

بعض الأنماط السلوكية والمعرفية لدى الأطفال من ذوي بعض الاضطرابات النمائية

Some behavioral and cognitive patterns in children with some developmental disorders

محمد عباس خليل

أحمد عبدالفتاح عياد

مستخلص الدراسة

تهتم الدراسة الحالية بمعرفة بعض الأنماط السلوكية والمعرفية لدى الأطفال التوحديين واضطراب التخلف العقلي الخفيف بهدف وضع تشخيص فارق بين هاتين الفئتين .

إذن وفي ضوء الطرح السابق لمشكلة البحث تتحدد في الإجابة عن الأسئلة التالية ؟

١- هل تختلف الأنماط السلوكية كما هي مقاسة بأداة الدراسة لدى الأطفال من ذوي التخلف العقلي بمقارنتهم بالأطفال التوحديين ؟

٢- هل تختلف الأنماط المعرفية كما هي مقاسة بأداة الدراسة لدى الأطفال من ذوي التخلف العقلي بمقارنتهم بالأطفال التوحديين ؟

وقد تكون مجتمع الدراسة من عينة قوامها (٢٠) طفلة وذويهم القائمين برعايتهم بواقع (١٠) من الأطفال الذاتويين ، و(١٠) من الاطفال ذوي التخلف العقلي البسيط المترددين على مركز الكويت للتوحد بغرب مشرف - صاحبة مبارك العبدالله - خلف أرض المعارض بدولة الكويت وتراوحت أعمارهم ما بين (٤-٧) سنوات بمتوسط عمري (٤,٧٨) سنة وانحراف معياري (٢,٢٦) وقد تم اختيار المجموعتين من الاناث

وتم تطبيق بعض المحكات لاختيار العينتين الأساسيتين من ذوي اضطراب التوحد وكذلك من ذوي التخلف العقلي وانتهت نتائج الدراسة الى ما يلي :-

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة من الأطفال ومن ذوي التخلف العقلي البسيط والاطفال التوحديين على بعض الأنماط السلوكية التالية :-

السلوك النمطي ، سلوك إيذاء الذات ، السلوك القهري ، السلوك الطقوسي، السلوك الرتيب ، السلوك المقيد وكذلك الدرجة الكلية لمقياس السلوك النمطي وجاءت تلك الفروق في اتجاه الاطفال من ذوي التخلف العقلي وذلك عند مستوى الدلالة (٠,٠١) . حيث تشير الدرجة المرتفعة على الانماط السلوكية السابقة الى التدهور في تلك الانماط السلوكية . كما كشفت النتائج ايضا عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة من الأطفال من ذوي التخلف العقلي البسيط والاطفال التوحديين على بعض الأنماط المعرفية التالية :-

الانتباه ، التقليد ، اللغة الإستقبالية ، وكذلك اللغة التعبيرية وقد جاءت تلك الفروق في اتجاه الاطفال من ذوي التخلف العقلي البسيط وذلك عند مستوى الدلالة (٠,٠١)

Abstract

The present study is concerned with knowing some behavioral and cognitive patterns of autistic children and mild mental retardation disorder, with the aim of making a diagnosis of a difference between these two categories.

So, in light of the previous discussion of the research problem, it is determined in answering the following questions?

1- Do the behavioral patterns differ, as measured by the study tool, for children with mental retardation by comparing them with autistic children?

2- Are the cognitive patterns different as measured by the study tool for children with mental retardation by comparing them with autistic children ?

The study population may consist of a sample consisting of (20) girls and their parents who are caring for them by (10) children with autism, and (10) children with mild mental retardation who hesitate to the Kuwait Center for Autism in the west of Mishrif - Suburb of Mubarak Al Abdullah - behind the exhibition grounds in the State of Kuwait Their ages ranged between (4-7) years with an average age of (4.78) years and a standard deviation (2.26). The two groups of females were chosen.

Some criteria were applied to select the two main samples of those with autism disorder as well as those with mental The results of the

study ended with the following:

• The presence of statistically significant differences between the two study groups of children and those with mild mental retardation and autistic children on some of the following behavioral patterns: -

Stereotypical behavior, self-harm behavior, compulsive behavior, ritual behavior, monotonous behavior, restricted behavior, as well as the overall score for the typical behavior scale. These differences in the direction of children with syndrome came at the level of significance (0.01). Where the high score indicates the patterns Previous behavioral deterioration in those behavioral patterns.

The results also

revealed that there are statistically significant differences between the two study groups of children with mild mental retardation and autistic children on some of the following cognitive patterns: -

Attention, imitation, receptive language, as well as expressive language. These differences came in the direction of children with mild mental retardation at the level of significance (0.01)

مدخل إلى مشكلة الدراسة :

يعد التوحد Autism من أكثر الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental Disorders التي حظيت باهتمام الباحثين في دول العالم المتقدم مثل الولايات المتحدة واليابان ودول أوروبا وبصفة خاصة المملكة المتحدة. وتعرف الاضطرابات النمائية الشاملة بأنها اضطرابات تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفي أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات.

كما يعد اضطراب الذاتوية شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية حيث يتأثر الأداء الوظيفي العقلي للطفل سلباً من جرانه، وهو اضطراب نمائي عام يؤثر سلباً على العديد من جوانب النمو الأخرى، وليس على الجانب العقلي أو الجانب الاجتماعي فقط، بل إن الواقع يشهد أن أغلب جوانب النمو تتأثر بمثل هذا الاضطراب كالجانب العقلي المعرفي والاجتماعي واللغوي وما يرتبط به من تواصل، الجانب الانفعالي، اللعب، والسلوكيات (عادل عبد الله محمد ، ٢٠١١ ، ١٦) .

ويعد اضطراب الذاتوية أيضاً من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل نفسه، ولوالديه، ولأفراد الأسرة الذين يعيشون معه، ويعود ذلك إلى أن هذا الاضطراب يتميز بالغموض وبغرابة أنماط السلوك المصاحبة له، ويتداخل بعض مظاهره السلوكية مع بعض أعراض إعاقات واضطرابات أخرى ، فضلاً عن أن هذا الاضطراب يحتاج إلى إشراف ومتابعة مستمرة من الوالدين (سليمان عبد الواحد يوسف ، ٢٠١٢ ، ١٠) .

ووجد أن هناك كثير من الأطفال الذاتويين يقضون أكثر يومهم في تكرار نشاطات نمطية ملزمة من نوع واحد، وتتضمن هذه النشاطات اللمس المتكرر لأشياء معينة أو وضعها في خط لا نهائي ، و لا بد من تقليل التأثير السلبي الذي يعكسه هذا السلوك على الأسرة وذلك بتقليل حدة وتكرار هذا السلوك على الأسرة تدريجياً.

فغالباً ما نجد الطفل الذاتوي يندمج في سلوك حركي شاذ مثل الدوران في دوائر حول نقطة واحدة ، أو العبث بأصابعه بشكل متكرر ، أو التصفيق بيديه، أو التآرجح في وقفته ،بينما يوجد منهم أطفال لا يختلفون في السلوك الحركي عن الأطفال الطبيعيين ، والسلوك الحركي الشاذ يعبر عن حركات يميل فيها الطفل إلى التكرار كأنه تحت تأثير التنويم المغناطيسي (أحمد عياد، ٢٠١٨ ، ١٧) .

وقد أشار كل من روجرز وأوزونوف (Rogers&Ozonoff,2006,455) إلى أن ممارسة الطفل لهذه السلوكيات النمطية يعد من أهم الأسباب التي تؤدي إلى عدم القبول الاجتماعي لهؤلاء الأطفال، وتقلل من فرص حصولهم على الخدمات الاجتماعية والتعليمية ،بالإضافة إلى أنها تعد مصدراً رئيسياً لشعور الوالدين بالضغط والقلق وعدم الكفاءة، وقد قرر العديد من آباء الأطفال الذاتويين أن هذه السلوكيات تعد الأسوء في زملة الأعراض.

فالسلكيات النمطية إنما هي سلوكيات شاذة تظهر في استجابات مختلفة من الناحية الشكلية وهي سلوكيات ليست له وظيفة أي ليست لها غاية تؤديها وهي سلوكيات شائعة لدى الأطفال المعاقين ، وهي أيضاً سلوكيات غير مؤذية إلا أنه تعيق الانتباه .

ومن أشكال هذا السلوك سلوك هز الرأس ، ومص الإبهام ، وحركات الأصابع ، واليدين ، وهز الجسم ، وحكه ، والتلويح باليد ، ولف الشعر ، وهز الرجلين ، والصراخ ، والقهقهة ، والتصفيق باليدين ، وضرب القدمين بالأرض، والتحدق في فراغ ، وفرقة الأصابع ، والدوران في المكان نفسه(اسامة فاروق مصطفى، والسيد كامل الشربيني ، ٢٠١١ ، ١٢٧) .

وتؤدي مثل تلك الاضطرابات السلوكية إلى قصور في النواحي الإدراكية والمعرفية لدى الطفل الذاتوي ، وبالتالي يواجه الطفل الذاتوي صعوبة في التنبؤ بالنتائج والأحداث ، مما ينتج عنه شعور بالقلق وعدم الأمان ، وبالتالي يصبح من الطبيعي أن يستسلم هذا الطفل للسلوك التكراري الذي يعمل على التقليل من حدة قلقه وتوتره كوسيلة للتعامل مع المواقف التي لا يمكن من استيعابها ، وحال ما يظهر هذا النوع من السلوك على الطفل الذاتوي ، يصبح من الصعب بل قد يكون من المستحيل التخلص منه . (أرونز و جيتنس ، ٢٠٠٥ ، ٨٣ ؛ اسامة فاروق مصطفى، والسيد كامل الشربيني ، ٢٠١١ ، ١٢٧)

وأشارت دراسة قام بها كل من جاسمين وكوتروماكنيلي وريد وفومبون (Jasmine, Couture, McKinley, Reid, Fombonne & Giselle, 2009,22) على أن قصور المعالجة الحسية كأحد المتغيرات المعرفية لدى أطفال الأوتيزم يؤثر على قدرتهم على اكتساب المهارات الحركية الدقيقة ، ومهارات التقليد والتخطيط الحركي ، والتحكم في وضع الجسم في الفراغ ،

والتوازن ، والتناسق الحركي ، والإمساك بالأشياء والتكامل البصري حركي والتي تؤثر في قدرتهم على اكتساب وتعلم المهارات الوظيفية اليومية .

وقد أشار الدليل الإحصائي الأمريكي الخامس (DSM-5) والصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (APA) عام (٢٠١٣) إلى اضطراب التوحد بأنه اضطراب نمائي شامل، يؤدي إلى انحراف في النمو العادي لدى الطفل، ويعتبر فئة فرعية من المجموعة الكلية المتمثلة بالاضطرابات النمائية الشاملة (PDDs)، التي تتضمن، اضطراب التوحد Autism Disorder؛ ومتلازمة اسبيرجر Asperger's Syndrome؛ واضطراب الانتكاس (التفكك - الانحلال) الطفولي Childhood Disintegrative Disorder؛ والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified (PDD - NOS).

وتتمثل الأعراض الرئيسية لاضطراب التوحد فيما يلي:

➤ ضعف في التفاعل الاجتماعي.

➤ ضعف في مهارات التواصل.

➤ أنماط متكررة ونمطية ومحددة من النشاطات والسلوكيات والاهتمامات. (أحمد عياد، ٢٠١٨: ٢٩-٣٠)

وفي الإصدار الخامس أيضا من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5,2013) تعد الاضطرابات السلوكية والمعرفية لدى أطفال الأوتيزم جزء من المعايير التشخيصية للأوتيزم ، والذي يتضح من خلال السلوك غير التكيفي كاستجابة للمثيرات الحسية مما يؤثر على الأداء الوظيفي والقدرة على الاستجابة لمهام ومتطلبات البيئة . وقد وجد أن اضطراب الإدراك الحسي يعتبر من أهم المشكلات الشائعة لدى الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية ، ويظهر هذا في تضارب وشذوذ استجاباتهم للمثيرات الحسية المختلفة ، وهو ما قد يفسر بعض السلوكيات الغامضة لهؤلاء الأطفال ، مثل تضارب الاستجابات للمثيرات السمعية، فبعض الأطفال يستجيب للمثيرات السمعية أحيانا ولا يستجيب في أحيان أخرى ، وبالمثل قد يحدث لأطفال آخرين تضارب في استجاباتهم لمثيرات حسية أخرى مثل حاسة اللمس ، فنجد الطفل يتجنب لمس أشياء معينة ، أو قد يتجنب أن يلمسه أحد (سعد رياض، ٢٠٠٨، ٥٢).

وقد أشارت الجمعية الأمريكية للذاتوية (Autism Society of America,2009) أن نسبة الإصابة بهذا الاضطراب في زيادة مستمرة ، و أن العالم الآن يستقبل طفل أوتيزم كل عشرون دقيقة . وهكذا يمكن استنباط مدى الخطر الذي يدهم أطفال العالم بأسره دون تفرقة بين لون أو جنس أو عرق ، وأن معدل الانتشار لهذا الاضطراب وبتلك الأرقام المخيفة جعلت من الذاتوية أكبر الاضطرابات النمائية شيوعاً وأكثرها انتشاراً خلال (محمد كمال أبو الفتوح ، ٢٠١٠، ٤٣).

كما أشارت التقارير الحديثة الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي إلى أن نسبة انتشار الذاتوية في الولايات المتحدة قد وصل إلى ١% من السكان وأنه يحدث بمعدل من (٤ إلى ١) في الذكور مقارنة بالإناث و أن هناك ٥٠ مليون حالة يعانون من اضطراب الذاتوية بمعدل انتشار ٧,٦ لكل ١٠٠٠ شخص أي حالة واحدة لكل ١٣٢ شخص (Baxter,2015,3)، بالإضافة إلى وجود زيادة كبيرة في عدد الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية فقد بلغ من عام ١٩٧٠ من ٥ أطفال لكل ١٠٠٠٠ طفل إلى ١٤ طفل لكل ١٠٠٠٠ عام ٢٠١٠ (Baron_Cohen,2015,369).

وأشارت بعض دراسات علم الأوبئة في مجال الذاتوية إلى الازدياد في نسبة شيوع هذا الاضطراب في الوقت الحاضر مقارنة عما كان عليه في الماضي . فنسبة انتشار الذاتوية واحد لكل مئة وخمسين طفلاً، ويمكن تبرير ذلك بالفهم المتزايد لاضطراب الذاتوية من حيث التعريف ، والمحكات التشخيصية المعتمدة ، ودقة أدوات القياس والتشخيص وتوافر الأخصائيين القادرين على القيام بمهام التشخيص التفريقي بين الاضطراب والاضطرابات والإعاقات الأخرى التي تختلط أعراضها مع أعراض اضطراب الذاتوية (عبد المطلب امين القريظي، ٢٠١٢، ٣٨٦).

وأشارت منظمة الصحة العالمية بأن اضطراب الذاتوية نسبة انتشاره لكل ١٦٠ طفل وهو يمثل حوالي ٧,٦ مليون طفل يعاني من اضطراب الذاتوية وهو يمثل حوالي ٠,٣% من العب العالمي من الأمراض. (World Health Organization,2013,6).

وتؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد أن نسبة انتشار التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية ٠,٠٦%، كما أشار "كندول" (Kendall) عام (٢٠٠٠) إلى أن نسبة انتشار التوحد في اليابان على سبيل المثال تعد أعلى من مثيلتها في أي دولة أخرى من دول العالم حيث تتراوح بين (٠,١٣% : ٠,١٦%) في حين تبلغ النسبة في المملكة المتحدة (٠,٠١%)، أما الصين فتعد أقل دول العالم في انتشار هذا الاضطراب حيث تبلغ النسبة به (٠,٠٠٤%)، ومع ذلك فإن نسبة انتشار هذا الاضطراب في البلاد العربية لاتزال غير معروفة حتى الآن.(عادل عبد الله، ٢٠٠٣: ٣١) وأشار "بيرتراند وآخرون" (Bertrand, et al;2001) إلى أن نسبة انتشار اضطرابات طيف التوحد (ASD) في الولايات المتحدة عموماً تقدر بنحو (١٠٠٠/٦,٧) حالة. أما نسبة انتشار حالات اضطراب التوحد (Autistic Disorder) التي تستوفي معايير التشخيص كافة، حسب الدليل الإحصائي الأمريكي الرابع المنقح (DSM-IV-TR) فتقدر بنحو (١٠٠٠/٤) حالة. في حين تقدر نسبة حالات الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد المعروفة باسم (PDD-NOS) بنحو (١٠٠٠/٢,٧) حالة.

أما في الدول العربية فقد أشار الوزنة عام (٢٠٠٥) إلى أن مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية في المملكة العربية السعودية أجرت دراسة لمدة خمس سنوات لتحديد حجم مشكلة التوحد في المملكة العربية السعودية من خلال عينة بحث قوامها (٦٠,٠٠٠) طفل من مختلف مناطق المملكة. إذ توصلت الدراسة إلى أن نسبة انتشار اضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية (٤:٦ / ١٠٠٠) حالة. (نايف عابد إبراهيم الزارع، ٢٠١٠: ٣٢)

وتظهر أعراض التوحد في الثلاث سنوات الأولى من العمر ويظهر عند الذكور بنسبة أعلى أربع مرات من الإناث. وعلاوة على ذلك؛ تشير بعض الدراسات إلى أنه يوجد ما بين (١٠:٢٠) طفل مصابين باضطراب التوحد من كل (١٠,٠٠٠) طفل، وأن هذا الاضطراب ما زال غامضاً وغير مفهوم. (Reiche & Noorzai, 2010: 4)

فمن خلال الإحصائيات الحديثة والتكلفة الاقتصادية يمكن استنباط مدى الخطر الذي يدهم أطفال العالم. وأن معدل الانتشار لهذا الاضطراب وبتلك الأرقام المخيفة جعلت من الذاتوية أكبر الاضطرابات النمائية شيوعاً وأكثرها انتشاراً.

