[٤]

فعالية برنامج تدريبى قائم على استخدام استراتيجية الفلورتايم فى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد ذوى الوظيفية العالية

د. إبراهيم عبد الفتاح الغنيمى
مدرس الصحة النفسية، والتربية الخاصة
كلية التربية، جامعة بنها

فعالية برنامج تدريبى قائم على استخدام استراتيجية الفلورتايم فى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد ذوى الوظيفية العالية

د. إبراهيم عبد الفتاح الغنيمى ★

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فعالية برنامج تدريبى قائم على استخدام استراتيجية الفلورتايم فى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية. تكونت عينة الدراسة من ثلاثة من الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية، تراوحت أعمارهم الزمنية بين ٥- ١٠ سنوات، بمتوسط عمرى قدره ٧,٣٠، وانحراف معيارى ١,٣٥. وحدد الباحث الأطفال ذوى اضطراب التوحد ذوى الوظيفية العالية بأنهم من ينطبق عليهم (٢٥) عبارة على الأقل من مقياس الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية، إعداد/ الباحث، وتكون نسبة ذكائهم أعلى من ٧٠ على اختبار جودارد للذكاء. شملت أدوات الدراسة مقياس الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية، إعداد/ الباحث، ومقياس المهارات الاجتماعية للأطفال ذوى اضطراب التوحد، إعداد/ الباحث، وبرنامج الدراسة القائم على استخدام الفلورتايم، إعداد/ الباحث. وقد كشفت نتائج الدراسة عما يلى:

★ مدرس الصحة النفسية، والتربية الخاصة، كلية التربية، جامعة بنها.

١- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية في القياسين القبلي، والبعدي عند مستوى (٠.٠١) في أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية، والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لصالح القياس البعدي.

٢- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية في القياسين البعدى، والتتبعى عند مستوى (٠.٠١) في أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية، والدرجة الكلية للمقياس.

مقدمة:

يعد اضطراب التوحد أحد الاضطرابات النمائية الشائعة، أو المنتشرة Pervasive Developmental Disorders. وهى اضطرابات يمتد تأثيرها إلى جميع جوانب نمو الطفل، خاصة النمو المعرفى، والاجتماعى. ويتبدى ذلك واضحا فى كثير من جوانب القصور التى يعانى منها هؤلاء الأطفال فى مهارات الفهم المعرفى الاجتماعى، ومهارات الانتباه المشترك، واستخدام الإشارات فى التواصل، وفهم إشارات التوجيه، وتتبع اتجاه نظرات الآخرين، والتقليد. وهى مهارات أساسية يحتاجها أى طفل كى يتفاعل اجتماعيا بصورة وظيفية.

وقد يفشل الطفل ذو اضطراب التوحد فى التفاعل مع القائمين على رعايته، إذ أنه يقضى جزءا كبيرا من الوقت بمفرده، كما أنه لا تبدو عليه السعادة، ويبدى قدرا ضئيلا من الاهتمام بتكوين الصداقات، وتقل استجابته للإشارات الاجتماعية كالتواصل بالعين، أو الابتسام، وتنمو لغته ببطء، ويستخدم الكلمات دون أن يكون لها معنى، وقد يكون لديه إما فرط فى الحساسية، أو نقص فى الحساسية (عادل عبد الله، ٢٠٠٢).

وتؤكد دراسات (Carpenter et al., 2002 Weiss, 2007; Bellini & Hopf, 2007; Smith, 2001) أن الأطفال ذوى اضطراب التوحد يعانون من الكثير من المشكلات الاجتماعية، الناتجة عن قصور فى العديد المهارات، لا سيما مهارات متابعة الانتباه، واكتساب اللغة، والإشارات التصريحية، والمشاركة والبيان، وفهم الإشارات الاجتماعية، والمبادأة الاجتماعية، خاصة المبادأة اللفظية، وغير اللفظية، والاهتمام الاجتماعي. كما أن هؤلاء الأطفال يصعب

عليهم إدراك وجود الآخرين، والتعليق، والارتباط بالآخرين، والانشغال بوجودهم، وطرح الأسئلة، والاستماع، والتفاعل فى المواقف الاجتماعية البسيطة.

ويقع اضطراب التوحد على متصل ما بين الخفيف إلى الحاد، ومن ثم تم استخدام كثير من المصطلحات للإشارة إلى هذا الاضطراب فى أحواله المختلفة، فظهر لدينا مصطلحات الأطفال ذوى اضطراب التوحد Autistic Children، والموهوبين ذوى اضطراب التوحد Gifted/ Autistic، والنوابغ المعتوهينIdiot Savants، والنوابغ ذوى اضطراب التوحد Autistic Savants، والأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية High-Functioning Autism، والأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية المنخفضة Low-Functioning Autism (Parsons & Mitchell, 2002 Ehlers et al., 1999).

ويوضح سلافين (Slavin, 2009) أن مصطلح الأطفال ذوى اضطراب التوحد ذوى الوظيفية العالية يستخدم لوصف الأفراد الذين تم تشخيصهم على أنهم ذوو اضطراب التوحد، ولديهم قدرات معرفية تقدر بين انحراف معيارى واحد تحت المتوسط، إلى ما فوق المتوسط، أو الذكاء المرتفع.

وبالرغم من الإعاقات التى يواجهها الأطفال ذوو اضطراب التوحد، ذوو الوظيفية العالية فى الجوانب الأساسية من المهارات الاجتماعية، فإنهم قد يرغبون فى العلاقات الاجتماعية مع الآخرين. وبذلك فإن المهارات التى تسهل وتزيد علاقات الأقران هى مهارات هامة يجب تعليمها لهؤلاء الأطفال، بسبب تأثيرها على النتائج الاجتماعية الهامة لهم؛ حيث إن تبين السلوك الاجتماعى لدى الأطفال ذوى اضطراب

التوحد لا يعطينا مؤشرا حول طبيعة المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال فحسب، ولكنه يجعلنا نستطيع التمييز بين ذوى القدرة العقلية المنخفضة، والمتوسطة بين هؤلاء الأطفال، وهو ما أكدته نتائج دراسة بيلدت وآخرين (Bildt et al., 2005) من أن السلوك الاجتماعى للأطفال لا تقتصر أهميته على قياس المهارات الاجتماعية الفرعية لتحديد الاضطرابات النمائية الشائعة، ولكن يسهم- أيضاً- فى التمييز والتفريق بين الصعوبات العقلية الخفيفة، والمتوسطة.

وبالرغم من اختلاف المصطلحات التى تشير إلى الأطفال ذوى اضطراب التوحد، إلا أن الخاصية الأساسية التى تجمع بين هؤلاء الأطفال هى القصور فى المهارات الاجتماعية، سواء بالنسبة للأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية، أو ذوى الوظيفية المنخفضة، وإن اختلفت نوعية هذا القصور، وشدته. وهو ما أوضحته دراسة ماكينتوش وديسانایاك (Macintosh & Dissanayake, 2006) من أن الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية فى مرحلة المدرسة الابتدائية لديهم جوانب قصور فى المهارات الاجتماعية الخاصة بالتعاون، والتوكيدية، وضبط الذات فى أوضاع الحياة الواقعية، أثناء تفاعلهم مع أقرانهم ذوى النمو الطبيعى، إلا أنه يمكن استغلال جوانب القدرة لديهم فى دعم تفاعلهم الاجتماعى مع هؤلاء الأقران.

كما يعانى هؤلاء الأطفال من مشكلات فى القدرات العقلية الإدراكية. ويتضح ذلك جليا فى القصور فى مهارات نظرية العقل Theory of Mind، خاصة قدرة الطفل على استنتاج ما يفكر فيه الآخرون، وما يشعرون به، مما يعمل على تحسين الفهم الاجتماعى لهذا الطفل. ويحتاج الأطفال ذوو اضطراب التوحد إلى فهم الحالات الذهنية والنفسية

للذات والآخرين، فتعليم هؤلاء الأطفال قراءة العقل تعد إضافة هامة وقيمة للمنهج التربوى التعليمى المقدم لهم، ومحاولة تعليم الأطفال أن يفكروا فى الحالات النفسية والذهنية للآخرين تعد موضوعا هاما للبحث، لاسيما على مستوى التدخلات العلاجية لتنمية مهارات نظرية العقل (Howlin, 1998; Dawson et al., 2004).

وتعد المهارات الاجتماعية من المهارات الأساسية اللازمة للأطفال ذوى اضطراب التوحد، حيث تساعدهم هذه المهارات على التواصل، والتفاعل الاجتماعى، ففهم هؤلاء الأطفال للحالات النفسية للذات والآخرين تعد ممهدا للسلوكات الاجتماعية الفاعلة، والإيجابية (Reavis, 2003; Steele et al., 2003; Lind & Bowler, 2010; Buhler et al., 2011).

ويوجد فى ميدان العمل مع الأطفال ذوى اضطراب التوحد العديد من الاستراتيجيات، والفنيات، والبرامج التى تساعد فى تحسين حالة هؤلاء الأطفال، سواء على مستوى خفض المشكلات السلوكية التى تواجههم، أو تنمية بعض المهارات الاجتماعية اللازمة لهؤلاء الأطفال. ومن هذه الاستراتيجيات استراتيجية الفلورتايم Floortime، والتى تقوم على توسيع نطاق التفاعل لدى الطفل ذى اضطراب التوحد، انطلاقا مما لدى الطفل من قدرة على المشاركة فى أنشطة اللعب (Greenspan & Wieder, 1999).

وقد نبع الدافع لهذه الدراسة لدى الباحث من ملاحظته لكثير من جوانب القصور التى يعانى منها الأطفال ذوو اضطراب التوحد، خاصة ذوى الأداء المرتفع، على مستوى الفهم الاجتماعى للذات، والآخرين، وكذلك التواصل والتفاعل مع الآخرين أثناء إشرافه على بعض الأطفال

الذين يعانون من هذا الاضطراب فى بعض المراكز التى تهتم بتحسين حالتهم، الأمر الذى يتطلب تطبيق بعض الأساليب، والفنيات التى تساعد فى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لديهم، لا سيما مهارات المشاركة الاجتماعية، والتبادل الاجتماعى، والاهتمام الاجتماعى، وفهم انفعالاتهم، وأفكارهم، وانفعالات، وأفكار الآخرين.

أهمية الدراسة:

أصبح الاهتمام بالأطفال ذوى اضطراب التوحد أمرا حتما، لأن تزايدهم المستمر يؤكد ضرورة الاهتمام بهم، سواء على مستوى اكتشافهم، أو على مستوى تقديم البرامج التدريبية المتنوعة التى تسهم فى تحسين حالتهم، ومن ثم يمكن للباحث توضيح أهمية الدراسة الحالية فيما يلى:

الأهمية النظرية:

وتتضح الأهمية النظرية للدراسة الحالية فى النقاط التالية:

- إلقاء الضوء على الأطفال ذوى اضطراب التوحد، خاصة ذوى الوظيفية العالية، باعتبارهم فئة خاصة، تستحق المزيد من الاهتمام. والوقوف على ما لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية من قصور فى المهارات الاجتماعية، ومحاولة تنمية بعض هذه المهارات.
- إلقاء الضوء على استراتيجية الفلورتايم، كإحدى الاستراتيجيات الحديثة- نسبيا - فى مجال تنمية المهارات الاجتماعية، لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد.

الأهمية التطبيقية:

تتضح أهمية الدراسة الحالية- على المستوى التطبيقى- فى أنها تمثل محاولة للتحقق من فعالية استخدام استراتيجية الفلورتايم فى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية.

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على مدى فعالية برنامج تدريبى قائم على استخدام استراتيجية الفلورتايم فى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية.

مشكلة الدراسة:

يرى كثير من الباحثين أن المشكلة الجوهرية التى يعانى منها الأطفال ذوو اضطراب التوحد هى القصور فى الجوانب الاجتماعية، لا سيما المهارات الاجتماعية، اللازمة للتفاعل الإيجابى مع الآخرين (Crozier & Tincani, 2005; Scattone et al., 2006; Quilty, 2007; Spencer et al., 2008; Leaf et al., 2009).

كما أوضح العديد من الدراسات أن القصور فى المهارات الاجتماعية، لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد يعد الجانب الأساسى الذى تجب مواجهته لتحسين حالة هؤلاء الأطفال، على المستوى المعرفى والاجتماعى (عادل عبد الله، ٢٠٠٢؛ Owen et al., 2008; Parsons, 2006; Dawson et al., 2004).

وقد أكد العديد من الدراسات(Coletti, 2011; Bolton, 2010; Dewaay, 2010; Homer-Smith, 2006) أن من الاستراتيجيات

المهمة فى ميدان تحسين حالة الأطفال ذوى اضطراب التوحد على المستوى الاجتماعى، والمعرفى استراتيجية الفلورتايم Floortime، والتى تسهم فى تنمية مهارات الفهم الاجتماعى والمعرفى لهؤلاء الأطفال، مما ينعكس بدوره على المساعدة فى دمج هؤلاء الأطفال فى المحيط الاجتماعى.

مما سبق تتضح مشكلة الدراسة الحالية فى الإجابة عن التساؤل الرئيس التالى:

- ما فعالية برنامج تدريبى قائم على استخدام استراتيجية الفلورتايم فى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية؟

وينبثق من هذا التساؤل الرئيس التساؤلان الفرعيان التاليان:

- هل يوجد اختلاف بين درجات الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية على مقياس المهارات الاجتماعية فى القياسين القبلى، والبعدى؟
- هل يوجد اختلاف بين درجات الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية على مقياس المهارات الاجتماعية فى القياسين البعدى، والتتبعى؟

مصطلحات الدراسة:

الأطفال ذوو اضطراب التوحد، ذوو الوظيفية العالية:

مجموعة من الأطفال الذين ينطبق عليهم المحك الكامل لاضطراب التوحد، بالإضافة إلى أن لديهم نسبة ذكاء فى المعدل الذى لا يمثل إعاقة عقلية. وعلى مستوى الممارسة الكلينيكية فإنه من الشائع بالنسبة

لهؤلاء الأطفال أن يكون لديهم نسبة ذكاء أدائى عادى، ولكن قد يكون الذكاء اللفظى فى مستوى الإعاقة.

ويحدد الأطفال ذوو اضطراب التوحد، ذوو الوظيفية العالية فى الدراسة الحالية- إجرائيا - بأنهم من يحصلون على ٢٥ درجة - على الأقل - فى مقياس الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية، إعداد/ الباحث، بالإضافة إلى أن نسبة ذكائهم أعلى من ٧٠ على اختبار جودارد للذكاء.

المهارات الاجتماعية:

مجموعة من الأنماط السلوكية الإيجابية المتعلمة، التى تحقق قدرا من التفاعل الإيجابى مع البيئة الاجتماعية، سواء فى الأسرة، أو المدرسة، أو مع جماعة الأقران، والتى تؤدى إلى تقريب الطفل ذى التوحد من الآخرين المحيطين به، وتفاعله معهم، مما يحقق له قدرا من التبادل الاجتماعى، والمشاركة الاجتماعية، والاهتمام الاجتماعى.

وتتحدد المهارات الاجتماعية فى الدراسة الحالية- إجرائيا- بالدرجة التى يحصل عليها الطفل ذو اضطراب التوحد فى مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال ذوى اضطراب التوحد (إعداد/ الباحث).

البرنامج التدريبى:

مجموعة من الإجراءات المنظمة، المخططة، المتبعة (والتى تتمثل فى مجموعة من المحاور التى تضم ٣٠ جلسة)، لإكساب الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية، عينة الدراسة، بعض المهارات الاجتماعية، بهدف مساعدتهم على التبادل الاجتماعى، والمشاركة الاجتماعية، والاهتمام الاجتماعى.

ويعرف البرنامج التدريبى فى الدراسة الحالية- إجرائيا- بمجموعة من الجلسات التدريبية، القائمة على استخدام استراتيجية الفلورتايم، والتى تم تقسيمها على ثلاثين جلسة، مقسمة على عشرة أسابيع، بواقع ثلاث جلسات أسبوعيا. وتراوحت مدة كل جلسة بين ٣٥- ٥٠ دقيقة.

الفلورتايم Floortime:

أحد الاستراتيجيات التى تقوم على العلاقة التفاعلية بين شخصين. وتحتوى على جلسات اللعب التفاعلى اليومى بين أحد الأفراد (الوالد/ المعلم/ المعالج)، والطفل. وتهدف هذه الاستراتيجية إلى تنمية المهارات النمائية الأساسية، مثل التركيز، وجذب انتباه الآخرين، والتواصل مع الآخرين بصورة لفظية، وغير لفظية، وذلك لتنمية شعور الطفل بذاته. وفى هذه الاستراتيجية يقوم الفرد باتباع قيادة الطفل، وخلق الفرص لتحقيق شعور الطفل بالسعادة، وجعل سلوك العزلة، والسلوك التكرارى للطفل سلوكا تفاعليا، والاستفادة من اهتمام الطفل بتقوية المبادأة الذاتية.

ويعرف الفلورتايم- إجرائيا- بالبرنامج القائم على استخدام استراتيجية الفلورتايم، والفنيات المساعدة المستخدمة فى هذا البرنامج، مثل لعب الدور، والتعزيز، والنمذجة.

