الفصل الأول
التوحد بين آفاق الرعاية والتأهيل

التوحد والمشكلات النفسية :

يواجه أطفال التوحد اضطرابات ومشكلات نفسية ، تتمثل في:

- العلاقات الاجتماعية Social Relations
- القدرات اللغويةLanguage Abilities
- السلوك الاستحواذي المتكررRepetitive Obsessional Behavior

أولاً : صعوبات العلاقات الاجتماعية:

اكتشف " ليوكانر Leo Kanner "عام 1943م اضطراب التوحد، وشاركه زميله " ليون ايزبنيرج Leon Eisenberg " ، وقاما بتحديد اضطرابات السلوك الاجتماعي عند الإصابة بالتوحد.

وأهم هذه الاضطرابات والصعوبات:

- الانسحاب من المواقف الاجتماعية والانعزال والتقوقع وصعوبة التعامل مع الآخرين .
- لا يهتم بالآخرين ، بل يتجاهل من حوله ، ويهتم بالجوانب المادية الموجودة حوله.
- يتعامل مع أجزاء جسم من حوله بصورة منفصلة ، فإذا لعب بيد شخص بجانبه فكأن اليد جزء منفصل عن جسد من بجانبه.
- يفتقد القدرة على التواصل البصري Eye – Contact فهو لا يطيل تركيز البصر نحو موضوع معين .

- يفتقد السلوك المقبول وفق المعايير الاجتماعية ، مثل في حال الشـــراب أو الأكل .
- يهتم بالجوانب الخلقية لمن يتعرف علـــيهم ، ولكـــن لا يقـــيم علاقـــات اجتماعية أو صداقة معهم .
- لا يدرك مشاعر الآخرين ولا يهتم بهم ، ولا يفرق بين الناس والأشياء، ولا يبذل أي مجهود لتفادي التعثر في الناس إذا كانوا في طريقه، أو الاهتمام بحاجياتهم.
- الإحساس العاطفي والعلاقة بـــالآخرينEmotions and Relationships فالارتباط مع الوالدين له مظاهر غير ثابتة ، والمشاعر والعواطف فـــي المواقف الاجتماعية غريبة وغير متوقعه.
- صعوبة القدرة على إدراك أفكار الآخـــرين Understanding other People's Thoughts على إدراك ما يدور في أفكار الآخرين.

خاصة وأنهم لا يدركون المفاهيم المجردة. بل يطلق بعـــض علمـــاء النفس على التوحد مسمى العمى الإدراكي، حيث لا يدرك المصاب بالتوحد مثلاً – معنى الخداع والتضليل.

ثانياً : صعوبات القدرات اللغوية

يواجه أطفال التوحد صعوبات في القدرة علـــى التواصـــل بصـــور ومستويات متباينة ، وتتمثل في :

- **مرحلة ما قبل التواصل اللفظي**" Preverbal Communication "

الطفل العادي عندما يصل إلى العام الأول ، لديه القدرة علـــى ســـلوك الانتباه المزدوج Jaint – Ottention behavior فهو يمكنه أن يؤشر

بإصبعه تجاه شيء معين بينما طفل التوحد يندر أن يكون سلوكه بهذه الكيفية.

- **التواصل غير اللفظي**" Non – Verbal Communication "

الطفل العادي يتواصل بطريقة غير لفظية حيث يستخدم الإيماءات بمصاحبة الكلام أو التعبير عن انفعاله ، ويصاحب ذلك تواصل بصري بينما طفل التوحد تلميحات الوجه وقسماته لا تتوافق مع نبرات الصوت، ولا تنسجم الإيماءات مع الكلام.

