

[٨]

فاعلية برنامج قائم علي العلاج باللعب في خفض اضطراب
القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب
طيف التوحد

د. لمياء سعد ابراهيم محمد الغرابوي

مدرس علم نفس الطفل بقسم العلوم النفسية

كلية التربية للطفولة - جامعة المنصورة

فاعلية برنامج قائم علي العلاج باللعب في خفض اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد د. لمياء سعد ابراهيم محمد الغرباوي*

مستخلص البحث:

يعد اضطراب طيف التوحد اضطراب نمائي شامل يؤثر علي الطفل في الجوانب الاجتماعية، واللغوية، والسلوكية في مراحل حياته النمائية المختلفة، وهو اضطراب معقد ويكتنفه الكثير من الغموض فيما يتعلق بأعراضه ودلالاته وتشخيصه وتداخله مع الاضطرابات والإعاقات الأخرى الأمر الذي جعل البعض يطلقون عليه الإعاقه الغامضة (خولة يحي، ٢٠١٦: ٣٢).

فقد تم اعتماد اضطراب التوحد كفئة تشخيصية من قبل منظمة الصحة العالمية عام (١٩٧٧) في الدليل العالمي لتصنيف الأمراض (International Classification of Disease (ICD-9)، وفي عام (١٩٨٠) صنف اضطراب التوحد كأحد الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental Disorder وذلك من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) في طبعته الثالثة، ثم إعادة تصنيف اضطراب التوحد في عام (١٩٨١) علي أنه إعاقه صحية وذلك بناء علي التوصيات المقدمة من المنظمات والجمعيات المهتمة بالتوحد (جمال الخطيب، ومني الحديدي، ٢٠٠٩: ٧٨).

وتضمنت الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية توسعا في مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة (PDDs) بحيث أصبح يضم فئات التوحد، واضطراب ريت، واضطراب تفكك الطفولة، واضطراب اسبرجر، والتوحد غير النمطي، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (جمال الخطيب وآخرون، ٢٠٠٧: ٦٥).

* مدرس علم نفس الطفل بقسم العلوم النفسية- كلية التربية للطفولة- جامعة المنصورة.

وجاء الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM- V) والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) مُقدماً تصوراً جديداً لاضطراب طيف التوحد من حيث: المفهوم، التعريف، الفئات، ومعايير التشخيص، حيث تم وضع هذه الفئة ضمن فئة الاضطرابات النمائية العصبية Neuron- developmental Disorders، كما تم إلغاء التقسيمات الفرعية الواردة في الدليل الإحصائي الرابع والتي كانت تشير إلى خمس فئات ضمن ما يعرف بالاضطرابات النمائية الشاملة، واستبدالها بفئة واحدة وهي اضطراب طيف التوحد؛ وصنف ضمن الاضطرابات الجينية (American Psychiatric Association, 2013: 419).

وبالرغم من تزايد الاهتمام بهذا الاضطراب، وتراكم المعرفة العلمية حوله، إلا أن أسباب هذا الاضطراب لم يتم تحديدها بدقة حتي الآن، وقدم الباحثون والمختصون العديد من الفرضيات والنظريات التي تحاول تفسير أسباب حدوث التوحد ومنها: النظرية البيولوجية والعصبية، النظرية الوراثية والجينية، والنظرية البيئية (فاروق الروسان، ٢٠١٤: ٨٦).

ويظهر ذوي اضطراب طيف التوحد صعوبة خاصة في التعامل مع التغيرات من حوله، وعدم فهمهم لها مما يضعهم تحت ضغط وإجهاد أكبر، وفي ضوء التغيرات التي قد لا يفهمها ذوي اضطراب طيف التوحد، فإن التوقعات البيئية تصبح أكبر، حيث يكون مطالباً حتي مع وجود إعاقة بالتفاعل مع الآخرين وأفكارهم، وأن يكون قادراً علي فهم الإشارات الاجتماعية، وأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد غالباً ما يكونون غير قادرين علي تحقيق هذه المتطلبات نتيجة للقصور في مهارات التفاعل الاجتماعي التي تعتبر من سمات اضطراب طيف التوحد، وغالباً ما يؤدي ذلك إلي تطويرهم لمشكلات سلوكية ونوبات من الغضب والعدوان (Shaffer; Kipp, 2009: 955).

كما أن وعي ذوي اضطراب طيف التوحد بوضعه الاجتماعي واختلافه عن أقرانه يزداد في هذه المرحلة، مما يؤثر علي مجالات التواصل والتفاعل الاجتماعي لديه، وقدرته ورغبته علي الاندماج، وخاصة أن تكوين الصداقات والتفاعل الاجتماعي يعتبر من سمات هذه المرحلة، إلا أن عدم تقبل الأقران لوضعهم

الاجتماعي واختلافهم تجعلهم عرضة للرفض، الذي يؤدي إلي مخاطر تعرضهم للشعور بالقلق وتطوير أعراض الاضطرابات النفسية (Frank, 2015: 612).
فقد ازداد فهم اضطراب طيف التوحد خلال العقود الماضية، غير أن الفهم لكيفية تغير هذا الاضطراب، وكيف يظهر نفسه يعتبر قاصراً بصفة خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة (Ratto; Mesibov, 2015: 1010).

وتشير عدد من الدراسات التي قامت بنتع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من مرحلة الطفولة المبكرة إلي أن معظم ذوي اضطراب طيف التوحد يظلون متأثرين بنفس الشدة من اضطراب طيف التوحد، وعلي الرغم من أن اضطراب طيف التوحد يتم تشخيصه في مرحلة الطفولة المبكرة إلا أن جوانب العجز التي يتركها هذا الاضطراب تستمر مدي الحياة (Mazzone; Vitiello, B., 2016: 281).

وأشار "Yin, et al." إلى أن اضطراب طيف التوحد ASD واضطرابات القلق الاجتماعي Social anxiety من الحالات الشائعة في نمو المصابين باضطراب طيف التوحد، وقد تم ربط القلق Anxiety باضطراب طيف التوحد Autism spectrum disorder منذ وصف "Liu Kanner" اضطراب طيف التوحد، فقد وصف السلوك والرغبة القهرية لدي مضطربي طيف التوحد للحفاظ علي التماثل، وأنه سيشعر بالقلق إذا تم نقل الأثاث أو تغيير الروتين اليومي، وبعض يشعرون بالقلق استجابة للضوضاء أو الأصوات المرتفعة (Yin; et al., 2020: 122).

كما أشار ليفانسون "Levinson" إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ASD) يعانون العديد من السلوكيات الضارة بالنفس (SIBS) طوال حياتهم، بالإضافة إلى أوجه القصور الاجتماعية والتواصلية والسلوكيات المقيدة والمتكررة، وغالبًا ما يعاني أطفال ذوي طيف التوحد من اضطرابات نفسية كبيرة مثل القلق الناجم عن الشعور بالوحدة والعجز عن التفاعل الاجتماعي (Levinson, 2021: 160).

يتضح من العرض السابق أن ذوي اضطراب طيف التوحد من يعانون من بعض الاضطرابات النفسية المصاحبة لهم والتي منها القلق الاجتماعي Social

anxiety، ومن ثم ضرورة التدخل ومحاولة مواجهة هذه الاضطراب النفسي، ومن ثم تقدم الباحثة برنامج علاجي قائم على اللعب play therapy الحر والجماعي لخفض معدلات الاضطراب النفسي المصاحب لذوي اضطراب طيف التوحد والمتمثل في القلق الاجتماعي Social anxiety المصاحب لذوي اضطراب طيف التوحد (ASD).

مشكلة الدراسة:

تبلورت مشكلة الدراسة في إطارها العام من خلال ملاحظة الباحثة بعض ذوي اضطراب طيف التوحد (ASD) وما يصاحبهم من اضطرابات نفسية مثل القلق الاجتماعي Social anxiety، في أثناء قيامها بالإشراف علي طالبات الدراسات العليا أثناء التدريب الميداني على بعض مراكز ذوى الاحتياجات الخاصة.

ويمكن تحديد مشكلة الدراسة تتحدد في السؤال الرئيسي التالي:

- ما فاعلية برنامج قائم علي العلاج باللعب في خفض اضطراب القلق الاجتماعي لدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟

ويتفرع من السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

- هل توجد فروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للبرنامج القائم على العلاج باللعب في اضطراب القلق الاجتماعي لدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟
- هل توجد فروق بين متوسطات درجات القياس البعدي والتتبعي للبرنامج القائم على العلاج باللعب في اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟

أهداف الدراسة:

مما لا شك فيه أن ظاهرة اضطراب طيف التوحد تثير اهتمام المجتمع عامة والباحثين خاصة، كونها قد وصلت في المجتمع إلي درجة من الكثرة مما يستدعي ديمومة متابعتها ومواجهتها، ومن ثم يمكن تحديد أهداف الدراسة الحالية في النقاط الآتية:

- الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للبرنامج القائم على العلاج باللعب في اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي والتتبعي للبرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب في اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

أهمية الدراسة:

تتضح أهمية الدراسة الحالية في تأثير الاضطرابات النفسية المصاحبة لاضطراب طيف التوحد على المجتمع الذي يعيشه ذوي اضطراب طيف التوحد بالغ الخطورة. فضلا عن احتياج المجتمع المهني لبرامج علاجية تخفف من تلك الاضطرابات النفسية المصاحبة لذوي اضطراب طيف التوحد والتي تتمثل في القلق الاجتماعي Social anxiety، والتي أصبحت ظاهرة متكررة في عالم ذوي اضطراب طيف التوحد عالمياً وفي مجتمعنا المصري بوجهة الخصوص، وبناء عليه يمكن تحديد أهمية الدراسة في النقاط التالية:

أولاً: الأهمية النظرية:

- أهمية العينة البحثية المختارة التي سنتناولها الدراسة وهي فئة ذوي اضطراب طيف التوحد، هذه الفئة التي تعتبر في قمة انتشارها على المستوى العالمي والعربي، وان الرعاية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تعكس مدى ثروات الأمم والمجتمعات من الثقافة والرقي والإنسانية، فكان لزاما علينا العناية به.
- انتشار اضطراب طيف التوحد وسط المجتمعات على المستوى العالمي عامة وفي المجتمعات العربية خاصة.
- ندرة الدراسات التي تناولت متغير اضطراب القلق الاجتماعي كاضطراب مصاحب لاضطراب طيف التوحد لدى الأطفال.

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

- احتواء هذه الدراسة على برنامج علاجي قائم على العلاج باللعب لخفض معدلات اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- تقديم مقياس اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال (إعداد/ الباحثة).
- تقديم مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد/ الباحثة).

فروض الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للبرنامج القائم على العلاج باللعب في اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس البعدي والتتبعي للبرنامج القائم على العلاج باللعب في اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

مصطلحات الدراسة:

(١) مفهوم اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder:

قد تعددت مفاهيم اضطراب طيف التوحد في اللغتين العربية والإنجليزية، ففي اللغة العربية شاع مصطلح اضطراب طيف التوحد، وفي اللغة الإنجليزية يستخدم المصطلح "Autism Spectrum Disorder" ليشير إلى حالات اضطراب طيف التوحد.

فقد عرفت منظمة الصحة العالمية World Health Organization في إصدارها الحادي عشر من (ICD-11) اضطراب طيف التوحد على انه: العجز في القدرة على إقامة التفاعل والتواصل الاجتماعي المتبادل والاستمرار به، ومجموعة من أنماط السلوك المقيدة والمتكررة وغير المرنة، حيث يحدث الاضطرابات أثناء فترة النمو، في مرحلة الطفولة المبكرة، ولكن الأعراض قد لا تصبح واضحة تماماً إلا عندما يعجز الطفل عن القيام بمتطلبات محددة من السلوكيات الاجتماعية، وقد يؤدي العجز الشديدة في التواصل إلى ضعف في الشخصية، والعلاقات الأسرية

والاجتماعية والتعليمية والمهنية أو غيرها من المجالات الهامة للعمل (World Health Organization, 2017: 216).

وفي الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM-5) قدم تصوراً جديداً لاضطراب طيف التوحد إذ تم وضع هذه الفئة ضمن فئة الاضطرابات النمائية العصبية، وقد عرّف الدليل الإحصائي والتشخيصي (DSM-5) اضطراب طيف التوحد على أنه "اضطراب النمو العصبي الذي يتصف بضعف التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وبأنماط سلوكية مقيدة ومتكررة" (American Psychiatric Association, 2013: 415).

وتعرف الباحثة اضطراب طيف التوحد إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس اضطراب طيف التوحد المستخدم في الدراسة الحالية.

٢) مفهوم اضطراب القلق الاجتماعي Disorder Social Anxiety:

يعرف اضطراب القلق الاجتماعي علي انه سلسلة من المشاعر التي تتراوح من القلق إلى الخوف الشديد حول التقييمات السلبية، وتجنب المواقف الاجتماعية (Cavanaugh; B., 2016: 149).

ويُعرف اضطراب القلق الاجتماعي علي أنه مشاعر الضيق وعدم الراحة في مختلف السياقات الاجتماعية، نتيجة للخوف من الرفض والتقييمات السلبية من الآخرين (Kaepler; Earth, 2017: 371).

كما يُعرف بأنه "خوف ملحوظ ومستمر من التقييم السلبى في الأوضاع الاجتماعية أو الأداء، إذ يخشى الأطفال المتضررين من تقييمهم سلباً، أو أنهم سيتصرفون بطريقة مهينة أو محرجة (Mekuria; et al., 2017: 92).

وتعرف الباحثة اضطراب القلق الاجتماعي إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لذوي اضطراب طيف التوحد المستخدم في الدراسة الحالية.

٣) مفهوم العلاج باللعب Play Therapy:

لقد تعرض مصطلح العلاج باللعب لاستخدامات عديدة أهمها أنه أي نشاط نقوم به من أجل المتعة التي يعطيها دون اعتبارات للغاية الناتجة عنه وذلك يدخله

في دائرة اختيارية والبعد عن الإكراه أو القوي الخارجية ولقد أشار (بياجيه) إلى أن اللعب عبارة عن مجموعة الاستجابات التي تتكرر من أجل متعتها الوظيفية فقط"، وأن اللعب هو ذلك النشاط الذي ليس فيه قواعد غير تلك القواعد التي يفترضها اللاعب ذاته، كما أنه ليس له من غاية أو نتيجة متوقعة (الطيفة الكندري، ٢٠٠١: ١٠٤).

حيث يُعرف العلاج باللعب بأنه من الطرق المهمة في علاج المضطربين نفسياً، واللعب نفسه هو أي سلوك يقوم به الطفل دون غاية عملية مسبقة وهو أحد أهم الأساليب المهمة التي يعبر بها الطفل عن نفسه ويفهم بها العالم من حوله (حامد زهران، ١٩٩٧: ٣١٧).

ويعرف العلاج باللعب علي أنه الوسط الفعال ووسيلة للتعبير اللغوي، ويعطي فرصة للطفل بأن يكتسب مهارات جديدة، واكتساب صداقات وأقران جدد، ويساعد اللعب أيضاً على بناء إدارة الذات والثقة بالنفس لدى الطفل (Fazio; Ballard, 2014: 35).

كما يعرف بأنه: عملية بين شخصية يقوم المعالج المدرب فيها بشكل منظم باستخدام القدرة العلاجية للعب لمساعدة الطفل على التعامل مع المشكلات النفسية التي تواجهه، والوقاية من مشكلات مستقبلية، ويستخدم المعالج باللعب مجموعة من الأساليب والتقنيات تحدد كيفية استخدام مواد اللعب من أجل ضمان الاستخدام العلاجي المناسب لها (محمد قنديل، ورمضان بدوي، ٢٠٠٧: ٨٤).

وترى الباحثة أن اللعب هو النشاط الموجه أو غير الموجه الذي يقوم به الطفل من أجل تحقيق المتعة والمرح والتسلية ويسهم في تنمية سلوك الطفل وشخصيته في جميع جوانبها الانفعالية والتربوية والاجتماعية والنفسية، ويعرف البرنامج العلاجي القائم على اللعب إجرائياً بأنه مدخل علاجي قائم على تكتيك دقيق يمكن قياس فعاليته ويقوم به العالج على أساس مجموعة من المواقف والعمليات المختارة في جلسات البرنامج لخفض معدلات اضطراب القلق الاجتماعي المصاحب لذوي اضطراب طيف التوحد، وذلك من خلال أنشطة اللعب المختلفة والتي تتنوع بحسب الهدف في كل مرحلة من مراحل البرنامج.

حدود الدراسة:

- تتحدد الدراسة بعينة الدراسة من الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد والمصاحب لهم اضطراب القلق الاجتماعي Social anxiety من الذكور، ومن أصحاب الكفاءات المرتفعة، وتتراوح أعمارهم من (٥ - ٧) سنوات، وتضم عينة الدراسة الأساسية (ن = ٤) الذين تعرضوا لبرنامج علاجي قائم علي اللعب لخفض معدلات اضطراب القلق الاجتماعي المرتفعة.
- تتحدد الدراسة بالأدوات المستخدمة، والتي أعدتها "الباحثة" وهي: (البرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب، والمقاييس التشخيصية السيكمومترية (إعداد/ الباحثة)، وهي: (مقياس تقدير اضطراب طيف التوحد، ومقياس القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد).
- تتحدد الدراسة بالمدى الزمني الذي أجريت فيه الدراسة وهو عام ٢٠١٩.
- تتحدد الدراسة بالمنهج المستخدم وهو المنهج الشبه تجريبي.
- تتحدد الدراسة بأساليب التحليل الإحصائي المستخدمة.

الإطار النظري:

اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder:

يعد اضطراب طيف التوحد اضطراب نمائي شامل يؤثر على نمو الطفل في الجوانب الاجتماعية، واللغوية، والسلوكية في مراحل حياته النمائية المختلفة، وهو اضطراب معقد ويكتنفه الكثير من الغموض فيما يتعلق بأعراضه ودلالاته وتشخيصه وتداخله مع الاضطرابات والإعاقات الأخرى الأمر الذي جعل البعض يطلقون عليه الإعاقاة الغامضة (خولة يحيي، ٢٠١٦: ٣٢).

خصائص ذوى اضطراب طيف التوحد:

أولاً: الخصائص السلوكية:

يعتبر ذوى اضطراب طيف التوحد فئة غير متجانسة في الصفات، وقد يكون الاختلاف بين الأطفال أكثر من التشابه بينهم، كما وقد تختلف خصائص اضطراب طيف التوحد من حالة إلى أخرى حتى أنها تختلف عند الحالة ذاتها من وقت لآخر،

وهناك خصائص عامة يشترك بها الأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد وهذه الخصائص يَتميّز بها ذوي اضطراب طيف التوحد والتي تكون في العادة كمعايير في تشخيصهم (فوزية الجلامدة، ٢٠١٥: ٨٦).

فيتصرفوا أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمحدودية السلوكيات وسذاجتها والقصور الواضح في التفاعل مع المتغيرات البيئية بشكل ناضج وسليم فضلا عن انها تتعد عن التعقيد، فهؤلاء يعيشون في عالمهم الخاص. ويتسموا بانخفاض معدلات الانتباه، خاصة على ما هو مطلوب منهم، في حين انتباههم على جانب محدود لا يملون منه كالانتباه لفترات طويلة لجزء صغير من آلة كبيرة، وقد يظهر ذلك في الاهتمامات والأنشطة والحاجات كالأكل والمشرب والملبس، لذا قد يجد الآباء صعوبة في تغيير الغذاء، لأنهم اعتادوا على نوعية من الأكل لا يرغبون في تغييره (نايف الزارع، ويحيي عبيدات، ٢٠١٠: ٧٧).

كما يبدى مضطربي طيف التوحد رغبة كبيرة بالارتباط والتعلق بأشياء محددة وبشكل غير طبيعي ولفترة طويلة، فقد يحتفظ التوحدي بمفاتيح معينة ولا يتركها، او يتعلق بوسادته الصغيرة او علبة بلاستيكية أو لعبة معينة (Gleberzon; et al., 2001: 523).

وتتحدد الملامح السلوكية لمضطربي طيف التوحد فيما يلي:

الحركات النمطية:

وهي سلوكيات يظهرها ذوي اضطراب طيف التوحد بصورة متكررة وتكون هذه السلوكيات في معظم الأحيان منتظمة في تكرارها مثل: تحريك كامل الجسم حول نفسه، ررفة اليدين، تدوير الأشياء حول نفسها، أرجحه الجسم، المشي على أطراف أصابع القدمين، الأفكار المتكررة أو التساؤل المستمر (Heward, 2003: 455).

التعلق الشديد بالروتين:

فمضطرب طيف التوحد يُصر على التماثل في أي شيء يفعله والمقصود أنه يظهر تقيد والتزام بروتين محدد غير وظيفي، ويقصد بكلمة غير وظيفي أن هذا الروتين ليس له هدف محدد وهو يعبر عن فقدان المرونة، ولديهم تعلق شديد

بالروتين، فلا بد أن ينفذ كل عملية بنفس الطريقة في كل مرة وقد يثور غضبهم عند مواجهة أي تغيير (Wing, 1998: 91).

التعلق بأشياء محددة:

فقد يتعلق أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بموضوع معين أو شيء معين بحيث يكون شغله الشاغل، فمثلاً قد ينهمك تماماً بقطعة من رباط الحذاء، أو قطعة حجر صغيرة.

وقد يستمر هذا الانهماك لفترات زمنية طويلة، كما أنه قد ينشغل أو يتعلق بأجزاء الأشياء مثل: زرار من قميص، أو يرتبط بموضوع غير اعتيادي كالإصرار على حمل قطعة خيط طوال الوقت، وقد يتعلق بشيء واحد يسعى إلى حمله دوماً كقطعة قماش ويشعر بالحزن الشديد إذا أخذ هذا الشيء منه (محمود حمودة، ١٩٩١: ١١٧).

