علاج التوحد

الطرق التربوية والنفسية والطبية

تأليف : وفاء علي الشامي

ح الشامي، وفاء علي ، ١٤٢٥هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

الشامي، وفاء علي

علاج التوحد/ وفاء علي الشامي - الرياض ١٤٢٥هـ.

٤٨٠ ص - ١٧×٢٤ سم

ردمك : ٧-٥٩٠-٤٠-٩٩٦

١- التوحد (مرض) أ- العنوان

ديوي ٦١٨,٩٢٨٩٨٢ ١٤٢٥/١٧٨٤

ردمك : ٧-٥٩٠-٤٠-٩٩٦ رقم الإيداع : ١٤٢٥/١٧٨٤

الطبعة الأولى

١٤٢٥هـ - ٢٠٠٤م

حقوق الطبع محفوظة للمؤلفة

بسم الله الرحمن الرحيم

اللهم اخرجنا من ظلمات الوهم، واكرمنا بنور الفهم. اللهم افتح

علينا أبواب رحمتك، وانشر علينا خزائن علومك

برحمتك يا أرحم الراحمين.

إهداء

إلى كل الذين يعانون التوحد في عالمنا العربي، وإلى كل من يعمل على رعايتهم وتعليمهم.

إلى زوجي ورفيق عمري علي محمد الوزير، فقد كان مثال السند الذي أمدني بكل العون والتشجيع.

شكر وتقدير

أود أن أتقدم بخالص الشكر إلى كل من أسهم في إخراج كتاب "علاج التوحد: الطرق التربوية والنفسية والطبية" إلى حيز الوجود، وأخص الأشخاص التالية أسماؤهم لدورهم المتميز في هذا الشأن :

أسرة الجمعية الخيرية الفيصلية النسوية التي قامت بطباعة هذا الكتاب على نفقتها، وللثقة التامة التي وضعتها بي لإكمال هذا العمل.

الدكتور غاري ميسيبوف (Gary B. Mesibov) لحماسه لهذا العمل وجهوده التي بذلها في مراجعة هذه السلسلة بأجزائها الثلاثة، ورفضه أي تعويض مادي مقابل ذلك، وتقديمه للسلسلة بكلمة بليغة أثبتها هنا مع ترجمة عربية لها.

الأستاذ وجيه إبراهيم الفقهاء لجهوده الكبيرة التي بذلها في التدقيق اللغوي المحكم لمادة الكتاب بحماس واضح، وتوجه صادق إلى الإسهام في توفير ما يمكن أن يخدم هذه الفئة الخاصة من الأطفال، المعروفة بفئة التوحد.

الأستاذ وليد سانشز مبارك لعمله المميز في تصميم وتنفيذ غلاف الكتاب بأجزائه الثلاثة.

الأستاذ محمد السيد أبو السعود لطباعة الكتاب بأجزائه الثلاثة وصفه على أكمل وجه.

المؤلفـــة

كلمة تقديم
للجمعية الفيصلية الخيرية النسوية بجدة

الحمد لله والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين،

تتشرف الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية بتقديم سلسلة كتب التوحد المكونة من ثلاثة أجزاء والتي ألفتها الأستاذة وفاء علي الشامي. وبالرغم من مواجهتها للعديد من العقبات، ولا سيما ندرة المراجع العلمية من كتب ودراسات في العالم العربي، فقد أكملت الأستاذة وفاء هذه الكتب، باذلة في ذلك جهوداً جبارة تُثنى عليها.

سيقدم الكتاب الأول من سلسلة التوحد معلومات شاملة عن أشكال التوحد وأسبابه وتشخيصه. ويعنى الكتابان الآخران بخصائص التوحد وطرق التدخل. وتعتبر هذه الكتب أول مراجع علمية يمكن أن يستفيد منها الآباء والاختصاصيون، وتتيح لأقسام التربية الخاصة في الجامعات والمعاهد والكليات مراجع مناسبة لإنشاء تخصصات في مجال التوحد لسد ثغرة تتمثل في ندرة هذا التخصص.

ومن الأدلة على دقة الكتاب بأجزائه الثلاثة من حيث المادة العلمية، التقديم الذي تفضل بكتابته البروفسور الدكتور غاري ميسيبوف، مدير قسم "تيتش" (TEACCH) بالولايات المتحدة الأمريكية. ويعتبر الدكتور ميسيبوف من أفضل الخبراء في مجال التوحد، وهو حائز على جائزة الانجازات المهنية المميزة من جمعية علم النفس الأمريكية لعام ١٩٩٧، تقديراً لما قدمه في هذا المجال.

تعتز الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية، ممثلة بمركز جدة للتوحد، بهذا الجهد المميز من الأستاذة وفاء الشامي. نسأل الله عز وجل أن تعود هذه الكتب بالفائدة على جميع المهتمين بالتوحد والمصابين به.

رئيسة الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية بجدة

فهدة بنت سعود بن عبدالعزيز آل سعود

ترجمة كلمة تقديم للدكتور غاري ميسيبوف

يسرني أن أقدم هذا الكتاب الممتاز إلى قراء اللغة العربية من اختصاصيين وآباء وجميع المهتمين باضطرابات التوحد الطيفي. لقد بذلت مؤلفته "وفاء الشامي" جهداً رائعاً في تنظيم وتحليل المقدار الهائل من المعلومات عن التوحد.

يقدم هذا الكتاب بأجزائه الثلاثة معلومات شاملة ودقيقة عن طبيعة التوحد وخصائصه الأساسية ووسائل التدخل المختلفة التي ثبتت فعاليتها. وسيمثل هذا الكتاب إضافة هامة وجديرة بالاقتناء في كل مكتبة.

وضع هذا الكتاب لخدمة الوالدين والاختصاصيين، وسيكون وسيلة معرفية نافعة لهاتين الفئتين. فهو مكتوب بأسلوب مباشر وبسيط، حيث أنه لا يحتوي إلا على قدر قليل من المصطلحات العلمية المعقدة. وتتناول الأجزاء الثلاثة المعلومات التي طالما بحث عنها المعلمون والآباء ووجدوا صعوبة في العثور عليها. كما أن شمول ودقة معلوماته وبناءها على أبحاث التوحد الموثوقة ستكون مصدر تقدير القراء حين الانتهاء من قراءة هذه الأجزاء، وستتيح للقارىء معرفة واسعة بالتوحد والاضطرابات المرتبطة به والنظريات الحالية التي تناولت هذا الموضوع وأفضل الطرق للتعامل مع حالات التوحد.

تلقت وفاء الشامي تعليمها في الولايات المتحدة الأمريكية. وهي تستند في عملها على أساس أكاديمي قوي. نالت شهادة الماجستير في مجال التربية الخاصة، وشهادة ماجستير أخرى في مجال علم النفس. كما أنها على وشك الحصول على شهادة الدكتوراه. تملك المؤلفة خبرة ميدانية تبلغ ١٢ عاماً في التعامل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. وقد

تجلت هذه الخبرة إلى جانب ثقافتها الواسعة وحبها للخدمة في كل صفحة من صفحات الكتاب .

بهذا العمل المتميز ، تسهم وفاء الشامي بدور هام ومؤثر في اطلاع قراء اللغة العربية من آباء واختصاصيين على معلومات هامة وذات طبيعة خاصة ستنال تقديرهم وتسد حاجتهم إلى هذا النوع من المعرفة . إنني على ثقة بأن هذا الكتاب سيكون له أثر مباشر على المعرفة العلمية والممارسات التطبيقية المتعلقة بهذا المجال لدى الآباء والاختصاصيين الذين لم يتسنَّ لهم من قبل التوصل إلى مثل هذه المعلومات الهامة والدقيقة .

لقد كان من دواعي سروري القيام بمراجعة هذا الكتاب ، ومن دواعي سعادتي واعتزازي أيضاً أن أوصى به للباحثين عن متعة القراءة ومنفعتها .

د. غاري ميسيبوف
بروفيسور ومدير قسم "تيتش"
جامعة نورث كارولينا بتشابل هيل، الولايات المتحدة الأمريكية.

FOREWORD

I am pleased to introduce this fine book to the Arabic speaking parents and professionals interested in Autism Spectrum Disorders. Wafa Alshami has done a superb job of organizing and integrating the vast literature on Autism. This 3-part book provides comprehensive and accurate information about the nature of autism, the major characteristics, and the intervention strategies that have proven effective. It will be a welcome addition to anyone's library.

The book is designed for parents and professionals and it will make a strong contribution to both audiences. Written in a clear, straightforward style with little professional jargon, the volumes present the kind of information that parents and teachers always seek but find difficult to locate. The comprehensiveness, accuracy, and solid background from the literature on autism, will be appreciated as well. Upon completion of these volumes, readers will have a deep appreciation and thorough knowledge of autism, related conditions, current theories, and best practices.

Educated in the USA, Wafa Alshami has a strong educational background with a Masters Degree in Special Education, a Masters degree in Psychology, and significant extra work toward her Doctoral Degree. She has twelve years of experience working with children with special needs and this experience plus her obvious concern and strong intellectual involvement are evident throughout these pages. Wafa Alshami has provided a major contribution to Arabic speaking parents and professionals who will enjoy and appreciate the thoughtful and comprehensive work that is presented here. I think that this book will have a major impact on the understanding and practices of those parents and professionals who have not had access to such accurate and important information previously.

It was a pleasure for me to review this book and I am proud to recommend it for your interest and enjoyment.

Gary B. Mesibov, ph.D.
Professor & Director
Division TEACCH
University of North Carolina at Chapel Hill.

تعريف بالدكتور غاري ميسيبوف

الدكتور غاري هو خريج جامعة ستانفورد (Stanford University)، تغطي نشاطاته مجالات عديدة من بينها التدريس في جامعة نورث كارولينا في تشابل هيل، وتقديم الكثير من المحاضرات والورش التدريبية في مختلف بقاع العالم، ومن بينها بلجيكا والبرازيل والدانمارك وانجلترا وفرنسا وهونغ كونغ واليابان والكويت والمكسيك وشمال إيرلندا والنرويج والباكستان وروسيا والمملكة العربية السعودية وكوريا الجنوبية وفنزويلا، بالإضافة إلى أعماله المتمثلة في نشر وتحرير العديد من الصحف والمقالات البحثية والكتب.

غاري ميسيبوف حاصل على جائزة جمعية علم النفس الأمريكية (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION : APA) لعام ١٩٩٧، تقديراً لانجازاته المهنية المتميزة.

" من أجل أعماله الضخمة، اكلينيكياً وعلمياً، وفي سبيل ادخال عناصر الفهم ومشاعر العطف والمهارات وروح الدعابة والتفاؤل إلى حياة الأشخاص التوحديين وأسرهم، كرّس غاري ميسيبوف حياته المهنية للتعامل مع مصاعب التطور المرافقة للتوحد. ومن الأعمال التي أسهم بها انتاج وسيلة هامة لتقويم التوحد، وسلسلة من الكتب، وبرنامج شامل للخدمات التعليمية والمهنية والمساندة الأسرية، وبرنامج تدريبي متميز له سمعة عالمية، أتاحه لاستخدام المختصين الآخرين. إن سمعته بين التلاميذ والأسر وبين زملائه المهنين تجسد الحكمة والسماحة والعطف والانتاجية المدهشة. إنه في جميع نشاطاته المهنية، يمزج ذكاءه اللامع بلطفه واحترامه لجميع زبائنه وأسرهم. إنه يساعدهم على عيش حياة سعيدة ومنتجة رغم الاختلافات الحاصلة في تطورهم" .

(American Psychologist, 1998, p. 395)

المرجـــع :

Awards for distinguished professional contribution : Gary B. Mesibov. (1998). ***American Psychologist, 53(4),*** **395-397**

مقدمة المؤلفة

التوحد إعاقة عرفت حديثاً في الوطن العربي، وما زال هناك الكثيرون ممن لم يسمعوا بمشكلة اسمها "التوحد". إلا أن الاعتراف بها من قبل الجميع أصبح حقيقة ضرورية نظراً لظهور عدد كبير من الأطفال ممن يعانونها. ولاتخاذ خطوات إيجابية نحو هذا الاتجاه، أنشأ عدد من المهتمين مراكز وفصولاً دراسية تستقبل هذه الفئة، وأقاموا المحاضرات والمؤتمرات حول موضوع التوحد. إلا أن المكتبة العربية مازالت تفتقر إلى كتب ومراجع علمية باللغة العربية تتيح للمهتمين الحصول على معلومات شاملة عن هذه الإعاقة.

وبهدف المساهمة في سد هذا النقص، ونشر الوعي عن التوحد، وتحسين الخدمات التي تقدم إلى الأشخاص التوحديين، شرعت في مراجعة وقراءة عدد كبير من المراجع المتعلقة بموضوع التوحد في نوفمبر من عام ٢٠٠٠. ووجدت كماً هائلاً من المعلومات، إلا أنها مبعثرة في مئات المراجع. وكان الأسوأ من ذلك تباين المعلومات المتعلقة بموضوع التوحد. ومهما يكن من أمر، فإن وصف المعلومات الواردة في هذا الكتاب بأنها حقيقة قد بني على النتائج المستخلصة من البحث العلمي والمتكررة في أكثر من دراسة واحدة نفذها باحثون متعددون، واتفقت المجتمعات العلمية على صحتها.

وقد أسفر هذا البحث عن معلومات كثيرة. ولكي تسهل قراءتها، قمت بتجزئة المعلومات إلى سلسلة مكونة من ثلاثة كتب، يعنى كل منها بموضوعات مختلفة. كما حاولت جاهدة أن ابتعد عن الطرح الأكاديمي البحت بقدر الإمكان.

يركز الكتاب الأول، "خفايا التوحد"، على تعريف القارىء بتاريخ التوحد، وأشكاله والأنواع المختلفة من الاضطرابات النمائية الشاملة، والاضطرابات التي ترتبط بالتوحد،

وأسباب التوحد، وكيفية تشخيصه وتقويمه. ويعتبر هذا الكتاب تقنيا بسبب نوعية الموضوعات التي يتطرق لها.

ويستعرض الكتاب الثاني خصائص التوحد بشيء من التفصيل، وكيفية تطورها عبر السنين. ويشمل ذلك الخصائص الاجتماعية وما ينضوي تحتها من علاقات اجتماعية ولعب ونظر إلى الغير وارتباط بالغير والقدرة على التعبير عن المشاعر وعلى فهمها، والخصائص اللغوية، ومهارات إدراكية تشمل الانتباه والذاكرة والتقليد والتخيل والتفكير والتعلم والإبداع. أما فصل السلوكيات المرتبطة بالتوحد فيتضمن الروتين والحركات النمطية والصعوبات الحسية وغيرها. ويتضمن الجزء أيضاً معلومات حول ما هو متوقع من الأشخاص التوحديين في سن المراهقة والرشد، ويشمل أيضا فرص تطورهم ومشكلات المراهقة. وهو بشكل عام يستعرض الأسباب الباعثة على سلوكيات الشخص التوحدي والعديد من الأفكار الملائمة للتعامل مع الصعوبات التي يواجهها.

أما الكتاب الثالث، فيستعرض طرق التدخل في التوحد، ويقدم وصفاً للبرامج التربوية الشاملة الفعالة مثل تيتش (**TEACCH**) ولوفاس (**Lovaas**) وغيرهما. ويشمل الجزء أيضاً طرقاً ناجحة لتدريس الأطفال التوحديين بنيت على أسس علمية مجربة كالتعزيز والقصص الاجتماعية والتواصل من خلال تبادل الصور والتعليم من خلال المحاولات المنفصلة، وطرق أخرى لم يثبت نجاحها أو أنها لا تزال تحت البحث والدراسة كالتدريب على التكامل السمعي والتواصل الميسر. ويختتم الكتاب بتقديم طرق للتدخل الطبي من خلال العقاقير والسيكرتين والحمية الغذائية والفيتامينات وما إلى ذلك.

من خلال هذه السلسلة، يسعدني أن أضع بين أيديكم كل المعلومات المتعلقة بالتوحد في

مراجع تساعد أولياء أمور الأشخاص التوحديين والمختصين وطلاب الجامعات والمعاهد المهتمة بموضوعه. كما أرجو أن تسهم هذه الكتب في تغليب نظرة التفاؤل على كل نظرة ظلامية خاطئة عن التوحد. فقد كشفت الدراسات والأبحاث الكثيرة التي أجريت في مجال التوحد أن التوقعات لمستقبل الأشخاص التوحديين أصبحت أفضل بكثير مما كان عليه الحال منذ عشرين سنة أو أكثر. وهذا نتيجة لتفهم خصائصه بشكل أدق وتصميم وتطبيق طرق تدخل مناسبة وعلى رأسها الطرق التربوية.

في ضوء ذلك، يستطيع الكثيرون من الأشخاص التوحديين أن يصلوا إلى آفاق بعيدة، طالما فهمناهم وعرفنا الأسباب الباعثة على سلوكياتهم، وطبقنا أفضل الطرق لمساعدتهم، وهذا ما ستتناوله صفحات هذه السلسلة من كتب التوحد.

وفي الختام، أود شاكرة أن أسمع آراءكم وملاحظاتكم التي يمكنكم ارسالها على العنوان الالكتروني التالي : tawahud@yahoo.com

والحمد لله الذي يسر لي هذا، وهو ولي الهدى والتوفيق.

المحتويات

الموضـــــوع	رقم الصفحة
التوحد : نظرة سريعة	
ماهو التوحد؟	١٩
ماهي الصفات التي تميز بين الشخص التوحدي وغيره؟	١٩
ماهي العوامل التي تؤثر على مدى تقدم الطفل التوحدي؟	٢٤
ماهي أسباب الإصابة بالتوحد؟	٢٥
القسم الأول : البرامج التربوية الشاملة	
الفصل الأول : تيتش ولوفاس ودوغلاس وليب	
علاج وتربية الأطفال ومشكلات التواصل المشابهة : تيتش	٣٣
لوفـــاس	٤٩
مركز دوغلاس للاضطرابات النمائية	٦٧
تعليم الخبرات من خلال البرنامج البديل للأطفال في سن ماقبل المدرسة : ليب	٧٣
الفصل الثاني : هيقاشي وسن رايز وغيرهما	
مدرسة هيقاشي : علاج الحياة اليومية	٨١
برنامج سن رايز في مؤسسة أبشن	٨٨
طريقة سبيل	٩٢
نموذج إيدين	٩٣
الفصل الثالث : الدمج	
الدمج	
الفصل الرابع : العناصر المشتركة للبرامج التربوية النموذجية لتعليم الأشخاص التوحديين	
كوادر مؤهلة	١١١
المنهج التربوي المناسب	١١٣
بيئة تعليمية تدعم التلميذ	١١٥
الروتيـــن	١١٦
مدخل عملي لمعالجة السلوكيات غير السوية	١١٧
تقويم مستمر	١١٩
التحضير للانتقال إلى فصول اعتياددية	١٢١
اشتراك الأسرة في عملية التعليم	١٢١
تطبيق الطرق التعليمية المبنية على أسس علمية	١٢٣
التدريب المكثف وعوامل مشتركة أخرى	١٢٣

الموضـــــوع	رقم الصفحة

القسم الثاني : طرق التعليم الموثقة

الفصل الخامس : التواصل الإثرائي والبديل

ماهو التواصل لإثرائي والبديل؟ ١٣٧
الوسائل المساعدة على التواصل والانتاج الصوتي ١٣٧
برامج الكمبيوتر ١٣٨
التواصل من خلال تبادل الصور : البكس ١٤٠
التحضير لتطبيق برنامج البكس ١٤٣
تطبيق برنامج البكس ١٤٥
ألواح التواصل ١٦٥
لغة الإشارة ١٧٠

الفصل السادس : أساليب تعليم المهارات الاجتماعية

القصص الاجتماعية ١٨١
التعليم من خلال الأنداد ١٨٥
فلور تايم ١٩٣

الفصل السابع : التعليم من خلال الاجراءات السلوكية

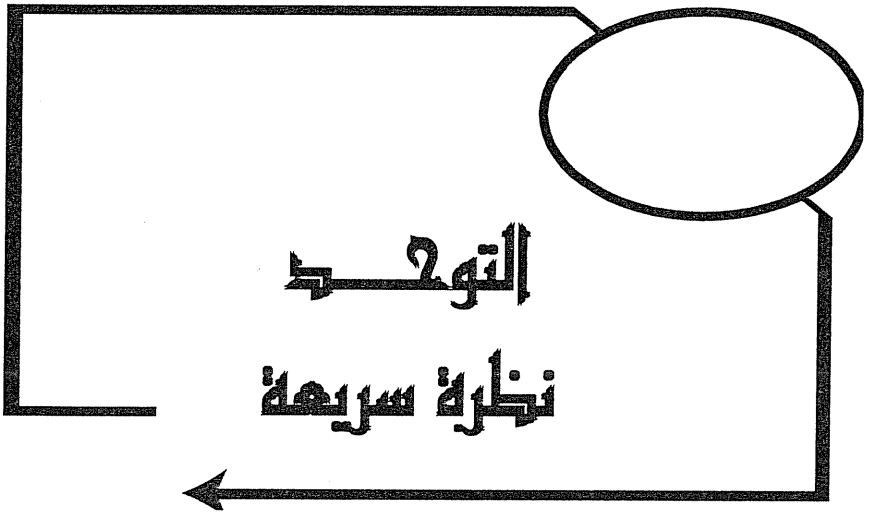
التعزيز ٢٠١
خطوات تطبيق اجراء التعزيز ٢٠٧
نقاط هامة لنجاح اجراء التعزيز ٢١٦
التلقين ٢٢١
اسئلة وأجوبة حول التلقين ٢٢٤
التشكيل ٢٢٧
التسلسل ٢٢٩
التعليم من خلال المحاولات المنفصلة ٢٣٥
التعليم العرضي ٢٤٢
التدريب عملى المهارات المحورية ٢٤٤
النمذجة من خلال الفيديو ٢٤٦
التدريب الإدراكي من خلال الصور ٢٤٩

الفصل الثامن : تحليل السلوك الوظيفي

المدخل الوقائي لتخفيض نسبة السلوكيات غير المناسبة ٢٥٩
التحليل الوظيفي للسلوك ٢٧٩

القسم الثالث : طرق التدخل النفسية المثيرة للجدل

الموضـــــوع	رقم الصفحة
الفصل التاسع : المعالجة الحسية والتطويرية	
التدخل الحسي	٢٩٥
الطرق التطويرية	٣٠٧
التدخل في مهارات التواصل	٣١٠
الفصل العاشر : كيفية تقويم أنواع المعالجة	
مناقشة كيفية تقويم انواع المعالجة	٣١٥
القسم الرابع : التدخل البيولوجيي في التوحد	
الفصل الحادي عشر : التدخل العلاجي بالأدوية النفسية	
مقدمة عن العلاج بالأدوية النفسية	٣٣٣
هل ينبغي اعطاء الشحص التوحدي دواء؟	٣٣٤
عوامل تؤخذ في الاعتبار عند التفكير في إعطاء الأدوية النفسية لشخص بعاني التوحد	٣٣٥
كيفية تحقيق الفائدة القصوى من الأدوية النفسية	٣٣٩
أصناف الأدوية النفسية	٣٤٥
المؤشرات السريرية لمعالجة صعوبات محددة بالأدوية في التوحد	٣٦٦
أفكار لإعطاء أدوية للأطفال التوحديين	٣٧١
الفصل الثاني عشر : معالجات بيولوجية غير الأدوية النفسية	
سيكريتين	٣٨٣
فيتامين ب ٦ مع مغنيسيوم	٣٦٤
دابميثيدفلايسين	٣٨٦
ميلاتونين	٣٨٧
نظام الحمية الغذائية الخالية من الغلوتين والكاسين	٣٨٧
المعالجة المضادة للخمائر	٣٩٠
الملاحـــق	
ملحق (١) الخطة التربوية الفردية	٣٩٥
ملحق (٢) الخطاب الذي يرسل إلى الوالدين لاجتماع الخطة التربوية الفردية	٤١٠
ملحق (٣) نموذج للخطة التربوية الفردية	٤١١
ملحق (٤) قائمة ببعض الأفعال القابلة وغير القابلة للقياس	٤١٤
ملحق (٥) دفتر التلميذ اليومي	٤١٥
ملحق (٦) تقارير مدى تقدم التلميذ	٤١٩
ملحق (٧) موضوعات تدريب العاملين مع الأشخاص ذوي التوحد	٤٣٠
المراجع والعناوين	٤٣٩


التوحد
نظرة سريعة

ماهـو التوحـد؟

التوحد هو اضطراب في النمو العصبي يؤثر على التطور في ثلاثة مجالات أساسية: التواصل، والمهارات الاجتماعية، والتخيل. يظهر التوحد في جميع أنحاء العالم وبمختلف الجنسيات والطبقات الاجتماعية بالتساوي. لم تجر حتى الآن أي دراسات تدل على مدى انتشار التوحد في العالم العربي. ولكن بناءً على الدراسات التي أجريت في أوروبا وأمريكا، تراوحت نسبة انتشار التوحد بجميع درجاته بين ٥-١٥ من كل ١٠,٠٠٠ مولود، بينما تقدر بـ ٥ من كل ١٠,٠٠٠ مولود لاضطراب التوحد الشديد. وهناك دلائل كثيرة على أن مدى انتشار التوحد آخذ في التزايد.

