التقييم الدينامي لبعض العمليات المعرفية لدى الأطفال ذوي متلازمة الأسبرجر والأطفال الذاتويين (دراسة مقارنة)

إعداد

الباحث/ عمرو سليمان نعيم سليمان[1]

إشراف

أ.د/ خالد عبد الرازق النجار
أستاذ ورئيس قسم العلوم النفسية
كلية التربية للطفولة المبكرة
جامعة القاهرة

د / عزة عبد المنعم رضوان
مدرس بقسم العلوم النفسية
كلية التربية للطفولة المبكرة
جامعة القاهرة

مدخل إلى الدراسة

مقدمة:

إن عملية تشخيص ذوي الاحتياجات الخاصة تعتمد على العديد من الاختبارات والمقاييس إلى جانب الملاحظة والمقابلة وذلك لتعدد المظاهر والاضطرابات بين الإعاقات المختلفة بل وفي نفس الإعاقة، فيحتاج من الجهد والعمل على ذلك للوصول إلى التشخيص الصحيح والذي هو بداية للمساعدة والعلاج وتقديم البرامج المناسبة.

ولعل أن من أكثر الإعاقات تشابهًا متلازمة أسبرجر والذاتوية حيث تشتركان في العديد من الأعراض ولكن الأسبرجر تظهر أقل شدة. حيث يشتركان في وجود عجز شديد في التواصل الاجتماعي والقيام بأعمال نمطية متكررة وروتينية إلى جانب فقدان القدرة على التخيل، إلاَّ أن المصابين بمتلازمة

[1] باحث بمرحلة الدكتوراه، كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة القاهرة

أسبرجر يتمتعون بدرجة ذكاء طبيعية ولا يواجهون تأخراً في اكتساب القدرة على الكلام من حيث المفردات والقواعد أو في مقدرتهم على الاعتماد على أنفسهم.

فتحديد المسمى التشخيصي يساعد الأهل والمتخصصين فيما يلي:

- الحصول على معلومات خاصة بالاضطراب من خلال الكتب والمقالات.
- تحديد التوقعات لمدى تحسين الاضطراب.
- تحديد التوقعات لسلوكيات الطفل بناءً على تشخيصه.
- تحديد الأسباب وراء السلوك غير السوي للطفل.
- تحديد العلاج مثل وضع الخطط التعليمية والتربوية المناسبة لحالة الطفل، ومن هنا فإن تشخيص الحالة أمر في غاية الأهمية لمساعدة الطفل على تخطي ما يواجهه من صعاب.

(الشامي، ٢٠٠٤: ٢٠١-٢٠٥)

وتعد متلازمة أسبرجر أكثر شيوعًا من اضطرابات الذاتوية إلاَّ أن التقديرات المبدئية تشير إلى وجود ٣-٤ حالات من بين كل ألف ولادة حية، كما أنها أكثر بين الذكور عنها بين الإناث بنسبة ١٠ إلى ١.

(فراج، ٢٠٠٢: ١٠٢) (Simpson, 2005: 29-30) (Susan,2003: 63)

إنَّ الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي التشخيصي تستخدم الآن مسمى جديد هو اضطراب طيف الذاتوية Autism Spectrum Disorder (ASD)، والذي يجمع ما كان يعرف سابقًا باضطراب الذاتوية (AD)، ومتلازمة أسبرجر (Asperger Syndrome)، واضطراب التفكك الطفولي (CDD)، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD NOS)، ضمن مسمى واحد على شكل متصل تختلف مكوناتها باختلاف عدد وشدة الأعراض السلوكية.

(American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2013, p1)

قد يتساءل بعض المهتمين من الدراسين أو الآباء؛ هل الأسبرجر هو نفسه الذاتوية أو صورة أخرى منه؟ والإجابة على ذلك تكون بالنفي رغم وجود العديد من التشابه بينهم، إلاَّ أنَّ الفرق بينهم في الغالب كبير.

وعند مقارنة إعاقة الأسبرجر بإعاقة الذاتوية فإننا نستطيع اعتبار حالات الأسبرجر من حيث الشدة أقل بدرجة كبيرة من حالات الذاتوية وذلك بالنسبة للأعراض المشتركة المتشابهة في الحالتين، مثل: القصور الشديد في التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي لدرجة جعلت بعض العاملين في المجال يعتبرون أن الأسبرجر هو حالة من حالات الذاتوية الخفيفة. (Harpur, Lawlor, 2006: 32-34)

ولعل أكثر ما يمكن التفريق به بين الأسبرجر والذاتوية هي العمليات المعرفية ومن الممكن أن يستخدم كمعيار أساسي في التشخيص الفارق بينهما.

حيث أُجريت البحوث والدراسات للتفرقة بين الأسبرجر والذاتوية ومنها دراسة (Ozonoff & others, 2000) بعنوان "الجانب المعرفي والسلوكي والتاريخي المبكر للتمييز بين الأسبرجر وبين الأداء المرتفع للذاتوية" وتكونت عينتها من ٢٣ طفلاً ذاتويًا و١٢ طفلاً من أطفال الأسبرجر متجانسين في العمر الزمني والجنس والقدرات العقلية، حيث أثبتت أن الأسبرجر والذاتويين لديهم نفس الأعراض الأساسية لكنهم يختلفون في الدرجة والشدة.

ونتطرق في هذه الدراسة إلى توظيف العمليات المعرفية من خلال الأداء بالمنحى الدينامي لكل من ذوي متلازمة أسبرجر والذاتويين ومقارنة مدى الاستفادة بين كل من الفئتين.

إذ يهدف التقييم الدينامي إلى قياس إمكانية استفادة الفرد للتعلم من خلال تقييم حيز النمو الممكن ويقصد به المسافة بين مستوى النمو الحقيقي الذي يصل إليه الفرد من خلال حل المشكلات ومستوى النمو الممكن الذي يصل إليه الفرد من خلال حل المشكلات مع توفر بيئة ثرية أو وسيط يساعد على هذا النمو بحيز النمو الممكن. (Vygotsky,1978)

مشكلة الدراسة:

إن عملية التشخيص تعد من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال الطفولة، وربما يرجع ذلك إلى أن خصائص وصفات اضطراب ما غالبًا ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى، ويتعين الحصول على معلومات دقيقة حتى يتم تشخيص الأعراض بدقة.

ومن الفئات التي تتشابه وتشترك في بعض الصفات والأعراض الذاتوية وذوي متلازمة أسبرجر ونظرًا لذلك نحاول التفريق بينهما من خلال العمليات المعرفية حسب نظرية (PASS) منظومة التقييم المعرفي وذلك بالأداء بالمنحى الدينامي؛ حيث أن العمليات المعرفية التي يتعامل الفرد من خلالها مع المعلومات هي إحدى محاور الاهتمام لدى علماء النفس.

إنَّ متلازمة أسبرجر والذاتوية يشتركان في العديد من الأعراض ولكنها تظهر لدى متلازمة أسبرجر أقل شدة؛ حيث أن كليهما يشتركان في وجود عجز شديد في التواصل الاجتماعي وأعمال المشاركة والقيام بأعمال نمطية متكررة إلى جانب فقدان القدرة على التخيل. ويتميز ذوي متلازمة أسبرجر بدرجة ذكاء طبيعية ولا يواجهون تأخر في اكتساب القدرة على الكلام من حيث المفردات والقواعد أو في مقدرتهم على

الاعتماد على النفس، وهذا ما اشارت إليه دراسات مختلفة مثل: (Attwood, 2006) (طعيمة، ٢٠١٠) (Cohen, 2012).

وتتحدد مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة على التساؤل التالي:

س١: هل توجد اختلافات بين الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر والأطفال الذاتويين في نتائج التقييم الدينامي بالنسبة لبعض العمليات المعرفية (التخطيط والانتباه والتآني والتتابع)؟

هدف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى:

١) التحقق من فاعلية التقييم الدينامي في تقييم أداء الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر والأطفال الذاتويين وذلك بالنسبة لبعض العمليات المعرفية المتمثلة في عمليات التخطيط والانتباه والتآني والتتابع.

٢) المقارنة بين الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر والأطفال الذاتويين من خلال بعض العمليات المعرفية المتمثلة في التخطيط والانتباه والتأني والتتابع.

٣) إلقاء الضوء على نظرية (PASS) التي اعتمدت عليها منظومة التقييم المعرفي (CAS)، وتبيان مدى استفادة الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر والذاتويين من التدخل الدينامي.

أهمية الدراسة:

– أنها تهتم بذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة وذوي متلازمة أسبرجر والذاتويين بصفة خاصة، وهما فئتان يتزايد الاهتمام بهما من كل الجوانب.

– قد يؤدي دمج إجراءات التقييم الدينامي في البرامج المقدمة للأطفال إلى تشجيع الباحثين والجهات المعنية برعاية ذوي الاحتياجات الخاصة إلى تبني مثل هذا الاتجاه المستحدث في التقييم.

– تسهم الدراسة الحالية في تقديم بعض المقترحات والإرشادات التي تساعد في تنمية بعض العمليات المعرفية لدى ذوي متلازمة أسبرجر والذاتويين.

– تطبيق إجراءات التدخل الدينامي مع الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر والأطفال الذاتويين ومعرفة مدى الاستفادة منه بالنسبة لبعض العمليات المعرفية (التخطيط والانتباه والتآني والتتابع).

مصطلحات الدراسة:

١– **التقييم الدينامي:** عرف (Gindis, 2015: 77) التقييم الدينامي كنوع من أنواع التقييم القائمة على التفاعل بين المُقيم والشخص الخاضع للتقييم، ويتضمن نوع من التغذية الراجعة أو التدخل، وتكون المعلومات الناتجة عنه مركزة حول عمليات تعلم الفرد والاستجابة للتقييم.