- **صعوبات الكلام** "Difficulties in Speech "

يصعب على أطفال التوحد تنمية وتطوير القدرة على الكلام، وغالباً ما يعانون من خرس وظيفي ، يصاحب بمشكلات تواصلية عديدة والقلة من أطفال التوحد ، الذين يتمكنون من تنمية وتطوير القدرة على الكلام، فإن قدرتهم على الكلام تتصف بالصفات التالية :

- **المصاداة** Echolalia

وتتمثل في ترديد الكلام المسموع من الصدى ، حيث تتم مباشرة بعد سماع الكلام أو مرور بعض الوقت . والأمر عادي بالنسبة للطفل العادي . ولهذا يجب التأكد ما إذا كانت المصاداة بالنسبة للطفل طبيعية، إذ أنها تتوقف قبل أو عند بلوغ الطفل 3 سنوات فإذا استمرت فإن الطفل يكون مصاباً بالتوحد.

- **اللغة المجازية**phorical Language

وتمثل عبارات لغوية مجازية خاصة بطفل التوحد .وهي ليست اللغة المجازية في البلاغة .ولكنها لغة يُعبر بها طفل التوحد لشيء معين ، قد لا يفهمه إلا من يحيط به

- **الكلمات الجديدة**Neologisms

وهي تسمية أشياء بمسميات خاصة بالطفل التوحدي ، وحيث لا يعرفها إلا المحيطين به.

- **الاستخدام العكسي للضمائر**Pronoun Reversal

وهي الصعوبة في استخدام الضمائر بشكل صحيح .

- **مكونات اللغة**Language Systems

يُعاني أطفال التوحد من مشكلات وصعوبات في مكونات اللغة ، **تتمثل في**:

- **الصوتيات :** Phonetics وهو تركيز الأصوات وعلاقتها بالقدرة على الكلام ، حيث تكون نبرة الصوت عند طفل التوحد شاذة غريبة، تتصف بالرتابة ، مما يصعب على الملتقي فهمها واستيعابها.
- **المفردات :** Vocabulary (الحصيلة اللغوية) ، حيث يحدث تأخر في الحصيلة اللغوية عند أطفال التوحد . وقد يعزي ذلك إلى قلة المحصول اللغوي وخاصة عند تأخر الكلام إلى سن خمس سنوات عند أطفال التوحد،وهو سن بدء الكلام لديهم . هذا وأن كان البعض يتمكن من تكوين حصيلة لغوية جيدة.
- **بناء الجملة الكلامية**: Syntax وترتيب الكلام . حيث يلاحظ تأخر أطفال التوحد في اكتساب بناء الجملة الكلامية، وصعوبات استخدام الضمائر والخلط بين المفردات.
- **دلالات الألفاظ**: Semantics والخاصة بوصف العلاقة بين الكلمات ومدلولاتها ، حيث يعاني أطفال التوحد في صعوبة إدراك مدلول بعض الكلمات المجردة أو الجمل المجازية . فمثلاً الكلمة الواحدة التي لها

دلالة على شيئين مثل ورقة فقد تستخدم كورقة الكتاب أو ورقة الشجرة، يصعب على طفل التوحد فهمها.

- **ملائمة وانسجام اللغة المستخدمة مع المواقف الاجتماعية ،وتوقعات المتلقي.** فمثلاً قد يعاني طفل التوحد من صعوبة في فهم ما يقصده المتحدث فيجيب إجابة بعيدة عن المقصود.

ثالثاً : السلوك الاستحواذي المتكرر Repetitive obsessional Behavior

وهو السلوك الخاص بفقد المرونة وعدم القدرة على التخيل ، وخاصة خلال ممارسة اللعب ، حيث يفقد أطفال التوحد الإبداع والتجديد والتخيل.

كما يفتقد أطفال التوحد القدرة على التخطيط ، ويتصف أسلوبهم في حل المشكلات بالجمود، ويفسر ذلك إلى وجود خلل في الفص الأمامي من المخ وهو المسئول على السلوك الاستحواذي لدى أطفال التوحد.

