طرق التدخل المحددة للتلاميذ ذوي اضطراب التوحد

مقدمة:

إن استعراض الجهود في سبيل تقديم الخدمات التربوية للتلاميذ ذوي اضطراب التوحد يُظهر أن هناك توجهين أساسيين في هذا المضمار. التوجه الأول يتمثل في تبني طرق تدخل محددة تنطلق من أطر نظرية تُبنى عليها، وتُوجَّه وفقاً لأسسها، ومفاهيمها. والتوجه الثاني يتمثل في البرامج التربوية الشاملة التي تعد طرق التدخل المحددة أحد عناصرها. ويمكن تحديد تعريف لهذين التوجهين في الآتي:

(١) طرق التدخل المحددة: ويطلق عليها -أيضاً- مسمى التدخلات المحددة أو الفردية. وهي طرق التدخل التي تستهدف بعض أو أحد الخصائص أو المشكلات الأساسية لاضطراب طيف التوحد، والتي يمكن تضمينها كعنصر من عناصر البرامج التربوية الشاملة. وكلٌّ من هذه التدخلات وضع -في الأصل- لمواجهة جانب قصور معين وتنمية جانب قدرة محددة لدى التلاميذ أو الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مثل القصص الاجتماعية التي وضعت من أجل تنمية المهارات الاجتماعية والتواصل الاجتماعي لدى هؤلاء التلاميذ، ونظام التواصل بتبادل الصورة الذي وضع لتنمية قدرة هؤلاء التلاميذ على الكلام التلقائي، والفلورتايم الذي وضع لتنمية قدرات ومهارات اللعب لديهم، وغيرها من التدخلات المحددة، مثل جداول النشاط المصورة.

(٢) البرامج التربوية الشاملة: وهي تلك البرامج ذات الهيئة المؤسساتية المرجعية، والتي غالباً ما تضطلع بتطبيقها مؤسسات كبيرة، مثل المراكز المتخصصة، والجامعات، والهيئات التعليمية. وتلك البرامج لا تركز على تنمية مهارات محددة لدى التلميذ، كما أنها لا تركز على الحد من مشكلةمحددة يواجهها التلميذ، لكنها بدلاً من ذلك تتناول تنمية جميع جوانب والنمو لدى التلاميذ، جسمياً، وعقلياً، واجتماعياً، وانفعالياً، وسلوكياً، وتستغرق وقتاً طويلاً، قد يمتد للعديد من السنوات.وتعد طرق التدخل المحددة جزءاً بسيطاً داخل تلك البرامج. ومن نماذج تلك البرامج نموذج COMPASS، ونموذج SCERTS، ونموذج CARD، ونموذج PROGress. وسوف يتم تناول تلك النماذج بشيء من التفصيل في فصل لاحق.

التدخلات المحددة القائمة على الأدلة:

يمكن تحديد التدخلات التربوية المحددة القائمة على الأدلة، والمستخدمة لتحسين حالة التلاميذ ذوي اضطراب التوحد في الآتي:

١. التدخلات الاستباقية Antecedent-based intervention (ABI).
٢. التدخل المعرفي السلوكي Cognitive behavioral intervention (CBI).
٣. التعزيز التفاضلي للسلوك البديل، أو غير المتوافق، أو الآخر Differential reinforcement of alternative, incompatible, or other behavior (DRA/I/O).
٤. الإطفاء Extinction (EXT).
٥. التقييم الوظيفي للسلوك Functional behavior assessment (FBA).
٦. التدريب على التواصل الوظيفي Functional communication training (FCT).
٧. توقف أو إعادة توجيه الاستجابة Response interruption/redirection (RIR).
٨. إدارة الذات Self-management (SM).
٩. تدريس المحاولة المنفصلة Discrete trial teaching (DTT).
١٠. الأنشطة Exercise (ECE).
١١. النمذجة Modeling (MD).
١٢. التدخلات الطبيعية Naturalistic intervention (NI).

١٣. التدخلات المطبقة بواسطة الوالدين Parent-implemented intervention (PII).
١٤. التدخل والتعليم القائم على توسط الأقران Peer-mediated instruction and intervention (PMII).
١٥. التدريب على الاستجابة الجوهرية Pivotal response training (PRT).
١٦. التحفيز Prompting (PP).
١٧. التعزيز Reinforcement (R+).
١٨. البرمجة النصية Scripting.
١٩. الروايات الاجتماعية Social narratives (SN).
٢٠. التدريب على المهارات الاجتماعية Social skills training (SST).
٢١. مجموعة اللعب المنظم Structured play group (SPG).
٢٢. تحليل المهمة Task analysis (TA).
٢٣. التعليم والتدخل بالتكنولوجيا المساعدة Technology-aided instruction and intervention (TAII).
٢٤. تأخير الوقت Time delay (TD).
٢٥. النمذجة بالفيديو Video modeling (VM).
٢٦. الدعم البصري Visual support (VS).

