مجلة المعيار
AL-MIEYAR Journal
https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/317

عدد خاص (2017) ص 63-78

دور التدخل المبكر للتكفل بأطفال اضطراب الذاتوية (التوحد)

The role of early intervention for the care of children with autism disorder

هبة مركون *

جامعة خميس مليانة

(الجزائر)

psyhiba5@gmail.com

معلوما ??لمقا?

تاريخ الإرسال: 05 نوفمبر 2017

تاريخ القبول: 23 ديسمبر 2017

الكلمات المفتاحية:

- التدخل المبكر
- الأطفال
- الاضطراب
- التوحد

?لملخص:

تهدف الدراسة إلى تسليط الضوء على عملية مهمة جدا وهي عملية التدخل المبكر للتشخيص والتكفل بالأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد خاصة في سنوات النمو الأولى حيث أكدت جميع نتائج الدراسات والأبحاث أن مراحل النمو الأولية تعتبر ذات أهمية بالغة في نمو الطفل وتكيفه وعليه فإن التدخل المبكر في هذه المرحلة سوف يسهم بدون أدنى شك في تنمية قدرة الطفل العقلية والحركية وتحسن السلوك الاجتماعي والانفعالي.كما نحاول من خلال هذه الدراسة أن نبين أهمية توفير برامج التدخل المبكر قد يخفف من الإعاقة وبالتالي يحد من تحويل أعداد كبيرة لبرامج التربية الخاصة مما يؤدي بالتالي إلى تخفيف الجهد والتكلفة المادية المتوقعة من تقديم خدمات تربوية متخصصة لذا فإن توفر برامج التدخل المبكر في السنوات الأولى من حياة الطفل.

Article info

Received 05 November 2017
Accepted 23 Décembre 2017

Keywords:

- ✓ **early intervention -**
- ✓ **children:**
- ✓ **disorder**
- ✓ **autism**

Abstract:

The study aims to shed light on a very important process, which is the early intervention process for the diagnosis and care of children suffering from autism, especially in the early years of development, as all the results of studies and research confirmed that the primary stages of development are of great importance in the child's development and adaptation, and therefore the early intervention in these The stage will undoubtedly contribute to the development of the child's mental and motor ability and the improvement of social and emotional behavior. We also try through this study to show the importance of providing early intervention programs that may reduce disability and thus limit the transfer of large numbers to special education programs, thus reducing effort and cost. The material expected from the provision of specialized educational services, so the availability of early intervention programs in the early years of a child's life.

مقدمة:

يستطيع بعض الأشخاص الذين أظهر التشخيص إصابتهم بطيف التوحد العيش بصورة مستقلة، في حين يعاني بعضهم الآخر من إعاقات حادة ويحتاجون إلى الرعاية والدعم مدى الحياة.

على هذا الصعيد، قال حسام مهنا، اختصاصي أول في علم النفس السلوكي ومنسق برنامج التوحد في مركز تطوير الطفل، "لا يشفى الطفل من التوحد بمجرد تقدمه في السن، إلا أنه من الممكن معالجة هذه الحالة المرضية. فالدراسات تشير إلى أن التشخيص والتدخل المبكر يؤدي إلى تحسين النتائج بشكل ملحوظ".

وأضاف أنه من المهم أن يقوم أولياء الأمور، خاصة الآباء والأمهات الجدد، بتثقيف أنفسهم ليصبحوا أكثر إلماماً بعلامات التوحد وأعراضه. وتشمل هذه العلامات عدم استجابة الطفل، وعدم القدرة أو التأخر في النطق، واستخدام الكلمات والأنماط الحركية كتصفيق اليدين بشكل متكرر، وتركيز النظر بشكل مستمر على أجزاء معينة من الأغراض، وتجنّب الاتصال البصري، وقلة الاهتمام بالتواصل مع الأطفال الآخرين، وانعدام القدرة على ممارسة اللعب التخيلي، وعدم الابتسام إلا نادراً عندما يتواصل معه مقدمو الرعاية.

في خلال العقدين الآخرين، تم التوسع في خدمات وبرامج التدخل العلاجي المبكر للأطفال دون السادسة من العمر، ونتج عن ذلك تزايد الوعي بأهمية الخبرات المبكرة في المراحل الأولى من العمر في نمو وارتقاء الإنسان، وتضاعف هذه الأهمية للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة .والتحول الذي تم في الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة، حيث أصبح من الضروري حصولهم على الخدمات الخاصة في البيئات الأساسية التي يستخدمها الأطفال العاديون، مثل بيئة الأسرة ودور الحضانة والمدارس التمهيدية بهدف تنمية وتطوير قدراتهم واستعداداتهم.

1-تعريف التدخل المبكر

1-1-لغة:

***التدخل**: من حيث الدلالة اللغوية، فإن المصدر دَّخُل، والدَّخُل خلاف الخرج وتداخل الأمور، تشابهها والتباسها ودخول بعضها في بعض. والمداخلة دخول الأشياء بعضها في بعض .

***المبكر**: من حيث الدلالة اللغوية، فإن المصدر بكر. وابتكر بمعنى إدراك الشيء من أوله، وهو من الباكورة، وأول كل شيء. وكل من أسرع إلى شيء، فقد بكر إليه. والباكور من كل شيء، هو المبكرَّ أي السريع الإدراك.

(ابن منظور،239:1997-243)

ومن الناحية الإجرائية يُعرف التدخل المبكر على أنه يتمثل في إجراءات منظمة ،، تهدف إلى تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة من ذوي الحاجات الخاصة، وتدعيم الكفاية الوظيفية لهم ولأسرهم لذلك فإن

الهدف النهائي للتدخل المبكر، يعتمد على تطبيق سياسات وقائية، بهدف تقليل نسب حدوث أو درجة شدة مسببات العوق أو العجز. وهذه السياسات قد تكون أولية أو ثانوي .(**محمد عبد الرزاق هويدي ، 175:1997**)

2-مراحل الطفولة والتدخل المبكر:

تقسم مراحل الطفولة من حيث سياسات التدخل المبكر إلى ثلاث مراحل:

المرحلة الأولى: مرحلة الوليد والطفل الحضين وتمتد من الميلاد مباشرة وحتى نهاية السنة الأولى من العمر، ويطلق على الطفل في هذه المرحلة الطفل الرضيع، وأن كانت الرضاعة تمتد حتى عامين من العمر.

