

جامعة طنطا
كلية التربية - فرع كفر الشيخ
قسم الصحة النفسية

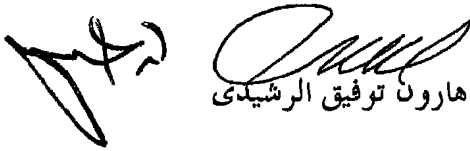
فعالية كل من برنامج إرشادى للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات
الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية (الاوتيزم)
لدى الأطفال

رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية
علم نفس تخصص " صحة نفسية "

إعداد

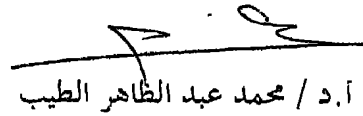
سهام على عبد الغفار عليوه
مدرس مساعد بقسم الصحة النفسية بتربية كفر الشيخ

إشرافه


د / هارون توفيق الرشيدى

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية بكفر الشيخ - جامعة طنطا


أ.د / محمد عبد الظاهر الطيب

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

عميد كلية التربية - جامعة طنطا

١٩٩٩ م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ

لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾

صدق الله العظيم

سورة البقرة آية (٣٢)

شكر وتقدير

أسجد لله حمداً وشكراً على توفيقى فى إتمام هذا البحث .
وأقدم بخالص الشكر والتقدير والعرفان لكل من وقف جانبى وقدم لى يد العون ويسر لى طريق العلم والمعرفة .

وتخص الباحثة بالشكر والتقدير الأستاذ الفاضل والعالم الجليل الأستاذ الدكتور / محمد عبد الظاهر الطيب ، أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية وعميد كلية التربية - جامعة طنطا فقد غمرني بعطفه وكرمه وتفضل بالإشراف على هذا البحث رغم أعبائه الكثيرة ، فقد تعودت منه العطاء العلمي والتوجيهات الهامة التي كان لها أبلغ الأثر في إتمام هذا البحث- فجزاه الله عني خير الجزاء .

كما أقدم بخالص الشكر والعرفان للأستاذ الفاضل السيد الدكتور / هارون توفيق الرشيدى ، أستاذ الصحة النفسية المساعد بكلية التربية بكفر الشيخ - جامعة طنطا الذي لم يدخر وقتاً ولا جهداً في متابعة هذا البحث والذي رعى الباحثة برحابة صدر وسعة بصيرة ، وقد كان لتوجيهاته وإرشاداته العلمية أبلغ الأثر في إتمام هذا البحث - فجزاه الله عني خير الجزاء .

كما يسعد الباحثة أن تتوجه بالشكر والتقدير إلى الأستاذ الدكتور / عثمان لبيب فراج أستاذ الصحة النفسية وصحة البيئة بالجامعة الأمريكية بالقاهرة ، لما قدمه للباحثة من توجيهات بناءه وتيسيرات فعالة في تطبيق إجراءات هذا البحث .

كما يسعد الباحثة أن تتوجه بالشكر والتقدير إلى كل من الأستاذ الدكتور / عبد السلام الشيخ والأستاذ الدكتور / حسين عبد العزيز الدريني والسيد الدكتور / محمد محمد الحسانين والسيدة الدكتورة / آمال عبد السميع باظه والدكتورة / فريدة عبد الغنى السماحي لما قدموه للباحثة من توجيهات كان لها عظيم الأثر في إتمام هذا البحث .

وأقدم بكل الشكر والامتنان للأخوة الزملاء والزميلات بقسم علم النفس بالكلية ، كما أقدم بجزيل الشكر والعرفان لمديري المراكز التي تم فيها تطبيق إجراءات البحث وكذلك فريق الأخصائيين القائم بالتدريب فيهما ، وأطفال العينة وأسره على حسن تعاونهم مع الباحثة .
كما أقدم شكري وتقديري لأفراد أسرتي على ما تحملوه من أعباء في سبيل إتمام هذا البحث.

الباحثة

فهرس الموضوعات

الصفحة	الموضوع
٩-٢	الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة
٦-٢	المقدمة وأهمية الدراسة
٧	مشكلة الدراسة
٧	أهداف الدراسة
٩ - ٨	مصطلحات الدراسة ..
٩	حدود الدراسة
١٠٣ - ١١	الفصل الثاني : الإطار النظري
١٩ - ١١	مصطلح الاوتيزم
٢٠ - ١٩	صعوبات التشخيص
٢٧ - ٢٠	محكات التشخيص
٢٩ - ٢٧	نسبة الانتشار
٣١ - ٢٩	ضرورة الاكتشاف المبكر
٤٣ - ٣١	التشخيص الفارق
٣٣ - ٣١	أولا : الاوتيزم - التخلف العقلي
٣٦ - ٣٣	ثانيا : الاوتيزم - الاضطرابات الذهانية العصبية
٣٧ - ٣٦	ثالثا : الاوتيزم - زملة اسبرجر
٣٩ - ٣٧	رابعا : الاوتيزم - زملة ريت
٤١ - ٣٩	خامسا : الاوتيزم - زملة الكروموزوم X القابل للكسر
٤٢ - ٤١	سادسا : الاوتيزم - الإعاقات السمعية
٤٣ - ٤٢	سابعا : الاوتيزم - إعاقات التخاطب
٦٢ - ٤٤	بروفيل شخصية الطفل الاوتيستك
٤٦ - ٤٤	من هو الطفل الاوتيستك ؟
٦٢ - ٤٦	سمات الأطفال الاوتيستك
٦٨ - ٦٢	أدوات تشخيص وقياس الاوتيزم
٧٨ - ٦٨	أسباب الاوتيزم

الصفحة	الموضوع
٧٢ - ٦٨	أولا : وجهات النظر النفسية والسيكودينامية
٧٧ - ٧٢	ثانيا : وجهات النظر العضوية
٧٨ - ٧٧	ثالثا : وجهات النظر التفاعلية
٩٨ - ٧٨	الأساليب المستخدمة في (علاج - تدريب - تعليم) الأطفال الاوتيستك
٧٩ - ٧٨	١ - العلاج النفسي للطفل والأسرة
٨٠ - ٧٩	٢ - العلاج الطبي
٨٦ - ٨٠	٣ - العلاج السلوكي
٨٧ - ٨٦	٤ - دور الأسرة في تدريب طفلها الاوتيستك
٨٨ - ٨٧	أهمية الإرشاد الأسري
٩١ - ٨٨	لماذا يحتاج والدي الأطفال الاوتيستك إلى الإرشاد ويحتون عنه ؟
٩٤ - ٩١	دور المرشد النفسي في حياة أسرة الطفل الاوتيستك
٩٦ - ٩٥	الاستراتيجيات التي استخدمت في إرشاد والدي الأطفال الاوتيستك
٩٦	مبررات تفضيل الإرشاد الجمعي
٩٧ - ٩٦	مبررات تأييد الإرشاد الفردي
٩٨ - ٩٧	مبررات الدمج بين الاتجاهين
١٠٢ - ٩٨	المفاهيم الأساسية في برامج الأطفال الاوتيستك
١٠٣ - ١٠٢	احتمالات التحسن في أعراض الاوتيزم
١٨١ - ١٠٥	الفصل الثالث : الدراسات السابقة وفروض الدراسة
١٣٨ - ١٠٥	أولا : دراسات تناولت سمات الأطفال الاوتيستك
	ثانيا : دراسات تناولت الأساليب العلاجية والتدريبية التي يمكن استخدامها مع
١٧٧ - ١٣٨	الأطفال الاوتيستك
١٤١ - ١٣٩	١ - دراسات تناولت العلاج بالعقاقير
١٥٤ - ١٤١	٢ - دراسات تناولت أساليب تخفيف العجز اللغوي لدى الأطفال الاوتيستك
١٦٩ - ١٥٤	٣ - دراسات تناولت أساليب تخفيف الاضطرابات الاجتماعية لدى الأطفال الاوتيستك
١٧٧ - ١٦٩	٤ - دراسات تناولت دور الأسرة في علاج وتدريب طفلها الاوتيستك
١٨٠ - ١٧٧	التعليق على الدراسات السابقة
١٨١	فروض الدراسة

الصفحة	الموضوع
٢١٠-١٨٣	الفصل الرابع : إجراءات الدراسة
١٨٦-١٨٣	أولا : العينة
٢٠٧-١٨٦	ثانيا : أدوات الدراسة
٢٠٨-٢٠٧	ثالثا : الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
٢٠٩-٢٠٨	رابعا : خطوات الدراسة
٢١٠-٢٠٩	خامسا : برامج الدراسة
٢٦٧-٢١٢	الفصل الخامس : النتائج والتفسير
٢٢٦-٢١٢	أولا : نتائج الفرض الأول
٢٣٧-٢٢٦	ثانيا : نتائج الفرض الثاني
٢٤٢-٢٣٧	ثالثا : نتائج الفرض الثالث
٢٦٥-٢٤٣	رابعا : عرض الحالات الكليينكية
٢٦٧-٢٦٥	خامسا : التوصيات التربوية والإرشادية
٢٩٢-٢٦٩	المراجع
٢٧٣-٢٦٩	أولا : المراجع العربية
٢٩٢-٢٧٣	ثانيا : المراجع الأجنبية
	الملاحق

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

- المقدمة وأهمية الدراسة

- مشكلة الدراسة

- أهداف الدراسة

- مصطلحات الدراسة

- حدود الدراسة

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

مقدمة وأهمية الدراسة :-

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان في حياته ، ففيها تشتد قابلية الطفل للتأثر بالعوامل التي تحيط به ، فتظهر في جوانب شخصيته أنماط من السلوك السوي أو السلوك الدال علي سوء التوافق .

لذا فقد اهتمت مدارس علم النفس المختلفة بسلوكية الطفولة ، فيعتبر أصحاب الواجهة التحليلية أن الخمس سنوات الأولى من حياة الكائن البشري هي العامل الحاسم في بناء صرح شخصيته ، ويرى أصحاب الواجهة السلوكية أنه من ضمن العوامل التي تسهم في انبثاق وإتيان السلوك هو الزاد الخبراتي والسلوكي الذي تعلمه هذا الكائن في سنوات عمره ، كما يؤكد أصحاب النزعة السيكاترية أن دراسات الطفولة هي أهم فروع علم النفس .

ويؤكد أحمد عكاشة هذه الحقيقة موضحاً أن مصدر الاضطرابات النفسية والعقلية عند الكبار إنما هي صدمات نفسيه حدثت أثناء الطفولة وتفاعل بين الطفل وبيئته . وأن تحسن علاقة الطفل بمجتمعه ، وتقديم الرعاية النفسية السوية له أثناء الطفولة يعتبران من المؤشرات الجيدة لنشأة الشباب نشأه صحيحة خاليه من الاضطرابات النفسية والعصابية والذهانية (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ٦١٥) .

ويرى كمال مرسى أن الفترة من ثمانية شهور إلى ثلاث سنوات مرحلة هامة في النمو المعرفي والانفعالي والاجتماعي للأطفال العاديين وغير العاديين ، وأنه لابد من الاهتمام بهذه الفترة لعدم حدوث إعاقة في نموهم العقلي وانحرافاتهم السلوكية فيسوء توافقهم في مراحل حياتهم المقبلة (كمال مرسى ، ١٩٩٥ ، ٢٥) .

من هذا المنطلق ، فقد يواجه بعض الآباء في الأسرة أطفال ذوي اضطرابات جسمية أو عقلية أو نفسية ، وهؤلاء الأطفال يختلفون عن الأطفال العاديين ، فقد لوحظ علي بعض الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة أنهم يعانون من اضطرابات حادة من التعبير عن انفعالاتهم وغير قادرين علي التفاعل الاجتماعي ولديهم أنماط سلوكية شاذة بالاضافة إلي الضعف العقلي .

وقد تعرف ليوكانر Leo Kanner علي هذه الزملة من الأعراض وأطلق عليها اضطراب الاوتيزم Autism ، ويرى أن هذه الأعراض لها بعض المظاهر الكلينيكية كاضطراب الانتباه

والادراك واللغة ، عدم القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين والنشاط الحركي المفرط ، وأنه يظهر لدي الذكور أكثر من الاناث (Baron-Cohen , 1991 , 385) . ومنذ أن تحدث كانر عن الاوتيزم وقد توالى الأبحاث والدراسات والاهتمامات بهذا الموضوع وبالأطفال الاوتيستيك Autistic Children من قبل الأطباء النفسيين والعقليين والباحثين في أنحاء متفرقة من العالم ، إلي الحد الذي تخصصت فيه إحدى المجالات العلمية في هذا المجال

بعنوان J Of Autism and Developmental disorder

كما أشار ولبيرج Wollberg أن هذا الاضطراب يشبه اضطرابات ذهانية في الطفولة مثل فصام الطفولة ، زملة الذهان التبادلي Psychosis Syndroms Symbiotic ، حيث تتميز هذه الاضطرابات بالإضافة إلي أعراض الاوتيزم باضطرابات حادة في السلوك سواء كانت فسيولوجية أو سيكولوجية أو شخصية تتمثل في الميل الإنسحابية Withdrawal Tendencies ، مشكلات التواصل شديدة الصعوبة (Wollberg , 1967 , 1102) .

أما كوجل وآخرون Koegel , et als فقد أشاروا أن الأطفال الاوتيستيك تظهر عليهم أعراض الانسحاب الاجتماعي ، الانطواء علي النفس ، عدم القدرة علي إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، كما يوجد لديهم اضطراب في اللغة والقدرات الإدراكية والمعرفية ، كما أنهم يعانون من ضعف في الانتباه وعدم القدرة علي فهم التعليمات اللفظية والتحكم في الحركات الدقيقة بالإضافة إلي النشاط الحركي المفرط (Koegel , et als , 1982 , 25) .

وأشارت مارشيون Marchionne أن اضطراب الاوتيزم يحدث في الطفولة المبكرة وتتشابه أعراضه مع أعراض صعوبات التعلم Learning Disabilities والضعف العقلي Mental deficiency (Marchionne , 1982 , 36) .

كما أكدت كل من شيا وميسيبوف Shea and Mesibov أن صعوبات التعلم تتشابه مع المستوي المرتفع من الاوتيزم Higher-Level Autism في الجوانب التالية :- البروفيل الشخصي ، صعوبات اللغة ، عدم التمييز المعرفي ، صعوبات التفاعل الاجتماعي (Shea and Mesibov , 1985 , 434) .

ولكن رابطة الطب النفسي الأمريكي حددت في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل (١٩٨٧) ، DSM-III-R ، والرابع (١٩٩٤) DSM-IV أن الاوتيزم لا يندرج تحت صعوبات التعلم ولا تحت التخلف العقلي ولكن يصنف تحت الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental disorders كفه قائمه بذاتها لها

محكات أساسية للتشخيص ، فقد ظهرت في الطبعة الثالثة المعدلة (١٩٨٧) في أربع محاور أساسية هي :-

- ١- قصور في التفاعل الاجتماعي المتبادل .
 - ٢- قصور كفي في القدرة علي التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي .
 - ٣- محدودية الاهتمامات والأنشطة .
 - ٤- بدء ظهور الاعراض قبل اكتمال العام الثالث من العمر (Schwartz , 1992 , 20-21) .
- أما الطبعة الرابعة لهذا الدليل (١٩٩٤) فقد أضافت إلي المحكات ضرورة الخلو من الهلوس والهذات وأعراض الرت والاسبرجر (Roeyers , 1995 , 161) ، كما وصف ولف Wolf الأطفال الاوتيسك بأنهم يعانون من عجز واضح في الاتصال التفاعلي بالآخرين ، وعجز واضح في النمو اللغوي وغالباً ما يرددون الكلمات Echolalia ، كما أنهم غير قادرين علي استخدام الضمائر فيلقبون كلمة أنا " بأنت " ويلقبون الآخرين " بأنت " وغير قادرين علي التخيل أو التقليد ، كما أنهم يهتمون بممارسة سلوكيات نمطية شاذة (Wolf , 1988 , 516) .
- وأشار فليسبرج Flusberg الي أنه يمكن تشخيص الاوتيزم من خلال فحص الأعراض التالية :
- ١- أساليب التعبير اللفظي - إن وجدت .
 - ٢- العمليات الإدراكية والمعرفية وكيفية التعبير عنها .
 - ٣- الانفعالات وكيفية التعبير عنها .
- (Flusberg , 1992 , 165) .

أما بورتر وآخرون Porter, et als فقد أشاروا بأنه يمكن تشخيص الطفل بأنه اوتيسك إذا توافرت لديه الأعراض التالية :-

- ١- اضطراب في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين .
 - ٢- اضطراب في كل من الانتباه والادراك واللغة .
 - ٣- نشاط حركي مفرط
- (Porter, et als , 1992 , 61) .

وتعددت أسباب الاوتيزم بتعدد وجهات النظر والانتماءات الفكرية والنظرية للعلماء ، فوفقاً للنظرية التحليلية افترض بتلهم Bettalheim أن الاوتيزم ينشأ عن خبرات مبكرة غير مشبعة وتهديديه تجعل الطفل متبلد ومنسحب ، كما أن أباء هؤلاء الأطفال غالباً ما يكونوا شخصيات

وسواسية ، مهتمين بالعمليات العقلية التجريدية أكثر من اهتمامهم بالعلاقات الاجتماعية مع الآخرين (Wing , 1966, 31) .

ويتفق كائر مع هذا الاتجاه حيث يوضح أنه من الصعب الهروب من تلك النتيجة الدالة علي أن الاوضاع الوجدانية النسبية في الأسرة تلعب دوراً دينامياً هاماً في أصل الإصابة باضطراب الاوتيزم (Kanner , 1973 , 63) .

أما أصحاب الوجهة العضوية فيرون أن أسباب هذا الاضطراب ترجع إلي عوامل وراثيه جينية وعوامل بيولوجية تتمثل في إصابة أحد أجزاء المخ أو خلل وظيفي في المخ أو تأخر في نضج الجهاز العصبي المركزي أو اضطرابات بيوكيميائية للأجهزة العصبية , [O'gorman , 1970 ; Schopler , 1982 ; Campbell , et als , 1991; Sahakian , et als , 1986 ; Schopler , et als , 1990]

ويرجع أصحاب الوجهة التفاعلية أن الأسباب ترجع إلي التفاعل بين العوامل جميعها والنتاج المشترك للاستعدادات الطبيعية الجسمية منها والوراثية بالإضافة إلي ما يحدث داخل الأسرة من صدمات وضغوط وعوامل إحباط وغيرها , [Koegel , et als , 1992 ; Krantz , et als , 1994 ; McClannahan , 1993 ; Pierce , Schreibman , 1994]

وحيث أن الدراسات الأولية في مجال الاوتيزم ركزت اهتمامها علي الوصف الظاهري لسمات وأعراض حالات الاوتيزم ، ثم اتجهت الأنظار بعد ذلك للبحث عن أسباب الظاهرة ذاتها ، ونظراً للغموض الذي يحيط بإعاقة الاوتيزم من كافة جوانبها سواء في أساليب التشخيص أو التعرف علي العوامل المسببة للإصابة ، فقد إتجهت الدراسات الحديثة الي التدخل المباشر للتشخيص والوقاية والعلاج المبكر بدلاً من التركيز علي الدراسات النظرية فقط ، ولعل ذلك يؤكد ما أشار إليه فاروق صادق بأن التدخل المبكر والتفاعل مع مشكله تعوق الطفل من اجل تحقيق ذاته أو امكانياته في التكيف مع نفسه أو مع الآخرين ويجب أن يؤدي هذا التدخل في النهاية إلي التغلب علي المشكلة أو التقليل من أثارها السلبية لتحقيق أفضل توافق ممكن بين الطفل وأسرته وبيئته (فاروق صادق ، ١٩٩٣ ، ٩) .

وقد أثبتت دراسات عديدة أنه يمكن حدوث تحسن لحالات الاوتيزم من خلال التدريب علي مهارات التفاعل الاجتماعي , [Krantz , 1993 ; Koegel , Frea , 1993 ; Koegel , et als , 1987, 1992 ; McClannahan , 1993 ; Myles , Simpson , 1994]

واستخدمت فنيات متعددة في تعليم الاوتيسك مهارات المحادثة والتواصل اللفظي ، فقد استخدم ماسجي وآخرون Mcgee, et als (١٩٨٦) اللعب ، واستخدام فريق آخر التدريب والتوجيه [Secan , et als , 1989, Krantz , et als , 1993] .

في حين استخدم فريق ثالث النمذجة , Macduffy , et als , 1989 ; Charlop, Milstein , 1989 [Krantz , McClannahan , 1993 ; 1993]
كما أثبتت دراسات أخرى جدوي تنمية مهارات السلوك الاستقلالي باستخدام فنيات (التعليمات اللفظية - النمذجة - الارشادات والتلميحات - التعزيز - ادارة الذات) يمكن أن تساهم في تحسين سلوكيات الأطفال الاوتيسك , Macduffy , et als , 1993 ; Koegel, et als , 1992 [pierce , Schreibman , 1994]
وبعد أن أثبتت الدراسات أن سبب الاضطراب يكمن داخل الطفل ذاته ويمكن أن يسهم الأباء في العلاج ، فقد تغيرت نظرة المتخصصين لأباء هؤلاء الأطفال الاوتيسك ، واتجه الاهتمام الي مساهمتهم في تعليم وتدريب أطفالهم الاوتيسك ، وكانت جدوي هذا الاتجاه لها فاعليه كبيره في تحسين حالات الاوتيزم 1985 , Cohen , Donnellan , 1984 ; McClannahan, et als [Krantz , McClannahan , 1990 ; Love , et als , 1993]
وقد أشار واد ومور Wade and Morre إلي أن أفضل طريقه للتدخل العلاجي في حالات الأطفال الاوتيسك هي تقديم برامج علاجيه وتربويه تساعد علي خلق بيئة صالحه للنمو الاجتماعي واللغوي والانفعالي وبشترك في هذه البرامج الأباء والأمهات والمدرسين (Wade and Morre 1994 , 165) .
وانطلاقاً من هذا التراث السيكولوجي ، فقد اتجهت الباحثة إلي تصميم برنامجين أحدهما يقدم للطفل ذاته والآخر يقدم لأسرة هذا الطفل ويتكامل البرنامجان في تحقيق هدف واحد هو تخفيف أعراض الاوتيزم لدى الأطفال الاوتيسك .
وتبدو أهمية هذه الدراسة بما يمكن أن تقدمه في مجال مشكلة هؤلاء الأطفال الذين يعانون من أعراض الاوتيزم ، فهناك :-
أ- أهمية نظرية :
فسوف تقدم الدراسة اطاراً نظرياً لموضوع الاوتيزم -الذي يعتبر من الموضوعات الحديثة في البيئة المصرية ، من حيث تحديد المصطلح ، نسبة شيوعه ، الأعراض ، الأسباب ، أساليب التشخيص ، أساليب التدخل السيكولوجي وهي أنساق فكريه ومبادئ نظرية هامة للمهتمين بهذا المجال تفيد في إعداد البرامج الارشادية والتوجيهية .
ب - أهمية تطبيقية :
تعد الدراسة من الدراسات ذات التدخل السيكولوجي في تخفيف أعراض الاوتيزم (وهو من الاضطرابات التي تناولتها دراسات قليلة) وذلك عن طريق تقديم برنامج علاجي تدريبي علي المهارات الاجتماعية وبرنامج ارشادي توجيهي للأسرة .

مشكلة الدراسة :-

رغم اختلاف تخصصات المهتمين بدراسة الاوتيزم سواء كانت تربوية نفسية أو سيكاثرية ، الا أنهم اتفقوا جميعاً علي أن الأطفال الأوتيسك يتسمون بقصور واضح في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين والتواصل اللفظي وغير اللفظي ، كما يظهرون كثير من المشكلات السلوكية بالإضافة إلي قلة اهتماماتهم وأنشطتهم والانشغال بأنماط وطقوس سلوكية شاذة ، وهذه الأعراض تقف عائقاً في طريق كل من يتعامل معهم داخل الأسرة أو في المراكز والجمعيات المتخصصة لمساعدتهم ، وهذا ما يجعلهم يشعرون بالارهاق والملل ، وبالتالي قد يقل الحماس والجهد المبذول لمساعدة هؤلاء الأطفال ، ومن جهة أخرى فان هذه الأعراض تقلل من مدي استفادة الأطفال أنفسهم من الخدمات المقدمة اليهم . بالإضافة إلي أن هذه الفئة من الأطفال لم تأخذ حظها من الدراسات العربية ، فهذا ما دفع الباحثة إلي محاولة تدريب عينه من الأطفال الأوتيسك بمركزي أباء وأبناء بالقاهرة - الرجاء بطنطا من خلال برنامجي للمهارات الاجتماعية والأرشاد الأسري بهدف تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لديهم .

وتتحدد مشكلة الدراسة التي نحن بصددتها في الإجابة علي التساؤلات الرئيسية التالية :-

- ١- ما أثر برنامج للتدريب علي المهارات الاجتماعية في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيسك ؟
- ٢- ما أثر برنامج توجيهي ارشادي مقدم لأسر الأطفال الاوتيسك في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى أطفالهم ؟
- ٣- ما أثر دمج البرنامجين معاً في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينه من الأطفال الاوتيسك ؟

٤- هل يستمر تأثير البرامج المقدمة في تخفيف أعراض الاوتيزم خلال فترات المتابعة ؟

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلي اختبار إمكانية التدخل السيكولوجي لدي عينه من الأطفال الاوتيسك باستخدام استراتيجية علاجية تعتمد علي الطفل ذاته ويستخدم فيها برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية حتي يتمكن من المشاركة في النشاطات الحياتية اليومية التي تدور حوله ويخرج من العزلة التي فرضها علي نفسه ، كما يحقق أفضل تكيف مع أسرته والبيئة المحيطة به ، واستراتيجية علاجية تعتمد علي الأسرة باستخدام برنامج ارشادي للأسرة للتخلص من انعزاليته ومساعدة هؤلاء الأطفال في زيادة تفاعلهم مع الآخرين مما يخفف من أعراض الاوتيزم لديهم .

تحديد مصطلحات الدراسة :

تذكر الباحثة التعريفات التي سوف تعتمد عليها في الدراسة أما التعريفات المختلفة للمصطلحات فسوف ترد في الإطار النظري .

أولاً : الاوتيزم Autism

يرجع مصطلح الاوتيزم الي أصل الكلمة الاغريقية أوتوس Autos التي تعني النفس أو الذات (Roeyers, 1995, 161) .

وتتبنى الباحثة تعريف ساكين وآخرون Sahakin , et als للطفل الأوتيسك Autistic Child لأنه تعريف شامل ومعبر عن الوصف التفصيلي لسمات الأوتيسك وهو " طفل غير قادر علي التكيف مع الجماعة ، لايهتم بردود الفعل العاطفية تجاه الآخرين بها فيهم الوالدين ، لديه إنعزالية شديدة وانسحاب من الواقع المادي ، يميل إلي النمطية الشديدة في الحديث والحركة والاصرار علي ثبات الأشياء وعدم قبول التغير في البيئة المحيطة - حتي ولو كان طفيفاً ، كما أنه يتمتع بذاكره جيدة للمكان والزمان " (Sahakin , et als , 1986 , 282) .

أما التعريف الاجرائي للطفل الأوتيسك المستخدم في الدراسة الحالية فهو " الطفل الذي يحصل علي الدرجة (٣٠) أو أكثر علي مقياس أوتيزم الطفولة المستخدم في الدراسة والحاصل علي درجة تتراوح من (٢٠ - ٤٠) علي قائمة ريملاند المستخدمة في الدراسة " .

ثانياً : المهارات الاجتماعية Social Skills

تعرف الباحثة المهارات الاجتماعية في إطار الدراسة الحالية بعد الاطلاع على تعريف العديد من الباحثين المهتمين بدراسة المهارات الاجتماعية [بيرمان وآخرون Bierman , et als (١٩٨٧) ، كوجل وآخرون Koegel , et als (١٩٨٧ ، ١٩٩٢) ، كوجل وفريا Koegel and Frea (١٩٩٣) بأنها :

" مجموعه من العادات السلوكية اللفظية وغير اللفظية التي ينمىها البرنامج التدريبي المستخدم في الدراسة ، والتي تحقق للأطفال الأوتيسك قدرأ من التفاعل الاجتماعي الايجابي مع البيئة الاجتماعية يترتب عليه تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لديهم "

ثالثاً : الارشاد الأسري Family Counseling

تعرفه الباحثة في إطار الدراسة الحالية بعد الاطلاع على تعريفات عديدة للارشاد الأسري أهمها تعريف ستيوارت Stewart (١٩٨٦) بأنه :

" تقديم المعاونة والمساعدة الارشادية لأسر الأطفال الأوتيسك ، وتتمثل هذه المساعدة في تزويد هذه الأسر بالحقائق الهامة حول حالة طفلهم لتخفيف آثار الصدمة وتقبل الواقع ، ثم

تدريبهم علي مهارات التعامل مع طفلهم الأوتيسك بشكل جيد وفعال لتخفيف حدة أعراض الأوتيزم لدي أفراد العينة " .

حدود الدراسة :

تحدد الدراسة الحالية بالعينة المستخدمة والمتغيرات التي يركز عليها برنامجي الدراسة ، كما تتحدد بالاجابة علي التساؤلات المطروحة في تحديد المشكلة ، وكذلك بالأساليب الإحصائية اللابارامترية التي استخدمت في معالجة البيانات .

الفصل الثاني

الاطار النظري

- مصطلح الاوتيزم
- أسباب الاوتيزم
- أساليب تدريب وتعليم الأطفال الاوتيستك

الفصل الثانى

الإطار النظري

مقدمة :

يأتلف الإطار النظرى من مجموعة من الأنساق الفكرية التى تتصل بالذاتوية (الاولييزم) كالمهارات الاجتماعية والإرشاد الأسرى . وقد اهتمت الباحثة بعرض مصطلح الاولييزم كمصطلح علمى فى الدراسات الأجنبية والمشكلات العلمية التى واجهت استقلاله ، ومحكات تشخيصه والتشخيص الفارق وبروفيل شخصية الطفل الاوليستك، ثم كيفية قياسه . كما تناولت الباحثة أيضاً وجهات النظر المختلفة فى تفسير أسباب الاولييزم وأساليب التدخل البيكولوجى المستخدمة مع الأطفال الأوتيستك خاصة التدريب على المهارات الاجتماعية والإرشاد الأسرى .

مصطلح الاولييزم Autism

يعود مصطلح الاولييزم إلى أصل كلمة إغريقية تعنى أوتوس Autos وهى تعنى النفس أو الذات (Roeyers, 1995,161) . وأول من أشار إلى هذا الاضطراب أو الإعاقة هو الطبيب النفسى كانر* حينما قدم بحثه الشهير بعنوان Autistic Disturbances of Affective Contact حيث شد انتباهه أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنّفين على أنهم من ذوى التخلف العقلي ، ووجد أن سلوكهم يتسم بخصائص معينة لا تتطابق مع خصائص فصام الطفولة ، ولا تتشابه مع التخلف العقلي فى صورته التقليدية ، بل هى زملة أعراض كلينيكية مميزة لهؤلاء الأطفال فأطلق عليها زملة كانر Kanner syndrom أو اولييزم الطفولة المبكرة Early Infantile Autism وقد اختار كلمة اولييزم لأنها كلمة منفردة فى معناها ولا تستعمل كثيراً فى اللغة الإنجليزية (Kanner , 1973) .

ورغم أن كانر يعتبر أول من حدد زملة أعراض الاولييزم ، إلا أن هذه الزملة قد استخدمت من قبل تحت مسميات عديدة ، فقد استخدمها بلويلر Bleuler (١٩١١) فى إشارته لزملة أوسع بكثير للميكانزمات التى يستخدمها المرضى الفصاميين أو الأشخاص العاديين ، باعتبارها إحدى السمات الأولية للفصام .

* ليو كانر : أحد أساتذة الطب النفسى بجامعة هارفارد بأمريكا ، وهو ألماني الأصل هاجر الى أمريكا .

ويضيف ماك دونالد Makdonald أن الاوتيزم يعنى الاستغراق في التخيل المباشر للأفكار والرغبات مع افتقاد التواصل مع الواقع (Makdonald , 1972 , 86) .

وقد استخدم هذا المصطلح في الوطن العربي تحت مسميات عديدة (الذهان – التوحد – الذاتوية – الاجترارية) تتفق مع هذا الاتجاه المؤيد بأن الاوتيزم يعتبر مرض عقلي (ذهان أو فصام) يمكن عرضها على النحو التالي :-

ذهان الطفولة المبكرة Infantile Autism

" هو أحد أساليب السلوك الذهاني الذي يصنف كنموذج مستقل من نماذج الذهان كإحدى نماذج الشخصية الشاذة ، يظهر لدى الأطفال تحت سن العاشرة ، ومن خصائصه ضعف القدرة على الاتصال اللفظي بالآخرين والمحاولات القوية للاحتفاظ بكل شيء كما هو ، وعدم الرغبة في إجراء أية اتصالات بالآخرين ، وغالبا ما يبدو الطفل الذهاني ذكيا ، ولكنه لا يسلك سلوكا سويا في البيئة العادية " (أرنوف ويتنج ، ١٩٧١ ، ٢٨٨) .

الذهان الاجترارى Autistic Psychosis

يعرفه ماهر Mahler بأنه " شكل من أشكال الذهان التطفلي فيه تكون بنية الأنا معيبة بنيويا ولا يستطيع الفرد أن يحافظ على العلاقة التكافلية مع أمه . والطفل يتبنى الاجترارية كدفاع ضد المثيرات الخارجية والداخلية " (جابر عبد الحميد ، علاء كفاي ، ١٩٨٨ ، ٣١٧) .

الاجترارية Autism

" هي انسحاب الفرد من الواقع الموضوعي إلى عالم خاص من الخيالات والأفكار وفي الحالات المتطرفة توهمات وهلوسات . وقد اعتقد أن الاجترارية هي الخاصية الأولى للفصام ، ولكنها تلاحظ الآن في اضطرابات أخرى مثل زملة كانر وبعض حالات الاكتئاب " (جابر عبد الحميد ، مرجع سابق ، ٣١٥) .

الاجترار الذاتي أو الاجترار العقلي Autism

اصطلاح يستخدم في الطب النفسي وعلم النفس للإشارة إلى أنه " أسلوب من الخبرة والتفكير والحياة النفسية ، يحل فيه الواقع النفسي محل الواقع المادي ، وتقوم فيه المشاعر الوجدانية والحاجات الفردية الذاتية مقام الوقائع المادية والصلات الواقعية المنطقية " (إبراهيم مدكور ، ١٩٧٥ ، ١٢) .

التوحد Autism

" هو نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية التي تتعارض مع الواقع ، والاستغراق في التخيلات بما يشبع الرغبات التي لم تتحقق " (أحمد بدوي ، ١٩٨٢ ، ٣٢) .
كما يقصد به :

- ١- أنه تفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو بالذات .
- ٢- إدراك العالم الخارجي من خلال الرغبات بدلا من الواقع .
- ٣- الانكباب على الذات والاهتمام بالأفكار والخيالات الذاتية (فاخر عاقل ، ١٩٨٨ ، ٤٥) .

الانشغال بالذات Autism

" مصطلح أدخله بلويلر ليصف به إحدى السمات الأولية للفصام ، والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي ، وهو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة " (عبد المنعم الحفني ، ١٩٧٨ ، ٨٠-٨١) .

الاضطراب الذاتي Autistic disorder

" هو صفة تميز تفكير الفصامي " (عبد الرحمن العيسوي ، ١٩٩٠ ، ٣٨٧) .

الذاتوية Autism

" مصطلح وضعه بلويلر عندما رآه عرضا مميزا لمرض الفصام ، وهو يشير إلى تلك الحالة من الانطواء التام على الذات وتحقيق اللذة في تلك التخيلات التي تحقق رغباته الذاتية مهما كانت بعيدة عن الواقع " (فرج عبد القادر ، ١٩٩٣ ، ٣٤) .

الذاتية Autism

" يقصد بها أيضا غلبة رغبات الفرد الخاصة على الموضوعية في إدراكه وتفكيره "

(فؤاد أبو حطب ، ١٩٨٤ ، ١٨) .

الفصام الذوي Autism

" هو حالة اضطراب عقلي يصيب الأطفال وعلى الرغم من مظهر الأطفال الطبيعي إلا أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعي ، بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي والاجتماعي ، والانفعالي والذهني ، واعتبرت هذه الحالة من حالات فصام الطفولة " (رمضان القذافي ، ١٩٩٣ ، ١٥٩) .

فيذكر محمد عشيش بأن هذا الاعتقاد مازال سائدا في بلاد كثيرة منها (فرنسا - ألمانيا - النمسا - تونس) فيتعاملون مع حالات الاوتيزم على أنها مرض عقلي ، وأنصار هذا الاتجاه 1944, Asperger ; 1936 , Glessry , Neil ; 1911 , Bleuler (محمد عشيش ، ١٩٩٣ ، ٤٠) .

ويؤيد كامبل وآخرون Campbell, et als هذا الاتجاه باعتبارهم الاوتيزم خلل عضوي عصبي في وظيفة المخ وأن الأعراض تختلف في نوعها وحدتها من طفل إلى آخر تبعاً لنوع ومكان الإصابة (Campbell, et als , 1991 , 344) .

في حين أن محمد الدفراوي يرى أن الاوتيزم لا يمكن وصفه بالذهان للأسباب التالية :-

١- أن الطفل في عمر (٢ ، ٣ ، ٤) سنوات في مرحلة نموه الأولى لم ينته من نموه العقلي والادراكي ، والذهان هلاوس وأوهام أو اضطرابات في الواقع كما يراه .

٢- النمو العقلي واللغوي للطفل الاوتيستك يحدث له نوع من التوقف ، ولا يستطيع الطفل التعبير عن خبراته الداخلية ، والتي تشكل جزءاً أساسياً في تشخيص الذهان .

٣- الأدوية والعقاقير التي تفيد في حالات الذهان عموماً لا تفيد الأطفال الاوتيستك (محمد الدفراوي ، ١٩٩٣ ، ١٠٥) .

ويؤيد هذا الرأي ما ذكره جولدستاين وآخرون Gold stein , et als عن وجود نوعان أساسيان للاضطرابات النفسية في الطفولة أولهما الاوتيزم الذي يظهر في الطفولة المبكرة منذ الميلاد حتى سنتين ونصف ، وثانيهما الفصام Schizophrenia والذي يتأخر ويظهر في الفترة من (٥-١١) سنة (Gold stein , et als , 1996) .

ويرى فريق آخر من العلماء أن الاوتيزم يندرج تحت فئة الاضطرابات الانفعالية ، فقد أشارت مارشيون إلى أن اضطراب الاوتيزم يحدث في الطفولة المبكرة ويعود إلى أسباب نفسية واجتماعية أكثر من الناحية البيولوجية ، وأن أعراض هذا الاضطراب تتشابه مع أعراض صعوبات التعلم Learning Disabilities والضعف العقلي Mental Deficiency (Marchion , 1982 , 35) .

وقد وضع هوبسون Hobson تصوراً للاوتيزم بأنه اضطراب انفعالي ينتج عنه اضطرابات اجتماعية مع الآخرين (Hobson , 1986 , 322) .

و اتفق كل من (Alcentara , 1990 , Miller , 1990 , Jordan , Powell , 1990 ; Hobson , 1986) (1994 , على أن الاوتيزم يعتبر من الاضطرابات الانفعالية ، وأن خصائص الأطفال الاوتيسك تظهر في ثلاث مجالات من الاضطراب هي التعبير الانفعالي ، التواصل اللغوي ، السلوك الاجتماعي (4 , 1994 , Alcentara) .

وأكدت دراسات عديدة أن هناك تشابهاً بين أعراض صعوبات التعلم والمستوى المرتفع من الاوتيزم في الجوانب التالية (البروفيل الشخصي - صعوبات اللغة - عدم التمييز المعرفي - صعوبات التفاعل الاجتماعي) وهذا التشابه قد يجعل كليهما على متصل واحد (1992 , Johnson , et als , 1982 ; Marchion) .

كما أوضحت دراسات أخرى أن هناك تشابهاً بين أعراض الاوتيزم والتخلف العقلي ، ولكن يمكن التمييز بينهم عن طريق فحص العمليات الإدراكية ، التعبير اللفظي ، التعبير الانفعالي ؛ (1992 , FluSberg , 1992 ; Barthelemy , et als , 1982 ; Marchionne) ، حسني حلواني (١٤١٦ هـ) .

وقد قدم قسم الصحة النفسية والاضطرابات النمائية بولاية إلينويز Illinois state Department of Mental Health and Development Disability في يناير (١٩٨٧) تقريراً أوضح فيه أن الاوتيزم يختلف عن التخلف العقلي وتضمن التقرير أيضاً جوانب الضعف في النمو اللغوي والاجتماعي والانفعالي ، وأنه يزداد حدوثه بين الذكور أكثر من الإناث .

ويضيف رمضان القذافي أنه بالرغم من اعتبار الاوتيزم إحدى حالات الفصام سابقاً ، إلا أنه بفحص الأعراض المميزة للاوتيزم وثبات خلوها من الخيالات والهذات ، فهذا جعل العلماء يعترفون بها كحالة قائمة بذاتها . كما تم استبعاد فكرة التخلف الذهني لتمييز المصابين ببعض المهارات التي لا توجب اعتبارهم من المتخلفين ذهنياً ، وتتميز هذه الحالة بعدم القدرة على الانتماء للآخرين حسياً أو لغوياً والاضطراب في الإدراك ، مما يؤدي إلى عدم القدرة على الفهم أو التواصل أو التعلم أو المشاركة في الأنشطة الاجتماعية (رمضان القذافي ، ١٩٩٣ ، ١٥٩) .

وقد حددت رابطة الطب النفسي الأمريكي في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل DSM-III-R Diagnostic and Statistical Manual (١٩٨٧) و الرابع DSM-IV (١٩٩٤) أن الاوتيزم لا يندرج تحت صعوبات التعلم ولا تحت التخلف العقلي ولكنه يصنف تحت الاضطرابات النمائية الشاملة أو المزمنة .

ويؤيد هذا الرأي كثير من العلماء والباحثين الذين قدموا تعريفات للاوتيزم تعنى أنه إحدى الإعاقات النمائية الشاملة ويمكن عرضها على النحو التالي :-

يعرفه لويس وفولكمير Lewis , Volkmer بأنه " اضطراب واضح في النمو الاجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية " (Lewis , Volkmer , 1990 , 343) .

وتعرفه مارिका Marica بأنه " زملة أعراض سلوكية تعبر عن 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 " (Marica , 1990 , 34) .

ويشير أوزنوف وآخرون Oznoff,et als إلى أن الاوتيزم عبارة عن " زملة أعراض تمثل عجز أو اضطراب لجوانب نمائية أساسية ومتعددة لدى الطفل " (Oznoff,et als , 1991 , 1082) .

أما جيلبرج فيرى أن الاوتيزم عبارة عن " زملة أعراض سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالباً مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة ، و شذوذ في التفاعل الاجتماعي و شذوذ في التواصل اللفظي وغير اللفظي (Gillberg ,1990 ,111) .

و يعرف في الدليل الطبى العالمى لتصنيف الأمراض في طبيعته العاشرة (I C D -10)

(International Clasification of diseases -10) بأنه " مجموعة من الاضطرابات تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطى ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات وتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة في أداء الفرد في كل المواقف وتنتشر بنسبة (١٠ - ١٥) طفل في كل عشرة آلاف ولادة حية " (Schwartz , 1992 , 19) .

ويعرفه داين Dianne بأنه " قصور في العلاقات الاجتماعية والتطور اللغوي والإصرار على الأفعال النمطية والروتين اليومي " (Dianne , 1992 , 7) .

أما التعريف الدقيق الذى جاء في الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع (DSM- IV) ينص على أنه " حالة من القصور المزمن في النمو الارتقائى للطفل يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية وتشمل الانتباه ، الإدراك الحسى ، النمو الحركى وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى

، ويصيب حوالي خمس أطفال في كل ١٠,٠٠٠ ولادة حية وبنسبة أكبر بين الذكور عن الإناث كنسبة (٤ : ١) ويحدث في كل المجتمعات بصرف النظر عن اللون والأصول العرقية أو الطائفية أو الخلفية الاجتماعية ، ولم يكتشف حتى الآن عوامل سيكولوجية بيئية مسببة للإصابة بالاوتيزم ، بل يغلب الظن بأن العوامل المسببة ذات جذور عضوية في المخ والجهاز العصبي المركزي " (Roeyers , 1995 , 161) .

ويعرفه شارون نيورث وآخرون Sharyn Neuwirth , et als بأنه " اضطراب عقلي ينتج عنه قصور في القدرة على التواصل وتكوين علاقات مع الآخرين واصدار استجابات غير ملائمة اجتماعيا . وبعض الأفراد الاوتيستك ذوي المستوى الوظيفي المرتفع (ذوي الاعاقة الخفيفة) يقترب مستوى الذكاء والمحاذة لديهم من العاديين .آخرون لديهم تخلف عقلي ، خرس أو تأخر لغوي . البعض يفرض على نفسه عزلة شديدة ، وينغمس في الانشغال بإصدار سلوكيات نمطية كما يتسم تفكيرهم بالجمود والتصلب " (Sharyn Neuwirth , et als,1999,3)

ويؤكد شارون وآخرون بأنه ليس من الضروري أن تجتمع نفس الأعراض وجوانب القصور السابقة في كل الأفراد الاوتيستك ، ولكن من المؤكد اشتراكهم في وجود مشكلات اجتماعية ، تواصلية ، حركية وحسية .

يتضح مما سبق ، جهود العلماء في التعرف على الوصف الدقيق لمصطلح الاوتيزم كإعاقة نمائية ، وعلى الجانب الآخر ظهرت ترجمات عديدة منها (الذاتوية ، التمرکز الذاتي ، الذاتية ، التوحد ، الانفرادية) وفي مجملها تعني أنها اضطراب نمائي ، ويمكن عرضها على النحو التالي :-

التوحد Autism

" هو اضطراب سلوكي يتمثل في عدم القدرة على التواصل ويبدأ في أثناء الطفولة المبكرة وفيه يتصف الطفل بالكلام عديم المعنى وينسحب داخل ذاته وليس لديه اهتمام بالأفراد الآخرين " (عادل الأشول ، ١٩٨٧ ، ١١٢) .

" هو مصطلح يستخدم لوصف إعاقة من إعاقات النمو تتميز بقصور في الإدراك وتأخر النمو ونزعة إنطوائية إنسحابية تعزل الطفل عن الوسط المحيط بحيث يعيش مغلقاً على نفسه لا يكاد يحس بما حوله ومن يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر " (عثمان فراج ، ١٩٩٤ ، العدد (٤) ، ٣) .

التمرکز الذاتي Autism

" اضطراب من اضطرابات الطفولة يجعل صاحبه غير قادر على التواصل مع الآخرين و يميل إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية " (فتحي عبد الرحيم ، ١٩٩٠ ، ٥٠٥) .

الانفرادية الانعزالية Autism

" حالة لا يتواصل الأولاد فيها مع الآخرين ، ومكونات لغتهم قليلة جداً ، والطفل الانفرادي ممكن أن يكون في أي مستوى من الذكاء فقد يكون طبيعياً أو بارعاً جداً أو متخلفاً عقلياً " (كريستين مايلز ، ١٩٩٢ ، ١١٨) .

الذاتوية الطفولية Childhood Autism

" نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يعرف بوجود ارتقاء غير طبيعي يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات ، ويتميز بالأداء غير الطبيعي في التفاعل الاجتماعي ، التواصل والسلوك النمطي بالإضافة إلى وجود مشكلات متعددة وغير محدودة مثل الرهاب واضطرابات النوم والأكل ونوبات الهياج والعدوان الموجه نحو الذات " (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ٦٤٢) .

الاضطراب الذاتوي Autistic disorder

يتميز هذا الاضطراب " بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواحي أساسية من النمو والسلوك وهي خلل في التفاعل الاجتماعي ، خلل في التواصل و النشاط التخيلي ، قلة ملحوظة للاهتمامات والأنشطة " (محمود حموده ، ١٩٩٣ ، ٩٨) .

الطفل المنطوي على ذاته Autism

يتميز " بزملة اضطرابات مجهولة السبب تؤدي إلى إعاقات متعددة ومختلفة عن الاضطرابات التي تؤثر في النواحي المعرفية مثل التأخر العقلي ، التأخر الدراسي ، التأخر اللغوي ، المشاكل الانفعالية ، مشاكل في البصر والسمع " (محمد الدفراوي ، ١٩٩٣ ، ١٠٢) .

بعد العرض السابق للاتجاهات المختلفة في تعريف مصطلح الاوتيزم وهل هو مرض عقلي أم إعاقة عقلية أم اضطراب انفعالي أم اضطراب نمائي ، والترجمات العربية المتعددة للمصطلح وتستخلص الباحثة من هذا العرض أنه من الأفضل الاحتفاظ بالاصطلاح الأصلي وهو " الاوتيزم " حتى يحدث اتفاق على الاصطلاح المقابل في اللغة العربية — هذا من ناحية التسمية ، أما من ناحية مضمون المصطلح فيعتبر من إعاقات النمو المزمنة التي ينتج عنها اضطرابات واضحة في جوانب النمو المختلفة (الحركي — الاجتماعي — الانفعالي — اللغوي) والمصحوبة بأنماط سلوكية نمطية شاذة ، كما أن هذه الأعراض تظهر في الثلاث

سنوات الأولى من عمر الطفل ، و يكثر حدوثه بين الذكور عن الإناث ، ومع أن أعراضه تتشابه مع أعراض إعاقات أخرى كالفصام ، التخلف العقلي ، صعوبات التعلم ، إلا أن الدليل التشخيصي الإحصائي الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكي يميز بين كافة هذه الإعاقات بوضع محكات ومعايير تشخيصية واضحة لكل منها ، و سوف نتعرف على ذلك في مكان لاحق من هذا الفصل تحت عنوان " التشخيص الفارق " .

صعوبات التشخيص :

لا زال تشخيص الاوتيزم يواجه العديد من الصعوبات من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق لفئة الأطفال الاوتيستك وذلك من خلال العرض السابق لتفسير مفهوم المصطلح والاتجاهات المختلفة في التفسير ويمكن عرضها في النقاط التالية :-

١- التباين الواضح في الأعراض من حالة لأخرى من حالات الاوتيزم ، كما أن بعض الأطفال حتى غير المعوقين قد نجد في سلوكياتهم بعضاً من سمات الاوتيزم والتي تظهر في

بعض الأحيان ولفترات محدودة وبهذا فهم قطعاً ليسوا أوتيستك ، ومن هنا تحدث أخطاء جسيمة في التشخيص فيحكم على الطفل أنه أوتيستك وهو ليس كذلك .

٢- اختلاف الآراء وعدم الاتفاق على العوامل المسببة لهذه الإعاقة فهل هي وراثية جينية أم نفسية أم بيوكيميائية أم اجتماعية أم نتيجة لتفاعل هذه العوامل أم نتيجة لعوامل أخرى لازلنا نجهلها تماماً .

٣- تشابه أعراض الاوتيزم مع أعراض إعاقات أخرى مثل التخلف العقلي ، الفصام ، الذهولن ، الصرع ، الصمم ، إعاقات التخاطب .

٤- عدم وجود أدوات أو اختبارات مقننة للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات (عثمان فراج ، ١٩٩٥) .

٥- ندرة انتشار حالات الاوتيزم التي يكشف الفحص الدقيق عنها .

٦- حداثة البحوث التي تجرى على هذه الفئة فتعتبر البحوث التي اهتمت بدراسة الاوتيزم حديثة نسبياً بالمقارنة بغيرها من الإعاقات الأخرى ، كما أن معرفتنا بهذه الإعاقة في مصر بدأت بدرجة محدودة في أواخر السبعينات و بدرجة أكثر تحديدا منذ عشر سنوات فقط (محمد الدفراوي ، ١٩٩٣) .

٧- عدم قدرة الطفل الاوتيستك على الاستجابة على الاختبارات المقننة لقياس قدراته العقلية ، وذلك بسبب العجز الشديد لنمو قدرات اتصاله بالبيئة المحيطة كما لو أن عائقاً أوقف جهازه العصبي عن العمل (عثمان فراج ، ١٩٩٥) .

محكات التشخيص :-

و بالرغم من الصعوبات التي واجهت عملية تشخيص حالات الاوتيزم ، إلا أن العلماء والباحثين حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير والمحكات الأساسية التي تشخص على أساسها حالات الاوتيزم .

ومن أقدم وأول هذه المعايير تلك التي وضعها كانر وكررها في كتاباته المتعددة من (١٩٤٣ — ١٩٧٠) ثم لخصها في كتابه الشهير ذهان الطفولة (١٩٧٣) ، وهي كالتالي :-

- ١- سلوك انسحابي انطوائي شديد ، وعزوف عن الاتصال بالآخرين .
- ٢- التمسك الشديد بمقاومة أي تغيير في البيئة الفيزيائية المحيطة به من حيث المأكل ، والملبس ، ترتيب الأثاث ، روتين الحياة اليومية .
- ٣- يفضل التعلق والارتباط بالأشياء والتعاطف معها خلال الفترة من (٤ — ١٨) شهرا من العمر أكثر من الارتباط بالناس جميعاً بما فيهم أبويه وأخواته .
- ٤- عدم القدرة على الكلام ويظهر كأنه أصم وأبكم أو يتكلم بلغة مجازية أو مهمة غير مفهومة لا جدوى منها في تحقيق الاتصال بالآخرين .
- ٥- عدم ظهور الهلوس والهذات في سلوكه ، كما أنه يتمتع بصحة جيدة .
- ٦- رغم كل جوانب القصور التي تميز الطفل الاوتيستك ، إلا أنه أحياناً يأتي ببعض الأعمال التي تتم عن قدرات غير عادية كأن يقوم بعملية حسابية معقدة أو يبدى مهارة في الرسم والموسيقى أو الغناء بشكل طفرات فجائية ، أو يتذكر خبرة قديمة حتى ولو كانت بلغة أجنبية لا يتقنها (Kanner , 1973) .

بعد عرض كانر لهذه المحكات ظهرت محاولات علمية أخرى للتوصل إلى تشخيص أكثر دقة للاوتيزم على يد كل من سيلان ، يانيت selsin , yannet وتم نشرها في دورية بحوث الطفولة عام (١٩٦٠) وهي كالتالي :-

١- اضطراب واضح في الشخصية يتسم بالانغلاق على الذات وعدم الانتماء الاجتماعي للآخرين .

٢- غياب العجز أو القصور الحركي الذي يميز معظم حالات الأمراض الذهانية الشديدة .

٣- بدء ظهور أعراض الاوتيزم في خلال العامين الأول والثاني من العمر

(عثمان فراج ، ١٩٩٦ ، العدد (٤٥) ، ٣) .

وحدد فتحى عبد الرحيم أعراض الاوتيزم فيما يلي :-

١- الانفصال الشديد عن الواقع .

٢- القصور في تطوير علاقات انفعالية واجتماعية مع الآخرين .

٣- التردد الآلي للكلمات والمقاطع .

٤- معارضة التغيير في الحياة الروتينية .

٥- تكرار الأفعال والأقوال بطريقة نمطية .

(فتحى عبد الرحيم ، ١٩٩٠ ، ١٧٠) .

ومع كثرة الأبحاث والدراسات لكشف أسرار الاوتيزم ، فقد قدم الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الذى يصدره الاتحاد الأمريكى للأطباء النفسيين في طبعته الثالثة (١٩٨٠) (DSM -III) خمس محكات أساسية لتشخيص حالات أوتيزم الطفولة المبكرة Infantile Autism ، وإن كان هذا الدليل لم يتضمن أي إشارة لهذه الحالات في طبعته الأولى (١٩٥٢) والثانية (١٩٦٨) .

ويمكن عرض محكات تشخيص الاوتيزم كما جاءت في (DSM-III) على النحو

التالى:-

١- قصور في الاستجابة للمثيرات الاجتماعية ، تجنب المبادأة أو التفاعل مع الآخرين وتقليد سلوكهم والشعور بوجودهم والتعرف عليهم والتمييز بينهم وتجنب النظر في عيون الآخرين وعدم القدرة على فهم ما تعبر عنه عيون الآخرين من الانفعالات .

٢- قصور لغوى تام أو اضطراب غير طبيعى في الكلام مثل التردد الآلي Echolalia ، اللغة المجازية وعكس الضمائر "أنت" بدلاً من "أنا" .

- ٣- قلة الاهتمامات والأنشطة التي يمارسها ومقاومة التغيير، التعلق بأشياء تافهة .
- ٤- عدم وجود هذات أو هلاوس أو فقدان الترابط وعدم التفكك في التفكير كما في حالات الفصام.

٥- ظهور هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل ثلاثين شهراً

(American psychiatric Asiciation , 1980 , 28) .

وذكر كوجل وآخرون أن أهم الأعراض التي يتم على أساسها تشخيص حالات الاوتيزم هي:-

- ١- قصور اجتماعي يتمثل في الانسحاب الاجتماعي ، الانطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين .
- ٢- قصور لغوي يتمثل في وجود اضطرابات في القدرات المعرفية و الإدراكية ، ضعف وتشتت الانتباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية .
- ٣- عدم القدرة على التحكم في الحركات الدقيقة .
- ٤- النشاط الحركي المفرط .

(Koegel , et als , 1982) .

أما سبيتزر Spitzer فذكر أن أعراض الاوتيزم تنحصر في العناصر الثلاثة الرئيسية التالية :-

- ١- اضطراب كفي في التفاعل الاجتماعي .
- ٢- اضطراب في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي .
- ٣- الانغلاق على النفس وعدم الاهتمام بالأحداث والمنبهات الخارجية .

(Spitzer , 1987) .

وأوضح التقرير الذي وضعه قسم الصحة النفسية والاضطرابات النمائية في ولاية أليويز (١٩٨٧) وصفاً لخصائص الاوتيزم وهي ضعف أو قصور في جوانب النمو (اللغوي ، الاجتماعي ، الانفعالي) .

وبملاحظة المحكات التي ظهرت لتشخيص الاوتيزم منذ أن بدأها كانر (١٩٤٣) وحتى عام (١٩٨٧) نجد أنها تقريباً تعبر عن ضرورة توافر قصور أو عجز في جوانب النمو

المختلفة خاصة النمو (الاجتماعي ، اللغوي ، الانفعالي ، الحركي) ، أما الاختلاف الواضح فكان في تحديد العمر الزمني الذي تظهر فيه هذه الأعراض ، فنجد أن كاتر حدده في الفترة من (١٨-٤) شهرا ، أما سيلان و يابنت فذكرا أن بدء ظهور الأعراض يكون خلال العامين الأول والثاني من العمر وهو تقريبا ما حدده كاتر ، أما الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث (١٩٨٠) فقد مد هذه الفترة حتى قبل انتهاء الثلاثين شهرا الأولى من العمر ، والبعض الآخر لم يهتم بتحديد زمن بدء الأعراض ، ومع قبول هذه المحكات من كثير من العاملين في المجال ، إلا أنها تعرضت للنقد وكان أهمها إطلاق صفة الطفولة على الاوتيزم Infantile Autism فقد ثبت وجود حالات لا يبدأ ظهور أعراضها إلا بعد (٣٠) شهرا من الولادة ، و لهذا تم تعديل التسمية في الطبعة الثالثة المعدلة للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية عام (١٩٨٧) فظهر الاوتيزم كنوع قائم بذاته مع إلغاء طفولي Infantile ، واعتبر إحدى إعاقات النمو المنتشرة أو الشاملة (P.D.D.) Pervasive Developmental Disorders وقد احتوى هذا الدليل وصفا تفصيليا لمحكات تشخيص الاوتيزم ، وجاءت في ثلاث مجموعات ، بشرط أن يتوافر ثمانية أعراض من الستة عشر التي هي مجموع الأعراض التي وردت في الثلاث مجموعات ، على أن يكون اثنين على الأقل من المجموعة (أ) ، واحد على الأقل من كل من المجموعتين (ب) ، (ج) بالإضافة إلى شرط المجموعة الرابعة المتعلق ببدء ظهور الأعراض .

وفيما يلي عرضا تفصيليا لهذه المجموعات التي تمثل محكات تشخيص الاوتيزم كما جاءت في (DSM -III - R) :-

(أ) عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي المتبادل وتتمثل في :-

- ١- قصور واضح في فهم مشاعر وأحاسيس الآخرين والتعامل معهم كقطع أثاث .
 - ٢- عدم البحث عن الراحة وقت التعب ، عدم طلب المساعدة من الآخرين وقت الخطر .
 - ٣- غياب القدرة على التقليد .
 - ٤- عدم الرغبة في اللعب مع الآخرين وتفضيل اللعب منفردا .
 - ٥- عدم القدرة على تكوين صداقات مع الرفاق ، وعدم الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية .
- (ب) قصور نوعي في القدرة على التواصل اللفظي و غير اللفظي و النشاط التخيلي وتتمثل في:-

- ١- عدم القدرة على التواصل لغوياً بالآخرين ، يظهر ذلك في الكلام غير المعبر ، ترديد اللغة المنطوقة .
- ٢- عدم القدرة على التواصل غير اللفظي تظهر في نظرات العين ، فقدان الابتسامة، تعبيرات الوجه ، الإيماءات والحملقة الثابتة في المواقف الاجتماعية .
- ٣- قصور واضح في النشاط التخيلي يظهر في اللعب التمثيلي لأدوار الكبار والشخصيات الخيالية وعدم الاهتمام بالروايات الخيالية .
- ٤- شذوذ واضح في الحصيللة اللغوية يتضح في الكم والإيقاع والأداء
- ٥- شذوذ واضح في تركيب الجمل و مضمون التخاطب وترديد الكلمات المسموعة .
- ٦- شذوذ واضح في القدرة على بدء الحديث مع الآخرين أو استمراره ، ٥٠ % من الاوتيستك لا يتكلمون .

(ج) محدودية الأنشطة والميول والاهتمامات تتمثل في :-

- ١- حركات للجسم نمطية قسرية مثل رفرفة اليدين ، الدوران في حركات دائرية ، ضرب الرأس .
- ٢- الاندماج في التعامل مع أجزاء الأشياء أو الأدوات مثل سلسلة مفاتيح ، شم الأشياء بدلاً من النظر إليها ، حمل ورقة أو قطعة خيط أو شريط نيجاتيف أو زجاجة شامبو فارغة .
- ٣- استجابات سلوكية شديدة العنف تجاه أي تغيير في البيئة المحيطة مثل تغيير وضع فـازة من مكان لآخر ، فتحدث ثورة غضب يترتب عليها إيذاء للنفس أو الغير .
- ٤- إصرار والتزام شديد بالتفاصيل الدقيقة في الروتين اليومي من حيث ، المأكل ، الملابس ، اللعب ، الحركة ، الإصرار على الأساليب المعتادة عند الخروج في جولة للشراء .
- ٥- نقص ملحوظ في الاهتمامات و الأنشطة التي يندمج فيها مع أقرانه مثل الاهتمام بترتيب الأشياء في صفوف وعواميد مما يمنع استخدامها في نشاطات هادفة .

(د) بدء ظهور هذه الأعراض قبل اكتمال العام الثالث من العمر

(Schwartz , 1992 , 20-21) .

وقد تشابهت هذه المحكات مع ما جاء في الدليل الطبى العالمى لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD - 10) من محكات تشخيصية للاوتيزم تتمثل في الآتى :-

- ١- قصور نوعى في التفاعل الاجتماعى المتبادل .

- ٢- قصور نوعى في التواصل .
- ٣- نماذج محدودة ومكررة ونمطية من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة.
- ٤ - شذوذ واضح في النمو يتضح وجوده في الثلاث سنوات الأولى من العمر
(Campbell , et als , 1991 , 327 ; Schwartz ,1992 , 19) .
- وقد حدد المنهج القومى البريطانى Britains National Curriculum أعراض
الاولتيزم في الجوانب التالية :-
 - ١- قصور في التواصل اللفظى وغير اللفظى .
 - ٢- افتقاد الإحساس الاجتماعى .
 - ٣- مقاومة التغيير .
(Jardon , Powell , 1990) .
- كما توصل بارون - كوهين Baron-Cohen من خلال تسع دراسات قام بها حول موضوع
الاولتيزم إلى وضع محكات تشخيصية للاولتيزم هي :-
 - ١- قصور في التفاعل الاجتماعى .
 - ٢- قصور في فهم الانفعالات .
 - ٣- قصور في النمو اللغوي .
 - ٤ - تكرار الأفعال بطريقة نمطية .
(Baron -Cohen , 1991) .
- أما فليسبرج Flusberg فذكر أنه يمكن تشخيص الاولتيزم من خلال الأعراض التالية :-
 - ١ - التعبير اللفظى واستخدام بعض الكلمات الشائعة .
 - ٢ - العمليات الإدراكية والتعبير عنها .
 - ٣ - الانفعالات والتعبير عنها .
 - ٤ - العمليات المعرفية .
(Flusberg , 1992) .

وأوضح بورتر وآخرون Porter , et als أنه يمكن تشخيص الطفل بأنه أوتيسـتـك إذا توافرت لديه الأعراض التالية : -

١- اضطراب في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين .

٢- نشاط حركى مفرط .

٣- اضطراب في كل من الانتباه واللغة والإدراك .

(Porter , et als , 1992) .

ورغم البحوث المتعددة التي أجريت منذ أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينات من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق للاوتيزم ، فإن الاتحاد الأمريكي للأطباء النفسيين قام بمراجعة الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في طبعته الثالثة المعدلة الصادرة عام (١٩٨٧) لإضافة بعض التعديلات إليها كي تكون المرجع الدقيق وتم ذلك التعديل فى الإصدار الرابع لهذا الدليل (D S M - I V) عام (١٩٩٤) ، وقد لخص رويارز (١٩٩٥) محكات تشخيص الاوتيزم الواردة في هذا الدليل كما يلي :-

١- افتقاد الاستجابة للآخرين .

٢- قصور فى التواصل اللفظى وغير اللفظى .

٣- قصور واضح فى النمو اللغوي .

٤- مقاومة التغيير و الإصرار على الروتين .

٥- ضعف فى القدرة العقلية .

٦- قصور فى فهم الانفعالات .

٧- قصور شديد و ملحوظ فى الأنشطة و الاهتمامات .

٨- عدم ظهور أعراض الرت Rett أو الاسبيرجر Asperger's .

٩- عدم ظهور الهلوس و الهذات و تفكك التفكير وهي الأعراض المميزة للفصام .

١٠- بدء ظهور أعراض الاوتيزم قبل اكتمال العام الثالث من العمر

(Roeyers , 1995 , 161-162) .

وأخيرا فقد حدد شارون نيورث وآخرون محكات تشخيص الاوتيزم فيما يلي :-

- ١- قصور محدد في العلاقات الاجتماعية .
 - ٢- نمو أولي (عدم الوصول لمستوى النمو الطبيعي) لمهارات التواصل .
 - ٣- سلوكيات نمطية تكرارية ، اهتمامات وأنشطة محدودة .
- ضرورة ظهور هذه الأعراض قبل اكتمال العام الثالث من العمر .
- (Sharyn Neuwirth , et als , 1999,10) .

نسبة الانتشار Prevalence

تحدد نسبة انتشار الاوتيزم طبقاً لمعايير التشخيص التي تتبناها المجتمعات المختلفة ، ففي دراسات لوتر Lutter (١٩٨٦) ، لورد سكوبلر Lord , Scopler (١٩٨٧ ، ١٩٨٩) التي اعتمدت في تشخيص حالات الاوتيزم على معايير (DSM -III) كانت نسبة الإصابة بالاوتيزم حوالي (٢ : ٥) حالات لكل ١٠,٠٠٠ ولادة حية ونسبة الإصابة في الذكور أكثر من الإناث بمعدل (٣ أو ٤ مرات : ١) والسبب في الإصابة غير معروف (D ianne , 1992 , 8) .

أما دراسات كانر التي بدأت في الأربعينات وحتى أوائل السبعينات اعتمدت في تشخيصها لحالات الاوتيزم على المعايير التي وضعها لهذا الغرض ، فقد أوضحت أن نسبة الإصابة بإعاقة الاوتيزم في أمريكا غالباً تكون بنسبة (٤ - ٥) حالات في كل ١٠,٠٠٠ ولادة حية في الأعمار الأقل من (١٥) سنة ، وتظهر في الذكور أكثر من الإناث بنسبة (٤ : ١) وأن البنات الاوتيستك يملن إلى أن يكن أشد اضطراباً ، ويشير تاريخهن الأسرى إلى كثرة انتشار الخلل المعرفي عن الذكور (Kanner ,1973 , 35) .

وقد كان يعتقد أن الاوتيزم أكثر شيوعاً في الطبقات الاجتماعية الراقية ، و لكن ثبت عدم صحة هذه المقولة وأن الإصابة لاعلاقة لها بالوضع الاقتصادي أو الأصل العنصري أو العرق السلالي (Sahkian , et als , 1986 , 284) .

وأشارت إحدى دراسات جيلبرج Gillberg أن نسبة الإصابة بالاوتيزم في المرحلة العمرية من (٥ - ٧) سنوات تقدر بنسبة ١٢,٤ لكل ١٠,٠٠٠ ولادة حية ، بينما كانت نتائج دراسة أخرى لجيلبرج تعبر عن نسبة انتشار بمعدل ١١,٦ لكل ١٠,٠٠٠ ولادة حية في المرحلة العمرية من (٤ - ١٤) سنة ، في حين أن جوتنبرج وجد أن نسبة الانتشار تقدر بحوالي ٨,١ لكل ١٠,٠٠٠ ولادة حية في نفس المرحلة العمرية ونفس المنطقة التي أجريت

فيها دراسة جيلبرج وتشمل الهند الغربية - الصين - نيجيريا - سيرلانكا والتي تم التشخيص فيها بناءً على معايير كانر (Gillberg ,1990 , 104) .

في حين كانت نسبة انتشار الإصابة بالاوتيزم في جنوب اليابان بمعدل ١٣,٦ لكل ١٠,٠٠٠ طفل (Tanoue ,et als , 1988) أما الدراسات المسحية التي تم إجراؤها في إنجلترا ، فقد أظهرت نتائج مختلفة بعض الشيء عن التي ظهرت في أمريكا أو شرق آسيا فكانت نسبة الانتشار تتراوح بين (٢٠ - ٣٠) حالة لكل ١٠,٠٠٠ ولادة حية ، وفي دراسة أخرى قام بها كامبرول Camberwell لتشخيص حالات الاوتيزم على أساس العجز الاجتماعي فأشارت نتائج دراسته إلى أن نسبة انتشار الإصابة بالاوتيزم حوالي (٢١) حالة لكل ١٠,٠٠٠ طفل (Dianne , 1992 , 8) .

وكان من نتائج دراسات جيلبرج وآخرون التي تم إجراؤها في السويد و مناطق بوهسلان الريفية أن نسبة انتشار الإصابة بالاوتيزم أو ما يسمى شبيه الاوتيزم Autism Like تقدر بحوالي ٦,٦ حالة لكل ١٠,٠٠٠ طفل ،

وفي دراسة سويدية أخرى لجيلبرج وجد أن أعراض اسبيرجر Asperger Syndrom تنتشر بمعدل (٣ - ٥) مرات أكثر من ظهور أعراض الاوتيزم التي تقدر بحوالي ٢,٦ على الأقل لكل ١٠٠٠ طفل (Gillberg , 1990 , 105) .

وتؤكد دراسات بارون - كوهين Baron - Cohen (١٩٩١) ، نيلسون و إسرائيل Nelson , Israael (١٩٩١) أن نسبة انتشار الإصابة بالاوتيزم في الذكور أكثر من الإناث .

ويمكن أن نستخلص من هذا أن هناك شبه اتفاق بين نتائج معظم الدراسات على أن معدل انتشار الإصابة بالاوتيزم يتراوح بين (٤ أو ٥) حالات في كل عشرة آلاف ولادة حية ، وأن هذه النسبة تظهر في الذكور أكثر من الإناث بمعدل (٤ : ١) ، وأما الاختلاف البسيط في النتائج ، فيرجع إلى التباين الواضح في المحكات المحددة لتشخيص الإعاقة وعدم وجود أدوات تشخيصية تعتمد على التقدير الموضوعي . ولا شك أن التوسع في تشخيص حالات الاوتيزم لتشمل أولئك الأطفال الذين يظهر عليهم عرض واحد أو أكثر من أعراض الاوتيزم له تأثير على نتائج عمليات المسح المستخدمة في قياس حجم المشكلة في مجتمع معين ، ومن هنا تختلف نتائج هذه المسوح . كما يمكن توضيح السبب الرئيسي لزيادة نسبة الانتشار في إنجلترا عن غيرها من المجتمعات فيرجع ذلك إلى أنها تستخدم معايير تشخيصية أكثر مرونة واتساعاً .

وتعتقد الباحثة أن نسب الانتشار هذه المدونة في نتائج الدراسات أقل بكثير من الحالات الموجودة بالفعل ويرجع السبب في ذلك إلى الغموض الذي يحيط بالإعاقة بكافة جوانبها وحدثة الدراسات المهمة بكشف هذا الغموض .

أما عن نسبة انتشار الاوتيزم في مصر ، فقد ذكر عثمان فراج أن هذه الإعاقة يعاني منها ما بين (١٠٠ - ٢٠٠) ألف طفل (عثمان فراج ، ١٩٩٦ ، العدد (٤٥) ، ١٨).

ونحن في مجتمعنا العربي بصفة عامة وفي مصر بصفة خاصة في أمس الحاجة إلى كثير من الدراسات المسحية التي توفر لنا معلومات أساسية تفيد في وضع استراتيجيات العمل وبرامج الرعاية والتأهيل لهذه الفئة من الأطفال .

ضرورة الاكتشاف المبكر Early Identification

يبدأ اضطراب الاوتيزم عادة قبل اكتمال العام الثالث من العمر ، وقليل ما يبدأ بعد ذلك (A..P A., 1980 ; Rutter , 1978) وفي الغالب يصعب تحديد السن الذي بدأ فيه الاضطراب إذا لم يكن هؤلاء الذين يقومون برعاية الطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن مظاهر النمو اللغوي والاجتماعي لدى الطفل في شهوره وسنواته المبكرة . حيث يصعب رصد مظاهر الاضطراب في مرحلة الرضاعة فقد تفسرها الأم بأنها هدوء مبالغ فيه ، ولا تنتبه إلى خطورتها و أنها تنذر بوجود حالة اضطراب لابد من متابعتها ، لذا فقد حاول كثير من العلماء التعرف على خصائص النمو المبكر للأطفال الاوتيسك في الشهور الأولى من الحياة .

وقد لخص كوهين ، دونالدان Cohen , Donnellan هذه الخصائص على النحو التالي :-

- ١- عدم محاولة الطفل تحريك جسمه أو أخذ الوضع المناسب الذي يدل على رغبته فسي أن يُحمل من الأم أو الشخص الموجود أمامه .
- ٢- تصلب الطفل عندما يُحمل بين ذراعي الأم ومحاولة الإفلات منها .
- ٣- يبدو كأنه أصم ، فلا يستجيب لذكر اسمه أو الأصوات المحيطة به .
- ٤- يفشل في التقليد كباقي الأطفال في نفس المرحلة العمرية لا يلوح باى باى .
- ٥- لا يحاول جذب انتباه الأم عن طريق إصدار أصوات أو أي شيء آخر .
- ٦- ليس لديه فضول في النظر إلى الناس أو الحيوانات .

٧- قد يؤرجح جسمه أو يخبط رأسه عند تركه بمفرده ، وقد يظل في مكانه يخربش الغطاء أو ينقر عليه لفترة طويلة من الوقت دون أن يصرخ .

٨- استجاباته للمثيرات الحسية تتراوح بين الإسراف في الهدوء إلى الإسراف في الهياج .

٩- لديه شذوذ في النشاط الحركي ، فالبعض هادئ لدرجة أنه لا ينتقل من مكانه والبعض لديه نشاط حركي زائد بدرجة شديدة .

١٠- البعض لديه مشاكل في التغذية والنوم ، يعيش على نظام غذائي محدد وكثير الصراخ وقليل النوم .

ويشير كوهين ودونالان بأن هذه السمات يجب ملاحظتها في الفترة من (١٨ - ٢٤) شهراً من العمر (Cohen , Donnellan , 1985 , 502-504) .

وقد توصلت انجيرر Ungerer من خلال ملاحظتها إلى سمات النمو المبكر للأطفال الاوتيسك وحدتها بظهور اضطراب أو قصور في (اللعب الرمزي - التواصل اللفظي وغير اللفظي - التقليد) لديهم (Ungerer , 1989 , 85) .

ويضيف داين موضحاً أن الطفل الاوتيسك في مرحلة الرضاعة لا يخاف من الغرباء ولا يرتبط بهم أو يتفاعل معهم ، تبدو عليه الطمأنينة عندما يترك وحده ، لا يظهر الابتسامة الاجتماعية التي تبدأ عادةً في سن أربعة شهور ، و لا يأتي الحركات التوقعية Anticipatory Movment التي يأتيها طفل الأربعة شهور العادي مثل التعرف على الأم والإقبال عليها عندما تلتقطه من الفراش والتفاعل معها عندما تتأغيه وتلاعبه (D i anne , 1992 , 13) .

وقد لا يلاحظ الآباء مظاهر الاضطراب لدى الطفل إلا عندما يوجد مع أطفال آخرين مثل التحاقه بدور الحضانة أو دخول المدرسة ، فيعتبرون هذه هي بداية ظهور الأعراض . إلا أن التاريخ التطوري للطفل يكشف غالباً عن بداية مبكرة للاضطراب عن هذا الوقت وقد يرجع الوالدان التغير في سلوك الطفل إلى حدث معين مثل ولادة طفل أصغر أو إصابة الطفل بمرض شديد أو حادث أو صدمة عاطفية أو تغيير السكن ، فتتحمل الأسرة أعباء ثقيلة بسبب سلوكيات طفلها الاوتيسك و أسوأ مرحلة تمر بها هي الفترة ما بين (٢- ٥) سنوات من عمر الطفل لشدة وحدة أعراض الإعاقة لديه ، ثم بعد ذلك تهدأ الأعراض و يبدأ سلوك الطفل في التحسن في مرحلة دخول المدرسة (Dianne , 1992 , 14) .

وخاصة إذا تم توفير برنامجاً مدرسياً ملائماً لحالة الطفل ، ولأن جوانب النمو الإدراكي و الاجتماعي لدى الطفل تبدأ في التطور وتخفف حدة المشكلات السلوكية إذا صاحبها التأييد العاطفي من الآباء لأطفالهم أما إذا لم تتوفر هذه الخدمات المبكرة ، فإن الأسر سوف تستمر في حالة إنضغاط مستحكمة ، ولحسن الحظ ففي العقد الماضي قد تطورت أساليب التشخيص المبكر وترتب عليها التدخل العلاجي المبكر الذي قلل من احتمال تدهور وزيادة حدة المشكلة

(Cohen , Donnellan , 1985, 506 - 507) .

التشخيص الفارق differential diagnose

بالرغم من تحديد محكات دقيقة لتشخيص الاوتيزم ، وتحديد السمات أو العلامات المميزة للنمو المبكر لهؤلاء الأطفال ، إلا أن صعوبة الوصول إلى تشخيص دقيق لحالة الاوتيزم ما زالت موجودة بالفعل . ويرى كثير من العلماء (O'gorman , 1970 ; Watson , 1973 ; Marchion , 1982 ; Hagberg , et als , 1983 ; Gillberg , 1990 ; Campbell , et als , 1993 ; Bailey , et als , 1992 ; Barthelemy , et als 1991 أن السبب الرئيسي في ذلك هو التشابه بين بعض أعراض الاوتيزم وأعراض إعاقات أخرى عديدة منها التخلف العقلي - الذهان - زملة أعراض اسبيرجر ، ريت - الإعاقة السمعية - إعاقات التخاطب - الشذوذ الكروموزومي ، ويضاف إلى هذا التلازم الذي يحدث كثيراً بين حالات الاوتيزم وهذه الإعاقات .

وللوصول إلى تشخيص دقيق لحالات الاوتيزم يجب البحث عن ماهية هذه الإعاقات المصاحبة للاوتيزم ، وإيضاح الفروق الجوهرية التي تميز إعاقة الاوتيزم عن غيرها من الإعاقات فيما يسمى بالتشخيص الفارق، ونعرض لهذا التشخيص الفارق بين الاوتيزم والإعاقات الأخرى كالتالي :-

أولاً : الاوتيزم - التخلف العقلي

كثيراً ما يصاحب حالات الاوتيزم الإصابة بالتخلف العقلي ، كما تتشابه و تختلط بعض أعراضهما وخاصة إذا كان العمر العقلي للطفل أقل من (٢٠) شهراً (Gillberg , 1990 , 105) . وقد أشارت مارشيون بأن الاوتيزم يتشابه مع التخلف العقلي في الأعراض والسمات التالية :

تكرار السلوكيات النمطية و القهرية ، صعوبات في الكلام والتخاطب (Marchionne, 1982, 5)

أما الفروق بينهما فهي كثيرة واهتمت كثير من الدراسات بإيضاحها على النحو التالي :-

١- اختلاف نسبة الذكاء بينهما :-

التخلف العقلي قد يكون بسيط أو متوسط أو شديد و تتراوح نسبة الذكاء في المستويات الثلاثة بين (٥١ - ٧٠) ، (٣٦ - ٥٠) ، (٢٠ - ٣٥) بالترتيب وقد تقل نسبة الذكاء عن (٢٠) فيكون صاحبها شديد التخلف بدرجة كبيرة . (كمال مرسى ، ١٩٩٦ ، ٣٠ - ٣٢) .

أما نسب ذكاء فئة الاوتيسك فيمكن تصنيفها كالتالي :-

٤٠ % منهم تقل نسبة ذكاؤهم عن (٥٠) ، ٣٠ % منهم نسبة ذكاؤهم تصل إلى (٧٠) أو أكثر أما الثلث الباقي فتصل نسبة ذكاؤهم إلى مستوى ذكاء العاديين وأحياناً تصل لدى البعض منهم إلى مستوى العباقرة (6, 1973, Watson) . و بذلك فإن التخلف العقلي يصاحب حالات الاوتيزم بنسبة (٧٠%) ، و في دراسة لبريسون وآخرون Bryson , et als (١٩٨٦) على الأطفال الكنديين كانت نسبة حالات الاوتيزم المصحوبة بتخلف عقلي تتراوح بين (٨٩ - ٧٦,٨) % (Gillberg , 1990 , 105) .

أما شارون نيورث وآخرون فيروا أن (٧٥-٨٠) % من الأفراد الاوتيسك لديهم تخلف عقلي بدرجاته المختلفة ، منهم (١٥-٢٠) % لديهم تخلف عقلي شديد بنسبة ذكاء تقل عن (٣٥) ، وأكثر من (١٠) % لديهم نسبة ذكاء عادية ، وعدد قليل منهم يعتبر من فئة الممتازين والموهوبين (Sharyn Neuwirth , et als , 1999, 13) .

لذا فإن الأطفال الاوتيسك يظهرون تبايناً واسعاً في الأداء المعرفي ، ويتراوح أدائهم بين فوق المتوسط في تصميم المكعبات وتجميع الأشياء من اختبار وكسلر ، وبين مستوى ضعيف العقل في اختبار المفردات والتفكير المنطقي والتجريدى ، أما في الاجزاء التي تتطلب تعاملًا بالذاكرة المباشرة أو الأداء البصرى المكاني فإن ادائهم يكون جيداً (Shah , Frith , 1993 , 1362) .

ويشير شارون نيورث وآخرون بأنه من الصعب الحصول على درجات ذكاء الأفراد الاوتيسك بصورة دقيقة - ولكنه ليس مستحيلاً ، وذلك لأن معظم اختبارات الذكاء ليست مصممة للأفراد الاوتيسك وإنما تعالج المشكلات النموذجية في البيئة ، فقد تظهر بعض الاختبارات قدرات عادية أو فوق المتوسط لفرد اوتيسك بينما تكون نتائج اختبارات أخرى

مؤشرا لضعف قدرات هذا الفرد . وبصفة عامة فإن الأفراد الاوتيستك يمكنهم الاستجابة على بعض الاختبارات التي تقيس المهارات البصرية في حين يظهر عجزهم بوضوح على الاستجابة للاختبارات الفرعية اللفظية أو اللغوية (Sharyn Neuwirth , et als , 1999,13) .

٢- المتخلف عقليا لديه اضطراب واضح في الذاكرة ، إذ لا يستطيع تخزين المعلومات التي يحتاجها في مواقف تالية ، بينما الاوتيستك يتمتع بذاكرة آليه جيدة للمكان والزمان ، ولكن لديه اضطراب واضح في الإدراك فيستجيب لمنبهات بعينها ولا يستجيب لمنبهات أخرى (Dianne , 1992 , 10) .

٣- يستطيع المتخلف عقليا أن يتواصل مع الآخرين لفظيا وغير لفظي بالعين وتعبيرات الوجه وحركات الجسم بعكس الاوتيستك ، فلديه قصور في هذه المهارات .

٤- يستطيع المتخلف عقليا تقليد ومحاكاة الآخرين ، بعكس الاوتيستك فلديه قصور في هذه المهارة .

٥- يستطيع المتخلف عقليا تكوين علاقات اجتماعية ، كما أنه لا يرفض التفاعل الاجتماعي مع الآخرين بعكس الاوتيستك ، فلديه قصور في مهارات التفاعل الاجتماعي . (Barthelemy , et als , 1992) .

كما أشارت نتائج دراسة بارثلمى وآخرون الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوى التخلف العقلي والاوتيستك في الجوانب التالية (الانسحاب الاجتماعي - قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي - ضعف الانتباه - ضعف الاستجابات الذهنية - قصور القدرة على المحاكاة والتقليد) وكانت هذه الفروق لصالح فئة الاوتيستك .

٦ - تظهر سمات التخلف العقلي منذ الميلاد ويمكن التشخيص المبكر لهذه الحالات ، أما بالنسبة لحالات الاوتيزم ، فبعضها ينمو بصورة طبيعية حتى عمر سنتين وبالأكثر حتى عمر (٣٠) شهر ثم تبدأ الأعراض في الظهور في ذلك الوقت أو قبله بشهور معدودة (Rutter , 1978 ; A.P.A. , 1980 ; Cohen , Donnellan , 1985 ; Schwartz , 1992)

٧ - يتمتع الاوتيستك بمهارة عالية في القدرات الحركية الدقيقة بعكس المتخلف عقليا فيعاني من قصور في هذه المهارات (Cohen , Donnellan, 1985 , 502) .

ثانياً: الاوتيزم - الاضطرابات الذهانية العصبية

يشير أوجرمان O'Gorman بأن الشخص المصاب بالذهان لا يستطيع التفاعل مع ظروف البيئة المحيطة به ويرجع ذلك إلى طبيعة شخصيته ، تكوينه الوراثي ، تكوينه الفسيولوجي ، ذكائه وخبرته . فالطفل الذهاني بصفة عامة يصعب اختباره بالوسائل القياسية المقننة بسبب حالة التشوش الحادة المسيطرة عليه ، فينتقل من موضوع إلى آخر بسرعة شديدة ولا تجدى معه أية محاولات لجذب انتباهه أو إقامة علاقة معه بسهولة ، كما أنه شديد الانسحاب مما يعطى انطباع لدى الكثيرين بأنه متخلف عقليا .

كما يشير أوجرمان بأن البعض يقسم الذهان إلى فصام الطفولة ، أعراض الفصام ، الاوتيزم الطفولي ، أعراض النشاط الزائد ، أعراض ما هلر (O'Gorman , 1970 , 5-6) .

وبهذا التصنيف يُعتبر الاوتيزم إحدى حالات الذهان ، ويؤيد محمد عيش هذا الاتجاه ، فقد قسم الذهان إلى نوعين رئيسيين هما : -

١- الذهان المبكر :

ويشمل الذهان الانطوائى (الاوتيزم) - الذهان التكافلى - الذهان التخلفى أي المصحوب بتخلف عقلي .

ب- الذهان المتأخر

(محمد عيش ، ١٩٩٣ ، ٤٠ - ٤٨) .

ولكن كيرك وآخرون (١٩٦١) رفضوا مصطلح ذهان الطفولة كمرادف للاوتيزم لأن أعراضه مشابهة لأعراض الاكتئاب والاضطرابات الناتجة عن خلل في الرأس أو حالة تسمم أو عدوى (O' Gorman , 1970 , 6) .

ويشير كامبل وآخرون بأن الاوتيزم يعتبر حالة من فصام الطفولة ، و قد نوقشت هذه العلاقة في دراسات عديدة منها (Rimland , 1964 ; Kanner , 1943 - 1973 ; Bender , 1947) (O'Gorman , 1970; Wing , 1976; Rutter , 1978 ; Goldstein , et als , 1986) حيث كانت الدراسات الأولية تعتبر الاوتيزم عرض أولى لفصام الطفولة ، ومع تشابه الكثير من أعراضها حدث الخلط بينهما (Campbell , et als , 1991 , 336) .

و يمكن استخلاص أهم السمات المشتركة بين الاوتيزم و الفصام على النحو التالي:-

١- فقدان الاتصال بالواقع

٢- الانغلاق على النفس

٣- النقص في التعاطف وحرارة المشاعر

٤- الفشل في تكوين صداقة مع الآخرين

٥ - عدم البراعة في التحدث والعمل

٦ - الفشل في استغلال القدرات التي استخدمها من قبل

٧ - الاضطراب الانفعالي .

(O' Gorman , 1970 , 22 ; Campbell , et als , 1991 , 336) .

