وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة العربي التبسي - تبسة

جامعة العربي التبسي – تبسةLARBI TEBESSI – TEBESSA UNIVERSITY

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية-UNIVERSITE LARBI TEBESSI -TEBESSA

قسم: علم اجتماع

مذكرة مقدمة لإستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي (ل م د)

وفعة: 2022

الميدان: علوم انسانية واجتماعية

الشعبة: علم اجتماع

التخصص: علم اجتماع التربية

عنوان المذكرة:

الدمج التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة في المؤسسات التربوية التحديات والصعوبات التي تواجه المعلمين دراسة ميدانية ب: المدراسة الابتدائية -تبسة-

من إعداد الطالبين:

- سراج أسماء
- عاشور ايمان

تحت إشراف الأستاذة:

نسيمة بن دار

جامعة العربي التبسي - تبسة
Université Larbi Tebessi - Tebessa

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الصفة
سلطان بلغيث	أستاذ التعليم العالي	رئيسا
نسيمة بن دار	أستاذ محاضر "أ"	مشرفا ومقررا
وردة خوني	أستاذ محاضر "أ"	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2021/ 2022

آية الكرسي سورة البقرة آية ٢٥٥

شكر وعرفان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، الحمد لله الذي ألهمنا الصبر و التوفيق لانجاز هذا العمل المتواضع.

نشكر الأستاذة المشرفة الدكتورة "بن دار نسيمة" التي ساعدتنا بتوجيهاتها القيمة و ملاحظاتها النيرة و بتشجيعها لنا في اختيار الموضوع.

كما لا يفوتنا في هذا المقام أن نشكر الأساتذة و الدكاترة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة كل واحد باسمه لقبولهم مناقشة المذكرة و التفريغ من وقتهم الثمين لقرائتها .

و لا ننسى أيضا كل عمال مكتبة العلوم الانسانية و الاجتماعية الذين منحونا العون و المساعدة .

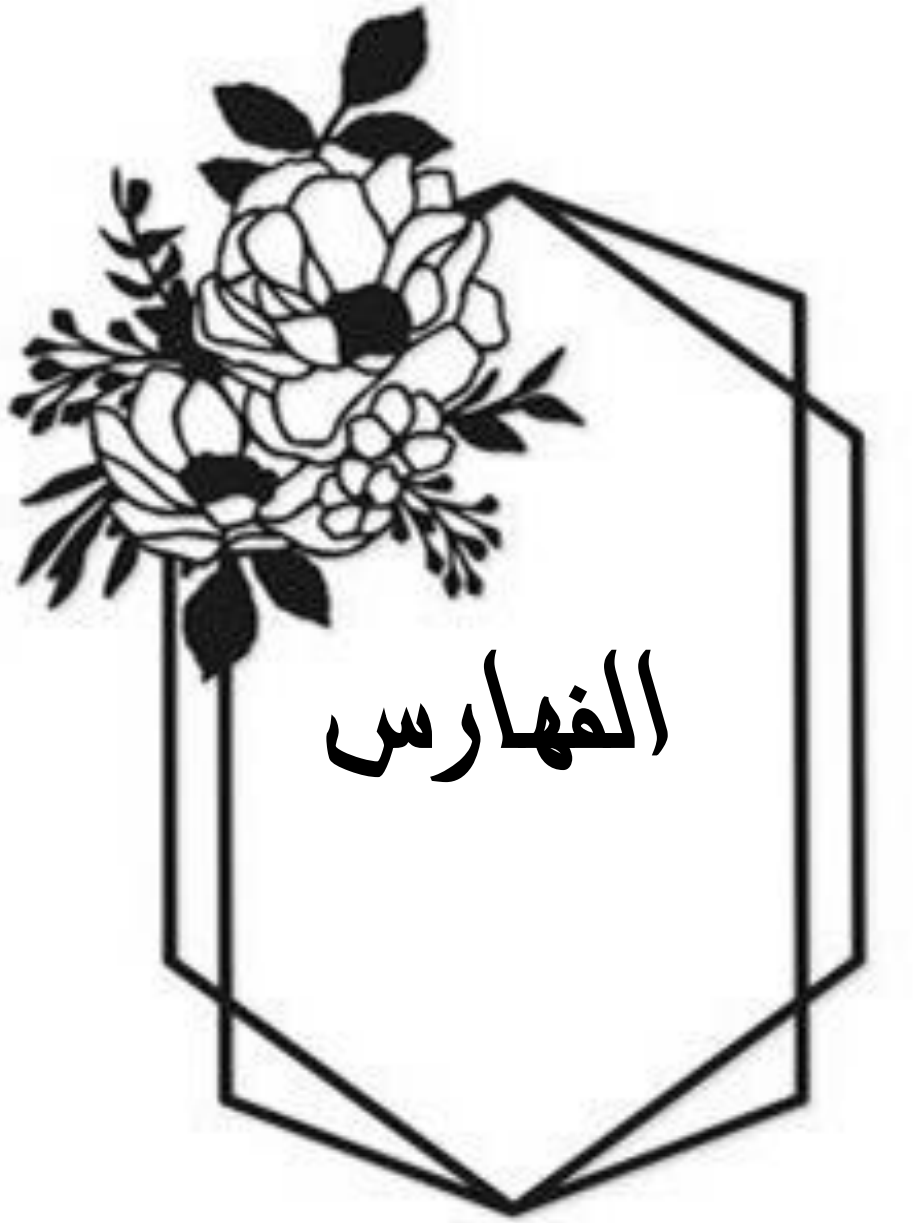
أخيرا نسأل الله تعالى بأسمائه الحسنى و صفاته العلى أن يوفقنا جميعا لخدمة البحث العلمي و أن يبلغنا نيل شهادة الدكتوراه.

الملــخص

تهدف دراستنا الحالية الى التعرف على التحديات و الصعوبات التي تواجه المعلمين في عملية الدمج التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد) في المدرسة الابتدائية في مدينة تبسة ، حيث تم توظيف المتغيرات التالية (الجنس ، الخبرة ، التخصص الدراسي ، تلقي التكوين و التأطير لذوي الاحتياجات الخاصة) ، و قد قُدرت عينة الدراسة ب 30 معلم (28 معلمة و معلمين) ، باستخدام المنهج الوصفي التحليلي ، و لتحقيق أهداف الدراسة استعنا بإستبانة تكونت من 33 بند و 3 أبعاد (الأساليب المتبعة في الدمج، اتجاهات المعلمين نحو ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد) ، الصعوبات التي تواجه المعلمين في العملية التعليمية) ، حيث جاءت دراستنا باتجاهات سلبية بنسبة 73.33% لدى االمعلمين حول دمج أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (أطفال التوحد) في المدارس الابتدائية النظامية.

Resumè:

Notre étude actuelle vise à identifier les défis et les difficultés rencontrés par les enseignants dans le processus d'intégration scolaire des personnes ayant des besoins spéciaux (autisme) à l'école primaire de la ville de Tébessa, où les variables suivantes ont été utilisées (sexe, expérience, spécialisation académique, recevant une formation et un encadrement pour les personnes ayant des besoins particuliers) L'échantillon d'étude a été estimé à 30 enseignants (28 enseignants hommes et femmes), en utilisant l'approche analytique descriptive, et pour atteindre les objectifs de l'étude, nous avons utilisé un questionnaire composé de 33 items et 3 dimensions (méthodes utilisées dans l'inclusion, attitudes des enseignants envers les personnes ayant des besoins particuliers (autisme), difficultés rencontrées par les enseignants dans le processus éducatif), car notre étude a montré les attitudes négatives de 73,33 % des enseignants concernant l'intégration des enfants ayant des besoins particuliers (enfants autistes) dans les écoles primaires ordinaires.



الفهارس

الموضوع	الصفحة
مقدمة	
الفصل الأول: الاطار المنهجي للدراسة	
اشكالية الدراسة	
أهداف الدراسة	
أسباب اختيار الموضوع	
أهمية الدراسة	
حدود الدراسة	
المفاهيم المعتمدة في الدراسة	
الدراسات السابقة للدراسة	
الفصل الثاني:الاطار النظري للدراسة	
تمهيد	
المبحث الأول: ذوي الاحتياجات الخاصة	
المطلب الأول: مفهوم ذوي الاجتياجات الخاصة	
المطلب الثاني: أنواع ذوي الاحتياجات الخاصة	
المطلب الثالث: مشكلات ذوي الاحتياجات الخاصة	
المطلب الرابع: برامج ذوي الاحتياجات الخاصة	
المطلب الخامس: نظرة المجتمع لذوي الاحتياجات الخاصة	
المطلب السادس: التقويم اذوي الاحتياجات الخاصة	
المبحث الثاني: ماهية التوحد و نظرياته	
المطلب الأول: التطور التاريخي للتوحد	
المطلب الثاني: أسباب التوحد	
المطلب الثالث: خصائص الأطفال المصابين بالتوحد	
المطلب الرابع: تشخيص التوحد	
المطلب الخامس: أشكال التوحد	
المطلب السادس: النظريات المفسرة للتوحد	
المطلب السابع: علاج اضطرابات التوحد	

المبحث الثالث: الدمج	
المطلب الأول: الدمج في الجزائر	
المطلب الثاني: مفهوم الدمج	
المطلب الثالث: أنواع الدمج	
المطلب الرابع: الاتجاهات حول الدمج	
المطلب الخامس: أهداف الدمج	
المطلب السادس: شروط دمج أطفال التوحد	
المطلب السابع: الاستراتيجيات المستخدمة مع تلاميذ ذوي التوحد	
الفصل الثالث: الجانب الميداني	
الدراسة الاستطلاعية	
منهج و أداة الدراسة	
مجتمع الدراسة	
حدود الدراسة	
عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
خلاصة ونتائج الدراسة	
الخاتمة	
الملاحق	
المصادر و المراجع	

مقدمة

يُعد موضوع الدمج من الموضوعات الحديثة في مجال التربية الخاصة الذي شهد تطورا كبيرًا في السنوات الأخيرة ، و قد جاءت أساليب الدمج لفك نظام العزلة من المدارس الخاصة الى المدارس العادية ، باعتبارها البيئة الاجتماعية الطبيعية. و قد يتزايد إهتمام الدول بإرساء قواعد و استراتيجيات خاصة بتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة (منها ذوي التوحد) على أسس تراعي إحتياجاتهم التربوية و الإجتماعية . و انخرطت دول العالم في تطبيقه بأشكال مختلفة بعد أن تعزز مفهوم الدمج و أصبح ممارسة تربوية قائمة في الكثير منها، و لأجل نجاح الدمج لا بد من توفر مقومات و أسس معينة لتحقيق الأهداف التي يصبو إليها .

لقد اهتمت الجزائر مؤخرًا على غرار الدول العربية في تبني هذا الأسلوب التربوي القديم في ثقافتها الحديثة في شكله و ممارسته الحالية تبعًا للتطورات العالمية التي يشهدها هذا المجال. لهذا جاءت الدراسة الحالية للاطلاع على هذه العملية في بوادرها محاولة إلقاء الضوء على المعيقات التي يواجهها معلمي المدارس العادية في دمج ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد).

تناولت الدراسة في جانبها النظري ثلاثة فصول و هي : الفصل الأول (الاطار المنهجي) تضمن الإشكالية ، أهداف الدراسة ، حدود الدراسة ، المفاهيم المعتمدة في الدراسة ، الدراسات السابقة.

الفصل الثاني تضمن ثلاث مباحث: المبحث الأول (ذوي الاحتياجات الخاصة)، شمل على : مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة ، الأنواع ، المشكلات ، البرامج , نظرة المجتمع ، التقويم. المبحث الثاني: (ماهية التوحد و نظرياته) شمل على : التطور التاريخي ، الأسباب ، الخصائص ، التشخيص ، الأشكال ، النظريات المفسرة، العلاج. المبحث الثالث (الدمج) شمل على : الدمج في الجزائر ، المفهوم ، الاتجاهات ، الأهداف، الشروط ، الاستراتيجيات المستخدمة ، الصعوبات التي تواجه عملية الدمج.

أما الفصل التطبيقي للدراسة ض: الدراسة الاستطلاعية ، منهج و أداة الدراسة ، مجتمع الدراسة و عينتها ، حدود الدراسة ، عرض و مناقشة نتائج الدراسة.

الفصل الأول:
الاطار المفاهيمي والتصوري

- **اشكالية الدراسة.**
- **أهداف الدراسة.**
- **أسباب اختيار الموضوع.**
- **أهمية الدراسة.**
- **المفاهيم المعتمدة في الدراسة.**
- **الدراسات السابقة.**

1. إشكالية الدراسة:

تعد مرحلة الطفولة من المراحل الأساسية والهامة في حياة الإنسان فمن خلالها يبدأ تكوين ونمو شخصيته، والأسرة بإعتبارها الجماعة الاجتماعية الأولى التي من خلالها يبدأ الطفل في الاتصال والتفاعل مع العالم الخارجي، إذ تعد المسؤول الاول عن اكتساب الطفل السمات والخصائص الاجتماعية الأساسية التي بواسطتها يستطيع أن يتفاعل ويندمج في محيطه الخارجي.

ففي هذه المرحلة يظهر بعض الأطفال سلوكيات غير عادية تعرضهم لعدم التوافق مع الآخرين وتعيق التواصل، إذ تعمل التربية باعتبارها عملية واعية مقصودة وغير مقصودة على إحداث النمو والتغيير للفرد في جميع جوانبه سواء الجسمية أو العقلية، الإنفعالية وكذا الوجدانية وذلك وفقا لمتطلبات المجتمع وثقافته لأنها تأخذ مكوناتها وأوجه مسارها منه، غير أن هذه التربية لا تخدم كل فئات المجتمع، فهناك فئة تحتاج إلى رعاية واهتمام أكثر من الفئات الأخرى، ويطلق على هذه الفئة ذوي الاحتياجات الخاصة أو الأفراد الغير عاديين و غيرها من المصطلحات، و تضم فئة ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يختلفون بشكل ملحوظ في نموهم العقلي أو الانفعالي أو اللغوي أو الحركي وكذا الحسي عن الأفراد العاديين.

يعد الاضطراب أو الإعاقة سببا رئيسيا لعدم تكيف الطفل مع مجتمعه بما يسببه من أزمات نفسية واجتماعية داخل محيط الأسرة أو عند مقارنته بأقرانه، ويعتبر ميدان تربية ذوي الاحتياجات الخاصة وتعليمهم هدفا من أهداف الهيئات المتخصصة في هذا المجال، وتدور تساؤلات كثيرة ومتعددة حول إمكانيات ذوي الاحتياجات الخاصة، وحول قدراتهم على تأدية المهمات المطلوبة منهم كأفراد في المجتمع، ولكن مع تطوير التربية الخاصة تغيرت الرؤية اتجاههم، ولم يعد الواحد منهم معتمدا على من حوله اعتمادا كليا، وإنما يمكن أن يقوم بالكثير من الأدوار الحيوية إذ تم تدريبه وتأهيله لذلك بالشكل المناسب بحيث يستدعي هذا الاضطراب نوعا من الخدمات التربوية تختلف عما للطفل العادي، ويحتاج الطفل ذو الاحتياجات الخاصة إلى تعليم خاص وخدمات تربوية خاصة. [1]

تتضمن التربية الخاصة فئة الإعاقة العقلية وصعوبات التعلم والاضطرابات الانفعالية والحركية والاضطرابات اللغوية والإعاقة السمعية والبصرية، واضطراب التوحد، ويعد هذا الأخير أكثر الاضطرابات النمائية التطورية تعقيدا، لأنه يمس مختلف جوانب النمو لدى الطفل والتي من بينها النمو المعرفي والاجتماعي والانفعالي، وعلى سلوكه بوجه عام، فالأطفال المتوحدين تبدوا عليهم مجموعة من الانحرافات في جوانب التفاعل الاجتماعي وفي التواصل وكذا في الوظائف المعرفية (الانتباه، التفكير، التخيل، الإدراك) وكل هذه الملامح قد تظهر متزامنة بعضها لبعض وفي بعض الأحيان تتداخل أعراض الاضطرابات الأخرى، ولهذا يحتاج تشخيص اضطراب التوحد لفريق متعدد الاختصاصات (طبيب أطفال، طبيب الأعصاب والمخ، أخصائي أرطفوني، أخصائي نفسي، أخصائي اجتماعي...) من أجل استبعاد الأمراض والاضطرابات المتشابهة، أي لهذه الفئة خصائصها

[1] رزاق محمد نبيل، **المعوق بين الادماج الثقافي و الاجتماعي**، وزارة الثقافة، الجزائر ،2008،ص18

واحتياجات معينة أي بمعنى آخر هناك فرق بينهم وبين الطفل العادي، لذلك لابد من مراعاتهم خاصة على الصعيد المدرسي لذلك وجب محاولة دمجهم مع الأطفال الآخرين داخل المؤسسات التربوية وتبني مجموعة من معلمي التربية الخاصة لمعرفة كيفية التعامل مع الطفل المتوحد. [1]

يعتبر الدمج من العمليات المعقدة التي تحتاج إلى تخطيط سليم للتأكد من نجاح البرنامج ، بحيث يكون مخططا له بصورة دقيقة، حيث أن الطفل المتوحد والذي يستفيد من هذا البرنامج يجب أن يحصل على مستوى من التعليم لا يقل عن البرنامج المطبق في المدارس الخاصة، وأيضا وجود هذا الطفل التوحدي في المدارس العادية لا يجب أن يؤثر بأي حال على برنامج المدرسة العادية ومستوى تقدم وطموح التلاميذ الآخرين، وأيضا أن لا يشكل عبئا إضافيا على المعلم في المدرسة العادية، فهو لا يمتلك الخبرات والكفاءات للتعامل مع الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة، هذا يجعله في احتمالية عدم إمكانية على التعامل بشكل جيد مع أطفال الفئات الخاصة بما فيها أطفال التوحد، هذا ما يؤدي إما لعدم السيطرة في التحكم في كيفية تعليم هذا الطفل أو الانشغال عن باقي التلاميذ. [2]

وانطلاقا مما سبق ذكره يمكننا طرح التساؤل الجوهري التالي:

كيف يتم دمج أطفال التوحد في المؤسسات التربوية ؟.

هذا التساؤل تفرعت عنه مجموعة من الأسئلة الفرعية أهمها:

- ماهي الأساليب المتبعة في دمج أطفال ذوي التوحد في المؤسسات التربوية ؟.
- ما اتجاهات المعلمين نحو أطفال التوحد ؟.
- ما الصعوبات التي تواجه المعلمين في العملية التعليمية مع أطفال التوحد ؟.

2. أهداف الدراسة:

- معرفة كيفية دمج أطفال التوحد في المؤسسات التربوية.
- التعرف على الأساليب المتبعة من طرف المعلمين تجاه المتوحدين.
- الكشف عن المشكلات التي يواجهها المعلمون مع تلاميذ التوحد.

3. أسباب اختيار الموضوع:

- الاهتمام بفئات التوحد والعمل على عدم تهميشهم عن طريق تطبيق الخدمات المناسبة في عملية الدمج التربوي.
- معرفة المعوقات والتحديات من نظر المعلمين في عملية دمج طلاب التوحد مع الطلاب الآخرين.

---

[1] رشوان حسين عبد الحميد أحمد، **التربية و المجتمع، دراسة في علم اجتماع التربية**،مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، مصر 2010،ص09.

[2] ناين بن عابد الزارع، **مدخل إلى اضطراب التوحد**، دار الفكر، الأردن، 2010، ص311.

- التعرف على الخدمات التربوية التعليمية المناسبة التي تتيح الفرصة لأطفال التوحد بتلبية حاجياتهم داخل المؤسسة التربوية.

4. أهمية الدراسة:

تسليط الضوء على فئات ذوي الاحتياجات الخاصة (أطفال التوحد) والمشكلات التي يواجهونها (اجتماعيا، تربويا وتعليميا) من أجل الوصول إلى كيفية دمجهم تربويا من طرف المعلمن وذلك بإبراز أهم الخدمات والأساليب والطرق المتاحة لهم في عملية الدمج التربوي مع ذكر الصعوبات.

5. المفاهيم المعتمدة في الدراسة :

يعتبر تحديد أي مصطلح شكلا و مضمونا ضروري في أي دراسة ،لأن هذه المصطلحات هي الوسيلة الأساسية التي بموجبها يتم تحديد العينة أو المجتمع المستهدف في الدراسة، كما أن الاستخدام الصحيح و الدقيق للمصطلحات يؤدي الى الفهم الجيد الذي يمكن بموجبه أن تتشكل أرضية مشتركة و صورة واضحة لمضمون الدراسة.

وعلى هذا الأساس سنتطرق الى المفاهيم التالية:

أ. ذوي الاحتياجات الخاصة:

يقوم هذا المصطلح على أساس أن في المجتمع أفرادا يختلفون عن عامة أفراده، " و يعزو المصطلح ذلك الى أن لهؤلاء الأفراد احتياجات خاصة يتفردون بها دون سواهم" ، و تتمثل تلك الاحتياجات في برامج أو خدمات أو طرائق أو أساليب أو أجهزة أو أدوات أو تعديلات تستوجبها كلها أو بعضها ظروفهم الحياتية ، و تحدد طبيعتها و حجمها و مدتها و الخصائص التي يتسم بها كل فرد منهم .[1]

ب. التوحد:

اضطراب التوحد هو اضطراب في النمو، يصيب الطفل في السنوات الأولى ويظهر في شكل أعراض متنوعة ومتعددة ومختلفة في درجتها وشكلها من طفل لآخر، والمؤثرة على كل جوانب النمو المختلفة من حيث اللغة والتواصل، النمو الحسي والحركي، النمو الانفعالي، النمو الاجتماعي ومن حيث الجانب السلوكي ما يجعله منطويا ومنسحب عن العالم الخارجيي مكونا لذاته عالم خاص به.[2]

---

[1] مقال الكتروني :د شعيب علي 2017الصحة النفسية و التربية الخاصة
http/kenanaonline.com/users/alishoeib/links/ اطلع عليه بتاريخ 03-03-2022 على الساعة 12:13

[2] عبد الهادي جوهري، **معجم علم الاجتماع**، المكتب الجامعي الحديث، مصر 1999 ص17.

ج. الدمج:

الدمج يعني مساعدة الاطفال المتوحدين على الحياة والتعلم والعمل في البيئة العادية حيث يجدون فرصة كبيرة للاعتماد على النفس بما يناسب طاقاتهم وإمكاناتهم وذلك بتواجدهم لمدة مؤقتة أو دائمة في نفس حجرة الدراسة مع الأطفال الأسوياء، وكذا في نفس البيئة والمحيط الاجتماعي الذي يعيشون فيه. [1]

د. المؤسسة:

منظمة تم تأسيسها من أجل تحقيق نوع ما من الأعمال، مثل تقديم الخدمات وفقا لمعايير تنظيمية خاصة في مجال عملها، وتعرف المؤسسة أيضا بأنها تسعى إلى تحقيق هدف ما، سواء أكان تعليميا أو وظيفيا أو اجتماعيا، من التعريفات الأخرى للمؤسسة هي إنشاء وتأسيس مكان خاص أو عام من أجل تطبيق برنامج معين أو فكرتما، ومن الأمثلة على ذلك مؤسسات رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة.

هـ. المؤسسة التربوية:

تلك المؤسسات الاجتماعية التي خصصها المجتمع للقيام بوظيفة التعليم الرسمي كهدف عام، يستند إلى رؤى وبرامج ومناهج عامة محددة ثابتة نسبيا، تهدف عموما إلى إعداد بناء المجتمع سلوكيا ومعرفيا، عبر دورات ومراحل تتكامل في عمومها، لكنها تتمايز حسب السن، وحسب نوع البرامج والمناهج والأهداف الخاصة بكل منها، وظروف المكان والزمان، بما يجعل من تلك المؤسسات تتميز أيضا بالتعدد والتنوع وفق سن المتعلمين ووفق أهداف البرامج والدورات والبرامج التعليمية[2].

6. بعض المفاهيم الأخرى:

- **الإعاقة:** هو لفظ يشير إلى الأثر الذي ينجم عن حالة العجز في ضوء متغيرات شخشية واجتماعية وثقافية مختلفة وتبعا لذلك فإن حالة العجز لا تعني حالة إعاقة بالضرورة، ويقصد بالإعاقة المتطلبات البيئية أو الوظيفية التي يواجهها الفرد العاجز في موقف معين، أي أن الإعاقة ترجع إلى عجز الشخص عن مواجهة مقتضيات التكيف مع البيئة أو الوظيفة، كما يواجهها الأسوياء[3].
- **الاضطراب:** هو الاختلاف أو الانحراف الملحوظ في النمو أو في السلوك عما يعتبر طبيعيا، فالسلوك يعتبر مضطربا إذا اختلف جوهريا عن السلوك الطبيعي، وغالبا ما يقترن استخدام مصطلح الاضطراب في أدبيات التربية الخاصة بالمشكلات الكلامية اللغوية والسلوكية تحديدا. [4]

---

[1] بطرس حافظ بطرس، **سيكولوجية الدمج في الطفولة المبكرة**، دار المسيرة، الأردن 2009ص20.

[2] رشوان حسين عبد الحميد أحمد، التربية والمجتمع، دراسة في علم التربية، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، مصر 2010، ص09.

[3] ناين بن عابد الزارع، **مرجع سابق**، ص310.

[4] نفس المرجع ص311.

7. الدراسات السابقة:

الدراسة	المشكلة البحثية	العينة	المنهج	الأدوات	البلد	أبرز النتائج
الصعوبات التي تواجه دمج الطلبة المعاقين من وجهة العاملين في المدارس الحكومية الأساسية. --2007	ما الصعوبات التي تواجه دمج الطلبة المعاقين من وجهة العاملين في المدارس الحكومية الأساسية؟	60 معلم	الوصفي والتحليلي	الاستبانة	فلسطين	– عدم وجود استراتيجيات تقييم رسمية معمول بها لدى الطلبة المعاقين. – وجود توعية واتجاهات ايجابية نحو دمج الطلبة المعاقين. – دمج الطلبة المعاقين يساعد على تكوين علاقات اجتماعية سليمة مع الآخرين. – أكثر فئات الاعاقة صعوبة للدمج هي الاعاقة العقلية.
اتجاهات المعلمين نحو دمج الطلبة من ذوي الاعاقة مع أقرانهم في مدارس محافظة سلفيت الحكومية. -2018-	ما اتجاهات المعلمين نحو دمج الطلبة من ذوي الاعاقة مع أقرانهم في مدارس محافظة سلفيت الحكومية؟	27 معلم	الوصفي التحليلي	الاستبانة	فلسطين	– ظروف وواقع عمل المدارس لا يشكل أي بيئة داعمة لا يمكن الاعتماد عليه لعملية دمج الطلبة ذوي الاعاقة. – الدمج الاجتماعي لا يقل أهمية عن الدمج الأكاديمي للطلبة ذوي الإعاقة. – الجوانب الاجتماعية والنفسية تشكل المرتكز الأهم في تعزيز عملية دمج ذوي الإعاقة. – عملية الدمج تخلص هؤلاء الطلبة من العزلة وإزالة وصمة العجز والقصور لديهم في المستقبل.
إمكانية الدمج المدرسي للطفل التوحدي من منظور معلمي	ما مدى إمكانية الدمج المدرسي للطفل التوحدي مع الأطفال	30 معلم ومعلمة	وصفي	مقابلة	سطيف	– التوحد إعاقة معروفة لدى معلمي الابتدائي وهذا راجع إلى حملات إعلامية. – مفهوم الدمج المدرسي ما زال غامضا لدى معلمي الابتدائي وهذا راجع إلى حداثة المفهوم. ضرورة توفير مرافق الطفل التوحيدي في

الابتدائي 2013	العاديين؟					قسم العاديين وهذا كمطلب أساسي من طرف معلمي الابتدائي. أعراض التوحد ما زالت غامضة لدى معلمي الابتدائي والدليل على ذلك أنهم دراية لبعض الأعراض.
مشكلات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المؤسسات التربوية من وجهة نظر معلمي الأقسام الخاصة 2020	ما المشكلات التي يواجهها الأخصائيون في دمج (ذ،ا،خ) في المؤسسات التربوية؟	25 معلم	الوصفي	الاستبانة	تبسة	– المشكلات السلوكية التي جاءت في المرتبة الأولى، جاءت ضمن المجال اللفظي الثالث. – المشكلات الاجتماعية في المرتبة الثانية جاءت ضمن اللفظي الثالث. – المشكلة النفسية في المرتبة الثالثة. – المشكلات المتعلقة بالبيئة الفيزيقية في المرتبة الرابعة. – المشكلات الأكاديمية في المرتبة الخاصة.
الضغوطات النفسية الناجمة عن دمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصةو استراتيجيات التكيف المستحوذة من قبل المعلمين العاديين في	ما هي الضغوطات النفسية الناجمة عن دمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة للمعلمين؟	155 معلم ومعلمة	وصفي	الاستبانة	سلطنة عمان	– وجود فروق ذات دلالة في مستوى الضغوط النفسية. – المتوسطات الحسابية لاستراتيجيات التكيف قد جاءت بدرجة مرتفعة حيث جاءت كل من استراتيجية اللذين في المرتبة الأولى، حل المشكلات في المرتبة الثانية والاسترخاء في المرتبة الثالثة وذلك بدرجات مرتفعة.

المدارس الحكومية 2015						
الضغوط المهنية وعلاقاتها باستشارة دافعية التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة 2003.	ماهي الضغوط المهنية وما علاقاتها باستشارة دافعية التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة؟	90 معلم ومعلمة	وصفي	الاستبانة	الأردن	– وجود فروقات ذات دلالة احصائية في درجة استشارة دافعية التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة للمعلم. – وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الغضوط المهنية التي يواجهها معلموا مدارس التربية الخاصة في الأردن واستشارة دافعية تلاميذهم ذوي الاحتياجات الخاصة للتعلم.

- **الدراسة الأولى:** في حدود الدراسة تمكنا من الحصول على دراسة واحدة مطابقة تمامًا لمتغيرات دراستنا ، حيث تم توظيف بعض النتائج من الدراسة التي تخدم موضوع دراستنا . الدراسة المطابقة للدراسة الحالية: دراسة إكرام قاسمي 2019 بعنوان " مشكلات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المؤسسات التربوية من وجهة نظر معلمي الاقسام الخاصة " دراسة ميدانية بولاية تبسة ، حيث هدفت الى الكشف عن المعوقات و المشكلات التربوية التي تواجه تطبيق برامج ذوي الاعاقة في المرحلة الابتدائية من وجهة نظر المعلمين ، حيث تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي ،و كونت عينة الدراسة من 5 معلمات من مدرستين من ولاية تبسة ، و قد تم إختيارها بطريقة قصدية ، و كانت النتائج على الشكل التالي: – عدم جاهزية النظام التعليمي العادي من حيث التصميم و تخطيط المعاقين . –عدم وجود التسهيلات البنيوية اللازمة لهم داخل المؤسسة. – النقص في إعداد المعلمين و تدريبهم لتنمية و تطوير قدراتهم و مهاراتهم للاستجابة و تقدير احتياجات المدمجين. نلاحظ ان هذه الدراسة حاولت الكشف على أهم المعيقات التي تعيق عملية الدمج في المؤسسة التربوية ، كما سلطت الضوء على مشكلات التي يتعزز لها أثناء تأديته للعمل ، و عليه فقد تم الإفادة في هذه الدراسة في الكثير من النقاط (خاصة في ما يتعلق في بناء الإطار العام للدراسة و تنظيم خطوات الدراسة الحالية و كذا أهداف الدراسة و أهميتها).
- **الدراسة الثانية:** دراسة "أريج عقاب عيد الفتاح " 2018 بعنوان "اتجاهات المعلمين نحو دمج الطلبة من ذوي الاعاقة مع اقرانهم في مدارس محافظة سلفيت الحكومية ب "فلسطين " ، هدفت هذه الدراسة الى التعرف على اتجاهات المعلمين نحو دمج الطلبة ذوي الاعاقة و معرفة مدى تقبلهم لعملية الدمج في ضوء بعض المتغيرات (الجنس ، المؤهل العملي ، سنوات الخبرةالحالة الاجتماعية)، استخدم فيها المنهج

الوصفي التحليلي ، حيث أظهرت النتائج ما يلي : فروق في اتجاهات المعلمين نحو دمج الطلبة من ذوي الاعاقة مع اقرانهم في مدارس محافظة سلفيت تعزى لمتغير الجنس و كانت الفروق لصالح الإناث ، و كذلك اشارت النتائج الى ان اتجاهات المعلمين التي تحتوي اسرهم على افراد من ذوي الاعاقة لا تختلف عن اتجاهات المعلمين الذين لا تحتوي أسرهم على طلبة ذوي الاعاقة.

- **الدراسة الثالثة:** دراسة " سهير الصباح ، سهيلة خميس ، شفاء شيخة " 2008 بعنوان " الصعوبات التي تواجه دمج الطلبة المعاقين من وجهة نظر العاملين في المدارس الحكومية الاساسية ب " فلسطين " ، هدفت هذه الدراسة الى التعرف الى طبيعة الصعوبات التي دمج الطلبة المعاقين من وجهة نظر العاملين في المدارس الحكومية الاساسية ، و تحديد الفروق في تلك الصعوبات التي تعود الى متغيرات (المسمى الوظيفي ، الجنس ، التأهيل العلمي ، التخصص ، سنوات الخبرة في التدريس) .

من ابرز النتائج التي توصلت اليها الدراسة ما يلي :

- عدم وجود استراتيجيات تقييم رسمية معمول بها لدى الطلبة المعاقين.
- عدم ملائمة الوسائل التعليمية المستخدمة في التدريس للطلبة المعاقين.
- قلة أدوات التقييم التربوي الخاصة بفئة المعاقين والتي تقوم الوزارة بتعميمها على الميدان.
- عدم استضافة مختصين في مجال الاعاقات للوقوف على الدمج وتقديم النصائح.

الفصل الثاني:
الاطار النظري للدراسة

المبحث الأول: ذوي الاحتياجات الخاصة.

تمهيد

- المطلب الأول: مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة
- المطلب الثاني: أنواع ذوي الاحتياجات الخاصة
- المطلب الثالث: مشكلات ذوي الاحتياجات الخاصة
- المطلب الرابع: برامج ذوي الاحتياجات الخاصة
- المطلب الخامس: نظرة المجتمع لذوي الاحتياجات الخاصة
- المطلب السادس: التقويم لذوي الاحتياجات الخاصة

خلاصة

المبحث الثاني: ماهية التوحد و نظرياته

تمهيد

- المطلب الأول: التطور التاريخي التوحد
- المطلب الثاني: أسباب التوحد
- المطلب الثالث: خصائص التوحد
- المطلب الرابع: تشخيص اضطراب التوحد
- المطلب الخامس: أشكال التوحد
- المطلب السادس: النظريات المفسرة للتوحد
- المطلب السابع: علاج اضطراب التوحد

خلاصة

المبحث الثالث: الدمج التربوي

تمهيد

- المطلب الأول: الدمج في الجزائر
- المطلب الثاني: مفهوم الدمج
- المطلب الثالث: اتجاهات حول الدمج
- المطلب الرابع: أهداف الدمج

- المطلب الخامس:شروط دمج أطفال التوحد
- المطلب السادس: الاستراتيجيات المستخدمة مع التلاميذ ذوي التوحد
- المطلب السابع: الصعوبات التي تواجه عملية دمج أطفال ذو اضطراب التوحد

خلاصة

المبحث الأول: ذوي الاحتياجات الخاصة.

المطلب الأول: مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة.

الاعاقة ظاهرة ملازمة لكل المجتمعات الإنسانية، وتختلف نسبة حدوثها وأنواعها ومواقف المجتمعات منها بإختلاف الظروف الاقتصادية والاجتماعية لتلك المجتمعات والمصابون بالإعاقة يتعارف عليهم بذوي الاحتياجات الخاصة. ولبيان حقيقة ذلك المصطلح يلزم معرفة معنى الإعاقة في اللغة والاصطلاح.

- **أما في اللغة:** فقد جاء على لسان العرب مادة (عوق)، عاقه عن الشيء عوقا؟، أي منعه منه وشغله عنه فهو عائق والجمع عوق للعاقل ولغيره عوائق، وعوائق الدهر شواغله وأحداثه وتعوق أي امتنع وثبط[1].

وفي القاموس المحيط، العوق أي الحبس والصرف والتثبيط كالتعويق والاعتياق والرجل الذي لا خير عنده يعوق الناس عن الخير، عاقني عائق، وعوائق الدهر الشواغل من أحداثه[2].

- **أما في الإصلاح:** فقد وضعت تعريفات أخرى لأصحاب العاهات أو ذوي الاحتياجات الخاصة على قول الحديث ومن هذه التعاريف:

1. هي حالة من الضعف العصبي أو العضلي وأنها حالة مرضية مزمنة تتطلب التدخل العلاجي والتربوي ليستطيع المعاق حركيا الاستفادة، وتشمل هذه الإعاقة حالات الشلل الدماغية واضطرابات العمود الفقري وضمور العضلات والتصلب المتعدد والصرع وهي حالات عجز تحد من قدرتهم على استخدام أجسامهم بشكل طبيعي ومرن كالأسوياء، الأمر الذي يؤثر سلبا على مشاركتهم في واحدة أو أكثر من نشاطاتهم الحياتية[3].
2. هي حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي، بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والنفعالي وتجعلهم غير قادرين على التنافس مع غيرهم من الأشخاص، وتختلف الإعاقة من حيث حدتها، فبعضها يكون ولاديا والبعض الآخر يكون مكتسبا بسبب الحروب أو الكوارث الطبيعية أو إصابات العمل وهؤلاء قد لا يعانون من فقد طرف أو أكثر وافتقارهم إلى القدرة على تحريك عضو أو مجموعة أعضاء.
3. هم أفراد يعانون نتيجة عوامل وراثية أو بيئية مكتسبة من قصور القدرة على تعلم أو اكتساب خبرات أو مهارات وأداء أعمال يقوم بها الفرد العادي السليم المماثل لهم في العمر والخلفية الثقافية أو الاقتصادية أو الاجتماعية.

---

[1] جرجس ميشال، **معجم مصطلحات التربية**، دار النهضة العربية، بيروت، 2005، ط1، ص558.

[2] نرهان مرسي، **تعبير عن ذوي الاحتياجات الخاصة**، 2019، اطلع عليه بتاريخ 18-02-2022.

[3] ميرفت عبد المنعم، **حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة**، اطلع عليه بتاريخ 18-02-2022.

4. وعرفت منظمة الصحة العالمية الإعاقة على أنها حالة من القصور أو الخلل في القدرات الجسدية أو الذهنية ترجع إلى عوامل وراثية أو بيئية تعيق الفرد عن تعلم بعض الأنشطة التي يقوم بها الفرد السليم المشابه في السن.

ويلاحظ على التعريف الأول أنه ركز على نوع الإعاقة التي تصيب الإنسان كالضعف العصبي، أو العظمي أو العضلي وحالات الشلل الدماغية، واضطرابات العمود الفقري، وضمور العضلات والتصلب المتعدد والصرع وغيرها.

ويلاحظ على التعريف الثاني أنه ركز على الأسباب التي توجد الإعاقة كأن يكون السبب ولاديا أو يكون مكتسبا بسبب الحروب او يكون بسبب الكوارث الطبيعية أ إصابات العمل.

أما التعريف الثالث فيلاحظ أنه ركز على أنهم تصبح لهم بالإضافة إلى احتياجات الفرد العادي احتياجات التعليمية، نفسية، حياتية، مهنية، اقتصادية، صحية خاصة يلتزم الفرد بتوفيرها لهم باعتبارهم مواطنين وبشرا قبل أن يكونوا معاقين كغيرهم من أفراد المجتمع.

وعليه نستنتج أن مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة أصبح أشمل ويضم كل فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، سواء التي تعرف عن المتوسط في الإتجاه الإيجابي كفئة الموهوبين أو نظائرهم في الاتجاه السالب من فئة المعوقين ذهنيا[1].

المطلب الثاني: أنواع ذوي الاحتياجات الخاصة.

تصنيف الإعاقة هو تقسيم ذوي الإعاقة (الاحتياجات الخاصة) إلى مجموعات تتشابه أو تختلف بناءا على خاصية معينة، بحيث تساعد على تحديد الطبيعة وللإعاقة وفقا لمعايير ذاتية وطبية وتربوية واجتماعية، إضافة إلى أسباب ظهورها في المراحل العمرية المتعاقبة والمظهر الخارجي للحواس المختلفة، وقد أجمع العلماء على أن أنواع الإعاقات تصنف إلى[2]:

01.الاعاقة العقلية (الذهنية):

وهي الاعاقة الناتجة من خلل في الوظائف العليا للدماغ كالتركيز والعد والذاكرة والاتصال مع الآخرين والتي تنتج منها اعاقات تعليمية أو صعوبات تعلم أو خلل في التصرفات والسلوك العام للفرد، كما يمكن تصنيف الاعاقات العقلية إلى الفئات التالية:

أ. **التخلف العقلي:** والذي يظهر قبل سن الثامنة عشر، وهو حالة تشير إلى جوانب قصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد، ويكون ذلك بإنخفاض ملحوظ في مستوى القدرات العامة (درجة الذكاء تقل

---

[1] خولة أحمد يحي، **ارشاد الأسر ذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الفكر، عمان، 2008 ، ط2،ص82

[2] زيدان أحمد السرطاوي وآخرون، **الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الكتاب الجامعي، عمان، 2000، ص22.