تظهر حالات الإصابة بالتوحد بنسبة ٤ : ١ بين الذكور والإناث بشكل عام. ولكن التوحد يظهر في الغالب بدرجات شديدة لدى الإناث، ويكون مصحوباً بتأخر ذهني شديد. وفي فئة التوحد الشديد، يوجد ذكران مقابل كل أنثى. وهكذا، لو أننا لم نأخذ في اعتبارنا إلا من أصيب بالتوحد المقترن بتأخر ذهني شديد من الذكور والإناث فإن نسبة الإصابة تنخفض بينهما إلى ٢ : ١ .

ماهي الصفات التي تميز بين الشخص التوحدي وغيره؟

في مرحلة الطفولة المبكرة، يكون التوحد في أوج شدته، وتظهر بعض أو جميع السمات التالية واضحة على الأطفال التوحديين:

- قلما يشير الطفل إلى لعبه أو أشيائه التي يحبها كنوع من المشاركة أو التفاعل الاجتماعي.
- لا يستجيب الطفل عند مناداته باسمه ويبدو كأنه أصم، ولكنه قد يستجيب

لأصوات أخرى تصدر في البيئة المحيطة به كصوت لعبة أو صوت فتح غطاء علبة مشروب على سبيل المثال.

- لا يركز الطفل بصره على والديه كما يفعل باقي الأطفال الأسوياء، بل يتفادى الكثير منهم التواصل البصري مع الآخرين.
- لا يصدر الطفل أصوات المناغاة كغيره من الأطفال.
- لا يلعب الطفل بلعبه ولا مع الآخرين بطريقة طبيعية، بل يغلب أن يصفّ الألعاب في خط طويل ويكرر طريقة اللعب. كما أنه يفتقد القدرة على التخيل أو اللعب التمثيلي.
- يعاني ضعفاً في مهارات التقليد.
- يقل اهتمامه بالأشخاص المحيطين به أو أنه يغفل وجودهم. يبدو أنه يعيش في عالمه الخاص.
- لا يشارك في الألعاب البسيطة التي يحبها غيره من الأطفال الأسوياء، مثل لعبة تغطية الوجه وكشفه فجأة والتي يلعبها عادة أحد الوالدين مع الطفل.
- لا يرفع الطفل ذراعيه إلى الأعلى لكي يحمله أحد والديه.
- يصعب جعل الطفل يوجه بصره إلى الآخرين ويتابعهم بنظراته، أو أن ينظر إلى حيث يريدونه أن ينظر. فإذا ما أشار الوالد مثلاً نحو جهة ما وقال للطفل "أنظر إلى اللعبة"، فإنه من النادر أن ينظر إليها ويدير رأسه نحو الجهة التي يشير إليها والده.
- تأخر أو فقدان التطور اللغوي: لا ينطق كلمات عند بلوغه ١٦ شهراً من عمره،

ولا يستخدم جملاً مكونة من كلمتين على الأقل عند وصوله ٢٤ شهراً من عمره.

- صعوبة فهم انفعالات وعواطف الآخرين، لا يرد على ابتسامة الغير بمثلها.
- يواجه بعض الأطفال التوحديين صعوبات في النوم.
- الاستجابات الحسية غير طبيعية لدى الكثيرين منهم، فقد تكون حاستهم للألم أو للحرارة ضعيفة على سبيل المثال، أو قد يبدو البعض وكأنهم صم، أو يكون للبعض اهتمامات بصرية غريبة كأن يوجهوا بصرهم إلى بؤرة أو نافذة واحدة، أو يعمدوا إلى رفرفة الأصابع أمام الضوء.
- يظهر لدى الكثيرين منهم نوبات غضب شديدة.
- يظهر لدى الكثيرين منهم حركات نمطية متكررة مثل رفرفة الأصابع أو الدوران حول أنفسهم، وما إلى ذلك.
- تتطور المهارات الاجتماعية واللغوية لدى فئة قليلة من الأطفال المصابين بالتوحد (تقدر بنحو ١٠ إلى ٢٥٪) بشكل طبيعي، ثم تتعرض لفقدان مفاجيء للغة أو فقدان المهارات الاجتماعية عند بلوغ عمر سنة ونصف سنة تقريباً.

أما فيما يخص سمات التوحد في جميع مراحل النمو والتطور، فنستعرض فيما يلي معايير تشخيص التوحد كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية: الإصدار الرابع المنقح (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition: Text Revised: DSM-IV-TR).

أ - تتضمن معايير التشخيص ٦ نقاط من (١)و(٢)و(٣) منها نقطتان على الأقل من القسم "١":

١ . قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي يتمثل على الأقل في اثنين من العناصر التالية:

- قصور واضح في استخدام عدد من السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري وتعبيرات الوجه ووضع الجسد والإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي .
- فشل في تكوين علاقات صداقة مع الأنداد تتناسب مع المستوى التطوري .
- فقدان المقدرة التلقائية على محاولة مشاركة الآخرين في المتع أو الاهتمامات أو الانجازات (مما يتمثل في عدم إظهاره لأشياء تهمه أو الإشارة إليها) .
- فقدان المقدرة على التبادل العاطفي أو الاجتماعي .

٢ . قصور نوعي في التواصل يتمثل على الأقل في أحد العناصر التالية:

- تأخر في تطور الكلام أو فقدانه كلياً (مع عدم وجود دلالة على محاولة التعويض عن هذا العجز بأي وسيلة أخرى غير لفظية مثل التواصل بالإيماء أو الإشارة) .
- بالنسبة للفئة التي تتمتع بقدرة على الكلام، يظهر لديها عجز واضح في القدرة على المبادرة إلى الحديث أو على الاستمرار في تبادل حديث مع الغير .
- استخدام متكرر وثابت للغة وطريقة خاصة في استخدامها .
- فقدان القدرة على ممارسة اللعب التمثيلي التلقائي والمتنوع واللعب من خلال التقليد الاجتماعي مما يتناسب مع مستوى التطور .

٣ . سلوك نمطي ومتكرر وذخيرة محدودة من الاهتمامات والنشاطات مما يتمثل على الأقل في أحد العناصر التالية:

- انشغال متواصل باهتمام نمطي واحد أو أكثر غير طبيعي من حيث شدته أو مدى التركيز عليه .
- تعلق غير طبيعي ببعض العادات أو الأمور الروتينية التي لا معنى لها .
- حركات جسدية نمطية ومتكررة (مثل رفرفة الأصابع أو ليّ اليدين أو حركات جسدية معقدة) .
- الانشغال المفرط بأجزاء الأشياء .

ب – تأخر أو سلوك غير طبيعي في أحد الجوانب التالية على أقل تقدير ، يبدأ قبل بلوغ الطفل ٣ سنوات :

- التفاعل الاجتماعي .
- استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي .
- اللعب الرمزي أو التخيلي .

جـ – لا يتمثل الاضطراب بشكل أفضل بمتلازمة ريت أو باضطراب الانتكاس الطفولي .

تظهر أعراض التوحد باختلاف شديد من شخص إلى آخر . وقد يعود هذا الاختلاف في الدرجة الأولى إلى تفاوت القدرات الإدراكية لدى الأشخاص المصابين بالتوحد . وفي الدرجة الثانية ، يختلف ظهور أعراض التوحد على المتكلمين وغيرهم ممن لم

تظهر أعراض التوحد باختلاف شديد من شخص إلى آخر.

تتطور لديهم مهارات الكلام. وفي الدرجة الثالثة، يختلف ظهور الأعراض بناء على الأوضاع التي يجد الشخص التوحدي نفسه فيها، فتتجه إلى الانخفاض في البيئات الواضحة والمنظمة، والعكس هو أيضاً صحيح. وأخيراً وليس آخراً، تعتمد شدة ظهور الأعراض على التدخل والعلاج اللذين تلقاهما الطفل. نقدم فيما يلي تفصيلا لهذه العوامل.

ماهي العوامل التي تؤثر على مدى تقدم الطفل التوحدي؟

١. درجة الذكاء

تظهر أعراض التوحد بوضوح وشدة على صغار الأطفال، وتتلاشى شدتها مع التطور الإدراكي لديهم. وهناك تقديرات بأن ٧٧٪ منهم يكون لديهم تأخر ذهني تتفاوت درجاته من خفيف إلى شديد. وعندما يكون التوحد مصحوباً بتأخر ذهني شديد فهو يسمى بـ" التوحد ذي الأداء المنخفض " (Low Functioning Autism). ويقدر أن حوالي ٢٧٪ من الأشخاص التوحديين ينتمون إلى هذه الفئة، بينما ٥٠٪ منهم يعانون التوحد وتأخراً ذهنياً خفيفاً أو متوسط الشدة. أما القلة المتبقية ممن لا يعانون تأخراً ذهنياً (٢٣٪)، فهم ينتمون إلى فئة " التوحديين ذوي الأداء العالي " (High Functioning Autism). تؤثر الإصابة بالتأخر الذهني على الأشخاص التوحديين من ناحية مدى تقدمهم، حيث تتضاءل قدرتهم على التعلم من خلال تجاربهم اليومية. وبالتالي، تتضاءل توقعات تحقيق نتائج إيجابية. وكلما ازدادت شدة التأخر الذهني لدى الشخص التوحدي، انخفضت بالتالي فرص اعتماده على نفسه واستغنائه عن مساعدة الآخرين له، واشتد لديه ظهور أعراض التوحد.

الأطفال التوحديون الذين لديهم تأخر ذهني شديد بالإضافة إلى التوحد سيواجهون مصاعب إدراكية كبيرة، وسيكونون أشد إعاقة عندما يكبرون.

عندما يكون التوحد مصحوباً بتأخر ذهني شديد فهو يسمى بـ"التوحد ذي الأداء المنخفض" (Low Functioning Autism). أما من لايعانون تأخراً ذهنياً (٢٣٪)، فهم ينتمون إلى فئة "التوحديين ذوي الأداء العالي" (High Functioning Autism).

إننا كآباء ومعلمين، نحتاج إلى الإلمام بالطريقة التي يرى بها الأشخاص التوحديون العالم لكي نتمكن من مساعدتهم بطريقة أفضل على فهم بيئتهم والتعامل مع مصاعبهم.

٢ . الخبرات التي يتعرض لها الطفل في برامج التدخل

يحتاج الطفل التوحدي أن يتعلم الخبرات التي يأتي الطفل الطبيعي مزوداً بمعرفة مسبقة لها . وحيث أن هناك الكثير من المهارات التي ينبغي أن يتعلمها الطفل، كان من الضروري أن يتلقى عدداً كبيراً من ساعات التدخل، بما يتراوح بين ٢٠-٤٠ ساعة اسبوعياً، ولا سيما في السنوات الأولى من التدريب . وبما أن مراكز التربية الخاصة ليس لديها في العادة الإمكانية لتوفير هذا العدد من الساعات، فإن دور الأسرة في تعليم الطفل أمر لابد منه إذا أردنا أن يحقق الطفل النجاح الذي نصبو إليه .

٣ . تطور اللغة

حيث أن عملية التفكير تصبح أسهل بكثير مع وجود التطور اللغوي، فإن الأطفال التوحديين الذين تطورت مهاراتهم اللغوية سيحققون بمرور الوقت تحسنا هاماً في تطورهم العام، والاجتماعي والعاطفي بشكل خاص .

ماهي أسباب الإصابة بالتوحد؟

تختلف أسباب الإصابة بالتوحد من شخص إلى آخر، فلا ينطبق سبب واحد على كل الذين يعانون التوحد . وفيما يلي قائمة ببعض الأسباب المحتملة :

- الجينات والوراثة .
- تعرض الأم إلى كيماويات سامة أثناء الحمل .
- اصابة الأم بأمراض وفيروسات في فترة الحمل .

- الاضطرابات الأيضية .

وبكلمة مختصرة ، تؤثر هذه العوامل على نمو العقل بشكل سليم ، ولا سيما في كيفية تبادل المعلومات ما بين أجزائه المختلفة .

القسم الأول

البرامج التربوية الشاملة

مقدمة القسم

تعتبر البرامج التربوية أهم عنصر في معالجة الشخص التوحدي، وليس هناك لبرنامج تربوي مناسب سواء كان ذلك تدخلاً طبياً مثل العقاقير أو طرق تدخل أخرى كالحمية الغذائية. هذا ما هو متفق عليه من قبل جميع العلماء والمختصين بالتوحد. إلا أن البرنامج التربوي "المناسب" كان مصدر جدل بينهم حول الفلسفة الأساسية التي يجب أن تستند عليها البرامج وطرق التعليم وعدد ساعات التعليم والأهداف التربوية التي يجب أن تقدم للشخص التوحدي. وبالتالي، ظهرت مئات البرامج التربوية للأشخاص التوحديين، إلا أن مناقشة كل منها أمر يقع خارج نطاق هذا الكتاب. وقد تم اختيار نموذج من البرامج التي يختلف بعضها عن البعض الآخر، كي يتخذ القارىء فكرة عن برامج وآراء مختلفة حول تعليم الأفراد التوحديين. وجميع هذه البرامج معروفة في عالم التوحد إلا أنها ليست جميعها موثقة علمياً.

يستعرض الفصل الأول أشهر البرامج التربوية للأشخاص التوحديين والتي ثبتت فعالية كل منهما من خلال دراسات علمية موثقة، وهما تيتش ولوفاس ودوغلاس وليب. يصف الفصل الثاني مدارس شهيرة أخرى إلا أنها غير موثقة علمياً (أو أنها ليست على نفس درجة التوثيق العلمي مقارنة بتيتش ولوفاس ودوغلاس وليب) وهي هيقاشي وبرنامج سن رايز وغيرها. ثم نستعرض في الفصل الثالث بعض المناقشات والمقترحات حول موضوع دمج الأطفال التوحديين في مدارس اعتيادية. أما الفصل الرابع فيغطي مناقشة لعشرة عوامل مشتركة تبنى عليها جميع البرامج التربوية النموذجية لتعليم الأشخاص التوحديين.

النقاط الرئيسية التي يتناولها هذا القسم :

- علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة (TEACCH) .
- لوفاس (Lovaas) .
- مركز دوغلاس للاضطرابات النمائية (DDDC) .
- الخبرات من خلال البرنامج البديلي للأطفال في سن ما قبل المدرسة (LEAP) .
- مدرسة هيقاشي : علاج الحياة اليومية (Higashi: DLT) .
- برنامج سن رايز لمؤسسة أبش (Son Rise Program) .
- الدمج .
- العناصر المشتركة لجميع البرامج التربوية النموذجية لتعليم الأشخاص التوحديين .

الفصل الأول

تيتتش ولوفاس ودوغلاس وليب

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

الفصل الثاني

هيقاشي وسن رايز وغيرهما

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

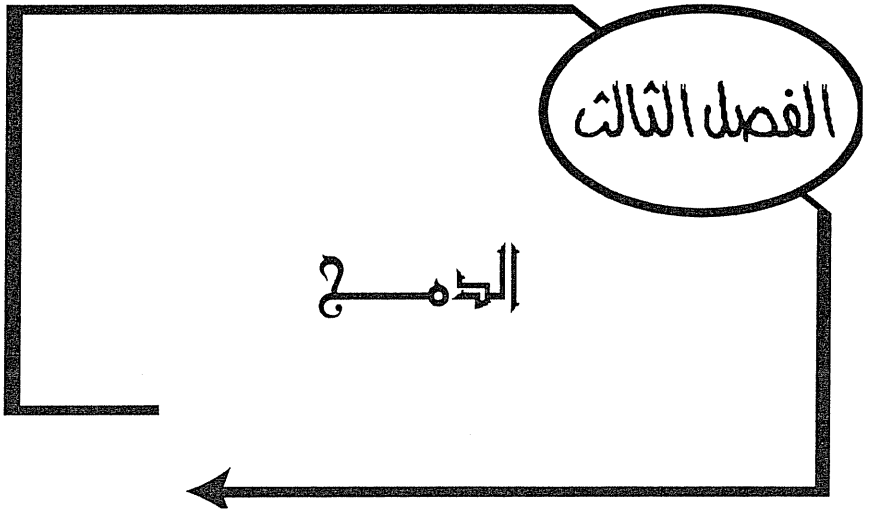
القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ


الفصل الثالث
الدمع

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

مثل هذا التغيير بشكل أفضل. ويفضل أن يبقى معه المعلم أو أحد أفراد أسرته إلى أن يبدو الطفل التوحدي مستقراً ومرتاحاً في بيئته الجديدة.

وبالإضافة إلى ما سبق، ولا سيما خلال أول سنة من دمجه في مدارس اعتيادية، قد يتطلب الأمر تزويد الطفل الذي يعاني التوحد بخدمات إضافية من قبل المركز المختص بالتوحد والتي قد تشمل تدريباً لغوياً، أو تدريباً على المهارات الاجتماعية، أو تدريباً سلوكياً. وقد يحتاج الطفل إلى مثل هذه الخدمات لعدة سنوات وينبغي أن تعمل الأسرة على إيجاد المكان المناسب لتوفير مثل هذه الخدمات إذا كان مركز التوحد الذي قام على تدريب الطفل قبل دمجه لا يوفرها.

أما بالنسبة للأطفال التوحديين الذين يصعب دمجهم في المدارس الاعتيادية بسبب معاناتهم تأخراً ذهنياً وعدم مقدرتهم على الكلام، فيجب مراعاة النقاط التالية:

- في حال استعدادهم لذلك، يجب أن يخطط المعلم لتعليم الطفل أجزاء من المنهج الحكومي، وذلك لأنه حتى الذين يعانون تأخراً ذهنياً خفيفاً يستطيعون تعلم المرحلة الابتدائية من المنهج ولكن بدرجة أبطأ بكثير من غيرهم. وهنا نقطة في غاية الأهمية ينبغي التنويه إليها وهي أن لا يركز المعلم كل جهوده على تعليم المهارات الأكاديمية ويتجاهل المهارات التي هي أهم من ذلك وهي المهارات الاجتماعية واللغة والتواصل والسلوك والتي تمثل الصعوبات الرئيسية في التوحد.
- ينبغي تنظيم أيام يشارك خلالها الأطفال الطبيعيون في مراكز التوحد وذلك لكي يتعلم الطفل التوحدي كيفية التفاعل مع من هم في مثل عمره من الأطفال العاديين.

قد يكون من الأسهل دمج الطفل التوحدي في فصل الأول الابتدائي من الروضة، وذلك لأن التعليم غالباً ما يكون أكثر تنظيماً مما هو عليه في مرحلة رياض الأطفال.

عند تعليم التلميذ التوحدي المهارات الأكاديمية في مراكز متخصصة بالإعاقات، ينبغي الإجابة على السؤال التالي: كيف ستفيد هذه المهارات الأكاديمية هذا الشخص في حياته اليومية؟ فتعليم الرياضيات على سبيل المثال بالشكل التقليدي كتعليم بعض جداول الضرب والقسمة والجمع والطرح قد يشكل هدراً لجهود ووقت المربي والتلميذ على حد سواء. فهذه العمليات جميعها يمكن أن تتم من خلال الآلة الحاسبة. وسيكون تعليم الرياضيات مفيداً للتلميذ بشكل أكبر ان تعلم كيفية استخدام الآلة الحاسبة في حياته اليومية.

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

الفصل الرابع

العناصر المشتركة للبرامج التربوية النموذجية لتعليم الأشخاص التوحديين

كما أسلفنا في الفصول السابقة، تختلف البرامج التربوية النموذجية للتوحد أحدها عن الآخر من حيث الفلسفة الأساسية وكيفية التطبيق. وبالرغم من هذه الاختلافات الظاهرة، كانت البرامج جميعها تؤدي إلى نتائج إيجابية مع الأشخاص التوحديين ومنها ارتفاع درجة الذكاء لدى الكثيرين منهم بمقدار عشرين درجة على وجه التقريب، وتطور مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية، والتخفيف من شدة سمات التوحد إلى حد كبير، ودمج عدد منهم في مدارس اعتيادية. وفي مراجعة لبرامج التدخل المبكر النموذجية في التوحد، استنتج الباحثان "داوسون" و "اوسترلينغ" (Dawson & Osterling, 1997) أن التحاق الطفل التوحدي بمثل هذه البرامج الناجحة مهم جداً بسبب ما تعود عليه من منافع كثيرة. ومما قاله الباحثان في هذا الشأن:

> *نستطيع بالتالي أن نستنتج أنه بصرف النظر عن طرق التدخل والفلسفة التي تبنى عليها هذه البرامج، فقد كانت جميعها ناجحة في وضع التلاميذ في مدارس مناسبة وفي تعزيز تطورهم على نحو ظاهر، أو في تحقيق هذين الأمرين معاً لنسبة كبيرة منهم.*
>
> (p.314)

ما سلف ذكره لا يعني أن جميع البرامج التربوية للأفراد التوحديين متساوية في مدى نجاحها، بل إن ما قام الباحثان بمراجعته في دراستهما هو فقط البرامج الموثقة والتي يتمتع العاملون فيها بدرجة مرتفعة جداً من الكفاءة، ومن ضمنها برنامج "تيتش" وبرنامج "لوفاس" وبرنامج "دوغلاس" و برنامج "ليب". ولا تشمل دراستهما برنامج "علاج الحياة اليومية" لدى مدارس هيقاشي أو برنامج "سن رايز" أو برنامج "إيدين"، وذلك لعدم توفر الدراسات العلمية التي توثق نتائج هذه البرامج.

وبالرغم من اختلافات البرامج الناجحة التي تخدم التوحد كتلك التي استعرضناها في الفصل الأول، تظل نتائجها بالنسبة للتلاميذ الذين يعانون التوحد متقاربة. والسؤال الذي يطرح نفسه هنا هو: بالرغم من الاختلافات الظاهرة في هذه البرامج، ما هي العوامل التي تجعلها ناجحة إلى حد كبير في تعليم الأشخاص الذين يعانون التوحد أو أياً من الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى؟

إن الإجابة على هذا السؤال تعتبر أمراً هاماً لسببين رئيسيين هما: أن تتمكن الأسر من تقويم البرامج المقدمة لأبنائها، وأن يتمكن المختصون من معرفة أسس تعليم الأشخاص التوحديين من جميع فئات الأعمار. ويمكن تبني هذه الأسس كقاعدة تُبنى عليها البرامج التربوية للأفراد التوحديين والتي قد تشكل الإطار الذي يمكن من خلاله التحرك في الاختلافات الفلسفية والمنهجية.

