



جامعة الجبالي بونعامه خميس مليانه
كلية علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية
قسم التدريب الرياضي



العنوان:

تأثير اليوغا في تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية
تخصص تحضير بدني

إشراف الأستاذة:

▪ صفية أوسماعيل

إعداد الطالبين:

- دوايدية محمد عبد الجليل
- بلعقيل عبد المجيد

السنة الجامعية: 2020/2019

شكر وتقدير

أشكر الله الذي وفقنا في بحثنا

نتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة المشرفة صفية أوسماعيل والدكتورة

لرشيح فوزية على تأطيرهما هذا العمل

كما نشكرهما على المساعدة والمساندة والتشجيع المعنوي الذي قدمناه لنا

فلم تدخرا أي جهد في سبيل توجيهنا بإرشاداتها القيمة ونصائحها الملائمة

كما أشكر الأسرة الجامعية بكلية علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

أساتذة اللجنة المناقشة

شكرا جزيلا ...

إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على أشرف المرسلين محمد صلى الله عليه وسلم وأصحابه أجمعين إلى يوم الدين

بخالص الحب والوفاء، تقدم عملنا هذا المتواضع إلى الله وأرجو أن يتقبل كعمل صالح وأن يوفقنا إلى ما فيه خير، نهدي ثمرة جهدنا إلى التيسهت في تربيتنا على الأخلاق الكريمة إلى نبع الحنان والقوة إلى التي طالما شجعتنا على مواصلة العمل إلى قرة أعيننا ونموذج العطاء والتضحية... ونهدي سر نجاحنا وتوفيقنا إلى الذي علمنا أن الحياة جهاد والعلم سلاحو علمنا معنى الصبر وكان لنا نعم العون آباءنا الأعزاء.

اللهم أحفظهم وأدخلهم جنتك إلى كافة إخوتنا الذين نعتبرهم سند في الحياة إلى كل أصدقائنا الذين تقاسمنا معهم أيام الجامعة، وتحية شكر خالصة لأستاذتنا المشرفة على المذكرة الأستاذة صفية أوسماعيل

وفي الأخير نتمنى للجميع التوفيق والنجاح في مشوارهم العلمي والعملية وأتمنى من الله أن يسدد خطاهم ويرزقنا وإياهم الجنة.

فهرس المحتويات

شكر

اهداء

فهرس المحتويات

مقدمة ----- أ-ب

الفصل التمهيدي

4	-----	مشكلة الدراسة
6	-----	الإشكالية
6	-----	التساؤلات الفرعية
6	-----	الفرضيات
6	-----	الفرضية العامة
6	-----	الفرضيات الجزئية
7	-----	أهداف الدراسة
7	-----	أسباب اختيار الموضوع
7	-----	أهمية الدراسة
8	-----	تحديد المصطلحات

الجانب النظري

الفصل الأول: اليوغا

11	-----	تمهيد
12	-----	ما هي اليوغا
12	-----	تاريخ اليوغا
13	-----	فلسفة اليوغا
14	-----	المجالات الرئيسية لليوغا

- 15----- الهدف من ممارسة اليوغا
- 16----- فوائد ممارسة اليوغا
- 18----- اليوغا والتنفس
- 19----- من تمارين التنفس
- 21----- كيفية التنفس أثناء التدريب
- 21----- أفضل عشر وضعيات أساسية تبدأ بها ممارسة اليوغا

الفصل الثاني: التوحد

- 33----- تمهيد
- 34----- التطور التاريخي لاضطراب التوحد
- 36----- نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد
- 37----- تصنيف اضطراب طيف التوحد
- 38----- خصائص وسمات اضطراب طيف التوحد
- 41----- أسباب اضطراب طيف التوحد
- 44----- تشخيص اضطراب طيف التوحد
- 46----- الأساليب العلاجية لاضطراب طيف التوحد

الفصل الثالث: مفهوم الانتباه المشترك

- 51----- مفهوم الانتباه المشترك
- 52----- مهارات الانتباه المشترك
- 52----- وظيفة الانتباه المشترك
- 53----- الانتباه المشترك لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد
- 53----- أهمية تدريس الانتباه المشترك لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد
- 54----- دور الانتباه المشترك في تكوين اللغة والكلام

الجانب التطبيقي
الجانب النظري للجانب التطبيقي

58	تمهيد
59	الدراسة الاستطلاعية
59	مجالات البحث
60	عينة البحث وكيفية اختيارها
60	المنهج المستخدم في البحث
61	مجتمع البحث
61	الأدوات والتقنيات المستعملة في البحث
	مناقشة الفرضيات
65	مناقشة الفرضيات
70	خاتمة
72	قائمة المصادر والمراجع
78	الملاحق
79	الملحق 01
85-80	الملحق 02

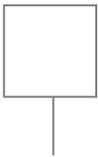
مقدمة

اضطراب التوحد يعد من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل نفسه، ولوالدين، والأفراد الأسرة الذين يعيشون معه، ويعود ذلك إلى أن الاضطراب يتميز بالغموض وبغرابة أنماط السلوك المصاحب له، ويتداخل بعض مظاهره السلوكية مع اضطرابات أخرى، فضلا عن أن الطفل المصاب بهذا الاضطراب يحتاج إلى إشراف ومتابعة مستمرة من الوالدين.

ويرجع الفضل في اكتشاف هذا الاضطراب إلى ليوكانر leo kanner وهو أول من أشار إلى التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة حينما قدم بحثه الشهير بعنوان Autistic Disturbances Of Affective Contact، حيث جذب انتباهه أنماطا سلوكية لأحد عشر طفلا كانوا مصنفيين على أنهم من ذوي التخلف العقلي، ووجد أن سلوكهم يتسم بخصائص معينة لا تتطابق مع خصائص فصام الطفولة، ولا تتشابه مع التخلف العقلي في صورته التقليدية، بل هي جملة أعراض إكلينيكية مميزة لهؤلاء الأطفال، فأطلق عليها كانر Kanner Syndrome أو توحد الطفولة المبكرة Early Infantile Autism، ورغم أن كانر أول من حدد زملة أعراض التوحد، إلا أن هذه الزملة قد استخدمت من قبل تحت مسميات عدة، فقد استخدمها بليزر Blaler عام 1911 في إشارته لزملة المکانيزمات التي يستخدمها المرضى الفصاميين في التفكير حين وصف تفكيرهم بأنه تفكير ذاتي Autistic Thinking أي لا يتوافق مع الواقع أو المنطق باعتباره أحد المسميات الأولية للفصام (سهام عبد الغفار 1999، 11).

ونظرا لأن التوحد اضطراب نمائي يتميز بصعوبات متعددة تتباين في كفه وكيفية، من طفل لآخر، إلا أن هناك اتفاقا على جوانب الصعوبة تكمن في وجود عجز وقصور في الانتباه وخاصة الانتباه المشترك Joint Attention، صعوبة التواصل Communication، واضطرابات التفاعل الاجتماعي Social Interaction Disorders، وقصور في اللغة language Deficits، والسلوكيات النمطية التكرارية Repetitive Behaviors (نابروآخرون 2008 Nqber et al :144)

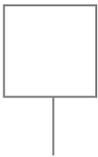
وحيث أن الصغار يقضون معظم أوقاتهم في تفاعلات مع أمهاتهم تتم وجها لوجه بحيث يكون تركيز الطفل على أمه وتركيز الأم على طفلها، وتكون تحديق العينين وتعبيرات الوجه



وتبادل العواطف هي العناصر الأساسية في هذه التبادلات. وعندما يصل الطفل إلى سن خمسة أشهر تبدأ هذه التفاعلات تأخذ اتجاهاً جديداً بإضافة شيء ثالث كلعبة أو دمية يركز عليها الطفل والأم أو المربية أو من يقوم برعاية في نفس الوقت ويعرف هذا التفاعل بالانتباه المشترك. (وفاء الشامي، 2004: 75).

والمشاركة في تفاعلات الانتباه المشترك لها تأثير مباشر على تطور اللغة، ولذلك فإن عجز الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن تكوين نقطة انتباه مشتركة مع شخص بالغ، يعتبر من العوامل التي تؤدي إلى تأخر اكتساب اللغة، وإلى حرمان الكثير من الأطفال ذوي اضطراب التوحد من تعلم الكلام.

ولذا يمكن جزء كبير من حل مشكلة التواصل اللفظي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في تحسين مهارات الانتباه المشترك لديهم، ويتطلب ذلك بالضرورة إعادة أدوات لقياس وتحديد هذه المهارات.



الفصل التمهيدي

يمثل القصور في مهارات الانتباه المشترك أحد الصعوبات الاجتماعية المبكرة التي يمكن ملاحظتها لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، والانتباه المشترك تبادل اجتماعي يركز فيه الأطفال والبالغون على نفس الشيء أو الحدث، ولكي يتمكن الأطفال من ذلك يستخدمون مجموعة من المهارات النظر بالعينين، والإشارات والإيماءات وإصدار الأصوات أو الكلمات (فيزمارا وليونز Vismara & Lyons، 2007).

أن الطفل العادي يتميز بنمو مهارات الانتباه المشترك في تسلسلها المنطقي والذي عادة يبدأ بالنظر، وتوصل النظر، وتتبع النظر، وتوجيه النظر... إلخ، إلا أن الطفل ذو اضطراب التوحد قد يعاني من اضطراب في هذه التسلسل أو قد يفقد بعض عناصر هذا التسلسل، وهذا ما يجعل من السهل على الطفل العادي أن يجذب انتباه الراشد وأن يجذب الراشد انتباه الطفل العادي، إلى أنه من الصعب على الراشد أن يجذب انتباه الطفل ذو اضطراب التوحد بالإضافة إلى أن مهارات الانتباه المشترك تظهر لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد بعد المهارات الاجتماعية المعرفة وليس قبلها كما هو الحال لدى الأطفال العاديين، أي أن النمو الاجتماعي يسبق النمو المعرفي عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد، هذا بالإضافة إلى اختلاف ترتيب مهارات النمو الاجتماعي لدى أطفال التوحد عنها لدى الأطفال العاديين. (هشام الخولي 50، 2010)

ويرتبط العجز في مهارات الانتباه المشترك بالعديد من التأثيرات السلبية على مظاهر النمو المختلفة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، التي تشمل النمو اللغوي والاجتماعي وتعلم مهارات اللعب فهذا العجز يعد بقعة اجتماعية ساخنة تؤثر على العديد من أبعاد النمو المبكر لدى هؤلاء الأطفال. (جونز مكار Jones &، 2004).

ومن هنا فإن العجز في مهارات الانتباه المشترك يؤثر على كل من الناجحين الاجتماعيين والتواصلية للطفل ذي اضطراب التوحد، فمن الناحية التواصلية يعاني الأطفال ذو اضطراب التوحد من جملة من الصعوبات اللغوية تبدو آثارها واضحة في عدو القدرة على التوصل بأشكال ومستويات تتفاوت من جملة من حالة لأخرى، وذلك عبر المراحل العمرية المختلفة، فالتوصل عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد يختلف عن التوصل لدى الأطفال العاديين،

وخصوصا في السنة الثانية من العمر، فالكثير من الأطفال ذوي اضطراب التوحد لا يستطيع الحديث، ومنهم من يتأخر في تطوير تلك المهارة، وهذا يشير إلى أن اضطراب التوحد يؤثر على كل أنماط السلوك التواصلية الضرورية لإكساب اللغة. (إبراهيم الزريقات، 2004: 263_245)

وللتغلب على جوانب العجز في الانتباه المشترك التي يعاني منها الأطفال ذوو اضطراب التوحد، فإن عملية التدخل المبكر تصبح ضرورية جدا للعمل على تنمية تلك الجوانب، وما يرتبط بها من مشكلات، وما يرتبط بها إعاقة للنمو الاجتماعي والتواصل مع الآخرين، فالبدء بتدريب الأطفال ذوي اضطراب التوحد الصغار الذين تتراوح أعمارهم من 4-7 سنوات على مهارة الانتباه المشترك له تأثير واضح على توصل هؤلاء الأطفال مع الآخرين وعلى كيفية تعبيرهم عن مشاعرهم وانفعالاتهم بأكثر من طريقة ويتم هذا التدريب من خلال توفير البيئة المناسبة ليتعلم فيه الطفل مهارات التواصل البصري، والإشارة إلى الأشياء والإيماءات الجسدية والتعليق اللفظي وهذا ما هدفت إليه العديد من الدراسات كدراسة سهى أحمد (2007) يستخلص الباحثون مما سبق أن نمو مهارات الانتباه المشترك تساعد على النمو فمختلف المهارات لدى الطفل في الجانب النفسي والاجتماعي واللغوي، لأن هذه المهارات هي بمثابة البوابة التي تساعد الطفل على النمو الجيد والتفاعل مع البيئة بما فيها من مثيرات ومؤثرات وأشخاص وأحداث متتابعة ومن هذا وجب التطرق إلى الوسائل والطرق المساعدة على تطوير هذه المهارات. مع تطور العلوم و الأساليب العلاجية للمصابين اضطراب التوحد وجد أكثر من أسلوب أو طريقة واحدة ناجحة لمحاولة التخفيف من أعراض الاضطراب مثل العلاج الطبي، العلاج الدوائي، العلاج بالحمية الغذائية، العلاج بالفيتامينات، العلاج السلوكي، العلاج النفسي، العلاج بالتكامل الحسي، العلاج بالرياضة... وكون اختصاصنا في التربية البدنية و الرياضية و مع التعمق في إحدى الطرق العلاجية (العلاج بممارسة الرياضة) وجدنا طريقة جديدة مستعملة في مراكز التأهيل و التربية المتخصصة في تأهيل المصابين بالإعاقات الذهنية و التوحد وهي استعمال اليوغا في تطوير مهارات الإنتباه و التواصل بين الطفل المصاب و المربين و الآخرين خلال ممارسة تمارين اليوغا حيث أن اليوغا تعتمد على التركيز متابعة حركة المربي و تقليدها واليوغا هي نظام رياضي مكون من سلسلة الأوضاع الجسدية يتم القيام بها على نحو

متتابع، من إتباع أنماط تنفس ثابتة والنمط الجسدي منها هو احد الأنواع الثمانية التي تتكون منها اليوغا الكلاسيكية، وقد تم تطوير هذا النوع في الهند لكي يتلاءم ويتحد مع العقل و الروح والجسد. ومن هنا لاحظنا مشكلة كان لا بد أن ندرسها ونبحث عنها لمعرفة مصداقية استعمال اليوغا في التخفيف أو التطوير في المهارات الإجتماعية لدي المصابين باضطراب التوحد وأثار في نفسنا التساؤل الآتي:

الإشكالية:

هل تؤثر تمارين اليوغا على تنمية مهارات الإنتباه المشترك عند الأطفال المصابين باضطراب التوحد؟

التساؤلات الفرعية:

- 1- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممارسين ومتوسطات درجات الغير الممارسين لرياضة اليوغا في بعد التواصل البصري؟
- 2- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممارسين ومتوسطات درجات الغير الممارسين لرياضة اليوغا في بعد متابعة التوجه البصري للآخرين؟
- 3- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممارسين ومتوسطات درجات الغير الممارسين لرياضة اليوغا في بعد التقليد؟
- 4- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممارسين ومتوسطات درجات الغير الممارسين لرياضة اليوغا في بعد جذب إنتباه الآخرين أثناء اللعب؟

الفرضيات:

الفرضية العامة:

تؤثر تمارين اليوغا على تنمية مهارات الإنتباه المشترك عند الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

الفرضيات الجزئية:

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممارسين ومتوسطات درجات الغير الممارسين لرياضة اليوغا في بعد التواصل البصري.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممارسين ومتوسطات درجات الغير الممارسين لرياضة اليوغا في بعد متابعة التوجه البصري للآخرين.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممارسين ومتوسطات درجات الغير الممارسين لرياضة اليوغا في بعد التقليد.
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممارسين ومتوسطات درجات الغير الممارسين لرياضة اليوغا في بعد جذب إنتباه الآخرين أثناء اللعب.

أهداف الدراسة

- 1- توجيه نظر المشتغلين إلى المجال إلى أهمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وذلك للاهتمام بذلك عند إعداد برامج تستهدف تحسين التواصل لدى الطفل ذو اضطراب التوحد.
- 2- توجيه المشتغلين في المجال والمربين إلى وجود طرق جديدة ووجوب استعمالها كونها تساعد على التخفيف والتطوير وكون كل طفل مختلف إذا لم تتجح الطرق التقليدية يمكن أن تتجح هذه الطريقة.

