بحوث

المؤتمر العلمي الأول حول
إضطراب طيف التوحد في ليبيا

استراتيجيات التدخل المبكر ومدى فاعليتها في تقليل أعراض طيف التوحد

Strategies Of Early Intervention And Their Effectiveness in Reducing The Symptoms Of Autism Spectrum

د/ ياسر محمد عزب[1]

ملخص:

الهدف: من الورقة البحثية الحالية هو التعرف علي مدي فاعلية برامج واستراتيجيات التدخل المبكر وأثرها في تقليل أعراض طيف التوحد..وتأتي **أهمية** هذه الورقة في أنها تسلط الضوء علي فاعلية استراتيجيات التدخل المبكر في تقليل أعراض طيف التوحد، حيث يساعد التدخل المبكر الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد على تحقيق مستويات متقدمة من الوظائف النفسية والإدراكية والاجتماعية، وتحاول الورقة البحثية الحالية الإجابة علي عدد من **التساؤلات** أهمها: ما المقصود باضطراب طيف التوحد وما هي أسبابه وأهم أعراضه؟، وكيف يمكن تشخيصه، وما هي وسائل تشخيصه؟، وما المقصود باستراتيجيات التدخل المبكر، وما هي مدي فاعليتها في تقليل أعراض طيف التوحد؟، وما هي أهم استراتيجيات التدخل المبكر المستخدمة للتخفيف من أعراض طيف التوحد؟، وما مدى حاجة المجتمع الليبي إلي استراتيجيات التدخل المبكر؟، واستخدم الباحث **المنهج** الوصفي التحليلي لما يقدمه من تفسير جيد للحقائق والمعلومات، **النتائج:** انتهى الباحث في نهاية تحليله إلي أنه مهما تفاوتت نسب نجاح بعض استراتيجيات التدخل المبكر، واختلف توقيت تقديمها مع أطفال طيف التوحد، إلا أنه أصبحت هناك حاجة ملحة في المجتمع الليبي إلي هذه الاستراتيجيات لمساعدة هؤلاء الأطفال وأسرهم في تقليل شدة أعراض التوحد ومنع تطورها، واختتم الباحث ورقته البحثية **باقتراحات** من شأنها تفعيل استخدام استراتيجيات التدخل المبكر في المجتمع الليبي لتقليل أعراض التوحد.

1 أستاذ علم النفس الإكلينيكي المساعد بقسم علم النفس/كلية الآداب والعلوم الشقيقة/ جامعة الجبل الغربي: yas12er@hotmail.com

Abstract:

Objective: from the current paper is to identify the effectiveness of programs and strategies for early intervention and its impact in reducing the symptoms of autism spectrum**. Importance** of this paper is that it highlights the effectiveness of early intervention strategies in reducing the symptoms of autism spectrum, where early intervention helps children who suffer from autism spectrum to achieve advanced levels of psychological, cognitive and social functions. current research paper try to answer a number of **Questions** such as**:** what is a disorder autism spectrum and what are the causes and the most important symptoms, how to diagnose, and what are the stages and means of diagnosis ?, what is meant by strategies of early intervention, and their effectiveness in reducing the symptoms of autism spectrum? what are the most important early intervention strategies to be used to relieve the symptoms of autism spectrum ?, and what the extent of the need of the Libyan community to early intervention strategies?.. the researcher used the **descriptive analytical method** for its good explanation of the facts and information**. Results**: finished researcher at end resolved to that no matter how varied the success of some early intervention strategies ratios, and different timing of the submission with the children of the autism spectrum, but it has become an urgent need in the Libyan society to these strategies to help these children and their families in reducing the severity of symptoms of autism spectrum and to prevent its development, concluded the researcher and research paper **Proposals** would activate the use of early intervention in the Libyan society to reduce the symptoms of autism spectrum strategies.

مقدمــة:

اهتمت الدول المتقدمة والنامية في السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً باستخدام برامج واستراتجيات التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك من خلال توفير الخدمات التربوية والاجتماعية والنفسية والعلاجية والوقائية اللازمة لهم، لتنمية قدراتهم الذاتية والعقلية والاجتماعية والمهنية وتدعيم الكفاية الوظيفية لأسرهم، باعتبارها حق من حقوقهم الإنسانية والتي اعترفت بها الكثير من هذه الدول وفقاً للمواثيق والأعراف الدولية.

ويعد أطفال طيف التوحد أحد فئات ذوي الاحتياجات الخاصة والذين بحاجة إلي الاهتمام والرعاية الخاصة، لذلك تكتسب استراتيجيات التشخيص والتدخل المبكر لحالات هؤلاء الأطفال أهمية قصوى في مدي فاعليتها في تقليل أعراض طيف التوحد وخاصة إذا قدمت في سن مبكر من العمر، حيث أثبت الدراسات الحديثة وجود تأثير إيجابي للتدخل المبكر على جوانب النمو المختلفة لهؤلاء الأطفال سواء في الجانب العقلي أو الانفعالي أو الاجتماعي أو اللغوي والسلوكي، كما أنه يخفف من تأثيرات الإعاقة أكثر مما لو تم التدخل متأخراً.

ويلاحظ أن الطفل عندما يصاب بخلل وظيفي أو قصور نمائي فيما يعرف باضطراب طيف التوحد، فإنه قد يتطور لديه إذا لم يتم التعامل مع إعاقته في وقت مبكر، لذا فإن الكشف والتشخيص المبكر لحالات هؤلاء الأطفال يكتسب أهمية قصوى من أجل البدء في برامج التدخل المبكر ، حيث أن تقديم مثل هذه البرامج لأطفال طيف التوحد للفئة العمرية الممتدة من الولادة حتى سن الخامسة، تتلاءم مع حاجاتهم النمائية من خلال تصميم برامج فردية لتنمية كفايتهم الذاتية في الجوانب الجسمية والمعرفية واللغوية والانفعالية والاجتماعية، فضلاً عن إشراك الأهل وأفراد الأسرة وإعدادهم للتعامل بشكل أفضل مع احتياجات طفلهم وتلبيتها. (**Autism Task Force. 2003**)

ولذلك تأتي **أهمية** هذه الورقة البحثية في أنها تسلط الضوء علي أهمية وفاعلية استراتيجيات التدخل المبكر في تقليل شدة أعراض طيف التوحد ومنع تطورها، حيث تساعد هذه الاستراتيجيات الأطفال التوحديين علي تحسين مهاراتهم اللغوية والاجتماعية والتواصلية، وعلى

تحقيق مستويات متقدمة من الوظائف النفسية والإدراكية والاجتماعية، كما تساعد الوالدين على تحسين معاملتهم لطفلهم التوحدي، وذلك بإكسابهم المعلومات والمهارات اللازمة لتعليم طفلهم وإكسابه المهارات المطلوبة.

وقد توصلت الدراسات الحديثة إلي أن استخدام استراتيجيات التدخل المبكر قد يساعد الكثير من أطفال طيف التوحد علي الالتحاق بالمدرسة مع بقية الأطفال العاديين، إذا ما قدمت لهم هذه الاستراتيجيات والبرامج في سن مبكرة، كذلك انتهت هذه الدراسات إلي أن استخدام استراتيجيات التدخل المبكر مع الراشدين ذوي طيف التوحد الذين يحتاجون إلي رعاية دائمة طوال حياتهم، قد يوفر لهم المساندة والدعم والتأييد والتدريب علي العمل والمشاركة في الحياة الاجتماعية، وأخيراً قد تفيد استراتيجيات التدخل المبكر في تقليل الهدر من الطاقات البشرية لذوي اضطراب التوحد نتيجة ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية والتعليمية المقدمة لهم. **(إمام،1999)**

ومن ثم **تهدف** الورقة البحثية الحالية إلي التعرف علي مدي فاعلية برامج واستراتيجيات التدخل المبكر وأثرها في تقليل أعراض طيف التوحد، ولذلك ففي البداية سوف نتعرف علي مفهوم طيف التوحد وأعراضه وأسبابه، وما هي مراحل ووسائل تشخيصه، ثم بعد ذلك نتعرض لماهية استراتيجيات التدخل المبكر وأهميتها، وأهدافها ومسلماتها، وما هي مجالات تقديمها، ومما يتكون فريق التدخل المبكر لأطفال طيف التوحد، وما هي مواصفاته، وأهم هذه الاستراتيجيات المستخدمة للتخفيف من أعراض طيف التوحد، ومدى حاجة المجتمع الليبي لتعزيز وتفعيل استراتيجيات التدخل المبكر في تقليل أعراض طيف التوحد، وذلك إلي المستوي الذي يرقي إلي تطلعات وطموحات المجتمع، رغم التحديات والمعوقات التي تحد من الاهتمام بفئة أطفال طيف التوحد داخله.. وسوف يتحقق ذلك من خلال الإجابة علي **التساؤلات التالية**:

1. ما المقصود باضطراب طيف التوحد وما هي أسبابه وأهم أعراضه ؟
2. كيف يمكن تشخيص طيف التوحد، وما هي مراحل ووسائل تشخيصه ؟
3. ما المقصود باستراتيجيات التدخل المبكر، وما هي مراحل تنفيذها، ومدي فاعليتها في تقليل أعراض طيف التوحد؟

4. ما هي أهداف ومسلمات استراتيجيات التدخل المبكر، وما هي مجالات تقديمها؟
5. مما يتكون فريق التدخل المبكر لأطفال طيف التوحد، وما هي مواصفاته؟
6. ما هي أهم استراتيجيات التدخل المبكر المستخدمة للتخفيف من أعراض طيف التوحد؟
7. ما مدى حاجة المجتمع الليبي إلي استراتيجيات التدخل المبكر ؟

ونظراً لطبيعة هذه الورقة البحثية المتعلقة بواقع استراتيجيات التدخل المبكر ومدى فاعليتها في تقليل أعراض طيف التوحد في المجتمع الليبي، فقد استخدم الباحث **المنهج الوصفي التحليلي** لما يوفره من إمكانية التوصل إلى معلومات دقيقة، وتفسير جيد للحقائق والمعلومات المرتبطة بموضوع الورقة البحثية (**أبوحطب وعثمان، 1996**).