نستعرض فيما يلي العوامل المشتركة للبرامج التربوية الناجحة للأفراد التوحديين. والمعلومات المقدمة هنا مبنية على مرجعين أساسيين في هذا المجال. أولهما الدراسة التي قام بها كل من داوسون وأوسترلينغ (١٩٩٧)، وثانيهما كتاب صدر في عام ٢٠٠١ (National Research Council, 2001) حول تعليم الأطفال التوحديين والذي اشترك في الإشراف على كتابته لجنة مكونة من أكثر الناس شهرة في عالم التوحد وعددهم ١٢ شخصاً، وقد جرت كتابة أجزائه ومراجعته من قبل مختصين مثل إيريك فرومبون، وغاري مسيبوف، وغرايس بارانيك، وبات ميرندا، وأيمي وذربي، وماريان سيقمان، وإدوارد كار، وفريد فولكمار، وكاثرين لورد، وإيفار لوفاس، وسير مايكل راتر، وغيرهم.

١ . كوادر مؤهلة

لعل تأهيل الكوادر العاملة يمثل أهم عنصر من عناصر البرامج التربوية الناجحة للأفراد التوحديين . فمعظم العاملين على تطبيق هذه البرامج والإشراف عليها هم من حاملي درجة الماجستير مع تدريب على العمل مع الأشخاص التوحديين وترخيص للعمل في مجال التربية الخاصة . كما أن نظرتهم للأفراد التوحديين إيجابية بوجه عام، أي أنهم يتبنون الاعتقاد بأن الأشخاص التوحديين يتقدمون كثيراً طالما وجدوا الرعاية المناسبة .

ومثل هذه النظرة إزاء التوحد من شأنها أن تساعد الأطفال التوحديين على التقدم وتخطي الصعوبات المرتبطة بالتوحد . وعلى النقيض من ذلك، إذا كان العاملون ينظرون إلى الأشخاص التوحديين نظرة متشائمة، فسيكون مدى تقدمهم قليلاً جداً، لأن توقعات هؤلاء العاملين ستكون منخفضة، ولن يعلموا الطفل أهدافاً تربوية تناسب قدراته لأنهم في داخلهم يعتقدون أن الطفل التوحدي " لا يستطيع، ولن يستطيع القيام بها أو تعلمها " . ومثل هذا الاعتقاد خطير جداً لما له من تأثير على مستقبل التلميذ التوحدي . ترى المؤلفة حسب وجهة نظرها أن أهم معلومة يكتسبها جميع العاملين في هذا المجال أن كون الفرد يعاني التوحد لا يعني أنه لن يتقدم وأنه غير قادر على تعلم أشياء كثيرة . إن مدى تقدم الطفل لا يرتبط بإصابته بالتوحد فقط، وإنما هناك مؤثرات آخرى من أهمها درجة التأخر الذهني لديه وتطور اللغة وكيفية تعليمه . فالأشخاص الذين يعانون التوحد المصحوب بتأخر ذهني شديد، هم الذين سيكون تقدمهم محدوداً نوعاً ما . وهذه الفئة تمثل أقل من ٢٥٪ تقريباً من جميع الأشخاص الذين يعانون اضطراب التوحد، ويستمر انخفاض هذه النسبة مع تطور

ربما يسيء البعض فهم الأشخاص التوحديين ويعتبرونهم أشخاصاً عنيفين وشرسين، ولا يطيعون غيرهم، بل ويصعب التعامل معهم. كل هذه الصفات قد تكون حقيقية نسبياً. إلا أنه في الحالات التي يُظهر فيها الأفراد التوحديون مثل هذه السلوكيات، يكون هناك أسباب باعثة عليها. وبالتالي، إن لم يستطع العاملون فهم هذه الأسباب من خلال معرفتهم الشاملة عن التوحد، وتنظيم بيئة تعليمية مناسبة لاحتياجاتهم، وتصميم منهج وأهداف مناسبة لكل فرد منهم، فلن نستطيع أن نتوقع نجاحاً كبيراً لهم وسيستمر ظهور السلوكيات غير المناسبة لديهم، بل قد تصبح في حالة أسوأ مع مرور الزمان.

طرق التعليم. أما الأشخاص الذين يشكلون النسبة المتبقية منهم وهي ٧٥٪ أو أكثر، فهم يكتسبون مهارات متعددة بل إن ١٠-١٥٪ منهم أو أكثر يتمكنون من إكمال دراساتهم الجامعية. والمعلم المؤهل يستطيع تحديد الأهداف المناسبة لكل تلميذ، فهو يتعامل مع كل منهم بشكل فردي ولا يدمغهم جميعاً بدمغة "التوحد"، ولا يعلم الجميع أهدافاً تربوية موحدة، بل يعطي كل شخص حقه.

إلا أن الاعتقادات السالفة لا تعني أن علينا كمختصين وأسر معاملة الطفل التوحدي على أنه طفل طبيعي ونتوقع منه السلوكيات والتصرف اللذين نتوقعهما من طفل طبيعي. ذلك لأن الطفل الطبيعي يأتي إلى الحياة مجهزاً بمعرفة مسبقة. أما الطفل التوحدي، فهو يأتي إلى الحياة كالصفحة البيضاء، وعلينا نحن إدخال المعلومات المناسبة بالشكل المناسب إلى دماغه، مع مراعاة نقاط القوة والضعف لديه. وهكذا، إذا أظهر الطفل سلوكيات غير مناسبة، ينبغي أن نتعامل مع هذا السلوك كفرصة لتحديد ما يحتاج أن يتعلمه الطفل، وليس كفرصة لتطبيق العقاب عليه، لأن العقاب كما سترون في فصول قادمة، أمر غير مجدٍ في الأمد البعيد، ولا ينبغي أن تغرنا النتائج السريعة التي قد نلحظها على الطفل في حال عقابه.

أما بالنسبة للمتطوعين سواء كانوا من أسر الأطفال، أو من طلاب الجامعات أو غيرهم، فتتيح لهم البرامج التربوية النموذجية تدريباً مبدئياً لمدد متباينة ضمن الفعاليات التالية:

- تصوير فيديو للمتدربين عند عملهم مع الأطفال قبل وبعد التدريب.
- محاضرات مكثفة لمدة أسبوع كامل على أقل تقدير عن التوحد ونطاق سلوكياته، وطرق التعامل مع سلوك الطفل، وما هو المطلوب منهم

حيث أنه يختلف ظهور سمات التوحد اختلافاً كثيراً على الأفراد الذي يعانونه، فإن لكل فرد توحدي سماته واحتياجاته الخاصة والمميزة له. وليس هناك حتى الآن طرق علاجية نافعة مع جميع الأفراد. وبالتالي، فإن تأهيل الكوادر العاملة أمر أساسي لتمكينهم من تحديد الاحتياجات الخاصة لكل تلميذ، وطرق التعليم المناسبة له.

إذا أظهر الطفل سلوكيات غير مناسبة، ينبغي أن نتعامل مع هذا السلوك كفرصة لتحديد ما يحتاج ان يتعلمه الطفل، وليس كفرصة لتطبيق العقاب عليه.

كمتطوعين، بالإضافة إلى إجراءات وسياسات المدرسة أو المركز.

- إشرافاً أسبوعياً يقوم به المشرف أو المشرفة بمراقبة المتطوع ومن ثم تحديد جلسات منظمة لتبادل الآراء والمقترحات لمدة سنة بأكملها أو نصف سنة.
- تقويم عملهم مرتين (على الأقل) في السنة.

وفيما يخص إدارة هذه البرامج، فمعظم الأشخاص الذين يديرونها هم من حاملي درجة الدكتوراه من مجالات مختلفة مثل علم النفس أو التربية أو التربية الخاصة أو النطق واللغة، وجميعهم لديهم خبرة مكثفة في تطبيق البرامج التربوية على الأفراد التوحديين بالتحديد. هذا بالإضافة إلى أن كلاً من مديري هذه البرامج يتلقى مساعدة من شخص حامل درجة الدكتوراه أو الماجستير في نفس المجالات السالفة ويعمل متعاوناً مع مدير أو مديرة البرنامج. ويوجد في ملحق (٧) قائمة بالموضوعات التي ينبغي على العاملين مع فئة التوحد تلقي التدريب عليها.

٢ ـ المنهج التربوي المناسب

لكل شخص يعاني التوحد قدرات واحتياجات خاصة به وتختلف كثيراً عن احتياجات غيره من الأشخاص التوحديين. ولذلك، ينبغي تحديد المنهج التربوي لكل فرد على حدة، مع اعتبار قدراته الحالية.

ترتكز البرامج التربوية الناجحة على تطبيق المناهج التي تهدف إلى معالجة سمات التوحد بالتحديد عوضاً عن تطبيق المناهج التي صممت لأي من الإعاقات الأخرى مثل التأخر الذهني وما إلى ذلك. وفي الدرجة الأولى، يعتبر تعليم التواصل والمهارات الاجتماعية من أهم أهداف المنهج التربوي. يتعلم الطفل التواصل إما من خلال الإشارة إلى الصور أو الكلام إن أمكن أو كليهما معاً وكل حسب قدرته. ويفضل تعليم الطفل التواصل في الفصل أو المنزل أو أي مكان آخر يتواصل فيه، أي في بيئات تعليمية غير مصطنعة، ويندر تعليم الطفل التواصل في غرفة مخصصة

لتعليم التخاطب. وبالنسبة للمهارات الاجتماعية، يتم التركيز على تعليم الطفل أن يتفاعل اجتماعياً مع كل من الأطفال والراشدين. كما يعتبر تعليم الطفل مهارات اللعب هدفاً هاماً. إلا أن طرق التعليم تتباين، فبعض البرامج تقوم بتعليم الطفل أن يتفاعل مع الراشدين أولاً، ثم مع الأطفال، بينما بعض البرامج تعلم الطفل أن يتفاعل مع الأطفال والراشدين منذ بداية البرنامج.

وبالإضافة إلى ما سبق ذكره، فإن جميع البرامج تعلم الطفل أن يتفاعل مع بيئته وينتبه لها، وهذا يعني تعليم الطفل ما ينبغي الانتباه له وكيفية الانتباه للأشياء في البيئة. ففي برنامج لوفاس على سبيل المثال يتم تعليم هذا الهدف من خلال تعليم الطفل أن يتبع أوامر مكونة من خطوة واحدة. وفي برامج أخرى مثل ليب وغيرها، يتم تعليم هذا الهدف من خلال تقليد ما يقوم به الطفل وإعطائه ألعاباً يحبها.

كما يعتبر تعليم التقليد للطفل التوحدي هدفاً أساسياً لجميع هذه البرامج، وذلك لأن الطفل الطبيعي يتعلم مهارات متعددة وكثيرة من خلال تقليد الأشخاص في بيئته. أما باقي المهارات الإدراكية فتختلف البرامج من حيث الوقت والأهمية التي توليها. فبرنامج تيتش على سبيل المثال، يعطي المهارات الإدراكية مثل المطابقة والتصنيف وغيرها اهتماماً كبيراً. إلا أن معظم البرامج الناجحة الأخرى لا تعطي مثل هذه المهارات أولوية في تعليم التلميذ، ولا سيما في بداية مراحل التدريب. إلا أنه بعد أن يتعلم مهارات أساسية كالتواصل والمهارات الاجتماعية ومهارات الانتباه، والتقليد، حينها قد يتعلم مهارات إدراكية تمكنه من تعلم الحروف والأعداد والألوان، مما سيمكنه من الاندماج في مدارس اعتيادية إن كان يبدي استعداداً لذلك.

أما بالنسبة لمهارات الاعتماد على النفس، فمعظم هذه البرامج لاتعتبرها قصوراً

أساسياً في التوحد، وبالتالي يفضل تأجيل تعليمها (ما عدا دخول الحمام) إلى أن يكتسب الطفل المهارات الأساسية السالفة.

وفي المراحل المتقدمة، يتم تعليم الطفل مهارات تطورية من المجالات كافة والتي تشمل المهارات الإدراكية، ومهارات الاعتماد على النفس، ومهارات السلوك التكيفي ومهارات حركية. ويمكن هنا اتباع مناهج صممت للأشخاص الذين يعانون تأخراً ذهنياً مثل برنامج البورتاج (Portage) والذي ينتشر استخدامه في العالم العربي. إلا أنه لا ينبغي أن يطبق كما هو بالضبط، بل ينبغي تعديل المنهج بما يتناسب مع قدرات التلميذ واحتياجاته.

والأهم من هذا كله، أن جميع هذه البرامج تحدد الأهداف التربوية لكل تلميذ بناء على احتياجاته الخاصة ونقاط القوة والضعف لديه. وتوثق هذه الأهداف من خلال الخطط التربوية الفردية (أنظر ملحق ١).

٣. بيئة تعليمية تدعم التلميذ

أ. بيئة منظمة

في بداية مراحل التعليم، يتم تعليم الطفل في بيئة تربوية على درجة عالية من التنظيم وخاليه من أي مشتتات، ويوضح له بشكل يفهمه ما هو المطلوب وكمية العمل وتسلسل النشاطات وبداية ونهاية النشاطات وكل ما يحتاج لفهم البيئة والأحداث التي تقع فيها. وبالإضافة إلى ذلك، تعتبر عملية الثبات في التعليم أمر أساسياً لنجاح أي برنامج تربوي. لا نعلم الطفل مهارة معينة اليوم على سبيل المثال، ثم نكتشف غدا أن هناك مهارات أخرى يجب تعليمها، فنعرض عليه مهارات جديدة لتتغير في اليوم

في بداية مراحل التدريب، يستحسن أن تكون البيئة التعليمية منظمة وخالية من المشتتات، وتدريجياً ينبغي محاولة تصميم البيئة التعليمية بشكل أقرب إلى البيئات الطبيعية.

الذي يليه. وعلى النقيض من ذلك، ينبغي على كل معلم الثبات والاستمرار في تعليم الأهداف، والامتناع عن عرضها على التلميذ قبل التأكد من أنها مناسبة له.

ب. انخفاض نسبة المعلمين إلى التلاميذ

ولكي يستطيع المعلمون القيام بمثل هذه الخطوات، تتصف جميع هذه البرامج بنسبة منخفضة من المعلمين إلى التلاميذ، تتراوح ما بين ١ : ١ - ١ : ٢ ، وفي بداية مراحل التعليم لا تتعدى الأغلبية العظمى من البرامج هذه النسبة. أما في المراحل المتقدمة من التعليم، فقد تتراوح نسبة المعلمين إلى التلاميذ بين ١ : ١ - ١ : ٤ . إلا أن جميع هذه البرامج حتى وإن ارتفعت فيها نسبة المعلمين إلى التلاميذ، تعطي كل تلميذ تعليماً فردياً كل يوم (قد تتراوح مدته بين ٣٠-٩٠ دقيقة)، حيث يرتبط مثل هذا التعليم الفردي بتقدمه إلى حد كبير، فكلما تلقى التلميذ تعليماً فردياً أُخذت في الاعتبار احتياجاته الخاصة، ارتفع بالتالي مدى تقدمه (National Research Council, 2001).

بعد أن يتعلم الطفل مهارات أساسية في بيئة منتظمة، ينبغي عليه أن يعمم هذه المهارات وان يستخدمها في بيئات مختلفة وأقرب إلى الطبيعية. ويمكن اعتبار أن الطفل اتم تعميم المهارة التي تعلمها ان كان يستخدمها في أوضاع مختلفة وبيئات مختلفة من تلقاء نفسه ومن دون أي مساعدة من المعلم.

٤. الروتيـــن

حيث أن التمسك بالروتين والاحتياج إليه وإبقاء كل شيء على ما هو من الخصائص الأساسية للتوحد، فإن جميع البرامج الناجحة توفر درجة مرتفعة من الروتين، تمكن التلميذ من فهم الأحداث اليومية والتنبؤ بما سيحدث خلال اليوم. ويتم ذلك من خلال استخدام دلائل بصرية مثل الصور والكلمات وغيرها لعرض جداول التلاميذ اليومية، وقوانين الفصل، وتحديد مساحات الفصل وممتلكات التلميذ وغير ذلك. كما أن الدلائل البصرية تستخدم لتهيئة التلميذ لأي تغيرات قد تطرأ على روتينه المعتاد مثل غياب معلم أو وجود معلم احتياطي، والانتقال من نشاط أو مكان إلى آخر، أو

الذهاب في رحلات خارجية أو إلى أي مكان آخر. ويعتبر مثل هذا التحضير من المكونات الأساسية التي تبنى عليها جميع البرامج الناجحة لتعليم الأشخاص التوحديين.

٥ . مدخل عملي لمعالجة السلوكيات غير السوية

في البرامج التربوية الناجحة في تعليم الأشخاص التوحديين، يعتبر تعليم المنهج المناسب الذي يستهدف تطوير القصور المرتبط بالتوحد بما في ذلك القصور اللغوي والاجتماعي من أهم العناصر الوقائية للسلوكيات غير السوية.

تبنى البرامج الناجحة على مدخل وقائي لتعديل السلوك. فالأطفال التوحديون غالباً ما يظهرون سلوكيات تجعل من الصعب على المحيطين بهم التعامل معهم. إلا أن معظم هذه السلوكيات نابعة من عدم مقدرتهم على التواصل وعدم فهمهم للبيئة وعدم مقدرتهم على معالجة المعلومات الحسية بطريقة فعالة وعدم فهمهم للناس من حولهم. وبالتالي، تعتبر معالجة هذه الصعوبات عنصراً وقائياً أساسياً لجميع البرامج التي تعنى بتعليم الأشخاص التوحديين. ويتم هذا الإجراء من خلال تنظيم البيئة التعليمية لكي يشعر الشخص التوحدي بارتياح وأمان فيها، وتعليمه مهارات أساسية للتواصل ليتمكن من التعبير عن نفسه بطرق مناسبة عوضاً عن البكاء والصراخ وما إلى ذلك، وإعطائه فرصاً كثيرة لينجح فيها، وتعليمه من خلال أنشطة يستمتع فيها وتزيد من درجة انتباهه لها، وتعليمه مهارات اجتماعية تمكنه من الحصول على انتباه الآخرين والتعامل معهم بطرق مناسبة. ومثل هذه الإجراءات من شأنها أن تحد من إظهار الشخص سلوكيات غير مناسبة أو قد تخفيها تماماً.

إن تعليم الطفل التوحدي كيفية التعبير عن رغباته بطريقة مناسبة من شأنه ان يخفف من السلوكيات السلبية لديه إلى حد كبير.

بعد مثل هذا التنظيم والتعليم الوقائي، إذا استمر التلميذ في إظهار سلوكيات غير مناسبة، فإن البرامج تتبع ما يعرف "بالمدخل الوظيفي" (Functional Approach) للتعامل مع السلوكيات. ويفترض هذا المدخل أن جميع سلوكيات الفرد غير المناسبة تهدف إلى التعبير عن رغبته في الحصول على شيء يريده. وبالتالي، فإن جميع

السلوكيات لها هدف تواصلي. ويتم تحديد هدف السلوك من خلال "التحليل الوظيفي" (Functional Analysis) له. وبعد أن يحدد هدف السلوك، يتم تعليم الفرد سلوكاً بديلاً ومناسباً والذي يفي بنفس هدف السلوك غير السوي. يقوم "سامر" بالصراخ عند الطلب منه إكمال أحجية (بازل) على سبيل المثال، وبعد التحليل الوظيفي للسلوك، اتضح أن "سامر" لا يعرف كيف يكمل النشاط ويرغب في التعبير عن نفسه وقول: "احتاج إلى المساعدة". وبعد ذلك، قام المختصون بتعليم "سامر" السلوك المناسب البديل وهو التعبير عن رغبته في طلب المساعدة من خلال الإشارة إلى صورة. وبعد فترة تدريبية كانت مدتها أسبوعين، اختفى سلوك الصراخ لدى سامر، (للمزيد من التفصيل حول المدخل الوظيفي للسلوك، أنظر الفصل الثامن).

إن رغبة الطفل في التعبير عن احتياجاته، حتى وإن كانت من خلال سلوكيات غير مناسبة، هي أقوى بكثير من خوفه من العقاب ولاسيما لدى الطفل التوحدي الذي قد ينسى أو قد لايعرف لماذا تعرض للعقاب.

وفي المقابل، فإن البرامج التي تتبنى المدخل التقليدي لتعديل السلوك والتي تستهدف معاقبته أو تعزيز السلوك فقط، من دون اعتبار أهداف السلوك للطفل وتعليمه السلوك البديل والمناسب، لا تؤدي إلى نتائج إيجابية طويلة الأمد. ولو اختفت سلوكيات الطفل غير المناسبة لمدة مؤقتة، فهي تظهر تارة أخرى في وقت لاحق، وغالباً ما تكون أقوى وأشد، لأن الطفل لم يتعلم السلوكيات المناسبة التي توصله إلى ما يريده. إن رغبة الطفل في التعبير عن احتياجاته، حتى وإن كانت من خلال سلوكيات غير مناسبة، هي أقوى بكثير من خوفه من العقاب ولا سيما لدى الطفل التوحدي الذي قد ينسى أو قد لايعرف لماذا تعرض للعقاب. وبالإضافة إلى ذلك، فإن هذه الطرق التقليدية لا تعلم الطفل سلوكيات عملية مناسبة تساعده على التصرف في مجتمعه بطريقة لائقة.

٦ . تقويم مستمر

في بعض الأحيان، يصعب ملاحظة تقدم وتطور الشخص التوحديون خلال الملاحظة غير المنظمة، مما يتسبب في إحباط كبير لكل من الأسرة والمربين. يساعد التقويم المستمر إذا طبق بالشكل المناسب على تجنب مثل هذا الإحباط وذلك لأنه يقيس مدى تطور الشخص وتقدمه بشكل دقيق.

يعتبر قياس مهارات التلاميذ بشكل مستمر ركناً أساسياً لنجاح البرامج التربوية، وذلك لأن مثل هذا القياس يحدد نقاط القوة والضعف لدى التلميذ، إضافة إلى المهارات التي يبدي استعداداً لتعلمها ومستوى تطوره في مختلف المجالات، ويوثق مدى تقدمه. وتطبق هذه البرامج نوعين أساسيين من التقويم: التقويم الرسمي (Formal Assessments) وتقويم مهارات محددة أو التقويم غير الرسمي (Informal Assessments):

أ . التقويم الرسمي: قبل أن يلتحق الطفل بأي برنامج تربوي، يتلقى تقويماً تشخيصياً شاملاً حيث تجرى اختبارات رسمية ومقننة مثل اختبارات الذكاء، واختبارات تشخيصية للتوحد، واختبارات لقياس السلوك التكيفي، واختبارات لقياس مهارات التواصل، واختبارات لقياس المهارات الاجتماعية واللعب، واختبارات لقياس المهارات الإدراكية مثل الانتباه والتقليد وما إلى ذلك. وتختلف هذه البرامج من حيث الاختبارات الرسمية التي يتم تطبيقها، إلا أن معظمها يعتمد على إجراء مقياس تقدير التوحد الطفولي (Childhood Autism Rating Scale: CARS) ومقياس فاينلاند لسلوك التكيف (Vineland Adaptive Behavior Scales: VABS) كجزء أساسي في عملية التقويم الرسمي. وبعد سنتين من التحاق الطفل بالبرنامج، يقوم المختصون بإجراء تقويم رسمي آخر لتوثيق مدى تقدمه. وبعد ذلك، قد يتم إجراء اختبارات رسمية مرة كل ٣ سنوات، ولا يحبذ إجراء الاختبارات الرسمية سنوياً لأسباب من بينها:

تعتمد الأغلبية العظمى من البرامج التربوية النموذجية للأشخاص التوحديين على إجراء مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) ومقياس فاينلاند للسلوك التكيفي كجزء أساسي من التقويم الرسمي. أما بالنسبة للاختبارات الأخرى التي يتم اجراؤها خلال التقويم الرسمي فتختلف مع اختلافات إمكانات المراكز.