المرحلة الثانية: مرحلة طفل الحضانة وتمتد من نهاية السنة الأولى من الميلاد حتى بداية الطفولة المبكرة إلى 36 شهراً من حيث الميلاد.

المرحلة الثالثة: وهي مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية وتمتد من 3 سنوات إلى 5-6 سنوات ويُسمى الطفل آنئذ طفل ما قبل التعليم الأساسي .

3-فئات الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة وخدمات التدخل المبكر:

هناك ثلاث فئات من الأطفال، الذين يمكن تقديم خدمات التدخل المبكر لهم:

الأطفال الذين في حالة خطر بيولوجي، ويعود هذا الى وجود خلل في بعض أجزاء المخ نتيجة لعوامل بيولوجية مثل (الجينات ،صعوبات فترة الحمل والولادة، أو الالتهابات الفيروسية.

الأطفال الذين في حالة خطر بيئي، والذي يكمن في تدني الوضع الاقتصادي وأثره على إضعاف بنية الصغار، وإصابتهم بالأمراض التي تعيق نموهم الطبيعي.

وهناك فئة أخرى تضم الأطفال المتأخرين نمائياً، والذي يتضح لديهم تأخر نمائي فعلي في أول سنتين من العمر في مجالين **أو أكثر من مجالات النمو**.

4- أهمية التدخل المبكر لعلاج التوحد:

يوجد العديد من المبررات التي تدعو الى ضرورة تقديم برامج التدخل المبكر لمساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بطريقة أقرب ما تكون الى العادية، فالتدخل المبكر هو عملية تقديم الخدمات الطبية والتربوية والعلاجية الطبيعية والوظيفية والنطقية من خلال تصميم برامج تربوية فردية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والذين هم في السنوات الست الأولى من أعمارهم

وتعتمد عملية التدخل المبكر على نظريات النمو الإنساني التي تحدد العوامل التي تيسر أو عتيق نمو

الأطفال وعلى البحوث الميدانية في مجالات مختلفة مثل خصائص هؤلاء الأطفال والتأثير المبكر من الاستثارة أو الفوائد المباشرة لبرامج التدخل المبكر على الطفل والأسرة والمجتمع.

5- برامج التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة:

تكاثرت برامج التدخل المبكر في السبعينات، ومعظمها اهتم بالقصور القائم على أن الضعف يوجد داخل الطفل وأن العوامل البيئية غير المناسبة هي مجرد عوامل مساهمة، كما افترض أن الضعف هو مسئولية الآباء بالدرجة الأولى، لذلك كانت البرامج تركز على التعليم التعويضي، وإلى إرجاع النجاح لجهود المعلم، والفشل إلى الخلل في الأسرة.

ثم حدث تحول تدريجي بين الباحثين في الثمانينات نحو رفض النموذج السابق عندما ظهر علم اجتماع التربية الخاص، والقائم على أن النمو عبارة عن عملية تفاعلية، ، وظهور الاتجاه المعرفي الاجتماعي حيث كان ذلك نهاية الفصل التقليدي بين النمو المعرفي والنمو الاجتماعي، والاهتمام بالسياق المتغير لخبرات الطفل، وفق ما أشار إليه " ساندوز ".**(Sandow.s ,1990:64)**

6- الأساليب الحديثة في التدخل المبكر:

-التدخل المتمركز حول الأسرة وليس الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة

-الاعتماد على الاتجاه البيئي / الوظيفي في تحديد محتويات المنهج من خلال تحليل خصائص بيئات الطفل، وفي التدريس من خلال الابتعاد عن الطرق الجامدة والمنظمة بدرجة عالية .

-التكامل أي تقديم الخدمات في البيئات الطبيعية للطفل .

-تدريس الحالة العامة، أي تدريس الطفل تعميم المهارة أثناء اكتسابها .

-الاعتماد على نموذج الفريق عبر التخصصات .

-التخطيط لعمليات الانتقال والتحول، خاصة الانتقال من خدمات المستشفى إلى خدمات المنزل أو مركز رعاية الطفل، ومن مركز رعاية الطفل أو الأسرة إلى خدمات ما قبل المدرسة، ومن خدمات ما قبل المدرسة إلى المدرسة.

*وتعتبر المدرسة إحدى أهم البيئات التي تحتضن الأطفال العاديين وغير العاديين، فالمدرسة مؤسسة اجتماعية وتربوية تكمل دور المؤساسات الأخرى لتربية الأطفال وتقديم الخدمات الاجتماعية لهم والعمل على اكسابهم السلوكيات المناسبة وتعديل السلوكيات غير المناسبة، وخاصة عندما يكون الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة

*ومن حيث أن الأسرة هي المحور الأساسي لأبنائها سواء كانوا من الأسوياء أو من ذوي الحاجات الخاصة، وبذلك فإنه يتعين إبراز دور الأسرة كمؤسسة اجتماعية أساسية في رعاية أبنائها الصغار، وخاصة عندما يكون الأطفال مصابين بالعوق والعجز، فأننا سنوضح ذلك فيما يلي:

أولا– التعـــــديل الســـــلوكي لأطفـــــال التوحـــــد والعلاقـــــات الاجتماعيـــــة:

عـام **1943**م اكتشـف "ليوكـانر" اضـطراب التوحـد وشـاركه زميلـه " ليـون ايـزبنيرج وقامـا بتحديـد اضـطرابات السـلوك الاجتمـــاعي عنـــد الإصـــابة بالتوحـــد وأهـــم هـــذه الاضـــطرابات و الصـــعوبات:

1. الانســحاب مــن المواقــف الاجتماعيــة والانعــزال والتقوقــع وصــعوبة التعامــل مــع الآخــرين.
2. لا يهــتم بــالآخرين، بــل يتجاهــل مــن حولــه، ويهــتم بالجوانــب الماديــة الموجــودة حولــه.
3. يتعامـل مـع أجـزاء جسـم مـن حولـه بصـورة منفصـلة، فـإذا لعـب بيـد شـخص بجانبـه فكـأن اليـد جـزء منفصـل عـن جســـد مـــن بجانبـــه.
4. يفتقــد القــدرة علــى التواصــل البصــري فهــو لا يطيــل تركيــز البصــر نحــو موضــوع معــين.
5. يفتقــد الســلوك المقبــول وفــق المعــايير الاجتماعيــة، مثــل مايحــدث في حــال الشــراب أو الأكــل.
6. يهــتم بالجوانــب الخلقيــة لمــن يتعــرف علــيهم، ولكــن لا يقــيم علاقــات اجتماعيــة أو صــداقة معهــم.
7. لا يـدرك مشـاعر الآخـرين ولا يهـتم بهـم، ولا يفـرق بـين النـاس والأشـياء، ولا يبـذل أي مجهـود لتفـادي التعثـر في النـــاس إذا كـــانوا في طريقـــه، أو الاهتمـــام بحاجيـــاتهم.
8. ضـعف الإحسـاس العـاطفي والعلاقـة بـالآخرين فالارتبـاط مـع الوالـدين لـه مظـاهر غـير ثابتـة، والمشـاعر والعواطـف في المواقـــف الاجتماعيـــة غريبـــة وغـــير متوقعـــه.
9. صـعوبة القـدرة علـى إدراك أفكـار الآخـرين خاصـة وأن لـديهم صـعوبة في إدراك المفـاهيم المجـردة. بـل يطلـق بعـض علمـاء الـنفس علـى التوحـد مسـمى العمـى الادراكـي، حيـث لا يـدرك المصـاب بالتوحـد – مـثلاً – معـنى الخـداع والتضـــليل.

ثانيـــاً: صـــعوبات القـــدرات اللغويـــة:

يواجـه أطفـال التوحـد صـعوبات في القـدرة علـى التواصـل بصـور ومسـتويات متباينـة، وتتمثـل في:

1– مرحلـــة مـــا قبـــل التواصـــل اللفظـــي:

الطفـل العـادي عنـدما يصـل إلى العـام الأول، لديـه القـدرة علـى سـلوك الانتبـاه المـزدوج فهـو يمكنـه أن يؤشـر باصـبعه تجـــاه شـــيء معـــين بينمـــا طفـــل التوحـــد ينـــدر أن يكـــون ســـلوكه بهـــذه الكيفيـــة.

2 – التواصـــل غيـــر اللفظـــي

الطفـل العـادي يتواصـل بطريقـة غـير لفظيـة حيـث يسـتخدم الإيمـاءات بمصـاحبة الكـلام أو التعبـير عـن انفعالـه، ويصـاحب ذلـك تواصـل بصـري بينمـا طفـل التوحـد تلميحـات الوجـه وقسـماته لا تتوافـق مـع نـبرات الصـوت، ولا تنســـجم الإيمـــاءات مـــع الكـــلام.

يصـعب علـى أطفـال التوحـد تنميـة وتطـوير القـدرة علـى الكـلام. وغالبـاً مـا يعـانون مـن خـرس وظيفي، يصاحب.

3- صعوبات الكلام بمشكلات تواصلية عديدة. **(Sandow.S , 1999:82)**

والقلة من أطفال التوحد، ممن يتمكنون من تنمية وتطوير القدرة على الكلام، فإن قدرتهم على الكلام تتصف بالصفات التالية:

المصاداة: *

وتتمثل في ترديد الكلام المسموع من الصدى، حيث تتم مباشرة بعد سماع الكلام أو مرور بعض الوقت والأمر عادي بالنسبة للطفل العادي. ولهذا يجب التأكد ما إذا كانت المصاداة بالنسبة للطفل طبيعية، إذ أنها تتوقف قبل أو عند بلوغ الطفل 3سنوات فإذا استمرت فإن الطفل يكون مصاباً بالتوحد

***اللغة المجازية:**

وتمثل عبارات لغوية مجازية خاصة بطفل التوحد. وهي ليست اللغة المجازية في البلاغة. ولكنها لغة يُعبر بها طفل التوحد لشيء معين، قد لا يفهمه إلا من يحيط به

***الكلمات الجديدة:**

وهي تسمية أشياء بمسميات خاصة بالطفل التوحدي، وحيث لا يعرفها إلا المحيطين به

***الاستخدام العكسي للضمائر:**

وهي الصعوبة في استخدام الضمائر بشكل صحيح.

***مكونات اللغة:**

يعاني أطفال التوحد من مشكلات وصعوبات في مكونات اللغة، تتمثل في:

1- الصوتيات:وهو تركيز الأصوات وعلاقتها بالقدرة على الكلام، حيث تكون نبرة الصوت عند طفل التوحد شاذة غريبة، تتصف بالرتابة، مما يصعب على الملتقي فهمها واستيعابها

2- المفردات: حيث يحدث تأخر في الحصيلة اللغوية عند أطفال التوحد. وقد يعزي ذلك إلى قلة المحصول اللغوي وخاصة عند تأخر الكلام إلى سن خمس سنوات عند أطفال التوحد، وهو سن بدء الكلام لديهم. هذا وأن كان البعض يتمكن من تكوين حصيلة لغوية جيدة وترتيب الكلام.

3- بناء الجملة الكلامية:حيث يلاحظ تأخر أطفال التوحد في اكتساب بناء الجملة ، وصعوبات استخدام الضمائر والخلط بين المفردات.

دلالات الألفاظ: والخاصة بوصف العلاقة بين الكلمات ومدلولاتها، حيث يعاني أطفال التوحد في صعوبة إدراك مدلول بعض الكلمات المجردة أو الجمل المجازية. فمثلاً الكلمة الواحدة التي لها دلالة على شيئين مثل ورقة فقد تستخدم كورقة الكتاب أو ورقة الشجرة، يصعب على طفل التوحد فهمها.

ثالثاً: السلوك الاستحواذي المتكرر:

وهو السلوك الخاص بفقد المرونة وعدم القدرة على التخيل، وخاصة خلال ممارسة اللعب، حيث يفقد أطفال التوحد الإبداع والتجديد والتخيل، كما يفتقد أطفال التوحد القدرة على التخطيط، ويتصف أسلوبهم في حل المشكلات بالجمود، ويفسر ذلك إلى وجود خلل في الفص الأمامي من المخ وهو المسئول على السلوك الاستحواذي لدى أطفال التوحد.