أسباب اختيار الموضوع:

- 1- اهتمام بقياس الانتباه المشترك حيث ندرة الدراسات العربية في حدود علم الباحثون.
- 2- أعداد مقياس للانتباه المشترك لدى اضطراب التوحد، يتمتع بمستوى مناسب من الصدق والثبات.
- 3- الميول الخاص إلى مساعدة الأطفال المتوحدين على المساهمة والدخول إلى المجتمع خاصة أن هذا الأخير لا يتقبلهم بشكل جيد ولا تقدم لهم المساعدة الكافية.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية البحث في أنه عبارة عن دراسة تحليلية للانتباه المشترك وتأثير ممارسة اليوغا ومدى تأثيرها على تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وبمقياس مهارات الانتباه المشترك نسعى لإيضاح وبيان تأثير اليوغا على الأطفال هؤلاء وعلى تنمية مهارات الانتباه المشترك لديهم.

تحديد المصطلحات:

اضطراب التوحد: Autism

يعرف (عادل عبد الله، 2014، ص11) بأنه اضطراب نمائي وعصبي معقد يتعرض الطفل له قبل الثالثة من عمره، ويلزمه مدى الحياة، يمكن النظر إليه أنه اضطراب نمائي أو منتشر يؤثر سلبا على العديد من الجوانب نمو الطفل، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية وهو حالة من القصور المزمن في النمو الارتقائي للطفل، يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية التي تشمل الانتباه والإدراك الحسي والنمو الحركي. تظهر هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر.

الانتباه المشترك:

قدرة الطفل على استخدام الإيماءات والتواصل البصري لتنظيم الانتباه مع شخص آخر ومشاركته في الانتباه والإهتمام بالأشياء والأحداث. (Lim, Hayoung, 2012, p88).

اليوغا:

اليوغا هي فن من فنون الرياضة الروحية، تعتمد على التركيز والتأمل ولذلك كانت اليوغا واضحة من محتواها -الهدوء- ولا نستطيع أن نلفظها بعجالة وعصبية وقوة، واليوغا هي نظام رياضي مكون من سلسلة الأوضاع الجسدية يتم القيام بها على نحو متتابع، من إتباع أنماط تنفس ثابتة والنمط الجسدي منها هو أحد الأنواع الثمانية التي تتكون منها اليوغا الكلاسيكية، وقد تم تطوير هذا النوع في الهند لكي يتلاءم ويتحد مع العقل والروح والجسد.

الجانب النظري

الفصل الأول

اليوغا

تمهيد

على الرغم من أنّ رياضة اليوغا تعتبر من الرياضات الحديثة في الغرب لكن لهذه الرياضة من التمارين اللطيفة والتأمل لها جذور قديمة جداً، حيث من الممكن أن لا يعرف الأفراد مدى تقدم بعض جوانب اليوغا، أو إلى أي مدى تغيرت اليوغا خلال آلاف السنين. وفي هذا الفصل سنتحدث عن تاريخ رياضة اليوغا ومجالاتها وفوائدها على البنية الجسمية والنفسية وبعض التمارين الشائعة.

ما هي اليوغا؟

اليوغا هي فن من فنون الرياضة الروحية، تعتمد على التركيز والتأمل ولذلك كانت اليوغا واضحة من محتواها -الهدوء- ولا نستطيع أن نلفظها بعجالة وعصبية وقوة، وعلى الرغم من تعدد أنواع الرياضة تبقى اليوغا عي الرياضة السحرية لحياتنا العصرية، فاختلقت عن الرياضات الأخرى بعدم إهمالها للجوانب الروحية، على نحو يخلق حالة من الموازنة بين متطلبات الجسد وحاجات الروح (troekes ,2000 ,p.22-60).

واليوغا هي نظام رياضي مكون من سلسلة الأوضاع الجسدية يتم القيام بها على نحو متتابع، من إتباع أنماط تنفس ثابتة والنمط الجسدي منها هو أحد الأنواع الثمانية التي تتكون منها اليوغا الكلاسيكية، وقد تم تطوير هذا النوع في الهند لكي يتلاءم ويتحد مع العقل والروح والجسد.

تاريخ اليوغا:

على الرغم من أن اليوغا هي شيء من الموضة الحديثة في الغرب، فأنت على الأرجح تدرك أن هذا النظام من التمارين اللطيفة والتأمل له جذور قديمة جدًا. ما قد لا تعرفه هو مدى تقدم بعض جوانب اليوغا، أو إلى أي مدى تغيرت اليوغا خلال آلاف السنين، مع بعض أهم التغييرات التي حدثت في بضع مئات من السنين الماضية. إنها قصة رائعة تمتد عبر معظم تاريخ البشرية، مع العديد من التقلبات والمنعطفات.

لا أحد يعرف بالضبط متى تمارس شيئًا مثل اليوغا أولاً. يعتقد البعض أن لها جذورها في العصر الحجري، مقارنات مع ممارسات مماثلة في ذلك الوقت التي سعت إلى تحقيق الانسجام لمجتمعات أسلافنا القدماء. لا يوجد دليل قاطع على ذلك.

يعود أقدم دليل مؤكد على شيء مثل اليوغا إلى أكثر من خمسة آلاف سنة، إلى الألفية الثالثة قبل الميلاد. تم العثور على المنحوتات الحجرية من تلك الحقبة، التي تصور مواقف تأملية مماثلة لتلك المستخدمة في اليوغا الحديثة. تمَّ إيجاد منحوتات في الألفية الثالثة قبل الميلاد؛ حيث تُعبّر هذه المنحوتات عن مواقف تأملية مشابهة للمواقف التأملية في اليوغا الحديثة في منطقة وادي السند في الهند.

هنالك شائعات تقول أنّ اليوغا وُجِدَت بشكل مباشر في الهندوسية؛ لكن هذا قد يكون خاطئاً كما تُظهِر اكتشافات وادي السند، ولا بد من التويه على أنّه في بعض الجوانب يمكن أن ترجع جذور اليوغا إلى أبعد ممّا يمكن.

وُجِدَ مصطلح "اليوجا" في المرة الأولى في الكاڤا أوبانشاد؛ حيث أنّه نص فلسفي، ويتم تعريف اليوغا في الكاڤا أوبانشاد على أنّها فعل يتم من خلالها استخدام العقل، والسيطرة على حواس المرء؛ لتحقيق حالة من التنوير الروحي.

مع التقدم في الزمن استمرت رياضة اليوجا بالتطور بشكل متفرع إلى العديد من الممارسات المتفلسفة المختلفة؛ حيث أنّه في القرن الثاني الميلادي انتشر كتاب يوجا سوترا؛ وهو كتاب عن الأمثال المتعلقة باليوغا.

بدأت ممارسة يوغا بالصعود في العصور الوسطى، وبدأت تشبه أخيراً اليوغا التي تمارس اليوم؛ حيث ارتكز ممارسو يوغا على فلسفات القرون الماضية، مثل تلك التي كانت في اليوجا سوترا؛ لكنهم ركزوا أكثر على تطهير الجسم على عكس ذلك من الروح. اتسعت في وضع الجلوس التقليدي لليوجا، وخلق العديد من المواقف المختلفة، أو الوضعيات التي استخدمت الجسم كله.

في القرن التاسع عشر كان الإنجاز المهم والنهائي في تقدم اليوغا هو أنّ تُقدّم للغرب، وكان المسؤول بشكل رئيسي عن ذلك هو معلم يسمى "سوامي فيفيكاناندا" أثناء جولته في أوروبا والولايات المتحدة، فضلاً عن الاهتمام المتزايد في اللياقة البدنية، وأنظمة ممارسة الرياضة.

أصبحت اليوغا في الغرب من أفضل الطرق لممارسة الرياضة بشكل مختلف عن الممارسة الروحية؛ لدرجة أنّ العديد من أنواع اليوغا في الغرب متجذرة من بعض تقنيات الجمباز في أوروبا.

فلسفة اليوغا:

هي خلاصة أبحاث ظهرت منذ آلاف السنين، ناتجة من تجارب قام بها علماء الروحية و الفلاسفة في بلاد الهند وفارس، وفلاسفة اليونان و الفراعنة، وبقيت سرا من أسرار لحقبة

من الزمن، حيث اقتصر مزاولتها على الكهنة في المعابد، ولكنها انتشرت بعد ذلك انتشاراً واسعاً، ووعي مبنية على أسس معترف بها منذ آلاف السنين، ويحترمها الطب الحديث الذي يعترف بالعلاج الطبيعي وقوته، حيث أصبح لها معاهد مختلفة وطلبة و مدرسون، وصارت علما يدرس في مدارس الهند، حيث درس في هذه المعاهد و تخرج منها قادة عظماء أمثال غاندي وغيره (Menzel ,2003,p.233-236).

ورياضة اليوغا تغيرت عما كانت عليه في السابق، فاليوم أصبحت أكثر شيوعاً في مختلف الفئات العمرية ولم تعد مقتصرة على فئة معينة من الأشخاص، فما يميز اليوغا عن سائر أنواع الرياضة إنها تمد الجسم بالطاقة وتجدد، وذلك منبثق بالأصل من وضيفة اليوغا، التي تعن أصلاً الإتصال بين الروح والجسد. وتنطلق فلسفة اليوغا من البصيرة النافذة إلى كل جوانب الحياة الروحية والعقلية والجسدية، وفيها يكون الإنسان مركز قوى (متحركة وثابتة) فكلما نما جانب الثابت فيه زادت سيطرته على الجانب المتحرك.

المجالات الرئيسية لليوغا:

- مجال برنا ياما: ويقصد به المحيط الخارجي للفرد الذي يتأثر به دائماً بأفكاره وأعماله وهي: الصدق، اللاعنف، عدم تقبل ممتلكات الغير، عدم الطمع، العزوبية، وهو قسم هام في اليوغا العملية، ويعني السيطرة على طاقة الجسم بواسطة تنظيم حركات التنفس لحفظ صحة الجسم ووقايته من الأمراض، والحركات التنفسية ما هي إلا جزء صغير من النشاطات المتعددة التي تضمها قوة الحياة أو (برانا) وتقسم عملية التنفس في اليوغا إلى أربع مراحل متتابعة وهي:

1. مرحلة السكون أو التوقف عن خروج النفس.
2. الشهيق.
3. مرحلة السكون أو التوقف عن التنشق.
4. الزفير.

وترى اليوغا أن صحة التنفس تعتمد على:

1. كمية ونوع الهواء المستنشق.
2. الأسلوب المتوازن والإيقاعي لمراحل التنفس الأربع.

3. تكملة وإنجاز تلك المراحل الأربع.

4. التنفس العميق المنتظم هو شرط ضروري للصحة الجيدة، إن الهواء هو القوة الأساسية للجسم.

- مجال نياما: وهي فضائل تتطور تلقائيا عند الوصول إلى حالة اليوغا وهي: النقاء والرضا والتثقف والبحث والتكسر لله.
- مجال آيانا: فهي الأوضاع والتمارين الجسدية التي تطور الجسم السليم تمهيدا للجلوس لفترات طويلة للتأمل.
- مجال براتيهيرا: أي انسحاب الحواس عن أغراضها ليتحرر الفكر من القيود الحسية والأنماط الإعتيادية للإدراك، وذلك يحدث في أول مرحلة من الغوص في أعماق الفكر.
- مجال ديانا: وهي تخفيف الإضطرابات الفكرية والوصول إلى مستويات أعمق من منهج التفكير في اتجاه منبع الأفكار.
- مجال الصامدي: وهي حالة اليوغا، أي حالة توحيد الوعي في حالة مطلقة تتميز باللامحدودية وقدرات فائقة (Etal,1999,p.75-76Tatzy).

الهدف من ممارسة اليوغا:

الهدف من ممارسة اليوغا هو محاولة الوصول الى مشاعر التي في أعماقنا، فهي لا تؤدي بنا فقط إلى حالة الصفاء الذهني، ولكنها تساعد في التخلص من الضغوطات العصبية والنفسية وتحسن أسلوب معيشتنا اليومية.

وتمارس اليوغا في دول الشرق الأقصى بنجاح منذ عدة قرون كما تشكل جزءا من الفلسفة الدينية عند الهنود، وقال مدير بيرلا والمتخصص بالتغذية الدكتور "اريكي سريفاسافا": إن رياضة اليوغا لا تهدف إلى تقوية عضلات الجسم وزيادة رشاقته وخفض الوزن فقط، بل تهدف كذلك إلى التخلص من العديد من الأمراض والوقاية منها إضافة إلى القضاء على الإضطرابات النفسية التي تواجه الإنسان. وإنه على الرغم من أن معظم الناس يمارسون تمارين رياضية للحصول على عضلات قوية أو جسم رشيق، إلا أن اليوغا تهدف إلى إحداث توازن بين الجسد والعقل والروح من خلال التأمل، الأمر الذي يؤدي إلى استرخاء عضلات الجسم وشعور المرء بالراحة النفسية والجسدية (Bottcher,1977,p84).

ولا تعتبر تمارينات اليوغا نظاما بهلوانيا مؤلما للجسد، فحينما يصل الأمر بتمرينات اليوغا إلى درجة الضيق، يجب العمل على إيقافها على الفور، كما أن أوضاع اليوغا تهدف في المقام الأول إلى زيادة مرونة و قدرة الجسم على الحركة، بل أنها تعتبر الطريق الأمثل للوصول إلى واحة الذهن و صفائه، وقد لوحظت بعض التغيرات الإيجابية التي تستمر أثناء فترات الاسترخاء و النوم وكذلك أثناء الفترات التي تخلل الجرعات التدريبية طالما أدت إلى التحسين الكلي في قدرة الجسم على مقاومة الضغوط المختلفة، وبالتالي فقد ساعدت على غرس العادات الحميدة لدى ممارسيها مثل عدم الإفراط في تناول الطعام. وكثير من الدراسات أشارت إلى أن ممارسة تمارينات اليوغا التي تستمر لفترة حوالي 25 دقيقة في اليوم تؤدي إلى إحداث نتائج إيجابية واضحة.

كما أثبتت الدراسات أن اليوغا فائدة كبيرة في مقاومة الضغوط النفسية والأمراض عموما، كما أن ممارستها لكل الأعمار، والنهم أن يطور الإنسان مهارته في رياضة اليوغا بما يلاءم قدراته الجسدية.

يمكن أن نعتبر أن اليوغا هي مزيج من عدة تمارين أهمها ما يلي:

- تمارين جسدية مقرونة مع التنفس مدروس تنمي القدرات الجسدية.
- تمارين فكرية تنمي الإدراكات الحسية.
- تمارين تأملية تنمي الإدراكات فوق الحسية.

فوائد اليوغا:

تملك اليوغا العديد من الفوائد مقارنة مع الطرق الأخرى المتوفرة للحفاظ على الصحة، مثل الجمباز، والأيروبيكس، والأشكال الأخرى المختلفة من الرياضات. وهي ليست بحاجة إلى أي أجهزة ومواد باهظة الثمن، أو ساحات اللعب، أو مسابح، أو قاعات الجمنازيوم، الخ. ويمكن ممارسة اليوغا على مدار السنة، داخا البيت أو في العراء، بشكل فردي أو في مجموعات.

إن المتطلب الوحيد لممارسة اليوغا هو سجادة سميكة توضع على الأرض وتغطيها قطعة من القماش. ويجب ممارسة اليوغا على معدة فارغة في أي وقت أثناء اليوم. واليوغا مفيدة للجميع بصرف النظر عن الجنس أو العمر سواء كانت شابا أم كبيرا في السن، نحيلاً أو

بدينا، فقيرا أم غنيا، متعلما أو غير متعلم، من الطبقة المتوسطة أم المترفة، مشغولا أم غير مشغولا، متقاعدا أم عاملا في مصنع أو حقلا. فاليوغا تملك شيئا ثميننا جدا، ومفيدا لكل شخص، وغالبا ما يوصف على أنه أفضل شكل من أشكال التأمين الصحي من عمر سبعة سنوات إلى سبعة وسبعين سنة أو أكثر.

ولليوغا فوائد عديدة لا يتسع ذكرها، فهي تشمل الناحية النفسية، الذهنية، الجسدية في الوقت ذاته (Bottcher, 1977, p56-62).

من الناحية النفسية:

تعلمي اليوغا الإعتماد على النفس بإزالة المخاوف ومنع القلق، حيث أن القلق يظهر بأشكال عدة مثل إرهاق وتعب تام في الجسد، ويظهر أيضا على شكل مرض مثل صداع أو قرحة في المعدة في حالات التوتر الشديدة، وأيما كان شكل التوتر فإنه يؤثر على الشخص وعلى قدراته في العمل و الإنتاج و حتى التفكير المنطقي، وهو ناتج عن متطلبات وضغوطات الحياة اليومية المفروضة على الأشخاص، ولليوغا دور كبير في تخفيف القلق و إزالته و زيادة قدرة الشخص على تحمل المصائب التي تواجهه، حيث أن ممارسة تمارين اليوغا هي مهدئ طبيعي وتساعد على الإسترخاء.

