الفصل الثالث

علاج التوحد

يعد التوحد أحد أكبر الإضرابات الغامضة وربما يرجع ذلك لأن أسبابة غير واضحة بشكل حاسم ، وإن هذه الاضطرابات تؤثر في كل أنماط النمو بشكل خطير.

ولذلك اختلفت الآراء حول إمكانية تقديم العلاج للأطفال التوحديين حيث تحتاج لأساليب وطرق متباينة بتباين الحالات وصعوبة تشخيصها ، ولذلك فقد تحتاج تلك الفئة لعناية خاصة ومتدربين على العمل معهم ورعايتهم ومشاركة الآباء والأمهات في **سبل تقديم البرامج العلاجية لهؤلاء الأطفال مع مراعاة الآتي** :

- العمل على تنمية الوعي بذواتهم وبعلاقتهم بالآخرين .
- محاولة إقامة نظام الدمج وتطبيقه مع العاديين لهؤلاء الأطفال ليكتسبوا ولو ببطء اللغة والمعايير الاجتماعية من أقرانهم الأسوياء .
- التركيز على الأنشطة المفضلة لهم مع إجراء بعض التعديلات عليها بالتدريج حيث تأخذ الأنشطة لديهم النمط الثابت المتكرر.
- التركيز على المهارات التي توجد لديهم وتنميتها .
- تنمية الاتجاه الإيجابي نحوهم من قبل الآباء والأمهات والمشرفين والمحيطين بهم .
- عدم التركيز على نمط ثابت لتدريبهم أو تعليمهم .
- إثارة اهتماماتهم بالبيئة ومكوناتها .
- التدريب على التقليد والمحاكاة .
- التدريب على تقبل التغير البيئي من حوله .

obeikandl.com

- التدريب على التخاطب باستخدام الكومبيوتر والتسجيل الصوتي وجذب انتباههم بطرق غير تقليدية .
- التربية الحسية وتنمية عمل الحواس باستخدام الخامات القابلة للتشكيل وغير الضارة وخصوصاً حاسة اللمس والشم .
- تحول النظرة المستقبلية للإيجابية بمن يحيطون بالطفل .
- زيادة التواصل بإلحاح من جانب الكبار مع هؤلاء الأطفال بكل صوره اللفظية والوجدانية والإشارية .
- وتهدف الفنيات العلاجية مع **الطفل الأوتيزمى إلى** :

- معاونة الوالدين في تعلم طرق التواصل مع الطفل والإسهام في علاجه خلال وجودهم في المنزل .
- دفع الطفل إلى اكتساب مزيد من المهارات اللغوية والاجتماعية في محاولة لتعديل سلوكه .
- إخراج الطفل التوحدي من التقوقع الذاتي والانغماس في العالم الخارجي باستخدام بعض الفنيات والأنشطة التي تؤدى إلى كسر حاجز العزلة .
- كما تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب اضطراب التوحد ومع تعدد هذه النظريات تعددت أيضاً الأساليب العلاجية المستخدمة في التخفيف من أثار هذا الاضطراب .

كما أنه من الأساليب العلاجية المتبعة في التخفيف من حدة آثار هذا الاضطراب ، منها ما هو قائم على الأسس النظرية للتحليل النفسي ومنها ما هو قائم على مبادئ النظريات السلوكية ، وهناك أيضاً تدخلات علاجية قائمة على استخدام العقاقير والأدوية.

كمـــا أن هنـــاك طـــرق لعـــلاج الأطفـــال المصـــابين بالتوحـــد منهـــا (طريقة لوفاس – طريقة تيتش – طريقة فاست فورورد) .

(1) **العلاج النفسي:** *Psycho Therapy*

هو الأسلوب السائد ، والهدف الأساسي من هذا العلاج هو إقامة علاقة قوية بين الطفل والنموذج الذي يمثل الأم في محاولة لتزويد الطفل بما لم تقدمه له أمه من خبرات مشبعة معه كالحب والأمان والتفاعلات الإيجابية ، حيث يفترض نقص الارتباط العاطفي بينهما وإن الأم لم تستطيع تزويده بتلك الخبرات (ابراهيم القريوتى ، حاتم البستامى 1995: 374- 375) .

ويتفق كل من (عبد الرحمن سليمان : 2001: 142) ، (عبد الرحيم بخيت، 1999: 238) ، (رشاد موسى : 2002: 410) على أن الهدف الأساسي للعلاج بالتحليل النفسي هو إقامة علاقة قوية بعيدة عن الوالدين وذلك مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة وهذا ما لم تقدر القيام به أم الطفل المصاب بالتوحد ، وعدم استطاعتها إعطاء الطفل الحب والحنان والدفء اللازم له وهذه العلاقة تحتاج إلى عدة سنوات حتى تتطور عملية العلاج

ويشير (عبد الرحمن سليمان ،1999: 92) **إلى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين :**

في الأولى : يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكثر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفاهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج .

وفى الثانية : يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين النفسيين مع الأطفال التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة حية عن الناحية العقلية .

وتشير (هالة فؤاد : 2001: 71) إلى أن القائم على العلاج يقوم بعمل علاقة حب وحنان بين الطفل المصاب بالتوحد وبين والديه ، هذه العلاقة تتسم بالتساهل والمحبة والدفء وذلك بهدف تشجيع الطفل على الدخول في العالم المحيط به .

وتشير (سميرة السعد ، 1992) :إلى أن الفضل يرجع إلى العالم (برونو بيتلهيم) *Bruno bettelheim* حيث يعد أول من اقترح المدخل النفسي في علاج التوحد ، مشيراً إلى أن التوحدية تنشأ من خبرات مبكرة غير مشبعة وتهديديه ووالدين باردين في عواطفهما ورافضين العلاقة مع الطفل ، وأن هذا هو السبب الرئيسي للتوحد ، وهو يشجع ويدافع عن ضرورة نقل الطفل من منزل والديه وإدخاله إلى مصحات أو بيوت داخلية سواء داخل مستشفى أو ملحقة لها (كما هو في أمريكا) مما يتيح الفرصة له لكي يستكشف ويجرب كل شيء بحرية وسهولة ويتمكن من إقامة علاقات انفعالية سوية ، إلا أن العلاج بهذه الطريقة ليس واسع الانتشار مع الأطفال التوحديين اليوم والسبب هو أن الأوتيزم لا يرتجع فقط إلى الأبوة غير الكافية والصادقة والحنونة وإنما يرجع إلى عدم القدرة على أداء وظيفة معينة في الدماغ أو تلف في خلاياه .

ويشير (إلهامي عبد العزيز ، 1999) : إلى أن طريقة العلاج النفسي تعتمد على افتراض أساسي في صياغات(ماهلر) النظرية ، حيث ترى أن النمو النفسي يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعش الطفل حالة مشبعة في مراحل نموه الأولى ، وهكذا يصبح أول شرط لعلاجه بناءاً تدريجياً للاحتكاك مع الموضوع الإنساني ، ولكن على نحو مشبع ، ومع توخي الحرص على دفعه للأمام كي يلتقط أول خيط يربطه بالعالم الخارجي ، فالطفل التوحدى ينبغي أولاً أن نخرجه من قوقعته التوحدية وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن أنشطة إيقاعية مثل

الموسيقى ، وكذلك استخدام أنشطة تستثير اللذة .

(2) العلاج السلوكى *Behavior Therapy*

يشير (إبراهيم بدر ، 2004) : إلى أن العلاج السلوكي يعد من أفضل العلاجات النفسية التي ظهرت فاعليتها في علاج وتعديل سلوكيات الأطفال التوحديين ، ويوضع الطفل التوحدى وفقاً لهذا النوع من العلاج في فصل منظم للتدريب على السلوكيات المقبولة ورعاية الذات واكتساب اللغة كما يلزم تدريب الوالدين على مساعدة الطفل على اكتساب مفاهيم لغوية ، وتنمية السلوك المقبول في المنزل حيث يعتمد العلاج السلوكي على نظرية التعلم والثواب والعقاب ويستخدم للتخلص من السلوكيات المصاحبة للتوحد كالعنف ونوبات الغضب وإيذاء الذات وغيرها من المشاكل السلوكية التي تمثل ضغطاً على الوالدين والمتعاملين مع الطفل بهدف تحسين العلاقات والتفاعلات ، وانطلاقاً من مفاهيم نظرية التعلم بأن السلوك متعلم وأن ما تم تعلمه يمكن أن يتم محوه أو تغييره ويمكن تعلم سلوك جديد ويتبنى هذا الاتجاه معالجة السلوكيات المشكلة ، وتدريب الطفل وإكسابه سلوكيات جديدة ، وقد تبين(زنجاح) العلاج السلوكي مع الأطفال المصابين بالتوحد في تشجيع اكتساب المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل ورعاية الذات والمهارات المعرفية ، وتتميز البرامج النمائية التي تقوم على طرق تعديل السلوك وإدارته بأنها غير قاصرة من حيث الإعداد لها والتدريب عليها وتطبيقها على المهنيين فقط وإنما يمكن تدريب الوالدين والمدرسين وغيرهم على استخدام هذا الأسلوب بشرط أن يكون الهدف من استخدامه واضحاً .

وقد أظهرت نتائج دراسات عديدة نجاح العلاج السلوكي في تحقيق أهدافه في علاج الأطفال المصابين باضطراب التوحد ، واقره الباحثون والمتخصصون كأحد

أهم أساليب علاج هؤلاء الأطفال بسبب قيامه على أسس منطقية مقبولة وما أحرزه من نتائج ايجابية عملية وتطبيقية أوضحت تحسين مسار النمو لدى الكثير من هؤلاء الأطفال وإكسابهم مهارات سلوكية شخصية واجتماعية ، فضلاً عن خفض سلوكياتهم غير المرغوبة .

يشير (حامد عبد السلام زهران ، 2005) : إلى أن العلاج السلوكي هو أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي ويعتبر العلاج السلوكي محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضى المتمثل في الأعراض ، وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد .

ويعرف (Madle & Neisworth,1990:p.91) **العلاج السلوكي بأنه** "عملية تتضمن استخدام مجموعة من الفنيات والأساليب والإجراءات بهدف زيادة معدل ممارسة الفرد لسلوك مرغوب فيه أو تدعيم هذا السلوك أو تعليمه سلوكاً جديداً أو خفض معدل ممارسته لسلوك غير مرغوب فيه ".

ويشير (سايمون كوهين ، باتريك بولتون ، 2000): إلى أن فكرة العلاج السلوكي تتلخص في القيام بتحليل الأنماط السلوكية من حيث مسبباتها وعواقبها ومن ثم يتم تطبيق برنامج سلوكي يهدف إلى التعرف على العوامل التي تكافئ أو تشجع السلوك الصحيح وتلك التي تساعد على تثبيط وإطفاء الأنماط السلوكية غير الصحيحة أو المزعجة ، وتتم مكافأة السلوك الصحيح باستخدام الأسلوب الذي يفضله الطفل ويرتاح إليه ، كما أن الأساليب الحديثة للعلاج السلوكي لا تقر مبدأ العقاب كوسيلة لإطفاء وتثبيط السلوك غير الصحيح .

وتعتبر البرامج التدريبية ذات أهمية كبيرة بالنسبة لهؤلاء الأطفال حيث

يمكن من خلال مثل هذه البرامج تنمية مهاراتهم واستعدادهم للتعليم ، فيمكن على سبيل المثال أن يتعلم الطفل من خلال أحد هذه البرامج أن يجلس على الكرسي ، أو يحضر تلك الأدوات اللازمة لأداء مهمة معينة أو يستخدم التواليت ، ويعد تنمية مثل هذه المهارات أمراً ضرورياً لإعداد الطفل لتلقى برامج أخرى ، إذا تؤدى كما ترى سكريبمان وكوجل (1996) *Schreibman & Koegel* إلى مساعدة الطفل بدرجة كبيرة في تلقى البرامج التالية التي تعد بمثابة برامج متقدمة ، ويرى نيوسوم (1998) *Newsom* أن غالبية البرامج التي يتم تقديمها للأطفال التوحديين في الوقت الراهن تعتمد على إجراء تعديل السلوك إلى جانب تدريب الوالدين (عادل عبد الله ، 2002).

ويشير (عبد الرحمن محمد العيسوي ، 2005) : إلى أن العلاج 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 إيجابية ويفترض أن العادات المرضية عادات متعلمة بطريقة خاطئة ، وعن طريق التشريط يمكن إزالة هذه الأعراض أو محوها أو تحرير المريض منها ، وذلك عن طريق التشريط وإعادة التشريط ، ويختلف هذا المنهج عن نظرية التحليل النفسي التي تفترض أن هناك مرضاً يكمن وراء هذه الأعراض ، وإنما المرض هو العرض النفسي .

ويرى (عبد الحميد محمد شاذلى 1999) : أن العلاج السلوكي هو أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي كما يعتبر العلاج السلوكي محاولة لحل المشكلات وعلاج الاضطرابات السلوكية بأسرع

ما يمكن بضبط وتعديل السلوك المرضى المتمثل في الأعراض وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد ، ويركز العلاج السلوكي على المشكلات الحالية للمريض وأعراض المرض النفسي المتمثل في السلوك المضطرب أو الشاذ لذا فإن أهدافه محدودة وقابلة للتحقيق .

ويشير(محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن ، 1998) : إلى أن العلاج السلوكي أسلوب من الأساليب العلاجية الحديثة يقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم ، ويشتمل على مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية التي تهدف إلى إحداث تغيير إيجابي في سلوك الإنسان ، وبصفة خاصة عدم التوافق ، حيث يقصد بالسلوك في مجال العلاج السلوكي هي الاستجابات الظاهرة التي يمكن ملاحظتها (التصرفات) وكذلك الاستجابات الغير ظاهرة مثل الأفكار و الانفعالات (الغضب – الضحك – الخوف وغيرها) .

يتفق كل من عادل عبد الله (2002: أ: 54- 55) ،(محمود حمودة 1998) (رشاد موسى 2002: 410) على أن العلاج السلوكي يعد من أفضل طرق العلاجات المتقدمة للطفل التوحدى من حيث تعديل سلوك الطفل التوحدى حيث يوضع أثناء العلاج في فصل منظم للتدريبات على السلوكيات المقبولة ورعاية الذات واكتساب اللغة وتنمية السلوكيات المقبولة .

وترى (نيفين زيور، 1988: 88: 101) أن العلاج السلوكي أفضل من العلاج النفسي والتي أوضح فاعليته في علاج التوحد ، حيث يعتمد على نظرية التعليم والثواب والعقاب ويستخدم للتخلص من السلوكيات المصاحبة للتوحد كالعنف ونوبات الغضب وإيذاء الذات وغيرها من المشاكل السلوكية التي تمثل ضغطا على الوالدين والمتعاملين مع الطفل بهدف تحسين العلاقات والتفاعلات وانطلاقا

من مفاهيم نظرية التعلم بأن السلوك متعلم وأن ما تم تعلمه يمكن أن يعلم سلوك جديد ، ويتبنى هذا الاتجاه معالجة السلوكيات المشكلة ، وتدريب الطفل وإكسابه سلوكيات جديدة .

كما تشير عزة ممدوح (1997: 27) ، محمد محروس الشناوي (1997: 346) إلى أن مبدأ العقاب يمكن أن يكون له دور في العلاج ، وقد يكون هذا العقاب تلقائياُ وذلك مثلما يحدث حين يلتقي الفرد بموقف مؤلم نتيجة لسلوك غير موفق عليه ، ويجب أن يكون العقاب مناسباُ لسلوك الطفل حيث أن الطفل المنبسط يضاعف جهوده عقب اللوم في حين يضطرب الطفل المنطوي ويضعف أداؤه.

ويشير رمضان القذافى (1994: 166- 167) إلى أن فكرة تعديل السلوك تقوم على أسلوب المكافأة حيث يتم مكافأة الطفل التوحدى على السلوك الجيد وتجاهل مظاهر السلوك الأخرى ، وذلك من أجل السيطرة على السلوك الفوضوي للطفل .

ويوضح (رمضان القذافى ،1993: 166- 167) إلى أنه يجب ضرورة إعداد نظام استجابته صغيرة متتالية ومتتابعة تدريجياً عن طريق استخدام معززات قوية لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب أو التعليم فإنه **يستلزم الاهتمام بالخطوات التالية** :

- **تحديد الهدف** : إذ لابد من العمل على اختيار السلوك المرغوب في تكوينه بشكل محدود واضح مثل الرغبة في تعليم الطفل الابتسام لغيره أو مشاركة الآخرين في اللعب أو نطق كلمة معينة أو القيام بسلوك حركي معين .

- **سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل** :حيث يتم توجيه التعليمات بشكل سهل لا يحتمل ازدواج المهمة ، كما يجب ألا يكون مطولاً بحيث لا يؤدى إلى صعوبة المتابعة والأمثلة التالية تعطينا مثالاً كما يجب أن يكون (ارفع يديك – امسك القلم – انظر لأعلى – المس اللون الأحمر..الخ) .
- **حث الطفل على الاستجابة** : وذلك عن طريق الملائمة بين المطلوب تأديته من خبرات الطفل الحاضرة إذ قد لا يستجيب الطفل أحياناً لأن الإجابة ليست حاضرة لديه .
- **عملية تشكيل السلوك** : عن طريق تقسيم الهدف إلى وحدات صغيرة متتالية مع استمرار إثابة ومكافأة الخطوات الصغيرة جميعها إلى أن يتم تحقيق الهدف، فإن كان الهدف هو حث الطفل على نطق كلمة (باب) مثلاً وأن الطفل قام بنطق الحرف " ب " في المرة الأولى ثم نطق "با " في المرة الثانية فيتم مكافأة الخطوتين السابقتين كل في حينها .
- **نوعية المكافأة** : من الضروري أن تكون المكافأة ذات تأثير على الطفل فتكون مثلاً تقبيل الطفل أو ضمه أو احتضانه حيث تنجح المكافأة المعنوية أكثر مع هؤلاء الأطفال.

كما أنه لابد من تنوع المكافآت لكي لا يصبح الطفل مشبعاً بنوع واحد ويجب تنويع المكافأة طبقاً لصعوبة العمل .(Eiketh,Smith,T,1997,107: 133)

واستخدم (Krantz,McClannhan1993,p.122) منهج الكتابة المتلاشية لتعليم الأطفال التوحديين بدء التفاعل مع الأقران من خلال تعليمهم الاستجابة على الألفاظ والحركات المكتوبة ، وتقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة

وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطفل **وترجع أسباب اختيار العلاج السلوكي للتخفيف من حدة اضطراب التوحد إلى عدة أسباب منها:**

1) أنه أسلوب علاجي مبنى على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المتخصصين المهنيين وأن يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً .

2) أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل علمي واضح دون عناء كبير أو تأثر بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس .

3) أنه نظراً لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث التوحد ، فإن هذا الأسلوب لا يعير اهتماماً للأسباب ، وإنما يتم بالمظاهرة ذاتها دون تعرض لاختلافات العلماء حول أصل نشأتها .

4) أنه أسلوب يضمن نظام ثابت لإثابة ومكافأة السلوك الذي يهدف إلى تكوين وحدات استجابية صغيرة متتالية تدريجياً عن طريق استخدام معززات قوية .

5) أنه ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرط فعالية جميع متطلباته وتوفر الدقة في التطبيق.