الإطار النظرى، والدراسات السابقة:

يتناول الباحث فى سياق عرضه للإطار النظرى، والدراسات السابقة العديد من المحاور ذات العلاقة بموضوع الدراسة، ومنها الأطفال ذوو اضطراب التوحد، ذوو الوظيفية العالية، والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد، والفلورتايم. وبيان ذلك فيما يلى:

أولاً: الأطفال ذوو اضطراب التوحد، ذوو الوظيفية العالية:

يعد اضطراب التوحد هو أحد الاضطرابات النمائية التى تؤثر- سلباً- فى نمو الطفل، خاصة على المستوى المعرفى، والانفعالى، والاجتماعى. وتتضح آثار هذا الاضطراب فى قصور مهارات التواصل الاجتماعى لدى الأطفال المصابين به. ومن خصائص هذا الاضطراب قصور الإدراك، والنزعة الانسحابية التى تعزل الطفل عن الوسط المحيط، وقصور فى نمو مهارات التفاعل الاجتماعى التبادلى، خاصة استخدام السلوكات غير اللفظية، مثل الاتصال بالعين، والتعبيرات الوجهية، والتعبيرات البدنية، والإشارات المستخدمة لتنظيم التفاعل الاجتماعى، كما أنهم يفشلون فى مراقبة تأثير سلوكاتهم على الآخرين، مما يتضح أثره فى صعوبات الانتباه المترابط، والتقليد، والاستجابة للمثيرات الاجتماعية، وصعوبة اكتساب مهارات اللعب الاجتماعى (Ruble, 2001; Barry et al., 2003; Akshoomoff, 2006; Bass & Mulick, 2007).

واضطراب التوحد هو اضطراب تفكيكى Disintegrative، يتم تشخيصه على المستوى السلوكى طبقا لثلاثية الإعاقات فى التواصل، والمشاركة الاجتماعية، والتخيل. وهذا الاضطراب التفكيكى يقع على متصل، يتراوح ما بين اضطراب التوحد الكلاسيكى Classic Autism، ذى صعوبات التعلم الحادة، على أحد طرفى المتصل، وعلى الطرف الآخر يوجد اضطراب التوحد ذو الأداء المرتفع High Functioning Autism (Parsons & Mitchell, 2002; Ivey et al., 2004).

ويظهر الأطفال ذوو اضطراب التوحد نماذج مقيدة من السلوك، تتضح فى الانشغال بأجزاء الموضوعات، والاهتمامات المحددة،

والإصرار على الذاتية. كما أن لديهم جمودا فى توقع الأحداث، ويكون رد فعلهم سلبيا لتغيرات صغيرة فى الحدث فى بيئتهم. وتقع ردود الأفعال السلبية على متصل، فى أحد نهاياته يعالج الطفل الموقف يدويا كى يتلاءم داخل الروتين المتوقع، أو يظهر ضيقا بسبب التغير فى الروتين، وفى نهاية المتصل، وهى نهاية الاستجابات الحادة، نجد ردود الأفعال الشديدة التى تتسبب فى الضغط البدنى، والسلوكات العدوانية الموجودة (Ivey et al, 2004; Grela & McLaughlen, 2006).

ويقع اضطراب التوحد على متصل، فى أقصى الطرف الأول من هذا المتصل نجد اضطراب التوحد الكلاسيكى، والذى تعد صعوبات التعلم الحادة المظهر الأوضح فيه، وفى أقصى الطرف الآخر نجد اضطراب التوحد الذى يتميز بالأداء المرتفع، أو اضطراب التوحد الذى قد يصل صاحبه إلى كونه نابغة أو علامة فى مجال من مجالات الموهبة، مثل الرسم، أو الموسيقى، أو الرياضيات، ويطلق على هذا النوع من الأفراد مصطلح العلامة المعتوه Idiot Savant، أو الطفل النابغة ذو اضطراب التوحد Autistic Savant.

وحتى عام ١٩٨٠ لم توجد أبحاث منشورة تصف الأطفال ذوى اضطراب التوحد ذوى الوظيفية العالية. ويعد ديماير وآخرون (DeMyer et al., 1973) أول من استخدموا مصطلح اضطراب التوحد ذى الوظيفية العالية High- Functionig Autism، ليميز بينه وبين مصطلح اضطراب التوحد ذى الوظيفية المنخفضة Low- Functioning Autism، حيث أكدوا على أن القدرات المعرفية، مثل الذكاء، واللغة، هى عوامل أساسية تؤثر فى المستوى الوظيفى، وفى التشخيص المستقبلى للأطفال ذوى اضطراب التوحد (Rodrigues, 2000).

ويتم توزيع الأطفال ذوى اضطراب التوحد بصورة طبيعية على متصل الذكاء، ما بين الإعاقة حتى العبقرية، ومن ثم فإنه ليس من الضرورى أن يكون الأطفال ذوو اضطراب التوحد معاقين عقليا (Ritvo & Ritvo, 2006; Freedman & Dyke, 2006).

وحدد ديماير وآخرون (DeMeyer et al., 1973) ثلاث فئات فرعية لاضطراب التوحد بناء على مستوى الأداء: المرتفع High، والمتوسط Middle، والمنخفض Low. وقارنوا بين هذه الفئات الثلاث فى النشاط العقلى، والإدراكى، والحركى. وعندما تم اختبار الأطفال ذوى اضطراب التوحد فى فترة المتابعة أظهرت مجموعة التوحد المرتفع تغيرا متجها إلى أعلى فى كل من نسب الذكاء، والجانب الاجتماعى. وعلى العكس أظهر الأطفال ذوو اضطراب التوحد فى المستوى المتوسط، والمنخفض مستوى ذكاء منخفضا، وعدم تحسن فى فترة المتابعة (Rodrigues, 2000).

وتوصل يرميا (Yirmiya, 1999)، وجيلبرج (Gillberg, 2001)، وويليامز وآخرون (Williams et al., 2008) إلى أن الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية هم مجموعة من الأطفال يتمتعون بنسبة ذكاء أعلى من ٧٠، ويجب أن تتم مقارنتهم بالأطفال ذوى النمو الطبيعى، بينما الأطفال ذوو اضطراب التوحد، ذوو الأداء المنخفض، ذوو نسبة ذكاء أقل من ٧٠، ويجب أن تتم مقارنتهم بالأطفال المعاقين فكريا، وهؤلاء الأطفال لديهم نسبة ذكاء أدائى عال، مقارنة بنسبة ذكائهم اللفظى.

ويؤكد أوينز وآخرون (Owens et al., 2008)، وبورتمان (Portman, 2006)، ورودريجويز (Rodriguez, 2000)، وشونج

وآخرون (Chung et al., 2007)، وداربى(Darby, 2009) أن نسبة ذكاء الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية أعلى من ٧٠، وأن هؤلاء الأطفال يختلفون عن زملة أعراض أسبرجر فى أن لديهم نقائص مبكرة فى اكتساب اللغة، وهى أولى العلامات التى تدل على الفشل فى التواصل، من خلال التقليد أو الإشارة، وعدم القدرة على استخدام اللغة بصورة مناسبة. وقد تستمر الصعوبات اللفظية إلى السنوات المتأخرة من حياة الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية. ويحدث التوحد عادة مقترنا بالإعاقة الفكرية، بينما يطلق على الأطفال الذين ينطبق عليهم محك اضطراب التوحد، ولكنهم طبيعيون من الناحية العقلية مصطلح الأداء المرتفع High-Functioning.

والطفل ذو اضطراب التوحد ذو الوظيفية العالية قد يبدو مشابها للطفل ذى زملة أعراض أسبرجر، ولكنه يعانى قصورا فى اللغة يلاحظ فى سن صغيرة، كما يظهر مشكلات التفاعلات الاجتماعية أكثر من الأطفال ذوى اضطراب التوحد ذوى الوظيفية العالية (Darby, 2009).

ويرى بيجوت وآخرون (Piggot et al., 2004) أن اضطراب التوحد ذا الوظيفية العالية يشمل التوحد ذا الوظيفية العالية، وزملة أعراض أسبرجر. ويتم تمييز هذه الحالات عن طريق الوجود أو الغياب الواضح للغة الإنشائية فى سن الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل. وهؤلاء الأطفال قد يكون لديهم بعض القدرات المعرفية، مما يشير إلى إمكانية أن يكون لديهم مستوى ذكاء عادى أو فوق المتوسط.

كما يوضح أبل وآخرون (Apple et al., 2005) أن الأطفال ذوى اضطراب التوحد ذوى الوظيفية العالية قد يواجهون الرفض الاجتماعى لعدم قدرتهم على احتمال التفاعلات الاجتماعية المناسبة مع الأقران، كما أنها يكابدون فى مهاراتهم التبادلية بسبب اهتماماتهم المقيدة، وبالرغم من أن هؤلاء الأطفال قد يكونون أكفاء فى بعض المهارات الاجتماعية، مثل المشاركة، وأخذ وجهات نظر الآخرين فى الاعتبار، إلا أنهم تنقصهم المهارات اللازمة للتحية، وفهم التبادل الاجتماعى للصداقات. وهو ما أوضحته دراسة ماكينتوش وديسانایاك (Macintosh & Dissanayake, 2006) من أن هناك فروقا قليلة بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ذوي الأداء المرتفع، والأطفال ذوي اضطراب أسبرجر في عرض العديد من المهارات الاجتماعية الأساسية، والمشكلات السلوكية طبقاً لتقارير المعلمين، والوالدين، وتمثلت المهارات الاجتماعية في التعاون، والمسئولية، وضبط الذات، والتوكيدية، وتمثلت المشكلات السلوكية في النشاط الزائد، والأعراض الداخلية، والخارجية.

وقد أوضحت دراسة لوشى (Laushey, 2002)، فيكرستاف وآخرين (Vickerstaff et al., 2007) أن من أوجه القصور التى يواجهها الأطفال ذوو اضطراب التوحد، ذوو الوظيفية العالية على المستوى الاجتماعى: صعوبة ابتداء التفاعلات مع الآخرين نتيجة أوجه القصور فى قدرتهم على الحصول على انتباه الآخرين بأسلوب ملائم، وعدم تحديد الوقت الملائم لابتداء التفاعل، وصعوبة احتمال التفاعلات نتيجة أوجه القصور التى يواجهونها فى التفاوض، والتراضى، وقبول أفكار الآخرين عندما تختلف عن الأفكار التى لديهم، ووجود موضوعات محددة تسيطر على اهتمامهم، مع عدم إدراكهم أن الآخرين لا يهتمون

بنفس هذه الموضوعات، كما أنهم قد لا يشتركون فى النشاط أو المحادثة مع الآخرين، لأنه ليس نشاطهم، أو موضوعهم المفضل، ولا يظهرون استجابة للرسائل غير اللفظية من الآخرين، ويفشلون فى ملاحظة أن رفيقهم قد فقد الاهتمام بالمناقشة، وهم كثيرو النسيان للغة الوجهية والبدنية للآخرين، مما يجعلهم يفشلون فى تعديل استجاباتهم بناء على هذه التغذية الراجعة.

مما سبق يتضح أنه بالرغم من وجود بعض أوجه الاختلاف بين الأطفال ذوى اضطراب التوحد ذوى الوظيفية العالية، وذوى الوظيفية المنخفضة، إلا أن هناك خاصية مشتركة تجمع بينهم، ألا وهى القصور الذى يعانيه هؤلاء الأطفال فى بعض الجوانب الاجتماعية، والذى قد تختلف درجة شدته. وقد يكون هذا القصور فى الجانب الاجتماعى سببه القلق الاجتماعى الذى يعانى منه الأفراد ذوو اضطراب التوحد، وهو ما أوضحته دراسة بيليني (Billini, 2006) من أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يخبرون قلقاً في المستويات العالية، وأن أنماط القلق التي يخبرونها متنوعة، كما أوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة بين صعوبات المهارة الاجتماعية والقلق الاجتماعي بالرغم من أن قوة واتجاه الرابطة تعتمد علي المهارة الاجتماعية الخاصة المعتبرة.

وهناك العديد من المصطلحات المرتبطة بالأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية، منها: الموهوبون ذوو التوحد /Gifted Autistic، والنوابغ المعتوهونIdiot Savants، والنوابغ ذوو التوحد Autistic Savants. وفى هذا الصدد ذكر شيوفيجين وآخرون (Scheuffegen et al., 2000) أن من أوجه التشابه بين مجتمع بعض الأطفال المتفوقين، ومجتمع بعض الأطفال ذوى اضطراب التوحد:

القدرة المبكرة للتركيز على المهام لفترة زمنية طويلة، والفهم الفقير للإشارات الاجتماعية، والسلوكيات السلبية، والتفكير بصورة بصرية Visual Thinkers، وصعوبة تحقيق الصداقات، والأحاسيس المتيقظة الزائدة.

ويوضح موترون وآخرون (Mottron et al., 1998) أن الأفراد ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية لديهم بروفيل معرفى ذو خصائص محددة، يتضح من خلال مظاهر القوة فى جوانب معينة، ومظاهر الضعف الشديد فى جوانب أخرى. ويعد ذلك علامة، أو عرضا مميزا لهذا الاضطراب. ويتم مظاهر القوة بأنها قدرات تتجاوز فيها مستويات الأداء التوقعات القائمة على نسبة ذكاء الطفل، حيث يظهر بعض الأطفال ذوى اضطراب التوحد مهارات رائعة، واستثنائية فى الموسيقى، وتذكر القوائم، والرسم ثلاثى الأبعاد، والحساب العقلى.

وقدرات النبوغ أكثر شيوعا بين الأطفال ذوى اضطراب التوحد، عنه لدى الأطفال ذوى الإعاقة العقلية، بنسبة ١٠ من الأفراد ذوى اضطراب التوحد لكل ١ من الأفراد ذوى الإعاقة العقلية. وتتضمن مواهب النابغة ذى اضطراب التوحد القدرة المبكرة على حساب التواريخ، والعمل بالآلات، واستدعاء الذاكرة، وأداء الرياضيات، والتميز فى الفنون البصرية والموسيقية. وهؤلاء الأطفال لديهم جزر من الذكاء islands of intelligence (Hermelin, 2001).

كما يشير كارنس وآخرون (Karnes et al., 2004) أن نماذج النمو النموذجى للأفراد الموهوبين ذوى اضطراب التوحد تتضمن فروقا درامية داخل بروفيلات القدرة. فهؤلاء الأفراد لديهم القليل من القدرات العقلية والإبداعية، والعديد من جوانب القصور والضعف على المستوى

العقلى والاجتماعى والسلوكى، حيث إن ١٠% من الأفراد ذوى اضطراب التوحد لديهم قدرات نابغة. وهذه الإحصاءات تساعد فى دعم ما تم توثيقه فى الخبرة البحثية والكلينيكية من أن هناك حدوثا للموهبة بين الأفراد ذوى اضطراب التوحد. وبعض الطلاب الموهوبين ذوى اضطراب التوحد لا يتم تشخيصهم بين المجتمع العام، أو يتم تشخيصهم بصورة خاطئة بين ذوى صعوبات التعلم.

ويوضح دونيللى وألتمان(Donnelly & Altman, 1994) أن مصطلح النابغة Savant اشتق من الكلمة الفرنسية التى تعنى "كى تعرف To know". واستخدمت فى البداية بواسطة لانجدون Langdon عام ١٨٨٧ لوصف الأفراد المعاقين فكريا، ذوى القدرات الخاصة. ويشير مصطلح النابغة ذى اضطراب التوحد autistic savant إلى الأفراد ذوى اضطراب التوحد ممن لديهم نسبة ذكاء عام فوق المتوسط، والذين يظهرون قدرات موهوبة، ومستويات على اختبارات الذكاء المعيارية داخل معدل التفوق.

وفيما يتعلق بمصطلح النابغة savant، فإنه يستخدم لوصف الحالات الاستثنائية، والتى يوجد فيها اختلاف واضح بين المهارات المتقدمة للفرد فى مجال محدد، ومستواه الخاص بالإعاقة المعرفية بصورة عامة. وفى الواقع فإن الموهبة واضطراب التوحد تلاقيا فى التراث البحثى فى مناقشات خاصة بالنوابغ ذوى اضطراب التوحد Autistic Savants. ويشير بولت وبوتسكا (Bolte & Poutska, 2004) أن زملة أعراض النابغة هى ظاهرة من الصعوبة المعرفية، والعقلية، والحسية، الشديدة المقترنة بالقدرة الفائقة فى مجال محدد من الأداء الفنى Artistic، والعقلى Intellectual. وهذه القدرات الاستثنائية من الممكن

أن تظهر للعيان فى مجال الذاكرة، والرسم، والموسيقى، والحساب، والقراءة، والقدرة الفنية والجغرافية، والتناسق الحركى الأنيق، والتمييز الحسى (Huber, 2007).

والأطفال ذوو اضطراب التوحد قد تختلف سلوكاتهم عن سلوكات الموهوبين فى الدرجة فقط. وتعتقد جراندين Granden (١٩٩٥)، وهى باحثة مصابة باضطراب التوحد، أن الجينات التى تسبب الفصام، والاكتئاب الهوسى، واضطراب التوحد قد تمنح المزايا للفرد بصورة ما، حيث استنتجت أن الخصائص الجينية التى من الممكن أن تسبب الصعوبات الحادة، من الممكن أن تمد أيضا بالموهبة والتفوق والعبقرية، والتى تنتج الفنون العالمية، والاكتشافات العلمية العظيمة(Cash, 1999).

