجد طفلين من أطفال الاسبرجر متشابهين تماما.

كما يوجد تشابه في أعراض الاسبرجر والاجترار، ولكن هناك تشخيص فارق لتحديد أعراض الاسبرجر عن الاجترار:

١) لا يحدث تأخر، توقف في القدرات اللغوية (التخاطب) الاتصال لطفل الاسبرجر، ولكنه يعاني من صعوبة في فهم كلام الآخرين، وخاصة الحديث الذي يحتوي علي متشبهات وتوريه .

٢) الاسبرجر نادراً ما يكون لديه قصور في النمو المعرفي بشكل ملحوظ فدرجات الذكاء عادية أو عالية.

٣) طفل الاسبرجر لا يتجنب الآخرين من الأقران، أو الكبار، ويتقبل العمل معهم في أنشطة محدودة، ولكنه يبدو غير عادي بالنسبة لأقرانه.

٤) معدل الذكاء اللفظي يتساوي أو يتقارب من معدل الذكاء غير اللفظي، لكن الاجتراري معدل ذكائه اللفظي أقل من معدل الذكاء غير اللفظي يكون الفرق بينهما كبير.

٥) الاسبرجر أخف شدة من الاجترار في الأعراض المشتركة والمتشابهة.

٦) تظهر أعراض الاسبرجر متأخرة عن عمر ٤ – ٦ سنوات وأحيانا تتأخر إلى مرحلة المراهقة .

(عثمان فراج، ٢٠٠٠ ، ص ٤: ١٠) .

ثانيا : اضطراب الرت : Rett's

سمي الرت بهذا الاسم على يد الطبيب النمساوي Rett وهذا الاضطراب يصيب الفتيات. ويعتبر أشد الإعاقات في مجموعة الاضطرابات الارتقائية الشاملة؛ حيث تفقد فيها الفتاة ما اكتسبته من خبرات، وما تعلمته من مهارات، ويحدث لها نوبات صرعية. ويعتقد الباحثون أنها ذات أساس وراثي له علاقة بكروموزوم X.

(عثمان فرج، ٢٠٠٠ ، ص ٣)

ويختلف اضطراب "رت" عن الاضطراب الاجتراري في خصائصه فيما يتعلق بنسبة انتشاره بين الجنسين وفي نمط العيب في كل منهما .

(علاء كفافي، ٢٠٠١ ،ص ١٤)

واتفق علاء كفافي وعثمان فراج مع بشير الرشيدي وآخرون على أن محكات التشخيص للاضطراب الرت كالآتي:

١) ولادة عادية وطبيعية في الشهور الأولي من النمو .

٢) نمو غير عادي وخاصة بعد الشهر الخامس يحدث كالآتي :

- تناقص نمو الرأس .
- حركات نمطية لليدين في مركز الجسم، وتكون علي شكل غسل اليدين
- اضطراب شديد في النمو اللغوي سواء في الاستقبال أو التعبير .
- تخلف عقلي بسيط إلى تخلف عقلي شديد.

مما سبق تتبين أن اضطراب الرت يختلف عن الاجترار في: أن الرت يشخص لدي الاناث فقط في حين أن الاجترار يحدث للجنسين بدرجة أكبر بكثير عند الذكور، أن الرت يحدث لهم تدهور شديد في

obeikandl.com

نمو التعبير اللغوي والاستقبال اللغوي، تشخيص الرت يمكن يكون مبكرا في سن خمسة اشهر في حين أن الاجترار يكون تشخيصه أوضح بداء من سن سنة، الرت لديه صعوبات في التفاعل الاجتماعي أشبه بتلك التي تلاحظ في حالات الاجترار ولكنها تميل إلي تكون صعوبات وقتية.

(عثمان فراج، ٢٠٠٠ ، ص ٤: ٦) (بشير الرشيدي ، وآخرون، ٢٠٠٠ ، ص ٢١٦)(علاء كفافي، ٢٠٠١، ص ١٤)

ثالثا : اضطرابات الطفولة التفككية CDD

Childhood Disintefrative Disorder

هو نوع من الاضطراب النمائي المنتشر (بخلاف متلازمة ريت) يعرف بوجود فترة من النماء الطبيعي الأكيد قبل بداية الاضطراب، وبفترة مؤكدة من فقد المهارات المكتسبة سابقا علي مدي بضعة شهور تمتد عبر عدة مجالات نمائية علي الاقل، وذلك بالاضافة إلي بداية شذوذات مميزة في الأداء الاجتماعي والتواصلي والسلوكي. وكثيرا ما تكون هناك مرحلة بادرية من المرض المبهم، فيصبح الطفل ضجرا ونزقا وقلقا ومفرطا في حركته، ثم يلي ذلك إقلال في الكلام واللغة ثم فقدان كامل لهما مصحوب بتفكك سلوكي. وفي بعض الحالات يكون فقدان المهارات متزايد بشكل مستمر (عادة عندما يكون الاضطراب مصحوبا بحالة عصبية متفاقمة قابلة للتشخيص)، ولكن في اغلب الحالات يستمر التفاقم مدة شهور ثم تلية مرحلة ثبات ثم تحسن محدود.

يختلف اضطراب الاجترار عن اضطربات الطفولة التفككية في أن اضطراب الطفولة التفككية يأخذ نمطا متميزا من النكوص الارتقائي يستغرق فترة لا تقل

عن عامين من النمو العادي اما اضطراب الاجترار فإن الصعوبات الارتقائية تلاحظ عادة خلال العام الأول.

(المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للامراض ICD/10، ١٩٩٩، ٢٦٩)

رابعا :- زملة الصبغ Xالهش Fragil " X" Syndrome

زملة الصبغ X الهش عبث وراثي يؤثر في النسل من الذكور يكون مصحوبا بتاخر عقلي ويطلق هذا اللفظ بسبب ميل الذراع الطويلة للصبغ X للكسر عندما يكون العيب موجودا. وهذا الصبغ هو ثاني الأسباب شيوعا بعد زملة دوان للتاخر العقلي بين الذكور.

(جابر عبد الحميد، علاء كفافي، ١٩٨٨، ص ١٣٢٨)

والأطفال المصابين بزملة الصبغ " X " الهش لديهم هيئة بنائية في الجسم مثل أذن كبيرة ، وجه طويل ، ذقن بارزة ، مفاصل لينه مرنة،وهذه الاعراض ليست موجودة لدي المصابين بالاجترار، وقد لا تظهر هذه الأعراض غير العاديه في الطفولة المبكرة وحوالي ١٥ % من هؤلاء الأشخاص يظهرون أعراض سلوكية مثل الاجترايين .مثل:-

١-تأخر في الكلام ، اللغة .

٢-نشاط زائد

٣-صعوبة في الاتصال العيني (التواصل البصري)

٤-رفرفة اليدين

٥-لديه روتين وصعوبة لتغيير هذا الروتين

openkandil.com

٦- لديه إحساسات غير عاديه للأشياء (بعض الملامس، بعض الروائح القوية)

٧= وقد يظهر بعض العدوان والاكتئاب وخاصة في مراحل المراهقة .

(Autism 99 Information Center, 2002) (Edelson M Stephen, 2002) (Siegel Bryna, 1995, p. 23)

خامسا : إعاقة النمو غير المحددة:

Pervasive development disorder unspecified

هذه الفئة تشخيصية متبقية يجب استخدامها في تشخيص الاضطرابات التي تنطبق عليها المواصفات العامة للاضطرابات النمائية المنتشرة ولكن لاتوجد معلومات كافية بشانها، أو تكون المعلومات المتاحة عنها متضاربة . وهذه الفئة لديها اضطراب شديد وشامل في نمو التفاعل الاجتماعي التبادلي، ومهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي أو أحيانا توجد سلوكيات واهتمامات ونشاطات نمطيه ولكن المحكات التشخيصية لا تنطبق على أي اضطراب من الاضطرابات الارتقائية الشاملة علي الفصام ، شبيه الفصام .

ويتمثل الاختلاف بين الاجترار واضطراب (إعاقة النمو غير المحددة) في: أن مظاهر هذا الاضطراب لا تنطبق على محكات اضطراب الاجترار، تأخر بداية ظهور اضطراب (إعاقة النمو غير المحدد) عنه في حالة الاجترار.

(المرجعة العاشرة للتصنيف الدولي ICD/10، ١٩٩٩، ص ٢٧٢)

(بشير الرشيدي، وآخرون، ٢٠٠٠ ، ص ٢٢٨) .

وترى الباحثة أن هناك احتمال التشخيص الخطأ للاجترار وخلطه مع الإعاقات الأخري؛ ولذلك سوف تستعرض التشخيص لكل منها.