فائدة اليوغا من الناحية الجسدية:

أشارت الكتب والمراجع العلمية جمعية الدراسات العلمية إلى أن اليوغا تخفف من الوزن وتحافظ عليه، حيث أنها تعالج مشاكل السمنة والزيادة في الوزن وتعمل على إعادة توزيع وزن الجسم بشكل متناسق، كما تساعد على التخلص السريع من مظاهر الترهل وتحسين الهيئة العامة للجسم، وإضفاء الليونة والمرونة لمفاصل الجسم المختلفة ابتداء من مفاصل الرقبة العليا، وانتهاء بمفاصل أصابع القدم، وتعمل على شد عضلات الجسم وتقويتها والمحافظة على هيئتها.

وتعمل اليوغا على تقوية الأعصاب و اكتساب الإرادة القوية وتؤثر تأثيرا مباشرا على مختلف أنواع الغدد في الجسم، فهي تؤدي إلى قيام هذه الغدد بعملها في انتظام وحيوية، وخاصة إذا كان صاحبها قم بالتنفس العميق، والشخص الذي يعرف الغدد و يعرف أماكنها في الجسم و الغرض منها، يعمل على تنظيم إفرازاتها وعملها عن طريق ممارسة تمارين

معينة خاصة مثل تمرين الوقوف على الأكتاف مثلا، حيث تزيد من كمية الدماء المتدفقة في الرقبة و تحدث تدايكا طبيعيا للغدد الدرقية و فوق الدرقية، ما يحفظها في حالة صحية جيدة، كما أكد (مهندس، 2005، ص72) أن اليوغا تعمل على تحسين وظائف الجسم و أعضائه الداخلية عن طريق زيادة تدفق الدم في تلك الأعضاء.

- تساعد اليوغا على الاسترخاء والتنفس.
- تساعد في الحصول على الرشاقة وتحافظ على وزن سليم.
- تزيد من مرونة ولياقة الجسم.
- تحرق الشحوم والدهون الزائدة في الجسم.
- تساعد على استعادة الطاقة والنشاط.

اليوغا والتنفس

يمكن للإنسان أن يعيش بدون كلام أو سمع أو فكر أو أعضاء، ولكنه لا يستطيع أن يحيا بدون تنفس، فلا يبدأ القلب بالعمل والدماغ بالتفكير ولا الأعضاء بالحركة بدون هواء الذي نتنفسه.

هناك أنواع أخرى من التنفس بالإضافة إلى التنفس الإعتيادي، يسمى بإطلاق الحجاب الحاجز، والغاية منه تحقيق التنفس العميق، وهو ما يحرك الحجاب الحاجز إلى أقصى مدي ممكن. وفي السنوات الأخيرة أخذ الأطباء يشيرون إلى حالات مرضية سببها التنفس غير الطبيعي، فمنها تنفس بسرعة ولكن تنفسا سطحيا مما يخل بالتوازن الأكسجين وثنائي أكسيد الكربون، ويتبع ذلك أمراض كثيرة إلا أنها تزول عند التنفس الطبيعي.

ونظام التنفس يقوم على مبدأ التنفس هو مصدر حياة الإنسان، فممارس اليوغا يقو تدريجيا بزيادة ممارسة نظام التمرينات الرياضية والتنفس، ثم بعده يدرّب جسده وعقله على التركيز والتأمل، وبالممارسة اليومية المنتظمة لنظام اليوغا يحصل الفرد على عقل صاف وواع، وذاكرة قوية، وجسم صحي.

إن أنواع اليوغا تركز على دور التنفس في الصحة الجسمية، حيث أثبتت نظريات الطب الحديث أن التنفس ليس مجرد إيصال الأكسجين إلى الدم، ولكنه أيضا يؤثر على استخدام الإنسان لصدره وعضلاته وبطنه، وهذا بدوره يؤثر على عملية الهضم، ونجحت اليوغا

كطريقة في التعامل مع أزمات الربو، وشجعت على التنفس بطريقة صحيحة، وهذا يساعد على التقليل التهابات القصبات الهوائية وآلام الظهر ومشكلات الهضم والتنفس، كما أن التنفس الصحيح يمكن الإنسان من التعامل مع الرعب المفاجئ، وهي مرتبطة بالتنفس السريع والبطيء. كما استخدمت اليوغا بنجاح مع حالات مرضى القلب.

في نظر اليوغا يتسم التمرين بأنه لا يستهدف الجسم المادي معزولا عن باقي مقوماته أو العقل فحسب، بل يستهدف الإنسان ككل، لكي ينمي تنمية كاملة حتى يصبح الجسم المادي صالحا لوجود الروح فيه. ولحفظ خلايا الجسم في حالة طيبة من النشاط والحركة يلزم الاهتمام بالعوامل التالية:

- الأشعة فوق البنفسجية من أشعة الشمس.
- الأكسجين.
- الطعام الطبيعي النقي.
- السوائل النقية مثل: الماء وعصير الفواكه والمشروبات الطبيعية المنتجة من عصارة الأعشاب.
- التدريب البدني لتكوين الجسد بشكل يكون أكثر صلاحية لتحقيق الهدوء والتركيز لذلك بواسطة تمارين اليوغا المختلفة. لذا فممارسة اليوغا تساعد على تحقيق التوازن الطبيعي بين العقل والجسد والتي من خلالها تبني الصحة عن نفسها، فالصحة لا تعني فقط خاوص الجسد من الأمراض، بل بالإضافة إلى ذلك صنع بيئة داخلية تسمح للفرد بالوصول لحالة التوازن الفعالة للصحة (مهندس، 2005، ص 37).

ومن جانب آخر وحول اليوغا بشكل عام، تعتمد فكرة اليوغا على العلاج الكلي المتكامل، حيث إن تمرين الجيم هي واحدة فقط من جوانب اليوغا، وتهتم جوانب اليوغا كلها يتدفق في الجسم من خلال أساليب التحكم فيه.

من تمارين التنفس

الوقوف الحر:

- استنشق وارفع ذراعيك متوازنين مع الأرض واجعل رسغيك يسترخيان.

- احبس أنفاسك لثوان عدة (من 4 إلى 10 ثوان) وإذا بدا ذلك غير مريح نسبياً حول الوقوف على رؤوس أصابع قدميك، ومن ثم رؤوس أصابع قدميك ملامسة الركبتين.

تمرين التجديف:

ابدأ بالتجديف إلى الأمام ومن ثم أطلق يديك، وإذا بقي ظهرك وساقيك ثابتين واصل الحفاظ على الوضعية على أن تكون ذراعاك موازيين للأرض وليكن الإبهامان متجهين للأعلى.

احبس أنفاسك بالعد من (4 إلى 10 ثوان)، ولتشد يد التدريب مد ساقيك، وإذا شعرت يتوتر في أي نقطة أو مركز في جسمك عد إلى التدريب السابق، أو حرر جسمك من الحركة واسترخ.

اجلس أو قف في مكان تستطيع منه رؤية ساعة بوضوح، وضع يديك على الجزء الأسفل من ضلوعك، ثم عد مرات الشهيق والزفير في دقيقة كاملة (العدد المعتاد من 14 إلى 16).

استرخ قليلاً حتى تهدأ سرعة التنفس، ثم كرر التمرين، لكن في هذه المرة حاول التنفس بطريقة أكثر بطناً من تنفسك العادي، بالتمرين سوف تجد أنه من الممكن الإعتياد على التنفس ببطء واضح، بحث تصل عدد مرات تنفسك في الدقيقة إلى ست مرات فقط وهو المعدل العادي أثناء تمارين التأمل.

ويسحب النفس العميق الطاقة إلى داخل الجسم ويمده بالأكسجين، وبالتالي يهدئ العضلات وأعضاء الجسم، وأفضل وسيلة للتنفس هي استخدام الحجاب الحاجز وهي العضلة الرقيقة التي تقع تحت الرئتين وتفصل بين التجويفين الصدري والبطني لذلك يسمى هذا التنفس ب: "البطني" لأن البطن هو الذي يتمدد وليس الصدر.

ويعتبر الاسترخاء أقوى معالج من بين العوامل لأنه يفيد الجهاز العضلي والدوري وبقية الجسم التي تشكو من التوتر، وتساعد أوضاع اليوغا على تطهير أعضاء الجسم من خلال التمارين، فتحريك الجسم في أوضاع مختلفة يدفع الدم إلى خارج الأعضاء الحيوية ويسمح لكمية دم جديدة بأن تحل محله، الأمر الذي يمد الأعضاء بمزيد من العناصر الغذائية ويجعلها أقوى وأكثر مقاومة للأمراض ويقلل الاضطرابات والشوائب في الجسم.

كيفية التنفس أثناء التدريب:

- سيساعدك التنفس المناسب على أداء الحركات بفعالية أكبر.
- ويعرف أننا عندما نستنشق الهواء فإن البطن والصدر لا بد أن يتمددا وعندما نطرح الهواء فإنه لا بد من انضغاط البطن.
- عند التدريب استنشق من أنفك ولا تحبس أنفاسك لأن ذلك ستكون نتيجته الشعور بضيق النفس.
- تنفي ببطء وبعمق أثناء إغلاق قمة الحنجرة وكأنك تطرح الهواء لتشكيل ضباب على المرأة، وينبغي أن تكون قادر على سماع صوت صفير خافت في مؤخرة حنجرتك.

أفضل عشرة وضعيات أساسية تبدأ بها ممارسة اليوغا:

التمرين الأول :- وضعية الجبل Mountain Pose



بالسنسكريتية (لغة هندية قديمة) تدعى "Tadasana" وهي وضعية تحاكي فيها الجبال بالوقوف مفرودا وثابتا. إنها الوضعية الرئيسية التي ينبغي عليك البدء بها.

كيف تقوم بها؟

- قف مفرودا وارخي كتفيك، وزع وزنك بالتساوي على قدميك، اترك يديك مرتخية بجانبك.
- خذ نفسا عميقا وارفع يديك مفرودة للأعلى مع مواجهة باطن اليدين مع بعضهما البعض
- ارفع أصابع اليد لأعلي قدر المستطاع.

التمرين الثاني: - وضعية الكلب المنخفض Downward Dog



وضعية الكلب المنخفض أو "adho mukha svanasana" هي إحدى وضعيات اليوغا الأكثر شهرة.

كيف تقوم بها؟

- انحنى بجسدك إلى الأمام واستند بيديك على الأرض.
- حرك يديك للأمام بحيث تترك مسافة مناسبة بينها وبين قدميك - كما هو موضح بالشكل - ثم باعد بين أصابع يديك، واضغط بهما بقوة على الأرض.
- اضمم أصابع قدميك، ثم ارفع منطقة الأرداف إلى الأعلى ليصبح شكل الجسد في النهاية على هيئة حرف "V" مقلوب. باعد كتفين عن أذنيك.
- ينبغي أن تكون قدماك مفتوحتين قليلا وركبتيك مطويتان قليلا أيضا.
- حافظ على تلك الوضعية لمدة ثلاثة أنفاس - شهيق وزفير - كاملة.

التمرين الثالث: - وضعية الفراشة The Butterfly



تعرف تلك الوضعية باسم "وضعية الفراشة" لأن حركة الساقين أثناء الجلوس تشبه الفراشة عندما ترفرف بجناحيها، كما يطلق عليها أيضا اسم "Badha konasana" وهي تعني

وضعية صانع الأحذية” وذلك لأن صناع الأحذية بالهند يجلسون مثل تلك الجلسة أثناء العمل.

ينبغي أن تكون كلتا القدمين مطويتين بالقرب من منطقة الحوض، كما ينبغي تشبيك اليدين بإحكام على القدمين كما لو كانوا مقيدين معا.

التمرين الرابع: - وضعية المحارب Warrior pose



وضعية المحارب الأولي أو ” Virabhadrasana ” هي وضعية القوة والتركيز، وهي تهدف إلى شحن الجسم بالطاقة اللازمة له.

كيف تقوم بها؟

- قف على قدميك وباعد بينهما بحوالي 3 أقدام (القدم 30 سم)، أدر قدمك اليمنى 90 درجة وقدمك اليسرى قليلا.
- أرخ كتفيك، ثم ابسط يدك اليمنى أمامك واليسرى خلفك مع جعل راحة اليد للأسفل.

- اثن ركبتيك اليميني 90 درجة مع الحفاظ على موقعها أعلي عضلة السمانة مباشرة، انظر باتجاه امتداد يدك اليميني، ابقى على هذه الوضعية مدة دقيقة واحدة.
- كرر ما سبق مع تبديل الجانبين.

التمرين الخامس: - وضعية الجسر Bridge Pose



وضعية الجسر أو " Setu Bandhasana " هي وضعية بسيطة تهدف إلى انبساط الصدر والوركين وتنشيط الجسم.

كيف تقوم بها؟

- استلقي بظهرك على الأرض واثنى ركبتيك مباشرة فوق الكعبين لترتفع كما بالشكل.
- ضع يديك بجانبك مع راحة اليد إلى أسفل، اضغط بقدميك على الأرض بقوة مع رفع منطقة الأرداف.
- شبك يديك تحت ظهرك، واضغط بذراعيك لأسفل ليرتفع الجسم لأعلي ويصبح الفخذين بموازاة الأرض (تعتمد على درجة مرونة الجسم).
- حرك صدرك باتجاه القن ثم ابقى على هذا الوضع لمدة دقيقة واحدة.

- لتسهيل الأمر، ضع مجموعة من الوسائد تحت ظهرك.

التمرين السادس: - وضعية المثلث Triangle Pose



وضعية المثلث أو "Trikonasana" هي وضعية تهدف إلى شد منطقتي الجذع والصدر مما يعطي حرية أكبر لعملية التنفس.

كيف تقوم بها؟

- افرد ذراعيك على الجانبين.
- باعد بين قدميك بمسافة حوالي 3 أقدام، ثم أدر قدمك اليسرى بزاوية 90 درجة، والقدم اليمنى بزاوية 45 درجة.
- المس الأرض بيدك اليمنى أو استند بها على قدمك اليمنى أعلي أو أسفل الركبة، وامتد أصابع يدك اليسرى بقوة نحو الأعلى.
- انظر نحو السقف واثبت على تلك الوضعية مدة خمسة أنفاس (شهيقوزفير)
- كرر ما سبق مع تبديل الجانبين.

التمرين السابع: - وضعية الجلسة الملتوية Seated Twist



تلك الوضعية تبسط الوركين والأكتاف والظهر وتحسن الدورة الدموية، كما تعمل على انسجام منطقة البطن وشد العضلة المائلة الخارجية " obliques " وهي إحدى عضلات البطن.

كيف تقوم بها؟

- اجلس على الأرض وقدمك ممدودتان.
- ضع قدمك اليمنى يسار فخذك الأيسر، ثم اثني الركبة اليمنى بقوة.
- ضع كوعك الأيسر على أقصى يمين ركبتك اليمنى، ثم ضع يدك اليمنى على الأرض من خلفك مع فرد الأنامل.
- استدر نحو اليمين بقدر ما تستطيع، اجعل الاستدارة موطنها البطن، حافظ على الأرداف أرضاً وابقى على هذه الوضعية مدة دقيقة.
- كرر ما سبق مع تبديل الجانبين.
- لتسهيل الأمر، حافظ على استقامة قدمك السفلية / ضع كلتي يديك على ركبتك العلوية / اجلس على غطاء مطوي (بطانية مثلاً)

التمرين الثامن: - وضعية الكوبرا Cobra pose



وضعية الكوبرا أو "bhujangasana" ما هي إلا انحناء للظهر يعمل على بسط عضلات الجزء الأمامي من الجذع وتقوية الذراعين والأكتاف. وضعية الكوبرا تدفئ أيضا منطقة الجذع. تلك الوضعية هي تمرين من مجموعة تمارين "تحية الشمس" Salsalutation لكننا نبدأ بها اليوغا كإحدى أساسياته.



تمارين تحية الشمس Sun salutation Exercises

كيف تقوم بها؟

- انبطح أرضاً على بطنك ثم ضع يديك أسفل الكتفين وافرد قدميك بالكامل على الأرض.
- اضغط بكتفيك للأسفل بعيداً عن الأذنين.
- اضغط بيديك أرضاً لترتفع بصدرك نحو الأعلى مع شد منطقة الحوض جيداً، ابق على تلك الوضعية قليلاً.
- استرخ ثم عاود مجدداً.

التمرين التاسع: - وضعية الحمامة Pigeon Pose



وضعية الحمامة أو "Eka Pada Rajakapotasana" هي وضعية تنشط الجسم وتعمل على علاج العقم. ابدأ أولاً بوضعية الجبل لشد الجسم وإعطائه المرونة اللازمة.