ويتباين أطفال التوحد في ظهور السلوك الاستحواذي، فالبعض يظهر السلوك في اللعب، عندما يصف أشياء بطريقة نمطية متكررة في أنحاء المنزل، بينما آخرون يظهر لديهم أثناء أداء الواجب المدرسي، كأن يضع نقطة أو علاقة بعد كل كلمة يكتبها، وبصفة عامة فإن المشكلات النفسية الخاصة بالصعوبات النمائية عند الإصابة بالتوحد، ترجع إلى التلف الذي يلحق بالمخ أو بعض أجزائه، ويعد ذلك من أهم الموضوعات التي تشغل بال الباحثين في الوقت الحاضر.**(Foster.R ;1993:69)**

7- الرعاية التربوية والتعليمية لأطفال التوحد:

ثبت ضعف الافتراض القائم على أن العوق العقلي غير قابل للتعليم، وأيضاً بالنسبة لأطفال التوحد. ولهذا فإن الرعاية التربوية والتعليمية لأطفال التوحد يتبع فيها ما يأتي:

7-1- البرامج التربوية:

أفضل برامج التدريس لأطفال التوحد .. هي برامج عالية التنظيم ذلك لأن:

الصعوبات التي يعاني منها أطفال التوحد في مجال التفاعل الاجتماعي، تحتم على المعلم أن يبادر في التفاعل مع الطفل، ويزوده بالإرشادات والتوجيهات، وإلا ينسحب الطفل، ويتبع السلوك الاستحواذي المتكرر

تعتمد هذه البرامج، على تجزئة النشاط التعليمي إلى خطوات سهلة واضحة، ذات أهداف محددة وهو أسلوب له عائده على أطفال التوحد.

وهناك فرصة أمام أطفال التوحد للتنبؤ بمكونات الجدول الدراسي اليومي والأسبوع، لأن التغييرات المفاجئة لها ردود أفعال غير طيبة.

*وبصفة عامة هذه البرامج تتسم بالمرونة والتلقائية، كما أن أطفال التوحد تتاح لهم المرونة الكافية للتعامل مع مواقف الحياة في المستقبل.

7-2- اختيار المدرسة المناسبة

والتي تتفهم طبيعة المشكلات والصعوبات الخاصة بطفل التوحد، وحيث تتوافر في برامجها المرونة التي تتماشى مع حاجات الطفل الفردية الخاصة، وأن يعمل المعلمون على مقابلة حاجات الأطفال الخاصة، وأن تستخدم مهارات أكاديمية وأساليب متطورة تعتمد على تنمية وتطور التفاعل الاجتماعي والتواصل لدى الطفل التوحدي، ويقتضي ذلك قيام الوالدين بتقصي الحقائق واستشارة جهات الاختصاص للتعرف على جوانب القوة للأساليب التربوية المناسبة التي تقابل حاجات أطفال التوحد.

7-2-1-أفضل نسبة لعدد المتعلمين إلى المعلمين ؟

يفضل أن لا يزيد عدد المتعلمين من المصابين بالتوحد عن ثلاثة متعلمين لكل معلم، حتى يتمكن المعلم من تركيز انتباههم للنشاطات التعليمية والتدريبية.

7-2-2- مستوى التحصيل التعليمي

يتطور لدى أطفال التوحد، حتى في حال التحاقهم بالمدارس لفترة قصيرة (سنتان مثلاً). والذين يحصلون مستوى تحصيلي جيد ، يمكنهم تحقيق نتائج طيبة في حياتهم العملية، وأطفال التوحد من مستوى الذكاء المتوسط أو فوق المتوسط يكون مستوى التحصيل العلمي عادي، وأطفال التوحد ممن تكون معدلات ذكائهم عادية يدرسون مواد علمية تتطلب قدرة على التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين. بينما المواد الأدبية تتطلب تفسيراً للمعاني وفهماً مما يمثل صعوبة لأطفال التوحد، وعادة أطفال التوحد الذين يعانون من عوق عقلي، فإن تحصيلهم التعليمي يكون أقل من التحصيل المتوسط أو العادي، وعند الانتهاء من المراحل الدراسية، فإن أطفال التوحد يتعلموا مهارات أساسية مثل: مبادئ القراءة والكتابة وفهم أساسيات الحساب واستخدام النقود والبعض منهم يتعلم مهارات فردية كالطبخ وارتداء الملابس وغسلها. (**طارش مسلم الشمري ،2002:136**)

7-3- القدرة على التواصل

يمكن تعليم أطفال التوحد عملية إخراج الأصوات ونطق الكلمات وتكوين الجمل الكلامية، وفق قدراتهم الفردية، والقدرة على التواصل لا تقتصر على القدرة على إخراج الأصوات، أو تكوين جمل مستقيمة نحوياً، بل تشمل القدرة على توصيل المعاني والأفكار والتجارب، عن طريق الحوار في إطار اجتماعي. وهذا الدور ضئيل في عملية التواصل.

7-3-1- لغة الإشارة:

وهي ضرورية في تطوير القدرة على التواصل، للمساعدة في التعبير عن الأفكار وإيصالها للمتلقى، وعند استخدام الإشارة اليدوية يستطيع الطفل توضيح الكلمة التي يريد نطقها، أو تستخدم لتعزيز قدرة الطفل على فهم كلام الآخرين والأهم هو التركيز على تعلم الكلام فهو وسيلة التواصل، ولغة الإشارة تمثل خطوة على الطريق الموصل إلى تعلم الكلام .(**محمد عبد الرواق هويدي، 1997:88**)

7-4- تحديد الاحتياجات التربوية

ويقوم بتحديدها الأخصائي النفسي الذي يقوم بتقييم حالة الطفل، ويشارك في ذلك المعلم وأخصائي النطق إضافة إلى الدور الفاعل للأبوين، ومن الصعوبات التي قد تواجه الآباء، عدم توافر كافة الحاجات التربوية للطفل. ولهذا ينصح الوالدان بمراجعة التقرير الذي يعده الأخصائيون، لتحديد تقييم حالة الطفل، وما يمكن أن يكون هناك من اتفاق أو اختلاف . .