التشخيص الفارق بين الاجترار والإعاقات الأخري:

١ - الاجترار والتخلف العقلي Metal Retardtion:-

يختلف التخلف العقلي عن الاجترار في:

١- الطفل المتخلف عقليا يميل الي أن يكون متخلفا في جميع جوانب النمو بصورة متساوية كما لديه عيوب جسميه.

٢- يتعلق المتخلف العقلي بالآخرين وهو ما لا يحدث مع الاجترارى.

٣- يستطيع المتخلف عقليا أن يتواصل سواء لفظي أو غير لفظي.

٤- الاجترايون لديهم مواهب خاصة مثل الموسيقي ... إلخ وهي مفقودة لدى المتخلف عقليا.

٥- لا تظهر لدي المتخلف العقلي السلوكيات النمطية المتكررة الموجودة لدي الاجترايين.

٢ - الفصام Schizphrenia :-

يندر تشخيص الفصام في مرحلة الطفولة المبكرة، وإذا شخص الفصام في الطفولة يظهر الطفل الفصامي الهذيان أو الهلوسة.كما يظهر الطفل المصاب بالفصام عادة قدرات لغوية أعلي، ولكنها تكون متسمة باضطراب الأفكار والكلمات. ويستخدم الكلام لتواصل أفكار غير منطقية، كما يمكن للفصامي أن يتفاعل اجتماعيا، وهذا لا يستطيع القيام به الاجترارى.

٣- المصابين باضطرابات اللغة:-

يستطيع المصاب باضطرابات اللغة عن طريق لغة الإشارة أو أي وسيلة

أخرى من وسائل الاتصال سواء الإيماءات أو تعبيرات الوجه. كما أنه ليست لديهم مشكلة في الاستجابة للمثيرات الحسيه للتواصل مع الآخرين

(عبد الرحيم بخيت، ١٩٩٩، ص٢٣٢ : ٢٣٥) (احمد عباس عبد الله، ٢٠٠٠، ص١٥٥ : ١٥٧)

ويضيف علاء كفافي ان اضطراب اللغة سواء في اللغة التعبيرية Expressive Language Disorder أو اللغة الاستقبالية – التعبيرية المختلطة Receptive-Expressive Language Mixed Disorder فإنه يكون هناك عطب في استخدام اللغة ولكنه لايكون مصحوبا بوجود تضرر كبير في كيفية التفاعل الاجتماعي والأنماط المحددة والمكررة من السلوك التي نجدها في الاضطراب الاجترارى.

(علاء كفافي،٢٠٠١ ، ص ١٤)

٤- الصمت الاختياري Selective Mutism :

واما الصمت الاختياري فان الطفل فيه يكشف عن تملكه لمهارات الاتصال المناسبة في سياقات عديدة في الوقت الذي لايكون لديه التضرر الشديد في التفاعل الاجتماعي والانماط المحددة من السلوك التي نجدها في الاضطراب الاجترارى.

(علاء كفافي، ٢٠٠١، ص١٥)

وتشخيص الاجترار يعتمد أساسا على الملاحظة (ملاحظة الطفل في التواصل والسلوكيات ومراحل النمو) ووضع كل من الدليل التشخيصي الرابع , IV DSM والمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD/ 10 معاييراً سلوكية وذلك لتشخيص الاجترار .

(Autism 99 Information Center 2002)

تشخيص اضطرابات الاجترار :-

أوضح برينا سيجيل Bryna Siegel أن المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للامراض ICD/10 قدم نسخة مطورة على تشخيص الاجترار وذلك في مركز الصحة العالمية في جنيف (سويسرا) وذلك سنة ١٩٩٤ كما أننا نجد ان المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD/ 10 يتفق مع الدليل التشخصي الرابع DSM IV حيث يعتبر هناك توازياً بينهما في المعايير المستخدمة في الاجترار ، ومن الصعب أن نجد طفلا شخصت حالته على انه اجتراري في الدليل التشخصي الرابع DSM IV الا تجده قد شخصت حالته على أنه اجتراري في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD / 10.
(Siegel Bryna, 1996, p. 19)

ويري إلهامي عبد العزيز أنالمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للامراض ICD / 10 يستخدم خطوطاً إرشادية عامة، وليست مواصفات محددة؛ مما يسمح بقدر من الذاتية بالإضافة إلي محاولة التوفيق بين مندوبي الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، فظهر كأنها محاولة لاستعراض الأعراض، وليس دليلا للتشخيص.

(إلهامي عبد العزيز، ١٩٩٩، ص ٢٨)

يتميز الاضطراب الاجتراري حسب ما جاء بالدليل التشخيصي والاحصائي- الطبعة الثالثة DSM III بالفشل في تنمية علاقات بينية شخصية، وبنقص الاستجابة ونقص الميل نحو الناس، ويتبع ذلك فشل في تنمية سلوك التعلق السوي بالآخرين، كما ان الطفل الاجترارى يفشل في الاستجابة لسلوك الاحضان من جانب الأم أو بالآخرين، ونقص كل من الاتصال البصري eye contact والاستجابة الوجهية والاتصال الجسدي واللامبالاه ونقص العاطفة.

ونتيجة لذلك فإن كثيرا من الآباء يشكون في البداية في أن طفلهم مصاب بالصمم ويتعامل الطفل مع الكبار على انهم قابلون للتغير، وقد يتعلق ميكانيكيا بشخص معين. وعندما يدخل الطفل مرحلة الطفولة المبكرة (٣-٥) لا يستطيع ممارسة اللعب مع الأطفال الآخرين وتنمية صداقات معهم.

ويضيف الدليل التشخصي والإحصائي الرابع DSM IV إلي الأعراض السابقة نقص التبادلية الانفعالية والاجتماعية مع الآخرين وتفضيل الأنشطة الانعزالية والتعامل مع الآخرين باعتبارهم أدوات أو وسائل ميكانيكية، لأن وعي الاجتراري بالآخرين متضرر بشكل كبير لغياب البعد الإنساني عن هذا الوعي، فالطفل الاجتراري يكون ذاهلاً عما يحيط به من أهله، حتي عن أخواته المقاربين له في العمر.

ويتضمن عطب الاتصال بالآخرين التضرر الكبيرفي المهارات اللفظية والمهارات غير اللفظية،بل أن اللغة قد تغيب تماما. ولغة الاجتراري بصفة عامة تتميز ببناء القواعد أو البناء النحوي على صورة فجة غير ناضجة، والصداء اللفظي، وقلب الضمائر وعدم القدرة على فهم المصطلحات المجردة، ولحن الكلام الشاذ ، كما يتضمن الاتصال غير اللفظي النقص في التعبيرات الوجهية المناسبة من الناحية الاجتماعية . كذلك من مظاهر العطب اللغوي في الاجترارية أن الطبقة الصوتيةpitch واختلاف شدة الصوت intonation والمعدل rate والايقاع rhythm أو الضغط stess على بعض الكلمات كلها تكون في المعدل أو الشكل الشاذ أو الغير مألوف مثل نغمة الصوت الرتيبة ، أو تكرار الكلمات أو الجمل من غير ما ضرورة، أو استخدام اللغة الاستعارية التي لا يفهمها إلا المحيطون بالطفل. وكذلك من مظاهر التضرر في الاجترارية عجز الطفل عن

اللعب التخيلي واللعب التلقائي واللعب القائم على التقليد الاجتماعي الذي يتفق مع المستوي الارتقائي المفترض لعمر الطفل.

ومن محكات التشخيص الأساسية في الاجترارية السلوك الحركي المنمط والمتكرر ، الانشغال الزائد بأجزاء من الأشياء أو الأشياء الصغيرة، مقاومة التغير.

(علاء كفافي، ٢٠٠١ ، ص ٨: ٩)

معايير الدليل الاحصائي والتشخيصي الرابع DSM IV :-

أ) ظهور ٦ أعراض علي الأقل من (١ ، ٢ ، ٣) في المجمل نقطتين من(١) وعلي الأقل نقطة من كل من (٢) ، (٣) :-

١- إعاقة كيفية في التفاعل الاجتماعي وتظهر في اثنين علي الأقل من هذه النقاط :

أ) إعاقة ملحوظة في استخدام العديد من السلوكيات غير الشفهيه مثل التحديق في العين وتعبيرات الوجه وتحركات الجسم والإيماءات والتي تستخدم جميعها لتنظيم التفاعل الاجتماعي .

ب) الفشل في اقامة علاقات نديه مناسبة لكي يتطور مستوي تفكيره العقلي .

ج) نقص ، فقدان السعي التلقائي وراء المشاركة في الاستماع أو الاهتمامات أو الأهداف .

د) نقص التبادل الاجتماعي و العاطفي .

٢- اعاقة كيفية في التواصل تظهر في واحدة علي الاقل في هذه النقاط :-

أ) تاخر ، نقص كامل في نمو اللغة (غير مصاحب لمحاولات التعويض من خلال طرق بديلة للتواصل مثل تعبيرات الوجه ، الايماءات)

ب) الاشخاص الذين لديهم نسبة مناسبة من الكلام لديهم اعاقة واضحة في القدرة علي بدا الحديث مع الاخرين .