٢- **العمليات المعرفية:** التخطيط والانتباه، والمعالجة الآنية والمتتابعة اللبنات الأساسية للعمليات العقلية البشرية ، هذه العمليات الأربعة تشكل منظومة مترابطة من الوظائف المعرفية التي تتفاعل مع قاعدة المعارف والمهارات الخاصة بالفرد، ووفقا لهذه النظرية، فإن القدرة البشرية تشتمل على أربعة عناصر وهي، التخطيط والانتباه، والتآني والتتابع. (Naglieri , 2000: 7)

٣- **متلازمة أسبرجر:** نوع من الإضطرابات النمائية الشاملة عرف على يد العالم هانز أسبرجر سنة ١٩٤٤ لذلك سمي بمتلازمة أسبرجر ويميزه خلل كيفي في تكوين وتبادل العلاقات الإجتماعية، قصور حركي وقصور في التواصل غير اللفظي ويعاني من صعوبات تخاطب واضطرابات في الكلام رغم النمو الشبه طبيعي في تكوين حصيلة لغوية وتظهر لدى الطفل ذو متلازمة أسبرجر مظاهر سلوكية نمطية مثل انهماك مستمر بأشياء مادية. (عبد الله، ٢٠٠٢)

٤- **الذاتوية: Autism** : أحد الاضطرابات النمائية التي تظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل وتكون نتيجة لاضطرابات عصبية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو وتعوق من التواصل الاجتماعي وتجعل لديه صعوبة في التواصل سواء اللفظي أو الغير لفظي ودائمًا ما يستجيب هؤلاء الأطفال إلى الأشياء أكثر من استجابتهم للأشخاص أو الخبرات التي يمرون بها. (أمين، ٢٠٠٤: ٢)

<u>الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة</u>

أولاً: التقييم الدينامي Dynamic Assessment .

أشار (بنجامي) إلى أن "التقييم الدينامي هو تقييم يهدف إلى تحديد المعوقات المعرفية والتأثيرية التي تواجه عملية التعلم وتحديد الظروف التي يمكن عندها تحسين الوظيفة الفكرية" (Benjamin, 2000: 8)

كما عرف (Tzuriel, 2001: 211)، التقييم الدينامي بأنه عبارة عن تقييم للتفكير، والإدراك، والتعلم وحل المشكلات خلال عملية تدريس نشط تهدف إلى قياس الوظيفة المعرفية. ويمثل التقييم الدينامي مفهوم تقييمي شامل يسمح بملاحظة الأفراد على المستويات المعرفية، والتأثيرية، والسلوكية بالإضافة إلى الربط بين هذه المستويات.

وجاء تعريف (Lids & Elliot, 2008: 1) ليؤكد على شمولية التقييم الدينامي حيث عُرف بأنه ذلك التقييم القائم على التفاعلية بين المُقيم والشخص الخاضع للتقييم.

ويعرفه (سبيرو، ٢٠١٢) بأنه: "مفهوم تقييمي يقدم خلاله القائم بالتقييم مجموعة من العمليات المعرفية الوسيطة لقياس استجابة الفرد لإمكانية التعلم والتدخل". (Spero, 2012: 7)

كما أنه وصف لمجموعة من إجراءات التقييم التفاعلي والتي تتضمن خطوات تدريس أو تدريب وسيطة مقصودة ومخططة، ومن ثم تقييم أثر ذلك على الأداء اللاحق، وتعود جذور هذا التقييم إلى كل من فيجوتسكي، وفرشتاين، ويقوم على أربع افتراضات أساسية هي:

- قياس المعرفة الحالية (المكتسبة) ليس أفضل طريقة لمعرفة القدرات الحقيقية.
- الوظائف المعرفية أقل من الدرات الفعلية.
- أفضل اختبار لا يمكنه أن يعكس إلا عينة من القدرات الحقيقية والفعلية.
- هناك العديد من العقبات تغلف أو تمنع ظهور القدرات الحقيقة وعند إزالة هذه العقبات تظهر القدرات. (Haywood & Tzuriel, 2002)

ويعد التقييم الدينامي أحد الوسائل البديلة للتقييم التقليدي والذي يقوم على تلافي العيوب الملاحظة في الأدوات التقليدية، مثل الفشل في التصنيف، أخطاء في التسكين، الفشل في وضع برامج تربوية، عدم إتاحة فرص متكافئة للتعلم، كما أن أدوات التقييم التقليدية تصنف ولكنها لا تدعم الإرشاد أو البرامج العلاجية والتدريبية وتركز على التحصيل والتعلم السابق، بينما التقييم الدينامي يقوم على فكرة (اختبار – تدريس – اختبار) (Test – Teach – Test)، وعلى فرضية إمكانية التعلم (Haywood, 1990)، أو نموذج (اختبار – تدخل – اختبار). (Haywood & Lids, 2007: 85)

وتذكر (صفاء الأعسر) أن التقييم الدينامي يستند لخلفية نظرية جيدة فهو يقوم على مفاهيم فيجوتسكي (قابلية البناء العقلي للتعديل الذاتي نتيجة التفاعل مع البيئة، ومفهوم قابلية المخ للتشكل، وعلى مفهوم حيز النمو الممكن، كما يقوم على فكرة خبرة التعلم الوسيط التي قدمها فريشتاين، ويتجاوز التقييم الدينامي ما حققه الفرد في الماضي إلى ما سيحققه في المستقبل من خلال توفير بيئة مناسبة.
(الشيخ، ٢٠٠٤: ١٠٢)

ويمكن تلخيص ما قدمه فيجوتسكي من مقترحات في التالي:

١) تعتبر أولى مواد علم النفس التحليلية هي الفعالية الأداتية والاتصالية للأجهزة البشرية.
٢) تتضمن الوظائف العليا دمج الأدوات والرموز في الفعاليات النفسية.
٣) يحدث التطور من المغزى الأداتي إلى المعنوي.
٤) يتضمن التحول من الفعالية إلى الرمز تكثيفًا.

٥) تعتبر الرموز في بدايتها وسيطة تتيح تعديل سلوك الآخرين حيث يقوم الآخرون بواسطة الرموز بتعديل سلوك الطفل، ويقوم الطفل بتعديل سلوك الآخرين.

٦) يتضمن الموجِّه الأساسي لتطور الوظائف العليا عملية احتواء لعمليات ذات علاقة اجتماعية.

٧) لا يكمن أصل الوظائف العقلية في القوى العقلية والدماغية بل في التأريخ الاجتماعي.

٨) تؤمِّن الثقافة الأدوات الرمزية اللازمة لبناء الإدراك والوظائف العقلية العليا.

٩) يعتبر الفرد كتنظيم واعٍ لعمليات ووظائف داخلية مع رموز (تفسح المجال للفعالية الإرادية ولمراقبة التعديل الذاتي) منبثقًا عن الرابطة الاجتماعية. (كراهيه، ٢٠٠٧: ٣٨٢-٣٩١)

التقييم الدينامي ومفهوم حيز النمو الممكن Zone of Proximal Development ZPD

اختار فيجوتسكي كلمة المنطقة (Zone) لأنها تحمل تطويرًا، وليس كنقطة على مقياس وإنما استمرارية السلوك أو درجات النضج. وكلمة الأدنى أو القريبة (Proximal) تعني بأن المنطقة تحدد بتلك السلوكيات التي ستتطور في المستقبل القريب، فهي تعني أن السلوك أقرب إلى الظهور في أي وقت. ويمثل المستوى الأعلى الحد الأعلى الذي يمكن أن يصل إليه الطفل بالمساعدة ويدعي أداء مساعد. ويرى فيجوتسكي أن مستوى الأداء المستقل مهم جدًا للوقوف على مستوى التطوير ولكن معرفته ليس كفاية، أما مستوى الأداء الممكن فهو يتضمن المنطقة التي يصل المتعلم بالمساعدة أو التفاعل مع شخص آخر سواء بالغ أو أقران، فقد تكون المساعدة إعطاء تلميحات وأفكار أو إعادة إجابة سؤال أو إعادة صياغة ما قيل أو سؤال الطفل ماذا يفهم؟ أو يكمل جزء من مهمة أو المهمة كاملة وهكذا. وممكن أن تكون المساعدة غير مباشرة مثل تهيئة بيئة معينة تسهل الأداء. (الدواهيدي، ٢٠٠٦).

نظرية فيرشتاين لتوسط التعلم ١٩٨٣ Feuerstein's Theory of Mediated Learning

تأثر بنظرية فيجوتسكي الاجتماعية الثقافية حيث يعتقد فيرشتاين أن التعلم يحدث حين توجد علاقة خاصة جدًا بين المدرس والمتعلم حيث يتم تشجيع النمو العقلي والانفعالي وتتم مساندتهما. وقد درب كثير من علماء النفس والمدرسين على التقييم الدينامي والإثراء الأداتي مدركين أنَّ فكرة القابلية للتعديل المعرفي تقدم أملاً للمتعلمين عن رؤية مغايرة للذكاء الذي عرف أنه ذو طبيعة وراثية، والنظرية في التعلم والتعليم والقابلية للتعديل المعرفي خمس جوانب مترابطة، ومنها مجالات التفكير وحل المشكلات التي تتناولها أداة تقييم النزعة للتعلم Learning Propensity Assessment Device (LPAD)، وهذه الأداة صممت

لتقييم قدرة الفرد على التعلم عن طريق التقييم الدينامي، ويقدم للأفراد مهام، ويتلقون أيضًا تعليمًا عن طريق مبادئ الخبرة التعلمية التوسطية، ويراعي التقييم استجابة الفرد للتوسط، وكذلك طبيعة المساعدة المتقدمة. (جابر، ٢٠١٠: ٧٣)

ويقدم فيرشتاين قائمة بالوظائف المعرفية التي تُثمن وتوظف من خلال التعلم التوسطي مع كل أداة يمكن تصنيفها تحت العناوين النمائية الآتية:

- ضبط الإدراك والانتباه: Control of Perception Attention
- المقارنة: Comparison
- التقسيم إلى فئات: Categorization
- فهم العلاقات: Understanding Relationships
- تحديد وتعريف المشكلات: Defining Problems
- التفكير الفرضي: Thinking Hypothetically
- التخطيط: Planning
- حل المشكلات: Solving Problems (جابر، ٢٠١٠: ٧٤-٧٥)

