جامعة ابن خلدون –تيارت-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

تخصص: علم النفس العيادي

مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر

تحت عنوان:

دور برنامج دنفر في تطوير المهارات المعرفية ومهارات الحياة اليومية لدى الطفل التوحدي

إعداد الطلبة :

سقدي معاذ

صافري حنان

تحت إشراف الدكتورة :

قريصات الزهرة

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الصفة
قايد عادل	**أستاذ التعليم العالي**	**رئيسا**
قريصات الزهرة	**أستاذ التعليم العالي**	**مشرفا**
بوقصاصة نوال	**أستاذ التعليم العالي**	**مناقشا**

السنة الجامعية : 2021 / 2022

شكر وعرفان

الحمد لله الذي به تتم الصالحات والصلاة والسلام على المصطفى خير الأنام ثم أما بعد، الشكر الجزيل لله عز وجل على توفيقنا في هذه الدراسة، من لم يشكر الناس لم يشكر لله، فالشكر والاحترام للبروفيسورة "قريصات الزهرة" التي وافقت على الإشراف علينا لإنجاز هذه المذكرة ولكل أساتذتنا الكرام الذين علمونا، وجّهونا ورافقونا في مسار العلم لتخصص علم النفس عامة ولأعضاء لجنة المناقشة خاصة.

الشكر موصول لطاقم جمعية الأمل لأطفال التوحد وتريزوميا21 وعلى رأسهم المديرة" بوسعيد بدرة" التي فتحت لنا باب جمعيتها بكل صدر رحب والمختصة الأرطفونية" حليمة" التي بذلت جهدها ولم تبخل علينا بوقتها ومعلوماتها، فالشكر الجزيل على دعمهم لنا وجهدهم المبذول لإتمام التربص في أحسن الأحوال ، وكل من ساهم من قريب أو من بعيد لإتمام هذا العمل.

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع لكل أحبتي

أمي الحبيبة،

أبي الغالي،

روح جدتي رحمها الله،

إخوتي أنسي في الحياة: عبد الناصر، زكريا، محمد، سيد أحمد وأنس.

صديقاتي في الدراسة و الإقامة...

إلى أساتذتي وكل الأحبة...

حنان

إهداء

الشكر والحمد لله رب العالمين و الصلاة و السلام على أشرف المرسلين خيرالأنام وخاتم الأنبياء و المرسلين سيدنا و حبيبنا و رسولنا محمد الأمين فأهدي هذا العمل الزهيد لجنتي و حبيبة قلبي "أمي".....

ومن ثم إلى أبي الغالي و لإخوتي أصدقاء دربي "كاظم" و "لؤي" وأميرتي "براءةنيرة"

والشكر موصول أيضا إلى من هي في مقام أمي الدكتورة "بن سايح حسنية" وكل التحية لأفراد العائلة الكرام و الأساتذة الأفاضل و ك لمن كان لنا بالسند والعون.....

بقلم معاذ

ملخص الدراسة بالعربية:

هدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج دنفر في تطوير مهارات الحياة اليومية ومهارات المعرفية لدى الاطفال التوحد حيث اقتصرت المهارات المعرفية على الانتباه ،الادراك والتركيز ومهارات الحياة اليومية على اللباس من تشبيك سحاب وتزرير .

تمت الدراسة على 05 حالات من 06 إلى 11 سنة معتمدين على المنهج التجريبي للمجموعة الواحدة مسجلين بالأدوات التالية : المقابلة العيادية ،الملاحظة العيادية ،الملف الطبي للحالة ،شبكة الملاحظة المتبع وبرنامج دنفر للتدريب .

وخلصت الدراسة لنتيجة مفادها أن البرنامج يحسن من مهارات الطفل التوحدي المعرفية (الانتباه ،التركيز والادراك) ومن مهارات الحياة اليومية (اللباس من تشبيك وتزرير وسحاب) وف الاستجابة للحالات من حالة لأخرى لتداخل عدة عوامل منها التدخل الأثري ،تقبل الطفل في الأسرة والعمل على مساعدة المختص .

الكلمات المفتاحية : التوحد ،برنامج دنفر ، مهارات الحياة اليومية ، المهارات المعرفية ، شبكة الملاحظة .

ملخص الدراسة بالإنجليزية:

Abstract :

The study aimed to know the effectiveness of the Denver program in developing daily life skills and cognitive skills for autistic children, where cognitive skills were limited to attention, awareness, focus and daily life skills on clothes, from interlacing zippers and buttoning.

The study was conducted on 05 cases from 06 to 11 years old, relying on the experimental approach for one group, registered with the following tools: Clinical interview, clinical observation, case medical file, observation network followed and Denver training program.

The study concluded with the result that the program improves the cognitive skills of the autistic child (attention, concentration and cognition.(

Among the daily life skills (clothing, buttoning, and zippers), responding to cases from one case to another due to the overlap of several factors, including archaeological intervention, accepting the child in the family and working to help the specialist.

Keywords: Autism, Denver program, daily life skills, cognitive skills, observation network.

فهرس المحتويات

شكر وعرفان
إهداء
مقدمة: ..... أ
الفصل الأول: 3
الإطار العام للدراسة 3
01- الإشكالية : 3
02- الفرضيات : 4
03- أهمية الدراسة: 4
04- أهداف الدراسة: 4
05- أسباب اختيار الموضوع: 4
06- التعاريف الإجرائية: 5
07- الدراسات السابقة: 5
الفصل الثاني: 7
الإطار النظري للدراسة 7
تمهيد : 8
1- تعاريف عن التوحد : 8
2- النظريات المفسرة للتوحد : 13
3- تشخيص التوحد: 17
4- علاج التوحد: 25
5 - العلاج باللعب Playing : 28
6- مهارات الحياة اليومية لدى الطفل التوحدي: 38
7- المهارات المعرفية لدى الطفل التوحدي: 39
8- خلاصة الفصل 41
الفصل الثالث: 42
برنامج دنفر 42
تمهيد : 43
1- تعريف برنامج دينفر للعلوم الصحية: 43

2- أهداف برنامج دينفر للعلوم الصحية: 43
3- الأسس النظرية التي يستند عليها برنامج دينفر للعلوم الصحية: 44
4- مراحل تطبيق برنامج دينفر للعلوم الصحية: 45
5-تصميم وتطبيق خطة التدخل: 47
6- برامج التدخل المبكر: 51
ملخص الفصل: 54
الفصل الرابع: 55
الجانب الميداني 55
تمهيد: 56
1- الدراسة الاستطلاعية: 56
2- الدراسة الأساسية: 57
1- منهج البحث: 57
الفصل الخامس: 67
عرض،تحليل ومناقشة النتائج: 67
تمهيد: 68
1- عرض وتحليل نتائج الدراسة: 68
2- مناقشة نتائج الدراسة على ضوء فرضيات الدراسة: 76
استنتاج عام : 78
خاتمة 79
اعتمدت على المراجع التالية : 82
قائمة المراجع 82

قائمة الجداول

رقم	العنوان	الصفحة
01	وصف العلامات الأولى التي تظهر على الطفل من الميلاد إلى 3سنوات	34
02	جدول توضيحي لعينة الدراسة	69
03	نموذج دنفر لأطفال التوحد حسب اشكالية الدراسة	70
04	يوضح مراحل ومحتوي الجلسات مع الحالات	74
05	شبكة الملاحظة للحالة الأولى	80
06	شبكة الملاحظة للحالة الثانية	81
07	شبكة الملاحظة للحالة الثالثة	82
08	شبكة الملاحظة للحالة الرابعة	85
09	شبكة الملاحظة للحالة الخامسة	86

مقدمة

مقدمة:

يعتبر التوحد من الاضطرابات النمائية التي تحتاج تظافر عدة تخصصات لوضعه في القالب الصحيح الملائم للعلاج الملم بكل الجوانب الفيزيولوجية، النفسية، الأسرية والاجتماعية إذ يُعرَّف: بأنه عجز يُعيق تطوير المهارات الاجتماعية و التواصل اللفظي و غير اللفظي واللعب التخيلي و الإبداعي، و هو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات و معالجتها بواسطة الدماغ، مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط و خلق علاقات مع الأفراد، وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ، وعدم القدرة على التصور و الملائمة التخيلية (محمد:2007،7)، ولهذا كانت برامج علم النفس المبنية للتدخل والمساعدة في علاج، تأهيل ودمج الطفل التوحدي منطلقة من عدة مسلمات أهمها : أن الطفل التوحدي هو حالة فريدة من نوعها لأسرة تتفرد بخصوصيتها ويحتاج للدمج في مختلف المجالات المكونة لشخصيته، من هذه البرامج :برامج التدخل المبكر مثل برنامج ABA، برنامج تيتش وبرنامج دنفر ؛ حيث أظهرت عدة دراسات أن التدخل المبكر يزيد من فرصة تعليم وتأهيل الطفل لدخول المراحل الدراسية الأخيرة وأحيانا يؤهله لإيجاد مهنة ما، مقارنة مع الأطفال الذين لم تتح لهم فرصة التدخل المبكر (محمد:66، 2005) كما يُعرف نموذج دنفر على أنه التفاعل بين كل من النمو الانفعالي و الاجتماعي والتواصلي و الإدراكي و القائم أصلا على النظرية التطورية و المعتمدة على اتجاهات النمو المعرفي لبياجيه ومن هذا الأساس جاءت دراستنا الأكاديمية هذه، إذ تم الاختيار للموضوع انطلاقا من ميول الباحثين لدراسة كل ما يتعلق بالطفل، إذ كان عنوان الدراسة دور برنامج دنفر في تطوير المهارات المعرفية ومهارات الحياة اليومية لدى الطفل التوحدي على عينة مكونة من خمسة حالات في جمعية الأمل للتوحد وتريزوميا 21 بعد البحث في الملحقة الاستشفائية لمستشفى" يوسف الدمرجي" بتيارت ونظرا لاستحالة الحصول على رخصة إجراء التربص من جهة ورفض الملحقة لاستقبالنا كمتربصين من جهة أخرى تم البحث والوصول إلى الجمعية على أمل الحصول على ترخيص مستقبلا وللبدء في إجراء التطبيق الذي يحتاج على الأقل لأربعة أشهر ونصف للنظر في النتيجة ورغم أن الجمعية منحتنا وقت شهر قابل للتمديد أسبوعين على أقصى حد، كان الاسبوعين الأوليين للملاحظة والمراقبة واختيار العينة مما قلص مدة التطبيق، كذلك صعوبة وجود برنامج مكيف سهل التطبيق على البيئة الجزائرية فتم تجاوز هذا من خلال تطبيق مسلمات البرنامج على نموذج مكيف ومبسط لبرنامج المونتيسوري للأرطوفونية "سلمى حمادو"، وتجاوز عدم وجود مكان للمقابلات من خلال طاولة وكرسيين وحاجز في ركن مجاور للشرفة لتثبيت المكان وسهولة تكيف الأطفال مع الوضع لنتائج أحسن، صعوبة تقدير درجة التوحد؛ حيث تم استعمال نتائج مقياس الcars للمختصين النفسانيين المستعملين له قبلا لمعرفتهم المثلى بالطفل والاطلاع على الملف الطبي الموجود وتعويض المعلومات الناقصة من خلال مقابلات ارتجالية مع الأولياء، هذا فيما يخص الجانب التطبيقي.

أما فيما يخص الجانب النظري فتكرار المعلومات في كل المصادر وندرة المعلومات عن برنامج دنفر بالعربية ونقص الدراسات السابقة التي توصل لها الباحثان عن فاعلية برنامج دنفر على أطفال التوحد في الجزائر، إذ تم التطرق في الفصل الأول إلى تقديمالإطار العام للدراسة من اشكالية، فرضيات، ، أسباب وقيمة الدراسة، التعريفات الاجرائية والدراسات السابقة، الفصل الثاني خصص لمهارات الحياة اليومية والمهارات المعرفية لطفل التوحد حيث تم التطرق إلى تعريف التوحد، الخصائص النفسية للطفل التوحدي، النظريات المفسرة للتوحد، تشخيص التوحد وعلاجه خاصة العلاج باللعب، المهارات المعرفية ومهارات الحياة اليومية. وتطرقنا في الفصل الثالث إلى برنامج دينفر للعلوم الصحية من خلال التعريف بالبرنامج، أهدافه، الأسس النظرية له، مراحل تطبيقه وتصميم خطة للبرنامجوبرامج التدخل المبكر.

الجانب التطبيقي تم عرضه من خلال فصلين الأول عرض الاجراءاتالمنهجية للدراسةبدءا من الدراسة الاستطلاعية، الأساسية ، منهج الدراسة، أدواتها وحدودها المكانية والزمانية والبشرية. والفصل الرابع خصص لعرض وتحليل النتائج للحالات الخمس، تحليل شبكة الملاحظة ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات.

وفي الاخير كان الختام لوصف واقع اضطراب التوحد من وجهة نظر الباحثة متبوعا باقتراحات الدراسة، المراجع والملاحق.

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

01- الإشكالية

02- الفرضيات

03- أهمية الدراسة

04- أهداف الدراسة

05- أسباب اختيار الموضوع

06- التعريفات الإجرائية

07-الدراسات السابقة

01- الإشكالية :

إن الأطفال هم آباء الغد والمستقبل، لذا فإن الاهتمام بكل ما يخصهم هو أولوية علمية و أخلاقية، وممّا يُهدّد هؤلاء الأطفال في السنوات الأخيرة ما اصطلح عليه بطيف التوحد، إذ تُشير الدراسات الإحصائية إلى ما يُقارب خمسمائة طفل مصاب بالتوحد في الجزائر، بالرغم من عدم الفصل الواضح في أسباب هذا الاضطراب إلاّ أن محاولات العلاج والتخفيف من حدّته في تزايد كل مرة.

يعتبر التوحد من أصعب الإعاقات التطورية التي تُصيب الطفل خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر، إذ أنّ الطفل التوحدي يُعاني من اضطرابات في التواصل والاتصال البصري بالآخرين خاصة وعدم القدرة على تشكيل علاقات سواءً دائمة أو مؤقتة عامة، كما يتصف بعدم الاستقلالية لانعدام المهارات الحياتية، وهو ما يُشكل عائقا أمام أسرة الطفل التوحدي عامة والأم خاصة والأسرة المدرسية لاحقا.

من التقنيات العلاجية التي حاولت التعامل مع الطفل التوحدي لتحسين أدائه ووظائفه المعرفية ومهارات الحياة اليومية، برنامج دنفر للتدخل المبكر الذي عمل على أساس التوصيات التي قدمتها نظريات النمّو والتي تُؤثر بدورها على الأهداف الموضوعة، إجراءات التدخل، طرائق وأساليب التعلّم الخاصة بالأطفال ذوي اضطراب التوحد في سنواتهم الباكرة. ومن هنا نجد أن برنامج دنفر يستند أساسا على نظرية النمّو المعرفي في عملية تطوير العلاقات بين الأفراد والتواصل فيما بينهم.

ومن الدراسات التي تناولت موضوع برنامج دينفر على أطفال التوحد، دراسة بوجمعة ليندة 2008 التي وصلت إلى نتيجة وجود تغيير نسبي في سلوك الأطفال لدى حالتين من ولاية مستغانم.

التوحد أو اضطراب التوحد هو واحد من الامراض العصرية التي شدت عقول الباحثين في محاولات علاجها وطرق التعامل مع هذا النوع من المضطربين وكيفية بناء المهارات المختلفة لدى هذه الشريحة من الاطفال من حيث توافر العديد من العلاجات والبرامج من خلال العمل الدؤوب والمتواصل لمراكز الأبحاث العالمية المتخصصة إذ نذكر منها برنامج دنفر.

والمعروف عن هذا النوع من الاضطرابات أنها تمس كل ما هو اجتماعي في حياة المضطرب وكل ما يحيط به فيجعله في حالة من الانطواء والعزلة، إذ لديهم خلل في مجال استقبال المعلومات أو توصيلها للآخرين، هذا من جهة ومن جهة أخرى نجد برنامج دنفر يعتمد في مسلماته على التعلم باللعب الجماعي المنسّق، ومنه كان التساؤل التالي: هل يحسن برنامج دنفر من بناء و تطوير المهارات المعرفية و مهارات الحياة اليومية لدى أطفال التوحد ؟

***- التساؤل العام:**

هل يحسن برنامج دنفر من بناء وتطوير المهارات المعرفية ومهارات الحياة اليومية لدى أطفال التوحد؟

***-التساؤلات الجزئية:**

- كيف يساهم برنامج دينفر في تطوير المهارات المعرفية لدى الطفل التوحدي ؟

-كيف يساهم برنامج دينفر في تطوير مهارات الحياة اليومية لدى الطفل التوحدي ؟

02- الفرضيات :

- يُساهم برنامج دنفر في تطوير المهارات المعرفية لدى الطفل التوحدي.
- يُساهم برنامج دنفر في تطوير مهارات الحياة اليومية لدى الطفل التوحدي.

03- أهمية الدراسة:

1- دراسة فاعلية برنامج دنفر على أطفال التوحد.

2- المساهمة في إثراء الدراسات المهتمة بأطفال التوحد.

3- مساعدة العائلة، المربي في التعامل مع أطفال التوحد.

4- محاولة تكييف برنامج دنفر على أطفال التوحد لولاية تيارت.

5- استثمار طاقات أطفال التوحد ومحاولة دمجهم في مختلف أنساق الحياة اليومية.

04- أهداف الدراسة:

1- اختبار فعالية برنامج دنفر في تنمية المهارات المعرفية لدى أطفال التوحد.

2- اختبار فعالية برنامج دنفر في تنمية مهارات الحياة اليومية لدى أطفال التوحد.

3- تحديد جاهزية برنامج دنفر للتطبيق على أطفال التوحد.

05- أسباب اختيار الموضوع:

1. الميل الذاتي لدراسة كل ما يتعلق بالطفل.
2. انتشار اضطراب طيف التوحد ممّا يستدعي العمل عليهم.
3. محاولة مساعدة الأسرة، المربي والمدرسة في احتواء فئة أطفال التوحد.
4. وجوب التكفل المبكر، المتخصص والفعّال بفئة أطفال التوحد على اختلاف درجاتهم.

5. محاولة استطلاع فاعلية برنامج دنفر.

06- التعاريف الإجرائية:

1- **التوحد:** هو تأخر في مهارات الحياة اليومية والمهارات المعرفية عن الأقران في نفس السن.

2- **أطفال التوحد:** الأطفال الذين يعانون من توحد متوسط أو خفيف حسب مقياسCARS.

3- **مهارات الحياة اليومية:** التشبيك، التزرير والسحاب.

4- **المهارات المعرفية:** الانتباه، التركيز والإدراك.

5- **برنامج دنفر**: مجموعة من التقنيات مثل اللعب والمرح للوصول لهدف محدد بطريقة واحد لواحد أي باحثة- طفل توحدي.

07- الدراسات السابقة:

جزائرية محلية:

- **أحمد عاطف بعزازي 2020**

- **دراسة بوجمعة ليندة(2015):** المعنونة بالتدخل المبكر للتوحد باستعمال نموذج دنفر بهدف التحسين من ثلاثة أعراض أساسية التوحد: العلاقات الاجتماعية، التواصل و الاستقلالية لدى حالتين في الخامسة من العمر مدرجين في جمعية للتوحد بمستغانم، حيث طُبق النموذج لمدة ثلاثة أشهر وتم التوصل إلى تحسن نسبي في العلاقات الاجتماعية، التواصل والاستقلالية عامة وبدرجات متفاوتة لدى كل حالة.

- **دراسة بوغنيسة فاطمة(2021):**المعنونة بفاعلية برنامج تيتش لتأهيل أطفال التوحد بهدف تحسين المهارات الحركية وكل المفاهيم الجسمية والمكانية لتأهيل أطفال التوحد لدى خمس حالات من الفيديرالية الوطنية للتوحد حيث تم التأكد من قابلية برنامج تيتش في تأهيل الطفل التوحدي.

- **دراسة طاس فتيحة (2016):**المعنونة بفاعلية برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين، دراسة عيادية لخمسة حالات في مستشفى الأمراض العقلية والنفسية للأطفال " محفوظ السبسي" غرب العاصمة، تحت سن الخمس سنوات حيث توصلت الدراسة لنتيجة أن برنامج ABA يساهم بدرجة كبيرة في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي.

- **دراسة بن سودة ابتسام (2016):** المعنونة بفاعلية برنامج ABA في تحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين، دراسة ميدانية بمستشفى الامراض العقلية " حمداني عدة" بتيارت من خلال العينة القصدية المقدرة ب4 حالات فيسن الخمس سنوات لمدة تسعة أسابيع، توصلت لنتيجة مفادها: تحقيق نتائج جيدة لبرنامج ABAعلى الطفل التوحدي.

التعقيب على الدراسات السابقة:

تتشابه دراستنا بعنوان دور برنامج دنفر في بناء مهارات الحياة اليومية والمهارات المعرفية مع دراسة ليندة **(2015)** المعنونة بالتدخل المبكر للتوحد باستعمال نموذج دنفر بهدف التحسين من ثلاثة أعراض أساسية للتوحد : العلاقات الاجتماعية، التواصل والاستقلالية في الهدف وهو مدى فاعلية نموذج دنفر على الطفل التوحدي، ومع دراسة فتيحة **(2016)** تحت عنوان "فاعلية برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABAفيتنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين " في عدد العينة أي دراسة عيّاديةلخمس حالات ومع دراسة ابتسام **(2016)** المعنونة بفاعلية برنامج ABA في تحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين في تطبيق نفس المنهج وهو المنهج العيادي ونفس الأداة وهي شبكة الملاحظة وفي نفس العينة وهي العينة القصدية ومعدراسة فاطمة **(2021)** المعنونة بفاعلية برنامج تيتش لتأهيل أطفال التوحد بهدف تحسين المهارات الحركية وكل المفاهيم الجسمية والمكانية لتأهيل أطفال التوحد في العينة " خمس حالات" وفي نفس مكان إجراء الدراسة وهو جمعية الأمل للتوحد.وتتشابه دراستنا مع كل الدراسات في النتيجة إذ يوجد تحسن في المهارات على اختلافها باستعمال برامج التدخل المبكر على تنوعها.

وتختلف دراستنا عن دور برنامج دنفر في تطوير المهارات المعرفية ومهارات الحياة اليومية للطفل التوحدي مع دراسة فتيحة **(2016)** لمعنونة بفاعلية برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين ودراسة ابتسام **(2016)** المعنونة بفاعلية برنامج ABA في تحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين في البرنامج المستعمل إذ ودراسة فاطمة **(2021)** المعنونة بفاعلية برنامج تيتش لتأهيل أطفال التوحد بهدف تحسين المهارات الحركية وكل المفاهيم الجسمية والمكانية لتأهيل أطفال التوحد، تمت دراستنا على برنامج دنفر ودراسة ليندة وابتسام على برنامج ABA ودراسة فاطمة على برنامج تيتش

.

الفصل الثاني:

الإطار النظري للدراسة

التوحد، مهارات الحياة اليومية والمهارات المعرفية لدى الطفل التوحدي

تمهيد

1- تعاريف عن التوحد

2- النظريات المفسرة للتوحد

3- تشخيص التوحد

4- علاج التوحد

5- العلاج باللعب

6- مهارات الحياة اليومية

7- المهارات المعرفية

خلاصة الفصل

تمهيد :

بالرغم من صعوبة الاكتشاف و عدم إدراك العديد من أولياء الأمور لاضطراب الطفل التوحدي إلا أن معدل انتشار التوحد يقدر بحوالي 30 – 40 حالة توحد لكل 100 ألف طفل، في حين حدد المركز القومي للأطفال و الشباب ذوي الإعاقات أن نسبة انتشار التوحد تتراوح بين 5-15 حالة توحد لكل 10000 طفل، و هو منتشر بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة (4-1) (رياض:11 ،2008).

1- تعاريف عن التوحد :

يرى (**بدر: 731، 1997**) أن التوحد هو اضطراب انفعالي من العلاقات الاجتماعية مع الاخرين، ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية و خاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة، و يؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية، مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية.

ويرى (**عز الدين: 18، 2001**) أن التوحد يعتبر اضطرابا يتعلق بتطور الدماغ مع وجود بعض الملامح المميزة و الخاصة بالإعاقة التواصلية، و بعض الاهتمامات الطقوسية غير القابلة للتغيير، و يعتبر التوحد المصنف الرئيس لمجموعة من الاضطرابات التي يطلق عليها مجتمعة مصطلح الاضطرابات النمائية المنتشرة.

في حين أن (**الخطيب: 27، 2004**)عرفه على أنه اضطراب انفعالي شديد يعتقد أنه نتاج تلف في الدماغ يعيق النمو العقلي و الاجتماعي للطفل المتبوع بتخلف عقلي شديد، غير أنه نادر الحدوث نسبيا.