كيف تقوم بها؟

- اثن قدمك اليمنى أمامك كما هو مبين بالشكل مع وضع الكعب الأيمن بجوار الورك الأيسر قدر المستطاع.
- افرد ذراعيك أمامك مع الاستناد بأطراف الأنامل على الأرض، ثم افرد قدمك اليسرى من خلفك.
- اطو أصابع أقدامك، وارفع صدرك نحو الأعلى مع النظر للأسفل.
- اسحب بطنك بقوة إلى الداخل، واشدد عضلات الحوض جيداً.
- كرر ما سبق مع تبديل الجانبين.

التمرين العاشر: - وضعية الطفل Child's Pose



وضعية الطفل أو "balasana" هي وضعية تتمثل في الانحناء للأمام، وتضفي شعورا بالراحة والانتعاش. يمكنك القيام بذلك التمرين لاكتساب المرونة بمنطقة أسفل الظهر، أو لأخذ قسطا من الراحة أثناء القيام بالتمارين الأخرى.

كيف تقوم بها؟

- اجلس على الأرض واضم قدميك أمام صدرك وكعبيك على الأرض.
- حرك جسمك بشكل دوراني نحو الأمام حتى يلامس جبينك الأرض.
- اخفض صدرك حتى يلامس ركبتيك قدر المستطاع، ثم امدد ذراعيك للأمام.
- اثبت على هذا الوضع وتنفس بهدوء.

تلك التمارين تمثل أبسط الوضعيات الأساسية التي يمكنك من خلالها الانطلاق في عالم اليوغا. ابدأ اليوغا بتلك التمارين البسيطة ليكتسب جسمك المرونة المطلوبة لباقي الوضعيات.

الفصل الثاني

التوط

تمهيد:

يعتبر التوحد من الاضطرابات الأكثر انتشارا في وقتنا الراهن مما جعله مصدر الاهتمام الكثير من الباحثين، وقد عدت الدراسات التي تناولت العديد من جوانبه وهذا لما يعانيه الطفل من مشاكل وعراقيين في العديد من المستويات: السلوكية، اللغوية الاجتماعية والمعرفية.

سنتطرق هذا الفصل إلى التطور التاريخي مفهوم التوحد ومدى انتشاره، وكذا مختلف تصنيفاته وأهم العوامل المسببة له. كما سنقوم بتقديم كيفية تشخيص هذا الاضطراب ومختلف الأساليب العلاجية المستعملة للتكفل بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

1. التطور التاريخي الاضطراب التوحد:

يعد ليو كانر Leo kanner الطبيب النفسي الأمريكي المختص في طب الأطفال ومؤلف كتاب طب نفس الطفل أول من أشار إلى التوحد الطفولي كاضطراب يحدث في مرحلة الطفولة وقد كان ذلك عام 1943، عندما قام بفحص مجموعة من الأطفال المتخلفين عقليا جامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية حيث لفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لإحدى عشر (11) طفلا كانوا مصنفيين على أنهم متخلفين عقليا، فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح الذاتوية الطفولية حيث لاحظ انغلاقها الكامل على الذات والابتعاد عن الواقع والانطواء والعزلة وعدم التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم(شاكر، 2010، ص 19).

في أول الستينات صدر تقرير عن الجماعة البريطانية العاملة اقترحت فيه قائمة من 9 نقاط عرفت باسم نقاط كريك التسعة Creak's nine points لكي تستخدم في تشخيص الأطفال الفصاميين. تضمنت القائمة ما يلي: اضطراب في العلاقات مع الآخرين، عدم الوعي بالهوية الشخصية لدرج لا تتناسب مع العمر، انخراط مرضي بموضوعات محددة، مقاومة التغيير في البيئة والمحافظة على الروتين، خبرات إدراكية شاذة، قلق حاد ومتكرر وغير منطقي، إذ أن الكلام وعدم اكتسابه في تطويره إلى مستوى مناسب للعمر، اضطراب في الأنماط السلوكية، تخلف واضح في بعض الجوانب أو وظائف عقلية غير عادية (مصطفى. الشرييني. 2011، ص 24).

ولقد شهدت العقود التالية انتقالا معرفيا وثقافيا وتوعويا نحو فهم اضطراب طيف التوحد وتم إجراء الدراسات والأبحاث المتعلقة بأسبابه وتشخيصه وعلاجه في جميع أنحاء العالم، ولعل من أهم هذه الأبحاث دراسة وينج وجولد (Wing et Gauld 1979) التي كانت سببا في تغيير المفهوم الإكلينيكي الاضطراب طيف التوحد بشكل كبير (الإمام، الجوادلة، 2010، ص19).

مع مرور الوقت وتعدد الدراسات اختلف مفهوم التوحد من باحث لآخر حيث عرفه " كانر"(1943) على أنه حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالعالم الخارجي والتعامل معهم. ويصفوا أطفال التوحد بأن لديهم اضطرابات لغوية حادة.

وعرفه كريك (1961) على أنه حالة من الاضطراب تصيب الأطفال في السنوات الثلاثة الأولى من العمر، يتميز بعدم قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ذات معنى، اضطراب في الإدراك واضع في الدافعية، إضافة إلى خلل في تطور الوظائف المعرفية وعدم القدرة على فهم المفاهيم الزمنية والمكانية وعجز جديد في استعمال اللغة وتطويرها. كما يعاني الطفل مما يوصف باللعب النمطي وضع في القدرة على التخيل ومقاومة التغيير (العابدي، 2006، ص 13-14).

كما عرفته الجمعية الوطنية للتوحد 1978 National Autistic Society انه عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر عند الطفل قبل أن يبلغ 30 شهرا. ويتضمن:

- اضطرابات في سرعة أو تتابع النمو.

- اضطرابات في الاستجابات الحسية للمثيرات.

- اضطرابات في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث.

- اضطرابات في اللغة والكلام والمعرفة.

وعرفته الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Society of America على النحو التالي: يعتبر التوحد إعاقة نمائية شديدة تستمر طوال الحياة، تظهر عادة خلال الأعوام الثلاثة الأولى من العمر، ويؤثر على النمو السوي للدماغ في المجالات التي تتحكم في الثلاثية التالية:

- الاتصال اللفظي والغير اللفظي.

- التفاعل الاجتماعي.

- التطور الحسي. (الإمام، الجوادلة، 2010، ص23).

أما عن الدليل التشخيصي والإحصائي للإعاقة في طبعته الرابعة، فيعرف التوحد على أنه حالة من القصور المزمن في النمو الارتقائي للطفل، يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية التي تشمل الانتباه والإدراك الحسي والنمو الحركي. تظهر هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر. (صديق، 2010، ص08).

وقد أشار الزريقات إلى التوحد كاضطراب نمائي يؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي والأداء التربوي وتلاحظ أعراضه قبل سن الثالثة من العمر (الزريقات، 2005، ص 08).

أما القاموس الأرففوني فعرفه على أنه اضطراب عصبي تطوري، يصيب نمو تواصل وسلوك الشخص.

من خلال التعريفات السابق ذكرها يمكننا أن نستخلص مفهوم بسيط لاضطراب التوحد وهو أنه إعاقة نمائية، تمس الطفل في السنوات الثلاثة الأولى من عمره، وتؤثر على تواصله الاجتماعي وتواصله اللغوي سواء كان لفظيا أو غير لفظيا وكذا قدراته المعرفية.

2. نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد:

يمكننا القول في بداية أنه لا توجد نسب دقيقة للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في العالم، لأن العالم يعتمد بشكل أساسي على ما هو ملحوظ ومعروض، وقد لا تعرض بعض الأسر أطفالها أو تكشف عنهم لأسباب عديدة تتعلق مثلا بطبيعة المجتمع أو الجنس وغيرها.... وقد لا تكون الأعداد ممثلة للواقع. كما قد يكون هناك اختلاف بين دولة وأخرى حيث يرتبط هذا بالوعي الحقيقي لهذه المشكلة وآثارها (الظاهر، 2008، ص 31).

وقد أعلنت الحكومة الأمريكية بان اضطراب التوحد قد أصبح مشكلة صحية وطنية طارئة وذلك لمدى انتشاره بنسبة 10-18 بالمئة سنويا. سبب ارتفاع نسبة الإصابة بالتوحد إلى زيادة الوعي واتساع نطاق المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد (الشامي، 2004، ص 17).

تعد نسبة انتشار التوحد في اليابان أعلى من مثيلتها في أي دولة أخرى من دول العالم ما هي تتراوح ما بين 14-16 بالمئة.

أما في الجزائر فقد قدمت إحصائيات من خلال الملتقى الأول حول التوحد سنة 2008 وكانت كالتالي:

- في سنوات السبعينات كان معدل الانتشار ما بين 4-5 حالات من بين 10000 طفل.

- في سنوات التسعينات ارتفع معدل الانتشار إلى 7 حالات من 10000 طفل.

- أما حالياً فلا يوجد إحصائيات دقيقة لهذا الاضطراب في الجزائر، لكن المؤكد أن نسبة الانتشار في تزايد مستمر (زهير، 2011، ص 40).

3. تصنيف اضطراب طيف التوحد:

أشار دليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل DSM 4-R إلى وجود خمسة أنواع مما كان يسمى آنذاك بالتوحد وهي:

أ- **اضطراب التوحد**: عبارة عن إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي والتواصل، يمتاز بأنماط سلوكية نمطية وتكرارية محددة القد، بالإضافة إلى أن اهتمامات الطفل ونشاطاته أيضا محددة (صديق، 2005، ص 07).

ب- **متلازمة اسبرجر Syndrome d'Asperger**: يتميز هذا الاضطراب ونقص المهارات الاجتماعية، ضعف التركيز والتحكم، محدودية الاهتمامات والنشاطات، التأخر اللغوي، كما يتميز الأطفال بذكاء متوسط وأحيانا فوق المتوسط. عادة يكون اكتشاف هذا الاضطراب متأخرا مقارنة بالتوحد والاضطرابات النمائية الأخرى.

ج- **متلازمة ريت Syndrome de Rett**: هو اضطراب يصيب البنات فقط، حيث يكون تطور الحالة طبيعي ما بين 6-18 شهر يلاحظ الوالدان تغيرا في سلوكيات ابنتهم مع تراجع التطور وفقدان بعض القدرات المكتسبة كالمشي، ويتبع ذلك نقص ملحوظ في القدرات مثل الكلام، التفكير والاستخدام الغرضي لليدين فيحدث بدلا منه حركات متكررة كالهز والرفرفة، إضافة إلى أعراض أخرى نذكر منها: ظهور مشية أو حركات جسميه غير متزنة، نقص شديد في تطور اللغة والاستقلالية التعبيرية، إعاقة عقلية عميقة، إضافة إلى وجود صعوبات في التنفس وحالات صرع وإغماء.

د. **اضطراب الطفولة التفككي Syndrome désintégratif**: يعتبر هذا الاضطراب نادر الحدوث، يتم تشخيصه إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأولتين من العمر ثم يليها فقدان المهارات التي اكتسبها ويمكن حصر هذا التراجع النمائي في ضعف كمي وكيفي في: التفاعل الاجتماعي، التواصل الاجتماعي، المهارات الحركية، إضافة إلى ظهور سلوكيات نمطية مكررة في نطاق ضيق اهتمامات وعدم التحكم في البول. تظهر هذه الأعراض بعد نمو سليم وطبيعي خلال العامين الأولين أو قبل سن العاشرة.

هـ. الاضطراب الإجتماعي للنمو الغير المحدد: يتم تشخيص الطفل في هذه المجموعة عندما لا تنطبق عليه المقاييس الطبية لتشخيص أي نوع من الأنواع السابقة. فحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية DSM 4 فان هذا التشخيص يتم في حالات معينة عندما يكون هناك اضطراب شديد في التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل اللغوي أو السلوكيات واهتمامات ونشاطات نمطية متكررة.

في ماي 2013 تم إصدار طبعة خامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية DSM 5 والتي جاءت بمفهوم تصنيفي جديد حيث أطلق على التوحد تسمية اضطراب طيف التوحد Trouble du Spectre Autistique ، والذي ادمج في كل من اضطرابات التوحد، ومتلازمة اسبرجر، و الاضطراب التفككي والاضطراب اللانمطي لتصبح كلها ذات مسمى واحد هو: اضطراب طيف التوحد في حين تم التخلي نهائيا عن متلازمة ريت لاكتشاف سببها فلم تعد اضطرابا معرفيا وسلوكيا وإنما أصبحت اضطراب معرفيا جينيا نظرا لتوصل العلماء للجين الذي يسبب حدوثها وهو (2MeCP) (الجابري 2014، ص 35).

خصائص وسمات اضطراب الطيف التوحد:

الخصائص الاجتماعية:

-العزلة الاجتماعية.

-في فهم العلاقات بالآخرين والاستجابة لمشاعرهم.

-غياب الدراية بمشاعر وعواطف الآخرين.

-غياب الدلالة الاجتماعية

استخدام اليد كأداة للإشارة (الشمري، 1996، ص.30)

الخصائص اللغوية:

أ- الخصائص اللفظية

-قصور واضح في القدرات التعبيرية لدرجه أن ما يقولونه يبدو غريبا أو غير مرتبط بموضوع الحديث.

-قصور في فهم وتعميم كثير من المفاهيم أو معاني الكلمات.

-فشل في الاستجابة بشكل صحيح لتعليمات الموجهة لهم.

-الميل إلى التفسير الحرفي لما يقال لهم، ما يترتب عليه مشكلات اجتماعيه كثيرة عند التفاعل مع الآخرين.

-الإستخدام المضطرب الكلمات غير المناسبة للحوار، تفسير ما نلاحظ أنهم يرددون عبارات سبق لهم أن سمعوها في الماضي البعيد.

-ترديد الكلام أو المصاداة Echolalia صفة مشتركة لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الذين يتكلمون، عندما توجه له سؤال سؤال نفسه مثلا: ما اسمك؟ يجيب ما اسمك.

-استعمال المصطلحات المجردة وعدم فهم النكت والتورية في الألفاظ.

-عدم القدرة على الربط بين المعنى والشكل الصحيح الاستخدام الصحيح للكلمة.

-قصور في استخدام الضمائر. (القمش، 2011، ص53-52).

الخصائص اللغوية غير اللفظية:

-يفتقر الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الرضع من الميلاد حتى 18 شهرا إلى التواصل غير اللفظي، فمنذ بداية حياته وهم يقومون بالتواصل مع الغير من خلال طرق غير الكلام. وأول شكل من هذا التواصل يتم من خلال البكاء ومع مرور الوقت، يتعلم الطفل الطبيعي تغيير نغمه بكائه بناء على حاجته، فتعرف الأم ما يريد، أما الأطفال التوحديين فهم غير ذلك.

-يمكن أن يتمكن الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد تقليد الإيماءات البسيطة والمعالجة اليدوية للموضوعات، وعلى الرغم من ذلك يجدون صعوبات في تقليد المهام المعقدة والجديدة.

-وقد أسفرت نتائج دراسة سميث و برايشن Smith and Bryson 1998 التي أجريت على عينها مكونه من 60 طفلا مصابا باضطراب طيب التوحد يؤدون أداءا متدنيا في مهام التقليد والإيماءات.

الخصائص السلوكية

تشمل السلوكات النمطية المتكررة والنشاطات والاهتمامات المحدودة والنمطية مثل:

-مقاومه أي تغيير في المحيط الذي تعود عليه الطفل مثل نقل أثاث في غرفته وتغيير عاده متكررة لديه.

العاب متكررة وخاليه من أي خيال أو إبداع استحالة اللعب المزعوم إطعام دب أو لعب العروسة.

-المبالغة في التعلق ببعض الأشياء التي لا قيمه لها بالنسبة للطفل السوي مثل: ورقه، خيط، علبه،.... حيث يحتفظ بها في كل وقت.

-حركات طقوسية غريبة ومتكررة مثل تدوير اليدين وضربهما مع بعضهما وكأنهما أشياء لا تنتسب إلى جسمه.

يشير الباحثون إلى صنفين من التصرفات الصنف الأول من الأطفال يتميز بالجمود، لا يتحرك يبقى في مكان منعزل، يقوم بحركات نمطيه خاصة به وإذا أوقفنا هذه الحركات إطار ذلك قلنا كبيرا بالنسبة إلى الطفل، أما الصنف الثاني فهو في حركه دائمة، يلمس كل شيء لكن هذا لا يعني أنهم يهتمون أكثر من الصنف الأول بالمحيط الخارجي، وهنا أيضا من الصعب إيقاف هذه الحركات فذلك قد يثير حصرهم أوقفنا حركتهم ثار حصرهم وانفجر انفعالهم وعدوانهم. (ميموني، 2005، ص59).