1- فيما يخص التساؤل الأول ما المقصود باضطراب طيف التوحد وما هي أسبابه وأهم أعراضه ؟

1-1 مفهوم اضطراب طيف التوحد: " ASDs"

أول من أشار إلي اضطراب طيف التوحد **Autism Spectrum Disorders** هو الطبيب الأمريكي **ليو كانر Lio Kanner** عام **1943**، حيث لاحظ أنماط سلوكية غير عادية لأطفال كانوا مصنفين علي أنهم متخلفين عقلياً، وأطلق عليه **متلازمة كانر** ويقصد بها " **الانطواء علي الذات أو الذاتيوية أو الأنانية التلقائية** "، ومع الوقت تطور هذا المفهوم لما يعرف الآن بطيف التوحد. (**سلامة، 2005**)

وتعرف الجمعية الأمريكية للتوحد **Autism Society of American** اضطراب طيف التوحد "**بأنه إعاقة تطورية حادة تستمر مدي الحياة والتي تظهر بشكل نموذجي في السنوات الثلاث الأولي من الحياة، وتظهر بمعدل خمسين إصابة لكل 10.000 ولادة (ذكور وإناث)، وأكثر ظهوراً عند الذكور بأربع أضعاف منه عند الإناث. (محمد، 2002)**

كما يتم تعريف اضطراب طيف التوحد **بأنه " اضطراب نمائي Pervasive Developmental Disorder (PDDS) ناتج عن خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ غير معروف الأسباب، يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، ويتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين وضعف واضح في التفاعل وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب، وظهور أنماط شاذة من السلوك وضعف في اللعب التخيلي".(سليمان، 2004)**

ويطلق مصطلح الأطفال التوحديون علي الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، ويعاني هؤلاء الأطفال من ضعف في مهارات التفاعل الاجتماعي وإقامة العلاقات الاجتماعية، ومهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين ، كما يتصفون بعدة أعراض مشتركة منها: (**يتصرف كأنه أصم، والتفات حول الذات،يقاوم التغيير في الروتين، فقدان الخيال والإبداع في طريقة اللعب، وأنماط سلوكية متكررة وغير مقبولة، وانشغال كامل بالحاجات والرغبات الخاصة، واضطراب الاستجابة للمثيرات الحسية، وغيرها من الأعراض**)، وتبقى هذه الأعراض السابقة ملازمة للطفل التوحدي طوال حياته، وقد يتحسن مستوى هذا الطفل أو تقل شدة هذه الأعراض باستخدام استراتيجيات التدخل المبكر. (**عمارة، 2005**)

أما فيما يتعلق بماهية التوحد وتصنيفه كمرض أو إعاقة أو اضطراب، فقد أجمع الكثير من العلماء على أن التوحد اضطراب يؤدي إلى إعاقة، وهو غير قابل للعلاج حتى هذه اللحظة، أما أسباب كونه اضطراباً ؛ فلأنه يحدث نتيجة لاضطراب أحد مناطق المخ مما يؤدي إلى عدم التوافق والتكيف لدى الطفل المصاب به. (**الشخص والدماطي، 1992**)

2-1 أسباب الإصابة بطيف التوحد:

حتى الآن لم تتوصل الدراسات العلمية إلي معرفة الأسباب الحقيقية المؤدية لاضطراب طيف التوحد، فضلاً عن عدم قدرتها على الكشف عن تأثيرات هذا الاضطراب في وظائف الدماغ وخصائصه الكيميائية، ومن ثم أكد العلماء علي أهمية التشخيص والتدخل المبكر لاضطراب طيف التوحد في سن مبكرة، حتى يتمكن الطفل من تلقي برامج التدخل المبكر عن طريق وضع

خطة فردية للطفل على حسب قدراته التعليمية مما يعطي نتائج ايجابية مستقبلاً، ومع ذلك يذهب هؤلاء العلماء إلي أن هناك عدد من العوامل التي يفترض وقوفها وراء إصابة الأطفال بطيف التوحد، ومن بين هذه العوامل ما يلي:

1. **عوامل جينية**: مثل الوراثة وشذوذ الكروموسومات وفرط المورفينات والببتيدات ووجود تركيزات منخفضة من الكبريت الحر عند أطفال طيف التوحد. (**Williams, 2012**)

2. **عوامل بيولوجية**: مثل إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية، أو التعرض لنزيف حاد، أو تعرضها أثناء الولادة لبعض المشكلات مثل نقص الأكسجين، أو نتيجة الإصابة بالأمراض التناسلية والأمراض البكتيرية أو الفيروسية كالحصبة الألمانية والحمى الشوكية أو سرطان المخ أو الدم، وغير ذلك من الأمراض المسببة لإصابة المخ أثناء فترة الحمل أو بعد الولادة.(**Barley et al., 1998**)

3. **عوامل متعلقة بالمخ والجهاز العصبي**: مثل حدوث إصابات في المخ نتيجة الكهرباء الزائدة في المخ، وموجات مضطربة في رسم الدماغ والأشعة المقطعية، ونوبات صرع، كما قد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي مثل (الرصاص والمعادن الثقيلة) أو التلوث الإشعاعي الطبيعي أو الصناعي أو نتيجة للتدخين أو إدمان المخدرات أو الكحوليات. (**Balottin, et al. 1998**)

4. وترجح بعض الدراسات حدوث اضطراب طيف التوحد نتيجة الإصابة أو الخلل بطريق غير مباشر لمخ الجنين، نتيجة حدوث العامل المسبب قبل عملية الإخصاب لبويضة الأم التي تكون موجودة بمبيضها طوال مرحلة الطفولة بسبب عامل إشعاعي أو تلوث بيئي كيميائي أو غير ذلك. (**Shelton,et al., 2012**)

1-3 أعـراض اضطراب طيف التوحــد:

للتوحد طيف واسع من الأعراض والتي تجعله غير مميز أحياناً، خاصة عند الأطفال ذوي الإصابة الخفيفة، أو عندما تكون الإصابة مقنَعةً بمرض أشد إعاقة، ويعتمد المختصين علي مجموعة من

الأعراض لإمكانية تشخيص هذا الاضطراب، ويمكن تقسيم هذه الأعراض من خلال ثلاث محاور كالتالي:

1-3-1 قصور في مهارات التفاعل الاجتماعي:

- العزلة الاجتماعية و اللامبالاة .
- فقدان القدرة على التبادل العاطفي أو الاجتماعي.
- فقدان اللعب الاجتماعي مع أقرانه.
- الفشل في المبادرة لتكوين العلاقات الاجتماعية والصداقات المناسبة مع الآخرين.
- فقدان القدرة علي مشاركة الآخرين والتعاون معهم والاهتمام بهم .
- فقدان القدرة على تقليد ومحاكاة الأفعال والأقوال الصادرة عن الآخرين .

1-3-2 قصور في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي:

- العجز في فهم الكلمات المنطوقة والحديث الموجه .
- استخدام نماذج تكرارية أو نمطية من الكلمات .
- تأخر في تطور اللغة وأحياناً فقدان كلي لها .
- استخدام بعض الكلمات والأصوات غير المفهومة .
- الصعوبة في التعبير وبناء الجمل البسيطة .
- قصور واضح في استخدام مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي.

1-3-3 تصرفات تكرارية أو اهتمامات هوسية ضيقة:

- حركات جسدية نمطية ومتكررة مثل الرفرفة باليدين وهز الرأس.
- تعلق غير طبيعي ببعض السلوكيات والعادات الروتينية.
- الانشغال المفرط بأجزاء الأشياء.
- تشتت الانتباه وعدم التركيز.
- مقاومة التغيير في الروتين.

- اللعب بصورة متكررة ومعتادة.
- الانشغال بأنواع محددة من الاهتمامات.
- فقدان الخيال والإبداع في أثناء اللعب. **American Speech–Language Hearing Association, 2016**)، (**خطاب، 2005**)، (**الزريقات، 2004**)

2– وفيما يتعلق بالتساؤل الثاني.. كيف يتم تشخيص طيف التوحد، وما هي مراحل ووسائل تشخيصه، وما هي الخدمات التي تقدم لأطفال طيف التوحد؟

2–1 تشخيص اضطراب طيف التوحد :

يعتمد التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد على الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل وعلاقاته بالآخرين ومعدلات نموه، وذلك بواسطة اختصاصي معتمد وعادة ما يكون اختصاصي في نمو الطفل أو طبيب وذلك قبل عمر ثلاثة سنوات، لأن هناك العديد من الأنماط السلوكية يشترك فيها طيف التوحد مع الاضطرابات النمائية الأخرى.

ويتم تشخيص التوحد بناءً على وجود ضعف واضح في مختلف نواحي النمو، بحيث تظهر صعوبات في التواصل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وقد تم حديثاً تطوير مقاييس تحتوي على أسئلة تشخيصية للحصول على معلومات كثيرة تتعلق بتاريخ الطفل التوحدي وأسرته منذ حدوث الحمل وحتى تاريخ المقابلة التشخيصية لكي يتسنى لنا التشخيص الدقيق والصحيح.(**الجلبي، 2005**)

ولكن ما الذي يجعل تشخيص اضطراب طيف التوحد أمراً في غاية التعقيد والصعوبة؟..

انتهت الدراسات الحديثة إلي وجود عدة صعوبات تجعل من تقييم وتشخيص طيف التوحد أمراً صعباً منها علي سبيل المثال:

1. صعوبة عمليات التواصل والتخاطب والتعلم لدي الطفل التوحدي، نتيجة حدوث طيف التوحد في مرحلة مبكرة من النمو، فيصيب أغلب جوانب النمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي والعاطفي.

2. تعقد اضطراب طيف التوحد، نتيجة تشابه وتشابك أعراضه مع واحدة أو أكثر من الاضطرابات النمائية الأخرى مثل التأخر العقلي والاسبرجر أو الريت أو فصام الطفولة وغيرها.

3. قلة عدد المتخصصين المؤهلين بشكل علمي ومهني لتشخيص طيف التوحد، حيث يحتاج تشخيص هذا الاضطراب إلى دراسة وملاحظة دقيقة لسلوك الطفل ومهارات التواصل لديه.

