

مجلة الإرشاد النفسي

علمية - تخصصية - محكمة دورية

بصدارها
مركز الإرشاد النفسي
جامعة عين شمس



رئيس التحرير

د. إيمان فوزى شاهين

يناير ٢٠١٧

العدد التاسع والأربعون

نموذج "دينفر" للتدخل كأحد النماذج التي تقدم للأطفال ذوي اضطراب التوحد في المنزل

أ.د عبد الرحمن سيد سليمان

أستاذ التربية الخاصة

كلية التربية جامعة عين شمس

مقدمة:

يعتبر نموذج "دينفر" للتدخل المبكر Denver Model Early Start واحداً من البرامج التي تم اشتقاقها. أو العمل على أساس التوصيات التي طالما قدمتها نظريات النمو، والتي تؤثر بدورها على الأهداف الموضوعية، وإجراءات التدخل، وطرائق، وأساليب التعلم الخاصة بالأطفال ذوي اضطراب التوحد في سنواتهم الباكرة، لذلك نجد أن هذا البرنامج يحتوى على العديد من المفاهيم القائمة على أساس نظريات النمو، في تفسير وتنظيم، ومعرفة الطبيعة الأساسية لاضطرابات طيف التوحد، ومن هنا نرى أن برنامج "دينفر" للعلوم الصحية يستند أساساً على نظرية النمو المعرفي في عملية تطوير العلاقات بين الأفراد، والتواصل فيما بينهم (Rogers, et al,2000). وقد افتتح برنامج "دينفر" للعلوم الصحية على يد سالي روجرز، وزملائها في جامعة كولورادو الأمريكية عام ١٩٨١، منطلقين كما سبقت الإشارة من المنحى النمائي بالاعتماد على وجه خاص - على نظرة بياجيه في النمو العقلي المعرفي (ذيب الشيخ، ٢٠٠٤).

ويتشابه برنامج "دينفر" مع الكثير من البرامج التي أعدت للأطفال ذوي اضطراب التوحد على نحو خاص مثل: برنامج نيتش، وجميع هذه البرامج تم تنفيذها من قبل المدارس الحكومية العادية حيث زودت هذه البرامج بالاستشارة، والمعرفة التقنية لخدمة المدارس التي سيتم التعامل معها في نفس الوقت، ومتابعة عملية التدخل المبكر فيها. Rogers, et al,2000).

• النشأة التاريخية لنموذج "دينفر":

بدأ نموذج "دينفر" في أوائل الثمانينيات من القرن الميلادي العشرين، كبرنامج إنمائي جماعي للأطفال في سن الحضانة ممن تراوحت أعمارهم ما بين ٢٤-٦٠ شهراً . ورؤية اضطراب التوحد في الأساس على أنه فشل في تنمية التواصل الاجتماعي، وقد ركز البرنامج على بناء علاقات قريبة مع الأطفال كأساس للتنمية الاجتماعية وتنمية التواصل حيث يركز في الأساس على التفاعلات الدينامية والحيوية التي تتضمن مشاعر إيجابية تؤدي بالأطفال للبحث عن شركاء لهم يشاركونهم في أنشطتهم المفضلة.

وقد تم تطوير أسلوب الأنشطة اليومية الاجتماعية والحسية والذي ألقى الضوء على التغيرات التي بدأها الأطفال واستكملوها خلال تواصلهم اللفظي وغير اللفظي. كما إن الأنشطة الاجتماعية الحسية هي ملمح رئيسي في نموذج "دينفر" (Rogers&dawson,2010,p.265).

يكون التدخل في سن مناسب للعلاج فعالاً بدرجة كبيرة مما يؤدي إلى تحسن ملحوظ في المهارات اللغوية وتحسن السلوك وارتفاع في معدلات الذكاء، وزيادة مهارات الاستماع والفهم، والمهارات الحركية، ومهارات رعاية الذات، والقدرة على الاستقلال، والاعتماد على الذات ، وتقليل الآثار السلبية للأطفال ذوي اضطراب التوحد، والعمل على الوقاية منه في سن مبكرة.

وقد صمم نموذج "دينفر" للتدخل المبكر من أجل تلبية احتياجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد من عمر (١٢) شهراً من خلال المعالجين والآباء من خلال اللعب، حيث يستمتع الأطفال باللعب مع المعالجين أو الآباء في أي مكان مثل المنزل، على الأرض مثلاً أو في أي مراكز متخصصة فهذا النموذج مبني على المرح والعلاقة الإيجابية مع المعالج فهو نموذج للاستمتاع والسعادة للطفل ذي اضطراب التوحد.

وقد احتل برنامج "دينفر" أهمية كبيرة في مجال التدخل المبكر حتى أصبح أسلوباً متبعاً في العديد من المراكز المتخصصة في تأهيل وعلاج الأطفال ذوي اضطراب التوحد ، بل أصبح محور دراسات عديدة منها دراسة داونسون (2010) Dawson, et al التي هدفت إلى الكشف عن فاعلية نموذج "دينفر" في تحسين النتائج الخاصة بالأطفال ذوي اضطراب التوحد في المرحلة العمرية من حديثي الولادة حتى عمر ثلاث سنوات ،وتوصلت

نتائج الدراسة إلى أن من طبق عليهم برنامج "دينفر" اثبتوا تحسن ملموس وملحوظ في مستوى الذكاء والسلوك التكيفي ، كما أسفرت المجموعة المطبق عليها برنامج "دينفر" في التواصل عن نجاحات في السلوك التكيفي مقارنة بالعينة الأخرى التي طبق عليها التدخل المجتمعي، وهذا عمل على تحسين السلوك التكيفي والذهني، والتقليل من الاضطرابات الخاصة بالأطفال ذوي اضطراب التوحد.