ولأن الذاتويين يعانون من السلوكيات النمطية والتكرارية التي تعوق الإحصائي أثناء الجلسة من عدم تركيز الطفل وانشغاله بتلك السلوكيات ، بالإضافة إلى شكوى الأسرة من السلوكيات النمطية والتكرارية مما يسبب لهم الرفض الاجتماعي ، بالإضافة لما يظهرونه من ضعف في المهارات الحسية والحركية وخاصة مهارات التأزر و التكامل الحس-حركي واستجابات حسية مضطربة (استجابة زائدة أو منخفضة للمثيرات الحسية) وتكون المحصلة أن ذلك كله يحول دون تحقيق التعزيز لسلوكيات جديدة.

كما أشار كل من بارنك (Baranek,2002,221)، و داوسن ووالتينج (Dawson,Watling&2011,415)

(Lane,Young,Baker,Angley,2010,867) على أن القصور الحسي وجد جيداً خلال مراحل العمر المختلفة لدى الذاتويين ، وأن هناك الكثير من الدلائل على أن قصور المعالجة الحسية يظهر في وقت مبكر لدى الذاتوية ويساهم في العديد من الأعراض المرتبطة بالذاتوية . وأكد كل من عبدالنبي محمد وإسراء عاشور (Abd AL-Nabi ,Esraa Ashour Mohamed, 2016) أن لا تقتصر اضطراب الذاتوية على الاضطرابات الحسية والحركية وضعف المهارات الحركية ومشاكل التوازن ، وضعف العضلات والتأزر والتنسيق الحسي - حركي، فقد يكون لهذا الآثار السلبية الأولية على تحقيق الاستقلال في أنشطة الحياة اليومية ، و أيضا الآثار الثانوية تظهر على الاداء الاجتماعي ، من عدم قدرة الاطفال على المشاركة في الأنشطة المناسبة للفئة العمرية مع أقرانه (مثل الفرق الرياضية) والانشغال بالسلوكيات الحركية التكرارية بدلا من الأنشطة المناسبة . وأكدت دراسة ديفلين وهيلي (Devlin, Leader, & Healy,2009) أن الأعراض الحسية غير الطبيعية مرتبطة بشكل دال بالسلوكيات و الاهتمامات النمطية و التكرارية لديهم و مميزة لاضطراب الذاتوية. لذا فان الدراسة الحالية سوف تنهض بمعرفة بعض الأنماط السلوكية والمعرفية لدى الأطفال التوحديين و اضطراب التخلف العقلي الخفيف بهدف وضع تشخيص فارق بين هاتين الفئتين . إذن وفي ضوء الطرح السابق فان مشكلة البحث تتحدد في الإجابة عن الأسئلة التالية ؟

1- هل تختلف الأنماط السلوكية كما هي مقاسة بأداة الدراسة لدى الأطفال من ذوي التخلف العقلي بمقارنتهم بالأطفال التوحديين ؟

2- هل تختلف الأنماط المعرفية كما هي مقاسة بأداة الدراسة لدى الأطفال من ذوي التخلف العقلي بمقارنتهم بالأطفال التوحديين ؟

وسوف يستعرض الباحثان المفاهيم النظرية لمتغيرات الدراسة والدلائل البحثية المرتبطة بهما وذلك على النحو التالي :-

فاضطراب التوحد عرفه اورلينا (Orellana, Martínez-Sanchis, &Silvestre 2014,776) الذاتوية بإعتبارها اضطراب نمائي عصبى يستمر طوال الحياة يتميز بطابع من الاضطرابات النفسية والعصبية تتضمن اضطرابات فى التواصل ،

كفاءة المهارات البصرية والاهتمام الشديد بالتفاصيل و انماط من الاضطرابات الحسية واخيرا صعوبات فى فهم المفاهيم الزمنية

وعرفه المعهد القومى للصحة النفسية (NIMH) الأطفال الذاتويين على أنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون قصوراً في التفاعل الاجتماعي ، التواصل اللفظي وغير اللفظي ، وسلوكيات أو اهتمامات متكررة ، بالإضافة إلى استجابات غير عادية للمثيرات الحسية كالأصوات أو الأضواء ، وتختلف شدة ودرجة الإصابة باضطرابات الذاتوية من طفل لآخر وتتراوح ما بين المستوى

المتوسط إلى المستوى الشديد (Smith ,Hong, Seltzer, Greenberg, Almeida& Bishop,2010,408)

وقد تبنى الباحثان الحاليان تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسى(American Psychiatric association, 2013,35)

بأنه اضطراب نمائي عصبى يتميز بالقصور المستمر المتواصل فى التواصل والتفاعل الاجتماعى المتبادل وذلك فى العديد من السياقات ، بالإضافة إلى وجود أنماط من السلوك و الاهتمامات أو الأنشطة التكرارية المقيدة ، وتظهر أعراضه فى مرحلة الطفولة المبكرة قبل سن ٣ سنوات على أن يظهر الاضطراب الوظيفى فى مناطق التواصل الاجتماعى واللغوى والجوانب السلوكية وقصور

المعالجة الحسية. وذلك للمبررات التالية :

أ-اتفق هذا التعريف مع التعريفات السابقة على أنه تظهر أعراض الذاتوية فى مرحلة الطفولة المبكرة وبصفة خاصة خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل . و أن اضطراب الذاتوية هو اضطراب نمائي(أي يؤثر فى مراحل النمو).

ب- وكذلك الاتفاق على الأعراض الخاصة بالطفل الذاتوى فيتميز بالقصور المستمر المتواصل فى التواصل والتفاعل الاجتماعى المتبادل ووجود أنماط من السلوك و الاهتمامات أو الأنشطة التكرارية المقيدة.

ج-اتفق بعض الباحثين على أن القصور فى القدرة على المعالجة الحسية من الأعراض الأخرى الأساسية التى تميز الذاتوية ، وأنه غير قادر على تنظيم التعامل مع المثيرات أو المعلومات التى يتلقاها عبر حواسه التى تعمل بشكل منفصل مما يجعله غير قادر على تكوين خبرات حسية متكاملة يمكن ترجمتها إلى معانى ومدركات .

بعض الأنماط والخصائص السلوكية والتكرارية :

تعتبر السلوكيات النمطية عند التوحديين من أهم المظاهر الواضحة التى يمكن لأي شخص أن يلاحظها بسهولة كأن يستمر مثلاً

فى إضاءة الأنوار وإطفائها، أو يستمر فى نقل دمية من إحدى يديه إلى اليد الأخرى، أو يمشى فى أرجاء الغرفة يتحسس الحوائط. وقد تتضمن الحركات الجسمية العامة التى يأتى بها هذا الطفل تشبيك الأيدي أو ثنيها، أو ضرب الرأس فى الحائط

(عادل عبد الله، ٢٠٠٤ : ١٩٤)

ويطور الأطفال المصابون بالتوحد انشغالاً مفرطاً بأشياء محددة أو بنشاطات معينة أو بالحفاظ على الروتين أو عدم التغير فى البيئة. وقد يكون لديهم أشياء يتفاعلون معها بطريقة خاصة، مثل ترتيب السيارات الصغيرة تبعاً للحجم أو اللون. إن محاولات إقحام الطفل مع ألعاب أخرى لكسر تلك النمطية أو النظام قد ينتج عنه نوبة غضب، أو عدوانية.

إقحام الطفل مع ألعاب أخرى لكسر تلك النمطية أو النظام قد ينتج عنه نوبة غضب، أو عدوانية.

وقد أشارت "كاترين" (Catherine, 1996) إلى أن الأفراد التوحديين يميلون إلى القيام بالأعمال المتكررة بهدف الإثارة الذاتية مثل الرفرفة، وتدوير الأشياء، والتصفيق، وتحريك الأيدي..... إلخ. حيث أن مظاهر السلوك بطبيعتها ليست لها فائدة بناءة إلا أنها توفر للفرد التوحدي نوعاً من الإثارة الذاتية، وعندما يقوم بهذه الأفعال تجده كالمنوم مغناطيسياً، وإذا لم يتدخل أحد البالغين لإيقافه قد يستمر بهذا السلوك حتى أنه قد يقوم بذلك طوال اليوم أو لساعات طويلة، ووجد أن شدة هذه الأفعال وتكرارها يتفاوت بين الزيادة والنقصان، فهو حسب الموقف البيئي، حيث أنها تقل عندما يشعر بالأمن، وكذلك تتضاءل مظاهر السلوك هذه في البيئات التي يوجد فيها مستوى من الإثارة الحسية الملقاة للانتباه مثل الرسومات، والديكورات على الجدران وأنواع الزينة..... إلخ. (أحمد عياد ، ٢٠١٨ ، ٢٢٩)

ومن الأعراض الخطيرة لمرض الذاتوية هذا، ميل الطفل التوحدي إلى جرح نفسه أو إيذاء نفسه "Self-Injury" كأن يحدث إصابة في رأسه أو يعض أصابعه أو رأسه. ويتراوح هذا الإيذاء الذاتي من مجرد كدمات بسيطة إلى كسر في العظام أو تدمير في الدماغ، وقد تصل هذه الجروح إلى حد وفاة المريض. وبالطبع لا يعد هذا السلوك من قبيل الانتحار أو محاولات الانتحار، لأن الطفل الصغير لا يملك الوعي الكافي للإقدام على الانتحار، وقد يرجع هذا السلوك إلى إحداث الإثارة الذاتية. ويمكن علاج سلوك الإقبال على إيذاء الذات هذا عن طريق منهج تعديل السلوك "Behavior Modification" (عبدالرحمن العيسوي، ٢٠٠٥: ١٠٣-١٠٤).

ورأى تنبرجن (Tenbarg, 2017) أن السلوك النمطي يشير إلى حركات الجسم المتكررة للأطفال الذاتويين. وتتمثل هذه السلوكيات النمطية في الرفرفة بالذراعين ، والنقر بالأصابع ، وأوضاع اليد الغريبة ، وهز الجسم ، والدوران حول النفس أو حول شيء محدد مثل الكرسي ، والمشى على أطراف الأصابع وقد يظهر الطفل الذاتوي سلوكاً أو أكثر من السلوكيات السابقة ، وقد ينخرط الطفل في السلوكيات النمطية بصفة عرضية في حالات التعرض للضغوط أو الاسترخاء ، أو عندما لا يقوم الطفل بممارسة أي نشاط ، وهكذا فإن سلك سلوكاً مثل الرفرفة بالذراعين يمكن النظر إليه في بعض الأحيان على أنه استثارة للذات ، وفي أحيان أخرى قد يُستخدم للحصول على شيء مرغوب أو للهروب من مهمة صعبة ، أو للتعبير عن السعادة أو الحزن وبالنسبة لبعض الأطفال الآخرين فإن السلوكيات النمطية غالباً ما تكون دائمة أو ثابتة ولا يقل مرات حدوثها إلا أثناء النوم ، وتمثل السلوكيات النمطية أو الحركات المتكررة استثارة الذات بما يخدم غرض تنظيم الذات ، وتشير نظرية استثارة الذات إلى أن الأطفال الذاتويين لا يتلقون استثارة كافية من البيئة ، ومن ثم فإنه يعتقد أن السلوكيات النمطية التي يمارسها الأطفال الذاتويين ترفع من مستويات الاستثارة لديهم في (سيد الجارحي ، ، ٢٠٠٤: ٢٢٤).

ويعزو بعض الباحثين ظهور السلوك النمطي لدى الطفل ذي اضطراب الذاتوية إلى الفشل في كف السلوك والجمود المعرفي ، وضعف القدرة على الابتكار ، وأن هذه السلوكيات تختلف في الأفراد ذوي الطيف الذاتوي طبقاً لمستوى النمو والقدرات المعرفية ؛ فالأفراد ذوو اضطراب الذاتوية ذوي الأداء المرتفع لديهم إصرار أكثر على الاهتمامات المقيدة ، ويظهر ذو اضطراب الذاتوية منخفضاً وبأداء حركات نمطية مثل الرفرفة بالأيدي (Kleinbans, Akshoomoff & Delis, 2005).

وتعتبر السلوكيات النمطية والمتكررة واحدة من أهم معايير التشخيص الأساسية للذاتوية . فتعد السلوكيات النمطية المقيدة والتكرارية من أكثر العلامات والمؤشرات الدالة على الذاتوية ، هذا وتعدد وتنوع السلوكيات النمطية بتباين أطفال الذاتوية . وقد تبدأ بشكل مختلف، وقد تختلف من حيث المدة التي تستغرقها وطبيعتها ، وقد يكون بعضها أكثر تكراراً من الآخر ، وبعضها تُعد طقوساً أساسياً لدى بعض أطفال الذاتوية لممارسة الحياة ، وبعضها يلحق الأذى بالطفل ولكن أغلبها لا يلحق أي ضرر بالطفل ، وبعضها الآخر يلحق أضراراً بالآخرين وبعضها لا يلحق أي أضرار (هشام الخولي ، ٢٠٠٨ ، ٧١ ; Firth, 2005, 5).

أما لورنا وينج فقد صنفت السلوكيات النمطية المتكررة في أربع مجموعات :

١- الأشياء النمطية البسيطة : النقر بالأصابع أو النقر على الأشياء ، تدوير الأشياء أو مراقبة هذه الأشياء وهي تدور ، النقر على الأسطح أو حكها ، تلمس أنسجة معينة ، الاهتزاز ، ضرب الرأس أو إيذاء الذات ، الضغط على الأسنان ، إصدار أصوات .

٢- الأنشطة النمطية المعقدة التي تتضمن أشياءاً :إلتصاق شديد بأشياء معينة دون هدف واضح ،افتتان بنماذج أو أصوات وغيرها ،ترتيب الأشياء في صفوف أو نماذج أو غير ذلك .

٣- الأنشطة النمطية المعقدة وتشمل : أعمالاً روتينية مثل الإصرار على إتباع نفس الطريق إلى أماكن معينة ، طقوس موعد الذهاب إلى النوم ، تكرار سلسلة من حركات الجسد الغريبة .

٤- تكرار أنشطة معقدة لفظية أو مجردة : مثل الافتتان بمواضيع معينة ، طرح نفس سلسلة الأسئلة ، والمطالبة بإجابات معيارية (فى: محمد صالح الأمام ، وفؤاد عبدالجوادة ، ٢٠١٠، ٢٧).

وأوضح كل من سميث وتيلر (Smith, Hong, Seltzer, Greenberg, Almeida, & Bishop, 2010, 410) أن معظم الأطفال الذاتويين يمارسون أنماطاً متكررة من السلوكيات ، ولديهم اهتمامات خاصة غير عادية ، ولا تكون هذه السلوكيات استجابة لمثير معين بل غالباً ما تكون سلوكيات غير هادفة يمارسها الطفل تبدأ وتنتهي بشكل مفاجئ وتلقائي ، فعلى سبيل المثال ، قد ينشغل طفل بلف إطار سيارة لعبة لساعات طويلة دون الاهتمام بطريقة تشغيلها أو رؤيتها تسير ، وقد يستمر آخر فى وضع مجموعة من الألعاب الصغيرة فى صف واحد بطريقة معينة.

كذلك فإن الطفل الذاتوى كثيراً ما يأتى بحركات جسمية غير عادية ، وتكون مثل هذه الحركات الجسمية بمثابة حركات غريبة ، وكثيرة ، ومتكررة فى بعض الأحيان حيث نجده على سبيل المثال يرفرف يديه وذراعيه وكأنه حمامة تحلق فى الفضاء ، كما يكثر من القفز فى المكان ، ويميل إلى أن يمشى على أطراف أصابعه ، أو يشد ساقيه فى أحيان أخرى بصورة تجعلهما تبدوان وكأنهما متصلبان ، ويدورون كثيراً فى المكان ويستمر على ذلك لفترة غير قصيرة ، وتكثر حركات يديه ورجليه عند استثارته ، أو عندما يمعن النظر فى شيء معين . إلا أن حركاته بشكل عام لا تتسم بالرشاقة سواء حركاته فى المشى أو التسلق أو الاتزان

وأجرى ريكلر وبيشوب وكليكي ولورد (Richler, Bishop, Kleinke, & Lord 2007) دراسة هدفت إلى فحص السلوكيات النمطية والمكررة فى الأطفال ذوى اضطراب الذاتوية واستخدمت الدراسة المقابلة المنقحة ، وتكونت عينة الدراسة من (١٦٥) طفلاً ذوى سلسلة اضطرابات الذاتوية ، (٤٩) طفلاً بدون الاضطرابات النمائية ، ٦٥ طفلاً نمو مثالى فى تقريباً سن سنتين ، وأشارت النتائج إلى وجود تحليل العامل دليلاً للسلوك النمطى الحس حركى ، و الإصرار على عامل الرتابة ، وكانت السلوكيات المحتملة فى التكرار الحس حركى سائدة فى الأطفال ذوى سلسلة اضطرابات الذاتوية ويبدون أكثر شيوفاً وشدة عن الأطفال ذوى الاضطرابات النمائية أو ذوى النمو المثالى . وفى المتوسط ، الأطفال ذوى سلسلة اضطرابات الذاتوية لديهم سلوكيات حس حركية كثيرة ، وكانت سلوكيات الإصرار على الرتابة غير شائعة نسبياً وغير مختلفة فى الانتشار أو الشدة عبر المجموعات .