النشاط الحركي الزائد:

وقد يصاحب اضطراب طيف التوحد مشكلة النشاط الحركي الزائد الذي يعتبر مشكلة شائعة بين مضطربي طيف التوحد، ويصاحبه مشكلة عدم التركيز والانتباه، وأيضاً تظهر عليهم نوبات غضب عنيفة والسبب فيها حدوث تغيير في البيئة المحيطة وعدم الاستجابة لأي مطلب يريده (ريم الراجح، ٢٠١٢: ٧٦).

سلوك إيذاء النفس:

فكثيراً ما يقوم مضطرب طيف التوحد بإيذاء نفسه، عن طريق عض نفسه حتى يدمي مكان العض، أو يضرب رأسه بالحائط أو بعض الأثاث مما يؤدي إلى إصابته بجروح وكدمات، أو قد يتكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه (سوسن الجبلي، ٢٠١٥: ٦٤).

ثانياً: الخصائص الاجتماعية:

إن أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عادة في مراحلهم النمائية الأولى لا يقيمون علاقات اجتماعية حتى مع أقرب الناس إليهم فهم يعزلون أنفسهم حتى عند وجودهم داخل الأسرة، كما أنهم لا يتواصلون بالعين مع أقرب الناس إليهم وقد

يتجنبون حزن الأم، ويظهر الرضع المصابين باضطراب طيف التوحد اهتماماً أقل تجاه المؤثرات المجتمعية، ويبتسمون وينظرون إلى الآخرين بشكل قليل في كثير من الأحيان، وقليلًا ما يستجيبوا عند سماع أسمائهم، كما أنهم لا يعطون أي انتباه للأشخاص الموجودين حولهم، ويتسموا بغياب الدلالة الاجتماعية إذ لا تظهر عليهم التعبيرات كعلامات الفرح أو الحزن أو السرور عند اللعب مثلاً، أو حتى بشكل عام (حسن المعطي، والسيد أبو قلة، ٢٠٠٧: ١١٢).

ويختلف المصابين باضطراب طيف التوحد بشكل ملفت للنظر عن غيرهم، فعلى سبيل المثال، يقل عندهم التواصل عن طريق العين ولا ينتبهون لأخذ دورهم أثناء الكلام للتفاعل مع الآخرين. وليست لديهم القدرة على استخدام الحركات البسيطة للتعبير عن أنفسهم.

ومثال على ذلك، عدم استطاعتهم الإشارة إلى الأشياء وقليلًا ما يظهر الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد الذين تتراوح أعمارهم بين (٣-٥) سنوات القدرة على الفهم الاجتماعي والتواصل بشكل غير لفظي.

ومع ذلك فإنهم بالفعل يكونون روابط مع من يقدم لهم الرعاية الأساسية ويلبي حاجاتهم، ولكن هذا الاختلاف يخفي في حالة الأطفال الأعلى في التطور العقلي أو الأقل في حدة الإصابة باضطراب طيف التوحد (قحطان الظاهر، ٢٠٠٩: ٢١١).

ثالثاً: الخصائص المعرفية:

إن القدرات العقلية لذوي اضطراب طيف التوحد متباينة فكثير منهم يعيشون في عالمهم الداخلي الذي ينفسون عنه من خلال الرسم والفن، وقد يتميز بعضهم بقدرات غير عادية كالقدرات الحاسوبية، وقدرات فنية متميزة، فيمكن لبعضهم على سبيل المثال تذكر أرقام السيارات أو تذكر أغاني متعددة، كما يرسم البعض رسم دقيق مفصل باستخدام الذاكرة لشيء شاهده لمرّة واحدة فقط (قحطان الظاهر، ٢٠٠٩: ١١٩).

فثُعد الاضطرابات المعرفية من الملامح المميزة لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، لما يترتب عليها من قصور واضح في مجالات التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي، وغير اللفظي، والاهتمامات والنشاطات المحددة، وتفاوت هذه

الاضطرابات تبعاً لتفاوت نسب الذكاء، حيث أن (٧٧٪) من حالات اضطراب طيف التوحد لديهم إعاقة عقلية تتفاوت درجتها من بسيطة إلى شديدة، فمنهم (٢٧٪) يعانون من إعاقة عقلية شديدة.

وتدعى هذه الفئة بذوي اضطراب طيف التوحد ذوي الأداء المنخفض Low Functioning Autism بينما (٥٠٪) منهم يعانون من إعاقة عقلية بسيطة ومتوسطة، أما الفئة المتبقية ونسبتها (٢٣٪) فهم لا يعانون من إعاقة عقلية، وتدعى هذه الفئة بذوي اضطراب طيف التوحد ذوي الأداء المرتفع high Functioning Autism (Rapin, 2001: 132).

معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد:

لقد تطورت معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد وفقاً للتطور المعرفي في مجال اضطراب طيف التوحد من حيث المفهوم والأسباب والخصائص المميزة للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب.

وسوف تعرض "الباحثة" المعايير التشخيصية الجديدة الواردة في الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس (DSM- V).

المعايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد كما وردت في الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM V):

لقد تطورت معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد وفقاً للتطور المعرفي، ووفقاً لنتائج الأبحاث والدراسات التي نشرت على مدى العشرين عام الماضية.

وتعتبر المعايير الجديدة الواردة في الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM V) والتي ظهرت عام (٢٠١٣) هي الأبرز في توضيح المفهوم الجديد لهذا الاضطراب والمعايير التشخيصية له، وفيما يلي عرضاً لهذه المعايير وللأبعاد المكونة لكل معيار كما وردت في الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM V):

جدول (١)

معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد وفقاً للدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM V)

المعيار الأول: القصور المستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي ويشترط توافر الأبعاد الرئيسية الثلاثة التالية لهذا المعيار:	
الأبعاد الرئيسية للمعيار	مكونات أبعاد المعيار
قصور في التفاعل الاجتماعي الانفعالي المتبادل.	<ul style="list-style-type: none"> • النهج الاجتماعي غير العادي. • القشل في الحديث المتبادل العادي. • انخفاض في مشاركة الاهتمامات والعواطف أو المشاعر. • القشل في البدء (المبادرة) أو الاستجابة للتفاعلات الاجتماعية.
قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية المستخدمة في التواصل الاجتماعي	<ul style="list-style-type: none"> • ضعف توظيف التفاعل اللفظي وغير اللفظي. • القصور في التواصل البصري ولغة الجسد. • النقص في فهم واستخدام الإيماءات. • تصور كلي في توظيف تعابير الوجه والتواصل غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي.
القصور في تنمية العلاقات الاجتماعية والمحافظة على استمرارها وفهم معانيها	<ul style="list-style-type: none"> • الصعوبات في تعديل أنماط السلوك لتلائم المواقف الاجتماعية المختلفة. • الصعوبات في المشاركة في اللعب التخيلي وتكوين الصداقات. • غياب الاهتمام بالرفاق.
المعيار الثاني: الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والمتكررة: على أن تظهر في بعدين من الأبعاد الأربعة التالية على الأقل:	
الأبعاد الرئيسية للمعيار	مكونات البعد الرئيسي
الانزعاغ الشديد للتغيرات البسيطة.	<ul style="list-style-type: none"> • الحركات النمطية البسيطة. • صف الألعاب في صفوف أو تقليب الأشياء. • المصاداه (ترديد ما يقوله الآخرون). • استخدام العبارات ذات المعاني المتضادة والخاصة.
العمل الروتيني والطقوس النمطية للسلوكيات اللفظية وغير اللفظية	<ul style="list-style-type: none"> • الانزعاغ الشديد للتغيرات البسيطة. • صعوبات في التنقل (التحول - التغير). • أنماط تفكير جامدة، طقوس خاصة لتحية الآخرين. • الحاجة إلى القيام بالعمل بنفس الطريقة.
الاهتمامات المحدودة وغير الطبيعية من حيث الشدة والتركيز	<ul style="list-style-type: none"> • التعلق القوي أو الانشغال بأشياء غير عادية. • الاهتمامات الضيقة والمحدودة.
الاستجابة غير الطبيعية للمدخلات الحسية.	<ul style="list-style-type: none"> • عدم الاكتراث بالألم أو الحرارة. • استجابات مضادة للأصوات أو تراكيب محدودة. • الشم واللمس الزائد للأشياء. • الافتتان البصري بالأضواء والحركة.

اضطراب القلق الاجتماعي Social anxiety:

يتطور القلق الاجتماعي عادة بشكل تدريجي على مدى فترة زمنية ودون سبب واضح، إلا أن هناك احتمالاً لظهور القلق الاجتماعي بشكل مفاجئ بعد حدث معين، مثل: التعرض للإجراج أمام مجموعة في موقف اجتماعي Marks, 1975: (104).

كما أظهرت الدراسات بأن هناك ممارسات والدية متعددة تعمل على تطوير القلق الاجتماعي، منها: عزل الابن عن الأنشطة الاجتماعية، وإعطاء أهمية كبيرة لتقييمات الآخرين وأرائهم السلبية، وتجنب الأسرة للمواقف الاجتماعية وقلة اختلاطها بالآخرين، ونفس الرعاية والدفء الأسري، ورفض الابن، أو الحماية الزائدة له، ووجود مشاكل بين الوالدين، وتاريخ من الأمراض النفسية داخل الأسرة، والإساءة إلى الابن (Kearney, 2005: 67).

حيث أسفرت نتائج دراسة "Schultz Et al." عن أن معدلات انتشار المخاوف تكون (٣١%) في عينه من المصابين باضطراب طيف التوحد (Schultz; et al., 2000: 172).

كما توصلت دراسة بيليني (Bellini, 2004) على عينة من اضطراب طيف التوحد أن القلق الاجتماعي يمثل نسبة (٤٩%) من الاضطرابات الشائعة لدى العينة.

وانتهت نتائج دراسة جيوليت واخرون (Gillott; et al, 2001) إلى ارتفاع مستويات اضطرابات القلق (قلق الانفصال، والقلق الاجتماعي) لذوي اضطراب طيف التوحد، وتراوحت نسب اضطرابات القلق ما بين (٤٧% - ٨٤.١%).

ويشير الباحثون إلى أن القلق الاجتماعي يحدث في المجتمع بنسبة من (١٣% - ٣٥%) من السكان بصفة عامة.

وأظهرت أحدث الدراسات أن القلق لدى المصابين باضطراب طيف التوحد يتراوح بين (١١% - ٨٤%) (American Psychiatric Association, 2000:) (424).

النظريات المفسرة للقلق الاجتماعي:

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

يعتبر "Freud" من أوائل من تحدثوا عن القلق، ويعتبره استجابة انفعالية أو خبرة مؤلمة، ويرى فرويد في القلق إشارة إنذار لأننا حتى نتخذ أساليب وقائية ضد ما يهددها، وغالباً ما يكون مصدرها رغبات مكبوتة أو خبرات عدوانية (على دبابش، ٢٠١١: ٣٧).

ويعد "Freud" واحداً من المهتمين بدراسة ظاهرة القلق وذلك من خلال تأكيده على أن القوى الدافعة للسلوك هي قوى داخلية، وتسبب صراع داخلي بين مكونات الشخصية (الـ ID، والأنا Ego، والأنا الأعلى Super Ego) والقلق هو أسلوب دفاع الأنا لمواجهة مشكلة حقيقية (جيرالد كوري، ٢٠١٣: ٣٩).

وترى مدرسة التحليل النفسي أن المخاوف تنتج عن القلق الذي يحدث بسبب الكبت، ويتم تحويل الأفكار والدوافع المكبوتة إلى أمور رمزية، وتظهر على شكل أعراض عصابية، وتصبح هذه الأشياء والمخاوف موضوعاً للمخاوف المرضية، وهكذا تعد المخاوف المرضية مظاهر خاصة للقلق العصابي (Rachman, 1998: 18).

فيحدث القلق الاجتماعي نتيجة الخوف، والخوف من وجهة نظر التحليل النفسي عبارة عن حيلة دفاعية لا شعورية، حيث يحاول المريض الخوف عزل القلق الناشئ من فكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي الذي غالباً ما يجهله المريض على الرغم من معرفة المريض غراية خوفه؛ لأن هذا الخوف الخارجي يكمن وراءه الخوف من شيء آخر داخل المريض، ومن ثم فإن المريض لا يواجه الصراع الداخلي بنفسه، بل يحوله إلى مواقف خارجية رمزية.

بمعنى آخر فإن عملية التحويل تلعب دوراً أساسياً دينامياً في عملية الخوف المرضي حيث تزاح أو تتحول المهددات الداخلية إلى مهددات خارجية وذلك بصورة لا شعورية، فالانفعال ينقل من مصدره الأصلي إلى بديل أكثر قبولاً (محمد عبد الرحمن، ٢٠٠٠: ٢٤٩).

ثانياً: النظرية السلوكية:

ترى النظرية السلوكية أن المخاوف المرضية عبارة عن استجابات شرطية تكونت من الارتباط الشرطي، وتعتبر من النظريات المبكرة في تفسير القلق الاجتماعي. ووفق هذه النظرية، فالقلق الاجتماعي يظهر بالطريقة نفسها التي تظهر بها العديد من المخاوف المحددة، وهذا يعني أن القلق الاجتماعي يظهر نتيجة خبرة واحدة أو أكثر من الخبرات الشرطية المحرجة. فعلى سبيل المثال، إذا كان المثير الشرطي موقفاً اجتماعياً، مثل: الخوف من الحديث في الأماكن العامة، أو الخوف من الكتابة، أو الأكل أمام الآخرين؛ فسوف يتمكن هذا المثير الشرطي من استثارة الخوف، وذلك بعد اقترانه بمثيرات غير شرطية، مثل: الشعور بالحرج والارتباك والنقد في الموقف؛ فالخبرة الشرطية المؤلمة تؤدي إلى الخوف والقلق الشديدين (طه حسين، ٢٠٠٩: ٥١).

واقترح "Rachman" حدوث تعلم الخوف من شيء أو موقف معين من خلال الاشتراط الكلاسيكي، مثل: الشعور بالانزعاج، أو التعرض بشكل غير متوقع لنوبة هلع في موقف اجتماعي، وفي هذه الأحوال يقترن وجود أشخاص آخرين بمثير منفرد (Rachman, 1998: 27).

ثالثاً: النظرية المعرفية:

تقترح هذه النظرية أن القلق الاجتماعي يحدث نتيجة التقديرات السلبية للذات، والتفسيرات الخاطئة للأحداث، والتفكير المشوه، والتوقعات غير الواقعية، والمعتقدات غير المنطقية، والحوار الداخلي للأفكار تلعب دوراً مهماً في إحداث الاضطرابات النفسية بصفة عامة والقلق الاجتماعي بصفة خاصة (أحمد عمر، ١٩٩٣: ٥٠).

وتؤكد على الدور المهم الذي تلعبه العمليات المعرفية في ظهور القلق الاجتماعي واستمراره، فالأفكار السلبية والتحريفات المعرفية والاعتقادات اللاعقلانية وأحداث الذات السلبية لها دورها في إحداث الاضطرابات النفسية عامة والقلق الاجتماعي خاصة. لا شك أن الطريقة التي يفكر بها الطفل تجاه المواقف

الاجتماعية تكون مسؤولة عن إحداث الاضطرابات الانفعالية لديه، فالمواقف المجردة لا تثير القلق، ولكن الأفكار والآراء التي يكونها الطفل عن تلك المواقف هي السبب في ظهوره. وتتكون لدى الأشخاص ذوي القلق الاجتماعي أنماط سلبية من التفكير المتعلق بتقييم الآخرين لهم بطريقة سلبية أو الخوف من ظهور أعراض القلق أو الظهور بمظهر العجز والضعف (طه حسين، ٢٠٠٩: ٥٣).

وقد طور "Beck, Emery" نظرية معرفية لتفسير منشأ اضطراب القلق الاجتماعي، ويعتبر مفهوم المخطط المحوري الذي يمثل العمود الفقري لهذه النظرية. والمخطط هو الذي يصنف المعلومات الواردة للشخص ويرتبتها ويفسرها.

ووفق هذه النظرية، فإن الأشخاص القلقين سريعو التأثر، وبالتالي فهم عرضة للإصابة بهذا الاضطراب، فهم يرون العالم على أنه مكان خطر ومهدد، وبالتالي يظلون شديد التأثر لمواجهة أي تهديد محتمل. ونتيجة لذلك، يساء تفسير الأمور السلبية أو المحايدة، ويتم تجاهل أو إهمال الأمور الإيجابية أو الأمانة. كما يقلل الشخص من تقدير ذكريات النجاحات السابقة أو يتجاهلها، لذلك فإن المخططات تنعكس على شكل أخطاء في التفكير (ديفيد بارلو، ٢٠٠٢: ٥٥).

رابعاً: نظرية التعلق:

في العقود الأخيرة أصبحت نظرية التعلق ل "Bowlby" إحدى نظريات التطور الهامة، وعرف "Bowlby" التعلق على أنه علاقة عاطفية ثابتة ومتواصلة بين الابن والأم أو مقدم الرعاية. وتشير النظرية إلى ثلاثة ادعاءات محورية تتحدد في الآتي:

- الادعاء الأول: يؤكد على الحاجة الإنسانية إلى بناء علاقات ودية وثيقة، فالطفل يولد مزوداً بمجموعة من السلوكيات الهادفة إلى التقارب مع مقدم الرعاية الأساسية، وتشير إلى حاجة الطفل إلى الاتصال به، ويزداد هذا السلوك عند شعور الطفل بالتهديد والخطر أو حالات الضغط، أو عند حاجته لإشباع احتياجاته الجسدية والعاطفية، ويعتبر التعلق أحد هذه السلوكيات (Van, 2005: 85).

- ويرى "Bowlby" إن أهم وظائف مقدم الرعاية منح وتوفير الأمن والحماية للطفل التي تعمل على تهدئته وضبط مستوى القلق لديه، وأطلق عليها اسم القاعدة الأمنة Secue Base، مما يساعد الطفل على تطوير استقلالية دون الشعور بالتهديد أو خطر فقدان هذه العلاقة مع الأم أو مقدم الرعاية. وفي كل مرة يشعر فيها الطفل بالتهديد يمكنه أن يعود إلى القاعدة الأمنة حتى يزول التوتر (Leonhardt; et, al., 2007: 77).
- الادعاء الثاني: فهو يؤكد على ضرورة التواجد المتواصل لمقدم الرعاية، وعلى مدى حساسيته للإشارات الصادرة عن الطفل، والاستجابة إلى تلك الإشارات بطريقة مناسبة من خلال التفاعل بإيجابية نحو احتياجاته. ويرى "Bowlby" أن تفاعل الطفل مع شخصية إيجابية وداعمة وحساسة عند الحاجة تعمل على أحداث شعوراً بالأمان لدى الطفل، مما يسهم في تطوير رؤية إيجابية للذات وللآخرين، وإن لحساسية الوالدين، والتوفر العاطفي Emotional Availability علاقة إيجابية مع التعلق الآمن، وافترض أن الحساسية الوالدية أحد العوامل التي تساهم في شعور الطفل بالأمان في علاقته مع أمه (Bowlby, 1988: 24).
- الادعاء الثالث: فيفترض أن الطريقة التي يدرك فيها الطفل ردود أفعال الأم أو مقدم الرعاية كمنهج داخلية عاملة Internal working models تتضمن جوانب عقلية، وعاطفية، ودفاعية، ووصفية وتعمل بشكل لا واعي، ويبنى الطفل من خلال توقعاته عن قيمته وقيمة الآخر مفهوماً للذات يعكس الطريقة التي يدرك من خلالها ذاته في كافة المجالات، وكما يعمل على تطوير مجموعة من الأفكار، والمعتقدات، والأحاسيس، إضافة إلى التوقعات والتصورات حول مقدمي الرعاية له في المستقبل (محمد عيد، ٢٠٠٢: ٥٥).

أعراض القلق الاجتماعي:

الأعراض الفسيولوجية:

تظهر بعض الأعراض الجسمية عند مواجهة القلق الاجتماعي، وتتضمن: احمرار الوجه، وارتعاش اليدين، والغثيان، وتصبب العرق، وسرعة ضربات القلب،

وضيق النفس، ويهتم أطفال ذوي القلق الاجتماعي بالأعراض الجسمية خصوصاً حيث يعتقدون أن الآخرين يلاحظون هذه الأعراض الجسمية، ويفسروها كعلامات على فشلهم في تحقيق المعايير أو المستويات المرغوب بها من الأداء الاجتماعي. ورغم أن هذه الأعراض قد تظهر لدى بعض الأطفال العاديين عند مواجهة المواقف الاجتماعية، غير أن الفرق يكون في شدة درجة ظهورها، حيث تكون أكثر شدة لدى ذوي القلق الاجتماعي (طه حسين، ٢٠٠٩: ٣٩).

الأعراض السلوكية:

تتميز السلوكيات التي يستخدمها ذوو القلق الاجتماعي مثل الهدوء وقلة الحديث، والهروب من المواقف الصعبة وتجنبها. وتعتبر السلوكيات الآمنة إحدى المكونات السلوكية للقلق الاجتماعي، وهي أساليب متنوعة ومرتبطة بالتقييم السلبي تهدف إلى تفادي حدوث نتائج سلبية، مثل: تقليل التواصل البصري أثناء الموقف الاجتماعي، إمساك الأشياء بإحكام حتى لا يظهر ارتجاف اليدين، ارتداء ملابس خفيفة حتى لا يحدث التعرق (Davey, 1999: 14).

ويعتقد الشخص القلق بأن التجنب سيفل من الفشل في الأداء، إلا أن السلوك التجنبي له نتائج خطيرة مع مرور الوقت، حيث يعيق بناء العلاقات مع الآخرين والحفاظ عليها، كما أن تجنب التفاعلات الاجتماعية يحمل تأثيرات سلبية في نمو المهارات الاجتماعية أيضاً، وخصوصاً أن السلوك الاجتماعي يكتسب من خلال الملاحظة والنموذج، وبالتالي فإن الأشخاص القلقين يضيعون كثيراً من الفرص على أنفسهم في تعلم المهارات الضرورية للعلاقات الاجتماعية وممارستها (Lemperiere; et al., 2000: 58).