• أسس ينطلق منها نموذج "دينفر":

ينطلق برنامج "دينفر" من أفكار عديدة يشير إليها "إبراهيم العثمان وآخرون (٢٠١٢: ٨٢) على النحو التالي:

١. الأسرة جزء لا يتجزأ من البرنامج العلاجي للطفل، وتمثل كل أسرة، وكل طفل حالة فريدة في حد ذاتها.
٢. إمكانية تحقيق الطفل نجاحاً إمكانية كبيرة جداً إذ لا يعود القصور الأكاديمي لدى الطفل التوحيدي إلي عجز في قدرته على التعلم، بل يعود إلي قلة الأنشطة التربوية، ومحدوديتها.
٣. التوحد في جوهره اضطراب اجتماعي لذا فعلاج هؤلاء الأطفال ذوي اضطراب التوحد يجب أن يركز على العجز الاجتماعي، وهذا يحتاج إلى تلك العلاقة التي هي أساس العلاج المقدم للأطفال، وأسرهـم.
٤. الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد هم أعضاء في أسرهم، ومجتمعهم، لذلك هم بحاجة إلى أن يتعلموا كيف يحصلون على أدوارهم المناسبة في أسرهم وحياتهم الأسرية، وأنشطة مجتمعهم المختلفة.
٥. الأطفال ذوو اضطراب التوحد لديهم عقول، وتفضيلات، واختيارات ومشاعر، ولهم الحق في التعبير عن الذات والسيطرة على عالمهم.
٦. التوحد اضطراب معقد يؤثر على أكثر من وظيفة لذا يتعين على الفريق المتعدد التخصصات أن يضع في حساباته قدرأ كبيراً من التحديات التي يظهر من خلالها اعراض اضطراب التوحد.
٧. الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد مؤهلون لأن يصبحوا فاعلين ومتواصلين كما أن معظم هؤلاء الأطفال يمكن أن يمتلكوا التواصل اللفظي الفعال عندما يتم

نموذج "دينفر" للتدخل كأحد النماذج التي تقدم للأطفال

تزويدهم بالتدخلات العلاجية الملائمة، والفعالة، والمكتفة خلال سنوات ما قبل المدرسة.

٨. التعليم المبرمج أداة قوية للأطفال ذوي اضطراب التوحد ترتبط بشكل أساسي مع الأهداف المعنوية بشكل جيد من خلال التخطيط في مرحلة ما قبل المدرسة، ووضع الأهداف التعليمية، والتقدم المدروس يكون من خلال مجموعة من البيانات المستندة على كل هدف.

٩. أن هناك عدة اتجاهات للتدخل المبكر مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد أظهرت تأثيرها في طريقة التدريس، والمعالجة الشاملة، والتي يجب أن تكون قادرة على أن تتسحب على كل الخبرة المتوفرة في المجال.

١٠. يعد اللعب أداة معرفية، واجتماعية فعالة في تعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد لذلك يتم العمل على بناء مهارات اللعب لديهم، والتي يدورها تزيد من قدراتهم، وأهليتهم للتعليم، والاستقلالية.

١١. التدخل الناجح للأطفال ذوي اضطراب التوحد يكون من خلال صرف أغلب وقت الأطفال في النشاطات الموجهة اجتماعياً، وذلك بتزويدهم بنحو ٢٠ ساعة تدريبية أسبوعياً هي الحد الأدنى من التدخل العلاجي المنظم، والتي يكون ضرورياً لتحقيق التقدم والتحسين (ذيب الشيخ ، ١٠٠٤)

أهداف نموذج "دينفر":

يسعى نموذج "دينفر" إلى تحقيق العديد من الأهداف، وفي هذا الصدد؛ تذكر "سالي روجرز وزملاؤها (Rogers , et al ,2000) أنه تم تصميم وتطوير برنامج "دينفر" لخدمة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، وذلك من خلال مرحلة الطفولة المبكرة أي مرحلة ما قبل المدرسة من عمر ٢-٥ سنوات لكن من الممكن أن تتاح الفرصة أيضاً لتقديم الخدمات للأطفال الأكبر سناً ممن شخصوا أن لديهم اضطرابات نمائية وسلوكية، وخلال العقدين السابقين وجد أن أكثر من ١٠٠ طفل قد استفادوا من هذا البرنامج من خلال خدمات إضافية أخرى كالتشخيص، والتقييم ، وتقديم الاستشارات ، وغيرها.

وقد ذكرت "روجرز وآخرون (Rogers, et al (2006 ,P. 1900 "وابراهيم العثمان وآخرون (٢٠١٢، ص ٢٨٤) ؛ وأمل علي محمد (٢٠١٦، ص ٥٧) أن برنامج "دينفر"

للتوحد يستند في خدمة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على أساس معرفي، وعملية من المسلمات الأساسية، وجملة من الممارسات العملية، وهذا البرنامج يسعى إلى تحقيق هدفين أساسيين، أو رئيسيين هما:

١. تقديم تعليم مكثف لتغطية أوجه القصور في عملية التعلم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

٢. مساعدة الطفل ذي اضطراب التوحد للوصول به إلى أقصى درجة من العلاقات الاجتماعية التفاعلية المنظمة والتي تستند بشكل كبير على التقليد والتواصل الرمزي، والشخصي، والذي يتم من خلال تبادل المعرفة، ونقل الأفكار.

وحين يتم تحقيق هذين الهدفين الرئيسيين كان لابد من الاستعانة بفنيات تعديل السلوك ممثلة في: التقليد، تطوير الوعي بالمحيط الخارجي، والتفاعلات الاجتماعية، وتنمية وتحسين عملية التواصل، وجعل العالم والمحيط الاجتماعي للطفل عالماً مفهوماً ومحبباً له، ووضع الطفل في البيئة التعليمية المناسبة، والثرية؛ الأمر الذي يساعده على تبادل الخبرات المناسبة بينه وبين المحيطين ضمن إطار مخطط له بالشكل المناسب، لذلك نجد أن الطفل ذا اضطراب التوحد يأتي ولديه غنى بالتعلم البيئي من جراء التفاعل الاجتماعي، ومثال على ذلك أن الأطفال العاديين في مرحلة ما قبل المدرسة (الروضة) يقضون عملياً كل ساعات نهارهم مشغولين بالبيئة الاجتماعية، واللعب مع الأطفال الآخرين في نفس الروضة، ومن ثم التعلم المتبادل فيما بينهم. لكن الأطفال ذوي اضطراب التوحد لكي يكونوا على علم بالبيئة الاجتماعية لابد من أن يدخل الطفل إلى البيئة الاجتماعية التي تعد بعناية من خلال ضبط البيئة، ورسم الخطط المناسبة لعملية التفاعل، وعندها يصبح الطفل مشاركاً فعالاً في عمليتي التفاعل، والتعلم.