(رمضان محمد القذافى ، 1993)

ويتفق كل من عادل عبد الله (2002: ب: 99) ، لويس كامل مليكه (1998: 286) على أن المعززات يجب استخدامها عندما يقوم الطفل بالاستجابة الصحيحة وذلك تكون بمثابة المكافأة ، وتؤكد دراسة (دونلاب وفوكس) (1999) Dunlap&Fox، (M,et al 1999 whelan) ، وحياة المؤيد (1996: 41) أن هناك طرق وأنواع للإثابة على السلوك الذي يقوم به

الطفل وذلك عن طريق المداعبة والتصفيق والمكافأة الرمزية مثل إعطاء الطفل النجوم وهذا يؤكد على إن إثابة الطفل على الاستجابة الصحيحة وتنوع المكافآت يجعل للتعزيز أثراً طيباً في سلوك الطفل .

ويرى (لويس كامل مليكه ، 1998) : أن العلاج السلوكي يهدف إلى إنقاص الأعراض السلوكية والارتقاء بالوظائف المتخلفة أو الضعيفة أو غير الموجودة مثل اللغة ومهارات رعاية الذات ، ويتطلب التدخل العلاجي في معظم الحالات على الأقل في البداية مدرساً لكل طفل ، وقد يتحقق كسب علاجي هام في اللغة وفى المجالات المعرفية والاجتماعية للسلوك من خلال تدريب دقيق للوالدين بصورة فردية في مفاهيم ومهارات تعديل السلوك مع التركيز على المشكلات الفردية للوالدين وهمومهما .

ويشير (عمر بن الخطاب خليل ، 1991) : إلى أن العلاج السلوكي يعتمد على فنية إدارة السلوك وذلك للتخلص من السلوكيات الغير مقبولة والتقليل من الأفعال التكرارية النمطية ، وغيرها من أشكال السلوك اللاتوافقي ، وكذلك الشريط الإجرائي الذي يفيد في علاج الأطفال الأوتيزم ، ويعد الثواب والعلاج مبدأ رئيسي في هذه الفنية مع هدف تطوير وتعزيز السلوك الإيجابي وتقليل أو استبعاد السلوك السلبي ، كما تستخدم فنية تعديل السلوك مع الأطفال التوحديين ، ولقد تبين نجاح العلاج السلوكي مع هؤلاء الأطفال في تشجيع إكساب المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل ورعاية الذات والمهارات المعرفية .

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، 2003) : إلى أن مفهوم العلاج السلوكي يعتبر إشارة واضحة إلى نوع من العلاج النفسي يستخدم فيه ويطبق قوانين وأفكار المدرسة السلوكية في العلاج النفسي للمظاهر السلوكية المضطربة ، وتنوعت فنيات

العلاج السلوكي بتنوع توجهات علماء السلوكية التقليدية والمحدثين أي ابتداء من الشرطيين إلى الإجرائيين ، وبأسلوب آخر أصبح هناك مبدأين في فنيات العلاج السلوكي وهما التشريط الكلاسيكي بمختلف تكنيكاته ، وتعديل السلوك بتكنيكاته أيضاً .

وتعديل السلوك يشير إلى شكل من أشكال العلاج النفسي ، يهدف إلى تحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه وفق قواعد معينة ويكون موضوع الاهتمام الرئيسي في تعديل السلوك هو السلوك الظاهر الملاحظ (خولة أحمد يحيى،2000، 164 -165). وتنطوي عملية تعديل السلوك على تركيبة تضم بعض التوجهات النفسية التربوية،وبعض فنيات تعديل السلوك الحديثة وإستراتيجيات تعديل السلوك ، وبذلك توجد علاقة بين تدريب المهارات الاجتماعية ، وبرامج أخرى مثل التربية الوجدانية ، والتربية الأخلاقية ، فمناهج المهارات الاجتماعية تميل إلى التأكيد على تعليم الطفل السلوك الذي يمكن أن يتقبله الآخرون ويعززونه (جوزيف ف وروبرت هـ،1999، 128-129).

وتشير "خولة أحمد يحي" أن من بين الإستراتيجيات التي تسير وفقها عملية

والواقع أن بعض أشكال العلاج باللعب التي تصور اللعب على أنه وسيلة لإعادة توجيه الطفل وإعادة تعليمه ، قد أدت إلى نفس القدر من النتائج التي يؤدى إليها المران أو الممارسة : أي أن تشكيل السلوك التلقائي بواسطة تنظيم المعالج لما يقدمه من تدعيمات تتوقف على حدوث هذا السلوك . وينطوي اللعب مع الطفل على عملية مستمرة من استجابات الشخص الكبير لما يفعله الطفل سواء كان ذلك اللعب في شكل اللعب الإيهامي أو العاب الدومينو. ويقوم اللعب مع الأطفال وملازمتهم بتأثير فعال باعتباره من المدعمات . ومع ذلك فينبغي في العلاج

السلوكي أن يتم تنظيم التدعيمات من قبل .

- نماذج العلاج السلوكي :

❖ نموذج الاشتراط الكلاسيكي :

يرى (حامد عبد العزيز زهران ، 2004) :أن الاشتراط الكلاسيكي ينتج من تتابع الأحداث مرتباً بحيث يكون المثير مقترناً أو سابقاً للمثير غير الشرطي الذي يستثير عادة الاستجابة غير الشرطية ، وكنتيجة لهذا الاقتران الشرطي يكتسب المثير الشرطي الطاقة على استثارة استجابة شرطية تشبه الاستجابة غير الشرطية .

ويرجع الفضل في نشأة نظرية الاشتراط الكلاسيكي للتعلم إلى الباحث العالم الروسي(بافلوف) من خلال تجاربه حيث نجح في تحويل استجابة طبيعية غير متعلمة وغير شرطية تتمثل في سيل لعاب الكلب لدى رؤيته الطعام إلى استجابة شرطية بأنه كان يقدم اللحم للكلب مقروناً أو متبوعاً بصوت الجرس ، ويكرر هذه العملية عدة مرات إلى أن نجح في تكوين استجابة شرطية لدى الكلب بحيث يسيل لعابه لمجرد سماع الجرس دون أي وجود للطعام سواء قبل أو أثناء أو بعد الجرس مباشرة (هدى محمود الناشف ، 2004) .

بينما يرى ثورنديك أن (الاشتراط الكلاسيكي) هو عملية تدعيم تدريجي للارتباط بين المثير والاستجابة ، حيث أن الحركات العشوائية الأولية التي يقوم بها الكائن الحي تذف لأنها لا تؤدى إلى الحصول على المكافآت ، بينما الاستجابات الصحيحة التي تؤدى إلى المكافآت تقوى تدريجياً بالتدريب لأنها الاستجابات التي تعزز (أنور محمد الشرقاوي ، 1991) .

❖ نموذج الاشتراط الإجرائي :

في هذا النموذج يتلقى الإنسان المكافأة إذا قام بسلوك معين ، وفى الغالب ما يكون هذا السلوك هو المرغوب ، وهذا يربط الإنسان بين سلوكه وبين المكافأة ومن هذا يميل إلى تعلم تكرار هذا السلوك ، فإذا أحضر لك الكلب العصا التي رميتها أمامه فإنك تعطيه نوعاً من المكافأة ، فالسلوك يحدث أولاً ثم تأتى المكافأة (عبد الرحمن محمد العيسوي ، 2005) .

ويعتمد التعلم في الاشتراط الإجرائي على نتائج السلوك بمعنى أن السلوك يقوى أو يضعف بناءً على نتائجه ، فإذا ترتب على سلوك ما الحصول على إثابة فإن الطفل يميل إلى تكرار ذلك السلوك ، أما إذا ترتب عليه الحصول على العقاب فإن الاستجابة التلقائية تكون تجنب هذا السلوك.

(مدحت عبد الحميد أبو زيد ، 2002) .

ويشير (كمال مرسى ، 1996، سها أمين ، 2002) : إلى أن التعلم بالاشتراط الإجرائي مع المعاقين ذهنياً بصفة خاصة **يقوم على الأسس الآتية** :

- وجود دافع قوى للتعلم .
- وجود عائق يحول بين المتعلم وإشباع الدافع .
- إصدار المتعلم استجابات إجرائية خاطئة .
- الوصول إلى الاستجابة الناجحة بالصدفة .
- الحصول على الثواب بعد الاستجابة الناجحة .
- تكرار الحصول على الثواب بعد كل استجابة ناجحة يقوى الروابط بينهما وبين المثير ويتم التعلم بحيث يسهل استدعاء الاستجابة مباشرة ، وبطريقة آلية كلما تكرر الموقف وفى المواقف المماثلة .

ويرى(سكنر)أن فشل الطفل المعاق ذهنياً في التعليم أو التدريب يرجع إلى أخطاء في طريقة تعليمه ، فإن تم توفير البرامج المناسبة لقدراته وتم تعليمه بطريقة مناسبة سوف ينجح في تعلم ما نريده منه ، وأفضل الطرق الاشتراط الإجرائي .

❖ نموذج التعليم عن طريق الملاحظة :

يستخدم هذا النموذج أساليب تيسر التعلم عن طريق التدريب على سلوك جديد بعد ملاحظة أدائه بواسطة أشخاص آخرين حيث قام (باندورا) بتعريف التعلم بالملاحظة بأنه الزيادة أو النقصان في سلوك الملاحظ الذي يشبه ذلك السلوك الخاص بنموذج ما ، كنتيجة لمشاهدة نموذج السلوك هذا وهو يدعم أو يعاقب ، ويعتقد (باندورا) أن هذا النوع من التعلم يمكن أن يحدث دون أي تدعيم خارجي للملاحظ ، رغم أنه يوافق على أن التدعيم الخارجي قد يكون ضرورياً للتأثير على الملاحظ ليؤدى هذا السلوك.

(Josph,pear,Garry Martin,2004:p45)

❖ نموذج التنظيم الذاتي :

يقصد بهذا النموذج أن الطرق التي يمكن أن يغير بها الفرد سلوكه هو ذاته بحيث يتوائم مع بعض معايير السلوك سبق له أن حددها لنفسه.

(أنور محمد الشرقاوي ، 1998)

ويشير (جمال الخطيب ، 2001) : إلى أنه قد لا تتوفر للمعلم الفرص الكافية لملاحظة سلوك الطفل المعاق وتنظيم نتائجه على نحو يسمح بتعديله وذلك بهدف أسلوب التنظيم أو الضبط الذاتي إلى مساعدة الأطفال المعاقين على تحمل المسؤولية الشخصية عند استجاباتهم ، ويشتمل هذا الأسلوب على تدريب الطفل على ملاحظة سلوكه وتنظيم شروط التعزيز والعقاب ، **ويتضمن نموذج التنظيم**

الذاتي الاستراتيجيات التالية :

1. الملاحظة الذاتية والتي قد تقوم بحد ذاتها بدور وقائي .
2. تنظيم أو إعادة تنظيم الموقف والظروف البيئية التي يحدث فيها السلوك المستهدف .
3. تعلم استجابات بديلة .
4. تغيير نتائج السلوك على نحو يسمح باستخدام التعزيز الذاتي والعقاب الذاتي

❖ نموذج التعلم الاجتماعي أو(السلوكيات الجريدة) :

يقصد بالتعلم الاجتماعي تعلُم سلوك معين من خلال ملاحظة شخص يؤدى هذا السلوك ، ويتم التأكيد على أهمية العوامل الاجتماعية في التعلم بما فيها القدوة وملاحظة الآخرين ، وملاحظة النماذج السلوكية في البيئة .

ولذلك شهدت معظم نظريات التعلم الاجتماعي تطوراً من منحنى المثير والاستجابة كما قدمه(بافلوف وواطسون وسكنر)إلى منحنى التعلم الاجتماعي كما قدمه (البرت باندورا)وهو المنحنى الذي يمثل ما يعرف بالسلوكية الجديدة ويذهب(باندورا) إلى أنه يوجد بين المثير والاستجابة تكوين معقد للغاية وهو الشخص الداخلي الذي يستطيع أن يتخذ قرارات وأن يحلل الأحداث والمثيرات قبل أن يأتي بالاستجابة ، ويركز (باندورا) على قدرتنا على تعلم سلوكيات متقنة تتشكل على نحو يتواءم داخل النظام المعقد لحياتنا الجماعية ، وذلك هو ما يعنيه بمصطلح التعلم الاجتماعي ، فالعلم الاجتماعي هو فعل تعلم سلوكيات والتي تتلاءم داخل نظامنا المعقد للحياة الاجتماعية فنحن كائنات اجتماعية ونعمل وفقاً لمبادئ السلوك الذي نلاحظه من الآخرين (محمد إبراهيم عيد ، 2005).

ويشير (السيد عبد الحميد سليمان ، 2003) : إلى أنه لا يختلف أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي عن أصحاب النظرية السلوكية في تفسيرهم لكيفية

اكتساب الطفل للغة ، فثمة تشابه كبير بين النظريتين في هذا الجانب ، فكلاهم يرى أن اكتساب اللغة يعد محكوماً بدرجة كبيرة بالضبط البيئي ، أي أن كلا النظريتين يعطى دوراً هاماً لأثر البيئة في عملية اكتساب اللغة إلا أن مواطن الاختلاف بين النظريتين إنما يتمثل في أن أصحاب الاتجاه السلوكي يرون أن الاكتساب يتم في ضوء التعزيز للسلوك اللفظي الصادر من الطفل ، بينما أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي يرون أن الاكتساب للغة يتم اعتماداً على مبدأ التقليد إذ يرون أن تقليد الطفل للغة التي يقوم الآخرين بإنتاجها يعد العامل الرئيسي وراء اكتساب الطفل للغة .

ويشير (جودت عبد الهادي وسعيد حسنى العزة ، 2002) : إلى أن نظرية التعلم الاجتماعي قد أثرت في تطور حركة العلاج السلوكي حيث يشير إلى أن معظم السلوكيات غير المتكيفة سببها التعلم الخاطئ عن طريق التقليد ومشاهدة الآخرين يقومون بها ، وأن النمذجة أو التقليد كإجراء علاجي يمكن أن يزيد من حدوث السلوك المرغوب فيه ، ويكون ذلك من خلال إعطاء الفرد المتعلم للسلوك المرغوب فيه تعليمات لفظية خلال ملاحظته للنموذج ومن ثم إثارة ودافعية الفرد للتعليم السريع .

❖ نموذج التعلم المعرفي :

يكمن الهدف من نموذج التعلم المعرفي إلى تعليم أنساق معرفية جديدة حيث يتوجب على الفرد تعلم كيفية إدراك نسق الوظائفية المعرفية المميزة له ومدى ابتعاد معرفياته عن الواقع ، والقيام بعملية ربط بين عمليات الإدراك والتأويل التي يكونها عن الواقع وبين رد فعله الانفعالي أو السلوكي ، ثم تعديل هذه العمليات الإدراكية والتأويلية (البحث عن معرفيات بديله تكون أكثر واقعية ومنطقية

وتصحيح التشوهات المعرفية ، تعديل المخططات) .

ويتطلب كل هذا سلامة وظيفية يعجز المتوحدون حتى أولئك اللذين يمتلكون قدرات عقلية جيدة عن تحقيقها ، ونظراً للصعوبات الموجودة عندهم على هذا المستوى ، ولضعف السلوكيات مص صعوبة تنشيطها حتى حين تفرض الحاجة ذلك ، ولصعوبة تمثيل ما يفكر به ويعتقد أو يحس به الآخرون . ولتميز لغتهم بخصائص تحد من فعاليتها التواصلية ، يضاف إلى ذلك مشكلات تكييف سلوكه مع معطيات يعجز عن التنبؤ بها ، وصعوبة تقييم الوضعية على نحو سليم وبالتالي تأمين بدائل كفيلة بتأمين الحل والتغيير ...الخ ، وفى ظل العوامل المحددة لإمكانية تطبيق العلاج المعرفي ، ويفهم لماذا بقى تطبيقه مع المصابين بالتوحد محدوداً (كريستين نصار ، جانيت يونس، 2009)

ويشير (جمال محمد الخطيب ، 2001) : إلى أن مجال تعديل السلوك شهد اهتماماً متزايداً في السنوات القليلة الماضية بدور العمليات المعرفية والرمزية في عملية تشكيل السلوك ، فالسلوك قد يتعلمه الفرد على المستوى المعرفي قبل أن يقوم بتأديته ، وقد اشتقت المبادئ الأساسية للمنحنى السلوكي المعرفي أساليب مختلفة لتعديل السلوك الإنساني ، ومن أمثلة أسلوب إعادة البناء المعرفي وحل المشكلات والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وغير ذلك .

ويشير (عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر ، 2005) : إلى أول تجربة قدمها (توكمان1949) تثبت أن الحيوانات في تجاربه لا تتعلم من خلال العادة كما تتكون بالطرق السلوكية التقليدية بل تتعلم أيضاً من خلال معرفتها المسبقة أو من خلال ميسميه بالخريطة المعرفية ، أي أن الفئران في متاهات التعلم تقوم بوضع خريطة معرفية بحيث تدرك كل ممر في المتاهة بعلاقته بالممرات الأخرى

فالفئران التي أمكن تعليمها عبور المتاهة على حامل متحرك للوصول للطعام يمكنها بعد ذلك أن تجد طريقها وهى تسير على أقدامها أو هي تعبرها سباحة عندما تكون المتاهة مغمورة بالمياه ، مما يدل على أنها تصرفت في المواقف الجديدة كما لو كانت تملك خريطة تمكنها من معرفة المكان الذي تعيش فيه ، وقد تحول هذا المبدأ إلى نواة لتكوين نظرية التعلم المعرفي التي واكبت ظهور أحدث أنواع العلاج السلوكي والعلاج السلوكي – المعرفي .

كما يركز نموذج الاشتراط الإجرائي أيضاً على دور عواقب معينة (تدعيمات) في تغيير قوة استجابة سابقة ، ويتحقق تعديل السلوك إما عن طريق تغير مباشر في عواقب السلوك أو عن طريق أساليب إضافية تخضع السلوك لضبط منبهات سبق أن خبرها العميل مرتبطة بعواقب تدعيميه معينة (تدعيمات تمييزية) (عبد المنصف على رشوان ، 2005)

وتشير كلا من (صبره محمد على ، أشرف عبد الغنى شربت ، 2004) : **إلى أن العلاج السلوكي يقوم على أربع مسلمات أساسية هي** :

1. أن الاضطراب النفسي سلوك متعلم يخضع في تكوينه وإزالته لنفس القوانين والنظريات التي يخضع لها السلوك السوي .
2. أن الاضطراب النفسي قد ينشأ من فشل في تعلم السلوكيات التوافقية الناجحة .
3. أنه قد ينشأ من نجاح الفرد في اكتساب سلوكيات وعادات خاطئة لا تؤدى إلى التوافق .
4. وقد ينشأ بسبب الصراع الذي يتعرض له الفرد عندما يجد نفسه أمام هدفين ومطلوب منه أن يختار أحدهما وأن يتحمل مسؤولية هذا الاختيار.