ويتباين أطفال التوحد في ظهور السلوك الاستحواذي ، فالبعض يظهر السلوك في اللعب ، عندما يصف أشياء بطريقة نمطية متكررة في أنحاء المنزل.بينما آخرون يظهر لديهم أثناء أداء الواجب المدرسي ، كأن يضع نقطة أو علاقة بعد كل كلمة يكتبها وبصفة عامة فإن المشكلات النفسية الخاصة بالصعوبات النمائية عند الإصابة بالتوحد ، ترجع إلى التلف الذي يلحق بالمخ أو بعض أجزائه ، ويعد ذلك من أهم الموضوعات التي تشغل بال الباحثين في الوقت الحاضر.

الرعاية التربوية والتعليمية .. لأطفال التوحد ثبت ضعف الافتراض القائم على أن المعوق العقلي غير قابل للتعليم،وأيضاً بالنسبة لأطفال التوحد. ولهذا فإن الرعاية التربوية والتعليمية لأطفال التوحد **يتبع فيها ما يأتي:**

- **البرامج التربوية:**

أفضل برامج التدريس لأطفال التوحد..هي برامج عالية التنظيم Highly Structured ذلك لأن:

- الصعوبات التي يعاني منها أطفال التوحد في مجال التفاعل الاجتماعي، تحتم على المعلم أن يبادر في التفاعل مع الطفل، ويزوده بالإرشادات والتوجيهات ، وإلا ينسحب الطفل ، ويتبع السلوك الاستحواذي المتكرر.
- تعتمد هذه البرامج ، على تجزئة النشاط التعليمي إلى خطوات سهلة واضحة ، ذات أهداف محددة . وهو أسلوب له عائده على أطفال التوحد.
- هناك فرصة أمام أطفال التوحد للتنبؤ بمكونات الجدول الدراسي اليومي والأسبوع ، لأن التغييرات المفاجئة لها ردود أفعال غير طيبة .

وبصفة عامة هذه البرامج تتسم بالمرونة والتلقائية ، كما أن أطفال التوحد تتاح لهم المرونة الكافية للتعامل مع مواقف الحياة في المستقبل.

- **اختيار المدرسة المناسبة:**

والتي تتفهم طبيعية المشكلات والصعوبات الخاصة بطفل التوحد . وحيث تتوافر في برامجها المرونة التي تتماشى مع حاجات الطفل الفردية الخاصة . وأن يعمل المعلمون على مقابلة حاجات الأطفال الخاصة ، وأن تستخدم مهارات أكاديمية وأساليب متطورة تعتمد على تنمية وتطور التفاعل الاجتماعي والتواصل لدى الطفل التوحدي.

ويقتضي ذلك قيام الوالدين بتقصي الحقائق واستشارة جهات الاختصاص للتعرف على جوانب القوة للأساليب التربوية المناسبة التي تقابل حاجات أطفال التوحد.

- **أفضل نسبة لعدد المتعلمين إلى المعلمين ؟**

يفضل أن لا يزيد عدد المتعلمين من المصابين بالتوحد عن ثلاثة متعلمين لكل معلم ، حتى يتمكن المعلم من تركيز انتباههم للنشاطات التعليمية والتدريبية.

- **مستوى التحصيل التعليمي:**

يتطور لدى أطفال التوحد ، حتى في حال التحاقهم بالمدارس لفترة قصيرة (سنتان مثلاً) . والذين يحصلون مستوى تحصيلي جيد ، يمكنهم تحقيق نتائج طيبة في حياتهم العملية.وأطفال التوحد من مستوى الذكاء المتوسط أو فوق المتوسط يكون مستوى التحصيل العلمي عادي.

وأطفال التوحد ممن تكون معدلات ذكائهم عادية يدرسون مواد علمية تتطلب قدرة على التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين. بينما المواد الأدبية تتطلب تفسيراً للمعاني وفهماً مما يمثل صعوبة لأطفال التوحد.

وعادة أطفال التوحد الذين يعانون من عوق عقلي ، فإن تحصيلهم التعليمي يكون أقل من التحصيل المتوسط أو العادي .