عن 70^{O} باستخدام أحد مقاييس الذكاء) وعجز في السلوك التكيفي وعدم القدرة على الأداء المستقل أو تحمل المسؤولية المتوقعة ممن هم في نفس العمر، كما وتتصف هذه الحالة بأداء عقلي أقل من المتوسط بشكل واضح ويكون متلازما مع جوانب قصور في مجالين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: (التواصل، العناية، الذاتية، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية، استخدام المصادر المجتمعية، التوحيد الذاتي) هذا ويصنف التخلف العقلي تربويا إلى:

- **القابلون للتعلم:** وتتراوح درجة ذكائهم مت بين $75-55^{O}$ تقريبا على اختبار وكسلر أو $51-36^{O}$ تقريبا على اختبار ستانفورد بينية أو ما يعادل أيا منهما من اختبارات ذكاء مقننة أخرى.
- **الفئة الاجتماعية:** تتراوح درجة ذكائهم أقل من 40^{O} على اختبار وكسلر أو أقل من 36^{O} تقريبا على اختبار ستانفرد بنية أو ما يعادل أيا منهما من اختبرات ذكاء مقننة أخرى.
- **القابلون للتدري:** تتراوح درجة ذكائهم ما بين $54-40^{O}$ تقريبا على اختبار وكسلر أو $51-36^{O}$ تقريبا على اختبار ستانفورد بينية أو ما يعادل أيا منهما من اختبارات ذكاء مقننة أخرى.

ب. **صعوبات التعلم:** وهو اضطراب في العمليات النفسية الأساسية (الانتباه، التذكر، التفكير، الادراك) اللازمة لاستخدام اللغة وفهمها وتعلم القراءة والكتابة والحساب وغيرها من خلال الأساليب التربوية العادية، أي هي اضطرابات في واحد أو أكثر من العمليات الأساسية التي تتضمن فهم واستخدام اللغة المكتوبة أو المنطوقة والتي تظهر في اضطرابات الاستماع والتفكير والكلام والقراءة والكتابة (الإملاء والتعبير والحظ) والرياضات إلا أنها لا تعود إلى أسباب تتعلق بالقصور العقلي أو السمعي أو البصري أو غيرها من أنواع القصور أو ظروف التعلم أو الرعاية الأسرية.

ج. **اضطراب التوحد:** هو اضطراب يحدث لدى الطفل قبل بلوغه سن 36 شهرا، ومن مظاهر الأساسية الاخفاق في تنمية القدرة على الكلام والتحدث وعدم القدرة على استخدام ما تعلمه وماهو موجود لديه أصلا للتواصل الطبيعي مع الآخرين مع وجود سلوكيات نمطية غير هادفة ومتكررة بشكل واضح، إضافة إلى الانطواء والانعزال وعدم القدرة على تكوين علاقات عادية مع الآخرين[1].

02.الإعاقة الحركية: (الجسمية-البدنية):

وهي الإعاقة الناتجة من خلل وظيفي في الأعصاب أو العضلات أو العظام أو المفاصل، والتي تؤدي إلى فقدان القدرة الحركية بشكل عادي للجسم نتيجة (إصابات العمود الفقري، ضمور العضلات، ارتخاء العضلات وصوتها، الروماتيزم، البتر) ما يستدعي توفير خدمات متخصصة للفرد المصاب.

01.الإعاقة الحسية:

وهي الاعاقة الناتجة من إصابة الأعصاب الرأسية للأعضاء الحسية (العين، الأذن، اللسان) والتي تنتج منها الإعاقات الحسية التالية:

---

[1] سهير محمد سلامة شاش، **استراتيجية التدخل المبكر والدمج**، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2009 ، ص197.

أ. **الإعاقة البصرية:** وهي ضعف بصري شديد حتى بعد تصحيح الوضع جرحيا أو بالعدسات، ما يحد من قدرة الفرد على التعلم عبر حاسة البصر بالأساليب التعليمية العادية، ومن مظاهر الإعاقة البصرية حالات قصر النظر وطول النظر وصعوبة تركيز النظر، كما ويندرج تحت مفهوم الإعاقة البصرية من الناحية الإجرائية جميع الفئات التي تحتاج إلى برامج وخدمات التربية الخاصة بسبب وجود نقص في القدرات البصرية، والتصنيفات الرئيسية لهذه الفئات هي:

- **الكفيف:** وهو الشخص الذي تقل حدة إبصاره بأقوى العينين بعد التصحيح عن 60/6 مترا، أو يقل مجاله البصري عن زاوية مقدارها 20 درجة[1].
- **ضعيف البصر:** هو الشخص الذي تتراوح حدة إبصاره بين 6/24 و6/60 مترا، بأقوى العينين بعد إجراء التصحيحات الممكنة.

ب. **الإعاقة السمعية:** وهي فقدان سمعي يؤثر بشكل ملحوظ على قدرة الفرد التربوية العادية، كما ويندرج تحت مفهوم الإعاقة السمعية من الناحية الإجرائية جميع الفئات التي تحتاج إلى برامج وخدمات التربية الخاصة بسبب وجود نقص في القدرات السمعية، ومنها الإعاقة السمعية البسيطة والمتوسطة والشديدة جدا، هذا ويمكن تقسيم الإعاقة السمعية إلى:

- **الأصم:** وهو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي يبدأ بـ70 ديسبل فأكثر بعد استخدام المعينات السمعية، ما يحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام.
- **ضعيف السمع:** وهو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي يتراوح بين 30 و69 ديسبل بعد استخدام المعينات السمعية، ما يجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع فقط.

ج. **اضطرابات الكلام واللغة (التواصل):** هي اضطرابات ملحوظة في النظر والصوت أو الطلاقة الكلامية أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو اللغة الاستقبالية، الأمر الذي يجعل الفرد (الطفل) بحاجة إلى برامج علاجية وتربوية خاصة، هذا وتنقسم الاضطرابات إلى نوعين هما:

- **اضطرابات الكلام:** وهي خلل في الصوت أو لفظ الأصوات الكلامية أو في الطلاقة النطقية، وهذا الخلل يلاحظ في إرسال واستخدام الرموز اللفظية، وتصنف اضطرابات الكلام إلى: (اضطرابات الصوت، النطق، الطلاقة).
- **اضطرابات اللغة:** وهي خلل أو شذوذ في نمو أو تطور استخدام الرموز المنطوقة والمكتوبة للغة، وهذا الاضطراب يمكن أن يشمل أحد أو جميع جوانب اللغة التالية: (شكل اللغة، الأصوات، التراكيب، القواعد، محتوى اللغة، الاستخدام الوظيفي للغة)[2].

---

[1] نفس المرجع، ص199.

[2] زيدان أحمد السرطاوي وآخرون، مرجع سابق، ص28.

02.الإعاقة العقلية (النفسية):

وهي العلاقة الناتجة من أمراض نفسية أو أمراض وراثية أو شلل دماغي نتيجة لنقص الأوكسجين أو نتيجة لأمراض جينية أو وراثية أو كل ما يعيق العقل عن القيام بوظائفه العادية المعروفة، ما يؤدي إلى حدوث آثار ظاهرة واضطرابات سلوكية تؤدي إلى انحراف السلوك من حيث تكراره أو مدته أو شدته او شكله عما يعتبر سلوكا عاديا مثل (الانطواء، الانفصام، القلق) ما يجعل الفرد بحاجة إلى أساليب تربوية خاصة.

03.الإعاقة المزدوجة: وهي وجود إعاقتين مختلفتين للشخص الواحد.

04.الإعاقة المركبة:

وهي عبارة عن مجموعة من الإعاقات المختلفة لدى الشخص الواحد، كما وأن بعض الإعاقات قد تصاحبها نواحي القصور في السمع أو الحركة أو التخاطب ...إلخ، بحيث لا يمكن التعامل معها من خلال البرامج التربوية المعدة خصيصا لنوع واحد من أنواع الإعاقة.

المطلب الثالث: مشكلات ذوي الإحتياجات الخاصة.

01.النظرة الدونية للشخص المعاق:

فمما يؤسف له أن الشخص المعاق يعاني من نظرة الازدراء والاحتقار من طرف بعض أفراد المجتمع الأصحاء وبحكم حالة العجز والنقص التي يعيشها بسبب الإعاقة نجد أن الكثير من أفراد المجتمع ينظرون إلى المعاق بنوع من الدونية والازدراء أو أنه شخص أقل من الناص العاديين، بل نجد أن الأمر قد وصل ببعض أعضاء المجتمع سواء أفراد أسرته أو الأعضاء الآخرين إلى عدم مناداته بإسمه بل على أساس إعاقته كالمناداة بلفظ (الأعمى) للشخص الضرير أو المعوق أو ما يطلق عليه باللغة الشعبية (العايب) للشخص المعاق حركيا، إن إطلاق مثل هذه العبارات الجارحة على ذوي الاحتياجات الخاصة ليتسبب في جراحات عميقة وآلام داخلية لهم إذ نجد أنه وعوض أن تحقق أفراد المجتمع من آلامهم ومعاناتهم تجد أنه يزيد منها بل ويفاقمها بسبب إطلاق هذه المسميات.

02.محدودية مجال التفاعل الاجتماعي مع المعاق:

داخل هذه النقطة شديدة الارتباط بالنقطة الأولى إذ يجد المعاق أن مجال تفاعله مع الأفراد الآخرين ضيقا بل قد رفض من الآخرين بإستثناء أفراد العائلة والجيران وهو الأمر الذي يدفع بالمعاق إلى الشعور بنوع من اللا تأقلم الاجتماعي[1].

وفي هذا المجال فقد اعتبرت السيدة عتيقة معمري رئيسة الفدرالية الجزائرية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة أن أهم التحديات التي لا تزال تقف عائقا أمام تمكين المعاق من الاندماج في المجتمع هي المسألة

[1] انتصار محمد جواد، **دمج ذوي الاحتياجات الخاصة بالمجتمع**، المعهد الطبي التقني، بغداد، 2013، ص98.

المسلكية وإعادة تهيئة المحيط، على اعتبار أن المحيط الذي ينتمي إليه المعاق يصعب عليه عملية الاندماج الأمر الذي يساهم في عزلته ويضاعف معاناته أي من الإعاقة إلى العزلة.

03.قلة فرص العمل أمام المعاق:

أصدرت الجزائر سنة 2001 قانون ينص على تخصيص ما نسبته 1% من مناصب الشغل لصاحل الأشخاص المعاقين إلا وأنه وبحسب الجمعيات التي تعني بشؤون المعاقين فإن واقع تشغيل المعاقين يبقى صعبا ولعل الإشكال الكبير المطروح على هذا الصعيد هو رفض أرباب العمل تشغيل هذه الفئة.

وقد اعتبرت رئيسة جمعية البركة العمل بمثابة استقلالية للشخص المعاق، كما أنه يجعله عضوا فعالا في المجتمع ويخدمه بدل أن يصبح عالة عليه، وبالتالي يكسب احترام المجتمع، داعية إلى إعطاء هذه الفئة فرصة كغيرها من المواطنين العاديين.

04.غياب معاملة اجتماعية خاصة بذوي الاحتياجات الخاصة:

فقد أشرنا سابقا أن هذه الفئة من الفئات الهشة والحساسة وعليه وبحكم معاناتها من الإعاقة على اختلاف أنواعها فهي بحاجة ماسة إلى أن تتلقى معاملة خاصة مقارنة بالأشخاص الأسوياء ويكون ذلك من خلال توسيع مجال التفاعل معهم بالإضافة إلى اشراكهم في مختلف المناشط الاجتماعية وبخاصة في المناسبات الاجتماعية المختلفة حيث يؤدي ذلك إلى إشباع كثير من حاجات المعاق وأهمها الحاجة إلى التعبير عن الذات وكذا الانتماء للآخرين[1].

05.عدم توفر فضاءات خاص بذوي الاحتياجات الخاصة:

إذ يعاني بعض المعاقين في كثير من المناطق وخاصة النائية منها من غياب مختلف المرافق الخاصة بهم كانعدام مدارس أو أقسام دراسية خاصة بهم إضافة إلى غياب مرافق الترفيه وكذا المراكز البيداغوجية التي تعمل على تأهيلهم ومرافقتهم ونجد أن الكثير من أمور اولياء هذه الفئة يعجزون عن التنقل إلى المراكز التي تكون بعيدة عن محل الإقامة وهو الأمر الذي يزيد من معاناة المعاق وعزلته.

ونشير إلى أنه ورغم هذه العوائق التي تقف في طريق المعاق وتحول دون ممارسته لحياته بالشكل الأفضل إلا أن هناك بعض الجهود الإيجابية والتي تبعث على الأمل لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة من أجل مساعدتهم على الاندماج في المجتمع كتمكينهم من التمدرس مع أطفال عاديين بمدارس عادية على أن لا يتجاوز عددهم ثلاثة تلاميذ بالقسم الواحد[2].

---

[1] صلاح عميدة، **الدمج التربوي للمعاقين عقليا بين التأييد والمعارضة**، الملتقى الثاني للجمعية الخليجية للإعاقة.

[2] مجدي عزيز ابراهيم، **مناهج تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2004، ص201.

06.نقص مراكز بيداغوجية خاصة بالمعاقين بإستثناء المدن الكبرى:

إذ ورغم توفر هذه الفضاءات بالمدن الكبرى إلا أن ذوي الاحتياجات الخاصة ولاسيما الذين يقطنون بالمناطق النائية أو القرى يعانون نتيجة لغياب مراكز التكلف النفسي والبيداغوجي بهم وهو الأمر الذي يزيد من معاناتهم وآلامهم إذ ومع محدودية مجال التفاعل الاجتماعي لهم وانحصار مجال تفاعلهم داخل الأسرة فحسب إضافة إلى غياب مثل هذه المراكز التي تمكنهم من إشباع بعض احتياجاتهم النفسية الخاصة لتحقيق الذات مثلا إضافة إلى تمكنهم من الالتقاء كمجموعة متجانسة وهو الأمر الذي يعمل على الحد من مشكلاتهم.

07.مشكلات نفسية:

ويكون ذلك من خلال إحساس أصحاب هذه الفئة في بعض البيئات الأسرية والاجتماعية ببعض أنواع التهميش والاستبعاد وهو ما يولد نوعا من الإحباط والقلق والضغط النفسي والتقوقع حول الذات بل أن بعض الممارسات الخاطئة في بعض الأسر فقد أدت إلى تأزم الحالات النفسية لدى كثير من المعاقين وهو الأمر الذي يستدعي ضرورة توعية وتدخل من طرق الخبراء سواء في المجال النفسي والاجتماعي بغية تحسين العلاقة بين الأسرة والشخص المعاق للتخفيف من حدة هذه الآلام.

المطلب الرابع: برامج ذوي الاحتياجات الخاصة.

01.المدرسة الداخلية أو المعهد الداخلي (خدمات الإقامة الداخلية):

يعد هذا النوع من البرامج من أقدم أنواع الخدمات وتضم ما يلي:

أ. **بيوت ضيافة متعددة الأعراض (قصيرة المدى):** هذه البيوت تقدم خدمات لفئات مختلفة للتلاميذ المعاقين لفترات قصيرة.

ب. **مدارس خاصة بإقامة داخلية لفترة محددة:** أن الطلاب بهذه المدرسة يعيشون فيها ويلتحقون بمدرسة عادية دواما كاملا أو جزئيا.

ج. **مدارسة خاصة بإقامة داخلية بدوام كامل:** أن الطلاب الملتحقين بهذه المدرسة يعيشون ويتلقون تعليمهم فيها ثم يزورون بيوتهم في أوقات منظمة.

د. **المعاهد:** هذا النوع من البرامج ما زالت موجودة، مثل هذه البرامج تخدم عددا كبيرا من المعوقين من فئة واحدة وهي تشبه إلى حد كبير المستشفيات. يقبل الطفل على هذا النوع من الخدمات:

- إذا كانت ظروفه المنزلية لا توفر أدنى مستوى للتكيف.
- إذا أصبحت مشاكله تؤثر على حياة الأسرة إلى درجة توجب أبعاده من المنزل حتى لو لفترة معينة[1].

02.مدرسة التربية الخاصة:

[1] ذوقان عبيدات وسهيلة أبو سميد، **استراتيجيات التدريس**، درادي بونو للطباعة والنشر، عمان، 2004، ط4، ص82.

وفي هذه الفئة يكون الطلاب المعوقين في مدرسة غير عادية لهم مبنى خاص بهم وصفوف ومعلومات ومواد مدرسية وهي أكثر المدارس شيوعا للمعوقين من بين الخدمات المدرسية النهارية.

03.الفصول الخاصة (صفوف خاصة مستقلة):

هذه أوسع أنواع الخدمات انتشارا فوجود فصل خاص أو عدة فصول خاصة في مدرسة عادية أقل تكلفة من الأنواع الأخرى من البرامج كما أنه تحقق هدف إدماج الأطفال مع أقرانهم الأسوياء في النشاط غير الأكاديمي.

04.غرفة المصادر:

في صفوف يتم تجميع الطلاب ذوي القدرات المتشابهة فيها حيث يتلقون مساعدة في الجوانب التي يجدون صعوبة فيها ومن ثم يعودا للاندماج في الصفوف العادية في المواضيع الأكاديمية وغير الأكاديمية.

فالطلاب المعوقين يتلقون المواد الأساسية في صف عادي ويقضون أجزاء يومهم في الغرفة المساندة لتلقي المزيد من المساعدة في المواضيع التي يجدونها صعبة.

05.مستشارون في التربية الخاصة:

يقدم المستشارون والمربون خدماتهم للمعوقين في الصفوف العادية إما مباشرة أو عن طريق غير مباشر فتأتي خدماتهم بصورة غير مباشرة عندما يفقدون النصح والمساعدة للمعلم المنظم.

06.الخدمات المنزلية (التعليم المنزلي):

- **برامج تدريب الوالدين:** تهدف هذه البرامج إلى تدريب الأهل على كيفية التعامل مع طفلهم.
- **التدريب البيئي:** يتم تقديم هذا التدريب للأطفال الذين لا يمكن نقلهم من البيت إلى مكان آخر[1].

طبيعة برامج التأهيل التربوي والخدمات المقدمة:

01.تعريف الإعاقة السمعية:

هو مصطلح عام تندرج تحته –من الناحية الإجرائية– جميع الفئات التي تحتاج إلى برامج تربية خاصة بسبب وجود نقص في القدرات السمعية.

البرنامج المقدم: يتم في البرنامج تقديم خدمات التربية الخاصة للتلاميذ المعوقين سمعيا في المكان التربوي المناسب وفق أحد أنماط تقديم خدمات التربية الخاصة للتنظيم الهرمي كما يتم توفير خدمات التدريب على النطق وقراءة الشفاه وطرق التواصل اللفظية كما يقوم البرنامج في نهايته برامج التهيئة المهنية.

---

[1] ذوقان عبيدات وسهيلة أو سميد، مرجع سابق، ص84.

شروط الالتحاق بالبرنامج:

أ. الصم:

- أن تكون درجة فقدان السمع في أفضل الأذنين 80 ديبسل.
- أن لا تقل درجة ذكائه على 85 على اختبار روكسلر و83 على اختبار ستانفورد.
- أن لا يوجد لدى الفرد المتقدم إعاقة أولية أخرى تحول دون استفادته من البرنامج المقدم.
- أن لا يقل عمره عن 06 سنوات ولا يزيد عن 15 سنة للقبول في الصف الدراسي الأول.
- أن يتم تشخيصه من قبل فريق متعدد التخصصات.
- تنطبق الشروط السابقة على التلاميذ المحولين من التعليم العام.

ب. ضعاف السمع:

- تكون درجة فقدان السمع في أفضل الأذنين 26، 80 ديسبل.
- أن لا تقل درجة ذكائه عن 85 على اختبار روكسلر أو 86 على ستانفورد.
- أن يكون لديه اضطرابات نطق وكلام واضحة.
- أن لا يوجد لدى الفرد المتقدم إعاقة أخرى أولية تحول دون استفادته من البرامج.
- موافقة اللجنة الخاصة بقبول التلاميذ ضعاف السمع.
- استمرار الطالب في الدراسة حتى الصف السادس[1].

02.برنامج الإعاقة البصرية:

التعريف: إن التعريف التربوي لذوي الإعاقة البصرية هو تلك الفئة التي فقدت القدرة على البصر أو لديها قصور في البصر بحيث تحتاج إلى طرق بديلة للقراءة والكتابة حتى بعد استخدام المصححات البصرية.

البرنامج المقدم: يتم في هذا البرنامج تقديم خدمات التربية الخاصة للتلاميذ المعوقين بصريا في المكان التربوي المناسب وفق أحد أنماط تقديم خدمات التربية الخاصة، التنظيم الهرمي جميع الدراسية والأنشطة المنهجية التعرف على البيئة والتدريب على التنقل والتوجه ومهارات الحياة اليومية.

شروط الالتحاق بالبرنامج:

أ. المكفوفين:

- أن يكون المتقدم مكفوفا بصريا بموجب طبي من جهة.
- أن لا تقل درجة ذكائه عن 85 على اختبار وكسلر أو 83 عن اختبار ستانفورد.
- أن لا يوجد لدى الفرد المتقدم إعاقة أخرى أولية تحمل دون استفادته.
- أن لا يقل عمره عن 6 سنوات ولا يزيد عن 15 سنة للقبول في الصف الدراسي الأول.
- أن تنطبق الشروط السابقة على التلاميذ المحولين من التعليم العام.

[1] ذوقان عبيدات وسهيلة أبو سعيد، مرجع سابق، ص85.

ب. ضعاف البصر:

- أن تكون درجة حدة الإبصار تتراوح ما بين 20-80، 20-200.
- أن لا تقل درجة ذكائه عن 85 اختبار وكسلر أو عن 83 على اختبار ستانفورد.
- أن لا يوجد لدى الفرد المتقدم إعاقة أخرى اولية تحول دون استفادته.
- موافقة اللجنة الخاصة بقبول التلاميذ ضعاف السمع[1].

03.برنامج ذوي التخلف العقلي:

تعريف التخلف العقلي: حالة من القصور في الأداء العقلي العام بمعدل مستوى أداء عقلي يقل عن المتوسط بانحرافيين معيارين على منحى التوزيع الاعتدالي والفشل في تحقيق معايير الاستقلالية والمسؤولية الاجتماعية في مجالين أو أكثر من المهارات التكيفية التالية مثل: التواصل والحياة المنزلي ويظهر التخلف العقلي من الميلاد حتى 18 سنة.

التصنيف التربوي:

- القابلون للتعلم 85-55.
- القابلون للتدريب 54-40.
- الاعتماديون أقل من 40 مع العلم فإن الخدمات التربوية المقدمة في هذا البرنامج تقتصر على القابلين للتدريب الاستفادة منها بحدود ضيقة.

البرنامج المقدم:

- المهارات الحية والحركية والمعرفية.
- المهارات اللغوية وعلاج مشكلات النطق واللغة.
- المهارات الأكادية.
- مهارات العناية بالذات والسلامة والعادات الصحية.
- مهارات التفاعل الاجتماعي.

شروط الالتحاق بالبرنامج:

أ. القابلون للتعلم، القابلون للتدريب:

- أن لا تزيد درجة ذكاء المتقدم لبرنامج ذوي التخلف العقلي، القابلون للتعلم عن 85 درجة ولا تقل عن 55 حسب اختبار وكسلر.
- أن لا يقل عمره عن 6 سنوات ولا يزيد عن 15 سنة للقبول في الصف الأول.
- أن يتم تشخيصه من قبل فريق متعدد التخصصات معتمد لدى البرنامج.

[1] جمال الخطيب منى الحديدي، **مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة**، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، ص50.

- تنطبق الشروط السابقة على التلاميذ المحولين من التعليم العام ويوضع التلميذ المحول بنفس الفصل الدراسي إذا سمحت قدراته.
- أن يكون خاليا من الأمراض المعدية[1].

04.برنامج ذوي صعوبات التعلم:

تعرف الجمعية الكندية لصعوبات التعلم بأنها تلك الاضطرابات التي تؤثر على امتلاك أو حفظ أو تنظيم أو فهم أو استعمال المعلومات الغوية وغير اللغوية، حيث أن هذه الاضطرابات تؤثر في التعلم لدى الأفراد الذين يظهرون في قدرات ضرورية أقل من المتوسط في التفكير والإدراك.

صعوبات التعلم هي نتيجة من خلل في واحدة أو أكثر من عمليات الإدراك والتفكير والتذكر والتعلم وتحتوي على التالي ولكنها ليست محدودة فيها فقط، معالجة اللغة، معالجة الصوتية، المعالجة للمجال البصري، سرعة معالجة المعلومات، الذاكرة والانتباه وبعض الوظائف التنفيذية. يتضمن تعليم هذه الفئة المهارات التالية[2]:

- مهارات التنظيم.
- المهارات الاجتماعية.
- مهارات التحدث والاستماع والإصغاء.
- تنمية مهارتي الحفظ والاستذكار والقراءة والكتابة.
- المهارات الأكاديمية المطلوبة لنفس الفئة العمرية.

شروط الالتحاق بالبرنامج:

- أن يكون لدى التلميذ تباين واضح في مستوى قدراته ومستوى تحصيله الأكاديمي مقارنة مع من هم في نفس الفئة العمرية.
- أن لا تكون صعوبات التعلم ناتجة عن عوق عقلي أو اضطراب سلوكي أو لأسباب حسية أو أية أسباب أخرى لها علاقة بعدم ملائمة ظروف التعلم أو الرعاية الأسرية[3].
- أن يتم تشخيصه من قبل فريق متعدد التخصصات معتمد لدى البرنامج.

05.برنامج ذوي الموهبة والتفوق:

تعريف الموهبة والتفوق: إنها تلك الإمكانية الاستثنائية الخاصة أو اداء ذوي مدى واسع من القدرات في واحدة أو أكثر من المجالات التالية:

- ثقافة عامة.

---

[1] فرح مبروك عمر عامر، المناهج الدراسية الحديثة أسسها وتطبيقاتها، دار المريخ ، الرياض، 2013،ط2،ص160.

[2] فرح مبروك عمر عامر، مرجع سابق، ص161.

[3] فوزي أحمد سمارة، **التدريس مفاهيم، أساليب وطرق**، الطريق للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص72.

- مهارات اكاديمية محددة.
- التفكير الإبداعي.
- المهارات الاجتماعية الفنية، الحسية، الحركية.

البرامج التربوية للموهوبين تعمل على:

- تزويدهم ببناء معرفي في المجالات العلمية المختلفة والتي تجعلهم يصلون لدرجة الإتقان.
- تزويد الموهوبين والمتفوقين بطرق الحصول على المعرفة من خلال استخدام الأسلوب العلمي في الوصول إلى المعرفة وحل المشكلات وتنمية الإبداع.

شروط الالتحاق بالبرنامج:

- أن يكون التلميذ متفوقا في المستوى التحصيلي بحيث لا تقل نسبة التحصيل الدراسي عن 98 % لآخر فصلين دراسيين وعلى أن لا تقل درجة ذكائه عن 125 على اختبار وكسلر.
- أن يكون لديه قدرات أو مهارات متميزة عن أقرانه في أي مجال من المجالات العالمية أو التقنية أو الإنسانية أو غيرها مما يناسب ثقافة المجتمع.
- أن يكون لديه تفكيرا إبداعيا متميزا[1].

06.برنامج ذوي اضطراب التوحد:

عرفت الجمعية الأمريكية للتوحد بأنه عبارة عن اضطراب نمائي معقد ويظهر خلال الثلاثة سنوات الأولى من الحيات، والناتج من اضطراب عصبي يؤثر في وظيفة الدماغ والنمو الطبيعي للدماغ في التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل، كما يؤثر هذا الاضطراب في التواصل اللفظي وغير اللفظي وأنشطة اللعب والخمول والقدرة على التخيل والتفكير.

التوحد هو واحد من خمسة اضطرابات تندرج تحت مظلة اضطرابات النمو الشاملة وأيضا يندرج تحت فئة الاضطرابات العصبية التي تتصف باضطراب وانحراف شديد في مجالات النمو المختلفة المشتملة على التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل. والاضطرابات الخمس التي تندرج تحت مظلة الاضطرابات النمائية الشاملة هي[2]:

- اضطراب التوحد.
- اضطراب اسبرجر.
- اضطراب التفكك والانحلال الطفول.
- اضطراب رث.

---

[1] فوزي أحمد سمارة، مرجع سابق، ص73.

[2] صالح عبد العزيز وعبد العزيز وعبد المجيد، **التربية وطرق التدريس**، الجزء 1، دار المعارف،مصر، ط2009،10 ص128.

البرنامج المقدم:

يتم الحرص في هذا البرنامج على دمج هؤلاء التلاميذ مع أقرانهم في التعليم العام إلى أقصى حد ممكن ويجب أن يتم تعليمهم المهارات التالية لكي يتمكن من الاستمرار في برنامج الدمج:

- اتباع أوامر المعلم سواء ذكرت على مقربة من التلاميذ أو بعيدا عنه.
- أخذ الدور.
- الجلوس بهدوء خلال الأنشطة ولاسيما الجماعية منها.
- رفع اليد لطلب المساعدة أو مناداة المعلم.
- السير فيصف أو طابور.
- التعبير عن الاحتياجات الأساسية.
- اللعب بالألعاب بالطريقة المناسبة.
- الانتقال من نشاط إلى آخر بسهولة.

الخطوط العريضة للمجالات التربوية والتطورية التي يجب أن يتم التركيز عليها:

مراحل التعليم الأولية:

- اللغة والتواصل والمهارات الاجتماعية.
- الانتباه إلى البيئة والتفاعل معها.
- التقليد.
- المهارات الإدراكية.

مراحل التعليم المتقدمة:

بعد أن يكتسب المهارات الأساسية يعتبر مستعدا لتعلم مهارات أكثر تطورا فيتم تعليم الطفل مهارات تطورية من المجالات كافة والتي تشمل على المهارات الإدراكية، مهارات الاعتماد على النفس، مهارات السلوك التكيفي، مهارات حركية[1].

شروط الالتحاق بالبرنامج:

- أن لا يوجد لدى الفرد المتقدم إعاقة أولية أخرى.
- أن لا يقل عمره عن 6 سنوات ولا يزيد عن 15 سنة للقبول في الصف الأول.
- أن يتم تشخصيه من قبل فريق متعدد التخصصات معتمد لدى البرنامج.

07.برنامج ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

- عدم القدرة على التعلم والتي لا تفسر بأسباب عقلية أو حسية أو جسدية.
- عدم القدرة على بنا علاقات شخصية مرضية مع الآخرين.

- ظهور أنماط سلوكية غير مناسبة.
- مزاج عام من الكآبة والحزن.
- الميل إلى تطوير أعراض جسمية وآلام ومخاوف مرتبطة بمشكلات شخصية ومدرسية[1].

البرنامج المقدم:

تعتبر الخدمات التربوية من أهم الخدمات التي تقدم للأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا، بحيث تتضمن هذه البرامج:

- برامج الوقاية.
- التدخل المبكر.
- الخطة التربوية الفردية (EIP-IIP).
- تنمية مهارات الضبط الداخلي.

كما يجب الحرص على دمج هؤلاء التلاميذ مع أقرانهم في التعليم العام إلى أقصى حد تسمح به قدراتهم مع توفير خدمات التدخل المبكر.

- يجب أن يكون التركيز على اكسابهم:
- مهارات السلوك التكيفي.
- التوجيه الذاتي.
- مهارات التواصل.
- المهارات الأكاديمية[2].

شروط الالتحاق بالبرنامج:

- أن لا يوجد لدى الفرد المتقدم إعاقة أولية أخرى.
- أن يتم تشخصيه من قبل فريق متعدد التخصصات معتمد لدى البرنامج.
- تنطبق الشروط السابقة على التلاميذ المحولين من التعليم العام ويوضع التلميذ المحول بنفس الفصل الدراسي.
- أن ترافق اللجنة الخاصة بالتربية الخاصة في نفس المدرسة المتقدم لها.

---

(1) نازلي صالح أحمد، سعد يس، **المدخل في التربية**، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، ص 190-194.

(2) أحمد حسين اللقاني، **الوسائل التعليمية، المنهج الدراسي**، مؤسسة الخليج العربي، ط2، 1986، ص 83-85.

08.برنامج ذوي العوق المتعدد:

هي تلك الإعاقة التي تضم أكثر من إعاقة واحدة لدى الفرد مما يسبب مشاكل نمائية وفردية لا يعود معها إلحاق الشخص برنامج خاص يعني بإحدى تلك الإعاقات فقط.

شروط الالتحاق بالبرنامج:

- أن يوجد لدى الفرد المتقدم أكثر من إعاقة.
- أن لا يقل عمره عن 6 سنوات ولا يزيد عن 15 سنة للقبول في الصف الدراسي الأول.
- أن يتم تشخيصه من قبل فريق متعدد التخصصات معتمد لدى البرنامج[1].

09.برنامج العوق الجسمي والصحي:

وهو ذلك العوق الذي يحرم التلميذ من القدرة على تأدية وظائفه الجسمية والحركية بشكل عادي مما يؤدي إلى عدم حضورهم المدرسة أو عدم القدرة على التعلم بالطريقة المعتادة وبالتالي يستدعي هذا الأمر توفير خدمات خاصة تمكنه من التعلم.

البرنامج المقدم:

لا يختلف عن ما يقدمه للأفراد العاديين في مراحل التعليم العام المختلفة مع ضرورة توفير خدمات التدخل المبكر ما أمكن مع التركيز على ضرورة توفير الخدمات المساندة مثل: الاستخدام الأمثل للأجهزة التعويضية وتنمية القدرة على التواصل والمهارات الحركية والقراءة والكتابة.

المطلب الخامس: نظرة المجتمع لذوي الاحتياجات الخاصة.

إن موضوع الإعاقة بأنواعها يجذب اهتماما أكبر من الحكومات والمسؤولين والمختصين ومؤسسات المجتمع المدني والمجتمع بصورة عامة في السنوات الأخيرة، فالكثير من الخدمات والمراكز خصصت لهذه الفئة سواء كان المعاق بالغ أم طفل، وهي تحاول في أغلبها تقديم خدمات مختلفة لذوي الاحتياجات الخاصة ومساعدته لكي يستطيع أن يتطور علميا وأكاديميا وأن يتعلم مهارات جديدة تساعده في أن تكون حياته أكثر راحة وتساهم في انخراطه في المجتمع بحيث يشعر بأنه جزء منه[2].

01.أولى اللحظات:

تعتبر ولادة طفل في العائلة من الأحداث التي تمتزج فيها مشاعر مختلفة عادة ما تتوجها الفرحة والأمل، وقد تكون صدمة الآباء نسبية عندما يولد لهم طفلا ويعلمون أن به إعاقة، فحين يفكر الآباء ويتخيلون مستقبلهم، فهم يرسمون لهم صور حالمة في أذهانهم، ومع وجود الإعاقة في الطفل، قد يرى الآباء أن قصر أحلامهم قد

---

[1] نفس المرجع السابق، ص86.

[2] بالي مصعب وابراهيم شرايطة، **حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر وادماج مهنيا**، اطلع عليه بتاريخ 13-02-2022.

اهتز، وأن حياة ابنهم سارت في وضع صعب، وقد يشعروا بالحزن والأسى وربما الغضب أو الإحباط، فحتى الزيارة في المستشفى قد يعتليها الأسى من الأهل والمقربين والأصدقاء والوضع لا يختلف كثيرا إذا ما عرف الآباء بوجود الإعاقة لاحقا، وليس حين ولادة الطفل مباشرة، فالصدمة قد تكون شديدة حينها أيضا.

فبالبداية بها تحدي وصعوبة، وقد تختلف نظرة الأهل لوجود الإعاقة بحسب شخصياتهم والمعتقدات التي يحملونها والبيئة التي يعيشونها، ومهما تكن فهي لها دورا رئيسيا وتأثيرا هاما في نظرة الطفل لنفسه ولمن حوله ولدوره في الحياة، والتي قد يحملها معه كما هي في جميع سنوات عمره التالية، ما لم يعمل هو على تغييرها بالوعي، فيما يلي بعض المشاعر التابعة التي قد يعانيها الآباء مع وجود طفل معاق، والي لكل منها تأثير مختلف في التعامل مع الطفل والتواصل معه:

- الشعور بالشفقة على النفس.
- الشعور بالخوف على الطفل والتوجس من مستقبله والشفقة عليه.
- الشعور بالإحراج من الأسرة أو المجتمع.
- يشعرون بأنهم يدفعون ثمن عقاب الله لشيء ما.
- الشعور بالذنب.
- الشعور بأن هذا امتحان إليه وعليه الصبر.

تبنى اللبنة الأولى لهوية الأبناء من نظرة والديهم اليهم، ولا يختلف في ذلك الطفل المعاق عن غيره، ومن الآباء من يكون مشفقين على الطفل المعاق، ويضطرب في مراعاته وتلبية طلباته للتعويض عن شعوره بالعجز النقص، مما يعزز هذا الشعور بشكل كبير، فهو يفهم أن هذه المعاملة ماهي إلا نتيجة إعاقته ومع أن ذلك نابع من محبة أبوية إليه، إلا أن تأثيرها السلبي ينعكس على الطفل بشكل كبير، فمن الصعب على هذا الطفل أن يرى مجالات لتطوره وأن يكون لديه طموحات مستقبلية تتخطى إعاقته.

وبعض الآباء يتعاملون بشكل مختلف مع أنهم ينظرون إلى إعاقة أطفالهم بشكل أساسي أيضا، فمنهم من يرفض مع طفل ذوي الاحتياجات الخاصة إلى الخارج واصطحابه لزيارات عائلية أو اجتماعية لأسباب مختلفة كالشعور بالخجل والإحراج أحيانا والتوجس من الصعوبات التي قد تواجههم لحاجة الطفل لغيابه ومراقبة خاصة والخوف من نظرات الشفقة أو نظرات طويلة للآخرين، وهذا الطفل يعيش معزولا عن الجميع[1].

وقد يعتقد بأن المجتمع عاجز عن احتضانه كما هو ويشترط لقبوله وضع معين لا يستطيع هو تلبيته وقد يكون جل طلب هذا الطفل هو قبوله في المجتمع وهذا هو في الأصل حق المسلم له في قليل هذا الوصف من الاحتمالات التي يفكر فيها الطفل بأن يكون له دورا في المجتمع حيث يكبر. فقد يتوقع على نفسه وقد تنتابه مشاعر لا تساعده ولا تساهم في أي دور لشخصه أو لمن حوله.

---

[1] كمال عبد الحميد زيتون، **التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة**،عالم الكتب، القاهرة، ط1،2003،ص32.

ومن الآباء من لا يولي الاهتمام الكفي للطفل المعاق، فقد لا يؤمن بأن له فرصا لمستقبل جيد، فيعطيه من الاهتمام ما يتناسب مع احتياجاته اليومية فقط خاصة إذا كان الآباء الذين يعتقدون بذلك يعيشون أسر لديها إمكانيات قليلة دون دعم، ولديها أبناء آخرون يحتاجون للرعاية، فقد يتم اعطاء الأولوية لهؤلاء الأبناء وتقسيم المصادر المتاحة بشكل غير عادل بحيث يكون الطفل المعاق في الجانب الأضعف[1].

02.المشكلة التي تحتاج إلى حل:

كثيرا ما يتم النظر لذوي الاحتياجات الخاصة في جميع مراحل حياتهم بنظرة المشكلة التي تحتاج إلى حل، وقد يتم التفكير في هذه الحلول من خلال بوابة الشفقة أو أداء الواجب أو التورط، وكل منها لها جوانب سلبية لا تساهم في الارتقاء بشخصية ذوي الاحتياجات الخاصة، وقد تكون مراحل الطفولة هي أكثر المراحل التي يتم التعامل فيها مع المعاق ووضعه كمشكلة أو سلسلة من المشكلات المتعددة التي تحتاج إلى حل، كالعناية الخاصة التي يلتزمها، التعليم المختلف الذي يحتاجه، التدريب المتخصص اي يساعده في الحياة اليومية والاندماج، والتعامل مع الجانب النفسي له وذويه، وتتغير هيئة هذه المشكلات في ظاهرها بحسب عمر الطفل، ويبقى مضمونها متشابها مع إضافة بعض الجوانب الأخرى كتحديات فترة المراهقة وما تصاحبها من تغيرات طبيعية مثلا.

وحينما يكبر المعاق تختلف مجالات التحديات كالزواج والعمل مثلا ففي الغالب لا تفضل الشركات والمؤسسات تشغيل ذوي الاحتياجات الخاصة حتى في تلك الأعمال التي لا تؤثر اعاقتهم سلبا على نوعية العمل الذي يقومون به، وترضخ أحيانا لتشغيلهم على مضض تحت ضغط الجهات الحكومية ذات العلاقة كوزارات العمل مثلا، فقليلا ما يتم النظر إلى المعاق في العمل على أنه مطلوب لمهاراته بغض النظر على إعاقته، ويشاد بعمله مقارنة بآخر ليس له اعاقة.

إن هذه النظرة تولد تحديا كبيرا لذوي الاحتياجات الخاصة، حيث إنها تعطيه إشارة ولو ضمنية بأنه لو كان لدى المؤسسة التي تشغله خيارا آخر عدى تواجده لكان أفضل لها، وهو ما يسبب حرجا في نفسه وضيق، ومن جانب آخر فإن هذه النظرة تساهم في إعطاء المعاق الحد الأدنى من المسؤوليات والفرص، حيث يكون الغالب على بقاءه هو الخروج من حيز المشكلة وليس بالضرورة الارتقاء به واشتمل وجوده للدفع بنمو المجتمع. وهذا لا يعطي المعاق تحفيزا للإبداع والتطور وإعطاء أفضل ما لديه في مجال العمل[2].

---

[1] غنية بلحاء ونسبية عطبة، **التدريس بين فئة ذوي الاحتياجات الخاصة والفئة العادية في ضوء الاستراتيجيات التعليمية الحديثة**، 2016-2017، مذكرة ماستر، جامعة العربي التبسي، الجزائر.

[2] كمال عبد الحميد زيتون، **التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة**، عالم الكتب، القاهرة، ط1، 2003، ص 116.

