

## برامج التكفل باضطراب التوحد بين الأهداف المشتركة والاختلاف في أساليب التدخل

قيروود الطاهر<sup>1,\*</sup> مزوز بركو<sup>2</sup>

مخبر التطبيقات النفسية في اوسط العقابي جامعة باتنة (الجزائر)

### Autism management programs between common goals and the difference in intervention methods

Guiroud Tahar<sup>1,\*</sup>

Laboratory of Psychological Applications in the Prison  
University of Batna1 (Algeria)  
tahar.guiroud@univ-batna.dz

Mazouz Barkou<sup>2</sup>

Laboratory of Psychological Applications in the Prison  
University of Batna1 (Algeria)  
mazouz\_fouz@yahoo.fr

Receipt date: 04/ 03 / 2019; acceptance date: 23 / 06 / 2019 ; Date Publishing Date : 28 / 02 / 2021

**Abstract.** This study aimed at identifying the main programs approved for the management of people with autistic disorders, their theoretical foundations, their mechanisms, their efficiencies, their commonalities and the differences between them.

The results obtained showed that these programs, despite their common objectives in independence for the autistic child, his social integration and the important role of parents in the success of care, they differ in the methods of intervention; because behavioral referral programs depend on intensive intervention focused on undesirable behavior and skill acquisition, without paying attention to developmental differences; whereas developmental referral programs depend on non-intensive developmental intervention of the child and his abilities without paying attention to his lacks.

In terms of effectiveness, results have shown that intensive intervention programs are more effective than others.

**Keywords.** Autism ; care ; programs

**ملخص:** هدفت هذه المقالة، إلى تحديد أهم البرامج المعتمدة في التكفل بالأشخاص الذين يعانون من اضطراب التوحد، أسسها النظرية، آليات عملها، وفعاليتها، ونقاطهم المشتركة، وأوجه الاختلافات بينها .

وأظهرت النتائج التي تم الحصول عليها أن هذه البرامج على الرغم من اشتراكها في الأهداف المتمثلة في حصول الطفل التوحدي على الاستقلالية، وتحقيقه اندماجه الاجتماعي، وأهمية دور الأولياء في نجاح عملية الرعاية، إلا أنها اختلفت في طرق التدخل. حيث تعتمد البرامج ذات المرجعية السلوكية على التدخل الفردي المكثف والمركّز على السلوك غير المرغوب فيه، وعلى اكتساب المهارات، دون الاهتمام بالفروق النمائية، في حين ركزت البرامج الأخرى ذات المرجعية التطورية تدخلها غير المكثف على تطور الطفل، والاهتمام بقدراته دون الاهتمام بقصوره ومن ناحية الفعالية، فإن برامج التدخل المكثف أكثر فعالية مقارنة بالبرامج الأخرى.

**الكلمات المفتاحية.** التوحد؛ التكفل؛ البرامج.

\*corresponding author

## 1. مقدمة

شكل التوحد ولا زال مشكلة أرهقت العلماء والأولياء، ويمثل تجربة مؤلمة للمصابين به وأولياهم، هذا الاضطراب الذي يعد أحد الاضطرابات النمائية، يتميز صاحبه بالقصور في التفاعل الاجتماعي، وعدم القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي، وأداء سلوكيات نمطية، تعيق نموه في جوانبه البيو نفسية اجتماعية، وتعيق اندماجه في محيطه البيئي.

عرف التوحد نسبة انتشار مرتفعة منذ اكتشافه سنة 1943 من طرف العالم ليو كانر (Leo Kanner, 1943)، وهي في تزايد مستمر إذ انتقلت من 1 لكل 10000 ولادة سنة 2004 إلى 1 لكل 100 أو أقل لكل ولادة، هذا الانتشار جعل من العلماء يسارعون إلى البحث عن أساليب تكفل ناجعة، تساعد في التخفيف من معاناة المصاب وأولياهم، بغية تحقيق الاستقلالية الذاتية له وتسهيل اندماجه الاجتماعي ولو بشكل نسبي من خلال تعليمه مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، والمهارات الاجتماعية.

لهذا الغرض وفي إطار السعي إلى التكفل بالمصابين بالتوحد، والحد من انتشاره، لجأ العلماء إلى إنشاء برامج تعليمية تدريبية مكيفة خصيصا لهؤلاء، في إطار مقاربات وتوجهات نظرية نفسية اجتماعية معينة، تشترك في الأهداف الرئيسية، وهي التخفيف من أعراض التوحد بأقصى قدر ممكن، من خلال تعليم الطفل مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي وتسهيل اندماجه في محيطه الاجتماعي، غير أن هذه البرامج اختلفت في الأساليب باختلاف التوجهات العلمية باختلاف المرجعية التي استندت إليها في بنائها، الشيء الذي قد يطرح مشكلة للأخصائيين الممارسين من حيث أهمية كل برنامج ومجال استخدامه ومع أي فئة من التوحدين يستخدم؟، لهذا جاء هذا المقال لنستعرض عبره أهم البرامج المعتمدة عالميا في التكفل باضطراب التوحد والإجابة من خلاله على الأسئلة التالية:

- ما هو اضطراب التوحد وما هي خصائصه ومعايير تشخيصه؟
- ما هي أنواع البرامج المعتمدة عالميا للتكفل باضطراب التوحد؟
- ما هي أوجه التشابه والاختلاف بين هذه البرامج؟

## 1.1. أهداف الدراسة

- التعرف باضطراب التوحد ومعايير تشخيصه حتى نتيح فرصة للقارئ لأخذ نظرة واضحة حوله.
- التعرف على مختلف البرامج المعتمدة عالميا فيعملية التكفل باضطراب طيف التوحد.
- التعرف على الأساليب المستخدمة في كل برنامج، وأوجه الاختلاف بينها من برنامج لآخر حتى نتيح للقارئ المتخصص من التمييز بينها والآلية التي بنيت عليها.

2.1. دواعي اختيار الموضوع: لقد عرف اضطراب التوحد انتشارا رهيبا في الجزائر الذي بلغت الإحصائيات المقدمة من طرف الوزارات المعنية بهذا المجال أكثر من 400 ألف مصاب، مما أدى إلى دق نقوس الخطر،

وسعى الكثير من المختصين وجمعيات أوليات أطفال التوحد إلى إنشاء مؤسسات رعاية سواء عامة أو خاصة رغبة منهم في التكفل بفئة المصابين به، هذا التكفل الذي يعتمد على برامج تعليمية متخصصة ومكيفة لهذه الفئة من المجتمع تتطلب تكويناً متخصصاً، الشيء الذي يجب توفر مراجع علمية اهتمت بهذه النوع من البرامج، غير أن الباحثين من خلال المعاينة الميدانية لهذه المؤسسات، والاطلاع على التراث النظري المتوفر سواء في المكتبات العامة أوفي المؤسسات الجامعية في الجزائر لاحظا قلة هذه المراجع، الشيء الذي شجعنا لاختيار هذا الموضوع رغبة منا في وضع مرجع علمي بين أيدي الباحثين، يتناول بالتعريف بأهم البرامج المعتمدة عالمياً للتكفل بذوي اضطراب التوحد، والخصائص والأسس التي يقوم عليها كل برنامج والأساليب التي يستخدمها. محاولين تبين أوجه التشابه والاختلاف بينه حتى يمكن التمييز بينها.