وبالرغم من هذا التشابه بينهما في كثير من الأعراض ، إلا أن الدليل التشخيصي الإحصائي في طبعاته الثالثة ، و الرابعة صنف كل منهما كحالة منفردة بذاتها لوضوح الفروق على النحو التالي : —

١- حالات الاوتيزم لا تنتشر و تتكرر في العائلة الواحدة ، بينما حالات الفصام تتكرر بصورة واضحة فالفصامي تنتشر في أسرته الإصابة بالفصام أو أحد الأمراض العقلية الأخرى (Campbell , et als , 1991 , 337) .

٢- الاوتيزم يصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة (٤ : ١) ، بينما الفصام يصيب الإناث و الذكور على حد سواء .

٣- الاوتيزم يصاحبه غالباً تخلف عقلي ، بينما لا يحدث ذلك مع الفصام .

٤- لا تظهر أعراض الهلاوس و الهذات في الاوتيزم ، بينما ظهورها في حالات الفصام مؤكدة .

٥- لا يتطور الاوتيزم فيما بعد إلى حالة فصام بتخطى الطفل مرحلة البلوغ .

٦- ظهور حالات الكتاتونيا و البارانويا التي تقتصر على الفصام و لا علاقة لها بالاوتيزم .

٧- الاوتيزم يظهر في الأعوام الأولى من العمر ، لكن الفصام يظهر عند سن البلوغ .

(Goldstien , et als , 1986 , 640) .

٨- الاوتيزم اضطراب نمائي ، بينما الفصام مرض عقلي فالأوتيستك جامد الحس لا يعبر

و لا يفهم الانفعالات والعواطف و لا يتبادلها بينما الفصامى يكثر من التعبير عن انفعالاته وعواطفه .

٩- الاوتيسك يتمتع بصحة أفضل و قدرة حركية أكبر من الفصامى .

(O' Gorman , 1970, 35) .

١٠- الفصامى لا يعاني من قصور لغوي أو غياب القدرة على التعبير عن نفسه و الاتصال والتخاطب مع الآخرين ، بينما الغالبية العظمى من الاوتيسك لديهم قصور أو عجز في هذه الجوانب .

١١- الاوتيسك يتجنبون النقاء العيون ، بينما نادراً ما يحدث هذا في حالات الفصام (Sahakian, et als , 1986, 283) .

ثالثاً الاوتيزم — زملة اسبيرجر Asperger s syndrom

زملة اسبيرجر سميت باسم الطبيب النمساوي هانز اسبيرجر Hans Sperger الذى اكتشفها عام (١٩٤٤) و اعتبرها إحدى اضطرابات الشخصية ، و كانت تتشابه مع بعض أعراض الاوتيزم التي وضعها كانر (١٩٤٣) . و حيث أن اكتشافات اسبيرجر ظهرت في نفس الوقت الذى أعلن فيه كانر عن ملاحظاته للأطفال الاوتيسك - كما أطلق عليهم - فإن اسبيرجر أطلق على زملة اسم Autistic Psychopathy ، و اعتبرها البعض حالة مخففة من الاوتيزم أو شبيه الاوتيزم (Autism Like) (Sharyn Neuwirth , et als , 1999, 10) .

و قد حدد أحمد عكاشة جوانب التشابه بين الاوتيزم و زملة اسبيرجر في العناصر التالية :-

١- وجود نوع من الخلل الكيفي في التفاعل الاجتماعى و تكوين العلاقات الاجتماعية السليمة.

٢- غياب التواصل غير اللفظى .

٣- مخزون محدود من الاهتمامات و الأنشطة النمطية المتكررة .

٤- قصور في الحركات الدقيقة .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ٦٤٧) .

أما شارون نيورث وآخرون فقد حددوا هذه الجوانب فيما يلي :-

سلوكيات تكرارية ، مشكلات اجتماعية شديدة ، مشكلات حركية تتمثل في عدم الرشاقة (Sharyn Neuwirth , et als , 1999,10) .

أما جوانب الاختلاف بين الاوتيزم و زملة اسبيرجر فقد وصفها عثمان فراج ، شارون نيورث وآخرون كما يلي :-

١- عدم بدء ظهور أعراض اسبيرجر ، إلا خلال مرحلة الطفولة المتأخرة بينما حالات الاوتيزم تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة (Sharyn Neuwirth , et als , 1999,10) .

٢- نسبة ذكاء الاسبيرجر تقترب من الطبيعي و لكن لديه تباين بين نتائج اختبار الذكاء اللفظي والأدائي .

٣- الطفل الاسبيرجر لا يوجد لديه تأخر عام في اللغة ، نموه اللغوي يقترب من الطبيعي في سنواته الأولى ، و لكنه يبدي صعوبة بسيطة في استخدام الضمائر بشكلها الصحيح ، كما يعاني من اضطرابات في تكوين الجمل .

٤- الاسبيرجر يتصف بالقلق و الاكتئاب ، ضعف التوافق الحركي ، من السهل إحباطه ، عدواني [هذه السمات غير أساسية في الاوتيسمك] .

و يرى عثمان فراج أنه بالرغم من وجود بعض الاختلافات بين زملة اسبيرجر والاولتيزم إلا أنه من الصعب التفرقة بينهما إلا بالملاحظة الدقيقة لفترات طويلة .

(عثمان فراج ، ١٩٩٦ ، العدد (٤٦) ، ٧-٨) .

رابعاً الاوتيزم - زملة ريت Rett syndrome

زملة ريت هي إحدى إعاقات الطفولة ، اكتشفها ريت (١٩٦٦) وهي عبارة عن خلل عميق في المخ يظهر لدى البنات والأفراد شبيه الاوتيسمك، ويظهر في صورة حركات تكرارية لليد ، وقصور في المهارات اللغوية والاجتماعية (Sharyn Neuwirth , et als , 1999,10) ونظراً لأن بعض سماتها تتشابه مع بعض أعراض الاوتيزم ، فقد اعتبرها البعض إحدى حالات الاوتيزم ، و لكن نظراً لوجود بعض الاختلافات الواضحة بين أعراض الاوتيزم و زملة ريت ، فقد اعتبرت كل حالة منفردة و قائمة بذاتها

(Campbell , et als , 1991) .

و ما يؤيد ذلك أن الدليل التشخيصي و الإحصائي في طبعته الرابعة وضع ضمن محكات تشخيص الاوتيزم خلوها من أعراض ريت .

و قد أشارت دراسات كامبل و آخرون ، أحمد عكاشة و عثمان فراج إلى أن أوجه التشابه و الاختلاف بين الاوتيزم و زملة ريت يمكن عرضها على النحو التالي : —

فتمثلت أوجه التشابه فيما يلي : —

١- النمو الطبيعي في السنتين الأولى و الثانية من العمر ، يليه حالة من فقدان الكامل أو الجزئي للمهارات اللغوية ، الاجتماعية و مهارات التكيف المكتسبة .

٢- قصور في النمو المعرفي و التفكير و الكلام و ربما فقدان كامل للكلام .

٣- عدم التواصل في الأفكار و الانفعالات قد يكون مصحوباً بالاكتئاب أو الضحك الهستيري بدون سبب .

(Campbell , et als , 1991 , 338) .

أما أوجه الاختلاف بينهما فهي كثيرة ، و تتمثل فيما يلي : —

١- زملة ريت تصيب البنات فقط ، أما الاوتيزم يصيب الذكور و الإناث و لكن نسبة الإصابة في الذكور أكثر من الإناث بنسبة (١:٤) (عثمان فراج ، ١٩٩٦ ، العدد (٤٦) ، ٨) .

٢- العجز الرئيسي في المصابين بزملة ريت يتمثل في التخطي و الترنح في المشي Ataxia و فقدان الاتزان الحركي للأطراف و الحركات اليدوية النمطية تتمثل في عصر اليدين و غسلهما لا إرادياً أو لف اليد حول الأخرى مع وضع الذراعين في حالة انثناء أمام الصدر أو الذقن ، بلل نمطي لليدين من اللعب ، حدوث صعوبة في البلع و التنفس ، فشل دائم تقريباً في التحكم في عمليات التبول و التبرز ، بروز مفرط في اللسان ، و تتطور هذه الأعراض في منتصف فترة الطفولة . فيحدث تخلج جزعي و عمى حركي و يصاحبها أحياناً جنف حاد و أحياناً حركات رقص كنعية بعكس حالات الاوتيزم فلا تظهر فيها هذه لأعراض (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ٦٤٥) .

٣- حدوث تشنجات للمصابين بزملة ريت أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة و حدوث نوبات صرعية في معظم الحالات قبل عمر ثمان سنوات ، أما حالات الاوتيزم فقد أشارت بعض الدراسات أن حوالي (٣٢-٤) % من الاوتيستك سوف تحدث لهم نوبات صرعية

عظمى في وقت ما من حياتهم و خاصة في مرحلة البلوغ (محمود حموده ، ١٩٩٣ ، ١٠٧) .

٤- حدوث ضمور في العضلات الفقرية مع عجز حركي شديد و تشنج شديد يصيب الأطراف السفلية أكثر من الأطراف العلوية يؤدي إلى فقدان القدرة على الحركة و المشى للحالات المصابة بزملة ريت بعكس حالات الاوتيزم فلا تظهر عليها هذه الأعراض (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ٦٤٥) .

٥- حالات الإصابة بزملة ريت مرتبطة دائماً بالإعاقة العقلية الشديدة ، أما حالات الاوتيزم فمنهم ٤٠% فقط تقل نسبة ذكائهم عن (٥٠) أي تقع في فئة التخلف المتوسط ، ٣٠% تقع في فئة التخلف البسيط و نسبة ضئيلة تقع في فئة التخلف الشديد ، ونسبة أخرى حوالي ٣٠% أو أقل تقع في فئة العاديين أو العابرة (Watson , 1973 , 6 , Campbell , et als 1991 , 338) .

٦- سلوك إيذاء الذات المتعمد و الانشغال بالتوافه من الأمور و الحركات النمطية غير الهادفة سمات بارزة لدى الاوتيسك ، و لكنها نادرة جداً في حالات الإصابة بزملة ريت (عثمان فراج ، ١٩٩٦ العدد (٤٦)، ٨) .

٧- يشير هاجبيرج و آخرون Hagberg , et als (١٩٨٣) بأن العوامل المسببة للإصابة بزملة ريت تنحصر في تلف المخ أو النخاع الشوكي ، المخيخ أو الجهاز العصبي بصفة عامة أي عوامل عضوية أما العوامل المسببة للإصابة بالاوتيزم غير محددة فقد تكون وراثية أو عضوية أو نفسية (Campbell , et als , 1991 , 339) .

و قد شاهدت الباحثة حالة نموذجية من حالات الإصابة بزملة ريت في أحد مراكز الإعاقة الذهنية بالقاهرة ، و توافرت فيها السمات البارزة لهذه الزملة و أهمها فقدان حركات اليد الهادفة و المهارات اليدوية الحركية الدقيقة ، و بمعرفة الاختلافات بين زملة ريت وأعراض الاوتيزم يمكن التمييز بينهما بسهولة .

خامساً الاوتيزم - زملة الكروموزوم X القابل للكسر Fragile X Syndrom

يشير بايلي و آخرون Bailey , et als أن الإصابة بزملة الكروموزوم (X) الهش أو القابل للكسر تأتي من الخلل في التركيب الكروموزومي للخلية الذي يترتب عليه الإصابة بالتخلف العقلي الناتج من وراثة الكروموزوم X القابل للكسر (Bailey , et als , 1993 , 673) .

و يرى بايلي و آخرون أن الطفل المصاب بهذه الزملة تظهر عليه بعض السمات الجسمية و السلوكية ، و يمكن عرضها على النحو التالي : -

السمات الجسمية تتمثل فى : -

كبر عظام الوجه ، أسنان ضعيفة ، مفاصل مرتفعة و ممتدة لأصابع اليد ، أذن كبيرة منبسطة ، ارتفاع غير عادي في سقف الحلق ، حَوَل في العين ، وجه طويل و ضيق ، أقدام مفلطحة ، خلل في الصمام الميترالى للقلب ، خلل في الناقلات العصبية مما يترتب عليه بطء الاستجابة للمثيرات الحسية (Bailey , et als , 1993 , 673) .

السمات السلوكية : -

فيرى عثمان فراج أنها تتشابه إلى حد كبير مع سمات الاوتيزم و تتمثل أوجه التشابه بينهما فيما يلي : -

- ١- ممارسة الحركات النمطية المتكررة بالأيدي .
 - ٢- قصور الإدراك الحسي للمثيرات البصرية و السمعية .
 - ٣- النشاط الحركي الزائد المصحوب بالعنوانية أو العصبية الموجهة للذات أو للآخرين .
 - ٤- صعوبات في التركيز والانتباه .
 - ٥- تجنب التواصل البصري و متابعة الحديث مع الآخرين .
 - ٦- إصدار أصوات غريبة و غير مفهومة .
 - ٧- قصور في التواصل اللفظي و القدرة على التخاطب يتمثل في التردد الآلي والقصور في تركيب الجمل .
- (عثمان فراج ، ١٩٩٦ ، العدد (٤٦) ، ٩-١١) .

و بالرغم من هذا التشابه في الأعراض الظاهرة بين الإعاقتين ، إلا أنه يمكن التمييز بينهما بالفحص الكروموزومي الدقيق الذي يكشف عن وجود هذا الكروموزوم الهش وبالتالي تستبعد أن تكون الحالة مصابة بالاوتيزم . و لكن قد تكون مصابة بالإعاقتين معا فهذا نادراً

ما يحدث ، فيرى أوجرمان أن نسبة (١٠-١٥) % من الاوتيسك يصابون بزملة الكروموزوم X الهش (O'Gorman ,1970,48) .

أما بايلي و آخرون فيروا أن نسبة الإصابة بالإعاقاتين معاً حوالي ١٣ % من الاوتيسك منهم ١,٦ % من التوائم الاوتيسك أو الحالات الفردية التي لها ظروف أسرية مرتبطة بوجود الاضطراب المعرفي (Bailey , et als , 1993 , 673) .

ويري شارون وآخرون أن زملة الكروموزوم X الهش تظهر لدى (١٠) % من الأفراد الاوتيسك خاصة الذكور (Sharyn Neuwirth , et als , 1999,14) .

كما يرى شارون وآخرون أن الأفراد الذين لديهم عيوب وراثية شديدة يكونوا أكثر عرضة للإصابة بالتخلف العقلي وعدد من الأعراض الشبيهة بالاوتيزم ، ولكن الأبحاث الحديثة تشير بأن حالات زملة الكروموزوم X ليست حالات نموذجية للاوتيزم

(Sharyn Neuwirth , et als , 1999,14) .

سادساً الاوتيزم - الإعاقات السمعية

إن بعض الأطفال المصابون بالصمم الذي قد يؤدي إلى البكم نتيجة لعوامل أثناء الحمل أو بعد الولادة قد يظهرون بعض سمات الطفل الاوتيسك ومن هنا حدث الخلط في تشخيص الاوتيزم بأنه إعاقة سمعية . (عثمان فراج ، ١٩٩٦ ، العدد (٤٦) ، ١٣)

و تتمثل جوانب التشابه بين أعراض الاوتيزم و الإعاقات السمعية فيما يلي :-

١- الانسحابية و غياب القدرة على التواصل البصري .

٢- الاندماج في حركات نمطية .

٣- عدم القدرة على التخاطب و التواصل اللفظي .

(محمود حمودة ، ١٩٩٣ ، ١٠٥) .

أما عن جوانب الاختلاف بين أعراض الاوتيزم و الإعاقات السمعية فهي :-

١- معدلات الذكاء في حالات الإصابة بإعاقة سمعية أعلى من نظيرتها في حالات الاوتيسك.

٢- تتسم حالات الإعاقة السمعية بالقدرة على تكوين علاقات اجتماعية و تفاعل اجتماعي مع الآخرين بعكس حالات الاوتيزم فهي تعاني من عجز رئيسي هذه الجوانب.

٣- تستطيع حالات الإصابة بإعاقة سمعية تحقيق تواصل غير لفظي مع الآخرين أفضل من حالات الاوتيزم .

٤- سهولة تشخيص حالات الصمم و البكم بالفحص الطبي لأجهزة السمع و الكلام يقابلها صعوبة في تشخيص الاوتيزم لعدم توافر أدوات مقننة لهذا الغرض (سميرة السعد ، ١٩٩٢ ، ١٥ ، عثمان فراج ، ١٩٩٦ ، العدد (٤٦) ، ١٣) .

سابعاً الاوتيزم - إعاقات التخاطب :-

تعتبر إعاقات التخاطب و التواصل من الإعاقات النمائية المحددة specific developmental disorders ، وتتميز بالنمو غير الطبيعي لبعض المهارات اللغوية و الكلامية و الحركية ، و لا تعزي لاضطراب جسدي أو عصبي محدد أو تخلف عقلي أو نقص فرصة التعلم أو الإصابة بالاضطرابات النمائية المنتشرة .

و يترتب على الإصابة بهذه الإعاقات ظهور مشاكل في القراءة ، التعبير اللغوي ، التعبير الكتابي ، النطق الصحيح للأصوات ، التهتهة ، عدم القدرة الحسابية acalculia (محمود حمودة ، ١٩٩٣ ، ١١١-١١٢) .

إن الأطفال المصابين بهذه الإعاقات تظهر عليهم بعض الأعراض التي تشابه مع بعض أعراض الاوتيزم و تختلف مع البعض الآخر ، وقد تناولت سميرة السعد و عثمان فراج جوانب التشابه و الاختلاف بين أعراض إعاقات التخاطب و الاوتيزم على النحو التالي :-

فأما عن جوانب التشابه تتلخص في الآتي :-

١- قصور في القدرة على التواصل اللفظي .

٢- غياب القدرة على تكوين علاقات اجتماعية .

(عثمان فراج ، ١٩٩٦ ، العدد (٤٦) ، ١٢) .

و أما جوانب الاختلاف فتتمثل في العناصر التالية :-

١- أصحاب إعاقات التخاطب لا تظهر لديهم ظاهرة التردد الآلي Echolalia والخلط في استخدام الضمائر ، بعكس حالات الاوتيزم فهذه الظواهر تعتبر من السمات البارزة لديهم .

٢- درجة القصور اللغوي لدى أصحاب إعاقات التخاطب تكون أقل من نظيرتها لدى الاوتيستك.

٣- أصحاب إعاقات التخاطب لديهم قصور في نوع محدد من أشكال التواصل في حين أنهم يستطيعون استعمال الأشكال الأخرى من التواصل عدا الجانب المعاق لديهم ، بعكس حالات الاوتيزم فهي تعاني من قصور في أشكال التواصل اللفظي وغير اللفظي.

٤- أصحاب إعاقات التخاطب يندمجون في ألعاب ابتكارية خيالية ، بعكس الاوتيستك فهم يعانون من قصور في هذه السمة .

٥- أصحاب إعاقات التخاطب نسب ذكائهم أعلى من نظيرتها لدى الاوتيستك

(سميرة السعد ، ١٩٩٢ ، ١٥ ، عثمان فراج ، ١٩٩٦ ، العدد (٤٦) ، ١١-١٣) .

و بعد عرض الفروق التشخيصية بين الاوتيزم و الإعاقات التي تتشابه معه في بعض الأعراض يمكن بالملاحظة الدقيقة المتأنية التمييز بين هذه الإعاقات و عدم الخلط بينهم ، و لكن عثمان فراج (١٩٩٦) يرى أن هذه العملية ليست بالأمر اليسير البسيط ، و إنما التشخيص الدقيق يجب أن يقوم به فريق فني من المتخصصين في " الطب النفسي ، وعلم النفس الاكلينيكي ، والقياس النفسي ، أمراض التخاطب ، العلاج الطبيعي ،الاخصائي النفسي ، الأخصائي الاجتماعي ، واخصائي الإرشاد النفسي (عثمان فراج ، ١٩٩٦ ، العدد(٤٦) ، ١٤).

و تستخلص الباحثة مما سبق أن الاوتيزم :-

- ١- ليس نوعاً من الإعاقات العقلية كالتخلف العقلي .
- ٢- ليس نوعاً من الأمراض العقلية كالذهان ..
- ٣- ليس نوعاً من إعاقات التخاطب .
- ٤- ليس نوعاً من الإعاقات السمعية كالصمم و البكم .
- ٥- لا يدخل ضمن نطاق زملة "ريت - اسبيرجر - الكروموزوم X الهش" فهي تعتبر من الاضطرابات النمائية الشاملة و لكنها تختلف عن زملة أعراض الاوتيزم .
- ٦- ليس نوعاً من العبقرية المصحوبة بشذوذ في السلوك .

بروفيل شخصية الطفل الاوتيسك :-

عند رسم بروفيل لشخصية الطفل الاوتيسك ، نُعرف أولاً من هو الطفل الاوتيسك ، ويتم ذلك بعرض ما ذكر في دوائر المعارف و القواميس العربية و آراء العلماء حول هذا التعريف ، ثم يتم عرض أهم الخصائص أو السمات للطفل الاوتيسك كما وردت في الدراسات السابقة .

من هو الطفل الاوتيسك ؟

يعتبر مصطلح الطفل الاوتيسك Autistic child جديداً نسبياً و لم يصل لمرحلة الاستقرار على المصطلح المقابل في اللغة العربية ، فيطلق عليه البعض الطفل الذاتوي أو الذاتى، والبعض الآخر يطلق عليه الطفل التوحدي أو المتوحد ، و البعض الثالث يسميه الطفل الاجتراري ، و يمكن عرض هذه التعريفات على النحو التالي :-

(أ) الطفل الذاتوي :-

يعرفه عبد المنعم الحفني بأنه :-

"طفل منسحب بشكل متطرف ، يلعب لساعات طويلة في أصابعه أو بقصاصات الورق ، يبدو عليه الانصراف عن هذا العالم إلى عالم خاص به من صنع خياله " (عبد المنعم الحفني ، ١٩٧٨ ، ٨١) .

و يعرفه أحمد عكاشة بأنه :-

" لديه خلل في التفاعل الاجتماعي و التواصل اللفظي و غير اللفظي ، و كثير منهم يظهرون الفزع و الخوف و اضطرابات النوم و الأكل و نوبات المزاج العصبي و العدوان وإيذاء الذات مثل عض الرسغ ، كما أن أغلبهم يفتقدون التلقائية و المبادرة والقدرة على الابتكار في شغل أوقات فراغهم و يجدون صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية على اتخاذ القرار في العمل (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ٦٤٢) .

و يعرفه محمود حمودة بأنه :-

"لديه خلل في التفاعل الاجتماعي ، حيث يفشل في تنمية علاقات مع الآخرين و قصور في الاستجابة للآخرين و الاهتمام بهم ، نقص التواصل بالعينين والوجه ، وكراهية التلامس الجسماني ، خلل في التواصل اللفظي والنشاط التخيلي ومقاومة غريبة للتغيرات الطفيفة التي تظهر في البيئة " (محمود حمودة ، ١٩٩٣ ، ٩٨ - ٩٩) .

أما فرج عبد القادر فيعرف الطفل الذاتوي بأنه :-

"يبدأ حياته و هو في حالة انطواء ذاتي تام ثم يمر بمرحلة التمرکز حول الذات و هو في المرحلة الذاتية طفل شديد الانطواء .و قد تمر الساعات و هو منصرف عن العالم الواقعي منكفئاً على نفسه عبر المتخيل و يتصف بعدم القدرة على تكوين علاقات مع الآخرين ، لذلك فإن قدرته على الكلام تغدو محدودة. و هذا الطفل زمانيته مهتزة مما يشير إلى نقصان الإحساس بالصيرورة " (فرج عبد القادر ، ١٩٩٣ ، ٣٤٣) .

(ب) الطفل التوحدي :-

يعرفه فاخر عاقل بأنه :-

"طفل منكب على ذاته ومنسحب من العالم ، والأطفال المتوحدون قد يجلسون ويلعبون ساعات بأصابعهم مثلاً أو بأوراقهم ، أنهم يبدون ضائعين في عالم من الخيالات الداخلية " (فاخر عاقل ، ١٩٨٨ ، ٤٥) .

(ج) الطفل الاجتراري :-

يعرفه عماد عبد الرازق بأنه :-

كما جاء في وصف كانر (١٩٤٣) ، اسبيرجر (١٩٤٤) " الشخص الذى يهتم بنفسه فقط ، وردود الفعل لديه ذاتية وبذلك تكون محدودة وضيقة المجال ، وغير قادر على الاتصال بالآخرين مع تأخر تطور مفهوم الذات لديه " (عماد عبد الرازق ، ١٩٨٧ ، ٨٦) .

ويعرفه جابر عبد الحميد وعلاء كفاي بأنه :-

" الطفل الذى فقد الاتصال بالآخرين أو لم يحقق هذا الاتصال قط ، وهو منسحب تماماً ومنشغل انشغالا كاملاً بخيالاته وأفكاره وبأنماط السلوكية المتمثلة في برم الأشياء أو لفها و الهززة ، وعجزه عن تحمل التغير و لديه عيوب في النطق والخرس الظاهري " (جابر عبد الحميد ، وعلاء كفاي ، ١٩٨٨ ، ٣١٦) .

وبملاحظة التعريفات السابقة ، نجد أنها تتفق على أن " الانسحاب أو الانغلاق على الذات وعدم تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين والعجز عن تحقيق تواصل لفظي أو غير لفظي عناصر أساسية في تعريف الطفل الاوتيستك والاختلاف الوحيد بينهم في التسمية أو الترجمة العربية للمصطلح، فالذين اعتبروه طفلاً ذاتوياً أو توحدياً أو اجترارياً إنما يعكسون وجهات نظر فردية في التسمية فقط ، أما المضمون فهو واحد لدى الجميع - وإن كانت هناك إضافات طفيفة من البعض بهدف زيادة الفهم والإيضاح لسمات هذا الطفل .

ولذا ترى الباحثة أنه لا داعي لهذه التسميات العديدة التي تعنى نفس الشيء ، حتى لا يحدث لبس للقارئ فالأفضل أن نستخدم المصطلح الأجنبي وهو الطفل الاوتيستك Atuistic Child حتى يستقر العالم العربى على ترجمة واحدة له . والجدير بالذكر - أن مصطلح الطفل الاوتيستك أصبح هو الأكثر استخداماً في مراكز الإعاقات التي تقوم بتدريب هؤلاء الأطفال ، وكذلك بين أسر هؤلاء الأطفال ، فلم يصبح غريباً على أذان المتخصصين المهتمين بهؤلاء الأطفال .

وتتبنى الباحثة تعريف ساكين وآخرون للطفل الاوتيستك والذى عبر فيه عن أراء كانر ، روتر ، ريميلاند بأنه " طفل غير قادر على التكيف مع الجماعة ، لا يهتم بردود الفعل العاطفية تجاه الآخرين بما فيهم الوالدين ، لديه انعزالية شديدة وانسحاب من الواقع المادى ، يميل إلى النمطية الشديدة في الحديث والحركة والإصرار على ثبات الأشياء وعدم قبول التغير في البيئة المحيطة - حتى ولو كان طفيفاً ، كما أنه يتمتع بذاكرة جيدة للمكان والزمان " (S ahakin , et als , 1986 , 282) .

سمات الأطفال الاوتيستك Characteristics of Autistic Children

يتسم الأطفال الاوتيستك بالعديد من السمات التي يمكن الاستدلال منها على هؤلاء الأطفال ومنها العجز الاجتماعى ، العجز اللغوى ، قصور الادراك الحسى ، السلوكيات النمطية، إيذاء الذات ، السلبية ، التفكير الاجترارى ، قصور في السلوك التوافقى ، حدة المزاج ، الخوف والقلق و بعض المهارات الخاصة . وكل سمة من هذه السمات يندرج تحتها عدد من السمات الفرعية ، وليس من الضروري أن تتوافر كل السمات الفرعية في كل حالة اوتيزم ، لذا فقد يظهر تباين في حالات الاوتيزم - حيث تظهر بعض السمات الفرعية في حالة والبعض الآخر في حالة أخرى ، ويمكن عرض السمات الرئيسية للأطفال الاوتيستك وما تشتمل عليه من سمات فرعية على النحو التالي :-

١- العجز الاجتماعى Social defect

حاول كلين وآخرون Klin , et als التعرف على أسباب الإصابة بالعجز الاجتماعى في الاوتيزم ، فظهرت فروض متعددة لتفسيره ، فقد اعتبره كانر (١٩٤٣) ناتج من اضطراب في التواصل الفعال ، بينما روتر Ruttre (١٩٧١) اعتبره ناتج من الإصابة بالعجز

اللغوي ، أما أورينيتس (Orinits ١٩٨٩) فقد أشار بأنه يرجع إلى شذوذ في الإدراك الحسي والبعض أشار إلى العوامل العضوية كعوامل مسببة للإصابة ، فتحدث بريور Prior (١٩٧٩) عن الخلل الوظيفي في النصف الأيسر أو الأيمن من المخ ، ونتيجة لتعدد الآراء المفسرة للإصابة بالعجز الاجتماعي في حالات الاوتيزم ، فما زال السبب الرئيسي في تفسيره غير محدد (Klin , et als , 1992 , 863) .

وقد درس أوزونوف وآخرون Ozonoff , et als طبيعة العجز الاجتماعي لدى الأطفال الاوتيسك ، فوجدوا أن ٨٠ % من الاوتيسك غير قادرين على التنبؤ بمعتقدات الآخرين ، كما أنهم أقل قدرة من العاديين في التمييز بين السمات العقلية والجسمية وفهم الوظائف العقلية للمخ ، ووجدوا أن الأطفال الاوتيسك يمكنهم التنبؤ برغبات الآخرين في حالة كون هذه الرغبات مرتبطة بحاجاتهم وعواطفهم ويتم ذلك بصعوبة بالغة (Ozonoff , et als , 1991, 1082) . ويرى بارون وآخرون Baron , et als (١٩٨٩) أن السلوكيات الاجتماعية التي لا تتطلب التعرف على معتقدات ورغبات الآخرين لا يعاني الاوتيسك من عجز فيها (Ozonoff , et als , 1991, 1082) .

ويفسر بريور وآخرون Prior , et als عجز الاوتيسك عن التنبؤ بمعتقدات الآخرين ، بأن العجز الاجتماعي ينتج عن قصور أو عجز في أجزاء محددة منها المعرفة والمستويات العقلية للذات والآخرين يترتب على ذلك قصور في مهارة التصور أو ما وراء الوصف Metarepresntational وبذلك يظهر الاوتيسك بأنه غير قادر على فهم قصصاً مصورة تتطلب تخميناً لنوايا أو مقاصد الآخرين ، كما أنه لا يستطيع أن ينسب اعتقاداً خاطئاً للآخرين (Prior , et als , 1990 , 588) .

ويتصف الأطفال الاوتيسك بمجموعة من السمات الفرعية التي تعبر جميعها عن الإصابة بالعجز الاجتماعي وتناولتها دراسات عديدة; (Joan R. , 1980 ; Losche G. , 1990 ; Prior , et als , 1990 ; Ozonoff , et als 1991; Klin, et als , 1992 ; Sodian, Frith, 1992; Mcdougale, et als , 1995)

ويمكن عرضها على النحو التالي :-

- ١- قصور أو عجز في تحقيق تفاعل اجتماعي أو اتصال اجتماعي متبادل .
- ٢- رفض التلامس الجسدي وعدم الرغبة في الاتصال العاطفي البدني .
- ٣- قصور في فهم العلاقات الاجتماعية والتزاماتها .

- ٤ - عدم التأثر بوجود الآخرين أو الاقتراب منهم .
(Joan R. , 1980 ; Losche G. , 1990) .
- ٥ - عدم الرغبة في تكوين صداقات أو علاقات مع الآخرين بما فيهم أسرهم .
- ٦ - قصور في التواصل البصري ، فيتجنب النظر في وجه شخص آخر .
- ٧ - عدم الاستجابة لانفعالات الآخرين أو مبادلتهم نفس المشاعر .
(Prior, et als, 1990 ; Ozonoff , et als 1991) .
- ٨ - لا يرد الابتسامة للآخرين ، وإذا ابتسم تكون الابتسامة للأشياء دون الأشخاص .
- ٩ - يفضل العزلة عن الوجود مع الآخرين ولا يطلب من أحد الاهتمام به .
- ١٠ - يفضل اللعب بمفرده عن اللعب مع الآخرين ، وغالباً أعباه غير هادفة .
(Klin , et als 1992 , 861 ; Dianne , 1992 , 8-9) .
- وأشار كلين وآخرون Klin , et als بأن دراسات تجريبية كثيرة اهتمت بتتمية الجوانب الاجتماعية المختلفة لدى الفرد الاوتيسك ، فقد ركز كل من سيجمان وآخرون S i gman, et als (١٩٨٤) و شابيرو وآخرون Shapiro ,et als (١٩٨٧) على تنمية سلوكيات الصداقة ، بينما اهتم سيجمان وآخرون في دراسة أخرى (١٩٨٦) بالتدريب على التفاعل الاجتماعي ، أما دراسات هوبسون Hobson (١٩٨٦) فقد اهتمت بتتمية مهارات التواصل غير اللفظي المتمثلة في فهم تعبيرات الوجه الدالة على مشاعر (الفرح ، الحزن) ، و تناول ، أنجير ، سيجمان U ngere , Sigman (١٩٨١) ، اللعب الرمزي ، أما بارون - كوهين Cohen-B aron (١٩٨٩) فقد اهتم بتتمية جوانب المعرفة الاجتماعية المتمثلة في الإدراك ، التفكير و التذكر الاجتماعي (Klin , et als , 1992 , 862) .

٢ - العجز اللغوي Language defect

أوضحت التقارير الصادرة عن دراسات روتر Rutter (١٩٦٨ - ١٩٨٣) أن العجز المعرفي لدى الأطفال الاوتيسك يظهر في العجز اللغوي ، صعوبات التعلم ، عدم القدرة على التفكير المنطقي ، صعوبات الكتابة . وهذا العجز لا يرجع إلى الإصابة بالاوتيزم بل هو المسبب الرئيسي في ظهور عدد من الخصائص الشاذة التي تميز الأفراد الاوتيسك .

كما أن روتر لا يعتبر أن العجز في استقبال اللغة ، و الإدراك المعرفي الشاذ كافيا لتفسير الإصابة باللاوتيزم بل يفضل إضافة العجز الاجتماعي كعامل ثانوي في العوامل المسببة و هذا يفسر عدم القدرة على الاستجابة لمثير وجداني أو ذو دلالة اجتماعية ، والقصور في العمليات المعرفية المتعلقة بالإحساس الكلي (Sahakian , et als , 1986 , 284) .

و يرى راموندو و ميليك Ramondo , Milech أن العجز اللغوي لدى الأطفال اللاوتيستك يتمثل في عدم فهم معاني الكلمات و عدم القدرة على استخدام قواعد اللغة ، كما أشار راموندو وزميله إلى أن الفروق بين اللاوتيستك و الغاديين لا تختلف عن الفروق بين ذوي التخلف العقلي و العاديين في عناصر العجز اللغوي التي تم الإشارة إليها (Ramondo , Milech , 1984 , 95) .

و قد وجد سزاتماري و آخرون Szatmari , et als أن ثلث أفراد عينة دراسته من الشباب اللاوتيستك الصغير استمروا يعانون من مشكلات التواصل أو اللغة غير العادية ، بالإضافة إلى أن ثلث آخر من أفراد العينة كانت اللغة لديهم في انحدار مستمر و كان لديهم صعوبات في إجراء محادثة كاملة مع الآخرين . و نشر في التقرير الصادر عن هذه الدراسة أن الصعوبات في اكتساب اللغة لدى اللاوتيستك تظهر لدى كل من ذوي القدرات العقلية المحدودة أو المرتفعة ، و لكنها تكون قليلة لدى ذوي القدرات العقلية المرتفعة بالمقارنة بالآخرين (Szatmari , et als , 1989,225) .

أما سيسان و آخرون Secan , et als فيروا أنه يمكن التمييز بين حالات اللاوتيزم والحالات الشبيهة باللاوتيزم Autism Like على أساس العجز اللغوي المتمثل في عدم القدرة على إنتاج اللغة أو الاستجابة لها ، فكانت أشد في حالات اللاوتيزم بالمقارنة بحالات " شبيهة باللاوتيزم " ، و يوصي سيسان و آخرون بضرورة تطوير العديد من استراتيجيات التدريس الفعال لتنمية المهارات اللغوية لدى اللاوتيستك (Secan , et als , 1989, 181) .

و قد قام أوزونوف و آخرون بفحص نموذج القدرات المعرفية لدى اللاوتيستك ، فوجدوا أن العجز المعرفي يظهر في الأداء الإجرائي الذي حدده " بالقدرة على التوصل إلى حل مناسب لمشكلة ما يساهم في تحقيق الهدف المرغوب " و هذا يتطلب توافر مهارات " التخطيط - الاستمرارية - البحث المنظم - مرونة الفكر و العقل " و يرى أوزونوف أن سمات اللاوتيستك تتفق مع أوجه القصور في الأداء الإجرائي المتمثلة فيما يلي : -

عدم المرونة ، العنف ، الثورة على أي تغيير طفيف في البيئة ، التصميم على اتباع الروتين اليومي ، قلة الاهتمامات ، عدم التفكير في المستقبل وعدم توقع العواقب على المدى البعيد (Ozonoff , et als , 1991 , 1083) .

و يمكن استخلاص أهم المشكلات المرتبطة بالعجز اللغوي لدى حالات الاوتيزم من خلال الدراسات التي أجراها كل من : -

(Kanner , 1973 , Brizant , 1979 ; Chock , 1979 ; Rutter , 1983 ; Ramondo, Milech , 1984 ; Sahakian , et als , 1986 ; Secan , et als , 1989 ; Ozonoff , et als , 1991 ; Dianne , 1992)

- ١- قصور في فهم كثير من المفاهيم أو معاني الكلمات التي يتلقونها من الآخرين .
- ٢- قصور في تعميم المفاهيم التي يتلقونها من الآخرين .
- ٣- قصور واضح في القدرات التعبيرية لدرجة أن ما يقولونه يبدو غريباً أو غير مرتبط بموضوع الحديث .
- ٤- الفشل في الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة إليهم . (Prizant , 1979 , 4592-B)
- ٥- الميل إلى التفسير الحرفي لما يقال لهم يترتب عليه مشكلات اجتماعية كثيرة عند التفاعل مع الآخرين .
- ٦- الاستخدام المضطرب للكلمات غير المناسبة للحوار ، فكثيراً ما نلاحظ أنهم يرددون عبارات سبق لهم أن سمعوها في الماضي البعيد ، ويمكن وصف أسلوبهم في الحديث بأنه كوميدي أو ديكتاتوري أو متطاول على الآخرين .
- ٧- ترديد الكلام Echolalia هي صفة مشتركة لدى الاوتيسك الذين يتكلمون ، فعندما يوجه له سؤال تكون الإجابة بنفس السؤال ، مثلاً ما اسمك ؟ يجيب ما اسمك ؟ فهذا الترديد يشير إلى رغبة هؤلاء الأطفال في التواصل مع الآخرين والرغبة في التعبير عن أنفسهم و إن كان يشير في نفس الوقت إلى انخفاض القدرات التعبيرية لديهم . (Chock , 1979 , 1019 - A)
- ٨- عدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة وعدم فهم النكات والتورية في الألفاظ .
- ٩- عدم القدرة على الربط بين المعنى والشكل والمضمون والاستخدام الصحيح للكلمة .
- ١٠- عدم القدرة على تقدير تأثير حديثهم على الآخرين سواء كان في الأسلوب أو المحتوى فلا يدركون متى يتحدثون ومتى يتوقفون للاستماع . (Szatmari , et als , 1989 , 224)

- ١١- عدم القدرة على بدء محادثة مع الآخرين أو الاستمرار في محادثة .
- ١٢- قصور في استخدام الضمائر فيشير إلى نفسه بضمير أنت مثلا عند سؤاله "أنت عايز بسكويت يقول أنت عايز بسكويت" و هذا يدل على رغبته في الحصول على بسكويت .
- ١٣- قد يستخدم جملة كاملة ليعبر بها عن أحد الأشياء بسبب الموقف الذي سمع فيه هذه الجملة لأول مرة .
- (Sahakian , et als , 1986 , 283 - 284) .

و يشير داين بأن العجز اللغوي لدى الاوتيستك يترتب عليه قصور في التواصل اللفظي مع الآخرين ، و قد تم إيضاحه في المشكلات السابقة - يضاف إلى ذلك أن الاوتيستك يعاني من قصور في التواصل غير اللفظي و المتمثل في : -

عدم التواصل البصري ، تعبيرات الوجه لا تعكس الحالة الانفعالية له ، غياب التلميحات أو الإيماءات أو الإشارات أو الابتسامات و إذا ظهرت تكون غير مناسبة اجتماعيا (Dianne , 1992 , 10) .

٣- قصور الإدراك الحسي perceptual Inconsistency

تشير دراسات وبستر و آخرون Webster , et als أن الطفل الاوتيستك يبدو و كأن حواسه أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي فيبدو كأنه لم ير أو يسمع أو يحس أو يتذوق أي شيء (Webster , et als , 1980) .

و يرى أوجرمان أن هؤلاء الأطفال يظهرون أحيانا طرشا فعلا أو صمتا متعمدا يستخدمونها كأسلحة ذات قيمة لأنها تغيظ الآباء و تريح الطفل من المسؤولية الخاصة بالتعلم والإثارة ، لذا فإن حوالي ٨٠% من آباء و أمهات هؤلاء الأطفال يرفضون فكرة إصابة أبنائهم بإعاقة الاوتيزم معتقدين أنهم يعانون من اضطرابات في السمع أو تأخر في الكلام أو عجز بصري ، و اعتقد البعض بوجود خلل في العتبة الحسية لدى أبنائهم لعدم اظهارهم ردود أفعال تجاه المثيرات المؤلمة جسديا أو الشاذة صوتيا (O' Gorman , 1970 , 112) .

و نظرا لعدم قدرة الاوتيستك على التحدث عن الألم الجسماني الذي يمكن أن يتعرض له ، فقد أشار بيرس دورف Biersdorff (١٩٩٤) إلى أن عددا من الأفراد الاوتيستك أصبحوا مرضى سواء بخراج في الأسنان أو أمراض في المعدة أو حتى التهاب الزائدة الدودية .

و يمكن استخلاص أهم سمات الاوتيسم المرتبطة بقصور الإدراك الحسي من خلال دراسات أوجرمان (١٩٧٠) ، كاتر (١٩٧٣) ، وبستر وآخرون (١٩٨٠) ، كريستين مايلز (١٩٩٢) :-

- ١- الميل إلى الاستجابة لبعض المثيرات بشكل غير طبيعي ، فيبدو كأنه مصاب بالصمم أحيانا فلا يستجيب لنداء الآخرين عليه ، بينما يستجيب لبعض الأصوات الخافتة جداً مثل صوت كيس الشيبسي أو البونبوني أو الشيكولاتة عند فتحه أو أصوات الموسيقى المحببة إليه.
- ٢- عدم التقدير للمخاطر التي يمكن أن يتعرض لها عند الاقتراب من أماكن الأدخنة الكثيفة أو الحرائق أو الاصطدام بشدة في الحوائط و السقوط على الأرض أو المسك بالأجسام والأسطح الساخنة جداً أو الباردة جداً ، و عدم ظهور أي ردود فعل تجاه هذه المخاطر .
- ٣- يأكل أو يمص المواد المنفردة دون أن يظهر اختلافاً في ردود الفعل .

(Webster ,et als , 1980 , 227 , Kanner , 1973) .

- ٤- يبدو كأنه لم يسمع أو يرى إذا مر أمامه شخص و ضحك أو سعل أو نادى فلا يعط انتباه لهذه الأصوات .

- ٥- يميل إلى تجاهل الأصوات الشديدة في حين ينجذب إلى صوت تحريك لعبة أو جرس باب، كما أن بعض الأصوات تزعجه بدرجة شديدة مثل نباح كلب أو صوت موتوسيكل في حين أنه لا يبدي أي حساسية نحو صوت صراخه أو صياحه .
- (كريستين مايلز ، ١٩٩٢ ، ١١٩) .

- ٦- يستطيع الانسحاب و الانفصال عن الأصوات و المناظر و الروائح و الآلام و كذلك الانسحاب عن الناس (O'Gorman , 1970 , 111) .

٤- السلوك النمطي المتكرر stereo typed

إن الملاحظ للأطفال الاوتيسم يجد أنهم ينغمسون لفترات طويلة في أداء سلوكيات غير هادفة تتسم بالتكرار و الرتابة و الميل إلى النمطية سواء في الحركة أو الأداء ، وخاصة في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة .

و يعرف عماد الدين سلطان النمطية بأنها " حركات الجسم الرتيبة ، التي تتكرر و تتكرر وتحدث هذه الحركات في الوجه غالباً و تتضمن التجهم أو الابتسام و الأوضاع الشاذة للرأس و الرقبة " (عماد الدين سلطان ، بدون تاريخ ، ٢٨) .

و يرى عثمان فراج أن هذه الأفعال و الأنماط السلوكية التي يمارسها الطفل الاوتيسك ليست استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استشارة ذاتية تبدأ و تنتهي بشكل مفاجئ تلقائي ثم يعود مرة أخرى إلى وحدته المفرطة و انغلاقه التام على نفسه و عالمه الخيالي و رغبة قلقة متسلطة في البقاء طويلا على حالته كما هي Status quo (عثمان فراج ، ١٩٩٤ ، العدد (٤٠) ، ٥) .

أما وبستر و آخرون فقد استخدموا مصطلح الانشغال بالتوافه Twiddling behavior ليشيروا به إلى نزعة الطفل الاوتيسك نحو بعض السلوكيات الشاذة التي تتسم بالتكرار و النمطية (Webster , et als ,1980) .

و يمكن استخلاص أهم السلوكيات النمطية التي يمارسها الأفراد الاوتيسك و التي أشار إليها كل من وبستر و آخرون (١٩٨٠) ، ساكين و آخرون (١٩٨٦) ، لوسكى (١٩٩٠) ، سميرة السعد (١٩٩٢) ، عثمان فراج (١٩٩٤) ، ماسدوجل و آخرون (١٩٩٥) :-

- ١- الانشغال باللعب بالأصابع أو أحد أعضاء الجسم أو لوى خصلات الشعر.
- ٢- حركات لاإرادية باليد لإثارة الذات منها رفرفة اليدين أو لف اليدين بانتظام بالقرب من العينين ، الطرق بإحدى اليدين على رصغ اليد الأخرى.
- ٣- السير على أطراف الأصابع أو المشي بطريقة ما كأن يسير إلى الأمام خطوتين و إلى الخلف خطوتين ، أرجحة الأرجل أثناء المشي ، الضرب بالقدمين على الأرض ، الدوران حول نفسه باستمرار دون إحساس بالدوخة أو الدوار .
- ٤- إدارة الرأس إلى الأمام و إلى الخلف أو هز الجسم للأمام و الخلف .
(سميرة السعد ، ١٩٩٢ ، عثمان فراج ، ١٩٩٤) .
- ٥- المداومة على قرص أو عض يديه أو حك و خبط رأسه في الحائط أو أي شيء صلب.
- ٦- الجلوس فوق المنضدة و النظر إلى الأرض لفترات طويلة من الوقت .
- ٧- التمسك بلعبة وحيدة من لعبه و هي غالبا ذات الإيقاع الرتيب أو التي تصدر حركة أو صوت .

(Webster , et als , 1980 ; Sahakian , et als , 1986) .

٨- إظهار تعبيرات و حركات غريبة في الوجه كالغمز بالعين أو الابتسامة العريضة أو التكتشيرة .

٩- إصدار نغمة أو صوت أو همهمة بشكل متكرر .

١٠- النظر لفترات طويلة في اتجاه معين نحو مصدر ضوء أو صوت قريب أو بعيد أو نحو بندول ساعة الحائط أو ساعة تدق .

١١- تكرار كلمة أو عبارة ما دون توقف لمدة طويلة مثل الباقي ، آه ، عين ، الله .

١٢- تدوير الأشياء على الأرض أو رصها في صفوف مستقيمة تعوق حركة الآخرين .

(Losche , 1990 ; Mcdougale , et als , 1995 , Sharyn Neuwirth ,et als, 1999,7) .

٥- السلوكيات القسرية - الطقوسية Compulsive ritualistic

تشير دراسات يونج ودوجلاس Young , Douglas ، ماسدوجل وآخرون , Mcdougale et als أن الطفل الاوتيسك يصر على تنفيذ الروتين اليومي الذي اعتاد عليه بطريقة قسرية دون أي تغيير - وإذا حدث تغيير في البيئة المحيطة به حتى لو كان طفيفا يدخل في ثورة عارمة من الغضب والصراخ و إيذاء النفس و الآخرين .

ومن أمثلة الأفعال القسرية الطقوسية التي يمارسها الأطفال الاوتيسك ما يلي :-

١- الإصرار على جلوس الأفراد في أماكن معينة عند تناول الطعام ، و رفض تغيير هذه الأماكن مهما كان السبب .

٢- الإصرار على أن يسلك طرقا معينة عند الخروج لشراء شيئا ما ورفض تغييرها .

٣- غلق الأبواب و النوافذ بإحداث أصوات معينة و مزعجة و الإصرار على إعادة غلقها إذا اختلف الصوت في إحدى المرات .

٤- الإصرار على ارتداء نفس الزي أو نفس اللون في كل مرة يخرج فيها .

٥- الإصرار على تناول أطعمة بعينها و رفض تغييرها بأطعمة غير معروفة لديه .

(Young , Douglas , 1980, 1936-B ; Mcdougale , et als , 772) .

٦- الإصرار على عدم تغيير مكان أي قطعة أثاث في المنزل إلى مكان آخر ، فإذا نقل كرسي أو فائدة من مكانها إلى مكان آخر ، يدخل في ثورة غضب لا تنتهي إلا بعودة كل شيء مكانه .

٧- الإصرار على اتباع أسلوب ما في مقابلة أو تحية الآخرين لا يغيره مهما كان السبب .

٨- الإصرار على ممارسة طقوساً معينة تعود عليها قبل أن ينام مثل [عدم دخول السرير قبل أن يسمع دقة الساعة أو المنبه ، غلق باب الحجرة ، اللعب ببعض الأشياء على السرير ، الإمساك بلعبة معينة في يده و هو نائم ، ضرورة النوم على رجل الأب أو الأم مع الهزهزة ، شرب كوب عصير أو كوب لبن قبل النوم].

٩- التعلق إلى حد الهوس بأشياء معينة مثل التعلق بكوب أو فنجان يشرب فيه دائماً ، قطعة أثاث ، شريط نيجاتيف ، زجاجة شامبو فارغة ، أنبوبة معجون فارغة و أي أشياء من هذا القبيل فإذا فقدتها أو أخذت منه يصبح تعيساً و حزينا .

(Young , Douglas , 1980, 1936-B ; Mcdougale , et als , 772) .

٦- العدوان - إيذاء الذات Aggression - self Destructive

تشير دراسات وبستر وآخرون أن أكثر من ٦٥% من الأطفال الاوتيسك يظهرون سلوكاً تدميراً وعدوانياً تجاه الذات و الآخرين ، فيعضون أو يضربون أنفسهم ، و في بعض الحالات يكون هذا السلوك تدميراً حاداً كأن يطرق الطفل رأسه بقوة لدرجة تسيل الدماء من جبهته و رأسه ، ولا تجدي محاولات العقاب من الوالدين تجاه هذا السلوك (Webster , et als , 1980 , 227) .

و بالرغم من أن الطفل الاوتيسك قد يمضي ساعات طويلة مستغرقاً في أداء حركات نمطية أو منطوية على نفسه لا يكاد يشعر بما يجري حوله ، فإنه أحياناً ما يثور في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو أصدقاء الأسرة أو المتخصصين العاملين على رعايته و تأهيله أو نحو ذلك ، و يصف عثمان فراج هذا السلوك العدواني بالبدائية كالعض والخدش والخربشة (عثمان فراج ، ١٩٩٤ ، العدد (٤٠) ، ٦-٥) .

يمكن استخلاص أهم السلوكيات العدوانية التي يمارسها الطفل الاوتيسك من خلال دراسات وبستر وآخرون ، داين ، عثمان فراج على النحو التالي:-

١- يعرض نفسه حتى يدمى أو يطرق رأسه في الحائط أو يعرض الأثاث بما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام .

٢- يكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه .

٣- يتلف بعض الأشياء بسكبها على الأرض مثل (الطعام - السكر - الملح - اللبن - الماء) أو بتمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس ، بإلقاء بعض الأدوات من النوافذ ، تكسير لعبه أو أثاث المنزل .

(Webster , et als , 1980 , 227) .

٤- يسبب إزعاج مستمر للمحيطين به بكثرة صراخه و عمل ضجة مستمرة ، و عدم النوم ليلاً لفترات طويلة .

٥- يقفز من فوق الأسطح المرتفعة مما يؤدي إلى إصابته بالكدمات .

٦- يجرح أصابعه نتيجة لتعامله مع المواد الصلبة و الحادة ، كما أنه ينخر باستمرار في هذه الجروح مما يسبب تقرحها و صعوبة التئامها .

(Dianne , 1992) .

٧- يقترب و يمسك بالمصادر الكهربائية ذات التردد العالي .

٨- يجلس فوق الأسطح الساخنة جداً أو الباردة جداً .

(عثمان فراج ، ١٩٩٤ ، العدد (٤٠) ، ٥-٦) .

٧- السلبية - عدم الطاعة Negative - non compliance

يشير عثمان فراج بأن الطفل الاوتيستك يتسم بالسلبية و عدم الطاعة ، فلا يستجيب لأي رجاء أو أمر أو تكليف ، كما يرفض الإجابة على أي سؤال حتى إذا كانت حصيلته اللغوية تسمح له بالإجابة ، يضاف إلى ذلك أنه لا يتجاوب مع أحاسيس و مشاعر الآخرين و غالباً لا تصدر منه أصواتاً تعبيراً عن الاستجابة لأمر ما إلا بشكل محدود في مداه و تكراره ، و يتفق الكثيرون على فشل محاولات تعليم الطفل الاوتيستك الإيجابية و الطاعة إذا كانت إعاقته شديدة و يصاحبها تخلف عقلي (عثمان فراج ، ١٩٩٥ ، العدد (٤١) ، ٣-٤) .

و يرى ني و ميليفل Ney , Mulvihill أن الطفل الاوتيسك يتجاهل الأصوات و مخاطبة الآخرين ، فيبدي عدم الاهتمام بهم و كأن الأمر لا يمثل أهمية بالنسبة له ، فلا تعدو مجرد كونها أصواتاً كأصوات السيارات على الطريق أو رزاز المطر على النوافذ

(Ney , Mulvihill , 1985 , 241) .

و قد اعتبر كل من ويكس و آخرون Weeks , et als (١٩٨٧) ، هوبسون Hobson (١٩٨٨) أن النقص في الشعور العاطفي تجاه الآخرين من جوانب السلبية لدى الاوتيسك و يظهر ذلك القصور في التعبير عن العمليات العاطفية أو الانفعالية ، و بصفة عامة يعاني الاوتيسك من اضطرابات انفعالية ، و لكن تقارير هذه الدراسات بأن العجز في الشعور العاطفي لا يمكن أن يكون السبب في حدوث الإصابة بالاوتيزم بل يمكن أن يكون انعكاساً للأداء الوظيفي للعمر العقلي اللفظي (Ozonoff , et als , 1991 , 1082) .

و من أهم عناصر سلبية الطفل الاوتيسك ما يلي : -

- ١- يلعب بين الأطفال و ليس معهم .
- ٢- يقاوم تعلم أي مهارة جديدة .
- ٣- يبدو أنه يفهم إشارات الآخرين و كلامهم و لكنه لا يرغب في الاستجابة .
- ٤- يرفض الدخول في أي علاقة مع الأم أو بديلتها .

(Ney , Mulvihill , 1985 , 242) .

٨- التفكير الذاتي أو الاجتراري Autistic thinking

يتسم تفكير الأطفال الاوتيسك بالذاتية أو الاجترارية أو الانكباب على الذات ، و كلها مترادفات لطبيعة تفكير الاوتيسك ، و قد وردت في التراث العربي على النحو التالي : -
فيرى عبد المنعم الحفني أنه " تفكير يتسم بالانشغال بالذات ، حيث تسيطر رغبات الفرد وحاجاته على نشاطه العقلي ، بينما تسيطر طبيعة الأشياء و الأحداث في التفكير المنطقي " (عبد المنعم الحفني ، ١٩٧٨ ، ٨١) .

ويصفه جابر عبد الحميد وعلاء كفاقي بأنه " تفكير اجتراري يعبر عن عمليات تفكير نرجسية متمركزة حول الذات كأحلام اليقظة والاستغراق في الخيال على نحو لا علاقة له

بالواقع أو علاقته به ضئيلة ، وقد تكون هذه العمليات محاولة لاشباع الرغبات التي لا يسمح بها الواقع " (جابر عبد الحميد وعلاء كفاي ، ١٩٨٨ ، ٣١٧) .

ويتفق عثمان فراج مع هذه الآراء ، في وصفه لتفكير الطفل الاوتيستك بالاجترار المنكسب على الذات الذي تحكمه حاجات ورغبات النفس ، وتبعده عن الواقعية التي تحكمها الظروف الاجتماعية المحيطة ، فهو يدرك العالم المحيط في حدود الرغبات والحاجات الشخصية (عثمان فراج ، ١٩٩٤ ، العدد (٤٠) ، ٧) .

بالإضافة إلى ذاتية أو اجترارية تفكير الاوتيستك فقد أشار وبستر وآخرون أن تفكير هؤلاء الأطفال يتسم بالجمود والتصلب Concrete بمعنى أنه يتعامل مع البيئة بأساليب جامدة إما أبيض أو أسود فليس لديه حلا وسطا Webster,et als ,1980 , Sharyn Neuwirth ,et als (3, 1999) .

وتستخلص الباحثة أهم خصائص تفكير الأفراد الاوتيستك من خلال دراسات أوجرمان (١٩٧٠) ، بريزنت (١٩٧٩) ، مقالات عثمان فراج (١٩٩٤) على النحو التالي :-

- ١- الانشغال المفرط بالأفكار والتخيلات دون أى مبالاة أو إحساس بالآخرين .
- ٢- عدم الانتباه لما حوله ، فيعيش في عالمه الخاص في انغلاق على الذات وعجز عن الاتصال بالآخرين أو إقامة علاقة معهم .
- ٣- لا يدرك الفرق بين الاتجاهات (شمال-يمين-أعلى-أسفل-تحت-فوق) ، والأحجام (كبير-صغير) .

(O'Gorman , 1970) .

٤- لا يدرك المفاهيم المترتبة على تتابع الليل والنهار كأن يطلب الذهاب إلى الحضانة ليلا .

٥- يخلع ملابسه إذا شعر بحرارة الجو ولو كان في الشارع .

(Prizant , 1979) .

٦- لا يدرك الاختلاف بين الأم أو من يحل محلها .

٧- يتعامل مع أجزاء جسمه كأنها أشياء لدرجة إيقاع الأذى بها .

(عثمان فراج ، ١٩٩٤ ، العدد (٤٠) ، ٧) .

٩ - اختلال التناسق العضوى Physical incorrdination

يجد الملاحظ للطفل الاوتيسك أنه يظهر قصورا في أنماط سلوكية يستطيع أدائها الطفل العادى في نفس سنه ومستواه الاقتصادى والاجتماعى ، فيرى عثمان فراج أن الطفل الاوتيسك في عمر (٥-١٠) سنوات قد لا يستطيع أداء أعمال يقوم بها طفل طبيعى عمره الزمنى سنتين أو أقل .

فاللاوتيسك يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه ويحتاج لمن يطعمه أو يساعده في خلع وارتداء ملابسه ، كما أنه يعجز عن تجنب الأخطار ويرجع هذا القصور في الأداء الاستقلالى إلى عدم التناسق أو التأزر العضوى (عثمان فراج ، ١٩٩٤ ، العدد (٤٠) ، ٧).
و قد أشارت مارشيون أن صفة عدم التأزر العضوى تميز ذوي الضعف العقلي الشديد و من أهم خصائصها : -

١- يصعد و يتسلق الأماكن المرتفعة بأكبر قدر ممكن من الجهد المبذول .

٢- يغلب على طريقته فى الجري و القفز فقدان التأزر و النمطية .

٣- يمشي و يتحرك بطريقة بدائية تعوزها الرشاقة كطفل لم يتجاوز عامه الأول .

(Marchionne , 1982 , 35) .

٤ - لا يستطيع التحكم في أطرافه ، كما أنه يخطئ في استخدام اليد المناسبة لمصافحة الآخرين .

٥- يواجه صعوبة كبيرة فى استخدام أدوات الأكل و الشرب .

٦- يواجه صعوبة كبيرة في ارتداء و خلع ملابسه و حذائه .

٧- يواجه صعوبة كبيرة فى التدريب على عملية التبول .

(Marchionne , 1982 , 35) .

١٠ - نوبات الغضب و حدة المزاج Temper tantrums

يشير عثمان فراج أن الطفل الاوتيسك يمضي ساعات طويلة مستغرقا في أداء حركاته النمطية أو منطويا على ذاته لا يكاد يشعر بما حوله ، و إذا حاول أحد إيقافه عن الاستمرار في هذه الحركات أو اقتحام عزلته لإرغامه على الخروج منها فإنه يثور و يغضب

" كالثور الهائج " و يصدر سلوكا عدوانيا موجه نحو الشخص الذي حاول تغيير وضعه سواء كان أحد أفراد أسرته أو أحد أصدقاء الأسرة أو الأخصائي القائم بتدريبه ، و يستمر هذا السلوك لفترة حتى يتمكن المستول عن إيقاف هذه الثورة (عثمان فراج ، ١٩٩٤ ، العدد (٤٠) ، ٥ - ٦) .

وقد يدخل الطفل الاوتيستك في ثورة غضب دون سبب واضح حتى في لحظات سكونه أو أثناء وجوده بمفرده في إحدى غرف المنزل (Schopler , et als , 1980) .

و يصف كل من كانر (١٩٧٣) ، سكوبلر و آخرون (١٩٨٠) نوبات حدة المزاج لدى الطفل الاوتيستك بالسمات التالية : -

١- يستمر في حالة من الهياج الشديد يدمر خلالها أغلب ما حوله من أشياء .

٢- لا تظهر قبل حالة الهياج ما يبررها من أمور .

(Kanner , 1973) .

٣- يبكي و يصرخ دون سبب واضح .

٤- تظهر هذه النوبات غالباً عقب منع الطفل من ممارسة أنماطه السلوكية الشاذة .

(Schopler , et als , 1980) .

١١- الخوف من أشياء خاصة Fear

يشير سكوبلر و آخرون (Schopler , et als ١٩٨٠) أن الطفل الاوتيستك يخاف من أشياء غير مؤذية و لا تسبب الخوف للآخرين ، فمثلاً الطائرة أو مرور باص كبير أو نباح كلب أو مشاهدة أي حيوان يتحرك يسبب ذعراً وارتباكاً لا يمكن تجنب عواقبه إلا بالابتعاد عن رؤية هذه الأشياء ، ومما يزيد صعوبة الموقف إذا كان من المستحيل تجنب هذا الشيء الذي يخاف منه الطفل .

ومما يثير العجب ، أن هذا الطفل لا يخاف من الأشياء التي توجب الخوف وتحتاج الحذر كأن يسقط من الأماكن المرتفعة ، يلمس الأجسام الساخنة جداً أو الباردة جداً ، يقترب من مصدر الكهرباء ، يمشي في طريق السيارات دون المبالاة بأى خطر... وكل هذه النماذج تدل على أنه لا يدرك النتائج المحتملة لهذه السلوكيات (ناديه أديب ، ١٩٩٣ ، ١٤) .

١٢- النشاط المتصل Excessive Activity

أشارت دراسات كامبل وآخرون أن كثيرا من الأطفال الاوتيسك يظهرن نشاطا حركيا

زائداً Hyperactivity ، يمكن ملاحظته في السلوكيات التالية :-

١- يدير التلفزيون والراديو و المسجل وألعابه في وقت واحد .

٢- ينزل إلى الشارع لإرجاع ما سبق و اشتراه منذ قليل .

٣- يفتح الصنبور لينساب الماء في كل المصادر المائية معا .

(Campbell , et als , 1991 , 333) .

٤- لا يستجيب لمحاولات منعه أو إيقافه عن هذه السلوكيات .

٥- دائم الجري و القفز في المكان و التخطيط على قطع الأثاث بالمنزل .

٦- إذا تم إيقاف نشاطه الزائد بالقوة فيتحول إلى حالة من العزلة التامة أو النوم لفترات قليلة

جداً يعود بعدها لممارسة نشاطه الزائد دون توقف .

(Campbell , et als , 1991 , 333 - 334) .

و البعض الآخر من الأطفال الاوتيسك يميل إلى الكسل و الخمول الزائد لدرجة أنه لا

يمارس أي سلوك سوى الشرود و الاستغراق في عالم الخيالات (عثمان فراج ، ١٩٩٦ ،

العدد (٤٥) ، ٥) .

١٣- قدرات خاصة Special abilities

بالرغم من جوانب القصور المتعددة التي يظهرها الأطفال الاوتيسك ، إلا أن هؤلاء

الأطفال لديهم بعض المهارات و القدرات الخاصة التي تدهش من حولهم .

و تذكر سميرة السعد أنها رأت طفلاً أوتيسك عمره (١٢) سنة ياباني الجنسية يستطيع

عزف أي مقطوعة موسيقية حتى و لو كانت عالمية في ثواني بدون نوتة موسيقية بعد

سماعها لمرة واحدة ، و يستغرق في العزف كأي محترف آخر وطفل آخر ماهر في المسائل

الحسابية المعقدة فيستطيع التعرف على حاصل ضرب أو قسمة بدون استعمال آلة حاسبة مما

يذهل من حوله ، و في نفس الوقت لا يستطيع كتابة اسمه (سميرة السعد ، ١٩٩٣ ، ٣٩) .

و منهم من يكون ماهراً في تشغيل الآلات الكهربائية في عمر مبكر ، ومن يكون ماهراً في الرسم سواء نقلاً أو تخيلاً ، فقد رسم طفل إنجليزي اوتيستك عمره (١٠) سنوات تمثال الحرية الأمريكي عندما جلس أمامه لمشاهدته لأول مرة ، كما أنهم يتمتعون بذاكرة غير عادية خاصة الذاكرة البصرية المكانية ، فيستطيع هؤلاء الأطفال أن يعرفوا طريقهم موة أخرى للأماكن التي زاروها مرة واحدة فقط ، كما يعرفون طريق الأشياء التي تهمهم في بيوت لم يزوروها منذ عدة أعوام (نادية أديب ، ١٩٩٣ ، ١٦) .

ومن الملاحظ أن هذه المهارات أو القدرات (الموسيقى - الإعداد - الذاكرة البصرية و المكانية) لا تعتمد على اللغة .

و قد أشارت شاه ، فريث Shah , Frith أن الأطفال الاوتيستك يحققون أداءً متميزاً على اختبار رسوم المكعبات في حالة عدم تجزئة مواد الاختبار ، كما أن لديهم قدرة هائلة على تعلم و تذكر كلمات عشوائية غير مرتبطة أفضل من تعلم أو حفظ قطعة نثرية ذات معنى ، بالإضافة إلى ذلك فإن أداءهم على اختبارات الذكاء العملية المرتبطة بالمهارات الأكاديمية أفضل من أداء أقرانهم العاديين أو ذوي صعوبات التعلم

(Shah , Frith , 1993 , 1364) .

أدوات تشخيص و قياس الاوتيزم :-

تعددت و كثرت الأدوات المستخدمة في تشخيص الطفل الاوتيستك ، ورغم ذلك ما زال التشخيص معقداً و صعباً للغاية ، و يكرر عثمان فراج في مقالاته (١٩٩٤ - ١٩٩٦) أن ذلك يرجع إلى الغموض الذي يحيط هذه الإعاقة في جوانبها المتعددة سواء في تشابه أعراضها مع كثير من الإعاقات الأخرى - كما سبق و تم عرضه أو أسبابها التي مازال العلم عاجزاً عن تحديدها تحديداً دقيقاً .

لذا فإن عملية التشخيص للطفل الاوتيستك رغم تحديد محكات و معايير للتشخيص الدقيق ، إلا أنها تحتاج إلى المتخصص المدرب الواعي ذو الخبرة العملية العالية في ملاحظة و تسجيل السلوك اليومي لفترات طويلة ، بالإضافة إلى إجراء الفحوص الطبية اللازمة على أجهزة السمع لاستبعاد حالة الصمم العضوي و على أجهزة الكلام لاستبعاد حالات البكم العضوي ، و عدم إهمال الفحص الطبي العصبي و التقدير البيوكيميائي العصبي ، و كذلك التقييم المعرفي باستخدام اختبارات الذكاء المناسبة .

و من الأدوات التي كثر استخدامها في الدراسات التشخيصية ما يلي :-

١- قائمة سلوك الاوتيسمك (A.B.C.) Autistic Behavior Checklist

قام ثلاثة من علماء النفس المهتمين بإعاقة الاوتيزم و هم كرج ، أريك ، الموند

Krug , Arick , Almond (١٩٨٠) بإعداد هذه القائمة للتعرف على الأطفال الاوتيسمك ، واتسمت هذه القائمة بالبساطة و الدقة في التشخيص و إمكانية استخدامها في تصنيف الأطفال ذوي الإعاقات الخاصة ، كما أنها تتمتع بدرجة عالية من الصدق و الثبات . و قد استخدمها مورجان Morgan (١٩٨٨) في مجال التعليم تحت اسم " استمارة فرز حالات الاوتيزم في مجال التخطيط التعليمي " Autism Screening Instrument for Educational Planning (A SIEP) للتعرف على خصائص بروفيل المجموعات العمرية المختلفة (Campbell , et als , 1991 , 331) .

وتكونت (A B C) من (٥٧) سلوكا موزعة على خمسة أبعاد سلوكية تتمثل في :-

١- تقييم التفاعل الاجتماعي مع الآخرين و رعاية الذات .

٢- تقييم الاستجابات على المثيرات الحسية و الصوتية و المرئية .

٣- تقييم الاحتياجات التعليمية في المجال اللغوي .

٤- تقييم القدرة على التواصل اللفظي و غير اللفظي .

٥- تقدير القدرات العقلية و القابلية للتعلم و سرعة اكتساب الخبرات .

و تهدف هذه الأبعاد السلوكية إلى تزويد المدرسين و القائمين بتخطيط البرامج التعليمية بالمعلومات اللازمة لوضع البرامج المناسبة لاحتياجات الأطفال الاوتيسمك .

و تعتمد هذه القائمة التشخيصية على ملاحظة و تقدير المعلم لسلوك الأطفال و يمكنه تمييز الأطفال ذوي المستوى العالي من الاوتيزم - أى ذوي الإعاقة البسيطة - و الذي قد يكون السبب المباشر في الإصابة بالاوتيزم هو البيئة المدرسية (Campbell , et als , 1991 , 331) .

٢- نظام الملاحظة السلوكي (Behavior Observation System) (BOS)

أعد هذه الأداة فريمان ، ريتفو ، سكروز Freeman , Ritvo , Schroth (١٩٨٤)

لتشخيص حالات الاوتيزم على أسس موضوعية ، فيقوم الأخصائي بملاحظة (٢٤) سلوكا هادفا من أعراض الاوتيزم من خلال مشاهدة شريط فيديو للسلوك اليومي للحالة ثم يقوم الأخصائي بتسجيل معدل تكرار كل سلوك من هذه السلوكيات لفترة من الوقت تتيح التعرف

على مدى ثبات السلوكيات التي تسم الحالة ، و قد استطاع واضعي الأداة من خلال ملاحظات حالات أوتيزم متعددة أن يضعوا معايير موضوعية لتشخيص الاوتيزم ، كما أنهم أشاروا بأن الأداة لا يمكنها غالباً التمييز بين الاوتيسمك ذوي المستوى الوظيفي المنخفض وذوي التخلف العقلي ، وكذلك التمييز بين الاوتيسمك ذوي المستوى الوظيفي المرتفع والعاديين ، و يرى المؤلفون أن التقدير الكمي لتفاعل الأطفال مع الملاحظ أو الأخصائي هو أفضل السلوكيات المعبرة عن التفاعل الاجتماعي لديهم (Campbell , et als , 1991 , 332) .

٣- مقياس ريتفو - فريمان لتقدير مواقف الحياة الواقعية (RLRS)

(Rtivo - Freeman , Real life Rating Scale ,1986) .

قام ريتفو - فريمان بتعديل نظام الملاحظة (BOS) و إضافة بعض السلوكيات القابلة للملاحظة من خلال مواقف الحياة الواقعية بدلا من المواقف المعملية المصطنعة ، فأصبح هذا المقياس يتضمن (٤٧) سلوكاً مرتبطاً بأعراض الاوتيزم ، و استخدمه ريتفو - فريمان (١٩٨٦) في دراسات تقييميه للتعرف على أثر الفينفليرامين Finfluramine في تخفيف أعراض الاوتيزم (Campbell , et als , 1991 , 332) .

٤- مقياس ملاحظة الاوتيزم (A O S) Autism Observation Scale

أعد هذا المقياس سيجل و آخرون Siegel , et als (١٩٨٦) لتشخيص حالات الاوتيزم ويعتبر من المقاييس موضوعية التقدير ، يتكون من (٣٢) سلوكاً رباعية الفيديو ، و يقوم بالتقدير ملاحظ مدرب جيداً على كيفية تفرغ جلسات اللعب شبه النظامية للأطفال والمسجلة على شرائط فيديو .

وأن تطور المقياس ساعد في التعرف على المجموعات الفرعية المشتقة من الاوتيزم والتي يمكن أن تكون أكثر تجانساً من مجتمع الاوتيزم بصفة عامة ، و هذه المجموعات الفرعية قد تكون ناشئة من الظروف الأسرية البيئية أو لها علاقة بمراحل النمو أو مصاحبة لأعراض سلوكية أخرى (Campbell , et als , 1991 , 333) .

٥- مقياس الطب النفسي لتقييم الأطفال (C.P.R.S.) Children's Psychiatric Rating Scale

استخدم هذا المقياس لتقدير السلوك غير الفردي ، و قد استخدمه الملاحظون في دراسات عديدة لتشخيص حالات الاوتيزم لأنه لا يتطلب تفاعلاً لفظياً ، كما استخدم في تجارب كينيكية عديدة منذ عام (١٩٧٣) .

يتكون هذا المقياس من (٦٣) عبارة تم بناؤها و خاصة (٢٨) عبارة الأولى على أساس ملاحظة سلوك الطفل ، (١٤) عبارة الأولى منه مصممة لتلائم أطفال ما قبل المدرسة الاوتيسك و تشمل هذه العبارات على السمات التالية : -

- ١- قلة المحصول اللغوي .
 - ٢ - التملل أو العصبية .
 - ٣- فرط النشاط .
 - ٤ - ضعف أو قلة النشاط .
 - ٥- علاقات شاذة بالأشياء و الموضوعات .
 - ٦- الانسحاب .
 - ٧- السلبية و عدم التعاون .
 - ٨- الغضب و حدة المزاج .
 - ٩- علاقة غير طبيعية بالآخرين .
 - ١٠- عدم الثبات الانفعالي .
 - ١١- انخفاض الصوت بدرجة غير مناسبة .
 - ١٢- ارتفاع الصوت في صورة صياح أو ضحك بدون سبب .
 - ١٣- شذوذ واضح في النطق إن وجد (لأن معظم الأطفال الاوتيسك لا يتكلمون) .
 - ١٤- ممارسة سلوكيات نمطية شاذة كالاhtزاز أو الدوران أو ضرب الرأس بالحائط .
- (Campbell , et als , 1991, 333) .

و قد حسب أوفيرال و كامبل Overall , Campbell (١٩٨٨) صدق التكوين والحساسية والخصوصية لهذا المقياس عن طريق تحليل بيانات (١٨٠) حالة من الأطفال الاوتيسك على أربعة عشر من عبارات المقياس ، و باستخدام التحليل العاملي متعدد المتغيرات ظهرت العوامل التالية :-

الاوتيزم - الغضب /عدم التعاون - فرط النشاط - الحديث غير الملائم .
وأوضحت العبارات الخاصة بعامل الاوتيزم كل خصائص الأطفال الاوتيسك واستخدم هذا المقياس في دراسات عديدة Campbell , et als , 1990 , Campbell , et als , 1989 على آثار العقاقير المستخدمة في تخفيف أعراض الاوتيزم و منها هالوبيريدول Haloperidol المستخدم في التحكم في فرط النشاط و الغضب ، نالتريكسون Naltrexone في تقليل الانسحابية و زيادة الحصيلة اللغوية (Campbell , et als , 1991 , 334) .

٦- قائمة ريملاند التشخيصية للأطفال ذوي السلوك المضطرب - الطبعة الثانية (١٩٧١)

(Rimland's Diagnostic checklist for behavior disturbed children - E2, 1971) تم عرض هذه الأداة بالتفصيل في الفصل الرابع تحت عنوان أدوات الدراسة .

٧- مقياس تقدير أوتيزم الطفولة (C.A.R.S.) Children Autism Rating Scale , 1980

نظراً لأهمية هذا المقياس في مجال تشخيص و تقييم حالات الاوتيزم - فقد استخدمته الباحثة كأحدى الأدوات الأساسية في التشخيص و التقييم - و سيتم عرضه في الفصل الرابع تحت عنوان أدوات الدراسة .

بالإضافة إلى الأدوات التي تم عرضها توجد أدوات أخرى تفيد في تشخيص المظهر السلوكية لحالات الاوتيزم و لكنها أقل استخداماً في الدراسات و منها على سبيل المثال :-

المقابلة التشخيصية للاوتيزم (A.D.I.) Autism Diagnostic Interview

صممها ليوكوتر وآخرون Leo couteur , et als (١٩٨٩) لتحديد السلوكيات التي تميز أصحاب اضطرابات النمو الشاملة ، وتم التطابق بين العبارات المميزة لسلوكيات حالات الاوتيزم من خلال المقابلة الشخصية و الواردة في الدليل العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD - 10) و كان التقدير لهذه العبارات ثلاثي البعد أى يأخذ الطفل درجة (صفر) إذا كانت العبارة غير مطابقة لحالته ، يأخذ درجة (١) إذا كانت الصفة التي تمثلها العبارة موجودة لديه ولكن لا تظهر باستمرار ، يأخذ الدرجة (٢) إذا كانت الصفة التي تمثلها العبارة موجودة لديه بشدة ، و حققت هذه الأداة ثباتاً و صدقاً في التمييز بين حالات الاوتيزم و ذوي التخلف العقلي في عمر المدرسة و لكنها لازالت تحتاج إلى الإضافة و التعديل لكي تستخدم مع حالات في عمر ما قبل المدرسة (Campbell , et als , 1991, 330).

أداة تقدير السلوك الاوتيسك و النمطى لدى الأطفال (BRIAAC)

Behavior Rating Instrument for Autistic and Atypical children

أعد هذه الأداة روتنبرج و آخرون Ruttenberg , Dratman , Fraknei Wenar (١٩٦٦)

و استخدمت في دراسات عديدة ؛ Ruttenberg , et als , 1977 ؛ Wenar , et als , 1976 ؛ (Wenar , et als , 1986) و لكنها لا تصلح إلا للأطفال في عمر (٤ - ٥) سنوات . تكونت الأداة من (٨) مقاييس فرعية تصف سلوك حالات الاوتيزم من الدرجة الشديدة الإعاقة إلى المستوى العادي و استخدمت في تقييم فعالية العلاج العقاري المستخدم مع حالات الاوتيزم ومقارنة مظاهر النمو لدى الأطفال العاديين و الاوتيسك (Campbell , et als , 1991, 331) .

جدول الملاحظة لتشخيص الاوتيزم (ADOS) Autism Diagnostic Observation Schedule

أعد هذه الأداة لورد و آخرون Lord , et als (١٩٨٩) لملاحظة سلوك التواصل الاجتماعي لدى الاوتيسك المرتبط بأنواع أخرى من الاضطرابات ، و هذه الأداة لا يمكن استخدامها منفردة في التشخيص ، بل يجب استخدامها مع أدوات أخرى مثل المقابلة التشخيصية للأوتيزم (ADI) ، و تستخدم هذه الأداة مع الأفراد الذين يتراوح عمرهم العقلي بين ٣ سنوات فأكثر (Campbell , et als , 1991, 331-332) .

مقياس تقدير السلوك الموقوت (TBRs) Timed Behavior Rating Scale

أعد هذا المقياس كوهين و آخرون Cohen , Anderson , Campbell (١٩٧٨) لقياس مدى تكرار حدوث السلوكيات المصنفة في عشر مجموعات كل (٣٠) ثانية لمدة عشرة دقائق ويهتم هذا المقياس برصد التغيرات الحسية والوجدانية الناشئة عن تناول عقار Haloperidol (Campbell , et als , 1991, 333) .

مقياس تقدير النمطية الموقوتة (TSRS) Timed stereotyped Rating Scale

أعده كامبل (١٩٨٥) واستخدمه في دراسات أخرى منها (Campbell , et als 1985) (Campbell , et als , 1990) ; لفحص التغيرات الحادثة في السلوك النمطي لحالات الاوتيسك التي تتناول عقار هالوبيردول (Campbell , et als , 1991, 333) .

لقد تم عرض أهم الأدوات التي استخدمت في تشخيص حالات الاوتيزم من الناحية السلوكية ، و حيث أن مظاهر أو أعراض الاوتيزم ليست سلوكية فقط و لكى يكون التشخيص متكامل ، لابد من التشخيص للجانب المعرفي و العضوي للحالة فيتم تشخيص القدرات المعرفية لدى الاوتيسك باستخدام اختبارات الذكاء ، و كان أكثرها استخداما هو اختبار وكسلر المعدل (WISC - R) .

وعادة يقتصر على الجزء العملي منه لضعف القدرات العقلية اللفظية لدى الاوتيسك لأنه لا يستجيب على الجزء اللفظي من الاختبار ، اختبار رسم الرجل ، متاهة بورتيوس ، لوحة جودارد ، اختبار ستانفورد بينيه اختبار الذكاء المصور لأحمد زكي صالح و يجب الاعتماد على أكثر من اختبار لمعرفة العمر العقلي للحالة ، كما تعامل النتيجة بحذر و في ضوء نتائج الملاحظة و اختبارات سلوكية أخرى .

كما يجب ألا نهمل الجانب العضوي في التشخيص ، فإن أهمية الفحص الطبي للطفل لا تقل بل تزيد عن أهمية الجوانب السلوكية للظاهرة ، حيث أن الجانب العضوي له دور كبير في هذه الإعاقة ، و منها الفحص الكروموزومي ، فحص الجنين أثناء الثلاث أشهر الأولى من الحمل ، الرسام الكهربائي للمخ (EEG) ، Electro encephalogram ، فحص الرنين المغناطيسي للمخ (MRI) Magnetic Resonance Imaging (337 , 1991 , Campbell . et als) .

و لما كانت الاضطرابات البيوكيميائية من العوامل المسببة للإصابة بالاوتيزم فكان من الضروري عند التشخيص الكامل للحالة فحص هذه الجوانب البيوكيميائية و منها جهاز الدوبامين Dopaminergic System ، و كذلك جهاز السيروتونين Endogenous Opioids ، Serotonergic System

(339 , 1991 , Campbell , et als) ، و سيتم شرح علاقتهم بالاوتيزم عند شرح الأسباب .

أسباب الاوتيزم Causes of Autism

يعتبر الاوتيزم من الإعاقات النمائية التي مازال يحيطها كثير من الغموض في كافة جوانبها وخاصة الاتفاق على تحديد العوامل المسببة لها . فهل هي نفسية ، عضوية ، وراثية ، جينية ، بيوكيميائية أو هي نتيجة لتفاعل هذه العوامل ؟ أو هي ليست هذا ولا ذاك ولكنها نتيجة لعوامل مسببه أخرى لازلنا نجهلها تماما .

ونتيجة لتباين وجهات النظر التي اهتمت بتحديد أسباب الاوتيزم وتباين الأنساق الفكرية والوحدات التفسيرية والأطر النظرية التي تبنتها كل وجهة نظر، يمكن أن نصنف وجهات النظر هذه في الأطر النظرية الآتية :-

أولاً : وجهات النظر النفسية والسيكودينامية :-

تعتبر النظرية السيكودينامية من أقدم النظريات في تفسير الأسباب المتوقعة للاوتيزم ، حيث كان يعتقد أن شذوذات معينة في شخصية الأم وطريقة تربية الطفل تهيئ لحدوث هذا الاضطراب (محمود حموده ، ١٩٩٣، ١٠٧) ، ونظرا لأهمية العلاقة بين الطفل وأمه في الشهور الأولى من حياة الطفل ودورها في الإصابة بالاضطراب ، فقد تم تصنيف مكونات هذه العلاقة على النحو التالي:-

أ-ميكانزمات العلاقة النفسية بين الطفل والأم :-

يرى أنصار هذه النظرية "كانر، اسبيرجر، جولدفار، بتهليم، ريملان" أن الاوتيزم ينشأ عن خبرات مبكرة غير مشبعة وتهديديه ، فينشأ الأساس المرضى نتيجة فشل "أنا" الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم ، والتي تكون بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجى ، وبالتالي لم تسنح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه (Wing , 1966 ,31) .

ويشير اوجرمان إلى أن فشل العلاقة العاطفية بين الأم والطفل قد يكون مرتبطا ببعض أنواع الانفصال عن الأم سواء كان هذا الانفصال طبيعيا أم عاطفيا ، فالانفصال الطبيعى ربما يكون بسبب طول فترة البعد عن الطفل والتي تحدث عند ميلاد طفل جديد أو حمل آخر للأم بسبب انشغالها بعض الوقت عن الطفل (O'Gorman,1970,64-66) .

أما الانفصال العاطفي فيرجع إلى عدم قابلية الأم والطفل لصنع علاقة مرضيه معا وربما يرجع ذلك إلى أن الأم فصامية أو تعاني من مرض عاطفي أو متعلقة طفوليا بأمها لدرجة أنها لا تستطيع القيام بدور الأم (O'Gorman,1970,64-66) .

ويضيف 'اوجرمان بعض الأسباب التى ينشأ عنها ضعف أو فشل علاقة تواصل الطفل بأمه :-

١- اضطراب العلاقة بين الوالدين يؤدي إلى فقدان الهدوء اللازم لتربية الطفل تربيته سويه .

٢- عدم الاستجابة للطفل باستمرار تجعله يفضل الأشياء عن الناس ويشك في استجابات الإنسان بصفة عامه .

٣- غيرة الأب من ارتباط الأم بطفلها تجعل الأم لا تحافظ على هذا الارتباط .

٤- وجود صعوبات في تغذية الطفل منذ الميلاد بسبب بعض العيوب الخلقية في فك الطفل أو مرض الأم أو ولادته قبل الميعاد وما يترتب عليه من دخوله الحضانه لفترة من الوقت تمنع الأم من إرضاعه والالتصاق به (O'Gorman,1970,66-68) .

ونظرا لتأكيد أنصار هذه النظرية على دور الوالدين في الإصابة بالاوتيزم ، فقد قدم كثير من العلماء وصفا لهؤلاء الأباء ، فذكرت لورانا وينج أن الأباء الأكثر ذكاء احتمالية إصابة أبنائهم بالاوتيزم أعلى من أبناء الأباء متوسطى الذكاء (Wing , 1966 ,29) .

وذكر كابلان وسادوق Kaplan , Sadock في وصف هؤلاء الأباء بأنهم نادرا ما تكون لديهم مشاعر دافئة تجاه أبنائهم بل أن غالبية هؤلاء الأباء يكونوا مهتمين بالعمليات العقلية التجريدية أكثر من اهتمامهم بالعلاقات الاجتماعية المتبادلة (Kaplan , Sadock , 1985 , 732) .

أما بيرج Berg فقد ذكر أن الاوتيزم أكثر احتمالية لإصابة أبناء المديرين والطبقات التخصصية (Berg, 1985, 295) .

وقدم كانر وصفا تفصيليا لأباء الأطفال الاوتيسك من خلال الدراسة التي أجراها مع ايزنبرج Eisenberg , Kanner (١٩٥٦) فوصفهم بالتباعد الانفعالي Refrigeration Emotional والبرود العاطفي Cold ، الرغبة في الاستحواذ Obsessional ، العزوف عن الآخرين Detached ، أكثر قلقا ولديهم ضعفا في دفء العلاقات الأبوية ، ضعف عام في ملامح الشخصية ويميلون إلى الآلية في كل شيء Mechanical كما أن لديهم ذكاء ملحوظا ، وأكد أن الوالدين لا يرغبان في وجود هذا الطفل (Goldstein, et als, 1986, 644) .

كما أكدت ميلر Miller أن آباء الأطفال الاوتيسك غالبا ما يكونوا شخصيات وسواسية ولديهم تبدل انفعالي وجمود في المشاعر مما يقلل تفاعلهم مع أبنائهم مع العلم بأن آباء وأمهات هؤلاء الأطفال كانوا من ذوى المستويات والمراكز التربوية العالية ، وليس غريبا أن الطفل الذي ينشأ في جو من الجمود العاطفي والانفعالي لا يحظى بالاستتارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة ، ولا يجد ما يدفعه للاستجابة نحوها ، أن ينسحب من المحيط الاجتماعي ويفضل العزلة داخل أسوار ذاتية مغلقة في وجوه الآخرين (Miller, 1990) .

ب- الانسحاب الجزئي: - Partial Withdrawal

يوصف بعض الأطفال الاوتيسك بالهدوء في مرحلة الطفولة المبكرة ، وذلك لأنهم لا يبذلون أى حركة تعاونية تشير إلى الرغبة في التقرب من الأم ، كما أنهم لا يستجيبوا لرؤية الأم سواء بالبكاء عند الرغبة في الرضاعة أو بالضحك عند الرغبة في اللعب والمناغاة ، وغالبا الأم لا تشك في شذوذ هذه السلوكيات وإنما تعتبرها علامات مميزة لهدوء الطفل

(O'Gorman, 1970, 68-70) .