- قد يتعود الفرد على مثل هذه الاختبارات ويتعلم بعض بنودها مما قد يؤثر على مصداقية نتائجها.

- يتطلب إجراء مثل هذه الاختبارات وقتاً وجهداً مكثفين من قبل كل من الاختصاصيين والأشخاص الذين تُطَّبق هذه الاختبارات عليهم.
- وقد لا يحصل تقدم في مهارات الفرد خلال سنة واحدة بدرجة كافية تعطي مبرراً لإجراء مثل هذه الاختبارات بشكل سنوي.

يعتبر الاستمرار في تطبيق إجراءات التقويم غير الرسمي على التلميذ ركناً أساسياً من أركان نجاح العملية التربوية للتلميذ.

ب. التقويم غير الرسمي: بينما يشمل التقويم الرسمي إجراء اختبارات مقننة، يعتمد التقويم غر الرسمي على قياس قدرات التلاميذ دون اللجوء إلى اختبارات رسمية، وهناك عدة طرق للتقويم غير الرسمي، ومنها:

- الملاحظة.
- الاستقصاءات.
- قياس مهارات محددة من خلال تسجيل استجابات التلاميذ.
- تقويم نموذج من عمل التلاميذ.
- تصوير فيديو (وهذا ما يطبقه برنامج ليب بشكل خاص).

يستخدم التقويم غير الرسمي لتحديد الاحتياجات التعليمية لكل تلميذ. وبالإضافة إلى ذلك، فهو يقيس مدى تقدمه في تعلم مهارات محددة كما يشير إلى إمكاناته في استخدام هذه المهارات في حياته اليومية في أوضاع مختلفة ومع أشخاص مختلفين، ويحدد كذلك فعالية التدريب ومدى ملاءمة الأهداف التربوية. كما يمكن أن يلقي الضوء على الطريقة المثلى لتعليم التلميذ واهتماماته ونقاط القوة والضعف لديه وما إلى ذلك. في برنامج لوفاس على سبيل المثال، يقوم المعلم بتسجيل مدى تقدم الطفل في كل مهارة من خلال تسجيل عدد استجابات الطفل الصحيحة والخاطئة ومن ثم إجراء مقارنة بينها من يوم إلى آخر. وفي برامج أخرى، يقوم المعلم بقياس مدى تقدم

التلميذ كل ٣-٤ أيام (Scott, Clark, & Brady, 2000). وبعد أسبوع من التدريب على مهارة محددة بشكل يومي، إذا لم يُبدِ التلميذ أي تقدم ولو بسيط، ينبغي حينها تبسيط الهدف أو تعليمه بطريقة أخرى أو تأجيله إلى وقت لاحق.

٧. التحضير للانتقال إلى فصول اعتيادية

حيث أن أي نوع من الانتقال أو التغيير يعتبر أمراً صعباً بالنسبة للأطفال التوحديين، تتبع البرامج النموذجية الناجحة طرقاً محددة لتحضيرهم للانتقال إلى مدارس أخرى. وقد ناقشنا في الفصل السابق أساسيات الدمج والطرق المتبعة في تحضير التلميذ بما في ذلك المهارات اللازمة والخطوات المتبعة. وإن كان الدمج غير مناسب لطفل محدد، فإن البرامج التربوية النموذجية تطبق طرقاً أخرى تسمح للطفل التوحدي بمشاركة أنداده الطبيعيين في نشاطات مختلفة كإحضار بعض الأطفال الطبيعيين إلى المراكز التي تخدم الأطفال التوحديين.

٨. اشتراك الأسرة في عملية التعليم

منذ بداية الثمانينات من القرن العشرين، أشار العديد من الأبحاث إلى أن مشاركة الأسرة في البرامج التربوية للتلميذ التوحدي هو عامل أساسي لنجاحه. وبالتالي، فإن جميع البرامج التربوية النموذجية للأشخاص التوحديين تولي اهتماماً خاصاً للتواصل مع أسرة التلميذ وتدريب أفرادها على التعامل معه ومشاركتهم في جميع مراحل وخطوات التعليم، ولا سيما في المراحل التعليمية الأولية. وقد أشارت أبحاث عديدة أن بالإمكان تدريب أسرة الطفل التوحدي لتنجح في تعليم أطفالها التوحديين والتعامل بطريقة ملائمة مع سلوكياتهم، وأن مثل هذا التدريب يخفض

عندما نسمع أو نقرأ عن قصص نجح فيها الأطفال التوحديون نجاحاً هائلاً، فهي دائماً مبنية على مشاركة أسرهم بشكل مكثف في عملية تعليمهم.

كثيراً مستوى التوتر الذي يصيب الأسرة بسبب إصابة طفلها بالتوحد (National Research Council, 2001). وعندما نسمع أو نقرأ عن قصص نجح فيها الأطفال التوحديون نجاحاً هائلاً، فهي دائماً مبنية على مشاركة أسرهم بشكل مكثف في عملية تعليمهم. وحسب علم المؤلفة، لم تنشر أي قصص تصف نجاح أشخاص توحديين وتعزو هذا النجاح إلى تدريبهم في مدرستهم فقط، بل كانت مشاركة الأسرة المباشرة واضحة في كل حالة توحد تقدم فيها الفرد كثيراً أو أنه في بعض الحالات تقدم بدرجة تسمح برفع تشخيص التوحد عنه.

يتعين على أسرة الشخص التوحدي شكر المربين والقائمين على العمل مع طفلها عندما يقومون بعمل طيب من وقت إلى آخر، لكي يعلم هؤلاء المربون أن الأسرة تقدر جهودهم ليزيد حافزهم على العمل مع الطفل. ومن ناحية أخرى، يتعين كذلك على المربين تشجيع أسرة الطفل على عملها وجهودها. الجميع يحتاج إلى شكر وتقدير من وقت إلى آخر، وأسرة الطفل التوحدي ليست استثناء من ذلك، بل العكس هو الصحيح.

وهذا شيء متوقع عندما نأخذ بالاعتبار أن الطفل يقضي معظم وقته في المنزل بين أفراد أسرته. وبالتالي، فإن الأسرة لديها معرفة كبيرة عن طفلها واحتياجاته التربوية وتستطيع القيام بمساعدة الطفل في تعميم المهارات التي يتعلمها في المدرسة. وتستطيع كذلك تعليمه مهارات إضافية يتم الاتفاق عليها مع المختصين القائمين بالعمل مع الطفل في المدرسة.

وهناك نقطة هامة ينبغي التنويه إليها وهي أنه في حال رفض أعضاء الأسرة للمشاركة، يكون سبب عدم المشاركة في معظم الحالات عدم شعورهم بالمقدرة على القيام بالعمل المطلوب وليس عدم اهتمامهم. وأما عند تدريبهم على القيام بمهام يسهل عليهم إنجازها، ومراعاة حالتهم النفسية، فإن ذلك يسهل عليهم النجاح في تعليم طفلهم ويبعث لديهم الشعور بالقدرة على مساعدته. ومن ثم يستطيع المختصون تدريجياً الطلب من الأسرة القيام بمهام أكثر صعوبة. وعلى كل حال، يتعين على المختصين في تعليم الأطفال التوحديين عدم الاستسلام والاكتفاء بقول "إن الأهل غير متعاونين معنا وبالتالي، ليس بمقدورنا القيام بتعليم الطفل". إن الاستمرار في محاولة تدريب الأسرة على المشاركة أمر ينبغي أن يعتبره المختصون من أهم الأهداف التربوية للطفل.

٩ . تطبيق الطرق التعليمية المبنية على أسس علمية

إن جميع البرامج النموذجية للتوحد تطبق طرقاً تعليمية مبنية على أسس علمية . وهذا يعني أن هذه الطرق المتبعة قد أثبتت جدواها من خلال أبحاث علمية منظمة وموثقة . وتتباين مثل هذه الطرق من تقنيات سلوكية مثل التعليم من خلال المحاولات المنفصلة والتشكيل والتعزيز وغيرها ، إلى طرق تعليمية تقارب الشكل الطبيعي للتعلم مثل التعلم العرضي (أنظر الفصل السادس) . إن معظم هذه البرامج تطبق مجموعة منها حيث يتلقى الطفل في بداية التدريب التعليم من خلال طرق تعليمية منظمة مثل التعليم من خلال المحاولات المنفصلة ، ثم يتم دمج طرق تعليمية أقل تنظيماً مثل التعليم العرضي . وسنستعرض في الفصول التالية وصفاً لهذه الطرق .

١٠ . التدريب المكثف وعوامل مشتركة أخرى

تتسم جميع البرامج النموذجية لتعليم الأطفال التوحديين بتدريب مكثف للأطفال تتراوح مدته بين ١٥-٤٠ ساعة (بمعدل ٢٧ ساعة) أسبوعياً . وينبغي الأخذ بالاعتبار نقطة غاية في الأهمية وهي أن كثافة عدد ساعات التدريب لا تقاس بناء على عدد الساعات التي يحضر فيها التلميذ إلى المدرسة فحسب ، بل تقاس بناء على عدد الفرص التي تعطى للتلميذ للاستجابة والمشاركة الفعالة وتطبيق المهارات المكتسبة بشكل مناسب . هذه الفرص هي التي تقاس لمعرفة مدى كثافة التدريب وهي المرتبطة ارتباطاً كبيراً بمدى تقدم التلميذ (National Research Council, 2001) . وهكذا ، فإن الساعات التي يقوم التلميذ خلالها بمشاهدة التلفاز ، أو باللعب منفرداً ، أو بمشاهدة ما بخارج نافذة الفصل ، وما إلى ذلك لا تعتبر كساعات تدريب للتلميذ في هذه البرامج .

إن عدد الساعات التي يحضر خلالها الطفل إلى المدرسة لايعني الكثير، بل ان الطريقة التي تقضى بها هذه الساعات هي التي من شأنها ان تؤثر على مدى تقدمه. فالساعات التي تعتبر ضمن ساعات التعليم هي التي يُعطى التلميذ خلالها فرصاً كثيرة للاستجابة والتعلم.

وبالإضافة إلى الساعات التي يتلقى خلالها التلميذ التدريب في المدرسة، فهو يتلقى أيضاً التدريب في منزله لعدد إضافي من الساعات. وبالتالي، فإن عدد الساعات التي يقضيها في التعلم هي في الحقيقة أكثر بكثير مما يتلقاه في المركز أو المدرسة فقط. وكما لاحظنا في هذا القسم، فإن جميع البرامج النموذجية توفر التدريب على مدار السنة أي لمدة ١٢ شهراً سنوياً.

الأشخاص التوحديون ذوو الأداء المرتفع يستطيعون تقبل التدريب لعدد أكثر من الساعات عند مقارنتهم مع أندادهم ذوي الأداء المنخفض.

وهناك سؤال كثرت المناقشات حوله وهو: من يحتاج إلى تدريب أكثر من حيث عدد الساعات، الأطفال التوحديون ذوو الأداء المرتفع، أو ذوو الأداء المنخفض منهم؟ وقد اختلفت الآراء حول هذا الموضوع، فالبعض يعتقد أن ذوي الأداء المنخفض يحتاجون إلى تعلم عدد من المهارات أكبر من تلك التي يحتاج إليها ذوو الأداء المرتفع. وبالتالي، فهم بحاجة إلى تدريب أكثر كثافة. وحول ذلك يقول البعض إن الأفراد التوحديين ذوي الأداء المرتفع لديهم فرص أكبر للدمج في مدارس اعتيادية والحصول على شهادات وخبرات تمكنهم من العيش معتمدين على أنفسهم. وبالتالي، فهم الأحق بعدد أكبر من ساعات التدريب والاهتمام بهم. وفي حقيقة الأمر، إن كل شخص توحدي يحتاج إلى تدريب مكثف بصرف النظر على مستوى أدائه. إلا أن الأغلبية تجمع على أن ذوي الأداء المرتفع يستطيعون تقبل التدريب لفترة أطول من أندادهم ذوي الأداء المنخض.

وبالإضافة إلى التدريب المكثف، هناك عناصر مشتركة أخرى لهذه البرامج النموذجية للتوحد، وهي أن جميع هذه البرامج تستخدم طرق تواصل إثرائية وبديلة (Augmentative and Alternative Communication) كالإشارة إلى الصور، وتتيح فرصاً لتعليم المهارات الاجتماعية من خلال أطفال طبيعيين، وجميعها تركز على مساعدة

الطفل التوحدي على العمل معتمداً على نفسه، كما تساعده على تعلُّم المبادرة والاختيار. وأخيراً، فإن بعض هذه البرامج وليس جميعها يقدم للتلاميذ خدمات إضافية كالدمج الحسي (Sensory Integration)، وما زالت الأسئلة تدور حول مدى فائدة الخدمات المساندة مثل التدريب المهني.

إن فوائد الخدمات الاضافية كالدمج الحسي (Sensory Integration) لم تَثبُت علمياً بشكل قاطع، وبالتالي، فإن عدداً كبيراً من البرامج التربوية الناجحة لتعليم الأشخاص التوحديين لا يوفر مثل هذه الخدمات.

الخلاصة

استعرضنا في هذا القسم بعض البرامج التربوية للأشخاص التوحديين والتي يعتبر معظمها برامج تدخل مبكر. وتم اختيار البرامج بناء على خاصيتين أساسيتين هما شهرة البرامج واختلاف بعضها عن البعض الآخر، وذلك لكي يتسنى للقارىء تكوين فكرة واسعة عن الآراء المختلفة حول طرق التدخل في التوحد. إلا أن هذه البرامج ليست جميعها موثقة علميا من خلال دراسات وأبحاث منظمة تقيس مدى تقدم التلاميذ الملتحقين بها بشكل موضوعي وعلمي. إن أكثر البرامج توثيقاً مما جرت مناقشته في هذا القسم برامج تيتش ودوغلاس وليب ولوفاس. وحيث أن هذه البرامج أدت إلى نتائج متقاربة، بغض النظر عن الاختلافات في الفلسفة والمبادىء وأساليب التعليم المتبعة، فإن الاستنتاجات حول الممارسة الإيجابية في تعليم الأشخاص التوحديين ينبغي أن تنبثق من تحليل العوامل المشتركة لهذه البرامج (Dawson & Osterling, 1997). وبناء على ما ورد في دراسات هامة في هذا المجال، فإن هناك عشرة عوامل مشتركة للبرامج التي أثبتت بطريقة علمية تقدم التلاميذ الملتحقين بها وهي كالتالي (Dawson & Osterling, 1997; National, Research Council, 2001):

- تأهيل الكوادر العاملة؛

- تقديم منهج دراسي يُعنى بمعالجة خصائص التوحد؛
- تنظيم البيئة التعليمية بشكل يدعم التلاميذ ويوفر لهم فرصاً لتعميم المهارات التي يتعلمونها؛
- توفير الروتين؛
- اتباع مدخل عملي وقائي لمعالجة السلوكيات غير السوية؛
- تقويم التلاميذ بشكل مستمر؛
- تحضير التلاميذ للانتقال إلى فصول اعتيادية؛
- اشتراك الأسر في عملية تعليم التلاميذ؛
- تطبيق الأساليب التعليمية المبنية على أسس علمية؛
- تدريب التلاميذ بشكل مكثف؛ وعوامل أخرى.

وبالرغم من التقدم العلمي في مجال تربية الأشخاص التوحديين وتحديد عناصر النجاح فيها، إلا أنه ما تزال بعض المسائل حول برامج التدخل عالقة دون إجابة عليها ومنها:

- لا يمكن في الوقت الحالي التوصل إلى معرفة أي من هذه البرامج تتناسب مع أي من الأطفال. فهل برنامج تيتش على سبيل المثال يناسب الذين لا يتكلمون أو ذوي الأداء المنخفض أكثر مما يناسبهم برنامج لوفاس؟ أم العكس هو الصحيح؟
- ما يزال عدد الساعات المناسبة لتدريب كل فرد قضية معلقة. فنحن لا نعرف

مثلا إن كان تعليم الطفل لمدة ٤٠ ساعة أسبوعياً هو أفضل بكثير من تعليمه لمدة ٢٥ ساعة أسبوعياً. إلا أن الدراسات المرتبطة بهذا الموضوع أتاحت تحديد إطار لعدد الساعات المناسب والذي يجب ألا يقل عن ٢٠-٢٥ ساعة أسبوعياً، وعلى مدار السنة. وبالرغم من أن برنامج ليب يقدم ١٥ ساعة أسبوعياً فقط لتدريب الأطفال، إلا أنه ينبغي أن تقوم الأسرة بتدريب الطفل لمدة إضافية قدرها ساعة أو ساعتان يومياً في المنزل، وبهذا يتراوح عدد ساعات تدريب الطفل الملتحق ببرنامج ليب بين ٢٠-٢٥ ساعة.

- لايمكن في الوقت الحالي تحديد مدى تأثير الخدمات المساندة مثل التدريب المهني والتكامل الحسي على تقدم الأشخاص الذين يعانون التوحد.

إن تقدم الأطفال التوحديين يعتمد بدرجة كبيرة على عمل وجهد مكثف من مدرسة الطفل ومن ذويه، ولا سيما في السنين الأولى من حياته. وليس هناك أي طريقة للتدخل إلى الآن تعوض عن أهمية التدخل التربوي.

وعلى كل حال، فإن إصابة الشخص بالتوحد لا تعني إطلاقاً أنه سيعيش حياته وحيداً ومعتمداً على الآخرين كما كانت الاعتقادات سائدة سابقاً. بل إن الكثيرين منهم يتمكنون من عيش حياة ناجحة ومستقلة بالرغم من استمرار وجود بعض خصائص التوحد بدرجات متفاوتة. إلا أنه ينبغي التنويه إلى نقطة هامة جداً وهي أن تقدم الأطفال التوحديين يعتمد بدرجة كبيرة على عمل وجهد مكثف من مدرسة الطفل ومن ذويه. وكما سنرى في الفصول التالية، ليس هناك أي طريقة للتدخل إلى الآن تعوض عن أهمية التدخل التربوي، ولا نستثني من ذلك العقاقير الطبية والحمية الغذائية والفيتامينات وغيرها مثل السيكرتين.

ونختتم القسم بما قاله كل من داوسون واسترلينغ (Dawson & Osterling 1997, p.323):

لو أننا طبقنا كل ما نعرفه وتوقفت محاولاتنا عن ابتكار طرق جديدة، فإن من المرجح أن يتمكن نصف الأطفال الذين يعانون التوحد من

الالتحاق بمدارس اعتيادية حين يبلغون سن الالتحاق بالصف الابتدائي الأول. ولو ابتدأت برامج التدخل في سن أبكر، وهذا من المتوقع نتيجة للاهتمام الحالي بتصميم وسائل للتشخيص المبكر، لأصبحت النتائج واعدة ونظرنا إليها بتفاؤل أكبر. وبالتالي، سنعيد النظر في توقعاتنا الحالية لمدى تقدم الأشخاص التوحديين على المدى البعيد. وبناء على هذا، قد يكون أهم هدف للباحثين والمهتمين في هذا المجال هو التواصل الفعال مع المجتمع العام ونقل ما نعرفه الآن عن التوحد لكي نكسب المزيد من دعمهم واهتمامهم. أما في وقتنا الحالي، فقد أصبح من الواضح تماماً أن تقدماً هائلاً حصل في تطوير أساليب التدخل المبكر في التوحد، وأن جهودنا في تغيير مجرى حياتهم في المستقبل من خلال هذه البرامج كانت مجدية إلى حد كبير.

اختبر معلوماتك

١) ما أهمية أن يكون العاملون مع أشخاص توحديين على درجة مرتفعة من الكفاءة؟

٢) ما هي المهارات التي ينبغي التركيز عليها في بداية مراحل تدريب الأطفال التوحديين؟

٣) ما هي العناصر التي تشمل التنظيم الوقائي لسلوك الأطفال التوحديين؟

٤) إلى ماذا يشير مصطلح "المدخل الوظيفي" لتعديل السلوك؟ وما أهميته بالنسبة للتعامل مع السلوكيات السلبية التي قد يظهرها الأطفال التوحديون؟

٥) أذكر فرقاً أساسياً بين التقويم الرسمي والتقويم غير الرسمي .

٦) لماذا تولي البرامج التربوية الناجحة مع الأشخاص التوحديين أهمية بالغة لعملية تقويم التلاميذ بشكل مستمر؟

٧) أذكر العوامل المشتركة العشرة لبرامج التدخل مع الأشخاص التوحديين .

٨) فيما يخص التدخل التربوي في التوحد، أذكر بعض المسائل التي ما زالت عالقة دون إجابة .

القسم الثاني

طرق التعليم الموثقة

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

- لغة الإشارة (Sign Language) .
- القصص الاجتماعية (Social Stories) .
- التعليم من خلال الأنداد (Peer-Mediated Intervention).
- فلور تايم (Floor Time) .
- التعزيز (Reinforcement) .
- التلقين (Prompting) .
- التشكيل (Shaping) .
- التسلسل (Chaining) .
- التدريب من خلال المحاولات المنفصلة (Discrete Trial Training) .
- التعليم العرضي (Incidental Learning) .
- النمذجة من خلال الفيديو (Video Modeling) .
- التدريب على المهارات المحورية (Pivotal Response Training) .
- التعميم (Generalization) .
- التدريب الإدراكي من خلال الصور (Cognitive Picture Rehearsal) .
- المدخل الوقائي للتقليل من السلوكيات غير المناسبة .
- تحليل السلوك الوظيفي (Functional Behavior Analysis) .

الفصل الخامس

التواصل الإثرائي والبديل

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

الفصل السادس

أساليب تعليم المهارات الاجتماعية

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

- عدم الاثارة بسهولة ؛
- وعدم إبداء سلوكيات عدوانية شديدة .

تحديد الألعاب:

- يستحسن اختيار ألعاب الطفل التوحدي المفضلة لديه ، والألعاب التي يتمكن من استخدامها بالشكل الصحيح ، ولا سيما في بادىء مراحل التدريب .

تدريب الأطفال الطبيعيين الذين تم اختيارهم

ينبغي أن تشمل أول مراحل التدريب ما يلي :

- إعطاء الأطفال فكرة سريعة عن التوحد .
- عدد الجلسات المطلوبة منهم وفترة كل واحدة منها .
- كيف سيؤثر عملهم بدرجة كبيرة على تحسين حياة الطفل التوحدي .
- تذكيرهم بواجبهم الديني في مساعدة الآخرين ابتغاء الأجر من الله سبحانه وتعالى .
- تشجيعهم على المشاركة وشكرهم على ذلك .
- يمكن أيضاً إعطاء الأطفال درجات إضافية في المدرسة . إلا أن مثل هذا النوع من التشجيع لا يستحسن استخدامه لأنه قد يجعل من أطفال غير مهتمين بالموضوع المشاركة فيه . وهذا بالتالي قد يؤثر على سلوكهم مع الطفل التوحدي وتفاعلهم معه .

وبعد تلقي المعلومات الأساسية السالفة ، يتلقى الأطفال ثلاثة أنواع من التدريب :

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

التوحديين أن يلعبوا مع غيرهم من الأطفال. سمعتُ من معلميكم ومن آبائكم أنكم لاعبون ماهرون وأن لكم أصدقاء كثيرين. ولذلك، أود أن أطلب منكم أن تساعدوا هؤلاء الأطفال ليتعلموا اللعب معكم (Roeyers, 1996, p. 308).