- خصائص العلاج السلوكي :

يشير (محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن ، 1998) :

إلى أن العلاج السلوكي يتصف بمجموعة من الخصائص التي تميزه عن طرق العلاج الأخرى وهى كما يحددها (ريم وماسترز 1980) باعتبارها افتراضات يقوم عليها العلاج السلوكي :

- يميل العلاج السلوكي إلى التركيز على الأعراض أكثر من التركيز على أسباب فرضية ، حيث يهتم المعالجون السلوكيون بالسلوك موضوع المشكلة ويزداد هذا الاهتمام على تناول هذا السلوك بتغير أكثر من محاولة البحث وراء الأسباب .
- يفترض العلاج السلوكي أن السلوكيات المضطربة تكون مكتسبة إلى حد بعيد عن طريق التعلم بنفس الطريقة التي يتعلم بها الفرد أي سلوك آخر.
- يفترض العلاج السلوكي أن الأسس النفسية وبصفة خاصة قواعد التعلم يمكن أن تفيد كثيراً في تعديل السلوك غير المتوافق .
- يتضمن العلاج السلوكي إعداد أهداف علاجية محددة وواضحة لكل فرد على حده وهذا يتناسب مع الطفل التوحدى .
- يرفض العلاج السلوكي النظرية الكلاسيكية للسمات ، لأن سمة الفرد هي استعداد مسبق للقيام بسلوك معين في مواقف مختلفة عن بعضها البعض .
- يقوم المعالج السلوكي بإعداد طريقة العلاج بما يناسب مشكلة الفرد .
- يقوم العلاج السلوكي على مبدأ هنا والآن ، أي يركز على السلوك الموجود الآن وعلى البيئة أو الظروف التي يحدث فيها .
- يهتم العلاج السلوكي بالجانب التجريبي ، أي يؤكد على أهمية المنهج العلمي كأسلوب للوصول إلى النتائج التي تساعد على تحقيق فنيات وأساليب العلاج وكذلك يهتم بتحديد خط البداية (السلوك المراد تغييره) ويهتم بوضع خط النهاية

وتقويم نتائج العلاج ، وبذلك يتسنى له إجراء المقارنة مع غيره من أنواع العلاج الأخرى .

ويشير (حامد عبد السلام زهران ، 2004) : **إلى أهم خصائص أو مزايا العلاج السلوكي في النقاط التالية** :-

- يعتمد العلاج السلوكي على الدراسات والبحوث التجريبية المعملية المضبوطة القائمة في ضوء نظريات التعلم والتي يمكن قياس صدقها قياساً تجريبياً مباشراً .
- يسر للمعالجين استخدام أساليب مختلفة لعلاج الأنواع المختلفة من المشكلات النفسية .
- يتناول تصحيح العادات السيئة لدى الأفراد العاديين وعلاج الأفراد غير العاديين مثل حالات التخلف العقلي ، والأطفال التوحديين .
- أثبت نجاحاً ملحوظاً في علاج المشكلات السلوكية عند الأطفال ، وعلاج المشكلات النفسية ، وكذلك حالات الاضطراب السلوكي .
- يركز على المشكلة أو العرض في الوقت الحاضر مما يسهل وجود محك نحكم به على نتيجة العلاج .

- المبادئ الأساسية لتعديل السلوك :

يشير (قحطن الظاهر ، 2004) : **إلى المبادئ الأساسية لتعديل السلوك فيما يلي** :

- أنها تعتمد على المنهجية والتجريب : أي أن تعديل السلوك يركز على العلاقة بين المتغيرات البيئية والسلوك ، حيث يمكن السيطرة على تلك المتغيرات ومراقبة نتائج السلوك .
- نتائج السلوك تتحكم به : أي أن سلوك الإنسان له نتائج تحددها البيئة ، وهى تؤثر في احتمالية حدوث السلوك ، أي أن السلوك يتأثر بنتائجه ، فإذا كانت

نتائج السلوك مؤلمة قلت احتمالية تكرار هذا السلوك .

- التركيز على السلوك القابل للملاحظة : أي أن التركيز على السلوك الظاهر يساعد على القياس بشكل دقيق بعيداً عن التنبؤ الكيفي ، كما يمكن التعرف على فعالية الإجراءات المتبعة في التدريب .
- إن السلوك الظاهر غير المقبول هو المشكلة ذاتها وليس انعكاسا لعوامل داخلية: حيث أن التعامل مع السلوك غير السوي الظاهر على أنه المشكلة وليس مجرد عرض لأسباب داخلية ينسجم تماماً مع دور المعلم كتربوي ومرشد.
- السلوك المقبول وغير المقبول متعلم : أي أن السلوك المقبول وغير المقبول متعلم حيث يخضع كلا منهما لقوانين التعلم نفسها ، فالنتائج المعززة التي يشعر من خلالها الفرد بالارتياح تميل إلى التكرار ، وان المشكلة السلوكية ما هي إلا استجابات أو عادات اكتسبها الفرد بفعل خبرات خاطئة يمكن التوقف أو استبدالها بسلوك أفضل .

وتشير (سها أمين ، 2002 ، عبد الستار إبراهيم ، 1993) : **إلى خطوات تعديل السلوك فيما يلي :**

1. **تحديد السلوك المراد تعديله** : ويقصد به السلوك المشكل الذي يجمع عليه كل من الوالدين والمدرسين بأنه يجب تعديله .
2. **تحديد مقدار السلوك** : أي مقدار شيوع هذا السلوك عند الطفل وكم مرة يحدث
3. **تحديد السوابق واللواحق لهذا السلوك** . أي متى يحدث هذا السلوك؟ماذا يحدث قبل ظهور هذا السلوك ؟ ماذا يحدث بعده ؟ رد فعل الآخرين لظهور هذا السلوك . وجود متغيرات محيطة بوجود هذا السلوك .
4. **تسجيل الخطوات** : أي تسجيل المظاهر السلوكية كما تحدث خطوة بخطوة.

5. تحديد معززات المشكلة : أي معرفة المعززات التي تساعد على بقاء السلوك المشكل موجود .

6. وضع التشخيص : أي تحديد للسلوك المشكل مع وضع الأهداف المرجوة لتعديل هذا السلوك ووضع الأسباب التي يمكن بها تعديل هذا السلوك .

7. البرنامج العلاجي والتوقعات العلاجية : أي يجب وضع الأسس العلاجية التي يبنى على أساسها البرنامج ووضع طرق التنفيذ مع وجود التوقعات النهائية من البرنامج العلاجي .

8. تعميم السلوك : ويقصد به تعميم السلوك المعدل على مواقف التفاعل الأخرى التي يمر بها الطفل وتعميم خبراته الإيجابية الناجحة على المواقف الأخرى ، ويجب تشجيعه بكل الوسائل والمدعمات للحرص على إبقاء هذا السلوك الجديد المعدل مع الحرص على المتابعة له في كل المواقف بصفة مستمرة ، وضرورة تقييمه كل فترة مع وصف التغيرات التي طرأت على هذا السلوك .

(3) العلاج الطبي (الدوائي) *Medical Intervention*

يشير (محمد قاسم عبد الله : 2001: 193) إلى أن العلاج الدوائي يستخدم لتنظيم وتعديل المنظومة الكيماوية العصبية التي تقف خلف السلوك الشاذ ، وبالرغم من أن البحوث الحديثة قد أثبتت تنوع وتعدد العوامل التي تسبب التوحد إلا أن الكثير من الاتجاهات المباشرة وغير المباشرة قد أثبتت أهمية العلاج الدوائي مع الاضطراب التوحدى ومع أنه لا يوجد دواء واحد ويحذر (ماوك) للتوحد فيجب أن يتكامل هذا النوع من العلاج الطبي مع برنامج العلاج الشامل بحيث يساعد في تحسين قدرات المريض .

obeikandl.com

ويشير (رشاد علي موسى : 2002: 409-410) **إلى أهم العقاقير التي تستخدم في خفض أعراض التوحد وهى :**

- الهالوبيريدول *Haloperidol* :يفيد في خفض النشاط الزائد والانسحاب والحركات النمطية التكرارية .
- الفينفلورمان *Fenphloaromane* : يعمل على خفض نسبة السيروتين في الدم كما يساعد على خفض النشاط الزائد غير المناسب ، كما يساعد على تحسين الوظائف العقلية والاجتماعية
- نالتركسون *Naltrexane* :يساعد على خفض العدوان وسلوك إيذاء الذات .
- كلوميبرامين *Clominpryamina* :يعمل على خفض السلوك القسرى والنشاط الزائد والاضطراب الانفعالي ، ونوبات الغضب والعدوانية لدى الأطفال التوحديون .

وهناك عدد من العقاقير الأخرى التي تحدث التأثير نفسه في الناقل العصبي الدوباميني ، والتي درست فعاليتها في معالجة التوحد منها عقار ل – دوبا *L- Dopa* الذي درس مفعوله باستعمال جرعات متنوعة منه لدى عدد من التوحديين ذكوراً وإناثاً ومن أعمار مختلفة ، وعقار ريسبريدون *Risperidone* وعقار *Amisulprile* وغيرها .ولقد بينت الدراسات التي أجريت على هذه الأدوية النفسية في معالجة التوحد أن العقاقير كلوميبرامين ,*Clominpryamina* وفلوفكسامين *Fluvoxamine* وباسبيرون *Buspirone* مفيدة في خفض السلوك العدواني والسلوك النمطي المتكلف ، كما أنها تحسن السلوك الاجتماعي لدى المصابين بالتوحد من الأطفال والراشدين .

وتشير(فضيلة الراوي ، أيمن البلثة : 1999) إلى أنه بسبب عدم الوصول إلى سبب لتفسير إعاقة التوحد ، فإنه لا يوجد علاجاً شافياً لهذه الإعاقة أو أدوية ويمكن أن تستخدم العقاقير الطبية لتقليل الأعراض السلوكية المضطربة مثل فرط الحركة والآلية الحركية والانسحاب مثل عقار الهالوبيريدول *Haloperidol* ، ولكن لا يوجد حتى الآن عقاقير لها دور في علاج اضطراب التوحد ، ويتفق مع هذا الرأي كل من (محمود حمودة : 1991:83) ، (رشاد موسى : 2002: 409) (عثمان فراج : 2002: ب) .

ويرى محمد قاسم (2001) أنه ثبت فاعلية المهدءات والأدوية في معالجة مظاهر التوحد ، وإن بعض الأعراض الرئيسية لاضطراب التوحد مثل الطقوسية أو النمطية والنشاط الزائد قد تم تحرضها وإحداثها عند الحيوانات بعد إعطائها كمية زائدة من الدوبامين مما أدى للافتراض بأن العصبونات الوبامينية المركزية قد تكون مرتفعة النشاط عند المصابين بالتوحد .

ويشير (لويس كامل مليكه ، 1998) : أن البحوث اتجهت إلى دراسة التفاعل بين هذه الأدوية والنتائج البيو كيميائية لدى الأطفال التوحديين ، وتناولت معظم البحوث الشذوذ في ناقلين نيرولوجين هما سيروتونين *Serotonin* وبدرجة أقل دوبامين *Dopamine* وقد وجد أن نشاط السيروتونين في الجهاز العصبي المركزي يؤثر في الشهية والنوم والتعلم والذاكرة كما أن الدوبامين يؤثر في النشاط الحركي والمعرفي والانتباه الانتقائي .

وقد افترض أن إعطاء عقار *L- Doba* سوف ينقص مستويات السيرتونين وإن ذلك سوف يرتبط بنقص في الأعراض السلوكية بينما إعطاء مضاد قوى للدماين *Antagogonist* هو (*holdol,mcneil pharmaceutical haloperidol*)

يؤدى إلى نقص دال في الإعراض السلوكية وسرعة دالة في التعليم داخل المعمل .

ويحذر (ماوك) Mauk,J,1991 من إستخدام الهلوبيريدول ويتفق معه كل من (جوزيف ايزو، روبرت زابل 1999.أ: 346: 347) ، (عثمان فراج، 2002: 83) ربما يؤدى إلى حدوث مضاعفات تنتج عند استخدامه لفترة طويلة يؤدى إلى خلل في التآزر الحركي فيحذر من استخدام العقاقير الطبية إلا بموافقة الطبيب المختص والالتزام التام بتعليماته من حيث العقار المستخدم للحالة وحجم الجرعة .

غير أنه لم يثبت أن استخدام أن استخدام العلاج الدوائي للتوحد قد حقق نجاحاً في القضاء على الاضطراب ، فبعض العلاجات الدوائية تحمل خطر تدمير الجهاز العصبي ، أو أعضاء داخلية أخرى مثل الكبد والجهاز العصبي لدى الأشخاص التوحديين يكون شديد الحساسية ، وبعض هؤلاء الأشخاص قد يتطلب علاج دوائي بجرعة أقل من الشخص ذوى الجهاز العصبي السليم (الطبيعي) وهناك تفاوت من شخص إلى آخر ، والمبدأ الأساسي هو موازنة الفوائد مع الأخطار ، واستعمال تقييم حيادي مع جميع أنواع العلاج الدوائي التي تستعمل من أجل سلوك الطفل (Grenadine,1998 عمر بن الخطاب خليل ، 2001 ، 29) (9) .

ويشير(نلسون واسرائيل1991) : إلى أنهما حددا أهداف البرامج العلاجية المستخدمة لعلاج المصابين بالاضطراب التوحدى في التغلب على الخلل البيولوجي، وذلك باستخدام العلاج الدوائي وخلق بيئة قادرة على تعزيز النمو السوي وعملية التعلم (Nelson,Israel,1991,282) .

إلا أن بعض العلماء (كامبل ، 1991) : يروا أن العلاج الكيميائي أكثر فاعلية في تخفيف أعراض التوحد ويشتمل على أدوية ، وفيتامينات ، ومضادات

خمائر ، ومن العقاقير التي تم استخدامها *Haloperidol Antidopaminergic* في اختزال السلوكيات النمطية ، حيث يرى بأن هذه العقاقير تفيد في تحسن القدرة على الكلام إذا تم استخدام العلاج السلوكي بجانب تناولها ، أما عقار *Fenfluramine* فيختزل معدل السيرتونين في الدم ، ويستخدم *Amphetamines* في خفض النشاط الزائد وزيادة الانتباه و *Phonothiozines* لخفض القلق الزائد المرتبط بإزاء النفس (Campbell,et al,1991,34) .

وتشير (سميرة عبد اللطيف السعيد ،1998) : إلى أنه بالرغم من أن الأطفال التوحديين لديهم سمات فردية خاصة في تصرفاتهم وكذلك في تجاوبهم للدواء وأكثرهم لا يساعدهم العلاج بالدواء إلا بنسبة قليلة (10 – 15 %) يظهرون أنهم يستفيدون من العلاج بالأدوية .

وقد استخدم فيتامين *B6/Magnesium* مع حالات التوحد بصفة عامة لما له من مضاعفات محدودة جداً وفاعلية إلى حد ما في تحسين الحالات (Sahakiam et al.,1986,285) .

ويشير (إلهامي عبد العزيز ، 1999) : إلى أن العلاج الدوائي يركز على أعراض مثل فرط الحركة وسرعة الاستثارة ، والإنفجارات المزاجية في الطفولة المبكرة ، بينما يركز على أعراض مثل العدوانية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة الوسطى والمتأخرة أما في المراهقة والرشد فقد يكون الاكتئاب والوسواس القهري هما الظواهر التي تتداخل مع أداؤه الوظيفي .

(4) العلاج بالموسيقى *Music thevapy*

يشير(عمر بن الخطاب 2001: 48-49): إلى أنه من الملاحظات المتعددة ثبت أن الأطفال التوحديين لديهم حساسية غير عادية للموسيقى ، فبعضهم لديهم

إيقاعات مفضلة ، وآخرون منهم يستطيعون العزف على الآلات الموسيقية بمهارة وعادة بعمل المعالجة الموسيقية ، وبعض الأطفال التوحديين لديهم حساسية غير عادية لأصوات معينة مثال "كان صبى بعد ما يلعب اللأكسيليفون يقوم بغناء السلسلة الهيكلية الدقيقة ثم يربط الأصوات بالحروف الساكنة للنغمات وبدأ الصبي إصدار أصوات الحروف الساكنة والمتحركة في عملية اللعب الصوتي .

تعتبر الموسيقى من المؤثرات القوية والفعالة التي تؤثر في جميع الأفراد سواء كانوا رجالاً أو نساءً أو أطفالاً أو مراهقين أو راشدين لأنها تخاطب المشاعر والانفعالات وتعتبر من أكثر قنوات التواصل أتساعا للوصول للأطفال المصابين بالتوحد وذلك بسبب مشكلاتهم في الاتصال بالآخرين .

يشير (جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافى ،1992) : إلى أن الموسيقى تستخدم كعلاج إضافي للعلاج الطبي النفسي والتأهيلى ، وبرنامج العلاج بالموسيقى يتم تحت توجيه معالج متخصص ، ومتدرب على هذا النوع ويفر تنوعاً من خبرات الاستماع والمشاركة تلاءم حاجات المريض ، وتمثل هذه الخبرات فرصة للتواصل غير اللفظي ، والخبرة المشتركة والتعبير الانفعالي والاسترخاء والاستمتاع الذي يخلو من التهديد .

وترى (نهلة غندور ، 2000) : أن طريقة العلاج بالموسيقى بدأت تشق طريقها في علاج الأطفال التوحديين في العقد الأخير ، وفى العلاج بالموسيقى يخضع الطفل لجلسات من الموسيقى بشكل يومي وكثف ، وهناك مقطوعات موسيقية أعدت خصيصاً لهذا الغرض ، يستمع إليها الطفل عبر سماعات ذات مؤثرات صوتية عالية الجودة ، وقد ساهمت هذه الطريقة في تحسن بعض الأطفال التوحديين وساعدتهم على التخلص من سلوكيات غير تكيفيه .

ويشير عادل عبد الله (2008:أ :147) إلى أن العلاج بالموسيقى بالنسبة للأطفال التوحديين شكل من أشكال العلاج الوظيفي حيث نلاحظ أن هؤلاء الأطفال ينجذبون في الواقع إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها .

كما يرى ميرا (1999) ، نهلة غندور (2000) أن العلاج بالموسيقى يساعد الطفل التوحدى على الشعور والإحساس بنفسه ، والشعور بقيمته وسط المجموعة وذلك من خلال مشاركته مع الآخرين فى النشاط الموسيقى .

ويرى صابر عبد الحميد وعلاء كفافى (1992،ج 5) أن الموسيقى تستخدم كعلاج إضافي للعلاج الطبي النفسي والتأهيل،برنامج العلاج بالموسيقى يتم تحت توجيه المعالج المتخصص ، ويوفر تنوعاً من خبرات الاستماع والمشاركة تلاءم حاجات الطفل ، وتمثل الخبرات فرصة للتواصل غير اللفظي ، والخبرة المشتركة والتعبير الانفعالي .

ويشير كل من سنيل (1996)snell ، وادجرتون (1994)Edgerton ، وتاوت (1992)Thaut إلى أن العلاج بالموسيقى يعتبر نمطاً علاجياً على درجة كبيرة من الأهمية لهؤلاء الأطفال وأن هناك العديد من الحقائق التي ترتبط باستخدام الموسيقى مع هؤلاء الأطفال والتي من شأنها أن تجعل هذا الأسلوب العلاجي من أهم وأنجح التدخلات المختلفة التي يتم استخدامها معهم .

وتتضمن فائدة العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين فيما يلي :

- العلاج بالموسيقى ينمى ويطور المهارات الاجتماعية، الانفعالية، الإدراكية التعليمية، والإدراك الحسي .
- الألعاب الموسيقية العلاجية تحقق التفاعل والاتصال الاجتماعي مع الآخرين .