الأعراض المعرفية:

تشير إلى الاعتقادات والأفكار السلبية والافتراضات والتوقعات غير المنطقية لدى الطفل، ويلعب هذا الأمر دوراً مهماً في استمرار القلق الاجتماعي. وتتمثل هذه الأعراض في الحديث السلبي مع الذات، ووجود أفكار خاطئة، والتقييم السلبي المبالغ فيه للأداء الاجتماعي الذي يجب أن يقوم به الطفل، والانتباه الانتقائي للمعلومات السلبية عن النفس وعن الأداء، وتوقع الحصول على تغذية راجعة سلبية من

الآخرين، وتوقع التعرض لأخطار ومواقف وأحداث يصعب التحكم بها والسيطرة عليها، وعندما يتم تنشيط قابلية التعرض للخطر تعالج المعلومات بصورة سلبية، ويكون الشخص أكثر تأثراً بالأحداث الماضية التي تؤكد فشله في المواقف الاجتماعية (ديفيد بارلو، ٢٠٠٢: ٦٣).

وتشير الدراسات إلى أن ذوي القلق الاجتماعي يميلون إلى التقليل من مستوى مهاراتهم الاجتماعية، وتفسير الأحداث الاجتماعية بشكل سلبي، وإدراك أعراض القلق على أنها واضحة بشكل كبير، والتركيز على أخطاء الأداء الحقيقية أو المدركة في المواقف الاجتماعية (Kearney, 2005: 74)، وأنهم يميلون إلى رؤية أنفسهم من منظور خارجي وكأنهم ينظرون لها من الخارج كشخص مراقب (Antonym; Swinson, 2000: 134).

تشخيص القلق الاجتماعي:

- يُشخص القلق الاجتماعي في الدليل التشخيصي الخامس للاضطراب النفسية (DSM-5) ضمن اضطرابات القلق وتضمن التشخيص الأعراض والمحاكات التالية:
- خوف ملحوظ أو قلق حول واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية والتي يحتمل أن يتعرض الطفل فيها للتدقيق من قبل الآخرين. الأمثلة تتضمن التفاعلات الاجتماعية (كإجراء محادثة مثلاً، مقابلة أناس غير مألوفين) أو أن يكون مراقباً (مثلاً الأكل أو الشرب)، أو الأداء أمام الآخرين (كإلقاء كلمة مثلاً).
 - خوف الطفل من أنه سوف يتصرف بطريقة محرجة والتي سيتم تقييمها من قبل الآخرين.
 - يثير التعرض للموقف الاجتماعي القلق أو الخوف بشكل دائم تقريباً.
 - وقد يعبر عن القلق لدى الأطفال بالبكاء أو ثورات الغضب أو التجمد أو الانكماش أو الانسحاب أو فشل التكلم في المواقف الاجتماعية.
 - يجري تجنب المواقف الاجتماعية وبخلاف ذلك قد يتحملها الشخص مع قلق أو خوف شديد.
 - الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي، وللسياق الثقافي والاجتماعي.

- يكون القلق الاجتماعي، والتجنب، مستمرين ويدون بشكل نموذجي لستة أشهر أو أكثر.
- يسبب القلق الاجتماعي إحباطاً سريرياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- لا تعري هذه الحالة للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً إساءة استخدام عقار، أو دواء) أو لحالة طبية أخرى.
- لا تفسر حالة القلق الاجتماعي بشكل أفضل بأعراض مرض عقلي آخر، كاضطراب الهلع، أو اضطراب تشوه شكل الجسم، أو اضطراب طيف التوحد.
- إذا تواجدت حالة طبية أخرى (كداء باركنسون، أو السمنة، أو التشوه من الحروق) فمن الواضح أن القلق الاجتماعي لا علاقة له بالمرض أو يكون مفرطاً (368:American Psychiatrist Association, 2013).

العلاج باللعب play therapy:

العلاج باللعب من الطرق الهامة في دراسة وتشخيص وعلاج مشكلات ذوي اضطراب طيف التوحد، بوصفه أحد أهم مناهج العلاج النفسي لهم بسبب عدم نموهم اللغوي والانفعالي المناسب بالقدر الذي يمكنهم من استبصار مشكلاتهم على النحو الذي يتحقق لأقرانهم العاديين، فاللعب يعد أداة علاجية نفسية هامة لذوي اضطراب طيف التوحد الذين يعانون من اضطرابات نفسيه وسلوكية (Crockett, 2004: 66).

كما يساعد العلاج باللعب على فهم النفس وفهم العالم من حول الشخص وإقامة علاقات اجتماعية فعالة مع غيره سواء من الرفاق أو الأخوة أو الوالدين، والعلاج باللعب يعد فرصة آمنة غير مهددة، وفي اللعبة يعبر الطفل عن مشكلاته وصراعاته ومن خلالها يخرج مشاعره المتراكمة من ضغوط الاحباطات وعدم الأمان والمخاوف إلى السطح مما يساعده على النمو العقلي والنفسي والاجتماعي حيث أن اللعب بمثابة وسيله ينمو بها الطفل ويرتقي بواسطتها (محمود خطاب، وأحمد حمزة، ٢٠٠٨: ٣١).

النظريات المفسرة للعلاج باللعب:

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

تعود هذه النظرية لصاحبها "Sigmund Freud" الذي استخدمها كوسيلة لعلاج المرض العقلي والاضطرابات النفسية الموجودة عند بعض الناس، وقد تطورت هذه النظرية في أواخر القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، وكان يفترض "Freud" أن الأفكار والمشاعر التي تطرأ عندما يتحدث الطفل ويعبر عما في نفسه هي ظهور لمشاعره، وانفعالاته المكبوتة داخله؛ فمن خلال نظرية التحليل النفسي أكد "Freud" على ضرورة استخدام اللعب كوسيلة لتحليل نفسية الأطفال التي من الصعوبة تحليلها عن طريق (التداعي الحر) وقام بتفسير ظاهرة اللعب الإيهامي المرتبط بالخيال بأنه وسيلة لإسقاط الرغبات المكبوتة وإعادة لتمثيل الأحداث التي مر بها الطفل، وعرف اللعب الإيهامي بأنه مجموعة من الحركات والأفعال التي يقوم الطفل متخيلاً واقعة الاجتماعية المستقبلية (نبيل عبد الهادي، ٢٠٠٤: ٤٦).

وتعتبر نظرية التحليل النفسي للعب نشاطاً ميسراً للتنفيس عن الطاقة المكبوتة، وهو يساعد الأطفال في التعبير والسيطرة على المواقف الصعبة. فقد أشار "Freud" إلى أن اللعب هو الوسيلة التي يستطيع الطفل أن يحقق بها إنجازاته الأولى الثقافية والنفسية العظيمة، فاللعب هو لغة الطفل في التعبير ووسيلة أيضاً في الاتصال بالآخرين (احمد الغرير، وأديب النوايسة، ٢٠١٠: ١٢١).

كما تؤكد نظرية التحليل النفسي الخاصة باللعب جانب العلاقة المتبادلة بين لعب الأطفال ونمو وتطور الجانب العاطفي والانفعالي، وترى هذه النظرية أن اللعب له أهمية كبيرة بوصفه محاولة جادة منه لإشباع وإرضاء الدوافع والحوافز وتحقيق الرغبات، وكذلك السيطرة على تنظيم الأحداث المضطربة التي تهدد شخصية الطفل. فالطفل الذي يوجه ضربته إلى دمية قد تعكس لنا هذه الصور محاولة هذا الطفل للتغلب على تجربة معينة تهدده بشكل مباشر (ندى نصيف، وسحر حيدر، ٢٠٠٨: ٣٧).

ويؤكد فرويد "Freud" أن اللعب ما هو إلا تعبير رمزي غالباً ما يعبر عن رغبات محبطة أو مخاوف ملازمة أو متاعب لا شعورية مكبوتة، فهو تعبير من شأنه خفض مستوى التوتر والقلق لدى الطفل، ويقول إن اللعب يؤدي دوراً وظيفياً مهماً في الحياة النفسية للطفل وبعينه على التخفيف معاً على ما يعانيه من توترات نفسية وصراعات داخلية وقلق متلازم، وهكذا يجد (فرويد) أن اللعب أسلوب طبيعي في الشفاء الذاتي وبخاصة السنوات الأولى من حياة الطفل لذا اتخذ لعب الأطفال وسيلة تشخيصه لمعاناة الطفل النفسية (أحمد أبو اسعد، ٢٠١٢: ٣٧٥).

ثانياً: النظرية المعرفية:

ركز "Jean Piaget" في تفسيره للعب على النمو المعرفي منذ الطفولة وحتى المراهقة والرشد، حيث قام بالملاحظة الدقيقة لما يقوم به الطفل من سلوك دون تدخل مباشر حيث إن وجهه نظرة هنا قائمة على التكيف (التكيف مع الحياة)، فإذا تكيف الطفل فهو يؤكد بذلك حالة التوازن مع نفسه والبيئة.

ثم يقسم التكيف على أساس أنه عمليتان متكاملتان وهما المواءمة والتمثيل، والتمثيل هو نزعة الطفل أن يغير من صورة الشيء لتتناسب مع ما يعرفه، أما المواءمة فهو نزعة الطفل أن يغير من استجاباته لتلائم البيئة المحيطة به (فتحية يسر، ٢٠١٤: ٢٨).

فنظرية "Jean Piaget" في اللعب ترتبط ارتباطاً وثيقاً بتفسيره لنمو الذكاء، ويعتقد أن وجود عملية التمثيل والمواءمة ضروريتان لنمو كائن عضوي. وتصف نظريته ان اللعب وظيفة بيولوجية واضحة بوصفها تكراراً نشاطاً وتدريجياً يتمثل المواقف والخبرات الجديدة به تمثلاً عقلياً، وتقوم نظرية "Piaget" على عمليتين رئيسيتين هما التمثيل والمواءمة accommodation، وتشير عملية التمثيل عند "Piaget" إلى النشاط الذي يقوم به الطفل لتحويل ما يتلقاه من أشياء أو معلومات إلى أبنية خاصة به، وتشكل جزء من ذاته، أما عملية المواءمة فهي النشاط الذي يقوم به الطفل ليتكيف أو يتوافق مع العالم الخارجي الذي يحبط به لتسيير عملية التمثيل، وينظر إلى اللعب على أنه تعبير عن نمو الطفل وأحد متطلباته الأساسية، فكل نوع من أنواع اللعب يرتبط ارتباطاً وثيقاً بمرحلة معينة من مراحل النمو

المختلفة. ومن أهم الألعاب التي وضعها "Piaget": اللعب الرمزي، واللعب المنظم (سوزانا ميلر، ١٩٩٠: ١٣).

ثالثاً: النظرية الاجتماعية:

علماء هذه النظرية "Edward, Mukrenko" وتتلخص في أن أهمية اللعب تكمن في حاجة المراهقين إلى إشباع رغباته وميوله الاجتماعية ونشاط الطفل يتناسب مع عمره الزمني وخصائص كل مرحلة، ومع تطور السن يصبح الطفل أكثر اجتماعية في اتجاهاته، نظراً لأن البيئة الاجتماعية هي المنطقة الأكبر لدوافع الطفل، وإن حاجات الشخص تعتمد في إشباعها إلى حد كبير على المثيرات الاجتماعية (نبراس مراد، ٢٠٠٤: ٣٢).

خصائص اللعب لذوي اضطراب طيف التوحد:

إن لعب طفل ذوي اضطراب طيف التوحد يكون شكل طقوسي وبأشياء عديدة لساعات، أو يظهر اهتمام مفرط بأشياء محددة (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٠: ١٠٤).

فطفل ذوي اضطراب طيف التوحد يبدو كأنه يعيش في عالمه الخاص إذا أحدث ضوضاء ويكون تخاطبياً، يفقد الاهتمام باللعب سريعاً، إذا رسم تكون رسوماته غير مرتبطة، وإذا اندمج في اللعب يكون لعبه تكرارياً، ويعاني من ضعف الانتباه (هشام الخولي، ٢٠٠٧: ٤١٤).

بينما ترى أمال فوزي (٢٠٠٧: ٢٥) أن طفل ذوي اضطراب طيف التوحد يظهر عليه نقص واضح في القدرة على اللعب الخيالي مثل اللعب بالأدوات، وغياب لعب ادوار الكبار واللعب الجماعي ويكون اللعب بصورة آلية متكررة، ويفضل اللعب الفردي وإذا اشترك في اللعب الجماعي يتعامل مع الأطفال بدون مشاعر متبادلة. ويشير "Huebner" إلى أن تفاعلات اللعب بين المصابين بالتوحد وزملائه من العاديين تزداد عندما يعكس اللعب الأنشطة التي تثير اهتمام أطفال اضطراب طيف التوحد، واختيار المواد والمهام بناء على هذه الاهتمامات، وتعزيز الخصائص الحسية في الألعاب مثل الألوان المفضلة والملمس والخصائص المرئية، حيث يمكن

استخدام اللعب لزيادة الدافعية والتفاعل وذلك لتسهيل الهدف المقام من أجله اللعب (Huebner, 2001: 339).

أطفال اضطراب طيف التوحد يحتاج أثناء اللعب إلى أن يتبع الآخرين قواعده حتى يستطيع التعامل معهم، وإذا توقف الزملاء عن ذلك فإنه يعبر عن غضبه بسبب الآخرين ولا يريد أن يلعب معهم، ويظهر دافع قليل للتفاوض معهم (Ozonoff; et al., 2002: 186).

بينما يرى "Nelson" أنه غالباً ما يواجه طفل ذوي اضطراب طيف التوحد صعوبة في إظهار الرغبة في اللعب أو الانضمام إلى الأنشطة، وقد يفشل في الاستجابة لدعوات الآخرين للعب ونتيجة ذلك فإنه غالباً ما يكون خارج جماعة اللعب (Nelson, 2007, 166).

وظف ذوي اضطراب طيف التوحد يتصف بأنه لا يلعب بالطريقة التقليدية، فإما أن يضع الأشياء في صف واحد بشكل روتيني ومتكرر، أو يقوم بتدمير الألعاب وتكسيورها أو يمضغها أو يلوح بها، لأن تفكيره غير مرن وغير منطقي واستجابته بطيئة في اللعب، ويميل إلى اللعب بأجزاء اللعبة وليس باللعبة ككل، كما أن لديه صعوبة في اللعب التبادلي مع الآخرين وتقليدهم (ندى ناصف، وسمر حيدر، ٢٠٠٨: ٩).

ويوجد للعب عدة خصائص عامة منها: أنه يتم اختيار اللعب بإرادة الطفل نفسه ويدار بواسطته، ويكون ممتعاً، ومرناً، ومحفزاً، ولا نهاية له، ويؤدي بشكل فردي أو جماعي (Ministry of Education of Saskatchewan, 2013: 24).

أهمية اللعب لذوي اضطراب طيف التوحد:

يعد اللعب جزء مهماً من حياة أطفال اضطراب طيف التوحد، حيث يساعد على النمو الإدراكي، والاجتماعي، والحسي لأطفال اضطراب طيف التوحد، فاللعب ليس فقط نشاط ممتع وتلقائي، ولكنه يسهم في النمو النفسي باعتبار الدافع إلى اللعب دافعاً فطرياً (Singer, 2006: 57).

فاللعب له أهمية كبيرة مع ذوي اضطراب طيف التوحد لأن ذلك يعزز جميع جوانب النمو على النحو التالي:

- يساعد اللعب على فهم سلوكهم وتغييره عند الضرورة، حيث يحقق التواصل.
- يساعد اللعب التحول من اللعب النمطي إلى اللعب التلقائي.
- يحفز اللعب في التفاعل في مواقف الحياة اليومية، وبذلك يمكنه من تعميم المهارات الجديدة التي يتعلمها من اللعب.
- على الرغم من أن مهارات اللعب لطفل ذوي اضطراب طيف التوحد غالباً تكون محدودة وناقصة إلا أنها تتطور بمرور الوقت وتصبح ذات قيمة.
- يعد اللعب منفذ لخفض القلق، ونافذة للتعبير عن المشاعر والسلوكيات غير المناسبة لأطفال اضطراب طيف التوحد.
- كثيراً ما يؤدي اللعب إلى تنمية المهارات البدنية والاجتماعية ويعزز من تقدير التوحد لذاته.
- يعد اللعب بمثابة إستراتيجية مناسبة لدمج الأنشطة البيئية والعقلية (هشام الخولي، ٢٠٠٨: ٨٨).
- وان اللعب بالبازل له تأثير ايجابي على كل من الأطفال العاديين وأطفال اضطراب طيف التوحد، وأظهر كل منهم مستوى جيد من المشاركة في هذا النوع من اللعب، وزيادة الوقت المنقضي في هذه اللعبة يؤدي إلى زيادة التفاعل الاجتماعي بينهم (Battocchi; et al. 2008: 127).
- ومن خلال اللعب يكتسب طفل ذوي اضطراب طيف التوحد القدرة على الاستمرار والمثابرة، كما يتعلم طرق للتفكير والتعبير. ومن أجل تحقيق فوائد اللعب لابد من وضع برامج متعددة تستخدم فيها أنشطة مقننة ومنظمة تراعي القدرات الخاصة وتعالج مشكلاتهم من خلال عدد من الأساليب والفنيات مثل: اللعب الاجتماعي الدرامي، والأنشطة المصورة، اللعب المشترك بين أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأقرانهم العاديين، لعب الأدوار، والنمذجة، ومن خلال تلك الأنشطة يمكن أن تتحقق عدة فوائد لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد منها ما يلي:
- فهم سلوكه والعمل على تعديله وتحسينه.
- التحول من اللعب النمطي إلى اللعب التلقائي.
- مساعدته على تعميم ما تعلمه من مهارات اللعب في مواقف الحياة اليومية.

- تطور مهارات اللعب والارتقاء بها لتصبح ذات قيمة ومناسبة للمرحلة العمرية التي يمر بها.
- مساعدته في الاعتماد على الذات في المهارات البسيطة.
- التدريب على طلب المساعدة من الكبار عند الحاجة لذلك.
- تعلم المبادأة في النشاط وبدء السلوك.
- التدريب على فهم الإشارات والتلميحات واستخدامها في التواصل غير اللفظي.
- تحسين المهارات الإدراكية واللغوية لديه.
- (Smith, 2010: 81).

العلاج باللعب في مواجهة القلق الاجتماعي لذوي اضطراب طيف التوحد: أشار كل من "Reese, Kaycee" في دراسة تأثير الانعكاس على المشاركة الاجتماعية باللعب للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على أن سلوكيات المشاركة الاجتماعية الإيجابية لذوي اضطراب طيف التوحد ارتفعت معدلاتها، بينما انخفضت السلوكيات غير اللائقة. مع انخفاض ملحوظ في معدلات القلق الاجتماعي. وذهبت كل من "Reese, Kaycee" إلى مجموعة التوصيات والبحوث المقترحة متمثلة في أن تدرس الأبحاث المستقبلية استخدام هذا التدخل من خلال تدريب الآباء والأطباء وغيرهم من المهنيين على استخدام تقنيات الانعكاس بالعلاج باللعب لإشراك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. ويجب أن يوسع البحث المستقبلي أيضاً نتائج الدراسة الحالية إلى عينة أكبر (Reese; Kaycee, 2017: 84).

كما ذهب "Shaibi" في دراسته عن تنمية المهارات الاجتماعية وخفض معدلات القلق الاجتماعي لدى عينة من أطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد مشيراً إلى فعالية العلاج باللعب في تطوير المهارات الاجتماعية وخفض معدلات القلق الاجتماعي. وتميزت البرنامج بأنواع مختلفة من المهارات التي تم تطويرها. ويمكن تطبيق أهمية هذه النتائج على الخدمات الحالية والمستقبلية التي تهدف إلى تقليل تأخيرات المهارات الاجتماعية، والقلق الاجتماعي لدى حالات الإصابة بذوي اضطراب طيف التوحد (Shaibi, 2017: 68).

إجراءات الدراسة:

أولاً: منهج الدراسة:

اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على المنهج شبه التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة، لمجموعة تجريبية واحدة دون الحاجة إلى مجموعة ضابطة، حيث القياس القبلي والبعدي لأطفال العينة البحثية، ومن ثم القياس التتبعي للتأكد من استمرار فعالية البرنامج العلاجي.

وتتضمن الدراسة الحالية المتغيرات التالية:

- المتغير المستقل: "Independent variable" هو البرنامج القائم على العلاج باللعب.
- المتغير التابع: "Dependent variable" هو اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

حيث يتم اختبار المجموعة باختبار قبلي، ثم تخضع للمتغير المستقل (البرنامج العلاجي)، وبعد نهاية فترة التجربة يتم الاختبار البعدي وهذا لقياس الأثر الذي أحدثه المتغير المستقل، ومن ثم تأتي فترة الرعاية الأسرية اللاحقة للقياس البعدي، ومن ثم يأتي القياس التتبعي، للتأكد من استمرارية فعالية البرنامج.

جدول (٢)

التصميم شبه التجريبي للدراسة

م	التصميم شبه التجريبي للدراسة	المجموعة
١	قياس قبلي	√
٢	البرنامج العلاجي	√
٣	قياس بعدي	√
٤	قياس تتبعي	√

عينة الدراسة:

عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (١٢) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من الذكور والذي تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد بمركز رعاية

الطفولة لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بالدقهلية، وتراوحت أعمارهم من (٥-٧) سنوات، وذلك للتأكد من الخصائص السيكومترية والمتمثلة في صدق وثبات أدوات الدراسة الحالية التي قامت بإعدادها "الباحثة"، وهي (مقياس تقدير اضطراب طيف التوحد، ومقياس القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بالإضافة إلى مقياس جيليام لتقدير التوحد، ويُعد اختبار محك تجريبي لحساب صدق المقياس المُعد من قبل "الباحثة" (مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد لدي الأطفال).