الخصائص المعرفية الإدراكية

الانتباه: إن الانتباه لدى الطفل المصاب بالاضطراب طيف التوحد غير طبيعي، وما يبدو سليم لديهم هو تمكنهم من إدامة انتباههم كيف ترى طويلة للأشياء التي تهتمهم، إلا أنهم يواجهون مصاعب في أشكال الانتباه الأخرى، ما يظهر الأطفال المصابين باضطراب طيف

التوحد قصور ملحوظا في قدراتهم على الانتباه الموزع للكشف عن المستهدفات السمعية والبصرية بشكل متأن، كما أنهم اقلوا قدره على تحويل انتباههم مقارنة بالعاديين.

الإدراك: إن معظم الأطفال المصابين باضطراب ضعيف التوحد لا يظهرون صعوبة في استقبال المعلومات الحسية ويرجى ذلك إلى سلامه حواسهم، وعدم استجابتهم الحسية للمثيرات البيئية من حولهم بالشكل المطلوب يحفز النظر إليهم كما لو أنهم مصابون في احد أعضائهم وهذا لا ينفي وجود مجموعه من الأطفال المصابين باضطراب التوحد بالفعل تعاني من حساسية مفرطة عند سماع الأصوات، أو التعرض للأضواء أو عند اللمس مما يشير وجود استجابات غير طبيعية ناتجة خلل في المعالجة الحسية تعكس وجود مشكلة، اضافة إلى صعوبة استخدام مختلف الحواس في آن واحد.

التذكر: يعاني الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد صعوبة في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عالي من المعالجة رواية القصص، تسلسل النشاطات والأحداث التي وقعت لهم وتذكرهم معلومات التي شاهدوها بصريا أفضل من تذكرهم للمعلومات التي تقدم لهم بطريقة سماعية كطريقة اللغة، هناك أيضا صعوبة في تذكر المعلومات اللفظية الطويلة وتتعلق بما يفعلون.

التفكير: تفكير الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد بأنه ابتعد عن الواقع، فهو لا يدرك الظروف الاجتماعية المحيطة به، العالم المحيط به إشباع رغبات واحتياجات الشخصية فينسى تفكيره بالانشغال بالذات إضافة إلى صعوبة في تحديد الاتجاهات وصعوبة في تحديد الأحجام. (مصطفى، 2011، ص. 190-171).

أسباب اضطراب طيب التوحد: (النظريات المفسرة)

يعد التوحد من الإعاقات التي حيرت الكثير من الباحثين ولاسيما ما فيما يتعلق بتحديد الأسباب المؤدية إلى حدوثه، فالك اللبي باحث رؤية خاصة واتجاه متبادل كل حسب تخصصه مما أدى إلى ظهور عدة نظريا مفسره للاضطراب أهمها:

1- النظرية النفسية:

لقد بدأ ليو كانر 1943 دراسته في مجال التوحد من خلال مراقبه سلوكيات مجموعه مكونه من 11 طفلا مصابا باضطراب ضيف التوحد، وأشار في نتائج دراسته إلى أن للوالدين وخاصة الأم دورا رئيسيا في ظهور حاله التوحد لدى الطفل عندما لا تزوده بالحب والرعاية والحنان اللازم. واستخدم كانر مصطلح الأم الباردة العلاقة السلبية الخالية من دفء الأمومة بين الأم وطفلها.

تعرضت هذه النظرية للكثير من النقد والاعتراض خاصة من قبل أهالي الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد أكدوا بأنهم يولون أطفالهم الكثير من الاهتمام والرعاية والحنان في مراحل حياتهم المختلفة، كما عارضها الكثير من الباحثين أمثال ريتير Rutter معللا ذلك أن الطفلة خلال الفترة الحرة لإصابته بالتوحد والتي ذكرها ليو كانر من الولادة إلى غاية ستة أشهر لا يمتلك الوسائل والأدوات الضرورية لاكتشاف رفض أمه له أو عدم اهتمامها به

ورغم أن الكثير من الدراسات أثبتت فشل النظرية النفسية في تحديد سبب الإصابة باضطراب التوحد، إلا أن هناك برامج علاجية تتبنى نفس المنشأ للفرضية النفسية مثل برنامج الأم الحنون بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث يقوم جانب كبير من هذا المشروع العلاجي على تنمية علاقة الحب والحنان بين الأم وطفلها المتوحد (نصر، 2002، ص30).

النظرية المعرفية:

في 1970 وجد هرملين وكنور Hermelin and Conner أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد صعوبة في عمليه استخدام الرموز والقدرة على التفكير وذلك بسبب تأخر في النمو اللغوي، أما سيجمان 1995 Sigman فأورد أن هناك دليل يبين وجود نقص أو خلل في الفهم الاجتماعي، مما يبين أن وجود معاناة لدى الأطفال المصابين باضطراب طيب التوحد في استجاباتهم السلوكية الشخصية حيث أنهم لا يشاركون في الأنشطة أو الأفعال التي تتطلب انتباه المشترك المثلا. وأوضح هوبسن 1993 Hobson أن تعبيرات الوجه المصاحبة للانفعالات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد تختلف عن الأطفال العاديين، لذلك ليس لديهم استجابة ملائمة في الانفعالات. كما ذكر أن هؤلاء

الأطفال يعانون من قصور في الوظائف والعمليات العقلية والضرورية للعمل الأكاديمي خاصة العمليات العقلية الأولى كالذاكرة، الانتباه، التفكير، الإدراك، التجريد والتعميم .

وكانت أحدث التوجهات في النظرية المعرفية هي نظريه العقل، حيث يذهب هذا التوجه إلى أن القصور الجوهري الذي ينتج فيه اضطراب التوحد هو عدم اكتمال النظرية العقلية لدى الطفل الصغير بحيث لا يستطيع أن يشكل مختلف النظم الإدراكية والمعرفية التي تتطور طبيعياً. التالي أن غياب التطور حسب هذه النظرية لا يسمح للطفل بحل المشكلات التي يواجهها في المواقف الاجتماعية للحياة اليومية وفي نفس الوقت لا يستطيع هذا الطفل أن يفهم أن الآخرين فيلم أفكار ومشاعر يمكن قراءتها من خلال الإشارات والإيماءات وأوضاع الجسم. (خطاب، 2009، ص34-31).

النظرية العصبية: (عوامل عضويه عصبية)

ذكر هاشيموتو 1995 أن هناك ثلاث نظريات تتمحور حول أسباب تواجد خلل معين في الجهاز العصبي المركزي:

-**النظرية الأولى:** تؤكد وجود عدد كبير من الخلايا الصغيرة في الشق الدماغي الأوسط وأشارت إلى نقص التدفق الدموي في منطقه الشق الأوسط.

-**النظرية الثانية:** تؤكد نقصان في حجم المخيخ.

-**النظرية الثالثة:** تؤكد ضعف القشرة الدماغية.

نتيجة إلى هذه النظريات اتجهت العديد من الدراسات للربط بين حاله اضطراب طيف التوحد والاختلافات البيولوجية والعصبية في الدماغ. فقد أظهرت بعض الاختبارات التصويرية للدماغ

مثل اختبار التصوير بالرنين المغناطيسي *Imagerie par Résonance Magnétique* اختلافات في عمل الدماغ مع وجود فروق واضحة بالمخيخ حيث كشف بعض العلماء مثل بومان وكامبر وغيرهم عن وجوه الضمور في المخيخ خصوصاً في الفصيصات الودية رقم 6 و 7 وقد يصل هذا الضمور إلى 13% من حجم المخيخ أطفال المصابين. وأظهرت العديد من الدراسات التي تمت باستخدام فحص الرسم الكهربائي *Electro Encephalo*

"EEG" Gramme بعض التغيرات في الموجه الكهربائية عند حوالي 20 إلى 60 بالمئة من الحالات، إضافة إلى زيادة نوبات الصرع. (عبد الله، 2001، ص136-135).

وأشار ريملاندر 1964 إلى دور الحوادث والصدمات البيئية المختلفة التي تصيب الرأس وما ينتج عن ذلك من خلال الجهاز العصبي المركزي وبالتالي احتمال ظهور اضطراب التوحد، كما أن البحث عن عيوب محددة كي شذوذ العصبي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد أدت إلى عدد من النظريات، حيث أوضح كل من ديمير وبارتون Demyer et Barton 1973 أن مواقع التلف في قشره الدماغية أي الطبقة الأكثر بعدا في الدماغ قد تكون مسؤولة عن الاختلال الوظيفي اللفظي والإدراكي. (رقبه، 2003، ص14).

تشخيص اضطراب طيف التوحد

يعتبر تشخيص اضطراب طيف التوحد أمرا معقدا وصعبا في مجال التربية الخاصة، ومن المتفق عليه حتى الآن هو عدم وجود علامات حيوية مخبرية أو أي فحوص طبية يمكن الاستناد إليها لتشخيص اضطراب طيف التوحد، غير انه من الممكن الاستناد إلى جملة من المظاهر السلوكية التي تدل على وجود الاضطراب من عدمه وهذا جوهر عملية التقييم والتشخيص ومع تعدد الدراسات اختلاف النظريات اختلفت معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد من كانر طولا إلى الدليل التشخيصي والإحصاء الخامس DSM5 2013

يعتبر كانر أول من وضع معايير التشخيص اضطراب طيف التوحد تشخيصه أساسا على النقاط التالية: الانسحاب من التفاعلات الاجتماعية، ذاكرة صماء، استخدام غير تواصلية للكلام، رغبة مفرطة في المحافظة على الثبات والتعلق المفرط بالأشياء حساسية عالية للمثيرات.

أما معايير تشخيص الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية في أحدث طبعاته DSM5 2013 فكانت ما يلي:

أ- قصور (عجز) في التواصل الاجتماعي التفاعل الاجتماعي يظهر في عدد من البيئات التي يتفاعل عبرها الفرد، سواء كان ذلك القصور معبر عنه حاليا أو أشير إليه في التاريخ التطوري للفرد يكون ذلك على النحو التالي:

1- قصور (عجز) في التفاعل الاجتماعي ممتد من وجود منحنى اجتماعي غير عادي وفاشل في إنشاء محادثات تبادليه عاديه، إلى نقص القدرة على مشاركته الاهتمامات والمشاعر العواطف إلى الفشل في البدء بالتفاعل الاجتماعي أو الاستجابة للمبادرات الاجتماعية .

2- قصور (عجز) في السلوكيات تواصله غير اللفظية والمستخدمه في التفاعل الاجتماعي والممتدة من القدرة في توظيف السلوكيات التواصلية اللفظية وغير اللفظية المدمجة في التفاعل الاجتماعي، إلى القصور في التواصل العيني وتوظيف لغة الجسد، أو القصور في فهم استخدام الإيماءات في التفاعل الاجتماعي، إلى نقص الكلي في القدرة على توظيف تعبيرات الوجه والتواصل غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي .

3- قصور (عجز) في القدرة على تطوير العلاقات الاجتماعية والمحافظة على استمراريتها وفهم معانيها، يمتد من الصعوبات في تكييف أنماط السلوك لتناسب مع المواقف الاجتماعية المختلفة إلى صعوبات في القدرة على المشاركة ومشاركته اللعب التخيلي أو إقامة الصداقات إلى غياب الاهتمام بالرفاق .

ب- أنماط سلوكيه واهتمامات وأنشطة محدودة تكراربه ونمطيه معبر عنها في اثنتين على الأقل مما يلي سواء كانت هذه السلوكيات معبر عنها حاليا أم أشير إليها في التاريخ التطوري للفرد .

ج- النمطية أو التكرارية في الحركة الجسدية الحركية واستخدام الأشياء واللغة مثل صف الألعاب تقليب الأشياء المصاداة....

ح- الإصرار على الرتبة التشابه والالتزام الجامد غير المرن بالروتين أو الأنماط الطقوسية أو السلوكيات اللفظية وغير اللفظية مثل الانزعاج الشديد للتغيرات البسيطة الحاجة إلى السلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم.

خ- اهتمامات محدودة ثابتة بصوره عالية والتي تبدو غير عاديه من حيث مستوى أم نوعيه تركيزها بأشياء غير عاديه اهتمامات ضيقه ومحدودة .

د- وجوب ظهور الأعراض في مرحلة النمو المبكرة.

ذ- تسبب الأعراض احتلال أو عجز ذو دلالة واضحة في قدره الفرد على التفاعل الاجتماعي والأداء الوظيفي أو أي جوانب هامه أخرى من جوانب أداء الفرد الوظيفي .

ر- إن الاضطرابات التي تحدث لدى الفرد هذه الأعراض لا يمكن أن تفسر نتيجة وجود الصعوبات العقلية النمائية أو التأخر النمائي العام .

إن الصعوبات العقلية النمائية الإعاقة العقلية واضطراب طيف التوحد كثيرا ما تتصاحب مع بعضها البعض، وحتى يشخص الفرد باضطراب طيف التوحد والصعوبات العقلية النمائية فلا بد أن يكون التواصل الاجتماعي أدنى من المتوقع وفق لمستوى الفرد النمائي. (الجابري، 2014، ص50).

الأساليب العلاجية لطيف التوحد:

إن اضطراب التوحد ليس بمرض، هذا فانه لا يمكن علاجه من خلال دواء محدد، ثم إن استخدام أي دواء لا يمكن أن يكون حلا ناجحا لجميع الأطفال الأمر الذي يعني انه لا يوجد علاج أو أسلوب أو طريقه واحده ناجحة وفعاله لكل حالات التوحد وفيما يلي عرض لأهم الأساليب العلاجية التي استخدمت لمحاولة التخفيف من أعراض الاضطراب .

1- العلاج الطبي:

يهدف هذا النوع من العلاج إلى التخفيف من الأعراض والسلوكيات غير المناسبة للطفل، ويقوم على فرضيه أن التغيرات الفيزيولوجية التي يمكن أن يحدثها العلاج قد تؤدي إلى التخفيف من الأعراض. يعد هذا النوع من العلاج فعالا في حاله توافقه مع البرامج السلوكية والتربوية ومن أهم أنواع العلاج الطبي المقدم لأطفال التوحد:

العلاج الدوائي:

لا يوجد دواء محدد للحالات التوحد إن العلاج الدوائي يستخدم لتنظيم وتعديل المنظومة الكيميائية التي تقف خلف السلوك الغير السوي للطفل، حيث تساعد هذه الأدوية على التحكم بنبات الصرع مثلا وتخفيف من النوبات أو الفورات الغضب أو السلوك العدواني والنشاط الحركي الزائد، ومن الأدوية المستخدمة مع الأطفال نذكر على سبيل المثال الهلوبيريبيدول والليثيوم. (خطاب، 2005، ص36).

العلاج بالحمية الغذائية:

نتيجة عدم قدره الأطفال المصابين بالتوحد على الهضم الكامل للبروتين الجل وتين Gluten والكازين caseine وتحولهم إلى ببتيدات مخدره لها تأثير يشبه الافيون أو المورفين، تزويد الطفل بماده السيرنيد، التي تساعد على زيادة هضم البيبتيدات الناتجة عن بروتين الكازين والجلوتين، أو عن طريق إعطائهم الطعام الخالي من البروتين السابقين (الشيخ، 2004، ص.30)

العلاج بالفيتامينات:

يقوم هذا العلاج على فكره أن الأطفال زاوي التوحد لا يستفيدون من الفيتامينات والمعادن الموجودة في الأغذية بشكل طبيعي، لهذا يقوم الأطباء بإعطائهم فيتامين ب 6 والمغنيسيوم حيث يعمل فيتامين ب 6 على تقليل من النشاط المفرط والسلوك العدواني أما مغنيزيوم فله دور مهم في المجالات الاجتماعية والتواصلية والسلوكية.

العلاج السلوكي:

يمتد العلاج السلوكي على تطبيق المنظم للإجراءات المستندة إلى مبادئ التعلم بهدف تغيير السلوك الإنساني، ويتم ذلك من خلال تنظيم وإعادة تنظيم الظروف المتغيرات البيئية الحالية ذات العلاقة بالسلوك وخاصة من هذك التي تحدث بعد السلوك. لذا اقترح العديد من الباحثين والمهتمين باضطراب التوحد استخدام الأساليب العلاجية السلوكية كطرائق لتعديل السلوك في علاج التوحد، سواء كان ذلك في البيت أو في فصول دراسية خاصة (الجبلي، 2004، ص106). وفيما يلي أمثلة عن بعض البرامج وطرق العلاج السلوكي:

طريقه تحليل السلوك التطبيقي:

عرفت بأسماء مختلفة منها التدخل السلوكي، التحليل السلوكي وغيرها، وترجع هذه الطريقة إلى ايفور لوفاس Ivor Lovas أستاذ الطب في جامعه لوس انجلوس في كاليفورنيا. وتعد طريقه التحليل السلوكي من الطرق الواسعة الانتشار التي اتبعت مع الأطفال المصابين باضطراب التوحد منذ عام 1967 مستندتات على الطريقة السلوكية والاستجابة الشرطية للعالم في عمليه التعلم والبرنامج عبارة عن دروس تعليمية مجزأة إلى عده عناصر ويمكن

تعليمها من خلال اعادة المحاولة مع الطفل عند وجود المثير، مثلا: اعمل هذا، المس ذلك، انظر إلى..... الخ، ويمكن الاستجابة الصحيحة من خلال المعززات الايجابية. أما الاستجابة غير الصحيحة فيمكن إهمالها وتشجيع الطفل علي الاستجابة الصحيحة ثم مكافأته (الجبلي، 2015، ص107).

