

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة وهران 2
محمد بن احمد
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس والأرطوفونيا



عنوان المذكرة:

العلاج باللعب عند طفل المتوحد

- دراسة ميدانية بالمركز البيداغوجي للمعاقين ذهنيا - إيستو - وهران -

مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس المرضي
والشواذ

وإشراف الأستاذ:
د. سلعة أحمد

إعداد الطالبة:
غنو مختارية

السنة الجامعية: 2015/2014



شكر وتقدير

الشكر لله أولا وأخيرا والحمد على ما أنعم به علينا والذي وفقنا للوصول إلى هذه
الدرجة

من العلم وإنهاء هذه المذكرة

كما نشكر بوجه الخصوص الأستاذ المؤطر الذي ساهم في توجيهي ومساعدتي لإنجاز
مذكرة التخرج لنيل شهادة ماستر في علم النفس المرضي والشواذ

ونتقدم بالشكر الجزيل كذلك إلى كل أطفال المركز البيداغوجي للمعاقين ذهنيا.

وإلى كل من ساهم من قريب أو بعيد لإنهائه.

إلى كل من أحاطنا بالرعاية والإرشاد إلى كل أساتذة معهد علم النفس وكذلك نشكر
اللجنة التي ستتقدم بكل تقدير لمناقشة عملنا هذا.

الإهداء..

إلى من علمني وزرع في قلبي الإيمان وحسن الأخلاق ورباني على الصدق والإخلاص
أبي العزيز حفظه الله

وإلى من غمرتني بعطفها ومحبتها إلى الحزن الدافئ والقلب الطيب، إلى من أحاطني
بدعواتها ومهما استرسلت في الكلام فلن أفي حقها مدى الحياة أُمي الغالية.

وإلى زوجي العزيز الذي ساندني طيلة مشوار الدراسي

وإلى توأم روحي أخي العزيز

إلى كل زميلاتي وزملائي من قريب أو بعيد

وإلى كل من عجز قلم عن ذكرهم، أهديكم ثمرة جهدي إلى كل الأساتذة الكرام.

ملخص البحث:

الكلمات المفتاحية: طفل المتوحد – اللعب

إشكالية البحث: مما متعارف لدينا أن بعض الأطفال يتمتعون بمهارات جيّدة، وبعضهم لديه تخلف عقلي وبعضهم عدواني وبعضهم الآخر منسحب ومنعزل في عالمه الخاص به، فليس هناك استجابات مشتركة يظهرها جميع الأطفال التوحديين، ولكن لكل طفل شخصيته وأنماطه السلوكية الخاصة به، ولهذا خصصنا في دراستنا هذه أن نأخذ عينة من فئة الأطفال مصابين باضطراب التوحد انطلاقاً من طرح التساؤلات الأساسية لإشكالية البحث الحالي:

– هل للعب دور في هذه الدراسة العيادية؟

– كيف نعيد إرصان وتطوير ممارسة اللعب؟

وللإجابة عن التساؤلات الإشكالية افترضنا الفرضيات التالية:

– قد يكون للعب دور هام عند الطفل المتوحد.

– قد نستطيع تطوير وإعادة بناء تقنيات جديدة من خلال اللعب.

ومن خلال هذه الفرضيات أجرينا دراستنا الميدانية على عينة مكونة من حالة أسلمنا فيها المنهج العيادي الذي يتضمن كل منه الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية ودراسة حالة.

لنستخلص في الأخير أن مشكلة اضطراب التوحد هي نوعاً ما حديثة الاكتشاف علماً بأنها ليست مرضاً نفسياً بل اضطراب نمائي عصبي يؤثر على جوانب عديدة ومختلفة من النمو والهدف هو التفاعل وإخراجه من الانطواء الذي يعيشه.

الموضوع	رقم الصفحة
شكر وتقدير	أ
الإهداء	ب
ملخص البحث	ج
مقدمة	هـ

الجانب النظري

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

1. إشكالية البحث	2
2. فرضيات البحث	3
3. أهمية الدراسة	3
4. أهداف الدراسة	3
5. أسباب ودوافع اختيار الموضوع	4
6. تحديد مصطلحات البحث	4

الفصل الثاني: اضطراب التوحد

تمهيد	6
1. لمحة تاريخية عن اضطراب التوحد	7
2. تعاريف ومفاهيم عامة للتوحد	8
3. أنواع التوحد	11
4. خصائص الأطفال المتوحدين	12
5. العوامل المسببة والنظريات المفسرة للتوحد	15
6. تشخيص التوحد	22
7. الأساليب العلاجية المتبعة في علاج أطفال التوحد	23
خلاصة	26

الفصل الثالث: العلاج باللعب

تمهيد	28
1. لمحة تاريخية عن العلاج باللعب	29
2. اللعب	31
3. تصنيفات اللعب	31
4. وظائف اللعب	34

35.....	5. خصائص اللعب
36	6. النظريات المفسرة للعب
38.....	7. العلاج باللعب
41.....	8. اللعب وحل المشكلات عند طفل التوحد
43.....	الخلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: منهجية البحث

45.....	تمهيد
45.....	1. تعريف المنهج العيادي
45.....	2. أدوات البحث
45.....	• دراسة الحالة
45.....	• مقابلة العيادية
46.....	• ملاحظة العيادية
47.....	3. مكان إجراء الدراسة
47.....	4. عينة البحث ومواصفاتها

الفصل الخامس: تقديم الحالة ومناقشتها

49.....	5. التقرير السيكولوجي للحالة
50.....	• عرض الحالة
51.....	• تقديم المقابلات
52.....	• ملخص المقابلات
53.....	• شبكة الملاحظة
55.....	6. مناقشة عامة

57 خاتمة

59 المراجع

الملاحق

المقدمة

الطفل هو نتاج تفاعلات مختلفة ومتباينة من العوامل المؤثرة في تكوين الطفل ونشأته قبل الحمل وأثناء الحمل وكذلك حتى مرحلة الولادة، وكذلك العوامل المؤثرة في نموه وتطوره بعد الولادة، فالطفل ينمو تحت تأثير عوامل داخلية أسرية وبيئية وكذلك مدرسية واجتماعية.

ودراسة الأطفال من الدراسات المعقدة، لأنها تواجه مشكلات منهجية وأخرى موضوعية ومن تلك الدراسات (دراسة الأطفال) وجد الأطفال غير العاديين في مجال التربية الخاصة.

فقد كان للأطباء والمربين الأوائل أمثال فروبل منتسوري (Frouble Moutsory) بياجيه (Piaget) وبينيه (Bénih)، و ستراس (Strace) آثارا واضحة ساهمت في تقدم ميدان التربية الخاصة إلى ما هو عليه في الوقت الحاضر، كما كان للتقدم الواضح في ميادين علم النفس والتربية والاجتماع والطب والقانون آثارا واضحة في تقدم موضوع التربية الخاصة.

وقد شهدت التربية الخاصة في تقدمها وتطورها العديد من التطورات والتغيرات في مفاهيمها وعلاقتها بالعلوم الأخرى في مختلف مجالات الحياة، وأصبح المجتمع بشكل عام ينظر إلى التربية الخاصة باعتبارها علم متخصص للتعامل مع تلك الفئات الأكثر خصوصية في المجتمع وهم فئة الأفراد ذوي الحاجات الخاصة الذين ينحرفون بشكل واضح وغير مألوف كما يعتبره المجتمع العادي، وهم تلك الفئات الأقل حظا عن غيرهم في المجتمع، كالأشخاص المعوقين عقليا وسمعيًا وبصريًا وحركيًا وذوي صعوبات التعلم، والمضطربين انفعاليا..... إلخ، بالإضافة إلى الأشخاص المتفوقين والموهوبين والمبدعين والعباقرة، وإذا كنا أسمينا أولئك الأشخاص بالأفراد الأكثر خصوصية، فهناك فئة هؤلاء الأفراد أكثر وأكثر خصوصية، وهم الأطفال المتوحدين.

فالتوحد هو أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل، وقد بدأ التعرف عليه منذ حوالي 60 سنة، ويعرف بصعوبة التواصل والتفاعلات الاجتماعية وباهتمامات ضيقة قليلة فالتوحد ليس بإعاقة يستحيل التعامل معها، بل الأطفال التوحديين لديهم قدرات كامنة نستطيع من خلال إظهارها وأن نجعلهم أكثر تواصلًا، أكثر تفاعلًا، أكثر تقبلًا من المجتمع.

وقد حاول الأطباء معرفة أسباب هذا المرض ورجح الكثير منهم الإصابة به إلى أسباب عضوية وليست نفسية رغم أنها مازالت غير محددة تمامًا، وبالتالي لم يعرف له دواء محدد، ورغم أن ذلك غير واضح حتى المستقبل القريب... إلا أن استعمال بعض المداخل الطبية والسلوكية والتعليمية أظهرت الكثير من التقدم مع هؤلاء الأطفال، وأفضل البرامج تحت إشراف هؤلاء الأطفال مع أسرهم ومجتمعهم وعدم عزلهم لأن ذلك سوف يزيد من توقعهم على أنفسهم وعدم استفادتهم من تقليد خبرات أقرانهم.

وبما أن التوحد هو من الأطفال فهو بالمثل يحتاج إلى اللعب، فللعب فعالية تجري لذاتها بصورة رئيسية بقصد المتعة، يندفع إلى القيام بها، عبر طائفة من الحركات الجسمية والنفسية، صغار سائر المخلوقات تحت تأثير ميل فطري.

فالصغير يكون دائم النشاط والحركة، وإن اللعب أحب له من أنواع النشاط الأخرى سيما الصغار من بني الإنسان حيث يتيح لهم أن يقولوا ويفعلوا ما لا يستطيعون قوله أو فعله في غير اللعب، فاللعب يعتبر مطلبًا حيويًا للحياة السوية في مراحل الطفولة المتعاقبة، لذا فإن نشاط الطفل الإنساني يتميز بأنه نشاط لعبي، بل أن إريكسون يعد اللعب ولا سيما في فترة الطفولة هو تعبير عن المظهر العقلي للقدرة البشرية وذلك لهضم خبرات الحياة، إذ أن الطفل يمر في نموه بخبرات يصعب عليه هضمها، فيخلق في لعبه مواقف نموذجية بسيطة يتغلب بواسطتها على الواقع، واللعب هو من أهم العوامل التي تمنحها البيئة للطفل التوحد كي يحقق عامل النضج والنمو.

فيرى بعض المهتمون بدراسة اللعب الطفل التوحدي أن سلوك الطفل المضطرب يختلف عندما يلعب عن سلوك الطفل السوي ومن هنا يستفيد المعالج من اللعب كوسيلة للتعبير الرمزي عن خبرات طفل التوحد في عالم الواقع، فالطفل عادة ما يحكي أثناء لعبه بصورة رمزية قصة حياته وجوه الانفعالي وهذا ما تمثله دراستنا فقد تم تصميمها لتشمل جانبين هما النظري والتطبيقي.

أولاً: الجانب النظري يحتوي على ثلاثة فصول، تناولنا في الفصل الأول مدخل إلى الدراسة أما الفصل الثاني اضطراب التوحد، بالنسبة للفصل الثالث تم فيه دراسة العلاج باللعب.

ثانياً: الجانب التطبيقي يتضمن على فصلين الأول منهجية البحث والفصل الثاني تقديم الحالة ومناقشتها

الجانب النظري

الفصل الأول

"مدخل إلى الدراسة"

1. إشكالية البحث

مما هو متعارف لدينا أن الصحة النفسية والجسدية هي المطلب الأسمى الذي يسعى إليه الفرد، وإن الراحة النفسية والصحة الجسمية هي الأسمى صور السعادة في الحياة الخاصة لدى أعز وأروع ما في الوجود "أطفالنا" ونحن نراهم يمرحون ويلعبون ويتجاوبون معنا في البيت والأسرة والمدرسة في جوّ تفاعلي، يكتسبون من المجتمع عاداته وتقاليده، وما يحزننا أننا نرى أطفالاً منعزلين لا يتجاوبون مع أقرانهم ولا يتواصلون مع كائن من كان، فقد يحز في نفسك أن نسأل عنهم وعن سبب ذلك، لإيجاد حل يساعدهم في اكتساب خاصية اجتماعية وهؤلاء ما يعرفون بالأطفال المتوحدين، ويصنف التوحد على أنه من الإضطرابات النمائية التي تحدث في الطفولة.

وكانت **فرجينيا اكسلين 1948** من أوائل المهتمين بالعلاج باللعب ومنه اعتمد الباحثون هاته التقنية الأخيرة لاستغلالها من أجل الدخول لعالم الطفل التوحيدي لجعله أكثر انسجاماً وتفاعلاً وممارساً لأقل المهارات العادية التي يمارسها الأطفال السويين اجتماعياً فمن الضروري اختيار ألعاب مفيدة لتنمية العلاقات الاجتماعية التي يحتاجها الطفل التوحيدي، ويشكل اللعب وسيلة طفل المتوحد الرئيسية في التفاعل الاجتماعي والتطور خصوصاً اللعب الاجتماعي الذي يهدف إلى تنمية مفاهيم وعادات اجتماعية، وهو حاجة من حاجات الطفل المهمة لنموه الجسمي والعقلي والاجتماعي، وبواسطته يمكن أن يكتسب بعض مظاهر السلوك فتتمو شخصيته ويكتسب شخصية جديدة وهي شخصية الجماعة، فيرى بعض المهتمون بدراسة لعب الطفل التوحيدي أن سلوك الطفل المضطرب يختلف عندما يلعب عن سلوك الطفل السوي ومن هنا يستفيد المعالج من اللعب كوسيلة للتعبير الرمزي عن خبرات طفل التوحد في عالم الواقع، ويمكننا طرح التساؤلات الأساسية لإشكالية البحث الحالي:

– هل للعب دور في هذه الدراسة العيادية؟

– كيف نعيد إرصان وتطوير ممارسة اللعب؟

2. فرضيات البحث

- قد يكون للعب دور هام عند الطفل المتوحد.
- قد نستطيع تطوير وإعادة بناء تقنيات جديدة من خلال اللعب.