- اللعب بآلة موسيقية بجوار الطفل التوحدى ينمى الانتباه إليه .
- العلاج بالموسيقى يساعد على تعديل السلوك الاجتماعي للطفل التوحدى مثل الجلوس على مقعد بهدوء أو الالتزام بالوجود مع مجموعة من الأطفال الآخرين في دائرة مثلاً .

يساعد العلاج بالموسيقى الطفل التوحدى على الشعور والإحساس بنفسه والشعور بقيمته وسط المجموعة وذلك من خلال مشاركته مع الآخرين في النشاط الموسيقى (Mayra,1999) .

ومن خلال ذلك نلاحظ أن العلاج بالموسيقى يستخدم في مجالات عديدة مع أطفال التوحد وذلك لتنمية الكثير من مهاراتهم (مهارات الاتصال ، مهارات سلوكية ، مهارات اجتماعية ، مهارات معرفية) ، وأيضاً لتعديل سلوكيات كثيرة وتعتبر الموسيقى وسيطاً ناجحاً في العلاج لأن كل شخص سواء عادى أو غير عادى يستجيب على الأقل لبعض من أنواع الموسيقى ، وأيضاً العلاج بالموسيقى له فاعلية خاصة في تنمية وعلاج الحديث اللغوي وفى تنمية وعلاج النقص الملحوظ في القدرة على التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد فيما يتضمن حديثهم المعبر الذي قد يكون غير موجود أو غير ممكن لشخص يمكن أن تتراوح مقدرته على الحديث بين الصمت إلى الصراخ التام أو الصياح أو الأصوات الغريبة أو الهمهمة .

(5) العلاج باللعب *Play Therapy*

دائماً اللعب ما يخرج الكثير من الانفعالات والصراعات التي عادة ما تكون داخل الطفل التوحدى وتعمل على توتره ، وهو الوسيلة التي توفر الفرصة للأطفال المعاقين لكي يشعروا بالكفاءة والفاعلية والسرور والرضا على أنفسهم ، والعلاج

باللعب يهتم بحاجة الطفل للمساعدة لأنه يجد نفسه من خلال علاقته بالمعالج حيث تعتبر ساعة العلاج خبرة نمو مركزة للطفل فقد يدرك الطفل تدريجياً كيانه الشخصي المستقل ويدرك ماله من قدرات خاصة به .

ويشير (إبراهيم الزريقات ، 2004) : إلى أن الطفل التوحد يفتقر في السنوات الأولى من عمر إلى الكثير من أشكال اللعب الاستكشافي فعندما يتناول اللعب والأشياء المختلفة فإنه يلعب بها بطريقة غير مقصودة وبقليل من التنوع والابتكارية والتخيل ، كما تقل المظاهر الرمزية في ألعابه إلى حد كبير حيث يتسم الطفل التوحدى بنقص أو قصور في اللعب التلقائي أو التخيل ، ولا يبدى أي مبادرات للعب التظاهري أو الإيهامي ، كما أنه لا يستطيع أن يقلد أفعال الآخرين أو يقلدهم في ألعابهم ، ومن ناحية أخرى وبسبب ضعف اللغة والتخيل لدى الطفل التوحدى فإنه غالبا لا يستطيع الاندماج في اللعب مع الآخرين وعندما يؤدى الطفل لعبة معينة ويجيدها فإنه يميل إلى تكرارها دون أي محاولة لتطوير طريقة اللعب حيث يتسم الطفل بعدم القدرة على اللعب الإبتكاري من ناحية وبتمسكه بالروتين من ناحية أخرى ، كما يستخدم الأطفال التوحديين الألعاب بطريقة تعكس التكرارية أو النمطية أو استعمال غير شائع للأداة أثناء اللعب الفردي أو المنعزل والذي يقصد به اشتراك الطفل في نشاط لا يتطلب شخصاً آخر وقد يلعب بالقرب من شخص آخر أو بنفس اللعبة في اللعب الثنائي ، ولكنه لا يظهر تفاعلاً متبادلاً ، ويواجه الأطفال التوحديين بعض الصعوبات في اللعب الجماعي والتي قد تنتج عن مشكلات في فهم الإشارات الاجتماعية والتفاعلات اللازمة للعب .

وتشير (ميريلاكيارانـدا : ترجمـة فـوزي عيسـى ، 1992) : إلى أن اللعـب يعتـبر مـن أهـم الحقـوق الجـديرة بالاهتمـام والعابـة ، لأنـه هـو السمة والخاصـية الأساسية للطفولة ، وهو المحرك والدافع المساعد على كل عمليـات النضج والتكوين وهو يمثل كذلك العنصر الأول المحرر للطفل والذي يدخل الطفل من خلاله وبشكل ايجـابي وفعـال إلى واقعـه الطبيعي والإنسـاني ويجعلـه يكتشـف نفسه وذاتـه شـيئاً فشيئاً .

وتشير (آمـال عبد السميع باظة ، 2002) : إلى أن اللعب هو أسلوب حيـاة الطفـل في تواصـله مـع مكونـات البيئـة ، ويتطـور اللعـب مثـل بقيـة مظـاهر النمـو الأخرى بل يلخصها ، حيث يظهر في اللعب المختلف خصائص النمو للطفل ويعتبر اللعـب في البدايـة نشـاط غير موجـه أو هـادف ثـم يتطـور إلى خطـة سـلوكية يمكـن استغلالها لتنمية وتطور إمكانيـات الطفل ، ويعتبر وسيلة هامة في العلاج النفسي للطفولة لشتى الاضطرابات .

ويشير (عبد الرحمن محمد العيسوي ، 2005) : إلى أن هنـاك من يرى أن اللعـب يسـهم إسـهاما فـاعلاً في النمـو العـام للطفـل ، حيـث يبتكـر الطفـل القواعـد التي تخدم أغراضه ، وينقل الأشياء من مواضعها الأصلية إلى استخدامات أخرى فالعصا يستخدمها حصاناً وسيارة ومركبة وما إلى ذلك ، وقد يقوم الطفل بدور المعلم أو الطبيب والطبع يسبق في الأدوار التي يقوم بها في لعب الأدوار الحقيقة فاللعـب موقـف تعليمـي هـادف لـه دور تربـوي وتعليمـي ، ويسـاعد في اكتسـاب القدرات الفيزيقية والمعرفية ، فاللعب يتضمن عملية الملاحظة والتجريب والمحاولة والخطأ ، وقد تبدأ هذه التجارب على مستوى صغير ثم تنمو هذه القدرات وخاصة الألعاب البنائية وبذلك تنمو المهارات المكانية أو القدرة على الإدراك المكاني .

وترى جانيت وست : أن الأهمية العظمى لعالم اللعب لدى الأطفال تعادل أهمية اللغة لدى الراشدين بل أن اللعب هو اللغة التي تشكل عالم الطفل بل أنه أفضل أداة دافعة لعمليات النمو والتعلم معاً وأن احتياج الأطفال للعب بأنواعه وأدواته وأساليبه هي احتياجات نمائية ، فالطفل يلعب لأنه ينمو وينمو لأنه يلعب واللعب يعكس خصائص النمو والتغيرات الارتقائية التي تتحقق للطفل في كل مرحلة من مراحل نموه ، وإذا اتبعنا النسق الاجتماعي للطفل من مرحلة لأخرى نجد أن لكل مرحلة ما يميزها من أنشطة اللعب(West,j,.1992 :p11)

ويعتبر العلاج باللعب من أحد أهم مناهج العلاج النفسي للأطفال ويتم استخدامه في دراسة وتشخيص وعلاج مشكلات الأطفال باعتبار أن اللعب آداه علاجية نفسية هامة للأطفال المصابين باضطرابات سلوكية مما يساعد الطفل على فهم نفسه وفهم العالم من حوله وإقامة علاقات اجتماعية فعالة مع غيره سواء من الرفاق أو الأخوة أو الوالدين ، والعلاج باللعب يعتبر فرصة آمنة غير مهددة وفى اللعب يعبر الطفل عن مشكلاته وصراعاته ومن خلالها يخرج مشاعره المتراكمة من ضغوط الإحباط وعدم الأمان مما يساعد على النمو العقلي والإجتماعى ، حيث أن اللعب هو عمل الطفل ووسيلته التي ينمو بها ويرتقى .

كما يعد اللعب العلاجي من الطرق الفعالة للعلاج النفسي وخاصة مع الأطفال ويشير كل من ليفن وورد ويل *Leven , Word Well* إلى أنه بدأ استخدام اللعب بين الثلاثينات والأربعينات من هذا القرن باستخدام لعبة العروسة *Doll Play* (محمد الحمامى ، 1999) .

وقد استخدمت هرمين هج هلموث *Hermine Hug Hellmuth* من أتباع فرويد ، اللعب في علاج الأطفال المضطربين انفعالياً بغرض ملاحظتهم وفهمهم

ويتمثل علاجها الحقيقي في محاولة التأثير على سلوكهم تأثيراً مباشراً بنفس القدر الذي يستطيعه أحد الوالدين أو المدرس .

وبعض المعالجين لا يستخدمون اللعب إلا لمجرد التواصل مع الطفل المريض لما يمكن أن يخلق من موضوعات للكلام ومواقف اجتماعية . والبعض الآخر منهم يقيد الطفل بعدد قليل من الدمى ويشجعه على إعادة القيام بمشاهد معينة يعرف أو يفترض أنها كانت تمثل صدمة بالنسبة له. وذلك لتخفيف مخاوف الطفل منها بسرعة .

ولذلك يؤكد (Taft&Allen) على 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 كيانه الشخصي المستقل ، ويدرك ماله من قدرات خاصة به (سهير محمود أمين: 2000، 108) .

وتؤكد دراسة صبحي عبد الفتاح (1992: 75) ، دراسة عزة عبد الفتاح (1990: 15) ، دراسة سميرة جعفر (1992: 65) على تأثير اللعب على تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال المصابين بالتوحد .

ويشير(محمد الفوزان ، 2000) : إلى أن اختيار الألعاب المناسبة للطفل التوحدى أمر عظيم لأن الألعاب مفيدة جداً ولها الأثر الكبير فى توجيه السلوكيات المرغوبة لدى الطفل التوحدى ، كما أنها تنمى لديه التركيز والانتباه ولذا توصل مركزا(دالاسى وتكساس) بالولايات المتحدة إلى **توصيات بخصوص العاب الطفل التوحدى قدمها هل ومكماكن** (*Hill&Mcmackin*) **منها** :

1. يجب أن تدل اللعبة على مثيرات بصرية حتى تشد الطفل التوحدى على التحديق في الأضواء وتركيز وتثبيت بصره لأنه دائماً يحدق في يده ويضرب ضربات خفيفة أمام عينه .

2. يجب أن تحتوى اللعبة على مثيرات سمعية لأنه دائماً يعبر وينطق ويهمهم ويستعمل لسانه .
3. يجب أن تحتوى اللعبة أيضاً على مثيرات ملموسة لأن الطفل التوحدى عادة يحاول ضرب جسمه أو قرض جسمه أو وضع أصبعه في فمه فلابد أن تكون الألعاب ناعمة .
4. يجب أن تحتوى هذه الألعاب على مثيرات تلقائية لأن الطفل التوحدى لديه عادات مثل أحياناً يضع جسمه في وضع غريب أو أحياناً يمشى على أصبع القدم ويقلب رأسه إلى الخلف .

ويشير (صبحي الكافوري ، 1992) : **إلى مجموعة من الشروط التي ينبغي الالتزام بها إذا ما توفرت الإمكانات اللازمة ، حتى تكون حجرة اللعب نموذجية من حيث البناء والتصميم والتجهيزات وهى** :

1. ينبغي أن تكون حجرة اللعب مانعة للصوت بقدر الإمكان .
2. ينبغي أن تتضمن حوضاً به ماء بارد وساخن .
3. يجب وضع قضبان حديدية أو حواجز خشبية في نوافذ الحجرة .
4. يجب تغطية جدران وأرضية وأبواب ونوافذ الحجرة بمادة يسهل تنظيفها وتتحمل الطمي والألوان الزيتية والماء والمطرقة الخشبية .
5. ينبغي تزويد حجرة اللعب بمسجل يتيح للمعالج تسجيل ملاحظاته على الطفل دون أن يشعر الطفل بذلك ، وذلك يساعد كثيراً في عملية العلاج .

ويشير (محمد إبراهيم الدسوقي ، 1999) : إلى أن العلاج باللعب إما أن يكون موجهاً بحيث يكون المعالج هو نفسه المسئول عن قيادة العملية العلاجية والنفسية ، أو يكون غير موجه حينما يترك المعالج المسؤولية والتوجيه للطفل .

وتشير (سها أمين ، 2002) : إلى أن العلاج باللعب يرتكز على ثلاثة اتجاهات تعتبر دعامات أساسية يستند إليها العلاج باللعب هي :

1. الإيمان بالطفل والثقة فيه : يرى البعض أن صفة الإيمان بالطفل والثقة فيه لا تدرك بالحواس وإنما يتم التعرف عليها من خلال المشاعر والأحاسيس فمن خلال جلسات اللعب يستطيع الطفل أن يكون على وعى بمشاعر المعلم نحوه وبالتالي يستطيع استكشاف إذا كان هذا الشخص الآخر يثق فيه أم لا ويستطيع المعلم أن ينقل إلى الطفل الإحساس بالثقة فيه من خلال بعض التغيرات والعبارات البسيطة .
2. تقبل الطفل : ويشتمل مفهوم التقبل على نقطتين هما :
   أ) نشاط تفاعلي بين الطفل والمعلم يشعر فيه الطفل أنه متقبل دائماً .
   ب) تواصل المعلم مع أحاسيس ومشاعر الطفل وادراكاته ومفاهيمه .
3. احترام الطفل : يجب احترام الطفل باعتباره إنسان له الحق في أن تحترم مشاعره بالإضافة إلى احتياج الطفل لهذا الاحترام أثناء التدريب ، وتبدو مظاهر الاحترام بمتابعة الطفل والاهتمام به ومحاولة فهم تعبيراته وعلى المعلم أن يواصل الإحساس بالاحترام إلى الطفل .

كيف نشأ العلاج باللعب ؟

تم استخدام اللعب كعلاج للطفل منذ أوائل القرن العشرين عندما بدأت "أنا فرويد" في استخدام الألعاب ومواد اللعب كوسيلة لبناء علاقة بينها وبين مرضاها من الأطفال ، كما استخدمت "ميلين كلين" (1932) لعب الأطفال كأساس في تفسيراتها عن الأطفال ، ومن المعالجين باللعب الأوائل "ديفيد ليفى" (1938) الذي حاول مساعدة الأطفال على التخلص من الأحداث المؤلمة من خلال اللعب وغيره من الباحثين الأوائل الذين أكدوا على قوة العلاقة العلاجية بين

الأطفال وعمليات النمو الطبيعية كمفتاح لمساعدة الأطفال على تنمية تقدير الذات لديهم ، وهكذا يكون لعب الطفل مدفوع من عمليات داخلية رغبات مشكلات ، قلق (Nancy & Webb,1999,29-30)

وقدم (Chazan,2000) مقياس لقياس تطور اللعب عند الأطفال كأداة للعلاج باللعب من خلال دراسة حالة هدفت إلى تقييم عملية التدخل ونواتج العملية أثناء العلاج لطفل يبلغ من العمر عامين وخمس شهور لديه سمات توحد وقد تم تقسيم جلسات العلاج على أربع مواقف مختلفة (في عدم وجود اللعب – ما قبل اللعب – أنشطة اللعب – توقف اللعب) وكذلك تم وصف أنشطة اللعب في مستويات (وصفى – بنائي – تركيبي – وظيفي) وقد أشارت النتائج إلى فاعلية الأداة أو المقياس لما وضع من أجله ، كما أوصى بضرورة استخدامه مع عينات أكبر لاختبار صلاحيته بالكامل كأداة بحث إكلينيكي .

كما أشارت (ميلانى كلاين) Melanie Klein إلى أن الأطفال لا يدركون المعنى العميق للعب ذلك لأنه قد تم كبته ، لذلك ركزت على القلق والتخيلات وهذا الافتراض جعلها تتعمق في اللاشعور وحياة الطفل الخيالية وبتفسيرها لمحتويات التخيلات والآلام والدوافع عند الأطفال توصلت إلى جوانب كثيرة غير معلنة من خلال تفسير تحليل لعبهم (Ariette,S.,&Dennie,p.,1994 p 50) .

وتشير (فريدة عبد الغنى السماحى ، 1988) : إلى أن أنا فرويد اعتبرت على العكس من ميلانى كلاين أن علاج الطفل مختلف اختلاف جوهري عن علاج الكبار ، وترى أن الفرق بين تحليل الطفل والبالغ ليس فقط من ناحية الصعوبات التكنيكية النوعية ولا أيضاً في العملية العلاجية ، فبالنسبة للكبار يكون التحليل النفسي بتحرير القوى الموجودة والتي تعمل تلقائياً في اتجاه الشفاء ، والموقف

يختلف بالنسبة للطفل فهو يفتقر إلى الدافعية لكي يكون أفضل ، فالطفل بسبب عدم نضجه واعتماده على الآخرين لا يمكنه صنع قرار خاص بحاجته إلى العلاج والتحليل ، فيبدأ الوالدين بذلك .

وتشير (حنان العناني ، 2002) : إلى مجموعة من الأسس والمبادئ التي يستند إليها العلاج باللعب منها :

❖ **الأسس النفسية :**

يقوم العلاج باللعب على مجموعة من الأسس النفسية هي :

1. اللعب حاجة نفسية من أهم حاجات الإنسان ، فاللعب بالنسبة للطفل حاجة من حاجاته الأساسية لذلك ينبغي إشباع هذه الحاجة والاستفادة من اللعب في مجال التربية والتعليم والتشخيص والعلاج .
2. اللعب عملية نمو تسير في مراحل ، فاللعب ينمو مع نمو الأفراد بغض النظر عن البيئة التي يعيشون فيها ، فهو يبدأ عشوائياً وغير منظم ويصبح منظماً ويبدأ حسياً حركياً واستكشافياً فإيهامياً ثم عقلياً مجرداً وجماعياً .
3. كل مرحلة من مراحل تطور اللعب لها خصائصها التي تميزها ، فعلى سبيل المثال تتسم المرحلة الحسية الحركية بالألعاب الاستكشافية وتتصف الألعاب في الطفولة المبكرة أو في مرحلة اللعب الإيهامي باللعب بالدمى والعرائس .
4. يرتبط اللعب كأي مظهر نمائى بعوامل النضج والاستعداد والدافعية .
5. هناك فروق فردية في اللعب حيث يختلف الأفراد فيما بينهم من حيث سرعة نمو اللعب كماً وكيفاً .
6. يتضمن اللعب أنماطاً سلوكية عادية قد يعتبرها البعض غير سوية ، حيث هناك أنماط سلوكية تظهر أثناء اللعب لدى العديد من الأطفال ويعدها البعض غير مرغوب فيها ، ولكنها تعد عادية بالنسبة لمرحلة معينة وغير عادية

لـواسـتمرت في مرحلـة أخـرى فعلـى سـبيل المثـال يلجـأ الأطفـال في مرحلـة الطفولـة المبكـرة للعـب الإيهـامي والحـديث عـن حكايـات خرافيـة وهـذا شـيء عـادى بالنسـبة للطفـل في هـذه المرحلـة ، ولكـن بعـض النـاس الـذين يجهلـون خصائص هذه المرحلة يعدون ذلك كذباً .

7. يتناقض اللعب كما في التقدم في العمر ويتزايد كيفاً.

