التكفل النفسي بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عن طريق برنامج تيتش

بن خنيش أمينة

طالبة دكتوراه - بجامعة الجزائر 2

مقدمة:

تعد مرحلة الطفولة أهم مرحلة من مراحل النمو عند الانسان، إلا أنه قد تحدث مشاكل وعراقيل تصعب السير الطبيعي لهذه المرحلة إذ أن الطفل قد يصاب بأمراض أو اضطرابات أو اعاقات مختلفة تغير الاتجاه الطبيعي لنموه، ومن بين هذه الاضطرابات التي من المحتمل أن يصاب بها الطفل نجد اضطراب التوحد هذا الاضطراب المجهول السبب إلى يومنا والذي يعرف تزايدا مستمرا، وعليه فالحل الوحيد المتوفر لمواجهته هو إيجاد الوسائل الفعالة للتكفل المبكر بالأطفال ذوي التوحد حيث تم اقتراح عدة برامج علاجية تدريبية أثبتت نجاحها في التكفل بهذه الفئة، ومن بين أنواع التدخلات العلاجية السلوكية نجد برنامج تيتش الذي اثبت فعاليته في تنمية مهارات الحياة اليومية والاجتماعية كونه برنامج تعليمي شامل يقدم تأهيلا متكاملا للطفل ذوي التوحد.

1/ التوحد

1-1- مفهوم التوحد

لغة: تشتق كلمة التوحد وتعني الانغلاق، والمصطلح ككل يمكن ترجمته على انه الإغلاق على الذات. والتي تعني الذات « Aut » من الكلمة الاغريقية Autisme. التي تعني « ism ». (Creapeau & al, 2003, p.1)

اصطلاحا: حسب الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض العقلية الخامس باسم اضطراب طيف التوحد وهو يعتبر من الاضطرابات النمائية التطورية والذي يظهر في مراحل الطفولة المبكرة وعادة ما يظهر في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وينتج عنه اضطرابات عصبية تؤثر في وظائف الدماغ وتظهر على شكل مشكلات تشمل مجالين من النمو والسلوك وهما التواصل والتفاعل الاجتماعي، اهتمامات مقيدة ومكررة من السلوك والاهتمامات والأنشطة.(Mayada Elsabbagh & al, 2015, p.3-4) أصبح التوحد يسمى DSM 5

1-2- أسباب اضطراب طيف التوحد

الأسباب المباشرة للإصابة باضطراب طيف التوحد لا تزال مجهولة إلى يومنا، إلا أنه تم التوصل إلى مجموعة من الفرضيات التي يمكن أن تؤدي إلى إصابة الطفل بهذا الاضطراب مثل العوامل البيولوجية والوراثية والعضوية التي لا يزال البحث عنها مستمر في كثير من البحوث والدراسات.

ونتناول فيما يلي اهم الأسباب التي من المحتمل أن تؤدي إلى الإصابة باضطراب طيف التوحد:

*** العوامل الجينية:**

يرجع حدوث اضطراب طيف التوحد إلى وجود خلل وراثي، حيث تزداد مسبة الإصابة بالاضطراب بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) بنسبة 96 % أكثر من التوائم الأخوية (من بويضتين مختلفتين) 27%. (رائد خليل، 2006، ص. 28)

*** الالتهابات الفيروسية:**

هناك العديد من الالتهابات الفيروسية التي تصيب الأم الحامل أو الطفل في المرحلة المبكرة من حياته قد تؤدي إلى اضطراب طيف التوحد، منها: إصابة الأم بأمراض معدية أثناء الحمل مثل الحصبة الألمانية، تضخم الخلايا الفيروسي، التهاب الدماغ الفيروسي.

*** مشاكل أثناء الولادة:**

كالولادة العسيرة، النزيف، نقص الأوكسجين واصابة الدماغ. (عثمان فراج، 2002، ص. 61-63)

*** العوامل العصبية:**

أثبتت دراسات وفحوصات الرنين المغناطيسي أن حجم المخ لدى الأطفال ذوي طيف التوحد أكبر من الأطفال الأسوياء خاصة في كل من الفص القفوي والفص الجداري، كما اظهر الفحص العصبي للأطفال ذوي طيف التوحد انخفاضا في معدلات ضخ الدم لهذه الأجزاء من المخ مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية والاستجابات السوية. (نيرمين قطب، 2007، ص. 59)

