دمج أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المجتمع. (دراسة نظرية)

Integrating Children with Autism Spectrum Disorder into Society. (Theoretical Study)

حسن معاش^{1*}، البشير طبال²

¹ جامعة عمار ثلجي الأغواط، الجزائر، hassandzsport@gmail.com

² جامعة أمجد بوقرة بومرداس، مخبر العلوم الحديثة في الأنشطة البدنية والرياضية، الجزائر،

b.tabbal@univ-boumerdes.dz

تاريخ النشر: 2022/06/16

تاريخ القبول: 2022/05/15

تاريخ الاستلام: 2022/04/26

ملخص:

تكمن أهمية هذه الدراسة في معرفة وتحديد بعض آليات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة من فئة اضطرابات طيف التوحد في المجتمع، وتعد اضطرابات طيف التوحد من بين الاضطرابات النمائية الأكثر تعقيدا نظرا لاختلاف الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب، كما أن هذا الاضطراب يتميز بالغموض والغرابة لأنماط السلوك المصاحبة له، كما انه يتميز بتداخل بعض مظاهره السلوكية مع بعض أعراض إعاقات واضطرابات أخرى، ونظرا للمشاكل والصعوبات التي يواجهها كل من الطفل المصاب وأسرته في التعامل مع هذا الاضطراب، فإننا لاحظنا أن هناك اهتماما كبيرا بين الباحثين والمختصين على حد سواء لما يعترضه من غموض وتنوع في الأسباب والبرامج التربوية والعلاجية، وسنحاول من خلال هذا البحث معرفة ما هي اضطرابات طيف التوحد وما هي أسبابه وما هي خصائص أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، كما سنحاول كيفية تشخيص هذه الاضطرابات وكيفية علاجها، بالإضافة إلى معرفة آليات دمج هذه الفئة في المجتمع.

كلمات مفتاحية: الدمج، أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، المجتمع.

Abstract:

The importance of this study lies in the knowledge and identification of some mechanisms for integrating people with special needs from the category of autism spectrum disorders in society ، Autism spectrum disorders are among the most complex developmental disorders ،Because people with this disorder are different ،This disorder is also characterized by ambiguity and strangeness of the patterns of behavior associated with it ،It is also characterized by the overlap of some of its behavioral manifestations with some symptoms of disabilities and other disorders ،Given the problems and difficulties faced by both the child and his family in dealing with the disorder ،We have noted that there is great interest among researchers and specialists alike because of the ambiguity and diversity in the causes and educational and therapeutic programs ،In this research ، we will try to find out what autism spectrum disorders are ،what causes it and what are the characteristics of children with autism spectrum disorder ،We will also try to diagnose and treat these disorders ،as well as how to integrate this group into society.

Keywords: Integration ،Children with Autism Spectrum Disorder ،Community.

مقدمة:

بعد الدراسات العديدة والمعمقة التي أجريت على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لتشخيصهم ومعرفة أسباب هذا الاضطراب وكيفية التعامل معه ومع الأطفال المصابين به، توصل العلماء والمختصين في هذا المجال إلى مجموعة كبيرة من الحقائق والنتائج حول اضطراب طيف التوحد لكن لم يتم بعد تحديد السبب المباشر له، حيث وجدوا أن هناك عوامل كثيرة قد تكون سببا في انتشار هذا الاضطراب، وتكمن ضرورة تحديد أسباب التوحد في معالجة هذا الاضطراب والوقاية منه والعمل على خفض معدلات انتشاره، بالإضافة إلى إجراء اختبارات واقتراح برامج خاصة من شأنها أن تقلل من حدوث اضطراب طيف التوحد، ويرجع المختصين أسباب التوحد إلى عوامل كثيرة منها العوامل الجينية والعوامل المناعية والعوامل العصبية وعوامل بيوكيميائية وعوامل اجتماعية.

ورغم صعوبة التعامل مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد إلا أن هناك جمعيات ومنظمات عالمية من جميع دول العالم تسعى إلى دمج هذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين في المدارس العادية، حيث تقوم هذه الجمعيات والمنظمات برئاسة مختصين في مجال الاضطرابات بمختلف أنواعها بتقديم مجموعة من الخدمات التعليمية والتربوية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المدارس العامة، وفق برامج خاصة يشرف عليها مختصين نفسيين وأرطوفونيين همهم الوحيد هو دمج هذه الفئة مع الأطفال العاديين، لكن للأسف هذه البرامج لا تستخدم إلا في بعض بلدان العالم خاصة بعض دول أوروبا وأمريكا، والجدير بالذكر أن هناك دراسات تثبت أن لسياسة الدمج أثر إيجابي على تحصيل الأطفال ذوي الإعاقة البسيطة والمتوسطة، كما أن عملية الدمج في المدارس العادية يحسن من مستوى المهارات الاجتماعية واللغوية ويزيد من التفاعل الاجتماعي بين الأطفال المصابين بهذا الاضطراب.

ومن خلال ما تم طرحه نظرح التساؤلات التالية: ما هي اضطرابات طيف التوحد؟ وما هي أسبابه؟ وكيف يمكن دمج أطفال ذوي اضطراب التوحد في المجتمع؟

1. أهمية الدراسة:

تظهر أهمية هذه الدراسة في جوانب عديدة كونها توضح أهمية وفوائد دمج أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المجتمع، كما أن هذه الدراسة تقوم بتعريفات دقيقة وواضحة حول اضطراب طيف التوحد وما هي أسبابه وأبرز وأهم العوامل والفرضيات التي يفترض علاقتها بإصابة الأطفال بأعراض التوحد، كما تظهر أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على كيفية تشخيص هذا الاضطراب ومعرفة خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بالإضافة إلى معرفة أطراف التوحد وأنواع الطيف التوحدي أو الاضطرابات النمائية الشاملة، كما

سنحاول ذكر أهمية دمج هذه الفئة في المجتمع ومعرفة أشكال الدمج وإيجابياته وسلبياته، وفي الأخير نسعى لتحديد بعض طرق وبرامج علاج اضطراب طيف التوحد.

2. أهداف الدراسة:

- تسليط الضوء على اضطراب طيف التوحد.
- فهم الأسباب المؤدية إلى ظهور اضطراب التوحد لدى الأطفال.
- التعرف على الطرق والأساليب المناسبة لدمج أطفال اضطراب طيف التوحد في المجتمع.
- التعرف على المهارات الأساسية للعناية بالذات لدى الأطفال المصابين بالتوحد.
- تقديم يد العون والمساعدة للأطفال المصابين بهذا الاضطراب وكذا لأهليهم للخروج من هذه الأزمة.

3. تحديد المفاهيم والمصطلحات:

1.3 الدمج الاجتماعي:

يقصد به دمج ذوي الإعاقة في الحياة الاجتماعية العادية والتعامل والمشاركة في مرافق وأنشطة المجتمع سواء الدمج الوظيفي أو في السكن أو في الإقامة مع تهيئة المجتمع لتقبلهم كأفراد منتجين ومتكاملين ومتفاعلين مع سائر أفراد المجتمع، والدمج الاجتماعي يتكامل مع الدمج التعليمي ولا يقل أهمية عن الدمج التعليمي الأكاديمي من حيث المزايا، وقد يعتبر الدمج الاجتماعي أهم وأولى بالدمج التعليمي من وجهة نظر الكثير من الباحثين والمربين (زواق، بن عبد الرحمان، 2019، ص146).

وتهدف حركة الدمج إلى تقديم الخدمات الملائمة للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة في بيئات تضم أقرانهم من العاديين ويتم تطبيق الدمج في التعليم من خلال تيسير الحصول على التعليم العام للتلاميذ ذوي الإعاقة جنباً إلى جنب مع العاديين من أقرانهم. وتمثل حركة الدمج تحولاً رئيسياً في تقديم الخدمات التقليدية للتلاميذ ذوي التخلف العقلي أو أي إعاقة أخرى (الشريف، عامر، 2005، ص388)

2.3 اضطراب طيف التوحد:

اختلف العلماء في تعريف التوحد كاضطراب، حيث ان كلمة "توحد" تعني النفس أو التوحد، حيث أن الأطفال الذين يصابون بهذا الاضطراب يمتازون بأنهم منغلَقون على أنفسهم ولا يقيمون علاقات اجتماعية، ويفشلون في استخدام اللغة بهدف التواصل مع الآخرين، ويتميزون أيضاً بأن لديهم رغبة ملحّة في الاستمرار بنفس السلوك ولديهم إمكانيات معرفية جيدة، وتبدو عليهم سلوكيات نمطية متكررة وتحدث هذه الصفات قبل (30) شهراً من عمر الطفل (الجلامدة، 2016، ص8)

3.3 المجتمع:

يشير مجتمع محلي إلى جماعة من الافراد يصنفون طبقا لمعيار معين، فقد اتجه علماء السوسولوجيا في تعريفهم المجتمع المحلي أنه يرتكز على عناصر نفسية قوامها الإحساس بالثشابه بين مجموعة من الافراد يشعرون بوجود رابطة تؤلف بينهم (ميهوبي، 2014، ص19).