7 –5– الدمج

البرامج القائمة تقوم على الدمج الحسي، لأن اضطراب التوحد يضعف من القدرة على تنظيم المثيرات الحسية [السمعية، البصرية، الشمية، الذوق، الإحساس بالضغط والجاذبية والحركة ووضع الجسم] ولذلك فان أطفال التوحد يعانون من اضطراب الدمج الجسمي، ولهذا يجب أن تكون هناك برامج فردية لكل طفل حسب إحتياجاته الحسية والنمائية الخاصة. وهذه البرامج تقوم على تعرف المدرب على المتغيرات التي تحفز طفل التوحد على الدمج في أنشطة معينة، فإذا واجه الطفل مشكلة في اختيار النشاط المناسب، فإن المدرب يعمل على توفير برنامج أكثر ملائمة، ومحور هذه البرامج يقوم على استخدام اللعب كوسيلة لرفع البرامج إلى تنمية وتطوير الدمج الحسي، من يجعل الفرد أكثر ثقة في نفسه، وأكثر توافقاً مع المؤثرات الحسية من حوله. **(Sandow.s ,1990 :82)**

7 -5-1-أنواع الدمج:

***الدمج الأكاديمي:**

حيث إلحاق الطلبة العاديين / غير العاديين في صف مشترك وتحت برنامج أكاديمي موحد يتلقى كلا الجانبين عملية التعليم فيه ويتحقق ذلك من خلال إنشاء ملحقة الدمج بجمعيات تنمية المجتمع ويتم بهذا استقبال الطلاب الأسوياء وذوي الاحتياجات الخاصة. على فترات لشرح أجزاء معينة من المحتوى الأكاديمي وهذا يتطلب وجود كادر تنسيقي ناجح يستطيع التواصل مع المدارس والتنسيق معهم لاستقبال الطلاب بالجمعية.

يتضمن البرنامج التعليمي صف عادي و صف خاص وغرفة مصادر، أو هو ما يقصد به دمج الطالب ذوى الاحتياجات الخاصة مع أقرانه العاديين داخل الفصول الدراسية المخصصة للطلاب العاديين ويدرس نفس المناهج الدراسية التي يدرسها العادي مع تقديم خدمات التربية الخاصة.

***الدمج المكاني:**

وهو اشتراك مؤسسه التربية الخاصة مع مدارس التربية العامة بالبناء المدرسي فقط بينما تكون لكل مدرسه خططها الدراسية الخاصة وأساليب تدريب وهيئه تعليمية خاصة بها وممكن أن تكون الإدارة موحدة.

***الدمج الاجتماعي :**

التحاق الاطغال المعوقين بالصفوف العامة الأنشطة المدرسية المختلفة كالرحلات والرياضة وحصص الفن والموسيقى والأنشطة الاجتماعية الأخرى.

هو ابسط أنواع وأشكال الدمج حيث لا يشارك الطلاب ذوى الاحتياجات الخاصة نظيره العادي في الدراسة داخل الفصول الدراسية و إنما يقتصر على دمجه في الأنشطة التربوية المختلفة مثل التربية الرياضية والتربية الفنية وأوقات الفسح والجماعات المدرسية والرحلات والمعسكرات وغيرها.

***الدمج المجتمعي:**

إعطاء الفرص للمعوقين للاندماج في مختلف أنشطة وفعاليات المجتمع وتسهيل مهمتهم في أن بكونا أعضاء فاعلين ويضمن لهم حق العمل باستقلالية وحرية التنقل والتمتع بكل ما هو متاح في المجتمع من خدمات المساندة الاجتماعية .

وقد شهدت التربية الخاصة تفسيرات جذرية ففي منتصف القرن الماضي كان التوجه نحو التربية الخاصة من منظور التأهيل ومن منظور الفئوية أي تصنيف ذوي الاحتياجات الخاصة في فئات خاصة ومن ثم تميزهم بنوع من التربية منفصلا عن مجتمع العاديين وتربيتهم أما التربية الخاصة المعاصرة فهي تقوم علي الوصل لا الفصل بين مجتمع العاديين وغير العاديين وتهدف إلي توفير مكان ومكانة لذوي الاحتياجات الخاصة سواء في المدرسة أو في المجتمع.

وضرورة الاهتمام بالتفاعل الذي يحدث بين المعوقين وبيئاتهم الاجتماعية بهدف مساعدتهم علي القيام بواجباتهم الحياتية وتحقيق آمالهم بأقل قدر من الضيق و التوتر ومن ثم فإن الخدمة الاجتماعية تهدف إلي مساعدة الأفراد المعوقين علي اكتساب مقدرة متزايدة لحل ما يقابلهم من مشكلات وربطهم بالأنظمة الاجتماعية التي تمدهم بالموارد و الخدمات و الفرص التي يحتاجون إليها، مع تقوية وتدعيم تلك الأنظمة حتى تتمكن من تأدية وظائفها بفاعلية متزايدة .

7-5-2-أهداف الدمج:

وهذا ما يؤكد عليه عبد الله اللقمان (**2002**) حيث يرى أن الهدف من وراء الدمج لا يقصد به أن ينتظم الطلاب من ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة في مدارس التعليم العام فقط، وإنما الهدف أن يتفاعل هؤلاء الطلاب في نواحي الحياة وأنشطتها تفاعلاً إيجابياً، وأن يوجد لديهم موقعاً محترماً بين أفراد مجتمعهم يراعي احتياجاتهم الخاصة، ويرسخ مبدأ العدالة الاجتماعية بتوفير مبدأ تكافؤ الفرص بين الطلاب، ويقلل من الفوارق الاجتماعية والنفسية، ويعالج المشكلات المتعلقة بها. وأنه في حالة لم يتحقق هذا الهدف؛ صار استخدام كلمة الدمج من قبيل الترف اللغوي، دون إدراك مضامينه وأبعاده.

8- دور الأسرة مع أطفال التوحد عند التدخل المبكر:

للأسرة دور كبير وفاعل في تقدم الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، بصفة عامة، وطفل التوحد بصفة خاصة، ذلك لأن تدريب الطفل من حيث ساعات العمل في المدرسة، لا تتعدى منتصف النهار، بينما يقضي الطفل باقي الوقت في المنزل ونهاية الأسبوع وفي المناسبات، مما يستدعي أن تلتزم الأسرة بحضور الدورات التدريبية التي تقيمها المؤسسات ذات الاختصاص، كالبرنامج التربوي للطفل، وتتعاون مع المعلمين باستمرار في برامج الطفل المنظم، وتهيئة البيئة المناسبة في المنزل، حتى تساعده للوصول بنجاح بقدر الإمكان وتعمل على تعديل سلوكه.