وأجرى ماندى وسكيوز دراسة (Mandy & skuse, 2008) هدفت إلى البحث عن علاقة عنصر الاتصال الاجتماعى فى الذاتوية والاهتمامات التكرارية ، والسلوكيات و الأنشطة ، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال الذاتويين ، وأشارت النتائج إلى أن هناك إرتباطاً بين عجز الاتصال الاجتماعى والسلوكيات النمطية مبالغاً فيه .

كما أجرى وات (Watt, 2008) دراسة هدفت إلى فحص السلوكيات النمطية فى الأطفال ذوى سلسلة اضطراب الذاتوية ، وتكونت عينة الدراسة من عينة اضطرابات الذاتوية وعددها (٥٠) ، وتأخرت نمائية بدون اضطراب الذاتوية وعددها (٢٥) ، وعينة نمو مثالى وعددها (٥٠) ويتراوح عمرهم ما بين ١٨ إلى ٢٤ شهراً ، وأظهرت النتائج إلى أن الأطفال ذوى سلسلة اضطراب الذاتوية بوضوح تكرر أعلى ودواماً أطول من السلوكيات النمطية مع الأشياء ، الجسم ، والسلوكيات الحسية أثناء عينة السلوك المنظم عن كل من مجموعات الاضطرابات النمائية بدون ذاتوية والنمو المثالى . وكانت السلوكيات النمطية المكررة مع الأشياء مرتبطة لتزامن مقاييس السعة الرمزية والكفاءة الاجتماعية . ويتبأ بالنتائج النمائية مثل شدة أعراض الذاتوية فى سن (٣) سنوات فى الأطفال ذوى التأخر فى التواصل . وتظهر السلوكيات النمطية فى السنة الثانية لتكون سلوكاً مكرراً فى الأطفال الذاتويين ذوو الأداء العالى واضطراب الوسواس القهرى .

وأجرى إيسبينسن وسيلتز ولام وبودفيش (Esbensen, Seltzer, Lam, & Bodfish, 2009) دراسة هدفت إلى وصف علاقة أنماط العمر بتغير الأعراض والارتباط تكون مختلفة لأنماط متعددة من السلوكيات النمطية المحدودة ، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال والمراهقين والراشدين ذوى سلسلة اضطراب الذاتوية ، وتكونت عينة الدراسة من أكثر من (٧٠٠) فرد ، واستخدمت مقياس السلوك النمطى ، وأشارت النتائج إلى أن السلوكيات النمطية أقل تكراراً وأقل شدة بين الأفراد الأكبر سناً عن الأصغر سناً وتقل أعراض الذاتوية مع العمر ، وتكون السلوكيات النمطية مجموعات غير متجانسة من السلوكيات ، وتملك السلوكيات النمطية أنماطاً فردية عبر العمر ، وفى بعض الحالات ارتباطات مختلفة مع عمر الاعتماد على الوظيفة الفكرية .

أما دراسة جولدمان وونج وسلجادو وجريبنى ورابين (Goldman, Wang, Salgado, Greene, Kim & Rapin, 2009) فهذه إلى حساب ووصف معدل السلوك النمطى التكرارى المتوازن ، كما يظهر كحركات بلا هدف فى الطفل ذوو الإعاقة النمائية مع أودون الذاتوية ، وتحديد ما إذا كان بعض الأنماط أكثر انتشاراً أو تشخيصاً مرتبطة بالأطفال ذوى الذاتوية ، وتكونت العينة من (٢٧٧) طفل (٢٠٩ ذكور ، ٦٨ إناث) ومتوسط العمر من (٤ إلى ٦ سنوات) و ١٢٩ من ذوى اضطراب الذاتوية ، ١٤٨ شخصاً بعدم وجود اضطراب نمائى ذاتوى ، وأشارت النتائج إلى أن الذاتوية أسهمت باستقلال فى طريقة المشى والحركات النمطية

اليد والأصابع ، والذكاء غير اللفظي الأقل من ٨٠ ، والحركات النمطية للرأس والجزع ، التحديق النمطي فى الأصابع و الأشياء كان نادراً ولكن مقتصرأ على الذاتوية ، وحصل الأطفال غير الذاتويين بدون ضعف معرفى على العدد الأقل فى السلوكيات النمطية

وفى نفس العام أجرى كل من دراسة ويجينس و وينجيز، رويينس ،باكمان ،و آدمسون (Wiggins,Robins,Bakeman&Adamson,2009) هدفت إلى اكتشاف الصعوبات الحسية لدى صغار أطفال الذاتوية وفحص البروفيل الحسى لديهم ،و مقارنته بالبروفيل الحسى لدى صغار أطفال الذاتوية الذين يعانون من تأخر نمائى آخر ، وتكونت عينة الدراسة من (٣٥) طفلا مقيدين بأحد برامج التدخل المبكر فى أتلانتا بولاية جورجيا بالولايات المتحدة الأمريكية ،وكان متوسط العمر الزمنى للعينة هو (٣٣) شهرا (من ١٧-٤٥ شهرا) وكان متوسط العمر العقلى للعينة هو (٢٤) شهرا (من ١٥-٤٥ شهرا) و كان عدد الذكور فى هذه العينة هو (٢٧) طفلا بينما كان الباقي (٨) من الإناث ، وطبق على عينة الدراسة الأدوات التالية :مقياس لتقييم أطفال الذاتوية (lord,1999) وهو عبارة عن مخطط شامل للملاحظة التشخيصية للذاتوية .البروفيل الحسى المختصر (Dunn,1999) قائمة باتيل النمائية .وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الذاتوية لديهم حساسية للمس وحساسية الشم / التذوق وكذلك صعوبات فى فترة المدخلات السمعية أكثر من الأطفال الآخرين ، و أن أطفال الذاتوية يظهرون قصورا حسيا أكثر من الأطفال الذين لديهم تأخر فى النمو و أن هذه الأعراض الحسية غير الطبيعية مرتبطة بشكل دال بالسلوكيات و الاهتمامات النمطية لديهم ومميزه لاضطراب الذاتوية الذى يجب أن يوضع فى الاعتبار عند التشخيص .

وفى دراسة وولف ولايتبادى وريس وييفين (Wolff, Hazlett, Lightbody, Reiss & Piven ,2013) هدفت الدراسة إلى معرفة أو تقييم العلاقة بين السلوكيات النمطية والتكرارية وسلوكيات إيذاء الذات وأسباب الذاتوية لدى أطفال الذاتوية وأطفال الذاتوية غير محدد السبب ، وتكونت عينة الدراسة من (١٦) طفلا ذاتوى ، و(٤٠) طفل يعانون من متلازمة ×الهشة و (٣٠) طفل ذاتوية غير محدد السبب تتراوح أعمارهم بين (٣-٦) سنوات واستخدم مقياس السلوك النمطى التكرارى ،وأشارت النتائج إلى أن سلوكيات إيذاء الذات مرتبطة مع الذاتوية غير محدد السبب وأظهرت النتائج أيضا أن السلوكيات التكرارية والنمطية مرتبطة أكثر مع متلازمة × الهشة وأطفال الذاتوية .

وفى نفس العام أجرى بيشوب وهوس ودنكان وهويرتا وجوتام (Bishop, Hus, Duncan, Huerta, Gotham, Pickles, Lord, 2013) دراسة هدفت إلى ووصف وتصنيف السلوك الحس حركية والتكرارية إلى سلوكيات حس حركية تكرارية وسلوكيات روتينية عند تشخيص الذاتوية، وتكونت عينة الدراسة من (١٨٢٥)، وأشارت النتائج عند تشخيص الذاتوية أن السلوكيات حس حركية التكرارية والسلوكيات روتينية سمة أساسية للأطفال ولا بد من الحد منها فى سن مبكرة لخلق سلوكيات متجانسة للأطفال الذاتوية ، وأظهرت النتائج أيضا أنه لا توجد علاقة بين السلوكيات النمطية والتكرارية ومعدل الذكاء للأطفال الذاتوية .

كما هدفت دراسة ايفانس (Evans,2018,p:244) الى معرفة الفروق فى السلوكيات النمطية التكرارية لدى الأطفال التوحديين وفقا لمتغيرى النوع والعمر ، وقد إستخدم الباحث فى هذه الدراسة مقياس السلوك النمطى التكرارى النسخة المعدلة (RBS-R) وقد تكونت عينة الدراسة من (٢١٤) من الاطفال الذكور والإناث التوحديين ، وقد أشارت نتائج تلك الدراسة إلى أن الإناث لديها سلوكيات نمطية تكرارية أكثر من الذكور، كما أشارت الدراسة أيضا إلى وجود فروق ذات دلالة غصائية فى السلوكيات النمطية التكرارية وفقا للعمر وفى إتجاه الفتيات الأصغر سنا .

وأخيرا إهتمت دراسة انتيزانا وآخرين (Antezana,et al ,2019: 361) بمعرفة الفروق فى السلوك النمطى التكرارى وفقا لمتغير النوع لدى عينة من اطفال التوحد بلغ قوامها (٦١٥) من الذكور والإناث حيث تراوحت اعمارهم ما بين (٣ - ١٨) عاما ، واستخدمت فى هذه الدراسة مقياس السلوك التكرارى النسخة المعدلة ، وقد اشارت نتائج تلك الدراسة الى وجود فروق ذات دلالة غصائية فى السلوك التكرارى وفقا لمتغيرى النوع (ذكور/ إناث) وفى إتجاه الذكور . بعض الخصائص العقلية والمعرفية للأطفال التوحديين :

لقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن حوالي ثلاثة أرباع الأطفال التوحديين لديهم درجة من التخلف، وأظهرت بعض نتائج الدراسات الأخرى أن بعض من الأطفال التوحديين يتمتعون بدرجة ذكاء متوسطة، ولذا ذكر(لويس مليكة ، ١٩٩٨ أن الأطفال التوحديين تتراوح مستوياتهم المعرفية ما بين (٢٥٪) منهم يعانون من توحدية وتخلف عقلى شديد، و(٥٠٪) يعانون من توحدية ومستوى تخلف عقلى متوسط، و(٢٥٪) يعانون من توحدية ونسبة ذكاء حوالي (٧٠) فأكثر (أحمد عياد، ٢٠١٨ : ٣٩) .

وكذلك هناك دراسات "شاش أميتا وآخرون" (Shash Amita et al,1993) والتي أظهرت نتائجها أن أداء الأطفال الذاتويين فى بعض الاختبارات العملية من مقياس وكسلر للذكاء يكون عادي بل ويكون مرتفع فى بعض الأحيان، كما أحدث دراسة لكل من

" بوراك جاكوب لورى آرثر و آخرين " تقول بأن الأطفال الذاتويين لديهم قصور شديد في الانتباه و خاصة الانتباه الانتقائي فهم لا يستطيعون تركيز انتباههم على شكل محدد دون أشياء متعددة. (هلالالسعيد، ٢٠٠٩ : ٨٣ - ٨٤)

وقد أشار كلٌّ من "انجيرير وسيجمان" (Ungerer & Sigman, 1984) إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد يظهرون صعوبات واضحة في بعض المهارات المعرفية (الإدراكية) مثل الفرز والتصنيف وأوجه الشبه والاختلاف بين الأشياء ويكررون أخطائهم دون التعلم من الأخطاء السابقة، ولا يستخدمون استراتيجيات لحل المشاكل التي تعترضهم، وقد يكون ذلك ناتجاً عن تدنى درجة الذكاء.

حيث يركز الطفل المصاب بالتوحد على مثير محدد قد يكون جزءً من كل، فهو يهتم بمثير معين ويتجاهل الصورة الكلية، وحيث أن النمو العقلي والانفعالي يعتمد على الربط بين مثيرين، لذلك يرى بياجيه الذكاء بأنه قدرة الفرد على الربط بين المثيرات وكما ربط بين مثيرات أكثر كلما دل على ذكائه.

فالطفل غير التوحد يربط بين وجود الأم والحليب الذي يُشبع به حاجة الجوع أو الشعور بالأمن، بينما الطفل المصاب بالتوحد لا يحقق ذلك لأنه يركز على مثير واحد ولا يربط بين المثيرات كما هو الحال بالنسبة لغير التوحد كما يعاني الأشخاص التوحيديون صعوبات بالغة غى فهم الزمن. وبالرغم من أن بعض الأمهات والمعلمين يذكرون أن بعض الأشخاص التوحيديين يدركون متى يبدأ برنامج يحبونه في التلفاز على سبيل المثال، إلا أن فهم الزمن يقتضى مفاهيم كثيرة وليس مجرد معرفة مواعيد أحداث روتينية. حيث أن معرفة الزمن يتضمن فهم استمراره ومروره، وفهم المستقبل وكيفية تسلسل الأحداث اليومية.

ولقد رأت "لورنا وينج" عام (١٩٩٦) أن الدليل على صعوبة فهم الأطفال التوحيديين للزمن يكمن ضمن أشياء أخرى مثل سؤالهم المستمر للتأكد من أحداث أو مناسبات مستقبلية ومتى ستحدث. (أحمد عياد ٢٠١٤ : ٣٥٩-٣٦٠)

كما تشير "تمبل جرانددين" إلى أن المثيرات الحسية السمعية والبصرية التي يتعرض لها الطفل العادي بشكل طبيعي وروتيني في حياته اليومية قد تسبب ضعفاً، وإزعاجاً وتوتراً عصبياً، أو إحباطاً وخوفاً عند بعض أطفال التوحد. وتختلف درجة حساسية الأطفال لتلك المثيرات من البسيط إلى الشديد، فقد نشاهد أحد أطفال التوحد يضع يديه على أذنيه بشكل متكرر، مما يدل على أن هذا الطفل يعاني من حساسية زائدة لسماع الأصوات؛ بينما طفل آخر يضع يديه أمام عينيه وينظر أمامه من بين تلك الأصابع، أو يحرك أصابعه أمام عينيه مما يوحي بأن هذا الطفل يعاني من حساسية بصرية، وكثيراً ما يفاجئ الطفل الذي يعاني من الحساسية الشديدة من حوله بثورة غضب عارمة نتيجة مثيرات بصرية أو سمعية فوق ما تحتمل طاقته الحسية. (أحمد عياد ، ٢٠١٨ : ٦٦)

أما بالنسبة لعمليات الانتباه، فتشير "بوجداشينا وآخرون" (Bogdashina, et al) عام (٢٠٠٥) إلى أن أطفال الأوتيزم يعانون من صعوبة في تعديل انتباههم من مثير إلى آخر، ولو حدث فإنه يتم في صورة بطيئة جداً، وهذا بدوره يؤدي إلى تأخر ردود الفعل لديهم، وهذه العملية البطيئة لتشغيل الانتباه سببها المعالجة المتأخرة لكل مثير، كما أنها تقدم تفسيراً منطقياً للعديد من المشكلات النمائية المصاحبة للأوتيزم.

ويعاني أطفال الأوتيزم أيضاً من صعوبة في فصل الانتباه أي نقل الانتباه لديهم من اتجاه إلى اتجاه، وصعوبة في تكوين الانتباه المشترك (المترابط) والمحافظة عليه، وربما يؤدي هذا إلى فشل تقاسم الخبرات مع الآخرين، حيث يُخفق طفل الأوتيزم في الانتباه إما إلى الشخص الذي يتعامل معه أو إلى المثير ذاته، مما ينتج عنه إعاقة في النمو الاجتماعي لديهم. فأطفال الأوتيزم غالباً ما يركزون على مثيرات بعينها ويتجاهلون مثيرات أخرى، حيث يكون التركيز في اتجاه محدد دون مرونة وعدم الانشغال بما يقع خارج نطاق هذا الاتجاه، فإدراكهم محدود في نطاق ضيق. (هشام الخولي، ٢٠٠٨ : ٥٦-٥٧)

كما أن هؤلاء الأطفال المصابين بالتوحد يبدون صعوبة في الانتباه الذي يساعد على التعلم واكتساب اللغة، مثل عدم تركيز عينيه إذا نظر إليه أحد، وهذه من الصعوبات التي تواجه المديرين.

ففي دراسة أجراها ليكام (Leekam, 2000) بعنوان " الانتباه والانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين في عمر ما قبل الدراسة حيث استهدفت تلك الدراسة الكشف عن: الانتباه لدى الأطفال الذاتويين وأطفال تأخر النمو في عمر ما قبل المدرسة. وللتحقق من هذا الهدف قام الباحث بتطبيق: استمارة ملاحظة لمعرفة تغيير الانتباه لدى الأطفال الذاتويين من خلال ملاحظتهم أثناء وجود مجموعة من المثيرات. على عينة قوامها: مجموعتين: الأولى (١٥) طفلاً ذاتوياً في مرحلة ما قبل المدرسة، والثانية (١٥) طفلاً لديهم تأخر في النمو. وأسفرت نتائج الدراسة عن: أن الأطفال الذاتويين كانوا أقل استجابة عن مجموعة الأطفال ذات التأخر في النمو في كل من: توجيه الانتباه، وتغيير اتجاه الرأس كمؤشر على تغيير اتجاه الانتباه، وأقل سرعة في توجيه الانتباه تجاه الأهداف، وهذا يشير إلى أن الأطفال الذاتويين يعانون من قصور في تواصل الانتباه والحملقة والإيماءات الدالة على تواصل الانتباه، فهم لا يوجهون انتباههم تجاه المثيرات الهامة.