مفهوم العمليات المعرفية: Cognitive Processes

مصطلح معرفي Cognitive من المصطلحات الحديثة نسبيًا والذي ما زال يعكس نوعًا من الاختلاف بين علماء النفس المعرفي، حول وصف النشاط العقلي المعرفي إما كعملية معالجة وتجهيز للمعلومات، أو معالجة للرموز، أو قدرة على حل المشكلات، أو وصف النشاط العقلي بوصفه سلسلة من العمليات المعرفية، ومن هذه العمليات؛ الاستقبال، التعرف، الانتباه، الإدراك، التذكر، التفكير، الحكم، الاستدلال، التعلم و حل المشكلات، وهذا المنظور "العمليات المعرفية" للنشاط العقلي يعد محاولة، لإحداث قدرًا من التكامل بين صيغ النشاط العقلي المعرفي أو صوره، وهذه العمليات يصعب الفصل بينها لأنها تحدث بشكل تفاعلي متزامن، وغير محسوسه وغير مرئية، ولفهم هذه العمليات اتجه البعض لبناء نماذج مثل نماذج الذاكرة، وهذه النماذج ساهمت في فهم كيف يستقبل الإنسان المعلومات؟ وكيف يدركها؟ وكيف يعالجها ويختزلها ويحولها؟ وكيف يسترجعها ويطبقها؟ (الزيات، ٢٠٠٦: ٢٠٩- ٢١٢)

ونظرًا لتعدد تناول العمليات المعرفية، سوف يركز الباحث في الدراسة الحالية على العمليات المعرفية طبقًا لنظرية PASS وهي عمليات (التخطيط – الانتباه – التآني – التتابع)، ويتكون منها مفهوم للذكاء حسب نظرية العمليات المعرفية، وتقوم هذه النظرية على منظور حديث للذكاء يجمع بين منحى معالجة

المعلومات، وبين المنحى البيولوجي الذي يحاول ربط هذه المعلومات بالأسس البيولوجية – العصبية للسلوك. وتعتبر نظرية لوريا Luria في مجال علم النفس العصبي هي الأساس الذي أقام عليه كلا من ناجليري وداس (Naglieri & Das, 1997) نظريتهما وأعمالهما.

- **نظرية PASS للعمليات المعرفية (١٩٧٥):**

قامت نظرية PASS على أعمال لوريا Luria PASS Cognitive Processes والتي تنظر للعمليات المعرفية من ثلاث زوايا رئيسة وهي: معالجة المعلومات، والعمليات المعرفية، والوظائف الفسيولوجية العصبية، وهذه العمليات تشير إلى الأنشطة العقلية التي تتضمن (الانتباه) وهو الوحدة الأولى في الدماغ، و (التتابع والتآني) ويمثلا الوحدة الثانية من الدماغ، و (التخطيط) يمثل الوحدة الثالثة، وهذه العمليات تمثل نظرية في الذكاء بدلاً من النظريات التقليدية. (Keat & Ismail, 2001).

وتعد نظرية PASS (التخطيط Planning، والانتباه Attention، والتآني Simultaneous، والتتابع Successive) نظرية جديدة في مجال الذكاء وبديلة للمداخل التقليدية، وهي نظرية قامت على إعادة صياغة مفاهيم الذكاء انطلاقًا من فكرة رئيسة وهي أن الذكاء مكون من العمليات المعرفية، وبعد إرساء هذا التصور تم تصميم وصياغة أدوات لقياس الذكاء تقوم على أساس نظري صالحة للتطبيق الإجرائي. وتميز لوريا بربط السلوك الظاهر بالاختلالات النيرولوجية، وكتب عن التنظيم الوظيفي للمخ، وعلاقته بالأنشطة الفكرية والعقلية، وقدم تصورًا للعمليات المعرفية البشرية كتنظيم للأداء الوظيفي المعرفي، كما قام لوريا بدمج النظرية الاجتماعية للعمليات المعرفية لفيجوتسكي والتنظيمات الفسيولوجية العصبية. (بوارحمة، ٢٠٠٨: ٥٦)

أهم الافتراضات التي قامت عليها نظرية العمليات المعرفية:

- أن نمو الوظائف العقلية المعرفية ناتج مشترك للتراكيب الطبيعية العصبية والبيئة الاجتماعية للفرد.
- أن الوظائف العقلية المعرفية العليا للأفراد مثل التفكير تشمل التحدث واللغة لها أصولها العصبية والمعرفية والاجتماعية والبيئية.
- أن دمج العمليات العقلية والمعرفية مع التركيبات أو التنظيمات الفسيولوجية العصبية تعكس الطبيعة التكاملية لهذه التنظيمات في علاقتها بالنشاط العقلي المعرفي. وقد كانت نظرية العمليات المعرفية تعرف بأنها نموذج لمعالجة المعلومات مشتق من دراسات لوريا؛ ثم وصفت بأنه نموذج تكامل عمليات تجهيز ومعالجة المعلومات قبل أن تأخذ مسماها الحالي (نظرية عمليات المعالجة المعرفية). (الزيات، ٢٠٠٦، ٦٢٢)

متلازمة أسبرجر Asperser's Syndrome

متلازمة أسبرجر هي إحدى الاضطرابات النمائية الشاملة التي تؤثر سلبًا على الطفل في العديد من الجوانب بصفة عامة وفي كل مجالات حياته.

وتبرز مشكلة متلازمة الأسبرجر في أن الطفل لا يمتلك المهارات الاجتماعية، وهو الأمر الذي يجعله أكثر عرضة للغضب من الراشدين والرفض من الأقران، لذلك يحتاج طفل متلازمة أسبرجر أن يتعلم كيفية التعامل مع الأطفال الآخرين، وتكوين الصداقات، والحفاظ على الأصدقاء، وعدم التدخل في شئونهم الخاصة، وإجراء الحوارات والمحادثات مع الآخرين والنظر في أعينهم، حيث أنهم بحاجة لأن يتعلموا المهارات الاجتماعية فعدم معرفتهم بها يجعلهم يخترقون القواعد المختلفة التي تحكم مختلف السلوكيات، ويدخلون على أثر ذلك في مشاكل متعددة مع الراشدين ومع الأقران مما قد يعرضهم للعزلة بعد ذلك. (Myles & Simpson, 2001: 110-11)

تعريف متلازمة أسبرجر:

متلازمة أسبرجر هي إحدى إعاقات مجموعة اضطرابات النمو ذات الأصول التكوينية البنيوية والخلقية أي انها تكون موجودة عند الميلاد، ولكنها لا تتكشف مبكرًا بل بعد فترة نمو عادي على معظم محاور النمو وقد تمتد إلى ٤ – ٦ سنوات، وتصيب الأطفال ذوي الذكاء العادي أو العالي، ونادرًا ما يصاحبها تخلف عقلي، وبدون تأخر في النمو اللغوي أو المعرفي، وتتميز بقصور كيفي واضح في القدرة على التواصل غير اللفظي، وعن التعبير عن العواطف والمشاعر والانفعالات والمشاركة الوجدانية. (فراج، ٢٠٠٢: ١٠٢) (Holland, 2005: 33) (Bogdashins,2005: 84) (Lawrence, 2007: 21)

ويعرفها (النجار، ٢٠٠٦: ٢٥٧) بأنها "مجموعة من الحالات لديها قصور نمائي نوعي تظهر أعراضه اعتبارًا من السنة الرابعة ويتضمن أوجه القصور في الجوانب الآتية قصور في التفاعل الاجتماعي ويتضمن عدم القدرة على إقامة العلاقات الاجتماعية التفاعلية والمتبادلة بينه وبين كل المحيطين به، وقصور في التواصل غير اللفظي فقط، بينما تكون القدرة اللغوية قريبة من الطفل العادي، وسلوك نمطي تكراري غير هادف وتتضمن الاستغراق الكلي في سلوك طقوس حركية جسمية، والانشغال غير الهادف بأشياء لفترات زمنية طويلة، وقصور في القدرة على اللعب الجماعي والتعاوني".

خصائص وأعراض الأسبرجر:

تتعدد وتتنوع الخصائص والأعراض التي تصف حالات متلازمة الأسبرجر وتختلف من حالة إلى أخرى، ويندر أن نجد في حالات متلازمة أسبرجر حالتين متماثلتين أو متشابهتين بدرجة كبيرة من حيث الأعراض والخصائص، وتتصف متلازمة أسبرجر باختلافات كيفية أو نوعية في التفاعل الاجتماعي والتواصل غير اللفظي وحصيلة محدودة من الأنشطة والاهتمامات والمشاركة الوجدانية وفهم العواطف والانفعالات والتعبير عنها. (جابر، ٢٠١٤: ٢٨).

ولكن لوحظ أن هناك مجموعة من الأعراض المختلفة يمكن أن توجد في حالات مختلفة وليس في فرد واحد وهي:

- غرابة أو شذوذ في العلاقات الاجتماعية التي غالبًا ما تكون فجة غليظة سمجة خرقاء إذا ما قورنت بعلاقات الأطفال العاديين.
- نمو لغوي وحصيلة لفظية قريبة من العادية لكن مع صعوبات في استخدامها.
- السذاجة وسلامة النية.
- عادة ما يكون الفرد المصاب غير مدرك أو متفهم لمشاعر الآخرين.
- العجز عن البدء والاستمرار في حديث متبادل بشكل طبيعي متصف بالأخذ والعطاء مع الآخرين.
- سرعة الانزعاج بسبب أي تغير في الحياة أو الأعمال الروتينية أو التقلب أو التحول أو الانفعالات بتغير المكان أو برامج النشاط اليومي.
- الانطلاق في الحديث مع التمسك بالمعنى اللفظي الحرفي المباشر للكلمة أو الجملة في الحديث مع الآخرين.
- غالبًا ما تدور الأحاديث والاهتمامات حول موضوعات محدودة.
- فائق الحساسية للأصوات العالية والضوء القوي والروائح النفاذة.
- شذوذ في الحركات عند مزاولة الأنشطة الرياضية.
- ذاكرة قوية لأدق التفاصيل.
- المعاناة من صعوبات في النوم وتناول الطعام.
- صعوبة في فهم ما يقرأ او ما يسمع.
- استخدام تواصل غير لفظي أو معايير غير مناسبة أو مستساغة.
- استخدام أنماط لفظية غير عادية تتميز بتكرار الجمل أو تعليقات عنيفة غير مناسبة للموقف.

