



جامعة 20 أوت 1955 - سكيكدة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية



قسم علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي

دور الأنشطة النفسحركية في خفض النشاط الزائد لدى أطفال التوحد
- دراسة ميدانية بالمراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل م د في علم النفس العيادي

إشراف
د. بوصفصاف زبير

إعداد الطالب:
العايب عبد القادر

لجنة المناقشة

الجامعة	الصفة	الرتبة العلمية	الأستاذ :
جامعة 20 أوت 1955 - سكيكدة	رئيسا	أستاذ التعليم العالي	مدوري يمينة
جامعة العربي بن مهدي - أم البواقي	مشرفا ومقررا	أستاذ محاضر أ	بوصفصاف زوبير
جامعة 20 أوت 1955 - سكيكدة	ممتحنا	أستاذ محاضر أ	لوشاحي فريدة
جامعة عمار ثليجي - الاغواط	ممتحنا	أستاذ محاضر أ	عياط الأمين
المركز الجامعي شريف بوشوشة - افلو	ممتحنا	أستاذ محاضر أ	مأمون عبد الكريم

كلمة شكر

بعد التحية..

الحمد لله على التوفيق والمنة

نتقدم بالشكر الجزيل إلى الدكتور: بوصفصاف زوبير، الذي أشرف على إنجاز هذا العمل
وأفادنا بالنصائح والتوجيهات القيمة.

عبدالقادر

الإهداء

إلى الوالدين العزيزين

إلى رفيقة دربي.. زوجتي العزيزة متمنيا لها الشفاء العاجل..

..أبنائي الكرام

إخوتي الأعزاء كل واحد باسمه وعائلته..

إلى أصدقائي في كل دروب الحياة، وعبر كل الأزمنة التي قضيناها مع بعضنا والأماكن

والدروب التي مشيناها..

إلى فلسطين..

إلى كل إخوتنا في مشارق الأرض ومغاربها

إلى كل من له غاية نبيلة يسعى لتحقيقها..

أهدي ثمرة هذا العمل

ملخص الدراسة باللغة العربية

هدفت الدراسة إلى معرفة دور الأنشطة النفسحركية في خفض درجة النشاط الزائد لدى أطفال التوحد (درجة متوسط على مقياس كارس) المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط (24 طفلاً من ذوي اضطراب التوحد درجة متوسط)، وقد أجريت الدراسة في الفترة ما بين أكتوبر 2021 وجوان 2023، واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة، والقياسين القبلي والبعدي للنشاط الزائد، وتم اختيار العينة بطريقة قصدية، واستخدم الباحث مقياس النشاط الزائد (من إعداد)، وتم التوصل إلى النتائج التالية:

1- انخفضت درجة النشاط الزائد بعد تطبيق الأنشطة النفسحركية لدى أطفال التوحد متوسط الشدة، والمتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط.

2- انخفض متوسط القياس البعدي عن متوسط القياس القبلي في مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق الأنشطة النفسحركية المقترحة والخاصة بتنمية التوازن الحركي لدى أطفال التوحد متوسط الشدة، والمتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط.

3- انخفض متوسط القياس البعدي عن متوسط القياس القبلي في مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق الأنشطة النفسحركية المقترحة والخاصة بتنمية التناسق الحركي لدى أطفال التوحد متوسط الشدة، والمتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط.

4- انخفض متوسط القياس البعدي عن متوسط القياس القبلي في مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق الأنشطة النفسحركية المقترحة والخاصة بتنمية التفكير الحركي لدى أطفال التوحد متوسط الشدة، والمتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط.

5- انخفض متوسط القياس البعدي عن متوسط القياس القبلي في مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق الأنشطة النفسحركية المقترحة والخاصة بتنمية الآلية لدى أطفال التوحد متوسط الشدة، والمتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط.

الكلمات المفتاحية: الأنشطة النفسحركية/ النشاط الزائد/ التوحد/ الأطفال/ التوازن الحركي/ التناسق الحركي/ التفكير الحركي/ الآلية

ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية

Abstract

The study aims to identify the role of psychomotor activities in reducing the degree of hyperactivity among children with autism (average degree on CARS scale) in the period between October 2021 and June 2022. This sample of children are sponsored in psycho-pedagogical centers of laghouat (24 children with autism disorder average degree) as a case study. The study mainly relies on the experimental approach in one group design. The researcher further employs hyperactivity scale (prepared by him) .

The following results are reached from the present study:

1/ The average of post measurement decreased from the average of the pre-measurement in the hyperactivity scale after applying the activities. The post measurement mean was lower than the pre measurement mean in the hyperactivity scale after applying the activities.

2/ The degree of hyperactivity among children with moderate severity of autism; Then , the proposed psychomotor sponsors for the development of motor balance among children with moderate autism who are cared pcho-pedagogical centers of Laghouat.

3/ The degree of hyperactivity among children with moderate severity of autism; Then , the proposed psychomotor sponsors for the development of motor coordination among children with moderate autism who are cared of pcho-pedagogical centers of Laghouat..

4/ The average of the post measurement decreased from the average of the pre-measurement in hyperactivity measurement after applying the proposed psychomotor activities related to the development of motor disassembly among children with moderate autism who are cared of pcho-pedagogical centers of Laghouat.

5/ The average of the post-measurement decreased from the average of the pre-measurement in the measure of hyperactivity after the application of the proposed psychomotor activities for the development of the automatism among children with moderate autism who are cared for in the psych-pedagogical centers of Laghouat.

Key words : psychomotor activities/ hyperactivity/ autism/ children/ motor balance/ motor coordination/kinetic disassembly/ kinetic mechanism

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
//	كلمة شكر
//	الاهداء.....
أ - ب	ملخص
ج-ز	فهرس المحتويات.....
ز - ط	فهرس الجداول.....
ي	فهرس الاشكال
ك	فهرس الملاحق.....
1	مقدمة.....

الفصل الأول : المشكأة واعتباراتها

04	تمهيد.....
06	1- مشكأة الدراسة.....
06	2- فروض الدراسة.....
07	3- أهداف الدراسة.....
09	4- أهمية الدراسة.....
09	5- الدراسات السابقة.....
24	6- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة.....

24 خلاصة الفصل

الفصل الثاني: النفس حركية

- 27 تمهيد
- 27 1- لمحة تاريخية
- 29 2- مفاهيم متعلقة بالنفسحركية
- 31 3- النمو النفسحركي
- 32 4- المقوية
- 33 5- قوانين النمو والوظائف الحركية العفوية
- 35 6- النظام تحت قشر-شوكي البدائي
- 36 7- تشكل الدماغ
- 37 8- العوامل المنظمة للنمو النفسحركي
- 38 9- قوانين النمو النفسحركي
- 42 10- مجالات النمو النفسحركي
- 46 11- الجانبية
- 47 12- التنظيم المكاني
- 48 13- مراحل تعلم المفاهيم المكانية
- 48 14- التنظيم الزمني
- 48 15 مكونات الزمن

49	..... 16 التناسق الحركي
51	..... 17- أهداف الأنشطة النفسحركية
52	..... 18- نظريات النفسحركية
54	..... 19- تأثير اكتساب المهارات النفسحركية لدى أطفال التوحد
56	..... 20- المجال النفسحركي كوسيلة لعلاج اضطراب التوحد
61	..... خلاصة الفصل

الفصل الثالث: النشاط الزائد

64	..... تمهيد
64	..... 1- لمحة تاريخية
66	..... 2- مفاهيم أساسية حول اضطراب النشاط الزائد
70	..... 3- أعراض النشاط الزائد بين ICD-10 و DSM-5
78	..... 4- عوامل الإصابة باضطراب النشاط الزائد
82	..... 5- النظريات المفسرة لاضطراب النشاط الزائد
88	..... 6- الطرق العلاجية في خفض النشاط الزائد
90	..... خلاصة الفصل

الفصل الرابع: التوحد

92	..... تمهيد
92	..... 1- لمحة تاريخية
95	..... 2- مفاهيم متعلقة باضطراب التوحد

95	.....3- تعريف التوحد
98	.....4- أعراض اضطراب التوحد حسب DSM-5
106	.....5- أنواع اضطراب التوحد حسب DSM-5
109	.....6- خصائص اضطراب التوحد
115	.....7- . النظريات والفرضيات المفسرة لأسباب التوحد
119	.....8- التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد
123	.....9- أساليب التكفل وعلاج اضطراب التوحد
125	.....10- برامج الدمج الحسي
131	.....11- واقع التكفل ورعاية أطفال التوحد بالجزائر (ولاية الأغواط كنموذج)
132	.....خلاصة الفصل

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

135	.....-تمهيد
135	.....1- منهج الدراسة
136	.....2- حدود الدراسة
136	.....3- الدراسة الاستطلاعية
137	.....4- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة
139	.....5- مجتمع وعينة الدراسة
141	.....6- مقياس التوحد المعتمد
145	.....7- وصف مقياس النشاط الزائد

147	8- وصف عينة الدراسة النهائية بعد تطبيق مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي).....
152	9- وصف برنامج الأنشطة النفسحركية
164	10- أدوات المعالجة الاحصائية.....
164	خلاصة الفصل.....

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

168	تمهيد
168	1. النتائج العامة للقياس البعدي
170	2. عرض وتفسير نتائج الفرضية الرئيسية
176	3. عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الاولى
179	4. عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية
181	5. عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.....
183	6. عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الرابعة.....
185	7. الاستنتاج العام
188	الخاتمة
192	قائمة المراجع.....
207	الملاحق.....

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
------------	--------------	--------

14	عرض مختصر لنتائج دراسة Flori Valeria,Angeli Bruno	01
40	بعض مظاهر النمو النفسحركي خلال السنتين الأوليين من عمر الطفل.	02
43	الفرق بين صورة الجسم والتصور الجسدي.	03
44	مراحل نمو التصور الجسدي.	04
48	مراحل اكتساب المفاهيم المكانية عند الطفل.	05
49	مراحل اكتساب المفاهيم الزمانية عند الطفل.	06
50	مراحل اكتساب الحركات العامة والدقيقة عند الطفل.	07
57	نتائج بعض الدراسات للمشكلات الحركية لأطفال ASD.	08
77	جدلية التشخيص بين ICD 10 و DSM 5	09
104	مستويات الخطورة لاضطراب التوحد	10
116	أوجه الاختلاف بين التوحد ومتلازمة ريت	11
118	أوجه الاختلاف بين التوحد واضطرابات التواصل	12
137	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية على المركزين	13
137	نتائج اختبار (ت) للفرق بين متوسط المجموعة العليا ومتوسط المجموعة الدنيا	14
138	معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية	15
139	الثبات بطريقة ألفا كرونباخ alpha-cronbach	16
140	مجتمع الدراسة ومتغير الجنس لديهم	17
143	سلم تنقيط مقياس التوحد المعتمد في الدراسة	18

143	مجتمع الدراسة بعد تطبيق مقياس كارس2	19
147	نتائج مقياس النشاط الزائد على مجتمع الدراسة	20
150	توزيع أفراد العينة حسب درجة النشاط الزائد (متوسط- شديد)	21
150	درجة النشاط الزائد وتوزيع الحالات حسب المجال النفسحركي المقترح.	22
155	النسب المئوية لآراء المحكمين وترتيب الأنشطة النفسحركية المقترحة في مجال التوازن الحركي	23
155	النسب المئوية لآراء المحكمين وترتيب الأنشطة النفسحركية المقترحة في مجال التناسق الحركي	24
156	النسب المئوية لآراء المحكمين وترتيب الأنشطة النفسحركية المقترحة في مجال التفكير الحركي	25
158	النسب المئوية لآراء المحكمين وترتيب الأنشطة النفسحركية المقترحة في مجال الآلية	26
159	الأنشطة النفسحركية المقترحة وأهدافها الإجرائية في مجال التوازن الحركي	27
160	الأنشطة النفسحركية المقترحة وأهدافها الإجرائية في مجال التناسق الحركي	28
161	الأنشطة النفسحركية المقترحة وأهدافها الإجرائية في مجال التفكير الحركي	29
162	الأنشطة النفسحركية المقترحة وأهدافها الإجرائية في مجال الآلية	30
168	نتائج القياس البعدي ومقارنتها بالقبلي لأفراد العينة الخاص بالنشاط الزائد	31
169	مجموع ومتوسط نتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة الخاص بالنشاط الزائد حسب كل مجال.	32

170	نتائج الفرضية الرئيسية	33
177	نتائج الفرضية الجزئية الاولى	34
179	نتائج الفرضية الجزئية الثانية	35
182	نتائج الفرضية الجزئية الثالثة	36
183	نتائج الفرضية الجزئية الرابعة	37

فهرس الأشكال		
الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
34	تشكل الميالين (النخاعين)	01
34	تكون الميالين حول المحاور العصبية	02
35	إنشاء الروابط البين-عصبونية	03
36	النظام القشري الشوكي	04
119	أهم النظريات والفرضيات المفسرة لأسباب اضطرابات التوحد	05
135	تصميم المجموعة الواحدة بالقياس القبلي والقياس البعدي	06
141	توزيع مجتمع الدراسة حسب المركزين	07
141	توزيع مجتمع الدراسة حسب الجنس.	08
145	نتائج اختبار كارس 2 على أطفال المركزين	09

149	نتائج مقياس النشاط الزائد على مجتمع الدراسة (الاختبار القبلي)	10
149	توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب درجات النشاط الزائد لديهم	11
170	الفرق بين نتائج مقياس النشاط الزائد (القبلي والبعدي)	12

فهرس الملاحق	
رقم الملحق	عنوان الملحق
01	مقياس تصنيف التوحد عند الاطفال
02	مقياس النشاط الزائد عند الطفل التوحيدي
03	استطلاع رأي المحكمين حول الأنشطة النفسحركية
04	استمارة التحكيم الخاصة بمقياس النشاط الزائد
05	التقارير السيكولوجية لأفراد العينة
06	الأنشطة النفسحركية المطبقة في مجال التوازن الحركي
07	الأنشطة النفسحركية المطبقة في مجال التناسق الحركي
08	الأنشطة النفسحركية المطبقة في مجال التفكير الحركي
09	الأنشطة النفسحركية المطبقة في مجال الآلية
10	الفريق المشارك في إنجاز البطاقات الفنية الخاصة بالأنشطة النفسحركية
11	قائمة المختصين المحكمين للأنشطة النفسحركية

البروتوكول النفسحركي	12
جداول صدق وثبات أدوات الدراسة (SPSS)	13

من العصر الذهبي للفلسفة ومن الجدلية القديمة التي أثارها الفلاسفة بين النفس والجسد، وانطلاقاً من عبارة **موريس ميرلوبونتي** "أنا هو جسدي وجسدي هو أنا" (**ميرلوبونتي، 1945، ص 65**)، تعتبر الحركة التي تحدث بفعل أعضاء الجسد من أولى الركائز الأساسية التي يعتمد عليها النمو الجسمي للطفل في بداية حياته، وهي دليل على درجات النضج التي يمر بها خلال تطوره، فخلال الأسابيع الأولى من الحياة، يتم تنظيم التفاعلات المتبادلة للطفل مع الشريك البالغ والعلاقة مع أقرب الناس المحيطين به، حيث يتم تبادل النظرات، وتعديل المواقف، وتزامن المتواليات الحسية وإطالة أمدها، وإثرائها من المناغاة والبكاء التعبيري عن الحاجات، إلى النطق والضحك المشترك وغيرها، لكن هذا المسار لا نجده في بعض الحالات من ذوي الاحتياجات الخاصة أو قد يكون بطيئاً أو شبه معدوم، ففي حالات التوحد يبدو أن المتلازمة تعوق المهارات النفسحركية الاجتماعية للطفل، وتمنع ضبط العلاقات المبكرة في نفس هؤلاء الأطفال، إضافة إلى الارتباك الاجتماعي والتواصل، والشذوذ الوضعي والحركي واختلال التناسق في العلاقات، والتي تشكل معاً مشاكل دائمة في السلوك التكيفي وفي الفكر، وهذا أمر يجعل من عملية التكفل صعبة بدرجة ما.

يعتبر الكثير من المتخصصين المهارات الحركية من الأمور الواجب تعلمها في نفس الزمن الذي يتماشى والنمو في مجالات أخرى لدى الطفل، ويديرها المتخصصون في الرعاية والتكفل بذوي الاحتياجات الخاصة كمادة أساسية ضمن البرامج ومناهج تدريبهم وتعليمهم، ولما كان الطفل التوحدي من أكثر الفئات الخاصة معاناة في التواصل واللغة والنشاط التخيلي وغيرها من الجوانب العلائقية، فيمكن ملاحظة الكثير من الاضطرابات السلوكية التي تؤثر بصفة مباشرة على مساره العام، ومن الناحية النفسحركية التي تهم في هذا البحث، حيث توجد الكثير من أعراض اضطرابات السلوك الحركي، مما يحول بين الطفل وممارسة النشاط العضلي الحركي، وتؤدي مضاعفات هذه الأعراض إلى تقييد المجال المكاني الذي يتحرك فيه الطفل التوحدي، والتقليل أيضاً من فرص التفاعل الاجتماعي والمشاركة مع الآخرين في أنشطتهم. (**الشرقاوي، 2018، ص 273**)

هناك العديد من السبل المتبعة للتخفيف من تأثير هذه الأعراض على أطفال التوحد منها العلاج الحركي، وقد يتساءل البعض كيف يمكن لهذا العلاج التدخل لتطوير مهارات اللغة والتواصل والمهارات الاجتماعية ومهارات اللعب للأطفال المصابين بالتوحد؟ وللإجابة على هذا السؤال فإن مفهوم العلاج بالحركة لا يقتصر على حركات رياضية ثقيلة تؤثر تأثيراً إيجابياً جسدياً على الطفل، إنما يرتبط أيضاً بوظائف الدماغ المتصلة بالوظائف الحسية والمشاعر، حيث تؤثر الحركة على الطفل عقلياً ونفسياً.

(**محمد والسيد، 2019، ص 05**)

ومن بين الاضطرابات التي أصبحت تشكل عائقا أمام من يتكفل بطفل التوحد توجد مشكلة النشاط الزائد وضعف الإنتباه والإندفاعية عند بعض الحالات إن لم تكن أغلبها، وعند تصفح الباحث لبعض الأبحاث من التراث النظري وجد أن مشكلة النشاط الزائد قد تم تناولها لدى العديد من الأطفال بما فيهم ذوي الإحتياجات الخاصة، لكن بصفة أقل عند فئة أطفال التوحد حسب مدى اضطلاعهم، الأمر الذي دفع به إلى اختيار هذا الموضوع لبحثه.

يحاول القائمون على عملية التكفل بالمراكز النفسية البيداغوجية في الجزائر العمل على إيجاد حلول يومية لمشكلة النشاط الزائد وفرط الحركة لأطفال التوحد، ومن خلال اتصال الباحث المباشر بهم وبهذه الفئة من الأطفال فهو ينقل مدى المعاناة التي يعيشها هؤلاء المربين والمعلمين والمختصين، إنها معاناة تعتبر كنتيجة لقصور يتحمل مسؤوليته الكل دون استثناء، فالمناهج والمشاريع المطبقة تفتقر أحيانا إلى خطط علمية وخبرة التخطيط وأحيانا إلى طرق التطبيق، وأحيانا أخرى تفتقر إلى الوسائل والظروف المناسبة.

سيحاول الباحث في هذه الدراسة أن يظهر دور الجانب النفسحركي وتأثيره على الجانب السلوكي والمتمثل أساسا في مشكلة النشاط الزائد لدى الطفل التوحد، حيث تضمنت الدراسة الحالية في جانبها النظري وفي الفصل الاول بالتحديد طرحا للإشكالية وعرضا للفرضيات وبيان لأهمية وأهداف الدراسة، ثم عرض لبعض الدراسات التي لها علاقة بموضوع الدراسة الحالية، في حين تضمنت الفصول المتبقية من هذا الجانب إحاطة بالمفاهيم الأساسية للموضوع، حيث أورد الباحث في الفصل الثاني عرضا بإسهاب للجانب النفسحركي، وفي الفصل الثالث النشاط الزائد، وكانت الإحاطة النظرية باضطراب التوحد موضوع الفصل الرابع.

في الجانب التطبيقي وفي فصل إجراءات الدراسة تم عرض الدراسة الإستطلاعية، والخطوات التي تمت في بناء أداة الدراسة (مقياس النشاط الزائد)، ثم بيان وحساب الخصائص السيكومترية لها، كما تم تقديم البرنامج النفسحركي المراد تطبيقه في الدراسة والمراحل التي مر بها الباحث في بناءه، أما في الفصل السادس فقد قدم عرضا لنتائج الدراسة ومحاولة تفسيرها، ثم تم تقديم أهم الإستنتاجات الهامة من الدراسة ككل، وتم ختامها بإبراز بعض نقائص الدراسة وبعض الإقتراحات.

المشكلة واعتباراتها

- 1- إشكالية الدراسة
- 2- فرضيات الدراسة.
- 3- أهداف الدراسة.
- 4 - أهمية الدراسة.
- 5 - الدراسات السابقة.
- 6 - التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة.

1- الإشكالية:

من بين أهم الأهداف البرامج العلاجية والتكفيلية لأطفال التوحد هي تأهيل الطفل لممارسة حياة طبيعية بقدر المستطاع، وتعديل السلوك التوحدي، وتقليل الأعراض التي تؤثر على المسار العلاجي، والتركيز على القدرات الموجودة لدى الطفل التوحدي، مع مراعاة خصوصية وفردانية الحاجات الخاصة لكل حالة (محمد والسيد، 2019، ص 32-33)، ولتحقيق هذه الأهداف كان يجب على المختصين الاهتمام بكل الجوانب النفسية المتعلقة بالطفل التوحدي، هذه الجوانب تعتبر بمثابة أساسات لأي برنامج أو مشروع تكفلي.

وتعتبر الجوانب الحركية من الركائز الهامة التي تقوم عليها البرامج المتنوعة لتمكين الطفل من مواصلة نموه العام، وحسب ما يعتقد بعض المتخصصين في مراكز الرعاية الخاصة والذين كانت للباحث معهم جلسات وأعمال قبل اختيار الموضوع، وخاصة المختصين في التربية النفسحركية (مركز الأغواط 1 ومركز المسيلة) إلى أنه يمكن تقييم الطفل من خلال ملاحظة ما إذا كان يتعلم كيف يتحرك في البيئات المختلفة بكفاءة وفاعلية، ولا بد من تقييم كل المهارات الحركية، بما في ذلك المهارات الحركية الدقيقة التي تستخدم مجموعات العضلات الدقيقة المسؤولة عن أداء أفعال النقاط الأشياء والكتابة والرسم، وكذلك المهارات الحركية الكبرى مثل الجري والقفز والتسلق والتي تعتمد على قوة وطول الأطراف وتتطلب التوازن والتنسيق الحركي.

ولا شك أن التوحد هو من بين الاضطرابات المعاصرة، حيث تشير بعض الإحصائيات إلى أنه في سنة 1990 كانت نسبة التوحد هي من (05- 10) لكل 10000 أما اليوم (2018) فهي (01 ألى 68 طفلا)، علما أنه توجد دراسات مسحية حديثة تقترح أن النسبة أعلى من ذلك بكثير (بوتوت، 2018، ص 19)، كما نجد الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب تظهر عليهم العديد من المشكلات السلوكية من بينها ما يتعلق بالجانب النفسحركي، كضعف إدراك الطفل لجسده وعدم تناسق الحركات وضعف التوازن، وضعف القدرة على التحكم في الحركة الدقيقة، التسبب في إلحاق الأذى بأنفسهم وبالأخرين بسبب النشاط الحركي الزائد، كذلك عدم القدرة على الوقوف أو الجلوس ساكناً، الرفرفة والدوران حول الذات.

وفئة التوحد تتميز بخصوصياتها فيما يتعلق بالوظائف الحركية، فمن خلال التجربة الميدانية والمعاشية المستمرة في التعامل مع هذه الفئة، نلاحظ أن لدى أغلبها حركة زائدة، إن لم نقل إفراط حركي زائد عن الحاجة في ذلك، وما اضطرابات الإفراط الحركي (Hyperactivité)، وعدم الاستقرار النفسحركي ((Instabilité psychomotrice) والإندفاعية (impulsivité)، وغيرها من الاضطرابات ذات الشحن

الحركي المفرط، إلا طاقة كامنة لم تجد طريقها للتصريف المناسب، بحكم هشاشة بنية الجهاز النفسي لدى هذه الفئة الناتج عن انخفاض واضطراب قدراتها التواصلية في التعامل مع البيئة المحيطة..

ونظرا لما يتميز به الطفل التوحدي من اضطرابات في الاتصال وضعف في مرونة السلوك ورفض للتغير وعدم التأقلم مع المواقف الجديدة، فإن ذلك يتطلب برامج منظمة مبنية على أسس علمية تستقي أساساتها من التجارب والخبرات الميدانية، ونظرا لقلّة التأطير الخاص بالجانب النفسحركي ومع ازدياد مشكلة النشاط الزائد، حيث لوحظ تزايدها لدى فئة أطفال التوحد في العالم عموما والجزائر خصوصا (ملاحظات ميدانية للباحث باعتباره مختصا نفسيا في المركز النفسي البيداغوجي 1 بالأغواط لمدة فاقت 20 سنة)، وبقي العبء على المختصين النفسانيين والمشرفين، ذلك ما استلزم القيام بمحاولات فردية تحاول مساعدة هؤلاء الأطفال لكن بدون نتائج كبيرة، لكن الفريق المتعدد التخصصات عندما يبدأ في التخطيط وبناء البرنامج التكفلي يجد في أغلب الأحيان صعوبات سلوكية تعترض سبيله وتحول دون تطبيق المقاربة ودون تحقيق أهداف البرنامج.

ويبيدي التوحيديون أعراضا متعددة تشترك مع بعض الاضطرابات الأخرى مثل النشاط الزائد والقلق والكآبة والهوسات والأوهام والغفلة وقلة الإنتباه. (الجلامده، 2014، ص65)، مما حدا ببعض المتخصصين أن يقترحوا تشخيصا ثنائيا لأنه يوفر مزيدا من البرامج العلاجية المناسبة، والتي تتعامل مع خصوصية هذه الشريحة. (ويتمان، 2004، ص221)

إن مشكلة النشاط الزائد التي إذا ما اقترنت أعراضها وخصائصها بأعراض التوحد تجعل الأمر يبدو صعبا إن لم نقل مستحيلا خلال عملية التكفل، ويواجه العديد من المتخصصين عقبات جمة في سبيل القيام بعملهم مع هؤلاء الأطفال، حيث يتأخر الاكتساب والتعلم، وبالتالي تصعب عملية الدمج في المجتمع، ومن خلال التجربة المعاشة مع المتخلفين ذهنيا يفترض الباحث أن للأنشطة النفسحركية دورا لا يمكن إغفاله في عملية التكفل النفسبيداغوجي، فقد ظهرت بعض دلالاتها في تحسن الكثير الحالات، وخاصة أولئك الذين كانت لديهم اضطرابات في السلوك وبالأخص مشكلة النشاط الزائد، ويرى الخولي وراتب (2007) أن التربية الحركية تعبر عن النظام التربوي الذي يعتمد على الحركة الأساسية الطبيعية للطفل، بهدف إكسابه الكفاية الإدراكية الحركية والطلاقة الحركية، وهي برامج ذات طبيعة خاصة تستخدم أسلوب الاكتشاف الحركي، وتوظف الحركة ذات المعنى لتحقيق أهدافها. (العلاي وايزري، 2021، ص- ص473-474)

فالحركة تساعدهم (أطفال التوحد) على تحويل طاقاتهم الجسدية وتوترهم وقلقهم إلى حركات وظيفية في صورة تمارين حركية رياضية، فقد اعتادوا على التحرك بشكل عشوائي دائم وبدرجة عالية من الحماس،

ولكن خلال العلاج بالحركة يتم تدريب الأطفال وتعليمهم على التحرك ضمن نطاق التمارين الحركية الوظيفية التي تمكنهم من الإستمتاع والإحساس بنفس الشعور الذي كانوا ينشدونه في حركتهم غير المتوقعة. (محمد وأحمد، 2019، ص05)

ومن هذا المحتوى النظري وكذلك المسار العملي أراد الباحث وأن يطرح إشكاليته مستعينا بنتائج ميدانه السابق مع أطفال التخلف الذهني، ليرى إن كانت التجربة ستتجح هذه المرة مع أطفال التوحد. وبعد الإستزادة بالاضطلاع على بعض المراجع في هذا المجال، ومدارسة التراث النظري وكذا بعض الدراسات السابقة الحديثة، تمت صياغة مشكلة الدراسة في السؤال التالي:

- هل يؤدي تطبيق الأنشطة النفسحركية المقترحة إلى خفض درجة النشاط الزائد لدى أطفال التوحد متوسط الشدة المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط؟

- وتندرج تحت هذا السؤال الرئيسي الاسئلة الفرعية التالية:

- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط القياس القبلي ومتوسط القياس البعدي في مقياس النشاط الزائد والخاص بمجال التوازن الحركي ادى اطفال التوحد المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الاغواط ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط القياس القبلي ومتوسط القياس البعدي في مقياس النشاط الزائد والخاص بمجال التناسق الحركي لدى اطفال التوحد المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الاغواط ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط القياس القبلي ومتوسط القياس البعدي في مقياس النشاط الزائد والخاص بمجال التفكيك الحركي لدى اطفال التوحد المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الاغواط ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط القياس القبلي ومتوسط القياس البعدي في مقياس النشاط الزائد والخاص بمجال الآلية لدى اطفال التوحد المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الاغواط ؟

2- فروض الدراسة: بعد مدارسة للتراث النظري المتعلق بالدراسة الحالية تم بناء الفرضيات التالية:

1-2 الفرضية الرئيسية:

تتخفض درجة النشاط الزائد بعد تطبيق الأنشطة النفسحركية لدى أطفال التوحد متوسط الشدة المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط.

2-2- الفرضية الجزئية الاولى:

ينخفض متوسط القياس البعدي عن متوسط القياس القبلي في مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق الأنشطة النفسحركية المقترحة والخاصة بمجال التوازن الحركي لدى أطفال التوحد متوسط الشدة المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط.

2-3 الفرضية الجزئية الثانية:

ينخفض متوسط القياس البعدي عن متوسط القياس القبلي في مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق الأنشطة النفسحركية المقترحة والخاصة بمجال التناسق الحركي لدى أطفال التوحد متوسط الشدة المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط.

2-4- الفرضية الجزئية الثالثة:

ينخفض متوسط القياس البعدي عن متوسط القياس القبلي في مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق الأنشطة النفسحركية المقترحة والخاصة بمجال التفكير الحركي لدى أطفال التوحد متوسط الشدة المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط.

2-5- الفرضية الجزئية الرابعة:

ينخفض متوسط القياس البعدي عن متوسط القياس القبلي في مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق الأنشطة النفسحركية المقترحة والخاصة بمجال الآلية لدى أطفال التوحد متوسط الشدة المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط.

3- أهداف الدراسة:

- التوصل إلى معرفة أثر الأنشطة النفسحركية في خفض مشكلة النشاط الزائد لدى أطفال التوحد.
- محاولة تحديد أي من المجالات النفسحركية (التوازن، التناسق، الآلية، التفكير الحركي) له أكبر الأثر في خفض النشاط الزائد لدى الطفل التوحد.
- محاولة الخروج ببرنامج نفسحركي يغطي بعض الإحتياجات الخاصة بالنسبة لفئة التوحد يمكن اقتراحه إلى مقرر البرنامج اليومي.
- محاولة استغلال وتنظيم الطاقة الحركية الزائدة وتوجيهها في ما يفيد الطفل التوحد لاكتساب المهارات الحركية والتي تنعكس ايجابا على المهارات والمكتسبات الأخرى.
- محاولة التخفيف من حدة بعض الأعراض التوحدية، خاصة تلك المتعلقة بالانتباه المشترك مما يؤدي إلى تحسن في القدرة على التواصل، مع احترام كامل لخصوصية هذه الفئة.

- إثراء التراث النظري والتطبيقي بمثل هذه البحوث التي تتطلب جهدا كبيرا في محاولة تصميمها وإخراجها للتطبيق، مما يدل على القيمة التي تحتلها بين الأبحاث الأخرى في مجال تكفل وعلاج أطفال ذوي الإحتياجات الخاصة عامة، وأطفال التوحد بصفة خاصة.

- تسليط الضوء على الجانب النفسحركي لدى الطفل التوحيدي، والذي يعتبر من أهم الجوانب التي لا يمكن تخطيها سواء في عملية التشخيص والتكفل والعلاج.

- يمكن أن يمثل هذا الموضوع منطلقا لبعض الدراسات التي تهتم بالجانب النفسحركي لدى الطفل التوحيدي.

- إمكانية تطبيق برنامج الأنشطة النفسحركية المقترح لفائدة الأطفال التوحيدين إن أثبت نجاعته، بطريقة سهلة وبسيطة وبأقل التكاليف والوسائل، وإمكانية تطبيقه في مراكز التوحد دون أن يتعارض مع البرامج الإعتيادية اليومية المتبعة للتكفل بهؤلاء الأطفال.

- محاولة استغلال القدرات الكامنة للطفل التوحيدي في تنمية وتنظيم الحركات المختلفة بواسطة التعلم بالخبرة، كطريقة تكفل عصرية لها من المميزات ما يجعلها تتفوق على طريقة التلقين التقليدية خاصة في مجال التوحد.

4-أهمية الدراسة:

تعتبر هذه الدراسة حسب ما يفيد به التراث النظري ذات قيمة خاصة في الجانب البرامجي والمشاريع النفسبيداغوجية، والموجهة خصيصا لهذه الفئة من ذوي الإحتياجات الخاصة، نظرا لقلة البحوث المحترفة حسب علم الباحث في مجال التربية النفسحركية، التي تعتبر من الإشكاليات التي شغلت ومازالت تشغل العاملين والباحثين في مجال التكفل، إذن هذه الدراسة تكتسب أهميتها من عدة جوانب ومنها:

- إبراز لأهمية التعلم بالخبرة، من حيث الدور الأساسي الذي يلعبه المختص والمؤطر في تعامله مع الطفل التوحيدي.

- يعتبر اضطراب التوحد حديث الساعة والعصر، وكثير التساؤل في المؤسسات الخاصة سواء من ناحية كيفية التكفل بهذه الفئة، أو من ناحية طرق دمجه داخل المدارس العادية.

- القيام بهذه الدراسة وأمثالها إضافة إلى القيمة العلمية فهو يترك أثرا إيجابيا في نفوس أولياء الأطفال التوحيدين.

- هذه الدراسة يمكن أن تفيد المختصين في المجال التكفل بذوي الإحتياجات الخاصة، والتي تتضمن تسليط الضوء على التربية النفسحركية ومفعولها على الطفل التوحدي، وإفادة الأولياء والمختصين بأهميتها خاصة في مجال التواصل، الذي يعتبر المشكل الأساسي للطفل التوحدي.

- كما أن التطرق لهذه الأنشطة قد تساعد الأخصائيين في المراكز البيداغوجية في توجيه طاقة النشاط الزائد واستغلالها لدى الأطفال، وتعديل سلوكيات الطفل التوحدي العشوائية وغير الهادفة التي تعيق تدريبه وتعليمه.

ويمكن أن تسهم هذه الدراسة في ضوء ما أسفرت عليه من نتائج التوصل إلى معرفة أثر الأنشطة النفسحركية في خفض مشكلة النشاط الزائد لدى أطفال التوحد، وقد تغري بعض الباحثين للقيام ببحوث أخرى في مجال النفسحركية على فئة أخرى من ذوي الإحتياجات الخاصة.

5-الدراسات السابقة:

5-1- الدراسات المتعلقة بالأنشطة النفسحركية:

5-1-1: الدراسات العربية :

أ-دراسة تقيق وبرقوق ومحرز (2018) الجزائر: هدفت الدراسة إلى معرفة أثر الألعاب الحركية في الوسط المائي على تنمية الجانب الحسي حركي، والتقليل من درجة التوحد للفئة العمرية 05-06 أي مدى مساهمة مجموعة من الالعاب الحركية في الوسط المائي على التقليل من معانات أطفال التوحد .. استخدم الباحثون المنهج التجريبي ذو التصميم التجريبي للمجموعة الواحدة بالقياس القبلي والبعدي. وتمثلت عينة الدراسة في أطفال التوحد المتكفل بهم على مستوى روضة المعارف للطفولة السعيدة، والتي بلغ عددها (08) أطفال منها (04) في الدراسة الاستطلاعية و(04) في الدراسة الميدانية. وتم الاعتماد في هذه الدراسة على مجموعة من الاختبارات والقياسات الميدانية لجمع المعلومات تمثلت في إختبار cars لقياس درجة التوحد والمقابلة مع الأولياء والمربيات لجمع المعلومات، كذلك إستبيان يضم محتواه الأبعاد التالية (التوازن الحركي، التوافق الحسي حركي، تركيز الانتباه).

وأظهرت نتائج الدراسة: أن للألعاب الحركية في الوسط المائي دور مهم في تنمية الجانب الحسي حركي كتنمية القدرة على التوازن، وتنمية القدرة على التوافق لدى أطفال التوحد درجة متوسطة، كما توصلت الدراسة إلى أن الألعاب الحركية داخل حوض السباحة لها دور فعال في التقليل من درجة التوحد، كما اقترح الباحثون على ضرورة ممارسة أطفال التوحد رياضة السباحة في صور ألعاب حركية، كما اقترح دمج أطفال التوحد في أندية السباحة وخلق أفواج خاصة بهم تحت اشراف مختصين.

ب-دراسة صيام، وأبوالفتوح (2018) السعودية: هدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات الحركية الاساسية (المشي بإتزان، دقة التمرير، وقف الكرة، دقة التصويب داخل حيز السلة، القفز بكلتا القدمين)، ومعرفة أثر ذلك على المهارات الوظيفية المرتبطة بأنشطة الحياة اليومية لدى أطفال التوحد. واستخدم الباحثان المنهج التجريبي (تصميم المجموعتين)، حيث تم تقسيم عينة الدراسة (عينة التطبيق) إلى مجموعتين متساويتين ومتجانستين ومتكافئتين، الأولى تجريبية والثانية ضابطة. تكونت عينة الدراسة من 20 طفلا ذوي اضطراب التوحد، طبيعة العينة (قصدية)، منتظمين في مركز تنمية الإنسان (عبور) بمدينة جيزان المملكة العربية السعودية.

واستخدم الباحثان الأدوات التالية: مقياس ستانفورد- بنيه للذكاء، مقياس المستوى الثقافي والاقتصادي للأسرة السعودية، مقياس المهارات الحركية الأساسية للأطفال ذوي اضطراب التوحد، ومقياس المهارات الوظيفية المرتبطة بأنشطة الحياة اليومية.

أظهرت نتائج الدراسة وجود تحسن ذي دلالة إحصائية في مستوى المهارات الحركية الاساسية، وكذلك تحسن ذي دلالة إحصائية في مستوى المهارات الوظيفية المرتبطة بأنشطة الحياة اليومية بعد تطبيق البرنامج التدريبي المقترح.

ت- دراسة العيد (2020) الجزائر: هدفت الدراسة إلى معرفة دور الألعاب الصغيرة الحركية في التقليل من درجة التوحد لدى الأطفال المصابين بالتوحد متوسط الشدة، تراوحت أعمارهم ما بين (5-6) سنوات، ومدى تأثيره في تحسين التفاعل مع الغير وكذا تركيز الانتباه.

استخدم الباحث المنهج التجريبي على عينة مقدارها (08) أطفال، كما تم الاعتماد في جمع البيانات على الأدوات التالية: المقابلة الشخصية والمعاينة، وتصميم استبيان يضم مجموعة من الاختبارات، عرضت على مجموعة من الأساتذة والمختصين في انتقاء مجموعة من الاختبارات المناسبة لهذه الفئة، ووضع برنامج على شكل حصص تطبيقية تتوافق مع متطلبات أطفال التوحد - توحد متوسط الشدة - إختبار تمرير واستقبال الكرة، وكان الهدف منه قياس التفاعل مع الغير، واختبار رمي الكرة داخل الحلقات، وكان الهدف منه تركيز الانتباه.

وأسفرت النتائج على أن برنامج الألعاب الحركية قد أثر تأثيرا إيجابيا على مستوى الجانب الحركي لدى الأطفال المصابين بالتوحد متوسط الشدة، وانتقل معظم أفراد عينة البحث من درجة توحد متوسط الى درجة توحد خفيف، ولوحظ ظهور تحسن في التفاعل مع الغير والانتباه البصري واللاتزان لدى عينة البحث، وأوصى الباحث بضرورة إحداث برنامج تعليمي حركي مدروس مع البرامج العلاجية الطبية العامة

لاضطراب التوحد، وبضرورة استخدام الألعاب الصغيرة الحركية، قصد تحسين مختلف المهارات لدى أطفال التوحد.

ث- دراسة بلخير (2016) الجزائر: هدفت الدراسة إلى التحقق من أثر برنامج تربية نفسحركية على بعض القدرات الإدراكية الحركية لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم.

واعتمد الباحث على المنهج التجريبي باعتباره أكثر المناهج الموثوق بنتائجها، ولملائمتها لطبيعة مشكلة الدراسة.

وتكونت عينة الدراسة من 20 طفلا معاقا عقليا قابلين للتعلم والتكفل بهم في المركز النفسي البيداغوجي بوهران.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم استعمال عدة أدوات هي: اختبار بورديو، وبرنامج نفسحركي مقترح.

وقد أسفرت نتائج البحث أن "برنامج التربية النفسحركية المقترح أثر إيجابا على تطوير بعض القدرات الإدراكية الحركية لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم (9-11 سنة) ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في جميع الاختبارات البعدية للعينتين الضابطة والتجريبية لصالح العينة التجريبية في القدرات الإدراكية الحركية، كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الاختبار البعدي للعينة الضابطة والاختبار البعدي للعينة التجريبية في بعض القدرات الإدراكية الحركية لصالح العينة التجريبية.

ج- دراسة محمود (2015) مصر: هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية برنامج قائم على الأنشطة الحس

حركية في خفض حدة سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال التوحد، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية:

اختبار سلوك إيذاء الذات (إعداد الباحثة)، اختبار جيليام التشخيصي لأطفال التوحد في اختيار العينة، كما استخدمت برنامج قائم على الأنشطة الحس حركية (من إعداد الباحثة).

وتكونت عينة الدراسة من (16) طفلا ذوي اضطراب التوحد (08 ذكور و08 إناث)، مترددين على

الأكاديمية المصرية لذوي الإحتياجات الخاصة.

وقد أسفرت الدراسة عن فعالية البرنامج الذي تم تطبيقه، بهدف خفض حدة سلوك إيذاء الذات لدى هؤلاء الأطفال، من خلال وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس سلوك إيذاء الذات لصالح التطبيق البعدي، كما بينت الدراسة أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب الذكور/الإناث لصالح الذكور، كما توصلت النتائج إلى استمرارية عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية، مما يؤكد احتفاظ العينة بأثر البرنامج واستمرارية فعاليته إلى ما بعد فترة المتابعة.

ح-دراسة خطاب (2013) مصر: تناولت الدراسة فعالية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من أطفال التوحد، حيث هدفت إلى محاولة وضع مقياس للكشف عن الاضطرابات السلوكية وحدتها وشيوعها لدى طفل التوحد، والتخفيف من هذه الاضطرابات السلوكية باتباع المنهج التجريبي واستخدام برنامج علاجي قائم على اللعب.

استخدم الباحث أدوات الدراسة تمثلت في:

-استمارة الطفل التوحدي (إعداد الباحث).

- استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة.

- البرنامج التدريبي (من إعداد الباحث).

وتكونت عينة الدراسة من (20) طفل توحدي.

وتوصلت الدراسة إلى تأكيد فعالية البرنامج التدريبي القائم على اللعب في التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية في القياس البعدي وقياس المتابعة لصالح المجموعة التجريبية.

2-1-5 : الدراسات الأجنبية:

أ-دراسة شافال وآخرين (2021) أوكرانيا:

كان موضوع الدراسة هي الحالة البدنية للأطفال الصم في سن المدرسة الابتدائية، وتطوير برنامج صحي باستخدام طرق التربية البدنية، اتبعت الدراسة المنهج التجريبي، وشملت العينة 72 طفلاً أصماً (التجريبية 37 طفلاً والمجموعة الضابطة 28 طفلاً في سن المدرسة الابتدائية).

تم اختيار عينة البحث بشكل عشوائي، وتراوحت أعمار الأطفال بين (6-10) سنوات.

وتم استخدام بطارية اختبارات لتقييم الأداء النفسحركي مكونة من اختبارات (التناسق الحركي الثابت، التناسق الحركي الديناميكي، سرعة الأداء النفسحركي، التناسق الحركي والذاكرة الحركية).

تم تحديد الحالة الجسمية لتلاميذ المدارس باستخدام مجموعة من الأساليب الطبية والبيولوجية: قياس ضغط الدم، وحساب معدل ضربات القلب وقياس التنفس، وتخطيط القلب الكهربائي، وتخطيط صدى القلب، واختبار قدرة العمل البدنية، وقياس الكاينيكولامينات باستخدام E طريقة ماتلينا، والقياسات البشرية. تكون برنامج التربية البدنية التجريبية من مجموعة من تمارين اللياقة البدنية والتنفس والوقوف، بالإضافة إلى الألعاب البدنية.

تم تقسيم الألعاب حسب التعقيد ومستوى الإدراك والشدة البدنية والتأثير على الجسم، وتم تحديد إلى أن الصمم يؤثر سلباً على مؤشرات القياسات البشرية، والجهاز التنفسي، والحالة الوظيفية للجهاز الودي، ولكنه لا يؤثر على القيم الشكلية الوظيفية لأداء القلب لدى الأطفال في سن المدرسة الابتدائية. وأسفرت الدراسة على نتائج تمثلت في أن المعاقين سمعياً يعانون من خلل في الأداء النفسحركي على جميع مستويات الأداءات النفسحركية المعنية بالدراسة.

أثبتت الدراسة فاعلية تبني برامج تمارين نفسحركية تعتمد على الألعاب البدنية كوسيلة لتصحيح الحالة البدنية للأطفال الصم، وأكدت الدراسة أن تنفيذ برامج التمارين الرياضية لتصحيح الحالة البدنية للأطفال الصم في سن المدرسة الابتدائية، عن طريق التربية البدنية القائمة على الألعاب البدنية في المقرر اليومي للمدارس الداخلية الخاصة لها تأثير إيجابي على الجهاز التنفسي والقلب والأوعية الدموية للأطفال.

ب-دراسة: Flori Valeria,Angeli Bruno (2021) فلوري فاليريا، أنجلي برونو (التدخل

الحركي والتوحد: طريقة واحدة وعدة مجالات للفعالية): وهي دراسة نموذجية مسحية عالمية موسعة لمعرفة أهم الأبحاث ونتائجها، التي تناوت آثار النشاط البدني والحركي على أطفال التوحد، نشرتها مجلة **JAHC** تصدر عن مركز **جونز هوبكنز أرامكو الطبي** في إيطاليا، لذلك وللأمانة العلمية ارتأى الباحث ذكر العمل الذي أشرف على إحصاء هذه الدراسات خاصة، وأن الباحثين قد اتبعوا عدة طرق وإجراءات علمية متطورة وفي غاية الضبط، لاختيار أهم الدراسات التي تناولت الموضوع، وقد تمت ترجمة الدراسة من اللغة الإيطالية (اللغة الأصلية للعمل).

* **الهدف:** الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو إجراء بحث في الأدبيات لتقييم آثار وفوائد النشاط البدني والتدخل الحركي على الأطفال المصابين بالتوحد على وجه التحديد.

يتم النظر في جميع "النتائج" المحتملة لهذه الدراسات الميدانية، وثانياً سيتم النظر في الأطر الزمنية والأساليب الأكثر ارتباطاً بنجاح هذا النهج.

* **الطرق والوسائل واستراتيجية البحث:** تم إجراء البحث في الأدب من خلال أربع قواعد بيانات: PubMed بشكل أساسي، وثانياً Embase، و Cinahl و Cochrane.

تم استخدام كلمات رئيسية مثل "النشاط البدني"، و"التمرين"، و"الأداء"، و"المهارة الحركية"، و"النهج الحركي"، و"التدخل الحركي"، مجتمعة من خلال عامل التشغيل المنطقي "AND" مع "التوحد" أو "طيف التوحد"، وتم إعادة صياغة المصطلحات التي أنتجت أنسب النتائج وأكثرها تعددًا في PubMed في قواعد البيانات الأخرى، بعد التحقق من كفايتها.

* **معايير الإختيار الخاصة بالعينة (الدراسات):** تم اختيار الدراسات وفقاً للمعايير التالية:

- الميل استناداً إلى التسلسل الهرمي لهرم الأدلة من أجل: التحليلات متعددة المصادر والمراجعات المنهجية، تليها تجارب العينات العشوائية والدراسات التجريبية وأخيراً الدراسات العيادية.
- المجموعة المستهدفة: الدراسات التي تتضمن فقط الحالات التي تم تشخيصها باضطراب طيف التوحد أو المشابهة (التصنيفات التشخيصية القديمة) بعمر ما بين 0-18 عامًا.
- * **نوع الإنتقاء:** دراسات تركز بشكل أساسي على الأنشطة الحركية أو النشاط البدني ومنشورة منذ 2015.

* **معايير الاستبعاد:**

- دراسات عيادية مع عدد العينة فيها أقل من 20 فرداً.
- دراسات مع مجموعات أخرى من المصابين بالتوحد.
- دراسات تشمل موضوعات بمتوسط عمر إجمالي لأفراد العينة يزيد عن 18 عامًا.
- دراسات مع سنة النشر >2015.
- دراسات شملت أفراد عينتها من المراهقين فقط.

* **عملية التحصل على البيانات:** من أجل الحصول على البيانات ذات الأهمية القصوى، تم تقسيم معلومات كل دراسة إلى 6 عناصر رئيسية: "المؤلفون والتاريخ"، "نوع الدراسة"، "الأهداف"، "العينة"، "طريقة جمع البيانات وتحليلها و"النتائج والملاحظات ذات الأهمية".

في هذه المناقشة، تم اختيار دمج "طريقة جمع البيانات وتحليلها" مع "النتائج والملاحظات" لتحقيق توازن أفضل بين كمية المعلومات ضمن جدول استخراج البيانات، في الواقع، في المراجعات المنهجية، يتم تحديد جمع البيانات المختارة وتحليلها بشكل جيد للغاية، في حين أن المعلومات المتعلقة بمنهجية التدخل المحددة أقل.

من ناحية أخرى، تركز جميع أنواع الدراسات الأخرى التي تم تحليلها بشكل أساسي على عملية العلاج. أنتج البحث في قاعدة بيانات الكلمات الرئيسية 602 دراسة (كمرحلة أولى)، ومن خلال إدخالها في برنامج Mendely، الذي يستبعد تلقائيًا التكرارات، تم تقليلها إلى 502، بعد ذلك، من خلال قراءة متأنية للعنوان والملخص، تم استبعاد 488 مقالة باعتبارها غير ذات صلة أو لا تفي بمعايير الاختيار/ الاستبعاد (مرحلة الفرز)، تم فحص المقالات الـ 14 المتبقية بالكامل حيث تم استبعاد مقالتين بسبب فئة الأدلة العلمية المنخفضة مقارنة بالدراستين الأخرين المختارين اللتين تتناولان نفس الموضوع، تم حذف

واحدة بسبب انخفاض عدد أفراد العينة، وتم استبعاد أخرى لأنه لم يتضمن أي إشارة إلى مؤشرات نتائج محددة (مرحلة الأهلية)، في الختام، توصلت النتائج إلى 10 مقالات (مرحلة التضمنين).
*النتائج: لتحديد البيانات البارزة لتلبية أغراض البحث، تم تنظيم عملية الحصول على البيانات في جدول ملخص، معروض أدناه.

(قام الباحث بتحليله معتمدا على الترجمة الذاتية وعلى متخصص في اللغة الإيطالية، حيث تم اختيار نتائج أربع دراسات ذات العلاقة الوثيقة بموضوع الدراسة الحالية).

جدول رقم (1) يبين عرض مختصر لنتائج دراسة Flori Valeria,Angeli Bruno

الدراسة	المنهج	موضوع الدراسة	عينة الدراسة	طريقة العمل	النتائج
هوانغ وآخرين (2020) (الصين)	تجريبي	تقييم آثار التدخل الجسدي على الأطفال والمراهقين المصابين بالتوحد على وجه الخصوص، اختبار الدراسة الآثار الإيجابية للنشاط البدني على التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك النمطي والقدرة البدنية	أولا/ 197 فردا من أجل تأكيد علاقة النشاط البدني بمجال التفاعل الاجتماعي فردا التواصل ثالثا/ 146 فردا من أجل معرفة التأثير على السلوكيات النمطية. رابعا/ 172 فردا من أجل تنمية المهارات الحركية. خامسا/	تمارين بدنية لمدة ما بين 4 و 24 أسبوعًا بمتوسط مدة 40-90 دقيقة لكل جلسة. يُقصد بالنشاط البدني أي مهمة لصرف الطاقة وتنشيط تقلص العضلات.	يُظهر تحليل البيانات أن النشاط البدني لدى الأفراد المصابين بالتوحد (الأطفال / المراهقين) يعزز ويحسن التفاعل الاجتماعي ومجال الاتصال وتنمية المهارات الحركية ويقلل من درجة أعراض التوحد. على وجه التحديد، في الأنشطة الحركية الجماعية، يجد الأطفال المصابون بالتوحد الفرصة لتجربة الحياة الاجتماعية، وليس بالضرورة عن طريق اللغة، يجب

<p>أن تستمر الأنشطة من 4 إلى 24 أسبوعًا على الأقل بمعدل 4-13 اجتماعًا في الأسبوع لإحداث تحسن كبير في المجال الاجتماعي، أثناء تنفيذ مهاراتهم الحركية بشكل ملحوظ، هناك حاجة إلى نشاط لمدة 12 أسبوعًا: 45-75 دقيقة مرة أو مرتين في الأسبوع. بالإضافة إلى ذلك فإن النشاط الحركي 5-7 مرات في الأسبوع، لمدة 90 دقيقة تقريبًا، يُظهر انخفاضًا عامًا في أعراض وسمات التوحد، أدى عدم تجانس الدراسات إلى نتائج متناقضة فيما يتعلق بالحركات النمطية، على الرغم من أن النشاط البدني المستمر والمتكرر بشكل عام يجلب</p>		<p>107 فردا لمعرفة التأثير على درجة التوحد</p>	<p>ودرجة التوحد.</p>		
--	--	--	--------------------------	--	--

العديد من الفوائد.					
أظهرت النتائج أن النشاط الحركي يقلل بشكل كبير من عدد الحركات النمطية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، مع وجود ارتباط إيجابي بين تكرار النشاط الحركي وتقليل الصور النمطية، حتى نشاط التنفس الهادئ (50-60% أقصى معدل ضربات القلب المحسوب بالعمر) يمكن أن يؤدي إلى انخفاض في السلوك النمطي، وتكرار النشاط يؤدي إلى فعالية أكبر.	تم تضمين 8 أنشطة، وتشمل هذه الأنشطة الحركية بدرجة تطبيق متفاوتة، ومدتها من 8 إلى 48 أسبوعًا بتكرار ثلاث جلسات في الأسبوع.	119 طفلًا ذوي اضطراب طيف التوحد بمتوسط عمر 8 سنوات.	تأثير النشاط الحركي على السلوك النمطي للأطفال المصابين بالتوحد.	تجريبي	فيريرا وآخرين (2019) (البرتغال)
أظهرت النتائج أنه يمكن استخدام التمارين الحركية كعلاج سلوكي للأشخاص المصابين بالتوحد، على وجه	تطبيق 6 أنواع من الأنشطة: الركض وركوب الخيل وفنون الدفاع عن النفس واليوجا والرقص	124 من الأفراد المصابين بالتوحد تحت سن 16	أثر الأنشطة الحركية على سلوك الأطفال والمراهقين المصابين بالتوحد	نسقي	بريمر وآخرين (2016) (كندا)

<p>الخصوص، تتطوي ممارسة فنون الدفاع عن النفس على فوائد أكثر من التمارين الأخرى، يبدو أن السلوكيات النمطية تتناقص بعد 15 دقيقة من الجري ويبدو أن فنون الدفاع عن النفس فعالة مع 56 ساعة من الممارسة، ويشير الباحثون إلى أن بعض النشاطات كالركض وركوب الخيول وفنون الدفاع عن النفس لها آثار إيجابية على الحد من السلوكيات النمطية للتوحد. أما اليوجا والرقص والفنون القتالية وركوب الخيل والسباحة فلها آثار إيجابية على المهارات الاجتماعية والعاطفية، بينما للركض آثار إيجابية على مهارات الانتباه والإدراك العام.</p>	<p>والسباحة. ويتم تقييم النتائج المتعلقة بالسلوك النمطي والانتباه والإدراك والسلوك الاجتماعي.</p>				
--	---	--	--	--	--

تظهر النتائج تحسنا في مهارات اللعب والنفسحركية والاجتماعية واللياقة البدنية القدرة على التحمل العضلي للأشخاص المصابين بالتوحد. تؤكد النتائج إلى إمكانية استخدام الأنشطة الحركية لفائدة أفراد المصابين بالتوحد. بشكل عام، يبدو أن التدخل يجب أن يستمر لمدة 16 أسبوعاً على الأقل لتحقيق نتائج مهمة.	تطبيق أنشطة تتضمن بعض المهارات الحركية والمناورة، والقوة العضلية والقدرة على التحمل، والتفاعل الاجتماعي إما في بيئة مدرسية / أو مؤسسية أو في مركز رياضي معترف به.	1009 شخصا بين عمر 2 إلى 22 سنة.	أثر النشاط البدني على الأشخاص المصابين بالتوحد.	تجريبي	هيللي وآخريين (2018) (الولايات المتحدة الأمريكية)
---	---	--	---	--------	---

5-2 الدراسات السابقة المتعلقة بالنشاط الزائد:

5-2-1 الدراسات العربية :

أ- دراسة الحزيمي (2018) السعودية: تناولت هذه الدراسة فعالية استراتيجية الثناء لتحسين سلوك إتمام المهمة لدى الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد في مرحلة الروضة، تم الإعتماد في هذه الدراسة على المنهج التجريبي، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية:

المقابلة، واستبيان جوانب القوة والصعوبة، والملاحظة، بالإضافة إلى ورشة تدريب المعلمات على استراتيجية الثناء، وتكونت عينة الدراسة من خمس حالات (3 ذكور و2 إناث) من رياض الأطفال التابعة لجامعة الملك سعود بمدينة الرياض، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة وظيفية إيجابية بين استخدام الثناء وسلوك إتمام المهمة لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب الانتباه والنشاط الزائد.

ب- دراسة الغامدي وآخرين (2018)، البحرين: هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي في خفض النشاط الزائد لدى أطفال التوحد، بمركز "كيان للتربية الخاصة" في المنامة بمملكة البحرين، واعتمدت على المنهج التجريبي، واستخدم الباحثون الأدوات التالية:

مقياس النشاط الزائد لدى أطفال التوحد، وقائمة التعرف على المعززات المحببة لدى الأطفال، ثم قائمة اللعب، والبرنامج التدريبي لخفض النشاط الزائد لدى أطفال التوحد وجميعها من إعداد الباحثين.

وتكونت عينة الدراسة من سبعة أطفال من ذوي اضطراب التوحد، تراوحت أعمارهم بين (4 - 7) سنوات، وقد أسفرت نتائج البحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس النشاط الزائد لدى أطفال التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس النشاط الزائد لدى الأطفال التوحد في القياس البعدي والتتبعي للبرنامج.

ت- دراسة حبيب (2015)، مصر: تناولت هذه الدراسة فاعلية برنامج إرشادي في خفض النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال الصم، من مدرستي الأمل للصم وضعاف السمع بمحافظة القاهرة (الإسماعيلية، العريش بشمال سيناء)، ولتحقق من الدراسة تم الاعتماد على المنهج التجريبي، واستخدم الباحث الأدوات التالية:

استمارة بيانات خاصة بالطفل الأصم من إعداد الباحث وقائمة المشكلات السلوكية للتلميذ الأصم (إعداد الكاشف 2004)، بالإضافة للبرنامج الإرشادي من إعداد الباحث بالاعتماد على العلاج المعرفي السلوكي، وتكونت عينة الدراسة من 12 طفلاً أصماً (7 ذكور و 5 إناث).

وأسفرت نتائج الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على أبعاد قائمة المشكلات السلوكية للتلميذ الأصم لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، حيث جاءت لصالح القياس البعدي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على أبعاد قائمة المشكلات السلوكية للتلميذ الأصم لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد قائمة المشكلات السلوكية للتلميذ الأصم بعد تطبيق البرنامج وبعد شهرين من انتهاء التطبيق، حيث جاءت دالة أي تؤكد على استمرارية فعالية البرنامج.

2-2-5 الدراسات الأجنبية:

أ-دراسة لاندا وراو (2014)، و م أ: تناولت الدراسة العلاقة بين شدة المظاهر السلوكية والأعراض المرضية المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط عند الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

- وهدفت إلى الكشف عن معدلات ونسب اضطراب النشاط الزائد وضعف الانتباه، على أساس التقارير الإكلينيكية للآباء والأمهات الذين لديهم أطفال من ذوي اضطراب التوحد (حسب التصنيف الأمريكي الرابع).

- واستخدمت الأدوات التالية: مقياس اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بالإضافة إلى تقارير الآباء. -وتكونت عينة الدراسة من (48) طفلاً من أطفال التوحد.

- وأظهرت النتائج أن من بين أفراد العينة هناك أطفال ذوي فرط النشاط وعجز الانتباه يؤدون وظائف معرفية قليلة ومتدنية ويعانون من ضعف وإعاقة اجتماعية شديدة أكثر من أفراد بقية العينة، أي ذوي اضطراب التوحد الذين ليس لديهم نشاط زائد.

ب-دراسة ديليا وآخرين (2013) إيطاليا: هدفت إلى تقييم الفوائد المحتملة من التدريب على برنامج (TEACCH) ومدى تأثيره على خفض النشاط الزائد كأحد اضطرابات السلوك لدى أطفال التوحد، والأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة.

- تم اتباع المنهج التجريبي واستخدام مقياس (ADI-R) لتشخيص اضطراب التوحد، وتكونت عينة الدراسة من 15 طفلاً ذوي اضطراب التوحد، تراوحت أعمارهم بين (02-06 سنوات)، وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين، الأولى ضابطة والثانية تجريبية متماثلتين في العمر والجنس وشدة الاضطراب، تم تطبيق البرنامج في البيت والمدرسة بمعدل ساعتين في كل من المكانين.

_ وأشارت النتائج إلى أنه يمكن لبرنامج تيتش تخفيف أعراض اضطراب التوحد والتقليل من السلوكيات غير المرغوب فيها كالنشاط الزائد وغيرها من السلوكيات المتعلقة باضطراب التوحد.

ت-دراسة هانسون وآخرين (2013) و م أ: هدف الدراسة هو التحقق من نسب درجة الإعاقة (الأثر السلبي) في اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه بين الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب التوحد.

- استخدم الباحثون قائمة التشخيص للتوحدي (ADOS2000) والمقابلة التشخيصية المعدلة للتوحد، (ADIR1994)، ومقياس قائمة سلوكيات الطفل لقياس اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه.

وتكونت عينة الدراسة من (1838) فردا توزعت على (1637) ذكور و(201) إناث، تراوحت أعمارهم بين سن (4-18) سنة، من فئة الاضطرابات النمائية (التوحد، أسبرجر، اضطرابات نمائية غير محددة)، وكانت العينة متعددة الجنسيات من ثلاث قارات (آسيا، أمريكا، إفريقيا).

- وكانت النتائج قد أكدت عدم وجود علاقة بين نسبة الذكاء واضطراب التوحد، وبين الأسباب المرضية لأطفال التوحد واضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه.

- 3-5- التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة التي استطاع الباحث الوصول إليها كان لابد من توضيح أهم ما ورد فيها من حيث جوانب مختلفة، والتركيز على بعض النقاط، تم تلخيصها كما يلي:

6-1- من حيث أهمية الموضوع والأهداف:

تبين من خلال الدراسات السابقة أهمية الأنشطة المتعلقة بالمجال النفسي، وكذلك الأنشطة التي تأخذ شكلا من أشكال المجال النفسي في التخفيف من شدة الاضطرابات الحركية والسلوكيات النمطية، وتطوير العديد من المهارات الوظيفية، بالرغم من تنوع مواضيعها وأهدافها وعينتها.

- فنجد دراسات اهتمت بموضوع المجال النفسي لتنمية بعض المهارات الحركية كدراسة أبو الفتوح (2018)، ودراسة بلخير (2016) ودراسة "شافال وآخرين (2021).

- دراسات أخرى جاءت على شكل برامج قائمة على الأنشطة الرياضية والحس-حركية لتخفيف الاضطرابات الحركية لدى أطفال التوحد، نجد دراسة خطاب (2013)، ودراسة محمود (2015)، ودراسة تقيق وبرقوق ومحرز (2017)، دراسة العيد (2020)، واتخذت بعض الدراسات مشكلة النشاط الزائد موضوعا لها، كدراسة الغامدي وآخرين (2018)، ودراسة حبيب (2015)، ودراسة لاند وراو (2014)، ودراسة ديليا وآخرين (2013)، ودراسة هانسون وآخرين (2013).

تأتي هذه الدراسة إذن لتضيف إلى الدراسات السابقة خاصة منها الجزائرية، واهتمامها بالكشف عن الجانب النفسي لدى الطفل التوحدي، والذي يعتبر من أهم الجوانب التي لا يمكن تخطيها سواء في عملية التشخيص أو التكفل والعلاج، والذي حدده الباحث في (الآلية، التفكير، التناسق الحركي والتوازن الحركي) ومدى فعاليته في خفض النشاط الزائد لدى أطفال التوحد، حيث كانت معظم الدراسات تناولت متغيرات البحث (الجانب النفسي- والنشاط الزائد) كلا على حدى ولم تربط بينهما، عدا دراسة

الغامدي وآخرين (2018) التي تقترب نوعا ما من موضوع الدراسة الحالية كمحاولة للربط بين المتغيرين ومعرفة مدى أثر الأول على هذا الأخير، كما يمكن توضيح بعض النقاط في العناصر التالية.

* من حيث العينات :

اختلفت حجم عينات الدراسات السابقة باختلاف مجتمع الدراسة وأهداف كل دراسة، فبعض الدراسات كان حجم العينة يتراوح بين (7-48) حالة، وبعض الآخر كان حجم العينة فيها كبير كدراسة شافال وآخرين (2021) التي كان حجم العينة فيها (72) حالة، ودراسة هانسون وآخرين (2013) بلغ حجم عينتها 1838 حالة، ودراسة هوانغ وآخرين (2020) بلغت عينتها 862 حالة، ودراسة فيرايرا وآخرين (2019) بلغت عينتها 119 حالة، ودراسة هيلي وآخرين (2018) بلغت عينتها 1009 حالة . وكانت الفئة العمرية التي تناولتها غالبية الدراسات هي مرحلة الطفولة، من فئة ذوي اضطراب التوحد باستثناء دراسة بلخير (2016) التي كانت عينتها الأطفال المعاقين ذهنيا، أما دراسة شافال وآخرين (2021) ودراسة حبيب (2015) فكانت عينتهما الأطفال الصم، وبالنسبة للمرحلة العمرية فقد كان هناك اختلافا واضحا بين الدراسات العربية التي تناولت في أغلبها مرحلة الطفولة، بينما تناولت بعض الدراسات الأجنبية مرحلة الطفولة والمراهقة حتى مرحلة ما بعد البلوغ، مثل الدراسات الأربع التي قدمتها دراسة فلوري وبرينو (2012) .

وقد جاءت الدراسة الحالية لتضيف إلى الدراسات السابقة باختيارها لعينة من أطفال التوحد بشرط وجود اضطراب النشاط الزائد لديهم، وذلك لقلّة الدراسات الجزائرية في حدود علم الباحث، التي تناولت دور الأنشطة النفسحركية في خفض النشاط الزائد لدى أطفال التوحد، لأن مشكلة النشاط الزائد هي من أبرز ما تعاني منه هذه الفئة حسب خبرة الباحث في مجال التكفل.

* من حيث المناهج: اختلفت المناهج المتبعة في الدراسات ولكن يمكن القول أن أغلب الدراسات اتبعت المنهج التجريبي، منها مثل دراسة تقيق وبرقوق ومحرز (2017) ودراسة صيام وأبو الفتوح (2018) ودراسة العيد (2020) ودراسة الحزيمي (2018) ودراسة الغامدي وآخرين (2018)، أما الدراسات الأجنبية فقد استخدمت مناهج مختلفة ما بين المنهج التجريبي كدراسة هوانغ وآخرين (2020) ودراسة فيرايرا وآخرين (2019) ودراسة هيلي وآخرين (2018) واستخدمت دراسة بريمر وآخرين (2016) الأسلوب النسقي.

* من حيث الأدوات: اختلفت الدراسات السابقة في اختيار أدوات البحث، وذلك باختلاف أهداف كل واحدة منها، حيث هناك من الدراسات اعتمدت على أدوات قياس جاهزة، ولكن معظم الدراسات اعتمدت على

أدوات قياس قام صاحب الدراسة ببنائها بما يتناسب مع دراسته، وهذه الدراسة أيضا قام الباحث ببناء أداتي الدراسة بما يتناسب مع الأهداف والعينة.

ومن خلال ما تم استعراضه عن الدراسات السابقة يمكن القول:

أن الباحث قد استفاد منها في الاضطلاع على الجوانب التي ركزت عليها هذه الدراسات، خاصة منها التي تطرقت الى المجال النفسحركي ومشكلة النشاط الزائد، كذلك ساهمت الدراسات السابقة في إعداد وتصميم أدوات جمع المعلومات وضبط المشكلة وصياغة الفرضيات ومعالجة نتائج الدراسة الحالية. كذلك تشابهت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في هدفها الذي يتمحور في محاولة الخروج ببرنامج نفسحركي أو بدني يغطي بعض الإحتياجات الخاصة بالنسبة لفئة أطفال التوحد.

- بينما تميزت الدراسة الحالية عن غالبية الدراسات التي تم عرضها من حيث الاعتماد على مجالات محددة في الجانب النفسحركي، والتي تتمثل في (التوازن الحركي والتناسق الحركي والتفكيك الحركي والآلية) وأثره في خفض النشاط الزائد لدى أطفال التوحد.

7- التعاريف الإجرائية لمتغيرات ومصطلحات الدراسة:

7-1- تعريف الأنشطة النفسحركية:

مجموعة مقترحة من الأنشطة النفسحركية تتمحور حول مجالات (التوازن الحركي، التناسق الحركي، الآلية، والتفكيك الحركي) تطبق على أطفال التوحد متوسط الشدة ذوي النشاط الزائد.

7-1-1- تعريف التوازن الحركي: هو القدرة على الاحتفاظ بثبات الجسم وتوازنه في عدة

وضعية حركية بين الثبات والحركة.

7-1-2- تعريف التناسق الحركي: هو عملية لتنظيم توافق الحركات الجزئية (الذراعان والساقان

والجذع والرأس)، وتنظيم الحركات على مستوى تلك الأعضاء، وفق إيقاع معين والتدقيق على هدف معين بصري يدوي، وبصري حركي.

7-2-3- تعريف التفكيك الحركي: هو نشاط حركي مجزء تتخلله عدة حركات بسيطة، وكل حركة

لها عمل وحدها حيث يكتسب الطفل الكفاءة بأقل جهد.

7-2-4- تعريف الآلية: عبارة عن نشاط حركي مركب مكون من عدة حركات متتابعة متسارعة مع

الوقت، تسير بتلقائية واستقلالية دون تفكير إذن.

7-2- تعريف النشاط الزائد:

اضطراب سلوكي يتمثل في مجموعة من الأعراض المتعلقة بالحركة الزائدة وقصور في الإنتباه، وهو حصول الطفل على درجة تساوي أو تفوق 74 على مقياس النشاط الزائد المستخدم في الدراسة.

7-3- التوحد: اضطراب نمائي يتميز بتوقف وقصور في نمو الإدراك الحسي واللغوي، وبالتالي القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والتفاعل الاجتماعي، تصاحبه نزعة إنطوائية تعزل الطفل عن وسطه المحيط، وحركات نمطية أو ثورات غضب كرد فعل لأي تغيير في الروتين، ويثبت ذلك بحصول الطفل على درجة توحد متوسط على مقياس كارز 02 للتوحد (السن من 0 إلى 12 سنة/ 30-34.5 ومن 13 سنة فأكبر/ 28-34.5) .

7-4- أطفال التوحد: هم الأطفال الذين شخصت حالاتهم باضطراب التوحد متوسط الشدة وأثبتوا درجة عليا أو متوسطة على مقياس النشاط الزائد (أي حصول الطفل على درجة تساوي أو تفوق 74 على مقياس النشاط الزائد المستخدم في الدراسة) والذين يخضعون لتكفل نصف داخلي (نهاري) في أحد المراكز النفسية البيداغوجية في ولاية الأغواط.

الفصل الثاني: النفسحركية

تمهيد

- 1- لمحة تاريخية
- 2- مفاهيم متعلقة بالنفسحركية
- 3- النمو النفسحركي
- 1- المقوية
- 5- قوانين النمو النفسحركي
- 6- النظام العلوي
- 7- تشكل الدماغ
- 8- العوامل المنظمة للنمو النفسحركي
- 9- قوانين النمو النفسحركي
- 10- مجالات النمو النفسحركي
- 11- الجانبية
- 12- التنظيم المكاني
- 13- مراحل تعلم المفاهيم المكانية
- 14- التنظيم الزمني
- 15- مكونات الزمن
- 16- التناسق الحركي
- 17- أهداف الأنشطة النفسحركية
- 18- نظريات النفسحركية
- 18- تأثير اكتساب المهارات النفسحركية لدى أطفال التوحد
- 19- المجال النفسحركي كوسيلة لعلاج اضطراب التوحد

تمهيد:

تعتبر مرحلة طفولة الإنسان أطول فترة، باعتبارها أرقاها، وبسبب ما يحدث فيها من تغيرات وأحداث تهدف أساسا إلى النمو والتطور والنضج في شتى الجوانب، وإذا كان العقل أعظم ما يتميز به الإنسان عن غيره من المخلوقات، فإن التفاعل الذي يحدث بين العقل والجسم هو أعظم ما في هذا التميز. فوجد البحوث والدراسات التي تناولت هذا التفاعل تكتشف تلك الجدلية التي أثرت منذ عصور خلت والتي أثارها الكثير من الفلاسفة القدماء حول العلاقة بين النفس والجسد، وباعتبار أن الحركة أحد عناصر هذا التفاعل لما لها من دور في عملية النمو منذ الأيام الأولى للطفولة المبكرة. سنحاول في هذا الفصل بيان أهمية الجانب النفسحركي من خلال عدة عناصر.

1-لمحة تاريخية:

مر تطور تاريخ النفسحركية بالعديد من المحطات، وقد أسهمت الأبحاث والتجارب العملية، لعديد من العلماء والباحثين في تطوير هذا العلم، فقد أشار **زيدان (2014)** إلى البداية الحقيقية لهذه البرامج التي ظهرت في ألمانيا عام **1844**، وذلك على يد الطبيب والعالم النفسي "**Wilhelm Griesinger**" حيث قام ببعض الأبحاث في هذا المجال التي لها علاقة بالتدريبات النفسحركية، وكانت هذه البحوث هي النواة الأولى لهذا العلم.

وفي بداية القرن العشرين قام الطبيب النفسي "**جان دوبري Jean dupre**" بالاستفادة من البحوث التي قام بها الطبيب النفسي الألماني "**Wilhelm Griesinger**" حيث قام بجمعها وتقديمها في إطار جديد تحت مسمى "العلاج النفسحركي" التي لاقته اهتماما كبيرا من المتخصصين في مجال علم النفس والتربية وكذلك في فرنسا في تلك الفترة.

وقد أدى زيادة الاهتمام بهذا العلم إلى إجراء المزيد من الأبحاث، حيث كان تركيز هذه الأبحاث على العلاج في مجال التأهيل الحركي واللياقة البدنية، ونتيجة لهذا الاهتمام وفي عام **1933**، تم تأسيس رابطة أو تجمع للمهتمين والمتخصصين في مجال برامج اللياقة والتأهيل الحركي (اللياقة الطبية)، مما أسهم بدوره في تطوير الأبحاث في هذا المجال، التي حققت نتائج رائعة في التأهيل الحركي. (زيدان،

2014، ص5)

ونتيجة لما حققته النتائج الطبية للأبحاث العلمية في فرنسا في مجال التأهيل الحركي، قام بعض المتخصصون عام **1935** بتطوير التأهيل الحركي الطبي إلى طريقة للعلاج يستخدم فيها الجانب

الحركي والنفسي معاً، وقد أطلق عليه "النشاط النفسحركي"، والذي لاقى رواجاً واهتماماً من المتخصصين في علاج الأشخاص ذوي الإعاقة في ذلك الوقت.

ومع التطور الملحوظ بالاهتمام بالأشخاص ذوي الإعاقة في نهاية فترة الخمسينات وبداية فترة الستينات ونتيجة للتطور الهائل في مجال العلوم الإنسانية وعلم النفس، حيث تطور الاهتمام بذوي الإعاقة بعدما كان يقتصر فقط على الرعاية إلى إستراتيجيات جديدة، بدأت ظهورها بنماذج مختلفة ومتعددة لتأهيل وتدريب هؤلاء الأشخاص، وقد كانت طريقة "التمهيط النفسحركي"، هي المتبعة في ذلك الوقت.

وفي نهاية 1950 كانت البداية الحديثة لعلم التنمية النفسحركية، والتي بدأت في عدة دول في أنحاء أوروبا، وعبر عدة أبحاث التي قام بها علماء من أبرزهم العالم النرويجي والطبيب النفسي " تريجف براتوي trygvebraatoy ، وإخصائي العلاج الطبيعي "أدل بلو هانسين" Aadelbulow-hansen وقد تم استخدام هذا النوع من العلاج في حدود ضيقة جداً، وخاصة في الدول الإسكندنافية وبشكل تقني وطبي في ذلك الوقت، وسرعان ما لاقى قبولا في باقي دول أوروبا قبل أن تنتشر في باقي دول العالم.

وفي سنة 1969، تم تأسيس الجمعية الكندية للتعليم النفسحركي وعلم النفس الرياضي CSPLSP.

وفي سنة 1988 ظهر مفهوم التربية البدنية المعدلة Adapted physical education، وذلك عند تأسيس الفدرالية الدولية للنشاط البدني المعدل (LFAPA)، الذي أسسه بعض المتخصصين البلجيكيين والكنديين، والتي أسست على ما يسمى بالنشاط البدني المعدل (التمارين والأنشطة البنية والرياضية التي تناسب مع ذوي الإحتياجات الخاصة).

وفي عام 1991، قام كل من العالمان النرويجيان " ثورنكويست وبانكان" (Thornquist & Bunkan) بتأليف أول كتاب في المجال النفسحركي وهو كتاب (What is Psychomotor Physiotherapy?) ما هو العلاج الطبيعي المستند على الأنشطة النفسحركية؟ فقد تمت الإشارة في هذا الكتاب إلى أهمية الأنشطة النفسحركية، التي تساعد في مجال العلاج الطبيعي، حيث تم إدماج النشاط النفسحركي في طريقة العلاج الطبيعي. (وهبه، 2018، ص.ص 13-14).

ويرجع الفضل الى Thornquist & Bunkan إلى تطور اهتمام المختصين بالأنشطة النفسحركية وزيادة الوعي بهذه الطريقة في تنمية قدرات الطفل الحركية والمعرفية والاجتماعية، مما أحدث طفرة كبيرة في الاهتمام بهذا المجال.

وفي التسعينات ونتيجة للتطور الكبير الذي حدث في مجال التربية الخاصة، حيث تحول الاهتمام بالأشخاص ذوي الإعاقة من النموذج الطبي إلى النموذج البيئي، ومن خلال توجه الاهتمام بالبعد البيئي والاجتماعي في العلوم الحديثة، مر علم النفس الحركي بمراحل تطور ملحوظة، وذلك ابتداء من ولادته

من رحم العلوم الطبية (الطب العقلي، الطب العصبي، طب الأطفال)، والتي كان التوجه العام فيها إلى الجسم باعتباره أساس ومنبع الاضطرابات، إلى ما يعرف بشكله الحالي كعلم التربية النفسحركية وذلك بفضل تطور علم النفس الحديث، وظهور تخصصات أخرى مثل (علم النفس النمو، علم النفس المعرفي، علم النفس الفسيولوجي)، كما توسعت الأبحاث في دراسة طبيعة العلاقة بين الجسد والحركة والذكاء والنمو المعرفي والإجماعي والانفعالي، مما جعل علم النفس الحركي يتجه إلى الأبعاد المختلفة للإنسان عوض النظرة الجزئية المحدودة لتكوين الإنسان، حيث تطورت برامج النفسحركية بشكل ملحوظ، فلم تعد تنظر إلى الإنسان كجسد فقط، ولكن اهتمت هذه البرامج بالإنسان كوحدة واحدة (جسد ونفس).

ونتيجة لهذا الترابط بين الحركة الجسدية والبنية النفسية، الذي يرافق الإنسان على مدار حياته، والذي يؤثر تحصيله الدراسي والعلمي، فمن الصعب فصل حركة الطفل عن الذكاء والمعرفة، فالحركة هي مفتاح بناء الذكاء، إذ تسمح للطفل أن يختبر المفاهيم قبل أن يحولها إلى رموز وصور، وبسبب هذه العلاقة الوثيقة بين العقل والجسد، تم تعميم مفهوم التربية النفسحركية، وباتت المناهج التربوية في مرحلة ما قبل المدرسة في عصرنا الحديث. (نفس المرجع السابق، ص.ص 14-15)

أما في الجزائر فقد أدمج هذا التخصص أول مرة في عملية التكفل الطبي في الثمانينات، حيث أسندت مهمة الممارسة النفسحركية للمتخصصين في الصحة، والذين اعتمدوا في ممارستهم على طرق وتقنيات ذات مرجعية طبية وعلى نظرة ذات توجه طبي بحت.

أسندت مهمة تكوين دفعات أخرى من المشرفين المختصين في المجال النفسحركي وفق الاعتماد على الممارسة ذات أبعاد نفسية واجتماعية وطبية مقارنة بدفعات سابقة في المركز الوطني المتخصص في تكوين المستخدمين بمؤسسات المعاقين CNFPH الموجود مقره بمدينة قسنطينة، ولديه ملحقة بيسكرة.