التخطيط الشامل Comprehensive Planning:

كي يتم تعظيم الفائدة التربوية فإن الممارسات القائمة على الأدلة يجب أن يتم اختيارها بدقة لتحقيق حاجات التلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد، كما أنها يجب تطبيقها بشكل جيد في جميع الأوضاع التربوية. وهناك حاجة شديدة للتخطيط للفريق المتماسك، والتحديد الدقيق للأهداف، والنمو المهني لجميع العاملين للتأكد من أن الاستراتيجيات المختارة القائمة على الأدلة يتم تطبيقها بأمانة ودقة عبر جميع الأوضاع. ومن الممكن تحقيق ذلك من خلال استخدام نموذجين مرتبطين للتخطيط الشامل: نموذج زيجورات Ziggurat Model الذي أعده أسباي وجروسمان (Aspy, & Grossman, 2012)، ونظام التخطيط الشامل للتوحد Comprehensive Autism Planning System (CAPS) لهينري ومايلز (Henry, & Myles, 2007) واللذين يحققان تلك الأهداف. وكل من CAPS ونموذج زيجورات قابلان للتطبيق من التدخل المبكر، وحتى الرشد، عبر المنزل، والمدرسة، والعمل، والجامعة، أو التدريب فيما بعد المرحلة الثانوية، والمجتمع.

نموذج زيجورات:

يعد نموذج زيجورات نموذجاً للتخطيط الشامل للأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد. وكي ينجح البرنامج من أجل الفرد ذي اضطراب طيف التوحد، فإن حاجاته وقدراته الفردية يجب أن يتم تحديدها، ثم ربطهابعد ذلك ربطاً مباشراً بالتدخلات (Aspy, & Grossman, 2012). وهذا النموذج يستخدم قدرات التلاميذ لمواجهة حاجاتهم الحقيقية، أو التحديات الأساسية في سياق اضطراب طيف التوحد، والتي ينتج عنها مشكلات اجتماعية، وانفعالية، وسلوكية. وللقيام بذلك، فإن أسلوب نموذج زيجورات يتمركز على نظام هرمي يتألف من خمسة مستويات: الاختلافات الحسية والحاجات البيولوجية؛ والتعزيز، والمدعمات البصرية واللمسية المنظمة، ومطالب المهمة، ومهارات التعليم التي يجب تناولها كي يكون التخطيط للتدخل شاملاً .

وتتألف عملية التخطيط الشامل المستخدمة في نموذج زيجورات و CAPS من المكونات الآتية:

(١) القائمة المرجعية للخصائص الأساسية UCC:

يستهدف أسلوب نموذج زيجورات الحاجات الفردية المحددة كما تم تحديدها من خلال خصائص اضطراب طيف التوحد. وهذا يؤدي إلى التدخلات الاستباقية والفعالة. وتتيح UCC في أشكالها الثلاثة (التوحد الكلاسيكي CL، والتوحد ذو الأداء الوظيفي المرتفع HF، والتدخل المبكر EI) رؤية شاملة كأساس للتخطيط للبرنامج.وكي يكون هذا النموذج مكتملاً بواسطة الوالدين، والمعلمين، ومقدمي الخدمات الآخرين، بصورة فردية أو كفريق، فإن مكونات UCC تستهدف ثمانية جوانب. الجوانب الثلاثة الأولى تمثل ثلاثية المشكلات في اضطراب طيف التوحد: الاجتماعية، والنماذج المقيدة من الاهتمامات السلوكية والأنشطة، والتواصل. ويتم تناول الخصائص المرتبطة باضطراب طيف التوحد في الجوانب الخمسة التالية: الفروق الحسية، الفروق المعرفية، الفروق الحركية، الضعف الانفعالي، والعوامل الطبية والبيولوجية الأخرى المعروفة.

(٢) مقياس القدرات والمهارات الفردية ISSI:

يتم إكمال مقياس القدرات والمهارات الفردية بالتزامن مع إكمال UCC، والذي يتأكد من أن المهارات والقدرات الأساسية للفرد تم إدراجها في عملية تصميم التدخل. وISSI يتم تطبيقه بالتوازي مع UCC.

(٣) خطة التدخل الشاملة:

إن خطة التدخل الشاملة تساعد المستخدمين على إكمال الخطة المتمركزة على الشخص، من خلال تحديد الأهداف قصيرة وطويلة المدى، واستهداف جوانب UCC، والعناصر التي سوف يكون لها تأثير كبير على قدرة الفرد كي يكون مدافعاً عن الذات بشكل مستقل، وكي يخبر الشعور بالرفاهية عبر البيئات المتعددة. ومن ثم فإن الخطة التربوية للمتعلم ترتبط -بشكل مباشر- بقيادة الحياة التي حددتها الذات كراشد، زاخرة بالفرص، والسعاة، والجوانب الأخرى المرتبطة بجودة الحياة.

(٤) تدخل زيجورات:

إن حجر الزاوية في نموذج زيجورات هو تدخل زيجورات IZ. وصمم هذا التدخل لمساعدة الوالدين والمعلمين على الإشراف على العوامل المهمة التي تؤثر على فعالية أية خطة تدخل، أثناء بناء البرنامج الشامل، ويتألف IZ من خمسة مستويات شديدة الحساسية يتم تنظيمها بشكل هرمي: المستوى الأول، وهو الفروق الحسية والاحتياجات البيولوجية، يتناول العوامل الداخلية الأساسية التي تؤثر على الأداء الوظيفي. والمستوى الثاني، وهو التعزيز، يتناول الحاجات الدافعية التي تعد شرطاً أساسياً لنمو المهارة. والمستوى الثالث، وهو المدعمات البصرية واللمسية المنظمة، يدور حول قدرات المعالجة البصرية والحاجة الأساسية للنظام والروتين لدى ذوي اضطراب طيف التوحد. والمستويان الأخيران لتدخل زيجورات، وهما مطالب المهمة والمهارات المتعلمة، يركزان على أهمية التوقعات، ونمو المهارة ذات العلاقة بخصائص الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد.وكل مستوى يعد أساسياً، ويسهم في فعالية المستويات الأخرى، ومن ثم فإنه إذا لم تتم مواجهة الحاجات في كل المستويات، فإن التدخل لن يكون فعالاً، ولن يتم تنمية المهارة. وباستخدام المعلومات المذكورة أعلاه، فإن الفريق يستخدم ورقة عمل زيجورات لتوجيهه خلال إعداد خطة للتدخل الشامل، ومطابقة الحاجات الأولية ذات العلاقة باضطراب طيف التوحد المحددة باستخدام UCC، وجوانب القدرة والمهارة الموضوعة في ISSI، والأهداف قصيرة وطويلة المدى التي تم وصفها في خطة التدخل الشاملة بالتدخلات عبر مستويات زيجورات. وبعد إكمال ورقة عمل زيجورات يصبح الفريق جاهزاً لمناقشة كيفية إدراج هذه التدخلات خلال اليوم الدراسي. وبالرغم من أن ورقة عمل زيجورات تتيح للفريق أن يعرف أن خطة التدخل دقيقة ومحددة الهدف، فإن CAPS يوفر التنظيم للتطبيق، كما هو مفصل أدناه.

(٥) نظام التخطيط الشامل لاضطراب التوحد CAPS:

يوفر CAPS استعراضاً للجدول اليومي الزمني للتلميذ، من خلال الوقت والنشاط، ويحدد المدعمات المطلوبة خلال كل فترة زمنية. وبناءً على المعلومات التي تم إعدادها باستخدام نموذج زيجورات يقدم CAPS إطاراً للعمل لإدراج مهام وأنشطة التلميذ، والوقت الذي تستغرقه، بالإضافة إلى تعيين المدعمات المطلوبة للنجاح. بالإضافة إلى ذلك يشتمل على المكان الذي سوف يتم فيه تسجيل نتائج جمع البيانات المستمرة، واعتبارات كيفية تعميم المهارات على أوضاع أخرى.

ويتألف CAPS من المكونات الآتية:

(١) الوقت: ويوضح هذا القسم وقت كل نشاط من أنشطة المتعلم على مدار الساعة.

(٢) النشاط: الفترات الزمنية الأكاديمية (مثل: القراءة)، والأوقات غير الأكاديمية (مثل: العطلة، الغذاء)، وكذلك الانتقال بين الفصول.

(٣) المهارات المستهدفة للتعلم: وقد يشتمل ذلك على أهداف البرنامج التربوي الفردي، ووضع المعايير، والمهارات التي تؤدي إلى النجاح في المدرسة لتلميذ محدد.

(٤) التنظيم/التكييفات: ومن الممكن أن يتألف التنظيم/التكييفات من مدى متنوع من المدعمات، والتي تشتمل على الوضع في الفصول الدراسية، والمدعمات البصرية، وشبكات الأقران.

(٥) التعزيز: يتم وضع قائمة بأنواع محددة من المعززات التي يصل إليها التلميذ، وكذلك جداول التعزيز في هذا القسم.

(٦) الإستراتيجيات الحسية: يتم عمل قائمة بالمدعمات والإستراتيجيات الحسية في هذا المجال من مجالات CAPS.

(٧) مهارات التواصل الاجتماعي: يتم التخطيط للمدعمات الاجتماعية، ومدعمات التواصل في هذا القسم.

(٨) جمع البيانات: وهذه المساحة تكون من أجل تسجيل نوع البيانات وكذلك السلوك الذي سوف يتم توثيقه أثناء نشاط محدد.

(٩) خطة التعميم: ويتم إعداد هذا الجزء من CAPS للتأكد من أن تعميم المهارات تم إنشاؤه في برنامج الطفل

طرق التدخل المحددة:

يرى هاجيوارا ومايلز (Hagiwara, & Myles, 1999)، وبيليوس وآخرون (Pelios et al., 2003) أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يصبحون إيجابيين ومنتجين عندما يتعرضون لإجراءات تدريبية وتربوية مناسبة، ومن الضروري تكوين بيئة تربوية ثابتة ومنظمة لهم، لأنهم -عادةً- لديهم صعوبات فى وصل وتركيب المعلومات المتجزئة فى كل ذي معنى، وفى حل شفرة المعلومات المجردة. ولتشكيل بيئة تربوية ثابتة ومنظمة تم تصميم العديد من التدخلات والبرامج التربوية وتطبيقها لتحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

ويمكن تحديد أهم الأساليب والنماذج العلاجية المتبعة لمواجهة كثير من أوجه القصور لدى التلاميذ ذوي اضطراب التوحد فى ثلاثة عناوين توضح اتجاه العلاج على النحو الآتي:

أولاً : العلاجات التربوية:

وتتمثل فى التعليم المنظم، والقصص الاجتماعية، ونظام التواصل بتبادل الصورة، واستراتيجيات التكامل الحسي، والدعم البصري للتواصل الاستقبالي، وعلاج اللغة/الكلام، والعلاج الوظيفي، والتعليم المادي التوافقي المتخصص.