وقد أوضح كارنس وآخرون (Karnes et al., 2004) أن العديد من الأطفال ذوى اضطراب التوحد لديهم قدرات فنية نابغة Artistic Savant Abilities. وأحد المجالات التى يظهر فيها أفراد التوحد النوابغ استعدادا قويا هو الفنون البصرية. ولقد قام Cox and Eames (1999) بمقارنة رسومات طفلين ذوى اضطراب توحد موهوبين فنيا بالنسبة لبروفيلاتهما المعرفية، فى محاولة توضيح أن المهارات المعرفية المتقدمة غير مطلوبة– قبلا– من أجل القدرة الفنية المبكرة. ولقد أظهرت العينة رقم (١) قدرة غير عادية على الرسم الخطى، بينما تميزت العينة رقم (٢) فى رسم الصور ذات الدرجة المرتفعة من التفاوت.

كما يشير كاش (Cash, 1999) أن من أوجه الشبه بين الأطفال ذوى اضطراب التوحد والأطفال الموهوبين هو الانشغال القهرى بالكلمات، والأفكار، والأعداد، ولديهم نقص فى المهارات الاجتماعية،

وحاجة إلى احتكار المحادثات والمواقف، والاستثارة الشديدة، وصعوبة فى موافقة تفكير الآخرين، والميل تجاه الانطواء.

مما سبق يتضح أن الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية هم- أيضا موهوبون، يظهرون مدى واسعا من الكفاءات، أكثر من الأطفال ذوى اضطراب التوحد الذين تعد قدراتهم العقلية ضعيفة، أو فى مستوى الإعاقة. وتعد مواهبهم بالنسبة للذات والمجتمع، سواء أكانت مواهب نابغة أو مبكرة، أكثر فعالية، وأشد إعجابا للآخرين. وهؤلاء الأطفال يتعلمون الاستراتيجيات التعويضية، ويتم تدريبهم باستخدام برامج تعديل السلوك، واستراتيجيات ما وراء المعرفة، ويتوقع منهم- أحياناً- أن يتعلموا فى فصول مع الأطفال الذين لم يعدوا للتعامل مع سلوكاتهم التكرارية، وردود أفعالهم الاعتيادية غير التقليدية، ويتعرضون- أحياناً- للرفض الاجتماعى من خلال كونهم موضع سخرية الآخرين.

ثانيا: المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد:

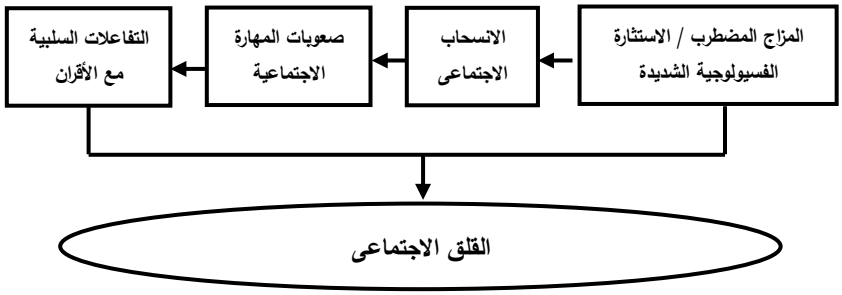
تعد المهارات الاجتماعية الأساس الذى يتكىء عليه الطفل من أجل الاندماج فى المحيط الاجتماعى الذى يعيش فيه. هذا المحيط الاجتماعى الذى يفرض على الطفل السير وفق توقعات اجتماعية يتطلبها المجتمع الأكبر، والجماعة التى تضم الطفل.

ويرى بيلينى (Bellini, 2006) أن الأطفال ذوى اضطراب التوحد يعانون من المزاج المضطرب الذى يتضح فى المستوى المرتفع من الاستثارة الفسيولوجية. وهذه الاستثارة الفسيولوجية تؤدى إلى تحاشى التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين. وهذا الانسحاب الاجتماعى يقلص فرصة الفرد لتنمية المهارات الاجتماعية الفعالة بسبب تقليل التفاعلات

مع الأقران. والإعاقة فى أداء المهارة الاجتماعية يزيد- بصورة دالة- فرص التفاعلات السلبية مع الأقران، والفشل الاجتماعى. ووجود الاستثارة الفسيولوجية الشديدة تجعل الطفل أكثر تأثرا بالخبرات الاجتماعية السلبية مما يقود إلى القلق الاجتماعى المتزايد. ووجود القلق الاجتماعى يقود إلى الانسحاب الاجتماعى. ويوضح بيلينى هذه الدائرة فى الشكل التالى:

شكل (١)

نمو القلق الاجتماعى لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد



ويوضح وينر (Winner, 2002) أن المهارات الاجتماعية لدي الأطفال ذوى اضطراب التوحد هي مظهر سلوكي للمعرفة الاجتماعية، فعلي سبيل المثال فإن السلوك البسيط لتحية شخص ما اجتماعياً عند رؤيته، يتطلب استعدادا تلقائيا يظهر خلال سياق الأحداث، ويتضمن إنشاء تواصل لحظي بالعين (اتصال بالعين في نفس اللحظة)، والتحرك البدني نحوه (التلويح- مرحبا)، أو لفظيا (قول مرحباً)، وإظهار تعابير وجهية تدل علي السعادة (ابتسامة صغيرة، أو انفراج الوجه)، وبعد ذلك إدراك ومعرفة إنهاء التحية عند ذهاب الآخر، ولكن الأطفال ذوي التوحد يعانون من صعوبات معرفية اجتماعية تجعلهم غير قادرين علي إظهار المهارات الاجتماعية الملائمة.

ويتفق ستدلى وآخرون (Steedly et al., 2008)، وتساو وأدوم (Tsao & Odom, 2006) فى أن المهارات الاجتماعية لدى الطفل ذى اضطراب التوحد هى مجموعة من القدرات التى تسمح للطفل ذى اضطراب التوحد بابتداء، وتحقيق العلاقات الاجتماعية الإيجابية، وتقبل الأقران، وتحقيق التكيف فى المدرسة، والتفاعل مع البيئة الاجتماعية الأكبر.

ويحتاج الأطفال ذوو اضطراب التوحد إلى الدعم والمساندة الاجتماعية من المحيطين بهم، وفى هذا السياق يوضح سيكلوس وكيرنس (Siklos & Kerns, 2006) أن الدعم الاجتماعى لدى الأطفال ذوو اضطراب التوحد هو المعلومات التى تقود الطفل إلى الاعتقاد بأنه ينال العناية والاهتمام والتقدير من الآخرين، وبأنه محبوب وذو قيمة، وبأنه ذو أهمية فى شبكة الواجب، والالتزام، والتواصل المشترك.

وقد أوضحت دراسة كاربنتر وآخرين (Carpenter et al., 2002)، ودراسة بيلينى وهوبف (Bellini & Hopf, 2007) أن هناك قصورا لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد فى المهارات الاجتماعية المعرفية، مثل مهارات طلب انتباه الآخرين، والمشاركة الاجتماعية، ومتابعة المشاركة، والتوجيه، والتبادل، والاشتراك الاجتماعى.

كما أوضحت دراسة روبل (Ruble, 2001)، ودراسة موردوك وآخرين (Murdock et al., 2007) أن الأطفال ذوى اضطراب التوحد فى المرحلة الابتدائية ينشغلون فى التواصل الاجتماعى بدرجة نصف انشغال أقرانهم بهذا التواصل.

وقد حدد جرينواى (Greenway, 2000)، وكوتلر وآخرون (Kuttler et al., 1998) الإعاقات فى المهارات الاجتماعية لدى

الأطفال ذوو اضطراب التوحد تحت ثلاثة عناوين رئيسة، هى: الإعاقة فى المعرفة الاجتماعية، والإعاقة فى التواصل الاجتماعى، والإعاقة فى الفهم والتخيل الاجتماعى

ويرى جانز وآخرون (Ganz et al., 2008) أن مهارات المحاكاة تعد أمراً جوهرياً لنجاح الطفل في الحياة الاجتماعية، لكن الأطفال ذوي التوحد يعانون صعوبات في تقليد الآخرين، وترتبط مهارات المحاكاة بالوظيفة المعرفية، والارتباط بالأقران، والقدرة علي التعلم من البيئة. وتعتبر مهارات المحاكاة العنصر الأساسي للمهارات الاجتماعية والمهارات التواصلية والنمو المعرفي لدي الأطفال ذوي التوحد. وتقليد الأقران هي مهارة قبلية مطلوبة. وتوضح مهارات المحاكات فهم الطفل للرابطة بين الذات والبيئة، وهذا ضروري لتعلم المهارات الجديدة.

ووفقا لما ورد عن رابطة التعليم الوطنى بواشنطن (National Education Association, 2006) فإن الصعوبات التي يعانيها الأطفال ذوو التوحد في المهارات الاجتماعية تتضمن: الانشغال في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وتحقيق الاتصال بالعين أثناء المحادثات، والانتباه للجوانب غير اللفظية للتواصل مثل الإشارات والتعبيرات الوجهية، والتكيف والتوافق مع القواعد التي تحكم السلوك الاجتماعي، والانشغال في موضوعات مختارة مع رفيق المحادثة، والشعور بالإمباثية، وإظهار السلوكيات الاجتماعية أو سلوكيات اللعب المناسبة للعمر، والمبادأة أو الاشتراك مع الآخرين بصورة ملائمة في المواقف الاجتماعية.

وبالتالى فإن الاضطراب فى المعرفة الاجتماعية هو اضطراب يضع حائلا بين الطفل ذى التوحد والعالم الاجتماعى الذى يعيش فيه. ويرى بيلفرى وبيرلمان (Pelphrey & Perlman, 2008) أن المعرفة الاجتماعية تشير إلى القدرات الأساسية لإدراك وتنسيق وتذكر، وتحليل، ومعرفة الأسباب، والتصرف تجاه الآخرين من نفس النوع. وتتضمن المعرفة الاجتماعية الإدراك الاجتماعى (المستويات الأولية من تقييم مقاصد وميول الآخرين عن طريق تحليل اتجاه نظرة العين، وحركة البدن، والأنواع الأخرى من الحركة البيولوجية)، والأسلوب الإعزائى (أسلوب الفرد الذى يميل لشرح سلوك الآخرين).

ويضيف بيلفرى وبيرلمان (Pelphery & Perlman, 2008) مجموعة من العوامل التى تسهم فى نمو المعرفة الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد، هى: فهم أهداف ومقاصد الآخرين، وإدراك نظرة العين (ربط الأفعال بالمقاصد)، وإدراك الانفعالات، ومعرفة اعتقادات الآخرين. كما حدد بومينجر (Bauminger, 2002) مجموعة من المهارات الاجتماعية التى يمكن عن طريقها قياس مدى التحسن فى الجانب الاجتماعى لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد، وهى، المبادأة الاجتماعية، والاستجابة الاجتماعية، والتفاعل الاجتماعى الإيجابى.

ويحدد كانون (Cannon, 2006) مجموعة من الأبعاد الخاصة بالمهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد على النحو التالى:

- **الجوانب اللفظية:** وهى السلوكات التى تخدم التعبير عن القصد التواصلى باستخدام الكلمات.

- **الإشارات والإيماءات:** وهى استخدام حركات اليد، مثل التلويح أو الإشارة من أجل التواصل.
- **الاستجابات التقليدية:** وهى التكرارات اللفظية للكلمات، أو التكرارات غير اللفظية لأفعال الأقران.
- **وظيفة التواصل (الطلب):** وتتمثل فى استخدام الكلمات أو الأفعال لإنجاز وإتمام حاجة.
- **الرفض:** وهو التعبيرات اللفظية وغير اللفظية للاعتراض ضد نشاط ما أو تعليق ما، مثل قول لا.
- **التعليق:** وهو الاستخدامات اللفظية للكلمات للتعبير عن اعتقاد أو رأى شخصى.
- **الأسئلة:** وهى الاستخدام اللفظى للكلمات مثل، ما، من، متى، أين، كيف.
- **الانتباه المترابط:** ويتمثل فى تتبع تحويل نظرة العين لموضوع ما أو شخص أو حدث.
- **تواصل العين:** ويتمثل فى توجيه التواصل البصرى مع أعين القرين ذى النمو العادى.

ووفقا لما ورد عن وزارة التعلم البريطانية (Ministry of Education, 2000) فإن المهارات الاجتماعية التى يجب أن يتعلمها الأطفال ذوو اضطراب التوحد بصورة مباشرة، هى:

- **الانتظار Waiting:** ولتحقيق ذلك يمكن استخدام الإشارات البصرية كالصور، والكلمات المكتوبة.
- **أخذ الأدوار Taking Turns:** ويمكن تعليم ذلك باستخدام القصص الاجتماعية.

- **الانتقالات Transitions:** ويمكن تعليم ذلك باستخدام القصص الاجتماعية، والرموز البصرية.
- **تغيير الموضوع فى المحادثة:** تساعد المدعمات البصرية فى وضع محددات الوقت، والمكان للانشغال فى موضوع مفضل، مما يساعد الأطفال فى الانتهاء من، أو تغيير الموضوع.
- **الانتهاء Finishing:** وتساعد الرموز والإشارات البيئية الأطفال ذوى اضطراب التوحد فى ملاحظة واتباع سلوك الأطفال الآخرين، وتوقيت فترة الاستغراق فى نشاط محدد.
- **المبادأة Initiating:** إن تركيب القصص الاجتماعية مع الصور أو الصور الفوتوغرافية تعمل على تعليم الطفل ذى اضطراب التوحد كيف يقترب من الآخرين، ويسأل عن شيء ما.
- **المرونة Flexible:** إن النظم البصرية تستخدم لشرح التغيرات بأسلوب واضح وثابت، وإذا تم استخدام الصور فإنه يمكن استبدال الصور أو الرموز المحددة بآخر مكانها.
- **الهدوء Quiet:** إن المدعمات البصرية تفيد فى تعليم السلوكات الخاصة من أجل الهدوء، وتعليم القواعد من أجل المواقف النوعية المحددة.

وظهر في ميدان تعليم المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي التوحد ما يسمي بمصطلح الطلاقة Fluency، والذي أشار إليه فابريزيو (Fabrizio, 2003). ويشير هذا المصطلح إلي مستوي نمو المهارة، ويوضح مدي جودة تعليم الطفل مهارة محددة، وعندما يتعلم الأطفال المهارات لمستويات تتميز بالطلاقة فإنهم يستطيعون استخدام هذه

المهارات بصورة غير مجهدة، وبصورة تلقائية، ودون تفكير مجهز. ويمتد تعليم المهارة إلي استخدام هذه المهارة في تعلم مهارات أخري أكثر تقدماً، ولأن الأطفال ذوي التوحد يحتاجون أن يتعلموا العديد من المهارات الأساسية (مثل المهارات المرتبطة بالعناية بأنفسهم، والتواصل، والتفاعل مع الآخرين) فإنه من المهم أن تتميز هذه المهارات بالطلاقة.

وتتمثل مكونات البرامج التي تنمي طلاقة المهارة في: بناء وتحقيق الإتقان أولاً، والممارسة اليومية تحت ظروف الوقت، والتصور وصنع القرار، والتعليم حتي يصل الطفل إلي أهداف الطلاقة، وهذه الأهداف هى: مهارات التقليد، ومهارات اللغة الاستقبالية، ومهارات اللغة التعبيرية.

ولأهمية المهارات الاجتماعية للأطفال ذوى اضطراب التوحد، استخدم كثير من الدراسات العديد من الأساليب لتنمية هذه المهارات لدى هؤلاء الأطفال. ومن هذه الدراسات دراسة بارسونز (Parsons, 2006) التى أوضحت نتائجها فعالية استخدام النمذجة بالفيديو في تنمية بعض المهارات الاجتماعيّة لدي التلاميذ ذوي اضطراب التوحد، مثل مناداة اسم القرين، والتفاعل الاجتماعي الإيجابي، ودراسة شونج وآخرين (Chung et al., 2007) التى أوضحت نتائجها فعالية برنامج تدريبى قائم علي توسط الأقران في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي لدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مثل الاستجابة الطارئة، والانتباه الآمن، ومبادأة التعليقات، ومبادأة الطلبات، وتغيير الموضوع غير الملائم، ودراسة كرويجر وآخرين (Kroeger et al., 2007) التى أوضحت نتائجها فعالية برنامجين قائمين علي التعلم المباشر، وأنشطة اللعب فى تحسين

السلوكات الاجتماعية لدي عينة الدراسة من الأطفال ذوى اضطراب التوحد.

ثالثا: الفلورتايم Floortime:

يعد الفلورتايم Floortime أحد الأساليب المستخدمة فى تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد، وهو استراتيجية وضعتها ستانلى جرينسبان، لتشجيع التفاعل الاجتماعى للأطفال ذوى اضطراب التوحد. والفلورتايم هو وقت دافىء، ملىء بالمودة، والحب، والألفة يقضيه أحد القائمين على رعاية الطفل مع الطفل. وتقوم هذهالاستراتيجية على التشجيع والجذب Engaging، والإيماء بالدخول فى تناغم مع الطفل لمساعدته على الإتقان والتوسع عن طريق الكلمات، والإشارات، والإيماءات، واللعب التظاهرى، وهذا التوسع والإتقان يشمل ما تنمية الجانب المعرفى لديهم، وهذا هو الطريق الأمثل لإثارة النمو الانفعالى، والمعرفى للأطفال ذوى اضطراب التوحد.