بينما (**فاروق و الشربيني، 2011**) قال فيه أنه أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، ما ينتج عنه تلف في الدماغ (خلل وظيفي في المخ) يؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي، و في التواصل اللفظي وغير اللفظي، عدم القدرة على التخيل ويظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل.

حيث أقترحت ماري كولمان ثلاثة تصنيفات للتوحد هي المتلازمة التوحدية الكلاسيكية، و يحدث تحسن لها ما بين سن الخامسة و السابعة، متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض التوحد و تكون مثل الأولى إلا أنه يحدث تأخر لمدة شهرو المتلازمة التوحدية المعوقة عصبيا، ويظهر لدى المصابين بها مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيضية، متلازمات فيروسية مثل الحصبة و متلازمة الحرمان الحسي.

و اقترح كل من سيفن و ماتسون و كووفيو سيفن (Sevin, Matson, CoeFee & Sevin) تصنيفا من أربع مجموعات كما يلي :

1-المجموعة الشاذة **Atypical group**: يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية و المستوى الأعلى من الذكاء.

2- المجموعة التوحدية البسيطة (**MildlyAutistic Group**): يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، و حاجة قوية للأشياء و الأحداث، لتكون روتينية كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا و إلتزاما باللغة الوظيفية.

3- المجموعة التوحدية المتوسطة (**ModeratlyAutistic Group**) : و يمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية : استجابات اجتماعية محدودة، و أنماط شديدة من السلوكات النمطية (مثل التأرجح و التلويح باليد) لغة وظيفية محدودة و تخلف عقلي.

4- المجموعة التوحدية الشديدة (**Severely Autistic Group**) : أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، و تخلف عقلي على مستوى ملحوظ (الزريقات : 49-48 ،2004).

و هذا يبين أن تعاريف التوحد قد تعددت و توالت سواء في العالم العربي أو الغربي، و لطالما كان هذا الاضطراب محط اهتمام الكثير من الباحثين في علم النفس.

- الخصائص النفسية للطفل التوحدي:

يمثل نمط شخصية الطفل التوحدي كينونة أو وحدة طبيعية تكون متسقة عبر الزمن، فمن العام الثاني تبقى شخصية الطفل واضحة ومتسقة مدى الحياة. والشخصية والذكاء ينموان، والملامح المعينة أو المحددة إما أن تسود أوتتراجع. وتوجد صعوبات في مرحلة الطفولة المبكرة في تعلم المهارات العملية البسيطة وفي التكيف الاجتماعي. هذه الصعوبات تنشأ بسبب مشكلات في التعلم ومشكلات المسلك، وفي المراهقة تكون هناك مشكلات في الأداءالوظيفي، أما في مرحلة الرشد فتعلن الصراعات الزواجية والاجتماعية عن نفسها.ويمكن تناول أهم الخصائص النفسية على النحو التالي:

1- مفهوم الذات للأطفال التوحديين: يعرف) زهران :67 ، 1997) مفهوم الذات بأنه تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات و التقييمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد، ويعتبره تعريفا نفسيًا لذاته. ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة المحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية أو الخارجية وتشمل هذه العناصر المدركات و التصورات التي تحدد خصائص الذات كما تظهر إجرائيا في وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو "**مفهوم الذات المدرك**"، والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة التي يعتقد أن الآخرين في المجتمع يتصورونها والتي يتمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين "**مفهوم الذات الاجتماعي**" والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة المثالية للشخص الذي يود أن يكون مفهوم الذات المثالي.

يعرف ليو(Leo : 2008) مفهوم الذات على أنه " مجموعه من التصورات حول أنفسنا، فهو الطريقة التي ننظر بها إلى أنفسنا من خلال علاقتنا بالآخرين، ويتضح هذاالمفهوم لدينا من خلال اتصالنا بالآخرين، ومن خلال إمدادنا بالتغذية الراجعة منهم، إنها المدركات التي تجعلنا نحس بالسعادة وتخفض لدينا مفهوم الوحدة النفسية".

ويريكروجر(Kruger : 2008) أن مفهومالذات يتضمن التعبير عن الذات، فالسلوك الاجتماعي له دلالة قوية مع الذات، كما أنه يرتبط بها ايجابيًا، كما أنتعبيرات الوجه تعبر دائما عن مفهوم الذات الحقيقي، فمفهوم الذات الحقيقي يندرج تحت التفاعل الاجتماعي بينالطفل ومن يحيطون به.

وقد أجريت عدة من الدراسات عن مفهوم الذات لدى الأشخاص التوحديين فقد فحصت دراسة بارناد (Barnad : 2008) العلاقة بين مفهوم الذات وعامل الذكاء لدى المراهقين، وتكونت عينة الدراسة من 20شخصا توحديا، تراوحت أعمارهم ما بين 11-7عاما، وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود علاقة بين الذكاءومفهوم الذات.

أما دراسة هريوت (Heriot : 2008) فقد فحصت العلاقة بين الكفاءة الاجتماعية ومفهوم الذات لدى الأطفال التوحديين، وتكونت عينة الدراسة من 17طفلا من التوحديين في عمر يتراوح ما بين 13-7عاما،وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة سلبية بين الكفاءة الاجتماعية ومفهوم الذات.

ويشير شاتك وبول (Shattuck& Paul) إلى أن السلوك التكيفي للأطفال التوحديين يرتبط إلى حد كبير بمفهوم الذات،فكلما ارتفع سلوكهم التوافقي والتكيفي كلما ارتفع مفهومهم عن ذواتهم. ويرتبط أيضًا إلى حد كبير بقدراتهم العقلية، وكذلك يرتبط بمعاملة الوالدين، والمستوى الثقافي الاجتماعي للأسرة.

2- **يرى كانر أن الطفل التوحدي يولد فطريا عاجزاعن الاتصال الانفعالي مع الآخرين** (Dodd 1 : 2005) ولا يظهر رابطة عاطفية مع والديه، ولا يشترك في اتصال بالعين.

3-**الأطفال التوحديون قد يتضايقون كثيرا عندما تهتم أمهاتهم بأطفال غيرهم**.

وقد يعبرون عن ذلك بسلوكيات غير لائقة من أجل أن يجلبوا انتباه أمهاتهم أوأشخاص آخرين كمعلميهم. ومن الأمور المنطقية أيضا أن نستنتج أنه بسبب وجود سلوك التعلق بالغير لدى الأشخاص التوحديين وبسبب امتلاكهم لمشاعرعاطفية، فإن شعورهم بالغيرة عندما يتحول اهتمام شخص يحبونه إلى شخص آخر، أمر محتمل جدًا)الشامي :118 ،2004).

4- **من الملامح المميزة للأطفال التوحديين الصراخ والبكاء كاستجابة للانزعاج أو الإحباط،** وفي بعض الحالات قد تتجه نوبات الغضب هذه إلى سلوك عدواني نحو الآخرين، وهذه السلوكيات تتداخل مع التفاعل الاجتماعي المناسب و تساهم في إحداث صراعات بين هؤلاء الأفراد) الزريقات :40 ،2004)، ويعرف الغضب وفقًا لبيرني(Burney :2001) على أنه انفعال سلبي حاد يستند إلى تفسيرات معرفية وخبرات سابقة ويعرفه إنرايت و فيتزجيبنس (Enright & Fitzgibbons) على أنه حالة داخلية تتضمن كلا من الأفكار والمشاعر، وحالة خارجية عندما يتم التعبير عنها لفظيا وسلوكيا ويعرف باريو وآخرون (Barrio et Al : 2004 , 228) الغضب على أنه حالة داخلية تنظم نوعًا من التفاعلات داخل البيئة، وإنها من الممكن أن تكون عابرة أو تفاعلية في ارتباطها مع الوضع القائم، وحالة الغضب أو النزعة إلى الغضب تتطور إلى انفعالات حادة ومتكررة ويعرف الغضب على أنه حالة انفعالية تتكون من مشاعر تتباين في شدتها من الضيق، والاستثارة البسيطة إلى التهيج والغيظ الشديدين، ويكون مصحوبا باستثارة في الجهاز العصبي المستقل. وتحدث نوبات الغضب عندما يطرأ تغير على بيئة الطفل التوحدي لاسيما إذا كان التغير يمس جوانب السلوكيات الاستحواذية التي اعتادها الطفل مثل طريقة أو أنواع الأكل الذي يفضله.

5- الخجل والشعور بالذنب : الأشخاص التوحديون يعانون صعوبة في تعلم القواعد الاجتماعية للمجتمع، وحيث إنهم يعانون في أكثر الأحيان التأخر الذهني، فإنهم قلما يظهرون شعورًا بالذنب أو الخجل، فهم لايفهمون سببا لأهمية إتباعهم لقواعد المجتمع لكي يقبلهم الناس. فقد يشاهدون وهم يخلعون ملابسهم أمام الناس، أو يمارسون العادة السرية، أو يقهقهون، أو ينفجرون في نوبة غضب أو يأخذون طعاما من صحون غيرهم، فإن درجة الافتقار إلى هذه المشاعر ستختلف من شخص توحدي إلى آخر (الشامي: 2004،115).

6-**الاضطرابات النفسية المقررة لدى الأفراد التوحديين كانت** : الاكتئاب، والحركة الزائدة، وعدم الانتباه، والعدوان، واضطراب الوساوس القهرية والمخاوف، والقلق المعمم واضطراب الهلع، وقلق الانفصال، والقلق الاجتماعي (Luiselli et al , 2006).

وانتهت نتائج دراسة كيم وآخرين (Kim et al, 2000) إلى أن 13.6 من الأطفال التوحديين يحصلون على درجات مرتفعة على مقاييس القلق المعمم.

ويعتبر الأطفال التوحديون على وجه الخصوص أكثر الأشخاص عرضة للشعور بالقلق، وهو أمر طبيعي بالتأكيد نظرًا لافتقارهم للقدرة على استخلاص المغزى من المواقف التي يتعرضون لها، وطرح الأسئلة المناسبة التي توضح لهم ما يمرون به، وبطبيعة الحال فإنه من الصعب بمكان أن نستثني من هذا الأمر العوامل الأساسية للشعور بالقلق الشديد التي قد تظهر في ظروف عادية مشابهة. وكذلك قد تكون المعاناة من القلق هي محور برامج التدخل العلاجي.

وانتهت نتائج دراسة لف وآخرين (Love et al , 1990) إلى أن الأطفال التوحديين يكونون أكثر خوفا من العواصف الرعدية، والأماكن المظلمة، والتواجد في حشود، والغرف المظلمة أو المغلقة، والذهاب إلى النوم في الظلام، والأماكن المغلقة.

وقد يكون لدى الطفل الخوف من أشياء قد تكون عادية كالطائرة، مثًلا، أو مرور سيارة كبيرة، وفي الجانب الآخر نجد هذا الطفل لا يخاف من أشياء يستوجب الخوف منها وتنبه للخطر كالجري في الشارع دون الالتفات للسيارة القادمة، فقد نجد بعض الأطفال التوحديين شديدي الخوف بدون داع بينما نجد آخرين يكونون لا مبالين بأي خطر حولهم.

ومن المراجعات الهامة التي فحصت الاضطرابات الاكتئابية لدى الأفراد التوحديين مراجعة لينهرت و فولشتين(Lainhart et Folstein :597 , 1994) حيث قاما بمراجعة 17 دراسة أجريت على الأفراد التوحديين، وكان نصف المرضى في هذه الدراسات من الإناث، 35 في المئة من المرضى التوحديين كانت بداياتهم مع الاضطرابات المزاجية في مرحلة الطفولة، و 50% في المئة لديهم تاريخ أسري من الاضطرابات المزاجية ومحاولات الانتحار، وكانت بداية اضطرابات المزاج واضحة والنوبات المنفردة كانت مقررة في 06 حالات، واضطرابات المزاج المتكررة والمزمنة كانت واردة في 11 حالة، و08 حالات لديهم نوبات اكتئابية، و04 حالات يعانون من نوبات هوس و04 حالات تعاني من نوبات اكتئاب وهوس، وإحدى الحالات تعاني من نوبات مزاجية مختلطة.

ومن الدراسات المهمة دراسة كيرتا و نكيزي (Kurita et Nakayasy , 1994) و التي تناولت فحص طفل توحدي من الذكور يعاني من اكتئاب موسمي.

7- **الاضطرابات الذهانية المقررة لدى الأفراد التوحديين** : الاضطرابات الذهانية المقررة لدى الأفراد التوحديين كانت الهوس (Sverd , 2003) وأشارت نتائج دراسة فولكمر وكوهن (Volkmer & Cohn , 1991) إلى أن معدلات انتشار الفصام في الأفراد التوحديين تكون مماثلة لما وجد لدى الأسوياء في المجتمع وانتهت نتائج دراسة مواشين وآخرين (MoEachin et al , 1993) إلى أن التوحديين يسجلون درجات مرتفعة على مقاييس الذهانية وقد لمح مواشين إلى احتمال أن يجمع بعض الأطفال بين كل من الذهان والتوحد.

و منه يتأكد أن للأطفال التوحديين ما يميزهم عن غيرهم من الأطفال المضطربين أو المصابين باضطرابات من ذات الصنف.

2- النظريات المفسرة للتوحد :

أ- النظرية السيكودينامية :

1-تركز هذه النظرية على الوضع الطبيعي للطفل التوحدي من الجانب العضوي، وتؤكد علىحدوثمؤثرات قوية في مرحلة مبكرة تسفر عن إصابة الطفل بالاضطراب النفسي الشديد،ويضعأصحاب هذه النظريةالمسؤولية على المعاملة الوالدية الشاذة ، وبالذات معاملة الأم (قطب : 51، 2007).

2- قد تستعمل الأم طفلها لملء فراغها، وتعتبره شيء تمتلكه وموجود لها لا لنفسه (Goldstein : 1990 , Miller : 1986).

3- رابطة التعلق بين الأطفال التوحديين ووالديهم تكون معطلة أو معوقة (Rutter ,1978).

4-خوف الطفل وانسحابه من الجو الأسري وانعزاله بعيدًا عنه وانطوائه على نفسه.

5-تعرض الطفل للحرمان الشديد داخل الأسرة.

6- تدني العلاقات العاطفية بين الطفل وأسرته، وشعوره بفراغ حسي وعاطفي، مما يشجعه على الانغلاق على نفسه وعزلته عمن حوله (خطاب :41 ،2009).

لقد أسهم عمل الطبيب النفسي كانر Kaner مكتشف إعاقة التوحد في دعم الموقف من أن التوحد الطفولي هو ناتج بشكل أساسي عن عوامل نفسية، منها اتجاهات الآباء ومعاملتهم لأطفالهم، وأن الأطفال التوحديين كانوا معرضين منذ البداية إلى البرود الأبوي، والاستحواذي، ونوع آلي من الاهتمام بالاحتياجات المادية فقط. أما برونو بتلهايم Bruno Betleheim الذي استخدم نظرية التحليل النفسي لتفسير التفاعل الطفولي الأبوي باعتباره مركزا لتطور التوحد، فقد قال بأنهم السبب، بمعنى أن الأطفال يحاولون أن يراوغوا عن أنفسهم من مواقف لا يستطيعون تحملها. ليس من الضروري أن تكون اتجاهات الآباء هي التي تسبب التوحد، وهذا الرأي بأن التوحد ينشأ عن اعتقاد الطفل بأن الوضع المفرط هو أمر ميؤوس منه (الزريقات: 110-2004،111).

ومن المؤكد أن قول بعض علماء التحليل النفسي وخاصة في الستينيات أن التوحد سببه معاملة الوالدين للطفل وخاصة الأم، هو قول عار عن الصحة تماما وليست له علاقة بالتوحد (خليل :29 ،2006).

إذن فهذه النظرية رجحت أسباب الإصابة بالتوحد إلى المعاملة الوالدية و الحرمان الأسري و خاصة من جانب الأم و البرود الأبوي تجاه الطفل في أيام الطفولة المبكرة.

ب-النظرية النفسية المعرفية Theory of Mind :

تعد نظرية العقل من النظريات التي اكتسبت شهرة في الآونة الأخيرة (Baron-Cohen : 1995 ; Frith : 1989) وهذه النظرية هي امتداد للنظريـة هـي المعرفية في التوحد.

وظهر مفهوم نظرية العقل لـدى لأفراد بواسطة ولمان (Wellman,1992) لتفسير عمليات فهم الحالات العقليـة داخـل الفرد وخارجه. وتقول إن الطفل التوحدي غير قادر على التنبؤ وشرح سلوكيات الآخرين من خلال حالاتهم العقلية، في حين نجد أن الأشخاص الأسوياء لديهم فهم خاص أو إحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين. وبالتالي فالأطفال التوحديون يعجزون عن التمييز بين ما هو موجود في عقولهم وما هو موجود في عقول الآخرين (Dodd : 4 , 2005).

وتشير هذه النظرية إلى أن الفرد الذي يكـون قـادرًا علـى غزو أو فهـم الحالة العقلية للشخص الآخر لكي يمكنه فهم والتنبؤ بسلوك ذلك الشخص، ربما يمكـن رد هذا القصور في نظرية العقل إلى القصور السلوكي والاجتماعي لدى الطفل التوحدي الذي يؤدي إلى عجز في عملية الفهم (Happe , 1994).

ويمكن توضيح تطور نظرية العقل في الأطفال الأسوياء والذين يتقدمون بطريقة سوية، وتطور هذه النظرية لدى الأطفال التوحديين (Hale & Tager-Flusberg , 2005).

تشتق نظرية العقل في مرحلة الطفولة الباكرة أو مع الطفل الرضيع، وتستمر في النمو في مرحلة الطفولة وفي أواخر مرحلة الطفولة، وفي مرحلة الطفولة فإن الأطفال ينمون بطريقةسوية، ويبدون الرغبة للتفاعل مع الأفراد الآخـرين، فهؤلاءيشتركون اجتماعيا بطريقة نشطة وفعالة، ويظهرون القدرة على إظهار الأحداث مـن منظور الأفراد الآخرين بطريقة أولية في غضون عشرة شهور من العمر، كما أن الاهتمام المشترك هو مفتاح لمهارة أساسية في نمو نظرية العقل، ويبدأ بزوغه من 12-9شهرا من العمر، وكلما بدا الطفل منهمكا في الاهتمام المشترك للأشياء مع شخص آخر فهو عندئذ من الممكن أن يحملق في الطفل الآخر (Hughs & Leekam ; 2004).

ويستمر نمو هذه المهارات لدى الطفل في المرحلة ما بين السنة الأولى والسنة الثانية عندما يحفز الطفل مـن خـلال المشاركة في اللعب التخيلي، وفي التواصـل الاجتماعي مع الأطفال الآخرين. ويظهر الطفل في عامه الثالث اهتماما مكثفا في اللعب التظاهري أو الادعـائي، وهـذا يـدل ضمنا على أن الأطفال في هـذا المـدى العمري لديهم القدرة على تشكيل أو صياغة ما وراء التمثيلات للأحداث والتي تمثل خطوة هامة في نمو هذه النظرية (Happe , 1994).

ويبدي الأطفال مقدرة متزايدة على التنظيم الانفعالي في المرحلة ما بين السنة الأولى والسنة الثانية. ومن غير الواضح ما إذاكانت هذه الزيادة في المقدرة تعزى إلى فهم الطفل للانفعالات أو إلى عوامل أخرى (Hughs & Leekam , 2004).

والمعلم المهم لدى الطفل في هذه المرحلة يكون نمو اللغة حيث يتمكن الطفل ما بين السنة الأولى والسنة الثانية مناكتساب أنماط اللغة، والمقدرة على تفهم مشاعر الناس الآخرين ورغباتهم، وهذا يمكنهم من فهم أفكار الآخرين ومشاعرهم وادراكاتهم، وفي عمر الرابعة يتمكن الطفل النامي من فهم أن لدى الآخرين معتقداتهم وأفكارهم والتي تحدد سلوكياتهم (Happe , 1994).

ولا ريب في أن الطفل الذي ينمو في بيئة اجتماعية ثرية سوف يخبر قدرة أكبر على فهم معتقدات وأفكار الآخرين مقارنة بالطفل الذي نشأ في بيئة فقيرة بالمثيرات أو تكون أقل ثراء، كما أن الفروقات الثقافية من الممكن أن تؤدي إلى فروقات مهمة في كيف يفهم الأطفال الحالات العقلية المحددة (Hughs & Leekam , 2004).

كما أن نمو النظرية يمكن رؤيتها في إطار المحاكاة أو التقليد، ويمكن إبراز أهمية اللعب الادعائي باعتباره أحد العوامل الهامة في هذا الإطار، وأن البيئة تترك آثارًا واضحة من حيث الفرص المتاحة للعب الادعائي.

وفي هذا الصدد انتهت نتائج دراسة بارون كوهين (Baron – Cohen , 1985) والتي أجريت على 20طفلا توحديا في مهمة المعتقد الخاطئ False Belief إلى فشل % 80 من الأطفال التوحديين في المهمة .تبرز هذه الدراسة أن أكثر الملامح وضوحًا في التوحديين تكون في الأداء التواصلي والاجتماعي المنخفض والذي يفسر العجز في نظرية العقل لدى التوحديين. وأن لديهم قصورا كبيرا في نمو نظرية العقل، كما أنهم لا يصلون إلى نفس المستوى الذي يحققه أقرانهم الأسوياء، والأطفال التوحديون لديهم عجز واضح في الاهتمام المشترك مع الأشخاص الآخرين، فهم يعجزون عن التواصل بالإيماءات أو الإشارات مع الآخرين، وبدون صعوبات بالغة في مواقف المحادثة، وعن المبادأة بالحديث إلى الآخرين، والانهماك في محادثات تبادلية والاستمرار في المحادثة (Hale & Tager-Flushberg , 2005).

ويتطلب التواصل الفعال في الحسبان ما يعرفه المتحدث عن المستمع والتي تشمل المعرف والمشاعر، والحالات العقلية الأخرى.

فالطفل التوحدي الذي لديه تمثيل ذهني عن تناول الشخص للآيس كريم من الممكن أن تكون لديه صعوبة في استنتاج شيء مثل هذا. وهذا العجز على تشكيل ما وراء التمثيلات يشير إلى الخلل في المقدرة على فهم الأفكار والمعتقدات لنفسه وللآخرين، وفي الغالب تعزى إلى نوع من عمي العقل.

إن العجز الاجتماعي عند الأطفال التوحديين ما هو إلا نتيجة لعدم مقدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين ولديهم، فالمشكلات الاجتماعية هي نتيجة للعجز الإدراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية، وبالتالي فإن العجز الاجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل. ويعتقد أكثر الباحثين أن التوحد يبدأ ببعض القصور الفطري الذي يعوق الوظيفة الإدراكية المعرفية للوليد والقدرة على تفسير المثيرات، والتعامل مع العالم المحيط (أمين :63 ،1999).

تفسيرات معرفية أخرى:

وفي منتصف الستينات اتجه علماء النفس إلى التفسير المعرفي للتوحد، وكان هملن و أوكونر من هؤلاء العلماء الرواد في تفسير التوحد على أساس أنه نقص معرفي. ولقد اقترح هؤلاء العلماء أن الإعاقة الاجتماعية للأطفال التوحديين تأتي من عدم قدرتهم على تفسير أو تحويل أي مثير بطريقة لها معنى، أما آرنر فقد بين أن تلك الإعاقة المعرفية للتوحد ترتبط ببعض الصفات الاجتماعية والسلوكية وأنها تعتبر من الملامح الرئيسية لهذا الاضطراب، وليست شيئا ثانويا (قطب :67 ،2007).

وهناك من يتناول النظرية الخاصة بدور القشرة المخية في معالجة المعلومات المعقدة. فيفترض أن هناك ضعفا أوليا وأساسيا مضاعفا في القدرات المعرفية عالية التنظيم وذلك نتيجة الضعف المنتشر والمعمم، في معالجة المعلومات المعقدة ذات الأساس البيولوجي الذي يميزه نمط متخصص، من التركيب المتشجر والمتفرع عصبيًا بدلاً من النظر إليه، على أنه ناتج عن ضعف واحد أو فردي في عملية معرفية واحدة (قاسم، 60 -61 : 2001).

ويحاول العلماء المعرفيون إلقاء الضوء على العيوب المعرفية عند الأطفال التوحديين، ويرى البعض أن المشكلة الرئيسية هي في تغيير ودمج المدخلات من بين الحواس المختلفة. فيتصرف وكأنه أصم، كما أن هناك مشكلة لديهم تتعلق بالإدراك البصري. وهناك من يركز على الإدراك الحسي والذي يقول بأن العيب الرئيسي للطفل التوحدي هو في الأصوات كنتيجة لتلف الدماغ مثل الحبسة الكلامية.

وترى فرضية أخرى أن الأطفال التوحديين هم انتقائيون في انتباههم نتيجة عيب إدراكي (الزريقات، 116: 2004).