*** اضطراب الأيض:**

وجود ببتيد خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الببيتايدات الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي مما قد يؤدي ان تكون العمليات داخله مضطربة، هذه الببيتايدات تتكون عند حدوث التحلل غير مثل: القمح، الشعير، الشوفان والكازين (Gélatines)الكامل لبعض الأغذية المحتوية على الجلاتين الموجود في الحليب ومنتجات الألبان. (العدل، 2010، ص. 26)

*** اللقاحات:**

السبب الرئيسي في ربط اضطراب طيف التوحد باللقاحات التي تعطى للأطفال خاصة اللقاح الثلاثي الفيروسي هو توقيت إعطاء اللقاح الذي يكون مع بلوغ العام الأول من العمر وهو يوافق بداية التقدم في القدرات الكلامية (يفقد بعض أطفال التوحد قدراتهم الكلامية بين 18 و 20 شهرا). (الدوسري وآخرون، 2009، ص. 20-21)

*** عوامل كيميائية حيوية:**

أشارت البحوث إلى علاقة اضطراب طيف التوحد بالعوامل الكيميائية العصبية، وبصفة خاصة إلى اضطرابات تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة في افرازات الناقلات العصبية التي تنقل الإشارات العصبية من الحواس الخمسة إلى المخ أو الاوامر الصادرة من المخ إلى الأعضاء المختلفة للجسم أو عضلات الجسم والجلد. (عثمان فراج، 2002، ص. 64)

*** المواد الكيميائية:**

هناك عدة عوامل بيئية ارتبطت بالتوحد لاحتمال كونها سببا من أسباب الإصابة باضطراب طيف التوحد وتشمل العديد من الاحتمالات منها: التلوث البيئي الكيميائي، تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية أو الاشعاعات، التلوث الغذائي عن طريق استخدام الكيمياويات قد يؤدي إلى تسمم عضوي، تعاطي الأم الحامل للأدوية خلال الأشهر الأولى من الحمل دون استشارة الطبيب (أسامة فاروق وآخرون، 2011، ص. 46).

3-1- معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد

DSM 5 تتمثل معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد حسب الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس فيما يلي:

أ- صعوبة مستمرة في التواصل والتفاعل الاجتماعي مع المواقف المختلفة سواء في المراحل الحالية او ما قبلها، كما هو موضح فيما يلي ، (الامثلة توضيحية وليست شاملة):

1. صعوبة في التبادل الاجتماعي – العاطفي، يتراوح، من التعامل الاجتماعي غير الطبيعي والفشل في تبادل حوار اعتيادي مثلا، الى الفشل في المشاركة في الاهتمامات والعواطف والمزاج، الى الفشل في بدء تفاعل اجتماعي او الاستجابة له.

2. صعوبة في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح، من ضعف في تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي مثلا، الى خلل في التواصل البصري ولغة الجسد أو صعوبة في فهم واستخدام التعابير الجسدية (الايماءات)، الى الغياب الكامل لتعابير الوجه والتواصل غير اللفظي.

3. صعوبة في انشاء العلاقات او الحفاظ عليها او فهمها، يتراوح، من صعوبات في ضبط السلوك ليتلاءم مع مختلف المواقف الاجتماعية مثلا، الى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي او انشاء الصداقات، الى فقدان الاهتمام بالأقران.

ب- سلوك أو اهتمامات أو أنشطة تتصف بالتحديد او التكرار، كما هو ظاهر في اثنتين على الاقل مما يلي، سواء في المرحل الحالية او م اقبلها (الامثلة توضيحية وليست شاملة):

1. نمطية وتكرار في حركات الجسم او استخدام الاشياء او الكلام. (مثلا : نمطيات حركية بسيطة، او ترتيب الالعاب في طابور او قلب الاشياء، اعادة ترديد الكلام المسموع (صدى)، ترديد عبارات خاصة ليس لها معنى).

2. الاصرار على المثلية (تماثل الافعال)، وارتباط دائم بالأفعال الروتينية، او طقسية او الطبيعة او السلوك اللفظي وغير اللفظي. (مثلا ، اضطراب كبير عند حصول تغيير بسيط، او صعوبات في التغيير، او طبيعة تفكير جامدة، طقوس ترحيب خاصة، او الحاجة الى اخذ نفس الطريق او تناول نفس الطعام يوميا).

3. اهتمامات محددة وثابتة بشكل كبير وبصورة غير طبيعية من ناحية الشدة والتركيز. (مثلا ، التعلق او الانشغال الشديدين بأشياء غير اعتيادية، او التقيد بصورة مبالغ فيها، او المواظبة على الاهتمام بشيءمحدد).