وفي بعض الحالات قد مرت مرحلة الطفولة المبكرة لديهم عادية ، ولكن الانسحاب بدأ متأخرا وبالتدريج فالطفل أصبح يهتم ببعض الأشياء دون الأشخاص ، فقد يهتم بالطعام ، أشعة الشمس ، الخيال ، الأقمشة الملونة ، الضوضاء الخفيفة ، يكون اتصاله بالآخرين دائما

غير طبيعي وذلك بسبب عدم تدعيم الآخرين لأي سلوك تواصل يصدر من الطفل ، فيبتعد الطفل عن إكمال العلاقة أو يحاول تكوين علاقات سطحية ليحمي نفسه من فشل الاتصال . ولكن تظهر عليه علامات الاكتئاب كأحد عناصر الانسحاب الجزئي وتعتمد درجة الانسحاب لدى الطفل على تكوينه الوراثي (O'Gorman,1970,68-70) .

ج-الانسحاب الاختياري :- Selective Withdrawal

يُظهر الطفل الاوتيسمك تمردا أو انسحابا اختياريا يتمثل في الآتي :-

- ١- يتحدث لواحد فقط أو اثنين من الناس أو ربما ليس لأحد على الإطلاق .
- ٢- يتحدث بهدوء داخل البطانيات في الليل عندما يعتقد أن أحدا لا يسمعه أو يراه .
- ٣- يُظهر اجتنابا بصريا للمثيرات المحيطة به وينسحب من كل مجال تعلم .
- ٤- يُظهر رفضا تاما لاستخدام ذكائه .
- ٥- يُظهر صمما أو طرشا اختياريا عندما يتحدث معه أحد .

(O'Gorman,1970,70-71) .

ويمكن تلخيص الأسباب السيكوديناميكية للإصابة بالاوتيزم كما وردت في دراسات وينج (١٩٦٦) ، اوجرمان (١٩٧٠) ، كابلان وسادوق (١٩٨٥) ، جولدستاين وآخرون (١٩٨٦) ، ميللر (١٩٩٠) على النحو التالي :-

- ١- رفض الأم للطفل وعدم توفير الحب والرعاية له منذ الشهور الأولى .
- ٢- انشغال أولياء الأمر بمهام تستدعي التأمل والتفكير وانصرافهم عن الاهتمام بالطفل .
- ٣ - فقدان الطفل الإحساس بالحب والحنان من المحيطين .

(Wing L. ,1966 ; O'Gorman ,1970) .

- ٤- اضطراب في العلاقات الأسرية اللازمة للبناء الصحي السليم .
- ٥ - فرض الأباء نوع من العزلة الاجتماعية على أبنائهم طبقا لطبيعة شخصياتهم .
- ٦- معاملة الطفل معاملة ميكانيكية آلية وليست إنسانية يترتب عليها عدم الشعور برغبات الطفل في الحب والعطف والحنان .

(Kaplan H. , Sodock B. , 1985) .

شخص أوتيسك يوجد فيها اضطرابات متعلقة بالكلام أو اضطرابات نمائية أخرى (O'Garman, 1970, 47) .

ويعتبر أنصار نظرية العوامل الوراثية أن الاوتيزم هو أحد النتائج المحتملة للذين يحملون الجينات التي لديها استعداد لاضطرابات التواصل أو الاضطرابات التعليمية الأخرى . فقد يؤدي الشذوذ في الكروموزومات إلى الإصابة بالاوتيزم ، مثل شذوذ كروموزوم فراجل X الذي يظهر في تحليل الجينات التي يظن أنها مصاحبة للاوتيزم، بالرغم أنه ليس كل الأطفال الذين يظهر تحليلهم نتائج غير طبيعية في هذه الجينات أوتيسك ، فهو يصيب من (١٠-١٥) % من الذين لديهم اوتيزم (O'Gorman, 1970, 48) .

وقد قرر نيلسون وإسرائيل Nelson , Isreal أن الضعف في الكروموزوم Fragila Chromosome هو المسئول عن حدوث خلل في القدرات العقلية ويؤدي إلى الإصابة بالاوتيزم ويظهر ذلك في (٥-١٦) % من حالات الاوتيزم. وقد يعزو ذلك إلى انتشار الاوتيزم لدى الذكور أكثر من الإناث ، كما أضافا سببا آخر وهو أن التحجز في بعض الخلايا الداخلية Sclerois Tuberosus والتي تتحول إلى الجين المسيطر على القدرات العقلية وربما ذلك يؤدي إلى حدوث (٥) % من حالات الاوتيزم (Nelson , Isreal , 1991, 278) .

ويرى بابلي وآخرون Baily , et als أن نسبة الاوتيسك الذين يظهر لديهم الكروموزوم (X) الهش حوالي (١٣) %، منهم (١٦) من التوائم أو الحالات الفردية التي لها ظروف أسرية مرتبطة بوجود اضطراب معرفي (Baily , et als , 1993 , 673) .

وبالرغم من هذه الدلائل التي تشير إليها علم أسباب الأمراض لتدعيم دور العوامل الجينية في نشأة الاوتيزم ، إلا أنها مازالت تحتاج لكثير من الدراسات لتدعيم هذا الدور بتوافر أدله مادية (Baily , et als , 1993 , 686) .

٢-العوامل البيولوجية :-

يرى أنصار هذه النظرية أن العوامل البيولوجية التي ينتج عنها الإصابة بالاوتيزم تتمثل في إصابة المخ أو الخلل الوظيفي في أحد أجزاء المخ أو عدوى الفيروسات أو إصابة جهاز المناعة بالجسم ، ويمكن عرض هذه العوامل على النحو التالي :-

أ- إصابة المخ قبل أو أثناء الولادة :-

يرى سكوبلر أن الحالات التي تسبب تلفا للدماغ قبل الولادة أو أثنائها تهيئ الفرصة لحدوث الاوتيزم مثل الحالات التي لم تعالج من الفينيل كيتونيوريا Phenyl ketonuria ، التصلب الحدبي Tubrous Sclerosis ، الاختناق أثناء الولادة والتهاب الدماغ ، تشنجات الرضع Infantile Spasms والالتهاب السحائي Meningitis (Schopler , 1982 , 51) .

وأكدت دراسات كامبل وآخرون على وجود شذوذات خلقية عضوية بالمخ لدى الأطفال الاوتيسك بالمقارنة بأقرانهم الأسوياء ، وهذا يفسر حدوث المضاعفات الشديدة في الشهور الأولى من الحمل عند هؤلاء الأطفال ، كما أن (٢٠-٢٥) % من الاوتيسك يظهرون اتساع البطينات الدماغية في الرسام الكهربائي للمخ (EEG) ، وبالرغم أنه لا توجد شذوذات محددة في الرسام الكهربائي للمخ خاصة بالاوتيزم ، إلا أن هناك ما يثبت خلل سيطرة أحد نصفي المخ على الآخر. بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال الاوتيسك لديهم احتمالية حدوث نوبات صرعية في وقت من حياتهم خاصة في سن البلوغ وهو شئ منفرد لهذه الفئة فقط ويحدث الصرع في حوالي ثلث الاوتيسك (Campbell , et als , 1991 , 337) .

ويرى اجرمان أنه بالرغم من أن معظم الأضرار الدماغية تنشأ أساسا من اضطرابات طبيعية في المخ ، إلا أن هذه الاضطرابات ليست بسبب الأضرار التشريحية في المخ فقط ، بل أيضا بسبب اضطرابات التغيرات الكيميائية في الخلايا الحية والاضطرابات العاطفية (O'Gorman , 1970 , 54) .

ب - الخلل الوظيفي في المخ :-

يشير أنصار هذه النظرية بأن الخلل في جهاز الإدراك ينتج عن عدم القدرة على تنظيم استقبال الرسائل ذات العلاقة بالإحساس وعدم القدرة على الإحساس العصبي لكل الحواس وهذا ما يحدث لدى الأطفال الاوتيسك ويترتب عليه صعوبة تقديم أفكار مترابطة أو ذات معنى للحياة المحيطة بهم (Allen , et als , 1991 , 483) .

كما ركز أنصار هذه النظرية على الارتباط بين العجز اللغوي لدى الاوتيسك ووظيفة الجزء الأيسر من المخ وبهذا تم إرجاع الإصابة بالاوتيزم إلى الخلل الوظيفي في عمل الجزء الأيسر من المخ لدى هؤلاء الأطفال (O'Gorman , 1970 , 58) .

وقد اتفق مع هذا الاتجاه نتائج دراسات روتر (١٩٦٨ - ١٩٨٣) التي أشارت بأن العجز اللغوي لدى الاوتيسك لا يرجع إلى الإصابة بالاوتيزم بل هو المسبب الأساسي لظهور

عدد كبير من الخصائص الشاذة التي تميز الاوتيسم والتي يمكن إرجاعها إلى الخلل الوظيفي في النصف الأيسر من المخ .

ولما كان لدى بعض الأطفال الاوتيسم قدرات فائقة في وظائف النصف الأيمن من المخ وبسبب بداية الاوتيزم المبكرة فإن الاختلال في وظائف النصف الأيسر من المخ يمكن أن تعوض بأخرى من النصف الأيمن ، ولكن ما يظهر من عدم التعويض الواضح لوظائف النصف الأيسر من المخ في ما يلاحظها في النصف الأيمن يوجه الأنظار إلى أنه قد يوجد اختلال ثانوي في جزئى المخ لدى الأفراد الاوتيسم (سميرة السعد ، ١٩٩٢ ، ١٩) .

ج- التأخر في نضج الجهاز العصبي المركزي :-

يرى بعض أنصار النظرية العضوية أن الاوتيزم يحدث نتيجة اضطراب أو تأخر نضج الجهاز العصبي المركزي ، واتضح ذلك من خلال سؤال عدد كبير من أمهات الأطفال الاوتيسم عن مظاهر النمو لدى أطفالهن فكانت إجابتهن أنهم متأخرين في النطق ، رفع الرأس ، التعرف على الأم ، البعض لديه تأخر في نمو الحديث ، البلع ، عدم القدرة على الرضاعة في مرحلة الطفولة المبكرة (O'Gorman, 1970, 59) .

وقد أشارت دراسات كامبل وآخرون (١٩٧٢، ١٩٧٨، ١٩٨٠، ١٩٩١) إلى وجود علاقة ارتباطية بين الاوتيزم واضطراب الهيپوثلاموس وتم تفسير هذه العلاقة بناء على أن اضطراب الهيپوثلاموس يسبب توقفاً في نشاط الغدد الصماء والانسحاب والتلعثم أثناء الحوار وهذا ما يظهر على الأطفال الاوتيسم (Campbell, et als, 1991, 337) .

د-عدوى الفيروسات :-

قد ينمو الطفل طبيعياً ثم تظهر عليه أعراض الاوتيزم كنتيجة لعدوى الطفل بالفيروس فهناك حالات نقلت فيها العدوى للطفل من خلال الأم أثناء المرحلة المبكرة من الحمل مثل الحصبة الألمانية Rubella وقد بينت إحدى الدراسات أن إصابة الطفل داخل الرحم بفيروس يحدث خللاً بسيطاً للطفل ويظل كامناً حتى يبدأ نشاطه عندما يتعرض الطفل لتجربه نفسيه مؤلمة مثل ولادة طفل جديد أو فقد أحد آبائه أو تغيير مسكنه ، وذلك ما يؤكده أباء هؤلاء الأطفال من خلال ملاحظتهم (O'Gorman, 1970, 55) .

هـ-إصابة جهاز المناعة :-

إن جهاز المناعة الذي يحمي الطفل عن طريق تكوين أجسام مضادة للقضاء على الفيروسات والتخلص منها ، فإذا حدث له إصابة أو ضعف فيكون الطفل عرضة للإصابة بالعدوى الفيروسية التي ينتج عنها اضطرابات في نمو الطفل وقد يصاحبها الإصابة باللاوتيزم (Demyer , et als , 1986) .

ويشير كمال مرسى إلى أخطر الفيروسات التي يمكن أن تصيب الجنين عن طريق المشيمة ويترتب عليها وفاته أو إعاقة نموه داخل الرحم وبالتالي يأتي وليدا مشوها ، وهذه الفيروسات : الجدري - النكاف - التهاب الكبد الوبائي - الحصبة الألمانية (كمال مرسى ، ١٩٩٦ ، ١٥٠-١٥١) .

٣- العوامل البيوكيميائية Biochemical Factors

أكدت بعض الدراسات وجود علاقة ارتباطية بين الخلل في الأجهزة العصبية البيوكيميائية والإصابة باللاوتيزم (Ritvo, et als. 1971,1983; Campbell,et als,1976,1988,1990,1991) .

وأن المستويات المرتفعة لعدد من أجهزة الإرسال العصبية في الدم عند الأطفال الاوتيسك ينتج عنها تأخر في النضج وقصور الفهم لديهم ، وهذا الخلل الكيميائي يحتمل أن يؤدي إلى وجود اضطراب وظيفي في عمل نصف المخ الأيسر وأيضا يؤثر على كفاءة الجهاز المناعي لأمراض الحساسية المرتبطة بنوع خاص من بروتين المخ كللمين Myelin الضروري للأفكار المعرفية (Warren , et als , 1986) .

وتشير دراسة يونج وآخرون Yong , et als أن ثلث الأفراد الاوتيسك يظهر لديهم ارتفاع في نسبة السيروتونين في الدم وهذا ناشئ من ارتفاع معدل السيروتونين في كل صفيحه دموية وليس بالضرورة ناتج من ازدياد عدد الصفائح الدموية ، كما لوحظ أيضا أن هذا المعدل المرتفع موجود لدى ثلث الأطفال ذوي التخلف العقلي الشديد غير المصحوب باللاوتيزم (Yong , et als , 1982) .

أما كامبل وآخرون فقد أشاروا إلى وجود علاقة عكسية بين معدل بلازما السيروتونين في الدم والوظائف العقلية لدى الاوتيسك . وعند مقارنة عشره من الأطفال الاوتيسك بمجموعة من زملائهم العاديين وجد كوهين وآخرون Cohen , et als (١٩٨٠) ارتفاع السيروتونين في الدم ، ونقص في (5-Hydroxyindoleacetic) وفي سائل النخاع الشوكي Cerebrospinal fluid بمعدلات ذات دلالة منتظمة لدى الأطفال الاوتيسك وكذلك ازدياد

معدلات حمض الهوموفانيليك Homovanillic Acid لديهم بنسبة (٨٧:٤١٤) مجم
(Campbell , et als , 1991 , 341) .

يشير هيلي وروبرت Healy,Robetes (١٩٦٥) بأن الأطفال الاوتيسك لديهم شذوذ
في عمليات الأيض للتربتوفان Tryptophan ، وقد توصل ساكين وآخرون أثناء القيام بعلاج
حالات من الأطفال الاوتيسك باستخدام عوامل استقبال الدوبامين Dopamin للتخلص من
السلوك النمطي أن الاوتيزم ينشأ من زيادة النشاط الوظيفي لأجهزة الدوبامين في المخ
(Sahakian , et als , 1986 , 285) .

وقد اكتشف فريد هوف وآخرون Fried , et als (١٩٦٢) وجود مادة
(3-4 dimethoxyphenylethylamine) في بول الأفراد الاوتيسك ، وهذه المادة غير موجودة
لدى العاديين (O'Gorman , 1970 , 56) .

وقد توصلت دراسات سيمون وجيلز (١٩٦٤) إلى أن بعض الأطفال الاوتيسك لديهم
قصور شديد في الهيكل العظمي وتكوينه ، وآخرون لديهم قصور في الوزن والطول ،
وافترض الباحثان أن هذا القصور يرجع إلى اضطراب وظيفي في الغدة النخامية ، وفي
دراسات أخرى لنفس الباحثان توصلوا إلى أن الأطفال الاوتيسك لديهم نقص في كميات
الأنسولين والجلوكوز ، وزيادة في تركيز عنصر الرصاص في بلازما الدم ، وهذه الزيادة قد
ترجع إلى اضطراب في عملية الأيض للخلايا أو إلى اضطراب في وظيفة الغدد الصماء
(كالنخامية-التيموسية-الدرقية-الادرينالية-التناسلية-البنكرياسية) (O'Gorman , 1970 , 57) .

ويرى البعض أن الخلل في التمثيل الغذائي الناشئ من نقص الانزيمات التي تحول
الأحماض إلى مواد مفيدة للجسم قد ينشأ عنه إصابة بالاوتيزم المصحوب بالتخلف العقلي
(سميرة السعد ، ١٩٩٢ ، ١٨) .

ويفسر كمال مرسى هذه الكيفية :عندما يصاب الطفل بمرض الفينيل كيتونيوريا
الناشئ من نقص الانزيم الذي يحول حامض الفينيل الانين Phenylalanine إلى بروتين مفيد
للجسم فيتراكم الحامض وتزداد نسبته في الدم وأنسجة الجسم ويؤدي استمراره إلى إتلاف
خلايا الدماغ والجهاز العصبي فيصاب الطفل بالتخلف العقلي الشديد أو المتوسط المصحوب
أحيانا بالاوتيزم (كمال مرسى ، ١٩٩٦ ، ١٣٥) .

ثالثا : وجهات النظر التفاعلية :-

يعتقد البعض أن أسباب الاوتيزم نفسيه عاطفيه ، والبعض الآخر يعتقد أنها عضويه بيولوجية وراثيه ، بيوكيميائيه ، وتعتقد مجموعة ثالثة أن أسباب الاوتيزم ترجع إلى النتاج المشترك للاستعدادات الطبيعية الجسميه منها والوراثيه بالإضافة إلى ما يحدث داخل محيط الأسرة من صدمات وضغوط وعوامل إحباط وغيرها (Krantz, 1992 ; Koegel , et als , 1992) (McClannahan, 1993 ; Pierce , Schreibman , 1994)

وتؤيد الباحثة هذا الاتجاه لما توصلت إليه من معلومات خلال دراسة الحالة ، فوجدت أن الأطفال الذين تعسرت ولادتهم وتمت قبل أو بعد الميعاد المحدد ، والذين تعرضوا لمضاعفات الأمراض المعدية كالحصبة ، والذين أشرف على تربيتهم أباء مضطربون نفسيا أو عقليا كانوا أكثر عرضه للإصابة بالاوتيزم .

وعموما فإن الأسباب التي تم عرضها هي احتمالات متوقعه للإصابة بالاوتيزم وليست أكيدة ، وما زالت في طور البحث والدراسة .

الأساليب المستخدمة في (علاج - تدريب - تعليم) الأطفال الاوتيسك :-

يعتبر علاج الطفل الاوتيسك عملا صعبا للغاية ، وربما يرجع ذلك إلى صعوبة فهم السبب الذي أصبح من أجله الطفل اوتيسك .

ويشير اوجرمان إلى أن تفاعل المعالج أو المدرب مع الطفل الاوتيسك والطرق التي يستخدمها في علاجه أو تدريبه يجب أن تكون بقدر الإمكان قائمه على إدراكه لطبيعة هذا الطفل.

ويضيف اوجرمان أنه عندما يفشل الطفل في التحسن بعد ساعات طويلة من العلاج والتدريب ، فإن المعالج يكون غير قادر على قبول هذا الوضع كفشل لشخصيته كمعالج ، ويميل إلى اعتبار الطفل غير قابل للعلاج ، أما إذا كان المعالج واعيا ومثاليا فينتقل فشل الطفل ويصبح أكثر تصميمًا وإصرارا على الاستمرار في معالجته (O'Gorman , 1970 ,124) .

ويشير التراث السيكلوجي إلى ثلاث مداخل علاجية تم استخدامها مع الأطفال الاوتيسك ، ويتم عرضها على النحو التالي :-

١ - العلاج النفسي للطفل والأسرة :-

استخدم هذا المدخل العلاجي أصحاب النظرية التحليلية (Wing , 1966 ; Kanner , 1973 ; Kaplan , Sodock , 1985 ; Berg , 1985 ; Goldstein , et als , 1986) الذين يعتبرون الاوتيزم

اضطراب انفعالي عاطفي ناشئ من رفض الوالدين لإقامة علاقة مع هذا الطفل وبرودة مشاعرهما .

ويشجع هذا المدخل ضرورة عزل الطفل من منزله أسرته وإدخاله إلى إحدى المصحات أو دور الرعاية ذات الإقامة الكاملة ، ويقدم العلاج المناسب للطفل ثم يتم إعداده للعودة إلى أسرته بالتدرج بعد إحداث تغير في البيئة المحيطة بالطفل ، وبعد أن فشلت هذه الطرق التقليدية في إحداث تحسن في حالة الأطفال الاوتيزم ، بدأ التفكير في أساليب أخرى للتدخل مع رفض الرأي القائل بأن الاوتيزم اضطراب انفعالي (O'Gorman , 1970 , 112) .

٢- العلاج الطبي :-

استخدم هذا المدخل أصحاب النظرية العضوية التي تعتبر أن الاوتيزم ناشئ من خلل عضوي داخل الطفل ومنهم وينج (١٩٦٦) ، روتر (١٩٦٧-١٩٨٦) ، كامبل وآخرون (١٩٧٨-١٩٩١) وقد تم استخدام العلاج الطبي بالأساليب التالية :-

أ -العلاج الجسدي :-

يتضمن محاولة علاج أي مرض يصيب الخلايا الحية أو الخلل الوظيفي الذي يصيب الهرمونات، مثل استخدام السماعات لتحسين حالة السمع أو علاج الحول أو تحسين طريقة المشي والوقوف ، إن كان ذلك ممكناً بشرط عدم المغامرة بجعل حياة الطفل غير سارة فيكون عاملاً مساعداً في تحسين حالة الطفل النفسية وقد يكون سبباً في تحسن سلوك الطفل بصفة عام (O'Gorman , 1970 , 125) .

ب- العلاج الكيماوي :-

يشتمل على أدوية - فيتامينات - مضادات خمائر، يرى بعض العلماء أن العلاج الكيماوي أكثر فاعلية في تخفيف أعراض الاوتيزم ، ومن العقاقير التي تم استخدامها هالبيردول Haloperidol ، أنتى دوبامينيرجيك Antidopaminergic في اختزال السلوكيات النمطية (Fish , 1976 ; Campbell , 1978) وفي دراسة أخرى لكامل (١٩٨١) أشار بأن هذه العقاقير تفيد في تحسن القدرة على الكلام إذا تم استخدام العلاج السلوكي بجانب تناولها (Campbell , et als , 1991 , 341).

أما عقار فينفلرامين Fenfluramine يختزل معدل السيروتونين في الدم (Ritvo , 1983) ويستخدم الامفيتامين Amphetamines في خفض النشاط الزائد وزيادة الانتباه ،

فونثيزين "Phonothiozines" في خفض القلق والعنف الزائد المرتبط بإيذاء النفس
(Campbell , et als ,1991 ,341) .

وقد استخدم فيتامين (مانجنيز ب٦) B6 / Magnesium مع حالات الاوتيزم بصفة
عامه لما له من مضاعفات محدودة جداً وفاعليه إلى حد ما في تحسين الحالات
(Sahakian , et als , 1986 , 285) .

وقد تستخدم مضادات الخمائر Anti-Yeast في حالة الاعتقاد بأن السبب في الإصابة
بالاوتيزم هو إصابة الطفل بنوع من الفطريات يدعى Candida أثناء الحمل ، فهذا الفطر
ينتشر في الجهاز العصبي للطفل ويسبب له مشاكل في الجهاز الهضمي وأضرار في الجهاز
البولي ، ويتسم هؤلاء الأطفال بأنهم عادة يظهرون لمس جنس لأعضائهم التناسلية ، وقد كانت
نسبة التحسن لدى هذه الحالات بعد تناول مضادات الخمائر بنسبة ١٠:١٧ (أشرف لطيف ،
محاضرات دورة الاوتيزم ، ١٩٩٦) .

ج- العلاج بالصدمات الكهربائية :-

في بعض الحالات يكون استخدام الصدمات الكهربائية مفيداً بشرط أن يكون مركزاً
ولفترات طويلة بمعدل أربع أو خمس جلسات في الأسبوع الواحد لمدة أربع أو خمسة أسابيع ،
ويذكر أوجرمان أنه استخدم هذا النوع خلال ممارسته لعلاج حالات الاوتيزم فقط في الأطوار
الأكثر حدة من الاوتيزم لدى المراهقين ، كما أنه مكلف من الناحية المادية (O'Gorman , 1970 , 126) .

٣- العلاج السلوكي :-

يعتبر المنحى السلوكي Behavior approach وتعديل السلوك Behavior Modification من أهم الاستراتيجيات التي سجلت نجاحاً ملموساً في تعليم وتدريب الأطفال
الاوتيسك ، وتم استخدام في العديد من الدراسات العلاجية ومنها
(Charlop,Milstein,1989,Koegel,et als,1987,1992 ;Biklen,1992; Myles,Simpson , 1994)
وقد أمكن التغلب على كثير من الصعوبات والمشكلات التي يصدرها الأفراد الاوتيسك
باستخدام أساليب ومبادئ المنحى السلوكي التي ذكرها واطسون ، ويمكن عرضها على النحو
التالي :-

١- ملاحظة السلوك، المطلوب التخلص منه وتسجيل مدته ودورتيه والتعرف على الظروف
التي تؤدي اليه والنتائج التي ترتبت عليه وتتبعه .

٢- عند إلغاء سلوك سئ يميل الطفل إلى ممارسته باستمرار ، فيجب البحث عن السلوك الطيب البديل المراد إحلاله محل السلوك السئ .

٣- عند تعليم سلوك أو مهارة جديدة ، فيجب تقسيم هذا العمل إلى خطوات بسيطة يمكن تنفيذها بسهولة مع تلقين الطفل التعليمات الواجب إتباعها بشكل واضح ومفهوم لديه ، ثم يقل التلقين بالتدريج حتى يتلاشى ويستطيع الطفل القيام بالمهمة بدون مساعدة .

٤- التعزيز والتشجيع بشئ الوسائل المادية والمعنوية لكل سلوك طيب يصدر عن الطفل ، فهذا يساعد دائما على زيادة حدوث هذه الأنواع من السلوكيات ، وتجاهل السلوك السئ (كلما أمكن) فهذا يساعد على تقليل أو التخلص من معظم أنواع السلوك التي يهدف الطفل من ورائها جذب انتباه الآخرين .

٥- تغيير الظروف المصاحبة لحدوث السلوك السئ لتقليل فرص بدء حدوثه .

٦- لابد من الاستمرارية والإصرار على نفس التعليمات كلما صدر السلوك السئ من الطفل .

٩- يجب مراعاة عدم التناقض بين السلوك الصادر من الكبار والقواعد التي تفرض على الأطفال لأن هذا يسبب لهم نوع من الحيرة والارتباك

(واطسون ، ١٩٨٨ ، ١٢٢) .

وقد أثبتت أساليب تعديل السلوك فاعليتها في اختراق عزله الأطفال الاوتيسك والتعامل معهم والتحكم في المشكلات الصادرة عنهم ، ولما كان تدريب الأطفال الاوتيسك يتطلب تغييرا لعدد كبير من السلوكيات ، فقد حرص المتخصصون على فحص السلوكيات الأساسية التي تميز الاوتيسك والتي عند تغييرها تظهر تغيرات إضافية في السلوكيات الأخرى التي لم يتم التدريب عليها .

ويمكن كوجل وآخرون من التغلب على سلبية الأطفال الاوتيسك المتمثلة في عدم إظهار أية ردود أفعال تجاه الآخرين ، وتم ذلك بفحص الأنشطة المفضلة للطفل وغير الملائمة اجتماعيا ، ومعرفة الدافع وراء ممارسة هذه الأنشطة وإلى أي مدى يستمر الطفل في ممارسته لها التي تمنعه من ممارسته سلوكيات أخرى تحقق له التواصل مع الآخرين ، ثم تمكنه من التحكم في هذه السلوكيات غير الهادفة وتحويلها إلى سلوكيات هادفة

(Koeggel ,et als ,1987 ,243-244) .

وأضاف كوجل وآخرون أنهم استطاعوا تعليم الأطفال الاوتيسك مهارات التواصل غير اللفظي المتمثلة في اتصال العيون ، اللعب بالألعاب المختلفة (Koeggel ,et als ,1987 ,243-244).

وقد اعتبر كوجل وآخرون أن السلوكيات المحورية لدى الاوتيسك تتمثل في العجز الاجتماعي واللغوي ، وإذا حدث تعديل في سلوك التواصل الاجتماعي وتنمية الجوانب الاجتماعية للغة يصاحبها تحسن واضح في زملة أعراض الاوتيزم وأشارت هذه الدراسات بأنه عندما يتم تعليم الاوتيسك وتوضيح الحقائق لهم من خلال سلوك التواصل الاجتماعي فيمكن تعليمهم الاستجابة لأوامر الآخرين بإحدى وسائل التواصل غير اللفظي (Koeggel , et als ,1992 , 345) .

واهتم كوجل وفريا بتعديل جوانب القصور الاجتماعي للتواصل غير اللفظي لدى الاوتيسك ، والمتمثلة في : العجز عن الاستجابة للآخرين ، ظهور ردود أفعال غير ملائمة للموقف مثل تعبيرات الوجه ، نظرات العين ، عدم الاهتمام بتلميحات الآخرين للرجبة في تغيير موضوع المحادثة أو إنهاؤها ، السلوكيات النمطية والإيماءات غير اللفظية والميل القهري لعدم التغيير (Koegel , Frea ,1993 ,369-370) .

وأشار مايلز وسيمبسون Myles . Simpson إلى الدليل الذي قدمه كل من بيكليين وسكوبرت Biklen , Schube (١٩٩١) على أن الاتصال الميسر Facilitated Communication (FC) يتيح للأفراد الاوتيسك الاستخدام الأمثل لقدراتهم في التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم عندما يقدم لهم تدعيم مستمر من المدرب ، وظهر ذلك في تعلم قدرات كتابيه وعدديه غير متوقعه ، والتعبير عن الرغبة في المشاركة والعمل الأكاديمي الواضح والفاضة والإبداع وقد استخدم كروسلي Crossley (١٩٨٥،١٩٨٨) طريقة الاتصال الميسر التي يمكن بواسطتها ارتقاء مهارات القراءة والكتابة للأفراد الاوتيسك الذين لا يتكلمون ، وأكد أنه بعد تدريب قصير على الاتصال الميسر استطاع هؤلاء الأفراد التواصل مع الآخرين رغم الصعوبات التي تواجههم ، ومن بين هذه الحالات شابه اوتيسك ذكائها (٥٠) استطاعت أن تنتقل من برنامج تعليمي خاص إلى مدرسه ثانوية ، ووصف بيكليين Biklen (١٩٩٢) نتائج تدريب مارك Mark طفل السابعة ذوى الإعاقات الحادة بقوله بدون اتصال ميسر ليس لدى مارك أى وسائل اتصال فعالة ، فيظل ممسكا بالأشياء ويجذب الناس إلى أشياء أو أحداث تهمة ويظهر نوبات غضب كثيرة لكن بعد تدريبيه على الاتصال الميسر استطاع أن يعبر عما يدور

في عقله ، يتحاور مع زملائه ويعمل واجبه المدرسى على نفس أو أعلى من مستوى من في سنه
(Myles , Simpson , 1994 , 208) .

وبالرغم من هذه النتائج المباشرة بفاعلية الاتصال الميسر ، إلا أن النشرة الاخبارية
للمجتمع الأمريكى للاوتيزم ترى أن الدليل التجريبي على صدق الاتصال الميسر غير موجود
، وقد حاول مايلز وسيمبسون تقييم فاعلية الاتصال الميسر باستخدام اختبارات اتصال غير
لفظية مع مجموعة من الأطفال الاوتيستك في عمر المدرسة وقام المعلمون بدور الميسرين
(Myles , Simpson , 1994 , 210) .

ولما كان العجز في التواصل اللفظي من السمات الرئيسية لدى الاوتيستك ، كما أنه
يؤثر على جوانب الحياة المختلفة لديهم نتيجة العجز الشديد في القدرة على إنتاج اللغة أو
الاستجابة لها لغويا ، فقد اهتمت أبحاث عديدة بتطوير إستراتيجيات التدريس الفعال لمهارات
اللغة لدى الاوتيستك ومنها [Krantz, et als, 1981; Mcgee, et als, 1983, 1986; Secan, et
als, 1989; Charlop, Milstein, 1989]

ويشير ماسجى وآخرون Mcgee, et als بأن استراتيجية التعلم الطارئ -Incidental-
Teaching قد استخدمت في دراسات [Hart, Risley, 1968, 1974, 1975, 1980; Koegel, Rincover, 1974; Rogers, Waren, 1980]
وأكدت هذه الدراسات على أن
التعلم الطارئ ذو فاعلية كبيرة في تعلم المحادثة التلقائية لأطفال ما قبل المدرسة ، وتتم عملية
التعلم بهذه الاستراتيجية من خلال تنظيم عناصر البيئة الطبيعية بصورة تجذب الأطفال
لممارسة بعض الأنشطة الهادفة في وجود المدرس الذى يقدم التعليمات المطلوبة والتدعيم
الملائم ، وفي حالة توقف الطفل عن إصدار الاستجابة الملائمة يقدم له المدرس نموذج
الاستجابة الصحيحة المراد إصدارها كي يستمر التفاعل .

وبالرغم من الاتفاق على فاعلية هذه الاستراتيجية ، فإن ماسجى وآخرون يشترطوا
فيمن يستخدم معه هذه الاستراتيجية أن تكون لديه مهارات لغوية متعلمة من قبل تمكنه من بدء
التفاعلات اللفظية ، ويضيف ماسجى وآخرون إلى فاعلية التعلم الطارئ أنه يتيح الفرصة للتدريب
على مهارات اللغة جنبا إلى جنب مع التدريب على مهارات الحياة اليومية في البيئة المنزلية
الطبيعية ، فهذا يدعم فرص التعميم للتركيبات اللغوية المختلفة ، ويحسن قدرة الأفراد على
المشاركة في أنشطة الجماعة مثل رحلات التسوق ، وتناول الطعام في المطاعم ، وزيارة العائلات
(Mcgee, et als, 1983, 329-330) .

وإستخدام ماسجى وآخرون التعلم الطارئ مره أخرى لتدريب الأطفال الاوتيسك على استخدام اللغة وتعلم مهارات تواصلية جديدة ، وتم ذلك بتدريس المهارات الخاصة بتعلم القراءة من خلال أنشطة اللعب (Mcgee, et als, 1986, 147) .

وإستخدام فريق آخر من العلماء إستراتيجية التدريب والتوجيه في تعليم اللغة للاوتيسك ، فقد اهتم سيسان وآخرون Secan, et als بتدريب الأطفال الاوتيسك على مهارات الإجابة على الأسئلة الموجهة إليهم ، وتم ذلك بتعليمهم الإجابة (لا أعرف) عندما يواجهون الأسئلة النني لا يوجد لديهم إجابة مناسبة لها ، فهذه الإجابات يمكن أن تزيد من التفاعلات الاجتماعية لأنها تزود الآخرين بالدافع لاستمرار التفاعل ، وتتيح الفرصة للآخرين لتقديم المعلومات للأفراد الاوتيسك Scheibman , Carr, 1978 ، واهتم آخرون بتعليم الأطفال الاوتيسك استجابة (نعم) أو (لا) لقبول أو رفض الموقف ، فهذا يساعد الأطفال الاوتيسك الذين لديهم عجزا لغويا على الاستمرار في التفاعل مع الآخرين مع تزويد الآخرين بالمعلومات اللازمة للتواصل (Secan, et als, 1989, 181) .

وقد علم كل من نيلسون Nelson (١٩٧٣) ، بارنيل وآخرون Parnell , et als (١٩٨٤) الأطفال الاوتيسك الاستجابة على أنواع خاصة من أسئلة (wh-) (ماذا - كيف - لماذا) ثم تعلموا بعد ذلك إنتاج هذه الأسئلة (Secan, et als, 1989, 182) .

وقد أضاف بايل Paul (١٩٨٥) أن مهارات توجيه الأسئلة والإجابة عليها شئ هام لتطور مهارات المحادثة، وأن القدرة على الإجابة على الأسئلة في سياق المحادثة لها دلالات للتطور المعرفي واللغوي لمهارات المحادثة (Secan, et als, 1989, 182) .

وإستخدام كرانتز وآخرون Krantz, et als أيضا إستراتيجية التدريب على الاستجابة لأسئلة (wh-) والأسئلة الوصفية لتعليم الاوتيسك مهارة اللغة المركبة ، وقد ساهم هذا الأجراء في اكتساب الأطفال الاوتيسك مهارات التواصل التي تساعد على المشاركة في صنع القرار وتأمين حقوقهم (Krantz, et als, 1981, 294-295) .

ويشير شارلوب وميلستين Charlop, Milstein بأن النمذجة قد استخدمت في دراسات : [Coleman, Stedman, 1974; Charlop, Milstein, 1983 ; Haring, et als, 1987] لتعليم الاوتيسك مهارات المحادثة .

كما توصل شارلوب وميلستين الى أن نموذج الفيديو يعتبر وسيلة ملائمة لتعليم المراهقين الاوتيسك مهارات المحادثة ، مهارات الشراء ، والتعميم (Charlop, Milstein , 1989, 275) .

وحيث أن العجز الشديد في التفاعل الاجتماعي المتبادل يعتبر من المظاهر الأساسية المميزة للاوتيسم فهم نادرا ما يبدأون حديث تلقائي مع الآخرين بالرغم من اكتساب كثير منهم لغة تعبيرية ملائمة (Krantz, et als, 1981) .

وقد كرر كل من كرانتز ومكلننهان Krantz, McClannahan أن اكتساب الاوتيسم لمهارات التفاعل الاجتماعي يؤدي إلى اختزال السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا . ويشير أكي، سكريبمان Oke, Scherberman (١٩٩٠) إلى تناقص الاضطرابات السلوكية لدى الاوتيسم عند تدريبهم على مبادأة التفاعل مع الآخرين ، في حين تظل كما هي عند تدريب أقرانهم العاديين على بدء التفاعل معهم ، ووجد لى وأدون Lee, Odon (١٩٩٠) أن زيادة التفاعل الاجتماعي للاوتيسم مع أقرانهم العاديين ينتج عنه اختزال في السلوكيات النمطية لديهم (Krantz, McClannahan, 1993, 121) .

وأثبت كوجل وآخرون (١٩٩٢) أن زيادة الإيجابية الاجتماعية للاوتيسم يترتب عليها انخفاض حدة السلوك المزعج لديهم .

و استخدم كرانتز ومكلننهان منهج الكتابة المتلاشية لتعليم الأطفال الاوتيسم بدء التفاعل مع الأقران ، من خلال تعليمهم الاستجابات على الألفاظ والحركات المكتوبة الخاصة بموقفين من مسرحية درامية هما : مطعم هامبورجر ، محل حلاق ، وكان المدرب يشجع الأطفال على أن يفعلوا أو يقولوا محتويات الكتابة مثل (أنا أريد هامبورجر) ، وتوصل الباحثان إلى أن : التدريب على الأشياء المكتوبة عمل على نقصان الحاجة للتدعيم والتشجيع الزائد ، كما أن المدرب لم يصبح مشارك في التفاعل Volkmar, 1987 ، وأظهر الأطفال المتدربين استجابات اجتماعية مرتبطة بالموضوع ولكن لم يتم التدريب عليها (Krantz, McClannahan, 1993, 122) .

أما جوانب العجز في السلوك الاستقلالي ، فقد أهتم كل من المربين والاباء بالتعرف على أساليب تدريب الأطفال الاوتيسم عليها لما لها من أهمية بالغة في تحسين سلوكيات الطفل والمشاركة في العناية بنفسه والمشاركة في العمل وأنشطة وقت الفراغ بالإضافة إلى إدخال السرور والفرحة على الأسرة لما تشاهده من رعاية الطفل لذاته .

ويشير ماسدوف وآخرون بأنه قد تم استخدام فنيات متعددة لتنمية مهارات السلوك الاستقلالي لدى الأطفال الاوتيسم ومنها [التعليمات اللفظية - النمذجة-الإشارات والتلميحات-

التعزيز، إدارة الذات] فى دراسات [Billingsley, Romer, 1983, Dumlap, Plenis, 1988, Sailor, et als, 1988, Koegel, et als, 1992]

وأن الأطفال الاوتيسك الذين تم تعليمهم مهارات وظيفية معينة كتلميع الأثاث وكتابة ورقات عمل غالبا ما يفشلون في عرض هذه الاستجابات تلقائيا ، ربما لأن ضبط المثيرات لم ينتقل من التلقين الفوري المرتبط بموقف التدريب إلى المثيرات الحادثة في الواقع ، لذا ينصح هؤلاء بتغيير مكان التدريب حتى يتعلم الطفل كيفية التعميم (Macduff, et als, 1993, 89) .

ولما كان الاوتيسك يعاني من صعوبة الاستجابة لأوامر مركبة ، بالرغم أنه تعلم الاستجابة لكل أمر على حده ، فقد تعلم أن ينظف أسنانه ويلبس ملابسه ويذهب للإططار ، (إلا أنه لا يكمل هذا الترتيب بدون تعزيزات كى يبدأ كل جزء من النشاط ، وللتغلب على هذه الصعوبة ، فقد أستخدم بعض الباحثين (Rabinsan , et als , 1977; Jahnsan, et als, 1981; Wacker, et als, 1983 ; Martin, et als, 1983) المنبهات البعدية مثل اللوحات - الصور الفوتوغرافية - الرسومات التخطيطية بأساليب متتابعة تساعد المشاركين على إكمال خطوات الأعمال باستقلالية. أما Sowers, et als, 1980 فقد علموا الراشدين من ذوى التخلف العقلى الانتقال باستقلالية من العمل إلى الغذاء أو من الراحة إلى العمل باستخدام المنبهات البصرية أيضا (Macduff, et als, 1993, 90) .

واستخدم بيرس وسكريبمان Pierce, Schreibman استراتيجية إدارة الذات Self Management في تيسير الأداء الذاتى لمهارات الحياة اليومية ، وقد حاول الباحثان دمج العناصر التقليدية لإدارة الذات والتي تتكون من :-

قدرة الذات على (اختيار المعززات ، مراقبة الأداء ، تقييم الأداء ، التحرر من التدعيم) واستخدامها كمثير لتعليم مهارات الحياة اليومية ، كما ركزا على استخدام الصور لتوجيه سلوك الأفراد الاوتيسك ، ثم اختبار فعالية الذات في تنمية الاستقلال الذاتى لمهارات الحياة اليومية ومدى اعتماد الأطفال على هذه الصور في ممارسة الأنشطة اليومية ، وتقييم مدى القدرة على التعميم في السلوكيات والمواقف غير العلاجية ، ودراسة التغير المصاحب لاكتساب مهارات رعاية الذات ومدى المحافظة على هذا التغير (Pierce, Schreibman, 1994, 471- 472) .

٤- دور الأسرة في علاج وتدريب طفلها الاوتيسك :-

في خلال العقد الأخير ، ظهر تغير ملحوظ في فهم دور الأسرة في مساعدة الطفل الاوتيسك وأبتعد البحث العلمي والأساليب العلاجية من التركيز على استكشاف التفسيرات

ذات المنشأ النفسي فقط إلى الاهتمام بدور الأسرة في تقديم المساعدة والعلاج أيضا والتأكيد على الاستراتيجيات المشتركة التي يمكن استخدامها للتغلب على المشكلات الناشئة (Cohen, Donnellan, 1985; 499).

وبعد أن أدرك المتخصصون Cutler, 1984, Schopler, Mesibov, 1984 أن سبب الاضطرابات يكمن داخل الطفل وليس للأبوين دخل به ، تغيرت العلاقة بين الأباء والمتخصصين، واهتم المدربون بإعطاء الأباء دورا هاما في تصميم وتنفيذ أى برنامج علاجي أو تدريبي للطفل الاوتيسك حيث أنه لا يوجد من يعرف الطفل ، ويحبه ويحرص عليه أكثر من والديه (Cohen, Donnellan, 1985, 499).

وتتحقق فاعلية هذا الدور من خلال برامج إرشاد الوالدين التي تساهم في تخفيف المعاناة والضغوط المفروضة على الأسرة بأكملها بسبب إعاقة طفلها .

أهمية الإرشاد الأسري :-

إن مجال إرشاد والدي الأطفال ذوي الحاجات الخاصة - المعوقين - من المجالات الحديثة والهامة في الإرشاد ، ويمثل الإرشاد لوالدي الأطفال المعوقين حاجة أساسية لهؤلاء الأباء لما يمرون به من صدمات وضغوط نفسية إبتداءً من تشخيص حالة الطفل واستمرارا مع هؤلاء الأباء طيلة حياة الطفل الذي يعتمد اعتمادا كاملاً على الأسرة .

ويلقى الإرشاد الأسري اهتماما بالغاً في كثير من البلاد ، فقد أنشئت أول عيادة للإرشاد الأسري في الولايات المتحدة الأمريكية عام (١٩٣٠) في لوس الجلوس ، وأُفرد للإرشاد الأسري مجالات علمية متخصصة مثل (Counseling, Guidance; International J. of counseling Family (عادل الأشول ، ١٩٩٢ ، ٨٨٨) .

ويذكر محمد الشناوى ومحمد التويجى أن الإرشاد تخصص وفرع من فروع علم النفس التطبيقي ، وهو يقع ضمن مجموعة من التخصصات تعرف بتخصصات المعاونة Helping Professions ومنها الطب النفسي والخدمة الاجتماعية وعلم النفس الإكلينيكي وعلم النفس المدرسي - وهذه التخصصات تشترك في أنها تؤكد على إمكانية تغيير السلوك (محمد الشناوى ، ومحمد التويجى ، ١٩٩٥ ، ٥٦٨) .

ويعرف ستيوارت Stewart إرشاد والدي الأطفال ذوي الحاجات الخاصة بأنه "علاقة مساعدة بين متخصص ذي معرفة واسعة ووالدي طفل ذي حاجة خاصة يسعيان من أجل تفهم أفضل لهمومهم ومشكلاتهم ومشاعرهم المتفردة . ويضيف أن الإرشاد عملية تعلم تركز على

النمو الشخصي لحل مشكلاتهم أو همومهم ، وهى عملية يتم فيها مساعدة الوالدين ليصبحوا أفرادا مكتملى الأداء ، يساعدان طفلها ويعطيان قيمة لأسرة ذات توافق جيد" (Stewart, 1986, 31-32) .

لماذا يحتاج والدى الأطفال الاوتيستك إلى الإرشاد ويبحثون عنه ؟

لاشك أن وجود طفل معوق في الأسرة يعتبر حادثا كبيرا ، يجعل الوالدين والأسرة بأكملها تتحمل ضغوطاً متعددة وجميعها مرتبطة بالحاجات الخاصة لهذا الطفل ، والقلق على مستقبله وحياته القادمة ، وما يزيد من حدة هذه الضغوط اعتماده الكامل عليها الذى يترتب عليه تحمل أعباء كثيرة داخل المنزل وخارجه ، فجدد بعض الأسر تبالغ في حماية ورعاية طفلها المعاق والبعض الآخر يرفض هذا الطفل ويتجاهله تماما (محمد الشناوى ومحمد التويجرى ، ١٩٩٥ ، ٥٦٨-٥٦٩) .

أما أسرة الطفل الاوتيستك فهى تتحمل الكثير والكثير جدا من الصعوبات خاصة في الفترة السابقة لتشخيص حالة الطفل تشخيصا دقيقا، فهى أصعب مرحلة تمر بها الأسرة بسبب الغموض الذى يحيط حالة الطفل ، فهو كان طبيعيا عند الميلاد ، بمعنى أدق لا تظهر عليه بوادر الشذوذ وأستمر على هذا الوضع خلال السنتين الأولتين من حياته ، رغم أن هناك حالات قليلة يظهر عليهم سلوكيات شاذة خلال فترات الطفولة المبكرة ، إلا أنه لا يوجد من تشخص حالته بالاوتيستك منذ الميلاد . ومع بداية العام الثالث أو منتصف العام الثانى تبدأ أعراض الاوتيزم في الظهور والتطور ، فيتضح العجز اللغوى والاجتماعى ، يغمس الطفل في السلوكيات النمطية الشاذة ، ويميل إلى العزلة ، القلق ، البكاء ، العنف ، فكل هذا يثير اهتمام الأباء ويدركون أنه يوجد شيئا خطيرا حدث للطفل، فيبدأون رحلة طويلة مع الأطباء المتخصصون وغير المتخصصون من أجل التعرف على وصف دقيق للحالة (Cohen, Donnellan, 1985, 502) .

فالبعض يشخصه بأنه تخلف عقلى ، والبعض الآخر يقول أن أصم وأبكم ، والبعض الثالث يقول أن لديه اضطرابات في الكلام ، والبعض الرابع يقول أن لديه اضطراب نفسي ، ومحصلة هذه التشخيصات أن الطفل ينتقل بين المؤسسات العلاجية المختلفة ولن تجدى معه التدريبات أو العلاجات الدوائية المهدئة ، والطفل يستمر في التدهور والأسرة تتحمل الضغوط المادية والمعنوية بسبب حالة الطفل .

وبعد هذا المشوار الصعب الذى لا يمكن وصفه تتدخل العناية الإلهية وتقابل الأسرة طبيبا متخصصا يشخص حالة طفلها بأنه اوتيستك فتهدأ الأسرة بعض الشيء لأنها عرفت أن هذا اللغز المحير له مسمى ألا وهو الاوتيزم إحدى الإعاقات النمائية التى يمكن أن تصيب أى

طفل وهى منتشرة في العالم كله بنسبة (١٠,٠٠٠:٥) حالة ، ولكنها تعتبر من أخطر الإعاقات التى تصيب الأطفال . استخلصت الباحثة هذا الوصف من خلال الحوار مع أمهات الأطفال الاوتيسك، وتختلف الأسر في ردود أفعالها تجاه إعاقة طفلها ، فمنهم من يواجه هذه الأزمة من خلال المرور بالمراحل التالية : -

التى تبدأ بالصدمة : وهى المرحلة التى تكتشف فيها الأسرة أن طفلها لديه إعاقة مزمنة فيصاب الأبوين بالذهول والعجز التام عن فعل أى شئ ، وغالبا ما يرفضان تصديق الواقع ، تبدأ بعد ذلك مرحلة الانفعالات العنيفة المليئة بالحزن والألم وعدم الرضا والإحساس بالذنب ، فقد تشعر الأم أنها السبب لأنها عادت إلى العمل بعد ولادة الطفل بوقت قصير وكان ينبغي عليها أن تمكث معه فترة أطول ، أو يشعر الوالد أنه لم يقدّم بالواجب عندما رفض أن تكون ولادة الطفل في مستشفى ، وأحيانا يكون التآنيب لأى من الوالدين عن الوراثة التى ورثها لطفله ، وأحيانا شعور بالإحباط والفشل يجعل أى من الوالدين يسأل نفسه الأسئلة التالية:

هل هذا عدل ؟ ولماذا نحن بالذات ؟ خطأ من هذا ؟ ما هو السبب ؟ هل سنحب الطفل ؟ ماذا يخبئ لنا القدر ؟ كيف ستستمر رعاية الطفل وحمايته إلى ما لا نهاية ؟ هل يأتى عليه يوم يستطيع القيام بشئونه الشخصية ؟ من سيقوم على رعاية الطفل عندما نصل إلى مرحلة من العمر لا نستطيع أن نقوم نحن على خدمته ؟ وبعد أن تهدأ هذه الانفعالات يتقبل الآباء الأمر ويرضون بالواقع ثم يبحثون عن المساعدة والإرشاد (سهام راشد ، ١٩٩٣ ، ٨٦ - ٨٩) .

بينما أسر أخرى لا يمرون بهذه المراحل بشكل آلى ، بل يعيشون في حالة حزن دائم وكان أبناءهم يحتضرون ، وآخرون يواجهون الأزمة بصبر واحتساب ويرضون بما أصابهم تصديقا لقول الله عز وجل " ما أصاب من مصيبة إلا بإذن الله ومن يؤمن بالله يهد قلبه والله بكل شئ عليم " سورة التغابن (١١) .

والأسر التى لا تستطيع مواجهة الأزمة بالحزم والصبر والعمل الشاق فإنها تلجأ إلى استخدام مجموعه من الحيل الدفاعية اللاشعورية التى تحفف عليها وطأة المشكلة لأنها تخفي الجزء المؤلم من المشكلة عن الوعي والإدراك ولا تجعلهم ينظرون إليها بشكل كامل .

وتشير سهام راشد إلى أهم الحيل الدفاعية اللاشعورية التى تلجأ إليها أسر الأطفال الاوتيسك فيما يلى :-

الإتكاف :- يظهر من خلال حديث الأم التي تطلب العون والمساعدة في مشكلة ابنها إلا أنها تدافع بأنه طبيعي وهادئ وذكي ولا يحتاج لمساعدة كبيرة .

الإسقاط :- يسقط الفرد مشاعره المؤلمة وأفكاره السيئة على الغير ، فإذا كان الأب يهمل الابن ولا يراعيه يبدأ باتهام الزوجة بإهمال الطفل أو خطئها في تربيته ويهاجمها على ذلك ، أو قد يسقط الوالدان إحباطهما أو عجزهما على الطبيب أو المدرب أو المعهد الذي يوضع فيه الطفل ، وقد يتهم الطفل أنه يغيظ الوالدين بعدم استجابته في حين أن الغيظ يكمن داخل الوالدين .

رد الفعل :- يتمثل في إظهار مشاعر عكس الموجودة داخليا ، فالأم التي تشعر بغضب داخلي تجاه طفلها قد تظهر الحب المتفاني القسري تجاهه والذي يظهر في صورة رعاية زائدة له وحماية مستمرة مما يعوق نموه العقلي الذي لن يكتمل إلا بالمحاولات المستمرة في الاعتماد على النفس (سهام راشد ، ١٩٩٣ ، ٩٠-٩١) .

ومهما كانت الصعوبات التي نخبرنا الأباء بأنهم واجهوها من أجل الحصول على فترات راحة ، فإن المجتمع يفرض عليهم صعوبات أكثر تتمثل في : سوء الفهم Misunderstanding ، اللوم Blame ، الحاجات المتصارعة Conflicting Demands ، عدم التقدير Devaluation ، الوحدة النفسية Loneliness (Cohen,Donnellan,1985,515) .

فالمجتمع ينظر إلى هؤلاء الأطفال كشئ ليس له قيمة أو كوصمة عار على الأسرة ، كما أن الجماعة تنظر إلى أباء هؤلاء الأطفال بأنهم دون المستوى اللائق للتفاعل معهم ، ويترتب على هذه النظرة السيئة للأسرة افتقادها المهارات اللازمة لمواجهة التفاعلات الاجتماعية غير المريحة، وربما تتجنب المواجهات الاجتماعية الروتينية خاصة مع الأصدقاء القدامى والأقارب (Cohen,Donnellan,1985,517) .

بالإضافة إلى أن بعض المجتمعات ترفض التحاق الأطفال الاوتيسك بالمدرس العامة بحجة أنهم يحتاجون رعاية وحماية أكثر من المتوفرة في هذه المدارس ، كما أنهم يرفضون توفير عدد من الفصول الدراسية المناسبة وعدد من المدرسين المتخصصين المؤهلين لتدريب هؤلاء الأطفال ، بالإضافة إلى عدم وفرة البرامج اليومية المستمرة والضرورية لمساعدة الطفل وأسرته ، فبدون توافر الفرص التعليمية الكافية والمناسبة فإن الطفل لا يتقدم ولا يصبح الأباء عناصر فعالة في العملية التعليمية (Cohen,Donnellan,1985,517) .

- وخلصاً ما تقدم ، أن أسرة الطفل الاوتيسك تحتاج إلى الإرشاد وتبحث عنه للتغلب على المشكلات والصعوبات التي لخصها كوهين ودونالان في الآتي :-
- ١- التعامل مع الطفل الذي لا يستطيع توصيل أو نقل حاجاته ورغباته للآخرين .
 - ٢- التحكم في السلوكيات الشاذة ذات الطقوس النمطية التي يمارسها الطفل .
 - ٣- محاولة إشباع الحاجات الشخصية للطفل وحاجات باقي أفراد الأسرة والحفاظ على النظام في البيئة الأسرية .
 - ٤- الرعاية المستمرة للطفل الذي لا يدرك الخطر .
 - ٥- الصعوبات التي يفرضها المجتمع على الأسرة والتي تتمثل في العزلة أو الرفض و الاستجابة غير الملائمة لمتطلبات الأسرة والطفل
- (Cohen,Donnellan, 1985,513) .

دور المرشد النفسي في حياة أسرة الطفل الاوتيسك :

ذكر عادل الأشول أن إرشاد الوالدين عملية فنية ، يجب أن يقوم بها أخصائي على درجة عالية من الكفاءة في العمل مع أولياء أمور الأطفال المعاقين ومع اخوة وأخوات هؤلاء الأطفال . وأشارت كثير من الدراسات إلى أن جلسات الإرشاد الجمعي والفردى كثيراً ما تساعد الآباء والأبناء في تخفيف مشاعر الذنب والإهمال والانسحاب التي قد تتناوبهم عند التعامل مع الأطفال المعاقين .

ولكى تحقق عملية الإرشاد أهدافها ، يجب أن تتوفر مجموعه من الخصائص النفسية في المرشد النفسي وقد حدد روجرز هذه الخصائص فيما يلي :-

- ١- يكون صادقاً وطبيعياً وتتفق أفعاله مع مشاعره ، ويكون على وعى وبصيرة بمشاعره نحو المعاقين حتى تكون قراراته موضوعية .
- ٢- يكون ناضجاً من الناحية الانفعالية ، واثقاً من نفسه ومن عمله ، مرناً في التفاعل مع الآخرين .
- ٣- يكون ضابطاً لانفعالاته متبصراً بها ، فلا يشعر بالأسى والشفقة على الطفل ووالديه فيخفي عنهم الحقيقة رحمة بهم أو يضيق صدره بالطفل ووالديه ، فيثبط عزمهم ، ولا يشعرهم بالتقبل ويصدر أحكامه بدون تهديد أو تبصير (عادل الأشول ، ١٩٩٣ ، ٣٣) .

ويجب على المرشد الذى يتعامل مع أباء الأطفال المعاقين أن يراعى الاعتبارات التالية :-

١- عدم إدعاء الفهم التام للخبرة التى يعيشها الوالدان .

٢- تقديم المعلومة المناسبة والهامة التى تريح الوالدين وتساندهما .

(Stewart,1986,159) .

٣- أن أحد العوامل التى تؤثر على ردود فعل الوالدين تجاه طفلهما المعاق هو كيفية توصيل المعلومات الخاصة بالتشخيص إليهم ، لذا يجب الحذر الشديد في هذا الأمر .

٤- التعاون المشترك مع الوالدين طوال حياة الطفل المعاق إعاقة مزمنة ، فإذا لم يكن هناك تعاون وثيق فيلتج نوعا من التوتر أو يولد ضغوطا نفسية كثيرة وبالتالي لا يتحقق الهدف.

٥- الفهم الواضح للمشاعر الحقيقية للوالدين تجاه إعاقة طفلهما .

٦- تشجيع الوالدين على المواجهة الإيجابية للموقف والرضا بالواقع .

(Fair,Field,1983,411-415) .

ويضيف عادل الأشول أن المرشد يجب أن يتفهم دينامية العلاقات الاسرية ، وأن بناء علاقات والديه فاعلة تعتمد على قدرة الأباء على التعامل مع الأحداث غير المتوقعة والأشياء المحبطة للأمال ، كما يجب أن يكون قادرا على فهم مدى تأثير الإعاقة على أسرة الطفل بما في ذلك اخوته وأخواته (عادل الأشول ، ١٩٩٣ ، ٢٧) .

وقد حدد كوهين ، دونالد دور المرشد النفسى مع أسرة الطفل الاوتيسك في النقاط

التالية :-

١- أن يشرح للأسرة الحقائق والأسباب المرتبطة بإعاقة طفلها الاوتيسك بصدق ووضوح ، مع مراعاة الحالة النفسية للأبوين ، كما يقدر ويحترم وجهة نظر الأبوين فلا يستخف بالمعلومات التى يذكرها ولا يرفض مساعدتهما في التشخيص.

٢- يوضح لهما أن وجود طفل معاق في الأسرة ممكن أن يحدث لأى أسره وفي أى مكان رغم كل الاحتياطات .

٣- أن يعطى فرصة للوالدين للكلام والأسئلة عن مشكلة ابنهم لأنهم غير قادرين على التحدث مع الآخرين عن مشكلتهم خوفا من ردود الأفعال غير المتوقعة .

٤- يبذل قصارى جهده في تهدئة مشاعر الخوف ، القلق ، الحزن لدى الأباء ويحاول تعريضهم بشيء من تقدير الذات وبتث الثقة في النفس ، كما يرشدهم إلى الأماكن التي تقدم لهم المساعدة المناسبة في حدود إمكانياتهم الاقتصادية .

٥- يوجه الأسرة إلى كيفية التعايش مع الإعاقة وتقبلها بصدر رحب .

٦- يقدم لهم التدريبات اللازمة لأساليب التعامل الصحيح مع الطفل الاوتيستك (Cohen,Donellan,1985,515) .

ولكى يستطيع الأباء التعايش مع إعاقة طفلها المزمنة وتنمية جوانب القصور لديه عليهم إتباع التعليمات الأساسية التي أشارت إليها كل من نادية بنا ، سهام راشد على النحو التالي :-

١- عش اليوم بيومه ولا تفكر كثيرا في المستقبل فهو بيد الله .

٢- تعرف على قدرات طفلك واكتشف أساليبه الفريدة في التعامل .

٣- اشرك جميع أفراد الأسرة في الموقف .

٤- لا تجعل الطفل المعاق محور اهتمام الأسرة كلها وحاول أن تكون علاقات الأسرة الاجتماعية والعملية طبيعية ولا تتجنب الأصدقاء والمعارف .

٥- بادر بإخبار الأقارب والأصدقاء بحالة طفلك ، وكلما كان ذلك مبكرا كلما كان أسهل وأفضل .

(ناديه بنا - بدون تاريخ، ١٧- ١٨) .

٦- لا تخفي الحقائق الخاصة بالطفل المعاق عن بقية أطفال الأسرة ، وأجب عن أسئلتهم بصدق .

٧- لا تخجل من ابنك ، لأنه إذا شعرت أنت بالخجل والعار سيشعر كل من تتعامل معهم بنفس هذه المشاعر تجاه الطفل .

٨- اخرج بالطفل كثيرا ولا تحاول إخفائه عن الناس .

٩- لا تؤمن بالخرافات وتعامل مع حالة ابنك بشكل علمي وقدم له كل الإنجازات الجديدة والمساعدات التي قد تحسن حالته .

١٠- تحدث وكون علاقات مع الأسر التي لديها أطفال معاقين فتبادل الحديث والمعلومات والمشاعر بينكم سيحسن من حالتك النفسية ويشعرك أنك لست الوحيد في هذه الحالة ، وهذا في حد ذاته مفيدا نفسيا لك .

١١- تذكر أن كل أفراد الأسرة قد يكونوا متضايقون وأعصابهم متوترة ، لذلك يجب أن يتسامح كل فرد مع الآخر ويحاول أن يهدأ من نفسه حتى يعتاد الجميع هذا الوضع .

١٢- تعلم كيف تساعد ابنك وكيف تقدم له المثيرات التي يحتاجها وكيف تلعب معه وتتمى قدراته في نفس الوقت (سهام راشد ، ١٩٩٣ ، ٨٧) .

ويهدف المرشد النفسى من خلال قيامه بهذا الدور إلى تحقيق الأهداف التالية :-

١- أن يفهم الوالدين بشكل أكبر حاجات أطفالهم المعاقين والأهداف التي يسعى لها المتخصصون.

٢- أن يتزودوا بمعلومات حول حقوقهم ومسئولياتهم كأباء لأطفال غير عاديين .

٣- أن يتزودوا بمعلومات حول برنامج الطفل في المعهد أو المدرسة وكيف يشاركون في هذه البرامج .

٤- أن يتزودوا بالأساليب التي تساعد على امتداد الآثار الإيجابية لبرنامج المدرسة إلى المنزل.

٥- أن تزداد مهارة الأباء في مساعدة أطفالهم على أن يتعلموا السلوكيات الوظيفية التي تناسب بيئة المنزل .

٦- أن يتعرفوا على مصادر الخدمات الأخرى التي يحتاجها الطفل والموجودة في المؤسسات القائمة في المجتمع .

٧- تمكين الوالدين من إدراك طفلهم باعتباراه طفلا أولا وباعتباره طفلا لديه درجة من درجات القصور .

٨- مساعدة الأسرة على اكتساب القوة لتحمل المسؤولية عن قراراتها والتخطيط معا لمسارات واقعية ومناسبة للإجراءات التي يمكن أن تؤدي إلى حياة ذات معنى وإنتاجية للجميع .

(محمد الشناوى ، محمد التويجرى ، ١٩٩٥ ، ٥٨٥ - ٥٨٧) .

الاستراتيجيات التي استخدمت في إرشاد والدي الأطفال الاوتيسك :-

حدد ستوارت الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها في إرشاد والدي الأطفال المعاقين

فيما يلي:-

- ١- برامج المعلومات التي تزود الآباء بالحقائق حول حالة طفلهم .
- ٢- برامج العلاج النفسي لمساعدة الوالدين على التعامل مع مشكلاتهم الشخصية .
- ٣- برامج تدريب الوالدين لمساعدتهما على تطوير مهارات فعالة في تدريب طفلهما المعاق (Stewart , 1986, 32-33) .

أما أسرة الطفل الاوتيسك فهي في حاجة إلى الدمج بين هذه الاستراتيجيات الثلاث كي تكون البرامج المقدمة بهذه الكيفية أكثر فعالية للطفل والأسرة معا . وقد أثبت كل من كوزلوف Kozloff (١٩٧٤، ١٩٧٩) ، كوفمان وآخرون Koufman et als (١٩٧٨) أن هذا النموذج القائم على أساس [تقديم المعلومات النظرية والعلاج النفسي والديني والتدريب على المهارات السلوكية] يعتبر مدخلا علاجيا فعالا للأطفال الاوتيسك عن طريق آبائهم ، وقد ساعد هذا التدخل على تغيير سلوك الأطفال الاوتيسك وتوليد المشاعر الأبوية الدافئة والحفاظ عليها طوال الحياة (Cohen , Donnellan , 1985,503) .

ويشير كوهين و دونالان أنه بالرغم من اختلاف نماذج التدخل من حيث الطريقة أو المحتوى إلا أنه لم يعد هناك جدالا في أهمية دور الآباء لتعليم أطفالهم الاوتيسك ، وظهرت طريقتين رئيسيتين تُستعمل بشكل جوهري في التعامل مع أسر الأطفال الاوتيسك هما :-

١- الطريقة المبنية على أساس كينيكي وفيها يتم تنفيذ برامج الإرشاد في المراكز المتخصصة طبقا لأراء سكوبلر وآخرون (١٩٨٤) .

٢- الطريقة المبنية على أساس المنزل وفيها يتم تنفيذ برامج الإرشاد في المنزل طبقا لأراء هيمسلي وآخرون Hemsley, et als (١٩٧٨) .

(Cohen, Donnellan, 1985;504) .

ففي الطريقة الأولى يتم تدريب الآباء في مراكز للتدريب باستخدام أساليب الملاحظة الكينيكية ، ويتعلم الآباء الطرق الفعالة لتعليم أطفالهم والسيطرة على سلوكياتهم ، ثم بعد ذلك يقومون بتنفيذ هذه المناهج في المنزل تحت إشراف الفريق القائم بالتدريب ، ويتم تقييم فعالية

زيارات الفريق المعالج للمنزل من خلال تقارير الأباء وملاحظاتهم للتغير الحادث في سلوكيات أطفالهم . وتتميز هذه الطريقة بأن الأباء يستفيدون من الوسائل العلاجية الموجودة بالمركز ، كما يتاح لهم فرص للتدريب والاستفسار بدون حرج والحصول على التعليمات التي يمكن الاستفادة بها في المنزل .

أما الطريقة الثانية فيتم تدريب الأباء في البيئة الطبيعية اليومية للأحداث ، فيكون الإيضاح والتعليمات المقدمة طبقا للمواقف الواقعية وليست المعملية ، كما تتاح فرص التدريب على مهارات التعميم من خلال هذه الطريقة .

ومن الملاحظ أن كلا الاتجاهين له إيجابياته وسلبياته ، وفي غياب الدليل القاطع بتفوق أو تميز نمط معين على الآخر ، فإن السياسة المنطقية تشير بالدمج بين النمطين ، والمرونة للنمط الذي يتلاءم مع حاجات الأسرة وظروفها (Cohen, Donnellan, 1985; 504) .

أما عن طريقة تقديم الإرشاد الأسري ، فهل الإرشاد الجمعي أفضل أم الإرشاد الفردي ؟ للإجابة على هذا التساؤل ، ظهرت اتجاهات متنوعة ، البعض يؤيد الإرشاد الجمعي ، البعض الآخر يؤيد الإرشاد الفردي ، والبعض الثالث يؤيد الدمج بين الاتجاهين ، وفيما يلي توضيح ذلك:-

مبررات تفضيل الإرشاد الجمعي :-

ترى سهام راشد أن جلسات الإرشاد الجمعي لأسر الأطفال الاوتيسك تتيح لهم المشاركة في المشاعر والانفعالات وجوانب النجاح والفشل في التعامل مع الطفل ، فيستفيدون من الخبرات الناجحة ويجدون المساندة والتوجيه فيما يشعرون به من انفعالات سلبية طبيعية في بعض المواقف التي يعانون منها مع الطفل الاوتيسك ، كما يستفيدون من إيجابيات الخبرات الناجحة الأخرى فيزداد الأمل عندهم في أن التحسن ليس بعيد المنال ، وهذا يحفزهم على تطوير أسلوب التعامل مع طفلهم ، فعندما يذكر الوالدان أسلوب ناجح في تعاملهما مع الطفل ويستفيد منه الآخرون يزيد ذلك من رفع الروح المعنوية لديهم مع حفزهم على استمرارية تطور أسلوبهم التعليمي للطفل (سهام راشد ، ١٩٩٣ ، ٩٣) .

مبررات تأييد الإرشاد الفردي :-

يشير ميكلننهان وآخرون McClannahan, et als إلى أن جلسات الإرشاد الفردي لأسر الأطفال الاوتيسك أفضل من الجلسات الجماعية للأسباب التالية :-

- ١- بعض الأباء يستطيعون القيام ببعض الأنشطة التدريبية ، بينما آخرون يواجهون صعوبات في فهم المواد المكتوبة والشفوية وهذا يسبب لهم نوعا من الإحباط .
- ٢- أباء الأطفال ذوى الإعاقات الشديدة يشعرون بالإحباط واليأس عندما يقرأون تقارير أباء الأطفال ذوى الإعاقات البسيطة .
- ٣- أباء الأطفال الأكبر سنا لن يهتموا بالحديث الذى يدور عن المشكلات الخاصة بالأطفال الصغار ، والعكس صحيح .
- ٤- بالرغم من مشاركة الأباء في بعض الاهتمامات الخاصة بالإعاقة مثل إتباع إرشادات معينة في التعامل مع الطفل الاوتيسك بصفة عامة ، إرشادات تنمية مهارات النمو اللغوى والاجتماعى، ولكن نتيجة لتنوع سلوكيات الأطفال الاوتيسك ، فلا توجد مشكلات اسر متشابهة تماما ، وعلى هذا يفضل الإرشاد الفردى على الإرشاد الجمعى (McClannahan, et als, 1982, 246-248) .

مبررات الدمج بين الاتجاهين :-

ويؤيد كوزولوف Kozloff (١٩٨٤) ، كوهين ودونالان أهمية الدمج بين الاتجاهين فيستندون إلى الاستفادة من إيجابيات كل اتجاه على حدة ، فتستخدم جلسات الإرشاد الجمعى من أجل التأييد العاطفي للأسر والمشاركة في التجارب والمشاعر مع الأسر التى لها وضع مشابه ، مع عدم إهمال المشكلات الفردية والعناية بها (Cohen,Donnellan,1985,504) .

وللتغلب على بعض العقبات التى يمكن أن تظهر أثناء تنفيذ جلسات الإرشاد الأسرى يجب تحقيق التجانس داخل المجموعة من حيث مستوى إعاقة الطفل ، نسبة ذكائه ، عمره الزمنى ، المشكلات التى يظهرها الطفل وذلك كى تشعر الأسر في جلسات الإرشاد بالانسجام وأن لهم هدف واحد ييغون تحقيقه.

ويشير التراث السيكولوجى إلى فاعلية برامج الإرشاد المقدمة لوالدى الأطفال الاوتيسك في تحسين حالات أطفالهم ، ومن أقدم وأشهر البرامج التى اعتمدت على أباء الأطفال الاوتيسك كمعالجين لأبنائهم برنامج Treatment and Education of Autistic and related Communication-Handicapped Children (TEACCH) الذى أعده كل من ريتشارد وسكوپلر Reichler,Schopler (١٩٧٦) وطبق في نورث كارولينا وأماكن أخرى من الولايات

المتحدة الأمريكية وقد استطاع الآباء بعد تلقى تدريبات هذا البرنامج ، اكتساب المهارات الضرورية للتعامل مع أطفالهم الاوتيسك ، منها تقديم التعليمات بصورة واضحة ، تشكيل استجابات الطفل ، تدعيم الاستجابات الصحيحة ، استبعاد السلوك غير المرغوب بشكل منتظم وتعليم الطفل مهارات الحياة الوظيفية .

وتعددت الدراسات التي اهتمت بإيضاح دور الأسرة في علاج طفلها الاوتيسك ، فنجد شورت ، أندريو Short, Andrew (١٩٨٠) حاول التعرف على نتائج علاج الأطفال الاوتيسك عن طريق آباءهم ، وقد أشارت النتائج إلى زيادة التفاعل بين الآباء وأطفالهم ، ظهور سلوكيات اجتماعية في مواقف (التفاعل الاجتماعي ، اللعب أو العمل ، التواصل الهادف) ، اختزال للسلوكيات غير الاجتماعية مثل استثارة الذات ، النمطية في اللعب ، الميل إلى عدم التفاعل ، ازدياد تكيف الأسرة مع الضغوط المترتبة على إعاقة الطفل .

وقدم ميكلننهان وآخرون (١٩٨٢ ، ١٩٨٤) نموذجين لتدريب آباء الأطفال الاوتيسك كعمالين لأطفالهم ، وأشارت نتائج البرنامج إلى فعالية التدريب العملي للآباء والأطفال في اكتساب مهارات الحياة الوظيفية ومهارات رعاية الذات ، واعتمد الآباء على جداول الأنشطة اليومية المصورة في تعليم الأطفال الاوتيسك هذه المهارات ، في حين اعتمد معدى البرامج على فنيات التدعيم والتغذية الرجعية في تدريب الآباء على أساليب العلاج الصحيح .

وقد أشارت نتائج دراسة لوف وآخرون Love, et als (١٩٩٠) بأن الأمهات ساهمن في علاج مخاوف الأطفال الاوتيسك باستخدام أساليب العلاج السلوكي .

وقام كرانتز وآخرون بتدريب الآباء على كيفية حث أطفالهم الاوتيسك على المشاركة في أنشطة الأسرة من خلال مواقف وقت الفراغ ، التفاعل الاجتماعي ، رعاية الذات ، القيام ببعض الأعمال المنزلية ، باستخدام فنيات [النمذجة - الملاحظة الجيدة - التغذية الرجعية] أما الآباء فقد استخدموا جداول الأنشطة المصورة لتدريب الأطفال على المشاركة في أنشطة الأسرة ، وأشارت النتائج إلى نجاح الآباء في تعليم أطفالهم الاوتيسك إتباع الجداول المصورة للأنشطة وترتب على هذه المتابعة اختزال حدة السلوك المضطرب ، ازدياد التفاعل الاجتماعي مع الآخرين (Krantz, et als, 1993, 137-138) .

المفاهيم الأساسية في برامج الأطفال الاوتيسك :-

رغم اختلاف برامج التدريب التي تقدم للطفل الاوتيسك من حيث المحتوى أو الاستراتيجيات

المستخدمة ، إلا أنها تشترك جميعها في المفاهيم الأساسية Basic Concepts التي حددها كوهين ودونالان فيما يلي :-

١- مشاركة الآباء كمعالجين أو مدربين لأطفالهم الاوتيسك :

يرى ماركس وآخرون Marcus, et als (١٩٧٩) ، دونالان وآخرون (١٩٨٤) أن إتاحة الفرصة لمشاركة الآباء في برامج التدريب تجعلهم أكثر فهما لحالة طفلهم مما يساعدهم على اتخاذ القرارات الحاسمة بخصوص طفلهم ، كما أن التدريب العملي الذي يتلقونه على يد المدربين يمكنهم من مساعدة أطفالهم على الاندماج في الحياة الأسرية .

(Cohen, Donnellan, 1985, 499) .

٢- المهارات والقدرات الأساسية :

إن البؤرة الأساسية التي يركز عليها التدخل السيكولوجي للأطفال الاوتيسك هي التركيز على تطوير وبناء القوى الكامنة لدى الطفل ، اكتساب المهارات اللازمة للمعيشة في حدود قدرات الطفل والأسرة ، ويجب أن تركز البرامج على الأساليب الواقعية العملية في حل المشكلات أكثر من التركيز على التفاعل اللفظي (Cohen, Donnellan, 1985, 499-500) .

٣- التقييم الشامل للطفل والأسرة والمجتمع :

يجب أن يوضع في الاعتبار أن هذا الطفل جزء من بيئة اجتماعية كبيرة ، فمن الضروري زيادة فرص النجاح أمام الطفل في حياته الجماعية ، ومساعدة الأسرة على مواجهة الضغوط التي يفرضها عليها المجتمع ، ويتم قياس هذه المتغيرات من خلال عملية التقييم ، فهي متطورة باستمرار وتناقش موضوعات مختلفة منها : الحاجات الناشئة لدى الأسرة ، وظروفها والتغيرات الحادثة في المجتمع وهذا التقييم يجب أن يتلاءم مع نظام القيم داخل الأسرة وحسب أولوياتها واهتماماتها .

بالإضافة إلى المفاهيم السابقة يجب أن يتوافر في البرنامج المرونة الكافية من حيث المهارات المختارة وكيفية تطبيقها (Cohen, Donnellan, 1985, 499) .

ويضيف مكلننهان وكرانتز أن عملية التقييم ضرورية جدا سواء لأعضاء الفريق المعالج أو لنتائج البرنامج بصفة عامة ، فهي تتيح الفرصة للنقد والتعديل ، ولكي تكون عملية التقييم موضوعية وليست تعسفية يجب مراعاة الآتي :-

١- أن يشمل التقييم أداء كل المشتركين في البرنامج وكذلك نتائجه .

٢- يفضل أن تكون نتائج التقييم سببا في منح الفرص للاستفادة من خطط التدريب وتعلم مهارات جديدة .

٣- يفضل أن تكون نتائج التقييم تدعيمية وليست محبطة بمعنى زيادة عدد المكافآت عن عدد الجزاءات .

٤- أن أداء العميل (المتدرب) يفيد في تقييم البرنامج الفردي ولكن لا يكفي للتقييم الشامل للبرنامج .

٥- بدون النظر إلى طبيعة البرنامج والمدرّب ، فإن الأطفال الاوتيسك يتقدمون ببطء شديد ، وتقدّير نتائج تدريبهم يفيد في معرفة معدل سرعة أو بطء الاستجابة لديهم ، كما أن الأطفال الاوتيسك الذين يتلقون تدريباً مبكراً في عمر ما قبل المدرسة فيكون تقدمهم سريعاً وملحوظاً ومن السهل التحكم في سلوكهم فيما بعد (Fenske, et als, 1985; Lovaas, 1987) .

٦-المهارات التي لم يتم التدريب عليها في البرنامج لا تدخل ضمن نطاق التقييم .

(McClannahan , Krantz , 1993 , 593) .

٧-أن تكون أهداف برامج التدريب مهارية ، ويفضل إتباع الأسلوب الارشادي والتدعيمى للمشاركين في البرنامج .

٨-يجب أن تخصص في لائحة التقييم بعض الاحتياطات لمواجهة أوجه القصور التي قد يسببها بعض المتدربين ذوي الاضطرابات السلوكية العنيفة .

٩-كما يجب أن يخصص في لائحة التقييم جزء لتعليم المدربين كيفية التعامل مع المتدربين وبناء علاقات حميمة معهم ، على سبيل المثال : ابتسامة المدرب لمن يتعامل معه ، ملائمة الحديث أو الحوار لسن المتدرب ، إلقاء الفكاهات والنكات التي تخفف من حدة الحديث ،مراعاة المستوى الثقافي والاجتماعي للمتدرب .

١٠-لما كان الطفل الاوتيسك غير قادر على المشاركة في صنع القرار ، وغير قادر على حماية حقوقه ، لذا فإن أنظمة تقييم البرامج التدريبية المقدمة له يجب أن توضح نوع الخدمة المقدمة وحجمها ومدى فاعليتها وملاءمتها للمستويات الأخلاقية والعملية

(McClannahan , Krantz , 1993 , 593-594) .

وحيث أن مشاركة الآباء في برامج التدريب المقدمة لأطفالهم الاوتيستك بالکیفیه السابق عرضها تعود على الأسرة بفوائد كثيرة فقد حددها كوهين ودونالان فيما يلي :-

١- أن مشاركة الآباء في برامج تدريب أطفالهم الاوتيستك تساعدهم على اكتساب خبرات وأفكار جديدة تسهم في تقليل آثار التجارب السابقة المؤلمة ، وتحسن حياة الأسرة بصفة عامة.

٢- اكتساب واستخدام المهارات السلوكية الجديدة بشكل ناجح ، يفيد الآباء في استعادة الثقة بالنفس وتقدير الذات وتوجيه حياتهم وحياة أطفالهم .

٣- ان نجاح الآباء في تعليم أطفالهم الاوتيستك المهارات الجديدة يترتب عليه انخفاض القلق والتوتر عند الآباء ، ويضعف الإحباط الذي تولد خلال المحاولات الأولى الثائرة والفاشلة للآباء في رعاية أطفالهم الاوتيستك .

(Cohen, Donnellan, 1985, 519) .

٤- توجيه الطاقات العقلية والجسدية للآباء بشكل بناء ، حيث تصبح الحياة الأسرية أكثر تنظيمًا وأقل إرباكًا، وتصبح هناك أموراً روتينية وأنماطاً سلوكية للطفل تخضع لسيطرة الأسرة وتحكمها.

٥- ان وجود المرء مع جماعة من الآباء الذين يشاركونه نفس المشكلة ، أو مشاكل مشابهة يمكن أن يخفف الشعور بالعزلة ووصمة العار ، كما يخفف إلى حد ما الشعور بالحزن ، حيث أن هؤلاء الآباء ينتابهم شعوراً بالانتماء إلى أي مجموعة من الآباء ، وهذا يتحقق من المشاركة في البرامج .

٦- تخفيف المشاعر المتعلقة بالإحساس بالذنب والغضب والقلق عند معرفة أن هذه المشاعر منتشرة عند باقي الآباء الذين لهم مشاكل مشابهة سواء كانت موجهة ناحية الطفل أو ناحية أنفسهم أو ناحية أطفالهم الآخرين أو الأقارب أو حتى الأغراب في الشارع والسوق ، فهذه المشاعر نشأت غالباً من استجابات المجتمع القاسية وغير المناسبة تجاه حاجات الطفل والأسرة ، وهؤلاء الآباء غالباً يكونون مجتمعاً جديداً وعائلة واحدة تهتم بأعضائها وتؤيدهم .

٧- ان تعامل الآباء مع المتخصصين لفترات طويلة قد تمتد طوال حياة الطفل ، يفيد الآباء في التغلب على كثير من مشاكلهم الشخصية ومشاكل أبنائهم الاوتيستك ، وكذلك يساعدهم على فهم الأنظمة الاجتماعية ويحميهم من الأعباء التي يفرضها النظام الاجتماعي عليهم ، ويساعدهم على

التعامل بشكل جيد مع الوكالات الاجتماعية المسؤولة عن تنمية وحماية الخدمات الرئيسية والإمداد بالتشجيع والتأييد لهم ولأطفالهم .

(Cohen, Donnellan, 1985, 519-520) .

احتمالات التحسن في أعراض الاوتيزم :-

أوضحت مقالة روتر Rutter (١٩٧٧) أن حوالي ٦/١ من الاوتيسك يظهرون تحسنا في السلوكيات الاجتماعية في مرحلة ما قبل المدرسة ، ويمكن لهؤلاء الأفراد أن يحصلوا على وظائف في مرحلة الرشد بالرغم من عدم خلوهم تماما من كافة أعراض الاوتيزم .بينما حوالي ٦٠% من الاوتيسك يعانون بشكل واضح من أعراض الاوتيزم حتى بعد سن البلوغ (Sahakian, et als, 1986, 285) .

أما لوتر Lotter (١٩٧٨) فيشير بأن (٥-١٧) % من أعراض الاوتيزم يحدث لها تحسن نسبي، ويذكر ديمير Demyers (١٩٧٩) أن ٦٠ % من كبار الاوتيسك يوضعون داخل مؤسسات علاجية . وأن الآباء الذين تحملوا صعوبات قاسية في السنوات الأولى لأطفالهم الاوتيسك ، غالبا ما يجدون أن باقى فترة الطفولة تتسم بالهدوء النسبي للأعراض وتعتبر أفضل سنوات الحياة لدى الاوتيسك نتيجة للسيطرة على بعض السلوكيات مثل (مقاومة التغيير - المخاوف الشاذة - القدرة على التواصل - المشكلات السلوكية) (Cohen, Donnellan, 1985, 521) .

أما مرحلة المراهقة عند الاوتيسك فتزداد أعبائها بسبب التغيرات الجسدية المصاحبة لهذه المرحلة ، الضغوط الناشئة عن السنوات العديدة لتربية الطفل الاوتيسك ، والإحساس الظاهر بالاستقلالية لدى الشخص الذى يفقد الكثير من متطلبات إرشاد ذاته والتحدى الذى يعبر عنه بشكل صريح ، فالمرافق الاوتيسك لا يجد له مكانا في مجتمع المراقين ، وبالتالي ينسحب لشعوره بالارتباك والإحباط وربما يصبح مؤذيا لنفسه أو عدوانيا كما يكون أكثر رفضا للمجتمع عن ذى قبل .

وبالرغم من هذه الصعوبات ، فإن بعض الاوتيسك يتحسنون في المراهقة ، والقليل يستطيع الاعتماد على ذاته في الكبر ، وآخرون - بل الكثرة منهم - تتدهور حالتهم بشكل تصاعدي (Cohen, Donnellan, 1985, 508-522) .

وتشير دراسات لوف Lovaas (١٩٧١) ، كوجل ، كوفرت Koegel, Covert (١٩٧٢) ، (١٩٧٤) روتر (١٩٧٧) ، شيرمار Shermer (١٩٨٣) بأن الطفل الاوتيسك يتحسن إذا كان التشخيص والتدريب المناسب قد قدم له في سن مبكرة ، كما أن مفتاح تحسن أعراض الاوتيزم هو تعديل السلوك النمطى واستبداله بسلوكيات هادفة ، وتكوين علاقات وثيقة مع الطفل ، وضيء

كامبل وآخرون (١٩٨١) أن تحسن القدرة على محاكاة الحديث يمكن أن تكون نتيجة لاختزال السلوك النمطي والانسحابي ، وأن التكنيك المستخدم في اختزال السلوك النمطي هو نفسه المستخدم في مساعدة الأطفال الاوتيسك على التعلم الذاتي (Sahakian, et als ,1986,286) . ويشير شارون نيورث وآخرون بأن الأفراد الاوتيسك يمكن مساعدتهم للوصول إلى مستوى أفضل إذا تم اتباع الأتي :-

التدخل المبكر ، استخدام أساليب التربية الخاصة ، تأييد الأسرة ومساندتها ، وفي بعض الحالات تكون هناك حاجة ضرورية للعلاج الطبي كي تستطيع الحالة أن تعيش حياة طبيعية . كما أن أساليب التدخل الخاصة وبرامج التربية تهدف جميعها إلى مساعدة هؤلاء الأفراد على التعلم ، التواصل ، الارتباط بالآخرين ، واختزال حدة السلوكيات النمطية التكرارية (Sharyn Neuyirth , et als 1999,15) .

ويضيف شارون نيورث وآخرون بأن صغار الاوتيسك يمكن تعليمهم المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة ، والمهارات الرياضية البسيطة ، ومنهم من يكمل دراسة في المدارس العالية ، والبعض يحصل على درجات جامعية .

ويعتبر التدخل المبكر من أهم العوامل التي تساعد على تنمية هؤلاء الأطفال لمدى طويل واستقلاليته ونجاحهم في حياتهم (Sharyn Neuyirth , et als 1999,15-16) .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة وفروض الدراسة

- دراسات تناولت سمات الأطفال الاوتيستك .
- دراسات تناولت الأساليب العلاجية والتدريبية التي يمكن استخدامها مع الأطفال الاوتيستك .
- التعليق على الدراسات السابقة .
- فروض الدراسة .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة وفروض الدراسة

مقدمة :-

تعرض الباحثة في هذا الفصل الدراسات السابقة التي تناولت إعاقاة الاوتيزم من حيث الوصف والتشخيص الدقيق لها ثم الأساليب العلاجية والتدريبية التي تقدم لفئة الأطفال الاوتيسك بوجه عام ، وبعد ذلك يتم عرض الدراسات العلاجية التي تتناول العلاج من منظور اجتماعي أي تهتم بتنمية المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال ثم الدراسات العلاجية التي تعتمد على دور الأسرة ، وتختتم الباحثة هذا الفصل بعرض فروض الدراسة .

أولاً : دراسات تناولت سمات الأطفال الاوتيسك :-

تهتم هذه الدراسات بإلقاء الضوء على السمات المميزة للأطفال الاوتيسك . وحيث أن العجز أو القصور اللغوي يعتبر من أهم الخصائص المميزة للأطفال الاوتيسك بصفة عامة فقد اهتمت دراسات عديدة بتناول هذا العجز بعناصره المختلفة .