كما تفترض النظريات المعرفية أنالأفراد التوحديين لديهم قصور في مهارات التفاعل مع الآخرين في مراحل النمو المبكرة، وبالتالي يفشلون في تطوير تفاعلات اجتماعية مناسبة وفي قدراتهم على الاستبصار فعلى سبيل المثال لديهم صعوبة في التعرف على التعبيرات الانفعالية، ومضاهاة التعبيرات الوجهية لنوعية الصوت، وتقليد الاستجابات الانفعالية.

ج- نظرية التعلم الاجتماعي **Social Learning Theory**:

ترى نظرية التعلم الاجتماعي أن خصائص التوحديين تكون نتيجة لفشل عمليات التعلم الاجتماعي. والقصور في الجانب المعرفي يكون في التشفير وفي النوعية في إطار تشكيل التمثيلات الذاتية الأخرى، والقصور المعرفي منخفض المستوى يعلن عن نفسه في قصور التقليد الاجتماعي، وقصور الطفل عن التقليد في المراحل المبكرة من حياته يؤثر سلبا على قدرته على النمو الاجتماعي.

وفي الحالات الشديدة يعاق التواصل الاجتماعي أو لا يكون هناك تواصل على الإطلاق وعلى هذا فإن الكائنات الإنسانية يتم تجاهلها أو التعامل معها على أنها أشياء. والقصور في قدرة الفرد على المشاركة في التبادلات اجتماعية مثل سلوك التحية أو الفشل فيتكوين علاقات الأقران السوية وتطوير السلوك الاجتماعي السوي في مرحلة الطفولة، والاستمرار في العلاقات الاجتماعية غير السوية في الحياة. والقصور في بناء علاقات اجتماعية والمعرفة المكتسبة والقصور في اللغة فإنها مطمورة في جذور التوحد.

إلا أن هذه النظرية فسرت التوحد على أنه فشل في عمليات التعلم الاجتماعي وقصور في الجانب المعرفي في المراحل المبكرة من حياة الطفل لتشكل خلل في النمو الاجتماعي لتكون سببا أساسيا في جذور التوحد.

د- نظرية التكامل الحسي Sensory Integration Theory:

إعداد فيشر وموراي Fisher & Murray والتي تبنى على فهم علاقات السلوك والمخ و تحاول هذه النظرية تفسير الأداء الحسي العادي، وعمليات اختلال التكامل الحسي، وإرشادات فنية للتدخل. وأساس التكامل الحسي والتدخلات العلاجية الحسية الأخرى نبعت من خلال العلوم العصبية. ولهذا فإن هذه المعرفة العصبية تتمدد وتتسع، وهذه النظرية تبنى على أن الخبرات التي يتعرض لها المخ تعد لبناء المخ والأداء من الممكن أن تكون تكيفيًا أو لا تكيفي.

أما هذه النظرية فقد نسبت أسباب التوحد إلى أسباب حسية عصبية.

3- تشخيص التوحد:

1-التشخيص الطبي:

لا يوجد أي اختبار دم أو صورة شعاعية تسمح بتشخيص التوحد، لذا فإن التشخيص الصحيح والدقيق ينبغي مراقبة مستويات التواصل والسلوك والنمو لدى الأطفال التوحديين، وعلى السلوكيات المميزة التي قد تبدوواضحة للأهل وللأخصائيين على حد سواء في الأشهر إلى السنوات الأولى من حياة الطفل. ولكن نظرًا

إلى أن العديد من السلوكيات المرافقة للتوحد هي أيضا أعراض لاضطرابات أخرى، فقد يطلب إجراء اختبارات طبية مختلفة لتحديد أسباب ممكنة أخرى للأعراض الظاهرة أو استبعادها نهائيا) كوين: 66 ،2009)وفي التشخيص يتم استيفاء تاريخ حياة الطفل بعناية أثناء الحمل والذي يكون غاية في الأهمية فكثير من الأسباب تعزى إليه وإلى ما يحدث أثناء الولادة وما بعدها.

وهناك أسئلة موجهة للآباء من قبل الأطباء تتضمن ما يلي :

1- لم يتفوه بأية أصوات كلامية حتى ولو غير مفهومة في سن 12 شهرا.

2- لم تنم عنده المهارات الحركية (الإشارة – التلويح باليد – إمساك الأشياء) في سن 12 شهرًا.

3-لم ينطق كلمات في سن 16 شهرًا.

4-لا ينطق جملة مكونة من كلمتين في سن 24 شهرا.

5- عدم اكتمال المهارات اللغوية والاجتماعية في مراحلها الطبيعية) عامر:118 ، 2008).

ويمكن للأطباء القيام بالفحوص الطبية الآتية :

1-يشير سكجيلادل وآخرون (Skjeldal et al,1998) إلى أهم الفحوص التي يجب أن تجرى على التوحديين: الفحص النفسي، الفحص العصبي، الفحص العصبي الفسيولوجي، فحص حجم الرأس، الفحص الدماغي المرضي، فحص ردود فعل الأوتار ومشاكل الحركة.

2-التحليل الكروموسومي يكون غاية في الأهمية مع اضطرابات طيف التوحد، فالشذوذ الجيني أكثر تكرارًا مع حالات التوحد.

3-تقصي وجود الرصاص: هذا التقصي ضروري للأولاد الذين يبقون في مرحلة النمو الفموية الحركية لفترة طويلة من الزمن لما لذلك من مشاكل سلوكية في النمو.

4-اختبارات تصوير الدماغ (بواسطة التصوير بالرنين المغنطيسي) نادرًا ما تكون هذه الاختبارات مفيدة في تشخيص التوحد لكن طبيب الجهاز العصبي قد يطلب هذه الاختبارات لبعض الأولاد من أجل استبعاد أمراض أخرى (كوين، 76-79 : 2009).

5-تقييم سمعي منهجي: يمكن أن تحدد اختبارات مختلفة مثل مخطط السمع، ومخطط طبلة الأذن لتحديد ما إذا كان الطفل يعاني من إعاقة سمعية.

6- ويكون المسح السمعي باستخدام اديوجرام (وحدة قياس السمع) وهذا التشخيص غاية في الأهمية للأطفال في السنة الأولى والسنة الثانية من العمر، فالتاريخ الطبي يكون متخما ومفعمًا بأشخاص لديهم فقد سمعي وتم تشخيصهم خطأ على أن لديهم توحدا.

يجب الاهتمام بإجراء الفحوص الطبية المرتبطة بالأمراض مثل فيروس الستومجاليك (Cytomegalovirus) وتعاطي الأم للكحوليات والثاليدوميد (Thalidomide) (Alsdorf et al :2002).

8- كذلك يرتكز التشخيص الطبي على الفنيات والأساليب التي صممت لقياس الجوانب البيولوجية للأفراد مثل : مستويات السيرتونين، وجود الحصبة (Durand & Carr :1988,1999).

9-وترجح (حكيم ،2000) بعض الأمراض التي قد تصاحب اضطراب التوحد وهي:

أ - متلازمة فراجل X / Fragil–XsyndromeX وسببها عيب في تركيب الكروموسوم.

ب- مرض فينايلكيتون Phenylketonuria وهو مرض وراثي، سببه تراكم الحمض الأميني فينايلنين في الدم والمخ.

10-يلاحظ كل أنواع النوبات في التوحديين (Tuchman et al :1991) وفي هذا يشير تشن (Chen et al :2007) إلى أن الأطفال التوحديين لديهم مخاطر مرتفعة بصورة كبيرة من الشذوذ الخلقي (التصلب الحدبي) واضطرابات عصبية (الصرع) مقارنة بأقرانهم الأسوياء. فقد أسفرت نتائج دراسة شون يو و آخرين (Chuan yu et al :2009) إلى زيادة معدلات انتشار الشذوذ الخلقي (التصلب الحدبي). وأبانت نتائج بعض الدراسات عن نسبة تتراوح ما بين % 3 إلى % 4 من الأشخاص التوحديين من الممكن أن يكون لديهم تصلب حدبي معقد (Gilberg :1992).

وهدفت دراسة هنت ودينس (Hunt & Denis) إلى فحص 90 طفلا، وتم تقدير كل الأطفال في فترة خمس سنوات وأشارت نتائج الدراسة إلى أن 46 طفلا، لديهم تاريخ حافل بالتشنجات الطفولية مصنفين وهناك ست أطفال لديهم نوبات مرضية.

وتتراوح معدلات انتشار الصرع بين التوحديين ما بين % 5 إلى % 38.3 (Giovanardi al :1990).

ويرتبط الصرع في الأطفال بطيف التوحد ASD بدرجات الذكاء المنخفضة وذروة حدوث الصرع تكون في مرحلة ما قبل المدرسة ومرحلة المراهقة (Cass et al : 2006).

11- تحليل بول المصاب بالتوحد وهو اختياري Urine Peptides Test وإعلام من يتعامل مع التوحدي سواء في المنزل أو المدرسة أو كل فرد يتعامل معه، بأنه سيخضع لحمية خالية من الكازين والجلوتين (خليل، 2006 : 97).

وفي عام 1992ظهر ICD-10 بصيغة معدلة وتضمن تشخيص اضطراب التوحد هنا مايلي :

1-ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة.

2-قصور نوعي في القدرة على تبادل التفاعل الاجتماعي.

3-عجز نوعي واضح في القدرة على التواصل.

4-نشاطات واهتمامات تتصف بالرتابة والنمطية والتكرار.

5-أن لا يكون السبب وراء السمات السلوكية من الناحية الإكلينيكية عائد لإعاقات نمائية أخرى (محمد : 88)

2-التشخيص النفسي:

قد يكون من الصعب تشخيص الطفل بالتوحد حتى يتم التحاقه بالمدرسة، حيث تتبدى الكثير من السلوكيات الشاذة والتي تثير الانتباه.

ويفترض التشخيص النفسي أنماطا محددة من سلوكيات الفرد تكون ثابتة، والقياسات الفردية لهذه السلوكيات مقارنة بمجموعات معيارية وفي التشخيص النفسي يتم تقييم القدرات العقلية والمعرفية المتفاوتة فقد قدرت الإحصاءات الأولية أن ما يقارب من 60% من الأطفال التوحديين نسبة ذكائهم أقل من 50 درجة ذكاء، وأن 20 % من الأطفال التوحديين كانت نتيجتهم في قياس الذكاء وتتراوح ما بين 70-50 درجة ذكاء وأن 20 % من الأطفال التوحديين حصلوا على درجة ذكاء 70 فما فوق وهناك بعض التشخيصات التي قامت بعملية تقويم عمليات الانتباه، الإدراك الحسي والقدرة على التذكر (Stefanatos et al 2002).

والتشخيص السلوكي يبحث عن قياس السلوكيات الصريحة أو الظاهرة مثل، الهز (Durant & Carr,1988 :1999).

حسب الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة المعدلة (**DSM-IV-TR, 2000.75**)، فإن تواجد ستة أعراض أو أكثر على الأقل من (1)، (2)، (3)، على أن تكون منها اثنتان منها من أعراض المجموعة (1) على الأقل، بالإضافة إلى عرض واحد على الأقل من كل من المجموعتين (2) و (3) :

1- قصور أو خلل كيفي في التفاعل الاجتماعي كما يتجلى في اثنين على الأقل من الأعراض التالية:

- قصور أو خلل كيفي في استخدام سلوكات التواصل الغير لفظي مثل تلاقي العيون أو تعابير الوجه أو حركات الجسم في المواقف الاجتماعية و التواصل مع الاخرين.

- الإخفاق في تكوين علاقات مع الأقران تكون مناسبة لمرحلة النمو.

- قصور القدرة على المشاركة في الهوايات أو المتعة أو انجاز أعمال مشتركة مع الاخرين.

-غياب التبادل الاجتماعي أو المشاركة الانفعالية أو التعبير عن المشاعر.

2- قصور أو خلل كيفي في القدرة على التواصل كما تتضح في واحد على الأقل من الأعراض التالية:

- تأخر أو غياب تام في نمو القدرة على التواصل بالكلام (و بدون مساعدة من خلال نماذج بديلة من التواصل كالإيماءات و التلميحات).

-وبالنسبة للأطفال القادرين على التواصل يوجد لديهم قصور أو خلل في القدرة على البدء أو الاستمرار في الحديث مع الشخص الاخر.

-استخدام متكرر و نمطي للغة أو استخدام لغة خاصة.

- غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإبهامي الذي يتناسب مع المرحلة العمرية.

3- اقتصار أنشطة الطفل على عدد محدود من السلوكات النمطية كما تتجلى في واحد من الأعراض التالية :

- استغراق أو انشغال كلي في واحد أو أكثر من الأنشطة أو السلوكات النمطية الشاذة من حيث طبيعتها أو شدتها.

- الجمود أو التقيد الصارم بصورة واضحة بطقوس أو أنشطة روتينية أو طقوس لا جدوى منها.

- ممارسة حركات نمطية على نحو متكرر غير هادف مثل رفرفة الأصابع، أو ثني الجذع إلى الأمام و الخلف، أو تحريك الأذرع أو الأيدي أو القفز بالأقدام.

-انشغال طويل المدى بأجزاء أدوات أو أجسام مع استمرار اللعب بها لمدة طويلة، مثل سلسلة مفاتيح أو أجزاء من زهرة أو نبات أو سوار ساعة.

كما أن التوحد يعتبر أحد الاضطرابات النمائية المنتشرة التي تشمل زملة ريت (Syndrome de Rett)، زملة أسبرجر(Syndrome d'Asperger)، اضطراب الطفولة التحللي التفككي (Trouble Désintégratif de l'Enfance).

3-التشخيص الاجتماعي:

كما يتضمن التشخيص الاجتماعي التعرف على مدى قدرة الطفل التوحدي على الانخراط في أنشطة الجماعة والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين، والاهتمام المشترك مع أقرانه.... الخ، والتشخيص النفسي للتعرف على الكثير من الاضطرابات النفسية لدى الطفل التوحدي.

والاختبارات النفسية التقليدية تكون أدوات تعتمد على قياس الفروقات بين الأفراد فهي تقيس الجوانب الأكاديمية والاجتماعية والقدرات العقلية (Keogh :1972) والتقويم السلوكي يعتمد على الملاحظات السلوكية و قوائم الملاحظة وتحليل المهام. كما تهدف إلى تحديد ما إذا كانت مستمرة أم غير ذلك ثم مقارنة هذه المستويات مع تلك المأخوذة من مجموعات معيارية ضابطة أو طبيعية (قاسم، 27 : 2001).

وحتى الآن لا يوجد من الاختبارات والمقاييس السيكولوجية المقننة، وخاصة في العالم العربي ما يمكن استخدامه للكشف عن إعاقة التوحد، حتى اختبارات الذكاء المعروفة من الصعب إن لم يكن من المستحيل أحيانا تطبيقها على حالات التوحد، بسبب ما تسببه الإعاقة من قصور لغوي، وعجز عن الاتصال والتواصل، أو نشاط زائد، أو عدم توفر القدرة على الانتباه والتركيز أو غير ذلك من العوامل التي تعرقل عمليات القياس والتشخيص.

ويختلف التقويم السلوكي عن التقويم النفسي التقليدي حيث يركز الأول على التقويم الفردي أما الثاني فيركز على التقويم الكلي فعلى سبيل المثال : اختبارات التحصيل الأكاديمية التقليدية توضع لتقويم قدرة الطفل على قراءة الطفل في الصف الأول بينما ينصب التقويم السلوكي على تحديد مهارات محددة مثل معرفة الحروف الأبجدية، أو القصور في خفقات اليد العرضي ليساهم في المستويات الحالية للأداء (Duran & Carr,1988 : 2001).

وهناك عدة مراكز لتقييم نمو الطفل حركيًا وسلوكيًا، ومعرفة المشاكل التي يعانون منها، ومهما اختلفت تلك المراكز من بلدإلى آخر فإن المبادئ الأساسية واحدة والهدف من التقييم هو:

1- جمع وربط المعلومات للحصول على التشخيص الدقيق.

2- تقديم هذه المعلومات للطاقم العلاجي لتكون قاعدة لوضع الخطة العلاجية وأسلوب تطبيقها (خليل، 46 : 2006).

ويتم انجاز تشخيص اضطراب طيف التوحد من خلال فريق عمل متكامل عبر أطياف المجتمع المختلفة، وباستخدام محكات ومعايير موضوعية. وفي السنوات الأخيرة الحديثة تم استخدام الأدوات التشخيصية جيدة التقنين (Lord et al,1994 ,2000).

وفيما يلي قائمة ملاحظة للاضطرابات التطورية لـ PDD و التوحدية:

فيما يلي قائمة مقننة لملاحظة الاضطراب التوحدي وهذه القائمة تساعد في الكشف عن الأعراض المختلفة التي لا تظهرأمام المعالج، فهذه القائمة يجيب عنها الوالدان، وتعد من القوائم المهمة لوصف العلامات الأولى التي تظهر على الطفل من عمر 18 شهرًا إلى 3 سنوات، وتعد العلامات الأولية لاضطراب التوحد على النحو التالي :

جدول 1 : وصف العلامات الأولى التي تظهر على الطفل من الميلاد إلى 3سنوات

العمر بالشهور	الأسئلة
من الميلاد حتى 6 شهور	هل يبدو طفلك مهتما بشكل غير عادي بالأشياء المتحركة أو الأضواء المتحركة (بالمقارنة باهتمامه العكسي للنظر إلى الأوجه مثًلا)؟
من 6حتى 12شهرا	هل من الصعب أن تجذبي انتباه طفلك ؟ بعض الأطفال يحبون الصعود لأعلى وآخرون يبكون ؟ فهل طفلك من نوعية هؤلاء الذين يبكون ؟
من12شهرًا حتى 18 شهرا	هل يشعر طفلك بالملل و اللامبالاة للحديث مع المحيطين به ؟ هل لاحظت أن طفلك يكون قادرًا على التوجه نحو بعض الأصوات وليس للآخرين ؟ هل يتجاهل طفلك اللعب أغلب الوقت ؟ هل شعرت بالشك بأن طفلك مصاب بصعوبات في السمع ؟ هل تستغربين إذا لم يعرف طفلك اسمه ؟ هل يفضل طفلك أطعمة معينة أو يرفضها بقوة ؟
من 18 شهرا حتى 24 شهرا	هل يبدو طفلك غير مهتم بتعلم الحديث ؟ عند محاولة جذب انتباهطفلك ؟ هل تشعرين بأنه يتجنب النظر إليك مباشرة ؟

	هل يبدو طفلك خائفا أو غير مدرك للأشياء الخطيرة ؟ هل يتجنب طفلك اللعب مع الدميات أو الحيوانات أو حتى يكرهها ؟ هل يتجنب طفلك اللعب بلعب جديدة على الرغم من أنه يستمتع بعد ذلك باللعب بها بعد أن يعتاد عليها ؟ لم يبدأ طفلك إظهار ما يرغب فيه باستخدام الإشارة أو الكلمات أو عمل ضوضاء ؟ في بعض الأحيان هل تشعرين أن طفلك يهتم بوجودك أم لا ؟ هل لطفلك لغة خاصة به ؟
من 30 حتى 36 شهرا	هل تقلقين لأن طفلك لا يبدو مهتما بالأطفال الآخرين ؟ هل طفلك لا يلعب لعبا رمزيا ؟ هل يبدو طفلك مهتما بالأشياء الميكانيكية : مثل إشعال الضوء ؟ طفلك غير قادر على محاكاة الآخرين ؟ هل طفلك لا يهتم بمشاهدة التلفزيون، أو الأشياء التي يشاهدها طفل في مثل عمره ؟ هل يتعلم طفلك الكلمات الجديدة عن طريق نغمتها ، وليس تمييزها صوتيا ؟ هل يتمتع طفلك بالاتصال الجسدي عندما يرغب هو فيه،وليس أنت التي ترغبين فيه ؟

ووفقًا لداد (Dodd :11,200) فقد وفر عددا من المؤشرات السلوكية على النحو التالي :

1- الطفل لا يناغي نفسه، ولا توجد كلمات مفردة في عمر 16شهرًا ولا توجد جمل مكونة من كلمتين حتى عمر 24شهرًا.

2- يفتقد الطفل إلى المهارات اللغوية في أي وقت.

3- لا يظهر اهتمامًا باللعب أو لا يتظاهر باللعب.

4- اهتمام أقل لمشاركة الأقران.

5- مدى الانتباه قصير عموما ما لم يكن مرتكزًا على اهتماماته الخاصة.

6- لا يستجيب عند مناداته باسمه، واللامبالاة بالآخرين.

7- حركات جسمية رتيبة ومتكررة مثل رفرفة اليدين، والدوران السريع والهز.

8- نوبات الغضب الحادة.

9- تثبيت النظر على شيء واحد محدد مثل دورة العجلات السريعة.

10- مقاومة شديدة غير عادية لتغيّر روتين حياته.

11- الحساسية الزائدة أو المتدنية لأصوات محددة أو مناظر معينة، أو في التذوق أو في الشم.

غير أن التشخيص ليس سهلا و هذا بسبب تداخل عدة اضطرابات أخرى نذكر من بينها الفصام، التخلف العقلي الطفيف، متلازمة إسبرجر، متلازمة ريت، اضطراب الطفولة التحللي أو التفككي، الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، متلازمة فراجيل إكس، اضطرابات اللغة النمائية، اضطرابات السمع و البصر، صعوبات التعلم و أيضا اضطرابات قصور الانتباه/النشاط الزائد (الشربيني و فاروق :124 – 143، 2011).

4- علاج التوحد:

لطالما كثر الحديث و تغازرت الدراسات في محاولات لعلاج التوحد ليصل عددها لأكثر من 450 علاج مختلفا للتوحد، غير أننا و في هذا الجزء من هذه الدراسة سنتطرق إلى أهم التدخلات الرئيسية العلاجية والتي كانت أولى من كان لها الفضل في بداية الأبحاث العلمية في مجال علاج التوحد، و نذكر من أهمها :

أ- العلاج بالتحليل النفسي : والذي يشتمل على مرحلتين، ففي الأولى وجب على المعالج تزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم، و تقديم الإشباع و تجنب الإحباط مع التفهم و الثبات الانفعالي من قبل المعالج، و في الثانية يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية، كما تتضمن هذه المرحلة التدرب على تأجيل و إرجاء الإشباع و الإرضاء.

وكان التحليل النفسي كعلاج للتوحد شائعاً في الماضي وهو لا يزال شائعاً في بعض الدول، ويعتبر التحليل النفسي للوالدين وخاصة الأم السبب في الحالة التي يكون عليها الطفل، وكان الافتراض الجوهري للعلاج إمكانية

علاج التوحد إذ ما نقل الطفل وأبعد عن الوالدين البـاردين أو الآباء الذين تم تعليمهم كيفية تشكيل روابط لائقة مع الطفل (صالح الإمام و الجوالدة ،209 : 2010).

فلقد كان علاج التوحـد باستخدام جلسات التحليـل هـو الأسلوب السائد في السبعينيات من القرن السابق، وكان أحد الأهـداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة قوية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة، وهي علاقة تنطلق مـن اقتراض مؤدّاه أن أم الطفل التوحدي لم تستطع تزويده بها، غير أن هناك تحفظاً على الافتراض وهو أن هذه العلاقة تتطور خلال عملية العلاج التحليلي.

والعلاج النفسي للطفل التوحدي- كما يرى بعض الباحثين ومنهم (نيفين زيور، 1988) ينبغي أن يبدأ أولا بإخراجه من قوقعته الذاتوية، وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن استخدام أنشطة إيقاعيـة مثـل الموسيقى، وكذلك استخدام أنشطة تستثير اللذة، وذلك باستخدام الموضوعات الجامدة، وأنه ينبغي أن يكون الأمر واضحاً تماما بأنه لاينبغي في مثل هذه الحالات أنيحدث احتكاك جسدي مع الطفل، وذلك أنه يصعب عليه تحمله، والمهم أيضاً أن ندرك أنه من الخطـر أن ندفعـه بسرعة نحو التواصل الاجتماعي، ذلك أنه منذ بداية حياته دون مستوى التعلـق، ولذلك فإن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى القيام بدفعات ذهانية حادة (سليمان: 89 ،2000).

وعلى أية حال هناك من يرى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين :

في الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم، وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط، مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.

وفي المرحلة الثانية : يركز المعالج النفسي على تطويرالمهارات الاجتماعية، كما تتضمن هذه المرحلة التدرب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضـاء (أحمـد، 87 : 2009).

ب-العلاج السلوكي:

العلاج السلوكي يعتبر من الأساليب الحديثة القائم على أساس استخدام قواعد التعلم، ويشتمل على مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية التي تهدف إلى إحداث تغيير إيجابي بنَّاء في سلوك الإنسان وبصفة خاصة سلوك عدم التوافق ويقصد بالسلوك في مجال العلاج السلوكي الاستجابات الظاهرة التي يمكن ملاحظتها، وكذلك الاستجابات غير الظاهرة مثـل الأفكار والانفعالات (محمد محروس، 11 : 2010).