مبررات اختيار عينة الدراسة الأساسية:

تري الباحثة انه يجب أن يتوافر في أطفال عينة دراسه لتحقيق أهدافها العناصر التاليه:

- أن يكونوا من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد البسيط من الذكور.
- أن يكونوا من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد البسيط (من أصحاب الكفاءات المرتفعة)، الذين يقعون ضمن فئة الذكاء (تحت المتوسط (Dull Average) بمعدلات تتراوح من (٨٠-٨٩) درجة معيارية على مقياس ستانفورد بينة الخامس.
- أن يكونوا من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المصاحب لهم معدلات مرتفعة من القلق الاجتماعي.
- رغبة أولياء الأمور في اشتراك الحالة في البرنامج العلاجي.

قامت الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة علي عينة (ن=١٢) وهي مقياس اضطراب طيف التوحد، ومقياس جيليام لتشخيص التوحد، وتطبيق قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد بالدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM V)، ومقياس ستانفورد بينة الخامس اعتمادا على المجال الغير لفظي، ومن ثم تم تطبيق مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وللتحقق من أن أطفال العينة البحثية المختارة يكونوا من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد البسيط من الذكور، ومن أصحاب الكفاءات المرتفعة، الذين

يقعوا ضمن فئة الذكاء (تحت المتوسط Dull Average) بمعدلات تتراوح من (٨٠ - ٨٩) درجة معيارية على مقياس ستانفورد بينة الخامس، والمصاحب لهم اضطرابات القلق الاجتماعي بدرجات متفاوتة.

وقد بلغ حجم عينة الدراسة الأساسية (ن = ٤) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد البسيط من الذكور، الذين يقعوا ضمن فئة الذكاء (تحت المتوسط Dull Average) بمعدلات تتراوح من (٨٠ - ٨٩) درجة معيارية على مقياس ستانفورد بينة الخامس، والمصاحب لهم اضطراب القلق الاجتماعي بدرجات متفاوتة.

التحقق من تجانس أطفال عينة الدراسة الأساسية من حيث المتغيرات التالية:

- من حيث متغير العمر الزمني: يتراوح أعمار أطفال عينة الدراسة الأساسية (ن ٤) من (٥-٧) سنوات.
- من حيث الجنس: روعي في اختيار العينة من الذكور لتثبيت الجنس لضمان تجانس العينة.
- من حيث درجة اضطراب طيف التوحد: روعي في اختيار العينة اختيار الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من الدرجة البسيطة فحصلوا على درجة بسيطة على مقياس اضطراب طيف التوحد (إعداد/ الباحثة)، ومقياس جيليام لتقدير التوحد ترجمة وتعريب وتقنين (عادل محمد، ٢٠٠٥).
- من حيث معدلات الذكاء: روعي في اختيار العينة أن يكونوا من (أصحاب الكفاءات المرتفعة)، الذين يقعوا ضمن فئة الذكاء (تحت المتوسط Dull Average) بمعدلات تتراوح من (٨٠ - ٨٩) درجة معيارية على مقياس ستانفورد بينة الخامس.
- من حيث المستوي الاقتصادي والاجتماعي للأسرة: روعي في اختيار العينة تثبيت المستوي الاجتماعي والاقتصادي لضمان تجانس العينة، وتحقيق ذلك من خلال تتراوح درجات أطفال عينة الدراسة الأساسية (٤٠ - ٤٨) على مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة إعداد (عبد العزيز الشخص، ٢٠١٣)،

وبهذا وقعت أطفال عينة الدراسة الأساسية في الفئة المتوسطة Average على المقياس.

أدوات الدراسة:

[١] مقياس اضطراب طيف التوحد لدي الأطفال: (إعداد/ الباحثة)

وصف المقياس:

قامت الباحثة بإعداد المقياس علي البيئة المصرية، لتشخيص اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder) في مرحلة الطفولة، وفق الأسس النظرية المتمثلة في المحاكات الأساسية ومعايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية- الطابعة الخامسة للجمعية النفسية الأمريكية، بالإضافة إلى الاطلاع على الأدب النظري الخاص باضطراب طيف التوحد، كما تم الاعتماد على المحاكات والمعايير التي ذُكرت في الأدوات الأكثر شيوعاً الخاصة بقياس وتشخيص اضطراب طيف التوحد والتي ذُكرت ضمن الإطار النظري للدراسة، ويتكون المقياس من (٤٠) عبارة.

تطبيق المقياس:

يطبق مقياس (اضطراب طيف التوحد) بصورة فردية أو جماعية حيث تُعطى ورقة التعليمات الخاصة بالمقياس إلي (ولي الأمر - أو المعلم - أو الأخصائي - أو القائم بالرعاية للحالة) ونطلب منه أن يدلي بالإجابة (بكل دقة، وعدم تحيز للحالة) على عبارات المقياس ضمن ثلاث استجابات (نعم - أحياناً - لا).

تصحيح المقياس:

يُصحح المقياس وفقاً لمستويات ليكرت الثلاثي، وهي (نعم = ٣، أحياناً = ٢، لا = ١)، والدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى ارتفاع معدلات اضطراب طيف التوحد، والعكس صحيح. والدرجة من (٤٠ - ٤٥) تشير إلى عدم وجود اضطراب طيف التوحد لدى الحالة، أما الدرجة من (٤٦ - ٥٦) تشير إلي أن الحالة تعاني من اضطراب طيف التوحد بشكل بسيط، أما الدرجة من (٥٧ - ٩٠) تشير إلي أن الحالة

تعاني من اضطراب طيف التوحد بشكل متوسط، أما الدرجة من (٩١ - ١٢٠) تشير إلى أن الحالة تعاني من اضطراب طيف التوحد بشكل شديد.

حساب الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال:

أولاً: صدق المقياس:

أ) صدق المحكمين:

تم التحقق من صدق المحتوى للمقياس بعرضه على مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجال الفئات الخاصة، وأساتذة القياس النفسي بالجامعات المصرية ملحق رقم (١) أسماء السادة المحكمين، للتحقق من مدى ملاءمة عبارات المقياس للفئة الدراسية من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومدى ملاءمة عبارات المقياس للعمر الزمني لفئة الدراسة من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومدى وضوح تعليمات المقياس، ومدى وضوح العبارات ودقتها، بالإضافة إلى تقديم التوصيات والاقتراحات المناسبة.

وتراوحت نسب اتفاق السادة المحكمين ما بين (٨٠% - ١٠٠%)، وقامت

الباحثة بتعديل صياغة بعض العبارات في ضوء آراء السادة المحكمين.

ب) الصدق التلازمي Concurrent Validity:

تم التحقق من الصدق التلازمي بدلالة المحك من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجات تطبيق الاختبار المُعد من قبل "الباحثة" (اضطراب طيف التوحد)، على عينه قوامها (١٢) من الحالات التي تم تشخيصها على أنها مصابه بالتوحد والمتردددين على مركز رعاية الطفولة بالدفيلية، ومراكز التوحد، ودرجاتهم على مقياس المحك التجريبي المتمثل في مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد ترجمة وتعديل (عادل محمد، ٢٠٠٢: ١٢٩)، وقد بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون لمقياس اضطراب طيف التوحد ومقياس جيليام (٠.٧٩) وهي قيمة مرتفعة ومقبولة إحصائياً، وتشير إلى معدل مرتفع لصدق مقياس "اضطراب طيف التوحد بطريقة الصدق التلازمي".

ج) صدق البناء Validity Construct:

تم حساب صدق المقياس بطريقة صدق البناء بأسلوب التحليل العاملي Factorial Analysis، وذلك بتحديد العوامل الأساسية المكونة للمقياس، ومن ثم تدوير العوامل الناتجة عن محاور متعامدة لاستنتاج العوامل التي تفسر التباين على فقرات المقياس، ونسب التباين المفسرة من قبل كل عامل. وأظهرت النتائج تشبع المقياس على عامل واحد يستوعب (٩.٧٨%) من التباين، وتشير هذه النتيجة إلى معاملات صدق مرتفعة، وذلك كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (٣)

نتائج الصدق العاملي للتحقق من صدق البناء لـ "مقياس اضطراب طيف التوحد"

المقياس	التشبعات	الإشتراقات
مقياس اضطراب طيف التوحد	٠,٨٥	٠,٨٢
الجذر الكامن	٢,١١	
نسبة التباين	٩,٧٨	

د) الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات الارتباط لدرجات العينة الاستطلاعية (ن ١٢) على كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس، ويوضح جدول رقم (٤) النتائج:

جدول (٤)

قيم معاملات ارتباط درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس ومستوى الدلالة

مقياس اضطراب طيف التوحد							
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	**٠,٧٠٥	١١	**٠,٦٤٨	٢١	**٠,٦١١	٣١	**٠,٦٤٤
٢	**٠,٦١٧	١٢	**٠,٥٦٤	٢٢	**٠,٨٢٢	٣٢	**٠,٥٣٨
٣	**٠,٦٩٦	١٣	**٠,٦٠٥	٢٣	**٠,٦٤٥	٣٣	**٠,٦٢٤
٤	**٠,٥٨٧	١٤	**٠,٥٨١	٢٤	**٠,٦٤٠	٣٤	**٠,٥٥٤
٥	**٠,٧٢٤	١٥	**٠,٥٢٣	٢٥	**٠,٧٩٩	٣٥	**٠,٦٩٠
٦	**٠,٦٤٥	١٦	**٠,٥٥٨	٢٦	**٠,٥٥٢	٣٦	**٠,٧٤٣
٧	**٠,٥٩٨	١٧	**٠,٦٥٦	٢٧	**٠,٦٣١	٣٨	**٠,٥٦٠
٨	**٠,٦٣٦	١٨	**٠,٦٣١	٢٨	**٠,٥٩٣	٣٨	**٠,٦٨٣
٩	**٠,٨٤٤	١٩	**٠,٥٨١	٩٢	**٠,٥٤٨	٣٩	**٠,٥٦٤
١٠	**٠,٦٩١	٢٠	**٠,٧١٤	٣٠	**٠,٧٦٦	٤٠	**٠,٦٢٨

يتضح من جدول (٤) أن معظم قيم معاملات الارتباط موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١)، وجميعها أكبر من قيمة (٠.٥) حيث يري ثومب (في: ممدوح الكنانى، ٢٠١٢، ٣٧٤) أن تفسير قيم معامل الارتباط ما بين (٠.٥٠: ٠.٧٠) تشير إلى وجود علاقة متوسطة جيدة وهامة، ومن ثم يكون عدد العبارات النهائي للمقياس (٤٠) عبارة.

ثانياً: حساب ثبات المقياس:

أ- حساب معامل الثبات بطريقتي التجزئة النصفية وألفا كرونباك:

Split Half

قامت الباحثة بحساب معامل الثبات بطريقتي التجزئة النصفية من خلال فصل إجابات عينة حساب الخصائص السكومترية (ن ١٢) علي عبارات النصف الأول وإجاباتهم على العبارات في النصف الثاني للمقياس، ثم حساب معامل ارتباط بيرسون بين إجاباتهم في النصف الأول وإجاباتهم في النصف الثاني بطريقة سبيرمان بروان وجتمان بعد التصحيح، وقيمة معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباك للنصف الأول والثاني كما هو موضح في جدول (٥):

جدول (٥)

قيم معامل ثبات بطريقة التجزئة النصفية وألفا كرونباك لمقياس اضطراب طيف التوحد

التجزئة النصفية		عدد العبارات	المقياس
سبيرمان/ براون	جتمان		
٠.٨١	٠.٨٢	٢٠	مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى
		٢٠	الأطفال

في حين بلغت قيمة معامل ثبات ألفا كرونباك للمقياس ككل (٠.٩١)، وتشير النتائج إلى تمتع مقياس اضطراب طيف التوحد بقيم معاملات ثبات مرتفعة مقبولة إحصائياً.

ب- حساب معامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار: Re- test

تم إعادة تطبيق الاختبار على العينة (ن ١٢) بعد فترة زمنية قدرها أسبوعان، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط بين درجات أطفال العينة على المقياس ما بين

التطبيق الأول والثاني (٠.٨٥)، وتشير النتائج إلي تمتع مقياس اضطراب طيف التوحد بقيمة معامل ثبات مرتفع ومقبول إحصائيا بطريقة إعادة تطبيق الاختبار.

مما سبق يتبين أن مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق والثبات، مما يشير إلى الوثوق باستخدامه في الدراسة الحالية.

[٢] مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد/ الباحثة):

وصف المقياس:

قامت الباحثة بإعداد المقياس علي البيئة المصرية لتشخيص اضطراب القلق الاجتماعي Social anxiety disorder لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وفق الأسس النظرية المتمثلة في المحاكات الأساسية ومعايير التشخيص لاضطراب القلق الاجتماعي في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية- الطابعة الخامسة للجمعية النفسية الأمريكية، بالإضافة إلى الاطلاع على الأدب النظري الخاص باضطراب القلق الاجتماعي.

كما تم الاعتماد على المحاكات والمعايير التي ذُكرت في الأدوات الأكثر شيوعاً الخاصة بقياس وتشخيص اضطراب القلق الاجتماعي والتي ذُكرت ضمن الإطار النظري للدراسة، ويتكون المقياس من (٣٠) عبارة.

تطبيق المقياس:

طبق مقياس (اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد) بصورة فردية أو جماعية.

حيث تُعطى ورقة التعليمات الخاصة بالمقياس إلي (ولي الأمر- أو المعلم- أو الأخصائي- أو القائم بالرعاية للحالة) ونطلب منه أن يدلي بالإجابة (بكل دقة، وعدم تحيز للحالة) على عبارات المقياس ضمن ثلاث استجابات (نعم- أحيانا- لا).

تصحيح المقياس:

يُصحح المقياس وفقاً لتدرج ليكرت الثلاثي، وهي (نعم = ٣، أحياناً = ٢، لا = ١)، والدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى ارتفاع معدلات اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، والعكس صحيح، والدرجة من (٣٠ - ٤٥) تشير إلي أن الحالة تعاني من اضطراب القلق الاجتماعي بشكل بسيط، أما الدرجة من (٤٦ - ٧٠) تشير إلي أن الحالة تعاني من اضطراب القلق الاجتماعي بشكل متوسط، أما الدرجة من (٧١ - ٩٠) تشير إلي أن الحالة تعاني من اضطراب القلق الاجتماعي بشكل شديد.

حساب الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

أولاً: صدق المقياس:

صدق المكمين:

تم عرض المقياس على مجموعة من السادة المحكمين المتخصصين في مجال الفئات الخاصة، وأساتذة بالجامعات المصرية ملحق رقم (١)، للتحقق من مدى ملاءمة عبارات المقياس للفئة الدراسية من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومدى ملاءمة عبارات المقياس للعمر الزمني لفئة الدراسة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومدى وضوح تعليمات المقياس، بالإضافة إلى تقديم التوصيات والاقتراحات المناسبة.

وتراوحت نسب اتفاق السادة المحكمين ما بين (٨٠% - ١٠٠%)، وقامت الباحثة بتعديل صياغة بعض العبارات في ضوء آراء وتوصيات السادة المحكمين.

صدق البناء Validity Construct :

قامت الباحثة بحساب صدق المقياس بطريقة صدق البناء بأسلوب التحليل العامل Factorial Analysis، وذلك بتحديد العوامل الأساسية المكونة للمقياس، ومن ثم تدوير العوامل الناتجة عن محاور متعامدة لاستنتاج العوامل التي تفسر التباين على فقرات المقياس، ونسب التباين المفسرة من قبل كل عامل، وأظهرت

النتائج تشبع المقياس على عامل واحد يستوعب (٨.٦٢%) من التباين، وتشير هذه النتيجة إلى معاملات صدق مرتفعة، وذلك كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (٦)

نتائج الصدق العاملي للتحقق من صدق البناء لمقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

المقياس	التشبعات	الاشتراكات
مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد	٠,٨١	٠,٧٩
الجذر الكامن	١,٩٣	
نسبة التباين	٨,٦٢	

د) الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات الارتباط لدرجات العينة الاستطلاعية (ن ١٢) على كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس، ويوضح جدول رقم (٧) النتائج:

جدول (٧)

قيم معاملات ارتباط درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس ومستوى الدلالة

مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لذوي اضطراب طيف التوحد					
معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**٠,٧٢١	٢١	**٠,٧٥٣	١١	**٠,٦٠٤	١
**٠,٧٨٤	٢٢	**٠,٥٥٣	١٢	**٠,٧١١	٢
**٠,٦٨٢	٢٣	**٠,٥٩٢	١٣	**٠,٥٤٥	٣
**٠,٦٩٣	٢٤	**٠,٥٨٧	١٤	**٠,٥٢٦	٤
**٠,٧٦٥	٢٥	**٠,٥٦١	١٥	**٠,٦٤٨	٥
**٠,٥٨٨	٢٦	**٠,٥٨٧	١٦	**٠,٦٣٩	٦
**٠,٦٢٤	٢٧	**٠,٧٠٨	١٧	**٠,٧١٨	٧
**٠,٥٩٧	٢٨	**٠,٦٩٠	١٨	**٠,٨٠١	٨
**٠,٦٣٩	٩٢	**٠,٦٧٧	١٩	**٠,٨١٤	٩
**٠,٧٣٥	٣٠	**٠,٧١٩	٢٠	**٠,٦٩٨	١٠

يتضح من جدول (٧) أن معظم قيم معاملات الارتباط موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١)، وجميعها أكبر من قيمة (٠.٥)، ومن ثم يكون عدد العبارات النهائي للمقياس (٣٠) عبارة.

ثانياً: حساب ثبات المقياس:

أ- حساب معامل الثبات بطريقتي التجزئة النصفية وألفا كرونباك:

قامت الباحثة بحساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية وألفا كرونباك من خلال فصل إجابات عينة حساب الخصائص السكومترية (ن ١٢) علي عبارات النصف الأول وإجاباتهم على العبارات في النصف الثاني للمقياس، ثم حساب معامل ارتباط بيرسون بين إجاباتهم في النصف الأول وإجاباتهم في النصف الثاني بطريقة سبيرمان براون وجتمان بعد التصحيح، وقيمة معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباك للنصف الأول والثاني كما هو موضح في جدول (٨):

جدول (٨)

قيم معاملات ثبات مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بطريقتي التجزئة النصفية وألفا كرونباك

التجزئة النصفية		عدد العبارات	المقياس
سبيرمان/ براون	جتمان		
٠.٧٩	٠.٨٢	٠.٨٨	مقياس اضطراب طيف التوحد
		٠.٨٣	

في حين بلغت قيمة معامل ثبات ألفا كرونباك للمقياس ككل (٠.٨٩)، وتشير النتائج إلي تمتع مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بقيم معاملات ثبات مرتفعة ومقبولة إحصائياً بطريقة التجزئة النصفية.

ب- حساب معامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار: Re- test

قام "الباحث" بإعادة تطبيق الاختبار على نفس العينة (١٢) المترددين علي مركز رعاية الطفولة ذوي تشخيص التوحد بالدقهلية بعد فترة زمنية قدرها أسبوعان، وقد بلغت قيم معامل الارتباط بين درجات أطفال العينة المُختارة على المقياس ما بين التطبيق الأول والثاني (٠.٧٩) وتشير النتائج إلي معاملات ثبات مرتفعة

لمقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بطريقة إعادة تطبيق الاختبار.

مما سبق يتبين أن مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق والثبات، مما يشير إلى الوثوق باستخدامه في الدراسة الحالية.

[٣] مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد الإصدار الأول Gilliam Autism Rating Scale (GARS) (ترجمة)

وتعريب وتقنين/ عادل محمد، (٢٠٠٥)

وصف المقياس:

يعتبر مقياس (GARS) أحد المقاييس المعروفة عالمياً للكشف عن أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٣- ٢٢) سنة، ونشر جيليام الطبعة الأولى من المقياس (GARS) عام (١٩٩٥)، بعد تقنيته علي (١٠٩٢) طفلاً من ذوي اضطراب التوحد في كل من الولايات المتحدة الأمريكية وكندا. ويتكون المقياس من (٥٦) فقرة اختبارية موزعة بالتساوي على أربعة مقاييس فرعية هي: (السلوكيات النمطية، التواصل، التفاعل الاجتماعي، التأخر النمائي)، بواقع (١٤) فقرة اختبارية لكل منها.

ويعرف المقياس الفرعي الأول بالسلوكيات النمطية، ويضم العبارات (١- ١٤) وجميعها تصف ما يصدر عن الطفل من سلوكيات نمطية، واضطرابات الحركة، وغيرها من الاضطرابات الأخرى الغريبة والفريدة التي يمكن أن يتعرض لها هذا الطفل. أما المقياس الفرعي الثاني الذي يعرف بالتواصل فيضم العبارات (١٥- ٢٨) والتي تصف جميعها السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التي تمثل أعراضاً لاضطراب التوحد. بينما يمثل المقياس الفرعي الثالث من هذه المقاييس مجال التفاعل الاجتماعي ويضم العبارات (٢٩- ٤٢) والتي تعمل جميعاً علي تقييم قدرة الطفل علي التفاعل بشكل ملائم مع الأطفال، والأشياء، والأحداث، ويضم المقياس الفرعي الرابع والذي يسمى بالاضطرابات النمائية العبارات (٤٣- ٥٦) ويتناول أسئلة هامة وأساسية عن نمو الطفل خلال طفولته المبكرة.