ج) الاسلوبية والاستخدام المتكرر للكلمات ، الجمل ، اللغة الذاتيه .

د) نقص في مختلف الالعاب سواء اللعب التلقائي ، تقليد الادوار الاجتماعية المناسبة لسن الطفل .

٣- انماط سلوكيه نمطيه محدودة ، ومتكررة ، وضيق الاهتمامات والانشطة كما في واحدة من النقاط :-

أ) الانشغال الدائم بواحد أو اكثر من الأنماط الأسلوبية المحدودة لاهتمامات غير سويه اما في شدتها أو توجهها .

ب) التمسك غير المرن بالروتين وطقوس معينه غير وظيفية .

ج) سلوك متكرر (حركي) مثل رفرفة اليدين ، الذراعين ، حركة لكل الجسم.

د) الانشغال الثابت بأجزاء من الموضوعات .

(Cohen Shirley, 2002, p. 187)

ويضيف **بشير الرشيدي وآخرون** أن تشخيص حالة الطفل الاجتراري يخضع لعدد من وسائل التشخيص وعدد من الاختبارات منها: -

١- أختبار الذكاء العام :-

عند اختيار اختبار الذكاء الذي سوف يطبق علي الطفل يجب التاكد من ملائمة هذا الاختبار، مع مراعاة أن تفيد الأدوات في تحديد معدلات الذكاء وأنماط استجابات الطفل، وتحديد المستوي العقلي، وعمل علاقة بين اضطرابات التعلم واختلال الوظائف السلوكية، ومن الاختبارات المستخدمة لقياس الذكاء:-

- اختبار بايلي للارتقاء العقلي للأطفال الصغار من سن شهرين إلي ٣٠ شهر.
- اختبار ميرل - بالمر للقدرات العقلية من سن ١٨ شهر إلي سن ٦ سنوات.
- اختبار لبيتر الدولي للأداء العملي من سن ٣ سنوات إلي ١٨سنة.
- مجموعة مقياس وكسلر: لما قبل المدرسة - ومقياس وكسلر للمعدل الذكاء.

٢- المقاييس النمائية التربوية .

وذلك مثل برنامج Teach فاستخدم البروفيل النفسي التربوي Psycho Educational Profile (PEP) وهي تستخدم من سنة إلي ١٢ سنة ويشتمل على صفحتين نفسيتين :-

أ) صفحة الاضطراب السلوكي : ترتكز على المجالات التالية (المحاكاة ، الإدراك ، المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة ، التكامل بين العين واليد ، المهارات المعرفية اللفظية وغير اللفظية) .

ب) الصفحة النمائية : تحديد المرحلة العمرية والمستوي العقلي للطفل .

٣- المقاييس السلوكية :

وذلك لمشاهدة الطفل في المواقف الواقعية لتحديد السلوكيات الصادرة من الطفل. وتعتمد هذه المقاييس علي الملاحظة والتسجيل المنظم للبيانات.

(بشير الرشيدي وآخرون، ٢٠٠٠ ، ص ١٨٨ : ١٩٢)

العوامل التي تؤدي إلي الاجترار :

اتفق كلّ من **الهامي عبد العزيز وعمر بن الخطاب و رود تورنبول واخرون Rud Turnball et al** على أنه لا يوجد سبب محدد للاجترار، ولكن الثابت في الأبحاث هو أن الاجترار ينتج عنه عدة عوامل تؤثر علي أجزاء المخ المسيطرة على المعلومات، واللغة التي يتم اكتسابها من خلال الحواس. ويمكن أن يحدث ذلك خلال الولادة أو بعدها. فقد ترجع إلي عوامل نفسية أسرية أو بيولوجية او بيوكيميائية أو جينية ...إلخ وعرض علينا فال وجوليا وستيفن **Val Cumine , Julia Leach,Stevenson Gill** العوامل أو الأسباب التي تؤدي إلي الاجترار منها :-

١- عوامل بيولوجية

٢- عوامل عصبية

٣- عوامل قبل واثناء الولادة

٤- عوامل مناعية

٥- عوامل بيوكيميائية

(عمر بن الخطاب، ٢٠٠١ ، ص ٢١) (إلهامي عبد العزيز، ١٩٩٩ ، ص٤٤)

(Cumine Val , Leach Julia, Stevenson Gill, 2001, p.3)

١- العوامل البيولوجية . Physical Abnormalities

يعتقد أن الحالات التي تسبب تلف في الدماغ قبل وبعد الولادة أو أثنائها تهيئ لحدوث الاضطرابات مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية rubella والحالات التي لم تعالج من الفنيل كيتونيوريا phenylketonuria ، والتصلب الحدبي ، والاختناق أثناء الولادة anoxia during brith ، والتهاب الدماغ encephalitiesوتشنجات الرضع، وقد رصدت الدراسات أن ٤% - ٣٢ % من الأطفال الاجترارين سوف تحدث لهم نوبات صرع عظمي في وقت ما من حياتهم. وحوالي ٢٠% - ٢٥ % من الاجترارين يظهرون اتساعاً في النبضات الدماغية، وهذا ويظهر هذا في تصوير الدماغ CAT. وبالرغم من أنه لا يوجد شذوذ محدد للاجترارية في تخطيط الدماغ، فإن هناك برهاناً بدرجة ما على فشل سيطرة أحد جانبي كرة المخ علي الآخر، وذلك باستخدام MRI التصوير بالرنين المغناطيسي.

(محمود حمودة، ١٩٩١ ، ص ١٥٥ : ١٥٦)

ويضيف مركز المعلومات للاجترار ٩٩ Autism 99 – Information Center أن الدراسات أوضحت الآتي:-

أ) شذوذ في الجزء الطرفي في المنطقة الموجودة بالمخ والمسئولة عن تنظيم المشاعر .

ب) شذوذ في جذع المخ (في المخيخ) الذي يؤثر تأثيراً شديداً لتنسيق الحركات وتناسقها.

(Autism99 – Information Center 2002)

٢- عوامل عصبية :-

يري مارليني بريل Marlene Brill أنه يفترض أن هناك عدم توافق بين خلايا الأم والجنين مناعيا مما يؤدي إلي تدمير الخلايا العصبية للجنين .
(Brill Targ Marlene, 2001 , p. 16) .

ويضيف **إلهامي عبد العزيز** أن هناك شذوذاً بالفص الصدغي لدى الاجترارريين. ويحدث هذا الشذوذ في الفص الصدغي وينتج عنه فقدان في السلوك الاجتماعي، وعدم استقرار مع سلوك حركي متكرر .
(إلهامي عبد العزيز، ١٩٩٩ ، ص ٤٥)

٣- عوامل قبل وبعد الولادة :-

يشير **محمود حمودة** أن مضاعفات الولادة في الأطفال الاجترارريين تكثر عن غيرهم، فالابتسار وتأخر ولادة الطفل، والنزيف المبكر في الثلاثة شهور الأولى والوسطي، من الحمل، ومتاعب الحمل تزداد بدرجة أكبر بين الأطفال الاجترارريين، ويلاحظ أن الأطفال الاجترارريين أكثر عرضة لضيق التنفس وفقر الدم.
(محمود حمودة، ١٩٩١ ، ص ١٥٧)

٤- عوامل بيوكيميائية :-

اتفق كلّ من **إلهامي عبد العزيز، ومحمود حمودة، و مارليني بريل Marlene Brill** على أن الطفل الاجتراري لديه حساسية عالية في جسمه لبعض المواد والأشياء المضافة إلي الطعام، وهو عدم قدرة الجسم لتكسير البتيدات؛ حيث وجدوا أن ٨٠ % من المصابين بالاجترار يظهر عندهم نسبة

كبيرة من البيتيدات في البول، وهذه البيتيدات تمر من خلال جدار المعدة إلي الدم ومنه إلي المخ، والتي توثر بطريقة سلبية على اماكن التواصل في المخ .
(إلهامي عبد العزيز ، محمود حمودة، إيمان صبري، ٢٠٠١، ص٢٠٣: ٢٠٤)
((Brill Targ Marlene, 2001 , p.16)

خصائص الطفل الاجتراري :-

يشير كلّ من **طارش مسلم، وعائشة السويدي** إلي أن الأطفال الاجترايين لديهم عدد من الخصائص الأساسية، وهي التي تميزهم عن الآخرين.
فقد أشار إليها طارش مسلم في الآتي: -

- الخصائص اللغوية
- الخصائص السلوكية
- الخصائص الاجتماعية

و أضافت إليها عائشة السويدي :-

- المشاكل النفسية

١- الخصائص اللغوية :-

لا يستطيع الطفل الاجتراري استخدام اللغة؛ حيث إنه لديه تأخر في النمو اللغوي، وضعف في استخدام الكلمات وتكرار الكلمات ويستخدم نغمة واحدة عند الحديث وصعوبة في إدراك المثيرات غير اللغوية.