4. فرط أو انخفاض حركي نتيجة للمدخلات الحسية، أو اهتمامات غير طبيعية بالجوانب الحسية للمحيط (عدم احساس للألم او الحرارة، استجابة سلبية لأصوات او احاسيس لمس معينة، فرط في شم او لمس الاغراض، انبهار بصري بالأضواء والحركات).

ج- يجب ان تظهر الاعراض في الفترة المبكرة من نمو الطفل (لكن قد لا تظهر الاعراض بشكل واضح حتى تتجاوز الحاجات الاجتماعية القدرات المحدودة للطفل المتوحد، او قد لا تظهر ابداً لحلول استراتيجيات مكتسبة لتحل محلها خلال الفترات الاخيرة من النمو).

د- يجب ان تسبب الاعراض ضرراً واضحاً في الفعاليات الاجتماعية والوظيفية والفعاليات الحياتية الاخرى المهمة.

هـ- هذه الاضطرابات يجب ان لا تكون بسبب نقص في الذكاء (اضطرابات الذكاء التطورية) او تأخر النمو العام. ان نقص الذكاء واضطراب طيف التوحد يظهران معاً عادة ، ولعمل تشخيص ثنائي للمرضين في مريض واحد يجب ان تكون قابلية التواصل الاجتماعي أقل من المستوى المتوقع في النمو الطبيعي(Mark Bertin, 2012) .

2/ برنامج تيتش

2-1- تعريف برنامج تيتش:

هي اختصار للكلمات التي تعني علاج وتعليم الأطفال التوحديين وإعاقاتTEACCH كلمة تيتش التواصل المرتبطة به Treatment and Education of Autistic and related Communication Children Handicapped.

هو برنامج علاجي سلوكي تربوي شامل للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومن يعانون من مشكلات التواصل، حيث يقدم تأهيلا متكاملا للطفل بمساعدته للوصول إلى أقصى مستوى من مستويات الاستقلالية عند الكبر حتى يستطيع أن يتفهم العالم المحيط به من خلال اكتساب مهارات التواصل التي تساعده على التعامل مع الآخرين، طور برنامج تيتش الدكتور اريك شوبلر سنة 1972 بجامعة شمال كارولينا الأمريكية، وهو يعتبر أول برنامج علاجي تربوي مختص لتعليم التوحديين.

يشمل البرنامج 296 تمرين تطبق من سن 0-1 سنة إلى غاية سن ما قبل المراهقة، وهذه التمارين مقسمة على عشر مجالات وهي: التقليد، الحواس، الحركة العامة، الحركة الدقيقة، التنسيق بين اليد والعين، الادراك المعرفي، الكفاءة اللغوية، الاستقلالية، الاندماج الاجتماعي، السلوكات (نور الدين شيباني، ص. 4-5).

2-2- الهدف من تطبيق برنامج تيتش:

أ- الهدف العام:

1. هو التدخل المبكر من خلال استخدام التعليم البنائي لتشجيع مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية، ومهارات اللعب والانتباه.

2. تدريب الأبوين من خلال اشتراكهم في تصميم جلسات الطفل، فعنصر التدريب يتطلب ملاحظة إرشادية "توجيهية" ومناقشة وجمع معلومات ونقل التجارب عن طريق التعاون في تنفيذ الأنشطة المصممة من المعلم.

ب- الهدف الخاص:

1. حيث أن البرنامج يهدف إلى توفير الخدمات المناسبة للأطفال التوحديين بشكل مستمر إلى سن الرشد، وإشراكهم في الأنشطة الإكلينيكية الخاصة بغض النظر عن قدرة والديهم المالية، ويتضمن البرنامج المجالات التالية:
أ-الإقلال من المشاكل السلوكية، والتحكم البيئي المناسب للأطفال في المراحل المختلفة
ب- تنمية السلوك الاتصالي والاجتماعي المناسب
ت- تدريس الجوانب المعرفية والأكاديمية
ث- تنمية مهارات الحركات الدقيقة والتوافق "التآزر" بين العين واليد

ج- تنمية المهارات التنظيمية
ح- تنمية مهارات الرعاية الذاتية
خ- تنمية التواصل اللغوي التعبيري والاستقبالي
د- تنمية التفاعل الاجتماعي.

2. ويتم تشخيص هذه المجالات في مواقف تعليمية خاصة، فإذا كان مستوى أداء الطفل منخفضا، أو في مرحلة ما قبل المدرسة (بسبب القصور في الانتباه) يكون العمل بشكل فردي.

