

العنوان:	فاعلية برنامج علاجي تكاملي في تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي طيف الذاتوية
المصدر:	المجلة العلمية لكلية التربية
الناشر:	جامعة الوادي الجديد - كلية التربية
المؤلف الرئيسي:	البحيري، عبدالرقيب أحمد إبراهيم
مؤلفين آخرين:	سيد، دعاء محمد محمد، الحديبي، مصطفى عبدالمحسن عبدالنور (م. مشارك)
المجلد/العدد:	ع17
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2015
الشهر:	فبراير
الصفحات:	260 - 334
رقم MD:	1160551
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	العلاج النفسي، ذوو الاحتياجات الخاصة، اضطراب طيف التوحد
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/1160551



كلية التربية بالوادي الجديد
المجلة العلمية

فاعلية برنامج علاجي تكاملي في تنمية مهارات الانتباه المشارك لدى الأطفال ذوي طيف الذاتوية

إعداد

د. مصطفى عبد المحسن الحديبي
مدرس الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة أسيوط

أ. د. عبد الرقيب أحمد البحيري
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة أسيوط

دعاء محمد محمد سيد
باحثة ماجستير صحة نفسية
كلية التربية - جامعة أسيوط

العدد السابع عشر - فبراير ٢٠١٥

الملخص :

هدفت الدراسة الحالية الكشف عن الفروق في مهارات الانتباه المشترك للأطفال الذاتويين طبقاً للنوع (ذكور وأناث) ، وبإختلاف العمر والتعرف على فاعلية برنامج العلاج التكاملي لأطفال طيف الذاتوية في تنمية الانتباه المشترك لأطفال طيف الذاتوية ، والتعرف على استمرارية فاعلية برنامج العلاج التكاملي في تنمية الانتباه المشترك لأطفال طيف الذاتوية ، وبلغ عدد أفراد الدراسة ٦ أفراد ذوى اضطراب الذاتوية . تراوحت أعمارهم ما قبل العشر سنوات وما بعد العشر سنوات ، وتم اختيارهم ممن حصلوا على ٧٥ درجة فأكثر على مقياس مقياس الطفل التوحدي ، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الطفل التوحدي ، مقياس جواررد للذكاء ، مقياس الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوى طيف الذاتوية ، برنامج إرشادي تكاملي للتنمية مهارات الإنتباه المشترك للطفل ذوى طيف الذاتوية ، وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية استخدام برنامج إرشادي تكاملي للتنمية مهارات الإنتباه المشترك للطفل ذوى طيف الذاتوية ، واستمرار تلك الفاعلية خلال فترة المتابعة ، وقد تم تفسير النتائج في ضوء الأدبيات النظرية لاضطراب طيف الذاتوية ، الانتباه المشترك ،العلاج التكامل ، والدراسات ذات الصلة .

الكلمات المفتاحية : اضطراب طيف الذاتوية ، الانتباه المشترك ، العلاج التكامل .

أولاً: مقدمة الدراسة

تزايد في الآونة الأخيرة الاهتمام بالاضطرابات النمائية للأطفال ؛ لكونها تؤثر على ارتقائهم ، ومن ثم على مستقبلهم في الحياة ، ويعد اضطراب الذاتوية Autism أبرز هذه الاضطرابات النمائية ، ويحتاج الطفل المصاب باضطراب الذاتوية إلى رعاية وتعليم وتنمية قدراته ومهاراته لكونه من أكثر الاضطرابات صعوبة وشدة ، من حيث تأثيره على سلوك الطفل الذي يعاني منه ، بالإضافة إلى عوق قدراته بصفة حادة وخاصة في مجالات اللغة والعلاقات الاجتماعية والتواصل ، ويعد نقص الانتباه المشترك Joint Attention (JA) من أهم مجالات القصور عند الأطفال الذاتويين .

ويُعرف الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع المعدل DSM-IV-TR (APA, 2000) (*) اضطراب طيف الذاتوية أنه اضطراب يتضمن العجز في ثلاث خصائص رئيسية تتمثل في التراجع النوعي في التفاعل المتبادل، التراجع النوعي في التواصل ، والسلوكيات النمطية التكرارية ، أو الاهتمامات والأنشطة التكرارية .

في حين يعرف الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس DSM-5 (APA , 2013) اضطراب طيف الذاتوية بأنه اضطراب نمائي شديد التعقيد يظهر في قصور التفاعل الإجتماعي وتأخر في بداية التواصل واللغة وظهور السلوكيات النمطية والتكرارية ، (APA , 2013) ، وأُعيد مُصطلح اضطراب طيف الذاتوية (ASDs) في آخر تنقيح للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة DSM-5 (APA , 2013) مصطلح شامل يُطلق على فئة واسعة من الاضطرابات يتضمن اضطراب الذاتوية (AD) اضطراب النمائي المنتشر لم يحدد في موضع آخر PDD-NOS ، اضطراب أسبرجر AS ، ولكن يختلف سن البدء

(*) يتم التوثيق في هذه الدراسة كالتالي : (اسم الباحث أو الكاتب ، السنة ، ورقم الصفحة أو الصفحات) وتفصيل كل مرجع مبنية في قائمة المراجع .

بالاضطراب كما يختلف شدة أعراض الاضطراب، وقد تم دمج تنظيم ثالوث الأعراض إلى ثنائي الأعراض : صعوبات في التواصل الإجتماعي والتفاعل الإجتماعي والأنشطة ، أو الإهتمامات والسلوكيات المقيدة التكرارية .

ويعد الكثير من الباحثين الصعوبات في الانتباه المشترك مؤشراً مبكراً لاضطراب الذاتوية في الطفولة ، لاعتبار هذه الصعوبات سبباً لصعوبات اللغة و اللعب ، والنمو الإجتماعي في هذه الفئة ، والتي على الرغم من أن العديد من الباحثين أشار إلى أهمية صعوبات الانتباه المشترك في نمو الأطفال الذاتويين و نادوا بضرورة وجود إستراتيجيات التدخل ، إلا أن هناك دراسات قليلة تسهدفت الانتباه المشترك (Whalen & Schreibman , 2003).

وهذا بالإضافة إلى ما يتميز به اضطراب طيف الذاتوية كاضطراب نمائي والتي من أبرزها الصعوبات المتعددة التي تتباين في كمها وكيفها من طفل لآخر، إلا أن هناك إتفاقاً على أن جوانب الإعاقة تشمل ما يلي من عجز وقصور في الانتباه وخاصة الانتباه المشترك Joint Attention، واضطراب التواصل ، واضطرابات التفاعل الاجتماعي ، وقصور في اللغة ، والسلوكيات النمطية التكرارية (Naber et al., 2008) .

يتضح مما سبق أن نقص مهارات الانتباه المشترك من أهم الجوانب التي تتميز الأطفال الذاتويين عن غيرهم من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، حيث توضح نتائج دراسة (Peter & Willam 2010) بأن الانتباه المشترك يتكون من مكونين رئيسيين ، هما : (١) الإستجابة للانتباه المشترك: (RJA) Responding to Joint Attention ، وتعنى إستجابة الطفل لمحاولات الآخر لجذب انتباهه، ويتم ذلك من خلال (التفات الرأس-تحويل أو توجيه النظر-القدرة على قراءة إتجاه العين) .

(٢) المبادرة بالانتباه المشترك: (IJA) Initiating Joint Attention والتي تتكون في المبادرة من قبل الطفل بجذب انتباه الآخر أي البدء بالتفاعل الاجتماعي مع شخص آخر، ويتم ذلك من خلال (الإشارة- الإتصال بالعين- التعليق- تحول النظر) .

ويعزى قصور عمليات الانتباه لدى الأطفال الذاتويين الى القصور في الانتباه البصري (Goldstein et al., 2001) ، والذي يرجع إلى القصور بين القنوات السمعية وبين الخواص البصرية ، ويتسق ذلك مع نتائج دراسة (Cassnova et al., 2007) بأن الأطفال الذاتويين لا ينتبهون إلى الوجوه البشرية ، وما أوضحتها نتائج دراسة (Osterling&Dawson 1994) بأن الأطفال الذاتويين لديهم عجز دال في تفسير المعاني والدلالات الاجتماعية من خلال لغة العيون ويعانون العجز في عمليات التجهيز الحسي ، وتنظيم المدخلات الحسية ، ولديهم صعوبات في الانتباه للمدخلات البصرية ، والسمعية.

وتتعدد الاتجاهات العلاجية التي تهتم بعلاج ومساندة هذا الطفل للوصول إلى أحسن وضع ممكن بالنسبة للطفل وفقاً لإمكانياته وبالنسبة لأسرته لتخفف عنها حدة الضغوط الواقعة عليها من الصعوبة المعنوية والمادية في تربية هذا الطفل الذي يعد إحدى الحالات الخاصة التي تحتاج لرعاية خاصة ، وأيضاً لتقديم المساندة لها لتكون ركناً أساسياً في الوقوف بطفلها على الطريق السليم للعلاج ، وهذه الإتجاهات العلاجية تعتمد على مجموعة من النظريات العلاجية منها: العلاج السلوكي ، العلاج بالفن ، العلاج بالموسيقى ، العلاج باللعب ، العلاج اللغوي ، العلاج بالتكامل الحسي (إبراهيم محمود بدر ، ٢٠٠٤ ، ١٠٦) .

ومع تطور البرامج العلاجية ونموها وإختلاف نظرياتها ، انتقل الإهتمام إلى التركيز على البرامج العلاجية التكاملية من خلال التعامل مع الاضطرابات النفسية والبيولوجية والسلوكية ، بدلاً من الإعتماد على نظرية علاجية واحدة قد تحقق أو تخفق في تحقيق الهدف المنشود ؛ في حين أن البرامج العلاجية التكاملية تتميز بأنها تتنقى أفضل الفنيات العلاجية من الإتجاهات العلاجية المختلفة وذلك تبعاً لحالة العميل وحاجته للعلاج ، ونوع المريض كبيراً أم صغيراً ، عادي أو ذوي احتياجات خاصة ، وكذلك تبعاً لشدة الاضطراب.

ويعد العلاج التكاملي نوعاً من العلاج - بدأ في عام ١٩٥٠م على يد فريدريك ثورن - القائم على الانتقاء من مختلف النظريات ؛ حيث يؤكد هذا الإتجاه العلاجي على عدم الإهتمام بنظرية واحدة بل على المعالج الإعتماد على أكثر من نظرية في تعامله مع الاضطرابات المختلفة وتلك النظرية تؤكد على مرونة العلاج النفسى ومرونة المعالجة، وهدف العلاج التكاملي الوصول لأعلى مستوى من تحقيق الذات (صالح الدهرى، ٢٠٠٥، ٩٩).

ويهدف العلاج التكاملي إلى التكامل بين النظريات العلاجية المختلفة سواء على مستوى التنظير أو مستوى انتقاء الفنيات العلاجية ، أو مستوى العوامل المشتركة بين النظريات المختلفة ، وهو بصورة عامة يعد منحى علاجي لا يتقيد ولا يلتزم بنظرية علاجية محددة أثناء العملية العلاجية ، بل يتجاوز حدود النظرية الواحدة مستفيداً من إسهامات النظريات العلاجية المختلفة من خلال دمجها في نموذج علاجي تكاملي شرط أن يكون هناك إنسجام وتناسق وعدم تناقض بين ما يختاره هذا النموذج التكاملي من نظريات أو فنيات مختلفة (بكر فرج نمر، ٢٠٠٨، ١٤).

وتشير هلا السعيد (٢٠٠٩ ، ١٠٣) إلى أن الإتجاهات العلاجية للأطفال الذاتويين كثيرة ومتعددة ، إلا أنه لا توجد طريقة علاج مؤكدة وناجحة مع كل الأشخاص المصابين باضطراب الذاتوية ، لذا فإنه من المفيد إستخدام أجزاء من طرق العلاج المختلفة لعلاج الطفل الواحد ، كما لا يجب إغفال دور الوالدين والمعلمين وضرورة تدريبهما للمساعدة في البرنامج العلاجي ، ويتسق ذلك مع ما تُفِيده نتائج دراسة Stahmer et al., (2005) بفعالية استخدام مجموعة من الإستراتيجيات العلاجية لتعليم الأطفال الذاتويين ، كما تخلص نتائج دراسات ، وما خلصت عنه نتائج عدد من الدراسات كدراسة Schreiberman (2000) ، ودراسة Iovannone et al., (2003) ، ودراسة Rogers & Vismara (2008) بأن الجمع بين الفنيات العلاجية أنسب وسيلة للتدخلات العلاجية مع هذه الفئة من الصعوبات النمائية .

والمستقرى لما سبق يتضح له أن اضطراب الانتباه المشترك من الاضطرابات الأساسية لدى الأطفال الذاتيين ، ونظراً لتعدد الإتجاهات العلاجية للأطفال الذاتيين ، والتي تظهر أهمية استخدام العلاج التكاملي مع هؤلاء الأطفال ، وهذا ما حدا بالباحثين بالدراسة الحالية إلى تقديم برنامج قائم على فنيات العلاج التكاملي فى تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتيين ، وهذا ما قد يتضح ويتبلور في مشكلة الدراسة .

ثانياً : مشكلة الدراسة

من خلال استقراء الباحثين بمجال ذوي الاحتياجات الخاصة ، وبالأخص الأطفال الذاتيين ، لاحظوا أن الأطفال الذاتيين لا يستطيعون تطوير مهارات الانتباه المشترك Joint Attention Skills بنفس الطريقة التي يشارك فيها الأطفال العاديين الانتباه مع الآخرين، وهذه المشكلة المبكرة مرتبطة بالمشكلة الكبرى لهؤلاء الأطفال التي تبدو فى التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين ويؤثر على تطور المهارات اللغوية .

هذا بالإضافة إلى ما أشارت إليه وفاء الشامى (٢٠٠٤، ٢٠٩-٢٨٩) بأن نقص مهارات الانتباه المشترك من الأبعاد الرئيسة في تشخيص الأطفال الذاتيين، ويعانى الأطفال الذاتيين من اضطراب فى الانتباه ، وما يبدو سليماً لديهم هو تمكنهم من إدامة انتباههم لفترات طويلة للأشياء التي تهمهم ، إلا أنهم يواجهون مصاعب فى أشكال الانتباه الأخرى ، وأولى هذه المصاعب هى صعوبة التوجه نحو الأشخاص أو الأشياء ، وتكون مدة انتباه الأطفال الذاتيين أقل مقارنة بالعاديين إلا أنه يمكنهم إطالة مدة انتباههم تجاه الأشياء التي يفضلونها لفترات زمنية طويلة ، وتكون فترات انتباههم أكبر للمثيرات البصرية أفضل من السمعية .

ويتسق ذلك مع ما أكده (Karen et al., 2006) بأن مهارات الانتباه المشترك تعد أساس لنمو المهارات اللغوية والاجتماعية ومهارات اللعب لدى الأطفال الذاتيين، وما أشارت إليه نتائج دراسة (Michelle et al., 2007) بأن الانتباه المشترك يعد من المهارات الأساسية التي يتم من خلالها بناء تنسيق اجتماعي مع الآخرين، حيث تتم مشاركة الخبرات مع الآخرين، وأن تلف الإستجابة للانتباه المشترك Response to

Joint Attention عند الطفل الذاتوي يسبب له فقدان فرص التفاعل والتعلم الاجتماعي، وأيضاً يؤجل فرص التفاعل الاجتماعي المبكر، وتشير الدراسات المبكرة إلى وعى الأطفال الرضع بقبول الآخرين .

ولذلك يُمثل الانتباه المشترك معلماً رئيسياً في نمو الطفل (Charman , 2003) ، حيث إن القصور في الانتباه المشترك لدى الطفل الذاتوي يعرقل نمو وتطور نظرية العقل (Charman, 2000) ، وهذا ما أكدته نتائج دراسة Lewy & Dawson (1992) بأن الأطفال الذاتويين لديهم ضعف في عملية الانتباه المشترك ، وأنه من أهم العوامل التي تسبب ضعف في عملية اكتساب اللغة ، التي تنعكس على عملية التفاعل الاجتماعي لديهم .

ويتسق ذلك مع ما أوضحتها نتائج دراسة (Leekam et al., 2000) بأن كل جوانب الانتباه المشترك تكون معوقة لدى الأطفال الذاتويين وهناك قصور محدد بين كل من الطفل والراشد، وبين الطفل والراشد والموضوع في الانتباه المشترك بين الأطفال الذاتويين تقريباً في عمر أربع سنوات حيث يعتمد الذاتويين على حضور الموضوعات في مجالهم البصري لتوجيه انتباههم بدلاً من التلميحات الاجتماعية من الراشدين .

لذلك فإن تنمية مهارات الانتباه المشترك كأحد مهارات التواصل غير اللفظي ضرورية لإكتساب الطفل مهارات التواصل اللغوي (لينا عمر بن صديق ، ٢٠٠٥ ، ٤) ، ويعد العلاج السلوكي من أكثر أنواع العلاجات استخداماً مع الأطفال الذاتويين ، وقد أوضحت الكثير من الدراسات أهمية البرامج العلاج السلوكي في تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين (Christina & Laura , 2003) ، ويتسق ذلك مع ما أسفرت عنه نتائج دراستي (Weiss & Harris (2001) ، و Whalen & Schreibman (2003) بفعالية استخدام العلاج السلوكي في تنمية الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين .

كما توصلت نتائج عدد من الدراسات إلى أهمية اللعب في تعليم الطفل الذاتوي ، وتنمية مهاراته المختلفة بما يناسب حالة الطفل، كما أشارت الدراسات إلى أن العلاج

باللعب يؤدي إلى تحسن في المهارات الاجتماعية والتواصلية ، وتنمية الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين (Baker , 2000 , Zerchere et al ., 2001) ؛ محمد أحمد خطاب ، ٢٠٠٤) .

ويُوفر استخدام الفن كوسيلة علاجية للتعامل مع أنماط متنوعة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تنوعاً من الخبرات التي تؤدي إلى تحسن في المهارات المختلفة لديهم، وزيادة وعي الأطفال بأنفسهم وإحساسهم بذاتهم ، الذي تتعكس على تنمية مهاراتهم المختلفة سواء تواصلية أو اجتماعية، أي أن العلاج بالفن سوف يظل تدخلاً ناجحاً قائماً على النشاط مع الأطفال الذاتويين ليُشجعهم على النمو (Melinda & Emery , 2004) ، ويتسق ذلك مع ما أشارت إليه نتائج دراسة (Evans & Dubowski 2001) بأن استخدام العلاج بالفن مع الأطفال الذاتويين يوفر فرصة لوجود أرضية مشتركة بين الطفل الذاتوي والمعالج أو المعلمة، حيث إن الفن يكون مستقلاً عن الاتصالات اللفظية، ولكنه يهتم بالاتصالات الأدائية والتفاعلات القائمة على الإشارة، الإيماءات ، الاستجابات .

ويمثل العلاج بالموسيقى مدخلاً تدريبياً علاجياً في سبيل الحد من الكثير من الآثار السلبية المترتبة على اضطراب الذاتوية، وأيضاً يساعد العلاج بالموسيقى في جذب انتباه الطفل وزيادة مستوى الانتباه المشترك عنده أي يمكن إستخدامه كبرامج تنموية، ويستخدم العلاج بالموسيقى في برامج التدخل المبكر لتنمية مهارات الطفل الذاتوي التفاعلات الاجتماعية والتواصل اللغوي (Yeaw, 2001) ، ويتسق ذلك مع ما أوضحته نتائج عدد من الدراسات ذات الصلة بتأثير التدخل بالموسيقى على تنمية الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين؛ عادل عبد الله ، وشريف علي حمدي).

والمستقرى لما سبق يتضح له وجود طرق عدة ومختلفة لتأهيل ورعاية ذوي طيف الذاتوية ، ويؤكد ذلك ما أوضحته لنا عمر بن صديق (٢٠٠٥) بأنه يجب التأكيد على أنه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأطفال الذاتويين ، كما أنه يمكن استخدام بعض من طرق العلاج المختلفة لعلاج الطفل الواحد ، وما أوصت به نتائج عدد من الدراسات ذات الصلة كدراسة (kown 1999) ، ودراسة Mayers

(2004) ، بأنه يجب الإفادة من جميع الأطر النظرية العلاجية بفنيتها المختلفة ، وبشكل يسمح للمعالجين الانتقاء بحرية الفنيات المناسبة ودمجها في نماذج تكاملية متناسقة معاً لتتناسب مع طبيعة الاضطراب النفسي وطبيعة العينة .

