

برنامج نفسحركي مقترح وتأثيره في الحد من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط لدى الأطفال التوحدين القابلين للتعليم

د. هشام محمد الصاوي*

مقدمة:

تمثل قضية الإعاقة ورعاية المعاقين مبدأً إنسانياً وحضارياً نبيلاً، يؤكد على ضرورة مراعاة حقوق المعاقين وإتاحة الفرصة المتكاملة لهم للاضطلاع بواجبات المشاركة والاندماج في المجتمع، وقد قامت الجمعية العامة للأمم المتحدة عام (١٩٧٥) بإقرار "إعلان حقوق المعاقين"؛ حيث أكد الإعلان على حق المعاقين في العناية الطبية والنفسية، وحقهم في الإسهام والمشاركة في كل الأنشطة الرياضية والاجتماعية والإبداعية والترفيهية على حدٍ سواء.

وفي الدول العربية عقد المؤتمر العربي الأول للتربية الخاصة في عام (١٩٩٥) وأكد على حق المعاقين في المساواة مع غيرهم من أفراد المجتمع، وأن مسئوليتهم تقع على عاتق الدولة والمجتمع والأسرة.

(عادل عبد الله، ٢٠٠٥: ٥؛ زكريا الشربيني، ٢٠٠٤: ٧-١٩)

ولما كانت تربية الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة تهدف إلى تحقيق النمو المتكامل والمتوازن لهم، ومساعدتهم على تنمية قدراتهم واستعداداتهم إلى أقصى مدى ممكن؛ فإن الأمر يتطلب تقديم الخدمات والبرامج والاستراتيجيات التي تتناسب مع كل فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة لتساعدهم على التكيف والاندماج إلى أقصى ما تسمح به قدراتهم واستعداداتهم. (سعيد السعيد وآخرون، ٢٠٠٦: ١٨)،

* مدرس بقسم العلوم الأساسية - كلية رياض الأطفال جامعة الإسكندرية .

(بطرس حافظ، ٢٠٠٩: ١٨). ويمثل المعاقون الفئة الكبيرة من ذوي الاحتياجات الخاصة، كما أن اضطرابات التوحد Autism disorders تندرج ضمن الإعاقات التي تظهر على الطفل في السنوات الأولى من عمره؛ حيث يبدو على الطفل عدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية، وصعوبة في استقبال المعلومات وتوصيلها للآخرين، وخلل في إدراك المفاهيم الزمانية والمكانية، وممارسة سلوكيات غير نمطية غير مناسبة للبيئة أو الوسط الاجتماعي المحيط به، مما يؤثر على قدرته على التعليم وفي توافقه بشكل عام.

(عادل عبد الله، ٢٠٠٢: ١١٣؛ رائد العبادي، ٢٠٠٦: ١١-١٣)

ويعد التوحد من الإعاقات التي اختلف الأطباء والعلماء المتخصصين حول أسبابها، فمنهم من يصنفه كمرض نفسي، ومنهم من يرجح أنه مرض عضوي، ولكن الذي لا خلاف حوله هو أن التوحد يُمثل إعاقة شديدة تنتقل إلى الأطفال، وتصيبهم بتلف في المخ، وتسبب قصور في النمو اللغوي، والإدراكي، والاجتماعي، والحسي، وعدم تواصل الطفل مع العالم المحيط به. (Adams, & Stephen, 1997: 1)

وكان أول من عرف التوحد كمتلازمة أعراض سلوكية هو طبيب أطفال نفسي يُدعى "ليوكانر" Leo Kanner منذ عام (١٩٤٣)، ومنذ ذلك الحين قُدمت كثير من الأبحاث والنظريات المختلفة حول أسباب التوحد، ومع ذلك تبقى الحقيقة كما هي، حيث لا تتوافر إمكانية فهم الميكانيزمات العضوية التي يمكن أن تؤدي إلى نشأة التوحد.

(وفاء الشامسي، ٢٠٠٤: ٢٦؛ جوزيف ف. ريزو؛ روبرت ه. زابل، ١٩٩٩:

(Patrica,H.,Simon,B.& Julie,H.,1999: 1؛ ٣٩٣-٤٠٨)

وتُعد الحركة Motor هي النشاط، وهي الشكل الأساسي للحياة، والحركة التي نقصدها هنا هي الحركة الإرادية أي الحركة الهادفة التي تؤدي إلى النشاط الملحوظ للعضلات الهيكلية، حيث كانت الحركة دوماً هي الطريقة الأساسية في التعبير عن الأفكار والمشاعر والمفاهيم، وعن الذات بوجه عام، كما أنها من أقدم أشكال الاتصال والمشاركة الوجدانية، هذا بالإضافة إلى أنها من طرق التعلم قديماً وحديثاً، نظراً لكونها تساعد الأطفال على اكتساب النواحي المعرفية، وتشكيل المفاهيم لديهم.

وقد أدت نتائج الدراسات التي أجريت في المجال النفسي إلى تطوير نوعية العمل التربوي، وأسفرت عن التوصل إلى حقائق ونظريات (نسبية)، بعضها يتعلق بنمو الفرد، وبعضها يتعلق بطريقة ونوعية توصيل المعلومات له، وقد ظهرت هذه الحقائق بوضوح في مجال علم نفس النمو؛ - النمو النفسحركي Psychomotor Development، حيث أسفرت هذه النتائج عن حقائق عديدة ذات فائدة كبيرة في مجال التربية الحركية Motor Education، والتي تعتمد بشكل أساسي على الإمكانيات النفسحركية للطفل، ومن ثم فإن العمل الحركي مرتبط بقوة بالنشاط الذهني، فالتربية النفسحركية يجب أن نضعها في المرتبة الأولى لتحقيق النمو الشامل المتكامل لشخصية الطفل. حيث أن تنمية الوظائف الحركية والإدراكية لدى الطفل من خلال استخدامه لجسمه تعد وسيلة لتربية الطفل عن طريق الحركة.

وفي ضوء ذلك فإن وعي الطفل التوحيدي بالجوانب المتصلة بالحركة وإمكانياتها يرجع بالضرورة إلى إمكانيات جسمه، وهذا يعني إثراء مفاهيمه عن الحركة وإمكانياتها، وهذا يجعل الطفل التوحيدي قادر علي تحديد أجزاء جسمه، وأن يكون على علم بوظائف وقدرات أجزاء

هذا الجسم، وأن يفهم العلاقة بين أجزاء جسمه بعضها ببعض. (أمين الخولي، أسامة راتب، ١٩٩٨: ١٥-٣٢؛ جوليانا سافاريزي، ٢٠٠١: ٧-١٥)

ومع زيادة أعداد الأطفال التوحديين في العالم أشارت العديد من الدراسات إلى أهمية تقديم البرامج الإرشادية، والتربوية، والتدريبية، والعلاجية لهذه الفئة من الأطفال، كما أكدت بعض البرامج العلاجية على ضرورة السماح للطفل التوحدي باللعب؛ نظراً لكون اللعب هو الإطار الذي يساعده على اكتشاف ذاته ووعيه بجسمه وبصورته الجسمية، وبالتالي اكتشاف الآخرين، وتكوين علاقات إيجابية معهم. (محمد شوقي، ٢٠٠٥: ٣؛ سهى أمين، ٢٠٠١: ٢؛ كريستين ماكنتاير، ٢٠٠٤: ٥٩)

لذلك يحاول البحث الحالي معرفة أثر برنامج نفسحركي في الحد من اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفطرب النشاط) لدى الأطفال التوحديين القابلين للتعليم.

مشكلة البحث:

يحدث اضطراب التوحد بين الأطفال بنسبة تتراوح ما بين (١ - ٥) طفل لكل (١٠.٠٠٠) طفل، كما أن نسبة الأطفال التوحديين تحت عمر الثانية عشر تتراوح ما بين (٠.٠٢ - ٠.٠٥)%. (حسن مصطفى، ٢٠٠١: ٥٥٦) (بوشيل، وايدانمان، سكولا، بيرنر، ٢٠٠٤: ١٦٧) وتصل النسبة إلى (٣%) بين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ككل، وتعد هذه النسبة كبيرة بالمقارنة بغيرها من الإحصاءات المرتبطة بالأطفال المتخلفين عقلياً.

وقد أظهرت الإحصاءات العالمية تزايداً كبيراً في نسبة الطفل التوحدي، ووفقاً لأحدث هذه الإحصاءات التي نشرها الاتحاد القومي

لدراسات وبحوث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية فإن نسبة انتشار التوحد قد ارتفعت بدرجة كبيرة للغاية، حيث أصبح متوسطها (١-٢٥٠) حالة ولادة بعد أن كانت (٤-٥) أفراد لكل عشرة آلاف ولادة، وبذلك أصبح اضطراب التوحد هو ثاني أكثر الإعاقات الفعلية انتشاراً. أما في مصر فلا توجد إحصاءات محددة لهذه النوعية من الأطفال.

(نادية إبراهيم أبو السعود، ٢٠٠٨: ٤٩)

وتشير الدراسات الحديثة التي أجريت بالولايات المتحدة الأمريكية إلى أن (٢٤.٠٠٠) من البشر يشخصون بأن لديهم إعاقة التوحد في كل عام وإلى أن تكلفة المصابون بالتوحد بأمريكا وحدها تبلغ (٩٠) بليون دولار، ومن المتوقع أن تضاعف إلى (٢٠٠) و(٤٠٠) ألف بليون دولار خلال العشر سنوات القادمة.

وتبين دراسة الجمعية الطبية الأمريكية إلى أنه توجد على الأقل نسبة (٣٦٠.٠٠٠) فرد مصاب بالتوحد. ثلثهم من الأطفال. كما أسفرت الدراسة على أن التوحدية تعد بكونها الإعاقة الرابعة الأكثر شيوعاً بعد التخلف العقلي، الصرع، الشلل المخي، وتحدث بنسبه من (٤-٥) أطفال لكل عشرة آلاف مولود، كما تظهر الإحصائيات الأمريكية أن نسبة المصابين من الذكور بإعاقة التوحد هي أربعة أضعاف المصابين به من الإناث (٤:١).

وتشير سميرة عبد اللطيف (١٩٩٨: ١٨٥) إلى أن التوحد يعتبر من الإعاقات التي لم يحصل المصابون بها على خدمة متكاملة تحقق لهم الاندماج الطبيعي في مجتمعاتهم أسوة بأقرانهم ذوي الاحتياجات الخاصة، وبخاصة في وطننا العربي، وذلك منذ أن تعرف عليه "ليوكانر" Leokanner عام (١٩٤٣).

وعلى الرغم من أن الدراسات الحديثة، ومن بينها دراسة (Autism Society of American, 2000:7) قد بينت أن الاضطراب التطوري للتوحد يستمر مدى الحياة، ولا يحدث شفاء نهائياً منه. ولكن: تتحسن الحالة من خلال تقديم التدريبات العلاجية المناسبة لمستوى قدرات، واحتياجات الطفل التوحدي؛ فالبرامج المبنية على الأنشطة، والتدريبات المختلفة التي من شأنها مساعدة هؤلاء الأطفال على مواجهة الحياة بصورة أسهل وأكثر توافقاً بما يتناسب مع إمكانيات وقدرات هؤلاء الأطفال، وببذل الجهود البناءة؛ لوضع الإستراتيجيات العلاجية المناسبة التي من المحتمل أن تسهم في مساعدة تلك الفئة من الأطفال، لتخفيف حدة الضغوط المعنوية، والمادية عن المسؤولين عنهم (من أولياء أمور وتربويين). والارتقاء بمستوى أطفالهم قدر المستطاع في حدود إمكانيات هؤلاء الأطفال واحتياجاتهم، ومستوى قدراتهم.

(Jame Ball, 1996; Hogan, Kerry, 1997)

ومن بين البرامج العلاجية التي أشارت إليها تلك الدراسات نجد برامج الإرشاد الأسري، وبرامج العلاج باللعب، والعلاج بالفنون، وغيرها من البرامج المختلفة. (سوزان ميللر ١٩٩٤، ٢١٤: ٢١٥)، (وفاء عبد الجواد، عزة خليل ١٩٩٩: ٩٢).

حيث يعد التوحد من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل، وتتبع هذه الصعوبة من غموض الإعاقة، مع شدة وغرابة أنماط السلوك الناتج عنها وتطابق بعض صفاتها مع بعض الإعاقات الأخرى؛ بالإضافة إلى ذلك فإن إعاقة التوحد تعتبر من الإعاقات الدائمة، والتي تتطلب ملاحظة مستمرة وإشراف دائم من جميع الجهات القائمة على رعاية هؤلاء الأطفال. (محمد شاهين، ٢٠٠٢: ١٣)

لذا يمكن صياغة مشكلة البحث في السؤال الرئيس التالي: ما أثر استخدام برنامج نفسحركي في الحد من اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) لدى الأطفال التوحديين القابلين للتعليم ؟

أهداف البحث وأهميته:

يهدف البحث إلي تطوير برنامج نفسحركي للمساعدة علي تحسين مستوي وعي الأطفال التوحديين بأجسامهم وتأثير ذلك علي الحد من الاضطرابات النفسية لديهم بصفة عامة واضطراب نقص الانتباه مع الحركة الزائدة بصفة خاصة كما تكمن أهمية البحث الحالي والحاجة إليه في ضوء الجوانب الآتية:

١. توجيه أنظار الباحثين والعاملين في مجال الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى إعاقة التوحد باعتبارها إحدى أنواع الإعاقات الحادة والحديثة العهد في ميادين البحث العلمي والتي تحتاج إلى الكثير من الجهود والاهتمام، والقيام بالعديد من البحوث والدراسات الخاصة بها.
٢. إلقاء الضوء على التربية النفسحركية، والتي تعاني من قصور شديد جداً وقلة الاهتمام بالرغم من أهميتها للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة والأطفال التوحديين خاصة.
٣. يتيح البحث الحالي الفرصة للطفل التوحدي للحد من حدة نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط)، وذلك من خلال البرنامج النفسحركي المقترح.
٤. يساعد البحث الحالي في توجيه أنظار المعلمين والقائمين على رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة نحو أهمية التدريبات والأنشطة والألعاب النفسحركية للطفل التوحدي.

٥. يوجه البحث الحالي نداء إلى جميع المدارس والجمعيات والمراكز والهيئات القائمة على رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى أهمية وجود برامج تدريبية نفسحركية متخصصة في كافة مجالات النفسحركي لكل فئة من هؤلاء الأطفال حسب قدرات ومستوى كل طفل.

٦. محاولة توجيه أنظار الباحثين إلى إلقاء الضوء على مجال النفسحركي باعتباره من المجالات الحديثة بعض الشيء، والقيام بعمل المزيد من الدراسات والبحوث وابتكار برامج خاصة بالأنشطة النفسحركية لجميع فئات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، والقيام بتطبيقها على عينات من هؤلاء الأطفال لإثبات مدى فاعليتها.