ثانيا: العلاجات المتمركزة على المنزل:

وتتمثل فى علاج تحليل السلوك التطبيقي، والذي قد يطلق عليه علاج لوفاس Lovass Therapy، والتدخل السلوكي المركز، والعلاج القائم على العلاقة فى الفلورتايم Floortime.

ثالثاً: العلاجات الكلينيكية:

وتتمثل فى العلاجات البيولوجية الحيوية، والعلاجات الحسية، والتي تتمثل في العلاج الوظيفي، والعلاج بالتكامل الحسي، والتدريب على التكامل السمعي، وتحسين مقياس النظر النمائي، وعلاجات التواصل، والتي تتمثل فى علاج اللغة/الكلام، واستراتيجيات المعالجة السمعية، واستراتيجيات التواصل المعزز باستخدام التكنولوجيا المساعدة، والتواصل الميسر.

وتعد طرق التدخل المحددة أحد التوجهات الأساسية التي يُعتمد عليها في برامج التدخل المبكر. ومن ثم فإنه من الأفضل استعراض نبذة مختصرة عن التدخل المبكر للوقوف على دور طرق التدخل المحددة فيه.

كما يمكن تحديد التدخلات وفقاً للقائم بها على النحو الآتي:

أولاً : التدخلات القائمة على توسط الوالدينParent-Mediated Interventions:

التدخلات القائمة على توسط الوالدين توفر لمانحي الرعاية التعليم المباشر حول إستراتيجيات التدخل لإدارة سلوك أطفالهم ودعم نموهم الاجتماعي-الانفعالي (Mahoney et al., 1999). وقد أوضح العديد من الدراسات أن التدخلات القائمة على توسط الوالدين تعد نموذجاً فعالاً لتحسين مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، كما أنها تسهم في تحسين جودة التفاعلات بين الوالدين والطفل. كما اختبر الأدب التربوي تطبيق الوالدين للفنيات السلوكية في الأوضاع الأكثر طبيعية، مثل التدريب على الاستجابة الجوهرية، ونموذج اللغة الطبيعية، والتدريس البيئي، وتدخل تطوير العلاقة، والتدريس الاستجابي، وأوضح أن تلك البرامج فعالة في زيادة مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. ومن نماذج تدريب الوالدين على التدخل الآتي:

(١) تدريب الوالدين على التدخل السلوكي الطبيعي:

تركز برامج التدريب السلوكي الطبيعي للوالدين، مثل نموذج اللغة الطبيعية، وإستراتيجيات التدريس البيئي المعزز، والتدريب على الاستجابة الجوهرية، والتدريب على التقليد التبادلي، بشكل تقليدي، على تعليم الوالدين فنيات التحفيز والتعزيز، لزيادة استخدام طفلهم لمهارات التواصل الاجتماعي الأساسية، مثل اللغة والتقليد. والوالدون يستطيعون أن يزيدوا استخدامهم لفنيات التدخل بعيداً عن وضع المختبر، كما أنهم يقومون بذلك أثناء تفاعلات اللعب مع أطفالهم في المنزل.

(٢) تدريب الوالدين على التدخل النمائي العملي الاجتماعي:

إن التدخلات النمائية أو الاجتماعية-العملية القائمة على توسط الوالدين، مثل التدريس الاستجابي، ومنهج أكثر من مجرد كلمات لهانين، من الممكن أن تؤدي إلى فوائد كبيرة في مهارات التواصل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وهذه البرامج النمائية لتدريب الوالدين تركز -عادةً- على تعزيز العلاقة بين الوالدين والطفل، وتعزيز مهارات الطفل، مثل المشاركة الاجتماعية، والانفعال المشترك، والتبادل الاجتماعي (Sussman, 1999).

(٣) تدريب الوالدين على النموذج المختلط في التدخل:

حرص الباحثون على فحص التدخلات القائمة على توسط الوالدين، والتي تدمج فنيات التدخل من كلا النموذجين السابقين، كي تزيد من تعزيز مهارات التواصل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. ومن أمثلة تلك التدخلات مشروع ImPACT لإنجرسول وفورتسكاك (Ingersol, & Dvortscak, 2010)، وهذا البرنامج لتدريب الوالدين صمم كي يتوافق مع نماذج التدخل القائمة على الفصول الدراسية، ومن ثم فإن تدريب الوالدين من الممكن أن يجريه الكلينيكيون أو معلمو الفصول الدراسية.

ثانياً: التدخلات القائمة على توسط الأقران والأشقاء Peer- and Sibling- Mediated Interventions:

بالنظر إلى أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد تكون لديهم صعوبة شديدة في التفاعل مع الأطفال من نفس عمرهم، فإن هناك عدداً من التدخلات التي هدفت إلى تضمين الأقران

والأشقاء -بشكل مباشر- في التدخلات لتعزيز التطبيع الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. ومن الممكن أن تمنح التدخلات القائمة على توسط الأقران العديد من المزايا عبر التدخل الذي يقدمه الراشدون.أولاً : إن الأقران والأشقاء المؤهلين اجتماعياً من الممكن أن يخدموا كنماذج للسلوك الاجتماعي الملائم. ثانياً: إن السلوكيات الاجتماعية المتعلمة مع الأقران والأشقاء من المحتمل -بصورة كبيرة- أن يتم تعميمها لمواقف التفاعل مع أقران آخرين، مقارنة بالمهارات التي يتم تعلمها مع الكبار فقط. ثالثاً: إن تضمين الأشقاء والأقران -بصورة مباشرة- في التدخلات من أجل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قد يساعد الأطفال على تشكيل علاقات أو صداقات قوية، مع الأقران والأشقاء المشتركين في التدخل.

