

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى - مكة المكرمة
كلية التربية - قسم علم النفس

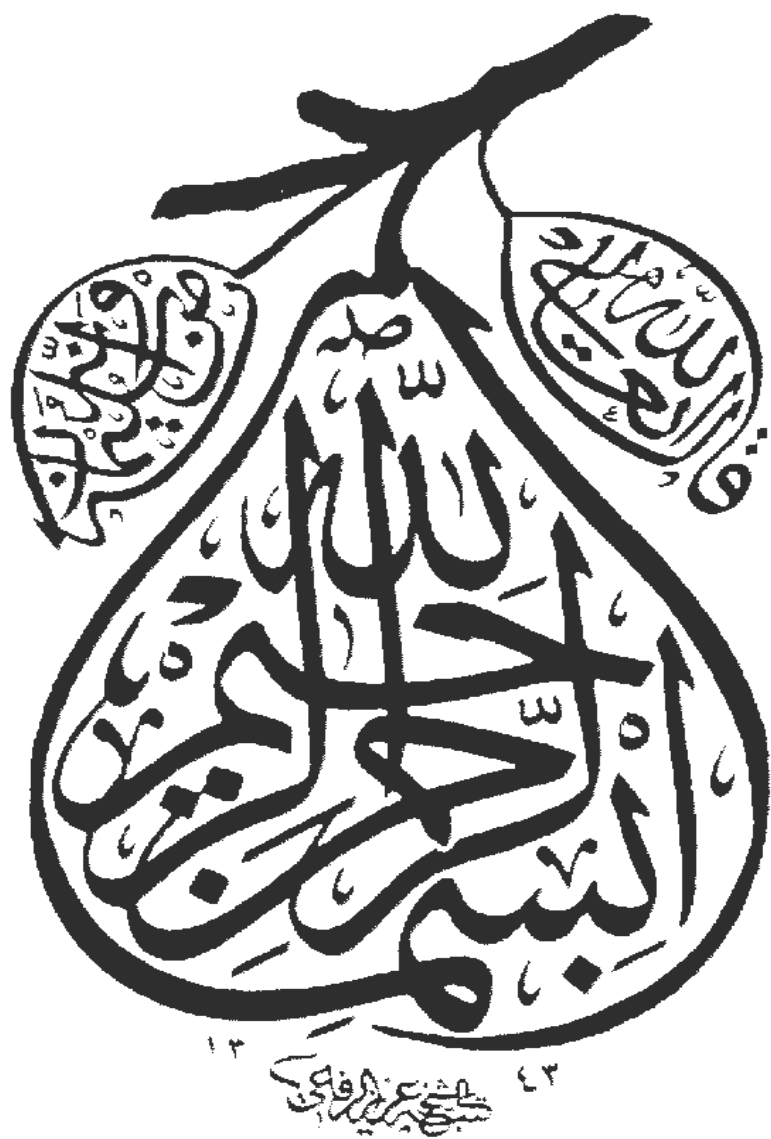
برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي
وأثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير
اللفظية
لعينة من أطفال التوحد

إعداد
الطالبة / نيرمين بنت عبد الرحمن بكر قطب

إشراف
الأستاذ الدكتور / عبد المنان بن ملا محمود بار
استاذ الارشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني

بحث لنيل درجة الماجستير في علم النفس بكلية التربية بجامعة أم القرى
تخصص (إرشاد نفسي)

الفصل الدراسي الأول للعام ١٤٢٦هـ - ١٤٢٧هـ



ملخص الرسالة

عنوان الدراسة : برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي وأثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية لعينة من أطفال التوحد.
أهداف الدراسة :

هدفت هذه الدراسة إلى توضيح مفهوم الانتباه الانتقائي والكشف عن أهمية تفعيل الانتباه الانتقائي للطفل التوحدي في عملية تعديل وتطوير الاستجابات المرغوبة في سلوكه (اللفظي وغير اللفظي) وإمكانية ضم البرنامج ضمن البرنامج اليومي المطبق على الطفل التوحدي بالمركز.
تصميم الدراسة : استخدمت هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي المقارن عينة الدراسة : تكونت العينة من (٨) أطفال من الذكور تراوحت أعمارهم بين (٣- ٦) سنوات تم تقسيمهم ضمن مجموعتين متجانستين ، واستغرق تطبيق البرنامج (٣٥ يوماً) بواقع ساعة يومياً.
الأدوات المستخدمة : استخدام الأدوات التالية :

قائمة الأعراض الإكلينيكية لاضطراب التوحد المستخرجة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع المعدل (DSM-4TR) تعريب وإعداد عزة الغامدي(٢٠٠٣م)
- مقياس التكيف الاجتماعي والذي قننه على البيئة الأردنية الروسان (١٩٩٨م) ، مقياس شبلر لتقدير سلوك الطفل التوحدي (CARS) والذي عربيه وقننه على البيئة السعودية الشمري والسرطاوي (٢٠٠٢م) استمارة الملاحظة البرنامج المطبق إعداد الباحثه.

الاسلوب الإحصائي :

تم التحقق من صحة فروض الدراسة باستخدام الأسلوب الإحصائي اللابارا متري (مان وتني) - Man Whitney .

نتائج الدراسة :-

- ١- لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل اللفظي ، التواصل غير اللفظي ، البعد المحدد لاستجابات الانتباه الانتقائي (بعد استخدام الأشياء) ، والبعد المحدد لتطوير التواصل مع الآخرين (بعد العلاقة بالناس) في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي.
- ٢- توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، البعد المحدد لإستجابات الانتباه الانتقائي (بعد استخدام الأشياء) ، والبعد المحدد لتطوير التواصل مع الآخرين (بعد العلاقة بالناس) في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.
- ٣- توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على الأبعاد (التقليد والمحاكاة، الاستجابة الانفعالية، استخدام الجسم، التكيف مع التغيير، الاستجابة البصرية، الاستجابة الاستماعية، استجابة واستخدام التذوق والشم واللمس، الخوف والقلق والعصبية، مستوى النشاط، مستوى وثبات الاستجابة العقلية، الانطباعات العامة) في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.

التوصيات:

- ١- اعتماد استراتيجيات التواصل البصري، وقواعد تنظيم البيئة في برامج فئة التوحد.
- ٢- إخضاع الطفل التوحدي في برنامج تدريبي لزيادة مستوى المهارات الأساسية لعملية التعلم.
- ٣- استخدام الصور ذي الخلفية غير المشتتة عند بدء التدريب على مفهوم الصور.
- ٤- إيجاد غرفة مساندة داخل مراكز رعاية فئة التوحد لدعم وتطوير جوانب الضعف التواصلية اللفظية وغير اللفظية.

Abstract

Title : Behavioral Program to Function Selective Attention and its effect in Developing Verbal and Nonverbal Communication Responses on Autistic Children Sample

Objectives : This study aims to clarify the concept of selective attention and its importance in modifying and developing wanted responses (verbal and non verbal) in his behavior, and the possibility of adding this program to the daily applied program of autistic child in the autism center

Researcher has applied the Quazi Experimental Comparative On a sample of (8) male children, their age (3-6) years old divided into two homogeneous groups. To compare between It takes (35) hours as an hour daily during (35) continuous days.

Tools:

Diagnostic Criteria for 299.00 Autistic Disorder (DSM- IV) arabicized by Azzah Al Ghamdi (2003),

"Social Adaptation Measurement" arabicized and adapted on Jordan environment Arrosan (1998),

Cshoplere Childhood Autistic arabicized and ad (2002),

- The observation application and the applied program made by the Researcher

- Statistical Method : approach using a non-parametric statistical test "Man- Whitney"

Results :

1- There are no statistical significant differences between experimental group B and control group on the verbal and nonverbal communication dimension, the using things dimension, people relationship dimension in (CARS) measurement In the Pre-Test

2- There are statistical significant differences between experimental group and control group on the verbal and nonverbal communication dimension, the using things dimension, people relationship dimension in (CARS) measurement In the Post- Test, with the result being in favor of:theexperimental:group.

3- There are statistical significant differences between experimental group and control group on these dimensions

(imitation, emotional response, body using, adapting with change, visual response, audile response, touch and smell and taste using and response, activity level, level and stability of mental response, general impressions) at (CARS measurement

after applying the behavior program with the result being in favor of the experimental group.

Recommendations:

1-certificated optical communication stratages , arrangement basis environment of. single group programs .

2-subordination single children of training program for increase level fundamentals skills for co-operation education.

3-used picture winner background no dispersed when began training on understood pictures.

4-found support room interior center care group single for support and development sides' weakness communication expression and not expression .

إهداء

إلى كل والدي طفل توحدي

كان عطائهم صبراً واحتساب

إلى كل معلمة ومعلم طفل توحدي

كان عطائهم حباً وابتكار

إلى دافعي للإنجاز والعطاء

ولدي الحبيب وسام

شكر وتقدير

أحمد الله حمداً كثيراً طيباً الذي تفضل فأنعم وأجاد فأكرم، وأصلي وأسلم على أشرف المرسلين سيدنا وحبیبنا محمد صلى الله عليه وعلى آله وصحبه أفضل الصلاة والتسليم..وبعد :

رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت عليّ وعلى والدي وأن أعمل صالحاً ترضاه.

أتوجه بالشكر الجزيل لسعادة المشرف على هذه الرسالة الأستاذ الدكتور/

عبد المنان بن ملا معمور بار لما منحني من الرعاية الكريمة طوال مدة العمل الإشرافي لهذه الرسالة، فقد شملني بتوجيهه وإرشاده، ومنحني من علمه وجهده ووقته الكثير، فكان نعم العون بعد الله سبحانه وتعالى، وحافظاً لي على مواصلة البحث حتى أأكمل واستوى على سوقه. كما أشيد بعلمه، وسعة أفقه، وسمو خلقه زاده الله علماً وبركة، وأسأل الله أن يجزيه عني خير الجزاء وأن يجعل صنيعه مثقالاً في ميزان حسناته، أنه سميع مجيب.

كما لا يفوتني أن أسجل شكري وتقديري لأعضاء لجنة مناقشة خطة البحث، سعادة الأستاذ الدكتور/ محمد بن حمزة بن السليمان، وسعادة الدكتور/ محمد بن حسن عبد الله، لما أبدياه من ملاحظات علمية نفعت الرسالة وإخراجها بصورة علمية مطورة، وأكرر شكري لملاحظاتها العلمية السديدة.

وأتوجه بالشكر والتقدير لأعضاء لجنة المناقشة، سعادة الأستاذ الدكتور/

محمد حمزة محمد السليمان - وسعادة الأستاذ الدكتور/ محمد بن جعفر جمل الليل لما بذلاه من وقت وجهد لتقديم هذا البحث وتقييمه علمياً، وأكرر شكري على ملحوظاتهما العلمية السديدة القيمة التي ستلقي من الباحثة عقلاً واعياً، وفكراً مفتوحاً بإذن الله.

كما أسجل شكري وتقديري وعظيم امتناني لقسم علم النفس سعادة الدكتور/ جمال أسعد قزاز رئيس القسم وجميع أساتذتي أعضاء وعضوات هيئة التدريس بقسم علم النفس على ما قدموه من جهد علمي مشكور أثناء فترة دراستي بالقسم.

وأقدم بعرفان الجميل إلى جامعة أم القرى التي أفتخر بأني إحدى طالباتها، وإلى عمادة كلية التربية، لإتاحة الفرصة العلمية لي لإكمال دراستي العليا في مجال التوحد. كما أتوجه بعظيم الشكر والامتنان للقائمين على مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، مكتبة الملك فهد الوطنية، ومركز دراسات وأبحاث الملك فيصل، ومركز دراسات التوحد في أمريكا، وجميع من ساهم في دعم رسالة الباحثة بمجموعة قيمة من الدراسات والأبحاث الحديثة في مجال التوحد.

والشكر موصول وموفور تقديراً وامتناناً للأساتذة الكرام الذين تفضلوا بتحكيم البرنامج العلمي المطبق على عينة الدراسة، فجزاهم الله عني خير الجزاء.

والشكر الجزيل والدعاء من أعماق قلبي إلى عينة الدراسة من أبنائي أطفال التوحد، إنهم أحبابي قد أصبحوا جزءاً من حياتي، عشت معهم طوال فترة تطبيق البرنامج حباً وعطفاً، قريباً وقبولاً، ولمست الحنان والدفء منهم ومعهم، لا أستطيع أن أتركهم بل سوف استعين بالله دوماً ليسخرني لخدمتهم وأدعوه سبحانه وتعالى أن يهيئ لهم من يأخذ بأيديهم إلى بر الأمان ويسعدهم لحياة أفضل بعونه تعالى، أقول لكم جزاكم الله وجزى والديكم خير الجزاء، وجمعنا الله وإياكم في جنات الفردوس اللهم آمين.

كما أتوجه بالشكر والعرفان للقائمين على مركز/ جدة للتوحد للبنات ومركز/ الأمل المنشود على تفضلهم مشكورين بالسماح لي بتطبيق دراستي التجريبية وأخص بالشكر والتقدير الأستاذة/ أميمة السديري وجميع منسوبي المركز. والدكتورة/ نجلاء رضا. والأستاذة/ خيرية بافهد وجميع منسوبي المركز لدعمهم ومساعدتهم لي حيث كان لهم أكبر الأثر في إنجاز هذا الجهد العلمي.

كما أسطر بماء من ذهب شكري وعرفاني وتقديري واحترامي لزوجي ورفيق دربي السيد/ نايف الحبشي الذي منح هذا البحث دعمه المعنوي واهتمامه الكبير، وضحي بأوقات راحته ليخرج هذا البحث إلى النور، ولتشجيعه على مواصلة دراستي، فإنه نعم المعلم والسند والرفيق - بعد الله - فإنه أهدى ثمرة جهدي وفاءً لصبره وعرفاناً لجميله.

والشكر موصول عرفاناً وحباً إلى أصحاب الفضل الأول - بعد الله - إلى والدتي وعائلي وأخواني وأخواتي وجميع أفراد أسرتي على تعاونهم وصبرهم واهتمامهم وعلى ما بذلوه من جهد ودعاء في إنجاز هذا الجهد العلمي.

وشكري وحي من أعماق قلبي إلى ضيئ عيني أبني (وسام) أشكر الله عز وجل أن وهبني إياك وأسأله أن يحفظك من كل مكروه ويهديك إلى طريق الخير والصلاح. إليكم جميعاً اهدي هذا الجهد العلمي.

وبعد فأتوجه بباقيات الشكر والثناء المليئة بالحب ووافر الدعوات والوفاء إلى كل من أزرني وشد عضدي بالكلمة الصالحة، والابتسامة المشرقة، بالدعاء الصادق، بالحب العميق إلى أصدقائي، فجزاهم الله عني خير الجزاء، وجعل هذا الجهد العلمي خالصاً نافعاً لوجه الكريم.

والشكر لله أولاً وآخراً وظاهراً وباطناً ومن قبل ومن بعد .

إنه نعم المولى ونعم النصير

قائمة المحتويات

الموضوع	صفحة
ملخص الدراسة (عربي)	أ - - - - -
ملخص الدراسة (إنجليزي)	ب - - - - -
إهداء	ج - - - - -
شكر وتقدير	د - و - - - - -
قائمة المحتويات	ز - ي - - - - -
الملاحق	ك - - - - -
فهرس الجداول	ل - - - - -
الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة	
مقدمة	١ - - - - -
مشكلة الدراسة	٣ - - - - -
تساؤلات الدراسة	٤ - - - - -
أهداف الدراسة	٦ - - - - -
أهمية الدراسة	٦ - - - - -
حدود الدراسة	٧ - - - - -
مصطلحات الدراسة	٨ - - - - -
الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة	
- أولاً: عرض مباحث الدراسة	١١ - - - - -
المبحث الأول: التوحد	١١ - - - - -
١- مرادفات وترجمة المصطلح	١١ - - - - -
٢- تطور مفهوم اضطراب التوحد	١٣ - - - - -
٣- التطور التاريخي لدراسة اضطراب التوحد	١٨ - - - - -
٤- تطور التشخيص والقياس لاضطراب التوحد	٢٢ - - - - -
٥- خصائص الفئة المصابة باضطراب التوحد	٣٣ - - - - -
٦- النظريات المفسرة للإصابة باضطراب التوحد	٥١ - - - - -
أولاً - نظرية المنشأ النفسي	٥٣ - - - - -
ثانياً - النظرية البيولوجية	٥٤ - - - - -
ثالثاً - النظرية المعرفية	٦١ - - - - -

٦٣	- - - - -	٧- العلاج :-
٦٣	- - - - -	أولاً - العلاج الموجه لفئة التوحد-
٦٣	- - - - -	- العلاج النفسي.-
٦٤	- - - - -	- العلاج الطبي.-
٦٨	- - - - -	- العلاج السلوكي.-
٧٨	- - - - -	- اتجاهات علاجية أخرى.-
٨٠	- - - - -	ثانياً - العلاج الموجه لأسرة فئة التوحد-
٨٢	- - - - -	٨- المسار والمآل-
٨٥	- - - - -	المبحث الثاني: الانتباه الانتقائي -
٨٥	- - - - -	أولاً: ترجمة المصطلح ومرادفاته.-
٨٥	- - - - -	ثانياً: مفهوم الانتباه الانتقائي وأنواعه.-
٨٧	- - - - -	ثالثاً: محددات الانتباه الانتقائي.-
٨٨	- - - - -	رابعاً: النظريات المفسرة للانتباه الانتقائي-
٨٨	- - - - -	١- النظريات المفسرة للانتباه الانتقائي لدى الأسوياء.-
٩٠	- - - - -	٢- النظريات المفسرة للانتباه الانتقائي لفئة التوحد.-
٩٢	- - - - -	خامساً: مراحل تطور الانتباه الانتقائي وأهميته.-
٩٣	- - - - -	سادساً: خصائص الانتباه الانتقائي لفئة التوحد.-
٩٧	- - -	:
١٠١	- - - - -	: استراتيجيات لتطوير الانتباه الانتقائي.-
١٠٤	- - - - -	:
١٠٤	- - - - -	: المفهوم والتعريف.-
١٠٥	- - - - -	: المكونات الأساسية للاتصال.-
١٠٦	- - - - -	ثالثاً: أقسام التواصل وأنواعه.-
١١١	- - - - -	رابعاً: مراحل تطور عملية التواصل.-
١١٣	- - - - -	خامساً: العوامل المساعدة في تطوير التواصل.-
١١٥	- - - - -	سادساً: التواصل لدى فئة التوحد.-
١١٦	- - - - -	١. واقع التواصل لدى فئة التوحد.-
١١٩	- - - - -	٢. مشاكل التواصل لدى فئة التوحد.-

١٢١	٣. الاتجاهات المفسرة لانحراف تطوير التواصل لدى فئة التوحد - - - - -
١٢٢	٤. أنظمة التواصل المساندة لفئة التوحد. - - - - -
١٢٦	٥. العوامل المساعدة في تطوير التواصل لفئة التوحد - - - - -
١٣٠	- ثانياً: الدراسات السابقة - - - - -
١٦٤	- ثالثاً: التعقيب على الدراسات السابقة - - - - -
١٦٩	- رابعاً: فروض الدراسة - - - - -
	<i>الفصل الثالث: إجراءات ومنهج الدراسة</i>
١٧٢	- منهج الدراسة - - - - -
١٧٢	- مجتمع الدراسة - - - - -
١٧٢	- عينة الدراسة - - - - -
١٧٢	- أدوات الدراسة - - - - -
١٧٣	١- قائمة الاعراض الإكلينيكية لاضطراب التوحد - - - - -
١٧٤	٢- مقياس التكيف الاجتماعي - - - - -
١٧٧	٣- مقياس شبلر لتقدير سلوك الطفل التوحدي - - - - -
١٨٠	٤- استمارة الملاحظة - - - - -
١٨٠	٥- البرنامج المقترح - - - - -
١٨٨	- إجراءات تطبيق الدراسة - - - - -
١٩٠	- الأساليب الإحصائية - - - - -
	<i>الفصل الرابع: عرض وتحليل نتائج الدراسة</i>
١٩٢	نتائج الفرض الأول. - - - - -
١٩٣	نتائج الفرض الثاني - - - - -
١٩٤	نتائج الفرض الثالث - - - - -
١٩٥	نتائج الفرض الرابع - - - - -
١٩٧ - ١٩٦	نتائج الفرض الخامس - - - - -
١٩٩ - ١٩٨	نتائج الفرض السادس - - - - -

٢٠٢ - ٢٠٠	- - - - -	نتائج الفرض السابع -
٢٠٤ - ٢٠٣	- - - - -	نتائج الفرض الثامن -
٢٠٦ - ٢٠٥	- - - - -	نتائج الفرض التاسع -

الفصل الخامس: ملخص النتائج والتوصيات

٢٠٨	- - - - -	ملخص النتائج -
٢٠٩	- - - - -	توصيات الدراسة -
٢١١	- - - - -	الدراسات المقترحة -

المراجع

٢١٢	- - - - -	أولاً: المراجع العربية -
٢٣٣	- - - - -	ثانياً: المراجع الأجنبية -

- الملاحق - - - - -
- خطاب الإفادة من معهد البحوث العلمية وإحياء التراث
الإسلامي - - - - - ملحق رقم (١)
- مراجع الأنشطة والبرامج التعليمية - - - - - ملحق رقم (٢)
- خطاب استطلاع آراء أمهات أطفال التوحيد - - - - - ملحق رقم (٣)
- أسماء المحكمين - - - - - ملحق رقم (٤)
- حصر بعدد المراكز التي تقدم خدمات للأطفال التوحد
خطاب التطبيق - - - - - ملحق رقم (٥)
- قائمة الأعراض الإكلينيكية لاضطراب التوحد - - - - - ملحق رقم (٦)
- مقياس التكيف الاجتماعي - - - - - ملحق رقم (٧)
- استمارة الملاحظة - - - - - ملحق رقم (٨)
- صور التواصل ، صور المثيرات - - - - - ملحق رقم (٩)
- مقياس تقدير التوحد الطفولي - - - - - ملحق رقم (١٠)
- ملحق رقم (١١)

١٩٢	متوسط رتب المجموعة التجريبية والضابطة ، وقيمة مان وتني u على بعد التواصل اللفظي لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج- - - - -	(١)
١٩٣	متوسطات رتب المجموعة التجريبية والضابطة ، وقيمة مان وتني u على بعد التواصل غير اللفظي لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج- - - - -	(٢)
١٩٤	متوسطات رتب المجموعة التجريبية والضابطة ، وقيمة مان وتني u على بعد استخدام الأشياء لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج- - - - -	(٣)
١٩٥	متوسطات رتب المجموعة التجريبية والضابطة ، وقيمة مان وتني u على بعد العلاقة بالناس لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج- - - - -	(٤)
١٩٦	متوسطات رتب المجموعة التجريبية والضابطة ، وقيمة مان وتني u على بعد التواصل اللفظي لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج- - - - -	(٥)
١٩٨	متوسطات رتب المجموعة التجريبية والضابطة ، وقيمة مان وتني u على بعد التواصل غير اللفظي لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج- - - - -	(٦)
٢٠٠	متوسطات رتب المجموعة التجريبية والضابطة ، وقيمة مان وتني u على بعد استخدام الأشياء لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج- - - - -	(٧)
٢٠٣	متوسطات رتب المجموعة التجريبية والضابطة ، وقيمة مان وتني u على بعد العلاقة بالناس لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج- - - - -	(٨)
٢٠٥	متوسطات رتب المجموعة التجريبية والضابطة ، وقيمة مان وتني u على الأبعاد (٣، ٢، ٦، ٤، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١٣، ١٤، ١٥) لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج- - - - -	(٩)

الفصل الرابع

نتائج الدراسة وتوصياتها

- أولاً : عرض النتائج ومناقشتها. - - - - - ١٩٢
- ثانياً : توصيات الدراسة. - - - - - ٢٠٧
- ثالثاً : الدراسات المقترحة. - - - - - ٢٠٩
- قائمة المراجع العربية - - - - - ٢١٠
- قائمة المراجع الأجنبية - - - - - ٢٣١
- الملاحق - - - - -
- خطاب الإفادة من معهد البحوث العلمية وإحياء التراث الإسلامي - - - - - ملحق رقم (١)
- مراجع الأنشطة والبرامج التعليمية - - - - - ملحق رقم (٢)
- خطاب استطلاع آراء أمهات أطفال التوحد - - - - - ملحق رقم (٣)
- أسماء المحكمين - - - - - ملحق رقم (٤)
- حصر بعدد المراكز التي تقدم خدمات للأطفال التوحد - - - - - ملحق رقم (٥)
- خطاب التطبيق - - - - - ملحق رقم (٦)
- قائمة الأعراض الإكلينيكية لاضطراب التوحد - - - - - ملحق رقم (٧)
- مقياس التكيف الاجتماعي - - - - - ملحق رقم (٨)
- استمارة الملاحظة - - - - - ملحق رقم (٩)
- صور التواصل ، صور المشيرات - - - - - ملحق رقم (١٠)
- مقياس تقدير التوحد الطفولي - - - - - ملحق رقم (١١)

الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة

- مقدمة
- مشكلة الدراسة
- تساؤلات الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- حدود الدراسة
- مصطلحات الدراسة

مُتَلَمَّة

{وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِّنَ الطَّيِّبَاتِ
وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِّمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا} (٧٠) سورة الإسراء

ما أكرم به الله عز وجل الإنسان نعمٌ لا تعد ولا تحصى وأجلها نعمة العقل، ولحكيمته عز وجل قد يصاب بعض الأفراد بإحدى الاضطرابات التي تحيد بهذه الملكة عن التطور السوي والذي يكسب كمال الأهلية للأفراد، فينحرف أداءه الوظيفي في مستويات متباينة الشدة ..

ومن هذه الاضطرابات ما يعرف باضطراب التوحد (Autism)، وهو اضطراب نمائي مركب في الأطفال، غالباً ما يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، ويتسم بوجود صفات مميزة تشمل خللاً نوعياً في التفاعل الاجتماعي المتبادل، وخللاً واضحاً في التواصل وفي النشاطات التخيلية، كما يشمل تحديداً في الأنشطة والاهتمامات اليومية بشكل نمطي، بالإضافة إلى وجود اضطرابات في التعامل مع الآخرين، وعدم القدرة على التكيف مع المجتمع المحيط بهم، (جوهر: ٢٠٠٠م : ١١٨).

وقد تناولت العديد من الدراسات الأجنبية اضطراب التوحد من عدة جوانب منذ أن عينه الطبيب المجري المولد كانر عام (١٩٤٣م) تحت مسمى الأوتيزم، وفي كثير من الأحيان كانت هذه الدراسات تطرح أسئلة بقدر أكبر مما تخلص إليه نتائجها، كما أن نتائج هذه الدراسات في الغالب متضاربة إلى حد كبير، وربما يرجع ذلك إلى طبيعة الاضطراب الذي يتضمن مدى واسع من الأعراض، ولم تجمع آراء المهتمين باضطراب التوحد من علماء وأطباء وأولياء أمور إلا على اتجاه واحد وهو أهمية التدريب السلوكي المبني على أساس علمي للارتقاء بمستوى الأفراد التوحديين .

وعلى مستوى الدراسات في الوطن العربي، بدت البضع سنوات الأخيرة مباشرة لنيل هذه الفئة حيز كبير من اهتمام الباحثين والجهات المسؤولة عن ذوي الاحتياجات الخاصة، ومؤخراً أنشأت أول رابطة خليجية للتوحد عام (٢٠٠٢م) كما أنشأت الجمعية السعودية للتوحد **Saudi Autistic Society** عام (٢٠٠٣م)، وهي خطوة تسهم في تضافر الجهود العربية للارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة لهذه الفئة، (لجمعية السعودية للتوحيد : ٢٠٠٤م).

وما زالت هذه الفئة في المجتمعات العربية بحاجة إلى مزيد من الدراسات والأبحاث، لتتناول الجوانب المتعددة للاضطراب وفق البيئة المحلية، مع الإفادة ما أمكن من الدراسات الأجنبية التي تناولت هذا الاضطراب.

وانطلاقاً من هذا التوجه، فقد قامت الباحثة بالاطلاع على الأدبيات وبعض الدراسات المكتوبة عن التوحد والمستجدات العلمية المنشورة على شبكة الانترنت، وبمراقبة فئة متباينة من الأطفال التوحديين بمركز جدة للتوحد، لاحظت الباحثة أن بعض التوحديين يطورون اهتماماً وتركيزاً على مواضيع معينة في البيئة من حولهم، بحيث تستقطب انتباههم بشكل عالي أي أن لديهم انتباه انتقائي من نوع خاص.

وبالرجوع إلى الدراسات الأجنبية، وجد أن الانتباه الانتقائي نوقش للمرة الأولى من قبل كل من Lovaas, Koegel, Schreibmen عام (١٩٧١م)، ثم تعددت وتباينت الدراسات عند تناولها لخاصية الانتباه الانتقائي لدى التوحديين، فعلى سبيل المثال :

أظهرت دراسة (Kolko.et al : 1980) تأييد لوجود خاصية الانتباه الانتقائي

لدى الأطفال التوحديين، في حين يعارض كل من (Anderson & Rincover:1982) ارتباط هذه الخاصية كسمة عامة بين الأطفال التوحديين.

وعلى صعيد الدراسات العربية، لم يبحث هذا الموضوع في أي منها، على حد علم الباحثة، فيما عدا تطرق بعض الدراسات لتوضيح طبيعة الخلل الفارق في العمليات العقلية بين فئة التوحديين والفئات الأخرى المقارنة مثل دراسة خليل (١٩٩١م)، حيث أوضحت النتائج المقارنة في الدراسة أنه يوجد لدى التوحديين نمط شاذ من الانتباه.

وتتناول الدراسة الحالية خاصية الانتباه الانتقائي بشكل تفصيلي كمدخل لتطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية على عينة من الأطفال التوحديين من خلال برنامج سلوكي تقوم الباحثة بإعداده، وأسأل الله العلي القدير التوفيق.

مشكلة الدراسة :

وضحت دراسات (Schribmen & Koegel: 1983) استراتيجية للتعامل مع خاصية الانتباه الانتقائي تبني على تعليم الطفل التوحدي الاستجابة للمثيرات المتعددة، كما قام (Collier: 1987) باختبار نموذجين للتعليم أحدهما يبنى على نظرية الانتباه الانتقائي للأطفال توحديين. ويتضح من ذلك أن الأساليب المستخدمة للتعامل مع خاصية الانتباه الانتقائي ما زالت موضوع جدل قائم بين الباحثين، (Russells & Gersten : 2001) .

وبما أن التوحديين لديهم ضعف في تطوير مهارات الانتباه المتعددة (Chorman:2003)، وضعف في تطوير مهارات التواصل بشكل عام . مع عدم تواجد برامج محددة للتعامل مع خاصية الانتقائية المفرطة لدى المصابين باضطراب التوحد.

فإن الدراسة الحالية تتناول خاصية الانتباه الانتقائي لدى الأطفال التوحديين من جانب كونها محفز للطفل التوحدي للدخول في عملية التواصل.

وعلى ذلك يمكن طرح التساؤل التالي أنه لو تم توظيف مواضيع الانتباه الانتقائي في مواقف تعليمية متعددة مستخدمين فنيات العلاج السلوكي، سيحفز الطفل للدخول في عملية التواصل، مما يسهم في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية.

تساؤلات الدراسة:

:

هل يسهم تفعيل الانتباه الانتقائي عبر برنامج تعليمي سلوكي في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية لعينة من الأطفال التوحديين؟

ومن التساؤل الرئيسي تتفرع التساؤلات التالية :

١- هل توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي؟

٢- هل توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل غير اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي؟

٣- هل توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على البعد المحدد لاستجابات الانتباه الانتقائي (بعد استخدام الأشياء) في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي؟

- ٤- هل توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد العلاقة بالناس في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي ؟
- ٥- هل توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية؟
- ٦- هل توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل غير اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية؟
- ٧- هل توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على البعد المحدد لاستجابات الانتباه الانتقائي (بعد استخدام الأشياء) في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية؟
- ٨- هل توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد العلاقة بالناس في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية ؟
- ٩- هل توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على الأبعاد (التقليد والمحاكاة، الاستجابة الانفعالية، استخدام الجسم، التكيف مع التغيير، الاستجابة البصرية، الاستجابة الاستماعية، استجابة واستخدام التذوق والشم واللمس، الخوف والقلق والعصبية، مستوى النشاط، مستوى وثبات الاستجابة العقلية، الانطباعات العامة) في مقياس تقدير التوحد الطفولي لصالح المجموعة التجريبية ؟

أهداف الدراسة:

:

١ - أهداف نظرية :

تهدف الدراسة الحالية إلى توضيح مفهوم الانتباه الانتقائي لدى فئة التوحد، والتطور التاريخي في مناقشة هذه الخاصية ومدى ارتباطها ببعض أعراض التوحد.

٢ - أهداف عملية :

وتتمثل في الجانب التطبيقي للبرنامج المقترح لتفعيل الانتباه الانتقائي عبر برنامج سلوكي لتطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية وذلك عن طريقين:

١ - الكشف عن أهمية تفعيل الانتباه الانتقائي للطفل التوحدي في عملية تعديل وتطوير الاستجابات المرغوبة في سلوكه.

٢ - الكشف عن إمكانية تفعيل البرنامج المقترح ضمن البرنامج المطبق على الطفل التوحدي في المركز الملحق به.

أهمية الدراسة :

تتبع أهمية الدراسات التي تتناول اضطراب التوحد بشكل عام إلى ما تقدمه في الإطار النظري والذي يشمل على مستجدات الدراسات والأبحاث العلمية في هذا المجال، نظراً لأن الأبحاث ما زالت تسبر أغوار هذا الاضطراب في محاولة لمعرفة مسبباته، وطرق علاجه.

وعلى صعيد الدراسة الحالية، فإن أهميتها تتضح في تناولها خاصية الانتباه الانتقائي والتي

غالباً ما تعوق عملية تعليم الطفل التوحدي..

ومن المتوقع أن يسهم فهم هذه الخاصية في :

١) توعية الأخصائيين القائمين على التعامل مع هذه الفئة بطرق التعامل مع خاصية الانتباه الانتقائي وكيفية تفعيلها لتعليم استجابات جديدة أو تعميم استجابات سابقة.

٢) مساعدة الأسرة في تطوير أساليب مبسطة للتفاعل مع السلوكيات الناتجة عند هذه الخاصية، وذلك بتحويلها لتظهر ضمن سياق وظيفي مقبول.

٣) تخفيض التوتر بالنسبة للطفل التوحدي عند استخدام الإجراءات المناسبة مع خاصية الانتباه الانتقائي لديه.

٤) تضمين مفهوم الانتباه الانتقائي في البرامج المعدة لهذه الفئة يساعد على استغلال أقصى الإمكانيات لديهم ويوفر الوقت والجهد.

حدود الدراسة :

تحدد الدراسة الحالية بالمتغيرات موضوع الدراسة، وبالعينة التي تجرى عليها الدراسة وقوامها (٨) أطفال تتراوح أعمارهم بين (٣ - ٦) سنوات.

كما تتحدد بالأدوات المستخدمة في الدراسة وهي استمارة تسجيل الملاحظات، قائمة الأعراض الإكلينيكية لاضطراب التوحد المستخرجة من (DSM-4) الطبعة المعدلة، مقياس السلوك التكيفي، مقياس تقدير التوحد الطفولي CARS والبرنامج السلوكي المقترح من قبل الباحثة.

كما تتحدد بالحدود الزمانية لتطبيق البرنامج والمنفذ في الفترة ما بين ١٤٢٥/١٠/٨ هـ إلى ١٤٢٥/١١/٢٤ هـ. والحدود المكانية موضع تطبيق البرنامج بمركز التوحد للبنات بجدة.

١ – الانتباه الانتقائي (Selective Attention)

يعرف السرطاوي وآخرون (٢٠٠١) الانتباه الانتقائي، بأنه التركيز على المثيرات ذات العلاقة، واستبعاد المثيرات غير ذات العلاقة، (ص : ٣١٩).

وتقصد الباحثة بالانتباه الانتقائي في الدراسة الحالية، بأنه تركيز الطفل التوحدي على المثير أو جزء منه والاستجابة له، مع تجاهل المثيرات الأخرى، وخروجها من حيز التركيز. وتعرف الانتباه الانتقائي إجرائياً، بأنه الدرجة التي يحصل عليها الطفل التوحدي في بعد استخدام الأشياء في مقياس تقدير التوحد الطفولي.

٢ – التوحد (Autism)

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع المعدل (DSM-4TR) التوحد بأنه تأخر واختلال في تطور كل من التفاعل الاجتماعي التبادلي، والتواصل اللفظي، وغير اللفظي بشكل ملحوظ وغير طبيعي، مع وجود سلوك نمطي ومحدودية في الأنشطة والاهتمامات، على أن تبدأ هذه الأعراض خلال الثلاث السنوات الأولى من عمر الطفل، (70 – 71 :p.p.2000). ويعرف الطفل التوحدي إجرائياً في هذه الدراسة، بأنه الطفل الذي يحصل على درجة في كل من مقياس شبلر لتقدير التوحد الطفولي وقائمة الأعراض الاكلينيكية لاضطراب التوحد.

٣ – التواصل اللفظي (Verbal Communication)

تعرف زينب شقير(٢٠٠٢م) التواصل اللفظي بأنه نوع من أنواع الاتصال، يستخدم فيها اللفظ كوسيلة لنقل رسالة من المصدر إلى المتلقى، ويكون هذا اللفظ منطوق فيدركه المستقبل بحاسة السمع، (ص:

وتتصد الباحثة بالتواصل اللفظي للطفل التوحدي، بأنه تواصل مبني على توظيف نغمة أو حرف أو كلمة مسموعة بما يتوافق مع الموقف.

وتعرف التواصل اللفظي إجرائياً، بأنه الدرجة التي يحصل عليها الطفل التوحدي في البعد المحدد للتواصل اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي.

٤ – التواصل غير اللفظي (Nonverbal Communication)

تعرف زينب شقير(٢٠٠٢م) بأن التواصل غير اللفظي نوع من أنواع التواصل، يعتمد على اللغة غير اللفظية، ويطلق عليه أحياناً اللغة الصامتة، وتقسم إلى لغة الإشارة، لغة الحركة أو الأفعال، لغة الأشياء. (ص : ٢٠).

وتتصد الباحثة بالتواصل غير اللفظي للطفل التوحدي، بأنه تواصل باستخدام إما الكلمة المكتوبة، والرموز المرسومة، والصور الفوتوغرافية أو الإشارة البسيطة.

وتعرف التواصل غير اللفظي إجرائياً، بأنه الدرجة التي يحصل عليها الطفل التوحدي في البعد المحدد للتواصل غير اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي.

٤ – البرنامج السلوكي: (Behavioral Program)

ويعبر عن برنامج الدراسة المطبق، وهو عملية منظمة تستند على مبادئ وفنيات العلاج السلوكي، ويتضمن مجموعة من المواقف التعليمية التي توظف المثيرات المحفزة للانتباه الانتقائي بقصد تحفيز الطفل التوحدي لتطوير الاستجابات اللفظية وغير اللفظية.

وتقاس فاعلية البرنامج السلوكي إجرائياً بدرجة التحسن على الأبعاد المطبقة من مقياس تقدير التوحد الطفولي والتي تكشف عنها المتوسطات البعدية بعد مقارنتها بالمتوسطات القبلية.

الفصل الثاني : الإطار النظري للدراسة

أولاً : عرض مباحث الدراسة .

- المبحث الأول : التوحيد.
- المبحث الثاني : الانتباه الانتقائي.
- المبحث الثالث : التواصل.

ثانياً : الدراسات السابقة .

ثالثاً : التحقيب على الدراسات السابقة.

رابعاً : فروض الدراسة.

تتناول الباحثة في هذا الفصل متغيرات الدراسة المتمثلة في اضطراب التوحد والانتباه الانتقائي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي باعتبارها متغيرات رئيسية في الدراسة. وسوف تستعرض في البداية اضطراب التوحد والذي يشكل الموضوع الرئيس لهذه الدراسة، وفي ضوءه سيتم مناقشة المتغيرات الأخرى ... كما سيتم التعرض لبرامج العلاج السلوكي لفئة التوحد ضمناً عند مناقشة الأساليب العلاجية لاضطراب التوحد.

أولاً: عرض مباحث الدراسة :

المبحث الأول: التوحد (Autism)

١- مرادفات وترجمة المصطلح :

تعددت المسميات التي أطلقت على اضطراب التوحد وقد شملت .. الذاتية، الاجترارية، الانطواء الذاتي، الانغلاق على الذات . وقد ترجم الكرمي : (١٩٨٨م : ٩٢) المصطلح إلى .. الانطواء على النفس، الانشغال بالنفس، الانشغال بالتمنيات وأحلام النهار. كما ترجمه بعلبكي : (١٩٧٣م : ٧٥) إلى التوحد بمعنى الاسترسال في التخيل تهرباً من الواقع.

وتعلق هاله محمد (٢٠٠١م : ٢٠) أنه من الناحية اللغوية يعتبر مصطلح توحد هو أفضل المصطلحات المستخدمة للتعبير عن الظاهرة مجال البحث.

ويوضح الفوزان (٢٠٠٢م : ٤٣) أن مصطلح Autism جاء من اللغة الإغريقية ف Aut تعني بالإغريقي النفس، وism تعني بالإغريقي الحال غير السوية، لذا فإن الطفل الذي يصاب بهذه الحالة هو الشخص الذي يحمل النفس غير السوية.

وقد أطلق هذا المصطلح لأول مرة من قبل ليوكانر Leokanner عام (١٩٤٣م) عند تمييزه لزمرة من الأعراض السلوكية تظهر في سن الطفولة المبكرة.

وتقترح سميرة السعدي (١٩٩٧م : ١١) أن سبب اختيار هذا الاسم من قبل ليوكانر راجع إلى أن الصفة البارزة الأولى هي الضعف في تكوين العلاقات الاجتماعية العادية، وهي أوضح صفة

بالنسبة لهؤلاء الأطفال ، بالإضافة لكونها كلمة لا تستعمل كثيراً في اللغة الإنجليزية أثناء الحديث ، ولهذا فهي كلمة منفردة في معناها واستعمالها.

..

-Satirical Ego Development نمو أنا غير سوي

-Kanner's Syndrome زملة كانر

- Atypical Child الطفل النمطي (الشاذ)

-Satirical Development نمو غير سوي

ويستعرض عبد الله (٢٠٠١ : ١٢) بعض المصطلحات التي استخدمت للإشارة لاضطراب التوحد

وهي ..

-Infantile Psychosis ذهان الطفولة

-Childhood Psychosis ذهان مرحلة الطفولة

-Childhood Schizophrenia فصام الطفولة

ويضيف أنه منذ الوقت الذي وصفت فيه الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين اللوحة

التشخيصية الاكلينيكية للاضطراب في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والثالث المعدل

للأمراض النفسية (DSM-3:R&DSM-3) وذلك في عامي (١٩٧٨م ، ١٩٨٠م) على التوالي ، معتبرة

أنه اضطراب في النمو (اضطراب نمائي) Developmental Disorder لم يعد ينظر إلى

الاضطراب على أنه ذهان ، كما لم يعد ينظر إلى أعراض التوحد والذهان على أنهما مترادفان.

وبالتالي أصبحت مصطلحات مثل:

• توحد مرحلة الطفولة Childhood Autism

• التوحدية أو الذاتوية الطفولي Infantile Autism

• الطفل التوحدي أو الذاتوي Autistic Child

أقرب للمصطلح الذي تبناه ليوكاير Early infantile autism التوحد الطفولي المبكر.

وأشار هويدي (٢٠٠٠م) أنه في وقت لاحق تقلص استخدام مثل هذه المصطلحات، لأن الطفل

المصاب بالتوحد سيترج في المراحل العمرية المتقدمة دون شفاء تام لزملة الأعراض المميزة

لاضطراب التوحد، مما يجعل من غير الملائم إطلاق مثل هذه المصطلحات على الأفراد الذين تعدوا مرحلة الطفولة ..

ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع (DSM-4) عام (١٩٩٤م)

أطلق عليه (الاضطراب التوحدي Autistic Disorder) .

ويوضح القريوتي وآخرون (٢٠٠١م : ٣٠١) أن هذه التسميات المختلفة تعكس التطور

التاريخي للتوحد واختلاف اهتمامات وتخصصات المهنيين المهتمين بهذا الاضطراب. بالإضافة إلى

ذلك، فإن استخدام عدد من التسميات كان بسبب غموض وتعقد التشخيص الفارقي للتوحد.

٢- تطور مفهوم اضطراب التوحد :

قام كانر عام (١٩٣٨م) بتسجيل ملاحظاته حول سلوك طفل يبلغ من العمر (٥) سنوات،

وفي عام (١٩٤٣م) قام بتقديم ورقته الكلاسيكية بعنوان (الاتصال العاطفي في اضطراب التوحد

Autistic disturbances affective contact) ، (Happe : 1994:7).

ويذكر مليكة (١٩٩٨م: ٢٥٩) إن كانر اعتبر العلامة البارزة في هذه الزملة هي عجز

الفرد عن الارتباط بالناس والمواقف بالطريقة العادية منذ بدء حياته.. ومنذ ذلك الوقت تناول هذا

الاضطراب العديد من الباحثين في محاولة لتوضيح مفهوم التوحد

ويذكر الخطيب، الحديدي(١٩٩٨م: ١٥٦) أنه في تلك الحقبة الزمنية، يرى التوحد وكأنه

حالة يصاب بها الأطفال الذين ينحدرون من أسر متعلمة تنتمي للفئة الاقتصادية الاجتماعية ذات

المستوى الجيد.

كما أن إطلاق مصطلح التوحد والذي كان يطلقه (بلولر) ليصف به إحدى السمات الأولية للفصام، والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالبيئة الخارجية سبب إرباكاً منذ البداية في مفهوم التوحد.

ويذكر مليكة (١٩٩٨م : ٢٦٠) أن كانركان يعتقد أن الأوتيزم زملة مختلفة عن الفصام، ولكنه قرر عام (١٩٤٩م) أنه المظهر الأكثر تبكيراً للفصام، ثم عاد بعد ذلك إلى موقفه الأول بعد أن تجمعت بيانات عديدة تشير إلى أن الأوتيزم والفصام ظرفان مختلفان تماماً. وقد اقترح رتغو وفريمان عام (١٩٧٨م) أن التوحد اضطراب أو متلازمة يعرف سلوكياً، وأن الأعراض الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى (٣٠) شهراً ويتضمن:

- ١ - اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.
- ٢ - اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.
- ٣ - اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية.
- ٤ - اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات. (سليمان: ٢٠٠٠م : ١٨).

وقد تبنت هذا التعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society For Autistic Children: NSAC)، ويعد الأكثر قبولاً بين المهنيين، فقد تبناه القيروتي وآخرون (٢٠٠١م : ٣١٢) و الشمري والسرطاوي (٢٠٠٢م : ٥).

كما قدم فبرنوف وشيا (١٩٨٥م) تعريف للتوحدى بأنه لا يملك القدرة على الفهم، (جوهر، ١٩٩٦م : ٦٩).

وعرفت مارिका (١٩٩٠م) أن الأوتيزم مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس، والاستغراق في التفكير، وضعف القدرة على الانتباه، وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، فضلاً عن وجود النشاط الحركي المفرط، (بار : ١٩٩٧م : ٤٤٠).

وعرف بدر (١٩٩٧م : ٧٣١) التوحد بأنه اضطراب انفعالي في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية وخاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة، ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية.

ويعرف مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد (٢٠٠٣م) بأنه خلل وظيفي يصيب الدماغ لم يتوصل العلم بعد لمعرفة سبب الإصابة به وهو من أصعب الإعاقات التطورية التي تصيب الطفل والتي تظهر في الثلاث السنوات الأولى من عمر الطفل. ومن أعراضه قصور وتأخر في التفاعل الاجتماعي والنمو الإدراكي والتواصل وضعف الاهتمامات والتخيل، ويعتبر ثالث إعاقة تطويرية بنسبة الانتشار العالمي.

ويعرف فريق Mayo clinic (2004) التوحد بأنه اختلال دماغي يسبب نوع من المشاكل التطورية في الأطفال تتضمن نقص في المهارات الاجتماعية، وتطور اللغة، وسلوك شاذ، ويظهر كتأخر في التطور أو ارتداد في التطور مع نقص الاهتمام بالآخرين، وتظهر الأعراض بعمر ثلاث سنوات.

وعرف قانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين (IDEA) التوحد .. هو عبارة عن إعاقة نمائية تؤثر تأثيراً بالغاً على التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعلى التفاعل الاجتماعي، وتظهر قبل سن (٣) السنوات، مما يؤثر على انجاز الطفل التعليمي، ومن الخصائص الأخرى وجود سلوكيات نمطية متكررة بشكل واضح، والطفل هنا لا يقبل التغير خصوصاً في الروتين اليومي، كما أن ردود فعله غير عادية بالنسبة للخبرات الحسية، ومصطلح التوحد هنا لا ينطبق على الطفل إذا كان أداءه التعليمي قد تدنى بسبب معاناته من اضطرابات انفعالية شديدة، السرطاوي وآخرون(٢٠٠٠م : ٦٣)

ويعرف التوحد في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية والسلوكية عام (١٩٩٩م)

(The ICD-10 Classification Mental and Behavioral Disorders) إنه اضطراب نمائي ، يعرف بوجود نماء غير طبيعي أو مختل أو كليهما ، يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات ، وبنوع مميز من الأداء غير السوي في مجالات ثلاثة هي التفاعل الاجتماعي ، التواصل ، والسلوك المقيد التكراري ، (ص: ٢٦٦).

ويعرف وفقاً للجمعية الأمريكية للتوحد على أنه .. إعاقة نمائية (تطورية) تظهر دائماً في الثلاث السنوات الأولى من العمر ، نتيجة للاضطرابات العصبية Neural Disorders التي تؤثر على وظائف المخ ، ويتداخل مع النمو الطبيعي فيؤثر في الأنشطة العقلية في مناطق التفكير ، التفاعل الاجتماعي ، والتواصل..

كما تعرف الجمعية البريطانية للتوحد ، على أنه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب الابداعي والتخيلي ، (الفهد : ٢٠٠٢م:).

ويعرف حمدان (٢٠٠٢م: ٧) التوحد هو اضطراب في وظائف الدماغ يعاني منه الذكور أربع مرات أكثر من الإناث . كما هو ليس حكراً على فئة عمرية أو نوعية من الناس ، بل قد يظهر لدى كافة الأعمار والأجناس والطبقات..

وقد أكد الخطيب والحديدي (١٩٩٨م : ١٥٩) على أن الدراسات العلمية تشير إلى أن التوحد حالة قد يعاني منها الأطفال من كافة الشرائح الاجتماعية بصرف النظر عن المتغيرات المعرفية ، والاقتصادية ، الاجتماعية أو الأصول المعرفية.

ومن ذلك يتضح أن خلط مفهوم التوحد باضطرابات أخرى أو قصوره على مستوى عمري أو اقتصادي أو اجتماعي معين أصبح غير مطروق في التعريفات الحديثة ...

كما أن تعريفه كاضطراب انفعالي وحصره في اختلال بعض وظائف التفكير والأعراض النفسية كالانطواء والانغلاق على الذات أيضاً أصبحت أقل تحديداً في التعريفات الحديثة ..

فقد أوضح القريوتي وآخرون (٢٠٠١م: ٢١٣) أنه في عام (١٩٧٥م) عندما روجع تعريف الولايات المتحدة عن الإعاقات النمائية، فإن التوحد قد ضم إلى تلك الإعاقات، وفي عام (١٩٨٠) عندما روجع النظام الفيدرالي مرة أخرى، فإن التوحد قد أخرج من تصنيف الاضطرابات الانفعالية الشديدة..

إن هذا التغيير قد حدث بسبب الخلط القديم بين التوحد وعلاقته بالأمراض العقلية. كما أن الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APSA) قد عرف التوحد بأنه اضطراب نمائي وليس انفعالياً. ونستنتج من العرض السابق أن المفهوم الذي يشير إلى اضطراب التوحد في الوقت الحالي يستظهر أنه اضطراب نمائي، تطوري مزمن، تتضح أعراضه في ثلاث جوانب وهي :

- التواصل اللفظي وغير اللفظي.
 - التفاعل الاجتماعي.
 - محدودية الاهتمامات والسلوك النمطي.
- وتظهر هذه الأعراض في صورة نقص واختلال وعدم تطور، أو ارتداد عن التطور خلال الثلاث السنوات الأولى من عمر الطفل.

كما يتضح أنه خلل وظيفي يصيب الجهاز العصبي لم يحدد العلم مسبباته بصورة قاطعة إلى الآن، وأنه ليس ببطأ أو تأخر في النمو وإنما شذوذ وانحراف عن مراحل النمو السوية.

٣- التطور التاريخي لدراسة اضطراب التوحد:

أولاً: الدراسات الأجنبية :

أشارت Uta Frith عام (١٩٨٩م) أن اضطراب التوحد يوجد في التاريخ القديم قبل تحديده تحت مصطلح Autism من قبل كانر، (Happe, 1994:7)

وقد قام ، سليمان (٢٠٠٠م) و هولين(١٩٩٨م)؛ بتوضيح التطور التاريخي للدراسات التي

تناولت اضطراب التوحد تلخصها الباحثة في :

المرحلة الأولى (مرحلة الدراسات الوصفية):

تناولت هذه الدراسات الفترة ما بين أواسط وأواخر الخمسينيات من القرن السابق.

وهدفت إلى توضيح سلوك الأطفال التوحديين، وأثر هذا الاضطراب على السلوك بصفة

عامة.

وقد ساهم بجهود بارزة في هذا المجال كل من (ليوكانر Leo Kanner :١٩٥٣)، (هانز

سبرجر Hans Hsperger:١٩٥٣م)، (ليون ايزنبرج Leon Eisengerg :١٩٥٦م).

وقد أظهرت التقارير المقدمة العديد من خصائص التوحديين إلا أن عدم التجانس بين أفراد

المجموعات الموصوفة في التقارير أدت إلى القليل من الاستنتاجات التي يمكن أن تؤخذ في الاعتبار

على المدى الطويل.

المرحلة الثانية (مرحلة الدراسات التابعة للدراسات الأولى) :

تناولت هذه الدراسات الفترة أواخر الخمسينيات إلى أواخر السبعينيات.

وهدفت إلى التركيز على التطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدى أطفال التوحد نتيجة

للتدريب.

ومن أبرز دراسات هذه المرحلة دراسة كل من (مايكل روتر Michael Rutter :١٩٦٠م)،

(ميتلر وآخرون Mittler,et al :١٩٦٦م)، (دي مييري وآخرون Dem yeer, et al :١٩٧٣م)،

(فيكتور لوتر Lotter : ١٩٧٤م).

وكانت الدراسات المقدمة في هذه المرحلة أكثر دقة من المرحلة السابقة، وعليه يمكن

الخروج بالاستنتاجات التالية :

- (١) يعد التطور المبكر في سن الخامسة، إحدى المؤشرات المهمة لتحديد حالات التوحد.
- (٢) ينظر إلى كل من القدرات العقلية، والقابلية للتعلم والتدريب كمؤشرات هامة في تشخيص حالات التوحد.

المرحلة الثالثة (مرحلة الدراسات المتابعة) :

تناولت هذه الدراسات الفترة ما بين الثمانينات وبداية التسعينات.

وقد شهدت هذه المرحلة تياراً ثابتاً من التقارير المتابعة والكثيرة في مجال التوحد، إلا أنها

ركزت في الغالب على التوحديين من ذوي الأداء العالي.

وعلى سبيل المثال شارك في هذه المرحلة كل من (شيخ، ولي Chung, Lea : ١٩٩٠م)،

جليبر وستيفن Cillbery, Stefenberg : ١٩٨٧م)، (كوباياشي وآخرون Kobayshi, el.al :

١٩٩٢م)، ريمسي وآخرون Rumsey, et.al : ١٩٨٥م)، فينتر وآخرون Venter, et-al : ١٩٩٢م)،

(تانتم Tantam : ١٩٩١م).

أن المعلومات المتضمنة في تقارير هذه الدراسات كان أكثر تنظيمياً وموضوعية عن الدراسات

السابقة، وعلى ذلك فقد توصلت إلى نتائج على درجة من الأهمية وهي:

(١) أهمية تطور اللغة لأطفال التوحد وبالذات في المرحلة العمرية (٥ - ٦) سنوات، وارتباط ذلك

بالارتقاء في بعض المهارات والقدرات في المراحل اللاحقة.

(٢) أن مجرد تمتع الأطفال التوحديين ببعض المهارات والقدرات الإدراكية واللغوية الجيدة لا يضمن

بالضرورة أن تطور التدريب في مجالات تضمن له الاندماج في المجتمع.

٣) أن التدريبات العلاجية المنظمة وبرامج التربية الخاصة تضمن التغيير التدريجي لبعض السلوكيات المضطربة وغير الملائمة.

:

المرحلة الرابعة (مرحلة الدراسات المقننة) :

وهذه المرحلة تتداخل في بدايتها مع أواخر المرحلة السابقة وتمتد إلى الفترة الحالية، وقد زادت الدراسات المقدمة في هذه الفترة بشكل ملحوظ بالإضافة إلى ما تميزت به من دقة وانتظام ويرجع ذلك إلى :

- ١) وجود معيار تشخيصي متفق عليه لاضطراب التوحد والمعين في كل من (ICD-10 & DSM-4).
 - ٢) تطور آليات البحث العلمي المقننة ويشمل ذلك المقاييس والاختبارات الخاصة بفئة التوحد.
 - ٣) التطور التكنولوجي في الأجهزة الطبية.
 - ٤) تدعيم الفرضيات بأدلة مادية.
- وهدفت معظم الدراسات في هذه المرحلة إلى تفسير أسباب الإصابة باضطراب التوحد، الكشف عن أساليب التشخيص المبكر لهذا الاضطراب، وضع علاجي طبي يدعم البرامج التدريبية السلوكية، وذلك أملاً في التوصل إلى حل جذري لاضطراب التوحد، إما بالكشف المبكر لمنع تطور الأعراض أو بمعرفة المسببات لإيقاف ومنع حدوث الاضطراب. وستتطرق الباحثة لبعض هذه البحوث أثناء عرض الإطار النظري.

ثانياً : الدراسات العربية :

وثق اضطراب التوحد في الدراسات العربية قبل حوالي خمسة عشر سنة على الأرجح، وقد

تناولت ثلاثة مجالات في اضطراب التوحد ..

(١) التشخيص .. وهدفت هذه الدراسة لتوضيح المؤشرات التشخيصية البارزة لاضطراب التوحد من

خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية وتذكر منها خليل: (١٩٩٤م)، حلواني (١٩٩٦م)،

أحمد (١٩٩٩م)، البلشة (٢٠٠٠م) و ال مطر (٢٠٠١م).

(٢) الآراء الوالدية لأطفال التوحد .. وهدفت هذه الدراسات لمعرفة آراء آباء أطفال التوحد اتجاه

مواضيع متعددة منها المخاوف التي تتناوبهم، احتياجات أبنائهم التدريبية والتعليمية، وعي الأسرة

بطبيعة الخدمات المقدمة لطفلها التوحدي، الاتجاهات الوالدية نحو الطفل التوحدي، وهي على

التوالي خليل (١٩٩٣م)، السعدي (١٩٩٧م)، ال الشيخ (٢٠٠٢م) وفران (٢٠٠٣م).

(٣) البرامج المقدمة للطفل التوحدي .. وهدفت الدراسات هنا إلى تصميم وتطبيق برامج خاصة

بالطفل التوحدي للتخفيف من شدة أعراض اضطراب التوحد وتنمية جوانب التواصل اللغوي

والاجتماعي لديهم، ونذكر منهم بار (١٩٩٧م)، بدر (١٩٩٧م)، عليوه (١٩٩٩م) ، محمد

(٢٠٠١م). نصر (٢٠٠٣م) والغامدي (٢٠٠٣م).

ومن العرض السابق نرى أن التطور في تناول اضطراب التوحد في الدراسات العربية كان ذو تدرج

منطقي للتعرف على ظاهرة جديدة نسبياً على المجتمع العربي، والملاحظ في الدراسات اللاحقة أن

الباحثين قاموا بتصميم وتطبيق مقاييس خاصة بفئة التوحد كانت ذات فاعلية في تقييم أبعاد

الاضطراب.

٤. تطور التشخيص والقياس لإضطراب التوحد :

يعرف الروسان (١٩٩٦م: ٢٩) التشخيص بأنه تفسيرات إجرائية تتمثل في إصدار حكم على ظاهرة ما بعد قياسها ، أو موضوع ما وفق معايير (Norms) خاصة بتلك الظاهرة ، كما تتضمن تلك التعريفات توضيحاً لجوانب القوة والضعف في تلك الظاهرة.

ويشير التعريف السابق إلى أهمية وجود معايير محددة للظاهرة ، وقد ظلت المعايير المحددة لإضطراب التوحد موضع جدل لفترة طويلة فقد أشار الشرييني (٢٠٠٠م: ١٢) أنه قد تم وصف هذه الحالة للمرة الأولى بواسطة الطبيب النفسي الانجليزي هنري مودزلي H.Moudsley في عام (١٨٦٧م) ، وقد استخدم كانر Kaner عام (١٩٤٣م) تسمية هذه الحالات أوتيزم أو الذاتية الطفولية Infantile Autism ووضع وصفاً تفصيلياً لها.. إلا أن هذا الوصف قد تم انتقاده . ويذكر جوهر (١٩٩٦م: ٦٨) كثير من العلماء يرى أن هناك قواسم مشتركة للتوحد مثل "لافير" ، جير (١٩٦٩م) ، وكذلك العالم روتر سنة (١٩٧٨م) حيث يجمعون على القول أن الصفة التي أعطاهما "كانر" للتوحد لم تكن صالحة وصحيحة ١٠٠٪ ويبررون ذلك بأنه اشتبه عليه بعض حالات انفصام الشخصية ، والأمراض النفسية الأخرى.. إلا أن الخطيب والحديدي (١٩٩٨م: ١٥٦) يرون أن الخصائص التي أوردها كانر جديرة بالذكر لأنها لا تزال صحيحة وتصف الشكل التقليدي للتوحد وتتضمن:

العجز عن بناء العلاقات، التأخر في اكتساب اللغة، استخدام اللغة المنطوقة بطريقة غير تواصلية بعد تطويرها، التردد الكلامي غير الطبيعي عكس الضمائر، اللعب بطريقة نمطية تكرارية، الانزعاج من التغيير، الذاكرة الاستظهارية الجيدة، المظهر الجسمي العادي.

وفي أوائل الستينات (١٩٦١م) صدر تقرير عن الجماعة البريطانية العاملة اقترحت فيه قائمة من تسع نقاط عرفت باسم نقاط كريك التسعة (Creak's Nine Points) لكي تستخدم في تشخيص الأطفال الفصاميين وهذه القائمة قد تضمنت ما يلي:

اضطراب في العلاقات الانفعالية مع الآخرين، عدم الوعي بالهوية الشخصية لدرجة لا تتناسب مع العمر، انخراط مرضي بموضوعات محددة، مقاومة التغيير في البيئة والمحافظة على الروتين، خبرات إدراكية شاذة، قلق حاد ومتكرر وغير منطقي، فقدان الكلام أو عدم اكتسابه أو الفشل في تطويره إلى مستوى مناسب للعمر، اضطراب في الأنماط الحركية، تخلف واضح في بعض الجوانب أو وظائف عقلية غير عادية، (القريوتي: ٢٠٠١م: ٣١٤).

ولقد استمرت نقاط كريك التسع مقبولة من جانب العاملين في مجال التربية الخاصة كأساس يقوم عليه تشخيص ذهان الطفولة خلال الستينات من هذا القرن، غير أن كل من (روتر Rutter ١٩٦٦م) و (لوك بير Lokyeer ١٩٦٧م) قد انتقدا استخدام هذه النقاط في التشخيص مشيرين إلى أن هناك تداخلاً بين هذه النقاط مع عدم وجود معلومات محددة لتحديدكم من النقاط التسع الضرورية أو التي تكفي للتشخيص، (سليمان: ٢٠٠٠م: ٣٧).