03.التربية لصناعة التغيير:

إذ ذوي الاحتياجات الخاصة بحاجة إلى أن يتعلم مهارات التأقلم والتعامل الأفضل مع الإعاقة، وأن يتم العمل معه على مهارات اكتشاف المستقبل والتعامل معه أيضا، إن مهارات الحياة الأساسية كالتفكير النقدي والتفكير الإيجابي والقدرة على إيجاد الحلول والتشاور مع الآخرين هي جميعها مهارات هامة للجميع ولكن أهم بالنسبة للمعاق، صغيرا كان أو كبيرا، فهي تساهم في بناء شخصيته التي ستؤثر إيجابيا في بيئته المعاشة، نظرا لأنه عادة ما يعيش في ظروف لا تتوقع منه أن ينتج أو يبدع أو يصبح إنسان يتخطى المألوف.

04.دور مراكز التأهيل ومؤسسات المجتمع المدني:

تقوم مراكز التأهيل للمعاقين بأدوار مهمة وأساسية خاصة للأطفال المعاقين، ولكن كثيرا ما تسلط الضوء على مساعدة الطفل ذو الاحتياجات الخاصة، وأحيانا أهله أيضا، في التعامل مع الإعاقة بحيث تكون تحت السيطرة، والعمل على المساهمة في الحد من تأثيراتها السلبية وتجاوز الصعوبات التي قد تنتج منها.

وهناك مراكز تعمل على التدخل المبكر والمساهمة في الحد من تطور الإعاقة ومساعدة الطفل في تعلم المهارات الأساسية التي يستطيع بها التعامل مع حياته بشكل عملي بأكثر سلاسة كما وبعضها تعمل على مساندة أولياء الأمور أيضا، وتدريبهم على كيفية التعامل مع الضغوطات في حياتهم نتيجة وجود طفله من ذوي الاحتياجات الخاصة.

ومع أن تلك الخدمات غاية في الأهمية ولا غنى عنها وليس لها بديلا إلا أن الكثير منها يجعل العمل على حل مشكلة الإعاقة والحد من الصعوبات الناجمة عنها هو الجانب الرئيسي وبما الوحيد لديها، ولا يكون لها المجال في التركيز على جوانب تطوير الشخصية والتمكين والتنمية الإنسانية، فنظرا لأهمية هذه المراكز وارتباطها المباشر مع ذوي الاحتياجات الخاصة وذويه، فهي تشكل بيئة مناسبة لمساعدة المعاق في رؤية نفسه كجزء من نسيج المجتمع بشكل تلقائي وطبيعي وليس شيئا مختلفا يحتاج أن يقنعه ويحصل على قبولا منه لكي يجد لنفسه مكانا فيه[1].

05.المؤسسات الدينية والثقافية:

تولي نسبة كبيرة من المجتمعات العربية اهتماما للجانب الديني، وتحاول أن تعيش حياتها بطريقة تتوافق مع معتقداتها الدينية، ويعتبر الخطاب الذي ينطوي على الجانب الديني مشجعا للعمل به أكثر من لو كان خطابا منطقيا محضا مجردا وعلى الخطاب الديني أن يبرز الجانب الإنساني للمعاق، وأن للمعاق دورا في نشر الخير، وهو ليس فقط لامتحان الناس وقياس قدرتهم على الكرم والرحمة وتطبيق القيم من خلاله وأن ندعوا الآخرين إلى النظر لذوي الاحتياجات الخاصة كإنسان كامل الأهلية، وأن قيمته في الحياة بناء على إنسانيته بشكل رئيسي وليس على قدرته في إنجاز الأعمال بشكل تنافسي.

---

[1] كمال عبد الحميد زيتون، مرجع سابق، ص 117.

06.صورة الإعلام لذوي الاحتياجات الخاصة:

يقوم الإعلام العربي بشكل عام بالتركيز على ضعف المعاق ولا يظهر جوانب القوة لديه، ففي الأفلام والمسلسلات والبرامج المختلفة، كثيرا ما يتم اظهار ذوي الاحتياجات الخاصة في المنزل أو مكان تواجده على أنه شخص مهمش أو مستهلك دون عطاء، وتحاول أن تبين مدى قدرة الآخرين على التعامل مع المعاق بشكل لطيف ومنصف، وقليلا ما نرى عملا فنيا يحفز المشاهد ليؤمن بأن المعاق يستطيع إحداث تغيير في بيئته ومجتمعه، والقيام بأمور خارج النطاق المعمول به، والمتوقع منه، حيث يتخطى نفسه ويصبح شريكا في التنمية والإصلاح ليس فقط في الجوانب التي تخص الإعاقة، بل في جميع المسائل الهامة التي تتعلق بالمجتمع والعالم[1].

المطلب السادس: التقويم لذوي الاحتياجات الخاصة.

أولا: التقويم القبلي.

يهدف التقويم القبلي إلى تحديد مستوى المتعلم تمهيدا للحكم على صلاحيته في مجال من المجالات، فإذا أردنا مثلا أن نحدد ما إذا كان من الممكن قبول المتعلم في نوع معين من الدراسات كان علينا أن نقوم بعملية تقويم قبلي باستخدام اختبارات القدرات أو الاستعدادات بالإضافة إلى المقابلات الشخصية وبيانات عن تاريخ المتعلم الدراسي وفي ضوء هذه البيانات يمكننا أن نصدر حكما بمدى صلاحيته للدراسة التي تقدم إليها. وقد نهدف من التقويم القبلي توزيع المتعلمين في مستويات مختلفة حسب مستوى تحصيلهم.

وقد يلجأ المعلم للتقويم القبلي قبل تقديم الخبرات والمعلومات للتلاميذ، ليتسنى له التعرف على خبراتهم السابقة ومن ثم البناء عليها سواء كان في بداية الوحدة الدراسية أو الحصة الدراسية، فالتقويم القبلي يحدد للمعلم مدى توافر متطلبات دراسة المقرر لدى المتعلمين، وبذلك يمكن للمعلم أن يكيف أنشطة التدريس بحيث تأخذ في اعتبارها مدى استعداد المتعلم للدراسة، ويمكن للمعلم أن يقوم بتدريس بعض مهارات مبدئية ولازمة لدراسة المقرر إذا كشف الاختبار القبلي عن أن معظم المتعلمين لا يمتلكونها[2].

ثانيا: التقويم البنائي.

وهو الذي يطلق عليه أحيانا التقويم المستمر، ويعرف بأنه العملية التقويمية التي يقوم بها المعلم أثناء عملية التعلم، وهو يبدأ مع بداية التعلم ويواكبه أثناء سير الحصة الدراسية، ومن الأساليب والطرق التي يستخدمها المعلم فيه ما يلي:

- المناقشة الصفية.
- ملاحظة أداء التلاميذ.

---

[1] أمل السويدان، **استخدام التكنولوجيا في التربية الخاصة**، مركز الكتاب، القاهرة، ط1 ، 2007،ص20.

[2] محمد محمود الحيلة، **تصميم التعليم نظرية وممارسة**، دار المسيرة، عمان،ط1، 1999، ص174.

- الواجبات المنزلية ومتابعتها.
- النصائح والإرشادات.
- حصص التقوية.

والتقويم البنائي هو أيضا استخدام التقويم المنظم في عملية بناء المنهج في التدريس والتعليم هدف تحسين تلك النواحي الثلاث وحيث أن التقويم البنائي يحدث أثناء البناء أو التكوين فيجب بذل كل جهد ممكن من أجل استخدامه في تحسين تلك العملية نفسها[1].

وعند استخدام التقويم البنائي ينبغي أولا تحليل مكونات وحدات التعلم وتحديد المواصفات الخاصة بالتقويم البنائي، وعند بناء المنهج يمكن اعتبار الوحدة درس واحد تحتوي على مادة تعليمية يمكن تعلمها في موقف محدد، ويمكن لواضع المنهج أن يقوم ببناء وحدة بأداء يوضح مجموعة من المواصفات يحدد منها بشيء من تفصيل المحتوى، وسلوك التلميذ أو الأهداف التي ينبغي تحقيقها من جراء تدريس ذلك المحتوى وتحديد المستويات التي يرغب في تحقيقها، وبعد معرفة تلك المواصفات يحاول واضعي المادة التعليمية تحديد المادة والخبرات التعليمية التي ستساعد التلاميذ على تحقيق الأهداف الموضوعة، ويمكن للمعلم استخدام نفس المواصفات لبناء أدوات تقويم بنائية توضح أن التلاميذ قد قاموا بتحقيق الكتابات الموضوعة وتحدد أي نواح منها قام التلاميذ فعلا بتحقيقها أو قصروا فيها.

إن أبرز الوظائف التي يحققها هذا النوع من التقويم هي:

- توجيه تعلم التلاميذ في الاتجاه المرغوب.
- تحديد جوانب القوة والضعف لدى التلاميذ لعلاج جوانب الضعف وتعزيز جوانب القوة.
- تعريف المتعلم بنتائج تعلمه وإثارة دافعيته للتعلم.
- وضع برنامج للتعليم العلاجي وتحديد منطلقات حصص التقوة.

ثالثا: التقويم التشخيصي.

يهدف التقويم التشخيصي إلى اكتشاف نواحي القوة والضعف في تحصيل المتعلم، ويرتبط ارتباطا وثيقا بالتقويم البنائي من ناحية، حيث أن التقويم البنائي يفيدنا في تتبع النمو عن طريق الحصول على تغذية راجعة من نتائج التقويم والقيام بعمليات تصحيحية وفقا لها وهو بذلك يطلع المعلم والمتعلم على الدرجة التي أمكن بها تحقيق مخرجات التعلم الخاصة بالوحدات المتتابعة للمقرر[2].

أما التقويم التشخيصي فمن أهم أهدافه تحديد أسباب صعوبات التعلم التي يواجهها المتعلم حتى يمكن علاج هذه الصعوبات، فالاختبارات التشخيصية تصمم عادة لقياس مهارات وصفات أكثر عمومية مما تقيسه

---

[1] محمد عبد الباقي أحمد، **المعلم والوسائل التعليمية**، المكتب الجامعي الحديث ،القاهرة،2011، ص32.

[2] علم الدين عبد الرحمان الخطيب، **أساسيات طرق التدريس**، الجامعة المفتوحة، طرابلس، 1997،ط2 ، ص162.

الأدوات التكوينية، فهي تشبه اختبارات الاستعداد في كثير من النواحي خصوصا في اعطائها درجات فرعية للمهارات والقدرات الهامة التي تتعلق بالأداء المراد تشخيصه.

فالتقويم التشخيصي إلى جانب كونه أسلوب للتقويم فهو أسلوب تعلم وتعليم يتطلب الجمع المنظم للمعلومات عن تحصيل التلاميذ لتحديد مواطن القوة والضعف لديهم وبناء أنشطة صفية تلبي حاجات التلاميذ التعليمية[1].

[1] المرجع نفسه، ص163.

المبحث الثاني: ماهية التوحد ونظرياته.

تمهيد

- المطلب الأول: التطور التاريخي التوحد
- المطلب الثاني: أسباب التوحد
- المطلب الثالث: خصائص التوحد
- المطلب الرابع: تشخيص اضطراب التوحد
- المطلب الخامس: أشكال التوحد
- المطلب السادس: النظريات المفسرة للتوحد
- المطلب السابع: علاج اضطراب التوحد

خلاصة

المطلب الأول: التطور التاريخي للتوحد.

لم يتفق الباحثون تماما على البداية الحقيقية لاكتشاف التوحد بالرغم من أن اكتشافه لا يعني بأي حال من الأحوال أنه لم يكن موجودا من قبل، وهذا الحال قد يكون كذلك لبقية حالات فئات التربية الخاصة كصعوبات التعلم، إذ أن الفروق الفردية موجودة منذ أن وجد الإنسان، ما زالت هناك فروق من النواحي البيولوجية والطبيعية والاجتماعية، كما أن الفروق موجودة على مستوى الفرد الواحد، فلا يمكن أن تكون القدرات المتعددة لدى أي فرد على درجة واحدة، ويمكن أن يكون في بعض منها متميز، والبعض الآخر يكون مقبولا فيها، وربما في البعض الآخر لا يرقى أن يكون بالمستوى المقبول.

على أية حال يكاد أن يكون هناك اتفاق بين المهمتين على أن أول من اكتشف التوحد هو ليو كانر Leo Kanner الطبيب النفسي الأمريكي في مركز جون هويكنز الطبي عام 1943 الذي توصل إلى خصائص مشتركة لأحد عشر طفلا وهي الانسحاب الاجتماعي، وغرابة التعامل مع الآخرين والتماثل والقصور الواضح في التواصل مع الآخرين واضطرابات في السلوك اللفظي (مثل السلوك النمطي وقصور التخيل في اللعب) وصعوبة فهم المفاهيم المجردة والاضطرابات اللغوية (مثل مصداة، وعكس الضمائر)[1].

ومع هذا فهناك من يربط التوحد والطفل الذي وجد في غابة أفيرون الفرنسية والذي اطلق عليه اسم فيكتور كان هذا الطفل بعمر 10 سنوات وشخص على أنه معتوه عمل مع ايتارد مدير معهد الصم البكم في باريس خمس سنوات، ولم يحقق معه إلا بعض النجاح الاجتماعي، ثم تركه ايتارد بعد أن وصل إلى مرحلة البلوغ يتولاه سيجون أحد طلاب ايتارد.

إن الحكم على فيكتور على أنه طفل مصاب بالتوحد لا يتسم بالمنطق لان هذا الطفل عاش مع الحيوانات وكان يتصرف مثلهم، حيث كان يمشي على أربعة وينبح كما تنبح الكلاب، ويأكل اللحم النيئ فلم يتعلم الكلام وكان يسحب الناس إلى الأشياء التي يريد أن يتعامل معها، وكان ايتارد يعلمه السلوك وفق السياق الاجتماعي ويعيده ولكنه يرجع إلى السلوكات الاجتماعية التي تعلمها في السابق، فكيف نريده أن يتعامل مع الآخرين كحال أطفال المصابين بالتوحد الذين عاشوا مع أقرانهم وهناك من ربط التوحد بما توصل إليه الطبيب النفسي بلويلر (Bleuler) حيث تحدث عن بعض الخصائص المشتركة مع حالات التوحد للأشخاص الفصاميين وهي العزلة واللعب بأجزاء الأشياء والتقولب حول الذات وهي من الخصائص للفرد المصاب بالتوحد، وكان يطلق على الأشخاص الذين يتصفون بأعراض التوحد التي توصل إليها كانر بفصام الطفولة بالرغم من أن هناك فرق بين التوحد الطفولي والفصام الطفولي[2].

لقد ذاع كانر عبر العالم حيث ارتبط اسمه ارتباطا وثيقا بالتوحد، بينما لم يذع صيت الطبيب النفساني هانر أسبيرجر (Hanes Asperger) الذي توصل عام 1944 في بحثه الذي كتبه باللغة الألمانية إلى

---

[1] قحطان أحمد الظاهر، **التوحد**، دار وائل، عمان، ط1، 2009، ص17.

[2] قحطان أحمد الظاهر، **مرجع سابق**، ص17-18.

مجموعة من الأعراض المشابهة بعض الشيء مع أعراض أطفال كانر كالقصور في التفاعل الاجتماعي، القصور في التواصل مع الآخرين وفهمهم لمشاعرهم ولكن كانت ثلاثة من أحد عشر من عينة كانر لا يتكلمون تماما والبقية نادرا ما يتكلمون، بينما كانت عينة هانز اسبيرجر تتكلم وقد أطلق اسبيرجر على أطفاله مصطلح (التوحد المرضي Autiste Psychopathe) [1].

وقد يكون عدم انتشار صيت اسبيرجر بأن مقالته كتبت باللغة الألمانية بينما كتبت بحوث كانر باللغة الانجليزية وهي لغة عالمية تستخدم في جميع بقاع العالم، بينما اللغة الألمانية محدودة الاستخدام، كما قد يكون هناك عدم ارتياح العالم لألمانيا التي كانت سببا في الحرب العالمية الثانية، ولم ينشر اسمه في العالم إلا بعد أن ترجمت أعماله إلى اللغة الانجليزية وخاصة في المجتمعات العربية، إضافة إلى وجود بعض التباعد بين عينة اسبيرجر وعينة كانر، وقد كانت لورنا وينج Lorna Wing التي لها بنت تعاني من حالات التوحد، دور هام في اثارة الاهتمام بأعمال اسبيرجر عام 1984 عندما وصفت 19 حالة لأعمار ما بين 5-35 سنة كانت مشابهة للأعراض التي ذكرها اسبيرجر، حدث ذلك عندما التقت لورنا (طبيبة الأطفال) مع هانر اسبيرجر في احدى اللقاءات العلمية في فيينا وقامت بتلخيص بحثه من خلال تقارير دورية (Wing 1981) [2].

ثم ذكر اسبيرجر كأحد اعاقات النمو الشائعة والدليل الاحصائي التشخيصي للاضطرابات الذهنية الطبعة الرابعة عام 1994 لأول مرة، كذلك ذكره في نفس العام الدليل الدولي لتصنيف الأمراض الطبعة 10.

ولابد من الاشارة أن كتابات لورنا وينج كانت داعمة تماما لأعمار اسبيرجر وعلى أية حال فإن التوحد عالم غريب يكتنفه الغموض، وكان محل اهتمام كثير من الباحثين على اختلاف تخصصاتهم للتعرف على فهم طبيعة التوحد فهما حقيقيا يساعد على وضع المعايير التشخيصية دون أن يكون هناك خلط بينه وبين الإعاقات الأخرى، كما يساعد في نفس الوقت على وضع البرامج الكفيلة في كيفية التعامل مع الأطفال المصابين بالتوحد، وأصعب ما في الأمر أن أعراض التوحد تظهر منذ ولادة الطفل، وهي مرحلة في غاية الصعوبة للتشخيص، ونحن نعرف أنه كلما كان التشخيص مبكرا كان العلاج فاعلا أو أوفر حظا في التعديل والتغيير [3].

كما أن التوحد ليس اضطرابا واحدا وإنما هو مجموعة من الاضطرابات في النمو والاستجابة للمثيرات الحسية في اللغة والكلام وغيرها، لقد عد التوحد سابقا اضطرابا انفعاليا، وبعد ذلك عددته الجمعية الأمريكية اضطرابا نمائيا أطلق عليه التمركز حول الذات أو ..... لأن الطفل يعيش في عالم خاص غير مبال بالعالم الخارجي، وغير خاضع للمعايير الاجتماعية وهو مغلق حول نفسه يعيش في أحلامه وخيالاته مبتعدا عن الواقع الذي يعيشه.

---

[1] محمد أحمد خطاب، **سيكولوجية الطفل التوحدي**، دار الثقافة، الأردن، 2009، ص09.

[2] ابراهيم عبد الله فرج الزريقاط، **التوحد (السلوك، التشخيص، العلاج)**، دار وائ، الأردن، 2010، ص30.

[3] قحطان أحمد الظاهر، **مرجع سابق**، ص19.

وكان المصاب به يشخص بالفصام، وهذا ما ذهب إليه الدليل الاحصائي التشخيصي للاضطرابات الذهنية الطبعة الثانية في الستينات واستمرت إلى عام 1980، حيث صجرت الطبعة الثالثة التي فرقت بين الفصام وحالات التوحد، بالرغم من بعض الأمراض المشتركة وهي التقولب حول الذات والابتعاد عن العالم الخارجيي والعيش في عالم خاص بعيدا عن الواقع واضطراب الكلام واللازمات الحركية، ولكنه يختلف في أهم الأعراض الفصامية وهي الهلوسات سواء كانت سمعية أو بصرية أو شمية أو ذوقية، والهذاء كهذاء الاضطهاد أو هذاء العظمة أو هذاء توهم المرض، والضعف الجسمي ونقص الوزن كما أن هناك اختلافا في قدراتهم العقلية فمعظم الأطفال المصابين بالتوحد يكونون في خانة المعاقين عقليا، بينما القدرات العقلية للأفراد الفصاميين قد تكون عادية، وقد يمتلك بعضهم ابداعات.

وهناك اتفاق بين المهمتين على ان الفصام مرض بينما لا يكون هناك اتفاق بينهم على أن اضطراب التوحد مرض، فهناك ما يعده مرضا أو اضطراب في السلوك أو إعاقة عقلية[1].

وإن معظم حالات الفصام كما يشير زهران 1977 عادة ما تظهر بين 15–30 سنة وتصل إلى أقصاها إلى أواخر العقد الثالث من العمر.

المطلب الثاني: أسباب التوحد.

أولا: النظرة الخارجية (External View):

01.الاستعداد الوراثي (Genetic Prodisposition):

تظم الدراسات التي أجريت حول التوائم وجود فرصة أكبر لأن يصاب التوائم المتماثلة بالتوحد من التوائم غير المتماثلة (أخوة) وتقترح هذه الدراسات على أن التوحد "أو على الأقل الاحتمال الأكبر للإصابة ببعض الاعتلال الدماغي يمكن أن يكون وراثي.

ويخمن بعض الباحثين أن ما بين 23 جين قد ترتبط بالتوحد، هناك فرضية أخرى تقول أن ما يكون وراثيا هو جزء غير سوي من الشيفرة الوراثية، أو مجموعة صغيرة من الجينات غير المستقرة، من 3 إلى 6 ومن المحتمل أن تكون الجينات التي لها علاقة بالتوحد موجودة بالكروموزومات 2–6–7–16–18–22 والكروموزوم X، وقد تسبب الجينات الغير مستقرة مشكلات فرعية فقط لدى معظم الناس، ومع ذلك وفي ظروف معينة –غير معروفة بعد– قد تتدخل الشيفرة المعطوبة بشكل خطير في تطور الدماغ، كما قد يكون من المحتمل أيضا أن تكون الجينات ذات علاقة بالتوحد موجودة في مكان ما يجعل الوليد في مواجهة خطر أكبر، أو قد تجعله أكثر ضعفا اتجاه الأحداث البيئية مثل التعرض للفيروسات والسموم وهناك بعض الادلة أيضا على امكانية التأثير الجيني في التوحد على شكل ضعف في جهاز المناعة، بالإضافة إلى ذلك يرتبط التوحد أيضا باضطرابات جينية وراثية أخرى –متلازمة X الهش Fragil X Syndrome، تصلب الأنسجة، اضطراب

[1] محمد أحمد خطاب، **مرجع سابق**، ص10.

الأنسجة العصبية اللمفاوية، متلازمة ريت- وعائلاتهم، وهناك مشكلات أخرى مثل عسر القراءة، الاكتئاب... تكون شائعة جدا عند العائلات التي يكون لديها أطفال متوحدين[1].

02.اصابات في الجهاز العصبي المركزي CNS خلال وأثناء الولادة وبعدها Pre, Peri and Postnatal CNS insulte:

خلال فترة الحمل قد تؤدي أي اصابة تعطل تطور نمو الدماغ السوي إلى نتائج تؤثر على حواس الطفل كما تؤثر على اللغة والأداء العقلي والاجتماعي بشكل يستمرر مدى الحياة، وتشمل هذه الاصابات مرض الأم أثناء الحمل ومواجهة مشكلات أثناء الولادة، مثل نقص وصول أكسجين إلى الطفل، أو حدوث مشكلات بعد الولادة مثل الاختناق، إعادة تحريك الطفل، التهاب الدماغ.

ولقد كشف بولتون (Bolton) عن احتمال ازدياد حالات الشذوذ الوراثية بسبب حدوث مضاعفات قبل الولادة وأثنائها وبعدها، كما أن هناك احتمال لأن يعاني الأطفال ذوي التوحد من مَن لديهم قابلية وراثية أكبر من مشكلات قبل الولادة وأثنائها، مما يوحي بأن مضاعفات الولادة هي نتيجة للتوحد وليست مسببا له[2].

03.عدوى فيروسية (Viral Infections):

هناك دليل على أن العدوى الفيروسية وخاصة في المراحل المبكرة من الحمل قد تؤدي إلى مجموعة من اضطرابات تطورية نمائية بما فيها التوحد، ومن بين الأمراض المعدية التي تم الإصفاح عنها أنها مرتبطة بالتوحد:

- فيروس الحصبة الألمانية Rubella or German Measles Virus.
- فيروس الهيربس (القوباء) البسيط Herpes Simplex Virus.
- الفيروسات التي تؤدي إلى تكاثر الخلايا وزيادة عددها Cytome Galo Virus.
- الفطريات المبيضة Candida Albicans.

ولقد ازدادت المخاوف مؤخرا حول المطاعيم، وخصوصا المطعوم الثلاثي MMR مطعوم الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية Measles. Mumps and Rubella من حيث أنه يمكن أن يكون سببا للإصابة بالتوحد، وقد زاددت المخاوف مؤخرا من إمكانية أن يكون MMR سببا محتملا للإصابة بالتوحد Wake Field 1998 وهذا المطعوم مصمم للوقاية من الأمراض التي قد تنتج عن هذه الفيروسات الثلاثة، ويعمل عن طريق إثارة جهاز المناعة لإنتاج مضادات لمقاومتها، ويتم عادة إعطاؤه على جرعتين:

- تعطى الجرعة الأولى للأطفال من عمر 12-15 شهرا.
- تعطى الجرعة الثانية في عمر 18 شهرا.

---

[1] محمد صالح الامام، فؤاد عيد الجوالدة، **التوحد ونظرية العقل**، دار الثقافة، عمان، 2010، ص93.

[2] سليمان عبد الرحمان السيد، **اعاقة التوحد**، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2002، ص71.

- يأخذ غالبية الأطفال المطعوم دون ان تحدث لهم آثار جانبية واضحة.

ولكن يصبح بعضهم مرضى بشكل خطير خلال عدة أيام أو عدة أسابيع، وقد يبدؤون بالتصرف بشكل غريب حيث يصرخون ويطورون نماذج غريبة تتعلق بتناول الطعان والذهاب إلى النوم، كما يتوقفون عن الكلام وينسحبون من من أي تفاعل اجتماعي، قد يتفارق هذا مع انتفاخ واضطرابات معوية، سلس بولي، آلام في البطن، ويصر أناس آخرون على أن مطعوم MMR آمن، ومع ذلك لم يتم التوصل إلى قرار يتعلق بهذا بعد، وتشير بعض الأبحاث والدراسات إلى أن السموم مثلل الزئبق والتلوث البيئي قد يرتبط بالتوحد[1].

04.شذوذ في وظيفة أو تركيب الدماغ Structural and/or Functional Brain Abnormalities:

من المتقبل عادة أن يتسبب التوحد حتى لو كان طفيفا بوجود تراكيب أو وظائف غير سوية للدماغ، ومع ذلك وبما أن الأمراض التوحدية واسعة جدا من الصعب العثور على منطقة محددة أو مناطق معينة في الدماغ، يمكن أن تكون بسبب المرض.

ولقد أجريت الأبحاث المكثفة من أجل اكتشاف الكيفية التي يختلف فيها دماغ الفرد الذي يعاني من التوحد عن دماغ نظيره الفرد العادي، وكانت النتائج واسعة النطاق، ولقد تم تحديد شذوذ لدى أفراد مختلفين يعانون من التوحد في أقسام مختلفة من الدماغ، وعلى الرغم من إجراء الكثير من الدراسات فإنه لم يتم العثور على شذوذ محدد يتعلق بالتوحد حتى الآن[2].

ومن بين تلك الأنواع من الشذوذ التي يتم الإفصاح عنها هناك وصف اختلافات في القشرة الدماغية وجذع الدماغ والنظام الطرفي (قرن آمون، والنورية وهي كتلة رمادية موجودة في الفص الأمامي مع الدماغ) والمخيخ، ومع ذلك شوهدت مثل هذه الاختلافات لدى بعض حالات التوحد ممن تم فحصهم وليس كل الحالات.

وكانت أكثر ملاحظة شائعة بينها بيفن ورفاقه هي حجم الأنسجة الدماغية الكلية والتجويفات الجانبية في دماغ التوحديين كانت هي المتوسط أضخم من حجم دماغ الأسوياء، ولقد افترض الباحثون احتمال وجود عطب في الخلايا العصبية حيث أنها تموت بشكل طبيعي خلال فترة النمو المبكر.

ووجد بومان وكيمبر (Boman and Kimber) حجما عصبيا متناقصا، وزيادة في كثافة ربط الخلايا مع الجهاز الطرفي (الجزء من الدماغ الذي يكون مسؤول عن الاستجابات الانفعالية) واستنادا على دراساتهم

---

[1] سليمان عبد الرحمان السيد، **مرجع سابق**، ص72.

[2] برهوم موسى، **التعبير اللفظي عند الأطفال المشكلة والعلاج**، مكتبة الصفحات الذهبية، السعودية، 2003، ص102.

يقترح بومان وكيمبر أن أفراد التوحديين ذوي الأداء العالي قد يكون لديهم شذوذ أكثر وضوحا في اللوزية (جزء من الدماغ المسؤول عن معالجة الانفعالات والسلوك)[1].

ويبدو أن أفراد من ذوي الأداء التوحديون المنخفض يعانون من نماذج غير سوية وأكثر كثافة في الأجهزة الطرفية وخاصة قرن آمون، وقد يعكس هذا التنافر فروقا في توقيت ظهور العيوب الأساسية خلال نمو الدماغ.

ويقدم كورشيزن ورفاقه (Kourchesen and AL) أدلة أكثر على أن عدم التسوية في نمو الدماغ تبدو مبكرة حتى قبل الولاة ويكون محيط برأس الاطفال الذين يعانون فيما بعد من التوحد أقل عند الميلاد مقارنة مع الأطفال غير المعانين من التوحد، ولكنهم يمرون بزيادة سريعة في النمو خلال الأشهر والأعوام الأولى من الحياة، وعند سن الثالثة أي عندما تبدأ الأعراض السلوكية للتوحد بالظهور، يكون دماغ التوحديين أكبر بكثير من دماغ الأسوياء.

وسبب صغر حجم الدماغ عند الولادة غير معروف، ولكن النمو المتزايد وغير السمي في حجم الدماغ قد يعكس عددا متزايدا من خلايا الدماغ، وفشلا في تشذيب مئات من نقاط التشابك العصبي التي تربط كل عصب مع الآخر أو كلاهما معا.

ويذكر كورشيزن ورفاقه أنه يتم التخلص من نقاط التشابك العصبي غير المطلوبة وغير المستعملة في الدماغ الذي ينمو بشكل سوي، ومقارنة مع ذلك يبدو أن وجود العديد من النبضات والاحاسيس والأفكار في دماغهم، وتؤكد هذه الدراسة على الأصل البيولوجي للتوحد، كما تعطي أدلة أكثر على أن العوامل البيئية لا يمكن أن تكون هي السبب وراء ظهور هذه الحالة، على الرغم من أنها تزيد أو تفاقم من ظهورها.

وهذه الفرضية محتملة في بعض حالات التوحد حيث تمت ملاحظة معدلات عالية من النمو الغير سوي للدماغ لدى 95% من حالات التوحد و06% لا تعاني من التوحد، وقد يكمل التفسير الآخر للنتائج في أن المعدلات العالية لنمو الدماغ منذ الولادة وحتى سن العامين، سابق ضروري للتوحد ولكننا بحاجة إلى شحذ إضافي لاستنتاج التعبير الحقيقي للحالة، وتشير نتائج هذه الدراسات إلى ضرورة التدخل المبكر من أجل الحصول على نتائج أفضل، وإذا ما بدأ التدخل في وقت مبكر، أي قبل أن يصبح الدماغ مرتبطا بشكل ثابت بدوائر التوحد، قد نحصل على نتائج أفضل للطفل حتى لو بقي متوحدا[2].

---

[1] سليمان عبد الواحد، يوسف ابراهيم، **اضطراب النطق والكلام واللغة –المعاقين عقليا وتوحديين–**، ابتراك للطباعة، مصر، ط2، 2010، ص80.

[2] سليمان عبد الواحد، يوسف ابراهيم، **مرجع سابق**، ص81–82.

ثانيا: النظرة الداخلية Internal View.

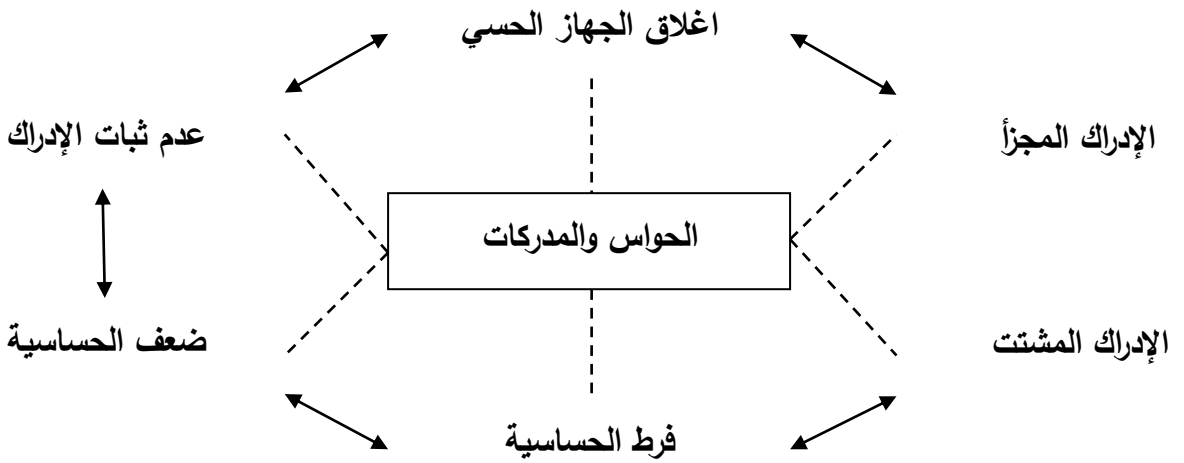
01.الحواس والمدركات Senses and Perceptions:

يعتبر تعلم الكيفية التي تعمل بها حواس كل فرد يعاني من التوحد مفتاحا جوهريا لفهم هذا الفرد والمشكلات الأكثر شيوعا والتي أبرزها التوحديون وذكرها كل من بلاك مان، أونيل وهوثورن فيما يلي:

- عدم القدرة على التعبير بين المعلومات الحسية.
- صعوبة في الإدراك الكلي.
- غير قادرين على تصفية المثيرات الحسية التي يتعرضون لها.
- عدم القدرة على تصفية المعلومات التي يتلقونها وهي أشبه بطريق مزدحم بالسيارات التي يقودها سائقين غير مباليين ولا يمتثلون للقانون ويتسببون في أزمات مرورية بشكل يصعب ويعقد المسير وهكذا المعلومات والأفكار لدى أفراد التوحد، حيث تجد صعوبة كبيرة في توظيف المعلومات والمرونة في التفكير.
- الإدراك البصري يقود إلى تصلب في التفكير ونقص في التعميم وتكون كل حالة منفردة.
- أدنى تغير في البيئة يثير لديهم الشعور بالحيرة والارتباك مما يؤدي إلى شعورهم بالانزعاج.
- التصرفات البيئية وسلوكات المحيطين تثير ردود أفعال يعبر عنها بحركات جسدية معينة تعرف عادة على أنها سلوكيات توحدية نمطية وهم يقومون بهذه الطقوس من أجل الشعور بالاطمئنان، ومن أجل خلق بعض النظام في حياتهم اليومية[1].

ويمكن اعطاء صورة توضيحية في الشكل التالي لما يدور في فلك الأفراد التوحديين:

شكل رقم (01): عوامل الحواس والمدركات.



[1] محمد صالح الامام، فؤاد عيد الجوالدة، **مرجع سابق**، ص101-102.

1. الإدراك المجزأ:

غالبا ما يعجز التوحديين عن تجزئة الصورة الكلية إلى وحدات ذات معنى عندما يكون هناك الكثير من المعلومات التي تحتاج إلى معالجة آنية، فهم يقومون بمعالجة تلك الأجزاء فقط التي حدث وأثارت انتباههم، ويبدو أن ردود فعل التوحديين نحو أجزاء من الأشياء تكون كما لو أن هذه الأجزاء كل متكامل بحد ذاتها ويذكر كل من فان دالين وأونيل 1995-1999 أن الأطفال التوحديين ربما يدركون محيطهم وكذلك الناس الذين يواجهونهم على أنهم أجزاء وقطع، فهم يقومون بتفسير وتخزين انطباعاتهم الفردية -المتميزة عن وجهة نظر غير التوحديين- كخبرة في ذاكرتهم، كما أنهم يستخدمون التعريفات غير التقليدية للأماكن والأشياء والأفراد من حولهم بشكل وظيفي في بيئتهم كشيفرة خاصة بهم[1].

يجد أولياء أمور التوحديين أن سلوكيات أطفالهم لا يمكن استيعابها، حيث يقومون بالعديد من المحفزات الذاتية بما فيها هز الجسد والتأرجح والتصفيق والحك وغيرها، كل ذلك يعتبر محاولات للارتباط مع هذه الحواس، فهي تساعد على تهدئة التوحدي وتوفير التوازن والنظام والهدوء والشعور بالراحة.

وفي سياق الادراك المجزأ يقول بلاك بيرن 1999 علينا مناقشة دور الانتباه وطريقة عمل الآليات الانتباهية في التوحد، وقد يكون اختلال الأداء الانتباهي أساسيا في العديد من أنواع العجز المعرفي والاجتماعي لدى التوحدي تماما مثل كون الانتباه الفعال ضروريا لتطوير جميع مظاهر الأداء.

وفي دراسة واهلن ولورا وبروك 2006 هدفت إلى قياس التأثيرات غير المباشرة لتدريب الانتباه المتواصل في التدخل الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة No= 10 أطفال توحديين، واستخدم مقياس للانتباه استمارة ملاحظة وقد طبقت جلسات البرنامج التدريبي المبنية على التلقين الاجتماعي والتقليد الكلامي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى ظهور تحسن في سلوكيات التواصل الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التي دربت على الانتباه المشترك كما تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية في تحسين السلوكيات غير المستهدفة، كما برز تحسن في التلقين الاجتماعي والتقليد واللعب والحديث التلقائي، وتدعم النتائج الافتراضات التي تقول بأن تعليم مهارات الانتباه المشترك يؤدي إلى تحسن وتطور في العديد من المهارات الأخرى.

ترتبط القضايا الحسية بشكل وثيق بالأداء الانتاهي، وقد يساعد احداهما في حدوث الآخر، بالإضافة إلى تطوير نتائج عقلية قد تقود إلى متلازمة توحدية كاملة[2].

ويبدو أن ردود فعل التوحديين تجاه أجزاء من الأشياء يكون كما لو أنها كل متكامل، مما ينتج عدم القدرة على تصفية المعلومات وعدم القدرة على تمييز ما له علاقة من غيره، وعدم القدرة على توزيع كميات مختلفة

---

[1] مصطفى نوري القمش، **الاعاقات المتعددة**، دار المسيرة، الأردن، ط3، 2013، ص163.

[2] أسامة فاروق مصطفى، السيد كمال الشربيني، **التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج)**، ، دار المسيرة،الأردن، ط2، 2014، ص51.

من الانتباه عبر المثيرات الموجودة اعتمادا على أهميتها وعدم القدرة على المحافظة على الانتباه، وزيادة في التشتت والعجز في الأداء المعرفي.

وتتدخل الاستجابات القسرية للمثيرات غير ذات العلاقة في المعلومات، وبدون التصفية الفعالة والانتباه الانتقائي في انتقاء المعلومات وتنظيم الاستجابات، فاضطراب التصور أو اضطراب معالجة السياق قد يفسران صعوبة معالجة ملائمة المثيرات واضطرابات الانتباه، وترجع اضطرابات الانتباه الانتقائي إلى عيب في استجابة التعويد، وبالتالي قد ينشط الانتباه الانتقائي بصورة دائمة لأن كل المثيرات تعتبر في هذه الحالة جديدة، فإذا كانت كل المثيرات موضع تمييز فلن ينتقي منها إذن أحد، ولهذا يظهر ذلك الانقطاع عن العالم المميز للمرض العقلي، والانتباه الانتقائي يعتبر اجراءات انتقاء مبكرة تقوم على الخصائص الادراكية للمثيرات، وهذا يتوقف مع فرضية وجود فرط يقظة، كما تعتبر اجراءات انتقاء متأخرة تقوم على الخصائص الدلالية للمثيرات وهذا يتوافق مع فرضية وجود اضطراب في الانتباه الانتقائي، لا يستطيع الطفل توزيع انتباهه ما بين الشيء الذي يريده وما لا يريده، وذلك لأن عملية نقل الانتباه من مثير إلى آخر عملية بطيئة نسبيا بالنسبة للعديد منهم[1].

وتذكر لاوسن 2001 أن هناك مشكلة انتباهية أخرى في التوحد وهي الاخفاق في تأسيس انتباه مشترك والمحافظة عليه، وهذا يعني القدرة على الانتباه لنفس المثيرات كفرد آخر، ويقود هذا الاخفاق في مشاركة الخبرات مما يؤدي بدوره إلى الاخفاق في استيعاب معنى التفاعل مما يعيق التطور الاجتماعي ومع ذلك يمكن النظر إلى الانتقائية العالية والتركيز الانتباهي الضيق لا على أنه عجز بل على أنه أحد الاختلافات الانتباهية.

2. الإدراك المشتت:

قد يمر التوحديي كما يذكر بلاك مان 2001 بجميع انواع خبرات التشتت في إدراكهم وخاصة عندما يكونون في حالة إثارة شديدة أو في حالة ازدياد العبء المعلوماتي، ولا يمكن لأحد أن يتوقع بأن العينين –على سبيل المثال– تلتقط اشارات مختلفة من النور والظل واللون والحركة.

3. المعالجة المتأخرة:

نتيجة للإدراك المجزأ قد يمر التوحديين بخبرة المعالجة المتأخرة، وتذكر ويليامز 1996 أن الادراك المجزأ يتطلب وقتا أطول وجهدا لتغيير ما يحدث معهم أو ما يحدث حولهم، وقد يبدو كما لو أنهم لا يشعرون بالألم ولا يرغبون بالمساعدة ولا يعرفون ما يقولون او لا يرغبوا بأن يسمعوا،ومع ذلك عندما تتم معالجة هذه الاحاسيس وفهمها، يكونوا بعيدين بمقدار زمني متباين ما بين عدة دقائق أو يوم أو أسبوع أو شهر أو حتى سنة عن السباق الذي حدثت فيه هذه الخبرة.