وهذه التدخلات تتسع على نطاق واسع في كمية التنظيم والدعم المقدم لشركاء التفاعل لتعزيز التفاعلات الإيجابية بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأقرانهم وأشقائهم ذوي النمو الطبيعي. وهناك عدد من إستراتيجيات التدخل المختلفة التي تشرك الأقران والأشقاء كوكلاء للتدخل، وهي:

(١) الدمج:

بالرغم من أن التلاميذ ذوي النمو الطبيعي قد يكونون قادرين على أن يخدموا كنماذج للسلوك الاجتماعي الملائم، وكأصدقاء أقوياء للتلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد، إلا أن وضع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد -ببساطة- في الفصول الدراسية مع أقرانهم ذوي النمو الطبيعي لا يضمن أن التلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد سوف يحسنون مهاراتهم في التواصل الاجتماعي، أو يكونوا صداقات ذات مغزى. بالإضافة إلى ذلك فإن وضع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في أوضاع الفصول الدراسية النظامية دون دعم إضافي قد يكون صعباً، أو مستحيلاً، بالنسبة للتلاميذ ذوي احتياجات الدعم الشديدة. ومن ثم، فإن النماذج الحديثة للدمج تدعو إلى أن يكون الوضع التربوي في الفصول الدراسية العادية مصاحباً بالتخطيط التربوي الدقيق، واستخدام عدد من فنيات التدخل المدعومة إمبريقياً كي تكون أكثر فائدةً للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

(٢) ترتيب البيئة لتعزيز التفاعل:

إن أحد أساليب دعم التطبيع الاجتماعي بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم ذوي النمو الطبيعي في وضع الفصل الدراسي القائم على الدمج يكون من خلال ترتيب موقف الفصل الدراسي لتعزيز التفاعلات بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم ذوي النمو الطبيعي.وبيئة الفصول الدراسية ذات الأنشطة المنظمة والتي تترك مجالاً للتعاون بين الأقران، والتسهيل من جانب الكبار قد يزيد الفرصة للتفاعلات الاجتماعية الناجحة بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم ذوي النمو الطبيعي. على سبيل المثال فإن نموذج اللعب الجماعي القائم على الدمج يشتمل -عادةً- على جدول زمني وروتين ثابت بأنشطة اللعب الملائمة للمستوى النمائي للأطفال ذوي اضطراب يطف التوحد. وبالإضافة إلى ذلك يتم إشراك عدد قليل من الأقران المألوفين ذوي النمو الطبيعي، ويقوم أحد الكبار بالمراقبة الدقيقة لتفاعلات اللعب ويشجع الأطفال على الاشتراك في الأنشطة التفاعلية.

(٣) الأقران الشركاء/المعلمون:

في نموذج رفيق القرين Peer Buddy تتم المزاوجة بين التلاميذ ذوي النمو الطبيعي والتلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد للخدمة كداعمين اجتماعيين لهؤلاء التلاميذ. ويتم تعليم التلاميذ ذوي النمو الطبيعي حول التلاميذ الذين يتم مزاوجتهم معهم (على سبيل المثال يتعلمون كيف يستخدمون نظام التواصل المعزز، يتعلمون أن يشتركوا في أو يدعموا سلوكيات التفاعل الاجتماعي المحددة)، وقد يتم تعزيزهم من جانب المعلمين للمشاركة في التفاعلات الاجتماعية الإيجابية مع رفاقهم الأقران. ونموذج التدخل ذو العلاقة، نموذج شبكة الأقران، يقوم بمزاوجة عدد من التلاميذ مع التلميذ ذي اضطراب طيف التوحد، بدلاً من المزاوجة واحداً لواحد ١ : ١. وهذا يوفر للتلميذ ذي اضطراب طيف التوحد الفرصة لزيادة مشاركته الاجتماعية مع عدد أكبر

من الأقران، مما يسهم في تقبل التلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد، ومدة وتكرار التفاعلات الاجتماعية بين التلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد وأقرانهم المدربين.

وبينما تدخلات شبكة الأقران، ورفيق القرين تزاوج التلاميذ مع هدف محدد لزيادة التفاعلات الاجتماعية، فإن تدخلات التعليم بين الأقران يدمج التلاميذ ذوي النمو الطبيعي كمدعمات تعليمية للتلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد. وفي نموذج التعليم بين الأقران يتم تعليم التلاميذ ذوي النمو الطبيعي كي يخدموا كمعلمين أكاديميين (على سبيل المثال في القراءة أو الرياضيات) للتلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد. ويتم تعليم التلاميذ ذوي النمو الطبيعي مهارات التدريس المحددة، وبعد ذلك يتم إزواجهم مع التلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد. وتدخلات التعليم بين الأقران لا تقود -فقط- إلى تحسين الأداء الأكاديمي للتلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد، ولكنها تزيد -أيضاً- التفاعلات الاجتماعية أثناء الوقت الحر بالنسبة لهؤلاء التلاميذ، عند مقارنتها بالبرامج التي يقودها المعلم (Kamps et al., 1999). والتدريس بين الأقران يستخدم -أيضاً- لتعليم مهارات التكيف للتلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد ذوي الأداء الوظيفي المنخفض، مع تحسين استجابة التلاميذ ذوي اضطراب التوحد لأقرانهم العاديين، بالإضافة إلى إتقان السلوكيات التكيفية المستهدفة.