برنامج "دينفر" كنموذج لتداخل التخصصات Inter Disciplinary Program

يعد برنامج "دينفر" من البرامج المميزة، والمنظمة، والتي تشتمل على تعاون أفراد الفريق متعدد التخصصات حيث يقوم كل شخص بدوره المنوط به على الوجه الصحيح، ويتكون هذا الفريق عادةً من:

١. أخصائي تربية خاصة.

٢. أخصائي النطق واللغة.

٣. أخصائي العلاج الوظيفي.
 ٤. أخصائي علم نفس الطفولة.
 ٥. منسق (والذي نشير إلي دوره بشيء من التفصيل).
- بحيث يكون كل عضو من أعضاء الفريق قادراً على استثمار، وحفز طاقات الطفل، وفي جميع المجالات منذ دخوله البرنامج، ويعد الفريق مسؤولاً عن إعداد الخطط التربوية الفردية، وتطبيقاتها، وتنظيمها، ووضع التوصيات المتعلقة بها.
- كما يتعاون أعضاء الفريق مع ولي الأمر على وضع الخطة بعد عملية التقييم، والتشخيص، ويطورون الأهداف التي سيبدأ العمل بها مع الطفل من خلال المنسق Coordinator وذلك لوضع الأهداف الفصلية، والبرامج التدريبية، والأنشطة التعليمية، وعملية جمع المعلومات حول تقدم الطفل في البرنامج الموضوع له، وينظم المنسق خلاصة هذه المعلومات في دفتر الملاحظات يوضح عليها النتائج التي تم التوصل إليها، كما يقوم المنسق بدور مركزي في فريق العلاج حيث انه يعمل على تنسيق العمل بين أسرة الطفل ذي اضطراب التوحد، والطفل ذي اضطراب التوحد نفسه والمعلمين في الصف، وباقي أعضاء الفريق لتحقيق الأهداف المطلوب تحقيقها مع الطفل ذي اضطراب التوحد حتى يتسنى للوالدين متابعة تحقيق الأهداف والعمل على تدريس هذه الأهداف للطفل في المنزل حتى تكون عملية التعليم منسقة بين المدرسة، والمنزل، بعده يمكن الوصول إلي النتيجة النهائية في عملية تحقيق الأهداف، وهذا لا يلغي، أو يقلل من دور الأخصائيين الآخرين في الفريق متعدد التخصصات حيث إن جميع أعضاء الفريق يقومون بدور إستشاري، أو علاجي، أو تقييمي، بحيث يسهلون عمل المنسق، ويشاركون في تحمل المسؤولية في تنفيذ الخطة التربوية الفردية الموضوعة للطفل.

وفي برنامج "دينفر" وفي عملية تدريب الوالدين، فضلاً عن أدوار أعضاء الفريق، نجد أن عملية التدريب المنزلي تتم على أساليب التعليم، وآليات تطبيق الأهداف وتنفيذها، وذلك تحت إشراف المنسق المسؤول في البرنامج، ويتم تدريبهم على العمل مع الطفل من خلال النمذجة، والأداء العملي وتصحيح أخطاء المتدربين من خلال مواعيد محددة ويجتمع الفريق مع المنسق، ومدير البرنامج كل أسبوعين إلي أربعة أسابيع لزمّن قدره ساعة ونصف إلي ساعتين، وكل شخص يقوم بتعليم الطفل يقوم بالتحاور مع باقي أعضاء الفريق، والمنسق

يقدم التغذية الراجعة على ما قدموه للوصول إلى أفضل أداء، وتقديم مهارات تعليم مناسبة للطفل، ويقوم المنسق بتقديم الاستشارات لفريق العمل كل (٢-٤) أسابيع لمناقشة جميع التطورات، والقضايا الخاصة بالطفل ذي اضطراب التوحد (Rogers , et al, 2000).

الأشكال التعليمية التي يقدمها البرنامج:

هناك ثلاثة أوضاع تعليمية يتضمنها برنامج "دينفر" يتم اختيارها، والعمل بها بناء على حاجات الطفل التعليمية، وطرق وأساليب تعليمية، وهذا لا يعني أن الطفل التوحيدي بحاجة إلى كم من الساعات وذلك لتعليمه المهارات الأساسية حتى نضمن تقدمه بالشكل الصحيح، والمناسب، ولكن يتم تقديم الأهداف، وتنظيمها بحسب كل وضع تعليمي يوضع فيه الطفل بحيث يحتاج كل طفل إلى أن يتلقى أكثر من ٢٠ ساعة أسبوعياً، أما الموضوعات التدريسية فإنه يتم تعليمها بطريقة منظمة، وواضحة عبر كل موقف، وهناك ثلاثة أشكال أو أوضاع تعليمية يمكن للطفل الاستفادة منها، يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

الشكل الأول: التعليم ضمن رياض الأطفال (صف الدمج) Teaching Within

Inclusive Preschool Setting

تعمل رياض الأطفال (الروضة) على تزويد الأطفال بأوضاع تعليمية، ومواقف مهمة بحيث لا يمكن تزويد، أو إيجاد هذه المواقف، والخبرات في أماكن أخرى حيث تعد ساعات الدوام في الروضة جزءاً مهماً في البرنامج ابتداءً من عمر ثلاث سنوات، ويكتسب الأطفال ذوو اضطراب التوحد من الأطفال العاديين المهارات الاجتماعية الموجودة لديهم، والتي تؤثر عليهم وتدعمهم في عملية التواصل مع الآخرين أضف إلى ذلك أن الروضة مرحلة مهمة وحاسمة للإعداد للمدرسة، ومهمة وحاسمة كذلك في علاج الأطفال في مرحلة الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل؛ ولذلك كان لابد من توفير الرعاية، والاهتمام، وتقديم العناية لهم حتى يتعرضوا للخبرات الجديدة، واكتسابها من خلال التفاعل مع أقرانهم في الروضة، والمواقف المباشرة التي يتعرضون لها.