التدريب الخاص:

بعد أن يتلقى الأطفال التدريب العام، يؤخذ كل طفل على حدة ويقدم له معلومات عن الطفل التوحدي الذي سيقوم بالعمل معه. وينبغي أن تشمل هذه المعلومات ما يلي:

- القدرة اللغوية للطفل التوحدي (ما الذي يفهم، كيف يتواصل مع الآخرين، وما هي أفضل طريقة للتواصل معه).
- سلوك اللعب (ما هي الألعاب التي تهمه وكيف يلعب بها، واقتراحات حول إدارة حصة اللعب مع الطفل التوحدي).
- السلوكيات غير الملائمة التي قد يصدرها الطفل التوحدي، وفي أي أحوال قد تحدث. وهنا يلزم الحرص الفائق على عدم ترويع الطفل العادي، بل مناقشة السلوكيات التي يجب تجنبها، ومخاوف الطفل التوحدي واستجاباته الحسية. ومن ثم يمكن قول شيء كالتالي: "في بعض الأحيان، قد يشعر الطفل بالخوف والقلق إزاء أشياء جديدة لا يفهمها، وليعبر عن خوفه، قد يلجأ الطفل إلى الصراخ لأنه لا يعرف التعبير عن خوفه بأسلوب أفضل، وفي مثل هذه الأحوال عليك مناداة المعلم".
- يُعطى الأنداد فرصاً كثيرة لطرح الأسئلة ويتم تشجيعهم على ذلك.

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

اختبر معلوماتك

١) ما هي القصص الاجتماعية؟

٢) ما هي الأمور التي ينبغي تحديدها قبل كتابة القصص الاجتماعية؟

٣) صف الأنواع الثلاثة من الجمل التي تشكل القصص الاجتماعية .

٤) ما هو التعليم من خلال الأنداد؟

٥) ما هي الخصائص التي ينبغي توفرها في الأطفال الطبيعيين الذين سيشاركون في التعليم من خلال الأنداد؟

٦) أذكر عنصراً هاماً يؤدي إلى نجاح التعليم من خلال الأنداد .

٧) أذكر ثلاثة أنواع من التدريب مما يعطَى للأطفال الطبيعيين الذين سيشاركون في عملية التدخل من خلال الأنداد، ثم صِفْ كلاً منها .

٨) أذكر خمسة أهداف تربوية قد تحدد للطفل التوحدي عند التعليم من خلال الأنداد .

٧) صف " فلور تايم " .

الفصل السابع

التعليم من خلال الإجراءات السلوكية

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

أنواع معينة من المشروبات

- المشروبات الغازية ؛
- العصيرات الطازجة ؛
- المشروبات الاصطناعية مثل التانغ والفيمتو .

الأشياء الحسية

- فقاقيع الصابون ؛
- مرآة ؛
- اللعب بالماء ؛
- اللعب بالتراب ؛
- اللعب بالمعجون ؛
- التصفيق ؛
- سماع الموسيقى ؛
- الدغدغة ؛
- الأشياء التي لها بريق ؛
- الألعاب التي تصدر أصواتاً ؛
- أشكال : منظار النماذج المتغيرة (Kaleidoscope) ؛
- الأشياء التي تدور بسرعة ؛
- الهدوء التام ؛

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

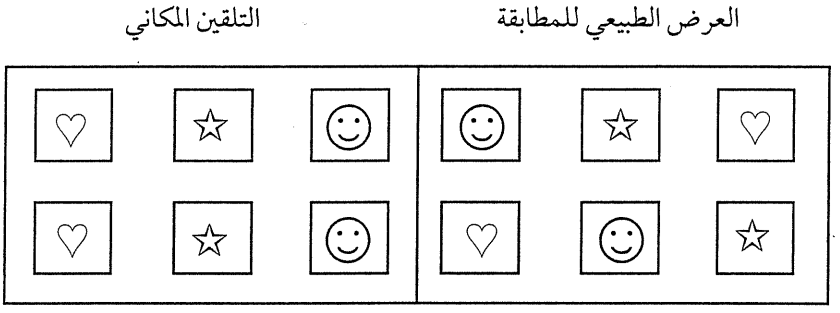
القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

التلقين الإيمائي/الإشارة

يعرف التلقين الإيمائي بأنه تلقين من خلال الإشارة أو لفت انتباه الفرد إلى شيء معين أو مكان معين يساعده على الاجابة بشكل صحيح. وعلى سبيل المثال، عند تعليم أحد التلاميذ قراءة الساعة، يسأل المعلم التلميذ "كم الساعة؟" (المثير)، وإذا لم يجب التلميذ، أشار المعلم إلى العدد الذي يدل على الساعة.

التلقين المكاني

يعرف التلقين المكاني بأنه تلقين من خلال وضع المواد التعليمية في مكان أو بشكل يساعد الفرد على الاستجابة الصحيحة. لنفترض على سبيل المثال أننا نريد أن نعلم الطفل المطابقة، فنصُفُّ الكروت المتطابقة بعضها تحت البعض الآخر بالشكل التالي:



يعتبر التلقين إجراء مفيداً في عملية تعليم الأفراد ولا سيما ذوي الاحتياجات الخاصة لأنه يساعدهم كثيراً على تعلم السلوكيات المستهدفة. فهو يعطيهم فرصة أكبر لاكتساب المعززات (من خلال مساعدتهم على الإجابة الصحيحة) وبالتالي، سيكون لديهم حافز أكبر للتعلم (على افتراض أن هذه الإجراءات تطبق بالشكل الصحيح).

سرعان ما يعتمد الشخص التوحدي على التلقين. ولذلك ينبغي توخي الحيطة حين تطبيق هذا الإجراء من خلال مراقبة الفرد واعطاء اقل قدر ممكن من التلقين.

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

والتصنيف والتقليد واتباع الأوامر وفهم اللغة ومهارات الاعتماد على النفس (مثل الأكل والشرب واللبس) وما إلى ذلك. أما عند تعليم المهارات الاجتماعية والتواصل مع الغير، فيفضل استخدام طرق أخرى مثل التعليم العرضي (والذي نشرحه لاحقاً)، والتواصل من خلال تبادل الصور والقصص الاجتماعية والطرق الأخرى التي ورد ذكرها في الفصل السابق هذا لأن مثل هذه الطرق تعلم الطفل المبادرة إلى التواصل والاختلاط بالآخرين أفضل مما تعلمه المحاولات المنفصلة. وذلك لأن المحاولات المنفصلة مبنية على استجابة الطفل لتعليمات المربي عوضاً عن أن يبدأ هو بتفاعلات اجتماعية مع الغير والتواصل معهم. أما في مراحل التدريب المتقدمة، فيمكن استخدام المحاولات المنفصلة لتعليم النطق ولفظ الكلمات.

ما هي العوامل التي تجعل التعليم من خلال المحاولات المنفصلة طريقة ناجحة جداً مع الأشخاص التوحديين؟

هناك عدة عوامل تجعل التعليم بالمحاولات المنفصلة طريقة ناجحة مع الأشخاص التوحديين هي التكرار، والتنظيم، والتعزيز.

١. التكرار: يتلقى الفرد عدة فرص ومحاولات لتعلم الأهداف. وبالتالي تصبح عملية التعلم أسهل وأكثر فاعلية. وتدل النظريات الحديثة على أن الممارسة اليومية والتكرار من شأنهما أن يؤثرا على تكوين الدماغ ولا سيما الخلايا العصبية حتى عند كبر السن (Le Doux, 2002).

٢. التنظيم: إن الشخص التوحدي يحتاج إلى التنظيم لأنه يجد صعوبة في فهم البيئة غير المنتظمة. وحيث أن هذه الطريقة لها خطوات واضحة وتتبع نفس التسلسل وطريقة العرض، فإن هذا يسهِّل على الشخص اتباع التعليمات

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

القسم الأول: البرامج التربوية الشاملة ـــــــ

الفصل الثامن

تحليل السلوك الوظيفي

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثاني: طرق التعليم الموثقة ـــــــ

القسم الثالث

طرق التدخل النفسية المثيرة للجدل

مقدمة القسم

نناقش في هذا القسم طرق التدخل النفسية المثيرة للجدل، أي التي لم يثبت مدى فعاليتها إلى الآن من الدراسات العلمية المنظمة. نقدم في الفصل التاسع وصفاً مختصراً لطرق التدخل الحسي ولطرق التدخل التطوري، والتواصل الميَّسر، ومدى بنائها على نظريات علمية ومدى فاعليتها.

أما الفصل العاشر، فيغطي كيفية تقويم أنواع المعالجة. وينبغي على كل العاملين في مجال التوحد والآباء والأمهات التسلح بهذه المعلومات لكي لا ينجرفوا نحو مزاعم طرق علاجية لا أساس لها، بل ربما تكون ضارة للطفل على المدى البعيد. وتنطبق هذه المعلومات على كل من طرق المعالجة النفسية وطرق المعالجة البيولوجية.

النقاط الرئيسية التي يتناولها هذا القسم:

- الدمج الحسي.
- عدسة إيرلين.
- المعالجة بالموسيقى.
- طريقة دومان ديلاكاتو.
- كيفية تقويم أنواع المعالجة.
- التدريب على التكامل السمعي.
- آلة الضغط.
- المعالجة بالحضن.
- التواصل الميسر.

الفصل التاسع

المعالجة الحسية والتطويرية

التدخل الحسي
Sensory Interventions

تستند المعالجة الحسية على فرضية أن أشخاصاً توحديين كثيرين يظهرون مصاعب في معالجة المعلومات الحسية. وبناء على ذلك، تم وضع العديد من الخيارات العلاجية التي تزعم تخفيف هذه الأعراض وتحسين الانتباه، وخفض أحاسيس القلق والإثارة، وتقليص السلوكيات غير المناسبة، وتحسين سرعة التعلم. تشمل هذه الخيارات الدمج الحسي (Sensory Integration) والتكامل السمعي (Auditory Integration)، وآلة الضغط (Squeeze Machine)، والمعالجة بالموسيقى (Music Therapy)، والعدسات الملونة (عدسة ايرلين) (Irlen Lens) والمعالجة بالدلافين (Dolphin Therapy).

تستند المعالجة الحسية على فرضية أن أشخاصاً توحديين كثيرين يظهرون مصاعب في معالجة المعلومات الحسية مما يؤثر سلبيا على سلوكياتهم بشكل عام ويعيق عملية تعليمهم.

تبين تقارير صادرة عن الآباء والأمهات، والروايات المستمدة من أشخاص توحديين مرتفعي الأداء تمكنوا من التعبير عن مصاعبهم، أن معالجة المصاعب الحسية أثرت بوجه عام في تحسين عملية التعلم والسلوك لديهم. ومن جانب آخر، لا يدعم المجتمع العلمي هذه التطبيقات على أساس أن الدراسات لم توضح تفوُّق الأشخاص الذين يتلقون هذه الأنواع من التدخل الحسي عن غيرهم ممن لم يتلقوها. ومع ذلك، اكتسبت هذه المعالجات شعبية واسعة بين الآباء والأمهات وبعض الاختصاصيين. ونستعرض فيما يلي الأنواع المختلفة من التدخل الحسي.

١. الدمج الحسي
Sensory Integration

تقدمت الدكتورة "جين إيرز" أن بعض الأطفال يعانون صعوبات في تنظيم المعلومات الحسية ومعالجتها، واقترحت أن معالجة هذه الصعوبات من

طورت الدكتورة جين آيرز (Jane Ayres) عام ١٩٧٩ نظرية الدمج الحسي. فقد رأت أن بعض الأطفال يجدون صعوبة في تنظيم وتوجيه المعلومات الحسية المختلفة الصادرة

القسم الثالث: طرق علاجية نفسية مثيرة للجدل ـــــــ

القسم الثالث: طرق علاجية نفسية مثيرة للجدل ـــــــ

القسم الثالث: طرق علاجية نفسية مثيرة للجدل ـــــــ

القسم الثالث: طرق علاجية نفسية مثيرة للجدل ـــــــ

القسم الثالث: طرق علاجية نفسية مثيرة للجدل ـــــــ

القسم الثالث: طرق علاجية نفسية مثيرة للجدل ـــــــ

القسم الثالث: طرق علاجية نفسية مثيرة للجدل ـــــــ

القسم الثالث: طرق علاجية نفسية مثيرة للجدل ـــــــ

يحتاجون إلى لبس النظارات، يطلب منهم أن يلبسوا نظارة إيرلين طيلة اليوم وطيلة حياتهم. ولذلك، لا يقبل اختبار أطفال لا يتحملون لبس النظارة.

صممت هذه النظارة في الأصل للأشخاص الذين لديهم درجة ذكاء في المستوى الطبيعي ويعانون صعوبات في تعلم القراءة. وكان أول ما جاء عن تجربة هذه النظارة على أشخاص يعانون التوحد ما ورد عن امرأة توحدية تدعى "دونا ويليامز" (Donna Williams)، والتي ألفت كتباً عديدة من بينها كتاب "لا أحد لا مكان" (Nobody Nowhere)، وكتاب "شخص ما في مكان ما" (Sombody Somewhere) في عامي ١٩٩٢، ١٩٩٤ على الترتيب. تروي دونا ويليامز في كتبها مصاعبها في الإدراك البصري، وكيف تم تصحيحها بعد أن بدأت تستخدم الفلاتر الملونة. بعد روايتها هذه، جرب آباء لأشخاص توحديين استخدام الفلاتر الملونة في تصحيح مصاعب الإدراك البصري لدى أطفالهم. ولم تحدث دراسات حول هذا النوع من العلاج الذي لا يزال موضوعاً خلافياً إلى حد كبير.

٤. آلة الضغط

Squeeze Machine

تم تطوير آلة الضغط (Squeeze Machine) على يد الدكتورة "تيمبل غراندين (Temple Grandin)" وهي امرأة توحدية بالغة وتعمل الآن مساعدة بروفيسور في جامعة كولورادو وتقوم أيضا بتصميم منشآت للمواشي لمصانع تعبئة اللحوم في الولايات المتحدة الأمريكية. في العديد من المقابلات والنصوص المكتوبة، تذكر الدكتورة غراندين عجزها عن تنظيم وترجمة المعلومات الحسية ولا سيما معلومات اللمس.

القسم الثالث: طرق علاجية نفسية مثيرة للجدل ـــــــ

القسم الثالث: طرق علاجية نفسية مثيرة للجدل ـــــــ

القسم الثالث: طرق علاجية نفسية مثيرة للجدل ـــــــ

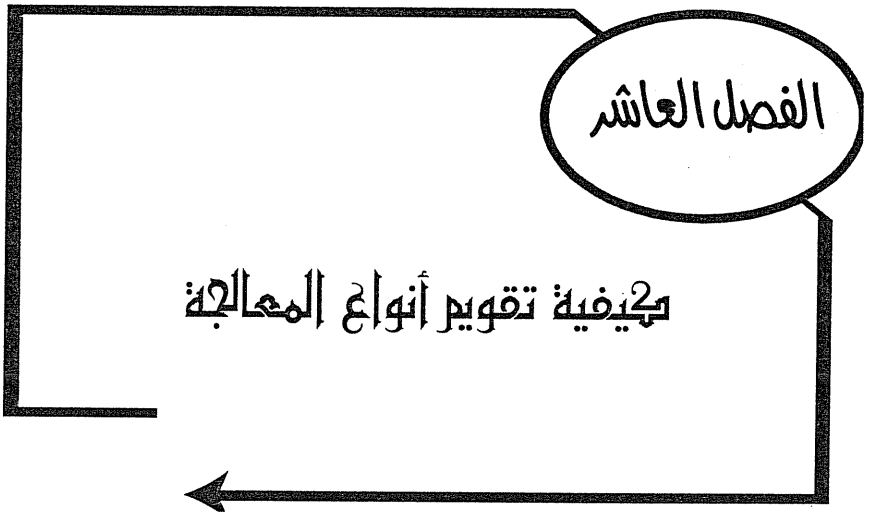
القسم الثالث: طرق علاجية نفسية مثيرة للجدل ـــــــ

القسم الثالث: طرق علاجية نفسية مثيرة للجدل ـــــــ

القسم الثالث: طرق علاجية نفسية مثيرة للجدل ـــــــ

القسم الثالث: طرق علاجية نفسية مثيرة للجدل ـــــــ

القسم الثالث: طرق علاجية نفسية مثيرة للجدل ـــــــ


الفصل العاشر
كيفية تقويم أنواع المعالجة

مناقشة كيفية تقويم أنواع المعالجة

ينبغي أن تُبنَى جميع أساليب المعالجة على التقويم الفردي للشخص الذي يتلقى العلاج، وعلى المراقبة الدقيقة لنتائج المعالجة لتحديد فاعليتها.

تصمم طرق علاج جديدة للتوحد بسرعة خيالية، ولا سيما طرق علاج بيولوجية، مما يصعب متابعتها وفهمها. ومع وجود كل هذه الخيارات العلاجية، مقرونة بالتنوع الواسع في اضطرابات طيف التوحد، يصبح من الصعب جداً اختيار وتحديد الأسلوب الناجح للتدخل في التوحد. فبعض الأساليب تستند على افتراضات لا أساس لها، وينبغي تجنبها. وهناك أساليب أخرى ربما تكون مبنية على أدلة علمية، لكنها قد تنجح مع بعض الأشخاص ولا تنجح مع آخرين. ولهذه الأسباب، وقبل الخوض في تجربة طريقة معالجة، هناك أمور ينبغي ملاحظتها لتقويم ما يقال عن كل علاج، ونستعرضها في هذا الفصل.

١. تأكد من أن المزاعم حول طريقة العلاج مبنية على بحث تجريبي علمي

أ. انتظر إلى أن يتم نشر الدراسات حول طريقة العلاج التي تود تجربتها

لا تسارع في تطبيق طرق علاجية جديدة. إن خيبة الأمل التي قد يسببها عدم تحقيق المعالجة للتحسن المتوقع يكون لها تأثير كبير على الأسرة.

ينبغي ألا تجرب طريقة علاجية إلا إذا بنيت على دليل علمي، وهو أمر تؤيده أسباب عديدة. عندما يكون لدى الأسرة آمال عريضة غير واقعية، فان الخيبة الناتجة من عدم تحقيق المعالجة للتحسن الذي كافحت من أجله، قد يكون لها أثر مروع على جميع أعضاء الأسرة. وبالإضافة إلى ذلك، قد يكون للخيارات العلاجية آثار جانبية قوية تظهر لاحقاً، أي ليس في بداية مراحل تطبيق طريقة علاجية بل بعد مرور فترة زمنية طويلة. وبالتالي، قد يكون العلاج على المدى الطويل ضاراً لصحة الشخص الذي يتلقاه. وفي النهاية، ستتعرض الأسرة أيضا لأعباء مالية وضغوطات ناشئة عن

هناك العديد من طرق العلاج الموثقة للأشخاص التوحديين أهمها هي التدخل التربوي المناسب والذي يأتي بنتيجة إيجابية من دون شك.

القسم الثالث: طرق علاجية مثيرة للجدل ـــــــ

القسم الثالث: طرق علاجية مثيرة للجدل ـــــــ

يتذكر، يدرك، يتعلم. . . وما إلى ذلك). ينبغي أن تَعرِف بالضبط ما يُفترض فيه أن يتحسن لكي تتمكن أيضا من تقويم نتائج المعالجة.

ج - أين قرأت أو سمعت عن طريقة التدخل؟

إحذر من طرق العلاج التي تنشر في الصحف أو المجلات غير العلمية أو تلك التي تعرض في برامج التلفزيون لأن هناك احتمالا كبيراً لأن تكون غير موثقة.

إحذر من المقالات التي ترد في المجلات والجرائد غير العلمية. المقالات التي تنشر في المجلات والجرائد لا تخضع عادة للمراجعة من قبل أشخاص اختصاصيين لديهم معرفة جيدة في مجال التوحد أو طرق إجراء البحوث أو كليهما معاً. وبالتالي، فالمعلومات التي تنشر فيها قد لا تكون عليها درجة مرتفعة من الرقابة. نفس هذا القول ينطبق أيضاً على ما يعرضه التلفزيون. وفي مقابل ذلك، نجد أن الدراسات التي تنشر في نشرات دورية علمية كمجلة "التوحد واضطرابات التطور" (Journal of Autism and Developmental Disorders) أو مجلة "التوحد: البحث والتطبيق" (Autism: Research and Practice) تخضع للمراجعة الدقيقة ويقرأها علماء آخرون لديهم خبرة في موضوع المقالة التي يراجعونها. وما لم تكن الدراسة المقدمة مبنية على معلومات سليمة ومنهج بحث سليم، فإنها لا تنشر. ولذلك فإن احتمال الخطأ فيها أقل بكثير منه بالنسبة لبرامج التلفزيون والمجلات غير العلمية.

٢ - هل تحظى طريقة المعالجة بتأييد الغير؟

ينبغي ان يدعم مزاعم طرق العلاج أشخاص ليس لهم مكاسب مادية من هذه الطرق العلاجية.

المزاعم التي تصدر حول المعالجة ينبغي أن تجد تأييداً من قبل أشخاص كثيرين. وإذا كان الوحيدون الذين يؤيدون فوائدها هم الأشخاص الذين أظهروها إلى الوجود، أو الأشخاص الذين يعود عليهم مكاسب مالية منها، فعليك أن تشك فيها. إبحث إن كان هناك أية دراسات بحثية أجراها أشخاص مختلفون ليس لهم مكاسب مادية من نتائج الدراسة. فإذا كان هؤلاء لا يؤيدون فاعلية المعالجة، فإن على أنصارها أن يقدموا

القسم الثالث: طرق علاجية مثيرة للجدل ـــــــ

٤ . ما هي مؤهلات الأشخاص الذين يقومون بالمعالجة؟

لنفترض أن المزاعم حول طريقة التدخل التي تود تجربتها معقولة، وأن الدراسات التي عنيت بقياس مدى نجاحها أجريت بطريقة علمية، فإن هذه الأمور وحدها لا تضمن نجاح تطبيق التدخل بشكل مناسب. ينبغي أن يكون الأشخاص الذين يقومون بالمعالجة مؤهلين لممارسة هذا التدخل تأهيلاً عالياً. ينبغي أن تعرف خلفيتهم وأن تنظر في ملاءمة مؤهلاتهم للقيام بالمعالجة.

٥ . كيف تتوافق هذه المعالجة الجديدة مع البرنامج التعليمي الحالي للشخص؟

ينبغي ألا يتوقف البرنامج التعليمي للطفل عندما تطبق عليه معالجات أخرى (Freeman, 1997). التعليم كما أسلفنا هو أفضل طريقة مثبتة لمعالجة الأشخاص التوحديين. يفتقر الأشخاص التوحديون إلى مهارات كثيرة، ولذلك فان تعليمهم سيساعدهم على اكتساب وتعلم المهارات التي لن يتعلموها بطرق أخرى. وهكذا، ينبغي أن يكون الهدف الأساسي وراء جميع طرق التدخل المناسبة مساعدة الشخص التوحدي على أن يتكيف مع مجتمعه وأن يكون عضواً نافعاً فيه (Freeman, 1997).

ينبغي أن يكون الهدف الأساسي وراء جميع طرق التدخل المناسبة مساعدة للشخص التوحدي على أن يتكيف مع مجتمعه وأن يكون عضواً نافعاً ومستقلا فيه.

٦ . هل سبقت المعالجة بتقويم فردي دقيق، وتلاها تقويم آخر دقيق لمراقبة نتائج المعالجة؟

التوحد اضطراب متباين الخواص، وهو ما يعني أن الخصائص النفسية والأسباب والخصائص البيولوجية قد تختلف كثيراً بين حالة وأخرى. ونتيجة لهذا التباين، فإن

التوحد اضطراب متباين الخواص، وكل شخص توحدي يختلف عن الآخر. ولذلك، فإن ما يصلح مع شخص معين، لن يكون بالضرورة صالحاً مع غيره.

ما يصلح مع شخص معين، لن يكون بالضرورة صالحاً مع غيره. ولذلك، من المهم جداً أن يتم تقويم كل حالة وجمع المعلومات عن الشخص بشكل فردي قبل أن تبدأ المعالجة. يصدق هذا القول لأسباب عديدة، أولها ضرورة أن تستند طريقة العلاج على نتائج التقويم الأولي. وثانيها أن نتائج المعالجة قد تقاس بمقارنة نتائج التقويم الأولي، مع نتائج التقويم الذي يحدث خلال فترة المعالجة، ونتائج التقويم الذي يحدث بعد المعالجة. وثالثها أن التقويم يحدد بطريقة افضل إن كانت المعالجة فعالة، وإن كان ينبغي الاستمرار فيها مع الطفل أو إيقافها. ورابع الأسباب أن التقويم قد يوضح ضرورة إجراء تعديلات على المعالجة الجارية مما قد يجعلها أكثر نجاحاً.