❖ **الأسس التربوية :**

1. توظيف اللعب في تربية الطفل وتنميته من جميع الجانب .
2. النظر للعب بوصفه شكلاً من أشكال تنظيم التعلم .
3. النظر للعب بوصفه طريقة للتعلم في البرامج المبكرة .

❖ **الأسس الاجتماعية :**

لا يسير اللعـب وفـق مبـادئ نفسية وتربويـة فقـط ، بـل أن الألعـاب تختلـف من مجتمـع لآخر ، وعليـه وجد مـا يسمى بالألعـاب الشعبية ، والأسس الاجتماعية للعب هي **مجموعة من العوامل الاجتماعية التي تؤثر في لعب الأطفال في مجتمع ما ومنها :**

1. المستوى الاقتصادي والإجتماعى .
2. معايير المجتمع وقيمه .
3. وسـائل الاتصـال الحديثـة ، حيـث أثـرت هـذه الوسـائل علـى نوعيـة الألعـاب التي يمارسها الطفل ، فمنذ عهد بعيد كـان الأطفـال يستمتعون بألعـاب الخيـال ثـم أصبحوا يستمتعون ببرامج الإذاعـة والتليفزيـون أم الآن فـإنهم يستمتعون بألعاب الكمبيوتر.

والحقيقـة أن العوامـل الاجتماعيـة الـتي تـؤثر علـى لعـب الأطفـال عديـدة كالأسرة والمدرسة ووسـائل الاتصـال وثقافـة المجتمـع ويمكـن الاسـتفادة مـن الأسـس

obeikandl.com

الاجتماعية للعب في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي للطفل وتعليمه الدور الاجتماعي .

اللعب عند الأطفال التوحديين وأهميته :

تشير (سها أحمد أمين ، 2002) : إلى أن كثير من العلماء والباحثين أعطوا اهتماماً كبيراً للعب بالنسبة للأطفال سواء العاديين أو المعاقين ، وذلك لأن اللعب هو الوسيلة الأولية التي يعبر بها الطفل عن ذاته ، وهو اللغة التي يتحدث بها عن نفسه وطريقته في التفاعل مع العالم المحيط ، ويعتبر اللعب للطفل التوحدى أمراً لازماً وضرورياً ولهذا يصنف اللعب ضمن الحاجات النفسية والجسمية له مثله مثل الحاجة إلى الطعام والشراب **وتظهر أهمية اللعب مع الأطفال التوحديين في ما يلي :**

- اللعب هو أحسن طريقة للتواصل بين الطفل والمعلم وذلك لأن الطفل يشعر أن المعلم يتقبله كما هو ومن ثم يبدأ الطفل بالشعور بالثقة ، وتكون هذه العلاقة هي بداية تنمية التواصل بينهما .
- من خلال أنشطة اللعب بأشكالها المختلفة يتفاعل الطفل مع مواد اللعب والمحيطين به .
- لا تشكل الألعاب عاملاً مهدداً للاختراق الطفل التوحدى ، فالطفل إثناء اللعب يبدأ التواصل مع الألعاب ويكتشفها ويتحسسها ويتعرف عليها وبذلك يكون الطفل قد خرج من قوقعته ويبدأ التواصل الآخرين .
- أثناء جلسات اللعب يخرج الطفل انفعالاته المختلفة في الأشكال المتنوعة للعب .

كما أوضح (جودمان ، 2002) : أن أهمية اللعب للأطفال التوحديين تنحصر في النقاط التالية :

1. يعد من أنسب الطرق لعلاج الأطفال حيث يتم اللجوء إليه للمساعدة في حل بعض المشكلات والاضطرابات التي يعانى منها بعض الأطفال .
2. يستفاد منه تعليمياً وتشخيصياً في نفس الوقت .
3. يتيح خبرات نمو بالنسبة للطفل في مواقف مناسبة لمرحلة نموه .
4. يتيح فرصة إشراك الوالدين والتعامل معهما في عملية العلاج .
5. يعتبر مجالاً سمحاً يتيح فرصة التنفيس الانفعالي مما يخفف التوتر الانفعالي للطفل .
6. يتيح فرصة التعبير الاجتماعي في شكل نموذج مصغر لما في العالم الواقعي الخارجي .
7. أداة تربوية تساعد في إحداث تفاعل الفرد مع عناصر البيئة بغرض التعلم وإنماء الشخصية والسلوك .
8. يعتبر وسيلة تقرب المفاهيم وتساعد في إدراك معاني الأشياء .
9. اللعب أداة تعبير وتواصل بين الأطفال وبعضهم من جهة وبينهم وبين معلميهم من جهة أخرى .
10. هو أداة فعالة في تفريد التعلم ، وتنظيمه لمواجهة الفروق الفردية ، وتعليم الأطفال وفقاً لإمكاناتهم وقدراتهم .
11. اللعب يعمل على تنشيط القدرات البدنية والحركية والعقلية وتنميتها والنمو الاجتماعي والانفعالي للأطفال وفقاً لقدراتهم وإمكاناتهم .

كيف يلعب الطفل الذي يعانى من التوحد :

يشير (محمد شوقي عبد المنعم عبد السلام ، 2014) : إلى أن اللعب مهمة غير سهلة للطفل الذي يعانى من التوحد . نلاحظ أنه يلعب بطريقة مختلفة عن الطريقة المتوقعة إذ أنه يختار الطريقة التي تريحه ، **ولكن هذه الطريقة تختلف حسب مستوى الطفل بالتواصل وأسلوبه ومنها :**

1. **لا يلعب بالألعاب** : الطفل الذي يعانى من التوحد لا يلعب أبداً بالألعاب إنه لا يهتم إلا بمضغها أو التلويح بها .
2. **يلعب بطريقة غير اعتيادية** : لا يستطيع الطفل التوحدى أن يلعب بالطريقة التي ينتظرها المحيطين به ، نجد هذه الطريقة في اللعب عند كل الأطفال الذين يعانون من التوحد .
3. **يلعب بطريقة عملية** : يستطيع الطفل التوحدى أن يلعب بالطريقة الصحيحة ببعض الألعاب كالبازل أو تطابق الأشكال ، لدى كل طفل ألعابه المفضلة لكنه لا يستطيع تعميم الطريقة الصحيحة إلى ألعاب مختلفة ، هذه الطريقة تبدأ عند الأطفال الذين يستعينون بالآخرين ، إنهم يستطيعون أن يقومون بعمل واحد فقط باللعبة .
4. **يلعب بطريقة بناءة** : يستطيع الطفل التوحدى أن يحدد هدفاً ما ويعمل لتحقيقه ، ويستعين بالألعاب لبناء شيء ما (مثلاً الأقلام والأوراق للرسم) إن الأطفال الذين يتواصلون بشكل بدائي والأطفال الذين يشاركون بالتواصل يستطيعون القيام بذلك .
5. **يلعب ألعاباً مع قواعد** : الطفل الذي يلعب ألعابا مع قواعد يستطيع أخذ الأدوار واللعب مع الآخرين بطريقة محددة من دون تغييرها ، الطفل الذي

يتواصل بشكل بدائي أو الذي يشارك الآخرين بالتواصل يحب ويرتاح لتكرار الطريقة نفسها باللعب مراراً وتكراراً .

6. **يلعب ألعابا رمزية وخيالية** : اللعب الرمزي هو التظاهر بالقيام بشيء خيالي كالشرب من كوب فارغ مثلاً ، جميع الأطفال الذين يعانون من التوحد باستثناء الذين لا يتواصلون أبداً مع الآخرين ، يلعبون بألعاب رمزية وخيالية ولكن بطرق مختلفة .

كيف ننمي مهارات اللعب عند الطفل التوحدى :

يشير (إبراهيم الزريقات ، 2004) : **إلى طرق تعليم مهارات اللعب للأطفال التوحديين من خلال :**

1) **تعليم مهارات اللعب في العزلة :**

يحتاج الطفل التوحدى إلى أن يتعلم مهارات محددة مثل الانشغال باللعب مع الرفاق ، ويمكن تعليم الطفل التوحدى من خلال استعمال مستويات من التلقين ثم إخفاء التلقين تدريجياً ويمكن استعمال مجموعات من اللعب لهذا الهدف ، **وهناك بعض الخطوات لتعليم الطفل مهارات اللعب المنعزلة ومنها :**

1. اختيار لعبة مثيرة لدافعية الطفل .
2. ملاحظة كيفية استخدام الطفل للعبة .
3. ملاحظة تفاعل الطفل مع اللعبة .
4. تقديم نموذج لاستعمال اللعبة .
5. تقديم تلقين لفظي أو جسدي للطفل أثناء اللعب .
6. استعمال التعزيز الإيجابي .

2) التدريب على القيام بالدور وفقاً للنص :

والأطفال التوحديون الذين يقومون بهذا الإجراء يجب أن يكون لديهم بعض القدرة اللغوية التعبيرية ، أو مهارات أخرى للتواصل ، ومن خلال هذا الأسلوب يتعلم الطفل التوحدى المبادرة بالمحادثة مع أقرانه والمشاركة في أنشطة اللعب من خلال التوجيه من الدرب ، ويلاحظ أن هذا الشكل من التدريب يستخدم في زيادة المهارات الاجتماعية واللغوية للطفل التوحدى .

3) التدريب على المشاركة المحورية :

والتدريب وفقاً لهذا الأسلوب يكون من خلال التدريب على سلوك محوري لتغير سلوكيات أخرى ، والسلوك المحوري هو السلوك الرئيسي أو المركزي للعديد من المجالات الوظيفية ، **ويتم التدريب على سلوك الاستجابة المحورية من خلال الخطوات التالية** :

- جذب انتباه الطفل أولاً .
- تقديم خبرات لزيادة الدافعية .
- التنويع في الألعاب اعتماداً على تفضيل الطفل .
- تقديم نماذج للسلوك الاجتماعي المناسب .
- تعزيز المحاولات .
- تشجيع المحادثة .
- أخذ الدور خلال اللعب .
- تقديم أوصافاً للعب .
- تعليم الطفل الاستجابة للإشارات والتعليمات .

obeikandl.com

4) التدريب على استعمال الأقران والنماذج :

إن تعليم الأقران المشاركة في أنشطة اللعب مع الأطفال التوحديين هو طريقة فعالة في تحسين التفاعل الاجتماعي للتوحديين ، وتهدف هذه الطريقة إلى زيادة السلوكيات الاجتماعية للأطفال التوحديين .

ما يجب إتباعه خلال اللعب مع الطفل التوحدى :

تشير (ندى ناصف ، سمر حيدر ،2008) : **إلى عدة من الطرق أو المبادئ التي يجب إتباعها خلال اللعب مع الطفل التوحدى تتلخص في الآتي :**

1. **الانضمام إلى اهتمامات الطفل** : ملاحظة الطريقة التي يلعب بها الطفل والانضمام إليه .
2. **تفسير أقوال الطفل وأفعاله** : التعامل مع كل ما يقوم به الطفل وكأنه موجه إلينا لبناء صلة معه خلال اللعبة .
3. **تقليد الطفل** : تقليد الطريقة التي يلعب بها الطفل تساعده على التفاعل مع الآخرين ويشجعه على تقليدهم من ناحية أخرى ، الهدف هو تحويل اللعب الفردي الذي يقوم به الطفل إلى تفاعل ومشاركة ، يجب الإصرار والمثابرة للوصول إلى هذا الهدف لأن الطفل لن يتجاوب من المرة الأولى .
4. **دخول عالم الطفل** : الانضمام إلى لعبة الطفل والإصرار على ذلك حتى ولو كان الطفل غير موافق في البداية .
5. **تكرار ما نقول ونفعل** : عندما نبدأ اللعبة تكرار اسم اللعبة لأن ذلك يخلق روتين يعتاد عليه الطفل ويدفعه لتوقع ما الذي سيحصل خلال قيامنا باللعبة: مثلاً التصفيق بعد كل مرحلة أو العد (3، 2، 1) قبل كل مرحلة من اللعب أو تكرار كلمة (يلا) عندما ينتهي من اللعبة كالقيام بإشارة ما أو النهوض وقول "خلص" لمساعدة الطفل على تعميم ما تعلمه معنا يجب تكرار اللعبة

obeikandl.com

والطريقة التي اتبعناها مع أشخاص آخرين .

6. إعطاء الطفل الفرصة لأخذ الأدوار :

- التخطيط لوقت معين لأخذ الدوار، وعدم الاستمرار باللعبة بشكل فردى بل التوقف في أوقات معينة لإعطاء الطفل الفرص لأخذ الأدوار.
- التخطيط للدور الذي نريد أن يأخذه الطفل ، وتنظيم اللعبة بطريقة تسمح له أن يشارك في اللعبة . مثلاً إعطاء الطفل الأشكال التي يضعها في علبة "دوره" وكلما تطور الطفل يجب إعطاؤه فرص جديدة لأخذ الأدوار بطرق جديدة .

7. الإشارة إلى الطفل لمساعدته على أخذ الأدوار في المرحلة الأولى :

لن يأخذ الطفل دوره بطريقة عفوية فيجب علينا مساعدته بإعطائه إشارات واضحة ، وهذه الإشارات يمكن أن تكون إشارات جسدية أو تعليمات كلامية أو نماذج تفصيلية (كالبدء بعمل ما يجب أن يقوم به الطفل ثم الانتظار ليكمله هو بنفسه) ، وبعد فترة عندما يصبح أخذ الأدوار مألوفاً لدى الطفل يجب الاستعانة بإشارات بصرية أو إعطاؤه تعليمات لفظية .

8. الاستمرار بالنشاط الممتع : قد يمل الطفل الذي يعانى من التوحد بسرعة أو لا يركز لوقت طويل لذا يجب إحياء اللعبة والاستمرار بها بقدر الإمكان .

العوامل المؤثرة في لعب الطفل التوحدى :

تشير (سها أحمد أمين ، 2002) : **إلى العوامل التي تؤثر في لعب الطفل التوحدى منها :**

1) البيئة الآمنة :

أجمعت الدراسات على أن العلاقات الاتصالية الآمنة للطفل التوحدى والشخص القائم على تربيته لها علاقة قوية بتنمية قدرة الطفل على اكتشاف الأشياء المحيطة به وبالتالي زيادة قدرة الطفل على اللعب لمدة أطول وبطلاقة أكثر

وقد أظهرت إحدى الدراسات أن الأطفال التوحديين الذين لهم تاريخ اتصالي آمن من قبل والديهم كان لديهم حماس وإصرار وأقل سلبية خلال اكتشافهم للأشياء وتميز لعبهم بظهور بعض الرمزية ، وقد أشارت الدراسات إلى أهمية وجود المربى في أنشطة لعب الطفل في خلال السنوات الأولى حيث أن ذلك يساعد على تطور قدراتهم واكتشاف الأشياء واللعب بصورة أكثر تعقيداً وتنوعاً ، ويمكن للسلوك الأبوي خلال اللعب الثنائي بينه وبين الطفل أن يضطرب أو يسهل من اللعب كما أكدت الدراسات على أن العاطفة الإيجابية والحساسية ترتبط بالسلوك الاستكشافي الجيد واللعب الرمزي .

2) التأثير الثقافي :

تلعب ثقافة المجتمع ونظرتها لقيمة لعب الأطفال دوراً هاماً في الاهتمام باللعب ، فعلى سبيل المثال أظهرت بعض الأمهات الأمريكيات والإنجليزيات متوسطات الطبقة الثقافية والاجتماعية اهتماماً بلعب أطفالهن ، وذلك من خلال الجلوس معهم وإمدادهم بالمزيد من الألعاب المبتكرة والاهتمام باللعب التمثيلي لأبنائهن مع تشجيعهن لهذه النوعيات من اللعب ، فهذا كان له أثره في نمو قدرة الطفل على اللعب والاكتشاف لما حوله ، وذلك بعكس الثقافات الأخرى التي لا يشترك فيها الآباء مع الأطفال في اللعب ولا يدركون أهميته وبالتالي يخرج هؤلاء الأطفال نوعاً من اللعب المضطرب ولا يتسم بتلقائية ولا يكون عند هؤلاء الأطفال الدافع للاكتشاف .

3) تأثير لعب الأطفال الآخرين والأكبر سناً والأقارب مع الطفل التوحدى:

أكدت الدراسات على أهمية وجود أقارب أو أطفال آخرين بجانب الأطفال سواءً كانوا عاديين أو توحديين في اللعب لأن هذا يعزز ويشجع ظهور اللعب التظاهري والفهم الاجتماعي لدى هؤلاء الأطفال .

يشير (عادل عبد الله محمد ، 2002) : إلى أن الأطفال التوحديين لا يتبعون النمط الطبيعي لنمو اللعب كشأن أقرانهم العاديين (NAS,2005) حيث يفتقد الطفل التوحدى في السنوات الأولى من عمره إلى الكثير من أنواع اللعب الاستكشافي ، وعندما يتناول اللعب والأشكال المختلفة فإنه يلعب بها بطريقة غير مقصودة ، وبقليل من التنوع والإبتكارية والتخيل ، كما تقل المظاهر الرمزية في ألعابه إلى حد كبير حيث يتسم الطفل التوحدى بنقص أو قصور في اللعب التلقائي أو التخيلي ، ولا يبدى أي مبادرات للعب التظاهري أو الإيهامي ، كما أنه لا يستطيع من ناحية أخرى أن يقلد أفعال الآخرين ، أو يقلدهم في ألعابهم حيث يتم لعب الطفل هنا بشكل نمطي ، وتكراري ، ويسير على وتيرة واحدة ، لذلك فهو يحاول أن يستكشف الأشياء المختلفة بغرض الشعور بالمشاعر البسيطة التي تبعث فيه سعادة كبيرة ، فالسارة اللعبة ليست سوى شيء بارد وصلب وتصدر صوتاً عندما تسير على الأرض .

كما يشير (زينب محمد شقير،2001): إلى أن معظم الأطفال التوحديين يقضون وقتاً قليلاً في اللعب ، كما أنهم يظهرون مستويات متدنية فيه (NAS,2005) ولا يلعبون لعباً تخيلياً فلا يستعملون اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية (زينب محمد شقير ، 2001) . وكثير منهم يقضى ومقتاً كبيراً في اللعب المنعزل ويظهر تفاعلاً وتواصلاً أقل في مواقف اللعب المختلفة ، علاوة على نقص قدرتهم على اللعب التخيلي التلقائي واللعب الاجتماعي المناسب لمستوى النمو(هشام عبد الرحمن الخولى ،2011) . فاللعب لديهم يتسم بالتكرار والرتابة في الأداء وسوء استخدام أدواته بشكل وظيفي سليم .

(عمر بن الخطاب خليل ، 2001).

وتعد دراسة مهارات اللعب *Play Skills* ومستوياته لدى الأطفال التوحديين من الجوانب الهامة التي أولت الدراسات الأجنبية اهتماماً خاصاً بها لإيمانهم القوى بأهمية اللعب بالنسبة لهؤلاء الأطفال لأنه يعد من المعايير النموذجية الهامة للكشف عن مستوى الاضطراب الذي يعانى منه هؤلاء الأطفال ولأن اللعب لما له من صلة وثيقة لنمو الطفل في جميع حالات النمو ، فقد أكدت الكثير من الدراسات بأهمية دراسته لدى هؤلاء الأطفال ، لأن العجز والقصور الذي يعانى منه هؤلاء الأطفال قد يضاعف من سوء الحالة ويبرز اختلافهم عن باقي الأطفال .