وتقوم إجراءات تعديل السلوك على أسس موضوعية، وليس على انطباعات ذاتية، كما أنه أسلوب لا يضع اللوم على الوالدين، بل على العكس من ذلك، يشرك الوالدين في عملية العلاج النفسي. كذلك فإن إجراءات تعديل السلوك تعتمـد علـى مبادئ وقوانين التعلم التي يمكن أن يتقنها المعلمون بسهولة مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى (أحمد، 91 : 2009).

ويتم العلاج السلوكي من خلال الطرق التالية :

- المتنافرات: وذلك بتوضيح الفرق بين السلوك وضده للطفل، وبين السلوك الحسن والسلوك السيئ، ولكن العديد من الناس يعارضون أسلوب المتنافرات.

- تصحيح كيمياء الجسم : وذلك باستعمال المكملات الغذائية، أو بإزالة السموم الجسدية الناتجة عن العناصر السامة مثل الزئبق، وهذه الطريقة هي بديل قيد الاستعمال (رياض، 89 : 2008).

- أو باستخدام فنيات تعديل السلوك في إطار الاشراط الكلاسيكي أو الاشراط الإجرائي، أو في ضوء فنيات التعلم الاجتماعي أو المعرفي.

ويرى (الخطيب ، 1993) أن تعديل السلوك هو فرع من فروع علم النفس التطبيقية يتضمن التطبيق المنظم للإجراءات المستندة على مبادئ التعلم بهدف تغيير السلوك الإنساني ذي الأهداف الاجتماعية. ويتم ذلك من خلال تنظيم أو إعادة تنظيم الظروف والمتغيرات البيئية الحالية ذات العلاقة بالسلوك، وبخاصة منها تلك التي تحدث بعد السلوك، كذلك يشتمل تعديل السلوك على تقديم الأدلة، على أن تلك الإجراءات وحدها ولاشيء غيرها هي التي تكمن وراء التغير الملاحظ في السلوك.

ويقصد كذلك بتعديل السلوك كما ترى (عبيد، 113 : 2000) التطبيق الفعلي لمبادئ السلوك على مشكلات السلوك، تلك المبادئ والأسس التي توصل إليها علم النفس التجريبي، ويقوم تعديل السلوك أساساً على مبادئ التعلم في تكوين المهارات وأساليب السلوك الجديدة، واختزال وكف الاستجابات والعادات السلوكية غير المرغوبة، لذا تعتبر عملية تعديل السلوك في جوهرها عملية محو تعلم وإعادة تعلم، وتتضمن عملية محو تعلم السلوك غير المرغوب فيه، وذلك بالعمل على إطفاء هذا السلوك وكذا إعادة التعليم، وإعادة التنظيم الإدراكي للمتعلم، وإعادة تنظيم سلوكه، والتعليم من جديد لأنماط سلوكية محل الأنماط السلوكية التي محيت. أما (بطرس حافظ، 210 : 2010) فيرى أن تعديل السلوك هو العلم الذي يشتمل على التطبيق المنظم للأساليب التي انبثقت عن القوانين السلوكية وذلك بغية إحداث تغير جوهري ومفيد في السلوك الأكاديمي والاجتماعي، ونعني به تغير السلوك غير المرغوب بطريقة مدروسة، وهو نوع من العلاج السلوكي يعتمد على التطبيق المباشر لمبادئ التعلم والتدعيمات الايجابية والسلبية بهدف تعديل السلوك غير المرغوب فيه.

ويشير (أبو حمدان ، 2003) إلى أن تعديل السلوك هو العلم الذي يشتمل على التطبيق المنظم للإجراءات التي انبثقت عن القوانين السلوكية. كما عرّف كازدين تعديل السلوك بأنه الميدان الذي استمد أصوله من بحوث التعلم وقوانينه وهو في جوهره تعديل للظروف البيئية والاجتماعية وإعادة تنظيمها .

ويقوم العلاج النفسي الناجح بتدريب الطفل التوحدي على أسلوب وتصرفات مألوفة لدى المجتمع، وتجنيبه أساليب وتصرفات غير مرغوب بها في المجتمع مثل : كيفية استعمال الحمام، وكيفية تنظيف نفسه، وكيف يأكل ويجلس ويقلل من الحركة والأصوات. ولا شك أن هذا العلاج السلوكي سوف يشكل قيمة عملية كبيرة في العلاج، ويزيل عنه الأعمال الشذوذية، ولا شك أننا عندما نبدأ بهذا العمل أولاً نبدأ بتحليل السلوك وأسبابه ونتائجه، ثم نضع برنامجاً سلوكياً ناجحاً وفاعلاً (محمد، 74 : 2002). وقد أثبتت أساليب تعديل السلوك فاعليتها في اختراق عزلة الأطفال التوحديين والتعامل معهم والتحكم في المشكلات الصادرة عنهم. ولما كان تدريب الأطفال التوحديين يتطلب تغيراً لعدد كبير من السلوكات، فقد حرص المتخصصون على فحص السلوكات الأساسية الأخرى التي تميز التوحد والتي عند تغييرها تظهر تغيرات إضافية في السلوكات الأخرى التي لم يتم التدريب عليها (القمش، 136 : 2011)، التجنبية وهي سلوكات متعلمة لأنها تخلصه من معاناة القلق أو الشعور بالخوف فالشخص يتجنب الموقف الذي يقلقه وفي ذلك تعزيز سلبي. ويهدف العلاج بالرياضة إلى تمكين المسترشد من مواجهة مخاوفه وجهاً لوجه، إما بالواقع وإما بالخيال عن طريق تعريضه لمثيرات القلق إلى أقصى حد ممكن (حافظ، 257-260 : 2010).

5 - العلاج باللعب Playing :

اللعب يشكل جانبا مهماً في حياة الأطفال، لاسيما وأنه يؤدي إلى تفعيل نشاطاتهم في حياتهم اليومية، وهذا يُعد من أساسيات التطور النمائي للطفولة فهو يؤدي إلى المتعة والاستمتاع من خلال ممارسته.

وتشير دراسات عدة وبالذات دراسة سوزانا ميلر إلى أن اللعب له أهمية في جعل الأطفال قادرين على التكيف والانسجام مع أصدقائهم القريبين منهم في السن ولهذا يعد اللعب من ضروريات الحياة بالنسبة للطفل (عبد الهادي، 17 : 2004).

ويدعو كثير من المربين إلى اعتقادهم في قدرة الطفل على التعلم من أجل نفسه ويصف جريت أفكار (بستالوزي) وإيمانه بالمبدأ القائل بأن الحياة تعلم وأن الأطفال سيتعلمون من أجل أنفسهم إذا ماأتيحت لهم الفرصة أن يعيشوا وفقا للطبيعة. وترتبط حياة الأطفال باللعب، حيث يتعلمون ويكتسبون من خلاله معظم سلوكياتهم الحياتية، واللعب يترك بصمات واضحة على ملامح شخصية الطفل وبالتالي يشكل مخزوناً معرفياً يرتبط بفهمه، والعديد من الألعاب تثير تفكير الطفل، ذلك النشاط العقلي المركب والهادف والذي توجهه رغبة قوية في البحث عن حلول أو التوصل إلى نواتج أصلية للعبة التي يمارسها، ولما كانت الألعاب بهدفها القديم الحديث أداة فاعلة من أدوات تعليم التفكير أو التدريب عليه، فهي تعتمد عليه ولا تنفصل عنه، وهو هدفها الأسمى ونتاجها. ولكون اللعب يسير في خطوات منظمة يمر بها كل لاعب أثناء لعبه، فإنه يعد نظاماً يسعى إلى إكساب الطفل مزيداً من المعرفة التي لايمكن التوصل إليها إلا من خلال التفكير (الحيلة، 15 : 2004). كما أن اللعب نشاط دفاعي تعويضي، وهو مخرج وعلاج لمواقف الإحباط في الحياة، ونشاط يهدف إلى الاستمتاع،

أو أنه كل ألوان النشاط الحر الذي يؤدى بوعي تام خارج أنشطة الحياة العادية باعتباره نشاطا غير جاد، وغير مرتبط بالاهتمامات المادية، يمارس لذاته، ليس لتحقيق أي غاية عملية مسبقة (شاش، 86 : 2001). واللعب نشاط يقوم به الأطفال بالاستطلاع والاستكشاف للأصوات والألوان والأشكال والأحجام، وكل العالم الذي يحيط بهم (Craft, 30 : 2000).

ويستخدم اللعب كوسيلة إكلينيكية تشخيصية وعلاجية فيما يعرف بالعلاج عن طريق اللعب Play Therapy وذلك لعلاج الأطفال المضطربين انفعاليا. و لقد أُسس العلاج باللعب على الحقيقة القائلة بأن اللعب هو الوسيط الطبيعي للطفل في التعبير عن ذاته، وأنها الفرصة التي تعطى للطفل أثناء اللعب ليخرج مشاعره ومشاكله.

ويمكن النظر إلى أسلوب العلاج باللعب على أنه مجموعة من النشاطات التي يستطيع من خلالها الأطفال وعن طريقها أن يشعروا بالحرية الكاملة في التعبير عن أنفسهم بصورة كافية، وبطرقهم وأساليبهم الخاصة بهم حتى يتمكنوا في نهاية الأمر من أن يحققوا إحساسهم بالأمن والكفاية من خلال الاستبصار الانفعالي (سهير، 96 : 2001). ويعتبر اللعب نشاطا سلوكياً مهماً يقوم بدور رئيسي في تكوين شخصية الفرد ويعد الميل للعب أقوى ميول الطفل ظهوراً وابقاها في مراحل النمو المختلفة وقد يرجع ذلك إلى أن اللعب نشاط تلقائي (الحماحمي و مصطفى، 51 : 1998).

فالطفل أثناء اللعب يتعلم كيفية التماشي مع ظروف الحياة، ويتقن الحركات الأساسية، ويكتسب الثقة بالنفس، فالطفل يستخدم بدنه لاكتساب مزيد من المعرفة عن نفسه وعن العالم المحيط به، فهو من خلال الحركة يزداد خبرة وتعلماً (السكري وعبد الوهاب، 25 : 1997).

وتعد أنشطة اللعب الرياضية من الأنشطة المهمة التي يقبل عليها الأطفال وتساعدهم على تحقيق النمو السّوي، ويتعلم الطفل من خلالها التعاون مع الآخرين، والألعاب الرياضية متنوعة مثلا الجري، التزحلق، السباحة واللعب بالكرة.

ويعتبر اللعب إحدى الوسائل المهمة التي توصل الطفل إلى الفهم والإدراك، وذلك من خلال تفاعله مع عناصر بيئية، ومروره بخبرات فعلية مباشرة بالإضافة إلى تعلم الأدوار المختلفة، والمهارات المتعددة، والاتجاهات البناءة، وتعتبر الصلة الاجتماعية التي تنشأ بين الطفل خلال اللعب نواة لنمو العلاقات الإنسانية الاجتماعية إذ يتعلم الطفل من خلال اللعب كيفية تعاونه مع الأطفال الآخرين وكيفية التعامل مع زملائه، وهو يتمتع معهم باللعب ويتعلم أيضاً الأخذ والعطاء والمشاركة ويفهم ذاته من خلال تفاعله مع الآخرين (قناوي، 147-148 : 1995).

إذ أن اللعب هو في حد ذاته مجال واسع، و فرصة لاستكشاف مهارات الطفل، ولكن له أسسه و أنواعه المقننة و المسطرة ونعرضها كالآتي:

تعريف اللعب:

عادة لا يشعر الفرد العادي بصعوبة في تحديد نوعية السلوك ما إذا كان لعباً أم لا، لكن الوضع يختلف بالنسبة للعلماء، فبرغم الدراسات المتعددة التي أجريت على اللعب إلا أنه مازالت هناك صعوبات عدة في تحديد ماهية اللعب.

وربما ترجع صعوبة تعريف اللعب إلى شموله وتنوعه، فعلى المستوى الرأسي نجد الحيوانات تلعب، ونجد الأطفال يلعبون في مختلف مراحل عمرهم، كما أن الراشدين يلعبون. وعلى المستوى الأفقي نجد اللعب الحسي حركياً، واللعب التخيلي، واللعب وفقا لقواعد، وفي كل فئة من هذه الفئات نجد ضروباً من اللعب لا حصر لها وينجم جزء من صعوبة تعريف اللعب في التطبيق على عدد من الأنشطة المتنوعة، التي تمتد على نطاق واسع من الأنواع والأعمار (التهامي، 79 : 2005).

واللعب هو كل نشاط موجه يقوم به الطفل المعوق لتنمية سلوكه وقدراته العقلية والوجدانية والجسمية، ويحقق كذلك المتعة والتسلية، كما أنه مجال لتعبير المعوق عن مشاعره ورغباته ليفرغ من خلاله طاقاته الجسدية والانفعالية ووسيلة تربوية ناجحة لتنمية قدراته وتعزيز سلوكاته المرغوبة، علاوة على أنه وسيلة للتعبير عن الذات عندما يعاني المعوق من تأخر في النمو اللغوي (شقير، 61-62 : 2005).

كما أن اللعب عبارة عن مجموعة من الأنشطة الذاتية التلقائية الداخلية المتنوعة التي تشبع حاجات الطفل النمائية ،الجسمية، العقلية ،اللغوية، الاجتماعية والانفعالية (قناوي، 8 : 1995).

واللعب كذلك نشاط حر موجه أو غير موجه ويكون على شكل حركة أو سلسلة من الحركات، يمارس فردياً أو جماعياً، ويتم فيه استغلال لطاقة الجسم الذهنية والطاقة الجسمية أيضاً ويمتاز بالخفة والسرعة في التعامل مع الأشياء، ولا يتعب صاحبه، وبه يتمثل الفرد المعلومات التي تصبح جزءا لا يتجزأ من البيئة المعرفية للفرد، وقد يؤدي وظيفة في التعلم (صوالحة، 19 : 2004).

ويتيح اللعب الفرصة للطفل لاكتساب المعلومات التي ترسي أسس تعلم المزيد من المهارات. فمثلاً يتعلم الطفل التكافؤ أو التبادل من خلال اللعب بالمكعبات، ومن اللعب بالماء يكتسب معرفة مفهوم الحجم (Hendrick347 : 1993,).

سمات اللعب:

- اللعب شيء ممتع، فالطفل يختار نشاطاته بحرية.
- يمكن التوقف عنه دون التعرض للوم أو تقريع.
- ليس له ناتج معروف مسبقاً، لذا يمكن التخطيط للعب في أثنائه.
- يسبب الشعور بالسعادة ويخفف التوتر.
- يتم عادة في إطار بيئة خاضعة للإشراف، فيمكن للطفل القيام بالمخاطرة وأداء حركات جديدة فيتعلم بهذه الطريقة كيف يحافظ على أمانه الشخصي.
- توجد به فرص كثيرة للتعليم (الخالدي،13 : 2008).
- من الصعب التنبؤ بنتائجه.
- يمتاز بالسرعة والخفة.
- يرتبط بالميل و الدوافع الداخلية و عليه فهو لا يتعب صاحبه (العناني، 2004:16).

فوائد اللعب:

1-فوائد جسمية : حيث يساعد اللعب الأطفال على إنماء قدراتهم الجسمية و الحركية؛ من حيث أنه النشاط الحركي الذي يتصل بالجسم و عضلاته و وعي الطفل لذاته الجسدية، و ما يتطلبه الجسم من مهارات أدائية حركية تجعله أكثر قدرة على الإنجاز الحركي (صوالحة، 2004:165).

2-فوائداجتماعية و انفعالية: من خلال اللعب، يحسن الأطفال من كفاءتهم الاجتماعية، فنجاح الأطفال في المدرسة يعتمد بدرجة كبيرة على قدرتهم على التفاعل بإيجابية مع أقرانهم و مع البالغين، فمن خلال اللعب يقوم الأطفال بمايلي:

- يدربون أنفسهم على مهارات التواصل اللفظية وغيراللفظية، ومن خلال التفاوض حول الأدوار التي يلعبونها، ومحاولة تبني أساليب تساعد على استمرارية اللعب، ومحاولة تقدير مشاعر الآخرين.

- الاستجابة لأقرانهم و لمشاعرهم أثناء انتظار دورهم و المشاركة في الخامات والخبرات.

- التجريب باستخدام وتقمص أدوار الأشخاص في منازلهم، في المدرسة وفي المجتمع الأكبر من خلال الاتصال باحتياجاتهم وأمنياتهم.

- ينمون الخبرة بوجهات نظر الآخرين، فأثناء مواجهة الأطفال للصراعات والتناقضات حول المساحة المتوفرة للعب أو الخامات أو الأدوار، يبنون استراتيجيات حلول إيجابية للصراعات (عزة، 39 : 2002).

3- فوائدعقلية – معرفية : يؤدي اللعب إلى تطوير القوى العقلية المعرفية عند الأطفال الذين يمارسونه بكفاية. وتتمثل دلالات النمو العقلي المعرفي في تطوير الخصائص العقلية بعامة التي يستدل عليها بإنماء القدرة على التفكير ،التذكر ،التصور ،التخيل ،التبصر،الملاحظة والتحليل، وإدراك العلاقات والتوقع، والتنبؤ والتحكم وزيادة فهم طبيعة الأشياء وخصائصها، واكتساب معلومات ومفاهيم جديدةعنها، كما أن اللعب يساعد في إدراك المتغيرات في البيئة، وتطوير اللغة والقدرة على التعبير عن الذات والحوار وإكساب الأطفال مهارات عقلية في مواجهة المشكلات والتغلب عليها. والطفل أثناء ممارسته للعب يقوم بعمليات معرفية على نطاق واسع، فهو يستطلع ويستكشف الألعاب الجديدة التي يأتيه بها والده، وخاصة تلك التي تحتوي على أزرار ومحولات، وتحدث أصواتاً، أو تشعل أضواء، أو تفتح أبواباً، أو تحرك محركات... إلخ. كما أن الطفل يقوم بتكرار الأفعال التي تحدث نتائج، ويستدعي الصور الذهنية التي تمثل أحداثاً أو أشياء سبق أن مرت في خبرتها السابقة كتقليده أفعال الكبار وأنماط سلوكهم وتصرفاتهم، حيث إنه في هذه الحالات يدرك، ويتذكر ويتصور ويفكر، وهذا مؤشر أكيد على قيامه بنشاط عقلي معرف واضح.

4- فوائد تربوية : وقد أجمع كثير من الباحثين على الفوائد التربوية للعب،والتي تتمثل في أن بعض الألعاب تستخدم في توصيل المعلومات البسيطة للطفل ميسرة وسهلة ويعطي اللعب الفرصة للطفل للتجريب ويساعده على التعليم والتواصل والتعبير، بالإضافة إلى أنه يساعد الطفل في تعلم الطرق المختلفة لحل المشكلات كما يعتبر اللعب وسيلة جيدة من وسائل التعليم، ويمكن أن يعتبر نشاطاً تعليمياً ووسيطاً تربوياً إذا ما خضع لأهداف محددة، وفي إطار خبرات منظمة، فالانتباه والتحليل والتركيز والتحليل والتركيب والتصنيف والمقارنة، كل هذا جعل من اللعب مدخلاً وظيفياً للتعلم الفعال (التهامي، 84-85 : 2005).

5- فوائد تشخيصية : يمكن دراسة سلوك الطفل عن طريق ملاحظته أثناء اللعب بهدف تشخيص مشكلاته، إذ يختلف سلوك الطفل المضطرب نفسياً عن سلوك الطفل السوي نفسياً أثناء اللعب (الحماحمي، 77 :1999). وعلى هذا يساهم اللعب بشكل كبير في إكساب الطفل التوحدي كفاءة اجتماعية ومعلومات شخصية، ومثال ذلك حسن استغلال قدرته الحركية يكسب هذا الطفل الاعتماد على النفس والتركيز، ولذلك فإن اختيار الألعاب المناسبة للطفل التوحدي أمر عظيم، لأن الألعاب مفيدة جداً، ولها الأثر الكبير في توجيه السلوكات المرغوبة لدى هذا الطفل، كما أنها تنمي لديه التركيز والانتباه. وتعد هذه المهارات ضمن الأسس التي نسعى فيها إلى تدريب

الطفل التوحدي على الانضباط والتكيف لتكوين الروابط والعلاقات الاجتماعية التي يحتاجها الطفل التوحدي، ويحتاج هذا منا الكثير من الجهد من أجل أن تكون بعض الإيجابيات لديه والنهوض به (أحمد وعبد الكريم،101 : 2008).

تصنيفات اللعب:

اللعب الوظيفي Functional play : ويحدث هذا اللعب الوظيفي عادة استجابة للأنشطة العضلية وللحاجة للتحرك والنشاط، فالطفل يقبض على الأشياء لمجرد المتعة التي بعدها في ذلك، ولا تكون في البداية لغرض التعلم أو الاكتشاف، حيث إن فعله هذا يعطيه الإحساس بأن يسيطر عليها ويخضعها لقواه (الناشف، 87 : 1995).

ويعتبر اللعب الوظيفي من الأشكال الأساسية للأنشطة خلال الطفولة وأيضاً خلال البلوغ. فكم من الراشدين يعبثون بأشياء بدون هدف واضح أثناء الحديث بالتليفون مثلاً، ويستمتعون بالحركات الاهتزازية، أو يحركون أجسامهم مع الموسيقى. إن الغرض المتوافر للعب الوظيفي يظل مصدراً مهماً للنمو والمتعة على مدار الحياة (خليل،50 : 2002).

- اللعب الرمزي Symbolic Play : وفي معظم الحالات يرتبط لعب الأطفال بالمواد الموجودة أمامهم في مجالهم الحسي العياني المباشر، وبعد سن الثلاث سنوات يعتبر الاستخدام الايهامي للمواد هو أكثر الأنشطة التخيلية المميزة للعب في هذه المرحلة (الناشف،78 :2001).

- اللعب وفقاً لقواعد Games with rules : ويتفق هذا النوع من اللعب مع المرحلة الثالثة للنمو المعرفي التي تبدأ حوالي السابعة أو الثامنة من عمر الطفل وحتى الحادية عشرة، وهي مرحلة التفكير العياني حيث يستطيع الطفل في هذه السن أن يلعب ألعاباً لها قواعد وحدود ويكيّف سلوكه وفقاً لذلك (التهامي، 104 : 2005).

- اللعب البنائي Constructive play : يتطور اللعب البنائي من اللعب الرمزي واللعب المنظم، ويطلق عليه أحياناً اللعب التركيبي، ويمثل قدرة الطفل المتنامية للتعامل مع مشكلات وفهم حقيقة الحياة والعالم من حوله، كما يتميز اللعب في هذه المرحلة بنمو الابتكارية والقدرة على ممارسة ألعاب تؤدي إلى نمو المعرفة عن طبيعة الأشياء في الحياة، فمن خصائص اللعب البنائي أنه ينمي المهارة، والمهارة شرط لنمو الابتكارية، وكلما مارس الطفل هذا النوع من اللعب الذي يخترع فيه الأشياء والطريقة التي يلعب بها أدى ذلك إلى تعلم بناء ونمو قدراته الفكرية (الناشف، 97 :2001).

- اللعب التفاعلي Interactive Play : يبدأ النمو الطبيعي للطفل عندما يتمكن من إيصال مشاعره وأفكاره ونواياه للآخرين باستخدام طرق غير لفظية، فبعد الميلاد يحدث الطفل ضوضاء،وتغيرات وجهية و أفعال على سبيل المثال :

- يصرخ الطفل الرضيع، والأم تجيبه أنا أعرف انك جوعان، وأنا سوف أجهز لك الطعام
- يصرخ الطفل الرضيع بصوت رفيع عندما تبتل الحصيرة التي يجلس عليها، ويقوم الوالدان بالاستجابة للطفل من خلال إصدار أصوات عالية النبرة ومن خلال محادثة بسيطة بإصدارالأصوات الصوتية (اللفظية).
- يقرقر الطفل، ويهدل، ويدير رأسه للراشد الذي يقوم بزيارة الأسرة قائلا أهلا.

- يدير الطفل الرضيع رأسه في مرآة والده، وتعبيراته تقول يا للعجب ما هذا ؟ وفي الشهور الخمسة الأولى يتواصل الوالدان مع الطفل الرضيع كما لو كان هو حقا يتواصل معهم، وهنا يبدأ التواصل القصدي ويحدث حوار بين الطفل ووالديه يتكون من حركات وتغيرات، وأصوات، بجانب لغة الوالدين، وتتضمن كذلك الفكاهة.

أما بالنسبة للأطفال التوحديين فإن التفاعل المبكر من المحتمل أن يكون مختلف بدرجة كبيرة، فهم لديهم صعوبات حقيقية في استخدام وفهم كل رسائل التواصل، و التوقيت الاجتماعي للتواصل وكل الوسائل يجب أن تستخدم مع الطفل التوحدي عندما يدخل في اللعبمعالآخرين (Christie et al : 26 , 2009).