فدرس بريزنت باري . Prizant B (١٩٧٩) إمكانية ظهور ترديد الكلمات بطريقة ببغواية أو التكرار غير الهادف لما يسمع Echolalia ضمن السمات المميزة لأربعة من الأطفال الاوتيسك ، وباستخدام التحليل العاملي المتعدد المستويات ظهرت خاصية ترديد الكلمات هذه مصاحبة لسبعة من السمات المميزة لهؤلاء الأطفال وهي: ضعف القدرة على التركيز ، عدم الاستجابة لما يطلب منه ، كثرة الكلام بدون هدف ، الميل إلى التكرار الممل في الحديث، اجترارية التفكير (التفكير الاجتراري) ، شذوذ الاستجابة للمثيرات البيئية والانسحاب من الواقع المادي إلى الانغلاق الذاتي . وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة بالإضافة لما سبق ما يلي :-

١ - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط عدم التفاعل مع الآخرين مقابل التفاعل عن طريق الترديد اللاإرادي لصالح الأخير .

٢ - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام الأطفال الاوتيسك للترديد اللاإرادي وهذه الفروق ممكن تفسيرها في ضوء الاستراتيجيات الفردية والمستوي المعرفي والوظائف اللغوية لكل طفل .

٣- التردد اللاإرادي سلوك وظيفي ودال عند الأطفال الاوتيسك حيث يرغب الطفل من ورائه توصيل رسالة ما للمحيطين ولكنها لا تفهم .

٤- العجز اللغوي ومشكلات اضطرابات الكلام ومنها التردد اللاإرادي تعتبر من المعايير الأولية في تشخيص الاوتيزم لأنها أكثر الخصائص ظهوراً لدى هؤلاء الأطفال ، كما تشير نتائج هذه الدراسة إلى إمكانية التخفيف أو القضاء على ظاهرة التردد اللاإرادي وتغيير بعض السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً لدى الأطفال الاوتيسك ببعض التوجيه السلوكي للأطفال وأسرهـم .

وفي دراسة أخرى تعتمد على الملاحظة لمدي مداومة الأفراد الاوتيسك على التردد اللاإرادي قام بها رين (١٩٨٨) Rein , R. وهدفت هذه الدراسة إلى تحديد ما إذا كان كلام الاوتيسك بهذه الصورة يهدف من ورائه الاتصال أم أنه بدون معنى ، وأيضا التعرف على المتغيرات المرتبطة بهذا التردد الواضح .

وقد أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها (١٥) فرداً اوتيسك يتراوح العمر الزمني لهم بين (٩,١ - ٢٦) سنة وأظهروا جميعاً مستويات عالية من التكرار اللاإرادي في المواقف الأربعة التالية : المدرسة - العمل اليومي - اليوم الدراسي - أداء العمل الروتيني وقد جمعت البيانات جميعها باستخدام Event-Sampling Procedure ، وأظهرت نتائج الدراسة ما يلي :-

- ١- ١٧% تقريبا من أفراد العينة كان كلامهم عبارة عن تكرار لاإرادي بدون معنى أو هدف.
- ٢- كثير من كلام أفراد العينة تم تقييمه أثناء مواقف الاتصال الهادف ، ولوحظ ظهور التكرار اللاإرادي بكثرة في مواقف التفاعل الاجتماعي .
- ٣- يظهر الكلام بصورة واضحة غالبا في مواقف العمل اليدوي الروتيني .
- ٤- التكرار اللاإرادي يعني عدم حدوث الاستجابة المناسبة ، بينما الكلام العادي الذي لا يتضمن تكرارا بدون معنى يكون أكثر ميلا للاستجابة المحايدة .
- ٥- يعتبر التكرار اللاإرادي سلوك سلبي تعبيرا عن عدم الرغبة في تحقيق اتصال فعال أو تفاعل اجتماعي متبادل ، ولذا فإن الأفراد الاوتيسك يظهرون التكرار اللاإرادي في مواقف التواصل الهادف والمبادئه بالتفاعل الاجتماعي .

للتعرف علي الطبيعة الخاصة للعجز اللغوي عند الأطفال الاوتيستك كانت دراسة
رامونديو وميلك Ramondo, Mileck (١٩٨٤) علي عينة من الأطفال مقسمة إلى ثلاث
مجموعات :

١ - مجموعة الاوتيستك متوسط العمر الزمني لها (١٣,٥) سنة

٢ - مجموعة المتخلفين عقليا متوسط العمر الزمني لها (١٣,٤) سنة

٣ - مجموعة العاديين متوسط العمر الزمني لها (٨,٧) سنة

وكانت المجموعات الثلاث متساوية في عدد الأطفال (١٢ طفلا) ، وتم اختيارهم من
إحدى ولايات غرب استراليا ، وشخصت مجموعة الاوتيستك بناء علي معايير التشخيص التي
وردت في دراسة سابقة لرامندو وميلك (١٩٨١) وتنص علي:

قصور في العلاقات الاجتماعية ، إعاقة النمو والشذوذ في اللغة واستخدامها ، الميل
والإصرار علي الثبات وعدم التغيير ، ظهور هذه الأعراض قبل العمر الزمني (٣٠) شهرا .
وقد تم التجانس بين المجموعات في كل من المدى الرقمي Digit span الذي تم قياسه بإحدى
الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر لذكاء الأطفال Wechsler, 1974 والعمر العقلي الذي
قيس باختبار الصور للمفردات اللغوية Dunn, 1965 فكانت نسبة الذكاء للمجموعات الثلاث
علي التوالي (٧٦,٨ ، ٧٣,٨ ، ١٠٦) وعند اختبار أو فحص القدرة علي التعلم والتذكر
للكلمات المتتالية تم استخدام أربعة أنواع من المتتابعات هي :

مقتابعة تعتمد علي القواعد النحوية - أخرى ترتبط عناصرها بالمدلول اللفظي - ثالثة تعتمد
علي مهام التذكر للألفاظ السمعية - رابعة تعتمد علي الأداء لهذه الألفاظ ، وتم التقييم بثلاث
مقاييس هي : تذكر التسلسل - تذكر المجموعة - التذكر الحر .

وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي :-

- ١ - يكون التذكر أفضل حينما تكون دلالة الألفاظ عالية وذلك عند المقارنة في حالة الدلالة
المنخفضة للألفاظ و يكون هذا التحسن متشابه في المجموعات الثلاث .
- ٢ - في حالة المتتابعات التي تعتمد علي القواعد النحوية يكون تذكر الأطفال العاديين أفضل
من ذوي التخلف العقلي والاوتيستك .

٣- ترى النظريات الحديثة أن العجز اللغوي الواضح لدى الأطفال الاوتيسك هو عجز في فهم دلالة الألفاظ وفي عمليات الأعراب والقواعد النحوية (تكوين الجمل) بمعنى أنهم لا يستطيعون فهم ما يقال لهم ولا تكوين جملة مفيدة أو الإجابة على سؤال ما .

ويتفق بيترز ميشيل Peters , M. (١٩٨٥) مع سابقه على أن العجز اللغوي لدى الاوتيسك يتمثل في عجز أو قصور في تكوين الجمل .

ويؤكد بيترز على أن هذا العجز ناتج من وجود خلل في بعض المداخل العصبية والوظيفية لدى الطفل الاوتيسك ، ويحدد مصدرين أساسيين لهذا العجز اللغوي هما :
المصدر الأول : يعتمد على الخلل في إدراك الأفراد المعنى الفطري للمواقف الاجتماعية والعاطفية .

المصدر الثاني : يعتمد على الطبيعة الأساسية الاجتماعية للتواصل .
قأي اضطراب شديد في التعرف على الآخرين كأفراد من نفس النوع يكون مرتبطا بحدوث صدمة حادة على كل من تنمية وحفظ اللغة .

فعندما يستخدم الشخص الاوتيسك اللغة فإنه يواجه بصعوبات في المعنى الفطري والمكتسب ، على الرغم من أن مشكلات النطق ومشكلات تركيب الكلام تتأثر بشكل غير مباشر بالنمذجة غير المؤثرة ، فإن مشكلات الأشكال اللفظية والتخطيطية للغة هي جزء من هذا العجز المحدد .

ويضيف بيترز أن الاضطرابات الحادة جدا في القدرة على الاستخدام المناسب للمعاني الاجتماعية والعاطفية من المحتمل أن تكون مرتبطة بالاضطرابات الحادة في تكوين واستخدام المعاني المناسبة في المجالات الأخرى .

كما يرى أن المشكلات الأساسية المرتبطة بالعجز الاجتماعي والعاطفي ربما ترتبط بالبناءات الخاصة بالدماغ المتوسط مثل اللوزة والمناطق المرتبطة وظيفيا ، وأن مشكلات الاستخدام اللاإرادي للمعنى ربما تكون مرتبطة بمحور الفص الجبهي .

كما أجرى سود هولتر وآخرون Sudhault, et als (١٩٩٠) بإحدى ولايات نيويورك دراسة عن تحليل الاستجابات اللفظية للذكور من فئة الداون سندروم Down Syndrome من ذوى حالات تكسير الكروموزوم Fragile X وفئة أخرى من الاوتيسك .

وهدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين المجموعتين في بعض الاضطرابات اللغوية المتمثلة في كثرة الكلام عديم المعنى - عدم القدرة على التعبير اللفظي السليم - تكرار الأصوات الغريبة غير المتجانسة - ترديد بعض الأصوات غير المفهومة خلال المحادثات اللفظية ، علي عينة قوامها تسعة ذكور من المصابين بأعراض الداون ، اثنا عشر من الذكور المصابين بأعراض الداون من حالات تكسير الكروموزوم ، واثنا عشر من الذكور الاوتيسك وقد تم التجانس بين المجموعات الثلاث في العمر الزمني - الحصيلة اللغوية - السلوك التوافقي وذلك لاستبعاد الأطفال ذوي المهارات اللغوية الضعيفة بدرجة كبيرة ، وأتضح من نتائج الدراسة أن الأطفال من فئة الداون سندروم والذين يعانون من تكسير الكروموزوم Fragile X يتصفون ببطيء شديد وواضح في نموهم اللغوي من حيث الكيف عن أقرانهم من فئة الداون سندروم .

وكذلك يختلفون كما وكيفا في أنماط اللغة عن أقرانهم من فئة الاوتيسك وذلك لأن فئة الداون سندروم من حالات تكسير الكروموزوم يغلب على أحاديثهم التكرار وتشابهه مخارج الحروف إلى جانب الصعوبات في نطق الحروف والكلمات وعدم القدرة على ترتيب الكلمات ونقص واضح في الحصيلة اللغوية وعدم استخدام الضمائر بصورة صحيحة .

ونظرا لاختلاط الأعراض والسمات المميزة للاوتيزم بأعراض إعاقات أخرى مشابهة فقد حاول عمر بن الخطاب (١٩٩١) في دراسته للتشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطراب الانتباه والتوحدية Autism التمييز بين هذه الإعاقات الثلاث .

فوجد أن كل إعاقة منهم تنسم باضطراب واضح في قدرة معرفية ما تختلف عن القدرة المضطربة في إعاقة أخرى ، ففي حالات التخلف العقلي وجد أن التأخر الواضح يظهر في نسبة الذكاء وبمعنى أدق في الذاكرة ، فلا يستطيع الطفل أن يختزن المعلومات أيضا كان نوعها .

أما في حالات اضطراب الانتباه فان القدرة المضطربة هي الانتباه ومن ثم فصاحبها يعاني من صعوبات في التعلم والسلوك الاجتماعي كنتيجة لأنه غير ملتفت أو غير مشغول بالمنبهات المحيطة به ، ومن ثم فإن هذه المنبهات لا تختزن في الذاكرة لا كنتيجة لمشكلة في الذاكرة بل لعدم دخول المعلومة أصلا .

بينما في حالة الاضطراب التوحدي (الاوتيسك) تتمثل مشكلة صاحبها في الإدراك إذ نجد أن المتوحد يهتم ويستجيب لمنبهات بعينها بغض النظر عن كونها استجابة شاذة ، ولا

يستجيب لمنبهات أخرى ، وهذا يعني أن الخلل والقصور يكونان في الإدراك ، هذا بالإضافة إلى عدم قدرته على التفاعل والتواصل مع الآخرين مما يعوقه عن العمل على زيادة المخزون في الذاكرة والارتفاع بمستوى القدرة المعرفية .

وقد هدفت دراسة أندرسون ، فليسبرج Anderson , Flusberg (١٩٩١) إلى فحص مستوى اللغة لدى عينة من الأطفال الاوتيسك ومقارنتهم بالأطفال المتخلفين عقليا ، وقد تكونت عينة الدراسة من (١٢) طفلا (٦ اوتيسك ، ٦ متخلفين عقليا) ومتوسط أعمارهم (٨) سنوات ، وكانت أدوات الدراسة المستخدمة هي الملاحظة واستمارة لتسجيل المعلومات حيث تم ملاحظة هؤلاء الأطفال لمدة (١٢) شهرا متواصلة ، وتم تسجيل جميع الألفاظ التي تصدر عنهم ، وقد بينت نتائج الدراسة أن الأطفال الاوتيسك كانوا أقل من الأطفال المتخلفين عقليا في مستوى اللغة، كما أنهم يستخدمون كلمات غير مترابطة .

وقد ساهم ساندبيرج وآخرون Sandberg , et als (١٩٩٣) في عرض الصورة الإدراكية المعرفية لاوتيزم الطفولة باستخدام اختبار جريفت للنمو العقلي Griffiths Mental Development Scale وعلى عينة قوامها (٧٠) طفلا ومراقبا اوتيسك تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٢ - ٢٠) سنة ومتوسط العمر الزمني يقدر بخمسة سنوات وثمانية أشهر .

وتم تشخيص الحالات بمعايير (DSM - III) ثم إعادة التشخيص والملاحظة والفحص الطبي للأطفال ومقابلة الأباء ثم تطبيق معايير (DSM- III - R) ، وقسمت العينة إلى (٥٢) ذكورا، (١٨) إناثا بنسبة (٩ : ٢ : ١) وتعتبر نسبة الفتيات في هذه الدراسة كبيرة عن النسبة التي أقرتها معظم الدراسات (Wing , 1981 , b , Steffen burg , 1991) وتم تطبيق الجزء الثاني (Part II) من اختبار جريفت للنمو العقلي على أفراد العينة والذي يتكون من ستة مقاييس فرعية هي : -

١- النمو الحركي (Lm) Locomotor

٢- الاجتماعي الشخصي (P/S) Personal-Social

٣- السمع والكلام (H/sp) Hearing and speech

٤- العين واليد (E/Hd) Eye and Hand

٥- الأداء (PF) Performance

٦- الاستدلال العملي (PR) Practical Reasoing

وتُقدم هذه المقاييس في صورة أسئلة نمائية تكشف عن العمر العقلي (DQ) لأفراد العينة التي تم تقسيمها إلى ثلاث فئات :

أ- أصحاب التخلف العقلي الشديد ($DQ < 50$)

ب- أصحاب التخلف العقلي المتوسط ($DQ = 50 : 69$)

ج- غير المتخلفين عقليا ($DQ > 70$)

وأظهرت نتائج تطبيق هذا الاختبار أن أفضل أداء لأفراد العينة كان على مقاييس الأداء والحركة وأدنى أداء ظهر على مقاييس السمع والكلام والاستدلال العملي ، وكانت النتائج على مقاييس الأداء أفضل من مقاييس العين واليد ، وفسر الباحثون هذه النتيجة بأن الأطفال الاوتيستك يفضلون الأعمال التي تتطلب حلا محدودا وواضحا وعدم احتكاك اجتماعي عن الأعمال التي تتطلب بعض المهارات التقليدية الابتكارية .

وحيث أن ضعف التواصل يعد أحد السمات الرئيسية للاوتيستك فقد قام الباحثون بعمل تحليل خاص لمقاييس السمع والكلام لأفراد عينة البحث ، فوجدوا أن عشرة فقط من (٧٠) حالة حصلوا على عمر عقلي (٧٠) أو أكثر على هذه المقاييس ، ويرى الباحثون أن هذا لا يعنى وجود مشاكل في السمع لدى هؤلاء الأطفال ، بالرغم من أن البعض يعتبر تلف السمع أمرا شائعا إلى حد ما في الاوتيستك (Steffenburg, 1991) ويرجعون هذا القصور إلى العجز في التعبير كوظيفة لدى هؤلاء الأطفال .

كما تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن مجموعة الاوتيستك غير المصحوبة بتخلف عقلي تظهر سلوكيات مشابهة لسلوك الأطفال الذين يظهرون أعراض اسبيرجر Asperger . ودرس هو بت وآخرون Ho PT , et als (١٩٩٩) التأخر النمائي المنتشر كعجز أو قصور سمعي لدي الأطفال الاوتيستك ، وقد افترض الباحثون أن الأطفال الذين يظهرون عجزا لغويا ومهارات اجتماعية غير ملائمة في سن الثانية من العمر ، وتم تحويلهم غالبا إلى قسم الأنف والأذن والحنجرة لفحص قدراتهم السمعية لديهم عجزا في السمع . ولاختبار صحة هذا الفرض ، تم فحص أجهزة السمع لديهم ، وقد أظهر هذا الفحص اختلاف كبير بين وظيفة السمع والقدرة اللغوية مما أشار إلى إصابة هؤلاء الأفراد باضطراب أو تلخر نمائي تتطابق أعراضه مع معايير تشخيص الاوتيزم .

وقد قام الباحثون بفحص الأطفال الذين تم تحويلهم إلى أقسام الأنف والأذن والحنجرة خلال السنوات الأربعة الماضية للكشف عن قدراتهم السمعية وقد أشارت نتائج الفحص بما يلي :-

١- (١٥) طفلاً تم تشخيصهم فيما بعد بالتأخر النمائي الشامل (PDD) وكانت نسبة الذكور إلى الإناث كنسبة (١:٤) بمتوسط عمر زمني سنتان وقت دخول المستشفى .

٢- ثلث الأطفال كان مصاب بقصور في الأذن الوسطى ، وقد حدث لهم تحسن بعد زرع أنبوبة أو قناة داخل الأذن .

٣- أظهر ثلث الأطفال قصور وظيفي على اختبار الاستجابة السمعية وهذا القصور ناشئ من خلل في الدماغ .

وخلاصة ما توصل إليه الباحثون أن الأطفال ذوي التأخر النمائي خاصة ما يظهر في الوظائف الراقية قد يظهر عليهم بعض مظاهر العجز اللغوي والتواصل والذي عادة ما يفسر بطريق الخطأ على أنه فقدان للسمع . ويستطيع أطباء الأنف والأذن والحنجرة اكتشاف حالات فقدان السمع والتمييز بينهما وبين الحالات التي تشابه أعراضها معها .

لذا فإن فحص أجهزة السمع لدي الأطفال يتيح فرصة كبيرة للاكتشاف المبكر لحالات التأخر النمائي المنتشر وحالات الاوتيزم مما يفيد في سرعة التشخيص والعلاج لهذه الفئة .

أن العجز اللغوي بالصورة التي تم عرضها يعبر عن جوانب القصور في التواصل اللفظي بين الأفراد الاوتيسك والآخرين ، أما عن مظاهر العجز في التواصل غير اللفظي يمكن إلقاء الضوء عليها من خلال الدراسات التي أجراها هوبسون وآخرون Hobson , et als (١٩٨٨) على مجموعتين من المراهقين إحداها اوتيسك تتكون من (١٧) مراهقاً منهم (١٥) ذكورا ، (٢) إناث ومجموعة المتخلفين عقليا وغير اوتيسك (مجموعة ضابطة) تتكون من (١٧) مراهقاً منهم (١٣) ذكورا ، (٤) إناث ، ومنهم (٣) بصفة عامة داون سندروم تم تجانس المجموعتين في العمر الزمني والحصيلة اللغوية بالنسبة للصور .

وقد تم إجراء اختبار قبلي لأفراد العينة للتأكد من أن المجموعات تستطيع فهم تعليمات الاختبار ، فقد سئلوا بعد عرض (٦) صور عليهم أن يختاروا : -

١- نفس الشخص كما يظهر في الصورة المطلوبة ، حيث أن صور الشخص الثلاثة تختلف في تعبيرات الوجه .

٢- نفس تعبير الوجه (سعيد) كما يظهر في الصورة المطلوبة ، حيث كانت الوجوه السعيدة لثلاثة أشخاص مختلفين ، وتم اختيار الأفراد الذين لم يرتكبوا أكثر من خطأ واحد للاشتراك في التجربة التي كانت تهدف إلى المقارنة بين قدرات الاوتيسك والمتخلفين عقليا في التعرف على الانفعال والشخصية من خلال الصور المعروضة عليهم .

واشتملت التجربة على تقديم ثلاثة أشكال (وجوه كاملة - وجوه فيها الفم مغطى - وجوه فيها الفم والجبهة وبعض أجزاء من الحاجبين مغطاة) وكان هذا للتعرف على الشخصية .

أما الخاص بالتعرف على الانفعال فكانت تقدم صور تعبر عن أربع انفعالات هي : سعيد - غير سعيد - غضبان - خائف أو مرتعد ، وطلب من المجموعات التعرف على الانفعال من خلال التغيرات في الشخصية ، والتعرف على الشخصية من خلال التغير في الانفعالات ، وقد تم عرض الصور بطريقه عمودية أولاً ثم بطريقة جانبية .

واستخدم الباحثون تحليل التباين الأحادي ANOVA للمجموعات (اوتيسك - غير اوتيسك) × الحالة (الشخصية - الانفعال) وأظهرت النتائج ما يلي : -

- ١- براعة المجموعتين في التعرف على الانفعال والشخصية من خلال الوجوه الكاملة .
 - ٢- عندما تقل الأدلة على وضوح الانفعال والشخصية فإن مجموعة الاوتيسك تعاني تدهورا في الأداء وكانت أكثر تميزا في التعرف على الانفعال وذلك بالمقارنة بغير الاوتيسك .
 - ٣- أظهرت مجموعة غير الاوتيسك مستوى عال نسبيا من الأداء في التعرف على الانفعال، عندما قدمت لهم الوجوه ممسوحة الفم ، ممسوحة الفم والجبهة 'بعكس الاوتيسك الذين يظهرون عجزا في التعرف على الصور المعبرة انفعاليا ويرى الباحثون أن هذه النتائج تتفق مع مثيلتها التي أجراها لانجديل Langdell (١٩٧٨ ، ١٩٨٢) .
 - ٤ - كما أشارت نتائج التجارب التي أجراها هوبسون وآخرون أن الأطفال الاوتيسك ليسوا مختلفين عن الأطفال المتخلفين عقليا وغير اوتيسك في القدرة على تصنيف صور الناس حسب الجنس وطول الشعر ، كما تؤيد أن بعض الأفراد الاوتيسك يفشلون في تصنيف الأشخاص ذكورا أو إناثا طبقا لملامح الوجه .
 - ٥ - مجموعة الاوتيسك أعطت تقديرات عالية بالمقارنة بمجموعة غير الاوتيسك في حالات الشخصية والانفعال عند عرض الصور بطريقة جانبية ، ويفسر الباحثون هذا الأداء الجيد بأنه يرجع إلى قدراتهم العالية جدا في الذكاء البصري المكاني Viso - Spatial Intelligence .
- ويرى هوبسون وآخرون أن دراسات لانجديل (١٩٧٨ ، ١٩٨١ ، ١٩٨٢) تعتبر من الدراسات الرائدة لاختبار قدرة الاوتيسك في التعرف على الخصائص الإنسانية من خلال الصور الكاملة أو أجزاء من الصور أو أجزاء مصغرة من صورة الوجه .

وفي تجارب لانجديل على تمييز الانفعال (١٩٨٢، ١٩٨١) أختبر (١٠) أطفال اوتيستك ، (١٠) غير اوتيستك ولديهم تخلف عقلي في تصنيف الصور ذات الوجوه السعيدة أو الحزينة ، وكانت المجموعات متجانسة في العمر الزمني والذكاء العام على اختبار وكسلر. وأظهرت النتائج ما يلي : -

أفراد المجموعتين كانوا قادرين على تصنيف الوجوه المكتملة والأنصاف السفلية من الوجوه ، ولكن الاوتيستك كانوا أقل مهارة في تصنيف الأنصاف العلوية من الوجوه .وقد فسر لانجديل في دراساته أن عجز الاوتيستك في معرفة انفعال الوجه يرجع إلى عيوبهم العقلية السائدة ، وهذه العيوب ربما تحد من عملية التعرف على الانفعال أو تعوق الأداء في اختبارات التعرف على الانفعال (Hobson , et als , 1988 ,441-442) .

بينما اوزنوف وآخرون Ozonoff , et als (١٩٩١) درسوا العلاقة بين ثلاثة أنواع من القصور أو العجز لدى الاوتيستك وهي الشعور العاطفي ، العجز العقلي (نظرية العقل) و الأداء الإجرائي وتعتبر هذه الدراسة هي الأولى في فحص هذه المجالات الثلاث مجتمعة ، كما أنها استطاعت فحص الأداء الإجرائي للأطفال والبالغين الاوتيستك .

وقد افترض الباحثون أن :-

١- العجز في الاوتيستك ناتج من الترابط بين العجز في المكونات التالية (الشعور العاطفي- نظرية العقل - الأداء الإجرائي) .

٢- هل العجز في الأداء الإجرائي موجود في الأفراد الاوتيستك الصغار ، وإذا كان موجودا فكيف يمكن ربطه بنظرية القصور العقلي ؟

٣- هل مقادير العجز في المجالات الثلاث موجودة لدى الأفراد الاوتيستك مرتفعى الأداء بالمقارنة بالمجموعة الضابطة ؟

٤- هل واحد أو أكثر من مقادير العجز هذه يظهر بصفة أساسية في الاوتيزم ؟

لفحص هذه الفروض طبقت بطارية من الاختبارات الخاصة مثل المهام المميزة والقدرة المكانية على عينة الدراسة المكونة من مجموعتين ، الأولى مجموعة من الأفراد الاوتيستك عددها (٢٣) فرداً يتراوح العمر الزمني لهم بين (٨ - ٢٠) سنة بمتوسط عمر

زمني (١٢) سنة ، انحراف معياري (٣,١٩) وحصلوا على الدرجة (٣٠) أو أكثر بمتوسط (٣٤,٦٥) ، وانحراف معياري (٤,٦٤) في مقياس تقدير الاوتيزم لسكولر وريتشارد (CARS) .

وبعد أن تم التشخيص طبقا لمعايير (DSM - III - R) استبعد ثلاثة من الاوتيستك لأنهم حصلوا على نسبة ذكاء أقل من المتوسط المطلوب وهو (٨٩,٥٢) في خمس اختبارات فرعية من اختبار وكسلر المعدل وانحراف معياري (١٥,١٧) ونسبة ذكاء كلية (٦٩) ، المجموعة الثانية (مجموعة غير الاوتيستك) عددها (٢٠) لديهم صعوبات القراءة Dyslexia تم قياسها بنسبة الذكاء الكلية (Fs IQ) Full - Scale IQ ، حصلوا على الدرجة (٢٤) في مقياس (CARS) وبعد أن تمت مجانسة المجموعتين في نسبة الذكاء اللفظية ، العمر الزمني ، الجنس ، المستوى الاجتماعي والاقتصادي .

فقد أظهرت النتائج ما يلي :-

١ - وجود مجموعة فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في الأداء الإجرائي ، نظرية العقل ، الإدراك الانفعالي والذاكرة اللفظية لصالح المجموعة الضابطة في المهام المميزة .

٢ - لا توجد فروق بين المجموعتين في القدرة المكانية والقياسات الضابطة الأخرى .

٣- العجز في نظرية العقل كان جوهريا في الاوتيزم وإذا ظهر العجز في الأداء الإجرائي سيكون مرتبطا وينتج من نفس المكان الذي سبب القصور العقلي وهو المخ ، وبذلك توجد علاقة بين العجز في الأداء الإجرائي ونظرية العقل لدى كل الأفراد الاوتيستك وهذه العلاقة أساسية .

٤ - العجز في نظرية العقل حينما يكون من الدرجة الأولى يكون موجوداً فقط لدى مجموعة فرعية من الاوتيستك أى شديدي التخلف .

ولمزيد من التفاصيل حول خبرات الأطفال الاوتيستك الخاصة بالانفعالات البسيطة والمعقدة ، ومقدرتهم في التعرف على الانفعال وتسميته من خلال الصور ، كانت هذه أهداف دراسة كابس وآخرون Capps, et als (١٩٩٢) على عينة قوامها (٣٢) طفلا يبلغون من العمر الزمني (١٢) عاما ، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين : الأولى مجموعة الأطفال الاوتيستك وعددها (١٨) تم تشخيصهم بمعايير (DSM- III) ، المجموعة الثانية هي مجموعة العاديين وعددها (١٤) .

وقد تم التجانس بين المجموعتين في العمر الزمني ، الجنس ، الدرجة الكلية على مقياس الذكاء لوكسلر ، ولا توجد بينهم فروق دالة بالنسبة للعمر العقلي ، القدرة اللفظية ، نسبة الذكاء اللفظية والعملية ، وكذلك تم التجانس في الخبرات الثقافية والتي تم تقديرها Hollingshead Index , 1957 وطبق عليهم مقياس فاينلاند للسلوك التوافقي لقياس الوظيفة الاجتماعية .

وقد أسفرت نتائج تحليل التباين الأحادي بين مجموعات المقارنة للانفعالات البسيطة والمعقدة إلى الآتي :

١ - بالنسبة للانفعالات البسيطة (السعادة - الحزن) استطاع الأطفال الاوتيستك التحدث عن هذه المشاعر والتفريق بينها ، فقد أشاروا إلى الأوقات التي يتلقون فيها هدية جميلة أو يتمتعون فيها بخبرة شيقة كالذهاب إلى الحدائق أو تناول الطعام بأنها هذه الأوقات التي يشعرون فيها بالسعادة . أما عن الأوقات التي يشعرون فيها بالحزن فهي المواقف التي يتعرضون فيها للأذى أو الغيظ أو الاستفزاز . وأكدت النتائج أن هذه الانفعالات البسيطة لها خصائص مميزة حسنة كإظهار الابتسامة مع السعادة ، الصراخ مع الحزن والتعبيرات الغامضة نسبيا .

٢ - بالنسبة للانفعالات المعقدة (الحيرة - الغرور) فإن المواقف التي يشعرون فيها بالحيرة هي الأوقات التي يجبرون فيها على المشاركة في أنشطة يشعرون فيها بالعجز وقد يفشلون في التفريق بين مواقف الحزن والحيرة على أساس المكان .

ويفسر الباحثون ذلك بقلة الخبرات الاجتماعية التي تعرضوا لها نتيجة لكثرة إخراج الجماعة لهؤلاء الأطفال ، فهم فضلوا اجتناب تقدير الآخرين بدلا من البحث عنه . أما عن المواقف التي يشعرون فيها بالغرور فهي الانتهاء من عمل الواجب أو الفوز بلعبة وهذه أيضا من صفات العاديين .

٣ - الأطفال الاوتيستك يمتلكون مفاهيم مختلفة جدا عن الغرور وهذا يرجع إلى القصور في قدرتهم اللغوية .

٤ - الأطفال الاوتيستك يستغرقون وقتا أطول وتدعيما أكثر من العاديين لوصف الشعور بالغرور - الحيرة وهذا يدل على أن لديهم الكثير من الصعوبات فيما يتعلق بهذه الانفعالات المعقدة والتي يتحكم فيها العاديين بسهولة وتتمثل هذه الصعوبات في عدم الفهم لكلمة

غرور - حيرة ، وعدم الفهم هذا متصلاً في عدم قدرتهم على تصور مواقف وآراء الآخرين وهذا يتمشى مع نظرية العجز في الاوتيزم .

٥ - الاستخدام المتكرر لعبارة " أنا اعتقد " تدل على أن الأطفال الاوتيسك لديهم فهم تجريبي لخبراتهم الانفعالية ، كما أنهم يبنون إجاباتهم على أساس النظريات والقواعد بدلا من الخبرات الذاتية .

٦ - الأطفال الاوتيسك يستغرقون وقتاً أطول للتعبير عن خبرات الحيرة والغرور من الذي يستغرقونه في التعبير عن السعادة والحزن .

وبفحص جانب آخر من جوانب النمو لدى الاوتيسك ، فقد اهتم لوسكى Losche ,G (١٩٩٠) بدراسة النمو الحس حركي والحركي في مرحلة الطفولة المبكرة من عمر (٤-٤٢) شهرا للأطفال الاوتيسك ، وذلك بمقارنته بمظاهر النمو الطبيعي للعاديين كما أوضحها جان بياجيه . وتم ذلك على عينة مكونة من مجموعتين : الأولى مجموعة الأطفال الاوتيسك عددها (١٧) ، الثانية مجموعة العاديين عددها (٢١) .

وقد تم مجانسة المجموعتين في العمر الزمني بمتوسط (٣,٥) سنة ، الجنس وصلات القرابة ، فأصبحت العينة بعد المجانسة عبارة عن (٨) اوتيسك ، (٨) عاديين .

وشخص الاوتيزم بمعايير DSM-III ، ومجموعة الاوتيسك لديها تخلف عقلي ، ومنهم (٣) بنات ، (٥) أولاد ، أما العاديين فمنهم (٢) بنات ، (٦) أولاد ، توجد صلة قرابة بين (٤) من العاديين وأحد الاوتيسك .

ولدراسة التطور الحركي والحس حركي لدى الأطفال في المراحل المبكرة من حياتهم يتم تسجيل أفلام مصورة لسلوكيات كل طفل ، وكان من إجراءات هذه الدراسة تسجيل ثمانية أفلام ، أربعة للاوتيسك في المراحل التالية من (٤ - ١٢) شهرا ، (١٣ - ٢١) شهرا ، (٢٢ - ٣٠) شهرا ، (٣١ - ٤٢) شهرا وأربعة أفلام للعاديين في نفس المراحل السابقة .

وقد تم تحليل هذه السلوكيات في ضوء معايير النمو الحس حركي لجان بياجيه ، مستويات نمو المهارات الحركية كما جاءت في هتزر Hetzer (١٩٣١) وأسفرت نتائج التحليل عن :

١ - عدم وجود فروق واضحة بين المجموعتين في النمو الحس حركي خلال فترات

النمو الأولى أي المرحلتين (٤ - ١٢) ، (١٣ - ٢١) وهي مرحلة الرضاعة التي يكون فيها تعامل وفهم الطفل للبيئة من خلال المنعكسات الموروثة Reflexes المبنية على الإدراك الحسي للعالم المحيط به ، وهي عمليات بدائية للذكاء لدرجة أن يتجاوب الطفل للمثيرات بطريقه ذات معنى ، وينمو فيها بداية الخيال العقلي ، بينما الفروق تظهر بوضوح ودلالة إحصائية في المرحلتين الثالثة والرابعة .

٢ - عدم وجود فروق واضحة بين المجموعتين في النمو الحركي خلال فترات النمو الأولى أي في المرحلة (٤ - ١٢) شهرا بينما توجد فروق في المراحل التالية .

٣ - توجد فروق بين المجموعتين في السلوكيات الحركية عبر المراحل العمرية للدراسة وخاصة في المرحلتين الأخيرتين ، وكان من أكثر السلوكيات شيوعاً لدى الاوتيسك هي السلوكيات النمطية .

٤ - بمقارنة خصائص ومطالب النمو عند العاديين والوتيسك تظهر فروق واضحة غالباً في بداية السنة الثانية من العمر ، ولكن هذه الفروق غير دالة إحصائياً في العام الأول من العمر ، والفروق الأولية تظهر في الأنشطة (الحركية - الحس حركية - اليومية) .

ويوجد فريق آخر من العلماء - أصحاب نظرية التحليل النفسي - يرون أن الاوتيزم ناتج من الحرمان العاطفي أو سوء العلاقة بين الطفل وأسرته ، وقد حاول هيرسون ونيورث Harrison , Newirth (١٩٩٠) تصميم تجربة لاختبار تأثير الحرمان العاطفي وقدرة (الأنا) على ظهور التفكير الاجتراري الذي يميز الأفراد الاوتيسك .

وطبق الباحثان التجربة على عينة مكونة من مجموعتين اوتيسك ، الأولى ذكور عددها (١٨) والثانية إناث عددها (١٨) ، وتعرضت كلتا المجموعتان لظروف تجريبية محكمة تعبر عن : -

الإحساس بالحرمان (SD) sensory deprivation - العزلة الاجتماعية (SI) Social Isolation
- المشاركة الاجتماعية (SP) Social Participation لمدة ثلاث ساعات ونصف ، وتم قياس مستويات التفكير الاجتراري لديهم قبل وبعد التجربة عن طريق اختبار وصلة الترابط (ABT) Associative Bridge Test كما تم قياس قدرة الأنا (ES) Ego Strength باختبار الشخصية المتعددة الأوجه لمينيسوتا Minnesota Multiphasic Personality Inventory

(MMPI) وأسفرت نتائج التجربة عن :-

- ١ - التعرض لمواد (SD) تزيد من التفكير الاجترارى لدى أفراد العينة بعد التجربة عن قبلها ، بينما التعرض لمواد (SI, SP) يقلل من التفكير الاجترارى .
 - ٢ - قدرة الأنا (ES) ترتبط ارتباطا سلبيا بمعدل التفكير الاجترارى لدى أفراد العينة في كل الظروف التجريبية التي تسبب انخفاضاً في درجات (ES) كما أن مفهوم (ES) يرتبط بشكل سلبي مع مواد (SD) التي تزيد من التفكير الاجترارى والذي يقاس باختبار (ABT) .
 - ٣ - حينما يكون مفهوم قدرة الأنا عاليا فإن الحالة والظروف الاجتماعية والتفكير الاجترارى يظلان ثابتان قبل وبعد التجربة .
 - ٤ - قدرة الأنا على الأداء الوظيفي وترابطها بالواقع تم اختبارها من خلال تجارب أخرى مشابهة لما أجرى في هذه الدراسة مثل التعرض للوظائف التي تتضمن الضغط - الألم الاحتمال - التخطيط - استرجاع الأحلام - الوهم والاحاسيس التي توجد داخل النفس .
- وعند إلقاء الضوء على الجانب الاجتماعي لدى الأطفال الاوتيسك ، نجد دراسة بريور وآخرون (Prior, et als (١٩٩٠) عن معلومات الأطفال الاوتيسك الخاصة بتفكير واحساس الآخرين والتي بين أهدافها :-
- ١ - محاولة التعرف على طبيعة الأطفال الاوتيسك واختبار صحة ما جاء في دراسة بارون - وكوهين Baron-Cohen (١٩٨٥) عن نظرية العقل ، دراسة هوبسون Hobson (١٩٨٦) الخاصة بالتعبير عن الانفعال .
 - ٢ - اختبار الارتباط بين السلوكيات المختلفة وماهية العجز الإدراكي والانفعالي .
 - ٣ - اختبار طبيعة الاعتقاد الخاطئ لدى الأطفال الاوتيسك ومدى الاختلاف بينهم وبين مفهوم الجهل لديهم .
 - ٤ - التعرف على الارتباطات التي توضح القدرة على فهم التفكير والمشاعر (الاحاسيس) ومنها القدرة على التعبير الشفهي ، القدرة على السلوك الاجتماعي في جميع مجالات الحياة والخبرة التعليمية والاجتماعية خاصة لدى الأطفال الذين يدركون تفكير ومشاعر الآخرين .
- وقد أجريت هذه الدراسة التجريبية على (٤٠) طفلا مقسمين إلى مجموعتين :
- ١- مجموعة الأطفال الاوتيسك عددها (٢٣) وتم استبعاد ثلاثة لعدم استطاعتهم الإجابة على بعض الأسئلة أثناء التجربة ، متوسط العمر الزمني لهم (٩ سنوات و ١١ شهرا) متوسط العمر

العقلي اللفظي (٧ سنوات وشهرين) الذي قيس باختبار الكلمات المصورة Peabody Picture Vocabulary ، وبالنسبة للجنس فكانوا (١٤) ولدا ، (٦) بنات وقد تم تشخيص الاوتيزم طبقا لمعايير (DSM- III) .

٢- مجموعة غير الاوتيسك (الضابطة) تتكون من (١٧) طفلا من أصحاب صعوبات التعلم ، طفل لديه تأخر في النمو وآخر لديه عي ألوان ، متوسط العمر الزمني لهم (١٠) سنوات متوسط العمر العقلي اللفظي (٧ سنوات و ٣ شهور) ونسبة الذكاء الكلية للعينة كما قيست باختبار وكسلر المعدل تقع في المدى من (٣٣ - ١١٧) ، ومن الأطفال الاوتيسك (٦) ذوى نسبة ذكاء عادية .

فقد حدث تجانس بين مجموعتي الدراسة في كل من العمر الزمني (CA) ، العمر العقلي (MA) والجنس . ومن الإجراءات التي اتبعها الباحثون في هذه الدراسة أنه تم قياس الانفعال والمشاعر عن طريق عرض أربعة صور مرسومة باليد مكبرة لوجه يعبر عن (السعادة - الحزن - الخوف - الغضب) وهذه الصورة مصحوبة بأصوات أو حركات أو الاثنين معا ، ومن الأشياء التي استخدمت لإصدار هذه الأصوات أو الحركات (طائرة - كلب - قطار - سيارة) . أما قياس الاعتقاد الخاطئ فقد تم من خلال اللعب بالدمى ، الأشخاص ، اختبار رد فعل الأطفال تجاه الاعتقاد الخاطئ وأسئلته و صندوق القلم الرصاص ، كما أنه طلب من الأباء ملئ مقياس السلوك الاجتماعي المستخدم (Dawson, Fernald, 1987) وفيه يسجل الوالدين تجارب طفلهم الاجتماعية ومشاركاتهم في النوادي أو في مجالات الأنشطة المشتركة ورد فعل الطفل مع أقاربه ومع الكبار والغرباء .

وقد أشارت نتائج التجربة إلى ما يلي :-

- ١ - وجود عجز أو قصور في فهم الحالات الانفعالية والعاطفية عند الأطفال الاوتيسك .
- ٢ - لا توجد فروق بين المجموعتين في التعرف على الانفعال والأداء المرتبط بالعمر الزمني والعمر العقلي اللفظي .
- ٣ - الأطفال الاوتيسك لديهم عجزا خاصا في فهم الاعتقاد الخاطئ الذي يعتمد على إعادة الأداء المرتبط بالقدرة على التعبير الشفوي .
- ٤ - أشار أباء الأطفال الاوتيسك بضعف سلوكهم الاجتماعي وخبراتهم الاجتماعية وهذا الضعف يرتبط بالقدرة على إنجاز المهام .

ومن أهم المتغيرات المؤثرة على التفاعل الاجتماعي للاوتيسك مع الآخرين مفهوم الذات ولعب الدور وهذا ما أظهرته نتائج الدراسة التي أجراها جان ريهل. J oan , R (١٩٨٠) على عينة قوامها (٥٠) طفلا منهم (٢٥) اوتيسك ، (٢٥) عاديين من نفس أسر الاوتيسك .

وقد هدفت هذه الدراسة إلى :-

- ١- اختبار أثر لعب الدور للطفل على التفاعلات البسيطة والمعقدة .
 - ٢- اختبار إمكانية وجود علاقة مباشرة بين مفهوم الذات الناضج ومهارات لعب الدور.
 - ٣- أثر مفهوم الذات الناضج على اجتماعية الطفل .
- ولتحقيق هذه الأهداف وضع الباحث الفروض التالية :-
- ١ - الأطفال العاديين يمكنهم لعب الدور بتلقائية وبدون أى صعوبة في المواقف التجريبية المحددة، بينما الاوتيسك يجدون صعوبة عالية في تحقيق النجاح أثناء هذه المواقف .
 - ٢- كلما كان الفرد لديه مفهوم ذات ناضج يكون أكثر قدرة على الشعور بالآخر .
 - ٣ - قدرة الأطفال على لعب الدور ترتبط بمدى التركيز على النشاط الذي يتم تمثيله بشروط أن يكون مباشرا .

وقد تم قياس مفهوم الذات بمقياس بيرس - هاريس Piers - Harris ، اختبار رسم الرجل بودون بريك Bodwin - Bruck ، كما قيست المستويات الوظيفية الادائية لدى أفراد العينة وكذلك مهارة لعب الدور والقدرة على التفاعل في ثلاث مواقف متدرجة (بسيطة - متوسطة - عالية الصعوبة) ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن :-

- ١- مستوى نضج مفهوم الذات والقدرة على لعب الدور من أهم المتغيرات المؤثرة على التفاعل الاجتماعي .
- ٢- مفهوم الذات لدى العاديين كان أكثر تجانسا أي لا توجد فروق واضحة بينهم ، بينما في الأفراد الاوتيسك فان مفهوم الذات يكون أقل تجانسا .
- ٣- توجد مجموعتين من الاوتيسك ، منهم من لديه مفهوم ذات سالب يصاحبه ضعف في مهارة لعب الدور، هؤلاء متوسط العمر الزمني لديهم (٨،٤) سنة ومنهم من لديه مفهوم الذات ومهارة لعب الدور تقترب من العاديين ، هؤلاء كان متوسط العمر الزمني لهم (١٢،١) سنة

أي الأكبر سنا . ويمكننا أن نستنتج من هذا أن مفهوم الذات ومهارة لعب الدور يمكن أن يتحسنا تلقائيا بمرور العمر الزمني لدى الأطفال الاوتيسك .

٤ - مهارة لعب الدور لدى الأطفال الاوتيسك تكون عالية في المواقف البسيطة جدا وتكون متوسطة في المواقف العادية ، بينما في المواقف المعقدة تكون مهارة لعب الدور لدى الاوتيسك مستحيلة .

٥ - نوع تفاعل الطفل الاوتيسك مع أسرته يحدد مدى اجتماعيته هل هي طبيعية أم لا ؟ وهذا يشير إلى أهمية دور الأسرة في تنمية اجتماعية الطفل الاوتيسك .

٦ - كما تشير النتائج إلى وجود علاقة واضحة بين مفهوم الذات ومهارة لعب الدور ، فمن يتمتع بمفهوم ذات ناضج يمكنه أداء مهارة لعب الدور بسهولة وبراعة ، ومن لديه مفهوم ذات سالب يستحيل عليه أداء مهارة لعب الدور .

وقد فسر كلين وآخرون Klin , et als (١٩٩٢) طبيعة العجز الاجتماعي لدى الاوتيسك باستخدام فروض نظرية العقل من خلال الدراسة التي أجريت على مجموعتين من الأطفال ، مجموعة الاوتيسك عددها (٢٩) منهم (٢٢) أولاد ، (٧) بنات ، تم تشخيص الاوتيزم طبقا لمعايير (DSM- III , DSM- III - R) ، مجموعته غير الاوتيسك (٢٩) منهم (٢٠) أولاد ، (٩) بنات ، تحتوي هذه المجموعة على (١٥) لديهم تخلف عقلي ، (١٢) لديهم اضطرابات في النمو اللغوي ، (٢) لديهم اضطرابات نمائية أخرى .

وتم التجانس بين أفراد المجموعتين في كل من العمر الزمني (CA) ، العمر العقلي (MA) ونسبة الذكاء الكلية IQ ، وطبق مقياس فاينلاند للسلوك التوافقي بأبعاده المختلفة والتي تتمثل في : -

- ١- التواصل (تقبل آراء الآخرين - التعبير اللفظي - التعبير الكتابي) .
- ٢ - مهارات الحياة اليومية (كيف يأكل - يرتدى ملابسه - يمارس العادات الصحية الشخصية) .
- ٣- المهام العائلية (المهام المنزلية التي يؤديها الفرد - كيف يستخدم المال والوقت والتليفون) .
- ٤ - التنشئة الاجتماعية (العلاقات البين شخصية - اللعب - وقت الفراغ - مهارات المواجهة) .
- ٥- المهارات الحركية (حركية كبرى - صغرى) .
- ٦- السلوك غير الاجتماعي (يشتمل على السلوكيات غير المرغوبة والتي يمكن أن تعوق تكيف الفرد الوظيفي) .

وقد تم التجانس بين المجموعتين على هذا المقياس بناء على تساوى درجات بعدى التنشئة الاجتماعية والمهارات الحركية فقط ، وأظهرت نتائج الدراسة أن :-

العجز الاجتماعي في الاوتيزم يتمثل في ظهور سلوكيات اجتماعية بدائية لا تتناسب مع العمر الزمني للاوتيسك وانما تتماثل مع السلوكيات التي يظهرها الأطفال ذوى النمو الطبيعي في مراحل النمو المبكرة وقبل الزمن الذى يتوقع فيه ظهور المهارات الأساسية ، وهذه النتائج تتماشى مع أراء كائر الذى يعتبر أن العجز الاجتماعي أساس في الاوتيزم ويظهر في المراحل المبكرة من العمر قبل بلوغ الطفل (٣٠) شهرا أي قبل ظهور بوادر العجز المعرفي طبقا لفروض نظرية العقل وبهذا يجعل العجز الاجتماعي له مكانة الصدارة في الإصابة بالاوتيزم . ونظرا لخطورة العجز الاجتماعي على حياة الأفراد الاوتيسك ، فقد اهتمت العديد من الدراسات بإلقاء الضوء على جوانبه المختلفة .

فدرس مسيفوى وآخرون Mcevoy , et als (١٩٩٣) الوظيفة الإجرائية وعيوب التواصل الاجتماعي لدى صغار الأطفال الاوتيسك ، وكان من بين أهداف هذه الدراسة ما يلى :-

- ١- اختبار صحة نتائج الدراسات السابقة والتي تشير إلى أن صغار الاوتيسك لديهم قصور في مهارات الانتباه المتصل Joint attention إذا تمت مقارنتهم بالأطفال ذوى إعاقات النمو الذين لهم نفس العمر العقلي غير اللفظي ، والأطفال العاديين الذين لهم نفس العمر اللغوي .
- ٢- تحديد إذا ما كان صغار الاوتيسك لديهم صعوبات في مهارات الوظيفة الإجرائية عند مقارنتهم بالأطفال ذوى إعاقات النمو الأخرى الذين لهم نفس العمر العقلي ، والأطفال العاديين الذين لهم نفس العمر اللغوي .
- ٣- فحص العلاقة بين الوظيفة الإجرائية والانتباه المتصل ويقصد بالوظيفة الإجرائية Executive Function البناء المعرفي لوصف أنواع السلوك التي تعتبر أسلوبا لحل المشكلات ويتضمن خطة إستراتيجية ثابتة لتتابع الحركات والقدرة على إظهار الاستجابة .

وقد أجريت الدراسة على عينة مكون من ثلاث مجموعات هي :-

أ- مجموعة الأطفال الاوتيسك وعددها (١٧) طفلا .

ب- مجموعة الأطفال ذوى التأخر النمائي وعددها (١٣) طفلا .

ج- مجموعة الأطفال العاديين وعددها (١٦) طفلا .

المجموعتان (أ، ب) تم التجانس بينهما في العمر العقلي غير اللفظي ، والمجموعتان (أ، ج) تم التجانس بينهما في العمر العقلي اللفظي واستخدمت مجموعتان للمقارنة بسبب عدم التكافؤ بين المهارات اللفظية وغير اللفظية لدى الاوتيسك ، وقد تم تشخيص مجموعة الاوتيسك بمعايير (DSM- III-R) ، كما حصلوا على درجة (٣٠) على مقياس تقدير اوتيزم الطفولة (CARS) ، كما أن الفحص الفسيولوجي لهم لم يبين وجود شذوذ الكروموزوم X الهش القابل للكسر أو التهاب الدماغ أو أي أعراض فسيولوجية أخرى مرتبطة بالاوتيزم .

أطفال المجموعة الثانية : تم اختيارهم من مجموعات إعاقات النمو والخصائص المتغيرة ممن لديهم تخلف عقلي أو صعوبات تعلم أو تأخر في نمو اللغة لأسباب متعددة .

أما أطفال المجموعة الثالثة : فتم اختيارهم من دور الحضانة الحكومية وأطفال ما قبل المدرسة ، وتم التجانس بين مجموعات المقارنة ومجموعة الاوتيزم في المستوى الاجتماعي الاقتصادي ، الجنس ، أما التجانس في العمر الزمني فتم بين المجموعتين أ، ب ، استخدم مقياس ستانفورد بنيه لقياس العمر العقلي ، ومقياس بايلي Bayley infantile Development Scale (١٩٦٩) لقياس المهام اللفظية حتي عمر ٧ - ٨ سنوات .

أما مقاييس الوظيفة الإجرائية فهي مكونة من بطارية من الاختبارات منها :-

١- اختبار الخطأ (AB) - (Piaget , 1954) Piagetian AB error task

٢- اختبار تأخير الاستجابة (DR) (Jacobsen ,1935, Dianond, et als, 1969) Delayed response task

٣- اختبار عكس المكان (SR) (Kaufman, et al, 1989) Spatial reversal task

٤- اختبار التناوب (AT) (Goldman Rakic, 1987) Alternation task

٥- مقاييس التواصل الاجتماعي (ESCS) (Sibert, et als) Early Social Communication Sales (1987) صممت هذه المقاييس لتقدير المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل والتي دائماً تكتسب في الثلاثين شهراً الأولى من الحياة وتشتمل على مهارات التفاعل الاجتماعي ، الانتباه المتصل والسلوك المقبول اجتماعياً .

وبعد أن شارك معظم أطفال العينة في حضور من (٣٠ - ٦٠) جلسة لتنفيذ إجراءات الدراسة فقد أشارت النتائج بأن :-

١- الأطفال غير القادرين على تكملة الاختبارات الأكثر صعوبة (من المجموعات الثلاث) كانوا من ذوى الأعمار العقلية المنخفضة .

- ٢- الأطفال ذوى الأعمار العقلية الأقل من (١٢) شهراً لم يكونوا قادرين على تعلم اختبارات (SR) .
 - ٣- الأطفال الاوتيسك لهم أخطاء أكثر أهمية وأكثر تحفظاً في اختبارات (SR) بالمقارنة بأطفال مجموعتي المقارنة ، وهذا يوضح أن الأطفال الاوتيسك يصرون على استخدام خطة مسبقة حتى ولو كانت لا تقدم أى مكافأة .
 - ٤- لا توجد فروق بين المجموعات في مقاييس التمييز الإدراكي ، بينما توجد فروق كثيرة في الأداء على مهام الانتباه المتصل بين المجموعات .
 - ٥- صغار الاوتيسك لديهم أخطاء محددة في العمل الإجرائي ومهارات التواصل الاجتماعي ، لكنهم أدوا المهارات البصرية الحركية والقواعد السلوكية بنجاح مثل مجموعات المقارنة .
 - ٦- الأطفال الاوتيسك كانوا قادرين على تعلم الاستجابة المطلوبة في هذه الاختبارات ولكنهم غير قادرين على التغير المرن عند الضرورة .
 - ٧- العجز في السلوكيات الاجتماعية لدى الأطفال الاوتيسك تمثل في الانتباه المتصل فقط وليس في التفاعل الاجتماعي أو السلوكيات المقبولة .
 - ٨- على الرغم من وجود أدلة تبرهن وجود علاقة بين عيوب الوظيفة الإجرائية والقصور الاجتماعي لدى الاوتيسك ، فالباحثون يفترضون أن الاوتيزم يرجع إلى عجز أو قصور ذاتي المنشأ وهذا لن يتحقق بعمل بل يحتاج لمجموعة دراسات بيولوجية .
- وفي دراسة مقارنة بين الاوتيسك ، ذوى التخلف العقلي ، العاديين بحثت سوديان وفريث (١٩٩٢) Sodian, Frith القدرة على الخداع والتضليل والتخريب على عينة مكونة من ثلاث مجموعات هي :-
- ١- مجموعة الاوتيسك قوامها (١٩) طفلاً ، (٩) بنات ، (١٠) أولاد تم تشخيصهم بناءً على معايير (DSNM- III- R) وتم اختيارهم من مدارس خاصة بإنجلترا ، تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٦-١٩) سنة ، أعمارهم العقلية بين (٤-١٢) طبقاً للمقاييس الصور والكلمات البريطانية British Picture Vocabulary Scales (BPVS)
 - ٢- مجموعة الأطفال ذوى التخلف العقلي قوامها (٢٩) منهم (١٧) ولداً ، (١٢) بنتاً تم اختيارهم من مدرستين خاصتين في ميونخ ، يتراوح العمر الزمني لهم بين (١٠-١٦) سنة و٧ شهور) والعمر العقلي قيس بالاستمارة الألمانية للجزء اللفظي من اختبار وكسلر لمرحلة ما قبل المدرسة The German form of the wechsler intelligence test for preschool children

ومقاييس (BPVS) فكان (١٠:٢ - ٧:٠ صفر) ، ومن بين هذه المجموعة (١٨) لديهم عمر عقلي لفظي أكبر من (٤) ولديهم صعوبات تعلم تتراوح من المستوى الشديد إلى المتوسط .

٣- مجموعة العاديين قوامها (٣٩) منهم (١٩) ولدا ، (٢٠) بنتا تم اختيارهم من مراكز الرعاية اليومية بميونخ ، وكان العمر الزمني للذكور يتراوح بين (٣-٤) سنوات والبنات بين (٤-٥) سنوات وشهر - خمس سنوات وشهرين) وكانت أعمارهم العقلية تتناسب مع أعمارهم الزمنية وقد قيست باختبارات الذكاء السابق استخدامها مع المجموعتين السابقتين ، وتوضح الإجراءات التي استخدمت في هذه الدراسة من خلال الجدول التالي :

	خداع		تخريب	
	متنافس	متعاون	متنافس	متعاون
صندوق واحد	قل هذا الصندوق مغلق (يقول كذبة)	قل هذا الصندوق مفتوح (يقول حقيقة)	اغلق الصندوق (يعوق)	اترك الصندوق مفتوحا (يساعد)
صندوقان	شر إلى الصندوق الفارغ (إشارة خادعة)	شر إلى الصندوق المملوء (مساعدة)	اغلق الصندوق المملوء (يعوق)	اغلق الصندوق الفارغ (مساعدة)

وأشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي :-

١- كثير من الأطفال الاوتيسك يعجزون عن استنتاج الاعتقاد الخاطئ للآخرين وكذلك يعجزون عن تقبل هذا الاعتقاد حتى في المواقف البسيطة وهذا كان واضحا في اختبار الصندوق الواحد والذي يجب على الأطفال فيه أن يأتوا بكذبة بسيطة تمنع المنافس من الفوز بمكافأة ما .

وقد اجتاز هذا الاختبار بسهولة معظم العاديين ذو العمر العقلي (٤) سنوات والمتخلفين عقليا ذو العمر العقلي (٥) سنوات ، بينما مجموعة الاوتيسك ذو العمر العقلي (١٢:٧) لم يجتاز منهم الاختبار سوى ٦٠ % في حين أن ذوي العمر العقلي (٤-٥) سنوات عجزوا تماما عن اجتياز الاختبار .

٢- عند بحث طبيعة هذا العجز لدى الاوتيسك هل هو خاص بمعالجة المعتقدات أم أنه يعكس مشكلة معرفية أو دافعية أكثر عمومية في التفاعل الاجتماعي وجد أنه يمكن إرجاعه إلى

وجود عيب أو عجز خاص في تمثيل المستويات العقلية العليا للمعرفة أى ما وراء المعرفة وليس عجزا عاما في مهارات التفاعل الاجتماعي .

٣- فشل الاوتيسم في إخفاء المعلومات (عدم إعطاء دلائل عن مكان الاختفاء) في حين استخدم العاديون وذوى التخلف العقلي هذه الأساليب بمهارة .

وهذا يوضح أن الاوتيسم يعجزون عن الاشتراك حتى في أبسط أشكال معالجة المعلومات ، وأن هذا العجز لا يرجع إلى مشاكل في فهم اللغة وإنما يرجع إلى عيب في التحكم الإجرائي للسلوك وهذا يتفق مع نتائج دراسة راسل وآخرون R u s s e l l , et als (١٩٩١) والتي من بين نتائجها :-

عجز الاوتيسم عند عمر عقلي يتراوح بين (٤-٧) سنوات عن استخدام أسلوب الإشارة الخداعي (أى الإشارة إلى صندوق فارغ من أجل تضليل المنافس) .

٤- الأداء الجيد للأطفال الاوتيسم في الاختبار التخريبي البسيط دليل على قدرتهم على التحكم في الاتجاه السلوكي في حالة عدم معالجة أى اعتقاد خاطئ .

٥- أداء الأطفال ذوى التخلف العقلي أفضل من أداء الأطفال الاوتيسم في حالة تثبيت العمر العقلي في كلا من مهام الاعتقاد الخاطئ والخداع البسيط وهذا يدعم صحة النتائج التي لا تُرجع عجز الاوتيسم إلى إعاقة عقلية .

٦- ظهر بعض التقدم والتطور في أداء الأطفال الاوتيسم بازدياد العمر الزمني لهم في اختبار الإشارة الخداعي ، فقد نجح حوالي ٦٠% من أعلى مجموعة في العمر الزمني (٧-١٢) سنة حيث يضمن توظيف الأساليب السلوكية ذات الأثر في خداع المنافس دون وجود نية أو قصد خداعي حقيقي لدى الطفل .

ويوصى المؤلفان بضرورة تدريب الأطفال الاوتيسم على الفهم الاجتماعي للنكات ، الأكاذيب ومعتقدات الآخرين .

وفي دراسة تتبعية قام بها جونسون وآخرون Johnson , et als (١٩٩٢) لفحص الاستجابة السمعية والبصرية والحركية واللغوية والاجتماعية ومدى تطورها لدى عينة مكونة من (٩٤) طفلاً منهم (٣٠) اوتيسم ، ٢٢ من ذوى التأخر النمائي ، ٣٢ من أصحاب صعوبات التعلم) وتراوحت أعمارهم الزمنية بين (٦-٨) سنوات ، وكانت أدوات الدراسة المستخدمة هي جهاز قياس حدة السمع ، وجهاز قياس حدة البصر ، والملاحظة

واستمارة لتدوين المعلومات .

وقد تم تطبيق هذه الأدوات أربع مرات كما يلي :-

المررة الأولى : في بداية الدراسة ، المرة الثانية بعد (٦) أشهر من التطبيق الأول ، المرة الثالثة بعد (١٢) شهراً من التطبيق الأول ، والمرة الرابعة بعد (١٨) شهراً من التطبيق الأول.

وقد أسفرت النتائج بعد التطبيقات الأربع أنه توجد فروق دالة إحصائية بين مجموعة الاوتيزم وبين كل من مجموعتي التأخر النمائي وصعوبات التعلم في كل من الاستجابات الحركية واللغوية والاجتماعية حيث كانت مجموعة الاوتيزم لديها انخفاض دال إحصائياً على تلك الاستجابات .

كما بينت النتائج أيضاً أن مجموعة صعوبات التعلم قد ظهر لديها تدهوراً في حدة السمع والبصر والاستجابات الحركية وهذا ما أظهرته نتائج التطبيق الثالث الذى جاء بعد (١٢) شهراً من التطبيق الأول ، وأظهرت النتائج أنه قد لوحظ تحسن في كل من الاستجابات اللغوية والاجتماعية لدى مجموعتي التأخر النمائي ، وصعوبات التعلم ، ولكن هذا التحسن كان غير دال إحصائياً ، أما مجموعة الاوتيزم فلم يحدث لها تحسن في جميع الاستجابات التي درست خلال التطبيقات الأربع .

وقد درس ماسدوجل وآخرون Mcdougale , et als (١٩٩٥) العلاقة بين الاوتيزم ومرض الوسواس القهرى على عينة من الشباب الاوتيسك والمصابون بالوسواس القهرى بغرض التعرف على أشكال الأفكار والمعتقدات والسلوك القهرى لدى المجموعتين المتجانستين في العمر الزمني والجنس ، وكل مجموعة تتكون من (٥٠) فرداً .

تم تشخيص مجموعة الشباب الاوتيسك طبقاً لمعايير (DSM-III-R , DSM-IV) والعمر الزمني لهم (٣٠ سنة و ٤ شهور) ، متوسط العمر العقلي (٦٩,٧) ، الانحراف المعياري (٢٧,٢) ، منهم (٣٥) لديهم تخلف عقلي بدرجته ، (١٠) ذوى تخلف عقلي خفيف ، (١٠) ذوى تخلف عقلي متوسط ، (٨) ذوى تخلف عقلي شديد ، (٧) ذوى تخلف عقلي متعمق الشدة ، (١٥) من (٣٥) لديهم صمم .

مجموعة الوسواس القهرى تم تشخيصها طبقاً لمقياس يالى - بارون Obsessive Compulsive Scale Symptom Checklist ، ويقدر العمر الزمني لهم بحوالى ٣٠ سنة وشهر ، ولديهم قدرات عقلية محدودة .

وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى ما يلي :-

١- يمكن التمييز بوضوح بين الاوتيسم ومرض الوسواس القهري في المعتقدات والسلوكيات المكررة التي يظهرونها .

٢- بمقارنة مجموعة الاوتيسم بمجموعة الوسواس القهري وجد أن المجموعة الأولى أقل خبرة في الأفكار والمعتقدات الخاصة بالعنوان - التلوث - الجنس - الدين - التماثل - وأعضاء الجسد من المجموعة الثانية .

أما السلوكيات التي تكثر لدى الاوتيسم عن أفراد الوسواس القهري فهي تكرار ترتيب الأشياء - التحدث أو السؤال - اللمس في الاحتكاك - الكبت - إيذاء الذات .

ومن أنواع السلوكيات النمطية التي يمارسها الاوتيسم كما وصفها بارون - كوهين (١٩٨٩) المشي النموذجي - الاندفاع - الضرب برقة وبغف في أجزاء بارزة من الجسم - تكرار العبارات - تكرار الحركات - هز الذراع - لمس أسطح المنضدة - ترتيب الأشياء في وضعها المعتاد .

٣- النظافة وإعادة الفحص والاختبار كانت قليلة الانتشار في الاوتيسم بالمقارنة بمرضى الوسواس القهري ، فليس من الغريب أن المراهقين الاوتيسم يتسمون بالسلوك القهري التسلطي أكثر من الوسواسي وليس هناك مريضاً اوتيسم بالوسواس فقط ، وهذه النتائج تتشابه مع نتائج الدراسة التي أجراها رابوبورت وآخرون Rapaport , et als (١٩٩٢) ، على الأطفال المرضى بالوسواس القهري فوجدوا أن الأعراض التسلطية أكثر انتشاراً من الأعراض القهرية ، وأن المرضى بالوسواس فقط نادرين عن المرضى بالقهر فقط .

وذكر هؤلاء الباحثون أن القهر سلوك ملحوظ ، أما الوسواس يعكس الوعي والقدرة على التلطف في الفكر والسلوك المتطفل ، وهذا يدعم ظهور السلوكيات القهرية التسلطية بكثرة لدى الاوتيسم ، وظهر الأفكار الوسواسية بكثرة لدى مرضى الوسواس القهري .

٤- أظهر (١٨) من مجموعة الاوتيسم تكراراً في السلوك ، (٣٢) اظهروا تكراراً في السلوك والفكر معاً ولا يوجد من يظهر تكراراً في الفكر على حدة .

٥- (٤٥) من مجموعة الوسواس القهري أظهروا أعراض الوسواس والقهر معاً ، (٤) فقط أظهروا أعراض الوسواس فقط ، (١) أظهر القهر فقط .

وعن علاقة السلوك التكراري لدى الأطفال الاوتيسك بالعوامل البيوكيميائية ، درس هولندر وآخرون Hollander, et als (١٩٩٩) مولد المضاد D8/17 للكرات الليمفاوية (B) وعلاقته بظهور السلوك التكراري لدى الأفراد الاوتيسك . وقد هدفت هذه الدراسة إلي اختبار مدى ظهور مولد الأجسام المضادة الأحادي D8/17 للكرات الليمفاوية (B) لدى مرضى الحمى الروماتزمية ، Sydenham's Chorea ومجموعات فرعية من اضطراب الوسواس القهري وأعراض توريت Tourette's مع السلوك التكراري . لتحقيق هذا الهدف قام الباحثون بفحص خصائص D8/17 لدى الأفراد الاوتيسك الذين يظهرون سلوكا تكراريا حادا .

وتم أخذ عينات دم من (١٨) فردا اوتيسك ، (١٤) فردا من المصابين بالأمراض السابق ذكرها كمجموعة مقارنة ، وتم فحص هذه العينات من حيث نسبة D8 / 17 في خلايا (B) الموجبة ومضادات الأجسام للبكتريا العنقودية ، كما تم تقدير حدة السلوك التكراري في المجموعتين ، وقد أظهرت النتائج ما يلي :-

١- أظهر ٧٨ % من الأفراد الاوتيسك نسبة ١١% أو أكثر من خلايا D8/17 الموجبة ، أما مجموعة المقارنة فقد أظهر منها ٢١% فقط هذه النسبة من الخلايا الموجبة .

٢- وجد ارتباط ذو دلالة إحصائية بين حدة السلوكيات التكرارية وظهور D8/17 .

٣- الأفراد ذوي D8/17 الموجبة حصلوا على درجات مرتفعة في السلوك القهري بالمقارنة بالأفراد ذوي D8/17 السالبة .

واستخلص الباحثون أن معدل ظهور D8/17 لدى الأفراد الاوتيسك كان أعلى بالمقارنة بأفراد مجموعة المقارنة ، ولذا فإن فحص D8/17 يعتبر كمؤشر لوجود السلوك القهري التكراري لدى الأفراد الاوتيسك .

بعد عرض هذا الجزء من الدراسات التي ركز كل منها على سمة واحدة أو نوع من العجز لدى الأطفال الاوتيسك ، ننتقل الآن إلى بعض الدراسات التي اهتمت بالخصائص المميزة للاوتيسك والتي يمكن على أساسها تشخيص هذه الفئة ، فقد صمم كل من يونج ودوجلاس Yaung, Douglas (١٩٨٠) قائمة ملاحظة سلوكية تُستخدم للتمييز بين أطفال ما قبل المدرسة الاوتيسك ، المتخلفين عقليا ، العاديين ، وتكونت كل مجموعة من (٢٥) طفلا تم التجانس بينهم في العمر الزمني ، بينما مجموعتي الاوتيسك وذوي التخلف العقلي تم التجانس بينهم في العمر العقلي .

واعتمدت القائمة على تقديرات الآباء ، وقد أظهرت نتائج التحليل المقارن بين أطفال

الثلاث مجموعات أن أهم السمات المميزة للأطفال الاوتيسك هي :-

- ١- عدم القدرة على الاندماج مع آخرين وخاصة الوالدين والأخوة .
 - ٢- لديهم اضطرابات شديدة في إدراك الإحساس بالألم أو التعبير عنه .
 - ٣- مقاومة التغيير في البيئة المحيطة- ولو كان طفيفاً - الميل والرغبة إلى ممارسة السلوكيات القهرية الروتينية النمطية .
 - ٤ - اضطرابات شديدة في التعبير اللغوي تتمثل في التردد اللاإرادي للكلام ، الخلط في استخدام الضمائر ، التعارض بين استخدام وفهم اللغة ، استخدام الكلمات بشكل مضطرب .
 - ٥- الميل إلى عدم الاستجابة للآخرين والظهور دائماً بمظهر المعارض أو المخالف .
 - ٦- ظهور بعض المهارات المعرفية في الأداء العملي ، والميل إلى الموضوعات الميكانيكية .
- وعلى عینه قوامها (٣٠) طفلاً من الذكور قسمها دافيد وبويد (David , Boyd ١٩٨٤) ، إلى ثلاث مجموعات (الاوليستك ، الداون سندروم ، الفصاميين) كل منهم (١٠) أطفال . يتراوح العمر الزمني للعينة بين (٥ سنوات وعشر أشهر : ١٢ سنة و ١١ شهراً) للمقارنة بين الثلاث مجموعات في أبعاد السلوك التكيفي لفنلاند .
- وقد تم تشخيص المجموعات باستخدام معايير (DSM -III) وبعد تسجيل التاريخ التطوري لكل حالة والذي يمكن التعرف منه على الكثير من البيانات الديموجرافية مثل العمر الزمني ، مستوى تعلم الآباء ، عدد الأبناء في الأسرة ، العلاقة بين الوالدين ، مكان ميلاد الطفل ، الترتيب الميلادي للطفل داخل الأسرة ، العلاقات داخل الأسرة و مراحل نمو الطفل الأولية .
- وأظهرت نتائج المقارنة بين المجموعات الثلاث في التاريخ التطوري بأن مجموعة الاوليستك تتسم أمهاتهم بالحمل المتكرر والولادة العسرة ، ظهور أعراض الاضطراب على الطفل منذ بداية مراحل النمو الأولى وعدم اقتناع الآباء ببرامج التربية الخاصة التي تقدم لأطفالهم في سن مبكرة
- وكانت نتائج المقارنة بين المجموعات الثلاث على أبعاد مقياس السلوك التكيفي لفنلاند تشير بأن مجموعة الأطفال الاوليستك تأخذ متوسطات منخفضة بالمقارنة بالمجموعات الأخرى على كل أبعاد السلوك التكيفي وهذه النتائج توحي بوجود عجز واضح في السلوك التكيفي لدى الأطفال الاوليستك .

يفرق مقياس فاينلاند بين المجموعات الثلاث في مجالات التواصل وسلوك عدم التكيف كما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مهارات الحياة اليومية ، التنشئة الاجتماعية ودرجات أبعاد أخرى متشابهة .

استخدم أوفيرال و كامبل Overall , Campbell (١٩٨٨) مقياس تقدير الطب النفسي Children's psychiatric Rating Scale (CPRS) لتشخيص الاوتيزم في مرحلة الطفولة المبكرة ، وطبق الباحثان هذا المقياس على (١٨٠) طفلاً اوتيسك (١٤١ ذكورا ، ٣٩ إناثا) عمرهم الزمني يتراوح بين (٢ أو ٣ : ٧ أو ٨) سنة ، بينما عمرهم العقلي يتراوح بين التخلف العقلي الشديد والمستوى الطبيعي للذكاء ، كما استخدم مجموعة ضابطة تتكون من (٧٣) طفلاً تم تشخيصهم بمعايير (DSM-III) الكلينيكية بأن لديهم اضطرابات سلوكية وأنماط عدوانية وكان الباحثان يهدفان من وراء ذلك الكشف عن الخصائص المميزة للاوتيزم والتي تميزه عن باقي اضطرابات الطفولة الأخرى .

وقد اعتمد التشخيص على أخذ أو تسجيل التاريخ التطوري للحالة وجمع الملاحظات والتسجيل التليفزيوني للمقابلات بين الأطفال في غرف اللعب ، واشتمل التشخيص الكامل على بُعد نفسي - طبي - عصبي ، اختبار السمع والكلام ، اختبارات معملية أخرى .

وقد اشتمل المقياس (CPRS) على (٦٣) عبارة تعبر عن العديد من المظاهر السلوكية ، منهم (٢٨) عبارة الأولى يتم تقديرها عن طريق الملاحظات السلوكية من خلال المقابلة ، و تناسب الأطفال الذين لا يملكون لغة تواصل تتطلب تفاعلا لفظيا ، (١٤) عبارة الأولى تلائم خصائص أطفال ما قبل المدرسة الاوتيسك وتتمثل في :-

الانسحاب ، العلاقة غير العادية بالأشياء ، اللزمات الحركية ، قلة إنتاج الكلام ، الغضب ، اضطراب مستوى النشاط (زائد - ضعيف) ، السلبية ، قصور في الاستجابة التلقائية ، عدم الثبات الانفعالي ، حدة الصوت أو الضجيج ، العصبية أو التملل ، عدم التعاون و انحرافات لغوية أخرى ...

وعندما قام الباحثان بإجراء التحليل العاملي لهذه العبارات فقد نتج أربعة عوامل هي :

١- الاوتيزم ٢ - الغضب / عدم التعاون ٣- النشاط الزائد ٤- انحرافات الكلام

وقد ظهر الاوتيزم في كل المجموعات الفرعية المحددة تجريبياً ، ومن بين السلوكيات التي سجلت تحت هذا العامل بمعدلات مرتفعة بالمقارنة بالمجموعة الضابطة ما يلي :-

الانسحاب ، الحركات التكرارية (اللزمات) ، العلاقة غير العادية بالموضوعات والأشياء ، عدم التلقائية مع الآخرين وقلة الكلام .

أما السلوكيات التي تتدرج تحت عامل الغضب / عدم التعاون فهي :-

مظاهر الغضب ، عدم الثبات الانفعالي ، الضجيج و ارتفاع الصوت ، السلبية وعدم التعاون .
في حين أن النشاط الزائد يشتمل على اضطرابات مستوى النشاط و العصبية ، أما اضطرابات الكلام فظهرت في انخفاض الصوت ، استخدام اللغة المجازية ، الخلط في استخدام الضمائر و ترديد الكلام . وظهرت أيضاً أنواع فرعية من الاوتيزم باستخدام التحليل المميز منها :-

١ - اوتيزم / غضب أو عدم تعاون .

٢ - اوتيزم / نشاط زائد .

٣ - اوتيزم / غضب / نشاط زائد .

٤ - اوتيزم / اضطرابات الكلام .

وعند مقارنة الاوتيزم باضطرابات السلوك الأخرى وجد أن الغضب / عدم التعاون ، فرط النشاط واضطرابات الكلام تكثر لدى الاوتيسك عن المجموعة الضابطة .

وقد اهتمت دراسة أدرين وآخرون Adrien, et als (١٩٩٢) بالتعرف على الأعراض التي تميز الاوتيزم لدى الأطفال في سن مبكرة ، وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٨) طفلاً (١١) اوتيسك ، (١٢) ذوى التخلف العقلي ، (١٥) من الأسوياء ، وكانت أدوات الدراسة المستخدمة هي الملاحظة واستمارة لتسجيل المعلومات وجهاز فيديو ، وقد تم تسجيل سلوك الأطفال بواسطة الفيديو طوال اليوم لمدة سبعة أيام متواصلة ، وتحليل محتوى هذه التسجيلات أسفرت النتائج عن بعض الأعراض التي تميز الأطفال الاوتيسك عن كل من المتخلفين عقلياً والأسوياء وهي كالتالي :-

١- ضعف الانتباه وعدم القدرة علي التواصل .

٢- نشاط حركي مفرط واضطراب في الإدراك .

٣- اضطراب في اللغة وعدم القدرة علي إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين .

أما دراسة بارثلمي وآخرون Barthelemy, et als (١٩٩٢) فقد هدفت إلي معرفة مدى صلاحية المقاييس النفسية في تشخيص الاوتيزم وتمييزه عن التخلف العقلي ، وقد تكونت عينة

الدراسة من (١١٦) طفلاً، منهم (٥٨) تم تشخيصهم كإلينيكيأ بأنهم أوتيسك (٥٨) من ذوى التخلف العقلي ، وكانت أداة الدراسة المستخدمة هي مقياس تقييم سلوك الطفل وقد أوضحت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً دالة إحصائية بين كل من الأطفال ذوى التخلف العقلي والأوتيسك في الأعراض التالية :-

الانسحاب الاجتماعي ، ضعف الانتباه ، التعبير اللفظي وغير اللفظي ، القدرة علي التفكير والمحاكاة ، الاستجابات الذهنية وقد كانت الفروق لصالح الأوتيسك بمعنى أن هذه الأعراض منتشرة لديهم بدرجة كبيرة تميزهم عن ذوى التخلف العقلي .

واستخدم عمر بن الخطاب (١٩٩٤) اختبار أيزنك لشخصية الأطفال للتعرف علي خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الأوتيسك) علي هذا الاختبار وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين :-

الأولى : مجموعة الأطفال الأوتيسك وعددهم (٢٥) طفلاً ، منهم (٢٤) ذكور وطفلة واحدة ومتوسط العمر الزمني لهم (٦,٢) سنة .

الثانية : مجموعة الأطفال العاديين وعددهم (٢٥) طفلاً ، منهم (٢٤) ذكور وطفلة واحدة ومتوسط العمر الزمني لهم (٦,٧) سنة . وكانت الأداة المستخدمة هي :-

اختبار أيزنك لشخصية الأطفال ويقاس بُعد الانطوائية - الانبساطية - العصائية لدى المجموعتان للتحقق من صحة الفروض التالية :-

١ - أن الأطفال الأوتيسك أكثر انطوائية من الأطفال الأسوياء .

٢ - أن الأطفال الأوتيسك عصابين .

واستخدم الباحث اختبار "ت" (T- Test) لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات للمقارنة بين الأطفال الأوتيسك والعاديين ، وأظهرت النتائج تحقيق الفروض الخاصة بالدراسة حيث كان الأطفال الأسوياء أكثر انبساطية من الأطفال الأوتيسك وكانت الفروق دالة عند مستوى ٠,٠٠١ .

وكان الأطفال الأوتيسك عصابين عند مقارنتهم بالأطفال الأسوياء وكانت الفروق دالة عند مستوى ٠,٠٥ .

أما دراسة حسني حلواني (١٤١٦هـ) التي أجريت في المملكة العربية السعودية هدفت إلى التعرف على مدى صلاحية بعض المقاييس النفسية في تشخيص الاوتيزم وتمييزه عن التخلف العقلي وقد تكونت عينة الدراسة من (٨١) طفلاً منهم (٢٧) من ذوي الاوتيزم ، (٢٧) من ذوي التخلف العقلي ، (٢٧) من الأسوياء تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٦-١٥) سنة ، وقد كانت أدوات الدراسة المستخدمة هي :

١- مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل .

٢- مقياس تقييم الطفل المنطوي على ذاته .

٣- قائمة المعايير الكلينيكية في دليل (DSM -III) .

٤- مقياس ستانفورد بنيه .

٥- مقياس الجودارد للذكاء .

وقد بينت النتائج أن هذه الأدوات تصلح لتمييز ذوي الاوتيزم عن المتخلفين عقلياً .

بالرغم من جوانب القصور المتعددة التي تظهر لدى الأطفال الاوتيستك إلا أن بعضهم يُظهر بعض المهارات الفردية في الأداء العملي والميكانيكي ، كما أنهم يتمتعون بذاكرة فوتوغرافية للمكان والزمان لا بأس بها .

ومن الدراسات التي اهتمت بفحص هذه المهارات الفردية لدى الأفراد الاوتيستك كانت دراسة شاه و فريث Shah,Frith (١٩٩٣) التي هدفت إلى معرفة السبب وراء الأداء الرفيع المتميز للأفراد الاوتيستك على اختبار رسوم المكعبات (Block Design task) وكذلك فحص استراتيجيات الأداء على هذا الاختبار للتعرف على فروض الترابط المركزي (أساليب معالجة البيانات) وذكرت الباحثتان مبررات اختيارهن لهذا الاختبار فيما يلي :-

١- أنه الاختبار الوحيد من مقاييس الذكاء الذي يحتوى على الموضوعات الخاصة بالاوتيستك كمجموعة تسجل أداء أكثر ثباتاً عن باقي الاختبارات الفرعية .

٢- يعد أداءه نافعة ومفيدة لقياس المفاهيم المجردة وغير اللفظية والرؤية المكانية .

٣- أنه من الاختبارات التي تسهم بقوة في إظهار الأداء المكاني وعامل التنظيم الإدراكي .

٤- يعتبر أحسن تقويم للقدرة العامة إذا قورن بالاختبارات الأداة الأخرى .

أجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من ثلاث مجموعات :-

١- مجموعة الاوتيستك ، قوامها (٢٠) فرداً يتراوح العمر الزمني لهم بين (١٦ - ٢٥) سنة ، تم اختيارهم من المؤسسات القومية لرعاية الاوتيزم بناءً على معايير تشخيص الاوتيزم كما جاءت في (DSM-III-R) وتم قياس نسبة الذكاء بمقياس وكسلر ، فكانت نسبة الذكاء غير اللفظي تتراوح بين (٥٧ - ١٠٨) ولكي تكون هناك مجموعات أكثر تجانساً بالنسبة للقدرة العقلية ، فقد قسمت مجموعة الاوتيستك إلى مجموعتين فرعيتين بحيث تكون النقطة المتوسطة للذكاء غير اللفظي (٨٥) وتكون مجموعة نسبة الذكاء العالية : من الأفراد ذوي نسبة الذكاء غير اللفظي الأكثر من (٨٥) أما مجموعة نسبة الذكاء المنخفضة فهم من الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن (٨٥) ، فهذا التقسيم يفيد في أن كل مجموعة يمكن مقارنتها بالمجموعة الضابطة كمعيار ثابت وصادق .

٢- مجموعة العاديين ، تتكون من (٣٣) فرداً، منهم (١٧) كباراً لهم نسبة ذكاء غير لفظية عادية حتى يمكن مقارنتها بمجموعة الاوتيستك ، إلا أنهم جميعاً يبلغون سنأ أكبر من (١٥) سنة ، ومنهم (١٦) صغاراً لهم نسبة ذكاء عادية يمكن مقارنتها بالاوتيستك ذوي نسبة الذكاء غير اللفظي المنخفض وبالرغم من أنهم أصغر سنأ من الاوتيستك ، إلا أن أدائهم على مقياس وكسلر غير اللفظي كان متكافئاً تقريباً .

٣- مجموعة صعوبات التعلم ، تتكون من (١٢) فرداً لهم نسبة ذكاء غير لفظية تقترب من التخلف البسيط ، وهذه المجموعة يمكن مقارنتها بمجموعة الاوتيستك ذوي نسبة الذكاء غير اللفظية المنخفضة من حيث نسبة الذكاء غير اللفظي والعمر الزمني ، مع الأخذ في الاعتبار أن المستوى اللفظي ونسبة الذكاء الكلية لهذه المجموعة تفوق مجموعة الاوتيستك وذلك لا مفر منه .

وتتلخص التجربة في عرض نموذج على بطاقة ويطلب من المفحوص تصميم نموذج مشابه له بالمكعبات ، ودائماً يحتاج النموذج إلى أربع مكعبات فقط ، ثم يتم عرض نفس التصميم ولكن مائل بزاوية (٤٥°) ، وبعد ذلك يتم عرض نفس التصميم بشرط أن يكون مقسم إلى أربعة أجزاء منفصلة لبحث أثر التجزئة بدون عوامل الإدراك المكاني .

وقد أشارت نتائج المقارنة بين المجموعات على هذا الأداء المطلوب إلى :-

١- الأفراد الاوتيستك أظهروا أداءً أفضل على الاختبار من مجموعات المقارنة المتجانسة في العمر الزمني والقدرة الأدائية في حالة عدم تجزئة مواد الاختبار .

٢- أن ضعف الترابط المركزي (معالجة المعلومات) يعتبر من خصائص العمليات المعرفية في الاوتيزم .

٣- حقق العاديون القانون الجشطلتي بأقل جهد ممكن .

٤- إن القدرة العامة للاوتيسك لإيجاد أشكال ثابتة تيسر عليهم رؤية الأجزاء من خلال الكل.

٥- يظهر الاوتيسك قدرة هائلة في تعلم وتذكر مجموعات من الكلمات العشوائية أفضل من تعلم قطعة نثرية ذات معنى وذلك عكس النموذج الأدائي للأطفال الأسوياء .

٦- الاختبارات المعملية للمهارات الأكاديمية تكون صعبة على الأطفال الأسوياء لأنهم لا يتطرقون إلى المعنى الشامل ، بعكس الأفراد الاوتيسك فهم يؤدون أداء جيدا في اختبارات معينة تقيس نسبة الذكاء العملية ولكنهم يفشلون في مواقف الحياة الواقعية .

٧- إن فروض الترابط المركزي لدى الاوتيسك ترجع كفاءتهم في معالجة المثبرات غير المترابطة إلى الراحة غير العادية والتي يمكنهم من خلالها إحداث ترابط عادي أي الكل ذا المعنى من وجهة نظرهم ، وهناك تفسير آخر هو التفضيل النسبي للمعالجة الموضوعية للأشكال الثابتة .

وعن علاقة الطقس والمناخ بالاوتيزم ، كانت دراسة يورام وآخرون Yo ram , et als (١٩٩٥) والتي كان من نتائجها أن الأطفال المولودون في شهري مارس وأغسطس أكثر عرضة للإصابة بالاوتيزم عن غيرهم المولودون في باقي أشهر السنة .

وقد تمت هذه الدراسة في إسرائيل على عينة تقدر بحوالي (١٨٨) طفلا من مواليد الفترة (١٩٦٤ - ١٩٨٦) والذي تم تسجيلهم عن طريق الاتحاد القومي للاوتيزم في إسرائيل وتم تشخيصهم باستخدام :-

١- معايير التصنيف العالمي للأمراض الطبعة الثامنة (ICD-8)

International Classification of Diseases المستخدم في الفترة من (١٩٦٤ - ١٩٧٥) .

٢- التصنيف العالمي للأمراض الطبعة التاسعة (ICD-9) المستخدم في الفترة (١٩٧٥ - ١٩٨٦) .

٣- الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية (DSM-III)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders لإعادة التشخيص .

وقد تمت مقارنة بيانات الأطفال الاوتيستك ببيانات المواليد الأحياء في الفترة التي أجريت فيها الدراسة باستخدام التوزيع الشهري ، فكانت النتيجة التي توصل إليها الباحثون صحيحة في كل عام خلال سنوات الدراسة ، بالإضافة إلى ارتفاع معدل المواليد الاوتيستك في الفترة من عام (١٩٧٠ - ١٩٧٦) .

وترى الباحثة أن هذه النتيجة مرتبطة بالاضطراب العصبي وعدم الاستقرار الناشئ في فترة الحرب التي عاشتها إسرائيل والتي انتهت بهزيمتها .

أما عن تأييد النتيجة الأولى وهي الخاصة بفصول السنة التي يكثر فيها مواليد الأطفال الاوتيستك فقد ثبتت من خلال دراسات ثلاثة أجريت في الفترة (١٩٨٠ - ١٩٩٠) في أماكن مختلفة عن إسرائيل من حيث الموقع والمناخ وهي نورث كارولينا ، كندا ، السويد صحة هذه النتيجة . بمعنى زيادة المواليد الاوتيستك في فصلي الربيع والصيف خاصة شهري مارس وأغسطس . الدراسة الأولى قام بها بارتليك (١٩٨١) Bartlik على عينة مكونة من (٨١٠) طفلاً ، والثانية قام بها كونستانتريس وآخرون (١٩٨٦) ، Konstanatreas , et als على عينة مكونة من (١٧٩) طفلاً ، أما الدراسة الثالثة فهي لجيلبرج (١٩٩٠) Gillberg على عينة قوامها (١٠٠) طفلاً .