مصطلحات البحث:

(١) اضطراب التوحد (AD) Autism Disorder:

هو أحد الاضطرابات الارتقائية (النمائية) المنتشرة، والتي تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، ومن سمات هذا الاضطراب العجز عن التواصل مع الآخرين، والاندماج في أنشطة نمطية متكررة، أو القيام بحركات معادة بلا تغيير، والرفض لأي تغييرات في البيئة المحيطة أو في روتين الحياة، ويتميز أيضاً بشذوذ في التفاعل الاجتماعي، كما يتميز برد فعل مبالغ فيه للمثيرات الحسية، مع وجود اضطراب في الكلام واللغة، وينتشر هذا الاضطراب أكثر بين الذكور عن الإناث بنسبة (٤ : ١)، ويستمر هذا النوع من الاضطراب مدى الحياة، ولكن تتحسن الحالة سواء في الجانب الاجتماعي، أو التواصل، أو

السلوكي، أو المعرفي، وذلك من خلال التدريبات العلاجية المقدمة للحالة. (محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٦: ٣٣)

ويعتبر اضطراب التوحد اضطراباً معقداً يمكن النظر إليه على انه اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلباً على العديد من جوانب نمو الطفل ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التوقع حول ذاته.

كما يتم النظر إليه أيضاً على انه إعاقة عقلية، وإعاقة اجتماعية، وعلى أنه إعاقة عقلية اجتماعية متزامنة أي تحدث في ذات الوقت، وكذلك على أنه نمط من أنماط اضطرابات طيف التوحد يتسم بقصور في السلوكيات الاجتماعية، والتواصل، واللعب الرمزي، فضلا عن وجود سلوكيات واهتمامات نمطية وتكرارية ومقيدة.

(عادل عبد الله، ٢٠٠٨: ١٢)

٢) الطفل التوحدي:

عرفت الجمعية الأمريكية للتوحدية Autism Associate of American التوحد لدي الأطفال بأنه نوع من الاضطرابات النمائية التي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتكون نتائج الاضطرابات نيورولوجية تؤثر على وظائف المخ، وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو، مما يؤدي إلى صعوبة الاتصال الاجتماعي اللفظي، أو غير اللفظي عند هؤلاء الأطفال، فيستجيبون دائماً إلى الأشياء أكثر من الاستجابة إلى الأشخاص، ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغيير يحدث في بيئتهم، ودائماً يكررون حركات جسمانية، أو مقاطع من كلمات بطريقة آلية متكررة. (Autism Society of American:2008)

٣) النفسحركي Psychomotor:

هو عبارة عن مجال يتضمن المهارات الحركية، ويتطلب هذه النوع من المهارات التنسيق والتآزر بين العقل والحركات التي تؤديها أجزاء الجسم المختلفة، وتكتسب هذه المهارات في صورة مجموعة من الخطوات تتمثل فيما يلي: (رشا عبد الرحمن، ٢٠٠٥: ١)

- المحاكاة.
- التناول والمعالجة.
- الدقة.
- الترابط.
- التطبيع.

٤) اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط):

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

يعرف الباحث اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) لدي الأطفال التوحديين القابلين للتعلم إجرائياً بأنه: إتيان الأطفال لمجموعة من السلوكيات المشاهدة والملحوظة والتي تتسم بقصور الانتباه، والاندفاعية، والنشاط الحركي المفرط، والتي تدل عليها الدرجات المرتفعة في مقياس اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) لدي الأطفال التوحديين القابلين للتعلم.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

أولاً: التوحد Autism:

يُعد الاضطراب التوحدي Autism Disorder من أكثر الإعاقات التطورية تعقيدا وصعوبة، وهو من أشد وأخطر الاضطرابات الارتقائية، حيث أنه ليس مرضا عقليا، وقد اعتبره الكثيرون أحد أشكال الإعاقة العقلية، وهذه الإعاقة لا يستهان بها نظراً لكونها ليست نادرة الحدوث

حيث أنها تمثل نسبة لا يمكن تجاهلها، وأصحاب هذا الاضطراب يعانون من الكثير من الصعوبات سواء كانت في التواصل الاجتماعي والعمليات المعرفية وفي التواصل اللغوي... وغيرها من الصعوبات، وبدأت نسبة هذه الاضطرابات تزداد نتيجة لزيادة أدوات التشخيص لاكتشاف هذا الاضطراب وكذلك البدء في التشخيص المبكر لهم.

ويعتبر كانر هو أول من قام بوصف هذه الزملة منذ عام (١٩٤٣) وأطلق عليها اسم فصام الطفولة. وتعد إعاقة التوحد من الإعاقات التي اختلف الأطباء والعلماء والمتخصصين حول أسبابها فمنهم من يصفه كمرض نفسي ومنهم من يرجح أنه مرض عضوي ولكن الذي لا خلاف حوله إنها تمثل إعاقة شديدة تصيب الأطفال بتألف في المخ وتسبب قصوراً في النمو اللغوي والإدراكي والاجتماعي والحسي وعدم تواصل الطفل مع العالم الخارجي المحيط به (Adams & Stephen, 1997. P1)، من هنا يجب علينا أن نعرض التعريفات المختلفة لهذه الفئة من الأطفال ألا وهم الأطفال التوحيديون.

(١) ماهية اضطراب التوحد:

تُعرف الجمعية الأمريكية للتوحيدين التوحد بأنه نوع من الاضطرابات التطورية التي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتكون نتاج اضطرابات نيورولوجية تؤثر على وظائف المخ، وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فتجعل الاتصال الاجتماعي صعب عند هؤلاء الأطفال من فئة التوحيدين، وتجعل لديهم صعوبة في الاتصال سواء أكان لفظي، أم غير لفظي. وقد اختلف الباحثون في تحديد مسمى الطفل التوحيدي فمثلاً سمي الـ "Autism بالطفل التوحيدي"؛ لأنه منغلق على ذاته، ولا يحب التفاعل مع الآخرين، وأطلق عليه أيضاً الطفل

الأجتراري؛ لكونه يكرر نفس السلوك الجسماني، أو نفس الكلام بنفس الطريقة الآلية المتكررة.

كما وصف الباحثون التوحد بكونه "الفصام الطفولي Infantile Autism" ويعنون بهذا الوصف ما يعرف بتوحدية الطفولة"، كما أطلق عليه طفل الاضطراب التوحيدي Autistic disorder؛ لكونه يؤثر على كثير من جوانب، ومظاهر نمو الطفل، ويؤدي به إلى اضطرابات تنموية تجعله يرفض الاتصال بالآخرين وتتحدد المشكلة الرئيسية، والعيب الأساسي لدى هذه الفئة من "الأطفال التوحيدين"، في عدم القدرة على التواصل مع الآخرين، لأسباب ترجع إلى اضطرابات اجتماعية، واضطرابات نمو اللغة لديهم.

كما أنه يتميز بزملة أعراض تمثل ثلاثة اضطرابات سلوكية يمكن تحديدها فيما يلي: اضطرابات عامة في التفاعل الاجتماعي، واضطرابات في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل، وانغلاق على الذات وضعف الانتباه المتواصل للأحداث الخارجية.

(في: بطرس حافظ، ٢٠٠٥: ٣١)

وأيضاً عرفته Lissa B. أنه نوع من اضطرابات النمو المعقدة والتي تتميز بغياب العلاقات الاجتماعية والاتصال والمحادثة مع وجود العديد من السلوكيات الشاذة والمنحرفة عن النمو العادي ويحدث هذا الاضطراب دائماً قبل سن ثلاث سنوات ويستمر باقي الحياة مع هؤلاء الأطفال، وغالباً ما يصاحب هذا الاضطراب نقص في القدرات العقلية بنسب متفاوتة. (Swettenhen, 1996: 157)

وعرفه المعهد القومي للصحة النفسية PIMH اضطراب التوحد هو تشويش عقلي يؤثر على قدرة الأفراد على الاتصال، وإقامة علاقات مع

الآخرين والاستجابة بطريقة غير مناسبة مع البيئة المحيطة بهم، وبعض التوحيديين قد يكونون متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي أو بكم أو لديهم تأخر واضح في النمو اللغوي وبعضهم يبديون متعقلين أو محصورين داخل أنماط سلوكية متكررة ونماذج تفكير جامدة، وأكثر هؤلاء يواجهون مشكلات اجتماعية ومشكلات حسية تتصل بالإدراك ومشكلات اتصالية وكل هذه المشكلات تؤثر على سلوكهم وبالتالي على قدرتهم على التعلم ومن ثم قدرتهم على التكيف مع الحياة.

وعرف انه اضطراب نمو طويل المدى يؤثر على الأفراد طيلة حياتهم ويتمركز هذا الاضطراب في الآتي:

- اضطرابات في العلاقات الاجتماعية
- اضطرابات في سائر أنواع الاتصالات سواء اتصالات لفظية أو غير لفظية.
- مشكلات في رؤية الطفل للعالم من حوله ومشكلات تعلمه من خبراته.
- مشكلات في التخيل، والإدراك، واللعب، وبعض القدرات والمهارات الأخرى.

كما عرفه السيد الرفاعي (١٩٩٩: ٨٧-٨٨) أنه يعد أحد الاضطرابات الارتقائية وهو يحدث نتيجة مباشرة لاختلال هارمونية الارتقاء والبعد عن المسار الطبيعي ومن أهم علاماته اختلاف في التفاعل الاجتماعي وقصور في عملية التواصل مع قلة الاهتمامات والأنشطة والتأخر اللغوي والقدرة على استخدام اللغة في التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي بالإضافة إلى وجود ضروب سلوكية تتسم بالطابع التكراري النمطي، ويغلب القصور المعرفي على الصورة الإكلينيكية للطفل الذاتي من خلال اضطراب وظائف الإدراك والانتباه والتفكير والتخيل والتذكر الأمر

الذي يجعل هناك صعوبات في التوافق مع المتغيرات البيئية من جهة ومع المحيطين به من جهة أخرى.

وعرفته سهي أمين (٢٠٠٢: ٢٠) أنه نوع من الاضطرابات الارتقائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهورها والى مدى حياته، تؤثر على جميع جوانب نموه وتبعده عن النمو الطبيعي، ويؤثر هذا النوع من الاضطرابات الارتقائية على التواصل Communication سواء أكان تواملا لفظيا أم تواملا غير لفظي وأيضا على العلاقات الاجتماعية وعلى أغلب القدرات العقلية لهؤلاء الأفراد المصابين بالتوحدية، ويظهر في خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويفقده الاتصال والاستفادة ممن حوله سواء أكانوا أشخاص، أم خبرات أم تجارب يمر بها، وهذا النوع من الاضطراب لا شفاء منه وقد يتحسن بالتدخل العلاجي المبكر.

عرفه محمد على كامل (٢٠٠٥: ٦) أنه نوع من أنواع الإعاقة الذي يصيب الإنسان في الصغر ويعنى الانعزال أو الاسترسال في التخيل تهريا من الواقع، ومن أعراضه: فقدان النطق، عدم اهتمامه بالأشخاص وأفراد المجتمع من حوله، لا توجد لدى المصاب أي عاطفة تجاه والديه والمحيطين به، إضافة إلى فقد الإحساس بالألم، كما انه يهتم بالأشياء أكثر من اهتمامه بالأشخاص، ويفضل النظر دائما إلى الفضاء ويرفض النظر إلى الأفراد، وبسبب فقدانه الاتصال مع المجتمع يفقد مهارة التقليد مما يسبب تأخرا في الحس والإدراك، لذلك يصنف ضمن فئة المتخلفين.

وعرفه كل من مورين أرونز وتيسا جيتنس (٢٠٠٥: ٧) أنه عبارة عن اضطراب في القدرة المعرفية مصحوب ببعض الاضطرابات في

الناحية النفسية والحيوية، مما يجعل له عظيم الأثر على جميع نواحي تطور الجانب الاجتماعي للفرد.

من خلال التعريفات السابقة استخلص الباحث أن اضطراب التوحد هو: نوع من اضطرابات النمو الارتقائية التي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وهذه الاضطرابات تؤثر على العمليات المعرفية والتي تتمثل في قصور الانتباه والإدراك والذاكرة وبالتالي تؤثر في قدرتهم على التواصل الاجتماعي والعلاقات مع الآخرين والتواصل اللفظي وغير اللفظي وغالباً ما يصاحب هذا الاضطراب نقص في القدرات العقلية بنسب متفاوتة أي أنه اضطراباً معرفياً واجتماعياً في الوقت ذاته، ويعانوا كذلك من بعض الاضطرابات السلوكية وهذا النوع من الاضطراب لا شفاء منه ولكنه يتحسن باستخدام برامج التدخل المبكر.

(٢) خصائص الطفل التوحدي:

تشير الدراسات، والأبحاث إلى أن أكثر الملامح المميزة للاضطراب التوحدي هو "نقص في التواصل الاجتماعي، ونقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين به وتتمركز الخسائر المترتبة على هذا الاضطراب الإصرار على النمطية، ومقاومة التغيير، صعوبة التعبير عن الاحتياجات. وخسائر في العلاقات الاجتماعية، وسائر أنواع الاتصالات سواء لفظية، أو غير لفظية، مشكلات إدراك العالم من حوله، ومشكلات في التعلم من الخبرات، ومشكلات في التخيل، وأداء اللعب الجماعي وفي بعض القدرات والمهام الأخرى، واستخدام الإيماءات أو الإشارات بدلاً من الكلمات، تكرار الكلمات أو الجمل في غير موضعها، عكس

الضماير، نوبات من الغضب، الضحك والبكاء دون إظهار السبب، قلة التلاقي البصري أو انعدامه، عدم الاهتمام بالأحداث من حوله. الأمر الذي يؤدي إلى ضروب سلوكية تتسم بالقصور المعرفي على الصور الإكلينيكية للطفل التوحدي من خلال اضطراب وظائف الانتباه، والإدراك، والتفكير، والتذكر، والتخيل؛ مما يجعل هناك صعوبة في التوافق مع المتغيرات البيئية من جهة، ومع المحيط به من جهة أخرى.

كما يشير (السيد الرفاعي، ١٩٩٩: ٨٧-٨٨) إلى أن الأطفال التوحديين يتصفون بدرجة ذكاء متوسطة، حيث أن مستويات التوحديين المعرفية يمكن تصنيفها بنسب تقريبية إلى ثلاث مستويات هي: (٢٥%) من الأطفال الذين يعانون من تخلف عقلي شديد، (٥٠%) من الأطفال يعانون من توحدية ومستوى تخلف عقلي متوسط، ويعاني (٢٥%) الباقون من توحدية ونسبة ذكاء حوالي (٧٠) فأكثر، حيث يُظهر هؤلاء الأطفال تشتتاً في وظائفهم، أو خصائصهم المعرفية، وتكون درجات ارتقاء لغتهم سواء اللفظية أو غير اللفظية في أقل المستويات، أما الأطفال الأكثر تخلفاً فإنهم غير قابلين للاختبار بمقياس اللفظية.