برنامج تيتش:

يعد برنامج تيتش برنامج تطويري للخدمات المقدمة للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد وتيتش هو اختصار لاسم البرنامج Treatment and Education Autistic related :
Communication Handicapped Children

أي علاج وتعليم الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وعاقة التواصل المشابهة لهم. وقد اقترح هذا البرنامج البروفيسور ايريك شويلر Eric Scopler وهو أب لطفل مصاب بالتراب طيف التوحد وكان ذلك عام 1966 وقام بتطويره وشرح خلفيه التطويرية له وجوهره والعناصر الأساسية فيه والخدمات التي يقدمها البرنامج. وتمتاز طريقه تيتش بأنها طريقه تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة والسلوك، بل تقدم تأهيلا متكاملًا للطف، كما أنها تمتاز بان طريقه العلاج تكون فيها مصممه بشكل فردي على حسب احتياجات الطفل، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث تلبى احتياجات هذا الطفل. (الملغوث، 2006، ص133).

طريقه فاست فورورد:

هو عبارة عن برنامج الكتروني يعمل بالحاسوب ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد. ويتم تصميم برنامج الحاسوب بناءا على البحوث العلمية التي قامت بها عالمه علاج اللغة Paula Talla على مدى 30 سنة تقريبا وبينت أن الأطفال الذين استخدموا البرنامج ما يعادل سنتين من مهارات اللغوية خلال فترة قصيرة. وتقوم فكره البرنامج على وضع السماعات على أذنيه الطفل بينما يجلس أمام شاشه الحاسوب ويلعب ويستمتع للأصوات الصادرة من اللعب. وهذا البرنامج يركز على جانب واحد وجانب اللغة والاجتماع والانتباه يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق

سلوكيه. ولم تأتي حتى الآن بحوث علميه محايدة لقياس مدى نجاحه هذا البرنامج مع الأطفال المصابين بالتراب طيف التوحد.

العلاج النفسي

إن أقدم أنواع هذا العلاج في الاحتضان وإنشاء علاقة قوية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة والمحبة من حيث أن أم الطفل الحقيقية لم تستطيع القيام بذلك أما بانك 1955 Pank فقد وصف مرحلتين من العلاج النفسي، حيث أن المعالجة في المراحل الأولى من العلاج يقدم الدعم، الإثباع بشكل كبير للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، أما المرحلة الثانية فان المعالج يصب اهتمامه على تطوير المهارات الاجتماعية له ويأخذ ذلك جلسات ومقابلات معه وتقديم بأمر مناسبة واجتماعيه له على إقامة علاقات اجتماعيه مع الآخرين.

العلاج بالتكامل الحسي

وهو مأخوذ من علم آخر هو العلاج المهني، ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الحواس الصادرة من الجسم فان أي خلل في ربط أو تجانس هذه الحواس مثلا: (الشم، السمع، اللمس، التوازن، التذوق..) قد يؤدي إلى أعراض التوحدية. ويقوم العلاج على تحليل هذه الحواس ومن ثم العمل على توازنها. ولكن في الحقيقة ليس كل الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يظهرن أعراض تدل على خلل في التوازن الحسي. انه ليس هناك علاقة واضحة ومثبتة نظريه التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحيديين حيث يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل. إن هذا البرنامج يتضمن التنفس العميق، المساج، اللمس برفق والتي تعين الطفل على الاستجابة التكيفية فضلا عن تدريب دماغ الطفل لتكامل مداخلات لمختلف الحواس. لقد جرب هذا البرنامج على 10 أطفال إعطاءهم 15 دقيقة من العمليات المساجية قبل النوم وقرا على عشره أطفال آخرين قصص قبل النوم وبعد مرور شهر على هذا البرنامج وجد تحسن واضح في مستوى الانشطة (العزة، 2002، ص65-62).

الفصل الثالث

مفهوم الانتباه المشترك

مفهوم الإنتباه المشترك:

يعد الإنتباه المشترك مهارة إجتماعية تواصلية تظهر مبكرا حيث يقوم شخصان (عادة طفل صغير وشخص بالغ) باستخدام الإيماءات والنظرات لمشاركة الإنتباه الى أحداث أو أشياء ممتعة أو جذبة. وتلعب هذه المهارة دورا محوريا في التطور اللغوي والإجتماعي. كما أن قصور الإنتباه المشترك يعد سمة أساسية للأطفال ذوي اضطراب التوحد وبالتالي أصبح من الضروري على تطوير هذه المهارة عند اعداد برامج التدخل المبكر. (جونز و كار Jones & Carr، 2004، ص1-2).

ويشير الإنتباه المشترك الى قدرة تنقل الانتباه بين شيء ما وشخص ما من خلال استخدام بعض المهارات مثل التآزر والتوافق في النظرة بين الأشياء والأشخاص، الإشارات، مهارة عرض وإظهار الأشياء. (وونج كوني Connie, Wong، 2006، ص6).

كما يعرف أيضا بأنه قدرة الطفل على استخدام الإيماءات والتواصل البصري لتنظيم الإنتباه مع شخص آخر ومشاركته في الانتباه والإهتمام بالأشياء والأحداث. (Lim, Hayoung, 2012, p88).

كما يشير أيضا الى التوافق الإنتباه البصري تجاه حدث أو شيء ما بالإشتراك مع شخص آخر، حيث يتشاركان الإهتمام ويجمعهم مشاركة اجتماعية، ويستوعب كلا الشخصين أن شريكه يشاركه نفس التركيز ويمكن أيضا تعريف الإنتباه المشترك بأنه العلاقة بين شخصين تعتمد على الكفاءة ادراكية اجتماعية تنمو وتتطور داخل محيط من التفاعلات بين الطفل وجليسه. (كونروي مورين Maureen A. Conroy، 2008، ص1-2).

ويعرف الإنتباه المشترك على أنه ارتباط شخصين أو أكثر في آن واحد في التركيز الذهني على نفس الشيء الخارجي وأثناء محاولات الإنتباه المشترك، يعي كل شخص أن الآخر يركز إنتباهه على نفس الشيء. (دونا موراي وآخرون، 2008، ص2).

ويعرف الإنتباه المشترك بأنه تلك العملية التي تتضمن سلوكيات يلجأ الفرد اليها لتبع أو يوجه انتباه شخص آخر الى حدث أو موضوع معين، وأن يشاركه الإهتمام بهذا الحدث أو الموضوع، كما أن له أهمية كبيرة في اكتساب اللغة الشفوية، وفك شفرة التواصل الضفوي للآخرين. (عادل عبد الله، 20014، ص153).

مهارات الإنتباه المشترك:

يمكن تعريف مهارات الإنتباه المشترك على أنها استخدام الإيماءات مثل (الإشارات، اظهار الأشياء أو إعطائها للآخرين وذلك بهدف مشاركة شخص آخر في إدراك شيء ما، على سبيل المثال "اظهار لعبة لشخص ما"). (أولسون جينيفر Jennifer Olsn، 2002، ص35).

وتتمثل مهارات الإنتباه المشترك في الآتي:

1-الإستجابة للإنتباه المشترك **Responding to joint attention**: ويقصد بها استخدام الطفل لسلوكيات تتبع الانتباه المتمثلة في إلتفات الرأس وتوجيه النظر للشريك. (فيزمارا وليونز Vismara & Lyons، 2008، ص215).

2-المبادأةبالإنتباه المشترك **Intiating joint attention**: يقصد به استخدام الطفل لسلوكيات الإنتباه المتمثلة في الإشارة وتنظيم مشاركة الإنتباه مع الشريك بانتباه للأشياء والأحداث. (إليزابيث روس وآخرون Roos, Elizabethn et al، 2008، ص276-277).

وظيفة الإنتباه المشترك:

تتمثل الوظيفة الأساسية للإنتباه المشترك في التواصل غير اللفظي مع الآخرين، حيث يشترك فيه الطفل مع شخص آخر في الإهتمام بشيء ما. (باوتشر ساين Signe Boucher، 2008، ص3).

أما وظيفته من الناحية الإجتماعية فهي إثارة دافعية الطفل للمشاركة الآخرين في الإنتباه للموضوعات المحيطة به في العالم من حوله ويصبح الإنتباه المشترك بذلك بداية الفهم الإجتماعي لدى الطفل ووعيه بالعلاقات التي تربط بين المتغيرات الإجتماعية حوله.

كما أم هناك ارتباط بين مهارات الإنتباه المشترك والسلوكيات الإجتماعية الأخرى مثل التواصل الصري، الإنفعالات، التقليد ويستخدم الطفل سلوكيات الإنتباه المشترك بهدف مشاركة الآخرين اهتماماتهم أو التعليق على شيء ما. (كونروي مورين Maureen A. Conroy، 2008، ص2).

الإنتباه المشترك لدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

يميز القصور في مهارة الإنتباه المشترك نحو 80 إلى 90 % من صغار الأطفال ذوي اضطراب التوحد، كما أنهم يتميزون عن غيرهم من الأطفال ذوي الحالات الأخرى من تأخر النمو في إن لديهم قصورا وصعوبة في بعض السلوكيات وذلك في سن مبكرة جدا ومن هذه السلوكيات: صعوبة تتبع الغير في نظرات الآخرين -مبادأة بالإنتباه المشترك من خلال إستخدام الإشارات- الإستجابة للآخرين عند مناداتهم لأسمائهم- التقليد التلقائي، ولذلك فإن مقاييس الإنتباه المشترك تعد واحدة من أقوى المؤشرات التشخيصية المبكرة للتوحد. (أولسون جينيفر Jennifer Olsn، 2002، ص5).

يتجنب العديد من الأطفال ذوي اضطراب التوحد النظر في عيون الآخرين، وبالتالي نتوقع تأخرهم في مهارة تتبع النظرات بالإضافة لتأخرهم في النمو المعرفي، كما تعد القدرة على التبادل الإنتباه بين مثيرين من أكثر مظاهر القصور لدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث أنهم غير قادرين على التواصل البصري. (بروينسما فون Yvonne E, Bruinsma، 2004، ص3-4) (باتيرسون ميشيل Michael Patterson، 1996، ص32).

أهمية تدريس مهارة الإنتباه المشترك لدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

لقد ازدادت أهمية مهارة الإنتباه المشترك في دراسات التوحد لأنه أحد السلوكيات الإجتماعية التي تظهر مبكرا في عمر الطفل وأيضا تبدو مظاهر القصور في هذه المهارة واضحة قبل اكتساب اللغة. وبما أنه لا يمكن تشخيص التوحد -غالبا- الا ببلوغ الطفل عامه الثالث أو الرابع، أصبح من الضروري أن يتحدث المتخصصون والباحثون عن مؤشرات التي تسبق ظهور اللغة عند الطفل مثل الإنتباه المشترك، وذلك حتى يتسنى لهم إيجاد علاج مناسب لهؤلاء الأطفال في سن مبكرة. (كريستينا والين، 2001، ص1).

يمكن الإستفادة من مهارة الإنتباه المشترك الخاصة بتتبع الإشارات كعنصر مكمل في علاج التوحد، فعلى سبيل المثال فإن التدريب على هذه المهارة قد يساعد في تحسين مهارة تتبع النظرات وكذلك علاج السلوكيات تجنب النظر إلى الآخرين، هذا بالإضافة إلى إمكانية استحداث دراية علاجية محكمة توضح كيفية استخدام كل من مهارتي تتبع الإشارات وتتبع

النظرات في تحسين المهارات السلوكية والأكاديمية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. (باتيرسون ميشيل Michael Patterson، 1996، ص71).

لقد أكد الباحثون حديثاً على أهمية دراسة الإنتباه المشترك عند الأطفال المصابين باضطراب التوحد كما شرعوا في تطوير مقاييس تهدف الى تحديد أوجه القصور في الإنتباه المشترك وغيرها من الأعراض المبكرة للتوحد وبالتالي نستطيع تشخيص التوحد قبل سن الثلاث سنوات. (كريستينا والين، 2001، ص2).

إن تعلم الأطفال ذوي اضطراب التوحد الاستجابات للإنتباه المشترك ربما يفتح باب مختلف حيث التواصل التفاعلي والخبرة الإجتماعية المشتركة. (تايلور بريدجيت وهوك حنا Bridget A M. Taylor & Hannah Hoch، 2008، ص390)

دور الإنتباه المشترك في تكوين اللغة والكلام

عندما يذكر الشخص البالغ اسم شيء ما فإن الطفل ذوي اضطراب التوحد لا يعرف عادة ما يشير إليه الشخص البالغ، بل قد يتعلم كلمة لشيء كان ينظر إليه عندما سمع الكلمة من الشخص البالغ ظناً منه أنها تمثل ما كان يشير إليه الشخص البالغ. ولذلك فمن المهم تعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد مهارات الإنتباه المشترك كشرط أساسي لتعليم اللغة.

يعتقد الباحثون أن مهارة الإنتباه المشترك تساعد على تسهيل تعلم اللغة في ساق إجتماعي في العام الثاني من عمر الطفل، فعلى سبيل المثال، فإن الأطفال لا يتعلمون اللغة من آبائهم كلمة كلمة بل لابد أن يتعلم الطفل اللغة من خلال مواقف تلقائية حيث يعطي الجليس خلالها معاني لكلمات معينة عبر إستخدام البطاقات. (بلوك جيسكا Jessica Block، 2006، ص3).

لقد ارتبط القصور في الإنتباه المشترك بالتطور اللغوي الذي يحدث دائماً فيما بعد عند الأطفال العاديين. ويعتبر هذا الإرتباط بالغ الأهمية حيث يؤثر قصور الإنتباه المشترك على اللغة حيث أنه يتم تعلم اللغة جزئاً من خلال جلسات الإنتباه المشترك. فعندما يقوم البالغ بتوجيه انتباه الطفل، فإنه يعطي معنى وتعريف للأشياء. وبالتالي فإن القصور في الإنتباه المشترك يحد ويقلل من اللغة المكتسبة. (باوتشر ساين Signe Boucher، 2008، ص3).

يعتمد تعلم أسماء الكلمات بصفة رئيسية على تحقيق الإنتباه المشترك الذي يعتبر هدفا مهما للتدخل التواصلي المبكر، وحتى يتم تعلم كلمة جديدة يجب أن يربط الطفل بين الصورة أو الشيء أو المثير بالكلمة التي ينطقها أو ينطقها شخص آخر. لذا يجب الإهتمام ببناء برامج تواصل تمثل الإنتباه المشترك للأطفال المصابين باضطراب التوحد حيث يمثل الإهتمام المشترك جوهر التواصل. ولذا يمكن القول بأن التواصل وخاصة التواصل غير اللفظي والذي عادة ما يبدأ بالإنتباه المشترك يلعب دورا أساسيا في التنبؤ بالقدرات اللغوية الملحقة لدي الأطفال العاديين وكذلك الأطفال ذوي اضطراب التوحد

الجانب التطبيقي

الجانب النظري للجانب التطبيقي

تمهيد:

بعد دراستنا للجانب النظري، الذي تناول الرصيد المعرفي الخاص بموضوع بحثنا والذي احتوى على ثلاثة فصول هي:

❖ اليوغا.

❖ التوحد والأطفال التوحديين.

❖ الإنتباه المشترك.

سنحاول الانتقال إلى الجانب التطبيقي (الميداني)، قصد دراسة الموضوع دراسة ميدانية، حتى نوفي المنهجية العلمية حقها، وكذا نحقق المعلومات النظرية التي تناولناها في الفصول السالفة الذكر، ويتم ذلك عن طريق تحليل ومناقشة نتائج الاستبيان، الذي وجهناه إلى المربين والمدربين حول الأطفال في مركز التدريب والتأهيل.

الدراسة الاستطلاعية:

هي أول خطوة قمنا بها قبل البدء في تسطير الخطوط العريضة للبحث وقبل الشروع في الدراسة الميدانية وتمت عبر مرحلتين:

(1) ما قبل تحديد مشكلة البحث حيث كانت باطلاعنا على مختلف المراجع من الكتب، والمجلات والمحاضرات الغير منشورة وكان من أجل توسيع قاعدة معرفتنا حول الموضوع والتأكد من أهمية البحث.