---

[1] محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجوالدة، **مرجع سابق**، ص109.

4. فرط الحساسية:

يعتبر فرط الحساسية تجاه المثيرات الحسية شائعا في التوحد، وقد تكون حواسهم حادة جدا وتتزعج من المثيرات التي لا تزعج غير التوحديين، فعلى سبيل المثال قد تؤذي أشياء معينة أيديهم، وقد يكرهوا الأماكن التي تنبعث منها أصواتا مزعجة أو أضواء ساطعة، وتؤكد كل من لاوسن، جراندين 1996 أن الخوف من أصوات معينة يؤذي آذانهم ويكون سببا في العديد من نوبات الغضب والسلوكيات المتعدية، وتصدر العديد من السلوكيات السيئة بسبب توقعهم التعرض لمثيرات مؤلمة[1].

5. ضعف الحساسية:

أحيانا تصبح الحواس دلى التوحديين خاملة إلى درجة عدم القدرة على رؤية أو سماع العالم من حولهم بوضوح، او قد لا يشعرون حتى بأجسادهم، ولإثارة حواسهم وللحصول على بعض المعنى لما يدور حولهم، يقول كل من هوثورن وموخباضياي 2000 أنهم قد يلوحون بأيديهم أو يهزون أجسادهم أو يصدرون أصواتا غريبة.

6. عدم ثبات الإدراك:

قد يجد التوحديين أنفسهم في دوامة من الأحاسيس، ولذلك فهم لا يحتملون هذه الاثارة في بعض الأحيان ولا يشعرون بها تماما في أحيان أخرى –2001 بلاك مان– ويعتبر التأرجح في حجم الغدراك شائعا في التوحد، وعدم الثبات لا يساعد في إدراك المعلومات، عندما تتغير الاثارة وبذلك يتغير تفسير ما يجري من يوم لآخر أو ساعة لساعة أو حتى دقيقة لدقيقة ولا يساعد على تعلم المفاتيح الاجتماعية والانفعالية من الناس.

ويجلب عدم الثبات والاختلاف الحسي الإدراكي وغيره كما تذكر هوثورن عبئا حسيا في أوضاع قد لا تزعج الناس الآخرين، ويعتبر الضعف تجاه العبء المعلوماتي أحد الخصائص المميزة للتوحديين والذي لا تتم ملاحظته من قبل شركائهم في التواصل من غير التوحديين، وإذا ما استمروا في معالجة جميع المعلومات القادمة على الرغم من عدم قدرتهم على المجاراة يزداد العبء مما يجلب في النهاية القلق والاحباط والارتباك والاجهاد والذي يقود بدوره إلى سلوكيات متحدية[2].

ويطلق –شور Shor– وهو فرد توحدي عالي الأداء –على المشكلات الحسية في اضطرابات الطيف التوحدي Asds– عندما تصبح الحواس مثارة بشكل عال جدا أو بشكل منخفض جدا –الانهاك الحسي، ويمكن أن يكون التعامل مع البيئة صعبا، إذا ترافقت معلومات حسية مشتتة لا يمكن الاعتماد عليها مع الفروق الحسية ولهذا السبب فإنهم يلزمون بنفس الروتين القديم– لأن الأسهل عليك أن تقوم بما تعرفه وبشكل واع أو غير واع، فإنهم يقومون بتطوير أساليبهم الادراكية من أجل التكيف مع ادراك مؤلم ولا يمكن الاعتماد عليه ويمكن النظر إلى هذه الأساليب على أنها استراتيجيات دفاعية وتكيف طوعي أو قسري –ميكانيزمات دفاعية– يكتسبها

---

[1] محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجوالدة، **مرجع سابق**، ص110.

[2] أكاديمية التربية الخاصة، **التدريب المنظم وتطبيقاته مع الأطفال المصابين بالتوحد**، وحدة البحوث والتطوير، الرياض، 2000.

التوحدي في وقت مبكر من حياته، وبما أن بيئة الفرد ومشكلاته الإدراكية منفردة، يكون هذا التكيف فرديا جدا، ومن أكثر الاساليب الإدراكية شيوعا في التوحد، كما تذكرها كل من لاوسن ويليامز ما يلي:

أ. المعالجة الأحادية:

لتخفيف كمية المعلومات وتجنب التشتت والتجزؤ والضغط، قد يستخدم التوحديين قناة حسية واحدة في وقت واحد ويقومون بإيقاف جميع الحواس، مما يجعل ادراكهم محدودا بشكل معين ولكنه يساعد في ايجاد معنى للمعلومات في محور حسي واحد على الأقل ثم يتعلمون بعد ذلك تغيير القنوات وبذلك يتمكنون من الحصول على معلومات عن شيء ما أو حدث أو وضع معين، مع أن هذا لا يحدث في نفس الوقت في جميع الحواس.

فعلى سبيل المثال يستخدم الطفل بصره ويرى جميع التفاصيل ويرى أن الألوان متموجة أو مشعة، ولكنه يفقد مسار الحواس الآخرى، لذلك فإنه لا يفهم الأصوات في الخلفية ولا يشعر باللمس والوعي الجسدي.

كما قد يعجز التوحديين عن معالجة المعلومات القادمة من الداخل والخارج في نفس الوقت، فعلى سبيل المثال في الوقت الذي يقومون فيه بلمس شيء ما، قد يشعرون باليد ويفقدون الإحساس بما تقوم اليد بلمسه[1].

ب. الإدراك الفرعي:

وهي استراتيجية لتجنب الضغط والحصول على معنى من العالم الخارجي ويذكر أونيل أنه غالبا ما يتمكن التوحديين من فهم الأشياء بشكل أفضل إذا ما انتبهوا لها بشكل غير مباشر عن طريق النظر إليها بطرق العين، أو الاستماع بشكل خارجي وتصبح هذه الحالة نوع من المواجهة غير المباشرة مقارنة مع المواجهة المباشرة للأسوياء وينطبق الشيء نفسه كما تقول ويليامز على الحواس الأخرى إذا كانت تعاني من فرط الحساسية، فالإدراك غير المباشر للرائحة والتذوق واللمس يكون عبارة عن استراتيجية دفاعية لتجنب الضغط[2].

02.متلازمة اسبيرجر والتوحد ذي الأداء العالي:

يعتبر امتلاك واستخدام أجهزة الحواس والمدركات والقدرات والتفكير Spats غير السوية من قبل الطفل أقل من عامين أو أي فرد آخر ممن يمتلكون الابداع العصبي، دون أن تقدم لهم مساعدة موجه من خلال برامج تربوية وعلاجية مناسبة تهدف إلى علاج Spats كفيلة لإحداث طيف التوحد، ويدرك الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر أنهم توحديين بشكل أقل عمقا.

---

[1] جيلبرج، كريستوفر، ترجمة وضحة الوردان، **التوحد: مظاهر الطبية والتعليمية**، مطبعة الهيئة للتعليم التطبيقي والتدريب، الكويت، 1996،ص117.

[2] وهران عبد السلام، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، القاهرة، عالم الكتب، 1977، ص97.

وكلما كان التدخل المبكر مناسبا كلما كان ذلك أفضل وكلما كان الأخصائيين أكثر ادراكا كلما كان هناك احتمال أكبر لأن يصبح الفرد فعالا بشكل دال احصائيا في الموهبة والتفكير، مع قيمة كبيرة في انجاز المهام التي تجد فيها النمطية العصبية NTS صعوبة في أدائها بفاعلية[1].

03.التوحد ذي الأداء المنخفض:

إذا حدث وأن ضمت أجهزة الحواس والمدركات والقدرات والتفكير Spats غير السوية، أو هذه المجموعة Spats تكون طبيعية جدا لكنها غير منظمة ففي كلتا الحالتين سيتأثر الاتصال، وهناك احتمال أن يكون التوحد أعمق وأن يكون عمقه بنسبة قريبة من مستوى الإعاقة، وبذلك فإن ايجاد وسيلة لحل المشكلات الحسية سوف ينهي التوحد منخفض الاداء وهذا يعتبر هدا جديرا بالاحترام أكثر من إنهاء التوحد بشكل عام[2].

04.أسباب تطور Spats:

يمكن أن ترتبط هذه المشكلات الحسية الإدراكية الحقيقية كما تذكر ويليامز بالاستعداد الوراثي والاختلال الوظيفي والذي تسببه عدوى فيروسية أو اصابات خلال الحمل أو الولادة أو في الأيام الأولى أو الاسابيع الأولى بعد الولادة، أو كيمياء حيوية غير سوية للدماغ وذلك عندما تطلق الحساسية الزائدة استجابات كيماوية أو هرمونية في الدماغ وتؤدي السلوكيات الناتجة عن هذا إلى مشكلات تطورية وهناك سبب محتمل تجاه أنواع مختلفة من الطعام –تؤدي إلى عدم القدرة على التكيف بشكل كاف مع أنواع مختلفة من الطعام– مما ينتج عنه تحسس وعدم تحمل للغذاء وإذا لم تتم معالجة هذا التحسس الحاد تجاه الغذاء فقد يسبب تلفا في الدماغ ناتجا عن كل من التسمم ونقص التغذية بسبب نقص الامتصاص[3].

المطلب الثالث: خصائص الاطفال المصابين بالتوحد.

01.الخصائص السلوكية:

ابتداءا من المقارنة بين سلوك الطفل المصاب التوحد والطفل غير التوحدي نجد أن الأول يتصف بحدودية السلوك وسذاجتها والقصور الواضح في التفاعل مع المتغيرات البيئية بشكل سليم وناضج فضلا عن انها تبتعد عن التعقيد، فهؤلاء الأطفال يعيشون في عالمهم الخاص، لا ينتبهون ولا يركزون على ماهو مطلوب منهم، بل يركزون على جانب محدود لا يملون منه كتركيزهم على جزء صغير من آلة كبيرة.

والكثير من هؤلاء الاطفال يتعلقون بالأشياء بشكل غير طبيعي، وقد تكون هذه الأشياء ليست ذات جدوى من الناحية الوظيفية.

---

[1] محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجوالدة، مرجع سابق، ص114.

[2] أسامة فاروق مصطفى والسيد كمال الشربيني، **مرجع سابق**، ص102.

[3] قحطان أحمد الظاهر، **مرجع سابق**، ص102.

كما يتفق معظم الباحثين في هذا المجال على أن أهم خاصية يتصف بها الأطفال المصابون بالتوحد هو السلوك النمطي (Stereo Typed Behavior) وتكرارية السلوك الطقوسي (Ritualistic Behavior)، فقد يستمر في هز جزء من جسمه كرأسه أو رجله لفترات طويلة وقد تكون تلك الحركات استثارة ذاتية، وقد تنتهي بشكل مفاجئ دون تدخل الآخرين، ثم يرجع قافلا إلى وحدته معرقا فيها ومنغلقا على نفسه.

كما أنهم يتعلقون بشكل غير طبيعي بالأشياء ولا ينفكون منها، فهم أساسا لا يحبون التغيير ويصرون على التماثل، فإن المظاهر النمطية والطقوسية تكون واضحة جليه والإصرار على التماثل أيضا وقد تنتاب الطفل رغبات استحواذية غير وظيفية كحمل لعبة معينة أينما ذهب وأينما حل أو تحسس أشياء كالجدران غير مبالين بالقبول الاجتماعي أو عدم القبول، وقد يظهر ذلك في الاهتمامات والأنشطة والحاجات كالمأكل والمشرب والملبس[1].

لذلك قد يجد الآباء صعوبة في تغيير الغذاء وخاصة تلك التي تحتوي على الجلوتين والكاسيين لأنهم اعتادوا على نوعية من الأكل لا يرغبون في تغييره، فمثلا قد يبدأ الاطفال المصابون بالتوحد بأكل الخبز قبل السلطة، ويمكن أن يعمموا ذلك في المدرسة لذلك عندما يحاول الباحثون علاج الطفل المصاب بالتوحد عن طريق الغذاء كإضافة مواد تحتوي على (B_6) والمغنزيوم فهم يخلطونه مع ما يفضله الطفل من الطعام أو قد يعطونه القليل منه، وقد يفضلون قدحا معينا في الشرب الذي اعتادوا عليه، وقد تنتابهم صورة من الغضب في حالة التغيير، وقد ينتاب الأطفال المصابين بالتوحد اضطرابات شديدة عند تعرضهم بشكل مفاجئ إلى بيئة جديدة غير البيئة التي اعتادوا عليها.

ويظهر الأطفال المصابون بالتوحد علامات الحزن دون أن يكون هناك أسباب بيئية تدعوا إلى ذلك، ودون أن يعوا ذلك أو قد يؤذون أنفسهم كعض أنفسهم أو ضرب رؤوسهم على الحائط، لذلك يفترض على المدارس الخاصة بالأطفال المصابين بالتوحد أن تضع عازلا من الاسفنج أو ما شابه ذلك لمولجهة هذه السلوكات التي تحدث من قبل هؤلاء الأطفال.

ويتصف هؤلاء الأطفال كذلك بالتبلد في الاحساس مقارنة باقرانهم غير التوحديين وقد لا يقدرون المخاطر التي يتعرضون إليها، وقد تحدث كثير من المعلمات اللواتي يتعاملن مع الأطفال المصابين بالتوحد بأنهم رأوا أطفالا ينساب الدم من جسمهم دون أن يبكوا لذلك يتطلب مراقبتهم سواء في المؤسسات التعليمية أو داخل البيت، وما يكون ملفتا للنظر أن الطفل المصاب بالتوحد قد يتضايق جدا ويصرخ بصوت عال جدا عندما يلمسه طفل آخر وقد يعكس ذلك خللا في توازن الحواس.

كما يتصف هؤلاء الأطفال باستجابتهم غير الاعتيادية، فقد يستجيب بعضهم لبعض الأصوات ويتعالون فيها، ويتصف منهم بالنشاط الزائد والحركة غير الهادفة وقد يتصف بعضهم بالجمود والقصور الواضح بالحركة،

[1] محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجوالدة، **مرجع سابق**، ص45-46.

وقد يميلون إلى المشيء على رؤوس الأصابع، وقد لا يتحكمون في حركات أيديهم في المهارات الحركية الدقيقة، وصعوبات في تغيير أوضاعهم الجسمية[1].

ويتصف بعض الاطفال المصابين بالتوحد بردود أفعال عالية (Hyper Activity) وبعضهم الآخر بردود أفعال واطئة (Hypore Activity).

ويشير أنزلون وويلمسون (Anzalone and Williamson-2001) في هذا الصدد أن الاطفال الذين يتصفون بردود الأفعال الزائدة (Hypore Activity) يميلون أن تكون العتبة الحسية لديهم واطئة (Low Sensery Threshold) ولديهم انحرافات في ردود أفعال الجهاز العصبي السمبثاوي مثل زيادة في ضغط الدم، ومعدل ضربات القلب والتنفس، ويميل هؤلاء الأطفال إلى مستوى إثارة عالية ومحددة وسيطرة صارمة على المدخلات الجسمية.

أما الذين يتصفون بردود الأفعال الواطئة (Hypore Activity) فيميلون أن تكون لديهم عتبة حسية عالية (High Sensery Threshold) لذلك يحتاج هؤلاء الأطفال إلى كثير من المدخلات الحسية لتنشيط الجهاز العصبي السمبثاوي، لذلك يمكن القول أن الاطفال الذين يتصفون بردود أفعال عالية قد يتعلمون من البيئة المعاشة أكثر من أولئك الذين لديهم ردود أفعال واطئة ويتصفون كذلك بالانتقاء المتطرف للمثيرات والالتصاق بها بشكل غير طبيعي دون ملل أو سأم، إضافة إلى ذلك لديهم حركات جسمية غير طبيعية كهزالجسم بشكل مستمر أو الدوران حول نفسه أو تحريك نصف الجسم إلى الأمام والخلف، أو فرك اليدين أو طقطقة الاصابع أو رفرفة اليدين.

ومن المظاهر الأخرى التي يتصف بها أطفال التوحد تجنب النظر بوجوه الآخرين، أو بشكل محدد القصور الواضح بتلاقي العيون أو ينظر من خلال الآخرين.

إن التمركز حول الذات للطفل التوحدي تجعله لا يستجيب للأصوات التي تصدر من الأشخاص الذين يحيطون به وكأنه لا يسمعها، وأحيانا قد ينزعج من الأصوات بحيث يضع يديه على أذنيه وكأنه يريد أن يعيش في عالمه الخاص دون مؤثرات خارجية وقد يكون لبعضهم خشية وخوف من أشياء لا تستدعي الخوف إذ هي طبيعية لأقرانهم الذين هم في نفس أعمارهم[2].

وقد تظهر حالات الصرع عند الأفراد المصابين بالتوحد عندما يصلون إلى مرحلة المراهقة، وتشير التقارير في هذا الصدد أن واحدا من أربعة تظهر عليهم حالات الصرع في مرحلة البلوغ، وقد تكون للتغيرات الهرمونية دورا في ذلك (Volkmar 2000) وقد يميل بعض الأطفال المصابين بالتوحد إلى السلوك العدواني وخاصة عندما يكونون في حالة قلق أو احباط أو بيئة غريبة، ويكون ذلك غما من خلال الاعتداء على الآخرين أو كسر الأشياء الموجودة أمامه أو إيذاء أنفسهم.

---

[1] نفس المرجع السابق، ص47.

[2] نفس المرجع السابق، ص48.

ويواجه الطفل المصاب بالتوحد صعوبات في مهارات العناية الذاتية كالاستحمام واستخدام الحمام وارتداء الملابس وتنظيف الأسنان وحدودية الاستقلال وخاصة في مرحلة الطفولة[1].

02.الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

إن هؤلاء الأطفال لا يقيمون علاقات اجتماعية حتى مع أقرب الناس إليهم، فهم يعزلون أنفسهم حتى عند وجودهم داخل الأسرة، كما أنهم لا يتواصلون بالعين مع أقرب الناس إليهم، ويمكن أن يتجنبوا تلاقي العيون، وقد يقضي الأطفال المصابون بالتوحد بعض الوقت مع آبائهم أو مربيهم، وقد يحب الطفل المصاب بالتوحد الجلوس في حضن أمه لكن لا ينظر إليها ولا يبادلها الابتسامة كما يفعل الطفل العادي، وقد يفشل هؤلاء الأطفال في فهم العلاقات مع الآخرين، ولا يستجيبون لمشاعرهم، كما يظهر قصورهم الواضح مشاركتهم الآخرين تجاربهم وسلوكاتهم، كما أنهم لا يعطون انتباها أو اهتماما للأشخاص الذين يحيطون بهم، وقد يوجهون انتباههم إلى الأشياء المادية، وقد يتعاملون مع الأشخاص وكأنهم أشياء مادية، وليسوا كائنات حية فلا يكون هناك تواصل بصري، وقد يهتمون بجزء من الإنسان كيديه مثلا كما يهتمون بأجزاء الأشياء ونادرا ما يسعون إلى الحنان، ولا يتضايقون في أغلب الأحيان عندما يغادر أحد الوالدين البيت، كما أنهم لا يلاقون الآباء بلهفة عند عودتهم كما هو الحال بالنسبة لأقرانهم غير التوحديين وهذا ما يؤلم الوالدين[2].

وقد يتصف هؤلاء الأطفال بغياب الدلالة الاجتماعية إذ لم تظهر عليهم من التعبيرات ما يدل على الفرحة والسرور عند لمسهم لعبة أو أي شيء مرغوب فيه بشكل عام.

ويشير زكلر وبورلاك (Zigler and Burlak, 1998) في هذا الصدد إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد:

- يفضلون الألعاب ذات الخصائص الحسية أكثر من تفضيلهم اللعبة نفسها.
- لعب الأطفال المصابين بالتوحد ينقصه الخيال أي أنهم لا يضيفون أفكارهم أو مشاعرهم أو تفسيراتهم الخاصة.
- يميل هؤلاء الأطفال إلى المواظبة والتكرار لنفس طريقة اللعب.
- لا يضيفون أفكار تلقائية ولا يستطيعون اللعب التمثيلي.

يظهر القصور الواضح في التمثل والابتكار إضافة إلى افتقارهم إلى ابداء المشاعر خلال المواقف الاجتماعية كما أنهم لا يعيرون أي اهتمام بمشاعر الآخرين، ونحن نعرف أنه من الخصائص الرئيسية للتفاعل

---

[1] نفس المرجع ، ص49.

[2] تالور ريتا، ترجمة نيفين اسانبولي، **مجموعة تدريب أولياء الأمور المهتمين بالأطفال حتى عمر 8 سنوات**، انتاج ونشر مشروع ماكتون لتطوير المفردات اللغوية، الكويت،1998.

الاجتماعي وبناء علاقات اجتماعية سليمة هو الاحساس بمشاعر الآخرين فضلا عن قصورهم الواضح في التعبير عن مشاعرهم.

والأطفال المصابون بالتوحد لا يعبرون مشاعرهم وعواطفهم بشكل طبيعي كأقرانهم الآخرين، فمثلا قد يظهرون مشاعر الغضب والسرور والحزن دون أن يكون لذلك مبرر أو موقف يتطلب ذلك.

ويمكن القول كذلك أن هؤلاء الأطفال يتصفون بإفتقارهم إلى التعلق بالوالدين في مرحلة الطفولة المبكرة، كما أنهم لا يتجاوبون مع أية محاولة تبدي عطفا أو حبا أو قد يلاقي الآباء الفتور وعدم الاكتراث من ضمنهم ومعانقتهم وتقبيلهم وهذا الحال يختلف تماما عما يفعله الأطفال غير التوحديين كما قد يعاني الأطفال المصابين بالتوحد إلى اضطرابات في النوم كأن ينامون فترات أطول من الاعتيادي أو أقل بكثير مما هو عادي لنفس أعمارهم، وقد يتخلل نومهم الكوابيس والأحلام المزعجة.

ولابد من الاشارة في هذا الصدد إلى أن التفاعل الاجتماعي ليس درجة واحدة لدى جميع الأطفال المصابين بالتوحد، فهناك من لا يستجيب لكل أنواع التفاعل الاجتماعي ويحب العزلة بذاته، ويهرب تجنبا للاحتكاك، وقد يكون الحال حتى داخل الأسرة والبعض الآخر لا يهرب ولا يتجنب مخالطة الناس عندما يحتاجون إلى شيء ما، ولكن تفاعلهم الاجتماعي لا يكون بالمستوى المقبول الذي يضاهي أقرانهم غير التوحديين، فأطفال اسبيرجر يتفاعلون اجتماعيا مع الآخرين، ولكن قد يفشلون في إقامة علاقات اجتماعية مستمرة للسلوك غير الطبيعي الذي يصدر منهم[1].

لذلك صنفت المشكلات الاجتماعية إلى ثلاث فئات وهي:

- **المنعزل اجتماعيا:** وهو أشد الفئات إذ يتجنب هؤلاء الأطفال كل أنواع التفاعل الاجتماعي ويبتعدون عن كل فرد يحاول الاحتكاك معهم وإن الغضب والهروب عن الناس هي الاستجابة الأكثر شيوعا وقد يوصف هؤلاء الأطفال بأنهم مذعورون وهناك من يعلل الحالة وفقا للمقابلات الشخصية للبالغين المصابين بالتوحد إلى فرص الحساسية لمؤثرات حسية معينة، فيقول بعضهم أن صوت الأبوين يؤلم أذنيه، وقسم يصف رائحة عطر والديه أو الكولونيا التي يستعملانها بالكريهة وآخرون يشعرون بالألم عندما يلامسون.
- **غير المبالي اجتماعيا:** وهؤلاء الأطفال لا يتجنبون المواقف الاجتماعية بشدة، لكنهم لا يسعون إلى الاختلاط بالناس، وفي ذات الوقت لا يكرهونهم، كما أنهم لا يجدون بأسا في الخلو إلى أنفسهم، وقد يمثل هذا النوع من السلوك الاجتماعي نتائج بين الأطفال المصابين بالتوحد.
- **الأخرق اجتماعيا:** وهؤلاء الأطفال يحاولون جاهدين مصادقة الآخرين، لكنهم يفشلون في الاحتفاظ عليهم، أي لا يستطيعون الابقاء على صداقتهم لأقرانهم لأنهم يتمركزون حول ذاتهم، كما أنهم لا

[1] الظاهر قحطان أحمد، **تعديل السلوك**،دار وائل للنشر، عمان ، ط2، 2004، ص76.

يمتلكون المهارات الاجتماعية الكافية ويفتقرون إلى الذوق الاجتماعي، وقد يكون هذا الشكل من السلوك الاجتماعي شائع بين الأسبيرجر من الأطفال[1].

ومن الدراسات التي تطرقت إلى السلوك التكيفي والتي قارنت بين الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال المعاقين عقليا والأطفال العاديين دراسة رادرج وآخرون (Radrigue and others) التي هدفت الموازنة في السلوك التكيفي بين هذه الفئات تكونت عينة الدراسة من 40 طفلا مصابا بالتوحد و20 طفلا معاقا عقليا (فئة متلازمة داون) و20 طفلا عاديا متطابقين في العمر الزمني والعرف ونظام الولادة وحجم الأسرة والوضع الاجتماعي والاقتصادي. توصلت الدراسة إلى مجمعو الأطفال المصابين بالتوحد أقل الأطفال اكتسابا للمهارات الاجتماعية حيث أظهروا تأخرا خطيرا في اكتساب هذه الدراسات.

بينما لم تتفق دراسة جاكوبسون وأكيرمان (Jacobson and Ackerman, 1990) تماما مع الدراسة السابقة إذ أشارت نتائج الدراسة التي أجريت على عيينة كبيرة جدا ضمت (1442) طفلا مصابا بالتوحد و24042 طفلا معاقا عقليا بأعمار (05-12 سنة) إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد تفوقوا على أقرانهم المعاقين عقليا المماثلين لهم في العمر الزمني، ولكن مع التقدم في العمر الزمني تفوق الأطفال المعاقون عقليا في المهارات التكيفية على أقرانهم التوحديين.

03.الخصائص اللغوية:

من الخصائص التي يتصف بها الأطفال المصابين بالتوحد التقليدي والتي تكون مشتركة لدى جميعهم هي إعاقة التواصل حين يتبادل إلى الذهن لأول وهلة عندما يلتقي هؤلاء الأطفال بأنهم بكم لان الكثير منهم لا يستخدمون اللغة المنطوقة وكذلك اللغة غير المنطوقة كالتواصل البصري والابتسامات والإشارات والتوجهات الجسدية، ولا تكون تلميحات الوجه وقسماته متوافقة مع نبرة الصوت، فالطفل قبل تعلمه اللغة قد يستخدم الاشارات والإيماءات كما أنهم إن تكلموا فغالبا ما يرددون ما يقال دون فهم أو استيعاب وهذا ما يسمى بالمصاداة (Echo la lia) ولابد من الاشارة إلى أن المصاداة تكون طبيعية قبل ثلاث سنوات، ولكن إذا استمرت بعد هذا العمر فقد يشير إلى خصيصة من خصائص التوحديين، فلو تسأل الطفل السؤال الآتي: ما اسمك ؟ سيردد السؤال مرارا بنفس شدة الصوت ونغمته.

ويتصف الأطفال المصابون بالتوحد بقصورهم الواضح في التعبير إذ يصعب عليهم بناء الجملة الكلامية، ويجدون صعوبة في ربط الكلمات في جمل ذات معنى، وقد يتكلم بعضهم عدة مفردات فقط وقد يعطي الطفل المصاب بالتوحد الأشياء مسميات قد لا يعرف دلالتها إلا القريبون منه كالأباء، كما قد يعكس الضمائر فيستخدم مثلا أنت بدلا من أنا، ويمكن أن يقول: "أنت تريد شكولاطة" ويقصد "أنا أريد شكلاطة"، أو يخلط بينهما فضلا عن رتابة الصوت مما يشير إلى خلل في الصوتيات بحيث تكون شاذة الأمر الذي يصعب فهمها، أي أن كلام

[1] الخطيب جمال، **تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدرسة العادية، مدخل إلى مدرسة للجميع**، دار وائل للنشر والتوزيع ،عمان،2004، ص180-181-182.

الطفل المصاب بالتوحد يخلو من النبرات الطبيعية، فحدة الصوت وطبيعته نوعه لا يجسد محتوى الكلام، ويفتقد إلى تجسيد المعنى المعبر عنه كما يصعب عليهم فهم دلالة الألفاظ وفق السياق الاجتماعي مثل ذهب محمد إلى السوق وذهب محمد إلى ما ذهب إليه أخوه[1].

وفي هذا السياق ترى جرادان (Gradin, 1995) أن طريقة تفكير الأطفال المصابين بالتوحد يتصفون في معظم الأحيان بما يلي:

- يفكرون بالصور وليس بالكلمات.
- عرض الأفكار على شكل شريط فيديو في مخيلتهم، الامر الذي يحتاج إلى بعض الوقت لاستعادة الأفكار.
- صعوبة في معالجة سلسلة طويلة المعلومات الشفهية.
- صعوبة الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم أثناء محاولة معالجة معلومة أخرى.
- يتصف باستخدام قناة واحدة من قنوات الاحساس في الوقت بذاته.
- لديهم صعوبة في تعميم الأشياء التي يتعلمونها[2].

لذلك فهم يقلدون بصريا لكنهم يجدون صعوبة في التقليد اللفظي والحركي، لهذا أكدت الكثير من البرامج العلاجية على المهارات البصرية مثل برنامج بيكس (نظام التواصل باستخدام الصور) فاعلا مع الأطفال المصابين بالتوحد.

كما أنهم قد يجدون صعوبة في فهم دوافع الآخرين في المواقف الاجتماعية، وصعوبة التعامل مع المعلومات الحسية المستلمة، ولا يستخدمون مشاعرهم في تفاعلهم مع الآخرين بل يميلون إلى استخدام الجانب العقلي[3].

ويعاني الأطفال المصابون بالتوحد بمشاكل في مشكلات اللغة وتتمثل في قلة الحصيلة اللغوية وعادة ما يتأخر الكلام عندهم حيث يبدؤون الكلام بعمر 5 سنوات، ويعانون كذلك من اضطرابات صوتية إذ لديهم خبرات صوتية غريبة وشاذة، وتتصف بالرتابة ويتصفون كذلك بصعوبة ترتيب الكلام، وتكوين جمل ويجدون صعوبة في دلالات الألفاظ وخصوصا الكلمات ..... أو الجمل المجازية، إضافة إلى قصورهم في فهم الكلام في السياق الاجتماعي اللغوي وإنما في الجوانب المعرفية والاجتماعية.

كما يتصفون بالروتين اللفظي، وذلك لأن بعضهم يكرر السؤال نفسه أو أكثر من سؤال بشكل روتيني وبطريقة واحدة حتى لو لم يتطلب الموقف ذلك ولابد من الإشارة أن الاضطرابات لا تكون بدرجة واحدة، وتتأثر

---

[1] كوجل روبرت، لن: تر: عبد العزيز السرطاوي، ووائل أبو جودة وأيمن خشان، **تدريس الأطفال المصابين بالتوحد، استراتيجيات التفاعل الاجابية وتحسين فرص التعليم**،، دار القلم للنشر والتوزيع، الإمارات، دبي،2003، ص70.

[2] محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجوالدة، **مرجع سابق**، ص54.

[3] أحمد علي الحاج، **أصول التربية**، دار المناهج، الأردن، 2013، ص13.

بدرجة كبيرة بهذه الحالة، فقد يكون من حالته شديدة يصعب عليه الكلام، ومن كانت حالته أخف قد يتابع التعليمات المصحوبة بالإشارة، أما من كانت اصابته طفيفة فقد يواجهون صعوبة في الاختصارات واللغة الدقيقة[1].

المطلب الرابع: تشخيص التوحد.

أولا: نظرة خارجية (External View).

لا يوجد في الوقت الحاضر أية اختبارات طبية مثل المسح الدماغي والأشعة السينية أو اختبارات الدم التي يمكن من خلالها التحري عن التوحد، ويتم التشخيص على أساس مظاهر سلوكية معينة، وهناك نظامي تصنيف معيارين معترف بهما دوليا ويتم استخدامهما لتشخيص التوحد هما:

- التصنيف الدولي للأمراض –الطبعة العاشرة (ICD-10)– والذي قامت بإنتاجه منظمة الصحة العالمية عام 1992.
- الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية –الطبعة الرابعة (DSM-II)– والذي أصدرته رابطة الأطباء النفسيين الأمريكيين عام 1994.

وبما أن كلا النظامين تم تعديلهما في أوائل التسعينات، إلا أن هناك درجة عالية من الترابط بين المعايير الحالية المستخدمة في النظامين، وبالمقارنة مع الطبعات السابقة، وبسبب عدم وجود اختبارات طبية للتعرف على التوحد، وذلك لأن الأطفال الذين يعانون من التوحد ASDS لا يمكن تمييزهم عادة عن طريق مظهرهم الجسدي، لذا فإن كلا النظامين يتعرفا على هذه الاضطرابات من خلال مجموعة من الأعراض السلوكية المعينة[2].

01.تصنيف الاضطرابات النمائية حسب نظامي DSM–II - ICD-10:

وتستند الأوصاف السلوكية للتوحد في هذين النظامين التطبيقيين الرئيسين على ثالوث "وينج" للإعاقات، وفي كل من ICD-10، DSM-II، يقع التوحد تحت مظلة تصنيف الاضطرابات النمائية واسعة الانتشار، ويقدم كلا النظامين تصنيفات منفصلة ضمن كل فئة من الفئات، ويتضح ذلك في الجدول التالي:

---

(1) نايف نزار القيسي، **المعجم التربوي وعلم النفس**، دار أسامة، الأردن، 2010، ص145.

(2) عبد الهادي الجوهري، **معجم علم الاجتماع**، المكتب الجامعي الحديث، مصر 1999، ص17.

الجدول رقم (01): تصنيف الاضطرابات النمائية حسب النظامين.

ICD - 10	DSM - II
اضطرابات التوحد	اضطرابات التوحد
متلازمة ريت	اضطرابات ريت
اضطرابات طفولة تفككية	اضطرابات طفولة تفككي
متلازمة اسبيرجر	متلازمة اسبيرجر
التوحد الشاذ	اضطراب نمائي واسع الانتشار لم يتم تحديده

ويتضح من الجدول تشابه المعايير التشخيصية لاضطرابات التوحد في ICD-10، DSM-II، بشكل كبير. فبالنسبة لـICD-10 ، يجب أن تظهر مشكلات لدى الفرد في ثلاثة مجالات رئيسية:

- التفاعل الاجتماعي التفاعلي.
- الاتصال والنماذج المحددة والمتكررة والنمطية للسلوك.
- الميول والأنشطة.

ومن أجل القيام بتشخيص التوحد يجب ظهور بعض المؤشرات الدالة على المجالات الثالث قبل سن ثلاثة أعوام. وبالنسبة لـDSM-II يجب أن تظهر لدى الفرد اعاقات نوعية في نفس المجالات:

- التفاعل الاجتماعي التفاعلي.
- الاتصال والنماذج المحددة والمتكررة والنمطية للسلوك.
- الميول والأنشطة[1].

كما يجب أن تظهر لدى الفرد ستة أعراض على الأقل في هذه المجالات مع وجود عرضين على الأقل يثيرا إلى التفاعل الاجتماعي، وعرض واحد في كل من الاتصال والنماذج المحددة والمتكررة والنمطية للسلوك والميول والأنشطة كما يجب أن تكون هذه الأعراض موجودة عند سن 36 شهرا.

ومع ذلك يمكن أن يحدث التوحد بالاشتراك مع اضطرابات أخرى مثل: اضطرابات الأيض، اعاقات بصرية أو سمعية، متلازمة داون، عسر القراءة، الشلل الدماغي، اضطرابات العجز في الانتباه، اضطرابات العجز في الانتباه بسبب فرط النشاط... إلخ[2].

وفي مثل هذه الحالة يتم القيام بتشخيص ثنائي، ومن المهم عدم تجاهل التوحد لدى الاطفال الذين يعانون من اعاقات متعددة، ويعاني العديد من الأطفال التوحديين من اعاقات فكرية عامة[1].

---

[1] أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، **التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج)**، دار المسيرة، الأردن، ط2، 2014، ص26.

[2] نايف نزار القيسي، **المعجم التربوي وعلم النفس**، دار أسامة، الأردن، 2010، ص10.

ويبين جوردان حقيقة أنه كلما كانت الاعاقات الفكرية العامة أكثر شدة، كلما كان هناك احتمال أكثر لأن يصاب الطفل بالتوحد، وفي مرحلة المراهنة قد يصبح ASDS معقدا مع تطور مشكلات طبية نفسية مثل الاكتئاب واضطرابات المزاج أو القلق الشديد.

02.متلازمة أسبيرجر Asperger Syndrome:

تتبع معايير متلازمة اسبيرجر نفس خطوط معايير التوحد، وفي الحقيقة تتجاوز هذه المعايير إلى حد ما معايير التوحد.

03.أوجه الشبه والاختلاف ما بين التوحد وأسبيرجر:

تقوم الأوصاف التالية بتحليل الخصائص التشخيصية المتشابهة والمختلفة ما بين التوحد و والتي يمكن أن تساعد في التمييز بين هاتين الحالتين.

أ. أوجه الشبه Similarities:

يتم تعريف كلا من التوحد ومتلازمة اسبيرجر في كل من ICD-6، DSM-II على PODS وهذا يعني أن هناك وجه شبه ما بين الحالتين يتمثل في وجود اعاقات في التفاعل والاتصال والسلوكيات والاهتمامات المعينة.

ب. أوجه الاختلاف Differences:

تظهر أوجه الاختلاف بشكل رئيسي في درجة الاعاقة، وفي عدد الأعراض، فعلى سبيل المثال تظهر لدى الفرد الذي يعاني من متلازمة أسبيرجر عادة أعراضا أقل، وعلى الرغم من أن معايير التفاعل الاجتماعي للتوحد ومتلازمة اسبيرجر متماثلة، إلا أن مظاهر الاعاقة الاجتماعية في هاتين الحالتين مختلفة»[2].

ويكون العجز الاجتماعي في متلازمة اسبيرجر أقل شدة من ذلك المرتبط بالتوحد، إلا أنهم قد يعبرون عن اهتمام كبير بلقاء الناس وبناء الصداقات ومع ذلك فإن اقترابهم من الناس يكون غالبا صعبا وغير لائق.

كما يقودهم "عدم احساسهم" بمشاعر الآخرين ونواياهم إلى اخفاقهم في عقد أية صداقات دائمة، ولهذا السبب قد يتطور لديهم احساس بالإحباط والاكتئاب وأحيانا بالوحدانية، إلا أن هذا قد لا يستمر عبر المراحل التطورية في حياة الفرد، ففي التدخلات البيئية والخبرات الحياتية –وإن لم يمر بها الفرد– إلا أن أثارها قد تلحق نوعا من التغيير وهذا التغيير قد يكون في مجال من مجالات الحياة على وجه التحديد دون غيرها، إلا أن ما تريد حصده قد يتحقق في مراحل تتبعية تبرز لدى البعض بتطور هائل، ولدى البعض الآخر بتنمية واضحة تؤهله إلى المشاركة الفاعلة في بعض مجالات الحياة.

---

[1] أسامة فاروق مصطفى، **مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، دار المسيرة الأردن، 2011، ص252.

[2] محمد كامل أبو الفتوح عمر، **الأطفال الأوتيشيك ماذا تعرف عن اضطراب الأوتيزم**، دار زهران، الأردن، 2012، ص24.

ويمكن تمييز أفراد متلازمة اسبيرجر عن أفراد التوحد على أساس نماذج التعلق في مراحل الطفولة المبكرة، ويظهر الاطفال الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر تعلقا كافيا بأفراد العائلة، كما يظهرون أحيانا الرغبة في التفاعل مع أقرانهم مع أن تفاعلهم يكون غير مألوف وغير ملائم[1].

أما في التوحد فيكون التعلق نمطيا أكثر، كما يميل هؤلاء الأفراد كما يشير كلين وفولكمار 1996 إلى أنهم يكونون انسجاميين ومنعزلين وعلى الرغم من أن معايير النماذج المحددة والمتكررة والنمطية للسلوك والميول والأنشطة لمتلازمة اسبيرجر وللتوحد متماثلة، إلا أن هذه الخصائص تبدو أقل وضوحا في متلازمة اسبيرجر.

ومقارنة مع التوحد ومن خلال تعريف متلازمة اسبيرجر، لا يوجد هناك أعراض في مجال اعاقات الاتصال ومع ذلك وعلى الرغم من اعتبار الحالات الشاذة والهامة في الكلام نمطا تمييزيا في متلازمة اسبيرجر مثلا، إلا أن الباحثين كلين وسبراو وفولكمار وسيشتي وروكي 1995 يميزون عدة مجالات من الصعوبات في مفاهيم الاتصال اللفظي وغير اللفظي لدى الأفراد الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر، ويذكر البعض يمتلك لغة جيدة في التخاطب والقواعد، وفي هذا النوع لا يكون هناك تأخر في المهارات اللغوية ولكن قد يكون هناك صعوبة في فهم الأمور الدقيقة في المحادثة والتي تحتاج إلى تركيز وفهم دقيق كالدعابة والسخرية[2].

- يكون الاتصال غير اللفظي أخرق وتناسقه مع التعبير اللفظي مشوها.
- قد يكون علم العروض المتعلق بالكلام نمطيا على الرغم من كونه مرنا ورتيبا كما في التوحد، فعلى سبيل المثال قد يظهر أفراد متلازمة اسبيرجر مدى محددا جدا من نغمات الصوت مع اعتبار محدود للأداء الاتصالي للنطق (مرح، حظن ...).
- قد يكون الكلام غالبا رسميا بشكل مبالغ فيه، ثرثارا ومطولا وتكون المحادثات عادة واقعية ومادية وحرفية وغالبا ما تكون محددة بافكار متميزة ذات اهتمام شخصي (حوار داخلي طويل حول برنامج الكمبيوتر أو صنع المواقف الخلوية...).