### 3.1. المفاهيم الأساسية في الدراسة

أ. تعريف التوحد. لقد عرف التوحد العديد من التعريفات منها تعريف ليوكانر (Leo Kanner, 1943) الذي يعد مكتشف هذا الاضطراب والذي عرف في البداية باسمه توحد كانر، حيث عرفه " بأنه اضطراب يحدث في الطفولة، يتميز سلوك الأطفال بموجبه بانغلاقهم الكامل على الذات والابتعاد عن الواقع والانطواء والعزلة وعدم التجاوب مع المنبهات التي تحيط بهم." (عبده، 2000:203).

وقد عرفته منظمة الصحة العالمية كما جاء في دليلها العاشر CIM10 بأنه " اضطراب من الاضطرابات النمائية الذي يؤثر في عدة مجالات لعمليات التطور، يتميز بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما، يصيب الطفل قبل بلوغ سن الثالثة من عمره. يمس هذا الاضطراب مجالات ثلاث هي التفاعل الاجتماعي، التواصل والسلوك النمطي المقيد التكراري".

ولعل أهم تعريف لاضطراب التوحد هو ما جاءت به الجمعية الأمريكية للطب العقلي (APA) من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته الرابعة المنقحة (DSM-IV-TR) حيث عرفته بأنه "اضطراب نمائي عصبي يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، ويؤثر على عدة مجالات تشمل قصورا في التفاعل الاجتماعي، وقصورا في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وظهور الحركات النمطية ومحدودية في الأنشطة والاهتمامات، ويظهر بشكل واضح في الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل" (زياد وآخرون، 2011:392)

وقد ميز العلماء في البداية بين اضطراب التوحد وبعض الاضطرابات المشابهة مثل متلازمة أسبرجر (Asperger Syndrom)، التي تعود إلى العالم النمساوي هانز أسبيرجر التي وضعها سنة 1944، وتم انتشارها عالمياً سنة 1981، التي تظهر في شكل قصور في مهارات التوازن، الاكتئاب، الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة، وعدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، وتصيب الذكور أكثر من الإناث، وفي الجدول رقم (01) الموالي يوضح الفرق بين اضطراب التوحد ومتلازمة أسبيرجر.

## جدول رقم (01) يوضح الفرق بين اضطراب التوحد ومتلازمة أسبرجر .

الرقم	التوحد	أسبرجر
01	- يظهر قبل السنة الثالثة	- يظهر قبل أو بعد السنة الثالثة
02	- الذكاء يتراوح بين المتوسط والتخلف العقلي الشديد	- الذكاء يتراوح ما بين المتوسط وفوق المتوسط
03	- تأخر واضح في تعلم الكلام والمهارات الإدراكية ابتداء من - لا يتأخر الطفل في تعلم المهارات الإدراكية	- السنة الأولى عند حوالي 75% من الحالات والكلام
04	- التأثير يكون واضحاً على المستوى السلوكي والاجتماعي - التأثير يظهر في التبادل الاجتماعي ونطاق النفسي	- اهتمامات محدودة.

وأيضاً بينه -التوحد ومتلازمة ريت لصاحبها أودرياسريت (AudreasRett)، وتتميز بالتطور الطبيعي في فترة ما قبل الولادة وما حولها، مع تطور نفسي حركي طبيعي خلال الأشهر الخمسة الأولى للولادة، مع محيط رأس طبيعي عند الولادة. أما بعد الشهر الخامس والثامن والأربعين شهراً من العمر فيلاحظ تباطؤ في نمو الرأس، فقدان المهارات اليدوية الهادفة التي اكتسبت سابقاً مع ظهور حركات يد نمطية (مثل حركة العصر أو غسل اليد)، عدم التناسق الحركي في المشي، وتطور لغة استقبالية وتعبيرية شديدة الاختلال مع تأخر نفسي حركي شديد. (عبده، 2000:203)

أما في الدليل الأمريكي التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية في نسخته الخامسة فقد أصبح التوحد يعرف باضطراب طيف التوحد، حيث ضم في جدولته العيادي بين أعراض اضطراب التوحد ومتلازمة أسبرجر ووضع له الأعراض التالية:

عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي، ووجود أنماط متكررة محددة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة، مثل نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء أو الكلام، الإصرار على التشابه، والالتزام غير المرن بالروتين، واهتمامات محددة، وفرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة مثلاً، عدم الاكتراث الواضح للألم/درجة الحرارة، والاستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة، وهذه الأعراض تظهر في فترة مبكرة من النمو، ولكن قد لا يتضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقاً في الحياة. (DSMIV, :55)

ب. أهم البرامج العالمية المعتمدة للتكفل باضطراب التوحد: ويقصد بها تلك البرامج التدريبية التي تعمل على تعليم الطفل التوحد اكتساب مهارات اجتماعية تمكنه من التواصل والتفاعل مع أفراد مجتمعه وهي تلك المهارات التي يفقدها المصاب وتشكل أهم الأعراض التي تدل على الاضطراب، بالإضافة إلى السلوكيات السلبية المصاحبة مثل فرط الحركة والنشاط وعدم الثبات. لكل برنامج أسلوبه الخاص في التدخل من حيث الأسس التي

يرتكز عليها، والفريق المعني بعملية التكفل، والحجم الساعي المخصص لكل برنامج، ولفئة العمرية المستهدفة، ومكان تنفيذه، وأدواته، وفي هذه الفقرات الموالية سنتطرق لأهم هذه البرامج وأساليبها المختلفة:

**ج. برنامج التدخل المكثف لوفاس . (ABA) Lovaas:** يعد من أشهر الطرق التي تستخدم مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، قدمه لوفاس (Lovaas) سنة 1987 بجامعة كاليفورنيا، حيث سماه بالطريقة المكثفة (عادل، 2014: 111)، يقوم على منهج تحليل السلوك التطبيقي (ABA)، وهو علم يهتم بدراسة سلوك البشر والحيوانات، وما يفعلونه ويقولونه، وتفسيره والتنبؤ به، ومن هنا سمي أسلوب لوفاس **Lovaas** بهاته التسمية (أسلوب تحليل السلوك التطبيقي Analysis Behavioral Applied)، ويعرف اختصاراً بـ: ABA، وقد عرف هذا الأسلوب أيضاً بعدة مسميات منها الإشراف الأجرائي (نظرية سكينر)، ومحاولات التدريب المفصلة Discrete Trial Training (DTT)، وعلاج لوفاس Lovaas Therapy، والاسم الأكثر استخداماً وشهراً هو التدخل السلوكي المكثف Intensive Behavioral Intervention (IBI) (أحمد عبد الرزاق، 1431: 15)، وتقوم القاعدة الأساسية لهذا البرنامج على أن التدخل السلوكي يسمح ببناء سلوكيات إيجابية والتخلص من السلوكيات غير المرغوب فيها، وحسب Lovaas كلما كانت الطفل صغيراً فإن إمكانية التعلم المعمم تكون فعالة. (Baghdadli & Magali, 2007: 65)

هو برنامج للتنبؤ بسلوك الفرد وضبطه، يعتمد على المقاربة التربوية المعتمدة على مبادئ التعلم للمدرسة السلوكية، من خلال التركيز على العلاقة التي يمكن ملاحظتها بين السلوك والبيئة، وهذا من خلال ثلاث وظائف أساسية هي :