4. تنوع العوامل المسببة لطيف التوحد سواء منها العوامل الجينية الوراثية أو العوامل البيئية المختلفة، مما يؤدي لتنوع الأعراض واختلافها من طفل إلى آخر،

5. وجود بعض الأعراض التي وردت في الدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية **DSM.4** لتشخيص التوحد، لا تخضع للقياس الموضوعي بل تعتمد على الحكم أو التقدير الذاتي غير الموضوعي، مثل القدرة على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين.(**فراج، 1996**)، (**عمارة،مرجع سابق**) (**American Speech–Language Hearing Association**, **2016**)

2–2 مراحل تشخيص اضطراب طيف التوحد:

يمكن تشخيص اضطراب طيف التوحد من خلال تقسيم العلامات المبكرة لحدوثه إلى المراحل التالية:

– **المرحلة الأولى**: وتبدأ هذه المرحلة من عمر 3 شهور، حيث لا يستطيع الطفل التوحدي في هذه المرحلة أن يربط بين مشاعره وأحاسيسه بالاستجابات الحركية، بالإضافة إلي عدم قدرته على القيام بالحركات الضرورية والهادفة مثل التحرك لمعانقة أمه، وكذلك عدم قدرته على تنسيق هذه الحركات، كما لا يستطيع الطفل التوحدي في هذه المرحلة أن يربط بين الخبرات الحسية والعاطفية والحركية.

– **المرحلة الثانية**: وتمتد هذه المرحلة بين 2 – 5 شهور، حيث يعجز الطفل التوحدي في هذه المرحلة العمرية عن التعبير عن أحاسيسه بتصرفات مفهومه، فمثلاً لا يستطيع أن يعبر عن سعادته بابتسامة أو بتعبيرات وجه تظهر سروره.

– **المرحلة الثالثة**: وتمتد هذه المرحلة بين 4 – 10 شهور، حيث تظهر صفات التوحد بشكل أكثر وضوحاً، من خلال عدم قدرة الطفل التوحدي على الاستجابة والتفاعل مع الآخرين وخاصة الوالدين خلال أوقات اللعب، حيث لا يقوم الطفل بالمبادرة في اللعب وإظهار سعادته لمشاركة الآخرين في لعبه.

– **المرحلة الرابعة**: وتمتد هذه المرحلة بين 10– 18 شهر، وتتميز هذه المرحلة بإظهار الطفل التوحدي الكثير من العلامات المميزة لحدوث اضطراب التوحد مثل: عدم القدرة على حل المشكلات، والتفاعل الاجتماعي وظهور السلوكيات النمطية والتكرارية.

– **المرحلة الخامسة والسادسة والمتقدمة**: وتمتد هذه المرحلة بين 18– 30 شهر، وتتميز هذه المرحلة باستخدام الطفل التوحدي لكلمات غير مفهومة وبدون معنى، وبتكرار للكلمات بشكل غير طبيعي وبدون فهم.(**السعد، 1997**)، (**سليمان، مرجع سابق)**

3–2 أشكال تقييم طيف التوحد:

وينبغي علي المتخصصين أن يركزوا في تقييمهم لاضطراب طيف التوحد علي أشكال التقييم الآتية:

✓ **التقييم الطبي**: (ويبدأ بطرح العديد من الأسئلة عن الحمل والولادة، التطور الجسمي والحركي للطفل، التعرض لأمراض سابقة، والتاريخ المرضي للعائلة، والفحص السريري للطفل وخصوصاً علي الجهاز العصبي، وإجراء بعض الفحوصات اللازمة للطفل).

✓ **تقييم السلوك**: (مناقشة والدي الطفل، مع المراقبة المباشرة لسلوكيات الطفل من قبل متخصصين في المنزل والمدرسة أو أثناء اختبارات الذكاء التي تجرى علي الطفل).

✓ **التقييم النفسي**:(باستخدام أدوات ومقاييس لتقييم حالة الطفل، في الوظائف المعرفية والإدراكية، والاجتماعية، والانفعالية، والسلوكية، ومن هذا التقييم يستطيع الأهل والمدرسين معرفة مناطق القصور والتطور لدى طفلهم)

✓ **التقييم التعليمي**:(وذلك من خلال إجراء **التقييم المنهجي** باستخدام أدوات قياسية، **والتقييم غير المنهجي** باستخدام الملاحظة المباشرة ومناقشة الوالدين، والغرض من ذلك تقدير مهارات الطفل في الجوانب التالية: "مهارات قبل الدراسة / المهارات الدراسية / مهارات الحياة اليومية/ طريقة التعلم ومشاكلها/ وطرق حل هذه المشاكل ")

✓ **تقييم التواصل**:(تقييم مهارات التواصل ومنها رغبة الطفل في التواصل، وكيفية أداءه لهذا التواصل (التعبير بحركات على الوجه أو بحركات جسمية، أو بالإشارة)، كيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه، ونتائج هذا التقييم يجب استخدامها عند وضع البرنامج التدريبي لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة، أو الإشارة إلى الصورة، وغير ذلك)

✓ **التقييم الوظيفي**:(لمعرفة طبيعة تكامل الوظائف الحسية للطفل، وكيفية عمل الحواس، واستخدام أدوات قياسية لتقييم مهارات الحركة الصغرى "استخدام الأصابع لإحضار لعبة أو شيء صغير"، مهارات الحركة الكبرى " المشي، الجري، القفز"، ومن المهم معرفة هل يفضل الطفل استخدام يده اليمنى أم اليسرى لمعرفة " جزء الدماغ المسيطر "). (**الشربيني، 2004**)

2-4 وسائل تشخيص طيـف التوحــد:

إن جميع المقاييس المستخدمة في تشخيص التوحد تعتمد في أبعادها وبنودها على المحكات الواردة في تشخيص أعراض التوحد طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النمائية **DSM.4**، حيث تتمثل هذه المحكات في **القصور النوعي في التفاعل الاجتماعي، والقصور النوعي في التواصل، وظهور السلوك النمطي، والذخيرة المحدودة من الأنشطة والاهتمامات،** ومتى ما توفرت ست نقاط من المهارات المدرجة خلف المحكات السابقة يثبت بأن الطفل يعاني من أعراض التوحد (**مليكة، 1998**)، **وهناك مقاييس أخري تستخدم لتشخيص اضطراب طيف التوحد أهمها ما يلي:**

1- قائمة تشخيص للأطفال المضطربين سلوكياً (مقياس ريملاند): وهي عبارة عن قائمة اختيار من متعدد تقدم للوالدين لتقدير وتشخيص التوحد لدى طفلهم، وتركز على الأداء الوظيفي والتطور المرضي للطفل، واستعادة الأحداث الماضية التي مر بها .

2- أداة تقدير السلوك للأطفال التوحديين والعاديين: وهي استبانة من ثمانية بنود تتطلب أخصائيين متدربين يقومون بالإجابة عليها من خلال الملاحظة المباشرة للخصائص السلوكية للطفل التوحدي.

3- قائمة سلوك التوحد: وهي قائمة سلوكية مصممة للاستخدام في المدارس العادية، وتهدف لتمييز أطفال طيف التوحد عن الأطفال ذوي التخلف العقلي الشديد، وذوي الصمم والمكفوفين.

4- مقياس تقدير التوحد الطفولي: ويهدف لمراقبة سلوك الطفل ونشاطه ضمن مهام معينة في سن ما قبل المدرسة، وهو أكثر المقاييس انتشاراً واستخداماً لتحديد اضطراب التوحد وشدته، ويتطلب هذا المقياس تدريباً من قبل مستخدميه.

5- مقياس الملاحظة السلوكية: يهدف المقياس إلى الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل حتى يمكن تمييزه عن المتخلفين والطبيعيين في سن ما قبل المدرسة، ويتطلب تدريباً على الملاحظة وتحديد السلوكيات المراد ملاحظتها بشكل موضوعي.

6- مقياس الطفل التوحدي: وهو مقياس يحتوي على (28) عبارة تحاكي سمات الطفل التوحدي، ويطبقها الأخصائي أو أحد الوالدين، فإذا انطبقت (14) عبارة من إجمالي المقياس فالطفل يعاني من اضطراب التوحد .

7- الدليل التشخيصي الإكلينيكي للأوتزم: وهو مقياس يقاس به أوجه العجز والقصور لدى الطفل التوحدي من مرحلة الرضاعة إلى سن (11) سنة، وقد توزعت عباراته وفق أبعاد مختلفة وهي الاضطراب الحركي، واضطراب الاستجابة للأشياء والموضوعات، واضطراب اللغة ، والاضطراب الانفعالي، والاضطراب في التفاعل الاجتماعي . (**كامل، 2003**)

3- وفيما يتعلق بالتساؤل الثالث.. ما المقصود باستراتيجيات التدخل المبكر، وما هي مراحل تنفيذها، ومدي فاعليتها في تقليل أعراض طيف التوحـد؟

3-1 مفهـوم استراتيجيات التدخـل المبكـــر:

استراتيجيات التدخل المبكر Early Intervention Strategies:هي مجموعة من البرامج والاستراتيجيات والخدمات الطبية والنفسية والتربوية والاجتماعية، المصممة خصيصاً بهدف تشجيع أقصى نمو ممكن لأطفال طيف التوحد منذ الولادة وحتى سن 6 سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية، وتدعيم الكفاية الوظيفية لأسرهم.

وقد ظهر مصطلح التدخل المبكر بديلاً عن مصطلح **الوقاية** الذي كان شائعاً في الستينات والسبعينات، ومن ثم فالهدف النهائي للتدخل المبكر هو تطبيق استراتيجيات وقائية لتقليل نسبة حدوث أو درجة شدة ظروف الإعاقة أو العجز. (**عبدالرحمن وحسن، 2004**)

3-2 مراحـل تنفيذ استراتيجيات التدخـل المبكـر:

تسير آلية تنفيذ استراتيجيات التدخل المبكر الموجهة إلي أطفال طيف التوحد من خلال عدة مراحل هي:

1) **مرحلة التعرف:** أي ملاحظة العلامات الأولى التي تنبئ بأن الطفل يعاني من شذوذ أو قصور في النمو .