ثانياً : دراسات تناولت الأساليب العلاجية والتدريبية التي يمكن استخدامها مع

الأطفال الاوتيستك .

إن تدريب الطفل الاوتيستك يهدف إلى تقليل أو تخفيف حدة الأعراض السلوكية المضطربة وتنمية الوظائف المتأخرة مثل وظيفة اللغة ورعاية الذات والتفاعل الاجتماعي ، وأن أسر هؤلاء الأطفال يلزمهم المساندة النفسية لتحمل أعباء إعاقة طفلهم ، كما أنهم في حاجة ماسة للإرشاد والتدريب على كيفية التعامل مع طفلهم الاوتيستك .

وتجمع الغالبية العظمى من الدراسات على أن العلاج المفضل لهذه الفئة من الأطفال هو العلاج السلوكي التعليمي ، ويعد هذا العلاج نوعاً من التربية الخاصة ، بينما تركز دراسات أخرى على أهمية العلاج العقاري في تخفيف الأعراض المصاحبة لإعاقة الاوتيزم .

وفيما يلي سوف تعرض الباحثة الدراسات التي حصلت عليها ، والتي اهتمت بدور العلاج العقاري ، ثم الدراسات التي اهتمت بدور العلاج السلوكي في تنمية المهارات اللغوية والاجتماعية لدى الأطفال الاوتيسك وأخيرا الدراسات التي اهتمت بدور الأسرة في تدريب طفلها الاوتيسك .

١ - دراسات تناولت العلاج بالعقاقير :-

يرى البعض أن هناك عقاقيراً يمكن استخدامها لتخفيف حدة الأعراض السلوكية المصاحبة للاوتيزم ، فقد استخدم إيكمان وآخرون Ekman , et als (١٩٨٩) عقار الفينفليرامين Fenfluramine لعلاج (٢٠) طفلاً اوتيسك يتراوح العمر الزمني لهم بين (١ - ١٠) سنوات لمدة تزيد عن (٤٨) أسبوعاً، وقد أظهرت نتائج فحص الآثار الكيميائية العصبية والنفسية لأطفال العينة انخفاضاً في مستوى النشاط الحركي الشاذ وعدم حدوث أي تحسن في الوظائف العقلية ، وأشارت كذلك بانخفاض معدل السيروتونين في الدم Serotonin بنسبة ٥٣ % بعد العلاج .

بينما باتكسيب وآخرون Panksepp , et als (١٩٩١) استخدموا عقار نالتريكسون Naltrexon في علاج أربعة من الأطفال الاوتيسك الذين يتراوح عمرهم الزمني بين (٥ - ٢١) سنة والذين شخصوا بأن لديهم اوتيزم مصحوب بتخلف عقلي شديد .

واستخدم أطفال العينة العقار لمدة تزيد عن سنة ونصف ، ثم حاول الباحثون اختبار فاعلية العلاج المستخدم فأشارت النتائج بحدوث اختزال في بعض الأعراض المصاحبة لإعاقة الاوتيزم لدى أفراد العينة وهذه الأعراض تتمثل في فرط النشاط ، العدوانية ، إيذاء الذات والسلوكيات النمطية ، كما أشارت إلى ازدياد السلوكيات الاجتماعية الإيجابية لدى هؤلاء الأطفال .

وتؤكد النتائج على ضرورة الاستخدام المتقطع ذات الجرعات المنخفضة للعقار فهذا يكون أكثر فائدة من الاستخدام المتكرر يومياً وجرعات كبيرة .

وفي دراسة مسحية شاملة للنتائج الهامة التي تختص بتقييم الاوتيزم وبحث العلاقة بين التشخيص والعلاج ، قام بها كامبل وآخرون Campbell , et als (١٩٩١) واعتبروا أن الاوتيزم عبارة عن مجموعة من الاضطرابات غير المتجانسة البيولوجية

والعصبية ، لذا يجب التقييم الفردي الدقيق لاختلاف زُملة الأعراض من حيث العدد والمستوى .

واستخدم الباحثون مجموعة متطورة من الأدوات التشخيصية الكلينيكية ومنها :-

١- مقياس تقدير اوتيزم الطفولة (CARS) Childhood Autism rating Scale

٢- مقياس تقدير الطب النفسي للأطفال (CPRS) Children's Psychiatric rating scale

ويُنتج أربع فئات للاوتيزم هي [اوتيزم/ الغضب ، اوتيزم /فرط النشاط ، اوتيزم /غضب/فرط نشاط ، اوتيزم / اضطرابات الكلام] .

٣- مقياس تقدير العلاج السلوكي (TBRs) Timed Behavior rating Scale

٤- مقياس السلوكيات اللاإرادية الشاذة (AIMS) Abnormal Involuntary Movement Scale

٥- مقياس تقدير عُسْر الحركة المختصر (ADRS) Abbreviated Dyskinesia rating Scale

يستخدم هذا المقياس لتقدير الأسباب العصبية لعسر الحركة وذلك لصعوبة التمييز بين اضطرابات الحركة كالحركات النمطية وحركات شاذة أخرى .

ويرى كامبل وآخرون من خلال الدراسات العديدة التي قاموا بها (١٩٧٦ ، ١٩٨٨) أنه لا يمكن الاعتماد على العلاج العقاري فقط في علاج الطفل الاوتيسك ، بينما العلاج الشامل لهؤلاء الأطفال يحتاج إلى فريق عمل متكامل يشتمل على أخصائي طب الأطفال ، أخصائي الأمراض النفسية والعصبية ، أخصائي السمع والكلام ، أخصائي نفسي ... ولكن توجد بعض العقاقير التي أثبتت فاعليتها في تخفيف بعض الأعراض السلوكية المضطربة لدى فئة الاوتيسك ، فقد تم اختزال أو تخفيف بسيط لأعراض فرط النشاط باستخدام نالتريكسون (Campbell , et als , 1990 ; Panksepp , et als , 1991) .

كما ارتبطت فاعلية نالتريكسون باختزال السلوكيات النمطية وازدياد السلوكيات الاجتماعية (Herman , et als , 1991) واستخدم هالوبيريدول Haloperidal في تخفيف الانسحابية والنمطية لدى الاوتيسك الأكبر سناً (Cohen , et als , 1980 ; Campbell , et als , 1978)

كما ظهرت فاعلية كل من (ل - دوبا) (L - dopa) وفينفليرامين Fenfluramine في علاج الأطفال الاوتيسك الذين لديهم ارتفاع في نسبة السيروتونين في الدم ، لأن الفينفليرامين يختزل

معدل السيروتونين كما ظهر من دراسات , 1976 , et als , Campbell , (Ritvo , et als 1971 ; Ritvo , 1983)

ويفيد عقار انتى دوبا مينرجيك الفعال antidepaminergic بجانب هالوبيريدول في تخفيف أو اختزال النمطية لدى الأطفال الاوتيسك ذوي العمر من (٢ - ٧) سنوات إذا تم تناولهما بجرعات يومية تقدر بحوالى (٢٥ : ٤) مجم .

وقد توصل كامبل وآخرون إلى أن الاستجابة للعلاج العقاري قد ارتبطت بعدد من المتغيرات التي تتضمن : شذوذ المتغيرات البيوكيميائية المرتبطة بالسلوك المعرفي المحدد أو شذوذ (اضطراب الانتباه) ، الإصابة بالأمراض الشديدة ، الصورة البيانية للأعراض ، العمر الزمني للحالة ونسبة الذكاء (Campbell , et als , 1991 , 345) .

٢- دراسات تناولت أساليب تخفيف العجز أو التأخر اللغوي لدى الأطفال الاوتيسك :-

تناولت هذه الدراسات العلاجية العجز اللغوي لدى الأفراد الاوتيسك بكافة جوانبه المختلفة وباستخدام فنيات متعددة ، فنجد أن يونج ودوجلاس , Y aung , Douglas (١٩٨٠) قدما برنامجاً علاجياً سلوكياً مركزاً لعينة مكونة من (٢٠) طفلاً من الاوتيسك الذين يقل عمرهم الزمني عن أربع سنوات ، وبالاتماد على تقليد النموذج يتم اختيار أو تقييم مهارات التعبير اللغوي لهؤلاء الأطفال بعد مرور ثلاثة شهور من تطبيق البرنامج .

وقد أظهرت نتائج التقييم ما يلي :-

١- وجود مجموعات فرعية من الأطفال الاوتيسك طبقاً لاستجاباتهم العلاجية ، فمنهم ذوي الاستجابات السريعة للعلاج وذوي الاستجابات البطيئة للعلاج .

٢- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين العلاجيتين (ذوي الاستجابات السريعة - البطيئة) على السلوكيات التالية :

أ- تناسق حركي جيد لصالح المجموعة الأولى .

ب- قصور نسبي في اضطرابات النوم والأكل في فترات الطفولة المبكرة لصالح المجموعة الثانية .

ج- قدرات خاصة في الذاكرة ومهارات معرفية ميكانيكية لصالح المجموعة الأولى .

د- مهارات الإدراك اللغوي لصالح المجموعة الأولى .

هـ- ترديد ما يقال لصالح المجموعة الثانية .

و- قصور أو اضطراب في (الانتباه ، السلوكيات النمطية ، التواصل البصري ، الاستجابة للمناغة) لصالح المجموعة الثانية .

ز- العجز في تفسير انفعالات الوجوه وعدم القدرة على خداع الآخرين لصالح المجموعة الثانية .

ح- السلبية وسيطرة انفعال الغضب والحزن على وجوههم لصالح المجموعة الثانية .

٣- الأطفال ذوي الاستجابات العلاجية البطيئة كانوا ممن يعانون من التخلف العقلي الشديد ، بينما ذوي الاستجابات العلاجية السريعة كانوا من ذوي التخلف العقلي البسيط أو تقترب قدراتهم العقلية من العاديين .

ويقترح الباحثان أن أفضل وسيلة للتعرف على خصائص الأطفال الاوتيستك الصغار هي دراسة الحالات بصورة فردية ، دراسة المشاعر والانفعالات ، الإدراك ، السلطة والقهر في ممارسة الأنشطة و اضطرابات الكلام التعبيري .

وقد كان مسجي وآخرون Mogee , et als (١٩٨٣) من المهتمين باستخدام طرق التعلم الطارئ Incidental teaching لتخفيف حدة الإعاقات اللغوية لدى الأطفال والشباب الاوتيستك. وأجريت هذه الدراسة على اثنين من الشباب الاوتيستك (ولد ، بنت) الذين يتمتعون بعجز لغوي شديد ولا يستطيعون المبادأة بالتفاعلات اللفظية أو غير اللفظية ، بغرض تعديل طرق التعلم الطارئ لمساعدتهم في التعرف على بطاقات الموضوعات التي من خلالها يتفاعلوا مع الآخرين . واستغرقت مدة التدريب (٧ سنوات و ٥ شهور - ٧ سنوات و ٧ شهور) لأفراد العينة ، كانوا غير قادرين على تسمية الأشياء الموجودة بالمنزل الذي أقاموا به مع عائلة نموذجية لجماعة منزلية ، كما أن لديهم عيوب شديدة في استقبال اللغة والتعبير بها في بداية البرنامج .

البنات :- عمرها (١٥ سنة و ١٠ شهور) ، عمرها العقلي (٥,٧) سنة كانت تتلقى علاجاً فردياً للسلوكيات النمطية واللعب المتكرر بالأصابع ، العدوان الجسدي ، الضوضاء والسلوك المزعج أثناء النوم ، كما تتلقى تعليماً فردياً للتدريب على مهارات اللبس ، قراءة شكل الكلمة

، الكتابة باليد ومهارات تتبع الاتجاهات الأساسية ، وكانت في بداية البرنامج لا تصدر حديث مُعبر إلا بالمعززات المرغوبة .

الولد :- عمره (١٢ سنة و ٧ شهور) ، عمره العقلي (٥ سنوات) كان يتلقى علاجاً فردياً للضحك والبكاء المستمر ، عض اليد ، وتعليماً فردياً لقراءة الكلمات بالشكل والكتابة باليد وقد تعلم هذا الشاب نطق كلمات بسيطة وعبارات قصيرة جداً في بداية البرنامج .

وتنفذ إجراءات التعلم الطارئ في جماعة منزلية مكونة من أفراد العينة ، الأباء المعلمين ، ثلاثة أخصائيين للملاحظة والتوجيه فقط يومياً من الساعة (٥ : ٣ ، ٥ : ٩) مساءً ، وركزت الأنشطة على تعلم (مهارات رعاية الذات ، ترتيب المنزل ، المهارات الاجتماعية والأكاديمية في البيئة المنزلية الطبيعية و المهارات اللغوية اللفظية) من خلال إعداد وجبة العشاء وتحية الضيوف .

فيسأل الأب المعلم الشاب اعطني... ومهمة الشاب هي الاختيار الصحيح من بين الأشياء الموضوعه أمامه بطريقة عشوائية ، وإذا كان الشاب غير قادراً على الاختيار الصحيح يساعده الأب بالإشارة إلى الشيء المطلوب ، ويكرر اعطني ... ويقدم التدعيم في كل مرة للاختيار الصحيح ويخصص يومياً (٣٠) دقيقة للتدريب على التعميم وهذا استغرق (٣٦) محاولة .

وقد أشارت نتائج تقييم التجربة إلى ما يلي :-

١- أمكن التدريب على مهارات اللغة من خلال التدريب على مهارات أخرى مثل إعداد وجبه ، أنشطة وقت الفراغ ومهارات رعاية الذات وهذا من شأنه توفير الجهد المبذول ويفيد الأسر التي تقوم برعاية أطفالها الاوتيستك فتستطيع تنمية المهارات اللغوية لديهم من خلال أداء الأنشطة المنزلية ورعاية باقي أفراد الأسرة .

٢- التعديل الذي أدخل على طرق التعلم الطارئ في تدريس المهارات اللغوية من خلال أنشطة الحياة المنزلية الطبيعية واستجابات أفراد العينة للتعرف على بطاقات الموضوعات كان يتبعها إعداد وجبه والمدح اللفظي .

٣- عند التنظيم العشوائي للأشياء المرغوبة والمشتتة ، يجب أن تكون الأشياء المرغوبة هي نهاية الكلمات التي ينطقها المعلم أو يلمس الأشياء الدالة عليها حتى لا يفسرها الشاب على أنها تدعيم .

٤- ظهور مستويات عالية من السلوك التعاوني وغياب السلوك المزعج عند إعداد الطعام وهذا يدل على أنه نشاط ممتع للاوتيسك .

٥- اكتسب أفراد العينة مهارة في تحديد الأشياء المطلوبة ، أما تسمية الأشياء فإن البنات حققت تقدم بطيء فيها ، والولد لم يحقق أي تقدم ، وبالرغم من ذلك فكانوا قادرين على الاستجابة بدقة لمتطلبات أوقات الطعام .

٦- أشارت النتائج إلى فاعلية طرق التعلم الطارئ في اكتساب مهارات التعميم ، وأن الأب المعلم قد اكتسب سيطرة دافعية للاستجابات الصحيحة من الشباب الاوتيسك ، وكذلك بعض المهارات الأكاديمية ، رعاية الذات والقيام بالأعمال المنزلية .

ونستخلص من هذه الدراسة أنه يمكن للشباب الاوتيسك اكتساب مهارات تعميم اللغة من خلال مشاركتهم في الأنشطة الطبيعية ، وكذلك فوائد المعالجة الجماعية للشباب من خلال الحياة المنزلية التي تحسن نوعية الحياة لديهم ، كما توفر نظام متميز وفعال في سرعة اكتساب المهارات لدى الشباب الاوتيسك شديدي الإعاقة .

وعلى عينة قوامها (٤) من الأطفال الاوتيسك في مرحلة ما قبل المدرسة درس كريمير Kreimeyer , K.H. (١٩٨٤) مقارنة أثار تدريب هؤلاء الأطفال على الكلام أو المحادثة ، نموذج لغة الإشارة ، لغة الإشارة التلقائية على تنمية السلوك اللغوي لديهم ، وقد حاول البلحث تحقيق الأهداف التالية :-

١- اختبار العلاقة بين اكتساب لغة الإشارة واكتساب القدرة على الكلام وأثرهما في خفض السلوكيات النمطية والسلوكيات غير الملائمة للتواصل مع الآخرين وكذا أثرهما على تنمية السلوك اللغوي لدى أفراد العينة .

٢- مقارنة التدريب على الكلام وإجراءات التدريب على لغة الإشارة من حيث الزمن والجهد المبذول في كل منهما .

٣- مقارنة فاعلية العلاج بنموذج الإشارة المبني على الرؤية التقليدية للنموذج بالعلاج التلقائي للإشارة المبني على المعالجة الواقعية الطبيعية للمواقف ، وقد أظهرت نتائج التدريب ما يلي :-

أ- حدوث تحسن طفيف في التعبير اللفظي نتيجة التدريب على الكلام .

ب- اكتساب سريع للتواصل بالإشارة وذلك من خلال التدريب التلقائي على لغة الإشارة .

ج- ضبط الظروف البيئية أثناء التدريب على لغة الإشارة يعتبر من العوامل المساهمة في تنمية القدرة على الحديث أو الكلام .

د- التدريب على الكلام ، نموذج لغة الإشارة ، لغة الإشارة التلقائية أدى إلى حدوث تحسن ملحوظ في الكفاءة اللغوية لأفراد العينة .

هـ- أكثر التدريبات فعالية في تنمية السلوك لدى أفراد العينة هو التدريب التلقائي على لغة الإشارة وتنسب فاعلية إلى جداول تكرار التدعيم أثناء العلاج .

و- بدأ طفل واحد الكلام في صورة ترديد لما يسمعه وذلك بعد تدريبه على لغة الإشارة .

وفي دراسة أخرى لمسجي وآخرون Mcgee , et als (١٩٨٦) عن فاعلية التعلم الطارئ في معالجة العيوب اللغوية لدى الاوتيسك ، وكان من بين أهدافها تعليم الأطفال الاوتيسك القراءة من خلال أنشطة اللعب .

وأجريت الدراسة على عينة مكونة من طفلين شخصوا وفقا لمعايير المجتمع الدولي للطفل الاوتيسك (Ritvo, Free man 1977) .

الطفل الأول : أنثى عمرها (٥ سنوات) ، ولديها اضطراب عصبي ، حصلت على ٢,٨ عمر اجتماعي في مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي ، ولم تحصل على الدرجة القاعدية في اختبار بيبودي Peabody Picture Vocabulary test (PPVT) ، اختبار المفردات المصور (Dunn , Dunn , 1981) .

الطفل الثاني : ذكر عمره (١٣ سنة) مصاب بالشيزوفرينيا ولديه تخلف عقلي متوسط ، عمره الاجتماعي على مقياس فاينلاند (٢,٣) ، حصل على (١١,٢) في اختبار (PPVT) .

الطفلان في حاجة إلى لغة وظيفية ، ولذا اتبعوا التعليمات الخاصة باكتساب مهارات اللعب ، وشاركوا في جلسات اللعب الحر وتعلموا أن يبدعوا اللعب بواسطة إشارات لفظية وقد اختار كل طفل تسعة ألعاب مفضلة لديه ومن ثم تم تعلمه مجموعة الكلمات المعبرة عن الألعاب المختارة وكانت الاختيارات كالتالي :-

الطفل الأول يتعلم الكلمات التالية :-

في الجلسة الأولى : لعبة - مسطرة - حرارة .

في الجلسة الثانية : ورقة - هيلوكبتر - موسيقى .

في الجلسة الثالثة : أرنب - حشرة (بق) - قطة .

الطفل الثاني يتعلم الكلمات التالية :

في الجلسة الأولى : هيلوكبتر - بيض - خاتم .

في الجلسة الثانية : قلم جاف - مسطرة - حشرة (بق) .

في الجلسة الثالثة : شماعة - كتاب - بومة .

لذا فقد استخدم الباحثون تصميمًا تجريبيًا متعدد ، مكون من ثلاث مجموعات للكلمات مع كل طفل لتحديد مهارات القراءة المستخدمة في الخطبة والتعليم والمتابعة .

ويصف الباحثون فنية التعلم الطارئ المستخدمة في هذه الدراسة كالتالي :

يجلس كل من المعلم والمتعلم (الطفل) وجها لوجه على الأرض ويقوم المعلم بعرض لعبتين على الطفل أحدهما تمثل الموضوع المطلوب والأخرى تمثل موضوع آخر ، وعندما يشير الطفل إلى الموضوع غير المطلوب يعطيه المعلم إياه حتى يمل منه ويرفضه وينتظر المعلم حتى يشير الطفل إلى اللعبة التي تعبر عن الموضوع المطلوب ، حينئذ يبدأ المعلم بتقديم قوائم للكلمات المراد تعلمها ويسأل اعطني كلمة فإذا أجاب الطفل إجابة خاطئة يشير المعلم إلى الإجابة الصحيحة ثم يعيد ترتيب الكلمات ويسأل الطفل اعطني كذا ... وفي حالة تكرار الطفل الإجابة الخاطئة يساعده المعلم في اختيار الكلمة الصحيحة وإذا داوم الطفل على الإجابة الخاطئة يقاطعه المعلم وينتقل إلى مجموعة أخرى من الكلمات .

ويمكن تلخيص الخطوات الرئيسية في عملية التعلم الطارئ كما جاءت في Hart , Risley , 1982 :-

أ - مبادأة الطفل (سواء بالألفاظ أو الإشارات) للعنصر المطلوب .

ب - مساعدة الطفل على اختيار العنصر المناسب .

ج - تصحيح إجابات الطفل .

د - تكرار الإجابات الصحيحة التي زود المعلم بها الطفل .

ويتم تسجيل (٤٨) محاولة تعليمية للطفل ثم ينتقل بعد ذلك للتدريب على تصميم الكلمات التي تم تعلمها في أنشطته مختلفة وأماكن مختلفة عن أماكن التعلم وبمدرسين مختلفين .

وقد أشارت النتائج إلى :-

١- ثبات الأداء في اختبارات اكتساب مهارات القراءة المتمثلة في القدرة على

التكرار والتذكر فقد ظهرت في فترة وجيزة بعد (١٥ : ٢٥) يوما .

٢- التعلم الطارئ ذو فاعلية في تعليم الأطفال الذين يجدون صعوبة في استيعاب المنهج التقليدي لأنه لا يتيح لهم فرص الاختيار المتوفرة في التعليم الطارئ .

٣- استطاعت الطفلة قراءة الكلمات المطبوعة بأحرف صغيرة بعد (٦٥) جلسة ، بينما الولد استطاع القراءة بعد (٣٣) جلسة .

٤- حققت الطفلة تقدماً بعد ١٥ يوماً من التدريب في الجلسات الثلاثة يقدر بالآتي :-

٨٩ % ، ٨٧ % ، ١٠٠ % وبعد ٢٥ يوماً سجلت ٨٩ % ، ٨٩ % ، ١٠٠ % ، أما الطفل فقد حقق بعد ١٥ يوماً من التدريب تقدماً يقدر بحوالى ١٠٠ % ، ٩٠ % ، ٧٨ % وبعد ٢٥ يوماً أصبح يقدر بحوالى ١٠٠ % ، ٩٠ % ، ٨٩ % .

٥- الاستعمال الوظيفي لمهارات القراءة في اختبار التعميم سجلت فيه الطفلة تقدماً يفوق الطفل وربما يرجع ذلك إلى قصر الوقت المسموح به في جلسات التعميم أو عدم قدرة الطفل على التعميم .

ونظراً لأهمية مهارات التعميم والإجابة عن الأسئلة في تنمية المهارات اللغوية لدى الاوتيسك ، فقد اهتمت أبحاث كثيرة بوضع خطط وبرامج للتدريس الفعال لهذه المهارات . فكانت دراسة سيسان وآخرون Secan , et als (١٩٨٩) من بين هذه الأبحاث التي صممت برنامجاً تعليمياً خاصاً لأربعة من الأطفال الاوتيسك (٣ ذكور، أنثى) الذين تم تشخيصهم طبقاً لمعايير المجتمع الدولي للاوتيزم Ritvo , Freeman , 1968 ، واتسم أفراد العينة بأن لديهم قصوراً في (التفاعل الاجتماعي ، مهارات اللعب ، مهارات اللغة والتواصل) بالإضافة إلى أن معظمهم يُظهر بعض المشكلات السلوكية (العدوانية ، عدم الاتزان الحركي ، العنف ، تحطيم الأشياء الخاصة والممتلكات) .

وتلقى أفراد العينة توجيه يومي لمدة تتراوح بين (١-٥) سنوات، بالإضافة إلى (٤٥) دقيقة أسبوعياً للمحادثة الفردية والجماعية من خلال أخصائي التخاطب بالفريق العلاجي .

ويعرض على بعض أفراد العينة مثيرات التدريب المكونة من (١٠) صور مختارة عشوائياً من (٥٠) صورة تعبر عن مواقف متعددة (زيارة الطبيب ، قضاء الإجازات ، أداء المهام المنزلية) والسلوك المستهدف هو الاستجابة على أنماط أسئلة (Wh-) (متى - أين - ماذا - لماذا) وتم التركيز على أسئلة (لماذا - كيف - ماذا) لأن الطلاب يجدون صعوبة في الإجابة عليها . ويتم عرض كل صورة على الطالب ويتبعها سؤال متعلق بها ويدعم

المعلم الاستجابات الصحيحة فوراً ، ويكرر الخطوات العلاجية للاستجابة الخاطئة حتى يتمكن المتعلم من الاستجابة الصحيحة . بعدها ينتقل المعلم إلى التدريب على التعميم مع ملاحظة تغيير المدربين والأماكن التي تم فيها التعلم ، وتنفيذ خطوات التعميم على النحو التالي :-

١- يتم اختيار أسئلة قصص قصيرة ثلاث موضوعات الموجودة في الصور التي سبق التدريب عليها .

٢- أسئلة من خلال النشاط اليومي الذي يمارسه الطالب ، فيمكن أن يسأل الطالب كيف تذهب إلى المدرسة ؟ بمجرد أن ينزل من أتوبيس المدرسة حينما يكون الأتوبيس مازال مرئياً .

٣- الأسئلة الفورية لمعرفة ما إذا كان الطلاب ازدادت قدرتهم على الاستجابة للأسئلة الوظيفية للتدريب فيتم التدريب العلاجي المكثف عندما يفشل الطلاب في تحقيق مستوى معين (٨٠ % لجلستين متتابتين) ويكون هذا التدريب على العنصر الذي حصل فيه الفرد على أقل الدرجات، وينفذ بعرض أسئلة مكثفة من الواقع اليومي للطلاب .وقد وضع الباحثون بعض القواعد لضمان مستوى من الثبات للأسئلة المطروحة على أفراد العينة منها :-

أ - عند الإجابة على الأسئلة التي تتطلب ذكر أسماء أو أفعال فعلى الطلاب استخدام التصنيف الصحيح للأسماء أو الأفعال الموجودة بالصورة .

ب- لكي تكون الإجابة مقبولة ينبغي أن تكون مرتبطة بالأحداث الموجودة أو المرئية بالصورة أو بالقصة، مثال : لو سئل طالب لماذا ينظف المعلم الأرض ؟ من خلال النص الطبيعي وكانت الإجابة " لوجود طعام عليها " فتكون صحيحة إذا كان هناك طعاماً مرئياً على الأرض.

ج- ينبغي أن تكون الإجابة ملائمة لشكل السؤال ، مثال : لماذا تذهب إلى الكافتيريا ؟ فإذا أجاب " لأنني جائع " فتكون صحيحة في نص السبب والنتيجة ، وتكون غير صحيحة في نص الفعل المتوقع .

د- الجمل الكاملة ليست مطلوبة بالضرورة ، فطالما احتوت الإجابة على المعلومات الملائمة للسائل فيكتفي بها .

وبعد تقييم الطلاب (أفراد العينة) على البرنامج المقدم ، أشارت النتائج بما يلي :

١- استطاع أفراد العينة الإجابة على الأسئلة المستهدفة وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة

1981, krantz , et als ، وكان أدائهم على مستوى من الثبات .

٢- التدريب على الصور ساعد أفراد العينة في اجتياز اختبارات التعميم ، وأفادت الاختبارات المكثفة في تحقيق مستويات مقبولة من التعميم لعشر مجموعات من المثيرات التي لم يتمكن منها سابقا .

٣- الأسئلة ذات الدلالة غير المرئية (غير الواضحة) تنتج عنها كثير من الإجابات الخاطئة.

٤- بتحليل الإجابات على الأسئلة المقدمة (wh-) أظهر التحليل أن أسئلة (كيف-لماذا) والتي لم يكن لها دلالة مرئية تكون أكثر الأسئلة صعوبة في الإجابة .

٥- حقق التعميم في الإجابة على الأسئلة التي جميع الأدلة المتعلقة بها واضحة تقدما يقدر في أسئلة ماذا بنسبة (٨٧,٥) % وأسئلة كيف بنسبة (٧٥) % ، أسئلة لماذا بنسبة (٥٠) % .

٦- التدريب المكثف كان إضافة فعالة للتدخل وأحد أسباب فعاليته المجال الواسع للأدلة النسبية التي يمكن أن تقدم من خلاله، كما أنه يساعد على زيادة الدافعية والانتباه وربما يكون أكثر فعالية في تعليم الأطفال الإجابة على أشكال الأسئلة التي تتطلب الدلالة غير المرئية .

٧- فنيات النمذجة والتدعيم لهما فعالية في تعليم الاستجابة لمثير التدريب والتعميم لجميع مستويات أو أشكال الأسئلة .

وباستخدام نموذج الفيديو استطاع تشارلوب وميلستن Charlop , Milstein (١٩٨٩) تعليم الأطفال الاوتيسك المحادثات الكلامية.

طبق برنامج الدراسة على (٣) ذكور من الأطفال الاوتيسك الذين تم تشخيصهم طبقا لمعايير المجتمع الدولي Ritv, freeman, 1978 ومعايير (DSM-III) ، وقد استطاع أطفال العينة الإجابة اللفظية على بعض الأسئلة البسيطة ، واعتبروا من ذوى المستويات الوظيفية الراقية طبقا لأعمارهم العقلية وكلامهم الفعلي كما أن لديهم بعض المهارات الاجتماعية ، ولكنهم نادرا ما يوجهوا أسئلة أو ينغمسوا في حديث تلقائي مع الآخرين، كما أنهم يفشلون في تعميم المهارات الكلامية حديثة الاكتساب .

الطفل الأول: عمره الزمني (٧ سنوات و ٦ أشهر) ، عمره العقلي (٣ سنوات و ١٠ شهور) على اختبار سلوسن Slosson وحصل في اختبار (PPVT) للكلمات المصورة على (٤ سنوات و ٥ أشهر) .

ومن سماته الأساسية تردد ما يسمعه، أدائه غير مناسب، كلامه التلقائي حول الأمور التي تهمة أو تشغله مثل (التواليت- الملعب- أداة قطع الحشائش- نوع معين من العربات) ، سلوكيات نمطية قهرية مثل فتح وغلق العين، فتل الشعر وتحريك الأشياء أمام العين .

الطفل الثاني : - عمره الزمني (٦ سنوات و ١٠ أشهر)، عمره العقلي على اختبار PPVT (٤ سنوات و ٧ أشهر) ، وكان يتحدث بجملة كاملة بصوت ضعيف غير مسموع ، ومعظم كلامه عن الأدوات والأشجار والأقلام ويوحى بأنه محفوظ عن ظهر قلب ، كما أنه غير مطيع .

كان عمره يكافئ (٦ سنوات و ٤ أشهر) على اختبار الصور المعبرة للكلمة الواحدة Expressive one word vocabulary test ويكافئ (٣ سنوات و ٣ أشهر) على اختبار فهم اللغة المسموعة Test of auditory comprehension of language .

الطفل الثالث : عمره الزمني (٧ سنوات و ١٠ أشهر) ، عمره العقلي (٦ سنوات و ٦ أشهر) على مقياس ليتل للأداء Leiter international performance scale ، من السلوكيات التي يظنها : مص الأصابع ، تحريك الأيدي والأرجل حركات نمطية ، الضحك بصورة غير ملائمة ، تردد ما يسمعه ويستجيب عند سماع اسمه وعند محاولة تحقيق رغبة له .

وقد تعرض الأطفال الثلاثة لمشاهدة المحادثات الكلامية المسجلة على شرائط الفيديو ويقدمها أشخاص يناقشون بعض اللعب المحببة لهؤلاء الأطفال في صورة قصص ، وبعد فترة كافية من التدريب على المحادثة يتم تعميم لمهارات المحادثة من خلال أشخاص آخرون ومؤثرات ومواقف جديدة، وبعد ذلك تم تقييم أثار نموذج الفيديو على اكتساب مهارات المحادثة وتعميمها لدى أفراد العينة وأظهرت نتائج التقييم ما يلي :-

١- فعالية تعليم المحادثات الكلامية من خلال النمذجة التلفزيونية لعينة الدراسة ، وحدث تحسن ملحوظ في مهارات التخاطب بعد (١٥) شهرا من التعرض لهذا النموذج ومنها مهارة توجيه الأسئلة، التنوع المستمر في الإجابات التلقائية، وهذا ما لاحظته أباء هؤلاء الأطفال بعد التدخل العلاجي .

٢- تعلم الأطفال الاوتيسك ذوى العجز اللغوي المتنوع مهارات المحادثة يعتبر عملا شاقا وإنجازا رائعا للغاية .

٣- تعلم أطفال العينة هذه المهارات ربما يكون نتيجة لاستغلال السمات المميزة للاوتيسك والمتمثلة في الذاكرة الحافظة التي تساعد على سرعة تعلم العبارات التخاطبية، الإجابة بترديد الجزء الأخير من السؤال، فإن ترديد ألفاظ النموذج كان إجابات صحيحة واعتبر حديث مقبول وفعال في تحقيق تواصل مع الآخرين .

٤- النموذج التليفزيوني يعتبر أداة تعليمية فعالة في تعلم أطفال العينة المحادثة ويمكن تعديل محتويات الشريط بما يتلاءم مع الخصائص الفردية للمتعلم .

يوصى الباحثان بأهمية استمرار توجيه المحادثات الكلامية للاوتيسك وكذلك البحث عن الطرق أو الأساليب التي من شأنها زيادة تنوع الاستجابة التي يصدرها الاوتيسك .

ولظرا لفاعلية النمذجة في تخفيف العيوب اللغوية لدى الاوتيسك ، فقد استخدمها كثير من العلماء بأشكال مختلفة فنجد أن ماسدوف وآخرون Macduffy, at als (١٩٩٣) استعانوا بجداول الأنشطة المصورة مع الإرشاد التدريجي لتعليم الأطفال الاوتيسك اكتساب وتعميم سلسلة من الاستجابات المعقدة (المركبة) التي تتطلب منهم أن يتحركوا في مجموعاتهم المنزلية بدون تعزيزات .

وطبق برنامج الدراسة على أربعة من الأولاد الاوتيسك الذين تم تشخيصهم بمعايير (DSM-III-R) وهم :-

❖ (مايك، ولتر) عمرهم الزمني (٩) سنوات

❖ ستيف عمره (١١) سنة

❖ روى عمره (١٤) سنة

أعمارهم العقلية على اختبار (PPVT) تتراوح بين (سنتين و ستة أشهر - ٣ سنوات و تسعة أشهر) بمتوسط قدره (٢,٣) سنة ، أما ستيف فكان غير قادر على الحصول على الدرجة القاعدية للاختبار. العمر الاجتماعي لمايك ولتر على اختبار فاينلاند للنضج الاجتماعي كان (٥ سنوات و ٥ أشهر) ، أما روى فكان (٥ سنوات و ٣ أشهر) ، وستيف كان (٣ سنوات و ٣ أشهر) .

أفراد العينة لديهم تاريخ طويل في إظهار السلوكيات المضطربة (العدوان، النوبات العصبية، الهروب) والسلوكيات النمطية، بالإضافة إلى العجز اللغوي الشديد المتمثل في ترديد الكلام المسموع ، الكلام غير المفهوم ، الصوت العالي والضوضاء وعجز اللغة التلقائية .

قبل بدء تنفيذ برنامج الدراسة تم تدريب أفراد العينة على إدراك العلاقة بين الشيء وصورته ، وبعد ذلك عرضت بيانات النشاط المصور لكل فرد في العينة ، وهي عبارة عن مجلد يشتمل على (٦) صفحات مصورة تعبر عن أنشطة وقت الفراغ والمهام المنزلية ، حيث الثلاثية صور الأولى عبارة عن لعب وأشكال هندسية بسيطة و عمارات خشبية ... ويتم تنفيذها باستعمال مكوناتها الموجودة في الغرفة ، أما الثلاثية صور الأخيرة فتعبر عن تجهيز وجبات خفيفة ، تنظيف (غرفة الدراسة-غرفة المعيشة) ، تجهيز بعض المشروبات ، ارتداء أو خلع الملابس أو الحذاء ... وتمت هذه الدراسة في جماعة منزلية تعتمد على إشراف الأباء المعلمين والملاحظين واستمرت (سنة و شهر : ٤ سنوات وشهرين) بمتوسط قدرة سنتين وشهر .

وتم قياس المتغيرات التابعة للدراسة والمتمثلة في :-

أ - مستوى الأداء الوظيفي :

يكون جيد في حالة اهتمام أفراد العينة بصريا باللعب ومواد العمل ، ممارسة اللعب أو استخدام مواد اللعب بطريقة مناسبة ، النظر إلى بياناتهم المصورة باهتمام .

ب - الأداء على مستوى البيانات المصورة والخاصة بكل فرد :

حيث يتم تسجيله إذا كان أحد أفراد العينة مشاركاً في النشاط المصور المكلف به طبقاً للصفحة المفتوحة أمامه في جدول بياناته ، مثلاً لو كان فرداً يبني بالوحدات الخشبية وكانت كراسته مفتوحة على صفحة تعرض صورة للعمارات الخشبية فهذا يكون أداء جيد وكذلك تم قياس المتغيرات المستقلة المتمثلة في :-

أ-التواصل اللفظي (التعليمات اللفظية- الأسئلة- عبارات المدح) ، التواصل غير اللفظي (الإشارة- الإيماءة- الحركة) .

ب-التعزيزات الجسمية : تتمثل في توجيه رأس المتعلم نحو المواد، مسك يده لجلب الشيء المطلوب .

واستخدام تصميم تجريبي متعدد لتحديد تأثير بيانات النشاط المصور على الأداء الوظيفي والأداء على مستوى البيانات لأفراد العينة من خلال عمليات التعلم والتدعيم وإعادة الترتيب والتعميم، واستخدم الإرشاد المتدرج في البداية لتوضيح الأعمال والأنشطة المحددة بالجدول المصور لكل فرد بالإضافة إلى التعزيزات المناسبة والتي تم اختزالها تدريجياً حتى نصل إلى الاستغناء نهائياً عنها بدون تأثير على ثبات الأداء ، وتنتهي فترة التدريب لكل طفل عندما يظهر أداء ثابتاً بنسبة ٨٠ % على الأقل في خمس جلسات متتالية بعد إزالة التدعيم .

وأظهرت نتائج الدراسة ما يلي :-

- ١- البيانات المصورة ساعدت أفراد العينة على إظهار سلوكيات وظيفية معقدة وأنهم نادراً ما يظهرون أو ينشغلون بسلوكيات غير مقبولة أثناء ممارسة العمل .
 - ٢- استخدم الإرشاد المتدرج لمنع الأخطاء والوقفات الطويلة التي قد تعطل سلسلة الاستجابات المراد تعلمها .
 - ٣- استخدم عدد قليل من المعززات اليدوية لمساعدة أفراد العينة على متابعة الجداول المصورة، وبعد فترة استطاع الأولاد الاستمرار في العمل بدون معززات كما استطاعوا تعميم المهارات المكتسبة في أنشطة ومواد جديدة بدون تدريب إضافي .
 - ٤- بانتهاء فترة التدريب كان أفراد العينة قادرين على عمل مجموعة متنوعة من الأعمال التي تتطلب إعادة التدريب وكذلك الأنشطة اليومية الوظيفية .
- ونستخلص من هذه الدراسة أن النشاط الجدولي المصور الذي تم تعلمه بالإرشاد المتدرج أصبح منبه مميز ووظيفي عزز الارتباطات المدعمة بعد انتهاء التدريب ونمى الاستجابات المعممة حتى أصبحت أنشطة جديدة تمارس بمواد جديدة .
- ودرس تالول وآخرون Tallal , et als (١٩٩٨) طبيعة العجز في تعلم اللغة وكيفية علاجه لدى الأطفال الاوتيسك ، فقد أشاروا بأن المؤشرات الضرورية في الموجات الصوتية للحديث الخاصة بإيقاف أو استمرار المحادثة تقدم لنا معلومات هامة للتعرف علي كيفية عمل وقفات مناسبة في إشارات الحديث المستمر . وأن معدلات الإدراك المؤقت هي السبب الرئيسي في عمل وقفات أو تقطيع في المحادثة مما ينتج عنه قصورا واضحا ومحددا في تعلم اللغة ، كما أن العجز أو القصور في العمليات الصدىية يكون أكثر ارتباطا بظهور فروق واضحة في معدلات الصوت والمحادثة ، والقصور في القدرة على المحادثة لدى هؤلاء الأطفال .

وأشارت دراسات رسم الخلايا الأحادية الكهروفسولوجية للقشرة الحسية بالمخ بأنه يمكن تعديل الدوائر العصبية بعد إجراء تدريب على الإدراك المؤقت .

وتم دمج هذين الاتجاهين للبحث مؤخرا في سلسلة دراسات حول عجز العمليات المؤقتة والتي تظهر في (LLI) Language-based learning impairments القصور الرئيسي في تعلم اللغة ، عما إذا كان يمكن تعديله عن طريق تدريب تكيفي يهدف إلى خفض عتبات الإحساس المتكاملة الصدى ، وفي نفس الوقت تم تطوير برنامج كمبيوتر لتوسيع وتعزيز الوقفات الصوتية المتغيرة والمختصرة بسرعة في الحديث المتصل . وتم استخدام ذلك في إجراء تدريبات تخاطبيه ولغوية مكثفة لهؤلاء الأطفال ، وقد أشارت النتائج إلى ما يلي :-

- ١- حدث تحسن كبير في عتبات الإحساس المتكاملة الصدى .
- ٢- حدث تحسن للقدرات على استيعاب أو فهم اللغة والمحادثة عند الأطفال ذوي العجز الرئيسي في تعلم اللغة .

٣- دراسات تناولت أساليب تخفيف الاضطرابات الاجتماعية لدى الأطفال الاوتيسك :

يعد التدريب على المهارات الاجتماعية أفضل تدريب ملائم للأطفال الذين تبدو صعوباتهم مع أقرانهم نتيجة لنواحي العجز في كفاءة التفاعل البين شخصي . فقد اهتمت العديد من دراسات التدريب على المهارات الاجتماعية بالأطفال المنسحبين اجتماعيا والمنعزلين عن أقرانهم، وتشير هذه الفئة بصفة عامة إلى الأطفال الذين يتجنبون أقرانهم في أنشطتهم أو الذين يفشلون في تفاعلاتهم مع الآخرين ، ومن الاضطرابات الاجتماعية التي يظهرها الاوتيسك بصفة خاصة عدم الميل إلى اللعب الاجتماعي ، تجنب اتصال العيون، صعوبة تقليد الآخرين، إزعاج الآخرين بالصوت العالي والصراخ، إفساد ممتلكات الغير، إظهار بعض السلوكيات النمطية الشاذة غير المقبولة اجتماعيا ، وهذه السلوكيات تنصدي لها الدراسات العلاجية والتدريبية التالية:-

استخدم هيلم دافيد Helm , david (١٩٨٩) علجا سلوكيا لتقوية التفاعلات البين شخصية لدى الطفل الاوتيسك الذي يتراوح عمره الزمني بين (١١-١٣) سنة وركز الباحث على معرفة التاريخ التطوري للطفل وكافة البيانات التي تثبت انتمائه لفئة الاوتيزم .

فقد طبق عليه معايير التشخيص اللازمة، وبعد ذلك طبق عليه البرنامج العلاجي الذي يركز على تعزيز القوى النفسية للطفل لتوطيد علاقته العاطفية الإيجابية التي تربطه بالآخرين وخاصة الأسرة ، وبعد ذلك تم التركيز على تنمية الإدراك اللغوي والحركي

والمهارات الاجتماعية لديه ، بالإضافة إلى توجيه وإرشاد أسرته بكيفية التفاعل الإيجابي معه، وقد أشارت نتائج تقييم البرنامج العلاجي المقدم للطفل إلى :-

١- حدوث تحسن واضح وملحوظ في الوظائف الاجتماعية والانفعالية لدى الطفل ، وظهر هذا التغير بوضوح في مشاعر الابتهاج والحب والحنان التي بدأت تظهر على وجه الطفل.

٢- انخفاض نسبة حدوث الإصابات الناتجة من العدوان الموجه إلى الذات .

٣- حدوث تغيير إيجابي في سلوكيات الطفل وقواه النفسية والعاطفية .

ودرس نيومان Newman (١٩٨٧) دور المدعمات المادية في اكتساب وتعميم التواصل الاجتماعي اللفظي لدى الأطفال الاوتيسك وذلك بتقديم برنامجا علاجيا لأربعة من الأطفال الاوتيسك ويعتمد هذا البرنامج على تعليم الأطفال الإجابة على السؤال : ماذا تريد ؟ بالإضافة إلى الإجابة على خمسة أسئلة أخرى مرتبطة بموضوعات مختلفة تهم أطفال العينة . وقد اختلفت جلسات التدريب طبقا لنوع التدعيم المناسب للاستجابة الصحيحة ، وكذلك طبقا لشروط التدريب هل هي وظيفية أم غير وظيفية ؟

وأظهرت نتائج تقييم البرنامج ما يلي :-

١- الأطفال الاوتيسك ذوى الأداء السلوكي الضعيف كان اكتسابهم للاستجابات الصحيحة أفضل في حالة التدعيم المادي .

٢- القدرة على التعميم لدى أطفال العينة كانت أفضل في حالة التدعيم المادي إذا قورن بالتدعيم المعنوي .

٣- من أهم الآثار الإيجابية للتدعيم مساعدة الأطفال الاوتيسك على تركيز الانتباه على الإجابات الصحيحة دون غيرها .

٤- كما تشير النتائج إلى أهمية استخدام المدعمات المادية في تحسن مهارات التعلم لدى الأطفال الاوتيسك .

نظراً للسلبية الاجتماعية التي يظهرها الاوتيسك والمتمثلة في العزوف المتكرر عن الاشتراك في أية تفاعلات اجتماعية ، فقد اهتم كوجل وآخرون (Koegel, et als ١٩٨٧) بتغيير السلوك الاجتماعي لدى الأطفال الاوتيسك من خلال مشاركتهم في أنشطة اللعب المتميزة .

وتم ذلك على عينة قوامها (١٠) أطفال منهم (٤) ذكور ، (٦) إناث ، يتراوح العمر الزمني لهم بين (٤-١٣) سنة ، توافرت فيهم خصائص الاوتيزم التي حددها المجتمع الدولي للأطفال والراشدين الاوتيسك كما جاءت في Ritvo, freeman, 1978 ، لديهم تخلف عقلي وكان العمر العقلي لهم على اختبارات الذكاء الأساسية ستانفورد بنييه، مريل بالمر M erri-Palmer يتراوح بين (٥ سنوات و ٣ أشهر - ٨ سنوات) وهذا يكافئ نسبة ذكاء تتراوح بين (١٠ - ٧٥) درجة، العمر الاجتماعي لأفراد العينة على مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي يقع في المدى (١,٦ - ٧,٤) سنة ، ثلاثة من أفراد العينة يظهرون تواصلًا غير لفظي بسيط ، أما الآخرون فيظهرون ترديدا للكلمات وتواصلًا لفظيًا عرضيًا أو موقفيا، بالإضافة إلى ذلك فكل أفراد العينة لديهم سلوكيات رعاية الذات ضعيفة ، كما يظهرون نوبات غضب متكررة واستثارة ذاتية .

وجهز الباحثون حجرة اللعب بمجموعة مبعثره من اللعب على الأرض ويوجد بها مرآة كبيرة وكاميرا لتصوير نشاط الطفل، وتحددت جلسات التفاعل بين الأطفال والمدرّب ، وعليه أن يغير اللعب من الطفل كل دقيقة ، وتستمر الجلسة لمدة (٩) دقائق وقد حدد الباحثون السلوكيات المرفوضة اجتماعيا بأنها السلوكيات التي تحد أو تختزل زمن التفاعل بين الطفل والمدرّب ومن أمثلتها :-

عدم الانتباه إلى المثير المقدم (بمعنى النظر مرة إلى المدرّب ومرة أخرى إلى اللعبة بدون تركيز) ، الابتعاد عن المدرّب ، دفع المدرّب بعيدا عنه بشدة ، رفض اللعبة التي يقدمها المدرّب، شدة بقوة من المدرّب ، عدم النظر في عين المدرّب ، غلق العينين ، عدم الاستجابة للتحية أو الاقتراب من بعضهم البعض ، وقد حاول المدرّب دمج الطفل في أنشطة اللعب المتنوعة بكافة الأساليب الممكنة، وأشارت نتائج التقييم إلى وجود ارتباط سلبي بين الأنشطة الملائمة التي يصدرها الطفل والسلوك المرفوض اجتماعيا.

وتوصل الباحثون إلى أنه يمكن التحكم في السلوكيات المرفوضة اجتماعيا التي يصدرها الاوتيسك من خلال أنشطة اللعب كما أن الممارسة اليدوية للأنشطة تفيد في علاج السلبية الاجتماعية الشديدة - التي يتسم بها الاوتيسك - وتتمى مهارة بدء التواصل مع الآخر.

وباستخدام فنيات متعددة للتدريب على المهارات الاجتماعية البين شخصية تمكن
تاراس وآخرون Taras,et als (١٩٨٨) من تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى اثنين من
الأطفال الاوتيسك ، وهدفت هذه الدراسة إلى :-

- ١- تخفيف حدة اللوازم المتكررة .
- ٢- تغيير الانفعالات غير الملائمة .
- ٣- تعديل محتوى المحادثة ليلائم الموقف .
- ٤- تحقيق تواصل بصري عن طريق تقليد النموذج ، التدريس ، التغذية الرجعية ، لعب
الدور ، الإعادة والتكرار والتدعيم المادي والاجتماعي .

وبتطبيق مقاييس الذكاء والسلوك التوافقي على أفراد العينة كانت نتائجها كالتالي :-

- ١- لوسى عمرها الزمني (١٠) سنوات، نسبة الذكاء لديها تتراوح بين (٣٥-٤٩) ، درجاتها
المعيارية على مقياس فاينلاند للسلوك التوافقي كانت (١,٩) سنة في التواصل ، (٢) سنة في
مهارات الحياة اليومية ، (١) سنة في التنشئة الاجتماعية ، (١,٦) سنة في المهارات الحركية،
كما توافرت لديها معايير الاوتيزم التي جاءت في (DSM-III) ولديها فرط في النشاط ويعتبر
ترتيبها الميلادي الوسطى فلها أخ أكبر منها وآخر أصغر منها .
- ٢- تيد عمره الزمني (٩) سنوات ، لديه تخلف عقلي متوسط ، ودرجاته على مقياس فاينلاند
(١,٨) سنة في التواصل ، (٣,١) سنة في مهارات الحياة اليومية ، (١٠) شهور في التنشئة
الاجتماعية ، (٢,٦) سنة في المهارات الحركية ، وهو طفل وحيد ولم يتلق أي علاج سابق
ولديه صعوبات ومشاكل مدرسية ويتميز بحدة الطبع و المزاج في المنزل .

ويصف الباحثون حجرة المعالجة : بأنها متوسطة الاتساع وجيدة التهوية والإضاءة ،
وبها ثلاثة كراسي كبيرة منجدة ، أريكة تشبه سرير الكشف ، مرآة تغطي أحد حوائط الغرفة ،
وكاميرا فيديو، وحدد الباحثون السلوكيات المراد علاجها عند أطفال العينة قبل البدء في تنفيذ
البرنامج .

فعند لوسى :-

- ١- محتوى المحادثة : لأنها (تردد الكلمات ، إجاباتها غير مرتبطة بالأسئلة ، كلامها دائما
عن الكرتون) .

٢- الجلسة غير الصحيحة على المقعد وإدارة رأسها شرق رأس المعالج .

٣- التواصل بالعين .

٤- الانفعالات .

٥- الإصرار على تنفيذ الروتين اليومي .

٦- شذوذ السلوك الاجتماعي .

تيد :-

١- التواصل بالعين ٢- محتوى المحادثة

٣- الانفعالات ٤- السلوك الاجتماعي

استغرقت الخطة العلاجية مع لوسى (٩) جلسات للسلوكيات الأربعة الأولى ، (١٧) جلسة في السلوكيات (٥ ، ٦) ، أما تيد فقد استغرقت خطته العلاجية (٥) جلسات للسلوكيات الأولى والثانية، (٢٤) جلسة للسلوكيات الثالثة والرابعة .

ومن أمثلة الأسئلة التي وجهت لأطفال العينة خلال البرنامج و تم تدريبهم للإجابة عليها :-

كيف حالك اليوم ؟ ما اسم أمك ؟ ما لون التيشرت ؟ ما اليوم ؟ ما حالة الجو اليوم ؟ كم عدد أخواتك ؟ هل تحب الذهاب إلى المدرسة كل يوم ؟ ما اسمك ؟ ما اسم مدرستك ؟ ما هي أنواع الأشياء التي تحبها ؟ مع ملاحظة أن أسئلة البنت تحمل علامة (°) .

وأُسفرت نتائج تقييم البرنامج العلاجي إلى حدوث تحسن في السلوكيات التالية :-

التواصل بالعين ، الجلسة المناسبة ، المهارات الاجتماعية المناسبة ، مشكلات اللغة وخاصة المحادثة وتكرار الحديث والانفعال الملائم .

كما تشير النتائج إلى تحسن مهارات التواصل ، والجدير بالذكر أنها لم تؤكد على تعلم كلمات جديدة أو التعبير الواضح ولكنها تؤكد على تعلم المهارات اللفظية وغير اللفظية التي تجعل الأطفال أكثر اجتماعية .

وفي دراسة أخرى لكوجل وآخرون Koegel , et als (١٩٩٢) عن تحسن المهارات الاجتماعية واختزال السلوك المضطرب لدى الأطفال الاوتيسك باستخدام تكتيك إدارة الذات Self - Management ، فقد أجريت هذه الدراسة على أربعة من الأطفال الاوتيسك

يتراوح العمر الزمني لهم بين (٦-١١) سنة ، وافترض الباحثون أن تكتيك إدارة الذات له تأثير قوى على تحسن الاستجابات لبدء المحادثة التي يصدرها الآخرون ، كما أنه يفيد في تقدير الاستجابة الملائمة للموقف سواء في الجماعة أو المنزل أو المدرسة وذلك بدون وجود المعالج .

فقد حدث من خلال تدريب الذات على إدارة شئونها وانتقال أثر التعليم من خلال التواصل اللفظي تحسن في المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق تواصل ناجح مع الجماعة وكذلك اختزال في السلوكيات المرفوضة اجتماعيا .

ونظرا لأن كوجل وفريا (١٩٩٣) من المهتمين بتحسين السلوك الاجتماعي لدى الاوتيستك ، فقد استخدموا العلاج السلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية خاصة سلوك التواصل الاجتماعي غير اللفظي المتمثل في نظرات العيون والإشارات والتلميحات غير اللفظية لتحسين السلوك الاجتماعي لدى اثنين من الأفراد الاوتيستك .

وتم تشخيص أفراد العينة بمعايير المجتمع الأمريكي للاوتيزم التي جاءت في R itvo , Freeman (١٩٧٨) وكذلك معايير (DSM- III) ، كما أنهم حصلوا على نسبة ذكاء لا تقل عن (٧٠) .
و لا توجد لديهم عيوب خلقية ، وإن وجدت لديهم إعاقة فتكون بسيطة تقترب من المستوى الطبيعي .

❖ **أندري :** عمره الزمني (١٣) سنة في الصف السادس من فصول التربية الخاصة ، نسبة ذكائه على مقياس وكسلر (١٠٣) ، العملية (١١٢) ، اللفظية (٩٤) ، الدرجة المعيارية على اختبار رسم الجسم الصغير المعدل (٨٨) وتمثل مستوى أقل من العمر الزمني بعام واحد .

وحصل في مقياس فاينلاند للسلوك التوافقي على الدرجات المعيارية التالية :
(٦٤) في التواصل ، (٦٥) الاجتماعية ، (٤٦) الحياة اليومية ، (٥٤) السلوك التكيفي ، وكان يصدر أصواتا عالية جدا عندما يحاول أحد إيقافه عن النشاط الذي يمارسه مثل الألعاب الغنائية أو عمل تصميم لمطعم .

❖ **تشيرز :** عمره الزمني (١٦) سنة في الفصل الثامن الدراسي ، نسبة ذكائه على اختبار بنيه تتراوح من (٦٠ - ٩١) بمتوسط قدره (٧١) ، ودرجاته المعيارية على اختبار فاينلاند للسلوك التوافقي : (٤٣) في التواصل ، (٤٨) الاجتماعية ، (٤٧) الحياة

اليومية ، (٤٢) السلوك التكيفي ، يفضل البقاء في حجرته ، لديه اضطرابات لغوية وصعوبات شديدة في المهارات الاجتماعية ، لكنه يستمتع بالألعاب الموسيقية ولديه ذاكرة قوية يمكنه من خلالها تذكر أي شخص قابله واليوم الذي تمت فيه المقابلة خلال عام كامل.

وبعد تقدير وتحديد السلوكيات المراد علاجها عند أفراد العينة ، كان اندرى يظهر (السلوكيات النمطية - حدة الصوت - التعبيرات غير الملائمة بالوجه) .

أما تشيرز فكان يظهر (عدم تواصل بالعين ، إصدار سلوكيات نمطية ، مصاحبة السلوك بحركات غير ملائمة للموقف) .

وبناء على التراث السيكولوجي وتقارير الأباء والمدرسين فقد ركز الباحثان على متغيرات التواصل الاجتماعي المتمثلة في (تعبيرات الوجه ، نظرات العيون ، الطرق المصاحبة للسلوك مثل التردد وحركات أحد أطراف الجسم بطريقة ما ، شدة الصوت ، استمرارية نفس موضوع الحديث) ، وتم استخدام تكتيك إدارة الذات في جلسات البرنامج كي تتيح الفرصة لتفاعل الطفل مع رفيقه غير المعوق الذي يقدم له على أنه صديق يرغب في الحديث معه لمدة قصيرة تقدر بحوالي خمسة دقائق ، وكانت جلسات التفاعل تتم في مواقف تواصلية طبيعية (المطعم - الحديقة) .

أشارت نتائج التقييم إلى :-

١- حدوث تحسن واضح في السلوكيات الاجتماعية المقصودة وكذلك تغيرات عامة في السلوكيات التي لم تعالج ، وهذه التحسينات كانت مطابقة لتقديرات الملاحظين المرتفعة عن التفاعلات الاجتماعية بين الأطفال الاوتيسك وغيرهم .

٢- الأفراد الاوتيسك ذوى المستويات الراقية (الإعاقة الخفيفة) لديهم القدرة على تعديل سلوكيات التواصل الاجتماعي خلال تفاعلات المحادثة .

٣- حدوث تحسن ملحوظ في التفاعل مع الأقران والاندماج الاجتماعي والنمو الاجتماعي لدى الأطفال الاوتيسك .

وتوحي النتائج بأن المشكلات الخاصة بالمهارات الاجتماعية لدى الأطفال الاوتيسك يمكن معالجتها ، ومن خلال التعرف على طبقات الاستجابة لسلوك التواصل الاجتماعي يمكن بسهولة فهم السلوك الاجتماعي لدى الأطفال الاوتيسك .

باستخدام النمذجة استطاع كل من كرانتز و ميكلننهان K rantz , McClannahan (١٩٩٣) تعليم الأطفال الاوتيسك بدء التفاعل مع الآخرين و مع بعضهم البعض .

فقدّم الباحثان نموذجا مكتوبا للتعليمات المراد تنفيذها والتي تدور حول الأنشطة المستقلة والجارية والمكتملة حديثا لأربعة من الأطفال الاوتيسك ، تم تدريبهم في معهد برنستون لتنمية الطفل لمدة خمس ساعات ونصف يوميا بواقع خمس أيام في الأسبوع لمدة تراوحت بين (٥-٨) سنوات وقد توافرت معايير الاوتيزم التي جاءت في (DSM-III- R) في الأطفال الأربعة بالإضافة إلى ذلك فقد أعيد تشخيصهم بواسطة اثنين من المتخصصين في دراسة الاوتيزم يعملون خارج المعهد .

١- كاتى : عمرها (١٢) سنة ، استمرت في البرنامج لمدة (٨) سنوات ، عند قبولها في البرنامج كانت لا تتكلم ، تظهر نوبات غضب ، ومعدل مرتفع من إيذاء الذات ، عمرها اللغوي على اختبار (PPVT) يكافئ (٥,١) سنة أما اختبار ودكوك للقراءة Woodcock Reading Masteryres (W.R.M.T) فحدد مستوى القراءة لديها بأنه يكافئ الدرجة (٩,١) ، وحصلت على درجة أقل من (٥٠) في اختبارات مكارثي McCarthy ودرجتها على مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي تقدر بحوالي (٥,٢) سنة .

٢- هايك : عمره (١٢) سنة ، استمر في البرنامج لمدة (٥ سنوات) ، عند اشتراكه في البرنامج لم يكن لديه لغة تعبيرية - يظهر ضحك وعويل وبكاء مستمر وبدون سبب ، يفضل الانعزالية عن الآخرين .

درجاته على (PPVT) تكافئ (٥,٤) سنة وعلى اختبار ودكوك (٨,١) وعلى اختبار مكارثي أقل من (٥٠) وعلى فاينلاند تكافئ (٥,١) سنة .

٣- والت : عمره (١٢) سنة استمر في البرنامج لمدة (٥) سنوات عند اشتراكه أظهر سلوكيات عدوانية تتركز في إيذاء الذات والآخرين كالخبط ، والضرب ، والقرص ، والرفس ، الضرب بالرجل ، حركات جسدية نمطية ، عدم الإحساس بالخطر فيحاول القفز خارج السيارات المتحركة ورمى الأشياء على الموقد المشتعل .

درجاته على (PPTV) تكافئ (٤,٩) سنة و على ودكوك للقراءة (١,٥) وعلى فاينلاند تكافئ (٥,٤) سنة وحصل على درجات أقل من (٥٠) في اختبار مكارثي .

٤- روسى : عمره الزمنى (٩) سنوات استمر في البرنامج لمدة (٥) سنوات عند اشتراكه أظهر : ترديد للكلمات ، لم يستطيع التحدث بلغة تلقائية مناسبة ، لديه قصور في مهارات التواصل ، التلامس الجسدي و أظهر سلوكيات نمطية متكررة .

حصل على الدرجات التالية : في اختبار (PPVT) (٤,٤) سنة ، اختبار ودكوك (١,٦) سنة ، مقياس مكارثي أقل من (٥٠) ، فاينلاند (٤,٦) سنة .

وبتطبيق اختبار وكسلر المعدل (WISC-R) على أطفال العينة فكانت نسبة الذكاء اللفظي لهم بالترتيب (٥٠ ، أقل من ٤٥ ، أقل من ٤٥ ، ٤٩) أما نسبة الذكاء الكلية فكانت بنفس الترتيب السابق (٤٩ ، ٤٩ ، ٤٦ ، ٤٨) ومن السمات المشتركة بين أطفال العينة أن لديهم عجزا في مهارات بدء المحادثة ومهارات التواصل ، أما المهارات الأكاديمية والاجتماعية وشغل أوقات الفراغ فكانت ضعيفة جدا لديهم أو تكاد تكون غائبة .

وتم تدريب المشتركين في البرنامج على كيفية تتبع الجدول المكتوب و تنفيذ ما يتضمنه من أنشطة ، وقد صمم لكل طفل جدول بما يتناسب مع خصائصه ، فمثلا كاتى كان جدولها يتضمن (شئمة كتب - مرآة - الواجب المنزلي - كمبيوتر) ويهدف إلى أنها تحصل على شئمة الكتب في بداية اليوم الدراسي ثم تنظر إلى المرآة لتصف شعورها وتهندم منظرها ثم تصحح الواجب المنزلي من خلال التمرين على الكمبيوتر .

واعتمدت الخطة الأساسية في البرنامج أثناء اليوم الدراسي من الأنشطة الفنية : الرسم ، التلوين ، الدهان ، وتجهيز الخامات الفنية اللازمة لتنفيذ العمل الفني المكتوب في الجدول لكل طفل ، والذي يتطلب منه أن يتحدث كثيرا عن رسمه ، ولكي يتأكد المدرس أن المشتركين مدركين لهذه الأوامر يقف خلف كل طفل و يرشده من حين إلى آخر (يدويا) مشيرا لكل أمر بالقلم الرصاص على طول النص وهذا ربما يشجع الطفل على قراءة التعليمات بصوت مرتفع ، وقد يستخدم المدرس تشجيع لفظي في الجلسات الأولى من البرنامج مثل " قراءة أول كلمة من الأمر " وإذا فشل الطفل في الاستجابة فيقول المدرس "افعل" وبعد ذلك تستبعد التشجيعات اللفظية بعد قراءة التعليمات ، ويقف المدرس في مؤخرة الفصل ليتيح الفرصة لتفاعل المشتركين مع بعضهم البعض .

والتحقت كاتى ووالث بجامعة العلاج المنزلي المنعقدة لهذا البرنامج ، بينما مايك ، وروسى فقد أكملوا اليوم مع أسرهم الحقيقية والتحقوا بالفترة الصباحية فقط للبرنامج وبعد خمس سنوات من المشاركة في البرنامج أظهرت نتائج تقييم المشاركين بأنهم :-

١- أصبحوا أقل عدوانية وإيذاء للذات وانخفضت أو قلت الاستجابات النمطية والشيذوفرونية لديهم كما أنهم اكتسبوا بعض المهارات الأكاديمية الأولية .

٢- اكتسبوا تطوراً في اللغة التعبيرية الوظيفية ، والقدرة على الاستجابة اللفظية عند مخاطبة الكبار لهم .

٣- تعلموا تتبع الجداول المكتوبة عندما يعاد ترتيبها أو يضاف إليها محتويات جديدة خاصة بالرسم والتلوين والدهان ، أما الأمر (تحدث كثيراً) لم ينفذ كما يجب .

٤- كانت معظم مبادأتهم للتفاعل مع الآخرين عبارة عن أسئلة لمعلومات شخصية مثل متى يكون عيد ميلادك ؟ ما المدرسة التي تذهب إليها ؟ ما البرنامج التلفزيوني المفضل لديك ؟

وخلص الباحثان بأن نموذج التعليمات المكتوبة مكن الأطفال الاوتيسك ذوي العجز اللغوي والاجتماعي من ممارسة حوار خاص مع الأقران ، ساعدهم على بدء التفاعل الاجتماعي المناسب

أما تكتيك إدارة الذات فقد ظهرت فعالية استخدامه في تحسين السلوك الاجتماعي لدى الأطفال الاوتيسك من خلال دراسات كوجل وآخرون (١٩٩٢ ، ١٩٩٣) .

ولذا فقد استخدمه كل من بيرس وسكريبمان Pierce , Schreibman (١٩٩٤)

لتعليم الأطفال الاوتيسك مهارات الحياة اليومية باستخدام الصور ، وقد هدفت دراستهما إلى:

١- تحديد العناصر التقليدية لإدراك الذات والمتمثلة في (القدرة على اختيار المعززات ، مراقبة الأداء ، تقييمه والتحرر من التدعيم) باستخدام الصور .

٢- اختبار القدرة على ضبط المثيرات من خلال الصور .

٣- دراسة التغير المصاحب للسلوك .

٤- تقييم مدى المحافظة على السلوك المتغير بعد انتهاء فترة العلاج .

٥- تقييم القدرة على التعميم .

وتكونت عينة الدراسة من ثلاثة أطفال تم تشخيصهم بمعايير الاوتيزم التي جاءت في

DSM-III-R وكانت مهارات التعبير اللغوي لديهم محدودة طبقاً لتقارير آبائهم والملاحظين .

١- جون : عمره (٨) سنوات ، الدرجة المعيارية له على مقياس (PPVT) أقل من (٢٠) وتكافئ عمر عقلي (٢,٢) سنة ، ودرجته على مقياس فاينلاند للسلوك التوافقي كانت (٣٨) وأظهر تعثر في اختبارات الذكاء اللفظية ، كما كان يحدث ضوضاء بصوت عالي ولا يستجيب لأي أمر كأنه لا يفهم ما يقال لكنه يعبر فقط بالإشارات والإيماءات .

٢- هوارد : عمره (٩) سنوات ، ودرجته المعيارية (٣٢) على (P PVT) تكافئ عمر عقلي (٣,١) سنة ، نسبة ذكائه (٤٣) على مقياس بنيه ، (٥٤) على مقياس السلوك التوافقي لفانلاند حيث كانت مهارات الاستقبال اللفظية لديه جيدة ، لكن الكلام التعبيري لديه كان محدودا ويقتصر على السؤال عن الطعام أو الألعاب ، وترديد ما يسمعه .

٣- روبي : عمره (٦) سنوات ، درجاته المعيارية على (PPVT) أقل من (٢٠) وتكافئ عمر عقلي (٢,٤) سنة ، ودرجته على مقياس السلوك التوافقي لفانلاند (٥١) ، نسبة ذكائه على مقياس بنيه (٤٨) ، لديه عجزاً في التعبير اللغوي يتمثل في التردد المتكرر وتحدث له استثارة ذاتية بضرب اليد .

وقد تم التدريب على نوعين من المواقف :-

أ - المواقف الكلينيكية وتتم في حجرة معدة لذلك : مكولة من منضدة مستطيلة ، ٢ كرسي ، سرير ، منضدة صغيرة ، مجموعة كتب صغيرة ، وألعاب متعددة ، مرآة كبيرة على أحد الحوائط .

ب- المواقف المنزلية تتم في المطبخ أو حجرة النوم .

وتم تدريب جون و هوارد على المواقف المنزلية فقط أما روبي فقد تم تدريبه على الموقفين معاً . ومن السلوكيات الهادفة التي اختيرت للتدريب بناء على ملاحظات الآباء والباحثين عند جون : مهارات اللبس والخلع (التيشيرت ، البنطلون ، الشراب والحذاء) ، تجهيز وجبة خفيفة ، غسل الملابس .

وعند هوارد : اللبس والخلع ، ترتيب السرير ، تجهيز مشروب سريع .

روبي : الرد على التحية والاستقبال ، اللبس والخلع ، تجهيز وجبة خفيفة .

وكان زمن الجلسة حوالي ساعة ونصف تقريباً وسجلت السلوكيات غير الهادفة مثل إيذاء الذات ، التردد المتكرر للألفاظ وأشارت النتائج إلى :-

١- ظهور مكونات إدارة الذات مثل انتقاء المعززات ومراقبة وتصحيح الأداء والتحرر من التدعيم .

٢- نجاح الأطفال الاوتيستك في استخدام الصور لتعديل السلوك بدون المعالج والقدرة علي تقييم السلوك المتعلم في المواقف والأنشطة التي لم يتم التدريب عليها .

٣- محافظة أفراد العينة علي التغير الحادث في السلوك في فترات المتابعة بعد العلاج .

٤ - اختزال واضح في السلوكيات النمطية وازدياد معدل السلوك العملي لدي أطفال العينة باستثناء هوارد فقد عجز عن تجهيز المشروب المطلوب .

٥- عجز الأطفال عن أداء بعض السلوكيات العملية بدون استخدام الكتاب المصور، فiejجز روبي عن المشاركة في إحدى السلوكيات العملية بدون الكتاب لكن يكمل اثنين من ثلاث سلوكيات بعد فترات المتابعة بدون استخدام الكتاب .

وفي دراستها عن الاتصال الميسر مع الأطفال الاوتيستك قدم مايلز وسيمبسون Myles,Simpson (١٩٩٤) تقييم لفاعلية الاتصال الميسر (FC) Facilitated communication مع عشرة من أطفال المدرسة الابتدائية منهم (٧) ذكور و (٣) إناث تتراوح أعمارهم بين (٦ : ١٢) سنة بمتوسط قدره (٩) سنوات ، تم تشخيصهم بواسطة أطباء نفسيين وعقليين وفريق علاجي متعدد التخصصات ومدرّب لتقييم الأطفال والشباب الاوتيستك .

وقد تم تقدير قدراتهم على التعبير اللفظي وغير اللفظي ، فمنهم من يفقد اللغة التعبيرية ، ومنهم من كانت لغته بلهاء أو مقيدة مختلطة بأصوات ليس لها معنى أو لغة ترددية أو الحبسة الأسمية .

ومنهم من لديه عجزاً في التواصل غير اللفظي ، وكان أفراد العينة لديهم عجزاً اجتماعياً حاداً ، وتاريخهم التطوري يوحى بوجود سلوكيات الاستثارة الذاتية لديهم . كما أن القدرة المعرفية لديهم تقع بين المدى المتوسط والحاد من التخلف العقلي ، وتعكس درجاتهم على اختبار التربية النفسية المعدل (PEP-R) Psycho-Educational Profile-Revised بأنهم معاقون بدرجة كبيرة .

وقد قام بدور الميسرات للتواصل ثمان مدرسات حاصلات على شهادات التعليم الخاص لفئة الاوتيستك ، وحصلت كل منهن على درجة الأستاذية في التعليم الخاص ولهن خبرة في تعليم الأطفال الاوتيستك لا تقل عن سنتين .

واستغرقت مدة البرنامج ما يزيد عن (١٥) أسبوعا بعدها تم تقييم قدرات التلاميذ المشتركين فأظهرت نتائج التقييم ما يلي :-

١- استطاع العديد من المفحوصين إكمال إجابات بسيطة لأسئلة أو الاستجابة لبعض الأوامر التي تم التدريب عليها .

٢- تحسنت قدرات القراءة والكتابة لدى أفراد العينة خاصة الذين لا يتكلمون .

٣- توصل الباحثان إلى أن الاتصال الميسر له فاعلية في تحقيق التواصل بين التلاميذ الاوتيستك وبعضهم ، وتحسن السلوك الاجتماعي والأكاديمي لديهم ، وكذلك المهارات الحركية والمهنية ومهارات رعاية الذات .

وقد حاول اسماعيل بدر (١٩٩٧) اختبار فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد (الاوتيستك) ، وتعتبر هذه المحاولة العربية الأولى (في حدود علم الباحثة) لمعالجة الأطفال الاوتيستك و لكنها ليست على عينة مصرية بل تمت الدراسة على أربعة أطفال ذكور ممن يعانون من مرض التوحد ، تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٥,٦ - ٧,٨) سنة تم تحويلهم من عيادات أطباء أمراض عصبية إلى أكاديمية الحرمين التابعة للسفارة السعودية في إندونيسيا ، فقد أتيحت للباحث فرصة تطبيق برنامج العلاج بالحيلة اليومية على أفراد العينة ، وذلك بعد مطابقة الأعراض على قائمة المظاهر السلوكية للأطفال ذوى التوحد (التي قام بإعدادها وتقنيها) واستمر التطبيق لمدة عام دراسي كامل .

ويعتبر العلاج بالحياة اليومية Daily life therapy نموذجا يابانيا لتربية الأطفال ذوى التوحد ، وقد وضعته كيتاهارا Kitahara (١٩٦٤) ويقوم هذا البرنامج على خمسة مبادئ أساسية هي : التعليم الموجه للمجموعة ، تعليم الأنشطة الروتينية ، التعلم بالتقليد ، تقليل مستوى النشاط غير الهادف بالتدريب العملي المكثف ، المنهج المؤسس على الموسيقى والرسم والألعاب الرياضية أو الحركة .

واستخدم الباحث اختبار الإشارة sign test - نظرا لصغر حجم العينة - لمعرفة الفروق بين التطبيقين (القبلي والبعدي) ومدى الدلالة الإحصائية ، وتوصل الباحث إلى وجود فروق دالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي وذلك لصالح التطبيق البعدي .

واتضح من نتائج الدراسة مدى فاعلية برنامج العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال ذوي التوحد ، ويرجع إلى أنه برنامج متكامل يتناول كافة الاضطرابات الخاصة بفئة الأطفال ذوي التوحد .

ويوصى الباحث أنه يجب مراعاة الحاجات والمظاهر السلوكية الخاصة بكل طفل عند تطبيق هذا البرنامج وأن يتلائم في البرنامج العلاجي مساعدة الطفل في الجوانب التالية :-

١- التعبير الانفعالية .

٢- المهارات الاجتماعية واللغوية .

٣ - التقليل من الأنماط السلوكية الشاذة .

٤- التركيز على تعليم الأطفال الاعتماد على الذات و الاستقلال في الحياة العامة .

٥- التفاعل الاجتماعي مع الأقران العاديين في الحياة العامة ، في المدرسة ، في النادي والشارع.

٦- ضرورة إرشاد وتوجيه الوالدين لتكملة البرنامج العلاجي.

٧- استغلال النشاط الزائد والحركات غير الهادفة في مهارات فنية كالرسم والموسيقى أو ممارسة الرياضة .

وقد هدفت الدراسة التي قام بها عبد المنان معمر (١٩٩٧) إلى استخدام برنامج سلوكي تدريبي يعمل على تخفيف حدة أعراض الاوتيزم المتمثلة في كل من القلق ، السلوك العدواني ، النشاط الحركي المفرط ، ضعف الانتباه وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين وتنمية بعض المهارات الحياتية لدى عينة من الأطفال الاوتيسك تقدر بحوالي (٣٠) طفلا من الملتحقين بمركز أمل للإنماء بجدة ، والذين تم تشخيصهم بواسطة المقاييس النفسية (كورنرز ١٩٦٩ ، تقييم الطفل المنطوي على ذاته ١٩٩٠) ومقاييس الذكاء (بنيه ، جودارد)، وتتراوح الأعمار الزمنية لأفراد العينة بين (٧-١٤) سنة بمتوسط عمري قدره (١٢٦) شهرا وانحراف معياري (٧٤ ، ٢٨) واشتمل البرنامج التدريبي الذي قام الباحث بإعداده على العناصر التالية :-

ارتداء وخلع الملابس - زيادة فترة الانتباه - الأنشطة الرياضية المتمثلة في الجري بين مسافة محدودة - لعبة الكراسي - لعبة الدوائر الملونة .

وقام الباحث بتدريب المعلمين العاملين بالمركز على كيفية تطبيق البرنامج السلوكي على الأطفال، وقد تم تطبيق البرنامج وتدريب الأطفال على فقراته ، حيث استمر التطبيق سنة دراسية كاملة خلال العام الدراسي ١٤١٧ / ١٤١٨ هـ وبعد ذلك قام الباحث بتطبيق مقياس كونرز - تقدير المعلم لسلوك الطفل لمعرفة مدى فاعلية البرنامج السلوكي في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم .

وقد أظهرت نتائج الدراسة انخفاض مستوى القلق والسلوك العدواني والنشاط الحركي المفرط لدى أفراد العينة ، وارتفاع مستوى القدرة على الانتباه والعلاقات الاجتماعية لدى العينة .

وهذا يؤكد أن البرنامج التدريبي قد نجح بفاعلية في رفع درجات مستوى الانتباه والعلاقات الاجتماعية للأطفال الاوتيسك ونجح كذلك في تعديل بعض السلوك غير المرغوب فيه وتنمية وتطوير مهارات جديدة يستطيع الأطفال الاوتيسك استخدامها في حياتهم اليومية من أجل إحداث التوافق مع أنفسهم ومع الآخرين .

وعلى عينة تقدر بحوالي (٦) أفراد اوتيسك تتراوح أعمارهم بين (٥-٣١) سنة درس ايدلسون وآخرون (Edelson , et als ١٩٩٨) إمكانية استخدام جهاز ميكانيكي مساعد لليد لتحقيق تواصل ميسر لدى أفراد العينة ، كما تم تحديد فعالية استخدام هذا الجهاز في مساعدة الأطفال ذوي العجز عن الكلام والمعاقين ذهنيا في الانتقال من الاتصال الميسر إلي الكتابة بدون مساعدة .

وقد أظهر أفراد العينة مهارة تتراوح بين المستوى (المتوسط-العالى) في استخدام الاتصال الميسر قبل التجربة ، وتضمن الاختبار القبلي والبعدي الإشارة إلي أرقام الصور ، الحروف ، كتابة كلمات مفردة على لوحة مفاتيح أو لوحة حروف . وبعد ثمانية أسابيع من التدريب تم تقييم أداء أفراد العينة في المهام السابقة تحت ثلاثة شروط تجريبية مختلفة هي كالتالي :-

أ- بمساعدة ميسر اتصال ذو خبرة .

ج- باستعمال الأداة المساعدة لليد .

ب- بمفرده .

وقد أشارت نتائج الاختبار البعدي إلى حدوث تواصل بمساعدة الميسر ذو الخبرة ، في حين لم يحقق أفراد العينة أى تواصل مقبول باستخدام الأداة أو بمفردهم . وبعد ذلك تم أخذ أربعة من أفراد العينة السابقة بالإضافة إلى ثلاثة آخرين وتم تدريبهم لمدة أربعة أشهر إضافية ، ولم تظهر دلائل هامة للتواصل تحت نفس الشرطين السابقين أيضا .

باستخدام المعززات الوظيفية والبديلة استطاع فيشر وآخرون (Fisher, et als ١٩٩٨) ضبط استجابة الأفراد الاوتيسك أثناء التدريب على مهارات التواصل الوظيفية . ويرى هؤلاء الباحثون أن التدريب على مهارات التواصل الوظيفية يعتبر علاجاً شائعاً للمشكلات السلوكية بصفة عامة ، ولكن تقل فاعليته عندما لا يستطيع التعبير عن الاستجابة التواصلية الملائمة للموقف أو عندما يتأخر المدعم أو لم يظهر على الإطلاق .
وقد أجريت هذه الدراسة على فردين اوتيسك تم تدريبهم على إصدار استجابات تواصلية مختلفة في الظروف التالية :-

- أ- الحصول على مدعم وظيفي عند التوقف عن إصدار السلوك المضطرب في موقف ما (مثل الانتباه في المواقف التي تتطلب الانتباه عند التحليل الوظيفي) .
 - ب- الحصول على مدعم بديل (مثل الألعاب في مواقف الانتباه للتحليل الوظيفي) .
- وبعد ذلك تم تعليم المشاركين طلب المدعم في وجود ظروف مختلفة للمثيرات كالإحساس بالحرمان ، ثم تقييم تأثير مدعّمات التواصل المختلفة باستخدام المدعّمات الوظيفية والبديلة المتلازمة مع أو بدون اختفاء السلوك المضطرب .
وقد أشارت نتائج التقييم إلى حدوث اختزال أو تخفيف سريع لحدة السلوك المضطرب باستخدام مدعّمات التواصل المختلفة (الوظيفية-البديلة) أو أية مدعّمات متاحة ، وبصفة عامة فإن التدعيم يمكن استخدامه لتخفيف حدة السلوك المضطرب .

٤- دراسات تناولت دور الأسرة في علاج وتدريب طفلها الاوتيسك :

يمكننا أن نستحضر صورة أسرة الطفل الاوتيسك بكل ما تعانيه من اضطرابات وصعوبات قاسية فرضتها حالة طفلهم المصاب بإعاقة مزمنة مدى الحياة ، ونتيجة لهذه الظروف الصعبة التي تعيشها أسرة هذا الطفل - والتي لا تماثلها ظروف أية إعاقة أخرى - فقد حاولت أسر هؤلاء الأطفال البحث عن وسيلة لحل مشاكلهم خاصة فيما يتعلق برعاية الذات ، والتكيف مع الواقع الاجتماعي المادي ، وكان الحل الأمثل هو مشاركة الآباء مشاركة فعالة في تدريب أطفالهم الاوتيسك وذلك بعد حضور جلسات تدريبية متعددة في كيفية الرعاية الصحيحة لأطفالهم .

وقد اهتم بهذا المجال العديد من الباحثين الذين قدموا نماذج تدريبية لأباء الأطفال الاوتيسك فدرس شورت اندريو (١٩٨٠) Short, Anderw نتائج العلاج قصير المدى القائم على مشاركة الآباء في علاج أبنائهم الاوتيسك .

فقد هدف الباحث إلى اختبار فاعلية البرنامج العلاجي قصير المدى الذي قدمه سكوبلر وريتشلر Schopler, Richler's (١٩٧١) لعينة من الأطفال الاوتيسك تقدر بحوالي (١٥) طفلا عمرهم الزمني يقل عن (٨) سنوات ، تم اختيارهم من متابعة الأطفال المحولين إلى برامج علاجية مختلفة وكذلك انطباق محكات التشخيص الرئيسية للاوتيزم عليهم ، فمنهم (١٢) ولدا و(٣) بنات ، ومتوسط نسبة الذكاء لديهم (٥٤) أي تتراوح بين التخلف العقلي الشديد والذكاء العادي ، وتم قياسها بالاختبارات التي تقيس المهارات غير اللفظية وبعد الاختيار الدقيق للعينة ، تم تدريب الأباء للقيام بعلاج أطفالهم الاوتيسك .

وقد افترض الباحث بعض الفروض التي حاول التحقق من صحتها وتمثل في : -

١- أن قيام الأباء بدور المعالجين يساعد علي زيادة التفاعل بين الأباء وأطفالهم ، وقد تم اختبار هذا الفرض من خلال المعلومات التي تجمعت عن ملاحظة سلوكيات الأباء في المواقف التالية : (التوجيه اللفظي - التوجيه بالإشارة - التوجيه البدني - الانتباه الاجتماعي).

٢- يظهر الأطفال سلوكيات مقبولة اجتماعيا كنتيجة للعلاج ، واختبر هذا الفرض عن طريق السلوكيات التي يصدرها أطفال العينة في مواقف (التفاعل الاجتماعي - اللعب والعمل - الاتصال الهادف) .

٣- يحدث اختزال للسلوكيات غير الاجتماعية التي يصدرها أطفال العينة نتيجة للعلاج ، وتم اختبار هذا الفرض بملاحظة أنواع السلوكيات التي يصدرها الأطفال ومنها (استثارة الذات - النمطية في اللعب - الميل إلى عدم التفاعل والتواصل) .

٤- ازدياد تكيف الأسرة مع الضغوط الناشئة من سلوكيات أطفالهم الاوتيسك كنتيجة للعلاج ، واختبر هذا الفرض من خلال درجات المجالات الأسرية التي تم تقديرها في المقابلة .

واستخدم الباحث تحليل التباين المتعدد لتحليل البيانات الذي أظهر صحة وصدق الفروض الأربعة السابقة كنتيجة معززة للعلاج .

وقدم ميكلننهان وآخرون McClannahan, et als (١٩٨٢) ، نموذجا للتدريب الفعال لأباء الأطفال الاوتيسك كمعالجين لأطفالهم ، وتصف هذه الدراسة النموذج السذي يجب أن يتبعه الأباء في معالجة أبنائهم الاوتيسك ، والذي يمكن الأباء من أداء الخدمة والرعاية التربوية والمنزلية والأخلاقية لأطفالهم كما يتضمن المشاركة الفعالة المتواصلة بين معدي البرامج المنزلية والأباء والتي تتمثل في :-

- ١- تحديد السلوكيات الهادفة للطفل .
- ٢- التعرف على المعلومات الأساسية عن حياة الأسرة .
- ٣- توجيه وتشجيع الآباء على ملاحظة خطوات تنفيذ البرنامج في المدرسة أولا تحت إشراف معدي البرامج وأسائذتهم .
- ٤- ضرورة متابعة وملاحظة الآباء أثناء تنفيذ البرنامج في المنزل من خلال شرائط الفيديو .
- ٥- مداومة الآباء على تسجيل البيانات الخاصة بخطوات تنفيذ البرنامج بمساعدة مستمرة من معدي البرامج المنزلية .

واشترك في البرنامج (١٦) طفلا يتراوح العمر العقلي لهم بين (٢٢-٨٨)
بمتوسط قدره (٩, ٣) سنة ، ويحضر كل طفل حوالي خمس جلسات يومية بواقع ساعة ونصف الساعة لكل جلسة لمدة خمسة أيام في الأسبوع ، وقد وزع الأطفال في فصول صغيرة بحيث يضم الفصل من (٢ - ٥) أطفال ، ويقوم بالتدريس لهم أخصائيين من ذوي الخبرة في الاوتيزم والحاصلين على درجات علمية في التعليم الخاص وعلم النفس ، و يصاحبهم الآباء الذين يقومون بتنفيذ خطوات البرنامج في المنزل ، وبعد ضمان حصولهم على قدر ملائم من الخبرة يمكنهم القيام بتدريب الأطفال في المدرسة والمنزل معا .

وقد أشارت نتائج تطبيق البرنامج إلى : -

- ١- أهمية التدريب العملي للآباء والأطفال في اكتساب مهارات التدريب المنهجية وبناء العلاقات الحميمة بينهم .
- ٢- إقبال الأسرة على المشاركة في أنشطة البرنامج المنزلية ساعد على تقدم أطفالهم تقدما جوهريا من حيث التحكم في المشكلات السلوكية .

وفي عام (١٩٨٤) قدم ميكلننهان وآخرون تطويرا للنموذج السابق نشره تحت عنوان نموذج الأسرة المعلمة للأطفال الاوتيسك ، وهذا النموذج يشبه البيئة الأسرية الطبيعية التي يعيشها الطفل منذ بدء حياته .