وعند الانتهاء من المراحل الدراسية ، فإن أطفال التوحد يتعلموا مهارات أساسية مثل : مبادئ القراءة والكتابة وفهم أساسيات الحساب واستخدام النقود والبعض منهم يتعلم مهارات فردية كالطبخ وارتداء الملابس وغسلها.

- **القدرة على التواصل:**

يمكن تعليم أطفال التوحد عملية إخراج الأصوات ونطق الكلمات وتكوين الجمل الكلامية ، وفق قدراتهم الفردية. والقدرة على التواصل لا تقتصر

على القدرة على إخراج الأصوات ، أو تكوين جمل مستقيمة نحوياً ، بل تشمل القدرة على توصيل المعاني والأفكار والتجارب ، عن طريق الحوار في إطار اجتماعي . وهذا الدور ضئيل في عملية التواصل.

- **لغة الإشارة** Sign Language

وهي ضرورية في تطوير القدرة على التواصل ، للمساعدة في التعبير عن الأفكار وإيصالها للمتلقي ، وعند استخدام الإشارة اليدوية يستطيع الطفل توضيح الكلمة التي يريد نطقها ، أو تستخدم لتعزيز قدرة الطفل على فهم كلام الآخرين والأهم هو التركيز على تعلم الكلام فهو وسيلة التواصل ،ولغة الإشارة تمثل خطوة على الطريق الموصل إلى تعلم الكلام.

- **تحديد الحاجات التربوية**:

ويقوم بتحديدها الأخصائي النفسي الذي يقوم بتقييم حالة الطفل ، ويشارك في ذلك المعلم وأخصائي النطق إضافة إلى الدور الفاعل للأبوين.

ومن الصعوبات التي قد تواجه الآباء ، عدم توافر كافة الحاجات التربوية للطفل. ولهذا ينصح الوالدان بمراجعة التقرير الذي يعده الأخصائيون ، لتحديد تقييم حالة الطفل ، وما يمكن أن يكون هناك من اتفاق أو اختلاف .

- **الدمج** Integration or Unification

البرامج القائمة تقوم على الدمج الحسي (1) Sensory Integration ، لأن اضطراب التوحد ، يضعف من القدرة على تنظيم المثيرات الحسية [السمعية ، البصرية ، الشمية ، الذوق ، الإحساس بالضغط والجاذبية

والحركة ووضع الجسم] ولذلك فان أطفال التوحد يعانون من اضطراب الدمج الجسمي. ولهذا يجب أن تكون هناك برامج فردية لكل طفل حسب حاجاته الحسية والنمائية الخاصة .

وهذه البرامج تقوم على تعرف المدرب على المتغيرات التي تحفز طفل التوحد على الدمج في أنشطة معينة ، فإذا واجه الطفل مشكلة في اختيار النشاط المناسب ، فإن المدرب يعمل على توفير برنامج أكثر ملائمة.

ومحور هذه البرامج يقوم على استخدام اللعب كوسيلة لرفع البرامج إلى تنمية وتطوير الدمج الحسي ، من يجعل الفرد أكثر ثقة في نفسه ، وأكثر توافقاً مع المؤثرات الحسية من حوله.

- **البرامج العلاجية المساندة لاضطراب التوحد:**

توجد أساليب التدخل التي تعمل على التخفيف من حدة إعاقة التوحد في بعض الحالات. وهذه الأساليب ليست علاجاً للتوحد، وإنما دورها مساندة البرامج التربوية والسلوكية لأطفال التوحد .**من هذه الأساليب** :

- الحمية الغذائية .
- جرعات هرمون السكرتين .
- العلاج بالفيتامينات (خاصة B b + مغنسيوم).