(2) قمنا بزيارة إلى الفرق وتجاوزنا مع المدربين واللاعبين لأخذ فكرة مجملية حول الموضوع وأهميته، ولمسنا وجود اختلاف في مهارة الإنتباه المشترك لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد الممارسين والغير الممارسين لليوغا.

مجالات البحث:

المجال المكاني

أجري البحث الميداني في مركز الدكتور لرشيش فازية للكشف و المعالجة الأطفونوية والبسيكولوجية الكائن بحي السلام 200 رقم: 51 بلدية خميس مليانة ولاية عين الدفلى المتخصص في تأهيل الأطفال المصابين بمرض التوحد والإعاقات الذهنية.

المجال الزمني:

تمت دراستنا هذه على ثلاثة مجالات زمن هما:

- 1) مجال خاص بالجانب النظري امتد من شهر مارس إلى شهر ماي 2020.
- 2) مجال خاص بالجانب التطبيقي امتد من 20 أوت إلى 15 سبتمبر 2020.
- 3) فرز وتحليل النتائج من 15 إلى 30 سبتمبر 2020.

ضبط متغيرات البحث:

من خلال بحثنا هذا هناك متغيرين اثنين أحدهما مستقل والآخر تابع.

المتغير المستقل:

هو المتغير الذي يفترض الباحث أنه السبب أو أحد الأسباب لنتيجة معينة، ودراسته قد تؤدي إلى معرفة تأثيره على متغير آخر. (ناصر ثابت، الكويت، ط1، 1984، ص58)

- تحديد المتغير المستقل: " اليوغا "

المتغير التابع

يؤثر فيه المتغير المستقل وهو الذي تتوقف قيمته على مفعول تأثير قيم المتغيرات الأخرى حيث أنه كلما أحدثت تعديلات على قيم المتغير المستقل ستظهر على المتغير التابع. (ناصر ثابت، الكويت، ط1، 1984، ص58)

- تحديد المتغير التابع: " مهارة الانتباه المشترك "

عينة البحث وكيفية اختيارها:

باعتبار العينة هي حيز الزاوية في أي دراسة ميدانية، تستند إلى الاستبيان كمقوم أساسي نجد أن مفهومها هو: " العينة هي جزء من مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية وهي تعتبر جزءا من الكل بمعنى أنه تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة لمجتمع البحث.

وفي بحثنا شملت جزءا من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد المنتسبين إلى المركز الممارسين والغير الممارسين لليوغا الذين أعمارهم تتراوح ما بين 6 إلى 8 سنوات من الجنسين، وقد تم اختيار العينة عشوائيا دون تخطيط أو ترتيب مسبق أي لا على التعيين لتعميم النتائج، واشتملت على:

❖ 11 طفل ممارس لليوغا.

❖ 9 أطفال غير ممارسين لليوغا.

- المنهج المستخدم في البحث:

المنهج الوصفي:

مما لا شك فيه أن أي منجز علمي يطمح إلى الاتصاف بالعلمية يجد نفسه مطالبا بوضع خطة أو طريقة أو منهج يحدد من خلاله الخطوات التي اتبعتها في الوصول إلى

النتائج التي حققها، ولذلك قد اعتمدنا على المنهج الوصفي باعتباره " طريقة في الوصف والتحليل والتفسير بصيغة علمية لوضعية اجتماعية أو مشكلة اجتماعية أو سكانية ".

وهو كذلك " دراسة الوقائع السائدة المرتبطة بظاهرة أو موقف معين أو مجموعة من الأفراد أو مجموعة من الأحداث أو مجموعة معينة من الأوضاع ". محمد حسن علاوي -أسامة كامل راتب 1999، ص 219.

مجتمع البحث:

من الناحية الاصطلاحية " هو تلك المجموعة الأصلية التي تؤخذ من العينة وقد تكون هذه المجموعة: مدارس فرق، تلاميذ، سكان، أو أي وحدات أخرى.

وهي كذلك " مجموعة عناصر لها خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى والتي يجري عليها البحث أو التقصي.

ويطلق على المجتمع الإحصائي اسم العلم ويمكن تحديده على أنه كل الأشياء التي تمتلك الخصائص أو سمات قابلة للملاحظة والقياس والتحليل الإحصائي.

ولهذا فقد اعتمدنا في بحثنا على مجموعة من الأطفال المنتسبين إلى مركز.....

الأدوات والتقنيات المستعملة في البحث:

مقياس تقدير مهارات الإنتباه المشترك لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد

هو مقياس من إعداد أ.د عبد الرحمان سيد سليمان وأ. د جمال محمد حسن نافع وأ هناء شحاته أحمد عبد الحافظ الأساتذة بقسم التربية الخاصة بكلية التربية جامعة عين الشمس بمصر نشر سنة 2015 بمجلة كلية التربية-عين الشمس- مصر العدد 39 مجلد رقم 1 في الصفحات من 791-831

اعتمدنا في دراستنا على الدرجة الكلية للمقياس في الفرضية العامة ثم قمنا باختبار أربعة مهارات للانتباه المشترك وهي:

1. بعد التواصل البصري: ويقصد به التقاء العيون الذي يحدث بين الطفل والشخص الآخر.

2. بعد التوجه البصري للآخرين: ويقصد به تتبع الطفل لنظرات الشخص الآخر والنظر لنفس الشيء الذي ينظر إليه.

3. بعد التقليد: ويقصد به قيام الطفل بتقليد الشخص الآخر لفظيا وحركيا.

4. بعد جذب الإنتباه للآخرين أثناء اللعب: ويقصد به رغبة الطفل في أن ينظر إليه شخص ما، عندما لا يكون انتباه هذا الشخص موجها إليه بالفعل.

في الدرجات نعتمد على مجموع درجات كل بعد من الأبعاد المعتمدة حيث اعتمدنا في كل بعد على عدد من العبارات من المقياس وهي:

البعد الأول: التواصل البصري: 11 عبارة الأولى من المقياس

البعد الثاني: التوجه البصري للآخرين: 6 عبارات من العبارة رقم 12 إلى 17.

البعد الثالث: التقليد: 8 عبارات من عبارة رقم 30 إلى 37.

البعد الرابع: جذب انتباه الآخرين أثناء اللعب: 6 عبارات من عبارة رقم 48 إلى 53.

طريقة التطبيق والتصحيح وجمع الدرجات:

يقوم الأخصائي بالإجابة على عبارات المقياس عن طريق اختيار إحدى الإجابات الآتية: يحدث دائما- يحدث أحيانا- لا يحدث إطلاقا. وكل إجابة من هذه الإجابات تقابل إحدى الدرجات التالية (1-2-3) على الترتيب. وحتم حساب الدرجة الكلية عن طريق تجميع درجات الطفل التي حصل عليها في كل بعد ثم مجموع الأبعاد. تعتبر الدرجة العظمى دلالة على قصور في مستوى أداء مهارات الإنتباه المشترك، والدرجة الصغرى دلالة على ارتفاع في مستوى أداء مهارات الإنتباه المشترك.

الطريقة الإحصائية:

بعد جمع كل استمارات المقياس من عند المربين والأخصائيين بالمركز، قمنا بتفريغ وفرز الإستمارات، تتم هذه العملية بجمع عدد الدرجات في كل بعد ومجموع درجات الأبعاد لكل طفل ووضعها في جدول الجدول رقم....

اختبار ت: T-test : لمعرفة وجود فروق ذات دلالة إحصائية أم لا.

الجانب النظري للجانب التطبيقي

صدق وثبات المقياس:

استخدمنا المقارنة الطرفية على العينة الإستطلاعية المكونة من 15 طفلا عبر مواقع التواصل بسبب جائحة الكورونا.

إذ تم إجراء الإختبار وإعادة إجرائه بعد 15 يوما. وتحصلنا على النتائج الآتية

المقياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الصدق	معامل الثبات
الدرجة الكلية للمقياس	108.6	34.863	0.99	0.99

جدول يبين صدق وثبات المقياس

تحليل نتائج الجدول:

بعد اجراء الإختبار مرتين على العينة الإستطلاعية قمنا بحساب المتوسط الحسابي 108.6 و الإنحراف المعياري 34.863 قمنا بحساب معامل الصدق بحساب معامل الإتياب بين الاختباريين ووجدنا 0.99 وهي قيمة قريبة من 1. وقمنا بحساب الثبات الذي هو جذر معمل الصدق ووجدنا 0.99 وهي قيمة قريبة من 1.

حسب قانون صدق الإختبار كلما كان معامل صدق الإختبار قريبا من القيمة 1 كان الإختبار صادقا وكلما كانت قيمة معمل الثبات قريبة من 1 كان الإختبار ثابتا.

ومنه ومن النتائج المتحصل عليها نجد أن مقياس مهارات الإنتباه المشترك لدي الأطفال المصابين بإضطراب التوحد الذي إستعملناه مقياسا صادقا و ثابتا.

مناقشة الفرضيات

عرض وتحليل النتائج

مناقشة الفرضيات: عينة البحث 20 طفل

الفرضية العامة:

تؤثر تمارين اليوغا على تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

الاختبار	العينات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	T الجدولية	درجة الحرية
مقياس مهارات الانتباه المشترك ككل	الممارسين (11)	93.091	23.458	5.025	2.101	18
	غير الممارسين (9)	144.667	22.028			

جدول يبين الفروق بين الممارسين وغير الممارسين لليوغا في درجة المقياس ككل

التحليل:

من خلال النتائج المتحصل عليها بعد الحساب المتوسط الحسابي للممارسين (93.091) والغير الممارسين لليوغا (144.667) والانحراف المعياري للممارسين (23.458) والغير الممارسين لليوغا (22.028) وباستعمال T-Test لمغيرين نلاحظ أن T المحسوبة 5.0025 أكبر من T الجدولية 2.101 عند مستوى الدلالة 18 في مقياس مهارات الانتباه ككل.

الاستنتاج:

بما أن T المحسوبة 5.0025 أكبر من T الجدولية عند مستوى الدلالة 18 فإنه الفرق دال إحصائياً. وعيه نرفض الفرض الصرفي القائل إنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ونقبل الفرض البديل القائل بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين والغير الممارسين في تنمية مهارات الانتباه المشترك.

الفرضية الجزئية 1:

تنص الفرضية على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممارسين ومتوسطات درجات الغير الممارسين لرياضة اليوغا في بعد التواصل البصري.

الاختبار	العينات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	T الجدولية	درجة الحرية
بعد التواصل البصري	الممارسين (11)	15.364	3.139	5.804	2.101	18
	غير الممارسين (9)	25.556	4.693			

جدول يبين الفروق في درجات بعد التواصل البصري بين الممارسين وغير الممارسين لليوغا.

التحليل:

من خلال النتائج المتحصل عليها بعد الحساب المتوسط الحسابي للممارسين (15.364) والغير الممارسين لليوغا (25.556) والانحراف المعياري للممارسين (3.139) والغير الممارسين لليوغا (4.693) وباستعمال T-Test لمغيرين نلاحظ أن T المحسوبة 5.804 أكبر من T الجدولية 2.101 عند مستوى الدلالة 18 في بعد التواصل البصري.

الاستنتاج:

بما أن T المحسوبة 5.0025 أكبر من T الجدولية 2.101 عند مستوى الدلالة 18 فإنه الفرق دال إحصائياً. وعيه نرفض الفرض الصفري القائل إنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ونقبل الفرض البديل القائل بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين والغير الممارسين في بعد التواصل البصري.

الفرضية الجزئية 2:

تنص الفرضية على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممارسين ومتوسطات درجات الغير الممارسين لرياضة اليوغا في بعد متابعة التوجه البصري للآخرين.

الاختبار	العينات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	T الجدولية	درجة الحرية
بعد متابعة التوجه البصري للآخرين	الممارسين (11)	8.727	2.284	4.289	2.101	18
	غير الممارسين (9)	13.111	2.261			

جدول يبين الفروق بين الممارسين والغير الممارسين لليوغا في درجات بعد التوجه البصري للآخرين.

التحليل:

من خلال النتائج المتحصل عليها بعد الحساب المتوسط الحسابي للممارسين (8.727) والغير الممارسين لليوغا (13.111) والانحراف المعياري للممارسين (2.284) والغير الممارسين لليوغا (2.261) وباستعمال T-Test لمغيرين نلاحظ أن T المحسوبة 4.289 أكبر من T الجدولية 2.101 عند مستوى الدلالة 18 في بعد التواصل البصري.

الاستنتاج:

بما أن T المحسوبة 4.289 أكبر من T الجدولية 2.101 عند مستوى الدلالة 18 فإنه الفرق دال إحصائياً. وعيه نرفض الفرض الصفري القائل إنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ونقبل الفرض البديل القائل بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين والغير الممارسين في بعد متابعة التوجه البصري للآخرين.

الفرضية الجزئية 3:

تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممارسين ومتوسطات درجات الغير الممارسين لرياضة اليوغا في بعد التقليد.

الاختبار	العينات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	T الجدولية	درجة الحرية
بعد التقليد	الممارسين (11)	12.545	2.770	5.731	2.101	18
	غير الممارسين (9)	20.0	3.041			

جدول يبين الفروق بين الممارسين والغير الممارسين لليوغا في درجات بعد التقليد.

التحليل:

من خلال النتائج المتحصل عليها بعد الحساب المتوسط الحسابي للممارسين (12.545) والغير الممارسين لليوغا (20.0) والانحراف المعياري للممارسين (2.770) والغير الممارسين لليوغا (3.041) وباستعمال T-Test لمغيرين نلاحظ أن T المحسوبة 5.731 أكبر من T الجدولية 2.101 عند مستوى الدلالة 18 في بعد التواصل البصري.

الاستنتاج:

بما أن T المحسوبة 5.731 أكبر من T الجدولية 2.101 عند مستوى الدلالة 18 فإنه الفرق دال إحصائياً. وعيه نرفض الفرض الصفري القائل إنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ونقبل الفرض البديل القائل بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين والغير الممارسين في بعد التقليد.

الفرضية الجزئية 4:

تتص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممارسين ومتوسطات درجات الغير الممارسين لرياضة اليوغا في بعد جذب انتباه الآخرين أثناء اللعب.

الاختبار	العينات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	T الجدولية	درجة الحرية
بعد جذب انتباه الآخرين	الممارسين (11)	8.363	1.912	4.154	2.101	18
	غير الممارسين (9)	12.889	2.667			

جدول يبين الفروق بين الممارسين والغير الممارسين لليوغا في بعد جذب انتباه الآخرين.

التحليل:

من خلال النتائج المتحصل عليها بعد الحساب المتوسط الحسابي للممارسين (8.363) والغير الممارسين لليوغا (12.889) والانحراف المعياري للممارسين (1.912) والغير الممارسين لليوغا (2.667) وباستعمال T-Test لمغيرين نلاحظ أن T المحسوبة 4.154 أكبر من T الجدولية 2.101 عند مستوى الدلالة 18 في بعد التواصل البصري.

الاستنتاج:

بما أن T المحسوبة 4.154 أكبر من T الجدولية 2.101 عند مستوى الدلالة 18 فإنه الفرق دال إحصائياً. وعيه نرفض الفرض الصفري القائل إنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ونقبل الفرض البديل القائل بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممارسين والغير الممارسين في بعد جذب انتباه الآخرين أثناء اللعب.