2- مفاهيم متعلقة بالنفسحركية:

2-1- معنى النشاط: النشاط هو مظهر حيوية الطفل، ويعبر عن ميوله وحاجاته ودوافعه الفطرية ويتخذ

هذا الميل لاكتساب الخبرات والمهارات والإتجاهات المرغوبة فيها من وجهة نظر المجتمع، ويمثل

النشاط جزءا هاما عند تعلم الطفل، إذ يؤثر على المدى البعيد على شخصيته، فمن خلال النشاط

تتحقق الحرية والإيجابية والترويح للطفل، وعلى الكبار توجيه هذا النشاط توجيهها سليما. (بدير،

2003، ص13)

وقد حدد "شحاتة(1992)" معنى النشاط، بأنه "ممارسة تظهر في أداء الأطفال على المستوى العقلي والحركي والنفسي والإجتماعي بفاعلية"، ويشمل النشاط مجالات متعددة تشبع حاجيات الأطفال الجسمية والنفسية والإجتماعية، ويشير معنى النشاط إلى:

- إبراز أهمية الطفل وفعاليته في العديد من المواقف.

-إن هذه الفعالية تسهم في إكساب الطفل خبرات جديدة، لأنها تتبع دوافعه وحاجاته.

- إن هذه الفعالية لا تعني النشاط الجسمي أو المهاري أو الوجداني، بل هي نشاط يتضمن جميع جوانب النمو لدى الطفل.

- إن هذا النشاط يقدم للطفل في صورة برنامج يتصف بالمرونة والتكامل. (شحاتة،1992،ص 19)

ونجد "خليل" يرى أنه يجب أن يخطط للأنشطة بطريقة تتيح لكل طفل الاشتراك فيها وفق قدراته الخاصة وسرعة نموه الخاصة، ولا يهتم الوصول إلى نتائج محددة في وقت محدد، ولكن المهم هو إشباع رغبة الطفل في التعلم، وتوسيع قدرته على البحث والأطلاع. (خليل،2005،ص14)

2-2- الشروط الواجب توافرها في أنشطة الطفل: يؤكد بياجيه أن نشاط الطفل تحكمه عدة شروط:

■ أن يكون النشاط ممارسة فعالة، أي عملية تأثير بين الطفل وبيئته، وينادي بياجيه أن التفاعل النشط يسهم في تحويل جميع أفعال الطفل الظاهرة والمضمره إلى تنظيم مترابط لعملية بناء محددة. (عاطف،

2002، ص66)

■ أن تكون الأنشطة مشبعة ومحفزة لكي نتمكن من تغذية وتوجيه الأطفال من خلال الخبرات الملائمة نمائيا.

■ يجب أن يشترك الأطفال في أنشطة تتركز على خبرات الحياة كما يجب أن يختار الطفل من بين العديد منها ما يلائم مستواه. (خليل، مرجع سابق،ص246).

إذن مما سبق نجد أن النشاط يعتبر هو الأداة والوسيلة الفعالة لترجمة أهداف رئيسة تم التخطيط لها مسبقا إلى واقع فعلي يتحقق من خلاله، فلهذا نجد ان النشاط النفسحركي يجب أن لا يتم بصورة عشوائية وغير منظمة، بل نعتبره أداة حقيقية تساهم في النمو الكامل والشامل للطفل، وهذا ما يسعى إليه الباحث في الدراسة الحالية، من خلال معرفة دور الأنشطة النفسحركية في خفض النشاط الزائد لدى أطفال التوحد.

2-3- معنى النفسحركية: النفسحركي في اللغة الفرنسية هي كلمة مركبة من مصطلحين

“psycho” التي ترتبط بخصائص الظواهر الروحية للحياة العقلية، أما “motrice” هي التي ترتبط بالخصائص الحركية.

وتعرف "Fonseca" الجانب النفسحركي بأنه مجال متعدد التخصصات الذي يدرس ويستعرض التقارير والتأثيرات المتبادلة والمنتظمة الموجودة بين ما هو نفسي وحركي للإنسان. (باوليتي، 2003، ص 22) كما نجد الجانب النفسحركي يساهم في تنمية الحركة والإدراك لدى الطفل، فيتعامل معه كوحدة متكاملة غير مجزأة إلى مسميات (الجسم والسلوك والعاطفة) على أن تقدم للطفل المعلومة المجردة فهي صورة محسوسة يسهل إستيعابها والاحتفاظ بها لفترة طويلة. (ديمور، 1983، ص 30)

فمجال النفسحركية بمثابة التعلم في مجالات الفراغ والصورة الجسمية والحركية والزمن والسلوك والمعرفة، وهذه المجالات تهيئ للطفل اكتشاف ذاته ووعيه بنفسه، ومع اكتشافه لذاته يتحسن اكتشافه للآخرين والمحيطين به ويتكيف معهم، ومن بعدها يطور اكتشافه للعالم الخارجي مما يحسن إتصاله بالبيئة من حوله، وذلك في إطار من اللعب والحركة والإيقاع الجسدي المتناغم، حيث أن تطبيق هذا المجال لا يقتصر على فئة عمرية محددة، بل هو عبارة عن منهج مناسب لكافة الأعمار صغار كانوا أم كبار من ذوي الحالات الخاصة، أو ممن تعرضوا لحوادث صادمة أثرت على لياقتهم وحيويتهم الجسدية، كما أنه يمكن تحديد وتخصيص برامج موجهة لأطفال التوحد أو لأي فئة أخرى من الإعاقات بصورة خاصة وهذا بدافع اختلاف الإحتياجات لكل إعاقة (كريستالدي، 2013، ص 70)، إذن فالجانب النفسحركي هو عبارة عن مجموعة من الأنشطة التعليمية والنفسية التي تستخدم وسائل التعلم الجسدي لمساعدة الطفل في الحصول على معرفة أفضل، واستخدام جسمه بشكل مناسب للتكيف مع العالم المحيط، وقبل الشروع في تطبيق الأنشطة النفسحركية يجب أولاً دراسة المشكلة وتحديد ثغرات أو نقاط الضعف والمهارات الموجودة لدى الطفل، وذلك للعمل بشكل فعال، وهذا يكون باستخدام تقنيات تعليمية مختلفة التي تسمح بتكامل أكاديمي وإجتماعي أفضل بحيث لا بد أن نبدأ بالتطور النفسي للطفل، ثم نقترح إعادة المراحل التي خسرنا في التطور النفسحركي، من أجل تطوير القدرات والمهارات بشكل أفضل، وهذا ما يكون في مراكز التكفل. (بيلايكا وميموني، 2011، ص 07)

فالنشاط النفسحركي يبدأ مبكراً في حياة الطفل ويصبح مصدراً أساسياً لتنمية قدراته الحسية والإدراكية والمعرفية بوجه عام، ومن خلال هذا النشاط ينمي الطفل ملاحظاته ومفاهيمه وقدراته الأبداعية وإدراكه للأبعاد واتجاهات المكان والزمان، بالإضافة إلى اكتسابه مجموعة من قواعد السلوك والنظام والإنضباط الذاتي والإجتماعي. (صوالحة، 2007، ص 40)

3- النمو النفسحركي :

النشاط الحركي أداة أساسية للطفل في التغلب والتفاعل مع عالمه، ولا يمكن أن ندرس ذلك من وجهة النظر الفيزيولوجية فحسب، بل يجب دراسة علاقته مع الحياة النفسية للطفل، لأنه عبارة عن مجمل

التفاعلات المعقدة بين الجانبين الحركي والنفسي، فإذا كان السلوك هو جميع الأنشطة التي يقوم بها الفرد ويشمل ذلك النشاط الظاهري الذي يمكن ملاحظته ومشاهدته، وكذلك الفيزيولوجي والعقلي الذي يكمن في الإدراك والتفكير والتخيل الذي يحدث داخل الفرد ذاته، وبذلك نجد السلوك يشمل كل الأنشطة الداخلية والخارجية والحركية تظهر على شكل:

- تغير وضع الجسم في الفضاء بتغير الزمن.

- انتقال أو دوران الجسم أو أحد أطرافه أو أعضائه في اتجاه وسرعة معينة نتيجة لانقباض وانبساط العضلات، والذي تنتج عنه حركة كلية للجسم أو أحد أجزائه.

فلهذا نجد النمو الحركي العادي يتضمن جانب نفسي من زاوية محددة، فالنشاط الحركي عند الطفل من جهة غير (مقولب ونمطي على رأي بياجيه)، وبالتالي لا يمكن فصله عن النمو العقلي والنمو المعرفي لأنه الجانب الذي يؤدي في نهاية المطاف لنمو الذكاء.

فالطفل الصغير نشط بطبعه، وتدرجياً سيكون قادراً على بناء تصورات ذهنية لمجمل تصرفاته، والفعل الآني والملموس سيخضع لمزيد من التفاصيل فنجد جانب يغذي الآخر، فالجانب الحركي يغذي نمو الذكاء والعكس بالعكس، وهنا أظهر "Wallon" أهمية وأثر المقوية العضلية على الحالة الانفعالية والعاطفية. (جيروميني، 2003، ص 38)

4- المقوية: هي حالة التوتر في العضلات، أو مستوى التوتر (الانقباض) العضلي.

4-1- دور المقوية: يكمن دور المقوية في ضمان:

- التحكم في الوضعيات المضادة للجاذبية (من خلال التقلصات للمقوية).

- التحضير للانقباض الفيزيائي (من خلال قابلية العضلات للتمدد).

- أساس الحركية (الإرادية واللاإرادية والانفعالية)، واللغة والتواصل غير اللفظي والتعبير.

- الدعم (في التعبير) في اليقظة والانفعال والحركة العفوية (بالارتباط بالجوانب العاطفية والوجدانية)،

وهي كذلك في نفس الوقت عامل للتحكم في حرارة الجسم. (مبارك، 2013، ص 24)

4-2- مستويات المقوية:

4-2-1 المقوية العميقة (أو القاعدية):

- تتكون من حالات التوتر الخفيف لضمان التناسق العضلي اللاإرادي والدائم، حتى في حالة الراحة ولا

تختفي حتى أثناء النوم حيث يوجد استمرار للتوتر المزمن العميق.

- تضمن تماسك أجزاء الجسم المختلفة (تدعم الشعور بالوحدة الجسدية).

- تمثل واجهة للعواطف والمشاعر (العضلات المخططة وكذلك الحشوية) ونافذة للتفريغ والتعبير الحركي.

- يتم التحكم فيها من خلال جذع الدماغ بفضل المنعكسات الموضعية، وترتبط باليقظة والإثارة، وفي التأثير المتبادل مع المحيط، فهي تتدخل في تنظيم الإدراك الحسي.

4-2-2-2-2 المقوية الوضعية: ومن مهامها ما يلي:

- تمثل الحد الأدنى من النشاط المقوي وهي ما يسمح بالتحكم في الوضعية الوقوفية والتوازن الثابت، ومختلف الوضعيات الدينامية.

- تضمن الحد الأدنى من الانقباض العضلي من أجل الفعل (حالة "تواصلية" التوتر).

- يتم التحكم فيها من خلال المنعكسات وكذلك التحكم الإرادي.

4-2-3-3-2 مقوية الفعل: ومن مواصفاتها:

- يتم التعرف عليها من خلال الانقباض العضلي أثناء الفعل والحركة.

- في الغالب عملها يكون مقصودا وإراديا.

- الحوار المقوي (من مقوية عضلية) يسبق كل أشكال الحوار اللفظي.

- النشاط الحركي يعتمد على نوعية التفاعل والتبادل العاطفي والانفعالي بين الأم والطفل، ومن أجل نمو نفسحركي متناغم، فمن الضروري أن يشعر الطفل بأنه في حالة جيدة ويشعر باللذة والاشباع. (نفس

المرجع السابق، ص 25)

5-قوانين النمو والوظائف الحركية:

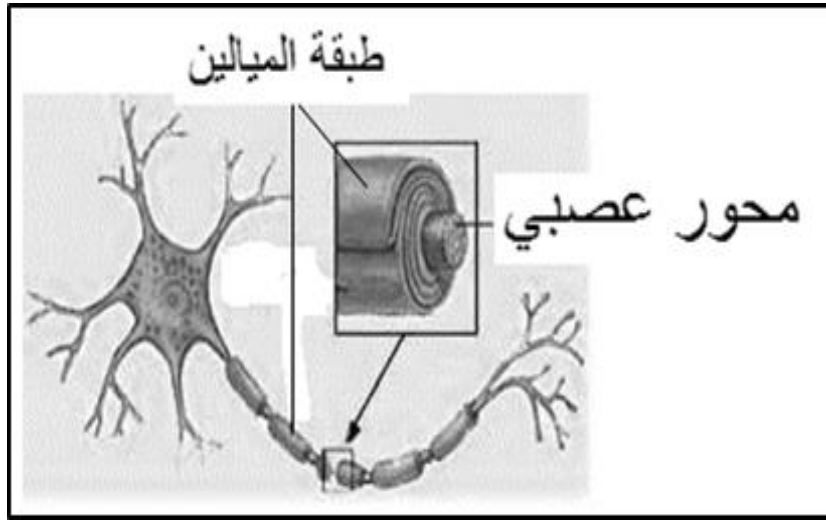
5-1-1-5 اكتساب الوظيفة الحركية: Acquisition du fonction motrice

اكتساب الوظيفة الحركية يعتمد على البنى التشريحية، بمعنى تطور الجهاز العصبي المركزي، ففي سبعة أشهر من عمر الجنين داخل الرحم يتم البناء المورفولوجي بحوالي 10 مليار خلية عصبية، في هذا البناء أربعة جوانب أساسية هي: تكون الميالين (النخاعين حول محاور الألياف العصبية) وإنشاء روابط بين-عصبونية، وتنظيم كهربائية الدماغ، وتنظيم البنى العصب-وظيفية (الروابط العصبحركية والعصبُحسية).

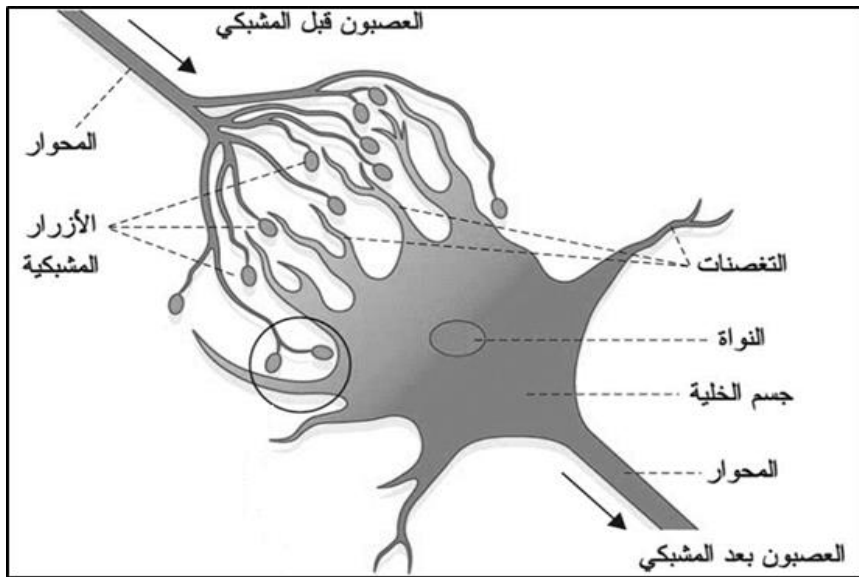
5-2-2-5 تشكل الميالين (النخاعين) Myélinisation

تكون الميالين حول المحاور العصبية يساهم في تسريع التوصيل بين الخلايا العصبية، فيبدأ تشكل الميالين حول محاور الأعصاب بدءاً من الشهر الرابع من عمر الجنين داخل الرحم، ويستمر حتى عمر السنتين بعد الولادة، وآخر المراكز التي يتم تكوين الميالين حولها هي المراكز الرئيسية للغة ومراكز الفهم

(المعرفية، ومراكز هدفية الفعل الحركي ومراقبة الميالين تتم من خلال مراقبة المنعكسات). (مبارك، مرجع سابق، ص 26)



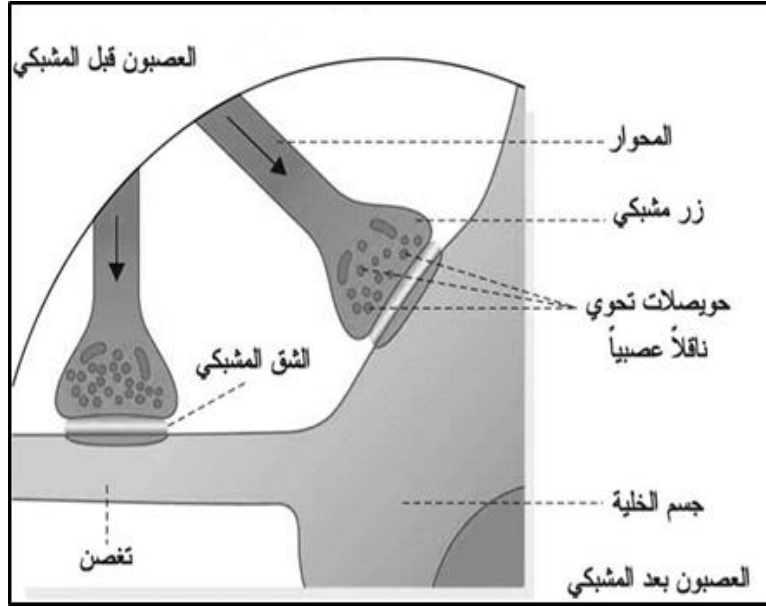
شكل رقم (1) يوضح تشكل الميالين (النخاعين)



شكل رقم (02) يوضح تكون الميالين حول المحاور العصبية.

3-5- انشاء الروابط البين-عصبونية «Relations inter-neurales»

لندفق السيالة العصبية تترايط العصبونات فيما بينها بواسطة المشابك، هذا النظام المعقد مرتبط بعوامل تتعلق بالأبيض، وبكهربائية المحاور العصبية، وبالأنزيمات الناقلة والوسيطه.



شكل رقم (03) يوضح - انشاء الروابط البين-عصبونية

(كوسكاس، 1994، ص.ص 20-21)

4-5 - تنظيم النشاط الكهربائي للدماغ (Activité électrique du cerveau):

- عند الولادة: تسجيل نشاط الدماغ (عن طريق المخطط الكهربائي للدماغ للطفل يظهر تيار منخفض الجهد السعة ومنخفض التردد).

- قبل 03 أشهر: لا نجد فرق في التسجيل بين حالات النوم واليقظة، بمعنى لا فرق بين حالة الطفل عند غمض أو فتح العينين، وبالتالي فتسجيل نشاط كهربائية الدماغ في هذه الحالة غير متجاوب مع الظروف الخارجية.

- بعد 03 أشهر: يمكن تسجيل أولى الاستجابات، بمعنى أن مخطط الكهربائية يتجاوب مع غمض وفتح الطفل لعينه، والمؤثرات الخارجية ستعطي أثراً مختلفاً، والدماغ يبدأ في دمج المعلومات.

- ما بين 08-09 أشهر: يصبح التمييز في المخطط بين حالتَي النوم واليقظة جلي وواضح.

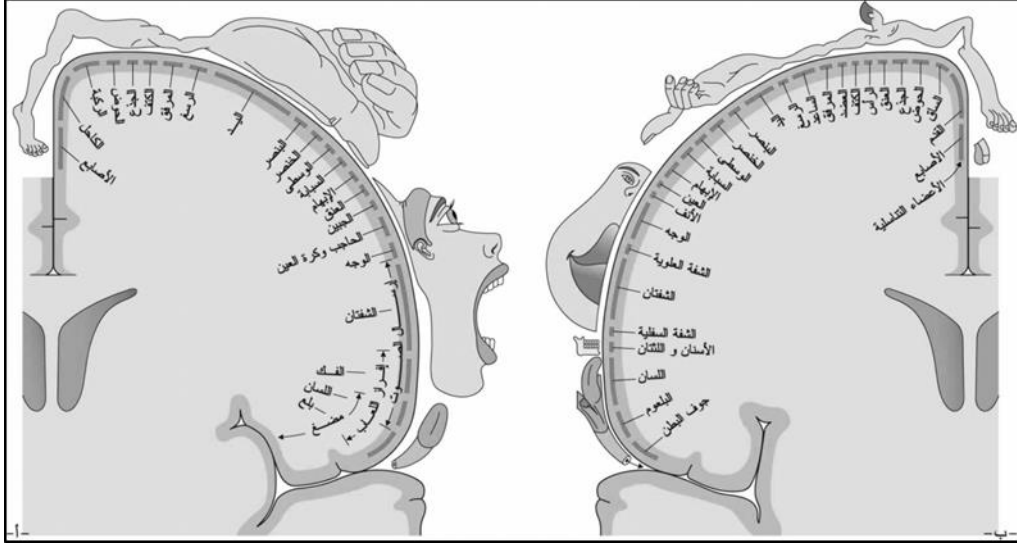
6 - النظام التحت قشر - شوكي البدائي: ويتضمن:

- حزمه النوى السقفية «Noyaux du toit»، والتشكيل الشبكي «Formation réticulée»، والأنوية الدهليزية «Noyaux vestibulaires».
- جذع الدماغ «Tronc cérébral» يتضمن النظام السفلي «Système inférieur» (أو كذلك الخارج-هرمي «Extrapyramidal»).
- الدماغ المتوسط «Mésencéphalique».
- دور أساسي في التحكم الوضعي «Maintien de la posture» والوظائف ضد-جاذبية «Fonction antigravitaire»، بمعنى مقوية العضلات الباسطة للأطراف السفلى ومحور الجذع.

تشكل الميالين المبكر «Myélinisation précoce»، في الفترة بين 24 و 34 اسبوعاً من عمر الجنين داخل الرحم، في اتجاه متصاعد ذيل-رأسى «-Direction ascendante caudo-céphalique».

6-1- المناطق القشرية الحركية: وهي القشرة الجامعة المسؤولة عن الوظائف الحركية والمسالك

القشر-شوكية



شكل رقم (04) يوضح النظام القشر-شوكي

(كوسكاس، 1994، ص.ص 20-21)

6-2- النظام العلوي (أو كذلك الهرمي)

- مساهمة في السيطرة على المقوية الوضعية بواسطة التأثيرات المثبطة أو المحفزة للعصبونات الحركية وتعديل ردود الفعل الوضعية عند فرط التمدد.

- دور مسيطر في الحركة الدقيقة على وجه الخصوص في تنفيذ الحركات المستقلة للأصابع ودقة وسرعة المعالجة.

- تشكل الميالين المتأخر، حيث يكون سريعاً بين 32 اسبوعاً من عمر الجنين داخل الرحم حتى عمر السنتين بعد الولادة (ثم أكثر بطناً حتى عمر 12 سنة)، في اتجاه تنازلي رأس-ذيلي في اتجاه النخاع الشوكي.

هذين النظامين ليس لهما نفس الوظائف ولا نفس توقيت النضج، ويمكن متابعة نضجهما وسلامتهما من خلال فحص الوظيفة العصب-حركية من النوع البدائي يسيطر على حياة الجنين داخل الرحم ثم يتباطأ ليبدأ تشكيل الدماغ خلفاً لهذا التحكم، ثم يتم بسرعة خلال السنتين الأوليتين من الحياة ومن ثم يتباطأ.

7- تشكل الدماغ "Encéphalisation": التطور الاستثنائي وغير المتناسب لنصفي الكرة المخية

ما بين المرحلتين، في المرحلة الانتقالية والاستثنائية في حوالي 40 اسبوعاً من عمر الجنين داخل الرحم. يمكن تتبع «تبادل السيطرة *Prise de pouvoir*» على مستوى النظامين (التحت قشر-شوكي والقشر-شوكي)، في حالة التشوهات الدماغية خاصة فيما بين الأولاد الخدج (المولودين قبل أوانهم) وعند المولودين في أوانهم.

7-1-1- عند الخدج: المناطق الحاملة للتشوه تتركز على المادة البيضاء المخية تلين التجايف في غشاء المخ ويتم تبديل التحكم الحركي (اعتماداً على مدى التشوه)، وفي هذه الحالة التشوه الحركي ذو المنشأ الدماغي يبدأ تدريجياً خلال السنة الأولى من عمر الطفل، مع قدرات ذهنية عادية (دون تخلف ذهني).

7-2- في حالة المولودين في أوانهم: المناطق الحاملة للتشوه تتركز على المادة الرمادية (القشرة الدماغية، الأنوية العقدية القاعدية وخاصة جذع الدماغ، وترتبط بحالات العجز الحسي (الصمم أو العمى) والتخلف الذهني مع تشوه دماغي حركي في غالب الأحيان.

8- العوامل المنظمة للنمو: تنظيم النمو والتطور يُتحكم فيه بواسطة صنفين من العوامل: عوامل تُغيّر- داخلية وعوامل تُغيّر خارجية.

8-1- عوامل التغير الداخلية: ممثلة خاصة في التركيبة الجينية والبنى الغدية.

8-1-1- التركيبة الجينية: التركيبة الجينية تمد كل فرد بعناصر من أجل تجسيد نموذج فريد وخاص، أهم الشواهد على الآثار الجينية تتعلق بطوابع إنسانية، فهي تعمل على المحافظة على الصفات العامة للفرد ككائن انساني، إذ يتوقف معدل النمو وتطوره على وراثته خصائص النوع، ونعني بالتركيبة الجينية انتقال السمات من الوالدين إلى أولادهم عبر الجينات.

8-1-2- البنى الغدية: تلعب الغدد الصماء دوراً رئيسياً في سرعة النمو وتنظيمه، فهي تقوم بعمل رئيس يراقب وينظم عمل جملة الأجهزة والأعضاء والوظائف الإيحاءية عن طريق مكونات كيميائية تدعى بالهرمونات لضل عمل هذه الوظائف مترناً وفعالاً، ويتم افراز الهرمونات من المرحلة الجنينية إلى آخر حياة الفرد.

أما أهم الغدد الصماء فهي: الغدة الصنوبرية والغدة النخامية والغدة الدرقية والغدد التناسلية. (مبارك، 2013، صص 26-27)

8-2- عوامل تُغيّر خارجية: تتمثل خاصة في البيئة والنضج والتعلم والغذاء.

8-2-1- البيئة: عبارة عن النتائج الكلي لمجموع المؤثرات على الفرد من لحظة الاخصاب في الرحم حتى الوفاة، إذ أن البيئة توجه أفكار الفرد وتغير أشكاله ونشاطه، الأمر الذي يقتضي التركيز على

تأثير البيئة القوي لأن الفرد يولد وهو مزود بقدرات ومهارات وإمكانيات واستعدادات لا بد من صقلها وبلورتها عن طريق الاحتكاك في البيئة.

8-2-2 النضج: يعتبر النضج أحد العوامل المؤثرة في النمو الإنساني، والنضج هو الميل الفطري الموجود في كل فرد من أفراد النوع لأن ينمو وينضج ويشيخ، ويبدأ ذلك في صورة أحداث تمضي من الطفولة إلى الشباب حتى الشيخوخة، وهذه التغيرات تحدث في غياب الخبرة. وتشير كلمة النضج إلى أنماط التغير المحددة داخليا ك التي تعود إلى عوامل بيولوجية وفسولوجية مثل حجم الجسم وتطور بعض المهارات الحركية، أي أن النضج يتضمن عمليات النمو الطبيعية التلقائية التي يشترك فيها الأفراد جميعا، التي ينتج منها تغيرات منتظمة في سلوك الفرد بغض النظر عن تدريب أو خبرة سابقة.

8-2-3 التعلم: يعد التعلم عملية أساسية في الحياة ويسير معها ويمتد بامتدادها، فالتعلم هو عملية

النمو في مختلف وظائف الإنسان ويعبر عنه بأنه التغير في السلوك نتيجة التجربة ك الممارسة.

8-2-4 الغذاء: يزود الغذاء الجسم بالطاقة الضرورية التي تساعد على تأدية نشاطه سواء أكان هذا النشاط داخليا أو خارجيا، بدنيا، عقليا أو نفسيا، كما يلعب الغذاء دورا حيويا في إصلاح الخلايا التالفة وإعادة بنائها، وفي تكوين خلايا جديدة، كما يزيد الغذاء من مناعة الجسم ضد بعض الأمراض ك الوقاية منها، وعليه يجب أن يكون الغذاء كافيا في مقداره ومنتزنا في تركيبه بحيث يشمل على العناصر الأساسية الغذائية، إذ أن نقصه يعرقل النمو الجسمي ويقلص من مقدار الطول والوزن في جميع المراحل العمرية. (كرامة، 2014، ص9)

9- قوانين النمو النفسحركي: تتمثل في القوانين التالية:

9-1- قانون التمايز «Loi de différenciation»: في البداية المولود لديه حركية كلية سببها تفكك في الوظيفة العضلية، ويتم تعميم الاستجابة على كافة أنحاء الجسم، والمنعكسات البدائية هي اهم دليل على هذا النوع من الحركية.

9-2- قانون المنعكسات البدائية (الإرتكاسية) وردود الفعل الأولية:

9-2-1 المنعكس «Réflexe»: رد فعل حركي أو رشحي يستثار بواسطة الجهاز العصبي دون تدخل

الإرادة، استجابة لاستثارة النهايات العصبية الحسية أو الحركية، التحريض يمر عبر عصب حسي أو حركي أو عصب دافع نحو أقرب خلية في الجهاز العصبي المركزي، اين تتم برمجة الاستجابة وارسالها عبر عصب ارتكاسي للجهاز أو البنية المعنية (عضلة أو غدة) للقيام بالاستجابة المناسبة.

9-2-2 البدائي «Archaïque»: أصل الكلمة الفرنسية مستمد من الكلمة اللاتينية

«Archéocortex»، التي تتكون من مقطعين: «Archéos» وتعني قديم أو بدائي؛ و«Cortex»

وتعني قشرة الدماغ، والمعنى الكامل للكلمة اللاتينية: «القشرة القديمة للدماغ»، أو «الدماغ القديم»

ومن الناحية الفيزيولوجية يقع هذا الجزء من الدماغ في الجزء السفلي الأوسط من الدماغ اي «جذر

الدماغ». كذلك، تترجم نفس الكلمة من اللغة اللاتينية الى اللغة العربية بـ «القوس الارتكاسي»، أو

«الجذر الانعكاسي» بسبب أن رد الفعل الناتج أو الاستجابة التي تحدث في هذا النوع من النشاطات

(المنعكسات حتى غير البدائية كالمنعكسات الوترية والرضف-جلدية)، لا دخل للإرادة والجهاز العصبي

المركزي فيه (SNC). (بن سنوسي ومزوني، 1997، ص.ص 218-219).

وهي سلوكيات حركية أولية مسيطر عليها من قبل الجزء السفلي من الدماغ التحت-قشري- ومنه جاء

وصفها بالبدائية. تلاحظ من الميلاد حتى 03-04 أشهر. اختفاؤها دليل نضج الجهاز العصبي المركزي،

وتحل محلها تدريجياً الحركات الإرادية.

هناك أكثر من 70 منعكس معروفة لدى المولود، تستعمل بصفة عامة في الكشف على سلامة الجهاز

العصبي للمولود الجديد.

بعد ذلك النشاط الحركي سيصبح شيئاً فشيئاً أكثر دقة، وأكثر تطوراً وأكثر تموضعاً.

المولود يمر من حركة لا ارادية ذات طابع انعكاسي الى حركية ارادية وأكثر تحكماً.

9-3 قانون التباين «Loi de variabilité»: النمو يتم دائماً في اتجاه الصقل التدريجي هذا التدرج

ليس موحد ولا مستمر، انما يتم عن طريق زيادات سريعة أحياناً نحو النضج ولكن كذلك من خلال الركود

والكمون وحتى التوقف أو الانحدار (وبعبارات التحليل النفسي النكوص) ويستمر هكذا حتى النضج.

9-4 - قانون التراتب «Loi de succession» (الاستخلاف): التوجه نحو النضج يمكن ملاحظته،

ويتم وفقاً لقانونين أساسيين:

9-4-1 القانون الرأس-ذيلي «Loi céphalo-caudale»: عضلات محور الجذع ستخضع بداية

للتحكم الارادي لأنها الأقرب للجهاز العصبي المركزي «SNC». ويتميز النمو بهذه الخاصية من خلال

سلسلة من الخطوات التنازلية وفي تنسيق ثابت.

اذن التحكم في العضلات سيتجه من الرأس الى القدمين. مثلاً: سيتم التحكم في عضلات الوجه ثم

يستطيع الطفل رفع رأسه قبل الجلوس.

9-4-2-الفانون الداخل-خارجي «Loi proximo-distale»: عضلات الأطراف العليا ستخضع للسيطرة بسبب قربها من محور الجذع. وهذه الخاصية للنمو تتميز كذلك بمجموعة من المراحل خاصة في التنسيق السكوني والتحكم الحركي النهائي.

إذن، السيطرة تتم من محور الجذع متجهة نحو الأطراف، فالطفل يتحكم في الذراعين ثم اليدين وأخيراً الأصابع (في اتجاه التنسيق النهائي لعملية القبض). (نفس المرجع السابق، ص.ص 2019-220)

جدول رقم (02) يبين بعض مظاهر النمو النفسحركي خلال السنتين الأوليتين من عمر الطفل (حسب تصور الباحث رفقة المختص النفسحركي):

السن	مظاهر النمو النفسحركي
01	حوالي شهر
	<ul style="list-style-type: none"> - يتوقف عن الحركة أو يدير رأسه عندما نكلمه. - يركز نظره في وجه شخص يكلمه. - إذا أمسك من الجانبين في وضعية الجلوس، يرفع رأسه من حين لآخر. - يتشبث بالأصبع عند وضعه في يده. - يبتسم استجابة للابتسامة.
02	حوالي شهرين
	<ul style="list-style-type: none"> - ينطق عدة أصوات، مثل: أ...أ...أ...أ.... - محمول على الذراعين، يتتبع بعينه شخصا ينتقل أمامه. - ممددا على ظهره، محتفظ على استقامة رأسه إذا سحب من الذراعين. - يردد أصوات عندما نكلمه، مثلا: أ...أ...أ...أنفغ...أنفغ... - يلعب بيديه.
03	حوالي ثلاثة أشهر
	<ul style="list-style-type: none"> - يدير رأسه ليتتبع شيئا يختفي ببطء. - محافظ على استقامة رأسه في وضعية الجلوس مسعفا من وسط جسمه. - يدير رأسه استجابة للنداء.
04	حوالي أربعة أشهر
	<ul style="list-style-type: none"> - مستلقيا على ظهره، يمد يده إلى شيء يقدم له. - مسعف من خصره، يتحكم في استقامة صدره لفترة قصيرة. - ممددا على البطن، يتكئ على ذراعيه، يرفع رأسه مسترخيا ساقيه.

11	عشر إلى الثالث والعشرون	- يقول على الأقل ثمانية كلمات، مثلا: ...ماما هوس حليب... - ينحني على الركبتين لأخذ شيء ما، لعبة أو طعام.
12	حوالي أربعة وعشرين شهرا	- يأكل بمفرده. - يسمي نفسه باسمه، مثلا: طاح أمين... - يركب جملة ذات كلمتين، مثلا، أعطيني أو نحوس ناكل...

10- مجالات النمو النفسحركي:

1-10-1: التصور الجسدي le schéma corporel: هناك العديد من المفاهيم قريبة أو تتشابه مع مفهوم التصور الجسدي مثلا كمفهوم صورة الجسم، وهناك الكثير لا يفرق بين هذين المصطلحين ويعتقد البعض بأنهما اسمين لمفهوم واحد لهذا وجب شرح وتوضيح المعنى الحقيقي للمفهومين من خلال مايلي:

1-1-10-1 تعريف صورة الجسم l'image de corps: حيث يري " أنجلس " أن صورة الجسم تمثل التمثيل العقلي الذي يكون لدى المرء عن جسمه في الراحة أو الحركة في أي لحظة، وهي تشتق من الأحاسيس الداخلية والتغيرات الوصفية والإحتكاك مع الموضوعات الخارجية والخبرات الإنفعالية والتخيلات.

ويضيف **Schilder** بأن ذلك يعني أن شكل الجسم كما نتصوره في أذهاننا والطريقة التي يبدوها الجسم لأنفسنا (النوبي، 2010، ص20) يعني أن صورة الجسم هي الفكرة التي يكونها الفرد عن ذاته والصورة التي يرى بها نفسه.

10-1-2 تعريف التصور الجسدي le schéma corporel:

كما تعرف أو يطلق عليها أيضا الخطاطة الجسدية، الخريطة الجسمية، التخطيط الجسدي فهي البنية أو الصورة تتراءى للفرد عن جسمه بكيفية كلية (صغير، كبير، سمين، نحيف...) أو جزئية (اليدين، الذراع، الرجل...). وهي كذلك التي يدرك بها وضع جسمه في الفضاء (قريب، بعيد)، وعليه فإن معرفة التصور الجسدي تمكن الطفل من التعرف على جسمه والتحكم فيه. (بيلايكا وميموني، 2011، ص13).

واكتساب التصور الجسدي ينتج من إدراك الطفل لأجزاء جسده ومعرفة مكانها وكيفية أستعمالها وتنظيم حركاتها، ويتكون هذا التصور من خلال التجارب التي يعيشها الطفل مع محيطه والتي تعرفه تدريجيا إلى

أجزاء جسمه، ويمكن أن تكون هذه التجارب بصرية (الإختبارات من خلال المرآة، الصور، مشاهدة الآخر يتحرك وتقليده) أو عضلية (الشد والضغط العضلي والإسترخاء) حيث يشكل التصور الجسدي الركيزة الأولى لنمو مهارات عدة:

- قدرة الطفل على تنظيم حركته واكتساب الاستقلالية الذاتية (ارتداء الثياب والأكل... الخ).
- قدرة الطفل على رسم الأشخاص.

معرفة الطفل المفاهيم المكانية (أمام، خلف، إلى اليمين..). (لوبولش، 1974، ص 87)

الجدول رقم (3): يبين الفرق بين صورة الجسم والتصور الجسدي

صورة الجسم	التصور الجسدي
- هي خاصة بكل فرد وترتبط بموضوع وقصته (أي مرتبطة بالشخص وقصته وتجاربه الإنفعالية المعاشة).	- التصور الجسدي هو نفسه بالنسبة لجميع الأفراد طبعاً إذا ما كان هناك اضطراب أو ما يعرقل هذا الاكتساب والتكوين.
- صورة الجسم أساسها وجداني (نفسية) وتحتوي على طابع لاشعوري في أكثر الأحيان.	- التصور الجسدي هو تصور ذهني ودائم للجسد ذاته
- صورة الجسم هي عبارة عن الشعور الذي يكونه الشخص عن جسده.	التصور الجسدي يكون تطوري في الزمان والفضاء (أي يكتسبه الطفل شيئاً فشيئاً).
- إذن الإختلاف بين المصطلحين (صورة الجسم والتصور الجسدي) فالأول هو معرفة الفرد الصورة التي يراها عن نفسه ويتأثر بها، أما الثاني فهو معرفة الفرد لجميع أجزاء جسمه وإدراك العلاقة بينها.	

10-2- مراحل تكون التصور الجسدي: وتتمثل هذه المراحل في:

10-2-1 الجسم المعاش «Corps vécu»: في هذه المرحلة الأولى، الطفل يمارس مختلف النشاطات الحركية بشكل عفوي أو على شكل ألعاب. بهدف الوصول للتحكم في الحركات وإدراك جسمه كلياً، كمركب من كل.

نشاطاته ستتطور من شكلها العفوي (التي يستعملها في ألعابه) إلى نشاطات أكثر اندماجاً: ليصل للاستجابة للأوامر اللفظية (أمشي، اجري، اقفز....)، والقدرة على تفسير المعطيات الحس-المحيطية.

10-2-2 معرفة أجزاء الجسم «Connaissance des parties du corps»: بعد الإدراك الكلي

للجسم تأتي مرحلة معرفة كل جزء من الجسم، يتم ذلك بشكل داخلي (بالإحساس بكل طرف من الجسم

على حدي)، وبشكل خارجي (بمشاهدة كل طرف في المرأة، أو على طفل آخر أو على صورة)، بالنسبة للمكوفين منذ الولادة يوظفون بدائل حسية مختلفة. (نفس المرجع السابق، ص 101)

الطفل مدعو لتحديد كل جزء بالنسبة للآخر، وفي النهاية جمع الصورة الجسمية الكلية من هذه الصور الجزئية، ويجب كذلك أن يكون قادرا على إظهار، وتسمية مختلف أجزاء الجسم وتشكيلها في بنية حس-إدراكية.

10-2-3 التوجه الجسمي «Orientation corporelle»: الطفل سيمر في ذلك إلى:

- عمل حسي أكثر إجرائية.
- الربط بين المكونات الجسدية ومختلف أشياء ومواضيع الحياة المعاشة.
- معرفة أكثر تحليلية للفضاء الإشاري، بمعنى مختلف الوضعيات التي بالإمكان اتخاذها بكل جزء من الجسم، وفي هذه المرحلة سيتم التركيز على وضعيات مختلفة وليس حركات، وأثناء كل نشاط نسجل أن هناك وقت مستقطع ضروري من أجل وعي وضعية الطرف المعني بالوضعية، مما يساعد على إدراك مفهوم الوضعية.

10-2-4 التنظيم الجسمي «Organisation corporelle»: إنها المرحلة التي يصبح فيها بإمكان

الطفل التلاعب بمختلف إمكانياته الجسدية، ويعرف مختلف أطراف الجسم، والمصطلحات، والوضعيات، ويضع حركيته في:

- من وجهة تحليلية: يصل إلى التحكم الجسمي بواسطة نشاطات التنسيق، التوازن، كف وإصدار الحركة.
- من وجهة تركيبية: من جهة، يتوقع ويكيف حركاته من أجل الوصول لهدف ما ومن جهة أخرى، يعبر بمساعدة جسمه عن فعل، عن إحساس، عن انفعال.

الطفل سيتوصل للتخطيط والتمثيل للحركة، ثم إلى فهم الوضعيات المقدمة أثناء مواقف من طرف أفراد آخرين وفهم محتوى تعبيراتهم، والرد عليها بالتعبيرات الجسدية المناسبة، بمعنى آخر التحكم في اللغة الجسدية. (نفس المرجع السابق، ص 120)

- جدول رقم (04): يبين مراحل نمو التصور الجسدي

أهم المظاهر	السن والمرحلة
إصدارات حركية عشوائية بغرض التحكم في:	من 0-02 سنة

الجسم المعاش

- الحركة الكبرى.
- الحركة الدقيقة.

من وجهة حركية:

- إدراك أجزاء الجسم.
- معرفة أسمائها.

من 02-05 سنوات

من وجهة إدراك-حركية:

معرفة أجزاء الجسم

- التمييز البصري.
- التلاعب بمختلف المفاهيم الجسدية.
- تقليد الآخرين.

من وجهة حركية:

- معرفة الاتجاهات.
- تعلم مختلف الوضعيات وإعادة إنتاجها.

من وجهة إدراك-حركية:

من 05-06 سنوات

التوجه الجسمي

- معرفة وقدرة على التعبير عن مختلف الوضعيات.
- التمييز البصري للوضعيات وتوظيفها في ألعابه.
- إعادة تمثيل مختلف الوضعيات.
- على الورق.
- باستعمال الظل الصيني.

من وجهة حركية:

- إدراك، تصحيح، تكرار مختلف الحركات.
- نشاطات حركية خاصة بالتوازن، التنسيق،

التحكم الحركي، الضبط الوضعي.

- قدرة على تكييف الإشارات.

- توظيف الإيماءات.

من 06-08 سنوات

التنظيم الجسمي

من وجهة إدراك-حركية:

- المطابقة بين الصورة والشخص

- الربط بين الحركة ومتطلباتها.

- الربط بين الفعل والوضعية.

- تصنيف وتحليل الحركات والوضعيات.

- التعبير بتوظيف الحركات، والوضعيات.

- التخطيط للحركة، وفقا لمتطلبات الطرف.

- التحكم الحركي النهائي في اللغة الجسدية.

(ديمور وستاس، 1983، ص 83)

11-الجانبية la latéralité: كلمة الجانبية مأخوذة من " جانب "بمعنى الجهة، حيث يستخدم

المعلمون والباحثون هذا المصطلح لدلالة على الأطفال الذين لديهم مشكلة في التعرف على اليمين واليسار، أو الصعوبة في التمييز بينهما مما يخلف لديهم صعوبة أو اضطراب في الكتابة، القراءة.

(بيلايكا وميموني، 2011، ص 20)

كما يعرف قاموس الأرتوفونيا الجانبية بأنها السيطرة أو الهيمنة الوظيفية لجانب من جسم الشخص، على جانب آخر، مما يسبب الميل والانجذاب إلى استخدام عضوم أعضاء الجسم لجانب على حساب آخر (العين، الرجل، اليد) أثناء نشاطات دقيقة مثل الكتابة، الأكل... الخ، وهذا ما قد يسبب أو ينشئ

صعوبات في تنسيق الحركات أو التنظيم في الفضاء أو الزمان. (فردريك وآخرين، 2004، ص 140)

11-1- مراحل نمو الجانبية عند الطفل: يتفق معظم الباحثين على أن نمو وتطور الجانبية يختلف من

طفل إلى آخر، ويعود ذلك إلى عدة عوامل من بينها النمو النفسي الحركي، ونضج نصفي الكرة المخية

بالإضافة إلى عامل الوراثة والمحيط العائلي، وعلى غرار ذلك يختلف الباحثين من حيث المراحل العمرية

التي تستقر من خلالها الجانبية، فهناك من يرى بأن الهيمنة الجانبية تبدأ في الظهور منذ الولادة وتستقر

بين سنة وثمانية سنوات، وتكون مقسمة إلى مرحلتين:

- المرحلة الأولى: تكون بتعرف الطفل على يمينه ويساره.

- المرحلة الثانية: وهي تعرف الطفل على يمين ويسار الآخرين، وهذه تكون أكثر تعقيد بالنسبة له فلا بد أن يضع الطفل نفسه في مكان الآخرين حتى يستوعب ذلك.

أما **Piaget** فقد لخص الفترة التي تتكون فيها الجانبية فيما يلي:

في حوالي 5 سنوات يستطيع الطفل تعيين يده اليسرى واليمنى بالرغم من أنه يميز بينهما ابتداء من النشاطات الأولى، وذلك لأنه يبدي أفضلية استعمال اليد اليمنى أو اليسرى في سن مبكرة، إلا أن هذا التفضيل يظهر جليا في سن العامين ويتضح أكثر مع التقدم في السن، ولهذا يكون تطور واكتساب مفهوم الجانبية بطيء شديد، فالطفل يستغرق وقت ليدرك أن اليد اليمنى للشخص الجالس مقابله تقابل يساره والعكس وهذا ما يكتسبه خلال السن الثامنة من عمره، ليستغرق بعدها وقت أطول لفهم وإدراك أن الشجرة الموجودة على يمين الطريق عند ذهابه إلى المدرسة تكون على يساره عند عودته، وهذا ما يستوعبه خلال سن العاشرة من عمره. (دايلي، 1984، ص204)

12- التنظيم المكاني l'organisation spatiale: عرفه قاموس الأرتوفونيا على أنه قدرة وإمكانية

الفرد على التموضع، التوجه، والتنقل في محيطه وتحديد مختلف الاتجاهات للعناصر شيء، رمز،

علامة. (فرديريك وآخريين، مرجع سابق، ص179)

كما يعرف على أنه قدرة الطفل على استرجاع أو التعرف على الوضعية التي يشغلها جسم ما في الفضاء، حيث تكون هذه القدرة متصلة بعدة معاني (بعيد، قريب، أمام، فوق، تحت...).(كالزا، 2001، ص15) فالقدرة المكانية هي إدراك المسافات والأبعاد بدقة، إدراك الطول، العرض، السمك، الارتفاع، العمق والحجم، وكذلك إدراك العلاقات بين الأجزاء السطحية أو المجسمات وما بينهما من تشابه واختلاف.

(بيلايكا وميموني، 2011، ص37)

13- مراحل تعلم المفاهيم المكانية: معرفة المفاهيم المكانية، بحيث يستطيع استعمال المفاهيم المكانية

لتحديد مكانه وأماكن الآخرين والأشياء التي تحيط به.

- التوجه المكاني، بحيث يستطيع توجيه جسمه والأشياء في المحيط بحسب إرشادات مكانية

- التنظيم المكاني، يستعمل في هذه المرحلة جميع المفاهيم والمفردات المتعلقة بالمكان، ويطبقها على

أعماله وحركاته. (كالزا، مرجع سابق، ص20)

جدول رقم(05): يبين مراحل اكتساب المفاهيم المكانية عند الطفل

العمر	المفاهيم المكانية
من عامين إلى 3 سنوات	داخل - خارج - فوق - تحت - كبير - صغير - أمام - وراء - أسفل - أعلى.
4 سنوات	بجانب - بعيد - قريب - يحيط - متوسط - دائري - مربع - قليل - كثير.
5 سنوات	عكس - جل - مستقيم - كل - مستطيل - يدور - يدخل - يخرج.
6 سنوات	يسار - يمين - مائل - في الوسط - النصف - خشين - رقيق - يصعد - ينزل - يلف - وحيد - جميع.
7 سنوات	اليسار واليمين بالنسبة لشخص ما - معين - يطوي - يبسط - يقذف

(فياض ، د-ت ، ص101)

14-التنظيم الزمني l'organisation temporel: هو إمكانية تحديد، فهم، تكيف، تنظيم الأحداث

وفق عامل الزمن. (كالزا، مرجع سابق، ص46)

هو السلوك الذي يسمح لنا بالتموضع بالنسبة للأحداث حسب تواريخ معينة (الأيام، الفصول...)
كما يعرف على أنه القدرة على معرفة وتحديد وظيفة مختلف المفاهيم: قبل ، بعد ، أثناء ، مدة الفترات
(وقت طويل، وقت قصير، ساعة، دقيقة (مفهوم إيقاع منتظم، غير منتظم، إيقاع سريع، إيقاع بطيء،
الاختلاف بين الجري والمشي، التجديد الدوري لفترات معينة كأيام الأسبوع، الشهر، الموسم، إدراك أن
الوقت لا رجعة فيه أي لا يمكننا العودة إلى زمن قد مضى. (بيلايكا وميموني، 2011، ص69)
فالزمن هو ذلك المفهوم الذي يتطور ببطيء شديد، حيث أنه في السنة الأولى من حياة الطفل لا تكون
لديه معرفة واضحة بالوقت، وحتى يتمكن أو يتوصل إلى بناء أو تنظيم زمني يسهل عليه التوجه في
الزمن والمكان لابد أن يكون لديه أولاً نضج عصبي ونمو لغوي.

15- مكونات الزمن: لاكتساب مفهوم الزمن لابد للطفل أن يدرك جميع مكوناته:

- نمطية تكرار الزمن: أي إدراك تكرار الفصول والأيام، الأعياد...

- التسلسل والترتيب: أي إدراك تسلسل الأحداث حتى يتمكن من استعمال العبارات الزمنية مثل بعد، قبل والتمييز بين الماضي، الحاضر والمستقبل.

- المدة: إدراك الفترة الزمنية الممتدة بين حدث وآخر، فيستطيع عندها تقدير عدد الدقائق أو الساعات أو الأيام.

الجدول رقم (6) : يبين مراحل اكتساب المفاهيم الزمنية عند الطفل

العمر	المفاهيم الزمنية
من سنتين إلى 3 سنوات	الآن - قريبا - بعد قليل - بسرعة - على مهل
من 3 إلى 4 سنوات	يبدأ بفهم التسلسل ويستعمل كلمة البارحة، يكتسب مفهوم الماضي، الحاضر والمستقبل.
من 4 إلى 5 سنوات	يستخدم مفردات الزمن بطريقة سهلة ويزيد عليها بعض المفاهيم الجديدة الليل، النهار.
5 سنوات	يدرك الفصول الأربعة (ربيع - خريف - صيف - شتاء)
6 سنوات	يعرف أيام الأسبوع
7 سنوات	يعرف تاريخ ميلاده
8 سنوات	يبدأ في التعرف على الأشهر ومحاولة استعمال الساعة

(فياض، مرجع سابق، ص 108)

16- التناسق الحركي **la coordination motrice**: هو اشتراك مجموعة من التقلصات العضلية بغرض إنتاج حركة متناسقة، وهذا كله يتم بفضل التوظيف الجيد للمقوية العضلية والحركة بالإضافة إلى عمل المخيخ، حيث يشتمل التناسق الحركي على كل أجزاء الجسم، أو أجزاء معين منه والذي نقصد به الحركات العامة والحركات الدقيقة.

16-1- الحركة العامة: **la globale motricité**: ونقصد بها الحركات التي تتطلب جهد العضلات الكبيرة التي تساعد على الركض، المشي، التوازن وغيرها من الأمور.

16-2- الحركة الدقيقة: **la fine motricité** وهي تلك الحركات التي يشترك في أداءها مجموعة من العضلات الدقيقة التي تساعد على الكتابة، الرسم، الزخرفة، واستعمال المقص، ومن العوامل التي تساعد على تنفيذ هذه الحركات الدقيقة.

- حركة الذراع والتناسق بين مختلف مفاصل الذراع.
- جهوزية التوتر العضلي وغياب التوتر الشديد.
- التأزر بين حركة اليد والعين.
- تحديد الجانبية المسيطر.

الجدول رقم (7) : يبين مراحل اكتساب الحركات العامة والدقيقة عند الطفل

<u>العمر</u>	<u>الحركات العامة</u>	<u>الحركات الدقيقة</u>
بين 3 و4 سنوات	يتخطى العقبات من دون أن يقع يمشي على خط مستقيم يدفع، يسحب، يركب دراجة من أربع عجلات يكبح حركاته عند الحاجة يمشي على إيقاع منظم يرمي الكرة عاليا يمسك الكرة التي ترتد.	يبني برجاً من 9 مكعبات ينسخ دائرة على ورقة ينسخ علامة الجمع يضم الخرز يستطيع طي قطعة من الورق
بين 4 و5 سنوات	يكون كثير الحركة وهذا أمر طبيعي يمشي على خط مرسوم يمشي إلى الوراء على كعب القدمين يقفز إلى الأمام 10 مرات من دون السقوط. يقف على أطراف أصابعه.	يقص خطاً مستقيماً ينسخ مربعاً على الورق يكتب بعض الحروف يصبح أكثر سيطرة في حركات يده وحركات جسمه. يصبح خفيف الحركة في استخدام معصميه وأصابعه عند معالجته الدقيقة للأشياء بدلاً من استخدام كل ذراعه كما كان يفعل من قبل.
بين 5 و6 سنوات	يركض برفق على أصابع قدميه يمشي على عارضة التوازن يقف على رجل لمدة 10 ثواني	يقص الأشكال البسيطة، ينسخ مثلث، يكتب بشكل أحسن، يلون ضمن الخطوط.

(فياض، مرجع سابق، ص 91)

16-3- الإيقاع **le rythme**: هو التنظيم الزمني والديناميكي الخاص والمميز للأداء الحركي (صوالحة، 2007، ص46).

ويعرفه **Berger** بأنه تنظيم الحركات من ناحية مسارها الزمني، كما يعرف أيضا بأنه الفواصل الزمنية التي تفصل بين جملة وأخرى من حيث الطول والقصر، وهو التنظيم التكراري المهدب للحركة، فالإيقاع هو المنظم والدافع، عمله الأول هو توفير النظام ويعرض الحركة في الموسيقى، كما أنه يتضمن مفهوم الترتيب، التتابع والمدة، وبالنسبة لقدرة على تمييز الإيقاع وتنظيمه فإن ذلك يعتمد على التعلم، ولذلك يجب مراعاة ما يلي:

- هناك علاقة كبيرة بين الإيقاع والحركة.

- السلوك الإيقاعي المبدئي مرتبط بوضوح بالحركة.

- الإيقاع هو من العناصر المشتركة بين الفن المسموع والفن المرئي، فهو يتمثل بحركات الأفراد الذين يزاولون بعض الأعمال اليدوية والحركات الرياضية.

دور استخدام الآلات الإيقاعية مع الأطفال خلال التمارين

- تبني مهارات الإصغاء.

- تصنف والتمييز بين الأصوات.

- توجه الموسيقى في اتجاه معين.

- تساعد الطفل على اختيار الأصوات.

- تنظيم المهارات بتعلم الفرق بين الصوت الصاخب، الهادئ، الأجهش، الناعم والأصوات الأخرى

- تنمية مهارة التمييز السمعي.

- إعطاء الطفل فرصة للإحساس بالجماعة وإطالة فترة الانتباه. (يحي والسيد

وعبيدة، 2007، ص.ص 241-243)

والتحكم في الإيقاع يمكن تحقيقه عن طريق تهذيب حاسة السمع تهديبا موسيقيا يراعي حركية الاختيار والتنقل، ثم التشديد فيهما تدريجيا لتمثيل الإيقاعات الحركية الموجهة، كاستعمال مختلف أعضاء الجسم في مسابرة الإيقاع الموسيقي، أو تقليد الإشارات والحركات لتحقيق الصوت الذي ينسجم معها.

17- أهداف الأنشطة النفسحركية: للأنشطة النفسحركية أهداف متنوعة تشمل كل جوانب شخصية

الطفل ويمكن حصرها فيما يلي:

- تساعد الطفل على تكوين صورة ذهنية لهيكله جسمه، وما يستطيع القيام به وبالتالي إكسابه ثقة بنفسه، كما تساعد الطفل على معرفة ما يحيط به من أشخاص وأشياء وربط علاقات ودية بينه وبين الآخرين من خلال تنمية وتطوير الإدراك الحسي والحركي.
- الوعي المكاني من خلال معرفة الطفل لأجزاء جسمه، وعلاقتها بالحركات المختلفة بالإضافة إلى معرفته بحجم الفراغ وعلاقته بالأشياء الخارجية.
- تمكن الطفل من معرفة واكتساب التنظيم الفضائي، فتساعده على معرفة مفهوم الاتجاه وتوجيه جسمه والأشياء داخل المكان، مما ينمي لديه مهارات جسدية تسمح بالحركة المتزنة.
- تساعد الطفل على إدراك مفهوم الزمان من خلال التجربة الشخصية والإحساس بالحركة مما يتيح للطفل المعرفة بالوقت.
- تمكنه من ممارسة بعض الإيقاعات الحركية البسيطة.
- تمكنه من ممارسة حركات تتطلب استعمال عدة أعضاء جسمية بكيفية منسجمة (اليد والساعد، اليد اليمنى مع اليد اليسرى، أصابع اليد الواحدة).
- تساعد على التوافق البصري اللمسي والبراعة الإيقاعية في الحركة (سوبلانس، 2013، ص 40)
- تمكين الطفل من ممارسة الأعمال الحسية الدقيقة والتآزر الحركي، مما يساهم في تنمية المهارات الحركية التي تؤهل الطفل للاشتراك في الأنشطة والألعاب الرياضية الجماعية والفردية.
- تساعد الطفل على معرفة الأشياء والتعامل معها، فهذه المعرفة لها أهمية في نموه الجسمي (الحركي) والإدراكي والعقلي بوجه عام، فالطفل يوسع معرفته عن طريق النشاط النفسي الحركي.
- إشباع حاجات الأطفال من خلال التعبير الحركي غير المقيد بإتاحة لهم فرص الجري، الوثب، القفز، التسلق، والزحف مع ضبط هذه الحركات والتحكم فيها في حدود إمكانياتهم.
- تنمية جهازهم الحركي بممارسة تدريبات متدرجة على أنغام الموسيقى.
- مساعدة جهازهم الحسي الحركي على اكتساب ارتباطات عضلية عصبية سليمة عن طريق جري قفز، زحف، تسلق.
- تدريب الأطفال على معرفة الزمن حيث أن الأبعاد المكانية تتغير تبعاً لزمان الحركة التي يقطعها الطفل وتبعاً لسرعتها (شعبان، 2010، ص. ص 5-6).

18- نظريات النفسحركية:

ذكر "أونرتان" (2007) عدة نظريات أساسية تتعلق بالعلاقة بين العقل/ الجسد أو العقل/ الدماغ، وحقائق علمية حول التفاعلات النفسحركية، أشارت هذه النظريات على أن المجال النفسحركي ليست ثنائية

(العقل، الدماغ) هي الأساسية في الصحة والمرض، بل الأساس في ثلاثية (العقل، الدماغ، الجسد)، لأن النشاطات العقلية (العقل) لا تنتهي في الدماغ إنما تتحكم أيضا بالحركات (الجسد)، وقد بينت الدراسات عدة مسلمات في هذا المجال:

أولاً: أن النظام النفسي يرتبط بالنظام العقلي بشكل مباشر.

ثانياً: النشاطات العقلية والنشاطات النفسية تشترك في نفس الركيزة العصبية (النظام النفسحركي).

ثالثاً: الدماغ هو صلة الوصل بين العقل والجسد.

إذن فإن النظام الحركي والعقلي يشتركان في مجال واحد ضمن النظام العصبي المركزي، وهذا هو النظام النفسحركي الذي هو جوهر النظرية النفسحركية، التي تبين أن العقل البشري يمكن أن يكون سمة ظاهرة للنشاطات المختلفة ضمن النواة الحركية المركزية، والتي يعبر عنها الفرد باللغة، هكذا تؤكد النظرية النفسحركية، الدور الأساسي للنظام الحركي في نشوء وتطور النشاطات العقلية.

في هذا السياق أكد **شيرينغتون "Sherrington"**، على دور النظام الحركي في علاقته بالعقل، وذكر أن

كلما إزداد تطور العقل، وبالتوافق مع الإرتباط الوثيق بين العقل البشري والنظام الحركي البشري، فإن

التطور الموازي بين الفص الجبهي الأمامي للدماغ والأيدي في الكائنات الشبيهة بالإنسان يشير إلى أن

النشاط الحركي هو عنصر أساسي في الذكاء الإنساني. (سوتيز، 2000، ص 200)

وفقا للنظرية النفسحركية، العقل الإنساني هو سمة ظاهرة للنظام الحركي تتجسد في اللغة، فالعالم

العصبي الفيزيائي **سور جون إكلز Sir John Eccles**، النظرية الإزدواجية، التفاعلية، يرى أنه لا

يمكننا شرح العقل الإنساني دون الأخذ بعين الإعتبار نصف الكرة الدماغية الأيسر الذي يعد مسؤولاً عن

القدرات اللغوية الإنتاجية، ولخص **إيلكيس** أفكاره في أن الوعي الذاتي ككيان مستقل يعمل بشكل نشيط

أثناء القراءة، وينشأ من عدة مراكز للنشاط في مناطق الإتصال لنصف الكرة المخية المهيمن والذي يعمل

بشكل أساسي في اللغة، هكذا تؤكد النظرية النفسحركية الدور الجوهري للغة في نشوء العقل.

فنتيجة العلاقة الوثيقة بين العقل والنشاطات الحركية، يظهر الاضطراب العصبي الحركي كاضطراب

عقلي، ووفقا لنظرية العقل الحديثة من غير المعقول أن يكون هناك اضطراب عقلي بحت، لأن النشاطات

العقلية تنشأ فقط من النظام العصبي الحركي، لذلك فإن الاضطرابات العقلية ربما تنشأ من الاضطرابات

العصبية الحركية، وربما لا يوجد مرض نفسي دون مرافقة اضطراب عصبي حركي، ووفقا للنظرية

النفسحركية يمكن استخدام استراتيجيات جديدة في علاج الاضطرابات النفسية على سبيل المثال، ربما

يمكن علاج الكآبة بشكل تام، فقط بزيادة النشاط الحركي العصبي العضلي، فالنظام الحركي ربما يكون

العامل الأساسي في فهم وتحسين السلوك في الصحة والمرض، حيث أن الحالة العامة للنظام الحركي القشري الشوكي قد تكون العامل الأساسي في تحديد ما إذا كانت الحالة النفسية جيدة.

في هذا السياق ذكر **مكنيل وآخرين** أن زيادة نسبة الإنحراف الحركي العصبي يرتبط بشكل واضح بزيادة شدة العقلي (**مكنيل وآخرين، 2003، ص 219**)، وفيما يتعلق بالإقتران النفسي الحركي ذكر **والكر** " أن زيادة الدوبامين تؤدي إلى تزايد النشاط في كل من الاضطراب الحركي والفصام، فقد أظهرت نتائج الدراسات أن مناطق الدماغ المسؤولة عن زيادة شدة الفصام والاضطرابات تؤثر في الوقت نفسه في النظام الحركي، ذلك لأن ظهور الاضطراب الحركي الوظيفي يسبق الظهور السريري للفصام بعدة سنوات " فالنتيجه الحركي قد يكون مؤشرا في تمييز الأفراد الذين يمكن أن يواجهوا خطر الإصابة باضطرابات أو أمراض أخرى. (**نيومان ووالكر، 1999، ص 159**)

. كما أكد **سبيرى** الدور الجوهرى للنظام الحركي في النشاطات الإدراكية الذهنية، فهو يرى منذ نصف قرن تقريبا أن وظيفة الجهاز العصبي هي تنسيق التعصب العضلي. (**سبيرى، 1952، ص 288**)

وخطته التشريحية الأساسية ومبادئ عمله هي إمكانية فهم فقط هذه العلاقات المتبادلة بين النظام الحركي والنظام الإدراكي، يقول: "حتى النشاطات الإدراكية العالية، والتي لا تتطلب أي مخرجات حركية، تحتاج حتما في حدوثها إلى نشاطات حركية عصبية، وذكر **كولد وستولجر (1999)** أن الفكرة ليست أن علم الأعصاب سيوضح كل شئ حول العقل، فهناك مظاهر للعقل ربما لن نتمكن من توضيحها أبدا"، وبالمقارنة مع هذا الطرح، فإن النظرية النفسحركية ربما سيكون لها أهمية كبيرة في فهم وتحسين العقل، وهذا ما يطمح إليه الباحث في الدراسة الحالية، والتي تسعى إلى معرفة مدى دور الأنشطة النفسحركية في خفض النشاط الزائد لدى أطفال التوحد.

19- تأثير اكتساب المهارات النفسحركية لدى أطفال التوحد: قد تناولت العديد من الدراسات تطور المهارات الحركية ذي الإعاقة الذهنية، وتبين حسب علم الباحث ندرة الدراسات التي تناولت المهارات الحركية والمهارات النفسحركية للطفل التوحد، حيث ركزت الدراسات على مهارات التفاعل الإجتماعي ومهارات التواصل لدى طفل التوحد، على الرغم من أهمية المهارات النفسحركية لنمو الطفل.

فقد أشار **"بياجيه"** إلى أهمية الاكتساب المبكر لهذه المهارات لدى الطفل، فالرضيع يكتسب العديد من المهارات الحس حركية في مراحل تطوره المبكرة، والتي تساعده على التفاعل داخل البيئة المحيطة، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات من أن النشاط الحركي يعتبر ضروريا لنمو القدرات الإدراكية ولتنمو المعرفي بوجه عام، وخاصة في مراحل الطفولة المبكرة، وأن القصور في نمو القدرات الإدراكية والحركية

مسؤول عن عجز الأطفال في كثير من عمليات التعلم بالمدرسة، وإن برامج التدريب الإدراكي - الحركي يمكن استخدامها كبرامج لعلاج التأخر في النمو المعرفي وأيضاً التأخر الدراسي، حيث تعزز هذه البرامج نمو الإدراك الحسي، (البصري، اللمسي، ... وغيرها) والحركي لدى الأطفال.

ويؤدي التأخر في تطور هذه المهارات إلى ضعف تفاعل الطفل داخل بيئته، مما ينتج عنه تأخر في اكتساب مفاهيم عديدة ومنها الوعي بالجسم، والوعي بالفراغ المحيط به، والوعي بالزمن، التي تعد من المهارات النفسحركية، حيث اوضحت الدراسات أن هناك علاقة بين اكتساب مهارات الوعي بالفراغ المتمثلة في قصور إدراك الأطفال للعلاقات المكانية المختلفة، مما يؤدي بدوره إلى تأخر تطور مفاهيم مكانية أخرى مثل: أعلى، أسفل، فوق، تحت، قريب، بعيد، أمام وخلف، والتي تعد أساس المهارات الأكاديمية لاحقاً، وتعد هذه من أكثر المشكلات المنتشرة بين الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية وأطفال التوحد.

(عياد، 2008، ص 08)

كما أن هناك علاقة أيضاً بين قصور التفاعل في البيئة واكتساب المفاهيم المتعلقة بالزمن (مثل مفاهيم التسلسل والتعاقب، ومفاهيم السرعة والحركة والسكون)، فقد أشار "باري وشونا " إلى أن طفل التوحد يعاني من مشكلات في فهم التنظيم والتتابع والتسلسل وتتابع الأحداث والرموز. (وهبة، 2018، ص 159) ويتسبب القصور الحسي لدى بعض من هذه الفئة من الأطفال في مشكلات التعلم داخل البيئة التعليمية، نتيجة "التشتت" الذي قد يحدث، والذي يتخذ أشكالاً مختلفة لدى هؤلاء الأطفال، مثل عدم القدرة على تجاهل المثيرات غير مرتبطة بالموقف، والاستجابة للوضوء الخارجية أو الإستجابة لمثيرات أخرى ليس لها علاقة بمهمة المراد تعلمها.

وبناء على ماتقدم، فمن المتوقع أن يواجه أطفال التوحد مشكلات في التعلم، وقد لا يحققون نجاحاً في اجتياز مناهج وبرامج التعليم العادي والتقليدي، لأنها لا تتناسب احتياجاته، فإن البرامج النفسحركية قد تم اعدادها لكي تتناسب مع العديد من احتياجات وقدرات هذه الفئة من الأطفال، حيث أنها تحتوي على العديد من المهارات التي يحتاج اكتسابها من أنشطة متنوعة ومتعددة (أنشطة حركية وحسية، وأنشطة اللعب)، والتي تتناسب مع الإحتياجات المعرفية والحركية والإجتماعية لهذا الطفل.

ويعتقد الباحث أن النمو الحركي لا يتحقق إلا بفضل تصور جسدي جيد للطفل ووعي بالمكان والزمان المحيط بالطفل، وهذه المجالات هي الأساسية في الأنشطة النفسحركية التي لا بد أن نركز عليها في تدريب هؤلاء الأطفال، وهذا تبعا للملاحظات اليومية التي لاحظها الباحث خلال مسيرة عمله في المركز النفسي البيداغوجي.

وتستخدم الأنشطة النفسحركية نشاط اللعب كنشاط أساسي، مما يساعد طفل التوحد، على ممارسة العملية التعليمية بطريقة تجذب إنتباهه وتجعله يتفاعل مع البيئة المحيطة، بما تحتوى عليه من أشياء وموضوعات ومثيرات، مما يسهم بدوره في إكسابه العديد من المهارات المعرفية.

20-المجال النفسحركي كوسيلة لعلاج اضطراب التوحد:

يعد اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيدا لأنه يؤثر على مظاهر النمو المختلفة، لأن هذا الاضطراب أثار جدلا كثيرا، حيث لم يتفق الباحثون حتى الآن على تفسير واحد حوله، فهو مجموعة من الأنماط السلوكية التي تصدر عن الطفل وتتمحور في اضطرابات عامة في التفاعل الإجتماعي واضطراب في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل، وضعف الإنتباه المتواصل للأحداث الخارجية.

ف نجد الاضطرابات الحركية تظهر من خلال أداء حركات تكرارية ونمطية ذات نظام ثابت لا يتغير وتكون الحركات الأساسية لهم بشكل عشوائي غير منظم، إذ يشير عثمان (1987) إذ أن تلك الحركات الأساسية ماهي إلا أنماط حركية تظهر عند الإنسان بشكل أولى وتهدف إلى استخدام العضلات الكبرى والدقيقة إذ تتحول المهارات من الحركات العشوائية إلى الحركات الموجهة من العام الى الخاص.

(عثمان، 1987، ص110).

20-1- المشكلات الحركية لدى أطفال التوحد: يرى الحيارى (2018) أن المشكلات الحركية

ليست بالأمر غير الشائع وجوده في حالة الأطفال من ذوى (ASD)، على الرغم من كونها ليست جزء من مجموعة الخصائص المستخدمة في تعريف التوحد، ومن المشكلات الحركية التي يمكن رؤيتها تلك المسماة بخلل الأداء الحركي (dyspraxia)، وهي صعوبة أساسية في التنظيم الحركي ويمكن أن تظهر في تنظيم حركة العضلات الدقيقة والكبيرة، كما يمكن ملاحظتها في تنظيم حركة العضلات المرتبطة بالكلام (oral-motor planning) يمكن أن يجعل خلل الأداء الحركي وتعلم المهمات الجديدة أمرا صعبا، على الرغم من وجود قدرات حركية أخرى جيدة، ومن المشكلات الأخرى الشائعة لدى أطفال (ASD) والمرتبطة بالقدرات الحركية تلك التي تتضمن صعوبة في المهارات الحركية التي تتطلب التوازن (ومن المحتمل أن ذلك عائد إلى الاضطراب في النظام الحسي الدهليزي (القنوات الدهليزية في الأذن الوسطى)، والحركة الغريبة والمشي على الأصابع، بالإضافة إلى ما سبق، يفيد الآباء بوجود تأخر تطوري في مراحل التطور الحركي لأبنائهم بما فيها البطء في الوقوف، والبطء في الزحف، والبطء في المشي أيضا، من الشائع أن يلحظ الآباء والمعلمون مشكلات مرتبطة

بالمهارات العضلية الدقيقة، مثل الصعوبة في استخدام المقص والصعوبة في المهارات الإستعدادية للكتابة (penmanship).

فنجذ أطفال من ذوي (ASD) يظهرن صعوبات في تآزر حركة العضلات الكبيرة والدقيقة، حيث يتم تعريف الأطفال من ذوي المشكلات الحركية المرتبطة بالعضلات الكبيرة على أنهم غريبو الهيئة أو خرق، فالأنشطة الحركية عادة ما تكون صعبة للأطفال من ذوي (ASD) لأنها تتطلب تآزر الجهد البدني، ومن الأمثلة في هذا المضمار أنهم عادة ما تكون لديهم صعوبة بالغة في إمساك الكرة، أو التوازن وقوفا على رجل واحدة وعدم قدرتهم على التحرك في الفراغ، والتكيف على وضع أجسامهم عند سماع مثير سمعي بصري لهذا نجده يجد صعوبة في إدراك مجالات الفراغ والصورة الجسمية، الحكمة، الزمن، السلوك والمعرفة). (الحيارى، 2018، ص. ص 50-51)

كذلك إن المهارات اليدوية لهؤلاء الأطفال عادة ما تكون ضعيفة، ويمثل استخدام كلتا اليدين في الوقت نفسه تحديا لهم، وعلى ما يبدو فإن القيام بالأشياء البسيطة، مثل عقد رباط الحذاء، يمكن أن تكون تحديا كبيرا للأطفال من ذوي (ASD)، فنجد العديد من الدراسات التي أجريت مؤخرا وجدت نتائج متسقة حول التأخيرات الحركية لدى الأطفال من ذوي (ASD) مثلا: في دراسة Heimer & lopez & provost (2007)، والتي قارن فيها الباحثون نتائج الإختبارات الحركية للأطفال من ذوي (ASD) أظهروا تأخرات في المهارات الحركية الكبيرة، أولمهارات الحركية الدقيقة، أو كليتهما، يلخص الجدول أدناه بعض من دراسات مقارنات العينية المعيارية.

جدول رقم (8): يبين نتائج بعض الدراسات للمشكلات الحركية لدى أطفال من ذوي (Autism Spectrum Disorder-ASD)

الدراسة	النتائج
(Green) ورفقائه (2009)	وجدت هذه الدراسة أن جميع الأطفال من ذوي (ASD) في دراستهم كانت علاماتهم تحت علامة المنتين (15) على بطارية مقياس قياس الحركة (the movement Assessment battery)
(berkeley, zittel, pitney, and nichols)(2001)	ما بين (50-73%) من الأطفال من ذوي (ASD) لديهم مشكلات في التطور الحركي بشكل عام، بما فيها التحكم الحركي والتحكم بالأشياء
(Miyahara) ورفقائه (1997)	وجدت تآزر حركيا ضعيفا لدى أطفال من ذوي (ASD)
(vilensky, Damasio, and	إختلافات في أطوال الخطوات وزيادة في الوقت اللازم للوقوف

بشكل ملائم لدى أطفال التوحد مقارنة بالعاديين	Maure)(1981)
مشكلات في البراعة اليدوية، ومهارات التوازن	(Manjiviona and Prior)(1995)
مشكلات في تنفيذ الحركات والتخطيط لها	(mari,Castiello, Marks Marraffa,and prior) (2003)

(نفس المرجع السابق، ص 377)

20-2 العلاج الحركي لأطفال التوحد:

20-2-1 تدريبات حركية لأطفال التوحد: ينظر وطفة (2014): أن الحركة تتجلى منذ المراحل الأولى

لنمو الجنين داخل الرحم وخلال مراحل النمو تثير الحركة الأحاسيس لدى الطفل، فيشعر الطفل بجسمه وبمحيطه وذلك يساعد على ترجمة أفكاره ومشاعره إلى ردود أفعال وكلمات تضيف إلى العالم معنى براقا، وتبقى الحلة التي تربط الحركة والتعلم متصلة غير قابلة للانفصال، لأن الأصل في الحياة، حركة وذلك بناء على أهمية الحركة لنمو وتطور الطفل تم الإعتماد على العلاج بالحركة كأحد العلاجات لاضطراب التوحد العلاج الحركي مظلة تحتوي في ظلها أنواعا عديدة، منها العلاج بالحركات الدرامية، العلاج بالرقص والعلاج بالتمارين الحركية، التي باتت أسلوبا متبعا من قبل الرواد في علاج التوحد، أبرزهم مدرسة هيجاشي في اليابان التي إنتهجت هذا النوع من العلاج في برنامج تلاميذها اليومي الأساسي منذ عام 1982. (وظفة، 2014، ص 20)

20-2-2 فوائد التدريبات الحركية لأطفال التوحد:

ينمو الأطفال المصابون بالتوحد داخل قوقعة، حيث تحيط بيهم مجموعة من الصفات التي تحول بينهم وبين التواصل مع العالم من حولهم، أو أن يكونوا أطفالا طبيعيين قادرين على التحدث والتواصل واللعب والتخيل، وتحول هذه الصفات وما يرافقها بينهم وبين تقدمهم وتطورهم الحياتي أو الأكاديمي، لكن هناك العديد من السبل المتبعة لتخفيف من تأثير تلك الصفات على أطفال التوحد منها العلاج الحركي. فقد يتساءل البعض كيف يمكن للعلاج الحركي التدخل لتطوير مهارات اللغة والتواصل، والمهارات الإجتماعية ومهارات اللعب لأطفال التوحد، الإجابة عن هذا السؤال تكمن في سياق هذا الموضوع إن مفهوم العلاج بالحركة لا يقتصر على حركات رياضية ثقيلة تؤثر تأثيرا إيجابيا جسديا على الطفل، إنما يرتبط مفهوم العلاج بالحركة أيضا بوظائف الدماغ المتصلة بالوظائف الحسية والمشاعر، حيث تؤثر

الحركة على الطفل عقليا ونفسيا، فالحركة تساعدهم على تحويل طاقاتهم الجسدية وتوترهم وقلقهم إلى حركات وظيفية في تمارين نفسحركية. (نفس المرجع السابق، ص ص 20-21)

فقد إعتاد الأطفال المصابون بالتوحد على التحرك بشكل عشوائي دائم وبدرجة عالية من الحماس، يظهر عليه في بعض الأحيان نشاط حركي زائد بدون هدف، ولكن خلال العلاج النفسحركي، يتم تدريب الأطفال وتعليمهم على التحرك ضمن نطاق التمارين الحركية الوظيفية التي تمكنهم من الإستمتاع والإحساس بنفس الشعور الذي كانوا ينشدونه في حركتهم العشوائية وغير المتوقعة.

- **تقوية الجسم:** من التأثيرات الإيجابية للأنشطة الحركية هي أنها تبني وتقوي عضلات الجسم المختلفة، منها عضلات اليدين والساعدين الضرورية لإمساك ورمي الكرة على سبيل المثال، وبالتالي فإن الأطفال المصابين بالتوحد يظيفون إلى مهارات اللعب لديهم من خلال ممارستهم لمختلف الأنشطة الحركية.

فإذا كان الطفل غير قادر جسديا على القيام بالحركة الصحيحة لذراعيه ويديه، فإنه لن يستطيع اللعب بالكرة كرميها والتقاطها على سبيل المثال، عوضا عن ذلك قد يصاب الطفل بالإحباط لعدم قدرته على اللعب بسبب ضعف عضلات يديه وذراعيه، وعدم قدرته على التحكم بهما، علاوة على ذلك فإنه ضمن جلسة العلاج بالحركة يتلقى الطفل مهارات عدة للعب، منها اللعب ضمن جماعة وتبادل وانتظار الأدوار واكتساب مهارات التقليد والمحاكات الجسدية للآخرين.

- **تطوير مهارات التواصل:** وعلى غرار ذلك، فإن جلسة الأنشطة الحركية تشكل مناخا مناسباً لتطوير مهارات اللغة والتواصل، من خلال تدعيم حركة الأنشطة بالكلمات المناسبة، فتأتي الحركة مصاحبة للكلمة، مثال الفعل (إقفز) يكون مصاحبا ومرتبطا بالكلمة إقفز عندما يستخدمان بشكل تكراري أثناء جلسة العلاج الحركي.

وبذلك تكون هذه الطريقة أسهل على أطفال التوحد لإستعاب وتطبيق فعل القفز عند مصاحبة الكلمة للفعل والحركة، عوضا على استخدام أي منها بشكل مفرد وغير وظيفي، كما أن جلسة العلاج الحركي تخلق محيطا إجتماعيا لأطفال التوحد، لكي يستفيدوا من تفعيل وتقوية إدراكهم بزملائهم والبيئة المحيطة بهم.

إذن العلاج بالحركة ينمي ويطور المهارات الحركية ومهارات اللعب، وبالتالي مهارات اللغة والتواصل، لأن إفتقار الأطفال المصابين بالتوحد إلى مهارت اللعب البسيطة نتيجة ضعف القدرات والمهارات الحركية، سوف يؤدي إلى التقليل من فرصة تطوير مهارت اللغة والتواصل، فالأطفال غير القادرين على اللعب غير مقبولين إجتماعيا، وإستنادا إلى ماسبق فإن الأطفال المصابين بالتوحد يتلقون تقبلا إجتماعيا،

ويستطيعون الاندماج مع غيرهم من الأطفال العاديين، إذ ما كانوا قادرين على المشاركة في الأنشطة
النفسحركية (نفس المرجع السابق، ص ص 21-22)

ومن ذلك فإن العلاج الحركي يساهم بشكل غير مباشر في التدخل، وتطوير الجوانب المتأثرة لدى أطفال
التوحد: كاللغة والتواصل... الخ

20-3- توجيهات خاصة بالأنشطة النفسحركية: ينبغي أن تكون حصص التربية النفسحركية

مرحة ومثيرة، وتقدم في شكل ألعاب يكون المشرف مشارك للأطفال في الألعاب والتمارين.