- **الحمية الغذائية:**

أشار بول شاتوك Paul Shattock بجامعة سنترلاند ببريطانيا – إلى أن أساس اضطراب التوحد .bolic disorder حيث تبين أن اضطراب التوحد يحدث نتيجة تأثير البيتايد Peptide وهي مادة تنشأ من البروتينات نتيجة الهضم ، وتحدث نتيجة التحليل غير المكتمل أثناء عملية ايضية لبعض

أصناف الطعام وخاصة الجلوتينGluten (بروتين من القمح ومشتقاتها الكازيين Casien ، بروتين من الحليب ومشتقاته) وحيث يحدث تأثير تحذيري على التوصيل العصبي .ووجود هذا التأثير التحذيري بدرجة كبيرة في الجهاز العصبي المركزي ، يحدث اضطراب في أنظمته ، وينتج عن ذلك اضطراب في الجوانب المعرفية والانفعالية ونظام المناعة والقناة الهضمية.

كما يشير هذا الاتجاه إلى احتمال أن يكون للتطعيمات التي تعطي للأطفال دور في حدوث اضطراب التوحد . حيث يذكر آباء أطفال التوحد حدوث تغيرات على أطفالهم بعد التطعيم بأيام وأحياناً بساعات محددة.

ويقترح المؤيدون لهذه النظرية برنامجاً غذائياً خاصاً بأطفال التوحد يكون خال من الجلوتين والكازيتين بعد فحوصات مختبرية للبول لمعرفة مستوى الببتايد المخدرة ، حيث أن الحمية الغذائية المناسبة ، تساعد كثير من أطفال التوحد ، على تحسن بعض المظاهر السلوكية لديهم ، مما يجعلهم أكثر قابلية للتعليم والتدريب .

- **جرعات هرمون السكرتين** Secreten

أشار" وارنر " Warner في 2000م أن من أساليب التدخل العلاجي التي قد تحدث تحناً عند الإصابة بالتوحد ، إعطاء جرعة واحدة فقط من هرمون السكرتين .

ويفضل " الشمري " استخدام السكرتين والسيريناد Secreten & Serenaid (1) كثاني علاجي لما لهما من آثار إيجابية على الحالات التي تعامل معها " الشمري " ، حيث تبين أن تأثير الجرعة الواحدة من هذا الهرمون يستمر 3 أشهر إلى سنة ، وينصح "الشمري" بعدم استخدام الجرعة

الثانية قبل مضي 3 أشهر من تاريخ أخذ الجرعة الأولى . ويُعد التواصل البصري لطفل التوحد ، من أهم المؤشرات التي توضح أن التدخل العلاجي لجرعة من هرمون السكرتين له آثار علاجية ، إضافة إلى أن طفل التوحد يمكنه نطق بعض الكلمات أو العبارات ، التي لم تكن لديه القدرة على التحدث بها من قبل.

- **العلاج بالفيتامينات**:

في معهد أبحاث التوحد بجامعة كاليفورنيا ، يُعد رملاند Rimland أكثر الباحثين الذين استخدموا العلاج بالفيتامينات والمغنسيوم لتعديل سلوك وأعراض التوحد . وفي تجارب " رملاند " 1987م ، تبين أن أجسام أطفال التوحد تحتاج إلى جرعات غذائية لا تتوافر في الأغذية العادية ، وهذه الجرعات الإضافية من فيتامين B b (جرعات تتراوح بين 30 – 300 مليجرام) ، وجرعات إضافية من المغنسيوم (جرعات يومية ما بين 350 – 500 مليجرام) ، عندما تضاف إلى الوجبات الغذائية لأطفال التوحد ، وحيث تبين أن 30% – 50% من هؤلاء الأطفال يتحسن سلوكهم في جوانب : التواصل البصري ، تحسن في عادات النوم ، الانتباه ، التحدث ، استخدام الكلمات.

الاكتشاف والتدخل المبكر والخدمات المناسبة لأطفال التوحد في خلال العقدين الآخرين ، تم التوسع في خدمات وبرامج التدخل العلاجي المبكر للأطفال دون السادسة من العمر ، **ونتج عن ذلك** :

- تزايد الوعي بأهمية الخبرات المبكرة في المراحل الأولى من العمر في نمو وارتقاء الإنسان ، وتضاعف هذه الأهمية للأطفال من ذوي الحاجات الخاصة.