(٤) تعليم الأقران/الأشقاء مبادأة التفاعلات:

هناك عدد من التدخلات التي تعلم الأقران -بصورة مباشرة- المهارات التي تستهدف -بشكل خاص- المبادأة الناجحة للتفاعلات الاجتماعية مع التلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد. وهناك عدد من الدراسات التي أوضحت زيادة التفاعلات الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عندما يتم تدريب الأقران على مبادأة التفاعلات باستخدام منظمي اللعب، مثل المساعدة، والمشاركة، ومنح المودة، والثناء (Goldstein et al., 1992). وهذه التدخلات أظهرت نتائج قوية في زيادة التفاعلات الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ويشتمل ذلك على التعميم للأقران غير المدربين. ويصبح كل من التعميم والإبقاء على المهارات قويين عندما يتم تعليم العديد من الأقران التدخل، ويتم تعليم الأقران مراقبة الذات بعد تلاشي تحفيز وتعزيز الكبار.

(٥) تعليم الأقران/الأشقاء تطبيق العلاجات البسيطة لبناء المهارات:

الفئة النهائية من التدخلات القائمة على توسط الأقران/الأشقاء تشتمل على علاجات لبناء المهارات، مثل التدريب على الاستجابة الجوهرية، والتدريس العرضي، تم تكييفها كي يتم استخدامها من جانب الأقران والأشقاء ذوي النمو الطبيعي. وهذه العلاجات فعالة في زيادة مهارات الطفل (مثل: اللغة، والانتباه المترابط، ومهارات اللعب)، عندما يتم تطبيقها بواسطة الكبار. ومن ثم فإن جعل الأقران أو الأشقاء يقدمون مكونات هذه العلاجات يمنح ميزة مزدوجة لبناء المهارات المحددة لدى الطفل ذي اضطراب طيف التوحد، كما أنها -أيضاً- تعزز مهارات التطبيع الاجتماعي لدى الأقران والأشقاء. والمكونات التي تم تكييفها للاستخدام في التدخلات القائمة على توسط الأقران والأشقاء تتألف من المهارات، مثل النمذجة، والتحفيز، والتعزيز في الأوضاع الطبيعية.

ثالثاً: التعليم المباشر للمهارات الاجتماعية:

هناك عدد من التدخلات التي تم إعدادها كي يتم تعليم عدد من المهارات الاجتماعية الملائمة بصورة مباشرة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وتستخدم التدخلات المباشرة للمهارات الاجتماعية مع الأطفال منذ التشخيص المبكر وحتى المراهقة، ومن ثم فإن نوع المهارات المستهدفة، والفنيات التعليمية المحددة تستخدم بشكل مختلف بناء على عمر وقدرة الطفل.وتشتمل الفنيات الأكثر شيوعاً على التدخلات الطبيعية، والقصص الاجتماعية، والتدخلات التكنولوجية (التعليم القائم على الكمبيوتر أو القائم على الفيديو)، ومجموعات

المهارات الاجتماعية، والبرمجة النصية، والتحفيز، والإجراءات الأولية (كجزء من التدخلات التي تستخدم تحليل السلوك التطبيقي، أو علاجات الاستجابة الجوهرية)، ومراقبة الذات.

نبذة عن التدخل المبكر وخدمات التربية الخاصة:

بدأ الاهتمام الفعلي بتقديم خدمات التدخل المبكر لذوي الإعاقة بصورة عامة عند صدور القانون الأمريكي لتعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA)، وهو القانون الفيدرالي الذي يضمن خدمات التدخل المبكر في (Part C) بالنسبة للعامين الأولين من ميلاد الطفل، وخدمات التربية الخاصة (Part B) بالنسبة للأطفال والشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ٣-٢١ عاما. واضطراب التوحد هو أحد الاضطرابات التي تعرف على وجه التحديد في IDEA. وأوضح هذا القانون مجموعة من الاعتبارات الهامة حول اضطراب التوحد، وهى:

أ- التوحد يعني عجزا في النمو يؤثر بصورة كبيرة على التواصل اللفظي، وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، ويتضح -بشكل عام- قبل سن الثالثة، ويؤثر -سلبا- على الأداء التعليمي للتلميذ. ومن الخصائص الأخرى التي غالباً ما يعانى منها ذوو اضطراب التوحد الانشغال فى الأنشطة التكرارية، والحركات النمطية، ومقاومة التغير البيئي، أو تغير الروتين اليومي، والاستجابات غير العادية للتجارب الحسية.

ب-اضطراب التوحد لا ينطبق في حالة أثر سلباً على أداء التلميذ في مجال التعليم لأن التلميذ -في المقام الأول- تكون لديه إعاقة انفعالية سلوكية.

ج- يمكن للتلميذ الذي تتضح لديه خصائص التوحد بعد سن الثالثة أن يكون لديه هذا الاضطراب.