ويشير لويس (١٩٩٨م: ٢٥٩) أنه في DSM-I صنفت الاستجابات الذهانية في الأطفال والتي يتضح فيها أساساً الأوتيزم في فئة "استجابات فصامية: من النوع الطفلي" وفي DSM-2 (١٩٦٨م) صنف الأوتيزم تحت عنوان: فصام: نوع طفلي.

ويتضح أنه إلى ذلك الوقت كانت المعايير التشخيصية للتوحد تدمج مع فئة الفصام.

وتشير هدى أحمد (١٩٩٩م: ٣٠) أن مصطلح أوتيزم ظهر لأول مرة في الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي الإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية DSM-2 الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام (١٩٨٠م) باسم Infantile Autism تحت فئة اضطرابات ارتقائية عامة .Pervasive Developmental

وسرعان ما ظهرت عدة انتقادات للمعيار التشخيصي هذا حيث كان أكثر ملاءمة للصغار والأشخاص شديدي الإصابة وفي الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المراجع DSMI-3R عام

(١٩٧٨م) وضعت معايير ملائمة تأخذ في الاعتبار المستوى الارتقائي والعمر الزمني وقد عدل المصطلح إلى Autistic Disorders.

ووفقاً لهذا النظام يشترط على الأقل ظهور ثماني صفات من الست عشر صفة المتضمنة في المجاميع التالية على أن يكون اثنين على الأقل من المجموعة (أ) وتشمل القصور النوعي في القدرة على تبادل التفاعل الاجتماعي، وواحد من المجموعة (ب) وتشمل قصور نوعي في القدرة على التواصل اللفظي، وفي القدرة على التخيل وواحد من المجموعة (ج) وتشمل تكرار بشكل ملحوظ للنشاطات والحركات، (كوهين وآخرون: ٢٠٠١م: ١٧٠).

ويذكر هويدي (٢٠٠٠م: ٨٨) أن أول تشخيص للتوحد كاضطراب منفصل ظهر في نظام (ICD-g) لتصنيف الإعاقات العقلية والسلوكية الصادر عن منظمة الصحة العالمية في جينيف عام (١٩٧٧م) وفي عام (١٩٩٢م) ظهرت (DCD-10) بصيغة معدلة وتضمن تشخيص اضطراب التوحد هنا:

- ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة.
- قصور نوعي في القدرة على تبادل التفاعل الاجتماعي.
- عجز نوعي واضح في القدرة على التواصل.
- نشاطات واهتمامات محدودة تتصف بالرتابة والنمطية والتكرار.
- أن لا يكون السبب وراء السمات السلوكية من الناحية الاكلينيكية عائد لإعاقات نمائية أخرى.

وبالإضافة إلى المعايير السابقة أشار نظام (ICD-10) إلى معايير تشخيص غير نوعية تظهر أحياناً مثل مشكلات الأكل، النوم، المزاج (١٩٩٩م: ٢٦٦ - ٢٦٧).

إلا أن أحدث معيار تشخيص للتوحد ظهر في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام (١٩٩٤م)

(DSM-4) وقد روجع هذا الدليل عام (٢٠٠٠م) وأصبح (DSM-4:TR) وتضمن وصف

أعراض الاضطراب فيه :

أولاً: إجمالي ستة (أو أكثر) بنود من (١)، (٢) عرضين على الأقل من البند (١) وعرض من كلا

البندين (٢)، (٣) على الأقل وهي:

١- ضعفا نوعيا في التفاعل الاجتماعي كما يظهر في نقطتان من النقاط التالية:

أ) ضعف في التواصل غير اللفظي مثل (حملقة العين في العين، التعبيرات الوجهية، أوضاع الجسد

والإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي).

ب) الفشل في تطوير العلاقات مع الآخرين بما يتناسب مع مستوى النمو.

ج) نقص في البحث الفطري للمشاركة في المتعة، والاهتمامات أو الإنجاز مع الأشخاص الآخرين

مثل (نقص في إظهار أو إحضار أو حتى الإشارة إلى المواضيع محل الاهتمام).

د) نقص في التبادل الاجتماعي والعاطفي.

٢- ضعف نوعي في الاتصال كما يظهر في واحد على الأقل من النقاط التالية:

أ) تأخر ونقص كلي في نمو عملية الكلام واللغة (غير مصحوبة بمحاولة للتعويض بأساليب

أخرى للاتصال الاجتماعي مثل الإيماءة أو التقليد).

ب) الأشخاص الذين يتكلمون كلاما ملائما، يتضح الضعف في القدرة على البدء أو المشاركة

في الحديث مع الآخرين.

ج) التكرار النمطي للغة أو لغة خاصة شاذة.

د) عدم القدرة على اللعب بطريقة مختلفة وتلقائية، أو تقليد الألعاب الاجتماعية والتي تناسب

مستوى النمو.

٣) وجود أنماط متكررة في السلوك والأنشطة، ومدى ضيق من الاهتمامات تظهر في واحد على الأقل من النقاط التالية:

أ) الإصرار على واحد أو أكثر من الأنماط المتكررة للسلوك أو الأنشطة أو الاهتمامات والتي تتضح بشكل غير طبيعي في التركيز عليها.

ب) تمسك غير مرن ببعض الأمور الروتينية المحددة.

ج) سلوكيات وحركات نمطية متكرره مثال (حركة الأيدي والأصابع الملتوية وكذلك الحركات المعقدة الخاصة بالجسد).

د) اهتمام مستمر بأجزاء الأشياء.

ثانياً: تأخر أو انحراف في وظيفة أحد المواضيع التالية قبل عمر الثلاث سنوات:

١) التفاعل الاجتماعي.

٢) اللغة المستخدمة في الاتصال الاجتماعي.

٣) اللعب الرمزي أو التخيلي.

ثالثاً: هذا الاضطراب لا ينطبق عليه بشكل أفضل تشخيص اضطراب ريت أو اضطراب التفكك الطفولي (DSM-4TR : 2000:750)

وفي محاولة لرصد الاختلافات التي ميزت المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد في الطبعة

الرابعة عنه في الطبعة الثالثة المعدلة أشار الشخص (١٩٩٩م: ٤١١) إلى أن الاضطرابات النمائية

كانت توضع ضمن المحور الثاني (AXIS-II) الذي يضم الاضطرابات طويلة المدى أو الدائمة نسبياً

نظراً لصعوبة علاجها أو حتى تحسنها، وقد تم وضع هذه الاضطرابات حالياً ضمن المحور الأول

(AXIS-I) الذي يضم الاضطرابات العرضية والعابرة أو المؤقتة ومن التغييرات المحتملة لهذا التغيير أن

أعراض هذه الاضطرابات يمكن أن تختلف، كما يمكن أن تتحسن من خلال التدخلات

العلاجية، ويضيف عبد الله (٢٠٠٠م: ١٦٥) إلى أن المعايير الأساسية استبقيت ودمجت العناصر ليصل

مجموعها إلى (١٢) عنصراً بدلاً من (١٨) عنصر، بالإضافة إلى عودة تحديد العمر كمعيار

تشخيصي وزيادة عمر البداية إلى (٣٦) شهراً، الهويدي (٢٠٠٠م: ٩٠).

وتشير الباحثة إلى أن المعيار التشخيصي (DSM-4) تلا في العديد من العيوب في المعايير

التشخيصية السابقة إلا أنه لم يستطع تحديد شدة الاضطراب في الأعمار المختلفة ويوضح عبد الله

(٢٠٠٠م: ١٥٤) أن الخلط والإرباك في التشخيص يرتبط بعدم تحديد الحد الذي يعتبر خارج نطاق

النمو العادي، ولذلك لجأ المختصين إلى تطبيق مقاييس توضح شدة الاضطراب.

ويوضح العثمان (٢٠٠٣م) أنه من الصعوبة تطبيق اختبارات الذكاء المعروفة إن

لم يكن من المستحيل أحياناً تطبيقها، ويعتمد المختصون في التشخيص على

مقاييس خاصة تظهر شدة الاضطراب منها:

- مقياس التقدير التوحدي للأطفال :

Children Autism Rating Scale- CARS

- أداة تقويم الطفل التوحدي للتخطيط التعليمي:

Autism Screening Instrument For Educational Planning (ASIEP)

- مقياس المقابلة التشخيصي لاضطرابات التواصل الاجتماعي:

The Diagnostic Interview For Social And Communication Disorders (DISCO)

ويضيف أنه من الممكن استخدام مقاييس الذكاء غير اللفظية (الأدائية) ومنها:

- مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي.

- مقياس متاهات بورتوس.

- مقياس وكسلر لذكاء الأطفال.

تضيف وفاء الشامي (أ)، (٢٠٠٤م) أنه من المفضل استخدام مقياس الذكاء مثل (وكسلر، ستنفورد بينيه) مع التوحدين ذوي الأداء العالي، بينما يفضل استخدام مقياس ليتر الدولي للأداء لأنه غير مؤقت الأداء كما أن جميع بنوده لا تتطلب كلام بين المختص والمفحوص.

ويشير (Cohen et al. et al: 2003) إلى أهمية استخدام مقياس تقييمي

يوضح جوانب السلوك التكيفي للمصابين بالاضطرابات النمائية، بينما يقدم (KlireseRenner:2000) نظرة ناقدة لمقاييس التقويم التي تعتمد على الأداء مفضلين التركيز على مقاييس لتوضيح الأعراض السلوكية المرتبطة بالتوحد، بالإضافة إلى الأدوات التشخيصية التي تعتمد على تقارير الوالدين.

ويقوم مركز بحوث تيتش Teach بجامعة نورث كارولينا الأمريكية بإعداد وتطبيق مقياس (Psycho Educational Profile) وهو مقياس مزدوج التقييم، فهو يقيم التطور في مهارات الطفل التوحدي بالإضافة إلى تقييم مدى فاعلية البرنامج المستخدم مع الطفل، وتجرى حالياً دراسة تطبيقية للمقياس على البيئة العربية يتوقع الانتهاء منها في عام (٢٠٠٦م)، (فراج: ٢٠٠٤م).

كما توضح راببة حكيم (٢٠٠٣م: ٦٢) أهمية إجراء التشخيصات الطبية التالية لاستبعاد

الإصابة بأمراض مصاحبة أو مشابهة للتوحد:

١- اختبار تقييم السمع.

٢- التخطيط الكهربائي للمخ EEG.

٣- الرنين المغناطيسي MRI وعمل أشعة مقطعية للمخ CT. SCAN.

٤- تحليل الغدة الدرقية والأحماض الأمينية.

كما يوجه فراغ (٢٠٠٣م: ٢١) إلى أهمية تطبيق الاختبارات والفحوصات الحسية العصبية والتي توضح سلامة الجهاز الدهليزي * Corabellar Vestibular.

ويوضح الخطيب والحديدي (١٩٩٩م: ٢٨٦) أن التوحد يعرف سلوكيا. فليس هناك اختبارات طبية يمكن تطبيقها لتشخيص الاضطراب مع أن الاختبارات يمكن أن تؤكد أو تنفي وجود مشكلات أخرى. ولذلك فإن الأخصائيين يعتمدون في تشخيص التوحد على ملاحظة الخصائص السلوكية لكل فرد.

ويؤيد ذلك (Charman & Baird: 2002) حيث أشارا إلى وجوب استخدام آليات التقييم القياسية ومعايير التشخيص بحذر مع التركيز على التطورات السلوكية والملاحظات الوالدية وتسجيل معلومات مفصلة عن التاريخ التطوري للحالة بالإضافة إلى وصف السلوك اليومي للطفل التوحد.

وعلى الرغم من أن (٥٠%) من الآباء يشكون في وجود مشكلة لدى أبنائهم في السنة الأولى من أعمارهم (Osterling & Dawson: 1994) إلا أن عملية تشخيص اضطراب التوحد بصورة مبكرة قبل الثلاث سنوات هي عملية غاية في الصعوبة حتى بوجود المعايير الشخصية والمقاييس المساعدة، وتعزى منى الحصان (٢٠٠٣م)، أسباب صعوبة التشخيص إلى الأسباب التالية:

- (١) عدم اكتمال الأنماط السلوكية للطفل قبل عامه الثاني ومن ثم صعوبات التشخيص.
- (٢) إصابة الطفل بالعوق العقلي، يترتب عنها التركيز على العوق العقلي وإغفال تشخيص التوحد وعدم اكتشافه.
- (٣) مشكلات اللغة وتأخر النمو اللغوي، مما يعاني منه طفل التوحد، قد لا تسمح بإجراء تقييم للمحصول اللغوي.

* الجهاز الدهليزي: جسم يقع في الأذن الداخلية ويتصل بالمخيخ.

٤) قد تكون مظاهر النمو طبيعية، ثم يحدث فجأة سلوك التوحد وفقدان المهارات وخاصة عندما يتجاوز عمر الطفل العامين.

٥) قد يكون للوالدين دور في تأخر التشخيص للإصابة بالتوحد، نتيجة عدم الدراية والخبرة بمراحل النمو والمشكلات المصاحبة.

٦) قد يواجه الطبيب صعوبة في تحديد اضطراب التوحد، ومن ثم يكون تقييم الإصابة على أنها من مشكلات النمو البسيطة أو الطارئة.

وفي الوطن العربي يضاف، ضعف الوعي بالمعايير التشخيصية للتوحد من قبل الأخصائيين والأطباء قد يؤدي إلى مرور عدة سنوات قبل الوصول للتشخيص السليم، وقد يقع الأخصائي في التقيد بملامح معينة لبعض الحالات التي عرضت عليه كنموذج تشخيصي للاضطراب.

ويوضح (Stone. et al: 1994) أن الملامح التشخيصية الأكثر بروزاً في المراحل العمرية الأقل من

٤٨ شهراً هي:

عجز في الاتصال الاجتماعي والتقليد واللعب بالإضافة إلى قصور في التواصل اللفظي وغير

اللفظي، وهذه الملامح تتضح بشكل مبكر عن السلوكيات النمطية والاهتمامات الروتينية في المصابين باضطراب التوحد.

وبالنسبة للتشخيص الفارقي لاضطراب التوحد فإنه يتداخل مع العديد من الاضطرابات الأخرى

ومنها:

أولاً: الاضطرابات النمائية (Pervasive Developmental Disorders) وتشمل كل من

اضطراب ريتس Rets Disorders ، اضطراب التفكك الطفولي Childhood Disintegrative

Disorders ، اضطراب اسبيرجر Asperger Disorders والتوحد النمطية النموذجي Atypical autism

وهي تنتمي لنفس الفئة التشخيصية لاضطراب التوحد.

ويختلف اضطراب التوحد عن اضطراب ريت في أن نسبة حدوثه ونوع الجنس المصاب مختلفة في الحالتين حيث تم تشخيص اضطراب ريت في الإناث فقط، بينما يتكرر حدوث الاضطراب التوحدي في الذكور. كما أن هناك نموذج مميز للنمو البطيء للرأس، فقد مهارات الأيدي المكتسبة وظهور عدم الاتزان في المشي أو حركة الساق وربما يظهرون صعوبات في التفاعل الاجتماعي تكون مشابه لتلك التي يظهرها المصابين بالتوحد خاصة في الفترة التي تسبق فترة الالتحاق بالمدرسة ولكن هذه الحالات قد تزول.

ويختلف الاضطراب التوحدي عن اضطراب الطفولة الانحلالي بالتراجع في مراحل النمو في مناطق متعددة بعد مرحلة من النمو الطبيعي لا تقل عن سنتين وتمتد إلى خمس سنوات بينما يلاحظ النمو غير الطبيعي للأشخاص المصابين بالتوحد في السنة الأولى من حياتهم. ويمكن تمييز اضطراب التوحد عن اضطراب أسبرجر بالقصور والتأخر والانحراف في تطور اللغة المبكرة للمصابين بالتوحد بينما اضطراب أسبرجر لا يوجد به تأخر في مهارات اللغة والإدراك، (DSM-4TR: 2000: 74).

ويتميز اضطراب التوحد اللانموذجي عن اضطراب التوحد في بداية ظهور الأعراض أو في فشله عن استيفاء المجموعات الثلاث من المعايير المميزة لاضطراب التوحد وعلى ذلك فقد يتأخر ظهور التأخر والاختلال في التطور إلى ما بعد الثلاث سنوات أو أنه لا يوجد ما يكفي من العلامات غير الطبيعية في واحد أو اثنين من مجالات السيكوباتولوجية الثلاث الضرورية لتشخيص التوحد، (ICD-10: ١٩٩٩ م: ٢٦٨).

ثانياً: حالات مرضية أخرى:

هناك العديد من الاضطرابات والأمراض التي تصيب الأطفال في سن مبكرة قد تداخل في إحدى الجوانب التشخيصية لها مع اضطراب التوحد مثل (الاكتئاب، فصام الطفولة، الوسواس

القهري، اضطرابات قلة التركيز، صعوبة الارتباط العاطفي، فرط الحركة، الخرس أو الصمم الاختياري، الصمم الخلقي، الحبسة، اضطرابات الكلام والتخلف العقلي).

إلا أن هذه المجموعة من الاضطرابات تبدي مستوى جيد من التفاعل الاجتماعي، بالإضافة إلى تعويض النقص في التواصل اللفظي بالتواصل غير اللفظي بمستوى يتناسب مع تطورهم النمائي. أما كل من (متلازمة (x) الهش، متلازمة داون، متلازمة لاندو كيلفر، متلازمة براد ويللي، متلازمة وليام) فقد تداخل أعراضها مع اضطراب التوحد إلا أنها تتميز عنه بخصائص جسمية مميزة، بالإضافة إلى أنها تعزى إلى أسباب معروفة طبيياً غالباً. وبالتالي فإن أي من هذه الأمراض والاضطرابات لا يكتمل فيها ثلوث الأعراض المميز لاضطراب التوحد.

ومن العرض السابق يتضح لنا أن المعايير التشخيصية عدلت ونقحت بمرور الوقت مما جعل التوحد يختلف عن الصورة التقليدية التي قدمه به كانر، ونظراً للمدى الواسع والمتباين للأعراض التي تندرج تحت هذا الاضطراب فإن تشخيص اضطراب التوحد يجب أن يضم فريق متعدد التخصصات يشمل كل من أخصائي أعصاب، أخصائي نفسي، أخصائي تعليمي، طبيب أطفال متخصص في النمو، أخصائي تخاطب، أخصائي مهني.

وهذا التوجه هو ما تعتمده الجمعية الأمريكية للتوحد في تشخيص الاضطراب، ويؤكد شوبلر(٢٠٠٠م) على أن التشخيص الصحيح للاضطراب هو خطوة أولى نحو العلاج الصحيح وتحديد برنامج التدخل المناسب للحالة.

٥- خصائص الفئة المصابة باضطراب التوحد:

توضح فوزية أخضر(١٩٩٩م: ١٧١) أن مصطلح التوحد يشير إلى مدى واسع جداً من الإعاقات والسلوك قد يشمل الكثير أو القليل من الخصائص التوحديّة. ويذهب دورمان وليفيفر Dorman Wifever إلى أن التوحديّة تعد بمثابة اضطراب طيفي Spectrum بمعنى أن أعراض وسمات هذا الاضطراب يمكن أن تظهر في مجموعة كبيرة من التصنيفات التي تتراوح من البسيطة إلى الحادة، (محمد: ٢٠٠٢م: ٢٩).

وفي محاولة لتوضيح مستويات التوحد قامت Wing بتقسيمه حسب الأنماط الاجتماعيّة التي يظهرها المصابون بالتوحد وتتضمن:

- (١) النمط الانعزالي (Aloof) ويتميز بالانسحاب غير ميالين أو رافضين للاقتراب الاجتماعي، لديهم حد أدنى من التعلق والحب.
- (٢) النمط السلبي (Passive) وهم يتقبلون الاقتراب الاجتماعي، وقد يلعبون مع الأطفال الآخرين إذا تم تنظيم موقف اللعب.
- (٣) النمط النشاط الشاذ (Active-but-odd) وهم يقتربون من الآخرين بتلقائية، ولكن التفاعل الاجتماعي في معظم الأحيان غير ملائم وذو اتجاه واحد (هويدي: ٢٠٠٠م) (Bonde : 2000).

وتذكر وفاء الشامي (ب)، (٢٠٠٤م) وجود نمط رابع يطلق عليه النمط الرسمي المتكلف (Over Formal Stilted) وهم يتسمون بتطبيق كل ما تعلموه من قوانين اجتماعية إلا أن تطبيقهم لهذه القوانين يتسم بعدم المرونة.

بينما أشار (Szatmaril:1992) إلى دراسات أخرى تقسمه حسب الكفاية الوظيفية

Functioning إلى نمطين تتضمن:

- (١) الأشخاص التوحديين ذوي الوظيفة المرتفعة ويرتبط بنسب ذكاء لا تقل عن المتوسط.
- (٢) الأشخاص التوحديين ذوي الوظيفة المنخفضة ويرتبط بنسب ذكاء منخفضة بين أفرادهم (هويدي : ٢٠٠٠م).

أما حمدان (٢٠٠٢م) فقد قام بتقسيم الأشخاص التوحديين حسب القدرة على التكيف والاستقلال عند الرشد إلى ثلاث فئات وهي:

الفئة الأولى (توحد خفيف): وتمثل ثلث الأفراد التوحديين. حيث يتمتعوا باستقلال شبه كامل في العمل والدراسة والتفاعل مع الآخرين.

الفئة الثانية (توحد متوسط): تبدو قادرة على التعلم والعمل والدراسة، ولكن بإشراف متخصصين يراقبون ويوجهون باستمرار.

الفئة الثالثة (توحد شديد) : يعتمد أفراد هذه الفئة على الأسرة أو المصحات ودور الرعاية في متطلبات حياتهم اليومية بشكل كامل.

وقد صنف (Frith 1989) التوحد إلى:

- التوحد البيولوجي **Biological autistic**.

- التوحد السلوكي **Behavioral autistic**.

وفي هذا إشارة إلى تصنيف الاضطراب حسب المسببات المفترضة لإصابة الأفراد بالتوحد، (عبد الله: ٢٠٠١م).

وقامت هالة محمد (٢٠٠١م) بتصنيف المصابين بالتوحد إلى مستوى منخفض، متوسط ومنخفض، متوسط مرتفع، ومستوى مرتفع.

ونظراً لأن التقسيمات السابقة متعددة وغالباً ما ارتكزت على جانب واحد أو مرحلة عمرية معينة لتصنيف مستويات التوحد، فإن في ذلك إشارة إلى أن خصائص المصابين بالتوحد متداخلة

ومتفاوتة في الدرجة بين الأفراد التوحديين بشكل عام، وفي الفرد المتوحد ذاته عبر المراحل العمرية المختلفة بشكل خاص.

وهذا يؤكد على أن التوحد يحدث على طول خط متصل Continuum وبدرجات متفاوتة من الشدة من الصعب الفصل بينها.

وهناك بعض الخصائص والسمات التي غالباً ما تلاحظ على الأفراد المصابين بالتوحد، بغض النظر عن المرحلة العمرية التي ينتمون إليها، وتضمن الخصائص الجسمية والصحية الخصائص السلوكية والحركية، الخصائص النفسية والانفعالية الخصائص الاجتماعية، الخصائص العقلية وفيما يلي عرض لهذه الخصائص:

أولاً : الخصائص الجسمية والصحية:

تتفق كل من سميرة السعدي (١٩٩٧م) والشرييني (٢٠٠٠م) مع ملاحظات كانر في أن التوحديين يبدو بمظهر جذاب وصحة جيدة وتضيف جولد (٢٠٠٠م) أن التوحديين يكون مظهرهم طبيعياً جداً عندما يولدون إلا أن اضطراب التوحد يمثل حالة لا تمنع إصابة الفرد بأمراض أو اضطرابات أخرى مترافقة ويوضح كل من (جيلبيرج، بيترز: د.ت) بعض من المشاكل التي تترافق مع الاضطراب وهي:

(١) مشاكل النظر- الحركات المضطربة للعيون :

يوجد واحد من كل خمسة أشخاص مصابين بالتوحد يعانون من مشاكل في النظر مما يتطلب التدخلات الطبية إلا أن العمى غير شائع في حالات التوحد.

(٢) مشاكل السمع- عجز السمع:

يتصف عدد واحد من كل عشرون شخصاً من المصابين بالتوحد بفقدان السمع، وحوالي واحد من كل خمسة لديهم عجز ملحوظ بالسمع.

٣) المشاكل المحددة للتخاطب واللغة:

قلة من التوحديين يعانون من صعوبة في إنتاج اللغة بسبب ضعف العضلات والأعصاب ذات الصلة بحركة الحبل الصوتي.

٤) الحالة غير السوية للبشرة:

هناك العديد من حالات التوحد تحتوي على مشاكل البشرة، بحيث يكون جزء كبير أو صغير من أنحاء البشرة ذو لون متباين.

٥) مشاكل العظام والمفاصل:

هناك بعض الأشخاص المصابين بالتوحد لديهم درجة من ليونة الأربطة تؤدي إلى الزيادة المفرطة لمرونة المفاصل مما يظهر شكل مرتخي للشخص، بالإضافة إلى صعوبة التحكم في بعض حركات العضلات الصغيرة، مع عدم التناسق في شكل الحركة والمشي بشكل عام.

وتشير كوك وجولدينغ (٢٠٠١م) إلى أن (٢٥٪) من أطفال التوحد يمشون مباشرة مما يفقدهم المرور بمرحلة الحبو وهذا يعكس مشاكل في التحكم في عضلات الجزء العلوي والسفلي مستقبلاً. ويوضح غازي الدين (٢٠٠٠م، ١٥١) أنه على الأقل (١٠٪) من الأشخاص الذين لديهم توحد تظهر عليهم أمراض طبية بدنية أخرى.

وترجح راببة حكيم (٢٠٠٢م) بعض الأمراض التي قد تصاحب اضطراب التوحد وهي:

- ١) متلازمة فراجاك (Fragigdxsyndrome) وسببه عيب في تركيب الكرموزوم.
- ٢) مرض فينائل كيتونيوريا (Phenylketonuria) Pku وهو مرض وراثي، سببه تراكم الحمض الأميني فينائل النين في الدم والمخ.
- ٣) مرض (Tuberous Sclerosis) وهو مرض وراثي، يوصف بوجود مشاكل في الجلد وبقع بالإضافة إلى التخلف العقلي.

وتظهر بعض الاضطرابات المصاحبة للتوحد أعراضها في الشخص المصاب بها كتشوهات في الأجهزة التناسلية الخارجية مثلاً في حال ترافق (متلازمة × الهش) تكون الأعضاء التناسلية الخارجية كبيرة الحجم أما في حال ترافق أعراض برادر ويللي (Prader - Willi) فإن الأجهزة التناسلية الخارجية تتسم بصغر الحجم.

كما تشير بعض الأبحاث إلى زيادة مضطربة في حجم الدماغ لدى التوحدين إلى سن (١١) سنة، فقد قام ديفر وآخرون (٢٠٠٤م) بقياس حجم الدماغ لدى أطفال مصابين بالتوحد ومقارنتهم بالأطفال الأسوياء بواسطة أجهزة التخطيط النووي الحديثة، وأظهرت النتائج أن أدمغة التوحدين تزيد عن أدمغة الأسوياء بمعدل (١٠٪).

وعلى الرغم من تزايد الاتجاهات التي تشير إلى عدم تناسق مناطق متعددة في الدماغ بالإضافة إلى زيادة محيط الرأس، إلا أن هذا يفتقد إلى البرهنة العلمية على الأقل لنصف المصابين بالتوحد، (سليمان: ٢٠٠١م).

وهذا يوضح أن هناك مجموعة من التوحدين لا توجد لديهم أي دلائل تشير إلى وجود خلل جسمي معين عندما يجري الكشف الطبي عليهم كما أن المشاكل الجسمية في الغالب نادرة لدى التوحدين خصوصاً إذا لم ترافق أعراض اضطراب التوحد باضطراب آخر، ويعزز ذلك من نظرة المجتمع لهم كأفراد غير مهذبين إلا أن عدم استجابة التوحدين للمثيرات البيئية من حولهم بالشكل المطلوب يحفز النظر إليهم كما لو أنهم مصابون في إحدى أعضائهم الحسية، وهذا لا ينفي وجود مجموعة من التوحدين بالفعل تعاني من حساسية مفرطة عند سماع الأصوات، أو التعرض لأضواء النيون، أو عند اللمس مما يشير لوجود استجابات حسية غير طبيعية ناتجة عن خلل في المعالجة الحسية تعكس وجود مشكلة تستدعي التدخل العلاجي، بالإضافة إلى صعوبة استخدام مختلف الحواس في آن واحد.

ثانياً: الخصائص السلوكية والحركية:

يوضح (Stone: et al: 1994) أن التقارير الطبية والملاحظات الوالدية تظهر جوانب مختلفة من أنماط السلوك الشاذ لدى المصابين بالتوحد.

ويشير الخطيب والحديدي (١٩٩٩م) إلى أن المشكلات السلوكية المتعلقة بالأكل والنوم والتدريب على استخدام الحمام من الشائع وجودها لدى التوحديين.

ويوضح السويدي (٢٠٠٠م) أبرز السلوكيات لدى التوحديين وهي:

(**Destructive Behavior**) (

ويتمثل ذلك في تحطيم وإلغاء الأشياء والعدوان على نفسه والآخرين.

(**Self Stimulatory Behavior**) (

ويظهر هذا السلوك بحركات لا إرادية يقوم بها كرفرفة اليدين وهز الجسم

ذهاباً وإياباً.

(**Lack of Motivation**) (

ويظهر هذا السلوك في اللامبالاة للمثيرات الموجودة في البيئة والحوافز والمعززات والتي تشد

انتباه الآخرين في الغالب.

(**Stimulus Over Selectivity**) (

وهو على عكس السلوك السابق، فقد يميل التوحديين إلى مثير معين بصورة مفرطة.

(٥) مقاومة التغيير (**Resistance**)

حيث يفضل التوحديين أن تسير الأمور على نمط محدد دون تغيير فهم يفضلون أن تسير

الأمور الحياتية وفق روتين معين وينزعجون بشدة عند إحداث أي تغيير طفيف به.

ويؤكد (Tamarit: 1996) على أن التوحيدين لديهم دافعية كبيرة لأداء سلوكيات معينة ذات نمط تكراري، بالإضافة إلى الإصرار على اتباع روتين معين في أداء الأنشطة المختلفة، كما يصرون على امتلاك الأشياء، وفق نمط محدد مثل صفها في خط مستقيم، والملاحظ أن معدل نبضات القلب يتناقص بعد أداء هذه السلوكيات.

ويفسر اتودد (١٩٩٩م) ذلك بأن هذه الأنماط من السلوك لها وظائف معينة، فقد يكون النشاط ممتع بحد ذاته للتوحيدين، أو قد يكون ناتج عن استجابة للضغط الشديد والقلق، بينما يوضح إصرارهم على الروتين يجعل أمورهم الحياتية أكثر قابلية للتنبؤ بما سيجري فيها، فالتوحيدين يظهرون نوع من الهدوء والاطمئنان عندما يتعرفون على الخطوط القادمة وربما يعكس ذلك قدرتهم المحدودة على معالجة المعلومات الجديدة.

وتضيف نهلة غندور (٢٠٠٠م: ١٧٤ - ١٤٠) بأن التوحيدي يميل إلى تعميم السلوك المعروف لديه على المواقف الجديدة وقد يلجأ أيضاً لهذا السلوك لجذب الانتباه.

ويوضح (Militerni. et al: 2002) أن التوحيدين الأصغر سناً (٢- ٤) سنة يبدوون سلوك تكراري حسي حركي بشكل أكبر بينما التوحيدين الأكبر سناً (٧- ١١) سنة يكون سلوكهم أكثر تعقيداً، إلا أن هذا السلوك لا يمثل جوهر اضطراب التوحد.

ولعل من أهم السلوكيات الحركية والتي تبدو مبكراً عدم محاولة الطفل تحريك جسمه أو أخذ الوضع الذي يدل على رغبته في أن يحمل، تصلب الطفل عندما يحمل ومحاولته الإفلات (www. Islamonline net : ٢٠٠٣).

ويذكر فيليب تيتلبوم أن هناك علامات اضطرابات حركية واضحة عند عمر (٤ - ٦) أشهر فقد أظهر أطفال شخص فيما بعد بأنهم مصابون بالتوحد عدم تناسق حركة الأذرع والأرجل عندما كانوا مستقلين أو زاحفين، كما أوضحوا طريقة انقلاب غير طبيعية من الخلف إلى البطن مع انحراف في المشي الطبيعي للأطفال حديثي المشي، (درياش: ١٩٩٩م).

ويلخص الروسان (٢٠٠١م: ٤٤) مظاهر النمو الحركي لفئة التوحد في:

- (١) صعوبة أداء المهارات الحركية العامة.
- (٢) صعوبة أداء المهارات الحركية الدقيقة.
- (٣) صعوبة أداء المهارات الحركية التي تتطلب التأزر البصري الحركي.

ولهذه الأسباب يعاني هؤلاء الأطفال من مشكلات في المهارات الحركية العامة والدقيقة كالوقوف والمشي والقفز والجري وصعوبة في أداء مهارات الحياة اليومية التي تتطلب قدرا كبيرا من التأزر البصري الحركي كمهارات الحياة اليومية والمهارات الاستقلالية.

وتشير سميرة السعدي (١٩٩٧م) إلى أن التدريب على السلوك المناسب في المواقف المتعددة يأتي في المرتبة الأولى من وجهة نظر الوالدين بالنسبة للاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم التوحدين. وهذا يوضح أن انتشار السلوك الشاذ غير المناسب سمة غالبية للتوحدين إلا أن هناك بعض الأشخاص التوحدين لا يظهرون أي من النقااض السلوكية الحركية الأنفة الذكر، إلا عندما يتواصلون مع الآخرين، أو عندما يتعرضون لضغوط كافية لإثارة إرباكهم وتوترهم.

ثالثاً: الخصائص النفسية والانفعالية؛

يوضح غازي الدين (٢٠٠٠م، ١٥٢) أنه حتى الآن لم توضح أي دراسة من الدراسات التي أجريت بالنسبة للتوحد أي قضايا نفسية فيه، ولكن ومع ذلك فإن العينات التي درست من واقع العيادات تقترح أنه يوجد الكثير من الاضطرابات النفسية في التوحد. وتقترح الخبرة السريرية أن الاكتئاب بالفعل ممكن حدوثه في الأشخاص التوحدين إلا أن نسبة الانتشار الدقيقة للاكتئاب في التوحد ما زالت غير معروفة..

وقد وجد في عينة سريرية مكونة من (٦٤) طفلاً ومراهقاً مصابين بالتوحد أن الاكتئاب كان أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في (٢ - ٣٪) من مجموع العينة إلا أن احتمالية حدوثه تزيد في الأشخاص التوحديين من ذوي الأداء العالي.

وترى الباحثة أن السبب في ذلك قد يرجع إلى امتلاكهم إمكانيات إدراكية أوسع، مما يجعلهم يستشعرون الفرق بينهم وبين الأفراد الآخرين، بالإضافة إلى عدم قدرتهم عن التعبير عما يدور بداخلهم من ألم وضيق والذي قد يسهم في مفاومة المشكلة وظهورها في مراحل متأخرة وهذا بطبيعة الحال لا يستبعد أثر العوامل الأخرى المسببة للاكتئاب كالعامل الجيني، والعوامل الطبية، والاضطرابات الأخرى المصاحبة كالصرع والذي يزيد من احتمالية حدوث الاكتئاب.

ويوضح كوك وجولدينغ (٢٠٠١م) أن المخاوف الشديدة والفوبيا غالباً ما تظهر لدى التوحديين الذين يعانون من فرط الإدراك الحسي، وإذا وجد فإنه يستمر لفترات طويلة بالإضافة إلى ردة فعل غريبة تعيق أداءهم بشكل فعال.

ولعل من الشائع لدى هذه الفئة التعبيرات الشاذة عن الحالة الانفعالية النفسية التي يكونون عليها مثل ضرب البطن أو لف الأصابع في حالة التعبير عن الفرح، أو الضحك الشاذ غير الموظف في حالة التوتر، وقد أكدت وفاء الشامي (٢٠٠٤م) على أن ردود أفعال المصابين بالتوحد غالباً ما تتغير بسرعة دون علامات إنذارية بين حالتين متضادتين. كما تؤكد على أن الخوف والقلق بالنسبة لبعض الأشخاص التوحديين هما الانفعالات العاطفيان اللذان يكثر الإحساس بهما، (١١٣). كما أن ظهور مشاعر الغيرة لديهم أمر محتمل جداً وهذا يؤكد على وجود مشاعر التعلق بالآخرين والإحساس بالسعادة والحزن لدى البعض من فئة التوحد .

وقد تكون الحالات الانفعالية الحادة كالعدوان والصراخ، ونوبات الغضب العارمة شائعة لدى

التوحديين.

ويعلق الفوزان (٢٠٠٠م: ٥٠) أن أطفال التوحد ليسوا عدوانيين، بل نحن لم نحسن تفسير حركاتهم ولم نعمل للاستجابة لما يريدون، فهم أحياناً يلجأون إلى العنف كنوع من شد الانتباه إليهم واللعب معهم فإذا استجبت لما يريد فإنه يرضى ويكون سعيداً ويهدأ.

ويلفت النظر (Edelson : 2003) إلى أن هناك اضطرابات نفسية سببها مشاكل صحية جسمية بالدرجة الأولى، فقد يعاني التوحديين من نقص الإدراك الحسي للألم أو الإسهال أو الإمساك أو مقاومة التعب مما يعكس حالة انفعالية نفسية حادة متمثلة في صراخ متواصل أو عنف وعدم تقبل للأوامر، وهذه الأمور شائعة بين التوحديين ويجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند التعامل معهم.

ومما سبق تستنتج الباحثة أن المصابين بالتوحد ليسوا عدوانيين بطبيعتهم وأن سلوك العدوان والعنف ليسا أعراض تشخيصية سائدة بينهم وإنما هي محاولة للتعبير من قبلهم، ونتيجة لعجزهم عن التعبير عما يحتاجونه، كما أنهم بالفعل يمتلكون مشاعر ولديهم عواطف إلا أن طريقة تعبيرهم قد يعثرها شيء من الشذوذ.

رابعاً: الخصائص الاجتماعية:

يرى سمبسون وآخرون (٢٠٠١م) أن مظاهر العجز والنقص الاجتماعي من أهم المعوقات التي يواجهها التوحديين، والتي تظهر خلال المراحل الأولى من نموهم، وتستمر مظاهر العجز الاجتماعي بشكل جزئي في المراحل اللاحقة من نموهم. ويحدث التدخل المبكر تحسن ملحوظ باستخدام أي من الاستراتيجيات التالية:

(١) التدريس المباشر (Direct Instruction) للسلوكيات الاجتماعية ويعتمد على التحكم الظاهري بالمهارات المحللة لتشجيع وزيادة عدد مرات تكرار السلوك الاجتماعي.

- (٢) تلقين السبّاقَة (Antecedent prompting) أو توسيط المدرس للتحفيز على بدء التفاعل، وهنا يقدم مثير تلقيني (جسدي أو لفظي) للبدء بتصرف ما بواسطة المدرس متبع بالتعزيز للمشاركة الناجحة.
- (٣) ابتداء القرين أو الرفيق (Peer Initiation) وهنا نعتد على الأقران المقتدرين اجتماعياً لبدء التفاعل مع التوحيدين.
- (٤) تدريس القرين (Peer Tutoring) وهنا لا يقتصر فقط على تنظيم عملية التفاعل بين القادرين اجتماعياً وأقرانهم التوحيدين وإنما يوفر فرصاً إضافية لتنمية مهاراتهم، سمبسون وآخرون (٢٠٠١م)

ويوضح السويدي (٢٠٠٠م) أهم الخصائص الاجتماعية الشائعة لدى التوحيدين في

النقاط التالية:

(:
يفتقر التوحيدين لتتبع سلسلة مهارات التفاعل الاجتماعي المتعاقبة فرغم وجود الدافع القوي لدى البعض للتفاعل مع الآخرين إلا أن عدم المعرفة بتطبيق قواعد التفاعل الاجتماعي كالتوقيت المناسب للبدء أو التوقف عن الحدث مع ترافق ذلك بسلوكيات شاذة أحياناً، يقلل من فرصة قبولهم من قبل الآخرين.

(:
يتصرف معظم أطفال التوحد وليس الكل، كما لو أن الآخرين من حولهم غير موجودين، وكأنهم اتخذوا قراراً ضمناً بسحب أنفسهم من مجتمعاتهم، وهم في الحقيقة ليسوا منسحبين وإنما لم يتعلموا ويخبروا متعة التفاعل البشري بالإضافة إلى أن حساسيتهم للمس، أو الأصوات قد تحول دون ذلك وغالباً ما تتغير هذه الحالة عند اكتشافهم للإيجابيات المترتبة جراء اتصالهم مع الآخرين.

(:

يتسم التوحديين بإقدامهم على سلوكيات غير مناسبة وغير لائقة في المواقف الاجتماعية نتيجة لعدم قدرتهم على فهم أبعاد التفاعل الاجتماعي ومتطلباته، فقد تسبب حركتهم الزائدة، أو ترديدهم لبعض الألفاظ. والقيام ببعض الحركات غير السوية على مرئى من الآخرين لإحراجات شديدة بالنسبة للمحيطين.

ومن السمات الغالبة عدم الكذب والصدق المطلق في التعبير عما يريد أو يشاهد بغض النظر عن كون ذلك لائق اجتماعياً أم لا.

(:

تعتبر قدرة التوحديين على التعبير العاطفي الموافق للمواقف الاجتماعية محدودة، ومع ذلك فإنه لا يجوز القول بأنهم غير مكترئين بمشاعر الآخرين فقد يظهرون بعض من أنماط الاستجابة المتوافقة نوعاً ما، إلا أن المشكلة تكمن في أنهم لا يعرفون ما تعنيه تلك الحركات المحددة والكلمات الصادرة عن الآخرين.

ويرى (Dawson. et al: 1998) أن استجابة أطفال التوحد للمثيرات غير الاجتماعية أفضل من استجابتهم للمثيرات الاجتماعية بشكل ملحوظ وتلفت الباحثة النظر أن صفة الإنسحابية أو الإنطوائية تأتي في مقدمة الصفات التي تتبادر إلى أذهان العامة وبعض الأطباء والأخصائيين كمرادف للتوحد ..

وتوضح الباحثة أن هذه السمة ليست هي الغالبة والمميزة للاضطراب وعند وجودها يجب أن تناقش كعرض وليس كسمة دائمة للمصابين بالتوحد حيث أنها غالباً ما تتغير خلال مراحل نموهم.

خامساً: الخصائص العقلية:

يوضح السرطاوي وآخرون (٢٠٠٠م: ٦٣) أنه من المميز كيف يتأتى للطفل التوحدي أن يتعلم المعلومات رفيعة المستوى المعلومات التي لم يسبق تعليمها له وهو يعاني من صعوبة في التذكر أو استخدام المهارات الأكاديمية والاجتماعية التي تعلمها من قبل.

والتوضيح السابق يجعلنا نناقش الخصائص العقلية للتوحيدين من ثلاث اتجاهات وتشمل العمليات العقلية المعرفية للتوحيدين، القدرات الخاصة ومستوى الذكاء لديهم.

أولاً: العمليات العقلية لدى التوحيدين:

أن المدخل الأول للعمليات العقلية المعرفية حسب نظم تجهيز ومعالجة المعلومات يكون عن طريق الحواس. ويؤكد هاولن وآخرون (٢٠٠٢م: ٢١) أنه من المفترض أن الأطفال التوحيدين لا يعانون من مشاكل حسية، لكنهم يعانون من نقص إدراكي مركزي في قدرتهم على الاستيعاب العقلي وفيما يلي نوضح خصائص هذه العمليات العقلية المعرفية لدى التوحيدين:

- (١) بالنسبة للإدراك والفهم، هم لا يستطيعون فهم ما يرونه وما يسمعونه أي لا يمكنهم فك شفرة الإثارة بطريقة ذات معنى، ويوضح (Loughlin & Thagard: 2000) أن الاتجاه الحديث لطبيعة ضعف الإدراك في حالات التوحد يشير إلى أن الأفراد التوحيدين يظهرون ضعفاً شديداً في عملية الترابط المنطقي كقدرة اتمام المعلومات والتي تؤدي إلى معنى مفهوم عن بيئته، ويضيف (Trepagnier. et al: 2002) أن التوحيدين يظهرون أداء متميز في إدراك الأشياء المادية مقارنة بإدراك تعابير وملامح وجوه الآخرين.

- (٢) مهام الذاكرة، تكون الذاكرة بالنسبة للمدى البعيد جيدة إلا أنها قد تكون ضعيفة بالنسبة لتذكرها للوقائع الحديثة، ويؤكد الفوزان (٢٠٠٢م) أن أغلب التوحديين يتمتعون بذاكرة قوية بشكل ملحوظ.
- (٣) مهارة التخيل والترميز، يوضح جيلبرج وبيترز(د ت: ١١) أن الاشخاص التوحديين لا يصلون إلى مستوى الرمزية مرحلة ما بعد الواقع ولا يعرفون عنصر الخيال، وإذا حدث في بعض الحالات ووصل الشخص إلى مرحلة الرمزية أو استخدام الخيال فإنها تكون بعد صعوبات كبيرة ليس لها حد. فالتوحديين يبقون ويستمررون في حالة الإغراق أو الإفراط في الواقعية. ويؤيد ذلك عجز التوحديين عن اللعب الرمزي والتقليد، بالإضافة إلى القصور الواضح في تخمين وجهات نظر الآخرين، والذي يعكس ضعف في المهارات اللازمة لإدراك الأشياء غير المحسوسة.
- (٤) القدرة على التميز، يتفق عبدالله (٢٠٠١م) و (Adolphs. et al: 2001) على أن المصابين بالتوحد لديهم قدرة جيدة على التمييز بين المثيرات في حال كونها حسية وعيانية.
- (٥) مهارات التفكير، توضح جراند (١٩٩٨م) أن الأشخاص المصابين بالتوحد يميلون إلى التفكير المرئي بدلاً من اللغة والكلمات كما أنهم يستغرقون وقت أطول نسبياً في ذلك. وتضيف كيل (٢٠٠٢م) أن التوحديين يعانون من صعوبة الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم أثناء محاولة معالجة معلومة أخرى.
- وهذا يشير إلى أن تفكير التوحديين غير مرن في الغالب وغير منطقي بالإضافة إلى أن استجاباتهم بطيئة في المواقف المعقدة ويوضح (Wainwright & Bryson: 1996) أن التوحديين لديهم توجه كبير لاستخدام الجزء الأيمن من المخ في تحليل المعلومات المقدمة، ويوضح الزيات (١٩٩٨م: ١١٦) أن النصف الكروي الأيسر من المخ يميل إلى معالجة وتجهيز المعلومات تحليلياً Analy tically (جزئية - جزئية) وبصورة تعاقبية بينما يميل النصف الكروي الأيمن من المخ إلى معالجة وتجهيز المعلومات كلياً Holistically. فعند تحليل المعلومة بواسطة الجزء الأيمن من المخ فإنه

يفسرها حرفياً كما يراها دون تحليل وربط لأجزائها، ويفسر ذلك بعض أوجه القصور في العمليات العقلية المعرفية لدى التوحديين.

ويؤكد عبد الله (٢٠٠١م: ١١٦) أن العجز المعرفي لا يشمل كل مظاهر العمليات العقلية المعرفية عندهم. وبالنسبة لقدرتهم على المعالجة Processing abilities فإنهم لا يعانون من صعوبة في عملية التمييز والتذكر، إلا أن العجز الواضح الذي يبدو لديهم هو في المعالجة المجردة Abstract Processing اللازمة من أجل تحويل المادة المدركة إلى مادة رمزية Symbolic حتى يتم تمثيلها عقلياً. إلا أنه من الممكن أن يتقدم التوحدي لفهم ما وراء الواقع من معتقدات ومفاهيم إلى حد ما بعد تدريب مكثف، (هاولن وآخرون: ٢٠٠٢م: ٢١).

ثانياً: القدرات الخاصة:

أعلن ريملاندر سنة (١٩٧٨م) أن (١٠٪) من التوحديين يتمتعون بقدرات غير عادية في مجال الموسيقى أو الفن أو الرياضيات أو قوة الذاكرة مقارنة مع (١٪) من المتخلفين عقلياً. (٢٠٠٣م: WWW.Toubibonline.com) ويوضح وينج (١٩٩٤م: ٦٠) أن أي من هذه القدرات السابقة لا تعتمد على الجانب اللغوي، فالمهارة الموسيقية والعديدية والقدرة على تذكر الأماكن تتعلق بأجزاء مختلفة من المخ عن تلك المتعلقة بالجانب اللغوي والكلام والقاعدة العامة هي أن الأطفال التوحديين يكون أدائهم أفضل بالنسبة للمهارات التي لا تتطلب استخدام اللغة.

ويفسر جوهر (٢٠٠٣م) ذلك بأن الخلايا والمراكز الموزعة في المخ هي المنطقة الوحيدة السليمة وغير مصابة بإعاقة المراكز الأخرى المسؤولة عن النشاطات التي يعملها الطفل التوحدي، وأن بعض الإشارات العصبية المسؤولة في بعض أجزاء المخ سليمة وأن بعض الأجزاء تالفة أو أصابها خلل، لذلك فإنها تنعكس على مدركات الطفل التوحدي.

والملاحظ أن بعض التوحديين الذين يلمسون تحسن في أعراض الاضطراب باستعادة القدرة الوظيفية للغة والتفاعل الاجتماعي والتواصل بشكل عام قد تقل أو تختفي لديهم هذه القدرات الخاصة.

ثالثاً: مستوى الذكاء لدى التوحديين:

أن الذكاء يعتمد على وجود عقل سليم وحواس سليمة قادرة على اكتساب المهارات والقدرات من المجتمع المحيط به، وكلما زادت هذه المكتسبات زادت درجة الذكاء وبالنظر إلى واقع الطفل التوحدي نجده غير قادر على التواصل مع البيئة والمجتمع من حوله وهذا يحد من تطور قدرات الذكاء لديه ويوضح أبو العزائم (٢٠٠٣م) أن حوالي (٤٠٪) من التوحديين لديهم معامل ذكاء يقل عن (٥٠ - ٥٥) وحوالي (٣٠٪) يتراوح معامل ذكائهم بين (٥٠ - ٧٠)..

ويتبنى الفوزان (٢٠٠٢م) وجهة نظر مشككة لدقة اختبارات الذكاء المطبقة على فئة

التوحديين للأسباب التالية:

- أن تطبيق أي مقياس يحتاج إلى تضافر جهود المدرس، أولياء الأمور، المختصين.

- أن هؤلاء الأطفال معظمهم لا يتحدث، وليس لديه رغبة في التواصل مع الغير

التفاعل.

وتؤيد كورسلي (٢٠٠٠م) هذا التوجه، موضحة أن تعليم الأفراد التوحديين طرق التواصل

والتعبير عن النفس، سيصحح الكثير من مفاهيمنا عن التوحد والمعتقدات الخاصة عن الذكاء إلا

أن محمد (٢٠٠٢م) يؤيد تطبيق مقاييس الذكاء غير اللفظية لأن أداء الأطفال التوحديين فيها أفضل

من أدائهم على المقاييس اللفظية.

وترى الباحثة أنه يجب اكتساب الألفة مع الطفل التوحيدي بشكل أولي قبل تطبيق أي مقياس عملي معهم، بالإضافة إلى التأكد من أنهم يستوعبون الأداء المطلوب منهم بحيث تعزى النتيجة للقدرة على الأداء وليس لسوء أو عدم الفهم.

ويتضح من العرض السابق أن الخصائص العقلية للتوحيدين تفسر الصعوبات المستمرة التي يواجهها هؤلاء الأفراد في الوظائف الاجتماعية والتواصل، ويوضح هاولن وآخرون (٢٠٠٢م) أهم هذه الصعوبات:

- (١) عدم الإحساس بمشاعر الآخرين.
- (٢) الاعتقاد الخاطئ بمعرفة الآخرين بجميع الأحداث التي يعرفها.
- (٣) الضعف في تبادل الصداقات بالقراءة والاستجابة.
- (٤) الضعف في معرفة مستوى المستمع بالاهتمام بموضوع الحديث.
- (٥) الضعف في ملاحظة المعنى الذي يقصده المتكلم.
- (٦) الضعف في توقع ما قد يفكر به الآخرون بعمل شخص ما.
- (٧) ضعف القدرة على فهم سوء الفهم.
- (٨) الضعف في المقدرة على الخداع أو فهم المكر.
- (٩) الضعف في القدرة على فهم المسببات للأفعال التي تصدر عن الآخرين.
- (١٠) عدم القدرة على فهم قواعد التعامل والمهارات الحياتية الطبيعية..

فالعديد من الدراسات أظهرت أن الأطفال التوحيدين لديهم صعوبة محددة في معرفة وفهم الحالة العقلية، ومن التفسيرات أن ذلك العجز في القدرات العقلية يشكل الأساس في العديد من التطورات غير الطبيعية التي تميز إعاقة التوحد، (المرجع سابق: ١٤).

ويشير الزراع (٢٠٠٣م) إلى وجود فروق بين التوحدين على الأبعاد التالية (اللغة، التواصل، الأكاديمي، السلوك، الناحية الجسمية والصحية، التفاعل الاجتماعي، الناحية الانفعالية والحسية) تعزى لتفاعل متغير الحالة العقلية والفئة العمرية.

وهذا يوضح أن الخصائص آنفة الذكر والمرتبطة بالتوحد ذات تأثير متبادل إلى حد كبير ويجب النظر إليها مجتمعة عند تقييم وتفسير الحالة التي يكون عليها المصاب بالتوحد، كما ينوه إلى أن هذه الخصائص غالباً ما تتشكل وتتغير، والمدهش عند ملاحظة التوحدين كما يرى راندال وباركر (٢٠٠٢م) وتؤيده سميرة السعدي (١٩٩٧م) هو كيفية اختلافهم وليس تشابهم. وهذا ما يفسره المدى الواسع من الخصائص التي قد ترافق مع حالة دون أخرى.

فالعديد من الدراسات أظهرت أن الأطفال التوحدين لديهم صعوبة محددة في معرفة وفهم الحالة العقلية، ومن التفسيرات أن ذلك العجز في القدرات العقلية يشكل الأساس في العديد من التطورات غير الطبيعية التي تميز إعاقة التوحد، (المرجع سابق: ١٤).

٦. النظريات المفسرة للإصابة باضطراب التوحد :

أن الاتجاهات الحديثة تؤيد أن اضطراب التوحد يحدث نتيجة لعدة أسباب وليس لسبب

واحد (حمدان: ٢٠٠٢م) وتشير الباحثة أن من الأسباب المحفزة لتبني هذا التوجه ما يلي:

(١) الاختلافات الواضحة في خصائص المصابين باضطراب التوحد، بحيث تنفرد كل حالة بأعراض غير موجودة بنفس الصورة في الحالات الأخرى، مما يعكس تضرر أجزاء مختلفة في الدماغ لكل حالة.

(٢) اختلاف وقت حدوث الاضطراب قبل أو بعد أو أثناء الولادة، فقد أشار-(DSM

4R:2000 إلى أن حوالي (٢٠٪) على الأقل خبروا مرحلة نمو طبيعية خلال السنة الأولى والثانية من حياتهم.

ومن أولى النظريات المفسرة للإصابة بالاضطراب كانت تعزى إلى العوامل النفسية، ويشير

(Mackowiak:2000) إلى أن الاعتقاد السابق للإصابة بالاضطراب أرجع إلى المشاكل البيئية، إلا أن

الأبحاث الجديدة أثبتت أن هناك عوامل حيوية تسبب هذا الاضطراب منها ما هو متعلق بالنواحي

العصبية في الدماغ، اضطراب الكيمياء الحيوية في الجسم، العيوب الجينية، مشاكل الحمل

والولادة ويضيف أن هناك اعتقاداً بأن التوحد هو إعاقة ذاتية.

وقد قدم العديد من الباحثين محاولات لتصنيف نظريات الإصابة بالاضطراب فقد وضع

الشخص والسرطاوي(١٩٩٩م) أن نظريات الإصابة باضطراب التوحد تصنف إلى:

() Nurture Theories، :

ويركز هذا الاتجاه على الوضع الطبيعي للطفل التوحدي من الجانب العضوي، ويؤكد

على حدوث مؤثرات قوية في مرحلة مبكرة تسفر عن إصابة الطفل بالاضطراب النفسي الشديد،

ويضع أصحاب هذه النظريات المسؤولية على المعاملة الوالدية الشاذة وبالذات معاملة الأم، مع التنويه

أنه من الممكن أن يكون لدى الطفل مواطن ضعف داخلية لا تمكنه من تنمية المشاعر العادية نحو

الوالدين.

() Nature Theories :

ويتخذ هذا الاتجاه نظرة معاكسة لنظرية التطبع، حيث يؤكد أن الاضطراب الحادث هو نتيجة خلل عضوي في تركيب خلايا الجسم، أو أجهزته بصورة تعوق عملية النمو الإدراكي أو العقلي أو العاطفي أو الانفعالي أو اللغوي، أو جميعها بصورة عادية.

() :

هذا الاتجاه يعبر عن موقف وسط، بحيث يتبنى وجهتي النظر البيئية والعضوية معا، بحيث يؤكد على وجود خلل عضوي لدى الطفل يهيئ لحدوث الاضطراب، لكن الاضطراب لا يحدث بالفعل إلا إذا تعرض الطفل لخبرات بيئية صادمة، تضمن رعاية والديه مضطربة. أما هاله محمد (٢٠٠١م) فقد قسمت النظريات المفسرة للاضطراب إلى:

(١) النظرية الفسيولوجية وتضم وجهة النظر السيكودينامية والتي تتبنى أثر العلاقة الوالدية في نشوء الاضطراب.

(٢) النظرية البيولوجية وتضم العوامل الوراثية، العوامل العصبية، العوامل البيوكيميائية كمسببات للاضطراب.

(٣) النظرية المعرفية والتي ترجع الاضطراب إلى المشاكل المعرفية، والقصور الإدراكي. ويقترح

كوهين وبولتون: (٢٠٠٠م) نموذج التقاء الأسباب في طريق واحد (Final Common

Pathway)، والذي يرجع السبب في اضطراب التوحد إلى خلل في وظائف المخ نتيجة عدة

أسباب منها أسباب جينية، التهابات فيروسية، صعوبات الحمل والولادة، بالإضافة إلى مسببات أخرى يتوقع أنها لم تكتشف بعد.

:

أولاً : نظرية المنشأ النفسي (Psychological Theory)

يعتقد أن التوحد هو حالة نفسية سببها سوء تعامل الوالدين وخصوصاً الأم، حيث أن الوالدين لم يعطوا الحنان والدفء الكافي.

ويبنى هذا الاعتقاد على أن معظم أطفال التوحد لا يرغبون بالضم من الأمام وإنما من الخلف، لأنهم لا يرغبون بالنظر في وجه من يضمهم ، (الفوزان: ٢٠٠٢م: ٥٦).
ومن أكثر المؤيدين لهذا التوجه المحلل النفسي برونو بيتلهديم Bruno Bettelhdim ،
تتبرجين Tinberghen ومارثي ولش Martha Welch.

وفي مناقشة صحة هذا الاعتقاد لم يوجد ما يؤيد ، فغالبا ما تحتوي العائلة على أطفال آخرين تلقوا نفس أساليب الرعاية الوالدية وهم أصحاء ، كما أن كثير من الأطفال يفقدون أحد الوالدين أو كلاهما ولا يصيبهم الاضطراب.

وقد وضع خليل (١٩٩٣م) أنه لا توجد مؤشرات شخصية فارقة بين آباء الأطفال التوحيديين وآباء الأطفال الأسوياء.
مما يعكس تمتع آباء الأطفال التوحيديين بشخصيات سوية غير مضطربة قادرة على رعاية أطفالهم بشكل سوي.

وإضافة لذلك فإن اتجاهات البحث في العوامل النفسية عكست اتجاهاتها لتري ما إذا كان وجود طفل توحيدي يؤثر على البناء النفسي للعائلة ، وقد أثبتت هذه الدراسات أن التوحد يسبب توتراً أشد وأعمق على العائلة من الإعاقات الأخرى، (راندال، باركر: ٢٠٠٢م) وقد نفت الجمعية الأمريكية للتوحد (ASA: 2004) أن يكون للعامل النفسي والاجتماعي أي دور في الإصابة بالتوحد مدلة على أنه ينتشر بنسب متقاربة في مختلف المجتمعات والثقافات

ثانياً : النظرية البيولوجية (Biological Theory)

- تعتقد بأن التوحد سببه خلل عضوي يحدث إما قبل أو بعد أو أثناء الولادة.
- وتتزايد المؤشرات الدالة على أن الإصابة بالتوحد تحدث نتيجة خلل في الجهاز العصبي المركزي (المخ) Cerebral Nervous System وقد رصدت الدراسات بعض أنواع هذا الخلل وهي:
 - شذوذ واختلال في تركيب بعض المناطق في المخ وخاصة المخيخ، الفصوص الصدغية، وحول بطينات المخ.
 - زيادة أو نقص بعض الموصلات العصبية، مثل الزيادة في إنتاج السيروتونين والنورالدين، والنقص في إنتاج الدوبامين.
 - انخفاض عدد الخلايا المكونة لأجزاء المخ مثل خلايا بوركنج، أو الزيادة والتسارع في نمو الخلايا بحيث تصبح مضغوطة وغير ناضجة لأداء وظائفها.
 - تناقص كمية التشابك ما بين الخلايا، بحيث تصبح أكثر انعزلاً عن بعضها.
 - خلل في تفاعله الحاجز المخي الذي يسمح بمرور المواد المغذية للمخ.
- ويوضح (Cotteri:1994) أن من الدلائل التي تؤيد وجود خلل في المخ تعرض ثلث المصابين بالتوحد لنوبات صرع، كما يؤيد ذلك تسجيل (Tsai:1958) في دراستها شذوذ وخلل في نشاط المخ الكهربائي بنسبة (٣٢٪) إلى (٤٥٪) في عينة مكونة من (١٠٠) مصاب بالتوحد، (عبد الله: ٢٠٠١م).
- كما أن التقدم الطبي التكنولوجي أسهم بشكل كبير في تقديم الأدلة العملية لهذا الخلل فقد وجد فريث وآخرون (٢٠٠٣م) عند فحص أشعة الرنين المغناطيسي لأفراد مصابين بالتوحد، أن هناك مساحة تقدر بحجم اللوزة مدفونة في المخ عند مرضى التوحد غير موجودة عند أقرانهم الأسوياء.
- كما وجد (Ohnishi. et al: 2000) عند مقارنته للأشعة المقطعية لمخ أطفال التوحد مع أقرانهم الأسوياء، أن الصور التشريحية للدماغ كانت سليمة في المجموعتين، إلا أن التوحدين كان

لديهم ضعف في وصول الدم إلى مناطق متعددة في المخ افترض أنه السبب في ظهور بعض أعراض التوحد.

وقد تعددت الفرضيات المفسرة لطبيعة الخلل في مخ الأفراد المصابين بالتوحد ، ويوضح (الزيات: ١٩٩٨م) أن النمو القبل ولادي للمخ الإنساني في أجزائه (الأمامي، والوسطي، والخلفي) يعكس تطور نمائياً للمخ ككل، وابتداء من الطفولة في اتجاه البلوغ تبدأ مراكز المخ في النمو والتعقيد والتنظيم.

وعلى ذلك فإن نمو المخ يستمر في مراحل متلاحقة وأي خلل يصيبه في إحدى المراحل يعيقه عن التطور السوي، وبما أن اضطراب التوحد مختلف للآن على وقت وسبب حدوثه، فتقترح الباحثة تقسيم الأسباب بناء على الوقت المفترض لحدوث الإصابة، كما يلي.

() () :

يفترض (Rodier:1998) أن الإصابة باضطراب التوحد تحدث قبل الولادة أثناء المراحل الأولى لتكوين الجنين، وتوضح الدراسات أن هناك تطور غير سوي للمخ يحدث خلال الأسابيع الأولى من الحمل (Centers for Disease Control and Prevention:2003).