وقد أشارت دراسة كل من: "سيجل" و"براني" Siegl L. Brany (١٩٦٦) إلى أن الأطفال التوحديين يفضلون الأشياء التي تتميز بوجود منبهات حسية كبيرة مثل اللمس، الشم، التذوق والسمع. ويفضلون الأشياء التي تثرى حواسهم الغريبة مثل الاتصال بأي شيء ناعم، أو كل شيء ناعم، أو كل شيء له رائحة عطرية. ولديهم شغف بكل أنواع الحركات، والأنشطة التي تحتوى على الحركات، ونجد الطفل يظهر استجابة زائدة، أو ناقصة للمنبهات الحسية مثل الصوت، بما أن الأنشطة

الموسيقية هي أنشطة مبنية على الحواس، وكونها أنشطة تخاطب الحركة الجسمية كانت الحاجة لإجراء هذا البحث.

(٣) مدي انتشار اضطراب التوحد:

إن نسبة المصابين باضطراب التوحد في ازدياد مستمر، لكن حتى الآن ليست هناك أية إحصاءات رسمية عن نسبة انتشار التوحد في بلادنا العربية، فاضطراب التوحد من أكثر اضطرابات النمو انتشاراً، ولا يزيد عنها في الانتشار إلا التخلف العقلي، ومتلازمة داون، ورغم أن التوحدية الكلاسيكية تحدث في عدد يتراوح من ٤ إلى ٥ من كل عشرة آلاف طفل. إلا أن توسيع التعرف ليشمل الأطفال الذين لديهم أعراض أقل في حدتها ولكنها مازالت جوهرية يؤدي إلى رفع معدل حدوثها ليصل إلى (١٦) من كل عشرة آلاف طفل. ويمثل الأطفال الذين لديهم درجات حادة من اضطراب التوحدية نسبة تتراوح بين (٢%) إلى (٣%) من جملة الأطفال التوحديين، وبغض النظر عن عدد الأعراض وحدتها، فإن علاج هذه الأعراض واحد.

(محمد السيد، وآخرون، ٢٠٠٥، ص ٣٧-٣٨)

ووفقاً للإحصاءات التي نشرها الاتحاد القومي لدراسات وبحوث اضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية وذلك في يناير (٢٠٠٣) فإن نسبة انتشار اضطراب التوحد قد اختلفت تماماً عن ذي قبل حيث ارتفعت بدرجة كبيرة للغاية بحيث أصبح متوسطها (٢٥٠-١) حالة ولادة، وبذلك أصبح اضطراب التوحد هو ثاني أكثر الإعاقات العقلية انتشاراً، ولا يسبقه في ذلك سوى التخلف العقلي فقط.

(عادل عبد الله، ٢٠٠٨: ٢٥)

وبسبب الاختلافات حول تعريفه فإن البحوث السابقة حول انتشاره غالباً ما تتضمن دراسة أطفال يتصفون بصفات مختلفة، وقد وجد "جلبرج" Gillborg أن معدل حدوث التوحد يتراوح ما بين (٥ : ٢) حالات من بين كل عشرة آلاف طفل، في حين بينت دراسات أخرى أن نسبة انتشاره تتراوح بين (٥ : ٤) لكل عشرة آلاف طفل مولود، وفي اليابان بينت إحدى الدراسات أن معدل حدوث الاضطراب بلغ (١٦) حاله لكل عشرة آلاف طفل، وأن (١٣٩) طفلاً من المفحوصين كانت أعمارهم دون ستة وثلاثين شهراً، وأن (٢٠) طفلاً من هؤلاء المفحوصين قد تمت متابعتهم حتى سن (٦) سنوات.

(السيد عبد الحميد، محمد قاسم، ٢٠٠٣: ١٤)

وتزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة (٤ : ١)، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية، أو اجتماعية، حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو الحالة التعليمية أو المالية للعائلة أية علاقة بالإصابة بالتوحد.

ولكن أثبتت الأبحاث أن في حالة إصابة البنات تكون إعاقتهن أكثر صعوبة وخطراً وتكون درجة ذكائهن منخفضة جداً عن غيرهم من البنين الذين في مثل حالتهم. (سهى أمين، ٢٠٠٢: ٢١)

(٤) أسباب اضطراب التوحد:

توجد حتى الآن صعوبة كبيرة في تحديد الأسباب الحقيقية التي تؤدي إلى التوحد وخاصة أنه يصيب الطفل في مرحلة مبكرة من العمر ففي الأربعينات والخمسينات كان يتجه اللوم إلى الوالدين كسبب في إعاقة طفلهم ولا يوجد دليل على ذلك وتوالت الأسباب بعد ذلك والى الآن لمحاولة الوصول إلى السبب الحقيقي.

وفيما يلي عرض لهذه الأسباب:

(أ) أسباب جينية:

خلل وظيفي لجين (MT) أو ميتا لوثيونين Metallothionein فقد قام الدكتور (William Wash) بإجراء التحاليل على (٥٠٠) طفل توحدتي وتوصل إلي وجود خلل في نسب النحاس والزنك بالجسم كارتفاع نسبة النحاس وانخفاض نسبة الزنك، والمنظم لهذه النسب في الجسم هي مجموعة بروتينات تسمى (MT) وكذلك يساعد هذا الجين علي:

- مساعدة الجهاز الهضمي علي أداء وظائفه.
- مساعدة الجهاز المناعي علي أداء وظائفه.
- مساعدة الجسم علي التخلص من السموم من تلقاء نفسه.

وهذا الجين (MT) يتم تدعيم وظيفته في الجسم من خلال هرمونين هما إستروجين Estrogen، بروجيسترون Progestoren وهما أيضاً هرمونين أنثويين، ونسبه تواجدهما لدي الذكور أقل من الإناث. ولذلك يكون معدل الخلل بجين (MT) لدي الذكور أعلى من الإناث، ولهذا ترتفع نسبه الإصابة بالتوحيدين الذكور.

(ب) عوامل بيولوجية:

وهي العوامل التي تسبب إصابة الدماغ قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها وهنا يعنى إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرض الجنين أثناء الولادة لنقص الأكسجين، استخدام الملاقط،... الخ أو حدوث نزيف للأم قبل الولادة أو حادث أو كبر سن الأم.

(ج) أسباب بيئية: ومنها

- التسمم الزئبقي
- مصل MMR
- الإفراط في تناول المضادات الحيوية
- الإصابات الشديدة في الطفولة. (سماح قاسم، ٢٠٠٦: ٣١-٣٢)

(د) عوامل نفسية وأسرية:

اعتقد كانر Kanner بان العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي الكلاسيكي هما الأساس في المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات الأخرى غير الطبيعية. (محمدشوقي عبد المنعم، ٢٠٠٥: ٧٣)

(هـ) المضاعفات العصبية لاضطراب التوحد:

يعد الصرع من المضاعفات العصبية لاضطراب التوحد، حيث أن تطور الصرع لدى المصابين باضطراب التوحد قد أثبتته العديد من الدراسات التي بينت أن هذا التطور يحدث ما بين (٢٠ - ٣٥%) وأن نوبات الصرع كانت أكثر انتشاراً في الحالات الحادة، كما بينت أن بعض حالات التوحد واضطرابات النمو الشديدة في الطفولة والمراهقة ترافقت بانحدار وضعف في اللغة تمثل بما يعرفه بمتلازمة ليندو كليفنر Landao-Kleffner أو ما يعرف بأفيزيا الصرع Epileptic Aphasia (السيد عبد الحميد، محمد قاسم، ٢٠٠٣: ١٩)

ومما سبق يتضح لنا أنه:

- حتى الآن مازالت أسباب اضطراب التوحد غامضة وأن جميع ما سبق ذكره من أسباب ما هو إلا اجتهادات لم يثبت صحتها.
- أسباب اضطراب التوحد قد تختلف من طفل إلى آخر وكذلك أعراضها.

- لا يمكن أن نرجع سبب اضطراب التوحد إلي العوامل الجينية فقط وإنما هي مزيج من الأسباب البيئية والجينية.
- يمكن أن يتناول الأطفال التوحديون نوعاً واحداً من العلاج وينتج عنه أثراً سلبية على صحة الطفل مثل رجيم الجلوتين والكازيين فيجب إجراء الفحوص اللازمة للطفل حتى يتم تحديد احتياج الطفل لنوع العلاج المناسب له.

(٦) تشخيص اضطراب التوحد Autism Disorder Diagnosis:

تعتبر عملية تشخيص الاضطراب التوحدي من أكثر عمليات التشخيص صعوبة وتعقيداً، ويرجع ذلك إلي تباين الأعراض من حاله إلي أخرى، كما أن هناك تشابهاً في الأعراض بين هذا الاضطراب واضطرابات أخرى مثل (التخلف العقلي، الاضطراب الانفعالي أو فصام الطفولة، أو صعوبات التخاطب أو تأخر الكلام)، كما أن التنوع في شدة الأعراض يزيد من احتمالات الخطأ في التشخيص.

(نادية أبو السعود، ٢٠٠٠: ٢٢)

وجاء تشخيص اضطراب التوحد بعد الملاحظة الدقيقة وتقييم الأفراد وعلى الرغم من أن اضطراب التوحد يعبر عن اضطراب في الجهاز العصبي، إلا أنه لا يوجد اختبار طبي معين أو إجراء، يستطيع أن يؤكد تشخيص اضطراب التوحد بدلاً من نظرة المتخصصين لأعراض الأشخاص ومقارنتها لتكون محكاً لتشخيص اضطراب التوحد، فإذا ظهرت لدى هؤلاء الأشخاص هذه الأعراض... فإنها تشكل في قائمة المحك ويتم التشخيص. ولو كان التشخيص موضع شك الطبيب أو عالم النفس

أو أي متخصص آخر، فملاحظة الطفل خلال فترة من الوقت، قبل تصنيفه علي أنه مصاب بالتوحد تعتبر مهمة.

(كريمان بدير، ٢٠٠٤: ١٦٧-١٦٨)

وتشير الصورة الرابعة لدليل التشخيص الإحصائي DSM-IV إلي أن اضطراب التوحد يقع تحت فئة (اضطرابات نمائية شديدة)، وتتميز هذه الاضطرابات بتأخر أو قصور في التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل مع وجود السلوك النمطي وقله الأنشطة والاهتمامات وتشمل الاضطرابات النمائية الشديدة في (DSM-IV) ما يلي: (سماح قاسم، ٢٠٠٦: ٢٩-٣٠)

- اضطراب التوحد Autistic Disorder
- اضطراب ريت Rett's Disorder
- اضطراب اسبرجر Asperger's Disorder
- اضطراب الطفولة التفككي Childhood Disintegrative Disorder
- اضطرابات نمائية غير محددة Pervasive Developmental Disorder not Other Wise (PDD, NOS)
- والتشخيص عملية تستغرق وقتاً وتتضمن ما يلي:
- (خوله يحيي، ٢٠٠٠: ٢١٨)
- التقييم النفسي التربوي.
- التقييم على أساس اختبارات الذكاء المقننة.
- مقابلة الوالدين.
- المراقبة المباشرة لتفاعل الوالدين والطفل.

وقد صممت العديد من المقاييس والأدوات التي تستخدم في تشخيص الطفل التوحدي نذكر منها:

- مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد.
Gilliam Autism Rating Scale GARS
- قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد.
Autism Treatment Evaluation Checklist ATEC
- أداة تقييم سلوك الأطفال التوحديين.
Behavior Rating Instrument For Autistic And Typical Children
- قائمة السلوك التوحدي. (ABC) Autism Behavior Checklist (ABC)
- مقياس تقدير توحد الطفولة.
Childhood Autism Rating Scale (CARS)
- جدول الملاحظة التشخيصي للتوحد.
Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)
- المقابلة التشخيصية للتوحد.
Autism Diagnostic Interview (ADI-R)

(٧) مشكلات في التشخيص **Problems Of Diagnosis**:

يُعد التشخيص لاضطراب التوحد من أصعب الأمور، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد، مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص، أو إلي تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي إلي صعوبة التدخل في أوقات لاحقة. ومما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من السلوك التوحدي يوجد كذلك في اضطرابات أخرى.

وقد أشارت الجمعية الوطنية الأمريكية للتوحيدين The National Autistic Society إلى أسباب صعوبة تشخيص الاضطراب التوحدي وهي:

١. صعوبة فصل أعراض اضطراب التوحد عن غيره من الاضطرابات المشابهة.
٢. عدم وجود حدود فاصلة قاطعة بين مجموعة الاضطرابات النمائية الشديدة (PDD) والتي تتضمن اضطراب التوحد، اضطراب اسبرجر، اضطراب ريت، اضطراب الطفولة التفككي، الاضطراب النمائي غير المحدد)
٣. تنوع الأعراض حيث لم يتمكن دليل التشخيص الإحصائي الرابع من حصر جميع الأعراض.
٤. الطبيعة غير المحددة للاضطراب، تجعل عملية اكتشافه أو تحديده من قبل الآباء عمليه في غاية الصعوبة.

(The National Autistic Society, 2005)

لذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة، حيث يمكن أن يضم هذا الفريق:

- أخصائي أعصاب الأطفال.
- أخصائي نفسي أو طبيب نفسي.
- طبيب أطفال متخصص في النمو.
- أخصائي علاج لغة وأمراض نطق.
- أخصائي علاج مهني.
- أخصائي تعليمي.

- المختصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة باضطراب التوحد. هذا وقد تم تطوير بعض الاختبارات التي يمكن استخدامها للوصول إلي تشخيص صحيح لاضطراب التوحد، وهي للاستخدام من قبل المتخصصين فقط. (محمد على كامل، ٢٠٠٥: ٢١-٢٢)

(٨) التشخيص الفارق Differential Diagnostic:

يتضمن التشخيص الفارق لاضطراب التوحد مقارنة سلوك الطفل بسلوكيات أطفال آخرين ذوي اضطرابات أخرى يمكن أن تظهر فيها نفس الأعراض وهو واحد من مجموعة اضطرابات نمائية شديدة. واضطراب التوحد هو أكثر تلك الاضطرابات تعقيداً وبه معظم الأعراض التي يتسم بها الأطفال المصابون بتلك الاضطرابات، وأكدت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA أن هناك اضطرابات عديدة ترتبط بالاضطراب التوحدي وتدرج تحت العنوان الرئيسي (الاضطراب النمائي العام أو الشامل) Pervasive Developmental Disorder (PDD). ويعاني الأفراد الذين يصابون بأي اضطراب من تلك التي تتبع فئة الاضطراب النمائي العام أو الشامل من قصور في التواصل، وقصور في الجانب الاجتماعي ولكنهم يختلفون في مدي حدة ذلك الاضطراب. (عادل عبد الله، ٢٠٠٢: ٤٥)

(٩) مؤشرات اضطراب التوحد:

هناك بعض المؤشرات التي تظهر على الطفل التوحدي، فإذا رأيت بعضاً منها وبصورة متكررة فأعلم أن طفلك يعاني من اضطراب التوحد، وأنه في حاجة إلي معاملة خاصة للتغلب علي هذه الحالة، ويمكن عرض بعض هذه المؤشرات على النحو التالي:

يرى عادل عبد الله (٢٠٠٨) انه بإمكاننا أن نتعرف على اضطراب التوحد وأن نحدده لدى الطفل منذ العام الأول من ميلاده حيث حددت مجموعة من الأعراض تظهر عليه منذ الشهور الستة الأولى من عمره فضلا عن مجموعة أخرى من الأعراض تبدو عليه منذ الشهور الستة التالية من عمره ويمكن أن نعرض لتلك الأعراض على النحو التالي:

(أ) الأعراض المميزة للطفل التوحدي خلال الشهور الستة الأولى

من العمر:

- يبدو كأنه لا يريد أمه، ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه.
- لا يبالي بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين، ويقوم بحمله حتى وإن كان هذا الشخص وثيق الصلة به.
- تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال التخطيط الخاص بتلك العضلات.
- كذلك فهو لا يبكي إلا قليلاً، ولكنه مع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير.
- لا يستطيع الطفل خلال الشهور الستة الأولى من حياته أن يلاحظ أمه، أو يتابعها ببصره.
- يكون خلال تلك الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ.
- لا يبتسم إلا نادراً.
- تكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة.
- من الأمور الهامة التي تميز استجاباته أنها دائماً ما تكون متوقعة.
- عادة لا يأتي الطفل بأي استجابة يمكن أن نعتبرها غير متوقعة.
- لا يبدي ذلك الطفل أي اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه.

(ب) الأعراض المميزة للطفل التوحدي في النصف الثاني من العام

الأول من عمره: (عادل عبد الله، ٢٠٠٨: ٤٦-٤٧)

- لا يبدي الطفل أي اهتمام بالألعاب الاجتماعية.
- لا يبدي الطفل أي انفعال نتيجة حدوث أي شيء أمامه.
- يفتقر الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً.

وترى سهي أمين (٢٠٠٢: ٦١) أن الأطفال التوحديين يبدو عليهم مجموعة متلازمة من الانحرافات في جوانب مختلفة متمثلة في القصور في التفاعل الاجتماعي والاتصال - والوظائف المعرفية متمثلة في نقص في جميع الجوانب الآتية (الانتباه - التفكير - التخيل - الإدراك... الخ) كل هذه الملامح تظهر متلازمة مع بعضها البعض وأيضاً قد تتدخل مع اضطرابات أخرى مختلفة.

ولقد طور Mildred Creak أربع مؤشرات للتوحد، وذلك بناء

علي الأعراض التالية: (خوله أحمد يحيي، ٢٠٠٠: ٢٠٦)

- الفشل في إقامة تواصل إنساني أو اجتماعي يصاحبه نقص في تقليد السلوك والتعلم.
- ضعف في مقدار الدافعية، ويتضمن الفشل في اكتشاف الأشياء في البيئة، وضعف في السرور عند إنجاز المهمات البيئية بإتقان.
- اضطرابات في الإدراك، ويتضمن تجنب الطفل للمثيرات السمعية والبصرية.

▪ خلل في تطور الوظائف المعرفية، فهناك هوة أساسية بين المثيرات الداخلية والخارجية، وهناك عدم وعي لمفاهيم الزمان والمكان كما أن اللغة لا تتطور بشكل ملائم.

(١٠) الملامح الأساسية المميزة للتوحد:

(أ) العلاقات الاجتماعية:

يعانى التوحديون من اضطرابات في العلاقات الاجتماعية حيث أن أفراد هذه الفئة يستمرون في تجنب الاتصال مع الآخرين هذا بالإضافة إلي انخفاض في اضطراب فهمهم للعديد من الأدوار والمواقف الاجتماعية الذي يجعل تفاعلهم وأدوارهم الاجتماعية في غاية الصعوبة بالنسبة لهم. (محمد على كامل، ١٩٩٨: ٧٢)

ويكون للتفاعل الاجتماعي أهمية قليلة لدى الأطفال التوحديين إذا ما قورنوا بغيرهم من الأطفال الأسوياء والأطفال المتأخرين عقلياً من غير المصابين بالتوحد، ويكون لديهم تعلق شديد بالأشياء غير الحية، هذا بالإضافة إلي ضعف التواصل بالعين، وضعف القدرة على التقليد، وضعف القدرة على مشاركة الآخرين في اللعب. (New York State Department of Health, 2000: 22)

ويرى عمر ابن الخطاب (١٩٩١: ٥٢٣) أن القصور الاجتماعي من أكثر الأعراض وضوحاً لدى الأطفال التوحديين، حيث أنهم يقضون معظم وقتهم في أنشطة انفرادية، ويفشلون في الاستجابة للغرباء، إلا أنهم يستجيبون ويتفاعلون مع البيئة التي لا حياة فيها.

والأطفال التوحديون يفشلون في تكوين العلاقات العادية مع الوالدين ومع الناس والآخرين بدرجات متفاوتة فالطفل التوحدي الذي

يبدو مبتسماً تفتقر ابتسامته إلي العمق الاجتماعي، كما أنه دائماً يتجنب التواصل بالعين وينظر للآخرين كما لو كانوا غير موجودين، والطفل التوحدي لا يميز والديه من أشقائه من مدرسيه، ولا يظهر عليه قلق الانفصال. (لويس كامل مليكة، ١٩٩٨)

ب) الاتصال واللغة Language and Communication:

يعانى الأطفال التوحديون نقصاً واضحاً في اللغة والاتصال اللفظي وغير لفظي. وهذا ما يشير إليه شاكر قنديل (٢٠٠٠: ٥٢) أن القصور اللغوي والتواصل يقف كأحد أهم العوامل التي تميز شخصية الطفل التوحدي عن الطفل العادي أن قدرته علي استخدام اللغة إرسالاً واستقبالاً يعتبر ضعيفاً ولغته لا تحقق تواصلاً مع الآخرين ولا يبدي اهتماماً بوجود الآخرين ولا ينظر لوجه أحد لذلك يعد اضطراب التواصل اضطراباً أساسياً يؤثر على الطفل.

وقد أشار محمود حمودة إلى النمطية اللفظية كأحد المحاور الثلاثة للتشخيص الفارق للتوحد لدى الأطفال وشمل تكرار الكلمات أو الجمل دون فهم للمعنى وأحيانا ناتجة لتذكر قصير المدى أو طويل المدى وأضاف أيضاً وجود شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته أو الضغط على المقاطع والكلام على وتيرة واحدة وأحياناً ينخفض الصوت أو يرفعه بدون داعي وكأنه لا يشعر بوجود الآخرين وأيضاً شذوذ في شكل ومحتوى الكلام وعدم القدرة على تسمية الأشياء ويرجع ذلك إلى ضعف الإدراك وعدم القدرة استخدام الرموز وذلك لضعف القدرة التخيلية التي يظهرها لديه العجز عن اللعب التخيلي للأدوات أو الأشخاص أو القصص الخيالية. (محمد شوقي، ٢٠٠٥: ٦٤-٦٥)

ج) السلوك Behavior:

صاحب اضطراب التوحد صلب في التفكير والسلوك ويفتقر إلى الخيال ويتميز بالسلوك المكرر الذي يعتمد على أنماط مكررة من السلوك كما يتسم بنقص شديد في الابتكار، ويفتقد إلى اللعب الابتكاري، ويلعب بطريقة عفوية تلقائية. ولكن عندما يدرّب طفل التوحد على اللعب يصبح محدداً بأنماط اللعب التي شاهدها أثناء التدريب فقط ولا يستطيع الابتكار في اللعبة ولو بدرجة قليلة.

ويستطيع طفل التوحد الأكثر قدرة أن يظهر نوعاً من التخيل ولكنه خيال محدود ولا يستطيع أن يميز بين الخيال والواقع ويتمثل ذلك في عدم قدرته على التمييز بين الصورة العقلية الناجمة من التخيل والشيء الحسي الحقيقي. (رفعت بهجات، ٢٠٠٧: ٣)

ويتباين الأطفال ذوو اضطراب التوحد في ظهور السلوك النمطي 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 علامة بعد كل كلمة يكتبها. وبصفة عامة فمن المشكلات النفسية الخاصة بالصعوبات النمائية عند الإصابة بالتوحد، ترجع إلى التلف الذي يخلق بالمشخ أو بعض أجزائه.

(بترس حافظ بترس، ٢٠٠٥: ٤٢-٤٣)

والأطفال التوحديون ينشغلون بعدد قليل من الأنشطة والاهتمامات، ويتسم سلوكهم بالنمطية والتقلب هذا بالإضافة إلى رفض التغيير في البيئة المحيطة به، وقد ينزعج كثيراً إذا حدث تغيير في روتين حياته الذي يتضمن البيئة المادية أو الأحداث اليومية التي اعتاد عليها.

(Scott Jack, 2000: 24)

وقد يصاحب اضطراب التوحد مشكله النشاط الحركي الزائد الذي يعتبر مشكله سلوكية شائعة بين هؤلاء الأطفال وبصاحبه مشكله عدم التركيز والانتباه كما تظهر عليه نوبات الغضب العنيفة في حاله حدوث أي تغيير في البيئة المحيطة أو عدم الاستجابة لأي مطلب يريده وتقلب المزاج فسريراً يكون ويغضبون ويمكنهم الهدوء سريعاً، ويعانون من التوتر والقلق والخوف من التجارب الجديدة أو تعلم شيء جديد. (Koegel, R. L. & Kerm, L. K, 1997: 3- 4)

د) الخصائص المعرفية للطفل التوحد:

يعانى الأطفال التوحديون من اضطراب في العمليات المعرفية التي تعد أكثر الملامح المميزة للاضطراب التوحد وذلك لما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي وبصاحب الاضطراب التوحد في اغلب الحالات تأخر عقلي Mental Retardation فتشير الدراسات إلى أن حوالي (٧٥%) من التوحديين يعانون من التأخر العقلي و(١٠%) من هؤلاء الأطفال يتمتعون بمهارات خاصة غير عادية وغالبا ما تظهر تلك المهارات في القدرة الحسابية أو الفنية وهذا تفسير الافتراض القائل أن هناك جزيرة أو بقعة معزولة داخل المخ تكون كفاءتها العملية مماثله أو تفوق كفاءة قدرة عقلية ما لدى طفل طبيعي.

(wood Derek, 2003)

ولكن هذه النسبة قد تغيرت حيث توضح الإحصاءات الحديثة التي نشرها الاتحاد القومي للدراسات والبحوث الخاصة باضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) NAAR أن حوالي (٩٠%) تقريباً على الأقل من الأطفال التوحديين يقع مستوى ذكائهم في حدود

التخلف العقلي البسيط أو المتوسط فقط مع الأخذ في الاعتبار أن هناك دراسات عديدة تحدد هذه النسبة بين (٩٠-٩٥%) تقريباً، وأن جانباً لا بأس به من النسبة المتبقية منهم تكون مستويات ذكائهم مرتفعة، وربما مرتفعة جداً، وقد يكون بعضهم موهوباً حيث يكون من ذوي متلازمة أسبرجر. (عادل عبد الله، ٢٠٠٨: ٧٤)

وأكدت الدراسات السابقة أنه لا يوجد اختبار ذكاء للأطفال التوحديين أو أطفال الاضطرابات النمائية الشديدة PDD أي لا يوجد اختبار ذكاء يشخص اضطراب التوحد أو PDD. ولكن قد يستخدم الكثير من الاختبارات الخاصة بمرحلة ما قبل المدرسة وما قبلها. (Schopler, E. & Mesideou, G, 1988)

وهؤلاء الأطفال يظهرون تشتتاً ملحوظاً في وظائفهم أو خصائصهم المعرفية خاصة في عمليات الانتباه والإدراك والذاكرة. وتشير بعض الدراسات أن الأطفال التوحديين يعانون من عجز في وظيفة الإدراك مثل دراسة (Reed, T., 1994).

وتبين من خلال الدراسات المختلفة أن الأطفال التوحديين يعانون من عجز في وظيفة الإدراك بوصفها إحدى القدرات المعرفية Cognitive Abilities إذ أتضح من خلال التقارير الإكلينيكية أن استجابات التوحديين للمنبهات الحسية شاذة ورغم أنهم قد يغطون أعينهم أو أذانهم لتجنب منبهات معينه فإنهم يميلون إلى اللعب بألعاب الحركة السريعة والأصوات المرتفعة والضوضاء، وتبين من خلال ملاحظة التوحديين أنهم يميلون إلى تحريك أصابعهم أمام أعينهم كما يميلون إلى هز الأشياء وهذا يؤكد على أن التوحديين يعانون من اضطرابات في الإدراك. ولديهم أيضاً صعوبات في الحواس السمع- اللمس- الشم

والتوازن والألم، ويبدو الاضطراب في الإدراك السمعي لدرجة أن الوالدين يقرران أن طفلهم أصم. (نادية أبو السعود، ٢٠٠٠: ٦٧-٦٩)

وكذلك أثبتت الدراسات أن الأطفال التوحديين يعانون من صعوبة في الانتباه والتركيز مثل دراسة كل من: (Lewy & Dawson, 1992; Emily A. et.al., 2004; Kathryn L. et.al., 2005) وغيرها من الدراسات التي أكدت وجود قصور في وظائف الانتباه والانتباه المشترك لدى التوحديين. أكدت دراسة (Whalen, C., et.al., 2003) أن الانتباه هو محور العجز في اللغة واللعب والتطور الاجتماعي. ويعانى التوحديون من قصور في الانتباه المشترك أيضا وهذا ما أكدته دراسة (Katheyn, L., et.al., 2005) على أنه مؤثر للتعلم بقدرات اللغة التعبيرية ودراسة (Emily, A., et.al., 2004) أن الانتباه المشترك مُكون رئيسي في برامج التدخل المبكر.

كما أكدت دراسة (Leekman, S., et.al., 2000) أن الأطفال التوحديين من السهل تشتيت انتباههم وأن لديهم قصور في الانتباه. وأيضا أكدت دراسة (Adrien, J., et.al., 2001) أن الأطفال التوحديين يعانون من اختلال في الأنشطة الإدراكية مما يؤدي إلى قصور في القدرة الاتصالية والتفاعلات الاجتماعية.