ويتسق ذلك مع ما أوضحته نتائج دراسة Dawson et al., (2010) بأن استخدام طريقة علاجية واحدة قد تتجاهل جوانب مهمة ، اجتماعية ، عاطفية ، تواصلية ، كما إن الدراسات المبكرة تؤكد على إن الجمع بين الأساليب العلاجية وسيلة واعدة للمواصلة ومتابعة الأطفال الذاتويين ، وتوافقاً مع ذلك فقد أشارت نتائج عدد من الدراسات ذات الصلة بأن العلاج التكاملي من أفضل الممارسات العلاجية لعلاج أطفال الذاتوية ؛ كونه يعتمد على استخدام مزيج من الفنيات العلاجية على أساس احتياجات الطفل ، حيث إن البرامج جيدة التصميم قائمة على استخدام مجموعة من الفنيات العلاجية أفادت بنتائج علاجية جيدة (Rogers & Dawson, 2009)

ويتضح مما سبق أن نقص الانتباه المشترك من الأعراض المميزة لدى أطفال الذاتوية ، وله تأثيرات متعددة على معظم جوانب نمو الطفل ، كما توجد عدة طرق علاجية تستخدم في علاجه ، مع التأكيد على أهمية استخدام العلاج التكاملي في خفض اضطراب الانتباه المشترك وتنمية مهاراته لدى الأطفال الذاتويين ، ومن هنا جاءت فكرة الدراسة الحالية ببناء وتنفيذ برنامج علاجي للأطفال الذاتويين قائم على النظرية الانتقائية التكاملية التي تعتمد على استخدام المعالج للفنيات وأساليب علاجية في شكل منظومة ذات طابع متسق ومترايط لتتناسب مع خصائص الأطفال ونوعية المشكلة ودرجتها، بعيد عن التمسك بنظرية علاجية واحدة قد لا تحقق فنيتها الأثر الذي يجعل من العلاج فعالاً في تناول الاضطراب .

ولقد دعمت ندرة الدراسات ذات الصلة حول فعالية العلاج التكاملي في تنمية مهارات الانتباه المشترك للأطفال الذاتويين و في صياغة التساؤل الخاص بالنسبة لهذه الدراسة الحالية والذي ينص على : " ما فاعلية برنامج قائم على فنيات العلاج التكاملي

- في تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين ؟ " ويتفرع عن هذا التساؤل الرئيس مجموعة من التساؤلات الفرعية التالية :
- 1- ما الفرق بين بين متوسطات درجات الأطفال الذاتويين في نقص الانتباه المشترك طبقاً للنوع (ذكور-إناث) ، وباختلاف العمر؟
 - 2- ما فاعلية برنامج العلاج التكاملي في تنمية الانتباه المشترك لأطفال طيف الذاتوية ؟
 - 3- ما استمرارية فاعلية برنامج العلاج التكاملي في تنمية الانتباه المشترك لأطفال طيف الذاتوية ؟

ثانياً : أهداف الدراسة

- تمثل الهدف الرئيس للدراسة الحالية في تعرف : " فاعلية برنامج قائم على فنيات العلاج التكاملي في تنمية مهارات الانتباه المشترك للأطفال الذاتويين " ، وينبثق عن هذا الهدف الرئيس عدة أهداف فرعية ، وهي :
- 1- الكشف عن الفروق في نقص مهارات الانتباه المشترك للأطفال الذاتويين طبقاً للنوع (ذكور وإناث) ، باختلاف العمر .
 - 2- التعرف على فاعلية برنامج العلاج التكاملي لأطفال طيف الذاتوية في تنمية الانتباه المشترك لأطفال طيف الذاتوية ؟
 - 3- التعرف على استمرارية فاعلية برنامج العلاج التكاملي في تنمية الانتباه المشترك لأطفال طيف الذاتوية ؟

رابعاً : أهمية الدراسة

تتضح أهمية الدراسة الحالية من خلال ما يلي :

1- الأهمية النظرية :

- أ- تهتم الدراسة الحالية بالتعرف على مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين والتمييز بينها طبقاً لاختلاف الجنس ، العمر ؛ حيث توجد ندرة في الدراسات العربية

في ضوء ماتم اطلاع الباحثة عليه التي تناولت الانتباه المشترك ، وهو مايشير إلى الحاجة لمزيد من الدراسات للتعرف عليه وتنميته .

ب- ندرة الدراسات العربية (في حدود إطلاع الباحثة) التي تناولت العلاج التكاملي للأطفال الذاتويين فتسعى الدراسة إلى إلقاء الضوء على فعالية العلاج التكاملي لهذه الفئة النمائية .

ج- تناول الدراسة للانتباه المشترك، وهو من الموضوعات الحديثة التي ازداد الاهتمام بها مؤخراً ، وكذلك لنقص نموه لدى الاطفال الذاتويين والحاجة لتنميته ، ولما له من دور في نمو مهارات الأطفال الذاتويين كالتفاعل الاجتماعي والتواصل اللغوي .

د- تسهم الدراسة الحالية في تقديم أداة تشخيصية لقياس مهارات الانتباه المشترك لفئات الأطفال الذاتويين مقننة بخصائص سيكومترية تجعلها صالحة للاستخدام في البيئة المصرية .

٢- الأهمية التطبيقية :

أ- تساعد الدراسة في بناء مقياس لاضطراب الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين ، ولا يخفى ما لهذا من أهمية في التشخيص والتدخلات العلاجية للأطفال الذاتويين .

ب- تمكن نتائج الدراسة الحالية المعلمين والمعلمات والقائمين على رعاية أطفال طيف الذاتوية استخدام البرنامج العلاجي لتنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين لما لها من آثار إيجابية على تحسين مهارات التواصل لدى الأطفال الذاتويين.

ج - تساعد الدراسة الحالية لتنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين والكشف عن تأثيره في اكتساب اللغة، ومهارات التفاعل الاجتماعي ومهارات اللعب

د- الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية في إعداد برامج علاجية تكاملية تدريبية أخرى تتناسب مع خصائص وسمات فئات الأطفال الذاتويين في تنمية مهارات أخرى لديهم ؛ مما يسهم في تقديم خدمات إرشادية أسرية لأباء الأطفال الذاتويين في الاستمرارية والحفاظ على مهارات الانتباه المشترك .

خامساً : مصطلحات الدراسة

١- الانتباه المشترك Joint Attention :

تعد القدرة على الانتباه المشترك معلماً رئيسياً في مرحلة الطفولة التي تلعب دوراً هاماً في النمو اللغوي و التطور المعرفي الإجتماعي، كما يشكل الإنتباه المشترك جانباً من جوانب الإتصال المبكر والتي يبرز في الربع الأخير من العام الأول من العمر، والتي ينبثق من تفاعلات وجه لوجه والإهتمامات بالكائنات أو الأحداث المثيرة للإنتباه ، وترتبط القدرة على تنسيق الإنتباه مع أشخاص آخرين حول الكائنات أو الأحداث المحيطة بالموقف الإجتماعي مع قدرة الطفل على الإفادة من التعبيرات العاطفية للوالدين والأخوة ، ولهذه القدرتين تأثيراً فريداً على التنمية الإجتماعية للطفل ، بالإضافة إلى إرتباط الإنتباه المشترك بالتنمية اللغوية والمعرفية (Schertz & Odom, 2004) ، كما يتنبأ الإنتباه المشترك بقدرة الأطفال على أداء مهام العقل المختلفة (Burack et al.,2011) كما يرتبط بالقدرة على أكتساب تعلم كلمات جديدة.

أولاً : تعريف الإنتباه المشترك :

تعددت الآراء ووجهات النظر حول مفهوم الإنتباه المشترك Joint attention، فإختلف الباحثون في تعريفهم له على المستوى العربي والغربي ، وسعت جميعها لتحديد الأشكال المختلفة ووظيفة وطبيعة وأهمية الإنتباه المشترك ، فبعض هذه التعريفات توضح طبيعة الإنتباه المشترك ، وركزت أخرى على وظيفته ، بينما أهتم بعضهم بتوضيح أهميته ، ويركز آخرون على تعريفه كعلاقة ثلاثية تكاملية في حين أظهرت العديد من التعريفات في تأكيدها على مظاهرها الإنتباه المشترك وصوره، وبمسح وإستقراء التعريفات التي أوردتها الباحثون لمفهوم الإنتباه المشترك ، يمكن تصنيف التعريفات في ثلاث مجموعات هي :

المجموعة الأولى : الإنتباه المشترك كعلاقة ثلاثية تكاملية:

يُعرف (Messinger & Fogel 2007) الإنتباه المشترك بأنه تناوب الطفل النظر بالعينين مع الوالدين وتبادل التواصل البصري مع الآخرين بإستخدام الإيماءات

(الإشارة) ويضيف تعريف (2006) Holth الانتباه المشترك على إنه تنسيق الإنتباه بين الطفل والشخص الآخر لمشاركة الإنتباه نحو الكائنات ويتفق معه (2003) Mundy إنه قدرة الطفل على تنسيق الإنتباه مع الشريك الإجتماعي فيما يتعلق بالكائنات أو الأحداث في علاقة ثلاثية تكاملية، ويتسق ذلك مع أوضحه (Adamson & McArthur 1995) بأن الإنتباه المشترك هو القدرة على تنسيق الإنتباه بين الشخص والكائنات في السياق الإجتماعي .

بينما يصف (2004) Bruinsma et al., الإنتباه المشترك بأنه مشاركة الطفل الإنتباه مع الشخص الآخر وبذلك يتطور الإتصال من التفاعل التكاملي الثنائي (الديناميكي) مع الشخص الآخر إلى التفاعل التكاملي الثلاثي فينقسم إنتباه الطفل ويتأوب بين الشخص الآخر والكائنات أو الأحداث .

المجموعة الثانية : الإنتباه المشترك كمهارة إجتماعية ثلاثية

يرى (1998) Carpenter et al., الإنتباه المشترك هو قدرة الطفل على تنسيق الإنتباه بين الناس والكائنات ، وهو من المكونات الأساسية للنمو الإجتماعي في السنة الأولى من عمر الأطفال، وهذه القدرة تسمى " الإنتباه المشترك " أو " المهارات الإجتماعية الثلاثية " ، كما أنه العملية التي يسعى خلالها الأطفال لتفسير الإستجابات العاطفية من الآخرين لشكيل الفهم العاطفي للأحداث غير المألوفة ، والأشياء، أو الأشخاص، أكتساب اللغة و تعلم التقليد.

ويوضح (1990) Kasari et al., ان الإنتباه المشترك تبادل إجتماعي يركز فيه الأطفال والشريك الاجتماعي على نفس الحدث أو الكائنات ، باستخدام مجموعة من المهارات كتحديق العينين ، والإشارة ، والإيماءة ، وإصدار الأصوات ، والكلمات ؟ ويتسق ذلك مع ما أشارت إليه (عبد الغفارالدماطي ، ٢٠٠٢) إن الإنتباه المشترك هو تفاعل إجتماعي متبادل ، أي إنه ينطوي على إعطاء وأخذ وتبادل الأدوار ، ويركز الشريكان الإجتماعيان خلاله على نفس الحدث أو الكائنات، وأشار Murray et

(al., 2008) التي أن الانتباه المشترك بأنه مشاركة الطفل التركيز الذهني المتبادل على كائن أو حدث ما مع شخص آخر.

ويخلص Mundy (2003) تعريفات المحور الثاني بأن الانتباه المشترك مهارة إجتماعية ثلاثية ، يمثل الانتباه المشترك شكل أكثر تعقيداً حيث يمثل شكل التكامل الثلاثي من الإنتباه الإجتماعي، ويعرف الانتباه المشترك بأنه المشاركة الإجتماعية مع شخص آخر ، و بمعنى أدق أنه تبادل التفاعل تكاملي ثلاثي ينطوي على تنسيق الإنتباه بين الطفل ، و الشريك الإجتماعي، أو الحدث .

المجموعة الثالثة : مظاهر وهدف الإنتباه المشترك

يُعرف (Jones & Carr (2004) الإنتباه المشترك بأنه مشاركة الطفل للشريك التفاعلي أو رصد ومراقبة إنتباه الشريك بهدف مشاركة الخبرات حول الكائنات والأحداث معه ، ويتم التركيز على الإشارات والتواصل البصري التي يستخدمها الأطفال في الإنتباه المشترك ويقصد به التواصل "غير اللفظي" والهدف من هذه السلوكيات التواصل، ويتسق ذلك مع ما أوضحه (Paparella & Kasari (2004) بأن الإنتباه المشترك هو التركيز الذهني المتبادل (المشترك) بين المشاركين لغرض واحد هو مشاركة الخبرة ، ويتضمن الانتباه المشترك تقاسم الانتباه إلى حدث أو كائن مع شخص آخر بهدف مشاركة الخبرة .

ومن منظور آخر يعرف Bruner(1995) الإنتباه المشترك بأنه مستوى من مشاركة الفهم أو مشاركة الوعي والإدراك فيما يتعلق بالكائنات أوالأحداث ويقصد بذلك إن الإنتباه المشترك في صورته الأكثر تطوراً كاملاً يمثل " تلاقى الأفكار "

في حين يصف (Ruth Hubner (2001) إن الإنتباه المشترك هو تكرار تركيز الإنتباه من الأشياء ثم عودة النظر إلى الناس مرة ثانية وتظهر هذه المهارة في نهاية السنة الأولى من عمر الطفل ومن خلال هذه المهارة يلجأ الطفل إلى المشاركة وإستبدال الخبرات مع الآخرين كما تقوده إلى المحاولة وتعتمد هذه المهارة على إستخدام الحملقة بالعين Eye gaze وهي تظهر لدى الطفل منذ الشهر الثالث من الميلاد ، كما يتطلب

الانتباه المشترك أن يكون الطفل والشخص الآخر متبنيين نحو نفس الشيء ، ومن خلال فهم العلاقة بين السبب والنتيجة باستخدام المحاولات المنفصلة يحاول الطفل اكتشاف ما يجب أن يفعله ويجذب إنتباهه ، وذلك للحصول على النتيجة المرغوبة ، وبذلك يتكون لدى الطفل مهارة الإنتباه المشترك .

ويعرف (Bruinsma et al.,2004) الإنتباه المشترك بأنه مجموعة من المهارات ، هما الإستجابة للإنتباه المشترك (RJA) والمبادرة للإنتباه المشترك (IJA) ، وتتطور مهارات الإنتباه المشترك في إنمات يمكن التنبؤ بها.

والمستقرى لتعريفات الانتباه المشترك رغم تعددها وتوقعها ، يتضح له أن العامل المشترك بينهم ، والمحدد في هذا البناء هو المشاركة في اتصال ثلاثي تكاملي بين الطفل الذاتوى ، والآخر ، والشيء أو الحدث أن والانتباه المشترك هو المفهوم الأكثر شيوعاً لظاهرة التبادل الإجتماعى ، وهذا مما يعنى ان نوى طيف الذاتوية يخضروا في مشاركة واعية ودراية وانتباه إلى كائن أو حدث مشترك ، وعلاوة على ذلك ، لاحظ Tomasello إن مفهوم الإنتباه المشترك هو أفضل مفهوم حصريا للتعبير عن عملية المشاركة الاجتماعية ، وليس نتيجة لإعادة توجيه الإنتباه أو تناوب النظر بالعينين والحملقة (Tomasello, 1995)

ويقصد بهذا إن الإنتباه المشترك هو تفاعل تكاملي ثلاثي خاص، حيث يبدأ بحدوثه بهدف وحيد هو مشاركة الخبرة الخارجية ،والناتجة عن مشاركة الخبرة الداخلية مع شخص آخر ، وميز الباحثون بين عديد من أشكال الإنتباه المشترك ووظائفه و الأشكال الأكثر شيوعياً من الإنتباه المشترك ، هما: المبادأة بالإنتباه المشترك والإستجابة للإنتباه المشترك ، ويشير هذا الإنقسام إلى ما إذا كان الفرد يستخدم مشاركات غير لفظية مع شخص آخر ليفهم تركيز إنتباه شخص آخر (RJA) أو استخدام الإشارات والتواصل البصرى بطريقة مباشرة للإنتباه مع شخص آخر بهدف مشاركة الخبرة (Peter et al., 2009).

ثانياً : أنواع وفئات سلوكيات الانتباه المشترك

١-أنواع سلوكيات الإنتباه المشترك Joint attention Behaviour (JAB):

وضع (2003) Charman سلوكيات الانتباه المشترك الأكثر شيوعاً لدى الأطفال الذاتويين، والتي تمثلت في " الإشارة " (بأصبع السبابة) ، " تتابع الإشارة " النظر عند الإشارة (بأصبع السبابة) المتحدث في اتجاه نقطة معينة ، " الفحص أو التدقيق " ، " تبادل النظر بالعينين " ، " الإستجابة للأسم عند المناداة " ، " يعرض شيئاً ما " ، " الانتباه البصري المشترك " .

وتوصلت نتائج دراسة (Carpenter et al., 1998) أن السلوكيات : "تبادل النظر بالعينين" و "الإشارة " أكثر ارتباطاً ببعضهما البعض عن سلوك " الفحص أو التدقيق " و "إتباع الإشارة " إستناداً إلى الخصائص الكامنة وراء سلوكيات المختلفة للانتباه المشترك التي تم وصفها ، وقد تم وصف هذه السلوكيات بالسلوكيات الأساسية للانتباه المشترك ، وتظهر سلوكيات الانتباه المشترك في عدد من الأنواع وهي :

- (1) سلوكيات الانتباه المشترك الأساسية: Basic Joint Attention (BJA) ، وتعد السلوكيات مثل الإشارة وتبادل النظرات بمثابة نمو مهارات الانتباه المشترك خلال العام الأول ، ولذلك قد يمكن وصفها بأنها " سلوكيات الانتباه المشترك الأساسية " (BJA) وترتبط هذه السلوكيات ارتباط مباشر بتطوير اللغة (Charman, 2003)
- (2) سلوكيات الانتباه المشترك المرتبطة : Association Joint attention (AJA) وتعد سلوكيات التدقيق وتتبع الإشارة سلوكيات الانتباه المشترك المرتبط (AJA) والتي ترتبط أكثر بالنمو الإجتماعي لأنها تعبر عن "آلية الانتباه المشترك " بقوة أكبر من أداء سلوكيات الانتباه المشترك الأساسية، لذلك يعد سلوك التدقيق وتتبع الإشارة مؤشرا يعبر عن آلية الانتباه المشترك بوضوح أكثر (Leekam et al., 2000) .
- (3) سلوكيات الانتباه المشترك المدعم : Supported joint attention (SJA) ويعرف الانتباه المشترك المدعم (SJA)، بأنه مساعدة الطفل بطريقة ما للتفاعل مع الكائن

أو الشيء، ويشير (Adamson & McArthur, 1995) في المرحلة المبكرة من الانتباه المشترك يظهر بين الطفل والوالدين أو مقدم الرعاية ويستمر من خلال تدعيم الوالدين للطفل وبعد ١٢ شهراً من العمر ، يصدر الطفل تحول النظر بالعينين بدون تدعيم الكبار ، ومع تقدم النمو يصدر الأطفال مجموعة متنوعة من سلوكيات الانتباه المشترك مثل تحول النظر بالعينين (Oyabu, 2004).

(٤) سلوكيات الانتباه المشترك المنسق: (CJA) Coordination Joint attention
ويقصد بالانتباه المشترك المنسق (CJA) تبادل النظرات بين الشيء والشخص أثناء التفاعل الإجتماعي (Lewy & Dawson, 1992).

٢- فئات سلوكيات الانتباه المشترك :

أ- الإستجابة للانتباه المشترك (RJA) Responding Joint attention

هي القدرة على تتبع إستدارة الرأس ، فيما يتعلق بالخط البصري أو إيماءات الإشارة للشريك الإجتماعي (Scaife & Bruner, 1975) وتحدث الإستجابة للانتباه المشترك عند إعتقاد الطفل على نقطة تركيز إنتباه شخص آخر بتتبع نظراته أو الإشارة أو وتتمثل الاستجابة للانتباه المشترك في إستجابة الطفل إلى محاولة الشخص الآخر لمبادرة الانتباه المشترك مثل الإشارة ، وإستدارة الرأس ، أو تحول نظراتهم (Franco & Butterworth, 1996)، كما يعرف الإستجابة إلى الانتباه المشترك (RJA) بأنها إستجابة الأطفال إلى تحول النظر بالعينين أو الإيماءة من شخص آخر للانتباه للآخرين (Bruinsma et al., 2004).