3. ويتم تهيئة البيئة التعليمية لتزيد من قدرة الطفل على العمل المستقل، وتفادى المشكلات السلوكية، كما نستخدم أساليب التعزيز الإيجابي والسلبي، وتحليل المهام لمواجهة المشاكل السلوكية.

4. ويستخدم فريق العمل مقاييس رسمية لتقييم الأطفال في المجال التربوي مثل (مقياس السلوك التكيفي، مقياس اللغة، مقياس الذكاء اللفظي وغير اللفظي، كما يستخدم مقياس للتعرف على سمات التوحد الموجودة لدى الطفل).

5. ويؤكد الفريق على أهمية مشاركة الوالدين في تطبيق البرنامج، لذلك يتم تقديم خدمات خاصة للأسرة بهدف تدريبهم والاهتمام برعايتهم وتحديد رغباتهم وأولوياتهم. (أسامة مدبولي، 2016)

3-2- أسس تطبيق برنامج تيتش:

برنامج تيتش مبني على التعليم المنظم لمعالجة للصعوبات التي يمكن أن تظهر خلال عملية التعليم لذا تتميز البيئة التعليمية لبرامج تيتش بطابع مميز، فهي مليئة بمعينات ودلائل بصرية مثل الصور والكلمات المكتوبة والمواد بهدف تمكين الطالب من التكيف مع البيئة فالشخص الذي يعاني من التوحد قد يبدي السلوكيات التالية:

التعلق بالروتين، صعوبات في فهم بداية ونهاية الأنشطة وتسلسل الأحداث اليومية بشكل عام، صعوبات في الانتقال من نشاط الى أخر أو من مكان لأخر، صعوبات في فهم الكلام، صعوبات في فهم الأماكن والمساحات في البيئة، تفضيل التعلم من خلال الادراك البصري تعويضا عن اللغة الملفوظة.
هنالك خمس ركائز للتعليم المنظم:

1- تكوين روتين محدد:

يشمل الروتين الجوانب التالية: تسلسل الأحداث خلال اليوم، تسلسل الأحداث خلال الأسبوع، كيفية البدء بنشاط ما، خطوات النشاط، الانتقال الى النشاط التالي، المدة التي يستغرقها كل نشاط، ما يتعلق بالنشاط من مواد واشخاص وكيفية عرضه، الأمكنة التي ستمارس فيها النشاطات.

2- تنظيم المساحات:

إن بعض الأشخاص التوحديين يجدون صعوبة في فهم المساحات في البيئة، ينبغي تنظيمها بشكل يفهمها التلميذ من خلال تحديد بداية ونهاية المسارات مثل: مساحة اللعب الحر ومساحة الانظار ومساحة الكرسي والمساحة الخاصة بالتلميذ يجب التنويه الى أنه ليس جميع التوحديين يواجهون مثل هذه الصعوبة إلا أن هنالك دلائل تشير الى وجود مثل هذه الصعوبات. فإن لاحظ المختصون الامور التالية فقد يدل هذا على احتياج التلميذ لتنظيم المساحات في البيئة.

3- الجداول اليومية :

نظرا للصعوبات التي يواجهها الأشخاص الذين يعانون التوحد في فهم الوقت وتسلسل الأحداث اليومية كان من الضروري استخدام جداول فردية تدلهم على تسلسل الأحداث اليومية، هذه الجداول تساعدهم على تنظيم وقتهم وفهم البيئة، ومعرفة الاحداث اليومية والاسبوعية وحين يعرفون تسلسل الأحداث ويتمكنون من التنبؤ بما سيحدث خلال يومهم تنخفض درجة التوتر لديهم مما يساعدهم على التعلم إلى حد كبير.(Armand Perrier, 2008, p.15)

4- تنظيم العمل:

يصعب على الأطفال التوحديين فهم بداية ونهاية كل نشاط. ولمعالجة مثل هذه الصعوبة ينبغي العمل بشكل يوضح للطفل ما يلي: ما هو مطلوب؟ مدة العمل؟ كيف يعرف الطفل أن العمل انتهى؟ ما هو النشاط الذي سيلي؟

5- التعليم البصري:

المقصود بالتعليمات البصرية إرشادات من خلال استخدام دلائل بصرية كالصور والكلمات المكتوبة. وعلى سبيل المثال كي يتعلم التلميذ خطوات غسل اليدين، يقوم المعلم بعرض عدد من الصور تدل كل صورة منها على خطوة من خطوات العمل، تلصق هذه الصور في المكان المخصص لهذا النشاط كي يسهل على الطفل استخدامها. (Armand Perrier, 2012, p.2)