الشكل الثاني: التعليم ضمن الروتين الأسري اليومي Teaching Within Family

. Routine

كل فرد من أفراد الأسرة يستطيع أن يحدد نوعية الأهداف الموضوعية للطفل داخل روتين الأسرة المعمول به، وهذه النشاطات عديدة، ومتنوعة، ويتم العمل بها داخل النظام

الروتيني الأسري، وهي، وجبات الطعام، استخدام الحمام، اللعب والأعمال البيئية، والروتينية، والأنشطة الخارجية، واي نشاط، أو خبرات معمول بها في الأسرة بحيث تكون هذه الخبرات ذات قيمة للطفل.

الشكل الثالث: التدريس الفردي المكثف واحد لواحد Intensive 1:1 Teaching

الأطفال ذوي اضطراب التوحد يستطيعون التقدم بسرعة، ويكون آداؤهم افضل عندما يتلقون تعليمًا مكثفًا، ومنظمًا واحد لواحد من قبل المعلمين، وبالغين مع الأخذ في الاعتبار أن التدريب المقدم لهؤلاء الأطفال يختلف من طفل إلى آخر حتى انه يختلف مع الطفل نفسه باختلاف الجوانب النمائية، وأوجه القصور فيها، وقد يحتاج بعض الأطفال إلي ساعات طويلة كل يوم من التدريب المكثف ، والاهتمام البالغ من خلال الأسلوب واحد لواحد (Rogers , et al ,2000).

أهمية نموذج "دينفر" لعلاج الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

تبدو أهمية نموذج "دينفر" لعلاج الأطفال ذوي اضطراب التوحد فيما يلي:

١. إدخال الأطفال في علاقات اجتماعية منظمة وتفاعلية في أغلب الساعات التي يكونوا مستيقظين فيها، حتى يتمكنوا من بناء روابط التواصل الشخصي (مثل التواصل غير اللفظي، الحسي، الواقعي، وبناء القدرة على المحاكاة والتقليد والتواصل الرمزي Symbolic Communication، ويعين تبادل الرسائل التي من التوقع المسبق لأحداث، وأمثلة على ذلك هي تكنولوجيا الاتصالات)، حيث يمكن انتقال الخبرات والمعرفة الاجتماعية.
٢. التعليم المكثف وذلك لتعويض العجز في اكتساب المهارات الذي نتج عن افتقاد الطفل في سنوات سابقة للتعلم من العالم الاجتماعي نتيجة لأثار اضطراب التوحد.
٣. الوسائل الرئيسية لتحقيق تلك الأهداف العلاجية تتضمن التواصل الرمزي، وجعل العالم الاجتماعي مفهوم لدى الطفل مثل العالم المادي، وبذلك يصبح الطفل ذو اضطراب التوحد مدرك للبيئة التعليمية الغنية بالتواصل الاجتماعي تماما مثل الأطفال الطبيعيين الذين يقضون فعلا جميع ساعات استيقاظهم في وسط اجتماعي يتعلمون منه، ومن هنا يجب أن يتم جذب الطفل ذي اضطراب التوحد في وسط

اجتماعي تتم تهيئته بشكل حذر وبيئة محيطة يستطيع من خلالها الطفل أن يكون شريكاً فعالاً، يفهم ويتبأ بالأحداث.

٤. إن هدف النموذج هو تنمية التعلم والعلاج لتنمية التحدث لدى الأطفال ذوي الصعوبات اللفظية ممن يعانون من اضطراب التوحد (Rogers & Osaki, 2010, P,16 , Rogers, et al ,2006,p. 1009)

وأضاف شرودر (Schroder (2012,p.203 أن أهمية نموذج "دينفر" تتلخص في أنه يسعى إلى:

١. الحد من شدة أعراض اضطراب التوحد.

٢. تعزيز نمو الطفل الشامل.

٣. تحفيز المهارات الاجتماعية التلقائية.

• أسس نموذج "دينفر":

اشتمل نموذج "دينفر" على عدة طرق مختلفة وحديثة؛ لتقديم أسس نموذج الجديد وتتضمن تلك الطرق النموذج الأصلي لـ "دينفر" الذي طورته روجرز وزملاؤها Rogers, et al في بداية 1981 عام ونموذج روجرز وبيننجتون Rogers & Bennington (1991) لتنمية الشخصية لدى ذوي اضطراب التوحد، ونموذج داوسون وزملاؤه Dawson (2004) , et al , للتوحد كاضطراب الحافز الاجتماعي، والتدريب على رد الفعل الأساسي (RRT)، ونهج تعليمي قائم على تحليل السلوك التطبيقي (ABA) والذي يلقي الضوء على مبادرة الطفل وعفويته، ويمكن توصيله للطفل من خلال مواقف طبيعية (Dawson, et al , 2010, p.21)

ومن خلال الخبرة يمكن القول أن معظم الأطفال الذين يتلقون العلاج يعانون من تأخر نمائي في جميع المجالات، ولذلك يستلزم تضافر جهود أفراد فريق متعدد التخصصات. وعلى نفس القدر من الأهمية، يقوم المنهج الدراسي النمائي بتقييم كل جوانب تنمية الأطفال، والأهداف التنموية محددة الأمد والتي تحدد المنهج الدراسي الخاص لكل طفل حيث يتم التدريب عليه بشكل مكثف في مجموعات صغيرة خلال اليوم، وقد أشار كل من روجرز و داوسون (Rogers & Dawson (2012,P.43 إلى الجوانب الرئيسية لنموذج "دينفر" كما يلي:

نموذج "دينفر" للتدخل كأحد النماذج التي تقدم للأطفال

١. فريق متعدد التخصصات يطبق منهج دراسي تنموي يواجه جميع المجالات.
 ٢. التركيز على الاندماج الشخصي.
 ٣. تطوير التقليد العفوي والمتبادل للإشارات، وحركات الوجه والتعبيرات واستخدام المواد.
 ٤. التركيز على كل من تنمية التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي.
 ٥. التركيز على الجوانب المعرفية لنشاط اللعب.
 ٦. مشاركة أفراد الأسرة.
- الركائز الأساسية في نموذج "دينفر":
- أشار شرودر (Schroder 2012,p.201) إلى أنه توجد مجموعة من الركائز يقوم عليها نموذج "دينفر" تتمثل في النقاط التالية:
١. ينبغي أن تكون الأسرة في مقدمة علاج الطفل.
 ٢. يعد كل طفل ذي اضطراب التوحد وأسرته حالة فريدة، ولذا ينبغي صياغة الأهداف والتدخلات العلاجية بشكل فردي.
 ٣. يمكن للأطفال ذوي اضطراب التوحد أن يصبحوا متعلمين ناجحين إذ إن عدم حدوث التطور بشكل عام لدى الطفل يعد مؤشراً على وجود مشكلات في تصميم وتنفيذ النشاط التعليمي وليس عدم قدرة الطفل على التعلم.
 ٤. يعد اضطراب التوحد في الأساس اضطراب اجتماعي، ولذا ينبغي أن يركز علاج الأطفال ذوي اضطراب التوحد على العجز الاجتماعي، وهذا يتطلب أن تكون العلاقات هي أساس علاج الأطفال وأسرهم.
 ٥. إن الأطفال هم أعضاء في الأسرة والمجتمعات ويحتاجون أن يكون لهم دور في الحياة الأسرية والأنشطة المجتمعية والأسرية.
 ٦. إن الأطفال ذوي اضطراب التوحد لديهم عقول، وآراء، وتفضيلات ومشاعر كما أن لديهم الحق في التعبير عن أنفسهم.
 ٧. إن اضطراب التوحد هو اضطراب مركب يؤثر فعلياً في جميع مجالات الأداء.

٨. إن الأطفال ذوي اضطراب التوحد قادرون على أن يكون لديهم قدرة على الخطاب التواصلي المفيد عندما يتم تقديم تدخلات علاجية مناسبة لهم وبمعدل كثافة كافية أثناء سنوات ما قبل المدرسة.

٩. إن التعليم المنهجي والمنظم يعد أداة قوية للأطفال ذوي اضطراب التوحد حيث يشتمل على أهداف متماسكة ومكتوبة جيداً، والتي يمكن إنجازها من خلال أنشطة توجيهية سابقة التحضير. يتم قياس مدى التقديم من خلال تجميع مستمر للبيانات عند كل هدف مخطط له.

١٠. العديد من طرق التدخلات العلاجية أثبتت نجاحها في بعض العلوم المنهجية التوجيهية من خلال علاج شامل ومتطور.

١١. إن اللعب هو أحد أكثر أدوات التعلم الاجتماعي والمعرفي قوة. كما إن بناء مهارات اللعب أو النشاط في الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعظم من قدراتهم على التعلم باستقلالية.

١٢. إن التدخل المبكر مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد يتطلب أن يقضوا معظم ساعات استيقاظهم في أنشطة اجتماعية. إن توفير أكثر من (٢٠) ساعة أسبوعياً من التدخل العلاجي المنظم يعد أمراً ضرورياً لتحقيق أقصى تقدم في حالة الطفل.

بالإضافة إلى الركائز السابقة أضافت روجرز وداوسون Rogers & Dawson (2010,P.45) مجموعة من المبادئ المستخدمة في نموذج "دينفر" كما يلي:

١. إعادة تدعيم محاولات الطفل. فلا تتوقع من الأطفال أنه يمكنهم التوصل للأداء الأفضل كل الوقت.

٢. الاحتياجات البديلة للسلوكيات الجيدة ممثلة في اكتساب المهارات - مع الحفاظ على السلوكيات التي تم تعلمها، وتحويل المهام الأكثر صعوبة لمهام سهلة يقوم بتقوية الحافز وتقليل الشعور بالإحباط. أيضا يحافظ على المهارات المتعلمة حديثا تحت المراجعة، مع دعمها.

٣. إن وسائل تقديم التعزيز للطفل لها علاقة مباشرة برد فعل الطفل أو سلوكه وهي وسائل لتعزيز الطفل ذي اضطراب التوحد وتحفيزه على تعلم مهارات جديدة حيث أن الطفل ذو اضطراب التوحد لا يستجيب لوسائل التعزيز التقليدية مثل إطراء الأهل أو

- المدرس أو حتى زملاؤه. تتدفق وسائل التعزيز في الاختبار الأول للطفل وتتبع مباشرة السلوك المرغوب يحاول الطفل الوصول للسيارة وينتهي بالوصول إليها. يحاول الطفل أن يصل بيده للعبة ما وفي النهاية يصل لها ويلعب بها، ويريد الطفل أن ينتهي من المهمة التي يقوم بها، والسلوك المرغوب فيه يؤدي في نهاية النشاط. إن وسيلة التعزيز هي جزء طبيعي من النشاط وليس خارجة عنه. وهذه أيضا حقيقة بالنسبة للعائد الاجتماعي أو اللفظي. عندما يتحدث الطفل الذي يتلقى العلاج بواسطة "دينفر"، ولا يكون رد فعلنا بقول "كلام جميل" (وهذا عائد خارجي). ولكن يكون رد فعلنا عبارة عن إعادة صياغة وتوسعة لكلام الطفل وإعطاؤه الشيء أو النشاط الذي يريده مثل الطفل: "سيارة؟"، "يرد الشخص الآخر" سيارة، خذ السيارة".
٤. تبادل الأدوار في الأنشطة، والبحث عن التوازن في العلاقات حيث يكون الكل شريك الفرصة في القيادة، وإن يكون تابعاً - وهكذا يشارك في التحكم في العلاقة التفاعلية. إن تبادل الأدوار يجعل من النشاط نشاط اجتماعي ويعطي الشخص البالغ القدرة على لفت انتباه الطفل، إن فرصة صياغة السلوك، وفرصة استخراج تواصل جديد من الطفل، حينما يكون قد حان دور الطفل في أخذ الدور. إنه يعطى الطفل الفرصة لكي يطلب ليقلد، وليرى أفعاله في نظر الآخر.
٥. التوجيهات أو المحفزات الأخرى يتم توصيلها للطفل بشكل واضح. على الشخص الكبير الذي يتقابل مع الطفل أن يستدعي انتباهه وأن يتأكد أن المثيرات مناسبة للمهمة أو النشاط موجودة قبل طلب السلوك.
٦. أعطى الأطفال الخيار وقم بإتباعهم. باستخدام خيارات الأطفال كفرصة لممارسة المهارات المطلوبة، يقوم الأشخاص الكبار المرافقين ببناء الحافز لديه، ويكون لديهم الفرصة لتقوية المبادرة الذاتية للطفل، أو السلوك العفوي لديه.