وايضا دراسة أجراها ريني هارت وآخرون (Rinehart et al, 2001). بعنوان قصور الانتباه التحويلي لدى الأطفال الذاتويين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع وليس اضطراب الاسبرجر. واستهدفت الدراسة الكشف عن: القصور في الانتباه التحويلي لدى الأطفال الذاتويين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع. وللتحقق من هذا الهدف قام الباحث بتطبيق: مقياس وكسلر للذكاء، وقائمة فحص سلوك الطفل. على عينة قوامها: أربعة مجموعات: الأولى تتكون من (١٢) من الأطفال الذاتويين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع كمجموعة تجريبية، والثانية تتكون من (١٢) من الأطفال الذاتويين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع كمجموعة ضابطة، والثالثة تتكون من (١٢) من أطفال اسبرجر كمجموعة تجريبية، والرابعة تتكون من (١٢) من أطفال اسبرجر كمجموعة ضابطة. وأسفرت نتائج الدراسة عن: أن الأطفال الذاتويين يعانون من اضطراب في الانتباه التحويلي.

وتناولت دراسة سينزج وآخرون (Sinzig et al, 2008) بعنوان الانتباه لدى الأطفال الذاتويين مع وبدون مشاكل فرط الحركة وتششت الانتباه. واستهدفت الدراسة الكشف عن: مقارنة بين البروفيلات الخاصة بوظيفة الانتباه لدى الأطفال الذاتويين ذوي النشاط الزائد والغير مصحوبين بالنشاط الزائد والعادين. وللتحقق من هذا الهدف قام الباحث بتطبيق: مقياس أدوس ومقياس النشاط الزائد. على عينة قوامها: ثلاثة مجموعات: الأولى تتكون من (٣٠) طفلاً ذاتويًا مصحوبًا بالنشاط الزائد، والثانية تتكون من (٢١) طفلاً ذاتويًا غير مصحوبين بالنشاط الزائد، والثالثة تتكون من (٣٠) طفلاً عاديًا تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٦ - ١٣) سنة. وأسفرت نتائج الدراسة عن: أن الأطفال الذاتويين سواء المصحوبين بالنشاط الزائد أو الغير مصحوبين بالنشاط الزائد يعانون من اضطراب في الانتباه

واستهدفت دراسة جونز وكلين (Jones W, Klin A, 2013). بعنوان الانتباه والتواصل البصري للرضع بعمر ٢-٦ أشهر في وقت لاحق مع تشخيص مرض التوحد. واستهدفت الدراسة الكشف عن: ما إذا كان هؤلاء الذين يعانون من التوحد يولدون مع هذا النقص في الاهتمام و التواصل البصري مع الآخرين، أم إذا كان هذا تطور تدريجيًا خلال السنوات الأولى من الحياة. وللتحقق من هذا الهدف قام الباحث: باستخدام تقنية تتبع العين لقياس التواصل البصري وملاحظة أشرطة الفيديو والتفاعل الاجتماعي مع وجوه مقدمي الرعاية معهم في الشهرين الأوائل من عمر الطفل. على عينة من : الرضع الأشقاء لأطفال مشخصين توحد من الولادة وحتى ٣ سنوات من العمر. وأسفرت النتائج عن: أن الأطفال الذين تم تشخيصهم بالتوحد في وقت لاحق لم تظهر أي اختلاف في التواصل البصري مقارنة مع أولئك الذين لم يحصلوا على تشخيص التوحد قبل الشهرين. ومع ذلك، من ٢ إلى ٦ أشهر من العمر، ظهر هؤلاء الأطفال الرضع انخفاضًا مفاجئًا في الانتباه إلى العينين، في حين أن أولئك الذين لم يتم تشخيصهم بالتوحد لم يظهر أي انخفاض. هذا الانخفاض في الانتباه للعين استمر طوال فترة الدراسة، وقبل ٢٤ شهرًا أصبح هذا الاختلاف يمكن قياسه. هذه النتيجة تدحض الفرضية التي تفترض أن الاتصال بالعين يبدأ من الولادة.

وعلى جانب اخر تهتم الدراسة الحالية بدراسة التخلف العقلي باعتباره احد الاضطرابات النمائية

حيث يعد التأخر في النمو وانخفاض نسبة الذكاء من أهم سمات الأطفال المعاقين عقليا المسببة لما يعترضهم من أوجه التأخر والقصور مثل تأخر النمو اللغوي والمعرفي والعمليات العقلية المعرفية لذا قد يستطيع الطفل المعاق عقليا القيام بكثير من الأعمال اليدوية ولكنه يظل يعاني من قصور واضح في فهم الرموز المعنوية والقدرة على التخيل كما انه عاجز عن تكوين الروابط والعلاقات حيث لا يستطيع تركيز انتباهه ولا بد من مثيرات قوية وحسية لجذب انتباهه لان المعنويات لا محل لها في تفكيره وليس لديه قدرة على التعميم كما أن الكلام يعتبر عملية معقدة بالنسبة له وتفتقد إلى الهدف والطفل المعاق عقليا ضعيف الإرادة سهل الانقياد لأنه قابل للإيحاء

كما يتسم الاطفال من ذوى التخلف العقلى بالعديد من الخصائص النفسية والسلوكية حيث يغلب على سلوك المعاق عقليا التبدل الانفعالي واللامبالاة وعدم الاكتراث بما يدور حوله والاندفاعية وعدم التحكم في الانفعالات كذلك يتميز سلوكهم بالانعزال والانسحاب من المواقف الاجتماعية ونرى عدم الاكتراث بالمعايير الاجتماعية والنزعة العدوانية والسلوك المضاد للمجتمع من سماتهم الشخصية والشخص المعاق عقليا سهل الانقياد لدبة شعور بالدونية والإحباط وضعف الثقة بالنفس والقلق ويتميز سلوكه بالرتابة والمداومة والاستجابة البيئية ويبدو على وجهة الوجود والشرد .

وتميل نتائج البحوث والدراسات إلي وصف شخصية المتخلفين عقليا بعدة سمات وخصائص من أهمها ما يلي:

أ- التبدل الانفعالي واللامبالاة وعدم الاكتراث بما يدور حولهم ، أو الاندفاعية وعدم التحكم في الانفعالات .

ب- النزوع إلي العزلة والانسحاب في المواقف الاجتماعية .

ج- عدم الاكتراث بالمعايير الاجتماعية ، والنزعة العدوانية والسلوك المضاد للمجتمع .

د- تدني مستوي الدافعية الداخلية ، وتوقع الفشل . ه - سهولة الانتقاد وسرعة الاستهواء

و- الجمود والتصلب . ز- الشعور بالدونية والإحباط ، أو ضعف الثقة بالنفس .

ح - انخفاض تقدير الذات ، والمفهوم السلبي عن النفس.

ط - الرتابة وسلوك المداومة **Preservation** (النزعة إلى التثبيت بفكرة أو نشاط

وتكرير الاستجابة والإصرار عليها بدون سبب واضح وبصرف النظر عن تغير المثير) .

ى- التردد وبطء الاستجابة . ك - القلق والوجوم والسرхан .

ويفسر الباحثون معظم هذه السمات والخصائص تارة بعوامل فطرية كما هو الحال عند كيرت ليفن (K. Levin) الذي يرجعها إلى طبيعة التكوين النفسي للمتخلفين عقليا ، فالمناطق النفسية **Psychological Regions** عندهم أقل تمايزا من المناطق النفسية لدى أقرانهم العاديين ، كما أن الحدود الفاصلة بين هذه المناطق لديهم صلبة أ، جامدة علي العكس من مرونتها لدى العاديين. بينما يفسرها بعض الباحثين بعوامل بيئية مثلما هو الحال عند هيبير **Heber** ، وزيجلر **Ziegler** ، وكرومويل **Cromwell** الذين أرجعوا هذه السمات والخصائص إلى ظروف التنشئة الاجتماعية ، والخبرات السيئة التي يتعرض لها المتخلفون عقليا في سياق تفاعلهم مع العاديين في البيئة الاجتماعية الأسرية والمدرسية ؛ كالحرمان والفشل ، والإحباط وتدني التوقعات الاجتماعية منهم ، مما يقود إلى القلق وسوء التوافق ، وانخفاض تقييم الطفل المتخلف عقليا لذاته ، وتعزيز مفهومه السلبي عن نفسه . كذلك يتسم الطفل من ذوي التخلف العقلي بأنه غير كفء اجتماعيا ومهنيا ولا يستطيع أن يدبر شئونه وهناك بعض الاضطرابات النفسية التي قد تصاحب التخلف العقلي مثل القلق أو الانطواء أو العدوان أو شرود الذهن أو القصور الخيالي غير العادي .

بالضافة الى ان هناك عدد من الخصائص المعرفية التي يتسم بها المتخلفين العقلين منها ما يلي :-

ضعف القدرة علي الانتباه والقابلية العالية للتشتت وهذا يفسر عدم مشاربتهم أو مواصلتهم الأداء في الموقف التعليمي إذا استغرق الموقف فترة زمنية متوسطة ، أو مناسبة للعاديين. كما أن الضعف في الانتباه وضعف التعلم العارض (أي التعلم من الخبرة وبشكل غير مقصود) عند المعوقين عقليا. وتزداد ضعف الانتباه بازياد درجة الإعاقة .

كذلك يواجه المعوقون عقليا صعوبات في التذكر مقارنة بأقرانهم غير المعوقين خاصة الذاكرة قريبة المدى (أي تذكر الأحداث أو المثيرات التي تعرض لها الفرد قبل فترة زمنية وجيزة). ويمكن القول أن الانتباه عملية ضرورية للتذكر ولذا فإنه يترتب علي ضعف الانتباه ضعف الذاكرة. ويضيف " هلا هان وكوفمان " إلى ذلك الضعف في استراتيجيات التعلم عند المعوقين عقليا ، خاصة فيما يتعلق بالتجميع وفق الخصائص المتشابهة واستخدام العوامل البسيطة أو إعادة التنظيم ومن العوامل الأخرى التي تسهم في ضعف الذاكرة لدي المعوقين عقليا ما يعرف بضعف القدرة علي القيام بعمليات الضبط المتتابعة والتي تعتبر ضرورية لإعادة تكرار الشئ في ذهن الشخص حتى يستطيع أن يحفظه .

كذلك فان التمييز بين مثيرات يتطلب إدراك الخصائص المميزة لكل مثير. ومعرفتنا للخصائص المميزة للمثير تقوم علي الانتباه لتلك الخصائص وتصنيفها ومن ثم تذكرها. ولما كانت عمليات الانتباه والتصنيف والتذكر لدي المعوقين عقليا تواجه قصورا كما أسلفنا من قبل. فان عملية التمييز بدورها ستكون دون المستوي مقارنة بالعاديين. وعلاوة علي ذلك فان عملية التمييز بين المدركات الحسية تتأثر بشكل كبير بمستوي أداء الحواس المختلفة (السمع ، البصر ، التذوق ، اللمس ، الشم). وتشير كثير من المصادر العملية إلى أن فئة غير قليلة من المعوقين عقليا يواجهون صعوبات حسية إضافة إلى إعاقتهم العقلية .

وتختلف درجة الصعوبات في القدرة علي التمييز تبعا لدرجة الإعاقة وعوامل أخرى متعددة لا مجال للدخول في تفصيلها الآن. أما فيما يتعلق بدرجة الإعاقة فنجد أن المعوقين عقليا بدرجة شديدة يتعذر عليهم في معظم الأحيان - دون تدريب مسبق - التمييز بين الأشكال والألوان والأحجام والأوزان والروائح والمذاقات المختلفة. أما فيما يتعلق بمتوسطي الإعاقة فإنهم يظهرون صعوبات في تمييز الخصائص السابقة ، لكننا نلاحظ أن الصعوبات أبرز ما تكون في تمييز الأوزان والأحجام والألوان غير الأساسية. كما أن هذه الصعوبات تزداد كلما ازدادت درجة التقارب أو التشابه بين المثيرات. وأما بسيطو الإعاقة العقلية فإنهم يواجهون مثل تلك الصعوبات أيضا ولكن بدرجة أقل .

كما يلاحظ أن المعوقين عقليا بشكل عام ذوو خيال محدود. وعملية التخيل تتطلب درجة عالية من القدرة علي استدعاء الصور الذهنية وترتيبها في سياق منطقي ذي معنى. و أسوة بالعمليات العقلية الأخرى فان القصور في القدرة علي التخيل تزداد بازياد درجة الإعاقة العقلية .

وتعتبر عملية التفكير من ارقى العمليات العقلية وأكثرها تعقيدا ، فالتفكير يتطلب درجة عالية من القدرة علي التخيل ، والتذكر ، والتعليل ، وغير ذلك من العمليات العقلية ، والقدرة علي التفكير مجرد تعكس بشكل كبير القدرة العقلية .

فالانخفاض الواضح في القدرة علي التفكير المجرد التي يتميز بها المعوقون عقليا ، تفترض علينا أن نهتم بقدر كبير بتوفير الخبرات التعليمية علي شكل مدركات حسية ومن ثم شبه مجردة ومن ثم مجردة. ولإيضاح ذلك ليفترض القارئ انه يود أن يعلم طفلا معاقا عقليا عن مكتب البريد والخدمات التي يقدمها ، وطريقة إرسال الرسائل والأمور الأخرى المتعلقة بالبريد. ففي البداية لا بد من أن ينظم زيارة لمركز البريد. ويتيح للطفل مشاهدة المركز والتعرف علي الخدمات التي يقدمها ، ولا بأس من أن يجعله يقوم بتجريب إرسال رسالة بريدية. إن الخبرات السابقة هي الخبرات حسية عايشها الطفل بنفسه وإدراكها بحواسه علي الطبيعة. أما الخبرات شبه المجردة فتتمثل في عرض صور أو فيلم عن مكتب البريد. أما عمليات وصف مبنى البريد و تعديد خدماته وفوائده وكيفية إرسال الرسائل ، كل ذلك دونما زيارة لمكتب البريد أو عمل نموذج لمكتب البريد في المدرسة أو عرض فيلم عنه أو ما شابه ذلك من أساليب تعليمية فإنها خبرة مجردة .

وقد قام (محمد خطاب ، ٢٠٠٤) بتوضيح التشخيص الفارق بين الذاتية والإعاقة العقلية ونوضحه في الجدول التالي :

جدول (١)

التشخيص الفارق بين الذاتية والإعاقة العقلية

| م | السمة | الذاتوية | الإعاقة العقلية |
|----|------------------------------|--|---|
| ١ | الانسحاب الاجتماعي | يميل الذاتوي للانسحاب والعزلة | يتمكن من الانتماء والتفاعل مع الآخرين فهم اجتماعيين. |
| ٢ | ضعف الانتباه والذاكرة | يعانى من الاضطرابات الحادة في الذاكرة والقدرة على الانتباه | يتمكن من الانتباه بشكل جيد ولديه ذاكرة أفضل بكثير وذلك عند مقارنته بالطفل الذاتوي . |
| ٣ | التعبير اللفظي وغير اللفظي | يمكن أن تكون اللغة غير موجودة لدى الذاتوي وإن وجدت فإنها تكون غير عادية مع انخفاض مستوى اللغة والكلمات البسيطة | موجودة بشكل أفضل بكثير وذلك عند مقارنته بالطفل الذاتوي . |
| ٤ | القدرة على التقليد والمحاكاة | لديه قدرة محدودة على التقليد والمحاكاة | بينما يستطيع المعاق عقلياً القيام بذلك . |
| ٥ | العمليات الإدراكية | يعانى من اضطراب إدراكي ويعطى استجابات شاذة لمنبهات بعينها وخاصة في مهام الإدراك البصري والحركي | لديه اضطرابات إدراكية ولكن أقل بكثير عند مقارنته بالطفل الذاتوي . |
| ٦ | المظاهر السلوكية | لديه مظاهر سلوكية نمطية تشمل حركات الذراع واليدين | لديه مهارات سلوكية بشكل أفضل . |
| ٧ | نسبة الذكاء | حسب درجة المستوى الوظيفي | حسب درجة الإعاقة العقلية . |
| ٨ | العيوب الجسمية | يكاد يكون طبيعى . | لديه عيوب جسمية أكثر من الطفل الذاتوي . |
| ٩ | المهارات الخاصة | إمكانية إبداع مهارات مثل الرسم أو الموسيقى . | هذه المهارات لا تظهر بشكل واضح لدى الطفل المعاق عقلياً |
| ١٠ | رجع الصدى | يعانى الذاتوي من مشكلة رجع الصدى والذي يعيد نطق آخر كلمة أو كلمتين من أى سؤال أو كلام يوجه إليه . | لا يعانى من مشكلة رجع الصدى . |
| ١١ | تغيير العادات | يستثيره التغيير في عاداته اليومية سواء في ملبسه أو مأكله أو لعبه ويندفع في ثورات غضبه وإيذاء ذاته والآخرين . | لا يستثيره التغيير في العادات . |
| ١٢ | استعمال الضمائر | يعانى من قصور في استعمال | لا يعانى من قصور في استعمال الضمائر |

| | | | |
|----|--|--|---|
| | الضمائر ويخلط بين "أنا" و "أنت" فيستعمل كلاً منهما مكان الآخر وكذلك بالنسبة إلى غيرها من الضمائر . | | |
| ١٣ | التواصل البصرى | يتجنب التواصل البصرى بالتقاء العيون بين المحادثين | سمة نادراً ما تحدث لدى المعاق عقلياً . |
| ١٤ | نوبات هستيرية | قد يبدأ فجأة فى نوبات ضحك أو بكاء أو صراخ يستمر طويلاً بدون سبب ظاهر . | لا يحدث لدى الطفل المعاق عقلياً . |
| ١٥ | طرق التعامل معهم | يحتاج إلى صبر و جلد فى التعامل معه أو تدريبه . | أسهل مراساً فى التعامل معه وتدريبه وفى تنفيذ برنامج التأهيل . |
| ١٦ | من حيث الانتشار | أقل انتشاراً فنسبة حدوثه ٢-٣ :١٠٠٠ على الأكثر | أكثر انتشاراً بنسبة ٣% من المجتمع أو أكثر . |
| ١٧ | ظهور الاعراض | الذاتويه إعاقه يولد بها الطفل وتظهر أعراضها مبكراً فى حدود زمنية أقصاها ٣٠ شهراً . | يولد به أو يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يودى إلى تلف فى المخ أو إصابة بمرض معد (كالتهاب السحائى أو الحمى الشوكية) أو نتيجة التلوث البيئى مثل الرصاص أو الزئبق . |
| ١٨ | من حيث الرعاية | طفل الذاتوية غالباً ما يحتاج إلى الرعاية مدى الحياة تقريباً . | يحقق استقلالاً ذاتياً بمساعدة برامج التأهيل ويعتمد على ذاته ويحميها من الأخطار ويعمل فى حرفة مناسبة |

منهج الدراسة والاجراءات :

المنهج المستخدم فى الدراسة الحالية هو المنهج الوصفي المقارن وذلك لقدرة هذا المنهج على استيعاب الدراسات النفسية المقارنة، وكذلك لقدرة فى التنبؤ بالظاهرة النفسية وتفسيرها. (أحمد عياد، ٢٠١٨، ص ٢٥٤)

ولاسيما وأن الدراسة الحالية تتعدد أعراضها من حيث المقارنة بين المجموعات فى عديد من المتغيرات ، ثم تفسير هذه الظواهر تفسيراً وصفياً و تقريرياً مما قد يعطى مؤشرات تنبؤية لمثل هذه الظواهر ، وبالتالي محاولة ضبطها والتحكم فيها وفى السلوك المترتب عليها.