3/ الدراسة الميدانية

أولا- المنهج المتبع: تم استخدام منهج دراسة الحالة

ثانيا- مكان اجراء الدراسة الميدانية: تم اجراء الدراسة بجمعية دعم ذوي اضطراب التوحد

بالأبيار – الجزائر العاصمة -(Association Soutien Trouble de l'Autisme) (ASTA)

ثالثا- الأدوات المستعملة:

* المقابلة العيادية النصف الموجهة: حيث يسمح الأخصائي لوالدي الطفل ذوي اضطراب التوحد بالتعبير بكل حرية من جهة كما أنها توجه وفق دليل محضر مسبقا الذي يحتوي على خمسة محاور أساسية:

- المحور الأول: يتضمن البيانات الشخصية حول الطفل
- المحور الثاني: يتضمن الحالة الاجتماعية- الاقتصادية – الأسرية
- المحور الثالث: يتضمن مرحلة الحمل والولادة
- المحور الرابع: يتضمن النمو النفسي الحركي للطفل
- المحور الخامس: يتضمن المهارات الاجتماعية، ويندرج ضمن هذه المحاور مجموعة من الأسئلة.

* مقياس تقدير التوحد الطفولي The childhood autism rating scale (CARS) : قام بإعداده "أريك شوبلر" وآخرون، وقام "محمد حسيب الدفراوي" (1991) (Eric Schopler & al 1988) بترجمته إلى اللغة العربية وتقنينه وهو يتميز بمعامل صدق وثبات مرتفعين، يتكون المقياس من خمسة عشر نمطا سلوكيا يقيم كل نمط من خلال مدرج رقمي من 1 إلى 4 درجات وذلك بوضع علامة في الخانة المناسبة من الخانات الأربع التالية:

1- طبيعي ومناسب مع سن الطفل
2- ينحرف عن السلوك الطبيعي بدرجة بسيطة
3- ينحرف عن السلوك الطبيعي بدرجة متوسطة
4- ينحرف عن السلوك الطبيعي بدرجة شديدة

ويشمل المقياس أنماط السلوك الآتية: علاقات الطفل بالناس، التقليد، استخدام الجسم، استخدام الأشياء، الموافقة على التغيير، الاستجابة البصرية، الاستجابة السمعية، استخدامه لحاسة التذوق والشم واللمس، الخوف أو العصبية، الاتصال اللفظي، الاتصال غير اللفظي، مستوى النشاط، مستوى الاستجابات الذهنية واتساقها، التأثير العام. (الرفاعي السيد، 1999، ص. 221-225)

*** الملف النفستربوي – الإصدار الثالث:**

PEP-3 (Psychoeducational Profile- Third Edition)

وهو الاختبار المدخلي والأساسي لبرنامج (Schopler, Lansing, Reichler, Marcus, 2005)والذي طوره تيتش، يطبق على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين سنتسن إلى ثماني سنوات وذلك بهدف تحديد مستوى الآداء الحالي للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد وتقييم نقاط القوة والضعف لديه، كما ويستخدم المقياس كآداة مهمة ومساعدة للأخصائيين في اصدار التشخيص الدقيق واعداد البرنامج التربوي الفردي. يتألف المقياس من جزئين رئيسيين: الجزء الأدائي ويستخدم فيه أدوات الاختبار والملاحظة المباشرة، أما الجزء الثاني فيتمثل في تقرير ولي الأمر والذي يسجل فيه الاهل ملاحظاتهم (عماد السعدني، ص. 9-12).

رابعا- عرض الحالة:

الطفل إبراهيم البالغ من العمر 4 سنوات و8 أشهر، المقابلة الأولى مع الطفل على مستوى جمعية دعم ذوي اضطراب التوحد كانت بتاريخ 2015/11/07 حيث أن الأم أرادت الاستفسار عن السلوكات الغريبة التي يقوم بها إبراهيم مقارنة بأخيه الأكبر وباقي الأطفال في سنه، وكان عمره آنذاك 3 سنوات وشهرين وكان يرتدي سماعات لأنه قد شخص من طرف طبيب مختص في أمراض الأذن والأنف والحنجرة بالصمم (ORL) .

يحتل إبراهيم المرتبة الثانية بعد الأخ الأكبر الذي يبلغ 5 سنوات، الوالدان يعيشان معا في أسرة يسودها الاستقرار، ذات مستوى اقتصادي متوسط، المستوى الدراسي ثانوي لكلا الوالدين، ولا توجد أي سوابق مرضية نفسية أو عقلية في العائلة.