3. أهمية الدراسة

إن تعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد ينطوي على تحديات حقيقية وهذه التحديات تنجم جزئياً عن طبيعة التوحد، حيث أنه يأخذ أشكالاً عديدة.

فبعض الأطفال يتمتعون بمهارات جيدة، وبعضهم لديه تخلف عقلي وبعضهم عدواني وبعضهم الآخر منسحب ومنعزل في عالمه الخاص به، فليس هناك استجابات مشتركة يظهرها جميع الأطفال التوحديين، ولكن لكل طفل شخصيته وأنماطه السلوكية الخاصة به.

وتكتسب هذه الدراسة أهميتها من أهمية الموضوع الذي تناوله الباحث حيث حاول تسليط الضوء على طبيعة موضوع العلاج باللعب لدى فئة مهمة في المجتمع والتي لم تحظ باهتمام الباحثين - حسب اعتقاد الباحث - ألا وهي الأطفال التوحديين لمدينة وهران ونظراً للانعكاسات السلبية التي قد تخلقها هذه الاضطرابات النفسية والسلوكية على صحة الطفل التوحدي وعائلته ومجتمعه، فمن المهم أن نلفت إليهم التفاتة حسنة وعلمية وحتى سيكولوجية من أجل التخفيف عنهم، لذا فإن أهمية الدراسة وأهدافها تكمن كالاتي:

- أهمية اكتشاف دور أحد أهم التقنيات المحببة لدى الأطفال وهي اللعب.
- ضرورة التكيف مع طفل التوحد بالنسبة للعائلة والمحيط الاجتماعي.

4. أهداف الدراسة

يهدف البحث الحالي في الإطار النظري إلى عرض شامل لمفهوم التوحد وما يتضمنه، والعلاج باللعب لدى الطفل المتوحد لها دور فعال في تزويد الطفل التوحدي بالمهارات اللازمة له من أجل استمراره وتكيفه بصورة طبيعية في الحياة الاجتماعية، وتسهم البيئة في عملية إعداد الطفل للحياة الاجتماعية وتزويده بقيم ومهارات المجتمع، فمنذ الولادة يبدأ الطفل بالتفاعل على نطاق ضيق بدءاً من الأم والأب وباقي أفراد الأسرة...، بعد ذلك تزداد تدريجياً مع نمو الطفل دائرة تفاعله الاجتماعي لتشمل الجوار والأقران حتى

يصل إلى سن دخول الروضة فيتفاعل مع مؤسسة ذات قواعد تختلف نوعاً ما عما ألفه في محيط الأسرة ويتعرف إلى أصدقاء جدد ويبدأ بتكوين علاقات اجتماعية معهم، ويتعرض الطفل بعد ذلك وفي مراحل لاحقة إلى مؤثرات أخرى من أشخاص يقابلهم ووسائل الاتصال والإعلام تزوده وتدربه على مهارات جديدة، تسمى هذه العملية بالتنشئة الاجتماعية حيث يكتسب فيها ثقافة ذلك المجتمع.

- التعرف على أنواع اللعب عند الأطفال وأهمية اللعب وفائدته في حياة الأطفال.
- التعرف إلى أهم الخصائص المميزة للعب الأطفال والعوامل المؤثرة في لعب الأطفال.
- الكشف عن كيفية العلاج باللعب.

5. أسباب ودوافع اختيار الموضوع

إن الدافع الأساسي الذي حفز الباحث إلى دراسة هذا الموضوع هو ملاحظة لقلّة الأعمال والدراسات التي تحاول توضيح تأثير العلاج باللعب لدى الطفل التوحدي، إضافة لإرضاء الاهتمام الشخصي بهذا الموضوع، ومحاولة تقديم ولو إسهام بسيط في طريق مساعدة هذه الفئة على التأقلم مع المواقف والمعطيات الجديدة النفسية خاصة ، وكذا إمكانية مواصلة البحث في هذا المجال الواسع.

6. تحديد مصطلحات البحث

الطفل المتوحد: المصاب باضطراب في النمو المتنوع في الشدة والأعراض والذي يظهر عموماً قبل الثلاثين شهراً الأولى من العمر، ويتميز بشذوذ الاتصال الاجتماعي الذي يظهر في السلوك، اللغة والتفاعل مع الآخر.

اللعب: هو نشاط طبيعي يمثل عمل الطفل ويمارسه في معظم أوقاته وكذلك يساعد الطفل على النمو العقلي، الاجتماعي والعاطفي ويؤثر على مزاجه كمصدر متعة له.

الفصل الثاني

اضطراب التوحد

تمهيد:

مشكلة اضطراب التوحد هي نوعا ما حديثة الاكتشاف علما بأنها ليست مرضا نفسيا بل اضطراب نمائي عصبي يؤثر على جوانب عديدة ومختلفة من النمو.

عندما نعرف مشكلة الطفل التوحدي وكيفية تأثير الاضطرابات السلوكية على حياته، ومعرفتنا بالاضطراب وأنماطه، فإن ذلك يسهل علينا التعامل معه ووضع الخطط العلاجية والتدريبية، مما يجعله فردا فعالا وفاعلا في مجتمعه، ومن أهم الأسس التي تساهم في التعامل مع الطفل التوحدي هو تكوين علاقة حميمية ودية معه تساعد على كسر حاجز العزلة الذي بناه حول نفسه.

1. لمحة تاريخية

إن التوحد اضطراب نمائي عصبي يتصف بظهور قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية وعجز معرفي واضطرابات في التواصل واللغة وتكون إثارة ذاتية غير اعتيادية وذات سلوكيات نمطية و طقوسية على أن هذه الخصائص تظهر وتشخص قبل سن الثالثة من العمر.

وقدم الطبيب النفسي الأمريكي المتخصص في الأطفال ومؤلف كتاب (نفس الطفل) عام 1953 "ليوكانز" أشار إلى التوحد الطفولي كاضطراب يحدث في الطفولة وقد كان ذلك عام 1943 عندما قام بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية ولفت انتباهه وجود مجموعة من الأنماط السلوكية غير العادية لأحد عشر طفلا كانوا مصنفيين على أنهم متخلفين عقليا، فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح اضطراب الذاتوية الطفلية حيث لاحظ انغلاقهم الكامل على الذات والابتعاد عن الواقع والانطواء والعزلة وعدم التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم (Bernadette, 2003, PP 7-9).

ومنذ عام 1943 استخدمت تسميات متعددة منها التوحد **Autism**، وذهان الطفولة

Children psychos Development، النمط الغير السوي في النمو (الشاذ) **Atypical** ويرى بعض الباحثين أن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي لمصطلح (إعاقة التوحد) واختلاف اهتمامات وتخصصات العاملين في مجال التربية الخاصة والمهتمين بهذا الاضطراب فضلا على استخدام عدد من التسميات كان بسبب الغموض وتعقد التشخيص.

وكذلك قدم الطبيب النفسي **بلوير 1911** أول وصف للتوحد وذلك عند حديثه عن الانسحاب الاجتماعي لدى الأشخاص الفصامين وشبهه بما وصفه فرويد بالإثارة الذاتية

والانسحاب من الواقع واللعب بأجزاء الأشياء والتكيف المحكوم بالمشاعر وهي من الصفات الرئيسية للتوحد (الشيخ، 2005، ص 2).

وفي سنة 1944 كتب هانزا سبرجر مقالا بعنوان "مرض الانغلاق لدى الأطفال" وجاءت ملاحظات سبرجر على الحالات المدروسة متركرة حول أمرين هما:

1. التباين الشديد في الآثار المترتبة على الإصابة بالانغلاق بين الأفراد الذين تناولتهم الدراسة (الشامي، 2004، ص 231).

2. إن وجود المهارات والاهتمامات الخاصة لدى الأطفال المنغلقين يلعب دورا إيجابيا في التكيف الاجتماعي اللاحق لهؤلاء الأطفال.

3. تعاريف ومفاهيم عامة للتوحد

من غير الممكن أن نجد تعريف متفق عليه لاضطراب التوحد وذلك لتعدد الباحثين الذين اهتموا به ولاختلاف تخصصاتهم وخلفياتهم العلمية، إلا أن معظم التعاريف تركز على بعض الأعراض وتصف التوحد كاضطراب في السلوك أو خلل في النمو أو اضطراب في التصرف أو كإعاقة عقلية ويعتبر "كانر" أول من قدم تعريفا واضحا للتوحد باعتباره اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر على التواصل مع الآخرين وعلى اللغة ويتميز بالروتين ومقاومة الغير. (الشيخ، المرجع السابق، ص 1).

سوف نتطرق لبعض التعاريف والمصطلحات التي تناولت مفهوم التوحد بتسميات مختلفة.

عرف قانون التربية الخاصة للأفراد المعاقين IDEA التوحد على أنه إعاقة نمائية تؤثر تأثيرا بالغا على التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعلى التفاعل الاجتماعي، وتظهر قبل سن 3 سنوات، مما يؤثر على انجاز الطفل التعليمي، ومن الخصائص الأخرى وجود سلوكيات نمطية متكررة بشكل واضح، والطفل هنا لا يقبل التغيير خصوصا في الروتين اليومي، كما أن ردود فعله غير عادية بالنسبة للخبرات الحسية، ومصطلح التوحد هنا لا

ينطبق على الطفل إذا كان أداؤه التعليمي قد تدنى بسبب معاناته من اضطرابات انفعالية شديدة.

تعريف الجمعية البريطانية للأطفال التوحديين

(National Society for Autistic Children NSAC, 1978)

لقد كان الهدف من تعريف الجمعية البريطانية للأطفال التوحديين في المملكة المتحدة هو رسم سياسة اجتماعية وقانونية بخصوص اضطراب التوحد، وكذلك توعية الرأي العام بهذا الإضطراب، وحسب هذا التعريف يشتمل اضطراب التوحد على المظاهر التالية:

1. اضطراب في معدل النمو المعرفي وسرعته.
2. اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات
3. اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص
4. اضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة (نايف الزارع، 2005، ص 17).

ويعرف (أحمد بدوي، 1982، 32) التوحد على أنه نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية التي تتعارض مع الواقع، والاستغراق في التخيلات بما يشبع الرغبات التي لم تتحقق.

ويعرفه (عادل الأشول، 1987، 112) على أنه اضطراب سلوكي يتمثل في عدم القدرة على التواصل، ويبدأ في أثناء الطفولة المبكرة وفيه يتصف الطفل بالكلام عديم المعنى، وينسحب داخل ذاته، وليس لديه اهتمام بالأفراد الآخرين.

ويرى (فاخر عاقل، 1988، 45) أن التوحد تفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو بالذات، وإدراك العالم الخارجي من خلال الرغبات بدلا من الواقع، والإنكباب على الذات والاهتمام بالأفكار والخيالات الذاتية.

وحدد ولف (Wolf، 1988، 576) التوحديين بأنهم يبدون قصورا في التفاعل الاجتماعي، قصورا واضحا في التواصل اللغوي، وترديدا آليا لما يسمعون، قصورا في

القدرة على اللعب الاجتماعي والتحليل، الإصرار على أداء الروتين الذي اعتاد التوحد عليه، ورفضاً شديداً لأيّة تغييرات تطرأ على هذا الروتين.

وعرفه (عبد العزيز الشخص، عبد الغفار الدماfi، 1992، 280) على أنه من اضطرابات النمو والتطور الشامل، بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة، وعادة ما يصيب الأطفال في الثلاث سنوات الأولى، ومع بداية ظهور اللغة حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم، وعدم الاهتمام بالآخرين وتبدل المشاعر".

ويعرفه (محمود حمودة، 1993) بأنه اضطراب ذاتوي يتميز بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواح أساسية من النمو والسلوك، وهو خلل في التفاعل الاجتماعي، وخلل في التواصل والنشاط التخيلي، وقلة ملحوظة للاهتمامات والأنشطة.

تعريف التوحد طبقاً لتصنيف DSM-IV-IR , 2000, P.75

1. يبدي الطفل عجزاً نوعياً في تفاعله الاجتماعي الذي يتضمن عجزاً عن الاستخدام المناسب للسلوكيات غير اللفظية ليوّجه انفعالاته، والفشل في نمو أو تطوير علاقات مع الأقران.
2. العجز عن التواصل يرى غالباً في الأطفال التوحديين، وهذا العجز يتضح في نمو اللغة المنطوقة، والعجز عن المبادأة أو في تعزيز المحادثة، والسلوك النمطي، والاستخدام المتكرر للغة، وقصور في مهارات اللعب التلقائي المناسب للمرحلة النمائية.
3. ظهور أنماط من السلوك النمطي في الأنشطة التي يؤديها وفي اهتماماته، وهذه الأنماط تشمل الانشغال بوحدة أو أكثر من الأنماط المقيدة للسلوك النمطي، وتمسكه غير المرن بأعمار محددة أو طقوس، أو الانشغال بأجزاء من الموضوعات.