-اللعب الروتيني: Play Routines يرتبط اللعب الروتيني بألعاب متكررة قصيرة بين الراشد والطفل، بعضها معروف ويتم نقله من جيل إلى آخر، والبعض الآخر يتم من خلال اللعب النابع من الطفل، وهذه الألعاب في الغالب تتضمن التواصل البدني، والعديد من آباء الأطفال التوحديين يجدون أنهم يشعرون أنهم في علاقة وثيقة مع الطفل، وفي اللعب الروتين الجالب للمتعة يمكن أن تقوم بما يلي:

- الاستجابة من خلال إشارات بسيطة من التوقع عند هذه النقطة (النظرة، الحركة، الصوت) والاستمرار في الحال.

- تكرار اللعبة مع الطفل، ويتم التوقف لمساعدة الطفل لكي يشير قصديا ليتضح ما إذا كان يريد الاستمرار في اللعبة.

وهناك مجموعة من الشروط الواجب توفرها في لعب الطفل التوحدي:

- أن تكون البيئة منظمة لديه، ومعرفة ما هي المتطلبات اليومية التي يجب أن يؤديها.

- أن يكون مرتبطا بمعلمه بحيث يصبح الوضع مألوفا.

-وجود انتباه وتفاعل مشترك بين الطفل ومعلمه.

- التقبل للشخص، وأن يكون على مقربة منه.

- أن يتعلم الطفل طريقة استخدام اللعبة وكيفية اللعب بها.

- أن تحاكي الأم الطفل باللعب مساندة لما يقوم به معلمه في الفصل.

-يجب أن يتدرب في منزل على اللعب لمدة 20 دقيقة أو تكرار اللعبة 3 أو 4 مرات على الأقل.

- أن تكون اللعبة لها مثير حسي أو مثير بصري.

- أن يتعلم الطفل متى تبدأ اللعبة ومتى تنتهي، وهذه تشكل صعوبة كبيرة جدًا للطفل التوحدي.
- يجب علينا أن نجعل الطفل التوحدي يقضي وقتا طويلا مع الألعاب، وأن تكون هذه الألعاب مختلفة ومتنوعة، حتى لا يكون هناك سلوك مكرر من خلال ممارسة هذه اللعبة، لذا يجب توفير الألعاب وتزويدهم بمجموعة من الألعاب التي تتصف بأن تكون مرئية ومحسوسة على فك لغز حتى تشد انتباه الطفل (الفوزان، 148 : 2003).

التقليد مع اللعب:

التقليد يكون لعبة اجتماعية أكثر تعقيدا، ولا تزال تسمح للطفل أن يلعب مع أفكار التغير ومن الواضح أن التقليد يكون مهارة مفيدة جدا يحتاج إليها الأطفال لكي يتعلموا مدى واسع من المهارات الأخرى.

والأطفال الأسوياء يمكنهم التقليد بطريقة طبيعية من خلال الشهور الستة الأولى من حياتهم، ويكون تقليدهم في الغالب اجتماعيا، وهم يتطلعون إليك ولديهم قدرة كبيرة على التواصل لبصري و الابتسامات ومحاولة التكرارأو الإعادة أما الأطفال التوحديون فلديهم صعوبات جمة في التقليد، وعلى هذا فإن التقليد الاجتماعي مهارة هامة في تعليم الطفل مهمة في اللعب.

تنظيم الألعاب Organizing Games :

يجد الأطفال التوحديون صعوبات جمة في الاحتفاظ بالتنظيم أثناء مشاركة الآخرين أنشطتهم. هم في الغالبية مشتتون مكان حدوث اللعبة من خلال المثيرات الداخلية والخارجية.

حدوداللعبة The Limits of the Game:

-يستطيع الأطفال من غير ذوي الاحتياجات الخاصة اللعب في أي مكان، بينما يحتاج الأطفال التوحديون إلى بناء المكان وتوافر المنبهات البصرية التي تمكنهم من تحديد مكان اللعب. وتحديد المكان الذي يساعدعلى تقليص مخاطر التشتت.

- من تشارك : إنه من اليسير على الأطفال من غير ذوي الاحتياجات الخاصة اللعب وتحديد من يشاركون، بينما الطفل التوحدي ليس لدية خبرة متسعة للعب مع الأطفال الآخرين. وفي البداية يمكن قيامه بنشاط واحد يشارك فيه الأطفال بعضهم البعض، ومع مرور الوقت يمكن إضافة أنشطة أخرى بسيطة، يمكن وصفها في صناديق منفصلة. هذه الصناديق توضع في المكتبة، ويمكن تناولها من اليسار إلى اليمين، وعندما يستخدم الصندوق الآخر تنتهي اللعبة. هذه الطريقة تمكن الأطفال من الحصول على المعلومات المرتبطة بالعدد، وأي المهام يحتاج لأدائها، كما تزوده بقدرة جيدة على التفاعل، ويجب تنظيم الألعاب وإعطاء كل منها رقما محددا.

والأطفال التوحديون لديهم صعوبات في المبادأة للعب مع الأطفال الآخرين، لأنه يكون من الضروري أن يدرك الطفل من يشارك معه في اللعب، ويكون ذلك ومن خلال تضمينه في جدول المواعيد ، ومن المهم أنيتم تنظيم الأطفال في أدائهم للعبة، ويمكن أن يتم ذلك من خلال إعطاء رقم لكل طفل (Gammeltoft & Nordenhof : 2007 , 14-20).

- تناول أدوات اللعب: يعاني الأطفال التوحديون من مشكلات كبيرة في تنظيم أدوات اللعب، وإذا كان التنظيم غير متقدم، فإن المعلومات البصرية الهامة من الممكن أن يحدث لها اضطراب، وتصبح المواد مختلطة، وبهذه تفشل اللعبة، وتنظيم الأدوات يكون هاما في نجاح التفاعل بين الأطفال بعضهم البعض.

-هذا يكون مهما جدا لهم بأن تبدأ أو تنتهي اللعبة بوضع كل الأدوات في سلة واحدة، وعندما يتم وضعها في سلة أخرى تصبح اللعبة مقيدة، عندما تكون السلة الأولى فارغة، ويتم وضعها في سلة أخرى تصبح اللعبة مقيدة. وعندما تكون السلة الأولى فارغة، ويتم وضع الأدوات كلها في السلة الثانية فهذه نهاية اللعبة (Gammeltoft & Nordenhof : 2007 , 14-20).

اللعب بمصاحبة الموسيقى: يمكن أن يتم أداء بعض الألعاب بمصاحبة الموسيقى لتعليم الطفل كيفية إحداث التوافق بين حركة جسمه وأنغام الموسيقى التي يسمعها.على سبيل المثال، يمكن أن يتم عزف مقطوعة موسيقية أو أغنية معينة مع جعل الأطفال يدورون في حلقة بخطى سريعة أو بطيئة تبعا لتوجيهات المعلم وتوافقا مع الموسيقى التي يسمعونها، أو يمكن أن يطلب منهم العزف على بعض الآلات الموسيقية، كالطبل والأجراس، تبعا لنوتة موسيقية أو تبعا للصوت الذي يسمعه.

وبوجه عام، تعد الأغاني المستخدمة في الألعاب والتي يتعلمها الأطفال في دور الحضانة المختلفة مفيدة إلى حد كبير، خاصة تلك التي تتضمن الإشارات، والأوضاع المختلفة، والمحاكاة البسيطة لبعض الأصوات. على أي حال، تتوافر في الأسواق العديد من شرائط الكاسيت المشتملة على مثل تلك الأغاني (آرونز، 62 : 2005).

التعليم الموسيقى المساعد Music Assistant Learning:

الأشكال الإيقاعية والموسيقية للعب، والتفاعل يمكن أن تكون مساعدة في تلقين التواصل والعلاقات مع الأطفال التوحديين، وتستعمل الموسيقى بطرق متنوعة كمساعد تدريسي وعلاج التفاعل الموسيقي المكثف من قبل معالج موسيقى مدرب يمكن أن يحسن تنظيم الذات الانفعالي والاستعداد التواصلي للأطفال التوحديين، وتحسين العلاقات مع الآباء والآخرين و النمو والتعليم (الزريقات، 324 : 2004).

اللعب المقيد Restricted Play:

رغم أن عددا قليلا من التوحديين يكتسب أصول اللعب الرمزي إلا أن هذه الألعاب تمثل بالنسبة لهم ألعابا نمطية تفتقد إلى الأصالة لا يمكن تطويرها في طرق ابتكارية ويفضل تلميذ التوحد في الحالات القصوى من الانسحاب المحاكاة الحسية للألعاب الابتكارية بالأدوات والمواد، لذا يقضي هؤلاء الأطفال أوقاتهم في تدوير وعرك وهز أصابعهم، أو في قرض جلد أو حك ودعك أطراف العين، وربما يقوم طفل التوحد بضرب رأسه بشدة، أو اقتلاع شعره وممارسة أشكال أخرى من السلوك، كما أنها تؤدي إلى تشويه الذات مثل الرمش المستمر للعين. وتمثل عملية فشل طفل التوحد في العمل في مواقف تبادل الأدوار الفنية انعكاسا للمشكلات التي تواجه هذا الطفل، كما أنها تؤدي إلى إثارة العديد من المشكلات الأخرى، حيث يفقد الطفل فرصا تجعله يمارس أدوار الآخرين، وبالتالي عدم تمثيل المشاعر والأحداث اللازمة لتعلم المهارات اللغوية والاجتماعية التي تصاحب هذه الأنشطة. لذا يجب تشجيع الألعاب التي تقوم على تبادل الأدوار وتعلم جوانب هذه الألعاب بشكل مباشر(جوردن و بيول، 2007 : 183).

نقص اللعب الاجتماعي الرمزي:

من التجارب الناجحة التي نفذت لإثارة وتشجيع سلوك اللعب لدى أصحاب التوحد استخدام مواقف الاندماج العكسي، وفي هذه المواقف يتطوع الأطفال العاديون للعب مع أصحاب التوحد ويمكن تحقيق هذا خلال تعليم الأطفال العاديين كيفية اللعب والتعامل مع أصحاب التوحد بوضع خطة تتضمن أهدافا خاصة يقومون بتنفيذها (مثال ذلك) : أحد المشروعات الشيقة التي أسندت إلى الأطفال العاديين مهمة ملاحظة ومراقبة سمات اللعب لدى أصحاب التوحد ثم ابتكار لعبة في ضوء هذه الخصائص تدعم النشاط الذي يفضله صاحب التوحد، الأمر الذي يشعره بأنه يؤدي مهمة مألوفة عندما يلعب مع الآخرين.

6- مهارات الحياة اليومية لدى الطفل التوحدي:

إن امتلاك الأطفال للمهارات الحياتية وتنميتها لديهم أصبح ضرورة ملحة، ومهمة أساسية، سواء للأسرة،أو للمدرسة، من خلال عملية التنشئة الاجتماعية، ما يساعد على تكيفهم مع ذاتهم ومجتمعهم، وتنمية قدراتهم على حل المشكلات الحياتية التي تواجههم، وتعديل سلوكاتهم بما يتوافق معها (تغريد وآخرون، 10 : 2004).

المهارات الحياتية التي يجب تعليمها للأطفال التوحديين، تتمثل في ما يلي :

1- القدرة على غسل اليدين و الوجه أو الاستحمام بالماء والصابون و القدرة على الوضوء.

2- القدرة على استخدام المناديل.

3- القدرة على تمشيط الشعر و فرش الأسنان.

4- القدرة على المحافظة على نظافة الأظافر و القدرة على المحافظة على نظافة الملابس.

5- القدرة على ارتداء الملابس (لبس الجوارب، لبس الحذاء و خلعه) بالاعتماد على النفس.

6- المحافظة على نظافة المرحاض عند الاستخدام.

7- القيام بوضع النفايات في المكان المخصص لها.

8- المحافظة على نظافة المنزل.

9- القدرة على استعمال أدوات الطعام المناسبة.

10- القدرة على شرب السوائل بالاعتماد على النفس و دون التنفس في أدوات الشرب.

11- القيام بمضغ الطعام والفم مغلقو بلع ما في الفم.

12- القدرة على طرق الباب قبل الدخول و فتح الباب بهدوء.

13- المعرفة بمصادر الخطر وتطبيق إجراءات السلامة.

14- المعرفة بدلالات إشارات المرور المتعلقة بحركة السيارات و عبور الشارع من مكان المشاة.

15- القدرة على استخدام حزام الأمان في وسيلة النقل.

16- المعرفة بطبيعة الروائح المختلفة و القدرة على التمييز بين الروائح المختلفة.

17- المعرفة بطبيعة ملمس الأشياء أو تصنيف الأشياء إلى مجموعات ذات ملمس واحد.

18- معرفة مذاق الأشياء المختلفة و تصنيف الأشياء إلى مجموعات ذات مذاق واحد.

19- معرفة الأصوات المختلفة في البيئة.

20- السير في صف أو طابور.

21- الانتقال من نشاط إلى آخر بسهولة القدرة على إكمال النشاطات المطلوبة.

22- القدرة على تقبل تأخير المعززات.

23- التعبير عن الاحتياجات الأساسية.

7- المهارات المعرفية لدى الطفل التوحدي:

*الانتباه :

الانتباه هو تركيز الوعي تجاه مثير معين، وهو عملية انتقاء إيجابي لمثير أو أكثر من بين المثيرات الداخلية والخارجية التي تتزاحم على مداخل الإدراك للإنسان. وبإمكان الشخص التركيز على أكثر من مثير في الوقت نفسه، مثل السائق الذي يقود عربة ويتحدث إلى شخص يجلس إلى جواره، فهو ينتبه لمحدثه في اللحظة نفسها التي يقوم فيها بقيادة العربة، ولكن لا يمكن أن ينتبه لمثيرين يحتاجان لدرجة عالية من التركيز في الوقت نفسه (الحجاوي، 82 : 2004).

يظهر الأطفال التوحديون قصوراً ملحوظاً في قدرتهم على الانتباه الموزع للكشف عن المستهدفات السمعية والبصرية بشكل متأن، كما أنهم أقل قدرة على تحويل انتباههم مقارنة بالعاديين، وهذه الصعوبات الانتباهية لا تعزى إلى الفشل في اكتشاف الهدف المستهدف لكن بدلاً من ذلك فإن هؤلاء الأطفال يستغرقون وقتاً أطول للاستجابة لهذه الأهداف (Casey et al , 1993).

*التذكر :

يعرف التذكر بأنه العملية التي تمكن الفرد من استرجاع الصور الذهنية البصرية والسمعية أو غيرهما من الصور الأخرى التي مرت به في ماضيه إلى حاضره الراهن (البهي، 149 : 1997).

والتذكر وظيفة للعقل من حيث هو وحدة، وهي تنصب على إدراك الخبرات الماضية، من حيث كون هذه الخبرات والأحداث الماضية جزءاً هاماً من تاريخ حياة كل فرد منا، والوظيفة الرئيسة للتذكر هي استرجاع الموقف أو الموضوع وتحديده في خبرتنا الخاصة الشخصية (ذكي، 497 : 1972).

يتذكر طفل التوحد الحقائق المرتبطة بالسيرة الذاتية، والأمور التي لا تتضمن العنصر الشخصي، كما يتذكر المعارف العامة، والمعارف الإجرائية المرتبطة بمهارات عمل شيء معين، ولكن في الوقت نفسه، لا يستطيع طفل التوحد أن يتذكر نفسه أثناء ممارسة أحداث معينة أو المشاركة في معالجة الأحداث والمعارف والعمليات (جوردن و بيول، 141 : 2007).

*الإدراك :

ردود فعل التوحدي لخبراته الحسية يكون غالباً شاذاً، فهو قد لا يدرك الضوضاء أو المناظرالمحيطة به أو يشم ما حوله. و من الممكن أن يظهر عدم استجابة للضوضاء الصاخبة. كما قد لا يتعرف على الشخص الذي يعرفه جيدا وهو من الممكن ألا يبالي بالألم أو البرودة. وفي أوقات أخرى يظهر الطفل التوحدي إحساسات سليمة. وهو يحملق باهتمام كبير في مصباح مضيء، وهو من الممكن ان يغفل أحداثاً مخيفة والتي سوف تثير الفزع في الطفل العادي. كما أن إحساسات الطفل التوحدي لا تكون واضحة مثل الطفل العادي، فعلى سبيل المثال هو من الممكن أن يغطي عينه عندما يسمع صوتاً يقلقله. والمهارات البصرية – المكانية لدى الطفل التوحدي تكون جيدة في تذكر أماكن الأشياء، وقدرتهم على عمل الصور المتقطعة، وبناء اللعب والتي من الممكن أن تعكس بعض هذه القدرة (Lewis 131-133 : 1987,).

*التفكير :

هو كل نشاط عقلي أدواته الرموز، أي أنه يستعيض عن الأشياء والأشخاص والمواقف والأحداث برموزها بدلاً من معالجتها معالجة فعلية واقعية. ويقصد بالرمز كل ما ينوب عن الشيء أو يشير إليه أو يحل محله في غيابه.

وبهذا المعنى العام يشمل التفكير جميع العمليات العقلية من أبسطها إلى أكثرها تعقيداً. أما التفكير بمعناه الخاص فيقتصر على حل المشكلات حلاً ذهنياً، أي عن طريق الرموز، وهو حل المشكلات بالذهن لا بالفعل. وهذا ما يعرف بالتفكير الاستدلالي (عزت: 330، 1985).

يتميز التفكير لدى التوحديين بالاستجابة المحدودة للمثير، التي يطلق عليها الانتباه النفقي، أي أنه انتباه يركز على مثيرات معينة ولا يركز على المثيرات الأخرى التي تقع خارج نفق الانتباه، فمثلاً لا يستطيع أطفال التوحد ربط اللفظ بالمعنى الخاص به عندما يسمعون ذلك اللفظ من مسافة بعيدة من أحد الكبار، و لكن تنجح عملية الاتصال إذا اقترب التوحدي من المتحدث و لاحظ حركات الشفاه (جوردنو بيول: 2007،147).

8- خلاصة الفصل

إذن فالتوحد هو واحد من اضطرابات النمو الارتقائي بسبب اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، ما ينتج عنه خلل وظيفي في المخ المؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي، و في التواصل اللفظي و غير اللفظي، و عدم القدرة على التخيل، ويظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، و المصنف إلى 04 أقسام، وهذا حسب حدة أعراضه. و تتعدد أسبابه من نظرية إلى أخرى، فكل نظرية ترجح أسبابه ما بين جوانب نفسية و جوانب جسمية عضوية، غير أن هذه النظريات اشتركت في أن السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل هي أساس وقوع هذا الاضطراب بالرغم من تشخيصه المعقد و المركب و المتداخل مع اضطرابات نفسية أخرى كالفصام، إلا أن التشخيص يبدأ من عدة تشخيصات طبية محددة. و رغم تطور العلم و الطب وعلم النفس في آن واحد، إلا أن العلاج الدوائي أو النفسي الثابت لاضطراب التوحد مزال مستحيلا، غير أن التدخل العلاجي و النفسي المبكر يبقى هو الحل الوحيد في ظل الانتشار لهذا الاضطراب، لتختلف عدة نظريات في طريقة و مبادئ العلاج أو التدخل النفسي الازم، ليكون العلاج باللعب هو العلاج الأسهل تطبيقا نظرا لما يقدمه من تطويرفي المهارات المعرفية و مهارات الحياة اليومية لدى الطفل التوحدي، خاصة و أن اللعب هو ما يجذب انتباه الطفل، و كل هذا دون استبعاد دور الاسرة في فعالية العلاج.

الفصل الثالث:

برنامج دنفر

تمهيد

1- تعريف برنامج دنفر

2- أهداف برنامج دنفر

3- الأسس النظرية لبرنامج دنفر

4- مراحل تطبيق برنامج دنفر

5- تصميم وتطبيق خطة التدخل

6- برامج التدخل المبكر

ملخص الفصل

تمهيد :

يعتبر نموذج دينفر واحد من البرامج التي تم اشتقاقها أو العمل بها على أساس التوصيات التطورية والتي تؤثر بدورها على الأهداف الموضوعة وإجراءات التدخل وطرق وأساليب التعلم الخاصة بهم، لذلك نجد أن هذا البرنامج يحتوي على العديد من المفاهيم القائمة على أساس النظرية التطورية في تفسير وتنظيم ومعرفة الطبيعة الأساسية لاضطرابات التوحد ومن هنا نرى أن برنامج دينفر للعلوم الصحية يستند أساسا على نظرية النمو المعرفي في عملية تطور العلاقات بين الأفراد والتواصل فيما بينهم (Rogers,2000).

افتتح برنامج دينفر للعلوم الصحية على يد سالي روجرز وزملائها في جامعة كولورادو الأمريكية عام 1981، منطلقين كما سبق من المنحنى النمائي بالاعتماد على نظرية بياجيه (ذيب ، 2004) حيث كان هذا البرنامج في بدايته قائماً على أساس اللعب وهذا بدوره قاد إلى التوجه للتعلم النماني والقائم على فرضية أن اللعب أساس لتعلم المهارات (الاجتماعية ،الانفعالية ،الإدراكية والمعرفية) في مرحلة الطفولة المبكرة (Rogers, 2000).

1- تعريف برنامج دينفر للعلوم الصحية:

يعرف نموذج دينفر على أنه التفاعل بين كل من النمو الانفعالي والاجتماعي والتواصلي والإدراكي والقائم أصلاً على أساس النظرية التطورية والمعتمدة على اتجاهات النمو المعرفي لبياجيه. يستند برنامج دينفر للتوحد على خدمة الأطفال المتوحدين على أساس معرفي وعملية من القناعات الأساسية وحملة من الممارسات العملية، فيضم فريق كاملا متعدد التخصصات من : معلم التربية الخاصة وأطباء متخصصين في طب نفس الأطفال و أخصائي النطق و اللغة و معالج وظيفي و منسق عام للبرنامج و الأنشطة و مدرب يراقب و ينسق عمل أعضاء الفريق.

2- أهداف برنامج دينفر للعلوم الصحية:

ويهدف هذا البرنامج إلى تحقيق هدفين أساسيين رئيسيين هما:

1. مساعدة الطفل التوحدي للوصول به إلى أقصى درجة من العلاقات الاجتماعية التفاعلية المنظمة والتي تستند بشكل كبير على التقليد والتواصل الرمزي والشخصي والذي يتم من خلاله تبادل المعرفة ونقل الأفكار.

2. تقديم تعليم مكتف لتغطية النقص في عملية التعليم لدى الأطفال التوحديين.

وحتى يتم اتقان هذين الهدفين الرئيسيين كان لا بد من تعليم التقليد وتطوير الوعي للمحيط الخارجي والتفاعلات الاجتماعية وتعليم عملية التواصل وجعل العالم والمحيط الاجتماعي للطفل عالماً مفهوما ومحببا له ووضع الطفل في البيئة التعليمية المناسبة والغنية وبالتالي تبادل الخبرات المناسبة بينه وبين المحيطين ضمن إطار مخطط له بالشكل المناسب لذلك نجد أن الطفل التوحدي يأتي ولديه غنى بالتعلم البيئي من جراء التفاعل الاجتماعي ومثال

على ذلك الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة (الروضة) يقضون عملياً كل ساعات نهارهم مشغولين بالبيئة الاجتماعية واللعب مع الأطفال الآخرين في نفس الروضة وبالتالي التعلم المتبادل فيما بينهم لكن الأطفال التوحديين حتى يكون على علم بالبيئة الاجتماعية لابد من أن يدخل الطفل إلى البيئة الاجتماعية التي تعد بغرابة من خلال ضبط البيئة ورسم الخطط المناسبة لعملية التفاعل وبالتالي يصبح عندها الطفل مشاركاً فعالاً في عملية التفاعل والتعلم (Rogers,2000).

3- الأسس النظرية التي يستند عليها برنامج دينفر للعلوم الصحية:

1. الأسرة جزء لا يتجزأ من البرنامج العلاجي للطفل وتمثل كل أسرة وكل طفل حالة فريدة بحد ذاتها.

2. إمكانية تحقيق الطفل نجاحاً إمكانية كبيرة جدا إذ لا يعود النقص التعليمي للطفل إلى عجز في قدرته على التعلم، بل يعود إلى قلة الأنشطة التعليمية ومحدوديتها.

3. التوحد في جوهرة اضطراب اجتماعي لذا فعلاج هؤلاء الأطفال يجب أن يرتكز على العجز الاجتماعي وهذا يحتاج تلك العلاقة التي هي أساس العلاج المقدم للأطفال وأسرهم.

4. الأطفال التوحديين هم أعضاء في أسرهم ومجتمعهم، لذلك هم بحاجة إلى أن يتعلموا كيف يحصلون على أدوارهم المناسبة في اسرهم وحياتهم الأسرية وأنشطة مجتمعهم المختلفة.

5.الأطفال التوحديين لديهم عقول وآراء وتفضيلات واختيارات ومشاعر ولهم الحق في التعبير عن الذات والسيطرة على عالمهم.