- المط أو التطويل في نطق الألفاظ مع لهجة متكلفة رسمية.
- التحدث بصوت مرتفع مطرد النغم أو النسق Monotonous على وتيرة واحدة.
- أثناء الحديث لا يهدأ جسمه عن الحركة، فهو كثير التمايل والاهتزاز والقلق واستعمال يديه أو الخطو إلى الأمام أو الخلف أو الجانب وخاصة عندما يكون في حالة اهتمام وتركيز.
- غياب القدرة على تفهم الآخرين أو وضع نفسه مكانهم.
- محدودية العلاقات والتفاعلات الاجتماعية، وإذا تكونت تكون لفترة قصيرة، ولذلك فالمصاب دائمًا ما يعاني من الوحدة أو العزلة.
- الاستغراق في الحديث في موضوعات محدودة تدور في إطار ضيق مع عدم محاولة تجاوزها مثل: (الطقس – قنوات التلفزيون – جداول قطارات السكة الحديد أو الطائرات – الخرائط الجغرافية).
- المعاناة من صعوبات في الإدراك اللمسي، والتآزر النفس حركي، والإدراك المكاني، والتخيل الفراغي، أو التفكير المجرد.

وهذه الأعراض لا تظهر جميعها في فرد واحد، ولكنها تختلف من فرد لآخر.

(Gillberg, 2002: 23-24) (Stone, 2002: 19-20) (Ghaziudin, 2005: 43-50) (Slade, 2006: 72-73) (الشربيني، ٢٠٠٤: ٢٨٠) (الفوزان، ٢٠٠٠: ٣٧) (فراج، ٢٠٠٢: ١٠٣) (كامل، ٢٠٠٥: ١٨) (Kalyva, 2010: 1203)

تشخيص حالات متلازمة أسبرجر:

لا تزال عملية تشخيص متلازمة أسبرجر كغيرها من اضطرابات طيف الذاتوية صعبة ومعقدة، نتيجة لعدم التعرف حتى الآن على العوامل الحقيقية التي تؤدي إلى حدوثها وهو ما يجعل الخصائص العامة والفارقة لمتلازمة أسبرجر أمرًا شاقًا وغير دقيق للدرجة التي يصبو لها العلماء والباحثون لوضع معايير تشخيصية دقيقة للتعرف على هذه المتلازمة. (جابر، ٢٠١٤: ٣٢).

وقد وردت معايير تشخيص متلازمة أسبرجر لأول مرة عام ١٩٩٤ ضمن الدليل الإحصائي التشخيصي للأمراض العقلية (DSM4)، وفيما يلي عرض لتشخيص إعاقة الأسبرجر في ضوء معايير الدليل الإحصائي التشخيصي (DSM4):

أولاً: عدم ظهور اي قصور أو تأخير في النمو اللغوي أو المعرفي، وأن يكون الطفل قد بدأ يستخدم كلمات مفردة للتعبير قبل أن يصل إلى عمر سنتين، ويستطيع تكوين جملة من كلمتين او أكثر قبل

الووصول إلى عمر ٣ سنوات على الأكثر، وخلال تلك السنوات الأولى يجب أن تكون مهارات رعاية الذات، وحب الاستطلاع لظواهر وأحداث البيئة المحيطة ومتطلبات النمو وفق قواعد السلوك التوافقي لهذه المهارات قد تم اكتسابها بما يتناسب مع مراحل نموه ومعدل نمو ذكائه على مدى تلك السنوات الثلاث، إلاَّ أن نموه الحركي قد يعاني من تأخر أو سلوك فظ وغليظ وهذا كثيرًا ما لوحظ في أطفال الأسبرجر، إلاَّ أنه شيء عادي وليس من شروط التشخيص. (James, 2006: 13) (Kaplan, 2006: 31)

ثانيًا: قصور كيفي في نمو القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي المتبادل، ويتطلب تشخيص الحالة على أنها أسبرجر وجود هذا القصور في ثلاث على الأقل من نواحي القصور الخمس التالية:

- الفشل أو العجز عن التواصل غير اللفظي عن طريق التعبير بالعين (تبادل النظرات) أو بتعبير الوجه أو أوضاع أو حركات الجسم أو الأيدي أو الأصابع أو الرأس..الخ، في إثراء التواصل أو التفاعل الاجتماعي.
- الفشل في تكوين وتنمية علاقات مع الأقران تتناسب مع العمر وتوفر الفرص المتاحة لذلك، والتي تؤدي إلى الاشتراك المتبادل في الاهتمامات والأنشطة المشاركة الوجدانية أو العاطفية والانفعالية.
- من النادر أن يلجأ إلى الآخرين طلبًا للراحة أو لحل مشكلة أو لتخفيف همومه الشخصية أو استجداء الحب أو العطف من الآخرين.
- غياب اهتمام الطفل أو الشاب المصاب بمشاكل أو متاعب أو أحزان أو أفراح الآخرين أو الإحساس بالاستمتاع بمشاركتهم أو الرغبة في تلك المشاركة.
- الفشل في المشاركة والتبادل الاجتماعي والوجداني، كما يتمثل في شذوذ أو قصور الاستجابة لعواطف وانفعالات الآخرين، أو ربما بمعنى آخر غياب القدرة على تحقيق تكامل سلوكيات التواصل الاجتماعية الانفعالية.

ثالثًا: الاندماج في سلوكيات وأنشطة محددة أو طقوس تتكرر لفترات طويلة دون ملل مع عدم الاهتمام بما يدور حوله أثناءها، أو الاهتمام بأشياء تافهة والتعامل معها بشكل غير هادف مثل: (فحص أجزاء زهرة، أو جهاز، أو حلقة مفاتيح، أو جزء يدور كريش المروحة، أو الغسالة أو غيرها، أو بشكل التحاق بعادات حركية فيها تكلف أو غرابة). (النجار، ٢٠٠٦: ٢٤٧-٢٤٨)

رابعًا: ليس هناك أي تأخر سريري ملحوظ في التطور الإدراكي أو في تطور مهارات المساعدة الذاتية الملائمة للعمر أو للسلوك التكيفي باستثناء التفاعل الاجتماعي أو االفضول فيما يتعلق بالبيئة الطفولية.

خامسًا: لا تتطابق معالجة التشخيص مع الاضطرابات النمائية المنتشرة الأخرى أو الفصامية.

ونظرًا لحداثة إعاقة الأسبرجر فإن هناك أشخاص أعمارهم ٣٠ أو ٤٠ سنة لم تشخص حالاتهم على أنها أسبرجر إلا حديثًا (فراج، ٢٠٠٢: ١١١) (جابر، ٢٠١٤: ٣٤).

القدرات المعرفية لدى حالات أسبرجر:

أهم ما يميز أطفال متلازمة أسبرجر أن لديهم نوعين من التفكير، أولهما التفكير اللفظي الاجتماعي بينما يتمثل الثاني في التفكير الرياضي الموسيقي القائم على الذاكرة، وفي حين يعتمد الأول على تناقل الكلمات واستخدامها فإن النوع الثاني يسهم في تحقيق البراعة في الفيزياء أو المحاسبة أو الرياضيات، ويعد استخدام الصور سواء المتحركة أو الثابتة إلى جانب المثيرات البصرية ثلاثية الأبعاد فرصة جيدة أمام أولئك الأطفال الذين يتميزون بأي نوع أو نمط من هذين النمطين كي يقوموا بعمليات التفكير المختلفة عليها. ويمكن للأطفال الذين يتسمون بالنمط الأول من التفكير أن يحققوا النجاح في مجالات الكمبيوتر والبرمجة، وميكانيكا السيارات، والإعلانات، وتصميم المعدات الصناعية، أو القيام برعاية الحيوانات، أما الأطفال الذين يتسمون بالنمط الثاني فيمكنهم تحقيق النجاح في مجالات الرياضيات، والمحاسبة، والهندسة، والفيزياء، والموسيقى، والمجالات التي تتطلب المهارات الفنية بوجه عام. (محمد، ٢٠٠٥: ٢٣٢-٢٣٣).

حيث هدفت دراسة (McCrory, 2007) إلى بحث القدرات المعرفية والإنجاز الأكاديمي لدى أطفال الروضة من حالات الأسبرجر، حيث تكونت عينة الدراسة من (٢١) طفلاً من الأسبرجر، وأثبتت الدراسة أن لدى أطفال الأسبرجر مستوى ذكاء مرتفع وقدرات معرفية عالية أيضًا.

كما أشارت دراسة (Musarra, 2005) بعنوان "الذاكرة النشطة لدى الأفراد ذوي اضطراب أسبرجر"، حيث تكونت العينة من (٣٠) طفلاً من أطفال الأسبرجر و (٣٠) طفلاً من الأطفال العاديين، إلى أنَّ الذاكرة النشطة لدى أطفال الأسبرجر يوجد بها عجز محدد في معالجة المعلومات، ولكن يمكن علاجه باستخدام جهود وبرامج علاجية موجهة.