فيقيم الأفراد الاوتيسك في منزل جماعي يسكن كل غرفة حوالي أربعة أو خمسة أفراد اوتيسك مع آباءهم المعلمين الذين يتلقون مساعدة تدريبية من اثنين من الأخصائيين في

رعاية الاوتيستك ولا يعيشون معهم بصفة دائمة ، ومن المفضل أن يكون أحد الأباء المعلمين لديه بعض الخبرة في رعاية الأفراد المعاقين .

وفي خلال الشهور الأولى لقيام الأباء بأدوارهم الوظيفية الجديدة يكونون في حاجة دائمة لمساعدة الأخصائيين خلال الأوقات الصعبة ، حتى يتعلمون كيفية التعامل مع مشاكل الاوتيستك العديدة .

ويقدم الباحثون وصفا للمنازل العلاجية التي يعيش فيها الأطفال الاوتيستك مع الأباء المعلمين كالاتي : تكون منازل واسعة ذات مزارع ، تصميمها يكون دائريا كي تسمح بملاحظة ومراقبة الأطفال في كل مكان ، تحتوى مساحات خضراء كثيرة ، وحدائق مليئة بالزهور و حمامات السباحة ، أماكن محمية للألعاب .

ويحتوى المنزل من الداخل على أثاث بسيط ، ويكون لكل طفل سرير ودولاب لملابسه ، ومقعد مريح ، ومطبخ للجميع لتناول الوجبات الغذائية سويا ، كي يتم تعليم المهارات السلوكية المصاحبة لتناول الطعام ، ومكان آخر للاستقبال ومشاهدة التلفزيون، ويكون الأباء المعلمين مسؤولين عن تعليم الأفراد الاوتيستك مهارات المعيشة في المنزل والمجتمع المتمثلة في :- اللغة - التفاعل الاجتماعي - أنشطة الراحة والتسلية - رعاية الذات وإدارة شئون المنزل - المشاركة الاجتماعية .

واعتمد الأباء على جداول الأنشطة اليومية في تعليم الأفراد الاوتيستك المهارات المطلوبة ، وذلك بتخصيص أنشطة تعليمية لكل فرد يقوم بأدائها لمدة نصف ساعة يوميا .

ونظرا لكثرة الأعباء الملقاة على عاتق الأباء المعلمين فقد يصابون بالإحباط وعدم الرغبة في الاستمرار لذا كان من الضروري الاعتماد على التغذية الرجعية التي يقدمها مؤسسي البرنامج والقائمين بتدريب الأباء المعلمين ، للتعرف علي قيمة المجهودات التي يبذلها الأباء المعلمين .

واشترك في هذا النموذج (٢٧) شابا اوتيستك ، منهم (٢١) ولدا ، (٤) بنات يتراوح

العمر الزمني لهم بين (٧ - ١٧) سنة بمتوسط قدره (١٣) سنة ، طبق مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي على (٢٣) من أفراد العينة فكان الذكاء الاجتماعي لهم يتراوح بين (١٧ - ٦٦) متوسط قدره (٣٥) .

(١٨) فردا من (٢٥) أظهروا سلوكيات عدوانية تتمثل في : الضرب والرفس ، العض ، الخربشة بالأصابع والقرص .

(١٤) انشغلوا بسلوك إيذاء الذات المتمثل في : خبط الرأس - العض - القرص - اللطم .

(١٣) غير قادرين على إصدار استجابات غير لفظية .

(١٩) غير مدربين على استخدام الحمام .

وبناء على التقارير المتعلقة بالالتحاق بمنازل المعالجة ، فمن الضروري تنوع مشكلات الأطفال الذين يعيشون في أسرة واحدة ، فليس من المعقول أن يقوم الآباء المعلمين بخدمة خمسة أطفال عدوانيين ، وخمسة لا يستطيعون دخول الحمام ، لذا فإن جماعة الأطفال الذين يعيشون في أسرة واحدة ، يشترط فيهم أن يتم تجانسهم في العمر اللغوي والأنشطة الترويحية والاجتماعية .

وقد تم تقييم مدى فاعلية البرامج المستخدمة عن طريق الإجابة على التساؤلات التالية :- هل هذا البرنامج مميز - فعال - مناسب للاستمرار أم يتوقف ؟ هل يوافق الآباء الحقيقيين عليه ؟ .

وقد سجل المقيمون جمل المدح التي استخدمها الآباء المعلمين فكانت بمتوسط (١٤) جملة في الخمسة دقائق وهذه المستويات المرتفعة من المدح يسرت كيفية اكتساب أفراد العينة لمهارات جديدة ، وساهمت في انتشار روح الدفء والعاطفة التي تسود منازل المعالجة الجماعية ، وكان أفراد العينة يزورون منازلهم الحقيقية في نهاية الأسبوع وفي الأجازات والمناسبات ، كما أن آبائهم كانوا يزورونهم باستمرار كلما أمكن وهذا ساعد على تحقيق ترابط قوى بين الأفراد الاوتيستك وعائلاتهم الأصلية .

وساعدت شرائط الفيديو المصممة بالصوت والصورة على تنمية مهارات التحية والمحادثة الاجتماعية والعناية بالذات لدى أفراد العينة ، ومن المشاهد المتعلقة بمهارات التحية (فتح الباب - إلقاء التحية بصوره لفظية "هاى أو ادخل" أو غير اللفظية كالتلويح بيديه) .

أما مشاهد المحادثة الاجتماعية فتضمنت الأسئلة التالية (كيف حالك ؟ ماذا فعلت اليوم ؟ ماذا تحب أن تفعل غدا ؟) .

ومشاهد العناية بالذات تتمثل في (نشاط غسل الأسنان ، تمشيط الشعر) فيقدم المعلم الفرشاة والمعجون والمشط ثم يطلب منه " اغسل أسنانك ثم مشط شعرك " .

وقد أشارت نتائج التقييم إلى أن :-

١- نموذج الأسرة المعلمة حقق تفاعلات اجتماعية فعالة .

٢- تطور استراتيجيات التدريب والإرشاد الموجه للأباء المعلمين يساهم في توفير الجهد والوقت الذي يبذله الأخصائيون ويتيح الفرصة لهم لإنتاج برامج جديدة ، كما يمكن استخدام الآباء المعلمين بعد ذلك كمدرّبين لأشخاص آخرون .

ويوصى الباحثون بضرورة استمرار الفرد الاوتيسك مشاركا في البرنامج حتى يتم اكتسابه مهارات المعاشية الجماعية .

وعن دور الأمهات في علاج مخاوف الأطفال الاوتيسك كانت دراسة لوف وآخرون Love, et als (١٩٩٠) التي تم إجراؤها على اثنين من الأطفال الاوتيسك الذين يعانون من مخاوف مرضية خاصة ، وقد تم معالجتهم باستخدام ثلاثة نماذج تتلاءم مع موضوعات مخاوفهم ، وتعرض هؤلاء الأطفال تدريجيا لمواقف مخيفة في وجود الأمهات اللاتي قمن بدور المعالج والمدعم ، وقد تم الاعتماد على المقاييس التالية :-

١- عدد من المداخل العلاجية ذات الخطوات المكتملة .

٢- تكرار الكلام ومحتواه عن المخاوف .

٣- المظاهر العامة للخوف .

وباستخدام أساليب العلاج السلوكي تمت معالجة هذه المخاوف وأظهر الأطفال فاعلية وظيفية في مواقف الخوف المتنوعة بدون التحدث عن الخوف أو إظهار علامات الخوف ، واستمرت فترات متابعة العلاج لمدة ثلاثة شهور ، وعند التقييم أظهر أحد الأطفال الاحتفاظ بتأثير العلاج بينما الطفل الآخر لازال يعاني من بعض مخاوفه .

و قام كرانتز وآخرون Krantz , et als (١٩٩٣) بتدريب الآباء على كيفية استخدام جداول الأنشطة المصورة مع أطفالهم الاوتيسك للمشاركة في أنشطة الأسرة ، واعتمد الباحثون في تدريب هؤلاء الآباء على النمذجة - الملاحظة الجيدة - التغذية الراجعة ، واشتملت الأنشطة المصورة على مواقف لوقت الفراغ ، التفاعل الاجتماعي ، رعاية الذات والقيام ببعض الأعمال المنزلية .

واشترك في هذه الدراسة آباء ثلاثة من الأطفال الاوتيسك هم :-

جاك : (٨) سنوات ، جاى (٦) سنوات ، ميلز (٧) سنوات ، وكانت درجاتهم على مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي تكافئ (١٩٩، ٢٠٢) على التوالي ومن الاستجابات التي تم قياسها خلال البرنامج :

أ - المشاركة في العمل : عرفت بأنها النظر من خلال جداول الأنشطة المصورة للعمل المناسب أو أدوات اللعب أو عمل ميكانيكي أو الانتقال من إحدى الأنشطة إلى الأخرى ، ويتم تسجيلها إذا استمر فيها الطفل لمدة ثلاثة ثوان في الجلسة التي تقدر بحوالي عشرة دقائق .

ب- اضطراب السلوك : يتمثل في نوبات الغضب ، العدوانية ، إيذاء الذات ، النمطية ، ويتم تسجيله إذا استمر السلوك لمدة (١٥) ثانيه في الجلسة التي تقدر بحوالي (٣٠) دقيقة .

ج - بدء التفاعل الاجتماعي مع الآخرين : يتمثل في اقتراب الفرد الاوتيستك من الآخرين والتحدث معهم ببعض الألفاظ أو الكلمات الواضحة الفهم ، أو المشاركة في نشاط أو موقف يتطلب المشاركة ، ويتم تقييم هذا التفاعل خلال فترات الملاحظة التي تقدر بساعتين .

وقد تم تدريب الأباء عن طريق الزيارات المنزلية التي قُدرت بحوالي (١٨ ، ٢٢ ، ١٧) زيارة تقريبا على التوالي ، ثم قام الأباء بتدريب أطفالهم على كيفية استخدام الجداول المصورة لتعليم أنفسهم من خلال وصف المواد وإكمال الأنشطة المصورة ، واستغرقت فترات التدريب (٧٤ ، ٩٠ ، ٥٣) ساعة تقريبا على التوالي .

وأشارت النتائج إلى نجاح الأباء في تعليم أطفالهم اتباع الجداول المصورة للأنشطة ، ونتج عن هذه المتابعة نقصان في حدة السلوك المضطرب وازدياد التفاعل والمشاركة مع الآخرين واستمرت هذه التغيرات السلوكية لمدة تقدر بحوالي (٢٥-١٠) شهور ، كما أشارت تقارير أباء ميلز بأنه يصدر نوبات غضب عند ممارسة أي أنشطة خلوية ولكنها سرعان ما تتلاشى عندما يطلب منه وصف طبيعة هذه الأنشطة من خلال الجداول المصورة .

أما جاى فإن تقرير آباءه يشير بأنه استفاد من الجداول المصورة في بعض الأنشطة ، ولكنه وجد صعوبة في تحقيق النجاح للنظام المتبع في المطعم وفي منازل الأصدقاء ، ولوحظ أن الأسر الثلاثة تمكنت من استخدام الجداول المصورة للأنشطة للتغلب على التغيرات المنبثقة من روتين الحياة اليومية .

ويفسر الباحثون الارتباط بين ازدياد النشاط والحيوية واختزال السلوك المضطرب لدى الأطفال ، بأن طبيعة نشاط الأطفال الصغار هي الحيوية والنشاط المتعدد ، فإذا استغلت بطريقة فعالة نتج عنها شغل الطفل عن ممارسة السلوك المشكل وإخراج طاقته في النشاط الهادف ، وهذا من شأنه الارتباط بنقصان في معدل السلوك المضطرب ، وبالرغم من هذا التحسن إلا أن هدف التدخل السيكولوجي لم يتحقق بصورة مرضية .

درس تشامبلز وآخرون (Chambliss, et als ١٩٩٤) مدى رغبة الوالدين في علاج أطفالهم الاوتيستك بطريقه لوفاس Lovas التي تشتمل على مجموعة من برامج تنمية المهارات الحياتية والاجتماعية والانتباه والتواصل وتحسين اللغة ، وقدم الباحثون استبياناً لحوالي (١٥) أسرة منهم (١٢) أباء ، (٣) أمهات لأطفال اوتيستك يتراوح العمر الزمني لهم بين (٤-٧) سنوات للتعرف على آرائهم في منهج لوفاس كمدخل علاجي سلوكي للاوتيستك ، كما قدموا برنامجاً إرشادياً لهذه الأسر مع مراعاة الشروط التالية في تطبيق هذا البرنامج على الأسر المشتركة :-

- ١- تساوى عدد جلسات الإرشاد لكل الأسر .
- ٢- تساوى الزمن المستغرق في مقابلات الإرشاد العلاجي لكل الأسر .
- ٣- تشابه الظروف الأسرية في كل الأسر .
- ٤- تشابه استجابات أو رغبات الأسر من حيث التفاعل أو التفاوض ناحية المدخل العلاجي المستخدم .

وأشارت نتائج التطبيق بأن الأمهات كن أكثر تشاؤماً أو رفضاً لاستخدام هذا المدخل العلاجي ، بينما الآباء كانوا أكثر قبولا وتفاعلاً بنتائج العلاج ، أما نسبة تفاعل الوالدين معاً بنجاح أو فاعلية التدخل العلاجي المؤسس على طريقة لوفاس مع أطفالهم الاوتيستك فكانت محدودة للغاية .

نظراً للقلق والخوف الذي يسيطر على أسر الأطفال الاوتيستك ، خاصة ما يتعلق باحتمالية انجاب طفل آخر اوتيستك ، فإن هذه الأسر تبحث عن الاستشارة الطبية خاصة فحص الجينات والكروموزومات للتنبؤ بنسب الإصابة المحتملة .

فقد درس سيمونوف Simonoff (١٩٩٨) العوامل الجينية الوراثية المسؤولة عن الإصابة بالاوتيزم والاضطرابات النمائية الشاملة ، ويشير بأن الأبحاث المتوفرة حالياً تجعل من الممكن تجريبياً تحديد النسب المحتملة لإنجاب طفل آخر أوتيسك في نفس الأسرة . ويوصي الباحث بأن هذه المعلومات يمكن التعرف عليها عن طريق الأفراد الذين تتوفر لديهم الخبرة المزدوجة في تشخيص وعلاج الاوتيزم ، والخبرة في فحص جينات الأنماط الوراثية المعقدة .

بالإضافة إلى العناصر الهامة التي تؤثر على مدى تكرار إنجاب طفل آخر أوتيسك في الأسرة ، فهناك حاجة ضرورية لدى هذه الأسر للتعرف على معلومات عن النموذج الظاهري للمرض بشكل أوسع ، يضاف إلى ذلك أنه قد توجد موضوعات أخرى لدى الزوجين يرغبان في مناقشتها ، والتي قد تؤثر على قراراتهم الخاصة بالإنجاب مرة أخرى ، وقدم الباحث في هذه الدراسة وصفا لبروتوكول الفحص الجيني الذي يجيب على معظم التساؤلات السابقة .

التعليق على الدراسات السابقة :

من خلال العرض السابق للدراسات التي تناولت سمات الأطفال الاوتيسك من حيث الوصف الدقيق لهذه السمات والتي تميزها عن غيرها من أصحاب الإعاقات الأخرى ، وكذلك من حيث التدخل العلاجي الذي يمكن تقديمه لهم والذي يسهم في تخفيف حدة هذه السمات . وتلخص الباحثة أهم ما توصلت إليه هذه الدراسات فيما يلي : -

١- السمات أو الأعراض التي يظهرها الأطفال الاوتيسك تتمثل فيما يلي :

أ- الاضطرابات اللغوية كما ظهرت في دراسات بريزنت (١٩٧٩) ، راندو وميلك (١٩٨٤) ، بيترز ميشيل (١٩٨٥) ، رين (١٩٨٨) ، سود هوتلر وآخرون (١٩٩٠) ، عمر بن الخطاب (١٩٩١) ، ساند بيرج وآخرون (١٩٩٣) ، هوبت وآخرون (١٩٩٩) .

ب- الاضطرابات الاجتماعية ظهرت في دراسات جان ريهل (١٩٨٠) ، بريور وآخرون (١٩٩٠) ، اوزونوف وآخرون (١٩٩١) ، سوديان وفريث (١٩٩٢) ، عمر بن الخطاب (١٩٩٤) .

ج - الاضطرابات الانفعالية ظهرت في دراسات هوبسون وآخرون (١٩٨٨) ، كابس وآخرون (١٩٩٢) ، هيرسون ونيورث (١٩٩٠) .

د- السلوكيات النمطية التي يصدرها الاوتيستك باستمرار لوسكى (١٩٩٠) ، ماسدوجل وآخرون (١٩٩٥) ، هولندر وآخرون (١٩٩٩) .

- بعض المهارات الفردية المتمثلة في المهارات الأدائية الميكانيكية أو الذاكرة الفوتوغرافية شاة وفريث (١٩٩٣) .

٢- أساليب التدخل المستخدمة مع هؤلاء الأطفال تمثلت في المحاور التالية :-

أ- العلاج بالعقاقير : استخدم لتخفيف حدة الأعراض المصاحبة لإعاقة الاوتيزم والمتمثلة في فرط النشاط ، العدوانية ، السلوكيات النمطية وإيذاء الذات ، ولكن الأطباء نصحوا بعدم استخدام العقاقير الفعالة لما لها من آثار سيئة على حالة الطفل الاوتيستك إلا عند الضرورة القصوى وبجرعات بسيطة وبصاحبها استخدام علاج سلوكي : ايتمان وآخرون (١٩٨٩) ، بانكسيب وآخرون (١٩٩١) ، كامبل وآخرون (١٩٩١) .

ب- الاعتماد على فنيات وأساليب متعددة في رعاية وتدريب الأطفال الاوتيستك :

١- فقد أجمعت دراسات كثيرة على فاعلية النمذجة في تنمية المهارات اللغوية والاجتماعية لدى الأطفال الاوتيستك ، يونج ودوجلاس (١٩٨٠) ، كريمير (١٩٨٤) سيسان وآخرون (١٩٨٩) ، تشارلوب وميلستن (١٩٨٩) ، ماسدوف وآخرون (١٩٨٩) كرائتز وميكلننهان (١٩٩٣) ، تالول وآخرون (١٩٩٨) .

٢- دراسات أخرى اعتمدت على أسلوب التعليم الطارئ أو التعليم بالصدفة لتنمية المهارات اللغوية والاجتماعية دون التدريب عليها مباشرة ولكن بممارسة أنشطة اللعب وأنشطة الحياة اليومية والروتينية ومنها ماسجى وآخرون (١٩٨٣ ، ١٩٨٦٩) كوجل وآخرون (١٩٨٧) .

٣- دراسات اعتمدت على التدعيم كوسيلة أساسية للتعامل مع الأطفال الاوتيستك ومنها هيلم دافيد (١٩٨١) ، نيومان (١٩٨٧) ، مايلز وسيمبسون (١٩٩٤) ، فيشر وآخرون (١٩٩٨) .

٤- دراسات اعتمدت على تكتيك إدارة الذات في تعليم الاوتيستك مهارات الحياة اليومية وتحسن سلوكهم الاجتماعي كوجل وآخرون (١٩٩٢) ، كوجل وفريا (١٩٩٣) ، بيرس وسكريبمان (١٩٩٤) .

٥- دراسات اعتمدت على المزج بين فئيتين أو أكثر في تعليم الأطفال الاوتيسك ، فقد استخدم سيسان وآخرون (١٩٨٩) النمذجة والتدعيم معا لتعليم المحادثات الهادفة من خلال الإجابة على بعض القصص المصورة ، وأضاف إليها ماسدوف وآخرون (١٩٩٣) الإرشاد. بينما استخدم هيلم دافيد (١٩٨١) التدعيم وإرشاد الأسرة لتنمية المهارات اللغوية والاجتماعية والحركية لدى الأفراد الاوتيسك ، في حين أن تاراس وآخرون (١٩٨٨) اعتمدوا على الدمج بين فنيات متعددة لتنمية المهارات الاجتماعية لدى الاوتيسك وهي (النمذجة - التغذية الراجعة - لعب الدور - التدريب والتعليم - التدعيم) .

٦- اهتمت بعض الدراسات بدور الأباء كمعالجين لأطفالهم الاوتيسك أو على الأقل مساهمين في تحسن أطفالهم ، واعتمدت هذه الدراسات على فنية الإرشاد والتوجيه لأباء هؤلاء الأطفال : شورت اندريو (١٩٨٠)، هيلم دافيد (١٩٨١) ، ميكلننهان وآخرون (١٩٨٢ ، ١٩٨٤) ، لوف وآخرون (١٩٩٠) ، كرانتز وآخرون (١٩٩٣) ، سيمونوف (١٩٩٨) .

٣- من المتغيرات التي اهتمت الدراسات العلاجية بثنيتها لدى أفراد العينة :

العمر العقلي وبصفة خاصة العمر العقلي غير اللفظي ، والعمر الزمني لأهميتهما في تدريب الاوتيسك على المهارات الاجتماعية واللغوية ، وكذلك العمر الاجتماعي الذي يتم قياسه من خلال مقياس النضج الاجتماعي لفاينلاند ، بينما الجنس والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة لم تهتم الدراسات بثنيتهم لعدم ظهورهم كمسببات للإصابة بإعاقة الاوتيزم :

كوجل وآخرون (١٩٨٢ ، ١٩٨٧ ، ١٩٩٢) ، ماسجي وآخرون (١٩٨٣ ، ١٩٨٦) ، تاراس وآخرون (١٩٨٨) ، تشارلوب وميلستن (١٩٨٩) ، كوجل وفريا (١٩٩٣) ، كرانتز وميكلننهان (١٩٩٣) ، ماسدوف وآخرون (١٩٩٣) ، بيرس وسكريمان (١٩٩٤) .

٤- بالنسبة لحجم العينات التي استخدمتها الدراسات العلاجية :

أ- فقد اتسمت بالحجم الصغير جدا الذي يقل عن خمسة أفراد بسبب كثرة الفروق الفردية بينهم ، فنجد أن هيلم دافيد (١٩٨١) تكونت عينه دراسته من فرد واحد ، بينما ماسجي وآخرون (١٩٨٣ ، ١٩٨٦) ، تاراس وآخرون (١٩٨٨) ، لوف وآخرون (١٩٩٠) ، كوجل وفريا (١٩٩٣) استخدموا عينة مكونة من فردين .

أما تشارلوب وميلستن (١٩٨٩) ، كرانتز وآخرون (١٩٩٣) ، بيرس وسكريمان (١٩٩٤) كانت عينة دراستهم مكونه من ثلاثة أفراد ، في حين أن كريمير (١٩٨٤) ، نيومان (١٩٨٧) ، سيسان وآخرون (١٩٨٩) كوجل وآخرون (١٩٩٢) ماسدوف وآخرون (١٩٩٣) ، كرانتز وميكلننهان (١٩٩٣) ، اسماعيل بدر (١٩٩٧) كانت عينات دراساتهم مكونه من أربعة أفراد في أعمار زمنية غير متجانسة ، أما الدراسات التي ازداد عدد أفرادها عن خمسة فيكون فيها أكثر من مدرب يقوم برعاية الأطفال سواء كانوا أباء أم أخصائيين .

فقد استخدم كوجل وآخرون (١٩٨٧) ، مايلز وسيمبسون (١٩٩٤) عينة مكونه من (١٠) أطفال اوتيستك ، بينما استخدم شورت أندريو (١٩٨٠) ، تشامبلز وآخرون (١٩٩٤) عينة قوامها (١٥) طفلا ، في حين أن ميكلننهان وآخرون (١٩٨٢) كانت عينة دراستهم مكونه من (١٦) طفلا ، ودراساتهم (١٩٨٤) اشترك فيها (٢٧) شابا اوتيستك ، واستخدم عبد المنان معمور (١٩٩٧) عينة مكونه من (٣٠) طفلا اوتيستك .

ب- أما بالنسبة للعينات ذات الحجم الكبير فقد ظهرت في الدراسات الوصفية التي اعتمدت على أكثر من مجموعه ، فبعض الدراسات اعتمدت على مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة ، جان ريهل (١٩٨٠) ، اوفيرال وكامبل (١٩٨٨) ، هوبسون وآخرون (١٩٨٨) ، لوسكي (١٩٩٠) ، هيرسون وآخر (١٩٩٠) ، بريور وآخرون (١٩٩٠) ، اوزنوف وآخرون (١٩٩١) ، كابس وآخرون (١٩٩٢) ، كلين وآخرون (١٩٩٢) ، عمر بن الخطاب (١٩٩٤) ، ماسدوجل وآخرون (١٩٩٥) ، وقد تساوت أعداد المجموعتين في إحدى الدراسات ولم تتساوى في البعض الآخر .

ودراسات اعتمدت على ثلاث مجموعات منهم واحدة اوتيستك والأخرتين علديتين ، ذوى إعاقات أخرى متنوعة : يونج ودوجلاس (١٩٨٠) ، دافيد وبويد (١٩٨٤) ، رامونديو وميلك (١٩٨٤) ، سود هولتر وآخرون (١٩٩٠) ، عمر بن الخطاب (١٩٩١) ، سوديان وفريث (١٩٩٢) ، ميسفوى وآخرون (١٩٩٣) ، شاه وفريث (١٩٩٣) . في حين اعتمدت دراسات أخرى على مجموعة واحدة كبيرة العدد لفحص السمات الرئيسية لديها : ساندبيرج وآخرون (١٩٩٣) ، يورام وآخرون (١٩٩٥) فكانت عينات دراستها على التوالي (٧٠ ، ١٨٠) طفلا ومراقبا .

فروض الدراسة :-

في ضوء الدراسات السابقة واجراءات وأهداف الدراسة الحالية قامت الباحثة بصياغة
فروض الدراسة على النحو التالي :-

- ١- يوجد تأثير دال إحصائيا لبرنامج من المهارات الاجتماعية وبرنامج للإرشاد الأسرى في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتستك .
- ٢- يكون استخدام برنامج من المهارات الاجتماعية وبرنامج للإرشاد الأسرى معا اكثر فعالية في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتستك من استخدام كل برنامج على حدة .
- ٣- يستمر تأثير برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتستك خلال فترات المتابعة .

الفصل الرابع

اجراءات الدراسة

- العينة
- الأدوات
- الأساليب الإحصائية
- خطوات الدراسة
- البرامج العلاجية

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

أولا العينة :-

تكونت عينة الدراسة من (١٦) طفلاً، (١١ أولاد ، ٥ بنات) ممن يعانون من أعراض الاوتيزم التي جاءت في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الصادر عن وحدة الطب النفسي الأمريكي في طبعته الرابعة (DSM-IV) ، وقد تم اختيار (١٢) حالة (٨ أولاد، ٤ بنات) من جمعية أباء وأبناء وهي مركز للرعاية النهارية لذوى الإعاقات الذهنية بالقاهرة ، ومن بينهم حالات سبق تشخيصها في لندن ، أمريكا، الكويت- كما هو مبين في ملف الحالة. وتم اختيار أربع حالات (ثلاثة أولاد ، بنت واحدة) من مركز الرجاء لرعاية ذوى الإعاقات الذهنية بطنطا .

وتراوح العمر الزمني لأفراد العينة بين (٤,٣ - ١٤) سنة بمتوسط قدره (١٠,٠٨) وانحراف معياري قدره (٢,٩١) ، وبلغ متوسط نسبة ذكاء أفراد العينة (٥٨,٨١) وانحراف معياري قدره (٥,٦٩) .

وقد تم اختيار أفراد العينة من الملتحقين حديثاً بمراكز الرعاية (أباء وأبناء ، الرجاء) ، وتم الاتفاق مع الفريق القائم بالتدريب على عدم تقديم أية برامج علاجية للحالات المختارة في فترة تطبيق الباحثة برامج دراستها ، كما تم الاتفاق مع أباء أطفال العينة على إيقاف تعاطي العقاقير التي كانوا يتعاطونها في العلاج السيكا تري قبل تطبيق البرامج بثلاث شهور ، وكان ذلك لأفراد العينة الضابطة والتجريبية ، كي يمكن التعرف على مدى فاعلية هذه البرامج.

ويمكن وصف مصادر اختيار العينة في الجدول التالي :-

جدول رقم (١)

مصادر العينة

م	مصادر العينة	أولاد	بنات	المجموع
١	جمعية أباء وأبناء بالقاهرة	٨	٤	١٢
٢	مركز الرجاء بطنطا	٣	١	٤

للتأكد من دقة تشخيص أفراد العينة تمت ملاحظتهم لمدة تقدر بثلاثة أشهر في النصف الثاني من العام الدراسي (٩٦-٩٧) ، وبعد أن تأكدت الباحثة من توافر معايير الاوتيزم ، كما

جاءت في محركات التشخيص - تم عرضها بالتفصيل في الإطار النظري لدى أفراد العينة ، قامت بتطبيق الأدوات التشخيصية على أفراد العينة ، والجدول الآتي يوضح مدى تجانس أداء أفراد العينة على هذه الأدوات .

جدول رقم (٢)

تجانس أفراد العينة على الأدوات التشخيصية الخاصة بالدراسة

أداة القياس	المتوسط	الوسيط	الانحراف المعياري	الالتواء
مقياس اوتيزم الطفولة .	٥٢,٥	٥٣	٥,٢٤	-٢٩,
قائمة ريملاند التشخيصية	٣٥,٨١	٣٧,٥	٦,٤٨	-٩٣,
مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي	٤٠,٩٤	٤١,٥	٧,١٤	-٢٤,
قائمة تقييم أعراض الاوتيزم (الدرجة الكلية)	١١٨,٤٤	١١٩	٣,٨٨	-٤٣,
الجزء الأول من مقياس السلوك التوافقي	٧٧,٥٦	٧٩,٥	٢٧,٤١	-٢١,
الجزء الثاني من مقياس السلوك التوافقي	٥٦,٠٦	٥٧,٥	١٩,٧٢	-٢٢,

يتضح من الجدول أن قيم الالتواء على الأدوات أقل من حدي الالتواء وهذا يشير إلى تجانس أداء أفراد العينة على الأدوات التشخيصية .

كما تمت مجانسة أفراد العينة في متغيري السن والذكاء استنادا إلى ما أشارت إليه الدراسات العلاجية من وجود علاقة بين هذه المتغيرات ومدى فاعلية البرامج العلاجية: ماسجى وآخرون (١٩٨٨، ١٩٨٣) ، كوجل وآخرون (١٩٨٧، ١٩٩٢) ، تاراس وآخرون (١٩٨٨) ، تشارلوب وملستن (١٩٨٩) ، كرانتز وميكلننهان (١٩٩٣) ماسدوف وآخرون (١٩٩٣) ، كوجل وفريا (١٩٩٣) ، بيرس وسكريبمان (١٩٩٤) .

جدول رقم (٣)

تجانس أفراد العينة في متغيري السن والذكاء

المتغير	المتوسط	الوسيط	الانحراف المعياري	الالتواء
السن	١٠,٠٨	١٠,٧	٢,٩١	-١,٦٤
الذكاء	٥٨,٨١	٥٨,٥	٥,٦٩	-١٦,

يتضح من الجدول أن قيم الالتواء أقل من حدي الالتواء ، وهذا يشير إلى تجانس أفراد العينة في متغيري السن و الذكاء .

وكما يقضى التصميم التجريبي للدراسة فإنه قد تم تقسيم أفراد العينة إلى أربع

مجموعات كالآتي :-

- ١- المجموعة الأولى (ضابطة) تكونت من (٤) أطفال اوتيسك (٣ أولاد، بنت) ، وتم تطبيق جميع أدوات الدراسة عليهم فيما عدا البرامج التدريبية .
- ٢- المجموعة الثانية تجريبية (١) تكونت من (٤) أطفال ذكور طبق عليهم برنامج المهارات الاجتماعية و باقي أدوات الدراسة .
- ٣- المجموعة الثالثة تجريبية (٢) تكونت من (٤) أطفال (٢ بنات، ٢ أولاد) طبق على أسرهم برنامج إرشادي و طبق على الأطفال باقي أدوات الدراسة .
- ٤- المجموعة الرابعة تجريبية (٣) تكونت من (٤) أطفال (٢ أولاد، ٢ بنات) طبق على الأطفال برنامج المهارات الاجتماعية و طبق على أسرهم برنامج إرشادي بالإضافة إلى تطبيق باقي أدوات الدراسة على الأطفال .

وبالرغم من أن الباحثة تستخدم أساليب الإحصاء اللابارامترى التي لا تشترط اعتدالية التوزيع -أي تجانس المجموعات - إلا أنها حرصت على تحقيق تجانس مجموعات التصميم التجريبي في الأداء على الاختبارات المستخدمة (في التطبيق القبلي) ، كي يمكن التعرف على فعالية البرامج المستخدمة من خلال المقارنة بين المجموعات وبعضها وكذلك مقارنة الأداء في التطبيق القبلي بالتطبيق البعدي في كل مجموعة .

أما متغيرى السن والذكاء فقد حرصت الباحثة على التحقق من تجانس مجموعات التصميم التجريبي الأربع فيهما للاطمئنان على ثباتهما داخل المجموعات ، والجدول الآتية توضح ذلك :-

جدول رقم (٤)

تحليل التباين اللابارامترى - أحادى الاتجاه - باستخدام اختبار "كروسكال واليس" لمجموعات التصميم التجريبي في متغيرى السن والذكاء.

المتغير	قيمة (هـ) المحسوبة
السن	٤,٠٤
الذكاء	,٨

بما أن قيمة (هـ) الجدولية لاختبار كروسكال - واليس عندما يكون عدد المجموعات يساوى أربعة وفي كل مجموعة أربعة أفراد هي :

$$\text{عند مستوى } ٠,٠٥ = ٧,٢٣٥ \quad , \quad \text{وعند مستوى } ٠,٠١ = ٩,٢٨٧$$

وبمقارنة قيم (هـ) المحسوبة لمتغيري السن والذكاء بالقيم الجدولية ، وجد أن القيم المحسوبة أقل من القيم الجدولية ، فهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة بين مجموعات التصميم التجريبي في متغيري السن والذكاء. وهذا يشير إلى تجانس هذه المجموعات في متغيري السن والذكاء .

جدول رقم (٥)

تحليل التباين اللابارامترى-أحادي الاتجاه-باستخدام اختبار "كروسكال-واليس"

لمجموعات التصميم التجريبي على أدوات الدراسة في التطبيق القبلي

أدوات الدراسة	قيمة (هـ) المحسوبة	أدوات الدراسة	قيمة (هـ) المحسوبة
مقياس اوتيزم الطفولة	٢,٤٥	بعد الاضطرابات اللغوية	٩٦,٩٦
قائمة ريملاند التشخيصية	٧٤,٧٤	بعد الاضطرابات الاجتماعية	٥,٦٥
مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي	١,٧٩	بعد الاضطرابات الانفعالية	٧,١٣
الجزء الأول من مقياس السلوك التوافقي	٧٧,٧٧	بعد مشكلات رعاية الذات	١٦,١٦
الجزء الثاني من مقياس السلوك التوافقي	٣٣,٣٣	بعد المشكلات السلوكية	١,٤٢
قائمة تقييم أعراض الاوتيزم (الدرجة الكلية)	٢,٦٩		

بما أن القيم الجدولية في اختبار كروسكال واليس عندما يكون عدد المجموعات = ٤ في كل مجموعه (٤) أفراد هي :-

$$\text{عند مستوى } ٠,٥٠ = ٧,٢٣٥ \quad , \quad \text{وعند مستوى } ٠,٠١ = ٩,٢٨٧$$

وحيث أن القيم المحسوبة أقل من القيم الجدولية عند مستويات الدلالة ٠,٠١ ، ٠,٠٥ . فهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات التصميم التجريبي على أدوات الدراسة في التطبيق القبلي مما يؤكد تجانس المجموعات على هذه الأدوات .

ثانياً : أدوات الدراسة :-

[١]- مقياس السلوك التوافقي (A.B.S) Adaptive behavior Scale (إعداد صفوت فرج ،

ناهد رمزي (١٩٩٠)

وضع هذا المقياس لجمعية التخلف العقلي الأمريكية هنرى ليلان H. Lelanal وكايسو نيهيرا K. Nihira ليوفروا وصفا موضوعيا وتقويميا لسلوك الفرد التوافقي . وقد عرفت جمعية التخلف العقلي الأمريكية السلوك التوافقي بأنه " يشير إلى فاعلية الفرد في التعامل مع المطالب الطبيعية والاجتماعية لمجتمعه ". كما أن هذا المقياس يستخدم مع المتخلفين عقليا ، وغير المتوافقين انفعاليا ممن يعانون من مظاهر أخرى للتعويق (صفوت فرج ، ناهد رمزي ، ١٩٩٠ ، ٨) .

وقد تم تعريب هذا المقياس في مصر والأردن ، ففي مصر ترجمه فاروق صادق ونشره بعنوان مقياس السلوك التكيفي (١٩٨٥) ثم ترجمة كل من صفوت فرج ، ناهد رمزي (١٩٩٠) ونشره بعنوان مقياس السلوك التوافقي وهو المستخدم في الدراسة الحالية . وقد أشار كمال مرسى بأنه لا توجد فروق جوهرية بين الترجمتين المصريتين ، فقد حافظت كل منهما على أقسام المقياس الأمريكي ومجالاته وفقراته . ويقيس المقياس في صورتيه المعربتين قدرة الفرد على التوافق مع المجتمع وفعالياته في مواجهة مطالب بيئته المادية والطبيعية والسلوكية والاجتماعية (كمال مرسى، ١٩٩٦، ٨٤) .

ويتكون المقياس في صورته الحالية من (١١٠) سؤالاً موزعه على جزأين رئيسيين :

فينتظم الجزء الأول وفق محاور ارتقائية لتقويم مهارات الفرد وعادته في عشر مجالات سلوكية تعتبر هامة لارتقاء الاستقلال الشخصي في الحياة اليومية ، وفيما يلي هذه المجالات وما تتضمنه من مجالات فرعية :-

١- العمل الاستقلالي :- يتمثل في المجالات الفرعية التالية :-

تناول الطعام - استخدام المراض - النظافة - المظهر - العناية بالملابس - ارتداء وخلع الملابس - الانتقال - السلوك الاستقلالي العام .

٢- النمو الجسمي : يشتمل على : النمو الحسي - النمو الحركي .

٣- النشاط الاقتصادي : يتمثل في : التعامل بالنقد وتخطيط الميزانية - مهارات الشراء .

٤- ارتقاء اللغة : يظهر في : التعبير - الفهم - ارتقاء اللغة الاجتماعية .

٥- الأعداد والوقت .

٦- الأنشطة المنزلية : مثل : التنظيف - أعمال المطبخ - أعمال منزليه أخرى .

٧-النشاط المهني .

٨-التوجه الذاتي : يتضمن : المبادرة - المثابرة - وقت الفراغ .

٩-تحمل المسؤولية .

١٠ - التنشئة الاجتماعية تتضمن :

التعاون - وضع الآخرين في الاعتبار - الوعي بالآخرين - التفاعل مع الآخرين - الاشتراك في الأنشطة الجماعية .

والدرجة المرتفعة على هذا الجزء دليل على أن سلوك الفرد النمائي طبيعي والعكس صحيح (صفوت فرج ، ناهد رمزي ، ١٩٩٠ ، ٨-١٠)

أما الجزء الثاني فقد صمم ليوفر مقاييس للسلوك التوافقي المتعلق بالشخصية واضطرابات السلوك ، ويتكون من أربعة عشر مجالا ، آخرها عنوانه "استخدام العقاقير" فهو ليس مجالا سلوكيا ولكنه يوفر معلومات عن السلوك التوافقي للشخص مع العالم الخارجي (صفوت فرج ، ناهد رمزي ، ١٩٩٠ ، ١٠) .

وتعبر مجالات هذا الجزء عن :-

السلوك العدواني- مضايقة الآخرين - التمرد - سلوكيات الغش - الانسحاب -
اللزمات العصبية - العادات غير المقبولة في التواصل مع الآخرين - العادات الغريبة -
إيذاء الذات - النشاط الحركي الزائد - الشذوذ الجنسي - الاضطرابات النفسية - استخدام
العقاقير .

وتشير الدرجة المرتفعة على هذا الجزء إلى السلوك المضطرب والعكس صحيح

(كمال مرسى ، ١٩٩٦ ، ٨٠) .

الكفاءة السيكومترية للمقياس في البيئة الأجنبية :-

أولا الصدق :- قام واضعي المقياس بحساب الصدق بالطرق التالية :-

١- الصدق العامل :-

استخلص من التحليل العامل لدرجات المجال الأبعاد التالية :-

١- الاستقلال الشخصي : وتم تحديده في المجالات السلوكية التي تعكس مهارة

الفرد وقدراته اللازمة لتحقيق استقلاله الشخصي ، ومجالات السلوك التي تظهر وجود تحكم ذاتي لتدبير أمور الفرد الشخصية .

ب- سوء التكيف الشخصي : يعكس مجالات الاتجاه نحو سوء التكيف الذي يتميز بإرجاع مصدر الإحباط إلى الذات .

ج- سوء التكيف الاجتماعي : يعكس مجالات الاتجاه نحو سوء التكيف الذي يتميز بإرجاع مصدر الإحباط إلى الخارج ومعاناة المجتمع بالإضافة إلى الاضطرابات السلوكية (صفوت فرج ، ناهد رمزي ، ١٩٩٠ ، ٥٥)

٢- الصدق العملي :

أجريت دراسات قليلة في مجال الصدق العملي ، منها دراسة أجريت على (٤١) متخلفاً من المقيمين داخل المؤسسات تتراوح أعمارهم بين (١٠-١٣) عاماً ، وقد ميزت جميع درجات الجزء الأول بشكل دال إحصائياً بين الأفراد الذين صنفوا من قبل في مستويات مختلفة من حيث السلوك التوافقي وفقاً للتقديرات الكلينيكية ، وتشير دراسة أخرى أجريت على (٥٣١) من الراشدين المتخلفين المقيمين في المؤسسات أن جميع درجات الجزء الأول وبعض درجات الجزء الثاني تميز تمييزاً جوهرياً بين هؤلاء الأفراد الذين تم تصنيفهم في خمسة وحدات إدارية متجانسة .

وتوصلت دراسة ثالثة تناولت (٤١) من الأطفال والمراهقين المتخلفين أن درجات ثلاث مجالات من الجزء الأول والدرجات الإجمالية للجزء الثاني تغيرت بشكل جوهري عن ما قبل التطبيق خلال فترة عامين عندما طبق أسلوب التشريط الفعال بشكل مكثف بينما لم تتغير الدرجات بشكل جوهري بالنسبة للعينة التي لم تطبق عليها مثل تلك البرامج (صفوت فرج، ناهد رمزي ، ١٩٩٠، ٥٥-٥٦) .

ثانياً الثبات :-

حسب واضعي المقياس ثبات الصورة الحالية بتطبيقه على عينه مكونه من (١٣٣) مفحوصا من المقيمين في ثلاثة مدارس تدريبيه ، وقدر سلوك كل مفحوص عن طريق الاستعانة باثنين من المشرفين الداخليين أحدهما من مشرفي الفترة الصباحية والثاني من مشرفي الفترة المسائية ، وقد حسب الثبات الداخلي لدرجات أفراد العينة على أبعاد المقياس باستخدام معامل ارتباط العزوم لبيرسون بين تقديرات المشرفين .

يوضح الجدول التالي متوسطات ثبات مجالات الجزء الأول لتعديل (١٩٧٤) :

جدول رقم (٦)

متوسطات ثبات مجالات الجزء الأول من مقياس السلوك التوافقي

ال مجالات	متوسطات الثبات	ال مجالات	متوسطات الثبات
١- العمل الاستقلالي	,٩٢	٧- النشاط المهني	,٧٨
٢- النمو الجسمي	,٩٣	٨- التوجه الذاتي	,٧١
٣- النشاط الاقتصادي	,٨٥	٩- تحمل المسؤولية	,٨٣
٤- ارتقاء اللغة	,٨٧	١٠- التثنية الاجتماعية	,٧٧
٥- الأعداد والوقت	,٨٦	متوسطات الجزء الأول	,٨٦
٦- الأنشطة المنزلية	,٩١		

يلاحظ من الجدول أن متوسطات الثبات في المؤسسات الثلاث تراوحت بين (٩٣)، للنمو الجسمي ، (٧١) ، للتوجه الذاتي .

ويوضح الجدول التالي متوسطات ثبات مجالات الجزء الثاني لتعديل (١٩٧٤) :

جدول رقم (٧)

متوسطات ثبات مجالات الجزء الثاني من مقياس السلوك التوافقي

ال مجالات	متوسطات الثبات	ال مجالات	متوسطات الثبات
١- العنف والسلوك التدميري	,٥٩	٩- العادات الغربية	,٥٧
٢- السلوك المضاد للمجتمع	,٦٨	١٠- سلوك إيذاء الذات	,٤٩
٣- السلوك المتمرد	,٥٥	١١- الميل للنشاط الذاتي	,٥٧
٤- السلوك غير المؤمن	,٦٩	١٢- سلوك جنسي شاذ	,٥٢
٥- الانسحاب	,٤٤	١٣- اضطرابات نفسيه	,٤٥
٦- السلوك النمطي	,٦٢	١٤- استخدام العلاج	,٧٧
٧- سلوك اجتماعي غير مناسب	,٤٧	متوسطات الجزء الثاني	,٥٧
٨- العادات الصوتية غير المقبولة	,٣٧		

(صفوت فرج ، ناهد رمزي ، ١٩٩٠ ، ٥٢-٥٤) .

الكفاءة السيكومترية للمقياس في البيئة العربية :-

وفي البيئة العربية قد استخدم المقياس بعد أن ثبتت كفاءته السيكومترية ، فقد

أشار كمال مرسى إلى أن المقياس بصورتيه المصرية والأردنية على درجة عالية من الصدق والثبات ، استخدمت الصورة المصرية للمقياس في عدد من الدراسات منها عبد الرقيب أحمد (١٩٨١) ، نهى اللحامى (١٩٨٣) واستخدمت الصورة الأردنية من المقياس في دراسة قام بها محمد البطش (١٩٨١) بهدف دراسة صدق وثبات المقياس (كمال مرسى ، ١٩٩٦ ، ٨٦) .

صدق المقياس :-

فقد حسب عبد الرقيب أحمد (١٩٨١) الصدق باستخدام الاتساق الداخلي وتوصل إلى أن متوسط الجزء الأول من المقياس يبلغ (٥٥) ومتوسط الجزء الثاني من المقياس (٥٤) ، كما حسبه أيضا باستخدام معامل الارتباط التثائي فقد كان متوسط النتائج للجزء الثاني من المقياس فقط حوالى (٥٤) ، أما نهى اللحامى (١٩٨٣) فقد حسبته باستخدام طريقة الصدق الذاتي ، فتوصلت إلى معامل صدق ذاتي للجزء الأول قدره (٨٧) والجزء الثاني (٩١) ، كما استخدمت طريقة الاتساق الداخلي فكان متوسط الجزء الأول (٥٥) ومتوسط الجزء الثاني (٥٦) (كمال مرسى ، ١٩٩٦ ، ٨٦) .

ثبات المقياس :-

استخدم عبد الرقيب أحمد (١٩٨١) طريقة تحليل التباين لحساب ثبات المقياس وتوصل إلى متوسط قدره (٧٦) للجزء الأول من المقياس ، (٨٨) للجزء الثاني من المقياس ، أما نهى اللحامى (١٩٨٧) فقد حسبت الثبات عن طريق إعادة الاختبار ، فكان معامل الثبات للجزء الأول يتراوح بين (٦٥) في كل من التنشئة الاجتماعية والنمو الجسمي إلى (٨٨) في التصرفات الاستقلالية ، أما الجزء الثاني فقد تراوحت معاملات الثبات بين (٧٣) في العادات الصوتية غير المقبولة إلى (٩٢) في التمرد والعصيان ، كما بلغ ثبات الدرجة الكلية للجزء الأول من المقياس (٧٦) وللجزء الثاني من المقياس (٨٢) وكانت هذه المعاملات دالة إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ (كمال مرسى ، ١٩٩٦ ، ٨٥ - ٨٧) .

كما قامت الباحثة الحالية باختبار الكفاءة السيكمترية للأداة على عينه مشابهة لعينة الدراسة ، وتم ذلك بحساب صدق وثبات المقياس على عينه التقنين وعددها (٣٣) طفلا تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٤-١٦) سنة وهم (من ذوى التخلف العقلى وأصحاب "الداون سندروم" ، ذوى الاضطراب الانفعالي ، بطيئي التعلم ، ذوى النشاط الزائد ، وتشتمت الانتباه ، الاوتيسك) كآلاتي :-

أولاً : الصدق

أ- صدق المحك :-

تم حساب معاملات الارتباط بين تقديرات مدرس الفصول على مقياسي السلوك التوافقي والنضج الاجتماعي والجدول التالي يوضح ذلك :-

جدول رقم (٨)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياسي السلوك التوافقي والنضج الاجتماعي

أبعاد مقياس السلوك التوافقي	أبعاد مقياس النضج الاجتماعي	معاملات الارتباط
١- العمل الاستقلالي	الاعتماد على النفس والعناية بالملبس والمأكل	,٩١
٢- النمو الجسمي	الحركة والتنقل	,٨٩
٣- ارتقاء اللغة	التواصل	,٧٣
٤- التنشئة الاجتماعية	التطبيع الاجتماعي	,٩٥
٥- التوجيه الذاتي	توجيه النفس	,٨٧
٦- تحمل المسؤولية	المهنية	,٧٢

وكانت معاملات الارتباط جميعها دالة عند مستوى ٠,٠١

ب- الصدق الذاتي :-

تم حسابه بإيجاد الجذر التربيعي لمعامل الثبات ، وحيث أن معاملات الثبات لجزئي المقياس تراوحت بين (٤٧-، ٩١) فإن الصدق الذاتي للمقياس يتراوح بين (٦٩-، ٩٥) .

ثانياً : الثبات

تم حساب الثبات عن طريق إيجاد معامل الارتباط بين تقديرات مدرسي الفصول وتقديرات آباء الأطفال علي سلوكيات هؤلاء الأطفال لجزئي المقياس ، وجاءت معاملات الثبات على الجزء الأول للمقياس كالآتي :-

جدول رقم (٩)

معاملات الارتباط بين تقديرات المدرسين والآباء
على الجزء الأول من مقياس السلوك التوافقي

البيانات	البيانات	البيانات	البيانات
٨٧,	٦- الأنشطة المولدة	٩١,	١- العمل الاستقلالي
٧١,	٧- النشاط المهني	٨٩,	٢- النمو الجسمي
٧٨,	٨- الوجه الذاتي	٨٢,	٣- النشاط الاقتصادي
٨٦,	٩- تحمل المسئولية	٨٥,	٤- ارتقاء اللغة
٨٣,	١٠- التنشئة الاجتماعية	٦٠,	٥- الأعداد والوقت

وهذه القيم جميعها دالة عند مستوى ٠,٠١

وجاءت معاملات الثبات للجزء الثاني من المقياس على النحو التالي :

جدول رقم (١٠)

معاملات الارتباط بين تقديرات المدرسين والآباء على الجزء الثاني
من مقياس السلوك التوافقي

البيانات	البيانات	البيانات	البيانات
٤٧,	٨- العادات الصوتية غير المقبولة	٥٧,	١- العنف والسلوك التدميري
٦٢,	٩- العادات الغريبة غير المقبولة	٥٩,	٢- السلوك المضاد للمجتمع
٤٩,	١٠- سلوك إيذاء الذات	٦٣,	٣- السلوك المتمرد
٧٥,	١١- الميل للنشاط الزائد	٦٨,	٤- السلوك غير المؤتمن
٦٢,	١٢- سلوك جنسي شاذ	٧٢,	٥- الانسحاب
٧٩,	١٣- اضطرابات نفسيه	٦٩,	٦- السلوك النمطي
٧٥,	١٤- استخدام العلاج	٥٤,	٧- سلوك اجتماعي غير مناسب

وهذه القيم جميعها داله عند مستوى ٠,٠١

كما حسبت الباحثة ثبات الملاحظين بإيجاد معامل الارتباط بين تقديرين لسلوك الطفل من جانب المعلم يقوم بهما في فترتين زمنيتين حوالي ثلاث أسابيع بين التقدير الأول والثاني وكذلك بالنسبة للآباء ، فكانت معاملات الارتباط بين تقديرات مدرسي الفصول للجزء الأول

حوالي (٨٩ ،) والجزء الثاني حوالي (٩٣ ،) ، ومعاملات الارتباط بين تقديرات الآباء على الجزء الأول كانت (٩١ ،) والجزء الثاني كانت (٩٦ ،) وبهذه النتائج التي حققها المقياس على عينه التقنين يكون ذو كفاءة عالية ، وهذا يطمئن الباحثة لاستخدامه مع عينة البحث .

طريقة تطبيق المقياس :-

يقوم بتطبيق المقياس عادة الأخصائي النفسي أو الاجتماعي أو المدرس أو الوالدين أو أخصائي السمع والكلام ، ولأن البيانات المتوفرة من مقياس السلوك التوافقي تعتمد على أشكال السلوك التي يمكن ملاحظتها ، فإن المعلومات المتعلقة بالشخص الذي يجري تقييمه يجب الحصول عليها ممن يقضى معه القدر الأكبر من ساعات النهار .

(لمزيد من التفاصيل حول كيفية التطبيق والتصحيح والتفسير -انظر دليل المقياس ، ١٩٩٠)

مبررات استخدام الباحثة للمقياس :-

١- يفيد في تحديد مجالات القصور لدى الأفراد والجماعات من خلال صحيفة البيانات الخاصة بجزئي المقياس لكل فرد ، فيمكن الاسترشاد بها في وضع ترتيب لأولويات أنماط السلوك التي تحتاج إلى تنميه أو تدريب ، وبهذا فانه يفيد في تخطيط وتصميم البرامج لذوى الحاجات الخاصة

٢- يفيد في تقييم فعالية البرامج : فيمكن الحكم على فعالية برنامج ما عن طريق المقارنة بين درجات أفراد العينة على أبعاد المقياس قبل البرنامج وبعده .

٣- يعتبر من المقاييس الجيدة في قياس السلوك لاعتماده على الأسس النظرية لارتقاء السلوك وتناوله قطاعات عريضة في السلوك بشكل تفصيلي ، وتحديد الانحرافات السلوكية .

[٢]- مقياس النضج الاجتماعي Vineland Social Maturity Scale

إعداد فارق صادق (١٩٨٥)

أعد المقياس دول وقام بنشره عام (١٩٣٦) بدون معايير ، ونشرت النسخة الأخيرة في عام (١٩٥٣) وأعيد طبعها (١٩٦٥) .

ويتكون المقياس في صورته الأخيرة من (١١٧) بنداً مرتبة في ثمانية مجالات

للمهارات الاجتماعية هي :-

- ١- العناية بالنفس بصفة عامة
 - ٢ - العناية بالملبس
 - ٣ - العناية بالمأكل
 - ٤- الاتصال (التواصل)
 - ٥- توجيه النفس
 - ٦- التحرك والتنقل
 - ٧- التطبيع الاجتماعي
 - ٨- تحمل المسؤولية المهنية
- (كمال مرسى ، ١٩٩٦ ، ٨٣) .

وقد قام مصطفى سويف ، عبد الحليم محمود وصفيه مجدي بترجمة هذا المقياس وإعداده للعربية (١٩٨٠) ثم أعاد فاروق صادق ترجمته وتقنيته ووضع معايير مختصرة للتقدير (١٩٨٥) وكانت عبارات المقياس في الترجمتين مقاربة إلى حد كبير .

ويشير فاروق صادق إلى أن النضج الاجتماعي الذي يقيسه هذا الاختبار يعتبر مثل النمو العقلي من حيث أنه ينمو تدريجيا مع العمر الزمني من الميلاد حتى سن (٢٥) سنة ، ولكن تبين من دراسات كثيرة أن الارتباط بين ما يقيسه فاينلاند للنضج الاجتماعي وما يقيسه ستانفورد بنيه ليس عاليا ، لذا فقد اعتبر الباحثون أن النضج الاجتماعي بعدا مستقلا عن الذكاء ، ومع هذا لم ينكروا دور الذكاء في اكتساب المهارات الاجتماعية (فاروق صادق ، ١٩٨٥ ، ٤١-٤٥) .

وينقسم الاختبار إلى ثلاث مراحل عمرية تبدأ منذ الميلاد وتنتهي عند عمر (٢٥) سنة المرحلة الأولى : تشمل الاختبارات منذ (الميلاد حتى ١٢ سنة) وتنقسم إلى فترات كل واحدة منها بسنة واحدة .

المرحلة الثانية : تشمل الاختبارات من (١٢ - ١٨) سنة وتنقسم إلى فترات كل واحدة منها بثلاث سنوات .

المرحلة الثالثة : تشمل الاختبارات من (١٨ - ٢٥) سنة وهي عبارة عن فتره واحدة (فاروق صادق ، ١٩٨٥ ، ٤٢) .

الكفاءة السيكمترية للمقياس :-

أولا صدق الاختبار : ذكرت استازى أن الاختبار صادق لأنه يفرق بين الأعمار المختلفة بالنسبة لعينه من الأسوياء والمتخلفين عقليا ، وقد أكد "دول" أن المقياس بالرغم من أنه لا يقيس نسبة ذكاء فقد وجد أن الارتباط بين نسبة الذكاء ونسبة النضج الاجتماعي تتراوح بين

(٤ ، ٨) . وقد توصل "بوروس" (١٩٦٥) إلى صدق التجانس الداخلي وذلك بحساب معامل الارتباط بين المقياس ككل وبين أجزائه المختلفة فكان مرتفعاً جداً .

وقد قامت جوزال عبد الرحيم (١٩٨١) بحساب الصدق الذاتي للمقياس عن طريق حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات فكان يقدر (٩٦ ،) ، كما حسبتة فوزية النجاشي (١٩٨٥) بنفس الطريقة السابقة فكان (٨٧ ،) (فاروق صادق ، ١٩٨٥ ، ٤٥) .

وللتأكد من مدى كفاءة الأداة للتطبيق في الدراسة الحالية ، فإن الباحثة قامت باختبار الكفاءة السيكمترية للمقياس على عينة التقنين (٣٣) طفلاً وطفلة ، وتم ذلك بحساب الصدق والثبات .

الصدق : تم حسابه بالطرق التالية :-

- أ- الصدق الذاتي : تم حسابه بإيجاد الجذر التربيعي لمعامل الثبات فكان (٩١) .
- ب- صدق المحك : تم حسابه بإيجاد معامل الارتباط بين أبعاد المقياس وبعض أبعاد مقياس السلوك التوافقي والجدول رقم (٨) يوضح ذلك .

ثانياً الثبات :-

ذكرت انستازى أنه تم تقنين المقياس على عينة مكونة من (٦٢٠) حالة حيث اشتملت هذه العينة على (١٠) ذكور، (١٠) إناث في كل سنة من الميلاد حتى سن الثلاثين ، وتقول انستازى أن العينة احتوت على حالات قليلة في كل عمر كما أنها كانت غير ممثلة للمجتمع الأصلي حيث أتت معظم الحالات من طبقات اجتماعية اقتصادية مرتفعة .

وحسب "دول" معامل الثبات لعينه مكونة من (١٢٣) حالة بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بفواصل زمني تراوح بين يوم وتسعة شهور فكان (٩٢ ،) ، وقد حسبتة جوزال عبد الرحيم (١٩٨١) بطريقة إعادة تطبيق نفس الاختبار بعد فترة تتراوح من أسبوع إلى أسبوعين على عينة مكونة من (٣٠) طفلاً وطفلة من أطفال الروضة وكان (٩٣ ،) وهذه القيمة ذو دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ ، كما حسبتة فوزية النجاشي (١٩٨٥) بنفس الطريقة السابقة فكان (٧٦ ،) (فاروق صادق ، ١٩٨٥ ، ٤٤ - ٤٥) .

وقامت الباحثة الحالية بحساب معامل الثبات للمقياس على عينة مكونة من (٣٣) حالة من ذوى الإعاقات المتنوعة ، تراوح العمر الزمني لهم بين (٤-١٦) سنة بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بعد فترة زمنية تقدر بثلاثة أسابيع من زمن التطبيق الأول ، وقام بالتقدير

مدرسي الفصول فكان معامل الارتباط بين التقديرين (٠,٨٣) وهذه القيمة ذو دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ ، كما تم حساب معامل الارتباط بين تقديرات مدرسي الفصول وآباء الأطفال على المقياس فكان (٠,٩٣) وهذه القيمة داله عند مستوى ٠,٠١ .

طريقة تطبيق وتقدير درجات المقياس :-

يقوم بالتقدير الأخصائي النفسي أو الاجتماعي أو مدرس الفصل أو أولياء الأمور وكل من يقضى أطول وقت ممكن مع الحالة لأن التقدير يعتمد على الملاحظة الدقيقة لسلوك الحالة .

• يعطى الطفل (+١) عندما يقوم المفحوص بأساسيات المهارة بطريقة كافية للحكم على الأداء بأنه عادة .

• يعطى الطفل (٠,٥) درجة إذا كانت المهارة في مرحلة الظهور أو يؤديها المفحوص بصورة ليست متكررة .

• يعطى الطفل (صفر) في حالة المهارة التي لا يؤديها إلا نادرا أو لا يؤديها على الإطلاق

وتحسب الدرجة الكلية بجمع درجات المفحوص علي مفردات الاختبار وتعبير عن

العمر الاجتماعي ، ثم تحسب درجة النضج الاجتماعي أو المهارات الاجتماعية كآلاتي : -

$$\text{النضج الاجتماعي} = \frac{\text{العمر الاجتماعي}}{\text{العمر الزمني}} \times ١٠٠ \quad (\text{فاروق صادق ، ١٩٨٥ ، ٤٢-٤٣})$$

مبررات استخدام الباحثة هذا المقياس :-

١- يعبر عن الوصف التفصيلي للسلوك الاجتماعي لأفراد العينة وبهذا يمكن التعرف علي مجالات القصور لدي الحالات التي يبنى على أساسها البرنامج التدريبي .

٢- الدرجة الكلية على المقياس تعبر عن درجة النضج الاجتماعي للفرد وهى بذاتها تعبر عن المهارات الاجتماعية لديه .

٣- يفيد في تقييم فعالية برنامج المهارات الاجتماعية وذلك عن طريق المقارنة بين درجات أفراد العينة على المقياس قبل وبعد البرنامج .

[٣]- قائمة ريملاند لتشخيص الأطفال ذوي السلوك المضطرب ملحق رقم (٦)

Rimland's Diagnostic Checklist For Behavior Disturbed Children

أعد ريملاند الصورة الأولى لهذه القائمة (١٩٦٤) ، ثم أضاف إليها بعض التعديلات

وتم نشرها في الصورة الثانية (١٩٧١) - هي الصورة المستخدمة في الدراسة الحالية .

وقد كلف معهد أبحاث الاوتيزم بسان دييجو - كاليفورنيا ريملاندا بإعداد هذه القائمة لتستخدم في تشخيص الأطفال ذوي الاضطراب السلوكي الحاد مثل الاوتيزم - الاضطرابات الانفعالية والاضطرابات النمائية الشاملة بصفة عامة .

وتشتمل هذه القائمة على (٨٠) سؤالاً تعبر عن خصائص النمو المبكر للأطفال ، ويتم التشخيص بناءً على تقديرات الآباء لخصائص نمو أطفالهم في السنوات الخمس الأولى من الحياة ، باختيار إجابة واحدة لكل سؤال يعتقد أنها أكثر الإجابات دقة وتعبيراً لحالة الطفل (Campbell- et als , 1991, 329- 330) .

وقد قام مركز سيتي - كاريناس مصر بترجمة هذه القائمة (الصورة الثانية ، ١٩٧١) إلى العربية وأدخل عليها بعض التعديلات البسيطة كي تكون أقرب للفهم والتطبيق ، وتركزت أسئلتها في (٧٦) سؤالاً تعبر جميعها عن خصائص نمو الطفل في الخمس سنوات الأولى من العمر ، وتحتصر درجات القائمة بين (+ ٤٥ ، - ٤٥) ويشخص الطفل بأنه أوتيسك إذا حصل على درجات أكثر من (٢٠ - ٤٥) .

الكفاءة السيكمترية للقائمة :-

استخدمت هذه القائمة بكفاءة في دراسات عديدة : ريملاندا (١٩٧١) ، يولر وآخرون (١٩٧٥) ، تيل ، ويب (١٩٨٦) لتصنيف مجموعة الاوتيسك إلى ثلاث مجموعات:-

١- مجموعة الأطفال الذين يظهرون إحدى سمات الاوتيزم ويطلق عليهم مجموعة الأطفال شبيه الاوتيسك Autistic Like .

٢- المجموعة التي تتشابه أعراضها مع أعراض الاوتيزم مثل "اسبرجر ، رينت" وتسمى بمجموعة النطاق الاوتيزمي Autistic Spectrum .

٣- مجموعة اوتيزم الطفولة المبكرة كما وصفه كانر ويطلق عليه Early Infantile Autism (Campbell,etal,1991, 330) .

أولا صدق القائمة :-

استخدمت القائمة في العديد من مراكز الإعاقات بالقاهرة والاسكندر يه لتشخيص حالات الاضطراب السلوكي خاصة "الاوتيزم" والتعرف على أسباب الإعاقة من خلال الوصف التفصيلي للتاريخ التطوري للحالة كما يذكره الآباء كمصادر أساسية لهذه المعلومات.

وقد قامت الباحثة الحالية باختبار الكفاءة السيكمترية للقائمة على عينة التقنين وذلك بحساب الصدق والثبات لها .

أولا الصدق : وتم حساب الصدق بالطرق التالية :-

أ - صدق المحك : عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات عينه من الأطفال ذوى الإعاقات الحادة يبلغ عددها ٢٦ حاله تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٤-١٦) سنة على القائمة ودرجاتهم على مقياس تقييم اوتيزم الطفولة "لايرك سكوبلر" وآخرون (١٩٨٠) فكان معامل الارتباط حوالي (٠,٨٣) وهذه القيمة داله إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ .

ب- الصدق الذاتي : تم حسابه بإيجاد الجذر التربيعي لمعامل الثبات فكان (٠,٨٧) .

ثانيا ثبات القائمة :-

حسبت الباحثة معامل الثبات للقائمة وذلك بتطبيقها على عينه من الأطفال ذوى الإعاقات الحادة حوالي (٢٦) حاله ثم إعادة تطبيقها على نفس العينة بعد فترة زمنية تقدر بثلاثة أسابيع ، وقام أولياء الأمور بتقدير سلوكيات أطفالهم على هذه القائمة وكان معامل الارتباط بين التقديرين (٠,٧٦) وهذه القيمة داله إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ .

مبررات استخدام الباحثة هذه القائمة :-

- ١- تعتبر من الأدوات الرئيسية في تشخيص الاوتيزم .
- ٢- تفيد في التعرف على خصائص النمو المبكر لأفراد العينة وهذا يفيد في دراسة الحالة.
- ٣- لها كفاءه عالية في التشخيص الفارق الذى يميز مجموعة الاوتيزم عن المجموعات التي تتشابه معها في بعض السمات .

[٤]- مقياس تقييم اوتيزم الطفولة Childhood Autism Rating Social إعداد الباحثة

ملحق رقم (٣)

وضع هذا المقياس سكوبلر وآخرون (١٩٨٠) لتشخيص حالات الاوتيزم وتحديد درجة الإعاقة (بسيطة-متوسطة-حادة) ، ويصلح للاستخدام في مرحلتي الطفولة والمراهقة وقد أسس المقياس بناء على تعريفات الاوتيزم المعترف بها آنذاك في الدوائر العلمية مثل (DSM-III) وكذلك تعريفات روتر (١٩٧٨) ، ريتفو و فريمان (١٩٧٨) .

ويتكون المقياس من (١٥) بعد يتم من خلالها رصد سلوك الطفل لتحديد وجود

أو عدم وجود الأعراض السلوكية المميزة للاوتيزم ، ويتم تقدير العبارات حسب شدتها من (١-٤) ، حيث (١) تعبر عن أن السلوك طبيعي وملائم لسن الطفل ، (٤) تعبر عن أن السلوك شاذ بدرجة كبيرة وغير ملائم لسنه .

ويمكن تلخيص أبعاد المقياس الخمسة عشر على النحو التالي :-

- ١- قصور في العلاقات الإنسانية .
- ٢- غياب القدرة على التقليد .
- ٣- قصور انفعالي عاطفي وجداني .
- ٤- سلوكيات نمطية شاذة .
- ٥- التمسك بحمل أشياء عديمة القيمة .
- ٦- مقاومة التغيير .
- ٧- شذوذ الاستجابة للمثيرات البصرية .
- ٨- شذوذ الاستجابة للمثيرات السمعية .
- ٩- شذوذ في حواس اللمس والتذوق والشم .
- ١٠- القلق والخوف المرضي .
- ١١- قصور التواصل اللفظي .
- ١٢- قصور التواصل غير اللفظي .
- ١٣- قصور في مستوى النشاط .
- ١٤- قصور الأداء الذهني .
- ١٥- انطباعات عامة .

وتتنظم الدرجات الكلية للمقياس على متصل طرفيه (٦٠،١٥) وتصنف درجة الإعاقة عليه على النحو التالي :-

من (١٥ - ٣٠) ليس أوتيستك non Autistic ، من (٣٠ - ٣٦) أوتيزم بسيط أو متوسط Moderately Autistic، من (٣٦ - ٦٠) أوتيزم شديد Severely Autistic وبهذا فإن الطفل الأوتيستك الذي ينتمي لعينة الدراسة الحالية من يحصل على درجة (٣٠) أو أكثر على هذا المقياس .

الكفاءة السيكومترية للمقياس في البيئة الأجنبية :-

استخدم المقياس كأداة أساسية في تشخيص حالات الاوتيزم ، واستخدمه كثير من الباحثين لهذا الغرض مورجان Morgan (١٩٨٨) ، جارفن وآخرون Garfin,et als (١٩٨٨) أما دراسة تيل ، ويب Teal, Wibe (١٩٨٦) فقد أثبتت أنه أفضل من قائمة ريملاند الطبعة الثانية (١٩٧١) واستمارة فرز حالات الاوتيزم في مجال التخطيط التعليمي (ASIEP) في تمييز الأطفال الاوتيستك عن الأطفال ذوي التخلف العقلي القابلين للتدريب (Campbell,et als,1991,330-331) .

تقنين المقياس في البيئة العربية :-

قامت الباحثة - بعد حصولها على أصل المقياس - بترجمته ثم عرضت الترجمة على السادة المشرفين وتم تعديل صياغة بعض العبارات كي تكون أقرب للفهم ، ثم عرضت الصورة المعدلة على السادة المحكمين * وهم من أساتذة علم النفس والصحة النفسية ، وبناء على آرائهم تم تعديل صياغة العبارات مرة أخرى وهى الصورة المستخدمة في الدراسة الحالية .

أولا صدق المقياس :-

اتبعت الباحثة الأساليب التالية لحساب صدق المقياس :-

أ- صدق المحكمين : بعد إجراء التعديلات التي أشار إليها السادة المشرفين والمحكمين اتفق الجميع على أن المقياس صادق في تقييم اوتيزم الطفولة.

ب- صدق المحك : تم حساب معامل الارتباط بين درجات عينه مكونه من (٢٦) طفلا وطفله ذوى إعاقات نمائية متنوعة يتراوح العمر الزمني لهم بين (٤-١٦) سنة على قائمة ريملاند التشخيصية (١٩٧١) وهذا المقياس ، فكان معامل الارتباط بينهما (٠,٨٣) . وكذلك تم حساب معامل الارتباط بين درجات (١٦) طفلا وطفله اوتيسك على مقياس اوتيزم الطفولة ودرجات نفس العينة على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) فكان (٠,٩٣) وهذه القيم داله عند مستوى ٠,٠١ .

ج- الصدق الذاتي : تم حسابه بإيجاد الجذر التربيعي لمعامل الثبات ، وقد بلغ معامل الصدق الذاتي للمقياس (٠,٩٦) .

ثانيا ثبات المقياس:

استخدمت الباحثة الطرق التالية لتحقيق ثبات المقياس :-

أ- إعادة الاختبار : تم حسابه عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق على عينه من الأطفال الاوتيسك يبلغ عددها (١٦) طفلا وطفله ويتراوح العمر الزمني لهم بين

* ١- أ.د / عبد السلام الشيخ ، أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب - جامعة طنطا .

٢- أ.د / حسين عبد العزيز الدريني ، أستاذ علم النفس بجامعة الأزهر .

٣- د. / محمد محمد الحساين ، أستاذ علم النفس المساعد بكلية الآداب - جامعة طنطا .

٤- د. / آمال عبد السميع باظه ، أستاذ الصحة النفسية المساعد ورئيس قسم علم النفس بكلية التربية بكفر الشيخ - جامعة

طنطا .

٥- د. / فريدة عبد الغنى السماحي ، مدرس الصحة النفسية بكلية التربية بكفر الشيخ - جامعة طنطا .

(١٤-٤) سنه بفارق زمنى قدره (٢١) يوما ، فكان معامل الارتباط بين التقديرات التى قام بها مدرسي الأطفال (٠,٩٣) وهذه القيمة داله عند مستوى ٠,٠١ .

وكذلك تم حساب معامل الارتباط بين تقديرات الآباء ومدرسي الفصول لنفس العينة السابقة فكان الارتباط كبير ودال إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ . ويقدر بحوالي (٠,٩٦) .

ب- التجزئة النصفية : تم حسابه بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان وبراون Spearman, Brown للتجزئة النصفية لدرجات العبارات ذات الأرقام الفردية والعبارات ذات الأرقام الزوجية على نفس العينة السابقة ، فكان معامل الثبات (٠,٩٥) وهو دال إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ .

مبهرات إعداد الباحثة هذا المقياس :-

١- قلة -بل عدم وجود - أدوات خاصة لتشخيص الاوتيزم في المكتبة العربية (في حدود علم الباحثة) .

٢- كفاءة المقياس السيكومتريه في تشخيص وتقييم الأطفال الاوتيسك .

٣- صلاحيته للاستخدام في اختبار فعالية البرامج التدريبية المقدمة للأطفال الاوتيسك

[٥]- قائمة تقييم أعراض الاوتيزم إعداد الباحثة ملحق رقم (٤)

خطوات إعداد القائمة :-

١- الهدف من إعداد القائمة : اختبار فعالية برامج الدراسة المقدمة للأطفال الاوتيسك وأسره في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى هؤلاء الأطفال .

لذا فقد تضمنت عبارات القائمة كافة أعراض الاوتيزم التى أشارت إليها الدراسات . واستطاعت الباحثة إعداد هذه القائمة بعد اتباع الإجراءات التالية:-

أ- الاطلاع على الدراسات التى تناولت خصائص ومحكات الاوتيزم :

يونج ودوجلاس (١٩٨٠) ، دافيد ، بويد (١٩٨٤) ، رامونديو ، ميليك (١٩٨٤) ، بيترز (١٩٨٥) ، اوفيرال ، كامبل (١٩٨٨) ، بريور وآخرون (١٩٩٠) ، اوزنوف وآخرون (١٩٩١) ، كابس وآخرون (١٩٩٢) ، كلاين وآخرون (١٩٩٢) ، ساند بيرج وآخرون (١٩٩٣) ، عمر بن الخطاب (١٩٩٣، ١٩٩٤) .

ب- الاطلاع على الدلائل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-III-R) ، والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) ، خاصة ما يتعلق بمحكات تشخيص الاوتيزم .

ج- قدمت الباحثة استبياناً مفتوحاً لأولياء أمور الأطفال الاوتيسك عبارة عن سؤال واحد ينص على : ما أهم المظاهر السلوكية التي يصدرها طفلك الاوتيسك ؟ وبعد الحصول على استجابات أولياء الأمور تم تصنيف هذه المظاهر السلوكية في أبعاد أساسية بالاستعانة بما أشارت إليه الدراسات السابقة .

د- من خلال تطبيق مقياسي السلوك التوافقي والنضج الاجتماعي على أفراد العينة تم استنتاج أهم المظاهر السلوكية الشائعة لدى هؤلاء الأطفال .

هـ - تم تجميع ما توصلت إليه الباحثة من سلوكيات مميزة للأطفال الاوتيسك من خلال ملاحظتها ومعاشتها لهؤلاء الأطفال وما توصلت إليه من خلال الخطوات السابقة ، ثم تم تصنيف هذه المظاهر في أبعاد أساسية للاضطراب حيث يشتمل كل بعد على (١٢) عبارة تعبر عنه ، ومجموع عبارات القائمة (٦٠) عبارة ويمكن عرض أبعاد القائمة على النحو التالي :-

١- الاضطرابات اللغوية : تتمثل في قصور الفهم والتعبير ، بدء المحادثة أو استمرارها ، التردد الآلي لما يسمعه ، قصور في التعميم وعدم القدرة على الكلام .

٢- الاضطرابات الاجتماعية : تتمثل في القصور في (التقليد ، تكوين صدقات ، التواصل غير اللفظي ومشاركة الجماعة) .

٣- الاضطرابات الانفعالية : تتمثل في عدم القدرة على فهم انفعالات الآخرين ، التقلب المزاجي وضعف الحساسية للألم الجسدي .

٤- مشكلات السلوك الاستقلالي : تتمثل في عدم القدرة على رعاية الذات في الماكل ، الملابس ، النظافة وتجنب الأخطار .

٥- المشكلات السلوكية : تتمثل في ممارسة السلوكيات النمطية ، إيذاء الذات والآخرين ، شذوذ في النشاط الحركي ، الثورة والغضب ، مضايقة الآخرين .

و- عرضت القائمة في صورتها الأولية على السادة المشرفين ، حيث تم تعديل صياغة بعض العبارات وحذف بعض العبارات الطويلة أو المركبة أو التي تعطى نفس المعنى الذي تحمله عبارة أخرى ، ثم عرضت بعد ذلك على السادة المحكمين - سبق الإشارة إليهم - وبناء

على آرائهم تم تعديل عبارات القائمة لتتناسب الهدف الذي وضعت من أجله .

٢- الصورة المعدلة للقائمة :-

بعد التعديلات التي أبدتها السادة المحكمين والمشرفين على عبارات القائمة تم الإبقاء على (٤٥) عبارة بواقع (٩) عبارات لكل بعد ، وتتدرج الاستجابة على القائمة من (دائما-أحيانا-نادرا-أبدا) بدرجة (٣-٢-١-٠) .

٣- الكفاءة السيكومترية للقائمة :-

أولا الصدق :- تم حسابه بالطرق التالية :-

أ- صدق المحكمين : تم ذلك بعرض القائمة في صورتها الأولية على السادة المحكمين والمشرفين مع تحديد التعريف الإجرائي لأبعاد القائمة وتم الإبقاء على العبارات التي بلغت نسبة الاتفاق عليها ٨٥٪ فأكثر وذلك حتى تكون على درجة عالية من الثقة .

وتوضح الجداول التالية نسب اتفاق المحكمين والمشرفين على القائمة وعددهم (٧)

جدول رقم (١١)

نسب الاتفاق على عبارات بعد الاضطرابات اللغوية

رقم العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢
نسبة الاتفاق	١٠٠	٨٥,٧	١٠٠	٧١,٤	٨٥,٧	١٠٠	٥٧,١	٨٥,٧	١٠٠	٧١,٤	١٠٠	٨٥,٧

جدول رقم (١٢)

نسب الاتفاق على عبارات بعد الاضطرابات الاجتماعية

رقم العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢
نسبة الاتفاق	١٠٠	١٠٠	٨٥,٧	١٠٠	٥٧,١	٧١,٤	١٠٠	٨٥,٧	٨٥,٧	١٠٠	١٠٠	٧١,٤

جدول رقم (١٣)

نسب الاتفاق على عبارات بعد الاضطرابات الانفعالية

رقم العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢
نسبة الاتفاق	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٨٥,٧	٨٥,٧	٥٧,١	١٠٠	١٠٠	٧١,٤	١٠٠	٧١,٤

جدول رقم (١٤)

نسب الاتفاق على عبارات 'بعد مشكلات رعاية الذات

رقم العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢
نسبة الاتفاق	١٠٠	١٠٠	٨٥,٧	١٠٠	١٠٠	٧١,٤	٨٥,٧	١٠٠	٥٧,١	١٠٠	٧١,٤	٨٥,٧

جدول رقم (١٥)

نسب الاتفاق على عبارات 'بعد المشكلات السلوكية

رقم العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢
نسبة الاتفاق	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٧١,٤	٨٥,٧	١٠٠	١٠٠	٥٧,١	٨٥,٧	١٠٠	١٠٠	٥٧,١

ب - صدق المحك : تم حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة وعددها (١٦) حاله على القائمة ودرجاتهم على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (١٩٩٤) الخاصة باللاوتيزم ، فكان معامل الارتباط (٠,٧٥) وهو دال عند مستوى ٠,٠١ .

ج-الصدق الذاتي : تم حسابه بإيجاد الجذر التربيعي لمعامل الثبات وقد بلغ (٠,٩٣)

ثانياً الثبات :

تم حسابه بالطرق التالية :-

أ- الاتساق الداخلي : تم توزيع القائمة على أباء وأمهات عينه من الأطفال ذوى الإعاقات النمائية الشاملة (١٦) وبعد الحصول على تقديراتهم لأبنائهم على أبعاد القائمة تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجة على كل بعد والدرجة الكلية للقائمة ، وكذلك تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجة على كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة .

وفيما يلي الجداول التي توضح معاملات الارتباط ومستوى الدلالة الإحصائية .

جدول رقم (١٦)

معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية ومستوى الدلالة (ن=١٦)

المشكلات السلوكية	مشكلات رعاية الذات	الاضطرابات الانفعالية	الاضطرابات الاجتماعية	الاضطرابات اللغوية	البعد
,٨٣	,٧٥	,٦٩	,٧٣	,٧٧	معامل الارتباط
,٠١	,٠١	,٠١	,٠١	,٠١	مستوى الدلالة

جدول رقم (١٧)

معاملات الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة ومستوى الدلالة

رقم العبارة	الاضطرابات اللغوية		الاضطرابات الاجتماعية		الاضطرابات الانفعالية		مشكلات رعاية الذات		المشكلات السلوكية	
	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	,٧٦	,٠١	,٦٧	,٠١	,٦٩	,٠١	,٨٣	,٠١	,٧٦	,٠١
٢	,٥٩	,٠٥	,٧٦	,٠١	,٧٢	,٠١	,٨٧	,٠١	,٨١	,٠١
٣	,٨٣	,٠١	,٥٨	,٠٥	,٦٧	,٠١	,٥٨	,٠٥	,٩٢	,٠١
٤	,٦٢	,٠٥	,٨٢	,٠١	,٨٣	,٠١	,٦٩	,٠١	,٥٧	,٠٥
٥	,٧١	,٠١	,٩٣	,٠١	,٥٦	,٠٥	,٧٢	,٠١	,٦٩	,٠١
٦	,٥٥	,٠٥	,٦٢	,٠٥	,٦٢	,٠٥	,٥٦	,٠٥	,٧٤	,٠١
٧	,٧٩	,٠١	,٥٩	,٠٥	,٧١	,٠١	,٨٩	,٠١	,٦١	,٠٥
٨	,٨٣	,٠١	,٧٤	,٠١	,٧٩	,٠١	,٦٩	,٠١	,٦٨	,٠١
٩	,٦٤	,٠٥	,٨٦	,٠١	,٨٥	,٠١	,٦٤	,٠٥	,٧٧	,٠١

ب - إعادة التطبيق :-

تم حساب الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بفاصل زمني قدره (٢١) يوما على نفس أفراد العينة السابقة ، حيث قام الآباء بتقدير سلوكيات أطفالهم على القائمة ثم إعادة التقدير مره أخرى وتم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل فرد على القائمة في التقديرين فكان (٠,٨٧) وهو دال عند مستوى ٠,٠١ .

وبهذا تتحقق الكفاءة السيكمترية للقائمة .

طريقة تطبيق القائمة :-

يقوم بتقدير سلوك الطفل على القائمة مدرس الفصل أو أحد والديه باعتبار كل منهما ملاحظ جيد لسلوك الطفل ، فيضع الملاحظ علامة (X) تحت المستوى الذي يعبر عن سلوك الطفل .

طريقة تقدير الدرجات على القائمة :-

إذا كان الطفل يؤدي السلوك باستمرار وفي كل المواقف فيأخذ (٣)

أما إذا كان الطفل يؤدي السلوك ولكن ليس باستمرار فيأخذ (٢)

وإذا كان الطفل يؤدي السلوك على فترات متباعدة أو نادرا ما يؤديه فيأخذ (١)

وإذا كان الطفل لا يؤدي السلوك ولو مره واحدة فيأخذ (صفر)

بعد ذلك تجمع درجات كل بعد على حده وتتراوح درجات البعد بين (صفر-٢٧) ثم

تجمع درجات الأبعاد الخمسة فتتراوح الدرجة الكلية للقائمة بين (صفر-١٣٥) .

ثالثا : الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :-

١- تم حساب الالتواء للتحقق من تجانس العينة الكلية على أدوات الدراسة .

٢- تم حساب معامل الارتباط للتحقق من الكفاءة السيكمترية لأدوات الدراسة .

٣- تم استخدام تحليل التباين اللابارامترى - أحادى الاتجاه " اختبار كرويسكال-واليس" للتعرف على وجود فروق بين مجموعات التصميم التجريبي أم لا .

٤- تم استخدام اختبار مان ويتنى "Mann-Whitney" للكشف عن دلالة الفروق للعينات الصغيرة غير المرتبطة .

٥- تم استخدام اختبار الإشارة Sign-Test للكشف عن دلالة الفروق للعينات الصغيرة المرتبطة .

رابعاً خطوات الدراسة :-

١- تم اختيار عينة الدراسة بناء على توافر الشروط التالية :-

أ- محكات أو معايير الاوتيزم - كما جاءت في الدليل التشخيصي والإحصائي في طبعته الرابعة (DSM-IV) .

ب - الدرجة على قائمة ريملاند التشخيصية تتراوح بين (٢٠-٤٥) .

ج- الدرجة على مقياس اوتيزم الطفولة تتراوح بين (٣٠-٦٠) .

وبعد ذلك تم تقسيم العينة الكلية (التي بلغ عددها ١٦ حالة من فئة الاوتيسم التي تحدث عنها "كانر" ولا ينتمون لفئة شبيه الاوتيسم أو فئة نطاق الاوتيزم مثل اسبيرجر،ريت) إلى أربع مجموعات على النحو التالي :-

❖ المجموعة الاولى (ضابطة) وعددها أربعة أطفال (٣ أولاد- بنت) طبق عليهم أدوات الدراسة فيما عدا البرامج التدريبية .

❖ المجموعة الثانية (تجريبية^(١)) وعددها أربعة أولاد طبق عليهم أدوات الدراسة وبرنامج المهارات الاجتماعية .

❖ المجموعة الثالثة (تجريبية^(٢)) وعددها أربعة أطفال (ولدين- بنتين) طبق عليهم أدوات الدراسة وبرنامج إرشادي لأسرهم .

❖ المجموعة الرابعة (تجريبية^(٣)) وعددها أربعة أطفال (ولدين- بنتين) طبق عليهم أدوات الدراسة وبرنامجي المهارات الاجتماعية والإرشاد الأسري .

كما تم المجانسة في متغيري السن والذكاء للعينة الكلية و مجموعات التصميم التجريبي ، بالإضافة إلى تحقيق التجانس على أدوات الدراسة جميعها .

٢- تم تقنين الأدوات السيكمترية المستخدمة في الدراسة على عينه من الأطفال ذوي الإعاقات النمائية الشاملة .

٣- تم تطبيق الأدوات السيكمترية ومنها (مقياس اوتيزم الطفولة - قائمة ريملاند التشخيصية - مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي - مقياس السلوك التوافقي - قائمة تقييم أعراض الاوتيزم)

على عينة الدراسة كتطبيق قبلي .

٤- تم تطبيق برنامج المهارات الاجتماعية على المجموعة الثانية (تجريبية^(١١)) واستغرق التطبيق حوالي عام دراسي كامل منذ (١٠/٤ / ١٩٩٧ وحتى ١٩٩٨/٤/٢) وتم التطبيق في جمعية "أبناء وأبناء" بالقاهرة ومركز "الرجاء" بطنطا ، وبلغ عدد جلسات البرنامج (٦٥) جلسة بواقع ثلاث جلسات أسبوعيا واستغرق وقت الجلسة (١٠٠) دقيقة تقريبا بواقع (٢٠) دقيقة لكل حاله ثم (٢٠) دقيقة أخرى للمجموعة ككل .

٥- تم تطبيق برنامج الإرشاد الأسري على أمهات أطفال المجموعة الثالثة (تجريبية^(١٢)) وبلغ عدد لقاءات البرنامج (٢٥) لقاء بواقع لقاء أو اثنين أسبوعيا طبقا لرغبات المشتركات ، واستغرق وقت اللقاء من (٦٠-٧٥) دقيقة تقريبا وقد يصل وقت اللقاء إلى ساعة ونصف طبقا لطبيعة الحوار . وبدأ تطبيق البرنامج في نفس الوقت الذي بدأ فيه تطبيق برنامج المهارات الاجتماعية .

٦- تم تطبيق كل من برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسري على المجموعة الرابعة (تجريبية^(١٣)) بنفس الكيفية السابقة .

٧- تم تطبيق الأدوات السيكمترية على مجموعات التصميم التجريبي مرة أخرى كتطبيق بعدى أول .

٨- للتأكد من استمرار فعالية برنامجي الدراسة ، تم تطبيق الأدوات السيكمترية على مجموعات التصميم التجريبي بعد مرور شهرين تقريبا من انتهاء تطبيق البرامج وذلك كتطبيق بعدى ثاني .

٩- استخدمت الأساليب الإحصائية المناسبة (سبق الإشارة إليها) لمعالجة بيانات الدراسة والتحقق من صحة الفروض .