وقد أشارت هولتمان وآخرون(٢٠٠٣م) أنه توجد علاقة بين نمو الجنين في الرحم واضطراب التوحد، وتضيف أن هناك عوامل ترفع من خطر الإصابة بالتوحد، فقد وجد أن التدخين خلال المراحل المبكرة للحمل كان بحد ذاته عامل مستقل مرتبطاً بمخاطر الإصابة بالاضطراب.

كما أن إصابة الأم خلال فترة الحمل ببعض أنواع الفيروسات، تضاعف من فرص تعرض الجنين للإصابة، فقد أشارت تشيس وآخرون(١٩٧٣م) أن نسبة المواليد المصابين بالتوحد ارتفعت بين المواليد الذين ولدوا لأمهات أصبن أثناء فترة حملهن بالحصبة الألمانية.

وتوضح النظرية الطبية الصينية أن التوحد الذي يحدث أثناء الحمل يعزى إلى مشكلة هي وظيفة الكلى لدى الوالدين والتي ربما تكون عن طريق الأم أو الأب، ويضيفون أنه عندما يكون لدى الأم كلية ضعيفة فإن الجسم لا يمتص فيتامين B6 وبعض العناصر الحيوية الهامة في عملية بناء ونمو المخ ونتيجة لذلك يولد الطفل ذو اضطراب وظيفي في المخ، (الفهد:٢٠٠٣م).

ومن أقوى المسببات القبل ولادية ما يعزى إلى الأسباب الجينية، ففي البضع سنوات الأخيرة حدث تقدم هائل في علم الجينات الوراثية باكتشاف ما يسمى بالخارطة الجينية، كما أن الاتجاهات الحديثة تؤيد تورط عدة جينات كمسبب للإصابة، وهذا منطقي بالرجوع إلى وجود الأعراض الثلاثية المميزة للاضطراب.

فقد وضع (Piven: 1997) أن التوحد سببه فوضى وراثية تحدث قبل الولادة، (Centers for Disease Control and Prevention:2003).

ويؤكد (Shao. et al:2003) على أن التوحد يعتقد أنه مرض جيني، فقد أشارت الدراسات إلى تورط الجينات q13 - 15q11 والموجود على منطقة Gabrb3locus عند الكشف التحليلي لمرضى التوحد الذين لهم نفس العوارض السلوكية ونمط الإصابة.

ويوضح (Denoon: 2003): الأسباب التي تعزز الفرضية الجينية كمسبب لاضطراب التوحد:

- ارتفاع معدل الإصابة بين التوائم المتماثلة (أحادية الزيجوت) عنه في التوائم غير المتماثلة (الثنائية الزيجوت).
 - احتمال إصابة أخوة آخرين في نفس الأسرة تزيد بنسبة (٢٠٪).
 - اكتشاف تورط نفس الجينات في (٣٥ ٪) من العوائل موضوع الدراسة.
 - انتشار الاضطراب في مناطق متجاورة من أوروبا.
 - وجود بعض المشاكل التطورية ومشكلات التعلم واللغة لدى بعض أفراد عائلة المصابين.
- ويعلق (EL- hazmi: 2001) أن علم الوراثة في اضطراب التوحد يحتاج إلى المزيد من الدراسات، كما أن ترافق الاضطراب باضطرابات وراثية أخرى مثل متلازمة (x) الهش، تصلب الأنسجة الدرني، التخلف العقلي يشير إلى عوامل وراثية رئيسية في الإصابة بالاضطراب.

ويقوم حالياً مستشفى الملك فيصل التخصصي بالرياض بالتعاون مع مستشفى في الولايات المتحدة الأمريكية ببحث يهدف إلى تحديد مجموعة الجينات التي يعتقد أنها سبب في الإصابة بالتوحد، ومن المتوقع أن ينجز البحث في عام ٢٠٠٧م، (السقطي: ٢٠٠٤م).

والسؤال الذي لا يزال مطروح على الساحات العلمية هل مسبب الاضطراب هو جين أم عدة جينات وهل هذه الجينات توجد في كرموسوم واحد أم تتجمع في عدة كروموسومات، (الخميسي: ٢٠٠٥م).

() :

يعتقد العديد من الباحثين بأن الصعوبات الولادية لها دور صغير في الإصابة بالاضطراب .

() :

يفترض أن الإصابة باضطراب التوحد تحدث بعد الولادة، ويؤكد ذلك أن بعض التوحديين يطورون نمو سوي خلال السنتين الأولى من عمرهم ثم فجأة يتوقف هذا التطور ويرتد، كما قد يكون للإصابة المباشرة دور في الإصابة بالاضطراب فقد أشار (Gillberg: 1986) إلى وجود حالة تبلغ من العمر (١٤) سنة طورت نفس الأعراض الكلاسيكية للتوحد بعد (٧٠) يوماً من التعرض لإصابة في المخ.

وقد افترض كافر وجود استعداد عضوي للإصابة بالاضطراب تعززه الظروف النفسية والاجتماعية المحيطة بالطفل بعد الولادة، (حلواني: ١٩٩٦م)، (البليشة: ٢٠٠٠م). إلا أن هذه الظروف المحيطة بالطفل وسعت في النظرة الحالية لأسباب الاضطراب لتشمل الأسباب الطبيعية، التلوث، الأسباب الغذائية..

فمن ضمن الفرضيات التي نوقشت كسبب للإصابة بعد الولادة ما اقترحه (Wakefidle. et. al:1998) من ارتباط الإصابة بالتطعيمات وخاصة التطعيم الثلاثي ويعزز هذا الافتراض زيادة التطعيمات التي تعطى للأطفال إلى أن وصلت إلى (٤١) تطعيم قبل بلوغ الطفل العامين، كما أن وجود نسبة عالية من المعادن الثقيلة داخل جسم الأطفال المصابين بالتوحد والتي

تأتي من مصادر بيئية ومن ضمنها اللقاحات أعطى دعم قوي للفرضية، (Centers for Disease Control and Prevention:2003).

وقد قام مركز مكافحة ومنع الأمراض (Centers for Disease Control and Prevention:2003) بدراسة تتبعية ما بين (١٩٩٥م - ١٩٩٨م) للذين أخذوا تطعيم MMR فلم تسجل خلال (٨) سنوات سوى (١٥) حالة أصيبت بالتوحد مما أضعف هذه الفرضية، (المرجع سابق). كما أكد المختصين في (Mayo Clinic Staff: 2003) أنه لا توجد علاقة بين الإصابة بالتوحد وتطعيم MMR، وأن الربط ناتج عن توافق التوقيت بين ظهور المرض والجرعات المفروضة من التطعيم.

ومن الفرضيات المناقشة كسبب لاضطراب التوحد بعد الولادة نظرية الاضطراب الأيضي حيث افترض أن يكون السبب نتيجة وجود بيبتايد خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، هذه المركبات Peptides تتكون عند حدوث التحليل غير الكامل لبعض الأغذية المحتوية على الفلوتين Glutines وتوجد في منتجات الحبوب كالتقمح والشعير والشوفان، والكازين Casein وتوجد في الحليب ومنتجاته، (الصبي: ٢٠٠٣م).

ويؤيد هذه الفرضية وجود بعض السلوكيات في المصابين بالتوحد مشابه للمدمنين مثل عدم الشعور بالألم، فرط الحركة أو الخمول، عدم التركيز، السلوك الشاذ، السلوك المتكرر، اضطرابات النوم .

لكن في هذه الفرضية نقاط ضعف فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأفراد ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد، وحتى التحاليل في بعض التوحيدين لم تثبت وجود مثل هذه المركبات. وتبقى فرضية اخفاق النظام المناعي **Neuro-Immune Dysfunction** من أقوى الفرضيات البيولوجية المفسرة للإضطراب وهي تجمع بين وجود الاستعداد المسبق بالإضافة إلى العوامل البيئية المختلفة كمسبب للإصابة فقد وضع جولد بيرج Coldberg أن مرضى متلازمة الإخفاق المناعي Nids (إشارة للمصابين بطيف التوحد) سبق تأهيلهم جينياً لعدم الانضباط المناعي، وذلك عند استهداف هذا القصور من قبل الفيروسات واضطرابات الرحم، وكذلك اضطرابات الولادة وما قبل

الولادة وكذا مساهمة عدد آخر من الاضطرابات والأمراض والرضوض وغيرها في تشكيل اضطرابات نمو الجانب الإدراكي، وما ينتج عنه من إعاقات أخرى لدى الأطفال..

وبشكل عام، رغم أن هناك ما بينما يؤكد على وجود تهيئة سابقة للإصابة الجينية في غالبية الأطفال، إلا أن هذا الاضطراب ليس جينياً بالكامل كما كان يعتقد في السابق، ويؤيد هذه الفرضية عدة أسباب:

- البحوث الحديثة أثبتت أن أغلب الأسر التي تحتوي على هذه الحالات لديها صلة بقابلية نقل الاستعداد للإخفاق المناعي ..

- تظهر التحاليل انخفاضاً في عدد خلايا المناعة المقاتلة Netureal Killer Cells وانخفاض في مستوى الفيريتين Ferritin وارتفاع في معدلات الكريات الليمفاوية مع غياب كامل لأي مرض بدني واضح ..

- أظهر الفحص العصبي للأطفال الذين يعانون من التوحد انخفاض في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ التي تحتوي على الفص الزمني Temporal lobes مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية والاستجابة السمعية واللغة أما باقي الأعراض فتتولد نتيجة اضطراب في الفص الأمامي Cerebeller area ، (Cddber :2003)..

- اختلال الكروموسومات يمكن أن يحدث أثناء الحمل لأسباب متعددة جينية أو بيئية كالتعرض للإشعاعات، وقد أظهرت الدراسات وجود (٥ - ١٠) كروموسومات شاذة في المصابين بالتوحد، (اوزان : ٢٠٠٤م)..

وفي ظل ارتفاع نسب الإصابة بالاضطراب كما يوضح معهد دراسات Center for the Study of Autism ، ويؤكد ذلك كل من مركز مكافحة ومنع الأمراض Center for Disease Control and preention والجمعية الأمريكية للتوحد Autism Society of America ..

وحسب تقرير المعهد الوطني للصحة NIH فإن نسبة الإصابة قد ارتفعت بمعدل حالة واحدة لكل (٢٥٠) مولود بعد أن كانت تحدث بنسبة واحدة لكل (١٠٠٠٠) مولود في الثمانينات من القرن السابق، (المرجع سابق). بينما يذكر مركز الكويت للتوحد (٢٠٠٤م) أن النسب الإحصائية العالمية تشير إلى ظهور حالة توحد لكل (١٠٠) مولود. وعلى المستوى المحلي تقوم مدينة الملك عبد العزيز

للعلوم والتقنية بدعم بحث يهدف إلى إحصاء عدد المصابين بالتوحد في المملكة العربية السعودية، ويذكر المغلوث (٢٠٠٠م) وجود (٦) آلاف حالة توحد، وأشارت ال الشيخ (٢٠٠٢م) إلى وجود (٤٠٠٠٠) إلى (٤٢٥٠٠) حالة توحد في المملكة العربية السعودية بعد تطبيق النسبة العالمية لمعدل حدوث الاضطراب المعترف بها في كل من أمريكا وفرنسا وبريطانيا وتضمن (٢٥) حالة توحد في كل (١٠٠٠٠) من تعداد السكان.

.. وبهذا أصبح التوحد ثاني أكثر الاضطرابات النمائية انتشاراً على المستوى العالمي،

محمد: (٢٠٠٣م).

ويعلق (Boyles: 2003) أنه من المستحيل أعزاء النسب المتضاعفة بهذه السرعة للإصابة بالاضطراب إلى تحسن إجراءات التشخيص أو إلى الفرضية الوراثية خاصة في ظل ضعف نسل هذه الحالات لأنهم من النادر ما يتزوجون، حيث اشارت وفاء الشامي (٢٠٠٤م) إلى أن نسب الأفراد التوحد بين الذين يتزوجون لا تتعدى (٠ - ٢٪).

كما يؤكد جولد برج أنه من الصعب أن يكون السبب وراء انتشار أي مرض شبه وبائي اضطراب في النمو، أو خلل جيني أو يصنف ضمن حالات التلف الدماغية، ولذلك تظل الفرضية السابقة (فرضية إخفاق النظام المناعي) من أقوى الفرضيات لتفسير الإصابة بالاضطراب (Goldberg: 2003).

ويعرض هويدي (٢٠٠٠م) وجهة نظر مشككة في المسببات البيولوجية بشكل عام ويرى أن كثرة هذه العوامل هو نفسه مصدر الشك.

وتدعم الباحثة هذا التوجه، فنتائج الدراسات محيرة ومربكة رغم استخدام وسائل التشخيص المتطورة، لأن اكتشاف التلف في أجزاء متعددة يختلف من طفل لآخر بالإضافة إلى وجود هذا التلف في أطفال غير مصابين بالتوحد، كما أن نتائج بعض الدراسات المطبقة بين التوحديين وأقرانهم تشير إلى تماثل نتائج اختبار أجزاء المخ بينهم، وفي دراسة حديثة لرصد مواقع الخلل في مخ التوحديين وضحاها كل من (Allen: Courchesne: 2003) اعتمد على تشريح جثث لعينة من التوحديين اظهرت النتائج وجود شذوذ تشرحية مخية واضحة المعالم في أكثر من (٩٠٪) من أفراد

العينة ورغم أنها نسبة مرتفعة إلا أن ذلك لا ينفي وجود (١٠٪) لم يوجد لديهم أي نوع من أنواع الشذوذ في تشريح المخ لديهم. كما وضع فريق هو بكنز (٢٠٠١م) وجود (١٣) طفل توحدياً نتائج اختبار أجزاء من الدماغ لديهم مماثلة للأطفال الطبيعيين.

ثالثاً: النظرية المعرفية (Cognitive Theory)

يعتقد أكثر الباحثين أن التوحد يبدأ ببعض القصور الفطري الذي يعوق الوظيفة الإدراكية المعرفية للوليد والقدرة على تفسير المثيرات والتعامل مع العالم المحيط. (أحمد: ١٩٩٩م: ٦٣).

ففي منتصف الستينيات أتجه علماء النفس إلى التفسير المعرفي للتوحد، وكان هملاً وأوكونر من هؤلاء العلماء الرواد في تفسير التوحد على أساس أنه نقص معرفي.

لقد اقترح هؤلاء العلماء أن الإعاقة الاجتماعية للأطفال التوحديين تأتي من عدم قدرتهم على تفسير أو تحويل أي مثير بطريقة لها معنى، أما أرنر فقد بين أن تلك الإعاقة المعرفية للتوحد ترتبط ببعض الصفات الاجتماعية والسلوكية وأنها تعتبر من الملامح الرئيسية لهذا الاضطراب وليست شيئاً ثانوياً.

ويفترض أن الأطفال التوحديين لديهم إعاقة خاصة في تكوين طريقة التمثيل أو طريقة تقديم المعلومات بصورة أسى وأعلى وبالتالي فإنهم غير قادرين على فهم الحالات العقلية الأخرى أن القدرة التطورية على عزو الحالات العقلية للذات وللآخرين لتوضيح السلوك تعرف (بنظرية العقل)..

وقد كان (باورن - كوهين) أول من بين هذا الافتقار إلى نظرية العقل عند الأطفال التوحديين وهذا يعني أن الأطفال التوحديين يعانون من مشكلة التمييز بين ما هو موجود في عقولهم وما هو موجود في عقول الآخرين كما أنهم يفشلون في إدراك حقيقة أن الآخرين لديهم عقول مستقلة، (رندال، باركر ٢٠٠٢م: ٧٠ - ٧١).

وقد أشارت عزة الغامدي (٢٠٠٣م، ٧٤) أنه على الرغم من أن تفسير اضطراب التوحد يشتمل على قصور معين في نظرية العقل، قد لاقت قبول بصورة عامة بين الباحثين والممارسين الإكلينيكين. إلا أن النقاد قد جادلوا بأنه ربما كان هناك تأكيد زائد في تلك التجارب على

أنشطة الاعتقاد الخاطئ False Belief Tasks والمهام الأخرى المتصلة بها كأدوات رئيسية لقياس ذلك القصور، كما أن بعض حالات التوحد استطاعت اجتياز هذه الاختبارات.

وأكد (Yirmiyis & Shulman: 1996) أن أداء الأفراد التوحديين كان أقل من الأفراد الذين يعانون من التخلف العقلي في مهام توقع الاعتقادات الخاطئة وفهم القيم والمعتقدات الصحيحة، إلا أنه عند أخذ القدرات اللغوية بعين الاعتبار كمحك. فإن الاختلاف حينئذ لن يكون كبير وهذا يقود إلى أن حالات التوحد قد تشتمل على حالات ضعف معينة في نظرية العقل. إلا أنها لا تقتصر فقط على حالات التوحد بل تشمل غيرها من الحالات.

وعلى الرغم من مواجهة النظرية لبعض المعارض، إلا أنها قدمت لنا فهم أعمق لبعض سلوكيات التوحديين مثل عدم استيعاب وفهم مشاعر الآخرين، الإصرار على إدخال الآخرين ضمن بعض السلوكيات الروتينية بغض النظر عن رغباتهم.

بينما اشارت فريث عام (١٩٨٩م) إلى أن التوحديين لديهم ضعف في نظرية الترابط المركزي Central Coherence Theory حيث لاحظت عن طريق تطبيق اختبار الشكل المخفي Embedded Figure Test، أن الأفراد التوحديين يركزون انتباههم على الأجزاء أكثر مما يركزونه على الكل، وينطبق هذا على الأشياء البصرية والمعلومات اللفظية. أي أن لديهم صعوبة في توحيد المكونات العديدة للمعلومة بينما يميل الأشخاص العاديون إلى توحيد جوانب صورة كاملة ولها معنى، (وفاء الشامي : ٢٠٠٤م).

وبالتالي يمكن أن يستنتج أن الأفراد التوحديين يعالجون ويخزنون أجزاء من المعلومة في عقولهم ومن المفترض أن يكون ذلك مسؤولاً عن ظهور بعض أعراض اضطراب التوحد.

ومن العرض السابق لمجمل الفرضيات المفسرة لاضطراب التوحد. توضح الباحثة أنها ركزت على ذكر الفرضيات المدعومة بالدراسات العلمية والتي ما زالت موضوع جدل بين الباحثين والمهتمين وذلك بعرض مختلف التوجهات لكل فرضية، ويذكر ريملاندا أنه ما زالت الفيزيولوجيا المرضية للتوحد غير واضحة ففي (١٠ إلى ٣٠٪) من الحالات يعزى هذا المرض إلى عوامل بيولوجية بدون أن يقتصر عليها، (عيتاني : ٢٠٠٣م).

ونستنتج أن اضطراب التوحد من المتوقع أن يحدث بميكانيكية مختلفة في كل حالة،
تضمن أسباب متسلسلة تتضح في خصائص كل حالة مصابة..

ونرجو من الله سبحانه وتعالى أن يسهم التطور الطبي التكنولوجي في المستقبل لآليات عمل
الدماغ والخلايا العصبية في الكشف عن أسباب الاضطراب بحيث يمكن المختصين من تقديم
إجراءات التدخل المبكر الوقائية للحد من تضاعف عدد الحالات في السنوات المقبلة.

٧- العلاج:

أن لتعدد الفرضيات المفسرة لاضطراب التوحد أثر واضح في فهم الاضطراب من زوايا مختلفة
مما انعكس على تقديم أساليب علاجية متنوعة أسهمت في التخفيف من حدة أعراض الاضطراب،
والاضطرابات المصاحبة إن وجدت، وعلاج اضطراب التوحد لا بد أن يتضمن اتجاهين أحدهما موجه
للطفل التوحدي والاتجاه الآخر موجه لأسرة الطفل التوحدي، وفيما يلي طرح لهذه الاتجاهات:

أولاً: العلاج الموجه لفئة التوحد:

بناء على كل فرضية مفسرة للاضطراب أوجدت أساليب العلاج وتتضمن العلاج النفسي،
العلاج الطبي، والعلاج السلوكي بالإضافة إلى اتجاهات أخرى.

(أ) العلاج النفسي (Psychotherapy)

هذا الأسلوب العلاجي بني على ما اقترحه بتلهام من أن تورط العلاقات الوالدية قد تكون
سبب للإصابة. وقد قام بتغيير البيئة المحيط لأطفال بوضعهم في القسم الداخلي للمستشفى أو
بوضعهم في أسرة بديلة تقدم لهم الرعاية..

لقد طبقت أساليب العلاج النفسي، وحتى أساليب التحليل النفسي مع الأطفال التوحديين،
ولكن لم يتوصل إلى أدنى إثبات على أن تلك الأساليب كانت فاعلة في علاج أو في التقليل من
اضطراب وإعاقة هؤلاء الأفراد، وهذا ليس مستغرباً ما دامت تقنيات العلاج النفسي تفترض
مسبقاً تطور الجانب اللغوي والقدرة على الترميز، في حين أن هذه القدرات هي التي يفتقر إليها
الأطفال التوحديين بشكل واضح وجلي، (وينج: ١٩٩٤م: ٨٣).

أن ذلك لا يعني أن العلاج النفسي عديم الفائدة للوالدين، أو الأطفال التوحديين أنفسهم، حيث ثبت إمكانية الإفادة من بعض أساليب العلاج النفسي في تقديم الدعم والموازنة للتعامل مع المواقف الصعبة المصاحبة للتوحد وما يترتب عليها من مشاعر الضيق والاكتئاب. خصوصاً عندما يحس التوحديين بالفرق بينهم وبين أقرانهم، أو عندما يفقدون شخصاً يحبونه ويتعلقون به فهم يشعرون بالحزن والكتابة كغيرهم مثل هذه الحالات تنتفع بالعلاج النفسي إذا تم بواسطة اختصاصي يفهم ويدرك طبيعة الاضطراب.

ولا بد من الإشارة إلى أن الفائدة من أساليب العلاج النفسي تظل محدودة إذا استخدمت مع الأطفال التوحديين الذين يعانون من صعوبات لغوية، ويكون البديل في مثل هذه الحالات استخدام الأساليب غير اللفظية كالعلاج من خلال اللعب، واستخدام أسلوب الضم والحضن، وهي أساليب علاجية تهدف للتقليل من حدة التوتر والقلق والنشاط الزائد في الأفراد التوحديين ويتضح من ذلك أن النظرة لأساليب العلاج النفسي قد وسعت ووطورت بما يتناسب مع خصائص المصابين باضطراب التوحد.

(Medical Treatment) (

إن هذا الاتجاه تتدرج تحته الأساليب العلاجية لاضطراب التوحد والتي تحتاج إلى متابعة طبية متخصصة وهذا راجع إلى اختلاف التكوين الفسيولوجي لكل طفل مما يتطلب متابعة ومراقبة لمدى التحسن وموازنة ذلك مع الجرعات العلاجية والنظام الغذائي المستخدم مع الطفل، وتسهم بشكل فعال معرفة الخصائص النفسية والجسمية الصحيحة بالإضافة إلى التحليلات المعملية الطبية في تحديد المساعدة الطبية التي يحتاجها التوحديين. ويتضمن العلاج الطبي:

(Medical Therapy) (

وهي في الغالب مركبات كيميائية تستخدم في حالات مرضيه أخرى تتوافق بعض أعراضها مع أعراض بعض حالات المصابين بالتوحد مثل:

- أدوية مضادة للاضطرابات العقلية وهي في الأصل لعلاج الفصام وتعمل على تقليل النشاط الزائد، السلوك العدواني والسلوك الانسحابي وقد اعتمد منها Clozavil ، Risperdal ، Zyprexa ، Seroquel ، وتترايد المؤشرات الدالة على أن لها آثار جانبية محتملة.

- أدوية محفزة وتستخدم في الأساس للأطفال الذي يعانون من نقص الانتباه والنشاط الزائد ومنها Ritalin , Adderall , Dexdine ، وتعتبر أقل في الآثار الجانبية من المجموعة الأولى.
- أدوية لمعادلة النقص أو الزيادة في مجموعات الموصلات العصبية في الدماغ فقد لوحظ ارتفاع معدلات Seroonin ، في مجرى الدم لحوالي ثلث حالات الأطفال التي تعاني من التوحد وقد استخدم لمعالته أوية منها Anafranil ، Luvox ، Prozac ، وقد لوحظ تحسن أعراض الأطفال المصابين بالتوحد خصوصاً الحالات المصحوبة باضطرابات حركية ، والقلق الزائد وتقلب المزاج ، (الصبي : ٢٠٠٤م).
- وفي دراسة (Steingard. Et al : 1997) على دواء Sertraline وبرغم من النتائج الدالة في تخفيض القلق والتهيج ، والحد من بعض ردود الفعل السلوكية إلا أن الباحثين اقترحوا إجراء مزيد من الدراسات لمدى الفاعلية والأمان على المدى البعيد.
- كما أكدوا على أهمية التروي في استخدام الأدوية الجديدة لأنها في الغالب لم تخضع للتجريب العملي على الحيوانات وإنما جريت مباشرة على الأطفال ، مما يجعلنا نهمل الآثار الجانبية لها.

(Hormone Therapy) (

- وهي عبارة عن هرمونات بديلة تعطى لموازنة الخلل في الهرمون الذي يوجد أصلاً في الجسم ، وقد لوحظ تحسن في بعض حالات المصابين بالتوحد عند استخدام:
- هرمون السكرتين: وهو هرمون موجود في جسم الإنسان يعمل كناقل رسالة من الجزء العلوي للأمعاء إلى البنكرياس والكبد لكي يقوم بإرسال عصائرها الهاضمة اتجاه الطعام عندما يعبر من المعدة إلى الجزء العلوي من الأمعاء ، وقد لوحظ تحسن في وظائف الجهاز الهضمي والإخراج بشكل عام كما تحسن الاتصال بالعين والوعي العام والهدوء عند إعطاء جرعات من هذا الهرمون في الأطفال المصابين بالتوحد ، كما تنحصر المضاعفات الجانبية غالباً في احمرار بعض المناطق والتي سرعان ما تزول ، (رايية حكيم : ٢٠٠٣م).
- هرمون الميلاتونين: تنتج أجسامنا بصورة طبيعية الميلاتونين داخل الغدة الصنوبرية وهي عضو غددي يوجد بين نصفي الدماغ ، وفي الغالب أن الأطفال التوحديين لا ينتجون ما يكفي ، حيث

أن أكثر من نصف عددهم يتعرضون لاض النوم، وأن عدم النوم قد يفاقم المشكلات السلوكية والسيكولوجية، وأن الأطفال التوحديين الذين يتناولون الميلاتونين بصورة منتظمة يبدو أنهم يحصلون على منافع أكثر من التحسن في النوم. ومع استعماله تكون الفوائد كثيرة أثناء اليوم، وبالنسبة للآثار الجانبية فإنها تنحصر في ما يعرف (بتوفر التحمل) ويمكن علاجها بإيقاف الجرعات لمدة معينة ثم معاودة العلاج، (بانسكيب : ٢٠٠١م).

(Vitamine & Minerals Therapy)

- وهي عبارة عن مكملات غذائية، يفترض أنها تحسن من الأداء الوظيفي للمصابين بالتوحد، نظرا لطبيعة التغذية والمشكلات الهضمية لديهم والتي تعوق من الاستفادة من التغذية بالصورة الطبيعية وفيما يلي عرض لأهم المعادن والفيتامينات التي لوحظ أثرها الفعال على المصابين بالتوحد:
- فيتامين ب٦ والماغنسيوم (B6Mg) ويعطي الفيتامين، B6 مخفف بالماغنسيوم حيث أن الأخير يضبط فرط الحركة ويبطل مفعول التأثيرات الجانبية والناجمة من زيادة العلاج بفيتامين B6 كما أن الجسم لا يستطيع استعمال B6 بطريقة فعالة دون كمية كافية من الماغنسيوم، وقد لوحظ تحسن كبير في جوانب أدائية متعددة للمصابين بالتوحد عند استخدامهم لهذا العلاج.
 - فيتامين C يساعد ويقوي الجهاز المناعي، وقد أفاد Tolbert 1999 أن إعطاء ٠٠٠,٨ مليجرام يوميا من الفيتامين C قد يظهر تحسنا كبيرا في الأطفال والبالغين التوحديين، (ريميلاند ٢٠٠٣م).
 - فيتامين E يحسن الدورة الدموية.
 - ثنائي ميثيل الفلايين DMG ناقل أوكسجين للمخ، مهم للوظيفة الطبيعية للمخ والأعصاب، ويتحسن الأطفال التوحديين بشكل عام عند تناولهم هذه المادة، وعموما فإن الفيتامينات لا تمثل أي أخطار جانبية ملحوظة حتى لو زادت الجرعة قليلا وغالبا ما يتوقف تحديد الجرعة الملائمة على المحاولة والخطأ وتقدير النتائج الإيجابية بعد إعطاء الجرعات وهي وسائل علاجية أكثر أماناً من الأدوية الأخرى.

(Gluten & Casin Freediet)

(

هذا الأسلوب العلاجي مبني على فرضية الكازين والجلوتين أنفة الذكر ويتضمن منع جميع المواد التي تحتوي على الحليب أو أحد مشتقاته أولاً وعند ملاحظة التحسن والذي غالباً ما يظهر بعد ثلاثة أسابيع، ينتقل إلى الجزء الآخر وهو منع منتجات القمح والشعير والشوفان والحبوب بأنواعها واستبدال ذلك بنظام غذائي صارم يمنع دخول أي من هذه المنتجات، وعموماً يظهر تحسن عام في بعض الحالات وغالباً التي تعاني من مشكلات في الجهاز الهضمي من هذا العلاج، وهناك تحاليل تجرى لتوضيح ما إذا كان الطفل التوحدي لديه زيادة في المركبات الشبه أفيونية كازومورفين وجلوترمورفين التي تمثل أكبر محفز لاستخدام الحمية الغذائية عند وجودها في جسم الطفل التوحدي.

وهناك عدة ضوابط تحكم استخدام التدخل الطبي لعلاج اضطراب التوحد إذا ما قررت

الأسرة اللجوء إليها توضحها (Grandin: 2003) وهي:

- تحديد موضوعية العلاج بمقارنة الجوانب الإيجابية والسلبية.
- عدم استخدام أكثر من علاج واحد في وقت واحد.
- إعطاء مدة كافية لتجريب العلاج والتي قد تختلف من طفل لآخر.
- الالتزام بالفحص الطبي الدوري لتقييم العلاج.
- تسجيل ملاحظة المقربين على سلوك الطفل، كما يجب تسجيل أي تغير مفاجئ يظهره الطفل من قبل الوالدين.

هذا مع العلم أنه لا يوجد علاج طبي نهائي يعود بالطفل المتوحد إلى النمو الطبيعي، وإنما معظم هذه العلاجات تخفف من بعض الأعراض المرافقة للحالة وتحسن من مسار الحالة، كما أن العلاج الواحد قد يفيد بعض الحالات على بعضها الآخر بنسب متفاوتة، ويرجع ذلك إلى تباين الطبيعة الفسيولوجية لكل حالة في تفاعلها مع العلاج المستخدم.

ويؤكد كل من الخطيب والحديد: (١٩٩٩م: ٢٩٣) على أن العقاقير الطبية ليست العلاج المناسب للتوحد فالأطفال الذين يعانون من هذه الحالة بحاجة إلى علاج مكثف ومستمر يتضمن العلاج السلوكي والتعديل البيئي.

(Behavioral Therapy) (

يشير مصطلح العلاج السلوكي إلى أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي ويعتبر السلوك محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضى وتنمية السلوك السوي لدى الفرد..

ويعرف بأنه صيغة من الصيغ غير البيولوجية للعلاج التي تطورت من بحوث نظرية التعلم التي طبقت بشكل تجريبي في علاج أنماط محددة للسلوك غير التكيفي، (عفاف دانيال، ٢٠٠١م: ٢٥٣). وقد احتل العلاج السلوكي دورا هاما في تحسين السلوك التكيفي والاجتماعي والتواصل لدى الأطفال والراشدين المصابين بالتوحد، كما أن معظم البرامج التعليمية المقدمة لهذه الفئة تعتمد بشكل أساسي على استخدام فنيات العلاج السلوكي رغم اختلاف توجهاتها وأساليبها. وتستهدف المداخلات بالبرامج السلوكية إلى:

- مداخلات علاجية قبل أن يحدث السلوك غير المرغوب بهدف تفادي الوقوع في مشكلة.
 - مداخلات علاجية بعد أن يحدث السلوك غير المرغوب بهدف إبداله وتعديله.
 - مداخلات علاجية بهدف تعليم استجابات سلوكية جديدة.
- وللوصول إلى هذه النتائج فإننا نستخدم أساليب تعديل السلوك، وتتناولها الباحثة بالطرح كعنصر هام في بناء البرامج السلوكية والذي يمثل أحد متغيرات الدراسة الحالية.
- يعرف البشير: (٢٠٠٣م) تعديل السلوك Behavior Modification بأنه تطبيق منظم للإجراءات المستندة إلى مبادئ التعلم (الاشتراط الاجرائي، الاشتراط الكلاسيكي، والتعلم بالملاحظة) بهدف تغيير السلوك الإنساني ذو الأهمية الاجتماعية.

:

- (١) أساليب تقوية السلوك المرغوب فيه وتتضمن الأساليب التي تزيد من معدل حدوث الاستجابات المرغوبة وتشمل :

(Positive Reinforcement)

وهو أسلوب يتضمن تقديم كل المعززات المرغوب فيها (مادية، معنوية لفظية وغير لفظية) بعد حدوث الاستجابة المرغوب فيها.

(Negative Reinforcement)

وهو أسلوب يتضمن وقف حدوث الحدث المؤلم أو المتغير قبل أو بعد حدوث الاستجابة المرغوبة. ويزيد من فاعلية هذه الأساليب توقيت تقديم المعزز، كمية وحجم المعزز، معرفة الفرد لنتائج عمله. وقد لوحظ أن تقديم المعززات فور حدوث الاستجابة المرغوبة له أثر إيجابي في ربط الطفل التوحدي لهذين الموقفين، وخصوصاً في بداية التعامل معه بهذا الأسلوب، ورغم أن الفكرة الشائعة أن الطفل التوحدي طفل مادي أي يفضل التعزيز المادي (حلوى، شيبسي) إلا أن عزة الغامدي (٢٠٠٣م) توضح من خلال التجريب العملي أن الأطفال التوحدين يميلون إلى التعزيز المعنوي الأدائي (التصقيف، الدوران معه، أصوات مفضلة)، كما أن معرفة وتوقع النتيجة الإيجابية تزيد من فرص حدوث الاستجابة ويجب تقديم هذه المعززات بكمية قليلة كي لا تفقد فاعليتها في التحفيز، ويمكن مبادعة مرات التعزيز بعد إتقان الاستجابة المرغوبة.

ويؤكد الروسان (٢٠٠٠م) أن استخدام التعزيز السلبي أخف أثراً من العقاب، إلا أنه يفضل عدم اللجوء إليه إلا في حالة فشل استخدام التعزيز الإيجابي.

٢) أساليب إضعاف السلوك غير المرغوب فيه، وتتضمن الأساليب التي تقلل من معدلات حدوث الاستجابات غير المرغوب فيها وتشمل:

(Punishment)

ويتضمن عدة أساليب تؤدي إلى إيقاع حدث مؤلم على الفرد بعد حدوث الاستجابة غير المرغوب بها، وتشمل:

- العقاب اللفظي Verbal Punishment ويتضمن كل أشكال التهديدات اللفظية والتوبيخ وقول كلمة (لا) مرفقة بتعابير وجهية قاسية.

- العقاب الاجتماعي Social Punishment ويتضمن كل أشكال الحرمان والعزل الاجتماعي .

- الإقصاء Time out والتجاهل ويتضمن سلب المثيرات المحببة بشكل مؤقت أو دائم.
- العقاب الجسدي Physical Punishment ويتضمن كل أشكال الإيذاء والضرب الموقعة على الجسد.
- التصحيح الزائد Overcorrecting وهو نوع من أساليب العقاب الفعالة في تعديل وبناء السلوك المرغوب فيه، ويتضمن إعادة وتكرار السلوك الصحيح المعاكس للسلوك غير المرغوب فيه.
- الممارسة السالبة Negative Practice وهو أسلوب عقابي يتضمن إرغام الفرد على تكرار السلوك غير المرغوب الصادر مرات عديدة.
- الاطفاء أو المحو Extinction وهو أسلوب يتضمن إيقاف تقديم المعززات لأشكال السلوك التي سبق وأن عززت بهدف إضعاف حدوث الاستجابة الحالية.

ويؤكد الروسان (٢٠٠٠م) أن النتائج الإيجابية للعقاب ترتبط بـ:

- (١) التناسب بين درجة العقاب ونوع السلوك المعاقب.
 - (٢) تحديد مكان وزمان العقاب، فالسلوك الخاطئ يعاقب مباشرة وبعد حدوثه وفي نفس المكان.
 - (٣) الثبات في معاقبة السلوك الخاطئ كل مرة.
 - (٤) تعزيز السلوك البديل والمخالف للسلوك المعاقب.
- وبالنسبة للطفل التوحدي فإن من أنجح أنواع العقاب التي تستخدم تتضمن الإقصاء وقت اللعب أو إيقاف النشاط لمدة قصيرة تحدد بساعة التوقيت، التصحيح الزائد وما يسمى بتكلفة الاستجابة بالإضافة إلى أسلوب التغيير المختصر، ويوصي بعدم استخدام أساليب العقاب الجسدي وتستبدل بمسك الطفل بشكل محكم في مكان محدد لمدة قصيرة مع توضيح السلوك المعاقب عليه بشكل واضح ومباشر، (أمانى صابر: ٢٠٠٢م).

ويضيف جوهر (٢٠٠٣م) عندما يصدر السلوك غير المرغوب من الطفل التوحدي، فإنه يجب علينا أن نعالج ذلك بأسلوب تربوي تعليمي أي ب غير المرغوب بأسلوب عقابي تعليمي وهو غير

الأسلوب العقابي البحت كالضرب والصراخ في وجهه، لأن التوحديين لا يفهمون تلك الأمور بل قد تعتبر في فهمهم تعزيزاً لأفعالهم وسلوكهم.

وتتوه الباحثة إلى أهمية التأكد من مدى فهم واستيعاب الطفل التوحدي للأسلوب المستخدم لتعديل سلوكياته، نظراً لطبيعته الخاصة فقد لا يعي ولا يدرك الطفل التوحدي معنى التعزيز أو العقاب أو قد يعكس مفهومها فالتصفيق والحضن اللذان يستخدمان كمعززان للبعض قد يكون بمثابة عقاب لآخرين يعانون من الحساسية المفرطة في حاسة السمع أو اللمس، كما أن ملامح الغضب الظاهرة على الوجه قد تكون بمثابة مشير معزز.

وهنا يجب ملاحظة الأطفال لاستنتاج الأساليب التعزيزية والعقابية الفعالة لكل حالة على حدة، ومن ثم تجربتها في عدة مواقف للتأكد من فاعليتها وتفهم الطفل لها، وهذا من الأهمية بمكان لأن جميع فنيات إكساب السلوكيات الجديدة تبنى على مفهوم الثواب والعقاب.

٣) أساليب تعلم سلوكيات جديدة، وتتضمن أساليب تزيد من معدل حدوث الاستجابة بالإضافة إلى إكساب سلوكيات جديدة تقسمها، سلوى عبد الباقي (٢٠٠١م) إلى:

- تشكيل السلوك Shaping Behavior ويقصد به تلك الاجراءات التي تعمل على تحليل السلوك الكلي إلى عدد من الخطوات الفرعية. ويعمل على تعزيز كل خطوة مما يساعد على زيادة تكرارها وصولاً إلى السلوك النهائي، ويشار إلى ذلك بتحليل المهارة، وغالباً ما نبدأ بالسلوك الذي يستطيع الفرد انجازه كسلوك مدخلي للوصول إلى السلوك النهائي.

- تسلسل السلوك Chaining Behavior ويقصد به تلك الاجراءات التي تقسم سلوكيات الفرد بحيث يشترط اتمام انجاز السلوك بشكل متكامل للانتقال إلى السلوك الآخر مشكلاً بذلك عدد حلقات يعزز آخرها، ومن تطبيقات هذا الأسلوب ما يسمى بالتعاقد السلوكي Contracting حيث يشترط على الفرد أداء سلوك أقل تحفيز (غير مرغوب من قبله) لبلوغ السلوك المرغوب لديه.

- النمذجة Modeling ويسمى أحياناً أسلوب التعلم عن طريق التقليد Qearning by imitation حيث يقوم المعلم بسلوك معين يطلب من الفرد تقليده بعد ذلك ويسمى التعلم عن طريق الملاحظة.
- التلقين Prompting ويشمل ذلك حث الفرد على أداء سلوك معين من خلال التعليمات اللفظية، والإشارة أو من خلال المساعدة الجسدية الكلية أو الجزئية.
- وتضيف الباحثة..
- التغذية الراجعة ومعرفة النتائج Feed back وتتضمن توضيح الأثر الناتج عن أداء سلوك معين سواء كان الأثر سلبي أو إيجابي ويعرض ذلك إما بطريقة سمعية أو بصرية أو كلاهما.
- الضبط الذاتي Self control ويشير هذا المصطلح إلى إجراء يتبعه الفرد من تلقاء نفسه لضبط سلوكه وفق النظم والقواعد المتبعة، ويعتبر وصول الفرد التوحيدي إلى هذه المرحلة إنجاز هام حيث يخفف من ضغط المتابعة والمراقبة المستمرة لسلوكياته من قبل القائمين عليه، ومن التطبيقات التي تؤدي إلى نتائج إيجابية نحو هذا الاتجاه استخدام جداول التعزيز والعقاب.
- الكف المتبادل Reciprocal inhibition ويهدف إلى كف كل نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخلهما وإحلال استجابة متوافقة محل الاستجابة غير التوافقية، (عضان دانيال: ٢٠٠١م: ٢٦٢).

وتتداخل الفنيات السابقة مع الاتجاه المعرفي في عملية تعديل وبناء السلوك الانساني.

ويوضح مليكة (١٩٩٤م) أن التقارب بين المناهج السلوكية والمعرفية لم يحدث نتيجة اكتشافات مفاجئة، إلا أنه يبدو أنه حدث نتيجة اعتراف السلوكيين بأنهم يتعاملون فعلاً مع عمليات معرفية داخلية مثل الأفكار والإدراكات والحديث الداخلي إلا أن معالم بارزة قد أفسحت الطريق أيضاً أمام هذا التقارب، ومنها توسيع باندورا في مجال تعديل السلوك الذي يشمل الاهتمام بالنمذجة والتعليم عن طريق الملاحظة، كما أنه هو وكانفر وجولدشين اتخذوا خطوة واضحة نحو الاعتراف بالعمليات الداخلية حين بدأ التركيز على التنظيم الذاتي والضبط الذاتي.

إذن فالعلاج المعرفي السلوكي هو أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك المختل وظيفياً من خلال التأثير في العمليات المعرفية، نادية أبو السعود (٢٠٠٢م). وقد كانت البرامج الأولية المقدمة لفئة التوحد سلوكية بحتة، ثم تطورت البرامج العلاجية التعليمية السلوكية فيما بعد لتضمن الجوانب المعرفية والنفسية وصولاً إلى الاتجاهات التعليمية المبنية على دمج الطفل التوحد في المجتمع والبيئة من حوله وفيما يلي ذكر لأبرز هذه البرامج العلاجية:

(Lovaas :

مؤسس هذه الطريقة هو Ivor Lovaas والعلاج قائم على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف، حيث يتم مكافأة الطفل على كل سلوك جيد، أو على عدم ارتكاب السلوك السيء كما يتم عقابه (كقول قف، أو عدم إعطائه شيء يحبه) على كل سلوك سيء، وفي الدراسة التي قام بها لوفاس وآخرون والتي طبقت على عينة قصدية من الأطفال التوحدين صغار السن لمدة لا تقل عن (٤٠) ساعة في الأسبوع لمدة سنتين، كانت النتائج إيجابية وأظهر جميع الأطفال تحسن ملحوظ، ويؤخذ على هذه الطريقة ارتفاع التكلفة خاصة مع العدد الكبير من الساعات المخصصة للعلاج، بالإضافة إلى أن الأطفال الذين يؤدون بشكل جيد في العيادة قد لا يكتسبون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية، (٢٠٠٣م: WWW. Gulf net).

(٢ برنامج تعديل السلوك لثوماس Thomas Programmes :

يعتمد ثوماس نظرية تنص على: (أنه كلما ازداد تعرض العميل للتدخل السلوكي كلما كان تعلمه التكيفي أسرع وأعمق)، (راندا، باكر: ٢٠٠٢م). ويعرف اتجاه ثوماس بـ (الاتجاه السلوكي المكثف ويعتقد أن الطريق الوحيد لتغيير السلوك غير المرغوب واستبدالها بالسلوكيات الأكثر تكيفاً هو من خلال استخدام الطرق السلوكية المكثفة وفي جميع البيئات المحيطة بالعمل ولأكثر وقت ممكن خلال اليوم، ولذلك يفترض من البالغين التناوب على إعطاء التعليمات المطلوبة للمصاب بالتوحد.

وتعتمد برامج ثوماس على فنيات التقليد والتشكيل بالإضافة إلى أساليب التنفير (العقاب) للوصول إلى التطور الناجح في المهارات.

(Teacch :

يوضح مؤسس البرنامج شوبلر (٢٠٠٠م : ١٢٣) أن برنامج Teacch قد ظهر كردة فعل لسوء الفهم ولسوء المعالجة من جانب النظريات الفرويدية والموجهة لعائلات الأطفال التوحديين، ويعتمد هذا البرنامج على سبع مبادئ وهي:

- ١- التكيف المحسن ويتضمن تغيير البيئة.
- ٢- تعاون الآباء مع الاختصاصيين.
- ٣- التقييم والعلاج والتعليم الفردي.
- ٤- الهيكل التنظيمي للتعليم.
- ٥- التركيز على المهارات.
- ٦- التركيز على العلاج السلوكي والعلاج المعرفي والذي يطبق في بيئة أقل تقييد وفي المواقف الطبيعية.
- ٧- تدريب الاختصاصيين المعنيين بالتوحد كأشخاص كل في حدود تخصصه.

أن هذا البرنامج يطبق في العديد من دول العالم وقد أظهرت الدراسات المقارنة على فترات تتبعية أنه عندما يصل الأطفال التوحديين إلى مرحلة البلوغ فإن (٣٨٪) من هؤلاء الأطفال يتم إيداعهم في المراكز الخاصة أما من خلال هذا البرنامج فإن (٨٪) من الأطفال يتم إيداعهم في المراكز، أما الباقي من الأطفال فيبقى في المنازل أو أنهم قد ينضمون إلى البرامج الخاصة بالمجتمع (المرجع سابق : ١٢٧). ومن ميزات هذا البرنامج اعتماده بشكل مباشر في تطوير خدمات على التعاون المثمر ما بين الآباء والاختصاصيين كما يوفر برامج لجميع المراحل التطورية للتوحديين وربما

يؤخذ عليه وإن كان من أفضل البرامج المقدمة لفئة التوحد التركيز على المهارات بصورة أكبر مقارنة بالتعليم الأكاديمي والدمج.

(Group Therapy :

استخدمت هذه الطريقة منذ عشرون عاماً في اليابان، وكان الباحثون يقومون بعمل جلسة علاج جمعي للأطفال التوحديين، باستخدام أسلوب ممارسة النشاط الحر وتمت الجلسات كل يوم سبت بالإضافة إلى أن هؤلاء الأطفال كانوا ينظمون في معسكر خارجي مكثف لمدة أربعة أيام كل صيف، (الرفاعي: ١٩٩٦م: ١٢٣).

ويؤكد هذا الأسلوب على أهمية استخدام الأساليب العلاجية السلوكية وهم بصدد مواقف التفاعل الاجتماعي.

(Son- Rise :

أسس هذا البرنامج كوفمان ويعتمد في تدريبه على ثلاث مراحل المرحلة الأولى تقدم للوالدين ثم تليها المرحلة المكثفة ثم مرحلة الفاعلية القصوى ويقوم على مبدأ استخدام رغبات الطفل كأساس للتعليم، حيث تكون سلوكيات الطفل التوحدي هي مفتاح الاتصال معه من خلال المشاركة التفاعلية التعليمية، ويعتمد التطبيق بشكل مباشر على التحفيز والتعزيز لأي سلوك بسيط يظهره الطفل، وقد وثقت النتائج الإيجابية من خلال العمل مع أكثر من (٢٢) ألف حالة، (WWW. Son- Rise. Org: 2003).

يركز هذا البرنامج على دور الوالدين في تدريب وتعليم أطفالهم، كما يركز على توظيف السلوكيات الروتينية والطقوسية التكرارية التي يظهرها الطفل التوحدي.

(Spell :

يطبق هذا البرنامج في المدارس التابعة للجمعية الوطنية للتوحد في بريطانيا ، ويعتمد بشكل أساسي على التنظيم واستعمال الطرق الإيجابية التي تدعم ثقة الطفل بنفسه ، والابتعاد عن المثيرات المشتتة في بيئة الطفل.

ويركز هذا البرنامج على التعاون مع المدارس لدمج الطفل التوحد في المنهج العادي ،
(رابية حكيم : ٢٠٠٤م).

(Daily Life Therapy :

هذا البرنامج أسسه كيوكيهاارا من اليابان ويوضح بدر (١٩٩٧م)
المبادئ الأساسية التي يقوم عليها البرنامج وهي:

- ١- التعليم الموجه للمجموعة.
- ٢- تعليم الأنشطة الروتينية.
- ٣- التعليم بالتقليد.
- ٤- تقليل مستويات النشاط غير الهادف بالتدريبات العضلية العنيفة.
- ٥- التركيز على الأنشطة الحركية وتتضمن الموسيقى والرسم والألعاب الرياضية ويطبق هذا البرنامج ضمن النظام الداخلي في بعض المدارس ، ويؤخذ على هذا البرنامج عدم تمكن المصابين بحالات الصرع من التوحيدين الانضمام إلى مثل هذا البرنامج

(Softening Education :

وهو طريقة مبنية على علم نفس التداخل ويعتمد على أربع أهداف:

- ١- تعليم الفرد كيف يشعر بالأمان.
- ٢- تعليم الفرد كيف يشعر بالإنشغال معنا.
- ٣- تعليم الفرد كيف يشعر بأننا نقيمه بدون أي شروط.

٤- تعليم الفرد كيف يبادلنا هذا التقييم وبدون أي شروط.

ويعتمد هذا البرنامج المطبق في مركز نيوزلاند للتوحد على المشاركة وتوليد الثقة في نفس الطفل التوحيدي ومن ثم تطويع البيئة من حوله لمساعدته في التحكم بسلوكياته، وتستخدم أسلوب التغيير المتدرج للتعامل مع السلوكيات غير المرغوب ، (راندال، باركر : ٢٠٠٢م).

وفيما سبق تسنى للباحثة عرض بعض البرامج التي تستخدم مع فئة التوحد وتعتمد على فنيات العلاج السلوكي بشكل مباشر وتلخص عفاف دانيال : (٢٠٠١م : ٢٦٥) مزايا العلاج السلوكي في: (١) يعتمد على الدراسات والبحوث التجريبية العملية المضبوطة القائمة في ضوء نظريات التعلم والتي يمكن قياسها.

(٢) ييسر للمعالجين استخدام أساليب مختلفة لعلاج الأنواع المختلفة من المشكلات النفسية.

(٣) يركز على المشكلات أو العرض مما يسهل وجود محك نحكم به على نتيجة العلاج.

(٤) يستغرق وقت قصير لتحقيق أهدافه مما يوفر الوقت والجهد.

(٥) يمكن أن يعاون فيه كل من الوالدين والأزواج والمرضات.

(٦) يستخدم بنجاح كوسيلة وقائية.

(٧) يعتبر بديلاً ناجحاً للعلاج التقليدي في علاج كثير من المشكلات السلوكية عند الأطفال

وعلاج المشكلات النفسية حتى ولو كان المريض يعاني من مشكلات لغوية.

(٨) يبدو مستقبلاً أكثر أمناً من الكثير من طرق العلاج التقليدية.

وتعتبر البرامج السلوكية المنظمة من أنجح الوسائل المستخدمة في علاج الأطفال التوحيديين لما

يتضمنه من نظام بسيط ومنظم يدعم بمساعدة الوالدين.

وتستنتج الباحثة من العرض السابق المبادئ الأساسية في بناء برامج العلاج السلوكية للأطفال

التوحيديين وهي:

(١) البيئة المنظمة والأقل تقييداً وأكثر مقاربة للبيئة الطبيعية.

(٢) تصميم وتنفيذ خطة العلاج بطريقة فردية.

٣) التدرج في خطة الدمج حسب مستوى الحالة.

٤) تقديم أساليب التعزيز على الأساليب العقابية.

٥) تعميم المواقف التعليمية في البيئة.

٦) مرونة البرامج المقدمة بحيث تكون قابلة للتعديل على حسب المستجدات التي تطرأ على كل حالة.

وتتوه الباحثة إلى أن أول البرامج المعتمدة من قبل وزارة التربية والتعليم لفئة التوحد

بالمملكة العربية السعودية كان عام ١٤١٩/١٨هـ، وقد وصل عدد تلك المعاهد التي

تخدم التوحيدين ٦ معاهد حتى العام ٢٠/٢١هـ ، (المغلوث: ٢٠٠٠م).

وحاليا تطبق وزارة التربية والتعليم خطة الدمج في المدارس العامة للأفراد التوحيدين ذوي الأداء العالي.

(:

ويضم هذا الاتجاه الأساليب العلاجية التي تستخدم مع بعض الحالات لتحسين بعض من

أعراض التوحد المصاحبة ومنها:

- Sports Therapy:

ترجع (Haney: 2002) أن المشاركة في الأنشطة الجماعية الرياضية من الممكن أن تساهم

أكثر في نمو وتحقيق شخصية الطفل التوحيدي وذلك لأنها أنشطة تتوقف على استخدام مهارات

معينة لا يكون الكلام ضرورياً فيها بالدرجة الأولى، وبتعليم الطفل التوحيدي مهارات مثل التقليد،

الاتصال، التقمص العاطفي من الممكن أن تعالج الرياضة بعض جوانب القصور في شخصيته.

وطبق بار (١٩٩٧م) برنامج تدريبي على فئة التوحيدين يتضمن أنشطة رياضية جماعية وقد

أظهرت نتائج الدراسة انخفاض في مستوى القلق والسلوك العدواني والنشاط الحركي المفرط مع

تحسن في القدرة على الانتباه والعلاقات الاجتماعية.

- :Music Therapy

يظهر العديد من حالات التوحد ميل للإيقاعات الموسيقية، وربما تكون أولى كلماتهم ترتبط ببعض المقطوعات الموسيقية، ويقترح الفوزان (٢٠٠٢م) وعزة الغامدي (٢٠٠٣م) تعويد الطفل التوحدي على الاستماع إلى أشرطة القرآن المرتل والتي تساعد على استرخائه.

ويوضح حمدان (٢٠٠١م: ١٣٣) أن طريقة العلاج بالموسيقى تبدو فعالة بوجه خاص مع الطفل المتوحد نظرا لطبيعتها غير اللفظية ثم لعدم تهديدها أو إلحاح منبهاتها عليه للاستجابة اللغوية نحو ما يجري حوله.

- :Computer Therapy

تستخدم العديد من برامج الكمبيوتر مع الطفل التوحدي بهدف زيادة الانتباه لديه، وتؤكد هبة الكردي (٢٠٠٤م) على فاعلية استخدام الكمبيوتر في تعليم بعض المفاهيم التعليمية والتواصلية للأفراد التوحدين، وحديثاً يتم تفعيل موقع (فهيم) لتقديم خدمة تعليمية عن طريق برنامج يعمل باللمس على شاشة الكمبيوتر خاص لتطوير وتعليم فئة التوحد(فارس).

- :Sensory Integration Therapy

يركز تدريب الدمج الحسي على تفعيل حواس غير تقليدية في الاستقبال الإدراكي مثل حاستي السمع والبصر بل يمتد إلى تفعيل حاسة اللمس وحاسة الممرات الجسمية وتشمل ممرات الأذن، الفم، الأنف وحاسه التوازن ويوضح وايت (١٩٩٩م) أن الاتجاه الآن هو دمج أساليب التكامل الحسي ضمن التدخل السلوكي.

ومن خلال استخدام هذا الأسلوب يكون جسم التوحدين ثري بالاحساس بالبيئة من حوله مما يساعد في تنشيط عمل الوظائف العضوية وآليات عمل الدماغ لديهم.

:Auditory Integration Therapy

هذه الطريقة تقوم على تحسين قدرة السمع لدى التوحديين الذي يعانون من فرط أو نقص في الحاسة السمعية.

ووضح توماتيس (٢٠٠٣م) أنه عند تطبيق برنامج توماتيس للتدريب السمعي على الذين لديهم مشاكل سمعية من فئة التوحد كانت النتائج إيجابية بشكل كبير وتعتمد الطريقة على تقديم أصوات وموسيقى مفلترة تقدم من خلال سماعات توضع على الأذن وتمتد فترة التدريب من (١٠ - ١٥) يوماً وخلال ساعات التدريب لا يسمح بالنوم أو القراءة.

: Acupunctare Therapy

توضح وونج (٢٠٠٣م) أن الوخز بالإبر للسان يمكن أن يساعد في تحسين أعراض اضطراب التوحد ، فالأطفال الذين يعانون من النشاط المفرط والعدوانيين أظهروا نتائج إيجابية عند تطبيق العلاج عليهم تتمثل في خفض درجة العدوان والنشاط المفرط.

:Social Stories Therapy

وهنا يقوم المعلم بتصميم قصة اجتماعية قصيرة تهدف في العموم إلى تعليم وتعديل سلوكيات محددة من خلال إحداث متسلسلة ومبسطة مع استخدام التوضيح البصري حسب قدرات الأفراد التوحديين.

ثانياً: العلاج الموجه لأسرة فئة التوحد:

إن محور المعالجة الناجحة لاضطراب التوحد هو التفاعل بين الأخصائيين بمختلف تخصصاتهم مع أسرة الطفل التوحدي ، مما يسمح بتوفير معالجة ناجحة ومتخصصة لجميع احتياجات الطفل ، بالإضافة إلى تسهيل التعلم الفعال وتبادل الخبرات المفيدة بين الطرفين (Schreibman & Anderson: 2002) ، (سميث: ٢٠٠٣م).

ويؤكد را ندال وباركر (٢٠٠٢م : ٧٣) على أنه كلما كان العمل مع آباء الطفل التوحدي مبكراً كلما كان الوضع أفضل وعندها يصبح بالإمكان إحداث تقدم تطوري سريع للحالة.

وقد أشارت دراسة نادية أبو السعود (٢٠٠٢م) والتي هدفت إلى رصد فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي في تنمية العواطف والانفعالات لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم. إلى أن إحاطة الطفل التوحدي بخبرات سارة هادفة من قبل الوالدين يساهم كثيراً في تقليل التوتر والانفعال الزائد بالنسبة للطفل، وينعكس أثر ذلك في تحسن أساليب المعاملة الوالدية للطفل التوحدي.

وهذا يؤكد أن للأسرة دور كبير في تقدم الطفل التوحدي وارتقائه، وتوضح منى الحصان (٢٠٠٣م) أن معظم المراكز في الغرب قد تخلت عن نظام السكن الداخلي في رعاية فئة التوحد إيماناً منها بأهمية تفعيل دور الأسرة، وأثره في التحسين والتطوير الإيجابي للحالة.

وتستظهر الأدلة البحثية مدى حاجة أسرة الطفل التوحد في الوطن العربي إلى برنامج علاجي إرشادي تعليمي وتدريبى يقدم لهم الدعم والمساندة والمعلومات حول كيفية التعامل مع طفلهم التوحدي..

فقد أشارت عبير الشيخ (٢٠٠٢م) أنه يقع على الأسرة دور كبير في تقدم طفلها التوحدي. نظراً لأن ساعات العمل في المراكز والمؤسسات لا تتعدى منتصف النهار بينما يقضي الطفل الجزء الأكبر من الوقت مع أسرته، كما أشارت نتائج دراسة نادية أبو السعود (١٩٩٧م) إلى أن الضغوط النفسية للوالدين تضاعف في حال وجود طفل توحدي في العائلة، وتشير نتائج دراسة تهاني فران (٢٠٠٣م) إلى تباين أساليب المعاملة الوالدية ما بين الرفض وعدم التقبل أو فرض الحماية الزائدة على الطفل التوحدي، ويشير خليل (١٩٩٧م) إلى أن الأسرة قد تفرض نظاماً صارماً في التعامل مع طفلها التوحدي نتيجة ارتفاع مخاوفها حول السلوكيات غير المتوقعة التي يظهرها الطفل.

وهذا يستظهر حاجة أسرة الطفل التوحدي إلى برنامج علاجي إرشادي تعليمي وتدريبى يقدم لهم الدعم والمساندة والمعلومات في كيفية التعامل مع سلوكيات طفلهم التوحدي، مما ينعكس بشكل مباشر على مستوى الطفل التوحدي.

ومن هنا يجب على المؤسسات التي تقوم برعاية هذه الفئة أن تتضمن برامجها برامج موجهة لأباء التوحدين لمساعدتهم في تفعيل أدوارهم تجاه أبناءهم التوحدين كعنصر أساسي في علاجهم، فتضافر جهود المؤسسة التعليمية بالإضافة إلى وجود أسرة متفهمة ومتفاعلة على أسس علمية وتربوية هو خطوة فاعلة في علاج وتقويم فئة التوحدين.

٨- المسار والمآل :

أن نسبة قليلة من الأفراد المصابين بهذا الاضطراب يعيشون كأفراد عاديين ويعملون معتمدين على أنفسهم، وحوالي ثلث الحالات يحتمل أن يتطلبوا اعتماداً جزئياً على أفراد آخرين، أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد بشكل بالغ فهم يستمرون في إظهار النواقص السلوكية المميزة للاضطراب، (DSM-4R:2000: 74).

وخلال النمو فإن المظاهر المحددة للعيوب التي تميز التوحدية تتبدل عندما ينمو الأطفال، ولكن العيوب نفسها تستمر حتى أثناء الحياة الراشدة على شكل نمط شبيه في المشكلات الخاصة بالتوافق الاجتماعي، والتواصل، وأنماط الاهتمامات، (سليمان: ٢٠٠١م، ٣٤).

وقد أوضحت الدراسات التتبعية الأولية للتوحدين الذين لم يخضعوا لأي برنامج تأهيلي معتمد تحسن عام في بعض مظاهر الاضطراب، (كامل: ٢٠٠٣م).

وهذا يستظهر أن السير العام للاضطراب هو عموماً نحو التحسن التدريجي، (Vogin : 2002). ولكن هناك عدم انتظام في سرعة التحسن، (المالح: ٢٠٠٠م: ١٤٤).

وتشير التجارب السريرية إلى أن الفترة من منتصف العشرينات فصاعداً غالباً ما تكون فترة تحسن، وحتى أولئك المراهقين الذين تدهورت حالتهم بعد البلوغ غالباً يحدث لهم تحسن ظاهر في أواخر العشرينات من العمر ويبدو التحسن وكأنه زيادة في القدرة على تحمل التغيير، واهتمام متزايد بالناس. (أتودد ١٩٩٩ م : ٩٧).

وقد أظهرت نتائج دراسة آل مطر (٢٠٠١م) أن الارتداد في السلوك التكيفي يحدث في الأعمار الزمنية (١٢ ، ١٣) للمصابين بالتوحد وهي مرحلة انتقالية ما بين الطفولة والمراهقة يتوقع أن تحدث إرباكاً في التطور العام.

ويعتبر هذا الاضطراب مزمنًا ويستمر مدى الحياة، (المغلوث : ٢٠٠٤م)، ويتوقف الإنذار الحسن للحالة على:

- (١) وجود نسبة ذكاء مقاربة للمستوى الطبيعي.
- (٢) ظهور اللغة في مراحل الطفولة المتوسطة أو المتأخرة على أكثر تقدير.
- (٣) توظيف مفردات الألفاظ واتساعها.
- (٤) تطور المهارات الاجتماعية والتواصلية.
- (٥) الظهور المتأخر زمنياً أفضل نسبياً.
- (٦) جنس المصاب. حيث أن الاضحلال والنكوص أكثر شيوعاً بين الإناث.