ويشار إلى الفلورتايم بالاتجاه النمائى القائم على العلاقة والفروق الفردية (The Developmental, Individual Difference, Relationship-based Approch DIR)، ويعد الفلورتايم استراتيجية خاصة داخل هذا النموذج، وهذا الاتجاه يبنى ويشكل برنامجا تدخليا شاملا يهدف إلى تقوية قدرات المعالجة الفردية مثل المعالجة السمعية، واللغة، والتخطيط الحركى، وبناء وتتابع القدرات النمائية الوظيفية الأساسية، والتى تسهم فى أسس العلاقة والتفكير والتواصل، والقدرات النمائية الوظيفية تشتمل على القدرة على الانتباه المشترك، والعلاقة والارتباط، والتفاعلات الانفعالية المتبادلة، والاستخدام المنطقى والإبداعى للأفكار، وفى استعراض لمائتى حالة وجد أن هذا الأسلوب يساعد

الغالبية العظمى من الأطفال لأن يصبحوا مرتبطين واثقين ذوى هدف وقصد محدد، وتواصليين مع المجموعة الفرعية من الأطفال، وقادرين على تنمية قدرات المستويات المرتفعة من التفكير الإبداعى والانعكاسى، وعلاقات الأقران، والإمباثية، والنبوغ الأكاديمى (Greenspan & Wieder, 1999).

ويعد الفلورتايم قلب نموذج DIR، "D" اختصار للجانب النمائى Developmental، ويشير إلى ستة معالم أساسية فى النموذج هى تنظيم الذات والاهتمام فى العالم، والألفة والمودة، والتواصل ثنائى الاتجاه، والتواصل المعقد، والجانب الالنفعالى، والتفكير الانفعالى. "I" اختصار للفروق الفردية Individual - Differences والتى تشير إلى تفرد كل طفل بأسلوبه فى معالجة المعلومات، "R" اختصار للقائم على العلاقة Relationship- based، والذى يشير إلى أن علاقات الطفل تتيح له التقدم فى النمو (Griffith, 2008).

ويركز نموذج DIR على بناء أساس قوى لزيادة المهارات الاجتماعية للعلاقة مع الآخرين، والتواصل والتفكير. كما يواجه التدخل العلاجى باستخدام DIR أن برنامج التدخل الشامل بالفلورتايم يركز على بناء الحواجز الخاصة بالعلاقة، والتواصل، والتفكير. ويواجه نموذج التقييم الخاص بالفلورتايم التنوعات الفردية فى المعالجة الحسية (المعالجة السمعية، والبصرية الفراغية)، والتمييز الحسى، والتعديل والتكيف الحسى، (والذى يتضمن اللمس، والصوت، والتذوق، والرؤية)، والتخطيط والتعاقب الحركى (مثل التنسيق والتناغم الحركى)، وكذلك النماذج التفاعلية الأسرية (Greenspan & Wieder, 1999).

ويركز أسلوب الفلورتايم على إقامة علاقة بين الطفل ذى اضطراب التوحد، وأحد القائمين بالرعاية لهذا الطفل، ويحتوى على جلسات اللعب التفاعلى اليومى. والأهداف الأساسية لهذا الأسلوب هى تنمية العمليات النمائية الأساسية (التركيز، والجذب، والملازمة، والتواصل بصورة قصدية مع الآخرين باستخدام الإشارات والرموز والأفكار)، وذلك لجعل الطفل يشعر بذاته كفرد يتفاعل مع الآخرين حوله. وتشمل مبادىء الفلورتايم التفاعل التلقائى بين الراشد والطفل، وذلك باتباع قيادة الطفل وتكوين الفرص لتحقيق الشعور بالسعادة والذى يقود الطفل إلى الحاجة إلى العلاقة، وتكوين التفاعلات التى تضع فى اعتبارها الأدوار الفردية للطفل والخاصة بالمشاعر الحسية. وهنا يحاول الراشد جعل سلوك العزلة والسلوك التكرارى للطفل سلوكا تفاعليا، والاستفادة من اهتمام الطفل بتقوية المبادأة الذاتية.

ويعرف كاليك (Kalek, 2008: 58) الفلورتايم بأنه أسلوب نظامى للعمل مع طفل التوحد لتنمية اتصال انفعالى جيد مع مانحى الرعاية لهذا الطفل. فهو أسلوب يستخدم الكفاءات النمائية الأساسية للطفل والتى تتضمن قدرات الانتباه والارتباط، والتواصل ثنائى الاتجاه، من أجل تقديم وتمييز الخبرة. وبذلك لا يعد الفلورتايم برنامجا للعب بمفهومه المعروف، حيث يرى جرينسبان وويدر (Greenspan & Wieder, 1998) أن الفلورتايم يشبه التفاعل واللعب الاعتيادى فى التلقائية والمتعة، لكنه يختلف عن اللعب الاعتيادى فى أن المعالج والوالد يتخذون دورا نمائيا.

ويوضح كانتو (Cantu, 2007) أن هناك أربعة أهداف أساسية لنموذج DIR هى:١- تشجيع الانتباه والود والألفة، ٢- التواصل بين

الطفل، ومنفذى البرنامج، ٣- تشجيع التعبير عن طريق المشاعر والأفكار، ٤- التفكير باستخدام الكلام المنطوق. وهناك مستويات نمائية وظيفية يحتاجها الأطفال لاستخدام نموذج DIR، وهذه المستويات هى: ١- تشجيع التعلق والارتباط، ٢- الانتباه المترابط، ٣- المعانى المشتركة واللعب الرمزى، ٤- التفكير الانفعالى. كما أن هناك إرشادات للآباء لاستخدام DIR، وهذه الإرشادات هى: ١- وفر مساحة من الوقت فى حدود ٢٠- ٣٠ دقيقة كى يعبر الطفل عما يريد دون مقاطعة منك، ٢- حاول أن تظل هادئا، وصبورا، ٣- تفهم بصورة عاطفية النغمة الانفعالية لطفلك، ٤- كن على وعى بمشاعرك، لأنها سوف تؤثر فى علاقتك بطفلك، ٥- راقب نغمة صوتك وإشاراتك، ٦- اتبع قيادة وتفاعل طفلك، ٧- تواءم مع المستويات النمائية المختلفة لطفلك، ٨- ممنوع التكسير، أو التحطيم، أو الإيذاء.

وتركز نظرية الفلورتايم على هدف اتباع قيادة الطفل، وزيادة دائرة التفاعل بين الطفل والراشدين حوله، وعن طريق استخدام الفلورتايم يستطيع الآباء والمعلمون أن يساعدوا الطفل ذى اضطراب التوحد أن يتحرك فى سلمه النمائى الطبيعى عن طريق البناء فوق ما يؤديه الطفل من أجل تشجيع تفاعل أكثر، ويقوم الفلورتايم بصورة تقليدية على التفاعلات الثنائية بين الطفل والكبير الراشد، فالكبير يتقرب إلى الطفل ويدنو منه، ويتبع قيادة الطفل لكى يفتح أبواب التواصل، حيث إن الأطفال ذوى اضطراب التوحد يحتاجون تدخلات علاجية متمركزة على الطفل منذ تفاعل الطفل مع آخر، ولكن التدخلات العلاجية تميل إلى أن تكون متمركزة على الكبير الراشد عند التعامل مع مهارة التفاعل التى يحتاجها الأطفال ذوى اضطراب التوحد بشدة، فهى تحتاج إلى توجيه

انتباه متزايد إلى التفاعلات الميسرة بواسطة الأقران مع أقرانهم ذوى اضطراب التوحد، فالأقران يؤدون دورا واضحا ومتميزا فى توفير فرص المشاركة والتنشئة الاجتماعية، والتى لا يمكن أن تستبدل بواسطة الكبار الراشدين (Cannon, 2006).

ويتمثل الفلورتايم فى مجموعة من الخطوات المتتالية، هى:

١- ملاحظة كيف أن الطفل ذا اضطراب التوحد متفرد فى أسلوبه، ونمطه، ومزاجه، وحاله.

٢- الانضمام والاشتراك Joining عن طريق مطابقة، ومناسبة، وموافقة سلوكك مع اتزان الطفل، واتباع اهتمام، ورغبة الطفل.

٣- اتباع القيادة Follow The Lead عن طريق مساعدة ومعاونة الطفل بامتثال وطاعة، وبذلك يعد الطفل مديرا للعب.

٤- تمديد وتوسيع الموقف الدرامى Extend & Expand The Drama عن طريق أخذ فكرة الطفل خطوة واحدة أبعد عن طريق الإشارات والكلمات، على سبيل المثال: أنت تقول أن الفيل عطشان، هل هو حقا عطشان، هل يحتاج ماء قليلا أو الكثير من الماء.

٥- السماح للطفل بأن يستمر فى اللعب بناء على التوسيعات والتمديدات، فالفلورتايم ليس وقتا للتدريس والتعليم والتصحيح، ولكنه فرصة للطفل كى يستكشف بحرية مع التشجيع والدعم الدافىء، وهو ليس وقتاً لتدريس أسماء الألوان أو أسماء الحيوانات، أو أسماء أى شىء آخر، فوظيفتك هى الاتباع والتوسيع أثناء هذا الوقت الخاص، وبذلك فإن الفلورتايم يثير وينمى حل المشكلة والتفكير المعرفى ويقوم ببناء الثقة فى الطفل.

ويرى جرينسبان وويدر (Greenspan & Wieder, 1999) أن هناك مجموعة من المهارات الأساسية التى يعانى الأطفال ذوو التوحد قصورا شديدا فيها، وتتمثل هذه المهارات فى: أ- تبادل الاهتمام مع شخص آخر بما يحدث، وفهم الأصوات، والأحاسيس الخاصة بالكلام، والالتزام بالهدوء، ب- القدرة على مشاركة العلاقات مع الآخرين، ج- القدرة على التواصل مع الآخرين، د- القدرة على القيام بالإشارات، وربط تسلسلات الأحداث لحل المشكلات، هـ- القدرة على تكوين الأفكار، لتنمية القدرة على اللعب التخيلى، واستخدام الكلمات لتكوين الأفكار، و- القدرة على معرفة العلاقات بين الأفكار لجعلها منطقية ومبنية على الواقع والحقيقة.

ويتكون النموذج النمائى القائم على العلاقة مما يلى:

أولا: القدرات النمائية الانفعالية الوظيفية. وتشمل: القدرة على التنظيم والاهتمام والاستمتاع فى العالم، والقدرة على الارتباط والعلاقة، والقدرة على حل المشكلة وتنظيم المزاج والإحساس بالذات، والقدرة على تشكيل وتكوين رموز واستخدام الكلمات والأفكار، والقدرة على التفكير الانفعالى والمنطقية والإحساس بالواقع.

ثانيا: قدرات المعالجة الحسية والحركية. وتشمل: القدرة على المعالجة السمعية واللغة، والقدرة على التخطيط الحركى والتتابع، والقدرة على المعالجة البصرية الفراغية، والقدرة على المواءمة الحسية.

ثالثا: التفاعلات بين الطفل والأسرة أو القائم بالرعاية، والتى تجعل الطفل فى تقدم نمائى أكبر، وتسهم فى إثراء القدرات النمائية الوظيفية للطفل.

وهذا النموذج يجعل الطفل قادرا على مواجهة الأعراض، مثل إثارة الذات، حيث إن تعلم الطفل الارتباط بالآخرين، وكونه جزءا من العلاقة، يقلل لديه سلوكات انهماك واستغراق الذات، ويجعله منشغلا فى حل المشكلة.

كما أن التواصل التلقائى فى اتجاهين باستخدام الإشارات، يجعله يقلل سلوكات المداومة والاستمرارية، وكون الطفل يتعلم أن يستخدم الإشارات والكلمات لكى ينظم العلاقات وينظم بيئته، يجعله يستخدم سلوكيات إثارة الذات أقل، وبذلك فإنه بمواجهة هذه الأعراض تنو لدى الطفل أساسيات الأداء العقلى والانفعالى الصحيح، فالأطفال يتصلون بدفء واطمئنان وثقة، ويتواصلون بصورة قصدية، وينشغلون فى حل المشكلة الاجتماعية، ويتعلمون أن يستخدموا الأفكار بصورة منطقية (Greenspan & Wieder, 1999).

ويختلف الفلورتايم عن اللعب فى أن الراشد يجب أن يتبع قيادة الطفل ذى اضطراب التوحد، حيث يتبع كل ما من شأنه أن يأسر اهتمام ومتعة الطفل ويشجعه على التفاعل، فعلى سبيل المثال: إذا قام طفل التوحد بدحرجة العربات اللعبة فإنك يجب أن تدحرج العربات معه، ولكن قم بإتاحة عربة أسرع له، ويبنى هذا الأسلوب دائرة تفاعل أكبر بين الطفل والراشد، فالآباء والمعلمون يستطيعون مساعدة الطفل أن يرتقى نمائيا عن طريق اتباع قيادة الطفل، والبناء فوق ما يفعله لتشجيع تفاعل أكبر، واتباع قيادة الطفل ذى اضطراب التوحد يشجعه كى يتفاعل ويصدر الألفاظ، ويبتدىء فى أفعاله بصورة تخدم فى مواجهة التحديات الفردية لطفلما يساعد الطفل فى تعميم السلوكات، والانفعالات (Cannon, 2006: 15).

وتوضح نظرية جرينسبان وويدر (Greenspan & Weider, 2006) أن الأطفال ينجذبون أكثر للكبار، ويحققون التواصل عندما تتميز العلاقة بينهم وبين الكبار بالمشاركة والتعاطف. وعندما يقوم الراشد بمساعدة الطفل فى تحقيق حاجاته الأساسية للارتباط والتواصل الهادف والتقدير فإن ذلك يؤدى إلى عدم انسحاب الطفل نتيجة الارتباط العاطفى الدافىء بينه وبين الراشد.

وتتمثل المفاهيم الأساسية التى يبنى عليها أسلوب الفلورتايم فى:

- إغلاق الدائرة: السماح للطفل بإغلاق الدائرة عندما يصل الطفل بتوسعات الباحث وإمداداته إلى مكان مسدود.
- التفكير الانفعالى: وفيه يتعلم الطفل أن يربط بين الأفكار المختلفة.
- المشاركة الإندماجية: وفيها يصدر الأطفال أصواتاً كهديل الحمام ويبتادلون الحركات مع شركائهم.
- التوسع فى وإمتداد التمثيل الدرامى: وهو التحول إلى خيال وأفكار الطفل والسير بها خطوة إلى الأمام من خلال الإيماءات والكلمات.
- الخضوع لقيادة الطفل: وهى أن ترى الطفل موجها وترى نفسك مساعدا له فى أداء النشاط.
- الملاحظة: وهى ملاحظة كيف أن للطفل خصوصية وتفردا فى الأسلوب والمزاج.
- فتح دائرة الإتصال: ويعنى السير حسب اهتمامات الطفل الخاصة.
- المعانى المشتركة: وهى تساعد فى أن يبدأ الطفل بتوصيل أفكاره بالكلمات أو اللعب التظاهرى، ودخول الموضوعات الانفعالية فى لعب الطفل، ويستخدم الطفل الموضوعات ليس فقط للتعبير عن ما يريده وما يحتاجه، ولكن أيضاً يتوسع فى اللعب التخيلى.

- مراحل الحوار: هى مراحل النمو الانفعالى والاجتماعى للأطفال.
- الاتصال ثنائى المسار: ويعنى قدرة الطفل على القيام بالحوار الانفعالى ويتأتى ذلك من الاهتمام بالطفل والاستجابة له، ويستجيب الطفل بالتفاعلات الإيمائية واللفظية.

وقد حدد هارجوسولا- ويب، وهيس- روبنس (Harjusola-Webb & Hess- Robbins, 2011) مجموعة من الفنيات التى يمكن استخدامها أثناء تطبيق استراتيجية الفلورتايم، لتحسين الجانب اللغوى للطفل، وهى فنيات تنطلق من استراتيجيات التواصل الطبيعى، وهذه الفنيات هى:

- التعليق، وإطلاق المسميات، والنمذجة: ويشتمل التعليق وإطلاق المسميات على تعليق الكبار على النشاط، والمواد، أو الأفراد الحاضرين فى اللحظة الحالية (مثل: التعليق باستخدام نقطة مرجعية واضحة، والتعليقات التى تعتمد على أفعال الكبير، والطفل). وكل جملة يقولها الكبير وتوجه إلى الطفل المستهدف يتم اعتبارها أحد جمل التعليق، وإطلاق المسميات. وتتضمن النمذجة الفرص التى يمد بها الكبار بالنسبة للطفل كى يسمع كيف تستخدم اللغة فى سياق وظيفى (على سبيل المثال: تقديم كلمات جديدة، وإعطاء أمثلة للمحادثات).
- التقليد: ويتضمن التقليد تقليد الكبار لأفعال الطفل، أو تقليدهم المحاولات التواصلية للطفل، والتقليدات هى- تقريبا - تكرارات لسلوك الطفل.
- التمديد والتوسيع Expanding: وتتضمن التمديدات التكرارات، مع الإضافة لمستوى أداء الطفل لزيادة مستوى التواصل الحالى للطفل.

فجزء من التلفظ يعد نموذجيا أو مشابها للتلفظ الذى يقوم به الطفل، وجزء منه إضافة كلمة أو جملة.