وأكدت دراسة (Joseph, R., et.al., 2002) وجود تفاوت في مستويات التطور الإدراكي لدى الأطفال التوحديين مما يؤثر على وظائف الاتصال الاجتماعي. وهناك بعض الدراسات أكدت على وجود اضطرابات في ذاكرة الطفل التوحدي مثل دراسة كل من (Claire M., et.al., 2000; Sally Ozanoff, L., 2001) فقد أكدت على وجود عجز أو اضطراب في الذاكرة لدى الأطفال التوحديين.

مما سبق يتضح أن معظم الأطفال التوحديين يعانون من قصور في بعض العمليات المعرفية وأن الاضطراب في واحدة من هذه العمليات يؤثر بالضرورة على العمليات الأخرى نتيجة لتشابك العمليات المعرفية فالقصور أو الاضطراب في الانتباه يؤدي إلى اضطراب في الإدراك ويؤدي إلى اضطراب الذاكرة وهكذا.

(١١) علاج الأطفال التوحديين:

Children with Autism Treatment:

اضطراب التوحد ليس مرضاً إذ لا يوجد له دواء واحد أو برنامج علاجي واحد يمكن أن ينجح مع حالات اضطراب التوحد. لذلك نجد أن كل الخطط العلاجية لحالات التوحد تأتي على شكل خطط علاجية فردية بحيث يتم علاج كل طفل حسب حاجته وحالته. وتأتي مرحلة العلاج بعد التعرف على نتيجة التشخيص التي يقوم بها الطبيب المتخصص والذي يقوم بدوره بوضع الخطة العلاجية المناسبة لحالة الطفل ودرجة إصابته.

فعلاج التوحد يتوقف على شدة الاضطراب ودرجة الإصابة. ومعظم الدراسات تؤكد على أن الأطفال المصابين بالتوحد يستجيبون بشكل جيد مع برامج التربية الخاصة التي توضع لكل طفل حسب حالته. (محمد على كامل، ٢٠٠٥: ٦٥-٦٦)

هناك عديد من الاتجاهات العلاجية التي تهتم بعلاج ومساندة الطفل التوحدي وأسرته للوصول إلى أفضل تقدم ممكن بالنسبة لهذا الطفل حسب إمكانياته لتحقيق حدة الضغوط الواقعة على الأسرة في تربيته هذا الطفل الذي يحتاج إلى نوع خاص من الرعاية.

ومن هذه الاتجاهات العلاجية:

١. العلاج السلوكي Behavior therapy
٢. العلاج باللعب Play therapy
٣. علاج اللغة والاتصال Language and communication therapy
٤. العلاج بالفن Art Therapy
٥. العلاج بالموسيقى Music Therapy
٦. الإرشاد الأسري Family Counseling

وقد أوضحت بعض الدراسات أهمية التدخل المبكر في البرامج العلاجية الشاملة التي تركز على أكثر من طريقة علاجية تهتم بتعديل السلوك لدى الطفل التوحدي وإكسابه الكثير من المهارات التي تساعده على الاتصال بالبيئة المحيطة به مثل دراسة كل من: (Boker, 2000; Hweng, & Hughes, 2000; Magiati, I., et.al., 2001; kasarl, 2002; Diggle, T., et.al., 2003; Emily, A., et.al., 2004) التي أكدت على أهميه دور الأسرة بجانب برامج التدخل المبكر.

(١٢) برامج تعديل السلوك:

Behavior Modification Programe:

وتعتبر برامج تعديل السلوك من أهم وانسب الطرق العلاجية المعتمدة على نظريه العلاج السلوكي التي تستخدم بطريقة مكثفه لعلاج الأطفال بوجه عام والأطفال التوحديين بوجه خاص، فأوضحت الكثير من الدراسات فاعلية هذه البرامج مع الأطفال التوحديين. ووجد بعض العلماء انه لكي تأتى البرامج السلوكية بنتائج أفضل مع هؤلاء الأطفال لابد من التدخل المبكر Early Intervention للبدء بهذه البرامج العلاجية في سن ثلاث سنوات. (Howlin Moor, 1997)

ونجد أن استراتيجيات العلاج السلوكي تكون مصممة لكل طفل بصورة فردية، وعلى أساس تقييم تجريبي للنجاحات السلوكية للطفل وكذلك إعاقاته السلوكية، وعادة ما يتم التقييم بصورة منظمة يتم فيها ملاحظة الطفل خلال تعامله مع شخص بالغ في حجرة واسعة تحتوي على خامات وألعاب. (Marian, Lisa, 1997: 181)

ومما سبق يتضح أهمية الكشف المبكر للأطفال التوحديين وبالتالي أهمية تقديم برامج التدخل المبكر في سن مبكرة لهؤلاء الأطفال باستخدام بعض البرامج العلاجية مثل العلاج السلوكي- العلاج باللعب- العلاج الأسرى مع مشاركة الأسرة في تطبيق ومتابعه هذه البرامج المقدمة للطفل التوحدي للوصول إلى أفضل النتائج وإكسابه الكثير من المهارات ليتواصل مع المجتمع المحيط به حسب قدراته التي تنميها هذه البرامج. وأيضاً هناك أنواع أخرى من الأساليب العلاجية للطفل التوحدي. (محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٥: ٨٣)

١. العلاج البيئي.

٢. العلاج الطبي.

٣. العلاج بالحياة اليومية.

٤. العلاج بالنظام الغذائي وبالفيتامينات.

ومما سبق يمكن القول بأن الأطفال التوحديين لديهم مشكلة في استقبال المعلومات أو توصيلها للآخرين، وهذا يؤدي بهم إلى القيام ببعض أنماط السلوك غير المناسب للبيئة والوسط المحيط بهم. وأيضاً هذا يؤثر بشكل واضح على قدرة الطفل على التعلم، نظراً لوجود اضطرابات في العمليات المعرفية لديهم وأهم هذه الاضطرابات في

الانتباه واضطرابات في الإدراك وبالتالي يؤدي إلي اضطرابات الذاكرة لديهم.

كما يتضح لنا مما سبق أن أنسب وأفضل علاج للطفل التوحدي هو تقديم برامج مخصصة له تتناسب مع حالة كل طفل وانه يجب تقديم هذه البرامج في مرحلة مبكرة أي بعد الاكتشاف المبكر للتوحد وأيضاً ضرورة قيام هذه البرامج على أسس تربوية وعلاجية مناسبة ومن أهم هذه الأساليب العلاجية العلاج السلوكي، والعلاج باللعب... وغيرها من العلاجات للوصول بالطفل إلى أفضل النتائج ليتعايش ويتفاعل مع المجتمع المحيط به.

وهذا ما يحاول الباحث إتباعه في البحث الحالي باستخدام البرنامج النفسحركي المقترح في التدخل المبكر.

ثانياً: طرق واستراتيجيات علاجية أُقترحت لحل مشكلات الأطفال التوحديين:

تشير دراسة حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠١: ٥٧٣)، إلى أن أهداف العلاج تتركز في زيادة التقبل الاجتماعي، والسلوك الاجتماعي، وتقليل أعراض السلوك الشاذ، والمساعدة في تطوير التواصل اللفظي، وغير اللفظي، وتشجيع مهارات العناية بالذات. وتشير الدراسات السابقة، والأطر النظرية إلى وجود عدة استراتيجيات تسهم في علاج الأطفال التوحديين منها على سبيل المثال لا الحصر ما يأتي:

(١) البرامج العلاجية الموجهة للأطفال التوحديين:

تتضمن برامج العلاج السلوكي، علاج اللغة والاتصال، وبرنامج العلاج باللعب؛ لتنمية الاتصال اللغوي لديه.

أ) أنشطة أداء الألعاب الحركية:

يرى الباحث أن العلاج بالألعاب الحركية ينمي ويطور مهارات التعاون، ويقلل من حدة النشاط الزائد، ويجعله يخرج من قوقعته المنغلقة على ذاته؛ ليتصل بمن حوله فيبدأ ملاحظة الآخرين في تجربة عشوائية تُحدث أثراً في مساعدتهم على التخلص من مشكلات حدة النشاط الزائد، فاللعب هو طريقة الطفل في اكتشاف العالم من حوله، والتوافق معه، واللعب بالنسبة للطفل المعاق هو نفسه لدى الطفل العادي، ولكن ينقصه فقط التوجيه والإرشاد، وتدريب الطفل على كيفية استخدام اللعب بطريقة مفيدة له. وهنا كان للعب أثاره البناءة على تنمية مهارة الانتباه- التقليد- التعبير- وبالتالي المشاركة والتعاون مع الأقران. ويستخدم العلماء برامج العلاج باللعب مع التوحديين، لتنمية اتصالهم بالمحيطين بهم، ويجعلون من اللعب أساس لأي برنامج مقدم لهؤلاء الأطفال.

مما سبق يتضح أهمية العلاج باللعب في تحقيق التفاعل، والاتصال الاجتماعي مع الآخرين، حيث أن ألعاب التصفيق، وألعاب التوافق الحس حركي بين كلاً من العين واليد والسمع، تزيد من قدرة الأطفال على الانتباه خاصة تلك الأصوات الصادرة من وسائل متعددة سواء أكانت تصفيق باليد، أم خبط بالقدم، أم أصوات صادرة من البيئة المحيطة، والتي يسهل على الطفل استيعابها والشعور بها وبالتالي التعبير عنها.

ب) العلاج باللعب:

هو فنية من فنيات العلاج النفسي التي تقوم على أساس استخدام اللعب بشكل مقنن حيث يقدم للطفل مجموعة من الألعاب ويشجع على أن يعبر عن مشاعره بما في ذلك مشاعر الحزن والألم، وأشارت بعض

الدراسات إلى أهمية استخدام اللعب في علاج الأطفال التوحديين، وأن الألعاب الحركية والحسية لها قدرة هائلة في مساعدة الأطفال التوحديين على زيادة قدرتهم على التعامل السليم مع المكان الذي يتواجد فيه، كما زادت من قدرتهم على الانتباه والتواصل مع الآخرين بشكل فعال والاندماج معهم في كافة الأنشطة المشتركة وهذا بدوره ساعد على التقليل من حدة الاضطرابات السلوكية بشكل فعال ومؤثر، مثل دراسة (Melissa&Ropert 2004) التي أكدت على أهمية استخدام الأنشطة لتنمية المهارات المعرفية المختلفة وذلك من خلال أنشطة اللعب الاجتماعي الدرامي، ودراسة (Boker,2000) التي أشارت إلى أهمية اللعب لتسهيل التفاعل الاجتماعي بين الأطفال التوحديين وأشقائهم، (Edelson 1999) وأكدت هذه الدراسة على أن وجود مهارات اللعب ضعيفة لا تعيق استخدام اللعب كبيئة للتعلم وأن الطفل التوحدي يجد طرق للتواصل أو التفاعل مع الآخرين عن طريق اللعب.

وحددت اكسلين أن استخدام العلاج الجماعي قد يكون أكثر فائدة من العلاج الفردي مع الحالات التي تتركز فيها مشاكل الأطفال حول النشاط الاجتماعي، وعندما يتركز العلاج حول مشاكل انفعالية عاطفية عميقة يكون العلاج الفردي أجدى من العلاج الجماعي. إذن فالعلاج الجماعي ضروري لحالات معينة من الاضطرابات، نذكر نماذج منها فيما يلي:

- الشخصيات الانسحابية.
- الشخصيات غير الناضجة.
- الأطفال الذين يدعون مهارات وهمية.

- الأطفال الذين يعانون مخاوف شاذة.
- الأطفال ذوو العادات السيئة.
- النماذج العدوانية.

واللعب هو أول أشكال الاتصال لدى الطفل وهو الوسيلة الأولى التي يفهم بها الطفل عالم الكبار وكيفية التعامل مع الآخرين، ويستخدم العلاج باللعب كطريقة هامة في علاج الأطفال المشكلين وكذلك في تنمية الاتصال لدى الأطفال العاديين والمعاقين.

ويستخدم العلماء برامج العلاج باللعب مع التوحديين لتنمية اتصالهم بالمحيطين بهم، ويضعون اللعب كأرضية أساسية في أي برنامج مقدم لهؤلاء الأطفال.

أساليب اللعب العلاجية:

تقسم أساليب اللعب العلاجية إلى:

أ. اللعب غير الموجه:

تشير (سوزانا ميلر) إلى أن إتباع العلاج باللعب غير الموجه يعتقدون أن اللعب الحر دون أي توجيه من الكبار، يعالج الاضطرابات الانفعالية، ويتصور أصحاب هذه المدرسة أن دور المعالج ينبغي أن يكون دوراً سلبياً تماماً، مقتصرأ على خلق جو من الصداقة والتقبل، يستطيع المريض في نطاقه أن يتوافق مع مشكلاته.

وقد وضعت "اكسلين" مجموعة من المبادئ التي يستند إليها

العلاج باللعب غير الموجه وهي:

- تقبل الطفل كما هو.

- تهيئة الظروف التي تتصف بالتسامح في العلاقة بالطفل حتى يشعر بحرية تامة في التعبير عن مشاعره الإيجابية.
- حساسية المعالج ودقته في إدراك مشاعر الطفل التي عبر عنها ثم عكس تلك المشاعر إلى الطفل بطريقة تعطي الطفل فرصة الاستبصار في سلوكه.
- عدم توجيه نشاط اللعب أو أحاديثه، فالطفل هو الذي يوجه نفسه والمعالج يتابعه فقط.
- أن يظهر المعالج احترامه العميق لقدرة الطفل على حل مشكلاته، وأن يترك مسؤولية الاختيار وإحداث التغيير إلى الطفل وحده.
- عدم التعجل بإنهاء الجلسات نظرا لان العلاج غير الموجه عن طريق اللعب يتطلب وقتا من الطفل والمعالج على السواء.

ب. اللعب الموجه:

هو لعب مخطط وفيه يحدد المرشد مسرح اللعب ويختار اللعب والأدوات بما يتناسب مع عمر الطفل وخبرته بحيث تكون مألوفة له تستثير نشاطا واقعيا، أو تقترب إلى الواقع ويصمم اللعب بما يتناسب ومشكلة الطفل، ثم يترك الطفل يلعب جو يسوده العطف والتقبل، وغالبا ما يترك المرشد في اللعب فقرة جديدة، ويُعد أنا فرويد من بين الأوائل الذين أدركوا ما في اللعب من قيمة علاجية بوصفه بديلا جزئيا عن أساليب العلاج اللفظية. (في: محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٤: ٩٤-٩٥)

أهمية استخدام العلاج باللعب للأطفال التوحديين:

يعتبر اللعب بالنسبة للطفل المعاق هو نفسه بالنسبة للطفل العادي ولكن ينقصه شيئا واحدا، ألا وهو إرشاد وتوجيه وتدريب الطفل المعاق

لكيفية استخدام اللعب بطريقة مفيدة له. (سهى أحمد أمين، ٢٠٠١: ١٤٨) وأكد (Taft&Allen) أن العلاج باللعب يهتم بحاجة الطفل للمساعدة لأن يجد نفسه من خلال علاقته بالمعالج، حيث تعتبر ساعة العلاج خبرة نمو مركزة للطفل، فقد يدرك الطفل تدريجياً كيان الشخص المستقبل ويدرك ماله من قدرات خاصة به.