ثانياً : إجراءات الدراسة :

حددت إجراءات الدراسة بما تشمله من اختيار العينة و الأدوات و حساب شروطها السيكومترية و جمع البيانات و خطة التحليلات الإحصائية التى أجريت للإجابة على تساؤلات الدراسة و ذلك على النحو التالى :

الخطوات الإجرائية للدراسة :

اتباع الباحثان خلال الدراسة الحالية مجموعة من الخطوات، تمثلت فيما يلي:

- تم اختيار عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال المترددين على مركز الكويت للتوحد بغرب مشرف - ضاحية مبارك العبدالله - خلف أرض المعارض بدولة الكويت
- طبق الباحثان عقب اختيار عينة الأطفال مقياس تقدير الذاتوية . للتحقق من وجود الاضطراب لدى الأطفال من عدمه . حيث طبق الباحث الدليل التشخيصي الخامس (DSM-5) ثم التحقق من شدة الاضطراب من خلال مقياس تقدير الذاتوية لجيليام.
- كذلك قاما الباحثان بتطبيق مقياس ستانفورد بينية (الصورة الخامسة) للتحقق من نسبة الذكاء وقد تم اختيار الاطفال من فئة التخلف العقلى البسيط بدرجات ذكاء (٧٠ فيما اقل حتى ٥٥) كذلك التأكد من توافر محكات هذا الاضطراب من خلال توافر الاعراض وفقاً للدليل التشخيصي الخامس .
- قام الباحثان بتطبيق أدوات الدراسة على اطفال المجموعتين وذويهم والقائمين برعايتهم

ثالثاً : مجتمع الدراسة :

تكون مجتمع الدراسة من عينة قوامها (٢٠) طفلة وذويهم القائمين برعايتهم بواقع (١٠) من الأطفال الذواتيين ، و(١٠) من الاطفال ذوى التخلف العقلى البسيط المترددين على مركز الكويت للتوحد بغرب مشرف - صاحبة مبارك العبدالله - خلف أرض المعارض بدولة الكويت وتراوحت أعمارهم ما بين (٤-٧) سنوات بمتوسط عمري (٤،٧٨) سنة وانحراف معياري (٢،٢٦) وقد تم اختيار المجموعتين من الاناث

وتم تطبيق بعض المحكات لاختيار العينتين الأساسيتين من ذوى اضطراب التوحد وكذلك من ذوى التخلف العقلى وذلك على النحو التالي :-

أولا : عينة الاطفال من ذوى اضطراب التوحد فقد تمثلت هذه المحكات فيما يلي

١. عدم وجود أعراض أو اضطرابات أخرى مقترنة بالتوحد.
 ٢. مستوى شدة الاضطراب (متوسط).
 ٣. عدم الحصول على تدريبات ارشادية نفسية او تعلم مهارات اجتماعية .
- ثانيا : عينة الاطفال من ذوى اضطراب التخلف العقلى فقد تمثلت هذه المحكات فيما يلي :-
١. عدم وجود أعراض أو اضطرابات أخرى مقترنة بالتخلف العقلى .
 ٢. عدم الحصول على تدريبات ارشادية نفسية او تعلم مهارات اجتماعية .

رابعا : أدوات الدراسة :

اشتملت الدراسة على عدد من الأدوات كالتالي:

١. الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-5) .

٢. مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب الذاتوية. (ترجمة وتعريب أد. عادل عبدالله محمد ٢٠٠٦ م).

٣. مقياس السلوك التكراري المعدل :

إعداد بودفيس سيمونس (Symons&Lewis, 1999 , Bodfish ترجمة وتعريب وتقنين أحمد البهنساوى وزيد عبدالخالق (٢٠٢٠)

٤. مقياس التقدير التشخيصي لصعوبات الإنتباه. (إعداد أد. فتحي مصطفى الزيات).

٥. الملف النفس تربيوي _ الإصدار الثالث. (ترجمة وتقنين، نبيل صالح حميدان)

٦. مقياس ستانفورد بينية الصورة الخامسة

ويستعرض الباحثان الحاليان وصف لكل أداة من الادوات التي تم استخدامها في الدراسة الحالية وأهم شروطها السيكمترية وذلك على النحو التالي :-

١ : الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-5)

أ: الهدف من الأداة :

تم إعداد قائمة للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) للحصول على وصف دقيق للفئة التشخيصية الحالية، فالغرض من تطبيق قائمة الدليل التشخيصي الخامس للذاتوية الحصول على تصنيف للطفل فيما إذا كان يدخل ضمن طيف الذاتوية من عدمه وكذلك الحصول على تصنيف الاطفال ووفقا للمحكات الواردة في هذا التصنيف لمتلازمة الريت .

ب: وصف الأداة :

تتكون قائمة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-5) من قسمين :

الأول : ثلاثة مجموعات تمثل السمات الأساسية للطفل الذاتوي وهي :

المجموعة الأولى : قصور في التفاعل الاجتماعي.

المجموعة الثانية : قصور في القدرة على التواصل.

المجموعة الثالثة : السلوكيات النمطية.

تتكون المجموعات الثلاث من (١٢) فقرة (٤) فقرات لكل مجموعة، تنحصر الاستجابات بين الاختيارين (نعم و لا) .

الثاني : تأخر أو شذوذ وظيفي في التفاعل الاجتماعي أو التواصل أو اللعب التخيلي يكون قد ظهر قبل العام الثالث للطفل .

ج: كيفية التطبيق :

يتم تطبيق قائمة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-5) عن طريق الملاحظة المكثفة للطفل سواءً في المنزل وكذلك من خلال سؤال الوالدين عن حالة الطفل وقت التطبيق.

ولا تحتل الاستجابات على فقرات الدليل مستويات للشدة، فالقصور هنا قصور كفي إما أن يكون موجود بأي درجة أو غير موجود تماماً، وإذا ماتحقق وجوده فإن التسلسل الطبيعي لعملية التشخيص تنسحب إلى معرفة مستوى الشدة في الذاتوية من خلال المقاييس الأخرى والتي اعتمد عليها الباحث كما يلي.

ونظراً للاستخدام واسع النطاق للدليل التشخيصي في تحديد الاضطرابات السلوكية فقد استندا الباحثان إليه في هذه الدراسة.

أما انتقاء واختيار الاطفال من ذوى التخلف العقلي فقد إستندا الباحثان الحالان الى تطبيق مقياس ستانفورد بينيه (الاصدار الخامس) وكذلك المحكات الواردة في الدليل التشخيصي الخامس (DSM-5).

٢ . مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب الذاتوية. (ترجمة وتعريب أد. عادل عبدالله محمد ٢٠٠٦ م.

أ: الهدف من الأداة :

تم تصميم المقياس لتحقيق العديد من الأهداف ومنها :

- التوصل إلى تشخيص حقيقي لاضطراب الذاتوية.
 - تقدير درجة ومستوى شدة ونسبة اضطراب الذاتوية لدى الطفل الذاتوي.
- جدير بالذكر أن استخدام الباحث للأداة يكمن في التحقق من مستوى شدة الذاتوية لدى الطفل حيث قد تم تحديد العينة الحالية عند مستوى من : (منخفض إلى متوسط) للذاتوية.

ب: وصف الأداة :

تتكون الأداة من أربعة مقاييس فرعية تشكل أهم السمات الأساسية للطفل الذاتوي، يمكن أن تطبق على الأفراد من سن (٣ :

٢٢) سنة وهي :

أولاً : السلوكيات النمطية :

كل السلوكيات النمطية الصادرة عن الطفل واضطرابات الحركة وغيرها من الاضطرابات الغريبة التي يمكن أن تصدر عن الطفل الذاتوي.

ثانياً : التواصل :

تصف عبارات هذا المقياس الفرعي السلوكيات اللفظية والغير لفظية بما ينطبق والطفل الذاتوي.

ثالثاً : التفاعل الإجتماعي :

تصف عبارات هذا المقياس الفرعي ما إذا كان الطفل الذاتوي قادراً على التفاعل السليم مع الأقران والراشدين وكذلك الأحداث والأشياء.

رابعاً : الاضطرابات النمائية :

تتعلق بالفترة قبل الثلاث سنوات الأولى غالباً من عمر الطفل من حيث مظاهر النمو السليم.

• يتكون كل مقياس فرعي من عدد ١٤ فقرة.

• العدد الإجمالي للفقرات (٦٥) فقرة.

• المقاييس الفرعية الثلاثة الأولى: السلوكيات النمطية، التواصل و التفاعل الإجتماعي، تتراوح إختيارات الإستجابة عليها ما بين أربع إختيارات (لا، نادراً، أحياناً، نعم).

• أما المقياس الفرعي الرابع (الاضطرابات النمائية) فتنحصر الاستجابات عليه ما بين (نعم، لا).

ج: كيفية التطبيق :

يعمل كل اختبار فرعي من المقاييس الأربعة بشكل مستقل إذ يمكن تطبيق كل اختبار على حدة حسب تعدد الأغراض، ويمكن استبعاد أي اختبارين فرعيين والاكتفاء بتطبيق اثنان فقط والحصول على معامل ونسبة للتوحد.

وتنحصر حالات استبعاد المقاييس الفرعية . إذا شئت . للمقياس الثاني (التواصل) وذلك في حالة انعدام وجود وسيلة للتواصل لدى الطفل سواء بشكل لفظي أو غير لفظي .

وهذا مادعا الباحث إلى إستبعاد المقياس الفرعي الثالث في بعض التطبيقات على العينة لعدم قدرة بعض حالات الأطفال قيد الدراسة على التواصل بالكلام أو بالإشارة .

كذلك يمكن استبعاد المقياس الفرعي الرابع في حالة عدم تمكن الوالدين أو مقدمي الرعاية للطفل لإجابات دقيقة، يمكن حينها استبعاد المقياس الفرعي.

تتراوح درجات التقدير للمقاييس الثلاث الأولى ما بين :

- لا : أي أن معدل تكرار السلوك المراد قياسه (صفر) مرة.
 - نادرا : أي أن معدل تكرار السلوك المراد قياسه من (١ : ٢) مرة.
 - أحيانا : أي أن معدل تكرار السلوك المراد قياسه من (٣ : ٤) مرة.
 - نعم : أي أن معدل تكرار السلوك المراد قياسه من (٥ : ٦) مرة.
- وذلك خلال ست ساعات من الملاحظة المتواصلة.

يحصل الطفل على الدرجات :

- صفر : للتقدير (لا).
- ١ : للتقدير (نادراً).
- ٢ : للتقدير (أحياناً).
- ٣ : للتقدير (نعم).

ليصبح المجموع الأقصى للدرجات الخام لكل مقياس فرعي من المقاييس الفرعية الثلاثة الأولى (٤٢)، و(١٢٦) للمقاييس الثلاثة مجتمعة.

أما المقياس الرابع فينقسم إلى (نعم، لا) إلا أن تقدير الدرجات ينحصر بين (١ و صفر).

• الإشارة (+) تحصل على درجة (١).

• الإشارة (-) تحصل على درجة (صفر).

في كل العبارات السابقة يمكن سؤال الوالدين أو مقدمي الرعاية أو حتى يمكن أن يقدم الإجابات المعلمون أو الأخصائيون بالمدرسة الملتحق بها الطفل أو بالملاحظة المستمرة كما سبق من قبل المعلم المسؤول عن الطفل أثناء جلسات التقييم، وفي كل الأحوال تتمتع الأداة الحالية بمعدلات صدق وثبات عالية يمكن أن يعتد بها.

٣- مقياس السلوك التكراري المعدل

Repetitive Behavior Scale – Revised (RBS-R)

قام بإعداد مقياس السلوك التكراري المعدل في الأصل كل من بودفش وسايمون ولويس Bodfish, Symons & Lewis (1999)، وقد قام بترجمة المقياس أحمد البهنساوي، زيد عبد الخالق (٢٠٢٠)، ويتكون هذا المقياس من (٤٣) بنداً مقسمة إلى ستة أبعاد تقيس السلوكيات النمطية التكرارية لدى أطفال اضطرابات طيف التوحد، وهي: البعد الأول: السلوك النمطي Stereotyped Behavior وهو حركات أو أفعال يقوم بها الشخص على ما يبدو بدون قصد وتحدث بنفس الطريقة، ويشمل البنود من (١-٦). البعد الثاني: سلوك إيذاء الذات Self-injurious Behaviour وهو الحركات والأفعال التي يقوم بها والتي يمكن أن ينتج عنها إحمرار أو كدمات أو إصابات بالجسم، والتي تتكرر بنفس الطريقة، ويشمل البنود من (٧-١٤). البعد الثالث: السلوك القهري Compulsive Behavior وهو السلوك الذي يتم تكراره وتنفيذه بصورة تامة وكأنه ينتمي لقاعدة وسلطة قهرية، ويشمل البنود من (١٥-٢٢). البعد الرابع: السلوك الطقوسي Ritualistic Behavior وهو القيام بأداء وفعل أنشطة الحياة اليوم بنفس الطريقة، ويشمل البنود من (٢٣-٢٨). البعد الخامس: السلوك الرتيب Sameness Behavior وهو مقاومة التغيير والإصرار على أن تكون الأمور كما هي بدون تغيير، ويشمل البنود من (٢٩-٣٩). البعد السادس: السلوك المقيد والاهتمامات المحددة Restricted Behaviour وهو نطاق ضيق ومحدد من التركيز والاهتمام بأجزاء معينة من الأنشطة والأشياء بدلاً من النظرة الكاملة للشيء، يشمل البنود من (٤٠-٤٣).

ويعتمد المقياس على أسلوب التقرير الذاتي للوالدين والقائمين برعاية الطفل التوحدي، ويتم الإجابة عليه من خلال اختيار أحد البدائل المتاحة أمام كل بنداً وهي: (لا يحدث السلوك، يحدث السلوك وهو مشكلة خفيفة، يحدث السلوك وهو مشكلة متوسطة، يحدث السلوك وهو مشكلة خطيرة)، ويصحح كما يلي (٠، ١، ٢، ٣) على التوالي. وبعد تقنينه على عينة من أطفال التوحد من خلال مقدمي الرعاية بجمعية التوحد بولاية كارولينا الشمالية للتوحد؛ حيث بلغ عدد العينة (١٢٤) مفردة وإجراء التحليل العاملي

الاستكشافي والذي توصل إلى الأبعاد الستة للمقياس، وأيضاً وجد أن المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة؛ حيث بلغ معامل الاتساق الداخلي للمقياس ككل (٠,٨٨) وللمقاييس الفرعية ما بين (٠,٥٥) لسلوك التشابه - (٠,٧٨) لسلوك إيذاء الذات)، ومن خلال إعادة التطبيق بلغ معامل الارتباط للمقياس (٠,٧١) وللمقاييس الفرعية ما بين (٠,٥٢) للسلوك الطقوسي - (٠,٩٦) للسلوك المقيد والاهتمامات المحددة).