ويجب أخذ الإمكانات الإيقاعية للطفل بعين الاعتبار عند إنجاز الأنشطة المقترحة، مع الحرص على
اختيار أوقات ملائمة لتنفيذ هذه الأنشطة.

20-3-1 أنشطة الحركات الأساسية: أنشطة خاصة بالتربية النفسحركية، نماذج الحبو والزحف،
حركات حسب النداء تتضمن الدوران، حركات حسب النداء الرقود، حركات حسب النداءات من وضع
الوقوف، تقليد الحركات الألعاب، الموانع، الإحتفاظ بالكرة في الهواء، ألعاب تحديد أجزاء الجسم، ألعاب
الخطو على قطع ملونة، ألعاب التعرف على الأشكال وبناء جمل بالتكوينات الهندسية، أنشطة السلم
الأرضي، ألواح التوازن.. (عبد الكريم، 1995، ص 489)

هذه الحركات لها تأثيرات إيجابية كثيرة على الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية لأطفال التوحد نذكر منها:

-تحسين وتنمية مثل هذه الحركات الأساسية السابقة الذكر مما يسهل على المعاق حياته اليومية
والإعتماد على نفسه.

-تنمية الإدراك الحسركي والربط بين الحركات المختلفة.

-زيادة الكفاءة البدنية وتنميتها.

-تحسين وتنمية أداء الأعضاء المختلفة للجسم والربط بينها أثناء الأداء. (شرف، 2001، ص 57)

20-4- تنظيم الأنشطة الخاصة بالتربية النفسحركية: يمكن للمربي أن ينظم التربية النفسحركية

داخل القاعة أو في الهواء الطلق.

أ-بالنسبة لتنظيم الأنشطة في الهواء الطلق: تضم كل التمارين التي تستلزم مدى واسع للحركة واللعب

بالقفز والتساق والرمي... الخ

ب-بالنسبة لتنظيم الأنشطة داخل القاعة: تنظم الأنشطة داخل القاعة في الحالات الإستثنائية مثلا

سوء الأحوال الجوية، أو إمكانية المؤسسة لا تسمح، أو حالة الصحية للممارس، ولكن يجب أن تبرمج

أنشطة حركية مناسبة قابلة للتطبيق القاعة التي ينبغي أن تتوفر على الوسائل اللازمة لتحقيق الأهداف المسطرة، وأن تكون مناسبة لفئة الممارسة للنشاط.

ت-الوسائل: تعتبر الوسائل ذات أهمية واسعة في تحفيز الأطفال إلى العمل فإنه ينبغي التفكير فيها مسبقاً، أو إذا كانت مشاركتهم في إحضارها ضرورية، فإن المشرف مطالب بحترام حرية الاختيار لديهم استجابة لرغباتهم التي تسمح بالكشف عن ميولهم.

عدد الحصص: النفسحركية تقدم يومياً وذلك صباحاً ذلك قبل الساعة 12:00 ومساءً بعد الراحة أو القيلولة وتماشياً مع قدرات الأطفال في هذه المرحلة فإن حصة التربية النفسحركية تكون ما بين 20 إلى 50 دقيقة.

مما سبق نستخلص أن الأنشطة النفسحركية مجموعة مقترحة من التقنيات الممنهجة تتمحور حول (التوازن الحركي، التناسق، الآلية، والتفكير الحركي) تطبق على أطفال، والتي يكون فيها الجانب النفسحركي الركيزة الأساسية لها لكونه وسيلة لتنمية قدرات الأطفال، بحيث تستهدف في ذلك استغلال وإستثمار الإمكانيات الذاتية للطفل (الجسمية والنفسية)، وتطوير مهاراته الحركية والعقلية وإدراك العلاقات الجسدية التي تمكنه من الوعي بجسمه، وتدقيق حركاته، وتطوير وظائف أعضائه، وفهم العلاقة بين التناسق البصري اليدوي، وإدراك البنية المكانية والزمنية وفهم العلاقة بين الأشياء والأبعاد. كذلك يمكن إستغلال وإستثمار الأنشطة النفسحركية في إعادة التعلم في مجالات الفراغ والصورة الجسمية، الحركة، السلوك والمعرفة، وهذه المجالات تهيب لطفل التوحد في اكتشاف ذاته ووعيه بنفسه، والإحساس بالآخرين والمحيطين به، كما أنها تساهم في خفض النشاط الحركي الزائد لهذه الفئة من الأطفال.

الفصل الثالث: النشاط الزائد

تمهيد

1-لمحة تاريخية.

2- مفاهيم متعلقة باضطراب النشاط الزائد.

3- أعراض اضطراب النشاط الزائد.

4- عوامل الإصابة باضطراب النشاط الزائد.

5- النظريات المفسرة لاضطراب النشاط الزائد.

6- الطرق العلاجية في خفض النشاط الزائد.

خلاصة الفصل

تمهيد:

ما نلاحظه عندما نفحص بعض أطفال التوحد، سلوكيات شاذة وحركة زائدة ومضطربة توحي بوجود خلل ما يندر بوجود اضطرابات سلوكية في غالبها، نشاط حركي زائد، يمتد تأثيره إلى مجالات واسعة من حياة الطفل، وقد حظي هذا الاضطراب باهتمام الكثير من الباحثين، وذلك لسعة انتشاره وتعدد أعراضه وعلاقته باضطرابات أخرى، وسنحاول في هذا الفصل التطرق الى العديد من العناصر المتعلقة بالنشاط الزائد.

1- لمحة تاريخية:

تزايد الاهتمام الطبي في السلوكيات المتصلة بالنشاط الزائد وعجز الانتباه في بدايات القرن العشرين عندما صرح "تدغولد" (Tedgold) عام 1908 بأنه في حالات الإصابة الدماغية البسيطة خلال الولادة، فإن الأعراض الأولية قد تتلاشى بسرعة، إلا أنها تعاود الظهور في بداية الحياة المدرسية والتعليم المدرسي، دالة على وجود عجز ما، وتواصل الاهتمام في تأثير الإصابة الدماغية على السلوك بعدما أصيب عدد من الأطفال بعدوى الإلتهاب الدماغى والتهاب السحايا، مما لفت الانتباه إلى المشكلات السلوكية عقب الإصابة بتلك الالتهابات، ومن أبرز السمات السلوكية التي ظهرت عند هؤلاء الأطفال الاندفاعية، والنشاط الزائد، وعدم الاستقرار الوجداني والعدوانية إتجاه الآخرين، بالإضافة إلى مجموعة من المشكلات التعليمية.

مما أعاد الاهتمام بنظرية "تدغولد" (Tedgold) من قبل شتراوس (Strauss) خلال الأربعينيات من القرن الماضي حيث أكد في دراسته إلى أن الأفراد الذين يظهرون هذه المشكلات السلوكية والتعليمية لا بد أنه قد لحقت بهم إصابات دماغية، وقد كان يشار إلى أولئك الأطفال بأن لديهم تلف دماغي بسيط. واستمرت الدراسات والأبحاث إلى أن تم إثبات أن عددا من الأفراد يعانون من المشكلات السلوكية السابقة رغم أنهم غير مصابين بإصابات دماغية عضوية، وبقي هذا الاعتقاد سائدا إلى أن ظهر كتاب في عام 1968، وهو الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، والذي اعتبر أن عجز الانتباه والاندفاعية عرضان رئيسيان، فالأطفال الذين يظهر عليهم هذان العرضان يتم تشخيصهم على أنهم مصابون باضطراب عجز الانتباه بالإضافة إلى النشاط الزائد (ADHD).

وبالرغم من الصدى التي تركه هذا الكتاب، إلا أنه أُنقذ بسبب عدم وجود أدلة كافية تثبت وجود اضطراب ين منفصلين، لذا بدأ الحديث عن اضطراب وحيد في الطبعة المحدثّة من الكتاب نفسه وهو اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد يتسم في قلة الانتباه والحركة الزائدة والاندفاعية، وبقي هذا الإعتقاد

سائد لفترة من الزمن غير أن الأبحاث اللاحقة أكدت ما جاء في الطبعة الأولى من الكتاب إلا أنها أوضحت أن الأطفال الأصغر سنا تتمثل مشكلاتهم الأساسية في النشاط الزائد والاندفاعية. (عبد ربه، 2014، ص11)

وبناء على ذلك قسم الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الخامس اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى 3 فئات:

- اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد الذي تغلب عليه قلة الانتباه.
- اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد الذي تغلب عليه قلة النشاط الزائد والاندفاعية.
- اضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد، فئة شاملة بمعنى الأطفال المصابين بعجز الانتباه والنشاط الزائد الإندفاعية على نحو شديد.

على الرغم من القبول الواسع لما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، يستمر اعتبار هذا واحداً أو اضطراباً متعددًا. (نفس المرجع السابق، ص13) ثم تطور الاهتمام بالنشاط الزائد من قبل الكثير من الباحثين، فمع نشوب الحرب العالمية الأولى لوحظ أن بعض الراشدين يعانون من مضاعفات متعلقة بالتهاب الدماغ، وأظهروا أعراضاً لمرض "باركنسون" كما ظهر على بعض الأطفال نفس الاضطراب مصحوباً بالنشاط الزائد، مما أظهر وجود ارتباط بين المرض المخي وحالات الشذوذ السلوكية، ولقد قدم "هوفمان" وهو أحد الأطباء الألمان كتاباً عن أحد الأطفال المصابين بالنشاط الزائد والميول التدميرية يدعى "فيليب"، ولا يزال الوصف الذي قدمه "هوفمان" في كتابه يعد وصفاً إكلينيكيًا دقيقاً لخصائص الأطفال ذوي النشاط الزائد، ولقد قدم جورج في عام 1954 أول تشخيصاً إكلينيكيًا للأطفال ذوي النشاط الزائد، ومنذ ذلك الحين تعددت الأسماء التي تصف هذا الاضطراب، فمنها ضعف التحكم المعنوي أو اضطراب الوظائف المخية أو النشاط الزائد. (عبد الستار، 2002، ص40)

ثم اتجه اهتمام الأبحاث حول العلاقة بين اضطراب النشاط الزائد والأسباب الدماغية (إصابات المخ)، فقد وصفت أبحاث عديدة لـ "هينج وآخرين" عام 1960 هذا الاضطراب بأنه اختلال بسيط في وظائف المخ لدى الأطفال. (أمينة، 2008، ص. ص 15-17)

وبالنسبة للتطور التاريخي للنشاط الحركي الزائد مع قصور الانتباه، نجد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الثاني في 1968 والذي أشار لأول مرة إلى مصطلح فرط النشاط الحركي l'hyperactivité تحت مصطلح Trouble déficitaire hyperkinétiques de l'attention اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، ونجد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الثالث

في 1980 إذ أشار إلى تعريف إكلينكي منظم ومضبوط لاضطراب فرط النشاط الزائد مع قصور الانتباه تحت مصطلح جديد وهو اضطراب في عجز الانتباه (TDA) trouble déficitaire de l'attention بدون الإشارة إلى النشاط الزائد والاندفاعية، أما في الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية الثالث والمعدل سنة 1989 تمت إضافة أعراض فرط النشاط الحركي مع الاندفاعية.

- في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع والمعدل الصادر سنة 2005 كان يشار إلى هذا الاضطراب باضطراب الانتباه مع أو بدون فرط النشاط الحركة trouble du deficit de l'attention hyperactivité، كما صنف هذا الاضطراب ضمن اضطرابات الطفولة الأولى، وتم تقسيمه إلى ثلاثة أشكال، الشكل الأول النشاط الزائد مع الاندفاعية بدون قصور في الانتباه، الشكل الثاني قصور الانتباه بدون فرط في النشاط الحركي، والشكل الأخير وهو المختلط والتي يكون فيها النشاط الزائد وقصور الانتباه بنفس الدرجة.

- أما الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس الصادر في 2013 سمي هذا الاضطراب كذلك بقصور الانتباه مع أو بدون اضطراب في فرط الحركة، والملاحظ أنه لا يوجد فرق كبير بين الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس في التصنيف، إذ صنف الدليل التشخيصي الخامس هذا الاضطراب ضمن اضطرابات النمو العصبية Neurodevelopmental Disorder. (الحمادي، 2013، ص31)

2- مفاهيم متعلقة باضطراب النشاط الزائد: برزت العديد من التعريفات التي توضح مفهوم النشاط الزائد وقصور الانتباه في المراجع العربية والأجنبية، ولقد ركز الباحث على التعريفات التي توضح طبيعة الاضطراب والأعراض الأساسية له، بما يوجز للقارئ ما هو اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه (ADHD).

2-1- تعريف النشاط الزائد: أشار الزيات (2006) إلى أن النشاط الزائد يتمثل في قيام الطفل بنشاط حركي مفرط دون هدف في الغالب، ولهذا يتسم سلوك الطفل بسرعة الغضب أو الإنفعال. تعرفه عبد ربه (2014): على أنه اضطراب أفقي يشمل مجموعة من الاضطرابات الرأسية منبعها النفس وتتمركز في العقل الذي يصدر إشارات موجّهة بالاضطراب لبقية أجزاء الجسم المختلفة. وتعرفه أيضا بأنه خلل سلوكي نتيجة لعوامل مكتسبة (عقلية) أو وراثية، تفقد الفرد القدرة على التحكم في الأداء الناتج منه.

يعرفه الأشول (1987): بأنه "السلوك الذي يتسم بالحركة غير العادية والنشاط المفرط ويعوق تعليم الطفل المضطرب به، ويسبب له مشكلات في إدارة السلوك "

يعرفه يحيى (2000): بأنه: "زيادة في النشاط عن الحد المقبول بشكل مستمر، وأن الحركة التي يصدرها الطفل لا تكون متناسبة مع عمره الزمني "

2-2- تعريف قصور (تشتت) الانتباه:

يعرفه الجعافرة (2008): من الحالات الأكثر انتشارا، فبالإضافة لعدم القدرة على الانتباه فدرجة التركيز والانتباه لديهم قصيرة جدا، فإن المصابين بالحالة غير قادرين على التركيز والتذكر والتنظيم، يظهرون كأنهم غير مهتمين لما يجري من حولهم، يجدون صعوبة في بدء وإكمال ما يقومون به من نشاط وخصوصا ما يظهر أنه ممل أو متكرر أو فيه تحدي وتفكير، كأنهم لا يسمعون عندما تتحدث معهم، ولا ينفذون الأوامر والتوجيهات المطلوبة منهم، يفقدون أغراضهم، وينسون أين وضعوا حاجياتهم.

ويعرفه كامل (2003) بأنه الاضطراب الذي يمس الشكل التلقائي، والإرادي للانتباه، ويتمثل في ضعف القدرة على تركيز العمليات العقلية في الاتجاه الذي نريده، وعدم القدرة على التأثر بالأحداث، وقصور في عدد من الصور المتغيرة المنطبعة في الذهن.

يعرفه الدوسقي (2006): بأنه شروذ الذهن وتجنب أداء المهام التي تتطلب الانتباه لمدى زمني طويل إلى جانب السلوكيات التي تتمثل بالإهمال والنسيان عند أداء الأنشطة اليومية، وفقدان الممتلكات في أغلب الأحيان وعدم القدرة على إتباع التعليمات، وصعوبة في تنظيم أو أداء المهام". (الدوسقي، 2006، ص27)

يعرفه القمش والمعايطة (2007): بأنه "عدم القدرة على المتابعة والتركيز على المهمات والمثيرات المختارة المرتبطة بالمواقف أو المغالاة في الانتباه بمثيرات مرتبطة بالموقف".

2-3- تعريف الاندفاعية:

يكون هؤلاء الأطفال مندفعين، لا يفكرون في الحدث وردة الفعل، يجيبون على السؤال قبل الانتهاء منه، ولا ينتظرون دورهم في الحديث أو اللعب، فهم كثيرا ما يقاطعون الآخرين في الكلام واللعب، وهو يؤدي إلى عدم قدرتهم على بناء علاقات مستمرة مع الآخرين، ونلاحظ التأثير على البالغين في عدم استمرارهم في عمل أو وظيفة معينة، كما أنهم يصرفون أموالهم بدون تفكير أو حكمة. (الجعافرة، 2008، ص.ص 14-15)

2-4- تعريف اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه :

2-4-1 تعريفات الإتجاه الطبي:

أ- تعريف "ميادة الناظور": تعرفه على أنه اضطراب مزمن، ذو أساس عصبي سلوكي، ويتصف هذا الاضطراب بمستويات نمائية غير ملائمة من عدم الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية والتي تتعارض مع المعايير الاجتماعية والأداء الأكاديمي والمهني. (الزراع، 2007، ص18)

ب- تعريف " تشرنومازونا" (1996): يرى أن هذا الاضطراب نتيجة لقصور في وظائف المخ التي يصعب قياسها بالاختبارات النفسية. (محمدي، 2011، ص25)

ت- تعريف المعهد القومي للصحة النفسية **National Institute of Mental Health**

(2000)NIMH: يعرف الاضطراب على أنه اضطراب في المراكز العصبية التي تسبب مشاكل

في وظائف المخ، مثل التفكير والتعلم والذاكرة والسلوك. (اليوسفي، 2005، ص18)

2-4-2 تعريفات الإتجاه السلوكي الذي يركز على النتائج:

أ- تعريف منظمة الصحة العالمية: في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية (1999)، تعرف منظمة الصحة العالمية اضطرابات النشاط الزائد على أنها مجموعة الاضطرابات التي تميز بما يلي:

بداية مبكرة، توليفة من سلوك فرط النشاط، قلة التهذيب مع عدم اكثرات شديد، وعدم القدرة على الاستمرار في أداء عمل ما، وإنتشار هذه الخصائص السلوكية عبر مواقف عديدة واستدامتها مع الوقت. (منظمة الصحة العالمية، 1999، ص276)

ب- تعريف بطرس (2008): هو خلل ارتقائي (نمائي) يبدأ ظهوره في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد يستمر لما بعد المراهقة، ومن أهم مظاهره زيادة النشاط الحركي وتشتت الانتباه والاندفاعية. (بطرس، 2008، ص 402)

ت- تعريف Anastopoulos (1999): يرى أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حالة من فئة تتسم بمستويات غير ملائمة من قصور الانتباه والنشاط الزائد، وهذا الاضطراب له تأثير ضار وخطير على الأداء النفسي للطفل والمراهق، والفرد والذي يعاني منه يظهر قدرة أكاديمية منخفضة وضعفا في التحليل الأكاديمي، إلى جانب العديد من المشكلات التي تتعلق بالعلاقات مع الرفاق وتدني مفهوم الذات. (الدسوقي، مرجع سابق، ص 28).

ث- تعريف برجان (Berggin, 1991): الأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الزائد هم أطفال لم يحصلوا على اهتمام الوالدين فحدث لهم هذا الاضطراب السلوكي. (اليوسفي، 2005، ص18)

ج- تعريف باركلي (Barkley،1990): اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هو اضطراب في منع الاستجابة للوظائف التنفيذية قد يؤدي إلى قصور في تنظيم الذات، وعجز في القدرة على تنظيم السلوك تجاه الأهداف الحاضرة والمستقبلية مع عدم ملائمة السلوك بيئياً.

ح- يعرفه الدليل التنظيمي للتربية الخاصة (2015) بأنه: اضطرابات عصبية وسلوكية، تظهر في صورة تشتت الانتباه، وعدم القدرة على التركيز مدة كافية لتنفيذ المهمة المطلوبة، كما قد يظهر النشاط الزائد على شكل سلوك يتسم بحركة زائدة ونشاط مفرط غير هادف، يعيق تعلم الطفل، وقد تقتزن هاتان الظاهرتان معاً.

خ- تعريف معجم علم النفس الفرنسي لسيلامي: (Sillamy(1999 بالنسبة لهذا المصدر فإنه قد جمع بين كلمتين (hyperactivite – instabilite) ليدرجهما بمعنى موحد، حيث قدم التعريف الوحيد في مقابل الكلمة الأولى (instabilité) كما يلي: عدم الاستقرار، الإثارة المفرطة للطفل الذي يلمس كل شيء، ينتقل من نشاط إلى آخر، يتحرك ويتحدث باستمرار، عدم الاستقرار النفسي الحركي (منتشر بنسبة من 4 إلى 10% من أطفال المدارس، وخاصة الأولاد)، إنه يشكل عائقاً خطيراً لأطفال المدارس الذين يجبرون على البقاء بلا حراك والصمت في أمكنتهم، إنه سبب النزاعات مع الآباء والمعلمين ويؤدي إلى وضع عام من عدم الرضا، إن عدم الاستقرار النفسي الحركي له أساس تكويني ولكن تعززه الظروف الاجتماعية والعاطفية التي ينشأ فيها الأطفال: قلة النوم، وانعدام الأمن بسبب الخلافات الزوجية، وما إلى ذلك، اعتماداً على أهمية الاضطراب، لا يتمكن الطفل المضطرب من التحكم في نفسه عندما يُطلب منه التوقف عن الحركة أو إبلاء المزيد من الاهتمام، قد تكون هناك ذلك مشكلة عصبية، ولكن غالباً ما يعكس عدم الاستقرار النفسي الحركي اضطراباً عاطفياً، والحاجة إلى لفت الانتباه إلى الذات، وسيلة لمواجهة الاكتئاب. (سيلامي، 1999، ص141) (ترجمة الباحث)

إذا في هذا التعريف نجده أكثر عمومية من التخصيص، لأنه لم يذكر حالات مرضية يصاحبها النشاط الزائد وفرط الحركة.

وبناء على ما سبق، فإن جميع التعريفات المذكورة رغم اختلافها واختلاف توجهاتها إلا أنها تتفق على بعض المسلمات لهذا الاضطراب تمثلت في:

- اضطراب عصبي نمائي ينتج عنه فرط في الحركة واندفاعية في السلوك مع عدم التركيز.
- يجب أن تلاحظ الأعراض الأساسية في بيئتين على الأقل (المنزل، المدرسة).
- تؤثر الأعراض الأساسية لاضطراب النشاط الزائد على العلاقات الاجتماعية والأداء.

3- أعراض النشاط الزائد بين ICD-10 و DSM-5:

3-1- اضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط حسب: ICD-10 :

مصنف تحت فصل الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تبدأ عادة في الطفولة والمراهقة، ضمن قائمة

اضطرابات النشاط الزائد: f90

- 90.0 اضطراب النشاط والانتباه.

- 90.1 اضطراب التصرف مع النشاط الزائد.

- 90.8 اضطرابات النشاط الزائد الأخرى.

- 90.9 اضطراب النشاط الزائد غير محدد. (منظمة الصحة العالمية، 1999، ص 273)

3-1-1: الأوصاف العيادية لاضطراب النشاط الزائد 90.0:

هي مجموعة من الاضطرابات تتميز بما يلي: بداية مبكرة لتوليفة من سلوك مفرط النشاط قليل التهذيب مع عدم اكرتات شديد، وعدم القدرة على الاستمرار في أداء عمل ما، وانتشار هذه الخصائص السلوكية عبر مواقف عديدة واستدامتها مع الوقت، واضطرابات النشاط الزائد تبدأ دائما في مرحلة مبكرة من التطور (عادة في الخمس سنوات الأولى من التطور ومميزاتها الرئيسية هي فقدان المثابرة في النشاطات التي تستدعي اندماجا معرفيا وميلا إلى الانتقال من نشاط إلى آخر دون الانتهاء من أي منها، بالإضافة إلى نشاط مفرط، غير منظم وغير مرتب وتستمر هذه الإعاقات عادة أثناء سنوات الدراسة وحتى أثناء الحياة الراشدة، ولكن كثيرا من الأفراد المصابين بالاضطراب يظهرون تحسنا تدريجيا في النشاط والانتباه، وقد تصاحب الاضطرابات شذوذات مختلفة، فالأطفال مفرطوا الحركة كثيرا ما يكونون غير مباليين ومندفعين، هذا الأمر الذي يعرضهم للحوادث، وعادة ما يجدون أنفسهم في مشكلات مع الأنظمة والقوانين، إخلالهم الدائم بالقواعد نتيجة لعدم الانتباه لأنهم لا يعتمدون التحدي، في العادة تكون علاقاتهم مع البالغين غير مكبوتة اجتماعيا، وتفتقد للحذر والتحفظ ولكنهم غير محبوبين بين الأطفال الآخرين وقد يصبحون منعزلين، فالاختلال المعرفي يكون شائعا لديهم، ويكثر التأخر النوعي في تطور الحركة والكلام بشكل مناسب.

ومن المضاعفات السلوكية الثانوية الاستهانة بالمجتمع وانخفاض الثقة بالنفس.

وبالتالي فهناك تطابق شديد بين النشاط الزائد والأنماط الأخرى من السلوك المضطرب، مثل اضطراب التصرف غير المتوافق اجتماعيا، ومع ذلك فإن البيانات المتوفرة حاليا تفضل أن يتم فصل مجموعة يكون فيها النشاط الزائد هو مشكلتها الرئيسية .

3-1-2 الدلائل التشخيصية: الملامح الجوهرية هي اضطراب الانتباه وفرط النشاط، وكلاهما ضروري في عملية التشخيص، ويجب أن تكون واضحة في أكثر من حالة (مثل المنزل، الصف المدرسي، العيادة).

ويظهر اختلال الانتباه في شكل توقف مبكر عن المهام الجارية وترك الأنشطة دون استكمالها، وينتقل الأطفال كثيرا من نشاط إلى آخر، ويبدون وكأنهم فقدوا اهتمامهم بمهمة ما، لأن مهمة أخرى قد جذبتهم (بالرغم أن الدراسات المختبرية لا توضح في العادة درجة غير عادية من التشتت الحسي أو الإدراكي)، ويجب تشخيص هذه النقائص من عدم المثابرة وعدم الانتباه فقط إذا كانت تتجاوز المنتظر من الطفل في حدود عمره وحاصل ذكائه QI، والنشاط المفرط يعني ضجرا مفرطا خاصة في المواقف التي تستدعي هدوءا نسبيا، وقد يصل تبعا للموقف إلى حد الركض أو القفز حول المكان أو الوقوف عندما يستدعي الأمر أن يظل الطفل جالسا، أو الكلام والضجيج المفرط أو التملل والتلوي عندما يكون في مكانه، ومقياس الحكم هو أن يكون النشاط عالي الإفراط في إطار ما هو منتظر في ذلك الموقف بالمقياس إلى آخرين في نفس العمر وبنفس حاصل الذكاء QI وتتضح هذه السمة السلوكية بشكل خاص في المواقف المنظمة والمخططة التي تستدعي درجة عالية من التحكم الذاتي في السلوك K والملاحم المصاحبة التالية ليست كافية أو ضرورية للتشخيص ولكنها تساعد في التأكيد عليه.

يعد عدم التحفظ في العلاقات الاجتماعية، والاستهتار في مواقف تتضمن بعض الخطر، والاندفاع في الاستهزاء بالقواعد الاجتماعية (كما يتضح في التطفل على الآخرين أو مقاطعتهم أثناء عملهم أو التلطف المبكر بإجابات لأسئلة لم تستكمل بعد، أو صعوبة انتظار الدور) مظاهر تميز الأطفال المصابين بهذا الاضطراب واضطراب التعلم والاتساق الحركي تحدث بمعدل ليس بقليل، ويجب أن يرمز لها بشكل مستقل تحت (F80,F89) إن وجدت، ولكن يجب أن لا تكون جزءا من التشخيص الفعلي لاضطراب النشاط الزائد وأعراض اضطراب التصرف، ولكن غيابها أو وجودها يمثل أساس التقسيم الفرعي للاضطراب .

3-1-3 التشخيص الفارقي: نجد أن الاضطرابات المختلطة شائعة، والاضطرابات النمائية المنتشرة لها الأولوية إن وجدت، والمشكلة الرئيسية في التشخيص الفارقي هي التمييز عن اضطرابات التصرف درجات خفيفة من فرط النشاط وعدم الانتباه، وإذا توفرت ملامح كل من فرط النشاط واضطراب التصرف وكان اضطراب فرط النشاط شاملا وشديدا فإن ذلك يؤدي إلى تشخيص اضطراب تصرف مع النشاط الزائد "F90.1".

وهناك مشكلة أخرى سببها أن نوعا من فرط النشاط وعدم الانتباه مختلف تماما عن ذلك الذي يميز اضطراب النشاط الزائد، قد يبرز بين اضطرابات القلق أو الإكتئابية، وبالتالي لا يجوز أن يؤدي التملل الذي يحدث نموذجا في الاضطراب الاكتئابي الحصري إلى تشخيص اضطراب النشاط الزائد كذلك، فإن التملل الذي كثيرا ما يكون جزءا من القلق الشديد لا ينبغي أن يقود إلى تشخيص اضطراب النشاط الزائد، وإذا استوفيت معايير أحد اضطرابات القلق (F93,F43,F41,F40) فإن الأولوية تكون له قبل اضطراب النشاط الزائد، إلا إذا كان من الواضح أن هناك فضلا عن ذلك أحد اضطرابات النشاط الزائد تدل عنه سمات أخرى، غير التملل المصاحب للقلق.

بالإضافة إذا استوفيت معايير تشخيص اضطراب مزاجي (F395,F30) فلا يجوز أن يضاف ببساطة تشخيص اضطراب النشاط الزائد لمجرد اختلال التركيز أو وجود توتر نفسي حركي، ويستخدم التشخيص المزوج فقط إذا كان من الواضح أن هناك وجود مستقل لاضطراب النشاط الزائد تشير إليه أعراض لا تكون مجرد جزء من اضطراب المزاج، والبدية الحادة لسلوك يتميز بفرط النشاط لدى طفل في عمر المدرسة يكون غالبا نتيجة لنوع ما من الاضطرابات التفاعلية (إما نفسية المنشأ أو عضوية) أو حالة هوس أو فصام أو مرض عصبي (على سبيل المثال حمى روماتيزمية)، لا يشمل اضطرابات القلق

F93، F41، الاضطرابات الوجدانية F39،F30، اضطراب نمائي منتشر F84، الفصام، F20

وكل هذه التوضيحات السابقة الذكر في تمييز اضطراب النشاط الزائد من اضطراب الانتباه تم تجاوزها وذلك بحذف اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، من فئة اضطرابات الإفراط الحركي والإقرار به كاضطراب قائم بذاته وأدرج في فصل جديد في الاضطرابات النمائية العصبية، حيث اعترف بالتشخيص المرضي للاضطراب مثله مثل التوحد في الإصدار الجديد من DSM 5-الطبعة الخامسة.

كما يطرح ICD 10-إشكالية تصنيف اضطراب فرط النشاط والانتباه، ((F90.0 حيث يشير في ملحوظة أخيرة إلى أنه هناك غموض مستمر حول أفضل تقسيم لاضطرابات النشاط الزائد ومع ذلك فإن دراسات المتابعة تشير إلى أن حصيلة الاضطراب في المراهقة والحياة الراشدة تتأثر كثيرا بما إذا كان هناك عدوانية أو انحراف أو سلوك مستهين بالمجتمع مصاحب أو لم يكن أي من ذلك موجودا، وبالتالي فإن التقسيم الرئيسي يستند إلى وجود أو غياب هذه الملامح المصاحبة، وينبغي أن يكون الرمز F90.0 حين تستوفى المعايير العامة لاضطراب النشاط الزائد F90، بينما تكون معايير الفئة (F91) أي اضطرابات التصرف غير مستوفاة، ويشمل:

- اضطراب نقص الانتباه أو متلازمة نقص الانتباه مع فرط النشاط.

- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ولا يشمل: اضطراب النشاط الزائد المصحوب باضطراب تصرف F90.1 . (نفس المرجع السابق، ص282- 283)

3-2- اضطراب تشتت الانتباه/فرط النشاط حسب DSM-5: استخدمت معايير التشخيص المنقحة في الدليل التشخيصي dsm5 نفس الفئتين أعراض ADHD تشتت الانتباه والسلوكيات الاندفاعية المفرط. (اوسترمان، 2015، ص03)

وأثبتت أعراض ADHD في DSM- IV أنها مفيدة في الأبحاث الموسعة والممارسة العيادية، مما سمح بقرار الاحتفاظ أيضا بأعراض DSM- IV في DSM-5. (مليشاب، 2010، ص29)

3-2-1 معايير التشخيص: نمط مستمر من عدم الإنتباه و/أو فرط النشاط-الاندفاع الذي يتداخل مع النمو/الأداء كما هو مبين في (1) و/ أو (2):

أولاً: تشتت الانتباه: إذا استمرت ستة)أو أكثر(من الأعراض التالية على الأقل 6 أشهر إلى درجة لا تتفق مع المستوى النمائي وتؤثر سلباً، مباشرة على الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية / المهنية.

ملاحظة: الأعراض ليست مجرد مظهر من مظاهر السلوك المعارضة، التحدي أو العدا، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً والكبار) بعمر 17 سنة وما فوق)، هناك حاجة إلى خمسة أعراض على الأقل.

* في كثير من الأحيان يفشل في إيلاء اهتمام وثيق (الانتباه للتفاصيل أو يرتكب أخطاء الإهمال في الواجبات المدرسية أو في العمل، أو أثناء الأنشطة الأخرى، على سبيل المثال، يغفل على التفاصيل أو يفتقدها، العمل غير الدقيق.

* كثيراً ما يواجه صعوبة في إيلاء الاهتمام (الانتباه) بالمهام أو أنشطة اللعب، على سبيل المثال صعوبة بقاء التركيز خلال المحاضرات، والمحادثات، أو قراءة مطولة.

* في كثير من الأحيان لا يبدو أنه يستمع عندما تتحدث إليه مباشرة، على سبيل المثال، يبدو عقله في مكان آخر حتى في غياب أي إلهاء واضح.

* في كثير من الأحيان لا يتبع التعليمات ويفشل في إنهاء العمل المدرسي، والأعمال المنزلية، أو الواجبات في مكان العمل، على سبيل المثال، يبدأ المهام ولكن يفقد بسرعة التركيز وينتهي بسهولة)

* غالباً ما يكون من الصعب عليه تنظيم المهام والأنشطة، على سبيل المثال، صعوبة في إدارة المهام المتتابعة، وصعوبة حفظ الأشياء والمتعة في نظام فوضوي، عمله غير منظم، لديه سوء إدارة الوقت، فشل في الوفاء بالمواعيد المحددة.

* غالبا ما يتجنب، يكره، أو يتردد في الانخراط في المهام التي تتطلب جهدا عقليا مستداما مثل العمل المدرسي أو الواجبات المنزلية، وبالنسبة للمراهقين والبالغين الأكبر سنا إعداد التقارير، واستكمال النماذج، ومراجعة الأوراق المطولة.

* كثيرا ما يفقد الأشياء اللازمة للمهام أو الأنشطة، مثل المواد المدرسية، وأقلام الرصاص الكتب، الأدوات، محافظ، مفاتيح، النظارات، الهاتف النقال(8).

* وغالبا ما يصرف بسهولة عن طريق المحفزات الدخيلة للمراهقين الأكبر سنا والبالغين، قد تشمل أفكارا متعلقة بها.

* غالبا ما ينسى الأنشطة اليومية، على سبيل المثال القيام بالأعمال المنزلية وإنجاز المهام، للمراهقين الأكبر سنا، والبالغين، إعادة المكالمات، دفع الفواتير، والمحافظة على المواعيد.

ثانيا: فرط النشاط والاندفاعية:

إذا استمرت ستة (أو أكثر) من الأعراض التالية لمدة لا تقل عن 6 أشهر إلى درجة لا تتفق مع المستوى النمائي، تؤثر سلبا بشكل مباشر على الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية / المهنية.

ملاحظة: الأعراض ليست مجرد مظهر من مظاهر السلوك المعارضة التحدي أو العداء، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات، للمراهقين الأكبر سنا والكبار (بعمر 17 سنة وما فوق)، هناك حاجة إلى خمسة أعراض على الأقل.

* في الكثير من الأحيان يتلملم باليدين أو القدمين أو يلتوى في مقعده.

* غالبا ما يترك مقعده في المواقف التي تتطلب أن يبقى جالسا، على سبيل المثال، يترك مكانه في الفصول الدراسية، أو في المكتب أو في مكان عمل آخر، أو في مكان آخر في الحالات التي تتطلب البقاء في مكانه.

* غالبا ما يدور حول أو يتسلق، في الحالات التي يكون فيها ذلك غير لائق.

ملاحظة: في المراهقين أو البالغين، قد يقتصر على الشعور بعدم الإرتياح.

* في كثير من الأحيان غير قادر على اللعب أو الانخراط في الأنشطة الترفيهية بهدوء.

* في كثير من الأحيان "أثناء التنقل"، متحفز كما لو كان مدفوعا بمحرك " (على سبيل المثال، غير قادر على أن يكون مرتاحا لفترة طويلة، كما هو الحال في المطاعم والإجتماعات، مثل الآخرين كما لا يهدأ أو من الصعب عليه مواكبة الآخرين.

* في الكثير من الأحيان يخوض في المحادثات بشكل مفرط.

* غالبا ما يندفع في الإجابة قبل إكمال السؤال، على سبيل المثال، يكمل جمل الناس، لا يمكن أن ينتظر دوره في محادثة.

* غالبا ما يواجه صعوبة في إنتظار دوره، على سبيل المثال، أثناء الإنتظار في صف -طابور-

* في كثير من الأحيان يقاطع الآخرين أو ينخرط في شؤونهم، على سبيل المثال، بأعقاب المحادثات، والألعاب، أو أنشطة، قد يبدأ في استخدام أعراض أشخاص آخرين دون الطلب أو الحصول على إذن، للمراهقين والبالغين، قد يتدخل أو يستولي على ما يفعله الآخرون.

* بعض من أعراض عدم الانتباه أو فرط النشاط - الإندفاع كانت موجودة قبل 12 سنة.

* توجد بعض أعراض عدم الانتباه أو فرط النشاط - الاندفاع في وضعين أو أكثر، على سبيل المثال، في المنزل أو المدرسة أو العمل، مع الأصدقاء أو الأقارب، في أنشطة أخرى.

* هناك أدلة واضحة على أن الأعراض تتداخل مع الأداء الأكاديمي أو المهني أو الإجتماعي أو تقلل من نوعيته.

* لا تحدث الأعراض حصرا أثناء سير اضطراب انفصام الشخصية أو أي اضطراب ذهاني آخر، ولا تفسر أفضل باضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال اضطراب المزاج، اضطراب القلق، والاضطراب التفككي، واضطراب الشخصية، والتسمم بالمواد أو الانسحاب.

حدد ما إذا:

(F90.2) النمط المشترك: إذا كان المعيار (1) (تشنت الانتباه) والمعيار (2) (فرط النشاط-الاندفاع) يتم الوفاء بهما كليهما لمدة 6 أشهر الماضية.

(F90.0) 314.00 نمط تشنت الانتباه في الغالب: إذا كان المعيار(1) (عدم الانتباه) ولكن المعيار(2) (فرط النشاط - الاندفاع) لم يتم الوفاء به على مدى الأشهر الستة الماضية.

(F90.1) 314.01 نمط فرط النشاط / الاندفاع في الغالب: إذا كان المعيار (2) فرط النشاط-الاندفاعية، ولم يتم الوفاء بالمعيار(1)(تشنت الانتباه) خلال الستة أشهر الماضية.

- حدد ما يلي :

***في هدأة جزئية:** عندما يتم الوفاء بالمعايير الكاملة سابقا، وحاليا عدد أقل من المعايير الكاملة قد تم الوفاء بها لمدة 6 أشهر الماضية، والأعراض لا تزال تؤدي إلى انخفاض في الوظيفة الاجتماعية، الأكاديمية، أو المهنية.

* تحديد الشدة الحالية:

- **خفيف:** عدد قليل من الأعراض إن وجدت، تزيد عن تلك المطلوبة لإجراء التشخيص الحاضر، وتؤدي إلى أكثر من ضعف طفيف في الاجتماعية أو المهنية.

- **متوسط:** عدد متوسط من الأعراض أو ضعف الوظيفة الاجتماعية والأكاديمية والمهنية يتراوح بين الخفيف والشديد.

- **شديد:** العديد من الأعراض الزائدة عن تلك المطلوبة للتشخيص، أو عدد من الأعراض شديدة بشكل خاص، أو الأعراض الموجودة تؤدي إلى ضعف ملحوظ في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني. (APA,2013,.P59)

3-2-2 (F90.8 31401) اضطراب تشتت الانتباه / فرط النشاط المحدد الآخر: تنطبق هذه الفئة على الحالات التي تكون فيها الأعراض المميزة لاضطراب الانتباه مع فرط النشاط الذي يسبب ضائقة كبيرة سريريا أو ضعف في الوظيفة الاجتماعية، والمهنية أو غيرها من مجالات العمل الهامة السائدة ولكن لا تلبى معايير كاملة لاضطراب تشتت الانتباه مع فرط النشاط أو أي من فئات التشخيص الاضطرابات النمو العصب.

يتم استخدام تشخيص اضطراب تشتت الانتباه/فرط النشاط المحدد الآخر في الحالات التي يختار الطبيب إيصال سبب محدد في أن العرض التي تفي بمعايير اضطراب تشتت الانتباه/ فرط النشاط أو أي اضطراب عصبي معين، هذا عن طريق التسجيل "اضطراب تشتت الانتباه / فرط النشاط المحدد الآخر " تليها الأسباب المحددة (على سبيل المثال، "مع عدم كفاية أعراض تشتت الانتباه.(نفس المرجع السابق، ص 65)

3-2-3 " (F90.9 314.01) عجز الانتباه/اضطراب فرط النشاط غير المحدد: تنطبق هذه الفئة على الحالات التي تكون فيها الأعراض المميزة لاضطراب تشتت الانتباه/فرط النشاط الذي يسبب ضائقة كبيرة سريريا (إكلينيكيًا) أو ضعف في الاجتماعية، المهنية أو غيرها من مجالات هامة من وظائف تسود ولكن لا تلبى المعايير الكاملة لاضطراب تشتت الانتباه/فرط النشاط أو أي من فئات التشخيص اضطرابات النمو العصبي، ويتم استخدام فئة اضطراب تشتت الانتباه/فرط النشاط غير المحدد في الحالات التي يختار الطبيب عدم تحديد السبب في أنه لم يتم استيفاء معايير اضطراب تشتت الانتباه/فرط النشاط أو اضطراب معين من اضطرابات النمو العصبي الأخرى، ويتضمن الحالات التي التي توجد فيها معلومات كافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدا. (APA,2013,P65)

جدول(9): يبين جدلية التشخيص بين ICD 10 و DSM 5 انطلاقاً من ما سبق

DSM-5	ICD-10
يوجد فرط النشاط المصحوب بتشتت الانتباه ضمن فصل مستحدث جديد.	يصنف النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه ضمن الفصل الخامس.
- اضطرابات النمو العصبية.	- الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تبدأ عادة في الطفولة والمراهقة تحت رموز F90-98
• يطلق عليه اسم اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط -Attention Deficit/Hyperactivity Disorder وموجود بصفة مستقلة مثل التوحد،	يطلق عليه اسم اضطرابات النشاط والانتباه ورمزه f90.0 وموجود ضمن فئة "f90 اضطرابات النشاط الزائد والتي hyperkinetic disorders يتفرع عنها أيضاً: 1. F90. اضطرابات التصرف مع النشاط الزائد.
تحت ترميز f90 مع وضع ثلاثة محددات فرعية F	8. F90. اضطرابات النشاط الزائد الأخرى (F90.9). اضطراب النشاط الزائد غير معين فهو يعد استثناء لاضطرابات النشاط الزائد.
• نلاحظ ان الترميز بf90 أصبح يخص اضطراب تشتت الانتباه/فرط النشاط كقائمة بذاتها بدلا من اضطرابات الإفراط الحركي في ICD-10، كما لا يوجد ضمن فروعه اضطراب التصرف مع النشاط الزائد حيث ينتمي هذا الاضطراب لاضطرابات التصرف وليس تشتت الانتباه وفرط النشاط، والترميز	- يوجد شكل اضطراب تشتت الانتباه بدون فرط حركة تحت صنف F98.8 ضمن فئة اضطرابات سلوكية وانفعالية معينة أخرى تبدأ عادة في سن الطفولة والمراهقة.
• 1.F90 الذي كان يخص اضطراب التصرف أصبح يطلق عليه سيطرة الاندفاعية والإفراط في النشاط.	اضطرابات صعوبات الانتباه تعد استثناءيا وليست مرضا بعينه.(دورنبورغ وهولاندر، 2016، ص4)
• اضطراب تشتت الانتباه بدون فرط نشاط نوع فرعي لاضطراب تشتت الانتباه/فرط النشاط ومرمز ب f90.0.سيطرة اللانتهاب.	• اضطرابات الإفراط الحركي تشخص عادة ضمن الخمس سنوات الأولى من العمر.
• تم الإقرار بالتشخيص المرضي لاضطراب تشتت الانتباه المصحوب بفرط النشاط أي مرض مزمن.	• نفس المعايير اللازم توفرها في البالغين
• تم رفع عمر التشخيص بالاضطراب من 7 سنوات الى 12 سنة.	

- والأطفال لتشخيص بفرط النشاط وتشتت الانتباه.
 - تم خفض عدد المعايير اللازم توفرها في البالغين من 6 الى 5 معايير بينما تم الإبقاء على ستة معايير بالنسبة للأطفال، هي معايير الاستبعاد عليها في DSM 5 بالنسبة لاضطرابات الغدة الصغرى واضطرابات طيف التوحد واضطرابات القلق.
 - عدد كبير من حالات الاعتلال المصادق عليها في DSM 5 بالنسبة لاضطرابات الغدة الصغرى واضطرابات طيف التوحد واضطرابات القلق.
- (فلافيان، 2018، ص.ص 63-64).

4-عوامل الإصابة باضطراب النشاط الزائد: لم يتفق الباحثون حول الأسباب التي تؤدي إلى

الإصابة بالنشاط الزائد، حيث يشير بعضهم إلى أن النشاط الزائد يرجع إلى العوامل الوراثية، ويشير آخرون إلى أهمية العوامل الفسيولوجية كاضطرابات الغدد وضغط الدم في الإصابة بالنشاط الزائد، ويشير آخرون إلى أنه يرجع إلى وجود تلف في المخ، لذلك يوصي هؤلاء باستخدام العلاج الطبي مع الأطفال وتناول العقاقير، بينما يرى باحثون آخرون أن معظم أسباب النشاط الزائد ترجع للعوامل البيئية والاجتماعية والنفسية. (يوسف ويحيى، 2000، ص124).

وفيما يلي توضيح لهذه الأسباب:

4-1 العوامل الوراثية: تلعب العوامل الوراثية دورا هاما في إصابة الأطفال باضطراب النشاط الزائد، وذلك إما بطريقة مباشرة من خلال نقل المورثات التي تحملها الخلية التناسلية لعوامل وراثية خاصة بتلف أو بضعف بعض المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه بالمخ، وإما بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه المورثات لعيوب تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ والتي بدورها تؤدي إلى ضعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه، وقد أشارت الدراسات إلى أن 10% من آباء الأطفال مفرطي النشاط كانت لهم نفس الأعراض في طفولتهم. (الشرييني، 1994، ص45)

ومعظم الأبحاث التي تناولت العوامل الوراثية المسببة للنشاط الزائد توفرت من خلال ثلاثة مصادر أساسية هي:

- الدراسات الأسرية التي أكدت أن وجود تاريخ أسري يحمل اضطراب النشاط الزائد مؤشر على إمكانية حدوثه لدى الأبناء.

- دراسات التوائم التي أظهرت ارتفاع احتمالية ظهور اضطراب النشاط الزائد لدى التوائم المتطابقة مقارنة مع التوائم غير المتطابقة.

الدراسات الجينية التي أشارت إلى أن هناك عددا من الجينات لها علاقة بحدوث حالات الاضطراب. النشاط الزائد، حيث اكتشف العلماء أنه يوجد أكثر من جين مسؤول عن حدوث الاضطراب.

4-2- العوامل البيئية: قد تلعب العوامل البيئية دورا في ظهور أعراض النشاط الزائد لدى الطفل، وبيدأ تأثير هذه العوامل منذ أن كان الطفل جنينا في بطن أمه، ويمكن تقسيم تأثير هذه العوامل خلال ثلاث مراحل، هي:

4-2-1 مرحلة الحمل: فالأم أثناء حملها قد تتعرض للأشعة السينية أو أشعة X أو قد تتناول أدوية خلال الثلاثة شهور الأولى للحمل أو قد تصاب ببعض الأمراض أثناء الحمل كالحصبة الألمانية أو الزهري أو السيلان أو تعاطيها للكحول أو المخدرات أو نقص التغذية أثناء الحمل، كل ذلك يؤدي إلى احتمال إصابة الجنين بتلف في المخ أو في الجهاز العصبي المركزي. (الدسوقي، 2006، ص 88)

4-2-2 مرحلة الولادة: هناك بعض العوامل التي تحدث أثناء عملية الولادة تتسبب في إصابة مخ الجنين أو تلف بعض خلاياه مما يؤدي إلى ضعف قدرة المخ على معالجة المعلومات، وينعكس ذلك بدوره على العمليات العقلية الخاصة بالانتباه والتحكم في السلوك مما يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب النشاط الزائد. (أحمد وبدر، 1999، ص 97)

4-2-3 مرحلة ما بعد الولادة: كثرة ارتطام رأس الطفل بشدة على الأرض أو إصابة الطفل ببعض الأمراض المعدية مثل الحمى القلاعية والالتهاب السحائي والحمى القزمية تؤدي إلى إصابة بعض المراكز العصبية بالمخ، خاصة المسؤولة عن الانتباه والتركيز. (نفس المرجع السابق، ص 98)

وقد أشارت الدراسات إلى أن المواد المضافة للطعام من أجل إعطائها نكهة أو لونا صناعيا، وكذلك السكريات قد تقوم بدور في ظهور أعراض اضطراب النشاط الزائد، أو قد تعمل على تفاقم الأعراض عند تناولها، وفي الوقت نفسه وجدت الدراسات أن الحماية الغذائية قد حسنت من أعراض النشاط الزائد لدى 5% من الحالات التي تعاني من هذا الاضطراب. (National Institute of Mental Health, 2003, p.8)

كما أن تناول الطفل لكميات كبيرة من الحلوى والمواد السكرية يؤدي إلى زيادة نشاطه الحركي المفرط، ولقد أجريت عدة دراسات استهدفت فحص العلاقة بين تناول الطفل لمواد سكرية ونشاطه الحركي المفرط، وقد بينت جميعها أن المواد السكرية التي يتناولها الطفل تؤدي إلى ارتفاع مستوى نشاطه الحركي من خلال زيادة نسبة الطاقة لديه. (روزن، 1988، ص 585)

4-3- العوامل العضوية "البيولوجية": هناك مجموعة من العوامل العضوية التي من الممكن أن تدخل كأسباب رئيسية وراء مشكلة النشاط الزائد، وهي:

4-3-1 خلل في وظائف المخ: إذ يحدث الخلل أو التلف في القسم الأوسط لدماع الطفل، فينتج عنه

عجز في وظائف الدماغ، ومع اختلاف الأسباب المؤدية إلى العجز الوظيفي إلا أنها تؤثر على نمو الفرد الدماغي بالشكل الطبيعي، وقد تكون من ضمن الأسباب المؤدية إلى الخلل الوظيفي للدماغ بحسب ما أشارت إليه مجموعة من الدراسات نشاط الجزء تحت القشري في الدماغ نتيجة ضعف نمائي يعود لأسباب متباينة مثل: الأورام أو نقص الأكسجين في الأنسجة. (يحيى، 2003، ص102)

4-3-2 خلل كيميائي في الناقلات العصبية: تشير الدراسات الحديثة إلى أن اضطراب النشاط الزائد يعود إلى خلل كيميائي في الناقلات العصبية، والناقلات العصبية هي عبارة عن قواعد كيميائية تعمل على نقل الإشارات العصبية بين المراكز العصبية المختلفة بالمخ، ومن أهم تلك النواقل (النورادرينالين، والدوبامين) وعلى وجه الدقة الآثار الطرفية، فحدوث اختلال لتوازن هذه الناقلات يؤدي إلى اضطراب ميكانيزم، الانتباه فتضعف قدرة الفرد على الانتباه والتركيز والحرص من المخاطر ويزداد اندفاعه ونشاطه الحركي. (ويليامسون وتاكيث، 1984، ص190)

4-4 العوامل الإجتماعية: أظهرت نتائج العديد من الدراسات أن كثيرا من الأطفال يعانون من النشاط الزائد بسبب الظروف الإجتماعية والنفسية المحيطة بهم، ومن أهم العوامل الإجتماعية التي قد تسبب هذا الاضطراب لدى الطفل، ما يلي:

أ- سوء أساليب المعاملة الوالدية: إن الطفل يحتاج إلى الحب والقبول والدفء العاطفي من والديه مثل حاجته للغذاء والكساء، لذلك فإن أساليب المعاملة الوالدية الصحيحة التي يشعر الطفل منها بالاهتمام والحب من والديه تؤدي إلى توافقه النفسي والاجتماعي، أما أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التي تتسم بالرفض الصريح والإهمال واللامبالاة بالطفل والعقاب البدني، أو النفسي المتكرر والشديد، والتي يشعر الطفل منها بأنه منبوذ وغير مرغوب فيه، فإنها تؤدي إلى إصابة الطفل النشاط الزائد. (أحمد وبدر، 1999، ص105)

وأكدت دراسة الشريف (1999) أن أساليب معاملة الأم لطفلها والمتمثلة في (النبذ - الحماية الزائدة - التسامح الزائد) يساهم في إصابة الطفل بالنشاط الزائد.

ويرى باركلي أن اضطراب النشاط الزائد يعد نتيجة مباشرة لضعف في ضبط سلوك الطفل من جانب والديه، فالطرق التي يستخدمها بعض الآباء في ترويض سلوك أبنائهم قد تكون ضعيفة، الأمر الذي يؤدي إلى اضطراب سلوك هؤلاء الأبناء. (باركلي، 1990، ص101)

ب- **عدم الاستقرار داخل الأسرة:** إن الأسرة غير المستقرة من الناحية الإقتصادية والإجتماعية والنفسية، وكذلك عدم التوافق الزوجي وسوء الإنسجام الأسري أو إيمان أحد الوالدين أو سفر أحدهما أو وفاته، يترتب عنه ميول الطفل للإثارة وعدم التركيز. (النوبي، 2009، ص75)

فالحرمان العاطفي من الوالدين له دور في ظهور أعراض النشاط الزائد، فقد قام كابلان وزملاؤه بدراسة كان هدفها التعرف على طبيعة العلاقة بين الحرمان العاطفي من الوالدين وإصابة أبنائهم بالنشاط الزائد، وقد تكونت عينة الدراسة من أطفال يعيشون في مؤسسات إيداع نتيجة لتصدع أسرهم، وأطفال يعيشون في البيئة الطبيعية مع أسرهم، وقد أظهرت النتائج أن النشاط الزائد يرتفع لدى الأطفال المودعين بمؤسسات الإيداع مقارنة بالأطفال الذين يعيشون مع أسرهم، مما يدل على أن الحرمان العاطفي من الوالدين الذي ينجم عن التفكك الأسري يؤدي إلى إصابة الطفل بالنشاط الزائد.

4-5- العوامل النفسية: توجد مجموعة من العوامل النفسية التي تؤدي إلى حدوث النشاط الزائد لدى الطفل منها: الضغوط النفسية، القلق، التوتر، الإحباط الشديد، عدم الشعور بالأمن، تدني مستوى الثقة بالنفس، وعدم القدرة على التعبير، فالضغوط النفسية والإحباطات الشديدة من العوامل النفسية التي تسهم في حدوث هذا الاضطراب، كذلك الرفض المستمر للطفل وأشعاره بالدونية وعدم القبول لأعماله وتصرفاته وتحطيم معنوياته مما يجعله ينسحب إلى عالمه الخاص. (الزعيبي، 2002، ص89)،
(والدسوقي، 2006، ص 113).

فقد أكدت دراسة **الدردير (1993)** إلى ارتفاع مستوى القلق لدى أطفال النشاط الزائد بسبب ما يتميز به هؤلاء الأطفال من التهور والإندفاعية وعدم التنظيم وعدم القدرة على مواجهة المواقف، أو الأحداث البيئية المحيطة، والفشل المتكرر وكثرة تعرضهم لنقد الآخرين وضعف ثقتهم بأنفسهم.

نخلص مما سبق إلى تعدد الأسباب الكامنة وراء اضطراب النشاط الزائد، واختلاف وجهات نظر الباحثين في هذا المجال في السبب الرئيسي لإصابة الطفل باضطراب النشاط الزائد، وليس هناك رأي حاسم يفصل بين هذه الآراء والأسباب، وتعتبر العوامل النفسية والإجتماعية ذات تأثير قوي في إصابة الطفل باضطراب النشاط الزائد، إذ غالبا ما يجهل الآباء طريقة التعامل الصحيح مع طفلهم، فغالبا ما يلجأون للعقاب وخاصة الضرب، كما أن أساليب تعاملهم مع طفلهم تكون خاطئة تتسم بالإهمال والحرمان العاطفي، فربما يحاول الطفل بحركاته أن يجذب اهتمام الوالدين له، فالطفل يحتاج إلى الحب والحنان كحاجته للماء والطعام، فكلما كانت أساليب الوالدين في التعامل مع طفلهم جيدة قائمة على الإحترام، الحب والحنان كلما كانت نشأة ذلك الطفل سليمة وخالية من المشاكل.

5- النظريات المفسرة لاضطراب النشاط الزائد:

حوالت العديد من النظريات تفسير أسباب حدوث اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حيث، نجد اهم النظريات (النظرية البيولوجية، النظرية السلوكية، النظرية البيئية الاجتماعية، النظرية السلوكية النفسية).

5-1 النظرية البيولوجية: ترجع النظرية البيولوجية اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط إلى عوامل وراثية، أو عصبية أو كيميائية، نتيجة حدوث خلل في وظائف المخ أو تسمم خلال مراحل الحمل مما ينتج عنه اتزان كيميائي حيوي، واضطراب في نشاط ووظائف الجهاز العصبي. (النوبي، 2009، ص32)

تلعب العوامل الوراثية دورا هاما في إصابة الأطفال باضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بطريقة مباشرة، من خلال نقل المورثات التي تحملها الخلايا التناسلية لعوامل وراثية خاصة بتلف أو ضعف المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه والتركيز بالمخ، وإما بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه المورثات لعيوب تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ، والتي بدورها تؤدي إلى ضعف نمو المخ بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه. (السيد ويدر، 1999، ص39)

كما أوضحت دراسة التأثير الجيني من خلال الأبحاث التي أجريت على التوائم المماثلة (الحقيقية)، أنه إذا شخص أحدهما على أنه مصاب باضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط، فإن الآخر يكون لديه نفس التشخيص، وقد إستبدل من هذا على تماثل الجينات الوراثية الخاصة بهذا الاضطراب، ووجد أن معدلات التجانس لدى التوائم المتماثلة تصل إلى 82 % بينما لاتتجاوز في التوائم غير الحقيقية (غير المتماثلة) نسبة 29%. (اليوسفي، 2005، ص26)

ورغم الدراسات الكثيرة التي أجريت على التوائم والإخوة والأسر، والتي اوضحت أهمية العامل الوراثي في حدوث اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، إلا أن هذا الإتجاه لا يلاقي تأييد جميع الباحثين في ظهور أعراض الاضطراب تتعلق بأبعاده الأساسية (اللانتهابية، الاندفاعية، النشاط الزائد) ولا تتعلق بالنمط التشخيصي في حد ذاته. (الدسوقي، مرجع سابق ص99).

5-2- الإتجاه العصبي: تشير العوامل العصبية إلى وجود خلل في وظائف المخ، أو إختلال التوازن الكيميائي في القواعد الكيميائية للناقلات العصبية، أو في نظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ، وحدث خلل على مستوى المخ، أو في مستوى الناقلات العصبية للمنبهات، من شأنه أن يؤدي إلى ظهور اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط الزائد.

ويحدث تلف في المخ في سن مبكرة من حياة الطفل نتيجة عدة عوامل بعضها يحدث أثناء الحمل، وبعضها أثناء الولادة، وقد يكون لبعض الأمراض كالتهاب السحايا، وتعرض الأم الحامل للإشعاعات، أو السموم، والإصابة ببعض الأمراض المعدية، كالحصبة الألمانية والزهري والحمى الشوكية، أثر واضح في ظهور اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط لدى الأطفال.

(علا، 1999، ص32)، (السيد وبدر، 1999، ص 37)

أشارت بعض الدراسات أن الأطفال المصابين باضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط، وهم أطفال تعرضوا أكثر من غيرهم للعوامل التي قد تسبب تلفا في المخ، ففي دراسة قام بها **ويس وهيتشمان (wiss & Hechtman1980)** على مجموعة من الأطفال مصابين بتلف المخ، يعانون من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط، تبين من خلالها أن أمهات هؤلاء الأطفال قد تعرضوا أثناء الحمل إلى الإشعاعات، وبعضهن تعرضن للإصابة بالحصبة الألمانية أثناء فترة الحمل.

هناك بعض العوامل التي تحدث أثناء الولادة وتتسبب في تلف مخ المولود أو تلف بعض خلاياه، يؤدي ذلك إلى ضعف قدرة المخ على معالجة المعلومات مستقبلا، بما ينعكس بشكل واضح على العمليات العقلية الخاصة بالانتباه وضبط السلوك ومن أهمها:

1-الضغط الناجم على رأس المولود جراء استخدام بعض الأجهزة الطبية أثناء الولادة العسيرة.

2-إصابة مخ المولود أو جمجمته أثناء عملية الولادة.

3-الإختناق الناجم عن توقف أو نقصان وصول الأكسجين بكمية كافية إلى مخ المولود أثناء الولادة نتيجة إلتفاف الحبل السري.

-كما أن إصابة الطفل بإرتجاج المخ نتيجة تعرضه لحادث، أو إرتطام رأسه بأشياء صلبة، أو وقوعه على رأسه من أماكن مرتفعة، أو تعرضه للضرب على الرأس، أو إصابته ببعض الأمراض كالحمى الشوكية، والحمى القرمزية، والتهاب السحايا كلها عوامل تسهم في إصابة بعض المراكز العصبية بالمخ خاصة المسؤولة عن الانتباه والتركيز. (السيد وبدر، 1999، ص42)

5-3 الإتجاه الكيميائي:

ركز بعض الباحثين على الناقلات العصبية التي تعتبر بمثابة مواد كيميائية تساعد إرسال الرسائل المختلفة بين النيورونات في المخ، وقد توصل "**جاينيدوينوف وآخرين 1999**" إلى أن السيروتونين **Sérotonine** هو الموصل العصبي الأساسي الذي يعتبر مسؤولا عن حدوث اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الزائد، في حين يري آخرون أمثال "**كاستلنوس وآخرين، 1999**" أن الدوبامين **Dopamine** هو الموصل العصبي الأساسي المسؤول على ظهور الاضطراب ، وتشير الأدلة

المختلفة إلى أن مستويات الدوبامين تكون منخفضة جدا في الجزء الأساسي من قشرة المخ لدى الأطفال المصابين بهذ الاضطراب، مما يؤثر سلبا على الأداء الوظيفي التنفيذي أو الوظائف التنفيذية عامة، كما أن مستوياته تكون مرتفعة في نفس الوقت في الكتل العصبية القاعدية مما يؤدي إلى حدوث النشاط المفرط والاندفاعية (عادل، 2009، ص385).

وقد أشار ماك كراكين (Mc Craken 1991) إلى أن الأدوية المنشطة للانتباه تساعد على إفراز الدوبامين، الذي يؤدي بدوره إلى زيادة هرمون الأدرينالين الذي تفرزه الغدة الكظرية، والذي يعمل على كبح جماح السلوك، إلا أن المصابين برفض هرمون الغدة الدرقية يعانون من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الزائد بنسبة 90 %، إلا أن وفي دراسة قام بها مدراس (Madras.2002) لكلية الطب بجامعة هارفارد، تم إجراء مسح دماغي لستة وثلاثين راشدا يعاني ستة منهم حدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط، ويتمتع الثلاثون الآخرون بصحة جيدة، فوجد أن نسبة الدوبامين التي تساعد على حمل الذبذبات العصبية في خلايا الدماغ أكثر بنسبة 70 % لدى مجموعة الأفراد المصابين بالاضطراب مقارنة بالأفراد العاديين.(باركلي، 1997، ص78)

ترى ننلي (2010) Nunley أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد غالبا ما يتحسنون في السن التاسعة إلا أن الاضطراب يبلغ ذروته في سن السابعة والثامنة، وهؤلاء الأطفال يعانون من مشكلة تتعلق بالناقلات العصبية، ولعله من الغريب والمفاجئ في آن واحد أن هذه الناقل العصبية من النوع المضاد (المنبسط)، فهؤلاء الأطفال لديهم جهاز عصبي أقل نشاطا والاتصال بين الخلايا لا يتم بالسرعة العادية، ولذلك فهم يحاولون إيقاظ أجهزتهم العصبية التي تعمل ببطء الإستشارة والمحافظة على الإستقياظ، وعليه فإن هذ الاضطراب يعالج بعقاقير منشطة للجهاز العصبي بحيث يستطيع الأطفال المصابون باضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تركيز انتباههم على مايجب أن ينتبهوا إليه، ومن ثم تقل سلوكياتهم الاندفاعية وحركاتهم المفرطة. (ننلي، 2010، ص29).

رغم وضوح تأثير العوامل العصبية والكيميائية في الإصابة باضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، إلا أن الوقت يعتبر مبكرا للتسليم بهذه الأسباب فقط، فما زال الأمر يحتاج إلى المزيد من الدراسات لتحديد الأسباب الدقيقة والعوامل المحددة التي تقف وراء ظهور هذا الاضطراب .

5-4- النظرية البيئية الإجتماعية :

يبدأ تأثير العوامل البيئية منذ لحظة الإخصاب، ويمتد إلى ما بعد الولادة، وترى النظرية البيئية أن أي خلل خلال مسيرة حياة الفرد، من شأنه أن يؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات، ومنها اضطراب قصور

الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، خصوصا مرحلة الحمل والولادة، وأثناء التنشئة الأسرية، فالأمراض التي تتعرض لها الأم، سوء التغذية، الصدمات، والأحداث التي تظهر أثناء تطور الجهاز العصبي تشكل عوامل خطر للإصابة بالاضطراب.

لقد أثبتت الدراسات أن تعرض الأم خلال فترة الحمل لقدر كبير من الأشعة، أو تناولها للمخدرات والتدخين، أو تعاطيها الكحوليات، أو بعض العقاقير الطبية التي تؤثر على الجنين خصوصا في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، وإصابتها ببعض الأمراض المعدية، من شأنه أن يؤدي لإصابة الطفل باضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. (السيد ويدر، 1999، ص40).

كما يوجد ارتباط بين ارتفاع نسبة الرصاص في الدم، وظهور أعراض قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، بحيث أنه كلما زادت نسبة الرصاص في الدم، زادت درجة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، كما أن المواد المضافة للأغذية من أجل إعطائها النكهة أو اللون (الأصبغ الصناعية) والسكريات، تقوم بدور فعال في ظهور هذا الاضطراب ، وقد تعمل على تفاقم أعراضه عند تناولها. حيث توصل باركلي وآخرين (1992). إلى أن اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد ينشأ من أسلوب معاملة الوالدين للطفل ومدة التفاعل بينهما، حيث يكون أكثر عصيانا، في المواقف للتوجيهات والأوامر، التي يتلقاها في الوسط الأسري أو المدرسي، وأشارت بعض الدراسات كدراسة (willeutt et all 1999) (landover 2001) إلى أن الفشل والإحباط وعدم التشجيع وانخفاض احترام الذات والإكتئاب قد يكون السبب الذي يقف وراء ظهور هذا الاضطراب .

وقد أظهرت دراسة " بريور وآخرين " (1998) أن المستوى الإقتصادي والاجتماعي للأسرة يؤثر في ظهور المشكلات السلوكية لدى أطفال هذه الأسر، وهذا ما أكده " بيندا وآخرين (2001) عندما توصلوا إلى أن أعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تكون واضحة بدرجة كبيرة في الطبقات ذات المستوى الإقتصادي والاجتماعي المنخفض، والأسر المتصدعة نتيجة إهمال الوالدين للطفل وعدم رعايتهم له. (اليوسفي، 2005، ص31)

يلعب الوسط المدرسي دورا أساسيا في ظهور أعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط النشاط الزائد، فالتنظيم الإداري للمدرسة وطرائق التعليم ومستوى الإضاءة وتنظيم التلاميذ داخل الصف، والأعداد الكبيرة للتلاميذ في الصف الواحد والتي يقابلها اعداد غير كافية للمعلمين، ومستوي تأهيل هؤلاء المعلمين لانتناسب مع الصعوبات السلوكية التي يواجهونها، بالإضافة إلى عدم توافر أنشطة كافية ومناسبة يجد فيها الأطفال المضطربون مخرجا لطاقتهم ونشاطاتهم الزائدة عوامل تسهم في ظهور هذا الاضطراب (شريت ومحمود، 2009، ص21).

كما قام " كابلان وزملاؤه" (1994). بدراسة هدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين الحرمان العاطفي من الوالدين، وإصابة أبنائهم باضطرابات قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وتكونت عينة الدراسة من أطفال يعيشون في مؤسسات إيوائية نتيجة تصدع أسرهم، وأطفال يعيشون في البيئية الطبيعية أكثر إصابة باضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من الأطفال المقيمين مع أسرهم، مما يدل على أن الحرمان العاطفي الناجم عن تفكك الأسرة هو أحد الأسباب التي تؤدي إلى ظهور الاضطراب الزائد لدى الأطفال. (السيد وبدر، 1999، ص44).

5-5 النظرية النفسية السلوكية: أظهرت الدراسات الحديثة أهمية دور الأسرة في تنشئة أبنائها، وأكدت حاجة الأطفال إلى المعاملة الوالدية السليمة، التي تتسم بالقبول والدفء العاطفي والحنان، وقد أكدت عدة دراسات أن إصابة الأطفال باضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كثيرا ما تسبب فيها المعاملة الوالدية السيئة، القائمة على العقاب البدني، والنبد والعنف، وكثرة الأوامر والتعليمات، إلا أن بعض الباحثين يبررون تصرفات الوالدين ومعاملتهم القاسية للأطفال المضطربين بأنها نتيجة لسلوك هؤلاء الأطفال الإندفاعي المتمسم بكثرة الحركة، وغياب النظام، وترى النظرية السلوكية أن الأطفال المضطربين، بأنها نتيجة لسلوك هؤلاء الأطفال الإندفاعي المتمسم بكثرة الحركة، وغياب النظام، وترى النظرية السلوكية أن الأطفال المضطربين قد تعلموا هذا السلوك، وقد تم تعزيزه أو إهماله والسكوت عليه في مرحلة ما من مراحل نموهم.

بالإضافة إلى الظروف البيئية كمرجع للخبرات السيئة، يتعلم الطفل الكثير من الاستجابات عن طريق الملاحظة والنمذجة (التقليد)، وإذا ماتلقى التعزيز والإثابة بطريقة مباشرة، فإنه قد يفقد التمييز بين السلوك المرغوب والسلوك غير مرغوب، ولهذا فإن اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد يعد نمطا من الاستجابة الخاطئة المرتبطة بمثيرات منفرة، يستخدمها الطفل في تجنب مواقف أخرى غير مرغوب فيها، فالطفل إبن بئيته، وسلوكياته عبارة عن ردود أفعال للمثيرات والخبرات البيئية التي تعرض لها، ومن ثم تظهر استجاباته، إما في صورة سلوكيات مضطربة تحتاج إلى ضبط وتعديل، أو في صورة سلوكيات مرغوبة يحسن تعزيزها وتثبيتها. (النوبي، 2009، ص33).

كما أوضحت الدراسات النفسية أن أعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تظهر لدى الأطفال الذين يتسم أبائهم بالتسلط، وأمهاتهم بالعناد وقلة الصبر، وكلما كانت الأم ملزمة لهم بالطاعة، وسرعان ما يظهر ذلك في المدرسة من خلال عجزه عن الإنصياع لقوانين الفصل والإحترام القواعد النظامية السلوكية (النجار، 2008، ص21).

تعتبر النظرية السلوكية أن السلوك الإنساني سلوك نظري منعكس وهو ما يعرف بالمتغير والاستجابة، فنتيجة تعرض الطفل إلى مجموعات منبهات خارجية أو داخلية يصدر سلوك بمثابة الاستجابة لتلك المنبهات، وقد صنفت هذه النظرية السلوك إلى قسمين:

أ- السلوك المنعكس الشرطي البسيط: كضيق حدقة العين عند تعرضها للضوء الشديد، وتصيب العرق، زيادة دقات القلب وارتفاع ضغط الدم، وإفراز بعض الغدد عند حدوث إنفعال معين كالخوف أو الغضب.

ب- السلوك المنعكس الشرطي المركب (المكتسب أو المتعلم): لاحظ: " بافلوف " في دراسته للإفرازات المعدية أثناء عملية الهضم في مجموعة من الكلاب التي أجرى عليها تجاربه، أن لعاب الكلب يسيل بمجرد سماعه الأصوات التي ارتبطت من قبل بالطعام، كسماع صوت أقدام الشخص الذي يقدم لها الطعام أو رؤيته من بعيد، وقد إستنتج أن الأصوات المثيرة كانت بمثابة منبهات غير شرطية، وإفراز اللعاب كان فعلا منعكسا غير شرطي، في حين أطلق على صوت الجرس الذي كان يصاحب التربية المنبه الشرطي، ثم إفراز اللعاب الناتج عن هذا الأخير. (القمش والمعايطة، 2007، ص34).

وحسب إتجاه النظرية السلوكية فإن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية، كاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لديهم سلوك " سلبي " متعلم "، لا يساعدهم على تحسين أهدافهم والإستماع بعلاقتهم نتيجة ممارسات خاطئة، وعليه يمكن تعلم السلوك الصحيح وتعديل السلوك الخاطئ لدى هؤلاء التلاميذ، من خلال نماذج تتضمن الثواب والعقاب، وقد نشأ هذا الإتجاه من الأبحاث العملية نتيجة لدراسات التي قام بها كل من بافلوف وواطسون، وثرودايك، وتعد أعمال " سكينر " الخاصة بالتدعيم وتجاربه " باندورا " عن النمذجة رائدة في هذا المجال (الشناوي، 1998، ص356).

وتشير " يحيى" (2003) إلى أن التعزيز الاجتماعي قد يكون سببا في استمرار وتطور اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، ففي مرحلة ما قبل المدرسة يحظى بإندفاع الطفل وحركته الزائدة وسرعة استجابته باهتمام الراشدين، وقد تم تعزيزه من غير قصد، والمشكلة تظهر عند إنتقال الطفل إلى المدرسة حيث تفرض عليه القيود والتعليمات، فيطالب باحترام النظام والقوانين المدرسية التي لم يعتد عليها، فيلجأ لإظهار النشاط والاندفاعية ليحظى بالتعزيز الاجتماعي والتشجيع الذي كان يحصل عليه في مرحلة ما قبل المدرسة، ولسوء الحظ فقد يحظى الطفل بمبتغاه عندما يكون نشطا في غرفة الصف فيؤدي ذلك عن غير قصد إلى زيادة النشاط الحركي. (يحيى، 2003، ص 182)

وتؤكد الدراسات أن الأطفال قد يتعلمون فرط النشاط من خلال ملاحظاتهم للوالدين والإخوة قد يتعلمون فرط النشاط الزائد من خلال ملاحظاتهم للوالدين والإخوة وأفراد الأسرة، وقد يعزز المحيطون بهم ذلك

السلوك من خلال ردود أفعالهم واستجاباتهم لما يصدر عن الأطفال من أفعال بالتعزيز أو الإهمال (الإقرار الصامت). (الزغلول، 2006، ص 122) و(الخطيب، 1993، ص 193).

ومن خلال إستعراض النظريات التي بحثت في اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد نستخلص أن أسبابه عديدة ومتداخلة، فلا يمكن فصل الأسباب البيولوجية عن الكيميائية العصبية، كما أنه لا يمكن فصل هذه الأسباب عن العوامل البيئية، والتنشئة الأسرية، والعوامل الاجتماعية والمدرسية وحتى الغذائية التي تسهم في ظهور أعراض الاضطراب أو إستمراريتها، حيث نجد الكثير من الدراسات التي إتجهت في إعتماد المنحنى التقاربي الذي يقوم على تداخل أسباب ظهور هذ الإضطراب.

6- الطرق العلاجية في خفض النشاط الزائد:

تعددت أنواع العلاجات الخاصة باضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد ما بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي، السلوكي، الأسري والتربوي، وتشير (Shameem 2019) إلى أنه بجانب العلاج الطبي، يمكن أن تكون العلاجات النفسية الأخرى مفيدة في خفض أعراض لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي لدى الأطفال (ADHD) ومن بين هذه العلاجات: العلاج النفسي والسلوكي المعرفي، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وتدريب الوالدين، والتي أثبتت فاعليتها في خفض أعراض اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال بما في ذلك تدريب الوالدين في البيئة المنزلية والمدرسية.

ويؤكد على ذلك (Blader 2019) بأن التدخلات النفسية والسلوكية مثل العلاج السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية وتدريب الوالدين مع العلاج الدوائي لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) من الإجراءات العلاجية المهمة، والتي أثبتت فاعليتها في خفض هذا الاضطراب، بالمقارنة في حالة الإكتفاء بالعلاج الدوائي فقط وفيمايلي نعرض لهذه الأنواع من العلاجات:

6-1- العلاج الطبي الدوائي:

نتيجة للأسباب العضوية التي تتسبب في اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد (ADHD)، والتي أكدت على أن هذا الاضطراب يرجع إلى إختلال التوازن في القواعد الكيميائية الموجودة في الناقلات العصبية بالمخ، وفي نظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ، فإن العلاج الدوائي في هذه الحالة يهدف إلى إعادة التوازن الكيميائي للقواعد الكيميائية، كما أن تأثير يؤدي إلى رفع كفاءة الانتباه لدى الطفل، مما يؤدي إلى زيادة قدرته على التركيز، ويقلل من مستوى الإندفاعية، والسلوك العدواني، والنشاط المفرط لديه.

(سيد، 2014، ص 148)

ومن بين هذه الأدوية المضادة للإكتئاب، وقد أكدت نتائج الدراسات السابقة على فعالية تلك الأدوية في علاج حوالي 70 % من مجموع الأطفال المشخصين باضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد (العريفي وآخرون، 2018، ص 95)

6-2- العلاج السلوكي:

كما هو الحال مع العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى، ينطوي علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد (ADHD)، على كل من الأساليب الدوائية وغير الدوائية، مثل التدخلات السلوكية وهي طريقة مهمة في إدارة اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد، وعادة ما تشمل القائمين على الرعاية بالتدريب على أفضل السبل لاستخدام التعزيز والعقاب لدعم تغيير السلوك والتدريب السلوكي للوالدين (المغربي وكاستيلاني، 2019، ص 07)

وفي ضوء ذلك توصلت دراسة القحطاني(2009) إلى فعالية برنامج سلوكي في خفض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى المعاقين فكريا القابلين للتعلم.

ويعتبر العلاج السلوكي من العلاجات الفعالة في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد (ADHD)، وتقوم برامج العلاج السلوكي على خفض أو إزالة السلوكيات غير المرغوبة، والعمل على زيادة احتمال عدد مرات ظهور السلوكيات المرغوبة والملائمة، كما يساعد الطفل على التدريب على المهارات الاجتماعية اللازمة للتعامل مع الآخرين في المواقف المختلفة (المدرسة والمنزل والمجتمع ككل) مما يؤدي إلى زيادة قدرته على التفاعل الاجتماعي من خلال الفنيات السلوكية المتضمنة بالعلاج السلوكي (عبد ربه، 2014، ص 155،)

6-3 العلاج النفسي:

نتيجة لبعض السلوكيات غير المقبولة المرتبطة باضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) لدى الطفل فإن ذلك من شأنه أن يؤثر على علاقة الطفل بالمحيطين به، خاصة الأسرة والأقران، مما يعاني سوء التكيف الاجتماعي، والشعور بالفشل وإنخفاض تقديره لذاته، والشعور بالوحدة النفسية والقلق والإكتئاب، وغيرها من الاضطرابات النفسية، ومن ثم فإن العلاج النفسي يسمح للفرد بإقامة علاقة إيجابية مع المعالج تساعده في تقويم صعوباته، والوصول إلى الحلول الصحيحة لها، ويشمل العلاج النفسي علاجاً تحليلياً، يبني على فهم شخصية الفرد، وصراعاته الداخلية توجد داخل شخصيته أو بين شخصيته وبين العالم الخارجي المتمثل في الأسرة والمدرسة والمجتمع ككل، والحيل الدفاعية التي يستخدمها في سلوكه، وتوضيح ذلك من خلال الجلسات العلاجية التي تعقد مع الفرد المصاب باضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد (ADHD)، وتظهر أهمية العلاج النفسي في مساعدة الوالدين والمعلمين في ضوء

نظام محدد للثواب والعقاب لتعديل الجوانب المزاجية والإنفاعلية للفرد، والعمل على إشباع الحاجات النفسية له. (موسى وآخرون، 2018، ص، 89)

العلاج الأسري وتدريبهم على استراتيجيات إدارة سلوك أطفالهم، وكيفية تحديد السلوكيات السلبية، وتعزيز السلوكيات الإيجابية، والحد من الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب، وذلك على الرغم من وجود العديد من الصعوبات التي تواجه تدريب الوالدين مثل عزوف بعض الأسر عن جلسات التدريب، والبعض الآخر لا يواظب على حضور جلسات الإرشاد والتدريب بصورة منتظمة، فضلا عن حضور بعض الأسر جلسات التدريب في وقت متأخر من بدء الجلسات، بالإضافة إلى عدم التزام البعض الآخر بعمل الواجبات المنزلية. (جونز وآخرون، 2016)

لذلك فإن دمج العلاجات النفسية والسلوكية وتدريب الوالدين مع العلاج الدوائي لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد (ADHD)، أثبتت فاعليتها في علاج هذا الاضطراب.