2) **مرحلة الاكتشاف:** عن طريق بحث هذه العلامات باستخدام عمليات المسح والتحاليل وحملات التطعيم وإجراء بعض الاختبارات.

3) **مرحلة التشخيص:** للتأكد من وجود خلل في أحد جوانب النمو، وأن الطفل معرض للخطر، ومن ثم يحتاج لبرامج التدخل.

4) **مرحلة التدريب:** بتصميم أنشطة تعليمية مؤثرة في الطفل وبيئته لخلق ظروف أفضل للنمو، وتدريب الأخصائيين والآباء عليها.

5) **مرحلة الإرشاد:** بتقديم كل أشكال الاستشارة والدعم النفسي اللازم للآباء والأسرة لمساعدة طفلهم.

6) **مرحلة العلاج:** تأتى هذه المرحلة بعد التأكد من حاجة الطفل للخدمات العلاجية، وذلك وفق خطة علاجية قد يشارك في تنفيذها فريق عمل متنوع التخصصات حسب حالة الطفل.(**الزريقات، 2009**)

3-3 مدى فاعلية استراتيجيات التدخـل المبكـر:

أثبتت كثير من الدراسات والبحوث العلمية الحديثة أن توفير خبرات تربوية واجتماعية خلال سن ما قبل المدرسة يؤثر بشكل إيجابي على نمو الطفل التوحدي في جميع جوانبه، ومن ثم انتهت هذه الدراسات إلي ضرورة استخدام برامج واستراتيجيات التدخل المبكر عن تقييم وتشخيص الأطفال التوحديين وذلك للأسباب الآتيـــة:

- أن التدخل المبكر له تأثير إيجابي على جوانب النمو المختلفة للطفل التوحدي العقلية والانفعالية والسلوكية والاجتماعية واللغوية.
- أن التدخل المبكر للأطفال التوحديين في سن مبكرة، يجعلهم يظهرون نمواً تعويضياً في سنوات المراهقة .
- أن التدخل المبكر يساعد أسرة الطفل التوحدي بإكسابها المعلومات والمهارات اللازمة لتعليم طفلها وإكسابه المهارات المطلوبة.
- أن التدخل المبكر يخفف من شدة أعراض التوحد خلال الخمس سنوات الأولى من عمر الطفل، لأنها فترة حرجة يتشكل فيها نموه وسلوكياته وجميع مهارات النمو اللاحقة .
- أن التدخل المبكر يحقق فائدة اقتصادية للأسرة والمجتمع، لأن الطفل التوحدي الذي يتعلم ويعتمد على نفسه يقلل من الاعتماد على المؤسسات الاجتماعية.

➢ أن التدخل المبكر ضروري جداً لأطفال طيف التوحد في البيئات العقيمة والمحرومة، لأنها تؤدي إلى تأخر في النمو وسلوكيات شاذة بين هؤلاء الأطفال. (**Seltzer, 2009**) (**Cicero.F.& Pfadt.A., 2002**)

4- التساؤل الرابع ويتعلق..بما هي أهداف ومسلمات استراتيجيات التدخل المبكر، وما هي مجالات تقديمهـا؟

4-1 أهـداف استراتيجيات التدخـل المبكـر:

يعتبر الهدف الأساسي من استراتيجيات التدخل المبكر في حالات أطفال طيف التوحد هو تقليل شدة أعراض التوحد، بالإضافة إلي الحد من الآثار السلبية لاضطراب التوحد على الطفل وأسرته في الجوانب الاجتماعية والأكاديمية والسلوكية والنفسية، وفي زيادة تقبل المجتمع للطفل التوحدي وتفهمه لاحتياجاته وتوظيف قدرات، **ويمكن تلخيص الأهداف الأساسية استراتيجيات التدخل المبكر على النحو التالي** :

- ✓ تحسين نمو أطفال طيف التوحد وتمكينهم من الاندماج الاجتماعي في المستقبل.
- ✓ الحيلولة دون تطور أعراض التوحد أو التقليل من شدتها.
- ✓ التقليل من المعاناة المعنوية والمادية لأسر أطفال طيف التوحد ومساعدتها في تقبلهم.
- ✓ إبراز أهمية دور الأسرة في تخطيط وتنفيذ برامج التدخل.
- ✓ زيادة درجة وعي المجتمع بالوقاية من اضطراب طيف التوحد والحد من آثاره.
- ✓ أن التعلم المبكر في السنوات الأولى من حياة الطفل أسرع وأسهل من التعلم في أي مرحلة عمرية أخرى.(**عبدالله، 2001**)

4-2 مسلمات استراتيجيات التدخل المبكـر:

تقوم استراتيجيات التدخل المبكر علي عدد من المسلمات الأساسية، التي تعتبر شروطاً لابد من أخذها بعين الاعتبار لضمان نجاح أي برنامج للتدخل المبكر وتحقيقه لأهدافه، وتشكل هذه المسلمات أسساً علمية ومنهجية يجب الالتزام بها لدى التخطيط والتنفيذ لتلك البرامج وأهمها:

- تزداد فعالية برامج التدخل المبكر المقدمة لأطفال طيف التوحد كلما قدمت في وقت مبكر من نمو الطفل.
- ضرورة التقييم والتشخيص الدقيق للطفل التوحدي قبل البدء في أي استراتيجيات للتدخل المبكر.
- التعامل مع الطفل التوحدي علي أنه كيان متميز ومتكامل، وأنه لا يوجد طفلين توحديين تتشابه أعراضهما.
- تصميم أي برنامج للتدخل المبكر للطفل التوحدي لابد وأن يتناسب مع تنوع حاجات الطفل وأسرته.
- لابد من تصميم استراتيجيات التدخل **المبكر** بحيث تكون جزءاً أساسياً من أنشطة الحياة اليومية للطفل وأسرته.
- ضرورة اختيار إستراتيجية التدخل المبكر المناسبة لتدعيم وتحسين نمو الطفل التوحدي في الجوانب المختلفة.
- ضرورة الاستمرار في تقديم الاستشارات والدعم اللازم للأسرة والمؤسسات ذات العلاقة برعاية الأطفال التوحديين.
- لابد من إشراك الأسرة بفاعلية في برنامج التدخل المبكر، لأنها هي البيئة الطبيعية لرعاية الطفل وتلبية احتياجاته.
- يتوقف نجاح برنامج التدخل المبكر علي الفريق المهني المتنوع الاختصاصات وعلي تلبية احتياجات الطفل التوحدي.
- لابد من التنمية المستمرة لقدرات فريق العمل وتطوير مهاراتهم بما يتناسب مع حداثة إستراتيجية التدخل المقدمة.
- ضرورة تعزيز استجابات الطفل التوحدي ومحاولاته بشكل مستمر في أي برنامج للتدخل المبكر. **(Warren, et al,2011)**

4-3 مجالات تقديم استراتيجيات التدخل المبكر:

يمكن تقديم استراتيجيات التدخل المبكر **من خلال قنوات ومجالات** عديدة أهمها ما يلي:

✓ **التدخل المبكر في المنزل:** عن طريق تقديم الإرشاد للوالدين من قبل الأخصائيين، ثم يقوم الوالدين بتدريب الطفل على اكتساب المهارات المطلوبة، والتعامل مع الطفل وفق حالته ونموه في مختلف المجالات.

✓ **التدخل المبكر في المراكز المتخصصة:** وذلك عن انتقال الطفل مباشرة إلى مراكز متخصصة حتى يتلقى الخدمة فيها.

✓ **التدخل المبكر في المنزل والمركز:** حيث تقسم البرامج إلى أيام من الأسبوع يكون فيها الإرشاد داخل منزل الطفل، وأيام أخرى يتوجه فيها إلى أخصائيين في المراكز المتخصصة.

✓ **التدخل المبكر في المصحات الإيوائية:** يركز على الأطفال التوحديين ذوي الإعاقة الشديدة، والذين يلزم بقاءهم في المصحات الإيوائية فترة طويلة من الزمن وتقدم له الخدمات.

✓ **التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام:** عن طريق تقديم الخدمات الإرشادية والتوعوية من خلال وسائل الإعلام المختلفة سواء المرئية أو المسموعة أو المقروءة.

✓ **تدريب العاملين والأسر في مراكز التدخل المبكر:** ويتم ذلك عن طريق تقديم دورات تدريبية تهدف إلى التعريف بخصائص الأطفال التوحديين وسبل رعايتهم وطرق التعامل معهم.(**فراج، مرجع سابق)، (National Research Council, 2001)**

5- التساؤل الخامس ويدور حول.. مما يتكون فريق التدخل المبكر لأطفال طيف التوحد، وما هي مواصفاته؟

5-1 فريق عمل استراتيجيات التدخل المبكر:

يجمع العلماء المتخصصين علي ضرورة تشكيل فريق عمل استراتيجيات التدخل المبكر من مختصين مؤهلين للعمل مع أطفال طيف التوحد، إلا أن هذا التشكيل قد يبدو مثالياً للبعض إلا أنه يستحق الاهتمام أكثر من ذلك، نظراً لقيمة هذه الفئة من أبنائنا الأطفال وحقوقها في تلقي خدمات علاجية راقية ومتقدمة، وعناصر هذا الفريق هي:

- **طبيبة أطفال:** تقوم بالتعرف على الأطفال الأكثر عرضة للخطر وفي الوقاية من الإعاقة ومتابعة نموهم وصحتهم بشكل دوري.
- **أخصائي نفسي:** ويقوم بتقييم النمو المعرفي والمهارات الاجتماعية والانفعالية للطفل من جهة، وفي المشاركة في تصميم وتنفيذ البرنامج التربوي الفردي المناسب للطفل التوحدي من جهة أخرى
- **أخصائي اجتماعي:** ويقوم بمساعدة الطفل وأسرته في الحصول على الخدمات الاجتماعية اللازمة، والمشاركة أيضاً في تقييم فاعلية الخدمات المقدمة.
- **أخصائي تخاطب:** وهو يقوم بتقييم خاص للمهارات الكلامية واللغوية لكل طفل، ومقارنتها بالطفل العادي، ثم يضع برنامجاً علاجياً مناسبا له ..
- **معلمات التربية الخاصة:** يقمن بتصميم وتنفيذ خدمات التدخل المبكر سواء في المركز أو البيت، بالإضافة إلي تنسيق أعمال فريق العمل، كذلك تقع عليهن مسئولية تطوير البرنامج التدريبي الفردي والملائم لمستويات الأداء للطفل.
- **أولياء الأمور:** ويمكن الاستفادة منهم كأعضاء فاعلين في فريق العمل مع الطفل، وأيضاً كأعضاء متطوعين لتقديم التوعية اللازمة لأولياء الأمور الآخرين، وعرض تجربتهم عليهم ومساعدتهم في تخطي الصعوبات.(**القريطي، 2001**)

2-5 ويجب توافر عدة مواصفات في فريق العمل داخل أي برنامج للتدخل المبكر مثل:

- معرفة علمية بماهية طيف التوحد وأعراضه المختلفة وكيفية تشخيصه.
- معرفة بمتطلبات النمو وخصائصه في مرحلة الطفولة.
- القدرة على ملاحظة وتسجيل سلوكيات الطفل التوحدي.
- القدرة علي تحديد مواطن الضعف ومواطن القوة لدي الطفل التوحدي.
- وضع خطة للتدخل المبكر تلاءم مستوى نمو الطفل وتتوافق مع حالته.
- بناء علاقة قائمة على الثقة مع الطفل التوحدي من خلال التواصل الفاعل.
- تفهم الفروق الثقافية لأطفال طيف التوحد واحترامها.

- فهم الفلسفة الكامنة وراء استراتيجيات التدخل المبكر المستخدمة. (**شقير وموسى، 2007**)

6- ويتعلق التساؤل السادس.. بما هي أهم استراتيجيات التدخل المبكر المستخدمة للتخفيف من أعراض طيف التوحـد؟

لقد تعددت استراتيجيات التدخل المبكر المستخدمة مع أطفال طيف التوحد، بتعدد النظريات والأسباب المفسرة لهذا الاضطراب، وإن كان بينها تفاوت في نسب نجاحها، بمعني أنه ليس هناك إستراتيجية علاجية ناجحة ووحيدة لجميع الأطفال التوحديين، فأغلب الدراسات الحديثة التي أجريت حول تلك الإستراتيجيات لم تؤكد تفوق إستراتيجية علاجية علي غيرها، بل انتهت إلي أن أفضل إستراتيجية علاجية تلك التي تعتمد على مساعدة الأطفال التوحديين في تحقيق التكيف قدر الإمكان مع الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب.

كما توصلت هذه الدراسات إلي أنه لكي تنجح أي إستراتيجية علاجية أو تعطي آثاراً ايجابية ملموسة في تحسن حالة الطفل التوحدي، لابد وأن تتم من خلال أخصائيين مدربين بشكل جيد كل حسب تخصصه، وأن تعتمد علي تشجيع الطفل وتحفيزه، وأن تقيم تلك الإستراتيجية من حين لآخر وبشكل منتظم، وضرورة أن يكون للأسرة دور واضح وملموس في هذه الإستراتيجية العلاجية المقدمة لطفلها. (**Edelman, 2004**) (**Gutstein, et, al., 2007**)

ويجب أن تتضمن أي إستراتيجية أو برنامج علاجي لأطفال طيف التوحد معالجة المشكلات السلوكية المصاحبة لهؤلاء الأطفال، والتي منها ما يلي:

* الاعتمادية الزائدة. * الحركات الغريبة والشاذة. * السلوك العدواني.
* السلوك التخريبي.
* النوبات المزاجية. * السلوك المحرج اجتماعياً. * السلوك الانطوائي والانعزالي. * مقاومة تغيير الروتين.

* سلوكيات تناول الطعام. * عدم الخوف من المخاطر. * سلوك إيذاء الذات والغضب. (**الجلبي، مرجع سابق**)

ومن أهم استراتيجيات التدخل المبكر التي يمكن استخدامها مع أطفال طيف التوحد ما يلي:

6-1 الاستراتيجيات السلوكيــة والمعرفيــة "التربويــة "ومنها:

6-1-1 برنامج تيتـش TEACCH :

صمم هذا البرنامج وطوره **أريك شوبلر Eric Schopler** وهو أب لطفل توحدي، ويعد برنامج تيتش برنامجاً تطويرياً للخدمات المقدمة للأطفال التوحديين، ومصطلح " **تيتش** " اختصار لاسم البرنامج بالانجليزية " **Treatment and Education Autistic and related Communication handicapped Children**" وتعني "**علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له**"، ويمتاز هذا البرنامج بأنه برنامج تعليمي شامل لا يتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل يقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل، كذلك يمتاز بأنه إستراتيجية علاجية مصممة بصورة فردية وفق إمكانيات كل طفل وقدراته، حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد "5 -7 " تحت إشراف مدرسة ومساعدة لها، بالإضافة إلى أنه يقدم بعض التدريبات الخاصة لأسر الأطفال التوحديين على كيفية التعامل مع أطفالهم، كذلك يقدم خدمات للمتخصصين والتي تتضمن تدريبهم على التشخيص وكيفية تقديم الخطة التعليمية الفردية الخاصة بالطفل. (**American Speech-Language Hearing Association, 2016**)

6-1-2 برنامــج لوفــاس LOVAAS :

صمم هذا البرنامج **ايفور لوفاس Ivor Lovaas** أستاذ الطب النفسي بجامعة لوس انجلوس بكاليفورنيا، ويعد هذا البرنامج أحد برامج العلاج السلوكي، أو العلاج بالتحليل السلوكي التي ترتكز على نظرية تعديل السلوك، والتي تعتمد على الاستجابة الشرطية، بحيث يتم مكافأة الطفل على السلوك الجيد، أو على عدم ارتكابه للسلوك الخاطئ، مع معاقبته على كل سلوك غير

مرغوب يصدر منه، ويركز هذا البرنامج على تنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية، وحل المشكلات السلوكية، وتنمية السلوكيات المرغوبة لدى الطفل التوحدي.. ويتميز هذا البرنامج بأنه برنامج تعلمي مكثف ومكلف، بحيث لا تقل مدة العلاج عن 40 ساعة أسبوعياً ولمدة غير محددة، كما أنه يحدد معلم خاص لكل طفل ليعلمه المهارات المختلفة، وذلك بعد أن يتقن هذا المعلم استخدام طريقة التحليل السلوكي للطفل من خلال تحديد الأهداف المطلوبة، وتحليل السلوك المراد التخلص منه، واختيار الطريقة المتبعة لإنجاز هذه الأهداف. (**American Speech–Language Hearing Association**, **2016**)

6–1–3 برنامج "هيقاشي" أو التدريب من خلال مجموعة للعلاج بالحياة اليومية:

طور هذا البرنامج **كيو كتاهار**، وذلك في مدرسة **موساثيتو هيقاشي** في طوكيو للأطفال التوحديين وذوي الاضطرابات النمائية، ويهدف هذا البرنامج للتقليل من أعراض التوحد من خلال تنمية العلاقات القوية بين الطفل وأسرته ومعلميه، وبين الأطفال في نفس مجموعته الذين حافظو علي نشاطهم المكثف، لتمكن هذه العلاقات الأطفال من تحديد إيقاع الحياة في المجموعة ناقلة السرعة إلي الطفل الأبطأ، لتتنقل معه إلي حياة واستجابة تعاونية في المجتمع،كما يركز هذا البرنامج على وضع جدول يومي منظم للأطفال بصورة جماعية، بحيث يشمل على تنمية المهارات الحياتية المختلفة. (**شقير وموسى، مرجع سابق)**

6–1–4 برنامج التواصل عن طريق تبادل الصور " Picture Exchange Communication System":

يستخدم برنامج التواصل البديل من خلال تبادل الصور (**نظام بكس PECS**) كأسلوب علاجي للأطفال الذين يعانون من التوحد أو مشاكل في التواصل اللغوي، وقد قام بتطوير هذا البرنامج كل من أخصائي النطق **بوندي Bondy** وزوجته **فورستFrost** عام **1994** ، حيث يتعلم الأطفال التواصل اللغوي مع الآخرين عن طريق الصور والمجسمات التي تدل على رغباتهم، وتتلخص في أن الطفل يدرب علي إعطاء الصورة المناسبة للمعلم أو الأم عندما يرغب

في شيء ما، مثل أن يبادر ويقدم صورة اللعبة التي يريدها ...الخ. (**American Speech–Language Hearing Association, 2016**)

6–1–5 برنامج التواصل الميسر " Facilitated Communication":

يساعد هذا البرنامج في تنمية التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى أطفال طيف التوحد، كما يعمل على تنمية مهاراتهم الاجتماعية والحياتية، ويركز البرنامج على تعليم الطفل كيفية استخدام ألواح التواصل التي تحتوي على صور أو رموز أو كلمات، بحيث يختار الطفل الشكل الذي يعكس رغبته ويشير به للطرف الآخر، والذي يقوم بدوره بتقديم المساعدة له، ولقد أثبتت هذه الطريقة فعاليتها في تحقيق التواصل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد. (**Autism Task Force. 2003**)

6–1–6 برنامج التعليم القائم على المنزل:

هو أحد البرامج العلاجية المناسبة لحاجات الطفل الفردية، ويطلق عليه أحياناً " **التعليم اللطيف Gentle Teaching**"، ويهتم هذا البرنامج بثلاث مجالات رئيسة هي:(**نمو وتطوير اللغة، وتنمية المهارات الاجتماعية، وعلاج المشكلات السلوكية**)، وذلك من خلال تدريب الآباء والأمهات على استخدام مجموعة من الاستراتيجيات التي أثبتت فعاليتها في تغيير العديد من المظاهر السلوكية غير المرغوبة لدى الأطفال التوحديين، مما يدعم أشكال التفاعل الاجتماعي بين هؤلاء الأطفال وأسرهم. (**الشامي، 2004**)