ومن المهم أن ندرك أن تشخيص الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد فى مكان آخر PDD-NOS، ومتلازمة أسبرجر، أو التوحد، وحده ليس كافيا لتأهل الطفل لخدمات التربية الخاصة، فالطالب المؤهل لخدمات التربية الخاصة هو الطالب الذي: (١) لديه إعاقة أو إعاقات؛ (٢) تؤثر الصعوبات التي يعانى منها -بصورة عكسية- على أدائه التعليمي؛ والذي (٣) لا يمكن أن تحقق احتياجاته الفريدة على وجه الخصوص من خلال التعليم في فصول التعليم العام، وبدون تكييفات فردية. والجزء الثالث يعني أن الطالب يحتاج تصميم تعليم بمواصفات خاصة، حيث يتم تنظيم التعليم المصمم خصيصا، والخطط التعليمية، والأنشطة التي يتم تكييفها حسب الاقتضاء، والمحتوى، والمنهجية، ويتم تقديم تعليمات تؤدى إلى تلبية الاحتياجات الفريدة التي تنجم عن عجز الطالب. ولتحقيق المكونات الثلاثة السابقة يجب أن يتم إجراء تقييم شامل للطالب على النحو الآتي:

خدمات التدخل المبكر من الميلاد وحتى العامين الأولين :

ينص (Part C) من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA) على الكشف والتدخل المبكر بالنسبة للأطفال المعاقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين الميلاد وحتى سنتين. وتعد الوكالة الرائدة بالنسبة للجزء (C) في واشنطن هي وزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS)، ويعد برنامج التدخل المبكر للأطفال الرضع (ITEIP) هو المسئول عن إدارة نظام الولاية الخاص بخدمات التدخل المبكر. ويساعد مجلس التنسيق بين الولايات، ويقدم المشورة لوزارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS)، وبرنامج التدخل المبكر للأطفال الرضع (ITEIP) فى إدارة برنامج التدخل المبكر فى الولاية.

وفي الولايات المتحدة توجد هناك مؤسسة رائدة بين المؤسسات المحلية، وهي مجلس التنسيق المشترك بين الولايات County Interagency Coordinating Council (CICC) في كل مقاطعة. وهذه المؤسسات بمثابة هيئة استشارية لوكالة القيادة المحلية تعمل في تعاون وثيق مع الوكالات الأخرى، وأصحاب المصلحة في المجتمع المحلي لتوفير خدمات التدخل المبكر، ويشمل ذلك:

- العائلات التي لديها أطفال معوقون.

- منسقي الموارد العائلية (FRC).
- مقدمي الخدمات.
- العاملين في المدارس العامة.
- أعضاء من المجتمع الأوسع.

ويتمركز التدخل المبكر حول الأسرة، حيث إن عائلات الأطفال الرضع والأطفال الصغار هم -دائماً- في مركز اهتمام تنسيق الخدمات. ويمكن للعائلات دخول نظام التدخل المبكر من خلال العديد من نقاط الوصول. ويوفر برنامج التدخل المبكر للأطفال الرضع (ITEIP) الدعم للحصول على خدمات التدخل المبكر المحلية، حيث تتم مساعدة الأسر في تحقيق أقصى قدر من النمو للرضع والأطفال الصغار داخل الروتينات الطبيعية، والأنشطة، والثقافة.

ويتم الشروع في عملية التدخل المبكر من خلال الإحالة إلى الوكالة المحلية الرائدة. ويمكن لأي شخص عمل الإحالة، مع إذن العائلة، أو الطبيب، أو الوالدين، أو مقدمي الرعاية للأطفال، أو صديق الأسرة، وذلك إذا كان هناك قلق حول نمو الرضيع أو الطفل الصغير. ويعد منسق موارد العائلة(Family Resource Coordinator (FRC هو الشخص الذي يعمل -عن كثب- مع الأسرة لضمان تصميم الخدمات لتلبية احتياجات كل طفل مؤهل لخدمات التربية الخاصة، أو طفل صغير، واحتياجات عائلة.

وليكون الرضع والأطفال مؤهلين للحصول على خدمات التدخل المبكر، فإنه لا بد من تحديدهم وتقييمهم باستخدام الاختبارات، والإجراءات المناسبة للأطفال الصغار جدا، وتحدد النتائج المستخلصة من هذه التقييمات ما إذا كان الأطفال أو طفل صغير يعاني من التأخر في واحدة أو أكثر من المجالات النمائية الآتية:

- القدرة المعرفية على التعلم، ونمط التعلم.
- القدرة البدنية على الحركة، والرؤية، والسمع.
- القدرة على التواصل لفهم اللغة، والتعبير عن الاحتياجات.
- القدرة الاجتماعية والانفعالية للاتصال بالآخرين.
- المهارات التكيفية، مثل القدرة على ارتداء الملابس، وتناول الطعام، والعناية بالذات.