وفي ضوء ذلك يشير (Sood and Sood 2016) إلى أهمية تدريب الوالدين على التعامل مع الطفل ذي اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) بجانب العلاج الدوائي وتعليمهم الاستراتيجيات التي تزيد من الانتباه لديه، وتعلمه المهارات الاجتماعية.

وفي ضوء ذلك يشير ديبول وآخرون (2017) إلى أن العلاج القائم على تدريب الوالدين في معرفة أسباب الاضطراب يعد من الإستراتيجيات الجديدة والصحيحة لإدارة سلوك أطفالهم، ويسهم في تحسين الأداء الوظيفي للأطفال، وتقوية العلاقة بين الطفل ووالديه.

وفي ضوء ذلك يتضح لنا أن العلاج السلوكي للطفل القائم على إرشاد وتدريب الوالدين له جانب إيجابي في علاج اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) لدى الأطفال، من خلال تعديل سلوكياته غير المرغوبة، وتعليمية المهارات الاجتماعية، عن طريق استخدام بعض الفنيات السلوكية مثل التعزيز والنمذجة. (جونز وآخرين، 2016، ص294)

من خلال ما سبق من استعراض أهم العناصر المرتبطة باضطراب النشاط الزائد المصحوب، نستخلص أن هذا الاضطراب من أكثر الاضطرابات السلوكية انتشارا، ولعل مآلاته الخطيرة التي تنعكس على الطفل والمحيطين به، من أهم الدوافع التي تجعل الاهتمام به في تزايد كما أن الطرق العلاجية المتعددة توضح إمكانية التخفيف من أعراضه، وبالتالي احتمالية استفادة الأطفال المصابين بهذا الاضطراب من الحلول المتاحة، والتخفيف من الانعكاسات السلبية لهذا الاضطراب على مسار مراحل نموهم، وهذا ما تسعى إليه دراستنا الحالية من خلال التعرف على دور واثر الأنشطة النفسحركية في خفض النشاط الزائد لدى أطفال التوحد.

تمهيد:

شهد العالم حركة علمية ومعرفية جراء انتشار التوحد، دعت إلى الاهتمام البالغ بهذا الاضطراب الذي أقلق البشرية، ظف إلى ذلك الغموض الذي يكتنف مسبباته وطرق تشخيصه وتصنيف درجاته وفردانية حالاته، ليجعله بذلك اضطرابا عصيا في التعامل معه، انطلاقا من البحث في الأسباب إلى التشخيص وبناء برامج ومشاريع التكفل والتنبؤ بالمآل، الأمر الذي حذا بالباحثين والمختصين إلى الاهتمام البالغ في هذا المجال.

سيحاول الباحث في الفصل بيان بعض العناصر المتعلقة بهذا الاضطراب.

1- لمحة تاريخية:

شغلت حالة "التوحد" وتفسيراتها الأطباء منذ مايقارب المائة عام، وشهد التوحد تغيرات جذرية خلال السنوات الأخيرة، ويبدو أن أول من إستعمل تلك العبارة الطبيب النفسي السويسري (يوجين بلوير) عام 1911 مستتبطا من التعبير اليوناني (Autos) أي الذات:

وقد إعتمد "بلوير" تعبير الانطواء إلى الداخل، والانطواء الذاتي على المرضى الانفصامين البالغين. وقد عرف التوحد قبل 1943 بأنه مرحلة انتقالية لانفصام الشخصية اللاحق "واعتبر توحد الأطفال حينها صنفا ضمن انفصام الشخصية الطفولي أو حالة اضطراب في التفكير، أما عام 1943 عرف العالم الأمريكي "ليوكانر (leo kanner)" التوحد الطفولي وفسر مواصفاته العادية التي من شأنها أن تميزه عن الفصامين، فقد قدم "كانر" علم حالات 11 طفلا جرت متابعتها منذ 1938 عبر مقال (الاضطراب التوحيدي في التواصل الاجتماعي)، والذين جرت مراقبتهم عام 1938، والذين أوحوا بأدائهم ما إعتبره كانر متلازمة جديدة وهي " التوحد الطفولي" المتميز بعدة خصائص:

- حالة توحد شديدة، ويقصد به الانطواء الشديد على الذات.

- الولع الشديد ويعني الاهتمام المبالغ فيه ببعض الأشياء والتفاصيل، حيث يحدث صخبا وصراخا عندما نحاول انتزاعها منه.

- النمطية العشوائية، ويقصد به التكرار الرتيب للحركات والأصوات دون تغيير.

- التقليد الكلامي. (المقابلة، 2016، ص71)

ويمكن اعتبار هذه الدراسات والملاحظات أولى المحاولات الجدلية تحضيرا لتصنيف التوحد على أنه اضطراب يختلف على الفصام، لكنه مزال يصنف كمرحلة أولية للفصام لأن أغلب الاهتمامات في ذلك الوقت كانت تخص الراشدين والدليل أن التصنيفات الموجودة حينها خاصة بالراشدين.

وبالنسبة لـ "كانر (kanner)" فإن الفارق الجوهرى بين التوحد والانفصام هو مرور المصابين بالانفصام بمرحلة تطور طبيعية قبل ظهور الانفصام عليهم، بينما لا يشهد المصابون بالتوحد الطفولي سوى العزلة والتوحد الشديدين منذ أيامهم الأولى، وقد اعتقد أن التوحد ينتج عن خلل في عمليات التطور في النمو وليس علة نفسية مكتسبة، والفئة التشخيصية التي تعرف "توحد كانر" تتميز بقصور مستدام في التفاعل والتواصل الاجتماعي، كما يبدو على المصابين سلوكيات حصرية ومتكررة، وعشوائية، ونمطية، وللمصابين اهتمامات خاصة ونشاطات خاصة، وعبثية، أما حدة هذه المظاهر فهي تتفاوت بشكل كبير من مصاب إلى آخر.

ومن الجدير ذكره أنه في عام 1944 وفي الوقت الذي نشر فيه "كانر" دراسته، كان هناك طبيب نمساوي يدعى "هانز أسبرجر" نشر دراسة باللغة الألمانية تناولت 4 أطفال وصفهم بأن لديهم أطوار غريبة ومشتركة، وأطلق على تشخيصه اسم أولا "Psychopathie Autistique" ثم "متلازمة أسبرجر" بالرغم من عدم معرفته بدراسة "كانر"، وتعتبر هاتان الورقتان هما أول المحاولات العلمية لشرح هذا الاضطراب، ويمكن تحديد اختلاف أطفال "كانر" عن أطفال اضطراب أسبرجر بالجوانب الأساسية التالية:

- أطفال أسبرجر يتمتعون بدرجة ذكاء متوسطة (أي في المستوى الطبيعي)، بينما كانت كذلك القلة لدى أطفال "كانر".
- أطفال أسبرجر قادرون على الكلام، بينما كان البعض من أطفال "كانر" قادرين على الكلام والبعض الآخر لا يتكلمون.
- المهارات الحركية لدى أطفال أسبرجر أقل بكثير مما عليه أطفال كانر. (نفس المرجع السابق، ص 72)

من هنا بدأت أولى المحاولات في اكتشاف أنواع أخرى من الاضطرابات النمائية التي تعددت فيما بعد. وفي عام 1964 اكتشف برنارد ريملاند أدلة تؤكد أن التوحد هو حالة بيولوجية، يعني أن هناك أسباب تتعلق بالبيئة المحيطة بالطفل وكذلك التركيبية الجسمية تلعب دورا في حدوث الاضطراب . أما في عام 1966 فقد كشف "أندرياس ريت" دليلا آخر يؤكد أن التوحد هو حالة بيولوجية، وقد عثر كل من "سوزان فلوستين" و"مايكل روتر" عام 1977 على توأمين مصابين بالتوحد، مما أوضح بأن هناك دليل على احتمالية وجود عامل جيني يقف خلف الإصابة بالتوحد.

وقد تعاقبت جهود المهتمين والباحثين بهدف الوصول إلى توضيح شامل لمفهوم هذا الاضطراب، وتوضيح المعايير التشخيصية له، فقد انعكس غموض هذا الاضطراب وتداخل أعراضه مع أعراض بعض الإعاقات الأخرى على تصنيف هذا الاضطراب ، فقد اعتبرت "الجمعية الأمريكية للطب النفسي"

(APA) من عام 1951 وحتى عام 1968 التوحد شكلا من أشكال فصام الطفولة، وذلك في الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، وظل الحال على ذلك إلى عام 1977 عندما أصدرت منظمة الصحة العالمية (W.H.O) الدليل التاسع لتصنيف الأمراض (ICD-9) حيث فرقت بين التوحد وفصام الطفولة، وقسمت التوحد إلى أربع فئات هي: توحد الطفولة، والاضطراب الذهني التفككي، والاضطراب العقلي الطفولي النمطي.(نفس المرجع السابق، ص 72) وفي عام 1980 صنفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) اضطراب التوحد كأحد الاضطرابات النمائية الشاملة من خلال الدليل الإحصائي والتشخيصي الإصدار الثالث (DSM-3)، وصنف اضطراب التوحد على أنه إعاقة صحية من قبل الجمعيات والمنظمات المهتمة بالتوحد.

وفي عام 1987 وفي النسخة المعدلة من (DSM-3) ونتيجة لوجود مجموعة من الأطفال التي لا تنطبق عليهم جميع المعايير الخاصة بالاضطراب التوحد تم إضافة فئة جديدة سميت "الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة".

هنا نرى أن المشكلة التي واجهها المختصون في تصنيف التوحد هي تداخل وتضارب الأعراض وكثرتها واختلافها بين الحالات، وهو ما جعل التصنيفات تختلف كلما ظهرت دراسات جديدة وحقائق لأول مرة. وفي عام 2000 توسع مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة في النسخة المعدلة من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-4) بحيث أصبح يضم فئات وهي (اضطراب التوحد، واضطراب ريت، واضطراب اسبرجر، واضطراب تفكك الطفولة، والاضطرابات الشاملة الغير محددة).(الخطيب وآخرين، 2011، ص48).

وفي عام 2013 من خلال النسخة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي (DSM-5) جرى تعديل آخر على الفئات التي تندرج تحت مظلة الاضطرابات النمائية الشاملة، حيث تم الاتفاق بين المهتمين والباحثين على أن "متلازمة ريت" لم تعد اضطرابا معرفيا سلوكيا كغيرها من باقي الفئات، وإنما أصبحت اضطرابا معرفيا جينيا، نظرا لتوصل العلماء للجين الذي يسبب حدوثها، وبذلك استثنيت هذه المتلازمة كواحدة من اضطراب التوحد، كما تم تغيير تسمية هذه الفئة لتصبح اضطرابات طيف التوحد وهذا المسمى يجمع بين الفئات السابقة التي كانت تندرج تحت مظلة مايسمى بالاضطرابات النمائية الشاملة وقد أورد الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس هذا المسمى الجديد تحت مظلة الاضطرابات النمائية

العصبية الى جانب الاضطرابات العقلية، واضطرابات التواصل، واضطرابات ضعف الانتباه والنشاط الزائد وصعوبات التعلم والاضطرابات الحركية. (الجابري، 2014، ص 13)

2- مفاهيم متعلقة باضطراب التوحد:

تأتي كلمة التوحد AUTISM من كلمتين يونانيتين هما "AUT" وتعني الذات و"ISM" تعني الحالة، وتستخدم الكلمة لوصف الشخص المنطوي على نفسه بشكل غير عادي، ويعاني الأطفال المصابون باضطراب التوحد، بشكل أو بآخر، من صعوبات في تطوير العلاقات مع الآخرين والمحافظة عليها. تشير كلمة "الطيف" إلى وجود تباين واسع في سلوك التوحد يكون على شكل طيف يمتد من حالات معتدلة إلى حالات حادة، وغالبا ما يصف الأطباء المرض بأنه اضطراب نمائي واسع الانتشار، وهو ما يعني أنه يصيب كل نواحي حياة الطفل اليومية (كولين، 2013، ص 48).

ونشير إلى أن الباحث في هذه الدراسة يقصد بكلمة التوحد الاضطرابات المندرجة تحت مسمى الاضطرابات النمائية الشاملة والمحددة في التشخيص الأمريكي الخامس.

إن كلمة التوحد "AUTES" من الأصل اليوناني وتعني النفس، والتوحد هو كلمة مترجمة عن اليونانية بمعنى العزلة أو الانعزال كما يعرف بالأوتيزم AUTIZM بمعنى auto أي الذاتية أو الانعزال والانطواء، واليوم تصطلح عن اضطراب تطوري نسميه توحد الطفولة. (الزريقات، 2004، ص 24).

*وتختلف التعريفات باختلاف التوجهات وهناك بعض التعريفات نوردتها في ما يلي:

3- تعريف التوحد: اختلف الباحثون في استخدام مصطلح واحد عن اضطراب التوحد، فالبعض يطلق عليه (التوحد)، والبعض يسميه (أوتيزم) وآخرون يسمونه الذاتية (الذاتوية الطفلية)، ويرجع هذا الاختلاف إلى عدم الاتفاق في ترجمة المصطلحات الأجنبية التي تعبر عن الاضطرابات النمائية التي تصيب الطفل في المرحلة العمرية المبكرة، والتي تختلف كثيرا عن الإعاقة الذهنية المعروفة، وأن المصطلح الأجنبي المعبر عن أعراض ومظاهر الاضطراب (أوتيزم) كان من الممكن أن يظل كما هو بلا ترجمة، شأنه شأن مرض الهستيريا أو مصطلح (HYSTERIO) حيث شاع استخدامه كما هو، وظل للآن يعبر عن مجموعة من الأعراض المرضية النفسية الحركية، وانفق عليها الجميع إلا أن الأمر قد اختلف عند تناول هذا الاضطراب النمائي الطفولي، حيث بدا لبعض الباحثين أنه نوع من انشغال الطفل بذاته فسموه (الذاتوية الطفلية) وبدا للبعض الآخر نوع لأنماط سلوكية خاصة بالطفل وحده فسموه (توحد) أو "الاجترارية" أو "التكرارية". (عبد الباقي، 2011، ص 11).

في الحقيقة يرى الباحث أنه لا توجد مشكلة في التسمية، لأن الاختلاف يتعلق ببعض التوجهات سواء في البحوث أو حتى في العلاجات والبرامج التكفيلية في مجال رعاية أطفال التوحد.

3-1- تعريف الجمعية الوطنية الأمريكية للأطفال التوحديين (National Society for Autistics Children) :

يعتبر تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين من أكثر التعريفات قبولا لدى المهنيين، وينص على أن التوحد عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل الطفل 32 شهرا، ويتضمن الاضطرابات التالية:

1/ اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.

2/ اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.

3/ اضطراب في الكلام واللغة.

4/ اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس، الأحداث والموضوعات. (المغلوث وآخرون، 2011، ص.ص 9-10).

3-2- تعريف الدليل التشخيصي الخامس (DSM-5):

لعل التطورات الحديثة التي طرأت على آلية فهمنا للفئات التي تندرج ضمن مسمى الاضطرابات النمائية (PPD) الشاملة والتي وردت في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل بالغ الأثر في أحداث تغيير جوهرية في هذه الفئة، ولعل من الأمثلة على ذلك هو الاتفاق بأن متلازمة ريت لم تعد اضطرابا معرفيا سلوكيا (كغيرها من باقي الفئات)، وإنما قد أصبحت اضطرابا معرفيا جينيا، نظرا لتوصل العلماء للجين الذي يسبب حدوثها (MECP2)، لذا فإن الطبعة الخامسة قد استثنيت هذه المتلازمة كواحدة من فئات اضطراب طيف التوحد، بالإضافة إلى تغيير مسمى الفئة ومعايير تشخيصها.

وبناء على ذلك فإن الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي تستخدم الآن مسمى جديد هو اضطراب طيف التوحد (ASD)، والذي يجمع ما كان يعرف سابقا باضطراب التوحد (AD) ومتلازمة أسبرجر (Asperger Syndrome) واضطراب التفكك الطفولي (CCD) والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD NOS) ضمن مسمى واحد، على شكل متصل تختلف مكوناتها باختلاف عدد وشدة الأعراض.

كما أن الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت ما سمي باضطراب طيف التوحد ضمن مظلة الاضطرابات النمائية العصبية (Neurodevelopmental Disorders)، والتي تتضمن الفئات التالية إلى جانب فئة اضطرابات طيف التوحد:

* الاضطرابات العقلية (Intellectual Disabilities).

* اضطراب التواصل (Communication Disorders).

* ضعف الانتباه والنشاط الزائد (ADHD).

* صعوبات التعلم (Specific) والاضطرابات الحركية (motor Disorders). (الجابري، 2014، ص6).

3-3- تعريف كريك "crick" (1961):

ويتضمن تعريف " كريك" تسعة نقاط هي كما يذكرها " سكوبلر" (1988):

1- اضطراب في العلاقات الانفعالية.

2- اضطراب في الهوية الذاتية.

3- ارتباط غير عادي مع موضوعات محددة.

4- المحافظة على روتين معين ومقاومة التجديد.

5- تجارب وخبرات إدراكية غير سوية.

6- قلق زائد ومتكرر وغير طبيعي دون سبب.

7- فقدان القدرة على التحديث.

8- أنماط حركية مضطربة وشاذة.

9- نقص واضح في بعض الجوانب الإدراكية أو وجود وظائف عقلية غير عادية. (كامل، 2003، ص13).

وكملخص لهذه التعريفات فيمكن القول أن التوحد يظهر بوضوح في السنوات الثلاث الأولى من الحياة، في شكل عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والابداعي، وهو نتيجة اضطراب يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية، تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد، وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ، وعدم القدرة على التصور، البناء والملائمة التخيلية.

أما مهارات التواصل فهي تكمن في عدم القدرة على التعبير عن الذات تلقائياً وبطريقة وظيفية ملائمة، وعدم القدرة على فهم ما يقوله الآخرون، عدم القدرة على استخدام مهارات أخرى بجانب المهارات اللفظية لمساعدة الفرد في القدرة على التواصل، أمّا مشاكل التأقلم مع البيئة فهي تكمن في عدم القدرة على القيام

بعمل وأداء وظيفي بفاعلية في البيئة، وعدم القدرة على مسايرة وتحمل التغيرات في البيئة والتعامل معها، بالإضافة الى عدم القدرة على تحمل تدخلات الأفراد الآخرين.

4- أعراض اضطراب التوحد (ASD) حسب (DSM-5):

قام علماء النفس والأطباء النفسيون بجمعية النفسيين الأمريكية بمراجعة معايير تقييم الأفراد ذوي الاضطرابات النمائية، حيث ظهرت الطبعة الخامسة في عام 2013، وفيها ظهرت معايير التشخيص لاضطراب ما سمي ب"طيف التوحد" **Autism spectrum disorder (ASD)**، والتشخيص ذي الصلة باضطراب التواصل الاجتماعي **Social Communication Disorder (SCD)**.

ويرى آخرون أن اضطراب طيف التوحد يتضمن أربعة تشخيصات سابقة وهي التوحد، اضطراب أسبرجر، اضطراب الطفولة التفككي، اضطراب النمو العام غير المحدد بشكل آخر: ويتصف اضطراب طيف التوحد ب:

- 1- نقص في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي.
- 2- محدودية وتكرار السلوك والاهتمامات والنشاطات، وإذا لم يتوفر وجود الصفات السلوكية المذكورة في البند الثاني فإن التشخيص هو اضطراب في التواصل الاجتماعي وليس طيف التوحد. وتتضمن التغيرات الكبيرة في عدد من الحالات المحددة وكما هو مبين تاليا: المعايير التشخيصية والتي وردت بهذه الطبعة موضحة بالأمثلة:

- قصور مستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي خلال السياقات، كما يتضح في ما يلي:
- عجز في التبادل الاجتماعي والانفعالي يتراوح من نهج اجتماعي شاذ، وفشل في الحديث المنخفض بمشاركة الاهتمامات والانفعالات، وانعدام الاستجابة مع نقص كامل في البدء بتفاعلات اجتماعية.

* النهج الاجتماعي غير السوي:

- استهلال اجتماعي غير عادي (مثل اللمس الفضولي للأشياء، ولعق الآخرين)
- استخدام الآخرين كأدوات.
- فشل في الحديث المتبادل العادي.
- انعدام الاستخدام البراغماتي الاجتماعي للغة (مثل: لا يوضح، ولا يفهم، ولا يقدم خلفية المعلومات التي يعرضها).
- فشل في الاستجابة عندما ينادي باسمه وعندما يتم الكلام معه مباشرة لا يبدأ بالحديث.
- يتحدث من طرف واحد / مناجاة / حديث عرضي.

* انخفاض في مشاركة الاهتمامات:

- لا يشارك.
- انعدام الإظهار أو الإشارة إلى لأشياء من أجل جلب اهتمام الآخرين.
- ضعف الاهتمام المشترك (البدء والاستجابة).
- مشاركة منخفضة للانفعالات والمؤثرات.
- الإفتقار إلى الابتسامة الاجتماعية المتجاوبة (ويقصد بذلك الابتسامة الشخص لآخر).
- فشل في المشاركة في المتعة والإثارة، والإنجازات مع الناس الآخرين.
- فشل في الرد على الثناء.
- لا يبدي سعادته في التفاعلات الاجتماعية.
- فشل في تقديم الراحة للآخرين.
- اللامبالاة والنفور من الاتصال الجسدي (الضم والعناق) والحنان.
- نقص في البدء بتفاعلات اجتماعية، حيث يبدأ فقط عندما يحتاج إلى مساعدة.
- استهلال اجتماعي ضعيف، حيث إنه يفشل في الإنخراط (الدخول) في ألعاب اجتماعية.
- قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية المستخدمة في التفاعل، وتتروح في الضعف في التواصل اللفظي وغير اللفظي من خلال الشذوذ في النظر بالعين ولغة الجسد، أو قصور في الفهم واستخدام التواصل غير اللفظي إلى النقص الكلي في التعبيرات الوجهية والإيماءات.
- ضعف في الاستخدام الاجتماعي للتواصل بالعين.
- ضعف في استخدام وفهم وضعية الجسم: (مثل: يشرح بوجهه عن المستمع).
- ضعف في استخدام وفهم الإيماءات (مثل: التأشير، أو يلوح بيديه، أو يهز رأسه).
- حجم غير طبيعي لطبقة الصوت، الإيقاع، ونبرة الصوت في الكلام.
- شذوذ في استخدام وفهم التأثيرات.
- ضعف في استخدام التعبيرات الوجهية.
- نقص في تعبيرات الفرح الدافئة الموجهة للآخرين.
- تواصل محدود في التأثيرات الخاصة عدم القدرة على نقل نطاق واسع من الانفعالات عبر الكلمات، والتعبيرات ونغمة الصوت والإيماءات.
- عدم القدرة على إدراك أو تفسير التعبيرات غير اللفظية من قبل الآخرين. (الجلامدة، 2016، ص

ص.176-178)

- نقص في التواصل اللفظي وغير اللفظي (مثل: عدم القدرة على تنسيق التواصل بالنظر، أو لغة الجسد مع الكلمات).
- نقص في التواصل غير اللفظي غير المنسق (مثل: عدم القدرة على تنسيق التواصل مع الإيماءات).
- قصور في تنمية العلاقات والمحافظة عليها مما يتناسب ومستوى النمو (يتجاوز ذلك مقدمي الرعاية)، ويتراوح ذلك من صعوبات في السلوك التكيفي ليتناسب مع السياقات الاجتماعية المختلفة، من خلال صعوبة المشاركة في اللعب التخيلي وتكوين الصداقات، إلى غياب واضح باهتمامات الناس.
- قصور في تنمية العلاقات والمحافظة عليها، مما يتناسب ومستوى النمو.
- نقص في نظرية العقل، وعدم القدرة على أخذ وجهة نظر شخص آخر (العمر ≤ 4 سنوات).
- صعوبة في تكيف السلوك ليتناسب مع السياقات الاجتماعية.
- عدم ملاحظة ضعف اهتمام الأشخاص بالأنشطة.
- عدم الاستجابة للمنبهات السياقية (على سبيل المثال: لمنبهات الاجتماعية عند الآخرين تدل على التغيير في السلوك ويكون مطلوب ضمناً).
- تعبيرات إنفعالية غير مناسبة (الضحك أو الابتسامة خارج السياق).
- عدم الوعي بالإصلاحات الاجتماعية / السلوك الاجتماعي المناسب/ يسأل أسئلة غير مناسبة اجتماعياً، أو يدلي بتصريحات غير لائقة اجتماعياً.
- لا يلاحظ الضغوط الاجتماعية وعدم الاهتمام بالآخرين.
- لا يقرأ بأنه غير مرحب به في لعبة معينة أو جلسة حوارية ما.
- إدراك محدود للانفعالات الاجتماعية.
- صعوبات في المشاركة في اللعب التخيلي (ملاحظة: اللعب التخيلي الإنفرادي، لعب الأدوار غير ملحوظ هنا).
- ضعف في اللعب التخيلي مع الأقران، ويشمل ذلك الدور الاجتماعي في اللعب (العمر النمائي يكون أكبر من 4 سنوات).
- صعوبة في تكوين الصداقات.
- لا يحاول أن يؤسس صداقات.
- لا يفضل الآخرين.
- انعدام اللعب التعاوني (العمر يجب أن يكون أكثر من 24 شهر) واللعب المتوازي فقط.
- يجهل أن يكون محط سخرية وأذى من قبل الأطفال الآخرين.

- لا يلعب في مجموعات مع الأطفال.
- لا يلعب مع أطفال من عمره، أو من مستواه التطوري (فقط يلعب مع من هو أكبر أو أصغر).
- له مصلحة في الصداقة، لكنه يفتقر إلى فهم اصطلاحات التفاعل الاجتماعي (مثل توجيهه للغاية أو جمود، سلبي بشكل مفرط).
- لا يستجيب إلى نهج الأطفال الآخرين الاجتماعية.
- غياب الاهتمام بالآخرين.
- يفتقر إلى الاهتمام بالآخرين.
- انسحابي ومنعزل، وله عالمه الخاص.
- لا يحاول جذب انتباه الآخرين.
- اهتمامات محدودة بالآخرين.
- غير مدرك، أو يغفل عن الأطفال أو البالغين.
- يتعامل مع الآخرين بشكل محدود.

- يفضل الأنشطة الدماغية. (نفس المرجع السابق، ص ص 178-179)

* أنماط السلوك المتكررة والمقيدة، أو الاهتمامات، أو الأنشطة وكما تظهر في اثنين من أربعة أعراض:

- النمطية وتكرار الكلام، ونمطية الحركات، ونمطية استخدام الأشياء (مثل النمطية الحركية البسيطة، المصاداة، والاستخدام المتكرر للأشياء، واستخدام العبارات العشوائية).
- الكلام النمطي أو المتكرر.
- لديه الكلام المتخزلق (المتصنع)، أو اللغة الرسمية غير الاعتيادية (الطفل يتكلم كالبالغين).
- المصاداة الوقتية، والمتأخرة، وقد تشمل تكرار الكلمات والعبارات أو الأغاني والحوارات الأكثر شمولاً.
- لديه لغة جارجون (كلمات غريبة)، أو رطانة (الكلمات الناضجة تظهر بعد العمر النمائي 24 شهراً).
- يستخدم اللغة البلهاء أو المجازية.
- يقلب الضمائر (كأن يقول أنت بدلاً من أنا، يخلط بين الجنسين).
- يشير إلى نفسه باسمه (لا يستخدم ضمير أنا).
- * الألفاظ المتكررة: مثل: (الأصوات الحلقية، صنع الضوضاء، أو الأثنين غير العادي، والأزيز المتكرر).
- الحركات النمطية المتكررة:
- حركات البدء المتكررة (مثل التصفيق، وفرقة الأصابع، والرفرفة والإلتواء).

- الحركات النمطية لكامل الجسم (مثل هزهة القدمين، وتمايل الجسم، وهز الرأس)
 - شذوذ في وضعية الجسم (مثال وضع الجسم غير العادي، والمشي على أخمص القدمين).
 - توتر كثيف للجسم.
 - عبوس غير عادي للوجه.
 - صرير مفرط في الأسنان (الجز على الفكين).
 - يضع يديه وبشكل متكرر على الأذنين.
 - يواظب على فعل حركات متكررة أثناء الافعال والسلوكيات واللعب.
 - الاستخدام النمطي المتكرر للأشياء.
 - اللعب غير الوظيفي في الأشياء.
 - يصف (يرتب) الأشياء أو الألعاب.
 - يفتح ويغلق الأبواب بشكل متكرر.
 - يشتغل ويطفئ الأنوار بشكل متكرر.
- * **التمسك المفرط بالروتين:** أنماط طقوسية للسلوك اللفظي وغير اللفظي والمقاومة الشديدة للتغيير، مثل: (الطقوس الحركية، الإصرار على نفس الطريق، والتساؤل المتكرر، والغضب بشدة لأنفه الأسباب أو للتغيير البسيط).
- تسلسل معين وغير اعتيادي بالسلوكيات (التمسك بالروتين).
 - الإصرار والصرامة في إتباع روتين معين (يستبعد روتين وقت النوم من ذلك، إلا إذا كان مستوى التمسك به غير نمطي).
 - روتين غير اعتيادي.
 - أنماط طقوسية غير طبيعية للسلوك اللفظي وغير اللفظي.
 - تساؤل مستمر حول موضوع معين (تمييزه عن غيره من قوله لنفس الكلمة أو العبارة مرارا وتكرارا).
 - طقوس لفظية غريبة، كأن يقول شيئا أو أكثر بطريقة معينة أو يطلب من الآخرين قول أشياء أو الإجابة على الأسئلة بطريقة معينة.
 - الدوافع القهرية (مثل الدوران ثلاث مرات قبل أن يدخل الغرفة).
 - مقاومة مفرطة للتغيير.
 - صعوبة في الانتقال من شيء إلى شيء.

- ردود فعل مبالغ فيها للتغيرات التافهة (مثل تحريك قطعة ما على طاولة العشاء، أو تغيير مسار اتجاه أثناء قيادة المركبة هو متعود عليه).
- التفكير الجامد.
- عدم القدرة على فهم النكتة.
- عدم القدرة على فهم الجوانب الحرفية للكلام مثل كلام السخرية أو المعنى الضمني له جمود مفرد، وغير مرن (تحكمه القواعد) في السلوك والتفكير.
- قيود شديدة في الحدة والتركيز، واهتمامات مركزة غير عادية (مثل التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء غير الاعتيادية، أو الانشغال بالاهتمامات المفرطة والمحصورة).
- لديه نطاق ضيق من الاهتمامات.
- باستمرار مشغول التفكير ومتوسوس.
- لديه كلام تحفظي.
- يركز على نفس الأشياء القليلة من الموضوعات والأنشطة.
- الإلتئغال بالأرقام والحروف والرموز.
- اهتمامات غير عادية من حيث التركيز.
- التركيز المفرط في الأجزاء غير المطلوبة أو غير الوظيفية في الأجسام (كأن يركز في عجلات سيارة)
- الاهتمام بالألوان، والجداول الزمنية، والأحداث التاريخية... الخ.
- يحمل ويمسك أشياء غير اعتيادية مثل مسك البطانيات - الحيوانات المحنطة.
- خوف غير اعتيادي (كأن يخاف من الناس الذين يلبسون حلقة الأذن).
- * **ردود فعل مفرطة تجاه المدخلات الحسية:** اهتمامات غير اعتيادية في الجوانب الحسية للبيئة (مثل اللامبالاة الواضحة إزاء الألم، الحرارة، البرودة، أو الاستجابة المعاكسة لأصوات معينة، أو فرط في الشم ولمس الأشياء أو الانبهار من الأضواء الساطعة).
- تحمل عال للألم.
- يفتقأ عينيه.
- الانشغال باللمس أو باللمس (ويشمل ذلك الإنجذاب أو النفور من المنسوجات).
- لا يحبذ اللمس.
- ينفر من وجود مقص شعر أو مقص أظافر أو فرشاة الأسنان.
- اكتشاف بصري غير اعتيادي للأنشطة.

- انغلاق للمعاينة البصرية للأشياء أو لنفسه ليس بهدف واضح.
- تحديقة عينين غير طبيعية.
- اهتمام شديد وانبهار بمراقبة حركة الأشياء الأخرى (مثل دوران عجلات لعبة الأطفال، وعملية فتح وغلق الأبواب، حركة فراشي المكنسة الكهربائية).
- ينظر لأشياء والناس بطرف عينيه.
- * **في مجال المحفزات الحسية:** (الصوت، والرائحة، والطعم، والنظر).
- لديه استجابات غريبة للمدخلات الحسية (يتضايق للصوت الشديد).
- لديه تركيز شاذ ومستمر في المدخلات الحسية.
- * **يجب أن تكون الأعراض موجودة في فترة النمو المبكرة، ولذلك قد لا تصبح واضحة تماما لحين تفوق المطالب الاجتماعية القدرات المحدودة.**
- لم يعد ضروريا تقرير مقدمى الرعاية الأولية.
- تعتبر الطفولة المبكرة هي مرحلة العمر (8) سنوات فأصغر.
- * **أعراض التوحد تضعف وتحد من الوظائف اليومية:**
- اختيار مستوى واحد لكل من التواصل الاجتماعي، ومستوى واحد من الاهتمامات المقيدة ومن السلوكيات المتكررة. (نفس المرجع السابق ، ص. ص 180-184).
- الحد الأدنى من الإعاقات الاجتماعية: بدون دعم في المواقع، قصور في التواصل الاجتماعي يسبب إعاقات غير ملحوظة، لديه صعوبة في البدء بالتفاعلات الاجتماعية ويظهر أمثلة واضحة من الاستجابات غير النمطية وغير الناجحة للمبادرات الاجتماعية لدى الآخرين، وقد تظهر انخفاضات في:
 - الاهتمامات والتفاعلات الاجتماعية.
 - الحد الأدنى من إعاقات الطقوس والسلوكيات المتكررة: تسبب الطقوس والسلوكيات المتكررة تداخل كبير في وظيفة سياق أو أكثر.
 - تستند الخطورة على شدة إعاقات التواصل الاجتماعي، وأنماط السلوكيات المقيدة المتكررة وتوضحها الجلامده (2014) كالاتي:

الجدول رقم (10): يبين مستويات الخطورة لاضطراب التوحد:

السلوكيات النمطية

التواصل الاجتماعي

مستوى الشدة

المتكررة

انعدام المرونة في السلوك،
وصعوبة شديدة في التأقلم
مع التغيير، أو أن
السلوكيات
النمطية/المتكررة تتداخل
بوضوح مع الأداء في
جميع المناحي. إحباط/
صعوبة كبيرة لتغيير
التركيز أو الفعل.

انعدم المرونة يسبب تداخلا
واضحا مع الأداء في واحد
أو أكثر من السياقات،
صعوبة التغيير بين
الأنشطة، مشاكل التنظيم
والتخطيط تعرقل
الاستقلالية.

انعدم المرونة يسبب تداخلا
واضحا مع الأداء في واحد
أو أكثر من السياقات،
صعوبة التغيير بين
الأنشطة، مشاكل التنظيم
والتخطيط تعرقل
الاستقلالية.

عجز شديد في مهارات التواصل اللفظي والغير
لفظي مسببا تدنيا شديدا في الأداء، مع بدء
محدود جدا للتفاعل الاجتماعي، مع أقل
الاستجابات لاستهلايات الغير، مثلا شخص لديه
كمية قليلة من الكلام الواضح الذي نادرا ما يبدأ
التفاعلات وإذا فعل فإنه يعتمد مقاربات غير
مألوفة لتلبية الاحتياجات فقط وللإستجابة
للمقاربات الاجتماعية المباشرة بشدة فقط.

عجز واضح في مهارات التواصل اللفظي والغير
لفظي،

الاختلالات الاجتماعية ظاهرة حتى مع الدعم في
المكان، مع بدء محدود للتفاعل الاجتماعي مع
استجابات منقوصة أو شاذة لاستهلايات الغير
فمثلا شخص يتكلم جملا بسيطة وتفاعلاته محددة
باهتمامات ضيقة، ولديه تواصل غير لفظي
غريب.

دون دعم في المكان فالعجز في التواصل
الاجتماعي يسبب تدنيا ملحوظا. صعوبة بدء
التفاعلات الاجتماعية مع أمثلة واضحة
للاستجابات غير الناجحة أو غير المعتادة
لاستهلايات الغير، وقد يبدو انخفاض الاهتمام
بالتفاعلات الاجتماعية، فمثلا شخص لديه القدرة
على القدرة على الكلام بجمل كاملة قد ينخرط
باتصال ولكن محادثة من

والى الآخرين ستفشل ومحاولاته لتكوين أصدقاء

المستوى 1

يحتاج لدعم كبير جدا.

المستوى 2

يحتاج لدعم كبير

المستوى 3

يحتاج للدعم

تكون غريبة وغير ناجحة عادة.

(الجلامده، 2014، ص 185)

ويمكن القول بأن ما يميز أعراض التوحد عن الاضطرابات الأخرى هي أنك تجدها محصورة بين الاهتمام الشديد إلى غاية الولع والاتكالية وبين اللامبالاة القسوى، فالطفل التوحدي يهتم أحيانا بأدق التفاصيل ويتعلق ببعض الأشياء إلى درجة شديدة، كما نجده لا يبالي ببعض المنبهات مهما كانت قوة أثرها الواضحة على من معه في المكان.

5- أنواع اضطراب التوحد حسب التصنيف الأمريكي الخامس (طيف التوحد):

الحالة التي يطلق عليها اسم " التوحدية" هي واحدة من مجموعة من خمس حالات ترتبط بها ارتباطا وثيقا وتلك الحالات الخمس والتي تشترك في الأعراض تخرج كلها من مجموعة اضطرابات النمو المنتشرة، وجميع الحالات التي تندرج تحت تلك الاضطرابات لها تأثير كبير على النمو، ووفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM فان اضطرابات النمو الشائعة تحمل الحالات التالية:

- التوحد الكلاسيكي.
 - اضطراب أسبرجر.
 - اضطراب الطفولة اللاتكاملي.
 - اضطرابات النمو المنتشرة غير محددة على نحو آخر.
- وبغض النظر عن الحالة التي يقع الطفل تحتها من الحالات السابقة فهناك ثلاثة أعراض أساسية تشترك فيها جميع الحالات وتستخدم لتقرير التشخيص:
- إعاقة التفاعل الاجتماعي.
 - إعاقة التواصل.
 - خصائص النماذج السلوكية.(شقيق، 2002، ص. ص 38-40).

1-5 اضطراب التوحدية (المتلازمة التوحدية الكلاسيكية):(Classic Autistic Syndrome)

وفي هذا النوع يظهر على الأطفال أعراضا مبكرة دون أن تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة إلا أنهم في هذه المجموعة وكما نقول "كولمان" يبتدئون في التحسن التدريجي فيما بين سن الخامسة إلى السابعة.

(الشرقاوي، 2018، ص 39)

يكون الطفل مصابا بالتوحد الكلاسيكي عندما تظهر عليه جميع الصفات الثلاث، وهي أن الطفل لديه صعوبة في استعمال اللغة، أو لا لغة لديه من الأساس، ويبدو كما لو أنه لا يريد الاندماج في المجتمع، ولا أن يلعب مع الأطفال الآخرين، وعادة ما يعاني الطفل أيضا من صعوبات عامة في التعلم، والتي يكون لها تأثير واضح وصريح في جميع نواحي حياته عند اجتماعها مع الصعوبات الأخرى. ويعد التوحد الكلاسيكي أعلى الحالات الحادة من اضطراب طيف التوحد.

5-2- متلازمة أسبرجر (Asperger):

تكون الإصابة بمتلازمة أسبرجر عندما يقوم الطفل على الأقل في العامين الأولين أو الأعوام الثلاثة الأولى من مرحلة الطفولة بتطوير اللغة لديه بشكل طبيعي نسبيا، إلا أنه على الرغم من تطور اللغة لديه، يتسم كلامه بصفات غريبة، فقد يطور مفردات لغوية ممتازة مع قدرة على استعمال الكلام لتوصيل المعنى بشكل صحيح، إلا أن انسيابية كلامه واتزانه يبدو كما لو أنهما صادران عن إنسان آلي، مع صوت رنان، وطابع رسمي على نحو غريب، كما أنه قد تتطور لديه صعوبات خطيرة في النواحي الاجتماعية للغة، والتي تؤثر بشكل خطير في قدرته على تكوين علاقات اجتماعية فعالة مع البالغين والأطفال الآخرين.

فعلى سبيل المثال، في أثناء حديثه عن موضوع يهمه، قد لا يستدعي انتباهه مثل الآخرين أو عدم اهتمامهم، ويصر على الاستمرار في حديثه، كما أنه قد لا يدرك أن الحقيقة تكون أحيانا موجهة، فمثلا عند الوقوف أمام الخزينة في أحد المتاجر الكبرى، قد يشير ببراءة ناحية السيدة الواقفة خلف الدرج النقود ويقول لأمه: هذه السيدة بدينة جدا، أليس كذلك؟.

ولا يكون مثل هذا التعليق بالنسبة إلى الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر على جميع النواحي الحياتية للطفل المصاب، إلا أنه ما تعتبر المتلازمة أكثر الحالات المعتدلة من اضطراب طيف التوحد. (كولين، 2013، ص ص 49-50).

في عام 1944 وصف أسبرجر " مجموعة من أربعة أطفال تتراوح أعمارهم ما بين 6 إلى 11 سنة كلهم لديهم مشكلات جوهرية في التفاعل الاجتماعي، رغم أنهم يظهرون مهارات اتصال ومهارات معرفية نموذجية بشكل واضح، وقد شملت تلك المشكلات اهتماما بالحروف والأرقام في سن صغيرة جدا ضعفا في المشاركة الوجدانية، الخمول وثقل الحركة وبعدا عن الخفة والرشاقة، وصعوبة في ضبط نبرات الصوت عند الكلام، واضطرابا في التكيف مع الدراسة، ورغم أن عمل "أسبرجر" استمر لفترة طويلة بدون أن يلاحظ حتى سنة 1980، فإن الاضطراب الذي يحمل اسمه الآن قد تم تحديده على أنه واحد من اضطرابات النمو الشائعة والتي تشبه اضطراب التوحيدة.

ويشبه تعريف الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية "DSM" اضطراب أسبرجر تعريفه لاضطراب التوحد، فالأطفال الذين يعانون من اضطراب أسبرجر لديهم مشكلات في التفاعل والاتصال والسلوكيات الغير طبيعية، ومع ذلك فإنهم يميلون إلى أن يتقدموا في الكلام في السن الصحيح (رغم أن الاتصال غير مألوف بعدة طرق)، وبصفة عامة لا يحرز هؤلاء الأطفال درجات في مدى التخلف العقلي على اختبارات الذكاء المقننة، ولديهم الأعراض الرئيسية الثلاثة من أعراض اضطرابات النمو المنتشرة ولكنها تمتزج امتزاجا فريدا (السيد وآخرون، 2004، ص ص 21-22).

يمكن القول أن ما يميز متلازمة أسبرجر أنها تحمل من كل اضطراب عرضا معيناً، فمثلاً تشترك مع التوحد الكلاسيكي في مشاكل الاتصال وصعوبات في التفاعل الاجتماعي، ومع التخلف الذهني درجة متدنية من التأخر الذهني والذي يظهر في تلك اللغة الانفجارية الغير مبالية بنتائج معانيها المثيرة للمخاطب...

5-3- اضطراب الطفولة اللاتكاملي:

هو اضطراب نادر جدا من اضطرابات الطفولة المنتشرة، وربما يحدث هذا الاضطراب في كل 100 ألف طفل والغريب أنه يظهر بعد فترة طويلة من النمو، غالبا ما تمتد لعدة سنوات وعندما يبدأ النكوص في النمو فإن المهارات اللغوية والتفاعلات الاجتماعية واللعب والسلوكيات الحركية... الخ تصبح أكثر سوء، وعند إجراء التشخيص فإن الأعراض السلوكية مشابهة للأعراض الموجودة لدى الأطفال التوحديين، وبالنسبة للآباء فإن فقدان اللغة والمهارات الأخرى يمكن أن يشكل خبرة مرعبة ومفزعاً، ويمكن أن يستمر التراجع لفترة تتراوح من عدة أسابيع إلى عدة شهور على الرغم من إمكانية حدوث تدهور سريع وحاد جداً، ففي ثلاثة أرباع الحالات التي تلقت علاجاً كان التدهور في النمو جوهرياً ودالاً إحصائياً، في حين تم تحقيق الحد الأدنى من علاج المهارات المفقودة.

ومن خلال البحث المحدود جداً في هذه الحالة، فإن نسبة الذكور المصابين باضطراب الطفولة اللاتكاملي مقارنة بنسبة الإناث تبدو مشابهة للتوحدية، ومقارنة اضطراب الطفولة اللاتكاملي باضطرابات النمو الشائعة الأخرى فإنها مختلفة، فتحدد هذا يعتبر سهلاً بدرجة معقولة، وبالنسبة للمقارنة بمتلازمة أسبرجر فأعراضه تظهر في وقت متأخر وتدهور المهارات، وأما أعراض متلازمة أسبرجر يمكن أن تظهر بعد عامين كما أن القدرات المعرفية والمهارات اللغوية أفضل بكثير ولا تتدهور.

كما أن التغيرات المبكرة والملاحظة في المهارات الحركية ومحيط الرأس ومهارات الاتصال التي ترى في البنات اللواتي يعانين من متلازمة ريت تجعل من الخلط بين ريت واضطراب الطفولة اللاتكاملي أمراً غير

محتمل، كما أن الأطفال التوحديين يظهرون فروقا واختلافات جوهرية واضحة جدا، مقارنة بالظهور المتأخر للأعراض في حالة الأطفال المصابين باضطراب الطفولة اللاتكاملية.

5-4- اضطرابات النمو العامة غير المحددة:

لكي تشترك أي اضطرابات مع اضطرابات النمو العامة يجب أن تكون تلك الأعراض الثلاثة السابقة موجودة بوضوح، ونظرا لوجود تنوع هائل بين الأطفال ذوي اضطرابات النمو العامة غير المحددة على نحو آخر، ونظرا لتشابهه مع اضطرابات النمو العامة الأخرى فمن الصعوبة على الآباء أن يحصلوا على معلومات واضحة بخصوص الحالة، أو التشخيص الذي ينطبق على الطفل والأعراض الفردية التي توجد في اضطراب التوحد، والتي درست على نحو أفضل بكثير، ويمكن أن تكون موجودة لدى طفل بشكل خفيف إلى حد من أشكال الاضطراب، وهذا يجعل التشخيص خادعا وغامضا، وعندما يختفي بعض أو كل تلك الأعراض أو عندما تكون خفيفة جدا فإن الطفل يمكن أن يعتبر في حالة نمو طبيعي وربما في بعض الأحيان يكون خجولا أو معزولا، وربما إلى حد ما شادا أو غريب الأطوار وربما يكون لدى هذا الطفل أعراض وربما تمر دون أن تلاحظ أو ربما لا ينظر إليها على أنها أعراض لأي حالة.

بعبارة أخرى فإن الأطفال ذوي اضطرابات النمو المنتشرة وغير المحددة على نحو، آخر يمكن أن تكون لديهم نفس الأعراض الموجودة في اضطراب التوحد، أو يمكن أن يكون لديهم أعراض حقيقية وغير ظاهرة، كما أن بعض الأعراض لدى الأطفال التوحديين ربما لا تكون موجودة لدى الأطفال ذوي

اضطراب النمو العام غير المحدد إلى نحو آخر. (السيد وآخرون، 2004، ص. ص 31-36)

يمكن القول أنه قد ينتج بعض الارتباك في استخدام هذا المصطلح التشخيصي وفهم ما يتضمنه من نقص المعايير المحددة أو الأعراض المحددة، التي تميز اضطرابات النمو المنتشرة غير المحددة على نحو آخر من اضطرابات النمو المنتشرة الأخرى، ولهذا أصحاب ذوي هذا الاضطراب يمكن أن يكون لديهم روح الدعابة في بعض الأحيان، ويمكن أن يكونوا عاطفيين ويظهروا التعاطف، وربما تكون لديهم مهارات اللعب التخيلي، ويمكن أن تكون لديهم أعراض خفيفة، ويمكن أن يتعرضوا لأخطاء التشخيص مع العجز عن التعلم.

6- خصائص اضطراب التوحد:

6-1- الخصائص الجسمية (الحركية):

يتسم غالبية الأطفال ذوي التوحد من حيث المظهر العام رغم بعض الحالات الاستثنائية، بمظهر عادي،

الكثيرون منهم جذابون في مظهرهم. (الكردي، 2005، ص 12)

أما من حيث الطول وخاصة في المرحلة العمرية من 2-7 سنوات فإن طفل التوحد قد يكون أقصر إذا ما قورن بأقرانه من العاديين.

وقد يختلف بعض أطفال التوحد أيضا من حيث استخدام الجانب المسيطر من المخ، حيث يتميز بعدم الثبات في استخدام يد معينة، فقد يتبادل استخدام اليد اليمنى مع اليسرى، مما يدل على اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الايمن واليسر. (فراج ، 2002، ص 11)

أما من حيث الأمراض البدنية، فقد أوضحت بعض الدراسات أن العديد من أطفال التوحد في مراحل حياتهم المبكرة، يعانون من صعوبات في الجهاز التنفسي، ونوبات حمى، وإمساك، وحركات غير منضبطة في الجهاز الهضمي، كما أنهم قد يختلفون في استجابتهم للمرض عن استجابة الطفل العادي، وقد يرجع ذلك إلى قصور في نضج الجهاز العصبي اللاإرادي، فقد لا ترتفع درجة حرارة أجسامهم عن الإصابة بمرض معدي، كما أنهم قد لا يشكون من الألم، سواء بالكلام أو بتعبيرات الوجه. (مليكه، 1998، ص28)،

وقد يعاني بعض أفراد التوحد من نوبات صرع، حيث أشارت بعث الأبحاث إلى أن حوالي واحد من كل أربعة أفراد التوحد يعانون من نوبات صرعية أثناء مرحلة البلوغ، والسبب الرئيسي وراء ذلك غير معروف على وجه التحديد، ولكن قد يكون السبب هو تغيير في بعض هرمونات الجسم، وقد تكون نوبات كبيرة وظاهرة، وقد تكون نوبات صغيرة وغير ملحوظة. (خطاب، 2005، ص30)

6-2- الخصائص النفسحركية:

لقد أوضحت الدراسات (على الرغم من ندرتها في المجال النفسحركي حسب علم الباحث)، أن هناك قصورا واضحا في تطور المهارات النفسحركية لدى أطفال التوحد، وهذا له تأثير على تعلم الطفل العديد من المهارات المعرفية والاجتماعية ومهارات رعاية الذات، وقد أكدت الدراسات على أنه من الأهمية بمكان وضع الجوانب الحسركية في برنامج التدخل المبكر لهذا الطفل. (امانويل وآخرون، 2009، ص39)

وقد أشارت الدراسات على أن هذه المهارات يكتسبها الطفل الرضيع في مرحلة مبكرة من عمره، حيث أن اكتساب هذه المهارات مبكرا يساعده على التفاعل داخل البيئة المحيطة، مما يسهم في اكتسابه العديد من المهارات المعرفية أكثر تقدما، ويعتبر **جان بياجيه** أن النمو الحسركي المبكر أساس التطور المعرفي المعقد في المراحل العمرية اللاحقة للطفل.

حيث يتفاعل الرضيع داخل البيئة المحيطة به، وذلك من خلال المهارات الحركية التي يكتسبها تدريجيا، فتتطور قدراته العقلية تدريجيا نتيجة هذا التفاعل الذي يحدث بينه وبين الأشياء والموضوعات في البيئة

المحيطة به، ونتيجة لذلك تتطور لديه العديد من المهارات الحركية ومهارات اللعب والمهارات النفسحركية، التي تؤسس لاكتساب مهارات ما قبل الأكاديمية، وإذا حدث تأخر في اكتساب هذه المهارات الحسركية المبكرة، سوف ينتج عنه تأخر في العديد من المهارات التي تؤسس للمهارات الأكثر تعقيدا، والتي يحتاج اكتسابها الطفل في مراحله اللاحقة. (Gibson,2000,p12)

ولقد أوضحت الدراسات أن الطفل التوحدي يتأخر في اكتساب المهارات الحسية والنفسحركية، المتمثلة في المهارات الحركية الكبرى أو الصغرى، وصعوبات التناسق الحركي وقصور في التقليد الحركي، ويعاني أيضا من مشكلات التخطيط الحركي كما يعاني بعض هؤلاء الأطفال من مشكلات في الحفاظ على وضع الجسم.

وأشارت دراسات أخرى أن العديد من الأطفال التوحد يعانون من قصور في الوعي بالجسم، ونتيجة ذلك، فقد يظهر طفل التوحد مشكلات في الحركات الكبرى والحركات الدقيقة، والذي قد يحاول أن يعوضها بحركات القفز على الأثاث أو الهز والاستمتاع بالضغط العميق على جسمه وعضلاته، كما قد يواجه بعض الأطفال مشكلات الانتقال من حركة إلى أخرى، وذلك عند أداء مهام مختلفة. (Halker,2001,P:2)

وقد ترجع أسباب المشكلات الخاصة بالوعي بالجسم، التي يعاني منها بعض الأطفال التوحد إلى خلل في النظام الحسركي Proprioceptive System، حيث يعاني بعض الأطفال من مشكلات في هذا النظام الحسي، الذي يساعد في دمج الإشارات الخاصة باللمس والحركة معا، حيث يوجد مستقبلات حسية في الأربطة والعضلات والمفاصل، ويعد تطور هذا النظام الحسي في غاية الأهمية لاكتساب المهارات الخاصة بمسك الأشياء (على سبيل المثال، التقاط الكرة، ورمي الأشياء مثل قذف الكرة، وتسلق السلام)، ويسهم هذا النظام الحسي في تطور مفهوم الوعي بالجسم لدى طفل التوحد، وتخطيط الحركة، والتحكم الحركي، فله تأثير كبير في التحكم في حركة أجزاء الجسم والتناسق بينها، مما يؤثر بشكل كبير في التحكم في حركة أجزاء الجسم المختلفة، ولذلك فله التأثير الكبير في التحكم في تعبيرات الجسم والوجه والذي يعاني منه طفل التوحد، حيث يصعب على العديد من هؤلاء الأطفال استخدام حركات جسمه ووجهه للتعبير عما يريد.

كما أوضحت دراسات أخرى أن بعض أطفال التوحد لديهم طريقة مميزة في المشي، فهم يمشون على أطراف الأصابع، وفي الحقيقة أن هذه الطريقة في المشي تظهر لدى الطفل العادي في سن الثالثة، ولكنها قد تستمر مع طفل التوحد في سن أكبر، وقد يكون السبب وراء ذلك وجود خلل في جهاز

العصبي، أو قصور في الحس الدهليزي Vestibular Sense المسؤول عن التوازن
(Ayres, 1985, P. P125-127).

6-3- الخصائص الحسية:

يعاني العديد من أطفال التوحد من اضطرابات حسية، والاضطراب الحسي هو الخلل أو القصور في أي عضو من أعضاء الحواس sensory Organs (العين، الأذن، الأنف، اللسان، والجلد)، أو في الخلايا العصبية الحسية المسؤولة عن توصيل المنبهات أو المثيرات الحسية الخارجية إلى المخ، أو خلل يحدث في عملية ترجمة هذه المثيرات الحسية داخل المخ.

وتنتشر هذه الاضطرابات الحسية بصورة واسعة لدى نسبة كبيرة من أشخاص التوحد، حيث يستجيب الطفل استجابة مفرطة لهذه المثيرات الحسية.

وقد أشار الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-5) إلى هذه الخصائص تحت مسمى "الاستجابات غير العادية للمدخلات الحسية"، حيث تضمنت المعايير الجديدة لتشخيص اضطراب التوحد للدليل التشخيصي الخامس، في بعدها الثاني (المعيار الثاني)، الإشارة إلى الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية كواحدة من الأعراض السلوكية، التي إن وجدت لدى الطفل فهي تعتبر أساسية في تشخيصه.

6-4- مظاهر الاضطرابات الحسية لدى أطفال التوحد: يظهر أطفال التوحد العديد من المظاهر الاضطرابات الحسية المختلفة (سواء كانت اضطرابات سمعية، أو بصرية، أو لمسية، أو سمعية، أو ذوقية، أو شمعية)، حيث تتضارب استجابات الطفل المصاب باضطراب التوحد للمثيرات الحسية، فهو قد يستجيب لأحد هذه المثيرات استجابة ضعيفة أو استجابة مفرطة.

أما عن مظاهر الاضطرابات السمعية، فقد يستجيب استجابة ضعيفة أو استجابة مفرطة، ولذلك فقد يعتقد بعض الأشخاص المحيطين بطفل التوحد أنه مصاب بالإعاقة السمعية، وذلك لأن استجاباته قد تكون ضعيفة للمثيرات السمعية الموجودة بالبيئة، فهو يتجاهل الأصوات المرتفعة، كالفرقة أو صوت الانفجار، ولكن في الغالب يعلم الوالدان أن طفلها ليس مصابا بمشكلات سمعية بل هو يسمع جيدا، وذلك لأنه قد يلتفت عند سماع صوت خافت جدا، على سبيل المثال فتح مغلف الشوكولاتة، أو غيرها من الأصوات الخافتة، أو قد يستجيب استجابة مفرطة عند سماع بعض الأصوات، فيقوم بتغطية الأذنين أو وضع الأصابع فيهما. (وهبه، 2018، ص 151)

وينطبق نفس الحال فيما يتعلق بالمشكلات الحسية الأخرى (البصرية أو اللمسية، الشمية، الذوقية، أو الحسركية، أو الدهليزي المسؤول عن توازن الجسم)، فقد يستجيب الطفل لهذه المثيرات الحسية أو أحد هذه المثيرات بطريقة ضعيفة أو مفرطة.

6-5- أسباب تضارب استجابات أطفال التوحد للمثيرات الحسية:

لماذا يستجيب طفل التوحد أحيانا للمثيرات الحسية، ولا يستجيب في أوقات أخرى؟ أو لماذا يفرط بعضهم في الاستجابة لهذه المثيرات؟ أو يتجاهل بعضهم هذه المثيرات؟ هل هناك مشكلات في العضو الحسي؟ يسعى الكثير من المحيطين بالطفل للبحث عن الإجابات عن هذه الاسئلة، وفي حقيقة الأمر عند فحص هؤلاء الأطفال طبيا تكون الإجابة "لا توجد مشكلة عضوية في العضو الحسي للطفل"، فعلى سبيل المثال، إذا تم إجراء قياس للسمع لطفل، أو قياس لحاسة البصر، فتظهر نتيجة الفحص طبيعية لأي عضو من الأعضاء الحسية، ولكن قد تكمن المشكلة في مخ هذا الطفل، والطريقة التي يقوم المخ بمعالجة المثيرات الحسية، وهذا ما يسمى بالقصور في التكامل الحسي.

ويرجع تضارب استجابات الطفل للمثيرات الحسية إلى القصور في التكامل الحسي، وهو اضطراب عصبي، ينشأ عن عدم قدرة الدماغ على دمج ومعالجة معلومات حسية معينة، والتي يتم استقبالها من الأنظمة الحسية، مما يسبب خللا في العلاقة المستمرة بين السلوك وعمل الدماغ، لذا يظهر الطفل بعض السلوكيات التي تبدو غريبة، ولا نجد لها تفسير منطقي واضح أو سببا ظاهرا، فتؤثر هذه السلوكيات بشكل مباشر على عملية تعلم الطفل، وقد تصبح عائقا عند اندماجه في البيئة المحيطة، سواء كانت المنزل أو المدرسة المتواجد فيها الطفل، فلا يستطيع التواصل الجيد مع المعلمين أو الأقران داخل الفصل الدراسي، كما أنه يجد صعوبة في تنفيذ الواجبات المنزلية، مما قد تسبب سلسلة المشكلات الأسرية والتعليمية لدى، وبالتالي نجد صعوبة في فهم هذه المشكلات والتعامل معها، وهكذا يمكن القول أن اضطراب العمليات الحسية لدى الطفل لها تأثير مباشر وقوي على تعلمه. (نفس المرجع سابق، ص151)

وكتعليق على هذا الموضوع نلاحظ أن أول ما يبدأ به المختصون عند بداية التكفل هو قياس مدى التكامل الحسي للطفل التوحد، فإن وجدوا خللا أو نقصا يخضعون الطفل لمرحلة أولى، هي مرحلة التكامل الحسي التي يتم فيها تطبيق أحد البرامج المتخصصة في التكامل الحسي، وبعدها يباشرون برنامج التكفل المسطر.

6-6- الخصائص المعرفية والتعليمية:

تشير نصر(2002) إلى أن اضطراب النمو المعرفي من أكثر الملامح المميزة لاضطراب التوحد، لما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي ونقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين، والذي يؤدي بدوره إلى مشكلات في التعلم.

وقد أشار "عادل عبد الله محمد" (2002)، إلى أن حوالي 85% من أطفال التوحد يعانون من الإعاقة الذهنية، كما أن بعضهم يتمتع بذكاء، عادي أو بذكاء مرتفع، ولقد ذكر "هوليندر" (2003) أن 25% من أطفال التوحد يعانون من الإعاقة الذهنية بدرجة شديدة، وأن 50% منهم يعانون من الإعاقة الذهنية بدرجة متوسطة، و25% لديهم ذكاء حوالى 80 فأكثر، ويظهر الطفل تشتتا ملحوظا في الوظائف المعرفية، وتكون الدرجات على الارتقاء اللغوي واللفظي في أقل المستويات، فأطفال التوحد المصحوب بالإعاقة الذهنية عادة يصعب تطبيق الاختبار بالمقاييس اللفظية، أما الأعلى منهم في القدرة اللفظية يكون أدائهم أفضل على الاختبارات العينية، وأسوأ على الاختبارات التي تتطلب التعميم، والتفكير التجريدي، وتتابع الأحداث والرموز، هذا وقد توجد لدى البعض من أطفال التوحد قدرات معرفية وبصرية وحركية مبكرة وغير عادية، ومن أمثلة ذلك أن البعض منهم لديه ذاكرة خارقة، وقدرات حسابية غير عادية، وقد تتجاوزز بكثير قدرات أقرانهم من الأطفال العاديين، وقد تظهر أيضا بعض القدرات الموسيقية أو الرسم أو النشاط الرياضي لدى بعض هؤلاء الأطفال. (مليكه، 1998، ص269) و(فراج، 2001، ص35).

ويعاني طفل التوحد من مشكلات في الإدراك، فهو قد يواجه صعوبات معرفية تتعلق بفهم وإدراك أبعاد الموقف، واستيعاب المثيرات الحسية المختلفة والاستجابة لها، ومع ذلك توجد فروق فردية فيما بينهم، فكل فرد منهم يختلف عن الآخر، في استقبال واستيعاب المثيرات الحسية المختلفة والاستجابة لها، فقد لا يستطيع البعض منهم ترجمة بعض المثيرات على أنها مثيرات اجتماعية، وبالتالي لا يستطيع الاستجابة لها اجتماعيا، فعلى سبيل المثال، قد لا يستطيع الانتباه للتعليمات اللفظية في موقف ما، وذلك لضعف التميز بين هذه التعليمات اللفظية، وغيرها من المثيرات السمعية الأخرى، وقد يرجع ذلك لسببين، الأول هو أن المثيرات السمعية بطبيعتها غير ملموسة، فتحتمل بالنسبة له فور إصدارها، ولذلك تتشكل صعوبة في الانتباه إليها، والسبب الثاني هو أن التوجهات اللفظية التي يسمعها في شكل مثيرات سمعية -من وجهة نظره- ليس لها مغزى اجتماعيا، فهي لا تختلف عن الأصوات التي يسمعها في الخلفية، مثل أصوات الأجهزة المختلفة، وغيرها من الأصوات غير البشرية الموجودة في البيئة.

كما يعاني طفل التوحد من مشكلات الإدراك البصري، والذي يتضح الخلل في مجال الرؤية الشاملة للأشياء، حيث إنه ينظر للأشياء من جانب واحد، دون إدراك الشيء بأبعاده الكلية، فهو لا يدرك الكل بل الجزء فقط. (كارن وآخرون، 2007، ص107)

هذه المشاكل التي يعاني منها الطفل التوحدي يمكن علاجها عن طريق برنامج التكامل الحسي.

7- النظريات والفرضيات المفسرة للتوحد: من النظريات والفرضيات الحديثة التي تفسر حدوث

اضطراب التوحد نجد:

7-1- الفرضيات الوراثية والجينية: تشير الدراسات الحديثة التي أجريت في هذا المجال، كما أشار قزلز

(2007) أن للجينات دورا قويا وبارزا في حدوث اضطراب التوحد، حيث أشارت الدراسات التي أجريت على التوائم المتطابقة وغير المتطابقة أن نسبة إصابة الفرد باضطراب التوحد في التوائم المتطابقة أعلى منها في التوائم غير المتطابقة من في التوائم الغير المتطابقة، حيث كانت النسبة في التوائم المتطابقة تتراوح ما بين (60%-100%) أما في غير المتطابقة لم تتجاوز النسبة (50%)، وهذا يعطي تفسيراً بأن للجينات دوراً رئيسياً لظهور اضطراب التوحد، بالإضافة إلى ذلك، أشارت نتائج الدراسات العائلية أن ظهور طفل آخر مصاب بالتوحد لدى أسرة لديها طفل مصاب (20/1) وهي أعلى مقارنة مع الأسر التي ليس لديها طفل مصاب بهذا الاضطراب. وأشارت هارون (2008) أن هنالك عدد من الكروموزومات تفسر حدوث اضطراب التوحد، ومن هذه الكروموزومات هي (2، 7، 13، 15، 16، 17، X) والكروموزوم الأخير مشترك بين التوحد ومتلازمة الكروموزوم X الهش.

ولم يتفق العلماء كما أشار الطاهر (2009) على خلل في كروموزوم معين وحالات التوحد، فهناك من ربط بين الكروموزوم رقم (2) وحالات التوحد، لاعتقادهم بوجود علاقة بينه وبين اضطرابات النطق، وهناك من ربط بين الكروموزوم رقم (3) وحالات التوحد، حيث يعتقد بأن وجود جين يدعى (Gat)، وهذا الجين يصنع البروتين والذي يعمل مع أحد النواقل العصبية (Gaba)، ينشط خلايا الدماغ فوق الحد الطبيعي، مما يؤدي إلى ظهور السلوكيات التوحدية، وبعض الآخر ربط بين الكروموزوم رقم (7) وحالات التوحد حيث يحتوي هذا الكروموزوم على مجموعة من الجينات لها وظائف معينة ومحددة هي (Fox 2)، وهذا مرتبط باضطرابات النطق واللغة وتعابير الوجه والانفعالات و (Wn 2) مسؤولة عن مصير ووظائف الخلايا في جسم الجنين و (Rein) مسؤولة عن تنظيم خلايا الدماغ خلال تطور الجنين.

7-2- النظرية العصبية: أظهرت بعض الإختبارات التصويرية التي أجريت للدماغ للأطفال ذوي

اضطراب التوحد بأن هناك اختلافا واضحا في شكل الدماغ، وتوجد فروق في المخيخ إذا ما قورنت بالأطفال العاديين، وتبين هناك ضمورا في المخيخ نسبة (13%) عند التوحديين وخاصة خلايا بركنجي (Purikinje).

وفي كلية هارفارد الطبية قامت الدكتورة بايومان (Baumann) بتشريح الدماغ لجنث (30) من الأفراد ذوي اضطراب التوحد تمتد أعمارهم بين (5-74) عاما اكتشفت علامات غير طبيعية في تركيب الدماغ، ومع اختلاف واضح في المخيخ وحجم المخ وعدد معين من خلايا بيركنجي، وقد بنيت دراسات أخرى بأن هناك من يعزز ذلك إلى الخلل في القشرة الدماغية، كما بينت دراسات أخرى بأن هناك شذوذا وخللا في النشاط الكهربائي أو قصور وظيفي، لأداء جذع الدماغ، وهناك من يعزز ذلك إلى الخلل في القشرة الدماغية ، والتي قد تكون مسؤولة عن السلوكيات التوحدية وخاصة المتعلقة باللغة.

وتوصل كل من "باومان وكامبر (1995) Bauman & kamper أن وزن الدماغ لدى الأطفال المصابين بالتوحد أكثر وزنا من أدمغة أقرانهم العاديين في مرحلة الطفولة، ويكون وزن أدمغتهم أقل في مرحلة البلوغ، وأن هناك خللا في الخلايا الموجودة في المخيخ، إذ أن نموها غير طبيعي إما فرط أو نقصان في النمو، الأمر الذي يؤثر على وظائف المخيخ.

3-7- النظرية البيوكيميائية: تفترض هذه النظرية حدوث خلل في النواقل العصبية

كالسيروتونين (serotonin) والدوبامين (Dopamine) والبيبتيدات العصبية (Neuropeptide)، حيث الخلل البيوكيميائي في إحدى هذه النواقل العصبية له آثار سلبية على الفرد، كإفراز الهرمون وحرارة الجسم والشعور بالألم، وفي المزاج والذاكرة وقد أشارت نتائج البحوث التي أجريت على الناقل العصبي السيروتونين (serotonin)، حيث أن هذا الناقل العصبي مرتبط بدرجة عالية بالعمر، حيث يكون بمستوى عال في المراحل المبكرة من العمر، ويتناقص في مرحلة المراهقة إلى أن يستقر في مرحلة الرشد، ولكن لدى ذوي اضطراب التوحد من أفراد الدراسة وجد أن هذا الناقل يستمر مدى الحياة بنسبة (30-40%) ومن وظائف السيروتونين (serotonin) التحكم في النوم وتناول الطعام والشهية، وحرارة الجسم والإحساس بالألم. (زاغر، 2005، ص68)

ووجد أن هناك خللا في نواقل عصبية أخرى، كارتفاع الناقل العصبي الدوبامين لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد وانخفاضه لدى البعض الآخر، بالمقارنة مع النسب الموجودة لدى الحالات العادية، وتمت الإشارة إلى وجود خلل في نسبة الأدرينالين (Adrenaline) في الدم والدماغ لدى الأفراد التوحديين.

7-4- النظريات البيولوجية: تفسر هذه النظرية إصابة الفرد باضطراب التوحد نتيجة خلل وتلف يصيب خلايا الدماغ أو عدم اكتمال نمو خلايا الدماغ لدى الفرد، وهذا يفسر حدوث إصابات أخرى مصاحبة لاضطراب التوحد كالصرع والإعاقة العقلية. (الخطيب وآخرون، 2011)

أشارت دراسات كل من باريسيل (parcell) وروتر (ruter) ومامبرغ (Maimburg) وفايث (vaeth) كما أوردها العنوان (2014) إلى مجموعة من الأمراض والعوامل المرتبطة بالأم الحامل، والتي بدورها تزيد احتمالية إصابة الطفل باضطراب التوحد تمثلت في: الحصبة والحصبة الألمانية ونقص نشاط الغدة الدرقية وفيروسات الحمل، ومشكلات جهاز المناعة وتعاطي الكحول والأدوية المهدئة وعمر الأم الذي يزيد عن (35) عاماً.

7-5- الفرضيات الأيضية: أشارت هذه النظرية أن سبب اضطراب التوحد يعود إلى عدم قدرة الأطفال ذوي اضطراب التوحد على هضم البروتينات، وخاصة بروتين الجلوتين (Glutin) الموجود في مادة القمح والشعير ومادة (الكاسيين Casein) الموجودة في الحليب، وهذا ما يفسر استفراغ الطفل لمادة الحليب، والأكزيما الموجودة خلف ركبتيه والإمساك والإسهال واضطرابات التنفس لدى الطفل العادي، ومن مظاهر اضطرابات الهضم لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد: حساسية الجسم الزائدة لبعض الخمائر، والبكتيريا الموجودة في المعدة والأمعاء، وزيادة الأفيون في الجسم، وصعوبة هضم الأطعمة الناقلة للكبريت، ونقص بعض الأحماض والإنزيمات في الجسم.

7-6 نظرية العقل: تركز نظرية العقل على القدرة على استنتاج الحالات الذهنية للآخرين والتعرف على أفكارهم ورغباتهم واعتقاداتهم، بالإضافة إلى القدرة على استخدام هذه المعلومة لتفسير ما يقولونه، ولإعطاء معنى لسلوكياتهم وللتنبؤ بما سوف يفعلونه في المستقبل. (الهيدي، 2001، ص 45).

وتؤكد الكثير من الأبحاث وجود صعوبة لدى الطفل التوحدي في فهم الحالات الذهنية للآخرين، وترى بأن الاضطراب السلوكي في التوحد يمكن أن يرجع إلى عدم قدرة الطفل التوحدي على التفكير، أما الاضطراب الاجتماعي فيرجع إلى عدم قدرته على تقدير الناس كوسطاء لهم عقول وأذهان مستقلة، وأما الاضطراب في التواصل فيرجع إلى عدم القدرة على تمثيل النيات أو التعرف على التغييرات اللفظية باعتبارها نفس أفكار المتحدث. (نفس المرجع السابق، ص 48)

7-7- الفرضية النفسية:

بدأ كانر (Kanner) دراساته في مجال التوحد من خلال مراقبة سلوكيات مجموعة مكونة من (11) طفلاً توحدياً، وأشار في نتائج دراساته إلى أن الوالدين وخاصة الأم تلعب دوراً رئيسياً في حدوث اضطراب التوحد لطفلها، عندما لا تزوده بالحب والرعاية والحنان، وأظهر كانر مصطلح

الأم الثلجة (**Refrigerated Mother**) للتعبير على العلاقة السلبية بين الأم وطفلها، لقد تعرضت فرضية **كانر** للكثير من النقد والاعتراض وخاصة من أهالي الأطفال التوحديين، حيث أكدوا بأنهم يولون أطفالهم الكثير من الاهتمام والرعاية والحنان في مراحل حياتهم المختلفة، كذلك عارض الكثير من الباحثين فرضية **كانر** ومنهم **روتر (Rutter)** معللاً ذلك أن الطفل خلال الفترة الحرجة لإصابته بالتوحد، والتي ذكرها **كانر** من (0 - 6) أشهر لا يمتلك الوسائل والأدوات الضرورية لاكتشاف رفض أمه له أو عدم اهتمامها به، ورغم أن الكثير من الدراسات أثبتت فشل الفرضية النفسية في تحديد سبب الإصابة باضطراب التوحد، إلا أن هناك برامج علاجية مازالت تتبنى نفس المنشأ والأفكار للفرضية النفسية، مثل برنامج الأم الحنون في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث يقوم جانب كبير من هذا المشروع العلاجي على تنمية علاقة الحب والحنان بين الأم وطفلها التوحدي. (وينغ، 1996، ص72)

7-8- فرضية التلوث البيئي: يرى إدلسون Edelson (2006) أن الأسباب الشائعة لحدوث

اضطراب التوحد هي:

-العوامل الكيميائية والمواد الثقيلة في البيئة مثل الزئبق، الحديد، والزنك.

- تسمم الكبد، حيث لا يستطيع الكبد القيام بوظائفه.

ويشير **الخطيب وآخرون (2011)** أن تعرض الطفل في مراحل النمو الحرجة إلى تلوث بيئي قد يؤدي إلى تلف في الخلايا الدماغية والتسمم في الدم، وبالتالي ظهور أعراض التوحد، ومن أهم هذه الملوثات: الزئبق والمواد الحافظة للأطعمة والرصاص، وأول أكسيد الكربون.

وقد لخص الباحث أهم النظريات والفرضيات المفسرة لأسباب اضطراب التوحد في الشكل التالي:



شكل رقم (05) يوضح أهم النظريات والفرضيات المفسرة لأسباب اضطرابات

التوحد

8-التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد: تتشابه بعض الإعاقات والأمراض مع اضطراب التوحد،

ولذلك لابد الاستكشاف الواعي لأية مشكلة قبل تشخيص التوحد.

8-1-التوحد والإعاقة العقلية: كثيرا ما يصاحب حالات الإصابة بالتخلف العقلي، كما تتشابه وتختلط

بعض أعراضهما، ولا سيما إن كان العمر العقلي للطفل أقل من 20 شهرا، وقد أشارت مارثيون إلى أن

التوحد ينتشابه مع التخلف العقلي في الأعراض والسمات الآتية:

- تكرار السلوكيات النمطية والقهرية، صعوبات في الكلام والتخاطب.

*أما الفروق بينهما فهي:

- الطفل التوحدي ليس لديه القدرة على التواصل مع غيره، مع عدم رغبتهم في الاتصال الاجتماعي

والتفاعل معه، أما الطفل المعاق عقليا يتميز بإمكانية التواصل مع الآخرين، ولهذا غالبا ما تكون لديهم

القدرة على التفاعل مع الناس.

- الطفل التوحدي يظهر أداء متميزا في بعض القدرات لديه، كالموسيقى، والحساب، أما الطفل المعاق

عقليا لديه تدني ملحوظ في مستوى قدراته في عديد من المجالات.

- تكاد تتعدم العيوب الجسمية لدى الطفل التوحدي، وعند المعاق عقليا توجد كثير من العيوب الجسمية.
- أطفال التوحد لا يوجد لديهم وعي اجتماعي بما يدور من حولهم، أما بالنسبة للمعاقين عقليا لديهم إدراك للواقع الاجتماعي الذي يعيشون فيه.
- أطفال توحد ليس لديهم قدرة على التذكر واستدعاء الأحداث، أما المتخلفين عقليا لديهم قدرة على تذكر الأحداث فيما يتصل بالذاكرة قصيرة المدى. (نبيه، 2009، ص 81).

8-2- التوحد ومتلازمة ريت: إن اضطراب ريت من فصيلة الاضطرابات التي تتشابه مع اضطراب التوحد، وتصيب البنات فقط وهو من الاضطرابات النادرة، ويظهر بعد فترة من النمو الطبيعي، فيكون ظهوره عادة ما بين الشهر السادس والشهر الثامن من عمر الطفل، حيث تبدأ القدرات العقلية واللغوية والاجتماعية والحركية للطفل بالتراجع، فيحدث تجنب للتواصل البصري، وتصبح الاستجابة لديهم ضعيفة نحو الأهل، كما أن التحكم بالأقدام في أثناء المشي يصبح ضعيفا، وتظهر حركات غريبة في اليدين كالتلويح بهما.

- المصابون باضطراب ريت ينظرون للآخرين ولكنهم لا يتفاعلون معهم وخاصة في الطفولة المبكرة، أما أطفال التوحد فلديهم قصور في التفاعل الاجتماعي.
- الحركة عند التوحدي غالبا لا توجد، وإذا وجدت نتيجة عادات مكتسبة ، أما عند متلازمة ريت فهي عشوائية ونمطية في حركة اليد، غياب توازن جسم. (المغلوث وآخرون، 2011، ص 26).
- بالنسبة للعنصر الأخير وبحكم التجربة التي خضناها في الميدان فالحركة عند أطفال التوحد كثيرة وتمتاز بالنمطية والرتابة.

الجدول رقم (11): يبين أوجه الاختلاف بين التوحد ومتلازمة ريت

الرقم	متلازمة ريت	اضطراب التوحد
1	- يصيب الإناث فقط.	أ- يصيب البنين والبنات وبنسبة 1من4
	- العجز الرئيسي عند البنات يكمن في التخبط والترنح، وفقدان الاتزان الحركي للأطراف والحركات اليدوية النمطية تتمثل في: أ- عصر اليدين وغسلهما لإراديا أو لف اليد حول الأخرى، مع وضع الذراعين	

<p>ب- الأعراض في حالات التوحد لا تحدث.</p>	<p>في حالة إنتشاء على الصدر أو الذقن. ب-بلل نمطي لليدين من اللعاب. ت-حدوث صعوبة في البلع والتنفس ث-فشل دائم في التحكم في عمليات التبول والتبرز. ج- بروز مفرط للسان. د- تتطور هذه الأعراض في منتصف فترة الطفولة، مما يحدث تخلجا جذعيا، وعمى حركيا.</p>	<p>2</p>
<p>ج- تحدث نوبات صرع في وقت ما من حياتهم وخاصة في مرحلة البلوغ.</p>	<p>هـ- حدوث تشنجات ونوبات صرع قبل عمر الثامنة.</p>	<p>3</p>
<p>د- لا تظهر هذه الأعراض.</p>	<p>و- حدوث ضمور في العضلات الفقرية مع عجز حركي شديد يصيب الأطراف السفلية أكثر من العلوية، مما يؤدي إلى فقدان القدرة على الحركة والمشي.</p>	<p>4</p>
<p>هـ- نسبة الذكاء (40%) من التوحدين أقل من (50)، أي تقع في فئة الإعاقة العقلية المتوسطة، و(30%) منهم تقع في فئة الإعاقة البسيطة، ونسبة ضئيلة في فئة الإعاقة العقلية الشديدة، و(30%) أو أقل تقع في فئة العاديين أو العباقرة.</p>	<p>ز- حالات المصابين ترتبط بالإعاقة العقلية الشديدة.</p>	<p>5</p>
<p>و- بروز صفة الإيذاء المتعمدة، والانشغال بالأمور التافهة، والحركات النمطية غير الهادفة.</p>	<p>ح- ندرة وجود سلوك إيذاء الذات والانشغال بالأمور التافهة والحركات النمطية غير الهادفة.</p>	<p>6</p>

7	ط- أسباب الإصابة تنحصر بتلف المخ أو النخاع الشوكي، والمخيخ، أو الجهاز العصبي بشكل عام.	أ- أسباب غير محددة، وقد تكون وراثية.
---	--	--------------------------------------

(الجلامده، 2014، ص199)

3-8 - التوحد وفصام الطفولة:

يفترض كل من Goldstein (1986) وبخيت (1997): أن التشابه بين الاضطرابات كان منطقياً لدرجة أن بعض الباحثين كانوا يسمون التوحد بالفصام، إلى أن استخدمت التفرقة النسبية بينهما من خلال نتائج بعض الدراسات، وكان من أهم أوجه الاختلاف ما يلي:

- الطفل التوحدي غير قادر على استخدام الرموز مقارنة بالفصامي.
- ضعف النمو اللغوي عامة لدى التوحدي أكثر من الفصامي.
- ضعف النمو الاجتماعي عامة لدى التوحدي أكثر من الفصامي.
- ضعف النمو الانفعالي عامة لدى التوحدي أكثر من الفصامي.
- عدم وجود هلاوس لدى التوحدي بينما يكثر وجودها لدى الفصامي.
- يبدأ ظهور التوحد قبل سن عامين ونصف، بينما الفصام يبدأ بعد هذا السن، فالفصام يبدأ في عمر متأخر في الطفولة أو مع بداية المراهقة.

4-8 - التوحد واضطرابات التواصل:

- العجز عن استخدام اللغة كأداة للتواصل لدى التوحدي، بينما يتعلم مضطرب التواصل معاني ومفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين.
- يظهر التوحدي بتغيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة، بينما يحاول المضطرب تواصلياً، أن يحقق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه تعويضاً عن مشكلة الكلام.
- يمكن لكليهما إعادة الكلام إلا أن التوحدي يظهر إعادة الكلام المتأخر أكثر.