بالإضافة إلى ذلك فبعض الحالات الشاذة من الكلام مثل "المصاداة" (التكرار المرضي للكلمات) وقلب الضمائر التي يتميز بها حالات التوحد تكون عادة غير موجودة لدى أفراد متلازمة اسبيرجر، وفي الوقت الذي يتأخر الفرد التوحدي في الكلام فإن الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر لا يمكن أن يعانوا من تأخر عام وهام الكينيكي في اكتساب اللغة ومع ذلك قد يواجهون صعوبات في اللغة الاستقبالية وخاصة فيما يتعلق بمفهوم للسخرية والفكاهة والاستهزاء وغيرها...، وهناك أوصاف مشتركة أخرى للنمو المبكر للأطفال الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر تشمل نضج ومبكر ومعين من حيث تعلم الكلام –أي يتكلم قبل أن يستطيع الكلام– افتتانا بالأحرف والأرقام، قراءة بصرية عفوية لدى الأطفال الصغار دون فهم لما يقرؤونه أو مع فهم محدود[3].

---

[1] عبد الفتاح علي غزال، **سيكولوجية الاعاقات (النظريات والبرامج العلاجية)**، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2012، ص58.

[2] أسامة فاروق مصطفى، **السيد كامل الشربيني**، مرجع سابق، ص27.

[3] محمد كمال أبو الفتوح عمر، **مرجع سابق**، ص24–31.

وهناك فرق آخر ما بين التوحد ومتلازمة اسبيرجر أظهره نظامي ICD-10، DSM-II، يتعلق بالقدرة المعرفية، ففي الوقت الذي تظهر فيه صعوبات تعلم لدى التوحديين لا يمكن من ناحية التعريف للأفراد الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر أن يكونوا متأخرين معرفيا بشكل يكون دالا الكينيكي ولا يعاني جميع التوحديين أيضا من صعوبات فكرية عقلية ولكن يمتلك الأفراد الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر ذكاء يصل إلى المعدل، وأحيانا يكون فوق المعدل، فالكثير من أطفال التوحد لديهم نقص في القدرات الفكرية ولكن مستوى الذكاء في هذا النوع من الأطفال يكون عاديا أو فوق العادي، لذلك فإن البعض يطلقون على هذا النوع مسمى التوحد على الأداء[1].

بالإضافة إلى المعايير التشخيصية التي تم وصفها في ICD-10، DSM-II، يحدد بعض الباحثين أمثال أتوود، كليت، وينج 1995–1996 معيارا إضافي على أنه خاصية ذات علاقة، مع أنه ليس معيارا مطلوبا لتشخيص متلازمة اسبيرجر وهو تأخر في نمو المعالم الحركية الأساسية، وقد يكون اكتساب المهارات الحركية لدى أفراد متلازمة اسبيرجر متأخرا، كما أنهم يفتقدون غالبا إلى اللياقة ويمشون بطريقة متصلبة وتكون مهارات التحكم لديهم مترددية مع عجز واضح في التأزر الحركي–البصري.

كانت بداية التعرف على متلازمة اسبيرجر متأخرة نوعا ما عن بدء التعرف على التوحد، وتم التبليغ عن أن النتائج مشجعة أكثر من نتائج التوحد، ومن المثير كما يذكر كل من جيلكرايس، أوزونوف، روجرز، وينج، أن الفروق المبكرة بين الأطفال التوحديين وأطفال متلازمة اسبيرجر والتي يمكن ملاحظتها عند سن 4–5 سنوات قد تتناقص مع التقدم في العمر أو تختفي نهائيا مع بدء مرحلة البلوغ وهكذا قد ينتقل الأطفال الصغار الذين يعانون من التوحد إلى نمط تطوري من أنماط متلازمة اسبيرجر.

والسبب الأكثر أهمية وراء التعرف على حالات التوحد وتشخيصها بشكل مناسب ليس من أجل تصنيف الطفل، ولكن من أجل تحسين فهم الكيفية التي يمكن من خلالها مساعدة هؤلاء الأطفال بطريقة تتيح لهم التوافق مع الظروف وتحقيق امكانياتهم الكاملة، واستثمار ما لديهم من امكانات ومواهب ومهارات، تصمم لها البرامج المناسبة من أجل ابرازها وتنميتها وصولا إلى حد القبول المجتمعي لمشاركة فعالة في مجال يمنح الفرد تقديره لذاته ويتيح له تحقيق ذاته اجتماعيا، ويعطي للمجتمع قبول هؤلاء الأفراد بصورة تحقق شمولية الدمج[2].

04.الحالات التي يمكن تشخيصها بشكل خاطء على أنها توحد أو اسبيرجر:

ويمكن الخلط بين التوحد ومتلازمة اسبيرجر مع عدد من الحالات التي تتميز بأعراض مشابهة، وتشمل الحالات التي يمكن تشخيصها بشكل خاطئ على أنها توحد أو AS مايلي: اعاقات عقلية فكرية، الفصام، اضطرابات لغوية معينة (خرس انتقائي) متلازمة توريت، متلازمة ريت، اكتئاب...

---

[1] المجلة الدولية التربوية المتخصصة، **الصورة السعودية للقائمة المعدلة للكشف المبكر عن التوحد لدى الأطفال دون الثانية**، أحمد عبد العزيز التميمي، 2012، ص211.

[2] راضي الوقفي، **أساسيات التربية الخاصة**، دار جهينة، الأردن 2008، ص12.

وفي السنوات الأخيرة استخدم عدد كبير من المصطلحات التشخيصية لوصف الأطفال الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر مثل اضطراب الشخصية الفصامي، اضطراب برجماتي يتعلق بالمعاني، اضطراب اعاقة عقلية غير لفظية، اعاقة تطورية عقلية في النصف الأيمن من الدماغ. ولتشخيص التوحد وخاصة فيما يتعلق بما يتشابه مع الحالات الأخرى من الضروري القيم بـ:

- قياس شامل بما فيه التاريخ التطوري للطفل (نماذج السلوك التي تظهر مع مرور الوقت).
- الفحص الطبي النفسي.
- القياس النفسي.
- قياس الاتصال.
- ملاحظة الأطفال في الأوضاع المختلفة[1].

الملاحظة المختصرة في جلسة واحدة لا يمكن أن تكشف صورة صادقة عن قدرات الطفل والنماذج السلوكية لديه، غالبا ما يظهر الطفل حالة التوحد عند النظرة الأولى وكأنه من الاعاقات الفكرية أو كأنه يعاني من مشكلات في السمع، وفي هذه الحالة تكون هناك حاجة للمساعدة من قبل والدي الطفل الذين يعرفا معنى سلوكه، ويجب عدم تجاهل الوالدين، بل يجب تشجيعهم على المشاركة في عملية القياس، بالإضافة لذلك وفي الأوضاع المنظمة ومع هيئة تدريسية يعرفها الطفل قد لا تظهر أية أعراض "دالة شخصيا" من ASDS، لذا يجب ملاحظة الطفل في أوضاع مختلفة (خاصة في البيئات غير المنظمة) مع أناس مختلفين من أجل الحصول على صورة توضح الصعوبات التي يواجهها[2].

05.التشخيص المبكر:

يعتبر التشخيص المبكر حيويا حيث أن العلاج المبكر يكون أفضل إذا كان التشخيص أفضل ومع ذلك من الصعب تشخيص التوحد قبل سن الثالثة لأن السلوكيات التشخيصية –اعاقات في التفاعل الاجتماعي والاتصال– لا تتطور بشكل كامل حتى وقت متأخر من مرحلة الطفولة المبكرة، وهذا لا ينفي أن بوادر هذه السلوكيات قد تظهر.

وفي دراسة سيجموند وسيفن وايرك وسميث هدفت إلى دراسة تأثير العلاج السلوكي المكشف بمستويات متباينة على الأطفال ذوي التوحد والاعاقة العقلية، وتألفت العينة من مجموعتين، المجموعة الأولى (ن= 13 طفلا) تلقت علاج سلوكي، والمجموعة الثانية (ن= 15 طفلا) تلقت علاج انتقائي، واستمرت فترة العلاج 12 ساعة كل أسبوع، بمجموع قدره 1536 ساعة، واستخدمت الدراسة مقياس الذكاء، مقياس اللغة، مقياس للسلوك التكيفي، مقياس للسلوك لا تكيفي، أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فرق بين المجموعتين في المقياس القبلي،

---

[1] جمال محمد الخطيب ومنى صبحي الحديدي، **المدخل إلى التربية الخاصة**، دار الفكر، الأردن، 1997، ص15.

[2] راضي الوقفي، **مرجع سابق**، ص13.

كما بينت وجود فروق بين المجموعتين في المقياس البعدي لصالح مجموعة العلاج السلوكي على كل متغيرات الدراسة[1].

ويكون بعض الأطفال التوحديين متباينين منذ الميلاد، ويبدو آخرين وكأنهم ينمون بشكل طبيعي حتى يصلوا إلى عمر أمين ما بين عام ونصف وثلاثة أعوام عندما تبدأ الأعراض التوحدية بالظهور، ويصل بعض الأطفال التوحديين إلى مراحل تطورية أساسية مثل (الزحف، المشي، الكلام) بزمن أبكر من الطفل العادي، بينما يتأخر البعض الآخر عن الأطفال العاديين.

ولقد كانت هناك محاولات لتطوير أدوات تشخيص يمكن أن تشير إلى التوحد في مراحله المبكرة –قبل سن الثانية– ومن أجل تحقيق ذلك يجب التعرف على بعض السلوكيات الأخرى التي أجمع عليها بأنها تشير بخصوصية حالة التوحد، وفي معظم الحالات يتم اختيار السلوكيات التي تنذر بوجود اعاقات اجتماعية محتملة مثل:

- اللعب التخيلي Pretend Play.
- التقليد الحركي motor imitation
- الانتباه الانتقائي Selective Attention.

وهناك مثال على احدى تلك الأدوات وهي قائمة التوحد "Chat" والتي قام بتطويرها بارون–كوهين، ألين وجيلبيرج 1992، وتعتبر قائمة الشطب هذه أداة صممت للتعرف على الأطفال ممن هم في عمر عام ونصف ويواجهون صعوبة في تطور الاضطرابات الاجتماعية والتوصيلية، وهي عبارة استبانة قصيرة وسهلة التطبيق يتم الاستجابة عليها من قبل الوالدين وأخصائي الرعاية الصحية عند فحص نمو الطفل عندما يبلغ 18 شهرا من العمر، وتتألف "Chat" من قسمين:

- **أولها:** يقوم الوالدين بالإجابة عن أول 09 أسئلة.
- **ثانيها:** يقوم أخصائي الرعاية الأولية بالإجابة عن الأسئلة الخمسة الأخيرة وهي عبارة عن ملاحظات تم رصدها[2].

وتتلخص السلوكيات الأساسية التي يتضح عدم وجودها عن سن 18 شهرا الطفل في مواجهة صعوبة تطور في الاضطراب الاجتماعي والتواصلي بـ:

- الانتباه الانتقائي بما فيه لإظهار وجود شيء ما والتحكم بالتحديق.
- اللعب التخيلي.

---

[1] نايف بن عبد الزارع، **المدخل إلى اضطراب التوحد**، دار الفكر، الأردن، 2010، ص311.

[2] عبد الله حسين الزعبي، **التوحد (تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين)**، دار الخليج، عمان، 2014، ص141.

وهناك قياس بسيط آخر يطبق عند الميلاد يذكره كل من كورشيسن وكاريبر أكشوموف 2003 بأنه ينفذ أثناء فحص الأطفال ويوفر إمكانية الاشارة إلى الاكتشاف المبكر لحالات التوحد، حيث يكون محيط رأس الأطفال –الذين يعانون الة التوحد– أصغر من محيط رأس الطفل العادي بمعدل 25% حيث أن محيط رأس الطفل العادي عند الولادة 35 سم، وعند عمر 8 أشهر 43 سم، وعندما يبلغ العمر عام يكون 47 سم، وعند عمر عامين 49 سم أي أن حجم رأس الطفل العادي يكبر بمعدل 12 سم خلال السنة الأولى، وتكون العلاقة بين معدل حجم الرأس بزيادة العمر الزمني، وهذا يبين أن حجم الرأس يزداد في الأساس خلال السنة الأولى بعد الولادة لأن النمو الأساسي للمخ يحدث خلال هذه السنة.

وعندما يبلغ الطفل الذي يعاني من حالة التوحد عمر 6–14 شهرا يحدث هناك نمو مفاجئ ومؤثر في محيط الرأس بمعدل 84%، واستخدم كورشيسن ورفاقه المسح الدماغي عالي التردد لمراقة نمو الدماغ، ويبدو أنه من خلال هذا المسح كلما ازداد محيط الرأس ونمو الدماغ كلما زادت حالة التوحد شدة، ومع ذلك يجب أن نذكر أن 6% من الأطفال الذين ينمون بشكل سوي أظهروا نموا متسرعا في محيط الرأس منذ الولادة وحتى ما بين 6–14 شهرا وأن 41% من الأطفال الذين يعانون من التوحد لم يكن نمو محيط الرأس لديهم سويا[1].

وبشكل مخالف للتوحد يتم اكتشاف أعراض متلازمة اسبيرجر عادة في وقت متأخر من مرحلة الطفولة.

ثانيا: نظرة داخلية Internal View:

تعتبر مظلة تشخيص التوحد واسعة لأنه تشخيص غير مستقر لا يمكن بناء قرارات أكيدة عليه، كما أنه تشخيص زئبقي لا يمكن الفاحص من اصدار قرارات لها من الأهمية بمكان لوصم انسان مما ليس فيه أو اعفاء آخر مما هو فيه، إلا أنه قد يعد مؤشرا يمكن التكهن من خلاله ببعض الأعراض التي من خلالها يعطي لها البعض العمومية، وكل ذلك وكما تقول ويلي 1999 لأن التشخيص لا يوجد له بداية محددة ولا نهائية أكيدة، بل يحتوي مدى واسع من القدرات Abilities والإعاقات Disabilities[2].

وتشعر بلاك بيرن، جراندن، أونيل، أستون من المؤلفين التوحديين بأن الأنظمة التشخيصية المعيارية الموجودة في (ICD-10 - DSM-II) وغيرها من قوائم الشطب والاستبانات الهائلة التي قام بتطويرها الاكلينيكيون للتحري عن التوحد تحتوي على الخطأ الأصلي المتمثل بسوء فهم الحالة.

وهذا يعني النظر إلى التوحد على أنه مجموعة من الأعراض السلوكية التي يتم وصفها على أنها انحراف عن الطريق السوي، ومع ذلك فإن مثل هذه الاشارات التوحدية الهامة –من وجهة نظر العديد من الأفراد

---

[1] نفس المرجع السابق، ص144–145.

[2] تيسير صبحي، **رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة**، منشورات جامعة القدس المفتوحة، الأردن، 1997، ص08.

التوحديين- والتي تعتبر فروقا هامة في الادراك الحسي، لم يتم ضمها قائمة المزايا الجوهرية وفي أفضل الحالات، تم ذكرها على شكل تعليقات جانبية، ولم تذكر بالضرورة لدواعي تشخيصية 1999[1].

وعند النظر إلى ثالوث الاعاقات كما يدركه اكلينيكيون خبراء، ويختلف بدرجة أكبر عما تدركه السلوكيات السطحية من أجل تشخيص التوحد بدلا من الأسباب الأساسية، ومن الفرد تختلف من فرد لآخر.

وقد يجلب هذا أثارا جانبية غير مرغوب فيها عند هذه الحالة، يتم ابعاد العديد من التوحديين خاصة (HFA/AS) عند وصول الطبيب أو عالم النفس أو المعالج وذلك من أجل تحويلهم للتشخيص وذلك لأنهم يلا يمكن أن يكونوا توحديين، وهذا يعني عدم انطباق الأوصاف (النمطية) الموجودة في الدليل عليهم، فعلى سبيل المثال قد يتم استبعادهم لأنهم يظهرون الكثير من العواطف، أو يمتلكون تواصلا عينيا أو يبتسمون عندما تتحدث إليهم. وكتبت دونا ويليامز 1996 عن امرأة لديها ابن يعاني من التوحد وتعاني الأم من اسبيرجر AS:

ذهبت هذه المرأة إلى أخصائي وكانت تنوي الحصول على تشخيص لها -ذاتيا- بسبب مواجهتها لمشكلات تعاني منها هي وابنها، وأثناء جلسة الاستشارة انخرطت في البكاء، فتبادر إلى ذهن الأخصائي على الفور استبعاد هذه المرأة بأن تكون توحدية، وقد بنى حكمه على العواطف الكثيرة التي عبرت عنها وبسؤال الأخصائي كرر بأنه استبعد أناس آخرين بسبب المدى الواسع من الاهتمامات أو العدد الوافر من المعارف الذي يمتلكونه مما يخالف الصورة النمطية، أو لأنهم مثل العديد ممن تم تشخيصهم على أنهم مصابين بـAS يشتكون من مخيلتهم النشطة بشكل مبالغ فيه وبشكل يشتتهم طوال الوقت[2].

وهناك مئات إن لم يكن ألوف من الأطفال والبالغين -الذين يعانون من التوحد- والذين كانوا يعانون من قبل أخصائيين على قراءة ما بين السطور وكان قرارهم مبنيا على ما يرونه من ابتسامة طفلة أو دمعة في عيون أمها، ويتبادر هنا عدة تساؤلات:

- هل التعبير عن المشاعر دليل كافي على عدم المعاناة من التوحد ؟.
- هل الكلام دليل كافي على عدم المعاناة من التوحد ؟.
- هل التواصل العيني دليل كافي على عدم المعاناة من التوحد ؟.
- هل الابتسامة دليل كافي على عدم المعاناة من التوحد ؟.

وأجاب الأخصائيون غير الخبراء بنعم على كل هذه الأسئلة وهم من الإجابة الصحيحة براء، ويركزون في اجاباتهم أنه لا يمكن أن تكون مثل هذه الحالات توحدية، نظرا لأنها تبتسم، إنها ودودة وتقوم بالتواصل العيني.

لقد قام العديد من البالغين التوحديين بتطوير استراتيجيات فردية وتكيفية وتوافقية منها استراتيجية التمني، التحريف، المبالغة عكس الموقف، الهروب، لمسايرة المواقف التي تواجههم في الحياة، وينطبق هذا على النساء

---

[1] عبد الله حسين الزعبي،**مرجع سابق**، ص142-143.

[2] سعيد حسني العزة، **المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الثقة، عمان، 2008، ص15-16.

اللاتي يعانين من التوحد عالي الآداء أو AS واللواتي يكن لديهم قدرة أكبر على تعلم مهارات اجتماعية عن طريق التقليد الذي يكون غالبا دون فهم، ومثل هؤلاء الأفراد يمضون دون تشخيص، وبذلك يحرمون من دعم الأخصائي المحترف، وتتمثل الطريقة الصحية الوحيدة لتشخيص التوحد لدى البالغين في اجراء مقابلة مع الفرد أو أحد أبويه أو معلميه للتحدث عن تطوره في مرحلة الطفولة المبكرة وعن سلوكياته المحددة 1996[1].

01.خصائص تشخيصية مختلفة ما بين التوحد أو اسبيرجر:

في مرحلة الطفولة المبكرة تكون الفروق ظاهرة أكثر ومع ذلك قد يظهر البعض أعراضا توحدية ولكنهم يتطورون كبالغين يعانون من متلازمة اسبيرجر AS، فعلى سبيل المثال تذكر وندي لاوسن 2001 أنه قد تم تشخيصها على أنها من ذوي متلازمة اسبيرجر AS وهي في عمر الأربعين وأكدت في كتابها على أنها لم تتكلم إلا في الرابعة من العمر، ويشير هذا حسب التصنيفات التشخيصية بأنها تعاني من التوحد[2].

وعانت جراندن 1996 من تطور كلامي شاذ ومتأخر ومن بعض الأعراض الأخرى من التوحد الكلاسيكي عندما بلغت الثانية من العمر، ولكن كبالغة تم تشخيصها بدقة أكثر على أنها من ذوي متلازمة اسبيرجر AS، حيث أنها تمتلك مرونة معرفية أكثر ويمكنها أن تجتاز اختبار TOM البسيط بنجاح.

وعلى الرغم من أن حساسيتها الحسية المفرطة لا تزال أسوأ من AS، إلا أنها لا تعاني مثلا من مشكلات الخلط الحسي، كما قد يكون التفكير أقل بصريا مع تنقل الفرد على طول السلسلة بعيدا عن توحد كانر الكلاسيكي، حيث يصبح هنا HFA، ومع ذلك لا يوافق جميع التوحديين على أن الطفل التوحدي قد يتطور ويصبح يعاني من AS عندما يصبح بالغا، ولكنهم يصرون على أن الطفل التوحدي ذي الأداء المنخفض LFA، قد يصبح بالغا توحديا في أداء عالي HFA.

02.التشخيص المختلف:

هناك حالات تشترك مع التوحد في نفس الخصائص ولك لا يتم ضمها ضمن اضطرابات الطيف التوحدي ASDS، ويطلق على مثل هؤلاء الأفراد الذين يعانون تلك الحالات ولكن دون تشخيص رسمي لإصابتهم بالتوحد –أبناء عم التوحد Autistic Cousins/AC–. ويستخدم هذا المصطلح أساسا من قبل جمعة التوحديين على الانترنت (أبناء عم التوحد):

- اضطراب فردي فصامي.
- اضطراري استحواذي –الزامي–.
- متلازمة توريت.

---

[1] تيسير مفلح كوافحة، عمر فواز، **مرجع سابق**، ص21.

[2] بطرس حافظ بطرس، **سيكولوجية الدمج في الطفولة المبكرة**، عمان، 2009، ص19.

- اضطراب عجز الانتباه / اضطراب عجز الانتباه بسبب فرط النشاط[1].

03.الحالات التي يمكن تشخيصها بشكل خاطئ على أنها توحد أو اسبيرجر:

العديد من الحالات تم تشخيصها بشكل خاطئ على أنها حالات مرضية نفسية، والأكثر شيوعا من بينها مرض الفصام والإعاقة العقلية "اعاقات فكرية".

أ. **الفصام:** العديد من الذين يعانون من متلازمة اسبيرجر AS يكون التشخيص المبدئي لهم هو انفصام الشخيصة، ولقد حدث هذا بشكل متكرر في الماضي عندما كانت خبرة تشخيص AS محددة بعدد قليل من الأخصائيين، حيث كان العشرات من المصابين بهذه المتلازمة يقضون سنوات من عمرهم في مستشفيات الصحة النفسية يحقنون بالعقاقير بشكل مخيف.

ب. **الإعاقة العقلية (الاعاقات الفكرية):** يرتبط التوحد –خاصة التوحد الشديد– غالبا بالإعاقة العقلية ومع ذلك فكون جميع الأفراد الذين يعانون من توحد شديد معاقين عقليا لا يبدو كونه أسطورة، فالفرد الواحد يمكن أن يكون ذو أداء منخفض في بعض مجالات وأداء عال في مجالات أخرى، فيتذبذب أداؤه في المجالات المختلفة بتباين شديد.

كما يمكن أن يكون بعضهم معاق عقليا، ولكن يتم تصنيف آخرين على أنهم ذوي أداء منخفض لأن مشكلات المعالجة الحسية لديهم تجعل الاتصال صعبا، وكما تقول جراندين 2002، يوافق العديد من قدرات الأفراد التوحديين مع كثير مما يعتقد الأخصائيون أنهم يعرفونه حول القدرات العقلية لذوي اضطرابات الطيف التوحدي ASDS[2].

ويذكر كوشميستر 1995 أن الأفراد التوحديين يجادلون بعدم صحة أن التوحدي لا يفهم الأشياء، وتحدث الصعوبات الحقيقية في سرعة وأسلوب معالجة وتخزين واستعادة المعلومات، ومن الواضح أن بعض التوحديين قد يكونوا معاقين عقليا، تماما مثل بعض الناس من غير التوحديين، ومع ذلك يمكن تفسير النتائج البيئة لاختيارات الذكاء بأسباب مختلفة، واعتمادا على فروق ادراكية ومعرفية معينة.

ويبين بوجداشينا 2004 قول البعض بأن التوحديين لا يفهمون ما يتوقع منهم، أو أنهم لا يستطيعون الوصول إلى "قاعدة البيانات العقلية" لديهم عند لحظة الاختيار، وذلك حتى لو كان الفرد معاق وظيفي ويبدو أنه لا يستوعب ولا يمكن استيعابه، وهذا لا يوضح شيئا عن قدراته العقلية، وقد يكون الأهم متعلقا بفرد ذكي وله قدرات كامنة ولكنه لا يمتلك شكلا من أشكال التغذية الراجعة الذاتية التي يمكن من خلالها اكتشاف جميع ما يعرفونه، حيث تعيقه مشكلات المعالجة والوصول والتحكم الواعي والإجهاد من العبء المعلوماتي الذي يحمله،

---

[1] يوسف القردي وآخرون، **المدخل إلى التربية الخاصة**، دار القلم، الامارات، 1995، ص29.

[2] فاطمة عبد الوهابب، عبد القادر محمد عبد القادر، **برنامج التربية الخاصة ومناهجها**، عالم الكتب، مصر، 2006، ص15.

بالإضافة لذلك يشعر التوحديين الأذكياء بالملل أو الشعور بالأذى من أسئلة الفاحص وقد يجيبون بإجابات خاطئة عن قصد، وقد يرفضون التعاون.

وتؤكد كل من ويليامز وأونيل على أن الأفراد ذوي التوحد يمتلكون استراتيجيات بطريقة تقليدية غير توحدية مثلا فرد يستخدم قناة حسية واحدة فقط لمعالجة معلومات والحصول على معنى يمكن أ تقدم له معلومات حسية متعددة وإذا وجد غير التوحديين أنفسهم في نفس الوضع –أي يستخدمون آلياتهم المعرفية لإكمال المهمة بطريقة متوحدة– يمكن اعتبارهم بلهاء في عالم التوحديين أيضا، كما أنهم يظهرون في وضع طبيبي ثانوي حسب المعايير التوحدية، فالعديد من التوحديين شهدوا بأنهم تعرضوا للجهل والعناد ونقص الخدمات والتحويل، وغالبا ما كانت هذه الأشياء ناجمة عن تثبيت التوحديين في فئات أخرى من مثل "مضطرب انفعاليا"، "مريض عقليا" أو "معاق عقليا" وبشكل لا يقدم لهم أية مساعدة، فإساءة التشخيص قد يؤدي إلى إساءة الوضع لدى أفراد التوحد[1].

ونادرا ما يحدث التوحد بشكل "نقي" بل غالبا ما يتلازم مع حالات أخرى من مثل اضطرابات هضمية أو اضطرابات في جهاز المناعة أو الصرع أو اضطرابات في المزاج، أو متلازمة توريت، أو عسر القراءة أو متلازمة حساسية الاعتام البصري أو اضطرابات استحواذية الزامية[2].

وعدم قدرة غير التوحديين على فهم التوحديين يمكن أن يخلق أيضا درجة عالية جدا من الإجهاد العقلي والعاطفي لدى التوحديين، أو قد يجلب أي ضعف وراثي لديه إلى السطح، وإذا ما كانت هذه الحالات شديدة، فقد تتدخل وتشتت ويضعف التطور وتصبح معالجة المعلومات الأساسية ومشكلات الاتصال في التوحد أسوأ بكثير.

ويمكن التحكم بغالبية هذه الحالات ومعالجتها إما من خلال التدخل بـ:

- الحمية أو الاضافات الغذائية.
- جرعات قليلة من الدواء –يكون متناسبا مع الحالة المرضية المرافقة–.
- تصميم منهج بيتي له علاقة ليس فقط بالتوحد ولكن بالحالات الإضافية التي تهيجه.

ولسوء الحظ من الشائع أنه عندما يتم تشخيص التوحد، يتم التركيز على ثالوث الاعاقات وتجاهل العديد من الحالات الأساسية التي يمكن معالجتها وبعد ذلك سوف تنمو فكرة وجود فرد يعاني من توحد شديد قد تتطور إلى كونه كذلك اعتمادا على ما إذا كانت هذه الحالات المركبة المرافقة للمرض قد تم التعرف عليها ومعالجتها بشكل مناسب أم لا[3].

---

[1] بطرس حافظ بطرس، **ارشادي ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2007، ص22.

[2] راضي الوقفي، **أساسيات التربية الخاصة**، دار جهينة للنشر والتوزيع، الأردن، 2004، ص267.

[3] جمال محمد الخطيب، منى صبحي الحديدي، **المدخل إلى التربية الخاصة**، دار الفكر، عمان، 2009، ص79.

04.التشخيص المبكر:

من المستحيل تقريبا التنبؤ أي من الأطفال التوحديين سوف يصبح عالي الأداء، ولا ترتبط شدة الأعراض في سن الثانية والثالثة غالبا مع التشخيص الأولي 1996، وتحن نشهد الآن ظاهرة "التشخيص المتأخر" للتوحديين البالغين الذين لم يتم التعرف على التوحد لديهم عندما كانوا أطفالا، ولقد أصبح هذا نمطيا بوجود العديد من المواد المتعلقة بالتوحد والمتوفرة في الكتب والمقالات والصحف وبرامج التلفزيون بشكل يصبح فيه هؤلاء البالغين على وعي بأن المشكلات التي عانوا منها في حياتهم –علاقات منفصلة، اخفاق في المقابلات الوظيفية، عدم القدرة على البقاء في وظيفة ما وغيرها– لها في الحقيقة أسبابها[1].

ويتنوع الموقف تجاه التشخيص المتأخر كما تذكر أستون ما بين الأفراد ذوي اضطرابات الطيف التوحدي ASDS على النحو التالي:

- بعض هؤلاء الأفراد يبحث بنشاط ويرتاح عندما يتمكن الأخصائي من تشخيص حالته.
- بعض هؤلاء الأفراد يبحثون عن الدعم الذي يحصلون عليه.
- بينما يشعر البعض الآخر بالغضب تجاه الأخصائيين الذين أخفقوا في تشخيص حالتهم، ولم يساعدهم في التغلب عليها.
- قد يلقى الأفراد التوحديين اللوم على الأخصائيين لأنهم دمروا حياتهم.
- قد يشعر الأفراد التوحديين بالإحباط، حيث أنهم وبسبب جهل بعض الأخصائيين وعنادهم، قد يكونوا من معيقات تحقيق امكانياتهم في الحياة.
- قد يشعر الأفراد التوحديين بالمرارة بأن هؤلاء الأخصائيين لا يتحملون مسؤولية أخطائهم.
- لا يرغب بعض التوحديين والأفراد ذوي متلازمة AS بالتشخيص، حيث أنهم لا يرغبون بأن تساء معاملتهم كما يكون الحال مع أي فرد يتم تصنيفه على أنه مختلف.

وقد بينت أستون 2000 أن أخطاء الأخصائيين في الماضي التي ارتكبوها معها ما زالت في ذاكرتها وتشعر بالغضب الشديد لأنها كانت خدعت على مدار حياتها، وتصف هؤلاء الأخصائيين بأنهم كذبوا عليها وخدعوها وهذا مؤلم ويشعرها على الدوام بالإحساس بالمرارة على الرغم من أنها تحاول أن تتماسك نتيجة وعيها المتزايد بحالتها[2].

وتعتمد إجراءات التشخيص على:

- المكان الذي يعيش فيه الفرد، وهل يتوفر مركز أبحاث حول التوحد في المنطقة ؟.
- توفر الخدمات والتقنيات اللازمة لإتباع الاجراءات.

---

[1] راضي الوقفي، **مرجع سابق**، ص267.

[2] خالد النجار وآخرون، مقدمة في التربية الخاصة، جامعة القاهرة، 1998، ص92.

- توفر فريق العمل لإجراءات التشخيص.

05.الإنتشار:

قد تكون الحسابات الرسمية الحالية حول انتشار التوحد مظللة خاصة فيما يتعلق بذوي الأداء العالي من التوحديين وذوي متلازمة AS، وهناك احتمال أن يكون هؤلاء الناس الذين لم يتم تشخيصهم كثيرو العدد تماما مثل أولئك الذين تم تشخيصهم رسميا وذلك لأنهم لا يعتبرون أنفسهم يعانون من اضطرابات، ويخاف آخرون أو يعانون من التمييز أو ما هو أسوأ، وماذا عن الاصابات المتعلقة بهؤلاء الذين لم يتم تشخيصهم لأنهم على غير وعي تماما بتوحدهم، أو أولئك الذين هم على وعي ولكن لا يشكل لهم الأمر مشكلة ؟، ويقترح أحد الأفراد التوحديين ذوي الأداء العالي بأن السؤال الحقيقي المتعلق بالتوحد لا يجب أن يكون كم عددهم ؟، بل مقدار التوحد الذي يرغب أو يقدر المجتمع أن يتحمله ويتفق عليه[1].

المطلب الخامس: أشكال التوحد.

الجدول رقم (02): أشكال التوحد.

التوحد عالي الأداء	High-Functioning Autism (HFA)
التوحد متدني الأداء	Low-Functioning Autism (LFA)
التوحد البسيط	Mild Autism
التوحد المعتدل	Moderate Autism
التوحد الشديد	SEVER Autism
توحد كانر	Kamer Autism
التوحد الكلاسيكي	Classic Autism
توحد اسبيرجر	Asperger Autism

بما أن التوحد هو اضطراب طيفي تتنوع مظاهره من فرد إلى آخر، من غير الغريب إذن انبثاق العديد من الأوصاف غير الرسمية ولكن المتقبلة بشكل واسع، وتشمل هذه الأوصاف: التوحد عالي الأداء (HFA)، التوحد متدني الأداء (LFA)، التوحد المعتدل، التوحد الشديد، السمات التوحدية، والميول التوحدي، ومن الضروري ملاحظة أن هذه المصطلحات ذاتية متحيزة ولا يوجد هناك تعريفات اكلينيكية للكلمات مثل "عالي الأداء"، "متدني الأداء"، "متوسط الأداء" أو "شديد الأداء"، ومع ذلك ولأن التوحد واسع النطاق قد يستخدم الأخصائيون مثل تلك المصطلحات لوصف أية يعتقدون ويمكن أن تكون قدرات الفرد على سلسلة ما[2].

---

[1] جمال الخطيب، **التربية الخاصة المعاصرة**، دار وائل، الأردن، 2008، ص16-17.

[2] جمال الخطيب، منى صبحي الحديدي، **مرجع سابق**، ص100-101.

وفي الوقت الحاضر لا يوجد توجيهات تشخيصية مقبولة بشكل واسع للتوسع عالي الأداء، ومع ذلك يوافق الباحثون على أن من المناسب القول عن شخص ما أنه يعاني من توحد عالي الأداء إذا ما انطبقت عليه معايير التوحد هناك خصائص ومظاهر سلوكية مشتركة يتصف بها ذوي التوحد، وفي المقابل فإنه لا يمكن لنا من ناحية علمية أن نجد نفس الخصائص لدى كل هؤلاء، وحتى إن وجدنا نفس الخصاائص فإنها في الأغلب تختلف في طريقة ظهورها أو الدرجة والمستوى الحالي لها[1].

ويقع تحت هذه المجموعة خمس أشكال أساسية من اضطراب التوحد:

- التوحد التقليدي Classic Autism.
- متلازمة أسبيرجر Asperger's Syndrome.
- متلازمة ريت Rett's Syndrome.
- اضطرابات الطفولة التحليلية أو الانتكاسية (Disorders Disintegrative Childhood).
- اضطرابات النمو غير المحددة (PEWASIRE Devolopmental Disorder other vises (Pecifed) (ADD NOS).

ولمعرفة هذه الخصائص لدى الأطفال ذوي التوحد فقد تم تصنيف أنماط ظهورها بهدف فهم أكثر لحالة طفل ما يمكن أن يقدم له من خدمات وبرامج علاجية، لذلك يمكن تصنيف اضطرابات التوحد على النحو التالي:

- **التوحد التقليدي:** وهو يظهر لدى الأطفال في أعمار مبكرة ويكون لديهم مشكلات في التفاعل الاجتماعي والتواصل واللعب الخيلي.
- **متلازمة اسبيرجر:** حيث يكون لدى الطفل ضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي ولديه سلوكيات نمطية وتكرارية، وفي المقابل لا يوجد تأخر في اللغة او التطور المعرفي أو مهارات العنايية الذاتية، وتظهر المشكلات الاجتماعية عادة في سن المدرسة بشكل واضح حيث يكون هناك مشكلات في التفاعل وإظهار الانفعالات مع الأقران[2].
- **متلازمة ريت:** ويظهر لدى الإناث فقط، وأسبابه حينية عادة، حيث أن النمو في البداية يكون طبيعي في الجوانب الحركية ومحيط الرأس، ويظهر بعد ذلك بطء في نمو الرأس، ويظهر فقدان للقدرات مثل استخدام اليدين بطريقة صحيحة وكذلك فقدان للترابط الاجتماعي، وعدم السيطرة على الحركات مثل المشي الصحيح وفقدان في الجانب اللغوي، سواء الاستجابي أو التعبيري، وكذلك يصاحبه مشكلات عصبية وإعاقة عقلية شديدة، وتدهور في الحالة مع تقدم العمر.

---

[1] المرجع نفسه، ص166.

[2] عبد الرحمان سليمان، **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة**، مكتبة زهراء الشرق، مصر 1999، ص48.

- **اضطرابات الطفولة التحليلي:** عادة ما يظهر الاضطراب بعد سنتين من العمر الطفل بعدها يبدأ بفقدان المهارات الأساسية وتصبح لديه حركات غير عادية ويصاحبها مشكلة في اللغة الاستقبالية التعبيرية وتظهر مشكلات في المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي، وكذلك في القدرة على تطوير علاقات صداقة مع الأقران، ومشكلات في التواصل من خلال فقدان أو ضعف في اللغة المنطوقة ويظهر لدى الطفل سلوكيات مشاكل عصبية.
- **اضطرابات النمو الشامل غير المحددة:** ويشمل على العديد من مظاهر التوحد ولكن في الأغلب يكون من الدرجة البسيطة وليس الشديدة أو الشاملة لكل جوانب الاضطراب، ولعل الجوانب التي يظهر فيها الاضطراب لدى هؤلاء الأطفال يتركز في الجوانب الاجتماعية وكذلك في المهارات اللفظية وغير اللفظية[1].

المطلب السادس: النظريات المفسرة للتوحد.

أجريت العديد من الدراسات النفسية والسلوكية في مجال التوحد، منها النظرية والتجريبية، بحيث أسهمت هذه الدراسات في تحقيق نتائج مذهلة ظهرت من خلالها العديد من المراكز التأهيلية غير الطبية والتي أعطت نتائج جيدة مع الأطفال المتوحدين، حيث كان توجه هذه المراكز قائم على نظريات علمية نفسية وبالتالي النتائج كانت متحققة بناءا على هذه النظريات، وسوف نعرض هنا مختلف النظريات التي حاولت تفسير التوحد ليكون منطلقا هاما لتحديد الإجراءات التي يمكن اتباعها في تحسين حالة هؤلاء الأطفال.

01.نظرية التحليل النفسي (Psychological Analyses Theory):

يعتبر سيغموند فرويد (1865-1939) رائد مدرسة التحليل النفسي، وقد نشأ التحليل النفسي ضمن أطر الطب النفسي، فكان منهاجا متميزا في علاج العصبيين لكنه أصبح سيكولوجية شاملة عن الإنسان.

وتعد نظرية التحليل النفسي من أقدم النظريات التي حاول البعض استخدامها في تفسير التوحد خاصة حينما وصف برونو بيتلهيم (Bruno Bettleham-1960) أم طفل التوحد بالثلاجة، بل حملها مسؤولية إصابة طفلها تلك الأعراض وفسر ذلك بأن طفل التوحد كان في الأصل ذكيا لكنه انسحب عن العالم بما فيه من تواصل وتفاعل اجتماعي نتيجة أحداث صادمة في بيئته وخاصة تلك الأحداث المتعلقة بمواقف الدفء العاطفي سواء الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم والتي تكون في ذلك الوقت بمثابة الممثل الأول لعالمه الخارجي هو سبب الإصابة بالتوحد، فطفل التوحد لا تسنح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه[2].

---

[1] مروان عبد المجيد ابراهيم، **الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الوراق، عمان، 2007، ص34-35.

[2] تيسير مفلح كوافحة، عمر فواز عبد العزيز، **مرجع سابق**، ص99.

وأكد كانر (Kanner-1943) واتفق مع أرونس وجيتنس (Arons and Gittens) بأن التوحد هو نتيجة إصابة شديدة ومبكرة في المراحل السوية لتكوين الأنا، فالتوحد ما هو إلا نتيجة حتمية لمناخ وحداني انفعالي مرضي، هو نتيجة خبرات مبكرة غير مشبعة بل وتهديدية.

وأكدت سامية القطان (1979) على أن الطاقة النفسية التي يود بها الفرد يضيع بعضها في صورة مكبوتات ويضيع بعضها الآخر في صورة دفاعات، وتكون الطاقة المتبقية تحت تصرف الجانب الشعوري وقبل الشعوري من الأنا معيارا لقوة هذه الأنا، ولذلك ظل العديد من الباحثين يحاولون فك لغز الاصابة بالتوحد بالاعتماد على هذه المفاهيم النفسية المتمثلة في قوة الأنا، وقوة طاقتها النفسية، فيرون بأن ضعف الأنا يسحب الطفل عن عالم الواقع ليغرق في عالم الخيالات التائه مستشهدين برؤية برونو بيتيلهيم حينما رأى أن التوحد ماهو إلا انعكاس لتلك الحالة الفظة التي يعيشها الطفل مع أمه، والمتمثلة في حرمانه من الحب والحنان وبالتالي يغرق في تخيلاته هروبا من يأسها وإحباطها محاولا اشباع ما كان يصبو إليه[1].