(سهير محمود أمين، ٢٠٠٢: ١٠٨)

ولذلك وجد الباحث ضرورة استخدام العلاج باللعب داخل البرنامج النفسحركي المقترح للتدخل المبكر للأسباب التالية:

١. أن اللعب من الأساليب الهامة في تعليم الأطفال وتشخيص وعلاج مشكلاتهم واضطراباتهم النفسية والسلوكية.
٢. أن اللعب أفضل وسيلة للتواصل مع الطفل وإقامة علاقة بين المرشد وبين الطفل.
٣. أن الطفل التوحدي يتواصل مع الألعاب ويتعرف عليها خلال جلسات اللعب وهذا يؤدي إلى جذب انتباهه والبدء في خروجه من قوقعته، ويبدأ في التفاعل مع الأشخاص المحيطين به.
٤. يعتبر اللعب أسلوب علاجي لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية مثل إيذاء الذات ونقص الانتباه وعجز التواصل لدى الأطفال التوحديين.
٥. يمكن عن طريق اللعب زيادة إدراك الطفل لبعض المفاهيم والأشياء المحيطة به وبالتالي تذكرها عندما يلعب مرة أخرى.

ثالثاً: فروض البحث:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات الأطفال التوحديين القابلين للتعليم قبل وبعد تطبيق البرنامج النفسحركي المقترح

على مقياس اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) للطفل التوحدي القابل للتعلم لصالح القياس البعدي.

٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات الأطفال التوحديين القابلين للتعليم في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) للطفل التوحدي القابل للتعلم.

رابعاً: إجراءات البحث الميداني:

(أ) العينة:

اخترت العينة بالطريقة العمدية، حيث روعي في اختيار العينة أن تكون من أطفال مركز سيتي التابع لكاريتاس مصر، وتكونت العينة من اثني عشر طفلاً وطفلة من (٥-٦) سنوات من الأطفال التوحديين القابلين للتعلم ومتجانسين في درجة التوحد حسب سجلات وتقارير مركز سيتي.

★ إجراءات التجانس بين أفراد العينة:

قام الباحث بالتأكد من تجانس عينة البحث من الأطفال التوحديين القابلين للتعلم، في العمر الزمني ونسبة الذكاء والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي؛ حيث استعان الباحث بسجلات مركز سيتي في قياس نسبة التوحد لدى العينة.

وقد قام الباحث بتطبيق اختبار استانفورد بنيه لقياس ذكاء الأطفال عينة البحث، كما قام بحساب العمر الزمني، وكذلك تطبيق مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة المصرية

(إعداد: محمد ببيومي خليل، ٢٠٠٠)، وذلك من خلال المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت" لتكافؤ الأطفال أفراد عينة البحث. ويوضح جدول رقم (١) نتائج تكافؤ أفراد عينة البحث.

جدول (٨)

المتوسط الحسابي والانحراف

المعياري وقيمة "ت" لنسبة الذكاء والعمر

الزمني ودرجات المستوى الاجتماعي والاقتصادي الثقافي

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الأطفال التوحيديين القابلين للتعلم ن = ١٢		العينة
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
غير دالة	٠.٧٢	٤.٦٧	١٦.٥٣	المتغيرات نسبة الذكاء
غير دالة	٠.١٨	٠.٣١	٥.٢٨	العمر الزمني
غير دالة	١.٤٤	٣.٠٨	١٧.٩٣	المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (١١)، ومستوى دلالة (٠.٠٥) = ١.٧١٧، وعند مستوى دلالة (٠.٠١) = ٢.٥٠٨

أسفرت النتائج المدونة بالجدول (١) والخاصة بالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم "ت" لنسبة الذكاء والعمر الزمني والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة المستخدمة لتكافؤ عينة البحث عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال عينة البحث في درجاتهم حيث كانت قيمة "ت" المحسوبة أقل من مثلتها بجدول "ت" عند درجات حرية (١٠) مما يدل على تكافؤ مجموعة البحث.

ب) أدوات البحث:

يستخدم البحث الحالي الأدوات التالية:

١) مقياس اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) للطفل التوحدي القابل للتعلم (للمعلمين والوالدين) (إعداد الباحث).

أ- الهدف من المقياس:

يهدف هذا المقياس إلي تحديد الأطفال التوحديين القابلين للتعليم ذوي فرط النشاط الحركي، ومعرفة مقدار ضعف القدرة على الانتباه لديهم، وكذلك مقدار فرط النشاط الحركي، والاندفاعية.

ب- إعداد المقياس:

تم اختيار المفردات المناسبة للطفل التوحدي القابل للتعلم بعد الإطلاع على مقاييس أخرى سواء من البيئة المصرية أو غيرها، مثل مقياس كل من: التصنيف العاشر للطب النفسي (١٩٩٢) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders، عبد العزيز الشخص (١٩٩٦)، سيد أحمد (١٩٩٩). وتكون المقياس من ثلاثة محاور رئيسة، ويندرج تحت كل محور مجموعة من المظاهر السلوكية للعرض الأساسي التي تندرج تحته. وقد قسم الباحث المقياس إلي جزئين كلا منهما يكمل الآخر، جزء خاص بالمعلمة، والآخر خاص بالوالدين. وبلغ عبارات المقياس (٦٣) عبارة، موزعين على ثلاثة محاور هي:

١. ضعف القدرة على الانتباه: وهي الإتيان بمجموعة من السلوكيات المشاهدة والملحوظة، والتي تتسم بعدم القدرة علي الاستدعاء السريع للانتباه والاحتفاظ به وتشتته عند دخول أي مثير خارج الدائرة الانتباهية لهم.

٢. فرط النشاط الحركي: وهو الإتيان بمجموعة من السلوكيات المشاهدة والملحوظة، والتي تتسم بالحركة الزائدة عن الحد المسموح به

والمعتاد مع خلوها من هدف واضح، وصعوبة البقاء بثبات وهدوء في المكان لفترة طويلة.

٣. الاندفاعية: وهو الإتيان بمجموعة من السلوكيات المشاهدة والملاحظة، والتي تتسم برد الفعل الفجائي لأول استجابة تظهر لديهم للمثير الذي يرى، ومن ثم تفتقد تلك السلوكيات للتفكير المسبق أو المتأنى قبل الاستجابة.

والجدول التالي يوضح توزيع عبارات مقياس فرط النشاط الحركي للطفل التوحدي القابل للتعلم على محاوره الثلاثة في كل من الجزئين (المعلمة) و (الوالدين):

جدول (٩)

توزيع عبارات مقياس فرط النشاط الحركي للطفل التوحدي القابل للتعلم على محاوره الثلاثة في كل من الجزئين (المعلمة) و (الوالدين)

م	الأبعاد	أ- مقياس فرط النشاط الحركي للطفل التوحدي القابل للتعلم للمعلمة		ب - مقياس فرط النشاط الحركي للطفل التوحدي القابل للتعلم للوالدين	
		عدد العبارات	أرقام العبارات	عدد العبارات	أرقام العبارات
١	ضعف القدرة على الانتباه	١٢	من ١ إلى ١٢	١٠	من ١ إلى ١٠
٢	فرط النشاط الحركي	٩	من ١٣ إلى ٢١	١٠	من ١١ إلى ١٩
٣	الاندفاعية	١٢	من ٢٢ إلى ٣٣	١٠	من ٢٠ إلى ٣٠
مجموع = ٦٣ عبارة		٣٣ عبارة		٣٠ عبارة	

ج. تصحيح المقياس:

تم تصحيح المقياس وفق ميزان ثلاثي: (غالبا، أحيانا، مطلقا)، حيث تحسب ثلاث درجات للوزن (غالبا)، ودرجتان للوزن (أحيانا)، ودرجة واحدة للوزن (مطلقا)، وبذلك تصبح الدرجة العظمى للاختبار (١٨٩)، والدرجة الدنيا له (٦٣)، وتدل الدرجة العليا للمقياس على فرط النشاط للطفل التوحيدي، والدرجة المنخفضة على قلة فرط النشاط.

د. صدق وثبات المقياس:

للتحقق من صدق المقياس استخدم الباحث طريقة صدق المحكمين*، وذلك بعرض المقياس على مجموعة من الخبراء والمتخصصين وأساتذة الجامعات في مجال علم النفس التربوي والصحة النفسية، وكان الهدف معرفة آراء المحكمين في مدى مناسبة عبارات المقياس لما أعد لقياسه، وكذلك إعادة صياغة العبارات، وقد تم إعادة صياغة بعض العبارات، وحذف البعض الآخر، وإضافة عبارات جديدة وقد تم استبعاد العبارات التي قلت نسبة الاتفاق عليها من المحكمين عن (٨٠%).

هـ. ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ:

تم تقدير ثبات مفردات مقياس فرط النشاط الحركي للطفل التوحيدي القابل للتعلم بمحاوره الثلاثة، وقسميه (الوالدين، والمعلمة) باستخدام طريقة ألفا كرونباخ وقد تراوحت قيم معاملات الثبات لقسم الوالدين ما بين (٠.٨٥١ - ٠.٩٠٢)، وقسم المعلمة ما بين (٠.٨٦٣ - ٠.٩٤٢) وهي قيم مرتفعة للثبات.

* انظر ملحق رقم (٤)

٢) البرنامج النفسحركي المقترح للحد من اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) لدى الأطفال التوحديين القابلين للتعليم (إعداد الباحث).

قام الباحث بإعداد البرنامج النفسحركي المقترح في ضوء المظاهر السلوكية الخاصة بمشكلة نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط)، والانتقال بالطفل التوحدي القابل للتعلم تدريجياً عبر البرنامج المقترح وذلك بإنجاز الأهداف السهلة القابلة للتحقق (التي في متناول قدرته) في المراحل الأولى من البرنامج، للحد من اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) تمهيداً للوصول إلي المستويات العليا في البرنامج المقترح، بهدف تعزيز الأداء لدى الأطفال التوحديين القابلين للتعلم، وتدعيم شعورهم الذاتي بالإنجاز والرضا.

أهداف البرنامج النفسحركي المقترح:

الهدف العام:

إكساب الطفل التوحدي القابل للتعلم القدرة علي ضبط السلوك من خلال التدريب علي مجموعة من المهارات وفتيات العلاج النفسحركي.

الأهداف الفرعية:

- أن يستمر الطفل التوحدي القابل للتعلم في أداء نشاط معين لفترة زمنية محددة تريد بالتدرج.
- أن يركز الطفل التوحدي القابل للتعلم انتباهه في النشاط الحركي المطلوب منه.

- أن ينتبه الطفل التوحدي القابل للتعلم للتفاصيل.
- أن ينشغل الطفل التوحدي القابل للتعلم بما يعمل.
- أن يبدأ الطفل التوحدي القابل للتعلم النشاط الحركي بعد إعطاء إشارة البدء.
- أن يقلل الطفل التوحدي القابل للتعلم من حركاته العشوائية غير الهادفة.
- أن يتابع الطفل التوحدي القابل للتعلم شرح الباحث.
- أن يتذكر الطفل التوحدي القابل للتعلم الخبرات والمواقف الحركية.
- أن ينتهي الطفل التوحدي القابل للتعلم من النشاط الحركي المكلف به قبل سماع صوت الصفارة.
- أن ينتظر الطفل التوحدي القابل للتعلم دوره في اللعب.
- أن يبدأ الطفل التوحدي القابل للتعلم النشاط الحركي بعد انتهاء الباحث من إلقاء التعليمات.
- أن يشارك الطفل التوحدي القابل للتعلم أقرانه أعمال الترتيب والنظام.
- أن يتوقف الطفل التوحدي القابل للتعلم عن اللعب بالأدوات غير ذات العلاقة بالنشاط.
- أن يركز الطفل التوحدي القابل للتعلم في العمل المطلوب منه.
- أن يشارك الطفل التوحدي القابل للتعلم أقرانه في الأعمال الحركية التعاونية.
- أن يكتسب الطفل التوحدي القابل للتعلم السلوك الاجتماعي الملائم أثناء اللعب.

أسس بناء البرنامج النفسي:

(أ) الأسس النظرية للبرنامج المقترح:

يستند البرنامج النفسي المستخدم في البحث الحالي إلى معطيات النظرية المعرفية السلوكية في تعديل السلوك وتطبيقاتها في علاج المشكلات السلوكية لدى الطفل. والتي تعتمد على النموذج المعرفي لأرون بيك Aron Beck، والفنيات المعرفية السلوكية التي تعتمد على الأساليب الانفعالية والأساليب السلوكية لألبرت إليس Albert Ellis، وتعديل السلوك المعرفي لميتشنيوم Meichenbaum ويقوم البرنامج المقترح على مبدئين أساسيين هما:

- السلوك موضوع الاضطراب هو محصلة للظروف البيئية والاجتماعية المحيطة بالطفل، وتأسيسا على ذلك فإن تغيير وتعديل السلوك المضطرب يرتبط بحدوث تغيير وتحسين في الظروف المحيطة به (الأسرة والروضة).
- إن تعديل الأفكار والمفاهيم الخاطئة، والتي ارتبطت بمفهوم العادات السلوكية الخاطئة تؤثر على مفاهيم وسلوكيات الطفل، وفي المقابل لذلك فإن تدريب الطفل على تعديل معتقداته وعاداته في التفكير، وفي استجاباته وقدراته على طرح أفكاره وحلول وبدائل للمشكلات من خلال استخدام أساليب وإجراءات وفنيات العلاج النفسي.

(ب) الأسس النفسية للبرنامج المقترح:

١. إثارة الدافعية والتشويق لدى المستفيدين من البرنامج.
٢. ارتباط محتوى البرنامج باهتمامات المستفيدين وميولهم.

٣. تتناسب مجالات النشاط مع أساليب التعلم للأطفال التوحديين القابلين للتعلم.

(ج) الأسس التربوية للبرنامج المقترح:

وذلك من خلال مراعاة الخصائص العامة للنمو في مرحلة الطفولة المبكرة، وكذلك خصائص الأطفال التوحديين القابلين للتعليم المصحوب بفرط النشاط، وذلك من خلال التدرج من المستوي السهل، الذي يستطيع الطفل فيه تحقيق أهداف بسيطة وسهلة، ثم ينتقل إلي مستوي أعلي في النشاط أو المهارة، حتى يكون ذلك بمثابة تقدير ذاتي للطفل، ودافع للرضا والإنجاز لديه.