وتشير زينب شقير (٢٠٠٢م) إلى أن توفير الخدمات الداعمة من تدخل مبكر، دمج، وتأهيل متكامل ذو أثر واضح في تحسين الحالة عموماً.

ويعد التعرف المبكر (التشخيص) والتدخل المبكر من أهم الاتجاهات التي تسهم في رفع مستوى ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام، (القريطي ٢٠٠١م). وقد أكدت الدراسات على فشل التدخل المتأخر في علاج الأطفال التوحديين وذلك نظراً لتفاقم حدة الأعراض التوحدية وتدهور

الطفل بشكل عام وبالتالي يصبح أكثر مقاومة بالمقارنة بغيره من الأطفال الذين تم التدخل معهم بشكل مبكر، (الرفاعي: ١٩٩٦م، ١٣١).

ولعل من أهم أسباب التدخل المبكر أن المراكز الحسية والعصبية في الدماغ في السن الصغيرة ما زالت في طور التشكل مما يجعل من السهل تعديلها وتطويرها.

وتختتم الباحثة المبحث الأول للدراسة، بقوله تعالى: ﴿ولنبلونكم بشيء من الخوف والجوع ونقص في الأموال والأنفس والثمرات وبشر الصابرين﴾ (البقرة ، آية : ٧٠).

فإذا نظرنا للنفس على أنها كل متكامل يحوي جميع الأعضاء ومن ضمنها دماغ الإنسان، فإن نقص جزء من الكل أي نقص الوظيفة الأدائية للدماغ ما هو إذا إلا ابتلاء من الله عز وجل، وخير ما يدفع البلاء الدعاء، وليكن هو العلاج الأول لكل أسرة ابتلاها الله بوجود مثل هذه الإصابة بين أفرادها.

المبحث الثاني: الانتباه الانتقائي (Selective Attention)

أولاً: ترجمة المصطلح، ومرادفاته:

يتداخل المصطلح مع العديد من التسميات والتي غالباً ما تطلق من قبل الباحثين والأخصائيين في

هذا المجال ولذلك ترى الباحثة من الأهمية تحديد حدود مصطلح الانتباه الانتقائي Selective attention في الدراسة الحالية.

فقد ترجم كل من بعلبكي (١٩٧٣م: ٨٢٩) والكرمي (١٩٨٨م: ٣٣) مصطلح Selective بمعنى انتقائي أو اختياري.

وترجم بعلبكي (١٩٧٣م: ٧٣) مصطلح Attention بمعنى انتباه بينما أورد الكرمي (١٩٨٨م: ١٢٣٣) ترجمة لمصطلح Selective attention بمعنى انتباه انفرادي ويعرفه بأنه توجيه الانتباه إلى شيء دون غيره من مجموعة من الأشياء.

وتشير الباحثة إلى أن هذا التعريف هو ما يشير إلى مفهوم الانتباه الانتقائي في هذه الدراسة.

وبالإضافة لهذا المصطلح فقد ناقشت بعض الأدبيات والأبحاث المكتوبة عن التوحد، هذه الخاصية تحت مسميات مرادفة للمصطلح وتشمل:

- الانتقائية المفرطة Overselectivity .

- فرط الاستجابة للمثير Stimulus Overselectivity .

ثانياً: مفهوم الانتباه الانتقائي وأنواعه:

يعرف حافظ (٢٠٠٠م: ٣٩) الانتباه بقدرته الفرد على حصر وتركيز حواسه في مثير داخلي (فكرة، إحساس، صورة خيالية) أو في مثير خارجي (شيء شخصي، موقف).

ويعرف غيث (د ت : ٣٠) الانتباه بتركيز حالة اليقظة (الوعي) تجاه مثير معين. وهو عملية

انتقاء إيجابي لمثير أو أكثر من بين المثيرات الداخلية والخارجية التي تتزاحم على مداخل إدراك الإنسان.

ويعرف (Posnors & Boies: 1971) الانتباه بأنه تهيؤ عقلي معرّف انتقائي تجاه موضوع الانتباه، (الزيات : ١٩٩٥م : ٢٢١).

ويعرف (Marx: 1978) الانتباه بأنه تركيز وانتقاء واختيار. (ملحم: ٢٠٠٢م : ٢٠٧).

ويعرف ملحم (٢٠٠٢م : ٢٠٧) الانتباه الانتقائي بأنه القدرة على الاحتفاظ أو الاستمرار فيه الانتباه إلى موضوع الانتباه في ظل وجود العديد من المشتتات .

ويعرف يرلاين: (١٩٩٣م : ٧٥) الانتباه الانتقائي بأنه ظاهرة لها شطران: تكثيف العملية التي يتركز عليها الانتباه، وإيقاف عمليات التشتت.

ويتضح من التعاريف السابقة أن الانتقاء هو إحدى الخصائص التي تنطوي عليها عملية الانتباه، والانتباه الانتقائي بشكل خاص هو عملية اختيار وتركيز على مشيرات محددة أو متعددة.

أنواع الانتباه الانتقائي:

يوضح السرطاوي، وآخرون (٢٠٠٢م : ٣١٩) أن هناك ثلاثة أنواع من الانتقاء الضرورية لإنجاز المهارة ضمن هذا النوع من الانتباه..

أ) الانتقاء الحسي ضمن الحاسة الواحدة: حيث تشير هذه العملية إلى استبعاد المشيرات غير ذات العلاقة، والتركيز على ذات العلاقة منها.

ب) الانتقاء الحسي ضمن الحواس المختلفة : وتشير هذه العملية إلى الانتقاء من ضمن المعلومات الحسية التي يتم استقبالها من قناتين أو أكثر في نفس الوقت.

ج) الانتقاء الحسي المتعدد: ويشير إلى القدرة على تركيز الانتباه في اثنين أو أكثر من المشيرات التي تستقبل من خلال قنوات حسية مختلفة في الوقت نفسه.

ثالثاً: محددات الانتباه الانتقائي:

أن الانتباه الانتقائي هو عملية داخلية، يمكن استنتاجها من خلال بعض السلوكيات الظاهرة مثل الاستمرار في الإنصات وإدانة النظر مع إبداء تعابير وجه ملائمة، إلا أن محددات الانتباه الانتقائي تتباين في شدة تأثيرها بين الأفراد.

ويقسم ملحم (٢٠٠٢م) محددات الانتباه الانتقائي إلى:

- أ- المحددات الخارجية: وتتضمن خصائص المنبه الموضوعية وظروف الموقف والسياق الذي يرد فيه، ويرجح أن المثيرات القوية المتميزة بالحركة المتغيرة والجديدة المتباينة عما يوجد في محيط الفرد تتناسب بشكل طردي مع تحفيز الانتباه الانتقائي، كما أن حجم المثير وموضعه وطبيعته (سمعي، بصري، حسي)، وعدد مرات التكرار يؤثر في درجة الانتباه الانتقائي.
- ب- المحددات الداخلية: وتتضمن العوامل الذاتية التي تتصل بشخصية الفرد ودوافعه وميوله واهتماماته وحالته البدنية، فكلما كانت المثيرات المطروحة ذات صلة بهذه العوامل الداخلية فإنها تهئ الفرد لانتقائها والانتباه لها دون غيرها من المثيرات، خصوصاً إذا وجدت في ظل ظروف مناسبة جسمياً ونفسياً للفرد.
- ج- المحددات العقلية المعرفية: يؤثر مستوى القدرات العقلية للفرد وبناءه المعرفي كماً وكيفاً وفاعلية نظام تجهيز المعلومات لديه على نمط انتباهه وسعته وفاعليته. ولذلك نجد أن الأفراد الأكثر ذكاءً تكون حساسية استقبالهم للمثيرات أكبر، وانتباههم لها أكثر دقة بسبب ارتفاع مستوى اليقظة العقلية لديهم، كما تكتسب المثيرات موضوع الانتباه معانيها بسرعة ومن ثم يسهل ترميزها وتجهيزها ومعالجتها وانتقالها إلى الذاكرة قصيرة المدى، مما يؤدي إلى تتابع انتباه الفرد للمثيرات، (المرجع السابق: ٢١١ - ٢١٢).

رابعاً: النظريات المفسرة للانتباه الانتقائي:

١- النظريات المفسرة للانتباه الانتقائي لدى الأسوياء.

(:

أشار (Courchesne. et al: 2003) أن عمليات الانتباه الانتقائي تتطلب تفاعلاً متناسقاً بين كل من الأجهزة الموجودة في الناحية الأمامية من عظام الجبهة والأجزاء الموجودة بجدار العظم الجداري الخلفي في الجمجمة وجذع المخ، وكذلك الجزء الخلفي من المخ الأمامي.

ويوضح برلين (١٩٩٣م) كيفية عمل الانتباه الانتقائي عبر نوعين من الميكانزمات...

- :

إن عدد من التجارب النيوروفسيولوجية تلقي ضوءاً له أهميته على الجانب الكاف للانتباه فهي تثبت وجود ألياف موردة يمكنها أن تحمل أثراً كافية من الجهاز العصبي المركزي إلى أعضاء الحس ومراكز الأعصاب الحسية، وعندما يوقف الجهاز العصبي المركزي بشده من جانب مثير من المثيرات الحسية، فإن باستطاعته أن يستخدم هذه الألياف لوقف أي عمليات حسية أخرى، بحيث يتمكن الكائن من أن يجند نفسه بالكامل لأحداث ذات أهمية استثنائية، (ص: ٧٥).

- :

أن الرسائل الآتية من المثيرات والتي لا تشغل أو تحتل بؤرة الانتباه يمكن أن تستبعد قبل أن تصل إلى اللحاء..

وعند المفاضلة بين مثيرين، فإن هناك ميكانزمات إضافية تعمل على كبت العمليات الحسية بعد أن تكون قد وصلت بالفعل إلى اللحاء تسمى بالميكانزمات اللحائية، وتعمل على تقليل الانتباه الانتقائي عندما يتوقف على فروق دقيقة بين المثيرات التي تنتمي إلى نفس الوسيلة، (ص: ٧٨).

وعلى هذا يتضح أن الانتباه الانتقائي هو نتاج التوازن بين عمليتي القمع والتي تسمح بثبات مستمر وممتد للانتباه عند اللزوم، والتحرر والتي تسمح بتحول الانتباه عند الضرورة، (Dannemiller: 2003).

(:

تشير كافة الأدلة البحثية والحياتية إلى أن انتباهنا للمثيرات يحدث انتقائياً. وذلك بسبب محدود سعة التجهيز أو المعالجة وعدم قدرتنا على معالجة كم المثيرات المتدفقة التي تواجهنا، وخاصة إذا كانت متزامنة وتعتمد على حاسة معينة من حواسنا..

وقد قادت فكرة التسليم بمحدودية سعة تجهيز ومعالجة المعلومات إلى ظهور نماذج للانتباه الانتقائي، (الزيات، ١٩٩٥م: ٢٢٤).

وتتعدد نماذج الانتباه الانتقائي في :

النموذج الأول: اقترح من قبل كل من (Broabent, 1957& Tresmonl: 1960) ويتبنى فكرة أن عملية الانتباه الانتقائي للمثيرات المستدخلة من قبل القنوات الحسية تحدث مبكراً، وقبل التحليل الإدراكي لها..

النموذج الثاني: اقترح من قبل كل من (Deutsch: 1963& Normon 1968) ويتبنى فكرة أن عملية الانتباه الانتقائي للمثيرات المستدخلة عن طريق الحواس تحدث في مرحلة لاحقة، وبعد حدوث عملية التحليل الإدراكي لها، (Beneli: 1997).

ووفقاً لمدخل التجهيز الموزع أو الموازي لتجهيز ومعالجة المعلومات يمكن أن تعمل العمليات العقلية المعرفية بالتوازي أكثر من العمليات التسلسلية أو المتتابعة (الزيات: ١٩٩٨م: ٣٢٣).

وبما أن الانتباه الانتقائي هو أحد العمليات العقلية المعرفية فمن المحتمل أن يحدث بشكل متوازي مع العمليات العقلية المعرفية الأخرى كالإدراك والتذكر بحيث تؤثر هذه العمليات على بعضها أما بالاستثارة أو الإعاقة.

٢- النظريات المفسرة للانتباه الانتقائي لفئة التوحد:

أظهرت البحوث اتجاهات مختلفة لتفسير هذه الخاصية لدى التوحديين..

فقد وضحت الدراسات النيوروباتولوجية للأفراد المصابين بالتوحد أن لديهم إما روابط عصبية قليلة جداً أو كثيرة جداً في أماكن متعددة من المخ هي المسؤولة عن الأنماط الفريدة للانتقاء لدى التوحديين. (Cohen: 1996).

كما توضح إحدى النظريات أن هؤلاء الأفراد ولدوا مع تركيز عالي جداً ونتيجة لذلك فإنه من الصعب عليهم توسيع نطاق انتباههم، وقد يكون نتيجة لعدم المقدرة على المتابعة والانتباه للوسط المحيط بهم كاملاً ، (Edleson: 2003). بينما أشارت (Henley: 2001) أن توجيه الانتباه والتركيز على جوانب معينة في المواضيع والاهتمامات قد يجنبهم مشاعر الخوف والقلق.

ويشير (Dawsn & Lewy: 1989) إلى فرضية بديلة وهي أن الأشخاص التوحديين يلاقون صعوبة في إبقاء المستوى المثالي للانتباه للمثير بشكل متتابع عند وجود مثير معقد مما يؤثر على قدرتهم لمعالجة المعلومات يتبع ذلك وجودهم في حالة إثارة أكثر من اللازم والشخص هنا قد يحاول تخفيض هذه الحالة المزعجة بالتوجه والتركيز على مثير معين، (Conner: 1998).

ويؤكد (Noterdaem.etal: 2001) أن الجوانب المختلفة للحالة النيوروسيكولوجية تعكس ميكانيزم وأداء مختلف في العيوب الظاهرة أو العيب الظاهر في الانتباه الموجه في حالة التوحديين عنها في حالات صعوبات التعلم.

وقد أكدت العديد من الدراسات النيوروفسيولوجية اختلاف الأماكن المنشطة في الدماغ لدى التوحديين عنها في الأسوياء عند تنفيذ مهام تطلب استخدام الانتباه الانتقائي.

فقد أظهرت نتائج سلسلة دراسات (Belmonte & Yurgelum-Tood : 2002, 2001) عند مقارنة عينة من الأسوياء المساوين لعينة الأفراد التوحديين من حيث العمر العقلي والجنس على مهام تتطلب انتباه انتقائي بصري أن حالات التوحد سجلت تنشيط أقل في التجويف الباطني لقشرة الدماغ، وفي دراسة أخرى تطلبت المهمة نقل الانتباه الانتقائي سجلت حالات التوحد غياب النشاط الجانبي لمنطقة مؤخرة الرأس.

ويؤكد (Allen & Courchisne: 2001) على أن الشذوذ في تركيب المخيخ له دور مؤكد في نواقص الانتباه الانتقائي لدى التوحديين.

كما يشير (Kern: 2002) إلى أن تركيب الدماغ غير المتسق وبشكل خاص في المخيخ يشكل خلل في المعالجة الحسية وفي مشاكل توجيه الانتباه.

وأياً كان الاختلاف بين هذه الاتجاهات فإنه من المؤكد أنه توجد خصائص ثانوية ناتجة عن ضعف التطور العام في الأفراد التوحديين تظهر النمط الفريد في الانتباه الانتقائي، لا يمكن أن تفسر وفق النماذج الإدراكية ونظريات معالجة المعلومات الحالية (Hare& Jones: 1998).

وتستنتج الباحثة من العرض السابق أن تفسير هذا النمط الفريد من الانتباه الانتقائي لدى التوحديين يرجع إلى القصور والخلل في بعض مناطق الجهاز العصبي بالدرجة الأولى وليس إلى عوامل نفسية واجتماعية بشكل رئيسي.

خامساً: مراحل تطور الانتباه الانتقائي وأهميته:

يستعرض غانم (١٩٩٥م: ١٨) المراحل الأولى لنمو الإدراك والانتباه:

المرحلة الأولى: الشهر الأول للميلاد نجد فيها نوع المدركات التي تجذب انتباه الطفل والمدة التي

تستغرقها انتباهه عن طريق أبعاد طبيعية مثل الحركة والتباين واللون

والاستثارة ويفسر الانتباه على مبدأ الحيرة..

المرحلة الثانية: هو أن الطفل يميل إلى الإدراك والانتباه إلى الأشياء القديمة والجديدة ويفسر الانتباه

بالحيد عن المؤلف..

وعندما يصل الطفل إلى تسعة شهور يدخل في مرحلة ثالثة من مراحل تطور الانتباه، وتستمر هذه

المرحلة حتى الثالثة في هذه المرحلة تنمو قدرات الطفل على إدراك التفاصيل الأكثر دقة و يميل

الطفل إلى الانتباه مرة أخرى إلى الأشياء المتشابهة كالوجوه والأقنعة ويفسر الانتباه بناء على نمو

قدرات معرفية جديدة كتذكر الأحداث.

ومن المفترض أن تكون العمليات المتحكمة في الانتباه الانتقائي غير متوازنة في الشهور

الأولى بعد الولادة، (Dannemiller: 2003).

وتوضح دراسات النمو أن معظم الأطفال الأسوياء في سن ست سنوات يكونوا قادرين

على توجيه انتباههم نحو المثيرات المتعلقة بالموضوع، (Russells & Gersten : 2001). وعلى ذلك

فإن الانتباه الانتقائي يظهر مبكراً في الشهر الأول إلا أنه يغلب عليه التقييد في التوجه، وينعكس

تطور النمو العصبي والمعرفي وازدياد خبرات الطفل خلال السنوات المستقبلية بشكل إيجابي على

عملية الانتباه الانتقائي ويكون ذلك ذو تأثير متبادل على تطور الطفل والتي تمتد إلى مجالات حياته

المختلفة.

أهمية الانتباه الانتقائي:

إن القدرة على الاحتفاظ والاستمرار في توجيه الانتباه إلى موضوع معين في ظل وجود العديد من المشتتات هام في التطور النمائي والتربوي للفرد، ويوضح حافظ (٢٠٠٠م) أن الانتباه الموجه يعد المدخل الأول الذي يسهل اكتساب الخبرات التربوية حيث يساعد على تركيز وتوجيه حواس الطالب للمعلومات الهامة خلال الشرح.

وقد كشفت الدراسات التي أجريت على الانتباه الانتقائي أن الأطفال العاديين يحتفظون بعدد أكبر من المثيرات المركزية إذا ما تم مقارنته بأقرانهم من ذوي صعوبات التعلم، بينما كان احتفاظ الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم بالمثيرات العارضة أكبر عدد من زملائهم العاديين، (ملحم: ٢٠٠٢م: ٢١٢).

وهذا يقود الباحثة إلى تقسيم الانتباه الانتقائي إلى:

(١) انتباه انتقائي موظف: وهو الانتباه الموجه إلى الموضوعات المتعلقة بالموقف.

(٢) انتباه انتقائي حر: وهو انتباه موجه إلى موضوعات غير ذات العلاقة بالموقف.

أن النوع الأول هام في عملية التعليم واكتساب المفاهيم بينما يعوق النوع الثاني عملية التعلم واكتساب المفاهيم، ويستظهر ذلك أهمية الانتباه الانتقائي الموجه إلى المثير المطلوب خلال المواقف التعليمية والتربوية، حيث يساعد الفرد على تسليط عدسة الانتباه إلى موضوع معين يستخلص منه المعلومات الرئيسية المتصلة بالموقف.

سادساً: خصائص الانتباه الانتقائي لفئة التوحد:

تتضح هذه الخاصية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في سن (٦) شهور تقريباً فمن هذه السن المبكرة يظهر المصابين بالتوحد انتقاء للأشياء التي يريدونها بشدة كما أنها تستحوذ على انتباههم لفترة طويلة، (راندال ، باركر: ٢٠٠٢م).

وتشير نتائج دراسة (Belmonte, & Yargelum - Tood: 2003) أن الدلائل السيكولوجية للانتباه الانتقائي للتوحدين غير عادية حتى في المواقف التي يكون فيها السلوك سليماً، مما يشير إلى أن الأفراد التوحدين لديهم نمط خاص من الانتباه الانتقائي، وهذا ما توضحه الأبحاث التجريبية التي تناولت هذه الخاصية في الأفراد المصابين بالتوحد.

فقد قدم (lovaas, Koegel, scheribmon) عام (١٩٧١م) لأول مرة وصف لظاهرة لوحظت لدى الأطفال المصابين بالتوحد وهي تركيزهم وتوجيه انتباههم لجانب واحد أو شيء أو محيط بينما يتجاهلون الجوانب الأخرى، أي ينظرون إلى جانب واحد للمثير بينما لا ينظرون إلى الجوانب الأخرى فيه.

وإيضاحاً لأبعاد هذه الخاصية لدى التوحدين قام كل من لوفاس وزملائه بسلسلة من الأبحاث التجريبية، تضمنت في كل مرة تقديم مثير مركب يحتوي على (مثير بصري، مثير سمعي، مثير حركي) في المرحلة الأولى يدرّب الأطفال للقيام باستجابة معينة كالضغط على زر بعد عرض المثير المركب وفي المرحلة الثانية يقومون بعرض إحدى المثيرات الثلاثة فقط ويسجلوا استجابة المفحوصين. وتشير نتائج هذه الدراسات أن الأطفال التوحدين يميلون في المتوسط للاستجابة لرمز واحد من المثير المركب بينما الأطفال الأسوياء كانوا يميلون إلى الاستجابة لكل الرموز، ووقعت نتائج الأطفال المتخلفين عقلياً وسطية بين الطرفين، (Lovaas. et al: 1997).

وقد أكد (Koegel & Withlm: 1973) في دراستهم على أن معظم الأطفال التوحدين وليس كلهم يظهرون هذه النمط من الانتباه الانتقائي، بينما تظهر لدى الأسوياء وذوي صعوبات التعلم بصورة أقل، وهذا يقود إلى اعتقاد مفاده أن هذا النمط قد يكون وظيفي في عمر عقلي معين، (كوجل: ٢٠٠٣م). وسجل (Koraltana: & Kraemer: 1974) في دراسة تجريبية تتطلب القيام بمهام انتقاء بصري أن أداء الأطفال التوحدين المتكلمين كان مقارباً لأداء الأطفال الأسوياء، وأضاف (Sclover & Newsom: 1976) في دراستهم التجريبية استخدام عينات متماثلة في العمر العقلي

من التوحديين والأسوياء في مهام تتطلب القيام بالانتباه الانتقائي البصري، وسجلت النتائج أنه لا يوجد اختلافات دالة بين أداء التوحديين والمماثلين لهم في العمر العقلي من الأطفال الأسوياء، وأنه لا توجد صعوبة في تدريبهم على نماذج الاستجابة الانتقائية أكثر من المجموعة الأخرى، وأنهم يستجيبون بشكل متساوي من الجودة عندما تطبق عليهم إجراءات التدريب، وهذا يقود إلى استنتاج أن هذا النمط من الانتباه الانتقائي قد يكون نتيجة التأخر في جوانب أخرى في النمو، (Russells & Gersten: 2001).

وتستنتج الباحثة من خلال التجارب الكلاسيكية السابقة، واستناداً إلى الأدلة البحثية الأخرى في هذا المجال خصائص الانتباه الانتقائي لدى المصابين بالتوحد :

- ١- يتميز هذا النمط من الانتباه الانتقائي عند الأطفال التوحديين بمدى محدود وضيق في التركيز على جانب واحد من جوانب المثير، وهذا يتضمن انتقائية مفرطة لأحد الجوانب في المثير وتجاهل الجوانب الأخرى.
- ٢- ينتشر هذا النمط من الانتباه الانتقائي بصورة غالبية وليست كلية بين المصابين بالتوحد.
- ٣- توجيه الانتباه الانتقائي عبر قناة حسية واحدة للمصابين بالتوحد أفضل من الأداء المنقسم عبر قناتين حسيّتين (سمعي، بصري) ، (Ciesielski. et al : 1995).
- ٤- طبيعة المثير المعقدة مثل المثيرات الاجتماعية تسهم في ظهور هذا النمط الشاذ من الانتباه الانتقائي لديهم، (Ceponiene. et al: 2003).
- ٥- يظهر الأطفال المصابين بالتوحد فرط الانتقائية في الانتباه للمثيرات أكثر من الأطفال المصابين بصعوبات التعلم والتخلف العقلي المساويين في العمر العقلي لهم ، (Frankel: et al: 1984).
- يميل الأفراد المصابين بالتوحد إلى إظهار توزيع شاذ لتوجيه الانتباه عبر المكان، وتضعف هذه

العملية عند إعادة توجيه وتركيز الانتباه إلى أماكن وأهداف جديدة، (Allen & Courchesne: 2001).

- الأطفال التوحديين يظهرون تقدماً محدوداً في مهام الانتباه المتعدد وتقدماً كبيراً وشاملاً في مهام الانتباه الانتقائي عند تزويدهم بالتعليمات والتوجيهات اللازمة، (Plaisted. et al: 1999).
- يظهر هذا النمط في الانتباه الانتقائي بين التوحديين سواء كان لديهم قدرات تعبيرية لغوية أم لا، وقد يكون انعكاس للتأخر في النمو المعرفي العام الذي يظهر لدى الأطفال التوحديين، (Russells & Gersten: 2001).

- وتضيف سلسلة الدراسات التجريبية الحديثة لـ (Mann & Walker:2003) والتي ترصد الانتباه الانتقائي لدى التوحديين في مواقف مختلفة أن الأطفال التوحديين يوجهون انتباههم إلى التفاصيل الدقيقة أكثر من الصور العامة للمثير، مما يوضح تمتعهم بمدى محدود نسبياً من انتشار الانتباه الانتقائي، بالإضافة إلى وجود قدرة للتركيز لفترات مطولة خصوصاً عندما يكون الموضوع من اختيارهم، وأنهم يواجهون مشاكل بشكل أكبر في عملية تحويل ونقل وتوسيع الانتباه.

ويؤكد كورتشيسن على أن التوحديين قد يحتاجون (3- 5) ثواني أو أكثر لتحويل انتباههم إلى شيء آخر، (الصبي: ٢٠٠٤م).

وتستنتج الباحثة من العرض السابق أن الانتباه الانتقائي موجود لدى التوحديين ضمن طبيعة مختلفة تشمل الانتقائية المفرطة لإحدى جوانب المثير والتي تنتج عن محددات موجودة في البناء العصبي والمعرفي لديهم هي المسؤولة عن تحديد خواص الانتباه الانتقائي.

واستناداً إلى الأدبيات المكتوبة فإن الأطفال التوحديين يعبرون عن انتباههم وانتقائهم للمثير عن طريق تثبيت التوجه البصري مع محاولة التعبير أو الصراخ أو الاندفاع مباشرة والتمسك بالمثير. وفي

كل الأحوال تكون الاستجابة من الوضوح بحيث تلاحظ حيث أن معظم المثيرات الأخرى قد تستعرض أمام حواسهم دون أن تثير نفس الاستجابة لديهم.

وفي دراسة (Swettenham. et al :2003) وجد أن حركات الأعين لأطفال التوحد من الممكن أن تعبر عن توجه الانتباه لديهم.

وفي الأبحاث التجريبية السابقة كان يدرّب الطفل في أغلب الأحوال على أداء حركي معين يوضح استجابته لمهام الانتباه الانتقائي المطلوبة وفي جزء آخر من الأبحاث كان يسترشد باستجابات المفحوص التلقائية والتي تظهر الاهتمام بجانب المثير.

وهذا يوضح أنه في حالة وجود المثير الذي يستحوذ على انتباه الطفل التوحدي فإنه يظهر تغير في استجابته عن الحالة التي كان عليها.

سابعاً: الانتباه الانتقائي وعلاقته بالنقائص المعرفية والسلوكية لفئة التوحد:

وفقاً لنمط الانتباه الانتقائي للمصابين بالتوحد والذي وضع أنفاً فقد توقع كل من لوفاس وزملاؤه تورطه في العديد من سلبيات السلوك عند هؤلاء الأفراد، وهذا يشمل عملية الفشل في النمو والتطور الطبيعي من الناحية اللغوية أو السلوك الاجتماعي، وكذلك الفشل في التعليم من تقنيات التدريس والتي تستخدم المحفزات المتعددة، وكذلك الصعوبة العامة في تعلم سلوكيات جديدة، (Iovaas. et al:1979).

وقد أكدت نتائج الدراسات اللاحقة على هذا التوجه فقد أشارت دراسة (Barry & James: 1988) والتي كانت تهدف إلى رصد مجالات مثيرات الانتباه عند مجاميع تضمن أطفالاً توحديين، أن حالات الشذوذ الاستقبالية والانتباه الانتقائي تكمن وراء عيوب السلوك في حالات التوحد.

وأضافت نتائج دراسة (Ciesielski. et al :1995) والتي هدفت إلى تقييم آثار مهام الانتباه المركز للمثيرات السمعية والبصرية إلى أن حالات الشذوذ في الميكانيزم العصبي والبدني للانتباه الانتقائي يمكن أن تكون هي وراء العجز الإدراكي عند حالات التوحد. ويستتبط الربط السابق بين الانتباه الانتقائي والنقائص المعرفية والسلوكية التي يظهرها التوحديين كما تستنتج الباحثة ما يلي :

١- أن أداء أطفال التوحد في المرحلة العمرية المبكرة يكون مشابهاً لأداء المجاميع الأخرى من الأطفال الأسوياء وذوي صعوبات التعلم المساوين لهم في العمر العقلي عند أداء المهام الحركية والتنفيذية وهذا يدل على عدم ظهور أعراض التوحد بصور تامة في هذه المرحلة العمرية، (Dawson. et al: 2002).

٢- في المراحل العمرية اللاحقة والتي يكون فيها توجيه الانتباه للمحتوى المطلوب هام في عملية التعلم في مختلف المجالات، يظهر الأطفال التوحديين ميل للانتباه لمحتوى واحد فقط في الموقف المثير بدلاً من مسح المجال كله أو اختيار المحتويات الأكثر أهمية وذات العلاقة الوثيقة بصلب الموضوع ، (Iovaas. et al: 1979). وفي هذه المرحلة تظهر الأعراض بشكل يؤكد تشخيص الحالة على أنها مصابة باضطراب التوحد.

وتفترض سلسلة الدراسات التجريبية للوفاس وكوجل وآخرين بأن التطور في الميادين المتعددة للنمو يتأثر بدرجة كبيرة بنمط الانتباه الانتقائي لدى المصابين بالتوحد وهذا يتضح في :

١- السلوك الاجتماعي: يظهر التوحديين نمو اجتماعي غير طبيعي فهم يعاملون الأفراد كأشياء وفي تجربة (Iovaas. et al: 1973) والتي هدفت إلى معرفة كيف تؤثر الانتقائية على تعلم التوحديين كيفية التعامل مع الناس، من خلال التعرف على الكيفية التي يميز بها الطفل التوحدي دمية الولد عن البننت، أظهرت نتائج التجربة أن الأطفال الطبيعيين اعتمدوا في التمييز على الرمز الأساسي وهو رأس الدمية بينما وجه الأطفال التوحديين انتباههم إلى أجزاء أخرى

مثل شكل الحذاء للفرقة بين الدميتين، وهذا يظهر أن الأطفال الأسوياء يكتسبون سلوكهم الاجتماعي من الرموز الأساسية الواضحة في وجه الآخرين، بينما يرجع السلوك الاجتماعي غير الطبيعي للتوحيدين لاستجاباتهم لأجزاء محددة من المثير مما يؤدي إلى تكوين مفاهيم مستقلة غير واضحة عن الآخرين وبالتالي يؤثر في تفاعلهم الاجتماعي والذي يظهر بشكل غير سوي للآخرين وحتى في أكثر الألعاب الاجتماعية سهولة يظهر الأطفال استجابة بشكل مفرط لأجزاء محددة دون الاهتمام بقوانين اللعبة مما يسهم في نقص لتقبل الآخرين لهم، (Lovaas. et al : 1979).

٢- التواصل اللفظي: أن الاختلال في التواصل اللفظي من أكثر العوارض السلوكية التي يظهرها التوحيدين. وقد قام (Lovaas. et al : 1971) في الجلسات العلاجية باختبار مدى تأثير انتقائية الطفل التوحدي والتي من الممكن أن تؤثر على اكتسابه للكلام، وذلك عن طريق تغطية فم المعالج عند أداء الكلمة وأظهرت نتائج الملاحظة فشل الطفل في تقليد المعالج بالشكل الصحيح وهذا يظهر توجه انتباه الطفل بشكل أكبر للمساعدة البصرية في إظهار الأداء أكثر من صوت المعالج وحده، وبناء على ذلك من المحتمل أن يكون الخلل في الأداء اللفظي راجع إلى استجابة التوحيدين بشكل أكبر لأحد البنود المكونة للأداء اللفظي مثل طبقة الصوت أو النغمة، وهذا ما يظهره بعض التوحيدين عند تكرار الكلمة بنفس الصورة التي سمعوها دون فهم للأبعاد الأخرى لمحتوى الموقف التي قيلت به، (Lovaas. et al : 1979).

٣- النمو العقلي المعرفي: يظهر التوحيدين مستوى منخفض من الوظائف العقلية وفي حين آخر قد يظهرون مستوى طبيعي وفوق العادي في بعض جوانب الوظائف العقلية. وقد أشارت دراسة (Lovaas. et al : 1976) والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين الانتقائية والذكاء لمجموعة من التوحيدين تراوحت نسب ذكائهم (منخفض - فوق المنخفض - عادي) في مهام تطلب الاستجابة للرموز المتعددة إلى أنه كلما ارتفعت نسب الذكاء كانت الاستجابة أفضل لبنود

الاختبار، ولم توضح بشكل قاطع هل الانتقائية مرتبطة بنسب الذكاء المنخفضة، إلا أنها وضحت أن الانتقائية هي سبب أولي لنسب الذكاء المنخفضة إذا استمر الأفراد التوحديين في الاستجابة الانتقائية في جميع مواقف التعلم، كما أن المصابين هنا يواجهون صعوبة في التعلم في معظم الأحيان، (Schreibman & Koegel : 1983).

٤- اكتساب سلوكيات جديدة: يحتاج الأطفال إلى توظيف عدة أساليب مساعدة مثل الحث والتشجيع اللفظي والحركي عند تعليمهم سلوك جديد، ومن المفترض أن هذه الأساليب تساعد وترشد استجابة الطفل، ويوضح كوجل وكوجل (٢٠٠٣م) أنه في الوقت الذي يكون فيه الأطفال الأكبر سناً قد امتلكوا خبرات في التعامل مع مثل هذا الحث بحيث يكون مفيد ومساعد لهم لتوجيه استجاباتهم فإن الأطفال التوحديين من الممكن أن يخطئوا بدرجة أكبر عندما يتعرضون للحث الزائد للمثيرات ومن هنا فإننا هذا النمط من المساعدة غالباً ما يخدمنا احتمالية اكتساب سلوكيات جديدة.

وهذا يؤكد على أن عملية التعلم تحتاج إلى الاستجابة لرموز متعددة فعندما تتحدث المعلمة يجب أن يكون الطفل قادر على الاستجابة لرموز سمعية وبصرية متمثلة في تعبيرات وجهة المعلم والإرشادات المرافقة وأن الطفل الذي لا يستجيب لكل هذه الرموز تنخفض قدراته على التعلم واكتساب السلوك الجديد.

٥- التعميم: غالباً ما يكون لدى الأفراد التوحديين صعوبة في تعميم السلوك المتعلم في البيئة العلاجية في المواقف الأخرى المشابهة، وقد أظهرت الدراسات البحثية كيف أن الاستجابة لعدد محدود من المثيرات تحد بشدة من إمكانية التعميم، فقد يستجيب الطفل التوحدي لأحد العناصر المساعدة مثل الإشارة في الموقف التعليمي المقنن في البيئة العلاجية لتكوين الاستجابة السلوكية وفي حين غياب هذا العنصر في المواقف الأخرى يخفق الطفل في تطبيق السلوك المتعلم، (المرجع

السابق). وغالباً ما يساء فهم مثل هذا النمط من الاستجابة الذي يظهره التوحديين أنه نوع من العناد في حين أن الموقف يحتاج إلى أسلوب علاجي.

ويتضح من العرض السابق أنه من الممكن أن يكون نمط الانتباه الانتقائي هو المسئول عن ضيق ومحدودية اهتمامات التوحديين فهم يوجهون انتباههم لجزء معين وقد يطورون سلوكيات نمطية للتعامل مع المثيرات التي تثير اهتمامهم، وبما أنهم يواجهون صعوبة في نقل وتوسيع نطاق انتباههم فقد يستغرقون وقت طويل في أداء هذه الأنماط السلوكية، ويتداخل هذا النمط في الانتباه في التأثير على سلامة الطفل التوحدي فقد تثيره إحدى الجوانب في المثير فيستجيب لها دون إدراك للأخطار المترافقة للموقف.

ويتضح هنا أن طبيعة الانتباه الانتقائي لدى التوحديين تسهم في بعض الأحيان بشكل مباشر في مفاومة أعراض التوحد، فعدم القدرة على استخراج الخصائص الأساسية في الموقف يسهم في ترميز ومعالجة المعلومة بشكل خاطئ وهذا يسهم في ظهور النقائص السلوكية والمعرفية الغير سوية، وتتبنى الباحثة اتجاه (Russell , Gersten: 2001) في أن هذا النمط من الانتباه الانتقائي قد يكون هو المسئول عن بعض النقائص السلوكية والمعرفية إلا أنه ليس بأي حال محور لفهم وتفسير اضطراب التوحد بشكل تام، وأنه يعبر عن قصور يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار في إجراءات التدريس المصممة لهذه الفئة.

ثامناً: استراتيجيات لتطوير الانتباه الانتقائي؛

عندما تضعف عمليات تطور الانتباه الانتقائي يمكن استخدام استراتيجيات أخرى لتعويض عمليات الضعف هذه وتحقق. وظائف معينة في الأداء السلوكي والمعرفي، (Belminte& Yargelum- Todd: 2002). وتضمن هذه الاستراتيجيات إجراءات مثل عملية التحكم في شكل المثير وتكوينه، استخدام فعاليات تشكيل الاستجابة عن طريقة إعطاء استجابة واضحة ومحددة تقود إلى ملاحظة دقيقة وفعالة من قبل الطفل التوحدي بالإضافة إلى استخدام وسائل ملاحظة فعالة

لسلوكيات الطفل والتي تسهم بشكل كبير في تحديد التداخلات العلاجية المناسبة، (Dube).
199: ويقسم كوجل وكوجل (٢٠٠٣م) استراتيجيات العلاج الفاعلة في تعديل نمط الانتباه الانتقائي
للتوحيدين إلى :

(١) أسلوب الحث من ذات المثير (Within – stimulus Prompt)

يحاول المعلم في هذا الاتجاه لفت انتباه الطفل لإيماءة مناسبة مفردة على أمل أن يتعلم الطفل
ما يخص الأجزاء الأخرى من تعقد المثير، (ص: ٩٣). ويعتمد هذا الأسلوب على تنظيم معدل البيئات
التعليمية وفق خطوات منتظمة ومتدرجة يتم عن طريقها المبالغة في استظهار إيماءة معينة لتعميم
المفهوم، ومن ثم يخفض تدريجياً نمط المبالغة المفروضة كمساعد موجه لانتباه الطفل وصولاً إلى
الحدود الطبيعية له.

(٢) أسلوب العلاج بالإيماءات المتعددة (Multiple cue Intervention)

يحاول المعلم في هذا الاتجاه تعليم الأطفال الاستجابة إلى إيماءات متعدد مباشرة، وذلك من
خلال تعليمهم تدريجياً ونظامياً التركيز على عدد متزايد من الإيماءات المتعددة في المثير.
وهذين الأسلوبين اثبتا فاعليتهما، ويجمع بينهما الحاجة إلى تكرار التطبيق بالإضافة إلى
التعزيز الإيجابي للمحاولات الصحيحة في حال استخدمت مع الطفل التوحدي، وترى الباحثة أن
أولوية استخدام أي من الأسلوبين يتوقف على نوع الموقف أو المهارة التي نريد إكسابها للطفل
بالإضافة إلى قدرة الطفل التوحدي، على أن تعليم الطفل التوحدي الاستجابة إلى إيماءات متعددة في
المثير يعتبر عامل محوري في زيادة وظائفهم وقدرتهم بشكل عام.

ويرى (Russell & Gersten: 2001) أن الخطوات الفاعلة هنا تكمن في العمل على توسيع

مدى سعة انتباه الطفل التوحدي، ومن العوامل المساعدة في ذلك كما تشير نتائج الدراسات:

- ١- العمل مع الفرد التوحدي في بيئات طبيعية بالإضافة إلى الانتظام في برنامج علاجي،
(Bogte. et al : 2002).
- ٢- استخدام أساليب مثل اللعب يساعد في تطوير الانتباه لإيماءات متعددة، (Dawson. et al : 2002).
- ٣- استخدام برامج التدخل المبكر لسن ما قبل المدرسة يساهم في تطوير مهام الانتباه،
(Drew. et al: 2002) وتطوير استجابات الانتباه لإيماءات متعددة، (Salt .et al: 2000).
- ٤- إعطاء فرصة مناسبة من الوقت يساعد في تحسين الأداء على مهام الانتباه الانتقائي والتي
تطلب تحريك انتباههم من مثير لآخر، (Lincoln. et al: 2002).
- ٥- يتحسن أداء التوحدين على مهام الانتباه في المواقف التي تتطلب مشاركة غير لفظية،
(Misailidi: 2002) .

وتختتم الباحثة هذا المبحث في الدراسة بالتوصية إلى أن أهمية تطوير الانتباه والانتباه الانتقائي على وجه الخصوص تتبع من كونه العامل الأساسي والذي تعتمد عليه العملية التعليمية وما يترتب عليها من عمليات تطويرية أخرى، وبما أن الأفراد التوحدين لديهم العديد من مجالات القصور وفي مقدمتها مشكلة القصور في التواصل فإن مشاكل وأنماط الانتباه لديهم يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في حال التعامل معهم وتعليمهم أساليب التواصل.

المبحث الثالث : التواصل (Communication)

إن التواصل عملية حيوية لجميع الكائنات الحية ، وقد شاعت قدرته سبحانه وتعالى أن جعل لكل نوع من هذه الكائنات طريقة للتواصل. ويظهر التواصل في أرقى صورة وأعقدها عندما يرصد بالنسبة للإنسان.

وقد اقتضت حكمته تعالى اختلاف وتعدد الشعوب والقبائل وصولاً لهذه النتيجة والتي تعتبر وسيلة لحصاد منافع عديدة قال تعالى : ﴿ وجعلناكم شعوباً وقبائل لتعارفوا ﴾ (الحجرات، آية : ١٣).

أولاً : المفهوم والتعريف :

تشير الترجمة الحرفية لكلمة Communication إلى عدة معاني تضمن المواصلة ، التوصيل ، طريق موصل ، مخابرة ، (الكرمي : ١٩٨٨ : ٢٤٦).

وتعرف أمال باظه (٢٠٠٣م : ٨) التواصل بأنه العملية التي من خلالها تنقل الخبرة أو المعلومات أو الأفكار والمشاعر إلى الآخرين داخل نسق اجتماعي معين تحدد العلاقات الاجتماعية بين الأفراد حسب الأدوار الاجتماعية المحددة للأفراد.

ويرى القريوتي وآخرون (٢٠٠١م : ٣٢٥) أن التواصل بمفهومه العام ذلك النشاط الذي يتضمن إرسال واستقبال ما تريده الكائنات الحية بعضها من بعض. إنه الوسيلة التي يتم بها التعبير عن الحاجات والرغبات وإبلاغ المعلومات لجلب المنافع وابتقاء الأخطار..

أما التواصل بالمعنى المحدد ، فيقصد به استخدام الكلام كرموز لغوية للتعبير عن الحاجات والأفكار والمشاعر بين الناس.

وترى أمال جلال (١٩٨٩م : ٢٥٨) أن عملية الاتصال عملية اجتماعية بالدرجة الأولى ، فهي العملية التي يتصل بها الفرد بالآخرين ، ويتعاون معهم للمنفعة المتبادلة أو يدخل معهم في صراع وعدم توافق.

وينظر الكفاية وآخرون (٢٠٠٣م : ٦٠) إلى الاتصال كعملية ذات اتجاهين إذ أن الرسائل تنساب في الاتجاهين وتتمخض عنها إجراءات مشتركة ذات استجابات مشتركة.

ويشير كوك وجولدنج (٢٠٠١م : ٤٣) إلى أن القدرة على التواصل تشير إلى الرغبة والقدرة على تبادل الأفكار والمشاعر والمبادئ لفظياً مع الآخرين.

كما يشير غانم (١٩٩٥م : ٧٥) إلى العلاقة بين الاتصالية واللغة كون اللغة هي وسيلة لنقل الأفكار بين الأفراد والجماعات، ويتضمن مستوى الاتصالية ثلاث مستويات:

- المستوى الانعكاسي مثل صرخة ألم أو نظرة اشمئزاز.

- المستوى الغرضي مثل الإيماءات والأصوات.

- اللغة والتي هي مقصورة على الإنسان وتشمل المستويات السابقة.

ويضيف سليمان (٢٠٠٣م) أن اللغة هي أداة التعبير عن المعنى، إلا أنها لا تقتصر فقط على التواصل اللفظي بل تزيد على ذلك لتشمل أساليب أخرى مثل الإشارة والإيماءات والحركات.

ويتضح هنا أهمية اللغة المنطوقة في التواصل الإنساني كعنصر مميز إلا أن نماذج الاتصال لدى الإنسان لا تقتصر عليها بل تمتد إلى أساليب أخرى غير لفظية يستطيع أن يعبر بها الإنسان عما يريد إيصاله للآخرين.

ثانياً : المكونات الأساسية للاتصال :

يذكر جلال (١٩٩٨م) أن المصدر والرسالة، والمحول، والصيغة الشفوية، والمستقبل، وحل الشفرة تمثل عناصر الاتصال. بينما يركز آخرون على أن العناصر الأساسية والتي تمثل العمود الفقري للاتصال هي : (المرسل) ، المتصل به (المستقبل) موضوع الاتصال (الرسالة) ، (زينب شقير : ٢٠٠٢م).

وترى الباحثة أن العناصر الأساسية المكونة للاتصال هي:

- المستقبل : ويمثلها العنصر المستقبل للمعلومة.
 - المرسل : ويمثلها المصدر أو الجهة التي تعطي المعلومة.
 - قناة الإرسال: وهي الوسيلة التي تستخدم لإيصال المعلومة.
 - الرسالة: وهي المعلومة التي تقدم كهدف للاتصال.
- وتعلق هوجدون (١٩٩٧م: ٧) إن التوصل الفعال ليس مجرد شيء يحدث وإنما يحتاج إلى قدر من الجهد يبذله كل من مرسل ومستقبل المعلومة. لتأكيد تحقيق الهدف من الاتصال.
- وهنا يوجه النظر إلى دور المرسل في عملية إرسال الرسالة بطريقة واضحة ومفهومة للطرف الآخر، ودور المستقبل وقدرته في فك شفرة الرموز المرسله إليه، والتي يتوقف عليها فاعلية عملية الاتصال بشكل عام.

ثالثاً: أقسام التواصل وأنواعه :

ينقسم التواصل حسب الوسائل المستخدمة في عملية الاتصال إلى :

(أ) التواصل اللفظي:

ويطلق عليه اللغة المقطعية Syllabic وهي عبارة عن كلمات أو جمل أو عبارات ذات مدلول ومعنى متعارف عليه من قبل أفراد الجماعة وهي ثابتة نسبياً، (قاسم:٢٠٠٢م: ٣٠).

وهذا الشكل من اللغة ينفرد به الإنسان بشكل خاص، ويشمل :

١- أصوات الكلام (Phonology) : يشير هذا المصطلح إلى النظام الصوتي في اللغة والقواعد

اللغوية التي تحكم المجموعات الصوتية ويتضمن النظام الصوتي القدرة على فهم الأصوات

وطريق النطق، (وفاء الشامي : ٢٠٠٤م : ١٨٢).

٢- الصرف اللغوي (Morphology) : يشير الصرف اللغوي إلى نظام القواعد اللغوية التي تحكم بناء الكلمات وتركيب الأشكال المختلفة للكلمة مشتقة من الأصول الأساسية لمعناها مثل الأفراد والتنثية والجمع ، (ص : ١٨٢) .

٣- بناء الجملة (Syntax) : يشير بناء الجملة إلى القواعد اللغوية التي تحكم ترتيب الكلمات لتكوين جمل وعلاقة بين عناصر الجملة ، (ص : ١٨٣م).

(ب) التواصل غير اللفظي:

ويطلق عليه اللغة غير المقطعية Nonsyllabic وتتكون من أصوات غير مقطعية، أو من حركات وإيماءات مثل إيماءات الوجه أو تعبيرات الوجه أثناء الحديث أو التكشيرات أو غير ذلك من لغات مثل لغة العيون، لغة الأذن، لغة الحركة لغة الشم، وهذا الشكل من اللغة مشترك في بعض أوجهه بين الإنسان والحيوان، (قاسم : ٢٠٠٢م).

(ج) التواصل اللفظي وغير اللفظي:

ويشترك في هذا النوع من التواصل خليط من وسائل التواصل اللفظية وغير اللفظية آنفة الذكر أثناء عملية التواصل ويقتصر فعل ذلك على الإنسان.

ويتنوع الاتصال من حيث حجم المشاركين في العملية الاتصالية حسب ما تقدمه زينب شقير (٢٠٠٣م) إلى :

١- الاتصال الذاتي (Self Communion)

وهو اتصال يحدث داخل ذات الفرد. حيث أنه يعتبر نظام مكتمل من نظم الاتصال لتضمنه العناصر الأساسية المكونة للعملية الاتصالية. فهو مستقبل ومرسل في نفس الوقت ولعل تحليل الفرد لفكرة تطراً على عقله ونقدها واستخلاص نتائج منها مثال توضيحي لكيفية كون الإنسان في حد ذاته نظام اتصال متكامل.

٢- الاتصال بين شخصي (Interpersonal Communication)

وهو الاتصال المباشر، ويتيح هذا الاتصال التفاعل بين شخصين أو أكثر في موضوع ما.

٣- الاتصال الجمعي (Group Communication)

وهو اتصال يحدث بين أفراد جماعة ما مثل الأسرة أو الأصدقاء.

٤- الاتصال العام (Public communication)

وهو اتصال الفرد بمجموعة كبيرة من الأفراد مثل المحاضرات والندوات والعروض المسرحية.

٥- الاتصال الوسطي (Medio Communication)

وهو اتصال يحدث في الغالب بين جماعات محدودة العدد ومعروفة إلا أن الاتصال يتم عبر

أجهزة إلكترونية مثل الهاتف، التلكس، الانترنت.

٦- الاتصال الجماهيري (Mass Communication)

وهو اتصال يتم باستخدام وسائل الإعلام الجماهيرية حيث تكون الجماعة غير محدودة العدد

أو معروفة وتستخدم فيها الأجهزة الإلكترونية على نطاق واسع.

وتضيف الباحثة.. أن التواصل الرباني يعتبر أول وأرقى أنواع التوصيل ويكون على وجهان:

أولاً: تواصل الخالق بال مخلوق: وقد أوجده الله سبحانه وتعالى في عدة صور، فقبل اكتمال خلق

الإنسان أخبرنا تعالى بإحدى هذه الصور قال تعالى: ﴿ وإذ أخذ ربك من بني آدم من ظهورهم ذريتهم

وأشهدهم على أنفسهم ألست بربكم قالوا بلى شهدنا ﴾ (الأعراف، آية : ١٧٢).

وبعد اكتمال خلقه تعالى للإنسان تنوعت صور الاتصال الرباني بما يتناسب وقدره تحمل هذا

المخلوق (الإنسان) قال تعالى : ﴿ وقالوا لولا أنزل عليه ملك ولو أنزلنا ملكاً لقضي الأمر ثم لا

ينظرون، ولو جعلناه ملكاً لجعلناه رجلاً وللبسنا عليهم ما يلبسون ﴾ (الأنعام ، آية : ٨ - ٩).

:

التواصل البصري وهي عبارة عن معجزات عيانية يراها الإنسان ببصره مثل معظم المعجزات التي رافقت الأنبياء : قال تعالى : ﴿ وَإِذْ قَالَ إِبْرَاهِيمُ رَبِّ أَرِنِي كَيْفَ تُحْيِي الْمَوْتَى قَالَ أَوَلَمْ تُؤْمِنْ قَالَ بَلَىٰ وَلَٰكِن لِّيَطْمَئِنَّ قَلْبِي قَالَ فَخُذْ أَرْبَعَةً مِّنَ الطَّيْرِ فَصُرْهُنَّ إِلَيْكَ ثُمَّ اجْعَلْ عَلَىٰ كُلِّ جَبَلٍ مِّنْهُنَّ جُزْءًا ثُمَّ ادْعُهُنَّ يَا تَيْبَتُكَ سَعِيًّا وَعَلِّمُهُنَّ أَنَّ اللَّهَ عَزِيزٌ حَكِيمٌ ﴿٢٦٠﴾ سورة البقرة

وقد دلل حديث الرسول صلى الله عليه وسلم في قوله (يقول الله تبارك وتعالى من جاء بالحسنة فله عشرة أمثالها وأزيد ومن جاء بالسيئة فجزاء سيئة سيئة مثلها أو أغفر ومن تقرب مني شبراً تقربت منه ذراعاً ومن تقرب مني ذراعاً تقربت منه باعاً ومن أتاني يمشي أتيته هرولة ..) ، سنن ابن ماجة. (٢٠٠٤ م).

إن التواصل بين الإنسان وخالقه تواصلًا طردياً يعتمد على أصل جنس العمل ، وبما يتفق مع مشيئة عز وجل .

ثانياً: تواصل الخلق بالخالق : ويكون بأي وجه من أوجه العمل الصالح .

ومن أوجه العمل الصالح الذي يدل على تواصل الإنسان بخالقه سبحانه وتعالى الدعاء قال تعالى ﴿ وَقَالَ رَبِّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ ﴾ (سورة غافر ، آية : ٦٠).

وتستنتج الباحثة أن كل أنواع التواصل آنفة الذكر لا تخرج في أساليبها المستخدمة في التواصل عن التواصل اللفظي أو التواصل غير اللفظي أو استخدام النوعين معاً ، ويتفرد سبحانه وتعالى بأساليب إعجازية تتوافق وحكمته لخلقنا عز وجل.

وترى (آمال أباطة: ٢٠٠٣م) أن لتتوع عمليات التواصل اهمية بالغة لدى الأفراد فمن خلالها:

- ١- يستطيع الفرد إشباع حاجاته الأساسية البيولوجية والنفسية.
 - ٢- يستطيع تحقيق الانتماء إلى مجتمعه.
 - ٣- تساعده على تحقيق ذاته وتأكيدا أمام الآخرين.
 - ٤- تساعده على اكتساب أفكار ومعرفة جديدة أو تعديل خبرة سابقة من خلال تفاعله مع الآخرين.
 - ٥- تساعد على تحقيق التوازن الصحي النفسي.
 - ٦- يساعد على نقل وتأسيس قيم واتجاهات ومعارف الشعوب بينها وبين الشعوب الأخرى.
 - ٧- تمي عمليات التواصل العمليات العقلية الأساسية والعمليات العقلية العليا والتي يحتاج فيها الإنسان إلى استخدام التجريد بصورة أكبر.
- وللوصول إلى هذا الحد من الفاعلية في التواصل فإن هناك متطلبات سابقة يجب توافرها ، وتتفق فتحية والناطور (٢٠٠٠م) مع القريوتي وآخرون (٢٠٠١م) في أن ذلك يتضمن:
- ١- أن يكون النمو العصبي الحركي عند الطفل سليماً.
 - ٢- أن يكون سمع الطفل ضمن الحدود الطبيعية.
 - ٣- أن يكون الطفل صحيحاً عاطفياً وجسدياً.
 - ٤- أن تكون قدرات الطفل الإدراكية والذكائية ضمن الحدود الطبيعية.
 - ٥- أن يكون الجهاز النطقي للطفل سليماً.
 - ٦- أن توجد بيئة تحفيزية مناسبة.
 - ٧- أن يوجد أشخاص بالغين يتواصلون بشكل لفظي وغير لفظي في محيط الطفل.
- وهذه المتطلبات آنفة الذكر هي الدعامة الأولية لتطوير عملية التواصل.

فسلامة أجهزة الطفل الحسية والتي يستدخل عن طريقها المعلومات، ومستواه الإدراكي الذي يساعد على معالجة وفهم هذه المعلومات بالإضافة إلى وجود بيئة مناسبة ينقل عنها ويقلد من العوامل الأساسية في عملية تعليم الطفل أسس التواصل، وتأتي المحافظة على سلامة الطفل من الناحية الجسمية والنفسية وإيجاد وسائل تواصل بديلة في حال وجود معوقات التواصل في مقدمة العناصر الضرورية لعدم مفاقمة مشكلات تواصلية وتحولها إلى مشاكل سلوكية دائمة.

رابعاً: مراحل تطور عملية التواصل:

تتطور عملية التواصل وفق عدة مراحل بدءاً من عملية الاتصال غير القصدي non intentional communication وصولاً إلى عملية الاتصال القصدي communication intentionl والذي يحدث في حوالي (٩ إلى ١٠) شهور من العمر لغالبية الأطفال، وبناء على ما قدمه قاسم (٢٠٠٢م)، زينب شقير (٢٠٠٢م)، آمال أباطة (٢٠٠٣م)، سليمان (٢٠٠٣م) في شرح مراحل تطور اللغة لدى الأطفال تقوم الباحثة بتوضيح مراحل تطور عملية التواصل في كل من المراحل التالية:

أ. مرحلة ما قبل التواصل اللفظي:

تبدأ هذه المرحلة بالصراخ وتنتهي عند الفترة التي تصدر فيها مقاطع صوتية تقترب من الكلام العادي وفيما يلي توضيح لذلك:

١- مرحلة الصراخ (Crying Stage)

يعتبر الصراخ بداية اتصال الطفل بالعالم، ويرتبط في الشهور الأولى بكونه تعبير سلوكي لحالة الطفل الداخلية، ومن ثم يستخدم الطفل الصراخ كوسيلة اتصالية يجذب بها انتباه الآخرين، عند سن أربعة أشهر، ويكون للصراخ أهمية بالغة في تمرين جهاز الكلام لدى الطفل وتأسيس نظم التواصل فيما بعد.

(Babbling)

-

تبدأ هذه المرحلة في سن ثلاثة أشهر بتكرار مقاطع وأصوات مراراً عديدة، ويمر جميع الأطفال بهذه المرحلة، وفي الحالات الطبيعية فإن المناغاة تتطور كوسيلة للتواصل وتصل إلى قمته في سن تسعة أشهر حيث يتحكم الطفل في إصدار الأصوات كتعبير واضح عن مشاعر السرور والغضب، وتشكل هذه المناغاة والأصوات في مضمونها أساساً لنمو الكلام الحقيقي، فتميز المقاطع والحروف في المناغاة يدل على نضج لغوي للطفل وعلى سلامة قدرته على التحكم العصبي العضلي في أجهزة النطق والصوت.

(Imitation Stage)

-

في هذه المرحلة تصدر المقاطع الصوتية قريبة من الكلام العادي، ويرى جان بياجيه أن فترة التقليد لأصوات الآخرين تقع في أواخر السنة الأولى للميلاد وبداية السنة الثانية، وهذا التباين راجع إلى العوامل البيولوجية والبيئية لكل طفل، وفي المتوسط فإن غالبية الأطفال تتحول لديهم عملية التقليد من عملية تلقائية لا إرادية إلى عملية إرادية يصاحبها عنصر الفهم في نهاية السنة الأولى من عمر الطفل وهنا تظهر كلمات بدائية كوسيلة تواصل للتعبير عن الأشياء والتفاعل مع الآخرين.

٤- مرحلة الإيماءات (Gesturs Stage)

في نهاية السنة الأولى قبل أو مع ظهور الكلمة الأولى يبدأ الأطفال في استخدام الإيماءات أو الإشارة كمد اليد ورفع الذراع كوسائل للاتصال بالآخرين، ويصاحب ذلك اتصال بصري مباشر، وينمو نظام التواصل غير اللفظي بشكل شائع بجانب المهارات اللفظية لدى الأطفال، وتختفي تدريجياً عند منتصف السنة الثانية في حين تزداد الحصيلة اللفظية، ويدرك الطفل قلة فاعلية الإيماءات عند وجود الأشخاص بعيداً عن مستوى التواصل البصري.

ب: مرحلة التواصل اللفظي:

تبدأ هذه المرحلة بعد العام الاول من العمر مع الأخذ في الاعتبار الفروق الفردية بين الأطفال، تتميز هذه المرحلة بقدرة الطفل على الفهم أكثر من التعبير، كما تزداد الحصيلة اللفظية للطفل وتتضمن كلمات وأفعال مفردة تقوم مقام الجملة في التعبير والتواصل وما بين السنة الثالثة والخامسة يستطيع الطفل تركيب جملة تامة وصولاً إلى الشكل العادي في استخدام التواصل اللفظي، وهناك دلائل رئيسية تشير إلى مدى التطور اللغوي الذي بلغه الطفل بشكل عام وهي:

- ١- مدى فهم حديث الطفل من قبل الآخرين.

- ٢- نمو وازدياد الحصيلة اللفظية وفهم مرادفات الكلمات.

- ٣- طول واتساق تراكيب الجملة التي يستخدمها الطفل.

- ٤- تلاؤم وسائل التواصل اللفظي مع وسائل التواصل غير اللفظي عند استخدامها معاً.

خامساً: العوامل المساعدة في تطوير التواصل:

توضح مورتيما (٢٠٠٠م) أهم العوامل التي تساعد الطفل على الارتقاء في عملية التواصل

وتشمل:

- ١- التواصل مباشرة مع الطفل في الشهور الأولى عن طريق المحادثة والملامسة والنظر إليه،

وذلك لتشجيعه على تنمية أسس التواصل.

- ٢- تنظيم حياة الطفل.

- ٣- التحدث مع الطفل بوضوح مع العمل ما أمكن على إثارة استعماله للحواس.

- ٤- الاهتمام بمحاولاته التعبيرية وعدم التهكم أو عدم الانتباه لها.

- ٥- التواصل معه عند سماع نداءه أو توضيح الموقف إذا لم يكن ذلك في الحدود الممكنة.

- ٦- مساعدة الطفل على زيادة مخزونه اللفظي عن طريق توجيه الأسئلة.

٧- تعويد الطفل على مفاهيم الزمان والمكان مع مراعاة التدرج في الصعوبة مع ما يتناسب مع عمره العقلي.

٨- اللعب مع الطفل حسب اختياره مع التوجيه الهادف أثناء ممارسة النشاط.

٩- التعويد على الاطلاع على القصص وقراءة الكتب.

١٠- إعطائه الثقة والتشجيع وتنمية روح المبادرة لديه.

ويؤكد أبو الخير (٢٠٠٤م) على أن المستوى الاجتماعي والاقتصادي الجيد والعلاقة الوالدية السوية خصوصا علاقة الأم بطفلها تدعم التطور والنمو اللغوي بشكل فعال، كما يؤثر التدريب الخاص في مرحلة الطفولة الوصول إلى أقصى درجات الفاعلية في تنمية التواصل مع الآخرين .

ويضيف سليمان (٢٠٠٣م) أن الخبرة بالأطعمة الصلبة والتي تعمل على تدريب عضلات الفك عند الانتقال من عملية الرضاعة إلى عملية المضغ بالإضافة إلى نمو الأسنان والتي تدعم شكل التجويف الفمي الأمامي من العوامل الهامة والتي تساعد الطفل على التلفظ الصحيح، وعلى ذلك لا يجب الضغط على الطفل في السنوات الأولى لاتقان اللفظ.