خاتمة

خاتمة:

تدرج الدراسة الحالية ضمن البحوث العلمية المهمة ببرامج تدريبية المساهمة في تعديل سلوك ما أو تنمية مهارات الإنتباه المشترك لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. ونظرا لعدم التوصل إلى حل نهائي لهذا الإضطراب، فرغم ذلك يمكننا التخفيف من حدة أعراضه المختلفة، فاختلفت المناهج و الأساليب العلاجية بحسب شدة الإطراب وكذا الغرض المستهدف من تطبيق طريقة علاج معينة، فمنها من كانت سلوكية كالتخفيف من إيذاء الذات والعدوانية والسلوكيات الغير المرغوب فيها، ومنها من كانت إجتماعية تسمح للطفل بالتعايش وسط المحيط الذي ينتمي إليه كتحقيق الاستقلالية والعناية بالذات و إقامة الصداقات و التعاون مع الآخرين، كذلك هناك برامج مست التواصل اللفظي و الغير اللفظي منها اليوغا التي هي رياضة قديمة ولكنها نوع جديد من الرياضات المستعملة في التخفيف و علاج هذا الإضطراب ومن خلال ما قدمناه في هذه الدراسة و على اثر النتائج المتحصل عليها توصلنا في الأخير إلى أنه اليوغا طريقة ناجحة و مساهمة في شكل كبير في تنمية مهارات الإنتباه المشترك لدى الطفل المصاب باضطراب التوحد إلى حد كبير في معظم الحالات التي درسناها. وينبغي مراعاة مبادئ هذه الرياضة حتى لا تكون ضارة للطفل لا نفسيا ولا جسميا، وعليه فلا بد من الحذر أثناء إعداد البرنامج التدريبي حيث تكون تحت إشراف مختصين في رياضة اليوغا ومختصين في مجال علاج مرض التوحد وكذا مراعاة تنوع التمرينات المستخدمة في التدريب حتى لا يشعر الطفل بالملل ويكسب مبدأ الشمولية إضافة إلى ضرورة إشراك الوالدين في الحصص التدريبية. وعليه فإن الإهتمام بمثل هذه الدراسات الحديثة المتمثلة في الطرق الجديدة للتخفيف وعلاج مرضى التوحد تعتبر إثراء للجانب العلمي ولفت انتباه المجتمع عامة والمربين والأخصائيين خاصة إلى الطرق الجديدة المبتكرة في علاج هذا المرض وخاصة بالنسبة للأطفال لإعطائهم فرص للمساهمة في المجتمع والتمتع بحياة طبيعية.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية:

1. القمش، مصطفىنوري. (2011) اضطرابات التوحد(ط1) عمان: دار المسيرق للنشر والتوزيع.
2. إمام، محمد الصالح، والجوادة، فؤاد عيد. (2010) التوحد والنظرية العقل(ط1) عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
3. الجابري، محمد، 2010، الاتجاه التكاملي في تقييم وتشخيص التوحد، الأردن، الجامعة الأردنية.
4. الجابري، محمد، 2014، التوجهات الحديثة في تشخيص اضطراب طيف التوحد في ظل المحاكات التشخيصية الجديدة. ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة: الرؤى والتطلعات المستقبلية، جامعة تبوك: المملكة العربية السعودية.
5. الجالبي، سوسن. (2004) التوحد الطفولي أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه(ط1) دمشق: مؤسسة علاء الدين للنشر والتوزيع.
6. خطاب، محمد أحمد. (2009) الطفل التوحدي، تصنيف، أعراض، تشخيص، أسباب، التدخل العلاجي. الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
7. الزريقات، ابراهيم. 2004. التوحد الخصائص والعلاج، ط1، عمان b: لية العلوم التربوية الجامعة الأردنية.
8. الشامي، وفاء علي، 2004. خفايا التوحد _ أشكاله، أسبابه، تشخيصه، ط1. الرياض: مركز جدة للتوحد.
9. الشمري، طارش. (1996) المهارات الاجتماعية لدى التلاميذ الذين لديهم اضطراب التوحد. د. ب: مركز الكويت.
10. الشيخ، رائد ذيب. (2004) تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية عند الأطفال التوحديين وقياس فاعليته. أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

11. صديق، لينا. (2005) فاعلية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي. رسالة دكتورا غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.
12. الظاهر، قحطان أحمد. (2008) التوحد. (ط1) عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
13. عادل عبد الله محمد 2004. مدخل إلى اضطراب التوحد: النظرية والتشخيص وأساليب الرعاية. ط1، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
14. العبادي، رائد خليل. (2006) التوحد(ط1) الأردن: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
15. العزة، سعيد حسني. (2002) التربية الخاصة لأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية(ط1). عمان: الدار العلمية للنشر والتوزيع.
16. قاسم، عبد الله محمد. (2001) الطفل التوحدي أو الذاتي(ط1) دمشق: دار الفكر.
17. مجيد، سوسن شاكر. (2010) التوحد، أسبابه، خصائصه، تشخيصه، عاجه(ط2) جامعة بغداد: ديونول للطباعة والنشر والتوزيع.
18. مصطفى، أسامة فاروق، والشربيني، السيدكمال. (2011) التوحد الأسباب، التشخيص، العلاج(ط1) عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
19. المغلوث، فهد حمد أحمد. (2006) التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه(ط1) الرياض : مؤسسة الملك خالد الخيرية.
20. المهندس، حسن. (2005) اليوغا. دار النشر. حلب، الجمهورية السورية.
21. ميموني، بدره معتصم. (2005) الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق . ديوان المطبوعات الجامعية.
22. نصر، سهى أحمد أمين. (2002) الاتصال اللغوي للطفل التوحدي التشخيص البرنامج العلاجي (ط2) القاهرة: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

23. Boettcher, U. (1977). Yoga für Kinder, Wetzlardruck, Germany.
24. Bridget A. Taylor & Hannah Hoch (2008), Teaching children with Autism to respond to and antiante bids for joint attention, Journal of Applied Behavior Anlysis, Vol 41, N3.
25. Connie Shu, Ya- wong (2006), Play and joint attention of children <ith Atusim in the preschool classroom.PhD. The university of California, Los angeles.
26. Jennifer Ender Olson (2002), The evolution of joint attention, A case stady of tow siblings withy autism PhD. The faculty of Chicago school of Profissional Psychology.
27. Jessica Joy Block August (2006), Relations among joint attention attachment, and Language outcome in typically developing infants.PhD, The university of Miami.
28. Jones, Emily A.Carr, Eduard G. Spr (2004), Joint attention in children with Autism: Theary and intervention focus on Autism and other Developmental Disabilities, Vol19, No1. P 13-26.
29. Lim, Hayoung (2012), Developmental Speech- Language training Through Music for children with autism spectrum disoreder, Jessica Kingsley Publisher, London.
30. Maureen A. Conroy (2008), Teaching Early social communication skills to Yong children with Autisum spectrum disorders PhD, Virginia University. Abigail Vo, M.E.d commuitties of practice training.
31. Menzel, B. (2003). Das rororo Yoga-Buch fuer Anfaenger, Hamberg – Germany.
32. Michal John Iglar Patterson (1996), Joint attention: Gaze and point-following behavior pf Preschool childernd with autistic spectrum disorders including autism.PhD. The Faculty of the Graduate School of Emory University.
33. Roos, Elizabeth; McDuffie, Andrea; Wiesmer, Susan and Gemsbacher, Morton (2008), A comparison of context for assenssing joint attention in toddlers on the autism specterm Autism, sage up publication and the national autism society, Vol 12, N3.
34. Signc Marie boucher (2007), joint attention, imitation and repetitive behavours as Predictors of autism and experssive language ability in early

- childhood PhD. The Faculty of the university of North Caroline at Chapel Hill.
- 35.** Tatzy, B. & Troekes, A. & Pinter-Neise, J. (1999). Theorie und Praxis des Hatha-Yoga. Via Nova Verlag, Petersberg- Germany.
- 36.** Troekes, A .(2000). Yoga fuer Rücken, Schulter und Nacken, Graefe und Unzer Verlag, München –Germany.
- 37.** Troekes, A. (2000). Power durch Yoga, Graefe und Unzer Verlag,- München – Germany.
- 38.** Vismara, Laarie and Lyons, Gregory (2007), Using preservatives interest to elicit joint attention behaviors in yong children with autism: Theoretical and clinical implication for understanding motivation. Jornal of posititive behavior intervention, Vol 9, N4, P214-228.

الملاحق

الملحق 01:

درجة البعد	درجات الكلية للمقياس	ممارسة اليوغا	السن	الجنس	العينة						
7	6	5	4	3	2	1	74	ممارس	6 سنوات	أنثى	الطفل 1
13	7	11	11	14	7	11	74	ممارس	6 سنوات	أنثى	الطفل 1
12	7	11	10	14	6	15	75	ممارس	8 سنوات	أنثى	الطفل 2
22	11	19	16	25	11	19	123	ممارس	7 سنوات	أنثى	الطفل 3
13	7	10	11	16	10	14	81	ممارس	8 سنوات	أنثى	الطفل 4
22	11	19	16	25	11	19	123	ممارس	8 سنوات	أنثى	الطفل 5
23	11	17	16	25	11	19	122	ممارس	6 سنوات	أنثى	الطفل 6
21	11	19	16	25	11	19	122	ممارس	5 سنوات	ذكر	الطفل 7
12	8	11	10	14	6	14	75	ممارس	8 سنوات	ذكر	الطفل 8
13	7	10	11	16	10	14	81	ممارس	7 سنوات	ذكر	الطفل 9
12	8	11	10	14	6	14	75	ممارس	6 سنوات	ذكر	الطفل 10
12	7	10	11	15	7	11	73	ممارس	7 سنوات	ذكر	الطفل 11
29	14	24	23	29	16	28	163	غير ممارس	7 سنوات	ذكر	الطفل 12
23	9	22	14	21	11	19	119	غير ممارس	7 سنوات	ذكر	الطفل 12

								ممارس	سنوات		13
20	10	24	17	19	9	19	118	غير ممارس	8 سنوات	ذكر	الطفل 14
28	15	25	23	28	14	28	161	غير ممارس	5 سنوات	ذكر	الطفل 15
30	16	22	22	28	14	29	161	غير ممارس	5 سنوات	ذكر	الطفل 16
27	13	24	21	29	16	29	159	غير ممارس	6 سنوات	ذكر	الطفل 17
26	16	23	21	28	13	29	156	غير ممارس	5 سنوات	أنثى	الطفل 18
28	13	23	21	28	13	29	155	غير ممارس	6 سنوات	أنثى	الطفل 19
23	10	23	18	22	12	20	110	غير ممارس	8 سنوات	أنثى	الطفل 20

الملحق 02: مقياس تقدير مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد

لا يحدث مطلقا	يحدث أحيانا	يحدث دائما	العبارة	
			أولا: التواصل البصري وتقصد به الباحثة التقاء العيون الذي يحدث بين الطفل والشخص الآخر. يوجه الطفل نظرات عينية تجاه شخص آخر	١
			يلتفت الطفل إلى الشخص الذي يناديه	٢
			يستجيب الطفل لأمر انظر هنا	٣
			يتواصل الطفل بصريا مع أقرانه أو مع الكبار ممن يحيطون به	٤
			ينظر الطفل إلى وجه الشخص إذا رأى معه شيء يلفت نظره	٥
			ينظر الطفل إلى وجه الشخص الذي يحاول جذب انتباهه	٦
			ينظر الطفل إلى الآخرين ويستخدم إشارات وتفسيرات للوضع الذي لا يفهمه	٧
			يفحص الطفل وجه الشخص كرد فعل في المواقف الغامضة	٨
			ينظر الطفل وقتا (لا يقل عن ٥ ثوان) في اتجاه عيني أي شخص آخر	٩
			يتابع الطفل حديث الكبار باهتمام مع تنقل بصره بين القائمين بالحوار	١٠
			ينظر الطفل تجاه عيون الشخص الآخر عند الاحتياج لشيء ما	١١

١		ثانيا: متابعة نظرات الآخرين (متابعة التوجه البصري للآخرين). ويقصد به تتبع الطفل لنظرات الشخص الآخر والنظر لنفس الشيء الذي ينظر إليه هذا الشخص. يتتبع الطفل نظرات الآخرين عندما ينظرون إلى شيء ما
٢		يحرك الطفل رأسه في نفس اتجاه حركة رأس الشخص الآخر
٣		يتتبع الطفل النظر في اتجاه عيني الراشد الذي ينظر إليه
٤		ينظر الطفل إلى شيء معين عندما يسأله شخص عن هذا الشيء وذلك بدون استخدام الإشارة
٥		يتابع الطفل حركة لعبة ما أينما توجهت
٦		ينظر الطفل إلى الشخص ثم ينظر إلى الشيء الذي يشير إليه الشخص ثم يعاود النظر مرة أخرى إلى الشخص.
١		ثالثا: المبادأة والاستجابة للإشارات ويقصد بها قدرة الطفل على استخدام الإشارات واستجابته وتتبعه لإشارات الآخرين يتتبع الطفل إشارات الآخرين
٢		يتتبع الطفل إشارة قريبة (صورة في كتاب)
٣		يتتبع الطفل إشارة بعيدة (شيء في الحجرة)
٤		يشير الطفل إلى لعبة مفضلة لديه
٥		يشير الطفل إلى شيء قريب بغرض مشاركة الانتباه مع الشخص الآخر

		يشير الطفل إلى شيء بعيد بغرض مشاركة الانتباه مع الشخص الآخر	٦
		يشير الطفل إلى شيء قريب ويتواصل بصريا مع الشخص الآخر	٧
		يشير الطفل إلى شيء بعيد ويتواصل بصريا مع الشخص الآخر	٨
		يستخدم الطفل الإيماءات مثل رفع ذراعيه لكي يحملها البالغ، هز الرأس، التلويح بإشارة باي باي	٩
		ينظر الطفل إلى ما يشير إليه البالغ عندما يقوم البالغ بالإشارة إلى شيء ممتع في الحجرة ويقول للطفل انظر	١٠
		يشير الطفل بإصبعه إلى الكرة عندما يسأله البالغ (أين الكرة) أو (أرني الكرة)	١١
		يشير الطفل إلى شيء مطلوب منه الإشارة عليه	١٢
		رابعا: التقليد ويقصد به قيام الطفل بتقليد الشخص الآخر لفظيا أو حركيا يكرر الطفل فعل معين عندما يقوم أحد البالغين بتقليد أفعاله.	١
		يقلد الطفل أفعال الآخرين في الأنشطة التي تعلمها لأول مرة مثل طريقة استخدام لعبة جديدة، حركات اليد أثناء أداء أغنية.	٢
		يقلد الطفل أصوات /كلمات/ الأغاني مباشرة بعد سماعها لأول مرة	٣
		يقلد الطفل حركات الآخرين	٤

٥	يبيي الطفل برجا مثل الذي بناه المدرب		
٦	يحرك الطفل الدمية طبقا لرغبة المدرب		
٧	يقلد الطفل بعض استخدامات الأشياء		
٨	يقلد الطفل تعبيرات الوجه		
	خامسا: المبدأ والاستجابة لمهارة عرض وإحضار (تقديم) الأشياء ويقصد بها إظهار وتقديم الطفل شيء ما للشخص الآخر بغرض جذب انتباهه إلى هذا الشيء وأيضا استجابة الطفل عندما يظهر له الشخص الآخر شيء ما		
١	ينظر الطفل إلى المدرب عندما يعطي له شيء ما		
٢	ينظر الطفل إلى شيء أظهره له المدرب		
٣	يمسك الطفل شيء ما وينظر إلى المدرب		
٤	يمسك الطفل اللعبة ويرفعها لأعلى تجاه وجه المدرب لكي يراها		
٥	يظهر الطفل شيء ما للمدرب ويتواصل بصريا معه		
٦	ينظر الطفل للعبة أو الشيء حينما يقدمه للمدرب		
٧	يعطي الطفل اللعبة أو الشيء للشخص الآخر وهو ينظر إليه.		
٨	يظهر الطفل للمدرب شيء ما يستطيع عمله أو شيء ما فعله.		
٩	يعطي الطفل للمدرب ألعاب، ورود، وأشياء ممتعة كمحاولة لمشاركة المدرب الاهتمام بهذه الأشياء		
١	سادسا: جذب انتباه الآخرين أثناء اللعب و يقصد به رغبة الطفل في أن ينظر إليه شخص ما، عندما لا		

			يكون انتباه هذا الشخص موجه إليه بالفعل. يحاول الطفل جذب انتباه المدرب لكي يظهر له شيء ممتع	
			يحاول الطفل جذب انتباه المدرب لكي يلعب معه لعبة ما.	٢
			يحاول الطفل جذب انتباه المدرب عن طريق إصدار أصوات والنظر إليه في نفس الوقت	٣
			يحاول الطفل جذب انتباه المدرب للحصول على لعبة مفضلة	٤
			يحاول الطفل جذب انتباه المدرب للحصول على بعض الطعام	٥
			يجذب الطفل البالغ من خلال الاحتكاك البدني (كأنه يجذبه من يده).	٦
			سابعاً: مشاركة المشاعر والحالة الوجدانية ويقصد به اهتمام الطفل بمشاعر الآخرين ومشاركتهم نفس الحالة الوجدانية يشارك الطفل شخصاً آخر شعور إيجابياً مثل الابتسامة	١
			يشارك الطفل شخصاً آخر في نفس الحالة الوجدانية (الدهشة، السعادة، الخوف)	٢
			ييدي الطفل اهتماماً بشخص يتألم	٣
			يشارك الطفل الآخرين شعورهم بالرضا أو السعادة	٤
			يتسم الطفل أو يضحك عندما يداعبه الآخرون	٥
			يهتم الطفل بفرح أقرانه أو حزنهم	٦

			يندمج الطفل في الرقص والغناء عندما يرى الجماعة المحيطة تفعل ذلك	٧
			يفرح الطفل عند رؤية أطفال آخرين	٨
			يسعد الطفل عندما يلعب معه أطفال آخرين	٩
			يظهر الطفل اهتمامه لما يفعله الآخرون من نشاط	١٠