1. تحليل السلوك والذي نعني به تحليل السلوك الصادر عن الطفل بغرض الوصول إلى تعديله وتغييره، وأن يتميز هذا التحليل بالشمولية والدقة والوضوح والتفاصيل، من خلال تحليل المثيرات، والاستجابة، وعواقبها،
2. التقييم الوظيفي للسلوك، ويشمل وصف العلاقة الارتباطية بين المتغيرات الثلاث التي أشرنا إليها سابقاً، وصفاً محكماً ودقيقاً بهدف التوصل إلى فهم أفضل لهذا السلوك، وبمكنا هذا التقييم من تحديد دوافع ومعززات ذلك السلوك سواء كان سلوكاً مرغوباً فيه أو غير مرغوب فيه،
3. تطبيق السلوك المتعلم على الواقع، حيث لا يتوقف برنامج تحليل السلوك التطبيقي عند تحليل السلوك غير المرغوب فيه وتقييمه الوظيفي، وإنما يتعدى إلى تعليم سلوكاً بديلاً والعمل على تطبيقه في الواقع من خلال تبسيط المهمة أو المهارة المراد تعليمها إلى عناصرها الصغيرة التي يستطيع الطفل تعلمها عن طريق المحاولة، وتعزيز ذلك السلوك المتعلم الجديد والتطبيق الفعلي له في الواقع. (محمد، 2014: 35)

يقوم برنامج **ABA** على تنمية مهارات التقليد حتى يتمكن الطفل من التعلم، ويبدأ بتدريب الطفل على تقليد الحركات، ثم الأصوات، ثم اكتسابه الخبرات، ثم ينتقل إلى تعليم المهارات الأكثر تعقيداً مثل المطابقة مع نموذج معين، وكتابة الكلمات والجمل والأرقام، مما يساعد الطفل على اكتساب المهارات الاجتماعية، كما يعتني

البرنامج بالتطبيق الفعلي للأنشطة المختلفة في المواقف الطبيعية (عادل، 2014:111)، ويركز التدخل المكثف الذي يعتمد على تدريب الطفل تدريباً مكثفاً لمدة تتراوح ما بين 30 أو 40 ساعة في الأسبوع أي بمعدل 07 ساعات في اليوم لمدة ثلاث سنوات على الأقل، يقوم به فريق من المختصين من بينهم طبيب الأطفال العقلي، المختص النفسي، مختص في الأطفونيا، مختص في البيداغوجي بالإضافة إلى الأولياء، الذين يتم تدريبهم في كيفية التدخل الذي يتم في إطار برنامج فردي محدد ومضبوط بشكل جيد.

(Baghdadli&Magali,2007:65)

يركز برنامج التدخل المكثف للوفاس على التدخل المكثف والمستمر طوال اليوم في المراكز المتخصصة وفي المنزل، حيث يتم التعليم بمراحل من خلال تقسيم كل مرحلة إلى حصص متكررة ومتتابعة بشكل سريع إلى أن ينجح الطفل في الاستجابة بشكل صحيح بدون توجيه أو مساعدة خاصة وكل مرحلة تتضمن :

- تقديم طلب أو توجيهات للطفل من أجل القيام بنشاط معين.
- ملاحظة استجابة أو سلوك الطفل.
- دور أو ردة فعل المتدخل.

كل استجابة صحيحة يتم تعزيزها إيجابياً مباشرة بشيء يسعد الطفل ويفرحه مثل تقديم لعبة أو الثناء والشكر مثل (جميل، أحسنت، برفو)، أما الاستجابات الأخرى غير الصحيحة إما يتم تجاهلها أو تصحيحها وتعديلها.

أما فيما يخص فعالية برنامج التدخل المكثف للوفاس، فقد أشارت الكثير من الدراسات منها دراسة Lovaas سنة 1987 إلى فعاليته إذا ما طبق بشكل مكثف في حدود ما بين 40 ساعة في الأسبوع (Lovaas 1987)، كما أشارت نفس الدراسة أن هذا البرنامج أظهر نتائج أحسن عند تنفيذه في المراكز المتخصصة مقارنة بتطبيقه في المنزل لوحده، كما أشارت دراسة لنفس العالم سنة 1997 أنه أكثر فعالية مع الأطفال الذين تقل أعمارهم أقل من ثلاث سنوات وفي مقارنته ببرامج أخرى، فقد أشار هوورد وآخرون (Howard & al(2014) في دراسة مقارنة بين هذا البرنامج وبرامج تدخل انتقائية أخرى إلى أن الأطفال الذين توبعوا ببرنامج التدخل المكثف للوفاس أظهروا تحسناً أكبر مقارنة بالأطفال الذين توبعوا ببرامج التدخل الأخرى(Howard & al, 2014:3326-3344)، كما أشارت دراسة Eikeseth et al (2002) بأن برنامج لوفاس Lovaas أكثر فعالية من أي برنامج انتقائي آخر بما في ذلك التينش TEACCH حتى ولو طبق مكثفاً، ويفسر الباحثون قلة الفعالية لهاته البرامج الانتقائية بأنها تستخدم تغييرات كثيرة في النشاط والتدخلات والطفل التوحدي يستجيب بشكل ضعيف لهذه التغييرات.(Eikeseth et al,2002:49,68)

د. نموذج التدخل المبكر دانفر (Early Start Denver Model): أنشئ هذا البرنامج سنة 1981 في جامعة كولورادو من طرف سالي روجز ومعاونيه، وتم تصميمه للأطفال الصغار من 24 إلى 60 شهر مصابون بالتوحد، وهو برنامج مستمد من نظريات النمو التي تلعب دورا في التأثير على أساليب التعلم الخاصة بأطفال التوحد في سنواتهم الأولى من النمو، وقد ركز البرنامج على بناء علاقات قريبة مع الأطفال كأساس للتنمية الاجتماعية (سليمان، 2017: 195-213) تعتمد على تطوير روتينات اجتماعية حسية بهدف جعل الطفل يتفاعل اجتماعيا مع طرف ثاني، وتقديم له أكبر قدر من الخبرات الاجتماعية عن طريق التقليد والاتصال (Anderson & al, 1987: 352-366).

يقوم نموذج دانفر على الأسس التالية:

- الأسرة جزء لا يتجزأ من البرنامج العلاجي للطفل، وتمثل كل أسرة وكل طفل حالة فريدة في حد ذاتها.
- إمكانية تحقيق الطفل نجاحا كبيرة جدا، إذ لا يعود القصور الأكاديمي لدى الطفل التوحدي إلى عجز في قدرته على التعلم، بل إلى قلة الأنشطة التربوية، ومحدوديتها.
- التوحد في جوهره اضطراب اجتماعي لذا فعلاج هؤلاء الأطفال المصابين باضطراب التوحد يجب أن يركز على العجز الاجتماعي، وهذا يحتاج إلى تلك العلاقة التفاعلية التي هي أساس العلاج المقدم للأطفال وأسرهم.
- الأطفال ذوي اضطراب التوحد هم أعضاء في أسرهم ومجتمعهم، لذلك هم بحاجة إلى أن يتعلموا كيف يحصلون على أدوارهم المناسبة فيها.
- أطفال التوحد لديهم عقول، و تفضيلات، واختيارات ومشاعر، ولهم الحق في التعبير عن الذات والسيطرة على أعمالهم.
- التوحد اضطراب معقد يؤثر على أكثر من وظيفة لذا يتعين على الفريق المتعدد التخصصات أن يضع في حساباته قدرا كبيرا من التحديات التي تظهر من خلالها أعراض هذا الاضطراب.
- أطفال التوحد مؤهلون لأن يصبحوا فاعلين ومتواصلين كما أن معظمهم يمكن أن يمتلكوا التواصل اللفظي الفعال عندما يتم تزويدهم بالتدخلات العلاجية الملائمة، الفعالة والمكثفة خلال سنوات ما قبل المدرسة.
- التعليم المبرمج أداة قوية للأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- هناك عدة اتجاهات للتدخل المبكر مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد أظهرت تأثيرها في طريقة التدريس، والمعالجة الشاملة، والتي يجب أن تكون قادرة على أن تتسحب على كل الخبرة المتوفرة في المجال.
- يعد اللعب أداة معرفية، واجتماعية فعالة في تعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد، لذلك يتم العمل على بناء مهارات اللعب لديهم، والتي بدورها تزيد من قدراتهم، وأهليتهم للتعلم، والاستقلالية.