ويشير (Jones & Carr, 2004) إن الإستجابة إلى محاولات الانتباه المشترك (RJA) يحدث عندما ينظر الطفل ، حيث يشير إلى الكبار، ويراقب النظر وعيون الكبار أو تتأوب النظر بين الشيء ووجه الكبار، على سبيل المثال ، يتمكن الطفل الإستجابة إلى (عروض الإستجابة) إلى الانتباه المشترك بالنظر إلى الموضوع حيث يشير الشخص الآخر ، وتظهر سلوكيات الإستجابة للانتباه المشترك في مجال النمو النموذجي قبل المبادأة بالانتباه المشترك.

ب - مبادرة الإنتباه المشترك (IJA) Joint attention Initiating :

ويقصد المبادرة بالإنتباه المشترك (IJA) وهو توجيه الطفل الذاتوي إنتباه الشخص الآخر لمشاركته نقطة تركيز من خلال إستخدام الإشارات، تبادل النظر بالعينين أوالتعليق (Jones&Carr, 2004)، ويمكن تعريف مبادرة الإنتباه المشترك بأنها إستخدام الطفل الذاتوي عروض الإنتباه المشترك ، إما مجتمعة أو مفردة وتتضمن التواصل البصرى ، تحول النظر بالعينين والإشارة ، والتعليق ليبدأ بتتسيق الإنتباه مع الشخص الآخر (Mundy&Willoughby 1996) ، وتظهرالمبادرة بالإنتباه المشترك ، حيث يبدأ الفرد بتحويل النظر بالعينين أو اللفظة بهدف تتسيق الإنتباه مع شخص آخر نحو فرد آخر أو حدث ما (Bruinsma et al., 2004)، وتحدث سلوكيات مبادرة الإنتباه المشترك (IJA) عندما يشيرالطفل إلى شئ ما ، لجذب إنتباه الشريك الاجتماعى بمشاركة الانتباه حول شئ ما أو معلومة أو خلاف ذلك ، وتبدأ مهارات الإنتباه المشترك فى الظهور فى وقت مبكر من حياة الطفل قبل عيد ميلاده الأول ، ويتم التفاعل الاجتماعى السوى قبل الشهر الثامن عشر .

ثالثاً : نقص الإنتباه المشترك وإضطراب الذاتوية:

يعد نقص الانتباه المشترك قصور راسخ ومستقر بين الأطفال المصابين بإضطراب الذاتوية ، وقد ثبت إن الأطفال الذاتويين عادة لا تتطور لديهم مهارات الإنتباه المشترك أو إنه يتم إجرائها بطريقة شاذة (Dawson et al., 2004) ويستخدم الأطفال الذاتويين أشكال من الإنتباه المشترك أقل بكثيرمن الأطفال الآخرين فى مجموعات المقارنة (Stone et al., 1997)، وتظهر أعراض النقص فى مرحلة مبكرة من العمر (Whalen et al., 2006)، ويؤكد (paparella et al., 2000) إن التأخر النمائى لمهارات الإنتباه المشترك دائم الظهور فى الأطفال الذاتويين، وأشار Leekam & Moore (2001) إن الأطفال الذين يعانون من إضطراب الذاتوية أظهرو نقص فى التفاعلات الثنائية والثلاثية وقصور فى أكتساب التواصل البصرى والتعاقب البصرى التلقائى .

ويعد صعوبة تكوين إنتباه بصري مشترك إحدى سمات الذاتوية (Mundy et al., 1990)، وأكدت الدراسة إن الأطفال الذاتويين لديهم نقص مهارات الإنتباه المشترك مثل ، تحويل النظر بالعين للآخر (Rogers, 2000) ، وأيضاً يظهرون نقص في المبادرة بعروض الإنتباه المشترك ، مثل الإشارة أو العرض (Stone et al., 1997) ، وتؤكد نتائج دراسة Charman et al., (2003) أن الأطفال الذاتويين لديهم نقص تحويل النظر بالعينين ، ونقص في الإنتباه المشترك الإيمائي، وإستجابة أقل لعروض الإنتباه المشترك .

وتشير نتائج دراسة Murray et al., (2008) أن هناك عجزاً رئيسياً في كلاً من مهارات الإنتباه المشترك ، المبادرة والإستجابة للعروض للإنتباه المشترك ، خاصة بإضطراب طيف الذاتوية ، وعلاوة على ذلك ، وقد أثبت إن نقص مهارات الإنتباه المشترك تعد إحدى الأعراض المبكرة لإضطرابات طيف الذاتوية وتظهر قبل العام الأول من العمر غالباً قبل أى تشخيص .

وتؤكد دراسة MacDonald et al., (2006) أن الأطفال الذاتويين أظهروا عجزاً أكبر في مهارات الإنتباه المشترك ذات التكامل الثلاثي عن مهارات الإنتباه المشترك ذات التكامل الثنائي ، وأثبت الباحثون إن الأطفال الذاتويين لديهم نقص في كل من مبادأة الإنتباه المشترك والإستجابة للإنتباه المشترك ، ونكرت بعض الدراسات أن الأطفال الذاتويين يظهرون عجزاً في سلوكيات تتابع النظر التلقائي (Leekam et al., 2000) وفي تتبع نظرات فرد آخر أو الإشارة والإيماءات (Dawson et al., 1998) كما يفتلوا في النظر حيث يشير الآخريين (Leekam et al., 1998) ، إضافة إلى وجود مشاكل متعلقة بسلوكي الإشارة والعرض لدى الأطفال الذاتويين (Baron-Cohen, 1989) ، وتوصل MacDonald et al., (2006) إلى أن جميع الأطفال الذاتويين ينظرون إلى اللعب الآلية عند تشغيلها ، ولكنهم لا يبدو تبادل النظر بين اللعبة والشريك الإجتماعي الحاضر في الموقف الإجتماعي.

ويعرف الانتباه المشترك إجرائياً على أنه : " تقاسم الطفل الانتباه مع المحيطين به نحو مثيرات الانتباه ، من خلال مجموعة من المهارات : التواصل البصري ، تناوب النظر، الإشارة وتتبع الإشارة ،تتبع نظرات العيون ، الاستجابة عند مناداة الاسم، التواصل الغير اللفظي (الإيماءات - تعبيرات الوجه) ؛ بهدف التفاعل الاجتماعي ومشاركة الخبرة " ، ويقاس من خلال الدرجة التي يحصل عليها طفل طيف الذاتوية على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية .

٢- العلاج التكاملي Integrative Therapy :

على الرغم من تعدد التعريفات التي قدمت للعلاج التكاملي ، لاختلاف مجال الباحثين ، والرؤى الذاتية ومحاوَر التركيز على طبيعة ذلك التدخل العلاجي ، إلا أن المستقرئ لتباين هذه التعريفات يتضح له أن جميعها تهدف إلى نفس الشيء ، وتتمحور حول نفس المعنى ،

يوضح (Stahmer et al., 2005) العلاج التكاملي بأنه إختيار الطرق المناسبة من عدة أنظمة علاجية، حيث أن الإجراءات والأساليب والمفاهيم المستوحاة من عدة مصادر سوف تخدم حاجات الشخص الذي يطلب المساعدة بشكل أفضل ، كما أنه من خلال المعلومات الإدراكية لمرشد العلاج التكاملي ونموه وشخصيته فإنه يتوفر لديه خبرة واسعة من الاساليب العلاجية التي يجب أن تختار منها الأكثر ملائمة للمشكلة والموقف المعين ولشخصية المضطرب أو لأسرهم .

ويُضيف بكر فرج نمر(٢٠٠٨ ، ١٤) بأن العلاج التكاملي هو إتجاه يسعى إلى التكامل بين النظريات العلاجية المختلفة سواء على مستوى التنظير أو مستوى انتقاء الفنيات العلاجية أو مستوى العوامل المشتركة بين النظريات المختلفة ، وهو بصورة عامة يعد منحى علاجياً لا يتقيد ولا يلتزم بنظرية علاجية محددة أثناء العملية العلاجية ، بل يتجاوز حدود النظرية الواحدة مستفيداً من إسهامات النظريات العلاجية المختلفة من خلال دمجها في نموذج علاجي تكاملي شرط أن يكون هناك إنسجام وتناسق وعدم تناقض بين

مايختاره هذا النموذج التكاملي من نظريات أو فنيات مختلفة ، كونه علاج يفتح على كافة التيارات العلاجية، بحيث يتجاوز حدود النظرية التقليدية العلاجية الواحدة الضيقة سعياً نحو التكاملي بين النظريات العلاجية المختلفة ، والذي من خلاله يمكن التدخل بفاعلية لعلاج الجوانب المختلفة للإضطرابات في شخصية الفرد.

بينما يذكر (Bateman, 2002) أن العلاج التكاملي أسلوب مرن قابل للتكيف باستخدام طرق وأساليب مختلفة على مستويات التطبيق العلاجية، ويتفق معه (Brooks- Harris, 2008) في تعريف النهج التكاملي بأنه نهج علاجي نفسي مرن يكون أكثر فعالية وكفاءة من الإلتزام الصارم لنظرية علاجية ، ويضيف ان العلاج التكاملي هو بناء نظري منظم يعتمد على الإختيار والدمج للملاحم المتألفة من المصادر المختلفة وهي الجهد المبذول من أجل العثور على عناصر صادقة في جميع التعاليم والنظريات ودمجها في كل متكامل، والنظام الناتج عن ذلك مفتوح للمراجعة الدائمة بما في ذلك محتواه الأساسي ، وتذكر (2005) Norcross أن العلاج التكاملي يتميز بعدم الرضا عن مناهج مدرسة علاجية رغبة في تخطي حدود المدرسة الواحدة في رؤية ما يمكن تعلمه من الطرق الأخرى لإجراء العلاج النفسي بهدف تعزيز فعالية وكفاءة وتطبيق العلاج النفسي . كما أشار (صالح حسن الدهرى، ٢٠٠٥ ، ٩٩) أن النموذج التكاملي في العلاج النفسي لايقوم على اختيار أفضل الأساليب أو الفنيات العلاجية من خلال النظريات العلاجية الفعالة في خفض الألم ، ولكن يعد العلاج التكاملي نوعاً من العلاج القائم على الإنتقاء من مختلف النظريات بحيث يتضمن التعامل مع جميع جوانب الشخصية الفرد والمجال المحيط به مع عدم الإهتمام بنظرية واحدة بل على المعالج الإعتماد على أكثر من نظرية في تعامله مع الإضطرابات ، مما يؤكد على مرونة العلاج النفسي.

ويُعرف (1997) Arkowitz العلاج التكاملي بأنه نهج لتقديم المشورة والعلاج النفسي عن طريق إختيار المفاهيم والأساليب من مجموعة من النظم العلاجية المتنوعة ، ويتكون هذا النهج من توليفة من التوجيهات النظرية ، ودمج المفاهيم والتقنيات ، ويرى (2007) Prochaska & Norcross أن النهج الأكثر شيوعاً لتقديم العلاج التكاملي هو

الجمع بين النظريات المختلفة ضمن إطار تكاملي تجميعي والتي يتم تطبيقه في ممارسة عملية .

ويتسق ذلك مع ما أوضحه حسام الدين محمود (٢٠٠٢، ٥) بأن العلاج التكاملي "منظومة ذات طابع متسق من الفنيات الإرشادية والعلاجية ، تنتمي فيها كل فنية إلى نظرية علاجية خاصة بها ، إلا أن إنتقاء هذه الفنيات يتم بشكل تكاملي بحيث تسهم كل منها في علاج جانب من جوانب اضطراب شخصية المضطرب، ويتم إنتقاء هذه الفنيات بالرجوع إلى تشخيص دقيق للحالة ؛ لتحديد أفضل الفنيات ومدى ملائمتها للخطة العلاجية ولطبيعة الاضطراب أو المشكلة السلوكية ، مما يجعل الإتجاه التكاملي يمثل النضج العلاجي والصورة المثلى للممارسة العلاجية الإرشادية المتخصصة التي تتكامل فيها الفنيات العلاجية والإرشادية وتعمل على مواجهة الإختلافات والفروق والتغيرات في المواقف والحالات ومشكلات المضطربين .

ويصف (Lampropoulos 2001) حركة العلاج النفسي التكاملي بأنها توليفة من الفنيات المختلفة ، التي تتجاوز حدود النظرية الواحدة ، بهدف تطوير فهم التغيرات العلاجية وتحسين الفعالية العلاجية ، وقد تم وصف أربعة نهج تكاملية كبرى تختلف من حيث مدى التركيز وهذه الأربعة هي النظرية التكاملية ، التكامل الإستيعابية ، الإنتقائية التقنية ، نهج العوامل المشتركة .

يعرف العلاج التكاملي إجرائياً على أنه : " الممارسة العلاجية المنظمة والمتناسقة تخطيطاً وتنفيذاً وتقييماً القائم على المرونة والشمولية والتنظيم والتنوع ؛ والمستمدة من الاتجاه الانتقائي لأساليب وفنيات ونظريات وإستراتيجيات علاجية متنوعة ، ثم تنسيق مراحلها وأنشطتها وفق جدول زمني متتابع لتشكل منظومة تكاملية تقدم في صورة جلسات علاجية جماعية ، في ضوء علاقة إرشادية مهنية للأطفال الذاتويين ؛ بهدف تنمية مهارات الانتباه المشترك من خلال التركيز على بعض فنيات العلاج السلوكي ، والعلاج باللعب ، والعلاج بالفن، والعلاج الموسيقي " ويتم تنفيذه من

خلال جلسات برنامج العلاج التكاملي بالدراسة الحالية لتنمية الانتباه المشترك لأطفال طيف الذاتوية .

٢- اضطراب الذاتوية Autism Disorder :

يعد اضطراب طيف الذاتوية Autism Spectrum Disorders فئة من الفئات الخاصة التي تمثل لغزاً مُحيراً لكثيراً من علماء النفس والتربية والإجتماع ، وقد أهتمت العديد من الدراسات الحديثة بالطفل الذاتوي Autistic Child خاصة في السنوات الأخيرة ، ومما لاشك فيه أن الزيادة المرتفعة لهذا النوعية من الأطفال سبباً ضرورياً لعمل دراسات متخصصة وسريعة لمعرفة سبب هذه الزيادة ومن ثم التعرف على أسباب هذه الاضطراب وطرق علاجه وإمكانية عمل برامج تربية علاجية لمساعدة الآباء والمشرفين في تعديل سلوك أطفالهم الذاتويين

إن المستقرئ للأطر النظرية والأدبيات البحثية حول اضطراب طيف الذاتوية يتضح له ندرة التعريف الجامع المانع له ، والذي يعزى لتعدد تخصصات الباحثين المهتمين به ، وتنوع خلفياتهم العلمية ، وتتمحور معظم التعريفات حول وصف الأعراض مما حدا بالباحثة إلى الإشارة لعدد من التعريفات.

يُعرف الدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات العقلية الرابع DSM-IV-TR (APA , 2000) اضطراب طيف الذاتوية أنه اضطراب يتضمن العجز في ثلاث خصائص رئيسية تتمثل في التراجع النوعي في التفاعل المتبادل، التراجع النوعي في التواصل ، والسلوكيات النمطية التكرارية ، أو الإهتمامات والأنشطة التكرارية .

ويتشابه تعريف (Schultz & Robert (2005 إلى حد ما مع تعريف DSM-5 (APA , 2013) بأن اضطراب الذاتوية هو اضطراب نمائي شديد التعقيد يظهر في قصور التفاعل الإجتماعي وتأخر في بداية التواصل واللغة وظهور السلوكيات النمطية والتكرارية ، ويتسق مع ذلك ما أشار إليه (Worley & Matson (2011 بأن اضطراب

طيف الذاتوية اضطراب نمائي عصبي يتميز بنقص منتشر فالتفاعل الاجتماعي والتواصل ، بالإضافة إلى وجود السلوكيات و الإهتمامات النمطية التكرارية. ويشير (علا عبد الباقي إبراهيم ٢٠١١ ، ١٩) أن اضطراب الذاتوية يمثل خللاً في النمو العام للطفل، ويظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره ، وينتج هذا الخلل عن اضطراب في الجهاز العصبي يؤثر على الأداء الوظيفي للمخ ، فيلاحظ على الطفل قصور شديد في التفاعل الاجتماعي، والنمو الإدراكي ، والتواصل ، وفهم اللغة وتأخر شديد في إكتسابها ، ونقص في القدرة على التخيل والتصور وضعف الإهتمامات ، وتدهور شديد في التفاعلات الاجتماعية ، ويبدى الطفل عزوفاً عن الإتصال بمن حوله حتى مع الوالدين والأخوة ، وتصدر منه حركات متكررة لا يغيرها ، ويطلق على هذا الإضطراب " الاضطراب النمائي الشامل أو المنتشر " لأنه يتضمن خللاً في جميع جوانب النمو ، فيشمل الإنتباه ، والإدراك والتعلم و اللغة والمهارات الاجتماعية ، والإتصال بالواقع ، والمهارات الحركية والسلوكية.

بينما يصف (Horovitz & Matson (2010) اضطراب الذاتوية بأنه من الاضطرابات النمائية التي تتسم بثلاث صعوبات أساسية ، الخلل النوعي للتفاعل الاجتماعي المتبادل ، نقص تكوين العلاقات الاجتماعية مع الأقران ، نقص التبادل العاطفي مع الآخرين والخلل النوعي للتواصل كتأخر اللغة ، والإفتقار للمهارات المحادثة و اللعب الإيمائي ، و السلوكيات التكرارية كالحركات التكرارية والاهتمامات المحددة ، والإنتشغال بأجزاء صغيرة من الأشياء كما يعاني الأطفال الذاتويين من ملامح معرفية شاذة ، مثل ضعف الإدراك الاجتماعي، ضعف الوظائف التنفيذية ، شذوذ في الإدراك الحسي ومعالجة المعلومات) .

بينما يشير إبراهيم الزريقات (٢٠٠٤ ، ٣٣) إلى اضطراب الذاتوية بأنه اضطراب نمائي يؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي، وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر، وتؤثر سلباً على أداء الطفل التربوي وتؤدي كذلك لإنتشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية

ومقاومته للتغيير البيئي أو التغيير في الروتين اليومي وكذلك الاستجابات غير: الاعتيادية للخبرات الحسية .

ثانياً: تشخيص اضطراب طيف الذاتوية

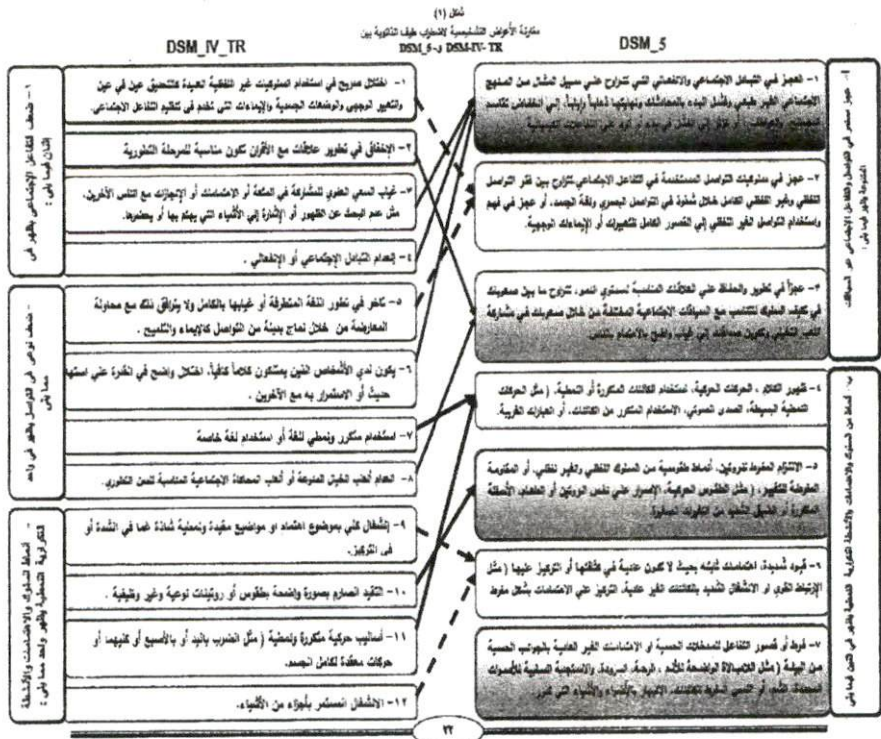
أ- المحكات التشخيصية لاضطراب طيف الذاتوية وفقاً للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس :

بسبب الغموض الذي يحيط بحدود الاضطرابات المختلفة التي تتألف منها اضطراب طيف الذاتوية ، يتضمن التتقيحات المقترحة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية ، الطبعة الخامسة-DSM-5 إسقاط الفروع الفرعية لاضطراب الذاتوية وتم دمج جميع الاضطرابات التي تضم طيف الذاتوية في فئة تشخيصية واحدة تحت مسمى أوسع وهو "اضطراب طيف الذاتوية" وليعبر عن اضطراب الذاتوية AD، اضطراب اسبرجر AS، اضطراب النمائي المنتشر غير المحدد PDD- NOS، اضطراب الطفولة التفككي ويتم تقييمه على ثلاث درجات من الشدة على أساس مستوى من الدعم الذي يحتاجه الأطفال الذاتويين ولم يعد اضطراب ريت يندرج تحت هذه الفئة التشخيصية وعلاوة على ذلك ، يتم تقييم شدة الأعراض المتمثلة في التواصل الإجتماعي والسلوكيات والأنشطة المقيدة التكرارية بدء من الدرجة الأولى إلى الثالثة (APA, 2011).