ويرى (Carpenter. et al: 2002) أن الأطفال الأسوياء، يظهرون تدرجاً في نمو التواصل يتفق مع النمو والتطور في المهارات الإدراكية، فالأطفال في البداية يشتركون مع غيرهم في درجة الانتباه ثم يتبعون انتباه الآخرين وسلوكياتهم وبعد ذلك في مرحلة لاحقة يقومون بتوجيه انتباه الآخرين وسلوكياتهم.

ويوضح الفقي (٢٠٠١م) أننا لكوننا بشر فإننا نتصل بعالمنا عن طريق حواسنا الخمس، وتشكل هذه الحواس النظام التمثيلي الذي يتولى مهام التحويل إلى رموز، والتنظيم، والاختزان وربطنا بمصاف الإدراك ولهذا النظام خمس كيفيات أو أنظمة هي: البصري، السمعي، الشمي، الذوقي، والحسي..

ومع أن الحواس الخمس تعمل جميعها بصور مستديمة وبلا انقطاع إلا أن لكل منا نظام خاص به بارز يفوق الأنظمة الأخرى فعالية.

وأن التعرف على النظام الحسي الأكثر فاعلية في أنفسنا والأنظمة الحسية الأكثر فاعلية في الآخرين الذين نتصل بهم يضمن لنا أعلى فاعلية في عملية التواصل مع أنفسنا ومع الآخرين. ومن العرض السابق يتضح أن الأطفال بشكل عام يبدعون في الاتصال التعبيري مع الآخرين بالوسائل غير اللفظية أو ما يطلق عليه (السلوكيات غير اللفوية) قبل الاتصال اللفظي، وفي السنوات الأولى فإن الأطفال يفهمون الكلام بشكل أكبر مما يعبرون . وفي المراحل العمرية المتقدمة تلعب الأنظمة الحسية المسيطرة في كل فرد دوراً هاماً في عملية اتصاله وتواصله بالعالم المحيط من حوله.

سادساً : التواصل لدى فئة التوحد :

يجمع العديد من الأخصائيين في مجال التوحد على أن السمة المميزة لاضطراب التوحد هو أنه خلل وصعوبة في تطوير التواصل المتبادل، (Quill: 1995).

ويؤكد (Happe: 1996) على أن معدل معوقات التواصل في طيف التوحد كبيرة ابتداء من الشخص الذي لا ينطق بالمرّة حتى أنه لا يستخدم أي إشارة للتواصل وصولاً للطفل الذي يتكلم بطريقة المصاداه أو ترديد الكلام أو الطفل التوحدي الذي يستخدم كلمات مفردة غير مرنة لا تفسر كطلب، وانتهاء بالطفل التوحدي الذي يتحدث بطلاقة ولكن لديه شذوذ في أوجه التفاعل الاجتماعي.

وهذا يتفق مع ما ورد في تصنيف (DSM-4R: 2000) حيث أفرد محورين من الثلاث محاور اللازمة لتصنيف الاضطراب حول أوجه القصور اللفظية وغير اللفظية المحتمل ترافقها كسمات تشخيصية مميزة للاضطراب التوحد.

ويتفق (Layton & Watson: 1995) على أن التحدي الكبير بالنسبة للأطفال المصابين بالتوحد هو تحديد أي نظام تواصل أفضل بما يتناسب مع كل طفل ، وكيف يمكن تعزيزه ، فالأولوية هنا تعطي لتطوير مهارات التواصل بأي أداة ممكنة حتى لو كانت أداة غير منطوقة . كما تتفق دراسة سميرة السعدي (١٩٩٧م) والتي هدفت إلى تحديد الاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفال التوحد من قبل الوالدين في دولة الكويت والمملكة العربية السعودية ، مع دراسة العثمان (٢٠٠٤م) والتي هدفت إلى تحديد واقع خدمات التربية الخاصة المقدمة للتلاميذ ذوي التوحد في المملكة العربية السعودية من وجهة نظر معلمي التربية الخاصة العاملين معهم في معاهد التربية الخاصة وفي مدارس التعليم العام على أن التدريب على مهارات التواصل يأتي في مقدمة الخدمات التي يجب العمل على تطويرها لدى هذه الفئة .

وتشير الباحثة إلى أن هذا الاتفاق بين آراء كل من أولياء أمور أطفال التوحد ومعلميهم يوضح أن المشكلة الأولية في اضطراب التوحد تكمن في الانحراف عن التطور السوي لمراحل التواصل والتي يترتب عليها صعوبة الفهم والتعامل مع العالم بالنسبة للمصابين بالاضطراب .

(١) واقع التواصل لدى فئة التوحد:

إن الكثير من الأطفال التوحديين يريدون بالفعل أن يتواصلوا مع الآخرين ، والبعض منهم بالفعل قادرين على ذلك إما لفظياً أو سلوكياً أو جسدياً وذلك لتوفير وتحقيق احتياجاتهم ولكن مع ذلك نجد أنه تنقصهم القدرة على استخدام مهاراتهم للمشاركة في التواصل كشكل من أشكال التفاعل الاجتماعي ، (كوك ، جولدنيغ : ٢٠٠١م : ٤٣) .

ويظهر العديد من التوحديين مع تطور العمر الزمني لهم ترقق للاختلاط والتواصل مع الآخرين إلا أنهم ليس لديهم القدرة على التحكم في أنفسهم لتنظيم طريقة المحادثة مع الآخرين ، (كامل : ٢٠٠٣م) .

وترى الباحثة أنه يمكن تقسيم جوانب تطور الاتصال لدى الأفراد المصابين بالتوحد بناء على ما قدمه جيلبرج، بيترز (د.ت) وسهى نصر(٢٠٠٢م) على النحو التالي:-

أ) مرحلة الطفولة المبكرة: يمر أطفال التوحد كمعظم الأطفال بمرحلة الصراخ والمناغاة، وتستمر في الغالب المناغاة وفق مستوى واحد مع غياب للغة الإشارة باليد والإيماءة والتواصل البصري..

وقد تظهر أول الكلمات في نهاية السنة الأولى إلا أنها لا تستخدم بشكل له معنى دائم، مع استمرار وجود الصراخ العالي صعب التفسير..

وقد يطور البعض في حدود السنتين حصيلة لغوية تصل إلى خمس عشر كلمة مفردة على الأكثر دون تقدم ملحوظ في قدرتهم على الإشارة وإذا حدث فإنهم يستخدمون كامل الكف دون الإصبع.

ب) مرحلة الطفولة المتوسطة: وتمتد من ثلاث سنوات إلى خمس سنوات، وقد يطلق عليها مرحلة ما قبل المدرسة، ويستمر أطفال التوحد في هذه المرحلة بترديد بعض الكلمات والجمل دون تطوير نشط لدمج الكلمات أو استخدامها كوسيلة اتصال مع الآخرين، و عوضاً عن ذلك يستخدمون الناس من حولهم كأشياء توصلهم إلى احتياجاتهم في غياب تام للتواصل البصري، فسحب يد أحد أفراد الأسرة ودفعها لإعطاء الطفل شيء معين من وسائل الاتصال غير المباشرة الشائعة بين هؤلاء الأطفال..

وقد يتوقف بعض الأطفال بشكل تام عن استخدام كلمات كانت موجودة لديهم في السابق، بينما يستمر البعض في ترديد الكلمات ويظهر البعض الآخر كأنهم متأخرين في تطوير اللغة عن أقرانهم. إلا أنهم بشكل عام لا يطورون القدرة على فهم معاني الكلمات التي تأتي في سياق الكلام، بينما قد تكون لديهم المقدرة على فهم معاني بعض الكلمات والأفعال حين تنطق بشكل مفرد.

ج) مرحلة الطفولة المتأخرة: وقد يطلق عليها سنوات الدراسة وتمتد من سن ست أو سبع سنوات إلى سن اثني عشر سنة..

وفي هذه المرحلة قد يطور بعض أطفال التوحد لغة مفهومة للتواصل مع الآخرين تكون مختلفة في مستواها ودرجتها حيث تصبح حرفية ذات نبرة واحدة مميزة وذات درجة واحدة من الصوت، وفي الغالب الأطفال التوحديين الذين لا يطورون أي كلمة في هذه المرحلة أو في المراحل السابقة يستمرون غير قادرين على تطوير التواصل اللفظي مدى الحياة.

د) مرحلة البلوغ وما قبلها: يتطور العديد من الأفراد المصابين بالتوحد بصورة إيجابية في سنوات ما قبل مرحلة البلوغ خاصة في استخدام أساليب التواصل اللفظية وغير اللفظية، وقد يواصل البعض هذا التطور أثناء مرحلة البلوغ، بينما يظهر البعض فقد لمهارات التواصل، وقد يعود البعض لمرحلة سابقة من مراحل تطور اللغة.

هـ) مرحلة النضج: في هذه المرحلة يستقر العديد من الأفراد المصابين بالتوحد على نمط معين في التواصل اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين، ولا يتغير في الغالب هذا النمط حسب الأشخاص أو الوسط البيئي المحيط به.

وتعلق منى الحصان (٢٠٠٣م) على أن الطفل التوحدي في مرحلة ما قبل التواصل اللفظي لا تتطور لديه القدرة على سلوك الانتباه المزدوج، كما لا يمكنه أن يؤشر بإصبعه تجاه شيء معين، أما بالنسبة للتواصل غير اللفظي فإن تلميحات الوجه وقسماته لا تتوافق مع نبرات الصوت ولا تنسجم الإيماءات مع الكلام.

ويعلق اتودد (١٩٩٩م : ٣٧) أنه على الجانب الآخر من هذه السلسلة المتصلة لجوانب تطوير التواصل، فإن هناك بعض الأطفال ذوي الكفاءة العالية قد يبتكرون الكلمات للأشياء والأحداث اليومية، وهذا قد يشمل كلمات جديدة أو تعابير جديدة أو لغة خاصة به.

ويتفق المرجع السابق مع سميرة السعدي (١٩٩٧م) و الفوزان (٢٠٠٢م) في أن الطفل التوحد قد يظهر أنماط أخرى للاتصال بالآخرين كسلوك العنف والعدوان والفوضى ونوبات الغضب والتي يمكن ترجمتها إلى عبارات وتعليقات من قبل القائمين على رعاية الطفل التوحد.

ويضيف (Rydell & Prizant: 1995) في أن المصاداة (ترديد الكلمات) والتي تكون وظيفية في عمر معين قد تكون وسيلة اتصال هادفة إذا حلل السياق الذي أوجدت فيه والعوامل المرتبطة بصدورها بالنسبة للمصابين بالتوحد.

وترى الباحثة أنه بمجرد إقرار أي من السلوكيات السابقة لدى الطفل التوحد كوسيلة للاتصال فإنه يجب العمل على تعليم الطفل الوسائل البديلة المناسبة الأكثر فاعلية للاتصال.

(٢) مشاكل التواصل لدى فئة التوحد:

إن الاختلال في تواصل الطفل التوحد مع الآخرين يشمل المهارات اللفظية وغير اللفظية، ويلخص (Hoppe: 1996) و سليمان(٢٠٠١م) مشكلات التواصل لدى المصابين بالتوحد في:

- ١- تأخر تطور الكلام مع غياب تطوير وسائل بديلة.
- ٢- عدم الاستجابة لحديث الآخرين.
- ٣- ترديد الكلام (Echolalia) بطريقة فورية أو متأخرة.
- ٤- الاستعمال الخاطئ للضمائر.
- ٥- عدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة.
- ٦- استخدام شاذ لبعض الكلمات وظهور بعض التعابير الجديدة.
- ٧- الفشل في بدء محادثة بشكل طبيعي.
- ٨- المحادثة عن طريق اللغة التلغرافية.
- ٩- عدم القدرة على التحكم في درجة الصوت ونغماته.

١٠- صعوبات خاصة بإدراك المعاني المرادفة للكلمة.

١١- التواصل غير اللفظي الشاذ للمواقف الاجتماعية.

وتتواجد مشكلات التواصل اللفظي هذه أيضاً في الأطفال الأسوياء في المرحلة العمرية ما قبل المدرسة إلا أنها تميل إلى التحسن التدريجي مع التقدم في النمو دون الحاجة إلى تدخل تقويمي في أغلب الحالات ، (بدير ، صادق : ٢٠٠٠م). بينما يحتاج الطفل التوحدي إلى تدخل تقويمي علاجي منظم لتقليص حدة مشكلات التواصل لديه.

وينفرد كامل (٢٠٠٣م) بعرض مشكلات التواصل لدى المصابين بالتوحد وفق ثلاثة محاور

تضمن:-

(أ) مشكلات التعبير اللفظي:

على الرغم من أن العديد من الأفراد التوحديين يمتلكون لغة ظاهرية منطوقة تبدو أنها تتطور بشكل جيد إلا أنهم يسجلون تعارضاً بين استخدام وفهم اللغة ، كما أنهم يميلون إلى التفسير الحرفي للغة مما يوقع هؤلاء الأفراد في مشكلات اجتماعية عميقة عند تفاعلهم مع الآخرين.

(ب) المشكلات في اللغة المنطوقة:

يظهر الأفراد التوحديون قصوراً في فهم وتعميم معاني الكلمات التي يتلقونها من الآخرين ، وهذا يحد من قدرتهم أيضاً على التعبير اللفظي عما يريدون إيصاله للآخرين ، ويتسم أسلوب حديثهم في الغالب بنمط روتيني واحد غير متكيف مع الظروف البيئية والاجتماعية من حولهم ، كما يظهر لديهم نقص واضح في إحساسهم بمدى فاعلية أسلوب ومحتوى حديثهم على الآخرين مما يظهرهم بشكل غير لائق فظ ومتبلد ذهنياً للآخرين.

ج) التعامل مع المفاهيم المعنوية:

تتخضع لدى الأفراد التوحديين القدرة على فهم المعاني الافتراضية المستقبلية والماضية وهذا بدوره يؤثر على قدرتهم على التعبير عن المشاعر والأحاسيس التي يمرون بها، إلا أن الشيء المثير للدهشة أن يغلب على أسلوب الأفراد التوحديين ولغتهم وتفكيرهم روح الدعابة التي يستمتعون بها هم أنفسهم.

ولعل من مشاكل التواصل غير المتوقعة ما يظهره أطفال التوحد الأكثر قدرة من الناحية اللفظية حيث أن الحصيلة اللغوية التي يظهرونها غالباً ما تعيق الاستخدام المرن والوظيفي للغة من أجل أغراض التفاعل مع الآخرين، (Siegel : 2003).

وبالطبع فإن هذا المدى الواسع من مشاكل التواصل لدى الأطفال التوحديين يمثل تحدي قوي للقائمين على تدريب وتأهيل هذه الفئة.

٣) الاتجاهات المفسرة لانحراف تطوير التواصل لدى فئة التوحد:

يرجع كوهين، بولتمان (٢٠٠٠م) فشل التوحديين في تطوير التواصل غير اللفظي إلى كون التوحديين لا يعرفون كيف يوظفون البصر للتواصل مع الآخرين بالإضافة إلى كونهم غير قادرين على فك رموز الإيماءات والتلميحات التي تبدو على وجوه الآخرين.

ويرجع جيليرج، بيترز (د ت: ٢٥) عدم القدرة على التبادل في عملية التواصل مع الآخرين إلى كون التوحديين لا يفهمون معنى اللغة المنطوقة فعملية إرسال المعلومات من الشخص للدماغ ثم الرد عليه من الدماغ وبالتالي الرد على الشخص الآخر تكون غير موجودة.

ويوضح (Happe: 1996) أن المدى الواسع لمشاكل التواصل للتوحد يؤكد على أن هناك عدة مناطق في الدماغ تتحكم في تطوير اللغة اللفظية وغير اللفظية إلا أنها لا تتأثر بنفس الدرجة عند جميع الأفراد المصابين بالتوحد.

وترجع (Siegel: 2003) صعوبات تفاعل الفرد التوحدي مع الآخرين إلى ما يعانيه من صعوبات في حواسه حيث يستقبل ويعالج المعلومات بشكل مختلف مما يجعل المعلومات التي يكتسبها مختلفة وهذا يؤثر على تواصله مع العالم من حوله.

وتؤكد بدرية بوزبون (٢٠٠٠م) على أن فقدان التواصل في إحدى مراحل النمو والتطور اللغوي وهي مرحلة التواصل غير اللفظي من أهم أسباب معاناة هذه الفئة.

وتضيف الباحثة أن استخدام الحركات الإشارية والكلمات من قبل الطفل التوحدي بشكل غير موظف في سياق الموقف يقلل من رد فعل المحيطين به والتي تشمل على تقديم التعزيز والتغذية الراجعة للطفل وبالتالي يدرك الطفل التوحدي أن هذه السلوكيات لا تمثل شيء للآخرين فتتخفف لديه الدافعية لتطوير التواصل مع الآخرين.

(٤) أنظمة التواصل المساندة لفئة التوحد:

قد لا يكتسب حوالي (٥٠٪) من التوحديين أي تطوير في التواصل اللفظي مدى الحياة ، بينما توضح وفاء الشامي (٢٠٠٤م) أن هذه النسبة انخفضت إلى (٣٠٪) نتيجة عوامل التدخل المبكرة المساندة، وهذا يستظهر الحاجة إلى تعليم الطفل التوحدي وسائل اتصال أخرى غير التواصل اللفظي. ويسجل أغلب الأطفال التوحديين فهما أعلى عن طريق المشاهدة أكثر من السمع بكثير فبمقابل (٩٠٪) يفهمون بالرؤية والمشاهدة هناك (١٠٪) فقط من الممكن أن يتجاوبوا عن طريق السمع، (هودجن: ٢٠٠٠م : ٦).

ويضيف ثيوبيتر (٢٠٠٠م) أن الطفل التوحدي لا يعاني فقط من تأخر في النمو ولكن نموه بحد ذاته مختلف، إنه لا يحتاج إلى التبسيط فقط ولكنه أيضا يحتاج إلى توضيح أكثر، إنه يحتاج إلى اتجاه تعليمي مساند ومعزز، ويحتاج إلى طريقة تعليمية فيها الكثير من الدعم والمساعدة البصرية .

وتعلل حنان مقبل (٢٠٠٤م) أهمية استخدام المعينات البصرية كدعامة أساسية في برنامج

الأفراد التوحديين للأسباب التالية :

- صعوبة تحليل كل ما يسمعه وبالتالي عدم القدرة على استحضار المعاني لما يسمع.
- صعوبة التغير السريع في المعلومة السمعية وبالتالي عدم القدرة على متابعة كل ما يسمع.
- صعوبة التمييز السمعي وربط الأصوات بما يشاهد.
- صعوبة تحويل الانتباه من شيء لآخر واستعادته مرة أخرى.

ويفسر ذلك الدور الحيوي لاستخدام وسائل الاتصال البصري للأفراد التوحديين من حيث أن الرسالة تقدم عن طريق استراتيجية ثابتة نسبياً تعزز فاعلية استقبال واستيعاب وفهم المعلومة وتساعد على التعبير وتدعيم النطق، (هودجن : ٢٠٠٠م).

وبذلك يكون الهدف الرئيسي لاستخدام الوسائل البصرية هو إيجاد عدة وسائل تساعد الفرد التوحدي على التواصل مع الآخرين، وتتضمن استراتيجيات التواصل عناصر هامة تقسمها الباحثة إلى :

- أ) الوسائل البصرية: وتتعدد ما بين الصور الفوتوغرافية، المجسمات، الصورة المرسومة، الرسوم الرمزية، الكلمات المكتوبة، البطاقات الالكترونية، الحاسب الآلي وينتقى استخدام هذه الأدوات حسب محتوى المادة المتعلمة وقدرة الطفل على الاستيعاب والفهم والتعبير عن طريقها.
- ب) فنيات استخدام الوسائل البصرية: من حيث حجم ووضوح الوسيلة البصرية ومدى مناسبتها لإيضاح الهدف، بالإضافة إلى نوعية المساعدة المقدمة للطفل التوحدي والتي تندرج ما بين المساعدة الجزئية والكلية.

ومن أنجح الفنيات المستخدمة ما يعرف بالتواصل الميسر (FCI Facilitating communication)

وهي طريقة تستخدم لتعليم الأفراد المصابين بإعاقات تواصلية حادة على استخدام الوسائل

التواصلية بالإضافة إلى استخدام أيديهم، وفي التدريب يقوم المساعد بمساعدة المستخدم
لوسيلة التواصل على التغلب على الصعوبات الخاصة باستخدام اليدين، وبهذا يعمل على تطوير
نماذج من الحركات الأدائية..

وعندما تزيد مهارات الطالب وثقته بنفسه فإن كم التسهيلات ينخفض والهدف هنا هو أن
يصبح الطالب قادرا على استخدام وسيلة/وسائل التواصل التي يختارها وبمحض إرادته
وباستقلالية تامة، (كورسلي: ٢٠٠٠م: ٩٧).

(ج) ازدواجية التلميحات : فمنذ البدء باستخدام التعليم عن طريق استراتيجية الوسائل البصرية
يجب المزوجة بين الوسيلة البصرية ونطق الكلمة بالإضافة إلى الإشارة الحركية الموافقة
للموقف وبالتدريج تدعم هذه الطريقة قدرة الطفل التوحدي على الكلام، كما أنها توفر
طريقة اتصال أخرى في حال عدم تمكنه من الكلام.

وأشارت نتائج الدراسات على أن استخدام الكلام الإشاري signed speech (عبارة عن
استخدم مزدوج للإشارة وهي إحدى وسائل الاتصال البصري مع الكلام) يساعد في تسريع
وتقوية قدرة الطالب على الكلام والاتصال البناء مع الآخرين نظرا لأن رسائل الاتصال
المزدوجة للكلام والإشارة الحركية واللغوية تثير في الدماغ منطقة مختصة واحدة مرتين مرة
أولى بمنبهات الكلام ومرة ثانية بمنبهات الحركة الإشارة وكلما يحدث هذا في الإدراك
والتعلم. فإن تركيز أعمق لفهم وسائل البيئة يحدث في الدماغ أي في حالتنا الراهنة يحدث
تطوير واضح في قدرة الطفل المتوحد على الاتصال والكلام الإشاري ثم أخيرا الكلام
اللفظي العادي، (حمدان: ٢٠٠٢م: ٧٣). ويركز هنا على استخدام الإشارات البسيطة
المرتبطة بالحاجات الأساسية للطفل كالأكل والنوم ومهارات الاتصال بالآخرين كالتحية
والوداع.

ويوضح (Rapin: 2002) أن مهارات التفكير المكانية ومهارات حل المشكلات غير اللفظية
تتضح بشكل مبكر عن وجود اللغة اللفظية .. وهذا يدعم استخدام أنظمة التواصل البصري مع
حالات التوحد.

وتلخص وفاء الشامي (ج)، (٢٠٠٤م) الخطوات الأساسية لتطوير التواصل لدى التوحيديين من

خلال توظيف أنظمة التواصل البصري في :

الخطوة الأولى : إشراك الطفل في تفاعلات اجتماعية ممتعة له.

الخطوة الثانية : تقويم حالة الطفل من خلال التحقق من وسيلة التواصل التي يستخدمها واحتياجاته

في مجال التواصل.

الخطوة الثالثة : استخدام اهتمامات الطفل في تعليمه كيف يمارس التواصل.

الخطوة الرابعة : تعليم طلب الأشياء التي تثير اهتمامه من خلال وسائل الاتصال البصرية .

الخطوة الخامسة : تعليم الطفل تعميم المهارات مع وجود أشخاص مختلفين وفي أوضاع مختلفة .

الخطوة السادسة : زيادة عدد الأشياء التي يستطيع الطفل أن يطلبها من خلال إحدى الوسائل

البصرية .

الخطوة السابعة : تعليم الطفل كيف يطلب فعلاً أو يتصرف مع شخص بالغ.

الخطوة الثامنة : تعليم الطفل الرفض والقبول والاختيار.

الخطوة التاسعة : عدم تلبية رغبة الطفل عندما يطلب شيئاً من خلال البكاء.

الخطوة العاشرة : تعليم الطفل كيف ينطق الكلمات من خلال التركيز على توظيف صوته وعدم

الاكتفاء باستخدام وسيلة الاتصال البصرية .

وتؤكد الباحثة هنا على أن الهدف من استخدام استراتيجيات التواصل البصري هو إيجاد

طريقة يتواصل بها الطفل التوحيدي وليس حصره ضمن طريقة واحدة. فتعليم الطفل الاستجابة لعدد

من استراتيجيات التواصل (صور، رسوم، ملصقات، كلمات مكتوبة) سينتج عنه استجابات

مختلفة وهو أفضل من استخدام طريقة واحدة فقط.

(٥) العوامل المساعدة في تطوير التواصل لفئة التوحد:

تطرح (Quill: 1995) ثلاث قواعد رئيسية تبرز التفاعلات الاتصالية لدى التوحديين:

١- العمل ضمن نظام روتيني حيث يوفر ذلك نمط تفاعلي ثابت يكون قابل للتنبؤ مما يساهم في تهيئ الطفل التوحدي لعملية التواصل.

٢- التعديل في نمط التواصل للمتفاعل وهذا يتضمن:

- العمل على زيادة الفهم وتقليل التعبير اللفظي.

- استخدام عبارات مبسطة وفق ترتيب بسيط.

- السماح بوقت إضافي لحدوث الاستجابة.

٣- تتبع العوامل البيئية الأكثر ملاءمة للعمل مع الطفل التوحدي وهذا يشمل الوضعية التي يفضل الطفل التوحدي أن يمارس ويتعلم من خلالها.

ويضيف (Koegel. et al: 2001) أن هناك محاور رئيسية إذا أخذت في الاعتبار عند التعامل مع

الطفل التوحدي فإنها تدعم تطوير التواصل اللفظي وغير اللفظي بالإضافة إلى تطويرها لجوانب أخرى من المهارات والسلوكيات المرغوبة وتضمن هذه المحاور:

١- العمل على زيادة تعليم الطفل الاستجابة لرموز متعددة في البيئة من حوله وهذا يساعد على زيادة القدرة على التعلم والتعميم.

٢- تنفيذ الإجراءات التي تزيد من دافعية الطفل التوحدي كتدعيم الطفل المباشر وتوظيف اهتماماته.

٣- تنمية سلوك المبادرة لدى الطفل التوحدي.

٤- تعليم سلوك إدارة الذات وهذا يتطلب التمييز بين السلوكيات الملائمة وغير الملائمة وتسجيل الاستجابات الصحيحة وتدعيمها.

وقام (Vogin: 2002) بتلخيص أهم الخطوات اللازمة للبرنامج الذي يساعد على تسهيل تواصل

الطفل التوحدي وفهمه للعالم المحيط به وهي:

- العمل على إيقاف السلوك غير السوي مع الآخرين، لكي يطور الطفل مهارات اتصالية صحيحة.
- تعليم الطفل عن طريق الأنشطة الواضحة محددة الغايات.
- توفير سبل اتصال الطفل مع البيئة الخارجية.
- تعليم مهارات الاعتناء بالذات.
- تعليم الطفل وسائل اتصال بديلة.
- تدريب الآباء على التعامل مع الطفل وتزويدهم بالمعلومات اللازمة.
- تقرير مدى احتياجات الطفل للدواء عبر فريق مختص من الأطباء.
- توظيف اهتمامات الطفل الاستثنائية.

وتؤكد (Siegel: 2003) على وجود عوامل تدعم تطوير مهارات التواصل لدى الأفراد المتوحدين

تشمل:

- العمل على تطوير التواصل غير اللفظي كعامل جوهري من أجل نمو الاستعمال القصدي للغة في التواصل.
- التركيز على تطوير اللغة التعبيرية.
- وتضيف أنه من أكثر العوامل التي تعيق تطوير مهارات الاتصال لدى الأفراد التوحدين..
- المبالغة في تقدير قدرة التوحديون الذين لديهم قدرة على الكلام، بما يعرض هؤلاء الأطفال لأداء متطلبات لغوية لا يكونون قادرين على الوفاء بها.
- الإصرار غير المتعقل على مطالبة الطفل بأن يقول كل الجملة، بحيث تجعل عملية الاتصال في حد ذاتها حدثاً صعب المنال.

- التدريب على مواقف معينة وعلى الاستجابات الآلية، لا يخدم تطوير الأداء الوظيفي للغة في البيئة الطبيعية.

وتؤكد نتائج الدراسات البحثية التجريبية في هذا المجال على أهم العناصر التي تدعم تطوير مهارات التواصل لدى التوحديين وتضمن:

- 1- تعزيز نظام استخدام الصور (Exchange Communication System) في عملية التعليم والتعامل مع الأفراد التوحديين، (Webb: 2000) ، (Bondy & Frost : 2002) .
- 2- تعليم الأطفال من خلال الرموز التخطيطية والرسوم (ذات بعد واحد) يزيد من قدرة الطفل على التواصل بأدوات متعددة، (Nigam: 2001).
- 3- استخدام استراتيجيات التدخل المبكر، البيئة التعليمية المنظمة، الدمج مع الطفل التوحدي تساعد على استبدال السلوك الصعب وتيسير التواصل مع الآخرين، (Goldstein: 2002).
- 4- تعليم حركات الإشارة باليد تساعد على تطوير التواصل غير اللفظي مما يدعم تواصل الطفل الاجتماعي مع الآخرين، (Whittaker & Reynods: 2000).
- 5- استخدام نظام التغذية الراجعة عن طريق أشربة الفيديو المسجلة تزيد من سلوك الاتصال المرغوب، (Aldred. et al: 2001).
- 6- تطوير قدرات الانتباه لدى الطفل التوحدي من العناصر الأولية في تطوير قدرة التوحديين على التواصل. (المرجع السابق)، (Charman: 2003).
- 7- تدعيم ووعي وتفهم وتفاعل الآباء مع حالة طفلهم التوحدي وعدم عزله ينعكس إيجابياً على تطور مهارات الاتصال عند هؤلاء الأطفال . (Siller & Sigman: 2002).
- 8- استخدام التعليم عن طريق اللعب من أهم العوامل التي تساعد على تطوير الاتصال البناء مع الطفل التوحدي (Siller & Sigman: 2002)، (Reynods & Whittaker: 2000)، (فتحية ولوبو : ٢٠٠٤م).

ويتضح مما سبق أن أهمية تطوير مهارات التواصل للطفل التوحدي لا تنعكس فقط على التطور الإيجابي لسلوك الطفل بل تمتد لتشمل أسرة الطفل التوحدي، حيث يؤدي تطور مهارات الطفل الاتصالية بالآخرين إلى تخفيف العبء عن أسرته، كما أنها تزيد من تقبل المحيطين له بشكل أكثر إيجابية، وإن أكبر ما يقضي على تطور المهارات الاتصالية لدى الأطفال التوحديين هو عزلهم داخل بيئات غير تعليمية.

ثانياً : الدراسات السابقة

قامت الباحثة في هذا الجزء بعرض الدراسات السابقة والتي استفادت منها في فهم أعمق لمتغيرات دراستها الحالية و في بناء البرنامج التطبيقي، وفق التسلسل الزمني من الأقدم إلى الأحدث وختمت الباحثة هذا الفصل بتعقيب على هذه الدراسات مستتجة بذلك الفروض النهائية للدراسة الحالية، وفي ما يلي عرض لتلك الدراسات ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة الحالية .

قام (Koegel & Wilhelm: 1973) بدراسة هدفت إلى مقارنة بين الأطفال التوحيديين والأطفال الأسوياء الأصغر سناً على سلسلة من مهام التمييز البصري وقد طبقت الدراسة على عينة تكونت من [١٥] طفل توحيدي و[١٥] طفل من الأسوياء وقد تكونت أدوات الدراسة من (٤) كروت تحتوي على أشكال مفردة وكرتين تحتوي على نفس الأشكال بصورة مزدوجة وقد درب الأطفال على التعرف على رموز الكروت، ومن ثم تم اختيارهم في مهام التمييز، وأشارت النتائج إلى أن الأطفال التوحيديين يميلون في المتوسط إلى الاستجابة إلى مثير واحد فقط من بنود المثير المعروضة .

بينما قام (Schover & Newsom: 1976) بدراسة هدفت إلى التعرف فيما إذا كانت الانتقائية لبنود المثير هي أحد المشاكل التي يعاني منها الأطفال التوحيديين، وقد طبقت الدراسة على مجموعتين إحداهما مكونه من اطفال التوحد والأخرى من الاطفال الأسوياء المماثلين لهم في العمر العقلي وفقاً لمقياس الذكاء المصور (Leiter)، وقد طبقت على المجموعتين مهام تتطلب انتقاء بصري، وقد اوضحت النتائج:

- عدم وجود اختلافات دالة احصائياً بين الأطفال التوحيديين والمماثلين لهم في العمر العقلي من الأطفال الأسوياء في مهام الانتباه الانتقائي.
- يتحسن أداء المجموعتين بشكل مماثل في مهام الانتباه الانتقائي عندما تطبق عليهم إجراءات التدريب.

وقدم (Gersten:1978) دراسة لبحث فرضية ارتباط الانتقائية المفرطة لبنود المثير بمحدودية القدرة اللغوية لدى الاطفال التوحيديون وقد تكونت عينة الدراسة من أربع مجموعات من الأطفال (مجموعة توحيديين يتكلمون ، مجموعة متخلفين عقلياً يتكلمون ، مجموعة توحيديين غير قادرين على الكلام ، مجموعة متخلفين عقلياً غير قادرين على الكلام ، مجموعة من الأطفال الأسوياء) تراوحت أعمارهم ما بين [٦ - ٩] سنوات، وقد درب جميع الأطفال على مهام تميز مثير(بطاقة تحمل صورتين لشكلين مختلفين)، وأشارت النتائج إلى أن مجاميع الاطفال غير القادرين على الكلام لا يمكن تدريبهم للتعرف على مثير مزدوج الرموز في حدود عدد معقول من المحاولات التدريبية بينما أظهر الأطفال التوحيديون المتكلمين قدرة على تميز المثير مزدوج الرموز.

كما قدم (Frankel : 1978) في دراسته تصميم تجريبي مشابه لمهام الانتقاء البصري السابقة للتأكد من صحة الفرض السابق..

وتكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات (٩ أطفال توحيديين ، ١٠ أطفال متخلفين عقلياً ، ١٠ أطفال من الأسوياء) وقد أوضحت النتائج بعد معالجتها إحصائياً ما يلي:

- هناك فروق دالة إحصائية في الأداء بين الأطفال الأسوياء والمجاميع الأخرى في الدراسة.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في الانتقائية بين الأطفال التوحيديون المتكلمين والأطفال المتخلفين عقلياً.
- تؤكد النتائج على أن القصور في اللغة ليس هو المحدد لوجود الانتقائية حيث أن (٦٤٪) من الاطفال التوحيديون المتكلمين، و (٧٠٪) من المتخلفين عقلياً أظهروا انتقائية لبنود المثيرة.

وقدم (Kolko.et al :1980) دراسة تهدف إلى التعرف على جوانب الاستجابات الانتقائية الحسية عند الأطفال المصابين بالتوحد ، وقد تكونت العينة من خمسة أطفال مصابين بالتوحد وخمسة أطفال أسوياء ، دربت المجموعتين على التمييز بين وجود وغياب المثير السمعي والمرئي ومن ثم قدم للمفحوصين مثير مركب (سمعي + بصري) ويطلب من كل مفحوص الضغط على زر عند ظهور أحد أوجه المثير المركب وقد كشفت نتائج الاختبار الخاصة بعملية الانتباه الانتقائي أن

الأطفال المصابين بالتوحد يستجيبون لعامل واحد فقط من عوامل المثير المركب، بينما لم يظهر الأطفال الأسوياء أي عجز من ناحية الانتقاء.

وقدم (Miyashita : 1981) دراسة هدفت إلى رصد أداء الأطفال التوحيديين على الرموز البصرية المتعددة، وقد تكونت عينة الدراسة من [١٥] طفل متوحد، (١٥) طفل متخلف عقليا، و[١٥] من الاطفال الأسوياء وقد تم ضبط العينة من حيث العمر العقلي، وتم تدريب جميع أفراد العينة على التمييز بين مثيرين بصريين يختلفان في اللون، الحجم والشكل ومن ثم تم اختيارهم في مهمتين:

- المهمة الأولى : تتطلب انتقاء المفحوصين ضمن بندين مختلفين (اللون، والحجم).

- المهمة الثانية : تتطلب انتقاء المفحوصين ضمن ثلاثة بنود مختلفة (اللون ، الشكل ، الحجم).

وقد أشارت النتائج الأولية إلى أن الاستجابة لعدد محدودة من الرموز في مهام التصنيف التي تحتوي على رموز بصرية متعددة كان غالب في مجموعة أطفال التوحد إلا أنه لم يقتصر عليهم، حيث أظهر بعض أفراد المجموعتين الأخرى نفس الاستجابة المحدود للرموز البصرية المتعددة، وانخفض بشكل عام أداء المجاميع الثلاثة في أداء المهمة الثانية، وأظهر التحليل الاحصائي للنتائج ما يلي:

- عدم وجود فروق دالة إحصائية في أداء مجموعات أطفال عينة الدراسة على أداء المهمتين.
- وجود فروق دالة إحصائية في أداء مجموعات أطفال عينة الدراسة على الأداء في كل مهمة.

كما قدم (Anderson & Rincover : 1982) دراسة بهدف بحث ما إذا كانت الانتقائية معممة في كل المواقف أم انها مرتبطة بظروف المثير، وتكونت عينة الدراسة من [٨] أطفال توحيديين صنفوا على أنهم انتقائيين في الأداء، [٨] أطفال أسوياء مماثلين لهم في العمر العقلي الذي تراوح ما بين (سنتان وخمسة أشهر إلى خمس سنوات) وتتضمنت أدوات الدراسة اختبار ستفورد بينيه للذكاء، (٦) لوحات مقاس (١٥سم × ١٥سم) تحتوي على سلسلة من النقاط مختلفة الحجم والعدد لتكون أشكال دائرية، ٣ لوحات من نفس المقاس تحتوي على عدد من النقاط مختلفة الحجم والعدد لتكون أشكالا عشوائية شبه دائرية، لوحة واحدة من نفس المقاس لا تحتوي على رسوم .. وتتطلب المهمة أن يسجل الأطفال عينة الدراسة استجابة على اللوحات التي تكون شكل دائري وسجلت النتائج مايلي :

أن الاستجابة الانتقائية لأوجه المثير ليست قصور عام لدى الأطفال التوحيديون وإنما تنوعت في الظهور وفق المثيرات المتنوعة حيث أثرت المتغيرات الموجودة في المثير المقدم على أداء كل من الأطفال التوحيديون والأسوياء من عينة الدراسة.

- لم تظهر النتائج أن الاستجابة الانتقائية معممة لدى كل الأطفال التوحيديون المصنفين على أنهم انتقائيين.

- أن المحتوى الذي يقدم به المثير (المسافة والحجم) له دور كبير في عامل الانتقائية، حيث سجل الأطفال التوحيديون استجابة جشطلت (نظرة كلية لسلسلة النقاط المكونة للشكل الدائري) عندما زاد عدد هذه السلسلة من النقاط وتقاربت المسافة بينها.

وقدم (Schreibman. & Koegel : 1983) دراسة ذات بعد مختلف حيث هدفت إلى تعديل نمط الاستجابة الانتقائي لبنود المثير لدى الأطفال التوحيديون عن طريق تعليم الأطفال الاستجابة لرموز متعددة في المثير المقدم، وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها [٤] أطفال توحيديين أعمارهم الزمنية (٥ سنوات وإحدى عشر شهراً، ٥ سنوات وشهرين، ١٢ سنة وأربعة شهور، ١٣ سنة وستة شهور)، و [٤] أطفال أسوياء في مرحلة عمرية ما قبل المدرسة، وقد درب الأطفال عينة الدراسة على الاستجابة لبنود المثير المركب (سمعي + بصري) وكانت هي الاستجابة المدعمة فورياً، بينما لم تدعم أي من الاستجابات لأحد بنود المثير عند ظهورها وأسفرت نتائج الدراسة عن ما يلي..

- كل الأطفال التوحيديون في الدراسة تعلموا التمييز في الاستجابة الانتقائية بناءً على بنود المثير المتعددة.

- اكتسب الأطفال التوحيديون التمييز في الاستجابة الانتقائية لبنود المثير المتعددة في فترة زمنية أطول من الأطفال الأسوياء.

وصممت دراسة (Bickel. et al :1984) بهدف تقييم الانتقائية السمعية للأطفال في مرحلة عمرية ما قبل المدرسة من ذوي الاضطرابات النمائية المنتشرة، وقد تكونت عينة الدراسة من [٢٧] طفل من ذوي الاضطرابات النمائية ممن ليس لديهم مشاكل في الجهاز السمعي وقد تراوحت أعمارهم الزمنية بين (سنتان وإحدى عشر شهراً، ست سنوات وخمسة شهور) بمتوسط عمر [٤] سنوات

وشهرين وقد شملت الأدوات غرفة مجهزة بعازل للصوت مرآة عاكسة تفصل الباحث والأدوات في غرفة الملاحظة، جهاز لتقييم الاستجابة السمعية وشريط تسجيل..

وقد تتطلب المهمة في هذه الدراسة الاستجابة لأصوات معينة وتجاهل أصوات أخرى تم عرضها بطريقة عشوائية، وتحليل الاستجابات الانتقائية للأطفال أظهرت النتائج أنه يمكن وصف الاستجابات الانتقائية للأطفال على أنها تقع ضمن التنظيم المتدرج (استجابة لبند أكثر من بند آخر في المثير) أكثر من كونها محددة في بند واحد من بنود المثير في كل المواقف.

وهدفت دراسة (Hedbring & Newsom: 1985) إلى مقارنة أنواع الإجراءات العلاجية الأكثر فاعلية في تعديل الانتقاء البصري لعينة من الأطفال التوحديين، وكانت العينة في هذه الدراسة مكونة من [٢١] طفل توحدي شخصوا بالاضطراب وفق المعيار التشخيصي (Dsm-3: 1980) قسموا على ثلاثة مجموعات بشكل عشوائي وهم كالتالي:

١- المجموعة الأولى: وتكونت من [٨] أطفال تراوحت أعمارهم بين (٣ سنوات وسبعة شهور - ١٣ سنه وشهرين) بمتوسط عمر زمني [٨] سنوات وسبعة أشهر، وتراوحت نسب الذكاء بين (٢٠ - ٨٤) بمتوسط عمر عقلي [٤٧]، وطبق إجراء التدريب المتدرج لمطابقة النموذج المركب مع الوحدة المماثلة له وقد شمل هذا الإجراء أربعة خطوات تدرج من السهل إلى الصعب وهي..

مطابقة مجسم لمجسم، مطابقة مجسم لصورة فوتوغرافية، مطابقة صورة فوتوغرافية لصورة فوتوغرافية، مطابقة صورة فوتوغرافية مع صورة خطية.

٢- المجموعة الثانية: وتكونت من [٨] أطفال تراوحت أعمارهم ما بين (٧ سنوات وثلاثة شهور - ١٦ سنه وثلاثة شهور) بمتوسط العمر الزمني [٨] سنوات وشهر، وتراوحت نسب الذكاء بين (٢٠ - ٨٠) بمتوسط عمر عقلي [٤٤]، وطبق إجراء التدريب المبني على الارتباط الوظيفي العملي لمطابقة النموذج المركب مع الوحدة المماثلة له مع هذه العينة.

٣- المجموعة الثالثة: وتكونت من [٥] أطفال تراوحت أعمارهم ما بين (٨ سنوات وخمس شهور - ١٤ سنه وخمس شهور) بمتوسط عمر زمني [٩] سنوات وستة شهور. وتراوحت نسب الذكاء بين

(٢٢ - ٧٣) بمتوسط عمر عقلي [١٣٤]، وطبق إجراء التدريب المتكرر لمطابقة النموذج المركب مع الوحدة المماثلة له مع هذه العينة.

وقد تكونت أدوات الدراسة من كروت لمثير مركب ذو علاقة وظيفية مثل (صحن وملعقة) وكروت تحتوي على إحدى وحدات المثير المركب مثل (ملعقة)، وقد تساوت جميع الكروت في الحجم..

استخدم التدعيم المعنوي والمادي مع أفراد العينة في حال صدور الاستجابة الصحيحة الفورية والتدعيم المعنوي فقط في حال تصحيح المفحوص للإجابة بمساعدة الفاحص، كما طبق على جميع أفراد العينة اختبار تجريبي قبل وبعد تطبيق الإجراءات التدريبية على أفراد الدراسة يتطلب مهام انتقاء بصري (مطابقة المثير المركب مع الوحدة المماثلة له) وقد أسفرت النتائج التحليلية المقارنة للمجموعات عن التالي:

- أن التدريب المتدرج كان أكثر الإجراءات فاعلية في علاج الانتقاء البصري.
- أن التدريب المبني على الارتباط الوظيفي العملي كان أقل الاجراءات نجاحاً في تخفيض مستوى الانتقائية، نظراً لتعدد البنود التي يحتويها الموقف.
- أن المجموعة التي طبق عليها إجراء تكرار التدريب كانت تقع في الفئة الوسطى بين المجموعتين من حيث اختلاف الدرجات.
- أن معدل ظهور استجابات الانتقاء البصري الموجه من قبل الآخرين لدى الأطفال المصابين بالتوحد كان منخفض.
- أن نسب الذكاء والعمر العقلي لم يكونا مرتبطين بتغير الدرجة فالأطفال ذوي مستوى الذكاء المرتفع أو العمر الزمني الأعلى لم يكونوا متميزين بالإيجاب أو السلب عن الأطفال ذوي مستوى الذكاء المنخفض أو ذوي العمر الزمني المنخفض.
- لم تظهر الدراسة أن لموقع المثير أو لونه أثر على النتائج.

كما هدفت دراسة (Sonoyama & Kobayashi: 1986) إلى تقييم الجوانب المؤثرة على الانتقائية في بنود المثير البصري في كل من الأطفال التوحديون والأسوياء وقد تكونت العينة من [٧] أطفال توحديين، و[٧] أطفال أسوياء مماثلين لهم في العمر العقلي بالإضافة إلى [٩] أطفال أسوياء عمرهم الزمني [٤] سنوات، و[٩] أطفال أسوياء عمرهم الزمني [٦] سنوات. وقد شملت أدوات الدراسة مجموعتين من المثيرات البصرية وكانت المجموعة الأولى عبارة عن لوحات ذات بعد واحد (شكل بسيط) والمجموعة الثانية عبارة عن لوحات ذات بعدين (شكل + لون) وتم تدريب المفحوصين على تمييز المثيرات في المجموعتين ومن ثم اختبار كل مفحوص على بنود فردية في المثيرات (اللون، الشكل) لتحديد أي البنود يحدد استجابة الطفل، وقد أسفرت النتائج عن:

- نسبة الانتقائية لبنود المثير غير مختلفة في الأطفال التوحديون والأطفال الأسوياء المتساويين في العمر العقلي.

- النسبة الأكبر من أفراد العينة أظهرت تحكم في استجابتها لمجموعة المثيرات ذات بعدين أكثر من مجموعة المثيرات ذات بعد واحد.

- لا توجد دلائل على أن نسبة المفحوصين الذين لديهم انتقاء لبنود المثير أنها تنخفض مع التغير في العمر العقلي.

وهدف دراسة (Collier & Reid: 1987) إلى مقارنة نموذجين تعليميين تم تصميمهما لتعليم أطفال التوحد مهمة من مهمات البولنج. واستخدم في النموذج الأول أعلى أنواع المثيرات الداعمة (بدنية، بصرية، سمعية)، بينما استخدم في النموذج الثاني مثيرات داعمة محددة، وقد كانت عينة الدراسة عبارة عن ستة أطفال من المصابين بالتوحد تتراوح أعمارهم ما بين [٧ - ١٠] سنوات، وأظهرت النتائج أن النموذج الثاني في تعليم المهام كان أكثر فاعلية بالنسبة لأطفال التوحد بالإضافة إلى أن بعض أفراد العينة أظهروا استجابة متوافقة نسبياً على النموذج الأول.

وقدم (Rincover & Ducharme: 1987) دراسة هدفت إلى تحديد أي المتغيرات (العمر العقلي، خصائص المثير) يلعب دور رئيسي في تحديد الانتقائية للمثير، وذلك من خلال مقارنة التحكم في المثيرات المكتسب لدى الأطفال التوحديين في مهمتين هي:

١- مطابقة المثيرات ذات الرموز المتصلة مثل (شكل مثلث ملون).

٢- مطابقة المثيرات ذات الرموز المنفصلة مثل (شكل مثلث غير ملون + شريط ملون).

وتكونت عينة الدراسة من [٨] أطفال توحديين بعضهم لا يتكلم والبعض يكرر عبارات ليست لها علاقة بالموقف. تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٧ سنوات وثلاثة شهور - ١٧ سنة) بمتوسط عمري [١٢] سنة و[٨] أطفال أسوياء، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (سنتان - خمسة سنوات ونصف) بمتوسط عمري [٣] سنوات وخمسة أشهر وكان أفراد العينة متماثلين من حيث العمر العقلي الذي تراوح بين [٢] - [٦] سنوات بمتوسط عمر عقلي ثلاث سنوات ونصف..

وقد شملت أدوات الدراسة اختبار بينيه للذكاء، اختبار كاتل للذكاء، كروت تحتوي على رموز متصلة، كروت تحتوي على رموز منفصلة ولوحة لعرض الكروت تحتوي على فجوات تمكن من وضع المعزز المادي تحت كرت الإجابة الصحيح فقط، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن التالي:

- يميل الأطفال التوحديون إلى الاستجابة بشكل انتقائي فقط في حالات المثيرات المنفصلة.

- العمر العقلي كان مرتبطاً إيجابياً بسعة التعلم.

- عندما يكون الأطفال التوحديون انتقائيين لأحد الرموز فإن، بعض التحكم في المثيرات يتم

اكتسابه أيضاً في الرمز الثاني.

- مجال الرؤيا الضيق لدى الأطفال التوحديين يمكن أن يكون مسئولاً عن بعض جوانب إعاقة التعلم لديهم.

وقدم بوندي (١٩٩٤م) دراسة هدفت إلى تطوير طريقة للتواصل عن طريق استخدام نظام التبادل

بالصور (PECS) Picture exchange communication system للأطفال الذين ليست لديهم القدرة على

التواصل الوظيفي، وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها [١٠٠] طفل في مرحلة الطفولة المبكرة من خمس سنوات وأقل. وهذه الطريقة تتدرج في ست مستويات تبدأ بالتدريب على مهارة الطلب وتتدرج إلى تكوين جملة عن طريق تكوين شريط الصور الذي يعبر عن الجملة اللفظية للتواصل مع الآخرين..

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن جميع الأطفال الذين تم تدريبهم تعلموا التواصل باستخدام كرت واحد على الأقل، كما أن:

- [١٠] إلى [٢٠] طفل أصبح لديهم تقدم في عملية الكلام للتعبير عن حاجاتهم الأساسية.
- [٦٦] طفل أصبحوا يستخدمون الكروت بشكل صحيح في التواصل.
- [٤٤] طفل أصبحوا يستخدمون الكلام مع الإشارة.
- [١٤] طفل يستخدم كلمات مع صور للتعبير عن حاجاتهم الأساسية.
- أكثر من ثلاثة أطفال تم دمجهم مع أطفال من ذوي التأخر البسيط.

كما سجل (Osterling & Dawson: 1994) دراسة هدفت إلى رصد السلوكيات المتعلقة بالانتباه والاشترك في التفاعل والتواصل مع الآخرين عند الأطفال المصابين بإضطراب التوحد من خلال تحليل التصوير السينمائي لحفلة عيد ميلاد السنة الأولى لهؤلاء الأطفال، وقد تكونت عينة الدراسة من إحدى عشر طفل من التوحديين وإحدى عشر طفل من الأسوياء، وقد شملت مجالات السلوكيات المرصودة كل من (استخدام الإشارة، رؤية الأشياء، النظر للآخرين، الاستجابة لنداء الاسم)، وقد أظهرت النتائج التحليلية للدراسة أن أطفال التوحد يظهرون مشاركة وانتباه واتصال بالآخرين أقل بكثير مقارنة بالأسوياء.

وقدم (Burack: 1994) دراسة تهدف إلى التعرف على عيوب الانتباه الانتقائي عند الأفراد المصابين بالتوحد. وتكونت عينة الدراسة من عدة مجموعات شملت [١٢] فرداً من المصابين بالتوحد، [٣٢] من المصابين بالتخلف العقلي، و[٣٤] من الأسوياء وكانت الدراسة ذات طابع تجريبي

حيث تعرض المفحوصين إلى موقف يتضمن مهام انتباه انتقائي بحيث يطلب من المفحوص إيجاد أحد العناصر المحددة من قبل، ويتم حساب الوقت اللازم لصدور الاستجابة. وشملت أدوات الدراسة بالإضافة إلى ذلك ساعة توقيت، استمارة لتسجيل النتائج وكانت تنفذ المهمة مرة في عدم وجود عناصر مشتته للانتباه، ومرة ثانية في وجود عناصر مشتته للانتباه. وأشارت النتائج إلى أن أداء الأفراد التوحيديون تحسن نسبياً مقارنة بالمجموعات الأخرى في حال عدم وجود عناصر مشتته للانتباه، بينما كان أداؤهم الأضعف في حال وجود عناصر مشتته للانتباه مما يدل مبدئياً على وجود عدسة انتباه غير نشطة عند الأفراد المصابين بالتوحد.

وهدفت دراسة (Wainwright & Bryson: 1996) إلى رصد وتتبع طبيعة التوجه البصري المكاني للأفراد المصابين بالتوحد في مرحلة عمرية متقدمة، وقد شملت أدوات الدراسة اختبار الذكاء المصور (Peabdy Picture Vocabulary Test (PPVT- R: **Dunn, Dunn, 1981**) ، جهاز كمبيوتر، مصفوفات رافن.

وقد شخص الأفراد بالتوحد وفق الدليل التشخيصي (DSM-3) الطبعة المعدلة والدليل التشخيصي (ICD-9)، وقد اختلف عدد أفراد العينة في هذه الدراسة حسب المهام التجريبية التي خضعوا لها ففي التجربة الأولى تكونت العينة من [١٠] أفراد ذكور توحيديين و[١٠] من الأفراد الأسوياء المساوين لهم في العمر الزمني بمتوسط عمري [٢٤] سنة وستة أشهر، و[١٠] من الأفراد المساوين لهم في العمر العقلي بمتوسط عمري [١١] سنة وتسع شهور، وتتضمنت المهمة رصد المثير الذي يتضح على شاشة الكمبيوتر في موقع ثابت من خلال تسجيل الاستجابة عن طريق الضغط على زر خاص..

أما التجربة الثانية فقد بلغت العينة فيها [١١] فرد من الذكور التوحيديون نصفهم قد اشترك في التجربة الأولى، [١١] من الأفراد الأسوياء المساوين في العمر الزمني بمتوسط عمري [٢٠] سنة وستة شهور، و[١١] فرد من الأسوياء المساوين في العمر العقلي بمتوسط عمري [١٤] سنة وثلاثة شهور،

وتتضمن المهمة هنا تتبع الهدف عند ظهوره على شاشة الكمبيوتر في عدة أماكن وتسجيل الاستجابة من خلال الضغط على الزر الخاص، وهذه المهمة تتطلب نقل وتوجيه انتباه المفحوصين. وأما التجربة الثالثة فقد طبقت على نفس أفراد عينة التجربة الثانية وتتضمنت المهمة تتبع أهداف مرتبطة وتجاهل أهداف غير مرتبطة نحو موضوع معين على شاشة الكمبيوتر وتسجيل الاستجابة من خلال الضغط على الزر المخصص وهذه المهمة تتطلب توافق بين توجيه الانتباه والنظام الحركي.

وبعد حساب متوسط زمن الاستجابة على المهام التجريبية أسفرت النتائج عن التالي:

- لا يوجد اختلاف دال إحصائياً بين أداء المجموعات الثلاثة على المهمة التجريبية الأولى.
- أظهر الأفراد التوحيديون أداء أفضل بشكل دال إحصائياً في الاستجابة للمثيرات التي تقع في المنتصف عن المثيرات التي تقع في الجوانب على شاشة العرض في الكمبيوتر.
- سجل الأفراد التوحيديون استجابة أسرع للمثيرات عند ظهورها في الجهة اليسرى مقارنة بالمثيرات عند ظهورها في الجهة اليمنى من شاشة الكمبيوتر.
- لا يوجد معدل ثابت لتوضيح مدى الاستجابة على المهمة التجريبية الثالثة.
- أظهر التوحيديون توجيه وتركيز الانتباه البصري المكاني في مدى ضيق نسبياً.
- أشارت الدلائل إلى أن التوحيديون يظهرون إعاقات حركية متنوعة على المهام التي تتطلب توافق بصري حركي.
- تدل النتائج على أداء الجانب الأيمن من الدماغ للتوحيديين.
- يظهر الأفراد التوحيديون صعوبة في نقل تركيزهم بين الحواس وفي نفس الحاسة مما يؤثر على جوانب النمو لديهم.

وفي دراسة قدمها (Kazak. et al: 1997) بهدف التعرف على قدرة الأطفال المصابين باضطراب التوحد في التعرف على معتقدات وسلوكيات الآخرين من خلال طرح ستة أسئلة تتدرج

من الأسئلة المباشرة إلى مستويات غير مباشرة على الأطفال عينة الدراسة بعد مشاهدتهم لسلسلة من المشاهد القصيرة التي تتضمنت تفاعلات طفل في عدة مواقف اتسمت بالإيجابية أو السلبية، وشملت العينة ثلاثة مجاميع بعدد [١٤] طفل في كل مجموعة من الأسوياء، المعاقين عقلياً، والتوحيديون كانت أعمارهم الزمنية [٦٣] شهراً، [١١٤] شهراً، [١٢٠] شهراً على التوالي، وتم مماثلاتهم في العمر العقلي وفق اختبار الذكاء المصور (Peabdy)..

أوضحت النتائج أن بنود المثير كانت تؤثر بشكل واضح في انتباه وإجابة أطفال التوحد على الأسئلة حيث سجلوا أداء مقارب للمجاميع الأخرى في الأسئلة التي تتطلب الانتباه إلى محتوى واحد وانخفض الأداء بالنسبة للإجابة على الأسئلة التي تتطلب الانتباه إلى عدة محتويات في المشهد، بينما سجلوا أداء منخفض جداً على الأسئلة التي تتضمن توقع معتقدات الآخرين بغض النظر عن عدد المحتويات في المشهد.

وقدم (Joseph & Tater-Fusberg: 1997) دراسة تتبعية لمدة شهرين هدفت إلى رصد مهام الانتباه البصري للأطفال المصابين بالتوحد أثناء تفاعل هؤلاء الأطفال مع أمهاتهم في المنزل خلال نشاط اجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من ستة أطفال شخضوا بالتوحد وفقاً للدليل التشخيصي (DSM-3) المعدل، وستة أطفال لديهم متلازمة داون وقد تراوحت أعمارهم عند بدء الدراسة ما بين خمس سنوات وثلاثة أشهر. وقد تكونت أدوات الدراسة من كاميرا تسجيل سينمائي، مقياس ليدر الدولي للأداء (مقياس ذكاء غير لفظي). وأوضحت نتائج الدراسة التالي:

- أن أطفال التوحد يتميزون بضعف في الاستجابة إلى حد كبير.
- اهتمامات أطفال التوحد للمثيرات الخارجية الاجتماعية تعتبر ضعيفة مقارنة بغيرهم من الأطفال عينة الدراسة.
- تباين استجابات أطفال التوحد بين الشدة والضعف على المواقف التفاعلية وعدم ثباتها طوال الوقت المخصص للنشاط.

وقدم (Jarrold. et al. 1997) دراسة استدلالية تهدف إلى ربط النقائص التي تظهر في اللغة لدى المصابين باضطراب التوحد كمؤشر لتشخيص اضطراب التوحد من خلال مقارنة أداء الأفراد التوحديون على مقاييس لغوية مقننة تضمنت:

- British Picture Vocabulary Scale.
- Test of Reception of Grammar.
- Renfrew Word Finding Vocabulary Scale.
- Action Picture Test Information and Grammar Scales.

وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها [١٢٠] طفل وشاب توحديين شخصوا باضطراب التوحد وفق معيار (DSM-4: 1994)، تراوحت أعمارهم من [٥ - ١٩] سنة، وقد تباين أفراد المجموعة في مستوى الإصابة باضطراب التوحد، ودلت النتائج على..

- وجود تناقض كبير بين القدرات اللفظية وغير اللفظية في المصابين باضطراب التوحد حيث أن القدرات غير اللفظية أعلى بشكل ملحوظ.
- اختلاف في مستويات التأخر بين أفراد عينة الدراسة لكن أسلوب استخدام اللغة يبدو متشابهاً.
- لا توجد اختبارات لغوية تستطيع مسح جميع جوانب تطور اللغة في المصابين باضطراب التوحد.
- النقص في استخدام اللغة لدى التوحديين يرجع إلى اختلال الجوانب المعرفية والإدراكية بشكل أكبر من كونه قصور لغوي.
- أن التوحديون يظهرون تقدماً أكبر في فهم وإنتاج الكلمات المفردة أكثر من فهم وإنتاج الجمل، فرضية لم تدعمها الدراسة الحالية.
- أظهر التوحديون في بعض المواقف تناقض بين لفظ وإدراك معنى الكلمات المفردة.
- كان الاستنتاج العام يشير إلى عدم وجود قصور معين في أوجه اللغة يمكن أن يشخص بشكل خاص اضطراب التوحد عن اضطرابات اللغة.

وهدفت دراسة (Pascualvaca. et al: 1998) إلى تقييم سعة الانتباه لدى الأطفال المصابين بالتوحد من خلال تطبيق عدة مقاييس ومهام في الكمبيوتر. وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها [٢٣] طفل متوحد (١٥ ذكر و ٨ إناث) انطبقت عليهم معايير الدليل التصنيفي (DSM-3-R) الطبعة المعدلة، كما سجل أفراد العينة درجات على مقياس التوحد الطفولي (CARS) تراوحت من

[٣٠١ - ٣٦٦] بمتوسط ٦١ ، ١٣٣ ، وتراوح عمر الأطفال ما بين ٦١ إلى ١١٢ سنة بمتوسط عمر زمني [٨] سنوات وسبعة أشهر ، وتراوحت نسب ذكائهم بين (٥٥ إلى ١٠٧) على مقياس (WISC-3: Wechsler: 1991) ، وسجلوا أداء متوسط في القراءة وأقل من المتوسط في الحساب وفق بطارية (Wood Cook-Johnson, 1990: Psycho- Educational Battery - Revised) وتميز أفراد عينة الدراسة بعدم وجود أي أعراض مرضية أخرى ، كما شملت عينة الدراسة مجموعة مكونة من [٢٢٣] طفل مساوين لأطفال التوحد في العمر العقلي اللفظي ، ومجموعة مكونة من [٢٢٣] طفل مساوية لأطفال التوحد في العمر العقلي الأدائي من ذوي اضطرابات النمو. وشملت أدوات الدراسة اختبارات لرصد مهام محددة في الانتباه لدى الأطفال التوحديين وهي:

- اختبار الأداء المستمر Continuous Performance Test (CPT) ويستخدم هذا الاختبار لتقييم قدرة الفرد على الاحتفاظ بالانتباه على المدى الزمني ويحتوي على مهمتين تطابق بصرية ومهمة تطابق سمعية.
 - مهمة إلغاء الرقم Digit Cancellation Task وتستخدم لتقييم قدرة الطفل على التركيز على مثير معين وتجاهل المثيرات التي ليس لها ارتباط.
 - اختبار تصنيف كروت وسكونس Wisconsin Card Sorting Test (WCST) ويستخدم في تقييم قدرات حل المشكلات ، تكوين المفاهيم والقدرة على تغيير المجموعات.
 - مهمة المطابقة في الكمبيوتر Computerzed Matching Tesk وتستخدم هذه المهمة لتقييم فصل وإعادة تركيز الانتباه.
 - مهمة التشابه والاختلاف في الكمبيوتر Computerzed Matching Task وتستخدم هذه المهمة لتقييم جوانب مختلفة من انتقال محور الانتباه.
- وكانت جميع مهام الاختبارات تتدرج بمستويات من السهل إلى الصعب ، وقد تم تدريب المفحوصين على تطبيق الاجراءات المتنوعة المقدمة في الاختبارات بشكل عشوائي باستثناء مفاهيم المطابقة ، التشابه والاختلاف في مهام الكمبيوتر ، وذلك قبل تطبيق التقييم لأفراد عينة الدراسة ، وقد أسفرت النتائج بعد رصدها وتحليلها ومقارنتها بالمجاميع الضابطة عن التالي:
- لا توجد صعوبات لدى أطفال التوحد في التركيز على مثير معين والاحتفاظ بهذا التركيز لفترة من الزمن.