- يكون التدخل الناجح للأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال صرف أغلب وقت الأطفال في النشاطات الموجهة اجتماعيا، وذلك بتزويدهم بنحو 20 ساعة تدريبية أسبوعيا هي الحد الأدنى من التدخل العلاجي المنظم، والآلي ويكون ضروريا لتحقيق التقدم والتحسن. (سليمان، 2017:195-213)
- كما أشار **Justine** إلى مبادئ أخرى نذكر منها:
  - التدخل يكون من طرف فريق متعدد التخصصات للعمل في جميع مجالات الخبرة.
  - أهمية التبادل بين الطفل المصاب بالتوحد ومقدم الرعاية له.
  - التركيز على المهارات المعرفية للعبة.
  - أما سليمان فأضاف إلى مجموعة أخرى من المبادئ تتمثل في:
    - التدخلات تصاغ بشكل فردي باعتبار الأسرة والطفل حالة فردية.
    - التوحد اضطراب اجتماعي، لذا يجب أن يركز العلاج على العجز الاجتماعي، وأن تكون العلاقات هي أساس العلاج.
    - يجب أن يكون التعليم ممنهجا، منظما، ويشمل على أهداف متماسكة ومكتوبة جيدا يمكن إنجازها من خلال أنشطة توجيهية محضرة محضرا مسبقا. يتم قياس مدى التقدم من خلال تجميع مستمر للبيانات عند ل هدف مخطط له.
    - أن اللعب هو أحد أكثر أدوات التعلم الاجتماعي والمعرفي قوة، وأن بناء مهارات التعلم والنشاط عند أطفال التوحد يعظم قدراتهم على تعلم الاستقلالية.
    - تدعيم محاولات الطفل، لأن الطفل لا يمكن أن نتوقع منه الأداء الأفضل في كل وقت.
    - تعزيز تعلم المهارات، يجب أن يكون مرتبطا مباشرة بردة فعل الطفل أو سلوكه.
  - أما من ناحية المؤسسات التي بإمكانها تقديم هذا البرنامج، فلم يشترط نموذج دانفر مراكز متخصصة وإنما يمكن تطبيقه في رياض الأطفال، أو في البيت من طرف الأولياء، وأن أحسن طريقة لتقديمه هي التعلم الفردي المكثف واحد لواحد، حيث يقول روجرز أن الأطفال التوحديين يستطيعون التقدم بسرعة ويكون أداءهم أفضل حينما يتلقون تدريبا مكثفا واحد لواحد (طفل - معلم، أو طفل - ولي)، وأن هذا التعليم يتنوع حسب كل طفل، ويختلف باختلاف جوانبه النمائية. (سليمان، 2017:195-213)

هـ. برنامج سن رايز (Son-Rise): تم إنشاء هذا البرنامج من طرف الزوجين باري وسماريا لايت كوفمان Barry et SamahriaLyte Kaufman سنة 1974، عندما لاحظوا تغيرات على تصرفات ابنهم راون بعد السنة الأولى من عمره، حيث انعزل وفقد النطق، وتم تشخيصه على أنه توحد شديد يلزمه بالعجز طوال حياته، ويقول



الابن "روان" لم يحظ والداي اللذان يبحثان عن حل سوى برؤى قاتمة، لقد بحثا عن ضوء في آخر النفق، ولم يتحصل إلا على توقعات سوداوية ومرة تلو الأخرى كانت فكرة التوحد يلزم الشخص مدى الحياة تحفز نفسها في رأسيهما رويدا رويدا، وقد بين المختصون أنه عندما أكبر، على والدي أن يسعيا لإدخالي إلى مؤسسة تتولى العناية بي دوما بشكل لائق " (روان، 2016: 14)، غير أن والديه لم يقتنعا بتلك الآراء، ومن خلال تجربتهم مع أبنهم اكتشفا أن عليهما أن يسعيا لفهم ابنهما بدلا من أن يجبراه على أن يفهمهما هو، ويحاولان تغيير سلوكه. يقول روان " والحق أنني مازلت مندهشا مما اختار والدي القيام به إزاء هذا الحكم اللعين، إذ لم يصدق ما قيل لهم، ولم يهملاني، بل أدارا ظهريهما لجميع تلك التوقعات المرعبة، لقد رأي إلي والداي ورأيا إمكانا، لا إعاقات، وبدلا من النظر إلى بخوف، نظرا إلي بدهشة وإعجاب، ومن ثم فقد بدأ بتجربة استهلاها بإيجاد بيئة أشعر فيها حقا بالأمان، ولم يجبراني أو يحاول أن يغيرا من سلوكياتي، بل سعيا لفهمي" (روان، 2016: 14) وأوجدا برنامجا تفاعليا فريدا مع ولدهم، يقوم على فكرة أساسية وهي "الدخول إلى قوقعة الطفل والعيش معه في عالمه وكما يراه هو دون إجباره على أن يخرج إلى عالمنا"، والذي سمي -البرنامج ب سن رايز التي تعني (ابن يشرق)، وبعد 3 سنوات من التطبيق لهذا شفى الطفل من أي اثر للتوحد، وأصبح طفلا مميذا ومحبويا اجتماعيا، أكمل الدراسة الإعدادية وتخرج من الجامعة، وهو الآن المدير التنفيذي لأهم مراكز علاج التوحد في أمريكا وهو المركز الأمريكي لعلاج التوحد.