وأكدت نتائج عدد من الأبحاث الحالية القدرة على التعرف على خصائص اضطراب الذاتوية في العامين الأوليين من عمر الطفل ، وقد يتم تشخيص الدقيق لاضطراب الذاتوية قبل هذا السن (Corsello et al., 2007) تشير الأبحاث إلى أهمية التشخيص المبكر لأنها تؤدي إلى انخفاض في شدة أعراض اضطراب الذاتوية ويحقق مكاسب في المهارات الإجتماعية ، التواصل والقدرات المعرفية .

وحتى يمكن إبراز مدى التطور والتغيير في المحكات التشخيصية ، يمكن عرض الفروق الجوهرية بين المعايير التشخيصية لاضطراب طيف الذاتوية بالدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع المعدل والخامس ويوضح شكل (١) الفروق الجوهرية بين

المعايير التشخيصية لاضطراب الذاتوية بين DSM_5 و DSM-IV-TR Walter, (2012)



وعززت المقارنة بين الدليلين بعض الدراسات منها دراسة (Julie, 2012) التي هدفت إلى مقارنة أعراض اضطراب طيف الذاتوية لدى الأطفال والمراهقين في معايير الدليل التشخيصي الأحصائي للإضطرابات العقلية الرابع المعدل DSM-IV-TR و معايير الدليل التشخيصي الأحصائي للإضطرابات النفسية الخامس DSM-5، وهدفت أيضاً إلى تحديد الأطفال الذين لا يستوفون المعايير التشخيصية لاضطراب طيف الذاتوية وكانت عينة الدراسة من 360 طفلاً ومرافقاً تتراوح أعمارهم بين 3 سنوات إلى 6 سنوات وتم تقسيم العينة إلى مجموعات وفقاً للمعايير التشخيصية في الدليل التشخيصي

الإحصائي للإضطرابات العقلية الرابع والخامس للإضطراب طيف الذاتوية -DSM-IV (APA, 2011) DSM-5 (APA, 2000) TR وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس تقدير الذاتوية الطفولي (CARS) ومقياس تشخيص اضطراب طيف الذاتوية للأطفال (ASD-DC) وأسفرت نتائج المقارنة عن فروق مختلفة إلى حد كبير في مجال التفاعل الاجتماعي والتواصل غير اللفظي ، كما أن بعض أفراد العينة عند تشخيصهم بناءً على الدليل التشخيصي الخامس ظلوا مجهولين دون تشخيص ، وأن عدد ١٢١ من أفراد العينة تم تشخيصهم بالدليل التشخيصي الخامس ونجح أيضاً تشخيصهم بالدليل التشخيصي الرابع ولكن ظل ٥٩ فرداً لم يتم تشخيصهم بناءً على المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي الرابع .

كما سعت دراسة (Jennifer et al., 2014) إلى فحص أعراض مجال التواصل

في الدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات العقلية الخامس DSM-5 والدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات العقلية الرابع DSM-IV-TR لعينة من الأطفال تبلغ عددها ٣٢٩٨ تمثلت أدوات الدراسة في قائمة Battelle النماية الطبعة الثانية ، (BDI-2) ومقياس الأطفال والرضع لصفات الذاتوية BISCUIT ، القائمة المرجعية المعدلة للأطفال الرضع الذاتويين (M-CHAT) ، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ضئيلة بين مجموعة DSM-IV ومجموعة DSM-5 في مجال التواصل ، ويوجد إختلافات كبيرة في إستيعاب التواصل .

يجب أن تستوفي الأطفال المعايير ١، ٢، ٣ لتشخيصهم بإضطراب طيف

الذاتوية وفقاً للدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM-5APA, 2013) :

١- العجز المستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي والتي تبدو في كل مايلي :

أ- ظهور العجز في التواصل اللفظي و غير اللفظي المستخدم في التفاعل الاجتماعي .

ب- قصور التبادلات الاجتماعية.

ج- فشل تطوير والحفاظ على تكوين الصداقات مع الأقران المناسبة للمرحلة العمرية

٢ - أنماط متكررة ومقيدة من السلوك ، الإهتمامات ، الأنشطة المحدودة و التي تظهر في اثنين على الأقل مما يلي :

- أ- السلوكيات الحركية واللفظية النمطية ، أو السلوكيات الحسية الغير مألوفة غير المألوفة
ب- الإصرار المفرط على الروتين وأنماط سلوكية طقوسية .
ج- الإهتمامات الثابتة والمقيدة .

٣ - يجب أن تظهر الأعراض في مرحلة الطفولة المبكرة .

يعرف اضطراب طيف الذاتوية (إجرائياً على أنه : " نوع من الاضطرابات النمائية التي يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر ويؤثر على مختلف الخصائص النمائية للفرد ؛ والذي يظهر في الخلل النوعي بالتواصل سواء التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي ، والتفاعل الإجتماعي ، قصور في نمو اللغة والكلام مصاحب بظهور أنماط سلوكية تكرارية " ، ويمكن تشخيصه من خلال الدرجة التي يحصل عليها طفل طيف الذاتوية على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية .
الدراسات ذات الصلة :

من خلال المراجعة المسحية للدراسات السابقة حول العلاج التكاملي لتنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي طيف الذاتوية ، أتضح انه توجد ندرة الدراسات السابقة - في حدود ما اطلعت عليه الباحثة - في هذا الموضوع ؛ لذا تم عرض بعض الدراسات ذات الصلة بهذا الميدان في محورين ، ودراسات تناولت الانتباه المشترك وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى الأطفال ذوي طيف الذاتوية ، ودراسات تناولت التدخلات التكاملية العلاجية لتنمية مهارات الانتباه المشترك ، يمكن الإفادرة منها في صياغة افتراضات ومناقشة نتائج الدراسة الحالية في فعالية العلاج التكاملي في تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي طيف الذاتوية .

هدفت دراسة (Fabinne et al., 2008) فحص أنواع الانتباه المشترك في عمر ٢٤ شهراً و ٤٢ شهراً ومراحل تطوره في هذه الفترة العمرية ، وتكونت العينة من ١١ طفلاً ذاتياً تم تشخيصهم وفق المعايير التشخيصية للدليل الإحصائي للإضطرابات الرابع DSM-IV وتمثلت ادوات الدراسة في جدول الملاحظات التشخيصية للتوحد (Autism Diagnostic Observation Schedule) (ADOS) ، مقابلة تشخيص الذاتوية- المعدلة (ADI-R) ، قياس Mullen للتعليم المبكر (MSEL) ، وأسفرت النتائج أن الأطفال الذاتويين أظهرو بشكل ملحوظ الافتقار لمهارات الانتباه المشترك في سن ٢٤ شهراً، حيث يرتبط الأنواع المختلفة من الانتباه المشترك (مهارات الانتباه المشترك الأساسية ، الانتباه البصري المشترك ، مهارات الانتباه المشترك المترابطة) بمستوى النمو وترتبط أيضاً بعدد من

سمات الذاتوية، وعلى الرغم من أن الأطفال الذاتويين يظهرون نقص مهارات الانتباه المشترك في عمر ٢٤ شهراً مقارنة بمجموعات الأطفال الأخرى، في الواقع، في جميع الأعمار أظهر أطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية أختلافاً مستمراً في مهارات الانتباه البصري المشترك عن كل المجموعات الأخرى، مما يعنى أن الانتباه البصري المشترك يعد إحدى العناصر الأساسية من وسائل الكشف المبكر عن اضطراب طيف الذاتوية .

وهدفت دراسة Sarah (2010) فحص مجموعة فرعية من الأطفال الذاتويين الذين يستخدموا الانتباه المشترك و يقارنهم بالأطفال المصابين باضطراب الذاتوية الذين لا يستخدموا الانتباه المشترك ويقارنهم بمجموعة الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية، وتكونت عينة الدراسة من إثنان وثلاثين طفلاً ذوي اضطراب الذاتوية، منهم ١٦ طفلاً بمهارات الانتباه المشترك، و ١٦ بدون مهارات الانتباه المشترك من نفس المرحلة العمرية، وتم فحص قدراتهم الغير لفظية (الشفهية)، وتمثلت أدوات الدراسة في جدول الملاحظات التشخيصية للتوجد Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) ، مقابلة تشخيص التوحد المعدلة ، The Autism Diagnostic Interview, Revised, (ADI/R) ، مقياس mullen للنمو المبكر MSEL ، ومقياس اللغة الرابع لمرحلة ما قبل المدرسة، وتشير نتائج الدراسة أن الأطفال الذين يظهرون مهارات الانتباه المشترك كان أدائهم أعلى بكثير في استخدام اللغة المتزامنة عن هؤلاء الذي لا يظهرون مهارات الانتباه المشترك، وأسفرت نتائج المقارنة الأطفال المصابين بالذاتوية والأطفال ذات تأخر في النمو، أنه مرة واحدة إنخرطت محاولات الانتباه المشترك لكل المجموعات التي استخدمت فيها أشكاله بنفس الطرق، لا يوجد إختلاف في الإشارة، العرض، الإيماءات الأخرى، التواصل البصري، في التأثير أو إتجاه المحاولات المباشرة، في المقابل، بدأ الأطفال الذاتويين المبادرة بالانتباه المشترك أقل بكثير من البالغين الذي قدمت لهم مزيد من العروض من أجل إشراكهم في الانتباه المشترك، وكانت درجات اللغة المتزامنة لمجموعة من المجموعات المتطابقة لا تختلف كثيراً، يدل هذا الفحص على أن يوجد مجموعة فرعية من الإطفال الذاتويين الذين استخدموا الانتباه المشترك، فهم استخدموا أشكال بطرق متشابهة للأطفال ذوي التأخر النمائي لكن الإنخراط في المحاولات أقل تكراراً، والإسباب المحتملة لأقل المحاولات هي أن الأطفال الذاتويين لا يكون لديهم دافع جوهري للمشاركة في المشاركة الاجتماعية، ولديهم صعوبة في فك الارتباط من التركيز الحالي على الانتباه .

بينما أجريت دراسة Karen et al., (2006) إختبار لكشف علاقة الانتباه المشترك واللعب بالألعاب والمحاكاة في نمو الإتصال اللفظي المبكر لدى عينة من الأطفال الذاتويين، وقد

اشتملت الدراسة على عينة قوامها (٦٠) طفلاً ذاتوياً في مرحلة ما قبل المدرسة أي تتراوح أعمارهم ما بين (٤ - ٦) سنوات، وقد أظهرت نتائج الدراسة الآتي: أن الأطفال ذوي المهارات الأفضل في الانتباه المشترك أظهروا قدرات لغوية أفضل، وأن اللعب بالألعاب والمحاكاة كانت لها علاقة كبيرة في اكتساب مهارات الاتصال أي يكتسبون مهارات الاتصال بمعدل أسرع من الأطفال ذوي مهارات الانتباه المشترك الأدنى، وقد أوصت الدراسة بضرورة وضع برامج تدخل مبكر لتحسين مهارات الانتباه المشترك ومهارات اللعب.

٢- دراسات تناولت البرامج العلاجية التكاملية :

١- دراسات قائمة على فنيات العلاج الموسيقي :

كما تناولت دراسة (2011) Clare H Arezina فحص آثار العلاج بالموسيقى على سلوكيات الانتباه المشترك لدى الأطفال ذات طيف الذاتوية في مرحلة ما قبل المدرسة ، وتم مشاركة خمس ذكور وفتاة واحدة في البرنامج العلاجي ، تم تسجيلهم وفقاً للمناهج العلاجية المخصصة للأطفال الذاتويين ، وتم تصميم ثلاث أساليب علاجية متنوعة ، العلاج الموسيقي التفاعلي ، اللعب التفاعلي غير الموسيقي ، اللعب المستقل ، وتم تسجيل الملاحظة السلوكية بتسجيلات الفيديو ، ثم استخدمت التحليل البصري من الرسوم البيانية وتحليل البيانات الإحصائية لتحديد تأثير العلاجات المتنوعة ، وأسفرت النتائج عن أن سلوكيات الانتباه المشترك كانت أكثر شيوعاً في جلسات العلاج بالموسيقى التفاعلية وأقل في جلسات اللعب التفاعلية ، وأقل بكثير في جلسات اللعب المستقل .

في حين أجرى (2005) Reitman's دراسة تهدف إلى معرفة تأثير التدخل بالموسيقى على الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين، وقد أجريت الدراسة على مجموعة من الأطفال الذاتويين تتراوح أعمارهم ما بين (٣-٥) سنوات من الذكور الذين لا يتكلمون Non-Verbal والذين تم تشخيصهم بأنهم حالات توحدية شديدة وذلك وفقاً

لمقياس C.A.R.S، وقد كشفت نتائج الدراسة بعد تطبيق البرنامج عن حدوث تحسن في مستوى الانتباه المشترك وتخفيض في بعض المشكلات السلوكية الشاذة مثل المقاومة للتغيير، السلوك الإستحواذي وأيضاً تم زيادة بعض المهارات اللغوية، وقد أوصت الدراسة بضرورة التدخل المبكر مع هذه الحالات وإستخدام استراتيجيات لها فعالية مثل العلاج بالموسيقى، الفن، وغيرها من الأساليب العلاجية.

هدفت دراسة (Ga eul Yoo 2003) إلى معرفة تأثير الإشارات الموسيقية على تكرار ودقة سلوكيات الإنتباه المشترك لأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية، وتتضمنت الدراسة خمسة عشر طفلاً مصابين بإضطراب الذاتوية، وتلقى جميع الأطفال جلسة فردية للعلاج الموسيقى لمدة ٢٠ دقيقة، و أثناء الجلسة تم توجيه محاولات للإنتباه المشترك (لفظية، موسيقية) بهدف توجيه إنتباه الطفل إلى الكائن المقدم (أداة موسيقية أو صورة أوكتاب) وتم إستخدام أدوات موسيقية وأصوات مميزة وكتب مصورة) وتوصلت النتائج إلى إستجابة الأطفال إلى الإشارات الموسيقية في تكرار سلوكيات الإنتباه المشترك أكثر من إستجاباتهم للإشارات اللفظية، وبذلك تثبت نتائج الدراسة إلى إن الإشارات الموسيقية ذات فعالية في إستثارة الإنتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين.

٢- دراسات قائمة على فنيات العلاج السلوكي :

كما هدفت دراسة إيمان الأمين محمد (٢٠١٣) التعرف على مدى فاعلية استراتيجيات العلاج السلوكي (التعزيز - النمذجة - لعب الدور) القائمين على برنامج TEACCH في خفض اضطراب التواصل البصري لدى الأطفال الذاتويين، وذلك على عينة (٤) أطفال تراوحت أعمارهم الزمنية من (٥-٧) سنوات، ومتوسط ذكاء (٦٩) درجة على مقياس ستانفورد بينية للذكاء، وقد استخدمت الأدوات التالية: مقياس الطفل التوحدي، مقياس اضطراب التواصل البصري لدى الأطفال الذاتويين، استمارة متابعة سلوك الطفل الذاتوي ذي اضطراب التواصل البصري، برنامج سلوكي مقترح باستخدام استراتيجيات العلاج السلوكي (التعزيز - النمذجة - لعب الدور)، والقائمين على برنامج TEACCH لخفض اضطراب التواصل البصري لدى الأطفال الذاتويين، واستخدمت

الباحثة أنشطة حسية وحركية وقصصية وعروض فيلمية داخل جلسات البرنامج ، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج المقترح في خفض التواصل البصري لدى الأطفال عينة الدراسة .

هدفت دراسة : محمد يوسف محمد (٢٠٠٩) إلى معرفة فاعلية برنامج تدريبي في تحسين الانتباه المشترك لدى عينة من الأطفال الذاتويين ، وتكونت العينة من (١٠) أطفال ذاتويين من الذكور ، تراوحت أعمارهم الزمنية بين (٦-١١) عاماً ، وتراوحت نسبة ذكائهم ما بين (٦٠-٧٨) على مقياس جودار ، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين (٥) أطفال مجموعة تجريبية ، و(٥) أطفال مجموعة ضابطة ، ومن الأدوات التي تم استخدامها في الدراسة : مقياس جودار للذكاء - مقياس الطفل الذاتوي ، قائمة تقدير الانتباه التواصلي للأطفال الذاتويين ، برنامج تدريبي لتنمية الانتباه المشترك للأطفال الذاتويين ، وتكون البرنامج المقترح من (٢٨) جلسة ، تم تطبيقه بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً مدة الجلسة (٣٠) دقيقة ، ومن الاستراتيجيات التي تم استخدامها في البرنامج الوسائل البصرية المساعدة مثل البطاقات وأشرطة الفيديو - استراتيجيات تعديل السلوك " التعزيز - النمجة - التلقين - التقليد " - تكرار الأنشطة التعليمية بمواقف مختلفة في بيئة الطفل) . وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج المقترح في تنمية الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين عينة الدراسة التجريبية .

في حين هدفت دراسة Whalen & Schreibman (2003) إلى معرفة فاعلية استراتيجيات تعديل السلوك في تنمية الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية ، وتكونت العينة من (٥) أطفال ذاتويين ، لديهم (٤) سنوات ، وتم التدريب من خلال استخدام إستراتيجية التدريب على المحاولات المنفصلة ، وكانت مدة البرنامج (١٠) أسابيع ، وتم تدريبهم على مهارات الانتباه المشترك المتمثلة في التدريب على الاستجابة الصحيحة وشملت على (مصافحة المعالج - تقليد حركات المعالج - متابعة عرض الأشياء - التواصل البصري - متابعة انتقال نظر المدرب من نشاط إلى آخر - الاستماع وتنفيذ الأوامر) وكان البرنامج يطبق لمدة ثلاث جلسات أسبوعياً ، مدة الجلسة الواحدة

ساعة ونصف مقسمة إلى ثلاث فترات تدريبية مدة الفترة الواحدة (٢٥) دقيقة يعقبها فترة (٥) دقائق راحة ، واحتوت الغرفة العلاجية على (منضدة صغيرة - كراسي - لعب - صور معلقة على الجدران - مرآة) ، وأشارت نتائج الدراسة إلى فعالية استخدام استراتيجيات تعديل السلوك في تنمية الانتباه المشترك لدى الأطفال عينة الدراسة .

٣ - دراسات قائمة على فنيات العلاج باللعب :

كما هدفت دراسة (Lucy et al., 2010) إلى معرفة فعالية التدخل بالرمل كوسط لتنمية المهارات النمائية (التواصل - التفاعل الاجتماعي - اللعب الرمزي) لدى الأطفال الذاتويين ، وذلك على عينة مكونة من (٢٥) طفل ذاتويين (٢٣ ذكور - ٢ إناث) ، وتراوحت أعمارهم ما بين (٧-١٢) عاماً ، مع مشاركة الأمهات أثناء جلسات البرنامج ، وتم تقديم الجلسات لمدة جلسة أسبوعياً لمدة (١٠) أسابيع ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال أثناء مشاركتهم في جلسات البرنامج ازدادت قدرتهم على التعبير اللفظي ، والتواصل الاجتماعي ، كما أجرت دراسة (Dawson et al., 1990) تقييم استخدام الأمهات للألعاب التقليدية لتسهيل التفاعل الاجتماعي ولعب الأطفال الذاتويين ، وتكونت عينة الدراسة من ١٥ طفلاً ، وأظهرت نتائج الدراسة لزيادة ملحوظة في فترات النظر في وجوه الأمهات وزيادة فترات الانتباه وقد أظهرت معظم الحالات إيجابية لتلك الاستراتيجية .