وبمجرد اكتمال إجراءات التقييم والتقدير، واتخاذ القرار يكون الطفل مؤهلاً للحصول على الخدمات، وتقوم الأسرة بالعمل مع الفريق لإعداد خطة الخدمة الأسرية الفردية Individualized Family Service Plan (IFSP)، لتصبح هذهالخطة وصفاً مكتوباً للخدمات وأوجه الدعم المطلوبة للطفل ذي الإعاقة وأسرته. ويمكن الحصول على هذه الخدمات من خلال عدد من الجهات المختلفة.وتجدر الإشارة هنا إلى أنه يعد أمراً اختيارياً بالنسبة لمديريات التربية والتعليم توفير البرامج التي تخدم الأطفال من عمر الميلاد حتى السنة الثانية، وأحد الأجزاء المهمة للبرنامج هو التأكد من وجود روابط وانتقالات داعمة لانتقال الأطفال من برنامج التدخل المبكر لمرحلة التعليم ما قبل المدرسة، أو الخدمات المجتمعية الأخرى.

طبيعة الدعم النفسي والتربوي للتلاميذ ذوي اضطراب التوحد:

تعد الإعاقة الشديدة فى الجانب الاجتماعي إحدى السمات الرئيسة للأطفال ذوي اضطراب التوحد، وهي إعاقة تظهر نفسها فى اللغة، واللعب، وتواصل العين، والإشارات، وتقوم الإستراتيجيات التكاملية لمواجهة هذه الصعوبات المحورية على تضمين توجيهات الكبار، وتدريب المعلمين والأقران، ووجود الخبراء.

ويتضمن دعم وتشجيع الأطفال ذوي اضطراب التوحد فى منازلهم ومدارسهم ومجتمعاتهم تقييما وبرنامجا شاملا يواجه الجوانب الجوهرية من العجز، وأحد المكونات الفعالة المفقودة فى العديد من البرامج بالنسبة للأطفال ذوي اضطراب التوحد هو التدريب الفعال على المهارات الاجتماعية لمواجهة الصعوبات النوعية المحددة فى المهارات الاجتماعية، وهذه

الصعوبات تشمل حالات العجز فى المبادأة، أو الارتباط والاشتراك فى الأنشطة الاجتماعية، وفهم وجهات نظر الآخرين، والتعبير عن المشاعر بصورة لفظية. وجوانب العجز هذه تؤثر على الأطفال ذوي اضطراب التوحد فى سن مبكرة، وإذا لم يتم علاجها فإنها تضعهم فى مسارات نمائية تقود إلى القلق الاجتماعي، والذي يترتب عليه الاكتئاب والوحدة، وغيرها من المشاعر الضارة (Bellini, & Hopf, 2007).

وتؤكد زينب شقير (٢٠٠٥) على ضرورة تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع، والتعلم، والتدريب على إقامة علاقات شخصية متبادلة مع المحيطين بالطفل ذي اضطراب التوحد، مما ينمي لديه مهارات التواصل الاجتماعي الناجح.

ويوضح عادل عبد الله (٢٠٠٢) أن البرامج التدريبية ذات أهمية كبيرة للأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث يمكن عن طريقها تنمية مهاراتهم واستعداداتهم للتعليم، فعن طريقها يمكن تعليم الطفل أن يجلس على الكرسي، وأن يحضر الأدوات اللازمة لأداء مهمة معينة، أو يستخدم التواليت، حيث تعتمد غالبية البرامج المقدمة لهؤلاء الأطفال على إجراءات تعديل السلوك إلى جانب تدريب الوالدين.

وتستخدم أساليب دعم السلوك الإيجابي فى مجال اضطراب التوحد لتقليل السلوكيات المشكلة، وتنمية المهارات الاجتماعية، وتعميمها عبر السياقات، وتحسين جودة حياة الطفل بصورة عامة، ومن الأساليب العلاجية الأكثر فعالية لهؤلاء الأطفال استخدام التدخلات المباشرة التي تهدف إلى تسهيل المهارات الاجتماعية، مثل التدريب على المهارات الاجتماعية، وأساليب توسط الأقران، وتعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد أخذ وجهة نظر الآخرين فى الاعتبار، والإستراتيجية الحديثة التي تؤلف بين هذه المكونات هي القصص الاجتماعية (Sansosti et al., 2004).

نماذج لأساليب وإستراتيجيات التدخل النفسي والتربوي المحددة للتلاميذ ذوي اضطراب التوحد:

التدريب على المهارات الاجتماعية:

هناك العديد من برامج التدريب للأطفال ذوي اضطراب التوحد على المهارات الاجتماعية، ومعظم هذه البرامج يعتمد على التحليل البيئي، وتحليل المهمة، وتقييم المواقف والظروف الطارئة المرتبطة بالسلوكيات التي تمثل صعوبة، وتحديد نتيجة الخطوات اللازمة لاكتساب سلوكيات جديدة بديلة.

والتدريب على المهارات الاجتماعية جزء هام من تعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وبدون هذا التدريب يصبح هؤلاء الأطفال غير قادرين على تنمية الصداقات مع الأقران، وينسحبون داخل عالمهم الخاص، وهذا التدريب يجعل الأطفال قادرين على تعلم المهارات التي يحتاجونها للاشتراك بفعالية فى مجتمعهم، ومثل هذا التدريب يتكون من منهج مهارات اجتماعية محدد، وتأكيد السلوكيات المحورية، وتنمية إدارة الذات، والقصص الاجتماعية.

ويتضمن التدريب على المهارات الاجتماعية أربعة موضوعات محورية، هي: زيادة اكتساب المهارة، وزيادة أداء المهارة، وتقليل أو إزالة السلوكيات المشكلة، وتسهيل التعميم والمداومة، أي الاستمرارية للمهارة المكتسبة(Agosta et al, 2004).