يقوم برنامج سن رايز Son-Rise على تدعيم الاتصال البصري والتواصل غير اللفظي اللذان يعدان من أقوى الطرق لتحسين التواصل والتفاعل الاجتماعي، وفقدانه يؤدي إلى اختلال العلاقة الاجتماعية بين الطفل ومحيطه الذي يعيش فيه، حيث يساعد الاتصال البصري الطفل على النطق، وتعلم المهارات الاجتماعية والتفاعل، ويقول روان (2016) أن "الأطفال كلما نظروا أكثر تعلموا أكثر، فالنظر يساعد الأطفال على النطق، لأنهم ينظرون إلى وجوه الناس عندما يتحدثون، ويمكنهم أن يدركوا المعلومات، لأنهم ينظرون إلى الناس وهم يتحدثون، وهو يحسن من مدى انتباههم، لأنه ينظرون إلى ما نقوم به، ومن ثم فهم ينخرطون" (روان، 2016: 15)، هذا الاتصال البصري يؤدي بالضرورة إلى التواصل غير اللفظي، فالطفل يتعلم قراءة الإيماءات مثل تعابير وجوه الآخرين، لأن الوجه أكثر تعبيراً، لهذا صمم القائمون على هذا البرنامج طرق سماها استراتيجيات لتحسن هذه المهارة عند الطفل منها:

- 1 إستراتيجية أطلبه مباشرة التي يقوم فيها الولي بالطلب من ابنه مباشرة النظر إليه من خلال عبارات محددة مثل "أنا أحب عندما تنظر إلي"، "أعطني نظرة أخرى"، "أو أي عبارة أخرى تدعم بها طلبك لطفلك بالنظر إليك
- 2 إستراتيجية اطلبه بشكل غير مباشر، مثلا "مع من تتكلم؟ أنا لا أعرف لأنك لا تنظر إلي"، أو أشر بأصبعك إلى عينيك،

3 إستراتيجية اتخذ موضعاً يسهل الاتصال البصري، أين يبقى الولي وجهه مقابلاً لوجه الطفل ولكن ليس بطريقة وجهها أوجه، أو إجباره على ذلك، وإنما بأخذ نفس الوضعية التي هو عليها الطفل، بحيث يكون وجه الولي منخفضاً قليلاً عن وجه الطفل حتى يكون وجهه في مجال رؤية الطفل مما يساعد على عملية الانتباه والنظر إليه،

4 إستراتيجية تقرب الشيء المطلوب من الطفل من عين الولي، هو دفع الطفل إلى الاتصال البصري مع الولي من خلال استقطابه بالشيء المطلوب، مثل لعبة الطعام، فعندما يبكي الطفل دلالة على الجوع وتريد تقديم الطعام له، اجعل الطعام أمام عينيك وأشر إلى الطعام وقل له ببساطة "هل هذا ما تريد"، أو عندما يبكي على لعبة يريدها، خذ اللعبة بين عينيك وقل له هل هذا ما تريد؟

5 إستراتيجية الاحتفال بالاتصال البصري التي تعنيه عندما يقوم الطفل بالتواصل البصري مع الولي، مثل الصياح بصوت عالٍ مفرح، أو الهتاف أو القفز والتصفيق... إلخ مع الشكر والثناء على الطفل،

6 إستراتيجية وقت النشاط، وفيها يجب تخصيص 15 دقيقة خلال النهار أو الليل عندما يكون التفاعل مع الطفل واحد لواحد، أي في وضعية يكون فيه الطفل والولي لوحدهما، وقد يستغل وقت الحمام أو في السرير، أو تناول الوجبة، وهي ببساطة اللعب مع الطفل، وقبل البدء في العملية يجب تحضير ورقة وقلم ووضع جدول تسجيل فيه عدد المرات المتوقعة أن يتواصل فيها الطفل بصرياً، وعدد المرات الفعلية التي استجاب فيها الطفل حتى يتمكن من تقييم العملية فيما بعد. (روان، 2016: 15). الشيء الملاحظ على هذا البرنامج أنه لا يقوم على التكثيف، ولم يحدد مرحلة عمرية بعينها، أما من ناحية فعاليته فقد بين أصحاب هذا البرنامج فعاليته من خلال النتائج المتحصل عليها بعد تطبيقه على ابنهم روان، وكذا نتائج المراكز التي يشرفون عليها الآن، غير أنهم أشاروا إلى أن المدة المخصصة للبرنامج استمرت لمدة ثلاث سنوات.

وبرنامج TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicaped).

هو برنامج لعلاج وتربية الأطفال التوحديين أو لديهم إعاقة في ميدان التواصل، أنشئ في الستينات من القرن الماضي من طرف إريك سكوبلر (Schopler Eric, 1997)، وهو نفساني شاب كان ينتمي إلى فريق Bruno Bettelheim بشيكاغو في إطار مشروع بحث ممون من طرف معهد (NIMH) (المعهد الوطني للصحة العقلية)، يقدم فيه التشخيص، التقييم، العلاج، تكوين المهنيين، مرافقة الأولياء، والبحث، وتم اعتماده من طرف حكومة كارولين الشمالية كأداة شاملة للصحة العمومية لفائدة الأشخاص الذين يعانون من التوحد من كل أعمار الحياة.

يركز هذا البرنامج أساساً على التعاون القوي بين الأولياء والمختصين، ويضم أيضاً زيادة على التقييم، والتشخيص، تربية خاصة موجهة إلى الأطفال ذوي اضطراب التوحد واضطرابات التواصل، وكان الهدف من هذا البرنامج هو تحسين نوعية الحياة للأشخاص المعنيين داخل المحيط العائلي والمدرسي وتشجيع إدماجهم في الوسط الاجتماعي.

يقوم برنامج التيتيش Teacch على مجموعة من الأساسات الفلسفية نذكر منها:

- فهم المواضيع يتم ابتداء من الملاحظة وليس بمرجع بسيط لنظرية.
- المساعدة المقدمة لأشخاص الذين يعانون من التوحد تتطلب تكيفاً مزدوجاً، بحيث يتم تكيف الطفل مع المحيط من خلال تحسين قدراته على التواصل، اجتماعيته، واستقلاليته، وأيضاً المحيط لا بد أن يتكيف مع صعوبات الطفل من أجل تسهيل وتوجيه المجهودات المطلوبة منه.
- العمل التربوي مفرد ويرتكز على التشخيص والتقييم الدقيق لنمو الطفل، مهاراته، وخصوصياته.
- العمل على استغلال كل الإمكانيات ولكن مع قبول الصعوبات أو العجز.
- العمل المنجز مع الأشخاص المصابون بالتوحد يرتكز على مقارنة نمائية، فالتطور والتقدم يجب أن يكون مخططاً وفقاً لنضج الموضوع ودرجة استعداده لدخول مرحلة جديدة.
- الخدمات المقدمة مستمرة وتتيح الدعم للأشخاص خلال طوال حياتهم (Bernadette, 2007: 9-19).
- يعمل برنامج التيتيش Teacch على تنمية تسع مجالات من المهارات تشمل التقليد، الإدراك الحسي، الحركات الكبرى، الحركات الدقيقة، تأزر العين واليد، المعرفي العملي، المعرفي اللفظي، الاجتماعيات، والعناية بالذات، ويتطلب تحقيقها:
- التعاون بين الأولياء و المختصين، ويعتبر الأولياء جزء من فريق التكفل.
- التدريب الضروري للأولياء على البرنامج.
- حضور الأولياء لعملية التشخيص والتكفل في المراكز المتخصصة من خلال قاعات مجهزة بزجاج غير عاتم.
- اعتبار الأولياء كعمالجين مساعدين و مشاركين في وضع برنامج التكفل.
- يلعب الأولياء دوراً مهماً في التكوين المعكوس بحيث يصبح الولي مكوناً والمختص متكوناً، أين يقدم الأولياء للمهنيين والمختصين ملاحظاتهم وخبراتهم مع أطفالهم، الشيء الذي يسمح للمختصين باستخدامها في تشكيل برنامج علاجي مفرد لأطفالهم.