- لم يظهر أطفال التوحد أي تدهور في أدائهم على مر الزمن.
 - كان أطفال التوحد أكثر مهارة في تنفيذ المهام البصرية أكثر من المهام السمعية، وهذا بشكل عام انطبق على الأطفال الأصغر سناً في المجاميع الضابطة وليس فقط في الأطفال التوحديون.
 - كان أداء مجموعة التوحد مماثل للمجاميع الضابطة في المهارات العملية الأدائية، إلا أنهم يفشلون في الغالب في تغيير القاعدة التي تعرفوا عليها.
 - أطفال التوحد أظهروا أنهم قادرين على نقل انتباههم باستمرار، إلا أنهم لا يستطيعون نقله بالفعل عندما يكونون منشغلين في نشاط معين.
 - كل المجموعات بما فيها مجموعة أطفال التوحد كان أدائهم أفضل في مهام الكمبيوتر مقارنة بنفس المهام المنفذة على شكل أنشطة ورقية.
 - أظهر أطفال التوحد مهارة أقل في فهم الرموز غير اللفظية المعتمدة على التعابير والإيماءات الوجيهة للفاحص.
- وكان الاستنتاج الرئيسي لهذه الدراسة هو أن الأطفال التوحديون قادرين على التركيز على حيز ونشاط معين، كما أنهم قادرون على نقل محور انتباههم عندما يقدم لهم وقت إضافي لذا فإن قصورهم قد يكون ثانوي لصعوبات في التوافق وتعديل مصادر الانتباه.
- وقدم (Dawson. et al: 1998) دراسة هدفاً إلى مقارنة قدرة الأطفال التوحديون على الانتباه للمثيرات الاجتماعية (نداء الأسماء، تصنيف الأيدي) والمثيرات غير الاجتماعية (أصوات ألعاب، أصوات موسيقية)، وتكونت عينة الدراسة من [٢٠] طفل شخصوا بالتوحد وفقاً للدليل التشخيصي (DSM-3) المعدل، و[١٩] طفل لديهم متلازمة داون و[٢٠] طفل من الأسوياء، وتتضمنت أدوات الدراسة مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)، مقياس فنيلاندر للنضج الاجتماعي بالإضافة إلى أداة قياس الذكاء غير اللفظي للمرحلة العمرية ما قبل الدراسة. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن التالي..
- أظهر أطفال التوحد ضعفاً في الاستجابة بصورة ملحوظة بالنسبة للمثيرات الاجتماعية.
 - استغرق أطفال التوحد وقت أطول لإظهار الاستجابة مقارنة بالمجاميع الأخرى في الدراسة.
 - أظهر الأطفال المصابين بالتوحد ضعفاً في قدرات المشاركة في الانتباه.

- ارتباط الأداء المنخفض لمهام الانتباه بالمشيرات الاجتماعية بصورة أكبر من المشيرات غير الاجتماعية.

وقدم (Corona. et al: 1998) دراسة تهدف إلى التعرف على التغيرات التي تطرأ على كل من ضربات القلب، درجة الانتباه، رد الفعل السلوكي والتغير في تعبير الوجه عند مفاومة إظهار الأحاسيس والعواطف السلبية أمام أطفال التوحد، حيث قدم للأطفال عينة الدراسة نموذجين من قبل شخص بالغ تتضمن النموذج الأول إظهار مشاعر الغضب والضيق على قسمات الوجه بصورة عادية، وتتضمن النموذج الثاني إظهار مشاعر الغضب والضيق على قسمات الوجه بصورة مبالغ فيها. وقد تضمنت عينة الدراسة [٢٢] طفل شخصوا بالتوحد وفقاً للمعيار التشخيصي (DSM-4)، [٢٢] طفل من المتخلفين عقلياً تراوحت أعمار أفراد العينة ما بين [٤ - ٥] سنوات. وقد اشتملت أدوات الدراسة على جهاز لتسجيل نبضات القلب مقياس للعمر اللغوي، مقياس للعمر العقلي بالإضافة إلى جداول لتسجيل الملاحظات..

وبشكل عام أظهر أطفال المجموعتين اهتمام واستجابة أكبر للنموذج الثاني، وبعد المعالجة الإحصائية للنتائج سجل التالي:

- معدل ضربات القلب عند أطفال التوحد لهم يتغير في كلا الموقفين.
- لم يظهر أطفال التوحد أي دلالة إحصائية على استثارتهم واستجابتهم للنموذج الثاني.
- وهدفت دراسة (Seery. et al: 1998) إلى التعرف على طبيعة تفاعل الأم مع الطفل المصاب بالتوحد، وقد تكونت الدراسة من سبعة أطفال شخصوا بالتوحد وفق الدليل التشخيصي (DSM-4). وتراوحت أعمارهم ما بين سنتين وعشرة أشهر إلى ثلاث سنوات وعشرة أشهر، وتراوحت أعمار أمهات الأطفال ما بين [٢٥ - ٤١] سنة. واستخدمت كاميرا تصوير سينمائي كأداة للدراسة، وتم تصوير الأمهات في عدة مواقف تفاعلية مع الأطفال ثم حلت النتائج باستخدام الطرق الكمية وأظهرت النتائج التالي:
- قضى الأمهات (٨٦٪) من الوقت في سلوكيات تصنف على أنها محاولات لإبقاء الأطفال في حالة تفاعل.
- ركز الأمهات في التفاعل مع الأطفال على أسلوب التواصل اللفظي بصورة ملحوظة مع بعض أوجه أساليب التواصل غير اللفظي.

- أظهر الأطفال نوعاً من الانتباه إلا أنه كان في (٦٩٪) موجه على شكل تفاعل حركي نشط في أداء عمل أكثر منه انتباه للاتصال البصري المقصود أو الاتصال اللفظي.

وهدفت دراسة (Linda & Watson: 1998) إلى التعرف إلى أي مدى يمكن لأمهات أطفال التوحد أن يستخدمن التواصل اللفظي الذي يمكن أن يجذب انتباه الطفل لكي يستجيب، وقد ضمت عينة الدراسة مجاميع مزدوجة مكونة من الأم والطفل بعدد (١٤ مجموعة تحتوي على أطفال توحيدين مع أمهاتهم)، و (١٤ مجموعة تحتوي على أطفال أسوياء مع أمهاتهم) وكان جميع الأطفال في مرحلة عمرية تحت سن [٦] سنوات، وتمت ملاحظة المجاميع لمدة [١٥] دقيقة أثناء اللعب الحري في موقفين كالتالي:

الموقف الأول يتضمن تواصل لفظي من قبل الأم حول أشياء تقع في محيط انتباه أطفالهم، والموقف الثاني يتضمن تواصل لفظي من قبل الأم حول أشياء تقع خارج محيط انتباه أطفالهم، وقد كانت أداة البحث الرئيسة في الدراسة هي مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS). وقد أسفرت النتائج بعد تحليلها إلى أن التواصل اللفظي حول الأشياء التي تقع في محيط انتباه الطفل التوحيدي أكثر فاعلية لتحفيزه على الاستجابة للتواصل.

وقدم الرفاعي (١٩٩٩م) دراسة هدفت إلى التعرف على علاقة اضطراب بعض الوظائف المعرفية بمستوى التوافق لدى الأطفال التوحيديين. وقد تكونت عينة الدراسة من [٢٠] طفل توحيدي بمتوسط عمري [٨] سنوات ونصف، و [٢٠] طفل من المتخلفين عقلياً بمتوسط عمري [٨] سنوات وسبعة شهور، و [٢٠] طفل من الأسوياء بمتوسط عمري [٩] سنوات، وقد استخدم كل من الأدوات التالية: التقارير الوالدية، السجلات الصحية للأطفال، مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، مقياس التوحد الطفولي، قائمة تقدير التوافق..

وقد أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباط دالة بين درجة اضطرابات بعض الوظائف المعرفية ومستويات التوافق لدى الأطفال التوحيديين وذلك مقارنة بمجموعة الأطفال المتخلفين والأسوياء فكلما انخفضت معدلات الذكاء كلما تأخرت مستويات التوافق لدى أطفال التوحد.. كما أشارت النتائج إلى أن التقدم في التواصل اللفظي والمهارات اللغوية يعتمد في الأساس على مدى شدة إعاقة هؤلاء الأطفال التوحيديين الذين قد لا يتعلمون برغم ما قد يبذل معهم من جهد في حين يستطيع آخرون اكتساب هذه المهارات حتى في غياب أي شكل من أشكال العلاج.

وقدمت هدى أحمد (١٩٩٩) دراسة تهدف إلى التعرف على المتغيرات التي لها دلالة في تشخيص الأطفال المصابين بالتوحد في النواحي النمائية والادراكية والسلوكية.

وقد تكونت عينة الدراسة من [٣٧] طفل توحيدي و[٣٧] طفل من الأسوياء، متوسط العمر الزمني للمجموعتين [٨] سنوات وستة أشهر.

وقد تكونت أدوات الدراسة من قائمة تشخيص التوحد المستخرجة من الدليل التشخيصي (DSM-4: 1994)، استمارة البيانات الأولية، مقياس السلوك التكميني، قائمة فحص المجال الإدراكي لبرنامج بورتيدج للتربية المبكرة.

- وقد توصلت نتائج الدراسي إلى:
- توجد مظاهر أولية فارقة في النمو الارتقائي للأطفال المصابين بالتوحد في كل من استجابات الطفل الأولية على المثيرات البيئية وارتقائه الحركي واللغوي والادراكي.
- غياب أو تأخر واختلال التواصل البصري واللفظي، في حين أظهر ٣٠٪ من الحالات عدم ظهور التواصل اللفظي على الإطلاق.

وقدم البلشة (٢٠٠٠م) دراسة هدفت إلى التعرف على الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية بين الأطفال التوحيديين والأطفال المتخلفين عقلياً. وتكونت عينة الدراسة من [٩١] طفلاً منهم [٤٩] توحيدي و [٤٢] إعاقة عقلية. ولتحقيق هدف الدراسة تم تطوير أداة تكونت من (٩٩) فقرة موزعة على (٦) أبعاد هي السلوك النمطي والروتين، العدوان والتخريب، الانسحاب الاجتماعي، النشاط الزائد وتعبر عن الجانب السلوكي، وضعف الانتباه وتتابع الاستجابة، وضعف مهارات التواصل والتي تعبر عن الجانب التربوي..

وقد أشارت نتائج حساب المتوسطات المعدلة لمستوى الخصائص السلوكية والتربوية لدى الأطفال التوحيديين أن أعلى متوسط للجانب السلوكي كان متوسط بعد الانسحاب الاجتماعي وأدنى من متوسط بعد العدوان والتخريب، أما الجانب التربوي فإن المتوسط الأعلى كان بعد ضعف الانتباه وتتابع الاستجابة والأدنى بعد ضعف مهارات التواصل، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على جميع أبعاد القائمة لصالح الأطفال التوحيديين مقارنة بالأطفال المتخلفين عقلياً.

وقام (Kamio & Toichi: 2000) بدراسة هدفت إلى مقارنة استجابات الفهم المعنوي للأفراد المصابين بالتوحد على تمارين المطابقة (كلمة - صورة) ذات المدخل البصري، وتمارين مطابقة لفظ الكلمة بالكلمة المكتوبة (كلمة - كلمة) وهي تمارين ذات مدخل لفظي. وقد تكونت عينة الدراسة من [٢٠] مراهق وبالغ من المصابين بإضطراب التوحد و[٢٠] من الأسوياء. وتضمنت أدوات الدراسة مقياس ذكاء لفظي وغير لفظي (غير مذكورة) للمطابقة بين أفراد العينة.. وأظهرت النتائج بعد تحليلها أن مجموعة التوحد كان أداءها أفضل في تمارين مطابقة (كلمة - صورة)، بينما أظهرت المجموعة الأخرى في الدراسة أداء مماثل على كل التمارين، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن استخدام التواصل البصري عن طريق الصور يحدث تقدماً في فهم المعاني أفضل من استخدام التواصل اللفظي بالنسبة للأفراد المصابين بالتوحد.

وهدفت دراسة (Whittaker & Reynods: 2000) إلى تعليم الأطفال المصابين باضطراب التوحد لغة تواصل غير لفظية (الإشارة). وقد تكونت عينة الدراسة من أربعة أولاد صنّفوا على أنهم مصابين بالتوحد بدرجة (شديد إلى متوسط)، وشملت أدوات الدراسة بالإضافة إلى استمارات تسجيل الملاحظة والمتابعة ألعاب متنوعة وقد تتضمن تنفيذ الخطة التعليمية عدة استراتيجيات مثل التقليد والنمذجة بالإضافة إلى استخدام فترات توقف وانطلاق سريعة لتشجيع الطفل على التواصل.. ولقد أوضحت النتائج أن جميع الأطفال عينة الدراسة استطاعوا استخدام لغة الإشارة في التواصل وأن أثر التعلم استمر إلى فترة ما بعد المتابعة.

وقدمت بدرية بوزيون (٢٠٠٠م) دراسة تهدف إلى استخدام طريقة التواصل عن طريق تبادل الصور (PECS) كأسلوب لمعالجة الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، وقد طبق البرنامج العلاجي على عينة مكونة من [٦] أطفال مصابين باضطراب التوحد بالدرجة المتوسطة عمرهم الزمني [٤] سنوات ملتحقين بإحدى المراكز الخاصة بالأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم.. وقد شملت أدوات الدراسة بالإضافة إلى البرنامج التدريبي، استبيان خاص بالمعلمات، استبيان خاص بالأهالي، إجراء المقابلات، فنيات دراسة الحالة..

وقد أثبتت الدراسة مدى كفاءة أسلوب التواصل بتبادل الصور (PECS) على تطوير عملية التواصل الوظيفي حيث نجح أفراد عينة الدراسة في استخدام أسلوب المبادرة في عملية التواصل، وأوضح هذا الأسلوب دوره في تخفيض المشاكل السلوكية لدى الأطفال التوحديين من خلال إيجاد

وسيلة للتعبير عن احتياجاتهم قبل ظهور التواصل اللفظي الوظيفي لديهم، كما اتضحت فاعلية وسهولة تطبيق هذا الأسلوب حتى في المنزل.

كما استخدم (Williams. et al: 2000) أسلوب التواصل اللفظي لتطوير الإدراك

غير المحسوس لدى الأطفال المصابين بإضطراب التوحد عن طريق تعليم الأطفال السؤال عن الأجسام المخفية داخل صندوق وكانت الأسئلة المستخدمة هي:

- ما هذا الشيء؟ ويهدف إلى التعرف على اسم المادة.
- هل يمكن أن أراه؟ ويهدف إلى تعزيز التواصل البصري.
- هل هو لي؟ ويهدف إلى وضع قواعد للتعامل مع الآخرين.
- وكانت العينة في هذه الدراسة عبارة عن طفلين بعمر [٤] سنوات وأشارت النتائج إلى أن الطفلين تحسنت قدرتهم على مبادأة التواصل مع الآخرين.

وطبق (Adrien. et al: 2001) دراسة تهدف إلى فحص النشاط المعرفي الإدراكي وجوانب تطوير الاتصال المبكر وعلاقتهم المتداخلة، وقد شملت عينة الدراسة مجموعة من الأطفال المصابين بإضطراب التوحد، مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً ومجموعة من الأطفال الأسوياء تراوحت أعمارهم ما بين [٦ - ٢٤] شهراً. وقد تضمنت أدوات الدراسة اختبارات أدائية توضح تطور الناحية المعرفية والسلوكية والاتصالية (لم تذكر).

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك دليل واضح على وجود أنماط معينة من التعسر في النشاط المعرفي واختلال وتأخر عام في قدرات التواصل عند الأطفال المصابين بإضطراب التوحد مقارنة بالمجاميع الأخرى في الدراسة.

وقدم (Noterdaeme. et al: 2001) دراسة تهدف إلى فحص واختبار وتقييم مشاكل الانتباه عند الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال الذين لديهم صعوبات في اللغة. وكانت عينة الدراسة مكونة من [١٩] حالة من المصابين بالتوحد ما بين أطفال ومراهقين، [١٧] من الحالات التي تعاني صعوبات في اللغة، و[١٩] من الأفراد الأسوياء، كمجموعة ضابطة وكان هناك تباين في الذكاء اللفظي بين المجاميع الثلاثة، واستخدمت (Test Batteriezur Aufmerksamk Eitsprucug) كأداة للإختبار وهي أداة تعطي إمكانية اختبار مجال واسع من وظائف الانتباه الأدائية، وأظهرت النتائج أن كلتا المجموعتين من حالات ضعف التطور (التوحد وصعوبات اللغة) تظهر بعض المشاكل في عمليات الانتباه المختلفة، إلا أن العيب والخلل ليس موحد لدى المجموعتين.

- كما قدم (Matthews. et al: 2001) دراسة بهدف الكشف عن العوامل المؤثرة على انتقائية المثير للأفراد التوحديون في مرحلة عمرية متقدمة من خلال أدائهم على مهمتين في الكمبيوتر..
- المهمة الأولى تضمنت توجيه الانتباه لانتقاء مثير معين مرة في وجود خلفية بيضاء ومرة في وجود خلفيات ملونة.
 - المهمة الثانية تضمنت توجيه الانتباه لانتقاء مثير معين في وجود متغيرات أخرى مثل الشكل والمسافة والخلفية الملونة.
- وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها [5] أفراد توحديين شخصوا بالتوحد وفق معيار (DSM-4) متوسط عمرهم الزمني [23] سنة وستة أشهر، [5] أفراد من ذوي التخلف العقلي لا توجد لديهم أي مؤشرات سلوكية قد ترتبط باضطراب التوحد متوسط عمرهم الزمني [35] سنة وثلاثة شهور. وقد سجل أفراد المجموعتين متوسط عمر عقلي ثلاث سنوات وأربعة أشهر وفقاً لاختبار بيابودي اللفظي المصور (Peabody picture Vocabulary Test: Dunn, Dunn 1981) ، وقد شملت أدوات الدراسة بالإضافة إلى ذلك جهاز كمبيوتر والبرنامج المطبق..
- وقد أشارت فروض الدراسة إلى أن الأفراد المصابين بالتوحد يظهرون دلائل انتقائية للمثيرات أكثر من المجموعات الضابطة المشابهة في العمر العقلي في حال زيادة المشتات التي تضمنتها كل مهمة وقد وضحت نتائج الدراسة بعد التحليل والمقارنة التالي:
- لم توجد اختلافات دالة إحصائياً بين أفراد المجموعتين في نماذج التحكم في المثير نتيجة تعدد الخلفيات الملونة أثناء التدريب والاختبار.
 - أظهرت النتائج عدم وجود تأثير منظم لمتغير المسافة بالنسبة لانتقائية المثيرات في كلا المجموعتين.
 - أظهرت مجموعة الأفراد التوحديون تحكماً أكبر في وجود المتغيرات (الحجم، المكان، اللون) أكثر من مجموعة أفراد ذوي التخلف العقلي (المجموعة الضابطة) مما يدل على أن المجموعة الضابطة أظهرت انتقائية لبؤود المثير أعلى من مجموعة التوحديون.
 - أن التوحديون يتعلمون عن البيئة بطريقة مختلفة عن المماثلين لهم في العمر العقلي (ذوي التخلف العقلي).

- أن التوحيديون يظهرون دلائل على الانتقائية للمثيرات أكثر من المجموعة الضابطة في حال وجود اختلاف كبير في محتويات المثيرات الموجودة.
- يحتاج التوحيديون إلى التدريب على تمييز رموز المثير المقدمة والتعريف بالمهمة قبل الأداء.
- وهدفت دراسة هاله محمد (٢٠٠١م) إلى تصميم برنامج عربي لاكساب مهارات السلوك الاجتماعي. وقد طبقت الدراسة على عينة تكونت من ١٦ طفلاً توحيدي تراوحت أعمارهم بين ٣-٧ سنوات وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين متجانستين من حيث العمر والجنس إحداهما مجموعة تجريبية والأخرى ضابطة. كما استخدمت كل من الأدوات التالية قائمة السلوك التوحيدي، استمارة السلوك اللفظي واستمارة التفاعل الاجتماعي بالإضافة إلى البرنامج التطبيقي المقترح والذي اعتمد على مبادئ العلاج السلوكي ونفذ على مدى ٦ شهور لمدة ثلاث ساعات بواقع خمس أيام في الأسبوع وقد أسفرت نتائج الدراسة عن:
 - وجود فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي في كل من الجوانب التالية:
 - انخفاض مستوى الأداء المميز للطفل المتوحد على قائمة السلوك التوحيدي.
 - ارتفاع معدل ظهور الألفاظ الجديدة والمتنوعة وذات المقاطع المتعددة في استمارة السلوك اللفظي.
 - انخفاض مستوى التوحد الاجتماعي وارتفاع مستوى التفاعل واللعب المستقل البناء في استمارة التفاعل الاجتماعي.
 - وجود فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية في:
 - انخفاض مستوى الخصائص المميزة للطفل المتوحد لدى المجموعة التجريبية بحيث أصبحت تنتمي إلى فئة الأطفال شبيهي المتوحدين، بينما استمر أطفال المجموعة الضابطة في انتمائهم إلى فئة الأطفال المتوحدين.
 - ارتفع معدل ظهور الألفاظ الجديدة والمتنوعة وذات المقاطع المتعددة لدى المجموعة التجريبية في استمارة السلوك اللفظي، بينما استمر معدل هذه كما هو في القياس القبلي بالنسبة للمجموعة الضابطة.
 - ارتفع معدل التفاعل واللعب البناء المستقل في استمارة التفاعل الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية، بينما استمرت المجموعة الضابطة في نفس مستواها في القياس اللفظي.

وهدفت دراسة (Cafiero: 2001) إلى توضيح أثر دعم وتعزيز أساليب التواصل اللفظية وغير اللفظية على البرامج الأكاديمية والسلوكية والتواصلية للمراهقين المصابين باضطراب التوحد، وقد تكونت عينة الدراسة من مراهق واحد ملتحق بمركز تأهيلي، وشملت أدوات الدراسة المستخدمة صور ولوحات إيضاحية بالإضافة إلى البرنامج المقترح الذي ضم أساليب تواصل لفظية وغير لفظية حيث تم إمداد الطالب بمدخلات تدعيمية بصرية ولفظية في كل أنشطة يومه الدراسي..

وقد أوضحت النتائج أنه ازدادت محصلة الكلمات وصور الكلمات التي يمكن للطلاب استخدامها والتعرف عليها، كما ازداد سلوكه الإيجابي بشكل عام، بالإضافة إلى أن عملية الاستقبال لدى الطالب تطورت مما استدعى تطوير المنهج التعليمي المستخدم معه.

وقام (Jensen. et al: 2001) بوضع برنامج علاجي سلوكي الهدف منه تدريب رجل يبلغ من العمر [٣٥] سنة شخص بأنه مصاب باضطراب التوحد على مهارات الاتصال الوظيفي، وقد امتدت فترة البرنامج إلى [٦٢] شهر، شملت فترة المتابعة والتقييم، وقد أشارت النتائج إلى إمكانية تطوير مهارات التواصل في الأعمار المتقدمة للمصابين باضطراب التوحد، وفاعلية البرنامج في خفض السلوكيات غير المرغوبة.

وقدمت سهى نصر (٢٠٠١م) دراسة هدفت إلى وضع مقياس لتقييم الاتصال اللغوي لدى الأطفال المصابين بالتوحد، إعداد برنامج علاجي يتضمن أنشطة لتنمية المهارات الاتصالية اللغوية لبعض الأطفال التوحديين، وإعداد دليل للأباء والمعلمين عن كيفية التدخل المبكر للطفل داخل المنزل من أجل الحفاظ على مستوى أداء الطفل..

وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها [١٠] أطفال توحديين [٢] إناث و [٨] ذكور تراوحت أعمارهم ما بين [٨] - [١٢] سنة، وتتراوح نسب ذكائهم وفقاً لاختبار ستيفورد بينيه ما بين (٥٠ - ٧٥) ملتحقين بمدرسه لذوي الاحتياجات الخاصة لمدة لا تقل عن سنتين..

وقد استخدمت كل من الأدوات:

قائمة تشخيص التوحد لجولي ماري، مقياس تقدير الاتصال اللغوي للطفل التوحدي، البرنامج الإرشادي للأباء والمعلمين، البرنامج العلاجي لأطفال التوحد، بطاقة ملاحظة تتبعه للسلوك

الاتصالي للطفل التوحدي، دراسة حالة لطفلين وهي جميعاً من إعداد الباحثة، وقد استمر تطبيق البرنامج العلاجي لمدة أربع أشهر طوال أيام الدراسة، وأشارت النتائج إلى:

- وجود فروق دالة إحصائية قبل وبعد تطبيق البرنامج على تحسن وتتمية مهارات الاتصال اللغوي لدى أفراد عينة الدراسة.

- هناك فروق دالة إحصائية في مهارات كل طفل قبل وبعد تطبيق البرنامج واحتلت (مهارة التقليد ثم التعرف والفهم ثم الانتباه) المراكز الأولى في تتمية مهارات الاتصال اللغوي لدى أفراد عينة الدراسة.

وهدفت دراسة (Dawson. et al: 2002) إلى مقارنة القدرة على المشاركة في الانتباه في أطفال التوحد. وتكونت عينة الدراسة من ثلاثة مجاميع شملت [٧٢] طفل توحدي تراوحت أعمار ما بين [٣- ٤] سنوات، و[٣٤] طفل مصاب بالتخلف العقلي تراوحت أعمارهم ما بين [٣- ٤] سنوات، و[٣٩] طفل من الأسوياء تراوحت أعمارهم ما بين [١٢- ٤٦] شهراً. وكان التصميم التجريبي في هذه الدراسة يتطلب أداء المفحوصين على مهام حركية وتنفيذية بسيطة ومهام أخرى مرتبطة ارتباطاً قوياً بالقدرة على ربط الانتباه وتتابعه عند أدائها .

وأشارت النتائج إلى أن أداء أطفال التوحد كان مشابهاً للمجاميع الأخرى في أداء المهام الحركية التنفيذية البسيطة بينما تباين أداء مجموعة التوحد عن المجاميع الأخرى في أداء المهام التي تتطلب ربط ومتابعة في الانتباه.

وقدم (Drew. et al: 2002) دراسة هدفت إلى تحديد مدى فاعلية برنامج تدريب الآباء على التدخل مع أطفال التوحد في المرحلة العمرية ما قبل المدرسة. وشملت العينة [٢٤] طفلاً شخصوا بالتوحد وفق معيار (ICD-10) متوسط أعمارهم [٢٣] شهراً، وتم تقسيم المجموعة بشكل عشوائي إلى مجموعتين بحيث يخضع آباء المجموعة الأولى إلى برنامج تدريبي يعتمد على تطوير مهارات الانتباه الموجه ونظام العمل المشترك لأطفالهم، وتترك المجموعة الثانية دون تدخل، وتم عمل متابعة للأطفال بعد [١٢] شهراً، وكان العمر آنذاك [٣٥] شهراً. وأظهرت النتائج أن المجموعة الأولى أحرزت تقدماً واضحاً في تطوير اللغة عند الأطفال كوسيلة للاتصال.

كما هدفت دراسة (Lee. et al: 2002) إلى استقصاء آثار جداول التعزيز على استجابات التواصل اللفظية لأفراد مصابين باضطراب التوحد، حيث يتم تعزيز الاستجابة في هذا البرنامج إذا

اختلفت عن رقم محدد للاستجابات السابقة ، وطبقت الدراسة على ثلاثة أفراد (ذكور) توحيدين، وسجلت النتائج..

زيادة في نسبة المحاولات ذات الاستجابة اللفظية المناسبة، وزيادة في العدد التراكمي للاستجابات اللفظية الجديد لاثنين من أفراد عينة الدراسة.

وبحث (Stahl & Pry:2002) في دراستهما أداء أطفال التوحد على مجموعة من المهام تتطلب قدرة على توجيه ونقل الانتباه، وقد صممت المهمة الأولى من سلسلة من المواقف التي يتم فيها إخفاء جسم معين (لعبة) للكشف عن مدى قدرة الطفل التوحيدي على توجيه انتباهه، وصممت المهمة الثانية من عدة مواقف تتطلب مشاركة الآخرين ووجهت انتباههم للكشف عن مدى قدرة الطفل التوحيدي على توجيه ومشاركة الآخرين لانتباههم..

وقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من مجموعتين. مجموعة التوحد شملت [15] طفل توحيدي متوسط العمر الزمني [60] شهراً ومتوسط العمر العقلي [24] شهراً، شخصوا باضطراب التوحد وفق مقياس (ICD-10)، ومجموعة مكونة من [21] طفل من الأسوياء متوسط العمر الزمني [25] شهراً، وقد أشارت النتائج إلى:

- أظهر أطفال التوحد قدرة على توجيه انتباههم نحو المثير المطلوب.
- تباينت درجة مجموعة أطفال التوحد بشكل طفيف عن المجموعة الضابطة أثناء أداء المهمة الأولى.
- أظهرت مجموعة أطفال التوحد نقائص بشكل ملحوظ في الأداء على المهمة الثانية والتي تتطلب مشاركة الآخرين موضوع الانتباه.
- أشارت النتائج على أن الضعف في مشاركة الآخرين الانتباه يؤثر على التواصل بشكل أساسي وعلى مرونة وسعة التفكير لديهم.

كما قدم (Trepagnier. et al: 2002) دراسة هدفت إلى معرفة مسار التوجيه البصري لحالات التوحد من خلال متابعتهم لعرض شريط سينمائي تحتوي مادته على صور وجوه أشخاص وأشياء أخرى مادية. وأشارت النتائج إلى أن الحالات المصابة بالتوحد أظهرت ضعفاً في إدراك الوجوه وعلى النقيض من ذلك أظهرت أداءً متميزاً في إدراك الأشياء الأخرى المادية في شريط العرض.

وقدم (Boser. et al: 2002) دراسة هدفت إلى بحث صحة فرضية ارتباط عدم التعميم في توسيع المعنى والمفهوم الناتج عن نمط الانتباه الانتقائي (الانتقائية المفرطة) بحالات التوحد ذوي الأداء المنخفض. وتكونت العينة من ولد يبلغ من العمر ١٢ سنة لا يتكلم ومصنف ضمن حالات التوحد ذوي الأداء المنخفض، وكانت الأداة المستخدمة عبارة عن اختبار توصيل الصورة بالكلمة. وتم اختيار الصور على أن تكون ذات ملامح مرئية وأخرى ذات ملامح معنوية. وأشارت النتائج إلى أن الأخطاء كانت أكثر في أنماط أسئلة الصور المعنوية أكثر من الصور المرئية، كما أن الولد أظهر في الاختبار نوعاً من العمومية في المعاني والمفاهيم التي لم يتدرب عليها من قبل بشكل مفصل، واستنتج من ذلك أن حالات توحد ذوي الأداء المنخفض من الممكن أن تكون قادرة على توسيع وتعميم المفهوم والمعنى.

بينما قدم (Ruble & Scott: 2002) دراسة هدفت إلى بحث فرضية عدم القدرة على توجيه الاستجابات السلوكية نحو الهدف طبقاً لمتطلبات المهمة. وقد طبق الدراسة على مجموعتين شملت أطفال التوحد وأطفال متلازمة الداون، تراوحت أعمارهم ما بين ٦ - ١٠ سنوات متماثلين في العمر العقلي. وكانت أداة الدراسة عبارة عن مقياس لوحات النشاط الروتينية التي من الممكن أن يطبقها الأطفال في منازلهم..

وقد أشارت النتائج إلى أن الأطفال التوحديين أظهروا تداخل أقل وأقصر في أداء السلوكيات الموجهة نحو الهدف، كما أظهروا صعوبة في معالجة بنود المثير المتعددة، وصعوبة في أداء العمل الذي يتضمن أكثر من مهمة تتطلب نقل وإعادة توجيه الانتباه، وأكدت النتائج على أن اضطراب التوحد يتضمن اختلاف إدراكي فعلي بدلاً من كونه مرتبط فقط بالتأخر التطوري في النمو.

وهدفت دراسة (Escalona. et al: 2002) إلى رصد آثار التقليد عند أطفال التوحد. وشملت عينة الدراسة [٢٠] طفل توحدي متوسط أعمارهم [٥] سنوات ملتحقين بإحدى مدارس التوحد. وتكونت تجربة الدراسة من أربع مراحل كل مرحلة تستمر ثلاثة دقائق: المرحلة الأولى: احتوت الغرفة على أدوات تعليمية وألعاب بالإضافة إلى رجل بالغ (مساعد) يجلس كتمثال. عند مشي الطفل في الغرفة.

المرحلة الثانية: كان المساعد إما أن يقلد الطفل أو يتجاوب معه في طريقة أدائه.

المرحلة الثالثة: يعود الرجل إلى مرحلة الصمت بحيث يظهر كتمثال.

المرحلة الرابعة: يدخل المساعد في تفاعل متزامن ونشط مع الطفل التوحدي.

وقد حلت النتائج كالتالي: في المرحلة الأولى لم يهتم الطفل لوجود الرجل في الغرفة وقضى وقت أطول في التجول والحركات الحرة، بينما في المرحلة الثالثة قضى الأطفال وقت أقل في النشاط الحركي الحر ووقت أكثر في محاولة لمس الرجل كمحاولة لدفعه لبدء عملية التفاعل، وتظهر النتائج الأثر التيسيري لعملية التقليد لتحفيز سلوك التواصل الاجتماعي.

كما قدم (Maestro. et al: 2002) دراسة هدفت إلى التعرف على نوعية انتباه الأطفال المصابين بالتوحد في مرحلة عمرية مبكرة. وقد تكونت العينة من [١٦] طفلاً توحدياً (تم التأكد من التشخيص في سن الثالثة من عمرهم عن طريق اثنين من الأطباء المتخصصين) ، و[١٥] طفلاً من الأسوياء المساوين لهم في العمر الزمني.

وقد اعتمد الباحثون على الكاميرا السينمائية وجداول لتقييم مهارات الانتباه كأدوات بحث رئيسية في الدراسة..

وقد تم تصوير جميع الأطفال في منازلهم في عدة مواقف في فترة الست الشهور الأولى من حياتهم، ثم تم خلط وتوزيع الأفلام المصورة بشكل عشوائي وأعيد تصنيفها حسب جداول تقييم مهارات الانتباه، وقد أسفرت النتائج عن:

- وجود اختلافات واضحة بين المجموعتين في مجال الانتباه والتفاعل الاجتماعي حيث أظهر أطفال التوحد ضعفاً ملحوظاً في ذلك.

- عدم وجود اختلافات واضحة في توجيه الانتباه للمثيرات الاجتماعية.

- ينقل أطفال التوحد انتباههم بصفة أساسية إلى المثيرات غير الاجتماعية أكثر من المثيرات الاجتماعية.

وهدف دراسة هدى أبوالسعود (٢٠٠٢م) إلى الكشف عن مدى فاعلية برنامج علاج معرفي

سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحد وأبائهم.

وقد طبقت الدراسة على عينة مكونة من [٨] أطفال توحديين، تتراوح أعمارهم من [٣- ٦]

سنوات بالاشتراك مع أمهات وآباء الأطفال التوحيديين. وتتضمنت أدوات الدراسة كل من قائمة

تشخيص التوحد، قائمة مراجعة المظاهر السلوكية لاضطراب التوحد، قائمة مراجعة ردود الأفعال

النفسية لوالدي الطفل التوحدي، دليل ملاحظة سلوك الطفل التوحدي واستجابات الأم والأب، استمارة بيانات أولية بالإضافة إلى برنامج علاج معرفي سلوكي لاستثارة انفعالات وعواطف الطفل التوحدي والوالدين والذي نفذ على جميع أفراد عينة الدراسة وأظهرت النتائج:

- وجود فروق ذات دلالة بين متوسط درجات الانفعالات السلبية للوالدين تجاه الطفل التوحدي قبل وبعد البرنامج لصالح بعد البرنامج.
 - توجد فروق ذات دلالة بين متوسط الانفعالات السلبية لأطفال العينة قبل وبعد البرنامج لصالح بعد البرنامج.
 - توجد فروق ذات دلالة بين متوسط درجات اضطراب التفاعل الاجتماعي لأطفال العينة قبل وبعد البرنامج لصالح بعد البرنامج.
 - توجد فروق ذات دلالة بين متوسط درجات العزلة العاطفية لأطفال العينة قبل وبعد البرنامج لصالح بعد البرنامج.
 - توجد فروق ذات دلالة بين متوسط المشكلات السلوكية لأطفال العينة قبل وبعد البرنامج لصالح بعد البرنامج.
- كما ساعد البرنامج في تحسين كل من العلاقة الوالدية بالطفل التوحدي، التواصل غير اللفظي للطفل التوحدي مع الآخرين، إضافة لاكتساب الطفل التوحدي مهارات حركية واجتماعية.

وقدم محمد (٢٠٠٢م) دراسة تهدف إلى الكشف عن مدى فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين كما تقيسها قائمة كونرز لتقدير سلوك الأطفال. وتتضمنت عينة الدراسة [٢٠] طفلاً من الأطفال التوحديين ملتحقين بإحدى المدارس لذوي الاحتياجات الخاصة تتراوح أعمارهم بين [٦ - ١٥]، سنة ومستوى ذكائهم بين [٥٧ - ٦٨]، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متجانستين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية. وتكونت أدوات الدراسة من مقياس جودارد للذكاء، مقياس للمستوى الاقتصادي والاجتماعي، مقياس الطفل التوحدي المستخرج من (DSM-4)، قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل، إلى جانب البرنامج التدريبي الذي امتد إلى [٤٠] جلسة مدة كل منها نصف ساعة بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، وقد أشارت النتائج إلى:

- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي للمظاهر السلوكية لحساب المجموعة التجريبية حيث قل لديها مستوى العدوانية ومستوى ضعف الانتباه والانفعالية وفرط النشاط الحركي وازداد مستوى الاجتماعية لدى أعضائها قياساً بالمجموعة الضابطة.
- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في المظاهر السلوكية لحساب القياس البعدي.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في المظاهر السلوكية.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين البعدي والقبلي للمجموعة التجريبية في المظاهر السلوكية.

كما هدفت دراسة محمد (٢٠٠٢م) إلى التحقق من مدى فعالية برنامج تدريبي سلوكي يقوم على مجموعة من الأنشطة الجماعية المتنوعة في خفض السلوك العدواني. وقد تكونت عينة الدراسة من [١٠] أطفال ملتحقين بإحدى المدارس لذوي الاحتياجات الخاصة من الذين، شخصوا بالتوحد وفق معيار (DSM-4) ، وتتراوح أعمارهم بين [٧- ١٣] سنة، ونسب ذكائهم بين [٥٥ - ٧٠] تم تقسيمهم إلى مجموعتين متجانستين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة. كما تكونت أدوات الدراسة من مقياس جودارد للذكاء، مقياس الطفل التوحدي، مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي المطور للأسرة، ومقياس السلوك العدواني للأطفال المتخلفين عقلياً بالإضافة إلى البرنامج التدريبي الذي نفذ على [٣٠] جلسة بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً مدة كل منها نصف ساعة وقد تتضمن البرنامج أنشطة اجتماعية، رياضية وفنية، وقد كشفت الدراسة عن النتائج التالية:

- توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للسلوك العدواني وأبعاده في الاتجاه الأفضل لصالح المجموعة التجريبية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي للسلوك العدواني وأبعاده في الاتجاه الأفضل لصالح القياس البعدي.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للسلوك العدواني.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للسلوك العدواني وأبعاده.

كما قدم أيضاً محمد (٢٠٠٢م) دراسة هدفت إلى التعرف على مدى فعالية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية على مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين. وتتضمنت العينة [١٠] أطفال شخوصا بالتوحد وفق معيار (DSM-4) ، وتتراوح أعمارهم بين [٨- ١٢]، سنه ونسب ذكائهم بين [٥٨ - ٧٨] ملتحقين بإحدى مدارس ذوي الاحتياجات الخاصة وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متجانستين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة. كما تكونت أدوات الدراسة من مقياس جودارد للذكاء، مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي المطور للأسرة، مقياس الطفل التوحدي، مقياس التفاعلات الاجتماعية خارج المنزل، بالإضافة إلى البرنامج التدريبي الذي نفذ على [٣٠] جلسة بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً مدة الجلسة نصف ساعة. وقد اعتمد البرنامج بشكل أساسي على فنيات العلاج السلوكي، وقد أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج السلوكي في تنمية التفاعلات الاجتماعية الملائمة لأطفال التوحد.

كما قدم محمد، وحسن (٢٠٠٢م) دراسة تهدف إلى التعرف على مدى فعالية تدريب الأطفال التوحديين على استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية سلوكهم التكيفي. وضمنت عينة الدراسة [٨] أطفال شخوصا وفق معيار (DSM-4) ، وتتراوح أعمارهم بين [٨- ١٣] سنة، ونسب ذكائهم بين [٥٧ - ٧٨] ملتحقين بإحدى مدارس ذوي الاحتياجات الخاصة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متجانستين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية. وشملت أدوات الدراسة مقياس جودارد للذكاء، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي المطور ومقياس الطفل التوحدي، ومقياس السلوك التكيفي للأطفال إلى جانب البرنامج التدريبي المستخدم الذي يتألف من جداول النشاط المصور والذي نفذ على [٦٠] جلسة بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً تتراوح مدة كل منها بين نصف ساعة إلى ساعة إلا ربع وقد أشارت النتائج إلى..

- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في السلوك التكيفي وأبعاده في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في السلوك التكيفي وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في السلوك التكيفي وأبعاده في القياس القبلي والبعدي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في السلوك التكيفي وأبعاده في القياس البعدي والتتبعي بعد شهرين من انتهاء البرنامج.

كما قدم (Reddy. et al: 2002) دراسة هدفت إلى التعرف على أثر أسلوب الدعاية والضحك في تحفيز اتصال أطفال التوحد بالآخرين وفهمهم. وقد تكونت عينة الدراسة من [١٩] طفلاً توحدياً، و[١٦] طفلاً لديهم متلازمة داون من فئة عمر ما قبل المدرسة، وقد كان العمر العقلي لأفراد العينة متفاوتاً، وقد خضع الجميع لدراسة عرضية وطولية لرصد انفعالات الاطفال على عدة مواقف اجتماعية مثيرة ومضحكة. وشملت أدوات الدراسة مثيرات مضحكة (أقنعة) ومواقف صممت لإثارة الضحك بالإضافة إلى استمارة لتسجيل الملاحظات وقد كشفت نتائج الدراسة عن:

- عدم وجود اختلافات في تكرار الضحك عند المداعبة ب (الزغزقة) بناء على التقارير الولادية.
 - أظهرت حالات التوحد صعوبة في توجه الانتباه للمثيرات والمواقف المضحكة والاستجابة لها.
 - أظهرت حالات التوحد صعوبة في المشاركة والتفاعل مع الآخرين.
- ووضح (Charman: 2003) في دراسته التي هدفت إلى فحص واختبار الارتباط بين تطور مهارة الانتباه وقدرات الاتصال لدى الأطفال التوحيديون. أنه توجد علاقة إيجابية بين تطور قدرات الانتباه والمكتسبات اللغوية، كما أن عمليات التواصل الاجتماعي وقدرات التقليد كانت متأثرة إيجابياً بالمكتسبات اللغوية، وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال المصابين باضطراب التوحد في عمر [٢٠] شهراً، ومجموعة من الأطفال المصابين باضطرابات وصعوبات في اللغة في عمر [٢٤] شهراً.

وهدف دراسة (Mann & Walker: 2003) إلى فحص واختبار ما إذا كان الانتباه البصري في حالات التوحد مرتبط بعجز في توسيع حيز الانتباه. وقد شملت عينة الدراسة [١٣] فرداً مصاب بالتوحد، [١٥] فرداً مصاب بصعوبات في التعلم و[١٥] من الأفراد الأسوياء، وكان طابع الدراسة ذي تصميم تجريبي حيث قام الباحثان بعرض عدة لوحات بها خطان متعامدان يختلفان في كل مرة في مركز التعامد مع التحكم في حجم الخطوط، ويطلب من المفحوصين تعيين أي الخطوط المتعامدة أطول..

وقد وضحت النتائج أن حالات التوحد تظهر عجز في عملية توسيع حيز الانتباه للمدركات البصرية.

وهدفت دراسة (Sigman.et al: 2003) إلى التعرف على مدى ارتباط العجز في الانتباه للمواقف الاجتماعية بحدة الموقف الاجتماعي وذلك عن طريق تسجيل التغير في معدل نبضات القلب أثناء المواقف التالية:

- مشاهدة طفل في حالة مرحة.
- مشاهدة طفل في حالة بكاء.
- التفاعل مع شخص غريب.
- الانفصال عن الأم.

وتكونت عينة الدراسة من [٢٢] طفلاً مصابين باضطراب التوحد ، و[٢٢] طفلاً مصابين باضطرابات تطويرية أخرى (لم تحدد). وشملت أدوات الدراسة شريط فيديو صورت فيه مشاهد الطفل، جهاز لقياس معدل نبضات القلب، استمارة لتسجيل الملاحظات وسجلت نتائج الدراسة التالي:

- أظهر أطفال التوحد استجابة نبضات قلب مثل المجموعة الأخرى عند مشاهدة شريط الفيديو.
- لم يكن هناك تغير في معدل نبضات القلب أثناء التفاعل مع الغرباء عنهم أو عند فصلهم عن أمهاتهم.
- إن عجز الانتباه للمواقف الاجتماعية الذي يظهر عند أطفال التوحد لا يرجع مصدره إلى زيادة حدة المواقف الاجتماعية.

وهدفت دراسة عزة الغامدي (٢٠٠٣م) إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج علاجي سلوكي لمظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد. وقد طبقت الدراسة على عينة تكونت من [١٠] أطفال تتراوح أعمارهم بين [٢- ٩] سنوات بمتوسط عمري [٥] سنوات وستة أشهر، وقد تم تقسيمهم على مجموعتين متجانستين إحداهما مجموعة تجريبية والأخرى ضابطة. وقد تكونت أدوات الدراسة من مقياس مظاهر العجز في التواصل اللغوي لأطفال التوحد ، قائمة الأعراض الاكلينيكية لاضطراب التوحد المستخرجة من (DSM-4) ، مقياس شلبر لتقدير التوحد الطفولي (CARS) ، قائمة المظاهر السلوكية للأطفال ذوي التوحد ، اختبار لوحة جودارد المعدلة من لوحة الأشكال (سيجان) ، مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، بالإضافة

إلى البرنامج العلاجي السلوكي المعرب لجولي آن فيور والذي يتضمن أنشطة متعددة يمارس الأطفال التوحيديون من خلالها التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي الايجابي، وقد نفذ البرنامج على مدة [١٣] أسبوع بواقع أربع ساعات يومياً، وقد تنوعت الجلسات ما بين جلسات فردية وجماعية مع الأطفال وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية برنامج العلاج السلوكي في تخفيض مظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وقد هدفت دراسة (Lamers & Hall: 2003) إلى التعرف على استجابة الأطفال التوحيديون على نموذجين للأداء اللفظي التعليمي لمدرسيهم، وقد استخدم المعلم في النموذج طريقة القاء اتسمت بنغمات ثابتة في طبقة الصوت، بينما استخدم في النموذج الثاني طريقة إلقاء اتسمت بنغمات متغيرة في طبقة الصوت أثناء حكاية القصة، وقد طبقت الدراسة على عينة من الأطفال قوامها [١٢] طفل توحيدي و[١٢] طفل من المماثلين لهم في العمر العقلي، وقد كشفت النتائج عن ارتفاع استجابة أطفال المجموعتين عند استخدام النموذج الثاني والذي اتسم بنغمات حركية متنوعة عند الالتقاء.

وقدم (Camaioni. et al: 2003) دراسة تتبعية هدفت إلى وصف التطور في قدرات الاتصال وشدة الأعراض في الحالات المصابة باضطراب التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة. وقد تكونت عينة الدراسة من خمسة أطفال توحيدين تتراوح أعمارهم ما بين [٣ سنوات و ١٢ شهر إلى ٤ سنوات و ١٠ أشهر]. وشملت أدوات الدراسة مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)، بالإضافة إلى اختبارات أدائية تقيس بنودها مدى فهم الأوامر ولغة الإشارة، وقد تم تطبيق المقاييس على أفراد عينة الدراسة على فترات متباينة. وأسفرت النتائج عن التالي..

- أظهر جميع الأطفال قدرات اتصالية لفظية منخفضة.
- أظهر جميع الأطفال مهارات اتصال غير لفظية (استخدام الإشارة) بشكل جيد.
- أظهر طفلان تفهم واضح للغة الإشارة التي كان يؤديها المختبر وارتفع هذا الأداء في واحد من الأطفال، بينما اشترك طفل آخر في الأداء التفاعلي للغة الإشارة، ولم يظهر طفل واحد أي تفهم للغة الإشارة التي كان يؤديها المختبر.
- تقل شدة أعراض اضطراب التوحد بمرور الوقت.

وأضافت دراسة (keeling . et al: 2003) بعد جديد على دراسات تطوير التواصل لدى التوحديين حيث هدفت الدراسة إلى استخدام البطاقة الكهربائية في تعليم المهارات الرياضية ومهارات التفاعل الاجتماعية. وقد طبقت الدراسة على طفلة توحدية تبلغ من العمر عشرة سنوات. وقد أسفرت النتائج عن فاعلية استخدام هذه الاستراتيجية في التواصل في تعليم المهارات الرياضية والسلوكيات العامة في المواقف المختلفة.

وفي نفس السياق قدمت أمل جلال (٢٠٠٤م) دراسة تهدف إلى تطوير التواصل لدى الأطفال التوحديين عن طريق استخدام نظام التواصل عن طريق تبادل الصور (PECS). وقد تم تطبيق البرنامج على عينة قوامها [٢٢] طفل ملتحقين بمركز أبوظبي للتوحد، وقد اعتمد البرنامج على استخدام كروت تمثل حاجات الطفل الأساسية والمفضلة لديه ومن ثم زيادة عدد الكروت تدريجياً، كما اعتمد تنفيذ البرنامج على أولياء الأمور في تعميم استخدام الكروت المستخدمة في المركز أثناء تواجد الطفل في البيت وقد أشارت نتائج الدراسة بعد التقييم إلى:

- انخفاض سلوكيات الأطفال المضطربة.
- استطاع أطفال التوحد استخدام الكرت كوسيلة للتعبير.
- استطاع بعض أطفال التوحد - في الدراسة الذين يستخدمون عدد أكبر من الصور تطوير اتصال لفظي مع الآخرين.

كما قدم ذيب (٢٠٠٥م) دراسة تهدف إلى تصميم برنامج تدريبي لتنمية مهارات الأطفال التوحديين التواصلية، والاجتماعية، والاستقلالية الذاتية، وقياس فاعليته، حيث اشتمل البرنامج التدريبي من أشهر البرامج التربوية العالمية للأطفال التوحديين، وطبق البرنامج مدة (١٣) شهراً، وتكون من العناصر التالية: اختيار البيئة الصفية وتنظيمها؛ والتدريب؛ والمحتوى التعليمي؛ وتنظيم الجداول؛ والاستراتيجيات التعليمية؛ وخطوات الحصص التعليمية؛ والإرشادات التعليمية؛ وبلغ عدد أفراد الدراسة أربعة من الأطفال التوحديين الذكور، طبقت عليهم مجموعتان من الأدوات والمقاييس: الأولى للتشخيص؛ والثانية لقياس فاعلية البرنامج التدريبي.

واستخدم في الدراسة تصميم بحث الحالة الواحدة ذو الاختبار القبلي والبعدي إضافة إلى التحليل النوعي. حيث حللت نتائج كل طفل من الأطفال الأربعة على حدا، وأظهرت نتائج الدراسة: تطور مهارات الأطفال الأربعة التواصلية والاجتماعية الاستقلالية الذاتية، ومهارات الحساب، والقراءة بنسب متفاوتة، وانخفاض واختفاء العديد من السلوكيات غير التكيفية، وتغير الوصف التشخيصي لحالته إلى الجانب الإيجابي في نهاية البرنامج، واستفادتهم من الدمج الاجتماعي والأكاديمي بدرجة كبيرة، ونطق العديد من الكلمات الوظيفية.

ثالثاً: التعقيب على الدراسات السابقة:

بالنظر إلى الدراسات آنفة الذكر يمكن توزيعها في ضوء هذا التقييم :

١- الدراسات الأولية المقارنة مثل دراسة (Koegel & Wilhem: 1973)، بالإضافة إلى سلسلة الدراسات الكلاسيكية لـ (Lovaas. et al: 1976) والتي هدفت إلى توضيح هذه الخاصية لدى التوحديين من خلال تنويع محتويات المثير وجداول المدعمات حتى يتسنى تقييم استجابة الطفل التوحدي، واتسمت هذه الدراسات بمدى عمري واسع بين أفراد عينة الدراسة كما أنها لم تضبط متغيرات مثل العمر العقلي والعمر اللغوي، واقترحت هذه الدراسات وجود نمط خاص من الانتباه الانتقائي لدى التوحديين يتضمن تركيز على بنود معينة في المثير..

٢- الدراسات التالية ضبط فيها متغيرات مثل (العمر الزمني، العمر العقلي، العمر اللغوي) بين أفراد عينة الدراسة مثل دراسة (Schover & Newsom: 1976)، (Cersten: 1978) (Frankel: 1978)، (Kolko. Et al: 1980)، (Miyashita: 1981)، (Anderson & Rincover: 1982)، وقد اقترحت أن نمط الانتباه الانتقائي قد لا يكون خاصية فريدة للتوحديين وقد يكون مرتبط بـ بمستوى النمو، المهارات اللغوية، نسب الذكاء. بينما أشارت دراسة (Schreibman & koegel:1983) إلى إمكانية تعليم التوحديين الاستجابة لبنود المثير المتعددة بالتدعيم، بينما وضح (Bicke et al: 1984) أنه يمكن النظر لهذه الخاصية لدى التوحديين على أنها استجابة مفاضلة بين بنود المثير..

٣- بظهور الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-3:1980) والذي وضح فيه المحاكات الشخصية لاضطراب التوحد أصبح هناك مفهوم متفق عليه لتعريف الاضطراب وهذا العنصر كان غائب في الدراسات التي بحثت مفهوم الانتباه الانتقائي في المرحلة السابقة، بينما وثق في أغلب الدراسات التالية والتي بحثت أبعاد أخرى كارتباط هذه الخاصية بخصائص المثير المتمثلة في تعدد بنود المثير، المسافة بين بنود المثير، حجم وشكل المثير، وقد أكدت دراسة كل من (Hedbring & Newsom: 1985)، (Sonoyama & Kobayashi: 1986)، (Collier & Reid: 1987)، (Rincover & Ducharme: 1987)، (Burack: 1994)، (Wainwrig & Bryson: 1996)، (Kazak. et al: 1997)، (Matthews. et al: 2001)، (Boser. et al: 2002)، (Mann & Welker: 2003) على العلاقة الارتباطية بين خصائص المثير ونمط الانتباه الانتقائي لدى التوحديين، كما أشارت إلى

إمكانية تدريب التوحيديون للاستجابة للنبود المثير المتعددة، إلا أنها قدمت وجهة نظر مشككة لفرضية ارتباط نمط الانتباه الانتقائي لدى التوحيديون بالعمر العقلي أو اللغوي.

بينما أشارت دراسة كل من (البليشة: ٢٠٠٠م)، (Dawson. et al: 2002)، (Ruble & Scolt: 2002)، إلى الصعوبات التي يواجهها التوحيديون عند أدائهم مهام تتطلب توجيه ونقل الانتباه نحو أهداف محددة..

وتتفق الدراسات أنفة الذكر مع ما أكدته دراسة (Pascualvaca. et al: 1998) من أنه على الرغم من صعوبة الانتباه للمثيرات المحددة التي يطلب من التوحيديون توجيه انتباههم إليها، فإن غالبية التوحيديون يظهرون قدرة غير عادية على التركيز على جانب معين من البيئة المحيطة بهم والانشغال بها.

: :

١- اتجهت دراسة كل من (Jarrold. et al: 1997)، (الرفاعي: ١٩٩٩م)، (هدى أحمد: ١٩٩٩م)، (Adrien. et al: 2001) إلى تأكيد العلاقة الارتباطية بين الانخفاض في القدرات المعرفية والادراكية وتأخر وإختلال التطور اللغوي والتواصل اللفظي لدى التوحيديون..

٢- اتفقت دراسة كل من (بوندي: ١٩٩٤م)، (Kamio & Toichi: 2000)، (بدرية بوزيون: ٢٠٠٠م)، (محمد ، حسن: ٢٠٠٢م)، (keeling. et al: 2003)، (أمل جلال: ٢٠٠٤م) (ذيب: ٢٠٠٥م) على فاعلية استخدام استراتيجيات التواصل البصري في تطوير التواصل الوظيفي لدى الأفراد التوحيديون. وخفض السلوك غير المرغوب وتطوير سلوكيات مرغوبة.

٣- أكدت نتائج دراسات (Whittaker & Reynolds: 2000)، (هالة محمد: ٢٠٠١م)، (Jensen. et al: 2001)، (Lee. et al: 2002)، (نادية أبوالسعود: ٢٠٠٢م)، (محمد: ٢٠٠٢م)، (عزة الغامدي: ٢٠٠٣م) على فاعلية استخدام العلاج السلوكي والمعتمد على فنيات التعزيز والتدعيم في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية للتوحيديين..

٤- بحثت مجموعة من الدراسات أساليب مختلفة لتطوير استجابات التواصل لدى التوحديون وأظهرت نتائجها الأثر التيسري للتحفيز على بدء اتصال الطفل التوحدي بالآخرين عند:

- تعليمه الاجابة على الأسئلة، (illiams. Et al: 2000).

- اعتماد برامج التدخل المبكر بمساعدة الآباء، (Drew. et al: 2002).

- تقليد الطفل التوحدي، (scalona. et al: 2002).

- تغيير نغمة صوت المعلم عند التحدث مع الطفل التوحدي، (Lamers & Hall: 2003).

وأكدت نتائج دراسة (Camaioni. et al: 2003) على ارتفاع قدرة الاتصال غير اللفظية مقابل قدرات الاتصال اللفظية وهو جانب متفق عليه في الدراسات التي تهدف إلى تطوير ورصد جوانب تواصل الطفل التوحدي حيث توضح نتائج هذه الدراسات تقدم الطفل في استخدام وسائل غير لفظية مثل الاشارة البسيطة واستخدام الصور قبل ظهور التواصل اللفظي.

: :

وهذه الدراسات تشير نتائجها إلى العلاقة الارتباطية بين خصائص الانتباه وتطور الاتصال لدى التوحديون..

فقد اتفقت نتائج دراسة كل من (Osterling & Dawson: 1994)، (Stahl & Pry: 2002) على أن القصور في توجيه ومشاركة الآخرين انتباههم لدى التوحديون يؤثر على قدرة التواصل لديهم.

كما أوضحت نتائج دراسات (joseph & tager-Flusberg: 1997)، (Dawson. et al: 1998)، (Corona. et al: 1998)، (Trepagnier. et al: 2002)، (Sigman. et al: 2003) أن توجيه الانتباه للمثيرات الاجتماعية ضعيف مقارنة بقدرتهم على توجيه وتركيز انتباههم على المثيرات غير الاجتماعية (المادية).

وتوضح دراسة (Seery. et al: 1998) أن استخدام التواصل اللفظي لتوجيه انتباه الطفل التوحدي يأتي بنتائج غير عالية، بينما تؤكد دراسة (Linda & Watson: 1998)

أن استخدام التواصل اللفظي لتوجيه انتباه لأشياء في محيط انتباه الطفل ذات نتائج أكثر إيجابية، وقد أكدت أيضاً نتائج دراسة سهى نصر: (٢٠٠١م)، (Charman: 2003) على وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين تطور قدرات الانتباه لدى الطفل التوحدي واكتساب مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية.

وبالرغم من اتفاق الدراسات أنفة الذكر مع دراسة (Noterdaeme. et al: 2001) في التأكيد على أوجه القصور المتعددة في انتباه التوحديون، إلا أنها أشارت إلى قدرة التوحديون على توجيه انتباههم تجاه مثيرات معينة مما يؤكد أن ليس لديهم صعوبة مميزة في الاحتفاظ بتركيزهم على مثير معين أي أن لديهم انتباه انتقائي ذو طبيعة خاصة.

وبالنظر إلى مجموعة الدراسات السابقة ككل تستنتج الباحثة أن هناك بعض الجوانب المتناقضة في نتائج الدراسات التي تطرقت إلى نمط الانتباه الانتقائي لدى التوحديون، وترجع الباحثة ذلك إلى طبيعة المهام التجريبية المستخدمة لقياس وتقييم هذه الخاصية خصوصاً بعد استخدام برامج الكمبيوتر، وهذا الاستنتاج متفق مع نتائج دراسة (Pascualvaca. et al: 1998)، (Matthews. et al: 2001) والتي أشارت إلى تحسن أداء التوحديون على المهام التي تتطلب انتباه انتقائي موظف والتي يستخدم فيها برامج الكمبيوتر مقارنة بنفس طبيعة المهام الأدائية في الدراسات الأخرى والتي تستخدم الأنشطة الورقية والمجسمات.

وفي مقارنة الباحثة لمنهجية الدراسة الحالية مع مجموع الدراسات السابقة فإنها تتفق معها في استخدام معيار تشخيصي موحد والمستخرج من الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض والاضطرابات العقلية (DSM-4) في طبيعته المعدلة، ومقياس التكيف الاجتماعي بناء على الاتجاهات البحثية الحديثة في مجال الاعاقة والتي تهتم بتقييم عدة جوانب في الحالة، كما تعتمد على مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) والذي كان قاسم مشترك في أكثر من دراسة..

وبتحص الدراسات التي تطرقت إلى مفهوم الانتباه الانتقائي لدى التوحديون نستنتج أنها

ذات منهج تجريبي يعتمد على الملاحظة الدقيقة وهذا يتفق مع الدراسة الحالية..

بينما تباين حجم العينة في الدراسات السابقة بصفة عامة لكنه يميل إلى الصغر في الدراسات البرمجية لفئة التوحد على وجه الخصوص، وهذا راجع إلى صعوبة الحصول على عينة كبيرة متماثلة ومتجانسة، طبيعة الاضطراب المتباينة، محدودية مجتمعها وقلة المراكز التي تقدم الرعاية لهذه الفئة وعلى ذلك تجد الباحثة مبرر علمي وموضوعي لصغر حجم العينة.. وبالنظر إلى البرامج التدريبية التي قدمت إلى هذه الفئة فإن هناك تبايناً في مدة التطبيق والاجراءات المطبقة على عينة الدراسة والتي تتطلب في الغالب التحاق الأطفال بمركز رعاية خاصة لمدة لا تقل عن سنة كشرط أساسي للتحاق الطفل ببرنامج الدراسة، وتختلف الدراسة الحالية من حيث اختيارها لأفراد عينتها من ضمن المجموعات التي لم تخضع لبرامج تدريبيه منظمة من قبل وذلك لتحديد أي أثر لنقل متغير الخبرة والمران عند تطبيق برنامج الدراسة الحالية، كما صممت الباحثة مدة البرنامج لتناسب الهدف المحدد في الدراسة الحالية وعلى ذلك تنفرد الدراسة الحالية ب:

١- التطرق إلى موضوع لم يتم بحثه من هذا الجانب في الدراسات الأجنبية أو العربية.

٢- معظم الدراسات البرمجية احتوت على أنشطة تم تصميمها وفق نظرة الباحث من قبل، بينما

انفرد برنامج الدراسة الحالية بوضع أهداف محددة تنفذ عن طريق أنشطة بناء على رغبة

الطفل.