6–1– 7 برنامج التعليم بإشراك الأقران:

قام كل من **استرين و أودم " Strain & Odom 1984** " بتصميم برنامج يعتمد على طريقة التعليم من خلال تدريب الأقران الطبيعيين من إخوة وأخوات الطفل التوحدي ورفقائه على أفضل الاستراتيجيات للتعامل معه للحد من عزلته، وتوفير القدوة الفعالة، وزيادة كفاءة الاتصال، ولقد أثبت هذا البرنامج فعاليته في الحصول على نتائج تشير إلى تحقق الهدف الرئيسي له، وهو

التعديل السلوكي وتعلم مهارات التفاعل الاجتماعي لدي الأطفال التوحديين. (**Autism Task Force. 2003**)

6-1- 8 برنامج فاست ورد Fast Ford Word:

قامت بتصميمه عالمة اللغة بول طلال **Paula Tallal** ، وهو عبارة عن برنامج اكتروني يعمل بالحاسوب، ويعمل علي تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد، وتقوم فكرة البرنامج علي وضع الطفل سماعات علي أذني الطفل، بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب، ويلعب ويستمع للأصوات الصادرة من هذا اللعب، ويركز هذا البرنامج علي جانب واحد هو اللغة والاستماع والانتباه، وبالتالي يفترض أن الطفل قادر علي الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية. (**American Speech-Language Hearing Association, 2016**)

6-1- 9 برنامج سبيل SPELL :

وهو برنامج جديد من الجمعية الوطنية للتوحد في بريطانيا، التي لها خبرة طويلة في التعامل مع التوحد، ويطبق في مدارس الجمعية، ويعتمد هذا البرنامج بشكل أساسي علي تنظيم واستعمال الطرق الايجابية التي تدعم ثقة الطفل بنفسه، والابتعاد عن المثيرات في بيئة الطفل، والتعاون مع الوالدين والمؤسسات العلاجية الأخرى، وكذلك المدارس لدمج الطفل التوحدي في المنهج العادي، ويرمز كل حرف في هذا البرنامج "**SPELL** " إلي مهمة معينة تقوم بها الجمعية؛ (التعليم المنظم للطفل **Structure** / التعامل مع الطفل بشكل ايجابي **Positive approaches**/ التفاعل العاطفي **Empathy**/ تقليل المؤثرات التي تشتت التركيز **Low arousal** / التواصل بين الأهل والخدمات الأخرى **Link**). (**Autism Task Force. 2003**)

6-2 الاستراتيجيات النفسية الاجتماعية:

6-2-1 إستراتيجية العلاج باللعب:

وهي إستراتيجية علاجية تستهدف أسس التواصل الاجتماعي من خلال الاهتمام المشترك واللعب الرمزي والتقليد والمشاركة، بالإضافة إلي مساعدة الطفل التوحدي علي تكوين مشاعر خاصة بالذات والشعور بأنه مقبول، وهذا يأتي من العلاقة الدافئة بين الأهل والمعالج، وذلك من خلال استخدام ألعاب تتناسب وحالة وعمر وجنس الطفل التوحدي. (**الشامي، مرجع سابق**)

6-2-2 إستراتيجية العلاج بالقصص الاجتماعية:

ابتكرت هذه الإستراتيجية كارول غري **Carol Gray** استشارية التلاميذ التوحديين في المدارس العامة بمدينة جينيسون بميسوري في الولايات المتحدة، وتقوم هذه الإستراتيجية علي سماع الطفل لسيناريوهات يفهم نتيجتها بنفسه، وأن الأفراد الآخرين يمكن أن يكون لهم وجهات نظر ورغبات وحاجات وقدرات وأساليب حياة مختلفة، بمعنى تنمية الإدراك الموضوعي للطفل التوحدي لحقوق الآخرين ومسؤولياتهم ومبادئ التفاعل البناء معهم. (**نصر، 2002**)

6-2-3 إستراتيجية العلاج بالمعانقة Holding Therepy:

من الاستراتيجيات العلاجية النفسية الحديثة التي يتم تطبيقها الآن في عدد من المراكز العالمية، وقامت بتطوير هذه الإستراتيجية مارثا ويلش **Marth Welch** في مدينة نيويورك الأمريكية، وتقوم فكرة هذه الإستراتيجية علي تشجيع أباء الأطفال التوحديين علي معانقة أطفالهم لفترة طويلة، ومحاولة التغلب علي مقاومة الطفل لهذه المعانقة أو التخلص من والديه بسرعة، لأن هذه المعانقة لفترة طويلة مع مرور الوقت يؤدي بالطفل إلي قبول المعانقة وعدم رفضها، كما تفيد هذه الإستراتيجية في تحسن قدرات الأطفال البصرية التواصلية، والتفاعل الاجتماعي، وكذلك شعور الطفل بالاستقرار والتصالح مع النفس والتخلص من الاضطراب والهيجان. (**Autism Task Force. 2003**)

6-2-4 إستراتيجية العلاج بالفن:

تفيد إستراتيجية العلاج بالفن في تنمية وإثراء عملية الاتصال اللغوي والاجتماعي لدي الأطفال التوحديين، كذلك في إطلاق الشعور التعبيري والانفعالي لدي الطفل، وذلك من خلال تطور

التفاعل الإنساني بينه وبين العمل الفني والمعالجة، كما تفيد في تنمية وعي الطفل بنفسه، وانه قادر علي إخراج عمل جيد، وأيضاً في بداية إحساس الطفل بنفسه تكون البداية المنظمة لإحساسه بالبيئة من حوله.(**نصر، مرجع سابق**)

6-3 الاستراتيجيات العلاجية الطبية والعصبية:

6-3-1 إستراتيجية التكامل السمعي " AIT " Auditory Integration Training:

هذه الإستراتيجية طورها جاي بيراد **Gay Breard** وتستخدم لتدريب المخ لاستقبال المعلومان بطريقة صحيحة، ويكون هذا عن طريق الاستماع ألي الموسيقي مفلترة باستخدام السماعات أو الجهاز المستخدم الذي يتم من خلاله فلترة المترددات السمعية التي تقوم علي افتراض أن الأشخاص المصابين بالتوحد مصابون بالحساسية، أو لديهم نقص في الحساسية السمعية، ولذلك فان هذه الإستراتيجية تقوم علي أساس تحسين قدرة السمع لدي هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً، ثم يتم وضع سماعات علي آذان الأطفال التوحديين، بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي بحيث تؤدي إلي تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حالة نقصها،إلا أنه مازال هناك جدل بين المؤيدين والمعارضين لهذه الإستراتيجية.((**Berard, 1993**

6-3-2 إستراتيجية التكامل الحسي " SIT " Sensory Integration Training:

تقوم هذه الإستراتيجية علي أساس تحليل أحاسيس الطفل التوحدي والعمل علي توازنها، وإن كان كل الأطفال التوحديين لا يظهرون أعراضاً تدل علي خلل في التوازن الحسي، كما انه ليس هناك علاقة واضحة ومثبته بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحديين، ولكن ذلك لا يعني تجاهل المشكلات الحسية التي يعاني منها بعض هؤلاء الأطفال، حيث يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بالطفل، فقد يكون الخلل في النظام الحسي لدي الطفل في نقص تفاعل أو زيادة تفاعل في إحساس واحد أو أكثر، فهناك أطفال يتأثرون

بالصوت بشكل شديد (زيادة تفاعل) وآخرون يتصرفون وكأنهم لا يسمعون (نقص تفاعل) وهكذا. (**حكيم، 2004**)

6-3-3 إستراتيجية العلاج عن طريق كرينوسكرل Crano Sacral Therapy:

هي تدليك خفيف للجمجمة ولأسفل فقرات العمود الفقري، لأنه خلال النمو الطبيعية لمخ الطفل لابد وأن الغشاء السحائي الذي يغطي التجاويف والمخ أن ينمو هو الآخر ليماشي نمو بقية أجزاء الجهاز العصبي، ومن هنا يشير مصطلح "كرينو" لعظم الجمجمة، ومصطلح "سيكرل" لفقرات أسفل الظهر.

6-3-4 وهناك علاجات طبية أخرى تتمثل في بعض الأدوية أهمها ما يلي مثل (**الفينوثيازي / الليثيوم / النالتركسون / الفلوفوكامين / الميلاتونين الفمي / فيتامين ب^6 / الادوية المضادة للصرع**). (**Kasari, et al.,, 2012**)

6-4 ويتم تقسيم أطفال طيف التوحد عند تلقيهم لاستراتيجيات التدخل المبكر من خلال ثلاث مراحل :

- **المرحلة الأولى**: مرحلة الوليد والطفل الرضيع **Infant** وتمتد من الولادة مباشرة وحتى نهاية السنة الأولى من العمر.
- **المرحلة الثانية**: مرحلة طفل الحضانة **Toddler** وتمتد من نهاية السنة الأولى من الميلاد وحتى 36 شهراً من عمر الطفل.
- **المرحلة الثالثة**: وهي مرحلة طفل ما قبل المدرسة الابتدائية (**Preschool Child**) وتمتد من 3 سنوات إلى 6 سنوات. (**محمد، مرجع سابق**)

6-5 نماذج لبعض استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر مع أطفال طيف التوحد:

✓ التدريب علي المهارات الأساسية. ✓ التدريب علي العناية بالذات. ✓ التدريب علي التعلم وتصحيح الأخطاء.

✓ التدريب علي لغة الإشارة والتخاطب. ✓ التدريب علي بعض الأنشطة اليومية. ✓ التدريب علي العناية بالصحة الجسمية.

✓ التدريب علي بعض العادات والعلاقات الاجتماعية. ✓ التدريب علي التلامس الجسمي. ✓ التدريب علي التعاون التام.

✓ التدريب علي اللعب الاجتماعي. ✓التدريب علي بعض الأنشطة البدنية ✓ التدريب علي التذكر واستخدام مفهوم الزمن.