الإطار النظري:

1. مفهوم التوحد:

التوحد هو اضطراب في النمو العصبي يؤثر على التطور في ثلاث مجالات أساسية: التواصل، والمهارات الاجتماعية والتخيل. يظهر التوحد في جميع أنحاء العالم وبمختلف الجنسيات والطبقات الاجتماعية بالتساوي ... وبناءً على الدراسات التي أجريت في أوروبا وأمريكا تراوحت نسبة انتشار التوحد بجميع درجاته بين 5-15 من كل 10.000 مولود، بينما تقدر ب 5 من كل 10.000 مولود لاضطراب التوحد الشديد.

تظهر حالات الإصابة بالتوحد بنسبة 1:4 بين الذكور والإناث بشكل عام، ولكن يظهر التوحد في الغالب بدرجات شديدة لدى الإناث ويكون مصحوبا بتأخر ذهني شديد، 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 تتخفض بينهما إلى 1:2 (الشامي، 2004، ص19).

1.1 اضطراب طيف التوحد:

يستخدم مصطلح اضطرابات طيف التوحد بالترادف مع اضطرابات نمائية شاملة، حيث يشير كلاهما إلى حالات مختلفة من التوحد تشترك جميعها في صفات التأخر الشديد بالإضافة إلى انحراف في العلاقات الاجتماعية وإحدى أو كلا الصفتين التاليتين: تأخر في التواصل اللغوي والاجتماعي، وعدم القدرة على التخيل، هذا بالإضافة إلى أن المصابين باضطرابات طيف التوحد يعانون أيضا انحرافات في تطورهم، وهذا يعني أن الطريقة التي يتطور بها هؤلاء لا تسير وفق التسلسل الطبيعي الذي نراه في نمو الأطفال الطبيعيين أو حتى فيمن يعانون إعاقة ذهنية (الشامي، 2004، ص47).

2.1 تعريف التوحد:

تشق كلمة التوحد (Autism) من الكلمة الإغريقية " aut " وتعني النفس أو الذات وكلمة " ism " وتعني انغلاق والمصطلح ككل يمكن ترجمته على أنه الانغلاق على الذات، وتقتصر هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالبا يندمجون أو يتوحدون مع أنفسهم، ويبدون قليلا من الاهتمام بالعالم الخارجي، وتصف الطفل التوحدي بأنه عاجز عن إقامة علاقات اجتماعية، ويفشل في استخدام اللغة لغرض التواصل مع الآخرين، ولديه رغبة ملحة

للاستمرارية في القيام بنفس السلوك، ومغرم بالأشياء ولديه امكانيات معرفية جيدة، كما ان الأفراد التوحديين يبدون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة وتحدث هذه الصفات قبل عمر الثلاثين شهرا من عمر الطفل (مصطفى، الشربيني، 2011، ص26).

تعريف الجمعية البريطانية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد:

لقد كان الهدف من تعريف الجمعية البريطانية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في المملكة المتحدة هو رسم سياسة اجتماعية وقانونية بخصوص اضطراب التوحد، وكذلك نوعية الرأي العام به وحسب هذا التعريف يشتمل هذا الاضطراب على المظاهر التالية:

1- اضطراب في معدل النمو وسرعته.

2- اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات.

3- اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص.

4- اضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة (الزراع، 2005، ص17).

ويذكر (مصطفى، الشربيني، 2011، ص27) تعريف ولف والذي يحدد فيه المصابين بالتوحد بأنهم يبدون قصور في التفاعل الاجتماعي، قصورا واضحا في التواصل اللغوي، وترديدا أليا لما يسمعون، قصورا في القدرة على القدرة على اللعب الاجتماعي والتخيل، الإصرار على أداء الروتين الذي اعتاد عليه، ورفضاً شديدا لأي تغييرات تطرأ على هذا الروتين.

ويعرف اورنرز: التوحد بأنه أحد اضطرابات النمو الشديدة في السلوك عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة او خلل عصبي ثابت او تغيرات بيوكيميائية أو اىضية علامات جينية.

ويعرفه محمود حمودة: بأنه اضطراب ذاتوي يتميز بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث أنواع أساسية من النمو والسلوك وهو خلل في التفاعل في التفاعل الاجتماعي، وخلل في التواصل والنشاط التخيلي، وقلة ملحوظة للاهتمامات والأنشطة.

ويرى إسماعيل بدر: إن التوحد هو اضطراب انفعالي للعلاقات الاجتماعية مع الآخرين، وينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية، وخاصة في التعبير عنها بالوجه او باللغة، ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية (مصطفى، الشربيني، 2011، ص ص27-28).

2. أسباب التوحد:

لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد، رغم أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة

الإصابة بين التوائم المطابقين (من بيضة واحدة) أكثر من التوائم الآخرين (من بيضتين مختلفتين)، ومن المعروف أن التوأمين المتطابقين يشتركان في نفس التركيبة الجينية. كما أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير التردد المغناطيسي MRI وPET وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبة المخ، مع وجود اختلافات واضحة في المخيخ، بما في ذلك في حجم المخ وفي عدد نوع معين من الخلايا المسمى "خلايا بيركنجي Purkinje cells" ونظراً لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيس لأن يكون السبب المباشر للتوحد، فإنه تجرى في الولايات المتحدة بحوثاً عدة للتوصل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب.

ولكن من المؤكد أن هناك الكثير من النظريات التي أثبتت البحوث العلمية أنها ليست هي سبب التوحد، كقول بعض علماء التحليل النفسي وخاصة في الستينيات أن التوحد سببه سوء معاملة الوالدين للطفل، وخاصة الأم، حيث إن ذلك عار عن الصحة تماماً وليست له علاقة بالتوحد. كما أن التوحد ليساً مرضاً عقلياً، وليست هناك عوامل مادية في البيئة المحيطة بالطفل يمكن أن تكون هي التي تؤدي إلى إصابته بالتوحد (العبادي، 2006، ص 28-29).

فيما يلي أبرز وأهم العوامل والفرضيات التي يفترض علاقتها بإصابة الأطفال بأعراض التوحد:

- (1) **عوامل جينية:** أظهرت نتائج بعض الدراسات ارتباط الإعاقة الغامضة بالوراثة وشذوذ الكروموسومات.
 - (2) **عوامل بيولوجية:** تنحصر هذه العوامل في الأسباب التي تؤدي للإصابة في الدماغ قبل الولادة أو أثناءها، ونعني بذلك إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية، أو التعرض لنزيف حاد، أو تناول بعض العقاقير الطبية خلال الشهور الثلاثة الأولى من فترة الحمل، أو تعرضها أثناء الولادة لبعض المشكلات مثل نقص الأكسجين.
 - (3) **عوامل متعلقة بالجهاز العصبي:** أظهرت نتائج بعض الدراسات ارتباط الإعاقة الغامضة بالكهرباء الزائدة في المخ، وموجات مضطربة في رسم الدماغ والأشعة المقطعية، ونوبات صرع، وفشل في التجنب المخي، والاستجابة السمعية المستتارة من فرغ المخيخ لدى الأطفال.
 - (4) **فرضية الأم الثلاثية:** تشير إلى أن السبب في حدوث اضطراب التوحد يرجع إلى انهيار الارتباط القائم بين الأم وطفلها، فالأم التي لا تزود طفلها بالدفء الكافي والحنان هي أم باردة (وقد ثبت قطعية فساد هذه النظرية وخطأها بعد ذلك). (الزريقات، 2004، ص 114)
- وهناك العديد من النظريات التي مازالت في طور الخروج بالتفسير والتحليل لمظاهر التوحد وسلوكياته، من النادر أن يوجد طفلان مصابان بالتوحد يمتلكان سلوكيات متماثلة في الحدة والدرجة، لذلك يجمع المختصون على عدم وجود نمط موحد للطفل التوحدي (الجلامة، 2016، ص 37).