فيما يخص مرحلة الحمل، عمر الأم أثناء حملها بإبراهيم 33 سنة، الحمل مرغوب فيه ومرت هذه الفترة بدون أي مشاكل نفسية أو عضوية. وبالنسبة للولادة، ولد إبراهيم قبل اكماله الشهر التاسع حيث وضع في حاضنة لمدة شهر لإكمال نموه. بعد ذلك كان النمو النفسي الحركي لإبراهيم يسير بطريقة طبيعية وفقا لسنه، إلا أنه كان يرفض الرضاعة الطبيعية بالإضافة إلى اضطرابات النوم مع نوبات البكاء والصراخ المستمرين.

عندما بلغ إبراهيم سن 12 شهرا بدأ قلق الأم يتفاقم بسبب ملاحظتها أن ابنها يختلف عن باقي الأطفال من حيث: عدم الاستجابة لاسمه عند مناداته، لا يتواصل بصريا، لا ينظر إلى الأشخاص المحيطين به وكأنهم غير موجودون، الرفرفة باليدين.

هذا ما دفع الأم لزيارة طبيب الأطفال والذي بدوره طلب من الام أن تجري لإبراهيم، بعد ظهور النتائج شخص إبراهيم بأنه (PEA) واختبار قياس السمع(EEG) التخطيط الكهربائي للدماغ استوجب وضع مصاب بالصمم مما استدعى وضع سماعات في كلا أذنيه إلا أن الأم لم تكن مرتاحة لوضع ابنها وبدأت الشكوك تراودها مجددا مع ملاحظة أن حالة ابنها في تدهور مستمر فبالرغم أنه مجهز بسماعات إلا انه لم يستطع اكتساب أي مهارات، الأمر الذي أدى بالأم للبحث هذه المرة عن طريق الأنترنت عن كل ما يتعلق بالنمو النفسي الحركي للأطفال منذ الولادة حتى سن ست سنوات وما هي مختلف الأمراض والاضطرابات التي يمكن أن يصاب بها الأطفال في هذه الفترة العمرية، وصدفة وجدت الصفحة الخاصة بجمعية دعم ذوي اضطراب التوحد أين اطلعت على مختلف الخدمات التي يقدمها فريق المختصين بها بداية من التوجيه إلى غاية العلاج والمتابعة، أخذت الأم الروابط الخاصة بالجمعية لأجل التوجيه. على مستوى الجمعية قامت الأخصائية النفسانية العيادية بتقييم طلب الأم واجراء المقابلة العيادية النصف بالفحص (Pédopsychiatre) الموجهة لجمع المعلومات الازمة عن الحالة، ثم قامت الطبيبة النفسانية مرة أخرى، أثناء هذه المدة وضع إبراهيم (PEA, EEG)الطبي للطفل وطلبت من الأم إعادة اجراء اختباري تحت الملاحظة على مستوى الجمعية مع البدء في تطبيق برنامج تيتش كون أن هذا البرنامج يمكن تطبيقه كذلك مع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في التواصل وإبراهيم يعاني من اضطرابات في التواصل فالهدف هو تحفيز الطفل وجعل محيطه غني بمختلف المثيرات التي تساعده في اكتساب المهارات المناسبة لسنه وفق خطة عمل منظمة مع إعطاء الأم مجموعة التمارين التي تطبقها مع ابنها في البيت خلال الأسبوع والتي يتم تقييمها في الأسبوع الموالي.

بعد ظهور نتائج الاختبارات تبين أن إبراهيم لا يعاني من قصور في السمع، أما ملاحظات فريق المختصين المتكون من: أخصائية نفسانية، طبيبة نفسانية، أخصائية تصحيح اللغة والتعبير فتمثلت في:

* **قصور في التفاعل الاجتماعي:** عدم الاستجابة لاسمه، غياب التواصل البصري، صعوبة في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، فشل في تكوين العلاقات الاجتماعية مع الأقران.

* **قصور في التواصل:** تأخر في الكلام مع غياب كلي للغة مع عدم التعويض باستخدام وسيلة أخرى كالإشارة لما يريده.

* **السلوك النمطي المتكرر:** حركات نمطية مثل الرفرفة باليدين، سلوك تكراري متمثل في ترتيب الأشياء بنفس الطريقة، مقاومة التغيير بشدة.