ذكرت مهام عليوه (1999) أن هناك العديد من الباحثين في مجال التوحد اعتمدوا على مبادئ نظرية التحليل النفسي كمحاولة علاجية لتحسين حالة هؤلاء الأطفال المصابين بالتوحد، حيث اعتبر هؤلاء الباحثون التوحد اضطراب انفعالي ناشئ عن رفض الوالدين إقامة علاقة مع هذا الطفل وبرودة مشاعرهما.

وأكد بوجداشينا (Bougdashina) على أن العلاج النفسي كان ومزال يستخدم في علاج حالات التوحد، خاصة أن مستخدمي هذا العلاج يؤمنون بأن الأم هي السبب الرئيسي في الإصافة بالأوتيزم، وكان وصف الأم بالثلاجة Refrigerator في علاقتها بطفلها التوحدي مبرزا لهؤلاء المتمسكين بالعلاج النفسي بالتوحد.

ومن الجدير بالذكر هنا أن استخدام العلاج النفسي أو مبادئ نظرية التحليل النفسي في التدخل مع الأطفال التوحديين بغرض تحسين حالتهم يتمثل في كيفية ايجاد وسط بيئي يشجع الطفل على عملية الاستقلال الذاتي ويمهد له الطريق لتكوين علاقات انفعالية سوية مع الآخرين، وعلى الرغم من هذه المعادلات التي بينت وجهة نظر التحليل النفسي في تفسير وعلاج التوحد، إلا أنه يمكن القول بأن هذه المحاولات لم تعطي تفسيرا شاملا وكاملا للتوحد[2].

02.النظرية السلوكية (The Behavioral Perspective or Autism):

تؤمن النظرات السلوكية بأن المعرفة المتعمقة الدقيقة الصادقة تشبع من خلال التجربة، التطبيق فالفهم الدقيق العلمي للسلوك الإنساني لا يتم حقيقة إلا من خلال دراسته في بيئة تجريبية محكمة الضبط، حيث يتم فيه ربط السلوك بالعوامل البيئية المحيطة به، ولا استجابة بدون مثير هو مبدأ ومسلمة أساسية في المدارس

---

[1] جمال محمد الخطيب، منى صبحي الحديدي، **مرجع سابق**، ص137.

[2] أحمد حسين الليقائي، أمير القرشي، **مناهج الصم**، عالم الكتب، 1999، ص17.

السلوكية، فالتعلم عندهم يحدث نتيجة لحدوث ارتباط بين المثير والاستجابة بحيث إذا ظهر المثير مرة أخرى فإن الاستجابة التي ارتبطت به سو تظهر هي الأخرى.

إن تفسير التوحد وفق المدرسة السلوكية يبنى على نقطتين رئيسيتين: الأولى هي تحديد السلوكيات التي يظهرها هؤلاء الأطفال تحديدا دقيقا، أما الثانية فهي معرفة العلاقة الوظيفية لهذه السلوكيات بالبيئة المحيطة[1].

وفي ذلك اتفق كل من كون (Cone-1997) وشيربمان (Shreibman-2000) على أن أطفال التوحد قد يظهرون سلوكيات كثيرة تسمى زيادات (افراطات) سلوكية، وأحيانا أخرى يظهرون سلوكيات محددة بشكل نادر الحدوث تسمى نواقص (عيوب) سلوكية وبالتالي فإن التفسير السلوكي للتوحد يدلنا إلى أن التوحد ماهو إلا تكوين مركب من نواقص وزيادات سلوكية، تتمثل النواقص في العيوب الاجتماعية واللغوية وعيوب الانتباه.

أما الزيادات فتتمثل في السلوكيات النمطية (إثارة الذات)، وتفسير هذه السلوكيات لا يتم إلا في ضوء تحديد المثيرات التي تسبقها والوقوف على طبيعتها الوظيفية، وهذا لا يتم إلا من خلال النظر للتوحد من خلال ما يعرف بالتوافق ثلاثي الأطراف ABC (المقدمات، السلوكيات، النتائج)، فالمقدمات أو السوابق هي تلك الأحداث البيئية المحيطة التي تسبق السلوك التوحدي، والنتائج هي مردود هذه السلوكيات المحددة بمثيرات معينة يستلزم للحد منها ما يعرف بضبط السلوك[2].

03.نظرية العقل أو المعرفة:

تختلف نظرية العقل أو المعرفة عن النظريات والفرضيات السابقة في كونها لا تتبنى الجانب الفيسيولوجي، بل إن نظرية العقل تتبنى الجانب النفسي المعرفي المتعلق بعدم اكتمال نمو الأفكار بشكل يواكب النمو الطبيعي لمختلف النظم الإدراكية والمعرفية التي تنمو بشكل طبيعي جنبا إلى جنب مع هذه الأفكار، إن عدم اكتمال نمو الأفكار هذا يؤدي بدوره إلى عدم القدرة على حل المشكلات التي يواجهها الفرد في حياته الاجتماعية والمواقف اليومية وعليه فإنه لا يستطيع فيهم أن لدى الآخرين أفكار ومشاعر يمكن قراءتها من خلال الإشارة والإيماءات وأوضاع الجسم[3].

ويذكر لاهان وكوفمان (Lahane and Kauffman) أن نظرية العقل والمعرفة تشير إلى قدرة الشخص على أخذ منظور أو دور أناس آخرين وهي بذلك إنما تشير إلى القدرة على قراءة عقل الآخرين فيما يتعلق بأشياء معينة مثل النوايا، المشاعر، المعتقدات والرغبات، وفي هذا الإطار فإن معظمنا لديه القدرة على استنتاج الحالة الانفعالية لأولئك الأفراد الذين تتحاور معهم من خلال تفسير الإشارات المختلفة مثل نبرة الصوت وتعبيرات الوجه، كما أننا قادرون من ناحية أخرى على قياس كيف يكون رد فعل الآخرين لما نقول وذلك باستخدام اشارات متشابهة، وفي واقع الأمر يبدي الأطفال ذو اضطراب التوحد درجات متباينة ومختلفة من

---

[1] سعيد حسني العزة، **مرجع سابق**، ص179.

[2] أحمد أحمد عواد، **الإعاقة اللغوية**، أستاذ التربية الخاصة، عمان، 2015، ص14.

[3] جمال محمد الخطيب، منصى صبحي الحديدي، **مرجع سابق**، ص212.

الصعوبة في استنتاج أفكار الآخرين أو الاستدلال عليها، كما أن بعضهم في الواقع لا يفهمون أن أفكارهم تختلف عن أفكار الآخرين وهو ما يجعلهم غير قادرين على القيام بأخذ دور الآخرين.

وعلى الرغم من أن نظرية العقل يمكن أن تفسر بعض الاعاقات الاجتماعية لدى أطفال التوحد إلا أنها لا تعطي نظرة شاملة تفسيرية له، إنما تغطي جانبا في التوحد وهي محطة في الطريق الذي قد يوصل لفهم أعمق لأسباب التوحد[1].

04.نظرية التماسك (الترابط) المحوري الضعيف (Weak Central Cahernce Theory):

اتفق فريث (Frith-1989) وآخرون على أن نظرية التماسك المحوري الضعيف تركز على الفروق المعرفية سواء العيوب أو نقاط القوة في أطفال التوحد، تقول فريث في النظام المعرفي الطبيعي يوجد استعداد أساسي لتكوين ترابط وتماسك في المعلومات على مدى واسع من المثيرات التي نتعرض لها في حياتنا بقد المستطاع، وأيضا التعميم على مدى واسع في السياقات بقدر المستطاع، إلا أن أطفال التوحد يفتقرون إلى هذا التكوين للتماسك.

وبمقتضى هذه النظرية فإن التوحد ناتج عن نواقص في القدرة على ربط المعلومات والبيانات والعمل على تكاملها ومعالجتها من خلال عمليات عقلية متقدمة وهذا ما دفع العديد من الباحثين أمثال موترون (Morttron-1999)، ليكام ولوبيز (Leekam and Lopez-2003) إلى افتراض أن أطفال التوحد يعجزون عن رؤية الشيء في صورته الكلية يعانون صعوبة بالغة في النظر إلى الأمور نظرة جشطالية[2].

وطبقا لنظرية التماسك أو الترابط المحوري، يمكن القول أن هذه النظرية تفترض أن الأساليب المعرفية لمعالجة البيانات تقع على متصل له طرفين، الأول ضعيف والثاني قوي، وما بينهما عدة مستويات يقع فيها الأفراد والأطفال التوحديين يقعون بالقرب من الطرف الضعيف لهذا المتصل.

05.نظرية التوظيف الإجرائي (التنفيذي) الناقص (Deficient Executive Functioning):

حاول العديد من الباحثين في مجال التوحد أمثال بيلمونت (Belmonte-1997) وتارنر (Turner-1999) الوصول إلى تفسير منطقي لتلك الصلابة التي يظهر بها اطفال التوحد في منطقة التفكير أو قلة المرونة بل انعدامها، واعتمدوا في ذلك على مبادئ نظرية التوظيف الاجرائي فتوصلوا إلى أن التوحد ليس نتيجة لقلة وضعف التفكير، إنما هو نتيجة لضعف القدرة على التنفيذ، فالقدرة المعطلة أو المعاقة على توليد أفكار جديدة والتخطيط العملي لها يؤدي إلى سلوكيات نمطية متكررة.

وعلى الرغم من أن تفسير التوحد وفق هذه النظرية يفتح الطريق لمعرفة أسباب وصور طفل التوحد في القيام بالمهام المنوط به على وجه كامل، حيث أن أطفال التوحد غير قادرين على استخدام استراتيجية حل

---

[1] جمال الخطيب، منى صبحي الحديدي، **مرجع سابق**، ص244.

[2] عبد الرحمان سيد سليمان، **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة**، مكتبة زهراء الشرق، مصر 1999، ص41.

المشكلات في المواقف التي يواجهونها، إلا أن هذا القصور لا يقتصر على هؤلاء اللأطفال فقط، فالعاديين قد يظهرون نماذج من هذا القصور، ولذلك فتفسير التوحد طبقا لنظرية التوظيف الاجرائي الضعيف أو الناقص لا يعطي إلا مدلولا بسيطا لإحدى جوانب القصور في أداء هؤلاء الأطفال[1].

06.النظرية الادراكية الحسية (Sensory Perceptual Theory):

ذكر بوجداشينا (Bogdashina-2003) أن التوحد هو نتيجة عطب في المخ والذي بدوره يؤثر على احدى القنوات الحسية أو أكثر والتي تجعل أطفال التوحد يدركون العالم بشكل مختلف وهذا يقودنا إلى القول بأن أطفال التوحد يعانون من مشكلات حسية تختلف عن العمى أو الصمم، فمشكلاتهم الحسية تتمثل في عدم قدرتهم على فلترة المعلومات والإدراك المتفتت (الجزئي) والحساسية المفرطة تجاه بعض المثيرات، وعلى الرغم من أن النظرية التي تلقي الضوء على الشذوذ الإدراكي الحسي على أنه سمة جوهرية للتوحد لم يتم الاعتراف بها بشكل واسع، وهذا ما تشير إليه الدراسات المتعددة في هذا المجال.

إلا أنه يمكن القول أن هناك اهتمام متزايد بتناول هذه النظرية في اضطراب التوحد[2].

المطلب السابع: علاج اضطرابات التوحد.

ان اختيار العلاج المناسب للتوحد يمكن أن يكون له تأثير ايجابي على نمو الطفل وخفض السلوكيات والأعراض التوحدية:، حيث أعطت طرق تعديل السلوك نتائج ايجابية في التقليل من السلوكيات غير المرغوبة وتطوير مهارات مرغوبة في التواصل، وتتنوع طرق وأساليب العلاج حسب نوع المهارات التي تسعى إلى تنميتها، ومن بين هذه البرامج العلاجية نذكر ما يلي:

01.العلاج الطبي:

يعاني العديد من الأطفال التوحديين من نوبات صرعية أو اضطرابات في النوم وكذا هشاشة العظام العضلات، حيث يجب استخدام بعض العقاقير الطبية من أجل علاج هذه المشكلات، إذ لابد من الحرص على استخدامها بموافقة ومعرفة الطبيب المختص والالتزام الدقيق بتعليماته من حيث نوع العقاقير المناسبة للحالة وحجم الجرعة وتوقيتها والمدة التي يستمر في تعاطيها، إذ أن هذه العقاقير الطبية لا تعتبر شفاء ناجح لاضطراب التوحد الزائد أو السلوك العدواني أو يهدئ من ثورات الغضب أو من السلوكيات النمطية، ومن بين العقاقير الطبية نجد[3]:

- Ritalin لخفض النشاط الزائد.

---

[1] عبد افتاح عبد المجيد الشريف، **مرجع سابق**، ص52.

[2] جمال الخطيب، منى صبحي الحديدي، **مرجع سابق**، ص251.

[3] كريستن مايلز، عفيف الرزاز وآخرون، **التربية المختصة(دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليا)**، ورشة الموارد العربية، الأردن، ص1954، ص11.

- Phenfluranine Paradimin لخفض نسب سيروتونين في الدم.
- (Lithin) (Eshalish) Nadolial, Naltroscone (Tresan) يخفض من حدة السلوك العدواني أو إيذاء الذات.
- Taffrenil يهدئ من الخلايا المستقبلة لمثيرات المخ.

02.التدخل الغذائي:

أكد كثير من الدارسين أن هناك علاقة قوية بين النظام الغذائي واضطراب التوحد، حيث قد ثبت لهم أن الغذاء يضلل من السلوكيات التوحدية وأن للغذاء علاقة يتقلب المزاج والقلق، كما أن العلاج بالغذاء آمن ولا ضرر منه رغم أنه يأخذ وقتا أطول ولكن نتائجه وفعاليته تبقى على المدى البعيد.

وأهم الحميات المتبعة في علاج التوحد هي الامتناع عن تناول المأكولات التي تحتوي على بروتينات الكازيين والجلوتين، فالكازيين هو البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته، أما الجلوتين فيوجد في الحنطة والشعير والشوفان والقمح وجميع مشتقاته، وتسند هذه الحمية على أساس أن الطفل المصاب باضطراب التوحد تنقصه القدرة على هضم هذين النوعين من البروتينات وبالتالي ينشأ عن ذلك ما يسمى "البنبايد الأفيونية" التي تمتص عن طريق الأمعاء وتسير في الدم تؤثر على المخ، وهناك حمية أخرى يطلق عليها حمية فيكولد وأساسها تجنب الأغذية التي تحتوي على المواد الحافظة والألوان والنكهات الصناعية، وقبل اتباع هذه الحمية يجب إجراء العديد من التحاليل المخبرية تحت اشراف طبي وتنسيق مع أخصائي التغذية وذلك حتى لا يتعرض الطفل لآثار سلبية بما يفوق إيجابيات الحمية[1].

03.البرامج العلاجية:

هناك العديد من البرامج العلاجية أو التدريبية التي تهدف إلى مساعدة الطفل المتوحد على تجاوز مشكلاته في تنسيق مختلف المهارات (الحركية، الانفعالية، الاجتماعية، الحسية...) إذ ترتكز مختلف مراكز الرعاية للأطفال المتوحدين على مجموعة من هذه البرامج ونذكر منها[2]:

- **برنامج تيتش (TEACCH):** علاج وتعليم الأطفال المتوحدين والأطفال ذوي الاعاقات التواصلية المصاحبة (Treatment and Education and Related Communication Handicapped Children). أسسه ايريك شوبلر (Eric Shopler-1972) في جامعة شمال كارولينا وهو منتشر في معظم دول العالم، حيث يهدف هذا البرنامج إلى مساعدة الأطفال في تعلم الاستقلالية من خلال مساعدتهم على تحقيق فهم أفضل لعالم من حولهم، إذ يرتكز هذا الرنامج على تطوير مهارات تواصل مناسبة واستقلالية الشخصية خطوة بخطوة من خلال برنامج تعليمي منظم في التنبؤ وضبط البيئة، وهذا

---

[1] جمال الخطيب، منى صبحي الحديدي، **مرجع سابق**، ص60.

[2] جمال خطيب، **الاستخدامات التكنولوجية (التربية الخاصة)**، دار وائل، الأردن، 2005، ص14.

وفقا للبرنامج أهم من خفض السلوكيات المشكلية من خلال التدريب السلوكي أو تلقين العلاقات، ويشارك الآباء عن قرب في تطبيق البرنامج واختيار الأهداف لطفلهم، ويكون التركيز على خيط المعلومات البصرية وتستعمل الصور لمساعدة الطفل التوحدي، ويتضمن البرنامج بيئة دائمة منظمة حول الفرد[1].

أداة العلاج تدعى ملف (Profile) التقييم النفسي التربوي للأطفال في برنامج تيتش، وتحدد هذه الأداة المجالات اللازمة للعلاج (البعد المعرفي، البعد الاجتماعي، الانفعالي، اللغة الاستقبالية، اللغة التعبيرية، الحركات الدقيقة، الحركات الكبيرة، الأنشطة والاهتمامات) لذلك يحاول العلاج الفردي في هذا البرنامج تغيير السلوك دون الأخذ بعين الاعتبار أصوله ويحاول المعالجون إزالة مصادر المشكلة وفي الوقت نفسه يحاولون إيجاد طرق لمساعدة الطفل على فهم الأحداث، عندما يحقق الفهم ويتعلم الطفل التواصل مع المشكلة فإنه يكون قادرا على الانتقال والتحرك نحو الاستقلالية.

- **برنامج لوفاس (Lovaas):** هو برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين ويعتبر العمر المثالي لابتداء البرنامج من سنتين ونصف إلى 5 سنوات، وتكون درجات الذكاء أعلى من 40 درجة ذكاء، ويتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود 40 ساعة أسبوعيا أي بمعدل 8 ساعات يوميا، حيث يبدأ الطفل في البداية بالالتحاق بالتدريب لمدة 20 ساعة وتزداد تدريجيا خلال الشهور التالية حتى تصل إلى 40 ساعة أسبوعيا، ويقوم هذا البرنامج على استخدام المعزز ليس فقط للحد من السلوك السلبي، بل ليزيد أيضا من امكانيات التعلم والتدريب بمهارات مختلفة، وينبغي أن يكون حجم المعزز متناسب مع حجم الاستجابة[2].

ومن أهم الركائز لبرنامج لوفاس في تطبيقها هو القياس المستمر لدى تقدم الطفل في كل مهارة وذلك من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة والفاشلة ويركز هذا البرنامج على مجموعة من المجالات (الانتباه، التقليد، لغة الاستقبال، لغة التفكير، ما قبل الأكاديمي الاعتماد على النفس)، ومع تقدم الطفل وتطور قدراته تزداد صعوبة الأهداف لكل مجال من المجالات السابقة وتضاف لها أهداف للمجالات الاجتماعية والأكاديمية والتحضير لدخول المدرسة.

- **برنامج ليبا (Leap):** تعليم الخبرات من خلال البرنامج البديل للأطفال في سن ما قبل المدرسة (Learnin Experiences An Alternative Programming For Preschoobers). تأسس مركز تعليم الخبرات من خلال البرنامج البديل للأطفال في سن ما قبل المدرسا (ليبا) في عام 1982 وكان أول برنامج يدمج الأطفال التوحديين مع الطبيعيين منذ بداية التدريب[3].

---

(1) تيسير مفلح كوافحة، عمر فواز عبد العزيز، **مرجع سابق**، ص70.

(2) جمال الصمادي وآخرون، **تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، منشورات الجامعة العربية المفتوحة، الكويت، 2003، ص2011.

(3) محمد أحمد خطاب، **سيكولوجية العلاج باللعب (مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة)**، دار الثقافة، الأردن، 2008، ص106.

يتلقى كل من الأطفال الذين يعانون أحد الاضطرابات النمائية الشائعة والأطفال الطبيعيين منهج رياض الأطفال وهو يشمل كل مجالات التطور ومنها الاتزان والحركة، النواحي الاجتماعية واللغوية والانتباه والاعتماد على النفس والسلوك، ويحتوي البرنامج على 3 عناصر أساسية هي:

- رياض الأطفال.
- تعديل السلوك.
- نشر الوعي وتدريبه خارجيا.

04.علاج الحياة اليومية (Daily life Therapy) (The Highashi Approach):

طور هذه الطريقة الدكتور كيو هيجاشي (Kio Higashi) في مدرسة موساشينو في طوكيو (Musashinohagashir School in Tokyo) للأطفال التوحديين، وتقوم الطريقة على افتراض أن هؤلاء الأطفال يمكن أن يساعدوا بأفضل ماهو ممكن لتحقيق أقصى امكاناتهم بالقرب من أسرهم ومن مجموعة أطفال ذوي خبرات ثقافية متشابهة.

وتركز هذه الطريقة على طرق رئيسية قليلة ومبسطة لما هو متوقع من الطفل ليفعله، فالأنشطة موجهة بشكل جماعي ومنظمة بشكل عال للتأكيد على التعلم المنقول من طفل إلى طفل من خلال التقليد والتزامن، كما تركز الطريقة على الأنشطة الجسمية في المجموعات والركض يوميا بواقع 20 دقيقة في كل مرة، والجمانيزيوم لمرة واحدة، وأنشطة خارجية يومية مثل كرة القدم وكرة السلة لمدة ساعة يوميا، ويركز المنهاج الأكادي مبدئيا على الموسيقى والحركة والدراما والفن والتجمع في المهرجانات.

نلاحظ أن مجمل هذه البرامج العلاجية سواء الطبية أو التربوية تولي اهتماما خاصا لتديب الأسر ودعمها منذ بداية تطبيقها، لذا يطلب من الأسر المشاركة في عملية تعليم الأطفال من مراحل التعليم كافة، وهذا ينبغي على جميع المختصين الذين يتعاملون مع أشخاص توحديين التركيز على إعطاء الأمر والدعم والتدريب المناسب ليصبحوا أكثر حماسا للعمل مع أطفالهم[1].

[1] عبد الله حسن الزعبي، **مرجع سابق**، ص147.

المبحث الثالث: الدمج التربوي

تمهيد

- المطلب الأول: الدمج في الجزائر
- المطلب الثاني: مفهوم الدمج
- المطلب الثالث: أنواع الدمج
- المطلب الرابع : اتجاهات حول الدمج التربوي
- المطلب الخامس: أهداف الدمج التربوي
- المطلب السادس:شروط دمج أطفال التوحد
- المطلب السابع: الاستراتيجيات المستخدمة مع التلاميذ ذوي التوحد
- المطلب الثامن: الصعوبات التي تواجه عملية دمج أطفال ذو اضطراب التوحد

خلاصة

المطلب الأول: الدمج في الجزائر.

النصوص التشريعية الرسمية للمدرسة الجزائرية منذ تطبيق المدرسة الأساسية والتأسيس للتعليم العلاجي المسمى بالتعليم المكيف لم تتضمن مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة بل يشير إلى مفهوم آخر وهو الأطفال غير المتكيفين والمتأخرين دراسيا وهي حسب المناشير الوزارية الآتية[1]:

- جاء في المنشور الوزاري رقم 10/10/1982 أن التعليم المكيف يعني الأطفال الذين يعانون من تأخر دراسي ضخم في جميع المواد بعد نهاية السنتين الأوليتين من المدرسة الأساسية.
- أما المناشير الوزارية لاسيما المنشورة رقم 1548 المؤرخ في 16/04/1983 منشور رقم 025 /م.ت/ المؤرخ في 07/06/1984 و منشور رقم 111/122/92 المؤرخ في 29/04/1992 تشير كلها للتعليم المكيف الذي يتكفل بالتلاميذ الذين يعانون من تأخر إجمالي في جميع المواد خلال سنتين دراسيتين من التعليم الأساسي وذلك رغم التعليم الاستدراكي.
- بينما المنشور الوزاري رقم 24 /م.ت.م/ 1994 المؤرخ في 29/01/1994 اقترب من مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة حينما أشار بشكل واضح إلى أن التعليم المكيف يسعى لإعطاء التلميذ الذين يعانون من تأخر دراسي شامل وعميق تعليما خاصا.
- حتى 1996 عنوان موضوع المنشور الوزاري رقم 1061 في 08/10/1996 لأول مرة بتكفل تلاميذ ذوي الحاجات الخاصة حيث حدد المقصود بهذه الفئات على أنهم "هم التلاميذ المتأخرين دراسيا والمصابون بعاهات والمعاقون حركيا والمصابون ببعض الأمراض.

إلى أن أصدرت الجزائر منشور وزاري رقم 24/م.ت.م / المؤرخ في 19 جانفي 1994 بمبدأ الحق في التربية والتعليم في الجزائر، بتكفل بالتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة حيث حددت آنذاك الفئات التالية: المتأخرون دراسيا، التلاميذ المصابون بعاهات، التلاميذ المعوقون حركيا، التلاميذ المصابون أمراض مزمنة.

ولكن مؤخرا تمكنت وزارة التربية الوطنية وبالتنسيق مع وزارة التضامن الاجتماعي، على إدماج 2500 تلميذ مريض بالتوحد في المدارس العادية الابتدائية، وهذا بعد أن صرحت أنها ستسهر على الاهتمام بجانب تكوين أساتذة التعليم الابتدائي وذلك في إطار التعاون مع وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، من أجل ضمان تمدرس تلاميذ ذو اضطراب التوحد وتسهيل إدماجهم في الوسط المدرسي وضمان تمدرسهم عبر فتح المزيد من الأقسام الخاصة بهم، يؤطرها أساتذة ومختصون مؤهلون تقلو تكوينا معمقا للتعامل مع هذه الشريحة التي تعاني وضعية خاصة[2].

---

[1] جمال الخطيب، **التربية الخاصة المعاصر (قضايا وتوجهات)**، دار وائل، عمان، الأردن، ط1، 2008، ص75.

[2] حسام أحمد محمد أبو يوسف، **الطفل التوحدي**، ايتراك للطباعة، ط1، 2006، ص59.

المطلب الثاني: مفهوم الدمج.

عرفته (زينب شقير) **البيئة اقل عزلا Least Restrective:** يقصد بها الإقلال بقدر الإمكان من عزل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك بدمجهم قدر الإمكان بالأطفال العاديين في المدارس العادية.

الدمج Mainstreaning: يقصد بذلك دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس أو الفصول العادية مع أقرانهم العاديين مع تقديم خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة.

نلاحظ أن كلمة الدمج تعني معاني مختلفة من قبل أناس (مختلفين الباحثين) وإن التعريف الشائع لكلمة الدمج تعني تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة ضمن بيئة التعليم العام وتحت إشراف كل من معلم الصف العادي ومعلم التربية الخاصة[1].

أما بالنسبة لعماد علي وآخرون في ترجمتهم لـ (Mary.Provost, Joseph.R.Boyle) قدموا تفاصيل لمصطلح الدمج واعتبر أن التعريف قد يتكون من الأجزاء التالية:

- كل الطلبة مرحب بهم ليتعلموا في صفوف التعليم العام وفي مدارس قريبة من أماكن سكنهم.
- يتعلم الطلبة في الصفوف حيث يكون عدد الطلبة المعوقين مع أقرانهم غير المعوقين من المجموعة العمرية نفسها.
- إن الطلب بمختلف خصائصهم وقدراتهم يشاركوا في خبرات تعليمية مشتركة مع التأكيد على نتائج التعلم الفردي المناسب ووجود الدعم والتعديلات الضرورية.
- تعليم الطلبة المعوقين مع أقرانهم غير المعوقين من المجموعة العمرية نفسها.
- إن خبرات التعلم صممت لتحسن مستوى من التوازن بين المتطلبات الأكاديمية والوظيفية والمتطلبات الاجتماعية والشخصي.

لكن مع دخول سنة 2015 ظهر ما يسمى ب مصطلح مدرسة المستقبل ومن أهدافها[2]:

- المساعدة في دمج ذوي الاحتياجات الخاصة.
- إعداد المتعلمين (ذوي الاحتياجات الخاصة) لمواجهة التحديات الصعبة.
- توظيف بيئة تعليمية تربوية تخدم المجتمع.

---

[1] جمال الخطيب، **مرجع سابق**، ص78.

[2] حسن منسي ، **إدارة الصفوف**، دار الكندي، الأردن، ط2، 2000، ص110.

المطلب الثالث: أنواع الدمج.

- **الدمج المكاني:** وهو اشتراك مؤسسة التربية الخاصة مع مدارس التربية العامة بالبناء المدرسي فقط بينما تكون لكل مدرسة خططها الدراسية الخاصة وأساليب تدريب وهيئة تعليمية خاصة بها وممكن أن تكون الادارة موحدة.
- **الدمج التعليمي (التربوى)** : اشتراك الطلاب المعاقين مع الطلاب الغير معاقين في مدرسة واحدة تشرف عليها نفس الهيئة التعليمية وضمن البرنامج المدرسي مع وجود اختلاف في المناهج المعتمدة في بعض الأحيان . يتضمن البرنامج التعليمي صف عادي و صف خاص وغرفة مصادر. أو هو ما يقصد به دمج الطالب ذوى الاحتياجات الخاصة مع اقرانه العاديين داخل الفصول الدراسية المخصصة للطلاب العاديين ويدرس نفس المناهج الدراسية التى يدرسها العادى مع تقديم خدمات التربية الخاصة.
- **الدمج الجزئي:** ويقصد به دمج الطالب ذوي الاحتياجات الخاصة فى مادة دراسية أو أكثر مع أقرانه من العاديين داخل فصول الدراسة العادية.
- **لدمج الاجتماعي:** التحاق الأطفال المعوقين بالصفوف العامة بالأنشطة المدرسية المختلفة، كالرحلات والرياضة وحصص الفن والموسيقى والأنشطة الاجتماعية الاخرى ، وهو أبسط أنواع وأشكال الدمج. حيث لا يشارك الطالب ذوى الاحتياجات الخاصة نظيره العادي في الدراسة داخل الفصول الدراسية وانما يقتصر على دمجه فى الأنشطة التربوية المختلفة مثل التربية الرياضية والتربية الفنية وأوقات الفسح والجماعات المدرسية والرحلات والمعسكرات وغيرها .
- **الدمج المجتمعي** : اعطاء الفرص للمعاقين للاندماج في مختلف أنشطة وفعاليات المجتمع وتسهيل مهمتهم في أن يكونوا أعضاء فاعلين ويضمن لهم حق العمل باستقلالية وحرية التنقل والتمتع بكل ما هو متاح في المجتمع من خدمات.

المطلب الرابع: الاتجاهات حول الدمج.

لقد اختلف العلماء حول موضوع الدمج فانقسموا إلى مابين مؤيدون ومعارضون ومحايدون[1]:

- **المؤيدون:** وهؤلاء يتبنون فكرة الدمج، ويتحمسون لها مما لذلك من أثر في تعديل اتجاهات المعلمين والطلاب والمجتمع ككل والتخلص من عزل الأطفال، بالتالي إلحاق وصمة العجز والقصور العقلي إلى أخر ذلك.
- **المعارضون:** هؤلاء يعارضون بشدة فكرة الدمج ويعتبرون تعليكم الأطفال أفضل في المدارس الخاصة حيث يتوفر المتخصصون في هذا المجال ويحقق الاستقرار لهم والاطمئنان، الأمر الذي لا يمكن تحقيقه في المدارس العادية.

[1] حسام أحمد محمد أبو يوسف،**مرجع سابق**، ص 62.

- **المحايدون:** هؤلاء يتخذون طريقا سريعا وسطا بين المعارضين والمؤيدون لفكرة الدمج فيري هؤلاء، أن هناك من الإعاقات الشديدة، بحيث لا نستطيع دمجها في الصفوف العادية، مثل حالات التخلف العقلي الشديد، والعمى الشديد، ولكن هناك حالات يمكن دمجها في الصفوف العادية، مثل الإعاقات البسيطة والمتوسطة.

ترى الباحثة أن العلماء اختلفوا حول موضوع الدمج من بين مؤيدون، ومعارضون، ومحايدون، إلا أن المحايدون هم الذين مسوا كل الجوانب بحيث طالبوا بدمج حالات البسيطة والمتوسطة، بينما الشديدة يجب إبقائها في المراكز الخاصة بها، في حين أن المؤيدون طالبوا بالدمج لكن مع تعديل اتجاهات المعلمين، أما بالنسبة للمعارضين فقد رفضوا عملية الدمج وطالبوا بإبقاء المعاقين في المدارس الخاصة لتوفر معلمي التربية الخاصة[1].

المطلب خامس: أهداف الدمج.

يهدف نظام دمج التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة في الصفوف العادية إلى:

- أنه يسمح للطلبة الذين يلتحقون بالمدارس الخاصة أن يكونوا مندمجين ضمن المدارس العادية ومساعدتهم في تطوير قدراتهم التعليمية.
- التفاعل الاجتماعي بين أطفال التوحد والأطفال العاديين.
- تنمية روح المشاركة والتعاون بينهم في أداء بعض الأعمال والأنشطة الرياضية.
- تمكين المدارس العادية ومن خلال المساعدة والتسهيلات الإضافية من تنفيذ الدمج والتعامل مع المشكلات التي تعاني منها بعض الطلاب في المدارس.

بينما ترى (سحر الخرشمي) أن دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يعمل على[2]:

- يزود الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة بالفرص المناسبة لتحسين كل من مفهوم الذات والسلوكيات الاجتماعية الذي وجد أنها مرتبطان ببعضها البعض.
- التركيز بشكل أعمق على المهارات اللغوية للطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية.
- إن التربية الخاصة في المدارس العادية تساعد على تجنب عزل الطفل عن أسرته.

كما يدعم الروساني كل هذه الأهداف ويزيد عليها:

- التقليل من الفوارق النفسية والاجتماعية بين الأطفال العاديين والغير عاديين.

---

(1) خالد محمد عسل، **نظرية وتدخلات إرشادية ذوي الاحتياجات الخاصة** ،دار الوفاء للطباعة، الأردن،ط1، 2012، ص91.

(2) حسن منسي ، **مرجع سابق**، ص115.

- تعديل اتجاهات الناس والمعلمين والأولياء نحو الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة من كونها اتجاهات سلبية إلى اتجاهات ايجابية.
- إعطاء فرصة أفضل وأكثر تناسب لينمو نفسيا وأكاديميا.
- اتاحة الفرص لجميع الأطفال المعاقين للتعليم المتكافىء والمتساوي مع غيرهم من الأطفال.
- اتاحة الفرصة للأطفال المعاقين للانخراط في الحياة العادية والتفاعل مع الاخر.
- اتاحة الفرصة للأطفال غير المعاقين للتعرف على الأطفال المعاقين عن قرب وتقدير مشاكلهم ومساعدتهم على مواجهة متطلبات الحياة.
- خدمة الأطفال المعاقين في بيئتهم المحلية والتخفيف من صعوبة انتقالهم الى مؤسسات ومراكز بعيدة عن بيتهم وخارج أسرهم ،وينطبق هذا بشكل خاص على الأطفال من المناطق الريفية والبعيدة عن مؤسسات ومراكز التربية الخاصة.
- استيعاب أكبر نسبة ممكنة من الأطفال المعاقين الذين لا تتوفر لديهم فرص للتعليم
- تعديل اتجاهات أفراد المجتمع وبالذات العاملين في المدارس العامة من مدراء ومدرسين واولياء.
- التقليل من الكلفة العالية لمراكز التربية الخاصة.
- التقليل من الفوارق الاجتماعية والنفسية بين الأطفال أنفسهم وتخليص الطفل وأسرته من الوصم الذي يمكن أن يخلقه وجوده في المدارس الخاصة(1).
- إعطاؤه فرصة أفضل ومناخا أكثر تناسبا لينموا نموا أكاديمياً واجتماعيا ونفسيا سليما ،إلى جانب تحقيق الذات عند الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة وزيادة دافعيته نحو التعليم ونحو تكوين علاقات اجتماعية سليمة مع الغير وتعديل اتجاهات الأسرة وأفراد المجتمع ،وكذلك المعلمون وتوقعاتهم نحو الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة من كونها اتجاهات تميل إلى السلبية أكثرمن الايجابية.
- كما يحق للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تلقي التعليم في المدارس العادية كبقية الأطفال العاديين حيث يعتبر الدمج جزءا من التغيرات السياسية والاجتماعية التي حدثت عبر العالم، و أن التربية الخاصة في المدارس العادية تساعد علي تجنب عزل الطفل عن أسرته والذين قد يكونون مقيمين في مناطق نائية.
- التركيز بشكل أعمق علي المهارات اللغوية للطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية، حيث نجد أن تعلم اللغة لا يتم بالصدفة وإنما يعتمد بشكل كبير على العوامل البيئية. ويعتبر النمو اللغوي مهما جدا للأطفال المدمجين، حيث يسهل نجاحهم من خلال التفاعلات اليومية مع الآخرين. لذا فان

(1) حسن منسي ، **مرجع سابق**، ص116.

عملية تكييف الجوانب المرتبطة باللغة كالقراءة والكتابة والتهجئة والكلام والاستماع تعد مطالب ضرورية لنجاح دمجهم.(1)

- وقد أشارت العديد من الدراسات إلى إن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في فصول الدمج التي تقدم لهم مناهج معدلة وبرامج تربوية فردية في المهارات اللغوية يظهرون مقدرة أفضل للتعبير عن أنفسهم، كما أن الدمج يزود الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة بالفرص المناسبة لتحسين كل من مفهوم الذات والسلوكيات الاجتماعية التي وجد بأنهما مرتبطان ببعضهما بشكل كبير.
- ان دمج الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين يساعد هؤلاء في التعرف علي هذه الفئة من الأطفال عن قرب وكذلك تقدير احتياجاتهم الخاصة ،وبالتالي تعديل اتجاهاتهم وتقليل آثار الوصم السلبية من قبل الأطفال الآخرين والمدرسة من أفراد العائلات الأخرى ومن غير المعاقين ،ووضع الأطفال في ظروف ومناخ تعليمي أكثر إدماجاً وأقل تكلفة وتوفر تعليماً فردياً ،حيث أن دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العامة من الناحية الاقتصادية يكون أقل تكلفة مما لو وضعوا في مدارس خاصة لما تحتاجه تلك المدارس من أبنية ذات مواصفات وجهاز متخصص من العاملين بالإضافة إلى الخدمات الاخري. (2)
- يجب أن لا يغيب عن أذهاننا بأن الدمج قد لا يكون الحل الأمثل لكل الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة، بل إن بعض الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة قد لا يتمكنون من النجاح في أوضاع الدمج المختلفة لتباين حاجاتهم وعدم فعالية الخدمات التي قد تقدم لهم في تلك الأوضاع الدراسية. ففي حين أن الدمج قد يكون حلماً وأملاً يتمناه الكثير من الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة ،إلا أنه قد يكون كارثة للبعض الآخر لما قد يطرأ من سلبيات في عملية التطبيق لا يتم احتواؤها مسبقاً أو الاستعداد لها.
- يعتبر الدمج متسقا ومتوافقا مع القيم الأخلاقية والثقافية.
- يخلص الدمج لأطفال العاديين من الأفكار الخاطئة حول خصائص أقرانهم وامكاناتهم وقدراتهم من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- من أهداف الدمج بعيدة المدى، تخليص ذوي الاحتياجات الخاصة من جميع أنواع المعيقات سواءا المادية أو المعنوية التى تحد من مشاركتهم فى جميع مناحي الحياة. (3)

بينما يركز السرطاوي على:

---

(1) **نفس المرجع السابق**، ص117.

(2) **نفس المرجع السابق**، ص117،118.

(3) **نفس المرجع السابق**، ص119.

وضع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في ظروف ومناخ تعليمي أكثر إدماجا لكن يجب ألا يغيب عن أذهاننا أي أن الدمج قد لا يكون الحل الأمثل لكل الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة.

ترى الباحثة إن أهداف الدمج تختلف من باحث لأخر لكنها كلها تتمحور حول التقليل من الفروق الفردية والعمل على التفاعل الاجتماعي بين أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال العاديين، حيث يرى الروساني أن الدمج يغير اتجاهات الناس وأولياء ومعلمين حول هذه الفئة، بينما يرى السرطاوي أن الدمج ممكن أن لا يكون الحل الأمثل لذوي الاحتياجات الخاصة.[1]

المطلب السادس: شروط دمج أطفال التوحد.

يعاني أطفال التوحد من ضعف في الانتباه والادراك وقصور في التذكر والتفكير لذلك أظهرت كثير من التجارب الحديثة التي أجريت في الميادين التي تهتم بظاهرة الذاكرة والتعلم أن للتكرار والنمذجة، ولعب الأدوار، والإرشاد باللعب، دوراً أساسياً في عمليات التعلم والذاكرة، ومنها دراسة (الشرفي،2015) ()2والتي هدفت إلى معرفة أثر فعالية دمج أطفال التوحد برياض الأطفال في تنمية السلوك التكيفي، وتبين وجود تحسن في درجات أطفال التوحد على الموضوعات الأدائية لاختبار النفس تربوي في الأبعاد العشرة (الإدراك اللفظي وغير اللفظي، اللغة التعبيرية، اللغة الاستقبالية،المهارات الحركية الدقيقة، المهارات الحركية الكبيرة، التقليد الحركي البصري، التعبير العاطفي، التجاوب الاجتماعي، السمات السلوكية الحركية، السمات السلوكية اللفظية(2).