- التحول الذي تم في الرعاية الاجتماعية لذوي الحاجات الخاصة ، حيث أصبح من الضروري حصولهم على الخدمات الخاصة في البيئات الأساسية التي يستخدمها الأطفال العاديون ، مثل بيئة الأسرة ودور الحضانة والمدارس التمهيدية.
- الاعتراف المتزايد بأن الأطفال الرضع وأطفال الحضانة من ذوي الحاجات الخاصة ، لهم حقوق في الحصول على فرص متساوية مع من هم في مثل أعمارهم الزمنية ، وبهدف تنمية وتطوير قدراتهم واستعداداتهم.

ومن حيث التدخل المبكر والخدمات العلاجية وغيرها لأطفال ذوي الحاجات الخاصة فإنه يقوم على أساس أن الأهداف العامة للتربية الخاصةSpecial Education من سن الميلاد إلى سن الالتحاق بالمدرسة الابتدائية،يقوم على أساس تدعيم نماء الأطفال الصغار عن طريق التدخل في الوقت المناسب، قبل أن يؤدي العوق في ظروف الخطر النمائي – At Risk Development، إلى تغيير أو عوق النمو ، وتعثر الاستفادة باستعداداتهم وقدراتهم في المستقبل . بل أن الهدف أيضاً منع أو الوقاية من ظهور العوق الثانوي.

ومن حيث الأسرة التي لديها أبناء من ذوي الحاجات الخاصة ، فإن الهدف تدعيم الأسرة لكي تقدم أفضل رعاية للأبناء من ذوي الحاجات الخاصة ، أو من هم في نطر بيولوجي أو بيئي بسبب العجز والإصابة.

ومن حيث المجتمع ومؤسساته الخاصة بالرعاية ، فإن الجهود الفردية والجماعية عليها تحمل المسئوليات لجعل الخدمات الخاصة ، لهؤلاء الأطفال موضع الجهد الإيجابي الفاعل.

ومن الناحية الإجرائية فأن التدخل المبكـــر Early Intervention ، يتمثل في إجراءات منظمة، تهدف إلى تشجيع أقصى نمو ممكـــن للأطفـــال دون عمر السادسة من ذوي الحاجات الخاصة ، وتدعيم الكفايـــة الوظيفيـــة Functional لهم ولأسرهم لذلك فإن الهدف النهائي للتدخل المبكر ، يعتمد على تطبيق سياسات وقائية Prevention Strutegys ، بهدف تقليل نسب حدوث أو درجة شدة مسببات العوق أو العجز . وهذه السياسات قد تكـــون أولية Primitive أو ثانوية.

- **مراحل الطفولة والتدخل المبكر:**

تقسم مراحل الطفولة من حيث سياسات التدخل المبكر إلى **ثلاث مراحل:**

المرحلة الأولى : مرحلة الوليد والطفل الحضين وتمتد من الميلاد مباشرة وحتى نهاية السنة الأولى من العمر ، ويطلق على الطفل في هذه المرحلة الطفل الرضيع Infant ، وأن كانت الرضاعة تمتد حتى عامين من العمر.

المرحلة الثانية : مرحلة طفل الحضانة Toddler وتمتد من نهاية الســـنة الأولى من الميلاد حتى بداية الطفولة المبكرة إلى 36 شهراً مـــن حيث الميلاد.

المرحلة الثالثة : وهي مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية (التعليم الأساسي) Preschool Child وتمتد من 3 سنوات إلى 5-6 سنوات ويُسمى الطفل آنئذ طفل ما قبل التعليم الأساسي.

فئات الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة وخدمات التدخل المبكر.

- **هناك ثلاث فئات من الأطفال ، الذين يمكن تقديم خدمات التدخل المبكر لهم**:

1) الأطفال الذين في حالة خطر بيولوجي.
2) الأطفال الذين في حالة خطر بيئي.
3) وهناك فئة أخرى تضم الأطفال المتأخرين نمائياً .