3. تشخيص التوحد:

هذا الأمر يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهنيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد، مما يؤدي إلى وجود خطأ في عملية التشخيص، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة، حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل، ولمهارات التواصل لديه، ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور.

ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من السلوك التوحدي يوجد كذلك في اضطرابات أخرى، ولذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة، حيث يمكن أن يضم هذا الفريق: أخصائي أعصاب، أخصائي نفسي أو طبيب نفسي، طبيب أطفال متخصص في النمو، أخصائي علاج لغة وأمراض نطق، أخصائي علاج مهني وأخصائي تعليمي، والمختصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد (العبادي، 2006، ص 31)

4. خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

يتصف الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعدد من الخصائص الاساسية وفيما يلي وصف لهذه الخصائص:

1.4 الخصائص السلوكية: Behavioral Characteristics

يظهر الطفل ذي اضطراب طيف التوحد نوبات انفعالية حادة ويكون مصدر إزعاج للآخرين ومن أهم الملامح والخصائص السلوكية، عدم الاستجابة للآخرين مما يؤدي إلى عدم القدرة على استخدام وفهم اللغة بشكل صحيح، الاحتفاظ بروتين معين وضعف التواصل مع الآخرين، الخوف من تغيرات بسيطة في البيئة، وكذلك القيام بحركات جسمية غريبة، النشاط الزائد أو الخمول، في حين يصاب البعض بالصرع، ويلجأ الآخرون إلى إيذاء الذات.

2.4 الخصائص اللغوية: language Characteristics

ويمتاز الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعدد من الخصائص اللغوية ومنها:

عدم القدرة على استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين، التحدث بمعدل أقل من الطفل العادي، وضعف القدرة على استخدام كلمات جديدة، الاستخدام غير العادي للغة مثل تكرار الأسئلة، وكذلك الكلام بنفس النغمة لكافة الموضوعات ويواجه الأطفال ذوي اضطراب طيف صعوبات في فهم وإدراك المثيرات غير اللغوية مثل الإشارات، الحركات وتعابير الوجه وصعوبة الانتباه إلى الصوت الإنساني رغم سلامة حاسة السمع لديه، وعدم القدرة على تكوين جمل تامة وعكس استخدام الضمائر وحروف الجر.

3.4 الخصائص الحركية: Motor Characteristics

لا توجد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مشكلات حركية دقيقة (شريطة أن لا تكون لديهم إعاقة عقلية ولا مصاعب خاصة)، إلا أنه يمكن القول أن مراحل تطورهم الحركي تتحقق بغير ترتيب بالمقارنة مع العاديين فمثلا يتعلمون المشي ثم الحبو، كما يميل بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى المشي على أصابع أقدامهم

بينما تشير الجمعية الأمريكية للتوحد إلى دراسة أجراها جيم آدمز وجدت أن (30%) من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم ضعف عضلي يتراوح من متوسط إلى شديد يؤثر في مهاراتهم الحركية، العامة والمهارات الدقيقة، حيث وجدت تلك الدراسة إن هؤلاء الأطفال يميلون إلى امتلاك مستويات منخفضة من البوتاسيوم وان تناولهم للفاكهة قد يساعد في رفع نسبة البوتاسيوم، وتحسين المهارات الحركية لديهم.

وفي دراسة أجراها منغ ووبريماكامبا (Ming , Brimacamba , Wager 2007) هدفت إلى معرفة نسبة انتشار المشكلات الحركية لدى (154) طفلا من ذوي اضطرابات طيف التوحد (ASD) وقد أشارت نتائج الدراسة من خلال الملاحظات السريرية إلى ظهور مشاكل حركية لدى هؤلاء الأطفال مثل : التأخر الحركي، والمشي على أطراف الأصابع، وظهور مشكلات في التناسق الحركي العام، وصعوبة في حركة كاحل القدمين، كما أظهرت النتائج إلى أن (0.51) من الأطفال أظهروا تحسنا في هذه المشكلات الحركية بمرور الوقت، بينما استمرت مشاكل في التناسق الحركي العام لدى (0.34) من الأطفال، وأشارت النتائج إلى أن (19%) منهم لديهم مشكلة المشي على أطراف الأصابع، بينما المشكلات مثل صعوبة الحركة في كاحل القدمين كانت نادرة الحدوث، واطهر (0.9) من أطفال الدراسة تأخرا حركيا.

4.4 الخصائص الاجتماعية Social Characteristics

يمتاز الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعدد من الخصائص الاجتماعية نذكر منها ما يلي:

- صعوبات واضحة في السلوك غير اللفظي اللازم للتعامل الاجتماعي.
- صعوبات في إقامة علاقات مع الآخرين.
- صعوبات في المشاركة في أوقات المتعة والفرح.
- صعوبات في مشاركة الآخرين وحياد كامل للمشاعر (المقابلة، 2016، ص ص 29-30).

5.4 الخصائص المعرفية / العقلية Cognitive Characteristics

أشارت الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر النواحي المميزة لاضطراب التوحد وذلك مما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي، ومما يجدر ذكره أن (0.70) من الأطفال يظهرون

قدرات عقلية متدنية تصل أحيانا إلى حدود الإعاقة العقلية، وتصل في أحيان أخرى إلى مستوى الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة، وان ما نسبة (10%) منهم يظهرون قدرات عقلية مرتفعة في جوانب محددة مثل الذاكرة والموسيقى والحساب، والفن، أو قدرات قرائية آلية دون استيعاب (الخطيب، وآخرون، 2011).

أما مزاج ومشاعر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فيمكن وصفها بأنها سطحية غير متفاعلة مع الأشخاص أو الأحداث، فقد يوصف ذي الطفل اضطراب طيف التوحد بالسعادة طالما لببت احتياجاته فورا ولكنة بشكل عام يميل إلى سرعة الغضب وعدم السعادة والبكاء لفترات طويلة وثورات الغضب التي عادة ما تكون بسبب تغيير الروتين.

6.4 الخصائص الحسية Sensory Characteristics

يظهر لدى أطفال اضطراب طيف التوحد استجابات غير عادية للخبرات الحسية، فمثلا قد لا يظهر استجابة للأصوات العالية والتي تكون خلفه مباشرة، لكنه قد يستدير لسماعه صوت من جهة أخرى قد يثير اهتمامه بعض الأصوات مثل قرع الأجراس، ويحب التحديق في مصادر الضوء سواء كان النور أو الشمس، ويظهر الفرد ذي اضطراب طيف التوحد في الغالب بأنه مشغول بالمعلومات الحسية، كما أن عتبة الألم لديه عالية مما يجعل الآخرين يعتقدون بأنه لا يشعر بالألم وفاقد الإحساس.

ويلاحظ الآباء والمدرسون أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يستخدمون حواس اللمس والتذوق والشم في اكتشاف البيئة من حولهم لفترة طويلة بعد انتهاء مرحلة الرضاعة والحبو الأولى، ويستخدمون ذلك للتعرف على الأشخاص الآخرين فهم يحبون شم ايدي والديهم مثلا. وبرغم الرغبة في التعرف على البيئة من خلال التذوق إلى أن بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يجدون صعوبة في تعلم مضغ الطعام العادي، ويستجوب الأمر إطعامهم الغذاء المهروس والمطحون لفترة أطول بكثير من الوقت الطبيعي لاجتياز ذلك. ومن الشائع أيضا أن نجد صعوبات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في تقليد ومحاكاة الحركات التي يقوم بها الآخرون.

وقد يبدو الخلل في الاستجابة للمثيرات الحسية إما بالزيادة أو النقصان فمثلا قد يظهر الطفل ذو اضطراب طيف التوحد الانزعاج الشديد للضجيج والأصوات العالية، أو قد يظهر على الطفل عدم استجابته للمثيرات الحسية من حوله ويبدو ذلك جليا في عدم الإحساس بالألم.

ويفيد عدد من المختصين بأن الخوف الزائد تجاه الأصوات يرجع إلى عطب بعض الخلايا في منطقة قرن آمون في الدماغ المسؤولة مباشرة عن وظائف إدراكية عديدة منها الانفعالات والخوف (المقابلة، 2016، ص 31-32).

كما تتباين التعبيرات الانفعالية لدى طفل اضطراب طيف التوحد بين الصمت التام، ونوبات من الصراخ أو البكاء دون سبب واضح أو نوبات الضحك دون سبب واضح، أي أن هناك تقلبات مزاجية شديدة دون سبب واضح، ولعل أبرز السمات الانفعالية هو نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية مثل المرتفعات، بينما يشعر بالذعر من أشياء عادية مثل صوت جرس الباب أو صوت المكنسة الكهربائية (العبادي، 2006).