٢- الخصائص السلوكية :

لدى الطفل الاجتراري منذ الصغر سلوكيات نمطية stereotype وطقوس تكرارية ritualistic عند التفاعل مع المحيطين، أو محيط البيئي. فالطفل الاجتراري يستمر في القيام بالأنشطة والحركات والتصرفات عل النمط

نفسه،وعلي الوتيرة نفسها مراراً، بغض النظر عن تغير المواقف، كما لديه تعلق زائد وغير عادي ببعض الأشياء .

٣- الخصائص الاجتماعية :

لديهم تأخر في النمو الاجتماعي منذ الصغر، حتى مع والده وأمه؛ حيث لا يرتبط بها ولا يتبع أمه إذا تحركت بعيدا عنه، أو يجري في اتجاهها بعد فترة غياب وانفصال عنها ولا يشتكي إلي أمه في حالة تعرضه لأذي، أو عندما يبكي او ينزعج ولا يعانق أمه ولا يسعي لطلب تهدئتها أو احتضانها والطفل الاجتراري لا يتواصل بصرياً Eye Contact أو يتواصل جسمانيا او يستخدم الابتسامة .

(طارش مسلم، ٢٠٠٠ ، ص١٢٢: ١٣١)

وترجع عائشة السويدي ذلك إلي أن عدم التفاعل الاجتماعي يكون نتيجة لحساسية الطفل الاجتراري لحواس اللمس؛ حيث لا يرغب البعض بأن يقترب منهم أي شخص، أو يلامسهم وأضافت أن الاجترايين يتصرفون بشكل غير لائق اجتماعيا في المواقف المختلفة، وذلك لعدم قدرتهم على فهم الكلمات وعمليات التفاعل الاجتماعي، ولا يستطيع الطفل الاجتراري علي التعبير العاطفي؛ فالتعبيرات محدودة، ولا يستطيع تفسير التلميحات العاطفية التي تظهر على الوجة مثل الفرح أو الحزن أو الغضب.

- الصفات النفسية:-

الأطفال الاجترايون يخافون من أشياء غير مؤذية في حد ذاتها؛ وتكون المخاوف النفسية مرضية فقد يخاف البعض من البالونات أو بعض ألوان

الحمامات، أو قد يظهر لنا أطفال غير مبالين بأي شئ، ولا يشعرون بالخوف، والبعض الآخر يظهر توترا بصورة مستمرة، وقد يشعر بعضهم بالخوف من الأصوات العالية أو من الأنوار المضيئة أو بعض الأشياء مثل أمواج البحر ....إلخ وقد يتصرف الطفل الاجتراري بعدائية تجاه نفسه أو تجاه الآخرين، وقد يكون ذلك نتيجة لاختراق عالمه الخاص، وإفساد متعته وإحساسه بالراحة. كما يرفض الطفل الاجتراري تغير روتينه ولو بشكل طفيف .

(عائشة السويدي، ٢٠٠٠، ص ٣٢٥ : ٣٣٣)

علاج الطفل الاجتراري :

يرى إلهامي عبد العزيز وعمر بن الخطاب أن علاج الاجترارية خضع لفلسفات ومداخل متنوعه، فمنها ما هو مكثف، ومنها ما هو على فترات طويلة من الزمن، ومنها ما يعتمد على العقاقير والدواء، ومنها ما يعتمد على الموسيقي.

(إلهامي عبد العزيز، ١٩٩٩، ص٥٢) (عمر بن الخطاب، ٢٠٠١، ص ٢٩)

وتنقسم البرامج حسب مركز المعلومات للاجترار ٩٩ – Autism 99 Information Center الى

١- برامج تعليمية **Educational Programs**

٢- علاج طبي ونظم غذائية (حميه غذائية) **Medical And Dietary**

٣-علاج التواصل **Communication Therapy**

٤- برامج علاجية أخرى :-

(Autism 99 – Information Center , 2002)

١- برامج تعليمية :

وسوف تركز الباحثة على البرامج التالية، وذلك لأهميتها حيث إن برنامج اللوفاز ليس تعليمياً فحسب ولكنه أيضا سلوكياً ويعتبر برنامج علاج وتربية الأطفال الاجترايين والمعوقين في تواصلهم التيتش Teachمن البرامج التعليمية القوية التي تساعد الطفل الاجتراري. أما برنامج سبل فهو من البرامج الحديثة.

أ) برنامج اللوفاز Lovaas

ب) برنامج علاج وتربية الأطفال الاجترايين والمعوقين في تواصلهم " تيتش" Teacch

ج) برنامج سبل Spell

أ) برنامج اللوفاز Lovaas :

تشير شيرلي وفال وجوليا و جيل , **Shirly Cohen , Val Cumine , Julia Leach,Gill Stevenson** إلي أن أول من قدم هذا البرنامج هو إفار لوفاز **Ivar Lovaas** هو طبيب نفسي من جامعة كاليفورنيا. وبدأ ذلك في عام ١٩٦٠ ولذلك لعلاج الطفل الاجتراري، وفي هذه الفترة استخدم العقاب البدني والعلاج بالصدمات الكهربائية؛ حيث إن هذا النوع من العقاب يقلل من ظهور السلوكيات غير المرغوب فيها، ثم استخدم بعد ذلك أسلوب تجاهل السلوك غير المرغوب فيه واستخدم أسلوب التعزيز، عندما يظهر الطفل السلوك المرغوب فيه.

(Cumine Val , Leach Julia, Stevenson Gill, 2001 , p.48)
(Cohen Shirly, 2002 , p.77)

وأضاف كلّ من سالوس وجروبر **Sallows , Grauper** أن لوفاز ركز في الخمس والعشرين سنة الماضية علي علاج الأطفال الاجترايين تحت سن ٤

سنوات؛ وذلك باستخدام العلاج السلوكي وذلك لمدة ٤٠ ساعة في الأسبوع، واستخدم الجلسات الفردية أي ONE TO ONE . وكان من ضمن اهتماماته تطوير اللغة لدى الطفل الاجتراري وتطوير المهارات الاجتماعية.
(Gleno O . Sallows , Tanlynn D . Grauper 2002)

والهدف الرئيسي لبرنامج اللوفاز هو الوصول بأداء الطفل الاجتراري لاداء الطفل الطبيعي بقدر الإمكان ويتكون فريق العمل في برنامج اللوفاز من ثلاثة أفراد مع مشاركة الأسرة لهذا الفريق؛ حيث تعتبر من العناصر المساعدة في تقدم الطفل الاجتراري، ويساعد البرنامج الطفل الاجتراري على الاعتماد على نفسه؛ وذلك من خلال التقليد ويساعده أيضا على تطوير مهاراته اللغوية، وذلك بتكوين لغة تعبيرية لمساعدته على التفاعل مع أقرانه.

ويعتبر برنامج اللوفاز من برامج التدخل المبكر في علاج الطفل الاجتراري وهذا التدخل يجعل الطفل الاجتراري قد يصل إلى مستوى في أدائه التعليمي مثل أقرانه. والأطفال الذين لا يصلون بمستوى أدائهم إلي مثل أقرانهم فانه يخفض لديهم ظهور والسلوكيات غير المرغوب فيها .
(عمر بن الخطاب، ٢٠٠١ ، ص ٤٥ : ٤٧)

وتضيف الجمعية الامريكية للاجترار Autism Society Of America أن برنامج اللوفاز يعتمد على تحليل السلوك وكيفية تعديله، وهذا البرنامج ليس مصمماً لتصحيح السلوك فحسب ولكنه أيضا لتعليم الطفل الاجتراري بعض المهارات مثل كيفية اللبس وأيضا تطوير المهارات الاجتماعية
(Autism Society of America, 2003)

برنامج ال Teacch:- كلمة teacch هي اختصار لـــ

Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped

علاج وتربية الأطفال الاجترابيين والمعوقين في تواصلهم

و يعني هذا علاج وتربية الأطفال الاجترابيين والمعوقين في تواصلهم ويشير كلّ من Valفال وجيل وجاري وجوليا Julia, Gill, Gary أنه بدأ العمل في برنامج علاج وتربية الأطفال الاجترابيين والمعوقين في تواصلهم الـــ teacch في عام ١٩٦٠ في شبل هيلChapel Hill في نورث كارولينا وتولى هذا البرنامج إيرك اسكوبلر Erich Schopler وزملائه وتم تطويره بعد ذلك على يد إيرك Erich بحيث قدم في عام ١٩٦٦ وبدأ العمل بهذا البرنامج بشكل متوسع عام ١٩٧٢ حيث استخدم في التشخيص والعلاج والتدريب والبحث وتعليم الأطفال الاجترارين وأسرهم.