- **برامج التدخل المبكر لذوي الحاجات الخاصة**:

تكاثرت برامج التدخل المبكر في السبعينات ، ومعظمها اهتم بالقصور Sefect القائم على أن الضعف Infirmity or Impotence يوجد داخل الطفل وأن العوامل البيئية غير المناسبة هي مجرد عوامل مساهمة.

كما افترض أن الضعف هو مسئولية الآباء بالدرجة الأول،لذلك كانت البرامج تركز على التعليم التعويضيCompensation Education ، وإلى إرجاع النجاح لجهود المعلم ، والفشل إلى الخلل في الأسرة. ثم حدث تحول تدريجي بين الباحثين في الثمانينات نحو رفض النموذج السابق عندما ظهر علم اجتماع التربية الخاص Social Special Education ، وظهور الاتجاه المعرفي الاجتماعي Social Cognition ، والقائم على أن النمو عبارة عن عملية تفاعلية Transactional Process ، حيث كان ذلك نهاية الفصل التقليدي بين النمو المعرفي والنمو الاجتماعي ، والاهتمام بالسياق المتغير لخبرات الطفل ، وفق ما أشار إليه " ساندوز" 1990 Sandows

- **أفضل الممارسات المطبقة حالياً في التدخل المبكر:**

- التدخل المتمركز حول الأسرة وليس الطفل من ذوي الحاجات الخاصة.
- الاعتماد على الاتجاه البيئي / الوظيفي في تحديد محتويات المنهج من خلال تحليل خصائص بيئات الطفل ، وفي التدريس من خلال الابتعاد عن الطرق الجامدة والمنظمة بدرجة عالية.
- التكامل Integration أي تقديم الخدمات في البيئات الطبيعية للطفل.
- تدريس الحالة العامة ، أي تدريس الطفل تعميم المهارة أثناء اكتسابها.
- الاعتماد على نموذج الفريق عبر التخصصات.
- التخطيط لعمليات الانتقال والتحول ، خاصة الانتقال من خدمات المستشفى إلى خدمات المنزل أو مركز رعاية الطفل ، ومن مركز رعاية الطفل أو الأسرة إلى خدمات ما قبل المدرسة ، ومن خدمات ما قبل المدرسة إلى المدرسة.

- **الأسرة وفاعلية أدوارها مع أطفال التوحد عند التدخل المبكر:**

للأسرة دور كبير وفاعل في تقدم الطفل من ذوي الحاجات الخاصة، بصفة عامة، وطفل التوحد بصفة خاصة ، ذلك لأن تدريب الطفل من حيث ساعات العمل في المدرسة ، لا تتعدى منتصف النهار ، بينما يقضي الطفل باقي الوقت في المنزل ونهاية الأسبوع وفي المناسبات ، مما يستدعي أن تلتزم الأسرة بحضور الدورات التدريبية التي تقيمها المؤسسات ذات الاختصاص ، كالبرنامج التربوي للطفل ، وتتعاون مع المعلمين باستمرار في برامج الطفل المنظم ، وتهيئة البيئة المناسبة في المنزل ، حتى تساعده للوصول بنجاح بقدر الإمكان وتعمل على تعديل سلوكه.

ومن حيث فاعلية دور الأسرة ، فقد تخلت أغلب المؤسسات التعليمية الناجحة في عالم الغرب ، عن وجود برامج السكن الداخلي ، والتي تبعد الطفل عن أسرته طوال العام ، واستعاضت بالبرامج النهارية العادية ، ليعود الطفل لمنزله في نهاية اليوم الدراسي .

والواقع أن رعاية الأسرة وحنان وعطف الأبوين ، يمثلان الجهد الأساسي في فاعلية رعاية أطفال التوحد والمصابين بالعوق ، كأساس للتدخل المبكر القائم على علاج الطفل وتعديل سلوكه.