7.4 مشكلات ثانوية:

هنالك بعض الخصائص الشائعة تظهر لدى الافراد ذوي اضطراب طيف التوحد لكنها ليست ضرورية لتشخيص التوحد وتتمثل في:

- أ) مشكلات النوم: حيث القلق والنوم المنقطع وغير المتواصل.
- ب) مشكلات في الأكل والشرب: حيث يتناول الأفراد الطعام بشراهة دون الشعور بالشبع، تناول أطعمة محددة وعدم تنوعها، تناول مشروبات معينة بكأس ثابت.
- ت) مشكلات إدراكية: حيث تظهر لدى الأفراد مشكلات في عمليات التفكير والتعرف والادراك والتقليد.
- ث) مشكلات في التعميم: عدم قدرة الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد على تعميم ما تم من بيئة لأخرى (المقابلة، 2016، ص ص32-33).

5. أطياف التوحد:

أصبح من الواضح بعد سنوات عديدة من البحث أن هناك عدة أنواع من التوحد، وهو السبب الذي أدى بتسمية التوحد بـ "اضطراب طيفي" إشارة إلى النطاق الواسع في درجاته وشدته ومظهر الأشخاص المصابين به وتدل هذه التسمية أيضا على أن الاختلافات الكائنة في التوحد تشبه الاختلافات الكائنة في الطيف، ألوان مختلفة في نوعها ذات ظلال مختلفة الشدة والعامل المشترك لهذه الأنواع المتعددة هو العجز الشديد في القدرة على التفاعل الاجتماعي، ومما ينبغي ذكره أن اضطراب التوحد (Autistic disorder) هو وحده الذي تظهر فيه المجموعة الكاملة لثالث الأعراس وهي:

أ- القصور في التفاعل الاجتماعي.

ب- قصور في اللغة.

ت- قصور في القدرة على التخيل.

أما في الأنواع الأخرى فيكفي وجود عنصرين للتشخيص تتباين درجة شدتهما، ويستخدم مصطلح اضطراب الطيف التوحدي كترديد لمصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة.

وأنواع الطيف التوحدي أو الاضطرابات النمائية الشاملة تتمثل بما يلي:

1) الاضطراب التوحدي: (Autistic disorder)

وهو أحد أنواع اضطرابات الطيف التوحدي، إلا أنه كثيرا ما يوصف بالمراجع العلمية وبأنه كل اضطرابات الطيف التوحدي، ويعرف بأنه إعاقة نمائية (تطورية)، تظهر قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره وتترك تأثيرات كبيرة على مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي وعلى مهارات التفاعل الاجتماعي أيضا، كما أن طيف التوحد يتصف بأنماط سلوكية نمطية تكررية، وبمقاومة التغييرات في البيئة أو في الأنشطة اليومية الروتينية في استجابات غير مألوفة للخبرات الحسية.

2) اضطراب اسبرجر: (Asperger syndrome)

كان أول من وصف الخصائص السلوكية لهذا الاضطراب هو العالم النمساوي هانز أسبيرجر (Asperger Hans) ولذلك نسب الاضطراب إلى اسمه، ومن أهم خصائص هذا الاضطراب ضعف المهارات الاجتماعية والسلوكيات أو الاهتمامات المحدودة أو غير العادية، وبالنسبة للمهارات الكلامية واللغوية فهي تتطور بشكل طبيعي ولكن بعض مهارات التواصل تكون غير عادية حيث يواجه الأطفال صعوبة في الاستخدام الاجتماعي للغة، فهم يميلون إلى تفسير اللغة بطريقة حرفية تماما الأمر الذي يجعلهم يواجهون صعوبات في استيعاب المفاهيم واللغة غير اللفظية، أما من حيث القدرات العقلية فإن معظم الأطفال الذين لديهم متلازمة أسبيرجر ليس لديهم إعاقة عقلية وذلك فرق جوهري بين هذه المتلازمة والتوحد.

3) اضطراب ريت: (Rett's disorder)

وهو اضطراب نمائي يصيب البنات فقط و فيه يحدث النمو الطبيعي أولا ثم تفقد البنات المهارات التي اكتسبتها من قبل، كما تفقد الاستخدام الغرضي لليدين ويحدث بدلا منه حركات متكررة لليدين و يبدأ ذلك في سن من 1- 4 سنوات وهذا الاضطراب نادر الحدوث و يصيب مولودا واحدا من كل 10.000 مولود أنثى، وتزداد احتمالات ظهور الصرع لدى هذه الفئة لتصل إلى نسبة 80% وتزداد الإصابة باضطرابات التنفس و صعوبات في المضغ وبلع الطعام و في النوم وبعد سن العشر سنوات يتقوس العمود الفقري لدى كثير من الإناث وهو ما يسمى "الجنف" و قد تحتاج إلى كرسي متحرك بسبب التدهور الكبير في المهارات الحركية.

4) اضطراب الطفولة التفككي: (Childhood Disintegrative Disorders)

يتطور الطفل في هذا الاضطراب تطورا طبيعيا من جميع الجوانب من عمر سنتين إلى عشر سنوات، ثم يتبع ذلك فقدان ملحوظا للمهارات التي تعلمها وتكون على الأقل في اثنتين مما يأتي: اللغة الاستقبالية، المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي، عدم السيطرة على الأمعاء والمثانة، اللعب، المهارات الحركية، وهذا الاضطراب من الاضطرابات النادرة الحدوث فهو يحدث لمولود واحد من كل 100.000.

(5) الاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد (Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified):

و يعرف الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد أيضا باسم التوحد غير النمطي (Atypical) و هو من أكثر الاضطرابات النمائية شيوعا و يتم تشخيص هذا الاضطراب عند بعض ملامح التوحد التقليدي في الفرد وليس جميع معايير التشخيص و بمعنى آخر وإن كان غير دقيق يكون الفرد توحديا "تقريبا"، و لكن ليس لدرجة كافية لتشخيص حالته بالتوحد ، وتمتاز الأعراض في هذا الاضطراب بأنها أقل شدة من التوحد و الاضطرابات النمائية الأخرى ، وتظل لديهم قدرة على التفاعل الاجتماعي بدرجة تحول دون إصابتهم بالتوحد هذا بالإضافة إلى أن الأطفال المشخصين ضمن هذه الفئة هم من الفئات ذات الأداء العالي، أي لديهم قدرات إدراكية شبه طبيعية، وباختصار يتم تشخيص هذه الحالة على هذا النحو عندما لا تنطبق على الطفل المحكات الخاصة بتشخيص معين من الاضطرابات السابقة مع وجود خلل أو قصور شامل و شديد في سلوكيات محددة.

هناك اضطرابات أخرى تشترك مع اضطرابات طيف التوحد ببعض الخصائص العامة وهي على النحو التالي:

- ✓ متلازمة الكروموسوم X الهش: وهو اضطراب جيني في الكروموسوم الجنسي الأنثوي (X) معظم الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم إعاقة عقلية بسيط إلى متوسط، غالبا ما تظهر استجابات حركية تكرارية، وحساسية مفرطة للصوت، واضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي، واضطرابات معرفية.
- ✓ متلازمة لاندو - كليفر: في هذه الحالة ينمو الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث سنوات من العمر، ولكنه يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك، غالبا ما يشخص الطفل خطأ على أنه أصم.
- ✓ متلازمة موبياس: تسبب عدة مشكلات في الجهاز العصبي المركزي بما فيها شلل عضلات الوجه، مما يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية ومشكلات سلوكية كتلك التي تنتج عن التوحد.
- ✓ متلازمة سوتس: تسبب سرعة كبيرة في النضج وكبر حجم الجمجمة والإعاقة العقلية وتعبيرات وجهية شاذة، ومن الأعراض المشابهة للتوحد: الرأس، قصور المهارات الاجتماعية، الكلام التكراري، والدوران في نفس المكان.

✓ متلازمة توريتي: تتصف بحركات لا إرادية في رموش العين، وتلمظ الشفاه، وهز الكتفين بطريقة شاذة.

✓ متلازمة وليمز: اضطراب نادر يشترك مع التوحد ببعض الخصائص مثل: التأخر اللغوي والحركي

والحساسية المفرطة للصوت، وهز الجسم والتعلق بالأشياء بطريقة غير طبيعية.