واستخدم المقياس على أطفال اضطرابات طيف التوحد في عدد من البلدان والثقافات وترجم إلى لغات هذه البلدان للتأكد من خصائصه السيكومترية والبناء العاملي للمقياس؛ حيث ترجم إلى اللغة الإسبانية كما في دراسة كل من مارتينيز، جونزاليس وبيكويرس (2018) Martinez, Gonzalez & Piqueras والتي توصلت إلى ستة عوامل للمقياس ولنفس البنود، وإلى اللغة اليونانية كما في دراسة كل من جورجياس، باباجورجيو واناغنوستو Georgiades, Papageorgiou & Anagnostou (2010) التي توصلت إلى عامل واحد للمقياس ولنفس البنود، ودراسة لام (2004) Lam التي توصلت إلى خمسة عوامل للمقياس أيضاً ولنفس البنود، ودراسة كل من بورريو وروكس وجموت وبنية-برهولت وبارسليمي Bourreau, Roux, Gomot, Bonnet-Brilhault, Barthelemy (2009) التي توصلت إلى أربعة عوامل فقط للمقياس ولنفس البنود، ودراسة (2010) Mirenda et al التي توصلت إلى تكون المقياس من ثلاث عوامل للمقياس ولنفس البنود، وجميع الدراسات التي حاولت التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك التكراري المعدل؛ توصلت إلى صلاحية المقياس في التشخيص والعمل الإكلينيكي والبحثي معاً في تحديد السلوك التكراري لدى أطفال اضطرابات طيف التوحد، سواء كانت هذه الدراسات توصلت إلى عاملين أو ثلاثة أو أربعة أو خمسة أو ستة عوامل ولنفس بنود المقياس الأصلي.

٤. مقياس التقدير التشخيصي لصعوبات الانتباه. (إعداد أ.د. فتحي مصطفى الزيات).

أ: الهدف من الأداة :

تهدف هذه الأداة إلى قياس ضعف أو قصور القدرة على تركيز الانتباه، والاحتفاظ به، والوعي الشعوري بموضوع الانتباه. حيث تعتبر مشكلات الانتباه من أكثر المشكلات النمائية التي تثير الإزعاج نظراً لاعتماد كافة المدخلات التدريسية والتدريبية على العرض النظري للمعلومات، ومن ثم تؤثر كفاءة عمليات الانتباه تأثيراً جوهرياً على استيعاب كافة الأنشطة المعرفية والأكاديمية والمهارية.

ب: وصف المقياس :

تتكون الأداة من مجموعة من العبارات (٢٠) عبارة، يمكن الإستجابة عليها من خلال الحصول على تقدير المعلم أو حتى الأب أو الأم من خلال الإمام برأي المعلم عن حالة الطفل ، حيث تتراوح درجات التقدير بين خمسة إختيارات تنطبق إحداها على الطفل.

- دائماً : إذا كان تقديرك بتواتر هذه الخاصية لدى الطفل دائماً.
- غالباً : إذا كان تقديرك بتواتر هذه الخاصية لدى الطفل غالباً.
- أحياناً : إذا كان تقديرك بتواتر هذه الخاصية لدى الطفل أحياناً.
- نادراً : إذا كان تقديرك بتواتر هذه الخاصية لدى الطفل نادراً.
- لا تنطبق : إذا كان تقديرك أن هذه الخاصية بالنسبة للطفل لا تنطبق.

ج: كيفية التطبيق :

يوجد على يمين الصفحة (٢٠) بنداً تمثل خصائص سلوكية مختلفة من السلوك المستهدف تقديره، وعلى القائم بالتقدير الحكم وتقدير درجة تكرار وديمومة السلوك الذي يظهره الفرد موضوع التقدير، ويوجد على يسار الصفحة تدرج المقياس الذي يتضمن تقديرات تتراوح بين: دائماً، وغالباً، وأحياناً، ونادراً، ولا تنطبق.

د: كيفية الحصول على الدرجات :

- يتم وضع التقدير المناسب في خانة التقدير التي تنطبق على الطفل.
- يتم حساب درجات مقاييس التقدير التشخيصية للانتباه عن طريق جمع قيم العلامات داخل خانات التقدير.
- يتم حساب الدرجة الكلية للمقياس وهي حاصل جمع قيم العلامات في خانات التقدير مضروبة في وزنها النسبي كما يلي:

- دائماً : ٤ x

- غالباً : ٣ x

- أحياناً : ٢ x

- نادراً : 1 x

- لا تنطبق : 0 x

• في بعض الأحيان قد لا تتاح للقائم بالتقدير الفرصة لملاحظة جميع أشكال السلوك المتضمنة في مقياس معين، عندما يحدث ذلك بالنسبة لبند واحد أو بندين، يمكن تقدير هذه البنود لاحقاً عن طريق جمع تقديرات البنود التي تم تقديرها للمقياس ككل وقسمة الناتج على عدد البنود التي تم تقديرها فعلاً، ويتم تقريب النسبة الناتجة إلى أقرب رقم صحيح. والبنود التي يتم تقديرها لاحقاً يجب تمييزها بوضع علامة (x) للتمييز بينها وبين البنود التي تم تقديرها بطريقة عادية.

هـ: دلالات ثبات وصدق المقياس :

أولاً: حساب الثبات

• طريقة الاتساق الداخلي:

لحساب الثبات بهذه الطريقة تم استخدام معادلة ألفا كرونباخ التي تعتمد على تباين مفردات مقياس التقدير، وهو بذلك يكشف عن ثبات الاتساق الداخلي لبنود المقياس الفرعية لمقياس التقدير التشخيصي، وقد تم إيجاد معامل ألفا على درجات أفراد العينة موزعة وفقاً لكل من العمر الزمني والصف الدراسي، وقد إتضح أن معاملات الثبات مرتفعة بالنسبة للمقاييس الفرعية في كل مستوى من المستويات العمرية والصفية المختلفة؛ فقد كانت النسبة لصعوبات الانتباه تتراوح بين ٠,٩٧٥:٠,٩٣٥. وهذه المعاملات مرتفعة، وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١، مما يشير إلى أن مقياس التقدير التشخيصي لصعوبات الانتباه تتمتع بدرجة عالية من الثبات.

• طريقة التجزئة النصفية

حيث تم تقسيم الفقرات الفردية وعددها ١٠ مفردات، والفقرات ذات الأرقام الزوجية وعددها ١٠ مفردات، ثم تم تصحيح معامل الارتباط بين درجات الجزئين للمقياس باستخدام معادلة سبيرمان - براون.

وقد تم حساب معامل الثبات بهذه الطريقة لدرجات العينة موزعة وفقاً للعمر الزمني/ الصف الدراسي. وبذلك كانت معاملات الثبات مرتفعة بالنسبة للمقياس في كل مستوى من المستويات العمرية والصفية المختلفة؛ حيث تراوحت بين ٠,٩٢٧: ٠,٩٥٩. وهذه المعاملات تعتبر مرتفعة، وتعتبر دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١، مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

ثانياً: حساب الصدق

تم التحقق من صدق مقياس التقدير التشخيصي لصعوبات الانتباه بعدة طرق هي: صدق المحتوى والصدق المحكي. وفيما يلي بيان مدى صدق المقياس بكل من هذه الطرق:

• صدق المحتوى

تم استخدام تحليل البنود على درجات أفراد العينة الكلية للدراسة، وقد اتضح أن جميع الفقرات تستوفي مؤشر للقوة التمييزية المناسبة لقبول أي فقرة في مقياس التقدير التشخيصي لصعوبات الانتباه والتي لا تقل عن ٠,٣٥.

كما أشار إلى ذلك (Ebel, 1979) حيث نلاحظ أن جميع معاملات الارتباط تزيد عن ٠,٦٥، مما يشير إلى اتساق فقرات المقياس فيما تقيسه من ناحية، ومصادقية المقاييس الفرعية في قياسها للخصائص السلوكية موضوع التقدير من ناحية أخرى.

٥. الملف النفس تربوي . الإصدار الثالث *Psychoeducational Profile-Tird Edition* . (ترجمة وتقنين، نبيل صالح حميدان)

الملف النفس تربوي الإصدار الثالث : وهو الاختبار الأساسي والمدخلي لبرنامج TECCH، والذي قام كل من Schopler & Reichler, (1979) بإعداد النسخة الأصلية منه لتقييم الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف الذاتوية، وقد تمتع المقياس وقتها بدلالات صدق وثبات مناسبة وأثبت أهمية بالغة في قدرته على مساعد المعلمين في بناء البرامج التربوية الفردية للأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف الذاتوية.

ثم قام كلا من (Schopler et al, 1998) بإجراء دراسة هدفت إلى إصدار نسخة مراجعة من الملف النفس تربوي لتقييم الأطفال الذي يعانون من اضطراب طيف الذاتوية.

وأخيراً تم وضع التطوير الأخير للملف النفسي التربوي في دراسة (Schopler et al, 2005) ليصبح الإصدار الثالث PEP-3 وتم ذلك بمساعدة عدد من المعلمين ذوي الخبرة في جميع أنحاء الولايات المتحدة الأمريكية.

وقد أوضحت الإجراءات المتعددة التي لجأ إليها الباحثين تمتع المقياس بدلالات صدق وثبات مناسبة تمثلت في صدق المحتوى والصدق العملي للفقرات والصدق التنبؤي فيما تمثل الثبات بحسابه بطريقة الإعادة والتجزئة النصفية.

ب: الهدف من المقياس :

يعتبر من أهم الاختبارات الأدائية التي تطبق على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين إلى سبع سنوات وستة شهور، وقد هدف المقياس إلى العديد من الأهداف التي ناسبت موضوع البحث ومنها :

- أداة موضوعية دقيقة لتشخيص الأطفال المصابين بالاضطرابات النمائية .
- تحديد نقاط القوة والضعف لكل طفل من خلال المقاييس الفرعية.
- يستخدم كأداة مساعدة لإصدار التشخيص الدقيق للأطفال المصابين بالاضطرابات النمائية.
- وضع الخطة الفردية لكل طفل بناءً على نقاط القوة والضعف، إذ أن نتائج الاختبارات الفرعية لا بد أن تؤخذ في الاعتبار عند وضع الخطة الفردية.
- جمع المعلومات للتأكد من صحة التشخيص وترجيح تشخيص على آخر.

ج: وصف المقياس :

يتكون المقياس من جزئين رئيسيين :

الأول : الجزء الأدائي :

يستخدم فيه أدوات الاختبار والملاحظة المباشرة للطفل، ويتكون من ثلاثة مركبات أساسية :

١: مركب التواصل : ويقاس قدرة الطفل على التحدث، الإستماع، القراءة والكتابة. ويتكون من ثلاثة إختبارات فرعية، وهي :

أ: الإدراك اللفظي والغير لفظي (CVP) / Cognitive Verbal / Preverbal

تركز فقرات هذا الاختبار على الإدراك والذاكرة اللفظية.

ب: اللغة التعبيرية (EL) Expressive Language

تركز فقرات هذا المقياس على تعبير الطفل عن نفسه من خلال التحدث أو التلميح مثل الفقرات التي يطلب فيها الطفل الطعام أو الشراب، التسمية بصيغ الجمع، قراءة الكلمات أو الجمل بصوت مسموع، وتسمية الأحجام الكبيرة والصغيرة.

ج: اللغة الاستقبالية (RL) Receptive Language

تمثل قدرة الطفل على فهم اللغة المحكية مثل الإشارة إلى أجزاء الجسم والإشارة إلى الألوان بعد تسميتها من قبل الفاحص، التعرف على الحروف وتمثيل الأفعال.

٢: مركب الحركة : ويقاس قدرة الطفل على التآزر الحركي البصري والحركات الكبيرة. ويتكون من ثلاثة اختبارات فرعية، وهي :

د: المهارات الحركية الدقيقة (FM) Fine Motor

تقييم مستوى التآزر لدى الطفل بين الأعضاء المختلفة من جسمه، حيث تختبر المهارات الضرورية للاكتفاء الذاتي للطفل والتي يتمكن منها الطفل الطبيعي.

ه: المهارات الحركية الكبيرة (GM) Gross Motor

تختبر قدرة الطفل على التحكم بأعضاء مختلفة من جسمه مثل الصعود على الدرج مستخدماً قدميه بالتناوب.

و: التقليد الحركي البصري (VMI) Visual-Motor Imitation

يقيم قدرة الطفل على تقليد المهارات البصرية والحركية. وهذا الاختبار له أهمية خاصة للأطفال من ذوي الاضطرابات النمائية بسبب العلاقة الأساسية بين التقليد واللغة، لكي يتعلم الطفل الكلام يجب عليه أن يكون مستعداً بل وقادراً على التقليد. وتتضمن فقرات هذا الاختبار الفرعي تقليد مهارات حركية دقيقة وكبيرة وتقليد الاستعمال الصحيح للأشياء.

٣: مركب السلوكيات اللاتكيفية : ويقاس سلوكيات الطفل غير الملائمة في التفاعل الاجتماعي، اللغة المميزة أو الغير مفهومة، والسلوكيات التكرارية والنمطية. ويتكون من أربعة اختبارات فرعية، وهي :

ز: التعبير الفعال (AE) Affective Expression

يقيس الدرجة التي يظهر فيها الطفل الردود العاطفية الملائمة.

ح: التجاوب الاجتماعي (SR) Social Reciprocity

يقيم عملية التفاعل الاجتماعي بين الطفل والآخرين.

ط: السمات السلوكية الحركية Characteristic Motor Behaviors

يقيس سمات سلوكيات اللمس الزائد والحساسية والتي تنطبق بشكل أساسي على الأطفال المصابين بالذاتوية.

ي: السمات السلوكية اللفظية **Characteristic Verbal Behaviors**

يقيس قدرة الطفل على التحدث بتلقائية وبحد أدنى من التكرارية والبلبلية

الثاني : جزء تقرير الاختبار الفرعي لولي الأمر :

في هذا الجزء يقوم ولي الأمر بتعبئة نموذج ولي الأمر الخاص به استناداً على ملاحظاته اليومية للطفل، ويحتوي تقرير ولي الأمر على ثلاث إختبارات فرعية :

١. المشاكل السلوكية **problem Behaviors (PB)**

ويقيس السلوكيات التي تكثر لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف الذاتوية.

٢. العناية بالذات **Personal Self-Care (PSC)**

تقدر فقرات هذا المقياس مستوى المهارات في استخدام الحمام، تناول الطعام، الشرب، اللبس والنوم.

١. السلوك التكيفي **Adaptive Behavior (AB)**

ويوضح تفاعلات الطفل مع أقرانه، الأنشطة، الأشياء ومع الأشخاص من حوله.

د: أدوات المقياس :

يحتوي المقياس على مجموعة من الأدوات الخشبية والبلاستيكية والتي تستخدم كأدوات لاختبار الطفل الذاتوي؛ حيث يختبر قدرته على تركيب قطع من البازل، كما يختبر قدرته على التقليد من خلال استخدام أدوات كالعنسة مثلاً، أو القدرات التقليدية كنفخ مجموعة من الشموع لكعكة عيد الميلاد. ويمكن من خلال طريقة استجابة الطفل الأدائية تقدير المستوى الحالي للطفل بين مجموعة من المستويات المختلفة.

نتائج الدراسة وتفسيرها

الفرض الأول: وينص هذا الفرض على ما يلي :-

" توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة من الأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط والاطفال الذاتويين على بعض الانماط السلوكية كما هي مقاسة بأداة الدراسة .

وللتحقق من صحة هذا الفرض إحصائياً ؛ تم استخدام اختبار "ت" **T-test** لمعرفة دلالة الفروق في متوسطات درجات الأطفال على مقياس السلوك النمطي بين عينتي الدراسة، كما يتضح ذلك من جدول (٢)

جدول (٢)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) بين مجموعتي الدراسة

من الأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط والاطفال التوحديين على بعض الأنماط السلوكية

| مستوى الدلالة | قيمة (ت) | مجموعة أطفال التوحديين (ن=١٠) | | مجموعة الأطفال من ذوي التخلف العقلي البسيط (ن=١٠) | | أبعاد مقياس الأنماط السلوكية |
|---------------|----------|-------------------------------|--------|---|--------|------------------------------|
| | | ع | م | ع | م | |
| ٠,٠٠١ | ٤,٢٤ | ٣,١٩ | ١٧,٩٢ | ٢,٢٨ | ١٢,٤٠ | السلوك النمطي |
| ٠,٠٠١ | ٣,٨٧ | ٣,٤٥ | ٢١,٨٧ | ٣,٤٢ | ١٥,٦٣ | سلوك إيذاء الذات |
| ٠,٠٠١ | ٣,٢٥ | ٣,٨٠ | ٢٢,٣٤ | ٣,٥٥ | ١٦,٧١ | السلوك القهري |
| ٠,٠٠١ | ٣,٠٠ | ٢,٧٢ | ١٦,٦٥ | ٢,٨٩ | ١٢,٦٩ | السلوك الطقوسي |
| ٠,٠٠١ | ٣,٨٥ | ٤,٢٦ | ٣٠,٢٨ | ٣,١١ | ٢٣,٥٣ | السلوك الرتيب |
| ٠,٠٠١ | ٤,٠٠ | ٢,١٣ | ١٠,٣٥ | ٢,١٨ | ٦,٣١ | السلوك المقيد |
| ٠,٠٠١ | ٧,٢٢ | ٥,٧٨ | ١٢١,٣١ | ٤,٦٣ | ١٠٣,٥٣ | الدرجة الكلية |

تكشف نتائج الجدول التالي عما يلي :-

• وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة من الأطفال ومن ذوي التخلف العقلي البسيط والأطفال التوحديين على بعض الأنماط السلوكية التالية :-

السلوك النمطي ، سلوك إيذاء الذات ، السلوك القهري ، السلوك الطقوسي، السلوك الرتيب ، السلوك المقيد وكذلك الدرجة الكلية لمقياس السلوك النمطي وجاءت تلك الفروق في إتجاه الأطفال من ذوي متلازمة الريت وذلك عند مستوى الدلالة (٠,٠١) . حيث تشير الدرجة المرتفعة على الانماط السلوكية السابقة الى التدهور في تلك الانماط السلوكية .