رابعاً : فروض الدراسة

ترى الباحثة موضوعية التساؤلات التي قدمت في الفصل الأول من الدراسة وتصوغ على ضوءها فروض الدراسة كالتالي:

- ١- لا توجد فروق دالة احصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي.
- ٢- لا توجد فروق دالة احصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل غير اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي.
- ٣- لا توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على البعد المحدد لاستجابات الانتباه الانتقائي (بعد استخدام الأشياء) في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي.
- ٤- لا توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد العلاقة بالناس في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي.
- ٥- توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.
- ٦- توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل غير اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.

٧- توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على البعد المحدد لاستجابات الانتباه الانتقائي (بعد استخدام الأشياء) في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.

٨- توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد العلاقة بالناس في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.

٩- توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على الأبعاد (التقليد والمحاكاة، الاستجابة الانفعالية، استخدام الجسم، التكيف مع التغيير، الاستجابة البصرية، الاستجابة الاستماعية، استجابة واستخدام التذوق والشم واللمس، الخوف والقلق والعصبية، مستوى النشاط، مستوى وثبات الاستجابة العقلية، الانطباعات العامة) في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.

الفصل الثالث: إجراءات ومنهج الدراسة

- منهج الدراسة.
- مجتمع الدراسة.
- عينة الدراسة.
- أدوات الدراسة.
-
-
-
-
-
- إجراءات تطبيق الدراسة.
- الأساليب الإحصائية.

- منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي باعتبارها دراسة تجريبية هدفها تطبيق برنامج سلوكي يقوم على التدريب والممارسة السلوكية لتفعيل نمط الانتباه الانتقائي لدى عينة من الاطفال المصابين بالتوحد لتطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية لديهم، كما تعتمد الدراسة على التصميم شبه التجريبي ذو المجموعتين.

حيث أن الباحث في المنهج شبه التجريبي لا يلتزم بحدود الواقع إنما يحاول إعادة تشكيكه عن طريق إدخال تغيرات عليه وقياس اثر هذه التغيرات وما تحدثه من نتائج . (عبيدات، واخرون: ٢٠٠١م : ٢٣٩)

- مجتمع الدراسة :

نظراً لقلة عدد المراكز التي تقدم خدمات متخصصة لهذه الفئة فإن مجتمع الدراسة يمثل جميع الأطفال التوحدين المتقدمين للالتحاق بمركز جدة للتوحد للبنات والتابع لوزارة التربية والتعليم، والأطفال التوحدين المتقدمين بمركز الأمل المنشود بمكة المكرمة والذين تطبق عليهم الشروط المبدئية للقبول في المركز.

- عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال ذكور تتراوح أعمارهم بين (٣- ٦) سنوات شخصوا بالتوحد متوسط الشدة وفق قائمة الأعراض الإكلينيكية لاضطراب التوحد، ولم يتم تطبيق أي إجراء تدريبي منظم عليهم من قبل، وتم مجانستهم في كل من أبعاد السلوك التكيفي ومستوى الحالة العقلية ومستوى الأعراض التشخيصية لاضطراب التوحد وأساليب التواصل اللفظية وغير اللفظية.

- أدوات الدراسة:

طبقت الباحثة في الدراسة الحالية الأدوات التالية:

١. قائمة الاعراض الإكلينيكية لاضطراب التوحد لـ (عزه الغامدي، ٢٠٠٢م).

٢. مقياس التكيف الاجتماعي لـ (الروسان: ١٩٩٨م).

٣. مقياس شبلر لتقدير سلوك الطفل التوحدي (الشمري والسرطاوي، ٢٠٠٣م).

٤. استمارة الملاحظة إعداد الباحثة.

٥. البرنامج السلوكي إعداد الباحثة.

وفي ما يلي عرض تفصيلي لتلك الأدوات وكيفية بنائها والتحقق من خصائصها السيكومترية.

١- قائمة الأعراض الإكلينيكية لاضطراب التوحد: (تعريب وإعداد، عزه الغامدي: ٢٠٠٣م).

استخدمت الباحثة هذه القائمة لتحديد مستوى الاضطراب لدى الأطفال عينة الدراسة. وتتكون هذه القائمة من خمسة عشر بنداً مأخوذة من الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية - الطبعة الرابعة المعدلة (DSM-4- TR:2000) وقد صممت القائمة في صورة مقياس رباعي (لا تتطبق على الإطلاق = صفر، تتطبق قليلاً = ١، تتطبق كثيراً = ٢، تتطبق دائماً = ٣) وتعكس الدرجة المرتفعة على بنود القائمة شدة اضطراب التوحد لدى الطفل مما يعيق أدائه داخل البيت والمدرسة ويعيق علاقاته مع الآخرين.

وقد توفر للقائمة معايير صدق وثبات مرتفعة، فقد تم التحقق من صدق القائمة عن طريق:

أ- الصدق المنطقي: تم عرض القائمة على (٨ محكمين) وقد تراوحت نسب اتفاق المحكمين بين (٨٨٪ تقريباً و١٠٠٪) وبذلك تم الاحتفاظ بجميع بنود القائمة كما وردت في (DSM-4-TR:2000).

ب- الاتساق الداخلي: تم تطبيق القائمة على عينة قوامها (٦٠ طفل) من الأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقلياً الملتحقين بمعهد التربية الفكرية، وقد حسبت معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية لها، وتراوحت قيم معاملات الارتباط بين (٠,٤٨٣ - ٠,٨٧٧) وهي قيم داله احصائياً عند مستوى (٠,٠١).

ج- الصدق التمييزي: طبقت القائمة على عينة من الاطفال العاديين (ن = ٤٨) وعينة من الأطفال التوحديين (ن = ٣٧)، وبلغت دلالات الفروق بين درجات افراد المجموعتين عن طريق اختبار t-test (ت = ١٢,٣٦) وهي داله إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) مما يدل على أن القائمة لها قدرة تمييزه عالية.

اما ثبات القائمة فتم حسابه عن طريق:

أ- إعادة التطبيق: طبقت القائمة على عينة من الأطفال التوحديين بلغت (٣٢) طفل وأعيد التطبيق بفاصل زمني قدرة ثلاثة أسابيع وقد بلغ معامل الارتباط بين التقديرين (٠,٨٤٢) وهو معامل مرتفع.

ب- التجزئة النصفية: حيث تم حساب معامل الارتباط بين العبارات الفردية والزوجية في القائمة وقد بلغت قيمته (٠,٤٨٢) وبعد تصحيح الطول بإستخدام معادلة سبيرمان وبراون أصبح معامل الثبات للقائمة ككل (٠,٩١٤) وهي قيمة عالية تدل على ثبات المقياس، ملحق (٧).

٢- مقياس التكيف الاجتماعي: (الروسان: ١٩٩٨م)

استخدمت الباحثة هذا المقياس في الدراسة الحالية نتيجة لعدة اعتبارات:

- ضبط ومقاربة جوانب المتغيرات في العينة المختارة.
- التعرف على أكبر عدد من المعلومات التي تتعلق بقدرات العينة في جوانب متعددة في فترة زمنية قياسية.
- صعوبة تطبيق اختبارات الذكاء الأدائية مع أطفال التوحد في سن الطفولة المبكرة والذين لم يخضعوا لأي من التدريبات التعليمية المنظمة من قبل. كما أن نتائج هذه الاختبارات تقتصر على جانب واحد.

- احتياج الباحثة إلى التعرف على معلومات مفصلة عن كل حالة والتي توفرها البنود الفرعية لكل بند رئيسي في المقياس لتوظيف هذه المهارات خلال البرنامج المقترح.

وفيما يلي التعريف بالمقياس:

اعد هذا المقياس في صورته الأصلية من قبل (Nihira. et al:1969) بإيعاز من الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي نتيجة الانتقادات التي وجهت إلى مقياس الذكاء التقليدي في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية، وقد توفرت دلالات عديدة عن صدق البناء والصدق العاملي والصدق التنبؤي والصدق التلازمي للمقياس في صورته الأصلية، وقد تم تقنين المقياس في صورته المراجعة عام (١٩٧٥م، ١٩٨١م) على عينة مؤلفة من (٢٦٠٠) طفلاً من الاطفال المعوقين والأسوياء في الفئات العمرية من (٧ - ١٣) سنة في المجتمع الأمريكي وأمكن التوصل إلى جداول مئينية وصفحات بيانية تمثل أداء الاطفال في مستويات الحالة العقلية (عاديون، إعاقة بسيطة، إعاقة شديدة)، (الروسان: ١٩٩٨م).

وصف المقياس في صورته المراجعة:

يتألف المقياس من قسمين القسم الأول يشمل تسعة بنود رئيسيه لقياس السلوك التكيفي مقسمة على (٥٦) فقرة، والقسم الثاني يشمل اثني عشر بنوداً لقياس السلوك اللاتكيفي مقسمة على (٣٩) فقرة.

وتذكر عزه الغامدي (٢٠٠٣م) انه تم تقنين المقياس في العديد من الدول الأجنبية. كما تم تعريبه في كل من مصر عن طريق صادق (١٩٨٥م) تحت اسم مقياس السلوك التوافقي، فرج رمزي (١٩٩٠م) تحت اسم مقياس السلوك التوافقي وفي البحرين عن طريق القريوتي والجرار (١٩٨٩م).

أما في الأردن فقد قام الروسان (١٩٨١م) بتوفير دلالات عن صدق القسم الأول من المقياس باستخدام طريقة اتفاق المحكمين، وقدم عام (١٩٩٤م) دراسة هدفت إلى التوصل إلى معايير أردنية جديدة للقسم الأول من مقياس السلوك التكيفي في صورته الأردنية. حيث حلت البيانات الناتجة عن تطبيق المقياس على عينة مؤلفة من (٣٩٧) مفضلاً من الأطفال الأسوياء والأطفال المعاقين عقلياً يمثلون الفئات العمرية من (٣- ١٢) سنة، وتم التوصل إلى توزيعات مئينية جديدة للفئات العمرية في مستويات الحالة العقلية (عاديون، إعاقة عقلية بسيطة، إعاقة عقلية شديدة)، كما تم التوصل إلى صفحات مئينية تمثل مناطق الأداء المتوقعة في الحالات العقلية السابقة في الفئات العمرية من (٥- ٧، ٦- ٨، ٩- ١٠، ١١- ١٢). وقدم عام (١٩٩٦م) دلالات عن فاعلية المعايير الجديدة للصورة الأردنية من مقياس السلوك التكيفي بدلالات محكات أخرى كالإداء على الصورة الأردنية من مقياس ستانفورد- بينيه والإداء كما يقيم من قبل مؤسسة التربية الخاصة في الأردن، وقد أشارت النتائج إلى نسب معامل ارتباط عالي بين المقياس والمحكات آنفة الذكر بلغت قيمتها على التوالي (٧٢,٩٪ و ٧٠,٨٪).

التطبيق والتصحيح لمقياس التكيف الاجتماعي (الصورة الأردنية المطورة):

حافظ المقياس في الصورة الأردنية المطورة على وجود التسعة أبعاد المكونة للقسم الأول من مقياس السلوك التكيفي كما ورد في الصورة الأصلية وعدلت فقرات البنود بما يتناسب مع

المجتمع الأردني وعددها (٥٦) وشملت البنود الأساسية في المقياس الأبعاد التالية:

المهارات الاستقلالية وعدد فقراته (١٧) فقرة.

المهارات الجسمية وعدد فقراته (٦) فقرات.

مهارات التعامل بالنقود وعدد فقراته (٤) فقرات.

المهارات اللغوية وعدد فقراته (٣) فقرات.

مهارات التوجيه الذاتي وعدد فقراته (٥) فقرات.

مهارات تحمل المسئولية وعدد فقراته (٢) فقرة.

مهارات التشبث الاجتماعية وعدد فقراته (٧) فقرات.

ويعتمد تطبيق المقياس على استيفاء المعلومات من أشخاص ذو صلة وثيقة بالطفل ممن يقضي معهم وقت طويل حيث يتسنى لهم معرفة جميع التفاصيل السلوكية المتضمنة في المقياس وملاحظتها، أما تصحيح المقياس فيتم بتحويل الدرجات الخام إلى درجات مئوية وفق الجدول المخصص وتشير الدرجة المرتفعة على بنود المقياس إلى أن سلوك الفرد النمائي طبيعي في حين تشير الدرجة المنخفضة إلى اختلال السلوك النمائي لدى الفرد، ملحق (٨).

٣- مقياس شبلر لتقدير سلوك الطفل التوحدي: (تعريب، الشمري و السرطاوي: ٢٠٠٢م - ٢٠٠٣م).

استخدمت الباحثة هذا المقياس في تقييم وقياس أثر تطبيق البرنامج المقترح على متغيرات الدراسة الحالية قبل وبعد التطبيق على الأفراد عينة الدراسة.

وصف المقياس في صورته الأصلية:

يقصد به مقياس تقدير التوحد الطفولي (Childhood Autism rating Scale (SARS) والذي طوره شبلر وآخرون (Schopler et al. 1980)، ويتألف من (١٥) فقرة تضمنت كل فقرة منها أربعة تقديرات متدرجة من (١ - ٤). مع اعطاء وصف السلوكيات التي تؤخذ بالاعتبار عند اعطاء التقديرات المناسبة منها للطفل، ويشير الرقم (١) إلى أن السلوك عادي في حين تشير التقديرات (٢، ٣، ٤) إلى أن السلوك يتراوح بين كونه غير عادي بدرجة بسيطة أو متوسطة أو شديدة على التوالي. ويمكن اعطاء تقديرات بينية مثل (١، ٥، ٢، ٣، ٥) وقد تمتع المقياس في صورته الأصلية بدلالات صدق وثبات عالية كما وضحت العديد من الدراسات الأجنبية مثل (Evans & Mile: 1993) (Nordum et al: 1998)، (Dilallas Rogers: 1994)، (الشمري، السرطاوي: ٢٠٠٢).

وصف الصورة العربية للمقياس:

قام الشمري والسرطاوي (٢٠٠٢م) بإعداد صورة مختصرة للمقياس بصياغة عبارات وفق طريقة ليكرت مع محافظة كل عبارة من العبارات الخمس عشرة التي تتألف منها الصورة المختصرة على السلوك الذي تقيسه من جهة وعلى التقديرات التي تبناها المقياس من جهة أخرى، ولكن دون تقديم وصف السلوكيات التي تؤخذ بالاعتبار عند تقدير سلوك الطفل. وشملت (١٥) بند موزعة على الأبعاد التالية:

الانتماء للناس، التقليد والمحاكاة، الاستجابة الانفعالية، استخدام الأشياء، استخدام الجسم، التكيف مع التغير، الاستجابة البصرية، استجابة الاستماع، استجابة واستخدام الذوق والشم واللمس، الخوف والقلق، التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، مستوى النشاط، مستوى وثبات الاستجابة العقلية، الانطباعات العامة.

وقد توفر للمقياس في صورته العربية والمختصرة دلالات صدق وثبات عالية، فلتوضيح صدق المقياس استخدم:

أ- صدق المحكمين: حيث تم عرض المقياس بعد ترجمته على (٧) من المحكمين المختصين وفي ضوء ملاحظات المحكمين تم اعتماد الصورة النهائية للمقياس.

ب- الصدق التمييزي: طبق المقياس على (١٠٥) طفل من التوحديين والمتخلفين عقلياً والأسوياء، وقد جاءت الفروق بين متوسطات درجات تلاميذ التوحد والمتخلفين عقلياً مرتفعة ودالة عند (٠,٠١) على كل فقرة من فقرات المقياس.

ج- الصدق العاملي: كشفت نتائج التحليل العاملي عن وجود عامل واحد للصورة العربية للمقياس تشبعت به جميع الفقرات، حيث تتراوح درجة تشبعها بالعامل الأساسي للمقياس ما بين معامل الارتباط (٠,٧٩ - ٠,٩٦)، وتبين أن هذا العامل مسؤول عن تفسير ما نسبته (٧٨,٨%) من التباين. أما ثبات المقياس فقد استنتج عن طريق حساب:

أ- الاتساق الداخلي: حيث تم التحقق من ثبات المقياس في الصورة العربية من خلال ارتباط على الفقرة بالدرجة الكلية المقياس، حيث تبين أن جميع الفقرات ارتبطت بالدرجة الكلية بدرجة دالة عند (٠١ و) إذ تراوحت قيم الارتباط ما بين (٠,٧٩ - ٠,٩٦) وكذلك الأمر بالنسبة للصورة المختصرة حيث كانت جميع الارتباطات دالة عند (٠١ و).

ب- معامل الفا: تم حساب معامل ثبات الفا لكرونباخ حيث بلغت قيمته لتقديرات المعلمين للعينة الكلية (٠,٩٨) ولتقديرات المعلمين لحالات التوحد (٠,٩٤) ولتقديرات الباحثين (٠,٩١)، وبخصوص استجابة المعلمين على الصورة المختصرة للمقياس فبلغت قيمة الفا (٠,٩١).

ج- التجزئة النصفية: بلغت قيمته بعد التعديل بمعادلة سبيرمان وبراون لتصحيح الطول (٠,٩٣) لتقديرات المعلمين على العينة الكلية (٠,٩٤) لتقديرات المعلمين لحالات التوحد و(٠,٩٧) لتقديرات مساعدي الباحثين، أما بخصوص استجابة المعلمين على الصورة المختصرة للمقياس فبلغت قيمة التجزئة النصفية (٠,٩١).

وجميع تلك القيم تشير إلى تمتع المقياس بخصائص سيكومترية جيدة، وتذكر عزة الغامدي (٢٠٠٣م) أنه تم تقنين المقياس على كل من البيئتين السعودية والكويتية من قبل الباحثين على عينة مكونة من (٢٠٠) تلميذ منهم (١٩٤) من التوحديين (٥١) من المتخلفين عقلياً، ملحق (١١).

٤ - استمارة الملاحظة: (إعداد الباحثة)

تم تصميم هذه الاستمارة من قبل الباحثة لتتبع المثيرات المنتقاه من قبل الطفل التوحدي وتصميم الموقف التعليمي المناسب لكل حالة حيث أن غالبية برامج فئة التوحد تتسم بالتصميم الفردي وإن كان هناك أهداف عامة تشترك في إنجازها جميع الحالات المتقاربة المستوى كما في البرنامج المقترح وتحتوي الاستمارة على (٦) بنود وتشمل :

اسم المثير ، بنود المثير المتعددة، البند (الرمز) في المثير الذي شدَّ انتباه الطفل، الموقف التعليمي الذي يوظف فيه الهدف ، نسبة تحقيق الهدف (جزئي ، كلي، لم يحقق)، ملحق رقم (٩).

٥ - البرنامج المقترح: (إعداد الباحثة)

نظراً لطبيعة اضطراب التوحد والذي تتباين خصائصه بين الأفراد المصابين به فإن الباحثة قامت بتصميم البرنامج المقترح في هذه الدراسة والذي يهدف إلى تفعيل الانتباه الانتقائي لتطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية بناء على خطوات رئيسه تقسم على مراحل لتحقيق الأهداف وتتباين عند التطبيق في الخطوات الجزئية حسب احتياج كل حالة ، ويستند البرنامج إلى النظرية السلوكية واستخدام قواعد تنظيم البيئة واستراتيجيات التواصل البصري والتي تطبق في أشهر البرامج المصممة بفئة التوحد.

❖ الهدف الرئيس..

تتبع وتوظيف مثيرات الانتباه الانتقائي لتطوير التواصل اللفظي وغير اللفظي لعينة من أطفال التوحد من سن (٣ - ٦) سنوات.

❖ الأدوات :

- ساعة توقيت .

- الصور الفوتوغرافية وتستخدم للتعبير عن (المثير ، الانشطة).

- الصور الرمزية (كروت التواصل التابعة للمركز) وتستخدم لتوضيح مفهوم عبارات التواصل المستخدمة ، ملحق (١٠).

- لوحة لتعليم التطابق مكونة من الفلين تحتوي على ثلاث فتحات تحت الأماكن المخصصة لوضع الكرت ، وذلك لوضع المعزز المادي تحت الكرت الصحيح.

❖ طريقة تنفيذ البرنامج:

ينفذ البرنامج على عدة جلسات تدريبية وتعلمية يتركز فيها الأداء على تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية للطفل من خلال عدة أنشطة تعليمية تفاعلية تضمن تدريبات النطق وتدريبات التواصل البصري ، وتنفذ عن طريق أسلوب اللعب التعليمي (التعليم عن طريق اللعب) وهو أسلوب يتم فيه تعليم وتطوير المهارة المطلوبة عن طريق التفاعل التعليمي خلال موقف اللعب بين المعلمة والطفل ، كما يتم تنفيذ البرنامج في بيئتين تمثل إحداهما البيئة المنظمة وتمثلها بيئة الفصل ويدرب فيها الطفل بشكل مفرد ، بينما يمكن دمج الطفل مع عدد بسيط (٢ - ٤) من الأطفال الموجودين في المركز في البيئة الحرة والتي يمثلها فصل الألعاب أو ساحة الملعب.

❖ مدة البرنامج :

يستغرق تطبيق البرنامج (٣٥) يوماً (مقتطع منها إجازة آخر الأسبوع) ولمدة ساعة كاملة يومياً.

وتقسم كالتالي:

-	٢٥ د	تدريب في بيئة (الفصل)
-	٢٥ د	تدريب في بيئة حرة (الملعب ، صالة الألعاب).
-	٥ د	استعداد لتهيئة الطفل للانتقال بين البيئتين.
-	٥ د	تهيئ الطفل للمغادرة.

❖ محتوى البرنامج

يقسم البرنامج إلى ثلاث مراحل تخدم أهداف محددة كالتالي :

المرحلة الأولى : (مرحلة انتقاء المثير) الجلسات(١ - ١٠)

-

تجهز الباحثة بيئة الفصل بالأشياء (المثيرات) المفضلة لعينة الدراسة مثل الألعاب ذات الحركة الدائرية ، المواد التي تصدر بريق وتضعها بشكل منفصل وواضح بحيث لا يتجاوز عدد قطع المثير ما بين (٤ - ٦) قطعة.

ملاحظة : يتم تحديد هذه المثيرات بناء على الاستمارة المعينة من قبل الأم والتي توضح اهتمامات طفلها ، وهي تختلف من طفل لآخر.

الهدف العام :

- تهيئ الطفل لبدء التفاعل مع شخص بالغ (المعلمة).

- رصد انتقائية الطفل للمثيرات المقدمة.

الأهداف الاجرائية :

- أن يتقبل الطفل وجود المعلمة بجانبه لمسافة تقل عن نصف متر.

- أن يتقبل الطفل وجوده مع المعلمة في عدم وجود احد أفراد أسرته.

- أن يستطيع الطفل تمييز المثير المفضل لديه من خلال مسكه بيده.

- أن يتقبل الطفل تبادل الدور مع المعلمة في نمط النشاط الذي يقوم به دون انفعال.

الأسلوب التعليمي:

- توجه المعلمة الطفل جسدياً للركن الذي توجد فيه المثيرات.

- تقف المعلمة مقابل الطفل لعرض الأشياء (المثيرات) فقط.

- تتدرج المعلمة في تقريب المسافة الفاصلة بينها وبين الطفل.

- تتدرج مرافقة الطفل في الانفصال عنه.

- تساعد المعلمة الطفل في أداء نمط النشاط الذي يفعله.
- تقلد المعلمة الطفل في أداء نمط النشاط الذي يفعله.
- تقلد المعلمة الطفل في أدائه من خلال تبادل الأدوار.
- أبعاد الأشياء الأخرى (المثيرات) غير المرغوبة.

الإجراءات المساعدة:

- في حالة عدم تركيز الطفل تقوم المعلمة بتغيير طريقة عرض المثيرات بطريقة أكثر جذباً لانتباه الطفل.
- إعادة تقييم المواد الأكثر جاذبية للطفل.
- ب - التدريب في البيئة الحرة.

:

- تعزيز التفاعل مع الطفل وفق الأنشطة التي ينجذب إليها.
- تعميم المهارات التي تم التدريب عليها في البيئة المنظمة وفق نفس الأسلوب التعليمي المتبع سابقاً.

المرحلة الثانية : (مرحلة تفعيل المواد المنتقاه) الجلسات (١١ - ٢٥)

- تتحكم الباحثة في طريقة التفاعل (العرض والطلب) عن طريق استخدام الصور الفوتوغرافية مع الطفل.

الهدف العام:

- تطوير وسائل الاتصال لدى الطفل باستخدام المثير المفضل للطفل.
- تقييم البند الذي ينتقيه الطفل في المثير.

الأهداف الإجرائية :

- ١- أن يتعرف الطفل على الكرت الذي يرمز للمثير.
- ٢- أن يستطيع الطفل اعطاء الكرت للمعلمة كتعبير لطلب شئ معين.
- ٣- أن يقوم الطفل بتمثيل اشارة واحدة على أقل تقدير عن طريق اليد.
- ٤- أن ينظر الطفل في وجه المعلمة عند إعطائها الكرت لمدة (٤ - ٥) ثواني .
- ٥- أن يستطيع الطفل تنفيذ أمر واحد على أقل تقدير عند ما توجه إليه المعلمة الأمر في وجود أحد وسائل المساعدة البصرية (كرت أو إشارة).
- ٦- أن يتمكن الطفل من توظيف صوته للتعبير عن (موقف شئ) محدد.

الأسلوب التعليمي:

- تدريب المعلمة الطفل على المطابقة بين الكرت الذي يرمز للمثير وبين المثير الأصلي من خلال إجراءات المساعدة الجزئية (مسك اليد وتوجيهها للإجابة الصحيحة).
- تجلس المعلمة في مستوى الطفل وتساعده على التواصل البصري عن طريق تحريك المثير على امتداد نظر الطفل وتشبيته بجانب المستوى العلوي من وجه المعلمة مع مناداة (اسم الطفل).
- تدريب المعلمة الطفل على الطلب عن طريق الكرت الذي يرمز للمثير عن طريق مسك المثير بشكل واضح في يدها والإشارة باليد الأخرى للكرت وقول كلمة (أعطيني) مع تمثيل الإشارة باليد (فتح وقبض اليد).
- تدريب المعلمة الطفل على تمييز الكرت الذي يرمز للمثير في وجود (٢ - ٣) كروت بقول (أين كذا) مع تمثيل الإشارة باليد (دوران وقلب اليد).

الإجراءات المساعدة:

- تقديم المساعدة الكاملة في بعض المواقف اذا لم تتجح محاولات المساعدة الجزئية ثم تتدرج في تقليص نوع المساعدة المقدمة.
- الاستعانة ببعض الألعاب مثل إمساك المثير في يد المعلمة وإخفائه خلف ظهرها أمام الطفل ثم سؤاله (أين كذا).
- ابتكار وتوظيف المواقف التي تمثل مشكلات بسيطة تتطلب حلول للوصول إلى المثير مثل وضع المثير فوق الرف.

- : -

:

- تعميم مفهوم كلمات التواصل المستخدمة (أعطيني ، رجّع مكانه ، رتّب ، خذ) من خلال التفاعل عبر الأنشطة الموجودة في البيئة الحرة وفق نفس الاسلوب التعليمي المتبع في هذه المرحلة.

(-) ():

- : -

- تتدرج الباحثة في هذه المرحلة في ربط نشاط الطفل نحو المثير المفضل بأنشطة أخرى هادفة تستبطن من محور اهتمام الطفل في المثير المفضل.

:

- تطوير الانتباه الانتقائي للطفل لأجزاء وأداءات (أنشطة) أخرى عن طريق استخدام المثير.

:

- ١- أن يتمكن الطفل من استخدام كرت التواصل بطريقة وظيفية .
- ٢- أن يتمكن الطفل من معرفة النشاط الذي يرمز إليه الكرت وذلك بالاستعداد للقيام به (تجهيز ومعرفة الأدوات اللازمة).
- ٣- أن يستطيع الطفل تقليد حركة المعلمة في النشاط مرة واحدة على أقل تقدير دون مساعدة.
- ٤- أن يتمكن الطفل من إرجاع الأدوات مكانها عند رؤية كرت التواصل الدال على ذلك.

:

- تقوم المعلمة بنمذجة النشاط المطور أمام الطفل ثم تقدم له المساعدة (جزئية أو كلية) لتقليد المعلمة.
- تدرب الباحثة الطفل على ربط مفهوم النشاط بالكرت الذي يرمز له عن طريق المساعدة باستخدام الإشارة إلى الإجابة الصحيحة.

:

- تكثيف التعزيز الإيجابي لمحاولات التقليد الصحيحة.
- تقديم المساعدة الجسدية الكاملة عند بدء تطبيق النشاط المطور.
- السماح بتطبيق (نوع النشاط الأول نحو المثير) كمعزز بعد استجابات الطفل الصحيحة.

:

تهدف هذه المرحلة إلى :

تعميم استراتيجيات التواصل المستخدمة باستخدام عنصري (النمذجة والتقليد) وفق نفس الأسلوب التعليمي المتبع انفاً.

:

هذه التعليمات تلتزم بها الباحثة خلال فترة تطبيق البرنامج على أفراد العينة وتشمل :

أ - الإجراءات اليومية عند الاستقبال:

- تقوم الباحثة بالنزول إلى مستوى الطفل وتعرف بنفسها بالإشارة إلى نفسها ونطق اسمها .
- تساعد الباحثة على أن يشير الطفل إلى نفسه في الصورة وتنتطق اسمه.
- تساعد الباحثة الطفل على ضبط ساعة التوقيت بتوجيه الإصبع على الزر مع قول كلمة (افتح).

ب- الإجراءات اليومية عند الخروج:

- توجيه الطفل إلى ساعة التوقيت وتساعدته في توجيه الإصبع على الزر مع الضغط وقول (اقل).
- تقوم الباحثة بمساعدة الطفل على إرجاع المثبر في المكان المخصص.
- تقوم الباحثة بالنزول إلى مستوى الطفل بحيث يكون وجهها مقابل وجه الطفل مع إمساك يديه وتغني له (مع السلامة... إلى اللقاء) مع الإشارة بيدها علامة (باي باي) وحث الطفل على تقليدها.

ج- الإجراءات اليومية عند الانتقال بين البيئتين (المنظمة والحرّة) ..

- تهيئ الطفل للانتقال بين البيئتين من خلال إشراكه في ترتيب الصور التي ترمز إلى انتقاله إلى مكان آخر على اللوح المخصص لذلك.

د - التفاعل مع الطفل :

- تراعي الباحثة عند التفاعل مع الطفل التحكم في كل من:
- الصوت : تعتمد الباحثة النغمة المتباينة في الدرجة لجذب انتباه الطفل.
 - الكلام: تقتصر الباحثة عند توجيه الكلام للطفل على كلمات محددة تنطق بسرعة متوسطة.
 - استخدام العبارات الدارجة في بيئة الطفل .
 - الحركة : تعتمد الباحثة إلى حد ما عنصر المفاجأة في الحركة (لحظات من التوقف ثم المتابعة).

التفاعل الجسدي القريب مثل (الحضان من الخلف)

النزول إلى المستوى الجسدي للطفل عند التفاعل.

كما تلتزم الباحثة بتقديم المساعدة الكلية وتتدرج في تقليصها حسب حاجة كل طفل.

هـ - وسائل التعزيز:

تعتمد الباحثة على التعزيز المعنوي الحركي والذي يتمثل في (الدغدعة، التريبت، التصفيق

المشترك مع الطفل، لعبة التدوير) وفي أضيق الحدود التعزيز المادي.

تعزز الباحثة الطفل على كل محاولة ناجحة ولو كانت محاولة جزئية ثم تتدرج في تأخير تقديم

المعزز إلى مرحلة الإنجاز الكامل للنشاط من قبل الطفل.

و- وسائل العقاب:

تستخدم الباحثة أسلوب التجاهل بشكل رئيسي عند صدور سلوكيات غير ملائمة بصورة

عارضه، بينما تستخدم أسلوب الإقصاء عند صدور سلوكيات غير ملائمة بصورة مقصودة مع

التعزيز الإيجابي للسلوك المضاد، كما تعتمد الباحثة على عنصر (التقليد والنمذجة) في تعديل

سلوك الطفل.

وبشكل عام تراعي عند تنفيذ البرنامج استغلال جميع المثيرات التي تحفز انتباه الطفل

الانتقائي لتدعم بها تطوير الطفل لاستخدامه وسائل الاتصال اللفظي وغير اللفظي معتمدة في ذلك

على وسائل الإيضاح البصرية.

إجراءات تطبيق الدراسة :

قامت الباحثة باتباع الخطوات التالية لإنجاز دراستها على النحو التالي :-

١- الإفادة من معهد البحوث العلمية وإحياء التراث الإسلامي بالمواضيع ذات الصلة، (معلق ١).

٢- استقصاء معلومات من مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، مكتبة الملك فهد الوطنية

ومركز الملك فيصل للبحوث والدراسات الإسلامية.

- ٣- الإطلاع على العديد من الأبحاث الأجنبية التجريبية التي اهتمت بوجود خاصية الانتباه الانتقائي والبرامج التعليمية والأنشطة المبتكرة والتي تفيد في التعامل مع الأفراد المصابين باضطراب التوحد، (معلق ٢).
- ٤- توزيع استطلاع مبدئي على أمهات الأطفال الملتحقين بمركز جدة للتوحد لرصد مدى وجود خاصية الانتباه الانتقائي لدى أطفالهم، (معلق ٣).
- ٥- بناء برنامج الداسة التطبيقي وتحكيمة من قبل الأساتذة المختصين، (معلق ٤)، وفي ضوء توجيهاتهم تم تعديل الأخطاء والتي كانت في مجملها أخطاء لغوية تضمنها البرنامج في صورته الأولية، كما تم تعديل العمر الزمني للعينة وحصره في مرحلة الطفولة المبكرة من (٣- ٦) سنوات.
- ٦- حصر عدد المراكز التي تقدم خدمة التدخل المبكر للطفل التوحدي في مدينتي مكة وجدة من خلال التوجه بالسؤال لدى الجهات المختصة (الأمانة العامة للتربية الخاصة، مركز جدة للتوحد؛ جمعية الأطفال المعوقين)، ملاحق (٥).
- ٧- اختيار المركز الذي لديه مجموعة من الأطفال المستجدين في مرحلة عمرية من (٣- ٦) سنوات. ولتحقيق أهداف الدراسة تم اختيار كل من مركز التوحد للبنات بجدة، ومركز الأمل المنشود التابع للجمعية الخيرية النسائية بمنطقة مكة المكرمة.
- ٨- قامت الباحثة بإكمال أوراقها اللازمة للتطبيق في مركز التوحد للبنات بجدة وفق خطاب رسمي موجه من عمادة كلية التربية بجامعة أم القرى واعتماده من قبل الأمانة العامة للتربية الخاصة بالرياض، (معلق ٦)، أما بالنسبة لمركز الأمل المنشود لم تحتاج الباحثة لأي إجراءات لعملها كمتطوعة فيه.
- ٩- تم اختيار أطفال التوحد عينة الدراسة وتوزيعهم في مجموعتين متكافئتين إحداهما تجريبية (مجموعة أطفال مركز جدة للتوحد)، وأخرى ضابطة (مجموعة أطفال مركز الأمل المنشود) وذلك بعد مجانستهما في الأبعاد التي تضمنت في مقياس التكيف الاجتماعي، قائمة الأعراض الإكلينيكية لاضطراب التوحد المستخرج من الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-4R) من خلال التطبيق القبلي للأدوات، (معلق ٧)، (معلق ٨).

١٠- عقد اجتماع مع الاخصائية النفسية ومعلمات التوحد بالمركزين لتوضيح وقت وكيفية تطبيق مقاييس الدراسة اللازمة.

١١- عقد اجتماع مع أمهات أطفال التوحد بمركز التوحد للبنات بجدة بهدف شرح طبيعة البرنامج والهدف منه وكيفية اختيار أبنائهم ضمن المجموعة التجريبية وأخذ موافقتهم على تطبيق البرنامج.

١٢- تم تطبيق البرنامج السلوكي على أربعة من الأطفال التوحديين والمتحقيين بمركز التوحد للبنات بجدة.

١٣- تم التعرف على مثير الانتباه الانتقائي لكل طفل، وتحديد البند المؤثر وتسجيله في استمارة الملاحظة، (ملحق ٩).

١٤- تم تصوير مثيرات الانتباه الانتقائي لكل طفل توحدي وطبقت خطوات البرنامج المحددة باستخدام صور التواصل المستخرجة من برنامج البورد ميكر، (ملحق ١٠).

١٥- صمم موقف تعليمي لكل طفل توحدي بشكل مختلف عن الآخر بهدف تحقيق الهدف الموحد للمجموعة.

١٦- طبق القياس القبلي لمقياس تقدير التوحد الطفولي على أطفال عينة الدراسة (المجموعة التجريبية) والضابطة) بعد انتظامهم في المركز لمدة أسبوعين، (ملحق ١١).

١٧- طبق القياس البعدي لمقياس تقدير التوحد الطفولي على أطفال عينة الدراسة (المجموعة التجريبية والضابطة) بعد (٣٥) يوماً من الانتظام في المركز وهي الفترة اللازمة لتطبيق برنامج الدراسة.

١٨- صُحح المقياس وأدخلت البيانات في الحاسب وتم تحليلها للتحقق من صحة فروض الدراسة.

١٩- قامت الباحثة بمناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري وفي ضوء خبرة الباحثة.

الأساليب الاحصائية :

قامت الباحثة باستخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري (مان وتني Mann-Whitney)

للتحقق من صحة فروض الدراسة.

الفصل الرابع: عرض وتحليل نتائج الدراسة

- نتائج الفرض الأول
- نتائج الفرض الثاني
- نتائج الفرض الثالث
- نتائج الفرض الرابع
- نتائج الفرض الخامس
- نتائج الفرض السادس
- نتائج الفرض السابع
- نتائج الفرض الثامن
- نتائج الفرض التاسع

أولاً : عرض النتائج ومناقشتها :

الفرض الأول :

ينص الفرض الأول ما يلي :-

لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة التجريبية والضابطة على بعد التواصل اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي.

للتحقق من صحة الفرض السابق تم استخدام اختبار "مان وتني Mann Witheny "

والجدول (١) يوضح نتائج التحليل الإحصائي.

جدول (١) متوسطات رتب المجموعة التجريبية والضابطة ، وقيمة

مان وتني **U** على بعد التواصل اللفظي لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج

البعد	المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسطات الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
التواصل اللفظي بعد (١١)	التجريبية	٤	٣,٨٧٥	٨,٠٠	غير دالة
	الضابطة		٣,٨٧٥		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة مان وتني ٨,٠٠ وهي قيمة غير دالة إحصائية مما يدل على

أن هناك تجانساً بين أطفال التوحد عينة الدراسة على بعد التواصل اللفظي قبل التطبيق. وبذلك

يكون هذا الفرض قد تحقق كلياً.

الفرض الثاني :

لا توجد فوق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل غير اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي.

للتحقق من صحة الفرض السابق تم استخدام اختبار "مان وتني MannWhitney" ،

والجدول (٢) يوضح نتائج التحليل الإحصائي

جدول (٢) متوسطات رتب المجموعة التجريبية والضابطة ، وقيمة

مان وتني **U** على بعد التواصل غير اللفظي لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج

البعد	المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسطات الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
التواصل		٤	٣,٨٧٥	٨,٠٠	غير دالة
اللفظي بعد (١٢)	الضابطة		٣,٨٧٥		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة مان وتني ٨,٠٠ وهي قيمة غير دالة إحصائية مما يدل على

أن هناك تجانس بين أطفال التوحد عينة الدراسة على بعد التواصل غير اللفظي قبل التطبيق. وبذلك

يكون هذا الفرض قد تحقق كلياً.

الفرض الثالث :

لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على البعد المحدد للانتباه الانتقائي بعد استخدام الأشياء في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقالي.

للتحقق من صحة الفرض السابق تم استخدام اختبار "مان وتني MannWhiteny" ، والجدول (٣) يوضح نتائج التحليل الإحصائي.

جدول (٣) متوسطات رتب المجموعة التجريبية والضابطة ، وقيمة

مان وتني **U** على بعد استخدام الأشياء لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج

المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسطات الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
التجريبية	٤	٣,٧٥٠	٧,٠٠	غير دال
الضابطة	٤	١		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة مان وتني ٧,٠٠ وهي قيمة غير دالة إحصائية مما يدل على

أن هناك تجانس بين أطفال التوحد عينة الدراسة على البعد المحدد للانتباه الانتقائي بعد استخدام الأشياء قبل التطبيق. وبذلك يكون هذا الفرض قد تحقق كلياً.

الفرض الرابع :

لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد العلاقة بالناس في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي.

للتحقق من صحة الفرض السابق تم استخدام اختبار "مان وتني MannWhitney" ، والجدول رقم يوضح نتائج التحليل الإحصائي.

جدول (٤) متوسطات رتب المجموعة التجريبية والضابطة وقيمة ،

مان وتني U على بعد العلاقة بالناس لأطفال التوحد أفراد عينه الدراسة قبل تطبيق البرنامج

البيد	المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسطات الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
التواصل اللفظي بعد (١٢)	التجريبية	٤	٣,٨٧٥	٨,٠٠	غير دال
	الضابطة	٤	٣,٨٧٥		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة مان وتني ٨,٠٠ وهي قيمة غير دالة إحصائية مما يدل على

أن هناك تجانساً بين أطفال التوحد عينة الدراسة على بعد العلاقة بالناس قبل التطبيق. وبذلك يكون هذا الفرض قد تحقق كلياً.

الفرض الخامس :

توجد فروق دالة إحصائياً في متوسط رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية .

للتحقق من صحة الفرض السابق تم استخدام اختبار "مان وتني MannWhitney" ، والجدول (٥) يوضح نتائج التحليل الإحصائي.

جدول (٥) متوسطات رتب المجموعة التجريبية والضابطة ، وقيمة

مان وتني U على بعد التواصل اللفظي لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج

البعد	المجموعة	متوسطات الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
التواصل اللفظي بعد (١٢)	التجريبية	٤	٠,٠٠	٠,٠١	لصالح المجموعة التجريبية
	الضابطة	٣,٨٧٥			

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات رتب المجموعة التجريبية ٢,٨٧٥ على بعد التواصل اللفظي، في حين أن متوسطات الرتب للمجموعة الضابطة ٣,٨٧٥، وأن قيمة مان وتني دالة عند ٠,٠١ وهي قيمة دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية، وبذلك تحقق الفرض السابق.

وبالنظر إلى متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي ٢,٨٧٥ في حين كان المتوسط لنفس المجموعة قبل تطبيق البرنامج ٣,٨٧٥، مما يلاحظ أن هناك انخفاض في متوسط الرتب بعد تطبيق البرنامج السلوكي وهذا يؤكد مدى تأثير البرنامج لتفعيل الانتباه الانتقائي على أطفال التوحد عينة الدراسة.

ويؤيد ذلك عملياً اكتساب أطفال التوحد (المجموعة التجريبية) حصيلة لغوية من (٢ - ٥) كلمات ظهرت خلال سياق وظيفي ، وارتفع هذا الأداء لدى أطفال التوحد الذين كانت لديهم لغة ترددية (Echolia) ، كما ارتبط اللفظ الصادر من الطفل التوحدي بالفعل المستخدم أثناء النشاط ، واسم المثير المستخدم مع كل حالة ، مع الأخذ بالاعتبار درجة إنجاز كل حالة والتي تراوحت بين اللفظ الكامل للكلمة مثل (أعطيني) إلى الاقتصار أو إبدال بعض الأحرف مثل (أتي).

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (Lee et al : 2002) والتي أكدت على الأثر التيسيري لاستخدام فنيات التعزيز الإيجابي على تطوير التواصل اللفظي، ويرتفع هذا الأداء عند استخدام مثيرات تشغل حيز من انتباه الطفل التوحدي (Linda & Waton : 1998) ، كما تشير النتائج إلى تأكيد العلاقة الارتباطية بين الجانب المعرفي الإدراكي مسؤول أولي عن قصور اللغة اللفظية الوظيفية لدى الطفل التوحدي (Jarrod et al : 1997) . إلا أنه في مراحل لاحقة يؤدي عدم تمرين جهاز النطق إلى ضعف العضلات مسؤولة عن ظهور الصوت وبالتالي عدم ظهور أو اختلال ظهور اللغة اللفظية لدى فئة التوحد.

الفرض السادس :

توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل غير اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.

للتحقق من صحة الفرض السابق تم استخدام اختبار "مان وتني MannWhitney" ، والجدول (٦) يوضح نتائج التحليل الإحصائي.

جدول (٦) متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة وقيمة

مان وتني **U** على بعد التواصل غير اللفظي لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج

البعد	المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسطات الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
التواصل اللفظي بعد (١٢)	التجريبية	٤	١,٨٧٥	,	٠,٠١	لصالح المجموعة التجريبية
	الضابطة	٤	٣,٨٧٥			

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات رتب المجموعة التجريبية ١,٨٧٥ على بعد التواصل غير اللفظي، في حين أن متوسطات الرتب للمجموعة الضابطة ٣,٨٧٥، وأن قيمة مان وتني دالة عند ٠,٠١ وهي قيمة دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية، وبذلك تحقق الفرض السابق.

وبالنظر إلى متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي ١,٨٧٥، في حين كان المتوسط لنفس المجموعة قبل تطبيق البرنامج ٣,٨٧٥، يلاحظ أن هناك انخفاضاً في متوسط الرتب بعد تطبيق البرنامج السلوكي مما يؤكد على مدى فعالية البرنامج لتفعيل الانتباه الانتقائي على أطفال التوحد عينة الدراسة.

ويؤيد ذلك عملياً إتقان أطفال التوحد (المجموعة التجريبية) الاستخدام العملي حسب متطلبات الموقف لكروت التواصل (أعطيني ، ساعدوني) ، وإظهار الاستجابة المناسبة لبقية كروت التواصل خلال الجلسات التدريبية. بالإضافة إلى التعرف والطلب من خلال الصورة الفوتوغرافية . للمثير المفضل لدى الطفل التوحدي من بين (٤ - ١٥) صورة، كما أظهر أطفال التوحد قرب انتهاء فترة البرنامج السلوكي قدرة على الطلب من خلال الصورة لأنشطة أخرى (صور فوتوغرافية لمثيرات أخرى) وفي ذلك إشارة إلى كفاية استجابة نمطية روتينية ونمو مفهوم الطلب عن طريق الصورة، كما أظهر جميع الأطفال قدرة على التعرف على الطلب من خلال الكروت الذي يرمز للجلسات التدريبية مع الباحثة خلال الجدول اليومي. بالإضافة إلى ظهور الاستجابة الوظيفية لدى الأطفال عند استخدام كروت التواصل (خلاص، رجع مكانه، هدوء) ، وفي هذا دلالة على ارتفاع استجابة الطفل التوحدي عندما تكون البيئة من حوله قابلة لأن يتوقع أحداثها (فنيات تنظيم البيئة، استراتيجيات التواصل البصري) ، كما سجلت نتائج الملاحظة ارتفاع في معدل ظهور التواصل البصري مع الباحثة عند الطلب.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (Jarrod. et al : 1997) و (Camaioni. et al : 2003) بأن أطفال التوحد لديهم قدرات غير لفظية أعلى من القدرات اللفظية، كما أنهم قادرين على تطوير التواصل غير اللفظي أسرع من التواصل اللفظي، كما تتفق هذه النتائج مع نتائج بوندي (١٩٩٤م) ، بدرية بوزيون (٢٠٠٠م) ، (Keeling, et al : 2003) ، أمل جلال (٢٠٠٤م) والتي توضح فاعلية استخدام استراتيجيات التواصل بالصور في تطوير التواصل غير اللفظي كطريقة بديلة للتعبير في المراحل الأولى للتدريب وصولاً إلى التواصل اللفظي الوظيفي والذي يظهر في مرحلة لاحقة من بدء التدريب، وتتفاوت حسب قدرة كل طفل توحدي.

الفرض السابع :

توجد فروق دالة احصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على البعد المحدد للانتباه الانتقائي بعد استخدام الأشياء في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية. للتحقق من صحة الفرض السابق تم استخدام اختبار "مان وتني MannWhitney" ، والجدول (٧) يوضح نتائج التحليل الإحصائي.

()

مان وتني **U** على بعد استخدام الأشياء لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج

البعد	المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسطات الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
التواصل اللفظي بعد (٥)	التجريبية	٤	١,٣٧٥	٠,٠٠	٠,٠١	لصالح المجموعة التجريبية
	الضابطة	٤	٣,٣٧٥			

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات رتب المجموعة التجريبية ١,٣٧٥ على بعد استخدام الأشياء، في حين أن متوسطات الرتب للمجموعة الضابطة ٣,٣٧٥، وأن قيمة مان وتني دالة عند ٠,٠١ وهي قيمة دالة احصائياً لصالح المجموعة التجريبية، وبذلك تحقق الفرض السابق.

وبالنظر إلى متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي ١,٣٧٥ ، في حين كان المتوسط لنفس المجموعة قبل تطبيق البرنامج ٣,٧٥٠ ، يلاحظ أن هناك انخفاضاً في متوسطات الرتب بعد تطبيق البرنامج السلوكي مما يؤكد على مدى فاعلية البرنامج لتفعيل الانتباه الانتقائي على أطفال التوحد عينة الدراسة.

ويؤيد ذلك عملياً توجه انتباه كل طفل توحدي من أطفال عينة الدراسة إلى مثير محدد ، وكان في الغالب مثير حسي أما سمعي ، بصري أو حركي ، وهذه النتيجة تتفق مع ما أشارت إليه نتائج (Pascualva. et al : 1998) من أن التوحديين يظهرون قدرة على التركيز على جانب معين من البيئة ، وسجلت نتائج الملاحظة الأولية للأطفال تفاعل مع المثير عن طريق حاسة واحدة إما بصرياً ، سمعياً ، أو عن طريق اللمس وهذا يتفق مع نتائج (Wainwright & Bryson : 1996) والتي أشارت إلى أن التوحديين لديهم صعوبة في نقل تركيزهم بين الحواس.

إلا أن أطفال التوحد (المجموعة التجريبية) خلال فترة التدريب تطورت لديهم القدرة على التفاعل الهادف مع المثير بأكثر من حاسة في آن واحد ، بالإضافة إلى تطور في الجانب الإدراكي متمثلاً في :

- القدرة على مطابقة صورة المثير الفوتوغرافية بالمجسم.
- القدرة على مطابقة الألوان بناء على أجزاء المثير.
- القدرة على تقليد حركات إيقاعية بسيطة.
- القدرة على تمثيل مفاهيم مثل (طاح - اسحب).
- القدرة على تمييز الحالات الانفعالية (الغضب - اسحب).
- القدرة على الجلوس باندماج في تفاعل هادف لمدة نصف ساعة.

كما أظهر الأطفال في منتصف فترة التدريب مرونة وعدم تقيد بأسلوب واحد في التفاعل مع المثير (تقبل فاعل لتطوير النشاط) ، وفي هذا إشارة إلى أثر الممارسة السالبة كإحدى فنيات تعديل السلوك ، بالإضافة إلى توقف ممارسة السلوكيات النمطية مثل (رفرفة اليدين ، تضعيع الورق ، اهتزاز الرأس ، رص الأشياء) أثناء الجلسات التدريبية ، وترجع الباحثة الحد من ظهور مثل هذه السلوكيات إلى تعرف الطفل على طريقة بديلة للتواصل ، حيث بدأ الأطفال عند توترهم بالبحث عن

الصورة المستخدمة أثناء الجلسات، وكانت في الغالب تستخدم بطريقة وظيفية أي دالة على رغبة الطفل.

واستناداً على هذه النتائج نجدها لا تتفق مع نتيجة دراسة البلشة (Dawson. et al : 2000)، والتي تشير إلى عدم قدرة التوحديين على توجيه الانتباه لموضوع معين، ولعل الفيصل هنا هو طبيعة الموضوع الذي يحفز الطفل التوحدي للاستجابة، وفي هذا إشارة إلى أن خصائص المثير المقدم للطفل التوحدي تؤثر على تحفيز قدرة الانتباه لديه، وهذا لا يتفق مع ما قدمته نتائج دراسة (Hedbring & Newsom : 1985)، بينما يتفق مع ما أشارت إليه نتائج (Sonoyama : 1988) ، & Kobayshi : 1988) ، (Kazak. et al : 1997) ، (Ilathees. et al : 2001).

الفرض الثامن :

توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد العلاقة بالناس في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.

للتحقق من صحة الفرض السابق تم استخدام اختبار "مان وتني Mann Whitney" ، والجدول (٨) يوضح نتائج التحليل الإحصائي.

جدول (٨) متوسطات رتب المجموعة التجريبية والضابطة ، وقيمة

مان وتني **U** على بعد العلاقة بالناس لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج

البعد	المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسطات الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
التواصل اللفظي بعد (٥)	التجريبية	٤	١,٥٠	٠,٠٠	٠,٠١	لصالح المجموعة التجريبية
	الضابطة	٤	٢,٨٧٥			

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات رتب المجموعة التجريبية ١,٥٠٠ على بعد العلاقة بالناس، في حين أن متوسط الرتب للمجموعة الضابطة ٢,٨٧٥ وأن قيمة مان وتني دالة عند ٠,٠١ وهي قيمة دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية، وبذلك تحقق الفرض السابق.

وبالنظر إلى متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي ١,٥٠٠ ، في حين كان المتوسط لنفس المجموعة قبل تطبيق البرنامج ٢,٨٧٥ ، يلاحظ أن هناك انخفاضاً في متوسطات الرتب بعد تطبيق البرنامج السلوكي مما يؤكد على مدى تأثير البرنامج لتفعيل الانتباه الانتقائي على أطفال التوحد عينة الدراسة.

وبالرجوع إلى الملاحظات المسجلة أثناء التطبيق العملي للجلسات، سجل أطفال التوحد المجموعة التجريبية قبل انتهاء فترة التدريب التالي :

- انخفاض في حدة السلوكيات الانفعالية والتزام الهدوء أثناء الجلسة.

- ارتفاع الاستجابة للتعليمات اللفظية أحادية الأمر.
- الانضباط في الدخول والخروج من الجلسة.
- طلب التفاعل مع الباحثة.
- تبادل الضحك والضم مع الباحثة.
- استيعاب مبدأ التعاقد السلوكي في الأداء.

ومما تقدم نجد أن النتائج الأولية للدراسة الحالية تتفق مع نتائج (Robert : 1997) ، (Dawson. et al : 2002) في أن استجابة الطفل التوحدي للمثيرات الاجتماعية أضعف من استجابته للمثيرات غير الاجتماعية (المادية) ، إلا أنه بالتدريب المعتمد على استراتيجيات التواصل البصري بالإمكان رفع استجابة الطفل التوحدي للمثيرات الاجتماعية والتفاعل معه.

وبالرجوع إلى نتائج المجموعة الضابطة نجد أن هناك انخفاضاً في متوسط الرتب في القياس البعدي على بُعد العلاقة بالناس، مما يؤكد على أن الطفل التوحدي قادر على تطوير علاقته بالآخرين، إلا أن هذا التطور يكون أكثر فعالية وصولاً لتحقيق العلاقة التواصلية الوظيفية مع الآخرين عندما ندعم برنامج التوحيدين باستراتيجيات التواصل البصري وقواعد تنظيم البيئة، وهذا ما يبرر الفارق بين الانخفاض في متوسط رتب المجموعة التجريبية عنها في المجموعة الضابطة.

الفرض التاسع :

توجد فروق دالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على مجموع الأبعاد (التقليد والمحاكاة، الاستجابة الانفعالية، استخدام الجسم، التكيف مع التغير، الاستجابة البصرية، الاستجابة الاستماعية، استجابة واستخدام التذوق والشم واللمس، والخوف والقلق والعصبية، مستوى النشاط، مستوى وثبات النشاط، مستوى وثبات الاستجابة العقلية، الانطباعات العامة)، في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.

للتحقق من صحة الفرض السابق تم استخدام اختبار "مان وتني MannWhitney"،

والجدول (٩) يوضح نتائج التحليل الإحصائي.

جدول (٩) متوسطات رتب المجموعة التجريبية والضابطة ، وقيمة مان وتني u على الأبعاد

(٢، ٣، ٤، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١٣، ١٤، ١٥) لأطفال التوحد أفراد عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج

البعد	المجموعة	عدد أفراد العينة	متوسطات الرتب	قيمة u	مستوى الدلالة	اتجاه الدلالة
٢، ٣، ٤، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١٣	التجريبية	٤	٢,٥	٠,٠٠	٠,٠١٤	لصالح المجموعة التجريبية
	الضابطة		٦,٥			

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات رتب المجموعة التجريبية ٢.٥ على مجموع الأبعاد (التقليد والمحاكاة، الاستجابة الانفعالية، استخدام الجسم، التكيف مع التغير واللمس، الاستجابات البصرية، الاستجابة الاستماعية، استجابة واستخدام التذوق والشم واللمس، الخوف والقلق والعصبية، مستوى النشاط، مستوى وثبات النشاط، مستوى وثبات الاستجابة العقلية، الانطباعات العامة) ، في حين أن متوسطات الرتب للمجموعة الضابطة ٦.٥، وأن قيمة مان وتني دالة عند ٠,٠١٤ وهي قيمة دالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية، وبذلك تحقق الفرض السابق.

وبالنظر إلى متوسطات رتب المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج السلوكي في مجموع الأبعاد (٢، ٣، ٤، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١٣، ١٤، ١٥) كانت ٢,٥، في حين كانت المتوسط للمجموعة الضابطة بعد التطبيق ٦,٥، ويلاحظ أن هناك فرقاً بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية، مما يؤكد على أثر البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي امتد ليشمل جوانب أخرى بالإضافة إلى الجوانب التي صمم البرنامج من أجل الإسهام في تطورها. وهذا يؤكد على أن أوجه القصور الرئيسة في اضطراب التوحد هي عدم القدرة على التواصل وأن البرنامج الذي يستهدف هذا القصور يسهم في التطور الإيجابي لجوانب القصور الأخرى في الحالة ضمناً، ويستظهر ذلك أيضاً تحقق أهداف الدراسة.

وتلفت الباحثة النظر إلى أنه لا ينبغي تعميم نتائج الدراسة على سلوك أطفال التوحد خارج نطاق البيئة التعليمية إلا في حدود ضيقة، كما يؤخذ في الاعتبار خبرة الباحثة كأم لطفل توحدي خبرة التعامل عن كثب مع هذه الفئة، ورغم ما لمست الباحثة من خلال الأدلة الإحصائية والتطبيق العملي من نجاح لفكرة البرنامج، إلا أنه يجدر بها في هذا المقام أن تنوه إلى الصعوبات التي قد تواجه اعتماد تطبيق البرنامج في المراكز، ونلخصها في ما يلي :

- صعوبة إيجاد معلمات مدربات بحيث تكون لديهم القدرة على رصد جوانب انتقائية الطفل التوحدي وتوظيفها ودمجها بالأنشطة التي تعمل على تطوير التواصل ومن ثم الجانب الإدراكي.
- صعوبة إيجاد أهداف موحدة للمجموعة أثناء العمل في الجلسات الجماعية وذلك راجع لتباين مثيرات الانتباه.
- انخفاض القدرة على السيطرة على الطفل التوحدي خلال كونه في مجموعة تزيد عن (٣) أطفال.

الفصل الخامس : ملخص الدراسة والتوصيات

- ملخص النتائج
- توصيات الدراسة
- الدراسات المقترحة

ملخص النتائج :

- توصلت الدراسة الي مجموعة من النتائج كانت على النحو التالي :
1. لا توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة التجريبية والضابطة على بعد التواصل اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي.
 2. لا توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات درجات التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل غير اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي.
 3. لا توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على البعد المحدد لاستجابات الانتباه الانتقائي (بعد استخدام الأشياء) في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي.
 4. لا توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على البعد المحدد لتطوير التواصل مع الآخر بين (بعد العلاقة بالناس) في مقياس تقدير التوحد الطفولي قبل تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي.
 5. لا توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.
 6. لا توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد التواصل غير اللفظي في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.
 7. لا توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على البعد المحدد لاستجابات الانتباه الانتقائي (بعد استخدام الأشياء) في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.
 8. لا توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على بعد العلاقة بالناس في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية..
 9. لا توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد المجموعة (التجريبية والضابطة) على الأبعاد (التقليد والمحاكاة، الاستجابة النفعالية، استخدام الجسم، التكيف مع التغير، الاستجابة البصرية، الاستجابة الاستماعية، استجابة واستخدام التذوق والشم واللمس، الخوف والقلق العصبية، مستوى النشاط، مستوى وثبات الاستجابة العقلية، الانطباعات) في مقياس تقدير التوحد الطفولي بعد تطبيق البرنامج السلوكي لتفعيل الانتباه الانتقائي لصالح المجموعة التجريبية.

ثانياً : توصيات الدراسة :

في ضوء نتائج الدراسة الحالية ، وبناءً على خبرة الباحثة العملية في هذا المجال توصي بالتالي:

- ١- اعتماد استراتيجيات التواصل البصري ، وقواعد تنظيم البيئة عامل جوهري في نجاح البرنامج المقدم لفئة التوحد.
- ٢- اخضاع الطفل التوحيدي في المرحلة الأولى من تأهيله في برنامج تدريبي فردي مكثف يرفع مستوى اكتساب المهارات الأساسية اللازمة لعملية التعلم (الانتباه، التواصل ، ضبط السلوك غير المرغوب) ، ومن ثم التدرج في دمجها داخل مجموعة مناسبة.
- ٣- إيجاد غرفة مساندة داخل المراكز التي تقدم خدمة تأهيل لفئة التوحد ، وذلك لدعم وتطوير جوانب الضعف التواصلية اللفظية وغير اللفظية لدى فئة التوحد.
- ٤- العمل على تطوير مهارات التواصل (اللفظية وغير اللفظية) عنصر أولي في البرنامج المقدم لفئة التوحد ، ويتم عن طريق توظيف وخلق مواقف للتدريب على هذا الهدف بالإضافة إلى الاستعانة بالجدول وكروت التواصل.
- ٥- استخدام الصورة بعنصر واحد ذي خلفية غير مشتتة عند بدء التدريب على مفهوم الصور ، مع البدء بالعناصر المفضلة.
- ٦- إدراج الكلمة مع الصورة بعد إدراك مفهوم الصورة لدى فئة التوحد.
- ٧- التدريب على النطق من خلال تكرار التلقين اللفظي لكلمه أحادية مفرده مترادفة مع كل نشاط أدائي.
- ٨- تكرار استخدام الكلمة بضمير المتكلم عند التلقين اللفظي مثل (اللعب، آكل..) يسهم في ظهور لغة وظيفية
- ٩- إيجاد وقت مخصص للتعليم من خلال الكمبيوتر (الحاسب الآلي الشخصي).
- ١٠- تفعيل أوقات مشاهد التلفاز عن طريق التقليد ، التمثيل والتعليق على مجريات أحداث الشريط.

- ١١- اعتماد فنية الإشباع (الممارسة السالبة) لمواضيع اهتمام الطفل التوحدي بطريقة موظفة لخدمة أهداف محددة.
- ١٢- ترميز أي حركة أو لفظ أو إيماء تصدر من الطفل التوحدي على نشاط محدد يساعد على تذكر واستحضار الأداء المطلوب.
- ١٣- إدراج ورشة عمل موجه للقائم على رعاية الطفل التوحدي لتعريفه بطريقة استخدام استراتيجيات التواصل البصري شيء هام لتعميم المهارات المكتسبة داخل البيئة التعليمية.
- ١٤- تخصيص وقت لأنشطة الموسيقى (الأوراك، البيانو، الطبلية) لما في ذلك من تقوية التآزر السمعي الحركي، حيث أن أغلب الأنشطة تركز على تقوية التآزر البصري الحركي.
- كما توصي الباحثة بأفضلية استخدام مراحل البرنامج بشكل كلي بما يتناسب مع قدرة ومستوى أداء الأطفال عند انضمامهم إلى البرنامج في المركز عندما لا يكون الطفل التوحدي قد خضع إلى إعداد مسبق، بينما يمكن البدء من المرحلة الثانية في البرنامج مع الأطفال الذين سبق إعدادهم.
- : :
- ١- اعتماد المعايير الإكلينيكية المستخرجة من DSM-4R (الصورة المعربة) لتقدير شدة اضطراب التوحد لدى الحالة.
- ٢- التعامل بحذر مع نتائج الحالة العقلية والمستخرجة من مقياس السلوك التكييفي، بحيث لا تؤخذ كدلالة لحالة الطفل التوحدي العقلية.
- ٣- توافق النتيجة النهائية لمقياس تقدير التوحد الطفولي CARS مع المعايير الإكلينيكية DSM-4R (الصورة المعربة) ، يثبت ملاءمة كل منهما في تقييم وتشخيص اضطراب التوحدي.
- كما توصي الباحثة على أهمية استخدام مقياس محدد لرصد جوانب التطور بما يتوافق مع خصائص فئة التوحد عند تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي ويمكن استخدام وتطوير مقياس (CARS) لملاءمة هذا الغرض.