ي. **فعالية برنامج TEACCH:** للتحقق من فعالية هذا البرنامج، نقوم بسرد بعض الدراسات التي تناولت هذه المواضيع من ثلاث محاور هي: فعاليته مع الأطفال، في المنزل، ومن حيث مقارنتها ببرامج أخرى، فمن ناحية الأطفال فقد أشار بانري وآخرون (Panerie & All (1989 من خلال دراسة لمدة 18 شهراً على أطفال بعمر

زمني 13 سنة لتقييم قدرات التعلم والتواصل التلقائي ومشاكل السلوك باستخدام هذا برنامج إلى تخفيضاً في السلوكيات غير مرغوبة وارتفاع في التواصل التلقائي، أما من ناحية فعاليته في المنزل فقد أشارت دراسة (Ozonoff & Cathcart, 1998) التي أجريت على عينة مكونة من مجموعتين بـ 11 طفل تبلغ أعمارهم 35 شهراً معدل دراجاتهم على قائمة CARS ما بين 38 و 400 درجة، متجانسين من حيث السن، وشدة الأعراض والدرجات الأولية على سلم PEP-R، والمسافة الزمنية بين القياس القبلي والبعدي، حيث استقادت كلا المجموعتين من نفس البرنامج التدخل اليومي، غير أن المجموعة التجريبية استقادت أيضاً من خدمة في المنزل لمدة 04 أشهر مبنية على أساس برنامج TEACCH، بينما المجموعة الضابطة لم تستفد منها مع إجراء القياس القبلي والبعدي للمجموعتين، أين بينت النتائج في نهاية التجربة أن هناك تحسن يقدر من 03 إلى 04 أضعاف أعلى في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة في ميادين التقليد، الحركة الدقيقة والعامية، المهارات المعرفية والدرجات الكلية لمقياس PEP-R، ومن ناحية فعاليته مقارنة ببرامج أخرى، فقد أشارت دراسة Schopler وآخرون سنة 1981، التي قاموا فيها بتحليل استبيانات آتية من 348 عائلة شاركت في برنامج TEACCH، إلى أن الأولياء أبدوا ارتياحاً كبيراً لهذا البرنامج، وبأن التدخلات مع هذا البرنامج كانت إيجابية، منتجة ومفيدة للغاية، وأن القلق قل عندهم بعد المتابعة بهذه البرنامج، وهذا التخفيض كان بفضل أنظمة الدعم المقدمة، كما أشارت دراسة Bristol وآخرون (1993) إلى انخفاض أعراض الاكتئاب عند الأولياء المشاركين في برنامج TEACCH، وعلى العكس من ذلك الأمهات الذين لم يشاركوا لم يظهروا أي تغيير في أعراضهم الاكتئابية على مر الزمن. (Baghdadli & Magali, 2007:68)

**ك. نظام التواصل بتبادل الصور (PECS):** هو أحد وسائل التواصل المعززة والبديلة متدنية التقنية، يكثر استخدامه مع الأطفال المصابين بالتوحد، أولئك الذين يعانون من اضطرابات التواصل الأخرى، ويمكن استخدامه أيضاً مع المراهقين والبالغين الذين لديهم صعوبات تواصلية وإدراكية وجسدية، ويقوم بتقديم الوسائل التي يتمكن من خلالها الأفراد من التواصل مع الآخرين.

ويعود نظام التواصل بتبادل الصور PECS للباحث الأمريكي أندريو بوندي Andrew S. bondy وزوجته لوري فروست Lori Frost وهي أخصائية في النطق واللغة الذين صمما سنة 1985 هذا النظام لتعليم الأطفال مهارات التواصل الوظيفي، من خلال التركيز على الاستقلالية في التواصل، وهو نظام خالي من التعقيد وغير مكلف.

استمدت فلسفة هذا البرنامج من كتاب لعالم النفس الأمريكي سكينر "السلوك اللفظي"، الذي يؤكد على أن المؤثرات اللفظية الوظيفية يمكن تعلمها عن طريق التلقين واستراتيجيات التعزيز، يعتمد هذا البرنامج على المدعمات البصرية والحث على التواصل، وهو موجه لتعليم وتدريب الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية

وخصوصا التوحد على التواصل، أي الأطفال الذين يعانون من قصور في اللغة التعبيرية، ويستخدم PECS كنظام تواصل معزز وبديل للأشخاص الذين يستخدمون اللغة أو الذين لم تتطور لديهم أو الذين يفتقدونها وذلك عن طريق بعض الوسائل كالإيماءات ولغة الإشارة والجسد والصور أو من خلال القراءة والكتابة، وتهدف هذه الطريقة إلى تعليم الطفل طريقة مساعدة للتواصل عن طريق تبادل الصور، حيث يتم تدريسه على إعطاء المتعلم الصورة المناسبة التي تعبر عن رغباته وحاجاته. (سهيل، 2015:210)

يمكن استخدام هذا البرنامج مع أي شخص لديه صعوبة في اللغة مهما كانت الصعوبة والعمر ، حيث يسمح للأطفال التوحديين من التواصل التلقائي في قالب اجتماعي من خلال تبادل الأدوار.

يشير عادل عبد الله محمد (2014) إلى أن هذا البرنامج يقوم على تدريب الطفل التوحدي على أن يقوم بالتعرف على الصور وانتقاء ما يرغب منها ثم استبدال الصور بذلك الشيء أو الموضوع أو النشاط المرغوب فيه، فيحصل بهذا على ما يريد مما يعمل على دخوله في نوع من التفاعل الاجتماعي مع الشخص الراشد أو الأخصائي الذي يليه له حاجاته على إثر ذلك.

لبرنامج **MAKATON**: ماكاتون هو برنامج بلغات متعددة الوسائط طورته مارجريت ووكر في السبعينيات في بريطانيا وتحديد سنة 1976 بغرض تحقيق التواصل الفعال والوظيفي مع نزلاء مستشفى القديس جورس الذين كانوا يعانون من الإعاقة العقلية والصمم، واسم البرنامج مشتق من أسماء ثلاث علماء قاموا بإعداده وهم Margaret Walker و Kathy Johnson و Tony Cornforth، وهو موجه للأشخاص من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات التواصل: كالأطفال الذين يعانون من اضطرابات في النطق، واضطراب التوحد، متلازمة داون، والشلل الدماغي، بالإضافة إلى إمكانية استخدامه مع أسرهم ومن يقومون على رعايتهم أو التعامل معهم ، وعادة ما يستخدم مع الأطفال لمساعدتهم على اكتساب اللغة والكلام.

يتألف البرنامج من مفردات قاعدية ومفردات إضافية، المفردات القاعدية تجمع 450 مفهوم منظمة في مستويات، حيث تم اختيار هذه المفاهيم لتلبية احتياجات كل شخص طفل أو بالغ في وضعية إعاقة، مع دمج البعد النمائي، لا تحتوي هذه المفردات القاعدية على أي علامة نحوية في أبسط استخدام لها، والتي يتم شخصيتها لكل مستخدم، ابتداء من قاعدة مشتركة. تكمل المفردات الإضافية المفردات القاعدية، أين تم تنظيمها حسب المواضيع، وتهدف إلى تلبية توقعات محددة من المستخدمين (الحيوانات، الفنون ، الصحة ...)، تتضمن هذه المفردات الإضافية أكثر من 7000 مفهوم من لغة الإشارات والصور الأصلية يرافقها الكلام.