4. أنواع التوحد

اقترحت ماري كولمان ثلاثة تصنيفات للتوحد هي المتلازمة التوحدية الكلاسيكية، ويحدث تحسن لها ما بين سن الخامسة والسابعة، ومتلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحد وتكون مثل الأولى إلا أنه يحدث تأخر لمدة شهر، والمتلازمة التوحدية المعوقة عصبيا، ويظهر لدى المصابين بها مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيضية، ومتلازمات فيروسية مثل الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي.

واقترح كل من سيفن وماتسون وكو وفي وسيفن 1991 تصنيفا من أربع مجموعات كما يلي:

1. **المجموعة الشاذة Atypical Group** : يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.

2. **المجموعة التوحدية البسيطة Mildly Autistic Group**: يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث، لتكون روتينية كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا والتزامات باللغة الوظيفية.

3. **المجموعة التوحدية المتوسطة Moderately Autistic Group**: ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية:

استجابات اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية (مثل التآرجح والتلويح باليد) لغة وظيفية محدودة وتخلف عقلي.

4. **المجموعة التوحدية الشديدة Severely Autistic Group**: أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ. (الزريقات، 2004، ص 48-49).

5. خصائص الأطفال المتوحدين

هناك عدة خصائص يتصف بها الأطفال التوحديين ذات علاقة بجوانب النمو اللغوي والتواصلية والسلوكية والاجتماعية والانفعالية والبدنية والحسية والمعرفية.

1.5 الخصائص السلوكية:

يعتبر سلوك الطفل التوحدي نوبات محدودا وضيق المدى، ويشبع في سلوك الطفل التوحدي نوبات انفعالية حادة وسلوكه يعيق نموه وأحيانا يكون مصدر إزعاج المحيطين بالطفل ومن الخصائص السلوكية ما يلي:

- الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للناس الآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم اللغة بشكل سليم.
- الاحتفاظ بروتين معين، وهناك سلوكيات أخرى تختلف من شخص لآخر من حيث الشدة وأسلوب التصرف.
- القصور الشديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين.
- قصور شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام (الهمس، سرعة غير عادية في الكلام، عدم القدرة على إكمال الحديث).
- الخوف الشديد الذي لا يمكن إدراك سببه لأي تغير في البيئة.
- التأخر في قدرات ومجالات معينة، وأحيانا يصاحب التوحد مهارات عالية أو عادية (الرياضيات، الرسم، الموسيقى، اللغات، الذاكرة، الهندسة...إخ)
- تجنب النظر في عيون الآخرين.

2.5 الخصائص البدنية والحركية:

هناك بعض من جوانب النمو تبدو غير عادية للطفل التوحدي منها:

- تكرار لحركات معينة مرات عدة، فقد يحرك بعضهم أيديهم وأرجلهم في شكل حركة الطائر أو حركات غريبة.
- طريقة الوقوف الخاصة، فهم أحيانا يقفون ورؤوسهم منحنية.
- ضعف في التآزر الحركي بشكل عام ووضع اليد بشكل غريب.
- الارتخاء والتصلب في حال حمله أحد.

3.5 الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

هناك تأخر في النمو الاجتماعي والانفعالي وليس هناك تنمية للعلاقة خاصة مع والديه

منها:

- الانسحاب من المواقف الاجتماعية والانفعالية
- عدم الاهتمام بوجود الآخرين كما أنه لا ينظر في وجه أحد.
- صعوبة في القدرة على تفسير مشاعر الآخرين من خلال التواصل غير اللفظي.
- صعوبة في النمو العاطفي وعدم إظهار الابتسامة الاجتماعية.
- الرغبة في اللعب وحيدا وأحيانا يلتصق بأحد أفراد العائلة بشكل غير عادي.

4.5 الخصائص المعرفية:

إن اضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر الملامح المميزة لاضطراب التوحد حيث:

- يعاني أطفال التوحد من اضطرابات واضحة في التفكير.

- صعوبة في الانتباه والتركيز واستخدام لغوي قاصر جدا، وعدم الاستمرارية في النشاط المعرفي والإدراكي. (الزارع، مرجع سابق، ص 24).
- النشاط الزائد أو الخمول أو الإصابة بالصرع عند بعضهم (حوالي 25% تقريبا) عند البلوغ.
- الإيذاء الذاتي لدى البعض منهم عند الاستخدام غير المناسب للعب والأشياء.
- اللعب بشكل متكرر وغير معتاد. (الزارع، مرجع سابق، ص 20-21).

5.5 الخصائص اللغوية والتواصلية:

هناك خصائص لغوية تميز الطفل التوحدي عن سواه وهي:

- عدم القدرة على استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين: يتحدث بمعدل أقل بكثير من الطفل العادي.
- الضعف في القدرة على استخدام كلمات جديدة والاستمرار في إعادة نفس الكلمات.
- الاستخدام غير السوي للغة حيث نجد أن معظمهم يرددون أسئلة بشكل متكرر زائد متعلق بما يشغل بالهم.
- الاستخدام غير السوي للغة حيث أن الطفل التوحدي يتكلم بنغمة واحدة بغض النظر عن موضوع الحديث وأهميته.

وتضيف "هلزر واجونسون" HELERS AND AJOHONSON 1996 بعض

الخصائص للأطفال التوحديين:

- صعوبة الانتباه إلى الصوت الإنساني رغم أن لدى الطفل التوحدي حاسة سمع عادية ويكون انتباهه للأصوات التي تثير اهتمامه مثل: صوت لعبة محببة لديه.
- صعوبة في تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة به.

– صعوبة في قدرة بعضهم على الكلام.

– صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام وفي استخدام حروف الجر مثل: أنا/على.... (الزارع، مرجع سابق، ص 22).

6. العوامل المسببة والنظريات المفسرة للتوحد

إن هناك اختلافا كبيرا في آراء المتخصصين في هذا المجال وإن كانت أكثر الأبحاث تؤكد أن أجزاء من الجهاز العصبي المركزي، قد لا تتطور بالصورة المطلوبة، ولأسباب غير معروفة حتى الآن، فهناك ملايين من الخلايا العصبية التي تنمو في الدماغ، تقوم بعمل توصيلات خاطئة (كاردين، 1992، ص 14).

1.6 النظريات القديمة (النفسية المنشأ):

اعتقد كانر أن الوالدين خصوصا الأم يتحملان المسؤولية لإصابة ابنهما بالتوحد لعدم تزويده بالحنان والدفء العاطفي الكافيين، ولإهمالهما وعدم الاعتناء بتربيته مما يؤدي لاضطراب العلاقة الانفعالية ما بينه وبين أمه والرفض المتبادل بين الطرفين، بكل ما يترتب على ذلك من آثار سلبية في النمو اللغوي باعتباره وسيلة للتواصل والتفاعل الاجتماعي.

وعارض الكثير من الباحثين هذه النظرية النفسية حيث أشار رثر (Rutter) إلى أن الطفل خلال الفترة الحرجة للتوحد (6.0) أشهر لا يمتلك وسائل الإدراك الضرورية لاكتشاف رفض الأم له، وأشارت دراسات رثر أن الطفل في هذه المرحلة لا يستطيع أن يفصل بين ذاته وبين الآخرين ويستعمل الأنا كدلالة على نفسه وعلى الآخرين (الشيخ، مرجع سابق، ص 8).

2.6 النظريات نسبية:

أثرت الكثير من الدراسات التي أجريت حول أسباب التوحد إلى تقديم مجموعة كبيرة من الفرضيات المحتملة للتوحد لعل أبرزها:

1.2.6 النظريات البيولوجية:

أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير التردد المغناطيسي MRI و PET وجود بعض العلامات الغير الطبيعية في تركيبه المخ، مع وجود اختلافات واضحة في المخيخ، بما في ذلك في حجم المخ وفي عدد نوع معين من الخلايا المسمى "خلايا بيركنجي".

ونظرا لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيسي لأن يكون السبب المباشر للتوحد، فإنه تجرى في الولايات المتحدة بحوثا عدة للتوصل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب.

يعتقد بعض الباحثين أن جميع الأفراد التوحديين لديهم تلف دماغي سواءا كان معروفا أو فرضيا حيث لم يكتشف إلا جزء بسيط من هذا التلف نتيجة القصور في الأجهزة والأدوات الطبية الحالية ومن الشواهد الدالة على وجود تلف دماغي ما يلي:

أ. مرافقة التوحد للعديد من الأمراض العصبية والصحة والإعاقات المختلفة مثل الإعاقة العقلية والصرع والصعوبات والمشاكل أثناء الحمل والولادة.

ب. وجود نسبة انتشار واحد تقريبا في كل ثقافات والمجتمعات مما ينفي الأسباب الاجتماعية والنفسية للتوحد.

ج. إظهار بعض الاختبارات التصويرية للدماغ اختلاف في تشكيل أدمغة بعض الأفراد التوحديين.

د. إظهار الرسم الكهربائي للدماغ تغيرات في الموجات الكهربائية عند بعض الأفراد التوحديين.

(الزريقات، مرجع سابق، ص 112).

إن الدراسات العلمية التي قامت في بداية السبعينات ركزت على الجانب العضوي ودرست الاضطرابات الفيزيولوجية، فالتوحد كما أثبتت هذه الدراسات ناتج في خلل عصبي

وليس ناتج عن أسباب نفسية أو نفسية اجتماعية، حيث تلخصت النتائج التي وصلت إليها الأبحاث العلمية في ثلاث نظريات تتمحور حول اثبات وجود خلل ما في الجهاز العصبي الذي أدى إلى الانعزال والتخلف العقلي وعدم القدرة على التواصل اجتماعيا ولفضيا... إلخ.

2.2.6 الوراثة:

يشير الباحثون إلى مساهمة الوراثة في الإصابة بالتوحد فقد ذكر سجل (1996)، Siegel) أن الوراثة تلعب دورا في (50.30%) من حالة التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة، إلا أن الاستعداد الوراثي ليس مطلقا ويصعب تحديد كيفية انتقال الجينات وما هو الموروث تحديدا، حيث يتفاعل أكثر من (20) جين مختلف، ومن الشواهد على الأسباب الوراثة ما يلي:

أ. المعاناة نسبة لا بأس بها من أقارب الأطفال التوحديين من الإعاقات النمائية المختلفة لاضطرابات الكلام وصعوبات التعلم.

ب. زيادة احتمالية إصابة أشقاء الطفل التوحدي بنفس الاضطراب أو اضطرابات متشابهة.

ج. زيادة احتمالية الإصابة بالتوحد عند التوحد المطابقة.

(الشيخ، مرجع سابق، ص 8).

وأظهرت دراسات أخرى أن العائلات التي فيها شخص توحدي توجد لديها مشاكل متعلقة بالكلام أو مشكلات تطويرية أخرى.

3.2.6 النظريات الجينية:

لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد، رغم أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المطابقين (من بيضة

واحدة) أكثر من التوائم الغير متطابقين (من بيضتين مختلفتين)، ومن المعروف أن التوأمين المتطابقين يشتركان في نفس التركيبة الجينية.

يفترض الباحثون أن الخلل في الكروموسومات والجينات في مرحلة مبكرة من عمر الجنين قد يؤدي للإصابة بالتوحد ويستشهدون على ذلك بمرافقة التوحد للعديد من الاضطرابات الجينية والتي أهمها: متلازمة انجلمان (Angelman Syndrome) ومتلازمة الكروموسوم الهش (Fragile x) ومتلازمة كورينلاي لانج (Cornoliade) ومتلازمة Lenge Syndrome ومتلازمة داون (Down Syndrome) ومتلازمة كلينفتر (Klinefenter) و متلازمة ريت (Rett Syndrome) ومتلازمة وليام (Williams Syndrome) والتصلب الدرني (الحدبي) (Tuberouse Sclerosis) والأمراض العصبية الليفية، ومن الكروموسومات ذات العلاقة:

كروموسوم 5.7.3.2 و X (الشيخ، مرجع سابق، ص 9).

4.2.6 النظريات البيوكيميائية:

يعتقد أن بعض العوامل التي تسبب تلفا بالمخ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها تهيئ لحدوث هذا المرض مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية والحالات التي لم تعالج من مرض الفينيل كيثونوريا والتصلب الحدبي ونقص الأكسجين أثناء الولادة والتهابات الدماغ وتشنجات الرضع فقد أكدت الدراسات أن مضاعفات ما قبل الولادة أكثر لدى الأطفال الذاتويين من غير من الأسوياء.

(الشيخ، مرجع سابق، ص 10).

تشير الدراسات لوجود عزل في خلايا المخ عند بعض الأفراد التوحديين أكثر من الشكل الطبيعي إضافة لوجود خلل في توازن بعض النواقل العصبية التالية في الدماغ:

أ. السيروتونين (Serotonin)

وهو ناقل عصبي هام تأثيره معقد وشامل حيث يؤثر في المزاج والذاكرة والتطور العصبي وإفراز الهرمونات وتناول الطعام وتنظيم حرارة الجسم والذاكرة والنوم والألم والقلق وظهور السلوك العدواني والسلوك النمطي، وفي حالة وجود مشكلات في عملية الأيض (الهضم) يزداد تركيز السيروتونين في الدم والدماغ الأوسط والبول وبالتالي خلل في وظائفه وظهور بعض صفات التوحد.

يشير جليبرزون وزملائه إلى أن أكثر من 30% من الأطفال التوحديين لديهم زيادة في كمية السيروتونين في الصفائح الدموية.