6. الأطفال التوحديين مؤهلين لأن يصبحوا فعّالين ومتواصلين كما أن معظم هؤلاء الأطفال يمكن لهم أن يمتلكوا التواصل اللفظي الفعال عندما يتم تزويدهم بالتدخلات العلاجية الملائمة والفعالة والمكثفة خلال سنوات ما قبل المدرسة.

7. التوحد اضطراب معقد يؤثر على أكثر من وظيفة لذا الفريق المتعدد التخصصات من الواجب أن يضع في اعتباره قدر كبير من التحديات التي يظهر من خلالها التوحد.

8. التعليم المبرمج أداة قوية للأطفال التوحديين؛ مرتبطة بشكل أساسي مع الأهداف المعنوية بشكل جيد من خلال التخطيط في مرحلة ما قبل وضع الأهداف التعليمية والتقدم المدروس يكون من خلال مجموعة البيانات المستندة عن كل هدف.

9.عدة اتجاهات للتدخل المبكر من الأطفال التوحديين أظهرت تأثيرها في طريقة التدريس والمعالجة الشاملة والتي يجب أن تكون قادرة على أن تُسحب على كل الخبرة المتوفرة في المجال.

10. يعتبر اللعب أداة معرفية واجتماعية فعالة في تعليم الأطفال التوحديين لذلك يتم العمل على بناء مهارات اللعب لديهم والتي بدورها تزيد من قدرتهم وأهليتهم للتعلم والاستقلالية.

11. التدخل الناجح للأطفال التوحديين يكون من خلال صرف أغلب وقت الأطفال في النشاطات الموجهة اجتماعيا وذلك بتزويدهم بـ 20 ساعة تدريبية أسبوعيا في الحد الأدنى من التدخل العلاجي المنظم والذي يكون ضرورياً لتحقيق التقدم والتحسن (ذيب، 2004).

4- مراحل تطبيق برنامج دينفر للعلوم الصحية:

يعتبر نموذج دينفر من النماذج التي توضح برنامج كامل يتم فيه تقديم خدمات الطفل من خلال المدرسة (صف الدمج ، الصف العادي) والبيت ويدخل فيه الطلبة من عمر (24-60شهر) ولكن عمر دخول البرنامج الأسري هو 46 شهر أي 3.5 سنة ويتلقى فيها الطفل 20 ساعة أسبوعيا من خلال المنهاج المدرسي للعب Play School Curriculum .

الدمج النموذجي المعتمد على المجتمع Inclusive CommunityBased model : هناك ثلاثة أوضاع تعليمية يتضمنها برنامج دينفر وهي :

1. التعليم ضمن الروتين الأسرى اليومي (Teaching with Family Routine).

2. التعليم ضمن رياض الأطفال (الدمج) (Teaching with inclusive School Setting).

3. التدريس الفردي المكثف واحد : واحد (Intensive 1 : 1 Teaching) وكل هذه الأوضاع يتم اختيارها والعمل بها بناء على حاجات الطفل التعليمية وطرق وأساليب تعليمية وهذا لا يعني أن الطالب التوحدي بحاجة إلى العدد من الساعات وذلك لتعليمه المهارات الأساسية حتى تضمن تقدمه بالشكل الصحيح والمناسب ويتم تقديم الأهداف وتنظيمها بحسب كل وضع تعليمي ، يتم وضع الطالب منه بحيث يحتاج كل طالب إلى أن يتلقى أكثر من 20 ساعة أسبوعياً والموضوعات التدريسية يتم تعليمها بطريقة منظمة وواضحة عبر كل موقف أو وضع من الأوضاع التعليمية الثلاثة المراد تقديمها للطالب وهي كالآتي :

• التعليم ضمن الروتين الأسري اليومي : Teaching within Family Routine : كل فرد من أفراد الأسرة يستطيع أن يحدد نوعية الأهداف الموضوعة للطفل داخل روتين الأسرة المعمول به وهذه النشاطات عديدة ومتنوعة، يتم العمل داخل النظام الروتيني الأسري وهي وجبات الطعام ،استخدام الحمام، اللعب والأعمال البيئية والروتينية والأنشطة الخارجية وأي نشاط أو خبرات معمول بها في الأسرة بحيث تكون هذه الخبرات ذات قيمة للطفل.

التعليم في مرحلة ما قبل المدرسة " الدمج Teahcingwithin inclusive Preschool Setting " : تعمل رياض الأطفال (الروضة) على تزويد الأطفال بأوضاع تعليمية ومواقف مهمة بحيث لا يمكن تزويد أوإيجاد هذه المواقف والخبرات في أماكن أخرى بحيث يعتبر الدوام في الروضة جزء هام في البرنامج ابتداء من عمر ثلاث سنوات، ويستفيد الطلبة التوحدين من الطلبة العاديين المهارات الاجتماعية الموجودة لديهم والتي تؤثر عليهم وتمدهم في عملية التواصل مع الآخرين أضف إلى ذلك أن الروضة مرحلة مهمة وحاسمة للإعداد للمدرسة وفي علاج الطلاب في مرحلة الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ولذلك كان لابد من توفير الرعاية والاهتمام وتقديم العناية لهم حتى يتعرضوا للخبرات الجديدة واكتسابها من خلال التفاعل مع أقرانهم في الروضة وحتى يصل هؤلاء الطلاب إلى مرحلة تعميم ما يتم تعلمه في البيت من خلال الخبرات والمواقف المباشرة التي يتعرضون لها.

- التعليم المكثف (1 : 1) :

1 . أثبتت النتائج أن الطلاب التوحديون يستطيعون التقدم بسرعة ويكون أداؤهم أفضل عندما يتلقون تعليم مكثف ومنظم واحد لواحد من قبل المعلمين والبالغين مع الأخذ بعين الاعتبار أن التدريب المقدم لهؤلاء الطلبة يختلف من طالب إلى آخر حتى أنه يختلف مع الطالب نفسه باختلاف الجوائب النمائية والقصور فيها وقد يحتاج بعض الطلاب إلى ساعات طويلة كل يوم من التدريب المكثف والاهتمام البالغ من خلال الأسلوب (1 : 1) التعليم المكثف (Rogers , 2000) .

وهناك بعض الأطفال التوحديون الذين يكون تطورهم بطيئا مقارنة مع أقرانهم الآخرين فإنه يتم استخدام أنواع أخرى من الأوضاع التعليمية المناسبة لهم عبر الدوام اليومي في الروضة ومنها مايلي :

1. العلاج النطقي واللغوي والكلامي.

2. جماعات اللعب مع الأقران.

3. الموسيقى.

.4. الرقص.

5- الفنون كالرسم والجمنازيوم ودروس العلوم والتجارب.

كما أثبتت الدراسات أن الطلبة التوحديون يستطيعون التعلم بشكل أفضل من خلال تعليمهم في مجموعات صغيرة منظمة لكنهم يحتاجون إلى التدريب الفردي لمعالجة المشاكل الحركية والتعليمية والمنطقية وتطوير

مهارات اللعب ومما سبق نجد أن نوعية وكمية التدريس الفردي تختلف من طالب توحدي إلى آخر وحتى مع الطالب نفسه خلال المراحل التطورية المختلفة.

5-تصميم وتطبيق خطة التدخل:

تعتبرخطة التدخل العلاجي والمنهاج الموجه للطفل التوحدي أمراً ضرورياً فالأطفال الذين يتلقون البرنامج العلاجي في نموذج دينفر يتلقونه بناء على أهداف فصلية محددة تغطي جميع الجوانب التي أثرت على مجالات النمو لدى الطفل التوحدي ويضم ذلك اللعب والعلاقات الاجتماعية وروتين العائلة. ويتم تصميم الأهداف لتكون بداية علاج الطفل في جميع المجالات وكيفية التعامل مع الآخرين ويقود الوالدان وقائد الفريق والمنسق هذه الخطط العلاجية من خلال الفريق القائمInter Disciplinary Team لدعم الطفل ويتم هنا كتابة الأهداف الفصلية ويتم وضع الخطط والنشاطات الخاصة بكل وضع تعليمي وهذا في النهاية يشكل منهاج الطفل Child Curriculum ويتم ملاحظة التقدم في المنهاج وتطبيقاتها من خلال جمع المعلومات وتحليلها ويتم مراجعة المعلومات بشكل اسبوعي ويتم إجراء التعديلات المناسبة كلما كان ذلك ضروريا للمحافظة على المستوى المطلوب من التقدم.

*المفاهيم المدرجة ضمن اتجاه التدخل Main Aspects of the Intervention.

1-تأكيد العلاقات.

2. المشاركة في الضبط.

3. العواطف الإيجابية.

فالأطفال يتعلمون من خلال الآخرين من حولهم الذين يتمتعون بالعلاقات العاطفية الإيجابية والتوحد يؤثر على قدرة الطفل في ممارسة العلاقات الاجتماعية ويتم بناء ذلك من خلال العلاقات الحميمة ومن خلال اللعب يوما بعد يوم (Rogers , 2000) . ويجد النمو والعلاج الأثر الإيجابي ويزيد من فعالية التعلم التي هي جوهر وجزء من هذا النموذج.

*محتويات البرنامج الفردية Content Individualized Curriculum :

كما سبق الذكرفإن هذا البرنامج قائم على الأساس التطوري في عملية اختيار الأهداف ونشاطات التعلم، فمنذ أن أصبح بالإمكان دمج هؤلاء الطلبة أصبحت هناك حاجة ملحة لتعليمهم المهارات الاجتماعية ويمكن أن تستخدم أسلوب تحليل المهارات Task Analysis لتجزئة المهمات إلى مهام صغيرة يسهل تحقيقها كما يمكن استخدام أسلوب التشغيل Shopping من أجل تعلم المهارات الصعبة (Rogers, 2000).

إذ يتضمن المنهاج الفردي للطفل التوحدي في برنامج دينفر على :

1. التواصل.

2. مهارات اللعب.

3. نمو المهارات الحركية الصغيرةوالكبيرة.

4. الاستقلالية الفردية.

5. التفاعل الاجتماعي.

6. البعد المعرفي والإدراكي.

أ. **التواصل Communication** : يعتبر التواصل والتقليد من الوسائل التي تتطلب من الفرد تكوين علاقات اجتماعية ومشاركة فعالة حتى يصبحوا أعضاء فاعلين ومؤثرين في ثقافتهم ولنقل المعرفة من جيل إلى آخر، ولا شيء أكثر أهمية للطفل التوحدي، من الانتباه والتواصل التلقائي المباشر فلكل طفل نظام اتصال خاص وبالتالي نظام علاج خاص ويستخدم برنامج دينفر الأسلوب متعدد الأوجه لتنمية التواصل في أربعة جوانب رئيسية هي:

* تعليم الطفل استخدام التواصل غير اللفظي.

*تعليم الطفل التقليد.

* تعليم الطفل معاني وأهمية التواصل.

* تعليم الطفل عملية إعادة عرض الرموز.

ومن الضروري التركيز على هندسة البيئة أو مكان التعليم لتسهيل عملية التواصل.

2. **اللعب Playing** : يعني هذا الجانب في التركيز على تطوير مهارات اللعب بصورة مباشرة وفردية للتقليل من العزلة الاجتماعية وذلك لكون الطفل التوحدي غير قادر على الاستفادة من التفاعلات الاجتماعية مع الأطفال الآخرين إذا لم يشتركوا معه في الأنشطة الاجتماعية في مرحلة الروضة (ذيب ، 2004).

3. **النشاطات الحسية SensoryActivities** : أما هذا الجانب فيعني في تطوير النظام الحسي عند الطفل التوحدي من خلال تطوير مهارات الانتباه والإثارة والانفعال ويمكن تخفيف ذلك من خلال :

- الروتين الحسي الاجتماعي.

* التخطيط للنشاطات جميع الحواس.

4. **الاستقلال الذاتي وروتين العائلة Personal Independence Family Routines**: يعطي برنامج دينفر أهمية كبيرة لعملية الاستقلال الفردي وبالتالي عملية التعلم والحساب هذه الخاصية تزيد من عملية التعلم المرغوب بها ضمن إطار الأسرة وتعتبر هذه النقطة مصدر قوة للطفل التوحدي من حيث اكتساب المعرفة ونمو المهارات والقدرات لديه.

5-**المهارات الاجتماعية Social Skills** : وتتمثل في القدرة على البدء والبقاء في تفاعل اجتماعي والقدرة على إنهاء التفاعل الاجتماعي والتي تسهم إلى حد كبير في تطوير شخصية الطفل ومن هنا يمكن تدريب الطفل على المهارات الاجتماعية من خلال الخبرات الاجتماعية الطبيعية والمناسبة ويمكن تخفيف التفاعل الاجتماعي أيضاً من خلال تعليم مهارات التقليد ومهارات اللعب والسلوك التواصلي اللفظي وغير اللفظي من خلال أشخاص وفي أماكن مختلفة ومن خلال بيئة منظمة ورويتن الحياة اليومي للعائلة.

6. **المهارات الحركية MotorSkills** : يدرك نموذج دينفر المشاكل والصعوبات التي يواجهها الأطفال التوحديون في المجال الحركي والمتمثل في عملية التتابع الحركي والتخطيط الحركي والتي بدورها تؤثر على عملية التفاعل الاجتماعي واللعب والمهارات الاستقلالية للحياة اليومية في مرحلة الطفولة المبكرة . والهدف من التدخل هنا هو تطوير المهارات الحركية الوظيفية لعملية التعلم واللعب والمهارات الحركية بطريقة أسلوب التدريس الفردي المكثف (1 : 1) من خلال أنشطة صفية مخطط لها. ويعتبر اللعب باستخدام المهارات الحركية الكبير جزء من نشاطات اللعب كاللعب بالكرة (المسك، الرمي، الضرب) واللعب بأدوات خاصة لكونها مناسبة لمرحلة الروضة.

إن تطور مهارة النمو الحركي لليد يتم التركيز عليه في السنوات التي تسبق دخول المدرسة لكونها الأساس لمهارات أخرى كارتداء الملابس والكتابة بالإضافة إلى المهارات الحركية الأخرى. ومن العوامل التي تساهم في إيجاد صعوبات في تطوير المهارات الحركية الدقيقة هي ضعف العضلات، وبصورة أساسية يمكن استخدام اللعب لبناء القدرة اليدوية للتحكم باليد والاصابع وتقوية اليدين وتنمية التأثر وتطور اللعب الهادف.

البرنامج اليومي للطفل Daily Schedules:

*النشاط اليومي فترة النشاط

*ارتداءالملابس

* برنامج وقت تناول الطعام

* العمل على التواصل 7:30 – 08:30

* مدرسة الدمج مع الأطفال في الروضة

* برنامج وقت تناول الطعام

*برنامج النظافة والعناية الشخصية

* برنامج التدريس المكثف 1 : 1 9:00 - 12:00

* اللعب الداخلي / اللعب الخارجي (تطبيق أهداف المهارات الحركية الكبيرة، اللعب الاستقلالي، تطبيق أهداف التواصل الاجتماعي)

* أداء عدد من المهام مع العائلة 4:30 - 5:30

* الأعمال الروتينية البيتية الرتيبة.

* برنامج وقت تناول الطعام

*برنامج التواصل5:30 - 7:00

* اللعب

*ارتداء الملابس.

* الاستحمام.

* برنامج التدريب على استخدام المرحاض07:00 – 08:00

*الاستعداد للنوم

*كتاب / قصة قبل النوم 08:00

وتشمل ساعات التدخل الأسبوعي على : المجال الساعي: الروضة 12

استراتيجيات التعلم المكثف (1 : 1) بالإضافة إلى المدرسة :15، روتين البيت المنظم: (7-14) مجموعة الساعات (34-41).

إدارة السلوك Behavior Management : ويتم التركيز هنا في البرنامج على تحسين العلاقات في البيئات المختلفة وتعلم الجديد وممارسة المهارات التكيفية التي تتيح للأطفال قدراً كبيراً من السيطرة وضبط الذات، القدرة والرضا الشخصي من خلال التفاعل الاجتماعي الإيجابي مع أفراد الأسرة والتحليل الوظيفي والتدريب التواصلي وبدائل التعلم الرسمي وكذلك إعادة توجيه السلوك لأن الأطفال التوحديين ممكن أن يكون لديهم استراتيجيات سلوكية تزيد من السلوكيات غير المرغوبة أو المقبولة.

6- برامج التدخل المبكر:

أ - العلاج بالحياة اليومية (مدرسة هيجاشي) : يتبنى هذا المنهج مدرسة (هيجاشي) Higashy في طوكيو، ويرتكز هذا الأسلوب على العمر، وليس المستوى النمائي، وعلى أنشطة جماعية من أجل إعداد الطفل لمواجهة أنشطة الحياة اليومية، وتركز هذه الطريقة على تمارين بدنية نشيطة وفنون ومهارات اجتماعية واتصال، وتم استخدام هذه الطريقة في مدرسة في بوسطن ماساشوستش وهي تنتشر الآن في دول أخرى (الإمام والجوالدة، 2010 : 215).

الخصائص العامة للبرنامج :

- يقبل الأطفال الذين يعانون من التوحد (أو اضطرابات نمائية شاملة أخرى) ممن تتراوح أعمارهم بين 3 سنوات و 12 سنة. وفي بعض الحالات: قد يقبل الطفل إلى 16 سنة إن اجتمعت لدى الطفل متطلبات أساسية مثل اللغة ودرجة ذكاء مرتفعة. ويظل الأطفال ملتحقين بالبرنامج إلى أن يصلوا إلى عمر 22 سنة.

- يحمل كل المعلمين لدى مدرسة هيجاشي درجة الماجستير في التربية الخاصة. هذا بالإضافة إلى شرط اللياقة البدنية لكل المعلمين.

-هناك تقريباً معلم واحد ومساعد معلم لكل ستة أطفال في الفصول الدراسية، ومعلم واحد لكل ثلاثة أطفال في كل من حصص التربية الفنية والموسيقى والرياضة البدنية.

-تعتبر مدرسة هيجاشي مدرسة داخلية حيث إن أغلبية الأطفال الملتحقين بالبرنامج ينامون في المركز. وبالتالي يحدث معظم التدريب في المدرسة على مدار اليوم بأكمله، إلا أن هناك قلة من التلاميذ ينامون في منازلهم إن كانوا يقيمون على مقربة من المدرسة، تعطى لهم واجبات منزلية حيث يكون من المتوقع مشاركة الأسرة في إنجازها (الشامي، 2004).

ويركز البرنامج على تدريب بدني شديد ينتج عنه إطلاق مادة الأندورفينات Endorphins التي تحكم القلق إضافة إلى برنامج موسيقي مكثف، والفن والدراما. ويقوم البرنامج العلاجي على أربعة مبادئ أساسية هي :

- التعليم الموجه للمجموعة : حيث يتم التعامل مع الأطفال التوحديين في فصل دراسي واحد مع الأطفال العاديين دون أن يمثل ذلك ضغطاً عليهم .

- تعليم الأنشطة الروتينية من خلال جداول الأنشطة.

-يعتمد البرنامج على تدريب الأطفال للاعتماد على أنفسهم في جميع شؤون حياتهم.

-تقليل مستويات النشاط غير الهادف : تمثل التربية الرياضية دعامة أساسية في البرنامج، حيث إن التمرينات الرياضية تؤدي إلى التقليل من مشاعر القلق، وتقليل مشاعر الميل العدواني، وتؤهل الطفل لتعديل سلوكه للمؤثرات الخارجية، وتقلل فترات الأرق، وتساعد على السيطرة على القوة الجسمية، مع التأكيد على أهمية ممارسة هذه الهوايات والأنشطة في بيئة اجتماعية تشجع الاختلاط والتفاعل الاجتماعي وتنمي المهارات الاجتماعية (أحمد، 95 : 2009).

ب – برنامج ليب :خبرات التعلم : برنامج بديل للأطفال دون سن المدرسة والأباء(LEAP/Learning Experiences : An Alternative Program for Preschoolers andParent) بدأ برنامج ليب عام 1981 في بنسلفانيا لتقديم خدمات للأطفال الصغار التوحديين والأطفال العاديين من أعمار 3 – 5 سنوات ضمن برنامج شامل لمرحلة ما قبل المدرسة، وهو برنامج للتدريب على المهارات السلوكية للآباء، بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى، ويعد هذا البرنامج واحداً من أفضل البرامج في التدخلات المبكرة للأطفال التوحديين وأسرهم. ويعتبر برنامج ليب واحداً من البرامج التي تجمع الأطفال التوحديين مع الأطفال العاديين. ويمتاز المنهاج في ليب باستخدامه للرفاق في التدريب على المهارات الاجتماعية. تشتمل الأهداف في المنهاج الفردي على مجالات النمو الاجتماعي والانفعالي واللغوي والسلوك التكيفي والمجالات النمائية المعرفية والجسمية الحركية، ويجمع انتهاج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة.

ويركز هذا البرنامج على تزويد المؤسسات والمدارس الخاصة والعامة بخدمات تدخل مبكر نوعية، وتقدم الخدمات من خلال زيارات للموقع وأجوبة شاملة للأسئلة، وورشات العمل واستشارات مستندة إلى الحالة وتوزيع الوسائل التعليمية. ويشتمل على : تنظيم الصف، ضبط الصف، زيادة فرص التعليم خلال اليوم، تدريب الرفاق على المهارات الاجتماعية، مناهج اجتماعية وانفعالية، فريق إشراف، استعمال فعال لما وراء المعلمين، مشاركة الأسرة (الزريقات، 309 : 2004).

ويحتوي البرنامج ثلاثة عناصر أساسية هي:

-رياض الأطفال: حيث يدمج الأطفال الذين يعانون أيا من الاضطرابات النمائية الشاملة مع أندادهم الطبيعيين لمدة ثلاث ساعات يومياً لمدة خمسة أيام أسبوعياً على مدار السنة كاملة.

-تعديل السلوك: يتلقى أفراد الأسرة تدريباً مكثفاً على تقنيات تعديل السلوك وكيفية تدريب الطفل على اكتساب مهارات جديدة وتعميمها.

-نشر الوعي وبرامج تدريبية للمهتمين تشمل موضوعاتها التقويم، والخطط التربوية الفردية، وإدارة السلوك، وطرق تعليم المهارات الاجتماعية، وطرق التعامل الفعالة مع الأسرة، وطرق التخطيط لنقل الطفل من بيئة إلى أخرى (من الروضة إلى الصف الابتدائي الأول على سبيل المثال) (الشامي، 2004).

ج –برنامج تيتش : (TEACCH/ Treatment and Education of Autistic and Related Communication HandicappedChildren)

يتم تقديم خدمة علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له عن طريق مراكز تيتش في ولاية نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تدار هذه المراكز بواسطة مركز متخصص في جامعة نورث كارولينا تسمىDivision Teacch ويديره سكوبلرSchopler1972: هو من كبار الباحثين في مجال التوحد.

ويركز منهج تيتش على تعليم مهارات التواصل، واللعب، ومهارات الاعتماد على النفس، والمهارات الاجتماعية، المهارات الحركية،المهارات الإدراكية،العمل باستقلالية ومهارات أكاديمية. كما يتميز منهج تيتشبأنه طريقة علاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل، حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد 5-7 أطفال مقابل مدرسة ومساعدة مدرسة، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل (رياض، 75 : 2008).

وهذا البرنامج متكامل من عمر 3-18 سنة حيث إن تهيئة الطفل للمستقبل وتدريبه بالاعتماد على نفسه، وإيجاد وظيفة مهنية له عامل مهم جداً، وإحساسه بأن يقوم بعمل منتج مفيد، قبل أن يكون وسيلة لكسب العيش (عسلية، 2006).

ويجب أن يكون المعلمون والمختصون في هذا البرنامج من حاملي شهادة الماجستير في تخصص علم النفس أو التربية الخاصة أو اللغة والتخاطب أو علم الاجتماع، هذا بالإضافة إلى خبرة سنتين في مجال التوحد كحد أدنى، ويعتبر كل معلم ومختص في مراكز تيتش (معلماً شاملاً). والجدير بالذكر أن لطلاب الجامعات دورهم في فصول تيتش حيث يعملون فيها كمساعدين أو متدربين لمدة سنة أو أكثر، وتختلف نسبة المعلمين إلى التلاميذ باختلاف احتياجات التلاميذ أنفسهم في بداية مراحل التدريب، فقد يعين معلم واحد أو معلمان لكل تلميذ، ومع تطور التلميذ ترتفع هذه النسبة إلى أن تصير بمعدل معلم واحد إلى كل ثلاثة تلاميذ، وقد يشمل الفصل ستة تلاميذ

ومعلماً شاملاً ومساعداً أو أكثر من مساعد واحد، ويختلف عدد ساعات التعليم من تلميذ إلى آخر، ويتوقف تحديد عدد الساعات على الاحتياجات الفردية لكل تلميذ (الشامي، 2004).