جدول رقم (12): يبين أوجه الاختلاف بين اضطراب التوحد واضطرابات التواصل:

ذوو إعاقات التواصل (التخاطب)	ذوو اضطراب التوحد
- لا تظهر عليهم ظاهرة التردد الآلي (المصاداة) والخلط في استخدام الضمائر.	- تظهر عندهم خصائص التردد الآلي للكلمات وهو ما يسمى بالمصاداة.
- درجة القصور اللغوي لديهم تكون أقل.	- القصور اللغوي يكون أكثر.
- محدودية القصور اللغوي (في نوع معين من	يعانون من قصور في أشكال التواصل اللفظي

أشكال التواصل).	وغير اللفظي.
- يندمجون في الألعاب الابتكارية الخيالية.	- يعانون قصورا واضحا في مجال اللعب الابتكاري التخيلي.
1. نسبة الذكاء أعلى.	- نسبة الذكاء أقل.

(خطاب، 2005، ص 71)

5-8 - التوحد والاضطرابات الذهانية: أوضح قنديل (2000) وكذلك دراسة "كوريتا وآخرين (1992)

التي طبقت فيها استمارة خاصة بالأمهات مع المتابعة المستمرة للحالات من الذهانيين ومن التوحديين عن وجود بعض الاختلافات بين الاضطرابين كالاتي:

1- تدهور واضح واضطراب في الانتباه لدى التوحدي مقارنة بالذهاني.

2- نقص التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى التوحدي مقارنة بالذهاني.

3- نشاط حركي مفرط لدى التوحدي.

4- نسبة الإعاقة بين الذكور أكثر من الإناث (1-4)، بينما تتساوى لدى الجنسين في الذهان (الفصام).

5- وجود هلاوس وهذيان لدى الذهاني وعدم وجودها لدى التوحدي.

6- ظهور بعض أعراض التخلف لدى الطفل التوحدي بينما لا توجد لدى الذهاني.

7- الطفل التوحدي يعاني من اضطراب نمائي سلوكي وإنفعالي بينما لدى الذهاني ما هو إلا اضطراب عقلي. (نفس المرجع السابق ص 72-75).

وما يهمننا أكثر هنا هو الفارق الثالث حيث يختلف التوحدي عن الذهاني بفرط الحركة، وقد يفسر ظهور بعض أعراض فرط الحركة عند الذهاني ضمن بعض الاضطرابات التي نجدها عند ذهان الهوس الاكتئابي في حالات الاثارة .

9-أساليب التكفل وعلاج اضطراب التوحد: إن كون التوحد اضطرابا ذا أعراض تختلف من طفل

لآخر كما تختلف في الشدة والحدة، فإنه ليس هناك علاج أو طريقة يمكن تطبيقها على جميع الأطفال التوحديين، ولا يمكن التخلص من هذا الاضطراب بطريقة كلية ولا علاجه تماما. (كوجال وآخرون، 2003، ص 218).

فالعديد من الدراسات أشارت إلى أن التوحد ليس من الاضطرابات التي تشفي تماما كونه لا وجود لعلاج يمكن شفاؤه تماما، مادام السبب المؤدي للإصابة به غير معروف بدقة لحد الآن، ورغم ذلك فتوجد العديد من البرامج العلاجية التي تحاول التخفيف من معاناة الطفل وأسرته للوصول إلى أحسن وضع ممكن

للحالة والتقليل من الأعراض، والتخفيف من مشكلات اللغة والتواصل، وذلك من خلال علاج نفسي، سلوكي، دوائي، غذائي، ... وسوف يكتفي الباحث بذكر أهم الطرق المعروفة الفعالية.

9-1 - العلاجات الطبية:

9-1-1 فيتامين 6 b والمغنسيوم: ويساعد هذا الفيتامين بعض حالات التوحد ممن لديهم نشاط زائد، ويحسن من سلوكهم، ويحسن اللغة واضطرابات النوم، ويزيد الانتباه، والمغنسيوم معدن مساعد في تكوين الناقلات العصبية المضطربة لدى الأطفال التوحديين، كما يساعد في بناء العظام وحماية الخلايا العصبية والعضلات ويقوى دور الأنزيمات في الجسم.

9-1-2 الفينوثيرازين: وقد استخدم بفاعلية في علاج العظام، ولكنه لم يظهر مساعدة تذكر مع التوحد.

9-1-3 الليثيوم: استخدم في علاج الاضطرابات الانفعالية (الهوس الاكتئاب)، وأظهر فائدة قليلة لدى أطفال التوحد وذوي الاضطراب الانفعالي الهوس-إكتنابي.

9-1-4 هامودياليسيس: استخدم في علاج العظام والتوحد، ولكنه لم يظهر مساعدة تذكر.

9-1-5 عقار النالتركسون: وهو يعمل على الحد من إثارة الدماغ، ويخفض من السلوكيات النمطية، ويزيد من مقدار العلاقات مع الآخرين.

9-1-6 عقار الفنفلورامين: يعمل على خفض مستويات السيروتونين في الدم، ويسبب زيادة مستويات هذه المادة في الدم الأطفال التوحدين، ولوحظ بعض التحسن بعد تناول العقار.

9-1-7 عقارات فلوفكسامين وفلوكستين وسيرترلين: تعمل هذه العقارات على الوقاية من إعادة امتصاص السيروتونين من قبل الخلية العصبية، ولقد استفادت بعض الحالات من هذه الأدوية.

9-2- الأدوية المضادة للصرع: وتستخدم لأن كثير من التوحديين لديهم نوبات صرع، وكذلك وجود الحبسة الصرعية لدى بعض الحالات.

9-3- الميلاتونين الفمي: وتستخدم هذه المادة المنتجة من خلال الغدة الصنوبرية في الدماغ للحد من المشكلات التي يعاني منها التوحديون، حيث لها أثر فعال في تنظيم دائرة النوم واليقظة.

9-4- الحماية الخالية من الجلوتين والكازين: إن الأساس الذي ترتكز عليه هذه الحمية هي نظرية الببتايد الأفيونية، الذي اكتشفها العالم رتشاليت، وهي عدم قدرة الطفل على هضم نوعين من البروتينات، وهما مادة الكازين، وهو البروتين الموجود في الحليب ومشتقاته، والجلوتين الموجود في القمح ومشتقاته، وبالتالي عدم القدرة على تحويلها لجزيئات صغيرة في الأمعاء وبالتالي يتراكم ما يسمى (بالبيبتيدات الأيونية) الذي يمتص من الأمعاء ويسير في الدم، مما يسبب نشاطا مفرطا.

9-5- العلاج بالسكرتين: وهو هرمون يوجد في الأمعاء وينظم وظائف المعدة، ويستعمل لفحص وظائف البنكرياس، وتشخيص بعض أمراض الجهاز الهضمي، وخاصة أمراض المرارة، وقد بدأ البعض بحقن جرعات من هذا الهرمون للمساعدة في علاج الأطفال المصابين بالتوحد، حيث يقوم السكرتين باستمالة البنكرياس لإفراز مادة البيكربونات ليخفف من حموضة المعدة، ويوضح ورنر (2000) أن حوالي 85 % من هذه الحالات حصل فيها تحسن، بعد أن تم إعطاؤها جرعة واحدة من هرمون السكرتين. ومن الآثار الجانبية للسكرتين: النشاط الزائد، العدوانية، وبعض الأطفال يكون لديه صرع خفيف بعد تناول الجرعة الرابعة.

9-6- العلاج عن طريق كرينوسكرل: هي تدليك خفيف للجمجمة ولأسفل فقرات العمود الفقري، ونظرية هذا العلاج تتمركز حول الأغشية السحائية في الجهاز العصبي، ويشرح " جون ابليدجر" الرائد في العلاج نظرية هذه الطريقة بالنسبة إلى التوحد، حيث يذكر أنه خلال عملية النمو الطبيعية لمخ الطفل لا بد للغشاء السحائي الذي يغطي التجاويف والمخ أن ينمو هو الآخر ليتماشى مع نمو بقية أجزاء الجهاز العصبي.

9-7- الحماية الغذائية: وجد لدى بعض الأطفال التوحديين حساسية غذائية، وبعضها قد تزيد درجة التهيج، لذلك يختار بعض الأهل عرض طفلهم على متخصص في الحساسية لتقييم حالته، وعند ظهور النتائج يمكن إزالة بعض الأغذية من طعام الطفل، مما قد يساعد على الأقل للحد من بعض السلوكيات السلبية ويجعلهم أكثر قابلية للتعليم.

وفي هذا الصدد افترضت نظرية الاضطراب الأيضي أن يكون التوحد نتيجة وجود ببتايد Peptide خارج المنشأ (من الغذاء)، يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي أن تكون العمليات داخلية مضطربة، هذه المواد (Peptides) تتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض الأغذية المحتوية على الغلوتين Gluten مثل القمح، الشعير، الشوفان، والكازين الموجود في الحليب ومنتجات الألبان، لكن ما يعاب على هذه النظرية حقيقة أن هذه المواد لا تتحلل بالكامل لدى الكثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد.

10- برامج الدمج الحسي: إن أهم ما يعانيه الطفل التوحدي مشكلة استقبال وتحليل التأثيرات الحسية وعدم القدرة على تنظيم تلك المثيرات، ومن ثم إبداء استجابات شاذة للأحاسيس الجسدية المختلفة، مثل أن يكون الطفل حساسا أكثر من المعتاد للمس، أو أن يكون أقل حساسية من المعتاد للألم أو النظر أو السمع أو الشم، لذا فإن الطفل التوحدي يصبح في حاجة ماسة إلى تدخلات محددة لكي يتمكن من تنظيم

وترتيب وفهم تلك المثيرات الحسية المختلفة، وهو ما يسمى ببرامج الدمج الحسي. (الشرييني، 2004، ص112)

وبرامج الدمج الحسي هي أشكال العلاج التربوي للتوحد، والذي يتضمن مجموعة من النشاطات التدريبية والخطط التربوية المختلفة، التي يتم وضعها لتلبي الإحتياجات الخاصة للطفل التوحد، ويقوم على تنفيذها أخصائون من مجالات مختلفة كالتخاطب والعلاج الطبيعي والإحصائي النفسي وغيرهم من المهنيين لمحاولة الاستفادة من الإمكانيات الحسية التي يمتلكها الطفل التوحد، مهما كانت ضعيفة أو مضطربة، ومحاولة تطويرها وجعلها أكثر كفاءة. (سايمون، 2001، صص 165.160)

والفكرة الأساسية التي تقوم عليها برامج الدمج الحسي هي استخدام اللعب كوسيلة لتنمية وتطوير الدمج الحسي، مما يجعل الطفل أكثر توافقاً وتكيفاً مع المثيرات الحسية. (بارانك، 2002، صص 408-409) ومن تلك البرامج نجد ما يلي:

10-1- التدريب على التكامل السمعي (Auditory, Integartion Training): إن هذه الطريقة التي ذكرها جاي بيرارد هي علاج لتدريب المخ لاستقبال المعلومات بطريقة صحيحة، ويكون هذا عن طريق الاستماع لموسيقى مفلترة باستخدام السماعات، فالأشخاص المصابون بالتوحد مصابون بحساسية في السمع، فهم إما مفرطون في الحساسية، أولديهم نقص في الحساسية السمعية، ولذلك فإن طريقة العلاج تقوم على أساس تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق فحص السمع أولاً، ثم يتم وضع سماعات على آذان الأشخاص التوحديين، بحيث يستمعون للموسيقى التي تم تركيبها بشكل رقمي بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادتها في حالة نقصها.

ومن نتائج التدريب السمعي مايلي:

- زيادة التركيز لفترة أطول.
- تحسين في القدرة على التنظيم.
- تحسين في التحصيل المدرسي.
- تحسين في القراءة.
- تناقص في الاندفاع والتهور.
- زيادة التواصل الاجتماعي.
- القدرة على إهمال المؤثرات الجانبية، والتركيز على المثير الأساسي.
- القدرة على إنهاء الواجب المدرسي المطلوب.
- وضوح في الكلام، مع زيادة القدرة على التعبير بالكلام الواضح.

وقد تم اكتشاف البرنامج من قبل الدكتور "بيرارد" منذ حوالي أكثر من 30 سنة في فرنسا، حيث ساعد عشرة آلاف شخص يعانون من صعوبات التعلم، والتوحد، والاكنتاب، وصعوبة التخاطب، وشمل التحسن 90% من الأشخاص، حيث كان هناك تحسن في القراءة، والكتابة، والتركيز، والتواصل الاجتماعي. (سليمان، 2014، ص ص 151-155)

10-2- التدريب النفسحركي: يقصد بالتدريب النفسحركي دمج الوظائف الحسية والحركية والذهنية معا من خلال العديد من الأنشطة وتطوير الجهاز العصبي، ويعبر الجسم صلة الوصل بين الطفل التوحيدي ومحيطه.

ويهدف التدريب النفسحركي إلى هدفين أساسيين هما: مساعدة الطفل التوحيدي على السيطرة على جسمه وتوجيه الحركات، وتطوير التوازن والمفاهيم النفسحركية لدى الطفل، ومن الممكن أن يكون هذا التدريب فردياً أو جماعياً، وعادة ما يتم في غرفة مريحة لا تزدهم بالأشياء، بل فقط بالأدوات المستخدمة في التدريب، ويؤدي الطفل فيها التدريبات التي تشجع وتتمى الحركات الإيمائية. (ميفاتي، 2006، ص 78)

وتعد أنشطة العلاج النفسحركي التي أثبتت فائدتها في زيادة توافق وكفاءة الطفل التوحيدي، ومن تلك الأنشطة الحركية أنشطة التعلق بالذراعين والتسلق والقفز للمس جزء عال، وضرب وقذف الكرات والمشى والهرولة، كذلك يستمتع الكثير من الأطفال التوحيدين ببعض الأنشطة الحركية للكبار مثل كنس ومسح الأرضيات، ودفع عربة التسوق، وحمل بعض الأشياء مثل الكتب وأكياس المشتريات، كذلك فإن عجن الخبز وخلط عجين الفطائر باليد يكون مفيداً لهم، وأيضا الحفر وتقليب التربة وري النباتات، وأحيانا ما يحاول الطفل التوحيدي القيام بنشاطات حركية معينة إذا رأى شخصا ذا أهمية بالنسبة له يقوم بها. (مادي، 2004، ص 46)

ويأتي التدريب النفسي الحركي بنتائج جيدة إذا بدأ في سن مبكرة، وقام مدرب أو معالج يتمتع بالقدرة على الإصغاء والتفاعل بهدوء مع الطفل المتوحد ويعمل ضمن فريق عمل متعدد الاختصاصات. (موريسون، 2002، ص 25)

وقد تبين أن أفضل النشاطات التي تتمى كفاءات الطفل الحركية النفسية هي تلك التي تجعله مرنا في تغيير اتجاهه بشكل دائم، مكتسبا حرية الحركة بيديه ورجليه من ناحية، وعموم جسمه من ناحية أخرى، وأن الحركة في مختلف الاتجاهات تتمى قدرة الإدراك الحركي لليدين والساقين، وتؤدي إلى تعلم الطفل واكتسابه للكثير من المفاهيم.

10-3- العلاج بالفن: العلاج بالفن للأطفال المصابين بالتوحد وعائلاتهم، ويعرض الكاتب "روبين جابريلز" (2003) دور العلاج بالفن في مساعدة أطفال التوحد الصغار على النمو والتطور،

واكتساب وتعميم المهارات الأساسية التي يحتاجونها لمرحلة ما قبل المدرسة وأهمها مهارات الرسم واللعب والتواصل الاجتماعي.

وينبثق هذا الدور من الطبيعة الحسية لأدوات التربية الفنية التي تنمي انتباه أطفال التوحد وتحفزهم على المشاركة مع الآخرين.

وتقوم خطة العلاج بالفن على استغلال هذه الميزة في تنمية المهارات الأساسية لطفل التوحد، ثم استخدام الأنشطة الفنية لتحسين وتقوية تفاعلات اجتماعية ذات هدف واضح للأطفال التوحديين مع أقرانهم وأفراد أسرهم.

كما أن الأنشطة الجماعية للعلاج بالفن توفر مجالاً للمناقشة بين الوالدين والأقارب من جهة، وطفل التوحد من جهة أخرى لدعم كل منهم الآخر للوصول إلى أفضل صيغة للتعامل معه.

ويتناول جابريلز بالتفصيل دور العلاج بالفن في تنمية كل مهارة من المهارات الأساسية التي يحتاجها أطفال توحّد ما قبل المدرسة، مما لا يتسع المجال لذكره هنا، ويمكن إيجاز ذلك على النحو التالي:

يفتقد الأطفال التوحديون المهارات الأساسية المطلوبة في مجالات التركيز، واللعب، والتواصل، والمعرفة، والمحاكاة، والتعميم، والتوافق الحركي، تلك المهارات اللازمة لفهم العالم المحيط بهم والتفاعل معه.

وقد تبرز أهمية العلاج بالفن في استغلال الأدوات والوسائل والأنشطة الفنية لجذب انتباه أطفال التوحد، اعتماداً على إمكاناتهم البصرية المكانية التي هي بكل تأكيد أعلى من إمكاناتهم الكلامية من أجل تنمية المهارات الأساسية الأكاديمية والفنية والاجتماعية ومهارات اللعب.

وبعد أن يكون طفل التوحد قد نَمى هذه المهارات الأساسية، يمكن للمعالج بالفن أن يمدّه بمجموعة متنوعة من الخبرات الفنية الاجتماعية التي تساعد على اكتساب مهارة التعميم ومهارة النمو الاجتماعي، وعندئذ يصبح المعالج بالفن أحد فريق المعالجين المؤثرين في العديد من المواقف (الفصول الدراسية أو العلاج الفردي)، من أجل تلبية احتياجات أطفال التوحد والتي توصف بأنها احتياجات متشابهة.

10-4- البرامج القائمة على تعديل السلوك: تقوم هذه الفكرة في علاج أطفال التوحد على مكافأة السلوك

المرغوب بشكل منتظم وتجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المرغوبة، وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك التوحدي لدى الطفل، ويرجع السبب اختيار العلاج السلوكي لتخفيف حدة التوحد لعدة أسباب منها:

1 - أنه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير الاختصاصيين.

2- هذا الأسلوب لا يعير اهتماماً للأسباب المؤدية للتوحد إنما يهتم بالظاهرة ذاتها.

3- أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل علمي واضح دون عناء كبير.

4- ثبت نجاح هذا الأسلوب وقد اتفق المختصون أنه يمكن استخدام النمذجة والإشراف الإجرائي لمساعدة

التوحديين. (القبائلي، 2001، ص 249)

تتفاوت البرامج السلوكية الخاصة باضطراب التوحد تفاوتاً كبيراً من حيث التعقيد، ومن ثمة أدلة بحثية قليلة بشكل مثير للدهشة حول نجاحها أو ما شابه ذلك، ولكن هذا لا يعني عدم وجود نتائج لهذه البرامج، كثيراً ما يكون تبرير استعمال أي وسيلة علاجية بأدلة مروية، عادة ما تكون في شكل روايات للوالدين.

كما تتفاوت البرامج تفاوتاً كبيراً في كثافتها، فبعضها يتم تنفيذه في جميع ساعات النهار تقريباً مع الجمع المستمر بين بالغ وطفل، وأما البرامج الأخرى فتكون أسهل وأقل كثافة، فعلى سبيل المثال تعمل تلك البرامج بواسطة مجموعة من القصص "الاجتماعية" المكتوبة بالتفصيل، التي تقدم المشورة إلى طفل التوحد حول السلوكيات القوية، وبذلك يصبح أكثر اندماجاً في الحياة الأسرية والبيئات الاجتماعية الأخرى.

ومن المتفق عليه أنه كلما تم بدء البرنامج السلوكي مبكراً (بعض الخبراء يوصون بأن يكون عمر الطفل 18 شهراً)، كانت الفرصة أكبر في النجاح، وعادة ما يتم اختيار البرنامج بحسب درجة حدة التوحد وتفصيلات الأسرة، ويمكن الحصول على أفضل النتائج باتباع جميع البالغين الذين يتفاعلون مع الطفل منهجية مثابة. (كولين، 2013، ص ص 70-71)

كما يمكن تعديل السلوكيات السلبية المميزة للطفل التوحدي باستخدام العلاج السلوكي، ويمكن القول أن أغلب البرامج المستعملة في الجزائر هي برامج تعديل السلوك (تيتش، ABA، بيكس..)، مع بعض البرامج المختلطة ببرامج خاصة بالمتخلفين ذهنياً، لا سيما أطفال التوحد المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية.

10-4-1 طريقة لوفاس في تعديل السلوك: تم استخدام هذا الأسلوب لأول مرة من قبل (لوفاس) في أمريكا في فترة الستينات، وتم استخدام طرق عقاب قاسية لتخفيض السلوك غير المرغوب فيه، وظهرت الفكرة مرة أخرى وأصبحت شائعة لدى أطفال ما قبل الدراسة، لأنها توفر نوعاً من العناية بأمل الشفاء. (نيسان، 2009، ص 134).

وتعتمد طريقة (لوفاس) في التحليل السلوكي التطبيقي على برنامج مطول للتدريب على المهارات مبني بشكل منظم ومنطقي ومكثف، إنها طريقة مبنية على التحليل السلوكي لعادات الطفل، واستجابته للمثيرات ومعتمدة على النظرية الاشتراكية، من خلال التعزيز المتزامن المقدمة من طرف "واطسون" في بداية

القرن الماضي، المطور من خلال "سكينر" لاحقاً، محاولاً ضبط الطفل التوحدي من خلال ضبط المثيرات المرتبطة بأفعال محددة للطفل والمكافأة المنتظمة لسلوكيات الطفل المرغوبة، وعدم تشجيع السلوكيات غير المرغوبة.

إن كل نوبات الغضب والهيجان أو تحطيم الطفل لما لديه من ممتلكات عند مواجهته لموقف لا يستطيع القيام بالمطلوب فيه، لذلك يجب الانتباه للطفل التوحدي ومعرفة حاجاته الفعلية المسببة له تلك النوبات أو الانحراف السلوكي، والاستجابة الفورية لها بتوفير الدعم والتعزيز النفسي والسلوكي والمادي الذي يمكن الطفل التوحدي من إدراك نواقص سلوكه وآليات انتقاله للتعلم من موقف لآخر، وحضن أو ضم الطفل بهدوء والتحدث معه ببطء ووضوح عن مواقف التعلم الحالية. (عبد الله، 2001، ص 117).

10-4-2 طريق تيتش: أي علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له، ويتم تقديم هذه الخدمة عن طريق مراكز تيتش في ولاية نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تدار هذه المراكز بواسطة مركز متخصص في جامعة نورث كارولينا ويسمى بـ "Division Tecch" ويديره الأساتذة "GaryMesibov – Eric Schopher" وهما من كبار الباحثين في مجال التوحد.

وتتماز طريقة تيتش بأنها تعليمة شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلاً متكاملًا للطفل عن طريق مراكز تيتش المنتشرة في الولاية، كما أنها تتميز بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل، حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد (5-7) أطفال، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل.

يدخل عالم الطفل التوحدي ويستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحب الروتين، أيضاً هذا البرنامج متكامل من عمر (3-18) سنة حيث أن تهيئة الطفل للمستقبل وتدريبه بالاعتماد على نفسه، وإيجاد وظيفة مهنية له عمل جد مهم لملء الفراغ وإحساسه بأن يقوم بعمل منتج مفيد، قبل أن يكون وسيلة لكسب العيش.

إن التعاون ما بين الأولياء والمشرفين ضروري للحصول على تسيير منطقي للسلوك، ولتطوير برامج تعليمية فردية بصفة حسنة، ليأتي بعدها العمل على صياغة برامج خاصة بكل طفل.

10-4-3 طريقة فاست فورورد: وهو عبارة عن برنامج إلكتروني يعمل بالحاسوب - الكمبيوتر - ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد، وقد تم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة "بولا طلال" على مدى 30 سنة تقريباً، حتى قامت بتصميم هذا البرنامج سنة 1996، ونشرت نتائج بحوثها في مجلة العلم، إحدى أكبر المجلات العلمية في العالم، حيث بينت في بحثها المنشور أن الأطفال الذين استخدموا البرنامج الذي قامت بتصميمه قد اكتسبوا ما يعادل

سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة، وتقوم فكرة هذا البرنامج على وضع سماعات على أذني الطفل، بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب ويلعب ويستمتع للأصوات الصادرة من هذه اللعب، وهذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة والاستماع والانتباه، وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية.

ونظرا للضجة التي عملها هذا الابتكار فقد قامت " بولا طلال" بتأسيس شركة بعنوان " التعليم العلمي" حيث طرحت برنامجها تحت اسم "Fast For Word" وبتطويره وابتكار برامج أخرى مشابهة، كلها تركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي.

11- واقع التكفل ورعاية أطفال التوحد بالجزائر (ولاية الأغواط كنموذج):

على الرغم من أنه قد يتساءل بعض المتصفحين لموضوع الدراسة هذا عن جدوى ورود هذا العنصر، إلا أن الباحث يريد إضفاء بعض الواقعية على البحث، وربما كرسالة إلى زملاءه الأكاديميين للوقوف على بعض الحقائق، والتي تؤكد بأن الجزائر تعاني عجزا كبيرا في المراكز المتخصصة في التكفل بأطفال التوحد، حيث تتوفر فقط على ثلاثة مراكز تجريبية خاصة على مستوى ولايات الجزائر العاصمة، البويرة، وقسنطينة، ومن أجل التخفيف من هذه المشكلة ارتأت وزارة التضامن الوطني والأسرة أن تفتح أقساما خاصة بأطفال التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية التي تتكفل في الأصل بالأطفال المتخلفين ذهنيا، وبالرغم من أن هذا الإجراء يبتعد عن المنهجية والمهنية، فقد حاولت الفرق البيداغوجية متعددة الاختصاصات مسايرة هذا الأمر، على الأقل من أجل مصلحة هذه الفئة، وكذا تخفيف العبء على الأولياء، ومحاولة إيجاد فضاء لهؤلاء الأطفال، وتطبيق بعض المناهج البيداغوجية على حسب إمكانيات المراكز المحدودة.

وقد قام الباحث شخصيا ببعض الاتصالات لجمع معلومات ميدانية حول واقع هذه المراكز، حيث تحتوي ولاية الأغواط على ثلاثة مراكز نفسية بيداغوجية، يتكفل مركزان منها بما مجموعه 73 طفلا توحديا، يتوزعون كما يلي:

- المركز النفسي البيداغوجي 01 - شول عطاءه - بالمنطقة العمرانية الشمالية لمدينة الأغواط، بالإضافة إلى ملحقة المسماة -جخيوة عبدالقادر- والكائنة بمدينة آفلو: 26 حالة (15متمدرسين و11 حالات في قسم الملاحظة ولا حالة في قائمة انتظار).

- المركز النفسي البيداغوجي 02 - قدور بساس- والكائن بالمنطقة الجنوبية لمدينة الأغواط: 47 حالة (20 متمدرسين، 17 حالات استشارة خارجية أرطفونية، 10 مسجلين في قائمة الانتظار).

ونظرا لضيق المجال فإننا نورد بعض المشاكل التي تواجهها عملية التكفل بأطفال التوحد في ولاية الأغواط كنموذج لباقي ولايات الوطن وهي مشاكل استقيناها من الواقع مباشرة:

- مشكلة التشخيص المتأخر، وكذا الخلط بين التوحد المصحوب بالتخلف الذهني وغيره من أشكال التوحد الأخرى، الأمر الذي يصعب عملية التكفل.

- لا تتوفر إحصائيات خاصة بمن تجاوزوا سن 18 سنة، ويجهل مصيرهم، ولا من تم إدماجهم في الوسط المهني، حيث لا يتوفر المركز المهني الوحيد والخاص بذوي الإحتياجات الخاصة في الولاية (جهوي) بأي حالة توحد يتم تدريبها مهنيا، كما أن الإدارة تقول بأنها لا تستقبل غير فئات الإعاقة الحركية والسمعية والبصرية.

- الاكتظاظ الشديد الذي تشهده المراكز، حيث يزداد عدد أطفال التوحد بشكل رهيب، خاصة، ما جعل إدارة المراكز تدق ناقوس الخطر، لأن الطاقة الاستيعابية الحقيقية لا تلبى كل هذه الطلبات، لا سيما مع الحالات شديدة درجة التوحد.

- نقص عمليات التأسيس بالنسبة للفريق البيداغوجي العامل بالمراكز، حيث يحتوي مركزي الأغواط على فريق بيداغوجي مختص وله خبرة أساسا في الإعاقة الذهنية فقط، وهذا ما يؤثر أساسا في البرامج والمشاريع التكفلية والموجهة إلى أطفال التوحد.

- اعتماد برامج تقترب في محتواها من البرامج الموجهة لفئة التخلف الذهني، كما أن الإمكانيات لا تسمح بتطبيق البرامج الخاصة بالتوحد. (العايب وبلحفاف، 2020)

من خلال العناصر المتطرق إليها في هذا الفصل، يتضح أن التوحد هو اضطراب من الاضطرابات النمائية، والتي بدورها تعيق تطور مهارات الطفل الاجتماعية وقدرته على التواصل مع الآخرين وتعيق استجابته للعالم الخارجي، وتبين لنا أنواعه التي تشترك في الأعراض، وهي كلها تتدرج ضمن اضطرابات النمو المنتشرة، كما نجد معرفة الخصائص التي يتميز بها الأطفال المصابون التوحد وتميزه عن الأطفال الآخرين ساعدت المختصين والباحثين في ايجاد بعض الأساليب التشخيصية والطرق حديثة للتكفل بهؤلاء الأطفال من أجل تنمية قدراتهم وتعديل سلوكهم اجتماعيا وتربويا وتوافقهم النفسي.

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

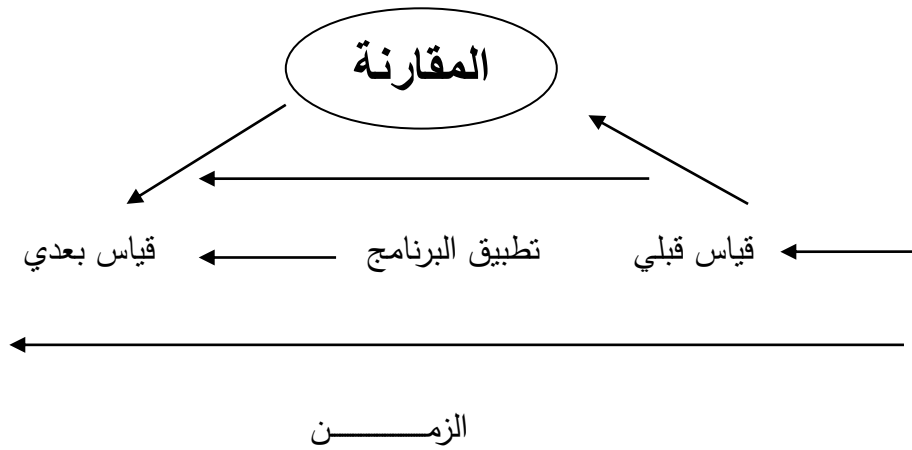
- 1- منهج الدراسة.
 - 2- حدود الدراسة
 - 3- الدراسة الإستطلاعية.
 - 4- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة (مقياس النشاط الزائد) .
 - 5- مجتمع وعينة الدراسة.
 - 6- وصف مقياس التوحد المعتمد.
 - 7- وصف مقياس النشاط الزائد.
 - 7- عينة الدراسة النهائية بعد تطبيق مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي).
 - 8- وصف برنامج الأنشطة النفسحركية.
 - 9- أدوات المعالجة الإحصائية.
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية من أهم مراحل البحث التي تمكن الباحث من جمع المعلومات والبيانات، ثم تحليلها وتفسيرها بغية الوصول إلى نتائج نهائية لدارسته، هذا ما يتطلب إتباع خطوات وأساليب صحيحة وسليمة من منهج وعينة وأدوات للقياس، وصولاً إلى أساليب إحصائية مناسبة لمعالجة البيانات المتحصل عليها، والتي تعتبر في مجملها خطوات أساسية وضرورية تساعد على الوصول إلى نتائج ذات قيمة علمية، وهذا ما سنتناوله في هذا الفصل.

1 - منهج الدراسة:

ترتكز كل دراسة علمية على منهج يتبعه الباحث من أجل الوصول إلى نتائج علمية دقيقة، وطبيعة الموضوع تستلزم استخدام المنهج التجريبي ذي تصميم المجموعة الواحدة بطريقة القياس القبلي والبعدى.



شكل رقم (06) يوضح تصميم المجموعة الواحدة بالقياس القبلي والقياس البعدى

(بوحفص، 2016، ص263)

ويعتبر المنهج التجريبي من بين أهم المناهج استخداماً في البحوث النفسية والاجتماعية، حيث يعتبر من أدق المناهج نتائجاً وضبطاً للمتغيرات وتهيئة لظروف التجريب، وذلك لمعرفة الأثر الناجم من تطبيق المتغير المستقل على المتغير التابع.

إن التجارب هي الوسيلة الوحيدة التي يمكن على أساسها القول بوجود أو عدم وجود علاقة سببية بين المتغيرات، فعلى أساس التجربة يمكن للباحث أن يقر ما إذا متغير معين يظهر نتيجة وجود متغير آخر،

وعلى أساس التجربة أيضا يستطيع الباحث أن يقرر حدوث تأثير متبادل بين المتغيرين من عدمه، وهذا بتحكمه الكامل والمضبوط للمتغيرات. (نفس المرجع السابق، 2016، ص 249)

2 - حدود الدراسة :

2-1- الحدود المكانية : تم القيام بالدراسة الحالية بالمركزين النفسيين البيداغوجيين 01 شول عطالله، والمركز 02 قدور بساس بمدينة الأغواط، وكانت مبررات اختيار مكان الدراسة هي:

- نظرا لتوفر العدد المناسب لعينة الدراسة.

- العلاقة الوطيدة مع إدارة المركزين وموظفيهما، حيث يعمل الباحث في المركز رقم 01 لمدة تقارب العشرين سنة وهذا ما سهل عملية التواصل الجيد وتخطي الكثير من العقبات البيروقراطية التي قد تواجهه في مكان آخر.

2-2- الحدود الزمنية: أجريت الدراسة الميدانية بين أكتوبر 2021 وجوان 2022.

2-3- الحدود البشرية: ارتكزت الدراسة الحالية على أطفال التوحد متوسط الدرجة الذين لديهم النشاط الزائد

3 - الدراسة الإستطلاعية :

3-1- الهدف من الدراسة الإستطلاعية: قبل الشروع في تطبيق الدراسة الأساسية يجب على الباحث القيام بدراسة استطلاعية على عدد محدود من أفراد مجتمع البحث، ويحقق هذا الإجراء مجموعة من الأهداف أهمها:

• توفر للباحث الفرصة لتقويم مدى مناسبة البيانات التي يحصل عليها للدراسة.

• التأكد من صلاحية الأدوات المستخدمة في الدراسة، والتي تتمثل في:

1- الضبط النهائي لبنود المقياس والأنشطة النفسحركية المقترحة واختيارها وترتيب تطبيقها.

2 - دراسة صدق المقياس.

3 - دراسة ثبات المقياس.

• تساعد الباحث على اختبار أولي لفرضيات الدراسة، حيث تقدم لنا النتائج الأولية مؤشرات بمدى

صلاحية الفرضيات، وما هي التعديلات الواجب القيام بها إن كانت تحتاج إلى تعديلات.

• تمكن الباحث من إظهار مدى كفاية إجراءات البحث والمقاييس التي اختيرت لقياس المتغيرات.

(ابوعلام، 2007، ص 97)

3-2- عينة الدراسة الاستطلاعية: تمثلت هذه العينة في 16 طفلا من أطفال التوحد والمتكفل بهم في المركزين النفسيين البيداغوجيين، رقم 01 والمسمى شول عطالله بشارع الامير خالد بمدينة الأغواط، والمركز رقم 02 والمسمى قدور بساس والكائن بطريق الخنق بمدينة الأغواط، وتم اختيار الأطفال الذين لديهم توحد متوسط الشدة بطريقة عشوائية مع التركيز على التصنيف المعتمد لدى الفرقتين البيداغوجية للمركزين والمتعلق بدرجة التوحد، والملاحظة المباشرة للمربين العاملين في اقسام التوحد.

جدول رقم (13) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية على المركزين:

النسبة المئوية	الحالات	المركز
31.25	05 (03/02)	المركز النفسي البيداغوجي 01
68.75	11 (07/04)	المركز النفسي البيداغوجي 02

4- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة (مقياس النشاط الزائد):

4-1- الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية): في هذه الطريقة نقوم بالمقارنة بين الفئات المتطرفة، وذلك بعد ترتيب القيم المحصل عليها تنازليا (من أعلى الدرجات إلى أدناها)، وحساب دلالة الفروق بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا التي تمثل كل مجموعة منهما نسبة (27%) من المجموع الكلي، باستخدام اختبار (T) لعينتين مستقلتين وذلك لمعرفة القدرة التمييزية للاختبار.

جدول رقم (14) يبين نتائج اختبار (ت) للفرق بين متوسط المجموعة العليا ومتوسط المجموعة الدنيا

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت المحسوبة	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
100,50	15,748			
32,13	9.219	10.598	0.000	دال إحصائية

يتضح من الجدول رقم (13) أن متوسط المجموعة العليا بلغ (100,50) بانحراف معياري (15,748) وهو أعلى من متوسط المجموعة الدنيا الذي بلغ (32,13) بانحراف معياري (9.219)، كما جاءت

نتيجة اختبار (ت) (10.598) احتمالية (0.000) أصغر من مستوى الدلالة (0.05)، وعليه نقرر أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط المجموعة العليا ومتوسط المجموعة الدنيا لصالح المجموعة العليا، وعليه نقرر أن المقياس على درجة عالية من الصدق التمييزي.

4-2- الثبات: تم حساب الثبات بطريقتين:

4-2-1 الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

في هذه الطريقة لحساب الثبات، تم تقسيم الاختبار إلى قسمين، قسم يحمل البنود الفردية والقسم الآخر يحمل البنود الزوجية، وحساب معامل الارتباط بين القسمين باستخدام معادلة "سبيرمان-براون" (spearman-brown)، وتصحيح هذا المعامل، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (15): يبين معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية

معامل الثبات بعد التصحيح (جوتمان)	معامل الثبات قبل التصحيح (سبيرمان-براون)	عدد البنود	نصفي الاداة
0.745	0.769	19	النصف الأول (الفردية)
		18	النصف الثاني (الزوجية)

يتبين من الجدول رقم (14) أن معامل الثبات قبل التصحيح وصل (0.769)، وبعد تصحيحه باستخدام معادلة "جوتمان" (Guttman) وصل معامل الثبات إلى (0.745) وهو معامل مرتفع وبالتالي فالمقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

4-2-2- الثبات بطريقة ألفا كرونباخ Alpha-cronbach:

تم حساب الثبات في هذه الدراسة بطريقة (ألفا كرونباخ) وذلك باستخدام رزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية (SPSS) الاصدار 21، وقد تم تقدير معامل الثبات كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (16):يبين الثبات بطريقة ألفا كرونباخ alpha-cronbach

الأداة	عدد البنود	عدد الأفراد	معامل الثبات
مقياس النشاط الزائد	37	16	0.916

يتبين من الجدول (15) أن معامل ثبات الأداة بطريقة ألفا كرونباخ alpha-cronbach بلغت (0.916) وهي درجة عالية تدل على ثباته ويمكن الوثوق في نتائجه وهو صالح للتطبيق في الدراسة الحالية.

5-مجتمع وعينة الدراسة:

يتمثل مجتمع الدراسة في أطفال التوحد المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية المتواجدة في ولاية الأغواط، أما عينة الدراسة فتمثلت في أطفال التوحد الذين شخّصت حالاتهم باضطراب التوحد (درجة متوسط على مقياس كارس 2) وكانت نتيجتهم على مقياس النشاط الزائد المستعمل في الدراسة نشاط زائد (درجة متوسط وشديد) هؤلاء الأطفال يخضعون لتكفل نصف داخلي (نهاري) في أحد المراكز النفسية البيداغوجية في ولاية الأغواط في السنة الدراسية 2021-2022.

5-1- شروط اختيار العينة: اعتمد الباحث على عدة شروط في اختيار عينة الدراسة، وذلك زيادة في إحكام وضبط متغيرات الدراسة الحالية قدر المستطاع.

5-1-1 من حيث العمر الزمني: تراوحت أعمار أفراد العينة فيما بين 07 و15 سنة حيث أن هذه المرحلة تعد من أنسب المراحل وأهمها في إعداد وتدريب الطفل ذو اضطراب التوحد، كما تعتبر من الفترات النمائية الحرجة في عمر الطفل، وتؤثر في استجاباته لخبرات التعلم، وأيضا في اكتساب الكثير من المهارات والسلوكيات. (عبدالحافظ، 2018، ص 210)

5-1-2 من حيث درجة التوحد: تم اختيار درجة المتوسط على مقياس كارس للتوحد لقابلية أطفال التوحد المتوسط للتدريب والتعلم (ما بين 30 إلى 36.5 بالنسبة للاطفال الذين لم تتجاوز اعمارهم 13 سنة/ وما بين 28 إلى 34.5 بالنسبة للاطفال الذين تتجاوز اعمارهم 13 سنة).

5-1-3 من حيث شدة اضطراب النشاط الزائد: تم اختيار المتوسط والشديد لأن معاناة الطفل والمشرف والأولياء تكون مع هاتين الدرجتين، فالخفيف يمكنه التدريب والاكتساب ولا يتأثر كثيرا في مساره التكفلي.

- تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية، وتم تقسيمها إلى أربع مجموعات حسب مجالات التطبيق (التوازن الحركي، التنسيق الحركي، التفكيك الحركي والآلية) باقتراح من المختصين في التربية النفسحركية مهدي مبارك (مركز مسيلة) وشميني لخضر (مركز بوسعادة).

5-2- خطوات اختيار عينة الدراسة: تم اختيار عينة الدراسة عبر الخطوات التالية:

- تم التقدم لإدارة المركزين وأخذ الموافقة والاتصال بالمختصين النفسيين العاملين هناك حيث تم الحصول قائمة الأطفال ذوي اضطراب التوحد وبلغ عددهم 35 حالة.

- تم اجراء اختبار كارس 2 للتوحد، والحصول على قائمة الحالات ذات التوحد المتوسط، حيث بلغ عددهم 29 حالة.

- تم تطبيق مقياس النشاط الزائد على قائمة أطفال التوحد متوسط الشدة، حيث تم التوصل إلى 24 حالة نشاط زائد (متوسط وشديد)، وبلغ متوسط عمر العينة 09.16 سنة.

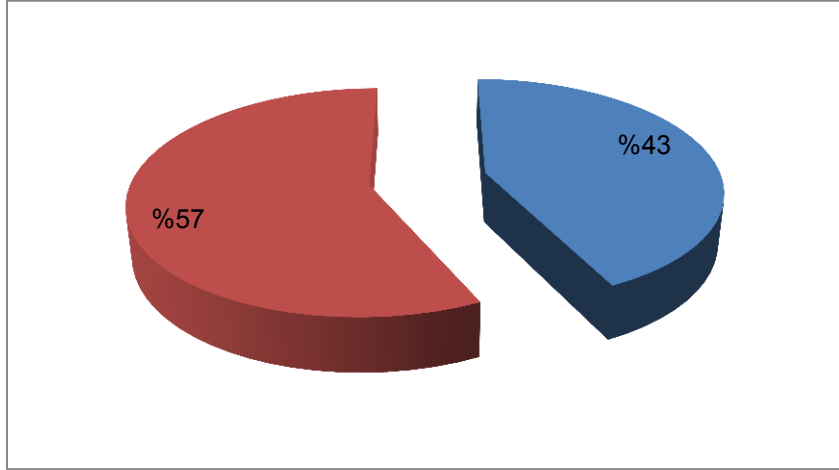
كل هذا موضح في الجداول والأشكال التي سنعرضها تباعا في العناصر القادمة.

والجدول التالي يمثل توزيع مجتمع الدراسة على المركزين البيداغوجيين:

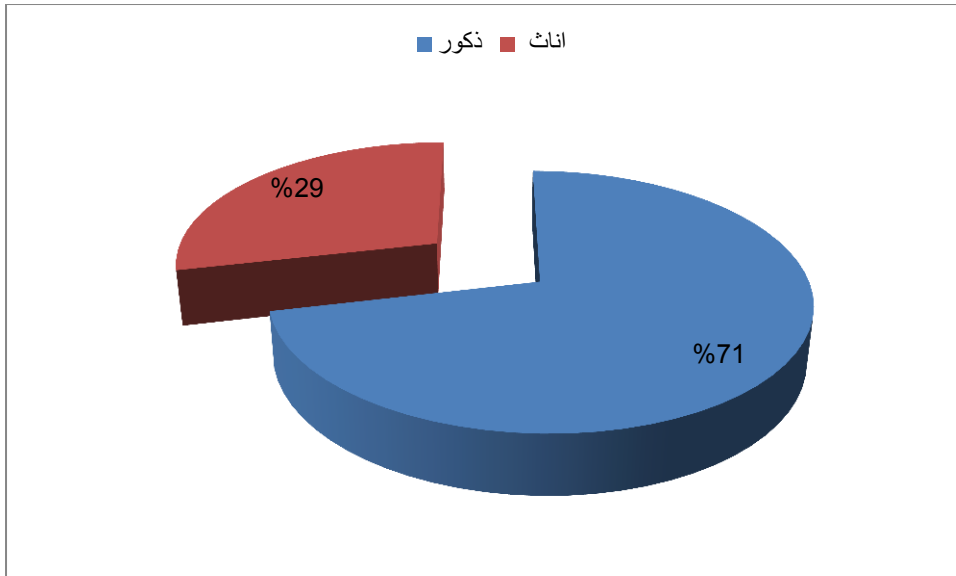
جدول رقم (17) يمثل عدد أفراد مجتمع الدراسة ومتغير الجنس لديهم.

اسم المركز النفسي	العدد الكلي لأطفال التوحد	نتائج اختبار كارس	عدد حالات النشاط الزائد
البيداغوجي		حسب الدرجة	
		المتوسط	
مركز رقم 01 - شول	15 (10 ذكور/05 إناث)	9 / 11 ذكور	06 حالات (كلهم ذكور)
عطا لله (الأغواط)		إناث	
مركز رقم 02 - قدور	20 (15 ذكور/05 إناث)	15 / 19 ذكور	18 حالة (14 ذكور/04 إناث)
بسباس (الأغواط)		4 إناث	

نلاحظ أن أغلب حالات التوحد التي تم احصاؤها متواجدة بالمركز النفسي البيداغوجي رقم (02)، حيث شكلت ما نسبته 43 % من المجموع الكلي لأطفال التوحد في المركزين، وهذا راجع حسب علم الباحث من الإدارة الوصية، أن هذا المركز رقم 02 كان مبرمجا عند افتتاحه لاستقبال أطفال التوحد فقط، ولكن بعد مدة أصبح يستقبل فئات التخلف الذهني إلى جانب أطفال التوحد.



الشكل رقم (07) يوضح توزيع مجتمع الدراسة حسب المركزين



الشكل رقم (08) يوضح توزيع مجتمع الدراسة حسب الجنس.

6- وصف مقياس التوحد المعتمد: تم تطبيق مقياس تصنيف التوحد عند الأطفال (Childhood Autism Rating Scale)

من إعداد اريك سكوبير، روبيرت ريتشليد

هذا المقياس يستخدم من قبل الأخصائيين المهتمين بمجال التوحد، وآخر طبعة مطورة ومعدلة لهذا المقياس صدرت عام 1988 ولقد كانت الطبعة السابقة لهذا المقياس قد صممت للاستخدام من قبل مهنيين مختصين ومدرسين للقيام بتشخيص التوحد في مواقف إكلينيكية خلال جلسات نفسية محددة كالعيادات مثلا، أما الطبعة الأخيرة (1980) لهذا المقياس فقد كانت نتيجة لاستخدام وتقويم استمر ما يقارب 15 سنة وطبق على أكثر من 1500 حالة، ولقد قام بتطوير هذا المقياس في الأصل مشروع أبحاث الطفل في جامعة شمال كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية ولقد تم تطوير القياس وتعديله وتقويمه، بناء على معلومات تم جمعها من مشروع علاج وتربية الأطفال التوحديين وإعاقة التواصل (TEACH) في الجامعة نفسها.

ويمكن استخدام المقياس بثبات من قبل مختصين آخرين مثل معلمي التربية الخاصة والاختصاصيين النفسيين وطلاب امتياز طب على بنود المقياس 15 من الملفات الطبية ذات العلاقة بالحالة، ومن خلال (الملاحظة داخل غرف الصف أو من خلال التقارير والدي الطفل).

ولقد صمم هذا المقياس بهدف التعرف على الأطفال التوحديين والتفريق بينهم وبين الأطفال ذوي الإعاقات النمائية الأخرى خاصة ذوي التخلف العقلي والقابلين للتدريب عمل هذا المقياس أيضا على التفريق بين درجات التوحد المختلفة من بسيطة ومتوسطة وشديدة. ويتمتع المقياس بدلالات صدق معروفة عالميا.

أما الطبعة الجديدة منه 2010 والتي تعتبر نسخة طبق الأصل للنسخة (1988)، والجديد فيها يكمن في اختبار الوالدين ونسختين من cars2 الأولى هي المعياري والتي تستخدم مع عينة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين 2-12 سنة أما النسخة الثانية فهي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 13 سنة فما فوق، أما بالنسبة لاستخبار الوالدين فهو يستعمل مع العينتين.

ويشتمل مقياس **CARS2** المعياري على 15 بندا هي على النحو التالي:

1. الإتصال بالناس 2-التقليد 3- الإستجابة العاطفية 4-استخدام الجسد 5- استخدام الأشياء 6-
- التكيف مع التغيير 7- الإستجابة البصرية 8- الإستجابة السمعية 9- استجابة واستخدام التدوق، الشم،
- اللمس 10- الخوف والعصبية 11- التواصل اللفظي 12- التواصل غيراللفظي 13- مستوى النشاط
- 14- مستوى واتساق الإستجابة الفكرية 15- الإنطباع العام.

ويتم تنقيط مقياس كارس 2 على النحو التالي:

جدول رقم (18) يبين سلم تنقيط مقياس التوحد المعتمد في الدراسة

المستوى الوصفي	التشخيص المفترض	مجموع النقاط الخام بعمر	
		13 سنة واكبر	12-0 سنة
على الأرجح ليس توحد	ليس توحد	27.5 – 15	15 – 29.5
مستوى متوسط لسلوك يتعلق باضطراب	طيف توحد طيف توحد	34.5 – 28	36.5 – 30
مستوى شديد لسلوك يتعلق باضطراب	طيف توحد طيف توحد	60 – 35	60 – 37

وتم تطبيق هذا المقياس في شهر أكتوبر 2021 للتأكد من الحالات متوسطة الشدة، حيث أن المقياس ذاته معمول به في المراكز البيداغوجية، وقد تم التوصل إلى النتائج المبينة في الجدول التالي:

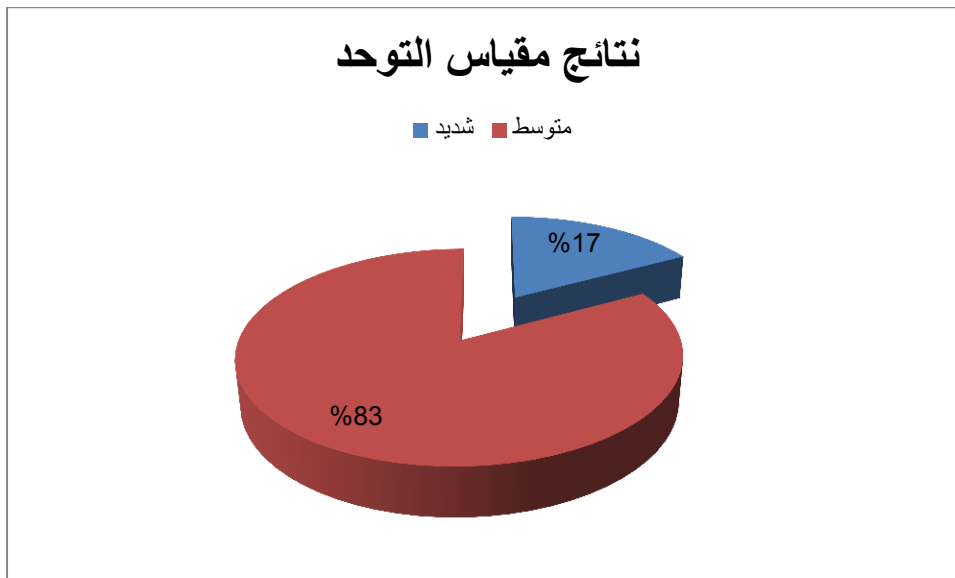
جدول رقم (19) مجتمع الدراسة بعد تطبيق مقياس كارس 2:

الجنس	درجة التوحد	نتيجة مقياس كارس	السن	أفراد المجتمع الإحصائي	المركز	
ذ	متوسط	34	09 سنوات	ش ع	01	01
أ	شديد	49	10 سنوات	م ز	01	02
أ	شديد	45	08 سنوات	ف ب	01	03
ذ	متوسط	32.5	07 سنوات	ز ع	01	04
ذ	متوسط	31	10 سنوات	م ح	01	05
ذ	متوسط	32.5	10 سنوات	ز ط	01	06
ذ	متوسط	34.5	10 سنوات	ب م	01	07
ذ	متوسط	31.5	09 سنوات	م ن	01	08

09	02	ب أ	12 سنة	30.5	متوسط	إ
10	02	م ب	10 سنوات	33.5	متوسط	ذ
11	02	ع ط	13 سنة	32.5	متوسط	أ
12	02	إ ب	11 سنة	48	شديد	أ
13	02	ق م	11 سنة	34.5	متوسط	ذ
14	02	أ ق	12 سنة	32	متوسط	ذ
15	02	ز ق	15 سنة	48	شديد	ذ
16	02	م ب	08 سنوات	33.5	متوسط	ذ
17	02	ف ب 1	09 سنوات	30.5	متوسط	ذ
18	02	ب م 1	10 سنوات	34.5	متوسط	ذ
19	02	ب ي	12 سنة	30.5	متوسط	ذ
20	02	ب ش	10 سنوات	33	متوسط	ذ
21	01	ف س	15 سنة	45	شديد	ذ
22	02	س ر	11 سنة	31	متوسط	أ
23	02	ز س	10 سنوات	33.5	متوسط	ذ
24	02	ب ت م	09 سنوات	32	متوسط	ذ
25	01	م ض	08 سنوات	30	متوسط	أ
26	02	ق م 1	15 سنة	34	متوسط	ذ
27	02	و ع	10 سنوات	32	متوسط	ذ
28	02	ب أ 1	08 سنوات	33	متوسط	ذ
29	02	ب ف	06 سنوات	32	متوسط	أ

أ	متوسط	34	08 سنوات	م ر	01	30
ذ	متوسط	33	13 سنة	ب م 2	01	31
ذ	شديد	42	12 سنة	ش م	01	32
أ	متوسط	30	11 سنة	ج ه	01	33
ذ	متوسط	32	12 سنة	ح ع	01	34
ذ	متوسط	34	09 سنوات	أ ب	02	35

نلاحظ من الجدول رقم (19) أن أغلب الحالات (83%) ثبت من النتائج أن لديهم توحّد متوسط الشدة وعددهم 29 حالة، وقد تراوحت النتيجة بين 29.5 و 34.5 بالنسبة لدرجة المتوسط، أما درجة الشديد فقد بلغ عددهم 06 حالات، ومثلت نسبة (17%) وتراوحت النتيجة بين 42 و 49 على مقياس كارس 2 للتوحّد.



شكل رقم (09) يوضح نتائج اختبار كارس 2 على أطفال المركزين

7- وصف مقياس النشاط الزائد: تم تصميم مقياس النشاط الزائد اعتماداً على مدارس التراث النظري والدراسات السابقة المتعلقة بمشكلة البحث، والملاحظات اليومية لحالات التوحّد في المركزين وكذا خبرة الفريق المتعدد الاختصاصات في المركزين في مجال التكفل، حيث تم تسجيل أهم السلوكيات

الصادرة من الأطفال والتي توصف بأنها تدخل ضمن النشاط الزائد، وتم اختيارها بدقة ووضعها في أبعاد ثلاثة هي:

- **الانتباه** : يحتوي على 12 بندا يحمل معنى سلوك شاذ، وهي العبارات المحصورة بين 01 و12.

- **فرط الحركة**: ويحتوي على 13 بندا تحمل معنى سلوك شاذ، وهي العبارات المحصورة بين 13 و25.

- **الإندفاعية**: يحتوي على 12 بندا تحمل معنى سلوك شاذ، وهي العبارات المحصورة بين 26 و37.

- قدمت النسخة الأولية للمقياس للجنة محكمة، متكونة من متخصصين في عدة مجالات (علم النفس العيادي، التربوي، الأروطفوني، المدرسي، التربية النفسحركية، التربية البدنية، التأهيل الحركي، التعليم المتخصص، الطب العقلي للأطفال)، مكن ذلك اللجنة المحكمة من تقديم بعض التوجيهات والملاحظات نوجزها في ما يلي:

✓ تحديد العبارة التي تحدد سلوكيات النشاط الزائد لدى الطفل التوحدي ذوالنشاط الزائد بدقة، وفق كل بعد من الأبعاد الثلاثة للمقياس.

✓ تجنب " أو "، " و " بحيث كل عبارة تخص صعوبة معينة.

✓ تجنب العبارات متشابهة في تحديد سلوكيات النشاط الزائد.

✓ إعادة صياغة بعض العبارات.

✓ عند كتابة العبارات يجب تجنب التكرارات.

✓ إلغاء بعض الكلمات التي لا تناسب العبارة التي تحدد النشاط الزائد.

✓ بالإضافة الى تصحيح بعض العبارات من الناحية اللغوية.

بلغ عدد عبارات المقياس في صورته الأولية (44) وب حذف العبارات الغير مناسبة في التطبيق،

بعدها أصبح المقياس مكون من 37 عبارة في صورته النهائية، حيث تم تحكيمه وتجريبه على عينة

استطلاعية، ودراسة خصائصه السيكومترية ثم استصدار النسخة التي اعتمدت في الدراسة الأساسية.

1-7- مصادر بناء مقياس النشاط الزائد: تعددت المصادر التي تم الإعتماد عليها في بناء مقياس

النشاط الزائد بعد الإضطلاع على الكثير من المؤلفات والمقاييس:

*بالنسبة للكتب تم التركيز على ما يلي:

- فوزية بنت عبدالله الجلامده. (2014). قياس وتشخيص اضطرابات طيف التوحد في ضوء المعايير التشخيصية الواردة في DSM-4/DSM-5.

- حزام سارة. (2018). البروتوكول التشخيصي الارطفوني لاضطراب التوحد.

_ هناء شحاتة أحمد عبدالحافظ. (2018). الانتباه المشترك والتواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد تأليف:.

- عبد الرحمان عيسى الشرقاوي. (2018). مشكلات الطفل التوحدي.

- أماندا بوتوت ترجمة غالب محمد الحيارى. (2018). اضطرابات طيف التوحد الأسس والخصائص والإستراتيجيات الفاعلة.

- محمد حسن غانم. (2018). اضطرابات الطيف الأوتيزمي (ASD).

- علي اسماعيل وطفة. (2014). التوحد عند الأطفال.

-- الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA (د.ت). معايير DSM-5 ترجمة أنور الحمادي.

* بالنسبة للمقاييس تم التركيز على ما يلي:

- جمال الخطيب طبيب نفساني. استبيان تشخيص حالات فرط الحركة ونقص الإنتباه والإندفاعية لدى الأطفال (استبيان الأسرة والمدرسة). - عمان - الأردن.

- Dr/ Kamal Sesalem. McNeese state University, Lake Charles, Louisiana

مقياس تقدير تشتت الإنتباه وفرط الحركة (نسخة المدرس)

- DSM-4 مقياس قصور الإنتباه والحركة المفرطة.

7-2- **تصحيح مقياس النشاط الزائد:** يتكون المقياس من 37 بنداً، وخمس بدائل متدرجة من (دائماً،

غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً) عباراته كلها إيجابية ودرجات البدائل هي: 0، 1، 2، 3، 4 موزعة على الفئات التالية:

- من 0 إلى 37 ليس نشاط زائد.

- أكثر من 37 إلى 74 خفيف.

- أكثر من 74 إلى 111 متوسط.

- أكثر من 111 إلى 148 شديد.

8- عينة الدراسة النهائية بعد تطبيق مقياس النشاط الزائد (المقياس القبلي): تم تطبيق مقياس النشاط الزائد على مجتمع الدراسة قبل شهر من بداية العطلة الشتوية، وتم الحصول على النتائج المبينة في الجدول التالي:

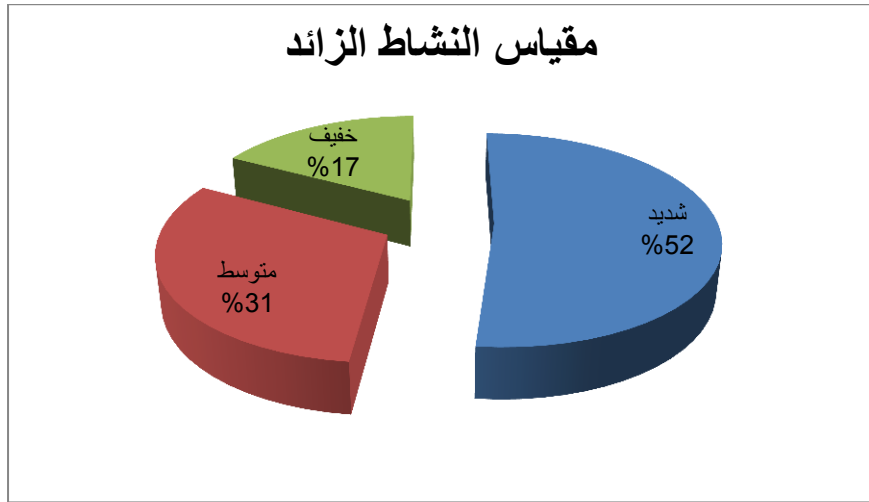
جدول رقم (20) يبين نتائج مقياس النشاط الزائد على مجتمع الدراسة

الرقم	الحالات	تاريخ الميلاد	درجة التوحد	نتيجة مقياس النشاط الزائد	الدرجة على مقياس النشاط الزائد
01	م ن	2015/04/21	متوسط	114	شديد
02	م ح	2012/10/06	متوسط	122	شديد
03	ز ط	2012/01/26	متوسط	116	شديد
04	ز ع	2014/06/06	متوسط	117	متوسط
05	ب م	2011/04/14	متوسط	120	متوسط
06	ب ي	2010/09/20	متوسط	124	متوسط

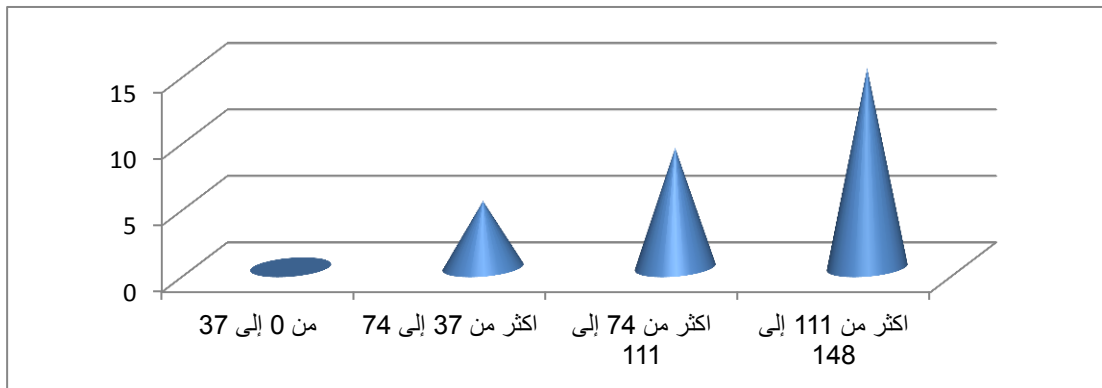
07	وع	2012/01/02	متوسط	130	شديد
08	ف ب	2013/10/07	متوسط	116	شديد
09	م ب	2012/03/17	متوسط	114	شديد

متوسط	92	متوسط	2013/07/22	ب م 1	10
متوسط	104	متوسط	2014/03/06	ب أ	11
شديد	112	متوسط	2010/05/23	ب أ 1	12
متوسط	108	متوسط	2007/08/20	ق م	13
شديد	122	متوسط	2009/12/09	ب م 2	14
متوسط	96	متوسط	2011/11/18	ق م 1	15
شديد	128	متوسط	2011/11/11	س ر	16
شديد	132	متوسط	2012/05/25	ب م 3	17
شديد	118	متوسط	2014/01/31	ب م 4	18
شديد	116	متوسط	2009/04/22	ط ع	19
شديد	140	متوسط	2013/09/25	أ ب	20
متوسط	127	متوسط	2012/06/07	ش ب	21
شديد	125	متوسط	2010/02/07	ق أ	22
متوسط	90	متوسط	2012/01/26	ز س	23
شديد	120	متوسط	2013/03/13	ب ف	24
خفيف	64	متوسط	2011/07/15	ج ه	25
خفيف	60	متوسط	2013/07/27	أ ب 1	26
خفيف	48	متوسط	2010/05/06	ح ع	27
خفيف	42	متوسط	2012/01/26	م ر	28

يتضح من الجدول أعلاه أن أغلب الحالات تعاني من مشكلة النشاط الزائد، وهذا ما يؤكد بعض المتخصصين في مجال التوحد، فمثلا في ما يخص الانتباه فيعد ضعف الانتباه أو نقص مهاراته ذات أهمية في تشخيص التوحد، حيث أن نقص الانتباه يشكل من 80% - 90% من أطفال التوحد عن الأطفال ذوي الإعاقات النمائية الأخرى (الجلامده، 2014، ص 87)، وزد على ذلك الاندفاعية وفرط الحركة.



الشكل رقم (10) يوضح نتائج مقياس النشاط الزائد على مجتمع الدراسة (الاختبار القبلي).



شكل رقم (11) يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب درجات النشاط الزائد لديهم

جدول رقم (21) يبين توزيع أفراد العينة حسب درجة النشاط الزائد (متوسط - شديد)

عدد الحالات

الدرجة

الفئة

05	نشاط متوسط الدرجة	اكثر من 74 إلى 111
19	نشاط شديد الدرجة	اكثر من 111 إلى 148
24	المجموع	

نلاحظ أن نسبة النشاط الزائد درجة الشديد هي الغالبة حيث تمثل ما نسبته 62.5% في حين نسبة النشاط الزائد في درجة المتوسط نجدها 37.5%، ونأخذ في دراستنا الأطفال الذين لديهم نشاط زائد في الدرجتين المتوسطة والشديدة، باعتبار أن درجة التأثير السلبية تؤثر على أدائهم وتكيفهم العام.

جدول رقم (22) يبين درجة النشاط الزائد وتوزيع الحالات حسب المجال النفسحركي المقترح.

المركز	المجال النفسحركي المقترح	درجة النشاط الزائد	الحالات
01	التوازن الحركي	شديد	01
01	التوازن الحركي	شديد	02
01	التوازن الحركي	شديد	03
01	التوازن الحركي	متوسط	04
01	التوازن الحركي	متوسط	05
01	التوازن الحركي	متوسط	06
02	التناسق الحركي	شديد	07
02	التناسق الحركي	شديد	08
02	التناسق الحركي	شديد	09
02	التناسق الحركي	متوسط	10
02	التناسق الحركي	متوسط	11

02	التناسق الحركي	شديد	12
02	التفكيك الحركي	متوسط	13
02	التفكيك الحركي	شديد	14
02	التفكيك الحركي	متوسط	15
02	التفكيك الحركي	شديد	16
02	التفكيك الحركي	شديد	17
02	التفكيك الحركي	شديد	18
02	الآلية	شديد	19
02	الآلية	شديد	20
02	الآلية	متوسط	21
02	الآلية	شديد	22
02	الآلية	متوسط	23
02	الآلية	شديد	24

تم توزيع الحالات على المجالات أولاً، مراعاة لتواجدها معاً في نفس المركز، كما نلاحظه في الفوج الأول الخاص بمجال التوازن الحركي، حيث أن الحالات الستة يتكفل بها في نفس المركز (المركز النفسي البيداغوجي رقم 01)، أما الحالات المتكفل بها في المركز النفسي البيداغوجي رقم 02 فتم توزيعها على المجالات بمراعاة اختلاف الدرجات في الفوج الواحد حيث يحتوي الفوج الواحد على حالات متوسطة الدرجة وحالات شديدة الدرجة، وكما أن الباحث لم يدرج المعايير الأخرى، نظراً لقلّة الوسائل والمقاييس الخاصة بتلك المعايير والتي يجب أن تتكيف مع طبيعة اضطراب التوحد، وقد يدخلنا ذلك في متاهات واختبارات قد تبعده عن هدفه في هذه الدراسة وتكلف الكثير من الجهد والوقت والمصاريف الإضافية.

9- وصف برنامج الأنشطة النفسحركية:

9-1- القواعد المعتمدة في بناء برنامج الأنشطة النفسحركية:

تم الإعتماد على بعض الأسس التي بني عليها برنامج الأنشطة النفسحركية نذكر من بينها:

- تم اعتماد أساليب التقليد والنمذجة والإطفاء والتكرار والتلقين اللفظي والإيمائي والجسدي.
- تسطير الأهداف الإجرائية لكل مجال من مجالات الحركة، ولكل نشاط مقترح، حيث تم الأخذ بعين الاعتبار ملائمتها لإمكانية التحقق وفق سيرورة متصورة في أذهان لجنة الاقتراح والتحكيم.
- الاقتصار على الوسائل البسيطة والتي غالبا ما تكون متوفرة في المراكز وفي الإمكانيات المعقولة دون التكلفة، خاصة وأن بعض المؤسسات بدأت في طلب البرنامج لتطبيقه.
- بساطة الأنشطة ودقتها ومناسبتها مع القدرات الذهنية والحركية لأفراد العينة.
- مراعاة خصوصية أطفال التوحد النفسية والفيزيولوجية والحركية، خاصة وأن هذه الفئة كثيرة الاستشارة في بعض الأحيان.
- اتباع الطرق والمناهج البيداغوجية، حيث تم الأخذ بعين الاعتبار عوامل التدرج والشمولية والغنى وغيرها.
- ضرورة احتواء الأنشطة على بعض قيم العمل الجماعي، المعاملة الحسنة، والاحترام، روح الجماعة، التعاون.
- في التحكيم المتعلق بالبرنامج النفسحركي تم اعتماد استمارة تحكيم موجهة للجنة المختصة (النموذج في الملاحق)، وتم تفرغ النتائج في جداول إحصائية وحساب النسبة المئوية لكل نشاط، واختيرت 10 أنشطة الأولى الأعلى نسبة في كل مجال.

9-2- وصف برنامج الأنشطة النفسحركية ومراحل بناءه: تم تصميم البرنامج النفسحركي

باقترح لمجموعة من الأنشطة النفسحركية بعد مدارس للتراث النظري في المجال، وبالإعتماد أساسا على مجموعة من المتخصصين في عدة مجالات (علم النفس العيادي، التربوي، الأروطفوني، المدرسي، التربية النفسحركية، التربية البدنية، التأهيل الحركي، التعليم المتخصص، الطب العقلي للأطفال، الطب العام،

العلاج الحركي والأثروبك) وبالاستعانة ببعض المراجع التي يصب محتواها في الموضوع، ثم تم توزيع استمارة التحكيم على بعض المختصين والخبراء، وتم اختيار الأنشطة المناسبة لكل مجال بعد أخذ رأي اللجنة، وكل ذلك بمرافقة المختصين العاملين في المراكز أولياء الأطفال الذين سيتم تطبيق البرنامج النفسحركي عليهم، حيث قام الباحث بتنظيم لقاء بين الهيئة المشرفة على التصميم من جهة والأولياء من جهة أخرى لأن البرنامج سيستغل فيما بعد لبقية الأطفال، وتم توزيع المهام على الأعضاء، وتكليف المشرفين والمعلمين المتخصصين باعتبارهم أصحاب الميدان والخبرة والمرافقين للأطفال التوحيديين بتقديم مسودات لعدة أنشطة نفسحركية لأعضاء اللجنة في غضون شهرين (أكتوبر ونوفمبر 2021)، تعتمد هذه الأنشطة على أساليب التعزيز والمحاكاة والنمذجة والمنافسة والحوار، وتم الاتفاق على اللقاء الثاني بعد هذه المدة، وتم كما كان مبرمجا، حيث كان النقاش حول البطاقات المتعلقة بالأنشطة التي سيتم اقتراحها للتطبيق، وبذلك تم التدقيق في وضع الأهداف للمجالات والإجرائية لكل نشاط، وتم اختيار 40 بطاقة فنية (10 أنشطة لكل مجال من المجالات الأربعة)، وتم تحديد الزمن لكل نشاط، والزمن الذي سيبدأ فيه التطبيق ونهايته، بعد ذلك تم طبع نسخة أولية للبرنامج من أجل التحكيم التي تم في شهر ديسمبر 2021، وقد وضع الباحث اللمسات الأخيرة على البرنامج النفسحركي في العطلة الشتوية من أواخر شهر ديسمبر من سنة 2021، كما تم تطبيق مقياس النشاط الزائد بأسبوعين قبل العطلة الشتوية، حيث تم التحصل على قائمة الأطفال الذين لديهم نشاط زائد متوسط وشديد الدرجة، وتقسيم الأطفال إلى أربعة أفواج حسب المجالات، وتم ضبط الوسائل المادية وتحضير القاعات النفسحركية في المركزين، وتم الاجتماع مع أولياء الأطفال أفراد العينة الذين سيطبق عليهم برنامج الأنشطة، حيث تم الاتفاق على ضرورة الالتزام بإحضار أبنائهم طيلة فترة التطبيق التي تمتد من بداية جانفي إلى منتصف مارس 2022.

يتكون البرنامج المقترح من أربعة مجالات رئيسية هي:

- **التوازن الحركي:** ويحتوي على عشرة أنشطة، وهو القدرة على الاحتفاظ بثبات الجسم وتوازنه في عدة وضعيات حركية، وتصحيح بعض الأخطاء الحركية التي تؤدي إلى اختلال التوازن لدى الطفل التوحيدي.

- **التناسق الحركي:** ويحتوي على عشرة أنشطة، والتناسق الحركي: وهو عملية لتنظيم تناسق الحركات الجزئية (الذراعان والساقان والجذع والرأس)، من أجل تحقيق سلوك حركي معين هدفه تعلم المهارات اليومية، كما يهتم كذلك بتنظيم الحركات على مستوى تلك الأعضاء، وفق إيقاع معين والتدقيق على

هدف معين بصري يدوي، وبصري حركي، يمكن الطفل من اختصار الجهد والوقت ويجعله يتناغم مع الحركة.

- **التفكير الحركي:** ويحتوي على عشرة أنشطة، وتعتمد أنشطة هذا المجال على مدخل الإدراك الحركي، والتفكير الحركي وهو نشاط حركي تتخلله عدة حركات بسيطة وكل حركة لها عمل وحدها.

_ **الآلية:** ويحتوي على عشرة أنشطة، ويعتبر هذا المجال هو أعلى المجالات الحركية التي تعتمد على الإدراك الحركي، وهو عبارة عن نشاط حركي مركب متكون من عدة حركات متتابعة متسارعة مع الوقت.

تم تنظيم الوقت حيث تجرى حصتين في اليوم، واحدة صباحاً مدتها نصف ساعة، ابتداءً من تمام الساعة التاسعة، وواحدة مساءً مدتها 20 دقيقة، ابتداءً من تمام الساعة الثانية زوالاً بالنسبة لفترة المسائية، على اعتبار أن الأطفال في المركزين يدخلون بنصف ساعة قبل بداية الأنشطة ذلك لتفادي التأخرات التي قد تحصل، إذن هناك 10 أنشطة كل نشاط يطبق على مدى خمسة أيام في الأسبوع الأحد، الاثنين، الثلاثاء، الأربعاء، الخميس (لأن التطبيق يكون بالتناوب والتعاقب بينه وبين الأنشطة البيداغوجية في المقرر العادي)، مع مراعاة التدرج من البسيط إلى المركب، ومن السهل إلى الأصعب وكذلك التداول والتنويع بين الأنشطة وهذا يترك للمؤطرين المسؤولين عن الأفواج.

- امتدت مدة تطبيق البرنامج النفسحركي في الفترة ما بين: 02 جانفي إلى غاية 16 مارس 2022 (50 يوماً تخللها توقف يوميين نهاية كل اسبوع من الأسابيع العشرة، يعني بين كل خمسة أيام متواصلة هناك توقف لمدة يومين (الجمعة والسبت)).

- أشرف على سير الأنشطة النفسحركية في كل قسم (مجال): أخصائي نفسي عيادي ومربي متخصص وأخصائي أطفوني.

- تم تطبيق مقياس النشاط الزائد يوم 17 مارس 2022.

جدول رقم (23) يبين النسب المئوية لآراء المحكمين وترتيب الأنشطة النفسحركية المقترحة في مجال

التوازن الحركي

النسبة المئوية

النشاط

01	الموانع	70 %	غير مقبول
02	الحركة يد/ رجل.	94 %	مقبول
03	حبال السحب.	90 %	مقبول
04	الفقر على الأكياس الهوائية.	78%	مقبول
05	ركوب البطانية.	75 %	مقبول
06	لعبة لامارين.	86 %	مقبول
07	العجلة الدوالبية.	74%	مقبول مع التغيير
08	كيس الرمل	65 %	غير مقبول
09	الحركة وفق الإيقاع.	98 %	مقبول
10	الجانبية	44 %	غير مقبول
11	الوقوف على رجل واحدة.	96 %	مقبول
12	التعرف على الوضعيات الجسمية	55 %	غير مقبول
13	الطوران.	77%	مقبول
14	الثبات على مشط القدم.	95%	مقبول
15	الوثب على القدمين	47%	غير مقبول

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن النشاط رقم (09) والمعنون ب(الحركة وفق الإيقاع) حصل على أكبر موافقة من أعضاء اللجنة المحكمة بنسبة 98%، في حين سجل النشاط رقم (10) المعنون ب(الجانبية) أقل نسبة موافقة من بين الأنشطة المقترحة، وكان الفارق النسبي في هذا المجال يساوي 54 %.

جدول رقم (24) يبين النسب المئوية لآراء المحكمين وترتيب الأنشطة النفسحركية المقترحة في مجال التناسق الحركي

النشاط	النسبة المئوية	النسبة المئوية
01 تمارين الجذع (الحلقة)	76%	مقبول
02 لعبة الكرة أو البيسبول	71%	مقبول مع التغيير
03 لعبة المقعد السويدي	44%	غير مقبول
04 المشي إلى الخلف	93%	مقبول
05 تمارين الأطراف مع الجذع	70%	مقبول مع التغيير

06	المشي على السلم	54%	غير مقبول
07	المشي في وضعيات مختلفة	97 %	مقبول الأول
08	تلوي الأفعى	64%	غير مقبول
09	رمي الكرة والإمساك بها	88%	مقبول السادس
10	الكرة داخل - خارج الصندوق	96%	مقبول الثاني
11	قذف الوشاح	60%	غير مقبول
12	تمارين الذراع والكتف	90%	مقبول الخامس
13	الإيقاع مشي- توقف	94%	مقبول الثالث
14	تمارين التوافق بين العين والقدم	72%	مقبول مع التغيير الثامن
15	الحركة الزراعية	52 %	غير مقبول

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن النشاط رقم (07) المعنون ب (المشي في وضعيات مختلفة) وهو الذي حصل على أكبر نسبة موافقة من لجنة التحكيم بنسبة (97%)، في حين حصل النشاط رقم(03) على نسبة 44% والمعنون ب(لعبة المقعد السويدي)، وهي أقل نسبة، وكان الفارق بين الأعلى والأدنى في هذا المجال يساوي 53%.

جدول رقم (25) يبين النسب المئوية لآراء المحكمين وترتيب الأنشطة النفسحركية المقترحة في مجال التفكيك الحركي

النشاط	النسبة المئوية	التصنيف	الترتيب
01 الاهتزاز	85 %	مقبول	السابع
02 لعبة الدوائر	46 %	غير مقبول	
03 متاهة الألوان والتعبير الوجهية	86 %	مقبول	السادس
04 حوار الكرة والأعضاء	98 %	مقبول	الأول
05 لعبة المنديل	66 %	غير مقبول	
06 كرة السلة بعين واحدة	94 %	مقبول	الثالث

07	لمس - حركة - تسمية	44 %	غير مقبول
08	حركة الاتجاهات	96 %	مقبول الثاني
19	لعبة الخيل	83 %	مقبول الثامن
10	مشية القرد	90 %	مقبول الخامس
11	اليدين - اليد اليسرى	41 %	غير مقبول
12	الإتجاه على الشكل الهندسي	76 %	غير مقبول
13	شجرة الأطراف	93 %	مقبول الرابع
14	القطار	81 %	مقبول العاشر
15	تفكيك دمية	82 %	مقبول التاسع

نلاحظ في الجدول أعلاه أن كل الأنشطة التي احتلت المراتب العشر الأولى أخذت نسب موافقة أكثر من 80% وهي نسب أكثر قبولاً من بين المجالات المقترحة ولم تطلب اللجنة أي تغيير على هذه الأنشطة، أما النشاط الذي حصل على أكبر نسبة موافقة فهو النشاط رقم (04) المعنون ب(حوار الكرة والأعضاء) بنسبة تقدر بـ 96%، في حين حصل النشاط رقم (11) والمعنون ب (اليدين - اليد اليسرى) على أقل نسبة موافقة بـ 41%، وقدّر الفارق بين الأعلى والأدنى بـ 57%، وهي أكبر فارق.