(Mesibov B. Gary, 1998, p.3:5) (Cumine Val, Leach Julia, Stevenson Gill, 2001, p.40)

ويضيف **إلهامي عبد العزيز، محمود حمودة** أن برنامج علاج وتربية الأطفال الاجترابيين والمعوقين teach منتشر استخدامه الآن في الولايات المتحدة الأمريكية، خاصة بعد ظهور قانون التعليم المجاني للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة **ويهدف البرنامج إلي:**

١- تحسين اللغة والكلام (أي عمليات التواصل وتحسين الأنماط السلوكية).

٢- ترتيب الظروف البيئية الملائمة للطفل يساعد على تحسين التكيف وتحسين المهارات الفردية.

٣- استخدام أدوات مدرج لقياس الاجترارية الطفلية وذلك لعمل برنامج فردي مثالي واستخدام المقاييس النمائية والتربوية (البروفيل النفسي).

٤- استخدام المعينات البصرية والمعينات السمعية.

٥- تدريب المهتمين بالتعامل مع الاجترارين.

(إلهامي عبد العزيز، محمود حمودة، إيمان صبري، ٢٠٠١، ص ٢٣٣، ٣٣٤)

ويرى جاري ميبوف Gary B.Misbov أن هناك(٣) مراكز رئيسية في برنامج علاج وتربية الأطفال الاجترارين والمعوقين في تواصلهم الـ Teach وهي:-

١- مركز في جامعة نورث كارولينا.

٢- مراكز التعليم الإكلينيكي؛ وذلك لتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .

٣- مركز للتعليم وهو مصمم بطريقة صحيحة.

وكل هذه المراكز يتم فيها التشخيص والمساعدة، وتدريب الآباء لخدمة الأطفال، وأيضا التدريبات الخاصة بالعمليات الاجتماعية (المهارات الاجتماعية) والتدريبات المهنية، ومجموعات المساندة للآباء والإخوة وبرنامج علاج وتربية الأطفال الاجترارين والمعوقين التيش علاج وتربية الأطفال الاجترارين والمعوقين في تواصلهم teacch يؤكد على:-

أن الاجترار إعاقة عضوية، وأن الآباء والمتخصصين يجب أن يتعاونوا؛ لأن الآباء أكثر الأشخاص الذين يعرفون طفلهم ويحسون به. وليس هناك نموذج لجميع الأطفال؛ فإن البرنامج يوضع حسب قدرات الأطفال واحتياجاتهم.

(Mesibov B. Gary,1998, p.6:8)

ويشير **فريد ودونالد Fred Volkmar, Donald J.Cohen** أن برنامج علاج وتربية الأطفال الاجترارين والمعوقين في تواصلهم التيتش teach يركز على ٣ أماكن مهمة وهي المنزل- التعليم- المجتمع.

أولاً المنزل:

جميع مراكزبرنامج علاج وتربية الأطفال الاجترارريين والمعوقين في تواصلهم التيتش teacch تساعد الأسرة على حل المشاكل التي تواجهها مع أطفالهم الاجترارريين، وذلك من خلال الخدمات المقدمة إليهم وهي:-

١) تدريب وإرشاد الآباء القائمين على تعليم الأطفال الاجترارريين.

٢) توفير مكان لتعليم الأطفال ذى الاحتياجات الخاصة.

٣) وجود مكان للتعليم الإكلينيكي للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة.

ويتم تدريب الآباء كالآتي:-

١- ملاحظة الآباء للأطفال من خلال مرآة أحادية الوجه؛ وذلك أثناء جلسات أطفالهم وشرح ماذا يفعل المدرب؛ وذلك لحصولهم على خبرات كيفية تدريب طفلهم ثم العمل مع الطفل ومتابعة المدربين لهم وتصحيح أخطائهم.

٢- كما يقوم الآباء بمساعدة المتخصصين (المدربين) من خلال تعريفهم بصفات أبنائهم والأشياء التي يحبونها، وذلك حتى يمكن استخدامها.

ويحدث في فترة من الفترات تبادل المشاعر بين كل من الإخصائيين والآباء في المواقف المفرحة؛ وذلك من خلال تقدم الطفل، كما يحدث مشاعر إحباط متبادل في حالة وجود مشاكل تقابلهم.

٢) التعليم:

ساعد برنامج علاج وتربية الأطفال الاجترارريين والمعوقين في تواصلهم الـ teacch على إلحاق الأطفال الاجترارريين بالمدارس الحكومية، وذلك بواقع (٤) مدرسين لكل(٦)أطفال اجترارين.

ويشترط برنامج علاج وتربية الأطفال الاجترايين والمعوقين في تواصلهم التيتش teacch :-

١- على المعلم أن يكمل(٥) أيام للتدريب على المشاكل والاحتياجات الخاصة للطفل الاجتراري.

٢- عمل خطة فردية لكل طفل Individualized Education Plan (IEP) وذلك لكل طفل اجتراري، وهذا بعد عملية التشخيص.

ويستخدم برنامج علاج وتربية الأطفال الاجترايين والمعوقين في تواصلهم التيتش teacch أسلوب التعليم المنظم Structured Teaching؛ حيث إن الدراسات أكدت على أن الأطفال الاجترايين يتعلمون في البيئات المنظمة أكثر من البيئات غير المنظمة. والأطفال الاجترايون لديهم ضعف في التذكر وتعّرف الأشياء التي ليست في اهتماماتهم الخاصة مما يؤدي إلى صعوبة في تقدم الطفل باستخدام الوسائل السمعية فحسب ولذلك يستخدم برنامج علاج وتربية الأطفال الاجترايين والمعوقين في تواصلهم الـ teacch الوسائل البصرية، ويستخدم جداول للأنشطة المختلفة التي سوف يقوم بها الطفل وذلك من خلال استخدام صور لكل نشاط.

٣- التكيف مع المجتمع:-

وذلك من خلال:-

أ- مساعدة المجتمع لملاحظة وفهم الاحتياجات الخاصة لهؤلاء الأطفال.

ب- تطوير الخدمات المقدمة للأسرة وطفلهم الاجتراري، وذلك من خلال دمج هؤلاء الأطفال في المدارس كخطوة أولى وعمل معسكرات خاصة بهم.

(Cohen J. Doland, Volkmar R. Fred, 1997, p. 769: 780)

obeikandl.com

ويقدم برنامج "علاج وتربية الأطفال الاجترارين والمعوقين في تواصلهم" التيتش teach للأطفال الاجترارين أسلوباً مختلفاً للتواصل عن البرامج الأخرى؛ حيث أكدت الأبحاث على أن هؤلاء الأطفال يحققون نجاحا في البيئة، التي صممت لتشجعهم ومساندة جهودهم.

ولحدوث التواصل يحتاج هؤلاء إلي أن يتوافر شرطان:-

١- يجب أن يعرف الطفل سبب للتواصل (لماذا) وهذا بتشجيعه باستخدام أنشطة مثيرة وخلق مواقف يضطر فيها الطفل للتواصل.

٢- وجود وسيلة يستطيع الطفل استخدامها في عمليات التواصل (كيف) ويتم تعليم الطفل سلوك التواصل، وذلك باستخدام المدعمات البصرية.

كما يستخدم محفزات ذات معنى؛ بحيث تتضمن اللعب ومواقف أخرى، تحتاج إلي حل المشاكل، مع مراعاة التوقيت وإعطاء الطفل فرصة محاولة أن يتواصل مع المدرب.

مثال: استخدام أنشطة اللعب المرح عدة مرات ثم يصمت المدرب وينتظر استجابة الطفل، ويفضل استخدام النشاط الذي يحتوي على روتين سواء حركة معينة أو كلمة أو لف شيء بطريقة سهلة.

استخدام أسلوب حل المشكلات مثل ترك قطعة من المكعبات Puzzle في لعبة يفضلها الطفل مما يضطره إلى استكمالها.تعليم الطفل طرائق الرفض الصحيحة وذلك من خلال استخدام مواقف تضايق الطفل لتدريبه على كيفية الاستجابة لها استجابة مقبولة اجتماعيا.

(Boswell Susan 2003)

وتضيف كيري هوجان **Kerry Hogan** أنه يجب تعليم الطفل الاجتراري التواصل غير اللفظي مثل الإيماءات وجذب انتباه الآخرين له ، وهي تتضمن الإشارات والنظر سواء للأمام أو الخلف أو بين الأشياء والنظر للشخص الآخر

وأيضا هز الكتفين. وفهم الإيماءات من المشاكل التي تواجه الطفل الاجتـــراري، وهو عادة يستخدم تعبيرات خاصة به، ويتم تدريب الطفـــل علـــى فهـــم معنـــى الإيماءات في المواقف المختلفة أو باستخدام الصور أو باســـتخدام التمثيـــل فـــي مواقف مختلفة (زعلان ، فرحان.....).