ملخص الفصل:

نستنتج أن برنامج دنفر هو برنامج حديث النشأة موجه خاصة لفئة الأطفال التوحديين و الهادف للنمو الانفعالي والاجتماعي والتواصلي والإدراكي مجملا، والقائم أصلاً على أساس النظرية التطورية والمعتمدة على اتجاهات النمو المعرفي لبياجيه، الذي يعتمد على فريق كامل من مختف التخصصات من : معلم التربية الخاصة وأطباء متخصصين في طب نفس الأطفال و أخصائي النطق و اللغة و معالج وظيفي و منسق عام للبرنامج و الأنشطة و مدرب يراقب و ينسق عمل أعضاء الفريق. غير أن ما يميز هذا البرنامج أن بنوده تحوز على برنامج تدخل أسري وهذا بغرض تأقلم الطفل التوحدي داخل أسرته و مساعدته في الاندماج مع أفرادها اجتماعيا.

والملحوظ في هذا البرنامج هو شموليته في استهداف مهارات الطفل فهو صالح مع مهاراته التواصلية، المعرفية، الاجتماعية، الاسرية، الحسية وبالأخص حركية، وهذا من خلال الألعاب و تمارين تعليمية بسيطة و مثيرة لاهتمام الطفل التوحدي.

الفصل الرابع:

الجانب الميداني

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- حدود الدراسة

3- منهج البحث

4- الدراسة الأساسية

خلاصة.

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل وصف الإجراءات المنهجية التطبيقية التي تمّ اتباعها لتحقيق الدراسة والتحقق من فرضياتها، بدءا من الدراسة الاستطلاعية إلى الدراسة الأساسية وأدوات جمع البيانات وتحديد المنهج المناسب للدراسة، وحدودها المكانية والزمانية والبشرية وتحديد مجتمع وعينّة الدراسة وأدواتها.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية بمثابة اللبنة الأولى التي يبني بها الباحث دراسته، كما أنّها تعرّف بالظروف التي سيجرى فيها البحث العلمي، كما أنها تعطي الباحث ملمحا للأبعاد التي سيتناولها بالبحث، والهدف المراد الوصول إليه من خلال الدراسة، حيث تمكن الباحث من الوصف الشامل لمشكلة البحث من بدايته لنهايته.

2- حدود الدراسة الاستطلاعية:

تمت في الملحقة الاستشفائية لمستشفى يوسف دمرجي بتيارت بتاريخ:2021/12/25، تمثلت في أربعة حالات: 02 ذكور و02 إناث تم اختيارهم حسب الحالات الموجودة في تلك الفترة والتي كانت تعاني من توحد خفيف، لكن سرعان ما توقفنا لعدم الحصول على رخصة لإجراء التربص فتم إلغاء المؤسسة والتوجه لجمعية الأمل لأطفال التوحد وتريزوميا 21، فكانت الاخيرة مكان الدراسة الأساسية.

3- أدوات الدراسة الاستطلاعية :

1- المقابلة العيّادية:هي علاقة دينامية بين طرفين أو أكثر بحيث يكون أحدهما الأخصائي النفساني والطرف الآخر هو المفحوص طلبا للمساعدة الفنية المتميزة بالأمانة من جانب الأخصائي النفساني للمفحوصين في إطار علاقة إنسانية ناجحة بينهم (عمر: 54).

2- الملاحظة: انتباه مقصود و منظم و مضبوط للظاهرة أو الحوادث، بغية اكتشاف أسبابها و قوانينها (بدري،17)، وهي أداة من أدوات الفحص و التشخيص يستخدمها المختص أو الباحث من أجل جمع المعلومات حول العميل أو الظاهرة المعنية بالبحث (يحياوي، 145 : 2003).

3- مقياس الCARS) Childhood Autism Rating Scale):يقصد به مقياس تقدير التوحد الطفولي والذي طوره شوبلر، و يتألف من 15 فقرة تضمنت كل فقرة منها 4 تقديرات متدرجة من (1-4) مع إعطاء وصف السلوكيات التي تؤخذ بالاعتبار في حين تشير التقديرات المناسبة منها للطفل، ويشير الرقم 1 إلى أن السلوك عادي في حين تشير التقديرات (2.3.4) إلى أن السلوك يتراوح بين كونه غير عادي بدرجة بسيطة أو متوسطة أو شديدة على التوالي، ويمكن إعطاء تقديرات بينية مثل (3،5،2،5،1،5) وقد تمتع المقياس في صورته الأصلية بدلالات صدق و ثبات عالية (الشمري، السرطاوي : 2002).

2- الدراسة الأساسية:

1- منهج البحث:

المنهج: يعتبر القاعدة التي تحكم أي محاولة للدراسة العلمية و يساعدنا في كشف الحقائق المتعلقة بالظاهرة أو المشكلة المطروحة (الربيعة، 13 : 2013)، اتبعنا في هذه الدراسة المنهج العيادي لتتبع تأثير برنامج دنفر.

2- حدود الدراسة الأساسية:

الزمانية: كان تطبيق إجراء الدراسة من 2022/02/21 إلى2022/04/11.

المكانية: جمعية الأمل لأطفال التوحد وتريزوميا 21- بحي جيلالي مسريEPLF، الجمعية تأسست في 07جويلية 2020 باعتماد من طرف بلدية تيارت،حيث تتكون من طابقين : الأول يحوي مكتب الاستقبال، مطبخ وساحة، أما الطابق الثاني:مكتب للحصص الفردية يشرف عليها مختصين نفسانيين، قاعة كبيرة لتعديل السلوك مثل فرط النشاط الحركي، البكاء والصراخ تحت إشراف نفسانية ومختص اجتماعي مدرَب، قاعتين للأنشطة الجماعية تحت اشراف مربيتين، قاعة القسم البيداغوجي؛ قبل تحضيري ومكتب الاختصاصية الأرطفونية، تهدف الجمعية إلى مايلي:

- تحسين ظروف التكفل الصحي السليم.
- دمج فئة أطفال التوحد نفسيا، تربويا، رياضيا، مهنيا واجتماعيا.
- انشاء مشاريع تنموية لهذه الفئة.
- تقديم المساعدة في مختلف المجالات.
- توفير التكفل الشامل،المتكامل والمجاني.

أما طبيعة التكفل فهي يومية حيث تبدأ الحصص من 8:00 إلى 14:30 للحصص المفوجة،مع توفير وجبة الغداء، حصص فردية بالنسبة للمختصة النفسانية وكذلك للأرطفونية إضافة إلى خرجتين كل أسبوع الأولى للمسبح بهدف الاسترخاء والثانية للملعب بهدف اللعب وممارسة الرياضة.

الحدود البشرية: تم اختيار خمسة حالات من التوحد على أساس التحويل الايجابي منهم نحو الباحثة وبالتالي سهولة التعامل والتواصل مما ينعكس على تقدم الخطة العلاجية.

3- عينة الدراسة: تتكون عينة الدراسة من 05 حالات

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج دنفر في تنمية مهارات الحياة اليومية والمهارات المعرفية لدي عينة مكونة من خمس حالات مشخّصة باضطراب التوحد ممثلة في أربعة حالات من الذكور وحالة من الاناث ، كلهم في العاشرة، مدمجين في جمعية للتوحد والتريزوميا21.

جدول 2: جدول توضيحي لعينة الدراسة

العينة	العدد	العمر
ذكور	**04**	**09**
اناث	**01**	**09**

4- دراسة الحالة:

المقابلة العيادية؛ حيث تسلحت بالملاحظة، مقياسCARS، اختبار رسم الرجل، الرسم الحر، اضافة إلى الأدوات الموجودة في الجمعية التالية: المطابقة صورة الفواكه، مطابقة الاشكال والفراغ، مطابقة صورة الحيوان مع الفراغ، فرز الألوان، تركيب وبناء الأشكال، الفرز بالمستويات من الأكبر إلى الأصغر، الكرات الملونة، تركيب نصف صورة، بطاقة التعرف للحيوان، حروف، أشكال، لوحة عمل بالخيط، الحيوانات المطاطية ، لعبة على شكل حذاء لتعلم تشبيك الخيط وربطه.

الملاحظة:العيادية الفاحصة الدقيقة للحالة وكيفية سيرورة المقابلة وتأثير البرنامج المتبع على الحالة.

شبكة الملاحظة:من خلال جدول للحصص يشار الى تحقق المهارة بالإيجاب، وعدم تحققها بالسلب.

أهداف برنامج دنفر:

الهدف العام:تنمية مهارات الحياة اليومية والمهارات المعرفية.

الأهداف الإجرائية:يساهم برنامج دنفر في بناء وتنمية مهارات اللباس من تزرير، سحاب وتشبيك، والمهارات المعرفية مثل الانتباه، التركيز والإدراك.

تطبيق برنامج دنفر:

تم تكييف نموذج دنفر لأطفال التوحد حسب اشكالية الدراسة والوقت المتاح حسب الجدول رقم 03 التالي:

المحاور: مهارات الحياة اليومية والمهارات المعرفية	المحتوى	الاهداف الاساسية والثانوية	الأدوات والوسائل المستعملة
التزرير	تدريبات عملية بالمساعدة الخارجية ثم بالمساعدة الذاتية. كيفية استخدام الألبسة ذات السحاب عن طريق المساعدة الخارجية المتكررة و المتدرجة.	تحقيق الاستقلالية الذاتية تحقيق التكيف الذاتي تنمية الحركات الدقيقة و التلآزر البصري واليدوي	لعبة بها أزرار الملابس الشخصية التي يرتديها الطفل
السحاب	استخدام تقنية السحاب عن طريق المساعدة الذاتية من الكبير، المتوسط ثم الصغير	تقوية الانتباه والمعالجة اليدوية اكتساب مهارات سريعة ومتطورة كخبرات	لعبة من قطعة قماش بها سحابات الملابس الشخصية للطفل
التشبيك	استخدام المحاكاة والمساعدة الخارجية في المرحلة الاولى ترك المجال للطفل للتجربة عن طريق المحاولة و الخطأ تكرار النشاط عدة	تحقيق الاستقلالية تقوية الانتباه والتركيز من خلال شبك الخيط تنمية التنسيق البصري اليدوي تحقيق الذات والشعور بالإنجاز إدراك أجزاء الحذاء	قطعة قماش بها ثقوب وخيط لعبة على شكل حذاء الحذاء الشخصي

	مرات	وطريقة ربط الخيط	
الانتباه	تصنيف الأحجام مطابقة الأشكال و الظل مطابقة الحيوانات، الاشكال، الحروف والأرقام	تقوية الحس العام واتباع النظام التنفيس التعبير عن مشاعره معرفة الجهات التمييز بين المشي والركض، مباشرة وبتعرج	التلوين، الرسم العمل على لعب حركية من أعداد الباحثة حسب المتاح كل مرة
التركيز	كتابة الحروف ونطقها كتابة الأرقام اعطاء مجموعة من الحروف وطلب حرف دون ترتيب تسمية الأشياء الموجودة في المحيط، العثور على ألوان من المحيط مشابهة لألوان اللعبة حساب الاشكال وكتابة العدد الأنشطة الرياضية القص	تعلم النطق، الكتابة والأرقام ادراك ما يوجد في الخارج وبالتالي الاندماج والتكيف التحكم الانفعالي والجسمي من خلال الرياضة تنمية التواصل مع الاخرين ادراك الجهات	العاب الحروف، قلم وصبورة، كرة قدم، مكان واسع، ملعب

الادراك	ادراك الصورة الجسمية أمام المرآة وتسمية كل عضو تسمية كل عضو بالوقوف بنفس الجهة مع الباحثة تسمية كل عضو بالوقوف وجها لوجه مع الباحثة تسمية الألوان، الأشكال وتركيب الأشكال ادراك الحيوانات، الفواكه، الحروف و الأرقام ادراك الجهات	الاندماج في المحيط من خلال الفهم وربط الاشياء ومحاولة الاستنتاج	الالعاب، مرآة

- تم تكييف البرنامج انطلاقا من مسلماته حسب برنامج لسلمى حمادو" مختصة أرطفونية" بعنوان البرنامج العام المتدرج للمهارات ما قبل الأكاديمي للطفل العادي وذوي الاحتياجات الخاصة.

جلسات البرنامج: سيرورة المقابلات:

نظرا لوجود كل الحالات ضمن نطاق الجمعية مدرجين في أقسام حسب القدرات المعرفية، وكل قسم مسؤول عنه نفساني أو مربي مؤهل إضافة إلى الحصص الفردية مع الأرطفونية وحصة استرخاء في المسبح وحصة رياضة في المعلب الولائي، كانت المقابلات الأولى للتعرف على الحالات كالاتي:

المقابلة الاولى:

مع منسّقة الجمعية والتي دامت نصف ساعة، كانت مقابلة ابتدائية عن الحالات بصفة عامة ونوعية النشاطات المقدمة في الجمعية لتعليم وإدراج الطفل التوحدي.

المقابلة الثانية: كانت يوم 2022/02/21 حيث تم الانطلاق في عملية التربص بعد قبول الطلب حيث تم:

- مكالمة المديرة بهدف الدخول والنظام المعمول به داخل الجمعية.

- التحدث مع المنسقة- الموجهة-

- حضور حصة مع القسم ما قبل الدراسي تحت إشراف النفساني حيث كان يدرس الأرقام من 40 إلى 60.

- حضور وجبة الغداء لمراقبة الأطفال أثناء طريقة الأكل وبالتالي ملاحظة المهارات الحياتية المكتسبة ومدى اتقانها.

-اقتراح النفساني لثلاث حالات للعمل معهم.

- حضور حصة فردية مع الحالة محمد- مراجعة الأرقام-

ملاحظات:

- القسم يحوي 08حالات، حالة 20سنة، حالة 16 سنة والباقي 09سنوات.

- بعد وجبة الفطور لاحظنا اكتساب ما يلي: غسل الايدي، الأكل بطريقة مقبولة جدا، إعادة الأشياء لمكانها.

- أثناء الخروج من الجمعية: نزع المأزر وتعليقه في مكانه المخصص، لبس المعطف، القبعة وتزرير/رفع السحاب بسلاسة.

قمنا بالقيام ببعض الأنشطة مثل الأرقام و الحروف في السبورة.

في البداية واجهنا تجاهلا مع التكرار كانت هناك تغذية راجعة لما كُتب في السبورة من قبل: الأرقام، الحروف، الأشكال، الألوان، تسمية الأشياء الموجودة في القسم.

المقابلة الثالثة:كانت جماعية مع قسم الانشطة بإشراف المربية من 9:20 إلى 13 بهدف ملاحظة كل الاطفال في الجمعية.

المقابلة الرابعة: كانت يوم الخميس في الملعب الولائي بهدف التعرف على أنشطة الاطفال الرياضية وبالتالي محاولة التنسيق، الاضافة لتخدم وتتكامل مع برنامج دنفر المسطر.

المقابلة الخامسة: مناقشة برنامج دنفر مع المنسقة الخاصة بالجمعية حسب امكانيات الحالات المعرفية ومهاراتهم في الحياة اليومية لتكييفه خاصة في ظل العمل بطريقة واحد لواحد كتتمة لما يقوم به المختصون والمربون والأهل في الجمعية.

ملخص المقابلات:

الاسبوعين الاوليين من المقابلات كانت للتعرف على كل الحالات، وعلى نوعية البرامج والنشاطات المتبعة إضافة الى مرافقة الاطفال وكسب ثقتهم من خلال التواجد مع النفسانيين والمربين المشرفين عليهم.

طبق البرنامج لمدة شهر و كان عدد جلسات مختلف من حالة لأخرى لعدة أسباب منها:

-عدم تواجد الحالة يوميا بسبب أمراض موسمية أحيانا وغيابات غير مبررة أحيانا أخرى.

- الحالة مريا صعبة التعامل وبالتالي في حصص كثيرة لايوجد تجاوب رغم محاولات الباحثة سواء بالتعزيز الايجابي أو حتى بالعقوبة.

- تداخل حصص الباحثة الفردية مع الحصص الجماعية المسطرة في الجمعية وبالتالي أولوية الاولى على الثانية.

-تداخل زيارات خارجية للجمعية في وقت العمل للباحثة.

- شح الوقت المخصص للتربص.

جدول رقم 04 يوضح مراحل ومحتوي الجلسات مع الحالات:

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	الوسائل والأدوات	زمن الجلسة
الجلسة الأولى	جلسة تعارف مع الحالة و المنسقة بناء الثقة	طرح الأسئلة التفاعل الإصغاء	قلم وصبورة	45

	خلق وسط عمل امنة	الإيضاح		
الجلسة الثانية	التعرف على الحالة التعرف على المهارات المكتسبة و غير المكتسبة	طرح الاسئلة التفاعل الإصغاء الملاحظة	الملابس الخاصة معطف ذو سحاب الحذاء	45
الجلسة الثالثة	البدء في النشاطات المسطرة " التشبيك"	اللعب التمثيل	كرتونة مصنوعة يدويا	45
الجلسة الرابعة	مهارة التشبيك الانتباه والتركيز	اللعب	الكرتونة المصنوعة يدويا لعبة على شكل حذاء	45
الجلسة الخامسة	التشبيك التركيز الانتباه	العب	لعبة الاشكال لعبة الفواكه لعبة الحيوانات لعبة الحذاء	45
الجلسة السادسة	السحاب التزرير التشبيك	اللعب المحاكاة	الملابس الخاصة الحذاء الشخصي أشكال ملونة	45

	الانتباه			
الجلسة السابعة	الانتباه التركيز الادراك	الرسم التلوين	ورقة بيضاء قلم رصاص ألوان أعضاء الجسم	45
الجلسة الثامنة	الانتباه التركيز الادراك	اللعب الرياضة	الجسم	45
الجلسة التاسعة	الانتباه التركيز الادراك التشبيك	اللعب	لعبة الخيط والحذاء لعبة الاحجام الكرز والخيط	45
الجلسة العاشرة	الانتباه التركيز الادراك التشبيك	اللعب	لعبة الخيط والحذاء	45د

مضمون الجلسات: تتضمن الجلسة التدريبية ما يلي:

زمن الجلسة: الزمن المستغرق في كل جلسة وكان 45دقيقة.

هدف الجلسة:يمثل جزءا من الأهداف المسطرة لبرنامج دنفر على الطفل التوحدي.

الفنيات والتقنيات المستخدمة: هي الخاصة بتطبيق برنامج دنفر مثل التعزيز الايجابي، التجاهل، المحاكاة و النمذجة واللعب.

الأدوات المستعملة: كل الألعاب التي تمت الاستعانة بها بغرض الوصول للأهداف المنشودة.

وسط التطبيق: في البداية كان القاعة، ثم مكتب الأرطفونية ثم تم خلق مكان ثابت ومنعزل من خلال عازل بغرض تحضير مكان يوفر للطفل الهدوء والتركيز والثبات إضافة إلى الملعب.

أسلوب التدريب: أُستخدم أسلوب واحد لواحد، لقلة الوقت المتاح للتربص من جهة وتكملة لعمل الفريق " الجمعية" من جهة أخرى.

خلاصة الفصل: تم تجاوز بعض الصعوبات من خلال خلق بيئة مناسبة واستعمال منهج مناسب للوقت المتاح على خمسة حالات وبهذا وصلنا إلى النتائج المتحصل عليها والتي ستعرض في الفصل اللاحق.

الفصل الخامس:

عرض،تحليل ومناقشة النتائج:

تمهيد

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة

2- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء فرضيات الدراسات

خلاصة

تمهيد:

خصص هذا الفصل لعرض، تحليل ومناقشة النتائج المحصل عليها، وذلك بهدف عرض نتائج الفرضيات الفرعية ومناقشتها في ظل الفرضية العامة ومقارنتها بالدراسات السابقة.

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة:

عرض الحالة الأولى :

الاسم:صلاح

تاريخ الميلاد:2012/08/03

مكان الميلاد:تيارت

الأب:على قيد الحياة

الأم:على قيد الحياة

عدد الاخوة:04

الرتبة:03

الحمل: وجود مضاعفات بسبب ارتفاع الضغط الدموي

الولادة: عسيرة بالملاقط، نقص الاكسجين

وجود أمراض متكررة: التهاب اللوز

اهتمامات الطفل: التلفاز

التشخيص: كان في سن الثامنة

لمحة عن الطفل: المستوى الإقتصادي للأسرة ضعيف، الأم مريضة تتعرض لنوبات إغماء تصل لأربعة أيام، والأب غير مبالي ،الطفل بعد الجمعية أغلب وقته بالخارج يتعرض لجروح وكدمات متكررة.

جدول رقم 05 لشبكة الملاحظة للحالة الأولى:

الانشطة	الحصة1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
التزرير	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
السحاب	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
التشبيك	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
الانتباه	-	-	-	+-	+-	+-	-	+-	+-	+-
التركيز	-	-	-	-	-	-	+-	+-	+-	+-
الادراك	-	-	-	-	-	-	-	+-	+-	+-

دراسة الحالة الثانية:

اسم الحالة: ياسين

تاريخ الميلاد:2012/02/18

وجود صلة القرابة بين الوالدين

عمر الام عند الحمل 45سنة

ولادة عادية

رضاعة طبيعية لمدة 03 أشهر

وضع الطفل أمام الطفل ابتداء من 01 سنة

تشخيص التوحد كان من طرف طبيب اعصاب في سن الخامسة

وضع الطفل: الطفل هو أصغر إخوته، من الزوجة الثانية، المستوى الاقتصادي جيد جدا و الاهتمام بالطفل موجود، الطفل فوضي في المنزل وكثير الحركة والصراخ عكس الجمعية.

جدول رقم 06 لشبكة الملاحظة للحالة الثانية:

الانشطة	الحصة1	2	3	4	5
التزرير	+-	+-	+-	+-	+-
السحاب	+	+	+	+	+
التشبيك	-	-	-	-	-
الانتباه	-	-	-	-	-
التركيز	-	-	-	-	-
الادراك	-	-	-	-	-

عرض الحالة الثالثة: اسلام

الاب:59سنة، أعمال حرة.

الأم:47 سنة ربة منزل.

الرتبة: السادس

الإخوة: 5بنات.

الميلاد:2012/04/19

التشخيص: بعد الاطلاع على الملف الطبي الحالة تعاني من توحد وتأخر لغوي.

لمحة عن وضع الطفل: الوضع الاقتصادي للأسرة جيد جدا، الاهتمام منصب كله على الطفل من جميع العائلة، لأنه الطفل الوحيد بين أربعة أخوات الاخت الكبرى "25سنة" مرافقة دائمة للحالة في الجمعية، هناك تحسن دائم للطفل منذ دخوله الجمعية.

جدول رقم 07 لشبكة الملاحظة للحالة الثالثة:

الانشطة	الحصة1	2	3	4	5	6	7	8
التزرير	+	+	+	+	+	+	+	+
السحاب	+	+	+	+	+	+	+	+
التشبيك	-	-	-	+/-	+/-	-/+	-/+	-/+
الانتباه	-	-		+/-	+/-	+/-	+	+
التركيز	-	-	-	-	-	-	+-	+-
الادراك	-	-	-	-	-	-	+/-	+-

عرض المقابلات للحالة الثالثة كنموذج:

المقابلة الأولى: الاثنين 2022/03/07 – 35د-

التعرف على الحالة.

محاولة ادخال الخيط في كرتونة.

صنع نجمات على شكل *.

ملاحظة: صعوبة التركيز.

المقابلة الثانية: الاربعاء2022/03/08 -10:55-11:25

اللعب بالكرتونة والخيط.

رسم النجمات، التعزيز من خلال التصفيق بقوة مع يد الباحثة عن كل نجمة صحيحة وقول خطأ.

المقابلة الثالثة:الأحد 03/20/ 2022 -10:45- 11:30

وضع الخيط في اللعبة: العمل بالمحاكاة حيث الباحثة تعمل بالجهة والحالة في جهة أخرى.

وضع العقدة الاولى.

التعزيز بكلمة BRAVO عند النجاح مدة 15د " المحاولة 03 مرات".

الانتقال للحذاء الشخصي، وعمل العقدة الاولى في حذائه.

المراجعة على اللعبة.

المقابلة الرابعة: الاثنين 2022/03/21 – 09:17- 10:02

لعبة1: الاشكال – الانتهاء بعد 11د

لعبة2:الحيوانات- الانتهاء بعد 1د

لعبة3: الفواكه مع التسمية بعد د

لعبة4:تركيب أجزاء الحذاء بعد 7د، تركيب الخيط بالمحاكاة مع اختيار اللون الذي يريد اللعب به ومراجعة العقدة الاولى.

المقابلة الخامسة: الثلاثاء 2022/03/22– 08:38- 09:27

لعبة 1:الأسماك :1د للتركيب، تسمية الأسماك: 3د مع معرفة الألوان.

لعبة2:الأشكال: تركيب الاشكال: 4د وتقديم اللعبة بعد دقيقة من الانتهاء والنظر إليها " ملاحظة أن الإدراك، الانتباه والتركيز".

لعبة 3:الحروف: قراءتها بعد 2د، إعادة قراءة الحرف في كلمة معها صورة " مع المساعدة":8د.