✓ التدريب علي الجلوس باطمئنان. ✓ التدريب علي التنزه والمشاركة في المناسبات الاجتماعية. ✓التدريب علي الرسم والتلوين. ✓التدريب علي الانتباه إلي اسمه.✓ التدريب علي الاهتمام بالنمو الجنسي. ✓ التدريب علي استخدام الحمام والنظافة الشخصية. (**الجلبي، مرجع سابق)**

أما عن التساؤل السابع وهو ما مدي حاجة المجتمع الليبي إلي استراتيجيات التدخل المبكر ؟

7- الحاجة إلي استراتيجيات التدخل المبكر داخل المجتمع الليبي:

لا يحتاج الناظر في واقع ووضعية برامج واستراتيجيات التدخل المبكر في المجتمع الليبي إلى جهد كبير ليلاحظ ندرة هذه البرامج وقلتها، وعدم وجود مراكز متخصصة تهتم ببرامج واستراتيجيات التدخل المبكر، لذلك أصبح المجتمع الليبي في الوقت الراهن في حاجة ماسة إلي تفعيل ونشر برامج واستراتيجيات التدخل المبكر الموجهة لأطفال طيف التوحد، نظراً لتزايد أعداد الأطفال المصابين بطيف التوحد في المجتمع، والنقص الحاد في المراكز المتخصصة التي ترعي هذه الفئة من الأطفال، بالإضافة إلي حاجة الأسرة الليبية إلى مساعدة خارجية مبكرة ومتخصصة لتكوين أنماط بناءة ومنظمة من العلاقة الأسرية مع الطفل التوحدي كي يمكنهم تقديم المساعدة والرعاية والتدريب لطفلهم.

ويجب أن يتأتي هذا الاهتمام متماشياً مع اهتمام الدول المتقدمة بمجال استخدام برامج واستراتجيات التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك من خلال توفير

الخدمات التربوية والاجتماعية والنفسية والعلاجية والوقائية اللازمة لهم، لتنمية قدراتهم الذاتية والعقلية والاجتماعية والمهنية وتدعيم الكفاية الوظيفية لأسرهم، باعتبارها حق من حقوقهم الإنسانية والتي اعترفت بها الكثير من دول العالم والمواثيق والأعراف الدولية. (**National Research Council**, **2001**)

إلا أنه من خلال رصد الواقع في المجتمع الليبي من خلال طبيعة عمل الباحث واطلاعه علي الأدبيات المتاحة، ارتأى أن هناك معوقات عديدة تواجه تقديم خدمات وبرامج التدخل المبكر لأطفال طيف التوحد داخل المجتمع، لذا لابد من أخذها بعين الاعتبار ومحاولة تذليلها وحلها، ويمكن تقسيم هذه المعوقات إلي ثلاث أنواع يمكن إيجازها كما يلي:

1-7 معوقات مجتمعية: تتمثل فيما يلي:

- الصورة الذهنية السلبية عن اضطراب طيف التوحد، والنظرة إليه أحياناً علي أنه وصمة عار علي جبين الطفل المصاب به.
- الطابع القبلي للمجتمع الليبي، والذي يفرض قيم وعادات معينة قد تحول دون طلب الأسرة لخدمات التدخل المبكر.
- اختلاف ترتيب أولويات إشباع الحاجات لدى المواطن الليبي، مما يجعل طلب الرعاية لطفله التوحدي في آخر سلم أولوياته.
- عدم وجود الدعم النفسي والاجتماعي والمادي والمساندة من المجتمع للعاملين في مجال رعاية أطفال التوحد.
- عدم توافر معلومات واقعية عن استراتيجيات وخدمات التدخل المبكر والجهات التي تقدمها إلا من خلال مواقع الانترنت.
- لجوء كثير من آباء أطفال طيف التوحد للانترنت ومواقع التواصل الاجتماعي للبحث عن حلول لمشكلات أطفالهم.
- قلة عدد المراكز المتخصصة في التدخل المبكر، والتي إن وجدت توجد في العاصمة وبعض المدن الكبرى، مما يمثل صعوبة للبعض في الوصول إليها.

- عدم تقديم خدمات التدخل المبكر بشكل متخصص ومتكامل للأطفال التوحديين من المراكز التي تدعى تقديم هذه الخدمات.
- القصور الإعلامي في تناول اضطراب طيف التوحد، وضرورة سعي أسر الأطفال التوحديين لتلقي خدمات التدخل المبكر.
- عدم وجود تشريع أو قانون ييسر لأطفال طيف التوحد تلقي خدمات التدخل المبكر في داخل المجتمع الليبي أو خارجه.

2-7 معوقات فنية: تتمثل فيما يلي:

- قلة عدد الأخصائيين المتخصصين من حملة المؤهلات العلمية المناسبة للعمل ضمن فريق التدخل المبكر.
- قلة برامج التدخل المبكر المعدة لأطفال طيف التوحد من قبل متخصصين متمرسين داخل المجتمع الليبي .
- قيام بعض المراكز غير المتخصصة في مجال الإعاقة عن تقديم دورات وخدمات في مجال التدخل المبكر.
- عدم توفر الاختبارات والمقاييس والمراجع اللازمة لصقل خبرات الأخصائيين العاملين في برامج التدخل المبكر.
- عدم توفر الإمكانات المادية اللازمة لتأسيس مراكز متكاملة للتدخل المبكر، تقدم البرامج والأنشطة الإرشادية والعلاجية لأطفال التوحد.

3-7 معوقات مهنية: تتمثل فيما يلي:

- غياب الميثاق الأخلاقي الذي يضبط العلاقة الإرشادية بين مراكز التأهيل والطفل التوحدي.
- غياب الدور الحكومي والأهلي في تأهيل وتدريب الأخصائيين بمختلف تخصصاتهم للعمل ضمن فرق التدخل المبكر.

- غياب الجهود العربية الإقليمية الموحدة لتنسيق جهود المشتغلين في مجال التدخل المبكر لأطفال طيف التوحد.

الخلاصـــــة:

نخلص من العرض التحليلي السابق إلي أن أغلب الدراسات والبحوث الحديثة تجمع علي أن استراتيجيات التدخل المبكر مجال عملي يستند إلى معرفة علمية بنمو الأطفال من جهة، وبالسمات العامة لأطفال طيف التوحد من جهة أخرى، كما تقوم على تكامل خدمات طبية وتربوية ونفسية واجتماعية من أجل الكشف المبكر عن هؤلاء الأطفال وخلق بيئة أفضل لتسهيل عملية نموهم، كما أنه ليس هناك إستراتيجية علاجية ناجحة ووحيدة، وليس هناك علاج أفضل من غيره، فكل تلك العلاجات المختلفة تتعامل مع طفل التوحد من رؤى وفرضيات متنوعة بل وحتى من تخصصات علمية مختلفة. (**National Research Council, 2001**)

كما لا تختلف الدراسات والبحوث العلمية الحديثة علي مدى فاعلية استراتيجيات التدخل المبكر في تقليل شدة أعراض طيف التوحد، إذا ما أحسن استخدامها بشكل جيد وفي وقت مبكر من عمر الطفل التوحدي، ومن قبل متخصصين أكفاء، الأمر الذي ينعكس علي وضع خطة علاجية متكاملة، وذلك لأنها تعطي الطفل التوحدي الفرصة لنمو أفضل لإمكانياته وقدراته، وتساعده علي الاستقلال والنجاح علي المدى البعيد ، وفي التخفيف من شدة الأعراض التي تتباين من طفل لآخر.

وتقوم فكرة برامج واستراتيجيات التدخل المبكر المقدمة للطفل التوحدي وأسرته على تهيئة الطفل للبيئة التعليمية الخاصة به، مما يسمح له بالتعلم بصورة سريعة وفق لقدراته وإمكانياته، مع ضرورة التركيز على الأنشطة والموضوعات والأساليب التعليمية المناسبة له، حتى يمكن تعويض القصور الذي يفرضه عليه إصابته بطيف التوحد إلى حد ما.

وتقترح أغلب الدراسات والبحوث العلمية أن يقضي الأطفال التوحديون الذين تزيد أعمارهم عن ثلاث سنوات من 35 إلي 40 ساعة أسبوعياً في برامج التدخل المبكر، بينما تقترح من 20 إلي 30 ساعة أسبوعياً للأطفال التوحديون الذين تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات، علي أن تتضمن

هذه البرامج؛ التقييم السلوكي الشامل، والتدخلات التي تركز علي الاتصال والمساعدة الذاتية، وعلاج النطق والكلام، والعلاج الحركي، والعلاج باللعب، والعلاج المهني، والتدخل الغذائي، والخدمات التعليمية، والأدوية والوصفات الطبية، وتقديم الاستشارات للأسر. (**Autism Task Force. 2003**)

كذلك تجمع هذه الدراسات والبحوث علي أن نتائج أي استراتيجيات للتدخل المبكر تتوقف علي عدة عوامل منها؛ سمات شخصية الطفل التوحدي، وعمره عند تلقيه لبرامج التدخل هل يقل عن ثلاث سنوات أم يزيد، كما تتوقف علي دقة التشخيص وتحديد الأعراض والسلوكيات غير المرغوبة، كذلك تتوقف علي مستوي برامج التدخل المقدمة وكثافتها، بالإضافة إلي المدة الزمنية المقررة لتقديم هذه البرامج سواء من حيث عدد الساعات اليومية أو مدة البرنامج الكلي، كما تتوقف نتائج هذه البرامج علي العناصر الفعالة في البرنامج: هل الأم أم المعالج أم الاثنين معاً، وكذلك تتوقف علي مكان تقديم هذه البرامج : هل تتم من خلال المراكز المتخصصة أم المنزل أم بالتبادل بينهما. (**American Speech–Language Hearing Association, 2016**)

وأخيـراً.. فمهما تفاوتت نسب نجاح بعض هذه البرامج والاستراتيجيات، واختلف توقيت تقديمها مع أطفال طيف التوحد، إلا أنه أصبحت هناك حاجة ملحة في المجتمع الليبي إلي هذه البرامج والاستراتيجيات لمساعدة هؤلاء الأطفال وأسرهم في تقليل شدة أعراض طيف التوحد ومنع تطورها.. ويبقى أن يظل أباء أطفال طيف التوحد علي أمل في إمكانية تحسن قدرات أطفالهم علي التعلم والتواصل والارتباط بالآخرين، بالإضافة إلي تقليل شدة وتكرار السلوكيات غير المقبولة.