6. الأساليب الفعالة في التعامل مع التوحد:

لقد ثبت بشكل قاطع أن التدخل المبكر يفيد ويثمر بشكل إيجابي مع الأطفال التوحديين، وعلى الرغم من الاختلاف بين برامج رياض الأطفال، إلا أنها تشترك جميعها في التركيز على أهمية التدخل التربوي الملائمة والمكثف في سن مبكرة من حياة الطفل، ومن العوامل المشتركة الأخرى بين تلك البرامج درجة معينة من مستويات الدمج خاصة في حالات التدخل المستندة إلى السلوك، والبرامج التي تعزز من اهتمامات الطفل، والاستخدام الواسع للمثيرات البصرية أثناء عملية التدريس والجدول عالية التنظيم للأنشطة وتدريب آباء الأطفال التوحديين والمهنيين العاملين معهم، والتخطيط والمتابعة المستمرة للمرحلة الانتقالية، ومن غير الممكن تحديد أسلوب واحد أثبت فعاليته أكثر من غيره للتخفيف من أعراض التوحد المختلفة، ويعود ذلك إلى الطبيعة المتشعبة للتوحد وكثرة السلوكيات المتداخلة المرتبطة به، ولذلك فإنه لا مناص للتعامل مع التوحد والاضطرابات المصاحبة له من خلال جهود فريق من الأخصائيين، كمعلم التربية الخاصة، وأخصائي تعديل السلوك، وأخصائي علاج النطق والكلام، والتدريب السمعي، والدمج الحسي، وبعض العقاقير الطبية والحماية الغذائية.

وقد أظهرت الدراسات أن الأشخاص المصابين بالتوحد يستجيبون جيداً لبرامج التربية الخاصة المتخصصة عالية التنظيم والتي تصمم لتلبية الاحتياجات الفردية، وقد يتضمن أسلوب التدخل الذي يتم تصميمه بعناية أجزاءً تعنى بعلاج المشاكل التواصلية، وتنمية المهارات الاجتماعية، وعلاج الضعف الحسي، وتعديل السلوك يقدمها مختصون مدربون في مجال التوحد على نحو متوافق وشامل ومنسق، ومن الأفضل أن يتم التعامل مع التحديات الأكثر حدة للأطفال التوحديين من خلال برنامج سلوكي تربوي منظم يقوم على توفير معلم تربية خاصة لكل طالب أو من خلال العمل في مجموعات صغيرة.

ينبغي أن يتلقى الطلاب المصابين بالتوحد تدريباً على مهارات الحياة اليومية في أصغر سنٍ ممكنة، فتعلم عبور الشارع بأمان، أو القيام بعملية تسوق بسيطة، أو طلب المساعدة عند الحاجة هي مهارات أساسية قد تكون صعبة حتى لأولئك الذين يتمتعون بمستويات ذكاء عادية، ومن المهارات الهامة كذلك التي يجب أن يعتنى بتنميتها لدى الطفل التوحدي تلك التي تنمي الاستقلالية الفردية أو تنمي قدرته على الاختيار بين البدائل، وتمنحه هامش حرية أكثر في المجتمع، ولكي يكون الأسلوب المتبع فعالاً ينبغي أن يتصف بالمرونة ويقوم على التعزيز الإيجابي، ويخضع للتقييم المنتظم ويمثل نقلة سلسة من البيت إلى المدرسة ومنها إلى البيئة الاجتماعية، مع أهمية عدم إغفال حاجة العاملين للتدريب والدعم المهني المستمر إذ نادراً ما يكون بوسع الأسرة أو المعلم أو غيرها من القائمين على البرنامج النجاح الكامل في تأهيل الطفل التوحدي بشكل فعال ما لم تتوفر لهم الاستشارة والتدريب على رأس العمل من قبل المختصين.

ولقد كان في الماضي يتم إلحاق ما يقارب 90% من المصابين بالتوحد في مراكز داخلية وكان المختصون عندئذ أقل معرفة وبتقياً بالتوحد وما يصاحبه من اضطرابات، كما أن الخدمات المتخصصة في مجال التوحد لم تكن متوفرة. أما الآن فإن الصورة تبدو أكثر إشراقاً، فبتوفر الخدمات الملائمة ارتفع عدد الأسر القادرة على رعاية أطفالها في البيت، في حين توفر المراكز والمعاهد والبرامج المتخصصة خيارات أوسع للرعاية خارج المنزل تمكن المصابين بإعاقة التوحد من اكتساب المهارات إلى الحدود القصوى التي تسمح بها طاقاتهم الكامنة حتى وإن كانت حالات إصابتهم شديدة ومعقدة (العبادي، 2006، ص ص 79-80)

7. دمج الأطفال ذوي طيف التوحد:

1.7 مفهوم الدمج:

تعتبر عملية دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين في المدارس العادية من الموضوعات التي تستحوذ على اهتمام كبير من دول العالم، تميل غالبية دول العالم تدريجياً إلى تقديم الخدمات التعليمية والتربوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العامة، وليس فصلهم في مدارس خاصة، وأثبتت الدراسات وبشكل قاطع أن تعليم المعوقين في مدارس خاصة بهم وليست لها مميزات تربوية وتعليمية في بعض الأحيان من خلال تعليم المعوقين بالمدارس العادية.

بدأت فكرة الدمج لذوي الاحتياجات الخاصة تظهر منذ ستينيات القرن العشرين وبدأت تفرض نفسها بقوة منذ صدور القانون (94-142) لعام 1975 والقانون الذي تلاه رقم (101-336) لعام 1990 نتيجة للضغوط التي مارستها جماعات عدة مؤيدة لحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة.

إن المعاصر للحقبة الزمنية منذ الستينيات من القرن العشرين إلى وقتنا هذا يمكنه ملاحظة السيمفونية الرائعة من الجهد والفكر الإنساني التي نقلت التربية الخاصة من العزل إلى الدمج الجزئي، إلى الدمج الكلي، إلى الاستيعاب الكامل وأصبحت تربية خاصة جديدة في كل شيء، فبدائية ظهر ما يعرف بالتطبيع نحو العادية Normalisation بحيث تتاح للطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة فرصة الحياة اليومية وظروفها العادية، كما يتاح لأقرانه العاديين من أفراد المجتمع، بحيث يشاركون في نشاطات الحياة الطبيعية بأقصى ما تسمح به استعداداتهم Lest Restrictive Environnement وإمكاناتهم وأن يعيشوا في أوضاع بيئية أقل تقيداً ثم طرح الباحثون أساليب ونظم رعاية بديلة تكفل الرعاية التربوية والتعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة في نطاق البيئة التعليمية العادية بإدماجهم في مدارس العاديين مع اتخاذ الترتيبات والتدابير، Main streaming قدر الإمكان ولأطول وقت ممكن اللازمة لإمدادهم بالمساعدة التربوية، لتحقيق أقصى استفادة ممكنة من البرامج التعليمية.

لكن هذا النظام قوبل باعتراضات كثيرة على اعتبار أنه لا تزال هناك حواجز تحول دون دمج ذوي الاحتياجات الخاصة دمج شام مع العاديين، الأمر الذي أدى إلى ظهور مفهوم الدمج الشامل Inclusion الذي يشير إلى مشاركة الجميع ضمن بيئة تربوية داعمة تشتمل على خدمات تربوية مناسبة وعلى أشكال مختلفة من الدعم الاجتماعي، وتعمل على إعداد الدعم للاحتياجات التربوية والاجتماعية لجميع الأطفال المعوقين منهم أو العاديين.

وهذا التطور المفهوم الدمج كان نتيجة لمجموعة من المتغيرات ساعدت على ظهوره، وتتمثل فيما يلي:

- جهود المنظمات الدولية والإقليمية والمحلية والجمعيات والمؤسسات الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة وحركة الآباء والأمهات ومطالب ذوي الاحتياجات الخاصة أنفسهم.
- جهود علمية اعتمدت على اكتشاف مسببات حدوث الإعاقة، وكيفية الوقاية منها والتدخل المبكر والإرشاد البيئي والأسري.
- جهود تخصصية اعتمدت على تنوع البرامج التعليمية القائمة على التعليم الفردي.
- ارتفاع تكاليف نظام العزل بما يتطلبه من إنشاءات وتجهيزات وإقامة ... الخ (الجلامدة، 2016، ص 107-108).