وأعد (Zercher et al., 2001) اختبار لتقييم تأثير المشاركة في مجموعات لعب متكاملة على زيادة سلوكيات الانتباه المشترك واللغة واللعب الرمزي لإثنين من الأطفال الذاتويين ، يبلغان من العمر ٦ سنوات وثلاثة أطفال عاديين أعمارهم تتراوح ما بين (٥-١١) سنة، وأسفرت النتائج إلى أن المشاركة الأطفال الذاتويين في مجموعات لعب متكاملة ينتج عنها زيادة في الانتباه المشترك من جانب المشاركين الذاتويين ، كما أظهر الأطفال العاديين تفاعلاً مع الأطفال الذاتويين ، وقد أصبح الأطفال الذاتويين

شركاء نشطين في مواقف اللعب، وقد أوصت الدراسة بأهمية اللعب في مجموعات مما له من أثر إيجابي على مهارات الانتباه المشترك والتفاعل الاجتماعي لدى فئة اضطراب الذاتوية .

٤- دراسات قائمة على فنيات العلاج بالفن :

بينما هدفت دراسة نادية صالح البلوي (٢٠١٠) استقصاء فعالية برنامج تدريبي مستند للأنشطة الفنية في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي وخفض السلوك النمطي لدى عينة من أطفال الذاتوية في الأردن ، بلغ عددهم ٤٦ طفلاً وطفلة في المرحلة العمرية ٤-٦ سنوات ، تم اختيار ١٥ طفلاً بطريقة قصدية قسمت إلى مجموعتين إحداهما تجريبية أفرادها (٧) أطفال طبق عليهم البرنامج التدريبي المستند على الأنشطة الفنية لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي وخفض السلوك النمطي لأطفال الذاتوية ، والأخرى ضابطة أفرادها (٨) أطفال ، وتمثلت أدوات الدراسة في : مقياس مهارات التفاعل الاجتماعي لأطفال الذاتوية ، وقائمة ملاحظة السلوك النمطي للطفل الذائوي ، وتكون البرنامج من ١٨ جلسة موزعة على أنشطة فنية (التلوين ، الرسم ، الطباعة ، التشكيل ، مسرح العرائس ، القص واللصق ، الدراما ، الأنشطة الترفيهية) ، وأسفرت النتائج الدراسة عن وجود فروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد التطبيق البرنامج المستند للأنشطة الفنية في نمو التفاعل الاجتماعي وخفض السلوكيات النمطية التكرارية ، واستمرار تلك الفاعلية خلال فترة المتابعة

وفحصت دراسة Marie (2008) معرفة فعالية العلاج بالفن مع بعض من

الفنيات السلوكية المعرفية لمجموعات من الأطفال الذائويين تتراوح أعمارهم بين ١١ - ١٨ عاماً لإكسابهم نمو وتحسن في المهارات الاجتماعية باستخدام نموذج علاجي يتضمن العلاج بالفن والدراما والإرشاد الأسري وبعض من الاستراتيجيات السلوكية المعرفية تم استخدامها خلال الجلسات العلاجية ، وأظهرت نتائج الدراسة انخفاض ملحوظاً في السلوكيات النمطية ونمو مهارات التفاعل الاجتماعي والسلوكيات الاجتماعية

والمهارات التوكيدية ، واستعملت دراسة (2002) Kanareff العلاج الجمعي بالفن في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي مع مجموعات من الأطفال المصابين بالذاتوية وتكونت عينة الدراسة من ٤ أطفال طبق عليهم برنامجاً تكون من (٣٨) جلسة علاجية في التواصل الاجتماعي من خلال الرسم ، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية الأنشطة الفنية في تحسين التواصل الاجتماعي .

٥- دراسات اعتمدت على استراتيجيات علاجية ائتلافية :
فحصت الدراسة (2010) Ditzza,A&Esthe العلاقة بين شدة اضطراب الذاتوية ونوع التدخل المستخدم ونتائج الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف الذاتوية ، وتلقى ٨٧ طفلاً العلاج السلوكي وتلقى آخرين العلاج التكاملي الذي يقوم على دمج عدة مناهج للتدخلات العلاجية للأطفال الذاتويين وتم قياس النتائج باستخدام اختبارات التشخيص وتقييم المهارات التكيفية والمعرفية ، وتمثلت أدوات الدراسة في The Autism Diagnostic Interview, Revised I, (ADI/R) ، مقياس الذكاء المعدل Scale of Intelligence-Revised WPPSI-R؛ مقياس بايلي لنمو الاطفال الرضع الطبعة الثانية (BSID) Bayley Scales of Infant Development وأظهرت النتائج تحسينات في كلتا مجموعتي التدخل بالعلاج السلوكي والتدخل التكاملي بشكل ملحوظ في القدرات اللفظية والإدراك، والتنشئة الاجتماعية ، ومهارات التواصل ، والسلوك التكيفي، ولم يتم توثيق فرق كبير بين مجموعتي التدخل ، وأرتبطت شدة أعراض الذاتوية بتقديم أفضل في المهارات التكيفية والقدرات المعرفية .

وهدفت دراسة سهى أحمد أمين (٢٠٠٢) الى قياس مدى فعالية تنمية مهارات الاتصال اللغوي عن طريق برنامج يركز على العلاج السلوكي والعلاج بالموسيقى والعلاج بالفن والعلاج باللعب لدى بعض الاطفال الذاتويين وتكونت عينة الدراسة من الأطفال الذاتويين ، و٣٠ طفلاً كعينة إستطلاعية ، و١٠ أطفال كعينة تجريبية (٢ إناث - ٨ ذكور) وتراوحت أعمارهم بين (٨ - ١٢) عاماً ، متوسط الذكاء (٥٠ - ٧٠) ،

وتمثلت أدوات الدراسة في قائمة تقييم الطفل الذاتوي (جولى مارفن) ، مقياس تقدير الاتصال اللغوي للطفل الذاتوي) ، البرنامج العلاج للأطفال الذاتويين ، البرنامج الإرشادي للأباء والمعلمين ، و بطاقة ملاحظة تتبعية لسلوك الطفل الذاتوي ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى تحسناً ملحوظة في درجة الإتصال لأطفال العينة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، واحتلت مهارات التقليد ، الانتباه ، التعرف والفهم في تنمية مهارات الاتصال اللغوي لدى عينة الدراسة .

وتشير نتائج دراسة (Eikeseth 2002) أن العلاج التكاملي ذات فعالية في مجال التواصل ، وإدارة السلوك لدى الأطفال الذاتويين بحيث تكن مستهدفة أكثر في العلاج التكاملي من العلاجات الأخرى ، كما أنه هناك تفسير آخر أن العلاج التكاملي يعد أكثر فعالية من العلاجات الأخرى التي تم مقارنته بها خاصة التدخلات السلوكية ويذكر (Smith, 1999) ان العلاج التكاملي يعد أكثر كثافة وأكثر إشتمالا على التقنيات السلوكية من العلاجات التي تم مقارنته بها في الدراسات السابقة .
أولاً : منهج الدراسة

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي ليلائم متغيرات الدراسة متمثلة في : المتغير التجريبي وهو البرنامج العلاجي التكاملي للأطفال لتنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية بفنيات كل منهما المختارة في برنامجي الدراسة الحالية ، والمتغير التابع وهو الانتباه المشترك ، والمنهج الوصفي ؛ لإيجاد الفرق طبقاً للنوع (الذكور - الإناث) ، والعمر (قبل العشر سنوات - بعد العشر سنوات) في مستوى الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية، وهما يمثلان الفروض الفارقة للدراسة الحالية ، وقد استخدمت الباحثة التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة ، وقد تمت المقارنة بين متوسطي درجات أفراد التجريبية في القياسين القبلي والبعدي ؛ لمعرفة فعالية برنامجي الإرشاد النفسي التكاملي المستخدم في تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية

محمد ، ٢٠٠٥) ، قامت الباحثة بتطبيقها على عدد من الأطفال المترددين على المراكز والهيئات المختصة بتعليم وتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ؛ بهدف اختيار عينة الدراسة الإرشادية التي تعاني من نقص الانتباه المشترك ، وقد اشتملت هذه العينة على ٥٠ طفلاً وطفلة ممن تم تشخيصهم باضطراب طيف الذاتوية ، تراوحت أعمارهم بين (٣ - ١٨) عام بمتوسط عمري (٧.٨١) عاماً ، وانحراف معياري (٢.٠٩) عاماً ، ويوضح جدول (٣) الخصائص الديموجرافية للأفراد المشاركين بالدراسة الأساسية
 جدول (٢)

الخصائص الديموجرافية للأفراد المشاركين بالدراسة الاستطلاعية

م	المراكز الهيئات المختصة بتعليم وتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	أطفال طيف الذاتوية	
		قبل العشر سنوات	بعد العشر سنوات
		الذكور	الإناث
١	جمعية كيان للأشخاص ذوي الإعاقة بأسبوط	٨	٥
٢	جمعية نماء لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة وتنمية المجتمع (مركز أولادنا)	--	٦
٣	جمعية بلال بن رباح لتنمية المجتمع (مركز بلال للتخاطب - التوحد)	٢	--
٤	مركز السعد للإعاقة الذهنية	٣	٢
٥	مركز تدريب وتأهيل وتخاطب خاتم المرسلين بمنفلوط	٢	٣
	إجمالي المشاركين بالدراسة الاستطلاعية	١٥	١٥

٣- الأفراد المشاركين بالدراسة العلاجية :
 تكونت عينة الدراسة الإرشادية من (٦) أطفال ممن تم تشخيصهم على أنهم من طيف الذاتوية ويعانون من اضطراب الانتباه المشترك ، وتراوحت أعمارهم الزمنية بين ٤ - ١١ سنوات ، متوسط عمرهم الزمني (٥.٨٢) عام بانحراف معياري (١.٩٣) ، وتتراوح نسبة ذكائهم بين (٥٥-٧٠) على مقياس جودارد انف للذكاء ، وتم اختيار عينة الدراسة التجريبية من مركز جمعية كيان للأشخاص ذوي الإعاقة ؛ لتطبيق برنامج العلاج التكاملي لتنمية مهارات الانتباه المشترك لديهم ، وتم اختيار والدي هؤلاء الأطفال (٦)

آباء وأمهات ، لتلقى برنامج إرشادي أسري لوالدي الأطفال الذاتويين لكيفية تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى أطفالهم، وقد مر اختيار العينة الإرشادية بالدراسة الحالية عبر مجموعة من الخطوات المتتابعة ، هي :

١- المرحلة الأولى:

تم تطبيق مقاييس الدراسة الحالية على مجموعة من الأطفال الذاتويين المترددين على جمعية كيان للأشخاص ذوي الإعاقة ، وبلغ عددهم (٢٠) طفلاً ، وذلك لإستخراج عينة الدراسة العلاجية، وهم الأطفال الذاتويين الذين يعانون من اضطراب مهارات الانتباه المشترك ، وقد وقع الاختيار على مركز جمعية كيان للأشخاص ذوي الإعاقة ، لاختيار عينة الدراسة التجريبية به للأسباب التالية :

- ترحيب إدارة المركز بالبرنامج ، وتفهمها لطبيعته ، وتوفير كافة المساعدات والإمكانيات اللازمة التي من شأنها المساعدة في تطبيق برنامج الدراسة ، إضافة إلى ترحيب المعلمات بالمركز بفكرة البرنامج ، وقبولهم للمشاركة فيه.
 - يوجد بالمركز نسبة عالية من الأطفال الذاتويين، مقارنة بباقي المراكز.
 - يوجد بالمركز أكبر عدد من الأطفال في المرحلة العمرية المستهدفة في الدراسة الحالية (٤-١١) سنوات.
 - توافر مجموعة كبيرة من الأدوات والإمكانيات والوسائل التعليمية المختلفة داخل المركز .
 - تميز المركز بقنوات التواصل الفعال مع أسر الأطفال الذاتويين ، وتشجيع والدي الأطفال الذاتويين بالترحيب بفكرة البرنامج ، وقبولهم للمشاركة فيه.
- ٢- المرحلة الثانية :

بعد تطبيق أدوات الدراسة الحالية على مجموعة من الأطفال الذاتويين المترددين على جمعية كيان للأشخاص ذوي الإعاقة والبالغ عددهم (٢٠) طفلاً ، وذلك لإستخراج عينة

الدراسة العلاجية، وهم الأطفال الذاتويين الذين يعانون من نقص مهارات الانتباه المشترك، وتحليل البيانات التي تم الحصول عليها تم استبعاد (١٤) أطفال، وبذلك أصبح العدد النهائي لعينة الدراسة العلاجية (٦) طفلاً ، وقد تم اختيارهم بناءً على ارتفاع درجاتهم على أدوات الدراسة عن درجة القطع للاختبار . ويوضح جدول (٥) المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات العينة الأساسية .

جدول (٣)

المتوسط والانحراف المعياري لدرجات عينة الدراسة الأساسية على مقياس الانتباه المشترك وأبعاده (ن = ٥٠)

درجة القطع	الوصف الاحصائي		المقياس وأبعاده
	المتوسط (م)	الانحراف المعياري (ع)	
م - ١٠.٥ ع	١٢.٧١	٤.٦٠	العامل الأول: الانتباه البصري
٥.٨١	٦.٥٨	١.٨٦	العامل الثاني : تناوب النظر بالعين
٣.٧٩	٩.١٢	٥.٥٣	العامل الثالث : الإشارة وتتابع الإشارة
٠.٨٣	١٠.٠٦	٤.٢٢	العامل الرابع : التتابع البصري
٣.٧٣	٧.٧٤	٣.١٢	العامل الخامس : الاستجابة عند مناداة الاسم
٣.٠٦	٩.٤٤	٤.٩٢	العامل السادس : الإيماءات، التعبيرات الوجهية والتعليق اللفظي
٢.٠٦	٥٥.٦٤	٨.٣٢	مقياس الانتباه المشترك للأطفال الذاتويين
٤٣.١٦			

٣- المرحلة الثالثة :

وفي هذه المرحلة تم استبعاد الأطفال الذاتويين الذين لا تنطبق عليهم شروط اختيار العينة ، وهي :

- أن يقع الطفل في المدى العمري من بين (٤-١١) سنوات ، حيث تكون في هذه المرحلة قد اتضحت علامات الذاتوية لدى الطفل وظهرت لديه نقص مهارات الانتباه المشترك ، ويمكن تقديم العلاج والتدخل المبكر لها .
- أن يعاني الطفل من نقص الانتباه المشترك ، وتقل درجته عن (٦٢) درجة على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية نقص الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين .
- - أن يقع ذكاء الطفل في المدى من (٥٥-٧٠) درجة على جودا رد للذكاء .
- ألا يكون لدى الطفل أي إعاقات أخرى سوى التوحد سواء أكانت بصرية ، أم سمعية ، أم حركية لعدم دخول أي متغيرات أخرى تؤثر على الاضطراب موضع الدراسة.
- أن يكون الطفل من المنتظمين في الحضور إلى المركز ولا يتغيب كثيراً.
- أن يكون أحد والدي الطفل على قيد الحياة ، وعلى أتم الاستعداد للمشاركة في البرنامج.

وقد بلغ عدد أطفال العينة الإرشادية (٦) أطفال ذاتويين ممن يعانون اضطراب في مهارات الانتباه المشترك ، من المترددين على جمعية كيان للأشخاص ذوي الإعاقة ، وهذه المجموعة هي التي طبق عليها برنامج الدراسة الحالية .

٤- المرحلة الرابعة :

قبل البدء في تطبيق برنامجي الدراسة ، قامت الباحثة للتأكد من الوصف الإحصائي لمشاركين بالدراسة من حيث عمرهم الزمني ، ودرجات الذاتوية ، ودرجة الانتباه المشترك ، ويوضح جدول (٤) الوصف الإحصائي للمشاركين بالدراسة العلاجية (ن = ٦) .

جدول (٤)

الوصف الإحصائي للمشاركين بالدراسة العلاجية (ن = ٦)

م	الوصف الإحصائي	مقياس الانتباه المشترك	العمر	درجة الذاتية
١	المتوسط الحسابي (م)	٦٦.١٧	٥.٨٢	١٤.٦٧
٢	الانحراف المعياري (ع)	٨.٦٤	١.٩٣	٢.٧١

ثالثاً: أدوات الدراسة

١- مقياس الطفل التوحدي إعداد عادل عبد الله محمد (٢٠٠٥)

يعد مقياس الطفل التوحدي إعداد عادل عبد الله محمد (٢٠٠٥) أداة سيكومترية لتشخيص أعراض طيف الذاتوية ؛ حيث تمت صياغة عباراته في ضوء المحكات الواردة في وصف وتشخيص وتقييم اضطراب الذاتوية بالدليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية الرابع DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) American Psychiatric Association (APA) إلى جانب مراجعة التراث السيكلوجي والسيكاتري حول ما كتب عن ذلك الاضطراب .

ويتألف هذا المقياس من ٢٨ عبارة يجاب عنها ب (نعم) أو (لا) من جانب الأخصائي أو ولي الأمر أو أحد الوالدين . وتمثل هذه العبارات مظاهر أو أعراض الذاتوية ، ويعنى وجود نصف هذا العدد من العبارات (١٤ عبارة) على الأقل وإنطباقها على الطفل أنه فعلاً يعاني من اضطراب الذاتوية .

وفي الغالب لا يتم إعطاء درجة للطفل في هذا المقياس حيث يتم استخدامه بغرض تشخيصي فقط ؛ وذلك للتأكد من أن الطفل يعاني فعلاً من اضطراب التوحد وذلك من خلال إنطباق الحد الأدنى من عبارات هذا المقياس عليه والذي يتمثل كما أوضحنا سلفاً في نصف عدد عبارات المقياس وهو ما يبلغ عشرة عبارة . ومع ذلك فهذا لايعنى عدم إمكانية إعطاء درجة للطفل على المقياس حيث يمكن إعطاء درجة واحدة للإجابة ب (نعم) وصفر للإجابة ب (لا) .

وذلك فإن حصول الطفل على ١٤ درجة على المقياس يعنى إنطباق ١٤ عبارة عليه ، وهو ما يتفق مع ما ذكرناه سابقاً ، ومن ثم لا يوجد أدنى تعارض بين الأسلوبين . وأن عشر عبارات فقط قد تكون كافية كي نحكم من خلالها على الطفل إذا ما أنطبق عليه ، إلا أنه لزيادة التأكيد يفضل أن ينطبق نصف عدد عبارات المقياس على الطفل نظراً للتشابه الذى يوجد بين هذا الاضطراب وغيره من الاضطرابات الأخرى ، وهو الأمر الذى يسهم بشكل جدى فى حصولنا على نتائج صحيحة وصادقة .

ولحساب صدق المقياس ، قام معد المقياس باستخدام صدق المحكمين ، حيث تم الإبقاء فقط على العبارات التي حازت على ٩٥ % على الأقل ممن إجماع المحكمين ، كما تم اللجوء إلى صدق المحك ، وذلك باستخدام المماثل الذي أعده عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) كمحك خارجي ، وبلغ قيمة الصدق ٠.٨٦ ، هذا إضافة إلى حساب قيمة الارتباط بين تقييم الإحصائي وتقييم ولي الأمر باعتبار كل منهما محك للأخر ، وبلغت قيمة معامل الارتباط ٠.٩٤ ، كما تم استخدام طريقة إعادة التطبيق لحساب ثبات الاختبار على عينة ١٣ بفاصل زمني شهر ، وبلغت قيمة معامل الارتباط ٠.٩٢ ، إضافة إلى معادلة KR-21 وبلغت قيمتها ٠.٨٥ وهي جميعاً قيم مرتفعة تدل على تمتع المقياس بقيم ثبات عالية .