التوصيـات والمقترحات:

في ضوء ما سبق يري الباحث أنه أصبحت هناك حاجة ملحة المجتمع الليبي، إلي برامج واستراتيجيات التدخل المبكر، لأسباب عديدة ذكرت سلفاً، وأنه من الضروري الأخذ بمجموعة من الإجراءات التي من شأنها تفعيل برامج واستراتيجيات التدخل المبكر في المجتمع الليبي إلى

المستوى المأمول، لمواجهة التحديات والصعوبات التي تواجه تقديم الرعاية والمساعدة الأفضل لأطفال طيف التوحد، ومن ثم اختتم الباحث ورقته البحثية بمجموعة من التوصيات والمقترحات كالتالي:

أولاً.. التوصيـــات :

1. ضرورة إنشاء مراكز رعاية وتأهيل متخصصة لأطفال طيف التوحد، تعمل علي توفير أحدث برامج التدخل المبكر لهم.
2. ضرورة مراعاة الفروق الفردية في استراتيجيات التدخل المبكر المقدمة لأطفال طيف التوحد من حيث تخطيطها وتنفيذها.
3. ضرورة الأخذ بالوسائل المتنوعة في مجال التوعية المجتمعية بضرورة التشخيص والتدخل المبكر لأطفال طيف التوحد.
4. تنظيم حملات قومية للكشف المبكر عن أطفال طيف التوحد، من أجل إخضاعهم لبرامج واستراتيجيات التدخل المبكر.
5. ضرورة تدريب وتأهيل أسر أطفال طيف التوحد، وتوعيتهم بطبيعة هذا الاضطراب وكيفية التعامل معه.
6. ضرورة تبنى وسائل الإعلام المحلية لإستراتيجية جديدة لتعديل الصورة الذهنية السلبية عند المواطن الليبي تجاه طيف التوحد.
7. ضرورة التأهيل والتدريب المستمر للعاملين في مجال رعاية أطفال طيف التوحد.
8. سن التشريعات والقوانين اللازمة التي تضمن حماية الأطفال التوحديين وحصولهم علي خدمات التدخل المبكر.
9. السعي لتشكيل فرق تدخل مبكر من الكوادر المتخصصة للعمل مع أطفال طيف التوحد.

10. ضرورة التنسيق بين الهيئات والمؤسسات الأهلية والحكومية في تقديم الدعم اللازم لأطفال طيف التوحد.

11. ضرورة تذليل المعوقات التي تحد من نجاح وانتشار خدمات وبرامج التدخل المبكر في المجتمع الليبي.

12. الاستفادة من الخبرات العالمية المتميزة في مجال التدخل المبكر للتوحد، لتجويد مستوى هذه الخدمات في المجتمع الليبي.

ثانياً.. المقترحـــــات :

- ضرورة القيام بدراسات مستقبلية في المجتمع الليبي للوقوف علي الأعداد الحقيقية لأطفال طيف التوحد، وما هي استراتيجيات التدخل المبكر المناسبة لهم، وحجم الدعم المادي اللازم لذلك.
- تصميم برامج إرشادية لآباء أطفال طيف التوحد لتعديل اتجاهاتهم نحو أطفالهم التوحديين.
- تصميم برامج تعديل سلوك لبعض السلوكيات غير المرغوبة لدي الأطفال التوحديين.
- تصميم برامج تدريبية للمعلمين والأخصائيين بالمدارس لكيفية تعاملهم مع الأطفال التوحديين.

المراجـــع والمصـــادر

أولاً.. المراجع العربية:

1. **أبوحطب، فؤاد & عثمان، أمال** (1996): **مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية**، ط2 ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

2. **إمام، إلهامي عبدالعزيز** (1999): **سيكولوجية الفئات الخاصة " دراسة في حالة الذاتوية "**، ط1 ، دار الكتب، القاهرة.

3. **بدر، ابراهيم محمود** (2004): **الطفل التوحدي**، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

4. الجلبي، سوسن شاكر (2005):التوحد الطفولي " أسبابه– خصائصه– تشخيصه– علاجه "، ط1، مؤسسة علاء الدين، دمشق، سوريا.

5. حكيم، رابية إبراهيم (2004): **دليلك للتعامل مع التوحد**، ط1 ، شركة المدينة المنورة للطباعة والنشر، جدة، السعودية.

6. خطاب، محمد أحمد (2005): **سيكولوجية الطفل التوحدي " تعريفها – تصنيفها– أعراضها– تشخيصها– أسبابها– التدخل العلاجي"**، ط1، دار الثقافة، عمان، الأردن.

7. **الزريقات، إبراهيم عبد الله** (2004): **التوحد..الخصائص والعلاج،**" كتاب مترجم"، دار وائل للطباعة والنشر، عمان، الأردن.

8. الزريقات، إبراهيم عبد الله (2009): **التدخل المبكر : النماذج والإجراءات**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

9. السعد، سميرة عبداللطيف (1992): **معاناتي والتوحد**، ط1، دار الشويخ، الكويت.

10. سلامة، ربيع شكري (2005): **التوحد اللغز الذي حير العلماء والأطباء**، دار النهار، القاهرة.

11. سليمان، عبدالرحمن سيد (2004): **اضطراب التوحـــد**، ط3 ، دار الشروق، القاهرة.

12. الشامي، وفاء (2004): **سمات التوحـــد**، مركز جدة للطباعة والنشر، السعودية.

13. **الشخص، عبدالعزيز السيد& الدماطي، عبدالغفار** (1992): **قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين**، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

14. **الشربيني، لطفي زكريا** (2004): **طفل خاص بين الاعاقات والمتلازمات " تعريف وتشخيص"**، ط1 ، دار الفكر العربي، القاهرة.

15. **القريطي، عبدالمطلب أمين** (2001): **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم**، ط3، دار الفكر العربي، القاهرة.

16. شقير، زينب محمد & موسى، محمد سيد (2007): **اضطراب التوحد**، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

17. عبدالرحمن، محمد السيد & حسن، مي خليفة (2004): **دليل الاباء والمختصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدي**، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.

18. **عبدالله، محمد قاسم** (2001): **"الطفل التوحدي أو الذاتوي.. الانطواء حول الذات ومعالجته" اتجاهات حديثة**، دار الفكر، حلب، سوريا.

19. عمارة، ماجد السيد (1999): **إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق**، ط1 ، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

20. **فراج، عثمان لبيب** (2001): **إعاقة التوحد "مشكلة التشخيص والكشف المبكر"**، مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق، ع 46، السنة الثالثة عشر، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة.

21. كامل، محمد علي (2003): **من هم ذوي الأوتيزم ؟ وكيف نعدهم للنضج ؟** "مترجم" ، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

22. **محمد، عادل عبدالله** (2002): **الأطفال التوحديين "دراسات تشخصية وبرامجية"**، دار الرشاد، القاهرة.

23. مليكه، لويس كامل (1998): **الاعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية**، ط1 ، مكتبة النهضة العربية، القاهرة.

24. **نصر، سهى أحمد** (2002): **الاتصال اللغوي للطفل التوحدي "التشخيص – البرامج العلاجية** "، ط1 ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان ، الأردن.

ثانياً.. المراجع الأجنبية:

25. **American Speech-Language Hearing Association**. (2016). **Autism Spectrum Disorder, Treatment**, [Position statement]. Available from www.asha.org/policy.

26. **Autism Task Force**. (2003). **Service guidelines for individuals with autism spectrum disorder/pervasive developmental disorder** (ASD/PDD): Birth through twenty-one. Ohio: Ohio Developmental Disabilities Council.

27. **Balottin, V. Bejor, M. Cechini, A. Martelli, A. & Polazzi, G**.(1998): **Infantile autism on et. Brain - scan findings: specific versus nonspecific abnormalities**. Journal of Autism Development Disorder, Vol. (23), pp,19-190.

28. **Barley, A. & Rutter, M**.(1998): **Assessing and intervening in the communication environment**, British Journal of Learning Disabilities. Vol. (26), pp. 62-66.

29. **Berard, G**. (1993). **Hearing equals behavior**. New Canaan, CT: Keats Publishing.

30. **Cicero, F. & Pfadt, A.(**2002):**Investigation of a Reinforcement Based Toilet Training Procedure for a Children with Autism**, Research in Development Disabilities, Vol. (2), No (1), pp. 61-63.

31. **Edelman, L.** (2004). **A relationship-based approach to early intervention**. Resources and Connections, 3(2), 2–10.

32. **Gutstein, S. E., Burgess, A. F., & Montfort, K**. (2007). **Evaluation of the relationship development intervention program. Autism**, 11 (5), 397–411.

33. **Kasari C, Gulsrud A, Freeman S, Paparella T, Hellemann G** .(2012): **Longitudinal follow-up of children with autism receiving targeted interventions on joint attention and play**. JAm Acad Child Adolesc Psychiatry ; 51(5):487–495pmid:22525955: CrossRef Medline

34. **National Research Council**.(2001): **Committee on Educational Interventions for Children with Autism, Division of Behavioral and Social Sciences and Education**. In: **Lord C, McGee JP, eds**. **Educating Children With Autism**. Washington, DC: National Academy Press;

35. **Seltzer, V. C.** (2009). **Peer-impact diagnosis and therapy**: A handbook for successful practice with adolescents. New York, NY: New York University Press.

36. **Shelton, J. F., Hertz-Picciotto, I., & Pessah, I. N**. (2012). **Tipping the balance of autism risk: Potential mechanisms linking pesticides and autism**. Environmental Health Perspectives, 120(7), 944.

37. **Warren Z, Veenstra-VanderWeele J, Stone W, et al.** (2011):**Therapies for children with autism spectrum disorders.** Comparative effectiveness review no. 26. AHRQ publication no. 11-EHC029-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; April 2011. Available at: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm

38. **Williams, D.** (2012, March). **Neurological basis for autism: Implications for speech-language pathologists**. Miniseminar presented at the Ohio Speech-Language-Hearing Association, Columbus, OH.