حيث تحصل إبراهيم على 32 درجة وهي تشير (CARS)كما تم تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفولي إلى توحد بسيط، فتوصل المختصين إلى وضع التشخيص النهائي والمتمثل في أن إبراهيم يعاني من اضطراب طيف التوحد. عندها قامت الطبيبة النفسانية بإعلان التشخيص النهائي للوالدين مع شرح المختصين كل ما يخص باضطراب طيف التوحد وطريقة التعامل معه، وطلب نزع إبراهيم للسماعات التي بقي بها سنة كاملة.

خامسا- تحليل ومناقشة الحالة:

طبقت الأخصائية النفسانية العيادية الاختبار النفستربوي الإصدار الثالث وتوصلت إلى النتائج التالية: أولا نقاط القوة والضعف: كان أداء إبراهيم في محوري الحركة العامة والحركة الدقيقة قويا (لديه مهارات طفل يبلغ سنتين من العمر أي أن إبراهيم على هذين المحورين لديه تأخر مقدر بسنة) مقارنة بالمحاور الباقية حيث كان أداءه ضعيف في: التقليد، الحواس، التناسق بين العين واليد، الادراك المعرفي، الكفاءة اللغوية، الاستقلالية، التآلف الاجتماعي (قدر سنه على هذه المحاور بسنة واحدة أي ان إبراهيم لديه تأخر مقدر بسنتين).

ثانيا استعراض ملاحظات الأولياء: أولا المشكلات السلوكية الشديدة لدى إبراهيم تتمثل في ضعف التواصل البصري واستخدام تعابير الوجه، تأخر في اللغة المنطوقة ولم يتكلم بعد، السلوكيات المتكررة، حركات متكررة متلازمة مثل رفرفة الأيدي، عدم وجود مشكلات سلوكية مثل أذية النفس، العنف اتجاه الآخرين، التدمير. ثانيا من حيث السلوك التكيفي لاحظ الوالدين أن إبراهيم يفضل إعادة نفس النشاط مرارا وتكرارا، يتجنب التواصل البصري مع الآخرين، لا يتجاوب للحضن من الأشخاص المألوفين لديه، لا يظهر اهتمام بالأنشطة التي تحصل من حوله، يلعب لوحده، ليس لديه لعب تخيلي.

واصل إبراهيم حصص المتابعة النفسية على مستوى جمعية دعم ذوي اضطراب التوحد وفقا لبرنامج تيتش مع التقييم العام كل ست أشهر.

بعد مرور سنة من المتابعة الطبية والنفسية والأرطفونية على مستوى جمعية دعم ذوي اضطراب التوحد والجد في العمل وتطبيق تعليمات المختصين وعدم استسلام الاولياء أي الأم والأب اللذان عملا معا لأجل تحسن ابنهم إبراهيم الذي حقق تطورا ملحوظا من حيث اكتساب المهارات المختلفة والتي ستقوم بعرضها:

جدول رقم (1) يوضح نتائج المتحصل عليها بعد تطبيق برنامج تيتش

المحاور	المهارات المكتسبة	السن		المهارات غير المكتسبة بعد والموافقة لسنه 4سنوات
		موافق لسنه	متأخر	
التقليد	تقليد الضرب، تقليد لمس الأعضاء، تقليد حركة الذراعين، تعلم الخربشة، التقليد لتحقيق الاستقلالية.	لا	متأخر بسنة	تقليد استعمال الشفتين، تقليد حركات الفك، تقليد أصوات الأدوات، تقليد أصوات الحيوانات
الادراك الحسي	المتابعة بالعينين، البحث عن شيء سقط، الاستجابة للأصوات المألوفة، البحث عن أشياء محبوبة، تمييز مصدر الصوت، تمييز الأشكال، تمييز الأشكال المتطابقة، تمييز الألوان والمطابقة بينها	نعم	/	/
الحركة العامة	دحرجة الكرة، ركلها ومسكها دون مساعدة، القفز، المشي على شريط.	نعم	/	/
الحركة الدقيقة	التلوين، طي الورق، نوع الجوارب	نعم	/	/
التناسق بين اليد والعين	ادخال الحلقات داخل الخيط، تشكيل العجينة، خط خطوط عمودية، رسم دوائر	نعم	/	/
الادراك المعرفي	معرفة اسمه، الإشارة لأشياء محبوبة، المجيء استجابة للنداء، التعرف على صورته في المرآة، فهم الجملة المتكونة من قسمين، تمثيل الأشكال.	لا	متأخر بسنة	الإقران بين الأشياء، ترتيب الأشياء في صنف واحد
الكفاءة اللغوية	عدم اكتساب اللغة	لا	متأخر	اللغة غير مكتسبة بعد
الاستقلالية	الأكل لوحده مع الاستعمال الصحيح للملعقة، الشرب في كوب، نزع الجوارب	نعم	/	/
التآلف الاجتماعي	الاستجابة للمداعبة والدغدغة، التقبيل في الخد	لا	متأخر بسنة	التفاعل الاجتماعي وتكوين علاقات مع الأقران