ما جعل العديد من الباحثين يسعون إلى تقديم برامج تربوية تهدف إلى التقليص من السلوكيات النمطية التي تعد ذات أهمية كبيرة في التشخيص المبكر لاضطراب التوحد، وتظهر هذه السلوكيات نتيجة وجود صعوبة في معالجة المعلومات الحسية التي يتلقاها أطفال اضطراب التوحد من البيئة المحيطة، ومن بين هذه البرامج نجد برامج الدمج الحسي، أثبتت نتائج دراسة (جوبالي وساكري، 2021) فاعلية برامج الدمج الحسي في تقليص السلوك النمطي على مستوى الشدة والتكرار، حيث تقوم الأنشطة القائمة على الدمج الحسي في مساعدة الفرد على التأقلم والتكيف بشكل طبيعي مع البيئة المحيطة وذلك عن طريق فهم المثيرات البيئية وإصدار استجابة حسية مناسبة لها، ويعد الدمج الحسي من أهم البرامج التي استخدمت منذ سنوات عديدة والتي لها أثر كبير في تنظيم المدخلات الحسية وتحسين عملية المعالجة الحسية وهو ما يساهم في التقليص من السلوكيات غير التكيفية. (3)

---

[1] سحر الخشرمي،، **المدرسة للجميع (دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية)**، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض، 2000، ص 257.

[2]الشرفي، عبد العزيز، عبد الله، لبنى: **فاعلية دمج أطفال التوحد برياض الأطفال في تنمية السلوك التكيفي**، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس ، مركز الإرشاد النفسي.

[3].جوبالي، نجوى وساكري، زينب :**فاعلية برنامج قائم على الدمج الحسي في التقليص من السلوك النمطي لدى عينة من الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بجمعية السعادة للمتوحدين بصفاقص**، تونس، مجلة المرشد، المجلد11، العدد12. ،2021 ص124

نعكس تدريب الطفل التوحدي على مهارات التواصل لديه، وخاصة في حالات التدخل المبكر ويعمل على زيادة قدراته، ويصبح دمجه وجعله عنصراً فعالاً ومبدعاً ومفيداً لمجتمعه أمراً ممكناً. إلا أن تلبية الاحتياجات المتزايدة للأفراد المصابين باضطرابات طيف التوحد وسائر اضطرابات النمو تتطلب نهجاً تنسيقياً متعدد الجوانب يركز على زيادة الوعي من خلال بناء المعارف، وتوفير الرعاية ، وتأهيل المراكز والمدارس لتقديم خدمات مناسبة ذات جودة عالية.

لذلك فإن عملية الدمج ليست عملية سهلة ولا يكون طريقا سهلا وإنما هو صعب ويحتاج إلى شروط ومستلزمات وتهيئة وإعداد لنجاح هذه العملية وأهم ما في الأمر كيف نص معلمو الأطفال العاديين على قبول أطفال التوحد وكيف نهيئ الأسرة على تعلم السلوكيات التي تساعد أبنائها على اكتساب السلوكيات وعدم فقدانها واختيار الفئة المدمجة لذا نقدم لكم كل من شروط الدمج:

01.الفئة المدمجة:

أ. **الفئة:** في التربية الخاصة هي تجمع من الطلاب ذوي الحاجات الخاصة الذين يتم تعليمهم المشاركة في خصائص معينة بالرغم من أن المهنيين يحاولون وضع مستويات للتعريفات الفئات إلا أنه توجد تنوع هام من حالة إلى أخرى.

حيث يرى (باونز واخرون) 1995 أن الحالة التي يمكن دمجها هي (حالة اسبرجر) واضطراب النمائي الشامل غير محدد. بينما ترى هالة عبد السلام أن الفئة الممكن دمجها من أطفال التوحد هي الفئة التي يصدر بشأنها قرار من التامين الصحي والمستشفيات الحكومية أو الجامعية المعتمدة من وزارة التربية والتعليم على أن يكون القرار مختوم بشعار الجمهورية، ولا يقبل التلميذ متعدد الإعاقات أو مزدوجي الإعاقة، ويستثني ذلك الإعاقة الحركية المصاحبة لأي من الإعاقات البصرية أو السمعية أو الذهنية، حيث أنها تؤثر على التحصيل الدراسي.

وقد قدم" (وارنوك) معلومات حول دمج أطفال موحديين لذا يرى أن الأطفال ذو الإعاقات الأقل شدة هم الذين يمكن دمج البعض منهم".

ترى الباحثة أن اقتران التأخر الذهني بالتوحد يخفض من فرص الدمج لدى تلاميذ الذين يجتمع لديهم الاضطراب مقترن بإعاقات ثانوية، أي كلما ازدادت درجة تأخر ذهني انخفضت فرصة دمج التلميذ ذو اضطراب التوحد[1].

ب. **شكل دمج هذه الفئة:** يرى طارق عامر أن الشكل الذي يمكن أن يدمج فيه الطفل التوحدي هو الدمج الكامل (الكلي)، حيث يمكن إلحاق هذه الحالات بالفصل الدراسي العادي كما أنه من الممكن أن يظم الفصل حالات توحد تختلف من حيث المستوى الوظيفي أو شدة التوحد ويحتاج هذا النظام من الدمج إلى

(1) رشيد زرواتي، **مناهج وأدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية**، دار الهدي ،الجزائر، ط1، 2007، ص81.

التعاون الوثيق بين معلم الفصل العادي ومعلم التربية الخاصة الذي يساعد المعلم والأطفال التوحديين داخل الفصل، حيث يقوم المعلم بالتعليم، بينما يقو معلم التربية الخاصة بتقديم استراتيجيات تعليمية معينة مثل (التلخيص واستراتيجيات الذاكرة ومهارات التعميم) للأطفال الذين يستفيدون من هذه الخدمات.

ج. **طريقة دمج هذه الفئة:** (الخدمات الخاصة) حيث يلحق الطفل بالفصل الدراسي العادي مع تلقيه مساعدة خاصة من وقت لأخر بصورة غير منتظمة في مجالات معينة مثل: القراءة، الكتابة، الحساب، وغالبا ما يتقدم معلم التربية الخاصة بزيارة المدرسة مرتين أو ثلاث أسبوعيا.

على العكس حيث يرى (Smith etal 1993) أن الدمج الجزئي أي الفصل الخاص عموما يكون ذلك الفصل الذي يقضي فيه التلاميذ معظم اليوم الدراسي مع نفس المدرس، وحيث يستقبل التلاميذ كافة أو معظم الخدمات التعليمية، والتلاميذ يتم تصنيفهم بطريقة متجانسة وهناك فرص محددة للتفاعل مع أقرانهم الأسوياء وهم غالبا ما يشتركون في أنشطة غير أكاديمية تتضمن الأنشطة الرياضية مع أقرانهم الأسوياء[1].

02.أطفال التوحد (الغير العاديين):

ومن اجل دمج أطفال التوحد يجب توفر الشروط التالية:

- عمر الطفل العقلي وليس الزمني لان الطفل المصاب بالتوحد قد يكون عمره الزمني (10 سنوات) ولا يتجاوز عمره العقلي عن (7 سنوات) وهنا يجب دمجه مع أصحاب (7 سنوات).
- نسبة طلاب التوحد إلى الطلاب العاديين فلا يجب أن يكونوا أكثر من النصف أو يكونوا هناك 1 أو 2 بحيث يشعروا بالغربية وهذا لا يؤدي إلى التكييف داخل الصف.
- تدريب التلاميذ الذين يعانون من اضطراب التوحد على التفاعل الاجتماعي.

03.الأسرة:

أشار كوجل وكوجل 2003 إلى إحدى الدراسات التي قام بها الوتزانس ورفاقه" والتي قارن من خلالها اثر تعليم الآباء على التدخل السلوكي في أبنائهم المصابين بالتوحد:

- **المجموعة الأولى:** تلقت تدريبات في التدخل السلوكي لمدة سنة في عيادة داخلية ولم يدرب والديهم على كيفية تقديم تدخل سلوكي في المنزل.
- **المجموعة الثانية:** فتلقت تدريبا علاجيا مدته سنة في بيئة خارجية وتم تدريب الوالدين على كيفية تقديم تدخل سلوكي في المنزل.

[1] رفعت محمود بهجات، **الأطفال التوحديين (جوانب النمو وطرق التدريس)**، عالم الكتب، القاهرة، ط1، 2007، ص64.

وفي فترة المتابعة التي استمرت من سن إلى 4 سنوات توصل الباحثون أن الأطفال الذين عادوا إلى منازلهم الذين والديهم على مبادئ التدخل السلوكي.

حيث ترى الباحثة أن الوالدين الذين لم يدربوا تدريبا سلوكيا اثروا على الأطفال بحيث عند رجوعهم لمنازلهم أدى إلى فقدان العديد من السلوكات المكتسبة التي حصلوا عليها خلالها فترة المعالجة، أما الذين تعلم أبنائهم مبادئ التدخل السلوكي فقد حافظوا على مكاسبهم وظل البعض منهم يظهر تحسنا ملحوظا.

04.معلم التربية العادية:

يرى فتحي جروان وآخرون أن النجاح عملية الدمج يجب:

- يتوفر المعلم الذي يقدم المساندة وتدريب على نحو مناسب.
- توفر وقت مناسب للمعلم لكي يتمكن من التخطيط.
- توفر الرغبة من قبل المعلم في الاستماع إلى الطرف الأخر.

يلعب معلمو الصفوف العادية أيضا دورا في التواصل مع الآخرين في الأوضاع المدرسية فهؤلاء لديهم معلومات وخبرات يطلعون معلمي التربية الخاصة والمعلمين العاديين الآخرين عليها، ويحتاجوا معلمي التربية الخاصة تحديدا إلى التواصل مع المعلمين العاديين الذين جرت العادة أن لا يحصلوا على أي تدريب في مجال الحاجات التربوية الخاصة، مع العلم أن اضطراب التوحد ليس بمعيقا يمنع الطفل من الدمج والحصول على حقه في التعليم العام مع أقرانه العاديين، بينما هناك معيقات أخرى هي التي تسبب الحاجز مثل: (البرنامج التدريسي الذي لا يلبي حاجيات هذه الفئة، وطرق التدريس التي لا تتجاوز التلقين، وعدم وجود أخصائي داخل المدرسة يعمل على مساندة المعلم العادي، وكثرة عدد التلاميذ واتجاهات السلبية للتلاميذ العاديين[1].

حيث يرى مصطفى أن المعلمين لا يشترط أن يكونوا متخصصين في التربية الخاصة وإنما يكونوا مدرسي التعليم العام فقط مع بعض التدريب والتأهيل.

بينما يرى قحطان أن على معلم التربية العادية أن يكون واعيا بالطرق وأساليب متعددة لتلبية الفروق الفردية لأن عملية الدمج تؤدي إلى اتساع فجوة الفروق الفردية داخل الصف.

ترى الباحثة أن خصائص الطفل التوحدي ليست عائقا يمنعه من الحصول على حقه في التعليم مع أقرانه من الأطفال العاديين، إنما قصور البرامج المدرسية هو العائق الأكبر، لذلك يجب توفير برامج ملائمة لهؤلاء الأطفال، تتوافق مع حاجياتهم وقدراتهم العقلية، وأيضا العمل على إعداد المعلمين أي تكوينهم وتدريبهم لتعامل مع متطلبات الدمج الشامل، حيث أن اتجاهات المعلمين الايجابية وتقبلهم لدمج هذه الفئة وإعدادهم التربوي الجيد هم من الأساسيات النجاح برنامج الدمج[2].

---

[1] رشيد زرواتي، **مرجع سابق**، ص87.

[2] رفعت محمود بهجات، **مرجع سابق**، ص69.

05.معلم التربية الخاصة:

يعرف معلم التربية الخاصة انه هو الشخص المؤهل في التربية الخاصية ويشترك بصورة مباشرة في تدريس التلاميذ غير العاديين.

ترى الباحثة أن العامل الأساسي الذي يحدد الدمج أو الفصل هو درجة الإعاقة فقد يكون صعبا دمج الإعاقات الشديدة، ولكن التوجيه العالمي هو دمج الإعاقات البسيطة والمتوسطة حيث تعتبر الفئة المراد دمجها هي من أوليات الدمج، لذلك يمكننا القول أن عملية الدمج هي عملية يجب تكافؤ وتعاون عناصرها، حيث يجب موافقة ورغبة المعلم العادي في المشاركة في هذه العملية، ومساعدة التلاميذ العاديين على تغير اتجاهاتهم وتهيئهم لتعامل مع هذه الفئة، وموافقة الأولياء وتهيئتهم لاكتساب مهارات تساعدهم للمحافظة على مهارات أبنائهم ومساعدتهم على عدم فقدانها، وأيضا التطرق إلى معلم التربية الخاصة حيث يجب توفير معلم تربية خاصة واحد على الأقل في كل مدرسة لتطبيق برامج الدمج حيث أن الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يحتاج إلى درجة كبيرة من القبول والدعم والقليل من المنافسة لذلك فهم بحاجة إلى مدرسين مؤهلين، كما أنه يساعد في عملية الدمج فان معلم التربية العادية لا يستطيع التعليم بدون مرافقة معلم التربية الخاصة له، ولو دققنا قليلا نلاحظ أن معلم التربية الخاصة هو بمثابة التدريب والتأهيل للمعلم العادي، وأيضا يقوم بمساعدة كما يقوم بمساعدة التلميذ ذو اضطراب التوحد[1].

المطلب السابع: الاستراتيجيات المستخدمة مع التلاميذ ذوي التوحد.

01.الاستراتيجيات المستخدمة مع التلاميذ ذوي التوحد من ذوي الأداء المرتفع:

- ركز على الشرح بالاستعانة بالمساعدات والأدوات البصرية للعمل الصفي الدراسي بدلا من الشرح الشفهي لوحده.
- أعط التلميذ مجموعتين من الكتب إحداهما للاستخدام المنزلي والأخرى للاستخدام المدرسي.
- كن أكثر اهتماما بمهارات التفاعل الاجتماعي والمهارات الأكاديمية.
- صمم نظاما للدرجات بحيث يعكس مدى التقدم الذي أحرزه وناقشه مع الإدارة ووالدي التلميذ.
- خصص للطالب احد اقرأنه في الصف لمساعدته على تنظيم العمل.
- شجع العمل من خلال مجموعات إذا كان بإمكان التلميذ إن يتعاون.
- ركز على تطوير مهارات التواصل.
- ساعد التلميذ على تعلم كيفية التعبير عن مشاعر عدم الرضا بشكل شفهي.
- زود التلميذ من بقائمة الأنظمة والقوانين التي يجب إتباعها.

---

[1] خالد محمد عسل، **مرجع سابق**، ص100.

- جزء المهام إلى خطوات صغيرة.
- وفر التوجيهات والتسهيلات لأية مهمة يعتقد الطالب أنها صعبة.
- ركز على استخدام وتعزيز مهارات الحاسوب.
- سلط الضوء على المعلومات المكتوبة.
- لا تستعمل العقاب[1].

02.استراتيجيات المستخدمة مع التلاميذ ذوي التوحد من ذوي الأداء المنخفض:

- حدد أسباب وضع الطالب في فصلك.
- احصل على خدمات مساعد معلم بحيث يقوم بتعليمه بشكل فردي (واحد).
- اطلب عدم إرسال الطالب إلى المدرسة إذا كان المساعد غائبا ولا تقبل مساعدا بديلا.
- ابلغ والدي الطالب إن كنت تخطط للتغيب عن المدرسة.
- استعرض مع المعلم المساعد بشكل دوري سلوك الطالب ومدى تقدمه.
- اعمل مع إدارة المدرسة ووالدي الطالب على وضع نظام لدرجات والذي يعكس مد التحصيل الذي أحرزها لطالب.
- ركز على توفير مناهج فعالة.
- شجع على التفاعل بين الطالب وزملائه.
- أشرك الطالب في عدة أنشطة صفية من تلك التي يستطيع الطالب التعامل معها.
- تجنب إرهاق الطالب (أداء ما يجب عمله، أخباره فقط بما يجب عمله) لكن لا تقوم بكليهما في نفس الوقت).
- جزء المهام إلى خطوات صغيرة مستقلة وعند إتقان إحدى الخطوات انتقل إلى الخطوة التالية.
- قم بتطوير مهارات التواصل اللغوية التعبيرية اللفظية.
- ركز على التعزيز من خلال استخدامه كحافز في المراحل الانتقالية للتعلم[2].

المطلب السابع: الصعوبات التي تواجه عملية دمج أطفال ذو اضطراب التوحد.

01.اجتماعية:

---

[1] رفيقة دروش، **إدارة المدرسة الابتدائية الجزائرية**، دار الخلدونية، القبة، الجزائر، 2010، ص53.

[2] نفس المرجع السابق، ص55.

- ندرة وجود أندية داخل المدرسة بين التلاميذ العاديين وأقرانهم من ذوي اضطراب التوحد.
- الافتقار لبرامج التوعية التأهيلية لتهيئة جميع منسوبي المدرسة الإقبال التلاميذ من
- ذوي اضطراب التوحد. قبل البدا بعملية الدمج.

المرتبطة بالخدمات المدرسية[1]:

- ندرة وجود أخصائي مخصص في اضطرابات السلوكية والتوحد.
- افتقار تصميم المبنى المدرسي لمتطلبات ذوي اضطراب التوحد.
- افتقار الوحدة الصحية بالمدرسة.
- غياب طرق التدريس (تيتش، لوفاس، هيتاشي).
- غياب أخصائي اجتماعي داخل المؤسسة.
- افتقار قاعة التربية الفنية والرياضية.

02.أكاديمية:

- وجود تلاميذ من ذوي اضطراب التوحد مختلفي القدرات داخل الصف الواحد.
- غياب التدعيم والتشجيع من طرف المعلم.
- غياب التفاعل مع الأقران (الأطفال العادين).
- نقص خبرة المعلم في اختزال المهام إلى مجموعة من الخطوات البسيطة.
- غياب التواصل بين المعلم والأخصائي النفسي.[2].

هناك العديد من التحديات التي تواجه دمج التلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد في المدارس العادية أبرزها:

- **تدني تقدير الذات:** فبعض هؤلاء الطلبة لا يشاركون أقرانهم في الصف العادي بالأنشطة الجماعية، ويفضلون الأنشطة الفردية، وبعضهم غير قادر على الإجابة عن الأسئلة، بينما لا يتابع بعضهم الآخر الدرس بشكل جيد عدم المشاركة اللفظية. يفضلون البقاء صامتين لاسيما عند عدم قدرتهم على التفاعل مع الأنشطة التعلمية بشكل جيد. عدم الاستقرار الانفعالي: يظهر بعضهم نوبات من الغضب عند تكليف المعلم لهم بأعمال إضافية؛ ويبكون على عدم رضاهم على علاقاتهم مع الآخرين(3).

---

[1] سحر الخشرمي، **مرجع سابق**، ص257.

[2] **نفس المرجع** ، ص 258.

[3]ذيب الشيخ رائد ،ومهيدات، محمد، **المهارات اللازمة للطلبة ذوي اضطراب التوحد لدمجهم في المدارس العادية من وجهة نظر المعلمين** ، دراسات كلية العلوم التربوية ، جامعة الأردن ، ملحق4، المجلد40 ،2013.

لذا يجب اتباع العديد من الاستراتيجيات لتسهيل دمج الطلبة ذوي اضطراب التوحد في المدرسة العادية ومنها:

- **الاستراتيجيات الوقائية:** ويقوم بها المعلمون قبل البدء بالدرس لتسهيل تفاعل الأطفال ذوي اضطراب التوحد مع زملائهم العاديين، مثل استخدام: القصص الاجتماعية وبرنامج التواصل بتبادل الصور والجداول البصرية وتنظيم البيئة.
- **الاستراتيجيات الداعمة:** حيث يستخدمها المعلمون في أثناء عملية التعليم مثل التوضيح للطفل المبادئ السلوكية والاجتماعية والإرشادات المناسبة للالتزام بهذه المبادئ، علاوة على تعليمهم كيفية طلب المساعدة من الزملاء بالصف كما يقوم المعلمون بتوضيح الأفكار الرئيسة وتكرار التعليمات اللفظية. – الاستراتيجيات العلاجية: وتكون عند حدوث الأخطاء باستخدام إجراءات تعديل السلوك لاسيما التعزيز التفاضلي بأشكاله المختلفة(1).

(1) **نفس المرجع السابق.**

الفصل التطبيقي:

- **الدراسة الاستطلاعية**
- **منهج وأداة الدراسة**
- **مجتمع الدراسة**
- **حدود الدراسة**
- **عرض ومناقشة نتائج الدراسة**
- **خلاصة ونتائج الدراسة**

1. الدراسة الاستطلاعية:

بتاريخ 25 /2022/02 قمنا بزيارة لابتدائية عون عمر المتواجدة بحي فاطمة الزهراء –تبسة– و ذلك في الفترة المسائية من ذلك اليوم ، أين تم استقبالنا من طرف السيد مدير المدرسة و قمنا بتعريف أنفسنا له و الغرض من هذه الزيارة و المتمثلة في بحثنا عن مكان اجراء التربص الميداني في اطار متطلبات نيل شهادة الماستر تخصص علم اجتماع التربية تحت موضوع –دمج أطفال ذوي الاعاقة في المؤسسات التربوية– ، فوجدنا أن هناك قسم خاص بذوي الاحتياجات الخاصة، و بعد اجراء المقابلة و توزيع مجموعة من الاستمارات المبدئية و الملاحظة . وجدنا أن هذه المؤسسة غير خادمة لموضوعنا . فغيرنا مؤسسةالبحث.

بتاريخ 2022/03/01 قمنا بزيارة استطلاعية في الفترة الصباحية للمدرسة الابتدائية خمان حسين الموجودة بحي طريق عنابة –تبسة– أين تم استقبالنا من طرف السيد مدير المدرسة و قمنا بتعريف أنفسنا له و الغرض من هذه الزيارة و المتمثلة في بحثنا عن مكان اجراء التربص الميداني في اطار متطلبات نيل شهادة الماستر تخصص علم اجتماع التربية تحت موضوع –دمج أطفال ذوي الاعاقة في المؤسسات التربوية– و في هذا الشأن تم تزويدنا بالمعلمات الكافية التي تتعلق بهذه الفئة المدمجة *في* المؤسسة.

تم مقاربة مؤشرات الدراسة و التأكد من امكانية الدراسة.

2. حدود الدراسة:

- **الحدود المكانية:**

بطاقة فنية عن المدرسة الابتدائية:

–تسمية المؤسسة: خمان حسين

– الموقع : حي قرفي عبد اللطيف –رقم الهاتف: 037505786

– سنة البناء: 1974 – سنةالانشاء: 1996 –المساحة الكلية: 1260.00 م

– المساحة المبنية : 780.00م – المساحة المخصصة للتوسيع:00.00م

– مساحة الساحة: 350.00م

–عدد قاعات التدريس:13

–عدد التلاميذ: 711 (358 اناث ، 353 ذكور)

(60 تحضيري، 129 سنة أولى، 153 سنة ثانية ، 133 سنة ثالثة ، 138 سنة رابعة ، 97 سنة خامسة)

–عدد الأساتذة: 30 (26 عربية ، 04 فرنسية).

- **الحدود الزمانية:** الفترة الممتدة بين 01 مارس 2022 و03 أفريل 2022.
- **الحدود البشرية:** جميع معلمي ابتدائية خمان حسين –تبسة– (30 معلم)

3. مجتمع الدراسة و عينتها:

تكون مجتمع الدراسة من ابتدائية من مدينة تبسة ، فقمنا بمسح شامل لمعلمي هذه المؤسسة (30 معلم).

4. منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج البحث الميداني لكونه مناسب لغرض الدراسة .

5. أدوات جمع البيانات:

تم الاعتماد في دراستنا على أدوات جمع البيانات المتمثلة في :

- **الملاحظة البسيطة:** الملاحظة البسيطة الغير موجهة هي بداية الملاحظة العلمية ، فهي تستخدم في الدراسات الاستكشافية ، كملاحظة سلوك شخص بشكل مباشر. حيث كان الهدف من اعتماد هذه الاداة المتمثلة في الملاحظة البسيطة هو رصد أبرز مشكلات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة التي تواجه معلمي الأقسام الخاصة في الابتدائيات ، حيث تم حضورنا داخل الاقسام مع 6 معلمات من عينة الدراسة في فترة زمنية متواصلة .
- **المقابلة** : من خلال المقابلات مع عينة من المعلمين أستطعنا الحصول على معلومات وضحت لنا أبرز و أهم مشكلات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة التي تواجه معلمي الابتدائيات.
- **الاستمارة:** حيث تم بناؤها على حسب التساؤل و المشكلة المطروحة في دراستنا، تكونت من قسمين : القسم الأول ضم البيانات الشخصية و شمل على 7 أسئلة ، و القسم الثاني يحتوي على 3 محاوركل محور تضمن على سلسلة من الأسئلة مرتبطة ببعضها البعض بطريقة منظمة تسمح بجمع البيانات بشكل منهجي كجزء من التحقيق الميداني، حيث أن المحور الأول تكون من 12 سؤال ، و المحور الثاني من 6 أسئلة، والمحور الثالث من 8 أسئلة.

6. عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

القسم الاول :

الجدول رقم 1: يمثل توزيع مجتمع الدراسة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	02	6.67%
أنثى	28	93.33%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول نجد أن معظم نسبة مجتمع الدراسة عبارة عن اناث(93.33%) ،و هذا يدل على أن الثقافة المجتمعية رسخت في مخيالنا الاجتماعي أن التعليم على المرأة فقط ، لا يوجد تقسيم المهن حسب نظرية دوركايم.

3/2: التخصص الدقيق و التخصص العام لمجتمع الدراسة:

بعد قراءة الاستمارات و تفريغها تبين أن هناك اختلاف في التخصصات الدقيقة و العامة، و بعد اجراء المقابلة مع المعلمين ، توضح أن المعلمين غير مختصين في تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة و خاصة فئة التوحد، و هذا يدل على افتقار معظم التخصصات على مادة "التربية الخاصة "، ما يجعله غير مكون و متؤهل للتعامل مع هذه الفئة.

الجدول رقم 2: يمثل توزيع المادة التي يقوم بتدريسها المعلم.

المادة	التكرار	النسبة المئوية
عربية	26	86.67%
فرنسية	04	13.33%
المجموع	30	100 %

من خلال بيانات الجدول نجد أن معلمي مادة العربية أكثر من معلمي مادة الفرنسية ، لأن اللغة العربية مادة أساسية و تحتوي على عدة مواد أخرى(اسلامية ، تاريخ، جغرافيا ....)

الجدول رقم 3: يمثل عدد سنوات التدريس للمعلم.

عدد السنوات	التكرار	النسبة المئوية
[1-10]	22	73.33%
[11-20]	4	13.33%
[21-30]	2	6.67%
[31-40]	2	6.67%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول نلاحظ أنه كلما زاد عدد سنوات التدريس قل عدد المعلمين، وبعد اجراء المقابلة تبين أن هناك زيادة في ملفات تعاقد المعلمين في السنوات الأخيرة ، و ذلك راجع الى ميل بعض المعلمين الى نصف التقاعدي.

الجدول رقم 4 : يمثل وجود ذوي الاحتياجات الخاصة في القسم.

وجود (ذ،ا،خ)	التكرار	النسبة المئوية
نعم	10	33.33%
لا	20	66.67%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن هناك أقسام تضم ذوي الاحتياجات الخاصة متمدرسين ضمن النظام التربوي العادي، فمن خلال المقابلة مع المدير والمعلمين تبين وجود اعاقات مختلفة حسب الفئة العمرية وحسب المستوى الدراسي، وبعد اجراء الملاحظة لاحظنا أن توزيع ذوي الاحتياجات الخاصة كان عشوائيا.

الجدول رقم5: يمثل تزويد المعلم بمعلومات عن التربية الخاصة.

تزويدالمعلم بمعلومات عن التربية الخاصة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	04	13.33%
لا	26	86.67%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن نسبة قليلة تم تكوينها في التربية الخاصة، و بعد اجراء المقابلة مع المعلمين تبين أنهم لم يتم تزويدهم بمعلومات تخص كيفية التعامل مع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة ، الا أن هناك اجتهادات شخصية من طرف المعلمين في محاولة التعامل مع هذه الفئة.

القسم الثاني:

المحور الأول: الأساليب المتبعة في دمج ذوي الاحتياجات الخاصة.

الجدول رقم6-أ-: يمثل وجود فئات ذوي الاحتياجات الخاصة في القسم.

وجود (ذ،ا،خ) في القسم	التكرار	النسبة المئوية
نعم	10	33.33%
لا	20	66.67%
المجموع	30	100%

الجدول رقم6-ب-:يمثل نوع الاعاقة

نوع الاعاقة	التكرار	النسبة المئوية
بصرية	2	/
سمعية	1	/
عقلية بسيطة	2	/
الجسمية	2	/
التوحد	3	/
المجموع	10	/

من خلال الجدولين أ و ب تبين وجود فئات ذوي الاحتياجات الخاصة مختلفي الاعاقة، و من خلال الملاحظة وجدنا أن هناك تلاميذ لها عدة اعاقات (عقلية –حركية) ، (طيف التوحد- بصرية) و بعد اجراء المقابلة مع المعلمين تبين أن الفئات لهم قدرات ، حيث يتم التعلمل معهم بصفة عادية و هناك من لديهم صعوبات في التعلم.

الجدول رقم07: يمثل تكوين المعلم

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	04	13.33%
لا	26	86.67%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن هناك نسبة قليلة جدا للمعلمين الذين تم تكوينهم في مجال التربية الخاصة ، و يفسر ذلك على أن مقياس التربية الخاصة لا يتم تدريسه في جميع التخصصات الا بعضها.

3-متى يتم تطبيق البرامج الخاصة و التربية الخاصة؟

بعد جمع الاستمارات هناك اختلافات في الاجابات ، و بعد اجراء المقابلة مع المعلمين تبين أنه لا يوجد برامج خاصة لهذه الفئات ، حيث يتم تطبيق البرنامج العام على كامل التلاميذ العادية و غير العادية ، و هناك من يتعاملون بطريقتهم الخاصة ، فمن خلال الملاحظة وجدنا أن هناك معلمة تتعامل مع الاعاقة السمعية بطريقة الصور و الشرح المبسط لتسهيل قراءة الشفاه

4- كيف يتعامل التلاميذ العاديين مع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة؟

بعد جمع الاستمارات و اجراء المقابلة مع المعلمين تبين أن التلاميذ العاديين لديهم تقبل لفئة ذوي الاعاقة بل و هناك مساعدة و تعاون بين التلاميذ ، و ذلك يمكن تفسيره على وجود نجاح لدمج هؤلاء التلاميذ.

الجدول رقم 8: يمثل وجود متابعة الفئات الخاصة من طرف المختصين من المراكز البيداغوجية.

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	00	00%
لا	30	100%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول نلاحظ عدم وجود متابعة لهذه الفئة من طرف المختصين، و من خلال المقابلة التي اجريت مع المدير توضح لنا الفئات الموجودة داخل المؤسسة لا تحتاج الى المرافقةّ، و أن فئة ذوي الاعاقة الشديدة يتم نقلهم الى المراكز البيداغوجية ولا يتم تقبلهم داخل المؤسسة(لا يتم قبول ملفهم في فترة التسجيلات).

الجدول رقم 9: يمثل وجود دعم صفي كامل للفئات الخاصة.

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	00	00%
لا	30	100%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول نلاحظ عدم وجود دعم صفي للفئات الخاصة، و ذلك راجع لعدم وجود متابعة لهم من طرف المختصين من المراكز البيداغوجية

-لماذا؟

من خلال الاجابات و بعد اجراء المقابلة مع المدير و المعلمين تبين لنا أن هناك اهمال لهذه الفئة من طرف المختصين، و ذلك راجع الى عدم تقبل الأولياء أيضا لفكرة ارسال أو حتى المتابعة لطفلهم من طرف المراكز الخاصة ، و هنا يظهر لدينا الوصم الاجتماعي.

الجدول رقم10-أ-: يمثل وجود تقديم استشارات من طرف المختصين.

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	10	33.33%
لا	20	66.67%
المجموع	30	100%

الجدول رقم 10-ب-: يمثل نوع الاستشارات.

نوع الستشارة	التكرار	النسبة المئوية
يوم توعوي	05	/
يوم اعلامي	00	/
نشاطات خاصة بالاستشارة	05	/

من خلال هذا الجدولين أ و ب نلاحظ أن هناك تقديم استشارات مع المختصين و اختلفت هذه الاستشارات بين يوم توعوي و نشاطات خاصة، و من خلال الملاحظة و اجراء المقابلة مع المعلمين استنتجنا أن معلمي الأقسام التي تحتوي على فئة ذوي الاحتياجات الخاصة هم من أجابوا ب "نعم "، حيث تبين أن هذه الاستشارات يتم تقديمها فقط في اليوم العالمي لذوي الاحتياجات الخاصة المحدد يوم 3 ديسمبر.

الجدول رقم11: يمثل اعطاء الفرص للفئات الخاصة.

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	10	33.33%
لا	20	66.67%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن هناك معلمين يعملون على دمج التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة في الأنشطة الصفية (ضمن البرنامج التعليمي) و كذلك الأنشطة اللاصفية.

-لماذا؟

بعد اجراء المقابلة مع المعلمين تبين أنه لم يتم اعطاء الفرص للفئات الخاصة بسبب نقص الامكانيات و أنشطة الدمج . مع كثرة عدد التلاميذ يصبح الاهتمام الا بالتلاميذ العادية، و بنا أنهم لم يتم تكوينهم (انظر الجدول رقم2 من نفس المحور) فانهم وجدوا صعوبات في كيفية التعامل، و هناك من قام منهم بالمحاولة حتى تتمكن هذه الفئة من ابراز قدراتهم و دمجهم في الصف.

مع أزمة الكورونا أصبحت المواد مكثفة و الوقت ضيق، و مع التفويج لم يتم التوفيق بين تكملة البرنامج والاهتمام بالثلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة.

جدول رقم 12: يمثل نوع النشاط المقدم.

نوع النشاط	التكرار	النسبة المئوية
رياضية	6	/
ثقافية	6	/
دينية	6	/
ترفيهية	7	/
تطوعية	3	/
المجموع	/	/

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن هناك أنشطة يتم تقديمها لتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة، حيت يحاول الطاقم التدريسي في ادماج هذه الفئة في الأنشطة اللاصفية (حملات تطوعية، مسابقات بين المدارس و الأقسام، الاحتفالات الدينية) حيث لا تحتوي على برنامج خاص أي لايوجد ضمنه جزئية عن التربية الخاصة بمعنى تفريد التعليم ، فهي اجتهاد شخصي من المعلم .

جدول رقم 13: يمثل الأسلوب المتبع في التدريس.

الأسلوب	التكرار	النسبة المئوية
الشرح	3	/
المناقشة	1	/
الوصف	6	/
توظيف الحواس	6	/
الخرائط الذهنية	3	/

من خلال هذا الجدول نلاحظ تنوع في الأساليب المتبعة في التدريس و ذلك راجع الى التنوع في الاعاقات لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة في المؤسسة.

جدول رقم14: يمثل زيادة دمج الأطفال في تعلمهم الذاتي.

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	08	26.67%
لا	22	73.33%
المجموع	30	100%

من خلال الجدول نلاحظ أن هناك معلمين يقومون باجتهادات شخصية دون تكوين لدعم التعليم الذاتي، الذي يزيد في دمج أطفال فئة ذوي الاحتياجات الخاصة بينما نجد أن نسبة كبيرة من المعلمين وجدوا صعوبات في عملية الدمج بسبب الضغط في البرامج التعليمية خاصة في أزمة الكورونا ، وبعد اجراء المقابلة مع المدير تبين أنه تبين اسقاط فئة ذوي الاحتياجات الخاصة من مخططات البرامج التعليمية (وزارة التربية و التعليم)

-لماذا؟

بعد جمع جمع الاستمارات و اجراء المقابلة مع المدير و المعلمين اشتركوا في فكرة أنه لا يوجد برنامج خاص يساعد في دمج ذوي الاحتياجات الخاصة.

جدول رقم 15: يمثل الوسائل المستخدمة لتقييم (ذ،ا،خ).

الوسائل	التكرار	النسبة المئوية
ملاحظتهم بطريقة منظمة	09	/
التفاعل خلال	06	/

الأنشطة		
مدى الاستيعاب و الفهم	06	/
تحديد احتياجاتهم من خلال تفكيرهم	05	/

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن أهم الوسائل المستخدمة لتقييم هذه الفئة كانت في ملاحظتهم بطريقة منظمة، و من خلال الملاحظة تبين لنا أن طريقة تقييم ذوي الاحتياجات الخاصة مثلها مثل تقييم التلاميذ العاديين ، الا أن في حالات خاصة (الاعاقة الحركية) يتم الاستعانة بمن يقوم بالكتابة في الامتحانات بدلا من هذا التلميذ المعاق .

جدول رقم16: يمثل الاعتماد على البرامج الخاصة مع فئة (ذ،ا،خ).

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	08	26.67%
لا	22	73.33%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول و بعد اجراء المقابلة مع المدير و المعلمين توضح لنا أنه لا يوجد برنامج خاص متبع في تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة، الا بعض المعلمين لهم نظرة في جزئية عن التربية الخاصة.

المحور الثاني : اتجاهات المعلمين نحو ذوي الاحتيتجات الخاصة (التوحد).

جدول رقم 17: يمثل ملائمة المدارس العادية لفئة (ذ،ا،خ)"التوحد".

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	03	10%
لا	27	90%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول و بعد اجراء المقابلة مع المدير تبين لنا أن عدم وجود برنامج خاص لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد) يمثل عائق في دمج تلاميذ هذه الفئة في المدارس العادية(النظامية). لذلك يجب

نقلهم الى المراكز البيداغوجية أو المدارس التي تحتوي على أقسام خاصة بتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة(التوحد) .

جدول رقم18: يمثل تحقيق تكافؤ الفرص في دمج (ذ،ا،خ) " التوحد" مع التلاميذ العادية.

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	06	20%
لا	24	80%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول و بالربط بالجدول رقم 09 من المحور الأول نلاحظ أن تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص في دمج أطفال ذ،ا،خ (التوحديين) و ذلك راجع الى الاجتهاد الشخصي للمعلمين مقارنة مع المعلمين الذين وجدوا صعوبات و ذلك بسبب الضغط و برنامج التفويج و وجوب اكمال المنهاج التعليمي.

جدول رقم19: يمثل اتاحة دمج أطفال ذ،ا،خ'(التوحد) لفرص التفاعل الاجتماعي .

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	10	33.33%
لا	20	66.67%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول و بعد الملاحظة داخل الأقسام تبين لنا أن هناك تجاوب للتلاميذ التوحديين مع التلاميذ العاديين وأيضا المعلمين الذين عملوا على تحقيق الدمج التربوي ، مما أدى الى التفاعل الاجتماعي داخل القسم (عدم وجود الوصم الاجتماعي) .

جدول رقم20: يمثل تقبل المعلمين لأطفال التوحد .

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
لا	04	13.33%
نعم	26	86.67%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول و بالربط بالجدول رقم(6-ب) نلاحظ أن المعلمين الذين تم تزويدهم بالمعلومات الكافية عن كيفية التعامل مع الفئات الخاصة(التوحد)، و المعلمين الذين لا يدرسون الفئات الخاصة يجدون أن

هناك عبئا على المعلمين العاديين ، بينما المعلمين الذين اجتهدوا في التعامل مع هذه الفئة يجدون أن المعلم العادي لو حاول الاجتهاد قليلا لما وجد عبئا في عملية الدمج التربوي لهذه الفئة.

جدول رقم 21: يمثل كيفية تقييم دمج أطفال ذ،ا،خ(التوحديين) في المدارس العادية .

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
ايجابي	03	10%
سلبي	27	90%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول وبالربط مع الجدول رقم17 من المحور الثاني تبين لنا وجود رفض لأطفال الفئات الخاصة(التوحديون) في المدارس العادية (النظامية).

-لماذا؟

بعد جمع الاستمارات و اجراء المقابلة مع المعلمين تبين لنا أنه لا يوجد توعية خاصة أو دورة تكوينية تسمح بدمج ذوي الاحتياجات الخاصة(التوحديون) في المدارس العادية(النظامية) ، و كذلك لعدم توافق البرامج التعليمية مع احتياجات هذه الفئة .

جدول رقم22: يمثل تأثر الأطفال العاديين بأطفال الفئات الخاصة.

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	06	20%
لا	24	80%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول وبعد اجراء المقابلة مع المعلمين نجد أن الأطفال العاديين لا يتأثرون بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد)، بل هناك تفاعل اجتماعي فيما بينهم.

المحور الثالث: الصعوبات التي تواجه المعلمين في العملية التعليمية مع أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

جدول رقم 23:يتمثل العلاقة بين تكوين المعلم و التعامل مع فئة (ذ،ا،خ).

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	26	86.67%
لا	04	13.33%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول و بعد اجراء المقابلة مع المعلمين وجدنا أن المعلم العادي يجد عائق في التعامل مع هذه الفئة، بل و يشكل له عائق أيضا في التعامل مع باقي التلاميذ، بل فهو كهاجز له حتى في القاء الدروس، لأن هذا الأخير يحتاج لطرق و أساليب و برامج خاصة التي لم يتطرق لها المعلم من قبل، و لم يتم تكوينه عليها.

جدول رقم24: يمثل تأثير التشخيص المبكر في العملية التعليمية.

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	21	70%
لا	09	30%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول نجد أن التشخيص المبكر للطفل المعاق يؤثر في العملية التعليمية، و ذلك عند معرفة المعلم بحالة تلميذه المعاق يحاول ايجاد طريقة خاصة لكيفية التعامل معه، و هذا ما تبين لنا بعد اجراء المقابلة مع المعلمين.فالتشخيص المبكر أكفر فاعلية من التشخيص في المراحل العمرية المتاخرة، فمراحل الطفولة المبكرة حساسة على صعيد النمو و يجب استثمارها الى أقصى حد ممكن .

جدول رقم25: يمثل وجود المعايير التشخيصية في المؤسسة.