تعريف الذاتوية:

تظهر الذاتوية بوضوح في السنوات الثلاث الأولى من الحياة، وتعرف بأنها عجز أو اضطراب يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي، واللعب التخيلي والإبداعي، وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ، مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط، وخلق العلاقات مع الأفراد،

وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ، وعدم القدرة على التصور البناء والملائمة التخيلية. (الزغبي، ٢٠١٥: ٢٢)

والذاتوية عبارة عن اضطراب متعدد الأسباب والأعراض، يسبب قصورًا في النمو يمتد مدى الحياة، ويمكن أن تظهر الأعراض المتعددة للذاتوية بمفردها كل على حدة أو ممتزجة مع ظروف أو اضطرابات أخرى مثل الإعاقة العقلية أو العمى أو الصم أو الصرع، ونظرًا لأن الأطفال الذاتويين مثلهم في ذلك مثل جميع الأطفال يتنوعون من حيث قدراتهم وسلوكياتهم تنوعًا كبيرًا، فإن كل عرض يمكن أن يظهر على نحو مختلف في كل طفل. (عبد الرحمن ، حسن، مسافر، ٢٠٠٥: ١١)

خصائص وأعراض الذاتوية:

اتفق كل من (عباس، ٢٠٠٠: ١٤٩ – موسى، ٢٠٠٢: ٤٠٠ – عناني، ٢٠٠٥: ١٠٥) على الأعراض المصاحبة لاضطراب الذاتوية على النحو التالي:

١- اضطراب في نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء، وفي معظم الحالات يصاحبه إعاقة عقلية متوسطة الدرجة.

٢- اضطراب الوضع والحركة مثل الآلية الحركية (رفرفة الذراعين والقفز وحركات الوجه التكشيرية)، والمشي على أطراف أصابع القدمين، والأوضاع الغريبة لليد والجسم وضعف التحكم الحركي.

٣- الاستجابات الغريبة للاثارات الحسية مثل تجاهل بعض الإحساسات مثل الألم أو الحرارة أو البرودة، بينما يظهر الطفل الذاتوي حساسية مفرطة لاحساسات معينة، مثل: (غلق الأذنين تجنبًا لسماع صوت معين وتجنب أن يلمسه أحد، وأحيانًا يظهر انبهارًا ببعض الإحساسات مثل التفاعل المبالغ فيه للضوء والروائح.

٤- اضطرابات في الأكل والشرب والنوم، مثل قصر الطعام على أنواع قليلة أو شرب السوائل بكثرة، والاستيقاظ المتكرر ليلاً المصاحب بهز الرأس وأرجحتها أو ضبط الرأس.

٥- اضطراب الوجدان مثل التقلب الوجداني (أي الضحك أو البكاء دون سبب واضح)، والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية، ونقص الخوف من مخاطر حقيقية، والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات أو أحداث غير مؤذية والقلق العام والتوتر.

٦- سلوك إيذاء النفس مثل خبط الراس بعنف، أو شد الشعر أو عض الأصابع أو اليد، وإيذائها دون أن يتألم.

٧- عندما يترك وحيدًا يتسم بالنمطية وتغيير ملامح الوجه.

٨- يقاوم التغيير في المكان أو العادات اليومية، وقد يحدث عند التغيير هلع أو ثورات مزاجية.

٩- يظهر كأنه لا يسمع، لا يهتم بمن حوله، لا يحب أن يحتضنه أحد، يقاوم الطرق التقليدية في التعلم، لا يخاف من الخطر، يكرر كلام الآخرين، يكون إما ذا نشاط زائد أو خمول مبالغ فيه.

الخصائص المعرفية للذاتويين:

يؤكد (عبد الله، ٢٠٠٨: ٧٣) أن الذاتوية كاضطراب نمائي عام أو منتشر، تؤثر سلبي على العديد من جوانب النمو لدى الطفل، ومنها الجانب المعرفي بطبيعة الحال لدرجة أن القصور المعرفي يعد من السمات الأساسية التي تميز اضطراب الذاتوية.

يرى كل من (الزيقات، ٢٠٠٤: ١١٦) (قنديل، ٢٠٠٥: ٧٦-٧٧) أن الأطفال الذاتويين لديهم مشكلات معرفية شديدة، تؤثر على قدرتهم على التقليد والفهم والابداع، كذلك فإن ذاكرة الطفل الذاتوي تتميز عن الطفل العادي في أنه يستحضر الأشياء إلى الذاكرة دون أي تغيير في ترتيبها، فالأشياء التي يسمعها والأشياء التي يراها يتذكرها تمامًا مثلما حدثت، أو أنها لايختار الأشياء التي يقوم بتذكرها، والطفل الذاتوي ذاكرته ليست مترابطة بل أنها جامدة إلى حد بعيد، ولذا وجد أن قدرته على اللعب التخيلي محدودة.

إن اضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر الملامح الموضحة للاضطراب الذاتوي، كما يترتب عليه نقص في التواصل الاجتماعي والاستجابة الانفعالية للمحيطين به؛ ولذا أظهرت الدراسات أن حوالي ثلاثة أرباع الأطفال الذاتويين لديهم درجات من الإعاقة العقلية وأظهرت دراسات أخرى أن بعض الأطفال الذاتويين لديهم درجة ذكاء متوسط أو فوق المتوسط. (أمين، ٢٠٠٢: ٤٠-٤١)

التشخيص الفارق بين الذاتوية والأسبرجر:

عند مقارنة إعاقة الأسبرجر بإعاقة الذاتوية فإننا نستطيع اعتبار حالات الأسبرجر من حيث الشدة أقل بدرجة كبيرة من حالات الذاتوية وذلك بالنسبة للأعراض المشتركة المتشابهة في الحالتين، مثل: القصور الشديد في التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي لدرجة جعلت بعض العاملين في المجال يعتبرون أن الأسبرجر هو حالة من حالات الذاتوية الخفيفة. (Harpur, Lawlor, 2006: 32-34)

حيث أُجريت البحوث والدراسات للتفرقة بين الأسبرجر والذاتوية ومنها دراسة (Ozonoff & others, 2000) بعنوان "الجانب المعرفي والسلوكي والتاريخي المبكر للتمييز بين الأسبرجر وبين الأداء المرتفع للذاتوية" وتكونت عينتها من ٢٣ طفلاً ذاتويًا و١٢ طفلاً من أطفال الأسبرجر متجانسين في

العمر الزمني والجنس والقدرات العقلية، حيث أثبتت أن الأسبرجر والذاتويين لديهم نفس الأعراض الأساسية لكنهم يختلفون في الدرجة والشدة.

وللتفرقة من حيث الأعراض والقدرات المعرفية، كانت دراسة (Koyama, 2007)، بعنوان "الأعراض الجانبية والمعرفية للأسبرجر وللذاتوية"، تكونت العينة من (٣٦) طفلاً من أطفال الأسبرجر و(٣٧) من أطفال الذاتوية، وأشارت النتائج إلى أن أطفال الأسبرجر حصلوا على معدل أعلى وذات دلالة في كل من الذكاء اللفظي والتعبير عن أقرانهم الذاتويين، ولكنهم حصلوا على درجات أقل في الترميز.

ومن الممكن تحديد أوجه التشابه والاختلاف بين الأسبرجر والذاتوية في التالي:

١) **التوقيت:** يتم الكشف عن أعراض الذاتوية من خلال السنة الأولى من العمر، أما أعراض الأسبرجر تظهر متأخرة في عمر ٤-٦ سنوات وأحيانًا بعد ذلك، ويعد هذا الفرق في توقيت ظهور الإعاقة من أهم عناصر التشخيص الفارق بين الإعاقتين.

٢) **درجة القصور والإعاقة:** فبينما يعاني الطفل الذاتوي من توقف أو تأخر تام في نموه اللغوي والقدرة على التخاطب والاتصال، فإن طفل الأسبرجر لا يبدي مثل هذه الأعراض حيث لا يحدث توقف أو تأخر في نموه في هذه القدرات، ولو أنه قد يعاني من صعوبة في تفهم كلام الآخرين، وخاصة بالنسبة لما قد يحتويه الحديث من ثورية أو تشبيهات غير مباشرة أو معاني مجردة، أو إدراك العلاقات بين السبب والنتيجة، و الجزء بالكل، والقدرة على التعميم وإدراك التشابه، والاختلاف، والتحليل، والتأليف، والمفاهيم التي ليس لها مرجع محسوس مثل: (الديمقراطية والأمانة والشرف). (Ritvo, 2006: 18)

٣) **القدرات المعرفية:** فبينما نجد حالات الذاتوية تجمع بينه وبين الإعاقة العقلية، نجد أنه من النادر وجود حالات تعاني من قصور معرفي في حالات الأسبرجر التي تكون معدلات الذكاء بها عادية أو ربما عالية تسمح بالنمو المعرفي لدرجة مناسبة له وللبيئة الثقافية التي يعيش فيها طفل الأسبرجر. (عبد الرحمن و حسن، ٢٠٠٤: ٣٠-٣٢).

٤) **التواصل الاجتماعي:** طفل الأسبرجر لا يتجنب الآخرين من الكبار أو الأقران كما يفعل الطفل الذاتوي، بل يقبل على التفاعل معهم بنشاط ولو ان هذه الأنشطة تكون ضيقة الحدود، تدور دائمًا حول احتياجاته واهتماماته الشخصية، التي قد تبدو غالبًا غريبة وغير مألوفة للطفل العادي، والواقع أن لكل طفل من أطفال الأسبرجر ميولاً زائدة نحو مهارة أو فن أو رياضة معينة (كرة، موسيقى، مسرح، طيران، رياضيات...الخ)، ويكثر ولا يمل من الحديث وغالبًا ما يؤدي انشغاله

الدائم باهتماماته المحدودة تلك وكثرة الاستمرار في الحديث عنها إلى ملل الاخرين وعزوفهم عن متابعة حديثه معهم، بل ربما أدى غلى اضطراب علاقته معهم. (فراج، ٢٠٠٢: ١٠٨) (ماكنتاير، ٢٠٠١: ٤٥).

٥) **التواصل اللغوي:** الكثير من الأطفال الذاتويين لا يتكلمون على الاطلاق كما أن البعض منهم لديهم أشكالاً غريبة من اللغة مثل التكرار، أما الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر جميعهم تقريبًا يتكلمون ويمتلكون مهارات لغوية قريبة من العادية ورغم ذلك لديهم استخدام اللغة الاجتماعية مختلف تمامًا عن أقرانهم كما أنهم يتمتعون بقدرات لفظية مثل المعلومات المرتبطة بالحقائق أفضل من قدراتهم غير اللفظية. (جابر، ٢٠١٤: ٣٦).