(د) الأساليب العلاجية التي تم الارتكاز عليها في تنفيذ البرنامج المقترح:

قام الباحث باستخدام أسلوب العلاج السلوكي والعلاج باللعب وذلك كما يلي:

(١) العلاج السلوكي:

يقوم البرنامج النفسحركي المقترح على أساس العلاج السلوكي للتعامل مع الأطفال التوحديين واستخدام طرق تعديل السلوك، باستخدام المكافأة للسلوك الجيد وتجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة. والعلاج السلوكي هو علاج نفسي يعتمد على تعلم الاستجابات الشرطية كما يعتمد على مفاهيم المدرسة السلوكية، ويستهدف مباشرة تعديل العادات والسلوكيات وتحرير المريض من الأعراض مباشرة، ويتم فيه استبدال العادات السلبية بعادات ايجابية.

وهو نمط من العلاج النفسي مؤسس على نظرية التعلم الشرطي ومبادئها، ويفترض أن الأعراض المرضية إن هي إلا عادات متعلمة بطريق تعلم خاطئ، وعن طريق التشريط يمكن إزالة هذه الأعراض أو محوها أو تحرير المرضى منها، وذلك عن طريق التشريط وإعادة التشريط.

ويختلف هذا المنهج عن نظرية التحليل النفسي التي تقترض أن هناك مرضا يكمن وراء هذه الأعراض، وإنما المرض هو العرض النفسي. وفي هذا المنهج يتم عزل جزء واحد من الأعراض والتعامل معه وإزالته خطوة خطوة.

أما تعديل السلوك يتم فيه مواجهة الأعراض بصورة مباشرة دون البحث عن الأسباب أو التعمق في دراسة شخصية المريض أو معرفة ماضيه، وبحث شعوره أو لا شعوره. ويقصد طبعا بالسلوك المراد تعديله هو السلوك الظاهري الخارجي وليس الباطني أو الضمني أو المستتر وهو سلوك حقيقي وليس رمزيا.

(عبد الرحمن العيسوي، ٢٠٠٥: ١٥١-١٥٢)

ومنهج تعديل السلوك هو أحد فروع العلاج السلوكي Behavior Therapy وغاية الأمر أن منهج تعديل السلوك Behavior Modification يعتمد على مبادئ التعلم الشرطي الأداثي أو الإجرائي، وخاصة أعراض النقص في قدرات المريض على التواصل أو الاتصال وقدرات المريض على رعاية نفسه والبعد عن النشاط المؤذى لنفسه. والخطوة الأولى في منهج تعديل السلوك تكمن في تحديد السلوك المستهدف للعلاج، والخطوة الثانية السيطرة على هذا السلوك من خلال

تقديم التعزيزات أي المكافآت أو العقوبات أي التعزيز الإيجابي أو السلبي. (عبد الرحمن العيسوي، ٢٠٠٥: ١٤٤)

حيث إن التقنيات السلوكية العامة تشكل جوهر معظم التدخلات التي تتم مع الأطفال التوحديين، وقد تم تقديم التدخلات السلوكية أساساً للتعامل مع سلوكيات الأطفال التوحديين التي تلحق الضرر بالذات مثل ضرب الرأس بعنف، والعض، وغيرها من السلوكيات التي تلحق الضرر بالنفس، وبالتالي تعوق عن الاشتراك في الأنشطة الاجتماعية. وحديثاً أصبحت التدخلات السلوكية تميل للتركيز على التفاعلات الاتصالية والاجتماعية الإيجابية المتزايدة وكذلك تقليل السلوكيات السلبية. (Marian & Lisa, 1997: 179-180)

وهناك خطوات رئيسة في تعديل سلوك التوحدي: (أحمد جوهر،

١٩٩٨: ٥-٦)

- تحديد السلوك المستهدف (تصحيح أفعاله الخاطئة)
 - تعريف السلوك المستهدف (طلبه للشيء،...)
 - قياس السلوك المستهدف (الفترة الزمنية التي تمت ملاحظته فيها والخطوات التي تم إتباعها)
 - تحديد المتغيرات ذات العلاقة الوظيفية بالسلوك المستهدف (البيئة)
 - تصميم خطة العلاج (مع المدرسة- مع الأسرة- مع المدرب)
 - تنفيذ خطة العلاج (المرحلة التدخلية في العمل)
 - تقييم فعالية برنامج العلاج (مخرجات العلاج)
 - أهم النتائج المستخلصة للخطوات السابقة (وضع التوصيات اللازمة).
- وأوضحت الكثير من الدراسات أن البرامج التي تعتمد على نظريات العلاج السلوكي من أفضل الطرق العلاجية للطفل التوحدي.

مثل دراسة (حميدة السيد العربي السيد على عبده ٢٠٠٥) حيث أكدت على أهمية التدعيم وفاعليته في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال التوحديين دراسة (عبد المنان ملا معمور ١٩٩٧) التي أكدت على فاعلية البرنامج السلوكي في خفض مستوى القلق والسلوك العدواني والنشاط الحركي المفرط وزيادة في مستوى كل من الانتباه والعلاقات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين،

وفي ضوء ما سبق اختار الباحث العلاج السلوكي في هذا البرنامج النفسحركي المقترح للأسباب التالية:

- أنه أسلوب علاجي يمكن تدريب الوالدين على استخدامه مع الطفل وحتى يطبقوه بشكل سليم.
- أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل واضح بموضوعية دون تأثر بالعوامل الشخصية في نتائج القياس.
- أنه أسلوب يهتم بالأعراض الظاهرة ولا يهتم بالأسباب وهذا لأنه لا يوجد سبب معروف حتى الآن لاضطراب التوحد.
- أنه أسلوب يتم فيه استخدام المعززات للسلوك الصحيح لتنمية هذا السلوك عند الطفل بشكل مستمر.
- أنه ثبت من خلال الدراسات السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل بعض سلوكيات الأطفال التوحديين.

(٢) العلاج باللعب:

هو فنية من فنيات العلاج النفسحركي والتي تستند على استخدام النشاط الحركي بشكل مقنن؛ حيث يقدم للطفل مجموعة من الألعاب ويشجع على أن يعبر عن مشاعره بما في ذلك مشاعر الحزن والألم،

وأشارت بعض الدراسات إلى أهمية استخدام اللعب في علاج الأطفال التوحديين، وأن الألعاب الحركية والحسية لها قدرة هائلة في مساعدة الأطفال التوحديين على زيادة قدرتهم على التعامل السليم مع المكان الذي يتواجد فيه، كما زادت من قدرتهم على الانتباه والتواصل مع الآخرين بشكل فعال والاندماج معهم في كافة الأنشطة المشتركة وهذا بدوره يساعد على التقليل من حدة الاضطرابات السلوكية بشكل فعال ومؤثر.

واللعب هو أول أشكال الاتصال لدى الطفل وهو الوسيلة الأولى التي يفهم بها الطفل عالم الكبار وكيفية التعامل مع الآخرين، ويستخدم العلاج باللعب كطريقة هامة في علاج الأطفال المشكلين وكذلك في تنمية الاتصال لدى الأطفال العاديين والمعاقين. ويستخدم العلماء برامج العلاج باللعب مع التوحديين لتنمية اتصالهم بالمحيطين بهم، ويضعون اللعب كأرضية أساسية في أي برنامج مقدم لهؤلاء الأطفال.

خطوات إعداد البرنامج المقترح:

اعتمد الباحث في إعداد البرنامج النفسحركي المقترح على الإطار النظري والدراسات السابقة، والاستفادة منهما في بناء وإعداد البرنامج.

كما قام الباحث بالاطلاع على محتويات البرامج التي هدفت للعمل على تعديل السلوكيات المرتبطة باضطراب فرط النشاط لدى الأطفال التوحديين القابلين للتعليم، كما قام الباحث بملاحظة الأطفال التوحديين ذوي فرط النشاط، حيث تعرف على أهم السمات المميزة لهذه الفئة عن قرب.

الفنيات المستخدمة في البرنامج المقترح:

يستخدم الباحث في البرنامج النفسحركي المقترح مجموعة من الفنيات والتي اتفقت الدراسات على فاعليتها مع الأطفال التوحديين القابلين للتعليم ذوي فرط النشاط، وتلك الفنيات هي: النمذجة، التدعيم، التعليمات الذاتية، الاقتصاد الرمزي، لعب الدور، التكرار.

النمذجة: Modeling

تعتبر النمذجة جزء مهم من برامج كثيرة لتعديل الجانب السلوكي، وتستند إلي نظرية التعلم الاجتماعي Social learning، فهي ترى أن الإنسان يمكنه التعلم من خلال ملاحظة سلوكيات وأفعال الآخرين. وتكنيك النمذجة السلوكية هو تدعيم للسلوك ولكن بطريقة غير مباشرة، حيث يتم تدعيم تصرفات النموذج لكي يتعلم فيها المتدرب أو الملاحظ للنموذج، على هذا يعتبر تكنيك النمذجة السلوكية أسلوب من خلاله يمكن إعطاء القدوة أو النموذج مرة أخرى، لكي يري الطفل المثل والطريقة التي يسير عليها النموذج فيهندي به ويقلده في كل تصرفاته أو يتقرب إليه.

وتتوقف فاعلية النمذجة كأسلوب علاجي على شروط، لعل من أهمها وجود قدوة فعلية أو شخص يؤدي النموذج السلوكي المطلوب إتقانه، أو قدوة رمزية من خلال فيلم أو مجموعة من الصور المسلسلة بطريقة تكشف عن أداء السلوك، كما تزداد فاعليته التعلم بالنموذج عندما يكون عرض النموذج السلوكي مصحوبا بتعليمات لفظية تشرح ما يتم أو تصف المشاعر المصاحبة.

(عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣: ١٠٩-١١٢)

التدعيم (التعزيز): Reinforcement

يعرف التدعيم بأنه حدث أو موضوع أو بيان من شأنه زيادة تكرار سلوك مرغوب فيه. أما "سكنر" Skinner (١٩٨١) فيعرف التدعيم على أنه أي حادثة تعقب الاستجابة، ويكون من شأنها زيادة احتمالات معدلات تكرار حدوث الاستجابة.

وبصفة عامة فإن البرامج التي تعتمد على تعديل سلوكيات الأطفال عامة والأطفال التوحديين ذوي فرط النشاط من هدفها الأساسي هو تكوين سلوكيات جديدة مناسبة، وإنقاص السلوكيات غير المرغوب فيها، ويمكن تعديل سلوك فرط النشاط لديهم إلي أسلوب أفضل بواسطة التحكم في عواقب السلوك غير المرغوب فيه عن طريق استخدام أساليب التدعيم المختلفة.

التعليمات الذاتية: Self – Instruction

التعليمات الذاتية هي إحدى طرق العلاج المعرفي السلوكي، وهي طريقة تقوم على النظرية المعرفية "لميتشنيوم" Meichenbaum (١٩٩٧)، والتي ترى أن التعليمات الذاتية نوع من المعارف تؤثر في السلوك والانفعالات، ومن ثم فإن محور هذا العلاج يركز على الوعي بالتعبيرات اللفظية الذاتية السلبية التي يحدث بها العميل نفسه أثناء مواجهته للمواقف، واستبدالها بالتعليمات الذاتية التي تحث على ضبط السلوك وتوجيه السلوك نحو حل المشكلة.

وأوضح "ميتشنيوم" Meichenbaum أن المراحل التي تمر بها عملية العلاج هي ثلاث مراحل، المرحلة الأولى: هي الملاحظة الذاتية،

المرحلة الثانية: هي السلوكيات والأفكار الجديدة، المرحلة الثالثة: هي تطوير الجوانب المعرفية الخاصة بالتعبير.

الاقتصاد الرمزي: Token Economy

إن الاقتصاد الرمزي هو فنية علاجية واسعة الاستخدام، حيث تشير عديد من الدراسات إلي فعالية نظام النقاط أو النجوم (الاستيكر) لمكافأة الأطفال ذوى فرط النشاط الحركي لتكملة مهامهم، والانتباه، والبقاء في أماكنهم.

لعب الدور: Role playing

يتيح لعب الدور الفرصة للتفيس الانفعالي، وتفرغ الشحنات، والرغبات العدوانية المكبوتة، وكذلك مواجهة المشاحنات الأسرية، وبعض القصور في السلوكيات الاجتماعية. ويستخدم لعب الدور لبيان درجة النظر البديلة للمريض، وذلك يساعد المريض على ملاحظة أفكاره غير العقلانية واتجاهاته المختلفة، ويحاول تغيير وضعه غير الملائم إلي وضع أكثر تكيفا معرفيا.

التكرار: Rehearsal

يشير "لازاروس" Lazarus إلي أن التكرار السلوكي Behavior Rehearsal يسعى العميل من خلاله لملاحظة أداء المعالج، ثم يحاول تقليده أثناء الجلسات باستمرار، وعن طريق الممارسة والملاحظة يستطيع العميل اكتساب الأدوات الصحيحة بفاعلية أكثر، والتكرار يكون هو العملية المهمة في برامج إكساب المهارات، وذلك من أجل التدريب على المهارة المطلوب اكتسابها.

تقييم جلسات البرنامج المقترح:

يعد التقييم من العوامل المهمة لنجاح البرنامج النفسحركي المقترح، والتي يجب أن نوليها أهمية خاصة، حيث أنها خطوة ضرورية لتوضيح وبيان مدى كفاءة وفاعلية وتأثير البرنامج المقترح في تحقيق الأهداف التي يسعى إليها.

والتقييم كذلك يرشدنا إلى ما تعلمه الطفل التوحيدي القابل للتعلم، ونتائج النمو التي حققه نتيجة تعرضه لخبرات معينة، والفرق بين مستواه قبل تقديم الخبرة وبعدها، من خلال ملاحظة الطفل التوحيدي القابل للتعلم في أداء المهام ومناقشته فيها، وسيكون الاعتماد على تقييم الجلسات من خلال ملاحظة الطفل التوحيدي القابل للتعلم ومناقشته، ومتابعته وملاحظته في الجلسة، والتعرف على مدى تفاعله في أنشطة الجلسات.

الحدود المكانية للبرنامج المقترح:

تجرى الجلسات في ملاعب مركز سيتي لذوي الاحتياجات الخاصة بلوران، وهو مكان هادئ بعيد عن المشتتات والضوضاء والمثيرات، لمساعدة الطفل التوحيدي القابل للتعلم على تركيز انتباهه أطول فترة ممكنة.

المدى الزمني للبرنامج المقترح:

يصل عدد جلسات البرنامج النفسحركي المقترح في الدراسة إلى (٤٠) جلسة بمعدل جلستان أسبوعياً ويستغرق وقت الجلسة (٢٠) دقيقة تزيد بالتدريج إلى أن تصل في نهاية البرنامج إلى (٤٥) دقيقة.