وفى ذلك المجال تشير دراسة (شانيل)Schnell,Senny,2001 إلى أن منطقة اللعب عند هؤلاء الأطفال تعد من المناطق التي تحتاج إلى التركيز عليها في برامج التدخل حيث صلتها المباشرة بالنمو المعرفي واللغوي والإجتماعى .وهذا ما أكدت عليه دراسة كل من (Sancho,K .,et al, 2010, Liber,D.,& Symon,J.,2008,Boudreau,E.,2010) وغيرها من الدراسات التي أولت اهتماماً خاصاً بأهمية تدريس سوك ومهارات اللعب الهادف للأطفال التوحديين ، حيث يؤثر اللعب بشكل مباشر على التطور الاجتماعي واكتساب اللغة والتركيز على المهارات للأطفال بشكل عام والأطفال التوحديين بشكل خاص ، فيكون من المفيد تعليم سلوك اللعب للأطفال التوحديين ، وقد وثقت الأبحاث الكثير من الأدلة على أهمية وضرورة تعليم الأطفال التوحديين مهارات اللعب .

فالأطفال التوحديون لا تتطور مراحل ومستويات ومهارات اللعب عندهم بشكل طبيعي مثل بقية الأطفال العاديين ، ولكنه يحدث بصورة مضطربة ، ويعتبر العجز في اللعب من الخصائص التي تميز هؤلاء الأطفال ، حيث يفتقر هؤلاء

الأطفال للعب المتنوع والتلقائي والاستكشافي ، والعاب المحاكاة المناسبة لمستوى نموهم وتطورهم (Sonia,M.,2009,p16).

فلعبة القطار بالنسبة للأطفال التوحديين لا تمثل قطاراً حقيقياً ، إنها فقط أداة صلبة وباردة لونها أخضر ثقيلة ، طعمها معدني تصدر صوتاً عند هزها وحركات مضحكة عندما تدور عجلاتها ، والأطفال يتفحصون جميع الأشياء ما إذا كانت ألعابا أو بقايا نفايات لكي يمروا بالخبرات الحسية الأولية البسيطة التي تمنحهم متعة بالغة ، وبسبب ضعف الدرتين اللغوية والتخيلية لديهم ، فهم لا يستطيعون مشاركة الأطفال الآخرين في لعبهم ، إنهم في صغرهم يتجاهلون بقية الأطفال ، لكن بعد ذلك قد يصلون إلى مرحلة يكونون فيها راغبين في المشاركة لكنهم يجهلون كيفية تحقيق ذلك (لورنا وينج ، 1994) .

هذا ويعتبر الضعف في اللعب لدى الأطفال التوحديون البعد الثالث لثالوث البعد الاجتماعي المميز للأطفال التوحديون والناتج عن ضعف قدرتهم عن الكلام والتخيل والتفاعل الاجتماعي ، الأمر الذي يجعل اللعب وسلوكياته المتعددة أمراً غاية في الصعوبة لهؤلاء الأطفال.

(MCGee,1991,53:,Delano,M.,&Snell,E.,2006,o 39)

وتشير (علا عبد الباقي إبراهيم ، 2007) : **إلى أن الأطفال التوحديون يعانون من قصور شديد في سلوك اللعب يمكن ملاحظته في المظاهر الآتية** :

1. ينشغل الطفل باللعب بأشياء صغيرة جداً قد تكون تافهة مثل : حجر صغير أو علبة فارغة ويثور إذا أُخذ منه هذا الشيء البسيط وقد يدخل في نوبة انفعال شديد .
2. إذا كان لدى الطفل عدة لعب فقد يتناول بعضها أو كلها ليلعب بها بدون ترابط بينها وبين استخداماتها الحقيقية ، ولا يدرى كيفية استخدامها

أو توجيهها ، ولا يعرف معناها ولا الهدف منها ، ولا يسأل عن ذلك .

3. لا يُقبل الأطفال التوحديون على الألعاب التي تناسب عمرهم الزمني ويكتفون بألعاب أقل في معدلاتها عن اقرأنهم العاديين .
4. يفضلون اللعب بمفردهم ، ويغلب على لعبهم التكرار والنمطية .
5. يفتقدون إلى تقليد الآخرين في لعبهم ، ولا يظهرون الرغبة في مشاركتهم ألعابهم
6. عندما يكون لدى بعضهم رغبة في اللعب مع الآخرين فأنهم لا يستطيعون التعبير عن ذلك ، ويعانون من صعوبة كبيرة في جعل الآخرين يلعبون معهم.
7. ينقصهم اللعب الإيهامي (التخيلي) ، وهو صورة من صور النشاط العقلي في سن الطفولة المبكرة (من 3- 6 سنوات) ، حيث يتخيل الطفل أنه فارساً يمتطى حصاناً وهو ممسك بعصا ترمز لهذا الحصان الذي هو من نسج خياله أو تحمل الطفلة بعض الدمى وتتخيلها طفلاً رضيعاً يحتاج إلى عنايتها ورعايتها وتقوم بدور الأم له وهكذا . لكن هذا النوع من اللعب يبدو مفقوداً لدى هؤلاء الأطفال .
8. يصعب عليهم التخطيط لألعابهم ولا يستطيعون التجديد فيها ولا المبادرة في لعبة واحدة ولا تستثيرهم العاب الآخرين .

ويشير (إبراهيم عبد الله الزريقات ، 2004) : إلى أن الافتقار إلى اللعب التخيلي خاصية واضحة عند الأطفال التوحديين ، فهم غير قادرين على الاشتراك في اللعب الرمزي ، ويميلون لأن يكونوا أكثر حرفية وتجريداً في استخدام الأشياء والمواد ،فليس غريباً أن يلعب الطفل بلعبة الشاحنة من خلال إدارة عجلاتها ورفعها عالياً في مواجهة الضوء وتحديق النظر إليها أو شمها بدلاً من إمكانية اللعب بها بطريقة رمزية ، إن الصعوبات الشديدة في تطور مهارات اللعب تعيق

استخدام المواد بشكل مناسب والتفاعل مع الآخرين .

وقد وجه تشارمان وآخرون (1997) : أن اللعب الرمزي التلقائي (استبدال الأشياء) لم يكن شائعاً بين الأطفال التوحديين في سن العشرين شهراً كذلك الأطفال المتأخرون في النمو ، وعلى العكس فإن أكثر من نصف الأشخاص في مجموعة النمو الضابطة اهتموا بهذه السلوكيات.

. (Schopler,E et al 2001,145)

وهذه الصعوبات وغيرها التي يعانى منها الأطفال التوحديين والمتعلقة باللعب تزيد من عزلتهم الاجتماعية وتفرض عليهم قيوداً تجبرهم على مزيد من التمسك بتلك الأنشطة الروتينية الرتيبة التي اعتادوا عليها (Barry&burlew,2004,47)

حيث يكتسب الأطفال المعرفة الاجتماعية والمهارات من خلال اللعب وفى إطار اللعب فأنهم يتعلمون تنسيق المهارات المتبادلة بين الأشخاص مثل تولى الأدوار والتبادل وتعلم استراتيجيات اللعب الرمزي والتعاوني ، ومن خلال اللعب الاجتماعي يتعلم الأطفال ممارسة المهارات الاجتماعية مثل طلب الدخول إلى الزملاء أو مجموعات اللعب ودعوة الآخرين للعب ، في حين يكون لعب الأطفال التوحديين الصغار ويكون متكرراً ويكون نمطياً في الشكل والمحتوى ويمكنهم أن يهتموا بتتابع لعب واحد لساعات أو لشهور ، ويمكنهم أن يعالجوا موضوعات اللعب بطريقة نمطية ، واللعب التظاهري يمكن أن يكون غير موجوداً أو محدوداً في التنوع تماماً ، بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال التوحديين غالباً ما يواجهون صعوبة في بيان الرغبة في اللعب أو الانضمام إلى الأنشطة ، ويمكنهم أن يفشلوا في الاستجابة لدعوات الآخرين للعب ، ونتيجة لذلك فإنهم غالباً ما يكونوا خارج مجموعات اللعب (Nelson,C.,2007,166)

ويشير (Wolfberg,1995,201) إلى أن الأطفال التوحديين ليس لديهم القدرة على التصرف في اللعب كما لو كان عند توقع نتيجة افتراضية في موقف غير موجود ، علاوة على افتقادهم الملحوظ للتلقائية في الطبيعة التخيلية الاجتماعية للعب التي تظهر لدى الأطفال بشكل تلقائي أثناء سنوات رياض الأطفال .

ويشير (McDonough,L.et al .,1997,17) إلى أن أحد الاقتراحات التي تفسر غياب اللعب عند الأطفال التوحديين هي أنهم يكون لديهم قدرات ضعيفة على التقليد ، والقدرة الضعيفة على التقليد كثيراً ما ارتبطت بالتوحد وهى تظهر في مقام التقليد الصوتي والحركي كالإشارات والاتصالات والتصرفات المرئية وغير المرئية للأحداث بالإضافة إلى التصرفات المرتبطة بالأشياء .

وتشير (نادية أبو السعود ، 2000) : إلى أن نقص اللعب التخيلي يكون غالباً ظاهر مع نقص الأنشطة والاهتمامات ، ويمكن مشاهدة قيود الاهتمامات والأنشطة في أنشطة مثل ثبات الطفل في عمل أشياء معينة أو الخيال مع وحدات ثابتة مثل مفاتيح الإضاءة واستبعاد معظم الأنشطة الأخرى بالإضافة إلى ميل اللعب والتقليد إلى أن يكون مادياً جامداً ومحدداً بدلاً من أن يكون رمزياً وخيالياً .

وان معظم الأطفال التوحديين لا يكونون مقلدين مهرة وهم يتجهوا إلى عدم الانشغال في اللعب الخيالي أو الاستفادة من اللعب النموذجي للآخرين ، ونادراً ما يلعبون في المنزل أو يقيمون حفلات الشاي ، ويتجه اللعب أن يكون نشاطاً فردياً باستخدام الأشياء الملموسة ، وغالباً بطريقة لا يعتقد أنها لعب على الإطلاق من خلال الأطفال العاديين (مثل ثنى أزرع الدمية أو ربط اللعبة بالخيط) (Scott,et al., 2000,250) وهذا لا يعنى أنهم لا يمارسون اللعب بل أنهم يلعبون

بطريقتهم الخاصة (Fein,et.al 2000,24) التي تتسم بالروتين والتناول النمطي للأشياء ، كما أنهم يظهرون مهارات وسلوكيات لعب أقل تقدماً من أقرانهم طبيعي النمو (Leafet al.,2012,780) بالإضافة إلى تفضيلهم اللعب الفردي على اللعب الجماعي ، وحتى وان مارسوه يكون لعباً بدون مشاعر متبادلة (آمال عبد السميع باظة ، 2003) .

وقد بينت العديد من الدراسات إن الأطفال التوحديين يواجهون صعوبة في تقليد المهارات الحركية البسيطة حيث بين استون وآخرون (1977) أن تقليد حركات الجسم كان أكثر اختلالاً عن مهارات تقليد الأشياء عند الأطفال التوحديين الأقل من ثلاث سنوات ونصف ، كما يضيفوا أن التقليد لحركات الجسم كان يرتبط بالمهارات اللغوية التعبيرية بعد ذلك بينما تقليد الأحداث بالأشياء فانه ارتبط بمستوى مهارات اللعب (Huebner,R., 2001,323).

وقد أظهرت دراسة جينفر وآخرين (Jennifer,R,et al.2010) أن الأطفال التوحديين يظهرون قصوراً في تبادل الأدوار في اللعب وأيضاً أظهروا قصوراً في تبادل الأشياء مع الأطفال الآخرين ، وأوضحت الدراسة أن سن الطفل كلما كان أكبر كان أداؤه أفضل على مقياس مهارات اللعب للأطفال التوحديين .

ويضيف هيس(Hess,L.2006,98) إلى أن مفاتيح فهم نقص نمو التظاهر تتركز في عدم قدرة الطفل التوحدى على أن يكون مدركاً للحاجة إلى التبادل وأن يكون مدركاً لتفسير الآخرين للعمل (النشاط) وأخيراً أن يستخدم التخيل .

وغالباً ما يتم وصف الأطفال التوحديين بأنهم على الهامش حيث نراهم حول محيط اللعب ، ولا يهتمون أو يشتركون في اللعب الذي يتم حولهم ويظهرون حاجة قوية إلى أن يتبع الأطفال الآخرين قواعدهم ، وإذا توقف الزملاء عن ذلك

فإنهم يعبرون عن غضبهم بسبب أن الأطفال الآخرين لا يريدون لعب ما يرغبون في لعبه كما يظهرون دافع قليل إلى التفاوض مع الآخرين
(Ozonoff,S.et al.,2002,186)

ويشير (إبراهيم محمود بدر ، 2004) : إلى أن اللعب هو لغة الأطفال التوحديين ، وحين يستعملون الدمى أو أدوات اللعب الأخرى فإن كل مفر من مفردات اللعب تصبح مصدراً لكلمات الطفل التوحدى التي لا يستطيع أن يلفظ بها ، وإنها تحمل رسالة غير لفظية متعددة ، وتصبح الدمى وعناصر اللعب الأخرى مفيدة في الكشف عن عالم هؤلاء الأطفال عندما يختارون هذه العناصر من تلقاء أنفسهم دون تدخل الآخرين .

ويلخص (محمد سيد محمد مرسى ، 2013) : الخصائص العامة المميزة للعب عند الأطفال التوحديين في الآتي :

1. يفتقر الطفل التوحدى إلى الكثير من أنواع اللعب الاستكشافي .
2. يتناول اللعب بطريقة غير مقصودة وبقليل من التنوع والتخيل .
3. تقل المظاهر الرمزية في ألعابه إلى حد كبير .
4. لا يبدى أي مبادرات باللعب التظاهري أو الإيهامي .
5. لا يستطيع أن يقلد العاب الآخرين أو سلوكهم .
6. يلعب بشكل نمطي تكراري .
7. لا يتناول اللعبة لترمز إلى شيء آخر بل ليسمع صوت ارتطامها بالأرض مثلاً أو ليضعها بجانب غيرها من اللعب .
8. عندما يكبر يجد متعة في اللعب التركيبي دون إدراك لما يقوم به .

وقد لخصت جوليا مور (Julia,M.2006,p18-19) **الصعوبات التي تواجه الأطفال التوحديين في اللعب في النقاط التالية :**

1. مشكلات اللغة في كل من التعبير عن محتوى الكلام وفهمه .
2. مشكلات التفاعل الاجتماعي وعدم الاستعداد للسماح للآخرين بمشاركة الخبرات أو نقص في فهم الأفكار والمشاعر ونوايا الآخرين ، والمشكلة العامة في تفسير المؤشرات غير اللفظية : تعبيرات الوجه – نمط الصوت وغيرها .
3. مشكلات التخيل – صعوبة استيعاب معنى المواقف التي يتم تخيلها وغالباً ما يؤدى إلى تصرفات متكررة أو إجراءات تعنى فقط شيء للطفل نفسه .

(6) العلاج بالقرآن الكريم :

يشير (محمود على محمد: 2004)إلى أنه عندما كان يعمل في أحد المراكز المتخصصة في التربية الخاصة ، وكان يظهر على أطفال التوحد علامات الصراخ والنوم على الأرض وغيرها من تلك الصفات فكان يحرص على قراءة القرآن معهم بعد انتهاء البرنامج ، فيلاحظ صوراً جميلةً من هؤلاء الأطفال فأحدهم يداعب يديه ويبتسم في وجهه ، وهذا ما أكدته البحوث والدراسات في هولندا.

(7) برنامج العلاج بالحياة اليومية : *Daily life therapy*

يشير (إسماعيل محمد بدر: 1997) : إلى أن برنامج العلاج بالحياة اليومية من بين البرامج العلاجية التي قُدمت لفئة الأطفال ذوى التوحد والذى نال شهرة عالمية ، وهو نموذج ياباني قدمته كيتاهارا (1964) *Kitahara* من خلال افتتاح مدرسة خاصة في طوكيو لهؤلاء الأطفال وطبقت فيه هذا البرنامج العلاجي وهو منهج تربوي *Educational Curiculum* يعتمد على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للاحتكاك مع أقرانهم من الأطفال العاديين ، وقد طبق هذا البرنامج في مدرسة خاصة للأطفال ذوى التوحد سميت مدرسة هيجاشى *Higashi*

في ولاية بوسطن بأمريكا (1987) وفى مدرسة للتربية الخاصة بكندا **ويقوم هذا البرنامج على مبادئ أساسية هي** :

- التعلم الموجه للمجموعة *Group Oriented Instruction* .

حيث يتم التعامل مع الأطفال التوحديين في فصل دراسي واحد مع الأطفال العاديين دون أن يمثل ذلك ضغطاً عليهم .

- تعليم الأنشطة الروتينية اليومية *Highly Structured Routine Activities*
- التعليم بالتقليد *Learning Through Imitation* .
- تقليل مستويات النشاط غير الهادف بالتدريب الصارم (القاسي) *Unproductive Activity Levels Through Rigorous Exercise of Education* .
- المنهج الذي يركز على الموسيقى والرسم والألعاب الرياضية (الحركة) *(Quill et al., 1989,625-635) on Music, Art and Movement curriculum Based* .

ويشير (عمر بن الخطاب خليل ، 2001) : إلى أن التدريب الرياضي المكثف يرتبط بإفراز الأندورفين وهو مضاد طبيعي للقلق ، ويخفف العدوانية ويشجع السلوك الطبيعي والنشاط الزائد ويزيد الحماس لأداء المهام ويساعد الأطفال على النوم بطريقة أفضل أثناء الليل ، وتتمثل الفائدة من استخدام أساليب متعددة في أن البرامج وتوليفة العلاج تصمم على أساس فردى ، ويؤخذ في الاعتبار شخصية الطفل ومستوى الاتصال ودرجة التوحد والمهارات التي سوف يحتاجها عندما يكبر وينمو ليصبح شاب .

openkandil.com

ويشير (عثمان فراج ، 2002 ، ع (72) ،9 – 10) إلى :

❖ **برنامج ايدن** *Eden Program*

ويعتمد هذا البرنامج على تحقيق التكامل بين تنمية المجموعة الأساسية من المهارات الحياتية والأكاديمية مع تنمية التفاعل والعلاقات الاجتماعية كأساس الأنشطة التعليمية في تعاون وتكاتف مع أسرة الطفل وقد بدأ استخدام هذا البرنامج عام 1975 في مدرسة نهارية عرفت باسم معهد ايدن في ولاية نيوجرسي الأمريكية تكرس خدماتها لأطفال التوحد وأسرهم ، وفى عام 1983 أعلن عن إنشاء مؤسسة ايدن لتمويل المشروع عن طريق التبرعات والاستثمارات المحلية ، ويستهدف البرنامج تدريب الطفل ودعم نمو قدراته الجسمية والتعليمية إلى أقصى حد ممكن بحيث يحقق أكبر قدر من الاستقلال *Independent* والاعتماد على النفس *Self Care* في حياته في المجتمع والاستمتاع بحقوقه كمواطن .