ب. الدوبامين:

ناقل عصبي معقد يلعب دورا حيويا في النشاطات الحركية والذاكرة واستقرار المزاج والإرادة والسلوك النمطي.

ج. الببتيدات العصبية:

تلعب دورا هام في عملية النقل العصبي ومسئولة عن الانفعال والإدراك وضبط السلوك الجنسي، وتشير الدراسات إلى عدم توازن الببتيدات العصبية عند الأطفال التوحديين.

(الشيخ، مرجع سابق، ص 11).

5.2.6 النظريات الأيضية:

يؤكد الكثير من الباحثين أن الجهاز الهضمي عند الأطفال التوحديين غير قادر على الهضم الكامل للبروتينات وخاصة بروتين الجلوتين (Gluten) الموجود في مادة القمح والشعير ومشتقاته وهو الذي يعطي القمح اللزوجة والمرونة أثناء العجين، وبروتين الكازين (Casien) الموجود في الحليب ويستدلون على ذلك من خلال استفراغ الطفل المستمر للحليب والاكزيما الموجودة خلف الركبتين في ثنية المرفق والأورام البيضاء الغريبة تحت

الجلد وسيلان الأذن المبكر والإمساك و/أو الإسهال المزمن واضطرابات التنفس الشبيهة بالأزمة الصدرية.

من أسباب اضطراب الهضم عند الأفراد التوحديين ما يلي:

- أ. حساسية الجسم الزائدة لبعض الخمائر والبكتريا الموجودة في المعدة.
- ب. زيادة الأفيون في المخ.
- ج. عدم هضم الأطعمة الناقلة للكبريت.
- د. النفاذية المعدية.
- هـ. نقص بعض الأحماض والأنزيمات في الجسم.

(الزريقات، مرجع سابق، ص 116).

6.2.6 النظريات الفيروسات (التطعيم):

يرى الباحثون إمكانية مهاجمة الفيروسات لدماع الطفل في مرحلة الحمل أو الطفولة المبكرة وإحداث تشوهات فيه مما يؤدي لظهور الأعراض التوحدية ومما يؤكد وجهة نظرهم إصابة الطفل بالتوحد خلال مرحلة الحمل أو في مرحلة الطفولة المبكرة.

وربط بعض العلماء ما بين الإصابة بالتوحد والتطعيم الثلاثي (MMR): تطعيم الحصبة وتطعيم أبو دغيم (MUMPS) تطعيم الحصبة الألمانية (Rubella).

نظرا لمعاناة بعض الأطفال من وجود خلل مبكر في الجهاز المناعي لدى الطفل حيث لا تستطيع كريات الدم البيضاء المسؤولة عن المناعة مهاجمة الفيروسات والالتهابات، إنتاج المضادات الكافية للقضاء على فيروسات اللقاح وبذلك تبقى هذه الفيروسات وتتلفها.

(الشيخ، مرجع سابق، ص 12).

وكذلك فقد أجمع الخبراء أن إصابة الأم بالالتهابات الفيروسية خلال الأشهر الثلاث الأخيرة من الحمل قد تكون من أبرز العوامل المؤدية للتوحد إضافة إلى أن نقص

الأوكسجين أثناء الولادة كما ربط تعاطي الكوكايين أثناء الحمل بتواجد خصائص التوحد لدى الأطفال. (الشيخ، مرجع سابق، ص 8).

7.2.6 التلوث البيئي:

ونقصد به العوامل الخارجية أي تلوث البيئة بسبب (المعادن السامة كالزئبق والرصاص واستعمال مضادات الحيوية بشكل مكثف أو تعرض للالتهابات أو الفيروسات.... وغيرها من الأسباب) قد يتعرض الطفل للتلوث البيئي أثناء فترات حرجة من مراحل تطور الطفل مما يؤدي إلى ظهور العديد من المشكلات التي قد تؤثر على القدرات المختلفة للطفل مثل المشي والنطق وبعض أشكال السلوك التوحدي.

(الشيخ، مرجع سابق، ص 15).

8.2.6 الأدوية والعقاقير:

يعتبر تناول الأم للأدوية والعقاقير أمرا غير مرغوب فيه بشكل عام، حيث قد تؤدي إلى العديد من المخاطر مثل تلف خلايا الدماغ والإصابة بالتوحد ولعل من أبرز الأدوية دواء (Thalidamide).

9.2.6 أسباب إدراكية وعقلية:

قد ينتج التوحد نتيجة عدم تطوير الأفكار وعدم اكتمال نمو الأفكار بشكل يواكب النمو الطبيعي لمختلف النظم الإدراكية والمعرفة التي تنمو بشكل طبيعي جنبا إلى جنب الأفكار وبذلك فغياب نمو هذه الأفكار لا يسمح للطفل بحل المشكلات التي يواجهها في المواقف الاجتماعية للحياة اليومية وفي نفس الوقت لا يستطيع الفهم بأن الآخرين لديهم أفكار ومشاعر يمكن قراءتها من خلال الإشارات والإيماءات وأوضاع الجسم.

(الشيخ، مرجع سابق، ص 16).

7. تشخيص التوحد

تعرف المشكلات النفسية بوجه عام بأنها صعوبات في علاقات الشخص بغيره أو في إدراكه عن العالم من حوله أو في اتجاهاته نحو ذاته، أو عندما يحكم عليه الآخرون في البيئة المحيطة بأنه غير فعال أو مدمر أو غير سعيد... إلخ وهذا ما يحدث مع الأطفال.

(الشناوي، 1998، ص 139).

فالمشكلات والاضطرابات المتعلقة بسلوك الطفولة تتنوع وتختلف، ومن أحد الطرق للإلمام بهذه المشكلات وأنواعها ومدى انتشارها التركيز على معرفة ما يريد المتخصصين من الأطباء وخبراء العلاج النفسي في المستشفيات والعيادات العامة والمؤسسات الاجتماعية والتربوية من حالات لمعرفة أنواع الاضطرابات التي تصدر عنها.

وقد عرف الطب النفسي بدراسته للطفل في العقدين الأخيرين تقدماً كبيراً في مجال المعرفة السريرية والبحث، واستطاع أن يتخلص نهائياً من نماذج الطب النفسي عند البالغين من حيث أعراض وتصنيف الأمراض ليكتسب هويته الخاصة في السريريات، وفي الوقت ذاته وسع حقول تحرياته بشكل كبير.

فعلى المستوى السريري تم تحديد إصابات جديدة وتم إعادة وضعها في سياق نمو الطفل، في الوقت الذي درست فيه الطريقة التي تؤثر بها الآليات المرضية على نمو الطفل ذاته وكمثال على ذلك تم عزل الذهان الطفلية على أنها إصابات ذاتية للطفولة المبكرة التي تضم أيضاً التوحد، ودرس أثرها على قطاعات النمو المختلفة: اللغة، النمو الذهني، القدرة على التعلم خاصة في المجال الدراسي.

إن تشخيص التوحد يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية حيث يقل عدد الأشخاص المهنيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد، مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة، حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود

ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل، ولمهارات التواصل لديه، ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور.

ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيرا من السلوك التوحدي يوجد كذلك في اضطرابات أخرى، ولذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة، حيث يمكن أن يضم هذا الفريق:

طبيب أعصاب + طبيب نفسي + طبيب أطفال متخصص في النمو + أخصائي نفسي + أخصائي علاج لغة وأمراض نطق (أرطوفوني) + أخصائي علاج حركتي + أخصائي تعليمي.

كما يمكن أن يشمل الفريق المختصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد.

(أبو العزائم، 2003، نت).

8. الأساليب العلاجية المتبعة في علاج أطفال التوحد

يعرف العلاج النفسي بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، وفيه يقوم المعالج المتخصص بالعمل على إزالة الأعراض المرضية أو تعطيل أثرها، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته واستغلال إمكانياته بحيث يكون أقدر على التوافق النفسي.

(العناني، 1997، ص 173).

وعلى الرغم من أن المعالجين النفسيين قد يتخصصون في أحد الأساليب العلاجية مثل التحليل النفسي، أو العلاج السلوكي أو العلاج المعرفي،... إلا أن معظم المعالجين النفسيين يركزون إلى الأسلوب الانتقائي في العلاج بمعنى أنهم يستعرضون مختلف الأساليب العلاجية ويختارون منها ما يتناسب وحالة المريض..

فهناك أساليب علاجية عديدة تستخدم في معالجة الأطفال التوحديين ويجب التأكد من أنه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج الطفل الواحد وهي ما يأتي:

1.8. التحليل النفسي:

برونو بتلحيم "Bruno Bettelheim" كان من أول من افتتح الطريقة النفسية في علاج التوحد مشيراً إلى والدين بادرين في عواطفهما ورافضين العلاقة مع الطفل، وأن هذا هو السبب الرئيسي للتوحد وهو يشجع ويدافع على ضرورة نقل الطفل من منزل والديه وإدخاله إلى مصحات أو بيوت داخلية سواء داخل المشفى أو ملحقة لها (كما هو في أمريكا) وطريقته الداخلة مع نقل الطفل من سيطرة الوالدين مع العلاج وتغيير البيئة السكنية بالنسبة للطفل. (سعد، 1997، ص 21).

كان استخدام جلسات التحليل النفسي أحد الأساليب العلاجية السائدة، وكان أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة ودية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة وهي علاقة تنطلق من افتراض مؤداه أن الطفل التوحدي لم تستطع تزويده بها غير أن هناك تحفظ على هذا الافتراض هو أن هذه العلاقة تحتاج إلى سنوات عدة حتى تتطور خلال عملية التحليل النفسي وعلى أية حال هناك من يرى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين:

الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكثر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الإنفعالي من قبل المعالج.

الثانية: يركز المعالج النفسي تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء. (الجبلي، 2005، ص 22).

2.8. العلاج السلوكي:

هذا المدخل كان له أثر كبير في تحسن كثير من الأشخاص التوحديين وهو منبثق من نظرية التعلم وهذا التكنيك يؤثر تأثيراً قوياً في البرامج التي تؤسس عليه، وبالرغم من أنه أساساً مقيد إلى نظام الثواب والعقاب إلا أنه اليوم هناك العديد من الأنظمة السلوكية للعمل مع المعاقين، كالتعليم الإجرائي والتعليم المعرفي والتعليم الاجتماعي.

(سعد، مرجع سابق، ص 23).

وترجع أسباب اختيار العلاج السلوكي للتخفيف من حدة السلوك التوحدي أو التخلص منها إلى عدة أسباب وهي:

1. أنه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس بعد ترتيب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً.

2. أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبير أو تأثر بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل مع نتائج القياس وأنه لا يعير اهتماماً لحدوث الاضطراب وإنما يهتم بالظاهرة ذاتها دون التعرض لخلافات العلماء حول أصلها ونشأتها.

3. أنه أسلوب يضمن نظام ثابت لإثابة ومكافئة السلوك الذي يهدف إلى تعليم وحدات استجابة صغيرة متتالية ومتابعة تدريجياً عن طريق استخدام معززات قوية.

4. أنه ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرط مقابلة جميع طلباته وتوفير الدقة في التطبيق.

خلاصة الفصل

المصابون بالتوحد لديهم صعوبة في إدراك وتفهم مشاعر الناس، والتصرف مع مشاعرهم الخاصة، قد يفتقون قريبين جدا من شخص آخر، أو يفضلون أن يكونوا وحديناً أو يتصرفون بشكل غير لائق، وربما لا يجدون الراحة مع الآخرين، وهذا ما يجعل من الصعب عليهم تكوين صداقات وكذلك لديهم صعوبة في فهم مقاصد الآخرين، وسلوكهم والتنبؤ بها، وتخيل الحالات التي هي خارج الروتين الخاص بهم، وهذا يعني صعوبة الخروج من المجموعة الضيقة للأنشطة المتكررة، ولكن لا ينبغي الخلط بين انعدام التخيل الاجتماعي وبين الافتقار إلى الخيال بشكل عام، فالكثير من الأفراد الذين يعانون من مرض التوحد هم غاية في الإبداع.

الفصل الثالث

العلاج باللعب

تمهيد:

يعد اللعب من الأمور التي يمكن بها التعرف إلى أطفال التوحد فالطفل التوحدي يلعب بطريقة مختلفة عن الطفل السوي فهو لا يميل لإشراك الغير في اللعب ومع ذلك فإن من الطرق التي يمكن التواصل بها مع الأطفال بشكل عام والتوحيديون بشكل خاص هو اللعب، إذ يعد اللعب أول وسيلة للأطفال بالاتصال مع الكبار سواء كان ذلك لفظيا أو حركيا أو حسيا أو غيره.

واللعب هو الوسيط الطبيعي الذي يعبر به الطفل عن ذاته فهو أحد الأساليب المهمة في تعليم الأطفال وتشخيص وعلاج مشكلاتهم ويستخدم اللعب كطريقة علاجية في حد ذاته، والعلاج باللعب طريقة هامة في علاج الأطفال المضطربين نفسيا حيث يستثمر اللعب للتنفيس الانفعالي وتحرير الطاقة الزائدة والتعبير عن الصراعات وتعلم السلوك المرغوب.