وقد قامت الدكتورة/ سميرة عبد اللطيف السعد– (1) بجامعة الكويت– بدراسة حول: قضايا ومشكلات التعريف والتشخيص والتدخل المبكر مع أطفال التوحد ، وخلصت النتائج إلى إعداد برنامج تربوي وتعليمي ، لتحديد حاجات الأطفال المصابين بالتوحد ، من وجهة نظر الآباء ، والذي يعد ضرورة من ضرورات التدخل المبكر مع أطفال التوحد.

وكان ترتيب أولويات الحاجات التدريبية والتعليمية – من وجهة نظر الآباء – **كما يأتي:**

تنمية التحكم في العضلات الكبيرة والدقيقة والمهارات الحركية.

1) التدريب على تناول الطعام بصورة مناسبة .
2) تدريب الطفل على السلوك المناسب في المواقف المتعددة .
3) السعي نحو تعديل بعض أنواع السلوك غير المرغوب فيه مثل الضرب والقفز والبصق.
4) التدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة له مع الآخرين ، لفظية أو غير لفظية.

5) التدريب على كتابة الكلمات البسيطة (مهارة معرفية) .
6) تطوير مهارات الاعتماد على النفس.
7) التدريب على استخدام المرحاض في قضاء حاجته.
8) توفير نشاطات ترفيهية ممتعة للطفل والمشاركة في نشاطات اجتماعية مع آخرين.
9) تطوير مهارات مهنية تخدمه مستقبلاً في حياته الاجتماعية.
10) تدريب الطفل على الجلوس لأطول فترة ممكنة.
11) التدريب على الاستجابة للمؤثرات السمعية والبصرية.

- **سياسات فعاليات التدخل المبكر مع أطفال التوحد** .

ثبت بشكل قاطع أن التدخل المبكر ، يفيد ويثمر بشكل إيجابي Positive مع أطفال التوحد. وعلى الرغم من الاختلاف بين برامج رياض الأطفال إلا أنها تشترك جميعها في التركيز على أهمية التدخل التربوي الملائم والمكثف في سن مبكرة من حياة الطفل .

ومن العوامل المشتركة بين تلك البرامج ، درجة معينة من مستويات الدمج خاصة في حالات التدخل المستندة إلى السلوك ، والبرامج التي تعزيز من اهتمامات الطفل ، والاستخدام الواسع للمثيرات البصرية أثناء عملية التدريس والجداول عالية التنظيم للأنشطة وتدريب آباء الأطفال المصابين بالتوحد والمهنيين العاملين معهم ، والتخطيط والمتابعة المستمرة للمرحلة الانتقالية . وتقتضي الضرورة تضامن فريق من الأخصائيين كمعلم التربية الخاصة ، وأخصائي تعديل السلوك ، وأخصائي علاج النطق وأخصائي علاج النطق والكلام ، والتدريب السمعي ، والدمج الحسي ، وبعض العقاقير الطبية والحمية الغذائية.

ويستجيب أطفال التوحد لبرامج التربية الخاصة ذات التنظيم الجيد، والتي تصمم لتلبية الحاجات الفردية Individnal Needs ، وتتضمن التدخل الذي يهتم بعلاج المشكلات التواصلية ، وتنمية المهارات الاجتماعية وعلاج الضعف الحسي ، وتعديل السلوك . على أن يتم ذلك من خلال متدربين ومعلمين من أصحاب الكفاءة والدراية .

ومن أساسيات التدخل المبكر تدريب أطفال التوحد على مهارات الحياة اليومية في سن مبكرة ، مثل تعلم عبور الشارع ، أو التسوق بدرجة بسيطة .

ومن المهارات الهامة لدى أطفال التوحد ، تدريبهم على الاستقلالية الفردية أي تنمية القدرة على الاختيار بين البدائل ، ومنحه حرية أكثر في المجتمع . هذا ويجب اتصاف البرامج بالمرونة ، والتعزيز المتواصل الإيجابي ، والتقييم المنظم ، وعلى أن يكون هناك فريق استشارة وتدريب على رأس العمل من قبل متخصصين.