ومن الملاحظ أن كل مقياس فرعي من المقاييس الأربعة يمثل اختباراً مستقلاً في ذاته. ويمكن بالتالي أن يتم تطبيقه بمفرده دون سواه في البحوث المختلفة وذلك وفقاً لأهداف كل بحث وإن كان من الأفضل ومن الأكثر أهمية أن يتم تطبيق هذه المقاييس الفرعية الأربعة معاً بقدر الإمكان أي الاهتمام بالدرجة الكلية للمقياس ككل.

تطبيق المقياس:

تم تطبيق المقياس على أحد الوالدين، أو مقدمي الرعاية للحالة ممن هم على صلة وثيقة بالحالة لمدة لا تقل عن أسبوعين في ضوء ملاحظاتهم لسلوك الحالة، علماً بأنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، لكن المهم أن تعبر كل عبارة بصدق ودقة عما يصدر عنه من سلوكيات، ومن ثم يجب أن تتم الإجابة عن جميع العبارات المتضمنة، وإن كان هناك شك في إحدى العبارات يتم تأجيلها للنهاية حتى تتم ملاحظة سلوك الحالة بخصوصها من جديد.

الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأجنبية:

تم استخدام العديد من الأساليب في سبيل التحقق من صدق المقياس مثل الاتساق الداخلي من خلال التحقق من ارتباط البنود بالدرجة الكلية والتي تبين أنها معاملات مرتفعة ودالة إحصائياً.

كما تم التحقق من خلال صدق المحك التلازمي من خلال ارتباط المقياس مع قائمة السلوك التوحدي (ABC)، كما تم التحقق من قدرة المقياس علي التمييز بين المجموعات التشخيصية المختلفة التي ضمت التوحديين، والمعاقين عقلياً، والمضطربين انفعالياً، وذوي صعوبات التعلم، حيث تبين وجود فروق دالة بين هذه الفئات لحساب مجموعة التوحديين، مما يشير إلي إمكانية المقياس التمييز بينهم وبين المجموعات الأخرى.

وتم استخدام عدة طرق مثل ثبات الإعادة من خلال إعادة تطبيق المقياس حيث تراوحت قيم معامل الثبات وفق هذه الطريقة بين (٠.٨٢ - ٠.٨٨)، كما تم اللجوء إلي ثبات المقدرين من خلال حساب الارتباط بين تقدير المعلمين والوالدين وتراوحت معاملات الثبات وفق هذه الطريقة بين (٠.٨٥ - ٠.٩٨)، كما تم من جهة

أخري التحقق من ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا كرونباك حيث تراوحت قيم معامل الثبات وفق هذه الطريقة بين (٠.٨٦ - ٠.٨٨).

الخصائص السيكومترية في الصورة العربية للمقياس:

تم تعريف المقياس مع الاحتفاظ بكل المكونات التي يتضمنها نظراً لأن الهدف الأساسي هو الوصول إلى تشخيص دقيق وصادق للحالة فيما يتعلق باضطراب التوحد، حيث تم تطبيق المقياس على أربع مجموعات وهي:

- مجموعة التوحديين (٥١ حالة).
- مجموعة المعاقين عقلياً (٥٧ حالة).
- مجموعة المتأخرين دراسياً (٤٦ حالة).
- مجموعة ذوي صعوبات التعلم (٤٩ حالة).

وتم التحقق من صدق المحك التلازمي للمقياس من خلال ارتباط المقياس مع مقياس التوحدي من اعداد (عادل محمد، ٢٠٠١) حيث تراوحت قيم معامل الارتباط بين (٠.٦١ - ٠.٧٣)، وكانت جميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠.٠١)، وكذلك تم التحقق من صدق المحك التلازمي للمقياس من خلال ارتباط المقياس مع قائمة تقييم أعراض التوحد Autism Treatment Evaluation Checklist .ATEC

حيث تراوحت قيم معامل الارتباط بين (٠.٦٣ - ٠.٨٩)، وكانت جميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠.٠١)، كما تم التحقق من قدرة المقياس علي التمييز بين المجموعات التشخيصية المختلفة التي ضمت التوحديين، المتخلفين عقلياً، والمتأخرين دراسياً، وذوي صعوبات التعلم، حيث أظهر تحليل التباين وجود فروق دالة بين هذه الفئات لحساب مجموعة التوحديين، مما يشير إلي إمكانية المقياس التمييز بينهم وبين المجموعات الأخرى.

وبالنسبة للثبات فقد تم استخدام عدة طرق مثل ثبات الإعادة من خلال إعادة تطبيق المقياس حيث تراوحت قيم معامل الثبات وفق هذه الطريقة بين (٠.٨٥ - ٠.٩٤)، كما تم اللجوء إلى ثبات المقدرين من خلال حساب ثبات الارتباط بين تقدير المعلمين والوالدين وتراوحت معاملات الثبات وفق هذه الطريقة بين (٠.٨٧ -

٠.٩٥)، كما تم من جهة أخرى التحقق من ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا كرونباك حيث تراوحت قيم معامل الثبات وفق هذه الطريقة بين (٠.٨٤ - ٠.٩٢). بالإضافة إلى استخدام طريقة التجزئة النصفية وتراوحت معاملات الثبات وفق هذه الطريقة بين (٠.٧٨ - ٠.٨٥).

تصحيح المقياس:

تم الاستجابة على المقاييس الثلاثة الفرعية الأولى من خلال أربعة اختيارات أما كل عبارة هي (نعم، أحياناً، نادراً، لا) وتحصل على الدرجات (٣، ٢، ١، ٠) على التوالي، وبذلك فإن درجات هذا المقياس الفرعية الثلاثة تتراوح ما بين (٠ - ٤٢) درجة.

أما بالنسبة للمقياس الفرعي الرابع والخاص بالاضطرابات النمائية فيوجد اختباران فقط أمام كل عبارة هما (نعم، لا) بحيث تحصل العبارة على الدرجة (١) عند اختيار العلامة (+) في حين تحصل على الدرجة (٠) عند اختيار العلامة (-) وبالتالي فإن درجة هذا المقياس الفرعي تتراوح ما بين (٠ - ١٤).

وبالتالي فإن الدرجة الكلية للمقياس (GARS) تتراوح ما بين (٠ - ١٤٠). ويتم بعد ذلك حساب معامل التوحيد من خلال تحويل الدرجات الخام إلى الدرجة المعيارية.

جدول (٩)

الدليل التفسيري لدرجات مقياس جيليام التقديري لتشخيص التوحد:

الدرجات المعيارية للمقاييس الفرعية	معدل أو نسبة اضطراب التوحد	مستوي الشدة	احتمال وجود اضطراب التوحد
١٧-١٩	١٣١-١٤٠	مرتفع	مرتفع جداً
١٥-١٦	١٢١-١٣٠		مرتفع
١٣-١٤	١١١-١٢٠		فوق المتوسط
٨-١٢	٩٠-١١٠		متوسط
٦-٧	٨٠-٨٩		أقل من المتوسط
٤-٥	٧٠-٧٩		منخفض
١-٣	٥٠-٦٩	منخفض	منخفض جداً

[٤] مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة لقياس الذكاء: Stanford Benet Intelligence (SB-5) Test (تقنين/صفوت فرج، ٢٠١١):

وصف المقياس:

أختبار "ستانفورد بينيه" الصورة الخامسة: (SB-5) هو بطارية من الاختبارات المتكاملة والمستقلة في الوقت نفسه، وهو يتكون من فئتين متناظرتين من المقاييس: غير اللفظية Non verbal واللفظية verbal تقيس المجموعة نفسها من العوامل الخمسة التي يتضمنها الاختبار والتي تعتمد علي النموذج الهرمي للعوامل المعرفية وفق نظرية كارول وهورن وكاتل Carol, Horn, and Cattell وقد اختيرت هذه العوامل الخمسة باعتبارها صاحبة أكبر تشعبات عامله علي عامل الذكاء العام في نموذج وهي: (الاستدلال التحليلي، والاستدلال الكمي، والمعالجة البصرية المكانية، والذاكرة العاملة، والمعلومات).

وبذلك يمكن الحصول على تقديرين مستقلين لكل من الذكاء اللفظي والذكاء غير اللفظي. علاوة على التقدير الناتج عن المقياس كاملاً لنسبة الذكاء الكلية. وتعد الأكثر دقة وثباتاً في تقدير الذكاء بوصفه قدرة عقلية عامة غير متجانسة.

وأصدر هذه النسخة جال رويد "Gale Roid" عام (٢٠٠٣) وتضمنت تحديثاً للصورة الرابعة من مقياس ستانفورد بينيه لقياس الذكاء من خلال تقنين جديد تماماً معتمد علي بيانات تعداد الولايات المتحدة الأمريكية عام (٢٠٠٠)، وتتميز الصورة الخامسة عن سابقتها بأنها تستخدم اختبارين مدخلين لتقدير المستوي الذي يتعين بدء المفحوص منه في المجالين اللفظي وغير اللفظي، وهما: اختبار سلاسل الأشياء أو المصفوفات وينتمي للجزء غير اللفظي، واختبار المفردات وينتمي للجزء اللفظي، والدرجات الخام علي هذين الاختبارين تؤدي لتخطيط طريقة اختبار المفحوص علي بقية الاختبارات.

وتتضمن البطارية اختبارات فرعية لفظية وغير لفظية للوظائف نفسها وبالمسميات نفسها لقياس خمسة عوامل معرفية هي الاستدلال الخام Fluid Reasoning - المعلومات Crystallized - الاستدلال الكمي Quantities

Reasoning - العمليات البصرية المكانية - Visual / Spatial Reasoning -
الذاكرة العاملة Working memory .

بينما تغطي الصورة الخامسة لأول مرة قياس خمسة عوامل معرفية في إطار قياس الذكاء إلا أن هذا لا يعني أنها تغطي كل العوامل المعروفة والمسئولة عن الأداء العقلي أو أنها توفر تقديراً شاملاً للأداء العقلي للمفحوص، ولكن المقياس يستخرج نسبة ذكاء عامة أو كلية ونسبة ذكاء لفظية ونسبة ذكاء غير لفظية (صفوت فرج، ٢٠١١: ١٥١).

تقنين المقياس من حيث الثبات والصدق:

أولاً: ثبات المقياس:

تم حساب الثبات للاختبارات الفرعية المختلفة بطريقتي القسمة النصفية (فردى/ زوجي).

وقد أشارت النتائج إلي وجود معاملات ثبات مرتفعة، كما أتضح أن عامل المعلومات غير اللفظية هو أدنى ثبات حيث بلغ (٠.٧٧)، بينما كان عامل الاستدلال التحليلي اللفظي هو أعلاه حيث بلغ معامل ثباته (٠.٩٠).

وبصفة عامة تعد جميع معاملات الثبات مرتفعة، وحساب ثبات الاختبارات الفرعية العشرة بمعامل ألفا كرونباك والتجزئة النصفية، وأشارت النتائج إلى أن المقياس يتسم بثبات مرتفع.

ثانياً: صدق المقياس:

يمثل التراث التراكمي لاختبار ستانفورد- بينيه للذكاء مؤشراً مهماً لصدق هذه الأداة بصورها المتطورة المتتالية على امتداد قرن كامل من الزمن، ويمثل تراث البحوث والاستخدامات والتفسيرات التي خرج بها عشرات الباحثين دلائل مباشرة لا يمكن إنكارها.

ولقد اعتمد في حساب صدق المقياس علي الصدق الظاهري وصدق الارتباط بمحك، وكانت معاملات الارتباط تتراوح ما بين (٠.٧٩ - ٠.٨٩) (صفوت فرج، ٢٠١١: ٣٠).

[٥] مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة: (إعداد: عبد

العزیز الشخص، ٢٠١٣)

يهدف إلى تحديد وضع الأسرة بالنسبة للمستوى العام للأسر المصرية؛ لأن الأسرة تعتبر البيئة الأولى التي ينشأ فيها الطفل وينمو وتوضع اللبنة الأولى لشخصيته، حيث تتفق النظريات النفسية على أن أسس شخصية الطفل توضع خلال السنوات الأولى من حياته، وهي التي تحدد بدرجة كبيرة نوعية شخصية الطفل، ولكي يتحقق الأسرة دورها في تنشئة الطفل بصورة متكاملة يتعين عليها توفير سبل الرعاية المناسبة له، بما يحقق إشباع حاجاته المختلفة (العضوية، والعقلية، والنفسية والاجتماعية...)، وإن نجاح الأسرة في إتمام عملية التنشئة الاجتماعية لأطفالنا بصورة مناسبة يرتهن بمختلف العوامل والظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تتوافر فيها.

وقد قام معد المقياس بتصنيف مستويات الأبعاد المستخدمة في تحديد

المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية إلى ثلاثة أبعاد كالآتي:

- بعد الوظيفة أو المهنة (للجنسين) ويتكون من تسعة مستويات.
- بعد مستوى التعليم (للجنسين) ويتكون من ثمانية مستويات.
- بعد متوسط دخل الفرد في الشهر، ويتكون من سبع فئات.

تطبيق المقياس وتصحيحه:

• تطبيق (استمارة جمع البيانات) على أحد الوالدين لأطفال العينة موضع الدراسة، مع اتخاذ مختلف الوسائل والأساليب اللازمة للحصول على بيانات دقيقة قدر الإمكان، وكذلك مراعاة أن تحاط تلك البيانات بالسرية كما أنها تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

• تحويل البيانات الواردة في الاستمارة إلى درجات تعبر عن موقع الأسرة حسب مستويات كل بعد من الأبعاد الخمسة للمقياس، مع مراعاة الدقة في ذلك، وتسجيل تلك الدرجات في استمارة تفرغ البيانات.

• استخدام المعادلة التنبؤية (ص - ٠.٠٧٣) + (٠.٢٦٤ × س١) + (٠.٢٨٤ × س٢) + (٠.١٠٢ × س٣) + (٠.١٦٠ × س٤) + (٠.١٢٥ × س٥)، للتنبؤ

بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي لكل حالة علي حدة، وذلك عن طريق وضع الدرجات التي تعبر عن قيم المتغيرات (س١، س٢، س٣، س٤، س٥) وضرب كل منها في قيمة الثابت المقابل لها، وجمع الناتج علي الثابت العام. وهكذا يمكن الحصول على الدرجات الخام المعبرة عن المستويات الاجتماعية الاقتصادية لأطفال العينة.

حيث تعبر (ص) عن المستوى الاجتماعي الاقتصادي المطلوب التنبؤ به.

- وتعبر (س١) عن درجة متوسط دخل الفرد في الشهر .
- وتعبر (س٢) وتعبر عن درجة وظيفة رب الأسرة.
- وتعبر (س٣) عن مستوى تعليم رب الأسرة.
- وتعبر (س٤) عن درجة وظيفة ربة الأسرة.
- وتعبر (س٥) عن درجة مستوى تعليم ربة الأسرة.

ثم يتم ضرب الناتج (ص) $\times 10$ وعلى ذلك تصبح الدرجات المحددة للمستوى الاجتماعي الاقتصادي تمثل متصل (١٠ - ٧٧) درجة.

جدول (١٠)

تصنيفات المستويات الاجتماعية الاقتصادية للأسرة على مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة:

الدرجات	المستوى
١٩ - ١٠	منخفض جداً
٢٩ - ٢٠	منخفض
٣٩ - ٣٠	دون المتوسط
٤٨ - ٤٠	متوسط
٥٨ - ٤٩	فوق المتوسط
٦٨ - ٥٩	مرتفع
٧٧ - ٦٩	مرتفع جداً

[٦] البرنامج القائم على العلاج باللعب لخفض معدلات القلق الاجتماعي

لدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد/ الباحثة):

مقدمة:

يعرف البرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب بأنه: برنامج نفسي وتعليمي منظم في ضوء أسس وفنيات علمية تتضمن عددا من النشاطات والمهارات

والتدريبات والمفاهيم، ويتم من خلال تدريب فردي/ جماعي حسب طبيعة وهدف كل جلسة من جلسات البرنامج، وذلك من خلال تدريب كل طفل من أطفال العينة البحثية من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على فنيات العلاج باللعب لمساعدتهم على خفض معدلات القلق الاجتماعي لديهم.

تهدف عملية العلاج النفسي باللعب إلى مساعدة طفل ذوي اضطراب طيف التوحد على الاستفادة من بيئته والتواصل معها، وذلك لأنه يظهر عجزاً واضحاً في ترجمة انطباعاته عنها، ويكون من الصعب عليه أن يتعرف عليها أو ينظمها، ومن ثم ترتفع لديه معدلات اضطراب القلق الاجتماعي، فيضطرب حينما يمر بخبرة إدراكية جديدة اضطراباً يصل إلى الدرجة التي يتجنب بها هذه الخبرة وغيرها من الخبرات المماثلة، ولهذا فهو في حاجة إلى بيئة مستقرة ثابتة لها روتين راسخ.

لذلك يحظى اللعب باهتمام بالغ من جانب المتخصصين في علم النفس من زاوية تأثير أنشطة اللعب على النمو النفسي والمعرفي لاضطراب طيف التوحد، ويستخدم اللعب كأسلوب تشخيصي وعلاجي مع ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث يثبت اللعب كفاءته في التعرف على مشكلات ذوي اضطراب طيف التوحد، نظراً لأن أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا يتكلمون بسهولة ووضوح عن مشاكلهم.

ومن هنا أصبح اللعب هو الوسيلة التي توفر الفرصة لذوي اضطراب طيف التوحد المضطربين نفسياً للتعبير عن مشاعرهم، وعن أنفسهم وعن الآخرين في حياتهم، كما توفر لهم الفرصة لكي يشعروا بالكفاءة والفاعلية والرضا عن أنفسهم، الامر الذي ينعكس على خفض معدلات القلق الاجتماعي المصاحب لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

ويؤكد أتباع مدرسة العلاج باللعب على أن اللعب المصحوب بجو من الصداقة والتقبل من جانب الباحثة، مع ترك الحالة تأخذ زمام المبادرة يساعدها بأن تُخرج صراعاتها مع اللعب، ويكون اللعب هنا بمثابة عملية تنفيس مما يساعده على أن يتوافق مع المطالب الاجتماعية بشكل أكثر يسراً (سوزانا ميلر، ١٩٩٠: ٤٨).

الخلفية النظرية التي يعتمد عليها البرنامج:

ان البرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب يعتمد على المدرسة السلوكية والتي تكون قائمة على فكرة المثير والاستجابة والتعلم: الأمر الذي ساهم بعد ذلك في التطور فيما بعد في السلوكية الجديدة في شكلها العلاجي الحديث والتي قامت جميع فنياتها على مفهوم المثير والاستجابة سواء في صورة التشريط الكلاسيكي او التشريط الإجرائي, فالمدرسة السلوكية تكون قائمة على أن السلوك الذي تشكل لدى الطفل لا يكون سلوك عشوائي ولكنة بمثابة رد فعل كان سبب في ظهوره (المثير), ومن هنا يتضح لنا ان سلوك الإنسان هو سلوك متعلم وهذا تبعا لرؤية المدرسة السلوكية, الامر الذي يشير الى سهوله تطوير السلوك الإنساني أو تعديله او تغييره, مادام هذا السلوك سلوك متعلم ومعروف سبب ظهوره أي (المثير المسؤول عنه), وهكذا تنتظر المدرسة السلوكية إلى الاضطرابات على أنها متعلمة ومادام انها متعلمة فيمكن تغييرها. وهذه كانت بداية الانطلاقة، حيث تعطينا الفرصة والامل في تغيير معدلات اضطراب القلق الاجتماعي المرتفعة لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتعتمد "الباحثة" على العلاج باللعب، وأنشطة اللعب المختلفة لمحاولة خفض معدلات القلق الاجتماعي المرتفعة لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

- لكي يكون برنامج العلاج باللعب ذو فاعلية وجدوى علمية، لابد أن يقوم على مجموعة من الأسس والتي منها:
- يمكنه خفض معدلات القلق الاجتماعي لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عن طريق تطبيق برنامج العلاج باللعب.
 - أن يتم تطبيق البرنامج في جلسات خاصة باللعب الموجه، وجلسات خاصة باللعب الحر، بحيث نضمن عدم خلط الطفل فيما بين توجيهات اللعب الموجه واللعب الحر.
 - أن يكون للبرنامج هدف نفسي تعليمي محدد وواضح، وفي نفس الوقت مثيره لطفل ذوي اضطراب طيف التوحد وممتعه له.
 - ان تكون قواعده سهله وواضحة.

- ان يكون البرنامج مناسب لخبرات وقدرات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- ان يكون البرنامج مستمد من بيئة ومحيط أطفال العينة البحثية من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- إعطاء تدريبات بسيطة وسهلة تزداد تدريجياً كل أسبوع حسب استجابة أطفال العينة البحثية.
- اختيار تمرينات وألعاب تنمي قدرات طفل ذوي اضطراب طيف التوحد وتحرره من الخوف وإعطائه فرصة للنجاح أثناء اللعب سواء كان بشكل فردي أو جماعي لتحقيق التواصل والاندماج بين أطفال العينة البحثية.
- تعليم وتنشيت بعض الحركات الأساسية للوصول إلى الوضع الصحيح.
- مراعاة عوامل الأمن والسلامة في اختيار التمرينات والأدوات المستخدمة ومكان تطبيق البرنامج.
- التركيز في كل لعبة على هدف واحد أو أهداف متشابه يدور حولها العمل، وذلك باستخدام كل الطرق المساعدة سواء اللفظية أو الحركية أو الاجتماعية لتوصيل المعلومة للحالة بصورة مناسبة تساعده على أداء ما يطلب منه.
- التنوع في محتوى البرنامج بشكل عام والمرونة في كل لعبة بما يناسب الفروق بين أطفال العينة البحثية.
- الاتصال والتعلم مع أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعتمد على جذب الانتباه والتقليد والتحفيز والتشجيع بما يحبه، وذلك بتقديم قطع الحلوى، والبسكويت، والشوكولاتة، وعصائر، أو بعض المجسمات الصغيرة من حيوانات مألوفة كعزز.
- مراعاة تحديد أسلوب الاتصال مع أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وهو تقليل التعليمات أثناء الأداء وتوحيد اللفظ الموجه إليه.
- مراعاة تهيئة وسائل الانتباه حيث تحتاج هذه الفئة إلى قوة دفع لتركيز انتباههم إلى النشاط، واستخدام التنبيه الجسمي أو اللفظي أو المادي أثناء الجلسات.
- محاولة إسعاد أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عن طريق اللعب، وإضفاء جو المرح عليه، وذلك باللعب وتوزيع الهدايا وعقد الاحتفالات المميزة ومشاركتهم بها.
- الاهتمام بالموسيقى الغنائية أثناء اللعب الفردي أو الجماعي.