- التغذية الراجعة الإيجابية، والسلوكات الاجتماعية، والتقدير والتقييم: يتضمن التقدير والتقييم أو التغذية الراجعة الإيجابية اهتمام الكبير بسلوك الطفل. ومن الممكن أن يكون هذا عاما أو محددا، ويتضمن تعزيز الكبار للسلوك المرغوب. وتتضمن التغذية الراجعة الإيجابية جميع الجمل الإيجابية، وجميع الظروف غير اللفظية للتعزيز.
- طرح الأسئلة، والإمداد بالاختيارات: والسؤال هو طلب من أجل اللغة التى من الممكن أن تكون مفتوحة النهاية، أو تتطلب الإجابة بنعم أولا.
- الاستجابية Responding: تتضمن الاستجابة استجابة الكبير للأفعال التواصلية للطفل، سواء بصورة لفظية، أو غير لفظية.
- اتباع قيادة الطفل، والانتباه المترابط: ويتضمن اتباع قيادة الطفل اهتمام الكبير بالمركز الانتباهى للطفل، والإمداد بالانتباه المترابط داخل مركز انتباه الطفل.
- اتخاذ الدور Turn taking، وتأخير الوقت: يقوم الكبير بالإمداد بالفرص من أجل الانشغال الذى يمكن تحمله فى التواصل مع شخص آخر، ويتضمن ذلك اتخاذ دور الكبير والطفل.

ولأهمية استراتيجية الفلورتايم فى مجال العمل مع الأطفال ذوى اضطراب التوحد، فقد استخدم العديد من الدراسات هذه الاستراتيجية فى تنمية العديد من المهارات اللازمة لتحسين حالة هؤلاء الأطفال، وسيتم عرض بعض هذه الدراسات فيما يلى:

- دراسة بارتلز (Bartels, 2004)، والتى هدفت إلى التغلب على بعض المشكلات الانفعالية واللغوية لدى عينة من الأطفال ذوى اضطراب التوحد باستخدام برنامج قائم على نموذج DIR، أى النموذج النمائى القائم على العلاقة والفروق الفردية، وهو أحد الأساليب العلاجية الفردية، والذى يعد أساسه استراتيجية الفلورتايم، لتنمية الوظيفية الاجتماعية والانفعالية لهؤلاء الأطفال. وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية برنامج DIR فى تحسين اللغة المسموعة والمقروءة مقارنة باللغة التعبيرية لدى الأطفال عينة الدراسة، وكذلك فى تنمية القدرات الوظيفية الانفعالية.
- دراسة أولزيك (Olszyk, 2005) التى حاولت التحقق من فعالية استخدام برنامج قائم على استخدام DIR فى تنمية الجوانب الوظيفية، ومواجهة بعض أعراض التوحد لدى عينة من الأطفال ذوى اضطراب التوحد. وأوضحت نتائج الدراسة فعالية البرنامج المستخدم فى مواجهة أعراض التوحد مثل السلوك النمطى، وتنمية الوظائف الانفعالية الاجتماعية والسلوك التكيفى، وردود الأفعال الحسية.
- دراسة كانون (Cannon, 2006)، والتى هدفت إلى التحقق من فعالية استخدام الفلورتايم فى تدريب الأقران فى مرحلة ما قبل المدرسة على كيفية التعامل مع أقرانهم ذوى اضطراب التوحد، وهل من الممكن أن يطبق الأطفال ذوو النمو النموذجى فى مرحلة ما قبل المدرسة خطوات الفلورتايم مع أقرانهم ذوى اضطراب التوحد، وهل يظهر الأقران ذوو اضطراب التوحد ازديادا فى تفاعلهم التواصلى مع أقرانهم ذوى النمو النموذجى عند تطبيق خطوات الفلورتايم. توصلت نتائج هذه الدراسة إلى فعالية استخدام الفلورتايم فى تنمية المهارات

الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد، لا سيما مهارات التواصل التفاعلى.

- دراسة جونزالز (Gonzalez, 2006) الت تناولت فعالية تطبيق برنامج DIR فى تغيير السلوكيات النمطية التكرارية للأطفال ذوى اضطراب التوحد. وأوضحت نتائج الدراسة فعالية برنامج الدراسة القائم على استخدام DIR فى التقليل من السلوكيات التكرارية والنمطية للأطفال ذوى اضطراب التوحد عينة الدراسة.
- دراسة هومر– سميث (Homer- Smith, 2006) التى أكدت على استخدام الفلورتايم كأحد التدخلات العلاجية فى الحد من بعض المشكلات السلوكية لدى عينة من الأطفال ذوى اضطراب التوحد. ويقوم هذا النوع من العلاج بتكوين الخبرات التفاعلية التى تشجع وتسهل السلوكيات الاجتماعية الفعالة، وتعزز من قدرة الطفل ذى اضطراب التوحد على المشاركة فى تفاعلات مناسبة للعمر مع الكبار والأقران، وبذلك يقوم الفلورتايم بمعالجة مشكلات النمو الاجتماعى. أوضحت نتائج هذه الدراسة فعالية استخدام الفلورتايم كأحد أساليب التدخل العلاجى فى مواجهة مشكلات النمو الاجتماعى لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد عينة الدراسة.
- دراسة كانتو (Cantu, 2007) التى أكدت نتائجها فعالية البرنامج القائم على استخدام DIR فى تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة الدراسة من الأطفال ذوى ذوى اضطراب التوحد.
- دراسة هو (Ho, 2008) التى قامت باستكشاف تأثيرات نموذج العلاج DIR على الأطفال ذوى اضطراب التوحد الصغار فى أحد الفصول الصفية المتميزة. أوضحت نتائج هذه الدراسة فعالية أسلوب

العلاج DIR فى تنمية مهارات مساعدة الذات لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد.

- دراسة جريفيث (Griffith, 2008) التى هدفت التأكد من فعالية تعليم الموسيقى لطفل ذى اضطراب توحد عن طريق استخدام تدخل علاجى قائم على نظرية تعلم الموسيقى أثناء جلسات الموسيقى الرسمية، المدمجة مع استراتيجيات الفلورتايم. تكونت عينة الدراسة من طفل ذى توحد يبلغ من العمر ١٠ سنوات. أوضحت نتائج الدراسة فعالية استخدام الفلورتايم مع جلسات تعليم الموسيقى فى تحسين حالة طفل ذى اضطراب التوحد عينة الدراسة.
- دراسة كاربنتى (Carpente, 2009) التى هدفت التحقق من فعالية العلاج بالموسيقى لنوردوف– روبنز، والذى تم تصميمه فى إطار استراتيجية الفلورتايم، وذلك على أساس الدور الواضح الذى تلعبه الفروق الفردية فى النمو، والذى يركز عليه أسلوب DIR فى تناوله لحاجات الأطفال ذوى اضطراب التوحد. توصلت نتائج هذه الدراسة إلى فعالية استراتيجية الفلورتايم فى إطار برنامج العلاج بالموسيقى فى تنمية الجوانب الوظيفية الانفعالية للأطفال ذوى اضطراب التوحد، ومن هذه الجوانب التنظيم والاهتمام، وتحقيق العلاقات (التعلق)، والسلوكيات التواصلية القصدية، ونمو الإحساس بالذات، والتفكير الرمزى، والتفكير الانفعالى.
- دراسة بيلارز (Pilarz, 2009) التى هدفت تقييم فعالية استراتيجية الفلورتايم فى تحسين حالة الطفل ذى اضطراب التوحد. أوضحت نتائج هذه الدراسة فعالية الفلورتايم فى زيادة جودة التفاعل الاجتماعى

بين الوالد والطفل ذى اضطراب التوحد، وزيادة المستوى النمائى للطفل ذى اضطراب التوحد.

- دراسة موراتيدس (Muratidis, 2009) التى أوضحت فعالية استخدام العلاج بالفلورتايم فى تحسين التفاعل الاجتماعى والمستوى النمائى للأطفال ذوى اضطراب التوحد على مستوى الحد من بعض المشكلات السلوكية، وتنمية السلوكيات الاجتماعية.
- دراسة سيلفرمان (Silverman, 2009) توضيح فعالية استخدام العلاج بالفلورتايم فى تنمية السلوكيات الاجتماعية لدى طفل ذى ذى اضطراب توحد. أوضحت نتائج الدراسة فعالية الفلورتايم فى تنمية السلوكيات الاجتماعية لدى طفل ذى اضطراب توحد عينة الدراسة لا سيما تحسين اللعب الرمزى، والمعالجة الحسية، واللغة، والتفاعلات مع الأقران.
- دراسة ماسترانجيلو (Mastrangello, 2009) التى أوضحت نتائج الدراسة أن أسلوب التدخل العلاجى باستخدام الفلورتايم، والذى ركز على تعليم الوالدين استراتيجيات تحسين العلاقة التبادلية الاجتماعية والانفعالية، والتواصلية أنتج مخرجات أسرية أكثر إيجابية، ويتضمن ذلك تقوية الروابط والتفاعل، والتعاون معا كأسرة مما يعمل على تدعيم الصمود.

وتوضح الدراسات السابقة فعالية استخدام استراتيجية الفلورتايم فى تحسين حالة الأطفال ذوى اضطراب التوحد، لا سيما مواجهة أعراض التوحد، مثل السلوك النمطى، وتنمية الوظائف الانفعالية الاجتماعية، والسلوك التكيفى، وردود الأفعال الحسية، وتنمية المهارات الاجتماعية، ومهارات التواصل التفاعلى، وتنمية السلوكات الاجتماعية، ومواجهة

مشكلات النمو الاجتماعى، وتنمية مهارات مساعدة الذات، وتنمية الجوانب الوظيفية الانفعالية، ومن هذه الجوانب التنظيم، والاهتمام، وتحقيق العلاقات (التعلق)، والسلوكات التواصلية القصدية، ونمو الإحساس بالذات، والتفكير الرمزى، والتفكير الانفعالى، جودة التفاعل الاجتماعى بين الوالد والطفل، وزيادة المستوى النمائى للطفل، واللعب الرمزى، والمعالجة الحسية، واللغة، والتفاعلات مع الأقران.

فروض الدراسة:

تمت صياغة الفرضين التاليين كإجاباتين محتملتين للتساؤلين اللذين أثيرا فى مشكلة الدراسة:

- يوجد فرق دال إحصائيا بين متوسطى رتب درجات القياسين القبلى، والبعدى للأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية عينة الدراسة فى مقياس المهارات الاجتماعية، وذلك لصالح القياس البعدى.
- لا يوجد فرق دال إحصائيا بين متوسطى رتب درجات القياسين البعدى، والتتبعى للأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية عينة الدراسة فى مقياس المهارات الاجتماعية.

إجراءات الدراسة:

أولا: منهج الدراسة:

استخدمت الباحث فى هذه الدراسة المنهج شبه التجريبى متمثلا فى تصميم المجموعة الواحدة، واعتمد على التقييم القبلى، والبعدى، والتتبعى لأفراد المجموعة عينة الدراسة. وهذا المنهج ملائم لطبيعة الدراسة

الحالية، من حيث محاولتها التحقق من فعالية استخدام استراتيجية الفلورتايم فى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية.

ثانيا: أدوات الدراسة:

تم استخدم الأدوات التالية:

١- مقياس الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية: (إعداد/ الباحث)

اتبع الباحث الخطوات التالية لإعداد الصورة الأولية للمقياس:

- مراجعة الإطار النظرى، والدراسات السابقة، والتعريفات، والتعريفات الخاصة بالأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية.
- الاطلاع على المقاييس الخاصة بتشخيص الأطفال ذوى اضطراب التوحد، وذلك للاستفادة منها فى إعداد الصورة الأولية للمقياس، ومن هذه المقاييس مقياس الطفل التوحدى، إعداد/ عادل عبد الله (٢٠٠٣).
- إعداد تصور أولى للمقياس مكون من (٣٢) عبارة.

وللوصول إلى الصورة النهائية للمقياس قام الباحث بتقنين المقياس على النحو التالى:

صدق المقياس:

قام الباحث بالتحقق من صدق المقياس بعدة طرق:

١- صدق المحكمين:

لحساب صدق المحكمين قام الباحث بعرض الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من السادة المحكمين الأساتذة فى مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة، وذلك للحكم على المقياس من حيث وضوح المواقف وسلامة صياغتها، وتحديد مدى انتماء كل عبارة للهدف من المقياس. وتعديل أية عبارة تحتاج إلى تعديل، وإضافة أية عبارة مقترحة. ولقد تم الإبقاء على المواقف التى حازت على٩٠% - على الأقل- من إجماع المحكمين، ومن ثم قام الباحث بحذف ثلاثة عبارات، ليصبح العدد النهائى لعبارات المقياس (٢٩) عبارة.

قام الباحث بعد ذلك بتحديد نظام الاستجابة على بنود المقياس، من جانب الوالدين، أو القائمين بالرعاية، وكذلك مفتاح التصحيح، على النحو التالى: كل عبارة تمثل خاصية لها بديلان اختياريان للاستجابة، حيث تأخذ الاستجابة " نعم " الدالة على وجود الخاصية " درجة واحدة "، والاستجابة " لا " الدالة على عدم وجود الخاصية (صفر).

وبالتالى تكون الدرجة العظمى فى المقياس " ٢٩ "، والدرجة الصغرى " صفر ". ويعنى انطباق (٢٥ عبارة على الأقل) على الطفل أنه يقع فى فئة الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية. وهذا المقياس يقوم على تشخيص هذه العينة من الأطفال فقط.

٢- الصدق الظاهرى:

قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية بلغ قوامها ٢٠ من أولياء أمور الأطفال ذوى اضطراب التوحد (تتراوح أعمار أطفالهم المصابين بالتوحد بين ٦- ١٣ عاما)، حيث اتضحت ملاءمة التعليمات

الخاصة بالمقياس، ووضوح البنود التى يتضمنها المقياس، وسهولة فهمها. ومن ثم لم يتم حذف أى بند من بنود المقياس.

صدق المحك:

قام الباحث بتطبيق المقياس على أولياء أمور عينة التقنين، وعددها ٢٠ من أولياء أمور الأطفال ذوى اضطراب التوحد، وقام باستخدام مقياس الطفل التوحدى لعادل عبد الله (٢٠٠٢) كمحك خارجى، حيث قام الباحث بتطبيق هذا المقياس على نفس عينة التقنين، وبلغ معامل الصدق ٦٩٢,، وهو معامل صدق دال إحصائيا عند مستوى ٠١,.

ثبات المقياس:

قام الباحث بالتحقق من ثبات المقياس بعدة طرق:

١- إعادة تطبيق المقياس:

تم تطبيق المقياس على أفراد عينة التقنين وعددها ٢٠ من أولياء أمور الأطفال ذوى اضطراب التوحد (تتراوح أعمار أطفالهم المصابين بالتوحد بين ٦- ١٣ عاما)، ثم أعيد تطبيق المقياس بفاصل زمنى قدره أسبوعان بين التطبيقين الأول والثانى، وكان معامل ثبات المقياس ٠,٧٦ وهو معامل ثبات دال إحصائيا عند مستوى ٠١,.

٢- طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية باتباع الخطوات التالية:

- تطبيق المقياس على عينة التقنين وتصحيحه.
- تجزئة المقياس إلى قسمين، القسم الأول المواقف التى تحمل التسلسل الرقمى الفردى، والقسم الثانى المواقف التى تحمل التسلسل الرقمى الزوجى، وذلك لكل مفحوص على حدة.
- حساب معامل الارتباط بين درجات نصفى المقياس، فوجد أن معامل الارتباط هو ٠,٨٢ وهو دال إحصائيا عند مستوى ٠,٠١.

تم حساب معامل ثبات المقياس باستخدام معادلة سبيرمان براون، وبلغ معامل ثبات الاختبار ٠,٦٧٣. وهو معامل ثبات دال إحصائيا عند مستوى٠,٠١ مما يؤكد أن المقياس فى صورته النهائية يتمتع بمعاملات صدق وثبات مناسبة.

٢- اختبار جودارد للذكاء:

ويطلق على هذا الاختبار اسم لوحة جودارد المعدلة من لوحة سيجان. وينتمى هذا الاختبار إلى اختبارات لوحات الأشكال. وهى عبارة عن لوحات خشبية أفرغت وسطها ثقوب ذات أشكال هندسية مختلفة، وبها قطع الخشب التى تسد هذه الثقوب بالضبط. وتوضع اللوحة أمام المفحوص، ويقوم الفاحص بإخراج قطع الخشب من هذه الثقوب، ووضعها فوق بعضها بترتيب معين، ثم يطلب من المفحوص وضع كل قطعة فى مكانها بأسرع ما يمكنه (لويس مليكة، ١٩٨٠).

وهو من اختبارات الذكاء الأدائية، لأن أداء الأطفال ذوى اضطراب التوحد على اختبارات الذكاء الأدائية أفضل من أدائهم على اختبارات الذكاء اللفظية، فكثيرا ما يكون من الصعب عليهم الاستجابة على مقاييس الذكاء اللفظية. ويتكون هذا الاختبار من لوحة خشبية بها عشرة

فراغات لكل منها قطعة خشبية تناسبه، ويقوم الذى يجرى الاختبار بإخراج هذه القطع الخشبية من مكانها، ويطلب من المفحوص أن يضعها فى مكانها بأسرع ما يمكن، ويسمح للمفحوص أن يقوم بثلاث محاولات، ثم يحسب متوسط الوقت الذى يستغرقه المفحوص فى هذه المحاولات ليمثل درجته على المقياس، والتى يتم فى ضوئها تحديد نسبة ذكائه، بالرجوع إلى دليل المقياس (عادل عبد الله، ٢٠٠٢).

٣- مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال ذوى اضطراب التوحد: (إعداد/ الباحث)

اتبع الباحث الخطوات التالية لإعداد الصورة الأولية للمقياس:

أ- مراجعة الإطار النظرى، والدراسات السابقة، والتعريفات الخاصة بالمهارات الاجتماعية، وأبعادها، واستعراض بعض المقاييس السابقة التى تضمنت بنودا أو عبارات لها صلة بشكل أو بآخر بالمهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد، وذلك للاستفادة منها فى إعداد الصورة الأولية للمقياس، ومن هذه المقاييس مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال ذوى اضطراب التوحد، إعداد/ بيلينى وهوبف (Bellini & Hopf, 2007)، واستبيان التواصل الاجتماعى للأطفال ذوى اضطراب التوحد، إعداد/ شاندلر وآخرين (Chandler et al., 2009).