❖ **برنامج لوفاز (1997) الطفل التوحدى الصغير**

. Uel,young Autistie Program(*YAP*)

وهو برنامج قائم على التدخل السلوكي المكثف مبكراً للأطفال التوحديين لمدة 40 ساعة في الأسبوع ويمتد من سنتين إلى ثلاثة سنوات ، ويركز هذا البرنامج على أهمية الساعات الأولى للعلاج لإقامة العلاقة الإيجابية التي تسمح بتنفيذ البرنامج بنجاح ويؤكد على المعالج أن يضمن أن الطفل سوف ينجح في تحقيق ما يطلب منه بمعنى أن نعرف قدراته جيداً ثم نحدد ما يطلب منه وتقليل فرص الخطأ بأن تكون المهمة المطلوبة بسيطة بحيث يستحيل الفشل فيها مع مكافأته عندما ينجح في أداء ما يطلب منه (Lovaas,O.,&Buch,G.,1997,p62-75).

ويشير لوفاز إلى أنه لا يستطيع أحد فهم أو تغيير أي أسباب بيولوجية تؤدى إلى السلوك غير الصحيح فإن ما يحكم السلوك هو نظام الثواب والعقاب

الذي يتبع ظهور السلوك ، كما أن الهدف الأساسي لتعديل السلوك هو إحلال أو إطفاء أي سلوك غير سوى ، وقد بدأ لوفاز عمله في الستينات في إعداد مشروع التوحد للأطفال الصغار *Young Autism Progect(YAP)* ويعد هذا البرنامج من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين ، ويركز هذا البرنامج على التدخل في إطار المنزل ، ويستند إلى تحليل السلوك التطبيقي والتعلم من خلال تدريب المحاولات المنفصلة وتقوم فكرة التحليل التطبيقي للسلوك على التحليل الدقيق لقدرات الطفل ومهاراته من أجل الوصول إلى تحديد المهارات اللازمة لتحسين أداء وسلوك الطفل ، كما تلعب نتيجة السلوك دوراً كبيراً في نزعة الطفل نحو تكرار هذا السلوك مرة أخرى الذي تم تعزيزه وينطفئ السلوك عندما لا يتم تعزيزه وينزع الطفل نحو عدم تكرار هذا السلوك حيث أنه لا يجد ما يعززه ، هذا بالإضافة إلى استخدام الاستراتيجيات التعليمية الأخرى مثل التشكيل *Shaping* والحث *Prompet* والاستبعاد التدريجي للحث أو المساعدة والتسلسل والتعزيز ، والتدريب بالمحاولات المنفصلة ، وهى طريقة منظمة يتم تنفيذها في إطار تحليل السلوك التطبيقي للأطفال التوحديين ، أو أسلوب مميز **يقوم على أربع مكونات أساسية** :

1. التعليمات الموجهة للطفل .
2. استجابة الطفل .(استجابة صحيحة ،استجابة خاطئة ، لا توجد استجابة) .
3. نتيجة الاستجابة .(تعزيز الطفل ، حث الطفل)(تقديم المساعدة)
4. فترة فاصلة بين التعليمات .(Hart,Charles,A.,1993, 194) .

❖ **برنامج جداول النشاط المصورة** *Pictorial Activity Schedules*

وهى تمثل أحد الإستراتيجيات المستخدمة في هذا الصدد ، وهى تلك الجداول التي يأخذ كل منها شكل كتيب صغير يتضمن خمس أو ست صفحات تحتوى كل

منهـا علـى صـورة تعكـس نشـاطاً معينـاً يـتم تـدريب الطفـل علـى أداؤه . (عادل عبد الله ، 2004) .

❖ **برنامج تحقيق التواصل بنظام تباول الصور** (*PECS*)

Pricture Exchange Communication (*Bondy frost,1994*)

يعد من أوسع البرامج الحديثة انتشاراً والذي أعده بوندى فروست عام 1994 للأطفال التوحديين الذين يعانون من قصور لغوى حيث يبدأ التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه المدرس أو الوالد الذي يتواصل معه ويعمل على تحقيق رغباته بعد أن يحضر الصورة التي تتضمن ما يريد أن يفعل .

❖ **برنامج خبرات التعليم** *Learning Experience*(*LEAP*)

ويتم تقديمه لأطفال التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة *Preschool* وهو كبرنامج يشبه برنامج لوفاز باستثناء استخدامها مع مجموعة صغيرة من الأطفال وليس على أساس فردى مثل برنامج لوفاز.

❖ **برنامج الإستجابة المحورية** *Pivotal Response*

هذا البرنامج من وضع Kaegel,dk سنة 1995 وبعكس برنامج لوفاز الذي يركز على تنمية مئات المهارات فإن هذا البرنامج يهتم بعدد محدود من المهارات المحورية التي تقود إلى أنواع من التعميم وهو لا يقدم برنامج معين كغيره من برامج التعليم لأطفال التوحد ولكن يؤكد أهمية أسلوب التدريس الذي يمهد للطفل اكتساب المهارات الاجتماعية واللغوية معطياً اهتماماً خاصاً باكتساب القدرة على الانتباه والتركيز التي هي من أكثر نواحي القصور في مهارات طفل التوحد وعلى تنمية الدافعية وحوافز التعلم .

❖ برنامج معالجة وتعليم أطفال التوحد

Autyistic and Related Communication Handicapped Children Treatment and Education of (*TEACHC*)

وهو البرنامج الذي أعده سكوبلر *Schopler* منذ أوائل سبعينات القرن الماضي لمساعدة الطفل على تحقيق قدر مناسب من التوافق عن طريق تحسين مهارات الطفل وإعطاء الأولوية للعلاج المعرفي السلوكي *Behavioral Cognition* والاهتمام بالسائل والمثيرات البصرية .

(8) العلاج بالإبصار :

يشير (عمر بن الخطاب :2001: 55-57) إلى أن العلاج بالإبصار هم عملية إعادة تدريب جهاز المستقبلات البصرية حتى تعمل بأقصى إذن فهي عملية عن طريق النشاط العلاجي يتم وصفها عن طريق المعالج البصري ويتم القيام بها في مكتبه ، وعادة يتم تدعيمها في المنزل ، ويقوم بهذا النوع من العلاج أخصائيين قياس بصري سلوكي *Behavioral Optometrist* حصلوا على تدريب بعد شهادة الدكتوراه في هذا المجال بالتحديد على خلاف تصحيح مشاكل انحسار الضوء داخل العين (مشاكل التغلب على طول النظر ومشاكل بؤرة البصر) التي قد تستدعى فقط استعمال عدسة خاصة لذلك يجب البدء بعمل تقييم شامل يستغرق من 45- 60 دقيقة ، خلال التقييم يهتم الطبيب بأعراض الطفل والصحة العضوية العامة وتاريخ النمو والمتطلبات البصرية بالتحديد بالإضافة إلى ذلك أن يفحص الطبيب حركات العين والقدرة على تركيز البصر والترف على العمق وعمل العينات والعلاج المقدم بواسطة أخصائي القياس البصري السلوكي ، ويجب أن يتضمن استعمال عدسات تطورية عند نقطة ما للمساعدة في الحصول على تناسق واستقبال بصري أفضل أو استعمال منقيات الضوء ، والعلاج بالإبصار قد يصحح أو يحسن ظروف أداء الارتباط الشرطي الوظيفي التي إذا لم تعالج تستمر

في تعطيل عملية النمو والتعلم ، أحياناً يحدث التغيير بسرعة وبطريقة ملحوظة وفى أكثر الأحيان يكون التقدم تدريجياً مع فترات من التقدم الملحوظ تكون مختلطة بفترات من النكوص وهذا مألوف في تطور النمو الطبيعي ، وقد قرر كثير من الآباء حدوث إيجابية العلاج البصري .

(9) العلاج بالتمرينات البدنية *Physical Exercise*

قرر (Rimland 1988) أن الإثارة العقلية النشطة لعدة ساعات يومياً يمكن أن تصلح الشبكة العصبية التي لا تعمل وظيفياً ،وأن التدريب الجسماني العنيف له تأثيرات إيجابية على المشكلات السلوكية حيث أن 48% من 1286 من الآباء قد قرروا تحسينات ناتجة عن التمارين الرياضية ، حيث لاحظ الآباء نقص في السلوك النمطي وفرط الحركة واضطراب النوم والعدوان والقلق وإيذاء الذات كما أنه يحسن مدى الانتباه والمهارات الاجتماعية كما يقلل من سلوكيات إثارة الذات ومن الدراسات التي أشارت إلى أهمية استخدام التمرينات البدنية دراسة (Gelibern,et al.,1997) التي هدفت إلى اختبار تأثير مستويين من التمارين (المشي مقابل العدو المتأني) وذلك في تقليل سلوك إثارة الذات وكشفت النتائج أن نقص إثارة الذات يكون فقط في العدو المتمهل وأن هذا النقص استمر لفترة تزيد على 40 دقيقة بعد انتهاء التدريب .

(10) العلاج بالنظام الغذائي والفيتامينات

تشير (إلهامي عبد العزيز إمام: 1999: 71 -72) إلى أن (Rimland ,1996) قدم تقريراً مختصراً عن وسائل بديلة لعلاج الذاتوية منها الغذاء وخاصة جرعة كبيرة من فيتامين (ب6) والماغنسيوم ، وعلاج حساسيات الطعام ، وعلاج العدوى الميكروبية وعلاج اختلال الجهاز المناعي ، كما لوحظ أيضاً أن حوالي من 40-50 % من الآباء الذين أزالوا اللبن والقمح والسكر من غذاء الأطفال شعروا أن أبنائهم قد

استفادوا ، حيث يعتقد أن هذه البروتينات قد تؤدى إلى عدم قدرة الجسد على تكسير بروتينات معينة وتحويلها إلى أحماض أمينيه ، وهذه البروتينات هي الجلوتين *glutin* مثل القمح والشعير والكازين ، وقد اقترح عدد من الباحثين أن عدم تحمل الغذاء أو الحساسية للغذاء قد تكون مسئولة عن بعض الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين فقد لاحظت كثير من الأسر أن هناك تغيرات رامية لحد ما بعد إزالة أطعمة معينة من غذاء أطفالها .

وتشير (نهلة غندور ، 2000) : إلى أن إعطاء الطفل المصاب بالتوحد نظام غذائي خاص يحتوى على أطعمة خالية من مشتقات الحليب والقمح له فائدة في تخفيف أعراض التوحد خاصة السلوكية منها .

ويشير (ياسر الفهد ،2000) : إلى أنه يؤيد هذا الاتجاه العلاجي ، حيث يرى أن بعض آباء الأطفال التوحديين يفضلون وضعهم تحت نظام غذائي خالي من الجلوتين (البروتين الموجود في القمح والشعير) والكازين (البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته) ، وبعض الآباء الذين جربوا النظام الغذائي أشاروا إلى نجاح جيد ، ويمكن عمل تحليل بولي للتأكد من نسبة البيتايد إذا كانت عالية ويوضح التحليل ما إذا كانت هناك على الأقل حاجة لتجربة النظام الغذائي الخالي من الجلوتين والكازين .

(11) العلاج بالمعايشة :

يشير (سامي بن جمعة : 1993: 119) إلى العلاج بالمعايشة يكون عبارة عن برامج مبنية على توجه مجتمعي تشمل جماعة منزلية أو شقق يتم الإشراف عليها ، أو نماذج لمزارع قروية أو مؤسسات إيواء تتيح للتوحديين إمكانية المعايشة في المجتمع .

(12) العلاج البيئي :

يشير (عثمان فراج: 1995: 6) إلى أن العلاج البيئي هو علاج طبي نفسي يقوم على أساس تعديل أو تناول ظروف حياة المريض أو بيئته المباشرة كما يشير إلى المفهوم الذي ينظر إلى المستشفى باعتبارها مجتمعنا العلاجي ، وهذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الاجتماعي والفيزيقي الذي يعيش فيه المريض أو الذي يتعامل فيه على نحو يساعد في الوصول إلى الشفاء ، كما يتضمن العلاج البيئي تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتدريب على إقامة علاقات شخصية متبادلة .

وتشير (زينب محمود شقير ، 2005) : إلى أن هذا النوع من العلاج يقوم على تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتعلم والتدريب على إقامة علاقات شخصية متبادلة مع المحيطين بالطفل التوحدى مما ينمى لديه مهارات التواصل الاجتماعي الناجح .

ويرى (عبد المنعم الحفني ، 1978) : أنه يجب أن تتكامل كل النشاطات اليومية للطفل التوحدى مع العملية العلاجية بتغيير بيئته أو بخلق تعاون ومشاركة بين كل من الموجودين في المحيط اليومي له ، ولا يمكن تحقيق ذلك ووضع تخطيط سليم لنشاطاته إلا بوضعه في مستشفى ، وبذلك يخلق تعاوناً بين الموجودين في المستشفى من مهنيين وغير مهنيين لإنجاح العملية العلاجية .

ويشير (محمد قاسم عبد الله ، 2001) :إلى أن عدد من علماء النفس أمثال (ديمار – روتر – سكوبلر) يشددون على أن التعليم الموجه هو العلاج المختار للأطفال الذين يعانون من التوحد ، وتعتبر طريقة التدريب على المهارات الاجتماعية والتدبير السلوكي من أهم استراتيجيات المعالجة المستعملة مع هؤلاء الأطفال وقد دفعت هذه المقاربات العلاجية العلماء لمزيد من الاهتمام وبحث

إمكانية تدريب وتعليم هؤلاء الأطفال وما إذا كانوا قابلين للتعلم ، وشدد الاتجاه التقليدي على أن البيئة التعليمية *Education Environment* المناسبة مهمة جداً لأنها تجعل الطفل قابلاً للتعلم .

(13) العلاج باستخدام الحيوان *Pet Therapy*

توجد إدعاءات بأن تحسنات في السلوك تحدث بعد التعرض للعلاج باستخدام الحيوانات الأليفة حيث أظهرت بعض التقارير التقييمية لهذا المدخل من العلاج ، تشير إلى أن السباحة مع الدولفين قد تكون مساعداً لبعض الأطفال بشكل عام ، كما أشارت بعض التقارير أن الخلط بين العلاج باستخدام الحيوان ومشاركة الرفاق قد يكون مفيداً (Howlin 1998,p.90) .

(14) العلاج بالمسك *Holding Therapy*

توصل بعض الباحثين إلى أن التوحدية ليست ناتجة عن جينات أو عوامل عصبية (*Genetic Neurological*) لكن بواسطة القلق المسيطر من عدم التوازن الإنفعالى (*Emotional Imbalance*) المؤدية إلى انسحاب اجتماعي (*Social Withdrawal*) وفشل التعلم من التفاعل الاجتماعي (Social Interaction) وهذا الانعدام في التوازن ينتج من خلال نقص الارتباط بين الأم والرضيع ، وبمجرد استقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث ، ويشمل العلاج بالمسك إمساك الطفل بإحكام حتى يكتسب الهدوء بعد إطلاق حالة من الضيق وبالتالي سوف يحتاج الطفل إلى أن يهدأ وعلى البالغ أن يقف فوق رأس الطفل ويمسكه في محاولة لأن يؤكد التلاقي بالعينين ويمكن أن تتم الجلسة والطفل جالس على ركبة البالغ وتستمر الجلسة لمدة 45 دقيقة ، والعديد من الأطفال ينزعجوا جداً من هذا الوقت الطويل .

(15) العلاج بالفن *ART Therapy*

يعتبر العلاج بالفن من أهم أنواع العلاج المتبع مع الأطفال التوحديين حيث يساعد على تنمية إدراكهم الحسي وذلك من خلال تنمية الإدراك البصري لديهم عن طريق الإحساس باللون والخط والمسافة والبعد والحجم ، وأيضاً الإدراك اللمسي عن طريق ملامسة السطوح مثل الطفل العادي ، وقد اعتبر (أرسطو) أن الفن وسيلة يعبر بها الأفراد عن أنفسهم أي يمكن عن طريق الفن التنفيس عن الانفعالات والمكتوبات الداخلية ، ومن هنا يعتبر الفن البسيط الناجح في علاج الاضطرابات المختلفة التي يعانى منها الأفراد سواءً كبراً أو صغاراً أو عاديين أو غير عاديين .

وتعرف الرابطة الأمريكية العلاج بالفن بأنه الاستعمال العلاجي للإنتاج الفني وفى حدود علاقة مهنية من قبل أفراد يعانون من مرض أو صدمة أو مصاعب في الحياة ، ومن قبل أفراد يسعون للنمو الشخصي ، ومن خلال ابتكار الفن والتمعن في إنتاجه وعملياته يستطيع الأفراد أن يرفعوا من درجة إدراكهم لأنفسهم وللآخرين والتأقلم مع أعراضهم المرضية والضغوط التي تنتابهم والصدمات التي يمرون بها ، فيحسنون من قدراتهم المعرفية ويستمتعون بمتعة الحياة الأكيدة من خلال عمل الفن (ARTA,2004) .

وتشير فالنتينا الصايغ (2001: 81) إلى أن فنون الأطفال لها أهمية كبيرة في تعامل شخصية الطفل وأسلوب بنائها من الناحية الانفعالية والاجتماعية والعقلية ، لأنها تعتبر شكل من أشكال الأداء النفسي وله خصائص متعددة سواء في المجال المعرفي أو المزاجي والوجداني حيث أن الطفل يعبر أثناء الرسم عن كل ما بداخله فهو يعبر عن انفعالاته ليعكس أفراحه وما يشعر به من إحساس بالعجز أو الدونية .

وترى مها أبو العز (2006: 41) أن العلاج بالفن يستهدف مساعدة الأطفال على إعادة بناء الطرق التي يتصورون بها حياتهم ويعيشونها ويدركونها وانتشالهم من حالات العدوانية ، والتمركز حول ذواتهم وما شابه ذلك ، إلى حالات أخرى تسودها مشاعر الحب ، والتعاطف والرغبة في التعلم والنمو ، والإعجاب بالحياة والإقبال عليها والإحساس بالتوازن والسلام الداخلي .

وتشير (عفاف فراج ، نهى حسن ،2004) إلى أن الأهداف الخاصة لعملية العلاج بالفن تختلف تبعاً لاختلاف نوعية المشكلة التي يعانى منها المريض المقدم للعلاج بالفن **حيث يشير** " ليفيك 1981" **إلى أن العلاج بالفن يهدف إلى** :

- تقديم خبرة تنفيسية من خلال استخدام الفن كمتنفس عن المشاعر والخبرات الداخلية .
- تقوية الأنا ، وذلك عن طريق تحرير الطاقة النفسية التي سبق استنفاذها في عملية الكبت ، من خلال التنفيس عن هذه المكبوتات في العمل الفني وعودة هذه الطاقة النفسية مرة أخرى إلى الأنا ، الأمر الذي يؤدى إلى دعم الأنا وتقويتها .
- تقليل الشعور بالذنب .
- تنمية القدرة على التكامل والتواصل .

وتتفق سحر غانم (2004) ، فهد الفهيد (2007) على أن العلاج بالفن هو نظام يمزج بين عناصر العلاج النفسي والعمل الإبداعي عن طريق استخدام الوسائط الفنية المختلفة في أنشطة فنية تشكيلية ، ويستطيع المريض من خلالها ألتعبير والتواصل غير اللفظي والتنفيس والكشف عن اللاشعور من خلال إسقاط المشاعر والانفعالات والصراعات في المنتج الفني .