ومن العرض السابق لأسس البرنامج يمكن تصنيفها الى:

١ - الأسس العامة:

إتاحة الفرصة لأطفال العينة في التعبير عن مشاعرهم مع رفض المشاعر السلبية والإبقاء على علاقة إيجابية واحترام حريتهم وإرادتهم في الاختيار نحو اللعب وأنواعه.

٢ - الأسس السلوكية:

يقوم البرنامج على أسس سلوكية متمثلة في (أن السلوك المرضي ما هو إلا عبارة عن عادات سلوكية متعلمة او مكتسبة، ومن ثم يمكن علاجها في محو أو إزالة هذا التعلم. وإذا كانت هذه السلوكيات الخاطئة قد تعلمها الانسان عن طريق التعلم الشرطي أو التثريب أو الاقتران الشرطي، فإننا نقوم بعملية تشريط مضاد" بحيث نزيل من خبرة الإنسان ما تعلمه عن طريق الخطأ وتكون لديه عادات أخرى أكثر ايجابية.

٣ - الأسس التربوية:

تؤثر الحالة النفسية للطفل على سلوكه، والعلاج باللعب يتضمن اعادة تعليم الأطفال معلومات واضحة وبسيطة يستطيعون من خلالها فهم الأساس الذي يقوم عليه سلوكياتهم مع الأخذ في الاعتبار عدم تعارض البرنامج مع مطالب النمو في المرحلة العمرية محل الدراسة وكذا مراعاة التجانس قبل إجراء البرنامج.

٤ - الأسس العصبية والفسولوجية:

تلعب الإثارة النفسية دورا هاما في حدوث الإثارة الفسيولوجية والعكس بالعكس، وذلك من خلال استخدام فنيات العلاج باللعب.

أهمية البرنامج:

تحدد أهمية البرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب في الآتي:

- تحقيق التواصل مع طفل ذوي اضطراب طيف التوحد وإشعاره بالتقبل والحب غير المشروط مما يساعد على خفض معدلات القلق لديه.

- نقل طفل ذوي اضطراب طيف التوحد من حالة التمرکز حول الذات والقلق، إلى حالة أخرى تسودها مشاعر الحب، والتعاطف، والرغبة في التعلم والنمو، والإقبال على الحياة والشعور بالتوازن.
- إحساس طفل ذوي اضطراب طيف التوحد ببيئة آمنة يسودها الدفء مما يساعده على التخلص من مشاعر التوتر والقلق والخوف وترك النفس على سجيبتها بتلقائية تساعد على التفاعل بشكل بناء، الامر الذي ينعكس في نهاية الأمر الى خفض معدلات القلق الاجتماعي لدى طفل ذوي اضطراب طيف التوحد.
- تنمية قدرة طفل ذوي اضطراب طيف التوحد على التفاعل الاجتماعي والعمل في جماعة، بالمشاركة في بعض الألعاب الجماعية.
- نظراً لتأكيد بعض الدراسات السابقة على ان زيادة معدلات القلق الاجتماعي لدى طفل ذوي اضطراب طيف التوحد له علاقة باهماله وكتبته وإحباطه، وكذلك عدم ثقته بنفسه فإن مثل هذه البرنامج سوف يعزز لديه ثقته بنفسه، حيث إنه شخص مهتم به في اللعب الموجه، وبذلك تكون هذه البرامج لها دور في تأكيد ذوي اضطراب طيف التوحد لذاته ومخرجاً ملائماً للتنفيس عن انفعالاته.
- وللقلق الاجتماعي تأثير سلبي على ممارسة ذوي اضطراب طيف التوحد لمظاهر حياته وأوجه نشاطه، ومن ثم تضطرب علاقاته الاجتماعية مما يجعله أكثر عرضة لاكتساب سلوك لا سوي، مما يعطي أهمية لمثل هذه البرامج (البرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب) في خفض معدلات القلق الاجتماعي، الامر الذي ينعكس على تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي لذوي اضطراب طيف التوحد.
- فتتلخص أهمية البرنامج في: ان أطفال العينة من ذوي اضطراب طيف التوحد الذين شملهم البحث، والذين يتصفون بمعدلات مرتفعة من القلق الاجتماعي، سيكون البرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب ذو أهمية بالغة بالنسبة لهم، وخاصة ما نراه عليهم من توتر عند التواجد في المواقف الاجتماعية، وخوف من الأماكن المزدحمة بالناس، وزيادة ضربات القلب عن التواجد في المواقف الاجتماعية، وظهور التعرق عند التواجد وسط الأماكن المزدحمة بالناس، والإمساك بشدة في الشخص المرافق له أثناء حضور مناسبة ما، وتجنب المواقف

الاجتماعية، فالعلاج باللعب بمثابة التعرض التدريجي لمثيرات القلق الاجتماعي، الأمر الذي يعمل على انطفاء القلق الاجتماعي لذوي اضطراب طيف التوحد. ويتضمن هذا البرنامج مجموعة من الفنيات والأنشطة والتكتيكات التي تساعد أطفال العينة البحثية على مواجهة معدلات القلق الاجتماعي المرتفعة والعمل على انخفاض تلك المعدلات (معدلات القلق الاجتماعي المرتفعة).

أهداف البرنامج:

يُعد تحديد أهداف البرنامج العامة بدقه ووضوح من أهم أولي الخطوات العامة لبناء البرنامج، حيث تساعد تحديد أهدافه العامة علي اختيار المحتوي الخاص بالبرنامج، وعليه فإن البرنامج الحالي يهدف إلي مساعدة أطفال العينة البحثية (أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أصحاب المعدلات المرتفعة من القلق الاجتماعي) باستخدام العلاج باللعب الفردي/ الجماعي، ومساعدتهم علي مواجهة معدلات القلق الاجتماعي المرتفعة ومحاولة التخلص من هذه المعدلات ومحاولة خفض تلك المعدلات، والوقاية من الانتكاسة والتأكيد علي أن دور المشاركين يكمن في عملية التعليم واستخدام البناء العلاجي الصحيح، وأن البرنامج ما هو إلا محاولة للعمل علي التركيز علي قدرة المشاركين علي الإصرار والتفنيذ وحل المشكلات بالأساليب الواقعية.

وينبثق من هذا الهدف العام مجموعة من الأهداف هي:

١ - هدف علاجي:

ويتمثل في خفض المعدلات المرتفعة لاضطراب القلق الاجتماعي المصاحب لذوي اضطراب طيف التوحد.

٢ - هدف نمائي:

ويتمثل في إتاحة الفرصة أمام أطفال العينة البحثية إلى مزيد من النمو النفسي ومزيد من النضج عن طريق تعزيز مهاراتهم في مساعدتهم على إدارة القلق الاجتماعي.

٣- هدف وقائي:

ويتمثل في تحسين أطفال العينة البحثية نفسياً وتدريبهم على ممارسة مجموعة من الفنيات والتكتيكات للبرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب.

٤- هدف سلوكي:

يتمثل في كيفية مواجهة المعدلات المرتفعة لاضطراب القلق الاجتماعي لدى عينة من ذوي اضطراب طيف التوحد.

٥- هدف وجداني:

يتمثل في إشباع حاجات ذوي اضطراب طيف التوحد الوجدانية باللعب والأنشطة والمسابقات التي ينظمها "الباحثة". وبث روح التعاون بين ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال اللعب الجماعي والتعاون في تناولهم للألعاب والأدوات والوسائل المستخدمة وتشجيعهم على العمل في فريق. وإكساب ذوي اضطراب طيف التوحد الشعور بالطمأنينة والثقة بالنفس. وتنمية شعور السعادة لديهم من خلال اللعب والأنشطة.

الأهداف الإجرائية:

وتتحقق هذه الأهداف من خلال العمل المثمر داخل الجلسات بما يحتويه من أنشطة وواجبات منزلية يكلف بها أطفال العينة والتي تتعلق بالمواقف المثيرة لاضطراب القلق الاجتماعي، وتتلخص الأهداف الإجرائية فيما يلي:

- مرحلة الاكتساب والتعميق والتدريب عليها: "Acquisition and Rehearsal" وهي اللازمة لإدارة الضغوط والتعايش معها في المواقف المتنوعة المسببة لهذه الضغوط، وفيها يتم التدريب على مهارات إدارة الضغوط من خلال التدريب الذي يتم تعلمه من خلال جلسات البرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب.
- مرحلة تطبيق المهارات: "Skill Application" ويتم التدريب عليها باستخدام بعض أساليب العلاج باللعب التي تم تعلمها أثناء تطبيق البرنامج وتساعدهم على مواجهة معدلات اضطراب القلق الاجتماعي المرتفعة، وهذا بالجوء الي فنيات وتكتيكات العلاج باللعب وممارستها.

إعداد البرنامج:

تم بناء البرنامج وإعداده للتطبيق بعدد من الخطوات التالية:

الاطلاع على التراث السيكولوجي الذي يتناول ظاهرة العلاج باللعب، وظاهرة اضطراب القلق الاجتماعي المصاحب لذوي اضطراب طيف التوحد، والنظريات المفسرة له والمتاحة في حدود علم "الباحث".

اشتقت "الباحثة" الإطار العام للبرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب ومادته العلمية وفنياته العلاجية من أساليب وفنيات المدرسة السلوكي لكل من بافلوف "Pavlov 1970", وواطسون "Wastson 1982"، بالإضافة إلي الدراسات والبحوث التي أجريت في مجال العلاج السلوكي والتي استعرضتها "الباحثة" بالتفصيل في الإطار النظري للدراسة.

بالإضافة الى مجموعة من المصادر العلمية العربية والأجنبية منها على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

- الإطار النظري للدراسة والاطلاع على مجموعة من الكتب، والمراجع، والموسوعات العربية والانجليزية المتعلقة بذوي اضطراب طيف التوحد المصاحب لهم معدلات مرتفعة من اضطراب القلق الاجتماعي.
- الاطلاع على بعض البرامج والمقاييس المبنية على أنشطة اللعب التي صممت خصيصاً لذوي اضطراب طيف التوحد.
- الاطلاع على البروفايل النفسي Psycho profile لذوي اضطراب طيف التوحد.
- الاطلاع على جدول الملاحظة التشخيصية لاضطراب طيف التوحد Autism Diagnosis observation Schedule (ADOS) ل (كازيرين لورد، وميشيل بيونير، ٢٠١٢).
- قامت "الباحثة" بإعداد تصور مبدئي للبرنامج من حيث: المراحل، وعدد جلساته، والأهداف العامة والإجرائية، والفنيات والتكتيكات، وزمن كل جلسة، ومكان تطبيق الجلسات، وبعض الموضوعات التي يحتويها وعرضه علي المشرف.

ومن ثم عرضه علي مجموعة من أساتذة علم النفس في الجامعات المصرية، وذلك بهدف التحقق من صحة الإجراءات التطبيقية للبرنامج والتحقق من ملاءمة البرنامج لعينة الدراسة وأهداف البرنامج وأهميته وخطوات بنائه ومدى مناسبة الجلسات من حيث المحتوى والزمن والفنيات المستخدمة والأنشطة والوسائل المستخدمة وصحة اللغة المستخدمة لفئة ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد أبدى السادة المحكمين معظم ما جاء في البرنامج وذلك قبل تطبيق البرنامج.

وفيما بعد تم تنفيذ "الباحثة" الملاحظات والمقترحات التي سجلت من قبل الأساتذة المحكمين.

ومما سبق يتضح "للباحثة" مدى مناسبة البرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب بعد إجراء التعديلات للقيام بالمهمة التي وضع من أجلها.

- قامت "الباحثة" بتهيئة الظروف المناسبة لتطبيق البرنامج من حيث الزمان والمكان.
- قامت "الباحثة" بتحديد العينة البحثية كما هو موضح في توصيف عينة الدراسة، وتم الاتفاق على موعد ومكان جلسات البرنامج.
- ومن ثم قامت "الباحثة" بتطبيق جلسات البرنامج على أطفال العينة البحثية والخروج بمؤشرات ودلالات تختبر مدى فعالية البرنامج العلاجي.

الطريقة التي يقوم عليها البرنامج:

يقوم البرنامج أساسا على تبني طريقة علاجية فردية/جماعية حسب طبيعة وهدف كل جلسة من جلسات البرنامج، لما تتمتع به هذه الطريقة من مزايا وفوائد متعددة تكون منصبة على أن محور الاهتمام هو الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد.

بالإضافة إلى مشاركة الحالة للآخرين في أنشطة لعب جماعية الأمر الذي يساعد الحالات على خفض معدلات الخوف والتوتر والقلق من التجمعات والزحام.

وهذا الأمر يكون بمثابة تشجيع للأطفال على اجتياز جلسات البرنامج بشكل

متعاون وفعال.

خطوات تنفيذ البرنامج العلاجي وإجراءاته:

يتكون البرنامج من (٢٧) جلسة علاجية، بواقع جلستين أسبوعياً في كافة مراحل البرنامج عدا مرحلة المتابعة والرعاية فتطبق جلسات هذه المرحلة بواقع جلستين كل أسبوع.

ويتضمن البرنامج العلاجي ثماني مراحل هي كالآتي:

١ - مرحلة الإعداد القبلي: Pre-grouping Preparation

وتهدف هذه المرحلة إلى إعداد المجموعة وأولياء الأمور، وتهيئتها لتلقي المقرر العلاجي، وزيادة توجهها واستعدادها للاستفادة من العمليات العلاجية، والتعارف بين "الباحثة" وأطفال العينة البحثية وأولياء الأمور، والتعريف بأهمية البرنامج العلاجي وطبيعته والهدف منه لأولياء الأمور، وإزالة الغموض عن البرنامج العلاجي لأولياء الأمور، وتشجيع أولياء الأمور على ضرورة الالتزام والمشاركة الفعالة وتنفيذ الواجبات المنزلية التي حددها الباحثة في الجلسات القادمة. بالإضافة الى بناء علاقة من الألفة بين "الباحثة" وأطفال العينة البحثية من ذوي اضطراب طيف التوحد، وبناء الطمأنينة لدى أطفال العينة البحثية، وإزالة التوترات لدى أطفال العينة البحثية.

وهذه المرحلة تستغرق (أربعة جلسات)، وهي الجلسات رقم (١، ٢، ٣، ٤) من جلسات البرنامج العلاجي.

٢ - مرحلة التقييم القبلي: Pre-evaluation

وتهدف هذه المرحلة إلى تحديد المشكلات الخاصة بأطفال المجموعة "تحديد طبيعتها وشدتها وكثافتها والتي تخص معدلات اضطراب القلق الاجتماعي، وذلك باستخدام مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لذوي اضطراب طيف التوحد (إعداد/ الباحثة)، ويكون هذا المقياس بمثابة التقييم القبلي لشدّة ومعدلات اضطراب القلق الاجتماعي لدى أطفال المجموعة البحثية من ذوي اضطراب طيف التوحد، بالإضافة الى تنمية دافعية أولياء الأمور لعلاج أبنائهم.

وهذه المرحلة تستغرق (جلسة واحدة)، وهي الجلسة رقم (٥) من جلسات البرنامج العلاجي.

٣- المرحلة التنفيذية: Executive stage

وتهدف هذه المرحلة إلي أن يشارك ذوي اضطراب طيف التوحد الآخرين أثناء ممارسة النشاط، وجذب انتباه ذوي اضطراب طيف التوحد، والتدريب علي التأزر البصري الحركي لذوي اضطراب طيف التوحد، وزيادة معدلات التواصل السمعي مع "الباحثة" أثناء اصدار الأوامر الصوتية لذوي اضطراب طيف التوحد، واكساب الحالات الثقة بالنفس، وخفض المخاوف من مشاركة الآخرين لذوي اضطراب طيف التوحد، والتفاعل مع أطفال العينة المشاركه لهم في اللعب، وخفض المخاوف من المواقف الاجتماعية لذوي اضطراب طيف التوحد، وخفض المخاوف من التجمعات، وخفض المخاوف من المشاركات الجماعية، وتواجد ذوي اضطراب طيف التوحد في بيئة أوسع وأكبر ومزدحمة أكثر من غرفة الجلسات، ومواجهة الأماكن المزدحمة بالغرباء.

وهذه المرحلة تستغرق (أربعة عشر جلسة)، وهي الجلسات رقم (٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥، ١٦، ١٧، ١٨، ١٩) من جلسات البرنامج العلاجي.

٤- مرحلة التقييم البعدي: Post-evaluation

وتهدف هذه المرحلة إلى إعادة تطبيق مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لذوي اضطراب طيف التوحد للتأكد من فعالية الفنيات والتقنيات المستخدمة في البرنامج. والكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين هذا التطبيق والتطبيق القبلي الذي تم في الجلسة رقم (٥) من جلسات البرنامج العلاجي للتأكد من جوهريتها لتسجيل التقدم الذي أحرزته المجموعة العلاجية بالبرنامج.

وهذه المرحلة تستغرق (جلسة واحدة) وهي الجلسة رقم (٢٠) من جلسات البرنامج العلاجي. ويسير خطواتها وفق خطوات الجلسة رقم (٥) من جلسات البرنامج العلاجي.

٥- مرحلة الإنهاء المؤقت: Termination Phase

وتهدف هذه المرحلة إلى استكمال ماتم مناقشته في الجلسات السابقة وتعلن فيها الباحثة انتهاء البرنامج بشكل مؤقت في جو من المودة والايجابية،

وتستغرق هذه المرحلة (جلسة واحدة) هي الجلسة رقم (٢١) من جلسات البرنامج العلاجي.

٦- مرحلة المتابعة والرعاية: Follow up & after care

وتهدف هذه المرحلة الى الاطمئنان على الحالات والمتابعة لها، والتأكد من عدم العودة والانتكاسة للمعدلات المرتفعة من اضطراب القلق الاجتماعي. وتأكيد الوقاية من الانتكاسة، وصيانة ما تم إهداره بعد توقف البرنامج لفترة، والتدعيم المتبادل بين الحالات، ومواصلة التصدي للمشكلات المستقبلية المرتبطة بالانتكاسة والعودة للمعدلات المرتفعة من اضطراب القلق الاجتماعي.

وتستمر هذه المرحلة لمدة شهرين، وتستغرق هذه المرحلة (أربعة جلسات) بمعدل جلسة كل أسبوع، وهي الجلسة رقم (٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٥) من جلسات البرنامج العلاجي.

٧- مرحلة التقويم التتبعي: Up – evaluation

وتهدف هذه المرحلة إلى إعادة تطبيق مقياس (اضطراب القلق الاجتماعي لذوي اضطراب طيف التوحد) للتأكد من استمرار فعالية البرنامج العلاجي لفترة ما بعد الإنهاء المؤقت.

ويكون هذا بمثابة التقويم التتبعي، وهذه المرحلة تستغرق (جلسة واحدة)، وهي الجلسة رقم (٢٦) من جلسات البرنامج العلاجي.

٨- مرحلة الإنهاء العام: General Termination

وتهدف هذه المرحلة إلى استكمال ما تم نقاشه، وشكر الحالات وأولياء الامور على الالتزام والتعاون، ثم تعلن فيها الباحثة انتهاء البرنامج في جو من المودة والايجابية.

وتستغرق هذه المرحلة (جلسة واحدة) هي الجلسة رقم (٢٧) من جلسات البرنامج العلاجي، وهي الأخيرة في البرنامج، ويستكمل فيها ما تم نقاشه في جلسات البرنامج جملة، ثم يعلن فيها الباحث انتهاء البرنامج في جو من المودة والايجابية.

جدول (١١)

مراحل البرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب بعدد جلساته وزمن كل جلسة:

رقم المرحلة	اسم المرحلة	عدد الجلسات	زمن الجلسة
١	مرحلة الإعداد القبلي	(٤ جلسات)	(٦٠ دقيقة)
٢	مرحلة التقويم القبلي	(١ جلسة)	(٦٠ دقيقة)
٣	المرحلة التنفيذية	(١٤ جلسات)	(٦٠ دقيقة)
٤	مرحلة التقويم البعدي	(١ جلسات)	(٦٠ دقيقة)
٥	مرحلة الإنهاء المؤقت	(١ جلسات)	(٦٠ دقيقة)
٦	مرحلة المتابعة والرعاية	(٤ جلسات)	(٦٠ دقيقة)
٧	مرحلة التقويم التتبعي	(١ جلسات)	(٦٠ دقيقة)
٨	مرحلة الإنهاء العام	(١ جلسات)	(٦٠ دقيقة)

الفنيات المستخدمة في البرنامج:

هناك عدة فنيات يمكن استخدامها في تنفيذ البرنامج المقترح من أهمها ما

يلي:

١- اللعب الموجه: Guided Play

وهو الذي يكون فيه الطفل مقيد لتوجيهات وقواعد وتعليمات يجب عليه السير وفقاً لها عند اللعب.

ولقد تم الحرص على أن تكون تعليمات اللعب الموجه مناسبة لذوي اضطراب طيف التوحد لضمان فهمها واستيعابها.

فقد كانت هذه التعليمات بعبارات بسيطة التي تتضمن أن ذوي اضطراب طيف التوحد قد فهموا الغرض منها، بالرغم من أن "الباحث" سيقوم بشرح التعليمات لذوي اضطراب طيف التوحد بنفسه، وذلك لأنه سيقوم بتطبيق جلسات البرنامج بنفسه.