٧ ـ هل هناك أية مخاطر صحية؟

ينبغي أن تعرف إن كان هناك أية مخاطر صحية ذات علاقة بمثل هذه المعالجة. إسألْ عما حدث لأشخاص لم يتحسنوا من هذه المعالجة. وينبغي أن تعرف أيضا إن كانت هناك أية دراسات طويلة الأمد قد أجريت وبينت أية نتائج جانبية ربما حدثت في فترة متأخرة من المعالجة. إن هذا مهم بصورةخاصة في أية معالجة تشتمل على تدخل بيولوجي.

الخلاصة والاستنتاجات

هناك الكثير من طرق المعالجة المثيرة للجدال في مجال التوحد. والمزاعم حول معالجة التوحد كثيرة، تعيش على آمال يائسة لدى آباء يبحثون عن الشفاء. ومما يؤسف له أن الآباء كثيراً ما تغريهم هذه الطرق وهو أمر مفهوم تماماً، فالإنسان بطبعه يود أن يجد طريقة سهلة للشفاء بغض النظر عما يقوله الغير. لو كنت تشكو من وزن زائد على

الواقع يقول: ليس هناك شفاء سريع في التوحد. إن أفضل حالات التقدم في التوحد تتطلب عملاً جاداً وجهوداً مكثفة من قبل كل من الأسرة والمعلمين واختصاصيين آخرين.

القسم الثالث: طرق علاجية مثيرة للجدل ـــــــ

القسم الثالث: طرق علاجية مثيرة للجدل ـــــــ

اختبر معلوماتك

١) كيف تتأكد من أن المزاعم حول طريقة العلاج مبنية على بحث تجريبي علمي؟

٢) لماذا تحتاج المزاعم إلى تأييد بأبحاث علمية؟

٣) أعط مثالين لمزاعم قابلة للقياس ومثالين لمزاعم غير قابلة للقياس.

٤) هل يعتبر الإبلاغ عن نتيجة عشرة أطفال توحديين شيئاً علمياً يمكن تطبيقه على جميع الأشخاص الذين يعانون التوحد؟ لماذا؟

٥) هل هناك علاج سريع وفعال للتوحد؟

٦) ما هي أفضل طريقة علاجية حتى الآن لمعالجة التوحد؟

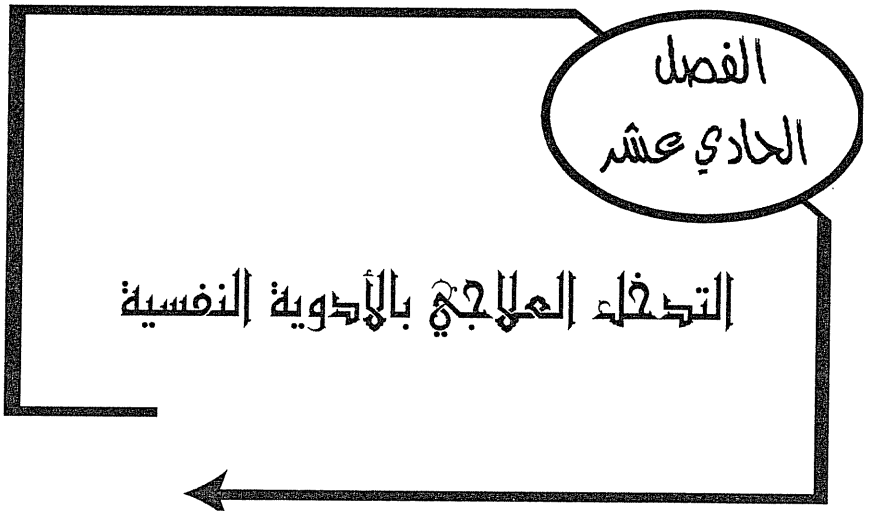
القسم الرابع

التدخل البيولوجي في التوحد

القسم الرابع: التدخل البيولوجي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل البيولوجي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل البيولوجي ـــــــ


الفصل
الحادي عشر
التدخل العلاجي بالأدوية النفسية

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع: التدخل الطبي ـــــــ

الفصل الثاني عشر

معالجات بيولوجية غير الأدوية النفسية

سيكريتين
SECRETIN

السيكريتين هورمون يوجد في الكبد والبنكرياس وأعلى الجهاز المعوي، وهو يساعد هضم الطعام وتمثيله. ويوجد السيكريتين أيضا في الدماغ، وهو عامل محضر لانتاج السيروتونين (serotonin).

في عام ١٩٩٨، حققت "فيكتوريا بيك" (Victoria Beck) اكتشافاً مفاجئاً لعلاج طفلها التوحدي "باركر". كان "باركر" يعاني مشكلة إسهال مزمن، وأخذته فيكتورا لإجراء اختبارات تكشف عن مشكلات في المعدة والأمعاء. في أحد هذه الاختبارات، استُخدم السيكريتين لفحص أداء البنكرياس لدى "باركر". بعد هذا الاختبار، لاحظ والدا باركر تحسنا كبيرا في سلوك ابنهما، إلا أنهما لم يعرفا سبب هذا التحسن. وبعد بحث طويل وشاق، عزت فيكتوريا وزوجها التحسن إلى السيكريتين. وبدأ أطباء آخرون باستخدام السيكريتين على مضض على أشخاص توحديين، وكان نتيجة ذلك أن آباء آخرين تحدثوا عن تحسنات مماثلة. وبصورة تدريجية، أصبح السيريتين يعرف كعلاج محتمل للمصابين بالتوحد. وعندما ظهر هذا هذا الاكتشاف لأول مرة، جلب معه قدراً كبيراً من الضجة. إلا أنه في الآونة الأخيرة، وبعد إجراء الدراسات العلمية عليه، لوحظ أنه ليس جميع الأشخاص التوحديين يتحسنون باستعمال السيكريتين.

في إحدى الدراسات العلمية عن تأثير السيكريتين كعلاج للتوحد (Perry & Bangaru, 1998) تم فحص ستة أطفال تلقو جرع من السيكريتين. أفادت النتائج أن واحدا فقط من ستة أطفال أظهر تحسناً كبيراً بعد حقنه بالسيكريتين، وأن ثلاثة منهم أظهروا قليلاً

القسم الرابع : التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع : التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع : التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع : التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع : التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع : التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع : التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع : التدخل الطبي ـــــــ

القسم الرابع : التدخل الطبي ـــــــ

الملاحق

الملاحق ـــــــ

القوة والضعف لدى التلميذ والتي سيتم بموجبها تحديد الأهداف التربوية بناء على ما يحتاجه واستنباط الأساليب التعليمية التي يمكنها أن تساعد على التعلم بطريقة أفضل. وفي أحد نماذج الخطة التربوية الفردية (أنظر ملحق ٣)، تكتب هذه المعلومات على صفحة نقاط القوة والضعف.

٢ - **الأهداف السنوية/الأهداف طويلة الأجل**: عندما يتم تحديد المستوى التطوري للفرد وتحديد أسلوب التعلم وجوانب القوة والضعف، يتم تحديد أهدافا تربوية تعكس الاحتياجات الفعلية للتلميذ. والأهداف السنوية هي عبارة عن نص عام لما سيتعلم التلميذ خلال السنة التي تشملها الخطة. وعبارة "ستتحسن قدرة التلميذ على اتباع التعليمات الشفوية" تعتبر مثالاً مناسباً للأهداف السنوية. المشكلة في هذه الأهداف طويلة الأجل أنه يصعب قياس التقدم فيها لأنها قد تكون عبارات عامة وشاملة. وما يحتاج أن يفعله الاختصاصي إزاء ذلك أن يجزىء الهدف التربوي إلى خطوات أصغر ويمكن قياسها تعرف بالأهداف قصيرة الأجل.

٣ - **الأهداف قصيرة الأجل**: تحتاج الأهداف القصيرة الأجل أن تكون محددة وأن تحتوى معلومات عن كيفية قياس التقدم وتحت أي ظروف يتم القياس. إن هذا سيساعد الوالدين والمعلمين على معرفة إن كان التلميذ يحرز تقدماً وفائدة من عملية التربية والتعليم التي يقومون بها (أنظر ص٤٠٤ والتي تحتوي على أمثلة من عبارات صحيحة تصف الأهداف قصيرة الأجل).

٤ - **نصوص شرطية ومعايير للنجاح**: تعتبر هذه النصوص جزءاً من الأهداف قصيرة الأجل، وتحدد بكل دقة ما هو متوقع من التلميذ أن يفعله، وتحت أية شروط يفعل، ومستوى الأداء الذي ينبغي أن يعمل به لكي يُعتبر أنه تعلم الهدف التربوي. يتم تحديد ذلك لكي يكون التقويم موضوعياً ويفهمه كل من يتعامل مع التلميذ.

٥ - **زمن البدء بالأهداف والانتهاء منها**: تستغرق الأهداف الطويلة الأجل عادة نصف سنه دراسية وربما سنة دراسية كاملة. أما الأهداف القصيرة الأجل فقد تستغرق بضعة أيام أو أسابيع أو أشهر. وينبغي كتابة تاريخ بدء تعليم الأهداف قصيرة الأجل، وتاريخ تعلُّم التلميذ لها على الخطة التربوية الفردية.

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

الأهداف التي توضع لطفل عالي الأداء. وكما أسلفنا، ينبغي إعطاء أشد جوانب العجز التي تؤثر على حياة التلميذ الأولوية في الخطة. ومن أمثلة الأهداف طويلة الأجل مايلي:

- أن يطلب التلميذ حاجاته الأساسية.
- أن يتمكن التلميذ من اتباع روتين الصف.
- ان يتحسن انتباه التلميذ للمهام التي يؤديها.
- أن يعتمد التلميذ على نفسه في الأكل.
- أن يستخدم التلميذ الألعاب بشكلها الصحيح.

الأهداف قصيرة الأجل

الأهداف قصيرة الأجل هي الخطوات أو المكونات الجزئية للأهداف السنوية أي طويلة الأجل. والأهداف السنوية يمكن تجزئتها إلى ٣٠ هدفاً قصير الأجل أو ٥ أهداف قصيرة الأجل أو أقل. أما عدد الأهداف التي ينبغي تجزئة كل هدف طويل الأجل إليها، فيعتمد على شدة مصاعب التلميذ وعلى صعوبة المهمة وطبيعتها. وفي العادة، انه كلما كان التأخر التطوري لدى التلميذ أشد، كان على المعلم أن يزيد من تجزئة الهدف السنوي إلى خطوات أصغر.

وعندما تحدد المكونات الجزئية للأهداف السنوية، ينبغي تدوين كل خطوة (هدف قصير الأجل) منها في الخطة التربوية الفردية. هذه الأهداف القصيرة الأجل ينبغي كتابتها بنصوص قابلة للقياس، كما ينبغي أن تتضمن المعلومات التالية :

١ . **من سيفعل الشيء ؟**: ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار أن الهدف قصير الأجل يحدد ما هو متوقع من التلميذ أن يفعله وليس ما سيفعله المعلم. وعلى سبيل المثال، يعتبر الهدف القائل "سيقوم المعلم بتعليم التلميذ كذا وكذا" غير مناسب.

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

أو التربية الفنية أو التربية البدنية أو المعالجة المهنية أن يحضروا. ويحدث أحيانا أن هؤلاء الأشخاص الذين يعملون مع عدد كبير من الأطفال يصعب عليهم أن يجدوا الوقت الكافي لحضور الاجتماع الكامل الخاص بكل طفل. وفي هذه الأحوال يمكن تخصيص جزء من وقت الاجتماع لحضور اختصاصيي الخدمات المساندة عوضاً عن حضور الاجتماع بأكمله.

- قم بإعداد البيئة للاجتماع. حاول أن توفر أسباب الراحة من كراسي وإنارة كافية ودرجة حرارة ملائمة. تأكد من وجود كراسي كافية لجميع الأشخاص الذين سيحضرون الاجتماع.
- حدد من سيدون محضر الاجتماع.
- أعد جدول أعمال الاجتماع، ووزعه على الحاضرين حالما يبدأ الاجتماع.

١. تحديد جدول أعمال الاجتماع بالوالدين

- عَرِّفْ بالأشخاص الحاضرين وبوظائفهم.
- أذكر الغرض من الاجتماع المخصص للخطة التربوية الفردية وهو مناقشة الخطة الفردية الخاصة بالتلميذ في العام الجاري. اخبر الوالدين بأن هذه المادة التي يشاركان فيها ليست البرنامج النهائي، ولكنها تمثل توصيات العاملين في المركز أو المدرسة، وذكرهم بان اقتراحاتهم التي يقدمانها حول الأهداف التعليمية لطفلهم مهمة جداً.
- أعط كلاً من الوالدين نسخة من الخطة التربوية الفردية غير النهائية.
- استعرض جميع المعلومات الخاصة بالتقويم، ونتائج الملاحظة، والخطة التربوية السابقة إن وجدت. وعند مناقشة الأداء السابق للطفل حاول أن تكون إيجابياً إلى أبعد حد ممكن، ولا تحصر تركيزك فيما لا يستطيع التلميذ أن يفعله، لأن ذلك قد يضاعف إحباط الوالدين. بل اخبرهما أيضا بما يستطيع أن يفعل. وإذا كانت إنجازاته محدودة، اخبرهما عن السبب المحتمل لذلك، وعما تحاول أن تفعله لتتدخل في الأمر. اطلب من

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

التلميذ. وعلى كل حال، إن كانت شكواهم غير واقعية، حاول ألا تنظر إلى الأمور نظرة شخصية، فإن من الصعب جداً أن يكون في الأسرة طفل توحدي، وهو ما يلقي على كاهلها أعباء كثيرة تؤثر حتى على العلاقة بين الزوجين وعلى الوضع الأسري بوجه عام.

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

الأهداف التربوية لشهر: _____

الأهداف الأساسية التي سيتم العمل عليها خلال هذا الشهر:

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

الملحق (٦) تقارير مدى تقدم التلميذ

تُحدَّد في تقارير مدى تقدم التلميذ الأهداف التي أنجزها، والأهداف التي مازال العمل عليها مستمراً، وقد تُكتب بشكل نصف سنوي أو سنوي، طالما يتم ارسال معلومات التقدم الشهري للتلميذ في الدفاتر اليومية بالشكل المذكور أعلاه.

الأهداف العامة من كتابة التقارير

للأسـرة

- أن تتكون لديهم فكرة واضحة عن جميع الأهداف التربوية التي تم العمل عليها مع التلميذ.
- أن تتكون لديهم معرفة بالمهارات التي تعلمها التلميذ لكي يتم تعميمها وتطبيقها في المنزل.
- أن يتعرفوا على طرق مناسبة للتعامل مع سلوكيات التلميذ.
- أن يتعرفوا على العوامل الإيجابية والسلبية التي قد تكون أثرت على مدى تقدم التلميذ.

للمعلم / للمعلمة

- توثيق الأهداف التربوية التي تم تعليمها للتلميذ ومدى تقدمه.
- معرفة أفضل طرق لتعليم الطفل.
- معرفة نقاط قوة الطفل ونقاط ضعفه.
- واستخدام هذه المعلومات لتصميم الخطط التربوية الفردية للسنة التالية.

من سيقرأ التقرير؟

سيقرأ التقرير كل من الأسرة ومعلمي الطفل في المستقبل، وأي اختصاصيين آخرين يهمهم الأمر خارج المركز أو

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

الإدراكي واللغوي. وبوجه عام، لقد أبدى محمد تقدماً جيداً ولا سيما في الثلاث الأشهر الأخيرة من هذه السنة الدراسية. وذلك بعد أن انتظم نومه وحضوره إلى المركز. نقدم لكم فيما يلي تفصيلا للمهارات التي تعلمها محمد، وتلك التي ما زال يحتاج إلى تدريب عليها.

٣. الأهداف التي تم العمل عليها

يحتوي هذا الجزء على المجالات المختلفة التي تم العمل عليها مع التلميذ، وقد تشمل ضمن أشياء أخرى ما يلي (كل تلميذ حسب خطته الفردية التربوية):

- الانتباه.
- روتين الفصل (الجدول).
- قوانين الفصل (يتم تحديد القوانين التي تم العمل عليها وقدرة التلميذ على اتباعها).
- المهارات الاجتماعية.
- السلوك العام.
- الاعتماد على النفس.
- الإدراك.
- اللغة والتواصل.
- المهارات الحركية.
- مهارات المجتمع.
- مهارات العمل.

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

المقدمة

الملاحق ـــــــ

التوصيـــــات :

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

- التعزيز (Reinforcement).
- التدريب من خلال المحاولات المنفصلة (Discrete Trial Training).
- التلقين والإخفاء (Prompting and Fading).
- الإشباع (Satiation).
- التسلسل (Chaining).
- التشكيل (Shaping).
- النمذجة من خلال الفيديو (Video Modeling).
- التعميم (Generalization).
- التدريب الإدراكي من خلال الصور (Cognitive Picture Rehearsal).
- التصحيح الزائد (Overcorrection).

استراتيجيات محددة لتعليم المهارات اللغوية والاجتماعية:

- القصص الاجتماعية (Social Stories).
- التدخل من خلال الأنداد (Peer Mediated Intervention).
- فلور تايم (Floor-Time).
- التعلم العرضي (Incidental Learning).
- التواصل من خلال تبادل الصور (Picture Exchange Communication System: PECS).
- التواصل الإثرائي والبديل (Augmentative and Alternative Communication)، بما في ذلك لغة الإشارة والمعينات الصوتية (Voice Output Communication Aids: VOCAS) وغيرها.

الملاحق ـــــــ

الملاحق ـــــــ

٨ . تعليم مهارات محددة:

- كيفية البدء مع تلميذ جديد .
- دخول الحمام .
- تنظيم النوم .
- التنويع في تناول الأطعمة .
- التعامل مع الاهتمامات الغريبة .

٩ . الدمـــج:

- تعريف الدمج والدمج العكسي .
- تحديد الأطفال الذين يمكن دمجهم .
- المهارات التي يحتاج أن يتعلمها الطفل لكي يدمج في مدارس اعتيادية .
- تحديد المدرسة المناسبة لدمج الطفل .
- خطوات الدمج .

١٠ . التعامل مع الأسر:

- المراحل التي تمر بها أسر الأشخاص التوحديين .
- كيفية مساعدة الأسر على تقبل طفلها .
- احتياجات الأسر .
- الأسئلة التي يغلب طرحها من قبل الأسر وكيفية الأجابة عليها .

الملاحق ـــــــ

مراجع وعناوين

الفصل الأول : تيتش ولوفاس ودوغلاس وليب

المراجع وقراءات إضافية:

DeMyer, M., Barton, S., DeMyer, W., Norton, J., Allen, J., & Steele, R. (1973). Prognosis in autism: A follow up study. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 3,* 199-245.

Jordan, R., Jones, G., & Murray, D. (1998). *Educational interventions for children with autism: A literature review of recent and current research.* Research report No 77. Birmingham: United Kingdom: University of Birmingham Publications.

Lord, C., & Schopler, E. (1989). Stability of assessment results of autistic and nonautistic language impaired children from preschool years to early school age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30,* 575-590.

Maurice, C. (1996). *Behavioral intervention for children with autism: A manual for parents and professionals.* Texas: Pro-Ed.

Rutter, M., Greenfield, D., & Lockyer, L. (1967). A five to fifteen year follow up of infantile psychosis-II: Social and behavioral outcome. *British Journal of Psychiatry, 113,* 1183-1199.

Schopler, E. (1971). Parents of psychotic children as scapegoats. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 4,* 17-24.

Schopler, E., Mesibov, G., & Baker, A. (1982). Evaluation of treatment for autistic children and their parents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21,* 262-267.

Venter, A., Lord, C., Schopler, E. (1992). A follow up study of high functioning autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33,* 489-507.

العنوان الرئيسي لبرنامج تيتش:

Gary Mesibov, Director
University of North Carolina, Medical School
Division TEACCH
CB 7180
The University of North Carolina at Chapel Hill
Chapel Hill, North Carolina, 27599-7180

United States of America
Telephone: 919 966 2173/2174
Fax: 919 966 4127
Website : www.teacch.com
www.unc.edu/depts/teacch
Email: teacch@unc.edu

٢ . لوفاس

المراجع وقراءات إضافية:

الخطيب، جمال. (١٩٩٠). تعديل السلوك: القوانين والإجراءات. الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.

Cohen, S. (1998). *Targeting autism: What we know, don't know, and can do to help young children with autism and related disorders.* Los Angeles: University of California Press.

Hayman, S. (2000). Autistic spectrum disorders: When traditional medicine is not enough. *Contemporary Pediatrics, 17*, 101-111.

Jordan, R., Jones, G., & Murray, D. (1998). *Educational interventions for children with autism: A literature review of recent and current research.* Research report No. 77. Birmingham: United Kingdom: University of Birmingham Publications.

Lovaas, O.I. (1981). *Teaching developmentally disabled children: The ME book.* Texas: Pro-Ed.

Lovaas, O.I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 3-9.

Maurice, C. (1994). *Let me hear your voice.* New York: Balantine Books.

Maurice, C. (1996). *Behavioral intervention for children with autism: A manual for parents and professionals.* Texas:Pro-Ed.

Metzger, B. (1999). *Lovaas: A paper presented at the Leo Crogan Conference.* December, 1999. Raleigh: North Carolina, USA.

Schreibman, L. (2000). Intensive behavioral/psychoeducational treatments for autism: Research needs and future directions. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30*, 373-378.

Smith, T., Eikeseth, S., Klevstrand, M., & Lovaas, O.I. (1997). Intensive behavioral treatment for autistic-like preschoolers with severe mental retardation. *American Journal of Mental Retardation, 102*, 238-249.

يوجد لدى شركة برو-إيد مجموعة من أفلام الفيديو توضح طريقة تطبيق برنامج لوفاس.

Pro-Ed: www.proedinc.com
8700 Shoal Creek Boulevard
Austin, Texas 78757
Telephone: 512-451-3246

العنوان الرئيسي لبرنامج لوفاس:

Clinic for the Behavioral Treatment of Children
UCLA Department of Psychology
Hilgard Avenue 405
Los Angeles, California 90024
Phone: 310 825 2319
Fax: 310 206 6380
Website: www.lovaas.com

John McEachin and Ronald Leaf
Services for Autistic Children
Olive Street 3346
Signal Hill, California 90807
Telephone: 310 424 9239, Ext. 314 or 306

PEACH: Parents for Early Intervention in Autistic Children
PO Box 10836
London SW13 9ZN
United Kingdom
Website: Http://pages.prodigy.net?daminaporcari/recovery.htm
Email: peach@clara.net.

٣ . دوغلاس

المراجع وقراءات إضافية:

Dawson, G., and Osterling, J. (1997). Early intervention in autism. In M. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention.* Baltimore, Brookes Publishing.

Handelman, J.S. & Harris. S.L (1994). The Douglass Developmental Disabilities Center. In S.L. Harris & J.S. Handelman (Eds.), *Preschool children with autism.* Texas: Pro-Ed.

Harris, S.L., Handleman, J.S., Gordon, R., Kristoff, B., & Fuentes, F. (1991). Developmental changes of preschool children with autism and normally developing peers. *Infants-Toddler Intervention, 1,* 137-143.

Harris, S.L., Handleman, J.S., Kristoff, B., Bass, L., & Gordon, R. (1990). Changes in language development among autistic and peer children in segregated preschool settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 20,* 23-31.