لعبة4: الأرقام: من الصفر إلى عشرون : استغرق مدة 18د: نزع الأرقام بمجرد تقديمها، رقم 11 غير معروف و 14 غير مدرك.

لعبة 5: أشكال ملونة:2د، كانت التعليمة أعطني قلب وردي، نجمة سمراء،... ملاحظة عدم إدراك الشكل البيضوي.

لعبة6: الحذاء والخيط: حل الخيط بالمحاكاة: 1د، تركيب أجزاء الحذاء: 1د.

المقابلة 6: الأربعاء2022/03/23 – 11:26- 11:56 :

نشاط1: الرسم: أرسم لي رجلا، مسك الورقة عرضيا:11د وتكرار حرف "م" من بداية الورقة حتى نهايتها، طلبت الباحثة شرحا للرسم لكن الطفل لم يرد واكتفى بخفض الرأس وثني الظهر راجعا للخلف.

نشاط2: الرسم بالمحاكاة مع الباحثة من 11:38إلى 11:56: تسمية الأعضاء المرسومة مع الاشارة إليها في الجسم وتحديد جهة اليمين واليسار.

ملاحظة: عدم إدراك اليمين واليسارإلا بعد الوقوف، تقليل وقت الحصة بسبب وجبة الغداء.

المقابلة7:الخميس2022/03/24- 10:16 -11:00:

نشاط1:رياضة: مد الذراعين وضم اليدين لصنع دائرة صغيرة وتكبر "بالمساعدة" لمدة 20د.

نشاط2:لعبة النجوم: من خلال المشي والقفز تفاعل الطفل معها ببطئ ثم جلس تماما وقام بجمع اليدين تعبيرا عن مله منها.

نشاط3: تمارين رياضية متنوعة: رفض القيام لأداء التمارين، نزع المأزر.

ملاحظة: إدراك الرجل/ اليد اليمنى، اليسرى في الوضعية الجانبية ووضعية المرآة.

فسر الملل والرفض بعدم الذهاب للملعب اليوم بسبب سوء الأحوال الجوية.

المقابلة 8:الإثنين 2022/03/28- 11:35 – 12:15:

نشاط 1: الحذاء والخيط : حل الخيط، تركيب الحذاء وتركيب الخيط بالمساعدة والانتقال للحذاء الشخصي.

عرض الحالة الرابعة: محمد

الميلاد: 2012/10/24.

الاب: 54سنة عون أمن في الجامعة.

الأم:50 سنة، عاملة في بنك.

الرتبة : الثالث والاخير.

الإخوة: ولد، بنت

وضع الطفل: المستوى الاقتصادي للأسرة جيد جدا، الطفل يلقى إهتماما كبيرا في الاسرة وفي الجمعية، سريع التعلم ونظيف ومهتم جدا بالترتيب والتنظيم.

التشخيص: بعد الاطلاع على الملف الطبي الحالة تعاني من توحد و صرع والطفل يخضع للعلاج اضافة إلى فرط النشاط الحركي.

جدول رقم 08: يمثل شبكة الملاحظة للحالة الرابعة

الانشطة	الحصة1	2	3	4	5
التزرير	+	+	+	+	+
السحاب	+	+	+	+	+
التشبيك	-	-	-+	-+	-+
الانتباه	-	-	-	-+	-+
التركيز	-	-	-	-+	-+
الادراك	-	-	-	-	-+

عرض الحالة الخامسة: ماريا

الميلاد:2012/01/15

الرتبة : الرابعة ما قبل الاخيرة.

الحمل: 9 أشهر لتوأمين.

الولادة : قيصرية

الرضاعة: طبيعية

الاخوة: 3 إناث و1 ذكر

الأب: أستاذ في التعليم الثانوي

الأم: أستاذة في التعليم الثانوي

آخر الفحوصات: لا تظهر شيئ

الأدوية: مكملات غذائية وفيتامينات

الأم : تعاني من أزمة ما بعد الولادة بعد كل حمل انطلاقا من الحمل الثاني.

الولادة طبيعية

اكتساب النظافة بعد سن الثامنة

وضع الطفل: عدم تقبل الاضطراب في البداية خاصة بعد اكتشافه متأخرا بعد المقارنة بين مريا وأختها التوأم من طرف مربية الحضانة، رفض الأم للحالة لحد الان ويظهر ذلك من الاهتمام الكلي للحالة من طرف الأب فقط والإهمال التام للأم والمفاضلة بينها وبين باقي الاولاد.

التشخيص: بعد الاطلاع على الملف الطبي الحالة تعاني من توحد وفرط النشاط الحركي

جدول رقم09: يمثل شبكة الملاحظة للحالة الخامسة

الانشطة	الحصة1	2
التزرير	+	+
السحاب	+	+
التشبيك	-	-
الانتباه	-	-
التركيز	-	-
الادراك	-	-

التعليق على الجداول:

نلاحظ من خلال جدول شبكة الملاحظة الممثل لسيرورة العلاج للحالات الخمس الذي يحتوي على محورين، لكل محور ثلاثة أهداف خاصة به فمحور مهارات الحياة اليومية يتكون من السحاب، التزرير والتشبيك لكل هدف نشاطات مثل اللعب، المحاكاة، التقليد...

ومحور المهارات العقلية والتي كانت: الانتباه، التركيز والإدراك الذي يحوي عدة نشاطات هي: اللعب، الرسم والرياضة وكل هدف مقسّم إلى عدد من الحصص على مدي شهر؛ وهي المدة المتاحة لنا من طرف الجمعية في ظل عدم وجود ترخيص من الجامعة قبل هذا الوقت.

كل حصة تدوم 45دقيقة علما أنه تم استخدام أسلوب واحد لواحد من المستويات الثلاثة لبرنامج دنفر كتكملة لباقي عمل الفريق في الجمعية والتنسيق المنزلي، وتم اختيار أسلوب واحد لواحد لأنه هو الأنسب للوقت المتاح، حيث تمثل اشارة – فشلا في القيام بالنشاط أي فشل في اكتسابه ويمثل +النجاح في القيام بالنشاط واكتساب الأداء، أما اشارة+/- فتمثل النجاح غير المكتمل أي أنه لم يكتسب بصفة كاملة .

بنسبة لمحور المهارات المعرفية:التركيز،الانتباه والإدراك نجاح عملية النشاطات التي تتم بالمحاكاة والتقليد وفشل النشاطات الجديدة لأول مرة.

نلاحظ أنه في كل محوران الطفل يكون غير مكتسب ثم مكتسب ناقص ثم بالتدرج قد يكتسب.

2- مناقشة نتائج الدراسة على ضوء فرضيات الدراسة:

من خلال نتائج دراسة الحالات الخمس تمكنا من الاجابة على التساؤلات المطروحة في بداية الدراسة معتمدين على النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق برنامج دنفر"Denver" كما هوموضح في جداول شبكة الملاحظات للحالات الخمس أن هناك تحسن طفيف في مهارة التشبيك أي في مهارات الحياة اليومية وتحسن أكثر بقليل في الانتباه، التركيز والإدراك، وهذا راجع لعامل الوقت الذي كان قصيرا جدا إضافة إلى عدم العمل على المهارات في البيت" غياب دور الأسرة".

كما نلاحظ أن النتائج تختلف حسب الحالات رغم قلة الحصص وهذا راجع للفروق الفردية والعوامل المحيطة بالطفل، إضافة إلى درجة الاضطراب وعمقه وحتى أقدمية العلاج في الجمعية، فالحالة محمد سجل تطورا ملحوظا في كل المهارات في 5حصص، صلاح وإسلام سجلا تقدما طفيفا في 10 حصص لصلاح و8 لإسلام وعدم اكتساب مهارة التشبيك لكليهما، أما ياسين فالتحسن بسيط في الانتباه والتركيز أما الادراك والتشبيك لا يكاد يذكر ومريا فقط استجابة للتعليمات والجلوس على الكرسي في حصتين بصعوبة لمدة نصف ساعة .

من خلال هذه الدراسة البسيطة نجد أن برنامج دنفر"Denver" يساهم في تطوير مهارات الحياة اليومية والمهارات المعرفية لدى الطفل التوحدي وهو ما يؤكد الفرضية المنطلقة منها الدراسة وهو ما توافق كذلك مع دراسة ليندة 2015 وهي أن برنامج دنفر يقوم بتحسين مهارات الطفل ، انطلاقا من المسلمة المستمدة من نظرية التعلم القائلة بتعلم الطفل من خلال بيئة غنية بالمثيرات عن طريق اللعب.

التفسيرالكمي للنتائج:

في البداية وككل علاقة انسانية عامة وعلاقة بالطفل التوحدي خاصة المتسم بصعوبة إقامة علاقات بسبب الفشل في القيام بالتواصل البصري مع الاخرين فضلاعن الغرباء و إطاعة الاوامر / التعليمات ... وجدت في البداية صعوبة في التواصل مع كل الحالات الموجودة في القسم نظرا لوجود حالتين صعبتي الانضباط والخضوع العام –مريا ومحمد– في محاولة لجلب انتباهالباحثة من خلال التمرد "محمد" والاستعطاف " مريا"... لكن بالصبر والاصرار حينا و التجاهل في أحيانا أخرى بعد عدة حصص تدريبية مع القسم ككل تم السيطرة على القسم من ضمنهم الحالتين وبالتالي السماح بالقيام بالأنشطة المتمردة ، حيث تم المحاولة بكل الطرق :التجاهل ، التعزيز اللفظي،البحث عن محببات لدى الأطفال للقيام بالأنشطة، العقاب بالوقوف و رفع القدم ،اللعب لمحاولة فهم الطفل من خلال الدخول لعالمه وبالتاليالخروج به إلى عالم الأصحاء .إذ بدأت بوادر الحصول على الثقة والتعاون تظهر، الحالة محمد في البداية لم يكن هناك تقبل لكن مع استعمال اللعب، المرح، الغناء ،بدأ التقبل شيئا فشيئا و من ثم تقبل التعليمات والتوجيهات، بدأ من اللعب والانتباه عن مناداته باسمه و فهم الأوامر لحد ما وحمل اليد وتوجيهها منه للمساعدة من الباحثة.

أما الحالة إسلام وصلاح وياسين فكانوا جد متعاونين رغم الخوف في أول المقابلات لكن سرعان ما ظهرت بوادر الثقة من خلال التعاون والاصغاء للتعليمات أثناء الجلسات.

من خلال نموذج دنفر بل الذي يعتمد على اللعب، وجود بيئة غنية بالمثيرات التي يتعلم من خلالها الطفل بكل النشاطات المتعلقة بمحور المهارات المعرفية ومهارات الحياة اليومية .

فنلاحظ – نوعا ما فيما يخص أغلب النشاطات المعرفية:أعطي ، ركب ،أكتب ،أرسم ... والتي لم يكتسبها هي مهارة ربط الحذاء، إذ لازلنا في مرحلة النسيان و الاعتماد على مساعدة الباحثة، عدا الحالة محمد الذي سجل تقدما ملحوظا حيث اتقن مهارة التشبيك حتى العقدة الاولى.

في ما يخص محور المهارات المعرفية ، نجد أن الانتباه في البداية كان موجها نحو الباحثة نتيجة الخوف والترقب لما سيحدث، التركيز كان بعيدا جدا لكن من خلال البدء بأعمال بسيطة والأعمال والتعليمات المتعودين عليها في الجمعية ثم التعلم من خلال اللعب والنمذجة للأشياء الجديدة حتى الوصول للإدراك من خلال الاسقاط لما تعلمه كالأشكال و الألوان على الملابس، الجسم والمحيط.

أما فيما يخص محور مهارات الحياة اليومية فنجد أن السحاب ،التزريرمكتسبين تقريبا إلا في حالة كسل الطفل ومحاولة منه لجذب الانتباه والاستعطاف من خلال المساعدة خاصة الحالة صلاح أما فيما يخص التشبيك وربط الحذاء فإنه لم يكتسب نهائيا لقلة الوقت المتاح للدراسة لكن تم قطع عدة أشواط من طريقة التشبيك وحمل الخيط

وحتى أول عقدة للربطة أي عدد الأنشطة المكتسب ويختلف اكتساب المهارة من حالة لأخرى فمحمد وصل إلى العقدة الاولى بنجاح، ومنه نستنتج أنه رغم قلة الوقت المستثمر مع الحالة، إلا أنه يوجد تحسن ملحوظ وفي طريق الاكتساب.

استنتاج عام :

من خلال دراستنا لبرنامج دنفر على أطفال التوحد على مجموعة من 05 حالات ،صلاح ،ماريا ،محمد ،ياسين وابراهيم وعلى اختلاف عدد الحصص لكل حالة صلاح 12 ،ماريا 20 ،محمد 05 ،ياسين 08 واسلام 10واسلام إلا أن الاختلاف في الناتج كان واضح لكن ليست لكثرة الحصص فقط فنجد مثلا الحلة محمد بخمسة حصص لكن هناك استجابة كبيرة مقارنة بصلاح 12 حصص تعمل الأسرة مع الحالة محمد مقارنة بعمل الأسرة المنعدم تماما مع الحالة " صلاح " في كل مهارات الحياة اليومية التزرير ،اللباس والمهارات المعرفية (الانتباه ،التركيز والادراك)

خاتمة

خاتمة:

تناولنا بالدراسة أثر برنامج دنفر في بناء المهارات وحددنا اللباس من سحاب، تزرير و تشبيك في مهارات الحياة اليومية و الانتباه، التركيز و الإدراك في المهارات المعرفية على خمس حالات مدرجين في جمعية الأمل للتوحد والتريزوميا21، تمّ التوصل إلى وجود تحسن طفيف في المهارات غير المكتسبة وذلك يعزى إلى قلة الحجم الساعي المحدد لإجراء التربص، كما أن تأثير برنامج دنفر يتفاوت من حالة إلى حالة.

رغم كل المجهودات الجبارة المبذولة لمساعدة أطفال التوحد من إنشاء للجمعيات، التطوع الخيري سواء المادي أو المعنوي لهذه الفئة إلا أنه مشتت و الاستفادة الفعلية لأطفال التوحد لا تكاد تكون ذات تأثير بقيمة الجهد المبذول إذ تفتقر هذه المجهودات للعمل المتكامل المشرف عليه من طرف لجان مؤهلة سواء من ناحية تكامل الجوانب النفسية، الجسمية، العقلية، الاجتماعية والتربوية أومن ناحية التكفل بتكوين وتأهيل المختصين المشرفين في هذا المجال من نفسانيين، مربين، أرطفونيين وحتى أطباء.

كما أن الجهود الفردية رغم فعاليتها مع بعض الحالات إلا أنها تبقى قاصرة وتفتقد للأهلية والمتابعة الاجتماعية من قبول ودمج لاحقا إذ تحتاج تكامل مع باقي الجوانب للإلمام الكامل بشخصية المتوحد أولا ودمجه في أسرته ومحيطه ثانيا، انطلاقا من أبسط حلقة وهي التوعية بهذا الاضطراب من ناحية الوقاية فهناك حالات تعلني نتيجة خطأ في التشخيص، تدخل دوائي لفرط النشاط الحركي وعوامل أخرى عدة يمكن حصرها من خلال التوعية وبالتالي الحد من هذا الاضطراب، إلى التكفل بالأسرة صاحبة الطفل المتوحد خاصة الأم من أجل التقبل ثم التعايش والتكفل السليم للطفل بعيدا عن الخرافة، التشخيصات المتداخلة والتعددية و المتباعدة بين مؤيد ومعارض لربح الوقت ولنجاعة التدخل المبكر السليم المفيد من خلال مراكز مجهزة مؤهلة تحت الوصاية المباشرة لوزارة الصحة برخص طبية، نفسية، أرطفونية، اجتماعية ذات جودة وتكوين قوي ومتخصص.

وكذلك الاهتمام بالمراكز العمومية سواء المجانية أو بمنحة حسب الاسرة للتكفل والدمج وفرض رقابات صارمة لكل من يتعامل خارج هذا الاطار للحد من ظاهرة شراء برامج، مغذيات، أدوية ومحاولة اسقاطها على الطفل تعقد حالة الاضطراب بدل التخفيف منه.

وأخيرا خضوع المدربين، النفسانيين، الارطوفونيين وكل الطاقم المسؤول عن حالة الطفل التوحدي لرقابة صارمة مطولة سواء كمتدرب أوحتى متعاقد لتحسين التعامل مع الطفل وضمان السير الحسن للعلاج.

إدراج أقسام تابعة لوزارة التربية للتكفل البيداغوجي.

مقترحات الدراسة:

إجراء دراسات عن تأثير برنامج دنفر على أطفال التوحد لقلة البحوث الدارسة للموضوع.

القيام بحملات تطوعية عن أهمية الاهتمام بأطفال التوحد وطرق الدمج الاجتماعي السليمة للأولياء خاصة ومختلف أطياف المجتمع عامة.

إنشاء مراكز متخصصة لتعليم المختصين، المربين والأولياء طرق التدخل المبكر لتقنية دنفر للتكفل الشامل بأطفال التوحد.

اعتمدت على المراجع التالية :

قائمة المراجع

1- ابراهيم محمد الجرواني ، هالة و محمود صديق ، رحاب (2013) . مهارات العناية بالذات للأطفال التوحديين . (ط-1) . القاهرة : دار الجامعة الجديدة للنشر.

2- ابراهيم عبد الله فرج الزريقات، (2004) . التوحد السمات و العلاج. عمان : دار وائل للطباعة والنشر.

3- بدر ابراهيم محمود (2004) . الطفل التوحدي . (ط-1) .مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

4- أحمد السيد سليمان (2010). تعديل سلوك الأطفال التوحديين النظرية والتطبيق.(ط-1) عمان : دار الكتاب الجامعي.

5- أحمد عزت راجح (1985). أصول علم النفس. القاهرة : دار الكتاب الجامعي.

6- آرونز مورينو جينتز تيسا (2008) . الاوتيزم- المشكلة والحل –العلاج الأمثل لمرض التوحد . (ط ع) . مصر : دار الفاروق للنشر و التوزيع.

7- أسامة فاروق مصطفى سالم ، الشربيني السيد كامل (2014). التوحد الاسباب التشخيص العلاج . (ط-2) . عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

8- أسامة فاروق مصطفى سالم و الشربيني السيد كامل (2016) . سمات التوحد . (ط-2) . عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

9- العبادي رائد خليل (2006) . التوحد . بيروت : مكتبة المجتمع العربي للنشر.

10- العيسوي عبد الرحمان محمد (1992) . علم النفس الاكلينيكي . مصر : مكتبة الاسكندرية.

11- العيسوي عبد الرحمان (1997) . أصول البحث السيكولوجي. لبنان :دار الراتب الجامعية.

12- المقابلة جمال خلف (2016) .اضطرابات طيف التوحد (التشخيص والتدخلات العلاجية) (ط-1) عمان : دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.

13- المغلوث فهد (2005) . كلما يهمك معرفته عن اضطراب التوحد . (ط-1) الرياض : مكتبة الملك فهد.

14- الشمري طارق مسلم (2000) . الأطفال التوحديون أساليب التدخل و عوامل نجاح البرامج. ندوة الإعاقات النمائية : قضاياها النظرية و مشكلاتها العملية –جامعة الخليج العربي، في الفترة من (24-26) أبريل، البحرين، 148-119.

15- الشامي وفاء علي (2004). خفايا التوحد، الرياض، مكتبة العبيكان.

16- القمش مصطفى نوري (2015) . اضطرابات التوحد . (ط-2) . عمان : دار المسيرة للنشر و التوزيع.

17- الخالدي أحمد رشيد (2015) . أهمية اللعب في حياة الأطفال الطبيعيين و ذوي الإحتياجات الخاصة. الأردن : المعتز للنشر و التوزيع.

18- هدى الناشف (2001) . استراتيجيات التعليم و التعلم في الطفولة المبكرة. القاهرة : دار الفكر العربي.

19- كوفمان روان ك، ترجمة للعربية شاهين حسن (2017) . اختراق التوحد . (ط ع-1) .

20- محمد علي كامل، 2005. التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد.ط1.القاهرة. مكتبة ابن سينا.

21- محمد عدنان عليوات،2007. الأطفال التوحديين.ط1. الأردن. دار العلمية.

22- محمد صوالح (2004). علم النفس اللعب. عمان . دار المسيرة للنشر التوزيع و الطباعة.

23- محمد عبد العزيز الفوزان ،(2003). التوحد المفهوم و التعليم و التدريب.الرياض. دار عالم الكتب.

24- نوبتوم أيلين و زيسك فيرونيكا (2008) . 1001 فكرة رائعة لتعليم و تربية الأطفال المصابين بالتوحد . (ط-1) الرياض : مكتبة جرير.

25- عادل عبد الله محمد (2008) .الاطفال التوحديين دراسة تشخيصية و برامجية . (ط-3) . دار الرشاد مصر للطبع و النشر و التوزيع.

26- عواد محمود (2015) . معجم الطب النفسي والعقلي . (ط-1) . عمان : دار أسامة للتوزيع.

27- عطوف محمد ياسين (1981)،علم النفس العيادي . (ط-1) . بيروت : دار العلم للملايين.

28- عطوف محمد ياسين (1993). علم النفس الأسري وفق المنظور الإسلامي والعلمي. (ط 1) . بيروت : دار النهضة.

29- عزة خليل عبد الفتاح (2002). علم النفس اللعب في الطفولة المبكرة. القاهرة : دار الفكر العربي.

30- فرج تامر سهيل (2015) . التوحد التعريف الأسباب التشخيص و العلاج . (ط-1) . عمان: دار الإعصار العلمي للنشر و التوزيع.

31- خليفة وليد و الغصاونة يزيد ، الشرمان وائل (2013). التوحد بين النظرية و التطبيق . (ط-1) . عمان : دار الفكر.

32- خطاب أحمد محمد (2009). سيكولوجية الطفل التوحدي. الأردن : دار الثقافة للنشر و التوزيع.

33- الخطيب، جمال، السرطاوي، عبد العزيز، الحديدي،(1992). ارشاد أسر الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، قراءات حديثة. الأردن : دار حنين للنشر و التوزيع.

34- شاكر سوسن (2015) . التوحد الطفولي-أسبابه-خصائصه-تشخيصه-علاجه. (ط-1) . مصر: دار و مؤسسة رسلان للطباعة و النشر و التوزيع.

35- خطاب محمد (2005) . الطفل التوحدي (ط-1) . عمان : دار الثقافة.

36- غانم محمد حسن (2006) .الاضطرابات النفسية والعقلية و السلوكية . (ط-1) مصر : مكتبة الأنجلو المصرية.

37- سليمان عبد الرحمان سيد (2000) .الذاتوية (إعاقة التوحد لدى الأطفال). مصر : مكتبة زهراء الشرق.

38- قطب نيرمين (2005) .برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي و أثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية و غير اللفظية لعينة من أطفال التوحد رسالة ماجيستير غير منشورة جامعة أم القرى، كلية التربية.

39- زهران حامد عبد السلام (1997). الصحة النفسية و العلاج النفسي، (ط 3). القاهرة، عالم الكتب.

40- زهران حامد عبد السلام (2008). علم النفس النمو، (ط 4). مصر، عالم الكتب.

41/Rogers S.J., Dilalla. (1991). A comparative study of a developmentally based preschool curriculum on young children with autism and young children with other disorders of behavior and development topies in Early child Special Education, 11 (2): 29-48.

42/Rogers S. J., Osaki, Diane Hall, Terry, Reaven Judy. (2000). The denver Model: an Integrated approach to intervention for young children with autism, A guideline for parents, Autism and developmental disabilities service.university of Colorado Health sciences center. Denver, Colorado & JFK Center.

43/Rogers S.J., and H. Lewis (1989).An effective day treatment model for young children with pervasive development. disorders Journal of American Academy of child and adolescent psychiatry 28, 207-214.

44/Hayden d., Hall, T., Smith, R. (2005) teaching speech to young non Yerbal Autistic children: denver, PROMPET Unviersity of Colorado Health Sciences Center & Comparisons, PROMPT Institute. Interview with sally Rogers. Intensive Autism Treatment the denver way.

45/Tuchman R., Rapin I, Shinnar. (1991) Autistic and Dyphastic children, II, epilepsy, Pediatrics, 88. 1219-1225.

46/Gillbery G, and Coleman N. (1992) The Biology of autistic Sundrom, Cambridge University Press.

المذكرات والبرامج:

1- بوغنيسة فاطمة، فعالية برنامج تيتش لتأهيل أطفال التوحد، جامعة تيارت 2021.

2- بوجمعة ليندة، التدخل المبكر للتوحد، دراسة ميدانية لحالتين باستعمال نموذج دنفر، جامعة مستغانم 2015.

3- بن سودة ابتسام، فاعلية البرنامج التدريبي ABA في تحسين المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي، جامعة تيارت، 2016.

4- طاس فتيحة، فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي ABA في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين، جامعة البويرة، 2016.

5- حمادو سلمى "مختصة أرطفونية"، البرنامج العام المتدرج لمهارات ما قبل الأكاديمي.