نستطيع من خلال ما سبق أن نؤكد على أنَّ متلازمة أسبرجر والذاتوية يشتركان في العديد من الأعراض ولكنها تظهر لدى متلازمة أسبرجر أقل شدة؛ حيث أن كليهما يشتركان في وجود عجز شديد في التواصل الاجتماعي وأعمال المشاركة والقيام بأعمال نمطية متكررة إلى جانب فقدان القدرة على التخيل. ويتميز ذوي متلازمة أسبرجر بدرجة ذكاء طبيعية ولا يواجهون تأخر في اكتساب القدرة على الكلام من حيث المفردات والقواعد أو في مقدرتهم على الاعتماد على النفس، وهذا ما اشارت إليه دراسات مختلفة مثل: (Attwood, 2006) (طعيمة، ٢٠١٠) (Cohen, 2012).

فرض الدراسة: يفترض الباحث الفرض التالي:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر وبين متوسطات رتب درجات الأطفال الذاتويين في الأداء بالمنحى الدينامي في الدرجة الكلية وفي درجات العمليات المعرفية الأربع (PASS) (التخطيط – الانتباه – التآني – التتابع) لصالح الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

(أ) **منهج الدراسة**

تتبع الدراسة الحالية استخدام المنهج الوصفي المقارن لدراسة الفروق بين الأطفال الذاتويين والأطفال ذوي متلازمة أسبرجر في الأداء بالمنحى الدينامي لبعض العمليات المعرفية (PASS) (التخطيط – الانتباه – التآني – التتابع).

(جـ) عينه الدراسة:

تتكون عينه الدراسة من (١٠) أطفال من ذوي متلازمة أسبرجر ذكور، وعمر زمني (٥-٧) ودرجة أسبرجر (٧٠ – ٨٠)، و (١٠) أطفال ذاتويين ذكور وعمر زمني (٥-٧) سنوات وبدرجة من بسيط إلى متوسط على مقياس الذاتوية CARS (٣٠: ٣٧) موزعين علي مجموعتين.

(د) أدوات الدراسة:

١) مقياس تقدير الذاتوية في مرحلة الطفولة (C.A.R.S)

Child hood Autism Rating Scale (1999) (هدى أمين، ٢٠٠٤)

هذا المقياس معروف في جامعة نورث كارولينا وقام بإعداده البروفيسور (إيريك شوبلر) عام ١٩٨٨م، وهو أيضًا مؤسس برنامج التعلم المنظم Teach المشهور، وهو مكون من أربعة عشرة فقرة من الممكن تطبيقها من خلال توجيه الأسئلة إلى الوالدين أو أثناء المراقبة الإكلينيكية للطفل.

وتتضمن الاستمارة ١٤ عشر بندًا للتقييم كالآتي:

التعامل مع الناس – التقليد – التفاعل العاطفي – حركات الجسم – التعامل مع الأشياء – التأقلم مع التغيير – التفاعل النظري – التفاعل السمعي – تفاعل واستعمال حاسة الشم واللمس والتذوق – الخوف أو العصبية – التواصل اللغوي – التواصل الغير لغوي – مستوى النشاط – مستوى تفاعل القدرات الذهنية – الانطباع العام.

هذا المقياس يحتاج تطبيقه إلى تدريب عملي فكل فقرة أعلاه لها درجات تتراوح من واحد إلى أربعة درجات، والنتيجة النهائية هي حصول الطفل على درجات إجمالية تقسم الأطفال إلى توحد شديد درجته على الاستمارة من (٣٧: ٦٠)، توحد خفيف إلى متوسط من (٣٠: ٣٧)، لا يوجد توحد (١٥: ٣٠)، طفل طبيعي من (صفر: ١٥).

تصحيح المقياس:

كل بند من بنود المقياس الأربعة عشر يعطي تقديرًا من (١-٤) بحيث رقم (١) يعني أن السلوك في المجال العادي (الطبيعي) بينما التقدير رقم (٤) يشير إلى أن السلوك الملاحظ غير عادي بدرجة شديدة.

وحسب هذا المقياس فإن الأطفال الذين تقع درجاتهم تحت (٣٠) درجة يصنفون على أنهم ليس لديهم الذاتوية، بينما الذين بلغت درجاتهم من (٣٠-٣٧) درجة يصنفون على أن لديهم ذاتوية بدرجة بسيطة إلى متوسطة؛ والذين تتراوح درجاتهم ما بين (٣٨ –٦٠) يصنفون على أن لديهم ذاتوية بدرجة شديدة.

الكفاءة السيكومترية للمقياس:

قامت معد المقياس (هدى أمين، ٢٠٠٤) بالتأكد من كفاءته السيكومترية.

٢) مقياس منظومة التقييم المعرفي م.ت.م (الكاس) للذكاء

يقدم هذا المقياس أداة تشخيصية توفرت لها الأسس النظرية والدقة السيكومترية والمصداقية فأساسه نظرية لوريا في البناء العقلي ، والتي تستمد قيمتها العلمية من ارتكازها على البناء التشريحي للمخ ، أما الدقة السيكومترية فترجع إلى خطوات التقييم والتقنين التي توفرت للمقياس سواء في بناء وحداته واختيار صلاحيته السيكومترية ، أما مصداقيته التطبيقية فترجع للنتائج التي حققها كأداة تشخيصية تصلح للمرحلة العمرية من ٥ – ١٧ سنة لتقييم أداء الأفراد الموهوبين والأفراد الذين يعانون من مشكلات في التخطيط والذين يعانون من اضطرابات انفعالية شديدة، وهؤلاء الذين يعانون من اصابات أو تلف بالمخ، وذوي صعوبات التعلم، وذوي اضطرابات الانتباه واضرابات النشاط الزائد، وذوي الاعاقة السمعية وكذلك الذهنية.

وقام بتأليف مقياس منظومة التقييم المعرفي (Naglieri,1990-1997) ويستهدف المقياس تقييم العمليات المعرفية للأطفال من سن (٥ – ١٧) تلك المنظومة التي تقوم على أساس نظرية PASS للذكاء وتعني (التخطيط Planning ، الانتباه Attention ، التآني Simutaneity ، التتابع Succession) وتتضمن العمليات المعرفية بالمقياس إثني عشر اختبارًا ، وتغطي الاختبارات الفرعية درجة مقاسة (١٠) وانحراف معياري (٣) وكل المقياس يعطي درجات متوسطها (١٠٠) وانحراف معياري (١٥) .

- **مقياس ستانفورد بينيه – الصورة الرابعة**

يحتل مقياس ستانفورد بينيه للذكاء موقعًا بارزًا في حركة القياس السيكولوجي نظرية وتطبيقًا ، وذلك إلى الحد الذي أصبح معه المقياس محك صدق للمقاييس الأخرى للقدرة المعرفية العامة ، وأداة رئيسة في الممارسة الإكلينيكية .

وقد بدأ المقياس بمحاولات بينيه وسيمون بفرنسا ، ثم عكف ترمان في جامعة ستانفورد بكاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية على مراجعة المقياس وإعداده بحيث يصلح للمجتمع الأمريكي ، وأدخلت أول صورة ظهرت عام ١٩١٦ عدة تعديلات على المقياس الفرنسي واستخدم لأول مرة مفهوم نسبة الذكاء .

وفي إطار تطوير المقياس لكي يواكب التطور في النظر إلى القدرات المعرفية والأساليب السيكومترية، صدرت الصورة الرابعة عام ١٩٨٦ ، وهي الصورة التي أعدها ثورنديك ، وإليزابيث ب . هاجن ، وجيروم .ساتلر ، وقد اقتبست الصور الأمريكية المتتالية إلى الكثير من لغات العالم.

هو مقياس ذكاء فردي يتكون من ١٥ اختبار فرعي تندرج تحت ٤ مجالات رئيسة هي : الإستدلال اللفظي والإستدلال المجرد البصري والإستدلال الكمي والذاكرة قصيرة المدى تعطي درجة مركبة كلية تدل على القدرة الإستدلالية العامة(العامل العام). وقد تم اختيار هذه المجالات الأربعة للقدرات المعرفية، على أساس نموذج متدرج من ثلاث مستويات لتركيب القدرات المعرفية. حيث يتكون المستوى الأول من العامل العام (g) أما المستوى الثاني يتكون من: القدرات المتبلورة Crystallized abilities ،القدرات السائلة التحليلية Fluid – analytic abilities ،الذاكرة قصير المدى. Short term memory أما المستوى الثالث فيتكون من ثلاث مجالات أكثر تخصيصاً وهم:

١- الاستدلال اللفظي. ٢- الاستدلال الكمي. ٣- الاستدلال المجرد البصري .

مقياس جيليام لتقدير اضطراب أسبرجر. (تقنين وتعريب/ عادل عبد الله، ٢٠٠٦)

صمم المقياس جيليام أسبرجر كأداة من أجل تقييم الأشخاص ذوي اضطراب أسبرجر والاضطرابات السلوكية الأخرى ويتكون المقياس من أربعة أبعاد عي التفاعل الاجتماعي ويتكون من ١٠ عبارات وبعد نماذج السلوك المحددة ويتكون من ٨ عبارات وبعد النماذج المعرفية ويتكون من ٧ عبارات وبعد المهارات العملية ويتكون من ٧ عبارات وتعتمد بنود المقياس على تعريف اضطراب الأسبرجر الذي قدمه كل من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطرابات النفسية الطبعة الرابعة (DSM4) الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام (٢٠٠٠م) وكذلك التصنيف الدولي للإضطرابات الطبعة العاشرة (منظمة الصحة العالمية ١٩٩٢م)، ويتم الإجابة على المقياس من خلال ولي الأمر أو القائم برعاية الطفل ويعطي إجابة على كل بند من بين البدائل الآتية (لم ألاحظ – نادرًا ما ألاحظ – نلاحظ أحيانًا – كثيرًا ما ألاحظ) ويتم إعطائها درجات (٠ – ١ – ٢ – ٣) على التوالي وإذا حصل الطفل على درجة ٨٠ فيما فوق فهذا يدل على وجود المتلازمة بدرجة كبيرة (مرتفعة) وإذا حصل على درجة (٧٠-٧٩) فهو يقع في الفئة البينية وإذا حصل على درجة أقل من (٦٩) فهو يقع في فئة (منخفض أو غير محتمل).