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
لا	00	00%
نعم	30	100%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول و بعد اجراء المقابلة مع المدير توضح لنا أنه لا يوجد متابعة تشخيصيى داخل المؤسسة ، اذ أن في حالة وجود ملف لتلميذ ذو اعاقة شديدة يصعب التعامل معها يتم اعادة ارسال الملف الى مديرية التربية و التكوين التي بدورها تدرس الملف و تعمل على ارسال التلميذ الى مؤسسة ذات قسم خاص

جدول رقم 26 يمثل مساعدة الأساليب التعليمية في الدمج التربوي.

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	08	26.67%
لا	22	73.33%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول نجد أن الأساليب المتبعة لم تساعد بنسبة كبيرة المعلم في الدمج، و ذلك راجع لعدم وجود برنامج خاص و متابعة من طرف المختصين لهذه الفئة و أيضا لافتقار مبادئ التربية الخاصة.

-كيف تقيم المعلمين و التلاميذ غاديين لذوي الحتياجات الخاصة؟

بعد جمع الاستمارات والملاحظة داخل القسم و اجراء المقابلة مع المعلمين تبين أن هناك تقبل من طرف التلاميذ العاديين لأقرانهم من ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث سيساعد التلميذ العادي زميله من ذوي الفئات الخاصة في تلقي التعليم والمشاركة في الأنشطة الصفية.

أما بالنسبة للمعلمين فمدى تقبلهم يتوقف على مدى اطلاعهم على خصائص هذه الفئة لوجود مسؤولية في الموضوع.

الجدول رقم27: يمثل علاقة الدمج بتحسن السلوك.

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
لا	08	26.67%
نعم	22	73.33%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول نجد تحسن في سلوك هذا الطفل و ذلك راجع لاختلاطهم مع زملائهم من التلاميذ العاديين و المساعدة من طرف المعلم.

-كيف ذلك؟

بعد جمع الاستمارات و اجراء المقابلة مع المعلمين تبين لنا أنه بعد معرفة المعلم لاعاقة تلميذه و الصعوبات التي يواجهها ثم يتقبلها يعود ذلك بالايجاب على سوك هذا الطفل.

الجدول رقم 28: يمثل التحسن في علاقات الأطفال المعاقين في المحيط المدرسي.

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	25	83.33%
لا	05	16.67%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول و بعد اجراء الملاحظة تبين أن علاقة الأطفال المعاقين في المحيط المدرسي في تحسن ملحوظ و ذلك بعد اخراطهم و ادماجهم مع زملائهم في القسم ، لكن بعد خروجهم (ذوي الاحتياجات الخاصة) لساحة المدرسة نجد أنه لا يتفاعل كثيرا و لا يوجد توصل مع باقي الأطفال الا في حالات قليلة كوجوده مع أحد زملائه من القسم مع أطفال الأقسام الأخرى.

الجدول رقم 29: يمثل وجود تعاون من طرف أولياء أطفال الفئات الخاصة.

الاجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	25	83.33%
لا	05	16.67%
المجموع	30	100%

من خلال هذا الجدول وبعد اجراء المقابلة مع المعلمين توضح لنا أن هناك تواصل مع أولياء هذه الفئة ولكن لا يوجد تعاون، وذلك راجع الى رفض الولي معاملة طفله معاملة خاصة، فهو لا يحب الاعتراف أن ابنه من ذوي الاحتياجات الخاصة خوفا من الوصم الاجتماعي لهذا الطفل في الوسط المدرسي.

جدول رقم 30 يمثل علاقة الفرص الممنوحة لفئات ذوي الاحتياجات الخاصة في زيادة تعلمهم الذاتي.

زيادة فرص التعلم / اعطاء الذاتي. / الفرص.	نعم		لا		المجموع	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
نعم	04	%13.33	05	16.67	09	30%
لا	09	30%	12	40%	21	70%
المجموع	13	43.33%	17	46.67%	30	100%

يتضح من خلال هذا الجدول في تقاطع السؤال رقم 08 المتمثل في "إعطاء الفرص لفئات ذوي الإحتياجات الخاصة للادماج في مختلف الانشطة " و السؤال رقم 10 المتمثل في " دمج الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لزيادة فرص تعلمهم الذاتي " من المحور الاول " الأساليب المتبعة في دمج أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة" أن هناك 70% من المعلمين يرون أنه لا توجد علاقة بين الفرص الممنوحة لذوي الاحتياجات الخاصة و زيادة تعلمهم الذاتي. يمكن تفسير ذلك على أن المعلمين أثناء مسارهم التعليمي في حدود البرامج التكوينية لم يخصص تكوين لفائدة ذوي الاحتياجات الخاصة من جانب دمجهم التربوي ، و إسقاط هذه الفئة من البرامج العامة (برنامج وزارة التربية و التعليم) ،بينما ذُكر في الإطار النظري " أنه هناك منشور وزاري مؤرخ في 19 جانفي 1994 بمبدأ الحق في التربية و التعليم في الجزائر بتكفل التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة "(1) .فما يُشرّع له القانون و ما يُنتج في الساحة الأكاديمية غير موجود.

[1] جمال الخطيب، **التربية الخاصة المعاصر (قضايا وتوجهات)**، دار وائل، عمان، الأردن، ط1، 2008، ص75.(انظر النظري)

فمن خلال المقابلة مع عينة من المعلمين توضح أنهم يواجهون صعوبات في تطبيق التعليم الفردي (تفريد التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة) ، فمن المفروض لكل تلميذ من ذوي الاحتياجات الخاصة خطة فردية خاصة تتناسب مع نوع اعاقتهم، حيث هذا المنهاج (تفريد التعليم) يساعد في فرص تعلمهم الذاتي . فمن المفروض أن "على معلم التربية العادية يجب أن يكون واعيا بطرق و أساليب متعددة لتلبية الفروق الفردية لأن عملية الدمج التربوي تؤدي الى اتساع فجوة الفروق الفردية داخل الصف".(1).

بينما نجد أن 30% من المعلمين يرون أن هناك علاقة بين إعطاء الفرص لذوي الاحتياجات الخاصة و زيادة فرص تعلمهم الذاتي ، يدل ذلك على خبرة المعلمين و أقدميتهم في المجال التعليمي ، حيث أن كثرة عدد سنوات التدريس كان لها دور فعال في اكتساب معلومات كافية عن فئة ذوي الاحتياجات الخاصة (انظر الجدول رقم 5 من البيانات العامة من الدراسة) .

و بعد إجراء المقابلة مع عينة من المعلمين أجمعوا على أن السعي للاجتهاد الشخصي دون تكوين في التعامل مع هذه الفئة (و هذا ما يمكن ارجاعه إلى أخلاقيات المهنة) ،و هذا يعتبر من معوقات الدمج التربوي.

و لكن من خلال الملاحظة التي أُجريت في بعض الأقسام اِتضح لنا أن معلمي ذوي الخبرة يتعاملون مع ذوي الاحتياجات الخاصة كمشكلات سلوكية أو أنه تلميذ إنطوائي كتشخيص مبدئي من طرف المعلم .

و ما يتفق مع ما توصلت اليه هذه الدراسة أن الدراسة السابقة " مشكلات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المؤسسات التربوية من وجهة نظر معلمي الأقسام الخاصة "(2)، أن هناك مشكلات في الدمج التربوي التي تواجه معلمي الأقسام الخاصة في المؤسسات التربوية بدرجة كبيرة و يرجع ذلك الى غياب الأخصائيين و المعلمين المتخصصين في التربية الخاصة .

وبالعودة الى الإطار النظري اتضح " أنه مؤخرًا تمكنت وزارة التربية الوطنية و بالتنسيق مع وزارة التضامن الإجتماعي على دمج 2500 تلميذ مريض بالتوحد في المدارس العادية الابتدائية ، و هذا بعد أن صرّحت على أنها ستسهر على الإهتمام بجانب تكوين أساتذة التعليم الإبتدائي ، من أجل ضمان تمدرسهم عبر فتح المزيد من الاقسام الخاصة بهم " (3).، هنا نقف عند معضلة ما يُنظّر له و ما يُنجز في الواقع الإجتماعي بمعنى وجود دمج شكلي فقط.

---

(1) رفعت محمود بهجات، **الأطفال التوحديين (جوانب النمو وطرق التدريس)**، عالم الكتب، القاهرة، ط1، 2007،ص69.

(2) اكرام قاسمي، مشكلات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المؤسسات التربوية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس التربوي، تبسة ، 2020/2019، ص84

(3) جمال الخطيب، **التربية الخاصة المعاصر (قضايا وتوجهات) ، ص75 (انظر النظري)**

جدول رقم 31 يمثل علاقة البيئة التعليمية و التفاعل الاجتماعي لتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد) داخل القسم.

فرص التفاعل الاج. / البيئة التعليمية الملائمة.	نعم		لا		المجموع	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
نعم	02	6.67%	04	13.33%	06	20%
لا	06	20%	18	60%	24	80%
المجموع	08	26.67%	22	73.33%	30	100%

يتضح من خلال هذا الجدول في تقاطع السؤال 1 المتمثل في "ملائمة المدرسة العادية للتعامل الايجابي مع أفراد ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد) "و السؤال 3 المتمثل في " إتاحة الدمج التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة لفرص التفاعل الاجتماعي لهم داخل القسم " من المحور الثاني "اتجاهات المعلمين نحو ذوي الاحتياجات الخاصة " ، أن هناك ارتفاع في نسبة المعلمين المعارضين لملائمة المدرسة العادية في إتاحة فرص التفاعل الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد) داخل القسم ،حيث يمكن تفسير ذلك على أن المعلمين و معظم الطاقم الإداري لديهم معلومات قليلة حول استراتيجيات التدريس و طرق التواصل مع ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد) ، و ليس لديهم أدنى فكرة حول غرفة المصادر و عدم وجود أخصائيين التربية الخاصة داخل الإبتدائية أو مستشار التوجيه و انعدام المرافقة البيداغوجية، حيث لا يوجد تنسيق بين المراكز المتخصصة و المدرسة .و هذا ما تبين لنا بعد إجراء المقابلة مع المدير (انظر الملحق ص....) .

و من خلال اجراء المقابلة مع عينة من المعلمين اتضح لنا أن المعلمين يعتبرون تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد) أفضل في المدارس الخاصة ، حيث أن هناك فئة لم تلتحق بالمراكز البيداغوجية و تم مباشرة تمدرسها في المدرسة .

بينما نجد انخفاض في نسبة المعلمين المؤيدين لملائمة المدرسة النظامية في إتاحة فرص التفاعل الاجتماعي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد) داخل القسم ، فهم نفسهم الذين تم تكوينهم في التربية الخاصة وتزويدهم بالمعلومات الكافية عن ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد)،وذلك بالربط مع الجداول رقم 5 و 7 من المحور الأول، وذلك يدل على أن هؤلاء المعلمين يتبنون فكرة الدمج التربوي و يتحمسون لها و يعملون على تجنب فكرة الوصم الإجتماعي.

بينما في الإطار النظري نجد أن: زينب شقير عرّفت الدمج على أنه البيئة الأقل عزلا و يُقصد بها الإقلال بقدر الإمكان من عزل الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و ذلك بدمجهم قدر الامكان مع الأطفال العاديين في المدرسة العادية. (1).

وهذا عكس ما وُجد في أرض الميدان .حيث أن هناك تحديات و صعوبات كانت حاجزا في تحقيق الدمج التربوي داخل المدارس العادية.

7. خلاصة نتائج الدراسة:

01.نص التساؤل الأول على: ما هي الأساليب المتبعة في دمج أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المؤسسات التربوية؟

من خلال تحليل و مناقشة البيانات التي تم جمعها من الاستمارات و المقابلات،نستخلص أنه لا يوجد برامج خاصة تساعد على تطبيق الأساليب التعليمية التي تسهل عملية دمج أكفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المؤسسات التربوية، حيث يتم تطبيق البرنامج العام على التلاميذ العادية و غير العادية.

كما أجمع معلمي المدرسة على أنه بالرغم من عدم تكوينهم في التربية الخاصة و قلة الاستشارات من طرف المختصين الا أنهم اعتمدوا في طريقة تدريسهم لهذه الفئة على اجتهاداتهم الشخصية و اختيارهم لأسلوب معاملة تتماشى مع مهارات و قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة.

02.نص التساؤل الثاني: ما اتجاهات المعلمين نحو ذوي الاحتياجات الخاصة(التوحد) ؟

من خلال تحليل و مناقشة البيانات التي تم جمعها من الاستمارات و المقابلات، تبين أنه لا لم يتم تقبل أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة(التوحد) داخل المؤسسة عدا الحالات الخطفيفة منها (طيف التوحد) ، و ذلك بسبب انعدام المرافقة من طرف المختصين.

و عليه فان اتجاه المعلمين نحو أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد) اتجاه سلبي، لعدم تلقي المؤسسة لدورات تثقيفية و برامج توعوية حول ذوي الاحتياجات الخاصة (اضطراب التوحد) . وز عليه يرون أن ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد) يجب نقلهم الى المراكز البيداغوجية.

---

(1) جمال الخطيب، **مرجع سابق**، ص78. (انظر النظري)

03.نص التساؤل الثالث: ما هي الصعوبات التي تواجه المعلمين في العملية التعليمية مع أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد)؟

من خلال تحليل و مناقشة البيانات التي تم جمعها من الاستمارات و المقابلات، نجد أن المعيق الأساسي الذي يمنع تلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة من الدمج ليست الاعاقة في حد ذاتها ، بل هناك معيقات أخرى هي التي تسبب الحاجز والصعوبات في العملية التعليمية من طرف المعلمين، مثل عدم وجود معلمين متكونين في التربية الخاصة والبرنامج التدريسي الذي لا يلبي حاجيات هذه الفئة وطرق التدريس التي لا تتجاوز التلقين وعدم وجود أخصائي داخل المدرسة يعمل على مساندة المعلم العادي، وكثرة عدد التلاميذ والاتجاهات السلبية للمعلمين ، خاصة مع انعدام تواصلهم مع أولياء هذه الفئة.

وبالربط مع الدراسات السابقة التي حاولت حل المشكلة البحثية المتمثلة في " الصعوبات التي تواجه دمج الطلبة المعاقين من وجهة نظر العاملين في المراسس الحكومية الأساسية"، أعدت لنا أنه عدم وجود استراتسجيات تعليمية تنظيمية فئة التوحد هي أكثر المعيقات التي تواجه المعلمين.

ومنه نستنتج:

فيما يتعلق يالتساؤل الأول اتضح في الأخير أن للأساليب المتبعة أهمية بالغة في دمج أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث غيابها يعتبر من المعيقات التي تواجه عملية الدمج التربوي ، و هذا راجع الى اسقاط هذه الفئة من البرامج العامة(وزارة التربية و التعليم) ،أي لا يوجد جزئية عن التربية الخاصة التي تخص ذوي الاحتياجات الخاصة.

أما فيما يتعلق بالتساؤل الثاني فقد تبين أن تكوين المعلم العادي في التربية الخاصة دور كبير في تحقيق الدمج التربوي، فاستراتجيات التدريس و طرق التواصل مع تلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة من طرف المعلم العادي غير كافية ، فلا بد من تكوينه في التربية الخاصة و معرفة التعامل مع هذه الفئة لتحقيق عملية الدمج التربوي.

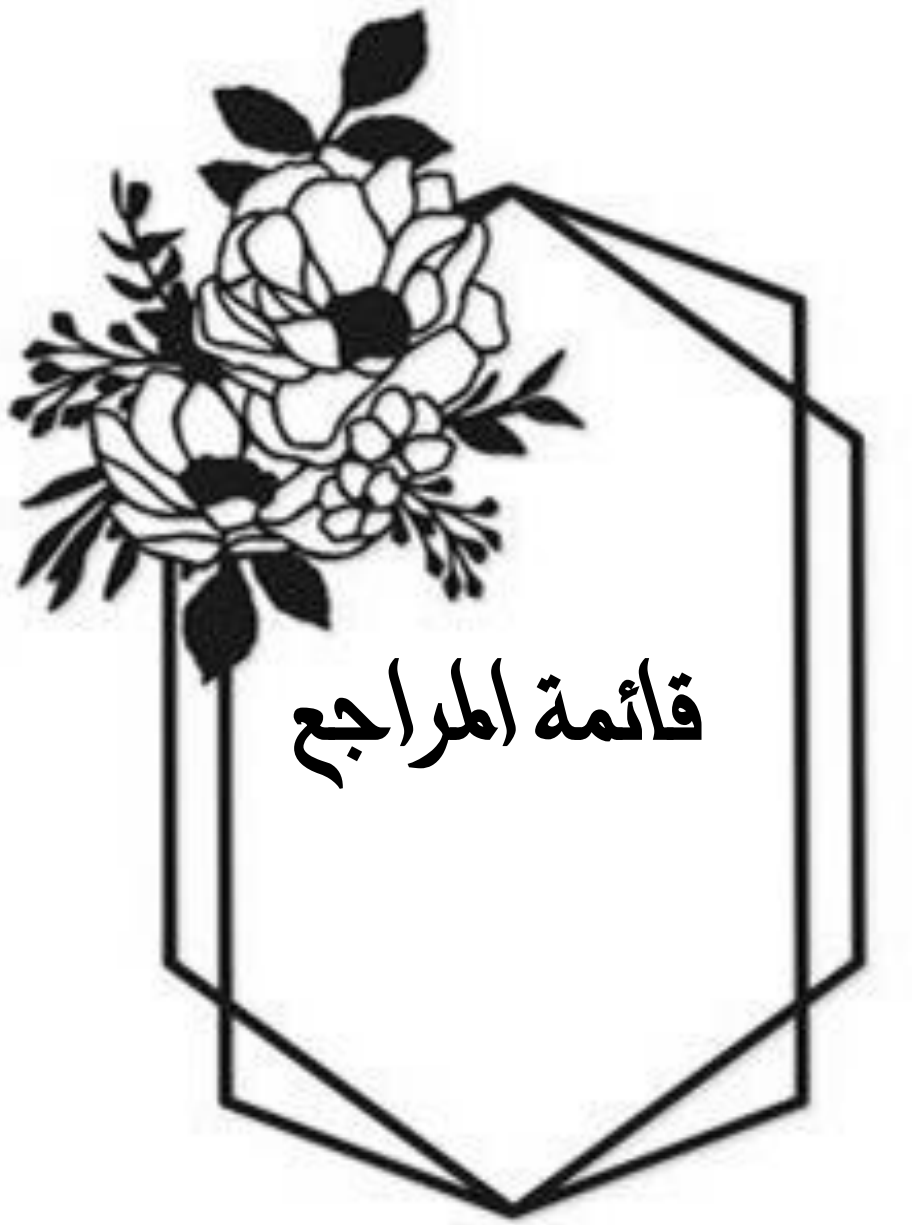
أما بالنسبة للتساؤل الثالث فقد اتضح أن تسهيل العملية التعليمية للمعلمين تتطلب استراتجيات ومخططات من البرامج الخاصة لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة(التوحد)، حيث عدم تكوين المعلم في التربية الخاصة وغياب المرافقة البيداغوجية و انعدام التنسيق بين المراكز المتخصصة و المدرسة يعتبر من الصعوبات التي تواجه معلمي المدرسة العادية .

الخاتمة العامة

تستوجب عملية الدمج التربوي تنظيم و تهيئة جميع الظروف الملائمة لحدوثها بشكل صحيح و سليم ، سواء المتعلقة منها بالتلميذ المعاق و بالمنهاج أو بالبيئة التي تحدث فيها عملية الدمج ، و لا يمكن لعملية الدمج أن تحقق إهدافها المنشودة دون توفير الظروف اللازمة و جو ذو فاعلية لتحقيق التوافق للتلاميذ المعاقين ، و هذا ما يؤكد على مشكلات الدمج الذي يجب على الأخصائي أو المعلم أن يكون مهيئ لها ، و عدم قدرة المعلم أو الأخصائي على التعامل معها تعد مشكلة بدرجة كبيرة تؤدي لحدوث صعوبات في التعلم و التكفل بتلميذ ذوي الإعاقة.

على ضوء ما تم ذكره يمكن أن نستنتج أنه هناك مشكلات في الدمج التربوي تواجه معلمي الاقسام العادية في المؤسسات التربوية بدرجة كبيرة ، و يرجع هذا إلى غياب تكوين المعلمين و قلة المعلمين المتخصصين في التربية الخاصة ، كما ترجع إلى غياب دور الاولياء و بذلك وجود قطيعة بين المدرسة و الأسرة.

كما لا يفوتنا الذكر في شيوع بعض الاضطرابات من المشكلات النفسية بسبب الاعاقة مثل: الانطواء ، الكآبة، الاحباط، الصرع والقلق وغيرها من المشكلات النفسية. هذه الاضطرابات تنعكس سلبا في عملية الدمج وأهدافها و تصطحبها مشكلات الدمج التربوي ، حيث تأخذ وقت و جهد في عملية علاجها. و في الاخير يمكن القول بأن هذه الدراسة من شأنها أن تفتح آفاق أمام الباحثين و المختصين في مجال التربية الخاصة ، للكشف و التعمق أكثر في مختلف الجوانب التي يمكن أن تؤثر على عملية الدم



قائمة المراجع

1 -المصادر:

1* جرجس ميشال،**معجم مصطلحات التربية**، دار النهضة العربية، بيروت، ط1، 2005.

2* عبد الهادي الجوهري، **معجم علم الجتماع**، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 1992.

3*نايف نزار القيسي، **المعجم التربوي و علم النفس**، دار أسامة، الأردن، 2010.

2-المراجع:

الكتب:

- انتصار مجمد جواد، دمج **ذوي الاحتياجات الخاصة بالمجتمع**، المعهد الطبي النقي، بغداد، 2013
- أحمد حسين اللقاني، **الوسائل التعليمية:منهج الدراسة**، مؤسسة الخليج العربي، ط2، 1986.
- أمل السويدان، **استخدام التكنولوجيا في التربية الخاصة**، مركز الكتاب ،القاهرة، ط1،2007 .
- ابراهيم عبد الله فرح زريقات،**التوحد(السلوك، التشخيص، العلاج)**، دار المسيرة،الأردن، ط2،2014
- الظاهر قحطان أحمد، **تعديل السلوك**، دار وائل للنشر، عمان، ط2، 2014.
- الخطيب جمال، **تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدرسة العادية: مدخل الى المدرسة للجميع**، دار وائل للنشر و التوزيع، عمان، 2004
- أسامة فاروق مصطفى،**مدخل الى الاضطرابات السلوكية و الانفعالية**، دار المسيرة، الأردن،2011.
- أحمد حسين اللقائي، أمير القرشي، **مناهج الصم**، عالم الكتب،1999.
- أحمد أحمد عواد، **الاعاقة اللغوية**، عمان، 2015
- برهوم موسى، **التعبير اللفظي عند الأطفال(المشكلة و العلاج)**،مكتبة الصفحات الذهبية، السعودية، 2003.
- بطرس حافظ بطرس، **سيكولوجية الدمج في الطفولة المبكرة**،دار النشر و التوزيع، عمان، 2009.
- بطرس حافظ بطرس، **ارشاد ذوي الاحتياجات الخاصة و أسرهم**، دار المسيرة، الأردن، 2007
- تايلور ،ريتا،، ترجمة نيفين، ايسانبولي، **مجموعة تدريب أولياء الأمور المهتمين بالأطفال حتى عمر 8 سنوات** ، انتاج و نشر مشروع ماكتون لتطوير المفردات اللغوية، الكويت،1998.
- تيسير صبحي، **رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة**، منشورات جامعة القدس المفتوحة، الأردن،1997
- جمال الخطيب منى الحديدي، **مناهج و أساليب التدريس في التربية الخاصة**، دار النشر و التوزيع، عمان،2008.
- جرجبيرج، كريستوفر: ترجمة الوردان ، **التوحد(المظاهرة الطبية و التعليمية)**، مطبعة الهيئة للتعليم التطبيقي و التدريب،الكويت، 1996.

- جمال محمد الخطيب و منى الجديدي، **المدخل الى التربية الخاصة**، دار الفكر الأردني،الأردن،1997.
- جمال الخطيب، **التربية الخاصة المعاصرة**، دار وائل للنشر و التوزيع، الأردن،2005.
- *****جمال صمادي و اخرون، **تربية أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، منشورات الجامعة العربية المفتوحة، الكويت،2003.
- جمال الخطيب، **التربية الخاصة المعاصر (قضايا وتوجهات)**، دار وائل، عمان، الأردن، ط1، 2008.
- حسام أحمد محمد أبو يوسف، **الطفل التوحدي**، ابتراك للطباعة، مصر، ط1، 2006.
- حسن منسي ، **إدارة الصفوف**، دار الكندي، الأردن، ط2، 2000.
- خالد محمد عسل، **نظرية وتدخلات إرشادية ذوي الاحتياجات الخاصة** ،دار الوفاء للطباعة، الأردن،ط1، 2012.
- *****خالد النجار و اخرون، **مقدمة في التربية الخاصة**، جامعة القاهرة،1998.
- خولة أحمد يحيى، **ارشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الفكر، عمان، ط2، 2008.
- ذوقان عبيدات و سهيلة أبوسميد، **استراتيجيات التدريس**، درادي بونو للطباعة و النشر، عمان، ط4،2004.
- ******ذيب الشيخ رائد ،ومهيدات، محمد، **المهارات اللازمة للطلبة ذوي اضطراب التوحد لدمجهم في المدارس العادية من وجهة نظر المعلمين** ، دراسات كلية العلوم التربوية ، جامعة الأردن ، ملحق4، المجلد40 ،2013.
-
- راضي الوقفي، **أساسيات التربية الخاصة**، دار جهينة، الأردن، 2008.
- رشيد زرواتي، **مناهج وأدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية**، دار الهدي ،الجزائر، ط1، 2007.
- رفعت محمود بهجات، **الأطفال التوحديين (جوانب النمو وطرق التدريس)**، عالم الكتب، القاهرة، ط1، 2007.
- رفيقة دروش، **إدارة المدرسة الابتدائية الجزائرية**، دار الخلدونية القبية، الجزائر، 2010.
- زيدان أحمد السرطاوي و اخرون، **الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الكتاب الجامعي، عمان، 2000.
- زهران، عبد السلام، **الصحة النفسية و العلاج النفسي**، عالم الكتب، القاهرة، ط2،1977.
- سحر الخشرمي، **المدرسة للجميع (دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية)**، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض، 2000، ص256.

- سهير محمد سلامة الشاش، **استراتيجيات التدخل المبكر و الدمج**، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2009.
- سليمان، عبد الرحمان السيد، **اعاقة التوحد**، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2002.
- سليمان عبد الواحد، يوسف ابراهيم، **اضطراب النطق و الكلام و اللغة(المعاقين عقليا و التوحديين)**، ابتراك للطباعة، مصر، ط2، 2010.
- سعيد حسني العزة، **مدخل الى التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الثقافة، عمان، 2008.
- صلاح عبد العزيز و عبد المجيد، **التربية و طرق التدريس**، ج1، دار المعارف، ط10، مصر.
- علم الدين عبد الرحمان الخطيب، **أساسيات طرق التدريس**، الجامعة المفتوحة، طرابلس، ط2، 1997.
- عبد الفتاح علي غزال، **سيكولوجية الاعاقات(النظريات و البرامج العلاجية)** ،دار المعرفة الجامعية، مصر، 2012.
- عبد الله حسين الزعبي، **التوحد(تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين)**، دار الخليج، عمان، 2014.
- عبد الرحمان سليمان، **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة**، مكتبة زهراء الشرق، مصر ،1999.
- فرح مبروك عمر عامر، **المناهج الدراسية الحديثة أسسها و تطبيقاتها**،دار المريخ، الرياض، ط2013،1.
- فوزي أحمد سمارة، **التدريس مفاهيم أساليب و طرق**، الطريق للنشر و التوزيع، عمان، 2004.
- فاطمة عبد الوهاب، عيد القادر محمد عبد القادر، **برنامج التربية الخاصة و مناهجها**، عالم الكتب، مصر، 2006.
- قحطان أحمد الطاهر، **التوحد**، دار وائل، عمان، ط1، 2009.
- كمال عبد الحميد زيتون، **التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة**، عالم الكتب، القاهرة، ط2003،1.
- *****كوجل، روبرت، لن، ترجمة عبد العزيز الصرطاوي و وائل أبو جودة و أيمن خشان، **تدريب الأطفال المصابين بالتوحد، استراتيجيات التفاعل الايجابية و تحسين فرص التعليم**، دار القلم للنشر و التوزيع، الامارات، دبي، 2003.
- *****كريستن مايلز، عفيف الرزاز و اخرون، **التربية المختصة(دليل تعليم الأطفال المعاقين عقليا)**، ورشة الموارد العربية، الأردن، 1994.
- مجدي عزيز ابراهيم، **مناهج تعليم ذوي الحتياجات الخاصة**، مكتبة أنجلومصرية، القاهرة، 2004.
- محمد محمود الحيلة، **تصميم التعليم نظرية و ممارسة**، دار المسيرة، عمان، ط1، 1999.
- *****محمد عبد الباقي أحمد، **المعلم و الوسائل التعليمية**، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة.
- محمد أحمد خطاب، **سيكولوجية الطفل التوحدي**، دار الثقافة، الأردن،2009.

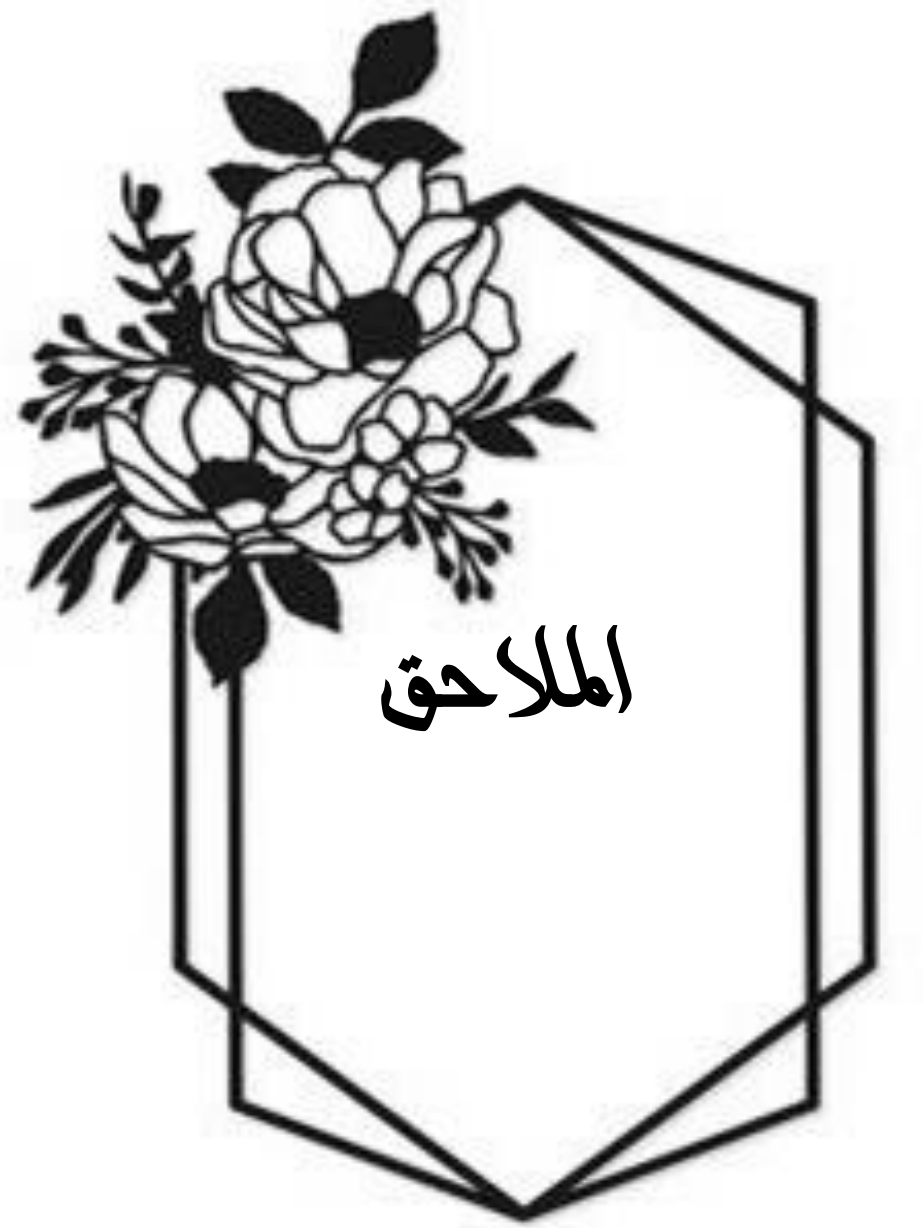
- محمد صالح الامام، فؤاد عبد الجوارده، **التوحد و نظرية العقل**، دار الثقافة، عمان، 2010.
- مصطفى نوري القمس، **الاعاقات المتعددة**، دار المسيرة، الأردن، ط3، 2013.
- محمد كامل أبو الفتوح عمر، **الأطفال الأويستيك(ماذا تعرف عن اضظراب الأوتيزم؟)**، دار الزهران، الأردن،2012.
- مروان عبد المجيد ابراهيم، **الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الورق، عمان، 2007.
- محمد أحمد الخطاب، سيكولوجية **العلاج باللعب(مع أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة)**، دار الثقافة، الأردن، 2008.
- نازلي صالح أحمد، **المدخل في التربية**، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة،2001 .
- نايف بن عابد الزارع، **مدخل الى اضطراب التوحد**، دار الفكر، الأردن، 2010.
- يوسف القروي و اخرون، **مدخل الى التربية الخاصة**، دار القلم، الامارات، 1995.

المجلات:

- جوبالي، نجوى وساكري، زينب :**فاعلية برنامج قائم على الدمج الحسي في التقليص من السلوك النمطي لدى عينة من الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بجمعية السعادة للمتوحدين بصفاقص**، تونس، مجلة المرشد، المجلد11، العدد12. ،2021 .
- الشرفي، عبد العزيز، عبد الله، لبنى: **فاعلية دمج أطفال التوحد برياض الأطفال في تنمية السلوك التكيفي**، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس ، مركز الإرشاد النفسي.

الملتقيات:

- صلاح عميرة، **الدمج التربوي للمعاقين عقليا بين التأييد و المعارضة**، الملتقى الثاني للجمعية الخريجية و الاعاقة.



الملاحق

1-الاستمارة:

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الشيخ العربي التبسي

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع

تخصص علم اجتماع تربية

استمارة حول دمج أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المؤسسات التربوية.

أخي(تي) الفاضل(ة) ، نرجو منك مساعدتنا على الاجابة عن الأسئلة الواردة في هذه الاستمارة بكل صدق و موضوعية من أجل مساعدتنا في اعداد بحثنا و تلأكد(ي) بأن المعلومات التي تقدمونها لنا ستبقى سرية و لن نستخدمها الا في نطاق بحثنا.

و شكرا.

من اعداد الطالبتين:

*سراج أسماء

*عاشور ايمان

الأستاذة المشرفة:

بن دار نسيمة

الموسم الجامعي:

2022/2021

القسم الأول

البيانات الشخصية و الوظيفية

س1- الجنس: ..... معلم معلم ☐

س2- التخصص العام: .....

س3- التخصص الدقيق: .....

س4- المادة التي تقوم بتدريسها: عربية فرنسية ☐

س5- عدد سنوات التدريس: .....

س6- هل يوجد في القسم ذوي الحتياجات الخاصة؟ نعم لا ☐ ☐

س7- هل تم تزويدك بالمعلومات الكافية عن كيفية التعامل مع أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؟

نعم لا ☐ ☐

القسم الثاني:

المحور الأول : الأساليب المتبعة في دمج أطفال التوحد في المؤسسات التربوية.

س1:هل يوجد في القسم فئات ذوي الاحتياجات الخاصة؟ نعم ☐ لا ☐

الاعاقة البصرية الاعاقة السمعية الاعاقة العقلية الاعاقة الجسمية و الحركية التوحد ☐

*عددهم: ..... عدد التلاميذ العاديين..... عدد تلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة .....

س2: هل تم تكوينك في التربية الخاصة و عن كيفية التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة؟

نعم ☐ ☐

س3 متى يتم تطبيق البرامج الخاصة و التربية الخاصة؟

.....

س4: كيف يتعامل التلاميذ العاديين مع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة؟

.....

....

س5: هل يتم متابعة الفئات الخاصة من طرف المختصين من المراكز البيداغوجية(المرافقة)

نعم ☐لا ☐

س6: هل هناك دعم صفي كامل للفئات الخاصة

لماذا؟ .....

س7: هل تم تقديم استشارات مع المختصين في التربية الخاصة من طرف المراكز المتخصصة؟

☐ ☐

نعم لا

يوم توعوي يل اعلامي ☐ اطات خاصة بالاستشارات ☐

س8: هل يتم اعطاء الفرص للفئات الخاصة للاندماج في مختلف الأنشطة؟ نعم ☐ لا ☐

لماذا؟ .....

☐ رياضية ثقا ة دي ☐ ة يهية ☐ رعية ☐

س9: ما هو الأسلوب المتبع لتدريس فئات ذوي الاحتياجات الخاصة؟

الشرح ☐ المناقشة ☐ الوصف ☐ توظيف الحواس الخرائط الذهنية ☐

س10: هل دمج أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يزيد في فرص تعلمهم الذاتي؟ نعم لا

لماذا؟ ..... ☐ ☐

س11:ما هي الوسائل المستخدمة لتقييم ذوي الاحتياجات الخاصة؟ و كيف ذلك؟

- ملاحظة أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بطريقة منظمة في أوضاع و مواقف مختلفة ☐
- التفاعل خلال الأنشطة ☐
- مدى الاستيعاب و الفهم ☐
- تحديد احتياجاتهم من خلال تفكيرهم ☐

.....

.

س12:هل تم الاعتماد على البرامج الخاصة مع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة؟ نعم ☐لا ☐

لماذا؟ .....

المحور الثاني : اتجاهات المعلمين اتجاه ذوي الاحتياجات الخاصة (أطفال التوحد).

س1: هل تعد المدارس العادية بيئة تعليمية ملائمة للتعامل الايجابي مع الأطفال التوحديين؟ نعم ☐ لا ☐

س2:هل دمج التوحديين مع التلاميذ العاديين في المدارس العادية يحقق مبدأ تكافؤ الفرص؟ نعم ☐ لا ☐

س3: هل دمج التوحديين يتيح لهم فرص التفاعل الاجتماعي داخل القسم؟ نعم ☐لا ☐

س4: هل دمج الأطفال التوحديين في المدارس العادية يمثل عبئا على معلمي الأطفال العاديين؟ نعم ☐ لا ☐

س5:كيف تقيم دمج الأطفال التوحديين في المدارس العادية؟ ايجابي س ل ☐

لماذا؟

.....

.

س6: هل يتأثر الأطفال العاديين بأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة؟ نعم ☐ ☐

المحور الثالث : الصعوبات التي تواجه المعلمين في العملية التعلمية مع أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة .

س1: هل عدم تكوين معلم التربية الخاصة يعتبر عائقا للتعامل مع هذه الفئة؟ نعم ☐ ☐

س2: هل التشخيص المبكر للطفل المعاق يؤثر في العملية التعليمية؟ نعم ☐ ☐

س3: هل تفتقر المدرسة للمعايير التشخيصية التي تساعدك على معرفة التعامل مع فئة ذوي الاحتياجات الخاصة؟ نعم ☐ لا ☐

س4: هل ساعدتك الأساليب التعليمية في الدمج التربوي داخل القسم لطفل ذوي الاحتياجات الخاصة؟ نعم ☐ لا ☐

س5: كيف تقيم تقبل المعلمين و التلاميذ العادية لذوي الاحتياجات الخاصة؟

.....

س6: هل يوجد تحسن في سلوك الأطفال المعاقين من حيث اندماجهم ؟ نعم ☐ لا ☐

كيف ذلك؟ .....

س7: هل يوجد تحسن في علاقات الأطفال المعاقين في المحيط المدرسي؟ نعم ☐ ☐

س8: هل هناك تواصل و تعاون من طرف أولياء الأطفال المدمجة؟ نعم ☐ لا ☐

كيف ذلك؟ .....

2-دليل المقابلة:

- **مع المدير:**

س1: هل هناك فئات خاصة في المؤسسة؟

س2:ما نوع الاعاقات الموجودة؟

س3:كيف يتم قبول ملفاتهم؟

س4: كيف يتم توزيع الاعاقات؟

س5- هل تتوفر رزنامة الأيام التكوينية للمفتش على كيفية تعامل المعلمين مع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة؟

س6- هل يتم متنابعة فئة ذوي الاحتياجات الخاصة من طفر المختصين في المراكز البيداغوجية؟

س7- كيف يتم التعامل مع فئة ذوي الاحتياجات الخاصة؟

س8- هل البرنامج العام ملائم لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة؟

س9- هل دمج أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يزيد في فرص تعلمهم؟

س10- هل تعد المدارس العادية بيئة تعليمية ملائمة للتعامل الايجابي مع الأطفال المتوحدين؟

س11- هل هناك تواصل و تعاون من طرف الأولياء؟

- **مع المعلمين:**

س1: هل يوجد في القسم فئات ذوي الاحتياجات الخاصة؟ ما نوع اعاقته؟

س2:هل تم تكوينك في التربية الخاصة؟

س3:هل توجد برامج خاصة لذوي الاحتياجات الخاصة؟

س4:كيف تجد علاقة التلاميذ العاديين بهذه الفئة؟

س5:هل يوجد دعم صفي؟

س6:هل يتم تقديم استشارات مع المختصين في التربية الخاصة من طرف المراكز البيداغوجية؟

س7:هل تعد المدرسة العادية بيئة تعليمية ملائمة للتعامل مع هذه الفئة؟

س8:هل يوجد تحسن في دمج هذه الفئة؟