٢- اللعب الحر: Free play

وهو الذي يكون فيه الطفل مطلق الحرية، لكي يلعب بما يريد وقتما يريد بالشكل الذي يختاره دون قواعد أو قيود أو تنظيمات أو تعليمات.

٣- التعزيز : Reinforcement

ان تعلم وتكرار السلوكيات المرغوبة التي تؤدي إلى الإثابة (التعزيز)، وتجنب السلوكيات غير المرغوبة التي تؤدي إلى العقاب، هما محور عملية التعلم، ويتوقف نجاح أو فشل أي برنامج على فاعلية وقوة المعززات المستخدمة. وكلما كان التعزيز قوياً ومرغوباً زاد ذلك من احتمالية تكرار السلوك للحصول عليه؛ وان التعزيز هو أي نتيجة ينتهي بها السلوك بحيث تزيد من احتمال حدوثه في المستقبل، والمعزز عبارة عن حدث أو مكافأة تزيد من احتمال حدوث السلوك وتكراره عندما يعقبه المعزز. وهناك حزمة من المعززات التي اعتمدت عليها "الباحثة" والمتمثلة في: (الحلويات- البسكويت- العصائر- الشوكولاتة- المجسمات الصغيرة من الحيوانات المألوفة، المجسمات الصغيرة من السيارات- البالونات- المدح بمفردات تشجيعية مثل: برافو، وشاطر، وأحسن- التعزيز بالتصفيق- الابتسامه).

٤- النمذجة Modeling

هي أسلوب تعليمي يقوم من خلاله المعلم بأداء سلوك مرغوب فيه، ثم يشجع الحالة على محاولة أداء السلوك نفسه متخذاً من السلوك الذي وضحه المعلم مثالاً يحتذيه (عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٩: ٢٩٦). والنمذجة تلعب دوراً هاماً في اكتساب كل من السلوكيات المناسبة أو المرغوبة والسلوكيات غير التكيفية؛ فالعديد من الأطفال يكتسبوا أنماط سلوك خاص بهم من خلال ملاحظة وتقليد الآخرين (إبراهيم الزريقات، ٢٠١٠: ٣١٦).

٥- التشكيل: Shaping

وهو واحد من أساليب تعديل السلوك يتضمن التعزيز المتتابع لأنماط السلوك التي تقترب من السلوك النهائي المراد تعليمه للطفل، كما يتضمن التشكيل تعزيز السلوك المرغوب وانطفاء السلوك غير المرغوب (عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٩: ٢٨٤).

٦- المحاكاة/ التقليد: Imitation

هو عملية أو عادة تقليد سلوك شخص، أو جماعة، أو موضوع بصورة مقصودة، بصورة غير مقصودة. والتقليد أو المحاكاة شكل من أشكال التعلم الذي حدث بالنسبة لكثير من مهاراتنا، وإيماءتنا، واهتماماتنا، واتجاهاتنا، وكذلك أساليب سلوك الدور، وعاداتنا الاجتماعية وتعبيراتنا اللفظية (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١: ١٦٤).

٧- الحث (المساندة والدعم): Prompting-Supporting

تحتاج الحالات إلى الحث (المساندة والدعم) حتى يتمكنوا من أداء المهارات أو السلوكيات المطلوبة منهم، وبعد الحث من الفنيات التعليمية التي تساعد الحالة على أداء الاستجابة الصحيحة بما يقلل من خطأ الحالة ويدعم إحساس الحالة بالنجاح كما يلعب الحث دوراً مهماً في توضيح الاستجابة المتوقعة من الحالة. والمخاطرة الوحيدة في استخدام الحث هي أن الحالة قد يصح معتمداً عليه لإعطاء الاستجابة الصحيحة إلا أنه يمكن تشجيع الحالة على الأداء باستقلالية بعد ذلك عن طريق استخدام فنية الاستبعاد التدريجي للحث (فوزي جبل، ٢٠٠٠: ٨٨).

ويتم استخدام الحث الجسدي مع استبعاد الحث تدريجياً مع تقديم التعزيز كلما أتقنت الحالة ممارسة السلوك (عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٩: ٢٨٨).

٨- المحاضرات والمناقشات:

إن المحاضرة والمناقشات هي طريقة تقوم في جوهرها على تبادل الخبرات، وفيها تعتمد الباحثة على تقديم المعرفة بالبرنامج لأولياء الامور للحالات لأطفال عينة البحث، فيوجه نشاطهم بهدف فهم مايقدمه البرنامج مستخدماً المناقشات مع أولياء الامور لتحقيق البرنامج على أكمل وجه، ففيها إثارة للمعارف السابقة وتثبيت للمعارف الجديدة والتأكد من الفهم.

ولذلك تتضمن جلسات المرحلة التمهيديّة للبرنامج (توفير معلومات عن اضطراب طيف التوحد، واضطراب القلق الاجتماعي، وجلسات البرنامج العلاجي) عن طريق المحاضرات والمناقشات لما يتميز به هذا الأسلوب من إتاحة الفرصة لأولياء الامور لتبادل خبرات ومهارات التعامل مع ذوي اضطراب طيف التوحد في المهام المنزلية.

٩- الواجبات المنزلية:

يعرف الواجب المنزلي في الدراسة الحالية بأنه عبارة عن مجموعة من الأنشطة التي ينبغي على ذوي اضطراب طيف التوحد تطبيقها داخل المنزل بمساعدة أولياء الأمور، ويتم في الجلسة التالية مناقشة ما قام به ذوي اضطراب طيف التوحد من هذه الأنشطة، وتزويدهم بتغذية راجعة.

١٠- التلقين:

وينقسم التلقين الى (أ)- التلقين اللفظي: بإعطاء تعليمات وأوامر لفظية مثل (أرمي، حرك، أكمل)، (ب)- التلقين الإيمائي: عن طريق الإشارة أو النظر إلي مكان رمي الكرة، أو إلي مكان تحريك القطع، (ج)- التلقين الجسدي: مثل (الأخذ بيد طفل ذوي اضطراب طيف التوحد، تحريكه تجاه الأطواق، تحريكه تجاه الكراسي الموسيقية).

١١- التغذية المرتدة:

وهي مراجعة ما تم تنفيذه في الجلسة السابقة، مع مراجعة ما تم إنجازه من الواجبات المنزلية للجلسة السابقة، وتتم المراجعة مع ولي امر الحالة.

١٢- التسخين:

وهي مجموعة المحاولات التي يتقوم بها الباحثة للتهيئة قبل بداية الجلسة، والموجهة لأطفال العينة البحثية من ذوي اضطراب طيف التوحد المشاركين في البرنامج.

بالإضافة الى فنيات أخرى متمثلة في: (التعارف- الشرح- الإجابة على الاستفسارات- التجاهل باستخدام سحب الانتباه- التكرار)، بالإضافة إلى الحرمان بسحب اللعبة التي يلعب بها الحالة وهذا في حالة رفض الحالة في تنفيذ المهام المطلوبة.

أنشطة اللعب المستخدمة في البرنامج:

- الألعاب التركيبية.
- لعبة القفز داخل الأطواق.

- لعبة رمي الكرة للأخر.
- لعبة صيد فقاعات الصابون الملونة.
- لعبة الكرسي الموسيقي.
- لعبة الخرز مع الآخرين.
- لعبة شد المنديل.
- لعبة فين مكاني.

الوسائل المساعدة المستخدمة في البرنامج:

- مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (المقياس السيكمومتري) (إعداد/ الباحث).
- شاشة العرض (البروجيكتور).
- الفيديوهات المسجلة عن أنشطة اللعب.
- المخططات الورقة.
- الرسوم التعبيرية عن مراحل البرنامج.
- بازل (الطيور - والحيوانات - الخضروات - الفواكه - المهن - الأشكال الهندسية الملونة).
- العداد الرقمي ذات الألوان السداسية.
- البالونات الملونة.
- كروت المجموعات الضمنية من (مجموعة الطيور - الفواكه - الخضروات - المهن - الاثاث المنزلي - المواقف).
- لضم الخيط.
- الأوراق.
- الأقلام.
- المكعبات وتركيبها حسب الشكل الذي أمامه مرسوم على ورق المهام.
- الأطواق الدائرية.
- صفاة للإشارة إلى بداية النشاط ونهايته.
- راية للترويج بها لإعطاء الأوامر للحالات المشاركة في البرنامج.

- كرة متوسطة الحجم من البلاستيك الخفيف.
- زجاجات من الماء.
- صابون سائل.
- أداة صنع فقاعات الصابون الملونة.
- كراسي خشبية.
- فيديوهات موسيقية لاستخدامها في الإشارة عن بداية النشاط.
- مجموعة الخرز الملونة.
- خيوط للضم الخرز.
- منديل قماش ابيض.
- الصبورة الزجاجية.
- قطع الحلوى الصغيرة، والعصير المثلج، والشوكولاتة، والبسكويت كمعززات ومكافئات بما لا يضر بالحالة الصحية للحالة.
- المجسمات البلاستيكية على شكل (حيوانات مألوفة-سيارات صغيرة- جواهر- أشكال هندسية ملونة ولامعة) كمعززات ومكافئات للحالة.

عينة البرنامج:

يطبق البرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب على مجموعة من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المصاحب لهم معدلات مرتفعة من اضطراب القلق الاجتماعي، والذي يشمل عددهم (٤ حالات).

المدى الزمني للبرنامج:

نُفذ البرنامج في حدود (١١.٥) أسبوع، بواقع جلستين في الأسبوع، بالإضافة إلى (٨) أسابيع للمتابعة والرعاية اللاحقة، بواقع جلسة كل أسبوعين. وتُطبق البرنامج في الفترة من (أول يونيو ٢٠١٩) حتى (الأسبوع الأخير من أكتوبر ٢٠١٩).

الأساليب الإحصائية:

استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية في هذه الدراسة للتحقق من صحة الفروض، وذلك باستخدام ما يلي:

- الإحصاء الوصفي المتمثل في المتوسط الحسابي، والانحراف.
- معامل ارتباط سبيرمان/براون.
- معامل ارتباط جتمان.
- معامل ارتباط ألفا كرونباك.
- معامل الثبات.
- التحليل العاملي.
- مانوتتي لعينتي مستقلتين Mann-Whitney-U Test وتم استخدامه في التحقق من الصدق التمييزي للمقاييس.
- (ويلكوكسن) Wilcoxon coefficient.

نتائج فروض الدراسة:

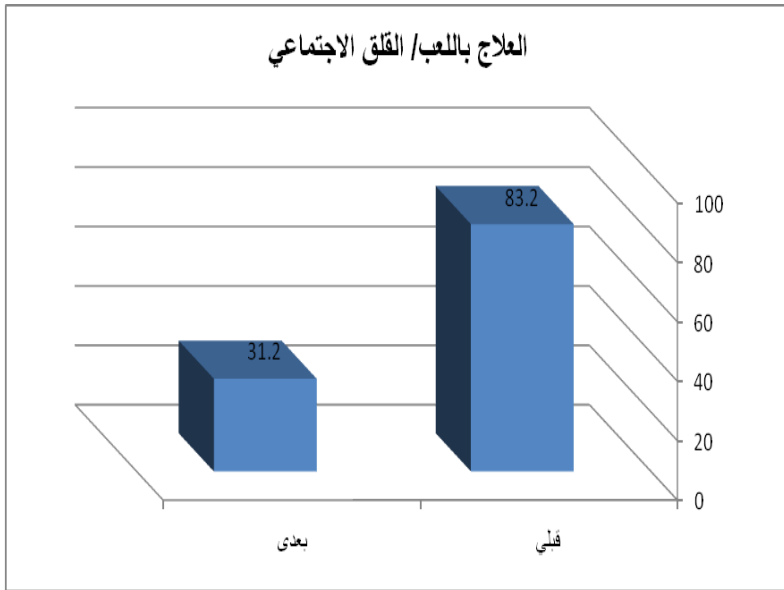
يشير الفرض الأول إلى انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للبرنامج القائم على العلاج باللعب في اضطراب القلق الاجتماعي لدى الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي". وللتحقق من صحة هذا الفرض قام "الباحث" باستخدام معامل (ويلكوكسن)، لحساب دلالة الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين درجات القياس القبلي والبعدي لأطفال العينة البحثية من ذوي اضطراب طيف التوحد المصاحب لهم معدلات مرتفعة من اضطراب القلق الاجتماعي قبل تطبيق البرنامج (ن = ٤).

جدول (١٢)

الفرق بين متوسطات رتب درجات العينة (ن = ٤) على القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد باستخدام معامل ويلكوكسن "Wilcoxon"

المقياس	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمه Z	مستوي الدلالة
اضطراب القلق الاجتماعي	قبلي/	-	٤	٤.٥٠	١٨.٠٠	٢,٣٢	٠,٠١
	بعدي/	+	صفر	صفر	صفر		
	=		صفر				
	المجموع		٤				

ويتضح من نتائج الجدول رقم (١٢) وجود فروق داله إحصائيا عند مستوي دلالة (٠.٠١) بين متوسط رتب الدرجات التي حصل عليها أطفال المجموعة في القياس القبلي ومتوسط الرتب في القياس البعدي على مقاييس اضطراب القلق الاجتماعي لصالح لصالح القياس البعدي، فهنا جاءت النتائج تشير الى انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي دلالة (٠.٠١) بين القياس القبلي والبعدي، لصالح القياس البعدي في الاتجاه الايجابي والذي يشير إلى خفض معدلات اضطراب القلق الاجتماعي بعد البرنامج، وهذا يشير إلى فعالية البرنامج القائم على العلاج باللعب في خفض معدلات اضطراب القلق الاجتماعي في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي، وهو ما يؤكد تحقق صحة هذا الفرض.



شكل (١)

التمثيل البياني لدرجات أطفال العينة البحثية المطبق عليهم البرنامج القائم على العلاج باللعب للقياسين (القبلي والبعدي) على مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

تفسير نتائج الفرض الأول:

أكدت نتائج الدراسة الحالية إلى انه "باستخدام البرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب يؤدي إلى انخفاض معدلات اضطراب القلق الاجتماعي لاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد".

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات التي كانت تسعى لكشف مدي فعالية العلاج باللعب في خفض معدلات اضطراب القلق الاجتماعي لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وجاءت هذه النتيجة متفقة مع دراسة (Stoianovici, 2020) حيث أشارت النتائج إلى الحصول على أداء موثوق به أثناء الجلسات العلاجية القائمة على العلاج باللعب بالاعتماد على الروبوت الاجتماعي (NykuRAT) في تقديم الجلسات والذي كان يعتمد على النماذج الحركية للروبوت، هذا وانعكس الامر على رفع معدلات المهارات الاجتماعية، وخفض معدلات اضطراب لقلق الاجتماعي الذي كان يعاني منه العينة البحثية قبل تقديم البرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب مع الروبوت الاجتماعي (NykuRAT). وتتفق ايضا نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (De, Kwame, M., 2020) حيث اسفرت نتائجها عن وجود علاقة إيجابية بين التدخلات الاجتماعية التي تألفت من مجموعة من أنشطة اللعب مثل الجمباز في خفض معدلات اضطراب القلق الاجتماعي. كما اتفقت أيضاً مع نتائج دراسة (Varley, et al., 2019) والتي اشارت نتائجها الى مدي فعالية البرنامج العلاجي القائم على اللعب الجماعي LEGO في خفض معدلات العزلة الاجتماعية والقلق الاجتماعي ورفع معدلات الكفاءة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي لدى اطفال العينة البحثية من المصابين باضطراب طيف التوحد. كما تتفق أيضاً مع دراسة (Thomas, Benjamin, R., 2019) والتي اشارت نتائجها إلى التحدث التلقائي، والنطق، والتواصل البصري، والتفاعل الحركي، والتهريج، وسلوك السعادة، ومراقبة أقرانهم، وانخفاض معدلات القلق الاجتماعي لحالات الاصابة باضطراب طيف التوحد تحدث في أغلب الأحيان أثناء جلسات التدخل القائمة على اللعب الحركي، أثناء التدخل في الفصل. كما اتفقت أيضاً مع نتائج دراسة (Smucker, 2018) والتي أشارت نتائجها الي أن جميع المشاركين السنة لديهم انخفاض في معدلات المخاوف، واضطراب القلق الاجتماعي، وارتفاع في معدلات المهارات الاجتماعية. كما اتفقت أيضاً مع نتائج دراسة (Aja, S., 2018) وأشار نتائج هذه الدراسة الى أن العلاج باللعب فعال للغاية في علاج القلق عند الأطفال بالطفولة المتأخرة من المصابين باضطراب طيف التوحد وهذا بناءً على بيانات من التقرير الذاتي للأدوات التي تدار على المشاركين.

كما أنه مؤشر على وجود حاجة ماسة إلى مزيد من البحث، خاصة من قبل العاملين في مهنة الخدمة النفسية. كما تتفق أيضا مع دراسة (Krainick, 2017) والتي اشارت نتائجها الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لكل من مقياس المهارات الاجتماعية، واضطراب القلق الاجتماعي باستخدام العلاج القائم على اللعب بنادي ليجو LEGO لتعليم المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد، حيث اشارت نتائج الدراسة الى مدى فعالية البرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب بنادي ليجو في رفع معدلات المهارات الاجتماعية، وخفض معدلات اضطراب القلق الاجتماعي لأطفال العينة البحثية من ذوي اضطراب طيف التوحد. وجاءت أيضا متفقة مع دراسة (Reese, Kaycee, 2017) وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن سلوكيات المشاركة الاجتماعية الإيجابية للمشاركين زادت بينما انخفضت السلوكيات غير اللائقة. وأشارت النتائج الى انخفاض ملحوظ على مقياس اضطراب لقلق الاجتماعي. وذهبت الدراسة الى مجموعة التوصيات والبحوث المقترحة متمثلة في أن تدرس الأبحاث المستقبلية استخدام هذا التدخل من خلال تدريب الآباء والأطباء وغيرهم من المهنيين على استخدام تقنيات الانعكاس لإشراك المصابين باضطراب طيف التوحد. ويجب أن يوسع البحث المستقبلي أيضًا نتائج الدراسة الحالية إلى عينة أكبر. وجاءت أيضا متفقة مع دراسة (Shaibi, 2017) التي اظهرت نتائجها أن طرق التدخل الثلاثة المدروسة (ABA)، (DIR)، والعلاج باللعب، كانت ناجحة في تطوير المهارات الاجتماعية وخفض معدلات القلق الاجتماعي. وتميزت البرامج بأنواع مختلفة من المهارات التي تم تطويرها. يمكن تطبيق أهمية هذه النتائج على الخدمات الحالية والمستقبلية التي تهدف إلى تقليل تأخيرات المهارات الاجتماعية لدى حالات الإصابة باضطراب طيف التوحد. وكما تتفق مع دراسة (Ragusa, Ashley, 2017) والتي اشارت نتائجها الى أن بعض أطفال العينة البحثية الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد وارتفاع معدلات القلق الاجتماعي لديهم يستفيدون من طريقة العلاج هذه، عند استخدامها بتكرار وكثافة عالية في مكان التدريب. ولقد حقق بعض المشاركين مكاسب جديرة بالملاحظة أو كبيرة في مجالات مستوى اللعب وبدء الاهتمام المشترك. على وجه التحديد، وأظهر جميع الطلاب مجموعة درجات أعلى بشكل

ملحوظ على مقاييس الكلام كما تم تقييمها بواسطة (CSBS, DP, ITC)، ومركب الكلام وتكرار اللغة المنطوقة كما تم تقييمها بواسطة (CDI-III) عند مقارنة النتائج السابقة لما بعد العلاج الامر الذي انعكست نتائجه على خفض معدلات القلق الاجتماعي لدى أطفال العينة. كما جاءت متفقة مع دراسة لوك (Locke, 2017) والتي اشارت نتائجها الى مدى فعالية البرنامج العلاجي القائم على العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمات والعلاج التفاعلي (بين الوالدين والأبناء المصابين باضطراب طيف التوحد المصاحب مع القلق الاجتماعي) مع لعب الأدوار والعلاج باللعب والمعلومات الملموسة والخطط السلوكية وأدوات الاتصال والقصص الاجتماعية ومشاركة الوالدين والوقت الممتد لمعالجة المعلومات في خفض معدلات القلق الاجتماعي لدى أطفال العينة البحثية من المصابين باضطراب طيف التوحد. كما تتفق ايضا مع نتائج دراسة "Davis, M., 2016" والتي اشارت نتائجها الى مدى فعالية العلاج باللعب التعاوني في خفض معدلات القلق الاجتماعي، وزيادة معدلات الانتباه المشترك والتفاعل الاجتماعي لدى الحالات المصابة باضطراب طيف التوحد.

وجاءت نتيجة الدراسة الحالية تختلف مع دراسة (Felzer, Isabella, 2020) حيث اشارت النتائج القائمة على الملاحظة أكبر فرق بين المجموعات التشخيصية في مهارات الحركة الأساسية، وتقدم هذه الرسالة نتائج من تحليل السلوك التطبيقي لتدخل مهارات الحركة الأساسية مع حالات اضطراب طيف التوحد. وهذا التدخل هو الأول من نوعها الذي يتم تنفيذه في مراكز التدخل، وهي بيئة صالحة بيئيًا ذات مدى واسع. وقد أظهرت درجات المحرك تحسناً بالنسبة إلى مجموعة التحكم، وأعرب أخصائي تعديل السلوك المنفذون للدراسة عن استنتاجهم أن نتائج التدخل جاءت منخفضة بشكل عام، على الرغم من تضمين مكون اللعب الاجتماعي في التدخل، كما تختلف في نتائجها مع نتائج دراسة (West, Laura, 2018) والتي أشارت نتائجها إلى أن البرنامج العلاجي السلوكي القائم على اللعب باللعاب فعال في تعليم عدد من المصابين باضطراب طيف التوحد. ومع ذلك بالنسبة للعدد الآخر من المشاركين لم يتم الحفاظ على هذه التكتيكات خلال جلسات التحقيق الأخيرة.