٤ . ليـــب

المراجع وقراءات إضافية:

Cordisco, L.K., & Strain, P.S. (1986). Assessment of generalization and maintenance in a multicomponent parent training program. *Journal of the Division of Early Childhood, 10*, 10-24.

Dawson, G., and Osterling, J. (1997). Early intervention in autism. In M. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention.* Baltimore, Brookes Publishing.

Strain, P.S. (1987). Comprehensive evaluation of young autistic children. *Topics in Early Childhood Special Education, 7,* 97-110.

Strain, P.S., & Cordisco, L.K. (1994). LEAP Preschool. In Harris, S.L, & Handleman, J.S. (Eds.), *Preschool education for children with autism.* Texas: Pro-Ed.

العنوان الرئيسي لبرنامج ليـــب:

Philip Strain
University of Colorado
School of Education
1444 Wazee St.
Denver, Colorado 32312
United States of America

الفصل الثاني : البرامج التربوية الشاملة: هيقاشي وسن رايز

١ . هيقاشي

المراجع وقراءات إضافية:

Jordan, R., Jones, G., & Murray, D. (1998). *Educational interventions for children with autism: A literature review of recent and current research.* Research report No 77. Birmingham: United Kingdom: University of Birmingham Publications.
Maurice, C. (1996). *Behavioral intervention for children with autism: A manual for parents and*

professionals. Texas:Pro-Ed.

Quill, K., Gurry, S. & Larkin, A. (1989). Daily Life Therapy: a Japanese model for educating children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 19,* 625-635.

(منشورات مدرسة هيقاشي والتي تشمل كتب الدكتورة كيتاهارا باللغة الانجليزية متوفرة لدى فرع بوستون : أنظر العنوان).

العنوان الرئيسي لمدرسة هيقاشي في بوستون:

Robert A. Fantasia, Principal Director of Special Education
800 North Main Street
Randolp, Massachusettes 02368
The United States of America
Telephone: 781 961 0800
Fax: 781 961 0888
Website: www.bostonhigashi.org
Email: wilkinson@bostonhigashi.org

٢ . سن رايـز

المراجع وقراءات إضافية:

Gerlach, E. (1998). *Autism treatment guide*. Oregon: Four Leaf Press.

Jordan, R., Jones, G., & Murray, D. (1998). *Educational interventions for children with autism: A literature review of recent and current research.* Research report No 77. Birmingham: United Kingdom: University of Birmingham Publications.

Kaufman, B. N. (1994). *The miracle continues*. CA: HJ Kramer.

Siegel, B. (1996). *The world of the autistic child.* New York: Oxford University Press.

العنوان الرئيسي لبرنامج سن رايز:

The Option Institute
2080 S. Undermountain Rd.
Sheffield, Massachusettes, 01257
Tel: 413-229-2100
Fax: 413-229-8931

Website:www.son-rise.org
Email: sunrise@option.org

٣. جمعية التوحد البريطانية

العنوان الرئيسي لجمعية التوحد البريطانية:

NAS Training Services Department
4th Floor, Castle Heights, Maid Marian Way
Nottingham, NG1 6BJ
United Kingdom
Telephone: 44 (0) 115 3363
Email: training@nas.org.uk
(أو)

The NAS information Center
393 City Roa
London, EC1V 1NG
United Kingdom

٤. إيديـن

المراجع وقراءات إضافية:

Holmes, D.L. (1997). Autism through the life span: The Eden model. Maryland: Woodbine House.

العنوان الرئيسي لبرنامج ايدين:

Eden Family of Services
One Eden Way
Princeton, New Jersey 08540
Telephone: (609) 987-0099
Fax: 609 987 0243
Website:www.edenservices.org
Email: info@edenservices.org
(أو)

Eden Florida
13631 Learning Cour
South Fort Myers, Florida 33919
Telephone: 941 437 5335
Fax: 941 437 5337
Email: edenfla@edenservices.org

الفصل الثالث : الدمـج

المراجع وقراءات إضافية:

Dawson, G., & Osterling, J. (1997). Early intervention in autism. In M. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention.* Baltimore: Brookes Publishing.

Gillberg, C. (1984). Infantile autism and other childhood psychosis in a Swedish urban region: Epidemiological aspects. *Journal of child Psychology and Psychiatry, 25*, 35-43.

Mesibov, G., & Shea, V. (1996). Full inclusion and students with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 26,* 337-346.

Odom, S.L., & Speltz, M.L. (1983). Program variations in preschools for handicapped preschoolers, peer social interactions: Cross-setting and component analysis. *Journal of Applied Behavioral Analysis, 18*, 3-16.

Powers, M. (1992). Early intervention for children with autism. In D. Berkell (Ed.), *Autism: Identification, education, and treatment.* Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

الفصل الرابع : العناصر المشتركة

المراجع وقراءات إضافية:

Scott, J., Clark, C., & Brady, M. (2000). *Students with autism: characteristics and instructional programming for special educators.* California: Singular Publishing Group.

Dawson, G., & Osterling, J. (1997). Early intervention in autism. In M. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention.* Baltimore: Brookes Publishing.

National Research Council (2001). *Educating children with autism.* Washington, DC: National Academy Press.

الفصل الخامس : التواصل الإثرائي والبديل

١ ـ التواصل الإثرائي والبديل

المراجع وقراءات إضافية:

American Speech and Language Association (1989). Competencies for speech and language pathologists providing services in augmentative communication. *American Speech and Language Association, 31,* 107-110.

Mirenda, P. (1999). Augmentative and alternative communication techniques. In J. E. Downing (Ed.), *Teaching communication skills to students with severe disabilities*. Baltimore: Brookes.

لمعلومات عامة حول التواصل الإثرائي والبديل:

Delaware Assistive Technology Initiative
Center for Applied Science & Engineering
University of Delaware/Alfred I. duPont Hospital for Children
1600 Rockland Rd., Room 154
P. O. Box 269
Wilmington, DE 19899-0269
Telephone: 302 651-6790
Fax: 302 651-6793
Website: www.asel.udel.edu

مواقع في الإنترنت لمعلومات وأفكار حول التدخل من خلال التواصل الإثرائي والبديل:

http://aacintervention.com
http://closingthegap.com
www.asel.udel.edu/nli/nlp

شركات متخصصة في توفير أجهزة للتواصل الإثرائي والبديل بما فيها المعينات الصوتية والتكنولوجيا المساندة (Assistive technology) **وبرامج الكومبيوتر:**

Attainment Company PO Box 930160 Vernona, WI 53593 Www.attainmentcompany.com	**Able Net** 1081 Tenth Avenue SE Minneapolis, MN 55414 www.ablenetinc.com	**Intellitools** 1720 Corporate Petaluma, CA 94954 www.intellitools.com
Don Jonston 26799 West Commerce Drive Volo, IL 60073 Www.donjohnston.com	**Mayer-Johnson Co.** Po Box 1579 Solona Beach, CA 92075 www.mayer-johnson.com	**Laureate Learning Systems** 110 East Spring Street Winooski, VT 05404 www.laureatelearning.com

٢ - المعينات الصوتية

المراجع وقراءات إضافية:

Beukelman, D.R., & Mirenda, P. (1998). *Augmentative and alternative communication: management of severe communication disorders in children and adults (2nd ed.)*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Goosens, C., Crain, S.S., & Elder, P.S. (1999). *Engineering the preschool environment for interactive symbolic communication (4th ed.).* Alabama: Southeast Augmentative Communication. Conference Publication.

Quill, K.A. (2000). *Do Watch Say Listen: Social and communication intervention for children with autism.* Baltimore: Paul H. Brookes.

٣. البكس

المراجع وقراءات إضافية:

Baker, S. (1997). PPP: The Portage PECS project. In G. Linfoot and P. Shattock (Eds.), *Living and learning with autism.* Sunderland: Autism Research Unit.

Bondy, A.S. (1996). What parents can expect from the public school programs. In C. Maurice, G. Green, and S. Luce (Eds.), *Behavioral intervention for young children with autism. Austin*, Texas: Pro-Ed.

Bondy, A., & Frost, L. (1998). The Picture Exchange Communication System. *Topics in Language Disorders, 19,* 373-390.

Bondy, A., Frost, L. (1994). The Picture Exchange Communication System. *Focus on Autism Behavior, 9,* 1-19.

Bondy, A., & Frost, L. (2002). A picture's worth: PECS and other visual *communication strategies with autism. Maryland*: Woodbine House.

Frost, L., & Bundy, A. (1994). *The Picture Exchange Communication System training manual.* Cherry Hill: NJ: PECS, Inc. Pyramid Educational Consultants.

Mirenda, P. (2001). Autism, augmentative communication, and assistive technology: What do we really know? *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities, 16*, 141-152.

National Research Council. (2001). *Educating children with autism.* Washington: DC, National Academy Press.

يمكن الحصول على مرشد نظام البكس من:

The PECS manual is available from Pyramid Education Consultants:
226 West Park Place, Suite 1.
Newark, DE 19711.
USA

Telephone: (302) 368-2525
Website: www.pecs.com

(كما يوجد لديهم مواد تعليمية أخرى مثل أنظمة لاستخدام الاقتصاد الرمزي وملفات تستخدم كملفات التواصل وشرائط الجمل).

ولمزيد من المعلومات حول التدريب والترخيص على استخدام البكس، يمكن الاتصال بـ:

Andrew Bondy, Ph.D. or Lori Frost, MS, SLP/CCC,
Pyramid Educational Consultants, Inc.
226 West Park Place, Suite 1, Newark, DE 19711;
Telephone: 302-368- 2515
Fax: 302-368-2516

٤. ألواح التواصل

المراجع وقراءات إضافية:

* Dickerman, P. (1999). *Toddler talk at school: A book of symbolic displays.* California: Mayer-Johnson Co.

Goosens, C., Crain, S.S., & Elder, P.S. (1999). *Engineering the classroom environment for interactive and symbolic communication.* Alabama: Southeast Augmentative Communication Conference Publications.

Goosens, C., Crain, S.S., & Elders, P.S. (1992). *Communication displays for engineered preschool environments.* California: Mayer-Johnson Co.

* Rouse, C., & Katera, (1998). *Quick and easy: Ideas and materials to help the nonverbal child "Talk" at home.* California: Mayer-Johnson Co.

* يسهل تطبيق وفهم هذه الكتب وهي مليئة أيضاً بالعديد من الأفكار العملية. كما أن لكتاب "كويك أند إيزي" Quick and easy فيديو مصاحباً يمكن طلبه ليوضح للمدرب كيفية تطبيق واستخدام ألواح التواصل. جميع هذه الكتب متوفرة لدى ماير جونسن Mayer Johnson وهي إحدى الشركات المتخصصة بالتواصل الإثرائي والبديل.

٥. لغة الإشارة

مراجع وقراءات إضافية:

Brown, R. (1978). Why are signed languages easier to learn than spoken languages? (Part Two). *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences*, 32, 25-44.
Bryen, D.N., &I Joyce, D.G. (1986). Sign language and the severely handicapped. *The Journal of*

Special Education, 20, 183-194.

Curcio, F. & Piserchia, E.A. (1978). Pantomimic representation in psychotic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 8*, 181-189.

DeMyer, M.K., Alpern, G.D., Barton, S., DeMyer, W.E., Churchull, D.W., Hingtgen, J.N., Bryson, C.Q., Pontius, W. & Kimberline, C. (1972). Imitation in autistic, early schizophrenic, and non-psycho children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 2*, 264-278.

Fuller, D. (1997). Effects of translucency and complexity on the associative learning of Blissymbols by cognitively normal children and adults. *Augmentative and Alternative Communication, 3,* 26-35.

Jones, V. & Prior, M.P. (1985). Motor imitation abilities and neurological signs in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 11,* 37-46.

Jordan, R., Jones, G., & Murray, D. (1998). *Educational interventions for children with autism: A literature review of recent and current research.* Research report No 77. Birmingham: United Kingdom: University of Birmingham Publications.

Kohen-Raz, R., Volkmar, F.R., & Cohen, D.J. (1992). Postural control in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 22*, 419-432.

Kokubun, M., Haishi, K., Okuzumi, H., & Hobsobuchi, T. (1995). Factors effecting age of walking by children with mental retardation. *Perception and Motor Skills, 73*, 635-656.

Mirenda, P., & Erikson, K.A. (2000). Augmentative communication and literacy. In A.M. Wetherby & B.M. Prizant (Eds.), *Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective*. Baltimore, Brookes.

Mirenda, P., & Locke, P.A. (1989). A comparison of symbol transparency in non-speaking persons with intellectual disabilities. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 54*, 131-140.

National Research Council (2001). *Educating children with autism.* Washington, DC: National Academy Press.

Peters, T. (1997). *Autism: from theory to practice.* London: Whurr.

Schuler, A. (1995). Thinking in autism. In K.A. Quill (Ed.), *Teaching children with autism: Strategies to enhance communication and socialization.* Albany, New York: Delmar.

Schuler, A. Prizant, B., & Wetherby, A. (1997). Enhancing language and communication development: Prelinguistic approaches. In D. J. Cohen & F.R. Volkmar (Eds.). *Handbook of autism*

and pervasive developmental disorders : Second edition. New York: John Wiley & Sons.

Smith, I. & Bryson, S. (1994). Imitation and action in autism: A critical review. *Psychological Bulletin, 116*, 259-273.

Stewart, D. (1982). American Sign Language: A forgotten aspect of total communication. *Association of Canadian Educators of the Hearing Impaired Journal, 8,* 137-148.

الفصل السادس : أساليب تعليم المهارات الاجتماعية

١ . القصص الاجتماعية

المراجع وقراءات إضافية:

Gray, C. (2000). *The new social stories book: Illustrated Edition*: Texas: Future Horizons.

Gray, C. (2002). *My social stories book.* Jessica Kingsley Publishers.

Gray, C. & Garand, J. (1993). Social stories: Improving responses of students with accurate social information. *Focus on Autistic Behavior, 8,* 1-10.

Gray, C., Dutkiewicz, M., Fleck, C., Moore, L., Cain, S.L., Lindrup, A., Broek, E., Bray, B. (Eds.) (1993). *The social story book.* Publication of the Jenison Michigan Public Schools.

عناوين لمواقع في الإنترنت تصف القصص الاجتماعية:

www.thegraycenter.org/Social_Stories.htm : موقع تديره كارول غراي، معلومات حول كتابة وتطبيق القصص الاجتماعية والتدريب وورش العمل.

www.polyxo.com/socialstories : موقع يستعرض العديد من القصص الاجتماعية المكتوبة حول مواضيع مختلفة.

العنوان البريدي: graycenter@triton.net

فيلم فيديو حول تصميم وتطبيق القصص الإجتماعية : Writing Social Stories with Carol Gray. متوفر متوفرلدى www.amazon.com

٢ . التعليم من خلال الأنداد

المراجع وقراءات إضافية:

Jordan, R. & Powell, S. (1995). *Understanding and teaching children with autism.* New York: John Wiley and Sons.

Laushey, Krantz, P.J., & McClannahan, L.E. (1993). Teaching children with autism to initiate to peers. *Journal of Applied Behavior Analysis, 26,* 121-132.

McGee, G.C., Almeida, M.C., Sulzer-Azaroff, B., & Feldman, R.S. (1992). Promoting reciprocal interactions via peer medication incidental teaching. *Journal of Applied Behavior Analysis, 25,* 117-126.

Odom, S.L., & Strain, P.S. (1984). Peer-mediated approaches to promoting children's social interaction: A review. *American Journal of Orthopsychiatry, 54,* 544-557.

Roeyers, H. (1996). The influence of nonhandicapped peers on the social interactions of children with a pervasive developmental disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 26,* 303-320.

٣ . [illegible]

المراجع وقراءات إضافية:

Greenspan, S.I., & Wieder, S. (1998). *The child with special needs.* Massachusetts: Addison Wesley.

National Research Council (2001). *Educating children with autism.* Washington, DC: National Academy Press.

Quill, K.A. (2000). Do Watch Say Listen: Social and *communication intervention for children with autism.* Baltimore: Paul H. Brookes.

عناوين لمواقع في الإنترنت حول فلورتايم:

www.mindspring.com/~dgn/davefaq.htm
www.mindspring.com/~dgn/childart.htm
www.sprintmail.com/~janettevance/floor_time.htm
www.interactivemetronome.com/GreenspanArticle.htm

كما توجد فيديوهات للتدريب على فلورتايم ومدتها مجتمعة عشرين ساعة:

Http://icdl.com/icdlpubs.htm

الفصل السابع : التعليم من خلال الاجراءات السلوكية

المراجع وقراءات إضافية:

Charlop-Christy, M.H., & Carpenter, M.M. (2000). Modified incindental teaching sessions: A procedure for parents to increase speech in their children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions, 2,* 98-102

Charlop-Christy, M.H., Lee, L., Freeman, K.A. (2000). A comparison of video modeling with in vivo modeling for teaching children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30,* 537-552.

Donnellan. A.M., LaVigna, G.W., Negri-Shoultz, N., & Fassbender, L.L. (1990). *Progress without punishment: Effective approaches for learners with behavioral problems.* New York: Teacher's College Press.

Egel, A.L. (1981). Reinforcer variation: Implications for motivating developmentally disabled children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 14,* 345-350.

Egel, A.L. Richman, G., & Keogel, R.L. (1981). Normal peer models and autistic children's learning. *Journal of Applied Behavioral Analysis, 14,* 3-12.

Fisher, W., Piazza, C., Bowman, L.G., Hagopian, L.P., Owens, J.C., & Slevin, I. (1992). A comparison of two approaches for identifying reinforcers for persons with severe and profound disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis, 25,* 491-498.

Green, G. (2001). Behavior Analytic instruction for learners with autism: Advances in stimulus control technology. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 16,* 72-85.

Green, C.W., Reid, H.R., Canipe, V.S., & Gardner, S.M. (1991). A comprehensive evaluation of reinforcer identification for persons with profound multiple handicaps. *Journal of Applied Behavior Analysis, 24,* 537-552.

Groden, J., & LeVasseur, P. (1995). Cognitive Picture Rehearsal In K.A Quill (ed.). *Teaching social skills to children with autism.* New York.

Haring, T.G., Kennedy, G.H., Adams, M.J., & Pitts-Conway, V. (1987). Teaching generalization of purchasing skills across community settings to autistic youth using videotape modeling. *Journal of Applied Behavioral Analysis, 20,* 89-96.

Koegle, R.L., & Koegle, K.K. (1996). *Teaching children with autism: Strategies for positive interactions and improving learning opportunities.* Baltimore: Brookes Publishing Co.

Koegle, R.L. and Schreibman, L. (1982). *How to Teach Autistic and severely handicapped children.* Texas: Pro-ed.

LeDoux, J. (2002). Synaptic self: *How our brains become who we are.* Viking Press.

Leaf, R., & McEachin, J. (1999). A *work in progress: Behavior management strategies and a curriculum for intensive behavioral treatment of autism.* New York: DRL Books.

McGee, G.G., Feldman, R.S., & Daly, T. (1999). An incidental teaching approach for the severely handicapped. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 24,* 133-146.

National Research Council. (2001). *Educating children with autism.* Washington, DC: National Academy Press.

Pace, M.G., Ivancic, M.T., Edwards, G.L., Iwata, B.A., & Page, T.J. (1985). Assessment of stimulus preference and reinforcer value with profoundly retarded individuals. *Journal of Applied Behavior Analysis, 18,* 249-355.

Quilititch, H.R., Christopherson, E.R., & Risley, T.R. (1997). The evaluation of children's play material. *Journal of Applied Behavior Analysis, 10,* 501-502.

Smith. T. (2001). Discrete trial training in the treatment of autism. *Focus on Autism & Other Developmental Disorders, 16,* 86-95.

Sulzer-Azaroff, & Mayer. (1991). *Behavioral Analysis for lasting change.* Fort Worth. TX: Holt, Rinehart, & Wilson.

Vollmer, T.R., & Iwata, B.A. (1991). Establishing operations and reinforcement effects. *Journal of Applied Behavior Analysis, 24,* 279-291.

Zirpoli, T.J., & Melloy, C. (1993). *Behavior mangagement: Applications for teachers and parents.* New York: Merrill.

الفصل الثامن : تحليل السلوك الوظيفي

المراجع وقراءات إضافية:

Durand, V.M., Berotti, D., & Weiner, J. (1993). Functional communication training: factors affecting effectiveness, generalization, and maintenance (pp. 317-340). In J. Reichle & D.P. Wacker (Eds)., *Communicative alternatives to challenging behavior: Integrating functional assessment and intervention strategies.* Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Reichle, J., & Wacker, D.P. (1993). *Communicative alternatives to challenging behavior: Integrating functional assessment and intervention strategies.* Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

الفصل التاسع : المعالجة الحسية والتطويرية

١ . الدمج الحسي

المراجع وقراءات إضافية:

Ayres, J.A. (1979). Sensory integration and the child. Los Angeles, California: Western Psychological Services.

Gaber-Halle, D., Halle, J., & Chung, Y.B. (1993). The effects of aerobic exercise on maladaptive and stereotypical behavior of adults with autism and mental retardation. Journal of Autism and Developmental Disorders, 24, 565-576.

Mason, S.A., & Iwata, B.A. (1990). Artifactual effects of sensory-integrative therapy on self-injurious behavior. Journal of Applied Behavior Analysis, 23, 362-370.

للمهتمين من المعلمين والآباء بتطبيق أنشطة الدمج الحسي، توجد كتب مليئة بالصور يسهل أخذ أفكار منها وتطبيقها في المنزل أو المدرسة ومنها:

Anderson, J.M. (1998). *Sensory motor issues in autism.* Texas: Therapy Skill Builders.

Cautela, J.R., & Groden, J. (1978). *Relaxation: A comprehensive manual for adults, children, and children with special needs.* Illinois: Research Press Company.

لمزيد من المعلومات عن الدمج الحسي، اتصل بالمؤسسات التالية، مع العلم بأن المعلومات المقدمة قد تكون اتحادية لصالح الدمج الحسي:

Sensory Integration International (SII): A non-profit organization that provides information on sensory integration.
1602 Cabrillo Avenue
Torrance, California 9050
Telephone: 310 533-8333
United States of America

Lorna Jean King
Center for Neurodevelopmental Studies
8434 North 38th Avenue
Phoenix, Arizona 85051
United States of America

٢ . التدريب على التكامل السمعي

مراجع وقراءات إضافية:

Berard, G. (1982). *Hearing equals behavior*. Connecticut: Keats Publishing.

Stehli, A. (1991). *The sound of a miracle: A child's triumph over autism*. New York: Doubleday.

Bettison, S. (1996). The long term effects of auditory training on children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 26*, 361-374.

Dawson, G., & Watling, R. (2000). Interventions that facilitate auditory, visual, and motor integration in autism: A review of the evidence. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30*, 415-421.

Gerlach, E. (1998). *Autism treatment guide*. Future Horizons.

Gillberg, C., Johansson, M., Steffenburg, S., & Berlin, O. (1997). Auditory integration training in children with autism. *Autism, 1*, 97-100.

Rimland, B., & Edelson, S.M. (1994). Second opinion: The effects of auditory integration training in autism. *American Journal of Speech and Language Pathology, 3*, 16-24.

Rimland, B., & Edelson, S.M. (1995). Brief report: A pilot study of auditory integration training in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 25*, 61-70.

Zollweg,W., Palm, D., & Vance, V. (1997). The efficacy of auditory integration training: A double blind study. *American Journal of Audiology, 6*, 39-47.

لمزيد من المعلومات عن التدريب على التكامل السمعي، اتصل بالمؤسسات التالية، مع العلم بأن المعلومات المقدمة قد تكون انحيادية لصالح التدريب على التكامل السمعي:

Dr. Guy Berard
74370 Les Olliers
France
Telephone: 50 60 32-15
Fax: 50 60 32 46

Society for Auditory Integration Training (SAIT):
1040 Commercial Street SE, Suite 306
Salem, Oregon 97302
United States of America
Website: www.sait.org

Georgiana Institute
Peter or Annabel Stehli
P.O Box 10
Roxbury, CT 06783
United States of America
Phone: (860)355-1545
Fax: (860)355-2443
Website: www.georginainstitute.org
http://tomatis.com/overview.html

٣ . عدسة أيرلين

مراجع وقراءات إضافية:

Williams, D. (1992). Nobody nowhere. London: Doubleday.