٢- مقياس جودا رد للذكاء

يعد مقياس جودا رد للذكاء من مقاييس الذكاء الأدائية غير اللفظية ، ويتكون المقياس من لوحة خشبية بها عشرة فراغات لكل منها قطعة خشبية تناسبه ، ويقوم الفاحص باستخراج هذه القطعة الخشبية من مكانها ويطلب من المفحوص أن يضعها في مكانها بأسرع ما يمكن ، ويسمح للمفحوص أن يقوم بثلاث محاولات ، ثم يحسب متوسط الوقت الذي يستغرقه المفحوص في هذه المحاولات ليمثل درجته على المقياس التي يتم في ضوءها تحديد نسبة ذكائه ، وذلك بالرجوع إلى دليل المقياس ، وقد لجأ الباحثان إلى مقياس جودارد نظراً لأداء الذاتويين على المقاييس الأدائية أفضل من أدائهم على المقاييس اللفظية .

وقد اعتمدت الدراسة الحالية في تحديد صدق وثبات المقياس على العديد من الدراسات التي قامت بتطبيقه ، كدراسة أميره طه بخش (٢٠٠٢) ، ودراسة عادل عبد الله محمد ، إيهاب حامد عبد العظيم (٢٠٠٧) ، أسماء عبد الراضي نعمان حجازي (٢٠١٢) ، أمينة محمد إبراهيم ، ومصطفى عبد المحسن الحديبي (٢٠١٣) .

٣- مقياس الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي طيف الذاتوية (صورة الآباء)

(إعداد الباحثة) :

قامت الباحثة بإعداد مقياس الانتباه المشترك ؛ بهدف الحصول على أداة سيكومترية تتناسب مع أفراد العينة وأهداف وطبيعة الدراسة ، لسببين ، أولهما : عدم وجود مقياس للانتباه المشترك - في حدود إطلاع الباحثة - لندرة الدراسات التي أهتمت بهذه الفئة من الأطفال الذاتويين بالبيئة العربية ، وثانيهما : توفير أداة سيكومترية يمكن من خلالها التعرف

على مظاهر اضطراب الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين ، وذلك من خلال أبعاد وهي (الانتباه البصري- تتابؤ النظر - الإشارة - وتتبع الإشارة - التتبع البصري - الإستجابة عند مناداة الأسم - الإيماءات ،التعبيرات الوجهية والتعليق اللفظي) .

ولذلك فمن دواعي بناء المقياس أن يعتمد في بنائه على عوامل ترتبط بطبيعة الانتباه المشترك وأبعاده لدى الأطفال الذاتويين ، وقد مر بناء المقياس بالخطوات التالية :

- الإطلاع على الدراسات العربية والأجنبية السابقة ذات الصلة بمفهوم الانتباه المشترك ، أنواعه ، أبعاده المختلفة ، مظاهر نقص الاضطراب لدى فئة الذاتوية ، وأسباب نقصه لدى فئة الذاتوية ، علاقته بنمو اللغة والتفاعلات الاجتماعية وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى ذات الصلة ، كما جاء بالإطار النظري ومفاهيم الدراسة .
- الإطلاع على بعض المقاييس العربية والإنجليزية المتعلقة بقياس الانتباه المشترك لدى أطفال طيف الذاتوية وبعض المتغيرات المرتبطة بها ، كالمقياس التواصل

الاجتماعي المبكر (2003) Peter et al., ، كود الترميز لملاحظة الانتباه
المشترك

(2009) Nicole & Suchomel؛ ترميز تعليم الانتباه المشترك بين الطفل الذاتوي
والوالدين (2010) sarah ، مقياس الإستجابة للتوجيه الإجتماعي المتصل
(SOC-RS) (2006) Mosconi .

- في ضوء الإطار النظري للدراسة الحالية - العلاج التكاملي وفتيات ، وفتياته ،
وبعض المتغيرات النفسية المرتبطة بالانتباه المشترك ، وطبيعة وخصائص أفراد
العينة - تم صياغة فقرات المقياس في صورتها الأولية ؛ لتعبر عن الانتباه المشترك
لدى الأطفال الذاتويين ، حيث تمثل عدد عبارات مقياس الانتباه المشترك للأطفال
الذاتويين في (٦٢) عبارة لها ثلاثة بدائل : (كثيراً - أحياناً - نادراً) على أن تكون
درجات كل فقرة على الترتيب (٢ - ١ - ٠) كفاءة مقياس الانتباه المشترك لدى
الأطفال ذوي طيف الذاتوية (صورة الآباء):

(١) الصدق Validity :

اعتمدت الباحثة في حساب صدق المقياس على ما يلي :

- الصدق المنطقي (صدق المحكمين) Logical Validity

تم عرض الصورة الأولية لمقياس الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي طيف الذاتوية
على مجموعة من السادة المحكمين المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية
، والذين كانت لهم دراسات أو أبحاث في مجال الانتباه المشترك أو أحد المتغيرات
المرتبطة به ، وقد اشتملت تلك الصورة على (٦٢) عبارة بهدف : التأكد من مناسبة
العبارات للمفهوم المراد قياسه ، وتحديد غموض بعض العبارات لتعديلها، وحذف بعض
العبارات غير المرتبطة بمفهوم الانتباه المشترك ، أو غير مناسبتها لطبيعة وخصائص

الأطفال الذاتويين ، ويوضح جدولاً (٧) ، و (٨) بعض العبارات التي تم تعديلها ،
 والأخرى التي تم حذفها.

جدول (٥)

العبارات التي تم تعديل مياغتها لقياس الانتباه المشترك للأطفال الذاتويين

العبارات قبل التعديل	العبارات بعد التعديل
٧ يتوقف الطفل عن نشاطه ناظراً إلى المتحدث إليه عند رؤيته شيء مثير للانتباه	٧ يتوقف الطفل عن النظر إلى المتحدث إليه عند رؤيته شيء مثير للانتباه في اتجاه بعيدا عنه
١١ يبدى الطفل تأزر بصرى حركى بشكل يتناسب مع عمره	١١ لا يبدى الطفل تأزر بصرى حركى بشكل يتناسب مع عمره .
١١ يحول الطفل انتباهه بسهولة من نشاط إلى آخر	١١ يحول الطفل انتباهه بسهولة من نشاط إلى آخر دون تركيز على الشيء الواحد .
١١ يشارك الطفل بالنظر إلى الأحداث التي أمامه	١١ لا يشارك الطفل بالنظر إلى الأحداث التي أمامه
٤١ يستجيب الطفل عند مناداة اسمه حركياً أو لفظياً	٤١ يستجيب الطفل حركياً او لفظياً عند مناداة اسمه

جدول (٦)

العبارات التي تم حذفها لقياس مقياس الانتباه المشترك للأطفال الذاتويين

م	العبارات التي تم حذفها
٤	يتجنب الطفل النظر مباشرة إلى عيون الآخرين .
٩	لا ينظر الطفل إلى المحيطين به عند الحديث حتى إن كانوا لا يتحدثون إليه
١٠	نادراً ما يبادر الطفل بالنظر مباشرة إلى عيون الآخرين
١٦	يعجز الطفل عن الاستجابة البصرية للأشياء من حوله
١٧	يغمض الطفل عينيه أو يغطيهم حتى لا ينظر إلى المتحدثين
١٨	ينظر الطفل إلى الألعاب الذي في متناول يد المتحدثين إليه .
٢١	يحرك بصره نحو الصوت .
٢٦	ينظر الطفل حوله على نحو عشوائي عند الإشارة إلى شيء مثير للانتباه ، وليس لما تشير إليه.
٣٢	يستخدم الطفل الإشارة لجذب انتباه الآخرين .

- وفي ضوء آراء المحكمين تم تعديل (٥) عبارات ، وحذف (٩) عبارات ؛ لتكرار بعضها ، ولعدم مناسبتها لطبيعة وخصائص الأطفال الذاتويين ، والتي لم تحظ بنسبة اتفاق تتراوح بين (٩٠ % - ١٠٠ %).

- أصبح مقياس الانتباه المشترك للأطفال الذاتويين بعد حذف العبارات التي لم تحظ بنسبة اتفاق تتراوح بين (٩٠ % - ١٠٠ %) من السادة المحكمين في صورته الأولية على (٥٣) عبارة ، وتم تطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية للاستقرار على الصورة النهائية للمقياس.

وللتأكد من اتساق المقياس داخلياً قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس ودرجة البعد الذي تنتمي إليه والدرجة الكلية للمقياس بعد تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية ، ويوضح جدول (٩) معاملات الارتباط .

جدول (٧)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات مقياس الانتباه المشترك والبعد الذي تنتمي إليه ودرجة المقياس الكلية (ن - ٣٥)

معامل الارتباط	م	معامل الارتباط		م	معامل الارتباط		م	معامل الارتباط		م	معامل الارتباط		م	معامل الارتباط		م
		الكلية	البعد		الكلية	البعد		الكلية	البعد		الكلية	البعد		الكلية	البعد	
٠.٤٧	٤٣	٠.٦٥	٠.٧٦	٣٦	٠.٤٨	٠.٥٤	٢٧	٠.٦٢	٠.٧١	١٧	٠.٣٧	٠.٤١	١٢	٠.٥٢	٠.٥٧	١
٠.٤٢	٤٤	٠.٥٧	٠.٧١	٣٧	٠.٦٤	٠.٧٣	٢٨	٠.٤٥	٠.٥٦	١٨	٠.٣٧	٠.٣٨	١٣	٠.٤٩	٠.٥٨	٢
٠.٥٧	٤٥	٠.٦٦	٠.٨٢	٣٨	٠.٧٠	٠.٧٢	٢٩	٠.٥٣	٠.٥٤	١٩	٠.٤٥	٠.٥٧	١٤	٠.٣٨	٠.٤٩	٣
٠.٤٩	٤٦	٠.٧١	٠.٧٩	٣٩	٠.٤٧	٠.٥٨	٣٠	٠.٦٥	٠.٦٩	٢٠	٠.٥٨	٠.٧١	١٥	٠.٦٩	٠.٧٨	٤
٠.٣٧	٤٧	٠.٣٨	٠.٤٤	٤٠	٠.٤٢	٠.٦١	٣١	٠.٥٣	٠.٧٢	٢١	٠.٣٧	٠.٥٥	١٦	٠.٥٤	٠.٦٧	٥
٠.٦٥	٤٨	٠.٦٢	٠.٨٣	٤١	٠.٤٩	٠.٥٣	٣٢	٠.٦٣	٠.٧٦	٢٢				٠.٥٥	٠.٦١	٦
٠.٦٢	٤٩	٠.٧١	٠.٧٩	٤٢	٠.٥٣	٠.٧٦	٣٣	٠.٦٨	٠.٨٣	٢٣				٠.٣٥	٠.٣٧	٧
٠.٦٧	٥٠				٠.٦٤	٠.٧٦	٣٤	٠.٦٣	٠.٧٧	٢٤				٠.٥٩	٠.٦٣	٨
٠.٧١	٥١				٠.٥٨	٠.٧٧	٣٥	٠.٦١	٠.٦٧	٢٥				٠.٦٣	٠.٦٩	٩
٠.٦٢	٥٢							٠.٧١	٠.٦٩	٢٦				٠.٦١	٠.٦٣	١٠
														٠.٣٨	٠.٤٢	١١

* * دال عند مستوى ٠.٠١

يتضح من جدول (٩) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لمقياس الانتباه المشترك لأطفال طيف الذاتوية دالة عند مستوى ٠.٠١ ، وبهذا يصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (٥٢) عبارة .
 - الصدق التكويني :

قامت الباحثة بحساب معامل صدق المقياس ، وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية على أبعاد مقياس الانتباه المشترك للأطفال الذاتويين الست ؛ وذلك لاعتبار أن كل بعد من أبعاد المقياس يمكن أن يكون محكاً خارجياً للأبعاد الأخرى ، ويوضح جدول (٤) قيم الارتباط بين أبعاد المقياس .

جدول (٨)

قيم معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الانتباه المشترك للأطفال الذاتويين (ن = ٢٥)

أبعاد مقياس الانتباه المشترك	الانتباه البصري	تناوب النظري بالعين	الإشارة وتتابع الإشارة	التتابع البصري	الاستجابة عند مناداة الاسم	الإيماءات، التعبيرات الوجهية والتعليق اللفظي
الانتباه البصري	٠.٠٠٠	٠.٦٧**	٠.٧١**	٠.٦٨**	٠.٧٥**	٠.٧٧**
تناوب النظري بالعين	٠.٠٠٠	٠.٥٢**	٠.٤٢**	٠.٣٨**	٠.٤٩**	٠.٤٩**
الإشارة وتتابع الإشارة	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٠.٦٧**	٠.٦٤**	٠.٦٧**	٠.٦٧**
التتابع البصري	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٠.٦٨**	٠.٦٧**	٠.٦٧**
الاستجابة عند مناداة الاسم	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٠.٦٧**	٠.٦٧**
الإيماءات، التعبيرات الوجهية والتعليق اللفظي	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠

** دال عند مستوى ٠.٠١

يتضح من جدول (٤) أن جميع معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الانتباه المشترك لدى أطفال طيف الذاتوية داله عند مستوى ٠.٠١ ؛ مما يدل على أن المقياس يقيس جانباً واحداً ، وهو الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين .

■ الثبات Reliability :

- طريقة ألفا كرونباك Alpha Cronbach Method :

استخدمت الباحثة معادلة ألفا كرونباك (فرج ، ١٩٨٩ ، ٣٢٧) وهي معادلة تستخدم لإيضاح المنطق العام لثبات الاختبار ، وتروحت قيمة معامل ثبات أبعاد المقياس بين ٠.٦٩ - ٠.٧٧ ، وهي قيم مرتفعة تدل على ثبات المقياس ، ويوضح جدول (٥) قيم معامل الثبات لمقياس الانتباه المشترك للأطفال الذاتويين وأبعاده الستة .

جدول (٩)

قيم معامل ألفا كرونباك بمقياس الانتباه المشترك لأطفال طيف الذاتوية ن-٦

معامل ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباك	مقياس الانتباه المشترك لأطفال طيف الذاتوية
٠.٧٤	معامل الأول : الانتباه البصري
٠.٦٩	معامل الثاني : تناوب النظرى بالعين
٠.٧٧	معامل الثالث : الإشارة وتتابع الإشارة
٠.٧٦	معامل الرابع : التتابع البصري
٠.٧٥	معامل الخامس : الاستجابة عند مناداة الاسم
٠.٧٦	معامل السادس : الإيماءات، التعبير الوجهي والتعليق اللفظي .
٠.٨٨	مقياس الانتباه المشترك لأطفال طيف الذاتوية

من جدول (٩) ارتفاع قيم معامل ثبات مقياس الانتباه المشترك لأطفال طيف الذاتوية وأبعاده الفرعية بطريقة ألفا كرونباك ؛ مما يشير إلى درجة عالية من الثبات للمقياس ككل وأبعاده.
نتائج الدراسة وتفسيرها :

١- نتائج الفرض الأول ومناقشتها :

ينص الفرض الأول على : " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال الذاتويين على مقياس الانتباه المشترك وأبعاده الستة تعزى لمتغير النوع (ذكور ، إناث) ، و متغير العمر (قبل العشر سنوات ، بعد العشر سنوات) والتفاعل بين المتغيرين لدى عينة الدراسة " .

ولتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بتطبيق مقياس الانتباه المشترك على أطفال طيف الذاتوية للمشاركين بالدراسة الأساسية (ن = ٥٠) طفلاً ذاتوياً ؛ ثم

حساب تحليل التباين الثنائي بين المتغيرين الديموجرف بين الأطفال طيف الذاتوية (النوع ، والعمر) على مقياس الانتباه المشترك ؛ لمعرفة مدى الفروق بينهم في الانتباه المشترك طبقاً لهذين المتغيرين ، ويوضح جدول (١٢) نتائج تحليل التباين الثنائي .

جدول (١٠)

تحليل التباين الثنائي لمتغير النوع (ذكور، إناث) ، ومتغير العمر (قبل العشر سنوات ، بعد العشر سنوات) والتفاعل بينهما على مقياس الانتباه المشترك لأطفال طيف الذاتوية (ن = ٥٠)

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة الاحصائية
البعد الأول	النوع (أ)	٥٠.٥٢	١	٥٠.٥٢	٢.٤٣	غير دال
	العمر (ب)	٢.٧١	١	٢.٧١	٠.١٣	غير دال
	التفاعل (أ*ب)	٥١.٨٤	١	٥١.٨٤	٢.٤٩	غير دال
	الخطأ	٩٥٥.١٥	٤٦	٢٠.٧٦	---	---
	الكلية	٩١٠.٣	٥٠	---	---	---
البعد الثاني	النوع (أ)	٣.٥٠	١	٣.٥٠	٠.٩٩	غير دال
	العمر (ب)	٢.٩٦	١	٢.٩٦	٠.٨٤	غير دال
	التفاعل (أ*ب)	١.١١	١	١.١١	٠.٣١	غير دال
	الخطأ	١٦٢.١٤	٤٦	٣.٥٣	---	---
	الكلية	٢٣٣٥	٥٠	---	---	---

تابع جدول (١٠)

تحليل التباين الثنائي لتغير النوع (ذكور، إناث) ، ومتغير العمر (قبل العشر سنوات ، بعد العشر سنوات) والتفاعل بينهما على مقياس الانتباه المشترك لأطفال طيف الذاتوية (ن - ٥٠)

المتغيرات	مصنوع التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة الاحصائية
البعد الثالث	النوع (أ)	٥١.٢٦	١	٥١.٢٦	١.٨٨	غير دال
	العمر (ب)	٢١.٥٩	١	٢١.٥٩	٠.٧٩	غير دال
	التفاعل (أ*ب)	١٣٣.٩٩	١	١٣٣.٩٩	٤.٩٢	غير دال
	الخطأ	١٢٥٢٥.٥٦	٤٦	٢٧.٢٣	---	---
	الكلية	٥٦٥٦	٥٠	---	---	---
البعد الرابع	النوع (أ)	١٨.٧٤	١	١٨.٧٤	١.١٤	غير دال
	العمر (ب)	١.٢٨	١	١.٢٨	٠.٠٨	غير دال
	التفاعل (أ*ب)	٨٩.٢١	١	٨٩.٢١	٥.٤٣	غير دال
	الخطأ	٧٥٥.١٧	٤٦	١٦.٤٢	---	---
	الكلية	٥٩٣٣٣	٥٠	---	---	---
البعد الخامس	النوع (أ)	٠.١٨	١	٠.١٨	٠.٠٢	غير دال
	العمر (ب)	٢.٦٩	١	٢.٦٩	٠.٢٨	غير دال
	التفاعل (أ*ب)	١٩.٤٨	١	١٩.٤٨	٢.٠١	غير دال
	الخطأ	٤٤٥.٥٨	٤٦	٩.٦٩	---	---
	الكلية	٣٤٧٣	٥٠	---	---	---
البعد السادس	النوع (أ)	٨.٤٣	١	٨.٤٣	٠.٣٤	غير دال
	العمر (ب)	٢٧.٧٠	١	٢٧.٧٠	١.١٣	غير دال
	التفاعل (أ*ب)	٥.٦٩	١	٥.٦٩	٠.٢٣	غير دال
	الخطأ	١١٢٩.٤٠	٤٦	٢٤.٥٦	---	---

الكلبي	٥٠	٥٦٤٠	٥٠	٥٦٤٠	الكلبي
النوع (أ)	١	٢٦٦.٢٢	١	٢٦٦.٢٢	غير دال
العمر (ب)	١	١٦٢.٧١	١	١٦٢.٧١	غير دال
التفاعل (أ*ب)	١	١١٥٣.٧٤	١	١١٥٣.٧٤	غير دال
الخطأ	٤٦	٣٩٣.٢٥	٤٦	١٨٠٠٨٩.٦٩	---
الكلبي	٥٠	---	٥٠	١٧٥٠٢٠	---

يتضح من جدول (١٠) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وفقاً لاختلاف متغير للنوع (ذكور ، إناث) ، ومتغير العمر (قبل العشر سنوات ، بعد العشر سنوات) والتفاعل بينهما على مقياس الانتباه المشترك لأطفال طيف الذاتوية وأبعاده الستة .
 ونظراً لندرة الدراسات السابقة التي تتناول مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي طيف الذاتوية من حيث متغيري العمر والنوع ، تفسر الباحثة النتائج في ضوء ما توصلت إليه من دراسات .