الكفاءة السيكومترية للمقياس

الصدق: تم قياس الاتساق الداخلي، لمقياس إضطراب جليام أسبرجر باستخدام معامل ألفا كرونباخ، هذا وقد اشارت عديد من الدراسات إلى معاملات ألفا كرونباخ بلغت ٨٨. للتفاعل و ٨٦. لنماذج المعرفة و ٨٤. للمهارات الأدائية ذات الطبية المركبة و ٩٥. لإضطراب أسبرجر.

الثبات: تم حساب معامل ثبات الاختبار في الدراسة الحالية عن طريق إعادة تطبيق الاختبار بفاصل زمني مدته ثلاثون يومًا على عينة الدراسة الاستطلاعية وقوامها(١٠) أطفال من حالات الأسبرجر وبلغ معامل الثبات بين التطبيقين ٠,٦٥ وهو معامل دال إحصائيًا.

(هـ) إجراءات تطبيق الدراسة:

تسير إجراءات الدراسة وفقاً للخطوات التالية:

١- اختيار عينه الدراسة بطريقة مقصودة من مراكز الاحتياجات الخاصة بمدينة كفر الشيخ.

٢- تطبيق مقياس منظومة التقييم المعرفي بالمنحى الدينامي علي عينه الدراسة من الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر والأطفال الذاتويين.

٣- معالجة البيانات إحصائياً بالأساليب المناسبة، واستخلاص النتائج و مناقشتها.

(و) الأساليب الإحصائية:

١. المتوسط الحسابي.

٢. الانحراف المعياري.

٣. اختبار مان ويتني.

نتائج الدراسة:

ينص الفرض على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر وبين متوسطات رتب درجات الأطفال الذاتويين في الأداء بالمنحى الدينامي في الدرجة الكلية وفي درجات العمليات المعرفية الأربع (PASS) (التخطيط – الانتباه – التآني – التتابع) لصالح الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر.

وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار اختبار مان ويتنى Mann-Whitney Test اللابارامترى لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر وبين الأطفال

الذاتويين في الأداء بالمنحى الدينامي في الدرجة الكلية وفي درجات العمليات المعرفية الأربع (PASS) (التخطيط –التآني – الانتباه – التتابع)، والجدول التالى يوضح ذلك.

جدول (١)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر وبين الأطفال الذاتويين في الأداء بالمنحى الدينامي في الدرجة الكلية وفي درجات العمليات المعرفية الأربع (PASS)

(التخطيط –التآني – الانتباه – التتابع)

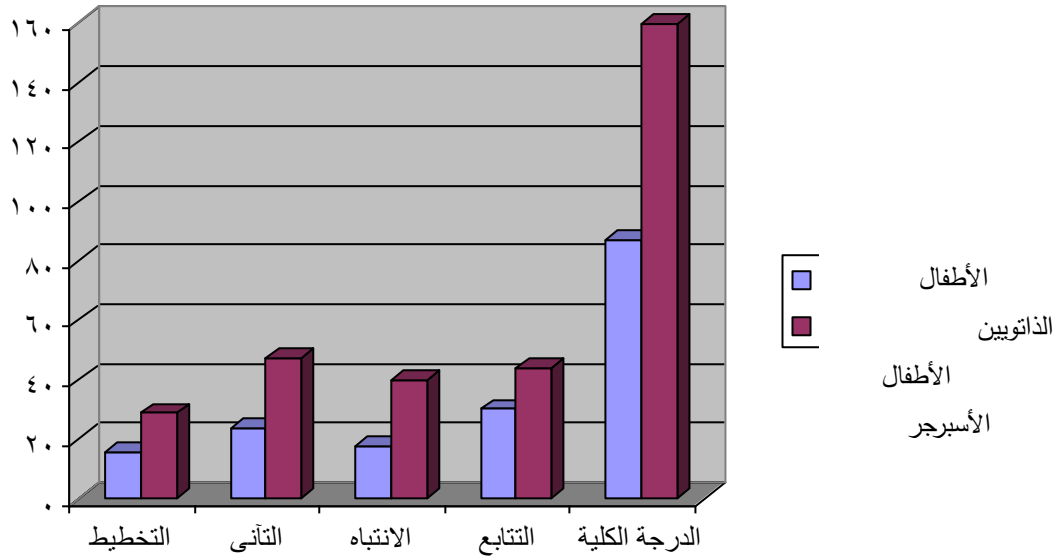
(ن = 20)

الأبعاد	اسم المجموعة	ن	المتوسط الحسابى	الانحراف المعيارى	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
التخطيط	ذوى متلازمة أسبرجر	10	28.7	2.869	15.5	155	0	3.78	0.01
	الأطفال الذاتويين	10	15.5	1.581	5.5	55			
التآنى	ذوى متلازمة أسبرجر	10	47.3	2.830	15.5	155	0	3.78	0.01
	الأطفال الذاتويين	10	23.8	2.098	5.5	55			
الانتباه	ذوى متلازمة أسبرجر	10	39.9	1.663	15.5	155	0	3.78	0.01
	الأطفال الذاتويين	10	17.5	1.581	5.5	55			
التتابع	ذوى متلازمة أسبرجر	10	43.9	2.846	15.5	155	0	3.78	0.01
	الأطفال الذاتويين	10	30.1	2.331	5.5	55			
المقياس ككل	ذوى متلازمة أسبرجر	10	159.8	6.426	15.5	155	0	3.78	0.01
	الأطفال الذاتويين	10	86.9	5.043	5.5	55			

مستوى الدلالة عند (0.01) = 2.58 مستوى الدلالة عند (0.05) = 1.96

يتضح من الجدول السابق أن قيم Z المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية (2.58)، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر والأطفال الذاتويين في الأداء بالمنحى الدينامي في درجات العمليات المعرفية الأربع (PASS) (التخطيط – التآني – الانتباه – التتابع) والدرجة الكلية لصالح الأطفال الأسبرجر.

والشكل البيانى التالى يوضح الفروق بين متوسطات درجات الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر وبين الأطفال الذاتويين في الأداء بالمنحى الدينامي في درجات العمليات المعرفية الأربع (PASS) (التخطيط –التآني – الانتباه – التتابع) والدرجة الكلية.



شكل (١)

الفروق بين متوسطات درجات الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر وبين الأطفال الذاتويين في الأداء بالمنحى الدينامي في درجات العمليات المعرفية الأربع (PASS)

(التخطيط –التآني – الانتباه – التتابع) والدرجة الكلية

وتتقارب تلك النتائج مع دراسة فيجيرا، فونتيس– دورا، ورويز (٢٠١٣) بعنوان: العمليات المعرفية والإدراك الاجتماعي بين الأطفال الصغار ذوي الأسبرجر، والتي هدفت إلى وصف خصائص العمليات المعرفية والإدراك الاجتماعي لدى الأطفال الصغار ذوي متلازمة الأسبرجر. واستعانت الدراسة في سبيل تحقيق هذه الهدف بثلاث بحوث تجريبية.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لثلاثة أبحاث حول العمليات المعرفية والإدراك الاجتماعي للأطفال ذوي متلازمة الأسبرجر، وشارك في الدراسة ٤ مجموعات من أطفال ما قبل المدرسة ذوي متلازمة الأسبرجر (١٥ طفل بكل مجموعة) بمدينة ميرسايد الإنجليزية. تم تطبيق أربع تجارب على مجموعات الأطفال (التجريبية والضابطة) للتعرف على خصائص العمليات المعرفية والإدراك الاجتماعي.

تم تجميع البيانات باستخدام الأدوات التالية:

١- مقياس كاليفورنيا للعمليات المعرفية للأطفال.

٢- اختبار الإدراك الاجتماعي للأطفال الذاتويين وذوي الأسبرجر (إعداد المؤلفين).

٣- اختبار الطلاقة الابتكارية (إعداد المؤلفين).

وأظهرت النتائج فروق دالة احصائياً لتفوق الأطفال ذوي مجموعة الأسبرجر في التجربة الأولى (باستخدام مقياس كاليفورنيا) عن الأطفال في كل من مجموعة الأطفال التوحديين وذوي صعوبات التعلم بنسبة ٠,٠١ لصالح مجموعة الأطفال ذوي الأسبرجر. كما أظهر الأطفال في مجموعة الأسبرجر تحسن ملحوظ في عناصر المرونة في الإدراك الاجتماعي في التجربتين.

توصيات الدراسة:

بناءً على نتائج الدراسة الحالية صاغ الباحث التوصيات التالية:

١- استخدام التقييم الدينامي بصورة أوسع كمحك تشخيصي للأطفال بصفة عامة والإعاقات المتشابهة بصفة خاصة.

٢- تنفيذ برامج إرشادية للتعريف بفنيات التقييم الدينامي للوالدين والقائمين على رعاية الأطفال من أجل تحقيق الاستفادة القصوى منه.

٣- استخدام منظومة التقييم المعرفي في الوقوف على مستوى العمليات المعرفية عند الأطفال والتنبؤ بمستقبلهم المعرفي ووضع الخطط والبرامج لتنميتهم.

٤- ضرورة التشخيص الدقيق للأطفال ذوي متلازمة أسبرجر وإخراجهم من توصيف الذاتوية.

المراجع:

١. الدواهيدي (عزمي عطية). (٢٠٠٦). فعالية التدريس وفقًا لنظرية فيجوتسكي في اكتساب بعض المفاهيم البيئية لدى طالبات جامعة الأقصى بغزة. رسالة ماجستير غير منشورة: كلية التربية. الجامعة الإسلامية. غزة.

٢. الزريقات (إبراهيم). (٢٠٠٤). الذاتوية الخصائص والعلاج. عمان. دار وائل للنشر.