جدول رقم (26) يبين النسب المئوية لآراء المحكمين وترتيب الأنشطة النفسحركية المقترحة في مجال الآلية

الترتيب	التصنيف	النسبة المئوية	النشاط
01	مقبول الرابع	92 %	لعبة إحضار الكرة
02	مقبول الثامن	87 %	رواق السيقان
03	مقبول الأول	96 %	من في الصندوق؟

04	الخطان المتعامدان	66 %	غير مقبول
05	مشية الزعيم	90 %	مقبول السادس
06	شكل الدائرة	72 %	مقبول مع العاشر التغيير
07	من أنت؟ أنا صاحب الكرة	91 %	مقبول الخامس
08	حركة الحيوانات	95 %	مقبول الثاني
09	تمثيلية دور المهني	74 %	مقبول مع التاسع التغيير
70	محاكاة دمية	52 %	غير مقبول
11	لفة السجق أو الهوت دوق	93 %	مقبول الثالث
12	الجري والمطاردة	64 %	غير مقبول
13	الحواجز	89 %	مقبول السابع
14	الأشكال	45 %	غير مقبول
15	دائرة الأطفال	48 %	غير مقبول

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن النشاط رقم (07) والمعنون ب(من في الصندوق؟) هو الذي جاء في مقدمة الموافقة بنسبة 96 %، في حين جاء النشاط رقم (14) والمعنون ب(الأشكال) في مؤخرة الترتيب بنسبة 45%، وبلغ الفارق بين الأول والأخير نسبة 51% وهو أقل فارق.

9-3- مصادر بناء البطاقات الفنية الخاصة بالأنشطة المسرحية: تم الاعتماد أساسا على

خبرة فريق من المتخصصين في بناء الأنشطة المسرحية المقترحة، كما تم الإضطلاع على البطاقات الفنية للأنشطة المسرحية والتي وضعت في السنوات السابقة من طرف المشرفين والمعلمين المتخصصين العاملين في عدة مراكز نفسية بيداغوجية في ولايات (الأغواط، المسيلة، تيسمسيلت،

غرداية، معسكر، وهران)، واستعان الباحث ببعض المراجع في المجال النفسحركي والرياضي لمساعدته في العملية والتي سيأتي ورودها مع قائمة المراجع فيما بعد.

9-4- الوسائل المادية المستعملة في الأنشطة النفسحركية: تم تجهيز القاعتين النفسحركيتين والساحتين في المركزين بالوسائل المتطلبة في الأنشطة، وتمثلت أساسا في الأفرشة المطاطية، الحلقات الدائرية، الكرات، قطع القماش، صناديق، كرسي سويدي، بالونات، وسائل لعبة البيسبول، أشرطة مطاطية، حبال سلاسل، أوشحة، حبال، طوران، أوراق المقوى، أنابيب، ورق جرائد، مناديل، كتب، دمي، مطبوعات ورقية عليها رسم للأيدي والأرجل، أطواق، أقماع، قارورات بلاستيكية، دوائر كرتونية، أشرطة لاصقة ملونة، عجلات الدواليب الأربعة، عصي بلاستيكية، كراسي، أكياس مائية، ..

9-5- تنسيق حصص الأنشطة النفسحركية: كما سبق يحتوي كل مجال على عشرة أنشطة هي كالتالي:

9-5-1 مجال التوازن الحركي:

جدول رقم (27) يبين الأنشطة النفسحركية المقترحة وأهدافها الإجرائية في مجال التوازن الحركي

الهدف الإجرائي	النشاط
تعليم الطفل كيفية القفز على رجل واحدة بالتناوب	01 الحركة وفق الإيقاع.
الوقوف على رجل واحدة من 5 إلى 20 ثانية دون مساعدة ودون فقدان التوازن.	02 الوقوف على رجل واحدة.
تحقيق التوازن وثبات وضعية الجسم على أصابع القدمين.	03 الثبات على مشط القدم.
تنمية التركيز أثناء الحركة.	04 الحركة يد/رجل.
الوعي بالآخرين، تنمية روح المنافسة، تطوير القوة	05 حبال السحب.
التحكم في توازن الجسم فوق الاسطح المتمايلة،	06 القفز على الأكياس الهوائية.

- تنمية الإحساس بباطن القدم.
- 07 ركوب البطانية. الوعي بالآخرين، تحقيق التوازن والقوة، الوعي بالسبب والنتيجة.
- 08 لعبة لامارين. توازن الجسم عند في عدة وضعيات حركية.
- 09 الطوران. تحسين أداء الطفل وتعلم الإتيقان الجسمي وتكييف الحركات مع السرعة.
- 10 العجلة الدولابية. اكتساب التوازن بتحريك العجلة الى الأمام والخلف.

9-5-2 مجال التناسق الحركي:

جدول رقم (28) يبين الأنشطة النفسحركية المقترحة وأهدافها الإجرائية في مجال التناسق الحركي.

النشاط	الهدف الإجرائي
01 المشي في وضعيات مختلفة.	تنمية التوافق والقوام.
02 الكرة داخل /خارج الصندوق.	زيادة التنسيق بين العين واليدين.
03 الإيقاع مشي/ توقف.	التحكم بالذات، التحكم في الحركة، تنمية الترابط السمعي الحركي.
04 المشي إلى الخلف.	تعلم وإتقان عملية المشي إلى الخلف بتناسق.
05 تمارين الذراع والكتف.	تقويم العضلات (الذراعين والكتف).
06 رمي الكرة والإمساك بها.	اكتساب وتنمية التأزر البصري الحركي.
07 تمارين الجذع (الحلقة).	تنمية المرونة الجسمية والإحساس بأبعاد الجسم والتركيز البصري.

- 08 تمارين الأطراف مع الجذع. المداولة في حركات الأطراف منفردة، ثم مجتمعة.
- 09 تمارين التوافق بين العين والقدم. تنمية التوافق بين العين، اليد والقدم.
- 10 لعبة الكرة أو البيسبول. تنمية التناسق البصري الحركي (العين واليد)، الوعي بالإدوار، تنمية الركيز، الوعي المكاني.

9-5-3 مجال التفكير الحركي:

جدول رقم (29) يبين الأنشطة النفسحركية المقترحة وأهدافها الإجرائية في مجال التفكير الحركي

النشاط	الهدف الإجرائي
01 حوار الكرة والاعضاء	تحسين أداء الطفل وتعلم الإتقان الجسمي
02 حركة الإتجاهات	ادراك الطفل للاتجاهات والتوجه في الحيز المكاني
03 كرة السلة بعين واحدة.	تتبع الأشياء بالتركيز على إحدى العينين ثم استعمال الأخرى
04 شجرة الأطراف.	التحكم في الأطراف العلوية والسفلية مجتمعة ومنفردة
05 مشية القرد.	إدراك اليمين واليسار والتطابق بين العضو والصورة
06 متاهة الألوان والتعابير الوجهية.	تنمية حركة اليد والقدم، التعرف على الالوان، التعرف على تعبيرات الوجه
07 الإهتزاز.	فهم الإحساس الجسدي
08 لعبة الخيل.	تنمية الإنتباه السمعي والتأزر السمعي الحركي

- 09 تفكيك دمية. اكتساب الصورة الجسدية
- 10 القطار. التعرف على أجزاء من الجسم، تثبيت الجزء المشار إليه وموضعه الصحيح في الجسم

9-5-4 مجال الآلية:

جدول رقم (30) يبين الأهداف الإجرائية للأنشطة المقترحة في مجال الآلية

الهدف الإجرائي	النشاط
الوعي بالآخرين وتنمية الإتصال.	01 من أنت؟ أنا صاحب الكرة.
الوعي بالآخرين، وحفظ أسماءهم، تنمية الاحساس بالتعود على الأماكن الضيقة	02 من في الصندوق؟
تنمية قدرة الطفل على ترجمة الأنماط البصرية إلى أنماط حركية	03 حركة الحيوانات.
الوعي بالجسم، الاهتمام المشترك والتواصل	04 لفة السجق والهوت دوق.
تنمية القدرة على التركيز والمتابعة البصرية	05 لعبة إحضار الكرة.
تعزيز الشعور بالذات	06 مشية الزعيم.
تعلم الإتقان الجسمي والقدرة على التحمل والمتابعة	07 الحواجز.
فهم البداية والنهاية، تعديل وضعية الجسم بحيث يكون جزء من المجموعة	08 رواق السيقان.
التعرف على شكل الدائرة وكيفية تجسيدها بالأجسام	09 شكل الدائرة.

9-6- سير الحصة النفسحركية: يكون التنسيق لسير الحصة كما يلي:

9-6-1 المرحلة التحضيرية: ولا تتجاوز مدتها 06 دقائق، ويبدأ فيها المشرفون في استقبال الأطفال وتبادل التحية وتفقد صحتهم وحالتهم المزاجية، وباختصار يحاولون توعيتهم ولفت انتباههم إلى النشاط التي سيؤدونه بطرق التعزيز وإثارة الحماس والتشويق، ويتم كذلك تقسيم الأدوار بين المؤطرين والأطفال، وتشكيل المجموعات إذا تطلب النشاط ذلك وتعريف الأطفال بدور الوسائل المجهزة للنشاط، والقيام ببعض الحركات التدريبية، ويجب عدم وضع عدد كبير من الأدوات في القاعة حتى لا تشتت انتباههم، والهدف من ذلك كله تحضير الأطفال نفسيا وحركيا.

9-6-2 المرحلة الرئيسية: ولا تتجاوز مدتها 18 دقيقة صباحا و15 دقيقة مساء، ويتم فيها القيام بالنشاط المقترح، ويستخدم المؤطرون خلالها كل طرق الأداء كالمحاكاة والنمذجة والتعرض المباشر، واللعب بالمشاركة وتفريغ الشحنات الداخلية، وقبول الفشل والنجاح، دون أن يكون هناك مجال للخسارة، وخلال الجلسة يجب مراعاة الحفاظ على طاقة معينة (ذات مراحل قويه ومراحل هادئة بحيث تتوالى التمرينات الساكنة والحركية، فإذا قلنا تمرينات ساكنه فهذا لا يعني أن تطول مدتها، تجنبنا لفنور الطاقة بالنسبة للأطفال وللمدربين على السواء، كما أنه لا يجب إجهاد الأطفال أو إثارة انفعالاتهم بتطبيقات حركيه (عنيفة) أو صراخ، وعلى المؤطرين أن يكونوا دائما قادرين على السيطرة على المجموعة في أوقات الهدوء كما في أوقات الإثارة، بحيث يستطيعون في أي لحظة استعادة التحكم، مع السماح للأطفال بالحركة أكثر مما كانوا عليه في القسم.

يجب أن تمثل المرحلة الرئيسية للنشاط وقتا مميزا بالنسبة للأطفال، بمعنى أن يحس الأطفال تغيرا في نمط الأنشطة الاعتيادية التي ألفوها في البرنامج العادي، على المؤطرين خلال فترة النشاط ان يبعثوا في نفوس الأطفال شعورا بالثقة في النفس من خلال إعطائهم أكبر فرص ممكنه للأداء ومحاولة النجاح، وتختلف العلاقة بين المؤطر والأطفال تماما على المستوى الجسدي، فأتثناء النشاط يسمح المؤطرون للأطفال أن يلامسهم أو يضربهم (عبر اللعب) أو يحضنهم أو يعانقهم، فالاتصال الجسدي ذوأهميه كبيرة بالنسبة الى العلاقة بين الطفل والمؤطر.

من الأهداف الأساسية لهذه المرحلة، العمل على أن يصبح الطفل واعيا بالأجزاء المشاركة في التمارين، ومعرفة حدود كل جزء يتم استخدامه في المهارات الحركية.

9-6-3 المرحلة الختامية: وهي مرحلة العودة إلى الهدوء، ولا تتجاوز مدتها 06 دقائق، وفيها تتم تمارين العودة للهدوء وتأتي في نهاية النشاط، ، وغالبا ما تكون جماعية وهي بمثابة الوداع ويتم في نهايتها تحديد موعد للنشاط القادم، كما أنها تمهد للخروج من القاعة في جو هادىء، وفي الغالب تكون تمارين استرخاء بدون موسيقى، ثم الحرص على خروج الأطفال في حالة من النشاط والحيوية مع تبادل التحية وأناشيد إن أمكن.

10- أدوات المعالجة الإحصائية:

- **المتوسط الحسابي:** لقياس معدل استجابات الأطفال على المقياس.

- **المتوسط الفرضي:** وهو القيمة المتوسطة للمقياس.

- **الإنحراف المعياري:** لحساب اختبار ت.

- **اختبار ت لدلالة الفروق بين المتوسطات،** حالة عينتين مرتبطتين.

- **الرمز الإحصائية SPSS 21** (لحساب صدق وثبات مقياس النشاط الزائد).

- **معامل ارتباط بيرسون:** لقياس ثبات الأداة.

- **معامل ألفا كرونباخ:** لقياس ثبات الأداة.

من خلال ما سبق في هذا الفصل تمكن الباحث من ضبط المنهج المستخدم في هذه الدراسة، والمقياس الذي سيتم استخدامه في قياس النشاط الزائد لدى أطفال التوحد في المركزين، وذلك بعد التحقق من صدقه وثباته حتى يتمكن من إجراء الدراسة الميدانية بصورة مدققة وواضحة ومفهومة، وصولا إلى تحديد الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج الدراسية.

تمهيد

- 1- النتائج العامة للقياس القبلي والبعدي
- 2 - عرض وتفسير نتائج الفرضية الرئيسية
- 3- عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الاولى.
- 4- عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية
- 5- عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
- 6- عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الرابعة.
- 7- الإستنتاج العام.

تمهيد:

بعد تطبيق البرنامج النفسحركي لمدة 50 يوما من تاريخ 01/02 إلى غاية 16 مارس 2022، واتسمت فترة التطبيق بالتنظيم المحكم والحضور الكلي الدائم للأطفال، ولم تحدث أية عوارض أو مشاكل قد تعرقل من سير التطبيق، حيث كانت الظروف مساعدة إلى حد بعيد، والتأطير كان كافيا من قبل المشرفين والأخصائيين، وبعد نهاية الفترة التطبيقية بيوم واحد تم تطبيق مقياس النشاط الزائد (البعدي) وتم الحصول على النتائج المبينة في الجدول الآتي:

1- النتائج العامة للمقياس البعدي: بعد القيام بالإجراءات التطبيقية تم التحصل على النتائج العامة التالية:

جدول رقم (31) يبين نتائج المقياس البعدي ومقارنتها بالقبلي لأفراد العينة الخاص بالنشاط الزائد

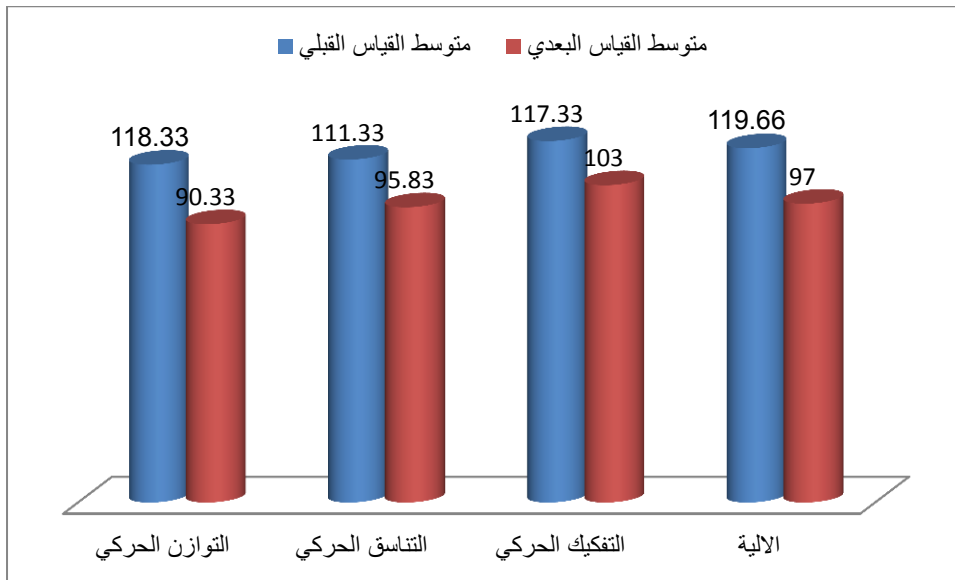
الحالات	الجنس	المجال	القبلي	البعدي	الفارق
01	ذ	التوازن الحركي	114	101	13
02	ذ	التوازن الحركي	122	99	23
03	ذ	التوازن الحركي	116	96	20
04	ذ	التوازن الحركي	117	74	43
05	ذ	التوازن الحركي	120	86	34
06	ذ	التوازن الحركي	124	86	38
07	ذ	التناسق الحركي	130	110	20
08	ذ	التناسق الحركي	116	90	26
09	ذ	التناسق الحركي	114	96	18
10	ذ	التناسق الحركي	92	72	20
11	ذ	التناسق الحركي	104	97	07
12	أ	التناسق الحركي	112	110	02
13	ذ	التفكيك الحركي	108	88	20
14	ذ	التفكيك الحركي	122	112	10
15	ذ	التفكيك الحركي	96	78	18
16	أ	التفكيك الحركي	128	126	02
17	ذ	التفكيك الحركي	132	118	14
18	ذ	التفكيك الحركي	118	96	22

17	99	116	الآلية	أ	19
12	128	140	الآلية	ذ	20
45	82	127	الآلية	ذ	21
26	99	125	الآلية	ذ	22
18	72	90	الآلية	ذ	23
18	102	120	الآلية	أ	24

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أعلى نتيجة حققها الحالة رقم 21 من فوج مجال الآلية في خفض النشاط الزائد لديه بفارق 45 عن نتيجة القياس القبلي، في حين أن أدنى نتيجة حققتها الحالة رقم 12 من فوج مجال التناسق الحركي، بفارق 02 وكذلك الحالة رقم 16، بنفس الفارق من فوج مجال التفكير الحركي. جدول رقم (32) يبين مجموع ومتوسط نتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة الخاص بالنشاط الزائد حسب كل مجال.

المجال	مجموع القياس القبلي	متوسط القياس القبلي	مجموع القياس البعدي	متوسط القياس البعدي	الفارق بين المتوسطين
التوازن	713	118,83	542	90.33	28,5
التناسق الحركي	668	111.33	575	95.83	15.5
التفكير	704	117.33	618	103	14.33
الآلية	718	119,66	582	97	22,66

من أهم الملاحظات التي يمكن توضيحها حول الجدول رقم (32) أن فوج مجال التوازن هو المجال الذي حقق فيه البرنامج النفسحركي الفارق الأكبر في خفض النشاط الزائد لدى أطفال التوحد، بفارق يساوي 28.5، يليه فوج مجال الآلية بفارق يساوي 22,66، ثم فوج مجال التناسق الحركي بفارق يساوي 15.5، وجاء فوج مجال التفكير في المرتبة الرابعة بفارق 14.33.



شكل رقم (12) يوضح الفرق بين نتائج مقياس النشاط الزائد (القبلي والبعدي)

2- عرض وتفسير نتائج الفرضية الرئيسية: تنص هذه الفرضية على: تتخضع درجة النشاط

الزائد بعد تطبيق الأنشطة النفسحركية لدى أطفال التوحد متوسط الشدة المتكفل بهم في المراكز النفسية

البيداغوجية لولاية الأغواط، وقد تم التحصل على النتائج التالية:

جدول رقم (33) يبين نتائج الفرضية الرئيسية

مستوى الدلالة	درجة	قيمة ت	قيمة ت	الانحراف	المتوسط	العينة	المقياس الكلي
عند 0.05	الحرية	الجدولية	المحسوبة	المعياري	الحسابي		
دال	23	2.06	2.76	7,3	116.33	24	القياس القبلي
				14.96	96.54	24	القياس البعدي

بالرجوع الى الجداول الإحصائية الخاصة بقيم (ت) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (2.76) أكبر من (ت)

الجدولية (2.06) عند درجة حرية 23 ومستوى دلالة 0.05 وهي دالة إحصائية، وبالتالي توجد فروق بين

متوسط القياس القبلي ومتوسط القياس البعدي في مقياس النشاط الزائد لصالح القياس البعدي.

بعد النظر في النتائج المتوصل إليها عند تطبيق الأنشطة النفسحركية المقترحة، يمكن القول بأن الأنشطة المقترحة والمطبقة في المجالات الأربعة قد حققت النتيجة، وهي خفض درجة النشاط الزائد لدى أفراد العينة التي طبقت عليها الأنشطة، من جهة أخرى نلاحظ ارتباط أهداف المجالات بتحقيق انخفاض درجة النشاط الزائد ولذلك فتفسيرات الباحث لنتائج الفرضيات يبدأ من النتائج المحققة للأهداف الإجرائية للأنشطة المقترحة.

كما يمكن اعتبار بعض العناصر نقاط قوة هذه الأنشطة، كصياغة الأهداف سواء كانت العامة أو الإجرائية بطريقة سليمة، اعتمادا على مراجع ساعدت في وضع الأهداف السلوكية مثل، المرشد المنهجي للمراكز النفسية البيداغوجية، ومشروع التدخل المبكر للأطفال المتخلفين ذهنيا، وكذلك وضع الأنشطة المناسبة لتحقيق تلك الأهداف، حيث يعتقد الأخصائيون النفسيون المهتمون بقياس السلوك وحل المشكلات والاستجابات الاجتماعية واللغوية أن الطفل التوحدي يمكن مساعدته ليكون افضل، ويمكن أن يكون لهؤلاء الأطفال سلوكيات اجتماعية مقبولة، من خلال وضع أهداف سلوكية إيجابية ويستخدموا معززات لزيادة السلوك المرغوب، وتقليل السلوكيات غير المرغوب فيها. (محمود، 2015، ص435)

ونذكر من بين هذه الأهداف مثلا تنمية الكفاية الحركية ومجالاتها المتمثلة في: مهارات إدارة الجسم، التوافق البصري اللمسي، البراعة الإيقاعية في الحركة، الكفاية في نماذج الحركات الأساسية العامة والدقيقة، وعلى سبيل المثال فأغلب الأنشطة المطبقة في مجالات التوازن والتناسق تطرقت إلى تنمية هذه المهارات، باعتبارها حسب خبرة الباحث في المجال (20 سنة) منفذا تصرف فيه طاقة الطفل التوحدي، وبالتالي تقل الاندفاعية وفرط الحركة، وتزيد الدقة ويقل الجهد المبذول، وتنخفض بصفة عامة درجة النشاط الزائد.

- ويمكن اعتبار الظروف المناسبة للقيام بالتجربة عاملا مساعدا، حيث تم اختيار فترة الموسم الثاني الممتدة مابين شهر جانفي وأفريل، وهي فترة لا تحتوي على عطل قد تؤثر على سير عملية التطبيق، ولم

تمر بأحداث تجعل العمل يتوقف، وهذا أمر مهم (الاستمرارية) في نجاح التجربة، وكذلك هي فترة لا تتأثر عموماً بالخمول الذي نلمسه من الأطفال وحتى المختصين في بداية السنة، ولا حتى بالتعب والملل الذي يحدث عند اقتراب العطلة الصيفية في نهاية السنة.

- استعان الباحث بفريق من ذوي الخبرة الطويلة في ميدان التكفل، خاصة من العاملين في الميدان مباشرة، وأن أغلب المستويات الذهنية والأعمار لأفراد العينة كانت متقاربة، والدليل على ذلك التصنيف المتقارب لهم في أقسام داخل المراكز، مما يجسد إلى حد ما عامل التجانس النسبي، وقد تكون الفترة الزمنية التطبيقية كافية لتحقيق أهداف تلك الأنشطة سواء ما تعلق بالفترة الكلية، أو بتقسيم الزمن لكل حصة وكل مجال، ومن الناحية المنهجية كذلك، فقد قام الباحث بخطوات يمكنها أن تقترب من تحقيق هذه النتيجة، وذلك من حيث الزيارات الاستكشافية الأولى، والقيام بالدراسة الاستطلاعية بمساعدة الفريق المتخصص، حيث أمكن ذلك من معرفة كل الحالات عن كثب، وإنشاء تقارير وبروتوكولات نفسحركية، توضح الوضع النفسحركي لأفراد العينة، الأمر الذي يسهل في تعامل المؤطرين معهم أثناء تطبيق الأنشطة المقترحة، ومن العوامل المؤثرة كذلك صغر حجم العينة وتوزيعها بالتساوي في قاعات التطبيق، وتوفر الوسائل، وبساطة استعمالها، والتسهيلات التي قدمت للباحث من طرف إدارة المركزين والطاقم البيداغوجي لإنجاح التجربة.

- استندت الأنشطة المقترحة على طريقة تحقيق الأهداف الإجرائية لمشروع **بنجامان بلوم (1956)** من حيث ترتيب الأهداف وتدرجها وشموليتها، والتي تتمحور في بعدها النفسحركي حول المحاكاة، الدقة، الربط، فمثلاً في المحاكاة نجد في مجال الآلية نشاط "حركة الحيوانات"، وفي مجال التوازن الحركي نجد نشاط "القفز فوق أسطح متحركة"، ونشاط "المشي مع الإيقاع"، وفي الربط وتحديداً في مجال التناسق الحركي نجد نشاط "تمارين الذراعين والكتف"، و"رمي الكرة وتلقفها"، وتميرير الكرة بين زميلين باستعمال الرجلين.. لأنه بمجرد وضع الهدف في مكان معين في جدول التصنيف، فإنه يمكن أن نبدأ بصورة

منهجية في التعامل مع المشكلة (النشاط الزائد) ومساعدة الطلاب (هنا الأطفال) في تحقيق الهدف.
(ميناء، 2006، ص47)

- توفر عامل الغنى، وهو كذلك من بين مميزات البرنامج، سواء من المصادر البشرية والمادية التي بني عليها البرنامج، أو من حيث البطاقات الفنية المنجزة في المجالات الأربعة، حيث تدرجت الأنشطة من السهل إلى الصعب ومن البسيط إلى المعقد، ومن حيث الزمن من الأقصر إلى الأطول وعلى العموم كان الزمن واحدا تقريبا في أغلب الأنشطة.

- توفر عامل الشمولية بصفة مناسبة، رغم أن الفترة ربما نظريا لم تكن لتغطي جميع احتياجات أفراد العينة على حسب علم الباحث، وتؤكد بعض الدراسات على أنه يجب أن يشمل محتوى البرنامج على خبرة واسعة متنوعة في الحركة، حتى يتمكن الأطفال أن يتحركوا بسهولة ويسر وطلاقة، في حدود إمكانياتهم (الخولي وراتب، 2007، ص250).

- لاحظ الباحث أثناء تطبيق الأنشطة النفسحركية بأنها جذبت الانتباه، مما جعلها محببة لدى أفراد العينة، وهنا يتوفر كذلك عامل الجاذبية، وهو عامل مهم كذلك، حيث تميل أغلب الأنشطة المقترحة إلى طريقة الحركة واللعب، وقد توفر تقريبا هذا العامل في أغلب الأنشطة، مثلا في مجال التوازن نجده في الأنشطة: لعبة لامارين، حبال القفز، الوقوف على أصابع الرجلين، التوازن بالعجلة إلى الأمام والخلف، القفز بالتناوب...

- يمكن اعتبار طرق النمذجة عاملا مساعدا في تحقيق نتائج البرنامج النفسحركي، حيث لاحظ الباحث أحيانا عدم فهم بعض الأطفال عند شرح النشاط من المؤطر في البداية ، مثلا في المجال التناسق الحركي وبالتحديد نشاط "التوافق والقوام" حيث أنه يجب على المؤطر القيام بالمشي على المقعد السويدي واضعا على رأسه الكتاب كنموذج، لأن الشرح قد لا يفهمه الأطفال.

- التغيير في استعمال الوسائل مع إبقاء الهدف الإجرائي نفسه أثناء تطبيق الأنشطة، وهو عامل مهم في تجديد نشاط الأطفال، والتقليل من الرتابة والملل التي قد تحدث للأطفال من جراء استعمال وسيلة واحدة، مثل ما نلاحظه في أنشطة: القفز على رجل واحدة، ولعبة لامارين، والقفز بالتناوب، والقفز على الحبال..

- توفر عامل التعزيز الإيجابي، سواء المعنوي بواسطة الحث والتشجيع وعبارات الشكر مثل: رائع، صحيت، ممتاز، واصل، يا سلام عليك، زيد، هيا، بطل.. أو المادي بالتصفيق والقفز ابتهاجا بالنجاح في الحركة، وتقديم الهدايا الرمزية وبعض الحلويات، والخروج إلى الفناء وإعطاء فترة راحة مستقطعة.

- وقد أكدت النتيجة العامة لهذه الدراسة صحة دراسات سابقة مشابهة تقول بأن التربية النفسحركية مفيدة في "تقوية الحواس وتوفير الجهد، واكتساب المهارات الحركية مع تنشيط الانتباه واليقظة، وحث العقل على التفكير المنظم والإبتكار". (صابر، 2006، ص 52)، وأغلب الدراسات التي وردت احتوت في مضمونها وأهدافها على تنمية هذه المهارات.

وقد تطابقت نتائج هذه الفرضية مع نتائج بعض الدراسات السابقة التي أوردناها في بداية هذه الدراسة دراسة الغامدي (2018)، حيث تناولت فاعلية برنامج تدريبي في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وهي الدراسة الأقرب شيها بهذه الدراسة حسب علم الباحث، وكان الفرق في استعمال قائمة المعززات المحببة وقائمة اللعب، كما أضاف الباحثون نتائج القياس التتبعي بعد ثلاثة أشهر من نهاية البرنامج التدريبي للتأكد من بقاء أثر البرنامج، كما تشابهت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة بلخير (2017)، والتي تناولت أثر برنامج تربية نفسحركية على بعض القدرات الإدراكية الحركية لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، حيث أسفرت نتائج البحث ان "برنامج التربية النفسحركية المقترح أثر إيجابا على تطوير بعض القدرات الإدراكية الحركية لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم 9-11 سنة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في جميع الاختبارات البعدية للعينتين الضابطة والتجريبية لصالح العينة التجريبية في القدرات الإدراكية الحركية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الاختبار

البعدي للعينة الضابطة والاختبار البعدي للعينة التجريبية في بعض القدرات الإدراكية الحركية لصالح العينة التجريبية.

كما تشابهت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة محمود (2015) التي هدفت إلى اختبار فعالية برنامج قائم على الأنشطة الحس-حركية في خفض حدة سلوك إيذاء الذات لدى أطفال التوحد، حيث أن البرنامج المستخدم اعتمد أساسا على الأنشطة الحسحركية، وفي هذه الدراسة يقوم المجالان الأولان على هذا المدخل.

واقتربت نتائج هذه الدراسة من نتائج دراسة حبيب (2015)، والتي تناولت 'فاعلية برنامج إرشادي في خفض النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال الصم"، وتعتبر الاستمارة المتعلقة ببيانات خاصة بالطفل الأصم (من إعداد الباحث) وقائمة المشكلات السلوكية للتلميذ الأصم (من إعداد الكاشف 2014) أداة مساعدة تقابلها في هذه الدراسة التقارير النفسية والبروتوكولات النفسحركية التي استعملها الباحث، غير أن البرنامج المطبق في الدراسة السابقة كان إرشاديا ذا خلفية معرفية سلوكية.

وقد اتفقت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة هوانغ آخرون (2020)، والتي تناولت تقييم آثار التدخل الجسدي على الأطفال والمراهقين المصابين بالتوحد، حيث أن النشاط البدني المطبق على عينة الدراسة أدى إلى تعزيز وتحسين التفاعل الاجتماعي، وساهم في تنمية المهارات الحركية، وهذه الأخيرة هي النتيجة المشتركة بين الدراستين، حيث لوحظ في الأيام الأخيرة للتطبيق زيادة في القدرة على أداء بعض الأنشطة النفسحركية، خاصة في سرعة التنفيذ وإتقان بعض الحركات، وهذا يدل على الخبرة التي اكتسبها الأطفال خلال عملية التطبيق.

كما اتفقت نتائج هذه الفرضية كذلك مع نتائج دراسة فيريرا وآخرين (2019) والتي تناولت تأثير النشاط البدني على السلوك النمطي لدى الأشخاص المصابين بالتوحد، في بعض النواحي الحركية، وإن كان التركيز في هذه الدراسة على الصور والحركات النمطية لدى أطفال التوحد، لأن الحركة العشوائية سواء

صنفت ضمن أعراض التوحد أو أعراض النشاط الزائد تبقى مصدرا وسببا لعدم الإنتباه والتركيز، وهنا تلتقي هذه الدراسة مع الدراسة الحالية حيث أن الأعراض تناقصت حسب نتائج القياس البعدي.

كذلك تشابهت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة هيلي وآخرين (2018) والتي تناولت أثر النشاط البدني على الأشخاص المصابين بالتوحد، وأظهرت نتائجها تحسنا في مهارات اللعب والنفسحركية والإجتماعية واللياقة البدنية والقدرة على التحمل لدى عينة الدراسة، كما قدمت مقترحا واضحا حول امكانية استخدام الأنشطة الحركية لفائدة الأطفال والمراهقين المصابين بالتوحد، وقد يقول البعض بأن نتائج الدراسة الحالية تتعلق بمدى انخفاض درجة النشاط الزائد لدى أفراد العينة، إلا أن الباحث يعتقد بأن اكتساب وإتقان المهارات الحركية التي احتوتها الأنشطة النفسحركية ترتبط نتائجها الإيجابية بانخفاض في مشكلة النشاط الزائد، وهي نقطة الإتفاق مع دراسة هيلي وآخرين (2018).

كذلك اتفقت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة ديليا وآخرين (2013)، والتي قدمت تقييما للفوائد المحتملة من التدريب على برنامج (TEACH) ومدى تأثيره على خفض النشاط الزائد لدى أطفال التوحد والاضطرابات النمائية غير المحددة، حيث أظهرت النتائج أن لهذا البرنامج قدرة على التقليل من السلوكات غير المرغوب فيها كالنشاط الزائد.

كما تشابهت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة شافال وآخرين (2021) التي أثبتت فاعلية تبني برامج تمارين نفسحركية تعتمد على الألعاب البدنية كوسيلة لتصحيح الحالة البدنية للأطفال الصم، وباعتبار عينة الدراسة الحالية تدخل في إطار الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، فيمكن اعتبار نتائجها تأكيدا لما توصلت إليه الدراسة الأوكرانية.

3- عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الاولى: تنص هذه الفرضية على "ينخفض متوسط

القياس البعدي عن متوسط القياس القبلي في مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق الأنشطة النفسحركية

المقترحة والخاصة بتنمية التوازن الحركي لدى أطفال التوحد متوسط الشدة المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط".

جدول رقم (34) يبين نتائج الفرضية الجزئية الاولى.

مستوى الدلالة	درجة	قيمة ت	قيمة ت	الانحراف	المتوسط	العينة	مجال التوازن
عند 0.05	الحرية	الجدولية	المحسوبة	المعياري	الحسابي		الحركي
دال	5	2.57	3.02	4.03	118,83	6	القياس القبلي
				10,25	90,33	6	القياس البعدي

بالرجوع الى الجداول الإحصائية الخاصة بقيم (ت) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (3.02) أكبر من (ت) الجدولية (2.57) عند درجة حرية 05 ومستوى دلالة 0.05 وهي دالة إحصائيا، وبالتالي توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في مقياس النشاط الزائد لصالح القياس البعدي.

يرى بعض المختصين في التربية النفسحركية أنه من أساسيات هذا المجال (التوازن) وفي المسار التطوري النفسحركي للطفل يغلب الجانب الحسركي على الجانب الإدراكركي (لافين، 2017، ص10)، بمعنى أن التوازن يتصل أساسا بالمدخل الحسركي، في مقابل جوانب أخرى تعتمد أساسا على المدخل الإدراكركي، وإذا تمعنا في الأنشطة المقترحة المتعلقة بهذا المجال، نجد أنه يغلب عليها الجانب الحسركي، لأن أغلب الحالات التي طبقت عليها أنشطة التوازن مازالت لم تتخط مرحلة الإشباع الحسي (الكفاية الحسية) ولم تصل بعد إلى مرحلة التجريد والتعميم.

بالنسبة للأنشطة المقترحة في مجال التوازن نجد أنها تحتوي على معززات محببة، مما يجعل تحقق الأهداف أكثر سهولة، فالتعزيز الإيجابي هو إضافة أو ظهور مثير بعد السلوك مما يؤدي إلى احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة، وأما دور المؤطر فيزيد الثقة بالنفس وينمي عند

الأطفال حب مزاولة الأنشطة وتشجيع المنافسة بينهم للوصول إلى النتائج، وكذلك نجد تنمية الصفات النفسية كالشجاعة واتخاذ القرار والثبات وحسن التصرف والتعاون وغيرها (رسيان وغالب، 2002، ص68)، ويلاحظ الباحث ذلك في نشاط القفز بالتناوب على سبيل المثال، حيث تم استعمال الألوان المحببة والمتباينة والدوائر الملونة ومطبوعات الأرجل، ومع التشجيع الفردي والجماعي والتصفيق وأحيانا المكافآت المادية، حيث يخلق ذلك شيئاً من العزيمة الذاتية ويزيد انتباه الطفل التوحدي وتقل الحركات العشوائية والاندفاعية في تلك المواقف، وهذا ما يسمى بالتبادل الإجتماعي. (عبدالحافظ، 2018، ص99)

تشير بعض الدراسات التي تناولت أثر التربية الحركية في تحسين صفة التوازن لدى الأطفال بمجاليه

الثابت والمتحرك نذكر من بينها دراسات اسبنشاد **Espenshade** ولافيوز **Lafiuze** وجوندن **Gundun**

وجاريسون **Garisson** حيث أشارت إلى إمكانية تنمية وتطوير صفة التوازن في مستواه في المراحل

العمرية الأولى (العلائي وإيزري وزيان، 2021، ص482)، وهذا يؤكد ما توصل إليه الباحث في نتائج

الفرضية المتعلقة بمجال التوازن، ولاحظ ذلك لدى جميع أفراد هذا الفوج من العينة، وقد تشابهت نتائج هذه

الفرضية مع دراسة تقيق وبرقوق ومحرز (2018) والتي كان موضوعها أثر الألعاب الحركية في الوسط

المائي على تنمية الجانب الحسي حركي والتقليل من درجة التوحد للفئة العمرية 05-06 أي مدى

مساهمة مجموعة من الالعاب الحركية في الوسط المائي على التقليل من معاناة هؤلاء الاطفال، وعنصر

التشابه هنا في الجانب الذي اهتمت به الدراسة حيث أنها تناولت الجانب الحسركي، والتي ينتمي إليه

مجال الفرضية أو بالأحرى مجال التوازن والذي حقق أطفال هذا المجال فيه تحسناً واضحاً، أدى بدوره

إلى انخفاض في النشاط الزائد لديهم.

وقد تشابهت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة العيد (2020)، سواء كان من الجانب الاجتماعي من

حيث تقبل البيئة الاجتماعية وتقبل الآخرين وتنمية روح التعاون والتواصل معهم، وهذا ما احتوته أغلب

الأنشطة المقترحة في هذا المجال، أو من الجانب النفسي الانفعالي من حيث تفرغ الانفعالات بما فيها

الغضب والحد من السلوك العدوانى وظاهرة الانسحاب من مختلف المواقف الاجتماعية، وأخيرا الجانب الحركى وهو محل التشابه الذى من خلال البرنامج التعليمى الحركى (الألعاب الصغيرة الحركية) يمكن للطفل التوحدى من اكتساب مختلف المهارات كالتوازن فى بعض الحركات والإنتباه البصرى، كما أن عينة الدراسة الحالية كانت من الأطفال ذوى التوحد المتوسط الدرجة، وكان هناك تشابها من حيث الحصص التطبيقية للبرنامج، التى حوت أنشطة تصب فى نفس المجال والأهداف، كاختبار تمرير الكرة ورميها داخل الحلقات، حيث كان الهدف الأساسى هو تركيز الإنتباه.

4- عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية: التى تنص على: "ينخفض متوسط القياس

البعدي عن متوسط القياس القبلى فى مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق الأنشطة النفسحركية المقترحة والخاصة بتنمية التناسق الحركى لدى أطفال التوحد متوسط الشدة المتكفل بهم فى المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط".

جدول رقم (35) يبين عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية

مجال التناسق الحركى	العينة	المتوسط الحسابى	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة عند 0.05
القياس القبلى	6	111.33	11,22	3.20	2.57	5	دال
القياس البعدي	6	95.83	12,74				

بالرجوع الى الجداول الاحصائية الخاصة بقيم (ت) نجد أن قيمة (ت) المحسوبة (3.20) أكبر من (ت) الجدولية (2.57) عند درجة حرية 05 ومستوى دلالة 0.05 وهى دالة إحصائيا، وبالتالي توجد فروق بين القياس القبلى والقياس البعدي فى مقياس النشاط الزائد لصالح القياس البعدي.

إضافة إلى ما تم التطرق إليه فى تفسير الفرضية الجزئية الاولى، فإن مجال التناسق يتعلق كذلك بالمدخل الحسركى أكثر من المستويات العليا للمجالين المتبقين، فالتناسق الحركى يلعب دورا هاما فى

استعادة الطاقة النفسحركية وتنظيمها، والتي كان يصرفها الطفل في النشاط العشوائي وفرط الحركة، مما يؤدي إلى تمكن الطفل من اكتساب المهارات بقليل من الجهد الحركي وكثير من الطاقة المتعلقة بالقدرات الذهنية (التركيز والانتباه)، وكما ذكر الباحث عند تفسيره لنتائج الفرضية السابقة، فالتناسق الحركي يتعلق كذلك بالمدخل الحسركي، مما يؤدي إلى ضرورة اقتراح أنشطة تلعب فيها الحواس دوراً أولياً في عملية الاكتساب.

- وبما أن المجال يتعلق أساساً بالحواس، فقد استعمل الباحث أنشطة لاستثارة حواس الأطفال كالأنشطة القائمة على التناسق والتآزر البصري الحركي، وذلك ما نجده مثلاً في نشاط "تمرين الذراع والكتف"، حيث يقف الطفل أمام المرآة يساعد نفسه على إدخال الحلقة وفتح الرجلين حتى لا تسقط إلى الأسفل، مستعيناً بالمرآة في ذلك، وكذلك ما يلاحظ في نشاط "رمي الكرة وتلقيها"، ونشاط "الكرة في الأنبوب" حيث يبقى الطفل مركزاً على فتحة الأنبوب، منتظراً خروج الكرة كي لا تفاجئه وتسقط من قبضته، وبالتالي هذه الأنشطة أدت إلى تنمية انتباهه وتقوية تركيزه، وفيؤدي إلى انخفاض درجة النشاط الزائد واستثمار طاقته بشكل صحيح وهذا ما يؤكد بارانك **Baranek (2012)** بأن استغلال الخبرات الحسية لأطفال التوحد يساعد في تحسين الانتباه. (كيلاني، 2021، ص32)

- مع مرور الأيام الأولى لبرنامج الأنشطة النفسحركية المتعلقة بهذا المجال (التناسق الحركي)، لاحظ الباحث زيادة قدرة أطفال التوحد في الإحساس الحركي وتنميته، وهذا له أثر في مجالي التوازن والتناسق، حيث يؤكد **الروسان (2001)** بأن مظاهر الإدراك الحركي تتضمن قدرة الطفل على التآزر الحركي العام والتوازن الحركي العام، والقدرة على التعامل مع الأشياء المحيطة بالفرد حركياً (بلخير، 2014، ص133)، فالتناسق الحركي العام يتطلب قدرة من الانتباه والتركيز، وهذا ما لاحظته الباحثة على سبيل المثال في نشاط تمارين الجذع، فعندما يقف الطفل أمام المرآة، ويدخل الحلقة البلاستيكية من جهة الرأس ويضعها على مستوى الحوض، ويمسك بها بكلتا يديه ويمررها إلى الأسفل حتى تصل إلى الرجلين دون

ثني الركبتين، ومع التكرار، يتطلب هذا تركيزا وتناسقا بصريا حركيا، خاصة في تفاعله مع المرآة حيث لا يلتفت إلى أي منبه قد يستثيره.

وقد تشابهت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة بريمر وآخرين (2016) والتي تناولت أثر الأنشطة الحركية على سلوك الأطفال والمراهقين دون سن 16 سنة والمصابين بالتوحد، وبعد التمعن في أهم الأنشطة المطبقة في هذه الدراسة، وجد الباحث أن أغلبها تعتمد على مجال التناسق الحركي، كالركض وركوب الخيل والرقص والسباحة، كما أن من أهم نتائجها الأثر الإيجابي على سلوكيات أفراد العينة من عدة نواحي، أهمها السلوك النمطي والانتباه والإدراك...، وهذا ما يتفق مع نتائج هذه الفرضية في ما يخص الانتباه.

كما اتفقت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة صيام وأبو الفتوح (2018) التي كان موضوعها تنمية بعض المهارات الحركية الأساسية (المشي باتزان، دقة التمرير، وقف الكرة، دقة التصويب داخل حيز السلة القفز بكلتا القدمين)، ومعرفة أثر ذلك على المهارات الوظيفية المرتبطة بأنشطة الحياة اليومية لدى أطفال ذوي التوحد، وحيث أن أغلب طرق الأنشطة المطبقة في هذا المجال (التناسق الحركي) فيما يخص الدراسة الحالية احتوت على طرق (النمذجة والمحاكاة والتعزيز...) وأهداف (تنمية التناسق) مشابهة لها من جهة، ومن جهة النتائج، فقد أظهر أطفال هذا المجال تحسنا حيث انخفضت درجة النشاط الزائد لديهم.

5- عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة: تنص هذه الفرضية على "ينخفض متوسط

القياس البعدي عن متوسط القياس القبلي في مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق الأنشطة النفسحركية المقترحة والخاصة بالتفكيك الحركي لدى أطفال التوحد متوسط الشدة المتكفل بهم في المراكز النفسية

البيداغوجية لولاية الأغواط".

جدول رقم (36) يبين نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

مستوى الدلالة عند 0.05	درجة الحرية	قيمة ت الجدولية	قيمة ت المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	مجال التفكير الحركي
دال	5	2.57	2.85	4.73	117.33	6	القياس القبلي
				17	103	6	القياس البعدي

بالرجوع الى الجداول الإحصائية الخاصة بقيم (ت) نجد ان قيمة (ت) المحسوبة (2.85) اكبر من (ت) الجدولية (2.57) عند درجة حرية 05 ومستوى دلالة 0.05 وهي دالة احصائيا، وبالتالي توجد فروق بين القياس القبلي لمقياس النشاط الزائد والقياس البعدي.

تم التوصل إلى أن الأنشطة النفسحركية المقترحة والمطبقة في هذا المجال قد حققت النتيجة الإيجابية لذلك، حيث انخفضت درجة النشاط الزائد لدى أفراد عينة الفوج الذين طبقت عليهم.

إن مجال التفكير يعتمد أساسا على المدخل الإدراكي والذي يتطلب قبل هذا نضجا حسيا، وهذا يعني بأن أفراد العينة قد تخطوا مرحلة الإدراك الحسي، وهم الآن في مرحلة الإدراك الحركي، الذي يساعدهم كثيرا في مجال التفكير الحركي، وبما أن أطفال المجموعتين والمركزين عموما قد تلقوا أنشطة التكامل الحسي في المركز، وهو "علاج وتدخل مهني قائم على مجموعة من الأنشطة الحسية التي يتم تصميمها بما يتناسب مع الخصائص الفردية لكل طفل، وتقدم في شكل ألعاب وأنشطة تفاعلية لتسهيل الاستجابة التكيفية وتحسين السلوك التكيفي (كايز، 2014، ص24) ، فإن ذلك يساهم في قدرة الطفل على التواصل مع المؤطر، خاصة بالنسبة لأفراد العينة الذين لديهم توحّد بسيط، كما يعتبر التكامل الحسي هو أبرز وأهم برامج التوحّد ويختص فيه المعالج الوظيفي، وهو يعمل على تنظيم حواس الطفل التوحدي لتصل

المعلومة بطريقة صحيحة وتحلل بطريقة صحيحة في المخ، ومن جهة أخرى يربط بين الحواس الأخرى لتقوم بعملها ككل. (كيلاني، 2021، ص32) وهذا ما ساعد في التواصل مع أطفال هذا الفوج.

وتشابهت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة بلخير(2016) التي أكدت أن برنامج التربية النفسحركية المقترح أثر إيجابا على تطوير بعض القدرات الإدراكية الحركية لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم 9-11 سنة، حيث يعتبر الإدراك الحركي هو القدرة الأساسية في المجالين الآلية والتفكيك الحركي لدى الطفل بصفة عامة.

كما تشابهت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة الحزيمي(2018)، حيث أن استخدام أسلوب الثناء وإتمام المهمة قد أظهر علاقة إيجابية، أدت إلى خفض النشاط الزائد لدى أفراد عينة الدراسة، وقد استعمل الباحث في الدراسة الحالية هذا الأسلوب في أسلوب التعزيز، مما يجعل الطفل يقبل على النشاط الذي يستهلك فيه طاقته إيجابيا ويؤدي إلى خفض في النشاط الزائد، معتمدا في ذلك على القدرات الإدراكية في هذا المجال وعلى تفاعله مع الرفاق والمؤطرين.

6- عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الرابعة: تنص هذه الفرضية على: ينخفض متوسط القياس البعدي عن متوسط القياس القبلي في مقياس النشاط الزائد بعد تطبيق الأنشطة النفسحركية المقترحة والخاصة بالآلية لدى أطفال التوحد متوسط الشدة المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط.

جدول رقم (37) يبين نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

مستوى الدلالة	درجة	قيمة ت	قيمة ت	الانحراف	المتوسط	العينة	مجال الآلية
عند 0.05	الحرية	الجدولية	المحسوبة	المعياري	الحسابي		
دال	5	2.57	3.4	9,22	119,66	6	القياس القبلي

				19,85	97	6	القياس البعدي
--	--	--	--	-------	----	---	---------------

بالرجوع الى الجداول الاحصائية الخاصة بقيم ت نجد أن قيمة ت المحسوبة (3.4) أكبر من ت الجدولية (2.57) عند درجة حرية 05 ومستوى دلالة 0.05 وهي دالة إحصائياً، وبالتالي توجد فروق بين القياس القبلي لمقياس النشاط الزائد والقياس البعدي .

إضافة لما سبق من تفسيرات، حيث يتشابه كثيرا مجال الآلية مع مجال التفكير، ويمكن اعتباره أعلى المجالات النفسحركية نظرا لمستوى الصعوبة، ولتدخل العديد من الأنشطة في نشاط واحد، الأمر الذي يوضح بأن أطفال هذا الفوج قد بلغوا مستوى من الإدراك الحسي، يمكنهم من القيام بعدة أنشطة متتابعة بطريقة تشبه الآلية في التنفيذ، حيث يلعب التجريد عاملا مهما في حفظ التعليمات في الذهن والقيام بالنشاط اعتمادا على قدرة الاستيعاب والإدراك، مما يؤثر على تنظيم الطاقة الزائدة والتي كانت مهدورة في اضطراب النشاط الزائد، حيث أمكن تطبيق هذه الأنشطة في هذا المجال أن ترفع القدرة لدى أفراد هذا الفوج على اختيار المثيرات بمختلف أنواعها عبر الحواس، مما يقلل من فرط الحركة والإندفاعية ويزيد في قوة التركيز.

وتلعب النمذجة دورا كبيرا في هذا المجال نظرا لخصائص هذا المجال، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإذا كان النشاط الزائد هو سلوك متعلم كغيره من السلوكات الإنسانية سواء كانت شاذة أو سوية، كما تؤكد نظرية التعلم الاجتماعي (حبيب، 2015، ص 503)، فإنه بنفس الطريقة قام الباحث رفقة المؤطرين بتدريب الأطفال في هذا المجال، مستخدمين عامل التركيز والهدوء من أجل إكسابهم ذلك، وبالتالي تقل درجة النشاط الزائد لديهم، فمثلا في نشاط الاتصال البصري وتمثيل الشخصيات نجد المؤطر يقوم بعدة حركات نموذجية للشخصية التي يقدمها في الصورة أمام الأطفال، ولكن يسبق ذلك دقائق من الهدوء لاستعادة تركيز وانتباه الأطفال، حتى يتمكنوا من متابعة العرض والقدرة على تمثيل الدور مع تسمية

الشخصية، هذه الطريقة في النمذجة تفيد كثيرا في التحكم وتوجيه الانتباه والبعد عن الحركات العشوائية والإندفاعية.

كذلك تلعب الأنشطة الجماعية دورا في اكتساب الآلية لدى الأطفال الذين طبقت عليهم أنشطة هذا المجال، الأمر الذي يزيد في التواصل وتقوية الروح الجماعية التي تجعلهم يتحمسون ويتنافسون، وذلك يجعلهم يستثمرون نسبة كبيرة من الطاقة وتنظيمها، وبالتالي يقل النشاط العشوائي غير المنظم، من هذه الأنشطة على سبيل المثال، نشاط المرور بين السيفان الذي نجد من أهدافه الإجرائية تعديل وضعية الجسم، بحيث يكون كجزء من المجموعة وهذا يتطلب انتباها عاليا، وتركيزا وقلّة الحركات العشوائية.

وقد اتفقت نتائج هذه الفرضية إلى حد ما مع نتائج دراسة الغامدي وآخرين (2018) كما تشابهت معها في عدة نواحي كالمنهج واستخدام مقياس للنشاط الزائد خاص بأطفال التوحد، كما اتفقت مع نتائج دراسة حبيب (2015) على الرغم من بعض الاختلافات في وجود مجموعة ضابطة واعتماد قائمة المشكلات السلوكية للتلميذ الصم.

7- الإستنتاج العام:

في بداية هذه الدراسة تم بسط المفاهيم المتعلقة بالموضوع وطرح المشكلة بطريقة منهجية (تساؤلات وفرضيات)، تبين الاهتمام الأصيل للباحث بها، ومن ثمة أورد بعضا من التراث النظري والدراسات السابقة العربية الأجنبية التي اهتمت بمتغيرات الدراسة في عدة مواضيع مختلفة المناهج والأهداف، لكنها تصب في قالبين، إما تربوي يستعمل في تحقيق أهداف المناهج المقررة في البرامج المعدة لذلك، وإما علاجي يهتم بعلاج وتخفيف الاضطرابات والمظاهر المصاحبة لاضطراب التوحد، ومن هذه الفكرة زاد تجسد موضوع البحث.

تم استعراض المتغير المستقل (الأنشطة النفسحركية)، من خلال لمحة تاريخية وبيان لبعض المفاهيم المتعلقة به، كما تطرق الباحث إلى مراحل النمو النفسحركي ومجالاته، وهنا ظهر بصفة عامة أن التربية النفسحركية تطبق في الكثير من مؤسسات الأطفال، سواء كانت مهمتها التربية أو التكفل والعلاج والتأهيل فهي علم حديث متخصص، الغرض منه مساعدة الطفل على معرفة ذاته وتقبلها والتعايش معها وخلق علاقة مع الذات ومع الآخرين، والطفل التوحدي لديه مسار نفسحركي يختلف عن الطفل العادي، ويتميز نموه النفسحركي بالبطء والاضطراب وبعض الاختلالات الوظيفية.

ولقد تبين أن الأنشطة النفسحركية تتجه إلى الأبعاد العامة المختلفة لأطفال التوحد، عوضاً عن النظرة الجزئية المحدودة لبعض جوانب هذا الاضطراب.

في مسار عرض الباحث لبعض الأهداف الخاصة بالأنشطة النفسحركية تم التوصل إلى أهمية الأنشطة النفسحركية التي تساعد في مجال العلاج، حيث تم إدماج النشاط النفسحركي في طريقة العلاج في شكل برامج مصاحبة للمشاريع البيداغوجية، وقد تتيح لأطفال التوحد مجالاً للتواصل، خاصة غير اللفظي فيما بينهم، باستعمال أساليب التقليد والنمذجة وغيرها.

وعند عرض الباحث باختصار لأهم النظريات المتعلقة بالمتغير المستقل وأثر اكتساب المهارات النفسحركية على أطفال التوحد، فقد أورد أن هناك قصوراً واضحاً في تطور المهارات النفسحركية لدى أطفال التوحد، وهذا له تأثير على تعلم الطفل العديد من المهارات المعرفية والاجتماعية ومهارات رعاية الذات، وقد أكدت الدراسات على أنه من الأهمية بمكان وضع هذا الجانب في برنامج التدخل المبكر لأطفال التوحد (وظفة، 2014، ص20)، وتم تناول بعض العناصر المتعلقة بتصميم البرامج النفسحركية لدى أطفال التوحد، وخلص الباحث في تطرقه لموضوع الأنشطة النفسحركية إلى أن هذه الأنشطة ضرورية خاصة بعد تطبيق برامج التكامل الحسي، التي تؤهل الحواس لاستقبال المدخلات، وبالتالي خطوة نحو التواصل، الذي يشكل أكبر عائق لهؤلاء الأطفال، وتم في هذا البحث تأكيد أهمية هذه

الأنشطة في خفض أحد الاضطرابات السلوكية، التي تؤثر كثيرا على الاكتساب والمسار التكفلي لأطفال التوحد المتكفل بهم في المراكز النفسية البيداغوجية.

في الفصل الثالث قام الباحث باستعراض المتغير التابع (النشاط الزائد)، حيث بدأ بلمحة تاريخية حول المتغير، وبيان بعض المفاهيم الأساسية المتعلقة به، وأعراضه، واستنتج أنه يجب أن يتواصل المختصون في اضطراب التوحد بالمختصين في التربية النفسحركية، لأن الأنشطة التي اقترحت للتطبيق في هذه الدراسة يجب أن يتداول على بنائها وتطبيقها من يعرف التركيبة الجسمية والمقوية العضلية للطفل من جهة، ومن له دراية بالجانب النفسي والعقلي والسلوكي لطفل التوحد.

في الفصل الرابع حيث تم استعراض المتغير الوسيط (التوحد)، تم التطرق للمفاهيم المتعلقة به، وأعراضه حيث أن من بين أعراض التوحد يلاحظ النشاط الزائد لدى بعض الحالات، ولكي يكون هناك تشخيصا علميا دقيقا يجب أن يتضمن التقرير عدة فحوصات من فريق متعدد التخصصات، فيه على الأقل أخصائي طب عقلي للأطفال، وأخصائي نفسي وأرطفوني، وضرورة تعدد المقابلات التشخيصية.

في الجانب الميداني وبعد القيام بالإجراءات الدراسية الأساسية تم بناء المقياس النشاط الزائد وبرنامج الأنشطة النفسحركية، وما استخلصه الباحث من ذلك هو أن الاعتماد الأكثر كان على الفريق متعدد التخصصات، خاصة ممن كانت لديهم خبرة طويلة في ميدان التكفل، وأن هناك طاقات بشرية كبيرة لم تستغل في العمل الميداني الفعال، الذي يبقى ناقصا خاصة بعد رحيلهم عن ميدان الرعاية، لذلك كان للباحث شرف العمل معهم، واستخلاص بعض من نتاج سنين عديدة في خبرتهم الكبيرة.

وما استخلصه الباحث من عملية التطبيق أن هناك مدخلين لتعلم المهارات النفسحركية، الأول يتعلق بالمدخل الحسركي والثاني يتعلق بالمدخل الإدراكركي، وأما ما يخص نجاح التطبيق فهو لم يعتمد على البناء السليم للأنشطة أو لأن التمارين كانت متوافقة مع إمكانيات الأطفال، ومع الوضع في الاعتبار

أن عملية تعلم المهارة أو المفهوم المطلوبة لا تتوقف على النشاط نفسه فحسب، ولكن على ديناميكية الجلسة ككل وعلى صفات المختص أو المؤطر المشرف على التطبيق، أما الأنشطة نفسها فهي بمثابة عامل مساعد في الحصص النفسحركية، وتتلخص أهمية ذلك في العمل على تفريغ الشحنات الداخلية، الجذب، المثابرة، وقبول الفشل والنجاح.

أما بالنسبة للفصل الأخير فيمكن إيجاز النتائج التي تحصل عليها الباحث لدى معالجته للمعطيات الكمية في أن الأنشطة النفسحركية المقترحة كان لها دور واضح في خفض النشاط الزائد رغم الانخفاض الطفيف، ورغم أن الظروف الفيزيائية لم تسمح بزيادة الزمن تفاديا لإمكانية تدخل متغيرات دخيلة حسب ما يعتقد الباحث، لذلك فهذا يؤكد أن التربية النفسحركية بجانب دورها البيداغوجي لها دور علاجي لصالح هذه الفئة من الأطفال.

الخاتمة:

في خاتمة هذه الدراسة يمكن القول أن الباحث توصل إلى الإجابة على التساؤلات التي تم طرحها في الإشكالية، قد لا تكون النتائج مرضية للبعض من المتخصصين أو الأولياء، لأن بعض المتوسطات المتحصل عليه في نتائج اختبار مقياس النشاط الزائد بقيت أعلى من المتوسط الفرضي للمقياس، ولكنها جاءت أقل من نتيجة الإختبار القبلي، و يحتمل مرد ذلك إلى أن المدة كانت غير كافية أو نتيجة لأخطاء في التطبيق تبقى مجهولة، وهنا قد لا يهم الفارق، بل الأهم أن الأنشطة المقترحة قد قللت من درجة النشاط الزائد، وحققت نتيجة إيجابية لهؤلاء الأطفال، لذلك يمكن الإستعانة بها بعد إمكانية تعديلها، بإدراج البعض منها في مشروع التكفل اليومي، والمقرر في المراكز النفسية البيداغوجية ولم لا مراكز التوحد. وانطلاقاً من مسلمة أن كل عمل لا يخلو من النقائص، فإن أهم الإنتقادات الذاتية التي يمكن أن يوجهها الباحث لعمله هو أن طرح الإشكالية كان بشيء من الإقتصاد المعرفي إن صح التعبير، في صورة تتوضح في بساطة وضع الفرضيات بدون اتخاذ مدخل أكثر تخصصاً واستثماراً للتراث النظري، كما يلاحظ عدم وضوح في الإطار النظري في الطرح والتفسير، ولو أن في الطرح قد يتبين نوعاً ما للمختصين التوجه البنائي أو البناء- معرفي، لكن في التفسير كانت هناك نظرة تكاملية في أغلب الأحوال من جهة، وتجربة الباحث في واقع التكفل من جهة أخرى، ويرجع ذلك إلى محدودية الباحث في الإضطلاع على كافة الأطر النظرية، وتجنباً للدخول في تساؤلات ذاتية، قد تجعله يخرج عن الإطار العام للدراسة، وبعض الترجمات تخل بالأفكار الأساسية لبعض الدراسات، أما بالنسبة للبيئة العربية، فالتراث الموجود يجعل الباحث يتيه في الإلتزام بإطار نظري واضح المعالم، ويمكن القول بغياب بعض المعايير التي كان من الواجب على الباحث أن يتخذها في تقسيم المجالات النفسحركية على أفواج أطفال التوحد، بالإضافة إلى أن الدراسة كان بإمكانها أن تشمل جميع مستويات التوحد، بما فيها المستوى

البسيط، وكذلك بالنسبة لمستويات النشاط الزائد، أما الملاحظات الأخرى فهي كثيرة في ذهن الباحث تاركا ذلك لأعضاء لجنة المناقشة الأفاضل.

إن الملاحظ للسياسة الاجتماعية في الجزائر خلال السنوات الأخيرة، يرى مجال لا يدعو إلى الشك أن حقوق المواطنة والواجبات الاجتماعية تقتضي الاهتمام الجاد بذوي الإحتياجات الخاصة، ومن بينهم أطفال التوحد، هذه الفئة ورغم التخطيط الغير مهني في التكفل بها حسب وجهة نظر الباحث، إلا أنهم يحضون بفرص تتكافأ في التكفل داخل المراكز الخاصة والمراكز النفسية البيداغوجية، وهذا عامل إيجابي يساعدنا في التقدم إلى المزيد من المهنية في اقتراح الأنشطة والبرامج المعدة لذلك.

لهذا الغرض يعتبر الاهتمام بالجانب النفسحركي لأطفال التوحد أمر لا يتم الواجب إلا به، فكان لزاما على أهل الاختصاص المبادرة إلى تحديد الحاجات العلاجية والبيداغوجية، في شكل مشاريع وبرامج مؤسساتية، تبلور نشاطات التكفل في منهجية علمية، تستجيب لمتطلبات التكفل بأطفال التوحد.

إن أطفال التوحد رغم الخصائص التي يتميزون بها عن الآخرين، إلا أنهم قبل ذلك أطفالا لديهم عملية نمو معقدة، يتبعون تسلسلا معيناً من المراحل التطورية ونضجا في جوانب متعددة في الجسم والعقل والحركة، وفق وتيرة تختلف باختلاف درجة الاضطراب بينهم، والحركة هي نتاج تفاعل بين الأعصاب والعضلات، والميل إليها أمر طبيعي لدى كل الأطفال، وتؤكد الكثير من المراجع التربوية والنفسية على أهمية الحركة كوسيلة من وسائل النمو الجسمي والعقلي، وأن الإدراك الحركي جزء حيوي من النمو الطبيعي للطفل.

من جهة أخرى فاستخدام الحركة كعلاج لأطفال التوحد أمراً أصبح مطلوبا لدى المختصين في كثير من المشكلات، سواء كانت مظهرا من مظاهر التوحد أو اضطرابا مصاحبا له، لكن الوضع ليس كما يبدو بالسهولة التي يراها البعض، فالمهنية لا تقتضي الميل الانفعالي فحسب، بل تقتضي التعامل مع هذه

الفئة وفق خصوصياتها، إنهم لا يحتاجون إلى الشفقة عليهم، إنهم في حاجة إلى برامج مبنية على أسس سليمة، تبنى بأقصى درجة موضوعية، تخفف من معاناتهم وتحفظ لهم قيمتهم داخل مجتمعاتهم.

لقد كانت هذه الدراسة رغم ما احتوته من نقائص ثمرة جهود وخبرات بعض من العاملين في حقل التكفل بهذه الفئة، ونأمل أن يكون دعماً لهؤلاء، ولهدف توحيد الجهود والرؤى تجاه العمل البيداغوجي والعيادي في التربية النفسحركية باختلاف الإمكانيات المهنية والخبرة المكتسبة لكل مختص في مجاله.

وعطفاً لما أورد الباحث سابقاً من نقائص، ربما كان لهذا الموضوع معالجة أكثر دقة وثراء معرفياً في غير ظروف هذه الدراسة، وما زال كذلك بالتأكيد في حاجة إلى مدارس ومعالجة أكثر مهنية ودرامية، لذا يأمل أن يكون ما قدم بصدد ذلك في هذا البحث نقطة انطلاقاً جديدة لدراسة مستقبلية، تتدارك ما كان من الخطأ والنسيان والنقائص.

ويختم الباحث هذا العمل بعبارة لـ **دافيدوف**: لا ينتهي مشروع البحث بتحليل النتائج وتفسيرها، حيث لا تقع دراسة واحدة مهما كانت جيدة، كل فرد يصدق فرض ما، ولأن كل بحث يواجهه العديد من المشكلات لذلك تتراكم المعرفة السيكولوجية ببطء، يجب أن يؤيد الفروض عدد من الباحثين، باستخدام اجراءات مختلفة على عينات متباينة من المفحوصين وتحت شروط متنوعة، هكذا يتم تراكم المعلومات الموثوق بها من خلال تكرار علماء النفس لدراسات الآخرين مرة أخرى، للتأكد من الحصول على نفس النتائج وتدعيمها، واختباراً للأفكار المرتبطة بهذه النتائج، وفي نفس الوقت تبنى النظريات لترتبط النتائج المتنوعة المتباينة معاً وتقترب بحوثاً جديدة. (**دافيدوف، 1983، ص 91**)

يمكن إيجاز بعض الاقتراحات العامة في النقاط التالية:

- يرجى من إدارة المراكز الخاصة بالتوحد أو المراكز النفسية البيداغوجية زيادة الاهتمام بالجانب النفسحركي، والذي أثبت نجاعته في التكفل بأطفال التوحد، ليس فقط في هذا البرنامج ولكن في عدة

برامج وأنشطة، ونقترح تزويد إدارة المراكز بالمشاريع التي تحتوي على هذه الأنشطة، خاصة وأنها لا تكلف كثيرا من الوسائل بسيطة التطبيق لدى العاملين في مجال التكفل، وتلك دعوة من الباحث للإستفادة من البرنامج النفسحركي لجميع المهتمين.

- نقترح دراسات أخرى في ميدان التوحد وعلاقته بالتربية الحركية، لأن الأمر لا يتعلق فقط ببعض الدراسات الأجنبية على حد علم الباحث، وهذا قد يساعد في بناء البرامج بطريقة أكثر سهولة وتحكما من طرف المؤطرين، ولتكن الدراسات أكثر عمقا وتخصصا سواء كانت بالنسبة للتوحد لأو من جهة النشاط الزائد حسب المحاور.

- زيادة الاهتمام بالأنشطة النفسحركية، من خلال زيادة عدد الحصص في الأسبوع، وكذا اقتراح برامج جديدة، تأخذ بعضا من الوسائل والطرق الحديثة.

- فتح معاهد لتكوين المهنيين في التربية النفسحركية وتوفير كافة المتطلبات لهذا التكوين، وحبذا لو تكون الجامعة حاضنة لهذا التكوين.

- فتح اختصاصات عملية في كل مركز توحد، للعمل مع الفرق المتعددة الإختصاصات في ميدان التكفل بالأطفال التوحديين.

- توفير المراجع الأجنبية، وجلب المتخصصين لتبادل الخبرة في المجال النفسحركي لرعاية أطفال التوحد، خاصة وبعض الدول العربية أصبحت رائدة في هذا المجال مثل دول الخليج.

- زيادة بناء مراكز التوحد، والبعد عن طريقة وضعهم في المراكز النفسية البيداغوجية رافة المتخلفين ذهنيا.

- زيادة تحسيس وإعلام المجتمع بطبيعة الاضطراب، وكيفية التعامل مع الطفل التوحدي وضرورة التشخيص والتكفل المبكر.

- إمكانية تشكيل فريق متعدد الاختصاصات على مستوى مديرية النشاط الاجتماعي، من أجل عمل برنامج التشخيص والتكفل قبل الالتحاق بالمركز بالتعاون مع الأولياء، من أجل بداية التكفل المبكر ومواصلته أثناء العطل ونهايات الأسبوع.

- تنظيم دورات وأيام تحسيسية وتدريبية للأسر والمختصين للمستجبات الخاصة بالتكفل والتأهيل وتعديل السلوك والعلاج.

- إعداد مقاييس جديدة تأخذ بعين الاعتبار ظروف الطفل التوحيدي والواقع الذي يعيشه.

قائمة المراجع

المراجع العربية

1- أبو صالح، أمينة علي عمر (2008). إصابة النصفين الكرويين للمخ وعلاقته بالإدراك والنشاط الزائد للأطفال من 4-6 سنوات، رسالة دكتوراه منشورة، مصر القاهرة: جامعة عين الشمس، معهد الدراسات العليا للطفولة قسم الدراسات النفسية والاجتماعية.

- 2- أبو علام، رجاء محمود(2007)، **مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية**، القاهرة: دار النشر للجامعات.
- 3- الأشول، عادل (1987). **موسوعة التربية الخاصة**، القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 4- اندرسون، لورين، وكرازوول، ديفيد، ترجمة مينا فايز مراد، (2006). **مراجعة لتصنيف بلوم للأهداف التعليمية**، ط1، القاهرة، مصر : مكتبة الأنجلو المصرية.
- 5- بطرس، حافظ بطرس، (2008). **المشكلات النفسنة وعلاجها**، ط2، الأردن: دار المسرة للنشر والتوزيع.
- 6- بلخير، قدور باي (2016)، أثر برنامج تربية نفسحركية على بعض القدرات الإدراكية الحركية لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم- بحث تجريبي أجري الأطفال المعاقين عقليا (09-11سنة) بمدينة وهران - أطروحة دكتوراه منشورة، الجزائر: جامعة مستغانم، معهد التربية البدنية.
- 7- بوتوت، أماندا أ(2018)، **اضطرابات طيف التوحد، الأسس والخصائص، والإستراتيجيات الفاعلة**، ترجمة غالب محمد الحيارى، عمان: دار الفكر
- 8- الجابري، محمد (2014)، **التوجهات الحديثة في تشخيص اضطراب طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة**، ورقة عمل مقدمة للمتلقى الأول للتربية الخاصة، الرؤى والتطلعات جامعة تبوك، المملكة العربية السعودية .
- 8- الجعافرة، حاتم (2008)، **الاضطرابات الحركية عند الأطفال** ، عمان: دار أسامة.
- 9- الجلامده، فوزية عبدالله (2014). **قياس وتشخيص اضطراب طيف التوحد في ضوء المعايير الواردة -dsm4-dsm5** ، ط2 ، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 10- حبيب، أحمد أمين محمد (2015). **فعالية برنامج إرشادي في خفض النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال الصم**، مجلة كلية التربية، العدد 18، ص ص 494-520 مصر: جامعة بور سعيد.
- 11- الحزيمي، ندى عبد الرحمان (2018). **فعالية إستراتيجية الثناء لتحسين سلوك إتمام المهمة لدى ذوي اضطراب الانتباه والنشاط الزائد في مرحلة الروضة**، مجلة العلوم التربوية والنفسية. مج. 2، عدد. 17، ص ص: 139-19

- 12- الحمادي أنور (2013). الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية dsm5، ط5، الولايات المتحدة الأمريكية: دار النشر الأصلي.
- 13- خطاب، محمد أحمد محمود (2005). سيكولوجية الطفل التوحدي، عمان الأردن: مكتبة دار الثقافة.
- 14- خطاب، محمد أحمد محمود (2013). فاعلية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين، مصر القاهرة: المكتب العربي للمعارف.
- 15- الخطيب، جمال محمد سعيد (1993). تعديل سلوك الأطفال المعوقين دليل الأباء والمعلمين، عمان، الأردن : دار إشراق للنشر والتوزيع.
- 16- الخطيب، جمال والصمادي، جميل والروسان، فاروق والحديدي ، منى ويحي ،خولة والناظور ميادة والزريقات، إبراهيم، والعمامرة، موسى، والسرو، ناديا(2011). مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .
- 17- الخولي، أمين أنور، وراتب، أسامة كامل (2007). نظريات وبرامج التربية الحركية للأطفال، ط1، مصر: دار الفكر العربي.
- 18- دافيدوف، ليندا ل ، ترجمة سيد الطواب وآخرين (1983) . مدخل الى علم النفس، القاهرة: مصر، دار ماكجروهيل للنشر.
- 19- الدريبر، عبدالمنعم أحمد (1993). العوامل النفسية المميزة للتلاميذ ذوي اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد مقارنة بالتلاميذ الأسوياء . دراسات تربوية و إجتماعية ، (5) 4 ، القاهرة.
- 20- الدسوقي، مجدي محمد (2006). اضطراب نقص الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد، القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلومصرية.
- 21- رسيان، مجيد، وغالب، لؤي (2002). التربية البدنية والحركية للأطفال في سن ما قبل المدرسة، الأردن عمان: دار الثقافة والدار العلمية للنشر والتوزيع.
- 22- رياض، سعد (2008). أسرار الطفل الذاتي وكيف التعامل معه، ط1، القاهرة، مصر: دار النشر للجامعات.

- 23- الزارع، نايف بن عابد، (2007). اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، د ط ، الأردن: دار الفكر.
- 24- الزريقات ، إبراهيم عبد الله فرج ،(2004). التوحد الخصائص والعلاج ، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- 25- الزعبي، أحمد محمد (2002). الأمراض النفسية و المشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال، عمان، الاردن: سلسلة المكتبة التربوية ، دار زهران.
- 26- الزغول، عماد عبد الرحيم. (2006). الاضطرابات الانفعالية و السلوكية لدى الأطفال، ط1، عمان، الأردن: دار الشروق.
- 27- زيدان، عصام (2014). أثر البرامج الحركية والنفسحركية في تنمية بعض النواحي الأكاديمية، مركز كيان للتنمية والاستشارات ، القاهرة : جمعية كيان لذوي الإعاقة.
- 28- محمد، صابر مصطفى إبراهيم، وأحمد، ابراهيم جابر السيد (2019). النمو النفسحركي للتوحد، ط1 : دار العلم والايمان للنشر والتوزيع.
- 29- السيد، علي أحمد، وفائقة، محمد بدر(1999). اضطراب الإنتباه لدى الأطفال و تشخيصه و علاجه، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- 30- سيد، سليمان عبد الرحمن (2014). اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عند الأطفال، القاهرة: دار الجوهرة للنشر والتوزيع.
- 31- شحاتة، حسن (1992). النشاط المدرسي (مفهومه -وظائفه-مجالات تطبيقه)، ط2، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- 32- الشربيني، لطفي(2004). التوحد دليل لفهم المشكلة والعلاج والتعامل مع الحالات، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، العدد الخامس، الجزء الأول.
- 33- الشربيني، زكريا أحمد (1994). المشكلات النفسية عند الأطفال ، القاهرة: دار الفكر.
- 34- الشرقاوي، محمود عبد الرحمن عيسى (2018). التوحد ووسائل علاجه، ط1، دسوق، مصر: دار العلم والايمان للنشر والتوزيع.
- 35- شرف، عبد الحميد (2001). التربية الرياضية والحركية لأطفال الأسوياء ومتحدي الإعاقة، القاهرة : دار الكتاب للنشر.

- 36- شريت، أشرف محمد عبد الغني، ومحمود، صديق رحاب (2009). برنامج العلاج السلوكي للأطفال ذوي النشاط الزائد، ط1، الإسكندرية، مؤسسة حورس الدولية للطباعة والنشر والتوزيع .
- 37- الشريف، صلاح الدين حسين (1999). دراسة النشاط الزائد وعلاقته بالإستعداد الذهني و أساليب معاملة الأم لدى الأطفال ما قبل المدرسة، أسيوط ، مصر : 7، 2 ، مجلة كلية التربية.
- 38- شعبان، حسن مرسلينا(2010). التربية الحركية والعلاج النفسي الحركي كأساس التربية الحركية والعلاج النفسي الحركي كأساس في التأهيل النفسي، شبكة العلوم النفسية العربية.
- 39- شقير، زينب محمود (2002). نداء من الابن المعاق عضويا- سلوكيا- تعليميا- التوحيدي، سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، المجلد الأول، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- 40- الشناوي، محمد محروس، والسيد، عبد الرحمن (1998). العلاج السلوكي الحديث أسسه، وتطبيقاته، القاهرة، مصر: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- 41- صابر، فاطمة عوض (2006). التربية الحركية وتطبيقاتها، ط1، الإسكندرية، مصر: دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر.
- 42- صوالحة، محمد أحمد (2007) . علم النفس اللعب ،ط1، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 43- صيام، خالد سعيد النبي (2018). فاعلية استخدام الألعاب الصغيرة الترويحية في تنمية المهارات الحركية لدى الأطفال التوحيدين وأثرها على مهاراتهم الوظيفية المرتبطة بأنشطة الحياة اليومية، المجلة التربوية، العدد 51، ص ص 12-28 جامعة سوهاج، كلية التربية.
- 44- عادل، عبد الله محمد (2009). التعليم العلاجي للأطفال ذوي اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط ، ط1، القاهرة ، مصر: عالم الكتب.
- 45- عاطف، هيام محمد (2002). الأنشطة المتكاملة لطفل الروضة ، القاهرة: دار الفكر العربي.

- 46- العايب، عبدالقادر، وبلحفاف زهرة، (2020). الإتجاهات الوالدية المتعلقة بأساليب المعاملة نحو الطفل المصاب بطيف التوحد، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات الملتقى الوطني الأول حول اضطراب طيف التوحد بعنوان: اضطراب طيف التوحد، التشخيص وسبل التكفل بين الواقع والمأمول، 03 مارس 2020 جامعة الأغواط، الجزائر: قسم علم النفس وعلوم التربية.
- 47- عبد ربه، هبة عبد الحليم (2014). النشاط الزائد (الأسباب-التشخيص-البرنامج العلاجي)، دون ط، دار الجامعة الجديدة.
- 48- عبد الحافظ، هناء شحاتة أحمد (2018). الإنتباه المشترك والتواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ط1، خرايسية، الجزائر: دار أطفالنا للنشر والتوزيع.
- 49- عبد الكريم، عفاف (1995). البرامج الحركية والتعليم للصغار، الإسكندرية، مصر: منشأة المعارف.
- 50- عبد الستار، رضا (2002). فعالية برنامج إرشادي في خفض حدة النشاط الزائد لدى أطفال الروضة، جامعة عين شمس، مصر: كلية التربية قسم الصحة النفسية.
- 51- عثمان، فريدة إبراهيم (1987). التربية الحركية لمرحلة الرياض والمرحلة الابتدائية، الكويت: مكتبة دار القلم للنشر والتوزيع.
- 52- العريفي، حازم سعود، والنهامي، السيد يس (2018). فعالية برنامج تكاملي لخفض حدة اضطراب النشاط الزائد لدى التلاميذ المعوقين عقليا فكريا بدرجة بسيطة، المجلة العربية لعلوم الإعاقة والموهبة (4)، 89-134.
- 53- عزة، خليل عبد الفتاح (2005). الأنشطة في رياض الأطفال، ط3، القاهرة: دار الفكر العربي.
- 54- علا، عبد الباقي إبراهيم (1999). علاج النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام برامج تعديل السلوك، القاهرة: الجريس للكمبيوتر والطباعة والتصوير.
- 55- علا، عبد الباقي إبراهيم، (2011). اضطراب التوحد (الأوتيزم)، ط1. عالم الكتب، القاهرة:

- 56- العلالى، حملاوى، وإيزرى، سواندة مكىوسة، وزىان، نصيرة (2021). تأثير التربية الحركية فى تحسين صفة التوازن لأطفال ما قبل المدرسة بعمر (3-6 سنوات)، مجلة تفوق فى علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية. المجلد 06 العدد 02 -2021 ص: 467-486.
- 57- عىاد، مسعوده (2008). الزمان والمكان وعلاقتها بعسر القراءة، العدد 30، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد أ.
- 58- العىد، بن سمىشة(2020). دور برنامج ألعاب صغيرة حركية فى التقليل من درجة التوحد لدى الأطفال المصابين بالتوحد المتوسط (5-7) سنوات بحث تجرىبى أجرى على بعض الأطفأ -بمركز خاص بولاية البىض. المجلة الدولية لعلوم الرياضة والعلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد 01 ص ص: 66-74.
- 59- فراج، عثمان لىب (2001). التوحد خصائصه وأعراضه وأثاره على شخصية وسلوك ومستقبل الطفل، فى: الحلقة النقاشية حول التوحد (المفهوم التشخيص -التدخل) ، الشارقة، الإمارات العربية.
- 60- فىاض، جان (دت)، الصعوبات التعليمية والإضطرابات النفسية الشائعة فى المدارس، دط، لبنان: المركز التربوى للبحوث والإنماء.
- 61- القبائلى، يحي (2001). الاضطرابات السلوكية والانفعالية، عمان الأردن: الطرىق للنشر والتوزىع .
- 62- القمش، مصطفى، والمعابطة ،خليل (2007). سىكولوجية الأطفال ذوى الإحتىاجات الخاصة، ط3، عمان: دار المسيرة .
- 63- كامل، محمد على (2003). الإخصائى النفسى المدرسى وفرط النشاط واضطراب الانتباه، القاهرة : مركز الإسكندرية للكتاب.
- 64- كرارمة،أحمد (2014/2015). محاضرات فى النمو النفس الحركى، جامعة وهران، معهد التربية البدنية والرياضية. متاح على الرابط :
https://www.psydz.info/2019/08/pdf_62.html?m=1
- 65- الكردى، السىد عبد اللطىف (2005). المرجع فى التوحد دلىل للأسرة والمتخصصىن التشخص والعلاج، العىن، الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعى.