عرض البرنامج على المحكمين:

- تم عرض البرنامج النفسحركي المقترح على مجموعة من السادة المحكمين ذوي الخبرة في المجال، وذلك لإبداء الرأي حول:
- ♦ مدى ارتباط أهداف البرنامج المقترح بالهدف العام.
 - ♦ مدى ملائمة محتوى البرنامج المقترح وأهدافه لعينة البحث.
 - ♦ مدى ملائمة محتوى البرنامج المقترح وأنشطته لتحقيق الأهداف الموضوعية له.

وقد أبدى السادة المحكمون بعض الملاحظات، وبعد إجراء التعديلات وفقاً لآراء المحكمين أصبح البرنامج المقترح معداً في صورته النهائية * صالحاً للاستخدام في تدريب الأطفال عينة البحث.

منهج الدراسة والتصميم التجريبي:

يعتمد البحث الحالي على المنهج شبه التجريبي كما تعتمد الدراسة في ذات الوقت على تصميم تجريبي ذو المجموعة الواحدة ذو التطبيقين القبلي والبعدي.

خامساً: نتائج الدراسة:

عرض نتائج الفرض الأول وتفسيرها:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات الأطفال التوحيديين القابلين للتعلم قبل وبعد تطبيق البرنامج النفسحركي المقترح على مقياس اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) للطفل التوحيدي القابل للتعلم لصالح القياس البعدي.

* ملحق رقم (٣) .

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تمت مقارنة متوسط رتب درجات عينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج، بمتوسط رتب درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج، علي مقياس اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) للطفل التوحدي القابل للتعلم المستخدم في الدراسة الحالية، وتم استخدام اختبار "ت" t.test للكشف عن دلالة الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي لعينة الدراسة. ويوضح الجدول التالي ما توصلت إليه النتائج:

جدول (١٠)

المتوسطات الحسابية والانحرافات

المعيارية وقيم ت للفروق بين درجات أفراد العينة في التطبيقين

القبلي البعدي لمقياس اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط)

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	التطبيق البعدي ن = ١٢		التطبيق القبلي ن = ١٢		المحور	القسم
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
غير دالة	١٥.٩٥	٠.٨٥	٢٠.٠٠	١.٠٣	٢٥.٨٣	ضعف القدرة على الانتباه	المعلمة
غير دالة	٢١.٣١	٠.٦٥	١٤.٣٣	١.١٦	٢٣.٠٨	فرط النشاط الحركي	
غير دالة	٢٩.٢٦	٠.٨٥	٢٠.٠٠	٠.٩٦	٢٥.٢٥	الاندفاعية	
غير دالة	٣١.١١	١.٩٢	٥٤.٣٣	١.٩٠	٧٤.١٧	إجمالي المعلمة	
غير دالة	٢٥.٦٩	٠.٥٢	١٤.٥٠	١.٢٤	٢٤.٥٠	ضعف القدرة على الانتباه	الوالدين
غير دالة	١٨.١٦	٠.٧٩	١٤.٠٨	٢.٠٢	٢٣.٣٣	فرط النشاط الحركي	
غير دالة	٢١.٣١	٠.٧٩	١٤.٤٢	١.٣١	٢٢.٩٧	الاندفاعية	
غير دالة	٣٨.٠٤	٠.١٣٥	٤٣.٠٠	٢.٦٣	٧٠.٧٥	إجمالي الوالدين	
غير دالة	٣٩.٣٦	٢.١٠	٩٧.٣٣	٣.١٢	١٤٤.٩٢	المقياس ككل	

قيمة T الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠١) ودرجة حرية (١١) = ٣.٠٥٥

يتضح من الجدول (٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسط رتب درجات الأطفال التوحديين القابلين للتعلم أفراد عينة الدراسة قبل وبعد تطبيق البرنامج في قسمي المقياس (المعلمة، والوالدين)، بمحاوره الثلاثة (ضعف القدرة على الانتباه، فرط النشاط الحركي، الاندفاعية) علي مقياس اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) للطفل التوحدي القابل للتعلم المستخدم في الدراسة الحالية، لصالح التطبيق البعدي، وبلغت قيمة "ت" بين التطبيقين القبلي والبعدي لعينة الدراسة في القسم الخاص بالمعلمة بمحور (ضعف القدرة على الانتباه) بلغت (١٥.٩٥)، ومحور (فرط النشاط الحركي) بلغت (١.٣١)، ومحور (الاندفاعية) بلغت (٢٩.٢٦)، بإجمالي لقسم المعلمة بلغ (٣١.١١)

أما بالنسبة للقسم الخاص بالوالدين في محور (ضعف القدرة على الانتباه) بلغت قيمة "ت" المحسوبة (٢٥.٦٩)، وفي محور (فرط النشاط الحركي) بلغت قيمة "ت" المحسوبة (١٨.١٦)، أما في محور (الاندفاعية) بلغت قيمة "ت" المحسوبة (٢١.٣١)، بإجمالي القسم الخاص بالوالدين بلغت قيمة "ت" المحسوبة (٣٨.٠٤)، وبالنسبة للمقياس ككل بلغت قيمة "ت" المحسوبة (٣٩.٣٦)، وهم جميعهم ذي دالة إحصائية عند درجة حرية (١١)، ومستوى دلالة (٠.٠١)، حيث بلغت قيمة "ت" الجدولية (٣.٥٥)، مما يدل علي تحقق الفرض الأول للدراسة، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات الأطفال التوحديين القابلين للتعلم قبل وبعد تطبيق البرنامج المقترح علي مقياس اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) للطفل التوحدي القابل للتعلم لصالح المقياس البعدي.

وتتفق نتائج الفرض الأول للبحث الحالي مع ما توصلت إليه دراسة كل من: عبد المنان ملا معمور (١٩٩٧)، Koegel, Robert (1997)، L., & Kerm, Iymn-Ed. (1997)، سميرة عبد اللطيف (١٩٩٨)، Leekam ،Claire M, Stuart P, David M, Rita J. (2000) Magiati I & Howlin ،SR &Lopez B, Moore C. (2000) P. (2001) ، Sally o & David L. (2001)، سهير محمود أمين (2001)، عبد الله (٢٠٠٢)، Kasarl C ،Joseph RM. et. al. (2002)، Emily A. et. ،Whalen C & Schreiban L. (2003)، (2002)، al. (2004)، Melissa, Dauphin & Ropertromer(2004)، حميدة السيد العربي السيد (٢٠٠٥)، محمد احمد محمود خطاب (٢٠٠٦)، حيث أكدت على أهمية استخدام الأنشطة لتنمية المهارات المعرفية المختلفة وذلك من خلال أنشطة اللعب الاجتماعي الدرامي، كما أكدت على أهمية اللعب لتسهيل التفاعل الاجتماعي بين الأطفال التوحديين وأشقاءهم، وأن الطفل التوحدي يجد طرق للتواصل أو التفاعل مع الآخرين عن طريق اللعب. ويهتم العلاج باللعب بحاجة الطفل للمساعدة لأن يجد نفسه من خلال علاقته بالمعالج، حيث تعتبر ساعة العلاج خبرة نمو مركزة للطفل، فقد يدرك الطفل تدريجيا كيان الشخص المستقبل ويدرك ماله من قدرات خاصة به.

نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني علي أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات الأطفال التوحديين القابلين للتعليم في القياسين البعدي والتبعي لمقياس اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) للطفل التوحدي القابل للتعلم".

وللتحقق من صدق هذا الفرض تم معالجة البيانات باستخدام اختبار "ت" للمجموعة الواحدة، والجدول (٤) يوضح النتائج المتوصل إليها:

جدول (٤)

المتوسطات الحسابية والانحرافات

المعيارية وقيم ت للفروق بين درجات أفراد العينة في التطبيقين البعدي والتتبعي لمقياس اضطراب نقص الانتباه (لمصحوب بفرط النشاط)

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	التطبيق التتبعي ن = ١٢		التطبيق البعدي ن = ١٢		المحور	القسم
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
غير دالة	٢.٣٥	٠.٧٨	٢٠.٣٣	٠.٨٥	٢٠.٠٠	ضعف القدرة على الانتباه	المعلمة
غير دالة	١.٣٩	٠.٥١	١٤.٥٨	٠.٦٥	١٤.٣٣	فرط النشاط الحركي	
غير دالة	١.٤٨	٠.٧٢	٢٠.١٧	٠.٨٥	٢٠.٠٠	الاندفاعية	
غير دالة	٢.٤٦	١.٤٤	٥٥.٠٨	١.٩٢	٥٤.٣٣	إجمالي المعلمة	
غير دالة	١.٨٢	٠.٧٩	١٤.٩٢	٠.٥٢	١٤.٥٠	ضعف القدرة على الانتباه	الوالدين
غير دالة	١.٩١	٠.٥١	١٤.٥٨	٠.٧٩	١٤.٠٨	فرط النشاط الحركي	
غير دالة	١.٩١	٠.٩٩	١٤.٩٢	٠.٧٩	١٤.٤٢	الاندفاعية	
غير دالة	٣.٠٤	١.٣١	٤٤.٤٢	٠.١٣٥	٤٣.٠٠	إجمالي الوالدين	
غير دالة	٣.٠٢	١.٧٨	٩٩.٥٠	٢.١٠	٩٧.٣٣	المقياس ككل	

قيمة T الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠١) ودرجة حرية (١١) = ٣.٠٥٥

ينضح من الجدول (٤) تحقق الفرض الثاني من فروض البحث، حيث لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات الأطفال التوحيديين القابلين للتعلم في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) للطفل التوحيدي القابل

للتعلم، وبذلك يتضح فاعلية البرنامج المقترح في الحد من اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) للطفل التوحيدي القابل للتعلم. وتتفق نتائج الفرض الثاني للبحث الحالي مع ما توصلت إليه دراسة كل من: سميرة عبد اللطيف (١٩٩٨)، Leekam SR (2000)، Sally o & David L. ،&Lopez B, Moore C. (2001)، سهير محمود أمين عبد الله (٢٠٠٢)، Kasarl C (2002)، Emily A. et. al. ،Whalen C & Schreiban L. (2003)، (2004)، Melissa, Dauphin & Ropertromer(2004) حميدة السيد العربي السيد (٢٠٠٥)، محمد احمد محمود خطاب (٢٠٠٦)، حيث أكدت على أن البرامج الفعالة ذات ثبات، وتدوم الأطفال، وتكون جزء من سلوكهم، وهذا يعني أن البرنامج النفسحركي المقترح والمستخدم في البحث الحالي ذو فاعلية وثبات في الحد من اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) لدى الأطفال التوحيدين القابلين للتعليم.

سادساً: استخلاصات البحث:

من النتائج السابقة يمكن استخلاص النتائج التالية:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأطفال التوحيدين القابلين للتعليم قبل وبعد تطبيق البرنامج النفسحركي المقترح على مقياس اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) للطفل التوحيدي القابل للتعلم لصالح القياس البعدي.
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأطفال التوحيدين القابلين للتعليم في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) للطفل التوحيدي القابل للتعلم.

سابعاً: التوصيات:

- تأسيساً على نتائج البحث أمكن التوصل إلى التوصيات التالية:
١. زيادة فرص الاحتكاك مع الأطفال التوحديين القابلين للتعلم عن طريق الأنشطة والألعاب التعليمية للحد من اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط).
 ٢. ينبغي إجراء المزيد من البحوث حول دراسة أكثر الأسباب التي تؤدي إلى اضطراب نقص الانتباه، وإزالة المؤثرات التي تشتت انتباه الطفل التوحدي القابل للتعلم.
 ٣. إجراء المزيد من البحوث والدراسات حول الإرشاد الوالدي وذلك لتحسين الاتجاهات الوالدية نحو الطفل التوحدي القابل للتعلم.
 ٤. إجراء المزيد من الدراسات عن الطفل التوحدي القابل للتعلم ومحاولة علاج أوجه القصور فيه.
 ٥. التوسع في هذه الدراسة لتشمل عينة من كافة أنحاء الوطن العربي للتعرف على أثر البرنامج النفسحركي المقترح في الحد من اضطراب نقص الانتباه (المصحوب بفرط النشاط) للطفل التوحدي القابل للتعلم.
 ٦. تفعيل دور الإعلام في تغيير الاتجاهات نحو ذوي الاحتياجات الخاصة مع العاديين.
 ٧. العمل على عقد دورات تدريبية لغير المتخصصين في التربية الخاصة ويعملون مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

١. أحمد جوهر (١٩٩٨): التوحد العلاج باللعب، الكويت، دار النشر بالكويت.
٢. أمين أنور الخولي، أسامة كامل راتب (١٩٩٨): التربية الحركية للطفل، القاهرة: دار الفكر العربي.
٣. بطرس حافظ بطرس (٢٠٠٥): فعالية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية بعض المهارات اللغوية في تحسين الأداء السلوكي الاجتماعي للأطفال ما قبل المدرسة التوحيديين (بحث منشور في المؤتمر العربي لمعلمة الروضة (إعدادها- تدريبها - رعايتها) في ضوء التكامل بين العلوم، من ١٠-١١ ابريل.
٤. بطرس حافظ بطرس (٢٠٠٩): سيكولوجية الدمج في الطفولة المبكرة، عمان: المسيرة للنشر والتوزيع.
٥. يوشيل، وايدانمان، سكولا، بيرند (٢٠٠٤): الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الكتاب المرجعي لآباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، (ترجمة: كريمان بدير)، القاهرة: عالم الكتاب.
٦. جوزيف ف.ريزو، رويارت ه. زابل (١٩٩٩): تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً - النظرية والتطبيق، ج ١، ترجمة: عبد العزيز سيد الشخص، زيدان أحمد السرطاوي، القاهرة: دار الكتاب الجامعي.
٧. جوليانا بيرانتوني سافاريزي (٢٠٠١): التربية النفسحركية والبدنية والصحية في رياض الأطفال - النظرية والتطبيق، (ترجمة: عبد الفتاح حسن عبد الفتاح)، القاهرة: دار الفكر العربي.
٨. حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠١): "الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة الأسباب - التشخيص - العلاج"، موسوعة علم النفس العيادي (٤)، دار القاهرة الطبعة الأولى.
٩. حميدة السيد العربي السيد (٢٠٠٥): فاعلية التدعيم في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال التوحيديين، رسالة ماجستير، كلية التربية بور سعيد، جامعة قناة السويس.
١٠. خولة احمد يحيى (٢٠٠٠): الاضطرابات السلوكية والانفعالية، عمان، دار الفكر.
١١. راند خليل العبادي (٢٠٠٦): التوحد، عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
١٢. رشا عبدالرحمن محمد والي (٢٠٠٥): التقويم في التربية الرياضية، كلية التربية الرياضية - جامعة المنصورة، <http://www.almuaalem.net/mga/co11.html>.
١٣. رفعت محمود بهجات (٢٠٠٧): الأطفال التوحيديون جوانب النمو وطرق التدريس، القاهرة، عالم الكتب.