يتضح من خلال الجدول أن الطفل إبراهيم اكتسب عدة مهارات موافقة لسنه في المحاور التالية: الادراك الحسي، الحركة العامة، الحركة الدقيقة، التناسق بين اليد والعين، الاستقلالية. وهناك مهارات لم يكتسبها بعد وهو متأخر بسنة مقارنة بسنه وهي تشمل المحاور التالية: التقليد، الادراك المعرفي، التآلف الاجتماعي. وفيما يخص الكفاءة اللغوية فالطفل إبراهيم لم يكتسب بعد اللغة.

الاستنتاج:

التدخل المبكر بتطبيق برنامج تيتش يطور مستوى الأطفال ذوي طيف التوحد كون أن هذا البرنامج قائم على إيجاد الحلول للنهوض بالطفل إلى أعلى مستوى لقدراته وامكاناته، كما أن الأدوات المستعملة في كل نشاط بسيطة ومتوفرة في البيت وهي مألوفة لدى الطفل مما يسهل اكتسابه لمهارات جديدة، كما لا نغفل على الدور الفعال الذي يجب أن تلعبه الأسرة ووجوب التعاون المشترك بين الأسرة والأخصائيين القائمين على البرنامج حتى يستطيع الطفل تطبيق ما تعلمه وتعميمه في حياته والوصول إلى الهدف الأسمى والمتمثل في تحقيق الاستقلالية لدى كل مصاب باضطراب طيف التوحد.

المراجع باللغة العربية:

1- أسامة، فاروق ومصطفى، السيد، كامل. (2010). التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج. عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع.

www.tafaolcenter.com/برنامج تيتش.teacch - 2- أسامة، مدبولي. (2016). برنامج تيتش

3- الرفاعي، السيد. (1999). اضطرابات بعض الوظائف المعرفية وعلاقته بمستوى التوافق لدى_الأطفال الذاتويين. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة عين شمس: معهد الدراسات العليا للطفولة.

4- عادل، محمد، العدل. (2010). الموهوبون التوحديون من الأطفال المراهقين استثمار الموهبة ودور مؤسسات التعليم (الواقع والطموحات).جامعة الزقازيق: المؤتمر العلمي الثامن

http://www.zu.edu.eg/UserFiles/File/%D%8A7%D%84%9D, pdf.

5- رائد خليل، العبادي. (2006). التوحد. الأردن: مكتبة المجتمع العربي.

6-عثمان فراج، لبيب. (2002). الاعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة. مصر: المجلس العربي للطفولة والتنمية.

7- عماد، السعدني. الملف النفستربوي الإصدار الثالث. ترجمة وتقنين نبيل صلاح حميدان. الرياض: مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد.

8- نور الدين، شيباني. النشاطات التعليمية لأطفال التوحد

9- نيرمين، قطب. (2007). برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي وأثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية لعينة من أطفال التوحد. رسالة ماجستير غير منشورة. المملكة العربية السعودية: كلية التربية. جامعة أم القرى.

10- محمد، الدوسري وآخرون. (2009). طيف التوحد من دائرة الحيرة والغموض إلى دائرة الضوء والأمل. الرياض: مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد

http://www.kfshrc.edu.sa/atfalouna/Issue19/Atfa4-24.pdf.

المراجع باللغة الأجنبية:

11- Armand Perrier. (2008). Les aménagements pour la scolarisation d'un enfant avec TED en classe ordinaire. Montpellier.

12- Armand Perrier. (2012). Utilisation de supports visuels pour aider l'enfant autiste au domicile. Montpellier. Centre de Ressources Autisme Languedoc-Roussillon

13- Creapeau, E. & Cohn, E. & Schell, B. (2003). Willard et speakman's occupation therapy. Occupational therapy trends.rehabilitation and vocational. Philadelphia: Lippincott.

14- Mark Bertin. (2012). Understandig the DSM-5.autisme creteria.

http://www.psychologutoday.com/blog/child devlopment-central/201201/understinding- the- dsm5-autism- creteria.

15- Mayada Elsabbagh. (2012). Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Canada.