ب- قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية فى شكل سؤال مفتوح للاستفادة منها فى تحديد بعض أوجه القصور فى المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد، وذلك على عينة من القائمين بالتعامل مع الأطفال ذوى اضطراب التوحد مثل أولياء الأمور المترددين على المراكز والجمعيات الأهلية التى تعنى برعاية هؤلاء الأطفال،

وكذلك الاستعانة بآراء المختصين برعاية الأطفال ذوى اضطراب التوحد فى بعض المستشفيات الخاصة بالأطفال، ومراكز تأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة.

كما تمت الاستعانة بآراء بعض أطباء المخ والأعصاب الذين ترد عليهم حالات الأطفال ذوى اضطراب التوحد. وقد تضمنت الدراسة الاستطلاعية الاستفسار التالى:

"من خلال عملكم مع الطفل، وحرصكم على تحسين وتنمية قدراته، يرجى من سيادتكم إيضاح أهم أوجه القصور التى يعانى منها الأطفال فى مجال العلاقات الاجتماعية، وتصوركم لأهم الجوانب التى يجب تنميتها لدى الطفل فى هذا المجال".

وكان أهم ما أسفرت عنه الدراسة الاستطلاعية ما يلى: أن هؤلاء الأطفال يعانون من مجموعة من الصعوبات فى المجال الاجتماعى، منها صعوبة الاشتراك مع الأطفال الآخرين فى الأنشطة، وعدم الابتسام للآخرين، وصعوبة الاشتراك مع الأطفال من نفس السن، وصعوبة تفهم الدعابة من الآخرين، وصعوبة ابتداء الأنشطة مع الآخرين، وصعوبة الاستجابة لدعوة الآخرين، وصعوبة إصدار بعض الكلمات بصوت مناسب، وصعوبة الانشغال فى تفاعلات ثنائية أو جماعية مع الآخرين، وصعوبة اتباع بعض التعليمات.

فى ضوء الإطار النظرى، والدراسات السابقة، والمقاييس والأدوات سالفة الذكر، ونتائج الدراسة الاستطلاعية، تجمع لدى الباحث مجموعة من المفردات التى بلغت إحدى وستين مفردة، صاغها الباحث فى صورة مواقف تحت ثلاثة أبعاد فرعية تمثل الصورة المبدئية لمقياس المهارات

الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد، وذلك على النحو التالى:

- التبادل الاجتماعى، ويتضمن "٢١" موقفا.
- المشاركة الاجتماعية، ويتضمن "٢٣" موقفا.
- الاهتمام الاجتماعى، ويتضمن "١٧" موقفا.

وللوصول إلى الصورة النهائية للمقياس قام الباحث بتقنين المقياس على النحو التالى:

صدق المقياس:

قام الباحث بالتحقق من صدق المقياس بعدة طرق:

١- صدق المحكمين:

لحساب صدق المحكمين قام الباحث بعرض الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من السادة المحكمين الأساتذة فى مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة، وذلك للحكم على المقياس من حيث وضوح المواقف وسلامة صياغتها، وتحديد مدى انتماء كل موقف إلى البعد الخاص بها، وتعديل أية مواقف تحتاج إلى تعديل، وإضافة أية مواقف مقترحة. ولقد تم الإبقاء على المواقف التى حازت على ٩٠% - على الأقل- من إجماع المحكمين، ومن ثم قام الباحث بحذف موقف واحد ليصبح العدد النهائى لمواقف المقياس ٦٠ موقفا، وذلك على النحو التالى:

- التبادل الاجتماعى، ويتضمن " ٢١ " موقفا.
- المشاركة الاجتماعية، ويتضمن " ٢٢ " موقفا.

- الاهتمام الاجتماعى، ويتضمن " ١٧ " موقفا.

قام الباحث بعد ذلك بتحديد نظام الاستجابة على بنود المقياس، من جانب الوالدين، أو القائمين بالرعاية، وكذلك مفتاح التصحيح، على النحو التالى: كل عبارة تمثل موقفا له ثلاثة بدائل اختيارية للاستجابة، حيث تأخذ الاستجابة الدالة على المهارة الاجتماعية الكاملة "ثلاث درجات"، والاستجابة الدالة على الاقتراب من المهارة الاجتماعية "درجتين"، والاستجابة الدالة على نقص المهارة الاجتماعية "درجة واحدة".

وبالتالى تكون الدرجة العظمى فى البعد الأول (٦٣)، والثانى (٦٦)، والثالث (٥١)، وتكون الدرجة العظمى للمقياس ككل (١٨٠). أى أن الدرجة الكلية للطفل على المقياس تتراوح ما بين (٦٠) و(١٨٠). ثم قام الباحث بصياغة تعليمات تطبيق المقياس، حيث يطلب فيها من القائم بالرعاية، أو أحد الوالدين اختيار استجابة واحدة من الاستجابات الثلاث لكل موقف من المواقف، وعليه أن يضع علامة (√) أمام الاستجابة التى يشعر بأنها تنطبق على الطفل، وألا يضع أكثر من علامة على استجابات الموقف الواحد.

٢- الصدق الظاهرى:

قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية بلغ قوامها ٢٠ من أولياء أمور الأطفال ذوى اضطراب التوحد (تتراوح أعمار أطفالهم المصابين بالتوحد بين ٦- ١٣ عاما)، حيث اتضحت ملاءمة التعليمات الخاصة بالمقياس، ووضوح البنود التى يتضمنها المقياس، وسهولة فهمها. ومن ثم لم يتم حذف أى بند من بنود المقياس.

٤- صدق المحك:

قام الباحث بتطبيق المقياس على أولياء أمور عينة التقنين، وعددها ٢٠ من أولياء أمور الأطفال ذوى اضطراب التوحد، وقام باستخدام مقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال خارج المنزل لعادل عبد الله (٢٠٠٢) كمحك خارجى، حيث قام الباحث بتطبيق هذا المقياس على نفس عينة التقنين، وبلغ معامل الصدق ٠,٨٩٢ وهو معامل صدق دال إحصائيا عند مستوى ٠,٠١.

ب- ثبات المقياس:

قام الباحث بالتحقق من ثبات المقياس بعدة طرق:

١- إعادة تطبيق المقياس:

تم تطبيق المقياس على أفراد عينة التقنين وعددها ٢٠ من أولياء أمور الأطفال ذوى اضطراب التوحد (تتراوح أعمار أطفالهم المصابين بالتوحد بين ٦- ١٣ عاما)، ثم أعيد تطبيق المقياس بفاصل زمنى قدره أسبوعان بين التطبيقين الأول والثانى، وكان معامل ثبات المقياس ٠,٨٤ وهو معامل ثبات دال إحصائيا عند مستوى ٠,٠١

٢- طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية باتباع الخطوات التالية:

- تطبيق المقياس على عينة التقنين وتصحيحه.
- تجزئة المقياس إلى قسمين، القسم الأول المواقف التى تحمل التسلسل الرقمى الفردى، والقسم الثانى المواقف التى تحمل التسلسل الرقمى الزوجى، وذلك لكل مفحوص على حدة.

- حساب معامل الارتباط بين درجات نصفى المقياس، فوجد أن معامل الارتباط هو ٠,٧٦ وهو دال إحصائيا عند مستوى ٠,٠١.

تم حساب معامل ثبات المقياس باستخدام معادلة سبيرمان براون، وبتطبيق هذه المعادلة بلغ معامل ثبات الاختبار ٠,٨٧٣، وهو معامل ثبات دال إحصائيا عند مستوى٠,٠١ مما يؤكد أن المقياس فى صورته النهائية يتمتع بمعاملات صدق وثبات مناسبة.

٣- ثبات الاتساق الداخلى للمقياس:

قام الباحث بحساب الاتساق الداخلى للمقياس عن طريق:

- حساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات المقياس، والدرجة الكلية للمقياس، ويوضح الجدول التالى نتائج هذا الإجراء:

جدول (٣)

معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات مقياس المهارات الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس

التبادل الاجتماعى		المشاركة الاجتماعية		الاهتمام الاجتماعى	
رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط
١	٨٧,**	١	٧٦,**	١	٧٣,**
٢	٥٦,**	٢	٦٥,**	٢	٥٧,**
٣	٤٥,**	٣	٥٩,**	٣	٧٦,**
٤	٥٤,**	٤	٨٦,**	٤	٦٥,**
٥	٦٧,**	٥	٥٦,**	٥	٥٩,**

التبادل الاجتماعى		المشاركة الاجتماعية		الاهتمام الاجتماعى	
رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط
٦	**,٥٦	٦	**,٦٧	٦	**,٧٦
٧	**,٧١	٧	**,٦٣	٧	**,٦٦
٨	**,٦٧	٨	**,٨٤	٨	**,٥٨
٩	**,٨٢	٩	**,٦٠	٩	**,٦٧
١٠	**,٥٥	١٠	**,٦٥	١٠	**,٧٨
١١	**,٦٤	١١	**,٥٨	١١	**,٥٧
١٢	**,٤٩	١٢	**,٨٣	١٢	**,٧٥
١٣	**,٦٧	١٣	**,٥٦	١٣	**,٨٤
١٤	**,٧٢	١٤	**,٦٨	١٤	**,٤٨
١٥	**,٥٩	١٥	**,٦٥	١٥	**,٥٦
١٦	**,٧٦	١٦	**,٤٨	١٦	**,٦٩
١٧	**,٤٧	١٧	**,٥٩	١٧	**,٤٩
١٨	**,٥٧	١٨	**,٨٦		
١٩	**,٨٥	١٩	**,٥٩		
٢٠	**,٥٠	٢٠	**,٨٧		
٢١	**,٧٩	٢١	**,٦٩		
		٢٢	**,٦٤		

** مستوى الدلالة ٠,٠١.

يتضح من الجدول (٣) أن معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات مقياس المهارات الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى ٠١, مما يدل على ثبات مفردات المقياس.

- حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس، والدرجة الكلية للمقياس، ويوضح الجدول التالى نتائج هذا الإجراء:

جدول (٤)

معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس

البعد	معامل الارتباط
التبادل الاجتماعى	٦٧,**
المشاركة الاجتماعية	٧٢,**
الاهتمام الاجتماعى	٦٥,**

** مستوى الدلالة ٠١,٠.

يتضح من الجدول (٤) أن معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى ٠١, مما يدل على ثبات أبعاد المقياس.

٤- برنامج الدراسة القائم على استخدام الفلورتايم:

(إعداد/ الباحث)

يقوم برنامج الدراسة على استخدام استراتيجية الفلورتايم. ولإعداد البرنامج اتبع الباحث الخطوات التالية:

أ- تحديد جلسات البرنامج:

حيث قام الباحث بتصميم جلسات البرنامج وفقا للأسس التطبيقية لهذه الاستراتيجية، وتكونت جلسات البرنامج من ثلاثين جلسة، مقسمة

على عشرة أسابيع، بواقع ثلاث جلسات أسبوعيا. وتراوحت مدة كل جلسة بين ٣٥- ٥٠ دقيقة.

ب- تحديد أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج المصمم فى الدراسة الحالية إلى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية، وهذه المهارات هى مهارات التبادل الاجتماعى، والمشاركة الاجتماعية، والاهتمام الاجتماعى. وهى مهارات يعانى الأطفال ذوو اضطراب التوحد، ذوو الوظيفية العالية قصورا شديدا فيها.

ج- محتوى جلسات البرنامج:

يمكن توضيح الجوانب الأساسية للبرنامج فى الجدول التالى:

جدول (٥)

الجوانب الأساسية لبرنامج الدراسة

محور الجلسة	رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة
التمهيد، والمبادأة	الجلسة الأولى	التمهيد، والتعارف.	المحاضرة، المناقشة والحوار.
	الجلسة الثانية	المساعدة على ابتداء التواصل.	التحفيز اللفظى، والتلقين.
	الجلسة الثالثة	المساعدة على ابتداء التواصل.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة الرابعة	اتباع قيادة الطفل.	
	الجلسة الخامسة	اتباع قيادة الطفل.	
	الجلسة السادسة	اتباع قيادة الطفل.	
	الجلسة السابعة	توسيع نطاق اللعب.	

محور الجلسة	رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة
توسيع نطاق التفاعل	الجلسة الثامنة	توسيع نطاق التبادل الاجتماعى.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة التاسعة	توسيع نطاق التبادل الاجتماعى.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة العاشرة	توسيع نطاق المشاركة الاجتماعية.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة الحادية عشرة	توسيع نطاق المشاركة الاجتماعية.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
التدخل النشط، وتوسيع المجال	الجلسة الثانية عشرة	توسيع نطاق المشاركة الاجتماعية.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة الثالثة عشرة	التدخل النشط للباحث.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة الرابعة عشرة	التدخل النشط للباحث.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة الخامسة عشرة	استخدام اللعب لتوسيع مجال الاهتمام الاجتماعى.	
	الجلسة السادسة عشرة	استخدام اللعب لتوسيع مجال الاهتمام الاجتماعى.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة السابعة عشرة	استخدام اللعب لتوسيع مجال الاهتمام الاجتماعى.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
المشاركة، لعب الدور	الجلسة الثامنة عشرة	مشاركة الباحث فى نشاط اللعب بوضوح.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة التاسعة عشرة	لعب الدور مع الطفل.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة العشرون	لعب الدور مع الطفل.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.

محور الجلسة	رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة
	الجلسة الحادية والعشرون	تخطى العقبات.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة الثانية والعشرون	المشاركة المحدودة للوالدين.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة الثالثة والعشرون	المشاركة الفاعلة للوالدين.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة الرابعة والعشرون	خلق مواقف حل المشكلة.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة الخامسة والعشرون	خلق مواقف حل المشكلة.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة السادسة والعشرون	توسيع نطاق التواصل بين الطفل، والوالدين.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة السابعة والعشرون	توسيع نطاق التواصل بين الطفل، والوالدين.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة الثامنة والعشرون	اللعب التخيلى.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة التاسعة والعشرون	اللعب التخيلى.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.
	الجلسة الثلاثون	اللعب مع أعضاء الأسرة.	التعزيز، والنمذجة، والتغذية الراجعة، ولعب الدور.

د- تحكيم البرنامج:

تم عرض البرنامج فى صورته الأولية على مجموعة من أساتذة التربية الخاصة لتحكيمه، من حيث: الأهداف، والأهمية، وخطوات إعداد الجلسات، ومدى ملاءمة الجلسات للعينة، من حيث: المحتوى، والزمن،

والفنيات المستخدمة، والإجراءات التنفيذية، والأنشطة، والوسائل المساعدة. وقد نتج عن التحكيم قيام الباحث ببعض التعديلات التى نوه إليها بعض المحكمين.

هـ- تطبيق البرنامج:

تم تطبيق البرنامج علي الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية (المجموعة التجريبية) بأحد مراكز التخاطب للأطفال ذوى الإعاقة، وداخل منازل هؤلاء الأطفال، بمساعدة الوالدين، بمدينة القلج، بمحافظة القليوبية.

وقد استمر تنفيذ البرنامج خلال النصف الثانى من عام ٢٠١٠م، بواقع ثلاث جلسات أسبوعيا.

و- المتابعة:

بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج، تم تطبيق مقياس المهارات الاجتماعية على ثلاثة من الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية، عينة الدراسة.

ثالثا: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الحالية من ثلاثة من الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية، تراوحت أعمارهم الزمنية بين ٥- ١٠ سنوات، بمتوسط عمرى قدره ٧,٣٠، وانحراف معيارى ١,٣٥.

وحدد الباحث الأطفال ذوى اضطراب التوحد ذوى الوظيفية العالية بأنهم من ينطبق عليهم (٢٥) عبارة على الأقل من مقياس الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية، إعداد/ الباحث، ونسبة ذكائهم

تكون أعلى من ٧٠ على اختبار جودارد للذكاء، حيث تراوحت نسب ذكاء هؤلاء الأطفال على هذا الاختبار بين ٧١- ٧٤، بمتوسط قدره ٧٢.٣٣. ويوضح الجدول التالى نسب ذكاء الأطفال ذوى اضطراب التوحد عينة الدراسة:

جدول (٥)

نسب ذكاء الأطفال ذوى اضطراب التوحد

عينة الدراسة

عينة الأطفال ذوى اضطراب التوحد ذوى الوظيفية العالية	نسب الذكاء
حالة (ص)	٧١
حالة (أ)	٧٢
حالة (س)	٧٤

نتائج الدراسة، ومناقشتها:

- نتيجة الفرض الأول:

ينص الفرض الأول للدراسة على أنه "يوجد فرق دال إحصائيا بين متوسطى رتب درجات القياسين القبلى، والبعدى للأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية عينة الدراسة فى مقياس المهارات الاجتماعية، وذلك لصالح القياس البعدى".

ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام أحد الأساليب الإحصائية اللابارامترية وهو اختبار ويلكوكسون " W "، ويعرض الجدول التالى نتائج هذا الفرض:

جدول (٦)

الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلى والبعدى للأطفال ذوى اضطراب التوحد ذوى الوظيفية العالية عينة الدراسة فى مقياس المهارات الاجتماعية وأبعاده الفرعية

م	البعد	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
١	التبادل الاجتماعى	القبلى البعدى	السالبة الموجبة	٠.٠٠ ٢	٠.٠٠ ٦	-١.٦٣٣	٠.٠١
٢	المشاركة الاجتماعية	القبلى البعدى	السالبة الموجبة	٠.٠٠ ٢	٠.٠٠ ٦	-١.٦٠٤	٠.٠١
٣	الاهتمام الاجتماعى	القبلى البعدى	السالبة الموجبة	٠.٠٠ ٢	٠.٠٠ ٦	-١.٦٠٤	٠.٠١
٤	الدرجة الكلية للمقياس	القبلى البعدى	السالبة الموجبة	٠.٠٠ ٢	٠.٠٠ ٦	-١.٦٣٢	٠.٠١

يتضح من جدول (٦) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية في القياسين القبلي، والبعدي عند مستوى (٠.٠١) في أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية، والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لصالح القياس البعدي، مما يحقق صحة الفرض الأول.

- نتيجة الفرض الثانى:

ينص الفرض الثانى للدراسة على أنه "لا يوجد فرق دال إحصائيا بين متوسطى رتب درجات القياسين البعدى، والتتبعى للأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية عينة الدراسة فى مقياس المهارات الاجتماعية".

ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام أحد الأساليب الإحصائية اللابارامترية، وهو اختبار ويلكوكسون " W "، ويعرض الجدول التالى نتائج هذا الفرض:

جدول (٧)

الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين البعدى والتتبعى للأطفال ذوى اضطراب التوحد

ذوى الوظيفية العالية عينة الدراسة فى مقياس المهارات الاجتماعية وأبعاده الفرعية

م	البعد	القياس	توزيع الرتب	متوسطات الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	الدلالة
١	التبادل الاجتماعى	البعدى التتبعى	السالبة الموجبة	١.٥٠ ٢.٢٥	١.٥٠ ٤.٥٠	-.٨١٦	غير دال
٢	المشاركة الاجتماعية	البعدى التتبعى	السالبة الموجبة	٢ ١	٢ ١	-.٤٤٧	غير دال
٣	الاهتمام الاجتماعى	البعدى التتبعى	السالبة الموجبة	٢.٢٥ ١.٥٠	٤.٥٠ ١.٥٠	-.٨١٦	غير دال
٤	الدرجة الكلية للمقياس	البعدى التتبعى	السالبة الموجبة	٢.٢٥ ١.٥٠	٤.٥٠ ١.٥٠	-.٧١٩	غير دال

يتضح من جدول (٧) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية في القياسين البعدى، والتتبعى عند مستوى (٠.٠١) في أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية، والدرجة الكلية للمقياس، مما يحقق صحة الفرض الثانى.

ويمكن تلخيص نتائج الدراسة الحالية فيما يلى:

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية في القياسين القبلي، والبعدي

عند مستوى (٠.٠١) في أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية، والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لصالح القياس البعدي.

- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية في القياسين البعدى، والتتبعى عند مستوى (٠.٠١) في أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية، والدرجة الكلية للمقياس.

مناقشة نتائج الدراسة:

جاءت نتائج الدراسة الحالية مؤكدة لأهمية استخدام استراتيجية الفلورتايم فى تنمية الجوانب الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد بصورة عامة، والأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية بصورة خاصة، خاصة وأن الهدف الرئيس الذى تحققه هذه الاستراتيجية هو توسيع مجال التواصل الاجتماعى للأطفال ذوى اضطراب التوحد، وذلك انطلاقا من قدرات الطفل، وجعله القائد فى موقف اللعب، واحترام مشاعره، وانفعالاته، وعدم اقتحام النشاط الذى يقوم به، سواء من خلال الاعتراض على طريقة سير النشاط، أو إبداء عدم الاستحسان لسلوك الطفل فى موقف اللعب.

ومن ثم جاء كثير من الدراسات مؤكدا أهمية استخدام استراتيجية الفلورتايم فى توسيع دائرة التفاعل الاجتماعى لدى الطفل ذى اضطراب التوحد، وإكسابه كثيرا من المهارات الاجتماعية، وجعله عضوا فعالا بين أقرانه، وداخل المنزل، ومن هذه الدراسات دراسة بارتلز (Bartels, 2004)، ودراسة كانون (Cannon, 2006)، ودراسة جونزالز (Gonzalez, 2006)، ودراسة هومر- سميث (Homer- Smith,

2006)، ودراسة كانتو (Cantu, 2007)، ودراسة سيلفرمان (Silverman, 2009).

كما أكد كل من هارجوسولا- ويب، وهيس- روبنس (Harjusola-Webb & Hess- Robbins, 2011) على أهمية استخدام الاستراتيجيات التى تقوم على اتباع قيادة الطفل ذى اضطراب التوحد، ومن هذه الاستراتيجيات استراتيجية الفلورتايم، حيث قاما بإعداد قائمة تشتمل على التدريب على تعريفات استراتيجيات إثارة التواصل، وشرح منطقى لأسباب أهمية هذه الاستراتيجيات، وأمثلة لكيفية تطبيق هذه الاستراتيجيات مع الأطفال فى أوضاع الدمج. وتتضمن القائمة ثمانى استراتيجيات محددة، هى: ترتيب البيئة، واتباع قيادة الطفل، والتعليق وإطلاق المسميات، والتقليد والتمديد، وتأخير الوقت، والأسئلة ذات النهايات المفتوحة، وإعطاء الانتباه الإيجابى، وإتاحة الاختيارات. كما تتضمن القائمة- أيضا- نماذج التخطيط لتوجيه تطبيق التدخل بالنسبة لكل طفل مستهدف. وهدف نماذج التخطيط هو تذكير وزيادة فهم المعلمين للمستوى الحالى لوظيفية الأطفال، واهتماماتهم، وتفضيلاتهم، وأهداف التدخل. وقد تم إعطاء القائمة للمعلمين، ومن ثم كان فى استطاعتهم أن يكيفوا أنفسهم مع استراتيجيات التدخل المحددة.

وباعتبار الفلورتايم أحد الاستراتيجيات القائمة على العلاقة، فقد أوضح بعض الدراسات فاعلية هذه الاستراتيجية فى تنمية المهارات الاجتماعية، والانفعالية للأطفال ذوى اضطراب التوحد. ومن هذه الدراسات، دراسة كاسينهايزر وآخرون (Casenhiser et al., 2011)، ودراسة إنجرسول وآخرين (Ingersoll et al., 2005) التى أظهرت تزايدا واضحا فى اللغة التلقائية نتيجة استخدام برنامج استخدم بعض

الفنيات الأساسية المشتقة من العديد من النماذج النمائية الاجتماعية الواقعية، ودراسة ماهونى وبيرالز (Mahoney & Perales, 2003) التى أوضحت أن تدريب الوالدين فى تدخل قائم على العلاقات DIR أدى إلى تحسنات واضحة فى الوظيفية الاجتماعية الانفعالية لدى الأطفال ودراسة سولومون وآخرين (Solomon et al., 2007) التى أوضحت أن التدخل النمائى الفردى القائم على العلاقات (DIR) أدى إلى تحسن الوظيفية الاجتماعية الانفعالية للأطفال.

وبالرجوع الى جدول (٦) يؤكد أن نتائج الدراسة الحالية جاءت موضحة لفاعلية استراتيجية الفلورتايم فى تنمية مهارات المشاركة، والتبادل، والاهتمام الاجتماعى، وذلك لأنها انطلقت من واقع خطوات هذه الاستراتيجية التى تؤكد على: ١- اتباع قيادة الطفل Following a child's lead، حيث ينطلق المطبق للبرنامج من الفكرة البسيطة التى لدى الطفل ذى اضطراب التوحد، وجعل ذلك هو أساس الخبرة للمشاركة مع الطفل، وهو ما يشجع الطفل- فى الحقيقة- على أن يسمح لمطبق البرنامج أن يدخل إلى عالم الطفل الانفعالى. فمن خلال اهتمامات الطفل، والرغبات الطبيعية له يستطيع مطبق البرنامج أن يضع صورة عامة حول ما يمتع الطفل؛ ٢- الانضمام إلى الأطفال فى عالمهم Joining the child in their world، ومن ثم نريد- بعد ذلك- أن نسحبهم إلى عالمنا المشترك كى نعلمهم التركيز، والحضور الذهنى فى الموقف، وكيف يتواصلون بدفء حقيقى، وكيف يكون لديهم هدف، ويبادئون، وأن يتواصلوا معنا من خلال الإشارات غير اللفظية، ومن خلال الألفاظ؛ ٣- الانتقال من اتباع قيادة الطفل إلى الإتقان، فعلى سبيل المثال لمساعدة الطفل على إتقان المستوى الأول من الانتباه

المترابط، فإننا نلعب لعبة، نقوم فيها بوضع رفيق اللعب أمام الطفل، لعرقلة الطفل عن الخروج من التفاعل. وتتطلب إشارة عرقلة الطفل أن يقوم الطفل بنوع من المشاركة مع رفيق لعبه، ويتم تشجيع رفيق اللعب كى يستمر فى عرقلة الطفل، من خلال وضع عوائق أكثر، مثل أن يطلب من الطفل تذكرة، أو عربون كى يتم المرور (Hess, 2013).

ويمكن إرجاع فعالية استراتيجية الفلورتايم فى تنمية المهارات الاجتماعية لعينة الدراسة الحالية إلى أنها تطبق فى بيئة أكثر ارتباطا ببيئة الطفل الطبيعية، حيث إن هذه الاستراتيجية أقرب إلى استراتيجيات التدخل الطبيعى، والتى تعمل على تنمية المهارات الاجتماعية للطفل فى البيئة الاجتماعية التى يعيش فيها، مما يساعد الطفل على تعميم المهارات التى تعلمها، كى يكون أكثر فعالية فى حياته اليومية. ويكون ذلك ناتجا عن التركيز على الطفل، وإدخال الفرص التعليمية، والنموذج الاستجابى للتفاعل، واستخدام البيئة الطبيعية كسياق تعليمى. ومصطلح البيئة الطبيعية من ناحية ارتباطه بخدمات التدخل المبكر يعنى الاهتمام بالفرص الطبيعية من أجل التعلم، والإدخال الابتكارى للممارسات القائمة على الدليل فى البيئة الاعتيادية للطفل.

وقد تم استخدام استراتيجيات التدخل الطبيعى من أجل أوضاع التعليم المبكر القائم على الدمج، وتشتمل على الفنيات التى تناسب بشدة التفاعلات المشتركة النموذجية بين الراشدين والطفل، والذى يجعل هذه الفنيات تركز على الطفل هو حقيقة أن الطفل يتخذ دورا فعالا فى تحديد اتجاه النشاط، بينما يتبع الكبار قيادة الطفل، بدلا من توجيه التفاعل. واستخدام استراتيجيات التدخل الطبيعى تصبح امتدادا للتفاعلات

الطبيعية التى تحدث بين الطفل، والراشد أثناء الروتينات، والأنشطة اليومية (Casenhiser et al., 2011).

ومن هنا تتضح أهمية تدخلات التواصل الطبيعى فى زيادة جودة، وكمية التفاعلات بين الكبار والطفل عبر البيئات، وهذه التفاعلات تؤثر بصورة إيجابية فى تنمية مهارات الطفل، من خلال تعليم الكبار الاستراتيجيات الاستجابية والتحادثية التى يستطيعون إدخالها أثناء تفاعلهم الاجتماعى مع الطفل خلال ساعات اليوم (Harjusola-Webb & Hess- Robbins, 2011).

ومن ثم فإن حقيقة النتائج الحالية يمكن تفسيرها فى إطار أن استراتيجية الفلورتايم هى أحد التدخلات النمائية الاجتماعية الواقعية DSP (Developmental Social Paragmatic interventions)، التى تهدف إلى تعليم الأطفال المهارات الوظيفية فى سياق يتوافق – بصورة عامة – مع نمو الطفل الطبيعى، ومساعدتهم على تنمية قدرات متنوعة مرتبطة بالتواصل الاجتماعى فى سياق اجتماعى واقعى مناسب، أكثر من استهداف السلوكات فى حد ذاتها. فعلى سبيل المثال ليس المهم سلوك النظر فى عيون شخص آخر، ولكن المهم هو الهدف من القيام بذلك (رؤية أين ينظر الشخص، أو ما إذا كان ينتبه لشىء ما، أو تحديد حالة الشخص الانفعالية). ومن الناحية النظرية فإن نماذج التدخلات النمائية الاجتماعية الواقعية تركز على وظيفة القدرات النمائية بدلا من السلوكات، وتعليم هذه القدرات النمائية فى سياق ملائم من الناحية الواقعية، حيث يقوم الراشد بالاتصال بمركز اهتمام الطفل، وترتيب البيئة، وتشجيع المبادآت من جانب الطفل، والاستجابة

للمحاولات التواصلية من جانب الطفل، والتعبير الانفعالى، ومشاركة الانفعال (Casenhiser et al., 2011).

كما أن فاعلية استراتيجية الفلورتايم فى تنمية مهارات التبادل الاجتماعى، والمشاركة الاجتماعية، والاهتمام الاجتماعى لدى عينة الدراسة الحالية من الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية تنبع من إشراك الوالدين فى تطبيق بعض جلسات البرنامج بالشراكة مع الباحث، وهو ما يؤكد أهمية الشراكة الأسرية فى مجال تحسين حالة هؤلاء الأطفال. وهو ما يؤكده كيم، وفيل (Kim & Vail, 2011) من أن إشراك الأسرة، عند تقديم الخدمات التعليمية للتلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة، أمرا على قدر كبير من الأهمية، حيث نص قانون تربية وتعليم الأفراد ذوى الإعاقات Individuals With Disabilities Education Act فى إصداره الأول، والمعدل (١٩٩٧، ٢٠٠٤) على ضرورة تقوية دور الشراكة الوالدية فى العملية التعليمية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، والتأكيد على إشراك الأسرة أثناء التدخل المبكر، أكثر من التأكيد على ذلك أثناء التعليم الابتدائى، والثانوى لهؤلاء الأطفال. ويعزز هذا القانون خطة الخدمة الفردية، والأسرية Individualized and Family Service Plan (IFSP) للأطفال الذين تكون أعمارهم أقل من ٣ سنوات، حيث إن هذه الخطة تعكس أولويات الأسرة، واهتمامات الطفل.

وبالرجوع إلى جدول (٧) يؤكد عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية في القياسين البعدى، والتتبعى عند مستوى (٠.٠١) في أبعاد مقياس المهارات الاجتماعية، والدرجة الكلية للمقياس. وهذه النتيجة تؤكد

ضرورة الاستمرار فى تدريب الأطفال ذوى اضطراب التوحد لتحسين حالتهم، وإكسابهم المهارات اللازمة لتلبية احتياجاتهم الحياتية على المستوى الاجتماعى خاصة، وعدم التوقف عند مستوى معين. وهذا يؤكد ضرورة العمل مع هؤلاء الأطفال فى إطار فريق العمل، الذى يشتمل العديد من المختصين، الذين يجعلون عملية تحسين حالة هؤلاء الأطفال على جميع المستويات، جسميا، وعقليا، واجتماعيا، وانفعاليا، عملية حياتية، كما يؤكد ضرورة العمل معهم فى إطار الخطة الفردية التربوية. ومن ثم فإن اختلاف هؤلاء الأطفال عن الأطفال العاديين هو اختلاف كمى، وليس اختلافا كيفيا، فلا يجب أن يعمل أحد أعضاء فريق العمل بمعزل عن الآخر حتى تتحقق الاستفادة القصوى لهؤلاء الأطفال. ومن ثم فإن الانتظار لفترة المتابعة لقياس التحسن فى أداء هؤلاء الأطفال على مستوى معين لا يؤتى ثماره، لأنه يجب أن يسلم الطفل فى هذه الفترة لمن يكمل معه عملية تحسين قدراته.

ويمكن للباحث تحديد أهم النقاط الأساسية التى أسهمت فى فعالية البرنامج التدريبى القائم على استخدام الفلورتايم فى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد عينة الدراسة فيما يلى:

- البدء مما لدى الطفل من قدرة فى الإتيان بمهارة معينة.
- وضع الباحث مستوى قدرة الطفل فى الاعتبار عند تنفيذ جلسات البرنامج.
- إشراك الوالدين، والإخوة، والأقران فى تنفيذ بعض جلسات البرنامج.
- اتباع الباحث لقيادة الطفل، دون جعل الطفل يصعد إلى ما يريده الباحث منه.

- الانطلاق من البيئة الطبيعية للطفل، باعتبارها الحكم على مدى تقدم الطفل.
- جعل تعليم المهارة للطفل منطلقا من سياق اللعب الذى يوجد فيه الطفل.
- احترام الحالة الانفعالية للطفل، وعدم اقتحام موقف اللعب لديه.
- توسيع وتمديد المجال الاجتماعى للطفل من خلال نشاط اللعب.