(Baghdadli&Magali, Idem)

تهدف هذه الأداة إلى تطوير المهارات في التواصل، اللغة والقراءة، مرفوقة بطرائق مرنة للتعلم، وتمكن أيضا من تلبية حاجيات المستخدمين الذين هم في حاجة إلى وسيلة تواصل للتعبير عن حاجاتهم الأساسية، أو فهم محيطهم مثل الذين يسعون إلى بناء لغة أكثر تفصيلا أو القراءة. (Carol& Bruno, 2014: 39-46)

ويعتمد برنامج الماكاتون على استخدام الكلام والإشارات، والتواصل البصري بالعين، ولغة الجسد، وإيماءات الوجه، والصور، والرسوم، والكلمات المكتوبة، بالتزامن مع إعداد مجموعة من الإشارات الدالة عليها، يقدمها المربي للطفل على شكل تعليم لغة الإشارة، غير أن هذا البرنامج ليس بلغة الإشارة، حيث تقدم الكلمات في شكل مفرد أو في شكل جمل على أن تقدم الرموز والإشارات حسب ترتيبها في الجملة، ومن الأمثلة على ذلك تعليم كلمة "أشرب"، أين يقوم المربي بحمل الكأس إلى الفم وينطق كلمة "أشرب"، ويقدم معها مباشرة رمزا أو صورة تدل على الشرب فيها شخصا.

وفي حالة الجمل يجب أن تقدم مفصلة كلمة بكلمة مرفقة بالرموز التي قد تكون صور أو رسومات أو إشارات (Pictogrammes) مرتبة حسب ترتيب الكلمات في الجملة، وفي مثال على ذلك، إذا أراد المعلم تعليم جملة: "سعيد يشرب الماء" عليه أن يقوم في البداية بتحضير الثلاث رموز التالية: صورة لسعيد، رمز يدل على كلمة يشرب وكأس مملوء بالماء، ثم ينطق المربي كلمة سعيد مع الإشارة إلى صور سعيد، ثم ينطق كلمة يشرب ويشير إلى الرمز الذي يدل على كلمة يشرب، ثم يحمل كأس الماء ويقربه من فمه ويقوم بعملية الشرب. يتم التعليم في برنامج الماكاتون بالانتقال بالتدرج من الأسهل إلى الأصعب، حيث تمر العملية التعليمية بثمان مراحل باستخدام لغة الإشارة المحلية، كل مرحلة تتضمن مجموعة من المفردات اللغوية، تبدأ بالكلمات المألوفة عند الطفل، إلى أين يصل إلى استخدام كلمات أكثر تعقيدا.

وقبل الشروع في استخدام هذه الرموز يتم في البداية تشجيع الطفل على التواصل باستخدام الإشارات بنمذجة الإشارة، وتشجيعه على تقليدها حتى يتقنها ويتمكن من توظيفها مما يؤدي إلى ربط علاقة بين الطفل التوحيدي وعالم الإشارة وتحبيبها لديها، وبعد ذلك نقوم بسحب الإشارات تدريجيا واستبدالها بمفردات لغوية وكلمات يستطيع الطفل التعبير بها في المستقبل. (محمد، 2014:35)

ويشير عادل (2014) إلى أن برنامج الماكاتون يعتمد على مجموعة من الأفكار الأساسية والمبادئ ساهمت في تعزيز أهميته البرنامج هي:

- عدم استبدال الكلمات بالإشارات وإنما استبدال الإشارات في تعليم الكلمات.
- أن تعمل الإشارة على تدعيم التواصل الشفوي.
- أن الرمز يدعم الكلمة المكتوبة ويسهم في تحقيق التواصل من خلالها.
- أنه يعتمد على التمثيل البصري للكلمات.
- إن دمج هذه الأساليب معا في أسلوب واحد يجعل منه أسلوبا فعالا.
- استخدام كل القنوات معا، التي تتمثل في الإشارة، والرمز، والكلمة، والتعبيرات الوجهية في تكوين اتجاه متعدد الأشكال والأفكار لتحقيق الأهداف المحددة له.

- أن يتم تعليم الطفل الكلمات المتضمنة في البرنامج على مدى ثمان مراحل متدرجة وتتزايد في مستوى الصعوبة
- أن يتسم البرنامج بالمرونة فيمكن استخدام أي أنساق أخرى وفق الحاجة
- أن يقدم أسلوبا مميذا للتواصل البديل. (محمد، 2014:35)

ن.أوجه التشابه والاختلاف بين برامج التكفل باضطراب التوحد:

جدول رقم (02) يوضح بشكل مختصر البرامج المعتمدة عالميا وأساليب تدخلها.

البرنامج	الحجم الساعي في الأسبوع	المدة بالسنة	أهم المهارات المستهدفة	المرحلة العمرية	القائمون بتنفيذه	على نوع التدخل	مكان تنفيذه
ABA	30 ساعة	03	التقليد التواصل البصري اللغة	01 - 03	الفريق المختص + الأولياء	مكثف +	المراكز المتخصصة + المنزل
teacch	غير محددة وتعتمد على اتقان المهارة لانتقال إلى مهارة أخرى	غ.محددة	التقليد التواصل البصري اللغة	03 - 07	الفريق المختص + الأولياء	حسب اكتساب المهارة	المراكز المتخصصة + المنزل
Son-Rise	غ.محددة	03	التواصل البصري التواصل اللفظي	غير محددة	الأولياء فقط	حسب اكتساب المهارة	المنزل
Denver	20 ساعة	غ.محددة	التقليد التواصل	02 - 05	معلمون الأولياء	مكثف	الروضة أو المنزل
PECS	غ.محددة	غ.محددة	التواصل البصري	مع لمراحل	مربون مؤهلون + الأولياء	حسب اكتساب المهارة	في المراكز المتخصصة

من خلال الجدول رقم (02) المبين أدناه الذي يوضح خصائص كل برنامج، يمكن أن نشير إلى نقاط

الاشترك والاختلاف على النحو التالية :

**من حيث الاشتراك:** نلاحظ أن هذه البرامج تشترك من حيث المهارات المستهدفة وهي تحسين التفاعل الاجتماعي من خلال تحسين مهارات التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي، كما أنها تؤكد على الدور الفعال لأولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد في تنفيذ هذه البرامج ونجاح عملية التكفل

**من حيث الاختلاف:** من هذا الجانب نلاحظ أنها تختلف من حيث أسلوب تدخل كل برنامج، فهناك البرامج ذات التدخل المكثف تتطلب حجما زمنيا محددًا للتدخل أسبوعيا في المراكز كما هو بالنسبة للبرنامج التدخل المكثف **ABA** وبرنامج **Denver** المتخصصة، غير أنها هناك برامج أخرى لا تركز على الحجم الساعي وإنما على اكتساب المهارة، والانتقال من مهارة إلى أخرى مرهون باكتساب المهارة السابقة دون الأخذ بعين الاعتبار لعملية التكثيف، كما نلاحظ أيضا أنها تختلف أيضا من حيث القائمون على تنفيذ البرنامج، فكل البرامج تشترك في ضرورة حضور الأولياء في العملية التدخلية، لكن يختلفون في تدخل الفريق المتخصص، فمنهم من يشترط فريق مختص متكامل مثل برنامج **ABA** غير أن هناك من يتطلب الأولياء فقط لتنفيذه كما هو الشأن بالنسبة لبرنامج **Son-Rise**، كما يلاحظ أن هذه البرامج تختلف في أماكن تنفيذها، فهناك من يشترط وجود مراكز متخصصة يشرف عليها مختصون مؤهلون ومكونون في كيفية التكفل باضطراب التوحد مزودة بالأدوات اللازمة بالإضافة للعمل المتواصل في المنزل الذي يقوم به الأولياء لذين يشترط تكوينهم في هذا المجال مثل برنامج **ABA**، **Teacc**، و **PECS**، في حين برنامج أخرى يمكن تنفيذه في أماكن عادية مثل الروضات والمنزل مثل برنامج **Son-Rise** و **Denver**.