المنهج الخاص بنموذج "دينفر"

ينظر نموذج "دينفر" إلى اضطراب التوحد على أنه خلل نمائي يؤثر عملياً على كل نواحي التطور. هذا التوجه النمائي يكمن وراء فهمنا لأوجه العجز في هذا الاضطراب وهومثابة المنهج الدراسي الذي يقود أهداف العلاج، والمدى الكبير لأساليب التدخل العلاجي المستخدمة.

إن المنهج الخاص بنموذج "دينفر" مجسد في قائمة خاصة به، والتي تشتمل على التواصل الحسي والتواصل التعبيري والإنتباه المشترك والمهارات الاجتماعية والتقليد أو المحاكاة ومهارات اللعب والمهارات المعرفية ومهارات الحركة الدقيقة ومهارات الحركة العامة والمهارات الشخصية. (Dawson , et al, 2010,P.19)

ومن المجالات التي تحمل أهمية خاصة في نموذج "دينفر" التقليد، التواصل غير اللفظي، التواصل اللفظي، التنمية الاجتماعية، واللعب وعند الدخول على نموذج "دينفر"، يتم تقييم مستوى المهارة العالي لدى الأطفال باستخدام قائمة التدريس الخاصة.

تتم كتابة أهداف التعلم بعد ذلك للطفل، ويتم تصميمها لكن يتم تحقيقها خلال فترة اثنا عشر أسبوعاً، وفي نهاية تلك الفترة تتم كتابة أهداف تعليمية جديدة لفترة سنة تالية بناءً على تقييم جديد باستخدام قائمة التأكد. (Rogers & Dawson ,2010,P.18)

وقد أوضح كل من روجرز و أوزاكي (2010, P,78) Rogers & Osaki طريقة كتابة الأهداف في منهج "دينفر" من خلال اختيار عدد متوازن من الأهداف في كل مجال بدلاً من التركيز على مجال واحد على حساب الآخرين وهذا يعود لسببين:

الأول: هو الميل أو النزعة الطبيعية للتأكيد على تلك المجالات التي يعاني فيها الطفل من الضعف. إن وضع مجموعة من الأهداف على أكثر المجالات تأثراً لدى الطفل يمكن أن يؤدي لإحباط لدى المعالج والوالدين والطفل لأن التنمية معرضة للبطء وتصل وتصبح عملية التعلم صعبة في أكثر المجالات تأثراً لدى الطفل.

الثاني: لا نريد التركيز فقط على نقاط القوة وفي النهاية يعد شيء مفرح رؤية الطفل ينجح بسهولة في مجال من مجالات القوة لديه.

وهناك مشكلة تتعلق بالتركيز على مجالات القوة ذي اضطراب التوحد، حيث أن بعض المجالات مثل: مجال الاستقبال الاجتماعي والذي يتم إهماله على حساب الاهتمام بمجالات القوة لدى الطفل، وبالتالي فإن أساليب التعلم غير المتوازنة تزيد من النمط غير المتكافئ الخاص بمجالات القوة و مجالات الضعف الذي يتميز به الطفل ذو اضطراب التوحد، وقد عالج نموذج "دينفر" هذه المشكلة، حيث تتم كتابة الأهداف التي تتعلق بعدد من المجالات: مجالات القوة بالإضافة إلى مجالات الضعف، وهكذا ندعم تنمية مجالات الموهبة والقوة

بالإضافة إلى مجالات الضعف، وهذا يؤدي بضمان أنشطة تحفيزية لكل من الطفل والمعالج . (Rogers & Dawson, 2010, P.19).

وأضاف روجرز، وداسون ، (Rogers & Dawson, 2010, P.45) أن أهم الأجزاء في عملية العلاج باستخدام نموذج "دينفر" هو تحديد أو تكوين أهداف التعلم القصيرة الأجل (١٢) أسبوعاً الخاصة بالطفل، فالأهداف تقود خطة العلاج مثل خريطة طريق ترشد المسافرين، فهي تقود وتوجه مسار خطة التعليم ، وهناك عديد من الأشياء التي نقوم بتعليمها للطفل ذي اضطراب التوحد لدرجة أنه من السهل فقدان القدرة على متابعة أهداف التعلم أثناء جلسة العلاج التي تعتمد على اللعب، والأهداف تساعد المعالج سواء للتركيز علي مهارات محددة وسلوكيات وبالتالي تمكن من تقديم فرص تعلم كافية للطفل لإتقان المهارات المطلوبة منه، فمحتوى العلاج (المعالجة) يركز على ويحتوي على نماذج للتعلم، والتي تبدأ مع أولى جلسات المعالجة (العلاج) تتلخص في:

١. استخدام استراتيجيات تعليم طبيعية وألعاب اجتماعية محفزة ودراسات لمختلف الأشياء وهذا لتعزيز دعائم التواصل غير اللفظي من خلال تردد عالي وتكرار متزايد للتدخلات الاجتماعية، وأخذ الأدوار وتوضيح وتشكيل الإيماءات الطبيعية وتحويلها إلي إيماءات اعتيادية محددة الغرض لخدمة وظائف تواصلية عدة، وخاصة الرد على التحية والمبادرة بإلقاء التحية وطلب المساعدة.
٢. تعليم تقليد الحركات وحركات الجسد والوجه والحديث باستخدام التجارب الجماعية واستراتيجيات السلوك الطبيعية في التدخلات التي يبدأها الطفل أو الشخص البالغ وما يشتمل على التمارين والأغاني والطلبات الاجتماعية.
٣. تعليم الفهم الاستقبالي من خلال السلوك الطبيعي وتعليم بعض التعليمات البسيطة (الجلوس- الوقوف-انظر إلي الاسم - تعالى هنا) واستخدام كل لغة متكررة وبسيطة لتسمية النشاطات الحسية والاجتماعية والأغاني وغيرها.
٤. تعليم الربط بين الأشياء عن طريق تعليم الربط بين الأشياء المتشابهة والأشكال والصور والعكس.
٥. العمل على زيادة المفردات المستخدمة من خلال اللعب بالأشياء المختلفة والروتين الاجتماعي باستخدام منهج تعليمي سلوكي طبيعي مشتمل على التشكيل والتصميم.