1. لمحة تاريخية:

يمكن أن نقول أن العلاج النفسي باللعب يقدم خبرة فردية من نوعها للأطفال ونذكر قول "وينيكوت": إن اللعب في حد ذاته أيا كان شكله هو علاج لأنه فقط يتضمن اتجاهها نحو اللعب (Wnnicoot e,d ;1988 p58)

ويذكر "كلارك موستاكس 1990" إلى أن العلاج باللعب يتيح فرصة تكوين علاقة في موقف تكون فيه الحدود أكثر اتساعا ففي حجرة اللعب يستطيع الأطفال أن يعيشوا مشاعرهم وأحاسيسهم وإن يعبروا عنها بصورة كاملة، فيعبرون عن كراهية أو خوف أو غضب وأن يظهروا اشمنزازا من أشياء معينة وأن يكونوا مرحين أو بالعكس من ذلك وبمقدور الأطفال كذلك وهم يمارسون اللعب الخيالي أو الإيهامي أن يصبحوا ناضجين فيصيروا يسدون النصح للناس، ويمكن أن يكونوا في لعبهم التخيلي أي شيء يريدونه والأطفال وهم يلعبون في حجرة اللعب بحاجة أن يكونوا غير خاضعين لضغوطات الحياة اليومية في بيئاتهم سواء المدرسية أو الأسرية أو الاجتماعية

(كلارك موستاكس، 1990، ص47)

وكانت "فرجينا اكسلين 1948) من أوائل المهتمين بالعلاج باللعب وأكدت أهميته في تناقص الشعور السلبي وتزايد الشعور الإيجابي نحو الذات ونحو الآخرين من خلال الجلسات العلاجية وأكدت "اكسلين" أن الطفل يتحول إلى فرد أكثر اكتمالا لأنه من خلال العلاج يتحرر من القيود ويكون أكثر تلقائية (Axline.v.1948p43)

كما يؤكد "إيزمان" أن العلاج باللعب لا يستخدم كوسيلة لتعلم الأطفال على الرغم من أنه في بعض الأحيان أداة مناسبة للتعلم ولكن وظيفة العلاج ليست تعليم الطفل وإنما حل الصراعات التي تعيق قدراته على التعلم وما يهم المعالج هو إدخال الإيجابية في لعب الطفل (خطاب وحمزة، 2008، ص86)

بل أن إركسون يعد اللعب: ولا سيما في فترة الطفولة هو تعبير عن المظهر العقلي للقدرة البشرية وذلك لهضم خبرات الحياة، إذ أن الطفل يمر في نموه بخبرات يصعب عليه هضمها فيخلق في لعبه مواقف نموذجية بسيطة يتغلب بواسطتها على الواقع.

وحسب Piaget كل مرحلة من اللعب تتصف بطبيعة العملية التي يتقنها الطفل للتوسع في تفهم هذه المرحلة الحسية الحركية أو مرحلة الذكاء الحسي الحركي

(عبد الرحمان، 2007، ص76).

واللعب هو من أهم العوامل التي تمنحها البيئة للطفل كي يحقق عامل النضج والنمو فهو عمل جدي ووظيفته مهمة لتحقيق ظروف ملائمة لاكتساب خبرات ومهارات متعددة حيث يكتسب الطفل المعرفة ويختار السلوك الاجتماعي اللائق.

ومن جانب آخر فإن عالم الطفل عالم لعب يعتمد على الاستكشاف والنشاط والاستغراق الشامل في كل خبرة يحقق من خلالها المتعة والسرور ويكتسب المهارات الحسية والجسمية والاجتماعية واللغوية والعاطفية **(هاني العسيلي، 2011، ص 10).**

فاللعب في العلاج التحليلي النفسي هو بصفة أساسية وسيلة لإقامة التواصل والحوار مع الطفل ومجال يسمح بالملاحظة كما أنه مصدر المعلومات ومؤشر للتفسيرات

(Esma,A.1983.p15)

وقد استخدمت "ميلاني كلاين" اللعب التلقائي كبديل عن التداعي الحر كما يصبح المعالج هنا ميسرا للعب الطفل الذي بدوره سيمثل أدوارا علائقية حقيقية.

(ميلر 1987، ص270)

والعلاج باللعب يسمح للطفل بالمشاركة وبالتفاعل وبالاسترخاء أيضا واللعب شيء إيجابي معقد يعبر به الطفل عن وعيه الشعوري واللاشعوري.

2. اللعب:

يتعلم الطفل من خلال اللعب وبالتدرج كثيرا من الحقائق المجردة، وإن كان لا يستطيع صياغة هذه الحقائق في كلمات، فاللعب يساعد الطفل على النمو العقلي، الاجتماعي والعاطفي ويؤثر على مزاجه كمصدر متعة له.

اللعب عند سمارت: قال أن " اللعب هو ما يفعله الطفل عندما لا يكون نائما أو يأكل أو مشغولا بطلبات وروتينيات الحياة الأخرى ".

اللعب عند هربت سبنسر: رأى أن اللعب هو منفذ وخرج للطاقة الزائدة فيكون نتيجة لتخفيف التوتر.

اللعب عند كارل غروس: اعتقد أن اللعب هو شكل من التحضير للحياة في سن الرشد. (<http://www.abahe.couk/child-psychology-encyclopedia>)

إذا فاللعب هو: فعالية تجري لذاتها بصورة رئيسية بقصد المتعة، يندفع إلى القيام بها عبر طائفة من الحركات الجسمية والنفسية، صغار سائر المخلوقات تحت تأثير ميل فطري فالصغير يكون دائم النشاط والحركة، وإن اللعب أحب له من أنواع النشاط الأخرى سيما الصغار من بني الإنسان حيث يتيح لهم أن يقولوا ويفعلوا ما لا يستطيعون قوله أو فعله في غير اللعب (حنورة وعباس، 1996، ص37) لذا فإن نشاط الطفل الإنساني يتميز بأنه نشاط لعبي.

3. تصنيفات اللعب:

يصنف علماء النفس اللعب إلى أنواع مختلفة ويدور كل تصنيف حول محور معين فيصنف بعض العلماء اللعب تبعا للناحية العقلية وآخرون تبعا للناحية الاجتماعية وهناك تصنيف يعتمد على مقدار الجهد المبذول في اللعب وغير ذلك الخ.

أ. اللعب الحس الحركي:

هو أول صورة للعب تظهر في مرحلة المهد ويعتمد على الحركات العضلية البسيطة للعضلات الكبيرة وتكرار هذه الحركات واكتشاف الحواس مثل الحركات العشوائية التي يصدرها الطفل خلال أشهره الأولى.

ب. اللعب الإنتاجي:

ويبدأ في سن الثالثة حيث يتعلم الطفل استخدام الأدوات والأشياء البسيطة لإشباع حاجة خاصة لديه وذلك بصورة يدركها الكبار على أنها لعب وإن لم يفهمها دائماً وكلما زادت مهارة الأطفال في استخدام المواد زادت قدرتهم على إنتاج أو بناء أشياء لديهم الطفل أن تكون مماثلة للواقع فيها لا تحكمه فيها معايير معينة مثل استخدامه للصلصال (في التشكيل).

ج. إعادة الإنتاج:

هو نوع من اللعب يظهر من 04-07 سنوات ويستخدم فيها الأطفال الأدوات والأشياء لتمثيل الأدوار وهو لذلك إعادة لإنتاج ما يشاهده أو يفهمه الطفل عن الواقع الذي يعيش فيه فالمعايير الاجتماعية والتوافق معها تشجع الطفل على هذا النوع من اللعب مثال: تلعب الطفلة لعبة المنزل فتقلد والدتها في صناعة الطعام والتنظيف.

د. الألعاب ذات القواعد:

يغلب على هذا النوع من اللعب فيما بعد مرحلة الروضة وحتى سن 12 حيث يؤدي ازدياد فهم الطفل للواقع إلى قدرته على الالتزام بالقواعد ولهذا النوع أثر بالغ على تعلم أثر القيم مثل التوافق مع الرغبات وتقبل الهزيمة (وفاء محمود طيبة ص 35)

ولقد وضع "بياجيه" Piaget نموذج للعب شبيه بتصنيف "بتلر" وآخرون إلا أن بياجيه لم يتحدث عن اللعب الإنشائي كنوع أو مرحلة وصنف اللعب إلى:

أ. اللعب الحس الحركي:

يتميز المرحلة الأولى من مراحل النمو عند بياجيه (الولادة - سنتين) فيقوم الطفل بتكرار حركات جسدية من أجل التكرار في ذاته وهو طليعة اللعب ويطلق عليه بياجيه التمثيل الاسترجاعي كما يقوم الطفل بتدريب حواسه والتدريب على الكلام عن طريق المناغاة وإخراج الصوت غير ذات المعنى.

ب. اللعب الرمزي:

يتميز المرحلة الثانية (02 – 07 سنوات) فالأدوات الملائمة لشيء ما تستخدم شيء بديل غير موجود وتقوم الأفعال مقام الشيء الأصيل كرموز ملموسة وهذا النوع من اللعب يساعد الطفل على تمثيل تجاربه الانفعالية.

ج. الألعاب ذات القواعد:

في المرحلة (08 – 12 سنة) فزيادة الخبرة ومن خلال التعاون مع الآخرين تعدل الرموز والمعتقدات الفردية لدى الطفل والتي عادة ما تتصف بالتمركز حول الذات في المرحلة السابقة ويصبح التحليل العقلي وتفسير الأمور واستخدام الرموز أقرب إلى المنطق ويصبح اللعب محكوما بنظام جماعي.

● يعتبر تصنيف (سميلانسكي 1968 Smilansky) بمسمياته أكثر التصنيفات المعتمدة على المحور العقلي شيوعا بين الدراسات النفسية للعب حيث أنها تصنف اللعب الإنشائي كمرحلة بين اللعب الحس الحركي والذي أسمته "الوظيفي".

أ. اللعب الوظيفي:

الحركة البسيطة المتكررة للعضلات باستخدام أو دون استخدام الأدوات.

ب. اللعب الإنشائي:

تناول الخامات لإنشاء أو ابتكار شيء ما.

ج. اللعب الإيهامي:

موقف خيالي بديلا لموقف واقعي لإرضاء حاجات الطفل الشخصية ورغباته وأمنيته
(وفاء محمود طيبة، مرجع سابق، ص 37)

4. وظائف اللعب وأهدافه:

إن اللعب يمثل أحد الحقوق الهامة التي ينبغي الحصول عليها من قبل الطفل ويتم ذلك من خلال الممارسة لهذا النشاط بحرية تلقائية من أجل تحقيق أهداف متنوعة وعديدة يسعى الفرد لتحقيقها:

- شعور الفرد بالمتعة و البهجة والسرور.
- يساعد اللعب الأطفال في السيطرة على القلق والصراعات النفسية العادية.
- اللعب أداة رئيسية لتعميق إحساس الطفل بالمشاركة الاجتماعية أو التعاطف وتنمية المهارات اللازمة لعمليات التطبيع الاجتماعية والتفاعل مع الأفراد الآخرين.
- يساعد اللعب في السيطرة على العملية الرمزية المجردة.
- يساعد اللعب في تحقيق النمو الجسمي والمهارات العضلية.
- يساعد اللعب في تعلم الابتكار والاختراع.
- يساعد اللعب في تعلم الطرق المختلفة لحل المشكلات.
- يستطيع الأطفال خلال الخبرة الذاتية للعب من إمكاناتهم الفريدة في الإحساس بالذات.
- الإسهام في اكتساب الفرد الأنماط السلوكية المناسبة والمهارات الاجتماعية المقبولة اجتماعيا.

– إعداد الطفل لما سيكون في حياته المستقبلية.

– إشباع حاجات الفرد النفسية والاجتماعية والجسمية والعقلية المعرفية بممارسات مقبولة اجتماعيا من خلال ممارسة سلوك اللعب (محمد أحمد صوالحة ص 17، 18)

5. خصائص اللعب:

يتميز اللعب ببعض الخصائص أهمها:

أ. غير واقعي:

تتميز أحداث اللعب بحدود تفصل ما يحدث أثناءها عن الخبرات اليومية العادية ويصغى الواقع الداخلي للعب على الواقع الخارجي الحقيقي ويتجاهل الأطفال المعنى الحقيقي لبعض الأفعال ويستبدلونه بمعنى آخر خيالي وهذا يسمح للأطفال الهروب من الضغوط الواقعة عليهم وتجريب احتمالات جديدة.

ب. دافعيته الداخلية:

يمارس الطفل سلوك اللعب لذاته ويدفعه إليه دافعية تأتي من داخل الطفل نفسه وليس من الخارج.

ج. التركيز على العملية لا على الناتج النهائي:

يركز الطفل أثناء اللعب على النشاط دون الاهتمام بتحقيق أية أهداف وهذا يحرر الطفل فيجرب وسائل مختلفة للنشاط الواحد ولهذا يعتبر سلوك اللعب مرنا.

د. الاختيار الحر:

هو خاصية هامة في مفهوم الأطفال عن اللعب فما يطلب منهم يعتبره الأطفال عملا وعندما نعطيهم أدوات ولا تطلب منه تقليد نموذج معين وتركه حرا في عمل ما يريد يعبر عن نفسه بطريقته الفريدة.

٥. الأثر الإيجابي:

يتميز اللعب بالمتعة والسعادة وأحيانا يصاحبه بعض من الخوف أو الرهبة مثال: عندما يهيبئ الطفل نفسه للنزول على الزحليته إلا أن هذا الخوف يحمل نوعا من المتعة للطفل لهذا يعاود التزحلق رغم هذا الخوف.