جذب الانتباه:

وهو يكمن في قدرة الشخص على جذب انتباه الآخرين إليه للمشـــاركة فـــي أنشطته.ويتم جذب انتباه الطفل الاجتراري باستخدام الأشياء الملموســـة خاصـــة، التي يحبها؛ وذلك للمشاركة مع المدرب.

وترى أيضا كيري **Kerry** أنه يفضل استخدام المعينات البصرية لأنها وسيلة لتعرف على الأشياء، ويستخدم لذلك الصور أو المجسمات إن أمكـــن. والغـــرض من استخدام المعينات البصرية:-

أ- يعتبر التواصل من خلال استخدام الأشياء على حقيقتها أوضح بالنسبة للطفـــل، كما أنها تساعده على تكوين صور يستطيع استدعائها بسهولة.

ب- تعتبر هذه الطريقة مناسبة له؛ لاستخدامه الرموز التي تعبر عن الكلمات.

(Hogan Kerry, 2003)

برنامج السبل Spell:

يشير كلّ من **عمر بن الخطاب وفال و جوليـــا و جيـــل Gill, Julia, Val** إلي أن البرنامج هدفه الإقلال من أعراض الاجترار، وهذا البرنامج له بناء ثابت، ويستخدم أسلوب تقليل المثيرات على الطفل، وبناء بيئة مثالية لتعليمه.

كما أن كلمة سبل Spell هي اختصار للكلمات الآتية:

١- - التـــنظيم **Structure** وهي تساعد في تنظيم وفهم ما هـــو مخلـــوط، ويعطي للطفل الإحساس بالأمان عن طريق الأحداث غير المتوقعة.

٢- الإيجابـــية **Positive** وهو يهدف إلي تنمية وتدعيم الثقة بالنفس لدى الطفـــل الاجتراري وتقدير الذات عن طريق استخدام برامج تعليمية وأيضا يعمـــل علـــى تنمية نقاط القوة لدى الطفل.

٣- التعاطف **Empathy** ويعني النظر إلى العالم الخاص بالطفل الاجتـــراري، ومحاولة لفهم الأشياء كما يدركها هو. ويستخدم البرنامج المهارات التي تشجع كل طفل على حدة.

٤- **Low Aroused Setting** وهنا يتم تعريف الآباء بالأعراض حتى يتســـنى للطفل الالتحاق بالمدرسة، وهذا أيضا يقلل التوتر الواقع على الطفـــل، ويســـتطيع الآباء التعامل مع طفلهم بطريقة صحيحة.

٥- الاتصال **Links** أي الاتصال بالوالدين والمدرسة والمجتمـــع ككـــل واحـــد؛ وذلك لتوضيح وفهم معنى الاجترار وكيفية التعامل معه. أى عملية دمـــج الطفـــل الاجتراري في المجتمع.

ومازال برنامج ال Spell قيد الدراسات، ولم يثبت مدى فعاليته علـــى المســـتوى الواسع أو الشامل.

(عمر بن الخطاب، ٢٠٠١، ص ٤٤:٤٣) (Cumine Val, Leach Julia, Stevenson Gill, 2001, p.47)

وتري الباحثة أن البرنامجين يتفقان في :

١) ترتيب الظروف البيئة الولائمة للطفل.

٢) أسلوب التعليم المنظم.

على حين يختلفان في:

أن برنامج "علاج وتربية الأطفال الاجترارين والمعوقين في تواصلهم" التيش Teacch يستخدم أدوات مدرج لقياس الاجترارية الطفلية وذلك لعمل برنامج فردي مثالي لكل طفل على حدة(خطة فردية) IEP، ويهتم بتدريب المتعاملين والمهتمين بالاجترارين للاستعانة بهم في العمل معهم سواء كانوا والدين أو إخوة أو معلمين.

اما برنامج سبلSpell فهو:

يكتفي بتعريف الآباء بالأعراض ، ويستخدم أساليب المهارات التي تشجع كل طفل على حدة.

أوضحت دراسات بوندي وفورست **Forst, Bonday** أن الأطفال الاجترارين صغار السن غالبا لديهم صعوبة في استخدام اللغة التعبيرية. فأكثر من ٨٠% من الأطفال الاجترارين خاصة في سن ٥ سنوات أو أصغر لا يستخدمون الكلام المفيد. وهناك مشكلة أخرى تواجههم، وهي كيفية التصرف في المواقف المختلفة وخاصة الاجتماعية.

(Bondy S. Andrew, Forst A. Lori, 1998)

ويضيف كلّ من جيمس و مارك **James, Mark** أن هناك ثلاثة أنواع تستخدم كأسلوب للتواصل للأطفال الاجترارين:

١- استخدام الإشارة.

٢- استخدام الصور سواء بالإشارة إلى الصورة أو نظام التواصل باستخدام الصور.

٣- أو باستخدام الكتابة (التواصل الميسر FC).

(Sundberg L. Mark, Partington James, 1998, p.73)

obeikandl.com

وسوف تستعرض الباحثة بصورة ملخصة كلا من الإشـارة Sign والإشـارة إلي الصور أو استخدام الكتابةFC وبرنامج التواصل باستخدام الصور PECS.

استخدام الإشارة (لغة الإشارة): Sign Language

ومن مميزات هذه الطريقة:-

١- الأطفال الذين لا يستطيعون إخراج أي نوع من الأصوات ويستطيعون القيـام بعملية التقليد في الحركات الصغرى يمكنهم استخدام هذا الأسلوب.

٢- يمكن استخدام المساعدة الجسدية للطفل لتعليمه الإشارة.

٣- استخدام لغة الإشارة قد تجنب الطفل متاعب عدم التواصل نهائيا مع المجتمع (المحيطين).

٤- هناك إشارة واحدة لكل موقف تعطي باستجابة معينة مثل الكلام.

عيوب هذه الطريقة:-

١- يحتاج الآباء والمعلمون في هذه الطريقة إلى تدريبات خاصة جدا.

٢- يتعامل الطفل مع المحيطين الذين تدربوا على هذه الإشارات فحسب(بالتـالي فلا يستطيع التعامل مع كل المجتمع).

٣- التأكد من عمل الإشارة الصحيحة فهناك بعض الإشارات المتقاربة جدا مثـل يأكل أو يشرب.

(Sundberg Mark, Partington James, 1998, p.82)

ويضيف بوندي وفورست **Forst, Bondy** أن من عيوب الإشارة أيضـا أنهـا تحتاج إلى تكوين عصبي عضوي سليم، وتعتمد على التقليد، وتعتمد أيضا علـى تركيز الطفل. وهذا يعتبر مشكلة من مشاكل الاجترار.

(Bondy, S,Andrew, Forest A.Lori, 1998, p.)

obeikandl.com

برنامج التواصل باستخدام الصور PECS:

Picture Exchange Communication System

تم تطبيق البرنامج في أمريكا من خلال بوندي وفورست وذلك عام ١٩٩٤ والهدف الأساسي برنامج التواصل باستخدام الصور PECS هو مساعدة الأطفال علي اكتساب التواصل الوظيفي بطريقة ناجحة مع الأطفال والكبار (البالغين) فالبرنامج ال pecs هو نظام وبرنامج سلوكي يساعد الأطفال على التواصل باستخدام الصور إلى حد ما ليس باستخدام الكلمات أو الإشارة ولكن من خلال تناول صورة الشيء الذي يرغب فيه وإعطاء هذه الصورة للآخرين (سواء أحد الوالدين ، أو المعلم) في مقابل أن يحصل علي هذا الشيء .

(Webb Tersa, 2000 , p. 29) (بدرية بوزيون، ٢٠٠٠ ، ص ٢٧٨)

فمن مميزات برنامج التواصل باستخدام الصور الـ Pecs أنه:

١ – لا يحتاج إلى شروط معينة في السلوك .

٢– رخيص نسبيا

٣– ولا يحتاج إلي بروتوكول معين للتدريب عليه .

٤– برنامج الـ pecs يعتمد علي بدء العمل مع الطفل (تلقينه ، الانتقال من مرحلة إلى أخرى) فإن الطفل يحتاج إلى شيء، والحصول عليه يعتبر نتيجة لعملية التواصل التي تمت .

٥– يستطيع الطفل تعميم النتائج مع الآخرين باستخدام هذا البرنامج معهم.

(Schwartz S. Hene,Garfinkle A. Ann, Baure Janet, 1998,p. 145

وتري بدرية بوزيون أن برنامج التواصل باستخدام الصور PECS يشجع الأطفال على إبداء المبادرة بالتواصل، وليست الاستجابة للآخرين. وهي أيضا

طريقة لتدريب الطفل على طلب الشيء وليست طريقة لاستخدام الصور بمهارة فحسب.