يتم تطوير برامج التعليم لكل نماذج التعليم ويتم تطبيقها في العلاج، ويتم جمع بيانات التقدم ومراجعتها أسبوعياً مع تعديلات في البرنامج الخاص بالتعليم لضمان التقدم.

الفئة التي يتم تقديم الخدمة لها:

تطوير نموذج "دينفر" للأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، وذلك فترة ما بعد ولادة الطفل حتى ما قبل دخوله المدرسة. إن المنهج المدرسي والممارسات التعليمية موجهة للأطفال في عمر من ٢-٥ سنوات ذوي اضطرابات طيف التوحد، وهذه هي الفئة المستهدفة، ولكن لدينا الفرصة أيضاً أن نخدم الأطفال الصغار الذين تم تشجيعهم بأنواع أخرى من اضطرابات النمو السلوكي حيث وجدنا هذا المنهج يفيد هؤلاء الأطفال أيضاً خلال الـ ١٨ شهراً السابقين والخاصة بتطوير وتنفيذ نموذج "دينفر" تلقى أكثر من (١٠) أطفال خدمات مستمرة من خلال مراكز لخدمة الأطفال في عمر ما قبل دخول المدرسة والأكثر من ذلك تلقوا خدمات من خلال عيادتنا التشخيصية والتقييمية أو الخدمات الإرشادية في المدرسة (Rogers & Dawson, 2010, P.35)

فريق العمل في نموذج "دينفر":

إن نموذج "دينفر" هو نموذج متعدد التخصصات حيث المعلمين المتخصصين في مرحلة الطفولة المبكرة، وأطباء نفس الأطفال، وأخصائيي التخاطب والمعالج المهني هي التخصصات الرئيسية لكل طفل. ومنذ البداية كان البرنامج يتم توجيهه بواسطة Rogers، وهي متخصصة في علم النفس النمائي (Rogers & Dawson, 2010, P.84)

وفريق العلاج مسؤول عن عمل خطة متخصصة للعلاج لكل طفل وتنفيذها بواسطة الوالدين وواحد من المتخصصين في التخصصات الأساسية في فريق العلاج، والذي يُصبح بعد ذلك منسق رعاية الطفل، وبعد أن تلقى الطفل تقييم متعدد الأوجه، يقوم المنسق بتطوير أو تحديث أهداف الطفل الربع سنوية ونظام أنشطة التدريس والبرامج وجميع البيانات. ويقوم المنسق بعد ذلك بوضع أهداف التصميم الخاص بالمنهج الدراسي الذي يشمل العناصر السابقة ذكرها بالإضافة إلى عمل المنسق المباشر مع الأسرة والطفل وفريق العمل داخل الفصل المدرسي وذلك لتنفيذ الأهداف، كما أنهم يقدمون التدريب الذي يحتاجه مساعده التعلم المنزلي، والخدمات الداخلية التي تحتاجها رياض الأطفال، والمساعدين داخل الفصل،

كما أنه يراقب تطور الطفل من خلال أجراء اجتماعات لفريق العمل نصف شهرية أو أسبوعية، أو متابعة المراكز المتخصصة في تشخيص ورعاية الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ويراقب المنسق وينظم التدخل العلاجي الذي يطبق على الأطفال، ويراجع البيانات ويضع أهداف جديدة في أماكن العيادات أو عند أجراء مقابلات مع الفريق، كما انه يساعد في حل المشكلات، ويتأكد من سير التدخل المبكر بشكل مناسب وأن الطفل يتحسن بسرعة بقدر الإمكان (Rogers & Dawson, 2010, P.55) (Schroder 2012,p.199)

وقد ذكر روجرز و آخرون (Rogers, et al (2006,p.1009 أنه توجد عناصر أساسية وضرورية يجب على القائمين على النموذج الالتزام بها تتمثل في:

1. استخدام المعلومات الحسية والحركية كنموذج مهم للتعرف وتطور وإعادة ضبط والعمل على التضامن والانخراط مع السلوك الذهني واللغوي والحركي.
2. تحديد مهام التواصل وأوجه التطور التي يتم من خلالها تجسيد التدخل التواصل.
3. تطوير الأهداف التي تجسد الاهتمام بالتواصل أثناء العمل والأداء الاجتماعي والذهني والحركي واللغوي.
4. تحليل الأنظمة الفرعية الحركية المتعلقة بالتحدث لتحديد ثلاثة مجالات لها أولوية والتي تحتاج إلي تنمية حالية.
5. معرفة أهداف المناهج العلاجية المختلفة وما المفترض استخدامه لدعم وتطوير الحركة.
6. القدرة على فهم كيف تؤثر الأهداف المختارة على القدرات الحركية ومن ثم اختيارات القيام بالأنشطة المختلفة وبأي من الأدوات تستخدم.
7. القدرة على اختيار من جميع الأنشطة في كل جلسة.
8. تقديم الأنشطة المختلفة أو المتشابهة على مدار الوقت لدعم الهيكلية والتي يتم من خلالها ممارسة التعليم الذهني للأحداث وتسلسلها.
9. ضمان أن ممارسات الصوت المصاحب للحركة مدعم بمقاطع جديدة وكلمات في ظل سياق وطبيعة النشاط المستخدم مع كل مجموعة في كل جلسة.