ويمكن تفسير تلك النتيجة في ضوء ماهو معروف أن التوحد وهي أحد اضطرابات النمو الشاملة والذي يعتبر من أشد اعاقات تلك المجموعة من حيث تأثيرها على مخ الطفل وفقدانه القدرة على الإحتفاظ بما إكتسبه من خبرات وماتعلمة من مهارات وسلوكيات ، بل يتسم أصحاب ذوي اضطراب طيف التوحد بإستمرار التدهور في كافة القدرات والوظائف العقلية .

وقد أشار كير (Kerr,1993:112) أن التوحديين انما يتسمون بوجود تدهور شامل في القدرات والوظائف الذهنية والحركية والتي قد تزداد في بعض الحالات إلى ما يشبه الخبل العقلي (dementia) أو الجنون التفسخي بسبب حالة التدهور التي تحدث على محاور النمو والمهارات الحركية والسلوكية واللغوية والانفعالية كافة تلك التي تصيب الفتاة .

وتتسق هذه النتيجة مع ما أشارت اليه نتائج الدراسة التي أجراها كوان جراهام (Kwan Jal 2010) وكذلك نتائج الدراسة التي أجراها ديدنيت وآخرون (Diddenet at 2010) وهاتين الدراستين اكدتا أن اطفال الريت إنما يتسم سلوكهن بالنمطية وإيذاء الذات والصراخ والرتابة في سلوكهن

وهذه النتيجة لا تنفي أن الأطفال من ذوي التخلف العقلي افضل حالا الاطفال التوحديين

حيث تعتبر السلوكيات النمطية عند التوحديين من أهم المظاهر الواضحة المميزة لهم والتي يمكن لأي شخص أن يلاحظها .

ويعزو بعض الباحثين ظهور السلوك النمطي لدى الأطفال من ذوي اضطراب الذاتوية إلى الفشل في كف السلوك والجمود المعرفي ، وضعف القدرة على الابتكار .

وأن هذه السلوكيات تختلف في الأفراد ذوي الطيف الذاتوي طبقاً لمستوى النمو والقدرات المعرفية؛ فالأفراد ذوو اضطراب الذاتوية ذوي الأداء المرتفع لديهم إصرار أكثر على الاهتمامات المقيدة ، ويظهر ذو اضطراب الذاتوية منخفضاً و بأداء حركات نمطية مثل الرفرفة بالأيدي (Kleinhans,Akshoomoff&Delis, 2005).

وتعتبر السلوكيات النمطية والمتكررة واحدة من أهم معايير التشخيص الأساسية للذاتوية . فتعد السلوكيات النمطية المقيدة والتكرارية من أكثر العلامات والمؤشرات الدالة على الذاتوية ، هذا وتعدد وتنوع السلوكيات النمطية بتباين أطفال الذاتوية .

وقد تبدأ بشكل مختلف، وقد تختلف من حيث المدة التي تستغرقها وطبيعتها ،وقد يكون بعضها أكثر تكراراً من الآخر ،وبعضها تُعد طقوساً أساسياً لدى بعض أطفال الذاتوية لممارسة الحياة ،وبعضها يلحق بالأذى بالطفل ولكن أغلبها لا يلحق أي أضرار بالطفل ، وبعضها الآخر يلحق أضراراً بالآخرين وبعضها لايلحق أي أضرار (هشام الخولي ،٢٠٠٨، ٧١، 5; Firth,2005).

وقد أضاف (عبد العزيز الشخص ،٢٠٠٦-١٩٢) أن السلوك النمطي أو التكراري لأطفال الذاتوية يحد من تفاعل الطفل مع البيئة التي يعيش فيها . الأمر الذي يعيق عملية تعلمه ومن أشكال هذا السلوك مص الأصابع - الصراخ والقهقهة - كذلك التصفيق أو الرفرفة - أيضا التحديق في الضوء وضرب القدمين في الأرض

أما لورنا وينج فقد صنفت السلوكيات النمطية المتكررة في أربع مجموعات :

٥- الأشياء النمطية البسيطة : النقر بالأصابع أو النقر على الأشياء ،تدوير الأشياء أو مراقبة هذه الأشياء وهي تدور ، النقر على الأسطح أو حكها ، تلمس أنسجة معينة ،الاهتزاز ، ضرب الرأس أو إيذاء الذات ،الضغط على الأسنان ، إصدار أصوات

٦- الأنشطة النمطية المعقدة التي تتضمن أشياءاً :إلتصاق شديد بأشياء معينة دون هدف واضح ،افتتان بنماذج أو أصوات وغيرها ،ترتيب الأشياء في صفوف أو نماذج أو غير ذلك.

٧- الأنشطة النمطية المعقدة وتشمل : أعمالاً روتينية مثل الإصرار على إتباع نفس الطريق إلى أماكن معينة ، طقوس موعد الذهاب إلى النوم ، تكرار سلسلة من حركات الجسد الغريبة .

٨- تكرار أنشطة معقدة لفظية أو مجردة : مثل الافتتان بمواضيع معينة ، طرح نفس سلسلة الأسئلة ،والمطالبة بإجابات معيارية (في: محمد صالح الأمام ، وفؤاد عيدالجوالدة ،٢٠١٠، ٢٧).

وأشار(محمد كمال أبو الفتوح ، ٢٠١٠ ، ١٤١) إلى أن السلوكيات النمطية هي خاصية أساسية في الذاتوية ومع ذلك فهي تتغير وتتباين وفقاً لمراحل النمو المختلفة وتتقدم من الأنشطة الحركية الحسية التكرارية إلى الأنشطة الأكثر تعقيداً والتي بدورها

ربما تتخذ أشكالاً تشبه الى حد كبير تلك السلوكيات المصاحبة للوسواس القهري ، حيث أكد العديد من الباحثين أن السلوكيات النمطية والطقوس المصاحبة للذاتوية تمتد من المراحل المبكرة للنمو وتستمر حتى مراحل الرشد وبلوغ الأشد إلا أن هذه السلوكيات والطقوس تأخذ مع النمو أشكالاً مغايرة كوضع الأشياء في أماكن معينة ونسيان مواضعها وغسل اليدين مرات عديدة وغير ذلك من السلوكيات التي تتشابه مع تلك التي يصدرها مرضى الوسواس القهري .

وأوضح كل من سميث وتيلر (Smith ,Hong, Seltzer, Greenberg, Almeida, & Bishop,,2010,410) أن معظم الأطفال الذاتويين يمارسون أنماطاً متكررة من السلوكيات ، ولديهم اهتمامات خاصة غير عادية ، ولا تكون هذه السلوكيات استجابة لمثير معين بل غالباً ما تكون سلوكيات غير هادفة يمارسها الطفل تبدأ وتنتهي بشكل مفاجئ وتلقائي ، فعلى سبيل المثال ،قد ينشغل طفل بلف إطار سيارة لعبة لساعات طويلة دون الاهتمام بطريقة تشغيلها أو رؤيتها تسير، وقد يستمر آخر في وضع مجموعة من الألعاب الصغيرة في صف واحد بطريقة معينة. كذلك فإن الطفل الذاتوي كثيراً ما يأتي بحركات جسمية غير عادية ،وتكون مثل هذه الحركات الجسمية بمثابة حركات غريبة ، وكثيرة ، ومتكررة في بعض الأحيان حيث نجده على سبيل المثال يرفرف بيديه وذراعيه وكأنه حمامة تحلق في الفضاء ، كما يكثر من القفز في المكان ، ويميل إلى أن يمشى على أطراف أصابعه، أو يشد ساقيه في أحيان أخرى بصورة تجعلهما تبدوان وكأنهما متصلبان ، ويدورون كثيراً في المكان ويستمر على ذلك لفترة غير قصيرة ،وتكثر حركات يديه ورجليه عند استثارته، أو عندما يمعن النظر في شيء معين .إلا أن حركاته بشكل عام لا تتسم بالرشاقة سواء حركاته في المشي أو التسلق أو الاتزان ، وقد تتسم حركاته بالتصلب ،وقد يقف على درجات السلم بالقدمين معاً دون تبديل وذلك عند صعود السلم .

وهذه النتيجة تتفق مع ماشارت الية دراسات كل من جريفيز 2006 (Greaves) ، وكركاني وريثويل وراي وسانت Carcani,Rathwell, (Rabe & Santosh, 2006) وماكدونالد (Macdonald,2007) ومونوجراوتونج (Mooney,Gray&tonge,2006) وكذلك دراسة ايفانس (Evans,2018,p:244) وجميع هذه الدراسات تؤكد السلوكيات النمطية التكرارية التي يتسم بها الاطفال التوحديين .

نتائج الفرض الثاني :-

وينص الفرض الثاني على ما يلي :-

" توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة من الأطفال من ذوي التخلف العقلي البسيط ، والاطفال الذاتويين في الانتباه كأحد الأنماط المعرفية .

وللتحقق من صحة هذا الفرض إحصائياً ؛ تم استخدام اختبار "T-test لمعرفة دلالة الفروق في متوسطات درجات الأطفال على مقياس التقدير التشخيصي لصعوبات الانتباه بين عيّنتي الدراسة، كما يتضح ذلك من جدول (٣) .

جدول (٣)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) بين مجموعتي الدراسة

من الأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط والاطفال التوحديين على بعض الأنماط المعرفية

| أبعاد مقياس الأنماط السلوكية | مجموعة الأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط (ن=١٠) | | مجموعة أطفال التوحد (ن=١٠٠) | | قيمة (ت) | مستوى الدلالة |
|------------------------------|--|------|-----------------------------|------|----------|---------------|
| | ع | م | ع | م | | |
| الانتباه | ١٩،٧١ | ٢،٢٢ | ١٢،٤٩ | ٣،٥٨ | ٥،١٥ | ٠،٠١ |
| التقليد | ٦،٢٥ | ١،٧٩ | ٣،١٩ | ١،٥٦ | ٣،٨٧ | ٠،٠١ |
| اللغة الاستقبالية | ٨،٧٢ | ١،٨٨ | ٤،٢٩ | ١،٣٩ | ٥،٧٥ | ٠،٠١ |
| اللغة التعبيرية | ٦،٦٦ | ١،٣٨ | ٣،٩٥ | ١،٩٠ | ٣،٤٧ | ٠،٠١ |

تكشف نتائج الجدول التالي عما يلي :-

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة من الأطفال من ذوي التخلف العقلي البسيط والاطفال التوحديين على بعض الأنماط المعرفية التالية :-

الانتباه ، التقليد ، اللغة الإستقبالية ، وكذلك اللغة التعبيرية وقد وجاءت تلك الفروق فى إتجاه الاطفال من ذوى التخلف العقلى البسيط وذلك عند مستوى الدلالة (٠,٠٠١) .

وهذا النتيجة تشير الى أن الاطفال من ذوى التخلف العقلى البسيط بمقارنتهم بالاطفال التوحديين أفضل منهم فى بعض الأنماط المعرفية وهذه نتيجة منطقية لانه من الأعراض الأساسية للتوحد أنه كثيراً ما يصاحبه انخفاض وتدهور شامل فى معظم القدرات والعمليات المعرفية (Ackerman & Lowell, 1997)

كذلك يتسم أطفال التوحد بالاستمرار فى تدهور كل ما قد اكتسبته من قدرات حركية وفقدان لوظائف عضلات الجسم، وبالتالي العجز عن أداء الأنشطة المختلفة دون حدوث قصور أكثر فى القدرة على الانتباه (alertness) أو فى التفاعل الاجتماعى أو تلاقى العيون وتستمر هذه المرحلة عشر سنوات أو أكثر، تزداد خلالها سرعة التدهور فى القدرة على الحركة، وتزداد العضلات اضطراباً متحوّلة من المرونة إلى حركات تشنجية ثم إلى حالة تصلب فتحتاج إلى كرسى متحرك، وتظل القدرة على التخاطب والتواصل الاجتماعى فى هبوط حتى تصل إلى ما يقارب عمر طفل فى الأشهر السنة الأولى. (Witt Engerstitom)

بالإضافة الى استمرار التدهور فى القدرات والوظائف العقلية والتي قد تزداد فى بعض الحالات إلى ما يشبه الخبل العقلى (dementia) أو الجنون النفسى وتدهور عمليات التعقل والحكم السليم والانفعالات كتلك التى تحدث فى الشيخوخة مع فقدان الذاكرة جزئياً أو كلياً.

كما يعتمد معظم الباحثين فى طبيعة وتشخيص تلك الإعاقة، أن التدهور الشامل هذا يصيب الذكاء وكافة العمليات المعرفية من أنتباه وتذكر وإدراك وتخيل وغيره .

ويجب الإشارة الى هذا القصور فى الانتباه له تأثير كبير على النمو المعرفى والاجتماعى ؛ لذلك فإن التشخيص الدقيق لمثل هذه المشاكل يعتبر من الأهمية بمكان لمثل هؤلاء الأطفال. (Noterdaeme et al., 2001)

ففى دراسة (1992) Courchesne, at al. توصل إلى أن الذاتويين لديهم مشكلات ملحوظة فى التحرك الدقيق السريع أو تحويل الانتباه Shifting Attention من مصدر للمعلومات مثل (مثير سمعي) إلى مصدر آخر مثل (مثير بصري) ولكن لم يلاحظ أي تأثير فى قدرتهم على الاحتفاظ بالانتباه عند وجود مصدر واحد للمعلومات.

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الذاتويين لديهم مشكلات واضحة فى المهام المرتبطة بالوظائف التنفيذية Executive Functions.

كذلك أشارت نتائج دراسة لـ Pennington & Ozonoff (1996) قام فيها بمراجعة الدراسات التي تناولت الوظائف التنفيذية Executive Functions لدى الذاتويين، وتوصلت هذه الدراسة إلى أن القصور فى الوظائف التنفيذية كانت ظاهرة بشكل واضح لدى الأطفال الذاتويين فى العديد من الدراسات على الرغم من استخدام هذه الدراسات لقياسات متعددة للوظائف التنفيذية للأشخاص من كل الأعمار وعلى كل مستويات الوظائف التنفيذية.

وقد تناولت العديد من الدراسات توزيع الانتباه للمثيرات الاجتماعية والغير اجتماعية لدى الأطفال الذاتويين، وقد تباينت نتائج الدراسات فيما يتعلق بتوزيع الانتباه لديهم فالأطفال الذاتويين يكون توزيع الانتباه لديهم بشكل نمطي (Klin, Jones, Schultz, Volkmar, & Cohen, 2002)

وقد أظهرت العديد من الدراسات وجود قصور فى التقليد لدى الذاتويين (Vivanti & Hamilton 2014; Williams, Whiten & Singh 2004)

إلا أن معرفة طبيعة هذه الصعوبات لازالت غير مفهومة بشكل جيد؛ حيث توجد تساؤلات مرتبطة بالقصور فى التقليد لدى الذاتويين تتمثل فى الآتي :

١. هل ضعف السلوك التقليدي لدى الذاتويين يعكس صعوبات فى دقة التقليد أم ضعف فى الميول نحو التقليد أم فى كلاهما؟ (Vivanti & Rogers 2014)

وهل يختلف العاديين عن الذاتويين فيما يتعلق باستخدام استراتيجيات محددة عندما يقلد سلوك الآخرين؟ (Want & Harris 2002)

ففى دراسة لـ Vivanti, Trembath, Dissanayake (2014) هدفت إلى معرفة الفروق بين الذاتويين والعاديين فى القدرة على التقليد، وقد توصلت الدراسة إلى أن الذاتويين يقلدوا بشكل أقل مقارنة بالعاديين أو الذين لديهم تأخر عام فى النمو. فعندما يقلدون فإن عملية التقليد تكون أقل مقارنة بالعاديين ولكنها تكون شبيهة بالأطفال الذين لديهم تأخر عام فى النمو. كما لوحظ أن الأطفال الذاتويين يستخدمون المحاكاة أكثر من التقليد عندما يحاولون تقليد سلوك الآخرين.

كما أظهرت نتائج الدراسة أنهم يقضون وقت أقل في النظر إلى نماذج الوجوه ويأخذون وقت أقل في النظر لأفعاله.

وفي دراسة لـ (Gonsiorowski, Williamson, Robins, 2016) والتي هدفت إلى معرفة الفرق بين الأطفال العاديين والذاتويين في التقليد، أظهرت أن الذاتويين أظهروا قدرات أقل في التقليد مقارنة بالعاديين أو متأخرين النمو كما أظهر الذاتويين إنخفاضاً في الانتباه البصري مقارنة بباقي العينات.