ولا شك أن توفير فصول أو وحدات مخصصة للأطفال المصابين بالأوتيزم داخل منشآت التعليم العام بمواصفات يحددها المتخصصون الأكاديميون بعيدا عن غير المختصين يساعد كثيرا في تقليل حدة القلق التي تنتاب آباء هؤلاء الأطفال، وما يمكن أن تحققه مثل هذه الفصول أو الوحدات من فوائد التفاعل الاجتماعي بين الأطفال الأوتيزم والأطفال العاديين، مع دراسة كيفية تحقيقها بأفضل الوسائل، مع الأخذ في الاعتبار أنه من غير المتوقع حدوث فوائد كبيرة نتيجة الاتصال العرضي مع الاقران العاديين، لأن السمة الرئيسية للأطفال الأوتيزم هي صعوبة التفاعل الاجتماعي والتواصل وضعف الانتباه وخاصة الانتباه المترابط أو المشترك، وكذلك من غير المتوقع أن يكون مستوى المبادرات للأطفال الأوتيزم في البيئة المتكاملة مستوى مرتفع في المراحل الأولى والتي قد تستغرق عدة شهور وذلك لضعف احتمال تلقي الأطفال الأوتيزم لأي استجابات للمبادرات التي يمكن أن يقوموا بها (الخولي، 2008، ص31).

2.7 أشكال الدمج:

1.2.7 الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية: (Special Classes Within Regular School)

تعتبر شكلا من أشكال الدمج الأكاديمي ويطلق عليها اسم الدمج المكاني، حيث يلتحق الطلبة غير العاديين مع العاديين في نفس البناء المدرسي ولكن في صفوف خاصة بهم أو وحدات صفية خاصة بهم ، في

نفس الموقع المدرسي ، ويتلقى الطلبة غير العاديين في الصفوف الخاصة ولبعض الوقت برامج تعليمية من قبل مدرس التربية الخاصة ، كما يتلقون برامج تعليمية مشتركة مع الطلبة العاديين في الصفوف العادية وذلك وفق جدول زمني لهذه الغاية بحيث يتم انتقال الطلبة بسهولة من وإلى الصفوف الخاصة ، ويهدف هذا النوع من الدمج إلى زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين الطلبة العاديين وغير العاديين في نفس المدرسة.

2.2.7 الدمج الأكاديمي: Mainstreaming

هناك عدة تعريفات للدمج الأكاديمي نذكر منها:

- **تعريف لينج وزملاءه (Lynch, et al, 1981)** الدمج مفهوم يتضمن مساعدة الأطفال المعوقين على التعايش مع الأطفال العاديين في الصف العادي.
 - **تعريف مجلس الأطفال غير العاديين (The Council For Exceptional Children)** على انه مفهوم يتضمن وضع الأطفال غير العاديين مع الأطفال العاديين في الصف العادي أو في اقل البيئات التربوية تقيدا للطفل غير العادي، بحيث يكون الدمج إما بشكل مؤقت أو بشكل دائم، بشرط توفير عوامل تساعد على إنجاح هذا المفهوم.
 - **تعريف هالاهان وكوفمان (Hallhan & Kauffman, 1981)** يتضمن هذا المفهوم وضع الأطفال غير العاديين مع الأطفال العاديين بشكل مؤقت أو دائم، في الصف العادي، في المدرسة العادية، مما يعمل على توفير فرص أفضل للتفاعل الأكاديمي والاجتماعي، وبحيث يبني هذا المفهوم على أساس توضيح للشروط التي يتم فيها الدمج وعوامل نجاحه، وخاصة المسؤوليات المترتبة على كل من إداري ومعلمي المدرسة العادية ومعلمي التربية الخاصة.
- يقصد بالدمج الأكاديمي التحاق الطلبة غير العاديين مع العاديين في الصفوف العادية طوال الوقت في برامج تعليمية مشتركة بشرط توفر الظروف والعوامل التي تساعد على إنجاح هذا النوع من الدمج، ومنها:
- (أ) تقبل الطلبة العاديين لغير العاديين في الصف العادي.
 - (ب) توفير مدرس تربية خاصة يعمل جنبا إلى جنب مع المدرس العادي في الصف العادي.
 - (ت) إيجاد الفرص التي تعمل على إيصال المادة العلمية إلى الطلبة غير العاديين.
 - (ث) توفير الإجراءات التي تعمل على نجاح هذا الاتجاه والمتمثلة في التغلب على الصعوبات التي تواجه الطلبة غير العاديين في الصفوف العادية والمتمثلة في الاتجاهات الاجتماعية، وإجراء الامتحانات وتصحيحها.

3.2.7 الدمج الاجتماعي: (Normalization)

ويقصد به دمج الأفراد غير العاديين في الحياة الاجتماعية وتبدو عملية الدمج في مظهرين رئيسيين هما:
الأول: الدمج في مجال العمل وتوفير الفرص المهنية المناسبة للأفراد غير العاديين للعمل كأفراد منتجين في المجتمع وقبول ذلك اجتماعيا ويعرف هذا المفهوم بالدمج في مجال العمل.

الثاني: دمج الأفراد في مكان السكن والإقامة وخاصة بعد تأهيل الأفراد غير العاديين مهنيا واجتماعيا للعيش بشكل مستقل غب الأحياء السكنية والتجمعات السكنية وتقبل ذلك لدى الأفراد العاديين.

4.2.7 الدمج الشامل: (Inclusion)

تعرف مدرسة الدمج الشامل بالمدرسة التي لا تستثني احد حيث تبنى على ما يعرف بفلسفة عدم الرفض وهذا يعني عدم استبعاد أي طفل بسبب وجود أي إعاقة لديه، فالدمج الشامل يخالف مفهوم الدمج حيث يعتمد سياسة الباب المفتوح لجميع الطلاب بغض النظر عن قدراتهم وإعاقتهم وهذا بدوره يؤدي إلى وجود مدارس تعكس عدم التجانس الذي يتألف منه المجتمع ، ويتم تخطيط التعليم في مدرسة الدمج الشامل وفقا لجوانب قوة الفرد واحتياجاته بدلا من وضع الطلاب في برامج موجودة حيث يعتمد التعليم فيها على نوع إعاقات الطلاب وشدتها، ويفترض الدمج الشامل تقبل جميع الطلاب كأعضاء في بيئة المدرسة وغرفة الدراسة (الجلامدة، 2016، ص ص 109-111).

3.7 مبررات الدمج:

- أ. التغيير الواضح في الاتجاهات الاجتماعية نحو الأطفال غير العاديين من السلبية إلى الايجابية.
- ب. ظهور القوانين والتشريعات التي أصبحت تنص صراحة على حق الطفل غير العادي في تلقي الرعاية الصحية والتربوية والاجتماعية أسوة بزملائه من العاديين في اقل البيئات التربوية تقيدا.
- ت. تزايد عدد الأطفال غير العاديين في بعض الدول وخاصة النامية، وقلة عدد مراكز التربية الخاصة الأمر الذي يصعب معه التحاق الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة بتلك المراكز، لذلك الدمج قد يكون أحد الحلول لهذه المشكلة.
- ث. ظهور بعض الفلسفات التربوية التي تؤيد دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية وذلك لعدد من المبررات أهمها توفير الفرص الطبيعية للأطفال غير العاديين والمحافظة على التوزيع الطبيعي للأطفال في المدرسة (الروسان، 1998).

4.7 أهداف الدمج:

وتظهر أهداف الدمج كما يلي:

أ) **الصلاحية الشخصية:** تطوير مهارات الفرد الشخصية إلى الحد الذي يصل به إلى الاستقلالية الشخصية.

ب) **الصلاحية الاجتماعية:** تطوير مهارات الفرد الاجتماعية من أجل التكيف والتفاعل مع الآخرين.

ت) **الصلاحية المهنية:** وذلك من خلال تطوير المهارات المهنية وتأهيله مهنيًا في ضوء قدراته وإمكانياته بحيث يصبح قادر على العمل والاستقلال المهني والمعيشي (قمش، السعيدة، 2008).

وقد أشار الروسان 1998 من خلال مراجعته إلى عدد من الأهداف المتوقع تحقيقها نتيجة لتطبيق فكرة الدمج بأشكاله منها:

أ. إزالة الوصمة المرتبطة ببعض فئات التربية الخاصة والمرتبطة بمصطلح مثل الإعاقة: حيث يعمل الدمج على إحساس الطفل بأنه ملتحق بمدرسة عادية وليس بمركز يحمل اسم إعاقة، مما يترك أثر نفسي إيجابي عن نفسه.

ب. زيادة فرص التفاعل الاجتماعي بين الأطفال العاديين وغير العاديين: سواء في غرفة الصف أو في مرافق المدرسة الأخرى.