ومن حيث فاعلية دور الأسرة، فقد تخلت أغلب المؤسسات التعليمية الناجحة في عالم الغرب، عن وجود برامج السكن الداخلي، والتي تبعد الطفل عن أسرته طوال العام، واستعاضت بالبرامج النهارية العادية، ليعود الطفل لمنزله في نهاية اليوم الدراسي، والواقع أن رعاية الأسرة وحنان وعطف الأبوين، يمثلان الجهد الأساسي في فاعلية رعاية أطفال التوحد والمصابين بالعوق، كأساس للتدخل المبكر القائم على علاج الطفل وتعديل سلوكه.

* وقد قامت الدكتورة / **سميرة عبد اللطيف السعد** بجامعة الكويت- بدراسة حول: قضايا ومشكلات التعريف والتشخيص والتدخل المبكر مع أطفال التوحد، وخلصت النتائج إلى إعداد برنامج تربوي وتعليمي، لتحديد إحتياجات الأطفال المصابين بالتوحد، من وجهة نظر الآباء، والذي يعد ضرورة من ضرورات التدخل المبكر مع أطفال التوحد، وكان ترتيب أولويات الاحتياجات التدريبية والتعليمية – من وجهة نظر الآباء – كما يأتي:

1- تنمية التحكم في العضلات الكبيرة والدقيقة والمهارات الحركية .

2- لتدريب على تناول الطعام بصورة مناسبة .

3- تدريب الطفل على السلوك المناسب في المواقف المتعددة .

4-السعي نحو تعديل بعض أنواع السلوك غير المرغوب فيه مثل الضرب والقفز والبصق

5-التدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة له مع الآخرين، لفظية أو غير لفظية

6-التدريب على كتابة الكلمات البسيطة (مهارة معرفية)

7-تطوير مهارات الاعتماد على النفس

8-التدريب على استخدام المرحاض في قضاء حاجته

9-توفير نشاطات ترفيهية ممتعة للطفل والمشاركة في نشاطات اجتماعية مع آخرين

10-تطوير مهارات مهنية تخدمه مستقبلاً في حياته الاجتماعية

11-تدريب الطفل على الجلوس لأطول فترة ممكنة

12-التدريب على الاستجابة للمؤثرات السمعية والبصرية

ومن المهارات الهامة لدى أطفال التوحد، تدريبهم على الاستقلالية الفردية أي تنمية القدرة على الاختيار بين البدائل، ومنحه حرية أكثر في المجتمع. هذا يجب اتصاف البرامج بالمرونة، والتعزيز المتواصل الإيجابي، والتقييم المنظم، وعلى أن يكون هناك فريق استشارة وتدريب على رأس العمل من قبل متخصصين. (**سميرة عبد اللطيف سعد، ب.س:66**)

9-البرامج العلاجية المساندة للتدخل المبكر في علاج اضطراب التوحد

توجد أساليب التدخل التي تعمل على التخفيف من حدة إعاقة التوحد في بعض الحالات وهذه الأساليب ليست علاجاً للتوحد، وإنما دورها مساندة البرامج التربوية

والسلوكية لأطفال التوحد

من هذه الأساليب:

الحمية الغذائية

جرعات هرمون السكرتين

العلاج بالفيتامينات خاصة مغنسيوم (**محمد عبد الرزاق هويدي،1997:172**)

10-1- الأساليب المتبعة في علاج اطفال طيف التوحد:

أساليب تعديل السلوك المكثف مفيدة للأطفال المصابين فهي تهدف إلى تطوير المهارات الاجتماعية. يعد التعليم الخاص الفردي أمراً بالغ الأهمية، ويتضمن في الغالب العلاج بالكلام، والعلاج المهني، والبدني، والسلوكي، وذلك ضمن برنامج خاص مصمم للأطفال المصابين بالتوحد.

*هل هناك علاج دوائي لطفل طيف التوحد؟

هناك بعض الادوية تعطي لطفل طيف التوحد ولكن هي ليست لعلاج طيف التوحد انما لاعراض المصاحبة لطيف التوحد مثل العدوانية ونوبات الغضب على الرغم من أن بعض الآباء يلجؤون إلى أنظمة غذائية خاصة أو علاجات مناعية، إلا أنه لا يوجد حاليًا أي دليل يدعم فعالية أي من هذه العلاجات عند الأطفال المصابين بالتوحد، عند مناقشة اعتماد أحد هذه العلاجات، فينبغي على ذوي الطفل التشاور مع طبيبه الرئيسي فيما يتعلق بالمنافع والمخاطر المحتملة للعلاج.

*** كم عيادة صديقة لعلاج حالات طيف التوحد؟**

- يوجد حوالي 100 عيادة في المراكز الصحية، وتعتبر عيادات صديقة للتوحد من ناحية النظام الصوتي والضوئي والألوان وطريقة ترتيب الأثاث، وتشمل هذه العيادات عيادات العامة وعيادة التخصصية وعيادة الطفل السليم وعيادات الاسنان وعيادات انف وأذن وحنجرة وعيادات العيون، وغرف الانتظار حيث تحول غرف الانتظار إلى غرف حسية، يوجد فيها مجموعة من المعدات من العاب والأجهزة الالكترونية تكون ممتعة ومهدئة للأطفال الطبيعيين والمصابين أيضا.

بالإضافة إلى المسار السريع للخدمات الطبية بالمراكز الصحية وموجود المسار السريع في 10 مراكز صحية وبالإضافة إلى خدمات الاسنان وتقدم في 3 مراكز صحية حاليا.

هل يمكن ان نصنف اغلب حالات طيف التوحد عند الأطفال داخل نسبة الشفاء المرتفعة؟

هناك تنوع في شدة الإصابة فان بعض الحالات تكون متأثرة بدرجة خفيفة والبعض بدرجة شديدة حسب تشخيص الطبيب يعتبر التشخيص والتدخل المبكر مفيدًا للغاية ويمكنه تحسين السلوك والمهارات وتطوير اللغة. ومع ذلك، التدخل مفيد في أي عمر. على الرغم من أن الأطفال لا يتخلصون عادةً من أعراض اضطراب طيف التوحد، إلا أنهم قد يتعلمون الأداء بشكل جيد.