وتتسق نتائج الدراسة الحالية مع ما أسفرت عنه نتائج بعض الدراسات الصلة ذات الصلة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وفقاً لاختلاف متغير للنوع (ذكور ، إناث) ، ومتغير العمر (قبل العشر سنوات ، بعد العشر سنوات) والتفاعل بينهما على مقياس الانتباه المشترك لأطفال طيف الذاتوية ، كدراسة (Fabinne et al.,2008) التي تناولت فحص مهارات الانتباه المشترك لدى الاطفال الذاتويين وعلاقتها ببعض متغيرات النمو ، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود نقص مهارات الانتباه المشترك لدى جميع الاطفال الذاتويين وان الانتباه المشترك يرتبط ببعض سمات اضطراب طيف الذاتوية ومستوى النمو .

ويتسق ذلك مع نتائج دراسة (Jessica&Inge(2012 التي هدفت لتطوير مقياس للاستجابة للانتباه المشترك للأفراد الذاتويين والأفراد العاديين لمرحلتى المدرسة والمراهقة تتراوح أعمارهم بين ٧- ١٧ سنة ، وتكونت عينة الدراسة من ١٨ فرداً ذاتياً و ٢٤ فرداً

ذات نمو طبيعي، وتتضمن التدريب من ٦ مطالبات طبيعية تهدف الى استثارة الاستجابة للانتباه المشترك، وأسفرت النتائج ان مهارات الانتباه المشترك تختلف لدى الأفراد طيف الذاتوية عن الأفراد العاديين ، وأن التدريب كان مفيداً جداً لإكتساب الأطفال الذاتويين الأكبر سناً مهارات الانتباه المشترك ، وأن أداء الانتباه المشترك يرتبط بتقدم العمر مع مجموعة الأفراد الذاتويين ، وأن الأداء الأفضل للانتباه المشترك يؤدي الى نمو باللغة استقبالية ، وأن الأفراد الذاتويين الذي يعانون من شدة في الأعراض سجلو درجات أقل على مقياس الانتباه المشترك، وتشير النماذج النظرية للانتباه المشترك ان المسار للتموى للانتباه المشترك لايزال مستمر حتى مرحلة المراهقة ، حيث أن نموذج العمليات المتعددة يشير ان الانتباه المشترك يرتبط بقوة بالوظائف التنفيذية خاصة التثبيت والتحويل (Mundy,Card&Fox,2000) ، كما أنه يرتبط بالشبكات في القشور الأمامية والداخلية ، كما أن هذه المناطق تخضع لتغيرات وظيفية في سن المراهقة (Mundy&Thorp,2006) ، مما يزيد من احتمال أن مهارات الانتباه المشترك قد يستمر أيضاً للتطوير والنمو في المراحل العمرية اللاحقة .

٢- نتائج الفرض الثاني ومناقشتها :

ينص الفرض الثاني على : 'يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين في التطبيق القبلي ودرجاتهم في التطبيق البعدي على المقياس نفسه بعد تطبيق برنامج العلاج التكاملي " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثين بتطبيق مقياس الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين على أفراد المجموعة العلاجية قبل تطبيق برنامج العلاج التكاملي (التطبيق القبلي) ، ثم أعيد تطبيق المقياس مرة أخرى على أفراد المجموعة العلاجية أنفسهم بعد تطبيق برنامج العلاج التكاملي (التطبيق البعدي) ، ويوضح جدول (١١) دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الانتباه

المشترك لدى الأطفال الذاتويين بأبعاده في التطبيقين القبلي والبعدي باستخدام اختبار " ويلكوكسون Welcoxon " للأزواج المرتبطة .

جدول (١١)

دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين وأبعاده في التطبيقين القبلي والبعدي (ن = ٦)

قيمة ز " z "	مجموع الرتب		متوسط الرتب		مقياس الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين
	الإيجابية	السلبية	الإيجابية	السلبية	
* ٢.٠٢	١٥	---	٣	---	اسم البعد الأول
* ١.٨٤	١٠	---	٢.٥	---	اسم البعد الثاني
** ٢.٢١	٢١	---	٣.٥	---	اسم البعد الثالث
** ٢.٢١	٢١	---	٣.٥	---	اسم البعد الرابع
* ١.٨٦	١٠	---	٢.٥	---	اسم البعد الخامس
* ٢.٠٦	١٥	---	٣	---	اسم البعد السادس
** ٢.٢١	٢١	---	٣.٥	---	مقياس الانتباه المشترك

** دال عند مستوى ٠.٠١

* دال عند مستوى ٠.٠٥

ويمكن تفسير ذلك بان مستوى الانتباه المشترك لدى الأطفال قد تحسن نتيجة التطبيق البعدي الأول : البرنامج العلاجي التكاملي ، ومما يعنى أن الفنيات والاستراتيجيات العلاجية المنتقاة من (العلاج السلوكي - العلاج الموسيقي - العلاج بالفن - العلاج باللعب) من شأنها تحسن مهارات الانتباه المشترك لدى هؤلاء الأطفال من تطبيق البرنامج .

وقد اتفقت هذه النتائج مع جميع الدراسات التي استخدمت برامج لتحسين الانتباه المشترك ومن هذه الدراسات محمد يوسف محمد (٢٠٠٩) التي استخدمت

استراتيجيات تعديل السلوك في تنمية الانتباه المشترك ، حيث أظهرت نتائج تلك الدراسة فاعلية البرامج السلوكية في تحسين الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين، وتسق ذلك مع دراسات (Whalen & Schreibman (2003؛ Christina & Laura (2003؛ Taylor & Hoch (2008؛ Martins& Harris (2006؛ &Schreibman (2006) Ingersoll التي تناولت بعض من استراتيجيات تعديل السلوك في تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الاطفال الذاتويين وأسفرت النتائج عن فعالية استراتيجيات تعديل السلوك لتنمية مهارات الانتباه المشترك .

ويتسق ذلك مع نتائج دراسة لنا عمر بن صديق (٢٠٠٥) التي استخدمت مجموعة من الاستراتيجيات ومنها استراتيجيات تعديل السلوك في تنمية التواصل الغير اللفظي التي يتضمن الانتباه المشترك لدى الاطفال الذاتويين وأسفرت النتائج عن فعالية البرنامج المقترح في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال المجموعة التجريبية وتتمشى هذه النتيجة مع ما ذكرته هلا السعيد (٢٠٠٩، ١٠٨) أن العلاج السلوكي يعد من أشهر الأساليب العلاجية المستخدمة مع الأطفال الذاتويين ، حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها، والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك فكل سلوك عبارة عن استجابة لمؤثر ما ، ويؤكد عبدالله محمد الصبي (٢٠٠٩، ١٤) أن الأطفال الذاتويين يستجيبون لإجراءات تعديل السلوك ، ومع التدريب والتعليم يمكنهم اكتساب الكثير من المهارات المعرفية والنفسية والسلوكية ويشير (Weiss & Harris (2001 إلى أن استخدام استراتيجيات تعديل السلوك تسهم في إكساب الأطفال الذاتويين بعض المهارات الاجتماعية، مثل : التواصل البصري ، و معانقة الآخرين ، و طلب الأشياء البسيطة ، و بدء المحادثة مع الآخرين ، كما يؤكد (Goldstein (2002 أن على أن استخدام فنيات تعديل السلوك ، مثل :

التعزيز ، والنمذجة ، والتقليد والمحاكاة ، والتصحيح ، والتكرار ، والحث ، والتوضيح ،
والتغذية الراجعة لها دوراً كبيراً في تعليم الأطفال الذاتويين المهارات المختلفة للتواصل.

وتتسق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات ذات الصلة بفاعلية العلاج
الموسيقي في تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين حيث أوضحت نتائج
دراسة (2003) Ga eul Yoo ؛ (2011) Clare H Arezina ؛ (2005) Reitman's التي استخدمت العلاج الموسيقي لتنمية مهارات الانتباه المشترك لدى
الأطفال الذاتويين وأسفرت النتائج عن الإشارات الموسيقية ذات فعالية في إstimارة الانتباه
المشترك لدى الأطفال الذاتويين

وتسق ذلك مع ما أشارت إليه سهى أمين (٢٠٠٢) أن العلاج الموسيقي الموسيقي أداة
تواصلية رائعة تسهل بدء التفاعل الإجتماعي بين الطفل الذاتوي والآخرين ، لأن الأطفال
الذاتويين يظهرون حُباً للموسيقى، ويتجاوبون مع نغماته ، ولذا فمن الممكن استخدام
الموسيقى كوسيلة لتحفيز الطفل الذاتوي لكي يتغلب على قصوره الأساسية في بداية إدراك
التفاعل الاجتماعي مع الآخرين وحينما يتغلب على هذا القصور ينمو لديهم انتباهاً
للتواصل بين الطفل والآخرين ، ويتفق مع ذلك عادل عبد الله (٢٠٠٨) حيث لفنيات
العلاج بالموسيقى أن تلعب دوراً مهماً في علاج هؤلاء الأطفال حيث يمكن أن تسهم في
تيسير حدوث التواصل من جانبهم ، كما تدعم رغبتهم في التواصل من جانب آخر ، ومن
ثم فهي تحد بدرجة كبيرة من أنماط وحدتهم ، وانغزالهم ، وتساعدهم على الانغماس في
الخبرات الخارجية .

وتتسق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات ذات الصلة بفاعلية
العلاج باللعب في تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين ، حيث أوضحت
نتائج دراسة (2013) Ivana & Jones ؛ (2010) Zercher et ؛ Lucy et al. ، (2001) al.، وأسفرت النتائج تحسن مستوى مهارات الانتباه المشترك لدى الذاتويين
وبالتالي تحسن مستوى التفاعل الاجتماعي.

وتتفق هذه النتيجة مع ما اشارت اليه سهى أحمد أمين ، (٢٠٠٢) بأن العلاج باللعب مع الأطفال الذاتويين ذات فعالية في تنمية اتصالاتهم بالمحيطين بهم ويضعون اللعب كإرضائية أساسية في أي برنامج مقدم لهؤلاء الأطفال ، حيث يمكن أن يكون اللعب منهجاً تدخلياً وعلاجياً لتحسين مهارات الاتصال بين الذاتويين سواء أكانت اتصالاً أو تفاعلاً اجتماعياً أو لغوياً " لفظي - غير لفظي " .

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات ذات الصلة بفاعلية العلاج بالفن مع أطفال طيف الذاتوية في تنمية مهارات الانتباه المشترك ، حيث أوضحت نتائج دراسة (Marie (2008) ؛ (Kathleen (2008 ، (Melinda et al., (2004 ، نادية صالح النبوي (٢٠١٠) التي استخدمت العلاج بالفن لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي التي منها الانتباه المشترك وظهرت النتائج فعالية العلاج بالفن في تنمية جميع مهارات التفاعل الاجتماعي وتحسن القدرة على التواصل ، كما اشارت نتائج نتائج دراسة (سناء على السيد ، ٢٠٠٤) التي هدفت لتقديم برنامج للأنشطة الفنية لمساعدة الأطفال الذاتويين على التواصل مع الآخرين إلى ان الفن ذا فعالية يساعد الطفل الذاتوي في التعبير عن عالمه الداخلي وبيئته المحيطة كما تحسن التواصل البصري لديهم .

ويتوافق مع هذه النتيجة مع ما يوضحه (Gabriels (2003 استخدام الأنشطة الفنية لتحسين وتقوية تفاعلات الإجتماعية ذات الهدف الواضح للأطفال الذاتويين مع أقرانهم وأفراد أسرهم ، ومع ما تؤكد عليه Emery,2004 ان العلاج بالفن وسيلة للتواصل غير اللفظي ، حيث يعمل على تقديم العون والمساعدة للطفل الذاتوي ذوي القدرات غير اللفظية المحدودة ، عن طريق إعداد الأعمال الفنية بطريقة ملائمة لتلبية احتياجات الأطفال الذاتويين، وتؤكد (Melinda& Mery,2004) استخدام الفن كوسيلة علاجية للتعامل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تنوعاً من الخبرات التي تؤدي إلى تحسن في المهارات المختلفة لديهم، حيث تظهر أهمية استخدام الفنون في زيادة وعي الأطفال بأنفسهم وإحساسهم بذاتهم ومن ثم تقودهم لتنمية مهاراتهم المختلفة سواء تواصلية أو اجتماعية.

وبذلك تكون اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة في أن ذات فاعلية في العلاج التكاملي في تنمية مهارات لانتباه المشترك لدى فئة اضطراب طيف الذاتوية وتعزى الباحثة ذلك إلى ما اكدته الدراسات عن فعالية العلاجات التي تتضمن مجموعة من الفنيات العلاجية في البرامج العلاجية لإضطراب الذاتوية Panerai (et al., 2002) إضافة إلى عديد من البرامج النموذجية التي أظهرت نتائج واعدة باستخدام مجموعة متنوعة من التقنيات والفنيات (Handleman & Harris, 2001) ، وإن عدم تجانس الإضطراب يؤدي الى عدم وجود علاج مخصص لجميع الأطفال الذاتويين وتركز البحوث على عدم كفاية نهج واحد أو علاج واحد لجميع مجالات التعلم أطفال طيف الذاتوية (National Research Council, 2001) وهناك الآن إجماع انه ليس هناك " علاج واحد يناسب جميع أطفال هذه الفئة " وعلاوة على ذلك ، توضح تقارير (Stahmer et al., 2005) زيادة إستجابة الأطفال الذاتويين في برامج تنمية المهارات بمزج التقنيات والفنيات في التدخلات العلاجية .

ويعتقد بعض الباحثين (Iovannone et al., 2003; Rogers & Vismara , 2000; Schreibman, 2000; 2008 أن الجمع بين العلاجات بطريقة منهجية قد تكون الطريقة الأنسب للتدخلات وأن إستخدام علاج واحد قد يتجاهل جوانب هامة من التنمية الإجتماعية والعاطفية والتواصلية أو ما قبل الأكاديمية ، وتشير دراسات المبكرة أن الجمع بين الإستراتيجيات هو وسيلة واعدة لمتابعة التطور فيما يختص بعلاج وتنمية الاطفال الذاتويين (Dawson et al., 2010)، وتؤكد تقارير برامج المجتمع إستخدام أكثر من أسلوب علاجي وهذا ما يسميه " البرامج الإنتقائية التكاملية " في الواقع ، تتصح لجان الممارسات في كل من نيويورك وكاليفورنيا بإستخدام مزيج من العلاجات وفقاً لإحتياجات الطفل الذاتوي (Eikeseth et al., 2002; Howard et al., 2005) بحيث يدمج الباحثين الإستراتيجيات ضمن الأنشطة ، خلال الأنشطة المختلفة على أساس مستوى خاص من دعم الطفل للتعليم .

٣- نتائج الفرض الثالث ومناقشتها :

ينص الفرض الثالث على : "لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين في التطبيق البعدي ودرجاتهم في التطبيق التتبعي على المقياس نفسه بعد مضي شهر من إنهاء برنامج العلاج التكاملي " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثين بتطبيق مقياس الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين على أفراد المجموعة العلاجية بعد انتهاء برنامج العلاج التكاملي (التطبيق البعدي) ، ثم أعيد تطبيق المقياس مرة أخرى على أفراد المجموعة العلاجية أنفسهم بعد مضي شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي (التطبيق التتبعي) ، ويوضح جدول (١٢) دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين بأبعاده في التطبيقين البعدي والتتبعي باستخدام اختبار " ويلكوكسون Welcoxon " للأزواج المرتبطة .

جدول (١٢)

دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين وأبعاده في التطبيقين البعدي والتتبعي (ن = ٦)

قيمة ز " z "	مجموع الرتب		متوسط الرتب		مقياس الانتباه المشترك لدى الأطفال الذاتويين
	الإيجابية	السلبية	الإيجابية	السلبية	
NS ٠,٨٢	١٤	---	٣,٥٠	---	سمر البعد الأول
NS ٠,٨٢	١٤	---	٣,٥٠	---	سمر البعد الثاني
NS ١,٣٤	١٢	---	٣	---	سمر البعد الثالث
NS ٠,٣٣	٩	---	٣	---	سمر البعد الرابع
NS ١,٦٧	٣	---	٣	---	سمر البعد الخامس
NS ٠,٤٨	٦	---	٣	---	سمر البعد السادس
NS ٠,٢١	٩,٥٠	---	٣,١٧	---	تقياس الانتباه المشترك

NS غير دال إحصائياً .

يتضح من جدول (١٢) استمرار فعالية برنامج العلاج التكاملي لتمنية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي طيف الذاتوية بعد مضي شهر من انتهاء برنامج العلاج التكاملي ، وأن نتائج المتابعة أظهرت زيادة النتائج بعد التطبيق مباشرة ، حيث ارتفعت درجات أفراد المجموعة العلاجية على مقياس الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي طيف الذاتوية ، مما يعنى فعالية برنامج العلاج التكاملي فى تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي طيف الذاتوية ، وأن أفراد المجموعة العلاجية تحسنت لديهم مهارات الانتباه المشترك وهذا ما يهدف اليه برنامج العلاج التكاملي .

وتتسق نتائج الدراسة الحالية وهى استمرار فعالية العلاج التكاملي فى تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي طيف الذاتوية مع نتائج بعض من الدراسات ذات الصلة ، حيث أوضحت دراسة دراسة (Ditza,A&Esther et al.,(2010) استمرار فعالية العلاج التكاملي الذى يقوم على دمج عدة مناهج للتدخلات العلاجية للأطفال الذاتويين فى تحسن القدرات اللفظية والغير اللفظية المتضمنة لمهارات الانتباه المشترك والإدراك، والتنشئة الإجتماعية ، ومهارات التواصل ، والسلوك التكيفي.

وما أسفرت عنه دراسة سهى أحمد أمين (٢٠٠٢) الى قياس مدى فعالية العلاج برنامج يرتكز على العلاج السلوكى والعلاج بالموسيقى والعلاج بالفن والعلاج باللعب لدى بعض الاطفال الذاتويين فى استمرار تحسناً ملحوظة فى مهارات التقليد ، الانتباه ، التعرف والفهم ، مهارات الاتصال اللغوى لدى عينة الدراسة ، وما أسفرت نتائج دراسة (Eikeseth,2002) أن العلاج التكاملي ذات فعالية فى مجال التواصل ، وإدارة السلوك لدى الأطفال الذاتويين بحيث تكن مستهدفة أكثر فى العلاج التكاملي من العلاجات الأخرى .

كما تشير نتائج هذه النتائج مع ما اوضحته الدراسات إلى فعالية العلاجات التى تتضمن مجموعة من الفنيات العلاجية فى البرامج العلاجية لإضطراب الذاتوية Panerai (et al., 2002) إضافة إلى عديد من البرامج النموذجية التى أظهرت نتائج واعدة بإستخدام مجموعة متنوعة من التقنيات والفنيات (Handleman &Harris, 2001) ،

وإن عدم تجانس الإضطراب يؤدي الى عدم وجود علاج مخصص لجميع الأطفال الذاتويين وتركز البحوث على عدم كفاية نهج واحد أو علاج واحد لجميع مجالات التعلم أطفال الذاتوية (Schreibman, 2005;National Research Council, 2001) ، وهناك الآن إجماع انه ليس هناك " علاج واحد يناسب جميع أطفال هذه الفئة " وتوضح تقارير Stahmer et al., (2005) زيادة إستجابة الأطفال الذاتويين في برامج تنمية المهارات بمزج التقنيات والفنيات في التدخلات العلاجية .