تعد " مرجريت نومبيريج *M,noumbirig* من أوائل العاملين في مجال العلاج بالفن ،وكانت قد أسست مدرسة للأطفال في عام 1914 عرفت بمدرسة *walden* واعتنت فيها بتطوير أساليب تعليمية جديدة ، كما عنيت بدراسة الرموز من خلال الفنون البدائية ، وبدأت منذ الأربعينات في وضع اللبنات الأولى للعلاج بالفن من خلال ممارستها المهنية وكتاباتها المنتظمة عن علاقة التعبير الفني بمشكلات السلوك لدى الأطفال.

يشير (عبد المطلب أمين القريطى : 1995: 242) إلى ما تناولته (مرجريت نومبيرج) Noumbirig في **العلاج بالفن على أنه يعتمد في طرقه وأساليبه على ما يلي** :

- السماح للمواد اللاشعورية بالتعبير التلقائي من خلال الوسائط والمواد الفنية
- تطور العلاقة الوثيقة بين العميل والمعالج .
- تشجيع عملية التداعي الحر باستخلاص البيانات والتحليلات والتفسيرات من خلال التصميمات والرموز الناتجة والتي تشمل شكلاً من أشكال التواصل أو الكلام الرمزي *Symbolic speehs* بين العميل والمعالج .
- تؤكد (نومبيرج) أن الناس عندما يعبرون عن مشاعرهم بالرسم يكونوا أقل حذراً وتحفظاً وأكثر انسيابية في طرد هذه المشاعر عندهم .

ويضيف عبد المطلب القريطى (1995) :إلى أن العلاج بالفن وسيلة لإسقاط مخاوف الفرد ومشاعره وإدراكاته واتجاهاته كما أنه وسيلة للتنفيس عن الضغوط والتوترات والمواد اللاشعورية المختزنة مما قد يعجز الفرد عن الإفضاء بها بالطرق المعتادة كاللغة اللفظية وأن المعالجين بالفن يهتمون بالتعبير الرمزي الذي يعكس دوافع وصراعات المريض ومشاعره الكامنة والتي لا يتاح التعبير عنها إلا من خلال

مثل هذه المدلولات الرمزية والتي يمكن أن يفسرها المعالج ويشجع صاحب النشاط الفني أن يفهم ويسعى بنفسه لمدلولات هذا التعبير، ولكشف كينونته.

ويرى كرامر (1973)Kramer أن العلاج بالفن يقوم على استخدام الأنشطة الفنية التشكيلية وتوظيفها بأسلوب منظم لتحقيق أغراض تشخيصية وعلاجية وتنموية نفسية عن طريق استخدام الوسائط والمواد الفنية الممكنة في أنشطة فردية وجماعية، ومفيدة أو حرة وذلك وفقا لأهداف الخطة العلاجية وتطور مراحلها وأغراض كل من المعالج وحاجات العميل ذاته.

ويشير (Gardener James: 1974) إلى أن العلاج بالفن يساعد المريض على فهم مشاعر الذنب وديناميات الكبت، لأن أفكار الإنسان في اللاشعور قد يعبر عنها في صورة فنية "فيحدث اتصال مباشر رمزي بين تلك التعبيرات الفنية والمشاعر الأساسية تجاه الموضوع الفني داخل النفس، لأن إسقاط الصورة الداخلية في رسوم خارجية تؤدى إلى بلورة وتثبيت الخيالات والأحلام في سجل مصور ثابت يعين المريض على الملاحظة الموضوعية للتغيرات التي تحدث خلال عملية العلاج الفني ومن ثم يزداد احتمال أن يحقق العلاج بالفن التقدم بسرعة كبيرة.

ويشير مصطفى حسن (1997: 340) إلى أهمية العلاج بالفن في النقاط الآتية:

- أن العلاج بالفن وسيلة لإشباع الحاجات بالنسبة للمريض، فكل الحاجات تناسب الأطفال المعوقين بوجه عام.
- أن العلاج بالفن يساعد الطفل على سلوك بناء الميكانيزمات الدفاعية وأيضاً تعلم دفاعات جديدة.
- يساعد العلاج بالفن على غرس وتنمية الخصائص والأنماط السلوكية اللازمة

للتفاعل وبناء علاقات اجتماعية مع الآخرين وتحقيق توافق اجتماعي وإكسابهم المهارات التي تمكنهم من الحركة النشطة في البيئة المحيطة .

- تظهر أهمية العلاج بالفن في الحالات التي لا تستطيع التعبير عن نفسها لفظياً.

ويشير لويس كامل مليكه (1990: 216: 217) في القاعدة الأساسية في العلاج بالفن إلى أن إسقاط الصور الداخلية وتجسيدها في رسوم خارجية من شأنه أن يؤدى إلى بلورة التخيلات والأحلام وتثبيتها في سجل مصور ثابت يعين المريض على التحرر من قبضة الصراع ، والنظر في مشكلته بموضوعية متزايدة وعلى ملاحظة التغيرات التي تحدث خلال عملية العلاج بالفن ، وإدراكها بصورة موضوعية ، ومن ثم أيضاً تقسيم التقدم العلاجي .

ويشير (عبد المطلب القريطى ،1996، 121: 122) إلى أن الأنشطة الفنية تتيح طبيعة المواد والأدوات المختلفة المستخدمة في الأنشطة الفنية إمكانية التعبير عن ذاته من خلال إنتاج أعمال من النوع المجدد والذي به يزيد من شعوره بالنجاح وإحساسه بالقدرة على الإنجاز ، وتساهم في تدريب الاستعدادات والوظائف العقلية كالملاحظة والانتباه وتساهم الأنشطة الفنية في تنمية المهارات الجسمية اليدوية والوظائف الحركية ، وتطور فنون التوافق والتآزر الحسي والحركي ، حيث بذلك تكفل الأنشطة الفنية فرصاً كثيرة لهؤلاء الأطفال لتنمية شعورهم بالإنجاز حيث يتم من خلال العمل الفني شعور الطفل بأنه أنتج شيئاً مهماً ، ويضيف أيضاً أنها تساعد الطفل التوحدى على الإفصاح عما بداخله من خلال العمل الذي يقوم به وإنتاجه الفني مما يسهم في التنفيس عما يعانيه من انفعالات وعدم اتزان .

وتشير (إجلال سرى ، 1990) : **إلى متطلبات العلاج بالفن فيما يلي :**

أولاً : الزمن :

يتم تحديد زمن كل جلسة على حسب حالة الطفل ، وأيضاً يكون العلاج فردى أو جماعي أو مختصر ، ومن المهم أن تكون جلسات العلاج بالفن متصلة ومستمرة ، ويفضل أن لا تقل مدة الجلسة عن ساعة أو اثنين للجلسة الواحدة وألا يقل عدد الجلسات عن جلسة واحدة في الأسبوع

ثانياً : الأنشطة الفنية :

يقصد بذلك الأنشطة الفعلية في العلاج بالفن ، وهناك أنشطة فنية يطلب من المريض القيام بها ، وهناك أنشطة فنية حرة يترك له الخيار فيها ، ويتوقف ذلك حسب الهدف المحدد .

ثالثاً : المواد التي يجب توافرها وأهمها :

ألوان الباستيل – الفلوماستر وألوان المياه الفرش – الصلصال والورق – المقصات والأشغال الفنية والطباعة والصمغ ، وألوان متنوعة أخرى .

رابعاً : مضمون الجلسة :

يتفاوت مضمون الجلسة من البساطة إلى التعقيد حسب المواد المتوفرة وحسب الزمن المتاح وحسب ما إذا كان العلاج فردياً أو جماعياً وحسب الهدف من العلاج .

(16) علاج اللغة والتواصل

Language And Communication Therapy

أهمية اللغة كوسيلة إتصال :

تعتبر اللغة من أهم وسائل التواصل وعادة ما يعبر عن الصورة الذهنية للغة بأشكال متعددة منها ما هو لفظي ومنها ما هو كتابي ومنها ما يظهر على شكل

إيماءات ولذا فإن أي اضطراب في اللغة يعنى اضطرابا في التواصل مما يؤدى إلى اضطرابات نفسية واجتماعية وغيرها .

والتوحد من الإعاقات التي تندرج تحت اضطرابات التواصل فمن السمات الرئيسية عند الأطفال المصابين بالتوحد عدم القدرة على التواصل مع الآخرين والطفل التوحدى يعانى من صعوبة في الجهاز التواصلي التعبيري فمعظم هؤلاء الأطفال بحاجة إلى المساعدة في بداية حياتهم لتحفيز المهارات اللغوية التعبيرية لديهم ومن الواضح أن هناك نسبة كبيرة من الأطفال التوحديين يبقون دون اتصال مع الآخرين ما لم يتم تدريبهم على وسائل الاتصال البديلة ، ومن الملاحظ أن عدد مجالات الاتصال المتوفرة لديهم عادة ما تكون محدودة مقارنة مع الأطفال الطبيعيين .

وتوضح (نوال عطية ، 1995) : أن اللغة هي مواد تعبيرية عما يجول في ذهن الفرد ، وكما يرى (ثورنديك) أنها أهم الوسائل الاجتماعية بالنسبة للفرد ووظيفتها إشباع رغباته وإتاحة الفرصة له بالتعبير عن أفكاره ومشاعره ، فهي تظهر الفكرة الكامنة في نفس الفرد للآخرين ، وبذلك فهي تتيح عملية الاتصال الاجتماعي واللغوي بين الأفراد ، وفى الواقع فاللغة ضرورية لحفظ بقاء الكائن الحي ولاستمرار الحياة ، فاللغة هي الوسيلة الحيوية والفعالة التي تعين الطفل على التعبير عن رغباته ، فالطفل إذ يبدأ الاستجابة للأشياء يبدأها بالإشارة ثم يتعلم الاستجابات اللفظية بالتدريج حتى ينطق اللفظة الخاصة بالشيء وبعدها تصبح لديه القدرة على استعمال جملة بدلاً من الكلمات وكلما زادت حصيلته اللغوية استطاع أن يستخدم رموز حديثة واستطاع أن يستخدم الألفاظ المحددة وأن يتعامل بها .

وتشير (زينب شقير، 2000) : إلى أن اللغة ما هي إلا رموز عامة يشترك فيها الجميع ويتفقون على دلالتها ويمثل سيادة الرمز الاجتماعي ارتقاء اللغة أي أنه يحقق قدراً من قبول الذات وقبول الآخرين ، وإذا قل هذا القدر من القبول عن حد معين اضطربت عملية التواصل بين الفرد والآخرين بل وبين الفرد ونفسه أيضاً .

ولقد أكدت العديد من الدراسات على أهمية وجود برامج علاجية لغوية تعمل على تنمية التواصل اللغوي لدى الأطفال التوحديين ، وأوضحت هذه الدراسات على أن الخطوة الأولى في تعلم كيفية تدريس مهارات الاتصال للأطفال التوحديين هي إدراك أن اللحظة التي يريد فيها الطفل شيئاً هي اللحظة التي تكون فيها نافذة الوصول إلى تعلم اللغة سريعة .

وتوجد طرق مختلفة للتدخل لتعديل وعلاج مشكلة الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين منها :

- إنقاص كم اللغة المنطوقة : وتعنى استخدام كلمة واحدة أو جملاً قصيرة للغاية عند التحدث مع هؤلاء الأطفال التوحديين .

ومن أهم ما يميز هذا الأسلوب ما يلي :

- أنه يزيد من مستوى تفاعل الأطفال مع بيئاتهم .
- يزيد من نمو الأطفال في مستوى اتصالهم التلقائي بالآخرين .
- الجمل القصيرة باستخدام الصور تساعد الأطفال التوحديين على فهم ما يقال بطريقة أسهل .
- وضع الكلمات المفردة وضعاً مضبوطاً في أكثر المواقف مناسبة ونعنى بذلك عند تعليم الأطفال التوحديين كلمة (تفاحة) مثلاً فتأخذ من موقف أنه جوعان ويريد تفاحة .

- لابد من استخدام الوقفات الطويلة ، بمعنى أنه يجب عند الاتصال استخدام الوقفات في اللحظات الحرجة فمثلاً إذا كان الطفل على وشك في فتح كيس شيبسي فتقف المدرسة بجانبه دون قول أي كلمة وتنتظر منه الانتباه من هذا الفعل وتستخدم وقفات مابين (5- 10) دقائق ومن هنا يحاول الطفل أن يجد وسيلة لإعادة الاتصال ثانياً مع نفسه ، وتلك اللحظة تعلم وتقول المعلمة الكلمة المراد تعليمها له – تفادى استخدام الأسئلة لأن هذا الأسلوب ينقص من قدرة الأطفال التوحديين على التجاوب التلقائي .
- تأخير تطبيق المحادثة حيث يتعلم الطفل التوحدى مهمات جديدة وتعنى بذلك انه يجب أن نجعل الطفل يركز أولاً في الموقف الجديد الذي يتعلمه ثم التدريب عليه بعد التأكد من فهمه له . (Potter C & Whittarek c, 1999) .

طرق تعليم الأطفال التوحديين مهارات الإتصال اللغوى :

1. التحدث إلى الطفل وفقاً لعمره الزمنى :

الأطفال التوحديون الذين يتعرضون إلى لغة من المحيطين بهم من الصعب عليهم فهمها حيث يتحدثون إليهم بصوت عالي وبدون انتظار استجابة من الطفل فبالتالي لا يفهم الطفل ما يقال له ولا يستطيع حل رموز الشفرة التي يتكلمون بها إذن لابد من التدخل لحل هذه المشكلة ، وذلك بطريق التحدث إلى الطفل التوحدى وفقاً لعمره اللغوي وليس عمه الزمني (Brad S, 1998,pp: 62-66)

2. استخدام الإيماءات الطبيعية لتحسين إشارات الاتصال :

الأطفال التوحديين لديهم مشاكل في فهم ما تشير إليه الإيماءات ولذلك فإن استخدام الإيماءات للتواصل تعد لغة بصرية ثانية إلى جانب اللغة الشفهية لا يعانى الأطفال التوحديين من صعوبة في تتبع الإشارات لذا يجب أن يتضمن الاتصال الكثير من الإشارات التي تستدعى انتباه الطفل لأهمية التواصل

ومن ثم نقول أن لغة الإشارات من البدائل أو المدعمات للغة الكلام .

أهمية لغة الإشارة للطفل التوحدى :

- تفيد الأطفال الذين يظلوا بكماً أي لا أمل في كلامهم .
- تقدم لغة مدعمة للغة الكلام تساعد هؤلاء الأطفال على إدراك الاتصال .
- تساعد لغة الإشارة هؤلاء الأطفال على إقامة حوار مع الآخرين. (Jordan r,&powell,s1995,pp52:69)

وقد أكد *Olivew* على أنه لو تم تعليم الأطفال التوحديين طرق بديلة لتوصيل نفس الرسالة سواء عن طريق حركات الجسم والإيماءات والإشارات فإن هذه الأساليب تعمل على زيادة الاتصال لدى هؤلاء الأطفال مع المحيطين بهم (Olivew,1995,pp909:928)

3. **استخدام لوحات الاتصال :**

لقد أكدت العديد من الدراسات على أهمية استخدامها للوحات الإتصال أي المعلومة تكون في صورة مرئية مثل دراسة *Mac-Duff* التي أكدت على أن تقديم المعلومة في صورة مرئية مثل الصور الفوتوغرافية أو أي صور أخرى تكون أكثر فاعلية في تنمية الاتصال لدى الأطفال التوحديين (Macduffy,1993,pp89:97) .

وتعتبر لوحات الاتصال من أهم الوسائل في تعليم المهارات الاتصالية ، وهى ببساطة صور للأشياء اليومية التي يقابلها الطفل ويرغب فيها والغرض من لوحة الاتصال هي جعل الطفل يشير إلى ما يريده عن طريق لمس صورة الشيء وبهذه الطريقة يبدأ الطفل في تكون فكرة أن هناك رموز للأشياء .(Leung.J.,1994,pp21:31)

ولكن متى نستخدم لوحات الاتصال ؟

تتطلب لوحات الاتصال دقة حركية أقل ، وبراعة ومحاكاة أقل ، ولذا فإنها تكون مفيدة للغاية مع الأطفال الصغار الذي لا يزال تطورهم الحركي ومهاراتهم

على التقليد محدودة ، فالأطفال التوحديين لديهم مشكلة وهى أن تطور قدرات إدراكهم البصري تتجه إلى التقدم على تطورهم اللغوي فمثلاً العديد منهم يتعرف على الأشياء ويفهم وظيفتها ، ولكن ليس عنه أي لقب لفظي لها ، لذلك عندما يريد الطفل التوحدى شيئاً نجده قد يبكى وتنتابه نوبة غضب لأنه يريد شيئاً ما لكنه لا يستطيع توصيل ما يريده للمحيطين به لذا فتقديم لوحة الاتصال في هذه المرحلة ذو أهمية بالغة لهذه النوعية من الأطفال لأنها تمكنهم من الحصول على ما يريدونه بسرعة ودون التعرض لنوبات غضب (Siegl.B 1996,pp254:270)

4. تشجيع الإنتاج الصوتي المبكر :

وذلك عن طريق استخدام التغذية الراجعة عندما يصدر الطفل التوحدى أصواتاً عند انشغال بلعبة معينة ويجب تشجيع هذه الأصوات حتى إذا كانت غير كلامية مثل تقليد أصوات الحيوانات ، المكانس الكهربائية ، السيارات ...الخ ، ولذا يجب تدريب الطفل التوحدى على تنمية مهارات التقليد والتي تكون من البيانات الأولى فئ تعلم مهارات التواصل اللغوي .

5. زيادة الوعي الشفهي – الحركي :

يحتاج الأطفال التوحديون إلى المساعدة على تطوير وعى أفضل شفهي حركي وهذا يعنى أن الطفل التوحدى لا يعي مقدار تحكمه في عضلات فمه لإصدار الأصوات المختلفة فيجب وضع أنشطة مختلفة لزيادة هذا الوعي مثل نفخ الفقاعات ، إطفاء الشموع ، إخراج اللمسات بطرق معينة ، جعل الطفل يراقب تحرك فمه في المرأة ..الخ وهذه الأنشطة يقوم بها الآباء في المنزل والمدرسين في المدرسة (Potter.Ca&Whittaker,1997,pp177:93)

6. تحسين المهارات اللغوية الأكثر تطوراً:

قد تحدث قفزة كبيرة في التطور اللغوي لهؤلاء الأطفال عندما يبدأ الطفل التوحدى في فهم كلمات لها معنى مادي أمامه ، فعادة تكون أول الكلمات التي يكتسبها الطفل التوحدى أسماء – أشياء ، ثم نجعله يعرف كيفية التصنيف للحروف والأرقام باستخدام الصور والإشارات ، وأيضاً تعليم الطفل العلاقات مثل (كبير – صغير – الأول – الأخير) أيضاً المضادات مثل (فوق – تحت – داخل – خارج) وذلك من خلال أفعال مادية أمام الطفل ، كما يمكن تعليم الطفل التوحدى بعض المهارات اللغوية مثل التعرف وذلك من خلال الأنشطة التي تميل إلى وضع مواد تدريبية لتدريب الطفل على التعرف مثلاً على (القطة وإخراجها من بين حيوانين) وأيضاً يمكن تعليم الطفل القدرة على الفهم من خلال التدريب على استخراج السخافات في الصور وتعريفه متى نقول لا ومتى نقول نعم وهكذا.

وبمجرد وصول الطفل إلى مرحلة تعدد الكلمات واستخدام أجزاء متعددة من الحديث يمكن تعليم الطفل مهارات الإعداد للقراءة والكتابة ثم القراءة والكتابة في المرحلة التالية (Twach,D 1995,pp 133: 162).