10-2-ما هي طرق التدخل في الاتجاه الفسيولوجي؟

أ.العلاج باستخدام الأدوية والعقاقير

يهدف هذا العلاج إلى تخفيف من الاضطراب ليتمّ الشفاء، حيث أن ذوي اضطراب التوحد سلوكياتهم ناجمة عن خلل بيوكيميائي في الدماغ. وتُستخدم بعض الأدوية والعقاقير لتهدئة الطفل للاستجابة للبرامج التربوية، كذلك يستخدم بعض من أنواع الأدوية المنبّهة أو المضادة للاكتئاب أو الأدوية المضادة للتشنج؛ وهذه الأدوية لها نتائج مشتركة مثل الإدمان أو النعاس ومشاكل في تنظيم دقات القلب.

ب.العلاج باستخدام هرمون السكريتين:

أشار " وارنر " في 2000م أن من أساليب التدخل العلاجي التي قد تحدث تحسناً عند الإصابة بالتوحد، استخدام السكرتين والسيريناد كثنائي علاجي لما لهما من آثار إيجابية على الحالات التي تعامل معها "ويفضل "الشمري "إعطاء جرعة واحدة فقط من هرمون السكرتين، حيث تبين أن تأثير الجرعة الواحدة من هذا الهرمون يستمر 3 أشهر إلى سنة، وينصح "الشمري" بعدم استخدام الجرعة الثانية قبل مضي 3 أشهر من تاريخ أخذ الجرعة الأولى. ويُعد التواصل البصري لطفل التوحد، من أهم المؤشرات التي توضح أن التدخل العلاجي لجرعة من هرمون السكرتين له آثار علاجية، إضافة إلى أن طفل التوحد يمكنه نطق بعض الكلمات أو العبارات، التي لم تكن لديه القدرة على التحدث بها من قبل الا أن هرمون السكرتين قد يفيد مع حالات ويفيد مع حالات أخرى. (**طارش مسلم الشمري ،2002:130**)

ج.العلاج الفيتامينات المتعددة:

يهدف علاج الفيتامينات الى تخفيف أعراض التوحّد، حيث تُعطى بكميات اضافية لتصحيح من بعض الاختلالات البيوكيميائية. ومن بعض الأنواع المستخدمة فيتامين ب6 مع المغنيسيوم والزنك والكالسيوم.

يُعد رملاند أكثر الباحثين الذين استخدموا العلاج بالفيتامينات في معهد أبحاث التوحد بجامعة كاليفورنيا، وفي تجارب " رملاند " 1987م تبين أن أجسام أطفال التوحد تحتاج إلى جرعات غذائية لا تتوافر في والمغنسيوم (لتعديل سلوك وأعراض التوحد) ، وهذه الجرعات الإضافية من فيتامين بالأغذية العادية جرعات تتراوح بين 30 – 300 مليجرام)، وجرعات إضافية من المغنسيوم (جرعات يومية ما بين 350 – 500 مليجرام)، عندما تضاف إلى الوجبات الغذائية لأطفال التوحد، وحيث تبين أن 30% – 50% من هؤلاء الأطفال يتحسن سلوكهم في جوانب: التواصل البصري، تحسن في عادات النوم، الانتباه، التحدث، استخدام الكلمات .(**طارش مسلم الشمري ،2002:137**)

د.العلاج باستخام ثنائي مثيل الجليسين_الدايميثليغلايسين:

هو حمض أميني يُحسّن جهاز المناعة وزيادة مستوى الطاقة للطفل التوحّدي، حيث توجد بكميات قليلة في الحبوب واللحوم والبذور والكبدة.

هـ.العلاج باستخدام الميلاتونين:

يستخدم هذا العلاج في تحسين نظام النوم لدى التوحديين الذين يعانون من مشكلات في النوم، حيث ينتج الهرمون الميلاتونين من الغدة الصنوبرية الموجودة في الدماغ.

و.العلاج باستخدام الغذاء:

يستخدم هذا العلاج نظام الحمية الغذائية للطفل ذو اضطراب التوحد، خاصة الأطفال الذين يمارسون سلوك إيذاء الذات ولا يحسّون بالأم؛ بسبب مواد شبيهة الأندورفين في أدمغة الاطفال، كما يوجد الأوبيويد بمقادير في بول الطفل التوحدي؛ بسبب وجود لمواد الجلوتين والكازين الموجود في الحليب ومشتقاتة تقوم بتحليل غير سليم للبروتينات، التي تدخل مجرى الدم من الأمعاء الدقيقة.

أشار (بول شاتوك) بجامعة سنترلاند ببريطانيا – إلى أن أساس اضطراب التوحد يحدث نتيجة تأثير – البيتايد– وهي مادة تنشأ من البروتينات نتيجة الهضم، وتحدث نتيجة التحليل غير المكتمل أثناء عملية ايضية لبعض أصناف الطعام وخاصة– الجلوتين بروتين من القمح ومشتقاتها الكازيين، بروتين من الحليب ومشتقاته– وحيث يحدث تأثير تحذيري على التوصيل العصبي. ووجود هذا التأثير التحذيري بدرجة كبيرة في الجهاز العصبي المركزي، يحدث اضطراب في أنظمته، وينتج عن ذلك اضطراب في الجوانب المعرفية والانفعالية ونظام المناعة والقناة الهضمية، كما يشير هذا الاتجاه إلى احتمال أن يكون للتطعيمات التي تعطي للأطفال دور في حدوث اضطراب التوحد حيث يذكر آباء أطفال التوحد حدوث تغيرات على أطفالهم بعد التطعيم بأيام وأحياناً بساعات محددة، ويقترح المؤيدون لهذه النظرية برنامجاً غذائياً خاصاً بأطفال التوحد يكون خال من الجلوتين والكازيتين بعد فحوصات مختبرية للبول لمعرفة مستوى البيتايد المخدرة، حيث أن الحمية الغذائية المناسبة، تساعد كثير من أطفال التوحد، على تحسن بعض المظاهر السلوكية لديهم، مما يجعلهم أكثر قابلية للتعليم والتدريب .**(benn,1993:18)**

العلاج بالحمية الغذائية المُضادة للخمائر:

وُجِدَ أن الطفل التوحد عند تحليل البول يحتوي على مقاديرعالية من مركبات الخميرة؛ بسبب كثرة إعطائه للمضادات الحيوية، حيث يتم عمل حمية غذائية له أو وصف أدوية.