(بدرية بوزيون، ٢٠٠٠ ، ص ٢٧٩)

مراحل تطبيق برنامج التواصل باستخدام (تبادل) الصور :

يذكر بوندي وفورست Forst , Bondy أن البرنامج يتم تطبيقه من خلال ست مراحل :

المرحلة الأولي : التبادل البدني Physical Exchange

في البداية يتم تحديد الأشياء المفضلة لدى الطفل وتسمي هذه المرحلة تقييم المعزز Reinforce Assessment وفي هذة المرحلة يوجد شخصان في الغرفة مع الطفل: الأول يسمي شريك التواصل communication partner والثاني يسمي الموجه البدني physical prompter ويوضع أمام الطفل الشيء المفضل جداً إليه وأيضا صورة هذا الشيء. يقوم شريك التواصل بحمل الشئ مثلاً البسكويت كحافز للحصول عليه، ويحاول الطفل أن يأخذ البسكويت، ويساعده الآخر الموجه الجسدي الذي يكون خلف الطفل؛ حيث يمنع الطفل من آخذ البسكويت، ويمسك يد الطفل علي الصورة ثم يضعها في يد شريك التواصل التي تكون ممدودة ومفتوحة، وبالتالي يحصل على البسكويت، ولكن يجب مراعاة أن يقول شريك التواصل بعد أخذه للصورة (أنا أريد بسكويت) ، أو (خذ البسكويت يا شاطر) ، كما أنه يجب عدم مساعدة الطفل لفظيا أثناء هذه المرحلة، وعدم استخدام أكثر من معزز في آن واحد . وتحتاج هذه المرحلة للتكرار أكثر من مرة بنفس الشخصين، ثم تغير الأشخاص حتي يستطيع الطفل عملية التعميم .

المرحلة الثانية :

التلقائية في الأداء Expanding Spontaneity

بعد إتقان الطفل للمرحلة الأولي تبدأ المرحلة الثانية، فيبدأ شريك التواصل بالابتعاد تدريجيا عن الطفل، ثم يضع لوحة صور، ويبدأ يتعلم الطفل الذهاب إلى اللوحة والتقاط الصورة ثم الذهاب إلي شريك التواصل وإعطاؤه الصورة والحصول على المعزز.

إذا استطاع الطفل طلب الغذاء يضاف إليه بعد ذلك صور لأشياء أخري، ويتم استخدام كثير من المدربين، ولا تستخدم المساعدة اللفظية أيضا في هذه المرحلة، ولا يستخدم المدرب لفظ "لا" إذا أحضر الطفل صورة لشيء لا يريده .

المرحلة الثالثة :

التمييز بين الصور Picture Discrimination

يتم تدريب الطفل علي التمييز بين صوريتين أو أكثر، وتعتمد علي قدرة الطفل علي التمييز وكذلك علىاحتياجات الطفل، ويتم التدريب بطرائق مختلفة في البداية، يحضر المدرب لوحة التواصل بها صورتان أحدهما معزز للطفل (يرغب فيها ، مفضلة جداً) وأخرى غير مفضلة . فإذا اختار الطفل صورة تعطي له في الحال حتي إذا كانت غير مفضلة له ثم يشير له للشيء الذي يريده الطفل والصورة الموجودة علي المنضدة .

المرحلة الرابعة :

مرحلة بناء الجمل Sentence Structure

يدرب الطفل في هذه المرحلة علي تكوين جمل بسيطة بدلاً من استخدام كلمة واحدة؛ لتعبر عن جملة وذلك باستخدام شريط الجملة " sentence strip "

ويلصق عليها صورة _(أنا عايز) وذلك ككلمة واحدة وليست منفصلة " أنا " ، " عايز " ويشجع المدرس (المدرب) الطفل علي استخدام جملة " أنا عايز بسكويت " وذلك باختيار صورة " أنا عايز " وبجانبها صورة " البسكويت "

المرحلة الخامسة :

الاستجابة لماذا تريد ؟ Responding to " What do you want"

في هذه المرحلة يتم تدريب الطفل علي السؤال " ماذا تريد ؟ " ليجيب أو لتكون استجابته " أنا عايز " ووضعها علي الشريط ووضع الشيء الذي يريده بجانبها ويطلب من الطفل أن يقول الجملة.

المرحلة السادسة :

مرحلة التعليق الاستجابي والتلقائي

Responsive and Spontaneous Commenting

مثلا ماذا تسمع ؟ ماذا تري ؟ ماذا تفعل ؟ ويبدأ تدريب الطفل " أنا أسمع " .." أنا أري" .... وتعتبر هذه المرحلة من أصعب المراحل حيث يتعود الطفل علي استخدام جملة .

(Bondy S. Andrew, Frost A. Lori, 1994 , p. 5 : 22)

ويؤكد بوندي وفورست Bondy , Frost أن لبرنامج pecs له مميزات (إيجابيات) :

١) لا يحتاج البرنامج إلي تدريبات أو تجهيزات معقدة والصورة التي يستخدمها الطفل واضحة ومفهومة بحيث يستطيع الآخرون فهم ماذا يريد الطفل.

) يستطيع الطفل التفاعل مع الآخرين، كما يمكن استخدام البرنامج مع إعاقات تواصل غير حالات الاجترار .

(Bondy S. Andrew, Forst A. Lori , 1998)

وتضيف بدرية بوزبون أنه يمكن استخدامه في أماكن عديدة في المدرسة أو المنزل أو المستشفي، ويمكن تطبيقها مع البالغين الذين يعانون من مشكلة التواصل.

(بدرية بزبون، ٢٠٠٠ ، ص ٢٨٢)

ومن البرامج الأخري الخاصة بالتواصل برامج التواصل الميسر **Faciliated Communication** وسوف نستعرض ملخصاً عن هذا البرنامج:

برنامج التواصل الميسر Facilitated Communication

يذكر **إلهامي عبد العزيز** أن هذا البرنامج واحد من الفنيات المعززة للتواصل للأشخاص غير القادرين على التعبير اللغوي أو لديهم تعبير لغوي محدود؛ ولذلك فهو يحتاج إلي ميسر يزوده بالمساعدة الفيزيائية أثناء استخدامه الكتابة على الكمبيوتر فعلي سبيل المثال (الميسر يدعم يد العميل أو رسغه أو ذراعه بينما يستخدم الفرد الكمبيوتر في هجاء الكلمات).

ويقوم هذا الأسلوب علي افتراضين :

الأول أن المساندة الفيزيائية المبدئية عند تعلم مهارات الكتابة يمكن أن يؤدي في النهاية إلي قدرة على التواصل غير المعتمد علي الميسر .

الثاني أن هذا الأسلوب يركز أساساً علي تنمية مهارات التواصل .

(إلهامي عبد العزيز، ١٩٩٩ ، ص ٧٢)

ويضيف **عمر بن الخطاب** أنه يمكن استقلال الفرد الاجتراري بهذه العملية بدون مساعدة عضوية، ولكن يحتاج الطفل الاجتراري إلي تذكيره عن طريق التغذية المرتدة، أو استخدام علامات صوتية للبدء أو للانتهاء أو استخدام أسئلة توضيحية، وايضا استخدام التشجيع المستمر.

ويشير أيضا عمر بن الخطاب إلي إن البرنامج قد يكون مضللاً لمدى قدرات الطفل الاجتراري؛ حيث إنه قد يتدخل في عملية التواصل الميسر **facilitor**

(عمر بن الخطاب، ٢٠٠١ ، ص ٦٣)

العلاج الطبي والنظام الغذائي (الحمية الغذائية) :

يشير **طارش الشمري** إلي أن بعض الدراسات ترى أن البرامج السابقة تسهم في التخفيف من أعراض الاجترار، مما يجعل الاجتراري أكثر تهيئة وقابلية للتعلم والتدريب وهناك علاجات مساندة للبرامج، ومن هذه الأساليب الحمية الغذائية أو جرعات هرمون السكرتين والعلاج بالفيتامينات.

(طارش الشمري، ٢٠٠٠ ، ص ١٣٥)

الحمية الغذائية :

بدأ الالتفات إلى استخدام الحمية الغذائية نتيجة لملاحظات كلّ من الإخصائيين والباحثين والآباء، حيث أثبتت تلك الملاحظات أن الطفل الاجتراري يتأثر بشكل ما عند إزالة بعض أنواع من الغذاء فيتحسن الطفل الاجتراري ومن هذه الأنواع الجلتين Gluten والكازين ، الموالح (برتقال ، ليمون ...) والشيكولاته والمأكولات التي تحتوى علي صباغات ، المواد التي تحتوي علي حمض السالسليك والطماطم والباذنجان ولكن ليس كل الأطفال الاجترايين يتأثرون بهذه الأطعمة أو تتأثر سلوكياتهم بطريقة سلبية .