توصيات الدراسة:

فى ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج، قام الباحث بصياغة التوصيات التالية:

- ضرورة تصميم البرامج التدريبية، القائمة على استراتيجيات محدد، تم إثبات فعاليتها فى إطار تحسين حالة الأطفال ذوى اضطراب التوحد، بصورة عامة، والأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية بصورة خاصة. ومن هذه الاستراتيجيات استراتيجية الفلورتايم.
- ضرورة توجيه الاهتمام إلى الاستفادة من قدرات الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية، والكشف المبكر عن هؤلاء الأطفال، كى تتم مساعدتهم على التغلب على المشكلات التى يعانون منها، خاصة فى المجال الاجتماعى.
- ضرورة إعداد الأدوات التشخيصية الملائمة للكشف عن الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية.
- ضرورة تدريب الأخصائيين النفسيين، والقائمين بتدريب الأطفال ذوى اضطراب التوحد فى المراكز، والمعاهد التى تتعامل مع هؤلاء الأطفال على استخدام الوسائل الفعالة لاكتشاف الأطفال ذوى اضطراب

التوحد، ذوى الوظيفية العالية، وتصميم البرامج التدريبية التى تساعد فى تنمية قدرات، ومهارات هؤلاء الأطفال.

- ضرورة إنشاء مراكز حكومية متخصصة للتعامل مع الأطفال ذوى اضطراب التوحد، ذوى الوظيفية العالية، وذلك للاستفادة من القدرات والمواهب التى يتمتع بها كثير من هؤلاء الأطفال.

المراجع:

- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢). الأطفال ذوى اضطراب التوحد: دراسات تشخيصية وبرامجية. القاهرة: دار الرشاد.
- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٣). مقياس الطفل التوحدى. ط٢. القاهرة: دار الرشاد.
- لويس كامل مليكة (١٩٨٠). علم النفس الإكلينيكى. ج١. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- Akshoomoff, N. (2006). Use of the mullen scales of early learning for the assessment of young children with autism spectrum disorder. Child Neuropsychology, (12), 269- 277.
- Apple, A., Billingsley, F. & Schwartz, I. (2005). Effects of video modeling alone and self-management on compliment- giving behaviors of children with high functioning ASD. Journal of Positive Behavior Interventions, 7 (1), 33- 46.
- Barry, T., Klinger, L., M. Lee, J., Palardy, N., Gilmore, T. & Bodin, D. (2003). Examining the effectiveness of an outpatient clinic–based social skills group for high-functioning children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 33 (6), 685- 701.
- Bartels, W. (2004). Implementation of the developmental, individual-differences, relationship-based (DIR) model in a preschool for children with autism spectrum disorders. PHD, Pace University.
- Bass, J. & Mulick, J. (2007). Social play skill enhancement of children with autism using peers

and siblings as therapists. Psychology in the Schools, 44 (7), 727- 735.

- **Bauminger, N. (2002). The facilitation of social- emotional understanding and social interaction in high functioning children with autism: intervention outcomes. Journal of Autism and Developmental Disorders, 32 (4), 283- 298.**
- **Bellini, S. & Hopf, A. (2007). The development of the autism social skills profile: a preliminary analysis of psychometric properties. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 22 (2), 80- 87.**
- **Bellini, S. (2006). The Development of Social Anxiety in Adolescents With Autism Spectrum Disorders. Focus On Autism And Other Developmental Disabilities, 21 (3), 138- 145.**
- **Bildt, A., Serra, M., Luteijn, E., Kraijer, D., Sytema, S. & Minderaa, R. (2005). Social skills in children with intellectual disabilities with and without autism. Journal of Intellectual Disability Research, 49 (5), 317- 328.**
- **Bolton, K. (2010). Floortime (TM) Introductory Parent Training Workshop: Identifying Appropriate Measures of Efficacy. PHD, Faculty of Graduate School of Psychology.**
- **British Columbia (2000). Teaching students with autism: a resource guide for schools. British Columbia, Ministry of Education.**
- **Bühler, E; Bachmann, C., Goyert, H., Heinzel-Gutenbrunner, M. & Kamp-Becker, I. (2011). Differential diagnosis of autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder by means of**

inhibitory control and theory of mind. Journal of autism and developmental disorders, 41(12), 1718- 1726.

- **Cannon, N. (2006). The effects of floortime on communication interaction behaviors between typically developing preschoolers and preschoolers with autism. MD, Miami University, Faculty of Miami University.**
- **Cantu, Y. (2007). Increasing Social Interaction Skills In Children With Autism Spectrum Disor-Der Through Parent Implementation Of The Developmental, Individual Differe-Nce, Relationship-Based (DIR) Program. PHD, University of Texas.**
- **Carpente, J. (2009). Contributions of Nordoff- Robbins music therapy within a developmental, individual- differences, relationship-based (DIR®)/ floortime™ framework to the treatment of children with autism: four case studies. PHD, Temple University Graduate Board.**
- **Carpenter, M., Pennington, B. & Rogers, S. (2002). Interrelations among social- cognitive skills in young children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 32 (2), 91- 106.**
- **Cash, A. (1999). A profile of gifted individuals with autism: The twice-exceptional learner. Roeper Review, 22 (1), 22- 28.**
- **Chandler, S., Charman, T. & Baird, G. (2009). Validation of the Social Communication Questionnaire in a Population Cohort of Children With Autism Spectrum Disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46 (10), 1324-1332.**

- **Chung, K., Reavis, S., Mosconi, M., Drewry, J., Matthews, T. & Tasse, M. (2007): Peer-mediated social skills training program for young children with high- functioning autism. Research in Developmental Disabilities, (28), 423–436.**
- **Coletti, K. (2011). The experiences of parents who implement a floortime intervention program for a young child with. PHD, Wright Institute Graduate School of Psychology.**
- **Crozier, S. & Tincani, M. (2005). Using modified social story to decrease disruptive behavior of achild with autism. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 20 (3), 150- 157.**
- **Darby, L. (2009). Effects of shared personality types of parents and children with high functioning autism spectrum disorders on parental stress. PHD, Texas Woman's University.**
- **Dawson, G., Toth, K., Osteling,.,; Estes, A. & Liaw, J. (2004). Early social attention impairments in autism: social orienting, joint attention & attention to distress. Developmental Psychology, 40 (2), 271- 283.**
- **Devin M., Casenhiser, D., Shanker, S. & Stieben, J. (2011). Learning through interaction in children with autism: Preliminary data from a social-communication-based intervention. Autism, 23 (3), 1- 21.**
- **DeWaay, R. (2010). Parents' Perceptions of Treatment Effectiveness in a DIR/Floortime Home Intervention. PHD, Faculty of Graduate School of Psychology.**
- **Donnelly, J. &Altman, B. (1994). The autistic savant: Recognizing and serving the gifted**

student with autism. Roeper Review, 16 (4), 252- 257.

- **Ehlers, S., Gillberg, C. &Wing, L. (1999). A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children. Journal of Autism and Developmental Disorders, 29 (2), 129- 141.**
- **Fabrizio, M. (2003). A parent's introduction to fluency. Organization for Autism Research: The Best of The Oracle: Acompilation of Articles from 2002- 2007.**
- **Freeman, B. & Dyke, M. (2006). Are the Majority of Children With Autism Mentally Retarded? Focus On Autism And Other Developmental Disabilities, 21 (2), 86- 88.**
- **Ganz, J; Bourgeois, B., Flores, M. & Campos, A. (2008). Implementing visually cued imitation training with children with autism spectrum disorders and developmental delays. Journal of Positive Behavior Interventions, 10 (1), 56- 66.**
- **Gillberg, C. (2001). Asperger syndrome and high functioning autism. Journal of Developmental and Learning DisordersV 5 (1), 81- 94.**
- **Gonzalez, J. (2006). Parent implementation of the developmental, individual difference, relationship-based (DIR) program: Changes in the repetitive behaviors of children with . PHD, University of Texas.**
- **Greenspan, S. & Weider, S. (2006). Engaging autism: Using the floortime approach to help children relate, communicate, and think. Da Capo Lifelong Books.**

- **Greenspan, S. & Wieder, S. (1999). A functional developmental approach to autism spectrum disorders. Journal of the Association for persons with severe handicaps, 24, 147- 161.**
- **Greenway, C. (2000). Autism and asperger syndrome: strategies to promote prosocial behaviours. Educational psychology in Practice, 16 (3), 469- 486.**
- **Grela, B. & McLaughlin, K. (2006). Focused Stimulation for a Child with Autism Spectrum Disorder: A Treatment Study. Journal of Autism and Developmental Disorders, 36, 753- 756.**
- **Griffith, C. (2008). Examining experiences of teaching music to a child with autism while using a music learning theory- based intervention during informal music sessions infused with DIR/ floortime strategies. MD, University of South Carolina.**
- **Hermelin, B. (2001). Bright splinters of the mind: A personal story of research with autistic savants. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.**
- **Hess, E. (2013). DIR®/Floortime™: Evidence based practice towards the treatment of autism and sensory processing disorder in children and adolescents. Int J Child Health Hum Dev, 6 (3), 55- 47.**
- **Ho, A. (2008). The effect of classroom- based DIR treatment on young children with autism: IEP goals, parents and educational professionals' sense of coherence. PHD, Alliant International University.**
- **Homer- Smith, E. (2006). Social problems and interventions in pervasive developmwntal**

disorders: A case study of floortime therapy.PHD, Sarah Lawrence College.

- **Howlin, P. (1998). Practitioner review: psychological and educational treatments for autism. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39, 307- 22.**
- **Huber, D. (2007). Clinical Presentation of autism spectrum disorder in intellectually gifted students. PHD, University of Iowa.**
- **Ingersoll, B. & Schreibman, L. (2006). Teaching Reciprocal Imitation Skills to Young Children with Autism Using a Naturalistic Behavioral Approach: Effects on Language, Pretend Play, and Joint Attention. Journal of Autism and Developmental Disorders, 36 (4), 487- 505.**
- **Ivey, M., Heflin, L. & Alberto, P. (2004). The use of social stories to promote independent behaviors in novel events for children with PDD- NOS. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 19 (3), 164- 176.**
- **Kalek, D. (2008). The effectiveness of a family- centered early intervention program for parents of children with developmental delays. PHD, Pepperdine University.**
- **Karnes, A., Besnoy, K., Shaunessy, E., Garner, A., Kelly, B., Manning, S. & Martin,C. (2004). Appropriate Practices for Screening, Identifying and Instructing Gifted/Disabled Youth. Project sponsored by The U.S. Department of Education and The University of Southern Mississippi, The Frances A. Karnes Center for Gifted Studies.**

- **Kim, E. & Vail, C. (2011). Improving Preservice Teachers' Perspectives on Family Involvement in Teaching Children With Special Needs: Guest Speaker Versus Video. Teacher Education and Special Education, 34(4) 320–338.**
- **Kutler, S., Myles, B. & Carlson, J. (1998). The use of social stories to reduce precursors to tantrum behavior in a student with autism. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 13 (3), 176-182.**
- **Laushy, K. (2002). Using a concept mastery routine to teach social skills to elementary children with high functioning autism in order to facilitate acceptance. PHD, Georgia State University.**
- **Leaf, J., Taubman, M., Bloomfield, S., Palos-Rafuse, L., Leaf, R., McEachin, J. & Oppenheim, M. (2009). Increasing social skills and pro-social behavior for three children diagnosed with autism through the use of a teaching package. Research in Autism Spectrum Disorders, 3, 275–289.**
- **Lind, S., & Bowler, D. (2010). Impaired Performance on See-Know Tasks Amongst Children with Autism: Evidence of Specific Difficulties with Theory of Mind or Domain-General Task Factors? Journal of Autism and Developmental Disorders, 40 (4), 479-484.**
- **Macintosh, K. & Dissanayake, C. (2006). Social Skills and Problem Behaviours in School Aged Children with High- Functioning Autism and Asperger's Disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders, 36, 1065- 1076.**

- **Mahoney, G. & Perales, F. (2003). Using relationship-focused intervention to enhance the social-emotional functioning of young children with autism spectrum disorders. TECSE, 23 (2), 74- 86.**
- **Mastrangelo, S. (2009). Outcomes for families of children with autism spectrum disorder involved in early intervention. PHD, York University.**
- **Mottron, L., Belleville, S., Stip, E. & Morasse, K. (1998). Atypical Memory Performance in an Autistic Savant. Memory, 6 (6), 593- 607.**
- **Muratidis, H. (2009). Developmental progress of children with pervasive developmental disorder and/ or sensory processing disorder enrolled in a DIR/ floortime therapy group. PHD, Faculty of the Adler School of Professional Psychology.**
- **Murdock, L., Cost, H. & Tieso, C. (2007). Measurment of social communication skills of children with autism spectrum disorders during interactions with typical peers. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 22 (3), 160- 172.**
- **National Education Association (2006). The puzzle of autism. Washington, NEA Professional.**
- **Owen, J., Carr, E., Cale, S. & Smith, A. (2008). Promoting social interactions between students with autism and their peers in inclusive school settings. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 23 (1), 15- 28.**
- **Owens, G., Granader, Y., Humphrey, A. & Baron-Cohen. S. (2008). LEGO- Therapy and the Social Use of Language Programme: An Evaluation of Two Social Skills**

Interventions for Children with High Functioning Autism and Asperger Syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders, V 38, 1944–1957.

- **Parsons, L. (2006). Using video to teach social skills to secondary students with autism. Teaching Exceptional Children, 39 (2), 32- 38.**
- **Parsons, S. & Mitchell, P. (2002). The potential of virtual reality in social skills training for people with autistic spectrum disorders. Journal of Intellectual Disability Research, 46 (5), 430- 443.**
- **Pelphrey, K. & Perlman, S. (2008). Charting brain mechanisms for the development of social cognition. Cambridge, England, University Press.**
- **Piggot, J., Known, H., Mobbs, D., Blasey, C., Lotspeigh, L., Menon, V., Bookheimer, S. & Reiss, A. (2004). Emotional attribution in high functioning individuals with autistic spectrum disorders: A functional imaging study. Child Adolesc Psychiatry, 43 (4), 473- 480.**
- **Pilarz, K. (2009). Evaluation of the efficacy of a seven week public school curriculum based DIR/floortime parent training program for parents of children on the autism spectrum. PHD, Temple University Graduate Board.**
- **Portman, E. (2006). A Social competence intervention program for children with high functioning autism and asperger syndrome: A qualitative study. PHD, University of Texas at Austin.**
- **Quilty, K. (2007). Teaching paraprofessionals how to write and implement social stories for**

students with autism spectrum disorders. Remedial and Special Education, 28 (3), 182- 189.

- **Reavis, S. (2003). Social orienting as a construct underlying joint attention and imitation skills dificits in preschool children with autism. MD, University of North Carolina.**
- **Ritvo, E. & Ritvo, R. (2006). Are the Majority of Children With Autism Mentally Retarded? Focus On Autism And Other Developmental Disabilities, 21 (2), 84-85.**
- **Rodriguez, M. (2000). Cognitive aspects of high functioning autism: A case study. PHD, Carlos Albizu University.**
- **Ruble, L. (2001). Analysis of social interactions as goal-directed behaviors in children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 31 (5), 471-482.**
- **Scattone, D., Tingstrom, D. & Wilczynski, S. (2006). Increasing appropriate social interactions of children with autism spectrum disorders using social stories. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 21 (4), 211-222.**
- **Scheuffgen, K., Happé, F., Anderson, M. & Firth, U. (2000). High intelligence, low IQ Speed of processing and measured IQ in children with autism. Development and Psychology, 12, 83-90.**
- **Siklos, S. & Kerns, K. (2006). Assessing Need for Social Support in Parents of Children with Autism and Down Syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders, 36, 921- 933.**

- **Silverman, J. (2009). Autism in middle childhood: A case study of the floortime method. MD, Sarah Lawrence College.**
- **Slavin, J. (2009). Effects of a Visual Learning Social Skills Intervention on Youths with High-Functioning Autism Spectrum Disorders. PHD, Hofstra University.**
- **Smith, C. (2001). Using social stories to enhance behavior in children with autistic spectrum difficulties. Educational psychology in Practice, 17 (4), 337- 345.**
- **Solomon, R., Necheles, J., Ferch, C. &Bruckman, D. (2007). Pilot Study of a parent training program for young children with autism: The P.L.A.Y. Project Home Consultation Program. Autism, 11(3), 205-224.**
- **Spencer, V., Simpson,., Day, M. & Buster, E. (2008). Using power card strategy to teach social skills to a child with autism. Teaching Exceptional Children Plus, 5 (1), 1- 9.**
- **Steedly, K., Schwartz, A., Levin, M. & Luke, S. (2008). Social skills and academic achievement. Evidence for Education, 3 (2), 1- 8.**
- **Steele, S., Joseph, R. & Tager-Flusberg, H. (2003). Brief Report: Developmental Change in Theory of Mind Abilities in Children with Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 33(4): 461-467.**
- **Tsao, L. & Odom, S. (2006). Sibling-Mediated Social Interaction Intervention for Young Children With Autism. TECSE, 26 (2), 106- 123.**
- **Vickerstaff, S., Heriot, s., Wong, M., Lopes, A. & Dossetor, D. (2007). Intellectual ability, self-perceived social competence, and**

depressive symptomatology in children with high-functioning autistic spectrum disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37, 1647– 1664.

- **Weiss, M. (2007). Social skills: an elusive target. Organization for Autism Research: The Best of The Oracle: Acompilation of Articles from 2002- 2007.**
- **Williams, D., Goldstein, G., Kojkowski, N. & Minshew, N. (2008). Do individuals with high functioning autism have the IQ profile associated with nonverbal learning disability? Research in Autism Spectrum Disorders, (2), 353–361.**
- **Winner, M. (2002). Assessment of social skills for students with asperger syndrome and high functioning autism. Assessment for Effective Intervention, 27, 73- 80.**
- **Yirmiya, N., Sigman, M., Kasari, C. & Mundy, P. (1999). cognition and Empathy in high functioning children with autism. Child Development, 63, 150- 160.**