العلاج بالتدريب على التكامل السمعي:

تهدف هذه الطريقة العلاجيّة إلى تدريب الطفل التوحدي على تقوية عضلات الأذن الوسطى، كذلك تحفيز الجهاز الدهليزي والمخيخي للأذن. ويستخدم هذا العلاج للاطفال الذين يعانون من صعوبة ترجمة المثيرات السمعية.

العلاج بالتدريب على التكامل الحسي:

يُستخدم هذا العلاج لدى الاطفال الذين لديهم صعوبة في تنظيم وتوجية المعلومات الحسية؛ بسبب عدم قدرة الدماغ على دمج المعلومات. ويقوم على علاج التكامل الحسي أخصائي العلاج الوظيفي.

11- رهانات التدخل المبكر مع أطفال التوحد:

ثبت بشكل قاطع أن التدخل المبكر، يفيد ويثمر بشكل إيجابي مع أطفال التوحد وعلى الرغم من الاختلاف بين برامج رياض الأطفال إلا أنها تشترك جميعها في التركيز على أهمية التدخل التربوي الملائم والمكثف في سن مبكرة من حياة الطفل، ومن العوامل المشتركة بين تلك البرامج مايلي:

*دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين في المدارس العادية والاستفادة من الأساليب التربوية الحديثة المتمثلة في استحداث برامج غرف المصادر وبرامج المعلم المستشار وبرامج المتابعة في التربية الخاصة .

*توفير البرامج التي تعزز اوجهه القوة لدى الاطفال وتعالج نقاط الضعف لديهم من اهتمامات الطفل مع اضفاء طابع الشمولية والمرونة على مناهج المدارس العادية بغرض الوفاء بالاحتياجات الاساسية لجميع التلاميذ ومراعاة الفروق الفردية بينهم

*الاستخدام الواسع للمثيرات البصرية أثناء عملية التدريس والجداول عالية التنظيم للأنشطة ، وفي هذا النطاق تجدر الاشارة الى أهمية استخدام الوسائل المحسوسة والمثيرة لإنتباة الأطفال.والابتعاد كل البعد عن الوسائل المجردة وإضافة الى ماسبق من الممكن الاستعانة بالتقنية الحديثة في تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة (الحاسب الآلي)

*تدريب اولياء أمور المصابين بالتوحد والمهنيين العاملين معهم، والتخطيط والمتابعة المستمرة للمرحلة الانتقالية.

وتقتضي الضرورة تضامن فريق من الأخصائيين كمعلم التربية الخاصة، وأخصائي تعديل السلوك، وأخصائي علاج النطق وأخصائي علاج النطق والكلام، والتدريب السمعي، والدمج الحسي، وبعض العقاقير الطبية والحمية الغذائية .

*يستجيب أطفال التوحد لبرامج التربية الخاصة ذات التنظيم الجيد، والتي تصمم لتلبية الحاجات الفردية، وتتضمن التدخل الذي يهتم بعلاج المشكلات التواصلية، وتنمية المهارات الاجتماعية وعلاج الضعف الحسي، وتعديل السلوك، على أن يتم ذلك من خلال متدربين ومعلمين من أصحاب الكفاءة والدراية.

*ومن أساسيات التدخل المبكر تدريب أطفال التوحد على مهارات الحياة اليومية في سن مبكرة، مثل تعلم عبور الشارع، أو التسوق بدرجة بسيطة .

*إضافة إلى تنمية المهارات ذات الصلة بجوانب: التواصل البصري، تحسن في عادات النوم، الانتباه، التحدث، استخدام الكلمات في الأوقات والمواقف المناسبة.

خاتمة:

إن السنوات الأولى من حياة الأطفال الذين لم تقدم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة وتعتبر مرحلة النمو الحرجة التي تكون فيها قابلية الطفل للنمو والتعليم في ذروتها، وهذا ماحاولنا ابرازه من خلال الورقة البحثية، حيث بينا مبررات التدخل المبكر والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

* إن التعلم الإنساني في السنوات المبكرة أسهل وأسرع.
* إن والدي الطفل بحاجة إلى المساعدة في المراحل الأولى من عمر طفلهم .
* لأن التأخر النمائي قبل سن الخامسة هو مؤشر خطر.
* لأن مظاهر النمو مرتبطة ببعضها وأي مظهر يؤثر على الآخر .
* التدخل المبكر يجنب الوالدين والطفل مواجهة صعوبات نفسية وتعليمية هائلة لاحقا.

قائمة المراجع:

1-ابن منظور(1997):" **لسان العرب**" – المجلد الحادي عشر – بيروت – دار الفكر .

2- سميرة عبد اللطيف السعد(ب.س):"**قضايا ومشكلات التعريف والتشخيص والتدخل المبكر مع أطفال التوحد**" [ضمن ندوة الإعاقات النمائية – قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية – تنظيم جامعة الخليج العربي بالتعاون مع برنامج مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود للتربية الخاصة – البحرين

3- طارش مسلم الشمري (2001): "**الأطفال التوحديون** ": أساليب التدخل ومقومات نجاح البرامج، ندوة الإعاقات النمائية – تنظيم جامعة الخليج العربي ومؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود – البحرين.

4- محمد عبد الرزاق هويدي، 1997م: "**استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر**"، [ندوة استراتيجيات وبرامج التدخل العلاجي وبرعاية –للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة – تنظيم جامعة الخليج العربي بالتعاون مع مؤسسة سلطان بن عبدالعزيز آل سعود الخيرية مؤسسة زايد بن سلطان آل نهيان للأعمال الخيرية والإنسانية – أبو ظبي.

5- Foster , R. & Foster , B. (1993)". **Defintional Issues"**: Prevalence Participation. and Service Utilization. In: D. M. Bryant & M. A. Graham (Eds .). Implementing Early Intervention: Form Research to Effective Practicecpp 67 - 91. New York: The Guilford Press .

6-Benn , R. (1993) **Conceptulizing Eligibility for Early Intervention Services** ". In D.M. Bryant & M. A. Grahom (Eds). Implementing Early Intervention: Form Research to Effective Practice (pp. 18 - 45) New York: The Guilford Press.

7- Sandow , S. (1990). **The Pre- School Years: Early Intervention and Prevention** ". In: P. Evans & V. Evans (Eds.) Special Education: Past , Present and Future. (pp.64- 76). London: The Falmer Press.