وجاءت نتائج الدراسة الحالية متوافقة في أن مشاركة أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الألعاب تدريجياً تؤدي إلى تحسن في مستوى أدائهم للعبة، وتدرجياً يتعلموا الألعاب المركبة، وذلك من خلال جلسات اللعب مع الأقران، وأنه كلما زادت مهارات اللعب لذوي اضطراب طيف التوحد كلما زادت لديهم مهارات التفاعل الاجتماعي الايجابي، مما أدى إلى خفض معدلات القلق الاجتماعي.

وتري "الباحثة" ان هذه النتائج تفسر في ضوء الأثر الإيجابي لمحتوي البرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب والذي عمل على توفير وتهيئة الجو النفسي الآمن، وسهل التطبيق لأعضاء المجموعة العلاجية، وسهل الإقبال على العملية العلاجية، والمشاركة والتفاعل الإيجابي.

كما عمل على إعطاء مساحات نفسية، واجتماعية لأعضاء المجموعة لرؤية أنماط سلوكهم في المواقف التي يتعرضوا فيها للمواقف الاجتماعية والاختلاط بالآخرين في مواقف تتمتع بالازدحام، ودعوتهم للحكم على هذه التصرفات وتقويمها ذاتيا، والتدريب على أنشطة اللعب بشتى صورة كي يحدث انخفاض معدلات القلق الاجتماعي، وحل المشكلات والمراقبة الذاتية، وهو ما تحقق لدى أطفال المجموعة التي تم تطبيق البرنامج عليها والتي كانت متمثلة في ذوي اضطراب طيف التوحد المصاحبين بمعدلات مرتفعة من اضطراب القلق الاجتماعي قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

يشير الفرض الخامس إلى انه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس البعدي والتتبعي للبرنامج القائم على العلاج باللعب في اضطراب القلق الاجتماعي لدى الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد".

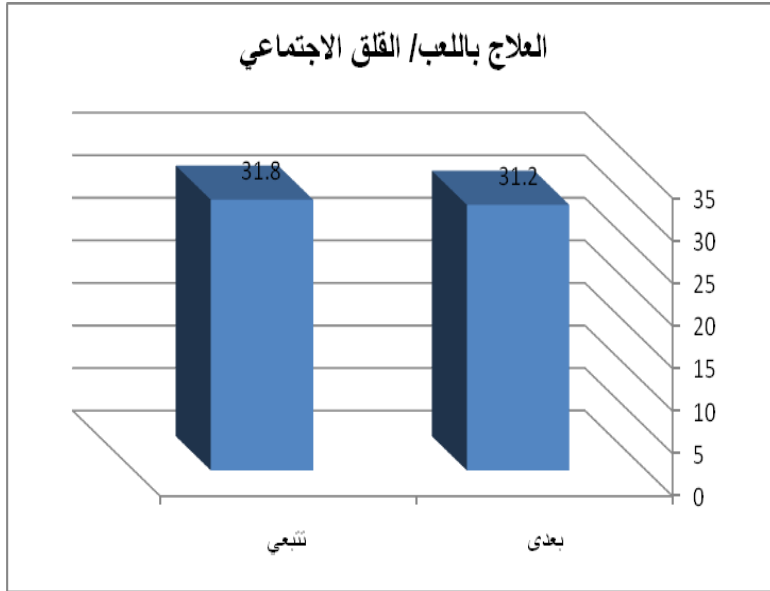
وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام معامل (ويلكوكسن)، للتحقق من دلالة الفروق الاحصائية بين القياس البعدي، والقياس التتبعي على مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهذا بعد فترة المتابعة والرعاية اللاحقة للبرنامج العلاجي القائم على العلاج باللعب.

جدول (١٣)

الفرق بين متوسطات درجات أطفال العينة البحثية على القياسين البعدي والتتبعي على مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد باستخدام معامل ويلكوكسن "Wilcoxon"

المقياس	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوي الدلالة
القلق الاجتماعي	قبلي/	-	١	٣.٠٠	٣.٠٠	٠.٣١	غير دال
	بعدي/	+	١	٣.٢٠	٣.٢٠		
	=		٢				
	المجموع		٤				

ويتضح من نتائج الجدول رقم (١٣) انه لا توجد فروق داله إحصائيا بين متوسط رتب الدرجات التي حصل عليها أطفال المجموعة في القياس البعدي ومتوسط الرتب في القياس التتبعي على أبعاد مقاييس اضطراب القلق الاجتماعي لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهو ما يؤكد صحة هذا الفرض.



شكل (٢)

التمثيل البياني لدرجات أطفال العينة البحثية المطبق عليهم البرنامج القائم على العلاج باللعب للقياسين (البعدي- التتبعي) على مقياس اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فأشارت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج القائم على اللعب في خفض معدلات اضطراب القلق الاجتماعي للمصاحب لذوي اضطراب طيف التوحد.

وإن نجاح البرامج العلاجية يرجع إلى الأثر الإيجابي لمحتوي البرنامج، والذي عمل على توفير وتهيئة الجو النفسي الآمن، وسهل التطبيق لأعضاء المجموعة العلاجية والإقبال على العملية العلاجية، والمشاركة والتفاعل الإيجابي، كما عمل على إعطاء مساحات نفسية، واجتماعية لأعضاء المجموعة لرؤية أنماط سلوكهم في المواقف التي يتعرضون لها، وتقويمها ذاتيا.

توصيات الدراسة:

- في ضوء نتائج الدراسة أمكن للباحثة اقتراح بعض التوصيات، التالية:
- استخدام العلاج باللعب في علاج بعض الاضطرابات النفسية لطفل التوحد (الأرق/ الاكتئاب).
 - استخدام العلاج باللعب في تنمية بعض مهارات الرعاية بالذات لطفل التوحد.
 - الاهتمام باللعب لما له من أثر عميق في نفوس الأطفال.
 - تشجيع المعلمات والأخصائيين على استخدام اللعب مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

بحوث مقترحة:

- فعالية برنامج سلوكي معرفي لخفض معدل اضطراب القلق العام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- فعالية برنامج إرشادي للوقاية من المشكلات السلوكية المصاحبة لاضطراب طيف التوحد لدى الأطفال.

المراجع:

- أحمد عبد اللطيف أبو اسعد (٢٠١٢). علم النفس الإرشادي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن.
- أحمد عمر (١٩٩٣). مدى فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة طنطا، طنطا.
- احمد نايل الغرير، وأديب عبد الله النوايسة (٢٠١٠). اللعب وتربية الطفل للمعلمات في الروضة والآباء والأمهات في المنزل، إثراء للنشر والتوزيع، عمان.
- أمال فوزي (٢٠٠٧). بناء مقياس لتشخيص السلوك التوحدي والتحقق من فاعليته في عينة أردنية من حالات التوحد والإعاقة العقلية والعادين، رسالة دكتوراه، الجامعة الأردنية، عمان.
- جمال الخطيب، وجميل الصمادي، وفاروق الروسان، وخولة يحيى، ومنى الحديدي، وموسى العمارة، وميادة الناطور، وناديا السرور، وابراهيم الزريقات (٢٠٠٧). مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، ط (١)، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان.
- جمال الخطيب، ومنى الحديدي (٢٠٠٩). المدخل الى التربية الخاصة، ط (١)، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان.
- جيرالد كوري (٢٠١٣). النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة: سامح الخفش، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٨٠). التوجيه والإرشاد النفسي، (ط٢)، عالم الكتب، القاهرة.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ج (٣)، عالم الكتب، القاهرة.
- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط (٧)، عالم الكتب، القاهرة.
- حسن المعطي، والسيد أبو قلة (٢٠٠٧). مدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة زهران الشرق، القاهرة.
- خولة أحمد يحيى (٢٠١٦). مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان.
- ديفيد هـ. بارلو (٢٠٠٢). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي، ترجمة صفوت فرج، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة.
- ريم عبد الرحمن الراجح (٢٠١٢). الاحتراق النفسي وعلاقته ببعدي الشخصية الانبساطية والعصابية لدى معلمات أطفال ذوي اضطراب التوحد بمدينة الرياض، رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود، الرياض.

- سوزانا ميلر (١٩٩٠). سيكولوجية اللعب، ترجمة: حسن عيسى، سلسلة عالم المعرفة، الكويت.
- سوسن شاكر الجبلي (٢٠١٥). التوحد الطفولي: أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، دار رسلان للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق.
- صفوت فرج (٢٠١١). مقياس بينية الصورة الخامسة، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- طه حسين (٢٠٠٩). استراتيجيات إدارة الخجل والقلق الاجتماعي، ط (١)، دار الفكر، للنشر والتوزيع، عمان.
- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢). مدى فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين، مجلة كلية التربية - جامعة الزقازيق.
- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٥). العلاج بالموسيقى كاستراتيجية علاجية تنموية للأطفال التوحديين، المؤتمر العلمي الأول لكليتي الحقوق والتربية النوعية، جامعة الزقازيق، الزقازيق.
- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١). إعاقة التوحد، ط (٢)، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٩). تعديل سلوك الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة، الطبري للطباعة والنشر، القاهرة.
- عبد العزيز السيد الشخص (٢٠١٣). مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- علي دبایش (٢٠١١). فعالية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثره على تقدير الذات، رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة.
- فاروق الروسان (٢٠١٤). تصميم البحث في التربية الخاصة، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان.
- فتحية مساعد يسر (٢٠١٤). أنماط لغة التواصل لدى التوحديين في علاقتها بالنضج الاجتماعي: دراسة على ثلاث عينات من مراحل عمرية مختلفة، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة عدن.
- فوزية الجلاد (٢٠١٥). قياس وتشخيص اضطراب طيف التوحد: في ضوء المعايير التشخيصية الواردة في (DSM-4/DSM-5)، دار المسيرة، عمان.
- قحطان أحمد الظاهر (٢٠٠٨). مدخل إلي التربية الخاصة، ط (٢)، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
- لطيفة حسين الكندري (٢٠٠١). ثقافة الطفل، ط (١)، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- محمد إبراهيم عيد (٢٠٠٢). الهوية والقلق والإبداع، دار القاهرة، القاهرة.
- محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠). علم الأمراض النفسية والعقلية: الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

- محمد قنديل، ورمضان بدوي (٢٠٠٧). الألعاب التربوية في الطفولة المبكرة، ط (١)، دار الفكر، عمان.
- محمود حمودة (١٩٩١). الطفولة والمراهقة: المشكلات النفسية والعلاج، المطبعة الفنية الحديثة، القاهرة.
- محمود خطاب، وأحمد حمزة (٢٠٠٨). سيكولوجية العلاج باللعب مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ط (١)، دار الثقافة للنشر والتوزيع، جامعة عين شمس، القاهرة.
- نايف الزارع، ويحيى عبيدات (٢٠١٠). الطلاب ذوي اضطراب طيف التوحد: ممارسات التدريس الفعالة، ط (٢)، دار الفكر، عمان.
- نيراس يونس محمد آل مراد (٢٠٠٤). أثر استخدام برامج بالألعاب الحركية والعباب الاجتماعية والمختلطة في تنمية التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال، رسالة دكتوراه، كلية التربية الرياضية، جامعة الموصل.
- نبيل عبد الهادي (٢٠٠٤). سيكولوجية اللعب وأثرها في تعلم الأطفال، دار وائل للنشر والطباعة، عمان.
- ندى ناصف، وسمر حيدر (٢٠٠٨). حاكيني بأسلوب، دليل التواصل بين الأهل والطفل الذي يعاني من التوحد، الجمعية اللبنانية للتوحد، بيروت.
- هشام عبد الرحمن الخولي (٢٠٠٧). الأوتيزم- الأوتيسمك الخطر الصامت يهدد أطفال العالم، دار المصطفى للطباعة، بنها.
- هشام عبد الرحمن الخولي (٢٠٠٨). استراتيجيات لتحسين أطفال الأوتيزم، دار المصطفى للطباعة، بنها.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-4). PP: 411- 424.
- American Psychiatric Association (2013). The Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Text Revision. Washington, DC: Author, PP: 413- 424.
- Antony, M., Swinson, P. (2000). Phobic disorders and Panic in Adults: A Guide to Assessment and Treatment, Washington: American Psychiatric Association, P: 125- 137.
- Battocchi, A., Gal, E., venuti, P., Weiss, P. (2008). Collaborative Puzzle Game- an interface for studying collaboration and Social interaction for children who are typically developed or who have Autistic spectrum Disorder Department of Cognitive Science and Education. University of Toronto. 28 (9) PP: 127-134.

- Bellini, S (2004). Social skill deficits and anxiety in high functioning adolescents with autism Spectrum disorders. Focus on Autism and other Development Disabilities, (19), PP: 78- 84.
- Bowlby, J. (1988). A secure base: parent-child attachment and healthy human development. USA: Basic Books, PP: 24- 29.
- Crockett, L. (2004). Music therapy and autism. Coralville, IA: West Music Company, PP: 66- 69.
- Davey, G. (1999). Phobias: A Handbook of Theory, Research and Treatment, (3rd ED), America: Wiley, P: 14.
- De, J., Kwame, M. (2020). Journey with Autism: Successful Educational and Social Interventions from a Single Case Study, Ph.D., Andrews University, School of Education, Ann Arbor, United States.
- Fazio, L., Ballard, M. (2014). Cognitive behavior Play therapy Techniques in School- Based Group Counseling, assisting Students in the Development of Social Skills. Washington: The American Counseling Association, P: 65.
- Felzer, K., Isabella, T. (2020). Fundamental Movement Skills in Children with and Without Autism Spectrum Disorder, and the Multi-domain Effects of an Early Motor Intervention, Ph.D., Michigan State University, Kinesiology - Doctor of Philosophy, Ann Arbor, United States.
- Frank, L., (2015). Best practices for transitioning adolescents with Autism Spectrum Disorder into adulthood (Master Thesis) Retrieved from http://fisherpub.sifc.edu/education_ETD_masters, PP.612- 655.12/06/2019, 3.35 PM
- Gillott A., Furniss, F., Walter, A. (2001). Anxiety in high functioning children with autism. Autism, 5 (3), PP: 277- 279.

- Gleberzon, B., Rosenberg, G., Anita, L. (2001). On Autism: It Prevalence. Diagnosis. Causes. And Treatment, PP: 516- 532.
- Heward, L. (2003). Exceptional Children: An Introduction to Special Educational, 7th ed. Merrill Prentice – Hall. Upper Saddle River, New Jersey, U.S.A., PP: 455- 463.
- Huebner, R. (2001). Autism– A Sensor motor Approach to management. Maryland: Aspen Publishers, Inc. P: 339.
- Kaeppler A., Earth, S. (2017). Linking social anxiety with social competence in early adolescence: Physiological, 45(2), PP: 371-379.
- Kearney, C. (2005). Social Anxiety and Social phobia in Youth: Characteristics, Assessment and Psychological Treatment. New York: Springer, PP: 67- 74.
- Kearney, C. (2005). Social Anxiety and Social phobia in Youth: Characteristics, Assessment and Psychological Treatment. New York: Springer, PP: 67- 74.
- Krainick, J. (2017). Teaching social skills and reducing social anxiety in a sample of patients with autism spectrum disorders using Lego Club play therapy, D.N.P., Bradman University, Mary belle and S. Paul Masco School of Nursing and Health Professions, Ann Arbor, United States.
- Lemperiere, T., Filline A., Gutman, A. (2000). Psychiatry de L'adulte. Masson Paris: Heures De France, PP: 58- 69.
- Leonhardt, M., Matthews, S., Meaney, M., Walker, C. (2007). Psychological stressors as a model of maternal adversity: Diurnal modulation of corticosterone responses and changes in maternal behavior. Hormones and Behavior. 51 (1), PP: 77- 88.
- Levinson, Sarah. (2021). My Wounds Matter Too: Associations among Distress, Emotion Regulation, Autism Symptomology, and Self-Harm Functions among Young Adults with ASD, Ph.D., University of Massachusetts Boston, Ann Arbor, United States.

- Locke, M. (2017). SEA TIME: Trauma Informed Treatment Program for Youth with Autism Spectrum Disorder, Psy.D., The Chicago School of Professional Psychology, Clinical Psychology: Child and Adolescent Track, Ann Arbor, United States.
- Marks, I. (1975). Fears and Phobia, London: Heinemann, PP: 104- 107.
- Mazzone, L., Vitiello, B. (2016). Psychiatric symptoms and comorbidities in Autism Spectrum Disorder, Springer, Switzerland, PP., 281- 288.
- Mekuria K., Mulat, H., Derajew, H., Mekonen, T., Fekadu, W., Belete, A., Yimer, S., Legas, G., Menberu, M., Getnet, A., Kibret, and S. (2017). High magnitude of social anxiety disorder in school adolescents. Psychiatry journal, 24 (3).
- Ministry of Education of Saskatchewan (2013). Play and Exploration Saskatchewan, Canada, PP: 24- 26.
- Nelson, C. (2007). Keys to Play: A Strategy to Increase The Social Interaction of Young Children with Autism and Their Typically Developing Peers. Education and Training in Developmental Disabilities, P: 166.
- Ozonoff, S., Dawson, G., McPartland, J. (2002). A parent's Guide to Asperger Syndrome and High-functioning Autism. New York: The Guilford Press. P: 186.
- Rachman, S. (1998). Anxiety, United Kingdom: Psychology press. PP: 18- 27.
- Ragusa, T., Ashley, H. (2017). The effect of communication therapy in the classroom environment on the pre-language skills and play skills of those suffering from autism spectrum disorder, Psy.D., Hofstra University, School-Community Psychology, Ann Arbor, United States.
- Rapin, I. (2001). Autistic Children: Diagnosis and Clinical Features. American Academy of Pediatrics, PP: 124- 145.

- Ratto, A., Mesibov, G. (2015). Autism Spectrum Disorders in adolescence and adulthood, Long-term outcomes and relevant issues for treatment and research, Science China Life Sciences, 58(10), PP., 1010- 1065.
- Reese, T., Kaycee, L. (2017). The effect of mirroring on social participation in play for people with autism spectrum disorder, Ph.D., University of Florida, Ann Arbor, United States.
- Reese, T., Kaycee, L. (2017). The effect of mirroring on social participation in play for people with autism spectrum disorder, Ph.D., University of Florida, Ann Arbor, United States.
- Schultz, R., Romanski, L., Tsatsanis, K. (2000). neuron functional models of autistic disorder and asperser syndrome, New York Guilford press. PP: 172- 181.
- Shaffer, D., Kipp, K. (2009). Developmental Psychology childhood and adolescence (8th edition), Belmont, Wadsworth Publishing, PP., 955- 958.
- Shaibi, Y. (2017). Parenting and social skills development methods for a sample of people with autism spectrum disorders, M.S.W., California State University, Los Angeles, Social Work, Ann Arbor, United States.
- Shaibi, Y. (2017). Parenting and social skills development methods for a sample of people with autism spectrum disorders, M.S.W., California State University, Los Angeles, Social Work, Ann Arbor, United States.
- Singer, J. (2006). Learning to play and Learning through Play. Oxford University, American journal of Play, 40 (9), PP: 57-65.
- Smith, C. (2016). Specific music therapy interventions, non-musical technology and collaboration when working with adolescents with autism spectrum disorders, M.M. The Florida State University, Music, Ann Arbor, United States.

- Smucker, R. (2018). The Effect of Group Child-Directed Interaction Training on Children with Autism Spectrum Disorder and their Primary Caregivers, Ph.D., Hofstra University, Clinical Psychology, Ann Arbor, United States.
- Stoianovici, D. (2020). A Social Robot for Children with Autism Spectrum Disorders, M.S., University of Denver, Mechatronics Systems Engineering, Ann Arbor, United States.
- Thomas, S., Benjamin, R. (2019). A comparison of physical play and non-physical play intervention contexts on social skills and social anxiety in people with autism spectrum disorder, Ph.D., The Claremont Graduate University, Behavioral and Organizational Sciences, Ann Arbor, United States.
- Van der Linden, M., Ceschi, G. (2008). Trait de psychopathologies cognitive: Tome II- Teats psychopathologies (Vol.2) Grouped de Beck, PP: 108-111.
- Varley, D., Wright, B., Cooper, C., Marshall, D., Biggs, K., Ali, S., Chater, T., Coates, E., Gilbody, S., Gina G., Kingsley, E., Ann Le Couteur., McKelvey, A., Shephard, N. (2019). Investigating Social Competence and Isolation in children with Autism taking part in LEGO-based therapy clubs In School Environments (I-SOCIALISE). study protocol, Scholarly Journals, BMJ Publishing Group LTD, London, United Kingdom, London, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK 11 City of York Council, York, UK. BMJ Open, London Vol. (9), Is. (5).
- West, M., Laura, J. (2018). An Evaluation of an Embedded Instruction Procedure for Children with Autism, M.A., Michigan State University, Applied Behavior Analysis - Master of Arts, Ann Arbor, United States.

- Wing, L. (1998). The Continuum of autistic characteristics. In: E.schopler and G.B Mesibov (Eds.), Diagnostic and Assessment in Autism, New York, Plenum., PP: 91- 94.
- World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization. PP: 198- 208.
- Yin, Shelly., Seok-Jun, Hong., Adriana Di Martino., Milham, Michael., Bo-Yong, Park. (2020). Shared and distinct patterns of atypical cortical morphometric in children with autism and anxiety, Cold Spring Harbor Laboratory Press, Cold Spring Harbor, United States, P: 122. <https://search.proquest.com/working-papers/shared-distinct-patterns-atypical-cortical/docview/2384097055/se-2?accountid=178282>, 16/06/2020, 5.33 P.M.