وهناك العديد من التفسيرات التي تفسر قصور التقليد في اضطراب الذاتوية (Rogers & Williams 2006; Vivanti & Hamilton 2014; ويمكن تقسيمها إلى ثلاثة نماذج تفصيلية معتمدة على تفسيرات (Colombi, Vivanti & Rogers 2011) تتمثل في الآتي:

١- التفسيرات من ناحية الانتباه Attentional explanations

وتقترح أن الأطفال الذاتويين يفشلوا في التقليد بسبب عدم انتباههم للأحداث المقدمة إليهم، وطبقاً لهذا التفسير فإن صعوبات التقليد لدى الذاتويين تعكس عدم السواء عند تشفير المعلومات المرتبطة بالبيئة ومن الدراسات التي تدعم ذلك (Barbaro and Dissanayake, 2013; Kasari et al. 1990; Vivanti et al. 2008, 2011; Vivanti and Dissanayake 2014)

٢- التفسيرات الاجتماعية Social explanations

وتفترض التفسيرات الاجتماعية أن القصور في التقليد لدى الذاتويين هو قصور اجتماعي في طبيعته؛ أي أنه يعكس صعوبات في الفهم أو المعالجة الانفعالية والاجتماعية، ولذلك فإنه يرتبط بالقصور في الجوانب الاجتماعية الأخرى خاصة الانتباه المشترك.

وهناك العديد من الدراسات التي تدعم هذه الفرضية؛ حيث تفترض أن هناك علاقة بين الانتباه المشترك والتقليد (Carpenter, Nagell and Tomasello, 1998; Tomasello, Carpenter, Call, Behne and Moll, 2005; Hobson and Hobson, 2007)

٣- التفسيرات الحركية والحس حركية Motor/Sensorimotor Explanations

وتؤكد هذه التفسيرات على الدور المحتمل للصعوبات الحركية والحس حركية التي تؤثر في اخراج السلوكيات والأفعال لدى الذاتويين (Vanvuchelen, Roeyers, and DeWeerd, 2007; MacNeil and Mostofsky, 2012; Mostofsky and Ewen, 2011)

ففي دراسة لـ (Ingersoll and Schreibman 2006) هدفت إلى معرفة فعالية التدريب بالتقليد من خلال التفاعلات الاجتماعية الطبيعية مع البالغين على تحسين التقليد لدى خمسة أطفال يعانون من الذاتوية وتراوحت أعمارهم من (٢٩ - ٤٥ شهر)، وكان يتم تدريبهم ثلاثة مرات اسبوعياً على مدار عشرة أسابيع. وأشارت النتائج إلى أن كل الأطفال المشاركين أظهروا زيادة في مهارة اللغة بالتقليد. كما تم عمل قياس تتبعي بعد شهرين من التدريب، وأظهر كل الأطفال المشاركين زيادة في مهارات التقليد الحركية مقارنة بالخط القاعدي للبداية. كما تم تقييم الأطفال باستخدام مقياس التقليد الحركي (Motor Imitation Scale (MIS) في القياسين القبلي والبعدي وأظهر الأطفال زيادة ملحوظة في التقليد بعد التدريب.

وفي دراسة أخرى لـ (Ingersoll et al. 2006) هدفت إلى تحديد هل يعد التدريب المتبادل أداة فعالة لتعليم الذاتويين الإشارات/ الإيماءات

Gestures، وأظهرت النتائج زيادة في مهارات التقليد للإيماءات بعد التدخل العلاجي، كما أظهروا تحسناً في تقليد الإيماءات بعد شهرين من توقف العلاج في القياس التتبعي.

وفي دراسة لـ (Vivanti, Trembath and Dissanayake, 2014) هدفت إلى معرفة أثر التدريب المتبادل للتقليد في المواقف الطبيعية على تنمية المهارات، وتوصلت الدراسة إلى وجود تحسن في التقليد لدى الأطفال محل التطبيق، كما أظهرت الدراسة أن بعض أفعال اللعب العفوية قبل عملية التدريب ارتبطت بالتحسن في التقليد أثناء التدخل العلاجي، وهذه النتيجة التي تقترح أن هؤلاء الأطفال الذين لديهم مخزون كبير يحدث لديهم تحسن باستخدام هذا التدخل العلاجي.

هذا ويأمل الباحثان الحالي أن تكون هناك دراسات أخرى تتناول التشخيصات الفارقة بين بعض الاضطرابات النمائية المتداخلة الأعراض.

قائمة المراجع

(١) أحمد عبدالفتاح عياد (٢٠١٤) : مدخل إلى علم النفس المرضي ، طنطا ، دار المصطفى للطباعة والنشر

(٢) أحمد عبدالفتاح عياد (٢٠١٨) : سيكولوجية الفئات الخاصة ، طنطا ، دار المصطفى للطباعة والنشر

(٣) أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشريبي (٢٠١١). سمات التوحد. الطبعة الأولى، عمان : دار الميسرة للنشر و التوزيع والطباعة .

٤) سعد رياض.(٢٠٠٨).الطفل التوحدي (أسرار الطفل الذاتوي وكيف نتعامل معه؟)،دار النشر للجامعات .

٥) سليمان عبدالواحد يوسف إبراهيم (٢٠١٢) . اضطراب التوحد بين المعاناة والمعاونة دليل الوالدين و المتخصصين فى التعامل مع الطفل المنغلق نفسياً، الطبعة الأولى . القاهرة :إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع .

٦) سيد الجارحي (٢٠٠٤) . فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال الذاتويين وخفض سلوكياتهم المضطربة . رسالة ماجستير . كلية التربية . جامعة عين شمس.

٧) عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤). الإعاقات العقلية . القاهرة: دار الرشاد.

٨) عادل عبد الله محمد (٢٠١١).مدخل إلى اضطرابات التوحد و الاضطرابات السلوكية و الانفعالية سلسلة غير العاديين وذوى الاحتياجات الخاصة . القاهرة :دار الرشاد .

٩) عادل عبدالله (٢٠٠٣). جداول النشاط المصورة للأطفال التوحيديين وإمكانية إستخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً، (ط ٢)، القاهرة: دار الرشاد.

١٠)عادل عبدالله محمد (٢٠١٤) . مدخل إلى اضطراب الذاتوية : النظرية والتشخيص وأساليب التشخيص وأساليب الرعاية (ط١) . القاهرة : الدار المصرية اللبنانية.

١١)عبد الرحمن العيسوي، (٢٠٠٥). الانطواء النفسي والاجتماعي، (ط ١)، بيروت: دار النهضة العربية.

١٢)عبد العزيز الشخص (٢٠٠٦). قاموس التربية الخاصة والتأهيل لذوى الاحتياجات الخاصة. ط، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٣)عبد المطلب أمين القريطي (٢٠١٢) . سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، طه القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٤)محمد أحمد خطاب .(٢٠٠٤). دليل الآباء و المتخصصين فى العلاج السلوكى المكثف والمبكر للطفل التوحدي ،الطبعة الأولى ، القاهرة:دار الفكر العربى .

١٥)محمد صالح الامام ، فؤاد عيد الجولادة (٢٠١٠). التوحد ونظرية العقل. سلسلة نظرية العقل في التربية (٤). الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

١٦)محمد كمال أبو الفتوح عمر (٢٠١٠).الأوتيسمك (ماذا تعرف عن اضطراب الأوتيزم ؟) دليل إرشادى للوالدين و الباحثين و المتخصصين فى التشخيص والعلاج .القاهرة: دار النهضة للنشر و التوزيع.

١٧)نايف عابد إبراهيم الزراع (٢٠١٠). المدخل إلى اضطراب التوحد: المفاهيم الأساسية وطرق التدخل، (ط ١)، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

١٨)هشام عبد الرحمن الخولى (٢٠٠٨) . الأساليب المعرفية و ضوابطها فى علم النفس ،دار الكتاب الحديث ،جامعة قناة السويس ،كلية التربية

١٩)هلا السعيد (٢٠٠٩) . الطفل الذاتوي بين المعلوم والمجهول ، دليل الآباء والمتخصصين ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

20) Abd AL-Nabi, Esraa A. M. (2016) Study of handgrip muscle strength in an egyptian sample of children suffering from autistic spectrum disorder and its relationship to the severity of the disorder,99.

21) Amaral DG, Dawson G, Geschwind DH. Autism Spectrum Disorders. New Yok: Oxford Univ. Press.; 2011.

22) American Psychiatric Association. American Psychiatric Association DSM-5 Task Force.(2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM, 5.

23) Antezana,L.,Factor,R.S,Condy,E,E.,Stege,M.V.,Scarpa,A&Richey,j,A.(2019)Gender differences in restricted and repetitive behaviors and interests in youth with autism . Autism Research 12:274-283 .

24) Baranek, G. T. (2002). Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. Journal of autism and developmental disorders, Oct; 32(5), 397-422.

25) Barbaro, J., & Dissanayake, C. (2013). Early markers of autism spectrum

26) Baron-Cohen, S., Auyeung, B., Nørgaard-Pedersen, B., Hougaard, D. M., Abdallah, M. W., Melgaard, L., ... & Lombardo, M. V. (2015). Elevated fetal steroidogenic activity in autism. Molecular psychiatry, 20(3), 369-376

27) Bishop, S. L., Hus, V., Duncan, A., Huerta, M., Gotham, K., Pickles, A.,... & Lord, C. (2013). Subcategories of restricted and repetitive behaviors in children with autism spectrum disorders. Journal of autism and developmental disorders, 43(6), 1287-1297.

28) Bogdashina, O. (2005). Theory of Mind and the Triad of Perspectives on Autism and Asperger Syndrome: A view from the bridge. Jessica Kingsley Publishers.

- 29) Carcani-Rathwell, I., Rabe-Hasketh, S., & Santosh, P. J. (2006). Repetitive and stereotyped behaviours in pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), 573–581.
- 30) Carpenter, M., Nagell, K., & Tomasello, M. (1998). Social cognition.
- 31) Colombi, C., Vivanti, G., & Rogers, S. (2011). Imitation in ASD. In D.
- 32) Courchesne E, Townsend J, Akshoomoff N, Yeung L, Courchesne R, Press G, Murakami J, Lincoln A, James H, Saitoh O, Hass R, Schreibman L, Lau L (1992) A new finding in autism: important in shifting attention. In: Broman S, Grafman J, (eds) *Atypical Cognitive Deficits in Developmental Disorders: Implications for Brain function*. Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp 101-138
- 33) Devlin, S., Leader, G., & Healy, O. (2009). Comparison of behavioral intervention and sensory-integration therapy in the treatment of self-injurious behavior. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(1), 223-231.
- 34) Esbensen, A. J., Seltzer, M. M., Lam, K. S., & Bodfish, J. W. (2009). Age-related differences in restricted repetitive behaviors in autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(1), 57-66.
- 35) Evans ,M,G .(2018) : Exploration of gender influences in restricted and repetitive behaviors in children with autism spectrum disorder. Master of Science Alabama University .
- 36) Firth, U,(2005): *Autism: Explaining the einigma*. Oxford, Black well publishing
- 37) Goldman, S., Wang, C., Salgado, M. W., Greene, P. E., Kim, M., & Rapin, I. (2009). Motor stereotypies in children with autism and other developmental disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(1), 30-38.
- 38) Gonsiorowski, A., A. Williamson, R., L. Robins, L. Brief Report: Imitation of Object-Directed Acts in . Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Autism Dev Disord* (2016) 46:691–697
- 39) Greaves N.(2006) Repetitive and and ritualistic behavior in children with prade -willi syndrome and children with autism., *Intellect Disabilres*,502,pp.92,100.
- 40) Hobson, J. A., & Hobson, R. P. (2007). Identification: the missing link
- 41) Ingersoll, B., & Schreibman, L. (2006). Teaching reciprocal imitation
- 42) Jasmin, E., Couture, M., McKinley, P., Reid, G., Fombonne, E., & Gisel, E. (2009). Sensori-motor and daily living skills of preschool children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(2), 231-241.
- 43) Jones W, Klin A.(2013): Attention to eyes is present but in decline in 2-6-month-old infants later diagnosed with autism. *Nature*.19 Dec; Vol. (504), PP.427-31.
- 44) Kasari, C., Sigman, M., Mundy, P., & Yirmiya, N. (1990). Affective
- 45) Kleinhans ,N.,Akshoo moff,N.,Delis,C.D.(2005) .Executive Functions in Autism and Asperger,s Disorder Flexibiliy Fluency ,and Inhibition Development *Neurophysiology*,27,379-401.
- 46) Klin, A., Jones,W., Schultz, R.,Volkmar, F.,&Cohen, D. (2002).Visual
- 47) Lane, A. E., Young, R. L., Baker, A. E., & Angley, M. T. (2010). Sensory processing subtypes in autism: Association with adaptive behavior. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(1), 112-122.
- 48) Leekam S, Lopaz B & Moore C. (2000): Attention and joint attention in preschool children with autism. *British Journal of Developmental psychology*, Vol. (36) , No. (2), PP. 261- 273.
- 49) Macdonald (2007).Stereotpy in young children with autism and typically development children .*Res Dev Disabil*,28(3),.266-277.
- 50) MacNeil, L. K., & Mostofsky, S. H. (2012). Specificity of dyspraxia
- 51) Mandy w.,& skuse DH.(2008).What is the associationion between the social-communicate element of autism and repetitive interests , behaviours and activities ? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- 52) Mooney, E. L., Gray, K. M., & Tonge, B. J. (2006). Early features of autism. :Repetitive behaviorist young children . *European child & adolescent psychiatry*, 15(1), 12-18.
- 53) Mostofsky, S. H., & Ewen, J. B. (2011). Altered connectivity and action
- 54) Noterdaeme, M., Amorosa, H., Mildenerger, K., Sitter, S., Minow, F. (2001). Evaluattion of attention problems in children with autism and children with specific language disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 10, pp58-66
- 55) Orellana, L. M., Martínez-Sanchis, S., & Silvestre, F. J. (2014). Training adults and children with an autism spectrum disorder to be compliant with a clinical dental assessment using a TEACCH-based approach. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(4), 776-785.
- 56) Pennington B, Ozonoff S (1996) Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychiatry and Psychology* 37:51-87
- 57) Philofsky A, Hepburn S, Hayes A, Rogers S, Hagerman R. Linguistic and cognitive functioning (2004)
- 58) Reiche, Tobias & Noorzai, Terina (2010): *Verbal Communication in Children with Autism*, Seminar Paper, Published by GRIN Verlag Publishers.

- 59) Richler, J., Bishop, S. L., Kleinke, J. R., & Lord, C. (2007). Restricted and repetitive behaviors in young children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(1), 73-85.
- 60) Rinehart N, Bradshaw J, Moss S, Bereton A & Tonge B. (2001): A deficit in shifting attention present in high function autism but not Asperger's disorder. *Sage Publication Autism*, Vol. (5), No. (1), PP. 67- 80.
- 61) Rogers, Ozonoff. (2006). Evidence-based intervention for language development in young children with autism. In T. Charman & W. Stone (Eds.), *Social and communication development in autism spectrum disorders: Early identification, diagnosis, and intervention* (pp. 143–179). NY: Guilford
- 62) Short A, Schopler E. Factors relating to age of onset in autism. *Journal of Autism and Developmental(1998)*.
- 63) Sinzig J, Bruning N, Morsch D, & Lahmkuhl L. (2008): Attention profiles in autistic children with and without co morbid hyperactivity and attention problems. *Neuropsychiatry*, Vol. (20), PP. 227- 275.
- 64) Smith, L. E., Hong, J., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Almeida, D. M., & Bishop, S. L. (2010). Daily experiences among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(2), 167-178.
- 65) Smith, L. E., Hong, J., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Almeida, D. M., & Bishop, S. L. (2010). Daily experiences among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(2), 167-178.
- 66) Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., & Moll, H. (2005).
- 67) Ungerer JA, Sigman M. The relation of play and sensorimotor behavior to language in the second year;(1984).
- 68) Vanvuchelen, M., Roeyers, H., & DeWeerd, W. (2007). Nature of motor
- 69) Vivanti, G., & Hamilton, A. (2014). Imitation in autism spectrum disorders.
- 70) Vivanti, G., Trembath, D., & Dissanayake, C. (2014a). Atypical monitoring
- 71) Want, S. C., & Harris, P. L. (2002). How do children ape? Applying
- 72) Watt, E.A, (2008) Autism and diagnostic substitution: evidence from a study of adults with a history of developmental language disorder. Mar 31, 1. *Dev Med Child Neurol*. 2008 May;50(5):341-5.
- 73) Wiggins LD, Robins DL, Bakeman R, Adamson LB. Brief (2009) report: sensory abnormalities as distinguishing symptoms of autism spectrum disorders in young children ,*Journal Autism Dev Disord*. 2009 Jul;39(7):1087-91. doi: 10.1007/s10803-009-0711-x. Epub Mar 1
- 74) Williams, J. H. G., Whiten, A., & Singh, T. (2004). A systematic
- 75) Wolff, J. J., Hazlett, H. C., Lightbody, A. A., Reiss, A. L., & Piven, J. (2013). Repetitive and self-injurious behaviors: associations with caudate volume in autism and fragile X syndrome. *Journal of neurodevelopmental disorders*, 5(1), 1.
- 76) World Health Organization. (2013). Meeting report: autism spectrum disorders and other developmental disorders: from raising awareness to building capacity: World Health Organization, Geneva, Switzerland 16-18 September 2013.
- 77) Zandt, F., Prior, M., & Kyrios, M. (2007). Repetitive behaviour in children with high functioning autism and obsessive compulsive disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 37(2), 251-259.