ت. زيادة الفرص التربوية المناسبة للتعلم: حيث تعمل الأنشطة الصفية والمتمثلة في أساليب التدريس المختلفة وأساليب التقويم على زيادة فرص التعلم الحقيقي وخاصة للطلبة غير العاديين.

ث. تعديل الاتجاهات نحو فئات التربية الخاصة: حيث أن برامج الدمج تعمل على تغيير وتعديل اتجاهات العاملين والإداريين والطلبة من السلبية إلى الإيجابية نحو فئة التربية الخاصة.

ج. توفير الفرص التربوية لأكثر عدد ممكن من فئات التربية الخاصة: إذ يعمل برنامج الدمج على التحاق الطلبة غير العاديين في الصفوف العادية، وخاصة الموهوبين وذوي الإعاقة العقلية البسيطة والمكفوفين والصم وذوي صعوبات التعلم، إذ لا تتوفر لكل هذه الفئات الخدمات التربوية في المراكز الخاصة بهم وإنما تقتصر على قبول نسبة منها في حين لا تتلق نسبة عالية من هذه الفئات الخدمات التربوية بسبب صعوبة استيعاب تلك المراكز لكل فئات التربية الخاصة.

ح. توفير الكلفة الاقتصادية اللازمة لفتح مراكز تربية خاصة: حيث يتطلب البناء المدرسي والعاملين والتجهيزات المدرسية الخاصة كلفة اقتصادية عالية، وعليه فإن التقليل من مراكز التربية الخاصة سوف يعمل على توفير الكلفة الاقتصادية من جهة والتحاق الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة بالمدارس

العادية وخاصة أن عددها أعلى بكثير من عدد المراكز الخاصة حيث تستوعب فئات التربية الخاصة بكلفة اقل حيث يتوفر البناء المدرسي والعاملين والتجهيزات اللازمة (الروسان، 1998).

5.7 ايجابيات الدمج:

- من ناحية التحصيل الدراسي أثبتت الدراسات أن لسياسة الدمج أثر ايجابي على تحصيل الاطفال ذوي الإعاقات البسيطة، ومن هذه الدراسات دراسة (الخشمي، 2002)، ولقد أوضحت نتائج الدراسات أن الطلاب المعوقين بدرجة متوسطة وشديدة يمكن أن يحققوا مستويات أفضل من التحصيل والمخرجات التربوية في الوضع التربوي العام.
- إن التأثير الفعال للدمج في المدارس العادية يؤثر في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية واللغوية ومفهوم الذات لدى الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- التقليل من الفروق الاجتماعية والنفسية بين الأطفال.
- تخليص الطفل وأسرته من الوصمة التي يمكن أن يخلفها وجوده في المدارس الخاصة.
- تعديل اتجاهات الأسرة وتوقعاتها، وكذلك المعلمين اتجاهات سلبية إلى اتجاهات إيجابية.
- يؤدي الدمج إلى التقليل من الكلفة الاقتصادية التي تنفق على الفرد المعاق.
- يؤدي الدمج إلى توسيع قاعدة الخدمات وخاصة الدمج التعليمي (الجلامة، 2016، ص ص 113-114).

6.7 سلبيات الدمج:

- تذكر اشلي (Ashley,1979) والمشار إليها في الروسان (1998) أنه بالرغم من الفوائد التي يحققها الدمج إلا أن هناك اتجاهات تعارض فكرة الدمج وترى أن فكرة الدمج يمكن أن تخلق مشكلات تربوية متعددة منها:
- مشكلة توفير أخصائي التربية الخاصة في المدارس العادية، ويعني ذلك انه يصعب توفير مدرس التربية الخاصة وغرفة المصادر والوسائل التربوية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة.
 - مشكلة تقبل إدارة المدرسة العادية، والعاملين فيها لفكرة الدمج وخاصة طلبة المدرسة، إذ يمكن أن يعمل تطبيق مبدأ الدمج إلى زيادة الهوة بين الطلبة العاديين وغير العاديين من حيث صعوبة تقبلهم والتعاون معهم والاستهزاء بتصرفاتهم وتقليدها، مما يزيد في إهمال هؤلاء الطلبة غير العاديين.
 - مشكلة إيصال المادة الدراسية للطلبة غير العاديين، وذلك بسبب من صعوبة وجود المدرس المساعد.
 - مشكلة إعداد الخطط التعليمية والتربوية الفردية للطلبة غير العاديين، مما يعني قلة الاهتمام الفردي بالأطفال الملتحقين ببرامج الدمج.

- مشكلة زيادة العزلة الاجتماعية بين الأطفال العاديين وغير العاديين في برامج الدمج، وخاصة حين لا تسمح ظروف الأطفال غير العاديين من المشاركة في الأنشطة المدرسية المختلفة: كالتنشيطات الاجتماعية، والرياضية، والفنية وغيرها مما يزيد من فرص الإحباط النفسي لدى فئة الأطفال غير العاديين. (الروسان، 1998).

8. دور الاسرة في التغلب على مشكلات الطفل التوحدي:

للأسرة دور فعال في التغلب على كثير من مشكلات طفلها التوحدي وذلك من خلال تقديم الخبرات والمهارات التي تزيد من ثقته بنفسه من خلال برامج تجعله يتغلب على كثير من مشكلاته.

ويشير (محمود علي محمد، 2004) إلى أنه يحتوي البرنامج الذي يقدم للطفل التوحدي على المثيرات البصرية والتكنولوجية عند التطبيق، فمثلا تشترك الأسرة مع طفلها التوحدي في فتح جهاز التلفزيون، ويجب أن يشتمل برنامج تدريب الطفل التوحدي على العاب وترفيه وإشباع رغبات الطفل في الأنشطة واللعب بالصلصال والرمال وأن يميل الطفل إلى أن يبحث عن التسلية في البرامج.

ويوضح (محمد صبري وهبة، 2004) أن الاسرة تلعب دورا مهما في عملية تدريب التوحدي ولكن ذلك يجب أن يخضع لعملية تأهيل أسري أساسه التثقيف والتوعية عن طريق فريق يضع أهدافه المختص والأخصائي الاجتماعي حيث استخدام الندوات والمناقشات والمحاضرات التثقيفية لتوعية الأسرة بدورها في مساعدة الطفل التوحدي على التدريب بشكل جيد.

ويؤكد (فتحي السيد عبد الرحيم، 1981) على دور الأسرة بالنسبة للطفل المتخلف عقليا التوحدي من خلال

سببين رئيسيين هما:

■ أن هذا الطفل يميل لأن يكون عرضة لمواقف الضغط والتوتر-سواء داخل المنزل أم خارجه-لدرجة أكبر مما يواجهه الطفل العادي، يواجهه الطفل المتخلف عقليا التوحدي قدرا من الإحباط يفوق ما يواجهه غيره من الأطفال، كذلك فإن قدرة الطفل المتخلف على المحافظة على دور الصداقة ودوره بين جماعة الرفاق أقل بالمقارنة بالأطفال الآخرين.

■ يضاف إلى ذلك أن الطفل المتخلف لا يستطيع المنافسة في الأنشطة العقلية بنفس الدرجة التي يتمتع بها سواه من الأطفال، مثل هذه الفروق يمكن أن تنتج استجابات عاطفية متطرفة من جانب الوالدين تتراوح ما بين الحماية الزائدة والرفض الصريح للطفل.

يتضمن أهمية دور الاسرة بالنسبة للطفل المتخلف عقليا التوحدي أنه يكمن في أهمية إدراك حقيقة مؤداها أنه على الرغم من حاجة الطفل المتخلف عقليا التوحدي الماسة إلى ظروف اسرية متوازنة وثابتة من الناحية

العاطفية والانفعالية فإن حالة التخلف عند الطفل تميل بطبيعتها على خلق الوضع العكسي لإشباع هذا الحاجة، في كثير من الأحيان وجد أن التخلف يخلق موقفا انفعاليا مشحونا للغاية في محيط الاسرة مما يضع الطفل في موقف يتسم بعد الاستقرار (الشرقاوي، 2018، ص ص 279-280)

9. علاج فئة طيف التوحد:

تتعدد الاتجاهات العلاجية التي تهتم بتأهيل الأطفال التوحديين للوصول إلى أفضل ما يمكن تقديمه لهؤلاء الأطفال حسب إمكانيات وقدرات كل طفل، ومن هذه الاتجاهات:

أ. العلاج الطبي (الدوائي):

يوضح (محمد عبد المنعم، 2005) أن العلاج بالعقاقير يركز على أعراض معينة كالحركة وسرعة الاستثارة والثورات الانفعالية في الطفولة المبكرة.