خامسا برامج الدراسة :-

اتجهت الباحثة إلى استخدام طريقتين متكاملتين لتدريب مجموعه من الأطفال الاوتيسك بهدف تخفيف حدة أعراض الإعاقة لديهم ، وللمقارنة بين نتائج الأسلوبين وتأثيرهما معا في تحقيق هذا الهدف .

١- الأسلوب الأول : هو إرشاد وتدريب أمهات الأطفال الاوتيسك بغرض تعديل أساليب التعامل مع أطفالهن الاوتيسك وكيفية تدريب هؤلاء الأطفال على مهارات التواصل

اللفظي وغير اللفظي - التفاعل الاجتماعي - رعاية الذات - التحكم في المشكلات السلوكية .
ملحق رقم (١) .

٢- الأسلوب الثاني : هو تدريب مجموعة من الأطفال الاوتيسك على بعض المهارات الاجتماعية من خلال فنيات تعديل السلوك بهدف تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لديهم ، وقد اختارت الباحثة المهارات الاجتماعية التي أجمعت الدراسات على أن الأطفال الاوتيسك لديهم عجز رئيسي فيها وهذه المهارات هي التواصل اللفظي وغير اللفظي - التفاعل الاجتماعي - السلوك الاستقلالي - المشكلات السلوكية . ملحق رقم (٢) .

وقد تم عرض الصورة الأولية لبرنامجي الدراسة على السادة المشرفين وتم إجراء التعديلات التي أشارا إليها ، ثم عرضت الصورة المعدلة على السادة المحكمين - سبق الإشارة إليهم - وبناء على آرائهم تم إجراء التعديلات التي أشاروا إليها وأصبحت في صورتها النهائية التي تم تطبيقها ، وسوف يتم عرضها بالتفصيل في الملاحق .

الفصل الخامس

النتائج والتفسير

- النتائج الإحصائية وتفسيرها
- الحالات الكلينية
- التوصيات والتوجيهات التربوية

الفصل الخامس

النتائج والتفسير

مقدمة :

تعد النتائج والتفسير هما محصلة البحث والإسهام العلمي المتوقع من الدراسة ، وتقدم الباحثة في هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها والتفسير الذي قدم لهذه النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة. كما أن هذا الفصل يتضمن وصفاً سريرياً لحالتين تم دراستيهما دراسة متعمقة وذلك للكشف عما عجزت عنه الاختبارات السيكومترية ، وينتهي الفصل بالتوصيات التربوية والإرشادية التي يجب الأخذ بها في مجال تطبيق برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسري لفئة الأطفال الاوتستك وأسره .

أولاً : نتائج الفرض الأول

ينص الفرض الأول :- يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج من المهارات الاجتماعية وبرنامج للإرشاد الأسري في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتستك .

ومن أجل تحقيق هذا الفرض فقد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية :-

- ١- اختبار كروسكال - واليس لتحليل التباين اللابارامترى أحادي الاتجاه للتعرف على أثر البرامج المستخدمة من خلال المقارنة بين مجموعات التصميم التجريبي (ضابطة - تجريبية (١) - تجريبية (٢) - تجريبية (٣)) في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة ، والجدول التالي يوضح ذلك :-

جدول رقم (١٨)

نتائج تحليل التباين اللابارامترى -أحادي الاتجاه- بين درجات مجموعات التصميم التجريبي ضابطة - تجريبية (١) - تجريبية (٢) - تجريبية (٣) في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة

أدوات الدراسة	قيمة (هـ) المحسوبة	أدوات الدراسة	قيمة (هـ) المحسوبة
اختبار اوتيزم الطفولة	١٣,٠٦	بعد الاضطرابات اللغوية	١٢,٨٨
مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي	١٣,٠٦	بعد الاضطرابات الاجتماعية	١٣,١٨
الجزء الأول من السلوك التوافقي	١٣,٠٦	بعد الاضطرابات الانفعالية	١٢,٠٩
الجزء الثاني من السلوك التوافقي	١١,٠١	بعد مشكلات رعاية الذات	١٢,٩١
قائمة أعراض الاوتيزم (درجة كلية)	١٢,٧١	بعد المشكلات السلوكية	١٢,٣٣

بما أن قيم (هـ) لتحليل التباين باستخدام اختبار "كروسكال-واليس" الجدولية عندما يكون عدد مجموعات المقارنة أربعة (٤:٤:٤:٤) أى في كل مجموعة أربعة أفراد، كانت عند مستوى ٠,٠٥ = ٧,٢٣٥ ، وعند مستوى ٠,٠١ = ٩,٢٨٧ .

وبمقارنة قيم (هـ) المحسوبة على أدوات الدراسة في التطبيق البعدي الأول بالقيم الجدولية وجد أن القيم المحسوبة أكبر من القيم الجدولية عند مستويات الدلالة ٠,٠٥ ، ٠,٠١ . وتشير هذه القيمة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات التصميم التجريبي الأربع في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة جميعها عند مستوى ٠,٠١ . مما يوضح أن هناك تأثير دال للبرامج التي طبقت على المجموعات التجريبية الثلاث . وللتعرف على اتجاه هذا التأثير فقد تم استخدام الأساليب التالية :-

١- اختبار "مان-ويتني" Mann-Whitney لدلالة الفروق بين المجموعات المستقلة للتعرف على اتجاه التأثير الفعال للبرامج ، وذلك من خلال مقارنة كل مجموعة تجريبية بالمجموعة الضابطة في نتائج التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة ، والجدول التالية توضح ذلك :-

جدول رقم (١٩)

درجات ورتب كل من المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية (١) في التطبيق البعدي الأول لأخوات الدراسة

قائمة أعراض الانزيم "كلية"				الجزء الثاني من السلوك التوافقي				الجزء الأول من السلوك التوافقي				فاينلاند للنضج الاجتماعي				اوتنيزم الطفولة			
تجريبية (١)		ضابطة		تجريبية (١)		ضابطة		تجريبية (١)		ضابطة		تجريبية (١)		ضابطة		تجريبية (١)		ضابطة	
ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د
٢	٦٨	٥	١١١	٢	١٧	٥	٣٧	٧	١٠٥	٤	٨٥	٧	٦٢	٤	٥٠	٢	٣٩	٥	٥١
٣	٧٣	٦	١١٢	٤	٢٦	٦	٣٨	٦	١٠٢	٢	٤٨	٥	٥٢	٣	٤٣	٣,٥	٤٧	٦	٥٤
٤	٧٩	٧	١١٨	٣	٢٠	٨	٨٠	٥	٨٩	١	٤٦	٦	٥٧	١	٣١	٣,٥	٤٧	٨	٥٨
١	٥٨	٨	١١٩	١	١٠	٧	٦٠	٨	١٠٧	٣	٥٦	٨	٦٣	٢	٣٩	١	٣٤	٧	٥٧
١٠ =	٢٦	١٠ =	٢٦	١٠ =	٢٦	١٠ =	٢٦	٢٦ =	٢٦	١٠ =	٢٦	٢٦ =	٢٦	١٠ =	٢٦	١٠ =	٢٦	٢٦ =	٢٦

تلع جدول رقم (١٩)

بعد المشكلات السلوكية				بعد مشكلات رعاية الذات				بعد الاضطرابات الانفعالية				بعد الاضطرابات الاجتماعية				بعد الاضطرابات اللغوية			
تجريبية (١)		ضابطة		تجريبية (١)		ضابطة		تجريبية (١)		ضابطة		تجريبية (١)		ضابطة		تجريبية (١)		ضابطة	
ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د
٣	١٠	٦,٥	٢١	٢	٨	٥	١٩	١,٥	١٥	٥	٢٠	٢	١٧	٨	٢٧	١	١٨	٥	٢٤
٢	٩	٦,٥	٢١	٣	٩	٦	٢١	٣	١٦	٦	٢١	٣	١٩	٦,٥	٢٥	٣	٢٠	٦,٥	٢٥
٤	١١	٦,٥	٢١	٤	١٠	٧,٥	٢٢	٤	١٧	٧	٢٤	٤	٢٠	٦,٥	٢٥	٤	٢١	٨	٢٦
١	٥	٦,٥	٢١	١	٣	٧,٥	٢٢	١,٥	١٥	٨	٢٥	١	١٦	٧	٢٦	٢	١٩	٦,٥	٢٥
١٠ =	٢٦	١٠ =	٢٦	١٠ =	٢٦	١٠ =	٢٦	١٠ =	٢٦	٢٦ =	٢٦	١٠ =	٢٦	٢٦ =	٢٦	١٠ =	٢٦	٢٦ =	٢٦

١٠ = مجموع درجات المجموعة التجريبية (١)، (د) تعني الدرجة، (ر) تعني للرتبة.

وقد تم حساب قيم اختبار "مان ويتني" (١٥ ، ١٤) على كل أداة وأخذ القيمة الصغرى فيهما ، فكانت قيمة (٤) المحسوبة = صفر ، وبالكشف عن قيمة (٤) الجدولية عندما (٤) المحسوبة = صفر ، ن=١٤ ، عدد أفراد المجموعة الضابطة = ٢٠ ، عدد أفراد المجموعة التجريبية (١) كانت (٤) الجدولية = ٠,٢٩ ، وحيث أن (٤) المحسوبة أقل من (٤) الجدولية فتشير هذه النتيجة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة التجريبية في التطبيق البدئي الأول لأدوات الدراسة عند مستوى ٠,٠٥ ، وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية (١) ، كما تشير هذه النتيجة أيضاً إلى فعالية برنامج المهارات الاجتماعية في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى أفراد المجموعة التجريبية (١) والتي ظهرت في انخفاض درجات هذه المجموعة على مقاييس أعراض الاوتيزم وارتفاع درجاتهم على مقاييس النضج الاجتماعي والجزء الأول من السلوك التوافقي ، وذلك بالمقارنة بدرجات المجموعة الضابطة على نفس الأدوات .

جدول رقم (٢٠)

درجات ورتب كل من المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية (١) في التطبيق البدئي الأول لأدوات الدراسة .

قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"		الجزء الثاني من السلوك التوافقي		الجزء الأول من السلوك التوافقي		الجزء الأول من السلوك التوافقي		النضج الاجتماعي		فاينلاند للنضج الاجتماعي		اوتيزم الطفولة	
تجريبية (١)	ضابطة	تجريبية (١)	ضابطة	تجريبية (١)	ضابطة	تجريبية (١)	ضابطة	تجريبية (١)	ضابطة	تجريبية (١)	ضابطة	تجريبية (١)	ضابطة
ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د
٤	٨٠	١	١١١	١٦	٣٧	٥	٨٦	٧	٥٤	٤	٥٠	٣٩	٥
١	٦٤	٣	١١٢	١٨	٣٨	٧	١٠١	٦	٥٣	٣	٤٣	١,٥	٦
٢	٦٥	٢	١١٨	١٧	٨٠	٦	٩٣	٥	٥١	١	٣١	١,٥	٨
٣	٧٢	٤	١١٩	٢٢	٦٠	٨	١٠٣	٨	٥٩	٢	٣٩	٣	٧
١٠ = ٢٠	٢٦ = ١٠	١٠ = ٢٠	٢٦ = ١٠	٢٦ = ١٠	٢٦ = ١٠	٢٦ = ١٠	٢٦ = ١٠	٢٦ = ١٠	٢٦ = ١٠	١٠ = ١٠	١٠ = ١٠	١٠ = ٢٠	٢٦ = ١٠

تأليح جدول رقم (٢٠)

المشكلات السلوكية		مشكلات رعاية الذات		الاضطرابات الانفعالية		الاضطرابات الاجتماعية		الاضطرابات اللغوية		بعد الاضطرابات اللغوية	
تجريبية (١)	ضابطة		تجريبية (٢)	ضابطة		تجريبية (١)	ضابطة		تجريبية (٢)	ضابطة	
	د	ر		د	ر		د	ر		د	ر
٣,٥	١١	٦,٥	٤	١٣	٥	١٩	٤	١٨	٣,٥	٢٠	٥
٢	١٠	٦,٥	٣	١١	٦	٢١	١	١٠	١,٥	١٩	٦,٥
١	٨	٦,٥	١	٩	٧,٥	٢٢	٢,٥	١٥	٣,٥	٢٠	٨
٣,٥	١١	٦,٥	٢	١٠	٧,٥	٢٢	٢,٥	١٥	١,٥	١٩	٦,٥
١٠ = ٢	٢٦ = ١	٢٦ = ١	١٠ = ٢	٢٦ = ١	٢٦ = ١	١٠ = ٢	٢٦ = ١	٢٦ = ١	١٠ = ٢	٢٦ = ١	٢٦ = ١

تم حساب قيمة U ، U على كل أداة وكانت القيمة الصغرى فيها = صفر ، وبالكشف عن قيمة (U) الجدولية عندما (U) الصغرى = صفر ، $U = ١٠$ (حيث $U = ٤$ عدد أفراد المجموعة الضابطة ، $U = ٢$ عدد أفراد المجموعة التجريبية (١) كانت (U) الجدولية = $٠,٢٩$ ، وحيث أن (U) المحسوبة أقل من (U) الجدولية فهذا يعنى أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة التجريبية (٢) في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة عند مستوى $٠,٠٥$ ، وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية (٢) .

كما توضح هذه النتيجة أيضا فعالية برنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى حالات المجموعة التجريبية (٢) ، والتي ظهرت في انخفاض درجات هذه المجموعة على مقاييس أعراض الاوتيزم وارتفاع درجاتها على مقاييس النضج الاجتماعى والجزء الأول من السلوك التوافقى وذلك بالمقارنة بدرجات المجموعة الضابطة على هذه الأدوات .

جدول رقم (٢١)

درجات ورتب كل من المجموعة لضابطة والمجموعة التجريبية (٣) في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة

قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"				الجزء الثاني من السلوك الراقي				الجزء الأول من السلوك التواقي				فانيلاند للنضج الاجتماعي				اوتيزم الطفولة			
ضابطة		تجريبية (٣)		ضابطة		تجريبية (٣)		ضابطة		تجريبية (٣)		ضابطة		تجريبية (٣)		ضابطة		تجريبية (٣)	
ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د
٤	٥٢	٥	١١١	٣	١٤	٨	١٥٧	٤	٨٥	٥	٨٤	٤	٥٠	٢,٥	٣٢	٥	٥١		
٣	٤٥	٦	١١٢	١	١٢	٥	١٤١	٢	٤٨	٦	٨٥	٣	٤٣	٤	٣٣	٦	٥٤		
١	٢٣	٧	١١٨	٢	١٣	٦	١٤٢	١	٤٦	٧	٨٩	١	٣١	١	٣٠	٨	٥٨		
٢	٨٣	٨	١١٩	٤	١٥	٧	١٥٣	٣	٥٦	٤	٧٨	٢	٣٩	٢,٥	٣٢	٧	٥٧		
١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦

تابع جدول رقم (٢١)

المشكلات السلوكية				مشكلات رعاية الذات				بعد الاضطرابات الانفعالية				بعد الاضطرابات الاجتماعية				بعد الاضطرابات اللغوية			
ضابطة		تجريبية (٣)		ضابطة		تجريبية (٣)		ضابطة		تجريبية (٣)		ضابطة		تجريبية (٣)		ضابطة		تجريبية (٣)	
ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د
٢,٥	٥	٦,٥	٢١	٤	٤	٤	١٩	٥	٢٠	٤	١٢	٨	٢٧	٤	١٧	٥	٢٤		
٤	٦	٦,٥	٢١	٢	٣	٣	٢١	٦	٢١	٣	١١	٥,٥	٢٥	٣	١٣	٦,٥	٢٥		
١	٣	٦,٥	٢١	٢	٣	١	٢٢	٧	٢٤	١	٦	٥,٥	٢٥	١	٥	٨	٢٦		
٢,٥	٥	٦,٥	٢١	٢	٣	٢	٢٢	٨	٢٥	٢	٨	٧	٢٦	٢	٧	٦,٥	٢٥		
١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦	١٠ = ٢٦

تم حساب ١ ، ٢ على كل أداة ، وكانت القيمة الصغرى فيها = صفر

وبالكشف عن قيمة (د) الجدولية عندما (د) الصغرى المحسوبة = صفر ، $n_1 = 2$ ، $n_2 = 4$ حيث n_1 عدد أفراد المجموعة الضابطة ، n_2 عدد أفراد المجموعة التجريبية (٣) ، كانت = ٠,٢٩ ، وحيث أن (د) المحسوبة أقل من (د) الجدولية ، فهذا يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة التجريبية (٣) في التطبيق البعدي الأول لدورات الدراسة عند مستوى ٠,٠٥ ، وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية (٣) ، كما يبين فعالية استخدام برنامج المهارات الاجتماعية والإرشاد الأسرى معاً في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى حالات المجموعة التجريبية (٣) والتي ظهرت في انخفاض درجات هذه المجموعة على مقاييس أعراض الاوتيزم وارتفاع درجاتها على مقاييس النضج الاجتماعي والجزء الأول من مقياس السلوك التوافقي ، وذلك بالمقارنة بدرجات المجموعة الضابطة على هذه الأدوات .

باستعراض نتائج الجداول (٢١،٢٠،١٩) نتضح فعالية برنامج المهارات الاجتماعية ، وبرنامج الإرشاد الأسرى ، والبرنامجين معاً في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم ، وبهذا يكون الفرض الأول قد تحقق من خلال مقارنة المجموعات التجريبية كل على حدة مع المجموعة الضابطة في نتائج التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة . الاختبار الإشارة Sing-Test لدلالة الفروق بين المجموعات المترابطة للتعرف على اتجاه التأثير من خلال المقارنة بين نتائج التطبيقين القبلي والبعدي الأول في كل مجموعة من مجموعات التصميم التجريبي ، والجداول التالية توضح ذلك .

جدول رقم (٢٢)

دلالة الفروق بين درجات التطبيقين القبلي والبعدي الأول للمجموعة الضابطة على أدوات الدراسة .

إشارات الفروق	الرابع		الثالث		الثاني		الأول		الأطفال	أدوات الدراسة
	بعدي أول	قبلي	بعدي أول	قبلي	بعدي أول	قبلي	بعدي أول	قبلي		
- + + +	٥٧	٤٥	٥٨	٥٩	٥٤	٥٦	٥١	٥٣	الأطفال	أدوات الدراسة
- + - -	٣٩	٣٢	٣١	٣٢	٤٣	٤١	٥٠	٤٩	الوتيزم الطفولة	أدوات الدراسة
+ - - +	٥٦	١٣٢	٤٦	٤٢	٤٨	٤٦	٨٥	٨٨	فاينلاند للنضج الاجتماعي	أدوات الدراسة
+ + - -	٦٠	٦٣	٨٠	٨٥	٣٨	٣٦	٣٧	٣٣	الجزء الأول من السلوك التوافقي	أدوات الدراسة
- + + +	١١٩	١١٧	١١٨	١٢٤	١١٢	١٢٠	١١	١١٦	الجزء الثاني من السلوك التوافقي	أدوات الدراسة
+ + + -	٢٥	٢٦	٢٦	٢٧	٢٥	٢٧	٢٤	٢٤	قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"	أدوات الدراسة

تابع جدول رقم (٢٣)

إشارات الفرق	الرابع		الثالث		الثاني		الأول		الأطفال	أدوات الدراسة
	يعدى أول	قبلي	يعدى أول	قبلي	يعدى أول	قبلي	يعدى أول	قبلي		
+ + + +	١٩	٢٧	٢١	٢٦	٢٠	٢٤	١٨	٢٥	بعد الاضطرابات اللغوية	
+ + + +	١٦	٢٥	٢٠	٢٥	١٩	٢٦	١٧	٢٥	بعد الاضطرابات الاجتماعية	
+ + + +	١٥	٢٦	١٧	٢٤	١٦	٢٤	١٥	٢٤	بعد الاضطرابات الانفعالية	
+ + + +	٣	١٨	١٠	٢٦	٩	٢٠	٨	٢٣	بعد مشكلات رعاية الذات	
+ + + +	٥	٢٢	١١	٢٣	٩	٢٣	١٠	٢٢	بعد المشكلات السلوكية	

بملاحظة العمود الأخير (إشارات الفرق) ، وجد أن القيمة الصغرى لاختبار الإشارة على كل الأدوات = صفر ، وبالكشف عن القيمة الجدولية لاختبار الإشارة عندما ($n=4$) (عدد أفراد المجموعة التجريبية^(١)) كانت = صفر ، وحيث أن القيمة المحسوبة لاختبار الإشارة تساوى القيمة الجدولية ، فهذا يعنى أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية^(١) في التطبيقين القبلي والبعدي الأول على أدوات الدراسة عند مستوى ٠,١ . وهذه الفروق لصالح التطبيق البعدي الأول " . مما يوضح فعالية برنامج المهارات الاجتماعية في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى أفراد هذه المجموعة والتي عبر عنها بانخفاض درجات الأفراد على مقاييس أعراض الاوتيزم وارتفاع الدرجات على مقاييس التضييق الاجتماعي والجزء الأول من مقياس السلوك التوافقي في التطبيق البعدي الأول عند مقارنته بدرجات التطبيق القبلي . أى أن برنامج المهارات الاجتماعية ساهم في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم وزيادة درجة النضج الاجتماعي والتوافق الشخصي والاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية^(١) .

جدول رقم (٢٤)

دلالة الفروق بين درجات التطبيقين القبلي والبعدى الأول للمجموعة التجريبية^(٢) على أدوات الدراسة .

إشارات	الرابع		الثالث		الثاني		الأول		الأطفال
	بعدى أول	قبلي	بعدى أول	قبلي	بعدى أول	قبلي	بعدى أول	قبلي	
+ + + +	٣٧	٥٣	٣٥	٥٧	٣٥	٤٢	٣٩	٤٦	أوتيزم الطفولة
- - - -	٥٩	٣٦	٥١	٣٤	٥٣	٤٣	٥٤	٣٥	فاينلاندا للنضج الاجتماعي
- - - -	١٠٣	٩٠	٩٣	٦٥	١٠١	٨٥	٨٦	٤١	الجزء الأول من السلوك التوافقى
+ + + +	٢٢	٨٣	١٧	٥٩	١٨	٤٦	١٦	٢٣	الجزء الثانى من السلوك التوافقى
+ + + +	٧٢	١١٨	٦٥	١١٩	٦٤	١١٢	٨٠	١١٣	قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"
+ + + +	١٩	٢٦	٢٠	٢٧	١٩	٢٣	٢٠	٢٥	بعد الاضطرابات اللغوية
+ + + +	١٧	٢٥	١٣	٢٤	١٤	٢٤	١٨	٢٧	بعد الاضطرابات الاجتماعية
+ + + +	١٥	٢٢	١٥	٢٣	١٠	٢٢	١٨	٢٣	بعد الاضطرابات الانفعالية
+ + + +	١٠	٢١	٩	١٩	١١	٢٢	١٣	٢١	بعد مشكلات رعاية الذات
+ + + +	١١	٢٤	٨	٢٦	١٠	٢٣	١١	١٧	بعد المشكلات السلوكية

بملاحظة العمود الأخير (إشارات الفرق) ، وجد أن القيمة الصغرى لاختبار الإشارة على كل الأدوات = صفر ، وبالكشف عن القيمة الجدولية لاختبار الإشارة عندما ($n=4$) [عدد أفراد المجموعة التجريبية^(٢)] كانت = صفر ، وحيث أن القيمة المحسوبة لاختبار الإشارة تساوى القيمة الجدولية ، فهذا يعنى أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية^(٢) في التطبيقين القبلي والبعدى الأول على أدوات الدراسة عند مستوى ٠.١ . وهذه الفروق لصالح التطبيق البعدى الأول " . مما يوضح فعالية برنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى أفراد هذه المجموعة والتي عبر عنها بانخفاض درجات الأفراد على مقاييس أعراض الاوتيزم وارتفاع درجاتهم على مقاييس النضج الاجتماعى والجزء الأول من مقياس السلوك التوافقى في التطبيق البعدى الأول عند المقارنة بدرجات التطبيق القبلي ، أى أن برنامج الإرشاد الأسرى ساهم في

جدول رقم (٢٥)

دلالة الفروق بين درجات التطبيقين القبلي والبعدي الأول للمجموعة التجريبية^(٣) على أدوات الدراسة

إشارات الفروق	الرابع		الثالث		الثاني		الأول		الأطفال	أدوات الدراسة
	بعدي أول	قبلي	بعدي أول	قبلي	بعدي أول	قبلي	بعدي أول	قبلي		
+++	٣٢	٥٨	٣٠	٤٨	٣٣	٥١	٣٢	٤٩	لوتيزم الطفولة	
---	٧٨	٤٥	٨٩	٣٧	٨٥	٥٢	٨٤	٣٥	فاينلاند للنضج الاجتماعي	
---	١٥٣	١٣٠	١٤٢	٩٣	١٤١	٧٤	١٥٧	٥٤	الجزء الأول من السلوك التوافقي	
+++	١٥	٤٠	١٣	٥٦	١٢	٦٤	١٤	٧٢	الجزء الثاني من السلوك التوافقي	
+++	٣١	١١٩	٢٣	١٢١	٤٥	١١٣	٥٢	١٢٥	قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"	
+++	٧	٢٥	٥	٢٥	١٣	٢٦	١٧	٢٥	بعد الاضطرابات اللغوية	
+++	٨	٢٤	٦	٢٣	١١	٣٥	١٢	٢٧	بعد الاضطرابات الاجتماعية	
+++	٨	٢٥	٦	٢٣	١٢	٢٣	١٤	٢٦	بعد الاضطرابات الانفعالية	
+++	٣	٢٥	٣	٢٦	٣	١٨	٤	٢٢	بعد مشكلات رعاية الذات	
+++	٥	٢٠	٣	٢٤	٦	٢١	٥	٢٥	بعد المشكلات السلوكية	

بملاحظة العمود الأخير (إشارات الفرق) ، وجد أن القيمة الصغرى لاختبار الإشارة على كل الأدوات = صفر ، وبالكشف عن القيمة الجدولية لاختبار الإشارة عندما ($n=4$) [عدد أفراد المجموعة التجريبية^(٣)] كانت = صفر ، وحيث أن القيمة المحسوبة لاختبار الإشارة تساوى القيمة الجدولية ، فهذا يعنى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية^(٣) في التطبيقين القبلي والبعدي الأول على أدوات الدراسة عند مستوى ٠.١ وهذه الفروق لصالح التطبيق البعدي الأول . مما يوضح فعالية برنامجى المهارات الاجتماعية والإرشاد الأسرى معا في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى أفراد هذه المجموعة والتي عبر عنها بانخفاض درجات الأفراد على مقاييس أعراض الاوتيزم وارتفاع الدرجات على مقاييس النضج الاجتماعي والجزء الأول من مقياس السلوك التوافقي في التطبيق البعدي الأول عند مقارنته بدرجات التطبيق القبلي. "أى أن البرنامجين معا ساهما في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم وزيادة درجة النضج الاجتماعي والتوافق الشخصى والاجتماعى لدى أفراد المجموعة التجريبية^(٣) .

باستعراض نتائج الجداول (٢٣، ٢٤، ٢٥) قد اتضحت فعالية برامج الدراسة [المهارات الاجتماعية - الإرشاد الأسري - البرنامجين معا] في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيسك من خلال المقارنة بين درجات التطبيقين القبلي والبعدي الأول على أدوات الدراسة في كل مجموعة تجريبية على حدة .

- أسفرت نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات التصميم التجريبي [ضابطة-تجريبية(١) -تجريبية(٢) -تجريبية(٣)] في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة .

- أسفرت نتائج اختبار "مان-ويتني" عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من:

[المجموعة الضابطة-تجريبية(١)] ، [ضابطة-تجريبية(٢)] ، [ضابطة -تجريبية(٣)] في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة عند مستوى ٠,٥ ، وهذه الفروق لصالح المجموعات التجريبية في كل حالة.

- أسفرت نتائج اختبار الإشارة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج التطبيقين القبلي والبعدي الأول في كل مجموعة تجريبية على أدوات الدراسة عند مستوى ٠,١ ، وهذه الفروق لصالح التطبيق البعدي الأول .

وهذه النتائج الثلاثة تحقق صحة الفرض الأول ، وقد اتفقت مع نتائج دراسة كل من ريتشلز وسكوبلر (١٩٧٦) ، هيلم دافيد (١٩٨١) ، ميكلننهان وآخرون (١٩٨٢) ، فافيل (١٩٨٣) ، ماسجي وآخرون (١٩٨٣ ، ١٩٨٦) ، كوهين ودونالان (١٩٨٥) ، كوجل وآخرون (١٩٨٧ ، ١٩٩٢) ، تاراس وآخرون (١٩٨٨) ، كوجل وفريا (١٩٩٣) ، كرانتر وميكلننهان (١٩٩٣) ، مايلز وسيمبسون (١٩٩٤) ، بيرس وسكريمان (١٩٩٤) ، اسماعيل بدر (١٩٩٧) ، عبد المنان معمور (١٩٩٧) .

ويمكن تفسير هذه النتائج واستخلاص الدلالات السيكولوجية التي تدل عليها من الرجوع الى محتوى المقاييس التي طبقت قبل البرامج وبعدها . فقد اشتملت البرامج (المهارات الاجتماعية ، الإرشاد الأسري) على مهارات وفنيات لتنمية الجوانب الاجتماعية لدى الأطفال الاوتيسك "عينة الدراسة" فقد زادت علاقة الطفل بالآخرين وأصبح قادرا الى حد ما على إيجاد شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي يحدد فيه حاجاته ويعرف ما يكون الآخرين عليه من أثار ويستطيع أيضا من خلال هذا التفاعل الاجتماعي أن يؤثر ويتأثر بالمناخ البيئي

الذى يوجد فيه سواء أكان مناخا فيزيقيا أو اجتماعيا ، وزادت قدرته على التقليد وتحسن أدائه في استخدام الأشياء والألعاب ، كما أظهر بؤادر تحسن إلى حد كبير في استجاباته للمثيرات السمعية والبصرية واستخدام حاسة الشم والتذوق واللمس في التعرف على الأشياء ، وزاد مستوى اهتماماته بالأنشطة فتمكن من استخدام اللعب والعرائس استخداما فعالا ، وأصبح مشاركا في الأنشطة الاجتماعية لا منسحبا منها ، يتقبل التماس الجسدي والاحتضان ويبادل الآخرين الابتسامة وإشارات الاستقبال والتحية والتوديع ، وقلت التعليقات غير المقبولة والأصوات العالية التى تصدرها في المواقف الاجتماعية والأماكن العامة .

كما اهتمت البرامج بتنمية المهارات اللغوية لدى أفراد العينة ، فقد تغيرت طريقة الطفل الاوتيستك في التواصل اللفظي إلى مستوى أفضل فزادت مفردات اللغة لديه ، كما اتضحت معاني ومدلولات الكلمات فقدرته على فهم هذه المدلولات قد زادت وظهر ذلك في استجابته لما يطلب منه أو يصدر إليه من أوامر ، كما تحسن أدائه اللغوي واستخدامه للإشارات والرموز المتداولة في المجتمع ، وزادت معرفته بالاتجاهات [أعلى-أسفل-تحت-فوق-قريب-بعيد-يسار-يمين] والأحجام [كبير - صغير - سمين - رفيع] والأوزان (خفيف-ثقيل) والألوان ، كما لوحظ تغيرا في الأداء العقلي بعد تطبيق البر امج فظهر هذا التغير في حلوله لبعض المشكلات البسيطة وتخطيه لبعض العقبات التى كان يسلم بها من قبل ، وفي استدعائه للحوادث والذكريات التى مرت به وأيضا في قدرة التركيز لديه على بعض المعطيات الموجودة في البيئة والتى كانت لا تشد انتباهه قبل ذلك ، وقلت معدلات تردده لما يسمعه كالنبغاء وأصبح قادرا على المبادرة بالتحدث مع الآخرين واستمرار الحديث لفترات قصيرة إذا تلقى التدعيم والتوجيه المناسب ، كما يمكنه سرد أحداثه اليومية إذا طلب منه ذلك .

وقد استخدمت الباحثة فنيات متعددة لتنمية الجوانب الاجتماعية واللغوية لدى الطفل الاوتيستك فاعتمدت على التدعيم كوسيلة أساسية للتعامل مع حالات الدراسة طبقا لما أشارت إليه دراسات [هيلم دافيد (١٩٨١) ، نيومان (١٩٨٧) ، مايلز وسيمبسون (١٩٩٤)] .

كما استخدمت فنيات [النمذجة-التعلم الطارئ-لعب الدور] طبقا لما أشارت إليه دراسات كل من [يونج ودوجلاس (١٩٨٠) ، ماسجى وآخرون (١٩٨٦،١٩٨٣) ، كريمير (١٩٨٤) ، كوجل وآخرون (١٩٨٧) ، سيسان وآخرون (١٩٨٩) ، تشارلوب وميلستن

(١٩٨٩) ، ماسدوف وآخرون (١٩٩٣) ، كرانتز وميكلننهان (١٩٩٣) ، اسماعيل بدر (١٩٩٧) .

وقد استخدمت فنيات أخرى "كالتدريب والتغذية الراجعة" في تنمية الجوانب اللغوية والاجتماعية طبقا لما أشارت إليه دراسات [شورت اندريو (١٩٨٠) ، ميكلننهان وآخرون (١٩٨٢، ١٩٨٤) ، لوف وآخرون (١٩٩٠) ، كرانتز وآخرون (١٩٩٣)] .

كما ساهمت البرامج في تنمية الجوانب النفسية لدى الطفل الاوتيسك ، فخفت حدة التوتر والخوف لديه وأصبح قادرا إلى حد ما على أن يثق في نفسه وقدراته ، وفعالية الذات لديه قد زادت بشكل ملحوظ وتأثيره في البيئة أصبح واضحا فيقبل التغيير ولاينزعج منه ويستطيع أيضا أن يغير في بعض الأشياء ، وقلت نوبات البكاء والصراخ لديه وزادت مشاركته في المرح والنشاط وقلت فترات العزلة والانسحاب لديه وزادت معرفته بانفعالات الآخرين فلما تعرض عليه صورا تعبر عن الانفعالات والمشاعر يستطيع التعرف إلى حد ما على هذه الانفعالات بعدما كان عاجزا عن تحديدها .

واتفقت هذه الدلائل النفسية مع ما أشارت إليه دراسات [هيلم دافيد (١٩٨١) ، هويسون وآخرون (١٩٨٨) ، تاراس وآخرون (١٩٨٨) ، هيرسون ونيورث (١٩٩٠) ، كابس وآخرون (١٩٩٢) ، اسماعيل بدر (١٩٩٧)] .

كما لوحظ أن الحالات التي طبق عليها البرامج قد خفت ممارسة السلوكيات النمطية لديها فقلت الحملقة في السماء ، خف الدوران حول الذات ورفرفة اليدين ، وزاد توظيف أعضاء الجسم لأداء سلوكيات هادفة ، كما طرأ تحسنا على السلوكيات قد لوحظ من زيادة اهتمام الحالات بأنفسهم وبالأخرين ومن اختفاء شذوذ النشاط الحركي وقلة مضايقة الآخرين بالحركات والأصوات المزعجة وعدم وضع الأشياء الضارة في الفم ، والمحافظة على نظام الأثاث الموجود بالمنزل وعدم حمل الأشياء عديمة القيمة أو الجدوى طوال الوقت ، كما قلت مرات العنف والسلوك التدميري الموجه للذات وللآخرين والسلوك المضاد للمجتمع والسلوك المتمرد .

وقد اتفقت هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسات كل من [هيلم دافيد (١٩٨١) ، كوجل وآخرون (١٩٨٧، ١٩٩٢) ، تاراس وآخرون (١٩٨٨) ، اسماعيل بدر (١٩٩٧)] فقد أشاروا جميعا إلى أن استخدام أنشطة اللعب وتكنيك إدارة الذات من الوسائل الفعالة للتحكم في سلوكيات الأطفال الاوتيسك بالإضافة إلى التدرع والتدريب أو التكرار .

ومن متابعة الحالات التي طبق عليها البرامج يمكن ملاحظة ما حدث من تقدم في رعاية الذات فقد زاد اعتماد هذه الحالات على أنفسهم ويظهر ذلك في اعتمادهم على أنفسهم في تناول الوجبات البسيطة والمشروبات وخلع ولبس الملابس والمحافظة على النظافة الشخصية والعامة وتجنب الأخطار . وقد اعتمدت الباحثة على النمذجة وإدارة الذات كفنيات لتنمية السلوك الاستقلالي ومهارات الحياة اليومية لدى الاوتيسك استنادا إلى ما أشارت إليه دراسات : كوجل وآخرون (١٩٩٢)، كوجل وفريا (١٩٩٣) ، بيرس وسكريبمان (١٩٩٤) ، عبد المنان معمور (١٩٩٧) .

وبهذا تكون البرامج التي قدمت لعينة الدراسة قد ساهمت في تخفيف الاضطرابات الاجتماعية ، اللغوية ، النفسية ، المشكلات السلوكية ، مشكلات السلوك الاستقلالي ورعاية الذات ، وهذا ما أكدته "فاروق صادق" عند تعريفه للتدخل السيكولوجي Intervention بأنه يعنى التعامل مع مشكلة تعوق الطفل من تحقيق ذاته أو إمكانياته في التكيف مع الزملاء أو الكبار ، وبحيث يؤدي هذا التدخل في النهاية إلى اختفاء المشكلة أو التقليل من أثارها السلبية في حياة الطفل الأسرية والمدرسية والتوافقية (فاروق صادق ، ١٩٩٤ ، ٦٧) .

ثانيا نتائج الفرض الثاني :-

ينص الفرض الثاني على أنه :-

"يكون استخدام برنامج من المهارات الاجتماعية وبرنامج للإرشاد الأسرى معا أكثر فعالية في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيسك من استخدام كل برنامج على حدة "

ومن أجل تحقيق هذا الفرض فإنه قد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية :

١- اختبار "كروسكال-واليس" لتحليل التباين اللابارامترى-أحادي الاتجاه- للتعرف على أثر البرامج المستخدمة مع المجموعات التجريبية الثلاث من خلال المقارنة بين نتائج هذه المجموعات في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة ، والجدول التالي يوضح ذلك .

جدول رقم (٢٦)

تحليل التباين اللابارامترى-أحادي الاتجاه-بين المجموعات التجريبية الثلاث في التطبيق
البعدي الأول لأدوات الدراسة .

أدوات الدراسة	قيمة (هـ) المحسوبة	مستوى الدلالة	أدوات الدراسة	قيمة (هـ) المحسوبة	مستوى الدلالة
اوتيزم الطفولة	٧,٩٤	٠,٠١	بعد الاضطرابات اللغوية	٧,٦١	٠,٠٥
فاينلاند للنضج الاجتماعي	٨	٠,٠١	بعد الاضطرابات الاجتماعية	٨,١٧	٠,٠١
الجزء الأول من السلوك التوافقي	٨	٠,٠١	بعد الاضطرابات الانفعالية	٦,٢٢	٠,٠٥
الجزء الثاني من السلوك التوافقي	٤,٢٥	غير دالة	بعد مشكلات رعاية الذات	٧,٦٠	٠,٠٥
قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"	٧,٣٨	٠,٠١	بعد المشكلات السلوكية	٦,٣٢	٠,٠٥

بما أن قيمة (هـ) الجدولية في حالة المقارنة بين ثلاث مجموعات (٤:٤:٤) أي كل
مجموعة بها أربعة أفراد هي:-

عند مستوى ٠,٠٥ = ٥,٦٩٢ ، عند مستوى ٠,٠١ = ٧,٦٥٤ وحيث أن قيم (هـ) المحسوبة
على أدوات الدراسة جميعها اكبر من القيم الجدولية عند مستويات الدلالة فهذا يعنى أنه توجد
فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات التجريبية الثلاث في التطبيق البعدي الأول لأدوات
الدراسة" عند مستويات الدلالة المحددة بالجدول .

أما الدرجات على الجزء الثاني من مقياس السلوك التوافقي فقد أظهرت وجود فروق بين
مجموعات المقارنة الثلاث ولكنها لا تصل لمستوى الدلالة وهذه الفروق تشير إلى اختلاف
تأثير البرامج المقدمة للمجموعات التجريبية الثلاثة .

٢- اختبار "مان-ويتنى" لدلالة الفرق بين المجموعات المستقلة ، ثم استخدامه للتعرف على
اتجاه التأثير الدال للبرامج من خلال مقارنة كل مجموعة تجريبية بالأخرى أي تتم المقارنات
كالتالى تجريبية(٣،١) ، تجريبية(٣،٢) ، تجريبية(٢،١) والجدول التالية توضح ذلك :-

جدول رقم (٢٧)

درجات ورتب كل من المجموعة التجريبية (١) والمجموعة التجريبية (٢) في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة .

قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"			الجزء الثالث من السلوك التوافقي			الجزء الأول من السلوك التوافقي			فانيلاند للنضج الاجتماعي			اوتيزم الطفرية		
تجريبية (٣)	تجريبية (١)		تجريبية (٣)	تجريبية (١)		تجريبية (٣)	تجريبية (١)		تجريبية (٣)	تجريبية (١)		تجريبية (٣)	تجريبية (١)	
	د	ج		د	ج		د	ج		د	ج		د	ج
٤	٥٢	٦	٦٨	٦	١٧	٨	١٥٧	٣	١٠٥	٣	٦٢	٢,٥	٣٢	٦
٣	٤٥	٧	٧٣	١٢	٨	٢٦	١٤١	٢	١٠٢	٢	٥٢	٤	٣٣	٧,٥
١	٢٣	٨	٧٩	٧	٢٠	٦	١٤٢	١	٨٩	١	٣٧	١	٣٠	٧,٥
٢	٣١	٥	٥٨	١٠	١٥	٧	١٥٣	٤	١٠٧	٤	٦٢	٢,٥	٣٢	٥
١٠ = جـ	٢٦ = جـ	١٠ = جـ	٢٦ = جـ	٢٦ = جـ	٢٦ = جـ	٢٦ = جـ	٢٦ = جـ	١٠ = جـ	٢٦ = جـ	١٠ = جـ	٢٦ = جـ	٢٦ = جـ	١٠ = جـ	٢٦ = جـ
١٠ = جـ	٢٦ = جـ	١٠ = جـ	٢٦ = جـ	٢٦ = جـ	٢٦ = جـ	٢٦ = جـ	٢٦ = جـ	١٠ = جـ	٢٦ = جـ	١٠ = جـ	٢٦ = جـ	٢٦ = جـ	١٠ = جـ	٢٦ = جـ

تابع جدول رقم (٢٧)

بعد المشكلات السلوكية			بعد مشكلات رعاية الذات			بعد الاضطرابات الانفعالية			بعد الاضطرابات الاجتماعية			بعد الاضطرابات اللغوية		
تجريبية (٣)	تجريبية (١)		تجريبية (٣)	تجريبية (١)		تجريبية (٣)	تجريبية (١)		تجريبية (٣)	تجريبية (١)		تجريبية (٣)	تجريبية (١)	
	د	ج		د	ج		د	ج		د	ج		د	ج
٣	٥	٧	١٠	٦	٨	٤	١٤	٥,٥	٤	١٢	٦	١٧	٤	١٧
٥	٦	٩	٢,٥	٧	٦	١٣	١٢	٧	٣	١١	٧	١٩	٣	١٣
١	٣	٨	١١	٨	١٠	١	٦	٨	١	٦	٨	٢٠	١	٥
٣	٥	٣	٢,٥	٢,٥	٣	٢	٨	٥,٥	٢	٨	٥	١٦	٢	٧
١٢ = جـ	٢٤ = جـ	١٢,٥ = جـ	٢٣,٥ = جـ	٢٣,٥ = جـ	٢٣,٥ = جـ	١٠ = جـ	٢٦ = جـ	٢٦ = جـ	١٠ = جـ	٢٦ = جـ	٢٦ = جـ	١٠ = جـ	٢٦ = جـ	٢٦ = جـ
١٢ = جـ	٢٤ = جـ	١٢,٥ = جـ	٢٣,٥ = جـ	٢٣,٥ = جـ	٢٣,٥ = جـ	١٠ = جـ	٢٦ = جـ	٢٦ = جـ	١٠ = جـ	٢٦ = جـ	٢٦ = جـ	١٠ = جـ	٢٦ = جـ	٢٦ = جـ

حيث (د) تعنى الدرجة ، (ر) الرتبة ، $مج ر_١ =$ مجموع رتب المجموعة التجريبية (١) ، $مج ر_٢ =$ مجموع رتب المجموعة التجريبية (٢) للكشف عن دلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية (١) ودرجات المجموعة التجريبية (٢) في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة ، تم حساب قيم (١،٢) على كل أداة فكانت القيمة الصغرى فيها = صفر على أدوات الدراسة جميعها فيما عدا بُعدى [مشكلات رعاية الذات والمشكلات السلوكية] من قائمة أعراض الاوتيزم فقد كانت قيمة (١) الصغرى المحسوبة فيهما على الترتيب (٢،٥ ، ٢) .

وبالكشف عن قيمة (١) الجدولية عندما (١) المحسوبة = صفر ، $١ = ٢ = ٤$ [ن ١ عدد أفراد المجموعة التجريبية (١) ، ن ٢ عدد أفراد المجموعة التجريبية (٢)] ، فكانت (١) الجدولية = ٠,٢٩ ، أى أن قيمة (١) المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية على أدوات الدراسة جميعها فيما عدا البُعدين المذكورين وهذا يعنى أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات كل من المجموعة التجريبية (١) والمجموعة التجريبية (٢) في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة (فيما عدا بُعدى مشكلات رعاية الذات والمشكلات السلوكية) عند مستوى ٠,٥ لصالح المجموعة التجريبية (٢) .

وبالكشف عن قيمة (١) الجدولية ، عندما (١) المحسوبة = (٢) أو (٢,٥) ، $١ = ٢ = ٤$ كانت القيمة الجدولية = ٠,٥٧ ، أى أن القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية وهذا يعنى أن الفروق بين المجموعتين التجريبيتين لم تصل لمستوى الدلالة في هذين البُعدين وهذا يشير إلى أن تأثير البرنامجين معا أفضل من تأثير برنامج المهارات الاجتماعية على حدة في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيسك والذى يظهر في انخفاض درجات المجموعة التجريبية (٢) على مقاييس أعراض الاوتيزم وارتفاع درجاتها على مقاييس النضج الاجتماعي والتوافق الشخصى وذلك بالمقارنة بدرجات المجموعة التجريبية (١) .

درجات ورتب كل من المجموعة (١) والمجموعة التجريبية (٢) في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة .

تابع جدول رقم (۲۸)

بعد المشكلات السلوكية			بعد مشكلات رعاية الذات			بعد الاضطرابات الانفعالية			بعد الاضطرابات اللغوية			بعد الاضطرابات النفسية		
تجريبية (٣)		تجريبية (٣)	تجريبية (٣)		تجريبية (٣)	تجريبية (٣)		تجريبية (٣)	تجريبية (٣)		تجريبية (٣)	تجريبية (٣)		تجريبية (٣)
١	٣	٥	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٢	٤	١١	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٣	٥	١١	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٤	٦	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٥	٧	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٦	٨	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٧	٩	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٨	١٠	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٩	١١	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
١٠	١٢	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
١١	١٣	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
١٢	١٤	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
١٣	١٥	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
١٤	١٦	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
١٥	١٧	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
١٦	١٨	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
١٧	١٩	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
١٨	٢٠	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
١٩	٢١	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٢٠	٢٢	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٢١	٢٣	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٢٢	٢٤	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٢٣	٢٥	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٢٤	٢٦	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٢٥	٢٧	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٢٦	٢٨	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٢٧	٢٩	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٢٨	٣٠	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٢٩	٣١	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٣٠	٣٢	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٣١	٣٣	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٣٢	٣٤	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٣٣	٣٥	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٣٤	٣٦	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٣٥	٣٧	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٣٦	٣٨	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٣٧	٣٩	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٣٨	٤٠	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٣٩	٤١	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٤٠	٤٢	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٤١	٤٣	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٤٢	٤٤	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٤٣	٤٥	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٤٤	٤٦	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٤٥	٤٧	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٤٦	٤٨	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٤٧	٤٩	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٤٨	٥٠	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٤٩	٥١	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٥٠	٥٢	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٥١	٥٣	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٥٢	٥٤	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٥٣	٥٥	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٥٤	٥٦	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٥٥	٥٧	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٥٦	٥٨	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٥٧	٥٩	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٥٨	٦٠	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٥٩	٦١	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٦٠	٦٢	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٦١	٦٣	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٦٢	٦٤	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٦٣	٦٥	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٦٤	٦٦	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٦٥	٦٧	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٦٦	٦٨	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٦٧	٦٩	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٦٨	٧٠	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٦٩	٧١	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٧٠	٧٢	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٧١	٧٣	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٧٢	٧٤	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٧٣	٧٥	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٧٤	٧٦	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٧٥	٧٧	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٧٦	٧٨	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٧٧	٧٩	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٧٨	٨٠	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٧٩	٨١	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٨٠	٨٢	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٨١	٨٣	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٨٢	٨٤	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٨٣	٨٥	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٨٤	٨٦	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٨٥	٨٧	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٨٦	٨٨	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٨٧	٨٩	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٨٨	٩٠	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٨٩	٩١	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٩٠	٩٢	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٩١	٩٣	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٩٢	٩٤	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٩٣	٩٥	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٩٤	٩٦	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٩٥	٩٧	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٩٦	٩٨	١٠	١٠	٦	٣	٧	٨	١٣	٤	١٤	٥	١١	١٨	٢٠
٩٧														

ت_٢ = المجموعة التجريبية (٢) ، ت_٣ = المجموعة التجريبية (٣) ، مج ر_١ = مجموع رتب المجموعة التجريبية (٢) ، مج ر_٢ = مجموع رتب المجموعة التجريبية (٣) ، للكشف عن دلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية (٢) ودرجات المجموعة التجريبية (٣) في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة ، تم حساب قيم (١ى ، ٢ى) على أدوات الدراسة جميعها فكانت القيمة الصغرى فيهما = صفر على أدوات الدراسة جميعها فيما عدا بعد الاضطرابات الانفعالية فكانت (١ى) الصغرى = ٢ وبالكشف عن قيمة (١ى) الجدولية عندما (١ى) الصغرى = صفر ، ن_١ = ٢ ، ن_٢ = ٤ ، حيث [ن_١ عدد أفراد المجموعة التجريبية (٢) ، ن_٢ عدد أفراد المجموعة التجريبية (٣)] ، فكانت (١ى) الجدولية = ٠.٢٩ ، أى أن قيمة (١ى) المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية على أدوات الدراسة جميعها فيما عدا بعد الاضطرابات الانفعالية وهذا يعنى أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات كل من المجموعة التجريبية (٢) والمجموعة التجريبية (٣) في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة عند مستوى ٠.٠٥ ، لصالح المجموعة التجريبية (٣) .

مما يوضح أن تأثير البرنامجين أفضل من تأثير برنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الإوتيستك والذى يظهر في انخفاض درجات المجموعة التجريبية (٣) على مقاييس أعراض الاوتيزم وارتفاع درجاتها على مقاييس النضج الاجتماعي والسلوك التوافقى وذلك بالمقارنة بدرجات المجموعة التجريبية (٢) .

وبالكشف عن قيمة (١ى) الجدولية ، عندما (١ى) المحسوبة = (٢) على بعد الاضطرابات الانفعالية ، ن_١ = ٢ ، ن_٢ = ٤ كانت القيمة الجدولية = ٠.٠٥٧ ، أى أن القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية وهذا يعنى أن الفروق بين المجموعتين التجريبيتين لم تصل لمستوى الدلالة على هذا البعد .

جدول رقم (٢٩)

دلالة الفروق بين درجات كل من المجموعة التجريبية (١) والمجموعة التجريبية (٢) في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة .

أدوات الدراسة	قيمة (ى) الصغرى المحسوبة	قيمة (ى) الجدولية لدلالة الطرفين
اوتيزم الطفولة	٤,٥	,٣٤٢
فاينلاند للنضج الاجتماعي	٧	,٨٨٦
الجزء الأول من السلوك التوافقي	٤	,٣٤٢
الجزء الثاني من السلوك التوافقي	٧,٥	,٨٨٦
قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"	٨	١,١١٤
بعد الاضطرابات اللغوية	٨	١,١١٤
بعد الاضطرابات الاجتماعية	٣,٥	,٢
بعد الاضطرابات الانفعالية	٦	,٦٨٦
بعد مشكلات رعاية الذات	٢	,١١٤
بعد المشكلات السلوكية	٥,٥	,٤٨٦

وبمقارنة قيم (ى) المحسوبة بقيم (ى) الجدولية لدلالة الطرفين ، وجد أن القيم المحسوبة جميعها أكبر من القيم الجدولية وهذا يعنى أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية (١) ودرجات المجموعة التجريبية (٢) في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة " مما يوضح أن تأثير برنامج المهارات الاجتماعية يكافئ تأثير برنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيسك .

وباستعراض نتائج الفرض الثانى : يتضح أنه قد تحقق بصورة جزئية ، فحين كان الجمع بين البرنامجين ظهرت فعالية أكثر عن تطبيق كل برنامج على حدة في تخفيف أعراض الاوتيزم التى تم قياسها من خلال [اوتيزم الطفولة-فاينلاند-السلوك التوافقي-الدرجة الكلية لقائمة أعراض الاوتيزم-لبعاد قائمة أعراض الاوتيزم (الاضطرابات اللغوية-الاضطرابات الاجتماعية)] ، فقد جاء تأثير البرنامجين يعادل تأثير برنامج المهارات الاجتماعية في تخفيف مشكلات رعاية الذات والمشكلات السلوكية كابعاد لقائمة أعراض الاوتيزم ، وكذلك تكافئ تأثير البرنامجين مع تأثير برنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف الاضطرابات الانفعالية .

- كما أشارت النتائج إلى تكافئ تأثير كل من برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسري في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيسك .

وقد اتفقت نتائج هذا الفرض الخاصة بأفضلية استخدام برنامجين عن برنامج واحد في تخفيف أعراض الاوتيزم مع نتائج دراسات كل من شورت أندريو (١٩٨٠) ، هيلم دافيد (١٩٨١) ، ميكلنهان وآخرون (١٩٨٢ ، ١٩٨٤) ، كرانتز وآخرون (١٩٩٣) ، تشامبلز وآخرون (١٩٩٤) .

ويمكن تفسير هذه النتائج واستخلاص دلالاتها السيكولوجية في ضوء الإطار النظري والأدوات والدراسات السابقة ، فقد زاد التفاعل بين الطفل وأسرته وازداد تكيف الأسرة مع الضغوط الناشئة من إعاقة طفلها ، وأصبح الطفل الاوتيسك قادرا على الدخول في تفاعلات اجتماعية متبادلة وممارسة أنشطة هادفة في أوقات الفراغ والتسلية ، كما تحسن أدائه اللغوي ومهارات التواصل اللفظي والتعقيم لديه ، ازداد اعتماده على نفسه في أداء مهارات رعاية الذات والقيام ببعض الأعمال المنزلية ، وحدث اختزال للسلوكيات غير الاجتماعية التي كانت تمارس قبل تطبيق البرنامجين ، كما خفت نوبات الغضب والعدوانية ، إزاء الذات ، السلوكيات النمطية .

وقد استخدمت الباحثة في تطبيق هذين البرنامجين فنيات متعددة منها الإرشاد والتوجيه ، التدريب ، التغذية الراجعة ، التدعيم ، النمذجة طبقا لما أشارت إليه هذه الدراسات .

وتفسر الباحثة أفضلية استخدام برنامجين عن برنامج واحد في ضوء المعايير التالية :-

أ- تكرار التدريب : باعتبار أن السلوكيات التي منشؤها اجتماعي هي مهارات تزيد بالتدريب ، وحيث أن السلوكيات التي تضمنها البرنامجين واحدة فقد تم التدريب عليها مرتين أحدهما ما قامت به الباحثة أثناء تطبيق برنامج المهارات الاجتماعية فقد تم تدريب الحالات على مهارات [التواصل اللفظي وغير اللفظي - التفاعل الاجتماعي - رعاية الذات - التحكم في المشكلات السلوكية] ، وتم إعادة تدريب نفس الحالات على هذه المهارات مرة ثانية بواسطة الأم حينما قامت بتنفيذ البرنامج الإرشادي في المنزل ، وبذلك يكون التدريب الذي حصلت عليه هذه الحالات مركز ومكثف بالمقارنة بالتدريب الناشئ من برنامج واحد وهذا يسمى "عامل التكرار" .

ب- الزمن : فقد استخدم البرنامجان مساحة أوسع من الزمن بالمقارنة بالبرنامج الواحد ، فإن التدريب على مهارات أحد البرنامجين على حدة قد استغرق وقتا غير كاف لإتقان هذه المهارات وأن

إعادة التدريب مرة أخرى على نفس المهارات وبنفس الأسلوب يزيد من فترات التدريب لنفس المهارات داخل المواقف المنزلية فهذا من شأنه زيادة إتقان المهارات بكفاءة عالية لدى هذه الحالات .

بالإضافة إلى أن الطفل يقضى وقتاً طويلاً مع أسرته بالمقارنة بالوقت الذى يستغرقه التدريب في برنامج المهارات الاجتماعية الذى تقوم به الباحثة ، فإذا لم تكن الأسرة مدربة جيداً على أساليب التعامل مع طفلها الاوتيسك فسوف تقلل من قيمة كل ما تم التدريب عليه داخل المركز وتكون بمثابة العائق أمام تقدم الطفل دون أن تعي خطورة ذلك ، أما إذا كانت على وعى وبصيرة بكيفية التعامل مع طفلها فسوف تضاعف المجهود المبذول في تدريب الطفل داخل المركز وتدعم ما تم التدريب عليه بإعادة التكرار وبذلك يكون التحسن أفضل من المجهود المنفرد .

ج- التكامل في فعالية الفنيات : إن استخدام الباحثة لفنيات متعددة في تنفيذ كلا البرنامجين قد ساعد على تثبيت السلوك وإتقانه ، فقد أشارت الدراسات التى استندت إليها الباحثة في تصميم وتنفيذ برامج الدراسة إلى أن الدمج بين فنيات تعديل السلوك يعطى نتائج أفضل في التغلب على مشاكل وصعوبات الأطفال الاوتيسك .

فقد اعتمدت على [التدعيم -التغذية الرجعية -التدريب-لعب الدور-النمذجة-إدارة الذات-التوجيه والإرشاد] كفنيات أساسية لتنمية الجوانب السلوكية لدى حالات الدراسة ، وقد تم استخدام أسلوبين أو أكثر لتنمية كل مهارة من مهارات برامج الدراسة .

فاستخدمت النمذجة بجانب التدريب والتدعيم لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي طبقاً لما أشارت إليه دراسات كل من سكوبلر وآخرون (١٩٨٦) ، كوجل وآخرون (١٩٨٧ ، ١٩٩١) ، كوجل وفريا (١٩٩٣) ، أما مهارات التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي فقد استخدمت لتنميتها فنيات متعددة (نظراً لتعدد جوانب هذه المهارات) مثل [التدريب-التدعيم-التغذية الرجعية-إدارة الذات-لعب الدور] استناداً إلى ما أشارت إليه دراسات كل من كرائنز وآخرون (١٩٨١) ، ماسجى وآخرون (١٩٨٣ ، ١٩٨٦) ، كوجل وآخرون (١٩٨٧) ، كرائنز وميكلننهان (١٩٩٣) ، ماسدوف وآخرون (١٩٩٣) ، ولتنمية مهارات رعاية الذات والسلوك الاستقلالي استخدمت الباحثة فنيات [إدارة الذات-التدعيم-التدريب-النمذجة-التغذية الرجعية] طبقاً لما أشارت إليه دراسات كوجل وآخون (١٩٩٢) ، كوجل وفريا (١٩٩٣) ، ماسدوف وآخرون (١٩٩٣) ، بيرس وسكريبمان (١٩٩٤) .

وللتحكم في المشكلات السلوكية تم استخدام فنيات إدارة الذات بجانب التدعيم طبقا لما أشارت إليه دراسات هيلم دافيد (١٩٨١) ، تاراس وآخرون (١٩٨٨) ، وكوجل وآخرون (١٩٨٧ ، ١٩٩٢) . إسماعيل بدر (١٩٩٧) ، واستخدمت فنية التوجيه والإرشاد في تنفيذ البرنامج الإرشادي الأسري وقد تضمنت الفنيات السابقة الذكر كأساليب أساسية لتعليم الطفل المهارات التي تضمنها البرنامج استنادا إلي ما أشارت إليه دراسات شورت أندريو (١٩٨٠) ، هيلم دافيد (١٩٨١) ، ميكلننهان وآخرون (١٩٨٢ ، ١٩٨٤) ، لوف وآخرون (١٩٩٠) ، كرانتز وآخرون (١٩٩٣) ، وبهذا يكون الطفل الذي تعرض لبرنامج الدراسة قد حصل على جرعة مركزة ومتنوعة من أساليب التدريب والتوجيه التي ساهمت في تعديل سلوكه بطريقه أفضل من التعرض لفنيات برنامج واحد .

د- مدى إيجابية الأسر والحالات : ساعد على تحقيق أفضلية برنامجين على برنامج واحد ، إن مشاركة الأسرة في رعاية أطفالها الاوتيسك قد حقق مستوى أفضل من التحسن لهؤلاء الأطفال وازداد تكيف الأسرة مع الضغوط الناشئة من إعاقة طفلها لشعورها بالإسهام الإيجابي الفعال في تحسن وتقدم طفلها ، كما أن التدريب العملي الذي تلقته على يد الباحثة يمكنها من مساعدة طفلها على الاندماج في الحياة الأسرية وجعلها أكثر فهما لحالة طفلها مما ساعدها على اتخاذ القرارات الحاسمة بعد أن كانت عاجزة عن تقديم المساعدة له ، وكان الطفل بمثابة عبء ثقل لا تطيق تحمله ولا تستطيع التفاعل معه .ويؤيد هذا الاتجاه فاروق صادق (١٩٩٤) من خلال أبحاث بيرت (١٩٧٧) التي تؤكد أن انتكسل باستخدام الوالدين كوسائط يؤدي الى تفاعل أفضل للطفل خلال البرنامج اللغوي ، كما يؤدي بالضرورة الى نمو في كل من الطفل والوالدين من النواحي الانفعالية والعاطفية والاجتماعية (فاروق صائق ، ١٩٩٤ ، ٧٨) .

وهذا ما أكدته ليلي كرم الدين (١٩٩٧) من ضرورة إشراك الوالدين في عملية الرعاية للأطفال المعوقين كعنصر أساسي وهام في البرامج المختلفة للرعاية ، وما يتطلبه ذلك من ضرورة إرشاد وتوجيه الوالدين وإعدادهما للتعامل مع الطفل المعوق ، وتجنب الاتجاهات الوالدية الخاطئة (ليلي كرم الدين ، ١٩٩٧ ، العدد (٤٩) ، ١٧-١٨) .

هـ- الجانب التأثري : إن العلاقة الطيبة التي حرصت الباحثة على إقامتها مع أفراد العينة أونا ومع العاملين بالمراكز والقائمين بالإشراف على تدريب هؤلاء الأفراد ثانيا ومع أمهات أطفال العينة ثالثا قد ساهم إلى حد كبير في فعالية برامج الدراسة .

فقد استطاعت بفضل الله أولا وبالمجهودات المكثفة ثانيا خلق جوا عائليا داخل مراكز الرعاية يسوده الحب والتعاون والتفاني من أجل مصلحة هؤلاء الأطفال وإرشاد الأمهات إلى كيفية إقامة علاقة وطيدة مع أطفالهن .

فقد اعتمدت البرامج التي طبقت على الأطفال الاوتيستك على ضرورة إقامة علاقة وطيدة مع هؤلاء الأطفال أولا قبل تطبيق البرنامج فهذا يعتبر مؤشرا لنجاح وفاعلية البرامج .

وهذا ما أكدت عليه دراسات : اوجرمان (١٩٧٠) ، ريتشارد وسكولر (١٩٧٦) ، شورت اندريو (١٩٨٠) ، كوهين ودونالان (١٩٨٥) ، نى وميلفيل (١٩٨٥) ، عبد المنان معمر (١٩٩٧) .

و- التكامل بين عناصر التغيير : ساعد على تحقيق فعالية أكثر لبرنامجين عن برنامج واحد ، تمثلت عناصر التغيير في [الباحثة- الحالة- الأم] ، فقد تحقق التكامل والتفاعل بين طرفي العلاقة منذ تصميم البرامج وأثناء تنفيذها وتقييمها ، وكل طرف يبذل قصارى جهده من أجل تقدم وتحسن الحالة ، فقد شاركت الأمهات مشاركة إيجابية فعالة في المناقشة والحوار المتبادل أثناء لقاءات الإرشاد والتوجيه ، وقمن بتنفيذ التوجيهات الخاصة بتدريب أطفالهن ، وعلى الجانب الآخر فقد بذلت الباحثة قصارى جهدها في تدريب الحالات ، ونظرا للتكامل والتفاعل والتعاون الوثيق بين طرفي العلاقة ، وكذلك شمولية عناصر التدريب في البرنامجين للجوانب المختلفة في شخصية الحالات ، ساعد على حدوث تقدم أفضل لهذه الحالات بالمقارنة بالحالات التي طبق عليها برنامج واحد .

وهذه المعايير الستة تجيب على السؤال التالي :

لماذا جاء التحسن في استخدام برنامجين أفضل من التحسن الذي صاحب برنامج واحد ؟
أما ما ظهر في النتائج الإحصائية بخصوص عدم وجود فروق دالة بين مجموعة البرنامجين ومجموعة برنامج المهارات الاجتماعية على بعدى مشكلات رعاية الذات والمشكلات السلوكية من قائمة أعراض الاوتيزم وكذلك بالنسبة لعدم وجود فروق دالة بين مجموعة البرنامجين ومجموعة الإرشاد الأسرى على بعد الاضطرابات الانفعالية من قائمة أعراض الاوتيزم ، فترجع الباحثة ذلك إلى حدوث أخطاء في التقدير من جانب المعلم - خاصة وأن ذلك لا يطابق الواقع - فقد حدث فعلا تحسنا واضحا للحالات التي طبق عليها البرنامجين شعر به كل من تعامل مع هذه الحالات ، وربما يرجع ذلك إلى ضعف كفاءة الإحصاء اللابارامترى في التمييز بين المجموعات بسبب صغر حجم هذه المجموعات ، واعتماده على المستوى الرتبى للبيانات فقط وعدم تطوره لمستوى النسب فقد تكون الرتب غير معبرة

عن الواقع بصدق ، هذا فضلا عن أن الدرجة الكلية على القائمة أظهرت فروقا دالة إحصائية بين كل من المجموعات التجريبية (١ ، ٣) ، (٢ ، ٣) فهذا يشير إلى أفضلية برنامجين على برنامج واحد في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيسك .

أما عن تفسير النتيجة الخاصة بتكافؤ تأثير برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسري في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيسك ، والذي ظهر من خلال عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة .

فترى الباحثة أن ذلك يرجع إلى أن المهارات التي تم التدريب عليها في البرنامجين واحدة ، والفنيات المستخدمة واحدة أما الاختلاف الوحيد كان في القائم بالتدريب ففي برنامج المهارات الاجتماعية قامت الباحثة بتدريب الحالات على المهارات التي تضمنها البرنامج ، أما في برنامج الإرشاد الأسري فقامت الأم بتدريب طفلها على نفس المهارات التي تضمنها برنامج المهارات الاجتماعية بعد أن تلقت التعليمات والتوجيهات الإرشادية والعملية الكافية من الباحثة .

كما تساوى الزمن المستغرق في تطبيق البرنامجين كل على حدة ، ونظرا لأن زمن جلسات برنامج للمهارات الاجتماعية كان قليل بالمقارنة بزمن لقاءات برنامج الإرشاد الأسري ، فقد كثرت هذه الجلسات لتعادل الزمن الذي تستغرقه الأم في تدريب طفلها ، وبهذا يكون الزمن الذي استغرق في التدريب على المهارات في البرنامجين واحد .

ولحرص الأم على مصلحة طفلها ورغبتها الشديدة في تخفيف أعراض إعاقته ، فقد حققت نجاحا ملحوظا في تنفيذ الإرشادات والتوجيهات التي تلقتها من الباحثة ، وهذه الفعالية والإيجابية كان من نتائجهما الوصول إلى مستوى يعادل ما قامت به الباحثة من تدريب لحالات برنامج المهارات الاجتماعية .

ولهذه الأسباب تكافؤ تأثير البرنامجين ولم تظهر فروق دالة بين نتائج المجموعتين على أدوات الدراسة بعد تطبيق البرامج .

ثالثا : نتائج الفرض الثالث :

ينص الفرض الثالث على : -

" يستمر تأثير برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسري في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيسك خلال فترات المتابعة "

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار الإشارة لدلالة الفروق بين المجموعات المترابطة للمقارنة بين نتائج التطبيقين البعدي الأول والثاني في كل مجموعة من مجموعات التصميم التجريبي .

والجداول التالية توضح ذلك :-

جدول رقم (٣٠)

دلالة الفروق بين درجات المجموعة الضابطة في التطبيقين البعدي الأول والثاني على أدوات الدراسة .

إشارات الفرق	الرابع		الثالث		الثاني		الأول		الأطفال
	بعدي أول	قبلي	بعدي أول	قبلي	بعدي أول	قبلي	بعدي أول	قبلي	
- + + -	٥٤	٥٧	٥٦	٥٨	٥٣	٥٤	٥٢	٥١	أدوات الدراسة
- - + +	٤٠	٣٩	٣٣	٣١	٤٢	٤٣	٤٩	٥٠	اوتيزم الطفولة
+ + + -	٥٥	٥٦	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٨٧	٨٥	فانيلاند للنضج الاجتماعي
- - + +	٦١	٦٠	٨٢	٨٠	٣٧	٣٨	٣٥	٣٧	الجزء الأول من السلوك التوافقي
+ + - -	١١٣	١١٩	١١٤	١١٨	١١٣	١١٢	١٠٦	١١١	الجزء الثاني من السلوك التوافقي
+ + - +	٢٤	٢٥	٢٥	٢٦	٢٦	٢٥	٢١	٢٤	قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"
+ - + +	٢٣	٢٦	٢٦	٢٥	٢٤	٢٥	٢٣	٢٧	بعد الاضطرابات اللغوية
+ + - -	٢٣	٢٥	٢١	٢٤	٢٣	٢١	٢٢	٢٠	بعد الاضطرابات الاجتماعية
+ + + -	٢١	٢٢	٢٠	٢٢	٢٠	٢١	٢٠	١٩	بعد الاضطرابات الانفعالية
- - + +	٢٢	٢١	٢٢	٢١	٢٠	٢١	٢٠	٢١	بعد مشكلات رعاية الذات
									بعد المشكلات السلوكية

بحساب القيمة الصغرى لاختبار الإشارة كانت [٢,٢, ١,٢, ١,٢, ١,٢, ١,٢] على التوالي ، وبالكشف عن القيمة الجدولية لاختبار الإشارة عندما $n=4$ (عدد أفراد المجموعة الضابطة) وجد أنها تساوى "صفر" وبمقارنة القيم المحسوبة بالقيمة الجدولية اتضح أن القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية لاختبار الإشارة ، وهذا يعنى أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة في التطبيقين البعدي الأول والثاني على أدوات الدراسة" وذلك لأن هذه المجموعة لم يقدم لها أية برامج تدريبية يمكن أن تؤثر على الجوانب التي تم قياسها بهذه الأدوات .

دلالة الفروق بين تدرجات المجموعة التجريبية (١) في التطبيقين البعدي الأول والبعدي الثاني

إشارات الفرق	الرابع		الثالث		الثاني		الأول		الأطفال
	بمدي أول	قبلي	بمدي أول	قبلي	بمدي أول	قبلي	بمدي أول	قبلي	
---++	٣٥	٣٤	٤٨	٤٧	٤٦	٤٧	٤٠	٣٩	أدوات الدراسة
+--++	٦٢	٦٣	٥٨	٥٧	٥١	٥٢	٦١	٦٢	أوتيزم الطفولة
--++	١٠٩	١٠٧	٩١	٨٩	٩٩	١٠٢	١٠٤	١٠٥	فانيلاند للنضج الاجتماعي
---++	١٣	١٠	٢٢	٢٠	٢٥	٢٦	١٦	١٧	الجزء الأول من السلوك التوافقي
-+---	٦١	٥٨	٧٨	٧٩	٧٧	٧٣	٧٢	٦٨	الجزء الثاني من السلوك التوافقي
---++	٢٠	١٩	٢٢	٢١	٢١	٢٠	١٧	١٨	قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"
+++-	١٥	١٦	١٩	٢٠	١٨	١٩	١٨	١٧	بعد الاضطرابات اللغوية
+-----	١٤	١٥	١٨	١٧	١٧	١٦	١٦	١٥	بعد الاضطرابات الاجتماعية
-+---	٥	٣	٩	١٠	١٠	٩	١٠	٨	بعد الاضطرابات الانفعالية
-+---	٧	٥	١٠	١١	١١	٩	١١	١٠	بعد مشكلات رعاية الذات
-+---									بعد المشكلات السلوكية

على أدوات الدراسة

الإشارة عند ما زاد = (عدد)

وبحساب القيمة الصغرى لاختبار الإشارة كانت [١،٢،٤،١،١،١،١،١] على التوالي ، وبالكشف عن القيمة الجدولية لاختبار الإشارة عندما ن=٤ (عدد بعد المشكلات السلوكية

أفراد المجموعة التجريبية^(١)) وجد أنها تساوى "صفر" وبمقارنة القيم المحسوبة بالقيمة الجدولية اتضح أن القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية لاختبار الإشارة ، وهذا يعنى أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية^(١) في التطبيقين البعدي الأول والثانى على أدوات الدراسة " .

مما يشير إلى استمرار فعالية برنامج المهارات الاجتماعية في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى أفراد هذه المجموعة .

(३२) प्रश्न

دلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية (٢) في التطبيقين البعدي الأول والبعدي الثاني على أنواع الدراسة .

إشارات الفرق	الرابع		الثالث		الثاني		الأول	
	بمدي أول	قبلي	بمدي أول	قبلي	بمدي أول	قبلي	بمدي أول	قبلي
+ + - +	٣٥	٣٧	٣٤	٣٥	٣٦	٣٥	٣٨	٣٩
+ + + +	٥٧	٥٩	٥٢	٥١	٥٢	٥٣	٥١	٥٤
+ + - +	٩٩	١٠٣	٩١	٩٣	١٠٣	١٠١	٨٥	٨٦
+ - - -	٢١	٢٢	١٨	١٧	٢٠	١٨	١٧	١٦
+ - - -	٧١	٧٢	٦٨	٦٥	٦٧	٦٤	٨٣	٨٠
+ - - +	١٨	١٩	٢١	٢٠	٢٠	١٩	٢١	٢٠
+ + - -	١٦	١٧	١٥	١٣	١٠	١٤	١٧	١٨
- - + -	١٤	١٥	١٤	١٥	١٢	١٠	١٩	١٨
- - + -	١٢	١٠	١١	٩	١٠	١١	١٤	١٣
- + - -	١٤	١١	٧	٨	١٤	١٠	١٢	١١

وبحساب القيمة الصغرى لاختبار الإشارة كانت [١، ١، ١، ٢، ١، ١، ١، ١] على التوالي ، وبالكشف عن القيمة الجدولية لاختبار الإشارة عندما $n=4$

(عدد أفراد المجموعة التجريبية^(٧)) وجد أنها تساوى "صفر" وبمقارنة القيم المحسوبة بالقيمة الجدولية اتضح أن القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية

لاختبار الإشارة ، وهذا يعنى أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية^(٧) في التطبيقين البعدي الأول والثانى على ألوات الدراسة".

مما يشير إلى استمرار فعالية برنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى أفراد هذه المجموعة .

جدول رقم (۳۳)

دلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية^(٢) في التطبيقين البعدي الأول والبعدي الثاني على أدوات الدراسة .

إشارات	الرابع		الثالث		الثاني		الأول		الأطفال
	بعدي أول	قبلي	بعدي أول	قبلي	بعدي أول	قبلي	بعدي أول	قبلي	
++-	٣٠	٣٢	٣١	٣٠	٣٢	٣٣	٣٣	٣٢	أدوات الدراسة
-++	٧٩	٧٨	٨٦	٨٩	٨٤	٨٥	٨٣	٣٢	أوتيزم الطفولة
+--	١٥٠	١٥٣	١٤٣	١٤٢	١٤٠	١٤١	١٥٨	٨٤	فانيلاند للنضج الاجتماعي
--	١٦	١٥	١٢	١٣	١٤	١٢	١٧	١٥٧	الجزء الأول من السلوك التوافقي
---+	٣٩	٣١	٣٠	٢٣	٤٨	٤٥	٥٠	١٤	الجزء الثاني من السلوك التوافقي
----+	٩	٧	٧	٥	١٥	١٣	١٦	٥٢	قائمة أعراض الارتيزم "كلية"
----+	٩	٨	٧	٦	١٢	١١	١١	١٧	بعد الاضطرابات اللغوية
--++	١٠	٨	٨	٦	١١	١٢	١٣	١٢	بعد الاضطرابات الاجتماعية
-+-+	٤	٣	٢	٣	٥	٣	٣	١٤	بعد الاضطرابات الانفعالية
---+-	٧	٥	٦	٣	٥	٦	٧	٤	بعد مشكلات رعاية الذات
								٥	بعد المشكلات السلوكية

بحساب القيمة الصغرى لاختبار الإشارة كانت [١،٢،١،١،١،٢،١] على التوالي ، وبالكشف عن القيمة الجدولية لاختبار الإشارة عندما ن=٤ (عدد أفراد المجموعة التجريبية^(٣)) وجد أنها تساوى "صفر" ويمقارنة القيم المحسوبة بالقيمة الجدولية اتضح أن القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية لاختبار الإشارة ، وهذا يعنى أنه " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجات المجموعة التجريبية^(٣) في التطبيقين البعدى الأول والثانى على أدوات الدراسة " .

مما يشير إلى استمرار فعالية برنامجى الإرشاد الأسرى والمهارات الاجتماعية معا في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى أفراد هذه المجموعة .

وباستعراض نتائج الجداول (٣٠-٣٣) يتضح عدم وجود تغير دال بين درجات التطبيقين البعدى الأول والثانى لمجموعات التصميم التجريبي الأربع ، وهذا يشير إلى أهمية البرامج والتدريب الذى كان يلقاه الأطفال الاوتيسك أثناء تطبيقها ويؤكد على حقيقة أن تدريب هؤلاء الأطفال لا يتأتى بفعالية برامج تستمر لمدة صغيرة وإنما يتطلب الأمر استمرار التدريب لفترات أطول قد تستمر لخمس سنوات أو أكثر ، وبهذا يكون الفرض الثالث قد تحقق .

وبالرغم من عدم وصول الفروق بين نتائج التطبيقين البعدى الأول والثانى في كل مجموعة لمستوى الدلالة الذى يشير الى استمرار تأثير فعالية البرامج المقدمة للحالات فان هذه الفروق التى ظهرت في الأداء إنما تشير وتنبه إلى ضرورة استمرار تدريب هذه الحالات لفترات زمنية طويلة المدى - ربما مدى الحياة - لتصل الى مستوى مناسب من التكيف والتوافق مع الحياة الاسرية والاجتماعية يكفل لها وللآخرين حياة مستقرة بهض الشئ ، فهذه الحالات تحتاج لتدريب يومية ولو فترة قصيرة جداً لأنها تحتاج من يذكرها باستمرار لما تم تعلمه أو التدريب عليه ، فالأوتيزم إعاقة مزمنة ولكن التدريب معها يأتى بنتائج حسنة إذا كان مناسباً للحالة وفترات طويلة طبقاً لما أشارت اليه الدراسات التالية:

فقد أشار سيسان وآخرون (١٩٨٩) بأن فترات تدريب حالات الاوتيزم تتراوح من (١-٥) سنوات ، أما كرانتز وميكلننهان (١٩٩٣) فقد أشارا بأن تدريب الطفل الاوتيسك يستغرق (٥-٨) سنوات بواقع خمسة أيام في الأسبوع لمدة ساعة ونصف يومياً .

وعن الفروق غير الدالة التى ظهرت في نتائج مجموعة الإرشاد الأسرى ، فتشير إلى ضرورة استمرار تقديم الدعم والمساندة لأسر الأطفال الاوتيسك حتى لا يضعف حماسهم وتفتر همهم وعزائمهم من جهة مساعدة أطفالهم وتقبل أعراض إعاقاتهم بصدور رحب .

رابعاً : عرض الحالات الكلينيكية

استخدمت الباحثة منهج دراسة الحالة في الوصف الكلينيكي لحالتين من حالات الدراسة، لأهمية دراسة الحالة في تجميع كافة المعلومات المترابطة حول الفرد ، حيث أنها تحتوى بالإضافة إلى المعلومات التاريخية التي تسرد عنه على معلومات الاختبارات التي أجريت عليه ، ومعلومات المقابلات التي تمت معه ومع الأسرة ومعلومات الفحوصات والملاحظات التي تتعلق به (ماهر عمر ، ١٩٩٢ ، ٢١٠) .

نموذج (١) لحالة أوتيسك

بيانات أولية

الاسم/ (م.ج)	الجنس/ أنثى
العمر/ أربع سنوات وثلاثة أشهر	الترتيب الميلادى/ الأولى
الجنسية/ مصرية	الديانة/ مسلمة

المظهر الخارجى للحالة/ نحيفة إلى حد ما ، حالتها الصحية جيدة ، وجهها خالى من أى تعبيرات انفعالية ، نظراتها شاردة باستمرار وليست مركزة على شئ ما ، كما أنها لا تجذب الناظر إليها لمحاورتها فهي لا تبادله النظرات أو تعطيه اهتماماً ، وتعطى انطباعاً بأن لديها حَوَل ، ملابسها نظيفة باستمرار ، لا تستجيب لتنفيذ أى أمر ولو بسيط جداً ، كما لا تستجيب لسماع اسمها ، تمارس سلوكيات نمطية تتمثل في اللف والدوران في الغرفة بدون ملل وتصدر أصواتاً مزعجة بالضحك أو الصراخ بدون سبب واضح .

تاريخ الأسرة

يعمل الأب مأمور ضرائب ولديه مكتب خاص للاستيراد والتصدير ، والأم ليسانس حقوق - متفرغة لتربية أطفالها ورعاية شئون المنزل ، عمرها وقت الحمل في الحالة (٢٥) عاماً وعمر الأب (٣٢) عاماً ، ولا توجد صلة قرابة بينهما ، كما تم الزواج بطريقة تقليدية عن طريق أحد الأصدقاء ، ولا توجد بينهما قصة حب سابقة للزواج ، وتخلو أسرة الزوجين من حالات مصابة بأمراض عقلية أو نفسية أو جنسية أو وراثية أو حالات إدمان أو انحراف سوى وجود حالة واحدة في أسرة الزوج هى أخته قد تأخرت في الكلام حتى

عمر ٦ سنوات وبعدها تكلمت بطريقة عادية ، وتتكون الأسرة من خمسة أفراد هم : الأب ، الأم ، الجدة (والدة الأب) ، الحالة ، أخ أصغر منها تم فطامه قريبا ، وتعيش الأسرة في شقة مناسبة بحي العباسية بمدينة القاهرة ، بمستوى اقتصادي فوق المتوسط أى يسمح دخل الأسرة بتوفير كافة الاحتياجات المادية لأفرادها ، والأسرة يتسم مناخها بالهدوء والاستقرار الانفعالي إلى حد كبير، ملتزمة بأداء الشعائر الدينية .

إلا أن الأمر لا يخلو من بعض الخلافات الأسرية التي تنشأ بسبب اختلاف وجهات النظر في تربية الأطفال وأساليب التعامل معهم ، فعندما بدأت تظهر أعراض إعاقة الحالة لـد يتقبل الأب الصدمة بصدر رحب وبدأ في اتباع أساليب الرفض والنبذ والقسوة الشديدة للابنة وترك مسئولية الرعاية الكاملة للأم ، فلديها القدرة على تحمل المسئولية وتقبل العواقب مهما كانت بصدر رحب والرضا بقضاء الله ، فلا يظهر على وجهها أية ملامح للتذمر أو السخرية أو الشعور بالنقص ، وتبذل قصارى جهدها لمساعدة ابنتها وتبادر دائما بالبحث عن الاستشارة ، ولديها استعداد شديد لتحمل أعباء إعاقة ابنتها حتي تجد لها التأهيل المناسب .

وتقافة الأم في مجال الاوتيزم عالية ، حيث كانت تواظب على حضور جلسات الإرشاد التي قدمتها الباحثة وتسأل عن كيفية التصرف عندما تأتي الحالة بسلوك ما ، وتتفقد ما يطلب منها وقارئه جيدة وناقدة لكثير من المقالات التي استعارتها من الباحثة ، أى أنها عاشت المشكلة بكامل وعيها .

ويرفض الأب المشاركة الفعلية في تدريب "الحالة" أو بذل أى جهد سوى الاتفاق على الاستشارات والعلاجات الروائية والفحص الطبى ، فلم يقصر في هذا الاتجاه وقد عرض الحالة على أكثر من متخصص في الأمراض العصبية والنفسية وأطباء الأنف والأذن في القاهرة - الإسكندرية - طنطا وبعد أن يأس من فاعلية العلاجات الطبية أصبح سلبى بدرجة كبيرة لا يعير الأمر اهتماما .

وعلاقة الحالة بأبيها سطحية جدا أما علاقتها بأمها فقوية للغاية ، وتحب أخيها الأصغر الذى يحرمها من اللعب بأى شئ ويشد ما بيدها دائما فتقول الأم عليه أنه غيور جدا لا يسمع للحالة بالجلوس على رجل الأم أبدا كما أنه طماع يميل إلى احتكار كل شئ لنفسه فقط والحالة هادئة تقابل سلوكياته هذه بالسلبية .

التاريخ التطوري للحالة (منذ الحمل - اكتشاف الإعاقة)

١- معلومات حول ظروف الحمل والولادة والرضاعة :-

جاء الحمل مرغوباً فيه فهو الحمل الأول للأسرة ، ومرت فترة الحمل بمتابعة طبية دون أي اضطرابات أو مضاعفات ، ولم تتناول الأم عقاقير أو تتعرض للأشعة ، وتمت الولادة بعد اكتمال فترة الحمل كاملة وكانت طبيعية جداً ووزن الطفلة كان حوالي (٢,٥) كجم ، وكذلك مرت فترة الرضاعة بسلام إلا أن الفطام تم فجائياً في عمر عام ونصف لأن الحالة رفضت تناول أية أطعمه إضافية بجانب الرضعة واقتصرت على الرضاعة فقط مما يترتب عليه أن تستمر في البكاء طوال الليل مما يسبب أرقاً للأم وحرمانها من النوم مما أدى الى الفطام واعطائها وجبات خارجية ، ووزن الطفلة يزداد في فترات الرضاعة ولم تظهر عليها أية بوادر إعاقة حتى عمر سنة وثمانية شهور .

٢- مظاهر النمو الجسمي والحركي والحسي :-

كانت مظاهر النمو الجسمي المتمثلة في (الجلوس ، الحبو ، التسنين ، الوقوف- المشي) طبيعية ، كما استطاعت التحكم في المثانة والإخراج في عمر سنتين ، ألا أنها تبلل نفسها حتى الآن عند إصابتها بأي مرض عضوي وعند تناولها المضادات الحيوية . وعند الاستجابة للمثيرات السمعية فهي تفضل دائماً سماع الموسيقى والأغاني وإعلانات التلفزيون تشدها بطريقة غريبة ، فعندما تسمع أي منهم تترك ما بيديها وتتجه ناحية المصدر ، أما سماع أصوات أحد أفراد الأسرة لا يعيرها اهتماماً ، و كذلك لا تستجيب لسماع اسمها إلا نادراً جداً

وبالنسبة للمثيرات البصرية فهي لا تهتم إلا بالأشياء غير الأساسية أو غير الواضحة

للجميع فمثلاً تهتم بالنظر الى ساعة أو خاتم أو دبوس بالإشارة أو شراب دون الاهتمام بالنظر الى اللبس الاساسي ، كما يلفت نظرها وجود جرح في يد أحد أفراد الأسرة دون الاهتمام بهذا الفرد نفسه أو النظر إليه ، أما حاسة اللمس فهي لا تستخدمها في التمييز بين الأشياء الناعمة الملمس أو غيرها . وتستخدم حواس الشم والتذوق في التعرف على كافة الأشياء سواء كان لها رائحة وطعم مميز أم لا ، فلا تتناول أي طعام قبل أن تشمه أولاً ثم تضعه على فمها فإذا لم تقبله فتقوم بطرده وإسقاطه من الفم وهذا لا يعنى أن الشيء ذو طعم مر

أو رائحة كريهة . وقد حاولت الأم تدريب الحالة على تقبل الأطعمة المناسبة من خلال التعرف على الرائحة بشمها والتعرف على طعمها بتذوقها وقد تقبلت الحالة هذا التدريب لكنها في حالة الانفعال والثورة أو حالة الشبع التام تقوم برفض أى شئ وتقطيعه ورميه تحت قدميها على الأرض

٣- مظاهر النمو اللغوى :-

كانت الحالة تتأذى امها في السنة الاولى من العمر وتصدر أصواتا تعبر عن حالتها الانفعالية سواء بالبكاء أو بالضحك ، كما أنها كانت تنطق بعض الكلمات البسيطة غير واضحة المخارج مثل (يا-ما-دا-ننه-أمو..) وكانت تعبر عن رغبتها في قبول أو رفض الشئ المعروض عليها فتقول "لا" في حالة الرفض ، (أه) في حالة الموافقة .