Williams, D. (1994). Somebody somewhere. London: Doubleday.

لمزيد من المعلومات عن عدسة أيرلين، اتصل بالمؤسسات التالية، مع العلم بأن المعلومات المقدمة قد تكون انحيادية لصالح عدسة أيرلين:

Irlen Center
5380 Village Rd.
Long Beach, California, 90808.
United States of America
Telephone: 562 428 8699
Website: www.irlen.com
Email:irlen@irlen.com
(أو)
Irlen Center
9 Orme Cour
London, W2 4RL
United Kingdom
Telephone: 0171 229 8810

٤ . آلة الحصر

مراجع وقراءات إضافية:

Grandin, T. (1995). Thinking in pictures: And other reports from my life with autism. New York: Doubleday.

Therafin Corportation
19747 Wolf Road.

Mokena, IL 60448
United States of America
Telephone: 708 479 7300
Website:www.therafin.com
Email:info@therafin.com

(في تاريخ النشر كان سعر آلة الضغط حوالي ٤٣٧٥ دولار (١٦,٤٠٦ ريال سعودي)، بينما تبلغ أجور الشحن والمناولة من ١٥٠ - ٤٥٠ دولار في الولايات المتحدة أي ما يعادل ٥٦٢ - ١٦٨٧ ريال سعودي).

٥. المعالجة بالدلافين

لمزيد من المعلومات عن المعالجة بالدلافين اتصل بالمؤسسات التالية، مع العلم بأن المعلومات المقدمة قد تكون انحيادية لصالح المعالجة بالدلافين:

Island Dolphin Care
331 Corrine Place
Key Largo, Florida 33037
United States of America
Telephone: (305)451-5884
Fax: (305)453-5399.
Website:www.islanddolphincare.org
Email:Fonzie@IslandDolphinCare.org

لمزيد من المعلومات عن المعالجة بمساعدة الحيوانات كاستخدام الخيل اتصل بالمؤسسات التالية، مع العلم بأن المعلومات المقدمة قد تكون انحيادية لصالح المعالجة بمساعدة الحيوانات:

Narha
PO Box 33150
Denver, Colorado 80233
Fax: 303 252 4610
Webstie:www.narha.org
Email:Narha@narha.org

٦. العلاج بالموسيقى

مراجع وقراءات إضافية:

Alvin, J., & Warwich, A. (1991). Music therapy for the autistic child. New York: Oxford Press.

Gerlach, E. (1998). Autism treatment guide. Oregon: Four Leaf Press.

لمزيد من المعلومات عن العلاج بالموسيقى اتصل بالمؤسسات التالية، مع العلم بأن المعلومات المقدمة قد تكون انحيادية لصالح العلاج بالموسيقى:

Diana Asbridge,
38 Pierce Lange
Fulbourn, Cambs. CB1 5DL
United Kingdom.
British Society for Music Therapy
25 Rosslyn Avenue (أو)
East Barnet, Hertx. EN4 8DH

٧ . المعالجة بالحضـــن

مراجع وقراءات إضافية:

Gerlach, E. (1998). Autism treatment guide. Oregon: Four Leaf Press

Welch, M. (1989). Holding time. London: Century Hutchinson.

لمزيد من المعلومات عن المعالجة بالحضن اتصل بالمؤسسات التالية، مع العلم بأن المعلومات المقدمة قد تكون انحيادية لصالح المعالجة بالحضن:

John Radcliff Hospital
Headington, Oxford, OX3 9DU
United Kingdom
Telephone: 0186 522 0953/4

٨ . طريقة دومان ديلاكاتو

مراجع وقراءات إضافية:

Bratt, B. (1989). *No time for Jello-O: One family's experience with the Doman-Delacato patterning program.* Cambridge: Brookline Books.

Delacato, C. (1974, 1984). *The ultimate stranger.* New York: Doubleday.

Hart, C. (1995). Teaching children with autism: What parents want. In K. Quill (Ed.), *Teaching children with autism: Methods to enhance communication and socialization.* New York: Delmar.

لمزيد من المعلومات عن طريقة دومان ديلاكاتو اتصل بالمؤسسات التالية، مع العلم بأن المعلومات المقدمة قد تكون انحيادية لصالح طريقة دومان ديلاكاتو:

Dr. Nigel Beasley
University of Leicester, Staff Development Unit
University Road, Leicestershire, LE1 7RH
United Kingdom
Telephone: 0116 252 5021
Fax: 0116 252 2200

٩ . التواصل الميسر

مراجع وقراءات إضافية:

Bilken, D. (1990). Communication unbound: Autism and praxis. *Harvard Educational Review, 60,* 291-314.

Montee, B.B., Milternberger, R.G., & Wittrock, D. (1995). An experimental analysis of facilitated communication. *Journal of Applied Behavior Analysis, 18,* 3-16.

لمزيد من المعلومات عن التواصل الميسر اتصل بالمؤسسات التالية، مع العلم بأن المعلومات المقدمة قد تكون انحيادية لصالح التواصل الميسر:

Douglas Bilken
Syracuse University, Facilitated Communication Institute
376 Huntington Hall
Syracuse, New York 13244.
United States of America
Phone: 315 443-9657
Fax: 315 443 2274
Email:fcstaff@sued.syr.edu
Website:http://soeweb.syr.edu/thefci

الفصل العاشر: كيفية تقويم أنواع المعالجة

المراجع وقراءات إضافية:

Freeman, B.J. (1997). Guidelines for evaluating intervention programs for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 27,* 641-651.

Maurice, G., Green, G., & Luce, S. (Eds.). (1996). *Behavioral interventions for children with autism: A manual for parents and professionals.* Texas: Pro-Ed.

Mitchell, M., & Janina, J. (1996). *Research design explained: Third edition.* New York: Harcourt Brace.

الفصل الحادي عشر: التدخل العلاجي بالأدوية النفسية

المراجع وقراءات إضافية:

Aman, M.C. (1982). Stimulant drug effects in developmental disorders and hyperactivity: Toward a resolution of disparate findings. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 12,* 385-389.

Aman, M.C., Van Bourgondien, M.E., Wolford, P.C., & Sarphare, G. (1995). Psychotropic and anticonvulsant drugs in subjects with autism: Prevalence and patterns of use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 1672-1681.

Anderson, L.T., Campbell, M., Grega, D.M., Perry, R., Small, A.M., & Green, W.H. (1984). Haloperidol in the treatment of infantile autism: Effects on learning and behavior symptoms. *American Journal of Psychiatry, 141,* 1195-1202.

Bolman, W.M., & Richmond, J.A. (1999). A double-blind, placebo-controlled, crossover pilot trial of low dose Dimethylglycine in patients with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 29,* 191-194.

Brasic, J.R., Barnett, J.Y., Kaplan, D., Sheitman, B.B., Aisemberg, P., Lafargue, R.T., Kowalik, S., Clark, A., Tsaltas, M.O., & Young, J.G. (1994). Clomipramine ameliorates adventitious movements and compulsions in prepubertal boys with autistic disorder and severe mental retardation. *Neurology, 44,* 1309-1312.

Brodkin, E.S., McDougle, C.J., Naylor, S.T., Cohen, D.J., & Price, L.H. (1997). Clomipramine in adults with pervasive developmental disorders: A prospective open-label investigation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 7,* 109-121.

Campbell, M., Adams, P., Perry, R., Spencer, E.K., & Overall, J.E. (1988). Tardive and withdrawal dyskinesia in autistic children: A prospective study. *Psychopharmacology Bulletin, 24,* 251-255.

Campbell, M., Adams, P., Small, A.M., Curren, E.L., Overall, J.E., Anderson, L.T., Lynch, N., & Perry, R. (1988b). Efficacy and safety of fenfluramine in autistic children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27,* 434-439.

Campbell, M., Anderson, L.T., Meier, M., Cohen, I.L., Small, A.M., Samit, C., & Sachar, E. (1978). A comparison of haloperidol and behavior therapy and their interaction in autistic children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 17,* 940-655.

Campbell, M., Anderson, L.T., Small, A.M., Adams, P., Gonzalez, N.M., & Ernst, M. (1993). Naltrexone in autistic children: Behavioral symptoms and attentional learning. Journal of the *American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 32,* 1283-1291.

Campbell, M., Fish, B., Shapiro, T., & Floyd, A.J. (1971). Imipramine in preschool autistic and schizophrenic children. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 1, 267-282.

Carr, E. & Durand, M. (1985). Reducing behavioral problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavioral Analysis, 18,* 111-126.

Chamberlain, R.S., & Herman, B.H. (1990). A novel and biochemical model linking dysfunction in

the brain, melatonin, propiomelancortin peptides, and serotonin, in autism. *Biological Psychiatry, 28*, 773-793.

Charlop, M. (1986). Setting effects of echolalia acquisition and generalization of receptive labeling in autistic children. Journal of Applied Behavioral Analysis, 16, 111-126.

Chez, M.G. et al (2000). Secretin and Autism: A two part clinical investigation. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30*, 87-94.

Cook, E.H., Rowlett, R., Jaselskis, C., & Leventhal, B.L. (1992). Fluoxetine treatment of children and adults with autistic disorder and mental retardation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 739-745.

Dartnall, N.A., Holmes, J.P., Morgan, S.N., & McDougle, C., (1999). Brief report: Two-year control of behavioral symptoms with risperidone in two profoundly retarded autistics with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 29*, 87-91.

Dawson., G., Hill, D., Spencer, A., Galpert, L., & Watson, L. (1990). Affective exchanges between young autistic children and their mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 335-345.

DeVane, C.L., & Sallee, F.R. (1996). Serotonin selective reuptake inhibitors in child and adolescent psychopharmacology: A review of published experience. *Journal of Clinical Psychiatry, 57*, 55-66.

Devanzo, P.A., Belin, T.R., Widawski, M.H., & King, B.H. (1998). Paroxetine treatment of aggression and self-injury in persons with mental retardation. American *Journal on Mental Retardation, 102,* 427-437.

Dykens, E.Y., & MacMahon, G. (1979b). The incidence of seizures among children with autism. *American Journal of Psychiatry, 136,* 1310-1312.

Engelhardt, D.M., Polizos, P., Waizer, J., & Hoffman, S.P. (1973). A double-bind comparison of fluphenazine and haloperidol. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 3, 128-137.

Fatemi, S.H., Realmuto, G.M., Khan, L, & Thuras, P. (1998). Fluoxetine in treatment of adolescent patients with autism: A longitudinal open trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 28,* 303-307.

Ghaziuddin, M., Tsai, L., & Ghaziuddin, N. (1991). Fluoxetine in autism and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 508-509.

Gillberg, C. (1988). The role of endogenous opioids in autism and possible relationships to clinical features. In L. Wing (ed.). *Aspects of autism: Biological research.* Gaskell: London.

Gillberg, C., & Steffenburg, S. (1987). Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: a population based study of 46 cases followed through puberty. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 17,* 273-287.

Gordon, C.T., State, R.C., Nelson, J.E., Hamburger, S.D., & Rapoport, J.L. (1993). A double-blind comparison of clomipramine, desipramine and placebo in the treatment of autistic disorder. *Archives of General Psychiatry, 50,* 441-447.

Grandin, T. (1995). *Thinking in pictures.* New York: Vintage Books: Random House Inc.

Greenspan, S.I., & Wieder, S. (1997). Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating: A chart review of 200 cases of children with autistic spectrum diagnoses. *Journal of Developmental and Learning Disorders, 1,* 87-141.

Griffith, H.W. (2000). *Complete guide to prescription and nonprescription drugs.* New York: Perigree Health.

Hogan, V. (2000). Pemoline market withdrawal. *Canadian Medical Journal, 162,* 106.

Horrigan, J.P., and Barnhill, L.J. (1997). Resperidone and explosive aggression in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 27,* 313-323.

Iwata, B.A., Dorsey, M.F., Slier, K.J., Bauman, K.E., & Richman, G.S. (1982). Towards a functional analysis of self-injury. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities, 2,* 3-20.

Jaselskis, C.A., Cook, E.H., Jr., Fletcher, K.E., & Leventhal, B.L. (1992). Clonodine treatment of hyperactive and impulsive children with autistic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 12,* 322-327.

Leboyer, M., Bouvard, M.P., Launay, J., M., Tabuteau, F., Waller, D., Dugas, M., Kerdelhue, B., Lensing, P., & Panksepp, J. (1992). Brief report: A double-blind study of naltrexone in infantile autism. *Journal of autism and Developmental Disorders, 23,* 309-319.

Le Vann, L. (1971). Clinical comparison of haloperidol with chlorpromazine in mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency, 75,* 719-723.

Lord, C. (1984). The development of peer relations in children with autism. In F.J. Morrison, C. Lord, & D.P. Keating (Eds.), *Advances in applied developmental psychology.* New York: Academic Press.

McDougle, C.J. (1997). Psychopharmacology. In D.J. Cohen & F.R. Volkmar (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders (2nd ed.).* New York, Wiley.

McDougle, C.J. (1998). Psychopharmocology. In F.R. Volkmar (Ed.), *Autism and pervasive*

developmental disorders. United Kingdom: Cambridge University Press.

McDougle, C.J., Brodkin, E.S., Naylor, S.T., Carlson, D.C., Cohen, D.J., & Price, L.H. (1998). Sertraline in adults with pervasive developmental disorders: A prospective open-label investigation. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 18*, 62-66.

McDougle, C.J., Kresch, L.E., Posey, D.J. (2000). Repetitive thoughts and behavior in pervasive developmental Disorders: Treatment with Serotonin Reuptake Inhibitors. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30*, 427-435.

McDougle, C.J., Naylor, S.T., Cohen, D.J., Volkmar, F.R., Heninger, G.R. & Price, L.H. (1996). A double-blind, placebo controlled study of fluvoxamine in adults with autistic disorder. *Archives of General Psychiatry, 53,* 441-447.

Mesibov, G., Adams, L.W., & Klinger, L.G. (1997). *Autism: Understanding the disorder.* New York: Plenum Press.

Mundy, P., Sigman, M., Ungerer, J., & Sherman, T. (1987). Nonverbal communication and play correlates of language development in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 17,* 349-364.

Naruse, H., Nagahata, M., Nakane, Y., Shrahashi, K., Takesada,k M., & Yamazaki, K, (1982). A multicenter double-blind trial of pimozide (Orap), haloperidol and placebo in children with behavioral disorders, using crossover design. *Acta Paedopsychiatrica, 48,* 173-184.

Panksepp, J. (1979). A neurochemical theory of autism. *Trends in Neuroscience, 2,* 174-177.

Panskepp, J., & Sahley, T.L. (1987). Possible brain opioid development in disrupted social intent and language development in autism. In E. Schopler, & G.B., Mesibov (Eds.), *Neurobiological issues in autism.* New York: Plenum Press.

Perry, R. & Bangaru, B.S. (1998). Secretin and Autism. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 8*, 247-248.

Perry, R., Campbell, M., Adams, P., Lynch, N., Spencer, E.K., Curren, E.L., & Overall, J.E. (1989). Long-term efficacy of haloperidol in autistic children: continuous versus discontinuous drug administration. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28,* 87-92.

Perry, R., Hinder, S., Krishnana, V.H., Roy, A. (1996). The use of specific serotonin reuptake inhibitors in people with learning disability, autism, and depression. Human *Psychopharmacology Clinical and Experimental, 11,* 425-426.

Pies, R.W. (1998). *Handbook of essential psychopharmacology.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Preston, J., & Johnson, J. (2003). *Clinical psychopharmacology made ridiculously simple.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Ratey, J.J., Bemporad, J., Sorgi, P., Bick, P., Polakoff, S., O' Driscoll, G., & Mikkelsen, E. (1987). Brief report: Open trial effects of beta-blockers on speech and social behaviors in 8 autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 17,* 439-446.

Ratey, J.J., Mikkelsen, E., Sorgi, P., Zuckerman, H.S., Polakoff, S., Bemporad, J., Bick, P., & Kadish, W. (1987). Autism: The treatment of aggressive behaviors. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 7,* 35-41.

Ratey, J.J., Sovner, R., Mikkelsen, E., & Chmielinski, H.E. (1989). Buspirone therapy for maladaptive behavior and anxiety in developmentally disabled persons. *Journal of Clinical Psychiatry, 50,* 382-384.

Rapoport, J.L., Mikkelsen, E.J., Zavadil, A., Nee, L., Gruenau, C., Mendelson, W., & Gillin, J.C. (1980). Childhood enuresis: 2. Psychopathology, tricyclic concentration in plasma and antienuretic effect. *Archives of General Psychiatry, 37,* 1146-1152.

Realmuto, G.M., August, G.J., & Garfinkel, B.D. (1989). clinical effects of buspirone in autistic children. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 9,* 122-125.

Reichelt, K.L., Knivsberg, A.M., Nodland, M., & Lind, G. (1994). Nature and consequences of hyperpeptiduria and bovine casomorphine found in autistic syndromes. *Developmental Brain Dysfunction, 7,* 71-85.

Reichelt, K.L., et al (1981). Biologically active peptide containing fractions in schizophrenia and childhood autism. *Advances in Biochemical Psychopharmacology, 28,* 627-643.

Rimland, B. (2000). Comments on "Secretin and Autism: A two part clinical investigation" by M.G. Chez et al. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30,* 95.

Rimland, B. (1998). The use of Vitamin B6, magnesium and DMG. In W. Shaw (Ed.). *Biological treatments for autism and PDD: What's going on? What can you do about it.* United States: Shaw.

Rimland, B. (1995). *Studies of high dosage vitamin B6 in autistic children and adults: 1965-1994.* San Diego, California: Autism Research Institute.

Rimland, B. (1978). The effect of high doses of vitamin B6 on autistic children. American *Journal of Psychiatry, 135,* 472-475.

Ritvo, E.R., Freeman, B.J., Yuwiler, A., Geller, E., Schroth, P., Yolota, A., Mason-Brothers, A., August, G.J., Klykylo, W. Leventhal., B., Lewis, K., Piggott, L., Relmuto, G., Stubbs, E.G., & Umansky, R. (1986). Fenfluramine treatment of autism: UCLA collaborative study of 81 patients at nine medical centers. *Psychopharmacology Bulletin, 22*, 133-140.

Rybacki, J.J., Pharm, D., & Long, J.W. (2000). *The essential guide to prescription drugs.* New York: Harper Perennial.

Rydell, P.J., & Prizant, B.M. (1995). Assessment and intervention strategies for children who use echolalia. In K. Quill (Ed.), *Teaching children with autism: Strategies to enhance communication and socialization.* New York: Delmar.

Shapiro, T. (1977). The quest for a linguistic model to study the speech of autistic children: Studies of echoing. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 30*, 819-825.

Shattock, P. Kennedy, A., Rowell, F., Berney, T.P. (1990). Proteins, peptides, and autism: Implications for the education and care of people with autism. *Brain Dysfunction, 3,* 323-334.

Shaw, W. (1998). *Biological treatments for autism and PDD: What's going on? What can you do about it?* United States: Shaw.

Shcreibman, L., & Carr, E. (1978). Elimination of echolalia responding to questions through the training of a generalized verbal response. *Journal of Applied Behavioral Analysis, 111*, 453-464.

Sherman, J., Factor, D., Swinson, R., Darjes, R. (1989). The effects of fenfluramine (hydochloride) on the behaviors of fifteen autistic children. *Journal of Autism and Developmental disorders, 19,* 533-543.

Snead, R.W., Boon, F., & Presberg, J. (1994). Paroxetine for self-injurious behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 909-910.

Stein, D.J., Hollander, E., & Josephson, S.C. (1994). Serotonin reuptake blockers for the treatment of obsessional jealousy. Retrieved from the World Wide Web, available at:http://www.biopsychiatry.com/ssrijeal.htm
Todd, R.D., (1991). Fluoxetine in autism. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1089.

Tsai, L.Y. (1992). Medical treatment in autism. In D. E. Berkell (Ed.). *Autism: identification, education, and treatment.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Tsai, L.Y. (2000). Children with Autism Spectrum Disorder: Medicine Today and in the New Millennium. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 15*, 138-145.

Tsai, L.Y. (2001). *Taking the mystery out of medication in autism/Asperger syndromes.* Texas: Future Horizons.

Willemsen-Swinkles, S.H., Buitelaar, J.K., Dekker, M., & Van England, H. (1998). Subtyping stereotypic behavior in children: the association between stereotypic behavior, mood, and heart rate. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 28,* 547-557.

الفصل الثاني عشر: معالجات بيولوجية غير الأدوية النفسية

المراجع وقراءات إضافية:

Carr, E. & Durand, M. (1985). Reducing behavioral problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavioral Analysis, 18,* 111-126.

Chamberlain, R.S., & Herman, B.H. (1990). A novel and biochemical model linking dysfunction in the brain, melatonin, propiomelancortin peptides, and serotonin, in autism. *Biological Psychiatry, 28,* 773-793.

Charlop, M. (1986). Setting effects of echolalia acquisition and generalization of receptive labeling in autistic children. *Journal of Applied Behavioral Analysis, 16,* 111-126.

Chez, M.G. et al (2000). Secretin and Autism: A two part clinical investigation. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30,* 87-94.

Gillberg, C. (1988). The role of endogenous opioids in autism and possible relationships to clinical features. In L. Wing (ed.). *Aspects of autism: Biological research.* Gaskell: London.

Lewis, L. (1997). Understanding and implementing a gluten and casein free diet. Retrieved from the world wide web at www.princeton.edu/~serge/II/gfpak.html on October 2000.

Lewis, L. (1998). Understanding and implementing a gluten and casein free diet. In W. Shaw (Ed.), *Biological treatments for autism and PDD.* Kansas: Shaw.

Mesibov, G., Adams, L.W., & Klinger, L.G. (1997). *Autism: Understanding the disorder.* New York: Plenum Press.

Panksepp, J. (1979). A neurochemical theory of autism. *Trends in Neuroscience, 2,* 174-177.

Panskepp, J., & Sahley, T.L. (1987). Possible brain opioid development in disrupted social intent and language development in autism. In E. Schopler, & G.B., Mesibov (Eds.), *Neurobiological issues in autism.* New York: Plenum Press.

Perry, R. & Bangaru, B.S. (1998). Secretin and Autism. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 8,* 247-248.

Reichelt, K.L., Knivsberg, A.M., Nodland, M., & Lind, G. (1994). Nature and consequences of hyperpeptiduria and bovine casomorphine found in autistic syndromes. *Developmental Brain Dysfunction, 7,* 71-85.

Reichelt, K.L., et al (1981). Biologically active peptide containing fractions in schizophrenia and childhood autism. *Advances in Biochemical Psychopharmacology, 28,* 627-643.

Rimland, B. (2000). Comments on "Secretin and Autism: A two part clinical investigation" by M.G. Chez et al. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30,* 95.

Rimland, B. (1998). The use of Vitamin B6, magnesium and DMG. In W. Shaw (Ed.). *Biological treatments for autism and PDD: What's going on? What can you do about it.* United States: Shaw.

Rimland, B. (1995). *Studies of high dosage vitamin B6 in autistic children and adults: 1965-1994.* San Diego, California: Autism Research Institute.

Rimland, B. (1978). The effect of high doses of vitamin B6 on autistic children. *American Journal of Psychiatry, 135,* 472-475.

Shattock, P. Kennedy, A., Rowell, F., Berney, T.P. (1990). Proteins, peptides, and autism: Implications for the education and care of people with autism. Brain Dysfunction, 3, 323-334.

Shaw, W. (1998). *Biological treatments for autism and PDD: What's going on? What can you do about it?* United States: Shaw.