(Shattock Paul , Whitely Paul , 2002)

ويؤكد هذا التوجه على أن الاجترار يمكن أن يحدث نتيجة لتأثير الببتايد (peptide) (مادة تنشأ من البروتينات نتيجة الهضم وتحدث نتيجة التحليل غير المتكامل أثناء العملية الأيضية لبعض أصناف الطعام)، وهذا له تأثير تخديري (Opioid)على التوصيل العصبي neurotansmission وأن وجود هذا التأثير التخديري بدرجة كبيرة في الجهاز العصبي المركزي يحدث اضطرابا في أنظمته مما ينتج عنه اضطراب في الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية، ونظام المناعة والقناة الهضمية .

(طارش الشمري، ٢٠٠٠ ، ص ١٣٦ : ١٣٧)

فيتامين B6

من خلال الأبحاث وجد الباحثون إن فيتامين **B6** يؤثر بطريقة جيدة في تحسن كثير من الأطفال الاجترارين. كما أنه ليس هناك أضرار جانبية للفيتامين، حتي في استخدام الجرعات الكبيرة ولكن هناك دراسات تؤكد أنه قد يحدث أضرار جانبية، إذا توقف الطفل عن تناول فيتامين **B6** وبالتالي قد يؤدي إلي زيادة الاضطرابات السلوكية .

(سايمون كوهين ، باتريك بولون، ٢٠٠٠ ،ص ١٥٤:١٥٣)

وفي دراسة قام بها بيرنارد ريملاند **Bernard Rimland** اكتشف أن فيتامين **B6** كان فعالاً بشكل إيجابي مع الأطفال الذين استخدموا الفيتامين. كما أثبت عدم وجود أي تأثيرات جانبية مثل العقاقير الأخرى المستخدمة في علاج الاجترار، وأكدت دراسات أخرى أيضا أن استخدام فيتامين **B6** مع الماغنسيوم أثبت فعاليته في تحسن السلوك لدى الأطفال الاجترارين .

(Rimalnd Bernard , 2002)

و في السنوات الماضية اكتشف المتخصصون أن الجرعات الكبيرة من فيتامين **B6** قد تؤدي إلى الشعور بالتنميل في الأيدي أو الأرجل، ولكنها تختفي عند تقليل الجرعة، وذلك لأن بعض الأطفال الاجترارين لديهم حساسية من الجرعات الكبيرة .

(عمر بن الخطاب، ٢٠٠١ ، ص ٣٥)

هرمون السكرتين : Secrten

يشير كلا من **طارش الشمري و فال و جوليا و جيل** Val, Julia, Gill إلى أن هرمون السكرتين أصبح له اهمية في هذه الفترة، وخاصة بعد خبرة عائلة بيك **Beek** في الولايات المتحدة؛ حيث إن هذه العائلة لديها طفل اجتراري كان يعاني من إسهال مزمن، فتم حقنه بحقن السكرتين، وبعد فترة من استخدام هذا العلاج أعلنت والدة الطفل أن طفلها أصبح أكثر تواصلاً وأكثر انتظاما في النوم.
(Cumine Val , Leach Julia , Stevenson Gill, 2001 , p. 54 :55)

ويفضل **طارش الشمري** استخدام السكرتين و السرينيد **Secreten & Serenaid** كثنائي حيث أن لهما أثاراً إيجابية علي الحالات التي تعامل معها وأن تأثير الجرعة الواحدة من هذا الهرمون يستمر من ٣ أشهر إلي سنة. كما يجب عدم استخدام الجرعة الثانية قبل مضي ٣ أشهر من تاريخ الجرعة الأولي، ويعد التواصل البصري من أهم مؤشرات التحسن للطفل الذي أعطي جرعة هرمون السكرتين ، وكذلك نطق بعض الكلمات ، العبارات التي لم يكن قادراً على التلفظ بها من قبل .

ويري **طارش الشمري** أن السكرتين ليس علاجا شافيا للاجترار، وتشير المعلومات التي حصل عليها من أبحاثه إلى أنه يساعد على تحسن حالات

الاجترار، وليس لهرمون السكرتين آثار سلبية جانبية ، ويساعد هرمون السكرتين على جعل الأطفال الاجتراريين في وضع أفضل لاستقبال والاستفادة من الخدمات التربوية والتأهيلية المقدمة إليهم .

(طارش الشمري، ٢٠٠٠ ، ص ١٣٧ : ١٣٨)

برنامج The NAS Early Bird:

وهو برنامج من برامج التدخل المباشر وتشير جان شـتلدس **Jane Shields** إلي أن برنامج **Early Brid** من أوائل البرامج التي قـدمها المجتمـع الـدولي للاجترار **National Autistic Society** وذلك ليؤكد على قيمة التدخل المبكر للاجترار والمسئولة عن هذا البرنامج هي د. جـان **D. Jane** وهـي إخصـائية تخاطب ومعها المساعدة جلينس **Glenis** والمعلمة بالحضانة، وكلتاهمـا لـديها خبرة التعامل نفسها والعمل مع الاجتراريين .

والنظرية التي يقوم عليها البرنامج هي أن الاجترار حالـة مسـتمرة مـدى الحياة، ويجب أن يعرف كلّ من الآباء والمتخصصين أن كل الأطفال الاجتراريين لديهم مشاكل محددة في تعلم المهارات والتعميم في المواقف المختلفة . كما يركز البرنامج على الأسرة لأنها أكثر المتعاملين مع الطفل فإنهم يقضـون ٢٤ سـاعة، في اليوم مع الطفل وبالتالي فإنه يجب مساعدة الأباء على التعامـل مـع طفلهـم واختيار التعليم المناسب له، ويبدأ الاهتمام بالأطفال في سن ما قبل المدرسة ويتم التعامل مع الأسرة من خلال علاقات الصداقة، والتي تهدف إلى كسر الحـواجز النفسية للأسرة مما يساعد مجموعة العمل على مساعدة الأسرة في حل مشاكلهم .

ويتم البرنامج كالآتي :

مدة البرنامج ثلاثة شهور في هذه المدة يتم تدريب ست مجموعات لأسر أطفال اجترارين في الجلسات الأولي يوضح مفهوم الاجترار وكيفية التعامل معه حيث يوضح كيفية رؤية وفهم العالم من وجهة نظر الاجترارين والجلسات التالية تركز علي طرائق تعديل عمليات التفاعل وعمليات التواصل. وبعد هذه الجلسات يبدأ في طرح المشاكل السلوكية، وهذا الجزء لكي ينجح يجب الفهم الجيد للجلسات السابقة .

والطرائق المستخدمة في البرنامج متعددة منها مشاهدة الفيديو كليب، وهو عبارة عن تدريبات عملية ويقدم أيضا جلسات تستخدم القدح الذهني **Brain storming** وأيضا يطلب من الآباء والأمهات تطبيق التكنيكات التي يتم تعلمها في الجلسات مع أطفالهم في المنزل، وتسجيل ما تم عمله علي شرائط فيديو، ثم يتم تحليلها وعمل تغذية راجعة للآباء، والتغذية الراجعة تحدث مرتين: مرة أثناء الزيارة المنزلية، والأخرى أثناء الجلسة الجماعية، وهذا التقييم يساعد الآباء والأمهات علي تحديد أخطائهم وتصحيح هذه الأخطاء في المستقبل .

وأيضا تساعد الزيارات المنزلية للآباء والمتخصصين على ملاحظة السلوكيات وقت حدوثها وتحليلها وإعطاء النصائح اللازمة. أما مجموعات العمل يتم فيها ليس مشاهدة شرائط الفيديو الخاص بطفل واحد فحسب ولكن لمجموعة من الأطفال الاجترارين .

وتحليل المشاكل التي تواجه كل طفل وكيفية التعامل مع السلوكيات الشادة وتوضيح المشاكل التي تواجه الطفل وكيفية علاجها، وهذا يساعد الأسر

علىالتوقع لسلوكيات طفلهم ومساعدة بعض الأسر على الرضا فإنه هناك من هو أسواء من طفلهم فيدفعهم هذا على تحمل طفلهم .

(Shield Jane , 2002)

ويضيف كلّ من سومني وليتش وستيفين Cumine , Leach , Steven أن البرنامج يهدف إلى :

١) توجيه الآباء لكيفية تطوير طفلهم الاجتراري وذلك حسب إمكانياته .

٢) دعم الآباء ومساعدتهم لمعرفة الطرائق المناسبة لمساعدة طفلهم على التواصل والتفاعل الاجتماعي .

٣) تدريب الأسرة للعمل مع طفلهم الاجتراري داخل المنزل في سن مبكرة، وذلك لمنع تطور السلوكيات غير المناسبة (غير المرغوبة) .

(Cumine Val , Leach Julia, Stevenson Gill, 2001 , p. 47)