٣. الزيات (فتحي مصطفى). (٢٠٠٦). الأسس المعرفية للتكوين العقلي وتجهيز المعلومات. القاهرة: دار النشر للجامعات.

٤. الزغبي (عبد الله). (٢٠١٤). تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين. الأردن. دار الخليج للنشر والتوزيع.

٥. الشامي (وفاء). (٢٠٠٤). سمات الذاتوية. جدة. مركز جدة للذاتوية.

٦. الشربيني (زكريا). (٢٠٠٤). طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات تعريف وتشخيص. القاهرة: دار الفكر العربي.

٧. الشيخ (حنان). (٢٠٠٤). دراسة في المقارنة بين التقييم الدينامي والتقليدي باستخدام نظرية باس للذكاء لتقدير أداء عينة من ذوي الاحتياجات الخاصة ذوي السلوك الاندفاعي. القاهرة: ايتراك للنشر والتوزيع.

٨. أمين (هدى). (٢٠٠٤). الصورة الإكلينيكية لحالات الأوتيزم ذات المستوى الوظيفي المرتفع والمنخفض. رسالة دكتوراة. كلية الدراسات الإنسانية. جامعة الأزهر.

٩. أمين (سهى). (٢٠٠٢). الاتصال اللغوي للطفل التوحدي. القاهرة. دار الفكر للطباعة والنشر.

١٠. بوارحمة (تهاني علي). (٢٠٠٨). أثر برنامج تدريبي لمعلمات المرحلة الابتدائية على تنمية العمليات المعرفية لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم داخل الفصل العادي. رسالة دكتوراة غير منشورة: كلية البنات. جامعة عين شمس.

١١. جابر (شريف). (٢٠١٤). متلازمة أسبرجر الأسباب والخصائص والتشخيص وأساليب التدخل. القاهرة: عالم الكتب.

١٢. جابر (جابر عبد الحميد). (٢٠١٠). أطر التفكير ونظرياته. دليل للتدريس والتعلم والبحث. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

١٣. طعيمة (دينا). (٢٠١٠). بعض المتغيرات النفسية لدى الأطفال الاجترارين والأطفال ذوي متلازمة أسبرجر: دراسة مقارنة. رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، معهد الدراسات التربوية، قسم الإرشاد النفسي.

١٤. عبد الرحمن (محمد)، حسن (منى). (٢٠٠٤). دليل الآباء والمتخصصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدي. القاهرة: دار الفكر العربي.

١٥. عبد الرحمن (محمد)، وحسن (منى)، ومسافر (علي). (٢٠٠٥). رعاية الأطفال التوحديين. القاهرة. دار السحاب للنشر والتوزيع.

١٦. عبد الله (عادل). (٢٠٠٢). جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع المعاقين عقلياً. القاهرة: دار الرشاد.

١٧. عبد الله (عادل). (٢٠٠٣). مقياس الطفل التوحدي. القاهرة: دار الرشاد.

١٨. عمارة (ماجدة). (٢٠٠٥). إعاقة التوحديين التشخيص والتشخيص الفارقي. القاهرة. دار الشرق.

١٩. عناني (محمد). (٢٠٠٥). تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة (كتاب لكل المعلمين). القاهرة. مركز الأهرام للترجمة والنشر.

٢٠. قنديل (شاكر). (٢٠٠٥). إعاقة الذاتوية طبيعتها وخصائصها. جامعة المنصورة. المؤتمر السنوي لكلية التربية. ص١٥٥-١٧٩.

٢١. كامل (محمد). (٢٠٠٥). التدخل المبكر ومواجهة اضطرابات التوحد. القاهرة: دار ابن سينا للنشر.

٢٢. كراهيه (مارسيل). (٢٠٠٧). علم النفس التربوي. ترجمة رباب العابد. بيروت: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

٢٣. ماكنتاير (كرستين). (٢٠٠١). أهمية اللعب للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الفاروق.

٢٤. محمد (عادل). (٢٠٠٥). سيكولوجية الموهبة. القاهرة: دار الرشاد.

٢٥. النجار (خالد). (٢٠٠٦). استخدام الملاحظة في التشخيص الفارق بين حالات التوحد وحالات الأسبرجر دراسة تشخيصية. مجلة علم النفس المعاصر، جامعة المنيا، المجلد السابع عشر، ٢٣٥-٢٨٧.

٢٦. فراج (عثمان). (٢٠٠٢). الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة المبكرة. القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية.

27. Attwood, T. (2006). The complete guide to Asperger syndrome. London: Jessica kingsiey publishers.

28. Benjamin, L. (2000). Effects of The Observation Of Dynamic And Static Assessment On Teachers‟ Perceptions Of The Learning Potential Of Less

Academic Learners. Unpublished Masters Dissertation. South Africa: University of the Western Cape, p: 8.

29. Bogdashina, O. (2005). Communication Issues is Autism And Asperger Syndrome Do we Speak the Same Language?. London: Jessica kingsley.

30. Cohen, S. (2012). Is High-Functioning Autism/ Asperger's syndrome necessarily a disability. Development and Psychopathology, 12, 489-500. http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.177.9961&rep=rep1&type=pdf.

31. Gindis, B. (2015). The Social/Cultural Implication of Disability: Vygotsky's Paradigm for Special Education. Educational Psychologist; 30 (2): p. 77.

32. Ghaziudin, M. (2005). Mental Health Aspects of Autism of Autism and Asperger Syndrome. London: Jessica Kingsley.

33. Gillberg, C. (2002). A guide to Asperger Syndrome. Cambridge: University Press.

34. Harpur, J. & Lawlor, M. & Fitzgerald, M. (2006). Succeeding with interventions for Asperger Syndrome Adolescents: A guide to Communication and Socialization in interaction therapy. London: Jessica Kingsley.

35. Haywood, H. & Lidz, C.S. (2007). Dynamic assessment in practice: clinical and educational applications. Cambridge university press.

36. Haywood, H. C. & Brown, A.L. (1990). Dynamic to psychoeducational assessment. School Psychology Review, 19(4), 411-422.

37. Haywood, H. Carl & Tzuriel, David (2002). Application and Challenges in Dynamic Assessment. Journal of Education. 2002, 77 (2), 40-63.

38. Holland, O. (2005). Teaching of home: A new Approach to Tutring Children with Autism and Asperger Syndrome. London: Jessica Kingsley.

39. James, L. (2006). Asperger Syndrome and High Achievement Some Very Remarkable People, London: Jessica Kingsley.

40. Kalyva, E. (2010). Multirater Congruence on the Social Skills Assessment of Children with Asperger Syndrome: Self, Mother, Father, and Teacher Rating J Autism Dev Disord, 40:1202-1208. DOI 10.1007/s10803-010-0978-y.
41. Kaplan, M. (2006). Seeing Through New Eyes: Changing the lives of Children with Autism, Asperger Syndrome and Other Developmental Disabilities Through Vision Therapy. London: Jessica Kingsley.
42. Keat, Ooi Boon; Ismail, Khaidzir bin Hj (2011). PASS Cognitive Processing: Comparison between Normal Children with Reading Difficulties. Journal of Humanities and Social Science. Vo1. 1No. 2; February, (53-60).
43. Koyama, T. (2007). Cognitive and symptom profiles in Asperger's Syndrome and high- functioning autism. Journal. Psychiatry and Chinical Neurosience. V67. p99-104.
44. Lawrence, C. (2007). Finding Asperger Syndrome in the Fam a Bok of Answers. Brighton, Emerald Publishing.
45. Lidz, C.S. & Elliot, J.G. (2008). Dynamic Assessment: Prevailing models and applications. New York, USA: JAI Press, Elsevier Science Inc, p: 1.
46. McCrory, E. (2007). Eye-witness Memory and suggestibility in children Asperger syndrome. Journal of child psychology and pscychiatry. V48, p482-489.
47. Muller, R. (2010). Will you Play with Me? Improving Social Skills for Children with Asperger Syndrome International Journal of Disability, Development and Education, 57, (3): 331-334.
48. Musarra, N. (2005). Information-processing skills related to working memory in individuals with Asperger's disorder. PHD. Walden University.
49. Myles, B & Simpson, R. (2001). Understanding the Hidden Curriculum: Am Essential Social Skill for Children and Youth with Asperger Syndrome. Intervention in School and Clinic, V36, pp.279-286.

50. Naglieri,J. A.(2000) . Can Profile Analysis of Ability Test Scores Work? An Illustration Using the PASS Theory and CAS with an Unselected Cohort. School Psychology Quarterly, 15 (4), 419-433
51. Ozonoff, S & South, M & Miller, J. (2000). Defined Asperger Syndrome: Cognitive, behavioral and early history differentiation from high functioning autism". Journal/ autism v4, p.29-4.
52. Ritvo, E. (2006). Understanding the Nature of Autism and Asperger Disorder. Forty Years of Clinical Practice and Pioneering Research, London: Jessica Kingsely.
53. Simpsoin, R. (2005). Autism Sepctrum Disorders: Interventions and Treatment for Children and youth. California: Corwin Press.
54. Slade, L. (2006). Going to the Haridressers: A guide for parents of children with Autism and Asperger Syndrome. London: The national Autistic Society.
55. Spero, Jill Marie.(2012) Comparison between A Dynamic Assessment Procedure And The WMLS-R In Distinguishing Language Intelligence Among Hispanic Children In Kindergarten. MA Thesis, The State University Of New Jersey, p: 7.
56. Stone, F. (2002). Autism: The Eighith Colour of the Rainbow: A guide to Loving Interaction and shared Understanding. Hounslow: Florica Stone.
57. Susan & Sonders (2003). Giggle Time: Establishing the Social Connection: A program to develop the Communication Skills of Children with Autism, Asperger Syndrome and pD. London: Jessica Kingsley.
58. Tzuriel, D. (2001). "Not All Testing Is Dynamic Testing: Overcoming The Fuzzy Identity Of Dynamic Assessment [Electronic Version]". Issues in Education, 7, 211-221.
59. http://www.Dynamicassessment.com