إيجابيات نموذج "دينفر":

إن النتائج الخاصة بالأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٣-٥) سنوات، والذين تم تشخيصهم كمصابين باضطراب التوحد وطبق عليهم نموذج "دينفر" أسفرت عن زيادة سريعة وملحوظة في معدلات تطورهم، ويرجع ذلك إلى المناخ العلاجي المشتل على اكتساب مفردات جديدة، وبخاصة لدى الأطفال الذين كانوا يعانون من صعوبات لفظية فيما سبق (Rogers, et al 2006,p.1011)

وقد أشار روجرز ، ودافوسون ، (Rogers & Dawson 2010,P.55) إلى

إيجابيات نموذج "دينفر" في النقاط التالية:

١. المنهج الدراسي المتطور الذي يستهدف احتياجات التعلم الشخصي للطفل في كل مجال كما تم توصيفه من قبل.
 ٢. التركيز على تفضيلات الأطفال واهتماماتهم، والتي تجعل لكل طفل مواد وأنشطة خاصة به.
 ٣. دمج الأسرة واحتياجاتها، وتفصيلاتها في أهداف الطفل واستخدام الوالدين لنموذج "دينفر" في المنزل وفي نواحي مجتمعية.
 ٤. استخدام شجرة القرار التي تسمح للمعالج بعمل تغييرات منهجية في إجراءات التدريس عندما يصبح التقدم بطيئاً.
- وفي سياق الحديث عن إيجابيات نموذج "دينفر" هدفت دراسة روجرز وآخرون (Rogers, et al (2012 إلى معرفة تأثير نموذج "دينفر" التدخل المبكر على كل من الآباء والأمهات وأطفالهم ذوي اضطراب التوحد، وذلك في إطار دعم استخدام الآباء والأمهات نمط رد الفعل التفاعلي للطفل والذي ينطوي على العديد من فرص تعلم للطفل من خلال اللعب مقارنة بأساليب التدخل المبكر الأخرى، وقد أظهرت الدراسة أن الآباء والأمهات أظهروا تواصلًا قويًا مع المعالجين، كما أظهرت الدراسة تحسن مهارات التفاعل بين الأطفال، مما يشير إلى أهمية هذا النموذج في التدخل المبكر.

كلمة ختامية:

يُعد نموذج "دينفر" نموذجاً لمعالجة اضطراب التوحد في سن مبكرة، وهو يعتمد على منهج تطوري يُخصص لكل طفل اعتماداً على قدراته، وذلك باستخدام مجموعة من تقنيات

السلوك التجريبية مثل: تعلم السلوك في سياق طبيعي والتبادلات التجريبية الفعالة للحصول على نتائج محددة، ويحتوى هذا النموذج على منهج دراسي، ومنهج للتدريس يعتمد على كل من الانتباه إلى تقنيات التعلم وأيضا الانتباه إلى العلاقات المتداخلة والشخصية والتي تتم مراعاتها بطرق عدة محددة، يتم تطبيق هذا النموذج بعدة أشكال. التعليمات التي يتم توجيهها في مجموعة ما قبل الدراسة إما في فصول خاصة، أو مكثفة وجلسات العلاج الفردي والتدخل العلاجي الفردي المكثف، تلك الأنواع من التطبيقات عادة ما تكون مشتركة (Rogers, et al 2006,p.1075)

ويعد نموذج "دينفر للتدخل المبكر، نموذجا للتدخل النمائي، والمبني على العلاقة بين الوالدين والطفل، ويجمع بين المناهج التي أثبتتها علم تنمية الطفل وعلم تحليل السلوك التطبيقي Applied Behavior Analysis (Rogers, et al 2012,p.1057)

وقد استخدم نموذج "دينفر" للتدخل المبكر في دراسة روجرز وآخرون Rogers, et al (2012) والتي طبقت النموذج على عينة من الأطفال تتراوح أعمارهم من سنة إلى سنتين، وقام بالدراسة معالجين مدربين داخل منازل الأطفال لمدة (١٥) ساعة أسبوعياً على مدى سنتين متتاليتين، وقد أثبت النموذج نتائج ملحوظة على الأطفال فيما يتعلق بتطوير اللغة، والتكيف السلوكي. كما اتضح أنه يحسن بشكل ملحوظ الذكاء والمهارات اللغوية والاجتماعية للأطفال من عمر سنة إلى سنتين ممن يعانون اضطراب التوحد، كما أكدت نتائج الدراسة على أن نتائج تطبيق النموذج ستكون أكبر اذا بدأ تطبيقه مبكراً.

قائمة مراجع الدراسة:

١. إبراهيم محمد العثمان وإيهاب البيلوي ولمياء جميل البدوي (٢٠١٢). مدخل إلى اضطرابات التوحد، الرياض: دار الزهراء.
٢. أمل علي محمد علي (٢٠١٦). فعالية برنامج تدخل مبكر قائم على نموذج "دينفر" لتنمية بعض المهارات النمائية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. رسالة دكتوراه، كلية رياض الأطفال، قسم العلوم النفسية. جامعة الإسكندرية.
٣. ذيب رائد الشيخ (٢٠٠٤). تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والإستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية الدراسات العليا: جامعة الأردن.
4. Rogers S. ; Osaki, Diane Hall, Terry , Reven, J.(2000). *The Denver Model : An Integrated Approach To Intervention For Young Children With Autism* , A Guide Line For Parents , Autism And Developmental vScience Center. Denver, Colorado.
5. Rogers S,J.& Dawson, G(2012). *An Overview of The Early Start Denver Model* . New York : Guilford Publications.
6. Rogers S. & Osaki, D (2010). *The Denver Model: An Integrated Approach To Intervention For Young Children With Autism*. University of Colorado Health Sciences Center.
7. Dawson , G. Rogers, S. Muson, J. Smith , M. E Winter, J. Greenson, J, Donaldson, A. & Varley , J.(2010). Randomized, Controlled Trial of Intervention for Toddlers with Autism: The Early Start Denver Model. *Journal Of The American Academy Of Pediatrics*, January, 25, (1).
8. Rogers, S.; Hayden , S.; Smith , G., Hall, T.; Hayes, A. (2006). Teaching Young Nonverbal Children With Autism Useful Speech , A Pilot Study Of The Denver Model And Prompt Interventions. *Journal Of Autism Development Disorder*. 36(1), 1007-1024.
9. Schroder, C. (2012). Diagnosis and Intervention In Children With Early Signs Of Autism A Model Of Early Intervention Based O On The Early Start Denver Model. *Journal Of Autism Resource*, 60(1), 197-253.