٦. التحرر من القواعد الخارجية والاشترك الفعلي في اللعب:

هي خاصية هامة بالنسبة للعب الوظيفي واللعب الإيهامي لكن نستعبد هنا الألعاب ذات القواعد وأحلام اليقظة (وفاء محمود طيبة، مرجع سابق ص 21، 22)

6. النظريات المفسرة للعب:

قد ظهرت نظريات عديدة بخصوص اللعب، ووضعت الخطط والأساليب التي ساعدت على نجاح الدراسات المتعلقة باللعب عند الأطفال لأهميته في العملية التربوية، وخضعت تلك الدراسات إلى الإعادة والتعديل حتى أخذت شكلها النهائي بصورة نظريات قائمة ومن هذه النظريات:

1/ تفسير نظرية الطاقة الزائدة:

وتنسب هذه النظرية لـ "شيلر" و "سبنسر" وخلصت أن اللعب هو وسيلة للتخلص من مخزون الطاقة، وأن وظيفة اللعب هي تفريغ الطاقة الزائدة عن

حاجة الجسم لذا يمكن توجيه هذه الطاقة إلى مجالات إبداعية ونشاطات هادفة وقدموا دليلا على ذلك وهو أن الأطفال يلعبون أكثر من الكبار وذلك لأن لديهم طاقة فائضة يصرفونها في اللعب (بلقيس ومرعي ص 42)

2/ تفسير النظرية التلخيصية:

تنسب هذه النظرية إلى " ستانلي " هل العالم الأمريكي خلاصتها أن الإنسان منذ ميلاده إلى اكتمال نضجه يميل إلى المرور بالأدوار التي مر بها تطور الحضارة البشرية كما تعرضه نظرية التطور والدوران منذ الظهور الإنسان إلى الآن مروراً تلخيصياً فكل طفل يكرر تاريخ الجنس البشري في لعبه ولذلك نجد الأطفال يتسلقون الشجر قبل الاندماج في اللعب الجماعي، ولكن النظرية التطويرية قد تعرضت للنقد من علماء المسلمين وفي الغرب أيضاً (وفاء محمود طيبة، مرجع سابق، ص26)

3/ تفسير نظرية " جون بياجيه " للعب:

جون بياجيه Jean Piaget عالم سويسري متخصص في علم النفس الارتقائي اهتم بدراسة العقل ومراحل نموه ارتبطت نظريته عن اللعب بتعريفه للذكاء حيث يعرفه بأنه تنظيم الواقع على مستوى الفعل أو الفكر لا مجرد نسخة

(محمد محمود الحيلة 2002 ص70)

ويرى بياجيه ذلك من خلال عمليات مراحل النمو والتي هي كالآتي:

أولاً: المرحلة الحسية الحركية:

تبدأ هذه المرحلة من المراحل الأولى للنمو إلى العامين وهي مرحلة من الذكاء العملي ومحاولة الذات أن تفهم المحيط وتعتمد على الإدراك والحركة.

ثانياً: المرحلة التصويرية (قبل الإجرائية):

تمتد من سنتين إلى السابعة أو الثامنة وفيها يبدأ الطفل بتكوين الوظيفة الرمزية مما تساعد الفكر الحسي الحركي للطفل على أن يتطور ويبدأ في تكوين الفكر وهذا ما يحدث عن طريق اللعب الرمزي والرسم والتقليد.

ثالثا: مرحلة العمليات الإجرائية:

تمتد هذه المرحلة من (07 أو 08) سنوات حتى (11 و 12 سنة) وفي هذه المرحلة يستطيع الطفل أن يقوم بعملية الإستبطان والتنسيق والابتعاد عن الذاتية وتنشأ العمليات في هذه المرحلة بكل فروعها.

رابعا: مرحلة التفكير المجرد:

تمتد هذه المرحلة من (12 سنة) فما فوق وتشتمل العمليات هنا على الربط الشمولي وهو يجري على الملموس و المجرد وتطابق كل عملية عضوية عملية معاكسة وأخرى مقابلة لها.

ويعرف " بياجى " اللعب بقوله: "اللعب إذا بشكليته الأساسيين حسي-حركي وكمارسة رمزية يعد استيعابا للواقع في النشاط الذاتي إذ يزود هذا النشاط بغذائه الضروري ويحول الواقع حسب الاحتياجات المتعددة للأنا، وهذا هو السبب في أن مناهج التربية النشطة للصغار، تقتضي كلها تزويد الأطفال بالأدوات المناسبة لتمكينهم من أن يستوعبوا من خلال اللعب وقائع فكرية تبقى من دون ذلك خارجية بالنسبة لذكاء الصبية

(محمد محمود الحيلة، مرجع سابق، 2002 ص70)

كما يركز بياجيه على أهمية تحقيق التوازن والتناسق بين العمليات العقلية و الظروف المحيطة بالإنسان ولكن في حالة عدم وجود الاتزان فإن بياجى يقول: "إن الاستيعاب بشكله الخالص حيث هكذا لا يكون متوازنا بعد التلاؤم مع الواقع ليس اللعب أما المواءمة والمحاكاة جزأين مهمين لنمو الذكاء

(جان بياجيه 2002 ص50)

7. العلاج باللعب:

إن حديثنا هنا يتمحور حول عملية العلاج باللعب من حيث فعاليته وخطواته فمن الطبيعي اعتباره علاجا مناسباً للحالات الخفيفة من التوتر والاضطرابات أو ضعف التعلم عند الأطفال العاديين وباعتباره معدلاً للسلوك ومنظماً لحياة اللعب عندهم ومؤخراً تم

الاهتمام به لدى الأطفال غير عاديين ممن يعانون من سوء التواصل ومن لديهم خلل في التفاعل الاجتماعي.

فمن الأساس استدراج الطفل إلى الألعاب حتى يحقق نوعا من التعلق بالمعالج والمجموعة من الأقران هذا ما يساعد دور الوالدين والعائلة في إكمال اللعب المناسب والأدوار في المنزل حتى تنجح الخطة العلاجية التي يضعها المعالج ويؤكد هنا " زهران 1998 " أن اللعب أداة علاجية نفسية هامة للأطفال الذين يكونون السلوك المشكل أو من يعانون من اضطرابات نفسية ويؤكد على تجهيز العيادة النفسية بغرفة الممارسة للسلوك اللعبي بالدمى وأدوات اللعب المتنوعة الشكل والنوع ومجموعة الاختبارات التي تعتمد على اللعب (محمد أحمد صوالحة، مرجع سابق ص 247)

وقد استخدم العلاج باللعب التلقائي كبديل للتداعي الحر ل فرويد فالمهمة هنا نجعل الطفل مدركا للعلاقة بين لعبه وواقعه المعاش فالمهمة هنا أن نجعل الطفل مدركا للعلاقة بين لعبه وواقعه المعاش وعليه ملاحظة ردود الأفعال والتصرفات المسقطة على طريقة لعبه وألعابه.

فالطفل هنا يستخدم ويمارس لعبه التخيلي والإيهامي للعبة مثلا: الطبيب، الموظف، البائع، وغيرها من لعب الأدوار واستغلال الأدوات الموجودة من: العجين و القصاصات والدمى والقريصات والكراسي وأدوات الرسم والأقلام... الخ حيث تستمد هذه الألعاب قيمتها من وجهة نظر المعالج النفسي من صفتها الرمزية ومن غنها بالتداعيات اللفظية التي تنبئها (الهنداوي، ص 234)

ويرتبط العلاج ارتباطا كبيرا بسن الطفل ومرحلة نموه الانفعالي والاجتماعي فيقوم أساسا على اعتبار لمشاعر الطفل فالمعالج يقوم بتفسير الرسوم والصور التي يرسمها الأطفال فهي تعبيراً عن مشاعر الطفل ويمكن الاستفادة أيضا من الموسيقى في العلاج (محمد محمود صوالحة مرجع سابق ص 250)

فعلى المسؤول عن الطفل أن لا يتدخل في شؤون لعب الطفل وإعطائه فرصة للعب وفقا لمستواه وميله الخاص وتشجيع الطفل على اللعب الجماعي لما له من دور فعال في تنمية الروح والتفاعل الاجتماعي لديه وإبعاده عن الانطواء

(محمد محمود الحيلة، مرجع سابق ص50)

1/ العلاج النفسي الجماعي باللعب:

العلاج النفسي الجماعي هو علاج يقدم إلى عدد محدود من الأطفال في وقت واحد دون أن ينشد تحقيق أهداف جماعية وعادة ما يختلف أسلوب العمل باختلاف المعالجين واختلاف نظرياتهم ومناهجهم ومذاهبهم العملية.

ويمكن استخدام اللعب أساسا كأسلوب تشخيصي وعلاجي مع الأطفال الصغار (كاميليا، 1998 ص06) ويلعب في جماعة الأطفال عدد لا يتجاوز العشرة وان يكونوا من أعمار متقاربة وأن تسير العملية وفق نظام محدد يقوده المعالج ويعتمد فيه على فاعليتهم الحركية ويشترك الأطفال في الألعاب المتنوعة خلال فترة ممتدة من ساعة إلى ساعتين فالألعاب مشوقة وهي فرصة يحقق فيها كل طفل واقعا ما تنطوي عليه نفسه من مشاعر ورغبات وأفكار وهي فرصة ليلاحظهم المعالج ويدقق في أشكال سلوكهم ويصل إلى تشخيص مناسب لحالة كل منهم وإلى تخطيط مناسب لمعالجتهم معا، وإلى أن تغدو الألعاب بعدئذ ألعابا موجهة بغرض توفير المعالجة (نعيم، 1990، ص190)

إن استخدام العلاج النفسي الجماعي باللعب ضرورة تفرضها اعتبارات هامة منها:

- إن الأطفال لا يتكلمون بسهولة ووضوح عن مشكلاتهم.
- بعض الأطفال من الصعب كسب ثقتهم والجماعة تلعب دور الوسيط، بينهم وبين المعالج.
- الجماعة تنمي وتعمق وتزيد في وعي الطفل بذاته وبسلوكه وسط المجموعة.

– إن الجلسة الجماعية تتيح للتعبير الصادق أن ينتقل من طفل إلى آخر فيما يشبه العدوى.

– قد يتشجع بعض الأطفال في عمل أشياء مع الجماعة في العادة يبتعدون عنها.

(خطاب وحمزة، مرجع سابق، ص 89-98).

2/ مجال استخدام العلاج النفسي الجماعي باللعب:

حددت "أكسلين" استخدام العلاج الجماعي بأنه 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، فهذا الأخير ضروري لحالات معينة من الاضطرابات نذكر منها: الشخصيات الانسحابية والشخصيات غير ناضجة والأطفال الذين يدعون المهارات الوهمية ومن يعانون مخاوف شاذة والنماذج العدوانية (خطاب وحمزة، مرجع سابق، ص 89).

8. اللعب وحل المشكلات عند طفل التوحد:

تعتبر إثارة حل المشكلات عند الأطفال من أهم الأمور التي يعمدها الأطفال ويتعلموها أثناء لعبهم فمثلا، عرضنا مشكلة على ثلاث مجموعات من الأطفال (حوالي 200 طفل) تتراوح أعمارهم بين الثالثة والخامسة من العمر لحلها، وكانت المشكلة كالتالي: كيف يمكن إخراج قطعة كبيرة من الطباشير الملون من علبة شفافة، علما أن العلبة وضعت على طاولة بعيدة عن متناول أيديهم، وبدون مغادرة الكراسي التي يجلسون عليها وكانت الأدوات المساعدة عصاتان ووصلة حتى يمكن توصيلهما معا، فهي في متناول اليد، وقد أتيحت للأطفال إحدى المجموعات فترة من اللعب الحر بالعصي والوصلة قبل بدأ التجربة، وعرض عليهم كيفية تثبيت الوصلة أما المجموعة الثانية والثالثة فلم يحظوا بفترة لعب تمهيدية ولكن عرض عليهم كيفية تثبيت الوصلة، وتم إعطاء المجموعات إشارات توضيحية كإن كانوا قد استخدموا كل شيء يخطر على بالهم قد يساعدهم في حل هذه

المشكلة، وقد أظهرت النتائج أن نسبة عالية من أطفال المجموعة الأولى تمكنوا من حل المشكلة دون أي إشارات أو تلميحات أو مساعدة وهؤلاء هم الأطفال الذين لعبوا أولاً وقد استفادوا أيضاً من الإشارات المعلوماتية، أن أعظم الأمور أهمية هنا في التجربة هي أن أطفال اللعب كانوا أكثر اندماجاً وانخراطاً في النشاط اللعبي الجماعي (سلوك موجه نحو الهدف). (جابر وكفافي، 1990، ص 141).

حيث أنهم نظروا إلى المشكلة على أنها لعبة وثابروا فيها وشعروا بالسعادة عند حل المشكلة، كذلك طفل التوحد ينظر للمشكلة كأنها لعبة ويستطيع اتخاذ نفس الخطوات الطفل العادي إلا أنه يحتاج الاهتمام والرعاية الزائدة لتفادي مشكلة الانسحاب الاجتماعي.

(بيرس ولاندو، ص 71-72).

خلاصة الفصل

إن إشراك أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والمتطلبات الخاصة (التوحيدين) مع أقرانهم الأسوياء أيضا هو جزء من التقارب واكتساب الخبرة المفيدة لحياتهم العملية، وعلى الرغم من أن التواصل والتفاعل والاحتكاك مع سائر الأطفال يتطلب توسطًا من الأسرة والمعالجين وبذل الجهد الكامل لإعدادهم لفترات الاختلاط ومشاركتهم في النشاط اللعبي بالجماعات مثال على ذلك (النشاطات الترفيهية والنشاطات الرياضية والحركات) إذ لا غيب من إفساح المجال لأطفال التوحد للدخول إلى العالم الواقعي الذي يستفيدون منه مستقبلاً، ضمن برامجهم العلاجية ذات التخطيط المسبق.