- 66- كريمان، بدير (2003). *الأنشطة العلمية لطفل ما قبل المدرسة* ، القاهرة: عالم الكتب .
- 67- كامل، محمد (2003). *الأوتيزم (التوحد) الإعاقات الغامضة بين المفهوم والعلاج* ، الاسكندرية: مركز الاسكندرية للكتاب الجامعي.
- 68- كوجال، روبرت، ولن كوجن ، والسرطاوي، عبد العزيز، وابو جودة وائل (2003). *تدريس الاطفال المصابين بالتوحد استراتيجيات التفاعل الايجابية وتحسين فرص التعلم*، الامارات العربية المتحدة: دار القلم للنشر والتوزيع.
- 69- كولين، تبريل، ترجمة مارك عبود (2013). *التوحد فرط الحركة،خلل القراءة والأداء*، ط1، العربية السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر .
- 70- كيلاني، فاطمة الزهراء أحمد(2021). *فعالية برنامج تدريبي قائم على التكامل الحسي في خفض النشاط الزائد واثره لدى عينة من أطفال ذوي اضطراب التوحد*.مجلة علوم ذوي الإحتياجات الخاصة، المجلد03 العدد 02 ج02 أكتوبر 2021 ص (3233-3281) مصر: جامعة بني سويف كلية علوم ذوي الإحتياجات الخاصة.
- 71- محمد، قاسم عبد الله(2001). *الطفل التوحيدي أو الذواتي الانطواء حول الذات ومعالجته اتجاهات حديثة* ، كلية التربية جامعة حلب، سوريا: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- 72- محمدي، فوزية (2011). *فعالية برنامجيين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة*، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
- 73- محمد سليمان، سناء (2014). *الطفل الذاتوي التوحيدي " بين الغموض والشفقة والفهم والرعاية"*، ط1، مصر: دار عالم للكتب للطباعة والنشر والتوزيع.
- 74- محمود، إيمان عبد الوهاب (2015). *فاعلية برنامج قائم على المدخل الحس حركي لخفض حدة سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال الذاتويين للمرحلة العمرية (5-10) سنوات*. مجلة الإرشاد النفسي مركز الإرشاد النفسي العدد41 يناير 2015 المعهد العالي للخدمة الإجتماعية القاهرة.

- 75- المغلوث، فهد بن احمد الجرواني هالة، ابراهيم صديق (2011). المهارات الحياتية للأطفال التوحديين، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 76- المقابلة، جمال خلف (2016). طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية، ط1، عمان: دار اليفا للنشر والتوزيع.
- 77- مليكة، لويس كامل (1998). الإعاقات العقلية والاضطرابات الإرتقائية، القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
- 78- منظمة الصحة العالمية (1999). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ICD 10 - الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التشخيصية (الإشراف على الترجمة أحمد عكاشة)، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية: المكتب الاقليمي للشرق المتوسط.
- 79- مهدي، مبارك (2013). آثار الوظائف الحركية العفوية في بناء التصور الجسدي عند الطفل المتخلف ذهنيا درجة متوسطة، دراسة تطبيقية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا مسيلة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر 02 كلية العلوم الاجتماعية قسم علوم التربية
- 80- ميفاتي، محمد (2006). التأهيل الشامل للطفل المتوحد، بيروت: الجمعية اللبنانية للأوتيزم التوحد.
- 81- موسى ، رشاد محمد، والحنو إبراهيم (2018) . اضطراب قصور الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد، القاهرة، عالم الكتب.
- 82- نبيه، إبراهيم إسماعيل (2009). إشكالية الاضطرابات النفسية اضطراب التوحد مفهومه تشخيصه علاجه وكيفية التعامل معه، مركز الإسكندرية للكتاب.
- 83- النجار، عبير عبد الحميد(2008). اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والدراما الإبداعية في رياض الأطفال، ط1، القاهرة، مصر: مكتبة النجمة المصرية.
- 84- ننلى، كاثي ف، ترجمة الريماوي، محمد عودة ورضوان على بني مصطفى (2010). دماغ التلميذ دليل للأباء والمعلمين، عمان الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

- 85- النوبي، محمد علي (2009). اضطراب الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى ذوي الإحتياجات الخاصة، عمان: دار وائل،
- 86- النوبي، محمد (2010). مقياس صورة الجسم للمعاقين بدنيا وجسديا، ط1، عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- 87- نيسان، خالد (2009). سلوكيات الأطفال بين الإعتدال والإفراط، ط1، عمان، الاردن: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- 88- هويدي، محمد (2001). اضطراب التوحد والاضطرابات المشابهة، بحث أكاديمي مقدم لندوة الإعاقات النمائية قضاياها النظرية ومشكلات العملية. منشورات جامعة الخليج العربي.
- 89- وطفة، إسماعيل علي، (2014). التوحد عند الأطفال، ط1، عمان، الأردن: الأكاديميون للنشر والتوزيع.
- 90- وهبه، محمد صبري (2018). التربية النفسحركية للأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (ذوي الإعاقة الفكرية، وذوي التوحد) النظرية والتطبيق. مكتبة الأنجلو مصرية.
- 91- يوسف، يوسف، ويحيى، زكريا (2000). دراسة تشخيصية علاجية للنشاط الزائد لدى أطفال المرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، (24)4 ، 213- 249.
- 92- اليوسفي، مشيرة عبد الحميد أحمد (2005). النشاط الزائد لدى الأطفال، ط2، مصر: المركز الجامعي الحديث.
- 93- يحيى، أحمد خولة (2003). الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط 2، عمان الأردن: دار الفكر للطباعة و النشر والتوزيع
- 94- يحيى، أحمد خولة، والسيد، عبيدة ماجدة، (2007). أنشطة الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة، الأردن: دار المسيرة.

المراجع الأجنبية

- 95– American Psychiatric Association.(2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition.
Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- 96– Austerman J; (2015) **ADHD and behavioral disorders: Assessment, management, and an update from DSM–5**,
Cleveland Clinic Journal of Medicine, 01 Nov 2015, 82(11
Suppl 1):S2–7
- 97– Ayres,A.(1985). **Sensory Integration and The Child, los Angelesm**: western Psychological Press.
- 98– Baranek, G.(2002). **Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism** , J. of Autism & Developmental disorder , 32 , 397–422.
- 99– Barkley,R. (1990). **Attention deficit hyperactivity disorder**,
A handbook for diagnosis and treatment. New York: The Guilford Press.
- 100– Barkley ,A. (1997).**ADHD and the nature of self–control**.
The Guilford press A Division Guilford of publications, inc 72
spring street, New York, London.
- 101– Belaïka,K, Moutassem Mimouni,B.(2011),**Eléménde Psychomotricité pour jeunes enfants**,ed l'office des publicationsunier sitaires Ben Aknoun ;Alger.
- 102– Bensenouci,A.Mazoni,M.(1997),**Element de pediatrie**.
Alger,Office des publications universitaires(OPU)..
- 103– Blader, J. (2019). **Nonadherence in childhood disorders: Attentiondeficit/hyperactivity disorder**. In Fornari, V. & Dancyger, I. (Eds.

- 104– Brain, F. Catrine, C. Emmanuelle, L. Véronique, M. (2004) **.dictionnaire d'orthophonie**, ortho édition France.
- 105– Calza, A. contat, M. (2001), **conflictualité spatiale et sexuelle du corps en psychomotricité**. ed du centre de psychologie, paris
- 106– Case, S. (2014), **Detecting the relationship between sensory processing disorder and the presence of behavioral problems in normal children**, other, Journal of Autism and Developmental Disorders, v10 n6 p103–111.
- 107– Cristaldi, M.(2013), **Psychomotricité culturicien dans la méditerranée**, diplome d'etat de docteur de Psychomotricien unversitéouse2 ; France.
- 108– Dailley, R. Moscato, E. (1984). **latéralisation et latéralité chez l'enfant**, ed mardaga , Belgique.
- 109– Demeur, N.(1983), **Method Partique de rééducation de la lecture et de l'orthographe**. 4^{eme} ed. de Boeck. bruxelle.
- 110– De meur, A . Staes, L.(1983) , **Psychomotricité éducation et Rééducation**, Ed:A, De bock–Bruxelles.
- 111– DuPaul, G. Pollack, B. and Pinho, T.(2017). **Attention deficit/hyperactivity disorder**. In Goldstein, S. & DeVries, M. (Eds.), **Handbook of DSM–5 disorders in children and adolescents**. (pp 399– 416). Cham: Springer.
- 112– Doernberg E; Hollander E; (2016) : **NEURO–developmental Disorders (ASD and ADHD): DSM–5, ICD–10, and ICD–11**, CNS Spectrums / FirstView Article, pp1–5, DOI: 10.1017/S1092852916000262.
<https://www.cambridge.org/core/journals/cns->

spectrums/article/abs/neurodevelopmental-disorders-asd-and-adhd-dsm5-icd10-and-icd11/EAA10979864C2951BADEA46D3C8B378B

- 113– Edelson, M. G. (2006). **Are the majority of children with autism mentally retarded?** A systematic evaluation of the data. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(2), 66–83. <https://psycnet.apa.org/record/2006-08628-001>
- 114– Elmaghrabi, S. & Castellanos, F. (2019). **The spectrum of neurobehavioral outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder.** In Hauptman, A. & Salpekar, J. (Eds.), **Pediatric neuropsychiatry “a casebased approach”**. (pp 3–12). Cham, Springer Nature Switzerland.
- 115– Emmanuell J, Melani C, Patrica M, Greg R, Eric F, Erika G, (2009). **Sensori-motor and Daily Living Skills of Preschool Children with Autism Spectrum Disorders,** *J Autism Dev Disord* (2009) 231–241. <https://www.researchgate.net/publication/51404428>
- 116– Flavien, G. (2018). **Le programme Barkley dans le trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité : Impact d'un programme d'entraînement aux habilités parentales sur la qualité de vie de l'enfant en lien avec sa santé et la symptomatologie dépressive parentale,** Faculté de médecine de Strasbourg, université de Strasbourg, France.
- 117– Frederique B, Catrine C, Emmanuelle L et Véronique M, (2004), **dictionnaire d'orthophonie,** France, ortho édition.

- 118– Giromini F.(2003) ,**Psychomotricité, Les Concepts fondamentaux**, , Paris, Université Pierre et Marie Curie.
- 119– Gibons, E.I.(2000).**Perceptual learning in development Some basic concepts.Ecological Psychology**,295,302.
- 120– Gold,I.Stoljar,D.(1999).**A neuron doctrine in the philosophy of neuroscience, Behavioral and Brain science**,22,809–869.
- 121– Gordon Millichap , J .(2010).**Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook, A Physician’s Guide to ADHD**, Second Edition, New York, NY 10013, USA: Springer Science+Business Media New York.
- 122– Hallker,A.(2001).**Otizm umudumuz ;davranisci tedavi**,Halker and Associates,77,s,Bethesda, MD.
- 123– Hollander, E.(2003). **Autism Spectrum Disorders** ,New york,Marcel Dakker , INC.
- 124– Jones, H. Rabinovitch, A. Eddy, L. & Wilson, S. (2016). **Attention deficit hyperactivity disorder. In Breland– Noble, A., Al–Mateen, C. Singh, N. (Eds.), Handbook of mental health in African American youth. (pp 287– 312).** New York: Springe.
- 125– Kern, J,. Trivedi M. Grannemann,B.. Garver,C. Jonnson,D. Andrews,A. salava J. Mehta.J. Schroeder,J.(2007).**Sensory correlations in Autism**.The International Journal of Research & Practice,Vol.11,2
- 126– Koskas,P.(1994). **La neurologie en pratique médicale quotidienne, schéma, arbres et décisions**; Alger editeur (S.I) OPU.

- 127– Lavigne, M. (2017). **L'enfant autiste et le psychomotricien, une rencontre sensible**. mémoire présenté pour obtenir du diplôme d'état de psychomotricien. université Claude BERNARD/ LYON, B U C L P, bibliothèque LYON 1 France.
- 128– Le Boulche, J.(1974) .**l'éducation psychomotrice à l'école élémentaire** , E^d , ESF– Paris.
- 129– Maddey, N.G.(2004) . **Acquisition and generalization of activity schedules on task engagement in young children with autism** , Mental Retardation and Developmental Disabilities , 35, 285–326 .
- 130– MERLEAU–PONTY M. (1945), **Phénoménologie de la perception**, Gallimard, Paris ;
- 131– Mnceil,T.Contor–Graae,E,Blennov,G .(2003).**Mental correlates neuromotoric deviation in 6–year–olds at heightened risk for schizonphrenia** 60.219.228.
- 132– Morrison, R. (2002). **increasing play skills of children with autism** , J. of Early Intervention , 25, 58–72 .
- 133– National Institute of Mental Health.(2003) . **Attention Deficit Hyperactivity Disorder** . [http // www. Nimh. Nin. Gov/ putlicat / adhd – cfm](http://www.Nimh.Nin.Gov/putlicat/adhd-cfm).
- 134– Neumann, C, Walker E.(1999), **motor dysfunctinon in schizotypal personality disorder**, schizophrenia Research,38,159–168.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10463461/>
- 135– Paoletti,R. (2003), **eduction et motricite l'enfant de deux à huitans**.ed bibliotheque nationale du québec: canada.

- 136– Piaget, J. (1977), **La construction du réel chez l'enfant**, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 4ème Ed.
- 137– Rosen, L .(1988). **Effects of suger (sucrose) on children's Behavior** . Journal Consulting and Clinical Psychology , 56 , p: 583 – 589.
- 138– Setiz, J.(2000). **The bodily basis of thought**, New Ideas in Psychology.18,23–40.
https://www.researchgate.net/publication/222684612_The_Bodily_Basis_of_Thought
- 139– Shameem, F. (2019). **Executive dysfunctions in attention–deficit hyperactivity disorder**. In Ardila, A. Shameem, F. & Rosselli, M. (Eds.).
- 140– SILLAMY,N .(1999). **Dictionnaire de la psychologie**, Paris, Larousse.
- 141– Sood, A. & Sood, A. (2016). **Attention deficit hyperactivity disorder and DSM 5: What's new?** In Malhotra, S. & Santosh, P. (Eds.), **Child and adolescent psychiatry “Asian Perspectives”**. (pp 33–50). New Delhi: Springer.
- 142– Soublens ,C . (2013). **la psychomotricité** , ed amphora , paris.
- 143– Sperry,R.(1952).**Neurologya and the maid–brain problem**,*Am ,sci*,40,291–312.
- 144– Symon, J.B. (2001). **Parent education for autism : Issues in providing services at a distance** , J. of Positive Behavior Intervention, 3, 160–174.
<https://www.researchgate.net/publication/247784708>

- 145– Tucket, D. Williamson , P. (1984) . **Asymmetric Neural Control in Human Self** – regulation .Psychological Review , 91, 185 – 215.
- 146– Walker, E . F . Savoie ,T . and ,Davis, D.(1994). **Neuromotor precursors of schizoprenai Bulletin**,20,441–445.
- 147– Wing, L. (1996). **The Autistic Spectrum**. London, Constable.
- 148– Whitman, T.L. (2004) . **The Development of Autism: A Self – Regulatory Perspective** . London , UK: Jessica Kingsley Publishers , p221 .
- 149– Zager, D. (Ed.). (2005). **Autism Spectrum disorders: Identification, education, and treatment Mahwah, NJ:** Lawrence Erlbaum Associates.

المواقع الإلكترونية:

- 150– <https://www.researchgate.net/scientific-contributions/Valeria-Flori-2201168568>.

الملاحق

ملحق رقم 01

مقياس تصنيف التوحد عند الاطفال اريك سكوبير، روبيرت ريتشليد CARS2

النسخة الثانية وبرايرة روشين ريننا ربي اتش دي كتيب التقييم

الاسم:
تاريخ الولادة:
تاريخ الاختبار:
الجنس:
اسم المقيم:
العمر:

بناء على معلومات من: ملاحظة خلال التقييم التطوري خلال PEP-3

التوجيهات: بعد تصنيف البنود 15، انقل التصنيفات من الصفحات الداخلية للمساحة المقابلة ادناه .
اجمع التصنيفات

الحصول على مجموعة النقاط الخام، وبين مجموعة الحدة المقابلة.

الملخص											
الاتصال	التقليد	الاستجابة العاطفية	استخدام الجسم	استخدام الاشياء	التكيف مع التغيير	الاستجابة البصرية	الاستجابة السمعية	استجابات واستخدام التدوق، الشم، اللمس.	الخوف أو العصبية	التواصل اللفظي الغير لفظي	التواصل

تصنيف الشدة:

✓ حد أدنى لعدم وجود أعراض التوحد (من 15 - 19.5، ومن 15 - 27.5 لعمر +13)

✓ حد معتدل لمتوسط من أعراض التوحد (من 30 - 36.5، ومن 28 - 36.5 لعمر +13)

✓ أعراض حادة للتوحد (37 وأكثر، 35 وأكثر لعمر +13)

اجمالي الدرجات :

التشخيص:

العلاج:

فريق العمل:

1- الاتصال بالناس	
1	طبيعي ولا يوجد أي دليل على صعوبة أو غير طبيعي في التعامل مع الناس سلوك الطفل مناسب لعمره، قد يلاحظ بعض الخجل، الهياج أو الانزعاج عندما يشعر انه تحت الملاحظة في المستوى الطبيعي.
1.5	
2	علاقات بسيطة غير طبيعي قد يتجنب الطفل أحيانا النظر الى أعين الكبار ويتجنب الأصوات التي يصدرها الكبار لجذب انتباهه، ويكون شديد الخجل لكن ليس مثل الكبار، ولا يمسك بيد أبويه مثل ما يفعل معظم الأطفال في سنه.
2.5	
3	علاقات شديدة غير طبيعي يبدو عليه انه منعزل (لا يشعر بالكبار)، بصعوبة بالغة يستطاع جذب انتباهه لبعض الوقت، ولديه جزء ضئيل جدا من التواصل.
4	
4	علاقات شديدة غير طبيعي الطفل يبدو عليه تماما أنه لا يشعر بما يفعله الكبار من حوله، وهو دائما وأبدا لا يتواصل مع الآخرين ، أو يدخل معهم في أي نوع من التواصل، حتى المحاولات المستميتة لجذب انتباهه لا تؤثر.

ملاحظات:

2- التقليد	
1	التقليد المناسب يستطيع الطفل تقليد الأصوات، الكلمات، والحركات التي تناسب مستوى مهارته

1.5	
2	تقليد بسيط لا يتناسب مع سنه يقلد الطفل سلوكيات بسيطة مثل التصفيق أو أصوات لفظية مفردة اغلب الوقت، نادر يقلد فقط بعد الحدث أو بعد تأخير.
2.5	
3	يقلد الطفل جزء من الوقت ويتطلب جهدا كبيرا من المقاومة والمساعدة من الكبار، كثيرا ما يقلد بعد تأخير يظهر الطفل درجة واحدة ثابتة من الاستجابة الانفعالية والاستجابة تكون أقل أو أكثر في العادة ولا تكون مرتبطة بالموقف، يقطب الوجه، يضحك، يصبح عصيبا رغم غياب المثيرات المسببة في ذلك
لا يقلد	
4	الطفل نادرا أو لا يقلد أبدا الأصوات، الكلمات، أو الحركات حتى مع الحدث أو المساعدة من الكبار

ملاحظات :

3- الاستجابة العاطفية	
1	ردود فعل عاطفية مناسبة حسب السن والحالة الطفل يظهر درجة مناسبة من الاستجابة الانفعالية لما تشمل عليه من التعبيرات الوجه سواء في الأسلوب أو الشدة
1.5	
2	استجابات عاطفية غير طبيعية بشكل بسيط الطفل لا يظهر أحيانا درجة معينة من الاستجابة الانفعالية والاستجابة لا تكون مناسبة أو مرتبطة بالحدث والأشياء المحيطة به.
2.5	
3	استجابات عاطفية غير طبيعية بشكل متوسط يظهر الطفل درجة واحدة ثابتة من الاستجابة الانفعالية والاستجابة تكون أقل أو أكثر في العادة و لا تكون مرتبطة بالموقف، يقطب الوجه، يضحك، يصبح عصيبا رغم غياب المثيرات المسببة في ذلك
3.5	
4	استجابات عاطفية غير طبيعية بشكل شديد

الاستجابة نادرا ما تعبر عن درجة الموقف قد يصبح فجأة في مزاج غريب ويصبح من الصعب جدا تغيير هذه الحالة المزاجية وقد يظهر الطفل مزاجا سيئا جدا عندما يتغير شيء من حوله.

ملاحظات

4- استخدام الجسد	
1	استخدام الجسد بدرجة تناسب العمر يتحرك الطفل بنفس السهولة، الرشاقة، والتناسق كطفل عادي في عمره.
1.5	
2	استخدام الجسد بدرجة غير طبيعية بدرجة بسيطة بعض الخصائص الطفيفة قد تظهر عدم قدرته على القفز وتكرار الحركات، ضعف التآزر أو يظهر حركات شاذة
2.5	
3	استخدام الجسد بدرجة غير طبيعية بدرجة متوسطة سلوكيات غريبة غير اعتيادية بدرجة واضحة بالنسبة لطفل بعمره قد تتضمن حركات غريبة في الأصابع وفي دوران الجسم حول نفسه، التحديق، وقد يتعدى على نفسه، الاهتزاز، الدوران، لوي الأصابع، أو المشي على أصابع القدم.
3.5	
4	استخدام الجسد بدرجة غير طبيعية بدرجة شديد تشمل على حركات تكرارية بكثافة والتكرار للحركات من النوع المذكور أعلاه هي لاستخدام الجسد بدرجة غير طبيعية قد تدوم رغم المحاولات لتثبيطها أو اشغل الطفل بنشاطات أخرى.

ملاحظات:

5- استخدام الأشياء	
1	اهتمام واستخدام طبيعي للألعاب والأشياء الأخرى يظهر الطفل اهتماما طبيعيا بالألعاب والأشياء الأخرى المناسبة لمستوى قدراته واستخدام هذه الألعاب في الطريقة المناسبة
1.5	
2	اهتمام أو استخدام غير طبيعي بدرجة بسيط، بالألعاب الأطفال وغيرها من الأشياء. قد يظهر الطفل اهتماما غير طبيعيا بالألعاب أو بطريقة طفولية غير مناسبة (مثل: ضرب الألعاب بعنف أو مصها)
2.5	

3	اهتمام أو استخدام غير طبيعي بدرجة متوسطة، بألعاب الأطفال وغيرها من الأشياء. قد يظهر الطفل اهتماما قليلا بالألعاب وغيرها من الأشياء أو يمكن أن ينشغل باستخدام اللعبة ببعض الطرق الغريبة، قد يركز على جزء غير ذي فائدة من اللعبة، أو يفتن بالضوء المنعكس من الشيء، يحرك جزء من الشيء بدرجة متكررة أو يلعب بلعبة واحدة دون غيرها.
3.5	
4	اهتمام أو استخدام غير طبيعي بدرجة شديدة، بألعاب الأطفال وغيرها من الأشياء قد ينشغل الطفل بنفس السلوكيات التي قد ذكرت من قبل، بتكرار وكثافة أكبر، من الصعب مقاطعة الطفل عندما ينخرط بهذه الأنشطة الغير مناسبة.

ملاحظات:

6- التكيف مع التغيير	
1	تكيف مع التغيير بدرجة جيدة مناسبة للعمر قد يلاحظ الطفل أو يعلق عند التغيير في الروتين وقد يقبل هذا التغيير بدون أي انزعاج.
1.5	
2	لا يتكيف مع التغيير (غير طبيعي بدرجة بسيطة). عندما يجرب الكبار تغيير المهام، يكمل الطفل النشاط نفسه أو يستخدم نفس المواد.
2.5	
3	لا يتكيف مع التغيير (غير طبيعي بدرجة متوسطة). يقاوم الطفل بفعالية تغيير الروتين، يحاول أن يكمل النشاط القديم ومن الصعب مقاطعته، يصبح غاضبا أو غير سعيد ببدل الروتين الخاص به.
3.5	
4	لا يتكيف مع التغيير (غير طبيعي بدرجة شديد). يظهر الطفل ردات فعل شديدة تجاه التغيير، قد يصبح غاضبا جدا وغير متعاون وقد يستجيب مع نوبات الغضب.

ملاحظات

7- الاستجابة البصرية	
1	استجابة البصرية بدرجة جيدة مناسبة للعمر إن الاستجابة البصرية لهذا الطفل مناسبة لسنه ويستخدم قدراته البصرية مع الحواس الأخرى لاكتشاف الأشياء الجديدة المحيطة به.

1.5	
2	استجابة بصرية (غير طبيعي بدرجة بسيطة). يجب أن يتم تذكير الطفل أحيانا بالنظر الى الأشياء قد يكون الطفل مهتما أكثر بالنظر الى المرايا أو الضوء من النظر الى أقرانه
2.5	
3	استجابة بصرية (غير طبيعي بدرجة متوسطة). يجب أن يتم تذكير الطفل باستمرار بالنظر الى ما يفعله قد يحرق بالفضاء، يتجنب النظر الى عيون الناس، ينظر الى الأشياء من زاوية فريدة، يمسك الأشياء بدرجة قريب جدا من عينيه.
3.5	
4	استجابة بصرية (غير طبيعي بدرجة شديد). يتجنب الطفل بدرجة دائمة النظر الى عيون الناس أو شيء محدد أو قد يظهر شكل مبالغ فيه من التصرفات البصرية المذكورة اعلاه.

ملاحظات:

8- الاستجابة السمعية	
1	استجابة السمعية طبيعية بالنسبة للعمر سلوكيات الطفل السمعية طبيعية ومناسبة لعمره، يستخدم السمع مع الحواس الأخرى.
1.5	
2	استجابة سمعية (غير طبيعي بدرجة بسيطة). قد يكون هناك نقص ما بالاستجابة أو ردة فعل بسيطة لأصوات محددة، الاستجابات للأصوات قد تتأخر، وتحتاج الأصوات لتكرار لتلفت انتباه الطفل من قبل الأصوات الخارجية.
2.5	
3	استجابة سمعية (غير طبيعي بدرجة متوسطة). تتفاوت استجابة الطفل للأصوات، غالبا يتجاهل الصوت في أول مرات تصدر به، قد يذهل أو يغطي أذنيه عندما يسمع بعض الأصوات اليومية
3.5	
4	استجابة سمعية (غير طبيعي بدرجة شديد). يبالغ الطفل بردات الفعل أو يبالغ بتجاهل الاصوات لدرجة ملحوظة للغاية، بغض النظر عن نوع الصوت .

ملاحظات

9- استجابة واستخدام التذوق، الشم، اللمس	
1	استخدام واستجابة طبيعية للتذوق والشم واللمس يكتشف الطفل الأشياء الجديدة بنفس الدرجة المناسبة لعمره عامة بواسطة النظر واللمس، ويستخدم التذوق واللمس أحيانا بدرجات عند الشعور بالألم يظهر الطفل عدم الراحة ولا يبالغ في ردة فعله.
1.5	
2	استخدام التذوق والشم واللمس (غير طبيعي بدرجة بسيطة). قد يصر الطفل على وضع الأشياء في فمه قد يشم أو يتذوق أشياء غير صالحة للأكل، ويكون رد فعله للألم البسيط مبالغ فيه عن الأطفال الطبيعيين عندما يعبرون عن الألم
2.5	
3	استخدام التذوق والشم واللمس (غير طبيعي بدرجة متوسطة). قد ينشغل الطفل بدرجة بسيطة باللمس والشم والتذوق الأشياء أو الأشخاص. قد تكون ردات فعل الطفل اتجاه الألم إما بالغة جدا أو خفيفة جدا.
3.5	
4	استخدام التذوق والشم واللمس (غير طبيعي بدرجة شديد). ينشغل الطفل بالشم، التذوق أو تحسس الأشياء من أجل الإحساس أكثر من استكشاف العادي للأشياء، قد يتجاهل الطفل كليا الألم أو قد يبالغ بردة الفعل بدرجة مبالغ فيها.

ملاحظات

10- الخوف أو العصبية	
1	خوف أو عصبية طبيعي الطفل يظهر درجة مناسبة من الخوف أو العصبية المناسبة للموقف والسن
1.5	
2	خوف أو عصبية (غير طبيعي بدرجة بسيطة). يظهر الطفل أحيانا إما ردة فعل أقل أو أكبر عما يظهره الطفل الطبيعي في نفس السن ونفس الوقت
2.5	
3	خوف أو عصبية (غير طبيعي بدرجة متوسطة). يظهر الطفل كمية صغيرة أو أكبر من الخوف عن الأطفال الأصغر منه في المواقف المشابهة .
3.5	
4	خوف أو عصبية (غير طبيعي بدرجة شديد). استمرار الخوف حتى بعد التجربة المتكررة مع الأحداث أو الأشياء الغير مؤذية، فمن الصعب

للغاية تهدئة أو مواساة الطفل على العكس قد يفشل بإظهار درجة من الاعتبار للمخاطر التي يتجنبها الأطفال الآخريين من نفس العمر.

ملاحظات:

11- التواصل اللفظي	
1	تواصل لفظي طبيعي الطفل يظهر درجة مناسبة للموقف والسن للأطفال من عمره.
1.5	
2	تواصل لفظي (غير طبيعي بدرجة بسيطة). الحديث يظهر نوعا من الإعاقة معظم الحديث يشمل أخطاء في المعنى مثل بعض المحاكاة وتكرار الكلمات أو حذف الأسماء مع استخدام بعض الكلمات الغريبة الغير مفهومة.
2.5	
3	تواصل لفظي (غير طبيعي بدرجة متوسطة). قد يغيب الحديث عندما يوجد التواصل اللفظي قد يكون مزيج من الخطاب ذو المغزى وبعض الكلمات والمصطلحات الغريبة، الألفاظ التكرارية أو عكس الضمائر، غرابة في الحديث ذو المغزى يتضمن الاستفسار المفرط أو الانشغال بمواضيع غريبة.
3.5	
4	تواصل لفظي (غير طبيعي بدرجة شديد). الحديث ذو المغزى لا يستخدم، قد يقوم الطفل بإصدار أصوات طفولية، او يصدر ضوضاء غريبة او أصوات حيوانات، او أصوات معقدة تقارب الكلام استخدام غريب لبعض الكلمات والعبارات الغير مفهومة.

ملاحظات

12- التواصل غير اللفظي	
1	استخدام طبيعي للتواصل غير اللفظي مناسب للعمر والحالة.
1.5	
2	استخدام تواصل غير لفظي (غير طبيعي بدرجة بسيطة). استخدام غير ناضج للتواصل غير اللفظي قد يشير بغموض فقط أو يذهب الى ما يريد على عكس الطفل الطبيعي بنفس عمره قد يلمح بدرجة أكثر وضوحا أو يشير لما يريده.
2.5	
3	استخدام تواصل غير لفظي (غير طبيعي بدرجة متوسطة).

	الطفل بدرجة عامة غير قادر على التعبير على احتياجاته أو رغباته بدرجة غير لفظي ولا يستطيع فهم التواصل غير اللفظي من الآخرين.
3.5	
4	استخدام تواصل غير لفظي (غير طبيعي بدرجة شديد). لا يستخدم الطفل سوى إيماءات غريبة ليس لها معنى واضح ولا يظهر أي وعي للمعاني المرتبطة بالإيماءات أو تعبيرات الوجه للآخرين.

ملاحظات

13- مستوى النشاط	
1	مستوى النشاط للعمر والظروف الطفل ليس مفرد النشاط ولا اقل نشاطا من طفل بنفس العمر في نفس الحالة
1.5	
2	مستوى نشاط (غير طبيعي بدرجة بسيطة). قد يكون الطفل اما قلق بدرجة بسيطة أو كسول بعض الشيء ويسير بخطى بطيئة في بعض الاحيان. مستوى نشاط الطفل يتعارض بدرجة طفيفة مع اداءه .
2.5	
3	مستوى نشاط (غير طبيعي بدرجة متوسطة). قد يكون الطفل بالغ النشاط ومن الصعب أن يكبح لديه طاقة غير محدودة وقد لا يخلد للنوم بسهولة مساءً، على عكس قد يكون الطفل بالغ الكسل ويحتاج الى مجهود كبير لجعله يتحرك أو يفيق من نومه
3.5	
4	مستوى نشاط (غير طبيعي بدرجة شديد). الطفل هنا متقلب تماما ما بين النشاط عالي جدا أو ضعيف جدا ويتقلب من حالة الى اخرى .

ملاحظات

14- مستوى واتساق الاستجابة الفكرية	
1	الذكاء طبيعي ومتسق الى حد معقول في مختلف المجالات يكون الطفل في مستوى الأطفال الذين من نفس العمر ونفس القدرة العقلية الذين لا يعانون من اي مشاكل عقلية
1.5	
2	أداء فكري (غير طبيعي بدرجة بسيطة).

	للطفل ذكاء منخفض جدا من الذكاء (معدل Q اهو 70 أو اقل) يبدو أن مهارته متأخرة نسبيا بالتساوي في جميع المجالات .
2.5	
3	أداء فكري (غير طبيعي بدرجة متوسطة). ذكاء الطفل الإجمالي قرب الإعاقة الذهنية الى متوسط (معدل Q اهو 115 أو اقل)، وهناك تباين كبير في المهارات، مهارة واحدة على الأقل في المدى المتوسط.
3.5 ذكاء الطفل الإجمالي قرب الإعاقة الذهنية الى متوسط (معدل Q اهو 115 أو اقل) وهناك تباين كبير في المهارات يتم تضمين مهارة واحدة على الأقل فوق المتوسط، مهارة المواهب المتطرفة يتم تصنيفها في فئة	
4	أداء فكري (غير طبيعي بدرجة شديد). تعطي هذه الدرجة من التقييم عندما توجد موهبة متطرفة بغض النظر عن مستوى الذكاء الإجمالي .

ملاحظات

15- الانطباع العام	
1	لا يوجد اضطراب توحد الطفل لا يظهر أي من خصائص أعراض التوحد
1.5	
2	اضطراب طيف توحد بسيط. يظهر الطفل بعض الأعراض أو درجة بسيطة من اضطراب التوحد.
2.5	
3	اضطراب طيف توحد متوسط. يظهر الطفل عددا من أعراض أو درجة متوسطة من التوحد.
3.5	
4	اضطراب طيف توحد شديد. يظهر الطفل العديد من الأعراض أو درجة شديدة من التوحد.

ملاحظات

التعليمات للتطبيق:

- هذه النسخة القياسية يقوم بتطبيقها المتخصصون.
 - يجب أن يستغرق العمل في التقييم فترة لا تقل عن 20 ساعة الى 30 ساعة.
 - يتم استخدام الملاحظة والتطبيق العملي وجمع المعلومات من كل الملاصقين بالطفل.
 - لا يجب الحكم على الطفل بأنه اضطراب طيف توحّد إلا بعد الانتهاء من التقييم .
 - ضع خط أسفل كل صفة تنطبق على الطفل.
 - يجب أن يتضمن التقرير هذه الصفات (انظر محتويات التقرير).
- الجدول 6 التصنيفات التفسيرية المرافقة لنطاقات مجموعة النقاط الخام لـ CARS2-ST

المستوى الوصفي	التشخيص المفترض	مجموع النقاط الخام بعمر	
		13 سنة واكبر	12-0 سنة
على الأرجح ليس توحّد	ليس توحّد	15 - 27.5	15 - 29.5
مستوى متوسط لسلوك يتعلق باضطراب	طيف توحّد طيف توحّد	28 - 34.5	30 - 36.5
مستوى شديد لسلوك يتعلق باضطراب	طيف توحّد طيف توحّد	35 - 60	37 - 60

ملحق رقم 02

مقياس النشاط الزائد للطفل التوحيدي

أخ(ت)ي(ة)المشرف(ة):

يتضمن هذا المقياس ثلاثة أبعاد، حيث يحتوي كل بعد على مجموعة من البنود لقياس درجة النشاط الزائد لدى أطفال التوحد.

الرجاء من سيادتكم التفضل بالإجابة على البنود، علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، لا تستعمل إلا لغرض البحث العلمي وتحاط بالسرية التامة.

الرمز:

جنس المفحوص:..... العمر:.....

المؤسسة:.....

الفوج:..... المجال:.....

الرقم	العبرة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
الانتباه						
1	يصعب تركيزه على شيء معين					
2	ينتقل من نشاط الى آخر دون أن يكمل النشاط الأول					
3	يتشتت انتباهه بسهولة لأي حركة أو منبه خارجي					
4	يبدو غير مكترث عند دخول أي شخص للقاعة					
5	يحتاج الى التذكير للتعليمات لعدم انتباهه عند تقديمها له					
6	لديه صعوبة في اتباع التعليمات والأوامر					
7	يشعر بالضجر والضييق أثناء النشاط					
8	متقلب المزاج					
9	يصدر أصواتا مزعجة					
10	يجد صعوبة في تحديد التفاصيل					
11	ينسى بسرعة					
12	يبدو شاردا					
فرط الحركة						
13	الخروج من القسم عدة مرات دون مبرر					
14	متململ (يدها تتحركان باستمرار)					
15	يسبب ضوضاء داخل القسم					

					كثير الحركة لا يهدأ في مكانه	16
					يعبث بكل ما حوله من أدوات	17
					كثيرا ما ينشغل بذاته بأصابعه وشعره وملابسه	18
					القفز على الأشياء والأثاث	19
					سريع الصراخ والبكاء	20
					يتعرض لحوادث بسبب فرط الحركة	21
					يدفع الآخرين في الصف	22
					يمص إبهامه أو يمضغ ملابسه	23
					حركات متكررة رتيبة	24
					يتلف اللعب والأشياء	25
الإنذاعية						
					اندفاعي لا يهدأ	26
					يجب أن تلبى مطالبه في الحال	27
					لا يستطيع السيطرة على أفعاله	28
					يتشاجر مع زملائه	29
					لا يحتمل مشاركة الآخرين	30
					يضايق الأطفال الآخرين	31
					يتجه نحو الخطر	32

					يبالغ في رد فعله	33
					لا ينتظر دوره في اللعب	34
					يقاطع كلام المشرف بالصراخ والحركات العشوائية	35
					لا يمكن توقع سلوكه	36
					يطلب عدة أشياء متتابعة	37

ملحق رقم 03

استمارة استطلاع رأي المحكمين

(حول الأنشطة النفسحركية)

بعد التحية:

السيد(ة): الدكتور(ة) // الأستاذ(ة)/معلم(ة) التعليم المتخصص/المشرف(ة)/الأخصائي(ة) الحركي(ة) النفسي.....

يعتزم الباحث إجراء دراسة ميدانية تهدف إلى التعرف على دور الأنشطة النفسحركية في خفض النشاط الزائد لدى أطفال التوحد بالمراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط، وذلك وفقا لمتطلبات الحصول على شهادة دكتوراه ل م د في علم النفس العيادي.

ويتشرف الباحث الاستعانة برأيكم السديد في اختيار أهم الأنشطة النفسحركية التي اقترحها، حيث تم جمعها من مدارسته للتراث النظري وتجربته في ميدان التكفل بذوي الإحتياجات الخاصة، لذلك نرجو من سيادتكم وضع علامة (x) تحت الإجابة المناسبة لرأيكم أمام النشاط المقترح والمرفق بهذه الوثيقة.

سدد الله خطاكم في خدمة البحث العلمي.

التغيير المقترح	غير موافق	موافق مع التغيير	موافق تماما	النشاط	المجال
					التفكيك الحركي

التغيير المقترح	غير موافق	موافق مع التغيير	موافق تماما	النشاط	المجال

					الآلية

ملحق رقم 04

استمارة التحكيم

(خاصة بمقياس النشاط الزائد)

أستاذنا الكريم...

يشرفنا أن نتقدم إليكم بطلب تحكيم مقياس النشاط الزائد لدى أطفال التوحد (خاص بالمشرف)، وذلك في إطار القيام بدراسة موسومة بـ "دور الأنشطة النفسحركية في خفض درجة النشاط الزائد لدى أطفال التوحد - دراسة ميدانية بالمراكز النفسية البيداغوجية لولاية الأغواط-".

الرجاء من سيادتكم تحكيم المقياس وفق ما ترونه.

تقبلوا منا أسماً عبارات الشكر والعرفان.

تعليمة المقياس:

أخ(ت)ي المشرف(ة):

يتضمن هذا المقياس ثلاثة أبعاد، حيث يحتوي كل بعد على مجموعة من البنود لقياس درجة النشاط الزائد لدى أطفال التوحد.

الرجاء من سيادتكم التفضل بالإجابة على البنود، علما أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، لا تستعمل إلا لغرض البحث العلمي وتحاط بالسرية التامة.

جنس المفحوص: العمر:

المؤسسة: الفوج:

بدائل المقياس: دائما / غالبا / أحيانا / نادرا / أبدا

ملائمة البدائل للمقياس:

عدد البدائل	ملائم	غير ملائم	الملاحظات

ملائمة الأبعاد:

الأبعاد	ملائم	غير ملائم	الملاحظات

ملائمة البنود:

البنود	ملائم	غير ملائم	الملاحظات

ملاحظات أخرى:

الرقم	العبرة	يقيس	لا يقيس	التعديل
الانتباه				
1	يصعب تركيزه على شيء معين			
2	ينتقل من نشاط الى آخر دون أن يكمل النشاط الأول			
3	يتشتت انتباهه بسهولة لأي حركة أو صوت خارجي			
4	يبدو غير مكترث عند دخول المربي			
5	يحتاج إلى التذكير للتعليمات لعدم انتباهه عند تقديمها له			
6	لديه صعوبة في اتباع التعليمات والأوامر			
7	يشعر بالضجر والضييق أثناء النشاط			
8	متقلب المزاج			
9	يرفرف بيديه			
10	يصدر اصواتا مزعجة			
11	يفشل في الانتباه للتفاصيل			
12	يكره الأنشطة الذهنية			
13	ينسى بسرعة			
14	يبدو شاردا			
15	يضرب بيديه على الطاولة			
فرط الحركة				
16	الخروج من القسم عدة مرات دون مبرر			

			عدم الثبات في مكانه	17
			يسبب ضوضاء داخل القسم	18
			لا يستجيب للتعليمات ومتمرد	19
			يظهر العناد والمعارضة	20
			كثير الحركة لا يهدأ في مكانه	21
			يعبث بكل ما حوله من أدوات	22
			كثيرا ما ينشغل بذاته ، بأصابعه وشعره وملابسه	23
			القفز على الأشياء والأثاث	24
			سريع الصراخ والبكاء	25
			يتعرض لحوادث بسبب نقص الانتباه	26
			لا يهتم بهندامه وأدواته	27
			يردد تمتمات	28
			حركات متكررة رتيبة	29
			يتلف اللعب والأشياء	30
الاندفاعية				
			اندفاعي لا يهدأ	31
			يحب أن تلبى مطالبه في الحال	32
			لا يستطيع السيطرة على أفعاله	33

			يتشاجر مع زملائه	34
			ينكر ارتكابه الأخطاء	35
			يلقي اللوم على الآخرين	36
			لا يتحمل مشاركة الآخرين	37
			يضايق الأطفال الآخرين	38
			يتجه نحو الخطر	39
			يبالغ في رد فعله	40
			لا ينتظر دوره في اللعب	41
			يقاطع كلام المشرف بالصراخ والحركات العشوائية	42
			لا يمكن توقع سلوكه	43
			يتكلم بدون استئذان	44
			يطلب عدة أشياء متتابعة	45

ملحق رقم 05

التقارير السيكولوجية لأفراد العينة

الحالة 01

ذكر، يبلغ من العمر 07 سنوات من أبوين لا تربط بينهما علاقة قرابة، الأب موظف مستواه التعليمي ثانوي، والأم ربة منزل مستواها التعليم أولى ثانوي، الحالة الولد البكر وله أخ واحد.

-التحق الحالة بالمركز رفقة والديه بتاريخ 16 جانفي 2019 بعد اتصالات بين إدارة المركز والعائلة، لاحظنا الحالة نظيف الهندام متوسط الطول والوزن، قلق متوتر، يتجنب التواصل البصري، لديه فرط في الحركة ومشتت الانتباه، يسمع عند مناداته باسمه.

-كان عمر الأم عند حملها بالحالة 26 سنة، وكان مرغوبا فيه، كانت فترة الحمل عادية لم تتخللها أية اضطرابات، وتمت الولادة بصفة عادية وفي وقتها (09 شهور)، بلغ وزن المولود 3كلغ، الطول كان في حدود العادي، تمت عملية الرضاعة طبيعيا لمدة عامين وفطامه بالطريقة التقليدية (وضع مادة مرة المذاق على حلما الثدي)، واجهت الأم صعوبات في عملية التغذية، حيث رفض تناول العصائد، وبدأ في تناول الأغذية الصلبة في الشهر السابع، مع فقدان جزئي للشهية.

- بالنسبة للجوانب الأخرى للنمو فقد وصفها الوالدان بالعادية، حيث ابتسم في الشهر الثالث، تحكم في حركة الرأس واكتسب وضعية الجلوس في الشهر الثامن، وظهرت الأسنان في الشهر التاسع، وتمكن من الحبو في نفس الشهر، وتعلم المشي في الشهر الرابع عشر، أما التحكم في عملية الإخراج فقد كان في سن الخامسة، المناغاة كانت في سنة ونصف، لا يستطيع تكوين الكلمات سوى بعض الحروف، تشير الأم إلى أنه تعرض لحمى شديدة في سن الرابعة.

- يظهر الحالة هادئ منطو، يحب اللعب بالهاتف النقال والألعاب التركيبية ولديه استقلالية من حيث النظافة.

- أرفق ملف الحالة بشهادة من عند طبيبة الأطفال العقلية تثبت التوحد.

- تم وضع الحالة في قسم الملاحظة حيث لوحظ عليه الرفض والبكاء لمدة أسبوع يلتصق كثيرا بالشجرة في الفناء ويحرك أغصانها، ثم بدأ يتأقلم ويعتاد على الوضع.

-عندما يدخل إلى المطعم يشم الأكل ويرفضه، عدا الخبز الذي يتقبله ويتناوله، لديه فرط في الحركة وضعف في الانتباه، لا يتقبل الجلوس على الكرسي، يجري كثيرا، حركات نمطية كرفرفة اليدين، ولا يركز في النشاطات، لديه أصوات كثيرة غير مفهومة وكأنه يغني.

-بالنسبة للتفاعل الاجتماعي فلهذه بعض التواصل مع المشرفة لكنه لا يتفاعل مع زملاءه، يفهم الأوامر ويسمع عند مناداته باسمه، لديه بعض التقليد للمربية عند القيام بالنشاط الحركي أو التركيب أو ملامح الوجه، سريع الملل كثير الحركة.

-بالنسبة للجانب الذهني والمعرفي يستطيع فرز الألوان لكنه لا يسميها، كما يستطيع تركيب الأشكال والأجسام.

-بالنسبة للغة فهو يفهم كل الأوامر الموجهة إليه لكنه لا يستجيب لغويا، ينطق بعض الحروف ويقوم بأصوات مختلفة عالية بشكل غنائي.

-تم تطبيق اختبار كارس 2 للتوحد وكانت نتيجته توحد متوسط.

- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): شديد.

الحالة (02)

ذكر، يبلغ من العمر 08 سنوات من أبوين لا تربط بينهما أية علاقة قرابة، الأب 48 سنة سليم الجسد مستوى دراسي متوسط، حارس، الأم 37 سنة سليمة الجسم، مستواها الدراسي الرابعة متوسط، ربة منزل، عدد ولاداتها 06، الحالة مرتبته الرابعة بين ذكركين وثلاثة إناث.

- التحق بالمركز رفقة والديه بتاريخ 26 جانفي 2020، بعد اتصالهما بالأخصائية النفسانية للمركز وتم أخذ موعد معها.

- كان عمر الأم عند حملها بالحالة 31 سنة والأب 40، كان الحمل والجنس مرغوبا بهما، وأشارت الأم بأنها لم تعاني من أية اضطرابات أثناء فترة الحمل، وتم الوضع في ظروف عادية (مدة الحمل 09 أشهر)، كان الوزن والقامة طبيعيان، وتمت عملية الرضاعة الطبيعية لمدة سنة ونصف، وتم الفطام بطريقة تقليدية شعبية بوضع الطعم المر على حلمة الثدي، في ما يخص التغذية فقد تعلم الأكل دون أية صعوبات وكانت لديه شهية له، بدأ في الابتسام في الشهر الرابع.

- بالنسبة للنمو النفسحركي فكانت الجلوس في الشهر السادس، الوقوف 11 شهرا، المشي تمام السنة الأولى، ظهور الأسنان في الشهر الثامن، سن الحبو سبعة أشهر، التحكم في الإخراج تمام السنة الخامسة.

- بالنسبة للغة والتواصل فقد بدأ في المناغاة في الشهر الخامس، وظهرت لديه أولى الكلمات لدى الحالة في السنة الخامسة.

- أرفق ملف الحالة بشهادة طبية تؤكد حالة التوحد من طرف طبية عقلية، وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة شهرين.

- مظهر الحالة نظيف ومرتب، يستجيب أحيانا عند مناداته باسمه، لديه تواصل بصري كثير وسريع الحركة.

- التفاعل الاجتماعي عجز في التواصل الاجتماعي بسبب ضعف ملحوظ في القدرة على التواصل مع فهمه للأوامر .

- مستقل ذاتيا في الأكل والنظافة والإخراج.

- الجانب السلوكي فرط في الحركة وضعف الانتباه، لا يتحمل الجلوس في مكان واحد لمدة تزيد عن دقيقتين، يرفض الجلوس ويعبر عن ذلك بنوبات غضب وصراخ وسلوكيات عدوانية تجاه زملاءه في الفوج.

- ضعف في الذاكرة سريع النسيان، اضطرابات في التفكير، ضعف القدرة على التمييز والإدراك.

- ضعف الإنتاج اللغوي وقلة الحصيلة المفرداتية، كل كلماته ممزوجة بالصراخ المتواصل والأشارات والأيماءات غير المفهومة.

- تم تطبيق اختبار كارس2 للتوحد وكانت نتيجته توحد متوسط.

- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): شديد.

03 الحالة

ذكر، يبلغ من العمر 8 سنوات، من أبوين لا تربطهما أي علاقة قرابة، الأب يبلغ من العمر 51 سنة معلم قرآن، مستواه الدراسي متوسط، سليم جسديا وعقليا، أما الأم عمرها 39 سنة مستواها الدراسي متوسط، لديها فرط الدرقية، عدد ولاداتها 4 بالتساوي بين الجنسين مرتبة الحالة الثالث بين إخوته.

التحق الحالة برفقة والديه بتاريخ 03 مارس 2019 بالمركز النفسي البيداغوجي 01 بعد اتصالات بين العائلة والمركز، في مقابلة للأُم مع الأخصائية النفسية أشارت إلى أنه كانت لهما الرغبة في الحمل

وجنس المولود، وكان حمل الأم في سن 43، ولم تشهد أية اضطرابات جسمية ولا نفسية أثناء فترة الحمل، وقد كانت الولادة في موعدها العادي (09 أشهر) وبصفة عادية ومواصفات سليمة من حيث معايير أبعاد والوزن والقامة وغيرها...تمت رضاعة الحالة طبيعياً حتى سن العامين حيث تم الفطام بطريقة تقليدية شعبية، حيث تم وضع مادة ذات طعم مر على حلمة الثدي، أما تغذيته فقد شهدت صعوبات لأن الحالة لم يتقبل الأكل في البداية مع العصائد ثم مؤخراً مع الأغذية الصلبة حيث مر بمرحلة من فقدان الشهية، ثم شيئاً فشيئاً بدأ في التعود عليها بدء من سن الخامسة.

- بالنسبة للنمو النفسحركي كان طبيعياً وتحكم في الإخراج في سن الثالثة.

- بالنسبة للغة فكانت مجرد مناغاة حتى بلوغه سن الرابعة حيث بدأ باكتساب الكلمات الأولى.

- عند التحاق الحالة بالمركز هدامه مرتب ونظيف بشوش الوجه، ضعيف البنية، متوسط الطول، يتجنب التواصل بالعين مع الشخص الذي أمامه، كثير الحركة متشتت الانتباه، وضع في فترة الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر حيث سجل في بروتوكول الملاحظة ما يلي:

- لديه استقلالية من حيث النظافة والغسل والذهاب إلى المراض.

- لديه فرط في الحركة ويهرب من القسم وأحياناً من المركز لذا وجبت مراقبته دوماً وإبعاده عن باب القاعة، يعتزل الرفاق وأحياناً يجلس تحت الطاولة.

- بالنسبة للتواصل الاجتماعي فله عجز في التفاعل الاجتماعي يحب التقليد لكنه لا يجيد في الواقع.

- تم تطبيق اختبار كارس 2 للتوحد وكانت نتيجته توحد متوسط.

- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): شديد.

04 الحالة

ذكر، يبلغ من العمر 08 سنوات من أبوين تربط بينهما قرابة من الدرجة الثانية، الاب عمره 40 سنة مستواه التعليمي ثانوي يعمل متعاقد في الجيش، الأم 37 سنة مستواها التعليمي متوسط مأكثة بالبيت، عدد أولادهما 3 ذكر وأنثيين.

حضر عبد الجليل رفقة والده إلى المركز بتاريخ 2021/09/27 بغرض التحاقه بالمركز للتكفل، تربيته الأولفي إخوته، أنجبته الأم في عمر 29 سنة، عند حضورها في الحصة الثانية أكدت بأن الحمل كان

مرغوبا فيه، بما في ذلك الجنس، لم تتعرض لأية اضطرابات أو أمراض أو صدمات أثناء فترة الحمل، لم تقم بالتقيحات، كان الوضع في أو أنه، وبطريقة طبيعية، الوزن 3 كلغ القامة 55سم، أرضعته رضاعة اصطناعية، لم يتقبل في البداية الرضاعة، بعد عامين تم الفطام وبطريقة تقليدية، تغذيته كانت عادية بداية بالعصائد ابتداء من الشهر الرابع، ثم الأغذية الصلبة ابتداء من الشهر التاسع، يظهر لديه فقدان الشهية.

بالنسبة للنمو النفسحركي فالإبتسامة الأولى كانت في عند نهاية الشهر الثالث التحكم في الرأس عادي والمشي سنة وشهر، ظهور الأسنان تسعة أشهر، التحكم في الإخراج كان في السنة الثالثة.

بالنسبة للغة فالإستقبالية عادية ويفهم ما يقال له ويستجيب للأوامر، أما لغته التعبيرية لديه بعض الكلمات التي يرددها ويعيد أحيانا كلمات يتلقاها من الآخرين.

لديه استقلالية وتواصل بصري محدود، حركة دقيقة مكتسبة، يحب اللعب وتشكيل العجين والرسم حيث يبرع فيه، لكنه كثير الحركة أحيانا.

- تم تطبيق اختبار كارس 2 للتوحد وكانت الدرجة توحد متوسط.

- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): متوسط.

الحالة 05:

ذكر، عمره 10 سنوات من أبوين بينهما علاقة قرابة من الدرجة الثالثة (والد الم ابن عمه والد الأب)، الأب 46 سنة مستواه الدراسي ثانية ثانوي يشتغل بائع في متجر، ليس لديه أي مشكلة صحية، الأم 45 سنة، ربة منزل مستواها الدراسي ثانية جامعي ليس لديها أي مشكلة صحية عدد ولاداتها خمسة، أربعة ذكور وبنات واحدة، رتبة الحالة الرابع.

التحق الحالة بالمركز رفقة أبويه بتاريخ 09 جانفي 2019، حيث تم ترتيب موعد مسبق لأخذ المعلومات الأساسية.

كان عمر الأم عند الحمل 35 سنة، وكانت ترغب به، لكن الجنس لم تكن تريده، لأنها كانت تريد بنتا، شعرت بالصدمة وخيبة الأمل عندما أخبرها الطبيب بجنس الجنين، أشارت الأم بأنها لم تتعرض إلى أية عوارض أو حوادث أثناء الحمل، ولم تتناول أية أدوية، حيث كان حملها وسليما ووضعها في ظروف

عادية، وكان الوليد بصحة عادية ووزن وقامة وفق المعايير الطبيعية، تم رضاعه لمدة عامين رضاعة طبيعية، وتم فطامه بطريقة تقليدية شعبية بوضع مادة منفرة على ثدي الأم.

- كانت ابتسامته الأولى في نهاية الشهر الثالث، الجلوس في نهاية الشهر السادس، الحبو في نهاية السنة الأولى، المشي في نهاية السنة الثالثة، سن التحكم في الإخراج نهاية السنة الخامسة.

- أما اللغة فقد بدأ المناغاة في الشهر الثالث، ونطق بالكلمات الأولى نهاية السنة الثانية.

- التحق بالمركز مرفوقا بشهادة طبية من طرف طبيبة مختصة في الطب العقلي للأطفال، وبسبب بعد المسافة كان يتأخر أحيانا في الالتحاق بالمركز.

- من أهم الملاحظات على الحالة: نظيف ومرتب الهندام، متوسط البنية الجسمانية، يتجنب النظر إلى الآخرين، متشنت الانتباه، أحيانا يحضر وهو غاضب ومتململ، يبكي أحيانا، هادئ أغلب الأحيان.

- بالنسبة لتفاعله الاجتماعي لديه عجز ملحوظ في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي، محدودية في التفاعلات الاجتماعية.

- لديه اختلال في الإدراك مما يصعب عليه القدرة على اكتساب الأنشطة الذهنية، كما لديه صعوبات في الانتباه والتركيز وعدم القدرة على التمييز والتحليل.

- بالنسبة للأداء اللغوي فهناك خلل في التواصل غير اللفظي، كالفقر في أيماءات الوجه وتعابيره، حيث لا يستطيع تقليد الملامح الوجهية خلال المواقف الاجتماعية، ولا يفهما من الآخرين، لكنه يفهم الأوامر والتوجيهات.

- ينطق الكلمات لكن بصورة منفردة فهو لا يستطيع تكوين الجمل، وليس لديه القدرة على التعبير المتصل.

- طبق عليه مقياس كارس للتوحد، وكانت درجته توحد متوسط.

- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): متوسط.

الحالة 06

- ذكر، يبلغ من العمر 10 سنوات من أبوين تربط بينهما قرابة من الدرجة الرابعة (أبناء عم)، الأب عامل والأم ربة منزل كلاهما أميان لم يتلقيا تعليما، الحالة الخامس بين أربعة إخوة، ثلاث إناث وذكر.

- التحق يونس بالمركز في تاريخ 09 جانفي 2019 برفقة والديه بعد اتصالات بين إدارة المركز والأهل.

- حضر الحالة إلى مكتب الأخصائية النفسانية هيئته متوسط الطول والبنية، نظيف الهنءام، لديه بعض التواصل البصري المحدود وشعور بالخوف من الغرياء والتجنب.

- تم أخذ المعلومات من عند الأم حيث كان عمرها وقت الحمل 36 سنة وكان مرغوبا بهن والحمل سليما لكنها كانت تعاني من مرض فقر الدم، ولادتها كانت طبيعية وفي وقتها العادي (09 أشهر)، لم يتعرض الطفل أحداث أو اضطرابات أثناء عملية الولادة، وكانت المعايير عادية الوزن والقامة والتنفس... تمت عملية الرضاعة من ثدي الأم لمدة عامين، لكن وجدت الأم صعوبة في الفطام، رغم استعمال كل الطرق التقليدية، ولم يتم ذلك إلا بعد أربعة أشهر بعد العامين، كما وجدت الأم صعوبة في تعليمه التغذية لأنه كان يواجه الأكل برفض وفقدان شهية، الأمر الذي أدى إلى نقصان في الوزن وتوقف في النمو العام.

- تأخر في النمو النفسحركي، لم تحدث مناغاة، تأخر في التحكم في حركات الرأس، الجلوس في 5 أشهر، ظهور أول سن في 5 أشهر، الحبو في سن عام، المشي عامين ونصف، التحكم في الإخراج في نهاية السنة الرابعة، أول كلماته كانت في بداية السنة السادسة، تعرض في سن الثالثة إلى حمى شديدة.

- تم إرفاق ملف الحالة بشهادة طبية صادرة من عند طبيبة أطفال عقلية، يلتحق الحالة بشكل يومي بالمركز، وضع في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر حيث تم ملء بروتوكول ملاحظة خاص بالحالة من طرف الفرقة البيداغوجية المتخصصة في المركز، وتم إجراء اختبار التوحد وكانت النتيجة توحد متوسط.

- من أهم الملاحظات المسجلة في بروتوكول الملاحظة، الحالة لدية عدم استقرار وتواصل بصري جزئي، شعور بالخوف من الغرياء، ويبيكي أثناء دخوله المركز، لكن مع مرور أسبوعين استطاع التعود على المركز والتوقف عن البكاء وقل شعوره بالخوف، لديه استقلالية في عملية الأكل والشرب والإخراج. - لديه سلوكيات نمطية (رفرة باليدين، وحركة في الأكتاف وتحريك اللسان)، تتنابه نوبات من البكاء المتواصل، لفترات طويلة، استطاع بعد ثلاثة أشهر من دخوله المركز تكوين علاقة مع المشرفة وبعض الزملاء.

- لديه قدرة مبدئية على تقليد ملامح الوجه (حزين، سعيد، فزع، خائف)، لكن لا يستطيع تطبيقها في الواقع الفعلي (مجرد تمثيل)، ولا يستطيع إدراك الموقف الاجتماعي بالمشاعر.

- لا يعرف الأرقام ولا الحساب، لا الكتابة ولا القراءة، يعرف الألوان ويفرزها، يركب الأجسام والأشكال وأحجامها أنشطة منكرة.

- لديه تناسق جسمي حركي، لكن لا يستطيع القيام بالحركات الملتوية لأنه لأينتبه للخطوات أثناء القيام بها، كما توجد لديه صعوبة في إدراكها لأنه يعاني من نقص انتباه.

- بالنسبة للجانب اللغوي يفهم الأوامر ويقوم بها، أما لغته الإستجابية فله اضطرابات في النطق، تتمثل في التحريف الحذف مثل: أحمر ينطقها أحمن/ أزرق ينطقها أزق / خديجة ينطقها ديجة.

- يتعرف على الأشخاص ويناديهم بأسمائهم.
- تم تطبيق اختبار كارس2 وكانت النتيجة توحد متوسط الدرجة.
- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): متوسط.

الحالة (07)

ذكر، يبلغ من العمر 08 سنوات من أبوين تربطهما رابطة دم وصلة قرابة، الأب يشتغل في الأعمال الحرة، الأم ماكثة بالبيت ، الوضعية الاجتماعية للحالة متوسطة الحال اقتصاديا، مرتبة الحالة الأول بين إخوته، لديه أختان أصغر منه سنا في حين ليس لديه إخوة ذكور.

-التحق الحالة بالمركز بتاريخ 03 سبتمبر 2019 رفقة والديه حيث تم الاتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية.

بدا الحالة نظيف الثياب مرتب الهدام متوسط الطول والبنية، متوترا ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس مشنت الانتباه، ينتبه فقط عند مناداته باسمه.

-تمت المقابلة مع الوالدين حيث قالت الأم (الوالدة) بأنها كانت ترغب في الحمل وقد تم الحمل في أواخر العشرينات من العمر، وأشارت إلى أنه لم تكن تعاني من أي أمراض أو حوادث أو عوارض أثناء الحمل، غير أنها كانت تتابع علاجا ضد الأنفلونزا أثناء فترة الحمل حيث تناولت أدوية ضد الأنفلونزا في فترة الحمل مع بعض الفيتامينات، وكانت ولادتها بصفة عادية والوضع في وقته الطبيعي(09أشهر)، وكان وزن الحالة ينقص قليلا مقارنة مع الوزن الطبيعي لأي وليد ولم يكن يعاني من أي أمراض عند ولادته، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدته لمدة تقارب العامين وتم فطامه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأكل وذلك في سن 03سنوات

- بالنسبة للتغذية فقد كان يتناول العصائد ابتداء من الشهر السادس ثم الأغذية الصلبة ابتداء من منتصف السنة الثانية.

-بالنسبة للنمو النفسحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس، الجلوس في الشهر السادس، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر التاسع بعد ذلك بدأ المشي لوحده في الشهر الثاني عشر.

أول تواصله الاجتماعي كان الابتسام في سن العام ومناغاته كانت في الشهر الثامن ونطق بكلمته الأولى في نهاية السنة الأولى.

- التحق الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر لوحظ أن الحالة خجول جدا مع الأطفال خاصة مع زملاءه كما أن الحالة كان من حفظة كتاب الله ويجيد استظهاره ببراعة، كان مدركا لجميع أعضاء جسمه مع التسمية والتعيين إلا البعض منها، لديه توازن طبيعي كما أن لديه مهارة في الحركة الدقيقة (القص والفرز واللصق والتمزيق بعناية التخطيط والتلوين)، كثير الحركة.

- تم تطبيق اختبار كارس 2 للتوحد وكانت الدرجة توحد متوسط.

- درجته على مقياس النشاط الزائد: شديد.

الحالة 08 :

- ذكر، يبلغ من العمر 09 سنوات من أبوين لا تربطهما أي صلة قرابة، الأب موظف، الأم موظفة، الحالة ليس لديه إخوة.

- التحق الحالة بالمركز بتاريخ 07 نوفمبر 2019 رفقة والديه حيث تم الاتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية.

- بدا الحالة نظيف الثياب مرتب الهندام متوسط الطول والبنية، متوتر ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس، مشتت الانتباه، ينتبه فقط عند مناداته باسمه، كثير الحركة.

- تمت المقابلة مع الوالدين حيث قالت الأم، بأنها كانت ترغب في الحمل وقد تم الحمل في سن الثلاثين بالحالة، وأشارت إلى أنها لم تكن تعاني من أي أمراض أو حوادث أو عوارض أثناء الحمل، ولم تكن تتابع أي علاج أثناء فترة الحمل، ولم تتناول أي أدوية في فترة الحمل ماعدا بعض الفيتامينات، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها (09 أشهر)، وكان وزن الحالة طبيعيا ولم يكن يعاني من أي أمراض عند ولادته، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدته لمدة تقارب العامين وتم فطامه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأكل وذلك في سن 22 شهرا.

-بالنسبة للتغذية فقد كان يتناول العصائد ابتداء من الشهر الرابع ثم الأغذية الصلبة ابتداء من نهاية السنة الأولى.

-بالنسبة للنمو النفسحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس في الشهر السادس، الجلوس في الأسبوع الثامن عشر، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر التاسع بعد ذلك بدأ المشي لوحده في الشهر الثاني عشر.

- أول تواصله الاجتماعي كان الابتسام في سن العام ومناغاته كانت في الشهر الثامن ونطق بكلمته الأولى في نهاية السنة الأولى.

-التحق الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر، لوحظ أن يتفاعل بعض الشيء مع الآخرين ولديه شيء من التواصل معهم، كما أنه كان مدرك لجميع أعضاء جسمه والآخرين، غير أنه لوحظ من خلال هذا أن لغته اللفظية جد ضعيفة، والنطق لديه ضعيف يكاد يعدم، أيضا ملامحه الوجهية واللفظية طبيعية ومتوازنة ويوجد تناسق بصري يدوي.

- تم تطبيق اختبار كارس 2 للتوحد وكانت الدرجة توحد متوسط.

- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): شديد

الحالة 09

- ذكر، يبلغ من العمر 10 سنوات من أبوين لا توجد بينهما علاقة قرابة، الأب متقاعد، الأم ربة منزل، مرتبة الحالة الأول(01) في ترتيب الإخوة، لديه أخ واحد يصغره سنا.

- التحق الحالة بالمركز النفسي البيداغوجي بتاريخ 15 أكتوبر 2019 رفقة والديه حيث تم الاتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية.

- بدا الحالة نظيف الثياب مرتب الهندام متوسط الطول والبنية، متوتر ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس، مشتت الانتباه، ينتبه فقط عند مناداته باسمه.

- تمت المقابلة مع الوالدين حيث قالت الأم بأنها لم تكن ترغب في الحمل، وقد تم الحمل في سن الثلاثين، وأشارت إلى أنها لم تكن تعاني من أي أمراض أو حوادث وعوارض أثناء الحمل، ولم تكن تتابع أي علاج أثناء فترة الحمل، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها، وكان وزن الحالة طبيعيا ولم يكن يعاني من أي أمراض عند ولادته، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدته لمدة تقارب العامين وتم فطامه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأكل وذلك في سن 22 شهرا

- بالنسبة للتغذية فقد كان يتناول العصائد ابتداء من الشهر الرابع ثم الأغذية الصلبة ابتداء من السنة الأولى

- بالنسبة للنمو النفسحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس في الشهر السادس، الجلوس في الشهر السادس، الحبوثم بدأ بالوقوف في الشهر العاشر بعد ذلك المشي في الشهر الثاني عشر.

- أول تواصله الاجتماعي كان الابتسام في سن العام ومناغاته كانت في الشهر الثامن ونطق بكلمته الأولى في بداية السنة الأولى.
- التحق الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر لوحظ ان لديه صعوبة في التواصل مع الآخرين وأنه لا يتعرف على الأعضاء الدقيقة الا بالتكرار حتى ثلاث مرات دون التسمية كما أنه كثير الحركة.
- تم تطبيق اختبار كارس 2 للتوحد وكانت الدرجة توحد متوسط.
- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): شديد.

الحالة 10:

- ذكر، يبلغ من العمر 07 سنوات من أبوين لا تربطهما أي رابطة قرابة، الأب موظف بسونلغاز، الأم مأكثة بالبيت، مرتبة الحالة الأوليين إخوته، لديه أخ وأخت أصغر منه سنا.
- التحق الحالة بالمركز بتاريخ 14 ديسمبر 2021 رفقة والديه حيث تم الاتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية.
- بدا الحالة نظيف الثياب مرتب الهدام متوسط الطول والبنية، متوتر لديه غير مستقر حركيا ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس مشنت الانتباه، ينتبه فقط عند مناداته باسمه.
- تمت المقابلة مع الوالدين حيث قالت الأم (الوالدة) بأنها كانت ترغب في الحمل وقد تم الحمل في السابع والعشرين من العمر، وأشارت إلى أنها لم تكن تعاني من أي أمراض أو حوادث أو عوارض أثناء الحمل، لم تكن تتابع أي علاج أثناء فترة الحمل، ولم تتناول أي أدوية أثناء فترة الحمل عدا بعض الفيتامينات، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها (09 أشهر)، وكان وزن الحالة ناقصا قليلا مقارنة مع الوزن الطبيعي، ولم يكن يعاني من أي أمراض عند ولادته، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدته لمدة تقارب العامين وتم فطامه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأكل وذلك في سن 03 سنوات.
- بالنسبة للتغذية فقد كان يتناول العصائد ابتداء من الشهر السادس ثم الأغذية الصلبة ابتداء من سنة ونصف.

- بالنسبة للنمو النفسحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس، الجلوس في الشهر الثامن، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر العاشر بعد ذلك بدأ المشي لوحده في الشهر الثالث عشر.
- أول تواصله الاجتماعي كان الابتسام في سن العام ومناغاته كانت في الشهر الثامن، ونطق بكلمته الأولى في بداية السنة الأولى.
- التحق الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر، لوحظ أن الحالة خجول ويتفاعل قليلا مع المختصين والرفقاء، كما تم ملاحظة أنه ليس مدرك لأعضاء الوجه الا بتوجيه من المختصة، لديه توازن جيد وطبيعي كما أن له نقص في الحركات الدقيقة، كثير الحركة.
- تم تطبيق اختبار كارس للتوحد وكانت الدرجة توحد متوسط.
- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): متوسط.

الحالة 11

- ذكر يبلغ من العمر 06 سنوات من أبوين لا تربطهما أية صلة قرابة، الأب مفتش بالوظيفة العمومية، الأم متصرف، مرتبة الحالة الأول بين إخوته ، لديه أخت أصغر منه.
- التحق الحالة بالمركز بتاريخ 06 جانفي 2020 رفقة والديه حيث تم الاتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية.
- بدا الحالة نظيف الثياب مرتب الهدام متوسط الطول والبنية، متوتر ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس مشنت الانتباه، ينتبه فقط عند مناداته باسمه.
- تمت المقابلة مع الوالدين حيث قالت الأم (الوالدة) بأنها كانت ترغب في الحمل، وقد تم الحمل في سن الثلاثين، وأشارت إلى أنها لم تكن تعاني من أي أمراض أو حوادث أو عوارض أثناء الحمل، ولم تكن تتابع أي علاج أثناء فترة الحمل ولم تتناول أي أدوية في فترة الحمل ماعدا بعض الفيتامينات، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها (09 أشهر)، وكان وزن الحالة طبيعي ولم يكن يعاني من أي أمراض عند ولادته، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدته لمدة تقارب العامين وتم فطامه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأكل وذلك في سن 22 شهرا.

-بالنسبة للتغذية فقد كان يتناول العصائد ابتداء من الشهر الرابع ثم الأغذية الصلبة ابتداء من نهاية السنة الأولى.

- بالنسبة للنمو النفسحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس في الشهر السادس، الجلوس في الأسبوع الثامن عشر، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر التاسع بعد ذلك بدأ المشي لوحده في الشهر الثاني عشر.

- أول تواصله الاجتماعي كان الابتسام في سن العام ومناغاته كانت في الشهر الثامن ونطق بكلمته الأولى في نهاية السنة الأولى.

- التحق الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر، لوحظ أن الحالة ودود ولديه تواصل مع الآخرين كما أنه كان مدركا لجميع أعضاء جسمه والآخرين، غير أنه لوحظ من خلال هذا أن لغته اللفظية جد ضعيفة والنطق لديه ضعيف يكاد ينعدم، أيضا حركاته الوجهية واللفظية طبيعية ومتوازنة ويوجد تناسق بصري يدوي، ولديه فرط في النشاط.

-تم تطبيق اختبار كارس2 للتوحد وكانت الدرجة توحد متوسط.

- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): متوسط.

الحالة 12:

-أنثى تبلغ من العمر 12 سنة من أبوين لا تربطهما أي صلة قرابة، الأب عامل يومي في الإدماج المهني، مرتبة الحالة الثانية بين إخوتها، لديها أخ أكبر منها وأخت أصغر منها.

- التحقت بالمركز بتاريخ 23 جانفي 2018 رفقة والديها حيث تم الاتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الاجراءات الإدارية لالتحاقها بالمركز في ظروف عادية.

- بدت نظيفة الثياب مرتبة الهدام متوسطة الطول والبنية، متوترة ليس لديها تواصل بصري، ترفض الجلوس مشتتة الانتباه، تنتبه فقط عند مناداتها باسمها.

-تمت المقابلة مع الوالدين حيث قالت الأم بأنها كانت ترغب في الحمل، وقد تم الحمل في سن الثلاثين بالحالة، وأشارت إلى أنها لم تكن تعاني من أي أمراض أو حوادث وعوارض أثناء الحمل، ولم تكن تتابع أي علاج أثناء فترة الحمل ولم تتناول أي أدوية في فترة الحمل ماعدا بعض الفيتامينات، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها(09أشهر) ، وكان وزن الحالة طبيعيا ولم يكن يعاني من أي أمراض عند ولادته،

تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدتها لمدة تقارب العامين وتم فطامها بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأطعمة حيث بدأت بالأكل لوحدها في سن 20 شهرا.

-بالنسبة للتغذية فقد كانت تتناول العصائد ابتداء من الشهر الرابع ثم الأغذية الصلبة بدءا من السنة الثانية.

-بالنسبة للنمو النفسحركي فقد كان عاديا، تحكمت في الرأس في الشهر الخامس، الجلوس في الشهر السادس، الحبو في الشهر الثامن ثم بدأت بالوقوف في الشهر التاسع، بعد ذلك بدأت المشي لوحدها في الشهر العاشر.

-أول تواصلها الاجتماعي كان الابتسام في سن العام ومناغاتها كانت في الشهر الثامن، ونطقها بكلمتها الأولى في بداية السنة الأولى.

-التحقت الحالة بالمركز وتم وضعها في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر، لوحظ أنها ودودة ولديها تواصل مع الآخرين كما أنها كانت مدركة لجميع أعضاء جسمها، غير أنه لوحظ من خلال هذا أن لغتها اللفظية جد ضعيفة والنطق لديها ضعيف يكاد يندم، أيضا حركاته الوجهية، واللفظية طبيعية ومتوازنة ويوجد تناسق بصري يدوي، ولديها فرط في النشاط الحركي.

-تم تطبيق اختبار كارس 2 للتوحد وكانت الدرجة توحد متوسط

- درجتها على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): شديد

الحالة 13:

ذكر، يبلغ من العمر 15 سنة من أبوين توجد بينهما رابطة دم وصلة قرابية، الأب حرفي، الأم مائكة بالبيت، مرتبة الحالة الثانية بين إخوته ، لديه أخ أكبر منه وأخت أصغر منه

-التحقت الحالة بالمركز بتاريخ 07 ماي 2017 رفقة والديه حيث تم الاتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الاجراءات الادارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية

- بدا الحالة نظيف الثياب مرتب الهندام متوسط الطول والبنية، مرتبك قلق ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس مشنت الانتباه، ينتبه فقط عند مناداته باسمه.

- تمت المقابلة مع الوالدين حيث قالت الأم (الوالدة) بأنها كانت ترغب في الحمل وقد تم الحمل في السابع والعشرين من العمر بالحالة، وأشارت إلى أنها لم تكن تعاني من أي أمراض سوى بعضا العوارض أثناء الحمل ، كانت تتابع ولم تكن تتابع أي علاج أثناء فترة الحمل، ولم تتناول أي أدوية أثناء فترة الحمل عدا بعض الفيتامينات ، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها (09 أشهر)، وكان وزن الحالة ضعيف قليلا مقارنة مع الوزن الطبيعي لأي رضيع ولم يكن يعاني من أي أمراض عند ولادتها إلا أنها أشارت إلى أن الحالة كان كثير البكاء وباستمرار، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدته لمدة تقارب العامين وتم فطامه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأكل وذلك في سن 12 شهرا.

- بالنسبة للتغذية فقد كان يتناول العصائد ابتداء من الشهر الخامس ثم الأغذية الصلبة ابتداء من الشهر

11

- بالنسبة للنمو النفسحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس، الجلوس في الشهر السادس، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر الثامن بعد ذلك بدأ المشي لوحده في الشهر 22.

- أول تواصله الاجتماعي كان الابتسام في سن العام ومناغاته كانت في الشهر الثامن ونطق بكلمته الأولى في بداية السنة الأولى

- التحق الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر، لوحظ أن الحالة لم يكن يعاني من صعوبة في التواصل وكانت علاقته عادية وفي بعض الأحيان يعرض المساعدة، كثير الحركة، كما تم ملاحظة أنه ليس مدركا لأعضاء الوجه إلا بتوجيه من المختصة، لديه توازن جيد وطبيعي كما أن له ضعف في الحركات الدقيقة.

- تم تطبيق اختبار كارس 2 للتوحد وكانت الدرجة توحد متوسط.

- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): متوسط

الحالة 14:

ذكر، يبلغ من العمر 13 سنة، من أبوين لا تربطهما أية قرابة، الأب يبلغ من العمر 66 سنة متقاعد، مستواه الدراسي متوسط، سليم جسديا وعقليا، أما الأم عمرها 60 سنة مستواها الدراسي متوسط، عدد ولاداتها 4 حالتها الصحية سليمة، عدد أولادها ثلاثة، 2 ذكور وبنات مرتبة الحالة الثاني.

التحق الحالة برفقة والديه بتاريخ 2018/11/14 بالمركز النفسي البيداغوجي 01 بعد اتصالات بين العائلة والمركز.

في مقابلة للأم مع الأخصائية النفسية أشارت إلى أنه كانت لهما الرغبة في الحمل وجنس المولود، وكان حمل الأم في سن 28 سنة، ولم تشهد أية اضطرابات جسمية ولا نفسية أثناء فترة الحمل، وقد كانت الولادة في موعدها العادي (09 أشهر) وبصفة عادية ومواصفات سليمة من حيث معايير أبعاد والوزن والقامة وغيرها...

تمت رضاعة الحالة طبيعياً حتى سن العامين، حيث تم الفطام بطريقة تقليدية شعبية، وتم وضع مادة ذات طعم مر على حلقة الثدي، أما تغذيته فقد كانت عادية.

بالنسبة للنمو النفسحركي كان طبيعياً، وتحكم في الإخراج إلى أنه مرض فلم يعد يكتسب النظافة.

بالنسبة للغة فكانت هناك بعض الكلمات، عند التحاق الحالة بالمركز هندامه مرتب ونظيف وجهه عابس، ضعيف البنية، متوسط الطول، وضع في فترة الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر، حيث سجل في بروتوكول الملاحظة ما يلي:

لديه استقلالية من حيث النظافة والغسل والذهاب إلى المراض، بالنسبة للتواصل الاجتماعي فله تفاعل الاجتماعي يحب التقليد لكنه لا يجيده في الواقع .

تم تطبيق اختبار كارس 2 للتوحد وكانت نتيجته توحد متوسط.

- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): شديد

الحالة 15:

ذكر، يبلغ من العمر 09 سنوات من أبوين لا توجد بينهما أي علاقة قرابة، الأب عامل مهني، الأم موظفة بقطاع التربية، مرتبة الحالة الأول في ترتيب الإخوة، لديه أخت واحدة تصغره سناً.

- التحق الحالة ب المركز النفسي البيداغوجي بتاريخ 08 جانفي 2017 رفقة والديه حيث تم الاتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية

- بدا الحالة نظيف الثياب مرتب الهدام متوسط الطول والبنية، مرتبك، ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس مشنت الانتباه.

- تمت المقابلة مع الوالدين حيث قالت الأم (الوالدة) بأنها كانت راغبة في الحمل وقد تم الحمل في سن الثامن والثلاثين بالحالة، وأشارت إلى أنها كانت تعاني من ألم في الأسنان بالإضافة إلى أن لديها حساسية أثناء الحمل، وكانت ولادتها صعبة للغاية وفي وقتها الطبيعي كما أشارت إلى استعمال الملاقط أثناء الولادة، وكان وزن الحالة ناقص جدا ولم يكن يعاني من أي أمراض عند ولادته، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدته لمدة تقارب العامين، وتم فطامه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأكل وذلك في سن 10 أشهر.