ب. العلاج بالأنظمة الغذائية:

بينت دراسة (Whiteley, 2003) في نتائجها أن استخدام الأغذية الخالية من الكازين والجلوتين لها نتائج فعالة في خفض حدة الاعراض السلوكية لدى الأطفال التوحديين.

ت. العلاج بالموسيقى:

أوضح (خليل، 2001) أن العلاج بالموسيقى له أهمية خاصة مع الأطفال التوحديين، حيث أن الموسيقى كمادة غير لغوية، تستخدم لمساندة أنشطة الطفل.

ج. العلاج باللعب:

يعد اللعب أداة جيدة لخفض حدة بعض المشكلات السلوكية لدى الأطفال، فاللعب هو أفضل أداة خلال الطفولة المبكرة لعمليات النمو والتعلم.

ويوضح (محمد الفوزان، 2000) مواصفات اللعب القديمة للطفل التوحدي أهمها: أن تدل اللعبة على مثيرات بصرية ومثيرات سمعية ومثيرات لمسية، فلا بد أن تكون ناعمة حتى لا يؤذي الطفل نفسه.

ح. برامج تعديل السلوك:

يوجد عدد من البرامج التدريبية التي تعتمد على العلاج السلوكي لخفض حدة الاضطرابات السلوكية المصاحبة للتوحد لدى الأطفال، ويعتمد البرنامج على فنية التشكيل كأحد فنيات تعديل السلوك، حيث تعتمد هذه الفنية على إثابة وتعزيز السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم حتى يتم تدريب الأطفال على بعض مهارات العناية بالذات.

ويعرف (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1993) التشكيل بأنه عملية تدريبية علاجية تعتمد على تعليم الطفل أداء سلوك جديد، وذلك بتقسيم هذا السلوك المركب إلى أجزاء أو خطوات صغيرة متتابعة يمكنه اكتسابها ثم تقديم التدعيم إثر أدائه كل خطوة تقربه من تعلم السلوك الكلي، وعادة ما يتم التشكيل بتقسيم السلوك الجديد إلى خطوات أو استجابات أصغر يشجع الطفل على إتقانها.

كما يعرفه (فرج عبد القادر وآخرون، 1993) بأنه أسلوب من أساليب تعديل السلوك ويتمثل في استخدام طرق وأساليب فنية تركز على توظيف مبدأ التعزيز وتطبيق الثواب والعقاب وفق قواعد وخطوات محددة وذلك بعد تحديد السوك المراد تعديله تحديدا إجرائيا وتقسيمه إلى خطوات تقاس قياسا علميا دقيقا، والخطوة الضرورية في تطبيق هذا المبدأ هو تقسيم السلوك إلى خطوات صغيرة، وألا ينتقل المعالج من خطوة سلوكية إلى التالية إلا بعد التأكد من أنه قد يتم تعديلها وهكذا، حتى تمهد كل خطوة سابقة لإتمام اللاحقة والتقدم خطوة خطوة حتى تتم عملية التشكيل من خلال برنامج التعزيز المتدرج.

ويستند استخدام فنية التشكيل على نظرية (Skinner) وهو أحد علماء النفس الأمريكيين الذين لهم تأثير كبير في علم النفس، خاصة في تطبيق مبدأ التعزيز في مواقف مختلفة ابتداء من تدريب الحمام إلى محاولة بناء مجتمع فاضل عن طريق استخدام المثير والاستجابة والتعزيز (الجرواني، صديق، 2013، ص ص 22-24). ومن بين البرامج العلاجية التي قدمت لفئة الأطفال ذوى التوحد والذي نال شهرة عالمية برنامج العلاج بالحياة اليومية Daily life therapy وهو نموذج ياباني قدمته كاتاهرا Kitahara (1964) من خلال افتتاح مدرسة خاصة في طوكيو لهؤلاء الأطفال وطبقت فيه هذا البرنامج العلاجي وهو عبارة عن منهج تربوي يعتمد على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للاحتكاك مع أقرانهم من الأطفال العاديين، وقد طبق هذا البرنامج في مدرسة خاص للأطفال ذوى التوحد سميت مدرسة هيجاشي Higashi في ولاية بوسطن بأمريكا (1987) وفي مدرسة للتربية الخاصة في كندا، ويقوم هذا البرنامج العلاجي على خمسة مبادئ أساسية هي:

1-التعليم الموجه للمجموعة.

2-تعليم الأنشطة الروتينية اليومية.

3-التعليم التقليدي.

4-تقليل النشاط غير الهادف.

5-التركيز على الموسيقى والرسم والرياضة (Quill and others, 1989, P625-635).

الخلاصة:

نستخلص من بحثنا هذا أن عملية الدمج تعتبر من بين أهم المفاهيم الاجتماعية التربوية ذات الطابع الأخلاقي، التي تتبع من حركة حقوق الانسان من أجل إدماج الأفراد من مختلف أطياف ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع، وعليه كان لزاما على المختصين والقائمين بشؤون هذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة أن يقوموا بدمج أطفال طيف التوحد في بيئة عادية غير تقليدية لا تكون في المدارس الخاصة فقط وإنما في المدارس العادية مع الأطفال العاديين، وذلك من خلال برامج خاصة يتم فيها الاختلاط بين جميع الأطفال العاديين والتوحيديين، وهذا من شأنه أن يوفر نوعا من التفاعل والاندماج بين الأطفال التوحيديين وأقرانهم العاديين وزيادة فرص التقبل الاجتماعي بينهم، كما أنه يجب على المختصين الأخذ بعين الاعتبار أن تكون البرامج تحتوي في طياتها على منهج تربوي شامل ومتنوع لتعليم الدروس الاكاديمية من لغات وعلوم وفنون ورياضة وغيرها من الدروس التي تدرس للأطفال العاديين.

قائمة المراجع:

1. الجرواني، هالة إبراهيم، صديق، رحاب محمود. (2013). مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحيديين. الإسكندرية. مصر: دار الجامعة الجديدة.
2. الجلاد، فوزية عبد الله. (2016). قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد (ط1). الرياض. السعودية: دار الزهراء.
3. الخطيب، جمال، وآخرون. (2011). مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.
4. الخولي، هشام عبد الرحمن. (2008). الأوتيزم، الإيجابية الصامتة. حقوق الطبع محفوظة للمؤلف.
5. الروسان، فاروق. (1998). قضايا ومشكلات في التربية الخاصة. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
6. الزراع، نايف بن عابد إبراهيم. (2005). قائمة تقدير السلوك التوحيدي. الأردن: دار الفكر.
7. الزريقات، إبراهيم عبد الله. (2004). التوحد بين الخصائص والعلاج. عمان: دار الأوتل للطباعة والنشر.
8. زواق، أمجد، بن عبد الرحمان، بلقاسم. (2019). دور النشاط البدني الرياضي المكيف في الدمج الاجتماعي للمعاقين بصريا. مجلة دراسات في علوم الانسان والمجتمع، جامعة جيجل. مجلد 02 (عدد 02). 169-139.
9. الشامي، وفاء علي. (2004). قضايا التوحد. الرياض. السعودية: فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية.
10. الشامي، وفاء علي. (2004). سمات التوحد (تطورها وكيفية التعامل معها). الرياض. السعودية: فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية.
11. الشرفاوي، محمود عبد الرحمن عيسى. (2018). مشكلات الطفل التوحيدي. مصر: دار العلم والایمان للنشر والتوزيع.
12. الشريف، صلاح الدين حسين، عامر، محمود محمد إمام. (2005). الاتجاهات الاصطلاحية في الإعاقات النمائية. ورقة عمل. مصر: المؤتمر العربي الثاني. الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية.
13. العبادي، رائد خليل. (2006). التوحد (ط1). عمان. الأردن: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
14. القمش، مصطفى، السعيدة، ناجي. (2008). قضايا وتوجهات حديثة في التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
15. مصطفى، أسامة فاروق، الشربيني، السيد كامل. (2011). التوحد (الأسباب-التشخيص-العلاج). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
16. المقابلة، جمال خلف. (2016). اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية (ط1). عمان. الأردن: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.

17. ميهوبي، إسماعيل. (2014). مقدمة في دراسة المجتمع المحلي الريفي. برج بوعريريج. الجزائر: دار النشر جيطلي.

18. Quill، K. and Others، Daily life therapy (1989): *A Japanese Model for education children with autism*.
Journal of Autism and Developmental Disorders، Vol.19، No.4، P. 625-635.