يحتاج الأطفال التوحيدين في ألعابهم مزيداً من تجارب الحياة الواقعية وذلك من خلال توفير أنواع الألعاب ذات النمط المحسوس والمقرب من أشكال بلاستيكية هيكلية تشكيلية من حيوانات مشكلة ودمى وأدوات موسيقية والأدوات الموسيقية والأدوات المطبخية والأدوات الطبية والمهنية الأخرى مثل أدوات النجارة والحدادة والزراعة حتى تقترب منه فكرة الحياة بشكل تدريجي ومجموعة هذه الأشكال والألعاب المادية المتقاربة للأدوات الحقيقية تعطى الخبرات الحياتية المهنية للمستقبل وهناك أشكال أخرى للألعاب من البيوت ولكي تتحقق العملية المستهدفة من هذه الألعاب الرمزية للحياة الواقعية.

ومن الأهمية بإمكان أن تراعى الأسرة والمدرسة من خلال اللعب والعمل الجماعي والأهداف والبرامج العلاجية للطفل التوحيدي مع ملاحظة تسجيل عدد المرات التي يتكرر فيها الاستجابات ومدتها وثباتها.

وجميع هذه الملاحظات العملية تحتاج من أسرة الطفل التوحيدي والأسرة التعليمية، التدريب والممارسة في مجال العمل وكذلك تحتاج إلى اطلاع واسع على اضطراب التوحد (تنقيف الأهل) بالقراءة والمحاضرات والندوات والمؤتمرات والكتابة في الصحف والمجلات بشكل دوري للمجتمع.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

منهجية البحث

تمهيد:

كل بحث علمي يتطلب منهجية و خطة دراسة خاصة يتقيد بها الباحث في إنجاز دراسته، لأن البحث يحتاج إلى أسس منهجية تدعم الدراسة الميدانية بالاعتماد على خطوات سليمة تسير البحث وتساعد في الوصول إلى التحليل السليم والصحيح إلى ذلك اعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي مستخدمين الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية ودراسة حالة.

1. تعريف المنهج العيادي

هو منهج دراسي للحالات ويراد به: "الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة، فطبيعة الموضوع تدفعنا لاتباع المنهج العيادي أو ما يسمى منهج دراسة الحالة أو منهج تاريخ الحالة وهي إحدى الطرق المستعملة في العلاج والتشخيص بحيث يتضمن دراسة عميقة ودقيقة لتاريخ الحالة وإحاطة تامة بظروف حياته في المركز أو البيت أو بين الأصدقاء ويتضمن المنهج العيادي ما يلي (محمد غريب، 1982، ص 44).

2. أدوات البحث**– دراسة حالة**

تعتبر دراسة حالة المجال الذي يقدم فيه الأخصائي النفسي أكبر قدر ممكن من المعلومات حتى يتمكن من فهم معمق للحالة فهي دراسة تركز على الفرد وتهدف إلى التوصل إلى الفروض.

– مقابلة العيادية

حسب العالم Engel (1992) المقابلة العيادية تتميز بكونها الأداة الأكثر قوة وتعقيدا والأكثر حساسية وهي في متناول الأخصائي النفسي وتدرس المقابلة العيادية سلوك المفحوص بوجه شامل في إطار علائق بين الفاحص والمفحوص والمقابلة العيادية هي

إمكانية جد مهمة في ميدان البحث السيكوسوماتي لجمع المعلومات وتتطلب من الأخصائي الكثير من الخبرة والحساسية بحيث يتمكن من ملاحظة كل سلوكيات والاستجابات اللغوية والغير اللغوية الصادرة عن المفحوص.

أنواع المقابلة العيادية:

- أ. **المقابلة الغير موجهة:** تركز على المفحوص وليس الأخصائي النفساني من يوجه الكلام المفحوص حيث يترك له حرية التعبير عن نفسه للحديث في إجاباته على الأسئلة المطروحة والمعدة مسبقا ويتجنب مقاطعته أو إرباكه ويحترم فترات صمته وتوقفاته يتميز هذا النوع من المقابلات بقدرة الفاحص على مرافقة المفحوص خلال حديثه مع محاولات تدخل قليلة جدا وتحليل هذه المقابلات يعتمد على تحليل المحتوى وعلى تركيبه السرد والسياق الذي دار في الحوار.
- ب. **المقابلة نصف الموجهة:** في هذا النوع من المقابلة يعتمد الفاحص على دليل المقابلة حيث يقوم بجمع المعطيات وبتحديد أسئلة معينة تطرح على المفحوص مع ترك المجال للإجابة مع تجنب مقاطعته وتركه يعبر ويجيب عن الأسئلة المطروحة.
- ج. **المقابلة الموجهة:** هي مقابلة محددة ومبنية مسبقا على شكل استمارة تطرح أسئلتها بشكل منظم.
- د. **اختيار نوع المقابلة:** اعتمدنا في دراستنا العلاج باللعب عند الطفل المتوحد بإجراء المقابلة نصف الموجهة.

– ملاحظة العيادية

هي إحدى الأدوات التي يعتمد عليها في جمع المعطيات بحيث يقوم الباحث بملاحظة الظاهرة بشكل دقيق وموضوعي وهي مجموعة من المهارات الضرورية للإكلينيكي والتي تتجلى في ملاحظة الحالة بوجه عام من المظهر الخارجي إلى التغيرات الوجه، نبرات الصوت، حركات الجسم، الموقف الذي يكون عليه أثناء الإجابة على سؤال ما والملاحظة العيادية نوعان:

أ. الملاحظة المباشرة: الأخصائي النفسي يلاحظ مباشرة سلوكيات الأفراد داخل المقابلة العيادية.

ب. الملاحظة الغير المباشرة: الأخصائي النفسي يلاحظ مباشرة السلوكيات بطريقة مباشرة فقد يتحصل بالتقارير التي أعدها الآخرون أو يقوم بدراسة سطحية لجميع المعلومات والبيانات.

3. مكان إجراء الدراسة

تعريف المؤسسة الإيوائية:

تمت الدراسة بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا - إيسطو - وهران والذي تم افتتاحه خلال الموسم الدراسي 2006-2007 وتبلغ قدرة استيعابه 100 طفل مجهزة بطاقم من الأخصائيين (أخصائية نفسانية، أخصائية أرطوفونية، أخصائية تربوية، طبيب عام، وعدد من المربين) يتكفل المركز بالتخلف الذهني بمختلف درجاته ما عدا حالات التخلف العميق المصحوبة بإعاقة حركية والتي تبدأ أعمارهم من 06 سنوات مع قسم التكفل المبكر من 3-6 سنوات وتدوم فترة الإقامة بالمركز حتى سن 18 سنة.

4. عينة البحث ومواصفاتها

لقد شملت الدراسة العيادية على حالة من جنس ذكر وهو طفل عمره 13 سنة متواجد بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا ويعاني من اضطراب التوحد.

الفصل الخامس

التقرير السيكولوجي للحالة
ومناقشتها

التقرير السيكولوجي للحالة ق.م

اللقب: ق.

الإسم: م

السن: 13 سنة.

مكان الإزدياد: وهران.

الجنس: ذكر.

مكان التقييم: مركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا - إيسطو

تاريخ التقييم:

– مقابلة الأولى 2015/04/12 مدتها 45 د هدفها التعرف على الحالة من حيث الاسم و سن ومقر السكن.....إلخ.

– مقابلة الثانية 2015/04/15 مدتها 50 د هدفها التعرف على الخلفية والظروف الأسرية للحالة.

– مقابلة الثالثة 2015/04/16 مدتها 45 د هدفها التعرف على الصور المرضية للحالة.

– مقابلة الرابعة 2015/04/20 مدتها 45 د الهدف منها ملاحظة الحالة.

الفاحصة: غنو مختارية

في إطار تحضير مذكرة ماستر في علم النفس المرضي والشواذ.

ا. عرض الحالة

1. تقديم الحالة

1.1 الخلفية والظروف الأسرية:

م.ق يبلغ من العمر 13 سنة لأب وأم مطلقين، وهو الطفل الأول في العائلة للأم أي مع الأب الأول، وأخت من الأب الثاني المطلق هو الآخر، لا يوجد ضمن العائلة أي مرض له دلالة أو مؤشر للعامل الوراثي، مرت فترة الحمل بشكل طبيعي، كانت الولادة طبيعية.

فترة الرضاعة الطبيعية لدى الطفل كانت سنتين أنتقل بعدها إلى الرضاعة الاصطناعية واستمر متمسك بالرضاعة حتى سن 4 سنوات، يعاني الطفل من اضطراب في التواصل مع الآخرين، النمو الجسمي لهذا الطفل بالحدود الطبيعية باستثناء ضعف ظاهر في البداية بالحركات الدقيقة، أظهر الطفل تأخر واضح في تطور اللغة واللغة التعبيرية.

2.1 التشخيص:

كانت أول استشارة بالنسبة للطفل في عمر 6 سنوات، حيث أخضع لفحوص طبية كاملة تقييم وضعه العام ولم يؤدي إلى نتيجة سببية، ثم بعد ذلك بفترة أخضع لاختبارات مع الأخصائية النفسانية (اختبار الذكاء) وبعد عدة جلسات شخص على أنه طفل توحده، وخضع الطفل للمعالجة مدة طويلة ومن خلال شبكة الملاحظة يظهر من مؤشرات المعاملات والسلوكيات الظاهرة عليه وانفصاله عن العالم الخارجي على أنه طفل متوحد (أنظر شبكة الملاحظة).

3.1 الصورة المرضية:

يظهر تاريخ التعلم الفردي لهذه الحالة بعض الأنماط السلوكية الإيجابية مثل سلوك التجاوب والمهارات الحركية – اللعب بالكرة وقذفها، اللعب بالسيارة، نفخ البالونات واللعب والتشكيل بالعجين والقريصات في تشكيله ورسمه لبعض الأشكال من قبيل المربعات والمثلثات والدوائر وتكرار اسمها ومن تم الذهاب لاختيار وتبديل اللعب بلعبة أخرى ومن

تم يرجع ليشاهد انجازه بطريقة غريبة حيث يرجع وينظر إليها بدقة (قوة التأمل في العمل) وفي هذه الفترة تتدخل الأخصائية بإخفاء أحد انجازاته ومن تم يرجع ليكتشف أن شيء ناقص فيبدأ في البحث عنه، ثم إخفاء كرة القدم ويبحث عنها في الخزانة، ثم تكرار لأسماء الحيوانات المشكلة والاستماع لأصواتها وتقليدها... وهكذا تتكامل الصورة المرضية لهذه الحالة بالمظاهر التالية:

1. لغة تكرارية، واستجابات بسيطة، مثل (ما هو اسمك، ما هو اسم أمك، ما هو اسم جدتك...) وتكرار لبعض الأغاني المفضلة لديه (سنة حلوة...)، مع العلم أن الطفل الحالة عند دخوله المركز كان هناك غياب للغة المنطوقة أو التعبيرية فقط تقليد صوتي.
2. عدم التمييز الانفعالي.
3. سلوك محاكاة ضعيف.
4. سلوك تنبيه ذاتي، يظهر بمسك الأشياء ورفرفتها بين الكفين.
5. يبدو أن الطفل لا يتعرف على الأشياء بمسمياتها في محيطه الخاص.

يضاف إلى ما سبق السمات التالية (ضعف الكف، نقص القلق، قصور الحساسية الاجتماعية، العجز الانفعالي (لا يبالي أو يتجاهل أو لا يعي المشكلات الموقفية)) وتظهر فترات انشراحية تتمثل بفرط نشاط حركي وإصدار أصوات وضحكات ليست بغرض التواصل مع أحد.

II. تقديم المقابلات

المقابلة الأولى للحالة م.ق

تمت هذه الحصة في القاعة الخاصة بالأطفال في مركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنياً، قمت بانتظار الحالة داخل القاعة، دخل علينا فكان لديه رد فعل سلبي وهذا يفسر عدم استقرار والارتياح مما أدى إلى ظهور العدوانية المتمثلة في كثرة الحركة واللعب بالأصابع بطريقة تلقائية مع ضرب رأسه على الحائط وهذا ما يفسر أن الحالة لا تتأقلم مع كل ما هو

جديد كما له عدوانية موجه نحو الذات ونحو الغير له صعوبات في التركيز واضطراب علائقي له لا يوجد رابط بينه وبين الأب والأم أي رابط اجتماعي صعوبة التواصل إليه ومن خلال هذه الحصاة لاحظت بعض السلوكيات العدوانية مع الانعزال.

المقابلة الثانية للحالة م.ق

كانت الحالة موجودة داخل القاعة وعندما دخلت عليه أبدى نوع من التجاوب وهذا بعد الجلسات العيادية داخل المركز حيث كانت الحالة ينطق باسم المربية الموجودة في المركز وهنا نرى نوع من التكيف لديه.

المقابلة الثالثة للحالة م.ق

مثل الحصص السابقة قمنا بالمقابلة في المركز لاحظنا بعض التطور وهذا من خلال السلوكيات التي ظهرت عند الحالة من بين هذه السلوكيات استجاوب في بعض الألعاب والتعرف على هذه الألعاب المستعملة من مسك بالعبة واللعب بالكرة وقذفها، نفخ البالونات وتشكيل بالعجين والقريصات ورسم الأشكال.