٤- مظاهر النمو العقلى :-

تستطيع الحالة التعرف على أجزاء جسمها عند سؤالها فين عينك ، فين إيدك ، فين فمك ، فين رجلك... تقوم بالمشاورة على الجزء المطلوب ، تستطيع التمييز بين بعض الألوان كالأحمر -الأبيض-الأخضر عندما يطلب منها عزل المكعبات ذات اللون الأحمر تستجيب لذلك وكذلك اللون الأبيض-الأخضر ، أما باقى العمليات العقلية لا تستطيع إدراكها .

٥- مظاهر النمو الاجتماعى :-

تمثلت الاتصالات الأولية للحالة مع الأم في الاستجابة لمناغاة الأم ووجودها بجانب الحالة فكانت تبادلها الابتسامة وتبكي عندما تتركها الأم أو الجدة والأب ، كما كانت تستأنس بوجود الآخرين حولها .

٦- مظاهر النمو الخلقى :-

كانت الحالة تتجنب فعل السلوك الخاطئ خوفا من عقاب الأب فتلتزم الهدوء عادة أمامه لأنه كان يعاملها بقسوة شديدة ويمكن أن تكذب من أجل تجنب العقاب فعندما يقول الأب عملتى كذا... تقول لا .

٧- مظاهر النمو الجنسى :-

لا تدرك الحالة الفروق بين الجنسين حتى اكتشاف الإعاقه لأنها كانت وحيدة فى هذه الفترة ، وكل ما تعرفه عن الجنس الآخر القسوة ، التسلط ، العصبية ، الفرفة التى يتسم بها الأب ، لذا فهي تفضل التوحد مع الأم مصدر الحنان والحب فى المنزل ، ولم تحدث لها

صددمات جنسية لأنها لم تختلط مع أطفال آخرون من الجنسين ، وتذكر الأم أن الحالة تلتد بالمداعبة الجنسية أثناء استحمامها أو أثناء تغيير ملابسها وكان الأم "تزغرها" .

٨- مظاهر النمو النفسى :-

الحالة دائمة الالتصاق بالأم أينما تذهب ولا ترغب في الجلوس مع الأب إلا عندما تريد النوم ، فقد تعودت أن تنام على رجل الأب بالهزهزة والطبطة فيما عدا ذلك ليست لها علاقة بالأب ، إلا عندما يأتى لها بلعبة أو شئ جديد ، وعندما تتعرض لموقف جديد أو مشكل لا تحاول مواجهته بل تتركه وتضرب به عرض الحائط ، وعندما تحصل على شئ جديد ويحاول أخيها الأصغر جذب هذا الشئ من يديها تتركه له دون أى محاولة للاحتفاظ به سوى الصراخ لفترة محدودة وتنسى الموضوع وكأنه لم يكن .

أما مواقف الاستثارة التى تتعرض لها فتتمثل في منعها من ممارسة شئ مفضل أو أخذ أحد ألعابها فتصرخ وتعض يدها ، وقد عادت الطفلة الى بعض السلوكيات النكوصية كالخبو أو تبليل الفراش بعد مولد أخيها الأصغر وانشغال الأم به .

التاريخ المرضى السابق لاكتشاف الإعاقة :-

لم تحدث للحالة إصابات خطيرة منذ الميلاد وحتى (١٨) سنة سوى ارتفاع (درجات الحرارة أحيانا - الإسهال - الكحة - الرشح...) ما يحدث لكل الأطفال وكانت في كل مرة تعرض على الطبيب المختص وتأخذ العلاج المناسب وتزول الأعراض دون أى مشاكل .

الشكوى الأساسية :-

وتتلخص الشكوى الأساسية من الحالة في : عدم الكلام - عدم الاستجابة - العزلة التى فرضتها على نفسها - لعبها ومداعبتها لألعابها بطريقة غريبة - عدم النظر في عيون الآخرين بما فيهم الأم - الدخول في ثورات غضب وصراخ عند عدم تنفيذ رغباتها - محدودية الأطعمة التى تتناولها - اضطراب النوم - إصدار أصوات مزعجة بالضحك أو الصراخ - ممارسة سلوكيات نمطية تتمثل في اللف والدوران في الغرفة أو حول الجالسين في الغرفة أو حول منضدة السفرة دون ملل .

بدأ الإحساس بوجود مشكلة لدى الحالة بعد فطامها بفترات بسيطة أى حوالى (١,٨) سنة ، فبدأت الطفلة تجلس منعزلة في حجرتها لفترات طويلة ، لا تمارس أى نشاط سوى اللف والدوران في الغرفة والنظر الى سقف الغرفة لفترات طويلة كأنها تعد أو تتأمل شئ مهم أمامها ، كما أهملت لعبها فيما عدا العروسة فلا تتأغيبها كما كانت تفعل من قبل ، وتلفها في حركات دائرية أمام عينها ، وتضغط على أزرار البيانو أو التليفون الذى يصدر صوتا ما ، واهتمت فقط بالألعاب التى تصدر أصواتا أو يمكن تحريكها أو تنظيها في صورة صفوف مستقيمة .

وأوضحت الأم أن عدم الكلام لم يقلقنا كثيرا لأن عمته تأخرت في الكلام حتي سن السادسة ، فقلنا ممكن تكون مثل عمته ، أما عدم استجابتها لأى أمر أو لسماع اسمها ، فقلنا انها لا تسمع فتوجهنا لأطباء الأنف والأذن وعملنا الفحوص المطلوبة وكانت النتيجة أن أعضاء السمع لديها سليمة وليس بها أى خلل ، ونتيجة للصرخات التى كانت تصدرها أو الضحك الهستيرى بدون سبب توجهنا الى أطباء المخ والأعصاب للاستشارة وعمل الفحوص والأشعة المطلوبة ، فتم عمل رسم للمخ ، الرنين المغناطيسى وأشارت النتائج بعدم وجود خلل عضوى بالمخ ، سوى وجود كهرباء زائدة في المخ لكنها لا تسبب حالات إغماء أو نوبات صرعية ، وكان تشخيص هؤلاء المتخصصين أن الحالة لديها عجز في الإدراك والانتباه وتحتاج فقط لبعض المنشطات وجلسات تخاطب ، ونفذت الأسرة ما أشار به الأطباء لكن الحالة استمرت في التدهور والانعزال واضطراب النشاط الحركى فأحيانا تقضى أياما كاملة كسولة لا تفعل شيئا وأحيانا أخرى يزداد نشاطها وحركتها وتكون مزعجة بدرجة لا تطاق . وفي هذه الأثناء حاولنا إدخالها إحدى دور الحضانة عندما يبلغ عمرها (٢,٥) سنة ولكنها لم تستمر بسبب كثرة العرض على الأطباء كما أن المشرفة على الحضانة رفضت بقائها لعدم استجابتها وتفاعلها مع باقى الأطفال أو مع المشرفة وبعد أن يأسنا من مشوار الأطباء حاولنا إدخالها أحد مراكز الرعاية الخاصة وهو مركز آباء وأبناء لذوى الإعاقات الذهنية عندما أكملت العام الرابع من عمرها .

وتمثلت مظاهر إعاقة الحالة فيما يلى :-

١- الاضطرابات اللغوية :-

الحالة تتمتع أحيانا بالفاظ غير مفهومة - يصعب عليها المبادرة بالكلام مع الآخرين - يصعب عليها الاستمرار في المحادثة - لديها قصور واضح في فهم معانى الكلمات - تفشل

في الاستجابة للتعليمات الموجهة اليها - لديها قصور في تعميم المفاهيم التي تعلمتها ولا تستطيع سرد أحداث قصة حدثت لها .

٢- الاضطرابات الاجتماعية :-

يصعب على الحالة تقليد الآخرين في أقوالهم أو أفعالهم - لا تتواصل مع الآخرين بالنظر أو الابتسامة - لا تلتفت الى من ينادى عليها - يصعب عليها تكوين صداقات مع الآخرين - وخداع الآخرين أو التحايل عليهم - تفضل اللعب بمفردها عن المشاركة في الألعاب الجماعية - تفضل العزلة والانسحاب عن الوجود وسط جماعة - لا تستطيع الرد على عبارات التحية والاستقبال - ترفض التلامس الجسدى وتبادل القبلات .

٣- الاضطرابات الانفعالية :-

لا يعكس وجهها تعبيرات انفعالية صادقة - أحيانا تبكى وتصرخ بدون سبب واضح - يصعب عليها فهم انفعالات الآخرين من خلال تغيرات الوجه أو نبرة الصوت - تتحول من المرح والنشاط الى العزلة التامة - تتوتر لأنفقه الأسباب ويتغير مزاجها بدون سبب - أحيانا تكون حساسيتها للألم الجسمى ضعيفة .

٤- المشكلات السلوكية :-

لديها شذوذ في النشاط الحركى فأحيانا يكون نشاطها زائد ، أحيانا أخرى يكون ضعيف - تمارس بعض السلوكيات النمطية المتمثلة في (اللف والدوران في المكان ، تحريك أى شئ أمام العين ، هز أجزاء الجسم ، رفرفة اليدين أحيانا، ...) - تضع بعض الأشياء غير الصالحة في فمها - ترمى الأطعمة على الأرض وتقلب الأثاث - تعض يديها في حالة الغضب ولكن دون أن توقع الأذى بنفسها أو بالآخرين .

٥- مشكلات رعاية الذات :-

لا تستطيع أداء أى من مهارات رعاية الذات المتمثلة في : تناول الأطعمة ، الشرب ، اللبس ، الخلع ، النظافة سوى تناول بعض السندوتشات في حالة الجوع الشديد .

الاختبارات التي طبقها الباحثة على الحالة :-

بما أن الاختبارات جميعها تعتمد على الملاحظة الدقيقة للحالة ، لذا فقد تفاعلت كل لأطراف المهمة بالحالة (الباحثة ، الأم ، مدرس الفصل) في الإجابة على هذه الاختبارات

، وجاءت النتائج على النحو التالي :-

الدرجة	اسم الاختبار	الدرجة	اسم الاختبار
٢٧	بعد الاضطرابات الاجتماعية	٥٠	متوسط اختبارات الذكاء
٢٣	بعد الاضطرابات الانفعالية	٤٥	قائمة ريملاند التشخيصية
٢١	بعد مشكلات رعاية الذات	٣٥	فاينلاند للنضج الاجتماعي
١٧	بعد المشكلات السلوكية	٤٦	اوتيزم الطفولة
٤١	الجزء الأول من مقياس السلوك التوافقي	١١٣	قائمة أعراض الاوتيزم "الدرجة الكلية"
٢٣	الجزء الثاني من مقياس السلوك التوافقي	٢٥	بعد الاضطرابات اللغوية

إن متوسط اختبارات الذكاء للحالة يجب التعامل معها بحذر لأن الحالة كانت ترفض الاستجابة على أى بند من بنود الاختبارات ولكن الملاحظة العامة وأراء المدرسين والام تتفق على أنها من فئة القابلية للتعلم، أما درجاتها على مقاييس [ريملاند - اوتيزم الطفولة - قائمة أعراض الاوتيزم] تعبر عن حالة اوتيزم متوسطة ، وبرسم الصفحة النفسية لمقياس السلوك التوافقي اتضحت جوانب القصور لدى الحالة على الجزء الأول من المقياس وكانت جميع درجات هذا الجزء واقعة تحت المئين (٥٠) أكثرها انخفاضاً كان السلوك الاستقلالي والتشئنة الاجتماعية أي أن الحالة تعاني من قصور واضح في مهارات السلوك الاستقلالي، وكذلك المهارات الاجتماعية المتمثلة في (التعاون - وضع الآخرين في الاعتبار - الوعي بالآخرين - التفاعل مع الآخرين - الاشتراك في الأنشطة الجماعية - الأنانية - النضج الاجتماعي) .

أما درجاتها على الجزء الثاني من المقياس فقد وقعت كلها فوق المئين (٦٠) مما يعبر عن كثرة المشكلات والاضطرابات السلوكية لدى الحالة ، وكان أكثرها ارتفاعاً الانسحاب [لا تفعل أى شئ بل تجلس وتراقب الآخرين - يبدو عليها عدم الاهتمام بما حولها - نظراتها شاردة - تفضل أن تبقى منعزلة] ، العادات الغريبة أو غير المقبولة [جذب الخيوط من ملابسها - تلعب بالأشياء التي ترتديها كالحذاء أو الأزرار - تضع كل شئ فسي فمها - تجلس على أى شئ يهتز - لا تحب أن يلمسها أحد] ، استخدام العقاقير فهي تستخدم المنبهات منذ عامين .

البرامج التي قدمتها الباحثة للحالة :-

تقع الحالة ضمن المجموعة التجريبية (٢) من مجموعات التصميم التجريبي للدراسة ، وهذه المجموعة تم تقديم برنامج ارشادي لأسرهم أى أن تعامل الباحثة كان مع أمهات الأطفال وليس الأطفال مباشرة لذا فإن هذه الحالة قد قدم لها برنامجا تدريبيا من خلال الأم .

وبدأت الباحثة البرنامج الإرشادي بتقديم نفسها لأم الحالة ثم تعرفت على الأم وكونت علاقة وطيدة معها مازالت مستمرة حتى بعد انتهاء البرنامج ، وبعد التعاون مع الأم والمدرسة في تقدير سلوكيات الطفلة على مقاييس الدراسة ، قد ملأت الأم استمارة خاصة عن المشكلات التي تعانيها من الحالة وبهذا حددت الباحثة جوانب القصور الواضحة لدى الحالة والتي تشكو منها الأم وهى [مشكلات التواصل اللفظي - غير اللفظي - التفاعل الاجتماعي - مشكلات رعاية الذات - المشكلات السلوكية] .

وقبل البدء في تدريب الأم على كيفية التعامل مع هذه المشكلات ، قدمت الباحثة للأم قدرا من المعلومات النظرية عن إعاقة الاوتيزم وبعض التوجيهات العامة بشأن التعامل مع الطفل الاوتيسك ثم توجيهات بشأن تدريب الطفل الاوتيسك وفي نهاية كل لقاء يتم تقييم اللقاء من خلال استمارة أعدتها الباحثة لهذا الغرض ثم تعطى للأم في كل لقاء مقال مرتبط بما دار حوله اللقاء كي تطلع عليه الأم وتستفيد بما فيه من تطبيقات ، وقد أظهرت الأم نشاطا وإيجابية في القراءة والاطلاع ومحاولة تنفيذ ما يدور خلال اللقاء داخل المنزل .

وبعد التأكد من أن الأم اكتسبت قاعدة معلوماتية عن الاوتيزم لا بأس بها ، بدأت الباحثة في توجيه الأم الى تكوين علاقة وطيدة مع طفلها أولا قبل البدء في أى تدريب كى يمكنها الاستجابة ثم التدريب على الطاعة والاستجابة من خلال التقليد وبعد ذلك قدمت الباحثة توجيهات بشأن تنمية مهارات التواصل غير اللفظي وأهمها الاستجابة عند سماع اسمها - تبادل النظرات - فهم تعبيرات وملامح الوجه - المصافحة باليد - تبادل القبلات والاحتضان ، ويتم التقييم من خلال استمارة أعدتها الباحثة لتقييم مهارات التواصل غير اللفظي .

وبعد ذلك قدمت الباحثة للأم توجيهات وإرشادات بشأن تنمية مهارات التواصل اللفظي لدى الحالة وقد اشتملت على كيفية الاستجابة للأوامر لفظيا - الرد على التحية لفظيا - الاستجابة على بعض الأسئلة بنعم أم لا - تعليم الحالة كيف تطلب - كيف تسأل وتجيب ، أما

القواعد النحوية فإن الحالة مازالت صغيرة لا تستوعبها ، وتم تقييم مدى التقدم من خلال استمارة تقييم مهارات التواصل اللفظي التي أعدتها الباحثة لهذا الغرض ، ثم قدمت الباحثة للألم توجيهات بشأن تدريب الحالة على مهارات رعاية الذات [تناول الطعام والشراب - اللبس - الخلع - النظافة - تجنب الأخطار] وفي نهاية التدريب تم التقويم وفقا للاستمارات التي أعدت لهذا الغرض ، ثم قدمت الباحثة للألم توجيهات بشأن التحكم في المشكلات السلوكية التي تصدرها الحالة وتعتبر الحالة من ذوى المشكلات السلوكية البسيطة وليست العنيفة فلا توقع الأذى بنفسها أو بالآخرين فليس لديها سوى اللف والدوران - الغضب - وضع الأشياء في الفم ورمى الأطعمة ، فقد استطاعت الأم التحكم في المشكلات بدرجة كبيرة .

وقد استغرق البرنامج حوالى (٢٥) لقاء مدة كل لقاء ساعة أو أكثر واستمر لمدة حوالى (٥) شهور بواقع لقاء أو اثنين في الأسبوع الواحد .

المآل والنتائج :-

أسفر التدريب الذى تلقته الحالة من جانب الأم إلى حدوث تحسن في سلوكيات الحالة ، شعر به كل من تعامل معها ، وظهر هذا التحسن في قلة التمتمة بالألفاظ غير المفهومة ، ونطق بعض الكلمات البسيطة التي تعبر عن احتياجاتها الأساسية ، والاستجابة لبعض التعليمات الموجهة إليها لفظيا في بعض الأحيان ، كما تحسنت علاقاتها بالآخرين فأصبحت تبادر باللقاء السلام والتحية وتقبلت التلامس الجسدي والاحتضان والتقبيل ، وازدادت فسترات تبادلها النظرات مع الآخرين عند التحدث معهم .

كما أصبحت قادرة علي تقليد بعض الحركات والأفعال البسيطة ، وشاركت في ألعاب الجماعة وقلت فترات العزلة والانسحاب لديها عن ذي قبل .

قلت نوبات البكاء والصراخ وخفت حدتها وأصبحت قادرة علي فهم انفعالات الآخرين ومشاركتهم هذه المشاعر في مواقف الحزن والفرح ، وتم التحكم في بعض السلوكيات النمطية التي كانت تمارسها ، لذا ازدادت فترات ممارستها لسلوكيات هادئة ، واندماجها مع الجماعة وأصبحت لا تعض يدها إلا في نوبات الغضب الحادة .

كما أصبحت تعتمد علي نفسها في تناول بعض الأطعمة والمشروبات الباردة فقط ، أما عن ارتداء وخلع ملابسها فما زالت تحتاج مساعدة بسيطة وتستطيع المحافظة علي نظافتها

الشخصية في حالة عدم إصابتها بأي أمراض عضوية ، وأصبحت تتجنب بعض مصادر الخطر كالكهرباء والأشياء الساخنة جدا والباردة ، وتكون حذره جدا عند تسلق أو نزول السلالم ، كما أنها لا تمشي بمفردها في الشارع .

كما اتضح هذا التحسن من خلال إعادة تقدير سلوكيات الحالة على مقاييس الدراسة السيكمترية -التي تم تطبيقها علي الحالة قبل وبعد البرنامج - فظهرت فروق دالة بين التطبيقين ، ولم تظهر فروق دالة بين التطبيقين البعدي الأول والبعدي الثاني وقد جاءت نتائج التطبيقين البعدي الأول والبعدي الثاني (الذي تم بعد انتهاء البرنامج بشهرين تقريبا) على النحو التالي :

الاختبار	الدرجة في التطبيق البعدي الأول	الدرجة في التطبيق البعدي الثاني	الاختبار	الدرجة في التطبيق البعدي الأول	الدرجة في التطبيق البعدي الثاني
يترجم الطفولة	٣٩	٣٨	بعد الاضطرابات اللغوية	٢٠	٢١
هابلاندا	٥٤	٥١	بعد الاضطرابات الاجتماعية	١٨	١٧
الجزء الأول من السلوك التوافقي	٨٦	٨٥	بعد الاضطرابات الانفعالية	١٨	١٩
الجزء الثاني من السلوك التوافقي	١٦	١٧	بعد مشكلات رعاية الذات	١٣	١٤
قائمة أعراض الاوتيزم "الدرجة الكلية"	٨٠	٨٣	بعد المشكلات السلوكية	١١	١٢

وبمقارنة درجات التطبيقين القبلي والبعدي الأول نجد أن هناك فروقا دالة إحصائية لصالح التطبيق البعدي الأول بمعنى انخفاض الدرجات على مقاييس أعراض الاوتيزم أى حدث اختزال للأعراض وعلى الجانب الآخر ازدادت درجات السمات الإيجابية كالنضج الاجتماعي والسلوكيات النمائية ، فهذا يتفق مع منطقية الأمور ، في حين أن مقارنة نتائج

التطبيقات البعدي الأول والثاني لم تظهر فروق ذات دلالة وهذا يؤكد استمرار فعالية البرنامج في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى الحالة بعد انتهاء البرنامج أما الفرق الحادث فيشير الى أهمية الاستمرار في تدريب حالات الاوتيزم لفترات طويلة تمتد لعدة سنوات كي يمكن التغلب على سلبيات الاعاقة بصفة عامة .

نموذج (٢) حالة اوتيزمك :-

بيانات أولية

الاسم/ (س.ح)	الجنس/ انثى
العمر/ (١٣) سنة	الترتيب الميلادى/ الثانية (الأخيرة)
الجنسية/ مصرية	الديانة/ مسلمة

المظهر الخارجى للحالة :-

تتمتع بحالة صحية جيدة وبجمال الوجه ، وتعتبر ملامح وجهها عن براءة طبيعية لا تعكس أى سمات مرضية ، ويتوقع من ينظر إليها أن حالتها ترجع الى الخجل لعدم تبادلها النظرات مع الآخرين إلا أنه بعد المجالسة يكتشف الناظر إعاقتها فمن يحدثها لا تنظر إليه ولا تستجيب لما يقوله مهما كان الأمر بسيطاً ، كما أنها تصدر بعض السلوكيات غير الملائمة اجتماعياً .

تاريخ الأسرة :-

يقع عمر الأب في العقد الرابع فعمره (٤٣) سنة ، يعمل مهندساً في إحدى الشركات الخاصة للإنشاء، والأم عمرها (٣٩) سنة بكالوريوس فنون جميلة وتعمل ربة منزل أما بلقى أفراد الأسرة فهم الأخوة: أخ أكبر عمره (١٦) سنة ومتفوق في دراسته ، وتعيش الأسرة في شقة مناسبة بمدينة نصر ويكفي الدخل لتوفير الالتزامات الأساسية وزيادة ، والمناخ العائلى السائد هو مناخ الاستقرار تسوده الألفة والمحبة ، وتتمتع علاقة الحالة بأفراد أسرتها بالجودة وأصبحت علاقتها بالأب سطحية بعد ظهور علامات الإعاقة عليها فهو لا يقضى معها وقتاً كافياً بسبب ظروف عمله التى تفرض عليه البقاء لفترات طويلة خارج المنزل . لا توجد صلة قرابة بين الأبوين ، وقد تم الزواج بعد فترة خطوبة تقترب من العام والنصف ، وجاءت ولادة

المولود الأول طبيعية ، ويعتبر متفوق في دراسته ويتمتع بالخلق الجيد وعلاقته بالجميع حسنة ، وجاء الحمل الثاني بعد فطام الطفل الأول .

وتعيش الأسرة مناخ اجتماعي تتمتع فيه بعلاقة طيبة مع الجيران والأقارب والأصدقاء فيتم تبادل الزيارات والذهاب الى النوادي وقصور الثقافة والأماكن الدينية كالسيدة والحسين" وهذا جعل الأطفال على صلة جيدة بهذه الأماكن ، وقد أوضحت الأم أنه لا يوجد في تساريخ أسرتها أو أسرة الزوج أى من الإعاقات العقلية أو النفسية أو الوراثية أو حالات إدمان أو انحراف ، كما لا توجد حالات مشابهة لحالة طفلتها .

التاريخ التطوري للحالة (منذ الحمل وحتى اكتشاف الاعاقة)

١ - معلومات حول ظروف الحمل والولادة والرضاعة :-

كانت رغبة الأبوين شديدة لإنتاج طفلة لتكون أختا للابن الأكبر ، وقد حدث الحمل بعد فطام الطفل الأول بفترة قصيرة ، وكانت الحالة الصحية والنفسية للأم أثناء هذا الحمل جيدة جدا وكان قد بلغ عمر الأم عند بدء الحمل (٢٥) سنة وعمر الأب (٢٩) سنة ومرت فترة الحمل بدون أى مشاكل حتى الشهر الثامن فتغير وضع الجنين وأصبح معكوسا وقد تسبب هذا الوضع في تأخر ميعاد الولادة بحوالى (٢٠) يوما على الأقل ، وقد نزلت المياه السابقة للولادة على الأم في هذه الفترة وقبل نزول الجنين بأسبوع وقضت الأم هذه الفترة المؤلمة في المستشفى وكانت تحت إشراف طبي في أحد المستشفيات الخاصة ورغم ذلك لم تتم الولادة بطريقة طبيعية بل كانت قيصرية ، وكانت الطفلة طبيعية فبكت أثناء نزولها وكان وزنها طبيعى حوالى (٢,٨٠٠) كجم ، ولم يحدث لها مضاعفات في الشهور الأولى من الولادة ، والرضاعة طبيعية لمدة شهرين فقط ، ثم رفضت الطفلة تناول ثدى أمها وامتعتت عن الرضاعة الطبيعية فاستخدمت الأم اللبن الصناعي معها تحت إشراف طبي ومرت فترة الرضاعة بدون اضطرابات وكان وزن الطفلة يزداد بالرضاعة التي استمرت حتي عمر سنة وستة أشهر وقد تم فطامها تدريجيا بإدخال وجبات بسيطة بجانب الرضاعة .

٢ - مظاهر النمو الجسمي والحسي والادراكي :-

كانت مظاهر النمو الجسمي والحسي والادراكي طبيعية ، فقد بدأت الجلوس في عمر (٧) شهور والتسنين في عمر (٦) شهور ، الحبو في عمر (٩) شهور ، الوقوف في عمر

(١١) شهرا والمشى في عمر سنة وشهرين ، والتحكم في يدها واستخدام الأطراف في الحركة في عمر (١٨-٢) سنة ، وفي عمر سنتين استجابت للمثيرات السمعية والبصرية ، فتصرخ عند سماع الأصوات المزعجة وتبتسم عند سماع صوت الأم أو الموسيقى ، كما كانت تدير بصرها ناحية شئ متحرك أمامها فتلتفت ناحية الأم أينما تتحرك وتميل إلى الألوان الزاهية ويمكنها تمييز الأشكال ذات الألوان المختلفة في لعبها... ، كما كانت تتذوق الأطعمة وتقبل على الأطعمة ذات الطعم الحلو وترفض ذات الطعم اللاذع أو المر ، وبصفة عامة كانت تستخدم حواسها كأدوات لإدراك الأشياء وتفسيرها وقد استطاعت الحالة التحكم في الإخراج في عمر سنتين ، إلا أنها مازالت لم تتحكم في المثانة وتبول لا إراديا بالليل فقط .

٣- مظاهر النمو اللغوي :-

تمثلت مظاهر النمو اللغوي لدى الحالة في أنها كانت تبكى وتضحك وتتأذى بأصوات لها دلالات غالبا فسيولوجية ، كما أنها نطقت كلمات بسيطة (بابا - ماما - داد - ده آه ...) قبل اكتمال العام الأول من العمر كما كانت تغنى وتردد بعض أغاني الإعلانات قبل اكتمال العامين وكانت تستجيب لفظيا لبعض الأوامر بالقبول "نعم" والرفض "لا" ، وتجب على من يسألها اسمك إيه كما كانت تعبر عن حاجاتها ورغباتها لغويا (امبو - مم - بيه - افتح ...) كما كانت تفهم ما تقوله ولم يظهر عليها أى نوع من اضطرابات الكلام حتي اكتمال العامين .

٤- مظاهر النمو العقلى والمعرفى :-

وعن مظاهر النمو العقلى والمعرفى لدى الحالة فقد كانت تستطيع التعرف على أعضاء جسمها (اليدين - الأصابع - العين - الفم - الشعر - الرأس - الرجل - البطن) لفظيا وبالإشارة على الجزء المطلوب، وكانت تعبر عن الأشياء التى تلبسها أو تأكلها لفظيا مثل (فستان - جزمة - شراب - بسكويت - شيبس - حلوة - ...) ، وكانت تدرك العلاقة بين الأشياء المتشابهة البسيطة من خلال الصور مثل " هاتى الحاجات اللبى بأكليها - هاتى الحاجات اللبى بلبسها ... " ، أما باقى العمليات العقلية المجردة لا تستطيع إدراكها في هذا العمر .

٥- مظاهر النمو الاجتماعى والخلقى :-

كانت الحالة على صلة وثيقة بالأم منذ الميلاد وحتى الآن ، فقد ارتبطت بها

ارتباطا شديدا ، تشعر بالأمان والحنان في وجودها وتبكي لفراقها وكانت تستأنس بوجود أحد بجوارها وتلعب مع أخيها الأكبر وتشارك الأطفال الآخرين لعبهم في أثناء وجود الأم فقط وكانت بمثابة الطفلة المثالية في الطاعة والأدب وتنفيذ التوجيهات خاصة من الأم ، كما أنها كانت حريصة على إصدار السلوك الصحيح رغبة منها في الحصول على عطف الوالدين ورضاهم ورضاء المحيطين بها .

٦- مظاهر النمو الجنسي لدى الحالة :-

كانت تلعب بأعضائها التناسلية في فترة الطفولة المبكرة على سبيل الشعور باللذة ، كما كانت تميل الى التوحد مع أفراد جنسها حتى عمر سنتين ، وبعد ذلك بدأت تميل الى تكوين علاقات مع الجنس الآخر في سن المدرسة وكلها علاقات سطحية ، ولم تحدث لها صدمات جنسية في الطفولة المبكرة .

٧- مظاهر النمو النفسى :-

كانت الحالة هادئة مستقرة نفسيا قبل ظهور علامات الإعاقة عليها ، إلا أن جهازها النفسى تغير تماما عن ذى قبل فأصبحت تميل الى السلوكيات العدوانية - كما ترغب في امتلاك أدوات الآخرين وتستخدم ممتلكات الآخرين دون استئذان - ولا تعتذر عندما يواجهها أحد بخطئها - لديها رغبة شديدة في فتح الأشياء المغلقة والحصول على ما تريده دون أن يراها أحد - تحتضن الآخرين بشدة من الخلف - تفرح عندما يعاقب أمامها شخص مناسف لها - لا تتبع القواعد والتعليمات - تميل الى قرص وشد شعر زملائها دون أن يراها أحد - تبكى وتغضب بدون سبب واضح.

التاريخ المرضى السابق لاكتشاف الإعاقة :-

كانت فترة الطفولة للحالة عادية جدا لم يظهر فيها شئ ملفت للانتباه ولم تظهر عليها أى دلائل أو علامات للإعاقة فيما بعد .

الشكوى الأساسية من الحالة :-

انقطاع أو توقف الكلام - الاقتصار على ترديد بعض المقاطع التى ينطقها الآخرون - العزلة التامة عن الجميع بما فيهم الأم - عدم الاستجابة للآخرين أو الشعور بوجودهم -

عدم الاستجابة للأصوات العالية-عدم تركيز نظراتها على شيء معين ولا تنظر فسي عيون الآخرين أبدا - اقتصرت اهتماماتها في مشاهدة أفلام الفيديو للكرتون والأفلام الهندية - العصبية الشديدة والضرب بالرجل على الأرض بشدة والخبط على الأذن .

بدأ الإحساس بوجود مشكلة لدى الحالة :

عندما بلغت من العمر سنتين لاحظت الأم بعض السمات الغريبة على الحالة ، فأسرعت بعرضها على فريق من الأطباء ذوي تخصصات مختلفة وأسفرت تقارير الفحص بأن الحالة ليس بها خلل عضوي ، وتم قياس الذكاء لدى الحالة وكانت نسبة ذكائها (٦٤-٨٢-٥٣) في مرات متفرقة وقيل أن لديها اضطراب انتباه مصحوب بالعدوانية والنشاط الزائد في بعض الأحيان وأنها تحتاج لحضانة لرعايتها .

وقد استجابت الأم لهذه التعليمات وألحقتها بإحدى الحضانات القريبة لسكن الأسرة في عمر (٣) سنوات ، ولكن الحالة بدأت في الاعتداء على الأطفال الآخرين بالحضانة وإيقاع الأذى بهم عن طريق العض والقرص وشد الشعر والاستيلاء على أدواتهم ، ولم تتمكن المشرفة من التحكم في سلوكياتها لذا فقد رفضت وجودها بعد حوالي ثلاثة أشهر من التحاقها ، وبالتالي فإن الحالة ظلت في المنزل وأحضرت لها الأم أكثر من مربية لمجالستها وقضاء شئونها ولكن لم تستمر أى منهم أكثر من شهر لسوء سلوك الحالة .

وعند عمر (٥,١٠) سنة التحقت الحالة بإحدى المدارس الخاصة ولكنها رسبت في العام الأول مرتين وفي السنة الثالثة ثبت عدم قابليتها للاستجابة فتم فصلها من الدراسة نهائيا ، واتجهت الأم بعد ذلك لمراكز الإعاقات ، فقبلت الحالة في إحدى المراكز المتخصصة في التخاطب وتلقت جلسات تخاطب على يد أحد المتخصصين في هذا الشأن ولكنها لم تستفد من ذلك ، وتكرر نقل الحالة لأكثر من مركز ، ونظرا لأن الأم قد عانت الكثير من سلوكيات الحالة التي تسوء باستمرار وتسبب لها الحرج في كافة المواقف الاجتماعية ، فكانت كلما سمعت عن مركز إعاقه تبحث عنه وتسرع بإلحاق الحالة به رغبة منها في حدوث تحسن ملحوظ. واستمرت الأم على هذا المنوال حتى وصلت الى هذا المركز المتخصص ووجدت لابنتها مكانا فيه وهو جمعية أباء وأبناء التي يشرف عليها متخصصين أكفاء ، وقد تم التشخيص الدقيق للحالة لأول مرة (منذ أن بدأت الأم مشوارها السابق) بأنها أوتيزم

واستغربت الأم لهذا الاسم ، ولكن عندما شرح لها المتخصصون طبيعة هذه الإعاقة وسماتها وجدتتها تنطبق على ابنتها .

التقت الباحثة بالحالة بعد التحاقها بالجمعية بثلاث أشهر فقط وسجلت عنها الملاحظات الكافية واستعانت في ذلك بالملف الخاص بها في الجمعية وبمدرسي الفصل وكذلك تمت مقابلة الأم أكثر من مرة وبعد ذلك تم تصميم البرامج التي قدمت للحالة .

وتصنف الباحثة مظاهر الإعاقة لدى الحالة قبل تقديم البرامج التدريبية لها على النحو التالي:

١ - الاضطرابات اللغوية :-

تردد كلمات كاللبغاء - يصعب عليها المبادرة بالكلام مع الآخرين يصعب عليها الاستمرار في الحديث - لديها ثذوذ واضح في نطق الحروف والكلمات - لديها قصور واضح في فهم معانى الكلمات - تفشل في الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة اليها - لديها قصور في تعميم المفاهيم - لا تستطيع سرد أحداث قصة حدثت لها .

٢ - الاضطرابات الاجتماعية :-

تعانى من صعوبة في التواصل مع الآخرين بالنظر أو الابتسامة - لا تلتفت إلى من ينادى عليها - يصعب عليها تكوين صداقات حميمة مع الآخرين - يصعب عليها خداع الآخرين أو التحايل عليهم - تفضل اللعب بمفردها عن المشاركة في الألعاب الجماعية - تفضل العزلة والانسحاب من الواقع الاجتماعى - ترفض التلامس الجسدى وتميل إلى الابتعاد عن الآخرين .

٣ - الاضطرابات الانفعالية :-

لا تعكس تعبيرات الوجه حالتها الانفعالية - تبكى وتغضب بدون سبب واضح أو عند إجبارها على الاعتذار - يصعب عليها فهم انفعالات الآخرين من خلال تعبيرات وجوههم أو نبرات أصواتهم - عصبية وتتوتر لأتفه الأسباب - لا تستطيع التعبير عن مشاعرها تجاه الآخرين.

٤ - مشكلات رعاية الذات :-

لا تستطيع أداء مهارات رعاية الذات والسلوك الاستقلالى فيما عدا تناول الأطعمة الجافة والحلويات بعد نزع غلافها من قبل الآخرين .

٥- المشكلات السلوكية :-

توقع الأذى بالآخرين عن طريق شد الشعر- القرص - العض - تضايق الآخرين بالأصوات المزعجة والسلوكيات غير الاجتماعية - سلوكياتها النمطية تتمثل في الخطب على الأذن، ضرب الرجل في الأرض بشدة، الدخول في ثورات من الغضب والصياح عند محاولة منعها من سلوكياتها اللاأخلاقية المتمثلة في :-

- ❖ الرغبة في امتلاك أدوات الغير واستخدامها دون استئذان .
- ❖ فتح شنت الآخرين والحصول على ما تريده دون أن يراها أحد.
- ❖ الضحك بصوت عال عند معاقبة شخص منافس لها.
- ❖ احتضان الآخرين من الخلف مهما كان نوع الجنس الذي أمامها .

الاختبارات التي طبقتها الباحثة على الحالة قبل تطبيق البرنامج :-

طبقت الباحثة مجموعة من الاختبارات التشخيصية والتقويمية على الحالة ، وكلها اختبارات تعتمد على الملاحظة الدقيقة للحالة ، لذا فقد تعاونت كل من الباحثة والأم والمدرسة في تقدير سلوك الحالة على بنود هذه الاختبارات ، وجاءت النتائج على النحو التالي :-

الاختبار	الدرجة	الاختبار	الدرجة
متوسط اختبارات الذكاء	٥٨	بعد الاضطرابات الاجتماعية	٢٤
قائمة ريملاند التشخيصية	٤٣	بعد الاضطرابات الانفعالية	٢٥
مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي	٤٥	بعد مشكلات رعاية الذات	٢٥
اختبار اوتيزم الطفولة	٥٨	بعد المشكلات السلوكية	٢٠
قائمة أعراض الاوتيزم "الدرجة الكلية"	١١٩	الجزء الأول من السلوك التوافقي	١٣٠
بعد الاضطرابات اللغوية	٢٥	الجزء الثاني من السلوك التوافقي	٤٠

إن متوسط الذكاء على اختبارات (رسم الرجل ، لوحة جودارد ، متاهات بورتيوس) يعبر عن أن الحالة تقع في فئة التخلف العقلي البسيط (القابلين للتعلم) ، والدرجة على (قائمة ريملاند - اوتيزم الطفولة -قائمة أعراض الاوتيزم بأبعادها) تعبر عن حالة اوتيزم شديدة ، أما الدرجات على مقياس فاينلاند تعبر عن قصور واضح في المهارات الاجتماعية ، ويرسم الصفحة النفسية لمقياس السلوك التوافقي اتضحت جوانب القصور لدى الحالة في الجزء الأول من المقياس فقد وقعت معظم درجاتها تحت المئين (٤٠) وكانت أكثر المجالات قصورا [التنشئة الاجتماعية - التوجه الذاتي - النمو اللغوي - العمل الاستقلالي] أما درجاتها على الجزء الثاني من المقياس فقد ارتفعت وقعت معظمها بين المئين (٧٠-٩٠) ، وهذا يعكس أهم الاضطرابات لدى الحالة والتي تتمثل في (الانسحاب - إيذاء الذات والآخرين - اضطرابات نفسية - الميل الى النشاط الذائد - العادات الغريبة أو غير المقبولة - العادات الصوتية غير المقبولة - السلوك المتمرد - السلوك غير المؤتمن - سلوك اجتماعي غير مناسب - السلوك النمطي) .

البرامج التي قدمتها الباحثة للحالة :-

تعتبر الحالة إحدى حالات المجموعة التجريبية (٣) أى المجموعة التى قدم لأفرادها برنامج تدريبى على المهارات الاجتماعية وقدم لأمهاتهم برنامجا إرشاديا تدريبيا ، وتم تقديم البرنامجين معا أى أن الباحثة تقوم بتدريب الحالة في وجود الأم وتعتمد الجلسة على التفاعل الثلاثى بين (الباحثة - الحالة - الأم) ، وحيث أن جلسات برنامج المهارات الاجتماعية التى تقدمها الباحثة للحالة مباشرة يعتمد على التدريب المكثف حوالى ثلاث مرات أسبوعيا بمتوسط قدرة (٦٥) جلسة ، فإن الأم غير مجبرة على حضور هذه الجلسات جميعها ، وإنما تكفى بالحضور حوالى (٢٥) مرة من هذه الجلسات وهذا العدد هو الزمن الذى استغرقه البرنامج الإرشادى .

ففي الجلسات الأولى خصصتها الباحثة لتكوين علاقة وطيدة مع الحالة ومع الأم ، وبعد ذلك استمرت الباحثة في مشاركة الحالة لأنشطتها التى تمارسها وتحبها كالهزهزة والأرجحة والجلوس في الملعب على المرتبة والجري واللعب بالكرة أحيانا ، وفي هذه الأثناء تقدم للأم بعض المعلومات البسيطة عن طبيعة إعاقة الاوتيزم وتربط الحوار بالواقع " انظرى الحالة ماذا تفعل عندما لا يشاركها أحد في نشاط ما ، الاوتيسك يمارس سلوكيات نمطية - انظرى

سلوكيات الحالات الموجودة أمامك سواء كنا في الفصل أو في الملعب ٠٠ " ، وفي كل مرة تشارك بالحضور الأم فيها تعطيها الباحثة مقالات تطبيقية عن أساليب التدريب المقترحة لحالات الاوتيزم ، والتي يكون تم تدريب الحالة عليها أمام الأم كي تستطيع تنفيذها باستمرار في المنزل .

ولتنمية مهارات التواصل غير اللفظي تم تدريب الحالة على [اتصال العيون - ملائمة تعبيرات الوجه للموقف - ملائمة حركات الجسم - المصافحة باليد - تبادل القبلات والاحتضان] وتمت الخطوات المتبعة في وجود الأم مع السماح لها بتنفيذ بعض الإجراءات (المتفق عليها في التدريب) أمام الباحثة لضمان كفاءة تدريب الأم للحالة في المنزل .

وبعد حوالي شهر أو أكثر تقوم الباحثة بتقييم أداء الحالة على هذه المهارات طبقا لاستمارة أعدت لهذا الغرض ويقوم بالتقدير مدرس الفصل لضمان الحيادية الكاملة والابتعاد عن وجهات النظر الذاتية للباحثة والأم لأنهما القائمان بالعمل سويا .

وبعد أن تشير نتائج التقييم إلى أن الحالة حققت قدرا من التواصل غير اللفظي مع الآخرين تتجه الباحثة الى البدء في التدريب على مهارات التواصل اللفظي عن طريق زيادة الحصيلة اللغوية لدى الحالة -التعبير عن احتياجاتها لفظيا - كيف تطلب أو ترفض أو تقبل - بدء المحادثة مع الآخر واستمرارها - استعمال الضمائر بطريقة صحيحة - استعمال كلمات ملائمة لمحتوى الحديث . وهذا التدريب استغرق وقتا طويلا جدا وقد استمر أثناء تنفيذ جلسات المهارات الأخرى ، وقد تم التنفيذ أمام الأم ، وكانت تقوم بتطبيق بعض التوجيهات التي تلقتها من الباحثة بخصوص هذا الشأن (وحصلت عليها مكتوبة للاستعانة بها عند التنفيذ في المنزل) أمام الباحثة للاطمئنان على مستوى أداء الأم مع الحالة ، وبعد مرور أكثر من شهر يتم تقييم هذه المهارات من خلال تقدير مدرس الفصل لسلوك الحالة على الاستمارة التي أعدت لهذا الغرض .

وبعد أن تشير نتائج التقييم الى أن الحالة حققت نجاحا ملحوظا في التواصل اللفظي مع الآخرين بدأت الباحثة بتدريب الحالة على مهارات رعاية الذات المتمثلة في [تناول الطعام والشراب - النظافة الشخصية - الخلع - اللبس - تجنب الأخطار] وبنفس الطريقة تشارك الأم في حضور بعض جلسات التدريب لتلقى التوصيات العامة بشأن مهارات رعاية

الذات وتأخذ محاضرات مكتوبة عن كيفية تنفيذ هذه التدريبات ، لنقوم بتنفيذها مع الحالة في المنزل باستمرار .

وبعد مرور شهر من التدريب على هذه المهارات ، تم التقييم من خلال تقدير مدرس الفصل لأداء الحالة على الاستمارة التي أعدت لهذا الغرض .

وبعد ذلك اتجهت الباحثة لتدريب الحالة على مهارات التفاعل الاجتماعي من حيث تقبل الآخرين-المشاركة في نشاط الجماعة - طلب المساعدة من الآخرين إذا لزم الأمر . وتمت هذه التدريبات ضمن التدريب على الأنشطة السابقة التي تضمنها البرنامج ، فقد حاولت الباحثة دمج الحالة في إطار جماعي في أغلب الأحيان ، وتم تقييم هذه المهارات من خلال تقدير مدرس الفصل لأداء الحالة على الاستمارة التي أعدت لهذا الغرض ، وهذه المهارات لم يخصص لها وقت منفرد في البرنامج الإرشادي بل هي محصلة للمهارات التي تم التدريب عليها من خلال البرنامج . ركزت الباحثة بعد ذلك على اختزال السلوكيات النمطية والتحكم في المشكلات السلوكية لديها من خلال التحكم في [ثورات الغضب المتكررة - الضحك بصوت عال - التعليقات التي تصدرها وغير الملائمة اجتماعيا - الخطب على الأذن - أو الضرب بالرجل على الأرض - التفتيش في ممتلكات الآخرين - إيذاء الآخرين] وتمت التدريبات المناسبة في حضور الأم التي قامت بتنفيذ خطوات التدريب مع الحالة في المنزل ، وتم التقييم من خلال تقديرات مدرس الفصل لأداء الحالة على الاستمارة التي أعدت لهذا الغرض .

المآل والنتائج :-

أسفر التدريب المركز للحالة سواء من جانب الباحثة أو من جانب الأم الى حدوث تحسن ملحوظ شعر به كل من تعامل مع الحالة ، وظهر هذا التحسن في زيادة حصيلتها اللغوية الى أكثر من مائة كلمة تقريبا ، مما ساعدها على تحقيق تواصل لفظي مع الآخرين بشكل جيد ، كما اتضحت لديها معاني ومدلولات الكلمات واستطاعت الاستجابة اللفظية بجملي مفيدة ، ويمكن أن تبادر بمحادثة الآخرين والاستمرار في المحادثة إذا طلب منها ذلك ، وقلت نسب ترديدها البيغاي لما تسمعه ، ورغم تخلفها العقلي فقد أصبح مستواها التعليمي بما يعادل الصف الأول والثاني الابتدائي ، وتحسنت علاقتها بالآخرين فأصبحت تفضل المشاركة الجماعية عن اللعب المنفرد وتتقبل التلامس الجسدي والاحتضان والتقبيل من الآخرين ، وترد

عبارات التحية والاستقبال ، وتنتظر في عيون الآخرين عند التحدث معهم وتبادلهم الابتسامة ، إلا أن علاقتها مع الآخرين خاصة الغرباء مازالت سطحية في حين أن علاقتها بالمقربين لها أصبحت حميمة جدا ، زادت قدرتها على التقليد وتحسن أدائها في استخدام الأشياء والألعاب ، وما زالت براءة الطفولة تميز سلوكياتها فلا تجمال أو تخدع أو تتحايل أو تكذب على الآخرين وقلت نوبات الصراخ والبكاء لديها وزادت معرفتها بانفعالات الآخرين ومشاركة هذه الانفعالات بإظهار تعبيرات ملائمة للانفعالات السارة أو المحزنة ، إلا أنها لا تستطيع التعبير عن مشاعرها تجاه الآخرين ، ويمكن أن تتوتر في بعض الأحيان لأتفه الأسباب وقد سجلت الحالة تقدما ملحوظا في أداء مهارات رعاية الذات فأصبحت تعتمد على نفسها في تناول الأطعمة والمشروبات ولبس وخلع الملابس والمحافظة على النظافة الشخصية والعامة كما أنها تدرك معظم مصادر الخطر فلا تقترب منها وتؤدي هذه السلوكيات دون مساعدة أو توجيه .

وقد أمكن التحكم في نشاطها الزائد ، وتحويل معظم سلوكياتها غير الاجتماعية إلى سلوكيات هادفة ، وقلت مضايقتها للآخرين بالحركات والأصوات المزعجة والعُدوان عليهم ، وخفت تكرارات السلوكيات النمطية التي كانت تمارسها .

واتضح هذا التحسن أيضا من خلال تقدير مدرسي الفصل لسلوكيات الحالة على الاختبارات السيكمترية (التي سبق تطبيقها قبل تنفيذ البرنامج) بعد انتهاء تطبيق البرنامج مباشرة كتطبيق بعدى أول، وتم تقدير سلوكيات الحالة مرة أخرى بعد انتهاء التطبيق بفترة زمنية تقدر بشهرين تقريبا كتطبيق بعدى ثانى وجاءت نتائج التقدير في التطبيقين على النحو التالي :-

الاختبار	البعدي الأول	البعدي الثاني	الاختبار	البعدي الأول	البعدي الثاني
اوتيزم الطفولة	٣٢	٣٠	بعد الاضطرابات اللغوية	٧	٩
ماينلاند	٧٨	٧٩	بعد الاضطرابات الاجتماعية	٨	٩
الجزء الأول من السلوك التوافقي	١٥٣	١٥٠	بعد الاضطرابات الانفعالية	٨	١٠
الجزء الثاني من السلوك التوافقي	١٥	١٦	بعد مشكلات رعاية الذات	٣	٤
قائمة أعراض الاوتيزم "الدرجة الكلية"	٣١	٣٩	بعد للمشكلات السلوكية	٥	٧

وقد ظهرت فروق طفيفة بين التطبيقين البعدي الأول والثاني وهذا يشير الى ضرورة استمرار تدريب الحالة لفترات طويلة تمتد لعدة سنوات .

خامسا : التوصيات التربوية والإرشادية :-

في ضوء نتائج الدراسة الحالية فإن الباحثة توصي باتباع الإرشادات التالية عند تطبيق برنامجى المهارات الاجتماعية والإرشاد الأسرى لفئة الأطفال الاوتيسك وأسره :-

١- ضرورة إقامة علاقة وجدانية قوية مع الأطفال الاوتيسك قبل تطبيق برنامج المهارات الاجتماعية ، حيث أن هذا يعتبر مؤشرا لفاعلية الأطفال أثناء تنفيذ خطوات البرنامج .

٢- مراعاة الفروق الفردية فيجب أن تتسم البرامج المقدمة لهذه الفئة من الأطفال في تخطيطها وتنفيذها بقدر كاف من المرونة في تحقيق الرعاية الفردية لكل طفل داخل الإطار العام للبرنامج مع عدم إهمال الجوانب السلوكية الإيجابية التى يمكن أن تكتسبها الحالة من خلال العمل الجماعى والتعاونى .

٣- ضرورة إتاحة فرص اللعب والنشاط الجماعى للطفل الاوتيسك مع الآخرين لمساعدته على كسر حاجز العزلة التى فرضها على نفسه والاندماج مع الآخرين وكيفية التعامل معهم .

٤- ضرورة تركيز كل من برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسرى على تعليم الأطفال الاوتيسك مهارات رعاية الذات والسلوك الاستقلالى في الحياة العامة ، كى تزداد ثقة الطفل بنفسه ويقل اعتماده على الآخرين .

٥- أن يتضمن كل من برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسرى أنشطة تسهم في تحقيق النمو المتكامل لجميع جوانب شخصية الطفل الاوتيسك جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا ونفسيا ويتحدد ذلك في إطار ما تسمح به إمكانيات الطفل الاوتيسك إلى أقصى درجة ممكنة .

٦- أن يركز كل من برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسرى على استغلال النشاط الزائد والحركات النمطية غير الهادفة ونحويلها إلى أنشطة هادفة وفعالة مما يؤدي إلى تخفيف أعراض الاوتيزم لدى الأطفال الاوتيسك .

٧- ضرورة إقامة علاقة وطيدة مع أسر الأطفال الاوتيسك من خلال التعرف على

ظروفها وأوضاعها الاقتصادية والاجتماعية والصحية ، ومشاركتها ومساندتها لتحمل أعباء
إعاقة طفلها من خلال :-

- أ- عقد اللقاءات والاجتماعات بين الأسر لتبادل الخبرات والمعلومات .
- ب- توفير فرص تدريبية مكثفة لهذه الأسر عن كيفية التعامل مع أطفالهن الاوتيسك .
- ج- توزيع كتيبات ونشرات لهذه الأسر تتضمن شرحا مبسطا لجوانب إعاقة الاوتيزم
وكيفية تخفيف هذه الجوانب .
- ٨- ضرورة مشاركة كل أفراد الأسرة مشاركة إيجابية فعالة في تنفيذ البرنامج التدريبى من
أجل تخفيف أعراض الاوتيزم لدى الأطفال الاوتيسك .
- ٩- ضرورة الدمج بين فنيات وأساليب تعديل السلوك عند تطبيق كل من برنامج المهارات
الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسرى لما لهذا الدمج من فعالية في تحسين حالات الاوتيزم .
- ١٠- ضرورة الاكتشاف والتدخل المبكر لحالات الاوتيزم لما له من أهمية بالغة في تحسين
هذه الحالات في فترات قليلة بالمقارنة بالحالات التى تأخر اكتشافها وتأهيلها .
- ١١- زيادة عدد مرات التدريب وقلة الوقت المستغرق في كل مرة بسبب قلة فترات الانتباه
لدى حالات الاوتيزم ، والتدريب الذى يقوم به عدة أفراد يؤتى بنتائج أفضل من التدريب الذى
يقوم به فرد واحد .
- ١٢- الدمج بين برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسرى يفيد في تحسين أفضل
لحالات الاوتيزم .
- ١٣- لا يمكن الاستغناء عن دور الأسرة في تنفيذ أى برنامج متكامل للأطفال الاوتيسك .
- ١٤- التقليل من العوامل أو المثيرات المنفرة التى من شأنها أن تنبئ بظهور السلوك
المضطرب أو تطوره .
- ١٥- مكافأة السلوك الحسن فور صدوره وتجاهل السلوك السيئ .
- ١٦- أن تسهم برامج الإرشاد الأسرى والمهارات الاجتماعية في تهيئة الطفل الاوتيسك لتقبل
إعاقة والرضا عن ذاته وتمكينه من اكتشاف قدراته ومواهبه والبعد به عن أحاسيس الخوف
والخجل والدونية .

- ١٧- ضرورة العمل بروح الفريق المتعاون لتحقيق أفضل تحسن ممكن لحالات الاوتيزم كل على حدة .
- ١٨- يجب تحديد أولويات كل حالة من وجهة نظر الأسرة والبدء بتنمية هذه الجوانب حتي تشعر الأسرة والحالة بحدوث التحسن الذي يساعدها على الاستمرار للمشاركة في البرامج .
- ١٩- متابعة الحالات التي طبق عليها برامج المهارات الاجتماعية والإرشاد الأسري للتعرف على مدى استمرار تأثير البرامج في ضبط سلوك حالات الاوتيزم .
- ٢٠- ضرورة إلحاق الأطفال الاوتيسك بمراكز ودور الرعاية الخاصة بهذه الفئة فإن ذلك يعتبر أمر حيوي وهام بالنسبة للطفل وللأسرة ، لأن العزلة التي يعيشها الطفل في المنزل تزيد من تفاقم المشكلة وتؤدي إلى تدهور الحالة وازدياد العبء على الأسرة .
- ٢١- الإكثار من دراسة الحالة لهؤلاء الأفراد لكشف أسرار هذه الإعاقة وإخضاعها للقياس النفسيومتري والتدخل النفسيولوجي .
- ٢٢- عمل دراسات مسحية للتعرف على مدى انتشار هذه الإعاقة محلياً ومدى خطورتها .
- ٢٣- ضرورة توفير أساليب تشخيصية مقننة على البيئة المصرية لهذه الفئة .
- ٢٤- الإكثار من إعداد وتخطيط البرامج المتكاملة التي تقدم لفئة الأطفال الاوتيسك بهدف التغلب على مظاهر إعاقاتهم .

المراجع

- المراجع العربية

- المراجع الأجنبية

أولاً : المراجع العربية

- ١- إبراهيم مدكور: (١٩٧٥) . معجم العلوم الاجتماعية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة .
- ٢- أحمد زكى بدوى : (١٩٨٢) . معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، بيروت ، مكتبة لبنان .
- ٣- أحمد عكاشة : (١٩٩٢) . الطب النفسى المعاصر ، طبعة مزيده منقحة ، الأنجلو المصرية ، القاهرة .
- ٤- أرنوف ويتنج : (١٩٧١) . مقدمه في علم النفس ، ترجمة عادل الأشول ، محمد عبد الغفار ، نبيل حافظ ، عبد العزيز الشخص ، مراجعة عبد السلام عبد الغفار ، دار ماكجروهيل للنشر ، القاهرة .
- ٥- إسماعيل محمد بدر : (١٩٩٧) . مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد ، المؤتمر الدولى الرابع للارشاد النفسى (٢-٤) ديسمبر ، المجلد الثانى ، ص ص (٧٢٧-٧٥٨) .
- ٦- إلهام كلثوم : (بدون تاريخ) . احتياجات أسرة أحد أفرادها متخلف عقليا ، (٦) من إصدارات مركز سيتى ، الدار المصرية ، القاهرة ، ص ص (٣-١١) .
- ٧- أيفت عبد الملك : (١٩٩٣) . بداية التعامل مع الطفل الاوتيسك ، ورشة عمل عن الاوتيزم ، ديسمبر، مركز سيتى، ص ص (٧٩-١٠١) .
- ٨- جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاقي : (١٩٨٨) . معجم علم النفس والطب النفسى ، إنجليزى - عربى ، الجزء الأول ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
- ٩- حسني حلواني : (١٤١٦ هـ) . المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوى الاوتيزم-التوحد-من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية ، رسالة ماجستير ، قسم علم النفس ، مكة المكرمة ، جامعة أم القرى .
- ١٠- رمضان محمد القذافي : (١٩٩٣) . سيكولوجية الإعاقة ، الدار العربية للكتاب، طرابلس .
- ١١- زكريا الشربيني : (١٩٩٠) . الإحصاء اللابارامترى في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية ، الأنجلو المصرية ، القاهرة .
- ١٢- سميرة عبد اللطيف السعد: (١٩٩٢) . معانائى والتوحد ، الطبعة الأولى ، الشويخ ، الكويت .

- ١٣- سهام راشد : (١٩٩٣) . مساعدة أسرة الطفل الذاتوى ، ورشة عمل عن الاوتيزم ، ديسمبر ، مركز سيتى ، ص ص (٨٦-٩٥) .
- ١٤- صفوت فرج وناهد رمزى : (١٩٩٠) . مقياس السلوك التوافقى ، الطبعة الثالثة ، الأنجلو المصرية ، القاهرة .
- ١٥- عادل عز الدين الأشول : (١٩٨٧) . معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، مكتبة لبنان . بيروت .
- ١٦- _____ : (١٩٩٢) . الإرشاد الأسرى والوالدية الفاعلة ، المؤتمر الخامس للطفل المصرى ، المجلد الثانى ، القاهرة . ص ص (٨٨٧-٩١٣) .
- ١٧- _____ : (١٩٩٣) . الضغوط النفسية والإرشاد الأسرى للأطفال المتخلفين عقليا ، مجلة الإرشاد النفسى ، العدد الأول ، جامعة عين شمس ، ص ص (١٥-٣٥) .
- ١٨- عبد الرحمن العيسوى : (١٩٩٠) . باثولوجيا النفس - دراسة في الاضطرابات العقلية والنفسية مع قاموس عربى/انجليزى للمصطلحات الفنية ، دار الفكر الجامعى ، الإسكندرية.
- ١٩- عبد المنان ملا معمور : (١٩٩٧) . فاعلية برنامج سلوكى تدريبى في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحدين ، المؤتمر الدولى الرابع للإرشاد النفسى ، (٢-٤) ديسمبر ، المجلد الأول . ص ص (٤٣٧-٤٥٨) .
- ٢٠- عبد الملعم الحفنى : (١٩٧٨) ، موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، الجزء الثانى ، مكتبة مدبولى ، القاهرة .
- ٢١- عثمان فراج : (١٩٩٤) . إعاقة التوحد أو الإجتراح ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ديسمبر ، العدد (٤٠) . ص ص (٨-٢) .
- ٢٢- _____ : (١٩٩٥) . إعاقة التوحد أو الاجترار ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، مارس ، العدد (٤١) . ص ص (٨-٢) .
- ٢٣- _____ : (١٩٩٦) . إعاقة التوحد أو الاجترار ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، مارس ، العدد (٤٥) . ص ص (٨-٢) .

- ٢٥- عماد الدين سلطان :
٢٥- عماد عبد الرازق :
٢٦- عمر بن الخطاب خليل :
٢٧- _____ :
٢٨- فاخر عاقل :
٢٩- _____ :
٣٠- فاروق صادق :
٣١- _____ :
٣٢- _____ :
٣٣- فتحى السيد عبد الرحيم :
٣٤- فرج عبد القادر :
٣٥- فريحان قسيس :
٣٦- فؤاد أبو حطب :
- (بدون تاريخ). الطب النفسى ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
(١٩٨٧) . الأعراض والأمراض النفسية وعلاجها -أطفال
وأحداث ، دار الفكر ، عمان .
(١٩٩١) . التشخيص الفارق بين التخلف العقلى واضطراب
الانتباه والتوحدية ، مجلة دراسات نفسية ، يوليو،
ص ص (٥٢٨-٥١٣) .
(١٩٩٤) . خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية
(الاوليستيه) على إستخبار إيزنك لشخصية الأطفال ، مجلة مركز
معوقات الطفولة ، إبريل ، المجلد الثالث ، العدد الأول ،
ص ص (٦٣-٧٢) .
(١٩٨٥) . معجم علم النفس (إنجليزى - فرنسى - عربى) ،
دار القلم للملايين ، بيروت ، لبنان .
(١٩٨٨) . معجم العلوم النفسية (إنجليزى -عربى) ، دار الرائد
العربى ، بيروت ، لبنان .
(١٩٨٥) . مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعى ، كلية الدراسات
الإنسانية ، جامعة الأزهر ، غير منشور .
(١٩٩٣) . أسس برامج التدخل المبكر لذوى الحاجات الخاصة ،
مجلة معوقات الطفولة ، جامعة الأزهر ، مارس ، مجلد (٣)
ص ص (٩-٤٩) .
(١٩٩٤) . برامج التدخل العلاجية والوقائية للمعوقين في سن
ما قبل المدرسة ، بحوث ودراسات مؤتمرات اتحاد هيئات رعاية
الفئات الخاصة والمعوقين ، إصدار اليوبيل الفضى للاتحاد ،
مارس ، ص ص (٦٧-٨٧) .
(١٩٩٠) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين ، إستراتيجيات التربية
الخاصة ، الجزء الثانى ، الطبعة الرابعة ، دار القلم ، الكويت .
(١٩٩٣) . موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، دار سعاد
الصباح .
(١٩٩٣) . التواصل والاوليستك ، ورشة عمل عن الاوليستزم ،
ديسمبر ، مركز سيتى ، ص ص (٦١-٧٦) .
(١٩٩٤) . معجم علم النفس والتربية ، الجزء الأول ، الهيئة

- العامّة لشئون المطابع الأميرية ، القاهرة .
- ٣٧- كريستين مايلز : (١٩٨٨) . اللغة .. التواصل .. الكلام مع الطفل ذى القدرات المحدودة ، ترجمة أديب مينا ميخائيل ، مركز سيتى .
- ٣٨- كريستين مايلز : (١٩٩٢) . الطفل المعاق عقليا وأسلوب التعامل معه ، ترجمة ليلى أبو شعر ، مراجعة حسين صلاح الدين ، جمعية المحبة ، دمشق .
- ٣٩- كمال إبراهيم مرسى : (١٩٩٥) . التدخل المبكر في رعاية التخلف العقلى ودور الإرشاد النفسى منه ، مجلة الإرشاد النفسى ، العدد الرابع ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ص ص (٢١-٥٠) .
- ٤٠- _____ : (١٩٩٥) . التأصيل الإسلامى للإرشاد النفسى لأبناء المتخلفين عقليا ، المؤتمر الدولى الثانى لمركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس ، ص ص (١٥٣-١٦٩) .
- ٤١- _____ : (١٩٩٦) . مرجع فى التخلف العقلى ، الطبعة الأولى ، دار النشر للجامعات المصرية بالقاهرة ، دار القلم بالكويت .
- ٤٢- ليلى كرم الدين : (١٩٩٧) . الاتجاهات الحديثة في رعاية الأطفال المعوقين ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، مارس ، العدد (٤٩) ، ص ص (١٦-٢٤) .
- ٤٣- ماهر محمود عمر : (١٩٩٢) . المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسى ، دار المعرفة الجامعية ، الأزاريطة ، الإسكندرية .
- ٤٤- محمد أنور عشيّش : (١٩٩٣) . الذهان عند الطفل ، ورشة عمل عن الاوتيزم ، ديسمبر ، مركز سيتى ، ص ص (٤٠-٥٢) .
- ٤٥- محمد الشناوى ومحمد التويجى : (١٩٩٥) . إرشاد والدى الأطفال ذوى الحاجات الخاصة ، المؤتمر الدولى الثانى لمركز الإرشاد النفسى ، المجلد الثانى ، جامعة عين شمس ، ص ص (٥٦٣-٦٠٦) .
- ٤٦- محمد حسيب الد فراوى : (١٩٩١) . برنامج تأهيل طفلة منطوية على ذاتها ، كلية الطب ، جامعة القاهرة ، غير منشور .
- ٤٧- _____ : (١٩٩٣) . الخدمات المختلفة التى تقدم للطفل الاوتيسم فى مصر ، ورشة عمل عن الاوتيزم ، مركز سيتى - ديسمبر ، ص ص (١٠٢-١٠٧) .
- ٤٨- محمود حموده : (١٩٩٣) . الطب النفسى - الطفولة والمراهقة - المشكلات النفسية

- والعلاج ، دار المعارف ، القاهرة .
- ٤٩- مركز سيتى : التدريب بغرض الاعتماد على الذات ، برنامج لتعليم مهارات الاعتماد على الذات في إرتداء الملابس ، الجزء الأول (البنطلونات) ، كتيب رقم (٤) ، الدار المصرية ، القاهرة .
- ٥٠- مركز سيتى : طرق تحسين التعلم والسلوك ، كتيب رقم (٧) ، الدار المصرية ، القاهرة .
- ٥١- نادبة أديب : (١٩٩٣) الأطفال المتوحدون (الاوتيسم) ، ورشة عمل عن الاوتيزم ، ديسمبر ،مركز سيتى ص ص (٤-٣٩) .
- ٥٢- نادبة بنا : حقوق واحتياجات أسر الأطفال المعاقين ودورهم ،كتيب رقم (٦) من إصدارات مركز سيتى ، الدار المصرية ، القاهرة .
- ٥٣- _____ : لدى طفل معوق عقليا . ماذا أفعل ؟ من إصدارات مركز سيتى، الدار المصرية ، القاهرة .
- ٥٤- واطسون : (١٩٨٨) .تعديل سلوك الأطفال ، ترجمة محمد فرغلى فراج ، سلوى الملا ، دار الكتاب الحديث ، الكويت .

ثانيا : المراجع الأجنبية

- 55- Adrian J. L , Sauvage , D. , Leddet , I. Larmande, c., Hameury, L. and Barthelemy, C. (1992) : Early Symptoms in autism from family home movies evaluation and comparison of life using , J. child psychol. and psychiat. Vo. (55), No.(2), pp. 71-72. .
- 56- Alcentara , p., (1994): Effects of videotape instructional package on purchasing skills of children with autism ,exceptional children , vol.(61), No.(1),pp. 4-55 .

- 57- Allen, M. H.; Lincoln A. J.; Raufman, A.S. (1991): Sequential and Simultaneous Processing abilities of high functioning autistic and language, J. of Autism Developmental Disorder, vol.(21),No.(4), pp.483-502
- 58- American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and statistical manual of metal disorders (3 rd ed) .
Washington, DC : author.
- 59- Anderson, M., Flusberg, A.T. (1991) : The Development of contingent discovers abilities in autistic children, J. child psychol. and psychiat, Vol .(22), No.(2), pp.171-189.
- 60- Bailey A., Bolton, P.; Butler, L.; Lecouteur A.; Murphy M., Scott s.; Webb T.; Putter M., (1993) : Prevalence of the fragile anomaly amongst autistic twins and singletons, J. child psychol. Psychiat. Vol.(34), No.(5), pp.673-688.
- 61- Baron-Cohen , S. (1991) : Do people with Autism understand what causes emotion? child development, Vol.(62), pp.385-397.
- 62- Barthelemy. C.; Adrien J. L.; Roux, S. ;Gawrreau, Perrot A.; Ielord, G. (1992): . Sensitivity and specificity of behavioral summarized evaluation (BSE) for the assessment of autistic behaviors, J. of Autism Developmental Disorder, Vol.(22), No.,(1), pp.31-33.

- 63- Berg, I., (1985): Child and Adolescent Psychiatry in Tre
and Sims A. (EDS). Psychiatry Easthou
Tindall.
- 64- Bierman K. L.; Miller C. M.; Stabb, D.S., (1987) : Imp
social behavior and peer acceptance of reje
effects of social skill training with instru
prohibitions, J.of consulting clinical psyc
Vol.(55),No.(2), pp.194-200 .
- 65- Biersdorff, K., (1994) : Incidence of significantly alt
experience among individuals with devel
disabilities, American J. on Mental ret
Vol.(98), pp.291-315.
- 66- Biklen, D., (1992) : Typing to talk : Facilitated Commun
American J. of speech and language pathology,
No.(2), pp.15-17.
- 67- Burke John Charles, (1987) : Assessing and training
children's responses to cross- modal stimuli con
one to four components, D.A.I. Vol.(49),
October ,pp.1413-1414-B .
- 68- Campbell M.; Kafantaris V.; Malone R.; Kowalik S.; Locas
(1991): Diagnostic and Assessment Issues rela
pharmacology therapy for children and adolescent

Autism, Behavior Modification, Vol.(15), No.(3), July
pp.326-354.

- 69- Capps L.; Yirmiya N.; and Sigman M., (1992) : Understanding of simple and complex emotions in non-retarded children with Autism , J. Child Psychol. Psychiat., Vol.(33), No.(7), pp.1169-1182.
- 70- Chambliss, Catherine D.; Renee J., (1994) : Parental response to Lovaas treatment of childhood Autism, Scranton Psychology Conference (9th., February)
- 71- Charlop M.; Milstein J., (1989) : Teaching Autistic children conversational speech using video modeling , J. of Applied behavior analysis, Vol.(22), No. (3) , pp.275-285.
- 72- Chock, Patricia N., (1979) : Learning and self- stimulation in mute and echolalic Autistic children , D.A.I. Vol.(41), No.(03), September , P.1019-A.
- 73- Cohen D. J.; Donnellan A. M., (1985): Handbook of Autism and pervasive developmental disorders, New York, Chichester Brisbane, Toronto, Singapore.
- 74- Crossley R. (1992): Communication training involving facilitated communication , INDEAL , Communication center (Eds.) facilitated communication training .

- 75- David W.; Boyd L., (1984) : Adaptive behavior of children with infantile Autism compared to children with Down's syndrome and children with schizophrenia , D.A.I. Vol.(45), No.(05) November , P.1350-A.
- 76- Demyer M.; Schwier H.; Bryson C.; Solow E.; Roeske (1986) : Free fatty acid response to insulin and glucose stimulation in schizophrenic , autistic and emotionally disturbed children J. of Autism and childhood schizophrenia , Vol.(4), pp.436-452 .
- 77- Dianne E., Berkell , (1992) :Autism : Identification, Education and treatment, New Jersey, Hove and London.
- 78- Edelson SM ; Rimland B ; Berger CL ; Billings D (1998) : Evaluation of a mechanical hand-support for facilitated ommunication , J. Autism Dev. Disord. , Apr. , Vol.(28) , No.(2) , PP.(153-157)
- 79- Ekman, Gunnar and others, (1989) : Fenfluramine treatment of twenty children with Autism, J. of Autism and developmental disorder, Vol.(19), No.(4), Dec. pp.511-532 .
- 80- Fair Field, (1983): Parents coping with a genetically Handicapped-Child: use of early recollections, Exceptional children, Vol.(94), No(13), pp.411-415

- 81- Favell J., (1983) : Comprehensive intervention for Autism Youth
The Princeton child development Institute , APA
Division of the Experimental analysis of behavior,
Vol.(18), No.(2), pp.11-13.
- 82- Fisher WW ; Kuhn DE ; Thompson RH (1998) : Establishing
discriminative control of responding using functional
and alternative reinforcers during functional
communication training , J. Appl. Behav. Anal. , Winter
, Vol.(31) , No.(4) , PP.(543-560) .
- 83- Flusberg H., (1992) : Autistic children's talk about psychological
states: deficits in the early acquisition of a theory, J. of
Autism and developmental disorder, Vol.(63), No.(1),
pp.161-172.
- 84- Gillberg Christopher (1990) : Autism and pervasive developmental
disorders, J. child psychol. Psychiat., Vol.(31),
No.(1),pp.99-119.
- 85- Gillberg Christopher (1990) ; Do children with Autism have March
birth days? Acta psychiat. Scand. Vol (82) .pp 153-156.
- 86- Goldstein M.; Kuga S; Kusano N. ; Meller E. ; Dancis G. ; Schwarcz
R. (1986) : Abnormal psychology experiences origins
and interventions, little. Brown and company, Toronto.
- 87- Hagberg B.; Aicardi J.; Dias K.; Ramos O.,(1983) : Progressive
syndrome of Autism, dementia, ataxia , and loss of

purpose, : Rett's syndrome : Report of 35 case annals of neurology, Vol.(14), pp.471-479.

88- Harrison R.; Newirth J., (1990) : The effect of sensory deprivation and Ego strength as a measure of Autistic thinking , J. of personality assessment, Vol. (54) , No (38-4),pp. 694-703.

89- Helly A., Roberts G. (1975) : Tryptophan metabolism in psychotic children , Developmental medicine and child neurology, Vol.(7), pp.46-49.

90- Helm, David P., (1981) : Behavior modification and intensive interpersonal involvement in the treatment of an Autistic child, D.A.I., Vol.(41), No.(11),May, P.4263-B

91- Hobson R. P.; Ouston J. and Lee A., (1986) : The autistic child's appraisal of expressions of emotion , J. child psychol. Psychiat. , Vol (27) , pp 321-342 .

92- Hollander E. ; Delgiudice-Asch G ; Simon L ; Schmeidler J ; Cartwright C ; Decaria CM ; Kwon J ; Cunningham-Rundles C ; Chapman F ; Zabriskie JB (1999) : B Lymphocyte antigen D8 / 17 and repetitive behaviors in autism , Am. J. Psychiat. , Feb. , Vol. (156) , No. (2) , PP. 317-320 .

93- Ho PT ; Keller JL ; Berg AL ; Cargan AL ; Haddad JJr (1999) : Pervasive developmental delay in children presenting as

possible hearing loss , Laryngoscope , Jan , Vol.(109) ,
No.(1) , PP.129-135 .

- 94 - ----- (1988) : What's in a face ?
.The case of Autism, British J. of psychology, Vol.(79),
pp.441-453 .
- 95- Illinois State (1987) : Department of mental health and development
disabilities, Report on service need of persons with
Autism spring field, jan.
- 96- Jardon R.; Powell S., (1990) : Autism and national curriculum,
British, J. of special education, Vol.(14), No.(4),
pp.140-142.
- 97- Joan Riehl (1980) : The self-Conception and relationships of autistic
children : Asymbolic interactionist perspective , D.A.I.,
Vol.(41), No.(11) , May, p.4852-A.
- 98- Johnson M. H.; Siddons F.; Frith U.; Morton J. (1992): Can Autism
be predicted on the basis of infant screening tests?
Developmental medical child neurology, Vol.(4),
pp.316-320.
- 99- Kanner L. (1973) : Childhood psychosis : Initial Studies and New
Insights , Washington , D. C. : V. H. Wanston , Sons ,
Inc .

- 100- Kaplan H. I.; Sodock B. J., (1985) : Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry , IV . Baltimore : Williams and Wilkins.
- 101- Klin A.; Volkmar F. and Sparrow S., (1992) : Autistic social dysfunction : some limitations of the theory of mind hypothesis , J. child Psychol. Psychiat., Vol.(33), No.(5), pp.861-876.
- 102- Krantz P.; Zalski S.; Hall L.; Fenske E.; McClannahan L., (1981) : Teaching complex language to Autistic children , Analysis and intervention in developmental disabilities, Vol.(1), pp.239-297.
- 103- Kreimyer Kathryn H., (1984) : A comparison of the effects of speech training , modeled sign language training and prompted sign language training on the language behavior of Autistic preschool children, D.A.I., Vol.(46), No.(3) September, pp. 980-981 -B.
- 104- Koegel R.; Dyer K.; Bell L., (1987) : The influence of child preferred activities on Autistic children's social behavior, J. of Applied behavior analysis, Vol.(20), No.(3), pp. 243-252 .
- 105- Koegel R.; Frey W., (1993) : Treatment of social behavior in autism through the modification of pivotal social skills , J. of Applied behavior analysis, Vol.(26), No. (3) ,pp.369-377.

- 106- Koegel L.; Koegel R.; Hurley C.; Frea W., (1992) : Improving social skills and disruptive behavior in children with Autism through self-management, J. of Applied behavior analysis, Vol.(25), pp.341-354 .
- 107- Koegel R.; Rincover A.; Egel A., (1982) : Educating and understanding Autistic children, San Diego, CA: colloge-Hill.
- 108- Krantz P.; Macduff M.; McClannahan L., (1993) : Programming participation in family activities for children with Autism : parents use of photographic activity schedules, J. of Applied behavior analysis, Vol.(26), No. (1) , pp.137-138.
- 109- Krantz P; McClannahan L., (1993) : Teaching children with Autism to initiate to peers : Effects of ascript-fading procedure, J. of Applied behavior analysis, Vol.(26), No. (1), pp.121-132.
- 110- Losche Gisela, (1990) : Sensorimotor and action development in Autistic children from infancy to early childhood ,J. child psychol. Psychat. Vol.(31), No.(5), pp.749-761.
- 111- Love S.; Matson J.; West D., (1990) : Mothers as effective therapists for Autistic children's phobias, J. of Applied behavior analysis , Vol.(23), No.(3), pp.379-385.

- 112- Macduffy G.; Krantz P.; McClannahan L. (1993) : Teaching children with Autism to use photographic activity schedules : Maintenance and Generalization of complex response chains, J. of Applied behavior analysis, Vol (26), No (1) pp. 89-95 .
- 113- Marchionne A., (1982) : Early childhood Autism, U.S. Illinois .
- 114- Marica D., (1990) : Autism and life in the community, Successful Interventions for behavioral challenges, paul H, Co London.
- 115- McClannahan L. ; Krantz P. J.; MacGee G. G.; Macduffy G, (1982) : Parents as therapists for Autistic children : A Model for effective parent training , Analysis and intervention in developmental disabilities, Vol.(2), pp. 223-252.
- 116- ----- (1984) : Teaching – Family Model for Autistic children, In W. P. Christian, G. T. Hannah, T. J. Glahan (Eds), programming effective human services: Strategies for institutional change and client transition, pp. 383-406, New York Plenum.
- 117- McClannahan L.; Krantz P., (1993) : On system analysis in Autism intervention programs, J. of Applied behavior analysis, Vol.(26),No (4), pp.589-596 .

- 118- Macdonald A (1972) : Chambers twentieth century dictionary , New Delhi .
- 119- McDougle C. ; Kresch L. ; Godman W. , Naylor S. ; Price L. (1995) : A case – controlled study of repetitive thoughts and behavior in adults with autistic disorder and obsessive compulsive disorder , Am. J. Psychiat. , Vol (152) , No (5) , May , pp. 772-777.
- 120- Mcevoy R.; Rogers S.; Pennington B., (1993) : Executive function and social communication deficits in Young Autistic children, J. child psychol. Psychiat. Vol.(34), No.(4), pp.563-578.
- 121- McGee G.,;Krantz P.;Mason D.; McClannahan L., (1983) : A Modified incidental teaching procedure for Autistic youth : Acquisition and generalization of receptive object labels, J. of Applied Behavior Analysis, Vol.(16), No (3), pp.329-338.
- 122- -----, (1986) : An Extension of incidental teaching procedures to reading instruction for Autistic children , J. of Applied Behavior Analysis, Vol.(19), No (2) , pp.147-157.
- 123- Miller M., (1990) : Characteristics of Autism literature-review. In Eric.

- 124- Myles B.;Simpson R., (1994) : Facilitated communication with children diagnosed as Autistic in public school settings, psychology in the schools, Vol.(31), July, pp.208-220.
- 125- Nelson P.; Israel A., (1991): Behavior disorder of childhood prentice hall, Englewood chiffs, New jersey, second Edition.
- 126- Newman Dianne L., (1987) : The role of functional reinforcement in the acquisition and generalization of communicative language in an Autistic population ,D.A.I., Vol.(98), No.(7), January, P.2104-B.
- 127- Ney P. G.; Mulvihill D. L., (1985): Child psychiatric treatment : A practical guide, London, Sydney, over, New Hampshire.
- 128- O'Gorman, Gerald, (1970) : The nature of childhood Autism, Second Edition, London : Butter worthies.
- 129- Overall J., Campbell M., (1988) : Behavioral assessment of psychopathology in children : infantile Autism ,J. of clinical psychology, September, Vol.(44), No.(5), pp.708-716.
- 130- Ozonoff S.; Pennington B.; Rogers S., (1991) : Executive function deficits in high-functioning Autistic individuals : relationship to theory of Mind , J. child psychol. Psychat., Vol. (32), No.(7), pp1081-1105 .

- 131- Panksepp, Jaak ; Patrick, (1991) : A Synopsis of an open-trial of naltrexone treatment of Autism with four children , J. of Autism and developmental disorders, Vol.(21), No.(2), Jun, pp.243-249.
- 132- Peters Michael , (1985) : Autism as impairment in the formation and use of meaning : an attempt to integrate a functional and a neurological model , J. of psychology, Vol.(120), No.(1),pp.69-81.
- 133- Pierce K., Schreibman L., (1994) : Teaching daily living skills to children with Autism in unsupervised settings through pictorial self-management , J. of Applied Behavior Analysis, Vol.(27),No (3), pp.471-481.
- 134- Porter B., Goldstein; Galil A.; Carel C., (1992) : Diagnosing the strange , child car health development, Vol.(18),No (1), pp.57-63.
- 135- Prior M.; Dahlstrom B.; Squires T., (1990) : Autistic children's knowledge of thinking and feeling states in others people, J. child psychol. Psychiat. Vol.(31), No.(4), pp.587-601.
- 136- Prizant Barry M, (1979) : An analysis of the functions of immediate Echolalia in Autistic children , D.A.I. Vol.(39), No.(9), March, pp.4592-4593-B.

- 137- -----, (1983) : Echolalia in Autism: Assessment and intervention , Seminars in speech and language , Vol.(4), pp.63-77.
- 138- Quill, K. ; Gurry S. ; Larkin A. ; (1989) : Daily life therapy a Japanese model for educating children with Autism , J. of Autism and developmental disorders, Vol.(19), No.(4), Dec. pp.625-635.
- 139- Ramondo N.; Milch D., (1984) : The nature and specificity of the language coding deficit in Autistic children , British J.of psychology Vol.(75), pp.95-103.
- 140- Reichler R.; Schopler E., (1976) Developmental therapy: a program model for providing individualized services in the community, New York : Plenum Press.
- 141- Rein Raelynne P., (1988) : Observational study of the use of verbal preservations by persons with Autism , D.A.I. Vol.(48), No.(7), January, p.1736-A.
- 142- Ritvo E.; Freeman B.; Geller E.; Yuwiler A., (1983) : Effects of fenfluramine on (14) outpatients with the syndrome of Autism , J. of American Academy of child psychiatry, Vol.(22), pp.549-558.
- 143- Roeyers H., (1995) : A peer mediated proximity intervention to facilitate the social interactions of children with a

pervasive developmental disorder, British J. of education, Vol.(22), No.(4), Dec. pp.161-176.

- 145- Rutter M. , (1983) : Cognitive deficits in the pathogenesis of , J. child psychol. and psychiat., Vol.(24), pp.51
- 146- Sahakian W.; Sahkian B.; Sahakian P., (1986) : psychopa today, the current status of abnormal psycholog edition. F.E. peacock publishers, Inc. Itasca, Illin
- 147- Sandberg A.; Nyden A.; Gillberg C.; Hjelmquist E., (1993 cognitive profile in infantile Autism-A study children and a adolescents using the Griffiths development scale , British J. of psychology, Vo pp.365-373.
- 148- Schopler E.; Reichler R.; Devellis R.; Daly K., (1980) : Tc objective classification of childhood Autism : child Autism rating scale C.A.R.S. , J. of Autism developmental disorders, Vol.(10), pp.91-103.
- 149- Schopler Eric, (1982) : Evolution in understanding and treatme Autism , Triangle, Vol.(21), pp.51-57.
- 150- Schopler E.; Reichler R.; Devellis R.; Daly K, (1990 Neurobiological correlates of Autism, Ameri psychological association , Boston , MA, Augt pp.10-14.

- 151- Schwartz S., (1992) : Case studies in abnormal psychology
Wiley, National Library, Milton Austereley.
- 152- Secan K.; Egel A.; Tilley C., (1989) : Acquisition, Generalization
and maintenance of question-answering skills by
Autistic children , J.of Applied Behavior Analysis
Vol.(22), No.(2), pp.181-196.
- 153- Simonoff E. (1998) : Genetic counseling in autism and other
developmental disorders , J. Autism Dev. Disorders
, Vol.(28), No.(5), PP.(447-456) .
- 154- Shah A.; Frith U., (1993) : Why do Autistic individuals
show superior performance on the block design task? J.
psychol. Psychiat., Vol.(34) No.(8), pp.1351-1364.
- 155- Sharyn Neuwirth ; Julius S. ; Peter S. ; Jensen M. ; Rockvill
(1999) : Autism , all material in this publication is
free of copyright restrictions and may be copied
reproduced , or duplicated without permission
NIMH ; citation of the source in [http: / WWW. n
nih. gov / publicat / autism . htm .](http://WWW.nimh.nih.gov/publicat/autism.htm)
- 156- Shea V. and Mesibove G (1985) : The relationship of learning
disabilities and higher-level autism , J. of Autism ;
Dev. Disorders., Vol.(15), No.(4), PP.(422-435) .
- 157- Short Andrew B. (1980) : Short – term treatment outcome using
parents as co-therapists for their own autistic children
D. A. I., Vol (41), No. (04), october , p. 1527-B.

- 158- Sodian B.; Frith U., (1992) Deception and sabotage in Autistic, retarded and normal children , J. child psychol. Psychiat., Vol.(33), No.(3), pp.591-605.
- 159- Spitzer R., (1987) : Diagnostic and statistical manual of mental disorders III, Washington, DC : American psychiatric Association.
- 160- Stewart J. C., (1986) : Counseling parents of the exceptional children (2nd ed) Columbus, Charles E. Merrill .
- 161- Sudhalter V.; Cohen I.; Silverman W.; Wolf-Schein E., (1990) : Conversational analyses of males with fragile x, Down syndrome and Autism : Comparison of the emergence of deviant language , American J. on Mental Retardation, Vol.(94), pp.431-441.
- 162- Szatmari P.; Bartolucci G.; Bremner R.; Bond S. and Rich S., (1989) : A follow-up study of high-functioning Autistic children , J. of Autism and developmental disorders, Vol.(19), pp.213-226.
- 163- Tallal P ; Merzenich M ; Miller S ; Jenkins W (1998) : Language learning impairment : integrating research and remediation , Scand J. Psychol. , Sep. , Vol.(39) , No.(3) , PP.197-209 .

- 164- Taras M.; Matson J.; Leary C., (1988) : Training social interaction skills in two Autistic children , J. Behav. Ther. Pyschiat. Vol.(19), No.(4), pp.275-280.
- 165- Ungerer J. A., (1989) : The early development of Autistic children : Implications for defining primary deficits, New York : Guilford.
- 166- Wad B.; Moore M., (1994) : Feeling different view point of students with special educational needs, British Journal of special education, Vol.(21), No.(4), Dec., pp.161-170.
- 167- Warren R.; Margaretten N.; Pace N.; Foster A., (1986) : Inborn abnormalities in patients with Autism , J. of Autism and developmental disorder, Vol.(16), pp.189-197.
- 168- Watson , Luke S. (1973) : Child behavior modification : A manual for teachers , Nurses , and Parents , New York . Toronto , Oxford , Sydney , Braunschweig .
- 169- Webster C.; Konstantareas M.; Oxman J.; Mack J., (1980) : Autism : New directions in research and education (New York : pressman press).
- 170- Wing Lorna, (1966) : Early childhood Autism, clinical education and social aspects : Toronto.
- 171- Wolf S. (1988) : Psychiatric disorder of childhood .In Kandell RE ; Zealley AK (Eds.) Companion to psychiatric medicine . London : Taylor and Francis .

studies , London: Churchcill Livingstone .

- 172- Wollberg LR (1967) : The technique of psychotherapy. Grune and Stratton , A subsidiary of harcount , New York Brac Jovancrth, Publishers .
- 173- Yoram B.; Aliza R.; Juliet S.; Uei G., and Avner E., (1995) : Season of birth and Autistic children in Israel , Am. J. psychiatry, Vol.(152), No.(5), May, pp.798-800.
- 174- Young , Douglas (1980) : A behavioral checklist to differential pre-school age autistic retarded children , D. A. I. , Vol (41) , No (05) , Novem. , pp. 1936-1937-B.
- 175- Young J.; Kavanagh M.; Anderson G.; Shaywitz B.; Cohen d., (1982) : Clinical neurochemistry of Autism and associated disorders, J. of Autism and developmental disorders, Vol.(12), pp.147-165.

To: www.al-mostafa.com