- بالنسبة للتغذية فقد كان يتناول العصائد ابتداء من الشهر الرابع، ثم الأغذية الصلبة ابتداء من نهاية السنة الأولى.

- بالنسبة للنمو النفسحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس في بداية الشهر السادس، الجلوس في نهاية الشهر السادس، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر التاسع، بعد ذلك المشي في نهاية الشهر العاشر.

- أول تواصله الاجتماعي كان الابتسام في سن العام، ومناغاته كانت في الشهر الثامن، ونطق بكلمته الأولى في نهاية السنة الأولى.

-التحق الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر، لوحظ ان لديه تواصل مع الآخرين خاصة الأطفال وأنه لا يتعرف على الأعضاء الدقيقة إلا بالتكرار حتى ثلاث مرات دون التسمية، كما تم ملاحظة أن الحالة يشارك في الحفلات والأنشطة الخارجية لديه فرط في الحركة .

-تم تطبيق اختبار كارس 2 للتوحد وكانت الدرجة توحد متوسط.

- درجته على مقياس النشاط الزائد: متوسط.

الحالة 16:

أنثى، تبلغ من العمر 11 سنة من أبوين لا توجد بينهما أي علاقة قرابة، الأب عسكري، الأم مائكة بالبيت، مرتبة الحالة الأولى في ترتيب الإخوة، لديها أختان أصغر منها سنا.

-التحقت الحالة بالمركز النفسي البيداغوجي 02 بتاريخ 08 جانفي 2017 رفقة والديها حيث تم الاتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز وفي ظروف عادية.

-بدأت الحالة نظيفة الثياب مرتبة الهدام متوسطة الطول والبنية، متوترة ليس لديه تواصل بصري، ترفض الجلوس مشتتة الانتباه.

-تمت المقابلة مع الوالدين حيث قالت الأم (الوالدة) بأنها كانت ترغب في الحمل، وقد تم الحمل في سن الخامسة والعشرين، وأشارت إلى أنها لم تكن تعاني من أي أمراض أو حوادث أو عوارض أثناء الحمل، ولم تكن تتابع أي علاج أثناء فترة الحمل، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها، وكان وزن الحالة طبيعي ولم تكن تعاني من أي أمراض عند ولادتها، تمت الرضاعة طبيعياً من ثدي والدتها مدة تقارب العامين وتم فطامها بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأكل وذلك في سن 10 أشهر

-بالنسبة للتغذية فقد كانت تتناول العصائد ابتداء من الشهر الرابع ثم الأغذية الصلبة ابتداء من السنة الأولى

-بالنسبة للنمو النفسحركي فقد كان عادياً تحكماً في الرأس في بداية الشهر السادس، الجلوس في نهاية الشهر السادس، الحبو في الشهر الثامن ثم بدأت بالوقوف في الشهر التاسع بعد ذلك المشي في الشهر العاشر.

- أول تواصلها الاجتماعي كان الابتسام في سن العام ومناغاتها كانت في الشهر الثامن، ونطقت بكلمتها الأولى في بداية السنة الثانية.

-التحقت الحالة بالمركز وتم وضعها في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر، لوحظ أن لديها صعوبات في التواصل وتكوين علاقات مع الآخرين، وأنها لا تتعرف على الأعضاء الدقيقة إلا بالتكرار حتى ثلاث مرات دون التسمية كما لوحظ أن الحالة كثيرة الحركة وعدوانية تجاه الآخرين خاصة الأطفال..

- تم تطبيق اختبار كارس 2 للتوحد وكانت الدرجة توحد متوسط.

- درجتها على مقياس النشاط الزائد: شديد.

ذكر، يبلغ من العمر 08 سنوات من أبوين توجد بينهما علاقة قرابة، الأب حارس، الأم ماکثة بالبيت، مرتبة الحالة الأول في ترتيب الإخوة، لديه أخ واحد يصغره سنا.

-التحق الحالة بالمركز النفسي البيداغوجي بتاريخ 08 جانفي 2017 رفقة والديه حيث تم الاتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية.

-بدا الحالة نظيف الثياب مرتب الهدام متوسط الطول والبنية، متوتر ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس مشنت الانتباه

- تمت المقابلة مع الوالدين حيث قالت الأم (الوالدة) بأنها لم تكن ترغب في الحمل وقد تم الحمل في سن الثلاثين بالحالة، وأشارت إلى أنها لم تكن تعاني من أي أمراض أو حوادث أو عوارض أثناء الحمل، ولم تكن تتابع أي علاج أثناء فترة الحمل، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها، وكان وزن الحالة طبيعيا ولم يكن يعاني من أي أمراض عند ولادته، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدته لمدة تقارب العامين وتم فطامه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأكل وذلك في سن 10 أشهر

-بالنسبة للتغذية فقد كان يتناول العصائد ابتداء من الشهر الرابع ثم الأغذية الصلبة ابتداء من السنة الأولى

-بالنسبة للنمو النفسحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس في الشهر السادس، الجلوس في الشهر السادس، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر التاسع بعد ذلك المشي في الشهر العاشر.

- أول تواصله الاجتماعي كان الابتسام في سن العام ومناغاته كانت في الشهر الثامن ونطق بكلمته الأولى في بداية السنة الأولى

-التحق الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر لوحظ أن لديه صعوبة في التواصل مع الآخرين وأنه لا يتعرف على الأعضاء الدقيقة إلا بالتكرار حتى ثلاث مرات دون التسمية ضعيف الانتباه وكثير الحركة.

-تم تطبيق اختبار كارس 2 للتوحد وكانت الدرجة توحد متوسط.

- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): شديد

الحالة 18:

ذكر، يبلغ من العمر 08 سنوات من أبوين لا تربطهما أي رابطة دم أو صلة قرابة، الأب مساعد تربوي، الأم مساعدة تربوية، مرتبة الحالة الأول بين إخوته، لديه أخ توأم له وأخت أصغر منهما.

-التحق الحالة بالمركز بتاريخ 02 اكتوبر 2018 رفقة والديه حيث تم الاتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية.

-بدا الحالة نظيف الثياب مرتب الهندام متوسط الطول والبنية، متوتر ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس مشنت الانتباه، ينتبه فقط عند مناداته باسمه.

- تمت المقابلة مع الوالدين، حيث قالت الأم بأنها كانت ترغب في الحمل وقد تم الحمل في أواخر العشرينات من العمر، وأشارت إلى أنها كانت تعاني من مرض ضغط الدم أثناء الحمل، ولم تكن تتابع أي علاج أثناء فترة الحمل، ولم تتناول أي أدوية أثناء فترة الحمل عدا بعض الفيتامينات، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها (09 أشهر)، وكان وزن الحالة ناقصا مقارنة مع الوزن الطبيعي لأي رضيع، ولم تكن تعاني من أي أمراض عند ولادتها، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدته لمدة تقارب العامين وتم فطامه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأكل وذلك في سن 11 شهرا.

-بالنسبة للتغذية فقد كان يتناول العصائد ابتداء من الشهر السابع ثم الأغذية الصلبة ابتداء من السنة الأولى.

-بالنسبة للنمو النفسحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس، الجلوس في الشهر السابع، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر الثامن بعد ذلك بدأ المشي لوحده في سن السنة والنصف .

- أول تواصله الاجتماعي كان الابتسام في سن العام، ومناغاته كانت في الشهر الثامن، ونطق بكلمته الأولى في بداية السنة الأولى.

-التحق الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر، لوحظ خلالها أن الحالة لديه صعوبة في التواصل، لا يستقر في مكان معين، كما تم ملاحظة أنه ليس مدركا لأعضاء الوجه إلا بتوجيه من المختصة، لديه توازن حركي وطبيعي كما أن لديه نقص في اكتساب الحركات الدقيقة.

-تم تطبيق اختبار كارس 2 للتوحد وكانت الدرجة توحد متوسط

- درجته على مقياس النشاط الزائد(القياس القبلي): شديد.

الحالة 19:

أنثى، تبلغ من العمر 13 سنة من أبوين لا تربطهما أية رابطة دم أو صلة قرابة، الأب أستاذ، الأم مائكة بالبيت، مرتبة الحالة الثانية بين إخوتها ، لديها أختان في حين لا يوجد لديها إخوة ذكور.

-التحقت الحالة بالمركز بتاريخ 07 ماي 2017 رفقة والديه حيث تم الاتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الادارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية.

- بدت الحالة نظيفة الثياب مرتبة الهدام متوسطة الطول والبنية، متوترة ليس لديها تواصل بصري، ترفض الجلوس مشقة الانتباه ، ينتبه فقط عند مناداته باسمها.

-تمت المقابلة مع الوالدين حيث قالت الأم (الوالدة) بأنها كانت ترغب في الحمل، وقد تم الحمل في السابع والعشرين من العمر، وأشارت إلى أنها لم تكن تعاني من أي أمراض أو حوادث أو عوارض أثناء الحمل، ولم تكن تتابع أي علاج أثناء فترة الحمل، ولم تتناول أي أدوية أثناء فترة الحمل عدا بعض الفيتامينات، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها(09أشهر)، وكان وزن الحالة ناقص قليلا مقارنة مع الوزن الطبيعي لأي رضيع، ولم يكن يعاني من أي أمراض عند ولادتها، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدته لمدة تقارب العامين وتم فطامها بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم بالأكل وذلك في سن 11شهرًا.

- بالنسبة للتغذية فقد كانت تتناول العصائد ابتداء من الشهر السابع ثم الأغذية الصلبة ابتداء من نهاية السنة الأولى.

-بالنسبة للنمو النفسحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس في الشهر الخامس، الجلوس في الشهر السادس، الحبو ثم بدأت بالوقوف في الشهر الثامن، بعد ذلك بدأت المشي لوحدها في الشهر 22.

- أول تواصلها الاجتماعي كان الابتسام في سن العام ومناغاتها كانت في الشهر الثامن، ونطقت بكلمتها الأولى في نهاية السنة الأولى.

-التحقت الحالة بالمركز وتم وضعها في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر، لوحظ ان الحالة لديها صعوبة في التواصل، كثيرة الحركة، كما تم ملاحظة أنها ليست مدركة لأعضاء الوجه إلا بتوجيه من المختصة، لديها توازن طبيعي كما ان لديها ضعف في الحركات الدقيقة.

-تم تطبيق اختبار كارس 2 للتوحد وكانت الدرجة توحد متوسط.

- درجتها على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): شديد

الحالة 20:

ذكر، يبلغ من العمر 09 سنوات، مرتبته الأول بين أخوين ذكرين، من أبوين تربطهما علاقة من الدرجة الثانية (أبناء عم)، الأب 42 سنة بصحة سليمة موظف مهندس دولة في الإعلام الآلي، الأم 34 سنة بصحة سليمة، ماکثة بالبيت (لديها حالة إجهاض واحدة في الشهر الرابع)، العم لديه مرض الصرع.

كان الحمل مرغوبا فيه، وتمت فترته بصفة عادية، لم تتعرض الأم لأية مشاكل أو حوادث، كانت الولادة بعملية قيصرية، الوزن 04كلغ، القامة عادية، معايير أبطار عادية، وكانت رضاعته اصطناعية.

بالنسبة للنمو الجسمي كان عاديا مع بعض السمنة، النمو الحسركي كان عاديا الحبو في سن الشهر الثامن الوقوف في الشهر الحادي عشر، المشي تمام السنة.

لكن منذ نهاية الشهر السادس لاحظت الأم بعض السلوكات، لا يلتفت لا يبتسم، يعزل، بعض اللزمات الحركية، لا يقلق لغياب الأم..

التحق بالمركز في 2019/09/03 رفقة والديه بعد أخذ موعد مسبق، نظيف الثياب مرتب الهندام، يتجنب التواصل البصري، يبدو عليه الغضب والإنفعال، كثير الحركة لا يهدأ كثيرا.

بالنسبة للنمو المعرفي لا يعرف الأنشطة الذهنية لا يعرف الحساب ولا القراءة، يفرز الألوان ولا يسميها.

بالنسبة للنمو الاجتماعي يتجنب التواصل البصري يبدو غير مرتاح عندما تكلمه المختصة، لكن مع مرور الوقت استطاع أن يشارك في بعض الأحيان الألعاب الجماعية.

- طبق عليه مقياس كارس 2 للتوحد، وكانت درجته توحد متوسط.

- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): شديد

الحالة 21 :

ذكر، يبلغ من العمر 10 سنوات من أبوين لا تربطهما أي صلة قرابة، الأب مهندس، يشتغل في نظام الإدماج المهني، مرتبة الحالة الاخير بين إخوته، لديه 03 إخوة ذكور وأخت.

- التحق الحالة بالمركز بتاريخ 23 جانفي 2018 رفقة والديه حيث تم الاتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الاجراءات الادارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية.

- بدا الحالة نظيف الثياب مرتب الهندام متوسط الطول والبنية، متوتر ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس مشنت الانتباه، ينتبه فقط عند مناداته باسمه.

-تمت المقابلة مع الوالدين حيث قالت الأم (الوالدة) بأنها كانت ترغب في الحمل، وقد تم الحمل في سن الثلاثين بالحالة، وأشارت إلى أنها لم تكن تعاني من أي أمراض أو حوادث أو عوارض أثناء الحمل، ولم تكن تتابع أي علاج أثناء فترة الحمل ولم تتناول أي أدوية في فترة الحمل ماعدا بعض الفيتامينات، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها(09أشهر)، وكان وزن الحالة طبيعيا وكان يعاني من مرض التهاب الكبد الفيروسي عند ولادته، تمت رضاعة الحالة طبيعيا من ثدي والدته لمدة تقارب العامين وتم فطامه بطريقة تقليدية من خلال استبدال ثدي الأم حيث بدأ بالأكل لوحده في سن 20 شهرا.

-بالنسبة للتغذية فقد كان يتناول العصائد ابتداء من الشهر الرابع ثم الأغذية الصلبة ابتداء من السنة الأولى.

-بالنسبة للنمو النفسحركي فقد كان عاديا، تحكم في الرأس في الشهر الخامس، الجلوس في الشهر الثالث، الحبو ثم بدأ بالوقوف في الشهر التاسع، بعد ذلك بدأ المشي في الشهر الثالث عشر.

- أول تواصله الاجتماعي كان الابتسام في سن العام ومناغاته كانت في الشهر الثامن، ونطق بكلمته الأولى في بداية السنة الأولى.

-التحق الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشه، لوحظ أن الحالة ليس لديه أي تواصل مع الآخرين، كما أنه كان مدركا لجميع أعضاء جسمه والآخرين، غير أنه لوحظ من خلال هذا ان لغته اللفظية ضعيفة والنطق لديه ضعيف يكاد ينعدم، أيضا ملامحه الوجهية واللفظية طبيعية ومتوازنة ويوجد تناسق بصري يدوي، لا يثبت في مكانه كثير الحركة.

-تم تطبيق اختبار كارس 2 للتوحد وكانت الدرجة توحد متوسط.

- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): متوسط.

الحالة 22:

ذكر، يبلغ من العمر 12 سنة توأم، من أبوين لا تربطهما علاقة قرابية، الأب كهل 51 سنة موظف، الأم 42 سنة مأكثة بالبيت يسكنان في سكن فردين، الثالث في مرتبة واحدة مع أخيه التوأم ولديهما أخ أكبر منهما، تم توجيه الحالة من طرف طبيبة أخصائية في طب الأطفال العقلي، تم استقباله في أول يوم من طرف الأخصائي الأطفونية التي وجهته إلى المختص النفسي العيادي، تقول الأم بأن الحمل كان مرغوبا فيه وفي جنسه، كانت فترة الحمل عادية ليس فيها أية أحداث، لكن قبل الولادة بيوم انقلب الحالة فكانت عملية الولادة عسيرة، مما استدعى إنعاش الطفل ووضعه في حاضنة لمدة أيام.

كانت رضاعته الطبيعية قصيرة (سنة أشهر)، نظرا لنقص حليب الأم.

بالنسبة لنموه الجسمي كان عاديا أما نموه الحسركي فحبا في الشهر الثامن، الوقوف في الشهر الحادي عشر، المشي تمام السنة، تعلم بعض الكلمات في السنة الثالثة لكنه فقدتها بعد ذلك.

قالت الأم بأن التوأم كانا يقومان بحركات تكرارية كتحرك الرأس والرفرفة باليدين، وعندما بلغا سنة وشهرين فقدوا التواصل البصري والتفاعل مع الآخرين، وعندما بلغا سن الثالثة أجري لهما فحصا طبيا ليتأكد بأن لديهما اضطراب التوحد.

حضر الحالة إلى المركز رفقة والديه يوم 2017/01/08 بعد أخذ موعد مسبقا، أحضرا معه شهادة طبية تؤكد بأن لديه اضطراب التوحد، يتناول دواء respiradol (مضاد للذهان خاص بالفصام وثنائي القطب)، يظهر نظيف الهندام، يمشي على أطراف أصابعه، كثير الحركة لا يجلس في مكان واحد كثيرا.

تم تطبيق مقياس كارس 2 وكانت النتيجة توحد متوسط.

- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): شديد

الحالة (23)

ذكر يبلغ من العمر 08 سنوات من أبوين لا توجد بينهما قرابة، الأب موظف (مدير في شركة)، الأم ربة منزل مستواها التعليمي ثانوي، مرتبة الحالة الرابع بين خمسة إخوة 03 ذكور و02 إناث.

-التحق الحالة بالمركز بتاريخ 07 جانفي 2019 رفقة والديه حيث تم الاتصال بهما من طرف إدارة المركز وتحديد موعد مسبق تمت فيه الإجراءات الإدارية لالتحاق الحالة بالمركز في ظروف عادية.

-بدا الحالة نظيف الثياب مرتب الهدام متوسط الطول والبنية، متوترا ليس لديه تواصل بصري، يرفض الجلوس، مشتت الانتباه، ينتبه فقط عند مناداته باسمه.

- تمت المقابلة مع الوالدين حيث قالت الوالدة بأنها حملت في سن الأربعين بالحالة، وكانت رغبة في جنس المولود، وأشارت إلى أنها كانت تعاني من انخفاض في ضغط الدم، ولم تتناول أية أدوية خلال فترة الحمل عدا بعض الفيتامينات، وكانت ولادتها بصفة عادية وفي وقتها (09أشهر)، مع ملاحظات في نقصان القامة والوزن، تمت رضاعة الحالة اصطناعيا لمدة تزيد عن العامين لأنه لم يتم إدرار حليب الأم، وتم فطامه بطريقة تقليدية من خلال استبدال الرضاعة الاصطناعية بالكأس.

-بالنسبة للتغذية فقد كان يتناول العصائد ابتداء من الشهر الرابع ثم الأغذية الصلبة ابتداء من السنة الأولى، وقد لوحظ فقدان الشهية لديه (أحيانا لا يأكل لمدة يومين).

-بالنسبة للنمو النفسحركي فقد كان عاديا تحكم في الرأس في الشهر السادس، الجلوس في الشهر السابع، الحبو في الشهر التاسع، المشي في الشهر الرابع عشر، التحكم في الإخراج في السنة السابعة.

- أول تواصله الاجتماعي كان بالابتسام في سن أكثر من عام، ومناغاته كانت في الشهر السابع ونطق بكلمته الولي في بداية السنة الثالثة.

-تجدر الإشارة إلى تعرضه لحمى شديدة في سن الثالثة.

-الحالة كان يتابع عند طبيبة أطفال عقلية في مدينة الجلفة ثم تم إرساله إلى المركز.

-التحق الحالة بالمركز وتم وضعه في قسم الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر، لوحظ بأن لديه اضطرابات في السلوك منقلب المزاج، فرط الحركة وتشتت الانتباه .

-تم تطبيق اختبار كارس2 للتوحد وكانت نتيجته توحد متوسط.

- درجته على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): متوسط.

الحالة 24:

أنثى تبلغ من العمر 06 سنوات، من أبوين لا تربطهما أية علاقة قرابة الأب سائق حافلة، مستواه الدراسي الرابعة متوسط، سليم الجسم، زواجه الثاني، أما الم فهي ربة منزل مستواها التعليمي الثالثة متوسط، بصحة جيدة، عدد ولاداتها أربعة، لفاطمة ثلاث أخوات وأخ وحيد، ترتيبها الثالثة، حملت بها الأم في سن 37 سنة.

التحقت الحالة بالمركز رفقة والديها في يو 16 جانفي 2019 حيث اتصلت المختصة النفسية بالوالدين وأخذت لهما موعد لأخذ المعلومات.

أشارت الأم إلى أنها كانت ترغب في الحمل وجنسه، ولم تتعرض لأي صدمات أو مرض أثناء فترة الحمل ولم تتناول أية أدوية والحمل كان عاديا والولادة عادية في وقتها ومواصفات المولود ومعايير أبقار كلها كانت سليمة، تمت عملية الرضاعة طبيعيا حتى نهاية الشهر الثامن بسبب نقص إدرار الحليب، وأما النمو النفسحركي فقد وصفته الأم بالعادي .

ابتسمت لأول مرة في الشهر الرابع وتحكمت في رأسها، وتم الجلوس في الشهر الخامس، الحبو في الشهر الثامن، المشي سنة التحكم في الإخراج في سن السادسة.

بالنسبة للغة فلا توجد مناغاة ولا كلام.

التحقت الحالة بالمركز مرفقة بملف طبي من طبيب مختص في طب الأطفال العقلي يؤكد اضطراب التوحد لديها.

لوحظ عليها عدم الاستقرار الحركي، حيث تجري وتنتقل بين أرجاء القسم، متعلقة باللعب وتصحبها دوما في يديها، ليس لديها استقلالية في اللباس والأكل، وليس لديها تواصل بصري، مع فرط الحركة وتشتت الانتباه.

ضعف في الإدراك المعرفي حيث لا تعرف المهارات الأكاديمية كالكتابة والقراءة والحساب، لا تعرف الألوان ولا تفرزها وليس لديها تناسق حسي حركي، ليس لديها لغة مجرد أصوات مرتفعة وصراخ، في الفترة الأخيرة بدأت في فهم التعليمات البسيطة وأصبحت تقترب من رفيقاتها أثناء اللعب، لا تحب الجلوس على الكرسي لفترة طويلة، أحيانا تتعزل لكنها تلبى النداء أحيانا عند مناداتها.

- تم تطبيق اختبار كارس 2 للتوحد وكانت نتيجته توحد متوسط.

- درجتها على مقياس النشاط الزائد (القياس القبلي): شديد.

تعريفه: القدرة على الإحتفاظ بثبات الجسم عند أداء أوضاع مختلفة الحركة.

ملحق رقم 06

الأنشطة النفسحركية المطبقة في مجال التوازن الحركي

بطاقة فنية رقم 01

المجال: التوازن الحركي

النشاط: التربية النفسية الحركية (الحركة وفق الإيقاع)

الفئة: أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: تعليم الطفل كيفية القفز على رجل واحدة بالتناوب

العدد: من 01 إلى 06 أطفال.

المكان: الملعب أو القاعة النفسحركية.

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل: كرات - أطواق

الجنس: مختلط.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

- يبدأ المؤطر المشي ويتبعه الأطفال بمساعدة بقية المؤطرين.

- المشي مع أرجحة الذراعين للأمام والخلف.

- الجري بالكرة لوضعها على خط الملعب.

- القفز من طوق لأخر.

-رسم مربعات داخل الملعب ليتمكن الطفل من القفز داخلهم برجل واحدة ثم يقوم بتغيير الرجل للقفز مرة أخرى.

- يقوم الطفل بالحجل داخل المربعات تارة، وبالقفز تارة أخرى ذهابا وإيابا

- تشكيل حلقة كبيرة والقيام بتمديد الجذع في مختلف الإتجاهات.

أداء التحية والإنصراف

بطاقة فنية رقم 02

المجال: التوازن الحركي

النشاط: التربية النفسية الحركية (لعبة لامارين)

الفئة: أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: توازن الجسم عند في عدة وضعيات حركية.

العدد: من 01 إلى 06.

المكان: القاعة النفسحركية أو الساحة

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل: دوائر كرتونية

الجنس: مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

نضع الدوائر على الأرض بشكل متقارب واحدة تلوى الأخرى حتى نصل إلى الرابع نضع بجانبها الخامسة ثم نضع بعدها دائرة واحدة وتكون هي السادسة، ويمكن زيادة العدد، ويبدأ الطفل بالقفز إما برجل

أو رجلين وفتح رجليه عندما يصل إلى الدائرتين المتجاورتين أفقياً، ثم يقفز إلى الأخيرة، ويعيد اللعبة من الأخير إلى الأول وهكذا حتى يتعلم القفز برجل واحدة ومتى يقفز برجلين.

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 03

المجال: التوازن الحركي

النشاط: التربية النفسية الحركية (الطوران)

الفئة: أطفال التوحد

الهدف: تحسين أداء الطفل وتعلم الإتقان الجسمي وتكييف الحركات مع تكييف السرعة.

العدد: من 03 إلى 06 أطفال

المكان: الساحة أو القاع النفسحركية.

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل: حبال للقفز

الجنس: مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

نبدأ القفز عدة مرات تباعا بالقيام بربع دورة في كل قفزة، القفز بالقيام بنصف دورة، الطفل يناوب القفزات على الرجلين، ثم قدم واحدة ثم الأخرى، إدارة الحبل بتغيير الإتجاه كل ثلاثة دورات نفس التمرين مع القيام بنصف دورة عند كل 3 دورات، تعلم إدارة الحبل مع تغيير السرعة والقفز مفردا، على أن يكون الحبل طوله مناسب، القفز بالنتقل داخل القاعة، القفز والرجلين مضمومتان، القفز في نفس المكان.

يعلم المؤطر الطفل التأقلم مع السرعة (سرعة القفز) مع حركة الذراعين والحفاظ عليهما مرتخيين، حتى يصل التركيز شيئاً فشيئاً إلى المقبضين.

نفس التمارين لكن يعكس الإتجاه الحبل حيث يصبح من الأمام إلى الخلف.

تبادل التحية والإنصراف

بطاقة فنية رقم 04

المجال: التوازن الحركي

النشاط: التربية النفسية الحركية (الثبات على أمشاط الرجلين)

الفئة: أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: تحقيق التوازن وثبات وضعية الجسم على أصابع القدمين.

العدد: من 01 إلى 06 أطفال.

المكان: القاعة النفسحركية.

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل: شريط لاصق ملون

الجنس: مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطر

نضع شريط على الأرض بشكل مستقيم، ونطلب من الطفل المشي في المسار المرسوم له بالشريط، ونضع له علامة إستراحة، ثم نواصل المشي في مسار مستقيم كمرحلة أولى حتى ننتهي من المسار، ثم نكرر التمرين حوالي 5 مرات لتقوية الرجلين، ثم نضيف له أسطح يمشي فوقها بمسافات متباعدة، ويعيد

تكرار التمرين 5 مرات، ثم كمرحلة ثالثة نضيف له تمرين القفز بوضع حلقات، نطلب منه القفز ثم نعيد التمرين من نقطة البداية إلى نقطة النهاية، حتى يكمل المسار المغلق.

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 05

المجال: التوازن الحركي

النشاط: التربية النفسية الحركية (العجلة الدوالبية)

الفئة: أطفال التوحد.

الهدف الإجرائي: اكتساب التوازن بتحريك العجلة الى الأمام والخلف

العدد: من 01 إلى 06 أطفال.

المكان: القاعة النفسحركية

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل: عجلة بأربعة دواليب (لوح متحرك)

الجنس: مختلط مع لبس الإناث لباس رياضي

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

نضع أمام الطفل العجلة بأربعة دواليب نثبتها حتى لاتتحرك، نعطي أمرا للطفل بوضع رجل واحدة على العجلة، ثم الرجل الثانية حتى يصعد فوقها، بإستئاده على المؤطر، الذي يقف أمام العجلة ويمسك الطفل بكلتا يديه ويساعد الطفل على تحريك الدواليب إلى الأمام، والارتكاز بجسمه والضغط بالتناوب على الجهة اليمنى ثم اليسرى، ينزل الطفل ثم يصعد مرة ثانية من جديد بنفس الطريقة حتى يضع رجله في لوح الارتكاز بطريقة صحيحة، ويدفع بنفسه إلى الأمام ثم يغير المشرف الوضعية بحيث يكون بجانب الطفل على الجهة اليمنى أو اليسرى، ويمسك بيد واحدة فقط حتى يستطيع الطفل الارتكاز ودفع نفسه

دون السقوط أو التمايل ويتحكم في توازن جسمه، يعيد الكرة عدة مرات ثم ينتقل إلى السير إلى الخلف في الحصى التي تلي هذه الحصة، بعد أن يكون الطفل قد أتقن السير إلى الأمام بالعجلة.

تبادل التحية ثم الإنصراف.

بطاقة فنية رقم 06

المجال: التوازن الحركي

النشاط: التربية النفسية الحركية (الوقوف على رجل واحدة)

الفئة: أطفال التوحد.

الهدف الإجرائي: الوقوف على رجل واحدة من 5 إلى 20 ثانية دون مساعدة ودون فقدان

التوازن

العدد: من 01 إلى 06 أطفال.

المكان: القاعة النفسحركية.

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل: كرسيان، عصا

الجنس: مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

يضع المؤطر الكرسيان مع بعضهما في مكان بعيد عن الاجسام الأخرى ونقابل الطفل يمسك كل من المؤطر والطفل بالكرسي ولا بد من الطفل أن يراه، يرفع المؤطر الرجل برفق ويشير له أن يرفع رجله، إذا لم يرفعها نطلب المساعدة من المؤطر الآخر ليساعد الطفل على رفع الرجل كي يتمكن من الاستمرار في التركيز على المؤطر الأول، نكرر العملية حتى ينجح في الوقوف على رجل واحدة مدة 5 ثواني وهو متكئ على الكرسي ثم يستغني عن الكرسي، يمد له المؤطر يده حتى يتكئ عليها هو يمسك من جهة والمؤطر

من الجهة الأخرى دون أي مساعدة، مع نجاح المحاولات يبدأ المؤطر في زيادة الوقت حتى يصل إلى 20 ثانية.

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 07

المجال: التوازن الحركي

النشاط: التربية النفسية الحركية (القفز فوق الأكياس الهوائية)

الفئة: أطفال التوحد.

الهدف الإجرائي: التحكم في توازن الجسم فوق الاسطح المتمايلة، تنمية الإحساس بباطن القدم.

العدد: من 01 إلى 06 أطفال.

المكان: القاعة النفسحركية.

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة

الوسائل: أكياس هوائية بها نتوءات.

الجنس: مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

يطلب المؤطر من الأطفال نزع أحذيتهم، نضع على الارض أكياس بها هواء لها وجهين أملس والآخر به نتوءات، بمسافة متقاربة بحيث يمكن المشي فوقها بمساعدة المؤطر، تكرار المحاولات كبدائية للتعرف على السطح الجديد الغير ثابت، ثم في المرحلة الثانية نطلب من الطفل القفز بكلتا الرجلين والوقوف مدة قصيرة فوق السطح المتمايل، حتى يستطيع الطفل ضبط توازن جسمه فوق السطح دون سقوطه على الأرض، وهكذا نقوم بتكرار التمرين عدة مرات حتى يستطيع الطفل التحكم في ثقل جسمه.

تبادل التحية ثم الانصراف

بطاقة فنية رقم 08

المجال: التوازن الحركي

النشاط: التربية النفسية الحركية (الحركة يد - رجل)

الفئة: أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: تنمية التركيز أثناء الحركة

العدد: من 01 إلى 06 أطفال

المكان: القاعة النفسحركية

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة

الوسائل: دوائر مرقمة ومطبوعات ورقية ملونة.

الجنس: مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

نضع الدوائر المرقمة على الأرض بمسافة متباعدة، بحيث يستطيع الطفل القفز والتقل من دائرة إلى دائرة بالتناوب بين الرجل اليمنى والرجل اليسرى، اليد اليمنى اليد اليسرى، ونكرر التمرين 5 مرات ، كمرحلة أولى.

المرحلة الثانية: نضع فوق الدوائر المرقمة مطبوعات للأرجل والأيدي اليمين واليسار بنفس شكل تمرين المرحلة الأولى، ونكرر التمرين عدة مرات مع التشجيع المستمر والتوجيه ونكرر كلمتي يمين ويسار .
المرحلة الثالثة: تقوم بعكس المطبوعات ونغير التمرين ونترك الطفل يدرك ويميز تطابق الرجل اليمنى أو اليسرى في حالة المشي أو القفز عليها واليدين كذلك، ونكرر التمرين عدة مرات مع التوجيه والتشجيع.

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 09

المجال: التوازن الحركي

النشاط: التربية النفسية الحركية (ركوب البطانية)

الفئة: أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: الوعي بالآخرين، تحقيق التوازن والقوة، الوعي بالسبب والنتيجة

العدد: من 02 إلى 06 أطفال

المكان: القاعة النفسحركية

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة

الوسائل: بطانية كبيرة أو قطعة قماش قوية وأرض ملساء يمكن اللعب عليها.

الجنس: مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

مسح أرض النشاط من أي أشياء بارزة تكون عليها، ثم نضع البطانية على الأرض أو قطعة القماش القوية، ثم بعد ذلك نضع طفلا واحدا على البطانية في وضع الوقوف ونطلب منه أن يتماسك، ويقوم الآخرون بمساعدة المؤطر على سحب البطانية، ولا بد ان يكون السحب في اتجاهات غير متوقعة، للمزيد من المتعة ثم نبدل الأطفال، الطفل الذي كان يركب البطانية يجر بعد ذلك حتى يستمتع كل الأطفال باللعبة، وبالنسبة للأطفال الذين لم يكن لديهم وعي بالآخرين من حولهم فإن سحب البطانية والعناق والضغط قليلا سيساعدهم على زيادة الوعي بالآخرين.

هذه اللعبة تستوعب الجميع، حيث أن هناك بعض الأطفال يجدون صعوبة بالغة في الركوب والتصادم مع الآخرين، ولكن عندما يبدؤون اللعب ببطء ثم تزداد سرعتها تدريجيا يتوقعون مزيد من اللمس بينهم والوقوف مما يساعد في الوعي بالآخرين.

الإندماج في النشاط قد يؤدي لزيادة الإثارة فيجب علينا وقف النشاط إذا حدث زيادة في التشتت والتنفس السريع وزيادة التعرق.

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 10

المجال: التوازن الحركي

النشاط: التربية النفسية الحركية (حبال السحب).

الفئة: أطفال التوحد

الهدف الاجرائي: الوعي بالآخرين، تنمية روح المنافسة، تطوير القوة.

العدد: من 03 الى 06 أطفال.

المكان: الساحة.

المدة: من 20 الى 30 دقيقة.

الوسائل: حبل طويل أو وشاح قوى

الجنس: مختلط.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

يقوم المؤطر بتقسيم الأطفال الى مجموعتين وكل مجموعة تضع أيديها على الحبل من جهة واحدة.

يقف الأطفال في اتجاهين متقابلين، وتقوم كل مجموعة بسحب الحبل بثبات ويشجع المشرفون الأطفال على استخدام جميع العضلات، كما يمكن رسم علامة بين المجموعتين، بحيث لا يتخطاها أيا منهم وإذا شعر بالتعب يمكن أن يأخذ قسطا من الراحة.

تعتبر هذه اللعبة مفيدة بالنسبة للأطفال الذين لديهم نشاط زائد حيث تكون مكان مناسب لتفريغ طاقتهم.

تبادل التحية ثم الانصراف

ملحق رقم 07

قائمة الأنشطة النفسحركية المطبقة في مجال التناسق الحركي

بطاقة فنية رقم 01

المجال : التناسق الحركي

النشاط : التربية النفسحركية (المشي في وضعيات متعددة)

الفئة : أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: تنمية التوافق والقوام

العدد: من 02 إلى 06 أطفال.

المكان : القاعة النفسحركية.

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل : مقعد سويدي- كتاب

الجنس : مختلط.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

- يبدأ المؤطر المشي بصفة عفوية، ويتبعه الأطفال، مع بعض الحركات على الأطراف، ثم يتوقف من دقيقة إلى دقيقتين.
- المشي على خط مستقيم: يرسم على الأرض خطا مستقيما يتبعه الطفل مشيا عاديا.
- الكعب وأصابع القدمين: المشي بخطوات عادية ومع كل خطوة يوضع كعب الرجل الأولى أمام مقدمة الرجل الثانية.
- المشي على المقعد السويدي مع وضع كتاب على الرأس أو وضع اليدين فوق الرأس، وإن تعذر الحصول على كتاب.

تبادل التحية ثم الانصراف

بطاقة فنية رقم 02

المجال : التناسق الحركي

النشاط : التربية النفسحركية (المشي إلى الخلف)

الفئة : أطفال التوحد.

الهدف الإجرائي: تعلم وإتقان عملية المشي إلى الخلف بتناسق.

العدد: من 02 إلى 06 أطفال

المكان : الساحة أو القاعة النفسحركية

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل : مقعد سويدي- كتاب

الجنس : مختلط.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

- الاصطفاف والتوجه إلى مكان النشاط مع أداء نشيد يحفظه الأطفال أو بعضهم.
- الوقوف مع فتح الذرعان عاليا، بعد ذلك ننثي الجذع نحو الأمام للأسفل.
- المشي حسب الإيقاع على دائرة كبيرة مع إعطاء الإيعاز للجلوس على المقعد السويدي.
- المشي خلفا على إيقاع تصفيقات المؤطرين.
- المشي خلفا على إيقاع ضربة قدمي المؤطر.
- المشي خلف المقعد السويدي

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 03

المجال : التناسق الحركي

النشاط : التربية النفسحركية (رمي الكرة والإمساك بها)

الفئة : أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: اكتساب التأزر البصري الحركي

العدد: من 02 إلى 06 أطفال.

المكان : الملعب، أو القاعة النفسحركية .

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة

الوسائل : كرات

الجنس : مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

- يبدأ المؤطر في المشي في المكان ويتبعه الأطفال دون الكرة، يحرك أطرافه والأطفال يقلدونه..هيا هيا في جو من الحماسة والنشيد..

يقف الطفل مفتوح الرجلين يضع المؤطر بين قدميه كرة، يطلب من الطفل النظر الى الكرة، يقوم برفع الكرة بكلتا اليدين إلى الأعلى ثم يرميها ويمسك بها ونعيد التمرين عدة مرات.

- يشكل الأطفال دائرة حول المؤطر، المؤطر يرمي الكرة للأطفال واحدا واحدا وكل واحد يرجعها إلى المؤطر ويدقق النظر حتى يرميها في يد المؤطر، المؤطر يصيح هيا، أحسنت، برافو،

- يتقابل كل طفلين مع بعضهما وتبادلان رمي الكرة نحو بعضهما، باليدين ثم الرجلين.

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 04

المجال: التناسق الحركي

النشاط : التربية النفسحركية (تمارين الذراعين والكتف).

الفئة : أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: تقويم العضلات (الذراعين والكتف)

العدد: من 01 إلى 06 أطفال.

المكان: القاعة النفسحركية

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل : طوق (الحلقة)، مرآة.

الجنس : مختلط.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

يقف المؤطر أمام الأطفال ويأخذ حلقة أو طوق يحيطه حول جسمه مع فتح الرجلين، ويبدأ في تحريكه فوق وأسفل.

يقف الطفل أمام مرآة في وضعية صحيحة يعطى له حلقة أو طوق يمسك به بكلتا اليدين، يدخله في الرأس ملامسا الكتفين وضعية الرجلين مفتوحتين، بعد إدخال الطوق داخل الرأس يرفعه إلى الأعلى مع النظر إليه ثم نرجعه إلى مستوى الكتفين مرة أخرى وهكذا تكرر التمرين حتى 5 مرات مع الإستراحة.

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 05

المجال: التناسق الحركي.

النشاط: التربية النفسحركية (تمارين الجذع الحلقية)

الفئة: أطفال التوحد

الهدف: الإجمالي: تنمية المرونة الجسمية والإحساس بأبعاد الجسم والتركيز البصري.

العدد: من 01 إلى 06 أطفال.

المكان: القاعة النفسحركية

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل: حلقة، مرآة

الجنس: مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

يقف الطفل أمام المرآة في وضعية صحيحة رجلين مغلفتين ندخل الحلقة، ونضعها على مستوى الحوض ويمسك بها الطفل بكلتا اليدين يقوم الطفل بتمرير الحلقة على جسمه إلى الأسفل، حتى يصل إلى الرجلين دون طي الركبتين، مع النظر إلى التمرين والتركيز يشكل جيد ثم يصعد الطفل بالحلقة ببطء دون طي الركبتين حتى يصل إلى مستوى الحوض، وتكرر العملية عدة مرات.

تبادل التحية ولإنصراف

بطاقة فنية رقم 06

المجال: التناسق الحركي

النشاط: التربية النفسحركية

الموضوع: المشي أماما وخلفا

الفئة: أطفال التوحد

الهدف: تصحيح المشي الأمامي والخلفي

العدد: من 1 إلى 6 أطفال

المكان: القاعة النفسحركية أو الساحة

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة.

بطاقة فنية رقم 06

المجال : التناسق الحركي

النشاط : التربية النفسحركية (تمارين الأطراف والجذع)

الفئة : أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: التنوع في حركات الأطراف منفردة، ثم مجتمعة

العدد: من 01 إلى 06 أطفال.

المكان : القاعة النفسحركية

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل : منديل

الجنس : مختلط.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

- يقف الأطفال على خط مجابه للمؤطر، ويقومون باتخاذ وضعية الرقود على الظهر من أجل رفع تارة الرجل اليمنى ثم الرجل اليسرى وتارة أخرى الرجلين معا ذلك بإشارة من المؤطر
- دائما في نفس الوضعية محاولين رفع الجذع للأعلى.
- في وضعية الانبطاح على الصدر يحاول رفع الرجل اليمنى تارة والرجل اليسرى تارة أخرى.

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 07

المجال: التناسق الحركي

النشاط: التربية النفسحركية (التوافق بين العين، اليد والقدم)

الفئة : أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: تنمية التوافق بين العين، اليد والقدم

العدد: من 03 إلى 06 أطفال.

المكان : الملعب أو القاعة النفسحركية.

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل: كرات.

الجنس : مختلط.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

- في البداية يبدأ المؤطر في طلب تقليد حركات تسخينية للمرونة كالمشي ثم الجري ثم القفز.
- تبادل تمرير الكرة بين زميلين بواسطة الرجلين.
- تبادل تمرير الكرة ولقفاها بين زميلين بواسطة اليدين
- تبادل تمرير الكرة ولقفاها من اليدين في حالة ثبات ثم بالتنقل بعده نفس التمرين في تمرير الكرة بالرجلين.
- تمرير واستقبال الكرة باليدين والرجلين بشكل حر.
- أداء أنشودة معروفة
- مشي عادي

أداء التحية ثم الانصراف

بطاقة فنية رقم 08

المجال: التناسق الحركي

النشاط : التربية النفسحركية (لعبة الكرة أو البالون)

الفئة: أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: التنسيق البصري الحركي (العين واليد)، الوعي بالأدوار(تفاعل إجتماعي)، التركيز، الوعي المكاني

العدد: من 01 إلى 06 أطفال.

المكان: القاعة النفسحركية.

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل: مقاطع من ورق الجرائد، شريط، بالونات

الجنس: مختلط.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطر

نقوم بنفخ البالون ثم يقوم المشرف برمي البالون على أحد الأطفال ويساعده على ضرب البالون ويقوم الأطفال الآخرون بتناوب البالون بين بعضهم البعض.

- يحاول الأطفال التنسيق في الحركات وتوقيت التواصل مع البالون كما يمكن متابعة تحركات الأطفال ثم تعديلها للحصول على أفضل نتيجة.

- يحاولون تعلم أن لكل شخص دورا مختلفا، فهناك من يلقي البالون وهناك من يتلقاه.

- يحدث توازنا بين الوعي المكاني للطفل وحركته للإمساك بالبالون.

بعض الأطفال لديهم صعوبة في تتبع البالون والإمساك به لأن الطفل قد يفقد الاهتمام بالبالون ويحتاج إلى الإستمتاع للألفاظ الدالة على بقاءه داخل المهمة، والأطفال الذين لديهم مشكل في التنسيق بين تواصل العين واليدين يحتاجون إلى مساعدة المؤطر على ذلك.

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 09

المجال: التناسق الحركي

النشاط: التربية النفسحركية (الكرة داخل، خارج الصندوق)

الفئة: أطفال التوحد.

الهدف: زيادة التنسيق بين العين واليدين، فهم الحروف الجر.

العدد: من 02 إلى 06 أطفال.

المكان: القاعة النفسحركية أو جناح فارغ من القسم.

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة

الوسائل : صندوق من الورق المقوى وعلى الأقلّ كرتين لكل طفل.

الجنس: مختلط.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

إعطاء كل طفل كرتين ويمكن لفة بشرائط ملونة وفتح الصندوق أمام الأطفال، أي يكون على إستعداد لإلقاء الكرات داخل الصندوق.

يقف كل طفل على المسافة المناسبة من الصندوق ويطلب منهم القاء الكرة داخل المربع كما يمكن الغناء لتحفيز الأطفال وجذب انتباههم مثال نقول القى الكرة داخل المربع .. ألقى الكرة داخل المربع .. ألقى الكرة داخل المربع ، إذا لم يصب الطفل نقول له أين الكرات هل هي داخل المربع أم بجانبه أم الكرات خلف المربع ونساعده لإلقاءها مرة أخرى.

يمكن أن تكون هناك صعوبة لدى الأطفال الذين لديهم حساسية شديدة للمؤثرات السمعية فيمكن أن يقومو بلعب هذه اللعبة بهدوء اكثر.

إلقاء التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 10

المجال : التناسق الحركي

النشاط : التربية النفسحركية (الإيقاع المشي والتوقف)

الفئة: أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: التحكم بالذات، التحكم في الحركة، تطوير الربط بين السمع والحركة.

العدد: من 01 إلى 06 أطفال.

المكان: القاعة النفسحركية.

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة

الوسائل : دريوكة أو أي آلة تحدث صوتا

الجنس: مختلط

سير النشاط

يقوم المشرف بإجراء حصة تسخينيه للأطفال داخل القاعة، لتحضيرهم للقيام بالتمرين، ثم نقوم بإستراحة قصيرة، بعد ذلك نبدأ أولاً بالحركة الأولى التي نهدف إلى إنسجامهم مع صوت الدريوكة، مثلا بحيث يطلب منهم عند سماع الضربة الأولى، والتي تهدف إلى ما عليهم القيام به، بعدما يكونوا في حالة جلوس والعكس، ثم يوضع الأطفال على ترتيب واحد وراء واحد، بمسافة للتفريق بينهم، عندما يسمعون صوت الدريوكة ينطلقون في المشي وعندما يسمعون صوتها ثانيا يتوقفون بإيقاع بطيئ ثم يبدأ في التسارع شيئا فشيئا.

وهذا كله حسب مدى انسجام الأطفال مع الأصوات (صوت للإنتلاق صوت للتوقف..) ثم نجعل لكل واحد صوتا معيناً لانطلاقه..

تبادل التحية ثم الإنصراف

ملحق رقم 08

قائمة الأنشطة النفسحركية المطبقة

في مجال التفكير الحركي

بطاقة فنية رقم 01

المجال : التفكير الحركي

النشاط : التربية النفسحركية (القطار البشري).

الفئة : أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: - التعرف على أجزاء من الجسم، تثبيت الجزء المشار إليه وموضعه الصحيح في الجسم

العدد: من 04 إلى 06 أطفال

المكان : الساحة أو القاعة النفسحركية.

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة

الوسائل : منديل

الجنس : مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطر

- يطلب من الطفل أن يلمس كتفه، حوضه ثم يقوم بتسميته، يجرى هذا التمرين جمعيا ثم يعاد فرديا.

- يعاد نفس التمرين السابق جماعيا مع أداء أنشودة أو رقصة.

- لعبة العينين معصوبتين: يشكل الأطفال حلقة، ويقف اثنان في المنتصف أحدهما يكون معصوب

العينين محاول لمس زميله في منطقة الكتف والحوض.

-تشكيل القطار المتحرك بوضع الطفل يديه على كتفي زميله، ثم تعاد الكرة بوضع اليدين حول الحوض.

أداء التحية ثم الانصراف.

بطاقة فنية رقم 02

المجال : التفكير الحركي

النشاط : التربية النفسحركية (شجرة الأطراف)

الفئة : أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: التحكم في الأطراف العلوية والسفلية مجتمعة ومنفردة

العدد: من 03 إلى 06 أطفال

المكان: القاعة النفسحركية

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة

الوسائل : بساط.

الجنس : مختلط.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطر

التصفيق بباطن الرجل: من وضعية الجلوس تطلب المشرفة من الأطفال التصفيق بباطن أرجلهم ذلك حسب العدد الذي تشير إليه المشرفة.

يطلب من الأطفال تمثيل الشجرة ذلك بفتح أرجلهم من وضعية الوقوف ورفع ذراعيهم للأعلى مع تحركها يمينا ويسارا، ويمر أحد الأطفال بين زملائه ليلمس أحدهم عندها يتبادل معه الموقع والدور.

أداء التحية ثم الانصراف

بطاقة فنية رقم 03

المجال : التقنيك الحركي

النشاط : التربية النفسحركية (حركة الاتجاهات)

الفئة : أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: ادراك الطفل للاتجاهات والتوجه في الحيز المكاني.

العدد: من 03 إلى 60 أطفال

المكان : القاعة النفسحركية

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل : بالونات كبيرة

الجنس : مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطر

- تنفيذ حركات دائرية حول الجسم على الجهة اليمنى والجهة اليسرى من وضعية الثبات.
- لف الكرة حول الحوض بتبديل وضعها بين اليدين لتحقيق رسم دائرة حول الجسم.
- مسابقة النفق: الجري بإيقاع خفيف ومحاولة المرور بين أرجل الزملاء الذين يشكلون نفقا بأرجلهم
- الوقوف على خط مستقيم، بعده محاولة الدوران حول المؤطر والانقسام إلى مجموعتين كل يمشي في اتجاه معاكس والعودة مرة أخرى للوضعية الأولى.

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 04

المجال : التفكيك الحركي.

النشاط : التربية النفسحركية (التركيز البصري بإحدى العينين)

الفئة : أطفال التوحد

الهدف: تعليم الطفل تتبع الأشياء بالتركيز على إحدى العينين ثم استعمال الأخرى

العدد: من 04 إلى 06 أطفال.

المكان : القاعة النفسحركية

المدة : من 20 على 30 دقيقة

الوسائل : أطواق - كرات - سلات

الجنس : مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطر

- تقسيم الأطفال إلى اثنين اثنين.
- يحاول الطفل رمي الكرة داخل السلة وهو مغمض إحدى العينين ثم يعيد الكرة بإغماض العين الأخرى.
- كل طفل يقف مجابها لزميله يقوم الأول بمد يده أفقيا في حين يحاول الثاني وهو مغمض إحدى العينين بتمرير الطوق داخل يد زميله ثم يعيد الكرة اعتمادا على عينه الأخرى.
- نفس التمرين بتغيير الأدوار.
- جري خفيف ثم الحجل للأمام عند سماع الإشارة.
- أداء أنشودة، ثم التحية والانصراف

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 05

المجال : التفكيك الحركي

النشاط : التربية النفسحركية (حوار الكرة والأعضاء)

الفئة : أطفال التوحد

الهدف الإجرائي : تحسين أداء الطفل وتعلم الإتقان الجسمي

العدد : من 01 إلى 06 أطفال.

المكان : القاعة النفسحركية.

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل : كرات، حلقات

الجنس : مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطر

إحضار الكرات والحلقات نبدأ:

- إدارة الكرة حول الجسم بتمريرها من يد إلى أخرى في اتجاه ثم الاتجاه الآخر
- بصعود الطفل ثم نزوله: الحلقات حول العنق، حول الكتف، حول الصدر، حول البطن، حول الفخذين ثم حول الساقين (وذلك بالكلام).
- نقل الكرة من يد إلى أخرى، تباعا تحت الساق الأيمن ثم تحت الساق الأيسر
- رمي الكرة على الأرض باليد اليمنى تحت الساق الأيسر.
- ظهر لظهر: تمرير الكرة بشكل دائرة.

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 06

المجال : التفكيك الحركي

النشاط : التربية النفسحركية (مشية القرد)

الفئة : أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: إدراك اليمين واليسار والتطابق

العدد: من 02 إلى 06 أطفال.

المكان: القاعة النفسحركية أو أرضية فيها بلاط

المدّة: من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل : دوائر ومطبوعات ورقية عليها رسم أيدي (يمنى ويسرى)

الجنس : مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

على أرضية نقوم بتوزيع الدوائر المرقمة ثم نضع فوقها مطبوعات اليد اليمنى واليسرى مع ترك مسافة بين كل دائرتين حتى يستطيع الطفل المشي بينهما، ثم نطلب من الطفل المشي، ووضع يده اليمنى فوق المطبوعة لليد اليمنى واليد اليسرى فوق المطبوعة لليد اليسرى مع التشجيع، ونعيد تكرار التمرين حتى عدة مرات كمرحلة أولى ثم ثانية وهكذا مع زيادة السرعة في المرات المتتالية.

وفي المرحلة الثانية نقوم بعكس وضعية المطبوعات فوق الدوائر ونطلب من الطفل القيام بنفس التمرين مع ترك الاختيار، والتميز في تطابق يده على يد المطبوعة وهكذا نعيد التمرين عدة مرات حتى يدرك الطفل التطابق والتميز بين اليد اليمنى واليد اليسرى.

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 07

المجال : التفكير

النشاط : التربية النفسحركية (متاهة الألوان والتعبيرات الوجهية)

الفئة : أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: تنمية حركة اليد والقدم، التعرف على الألوان، التعرف على تعبيرات الوجه

العدد: من 03 إلى 06 أطفال

المكان : القاعة النفسحركية أو ساحة بها بلاط

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل : أوراق ملونة حسب اختيار المؤطر.

الجنس : مختلط

سير العملية

تبادل التحية مع المؤطرين

وضع الأوراق الملونة على الأرض في شكل عمودي على سبيل المثال نضع ورقة حمراء ثم ورقة زرقاء، زرقاء ثم ورقة حمراء وهكذا كما يجب أن نضع مسافة 03 سم بين كل ورقة والآخرى.

ثم يقوم الأطفال بالتنقل بين الألوان، فيقفز الطفل على اللون الأحمر، ثم يقول المشرف للطفل "اقفز على الورق الأحمر فقط"، كما يمكن زيادة التحدي بإضافة ألوان أخرى مثل اللون الأخضر، البرتقالي، الأصفر..

بالنسبة لبعض الأطفال الذين لا يستطيعون القفز في الهواء يقف المؤطر بجانبهم ويشابكون الأيدي ويقفزون معا ويقول المشرف واحد - إثنان - ثلاثة - ثم يقفزون كما يمكن مساعدة الأطفال لكي يكونوا على استعداد للتحرك.

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 08

المجال : التفكير الحركي.

النشاط : التربية النفسحركية (لعبة الخيل)

الفئة : أطفال التوحد.

الهدف الإجرائي: تنمية الإنتباه السمعي والتآزر السمعي الحركي.

العدد: من 03 إلى 06 أطفال.

المكان : الساحة.

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل: صفارة، إشارة أو راية

الجنس : مختلط.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

يقف الأطفال على خط واحد بين المؤطرين ويقوم الجميع بمسك أيديهم مع بعضهم البعض.

يقف الجميع على خط واحد ويكونون مستعدين ويقول المؤطر " إبدأ " بصفارة أو مشيرا بعلامة ملونة، يبدأ الجري يتخيلون أنفسهم وكأنهم خيول تجري، ثم يقول المؤطر "قف" فيقف الجميع، ويكرر الكرة أكثر من مرة.

بالنسبة للأطفال الذين لديهم نشاط كبير يحاولون زيادة المدخلات الحسية مما يصرف الطاقة الزائدة ويحررها.

الأطفال الذين لديهم أقل استجابة للحركة يمكنهم التحرك بين اثنين من المؤطرين أو بين الأطفال الآخرين كما يمكنهم القفز لزيادة التحفيز.

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 09

المجال : التفكير الحركي

النشاط : التربية النفسحركية (الإهتزاز)

الفئة : أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: فهم الإحساس الجسدي

العدد: من 03 إلى 06 أطفال.

المكان: القاعة النفسحركية.

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل : لاشيء.

الجنس: مختلط.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

يقف الأطفال مشدودو الأجسام ثم يتحركون الى الأمام والخلف ذهاب وايابا ويرددون الكلمات الاتية: نحن نهتز .. نحن نهتز .. نهتز .. ثم نقف.

يتوقع الأطفال مزيدا من التحفيز وزيادة الحركات التي تؤدي إلى تهدئتهم.

الأطفال الذين لديهم دافعية كبيرة يفضلون اهتزاز أنفسهم مع موسيقى صاخبة يمكن زيادة التحدي من خلال جلوس الأطفال أو الركوع بدلا من الوقوف ويهتزون في كل وضعية على حدا.

تبادل التحية ثم الإنصراف

بطاقة فنية رقم 10

- المجال : التفكيك
النشاط : التربية النفسحركية (تفكيك دمية).
الفئة : أطفال التوحد.
الهدف الإجرائي: اكتساب الصورة الجسدية.
العدد: من 01 إلى 06 أطفال.
المكان : القسم أو القاعة النفسحركية
المدة : من 20 إلى 30 دقيقة
الوسائل : دمية أو صورة الجسد الكرتونية.
الجنس : مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

يقوم المؤطر بإحضار دمية ووضعها أمام الأطفال ثم يفككها أمامهم، ولكي يتم اكتساب مفهوم التصور الجسدي، نطلب من كل طفل تقليد تفكيكها أي تفكيك أجزاء الدمية ومعرفة تسمية أعضائها، محاولة إعطاء تصورات لشكل الجسم لدى الطفل لكي يساعده على التعرف عليه وهو في حالة السكون والحركة مشيرا إلى أعضاء جسمه المقابلة لأعضاء الدمية، نكرر العملية عدة مرات.

تبادل التحية والإنصراف

ملحق رقم 09

الأنشطة النفسحركية المطبقة

الخاصة بمجال الآلية

بطاقة فنية رقم 01

المجال : الآلية

النشاط :التربية النفسحركية (رواق السيقان)

الفئة : أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: فهم البداية والنهاية، تعديل وضعية الجسم بحيث يكون جزءا من المجموعة.

العدد: من 02 إلى 6 أطفال

المكان : القاعة النفسحركية

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة

الوسائل : بساط كبير.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

يقف الأطفال خلف بعضهم البعض ويجعلون أرجلهم على شكل (8).

ثم يقوم المشرف بتشجيع الأطفال على المرور من خلال أرجل ثلاثة أو أكثر ووقوف شخص اخر محاذاة

الارجل وبمجرد معرفة الأطفال باللعبة يمكن للواقفين جعل النفق أضيق وأضيق كما يمكن أن يغني

الأطفال خلال مرورهم (المرور من النفق .. المرور من هنا .. على طول الطريق وحتى النهاية)

تبادل التحية والإنصراف

بطاقة فنية رقم 02

المجال : الآلية

النشاط :التربية النفسحركية (من انا ؟)

الفئة : أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: الوعي بالآخرين بقاء الطفل في يقظة

العدد: من 02 إلى 06 أطفال

المكان : القاعة النفسحركية أو الساحة.

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة

الوسائل : كرة ، أو بالون

الجنس : مختلط

سير العملية

تبادل التحية مع المؤطرين

يجلس الأطفال في دائرة وإذا تطلب الامر يمكن أن يجلس المؤطر وبين ساقيه أحد الأطفال ويجلس بجانبه طفل اخر .

يقوم المشرف بمساعدة الأطفال في القفز صعودا ونزولا لتفريغ الطاقة الزائدة والانتظار حتى يأتي دور كل واحد منهم.

في البداية يقوم المشرف بالمناداة بالأسماء ومساعدة الأطفال في رمي الكرة في الاتجاه الصحيح،

يقوم الأطفال بدرجة الكرة الى بعضهم البعض وقبل درجة الكرة يقول الطفل اسم أو ينظر الى الطفل الذي يعطيه الكرة ويذكر اسمه.

تبادل التحية والإنصراف

بطاقة فنية رقم 03

المجال: الآلية

النشاط: التربية النفسحركية (من في الصندوق؟)

الفئة: أطفال التوحد.

الهدف الإجرائي: الوعي بالآخرين، تعلم أن للآخرين أسماء مختلفة.

العدد: من 02 إلى 06 أطفال

المكان: القسم أو القاعة النفسحركية أو الساحة

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة

الوسائل: لعبة كرتونية كبيرة مثل علب الأجهزة الكهرومنزلية.

الجنس: كلا الجنسين.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

وضع صندوق كبير في المنتصف والتفاف الأطفال حوله ، نضع أحد الأطفال داخل الصندوق بحيث يمكن إغلاق الصندوق ويقف الأطفال الآخرون حول الصندوق ويقولون "من بداخل الصندوق؟.. من بداخل الصندوق؟.. من بداخل الصندوق؟" ثم يخبط الأطفال على الصندوق ويقولون من هنا ثم يتم فتح الصندوق من أعلى ويقول الأطفال جميعهم إسم الطفل الموجود بالداخل.

بالنسبة للأطفال الذين لا يستطيعون انتظار دورهم يمكن أن نضع أكثر من طفل داخل الصندوق.

وإذا كان الطفل خائفا من الصندوق فيمكن السماح له باستكشافه قبل لعب العبة

أما إذا كان الطفل خائفا من إغلاق الصندوق فيمكن فتح الصندوق عليه مرات سريعا لطمأنته.

تبادل التحية والانصراف

بطاقة فنية رقم 04

المجال : الآلية

النشاط: التربية النفسحركية (لغة السجق أو الهوت دوج أو السوجي)

الفئة : أطفال التوحد.

الهدف الإجرائي: الوعي بالجسم، الاهتمام المشترك.

العدد: من 03 إلى 06 أطفال.

المكان : القاعة النفسحركية.

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل : قطعة قماش وسجادة.

الجنس : مختلط.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

يستلقي الطفل في أحد جوانب قطعة القماش وبمساعدة الأطفال الآخرين نقوم بلف الطفل حتى يشعر بالدفء ويمكن أن نغني اثناء لف الطفل كأن نقول لف.. لف السجق أو السوشي.. طعمه لذيذ.. ويقول الأطفال يم يم... ويمكن إحياء أننا نأكل الطفل الملفوف، وبعد أن نسأل الطفل اذا كان جاهز للخروج نقوم برفع قطعة القماش عنه.

تبادل التحية والانصراف

بطاقة فنية رقم 05

المجال: الآلية.

النشاط: تربية نفسحركية (حركة الحيوانات).

الفئة: أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: تنمية قدرة الطفل على ترجمة الأنماط البصرية إلى أنماط حركية

العدد: من 02 إلى 06 أطفال

المكان: القاعة النفسحركية

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة

الوسائل: مقعد سويدي - كتاب

الجنس: مختلط.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

تقليد حركة مشي الحيوانات المختلفة: (الحصان، الضفدع، البطة، الكنغر، زحف التمساح، قفزة الأرنب... إلخ)

يحاول الطفل أن يقلد الوضعية التي تتخذها المؤطر وذلك بمساعدة زميله الذي يطلب منه القيام ببعض الحركات حتى تصبح وضعيته تشبه وضعية المؤطر.

تبادل التحية والانصراف

بطاقة فنية رقم 06

المجال : الآلية

النشاط: التربية النفسحركية (مشية الزعيم)

الفئة: أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: تعزيز الشعور بالذات

العدد: من 01 إلى 06

المكان: القاعة النفسحركية أو ساحة بها أرضية مبلطة

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل: شريط ملون عددها خمس قطع

الجنس: مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

على أرضية نضع شريط ملون مكون من خمس قطع ملونة (أزرق، أحمر، أصفر، أخضر) نضعها بشكل مستقيم، ونطلب من الطفل المشي فوق الشريط دون الخروج عنه وذلك بفتح اليدين، ومنها على الجانبين مرفوع الرأس كزعيم يمشي بخطوات ثابتة واحدة تلو الأخرى، بوضع القدمين فوق الشريط، والبقية حوله يرددون ها هو الرئيس قد جاء أفسحوا الطريق.. أفسحوا الطريق.. هيا هيا، وهكذا نكرر التمرين عدة مرات ثم الرجوع الى الخلف، وهكذا عدة مرات ثم تغيير وضعية اليدين من حركة إلى أخرى.

تبادل التحية والانصراف

بطاقة فنية رقم 07

المجال: الآلية

النشاط: الترتيب النفسحركية (لعبة إحضار الكرة)

الفئة: أطفال التوحد.

الهدف: تنمية القدرة على التركيز والمتابعة البصرية.

العدد: من 02 إلى 06 أطفال.

المكان: من 03 إلى 06 أطفال.

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل: رايتان - كرات - ممحاة

الجنس: مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

- تقسيم الأطفال إلى مجموعات: عند إعطاء الإشارة من المؤطر بالراية الحمراء يبقى الأطفال على أهبة الاستعداد وعند الإشارة بالأخضر يتسابق الأوائل من كل مجموعة.
- بنفس التقسيم السابق يقوم الأول من كل مجموعة برمي الكرة بعيدا، عندها يذهب باقي الأعضاء ليتلقفوا الكرة والطفل الأول الذي يجدها يتراًس المجموعة
- نحافظ على نفس التقسيم ومبادئ اللعبة فقط ونقوم استبدال الكرة بالممحاة.

تبادل التحية والانصراف

بطاقة فنية رقم 08

المجال: الآلية

النشاط : التربية النفسحركية (تمثيلية لعب الأدوار)

الفئة: أطفال التوحد.

الهدف: تنمية قدرة الاتصال البصري بالأشياء ومتابعتها.

العدد: من 02 إلى 06 أطفال

المكان : القاعة النفسحركية

المدة : من 20 إلى 30 دقيقة

الوسائل : أقماع

الجنس : مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

- يبدأ المؤطر في مازحة الأطفال بحركات تمثيلية حتى يجعلهم ينجذبون إليه ويشد انتباههم.
- يعرض المؤطر حركات خاصة لشخصيات معروفة في المجتمع مثل (شرطي، صياد، فلاح، رياضي...) ويطلب من الأطفال متابعة الحركات ومحاولة التعرف على هذه الشخصيات
- يعاد نفس التمرين بتغيير الدور للطفل بدل من المؤطر، ثم يواصل لعب دورين في الحركة ثم ثلاثة... وهكذا حسب قدرة انتباه الأطفال وتفاعلهم.

تبادل التحية والانصراف

بطاقة فنية رقم 09

المجال: الآلية

النشاط: التربية النفسحركية (شكل الدائرة)

الفئة: أطفال التوحد

الهدف الإجرائي: التعرف على شكل الدائرة وكيفية تجسيدها بالأجسام.

العدد: من 04 إلى 06 أطفال

المكان: الساحة أو القاعة النفسحركية.

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة

الوسائل: أطواق

الجنس: مختلط

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

- القفز من طوق إلى آخر مردين عبارة.
- يطلب من الأطفال رسم دوائر باستعمال ذراعيهم تارة بالجهة اليمنى وتارة أخرى بالجهة اليسرى.
- نفس التمرين السابق ولكن نستعمل الذراعين في نفس الوقت مرة يمينا ومرة أخرى يسارا.
- ثم نبدأ الجري على شكل مسار دائري بدءا من الدوران حول الذات ثم الدوران مع البقية في مجموعة.

تبادل التحية والانصراف

بطاقة فنية رقم 10

المجال: الآلية

النشاط: التربية النفسحركية (الحواجز)

الفئة: أطفال التوحد

الهدف: تعلم الإتيقان الجسمي والقدرة على التحمل والمتابعة.

العدد: من 02 إلى 06 أطفال.

المكان: القاعة النفسحركية أو ساحة رياضية مجهزة.

المدة: من 20 إلى 30 دقيقة.

الوسائل: حواجز بلاستيكية، لباس رياضي للأطفال

الجنس: مختلط.

سير النشاط

تبادل التحية مع المؤطرين

نقوم بوضع حواجز بلاستيكية ويكون عددها أربعة حواجز، كل حاجز مستوى إرتفاعه أقل مرة ومرة أكثر من الذي يليه، نضعها على مسار مستقيم بالتناوب، حاجز مرتفع والذي يليه منخفض، وهكذا ثم نطلب من الطفل تخطي الحواجز بالمساعدة رويدا رويدا، مع تكرار التمرير عدة مرات كمرحلة أولى، أما المرحلة الثانية نطلب من الطفل القيام بالتمرين، مع تقليل التوجيه، بدون مساعدة رويدا رويدا، ثم في المرحلة الثالثة يكون الطفل قد أدرك نظام الحواجز المرتفعة والأقل إرتفاع، نطلب منه زيادة السرعة في تخطي الحواجز والقفز فوقها وتكرار التمرين عدة مرات ومرات في كل مرحلة.

تبادل التحية ثم الإنصراف.

ملحق رقم 10

فريق العمل المشارك في إنجاز البطاقات الفنية الخاصة بالأنشطة النفسحركية المقترحة:

الإسم	الوظيفة	مؤسسة الانتماء
01 مهدي مبارك	أخصائي نفسحركي	المركز النفسي البيداغوجي -مقران علي- المسيلة
02 جعيرن الطيب	معلم متخصص	الأقسام المدمجة مديريةية النشاط الإجتماعي/ الأغواط
03 حورية الواكل	مربية متخصصة	المركز النفسي البيداغوجي شول عطائه- الأغواط
04 بن حفاف زهرة	مربية متخصصة	المركز النفسي البيداغوجي شول عطائه- الأغواط
05 البية أسماء	معلمة متخصصة	المركز النفسي البيداغوجي شول عطائه- الأغواط
05 سفيان غباني	مربي متخصص	المركز النفسي البيداغوجي - بلعباس محمد- آقلو
06 قرميظ مخلوف سامي	أستاذ تربية بدنية	متوسطة عبيدي الطاهر حاسي الرمل الأغواط
07 خديجة دوايجية	مختصة في التأهيل الحركي	المركز النفسي البيداغوجي شول عطائه- الأغواط
08 بن بهاز نور الهدى	مربية متخصصة	المركز النفسي البيداغوجي شول عطائه- الأغواط
09 بن كراليفة خديجة	مربية متخصصة	المركز النفسي البيداغوجي شول عطائه- الأغواط

ملحق رقم 11

قائمة المحكمين للأنشطة النفسحركية المقترحة ومقياس النشاط الزائد لدى أطفال التوحد

الخبرة	مكان العمل	الوظيفة	الشهادة	الإسم واللقب	
06 سنوات	جامعة الأغواط	- أستاذ محاضر أ - مصمم برامج	دكتوراه في الإرشاد النفسي	كزوي عطالله	01
12 سنة	جامعة الجلفة	- أستاذ محاضر أ - مصمم برامج	دكتوراه علم النفس العيادي	زعتن نور الدين	02
07 سنوات	القطاع الصحي بالأغواط	- طبيبة أطفال عقلية	- دكتوراه طب تخصص طب عقلي أطفال	زراري دنيا زاد	03
07 سنوات	جامعة الأغواط	- أستاذ محاضر أ - مصمم برامج	دكتوراه علم النفس التربوي	عياط الأمين	04
21 سنة	المركز النفسي البيداغوجي 01/ المسيلة	- مؤهل حركي - مصمم برامج	- ماجستير تربية خاصة - شهادة دولة في علم النفس الحركي	مهدي مبارك	05
14 سنة	المركز النفسي البيداغوجي 01/ الأغواط	طبيبة	دكتوراه طب عام	بن موسى بخة	06
10 سنوات	المركز النفسي البيداغوجي 01/ الأغواط	مربي متخصص رئيسي	مربي متخصص	غباني سفيان	07
8 سنوات	المركز النفسي البيداغوجي 01/ الأغواط	معلم تعليم متخصص	- ماستر علم النفس المدرسي	جعيرن الطيب	08
17 سنة	متوسطة عبيدي الطاهر حاسي الرمل/ الأغواط	- أستاذ متوسط رئيسي في التربية البدنية	- ماستر في التربية البدنية	قرميظ مخلوف سامي	09

		- مصمم برامج			
07 سنوات	المركز النفسي البيداغوجي 01/ الأغواط	- أخصائية نفسانية درجة ثانية	- ماستر علم النفس العيادي	بلغشوة خديجة	10
17 سنة	المركز النفسي البيداغوجي 01/ الأغواط	-مربية متخصصة رئيسية	- مربية شباب متخصصة	الواكل حورية	11
06 سنوات	المركز النفسي البيداغوجي 02/ الأغواط	- مربي متخصص رئيسي	- ماستر علم النفس العيادي - شهادة دولة في التربية الخاصة	جلال بن حطاب	12
17 سنة	المركز النفسي البيداغوجي 01/ الأغواط	مربية م رئيسية	مربية شباب متخصصة	بن كراليفة خديجة	13
21 سنة	المركز النفسي البيداغوجي بوسعادة/ المسيلة	- مربي متخصص رئيسي في التأهيل الحركي - مصمم برامج	- شهادة دولة في علم النفس الحركي	لخضر شميني	14
10 سنوات	المركز النفسي البيداغوجي 01/ الأغواط	أخصائية تربوية	- ليسانس علم النفس التربوي	رواب صليحة	15
08 سنوات	المركز النفسي البيداغوجي 02/ الأغواط	أخصائية نفسانية عيادية	- ماستر علم النفس العيادي	غزلان سمية	16
16 سنة	المركز النفسي البيداغوجي 01/ الأغواط	مربية مشرفة قاعة التأهيل الحركي	شهادة دولة في العلاج الحركي والأوروبيك	خديجة دوايجية	17

ملحق رقم 12

البروتوكول النفسي للطفل التوحدي

1- مكان التكفل:

المركز : تاريخ الدخول

المدينة : الولاية : تاريخ الخروج

2- هوية الطفل:

معلومات مأخوذة من طرف : الأب : الأم : آخرين :

الإسم واللقب :

تاريخ الميلاد :

العنوان:

الهاتف:

المركز السابق:

1-2 معلومات حول العائلة :

- وضعية العائلة :

- إسم الأب : العمر :

- إسم الأم : العمر :

هل توجد رابطة دم بين الوالدين : نعم لا

- عدد الإخوة :

- هل توجد حالات متشابهة في العائلة : نعم لا

2-2 حالة الطفل

- شرعي نعم لا -

- طبيعي نعم لا

3- تطور الطفل ووضعيته الحالية :

1-3 مرحلة الحمل

- هل الحالة مرغوب فيها نعم لا
- الحوادث والعوارض أثناء الوضع نعم لا ماهي :
- هل اتبعت الأم علاج ما أثناء فترة الحمل؟

ماهو؟

.....

.....

.....

2-3 أثناء الوضع :

- هل تم الوضع في وقته نعم لا

- طبيعة الوضع صعب عادي

- وزن الطفل عند الولادة

3-3 أمراض الطفل:

إلتهاب السحايا الحصبة الدفتيريا الصرع ارتفاع د الحرارة

نتوء في الجمجمة فقر الدم

- حدث آخر.....

4-3 النمو النفسحركي:

- في أي عمر بدأ الطفل يبتسم؟

- في أي سن بدأ الجلوس؟

- في أي سن بدأ الوقوف؟

- في أي سن بدأ المشي لوحده؟.....

- في أي سن بدأ الأكل لوحده؟:.....

- في أي سن بدأ يلبس لوحده؟.....

3-5 الطفل خارج العائلة:

ملاحظات	التقييم
	1- المسار التكفلي أو الدراسي
	2- النتائج المتحصل عليها
	3- العلاقات مع الآخرين
	4- نشاطات أخرى

4- الفحص وبداية المشروع :

السنة التربوية :..... تاريخ بداية المشروع
نوع الإعاقة :..... الفوج
الإشراف العلاجي/.....
نمط التكفل :..... والإختبار..... قام بالفحص
تم يوم :..... في

الاختبار النفسحركي

1- الصورة الجسمية:

ملاحظات محتملة			التسمية	التعيين	التعرف	الأعضاء
على الآخرين	على المرأة	على نفسه				الرأس
						الشعر
						الحاجب
						العينان
						الأنف
						الأذن
						الشفقتان
						الفم
						الأسنان
						<u>الجذع</u>
						الرقبة
						البطن
						الصدر
						الظهر
						<u>الأطراف</u>
						<u>العليا</u>
						الذراع
						الساعد
						اليدين
						الأظافر
						الأصابع
						<u>الأطراف السفلى</u>
						الفخذ
						الساق

						القدم
						الأصابع
						الأظافر

الملاحظة:

2- الجانبية:

ملاحظات محتملة	مزدوج	يساري	يميني	التقييمات
				اليدين
				الكتابة
				التنقيط
				العين
				البصر
				الرجل
				الثبات
				الحركة
				<u>الأطراف</u>
				<u>العليا</u>
				الذراع
				الساعد
				البدن
				الأظافر
				الأصابع
				<u>الأطراف</u>
				<u>السفلى</u>
				الفخذ
				الساق
				القدم
			الأصابع	
			الأظافر	

الملاحظة:

3- إيماءات الوجه والحركة الفموية:

تمارين (التقييم)	سلبي	يحاول	ناجح نسبيا	ناجح
1				قطب الحاجبين
2				رفع أهداب عينيه
3				إبراز الأسنان
4				نفخ الخد
5				تقليص إيماءات وجهه
6				إغلاق عينه اليمنى
7				إغلاق عينه اليسرى
8				علق أو فتح الفم في الحالات التي تتطلب ذلك
9				تحريك اللسان
10				تغيير إيماءات الوجه
11				النسف
الملاحظة:				

4- مراقبة وضعية الجسم:

تمارين (التقييم)	غير مستقر	مستقر	متوسط	مستقر نسبيا	متوسط نسبيا
1					واقف ثابت مع غمض العينين
2					واقف مع مد اليدين إلى الأمام والحساب إلى غاية العشرين

الحركة الدقيقة

أ- مرونة استعمال أصابع اليد:

تمارين (التقييم)	سلبي	ضعيف	متوسط	قريب الحسن	حسن	حسن جدا
1						
مقابلة الإبهام للأصابع						
2						
يستعمل المسك بالإبهام والسبابة						
3						
يستعمل اليدين في المهمات التي تستدعي استعمالها الإثنين معا						
4						
يستطيع التزير						
5						
يستطيع صنع حلقة بالخيط						

ب - التناسق البصري اليدوي:

تمارين (التقييم)	سلبي	ضعيف	متوسط	قريب الحسن	حسن	حسن جدا
1						
إلتقاط والمسك للكرة بسهولة						
2						
رمي الكرة بسهولة من دون تركها تسقط						
3						
يقص شكل معين بإتباع الخط المرسوم						
4						
يخط سطور بسهولة على الورقة						
5						
يستطيع طي ورقة على الجانب						
6						
مسك القلم بين الأصابع						

ملاحظات:

7- التوازن الحركي:

تمارين (التقييم)	اضطراب	سهولة	غير ممكن	نجاح نسبي	نجاح
1 المشي					
2 الجري على رجلين					
3 القفز على الرجل اليمنى					
4 القفز على الرجل اليسرى					
5 القفز بضم الرجلين					
6 الجلوس بصفة مستقيمة					
الملاحظات::					

8- البناء الفضائي المكاني:

أ- الإتجاهات: (اليمين - اليسار):

تمارين (التقييم)	غير ممكن	رديء	متوسط	قريب الحسن	حسن
1 على ذاته					
2 على الأشياء					
3 تقليد على المرأة					
4 تقليد على ذات الغير					

ب- الإِتجاهات: (أمام - خلف)

حسن	قريب الحسن	متوسط	رديء	غير ممکن	تمارين (التقييم)	
					على ذاته	1
					على الأشياء	2
					تقليد على المرأة	3
					تقليد على ذات الغير	4
<u>الملاحظات:</u>						

ج- الإِتجاهات (فوق - تحت):

حسن	قريب الحسن	متوسط	رديء	غير ممکن	تمارين (التقييم)	
					على ذاته	1
					على الأشياء	2
					تقليد على المرأة	3
					تقليد على ذات الغير	4
<u>الملاحظات:</u>						

د- المفاهيم المكانية والفضائية والوضعية الحركية:

مشوش	ممکن	غير ممکن	تمارين (التقييم)	
			يتمدد	1
			يجعل من جسمه صغيرا	2
			يجعل من نفسه كبيرا	3
			مفهوم كبير	4
			مفهوم صغير	5
			مفهوم قريب	6
			مفهوم بعيد	7
<u>الملاحظات:</u>				

9- مفاهيم الزمن:

الملاحظات المسجلة	تمارين (التقييم)	
	1	معرفة أيام الأسبوع
	2	معرفة الشهور
	3	الأعوام
	4	الفصول
	5	الساعات
<u>الملاحظات:</u>		

10- الأحداث الزمنية:

ثابت	متعدد	ممکن	غير ممکن	تمارين (التقييم)	
				الصباح	1
				منتصف النهار	2
				بعد الزوال	3
				المساء	4
				الليل	5
				النهار	6
				وقت الدخول إلى المركز	7
				وقت الخروج من المركز	8
				أوقات العطل	9
				أوقات الأكل	10
				أوقات النوم	11

ملحق رقم 13

صدق وثبات أدوات الدراسة

الصدق: (صدق المقارنة الطرفية)

Statistiques de groupe					
	المجموعات	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الاختبار	العليا	8	100,50	15,748	5,568
	الدنيا	8	32,13	9,219	3,259

Test des échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances	Test t pour égalité des moyennes
--	--	----------------------------------

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
الاختبار	Hypothèse de variances égales	2,478	,138	10,598	14	,000	68,375	6,452	54,538	82,212
	Hypothèse de variances inégales			10,598	11,293	,000	68,375	6,452	54,220	82,530

الثبات: (ثبات التجزئة النصفية)

Statistiques de fiabilité			
Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,896
		Nombre d'éléments	19 ^a
	Partie 2	Valeur	,864
		Nombre d'éléments	18 ^b
	Nombre total d'éléments		37
Corrélation entre les sous-échelles			,625
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,769
	Longueur inégale		,769
Coefficient de Guttman			,745
a. Les éléments sont : 1س, 2س, 3س, 4س, 5س, 6س, 7س, 8س, 9س, 10س, 11س, 12س, 13س, 14س, 15س, 16س, 17س, 18س, 19س.			
b. Les éléments sont : 19س, 20س, 21س, 22س, 23س, 24س, 25س, 26س, 27س, 28س, 29س, 30س, 31س, 32س, 33س, 34س, 35س, 36س, 37س.			

(ثبات ألفا كرونباخ)

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,916	37