**خاتمة.** ما يمكنه استخلاصه مما سبق طرحه في هذا المقال، هو أن برامج التكفل باضطراب التوحد اختلفت في توجهاته، فمنها ما هو مبني على أساس سلوكي ركز في تدخله على الاهتمام بتعديل السلوك غير المرغوب فيه بغض النظر عن الفروق الفردية، وتعليم سلوك جديد من خلال تفعيل مثيرات جديدة أو إطفاء أخرى، حيث اهتمت هذه التدخلات بالجانب المهاراتي للطفل في جانبها الاجتماعي، النفسي الحركي، والمعرفي، من خلال استخدام آليات مختلفة كالتعزيز، التقليد، والتعلم التكراري لاكتساب الطفل مهارات التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي، وتحقيق نوع من الاستقلالية الذاتية، وصولا إلى تحقيق الاندماج الاجتماعي، معتمدة على التدخل المبكر والمكثف بحجم ساعي معتبر لا يقل عن 25 ساعة أسبوعيا، في مراكز متخصصة هذه المهارات التي قد تسمح له في المستقبل بتحقيق نوع من الإدماج الاجتماعي سواء كليا أو جزئيا، غير أن هناك برامج أخرى أخذت توجه آخر غير التوجه السلوكي حيث أولت اهتماما للجانب النمائي، معتمدة على مراحل النمو كمرحلة مهمة في مرحلة بناء هذه البرامج بالتركيز على قدرات الطفل وليس قصوره، دون التركيز على التكثيف، وعلى الرغم من هذا الاختلاف الواضح في آليات كل برنامج الذي يرجع إلى خبرة أصحابها مع المرض وليس لخلفية نظرية بحكم



انتمائهما لنفس المدرسة السلوكية الأمريكية، إلى أنها كلها اهتمت بتفعيل التواصل والتفاعل الاجتماعي، ومساعدة المتوحد على تحقيق استقلاليتته الذاتية، وتسهيل اندماجه اجتماعيا وتخفيف العبء على الوالدين من خلال تنمية مهارات الاتصال اللفظي وغير اللفظي، والمهارات المعرفية، الاجتماعية، النفس حركية، كما أجمعت كل البرامج على أن التدخل يجب أن يقوم به فريق متكامل من المختصين كل له دوره يلعب فيه الأولياء دورا محوريا في عملية التكفل.

## References

- Abdul Rahman Suleiman. (2017). Namudhaj dianfir liltadakhul almubakir kahd alnamadhij alty taqadam lil'atfal dhuya aidtirabat altawahud.( The Denver Early Intervention Model as one of the models provided for children with autism disorders), majalat al'irshad alnafsi, (49), 195-213[in Arabic].
- Adel Abdullah Muhammad. (2014). Adturab altawahud– aistiratijiat altaelim waltaahil wabaramij altdkhl(Autism Disorder - Education and Rehabilitation Strategies and Intervention Programs). Cairo: aldaar almisriat allubnani. [in Arabic].
- Adel Khalaf. (2016)..Aid tirab tiif altawahud : altashkhis waltadakhulat aleilajiatu.( Autism spectrum disorder. Diagnostics and therapeutic interventions). Amman: dar yafa aleilmiat lilnashr waltawzie. Jordan[in Arabic].
- Ahmad Bin Rizq Allah Alharithi. (1430 h).Alhaqibat altadriyat tariqatan lawfas bi astikhdam barnamaj tahlil alsuluk altatbiqi.( Training package: Lofas method using the Applied Behavior Analysis program). Saudi Arabia: College of Education, King Saud University [in Arabic].
- Anderson R.S et al.(1987).Intensive home-based early intervention with autistic children. *Education and Treatment of Children Journal*,10(4),352-366.
- Ashraf ali abduh. (2000). Al'irshad alnafsiibayn al-nathariat waltatbiq. (Psychological counseling between theory and practice). Cairo: Faculty of Arts, Assiut University. [in Arabic].
- Baghdadli Amaria et Magali Noyer.(2007).Rapport (SN) sur l'intervention éducatives. pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme. Centre de Ressources Autisme Languedoc Roussillan. Montpellier. Ministère de la santé et solidarité Française.
- Bernadette Rogé.(2007). Le programme TEACCH Un cadre toujours actuel pour la mise en œuvre de l'approche éducative. France : *Bulletin scientifique de l'arapi*, (19),9-19.
- Carole Tardif. Bruno Gepner .(2014). L'autisme. France: *Bulletin scientifique de l'arapi*, (14),39-46.
- Rawan Kaufman, translated by Hassan Ali Shaheen. (2016). Aikhtiraq altawahid.( Autism breakthrough). Riyadh: Al-Obeikan lilnashr [in Arabic].
- Tamur Farih Suhil. (2015). Altawahud :altaerifa, alaisbaba, altashkhis walealaju.( Autism: definition, causes, diagnosis and treatment). Amman: dar al'iiesar al-eilmiu lilnash waltawziea. [in Arabic].
- Ziad Kamil Allaala, Sharifat Abdallah Alzubirii, Sayib Kamil Allaala, Fawziat Abdallh Aljalamidat, Mamun Muhamad Jamil Husunat, Wayil Muhamad Alshurman, Wayil

Amin Aleuly, Yahiu Ahmad Alqibali, Yusif Muhamad Aleayid. (2011). 'Asasiaat altarbiatalkhasatu. (Fundamentals of Special Education). Riyadh: Dar almaysirat lilmashr waltawzie waltabaeati[in Arabic].

### قائمة المراجع

- أحمد بن رزق الله الحارثي. (1430 هـ). الحقيبة التدريبية طريقة لوفاس باستخدام برنامج تحليل السلوك التطبيقي. السعودية : كلية التربية جامعة الملك سعود.
- أشرف علي عبده. (2000). الإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق. القاهرة: كلية الآداب جامعة أسيوط.
- تامر فرح سهيل. (2015). التوحد: التعريف، الأسباب، التشخيص والعلاج. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر و التوزيع.
- روان كوفمان ترجمة حسن علي شاهين. (2016). اختراق التوحد. الرياض: العبيكان للنشر. ط1
- زياد كامل اللالا، شريفة عبد الله الزبيري، صائب كامل اللالا، فوزية عبدالله الجلامدة، مأمون محمد جميل حسونة، وائل محمد الشрман، وائل أمين العلي، يحيي أحمد القبالي، يوسف محمد العايد. (2011). أساسيات التربية الخاصة. الرياض: دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- عادل خلف. (2016). اضطراب طيف التوحد. التشخيص والتدخلات العلاجية. عمان: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع. الأردن.
- عادل عبدالله محمد. (2014). اضطراب التوحد - استراتيجيات التعليم والتأهيل وبرامج التدخل. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- عبد الرحمان سليمان. (2017). نموذج دينفر للتدخل المبكر كأحد النماذج التي تقدم للأطفال ذوي اضطرابات التوحد. مجلة الإرشاد النفسي، (49)، 195-213.