المقابلة الرابعة للحالة م.ق

ما يميز هذه الحصاة عن سابقتها، أبدى تطور في اللعب وهذا ما اكتشفته من خلال تغيير اللعب، حيث أن الحالة أظهر بعض النشاطات من خلال اللعب ومن هنا برز اللعب أهمية عند الطفل التوحدي.

ملخص المقابلات:

الحالة م.ق يبلغ من العمر 13 سنة لأب وأم مطلقين يعاني من اضطراب التوحد وذلك من خلال دراسة الحالة ظهرت عنده عدة اضطرابات من بينهما تكرار الحركات وعادات مثل حك الرأس وعدم التركيز، غياب اللغة المنطوقة، وعدم وجود الاتصال البصري والاستجاب الاجتماعي، ومن خلال اللعب ظهرت بعض الاستجابات المتمثلة في تجاوب مع اللعبة وظهور بعض المهارات الحركية هذا ما أدى إلى معرفة أن اللعب دور وأهمية في حياة الطفل التوحدي.

شبكة الملاحظة لـ : م.ق

	<input type="checkbox"/>	متسخ	<input checked="" type="checkbox"/>	نظيف	← حالة الجسم:
<input checked="" type="checkbox"/>		روتينية	<input type="checkbox"/>	سعيدة	← ملامح الوجه: حزينة
	<input type="checkbox"/>	غير منسق	<input checked="" type="checkbox"/>	منسق	← شكل الملابس:
				////////	← علامة مميزة:
<input type="checkbox"/>		غير موجودة	<input checked="" type="checkbox"/>	موجودة	← شحوب في الوجه:
<input checked="" type="checkbox"/>		غير موجودة	<input type="checkbox"/>	موجودة	← الإماءات:

محور الشكل الخارجي

<input checked="" type="checkbox"/>		غير ظاهر	<input type="checkbox"/>	ظاهر	← التوثر:
<input checked="" type="checkbox"/>		غير ظاهر	<input type="checkbox"/>	ظاهر	← الاستمتاع باللعب:
<input checked="" type="checkbox"/>		غير ظاهر	<input type="checkbox"/>	ظاهر	← الحزن:
<input checked="" type="checkbox"/>		غير ظاهر	<input type="checkbox"/>	ظاهر	← الشعور بالضيق:
<input type="checkbox"/>		غير ظاهرة	<input checked="" type="checkbox"/>	ظاهرة	← عرقلة الإضطراب:
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	غير موجودة	موجودة		← تكرار حركات وعادات (حك الرأس):

محور المزاج والسلوك

<input checked="" type="checkbox"/>	بطيء	<input type="checkbox"/>	عادي	<input type="checkbox"/>	سريع	الانتباه:	←
<input type="checkbox"/>	غير ظاهر	<input checked="" type="checkbox"/>	غير موجود	<input type="checkbox"/>	قوي	التركيز:	←
		<input type="checkbox"/>	ضعيفة	<input checked="" type="checkbox"/>	قوية	الذاكرة:	←
		<input type="checkbox"/>	غير موجود	<input checked="" type="checkbox"/>	موجود	الإهتمام:	←
<input checked="" type="checkbox"/>	غير موجود	<input type="checkbox"/>	موجود			الإتصال البصري:	←
<input checked="" type="checkbox"/>	غير موجود	<input type="checkbox"/>	موجود			اللغة:	←

محور القدرات العقلية

<input type="checkbox"/>	مهتم جدا	<input checked="" type="checkbox"/>	غير مستمتع	<input type="checkbox"/>	غير مهتم	اللعب:	←
	<input type="checkbox"/>	غير ظاهر	<input checked="" type="checkbox"/>	ظاهر		التقليد:	←
<input type="checkbox"/>	لا	<input checked="" type="checkbox"/>	نوعا ما	<input type="checkbox"/>	عادية	العلاقة مع الأسرة:	←
<input checked="" type="checkbox"/>	نوعا ما	<input type="checkbox"/>	عادية	<input type="checkbox"/>	جيدة	العلاقة مع الأم:	←
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نوعا ما	<input checked="" type="checkbox"/>	نعم	الانسحاب الاجتماعي:	←

محور العلاقات

مناقشة عامة:

من خلال الدراسة والإطلاع على الجانب النظري يتبين أن اللعب احتل مكانة مهمة لدى المختصين بالعلاج النفسي والعلماء المهتمين بسلوكيات الطفل، ويشكل اللعب مادة هامة جدا في التنشئة الاجتماعية على مختلف مستوياتها فاللعب تعبير عن الحياة الاجتماعية والألعاب تعبير عن تاريخ المجتمع وثقافته.

يكون للعب دوما ألعاب مناسبة فعالة كي يمارس الطفل فيها ذاته ويجد مكانته ويظهر قدراته بين أقرانه ويعزز من قيمة الألعاب أنها تشكل أداة هامة لشغل المآزم النفسية فالطفل لا يلعب عبثا أنه يلعب ليستمتع ويروح على نفسه ويفرج ضغوطاته ويشغل على حل مآزمه النفسية خاصة عند أطفال التوحد، الذين يعتبرون من الفئات التي لفتت انتباه العلماء والباحثين، ومؤخرا وجد الباحثين من خلال دراساتهم أملا ومفتاح لهذا الاضطراب الغامض من خلال تقنية يستطيعون الدخول بها لعالم الطفل وهي "اللعب" ومن جانب آخر اعتمد باحثون على غرار بياجيه الملاحظة واللعب لعلاج الأطفال، مثلا نأخذ وجهة نظر جوان بياجيه: يرى أن اللعب يشكل مؤشرا يدل على نمو الطفل ونضجه فضلا عن أنه يتطلب أساسي وضروري لحدوث النمو بجميع إشكاله وجوانبه العقلية والاجتماعية والانفعالية والجسمية والجنسية والوجدانية كما يرى أن اللعب هو أساس النمو العقلي وتطوره وبدونه لا يحدث النمو العقلي ولا يتطور.

وللإجابة عن الفرضيات التالية:

– قد يكون للعب دور هام عند الطفل المتوحد.

– قد نستطيع تطوير وإعادة بناء تقنيات جديدة من خلال اللعب.

تم التحقق من كلتا الفرضيتين وذلك من خلال الحالة المدروسة حيث أن علاج باللعب له دور كبير في تطوير طفل التوحد.

الخاتمة

من خلال الدراسة نلاحظ أن الأطفال كثيرا ما يخبروننا بما يفكرون فيه وما سيشعرون به من خلال لعبهم التمثيلي الحر واستعمالهم للدمى والمكعبات والألوان والكرات... وغيرها، ويعتبر اللعب وسيطا تربويا يعمل بدرجة كبيرة على تشكيل شخصية الطفل بأبعادها المختلفة وهكذا فإن الألعاب التعليمية متى أحسن تخطيطها وتنظيمها والإشراف عليها تؤدي دورا فعالا في تنظيم التعلم.

إن العلاج باللعب مع ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال التوحديين يختلف عن ذلك العلاج مع الأطفال العاديين، لأننا في هذه الحالة نركز على عملية التعليم ليستطيع الطفل مجابهة الواقع، فالعلاج باللعب مع هذه الحالات يركز على الصحة العقلية والطاقة الحيوية. واللعب لا يختص بالطفولة فقط فهو يلزم أشد الناس وقارا ويكاد يكون موجودا في كل نشاط أو فاعلية يؤديها الفرد.

يقول فولكويه "لا يزال اللعب بزوال الطفولة فالراشد نفسه لا يمكن أن يقوم بفاعلية هائلة إلا إذا اشتغل وكأنه يلعب".

مما لا شك فيه أن الطفل التوحدي، يقضي معظم ساعات يقظته في اللعب، بل قد يفضله أحيانا على النوم والأكل فهو أكثر أنشطة الطفل ممارسة وحركة، كما لا نلاحظه نحن فهذا الانعزال والانسحاب الاجتماعي الذي يظهره الطفل التوحدي أمر عادي بالنسبة له، أما اللعب كروية شاملة للباحث فمن خلاله يتعلم الطفل مهارات جديدة ويساعده على تطوير مهاراته القديمة أو تنميتها.

وعلى أن نراعي نقطة مهمة جدا أنه كل مرحلة تؤخذ على أنها حالة فريدة من نوعها وعلى هذا الأساس فإن نتائج هذه الدراسة تعتبر إسهاما جديدا في هذا الموضوع، ويعد الموضوع متشعبا إذ لا يمكن تناوله من جوانب مختلفة تبعا لأهداف كل باحث والمداخل التي يستخدمها لذلك.

قائمة المراجع

أولاً: قائمة المراجع باللغة العربية:

1. إبراهيم، عبد الله فرج الزريقات، (2004)، التوحد – الخصائص والعلاج، طبعة الأولى، الأردن: دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.
2. بلقيس، أحمد ومرعي، توفيق، (1978)، سيكولوجية اللعب، مصر: دار الفرقان للنشر والتوزيع.
3. بيرس، ماريا ولاندو، جنيفيف، (1997)، اللعب ونمو الطفل، ترجمة: سيد، سليمان عبد الرحمان والدريبيستي، شيخة يوسف، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
4. جان، بياجيه، (2002)، سيكولوجية الذكاء، ترجمة: يولند كمانونيل، عويدات للنشر والتوزيع، بيروت.
5. الجلي، سوسن شاكر، (2005)، التوحد الطفولي، أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، طبعة أولى، دمشق: مؤسسة علاء الدين للنشر والتوزيع.
6. حنورة، أحمد حسن وعباس، شفيقة، (1996)، ألعاب الأطفال ما قبل المدرسة، مصر: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
7. الحيلة، محمد محمود، (2002)، تصميم الوسائل التعليمية، طبعة ثانية، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
8. خطاب، محمد أحمد وحمزة، أحمد عبد الكريم، (2008)، سيكولوجية العلاج باللعب مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى – الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
9. الزارع، نايف بن عابد بن ابراهيم، (2005)، قائمة تقدير السلوك التوحيدي – مقياس خاص بفئة التوحد مطور على البيئة العربية، طبعة أولى، الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.
10. الشامي، وفاء بنت علي، (2004)، علاج التوحد الطرق التربوية والنفسية والطبية طبعة أولى، السعودية.

11. الشناوي محمد، (1998)، العملية الإرشادية، القاهرة: دار غريب.
12. الشيخ ذيب، رائد (2005)، الدورة الأولية في التوحد، مؤسسة كريم رضا سعيد – برنامج الإعاقة في سورية – دمشق: دار النشر السورية.
13. عبد الرحمان ابراهيم، (2007)، كيف نفهم الطفل والمراهق، طبعة أولى، سوريا: دار شعاع للنشر والعلوم بحلب.
14. علي، الهنداوي، (2003)، سيكولوجية اللعب، الأردن: دار حنين للنشر والتوزيع بعمان.
15. العناني، حنان عبد الحميد، (1997)، الصفحة النفسية للطفل، طبعة ثالثة، عمان: دار الفكر.
16. كاميليا، عبد الفتاح، (1998)، سيكولوجية العلاج الجماعي، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
17. كلارك، مونتاكس، (1990)، علاج الأطفال باللعب، ترجمة: عبر الرحمان سليمان، القاهرة: دار النهضة المصرية.
18. محمد غريب، عبد الريم (1982)، البحث العلمي التصميم والمنهج والإجراءات، المكتب الجامعي، الاسكندرية، دار الحديث.
19. محمد، أحمد صوالحة، (2004)، علم نفس اللعب، الطبعة الأولى، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
20. ميلر، سوزانا، (1987)، سيكولوجية اللعب، ترجمة: حسن، عيسى، سلسلة عالم المعرفة، الكويت: مطابع الرسالة.
21. نعيم، الرفاعي، (1990)، الصحة النفسية الطبعة السادسة، دمشق، مطبعة خالد بن الوليد.
22. وفاء، محمود طيبة، (1998)، علم النفس اللعب – الطبعة الأولى، دار الهدى للنشر والتوزيع.

ثانيا: قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

23. Axline, V. (1948). Play Therapy, Race and Conflict in young.
24. Bernadette, Roge .(2003). Autisme, Comprendre et agir. Paris : Dunod.
25. Winnicotte, D .(1988). Playing and Reality. New York: Penguin Books.

ثالثا: قائمة المجلات والدوريات والوثائق باللغة العربية:

26. سعد، سميرة .(1997). التوحد، المجلة التربوية، دراسة منشورة الصادرة عن مجلس النشر العلمي في جامعة الكويت، الكويت، موقع مركز الكويت للتوعية بالتوحد على الأنترنت.
27. كاردين، تمبل .(1992). سلسلة التوعية بالتوحد، ترجمة: فؤاد، عبد الله العمر، مجلة الشروق، الكويت: مركز الكويت للتوحد.

رابعا: الموسوعات والمعاجم باللغة العربية:

28. الحنفي، عبد المنعم .(2003). الموسوعة النفسية، الطبعة الثانية، مصر: مكتبة مدبولي.
29. جابر، عبد الحميد وعلاء الدين كفاي .(1990). معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، القاهرة: دار النهضة العربية.

خامسا: مواقع الانترنت

30. أبو العزائم، محمود جمال (2003): اضطراب الذاتوية، الصفحة النفسية، موقع د: محمود جمال أبو العزائم.

31. هاني العسيلي، العلاج باللعب <http://dn-banderlotaibi.com> 2001

32. تعريف اللعب

http://www.abahe.co.uk/child-psycology_definition-of-play