المراجع العربية :

- إبراهيم محمود بدر. (٢٠٠٤). *الطفل التوحدي تشخيص وعلاج*. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية
- أسماء عبد الراضى نعمان حجازى. (٢٠١٢). فعالية برنامج سلوكى لخفض بعض اضطرابات اللغة المصاحبة للأطفال التوحديين ، *رسالة ماجستير* ، كلية التربية ، جامعة المنيا .
- أمنية محمد إبراهيم عبد القادر ، ومصطفى عبد المحسن الحديبي . (٢٠١٣) . فاعلية برنامج إرشادى بالرسم فى خفض السلوكيات النمطية التكرارية لدى متلازمة أسبرجر " مجلة كلية التربية بالوادي الجديد - جامعة أسيوط ، العدد العاشر - الجزء الأول - ١٨٣ - ٢٨٦ .
- أميرة طه بخش . (٢٠٠٢). دراسة تشخيصية مقارنة فى المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين والأطفال المعاقين عقلياً ، *مجلة دراسة الخليج العربى* ، العدد ٨٤ ، ١١١ - ١٣٣ .
- إيمان الأمين محمد . (٢٠١٣). فاعلية برنامج سلوكى لخفض اضطراب التواصل البصري لدى الأطفال التوحديين . *رسالة ماجستير* ، كلية التربية بقنا، جامعة جنوب الوادى .
- بكر فرج النمر. (٢٠٠٨). مدى فاعلية برنامج علاجي نفسى تكاملى فى علاج الاكتئاب النفسى . *رسالة دكتوراة* ، كلية الآداب ، جامعة المنوفية .
- حسام الدين محمود عزب. (٢٠٠٢). فعالية برنامج علاجي تفاوضى تكاملى فى التغلب على سلوكيات العنف لدى عينة من المراهقين . *أبحاث المؤتمر السنوى التاسع لمركز الإرشاد النفسى* ، جامعة عين شمس .
- دار الرشد للنشر والتوزيع ..

- مناء على السيد .(٢٠٠٤). الطفل التوحدي وخصائص برنامج مقترح لتخفيف اضطراب التوحد . *بحوث في التربية الفنية والفنون* ، المجلد (١١) ، إبريل ، كلية التربية الفنية ، جامعة حلوان ، العدد الحادي عشر ، ٢٨١ - ٣٠٢ .
- سهير أحمد أمين.(٢٠٠٢) . *الاتصال اللغوي للطفل التوحدي (التشخيص - البرامج العلاجية)* . القاهرة : دار الفكر .
- سهير أحمد أمين.(٢٠٠٢) . *الاتصال اللغوي للطفل التوحدي (التشخيص - البرامج العلاجية)* . القاهرة : دار الفكر .
- صالح حسن الدهرى .(٢٠٠٥). *علم النفس الإرشادي* . العراق : دار وائل للطباعة والنشر
- عادل عبد الله محمد .(٢٠٠٨) . *العلاج بالموسيقى للأطفال التوحدين "أسس وتطبيقات"* . القاهرة :
- عادل عبد الله محمد ، إيهاب حامد عبد العظيم .(٢٠٠٧). فعالية العلاج الموسيقي في تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال التوحدين وأثره في تحسين قدرتهم على التواصل ، *المؤتمر العلمي الأول لقسم الصحة النفسية (التربية الخاصة بين الواقع والمأمول)* ، ١٥-١٦ يوليو ، كلية التربية ، جامعة بنها ، ٨٤٩ - ٨٨٥ .
- عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي .(٢٠٠٢). التوحد في ضوء البحوث والدراسات الأجنبية المعاصرة . عرض وتحليل لمفهومه وأعراضه وتشخيصه واتجاهاته المستقبلية المحتملة ، *مجلة كلية التربية جامعة الأزهر* ، العدد ١١١ ، ٥٩ - ١١٥ .
- عبدالله محمد الصبي .(٢٠٠٩). *التوحد وطيف التوحد " أسبابه - أعراضه - كيفية التعامل معه "* . ط٢ ، الرياض : دار الزهراء .
- علا عبد الباقي إبراهيم .(٢٠١١) . *اضطراب التوحد " الأوتيزم " أعراضه - أسبابه وطرق علاجه مع برامج تدريبية وعلاجية لتنمية قدرات الأطفال المصابين به* . القاهرة : عالم الكتب .

لينا عمر بن صديق. (٢٠٠٥) . فاعلية برنامج مقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين وأثره على سلوكهم الاجتماعي ، رسالة دكتوراه ، الجامعة الأردنية .

محمد أحمد خطاب .(٢٠٠٤). فعالية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

محمد يوسف محمد .(٢٠٠٩). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الانتباه التواصل لدى الأطفال التوحديين . مجلة دراسات تربوية واجتماعية ، كلية التربية - جامعة حلوان ، المجلد (١٥) ، العدد ٢ ، ١٠٧ - ١٤٩ .

نادية صالح البلوي .(٢٠١٠) . فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى الأنشطة الفنية في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي وخفض السلوك النمطي لدى أطفال التوحد في الأردن ، رسالة دكتوراه ، جامعة عمات العربية ، الأردن .

هلا السعيد .(٢٠٠٩). الطفل الذاتوي بين المعنوم والمجهول دليل الآباء والمختصين . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

وفاء على الشامي .(٢٠٠٤). سمات التوحد . الجمعية الخيرية النسوية :مركز جدة للتوحد .

Adamson, L & McArthur, D. (1995). *Joint attention, affect, and culture., Joint attention: Its origin and role in development.* Hillsdale: Erlbaum ,205-221

American Psychiatric Association (2011). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* .(5th edition text revision Retrieved February 13, 2011.

American Psychiatric Association .(2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V, 5th ed.* American Psychiatric Association ,Washing-ton, DC : AmericanPsychiatric Association. .

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* .(4th edition text

revision). Washington, DC: American Psychiatric Association

- Arkowitz , H. (1997). **Integrative theories of therapy** . Theorie of psychotherapy : Origins and evolution .Washington, DC: American Psychological Association ,227-288 .
- Baker, M. (2000). Incorporating the Thematic Ritualistic Behaviors of Children With Autism Into Games Increasing Social Play Interactions With Siblings. *Journal of Positive Behavior Interventions* . 2,66-84 .
- Baron-Cohen, S. (1989).Perceptual role taking and protodeclarative pointing in autism.*British Journal of Developmental Psychology*, 7,113-127.
- Bateman , A.(2002) . *Integrative therapy from analysis perspective*. London : Oxford University press , PP 11 – 25 .
- Bruinsma, Y; Koegel, R & Koegel, L. (2004). Joint attention and children with autism: A review of the literature. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 10, 169-175 .
- Bruner, J. (1995). *Joint Attention: Its Origin and Role in Development*.Hillsdale :Lawrence Erlbaum, 189-203 .
- Burack, T; Charman, N; Yirmiya,C.& Zelazo,P. (2001).*The development of autism: perspectives from theory and research*. Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, 109- 129.
- Carpenter, M; Nagell, K; Tomasello, M; Butterworth, G & Moore, C.(1998) . Social cognition, joint attention, and communicative competence from 9 to 15 months of age.*Monographs of the Society for Research in Child Development*, 63(4), 255 .
- Cassonva ,M;Switala,A;Trippe,J& Fitzgerald,M.(2007) . Comparative minicolumnar morphometry Of three distinguished scientists .*Autism* .11,557-569.
- Charman, T; Baron-Cohen, S;Swettenham, J; Baird, G; Drew, A;& Cox, A.(2003) . Predicting language outcome in infants with autism and pervasive developmental disorder . *International Journal of Language & Communication Disorders*, 38, 265-285 .

- Charman,T.(2003).Why is joint attention aprivotal skill in autism ?
philosophical Transactions of the Royal Society. Series
Biological Sciences. 358,315-324
- Charman,T;Swettenham,J;Baird,G;Cox,A&Drew,A.(2000).Testing
Joint attention ,imitation ,and play as infancy precursors to
language and theory of mind .*cognitive Development*, 15,
481-498.
- Christina, W & Laura, S. (2003). Joint Attention Training for
Children With Autism Using Behavior Modification
Procedures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* ,
44(3),456-468
- Clare, H.(2011). The Effect of Interactive Music Therapy on Joint
Attention Skills in Preschool Children with Autism Spectrum
Disorder, *Dissertations and Theses*, University of Kansas
- Dawson, G; Meltzoff, A; Osterling, J; Rinaldi, J & Brown, E. (1998).
Children with autism fail to orient to naturally occurring social
stimuli. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28,
479-485 .
- Dawson, G; Toth, K; Abbott, R; Osterling, J; Munson, J& Estes, A.
(2004). Early social impairments in autism: Social orienting,
joint attention, and attention to distress. *Developmental
Psychology*, 40, 71-283
- Dawson,G;Rogers,S;Munson,J;Smith,M;Winter,J;Greenson,J;Donal
dson ,A& Varley,J.(2010) .Randomized controlled trial of an
intervention for toddlers with autism :the early start Denver
Model.*Offical Journal Of The American Academy
Of Pediatrics* , 25, 17-23
- Ditza,A&Esther,B.(2010). Treatment approach autism severity and
intervention outcomes in young children . *Research of
autism spectrum disorder*. 4,425-432 .
- Eikeseth, S; Smith, T; Jahr, E & Eldevik, S.(2002).Intensive
behavioral treatment at school for 4- to 7-year-old children
with autism: a 1-year comparison controlled study. *Behavior
Modification*. 26(1),49-68
- Emery,M.(2004) .Art therapy as an intervention for autism .*Journal
Of the American Art Therapy Association* ,21(3),143-147

- Evans ,K&Dubowski,J.(2001):*Art Therapy With Children on The Autism Spectrum*,Beyond Words,London: JessicsKingsley .
- Fabienne, B; ,Maraian, J; Marinus, H;Claudine, D;Emma, v;Sophie,H&Jan,K. (2008). Joint attention development in toddlers with autism, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(3),143-152.
- Ga eul Yoo ,(2003) : The Effects Of Musical Attention Cues On The Frequency And Accuracy Of Joint Attention Behaviors Of Children With Autism , *Dissertations and Theses*.Seoul National University
- Gabriels,A. (2003) *Art therapy with children who have autism and their who have autism and their families* . Handbook Of art Therapy. New York , YN.Us: Guilford Press,64,193-206
- Goldstein, H. (2002). Communication intervention for children with autism: A review of treatment efficacy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 373-396.
- Goldstein,G;Johnson ,C&Minshew,N.(2001).Attentional processes in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder*.31,433-440
- Handleman, J& Harris, S.(2001). *Preschool Education Programs for Children with Autism*, (2nd ed.). Austin, TX. PRO-ED, Inc .
- Holth, P. (2006). An operant analysis of joint attention skills.*European Journal of Behavior Analysis*, 7, 77-91 .
- Horovitz, M & Matson, J. (2010). Communication deficits in babies and infants with autism and pervasive developmental disorders not otherwise specified (PDD-NOS) *Developmental Neuropsychology*, 13, 390-398
- 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, 487-505
- Iovannone,R;Dunlap,G;Huber,H&Kincaid,D.(2003).Effective Educational practices for students with autism spectrum

- disorders. **Focus autism Other Developmental Disabilities** , 18 ,150-165
- Ivana, E& Jones ,C.(2013) Joint attention in autism: Teaching smiling coordinated with gaze to respond to joint attention bids, **Research in Autism Spectrum Disorders** ,7, 93- 108.
- Jennifer ,S; Beighley ,J; Matson, R; Rieseke, M&Konst, K.(2014). Differences in communication skills in toddlers diagnosed with Autism Spectrum Disorder according to the DSM-IV-TR and the DSM-5, **Research in Autism Spectrum Disorders**, 8 , 74-81.
- Jessica, L.& Inge,M.(2012). Assessment of joint attention in school-age children and adolescents, **Research in Autism Spectrum Disorders** ,6,1304-1310
- Jones, E & Carr, E. (2004). Joint attention in children with autism: Theory and intervention. **Focus on Autism & Other Developmental Disabilities**, 19, 13-26 .
- Julie ,A.(2012).Comparing Symptoms Of Autism Spectrum Disorders Using The Current DSM_V Diagnostic Criteria , **Doctoral of Philosophy** , university of Pennsylvania.
- Karen ,T;Andrew, N& Geraldine ,D.(2006). Early Predictors of Communication Development in young Children With Autism Spectrum Disorder: Joint Attention, Imitation, and Toy Play. **Autism Development Disorders**. 36,993-1005 .
- Kasari, C; Freeman, S & Paparella, T. (2006). Joint attention and symbolic play in young children with autism: A randomized controlled intervention study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 47, 611-620
- Kasari, C;Sigman, M; Mundy, P & Yirmiya, N. (1990). Affective sharing in the context of joint attention interactions of normal, autistic, and mentally retarded children. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 20, 87-100
- Kathleen, M. (2008). Outcome-Based Evaluation of a Social Skills Program Using Art Therapy and Group Therapy for Children on the Autism Spectrum, **Journal of the national association of social work, Children & Schools**, 30(1), 27-36 .

- Kown ,p.(1999).Attribution style psychodynamic defense mechanism :toward Integrative model of depression .*Journal of personality*, 76,(4) ,646-648 .
- Leekam ,S& Moore, C. (2001) .*The development of attention and joint attention in children with autism. The development of autism: perspectives from theory and research*. Mahwah:Erlbaum 105-129
- Leekam ,S; Lopez ,B&Moore, C. (2000)Attention and joint attention in preschool children with autism. *Developmental Psychology*,36,261-273 .
- Leekam, S & Ramsden, C (2006).Dyadic orienting and joint attention in preschool children with autism.*Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(2), 185-197
- Leekam, S; Hunnisett, E& Moore, C. (1998). Targets and cues: Gaze-following in children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 951-962
- Lewy, A & Dawson,G .(1992) . Social Stimulation and Joint Attention in Young Autistic Children.*Journal of Abnormal Child Psychology*,20(6),555-566
- Lucy,U;Fiona,P;Louise,L;&Cecile,R.(2010), Stimulating creative play in children with autism through sandplay ,*The Arts in Psychotherapy*, 37(1), PP 56-64
- MacDonald, R; Anderson, J; Dube, W; Geckeler, A; Green, G& Holcomb, W. (2006). Behavioral assessment of joint attention: A methodological report. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 138-150
- Marie ,K.(2008). Outcome – Based Evaluation of Social skills program using Art Therapy and Group Therapy for children on the Autism Spectrum , *National Association of social workers* ,15(6).1215-1231
- Martins, M & Harris, S. (2006). Teaching children with autism to respond to joint attention initiations. *Child & Family Behavior Therapy*, 28, 51-68
- Mayer,J.(2004).How does Psychotherapy in flounce personality ?Theoretical integration .*Journal of clinical psychology*, 24,2 .

- Melinda ,J;Mery, L& Forest, C. (2004). Art Therapy as on Intervention for Autism. *Journal of The American Art Therapy Association* . 21, (3), 143 -147
- Messinger, D & Fogel, A. (2007).*The interactive development of social smiling. Advances in child development and behavior*, Burlington, MA: Elsevier , 35, 327-366
- Michelle, S; Julianna, F; Alison, M;Elizabeth ,G; Margaret, B &Rebeca, L. (2007). Response to Joint Attention in Toddlers at Risk for Autism Spectrum Disorder. A Prospective Study.*Journal of Autism Development Disorders*, 37,37-48.
- Mosconi, J; Reznick, G. Mesibov, & Piven,J (2009) : The Social Orienting Continuum and Response Scale (SOC-RS): A dimensional measure for preschool-aged children , *Journal Autism Developmt Disorders*. 39(2),PP 242-250.
- Mundy, P& Willoughby, J. (1996).*Nonverbal communication, joint attention, and social-emotional development Emotional development in atypical children*.New York , Hillsdale, NJ: Erlbaum ,65-87 .
- Mundy, P. (2003). The neural basis of social impairments in autism: The role of the dorsal medial-frontal cortex and anterior cingulate system.*Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44, 793-809
- Mundy, P., & Thorp, D. (2006). The neural basis of early joint-attention behavior., Social & communication development in autism spectrum disorders: *Early identification, diagnosis, & intervention* New York, NY: Guilford Press,296-336.
- Mundy, P; Card, J& Fox, N. (2000). EEG correlates of the development of infant joint attention skills. *Developmental Psychobiology*, 36, 325-338
- Mundy, P; Sigman, M & Kasari, C. (1990).A longitudinal study of joint attention and language development in autistic children.*Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 115-123
- Murray, D; Creaghead, N; Manning,P; Shear, P; Bean, J& Prendeville, J.(2008). The relationship between joint attention

- and language in children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 23, 5–14 .
- Naber, F; Bakermans, K; Ijzendoorn, M; Dietz, C; Dualen, E; Sophie, B & Engeland, H. (2008). Joint Attention Development in Toddlers With Autism. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 17, (3), 143-152 .
- Nicole G Suchomel; Shahla S Ala'i-Rosales (2009) : Can longitudinal observations of infant joint attention inform infant interventions in autism spectrum disorders? *Thesis/dissertation*, University of North Texas
- Norcross, J. (2005). *A primer on psychotherapy integration. Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press , 3-23
- Osterling, J & Dawson, G. (1994). Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 24, 247–257
- Oyabu, Y. (2004). *Joint attention developmental process from neonates to 2 years 6 months*. Tokyo: kawashima Shoten
- Panerai, S; Farrante, L & Zingale, M. (2002). Benefits of the Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH) programme as compared with a non-specific approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 318-327
- Paparella T, D'Angiola, N & Kasari, C . (2000) Emergence of joint attention and requesting skills in young children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 422–423
- Paparella, T & Kasari, C. (2004). Joint attention skills and language development in special needs populations: Translating research into practice. *Infants and Young Children*, 17, 269-280
- Peter Mundy, Christine Delgado, Jessica Block, Meg Venezia, Anne Hogan, & Jeffrey Seibert (2003). *EARLY SOCIAL COMMUNICATION SCALES (ESCS)* , University of Miami

- Peter, M; Lisa, S & Ann, M. (2009): A Parallel and Distributed-Processing Model of Joint Attention, Social Cognition and Autism, *International Society for Autism Research*, 2: 2-21
- Peter, M & William, J. (2010). *Infant Joint attention neural network and social cognition Neural Network*. 23, 985-997 .
- Reitman, M. (2005). *Effectiveness of Music Therapy Interventions on Joint Attention in Children Diagnosed With Autism: A Pilot Study*. Carlos Albizu University.
- Rogers, S. & Dawson, G. (2009). *Early start Denver model for young children with autism*. promoting language learning and engagement : New York: The Guildford
- Rogers, S. (2000). Interventions that facilitate socialization in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 399-409
- Rogers, S & Vismara, L. (2008). Evidence based comprehensive treatment for early autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent psychology*, 3, 8-18.
- Ruth, H. (2001). *Autism A sensorimotor approach to management*. Gaithersburg : Aspen publishers .inc .
- Sarah, H. (2010): Joint Attention Revisited: Examining Heterogeneity Among Children with Autism, *Dissertations & Theses* , University of North Carolina .
- Scaife, M & Bruner, J. (1975). The capacity for joint visual attention in the infant. *Nature*, 253, 265-266
- Schertz, H & Odom, S. (2004). Joint attention and early intervention with autism: A conceptual framework and promising approaches. *Journal of Early Intervention*, 27, 42-54
- Schreibman, L. (2005.) *The Science and Fiction of Autism*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Schreibman, L. (2000). Intensive behavioral/psychoeducational treatments for autism: research needs and future directions. *Journal Autism Developmental Disorders*. 30, 373-378
- Stahmer, A; Collings, N & Palinkas, L. (2005). Early intervention practices for children with autism .descriptions from Community providers. *focus Autism Other Developmental Disability*. 20, (66).79

- Stone, W; Ousley, O; Yoder, P; Hogan, K;& Hepburn, S. (1997). Nonverbal communication in two- and three-year-old children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 677-696 .
- Taylor, B& Hoch, H. (2008). Teaching children with autism to respond to and initiate bids for joint attention. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 41, 377-391
- Tomasello, M. (1995). *Joint attention as social cognition Joint attention: Its origins and role in development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum ,103-130
- Weiss, M & Harris, S. (2001). Teaching Social Skills to People with Autism, *Behavior Modification*, 25(5), 785-802.
- Wetherby, A& Prizant, B .(2002) . *Communication And Symbolic Behavior Scales-Developmental Profile™ (Csbs-Dp™)*. Baltimore, MD: Brookes.
- Whalen, C& Schreibman, L .(2003). Joint Attention Training for Children with Autism Using Behavior Modification Procedures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 44(3),456-468
- Whalen, C; Schreibman, L & Ingersoll, B. (2006). The collateral effects of joint attention training on social initiations, positive affect, imitation, and spontaneous speech for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 655-664.
- Worley, J; Matson, J; Sipes, M & Kozlowski, A. M. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in toddlers receiving early intervention services. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 920-925 .
- Yeaw, J.(2001). Music Therapy With Children A Review of Clinical Utility and Application to Special Populations. *A Doctoral Research Paper Pesented to the Faculty of the Rosemead school of Psychology Biola University* .
- Zercher. C;Hunt, p; schuler, A& Webster, J. (2001).Increasing joint attention,play and language through peer supported play *Autism*.5,374-398