ثالثاً : الدراسات المقترحة :

تقترح الباحثة إجراء الدراسات العلمية التالية :-

- ١- دراسة تجريبية لتطبيق برنامج الدراسة الحالية على المراحل العمرية المتقدمة من فئة التوحد.
- ٢- دراسة ارتباطيه مقارنة بين شدة اضطراب التوحد والانتباه الانتقائي.
- ٣- دراسة ارتباطية لمدى فاعلية تطوير التواصل من خلال استراتيجيات التواصل البصري من وجهة نظر أولياء أمور فئة التوحد.
- ٤- دراسات طولية لتتبع تطور الأساليب التواصلية اللفظية وغير اللفظية عند استخدام البرامج المبنية على استراتيجيات التواصل البصري مع فئة التوحد.
- ٥- دراسة تطوير المرحلة الرابعة من البرنامج (مرحلة التعامل بالكلمات) وأثرها في تطوير استجابات التوصل اللفظية .

- :
- القرآن الكريم، مطابع الملك فهد - المدينة المنورة.
 - أبو الخير، عبد الكريم قاسم (٢٠٠٤م) : النمو من الحمل إلى المراهقة (منظور اجتماعي طبي ترميضي). الطبعة الأولى. عمان، الأردن : دار الأوائل للنشر والتوزيع.
 - أبو العزيم ، محمود (٢٠٠٣) : اضطراب الذاتوية. واحة النفس المطمئنة، في : <http://www.elazayem.com/autism.htm>.
 - أبو حميدان، يوسف عبد الوهاب (٢٠٠١ م) : العلاج السلوكي لمشاكل الأسرة و المجتمع . الطبعة الأولى العين، الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي .
 - أحمد، هدى أمين عبد العزيز (١٩٩٩م): الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين باللاوتيزم (الذاتوية). رسالة ماجستير في قسم علم النفس (غير منشورة). القاهرة: جامعة عين شمس.
 - أخضر، فوزية محمد (١٩٩٩م): الفئات الحائرة. الطبعة الأولى. الرياض: دار عالم الكتب.
 - ابن ماجة (٢٠٠٤م) : سنن ابن ماجه .. الأدب .. فضل العلم. الحديث الإسلامي، في : <http://hadith.al-islam.com/Display.asp?Doc=5&Rec=5298>.
 - ابو السعود، نادية إبراهيم عبد القادر (١٩٩٧م): الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغط الوالدية. رسالة ماجستير في قسم الدراسات النفسية والاجتماعية (غير منشورة). القاهرة: جامعة عين شمس.
 - ابو السعود، نادية إبراهيم عبد القادر(٢٠٠٢م): فعالية استخدام برنامج علاج معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وابائهم. رسالة دكتوراه في قسم الدراسات النفسية والاجتماعية (غير منشورة) القاهرة: جامعة عين شمس.

- أوزان، بيتارتي (٢٠٠٤م) : برنامج التوحد السعودي. ورقة عمل مقدمة في الندوة الدولية الأولى للتوحد واضطرابات النمو المماثلة. الرياض : جامعة الملك سعود والجمعية السعودية للتوحد.
- اتودد، توني (١٩٩٩م): لماذا يتصرف طارق هكذا.. بعض المقترحات بشأن أسباب ومعالجة السلوك غير العادي للأطفال والبالغين الذين يعانون من التوحد والأسبرجر. ترجمة ياسر الفهد" سلسلة نشر الوعي بالفئات الخاصة [١١]، الكويت: مركز الكويت للتوحد.
- بار، عبد المنان ملا معمور (١٩٩٧م): فاعلية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين. بحث مقدم للمؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي والمجال التربوي. جامعة عين شمس. المجلد الأول، ص ص (٤٣٧ - ٤٥٩).
- باظة ، أمل عبد السميع (٢٠٠٣ م) : اضطرابات التواصل وعلاجها. الطبعة الأولى . القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية .
- بانكسيب، جاك (٢٠٠١م): ميلاتونين " سيد النوم" اثبت دوره في علاج التوحد. ترجمه ياسر الفهد. مجلة عالم الإعاقة. العدد [٢٠]، ص ص (٣٢ - ٣٣).
- بدر، إسماعيل محمد (١٩٩٧): مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوي التوحد. بحث مقدم للمؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي والمجال التربوي. جامعة عين شمس. المجلد الثاني، ص ص (٧٢٧ - ٧٥٦).
- بدير، كريم، وصادق، اميلي (٢٠٠٠م): تنمية المهارات اللغوية للطفل. الطبعة الأولى . القاهرة: عالم الكتب.

- بردالي ، ديان و آخرون (٢٠٠٠ م) : الدمج الشامل لذوي الإحتياجات الخاصة مفهومه و خلفيته النظرية. ترجمة زيدان أحمد السرطاوي و آخرون . الطبعة الأولى. العين، الإمارات العربية المتحدة : دار الكتاب الجامعي .
- برلاين (١٩٩٣ م) : علم النفس المعرفي " الصراع " الإثارة حب الاستطلاع. ترجمة كريمان بدير القاهرة : عالم الكتب
- البشير، محمد الشماتي (٢٠٠٣م): طرق تعديل السلوك. ورقة عمل مقدمة في الندوة الأولى (التواصل مع ذوي الإحتياجات الخاصة .. بناء ونماء). جدة : الإدارة العامة لتعليم البنات بمنطقة مكة / جدة : شعبة التربية الخاصة.
- بعلبكي، منير (١٩٧٣م): المورد. الطبعة السادسة. بيروت، لبنان: دار العلم للملايين.
- البلشة، أيمن (٢٠٠٠م): التعرف على الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية بين الأطفال المتوحدين والأطفال المتخلفين عقلياً. بحث مقدم في ندوة الإعاقات النمائية .. قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. ص ص (٥٢٣ - ٥٢٩). البحرين: جامعة الخليج العربي.
- بوزبون، بدرية يوسف (٢٠٠٠م): استخدام طريقة التواصل عن طريق تبادل الصور كأسلوب لمعالجة الأطفال الذين يعانون من مشكلة التوحد. بحث مقدم في ندوة الاعاقات النمائية .. قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. ص ص (٢٧٧ - ٢٨٨). البحرين: جامعة الخليج العربي.
- بوندي (١٩٩٤م) : نظام التواصل التبادلي باستخدام الصور. ترجمة إبراهيم العثمان (٢٠٠٣م) . منتدى الخليج لذوي الإحتياجات الخاصة، في : [http://www.glufnet.ws/vb/showthread.php? threadid = 9292].

- تشيس، ستلا (١٩٧٣م): الحصبة الألمانية وتأثيرها على سلوك الطفل. مجلة العربي. العدد [١١٧]، ص(١٥٢).
- توماتيس (٢٠٠٣م) : التوحد وطريقة توماتيس. مجلة صرخة صامته. العدد [١١]، السنة الثانية . ص ص (١٤=١٥). الكويت: مركز الكويت للتوحد.
- توماتيس (٢٠٠٣م): الحساسية المفرطة والتكامل الحسي والتوحد. مجلة صرخة صامته. العدد [١٢]، السنة الثانية. ص ص (٣٤ - ٣٥). الكويت: مركز الكويت للتوحد.
- ثيوتير (٢٠٠٠م) : تدريب الأخصائيين والآباء . ورشة عمل مقدمة في المؤتمر الدولي الأول للتوحد وضعف التواصل. ص ص (٤٩ - ٧٢). الكويت: مركز الكويت للتوحد.
- جراند ، تمبل (١٩٩٨م) : نصائح لآباء ومعلمي الأشخاص المصابين بالتوحد. منتدى الخليج لذوي الاحتياجات الخاصة، في : [http : //www.gulfnet.ws/tawahud/grandin. htm].
- جلال، أمل (٢٠٠٤م): نظام التواصل عن طريق تبادل الصور . ورشة عمل مقدمة في المؤتمر الثاني لإعاقات النمو عند الأطفال.. رؤية عملية . جدة : مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث.
- جلال، سعد (١٩٨٩م): علم النفس الاجتماعي. الطبعة الثالثة. بنغازي، ليبيا: منشورات جامعة قاريونس.
- الجمعية السعودية للتوحد (٢٠٠٤م) : الجمعية .. التأسيس. الجمعية السعودية ، في : [http: // saudiautism/about-us/about-us.htm].
- جورجينا، توماس (٢٠٠٠م): التدريب السمعي. ورقة عمل مقدمة في المؤتمر الدولي الأول للتوحد وضعف التواصل. ص(١٣٩ - ١٤٧). الكويت: مركز الكويت للتوحد.

- جولد ، جوريث(٢٠٠٠م): تعريف الدراسة التشخيصية للاضطرابات الاجتماعية واضطرابات التواصل منهج نظامي للتشخيص. ورقة عمل مقدمة في المؤتمر الدولي الأول للتوحد وضعف التواصل. ص ص (٣٥ - ٤٥). الكويت: مركز الكويت للتوحد.
- جوهر ، أحمد (٢٠٠٣م) : القدرات المعرفية للتوحد. اسأل طبيبك ، في [\[http://www.your-doctor.net/autism/Cognitive-Abilities.htm\]](http://www.your-doctor.net/autism/Cognitive-Abilities.htm).
- جوهر ، أحمد (٢٠٠٣م) : ثقافة طفل التوحد. اسأل طبيبك ، في [\[http://www.your-doctor.net/autism/knowledge.htm\]](http://www.your-doctor.net/autism/knowledge.htm).
- جوهر، أحمد (٢٠٠٠م): العلاج السلوكي لطفل التوحد. مجلة تعريب الطب. المجلد [٤]، العدد [١] ، ص ص (١١٨ - ١٢٠). الكويت: المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية.
- جوهر، أحمد عبد الله (١٩٩٦م): طفل التوحد. مجلة التربية. العدد [١٦]، السنة السادسة. ص ص (٦٧ - ٧٣).
- جيلبرج، د. س، وبيترز، ت. (دون تاريخ): التوحد مظاهره الطبية والتعليمية. ترجمة وضحه الوردان. سلسلة نشر الوعي بالفئات الخاصة [١٥]، الكويت: مركز الكويت للتوحد.
- حافظ ، نبيل عبد الفتاح (٢٠٠٠م): صعوبات التعلم والتعليم العلاجي. الطبعة الأولى. القاهرة : مكتب زهراء الشرق.
- الحصان، منى صالح (٢٠٠٣م): التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة - المصابين بالتوحد بين الواقع والمأمول. ورقة عمل مقدمة في اللقاء التربوي الأول للتربية الخاصة.. رؤى وتطلعات . مكة المكرمة: إدارة التربية والتعليم للبنات.

- حكيم ، رابية إبراهيم (٢٠٠٢م) : التوحيد .. بعض الأمراض التي قد تكون مصاحبة أحياناً لمرض التوحد. [عيادة الطب النفسي والإرشادي للأطفال ، في: <http://www.childguidanceclinic.com/autism.htm>].
- حكيم، رابية إبراهيم (٢٠٠٣ م) : دليلك للتعامل مع التوحيد. الطبعة الأولى. جدة: عيادة الطب النفسي و الإرشاد للأطفال.
- حلواني، إحسان عمر (١٩٩٦م): المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال الذوي الأوتيزم (التوحد). رسالة ما جستير في قسم علم النفس (غير منشورة). مكة المكرمة: جامعة أم القرى.
- حمدان، محمد زياد (٢٠٠٢م): التوحد لدى الأطفال إضراباته وتشخيصه وعلاجه. الطبعة الثانية. عمان، الأردن: دار التربية الحديثة .
- الخطيب ، جمال ، والحديدي، منى (١٩٩٧): المدخل إلى التربية الخاصة . الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال، والحديدي، منى (١٩٩٨) : التدخل المبكر مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. الطبعة الأولى . عمان، الأردن : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- خليل، عمر بن الخطاب (١٩٩١ م) : التشخيص الفارق بين التخلف العقلي و اضطرابات الإنتباه و التوحدية. فى عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٠ م) الذاتويه " إعاقة التوحد لدى الطفل. الطبعة الأولى. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- خليل، عمر بن الخطاب (١٩٩٣): خصائص الأباء المصابين بالتوحدية. مجلة معوقات الطفولة. [ك٢]، ص ص (٣٣٣ - ٣٤٩)،

- خليل، عمر بن الخطاب (١٩٩٧م): مخاوف آباء الأطفال المصابين بالتوحد. مجلة معوقات الطفولة. [ك ٢٦، ص ص (١٥ - ٣٤).
- الخميسي، السيد سعيد (٢٠٠٥م): الأسباب الجينية لبعض الاضطرابات النمائية. ندوة تطوير الأداء في مجال الإعاقة . الرياض.
- درباش ، عبد الرحمن (١٩٩٩م) : الحركات غير الطبيعية في سن الرضاعة نذير بمرض التوحد. مجلة الحصن النفسي، في : [http://bafree.net/hism/mag/article.php?sid=107].
- ديفر ، ستيفن (٢٠٠٤م) : أدمغة المصابين بالتوحد تنمو أسرع. مركز دبي للتوحد ، في : [http://www.dubaiautismcenter.com/arabic/images/press/albayan-25-july-2002-n08072.jpg].
- ذيب، رائد موسى (٢٠٠٥م): تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحدين وقياس فاعليته. بحث مقدم في ندوة تطوير الأداء في مجاله الوقاية من الاعاقة . الأردن : الجامعة الأردنية .
- الرفاعي، السيد عبد العزيز مصطفى (١٩٩٩م): اضطراب بعض الوظائف المعرفية وعلاقتها بمستوى التوافق لدى الأطفال الذاتويين. رسالة دكتوراه في الدراسات النفسية والاجتماعية (غير منشورة). القاهرة : جامعة عين شمس.
- رندال، بيتر، وباركر، جونسن (٢٠٠٢م): مساندة أسر الأطفال الذين يعانون من التوحد. ترجمة مركز الكويت للتوحد. سلسلة نشر الوعي بالفئات الخاصة [٢٣]. الطبعة الأولى. الكويت: مركز الكويت للتوحد.
- الروسان ، فاروق (٢٠٠٠ م) : تعديل و بناء السلوك الإنساني . الطبعة الأولى. عمان ، الأردن: دار الفكر العربية للطباعة والنشر والتوزيع.

- الروسان ، فاروق (٢٠٠١ م) : مناهج وأساليب تدريس ذو الإحتياجات الخاصة (المهارات الحركية) . الطبعة الأولى . الرياض: دار الزهراء للنشر و التوزيع .
- الروسان ، فاروق (١٩٩٦ م) : أساليب القياس و التشخيص في التربية الخاصة . الطبعة الأولى . عمان، الأردن: دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع .
- الروسان، فاروق (١٩٩٨ م) : دليل مقياس التكيف الإجتماعي . الطبعة الأولى . عمان دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
- ريملاندر ، برنارد (٢٠٠٣م): الجرعة الصحيحة من فيتامين ب ٦ و (DMG) والعناصر الغذائية الأخرى المفيدة للتوحيدين . ترجمة ياسر الفهد. مجلة صرخة صامته . العدد [١١] ، السنة الثانية . ص ص (٣٤ - ٣٥) . الكويت: مركز الكويت للتوحد.
- الزارع، نايف عابد (٢٠٠٥م) : قائمة تقدير السلوك التوحيدي .. مقياس خاص بفئة التوحد مطور على بيئة عربية. الطبعة الأولى. عمان : دار الفكر.
- الزياد ، فتحي مصطفى (١٩٩٨ م) : الأسس البيولوجية و النفسية للنشاط العقلي المعرفي .. والذكرة و الابتكار سلسلة علم النفس المعرفي (٣) . الطبعة الأولى. مصر: دار النشر للجامعات.
- الزياد، فتحي مصطفى (١٩٩٥) : الأسس المعرفية للتكوين العقلي و تجهيز المعلومات سلسلة علم النفس المعرفي (١) . الطبعة الأولى . مصر، المنصورة: دار الوفاء للطباعة و النشر .
- السرطاوي، زيدان أحمد، السرطاوي عبدالعزيز مصطفى، خشان، أيمن إبراهيم، وأبوجودة، وائل موسى (٢٠٠١م): مدخل في صعوبات التعلم. سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة. الطبعة الأولى. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.

- السعد ، سميرة عبد اللطيف (١٩٩٧م): دراسة حول تقدير والدي الأطفال المصابين بالتوحد لاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم في دولة الكويت والمملكة العربية السعودية.المجلة التربوية. المجلد الثاني عشر، العدد [٤٥]. ص ص (٣١ - ٧٠).
- السعد ، سميرة عبد اللطيف (١٩٩٧م): معاناتي والتوحد.. مرض التوحد: أسبابه، صفاته، علاجه، أفضل طرق التعلم. سلسلة نشر الوعي بالفئات الخاصة. الكويت: مركز الكويت للتوحد.
- السعد ، سميرة عبد اللطيف (٢٠٠٠م): قضايا ومشكلات التعريف والتشخيص والتدخل المبكر مع أطفال التوحد. ورقة عمل مقدمة في ندوة الاعاقات النمائية... قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. ص ص (٢٦٣ - ٢٧٤). البحرين: جامعة الخليج العربي .
- السقطي، نادية (٢٠٠٤م): الجنيوم البشري لمرض التوحد. بحث مقدم في المؤتمر الثاني لإعاقات النمو عند الأطفال.. رؤية عملية. جدة : مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث.
- سليمان، السيد عبد الحميد (٢٠٠٣ م): سيكولوجية اللغة و الطفل . الطبعة الأولى. القاهرة: دار الفكر العربي .
- سليمان عبد الرحمن سيد (٢٠٠١ م): إعاقة التوحد . طبعة جديدة مزودة ومنقحة . القاهرة مكتبة زهراء الشرق .
- سمسون، ريشاد وآخرون (٢٠٠١ م): المهارات الإجتماعية لدى التلاميذ الذين لديهم اضطراب التوحد. ترجمة طارش مسلم سليمان الشمري. سلسلة نشر الوعي بالفئات الخاصة [٥]، الطبعة الثانية. الكويت: مركز الكويت للتوحد.

- السويدي، عائشة(٢٠٠٠م): خصائص الطفل التوحيدي. ورقة عمل وزارة التربية والتعليم والشباب بدولة الامارات العربية المتحدة مقدمة في ندوة الاعاقات النمائية.. قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. ص ص (٣١١ - ٣٣٥). البحرين: جامعة الخليج العربي.
- سميث، ديبى (٢٠٠٣م) : دور العائلة في التعامل مع التوحد. بحث مقدم في مؤتمر الكويت الدولي الثاني للتوحد وضعف التواصل. الكويت : مركز الكويت للتوحد.
- الشامي(أ)، وفاء علي (٢٠٠٤م): خفايا التوحد.. أشكاله وأسبابه وتشخيصه. سلسلة التوحد: الكتاب الأول. الطبعة الأولى. جدة: مركز جدة للتوحد.
- الشامي(ب)، وفاء علي (٢٠٠٤م): سمات التوحد. تطورها وكيفية التعامل معها. سلسلة التوحد: الكتاب الثاني. الطبعة الأولى. جدة: مركز جدة للتوحد.
- الشامي(ج)، وفاء علي (٢٠٠٤م): علاج التوحد. الكتاب الثالث. الطبعة الأولى. جدة : مركز جدة للتوحد.
- الشخص، عبد العزيز السيد، والسرطاوي، زيدان أحمد (١٩٩٩م): تربية الأطفال والمراهقين سلوكياً (النظرية والتطبيق) الجزء الأول. العين، الامارات العربية المتحدة : دار الكتاب الجامعي.
- الشرييني، لطفي (٢٠٠١م): أطفال التوحد المشكلة وأفاق العلاج. ورقة عمل مقدمة في المؤتمر العالمي الرابع لمجلس العالم الإسلامي للإعاقة والتأهيل. السودان: الخرطوم.
- الشرييني، لطفي (٢٠٠٠م): أساليب جديدة لعلاج التوحد. مجلة الطب النفسي الإسلامي. العدد [٦٢]، السنة الخامسة عشر. ص ص (١٣ - ١٤).

- شقير ، زينب محمود (٢٠٠٢ م) : خدمات ذو الاحتياجات الخاصة الدمج الشامل و التدخل

المبكر و التأهيل المتكامل سلسلة سيكلوجية الفئات الخاصة و المعوقين المجلد الثالث الطبعة

الأولي مكتبة النهضة المصرية

- شقير، زينب محمود (عام ٢٠٠٢ م) : اضطرابات اللغة و التواصل الطفل - الفصامي -

الأصم - الكفيف - التخلف - صعوبات التعلم. الطبعة الثالثة . القاهرة : مكتبة النهضة

المصرية.

- الشمري، طارش مسلم (٢٠٠٠م): الأطفال التوحديين .. أساليب التدخل ومقومات النجاح . ورقة

عمل مقدمة في ندوة الاعاقات النمائية... قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية . ص ص

(١٢١ - ١٤٨). البحرين: جامعة الخليج العربي.

- الشمري، طارش مسلم، والسرطاوي، زيدان أحمد (٢٠٠٢م): صدق وثبات الصورة العربية

لمقياس تقدير التوحد الطفولي. مجلة اكاديمية التربية الخاصة. العدد [١]، ص ص (١ - ٣٧).

الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.

- شوبلر، اريك (٢٠٠٠م): الوقاية من المشاكل السلوكية وإدارتها..برنامج Teacch للعلاج. ورقة

عمل مقدمة في المؤتمر الدولي الأول للتوحد وضعف التواصل. ص ص (١٢١ - ١٣٤). الكويت:

مركز الكويت للتوحد.

- الشيخ، عبير على بن سليمان (٢٠٠٢م): مدى وعي الأسرة بطبيعة الخدمات الاجتماعية المقدمة

لطفلها التوحد. رسالة ما جستير في قسم الخدمة الاجتماعية (غير منشورة). الرياض: جامعة

الملك سعود.

- صابر، امانى (٢٠٠٢م): تعديل السلوك. محاضرة وورشة عمل عن التوحد . جدة : مركز جدة للتوحد.
- الصبي ، عبد الله (٢٠٠٣م) : التدخل الغذائي. في موقع اسأل طبيبك، في <http://www.dr-soby.com/autsim/treat.htm>.
- الصبي ، عبد الله (٢٠٠٣م) : المخيخ والقدرة على الانتباه لدى الطفل التوحيدي. اسأل طبيبك، في [\[http://www.dr-soby.com/autism/Y4.htm\]](http://www.dr-soby.com/autism/Y4.htm).
- عبد الباقي، سلوى محمد (٢٠٠١م): الإرشاد والتوجيه النفسي للأطفال. الأسكندرية:مركز الأسكندرية للكتاب.
- دانيال ، عفاف ، و الشوربجي ، نبيلة (٢٠٠١ م) : العلوم السلوكية . الطبعة الأولى . القاهرة مكتبة النهضة المصرية .
- عبد الله، أحمد عباس (٢٠٠٠م): اشكالية التشخيص في اضطراب التوحد. بحث مقدم في ندوة الاعاقات النمائية.. قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. ص ص (١٥١ - ١٧٧). البحرين : جامعة الخليج العربي.
- عبد الله، محمد قاسم (٢٠٠١م): الطفل التوحيدي أو الذاتوي.. الأنطواء حول الذات ومعالجته: " اتجاهات حديثة" الطبعة الأولى. عمان ، الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبيدات، ذوقات، عدس، عبد الرحمن، وعبد الحق، كايد (٢٠٠١م) : البحث العلمي ... مفهومه وأدواته وأساليبه. الطبعة السابعة. عمان ، الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- العثمان ، إبراهيم (٢٠٠٣م) : برامج التوحد. الأمانة العامة للتربية الخاصة، في [\[http://www.gsse.org/dmrcont_autists.Htm\]](http://www.gsse.org/dmrcont_autists.Htm).

- العثمان، إبراهيم بن عبد الله (٢٠٠٣م): البرامج التربوية المقدمة لأطفال التوحد بوزارة المعارف. ورقة عمل مقدمة في الندوة الأولى (التواصل مع ذوي الاحتياجات الخاصة بناء ونماء). جدة: الإدارة العامة لتعليم البنات بمنطقة مكة / جدة، شعبة التربية الخاصة.
- العثمان، إبراهيم (٢٠٠٤م): واقع خدمات التربية الخاصة للتلاميذ ذوي التوحد في المملكة العربية السعودية. بحث مقدم في المؤتمر الثاني لإعاقات النمو عند الأطفال ..رؤية عملية. جدة: مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث.
- عيتاني ، د.م. (٢٠٠٣م) : التوحد .. نشؤ المرض . طيبب أون لاين ، في : [http: // www. taubibonline. com/Child Care. asp? subtopicid = 555].
- غازي الدين، محمد (٢٠٠٠م): تشخيص وعلاج الاكثئاب عند الأطفال. ورقة عمل مقدمة في المؤتمر الدولي الأول للتوحد وضعف التواصل.ص ص (١٥١ - ١٦١). الكويت: مركز الكويت للتوحد.
- الغامدي، عزة عمر عبد الله (٢٠٠٣م): العلاج السلوكي لمظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد. رسالة دكتوراه في قسم التربية وعلم النفس (غير منشورة). الرياض: كلية التربية للبنات.
- غانم ، محمود محمد (١٩٩٥ م): التفكير عند الطفل تطورة و طرق تعليمة . الطبعة الأولى . عمان، الأردن: دار الفكر للنشر و التوزيع .
- غندور، نهلة (٢٠٠٠م): كيف نواجهه التعقيدات الملحه لدى الطفل التوحدي. مجلة عالم الإعاقة. العدد [١٧]، السنة الثالثة. ص ص (٤٠ - ٤١).

- غيث ، محمد عاطف (٢٠٠٣م) : قاموس علم الاجتماع ، ص(٣). مقاتل في الصحراء ، في
- [http://www.moqatel.com/ mokatel/data/behoth/mnfsia 15/ mosthat Naf sia / : mokatel6-2-2.htm-14k].
- فتيحة ، محمد علي، و الناطور، مها محمد (٢٠٠١ م) : دليل الأهل و المعلم برنامج التدخل اللغوي المبكر . سلسلة إصدارات الأكاديمية الخاصة للتربية. الطبعة الأولى. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.
- فتحية ، محمد ، ولويو، ماريسا (٢٠٠٤م) : الطريقة التكاملية لعلاج النطق واللعب وأثرها على الأطفال المصابين بالتوحد. ورقة عمل مقدمة في الندوة الدولية الأولى للتوحد واضطرابات النمو المماثلة. الرياض : جامعة الملك سعود والجمعية السعودية للتوحد.
- فراج ، عثمان لبيب (٢٠٠٤م): تقييم قدرات مهارات أطفال التوحد واعاقات النمو كأساس لتخطيط البرنامج التعليمي الفردي. بحث مقدم في المؤتمر الثاني لإعاقات النمو عند الأطفال.. رؤية علمية. جدة : مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث.
- فراج ، عثمان لبيب(٢٠٠٠م): النشاط الدهليزي وعلاقته بإعاقات الطفولة. مجلة صرخة صامته . العدد [١٣]، السنة الثالثة. ص ص (١٩ - ٢١) الكويت : مركز الكويت للتوحد.
- فران، تهاني موسى عبد الله (٢٠٠٤م): الاتجاهات الوالدية نحو الطفل التوحيدي وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية. رسالة ماجستير في قسم علم النفس (غير منشورة). مكة المكرمة: جامعة أم القرى .
- الفقي ، إبراهيم (٢٠٠١ م) : البرمجة اللغوية العصبية وفن الإتصال الا محدود . ترجمة بييرناشو . الإمارات العربية المتحدة: مركز الراشد .

- الفهد ، ياسر (٢٠٠٣م) : التوحد ونظرية الكلية الصينية. منتدى الخليج لذوي الاحتياجات الخاصة، في : [http: //www.gulfnet. ws/vb/showthread.php? thr eadid = 3197].
- الفهد، ياسر (٢٠٠٢م) : المنظور الغذائي كأساس علاجي مساعد للتوحيدين.المنتدى السعودي للتربية الخاصة، في : [http: //www.khass.com/vb/showthreead.php? s=b : 537ebe 40958 c3 dff 7d 421c 959752c 63 & threadid = 27 35].
- الفوزان ، محمد بن أحمد بن عبد العزيز (٢٠٠ م) : التوحيد .. المفهوم و التعليم و التدريب ... مرشد إلى الوالدين و المهنيين. الطبعة الأولى. الرياض : دار عالم الكتاب للطباعة و النشر و التوزيع
- الفوزان ، محمد أحمد عبد العزيز (٢٠٠٢م): طيف التوحد بين الحقيقة والغموض. مرشد إلى الوالدين والمهنيين. الطبعة الأولى. الرياض: دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع.
- قاسم ، أنس محمد أحمد (٢٠٠٢ م) : اللغة و التواصل لدي الأطفال الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب .
- القريطي، عبد المطلب أمين (٢٠٠١ م) : سيكولوجية ذو الإحتياجات الخاصة و تربيتهم . الطبعة الثالثة . القاهرة: دار الفكر العربي
- القريوتي، يوسف، السرطاوى ، عبد العزيز ، و الصماوي ، جميل (٢٠٠١م): المدخل إلى التربية الخاصة. الطبعة الثانية. دبي، الإمارات العربية المتحدة: دار القلم للنشر والتوزيع.
- كفاي، علاء الدين وآخرون (٢٠٠٣م) : مهارات الاتصال والتفاعلي في عمليتي التعلم والتعليم. الأردن : دار الفكر للطباعة والنشر.

- كامل، محمد على (٢٠٠٣) : الاوتيزم (النوح) الإعاقة الغامضة بين الفهم و العلاج .
الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب
- الكردي، وهبة (٢٠٠٤م) : تدريس الانفعالات التعليمية لذوي التوحد بواسطة الحاسب الآلي.
ورشة عمل مقدمة في الندوة الأولى للتوحد واضطرابات النمو المماثلة. الرياض : جامعة الملك سعود والجمعية السعودية للتوحد.
- الكردي، حسن سعيد (١٩٨٨م): المغني الأكبر. بيروت، لبنان: مكتبة لبنان.
- كروسلي، روزماري (٢٠٠٠م): التواصل الميسر تدريب ونتائج لا يمكن تجاهلها. ورقة عمل
مقدمة في المؤتمر الدولي الأول للتوحد وضعف التواصل . ص ص (٩٣ - ١٠٨). الكويت:
مركز الكويت للتوحد.
- كوجل ، روبرت، وكوجل، لن (٢٠٠٣ م) : تدريس الأطفال المصابين بالتوحد
وإستراتيجية التفاعل الإيجابي وتحسين فرص التعلم. ترجمة عبد العزيز السرطاوي وائل
بوجوده و أيمن خشان. الطبعة الأولى. دبي، الإمارات العربية المتحدة : دار القلم للنشر و
التوزيع
- كوك، جليا، وجولدينغ، مارجريت (٢٠٠١م): الاحتياجات المنهجية الخاصة لأطفال التوحد.
ترجمة مركز الكويت للتوحد. سلسلة نشر الوعي بالفئات الخاصة [٢١]. الطبعة الأولى.
الكويت: مركز الكويت للتوحد.
- كوهين، سايمون ، وبولتون، باتريك (٢٠٠٠ م) : حقائق عن التوحد. ترجمة عبد الله
إبراهيم الحمدان. سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة. الطبعة الأولى. الرياض:
أكاديمية التربية الخاصة.

- كليل ، كاثلين (٢٠٠٢م) : طرق التعلم عند الأطفال التوحديين. منتدى الخليج لذوي الاحتياجات الخاصة في : [http: /www. gulfnet.ws/tawahud/methods.htm].
- المالح ، حسان عدنان (٢٠٠٠م): الطب النفسي والحياة ... مقالات .. مشكلات .. فوائد. الطبعة الأولى. دمشق، سوريا: دار الاشراقات.
- محمد ، عادل عبد الله (٢٠٠٢م): فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية على مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين. في عادل محمد عبد الله: الأطفال التوحديين ... دراسات تشخيصية وبرامجية . الطبعة الأولى. القاهرة: دار الرشاد.
- محمد عادل عبد الله (٢٠٠٢ م) جداول النشاط المصور للأطفال التوحد و إمكانية استخدامها مع الأطفال التوحديين. الطبعة الأولى. القاهرة : دار الرشاد
- محمد ، عادل عبد الله (٢٠٠٢م) : فعالية برنامج تدريبي سلوكي للأنشطة الجماعية المتنوعة في خفض السلوك العدواني للأطفال التوحديين . في عادل محمد عبد الله : الأطفال التوحديين .. دراسات تشخيصية وبرامجية . الطبعة الأولى . القاهرة: دار الرشاد.
- محمد ، عادل عبد الله (٢٠٠٢م): فعالية التدريب على استخدام جداول النشاط في تنمية السلوك التكيفي للأطفال (التوحديين). في عادل محمد عبد الله : الأطفال التوحديين .. دراسات تشخيصية وبرامجية . الطبعة الأولى. القاهرة: دار الرشاد.
- محمد ، عادل عبد الله (٢٠٠٢م): فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين. في عادل محمد عبد الله: الأطفال التوحديين .. دراسات تشخيصية وبرامجية . الطبعة الأولى . القاهرة: دار الرشاد.

- محمد ، عادل عبد الله (٢٠٠٣م): تشخيص التوحد بين الأطفال الصم. المؤتمر السنوي العاشر لمركز الإرشاد النفسي.. الإرشاد النفسي وتحديات التنمية. جامعة عين شمس. المجلد الأول، ص (٢٦٧ - ٢٨٠).
- محمد ، هالة فؤاد كمال الدين (٢٠٠١): تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد. رسالة دكتوراه في قسم الدراسات النفسية والاجتماعية (غير منشورة). القاهرة: جامعة عين شمس
- مركز الكويت للتوحد (٢٠٠٤م) : الاكتشاف المبكر للتوحد، في موقع إسلام اون لاين، في : [http: //www.feedo.net/dailyartical 283. htm].
- مركز الكويت للتوحد (٢٠٠٤م) : نسب حدوث التوحد. مركز الكويت للتوحد ، في : [http: //www.q8 autism.com/ar/whats. shtml#1] .
- مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد (٢٠٠٣م) : ما هو التوحد. نادي أطفال التوحد بالرياض ، في : [http: // autism. jeeran. com/ outautism. htm].
- المطر، فايز حبيب حسن(٢٠٠١م): دراسة نمائية مقارنة لأبعاد السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال التوحديين والأطفال المعوقين عقلياً في المملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير (غير منشورة). الأردن : الجامعة الأردنية.
- المغلوث، فهد أحمد محمد (٢٠٠٠م): طبيعة وواقع الخدمات المقدمة للطفل التوحيدي. في المملكة العربية السعودية . بحث مقدم في ندوة الإعاقات النمائية...قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية ص ص (٢٠٥ - ٢٢٩).البحرين: جامعة الخليج العربي.

- المغلوث، فهد بن حمد (٢٠٠٤م) : كل ما يهكم معرفته عن اضطراب التوحد. سلسلة فهد حمد المغلوث للتوعية بذوي الاحتياجات الخاصة (٥).
- المغلوث، فهد بن حمد(٢٠٠٠م): رعاية وتأهيل المعوقين في المملكة العربية السعودية .. نموذج مشرف ومستقبل واعد. بحث مقدم في المؤتمر الدولي الثاني للإعاقة والتأهيل. الرياض: مركز الأمير سلمان لأبحاث الإعاقة.
- مقبل، حنان (٢٠٠٤م) : ورشة عمل التوحد وصعوبات التواصل. الندوة الدولية الأولى للتوحد واضطرابات النمو المماثلة. الرياض : جامعة الملك سعود والجمعية السعودية للتوحد.
- ملحم ، سامي محمد (٢٠٠٢ م) : صعوبات التعلم. الطبعة الأولى. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة الأخيرة
- ملكية ، لويس كامل (١٩٩٨ م) : الإعاقة العقلية و الإضطرابات الارتقائية . الطبعة الأولى . مصر : مطبعة فيكتور كيرلس .
- ملكية ، لويس كمال (١٩٩٤) : العلاج السلوكي و تعديل السلوك الطبعة الثانية . القاهرة.
- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩م) : المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض .. تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية (ICD-10). ترجمة وحدة الطب النفسي بكلية الطب بجامعة عين شمس. الاسكندرية : المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط.
- مورتيمارت ، بارم دو (٢٠٠٠م) : أساعد ولدي علي التعبير و القراءة و الكتابة و الحساب . بيروت، لبنان : دار الفراشة .

- نصر ، سهى أحمد أمين (٢٠٠١م): مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه في قسم الدراسات النفسية والاجتماعية (غير منشورة). القاهرة : جامعة عين شمس.
- نصر، سهى أحمد أمين (٢٠٠٢م): الاتصال اللغوي للطفل التوحدي. الطبعة الأولى. عمان، الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- هاولن، باترشيا ، وآخرون(٢٠٠٢م): تدريب الأطفال التوحديين على استخدام المهارات العقلية " دليل عملي للوالدين والمعلمين". ترجمة ربيعة العنزي. سلسلة نشر الوعي بالفتات الخاصة [٢٥]، الكويت: مركز الكويت للتوحد.
- هوبكنز (٢٠٠١م): كيف تعمل ادمغة أطفال التوحد. مجلة عالم الإعاقة. العدد [٢١]، السنة الثالثة . ص (٣٧).
- هوجدون ، ليندا (٢٠٠٠ م): إستراتيجيات بصرية لتحسين عملية التواصل . الجزء الأول : وسائل مساندة لعملية المنزل و المدرسة . ترجمة سهام حسن بصراوي .جدة : الدار العربية للعلوم .
- هودجن، ليندا (٢٠٠٠م): التوحد في الشرق الأوسط.مجلة عالم الإعاقة. العدد [١٦]، السنة الثانية. ص ص (٦ - ٧).
- هولتمان: كريستينا ، وآخرون(٢٠٠٣م):علاقة بين التدخين ومرض التوحد. بي بي سي العربية، في : [http: //news.bbc.co.uk/hi/arabic/news/new sid-2154000/ 2154936. stm].
- هولين ، باتريشيا (عام ١٩٩٨) : من هم ذوى الاوتوزم ؟ و كيف نعدهم للنضج .ترجمة محمد علي كامل . الطبعة الأولى. القاهرة : مكتبة النهضة المصرية

- هويدي، محمد عبد الرزاق (٢٠٠٠م): إضطراب التوحد والاضطرابات المشابهة. ورقة عمل مقدمة في ندوة الإعاقات النمائية .. قضاياها النظرية ومشكلاتها العلمية. ص ص (٨٥ - ١١٨). البحرين : جامعة الخليج العربي.
- وايتا، اندي (١٩٩٩م): معالجة التوحد من خلال التكامل الحسي. مجلة صرخة صامته. العدد [١٢]، السنة الثالثة. ص ص (٩ - ١١). الكويت: مركز الكويت للتوحد.
- وونج ، فرجينيا (٢٠٠٣م) : الإبر لعلاج مرض التوحد . بي بي سي أونلاين، في : [http://news. bbc. co. uk/hi/arabic/ news/newsid - 140200/1402627. stm].
- وينج ، لورنا (١٩٩٤ م) : الأطفال التوحديين .. مرشد الأباء. ترجمة هناء محمد المسلم الكويت .
- _____ (٢٠٠٤م): اعاقاة التوحد .. العلاج الدوائي. فيديو، في: [http: // www. feedo. net/ dailyarricle 283. htm].
- _____ (٣٠٠٤م): الاكتشاف المبكر للتوحد. اسلام اون لاين، في: [http : //www. Islamonline-net/iol-arabic/ dowalia/ adam-9/ parent-1. asp].

: :

- 160- Adolphs, R., Sears, L. & Piven, J. (2001): Abnormal processing of social information from faces in autism. *Journal of Cognitive Neuroscience*. vol. 13 (2), PP. 232-240.
- 161- Adrien, J. et al. (2001): Regulation of cognitive activity and early communication development in young autistic mentally retarded and young normal children. *Developmental Psychobiology*. Vol. 39 (2), PP. 124-136.
- 162- Aldred, C., Pollard, C. & Adams, C. (2001): Child's talk.. for children with autism and pervasive developmental disorder. *International Journal of Language Communication Disorders*. Vol. 36, PP. 469-474.
- 163- Allen, G & Courchesne, E. (2003): Differential effects of developmental cerebellar abnormality on cognitive and motor functions in the cerebellum .. on FMRI study of autism. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 160 (2), PP. 262-273.
- 164- Allen, G. & Courchesne, E. (2001): Attention function and dysfunction in autism. *Frontiers in Bioscience*. Vol. 6, PP. 105-119.
- 165- American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th . edition, Text Revision (DSM-IV-TR), Washington D. C. APA.
- 166- Anderson, N. & Rincover, A. (1982): The generality of overselectivity in developmentally. *Journal of Experimental Child Psychology*. Vol. 34, PP. 217-230.
- 167- Autism Society of America (2004): What is autism?. Autism Society of America (ASA), in [<http://www.autism-society.org/site/PageServer?pagename=whatisautism>].

- 168- Autism Treatment Center of America (2003): How do the Son-Rise program principles and techniques benefit children with special needs?.Autism TREATMENT CENTER OF AMERICA, in [<http://www.son-rise.org/srcat2001-pg2.html>].
- 169- Barry, R. & James, A. (1988): Coding of stimulus parameters in autistic retarded and normal children .. evidence for a two-factor theory of autism. International Journal of Psychophysiology. Vol. 6, PP. 136-149.
- 170- Belmonte, M. & Yurgelum-Tood, D. (2001): fMRI Evidence for generalized arousal as a substitute for early selection in autism during conditions of shifting visual attention. IMFAR International Meeting for Autism Research, in [<http://www.mattababy.org/~belmonte/Talks/2001-San-Diego>].
- 171- Belmonte, M. & Yurgelum-Tood, D. (2002): Functional anatomy of compensatory processing in autistic attention.. complementary roles of selection and suppression. IMFAR International Meeting for Autism Research, in [<http://www.mattababy.org/~belmonte/Talks/2002-Orlando>].
- 172- Belmonte, M. & Yurgelum_Todd, D. (2003): Functional anatomy of impaired selective attention and compensatory processing in autism. IMFAR International Meeting for Autism Research, in [<http://www.mattababy.org/~belmonte/publications/Papers/30-Autistic-Attention>].
- 173- Beneli, I.(1997): Selective attention and arousal. California state University Northridge, in [<http://www.csun.edu/vcpsyoooh/students/arousal.htm>].

- 174- Bickel, W. , Stella, M. & Etzel, B. (1984): Are-evaluation of stimulus overselectivity ..
Res-tricted stimulus control or stimulus control hierarchies. Journal of Autism and
Developm-ental Disorders. Vol. 14 (12), PP. 137-157.
- 175- Bickel, W., Stella, M. & Etzel, B. (1984): Areevaluation of stimulus overselectivity ..
rest-riected stimulus control or stimulus control hierarchies. Journal of autism and
Developme-ntal Disorders. Vol. 14 (2), PP. 137-157.
- 176- Bogte, H., Flamma, B., & Van dermeere, J. (2002): Do high functioning autistic
individuals treated in a residential setting differ in divided attention abilities from those
treated in an out-patient setting?. International Journal of Circumpolar Health. Vol. 61,
PP. 15-21.
- 177- Bonde, E. (2000): Comorbiclity and subgroups in childhood autism. Steinkoff Verlag.
- 178- Bondy, A. & Frost, L. (2002): Apictur's worth .. PECS and other visual communi-
cation strategies in autism. in [www. woodbinehouse. Com].
- 179- Boser, K., et al. (2002): Semantic fields in low functioning autism. Journal of Autism
and Developmental Disorders. Vol. 32 (6), PP. 563-582.
- 180- Boyles, S. (2003): Threefold increase in autism unexplained. Web MD Health, in [http:
// my. webmd. com/content/article/52/50247 ? src = lnktomi & condition = News-and-
Events].
- 181- Brereton, A. & Tonge, B. (2002): Autism and related disorders in adults. Current
Opinion in Psychiatry. Vol. 15 (5), PP. 483 – 487.

- 182- Burack , J. (1994): Selective attention deficits in persons with autism.. preliminary evidence of on inefficient attentional lens. *Journal of Abnormal Dsychology*. Vol. 103 (3), PP. 535-543.
- 183- Cafiero, J. (2001): The effect of on augmentative communication intervention on the communication, behavior and academic program of an adolescent with autism. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*. Vol. 16 (3), PP. 179-189.
- 184- Camaioni, L., et al (2003): The communicative use of pointing in autism .. developmental profile and factors related to change. *European Psychiatry*. Vol. 18 (1), PP. 6-12.
- 185- Carpenter, M., Pennington, B. & Rogers, S. (20002): Interrelations among social–cognitive skills in young children with autism. *Journal of Autism Developmental Disorders*. Vol. 32 (2), PP. 91-106.
- 186- Centers for Disease Control and Prevention (2003): Vaccines and autism. *Wed MD Health*, in[<http://my.webmd.com/content/article/6/1680-51490.htm?lastselectedguid={5FE84E90-BC77-4056-A91C-9531713CA348}>].
- 187- Ceponiene, R. (2003): Speech–sound–selective auditory impairment in children with autism.. they can perceive but do not attend. *Entrez–Pubmed*, in [[http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve & db = pubmed & dopt = Abstract & list – uic](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list=uic)].

- 188- Charman, T. & Baird, G. (2002): Practitioner review.. diagnosis of autism spectrum disorder in 2 – and – 3 year old children. Vol. 43 (3), PP. 289-305.
- 189- Charman, T. (2003): Why is joint attention a pivotal skill in autism?. Philosophical Transactions of the Royal Society of London.. Biological Sciences. Vol. 358 (1430), PP. 315-324.
- 190- Ciesielski, K. T, etal. (1995): Event-related potentials in cross-modal divided attention in autism. Neuropsychologia. Vol. 33 (2), PP. 225-245.
- 191- Ciesielski, K., Courchesne, E. & Elmasian, R. (1990): Effects of focused attention tasks on event-related potentials in autistic and normal individuals. Electroencephalography and Clinical Neurophysiology. Vol. 75, PP. 207-220.
- 192- Cohen, L. (1995): An artificial neural network analogue of learning in autism. Developmental Brain Dysfunction. Vol. 9 (1), PP. 40.
- 193- Colen, L., et al. (2003) : The PDD behavior.. a rating scale for assessing response to intervention in children with pervasive developmental disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 33 (1), PP. 31-45.
- 194- Collier, D. & Reid, G. (1987): A comparison of two models designed to teach autistic children a motor task. Adapted Physical Quarterly. Vol. 4, PP. 226-236.
- 195- Connor, M. (2003): Deficits in the spread of visual attention. Autism Current Issues 29, in [<http://www.mugsy.org/connor43.htm>].

- 196- Connor, M. (1998): Social perception and attention. *Autism: Current Issues* 4, in
[<http://www.mugsy.org/connor13.htm>].
- 197- Corona, R., et al. (1998): Is affect aversive to young children with autism? behavioral
and cardiac responses to experimenter distress. *Society for Research in Child
Development. Inc. Vol. 69 (6), PP. 1494-1502.*
- 198- Cotteril, J. (1994): Autism intelligence and consciousness. The Royal Danish
Academy of Sciences and Letters.
- 199- Courchesne, E. (2003): UCSD Graduate in neurosciences. UCSD SCHOOL OF
MEDICINE, in [<http://medicine.ucsd.edu/neurosci/the-faculty/courchesne.html>].
- 200- Dannemiller, J. (2003): Development of selective attention. Waisman Center, in [<http://www.waisman.wisc.edu/mrddrc/proj007.html>].
- 201- Dawson, G., et al. (1998): Children with autism fail to orient to naturally occurring
social stimuli. *Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 28 (6).*
- 202- Dawson, G., et al. (2002): Neurocognitive function and joint attention ability in young
children with autism spectrum disorder versus developmental delay. *Child
Development. Vol. 73 (2), PP. 345-358.*
- 203- Denoon, D.(2003): Science closes in on autism genes. Web MD Health, in
[<http://my.web-md.com/content/article/20/1728-52776.htm?lastselectedguid={5FE87E90-BC77-4056-A9-1C-9531713CA348}>].

- 204- Drew, A., et al. (2002): Apilot randomised control trial of a parent training intervention for pre-school children with autism.. preliminary findings and methodological challenges. Eur-oepen Child and Adolescent Psychiatry. Vol. 11 (6) , PP. 266-272.
- 205- Dube, W. (1999): Contingency analysis and observing behavior in mental re. National Ins-titute of Child Health & Human Development, in [[http:// www.nichd.nih.gov/about/cr-mc/mrdd/autism/projects.cfm ? proj = HD 3705501 AI](http://www.nichd.nih.gov/about/cr-mc/mrdd/autism/projects.cfm?proj=HD3705501AI)].
- 206- Edelson, S. (2003): Leck of attention to physical in autism. Center for the Study of Autism, in [[http: //www. autism. org /Lackattention. html](http://www.autism.org/Lackattention.html)].
- 207- Edelson, S. (2003): Stimulus overselectivity.. tunnel vision in autism. Center for the Study of Autism, in [[http: // www.autism.org/ tunvsn. html](http://www.autism.org/tunvsn.html)].
- 208- Edelson, S. (2003): What I would do if I were a parent of an autistic.. recommendations ba-sed on 25 years of research experience. Center for the Stydy of Autism, in [[http: //www. Autism.org/ wereaparent 2. html](http://www.Autism.org/wereaparent2.html)].
- 209- EL–Hazmi, M. (2001): Autism and mental retardation.. the genetic relationship and cont-ribution. Eastern Mediterranean Health Journal, in [[http://www.emro. who. int/ Publicat-ions/ EMHJ/0703/Autism. htm](http://www.emro.who.int/Publicat-ions/EMHJ/0703/Autism.htm)].
- 210- Escalona, A., et al. (2002): Imitation effects on children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 32 (2), PP. 141–144.

- 211- Frankel, F. (1978): Stimulus over selectivity in autistic and mentally retarded children.
In Frankel, F. et al (1984). Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 25 (1),
PP. 147-155.
- 212- Gersten, R. (1978): Overselective attention in young autistic, trainable mentally
retarded and normal children. Unpublished doctoral dissertation. University of Oregon.
- 213- Gillberg, C. (1986): Brief Report .. onset at age 14 of a typical autistic syndrome..
A case report of a girl with herpes simplex encephalitis. Journal of Autism and
Developmental Disorders. Vol. 16 (3), PP. 369-75.
- 214- Goldberg (2003): Diagnosis and treatment gives hope to children with autism. WHAT YOU
NEED TO KNOW About, in [<http://autism.about.com/cs/research/a/nids1.htm>].
- 215- Goldstein, H. (2002): Communication intervention for children with autism. Journal of
Autism and Developmental Disorders. Vol. 32 (5) , PP. 373-396.
- 216- Gradin, T. (2003): Evaluating the effects of medication. Center for the study of
Autism. in [<http://www.autism.org/temple/meds.html>].
- 217- Haney, K. (2002): Team sports as diagnostic measure. Journal of the Philosophy of
Sport. Vol. XXIX, PP. 121-135.
- 218- Happe, F. (1994): Autism: an introduction to Psychological theory. Second Printing.
Cambridge: Harvard University Press.

- 219- Hare, J., Jones, P. (1998): Autism and consciousness. Paper presented at the 2nd Annual Conference of the Consciousness and Experiential Psychology Section of the British Psychological Society. University of Cambridge.
- 220- Hedbring, C. & Newsom, G. (1985): Visual overselectivity. A comparison of two instructional remediation procedures with autistic children. *Journal of Autism and Developmental*. Vol. 15 (1), PP. 9-21.
- 221- Henely, D. (2001): Annihilation anxiety and fantasy in the art of children with asperger's syndrome and other on the autistic spectrum. *American Journal of Art Therapy*. Vol. 39, PP. 113-121.
- 222- Jensen, C., Mconnachie, G. & Pierson, T. (2001): Long-term multicomponent intervention to reduce severe problem behavior. *Journal of Positive Behavior Interventions*. Vol. 3 (4), PP. 225-236.
- 223- Jorrold, C., Boucher, J, & Russell (1997): Language. profiles in children with outism. *Aut-ism*. Vol. 1 (1), PP. 57-56.
- 224- Joseph, M. & Tager-flusberg, H. (1997): An Investigation of attention and affect in childr-en with autism and down syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. VOL. 27 (4).

- 225- Kamio, Y. & Toichi, M. (2000): Dual access to semantics in autism.. is pictorial access superior to verbal access ? . Journal of Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines. Vol. 41 (7), PP.859 – 867.
- 226- Kazak, S., Collis, G. & Lewis, V. (1997): Can young people with autism refer to knowledge states?. Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 38 (8), PP. 1001-1009.
- 227- Keeling, K., et al. (2003): Using the power card strategy to teach sportsmanship skills to a child with autism. Focus on Autism and other Developmental Disabilities. Vol. 18 (2), PP. 105-111.
- 228- Kern, J. (2002): The possible role of the cerebellum in autism/PDD.. disruption of multi-sensory feedback loop. Medical Hypotheses. Vol. 59 (3), PP. 255.
- 229- Klinger, L. & Renner, P. (2000): Performance-based measures in autism.. implications for diagnosis .. early detection on identification of cognitive profiles. Journal of Clinical Child Psychology. Vol. 29 (4), PP. 479-792.
- 230- Koegel, R., & Wilhelm, H. (1973): Selective responding to the components of multiple visual uses. Journal of Experimental Child Psychology. No. (15), PP. 442-453.
- 231- Koegel, R., Koegel, h. & Nerney, E. (2001): Pivotal areas in intervention for autism. Journal of Clinical Child Psychology. Vol. 30 (1), PP. 19-32.

- 232- Kolko, D. Anderson, L. & Campbell, M. (1980): Sensory preference and overselective responding in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vol. 10, PP. 259-271.
- 233- Lamers, K. & Hall, J. (2003): The response of children with autism to preferred prosody during instruction. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*. Vol. 18 (2), PP. 95-104.
- 234- Layton, T. & Wakson, L. (1995): Enhancing communication in nonverbal children with autism. In Kathleen Quill. *Teaching children with autism*. United States of America : Delmar Publishers Inc.
- 235- Lee, R., Mcomas, J. & Jawor, J. (2002): The effects of differential and lag reinforcement schedules on varied verbal responding by individuals with autism. *Journal of Applied Behavior*. Vol. 35, PP. 319-402.
- 236- Lincoln, A., Lai, Z. & Jones, W. (2002): Shifting attention and joint attention dissociation in Williams syndrome.. implications for the cerebellum and social deficits in autism. *Neuro-case*. Vol. 8 (3), PP. 266-232.
- 237- Linda, R. & Watson (1998): Following the child's lead.. mother's Interactions with children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vol. 28 (1).
- 238- Loughlin, C. & Thagard, P. (2000): Autism and coherence.. a computational model. Blackwell Publishers Ltd. Vol. 15 (4), PP. 375-392.

- 239- Lovaas, O., Koegel, R. & Schreibman, L. (1979): Stimulus overselectivity in autism..
A review of research. Psychological Bulletin. Vol. 36 (6), PP. 1236-1254.
- 240- Mackowiak, M. (2000): Aetiology of autism—focus on the biological perspective. Early
Child Development and Care. Vol. 160, PP. 77-84.
- 241- Maestro, S., et al. (2002): Attentional skills during the first 6 months of age in autism
spectrum disorder. Journal of American Academy of Child and Adolescent
Psychiatry. Vol. 41 (10), PP. 1239-1245.
- 242- Mann, T. & Walker, P. (2003): Do children with autism fail to process information in
context?. Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 44 (2), PP. 285-300.
- 243- Mann, T. & Walker, P. (2003): Autism and a deficit in broadening the spread of visual
attention. Vol. 44 (2), PP. 274-284.
- 244- Matthews, B., Shute, R. & Rees, R. (2001): An analysis of stimulus overselectivity in
adults with autism. Journal of Intellectual and Developmental Disability. Vol. 26 (2),
PP. 161-176.
- 245- Mayo Clinic Staff (2003): Autism. Mayo clinic, in [[http:// mayclinc.cmo/invite.cfm?
objectid=3710611C-2A4D- 4E6B-B91023 AC481ECA12](http://mayoclinic.com/invite.cfm?objectid=3710611C-2A4D-4E6B-B91023AC481ECA12)].
- 246- Mayo Clinic staff (2003): MMR vaccine.. any link to autism. Mayo Clinic, in [[http:
//mayo-clinic.com /invite. cfm? objectid = 393935 AB-C5CB 4965-B3D7 B405AE
060 743](http://mayo-clinic.com/invite.cfm?objectid=393935AB-C5CB4965-B3D7B405AE060743)].

- 247- Militerni, R. et al. (2002): Repetitive behaviors in autistic disorder. *European Child and Adolescent psychiatry*. Vol. 11 (5), PP. 210-218.
- 248- Misailidi, P. (2002): Affective expressions during joint attention interactions with and adult .. the case of autism. *Journal of the Hellenic Psychological Society*. Vol. 9 (1), PP. 9-21.
- 249- Myashita, T. (1981): Stimulus overselectivity of visual cues in autistic children. *Japanese Journal of child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 22 (2), PP. 225-234.
- 250- Nigam, R. (2001): Dynamic assessment of graphic symbol combinations by children with autism. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*. Vol. 16 (13), PP. 190-197.
- 251- Noterdaeme, M. , et al. (2001): Evaluation of attention problems in children with autism and children with aspecific language disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 10 (1) , PP. 58-66.
- 252- Ohnishi, T., et al. (2000): Abnormal regional blood flow in childhood autism. *Brain*. Vol. 123, PP. 1838-1840.
- 253- Osterling, J. & Dawson, G. (1994): Early recognizing of children with autism.. a study of first birthday home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vol. 24 (3).

- 254- Plaisted, K., Swettenham, J. & Rees, L. (1999): Children with autism show local precedence in a divided attention task and global precedence in a selective attention task. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*. Vol. 40 (5), PP. 733 – 742.
- 255- Poscualvaca, D. et al (1998): Attentional capacities in children with autism.. is there a general deficit in shifting focus. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vol. 28 (6), PP. 467-477.
- 256- Quill, K. (1995): Enhancing children's social-communicative interactions. In Kathleen Quill. *Teaching children with autism*. United states of America: Delmer Publishers INC.
- 257- Rapin, I. (2002): Diagnostic dilemmas in developmental disabilities.. fuzzy margins at the edges of normality. An essay prompted by Thomas Sowell's. *The Einstein Syndrome*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vol. 32 (1), PP. 49-57.
- 258- Reddy, V., Williams, E. & Vaughan, A. (2002): Sharing humour and laughter in autism and down's syndrome. *British Journal of Psychology*. Vol. 33 (2), PP. 219-240.
- 259- Rincover, A. & Ducharme, J. (1987): Variables influencing stimulus overselectivity and tunnel vision in developmentally delayed children. *American Journal of Mental Deficiency*. Vol. 91 (4), PP. 422-430.

- 260- Ruble, L. & Scott, M. (2002): Executive functions and the natural habitat behaviors of children with autism. *Autism* Vol. 6 (4), PP. 365-381.
- 261- Russell, M. & Gersten (2001): In search of the cognitive deficit in autism beyond the stimulus overselectivity model. *Journal of Special Education*. Vol. 14 (1), PP. 78-65.
- 262- Rydell, P. & Prizant, B. (1995): Assessment and Intervention strategies for children who use echolalia. In Kathleen Quill. *Teaching children with autism*. United States of America : Delmar Publishers Inc.
- 263- Salt, J., et al (2002): The Scottish Centre for autism preschool treatment programme.. the results of a controlled treatment outcome study. *Autism*. Vol. 6 (1), PP. 33-46.
- 264- Schover, R. & Newsom, D. (1976): Overselectivity developmental level and overtraining in autistic and normal children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. No. (4), PP. 289-298.
- 265- Schreibman, H. & Koegel, R. (1983): Multiple-cue responding in autistic children. *Advances in child Behaviour Analysis and Therapy*. Vol. 2, PP. 81-99.
- 266- Schreibman, L. & Anderson, A. (2002): Focus on integration.. the future of the behavioral treatment of autism. *Behavior Therapy*. Vol. 32 (4), PP. 619-632.
- 267- Seery, M., et al. (1998): I have something to show you.. a qualitative study of the interactions of mothers and their young sons diagnosed with autism. *The Transdisciplinary Journal*. Vol. 8 (1), PP. 67-84.

- 268- Shao, Y., et al. (2003): Fine mapping of autistic disorder to chromosome 15 q11-q13 by use of phenotypic subtypes. *American Journal of Human Genetics*. Vol. 72 (3).
- 269- Siegel, B. (2003): *Helping children with autism learn*. New York: Oxford University Press.
- 270- Sigman, M. et al . (2003): Social and cardiac responses of young children with autism. *Autism* . Vol. 7 (2), PP. 205-216.
- 271- Siller, M. & Sigman, M. (2002): The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of other children's communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vol. 32 (2), PP.77 – 89.
- 272- Siller, M. & Sigman, M. (2002): The behaviors of Parents of children with autism predict the subsequent development of their children's communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vol. 32 (2), PP. 77-59.
- 273- Sonoyama, S. & Kobayashi, S. (1986): Stimulus overselectivity in autistic and normal children .. the effects of different visual stimulus complexes. *Japanese Journal of Behavior*. Vol. 12 (1), PP. 62-72.
- 274- Stahl, L. & Pry, R. (2002): Joint attention and set-shifting in young children with autism. *Autism*. Vol. 6 (4), PP. 383-396.

- 275- Steingard, J. (1997): Sertraline treatment of transition-associated anxiety and agitation in children with autistic disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. Vol. 7 (1), PP. 9-15.
- 276- Stone, L., et al. (1994): Early recognition of autism.. parental reports vs clinical observation. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. Vol.148 (2),PP. 174-179.
- 277- Swettenham, J., et al. (2003): Does the perception of moving eyes trigger reflexive visual orienting in autism. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London.. Biological Sciences*. Vol. 358 (1430), PP. 325-334.
- 278- Tamarit, J. (1996): About the insistence on sameness.. analysis and proposals for intervention. *International Congress Autism-Europe*. Barcelona.
- 279- Trepagnier, C., et al. (2002): Atypical face gaze in autism. *Mory Ann Liebert*. Inc. Vol. 5 (3).
- 280- Vogin, G (2002): Understanding autism.. treatment. In *Web MD Health*, in [<http://my.webmd.com/content/article/9/1680-54884-54884.htm?Lastselectedguid={sFE84E90-BC77-4056-A91C-9531713CA6478}>].
- 281- Wainwright, J. & Bryson, S. (1996): Visual-Spatial orienting in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vol. 26 (4), PP. 423 – 437.
- 282- Webb, T. (2000): The picture exchange communication system-the talking goes on. *Special Children*. No. (130), PP. 30-34.

- 283- Whittaker, A. & Reynolds, J. (2000) : Hand signaling in dyadic proximal communication .. social strengths of children with autism who do not speak. Child Language Teaching and therapy. Vol. 16 (1) , PP. 43-57.
- 284- Williams, G., Donley, C. & Keller, J. (2000): Teaching children with autism to ask questions about hidden objects. Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. 33 (4), PP. 627-630.
- 285- Yirmiya, N. & Shalman, C. (1996): Seriation conservation and theory of mind abilities in individuals with autism, individuals with mental retardation and normally developing children. Society for Research in Child Development. Vol. 67, PP. 2045-2059.

